ผลของโปรแกรมการประยุกต์ใช้ทฤษฎีแรงจูงใจในการป้องกันโรคต่อการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในกลุ่มเสี่ยง

พยาบาลวิชาชีพ กลุ่มอนามัยชุมชน 2*

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคหลอดเลือดสมองเป็นสาเหตุสำคัญของความพิการและเสียชีวิตในระบบสาธารณสุขไทยและทั่วโลก เป็นสาเหตุการตายอันดับ 2 ของโลกในคนอายุมากกว่า 60 ปีขึ้นไป และเป็นสาเหตุการตายอันดับ 5 ของคนอายุระหว่าง 15 - 69 ปี องค์การอนามัยโลกรายงานว่า ประชากรที่ป่วยเป็นโรคหลอดเลือดสมอง มีจำนวนสูงถึง 15 ล้านคนต่อปี โดยผู้ป่วย 5 ล้านคนจะเสียชีวิต และอีก 5 ล้านคนจะเกิดความพิการอย่างถาวร จากรายงานปี 2556 พบว่าทั่วโลกมีผู้รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมอง 25.7 ล้านคน เสียชีวิต 6.5 ล้านคน การสูญเสียปีสุขภาวะ (DALYs) 113 ล้านคน และเกิดโรคหลอดเลือดสมองรายใหม่ 10.3 ล้านคน (Feigin et al., 2015) โรคหลอดเลือดสมองเป็นปัญหาที่รุนแรงมากในเอเชียซึ่งมีประชากรมากกว่า 60% ของโลก อัตราการเสียชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองในเอเชียสูงกว่าในยุโรปตะวันตกและอเมริกาเหนือ ยกเว้นในบางประเทศ เช่น ญี่ปุ่น (Feigin et al., 2014) ข้อมูลอุบัติการณ์โรคหลอดเลือดสมองในแถบเอเชียปี ค.ศ. 2010 ได้มีการคาดการณ์ในอนาคตว่าจำนวนผู้ป่วยที่เสียชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองจะเพิ่มเป็น 2 เท่า เมื่อเปรียบเทียบระหว่างปี ค.ศ. 1991 และปี ค.ศ.2020 (Murray & Lopez, 1977)

สำหรับประเทศไทย จากรายงานสาเหตุการเสียชีวิตของสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข ปี 2558 พบว่าโรคหลอดเลือดสมองเป็นสาเหตุการเสียชีวิตเป็นอันดับหนึ่ง คิดเป็น 43.3 ต่อแสนประชากร โรคหลอดเลือดสมองทำให้เกิดความพิการและทุพพลภาพรวมถึงเกิดภาวะบกพร่องของร่างกายในด้านต่าง ๆ เช่น ปัญหาเรื่องการพูดและการสื่อสาร การรับรู้และสติปัญญา การรับความรู้สึกต่าง ๆ การเคลื่อนไหวและความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ ส่งผลกระทบต่อสุขภาพของผู้สูงอายุ โดยเฉพาะผู้ที่อายุมากกว่า 80 ปี จะมีอัตราการเสียชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองร้อยละ 17 และมีผู้ป่วยเพียงร้อยละ 50 ที่หลังการรักษาในโรงพยาบาลแล้วสามารถกลับไปอยู่บ้านได้ จำนวนผู้ป่วยเสียชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจึงมีแนวโน้มจะเพิ่มขึ้นเรื่อย ๆ สาเหตุของโรคเกิดจากวิถีชีวิตและพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่ถูกต้องเหมาะสม ได้แก่ การรับประทานที่มากเกินพอดี รับประทานอาหารรสหวาน มัน เค็ม รับประทานผักผลไม้น้อย ใช้เครื่องอำนวยความสะดวกมากขึ้น มีกิจกรรมทางกายน้อยลง ไม่ออกกำลังกาย ความเครียด และพักผ่อนไม่เพียงพอ ประกอบกับการสูบบุหรี่ และการดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ซึ่งปัจจัยเสี่ยงด้านพฤติกรรมสุขภาพดังกล่าว ส่งผลให้เกิดภาวะน้ำหนักเกินอ้วน ความดันโลหิตสูง ไขมันในเลือดสูง เบาหวาน หัวใจ นอกจากนี้ยังมีอายุในช่วงประมาณ 50 - 60 ปี จะมีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง เพศชายมีอุบัติการณ์สูงกว่าเพศหญิง ร้อยละ 70 และการดื่มแอลกอฮอล์มากกว่า 5 drink/วัน จะเพิ่มโอกาสการเป็นโรคหลอดเลือดสมองถึง 1.69 เท่า รวมถึงการสูบบุหรี่เป็นปัจจัยเสี่ยงอย่างหนึ่ง โดยมีความเสี่ยงสัมพัทธ์เพิ่มเป็น 1.5 เท่า เมื่อเปรียบเทียบกับผู้ที่ไม่สูบบุหรี่ และในคนที่มีสัดส่วนระหว่างรอบเอวกับสะโพกมากกว่าปกติ มีความเสี่ยงสัมพัทธ์ที่จะเป็นโรคหลอดเลือดสมองมากกว่าคนที่มีสัดส่วนปกติ ในกลุ่มอายุเดียวกัน 2.3 เท่า (วิชัย เทียนถาวร, 2560; สุภวรรณ มโนสุนทร, 2557; วีรศักดิ์ เมืองไพศาล, 2554; สถาบันประสาทวิทยา, 2558)

การเกิดโรคหลอดเลือดสมองที่มีอาการรุนแรงอาจเสียชีวิตตั้งแต่ในระยะแรก ผู้ป่วยส่วนหนึ่งจะมีความพิการที่เรียกว่า “อัมพาต” หลงเหลืออยู่ มีการสูญเสียการทรงตัวตามปกติและเคลื่อนไหวลำบาก หรือมีการสูญเสียการรับรู้ความรู้สึกของร่างกาย สูญเสียหน้าที่การทำงาน รวมทั้งปัญหาด้านจิตสังคม ความพิการเป็นปัญหาระยะยาวที่ส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยและครอบครัว ทำให้ต้องพึ่งพาผู้อื่นในการทำกิจวัตรประจำวัน ส่งผลให้สูญเสียคุณค่าและความเป็นตัวของตัวเอง มีการเสียภาพลักษณ์ บางรายต้องลาออกจากงานเดิมหรือเปลี่ยนงาน หรือในรายที่อาการรุนแรงไม่สามารถประกอบอาชีพได้ ทำให้ครอบครัวขาดรายได้

พยาบาลวิชาชีพ กลุ่มอนามัยชุมชน 2* พยาบาลวิชาชีพ สำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร

เกิดปัญหาเศรษฐกิจของครอบครัว มีภาระค่าใช้จ่ายในการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยที่สูงขึ้น ผู้ป่วยบางรายมีการรับรู้ว่าความปลอดภัยในชีวิตตนเองลดลง เนื่องจากมีการสูญเสียหน้าที่ของสมองในการทำหน้าที่ต่างๆ เช่น มีปัญหาในการเคลื่อนไหว จึงเสี่ยงต่อการเกิดอุบัติเหตุได้ (จันทร์จิรา สีสว่าง, 2559) ผู้ป่วยที่รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองจะทำให้เกิดความพิการหรือไร้สมรรถภาพในการทำงานและการดำเนินชีวิตในวัยผู้ใหญ่มากที่สุด (Raju, Sarma, & Pandian, 2010) ซึ่งผู้ป่วยดังกล่าวต้องใช้ชีวิตอย่างคนพิการตลอดช่วงชีวิตที่เหลือ กล่าวได้ว่าโรคหลอดเลือดสมองเป็นโรคเรื้อรังที่มีผลกระทบต่อสังคมและเศรษฐกิจ ทั้งต่อผู้ป่วยเอง ครอบครัว และประเทศชาติ ดังนั้นวิธีลดอัตราการเจ็บป่วยและเสียชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองที่ดีที่สุด คือการป้องกันไม่ให้เป็นโรค

โรคหลอดเลือดสมองมีอัตราป่วยที่มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นตามลำดับ โดยมีอัตราป่วยทั่วประเทศ 252.59 ต่อประชากร 100,000 คน ในปี พ.ศ. 2547 และเพิ่มเป็น 354 ต่อประชากร 100,000 คน ในปี พ.ศ. 2555 (สถาบันประสาทวิทยา, 2558) ปัญหาโรคหลอดเลือดสมองในกรุงเทพมหานคร มีแนวโน้มสูงขึ้นทุกปีจากสถิติอัตราการเสียชีวิตด้วยโรคหลอดเลือดสมองในปี 2558 ทั้งประเทศมีผู้เสียชีวิตด้วยโรคหลอดเลือดสมอง 43.3 ต่อแสนประชากร กรุงเทพมหานครมีผู้เสียชีวิตด้วยโรคหลอดเลือดสมอง 48.7 ต่อแสนประชากร ซึ่งมากกว่าอัตราการเสียชีวิตของทั้งประเทศ (กระทรวงสาธารณสุข, 2559) จากสถิติการส่งต่อผู้ป่วยผ่านโปรแกรม BMA Home Word Referral Center พบว่ามีจำนวนผู้ป่วยเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องในปีงบประมาณ 2560-2562 มีจำนวน 1,362 คน 1,371 คน และเพิ่มขึ้นเป็น 2,438 คนตามลำดับ จากการสัมภาษณ์ผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมอง ในเขตพื้นที่กรุงเทพมหานคร จำนวน 10 ราย พบว่า ร้อยละ 80 ขาดการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคหลอดเลือดสมอง และยังมีพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่เหมาะสม จึงมีความจำเป็นที่จะต้องส่งเสริมพฤติกรรมที่เหมาะสม

ผู้วิจัยในฐานะพยาบาลอนามัยชุมชน เห็นความสำคัญในการดูแลเพื่อไม่ให้เกิดโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke) ในกลุ่มเสี่ยงซึ่งต้องการการดูแลที่ทันท่วงที ดังนั้นการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง จึงมีความสำคัญอย่างยิ่งที่จะช่วยลดความพิการ และทำให้กลุ่มตัวอย่างมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น ลดภาระของบุคคลในครอบครัว และทีมบุคลากร แต่จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าในศูนย์บริการสาธารณสุข สำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร ยังไม่มีการจัดกิจกรรมดังกล่าว คณะผู้วิจัยคาดหวังว่าผลการวิจัยในครั้งนี้ จะช่วยป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke) ได้ในระดับหนึ่ง และใช้เป็นแนวทางในการวางแผน การให้บริการด้านสุขภาพ คณะผู้วิจัยจึงสนใจจัดทำโปรแกรมการป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke) ในกลุ่มเสี่ยงโดยประยุกต์ใช้ ทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรค (Protection motivation theory) ให้เหมาะสมกับบริบทของผู้ป่วยต่อไป

คำถามในการวิจัย

โปรแกรมการประยุกต์ใช้ทฤษฎีแรงจูงใจในการป้องกันโรคในกลุ่มเสี่ยง จะช่วยให้กลุ่มเสี่ยงมีพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ได้หรือไม่

วัตถุประสงค์ในการวิจัย

วัตถุประสงค์ทั่วไป

เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการประยุกต์ใช้ทฤษฎีแรงจูงใจในการป้องกันโรคต่อการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในกลุ่มเสี่ยง ในพื้นที่กรุงเทพมหานคร

วัตถุประสงค์เฉพาะ

1. เพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยการรับรู้ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมอง การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง การรับรู้ความสามารถของตนเองในการปฏิบัติพฤติกรรมเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง การรับรู้ความคาดหวังในผลลัพธ์ของการปฏิบัติพฤติกรรมเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง การปฏิบัติพฤติกรรมเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ค่าความดันโลหิต และค่าน้ำตาลในเลือด ในระยะก่อนทดลอง และหลังการทดลอง ภายในกลุ่มทดลอง

2. เพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยการรับรู้ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมอง การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง การรับรู้ความสามารถของตนเองในการปฏิบัติพฤติกรรมเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง การรับรู้ความคาดหวังในผลลัพธ์ของการปฏิบัติพฤติกรรมเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง การปฏิบัติพฤติกรรมเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ค่าความดันโลหิต และค่าน้ำตาลในเลือด ในระยะหลังการทดลอง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ

สมมติฐานในการวิจัย

1. หลังการทดลอง กลุ่มทดลองจะมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมอง การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง การรับรู้ความสามารถของตนเองในการปฏิบัติพฤติกรรมเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง การรับรู้ความคาดหวังในผลลัพธ์ของการปฏิบัติพฤติกรรมเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมองการปฏิบัติพฤติกรรมเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง เพิ่มมากขึ้นกว่าก่อนทดลอง

2. หลังการทดลอง กลุ่มทดลองจะมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมอง การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง การรับรู้ความสามารถของตนเองในการปฏิบัติพฤติกรรมเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง การรับรู้ความคาดหวังในผลลัพธ์ของการปฏิบัติพฤติกรรมเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง การปฏิบัติพฤติกรรมเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง เพิ่มมากขึ้นกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ

ขอบเขตการวิจัย

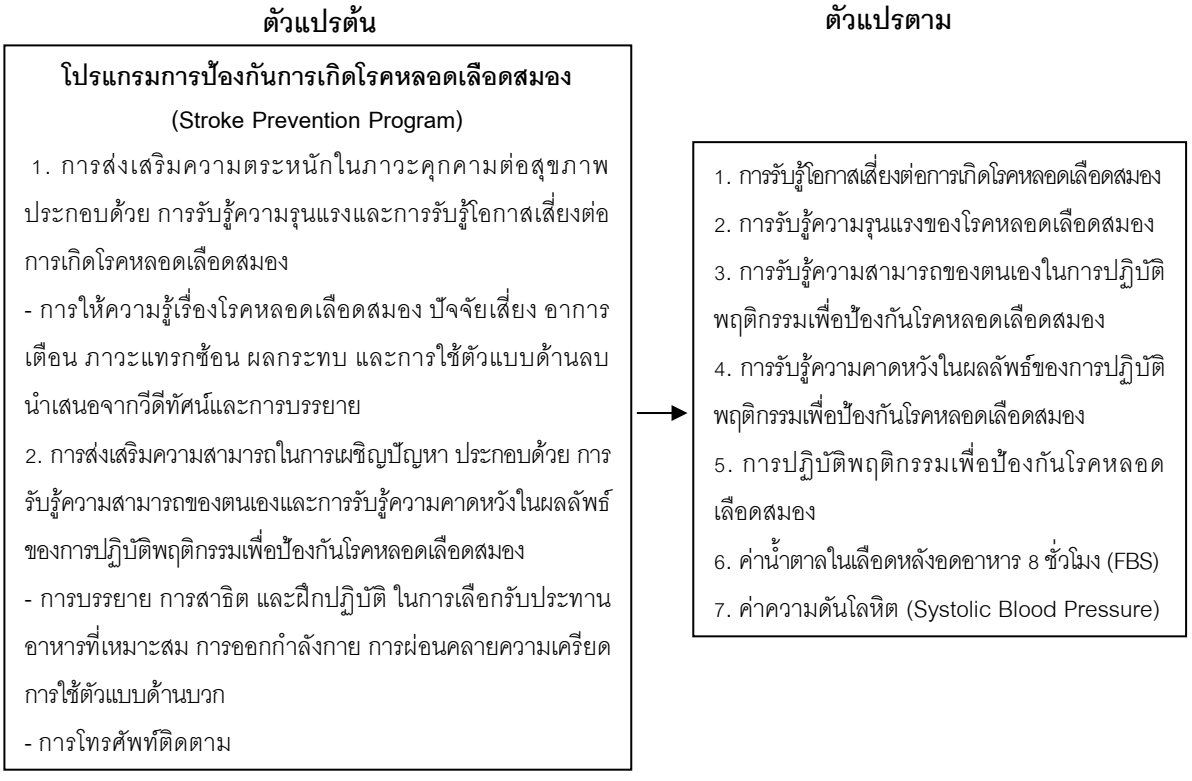
ศึกษาในกลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองจากผลการคัดกรองความเสี่ยงโรคเมตาบอลิก พื้นที่กรุงเทพมหานคร

ตัวแปรในการวิจัย

ตัวแปรอิสระ โปรแกรมการประยุกต์ใช้ทฤษฎีแรงจูงใจในการป้องกันโรคต่อการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง

ตัวแปรตาม ได้แก่ การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง, การรับรู้ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมอง, การรับรู้ความสามารถของตนเองในการปฏิบัติพฤติกรรมเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง, การรับรู้ความคาดหวังในผลลัพธ์ของการปฏิบัติพฤติกรรมเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง, การปฏิบัติพฤติกรรมเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง, ค่าน้ำตาลในเลือดหลังอดอาหาร 8 ชั่วโมง (FBS), ค่าความดันโลหิต (Systolic Blood Pressure)

กรอบแนวคิดการวิจัย



วิธีการดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการประยุกต์ใช้แนวคิดทฤษฎีแรงจูงใจในการป้องกันโรค มาเป็นกรอบในการดำเนินการมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ให้กับกลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองในเขตพื้นที่กรุงเทพมหานคร ซึ่งมีขั้นตอนในการดำเนินการวิจัยดังนี้

รูปแบบการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) แบบสองกลุ่มวัดสองครั้ง (Pretest-Posttest Design with Comparisons Group) โดยแบ่งกลุ่มศึกษาออกเป็นสองกลุ่มคือ กลุ่มทดลอง (Experimental Group) และกลุ่มเปรียบเทียบ (Comparisons Group) ซึ่งมีการเก็บข้อมูลก่อนการทดลอง หลังการทดลอง

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรในการศึกษาครั้งนี้ได้แก่ กลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองที่อาศัยอยู่ในพื้นที่กรุงเทพมหานคร

กลุ่มตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้ คือ กลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองทั้งเพศชายและเพศหญิง มีอายุ 35-70 ปี ได้รับการประเมินภาวะเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือดโดยแบบประเมินความเสี่ยงการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง Stroke Risk Scorecard (National Stroke Association, 2007) ในกลุ่มเฝ้าระวัง และกลุ่มเสี่ยงสูงที่อาศัยอยู่ในพื้นที่กรุงเทพมหานคร มีคุณสมบัติตามเกณฑ์คัดเข้า และสมัครใจเข้าร่วมการวิจัย

ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง

ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง คำนวณจากหลักอำนาจการทดสอบ (Power Analysis) มีค่า Alpha เท่ากับ 0.05, Power เท่ากับ 0.80 คำนวณค่าขนาดอิทธิพล (Effect size) จากค่าเฉลี่ย 2 กลุ่ม จากงานวิจัยที่ผ่านมาที่มีลักษณะใกล้เคียงกัน(Cohen, 1988:40) จากการศึกษางานวิจัยที่ใกล้เคียงพบว่าการศึกษาผลของโปรแกรมสร้างแรงจูงใจในการป้องกันโรคต่อพฤติกรรมการป้องกันโรค ของกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมอง (รัตนาภรณ์ ศิริเกตม และคณะ, 2558) คำนวณหาค่าอิทธิพล (Effect Size) นำค่าขนาดอิทธิพล (Effect Size) 4.15 ที่คำนวณได้ มาเปิดตาราง Cohen Table (Cohen, 1988: 55) โดยกำหนดให้ α = 0.05 Power = 0.80 ได้ขนาดตัวอย่างในแต่ละกลุ่มเท่ากับ 26 คนต่อกลุ่ม จากงานวิจัยของ ขจรพรรณ คงวิวัฒน์ (2560) พบว่าภายหลังเสร็จสิ้นโปรแกรมจำนวนกลุ่มตัวอย่างในกลุ่มทดลอง ลดลงจากเดิม 4 คน ดังนั้นเพื่อป้องกันความเสี่ยงต่อการสูญหายของกลุ่มตัวอย่างในระหว่างการศึกษา ในการศึกษาครั้งนี้จึงเพิ่มจำนวนกลุ่มตัวอย่างขึ้นร้อยละ 15 ทำให้ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่าง กลุ่มละ 30 คน รวมทั้งหมด 60 คน

การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง

คัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจงเฉพาะผู้ที่มีภาวะเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมอง ในกลุ่มเฝ้าระวัง และกลุ่มเสี่ยงสูงที่อาศัยอยู่ในพื้นที่กรุงเทพมหานคร

เกณฑ์การคัดเข้า

เกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างเข้าร่วมงานวิจัยมีรายละเอียดดังนี้

1. กลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง ทั้งเพศชายเพศหญิง อายุ 35-70 ปี ได้รับการประเมินภาวะเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือดโดยแบบประเมินความเสี่ยงการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง Stroke Risk Scorecard (National Stroke Association, 2007) ในกลุ่มเฝ้าระวัง และกลุ่มเสี่ยงสูง
2. สัญชาติไทยและอาศัยอยู่ในกรุงเทพมหานคร
3. ยินดีเข้าร่วมตลอดระยะเวลาของโปรแกรม

เกณฑ์การคัดออก

1. มีภาวะเจ็บป่วยจนไม่สามารถเข้าร่วมการวิจัยได้

2. ไม่สามารถเข้าร่วมการวิจัยได้จนครบกำหนด

3. ย้ายออกนอกพื้นที่ กรุงเทพมหานคร

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยในครั้งนี้ประกอบไปด้วยเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูลและเครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ดังนี้

1. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้รับการตรวจสอบคุณภาพโดยผู้ทรงคุณวุฒิที่มีความเชี่ยวชาญ 3 ท่าน และทดสอบคุณภาพเครื่องมือกับประชากรกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมองที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คน แบบสัมภาษณ์ ประกอบด้วย 3 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสัมภาษณ์ข้อมูลทั่วไป เป็นข้อมูลด้านคุณภาพประชากร ประกอบด้วย เพศ อายุ อาชีพ สถานภาพสมรส รายได้ ระดับการศึกษา การสูบบุหรี่ การดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ น้ำหนัก ส่วนสูง รอบเอว ค่าความดันโลหิต ค่าน้ำตาลในเลือดก่อนอาหาร(FBS/DTX) ค่าระดับไขมันในเส้นเลือด (TG) เป็นต้น ลักษณะข้อคำถามเป็นแบบเลือกตอบและเติมข้อความ

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามด้านการประเมินการรับรู้ เป็นแบบวัดที่ผู้วิจัยปรับปรุงขึ้นตามแนวคิดทฤษฎีแรงจูงใจในการป้องกันโรคของโรเจอร์ (Roger, 1983) ประกอบไปด้วย

2.1 แบบสัมภาษณ์เกี่ยวกับการรับรู้ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมอง เช่น อันตรายต่อชีวิต และผลกระทบจากการเป็นโรค เป็นต้น ลักษณะคำตอบเป็นมาตรประมาณค่า (Rating Scale) ตามแบบ Likert's scale เป็นข้อคำถามเชิงบวก กำหนดให้เลือกตอบได้ 3 ตัวเลือก

2.2 แบบสัมภาษณ์เกี่ยวกับการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง เช่น พฤติกรรมเสี่ยงด้านการรับประทานยา การออกกำลังกาย และการรับประทานอาหาร เป็นต้น ลักษณะคำตอบเป็นมาตรประมาณค่า (Rating Scale) ตามแบบ Likert's scale เป็นข้อคำถามเชิงบวก กำหนดให้เลือกตอบได้ 3 ตัวเลือก

2.3 แบบสัมภาษณ์เกี่ยวกับการรับรู้ความสามารถของตนเองในการปฏิบัติพฤติกรรมเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง เช่น การควบคุมอาหาร และการออกกำลังกาย เป็นต้น ลักษณะข้อคำถามเป็นมาตรวัด แบบประมาณค่า (Rating Scale) ตามแบบ Likert's scale เป็นข้อคำถามเชิงบวก กำหนดให้เลือกตอบได้ 3

2.4 แบบสัมภาษณ์เกี่ยวกับการรับรู้ความคาดหวังในผลลัพธ์ของการปฏิบัติพฤติกรรมเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง เช่น ประโยชน์ของการควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย และการรับประทานยาอย่างถูกต้อง เป็นต้น ลักษณะคำตอบเป็นมาตรประมาณค่า (Rating Scale) ตามแบบ Likert's scale มีทั้งข้อคำถามเชิงบวก และข้อคำถามเชิงลบ กำหนดให้เลือกตอบได้ 3 ตัวเลือก

ส่วนที่ 3 แบบสัมภาษณ์เกี่ยวกับการปฏิบัติพฤติกรรมเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง เช่น ด้านการรับประทานอาหาร การรับประทานยา การออกกำลังกาย และการมาตรวจตามแพทย์นัด เป็นต้น ลักษณะข้อคำถามเป็นมาตรวัด แบบประมาณค่า (Rating Scale) ตามแบบ Likert's scale มีทั้งข้อคำถามเชิงบวก และข้อคำถามเชิงลบ กำหนดให้เลือกตอบได้ 3 ตัวเลือก

2. เครื่องมือที่ใช้ในการคัดกรอง

2.1 แบบประเมินความเสี่ยงการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง Stroke Risk Scorecard (National Stroke Association, 2007)

3. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย

3.1 โปรแกรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยง

3.2 สื่อวีดีทัศน์ “โรคหลอดเลือดสมอง รู้ทันป้องกันได้” เพื่อป้องกัน อัมพฤกษ์-อัมพาต ของคณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล

3.3 สื่อวีดีทัศน์ “ป้องกัน stroke โรคหลอดเลือดสมอง” (ตัวแบบผู้ป่วยที่เป็นโรคหลอดเลือดสมอง) ของคณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล

3.4 สไลด์ประกอบการบรรยายเรื่อง “โรคหลอดเลือดสมอง อาการเตือน ปัจจัยเสี่ยง และผลกระทบ” เรื่อง “พฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง”

3.5 คู่มือโรคหลอดเลือดสมอง

3.6 โรลอัพเรื่องอาหาร ของสำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร

3.7 ตัวอย่างโมเดลอาหาร

3.8 เครื่องวัดความดันโลหิต

3.9 เครื่องค่าน้ำตาลชนิดพกพา (Glucose Meter)

กระบวนการสร้างเครื่องมือ

1. ศึกษาแนวคิดทฤษฎีจากตำราวิชาการ งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ข้อมูลพื้นฐาน รวบรวมข้อมูลเพื่อนำมาวิเคราะห์ เพื่อการสร้างเครื่องมือที่มีความถูกต้องเหมาะสมกับกลุ่มเป้าหมาย ถูกต้องตามหลักเกณฑ์

2. กำหนดขอบเขตโครงสร้างของเนื้อหาให้ชัดเจน และสร้างเครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูลให้ครอบคลุมเนื้อหาที่เกี่ยวข้องเพื่อให้ได้ข้อมูลที่ถูกต้องและเป็นประโยชน์ในการจัดทำโปรแกรม

3. สร้างข้อคำถามที่ใช้ในแบบประเมิน

4. ทดสอบคุณภาพของเครื่องมือ (Try out) ที่ได้รับการปรับปรุงแก้ไข ไปทดลองใช้กับกลุ่มผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงร่วมกับโรคเบาหวาน ที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 ท่าน

5. ตรวจสอบค่าความเชื่อมั่น (Reliability) ของเครื่องมือ โดยนำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์หาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาโดยวิธีของครอนบาค (Cronbach’s alpha coefficient) มีเกณฑ์ยอมรับได้อยู่ที่ 0.70 ขึ้นไป (Polit & Beck, 2004)

การพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่างในการวิจัย

1. แนะตัวผู้วิจัย ชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการดำเนินการวิจัยประโยชน์ที่จะได้รับจากการศึกษาวิจัย การรักษาความลับของผู้เข้าร่วมวิจัย

2. ผู้วิจัยอธิบายให้กลุ่มตัวอย่างทราบว่า ผู้เข้าร่วมวิจัยมีอิสระในการตัดสินใจ และสามารถถอนตัวออกจากการวิจัยได้ตลอดเวลา โดยจะไม่มีผลกระทบใดๆทั้งสิ้น และจะยังได้รับบริการการเยี่ยมบ้านจากศูนย์บริการสาธารณสุขตามปกติ

3. ไม่มีการระบุชื่อ นามสกุล และที่อยู่ของกลุ่มตัวอย่าง จากนั้นให้กลุ่มตัวอย่างลงนามยินยอมเพื่อให้ข้อมูล และเข้าร่วมในการดำเนินการวิจัย

4. ผู้วิจัยนำเสนองานวิจัยโดยภาพรวมและไม่เปิดเผยข้อมูลของผู้เข้าร่วมวิจัย และมีการทำลายเอกสารเมื่อจบกระบวนการวิเคราะห์ข้อมูล

การดำเนินการและการเก็บรวบรวมข้อมูล

ขั้นตอนที่ 1 ระยะเตรียมการ

1. ศึกษาข้อมูลจากเอกสารวิชาการ และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

2. ผู้วิจัยขอรับการพิจารณาด้านจริยธรรมวิจัยในคนจากมหาวิทยาลัยมหิดล

3. จัดเตรียมวัสดุอุปกรณ์ เอกสารที่ใช้ในงานวิจัย และติดต่อขอใช้ศูนย์สุขภาพชุมชน

4. คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณลักษณะตามเกณฑ์ที่กำหนด และนัดหมาย

ขั้นตอนที่ 2 ระยะดำเนินการทดลอง

การศึกษาวิจัยครั้งนี้ใช้ระยะเวลา 4 สัปดาห์ โดยมีรายละเอียดดังต่อไปนี้ ก่อนการทดลองผู้วิจัยเก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม ตามแบบที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบาวนวรรณกรรม รวมทั้งวัดระดับความดันโลหิตและระดับน้ำตาลในเลือด ทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ กลุ่มทดลองจะได้รับโปรแกรมการทดลอง 2 ครั้ง ครั้งละ 1-2 ชั่วโมง โทรศัพท์ติดตาม 1 ครั้ง จากนั้นประเมินผลการทดลองในสัปดาห์ที่ 4 ด้วยแบบสอบถามชุดเดียวกัน

ขั้นตอนที่ 3 ระยะติดตามผลการทดลอง

1. ในกลุ่มทดลอง จะได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมจากสมาชิกในครอบครัว ตลอดระยะเวลา 9 สัปดาห์

2. เก็บรวบรวมข้อมูลทั้งในกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ โดยใช้แบบสอบถามชุดเดียวกับก่อนการทดลองในสัปดาห์ที่ 9

3. กลุ่มเปรียบเทียบจะได้รับข้อมูล และเอกสารเหมือนกันกับกลุ่มทดลอง

แผนภูมิ ขั้นตอนการดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้ในการวิจัย

ในวิเคราะห์ข้อมูลเพื่อหาความแตกต่างทางสถิติในครั้งนี้ ใช้โปรแกรมสำเร็จรูป (PASW Statistics 18 โดยทดสอบที่ระดับนัยสำคัญ 0.05) ในการวิเคราะห์ข้อมูล โดยสถิติที่นำมาวิเคราะห์ข้อมูลมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

1. การวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของลักษณะประชากร ใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistic) ได้แก่ ค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และวิเคราะห์ความแตกต่างทาง คุณลักษณะประชากรระหว่างกลุ่ม โดยใช้สถิติไคสแควร์ (Chi-square) และFisher's Exact Test

2. เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยด้านการรับรู้ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมอง การรับรู้โอกาสเสี่ยงของโรคหลอดเลือดสมอง การรับรู้ความสามารถของตนเองในการปฏิบัติพฤติกรรมเพื่อป้องกันโรคหลอดสมอง การรับรู้ความคาดหวังในผลลัพธ์ของการปฏิบัติพฤติกรรมเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง การปฏิบัติพฤติกรรมเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ค่าความดันโลหิตและค่าน้ำตาลในเลือด ภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ก่อนเข้าร่วมการทดลองกับหลังการทดลอง และระยะติดตามผล โดยใช้สถิติ

3. เปรียบเทียบความแตกต่างคะแนนเฉลี่ยด้านการรับรู้ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมอง การรับรู้โอกาสเสี่ยงของโรคหลอดเลือดสมอง การรับรู้ความสามารถของตนเองในการปฏิบัติพฤติกรรมเพื่อป้องกันโรคหลอดสมอง การรับรู้ความคาดหวังในผลลัพธ์ของการปฏิบัติพฤติกรรมเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง การปฏิบัติพฤติกรรมเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ค่าระดับความดันโลหิตและค่าน้ำตาลในเลือด ระหว่างกลุ่มท ดลอง และกลุ่มเปรียบเทียบ ในระยะก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และระยะติดตามผล โดยใช้สถิติ Independent t-test

ผลการวิจัย

การวิจัยในครั้งนี้ เป็นการศึกษาผลของโปรแกรมการประยุกต์ใช้ทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรคต่อการป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมองในกรุงเทพมหานคร รูปแบบการดำเนินการวิจัยเป็นแบบกึ่งทดลอง มีผู้เข้าร่วมวิจัยจำนวน 60 คน แบ่งเป็นกลุ่มที่ได้รับโปรแกรม 30 คน และกลุ่มเปรียบเทียบ 30 คน เก็บรวบรวมข้อมูลจากการตอบแบบสัมภาษณ์ของผู้เข้าร่วมการวิจัย ในช่วงก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และระยะติดตามผล ดำเนินการวิจัย ระหว่างเดือน มิถุนายน -กรกฎาคม พ.ศ.2563 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป ด้วยสถิติ ค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน Chi-square, Paired t-test และ Independent t-test นำเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูลตามลำดับ ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป ด้านคุณลักษณะส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง

ผลการศึกษาด้านคุณลักษณะส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง พบว่าทั้งสองกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง กลุ่มทดลองคิดเป็นร้อยละ 70 และกลุ่มเปรียบเทียบร้อยละ 65.3 ตามลำดับ มีอายุเฉลี่ยใกล้เคียงกัน คือกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมอายุเฉลี่ย 62.2 ปี กลุ่มเปรียบเทียบอายุเฉลี่ย 60.4 ปี ทั้งสองกลุ่มส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 73.3 ในกลุ่มที่ได้รับโปรแกรม ร้อยละ 66.7 ในกลุ่มเปรียบเทียบ ระดับการศึกษาในกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมและกลุ่มเปรียบเทียบ ทั้งสองกลุ่มส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับมัธยมศึกษาตอนต้น ร้อยละ 30.0 และร้อยละ 50.0 ตามลำดับ

การประกอบอาชีพ พบว่า กลุ่มที่ได้รับโปรแกรมส่วนใหญ่ไม่ได้ประกอบอาชีพ ร้อยละ 63.3 และกลุ่มเปรียบเทียบส่วนใหญ่มีอาชีพรับจ้าง ร้อยละ 40.0 ส่วนรายได้ พบว่ากลุ่มที่ได้รับโปรแกรมส่วนใหญ่มีรายได้เฉลี่ย 20,153.33 บาทต่อเดือน และ และกลุ่มเปรียบเทียบส่วนใหญ่ มีรายได้ 10,976.67 บาทต่อเดือน ตามลำดับ ด้านภาวะสุขภาพของกลุ่มตัวอย่าง พบว่าทั้งสองกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่มีประวัติการเจ็บป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองของบุคคล

ในครอบครัว กลุ่มที่ได้รับโปรแกรม ร้อยละ 73.3 กลุ่มเปรียบเทียบ ร้อยละ 70.0 โรคร่วมที่พบมากที่สุด คือความดันโลหิตสูง ร้อยละ 50.0 ในกลุ่มที่ได้รับโปรแกรม ร้อยละ 63.3 ในกลุ่มเปรียบเทียบ ทั้งในกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมและกลุ่มเปรียบเทียบ พฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ ส่วนใหญ่ไม่ดื่มแอลกอฮอล์ ร้อยละ 80.0 และร้อยละ 63.3 ตามลำดับ พฤติกรรมการสูบบุหรี่ ส่วนใหญ่ไม่เคยสูบบุหรี่ ร้อยละ86.7 และร้อยละ 76.7 ตามลำดับ ค่าดัชนีมวลกาย พบว่าทั้งสองกลุ่มมีค่าเฉลี่ยใกล้เคียงกัน คือ ค่าดัชนีมวลกาย 25.31 ในกลุ่มที่ได้รับโปรแกรม และ ค่าดัชนีมวลกาย 28.35 ในกลุ่มเปรียบเทียบ

สรุป คุณลักษณะส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา พบว่า คุณลักษณะด้านเพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้เฉลี่ย ประวัติการเจ็บป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองของบุคคลในครอบครัว โรคประจำตัว พฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ พฤติกรรมการสูบบุหรี่ ค่าดัชนีมวลกาย ทั้งสองกลุ่มไม่แตกต่างกัน (p-value >0.05)

ส่วนที่ 2 การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ย ในระยะก่อนการทดลอง หลังการทดลอง ระหว่างกลุ่ม และภายในกลุ่ม

เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ย ก่อนการทดลอง หลังการทดลอง ภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ โดยใช้สถิติ Paired t-test

เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง การรับรู้ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมอง การรับรู้ความสามารถของตนเองในการปฏิบัติพฤติกรรมเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง การรับรู้ความคาดหวังในผลลัพธ์ของการปฏิบัติพฤติกรรมเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง การปฏิบัติพฤติกรรมเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ค่าน้ำตาลในเลือดหลังอดอาหาร 8 ชั่วโมง (FBS) และค่าความดันโลหิต (Systolic Blood Pressure) ภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ พบว่า กลุ่มที่ได้รับโปรแกรมมีคะแนนเฉลี่ยโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง การรับรู้ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมอง การรับรู้ความสามารถของตนเองในการปฏิบัติพฤติกรรมเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง การรับรู้ความคาดหวังในผลลัพธ์ของการปฏิบัติพฤติกรรมเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง การปฏิบัติพฤติกรรมเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ค่าน้ำตาลในเลือดหลังอดอาหาร 8 ชั่วโมง (FBS) และค่าความดันโลหิต (Systolic Blood Pressure) (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน) หลังการทดลอง เท่ากับ 26.00(2.779), 22.13(2.897), 24.03(3.718), 21.07(2.116), 23.00(3.238), 139.97(37.615), 135.90(22.538) ตามลำดับ

กลุ่มเปรียบเทียบมีคะแนนเฉลี่ยโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง การรับรู้ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมอง การรับรู้ความสามารถของตนเองในการปฏิบัติพฤติกรรมเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง การรับรู้ความคาดหวังในผลลัพธ์ของการปฏิบัติพฤติกรรมเพื่อป้องกันโรคหลอด เลือดสมอง การปฏิบัติพฤติกรรมเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ค่าน้ำตาลในเลือดหลังอดอาหาร 8 ชั่วโมง (FBS) และค่าความดันโลหิต (Systolic Blood Pressure) (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน) หลังการ ทดลอง เท่ากับ 24.67(1.295), 20.60(3.244), 22.83(3.630),19.13(3.014), 21.27(2.864), 139.97(37.615), 135.90(22.538) ตามลำดับ

เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ย หลังการทดลอง ระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมกับกลุ่มเปรียบเทียบ โดยใช้สถิติ Independent t-test

เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง การรับรู้ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมอง การรับรู้ความสามารถของตนเองในการปฏิบัติพฤติกรรมเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง การรับรู้ความคาดหวังในผลลัพธ์ของการปฏิบัติพฤติกรรมเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง การปฏิบัติพฤติกรรมเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ค่าน้ำตาลในเลือดหลังอดอาหาร 8 ชั่วโมง (FBS) และค่าความดันโลหิต (Systolic Blood Pressure) ในระยะก่อนการทดลอง ระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรม และกลุ่มเปรียบเทียบ พบว่ามีคะแนนเฉลี่ยโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง การรับรู้ความรุนแรงของโรค

หลอดเลือดสมอง การรับรู้ความสามารถของตนเองในการปฏิบัติพฤติกรรมเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง การรับรู้ความคาดหวังในผลลัพธ์ของการปฏิบัติพฤติกรรมเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง การปฏิบัติพฤติกรรมเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ค่าน้ำตาลในเลือดหลังอดอาหาร 8 ชั่วโมง (FBS) และค่าความดันโลหิต (Systolic Blood Pressure) (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน) ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value <0.05) เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง การรับรู้ความคาดหวังในผลลัพธ์ของการปฏิบัติพฤติกรรมเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง การปฏิบัติพฤติกรรมเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ค่าน้ำตาลในเลือดหลังอดอาหาร 8 ชั่วโมง (FBS) ในระยะหลังการทดลองระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรม และกลุ่มเปรียบเทียบ พบว่า มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value <0.05)

เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมอง การรับรู้ความสามารถของตนเองในการปฏิบัติพฤติกรรมเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ค่าความดันโลหิต (Systolic Blood Pressure) พบว่า ไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value <0.05) หลังการทดลองในกลุ่มทดลองจำนวนกลุ่มเสี่ยงสูงลดลงจาก 19 คน ลดลงเหลือ16 คน กลุ่มเฝ้าระวัง จาก 11 คนเหลือ 10 คน และลดลงเป็นกลุ่มเสี่ยงต่ำ 4 คน

อภิปรายผล

การศึกษาผลของโปรแกรมการประยุกต์ใช้ทฤษฎีแรงจูงใจในการป้องกันโรคต่อการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในกลุ่มเสี่ยง ในผู้ป่วยในชุมชนเขตกรุงเทพมหานคร ทำให้กลุ่มตัวอย่างมีการเปลี่ยนแปลงในด้านการรับรู้ความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง, การรับรู้ความคาดหวังในผลลัพธ์ของการปฏิบัติพฤติกรรมเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง,การปฏิบัติพฤติกรรมเพื่อป้องการโรคเลือดสมอง และค่าน้ำตาลในเลือดหลังอดอาหาร 8 ชั่วโมง (FBS)

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-Experimental Research)โดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีแรงจูงใจในการป้องกันโรคเพื่อส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพของประชากรกลุ่มเสี่ยงในชุมชนได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 60 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 30 คนและกลุ่มเปรียบเทียบ 30 คน เริ่มดำเนินการตั้งแต่เดือนมิถุนายน 2563 ถึงกรกฎาคม 2563

ส่วนที่ 1 ลักษณะข้อมูลทั่วไป

ในการศึกษาครั้งนี้คุณลักษณะทั่วไปของกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบไม่แตกต่างกันทางสถิติ (p- value 0.0001) โดยมีอายุเฉลี่ย 62.2 ปี จะเห็นได้ว่า อายุของกลุ่มตัวอย่างเข้าเกณฑ์ผู้สูงอายุตอนต้น (The young old) คือ ช่วงชีวิตที่เริ่มประสบกับการเปลี่ยนแปลงเกิดภาวะวิกฤตหลายด้าน เช่น การเกษียณอายุ การจากไปของคู่ครอง รายได้ลดลง โดยมากกว่ากึ่งหนึ่งของทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบมีสถานภาพสมรสคู่ คือร้อยละ 73.3 และร้อยละ 66.7 ส่วนสถานภาพสมรสโสด หม้าย/หย่า/แยก กลุ่มทดลองมีร้อยละ 6.7 และร้อยละ 20 ส่วนกลุ่มเปรียบเทียบร้อยละ 10 และร้อยละ 23 ซึ่งกลุ่มเปรียบเทียบมีจำนวน สถานภาพสมรส โสด และหม้าย/หย่า/แยกมากกว่าทดลอง จากการศึกษาพบว่าผู้สูงอายุที่มีสถานภาพสมรสคู่หรือมีสมาชิกในครอบครัวมากกว่าหนึ่งคน มีแนวโน้มดูแลสุขภาพดีกว่าผู้ที่อาศัยอยู่เดียว

การประกอบอาชีพ ในกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ พบว่ากลุ่มทดลองไม่ได้ประกอบอาชีพมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ คือร้อยละ 63.3 ต่อร้อยละ 26.7 ในขณะที่กลุ่มเปรียบเทียบมีอาชีพรับจ้างมากที่สุด คือร้อยละ 40 เนื่องจากภาวะการเปลี่ยนแปลงทั้งทางด้านร่างกายและรายได้ แสดงให้เห็นว่า ผู้ที่ได้รับการพักผ่อนและไม่ต้องรับผิดชอบงานหรือภาระการเลี้ยงชีพทำให้สามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดูแลสุขภาพได้ดีกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ ในด้านรายได้ทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบมีรายได้อยู่ในกลุ่ม 10,000 - 20,000 บาท กลุ่มทดลองร้อยละ 20 กลุ่มเปรียบเทียบร้อยละ 40 ในขณะที่รายได้มากกว่า 20,000 บาทกลุ่มทดลองร้อยละ 36.66 สูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ อย่างชัดเจนแสดงให้เห็นว่า ผู้ที่มีรายได้มั่นคง

ทางด้านเศรษฐกิจ การเงิน มีความสามารถในการดูแลพฤติกรรมสุขภาพได้ดีกว่าผู้ที่มีรายได้น้อย เนื่องจากไม่ต้องเครียด หรือมีภาระด้านการเลี้ยงชีพ ทางด้านประวัติการเจ็บป่วยของบุคคลในครอบครัวและ โรคประจำตัว เช่น โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน ทั้งกลุ่มเปรียบเทียบและกลุ่มทดลองมีค่าคะแนนใกล้เคียงกันไม่มีผลความแตกต่างที่มีนัยสำคัญ

ประวัติการดื่มแอลกอฮอล์ และประวัติสูบบุหรี่ พบว่า กลุ่มเปรียบเทียบมีประวัติเคยดื่มแอลกอฮอล์ เคยสูบบุหรี่แต่เลิกแล้ว มีมากกว่ากลุ่มทดลอง คือร้อยละ 26.7 และร้อยละ 20 แสดงให้เห็นว่าการเคยมีพฤติกรรมดื่มแอลกอฮอล์และสูบบุหรี่ทำให้มีผลต่อปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองของประชากรกลุ่มเสียงได้ค่าดัชนีมวลกายสูงกว่า 30 พบว่ากลุ่มทดลองมีร้อยละ 16.7 ขณะที่กลุ่มเปรียบเทียบมีร้อยละ 46.7 แสดงให้เห็นว่าดัชนีมวลกายสูงมีผลต่อความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองเนื่องจากพฤติกรรมการกินอาหารและการออกกำลังกาย

ส่วนที่ 2 การอภิปรายผลการวิจัย

สมมุติฐานข้อที่ 1 การเปรียบเทียบภายในกลุ่มทดลอง ภายหลังการทดลองในกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยของคะแนนการรับรู้ความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง , การรับรู้ความคาดหวังในผลลัพธ์ของการปฏิบัติพฤติกรรมเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง , การปฏิบัติพฤติกรรมเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง และค่าน้ำตาลในเลือดหลังงดอาหาร 8 ชั่วโมง (FBS) ดีขึ้นกว่าก่อนทำการทดลอง

สมมุติฐานข้อที่ 2 การเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มทดลองกลุ่มเปรียบเทียบ ภายหลังการทดลองกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยของคะแนนการรับรู้ความเสี่ยงของการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง , การรับรู้ความคาดหวังในผลลัพธ์ของการปฏิบัติพฤติกรรมเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง และข้าวน้ำตาลในเลือดหลังงดอาหาร 8 ชั่วโมง (FBS) ดีขึ้นกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ

1. การรับรู้ความเสี่ยงของการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง ภายในกลุ่มทดลองมีดังนี้ การรับรู้ความเสี่ยงของการเกิดโรคก่อนการทดลองมีค่าเฉลี่ยร้อยละ 24.132 หลังทดลองมีค่าเฉลี่ยร้อยละ 26.0 ภายในกลุ่มเปรียบเทียบก่อนทดลองมีค่าเฉลี่ยร้อยละ 25.5 หลังทดลองมีค่าเฉลี่ยร้อยละ 24.67 จากผลการวิจัยพบว่ากลุ่มทดลอง ภายหลังจากโปรแกรมการประยุกต์ใช้ทฤษฎีแรงจูงใจในการป้องกันโรคต่อการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในกลุ่มเสี่ยงมีการเปลี่ยนแปลงค่าคะแนนดีขึ้นกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value 0.20) ซึ่งเป็นไปตามสมมุติฐานและดีกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

เมื่อพิจารณาผลการวิเคราะห์สามารถระบุถึงการเปลี่ยนแปลงการรับรู้ความ เสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองเปรียบเทียบกับกลุ่มทดลองพบว่ากลุ่มทดลองมีค่าคะแนนเฉลี่ย ของการรับรู้โอกาสเสียง = 24.13 (S.D. = 3.17) มีค่าคะแนนเฉลี่ย = 25.5 (S.D. = 2.838) เมื่อนำไป เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยดังกล่าว ทางสถิติระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่ม เปรียบเทียบพบว่ามีความแตกต่างกัน (p-value 0.20) หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยสูงกว่า กลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value 0.001) ผลการเปลี่ยนแปลงดังกล่าวที่เกิดขึ้น เนื่องจากการจัดกิจกรรมการให้ความรู้ที่เน้นให้เห็นถึงโอกาสเสี่ยงในการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง โดยการทบทวนพฤติกรรมต่างๆที่จะทำให้เกิดอันตรายร้ายแรงจากโรค เช่น การไม่จำกัดอาหารหวาน เค็ม มัน ,ความเครียด ,ไม่ออกกำลังกาย, สูบบุหรี่หรือดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ โดยการสื่อสารให้เห็นถึงภาวะคุกคามต่อสุขภาพซึ่งจะทำให้บุคคลเชื่อว่าตนเองกำลังตกอยู่ในสภาวะเสี่ยงต่อการเกิดโรค เมื่อบุคคลมีการรับรู้ความเสี่ยงต่อการเกิดโรคสูงขึ้นจะมีผลต่อความตั้งใจของบุคคลในการปฏิบัติตนเพื่อลดพฤติกรรมเสียงนั้น จากแนวคิดดังกล่าวนี้ผู้วิจัยได้จัดทำโปรแกรมที่เน้นให้กลุ่มทดลองเพิ่มการรับรู้โอกาสเสี่ยง โดยให้ดูวีดีทัศน์ เรื่อง"รู้ทันโรคหลอดเลือดสมอง" เพื่อป้องกันอัมพฤกษ์อัมพาตของคณะแพทย์ศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดีมหาวิทยาลัยมหิดล และการบรรยายโรคหลอดเลือดสมอง อาการเตือน และผลกระทบจากการเกิดโรคหลอดเลือดสมองแล้วอภิปรายให้กลุ่มทดลอง นึกทบทวนถึงพฤติกรรมที่มีโอกาสเสี่ยงเกิดโรคหลอดเลือดสมอง การวิเคราะห์และประเมินค่าน้ำตาลในเลือด ค่าความดันโลหิต และให้กลุ่มทดลองร่วมกันพิจารณาว่า

ตนเองมีเกณฑ์ความเสี่ยงหรือไม่ โดยให้ข้อมูลย้อนกลับแก่ผู้ทำการวิจัย สามารถทำให้กลุ่มทดลองมีการรับรู้โอกาสเสี่ยงของตนเอง เป็นแรงเสริมที่ดีที่ทำให้กลุ่มทดลองเกิดความกระตือรือร้นที่จะพัฒนาตนเองดีกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ

2. การรับรู้ความคาดหวังในผลลัพธ์ของการปฏิบัติพฤติกรรมเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมองและการรับรู้ความสามารถของตนเองในการปฏิบัติพฤติกรรมเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ไม่เป็นไปตามสมมุติฐานที่ตั้งไว้ อาจมีสาเหตุมาจากอยู่ในช่วงสถานการณ์การระบาดของโรคโควิด -19 ทำให้ผู้เข้าร่วมกิจกรรมมีความกังวลในการรวมกลุ่ม ทำให้ผู้วิจัยต้องลดระยะเวลาในการทำกลุ่มสั้นลง ทำให้เนื้อหาไม่ครอบคลุมพอที่จะไปกระตุ้นให้การรับรู้ความรุนแรงและการรับรู้ความสามารถของตนเองในการปฏิบัติพฤติกรรมเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมองได้เพิ่มขึ้น

3. การปฏิบัติพฤติกรรมเพื่อป้องกันโรคเลือดสมอง ภายในกลุ่มทดลองมีพฤติกรรมเพื่อ ป้องกันโรคหลอดเลือดสมองหลังการทดลองดีขึ้นจากก่อนการทดลองจากร้อยละ 21.57 เป็นร้อยละ 23 (S.D. 3.238) ส่วนกลุ่มเปรียบเทียบมีค่าคะแนนเฉลี่ยหลังทดลองลดลงก่อนทำการทดลองจาก ร้อยละ 22.57 เป็นร้อยละ 21.27 (S.D. = 2.864) ค่าคะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติพฤติกรรมเพื่อป้องกัน โรคหลอดเลือดสมองจากกลุ่มทดลองดีขึ้นกว่ากลุ่มเปรียบเทียบหลังจากทำ การทดลองอย่างมี นัยสำคัญทางสถิติ (p-value 0.083)

จากผลการวิจัยนี้พบว่ากลุ่มทดลองภายหลังจัดโปรแกรมการประยุกต์ใช้ทฤษฎีแรงจูงใจในการป้องกันโรคต่อการป้องกันโรคเลือดสมองในกลุ่มเสี่ยง มีการเปลี่ยนแปลงค่าคะแนนพฤติกรรมการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมองดีขึ้นกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value 0.001) ซึ่งเป็นไปตามสมมุติฐานข้อที่3 และภายหลังการทดลองกลุ่มทดลองมีการเปลี่ยนแปลงถ้าคะแนนพฤติกรรมการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรคดีขึ้นเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value 0.001)

เมื่อพิจารณาผลการวิเคราะห์สามารถระบุการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของกลุ่มทดลองเพื่อป้องกันการเกิดโรคสูงขึ้นในทุกประเด็น คือ 1.การลดรับประทานอาหารหวาน เค็ม มัน 2. การออกกำลังกายสม่ำเสมอ 3. หลีกเลี่ยงอารมณ์เครียด ซึ่งแสดงให้เห็นว่าภายหลังเข้าร่วมกิจกรรมเกิดการเปลี่ยนแปลงการปฏิบัติพฤติกรรมของกลุ่มทดลอง เนื่องจากผู้วิจัยได้ประยุกต์ทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรคโดยการจัดกิจกรรมทำให้กลุ่มทดลองเกิดการรับรู้ที่ดีและถูกต้องในการเลือกรับประทานอาหาร การออกกำลังกายสม่ำเสมอ และการฝึกแกว่งแขนที่ถูกวิธี การผ่อนคลายความเครียด ถ้าปฏิบัติตามนั้นแล้วได้ประโยชน์อย่างไร ให้ดูตัวอย่างที่ดี (Role model) การแลกเปลี่ยนเรียนรู้จากผู้ที่ ประสบผลสำเร็จ การฝึกปฏิบัติจริงทำให้เกิดการรับรู้ความสามารถของตนเอง มีความมั่นใจในศักยภาพเชื่อมั่นว่าตนเองปฏิบัติตามได้ ซึ่งความสามารถของบุคคลเป็นตัวทำนายที่มีอำนาจสูงสุดต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของกลุ่มทดลอง ความคาดหวังในความสามารถของตนเองการกระตุ้นเตือน การยกย่องชมเชย และให้กำลังใจซึ่งกัน ทำให้กลุ่มทดลองเกิดการปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองดีขึ้นกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ 4. ค่าน้ำตาลในเลือดหลังอดอาหาร 8 ชั่วโมง (FBS) ภายในกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ย น้ำตาลในเลือดหลังอดอาหารดีขึ้นจาก 166.30 mg% เป็น 139.97 mg% (S.D. = 37) อย่างมีนัยสำคัญ ทางสถิติ (p-value 0.001) และมีค่าเฉลี่ยของน้ำตาลในเลือดดีขึ้นกว่ากลุ่มเปรียบเทียบคือ 173.37 เป็น 139.97 mg% จากการวิจัยพบว่าในกลุ่มทดลองหลังจากจัดทำโปรแกรมการประยุกต์ใช้ทฤษฎีแรงจูงใจในการป้องกันโรคต่อการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในกลุ่มเสี่ยงมีค่าเฉลี่ยของน้ำตาลในเลือดหลังอดอาหาร 8 ชั่วโมง (FBS) ดีขึ้นกว่าก่อนทำการทดลองและดีขึ้นกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ

เมื่อพิจารณาผลการวิเคราะห์ดังกล่าว สามารถระบุได้ถึงการเปลี่ยนแปลงค่าเฉลี่ยของน้ำตาลในเลือดหลังอดอาหาร8 ชั่วโมง (FBS) ดีขึ้นเนื่องจากกลุ่มทดลองได้เข้าร่วมกิจกรรม ได้รับความรู้เรื่องโรคหลอดเลือดสมอง มีปัจจัยเสี่ยงที่ก่อให้เกิดโรค การรับรู้ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมอง การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง การรับรู้

ความสามารถของตนเอง และรับรู้ ความคาดหวังในผลลัพธ์การปฏิบัติพฤติกรรมเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง การเลือกรับประทานอาหารที่ถูกต้องเหมาะสม การออกกำลังกายสม่ำเสมอ การใช้ตัวอย่างด้านบวกและการติดตามของผู้วิจัย ทำให้กลุ่มทดลองมีการเปลี่ยนแปลงทัศนคติแนวคิดพฤติกรรมสุขภาพที่ดีขึ้น ส่งผลให้ค่าเฉลี่ยของน้ำตาลในเลือดหลังอดอาหาร 8 ชั่วโมง (FBS) ดีขึ้นกว่าก่อนการทดลองและดีกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value 0.001)

ค่าความดันโลหิตไม่เป็นไปตามสมมุติฐานที่ตั้งไว้เนื่องจากการเปลี่ยนแปลงค่าของความดันโลหิตจะเปลี่ยนแปลงยากกว่าค่าระดับน้ำตาลในเลือดเนื่องจากปัจจัยหลายอย่างได้แก่พฤติกรรมการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การสูบบุหรี่ ความเครียด ส่วนค่าระดับน้ำตาลเปลี่ยนแปลงตามพฤติกรรมการรับประทานอาหารเป็นหลัก จึงเปลี่ยนแปลงง่ายกว่าและในการวิจัยของกลุ่มครั้งนี้วัดจากค่า FBS เป็นหลัก

ข้อจำกัดในงานวิจัย

1. เนื่องจากสถานการณ์โรค Covid19 ทำให้ผู้เข้าร่วมกิจกรรมมีความกังวลในการรวมกลุ่ม จึงส่งผลให้การศึกษาครั้งนี้ใช้ระยะเวลาเพียง 4 สัปดาห์

2. ระยะเวลาในการเข้าร่วมกิจกรรมแต่ละครั้ง สั้นลงกว่าที่วางแผนไว้อาจส่งผลต่อการรับรู้

3. ช่วงเข้าร่วมกิจกรรมผู้เข้าร่วมอาจมีความวิตกกังวลจากสถานการณ์ Covid19 อาจทำให้ผู้เข้าร่วมการวิจัยมีการรับรู้เรื่องโรคหลอดเลือดสมองลดลง

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

สามารถนำโปรแกรมการประยุกต์ใช้ทฤษฎีแรงจูงใจในการป้องกันโรค ต่อการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในกลุ่มเสี่ยงไปใช้ในศูนย์บริการสาธารณสุข กรุงเทพมหานคร โดยการจัดให้กลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมอง เพื่อป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง โดยการส่งเสริมความตระหนักในภาวะคุกคามต่อสุขภาพ ประกอบด้วย การรับรู้ความรุนแรงและการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง การให้ความรู้เรื่องโรคหลอดเลือดสมอง ปัจจัยเสี่ยง อาการเตือน ภาวะแทรกซ้อน ผลกระทบ และการใช้ตัวแบบด้านลบ การส่งเสริมความสามารถในการเผชิญปัญหา ประกอบด้วย การรับรู้ความสามารถของตนเองและการรับรู้ความคาดหวังในผลลัพธ์ของ การปฏิบัติพฤติกรรมเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ด้วยการบรรยาย การสาธิต และฝึกปฏิบัติ ในการเลือกรับประทานอาหารที่เหมาะสม การออกกำลังกาย การผ่อนคลายความเครียด การใช้ตัวแบบด้านบวก ซึ่งการดำเนินการดังกล่าวควรมีการปรับให้สอดคล้องตามสภาพปัญหาของแต่ละพื้นที่

ข้อเสนอแนะของงานวิจัยในครั้งต่อไป

1. ควรให้ความสำคัญในเรื่องของระยะเวลาในการจัดกิจกรรมและเนื้อหาเพื่อส่งเสริมให้ผู้ร่วมกิจกรรมมีเวลาในการศึกษาเนื้อหามากขึ้นทำให้เกิดความตระหนักมีแรงจูงใจในการปฏิบัติตามโปรแกรมให้ประสบผลสำเร็จ

2. ในการประเมินค่าน้ำตาลในเลือดครั้งต่อไปควรวัดจากค่า HbA1C เพื่อให้เกิดความถูกต้องและแม่นยำมากขึ้นเนื่องจากค่า HbA1C เป็นการวัดค่าน้ำตาลสะสมในเลือด

3. ในการวิจัยครั้งนี้ใช้กลุ่มตัวอย่างคือกลุ่มเฝ้าระวังและมีความเสี่ยงสูงในการวิจัยครั้งต่อไปน่าจะมีการพัฒนาโปรแกรมเฉพาะสำหรับกลุ่มที่มีความเสี่ยงสูง

4. ในการวิจัยครั้งนี้ใช้เฉพาะกลุ่มตัวอย่างที่เจาะจงเท่านั้นครั้งต่อไปควรมีการพัฒนาโปรแกรมเพื่อให้ครอบครัวมีส่วนร่วมด้วย

บรรณานุกรม

กระทรวงสาธารณสุข. (2559). ยุทธศาสตร์กระทรวงสาธารณสุข ปีงบประมาณ พ.ศ. 2559 ค้นเมื่อ 27 มีนาคม 2559, จาก http://bps.moph.go.th/new_bps/node/6

กิ่งแก้ว ปาจรีย์. (2547). การฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง. กรุงเทพฯ: ห้างหุ้นส่วนจำกัด เอ็น. ที. เพรส.

ขจรพรรณ คงวิวัฒน์, วาริณี เอี่ยมสวัสดิกุล, มุกดา หนุ่ยศรี. ผลของโปรแกรมพัฒนาพฤติกรรม ป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงจังหวัดกาญจนบุรี Effects of Preventive Behavior Developing Program for Patients with Cerebrovascular Disease Risk at Kanchanaburi Province. Journal of Nursing and Health Care. 2017 Oct 18; 35(3): 129-37.

ขจรพรรณ คงวิวัฒน์,วาริณี เอี่ยมสวัสดิกุลและมุกดา หนุ่ยศรี.(2560).ผลของโปรแกรมพัฒนาพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยง จังหวัดกาญจนบุรี. ขอนแก่น: วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ.

จันทร์จิรา สีสว่าง. (2559). การพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง: กลยุทธ์สู่การดูแลแบบผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง หน้า 10 – 18.

ชื่นชม สมพล , ทัศนีย์ รวิวรกุล และพัชราพร เกิดมงคล. (2560). ผลของโปรแกรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองสำหรับผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง.วารสารพยาบาลสาธารณสุข, 57-73.

นวลนิตย์ ไชยเพชร .(2560). ประสิทธิผลของโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพต่อพฤติกรรมของกลุ่มเสี่ยงโรคไม่ติดต่อเรื้อรังชุมชนไผ่หวาย ตำบลบางกุ้ง อำเภอเมือง จังหวัดสุราษฎร์ธานี.วารสารเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและการสาธารณสุขภาคใต้ปีที่ 4 ฉบับที่ 2 พ.ค. - ส.ค.60.

นิลศีรี ชาญณรงค์ .(2552). การดูแลรักษาภาวะสมองขาดเลือดในระยะเฉียบพลัน. (พิมพ์ครั้งที่ 3) กรุงเทพ : โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

บรรณฑวรรณ หิรัญเครา, สุพัตรา อังศุโชจน์กุล, พรพชร กิตติเพ็ญกุล และลัดดา ลาภศิริอนันต์กุล. (2554). คู่มือการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองสำหรับญาติที่ดูแลผู้ป่วยที่บ้าน. กรุงเทพฯ: สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ.

ปิยนุช ภิญโย กิตติภูมิ ภิญโย เพชรไสว ลิ้มตระกูล สมศักดิ์ เทียมเก่า จิราพร วรวงศ์ วิฑูรย์ เชื้อสวน วชิรศักดิ์ อภิพัฒฐ์กานต์ ภาวิณี พรหมบุตร กาญจนา ปัญญาธร และ วนิดา ศรีพรหมษา. (2558). การพัฒนาการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนในบริบทภาคตะวันออกเฉียงเหนือ.วารสารพยาบาลสงขลานครินทร์.35(2).หน้า93-112.

พนิตนันท์ วงศ์สุวรรณ. (2557).โปรแกรมส่งเสริมการป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูงในกลุ่มผู้สูงอายุเขตกรุงเทพมหานคร. กรุงเทพมหานคร: วารสารพยาบาลสาธารณสุข.

พรภัทร ธรรมสโชช.(2555).โรคสมองตีบและอุดตัน.กรุงเทพมหานคร: จรัญสนิทวงศ์การพิมพ์.

เพ็ญแข แดงสุวรรณ.(2550). stroke ฆาตกรเงียบ (พิมพ์ครั้งที่ 2). กรุงเทพมหานคร: ก.พล (1999).

พิมพ์ชนก พุฒขาว และสุชาติ หาญไชยพิบูลย์กุล. (2558). การควบคุมคุณภาพข้อมูลการวิจัย: โครงการศึกษาระบาดวิทยาโรคหลอดเลือดสมองในประเทศไทย. วารสารสมาคมโรคหลอดเลือดสมองไทย, 102-110.

ปิยนุช ภิญโย กิตติภูมิ ภิญโย เพชรไสว ลิ้มตระกูล สมศักดิ์ เทียมเก่า จิราพร วรวงศ์ วิฑูรย์ เชื้อสวน วชิรศักดิ์ อภิพัฒฐ์กานต์ ภาวิณี พรหมบุตร กาญจนา ปัญญาธร และ วนิดา ศรีพรหมษา.(2558). การพัฒนาการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนในบริบทภาคตะวันออกเฉียงเหนือ.วารสารพยาบาลสงขลานครินทร์. 35(2).หน้า 93 - 112.

ยุพา จิ๋วพัฒนกุล.(2555).การเสริมสร้างสมรรถนะแห่งตนในการออกกำลังกายของผู้สูง อายุโรคความดันโลหิตสูง: บทบาทสมาชิกในครอบครัว. วารสารพยาบาลศาสตร์:30(1): 81-90.

รังสรรค์ ภูรยานนทชัย. (2549). การให้โภชนาบำบัดในผู้ป่วยวิกฤต. พิมพ์ครั้งที่ 4. สงขลา:สงขลานครินทร์เวชสาร, 333-345.

วรารัตน์ ทิพย์รัตน์ โสภิต สุรรณเวลา และวราณี สัมฤทธิ์.(2560). ผลของโปรแกรมการสร้างความตระหนักรู้ต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงในเขต อ.เมือง จ.ตรัง.วารสารเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและการสาธารณสุขภาคใต้. 4(2). หน้า94-107.

วิชัย เอกพลากร. (บก.). (2557) รายงานการสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 5 พ.ศ. 2557. นนทบุรี: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข.

วิไลวรรณ ทองเจริญ. (2554).ศาสตร์และศิลป์การพยาบาลผู้สูงอายุ.กรุงเทพฯ: พิมพ์ลักษณ์.

วีรศักดิ์ เมืองไพศาล.(2554).การดูแลผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อม: จากการป้องกันถึงการดูแลผู้ป่วยในระยะสุดท้าย: การป้องกันภาวะสมองเสื่อม.กรุงเทพฯ: ห้างหุ้นส่วนจำกัดภาพพิมพ์.

วิยะการ แสงหัวช้าง.(2556). ผลของการให้ความรู้โดยใช้กระบวนการกลุ่ม และการติดตามทางโทรศัพท์ ต่อความรู้และพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุเจ็บป่วยเรื้อรัง.วารสารศูนย์การศึกษาแพทยศาสตร์คลินิก โรงพยาบาลพระปกเกล้า. 30(4).หน้า260-273.

ศร วิทย์ เจียร นัย ศิลป์.(2015). TIA-Transient ischemic attack. Journal of Thai Stroke Society, 14(3), 153-165.

สถาบันประสาทวิทยา.(2553).การดูแลรักษาผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในระยะเฉียบพลัน. กรุงเทพมหานคร : จิชัคเซลพริ้นติ้ง.

สถาบันประสาทวิทยา. (2554). การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้านสำหรับบุคลากรสาธารณสุข. กรุงเทพมหานคร.

สถาบันประสาทวิทยาสถาบันประสาทวิทยา. (2558) เอกสารแนวทางการรักษาการบาดเจ็บกระดูกสันหลังส่วนคอ *ปี 2558*. (National Stroke Association, 2008) เกณฑ์ประเมินและรับรอง ศูนย์โรคหลอดเลือดสมองมาตรฐาน.

สถาบันประสาทวิทยา.(2562). แนวทางการรักษาโรคสมองตีบหรืออุดตันสำหรับแพทย์. (พิมพ์ ครั้งที่ 1).กรุงเทพฯ: บริษัทธนาเพลสจำกัด.

สุทัสสา ทิจะยัง. (2557). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคในผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมอง. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตร์มหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน. บัณฑิตวิทยาลัย,มหาวิทยาลัยคริสเตียน.

American Stroke Association ,2013. Latest news about stroke Retrieved

Cohen J. Statistical power analysis for the behavioral science. 2nd ed. Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates; 1988.

Dunn, Steven Prenticeand Ronald W.Roger. (1986). Protection Motivation Theory and Preventive Health : Beyond the Health Belife Model. In Health Education Research Theory and Pratice. pp. 153-160.

Feigin VL, Krishnamurthi RV, Parmar P, Norrving B, Mensah GA, Bennett DA, et al. GBD 2013 Stroke Panel Experts Group Update on the Global Burden of Ischemic and Hemorrhagic Stroke in 1990-2013: the GBD 2013 study. Neuroepidemiology 2015;45(3):161-76.

Green, L.W., Krueter , M.W. (2005). Health Promotion Planning An Education and

Murray CJ, Lopez AD. (1977). Alternative projections of mortality and disability by cause 1990-2020: Global Burden of Disease Study. The Lancet Journal 1977;349(9064):1498-504. 4.

National Stroke Association. (2007). Latest new about stroke. [Electronic version] . Retrieved April 20, 2011 from http://www.stroke.org.

National Stroke Association.(2007). Latest new about stroke. [Electronic version]. [Internet]. 2007 [cited 2020 Feb 27]. Available from: http://www.stroke.org.

ผลของโปรแกรมการพัฒนาคุณภาพการดูแลและการเผชิญความเครียดของผู้ดูแล ผู้ป่วยติดบ้าน ติดเตียง ในกรุงเทพมหานคร

พยาบาลวิชาชีพกลุ่มอนามัยชุมชน 1*

ที่มาและความสำคัญของปัญหา

ปัจจุบันโครงสร้างอายุของประชากรโลกและของประเทศต่าง ๆ กำลังเปลี่ยนไปในทิศทางที่มีอายุสูงขึ้น สืบเนื่องมาจากอัตราเกิดของประชากรทั่วโลกได้ลดลง ในขณะที่ผู้คนมีอายุยืนยาวขึ้น ในปี พ.ศ. 2558 ประชากรโลก มี 7,349 ล้านคนในจำนวนนี้เป็นประชากร อายุ 60 ปีขึ้นไป ประมาณ 901 ล้านคน หรือคิดเป็นร้อยละ 12 ของประชากรทั้งหมด นับได้ว่าประชากรรวม ทั้งโลกได้เข้าเกณฑ์ที่เรียกได้ว่าเป็น "สังคมสูงอายุ" ซึ่งสังคมผู้สูงอายุเป็นปรากฏการณ์ที่บ่งบอกถึงภาวะพึ่งพาที่เพิ่มสูงขึ้นจากความเสื่อมของร่างกาย ทำให้ความสามารถในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุลดลง และมีการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังที่ต้องการการดูแลระยะยาว ส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ผู้ดูแล และครอบครัว ส่งผลกระทบต่อภาระค่าใช้จ่ายของประเทศชาติโดยรวม สถานการณ์ปัญหาพบว่าผู้สูงอายุไทย ร้อยละ 69.3 เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง มีปัญหาเศรษฐกิจและเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมน้อย เนื่องจากปัญหาสุขภาพและความชรา ครอบครัวขาดความพร้อมในการดูแล ทั้งด้านตัวผู้ดูแล การเงินและวัสดุอุปกรณ์ ร้อยละ10 ของผู้ดูแล เป็นผู้สูงอายุที่ดูแลกันเองและรับบทบาทหลายด้าน ทั้งภรรยา แม่บ้าน การทำงาน ดูแลบุตร และดูแลบิดามารดาไปพร้อมกัน ทำให้มีปัญหาในการดูแล ด้านการขาดความรู้ ปัญหาสุขภาพกายสุขภาพจิตและเศรษฐกิจ (กระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์, 2560) จากการประเมินความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวัน พบว่าประเทศไทยมีผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคม จำนวน 875,387 คน คิดเป็นร้อยละ 92.31 กลุ่มติดบ้านจำนวน 20,445 คน คิดเป็นร้อยละ 2.16 กลุ่มติดเตียงจำนวน 4,882 คน คิดเป็นร้อยละ 0.51 (แผนการตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2561, 2561)

การเจ็บป่วยเรื้อรังเป็นปัญหาสุขภาพที่สำคัญในประเทศไทยพบว่ามีอุบัติการณ์การเจ็บป่วยเพิ่มสูงขึ้นเรื่อย ๆ ทุกปี (สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัด กระทรวงสาธารณสุข, 2557) ซึ่งการเจ็บป่วยเรื้อรังนั้น เมื่อเกิดขึ้นกับบุคคลใดแล้ว ย่อมก่อให้เกิดผลกระทบต่อบุคคลนั้นรวมถึงครอบครัวและสังคมเป็นอย่างมาก โดยเฉพาะถ้าการเจ็บป่วยนั้นทำให้เกิดความพิการร่วมด้วย จนทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้และไม่สามารถดำเนินชีวิตได้เช่นเดิม โดยครอบครัวจะต้องรับภาระในการดูแลผู้ป่วย การดำเนินชีวิตของสมาชิกในครอบครัวเปลี่ยนแปลง (กิ่งแก้ว ปาจรีย์, 2550)

การเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยและผู้ดูแลเป็นอย่างมาก โดยเฉพาะในกลุ่มผู้ป่วยติดเตียงที่บ้าน ซึ่งมีข้อจำกัดในการทำกิจกรรมไม่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้ มีข้อจำกัดในการดูแลสุขภาพ และมีการพึ่งพาผู้ดูแลในระดับสูง การดูแลผู้ป่วยติดเตียงที่บ้านจึงเป็นภาระงานที่หนักและซับซ้อนของผู้ดูแล รวมทั้งสมาชิกในครอบครัว ผู้ดูแลบางคนยังไม่มีความพร้อมในการดูแลผู้ป่วย อาจเนื่องมาจากการเป็นผู้ดูแลผู้ป่วยที่เกิดขึ้นแบบกะทันหัน หลังการเจ็บป่วยของสมาชิกในครอบครัว ผู้ดูแลบางคนไม่ได้มีความรู้ความสามารถเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยโดยตรง ไม่เคยมีประสบการณ์ ในการดูแลผู้ป่วย รวมทั้งยังมีภาระในด้านอื่น ๆ เช่น ภาระเรื่องงาน ค่าใช้จ่ายที่เพิ่มขึ้น และผู้ดูแลผู้ป่วยบางคนมีครอบครัวของตนเองที่ต้องดูแล นอกจากนี้การที่ผู้ดูแลผู้ป่วยมีภาระในการดูแลที่ยาวนาน อาจต้องมีการปรับตัว เปลี่ยนแปลง ในบทบาทหน้าที่ของตนเอง อาจเกิดความไม่สะดวกในการดำเนินชีวิต เนื่องจากผู้ดูแลจะต้องทำหน้าที่ทดแทนผู้ป่วยทุกอย่างในการดูแลกิจวัตรประจำวัน และบางครั้งยังพบว่าผู้ป่วยติดเตียงบางรายจำเป็นต้องกลับมาดูแลต่อที่บ้านในสภาพที่ต้องใช้เครื่องช่วยหายใจ หรือหายใจผ่านท่อทางเดินหายใจ ให้อาหารทางสายยาง ควบคุมการขับถ่ายไม่ได้ หรืออาจต้องใส่สายสวนปัสสาวะ การดูแลผู้ป่วยจึงเป็นหน้าที่รับผิดชอบที่สำคัญอย่างยิ่งของครอบครัว โดยเฉพาะในรายที่มีสมาชิกในครอบครัวรับผิดชอบเป็นผู้ดูแลหลักเพียงคนเดียว ซึ่งการขาดความรู้และทักษะในการดูแล ตลอดจนการดูแลผู้ป่วยติดเตียงต่อเนื่องเป็นระยะเวลานาน ส่งผลให้ผู้ดูแลเกิดความกลัว ความเครียด ความวิตกกังวล ความไม่มั่นใจ สับสน ไม่กล้าตัดสินใจ ซึ่งจะส่งผลกระทบต่อการดูแลผู้ป่วยตามมา

พยาบาลวิชาชีพกลุ่มอนามัยชุมชน 1* พยาบาลวิชาชีพ สำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร

การดูแลผู้ป่วยติดเตียงที่บ้านทำให้ผู้ดูแลพักผ่อนไม่เพียงพอ มีความรู้สึกอ้างว้างโดดเดี่ยว เนื่องจากถูกจำกัดทางสังคม มีโอกาสออกไปสู่สังคมภายนอกหรือมีการติดต่อสร้างสัมพันธภาพกับผู้อื่นลดลง ซึ่งปัญหาต่าง ๆ ดังกล่าวส่งผลกระทบต่อแบบแผนการดำเนินชีวิตของผู้ดูแลในด้านการบริหารเวลา การมีเวลาเป็นอิสระส่วนตัว นอกจากปัญหาด้านร่างกายดังกล่าว ผู้ดูแลมักเกิดปัญหาด้านจิตใจและอารมณ์ร่วมด้วย ความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียงที่บ้าน เป็นภาวะที่ผู้ดูแลต้องเผชิญกับความเครียดจากเหตุการณ์ที่มีสมาชิกในครอบครัวเจ็บป่วยแล้วไม่สามารถแก้ไขความเครียดนั้นด้วยวิธีต่าง ๆ ได้ ทำให้เกิดความรู้สึกตึงเครียด กดดัน ยุ่งยากใจ สิ้นหวัง และไม่สามารถปฏิบัติภารกิจได้เช่นปกติ และอาจเกิดการเจ็บป่วยทางจิตตามมาได้ (Aguilera, 1998; Leske, 2003; McAdam et al., 2010; Pryzby, 2005) และเมื่อผู้ดูแลมีปัญหาดังกล่าว อาจส่งผลทำให้คุณภาพการดูแลและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยไม่ดีด้วย

ปัญหาความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียงที่บ้านจึงมีความสำคัญและจำเป็นต้องได้รับการช่วยเหลือในการจัดการความเครียดที่เกิดขึ้น การศึกษานี้ประยุกต์ใช้แนวคิดการเผชิญความเครียดของแนวคิดทฤษฎีความเครียดของลาซารัสและโฟล์คแมน (Lazarus &Folkman, 1984) การเผชิญความเครียดแบ่งออกเป็น 2 ด้าน ได้แก่ 1) ด้านการเผชิญหน้ากับปัญหา 2) ด้านการจัดการกับอารมณ์ ญาติผู้ดูแลเมื่อเกิดความเครียด ก็จะพยายามใช้พลังงานและแหล่งประโยชน์ที่มีอยู่เพื่อจัดการกับความเครียด โดยใช้การเผชิญความเครียดในรูปแบบและวิธีการที่แตกต่างกัน เพื่อสร้างเสริมการเผชิญความเครียด ลดความเครียดของผู้ดูแล และส่งเสริมให้ผู้ดูแลสามารถพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วยติดบ้านติดเตียงได้อย่างมีประสิทธิภาพ ตามบทบาทของพยาบาลอนามัยชุมชนที่มีภารกิจหลักในการดูแลสุขภาพของประชาชนแบบองค์รวม มีส่วนสำคัญที่จะช่วยให้ผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียงในพื้นที่กรุงเทพมหานคร เผชิญกับความเครียดได้อย่างเหมาะสม และส่งผลทำให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีคุณภาพชีวิตที่ดี

วัตถุประสงค์ทั่วไป

เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการพัฒนาคุณภาพการดูแลและการเผชิญความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยติดบ้าน ติดเตียง ในกรุงเทพมหานคร

วัตถุประสงค์เฉพาะ

1. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ย ระความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยติดบ้าน ติดเตียง ก่อนการทดลอง หลังการทดลอง
2. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการเผชิญความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยติดบ้าน ติดเตียง ก่อนการทดลอง หลังการทดลอง
3. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ย คุณภาพการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยติดบ้าน ติดเตียง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ

สมมุติฐานการวิจัย

1. ภายหลังการได้รับโปรแกรม คะแนนเฉลี่ยความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยติดบ้านติดเตียงในกลุ่มทดลองลดลง
2. ภายหลังการได้รับโปรแกรมผู้ดูแลผู้ป่วยติดบ้านติดเตียงกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความเครียดลดลงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ
3. ภายหลังการได้รับโปรแกรม ระดับความความสามารถในคะแนนเฉลี่ยการเผชิญความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียงในกลุ่มทดลองเพิ่มขึ้น
4. ภายหลังการได้รับโปรแกรม กลุ่มทดลองคะแนนเฉลี่ยมีความสามารถในการเผชิญความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยติดบ้านติดเตียงสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ
5. ภายหลังการได้รับโปรแกรมคะแนนเฉลี่ย คุณภาพการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยติดบ้านติดเตียงในกลุ่มทดลองเพิ่มขึ้น
6. ภายหลังการได้รับโปรแกรมผู้ดูแลผู้ป่วยติดบ้านติดเตียง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยคุณภาพการดูแลสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ

พยาบาลวิชาชีพกลุ่มอนามัยชุมชน 1* พยาบาลวิชาชีพ สำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร

ขอบเขตงานวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-Experimental Design) แบบ 2 กลุ่ม วัดผล 2 ครั้ง ก่อนและหลังการทดลอง เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการจัดการความเครียดต่อความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียง ทำการเก็บข้อมูลระหว่าง เดือน มิถุนายน 2563 ถึงเดือน กรกฎาคม พ.ศ. 2563

ประชากร

การศึกษาครั้งนี้ใช้กลุ่มตัวอย่างผู้ดูแลผู้ป่วยติดบ้าน ติดเตียง ซึ่งเป็นญาติหรือบุคคลในครอบครัวของผู้ป่วยติดบ้านติดเตียงในพื้นที่กรุงเทพมหานคร ทั้งหมดจานวน 720 คน (กองการพยาบาลสาธารณสุข สำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร,2562)

กลุ่มตัวอย่าง

ผู้ดูแลผู้ป่วยติดบ้าน ติดเตียง ซึ่งเป็นญาติหรือบุคคลในครอบครัวของผู้ป่วยติดบ้าน ติดเตียงในพื้นที่กรุงเทพมหานคร จำนวน 60 คน ซึ่งได้รับการคัดเลือดตามเกณฑ์คุณสมบัติ จำนวน 60 คน แบ่งเป็นกลุ่มควบคุม จำนวน 30 คน และกลุ่มทดลอง จำนวน 30 คน ดังนี้

1. เป็นผู้ดูแลหลักของผู้ป่วยที่มีค่าคะแนนความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน (Activities of Diary Living: ADL) 0-11คะแนน
2. ให้การดูแลผู้ป่วยมากกว่า 8 ชั่วโมงต่อวัน อย่างน้อยเป็นเวลา 6 เดือน
3. มีอายุ 18 ปีขึ้นไป ทั้งเพศชายและเพศหญิง
4. สามารถสื่อสารโต้ตอบได้ด้วยภาษาไทย ไม่มีความผิดปกติทางการได้ยิน
5. มีโทรศัพท์ Smartphone และสามารถใช้งาน Application Line ได้
6. มีค่าคะแนนความเครียดอยู่ในระดับปานกลางถึงระดับรุนแรง
7. มีความยินดีในการเข้าร่วมโครงการวิจัย

ตัวแปรที่ศึกษา ประกอบด้วย

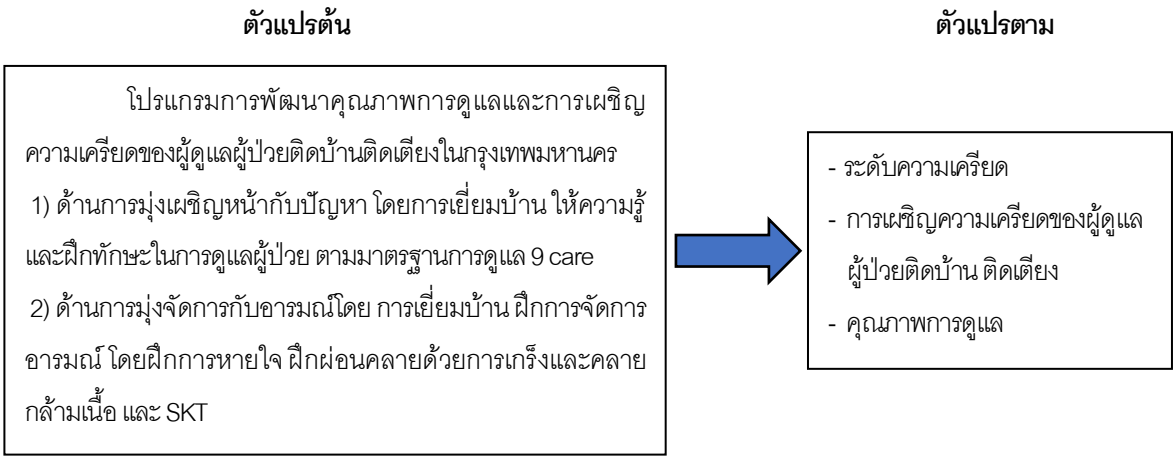
ตัวแปรต้น คือ คือ โปรแกรมการพัฒนาคุณภาพการดูแลและการเผชิญความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยติดบ้าน ติดเตียงในกรุงเทพมหานคร

ตัวแปรตาม คือ ความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยติดบ้านติดเตียง การเผชิญความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยติดบ้าน ติดเตียง คุณภาพการดูแลผู้ป่วยติดบ้านติดเตียง

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. ด้านการปฏิบัติการพยาบาล - โปรแกรมที่ได้จากการศึกษานี้สามารถนำไปใช้ประเมินความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยติดบ้าน ติดเตียง เพื่อคัดกรองผู้ที่มีปัญหาเรื่องความเครียดจากการดูแลผู้ป่วยร่วมด้วย
2. ด้านการบริหารการพยาบาล - เสนอผู้บริหารให้จัดทำคู่มือโปรแกรมการพัฒนาคุณภาพการดูแลและการเผชิญความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยติดบ้าน ติดเตียงให้ดูมีมาตรฐาน เหมาะสมแก่การใช้งาน
3. ด้านวิจัยทางการพยาบาล - การศึกษาครั้งต่อไปการควรมีการประเมิน ติดตาม วัดผลความเครียด การเผชิญความเครียด และคุณภาพการดูแล เป็นระยะเพื่อให้เกิดความยั่งยืน

กรอบแนวคิดการวิจัย



การเจ็บป่วยของสมาชิกในครอบครัว ส่งผลกระทบต่อญาติ โดยเฉพาะในผู้ป่วยติดบ้านติดเตียง โดยผลกระทบเกิดขึ้นกับญาติมีทั้งทางด้านร่างกาย จิตอารมณ์ สังคม และเศรษฐกิจ ซึ่งผลกระทบที่เกิดขึ้นจะส่งผลให้ผู้ดูแลผู้ป่วยติดบ้าน ติดเตียง ไม่สามารถให้การดูแลเละสนับสนุนผู้ป่วยได้ ผู้ดูแลผู้ป่วยติดบ้านติดเตียงจึงมีความต้องการการดูแลในด้านต่าง ๆ ได้แก่ ความต้องการลดความวิตกกังวล ต้องการข้อมูล ต้องการข้อมูลอันจำเป็นต่อการดูแลผู้ป่วย ต้องการกำลังใจและการระบายความรู้สึก เพื่อให้ตนเองสามารถคงบทบาทในการดูแลและสนับสนุนผู้ป่วยใหม่เกิดภาวะแทรกซ้อน และจากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมาพบว่า บุคคลที่สามารตอบสนองความต้องการผู้ดูแลผู้ป่วยติดบ้านติดเตียงได้มากที่สุดคือพยาบาล เพราะพยาบาลเป็นบุคคลที่ใกล้ชิดและตอบสนองความต้องการการดูแลทั้งผู้ป่วยและญาติ โดยปัจจัยของความเครียดมาจาก ด้านสภาพร่างกายผู้ดูแลผู้ป่วยติดบ้านติดเตียง ด้านสภาพจิตใจของผู้ดูแลผู้ป่วยติดบ้านติดเตียง ด้านสิ่งแวดล้อม และด้านเศรษฐกิจ ถ้าผู้ดูแลผู้ป่วยติดบ้านติดเตียงไม่ได้รับการช่วยเหลือในการจัดการความเครียดที่เกิดขึ้นนี้อาจะส่งผลให้ผู้ดูแลผู้ป่วยติดบ้านติดเตียงเกิดภาวะการเจ็บป่วยทั้งทางด้านสุภาพกายและทางสุขภาพจิตตามมา

วิธีดำเนินการศึกษา

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) วิธีดำเนินการวิจัยประกอบด้วย

1. **รูปแบบการวิจัย** การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-Experimental Research) แบบ 2 กลุ่ม แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง (Experimental group) และกลุ่มเปรียบเทียบ (Comparison group) โดยมีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการเผชิญความเครียดของผู้ดูแล ผู้ป่วยติดบ้านติดเตียงในพื้นที่กรุงเทพมหานคร รวมระยะเวลาในการดำเนินการศึกษาทั้งหมด 2 เดือน ตั้งแต่ 1 พฤษภาคม พ.ศ. 2563 ถึง 30มิถุนายน พ.ศ. 2563 โดยใช้เวลาในการดำเนินกิจกรรมและเก็บรวบรวมข้อมูล 2 เดือน

2. **ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง**

ประชากรในการวิจัย ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้ดูแลผู้ป่วยติดบ้านติดเตียงที่ขึ้นทะเบียนในโครงการการติดตามให้การพยาบาลที่บ้านของศูนย์บริการสาธารณสุข

กลุ่มตัวอย่าง หมายถึง ผู้ดูแลผู้ป่วยติดบ้านติดเตียงที่ขึ้นทะเบียนทั้งรายใหม่และรายเก่าในโครงการการติดตามให้การพยาบาลที่บ้านของศูนย์บริการสาธารณสุข ที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์คัดเข้าดังนี้

ขนาดตัวอย่าง ผู้วิจัยได้กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง ด้วยการคำนวณหาค่า Effect size จากงานวิจัยที่มีความใกล้เคียงกับการศึกษาวิจัยของดวงฤทัย ไพรบึง เรื่อง ผลของโปรแกรมส่งเสริมการเผชิญความเครียดในผู้สูงอายุโรคเบาหวาน โดยการนำค่าเฉลี่ยตัวแปรตามคือ ระดับความเครียด มาคำนวณ ใช้ค่า Effect size มีค่ามากกว่า

0.80 ประมาณค่าอิทธิพลขนาดใหญ่ เปิดตารางอำนาจการทดสอบ (Power analysis) ของโพลิทและเบค ที่ระดับความเชื่อมั่น .05 และอำนาจการวิเคราะห์ .80 ได้ขนาดตัวอย่างกลุ่มละ 25 คน เพื่อป้องกันการสูญหายของข้อมูล ผู้วิจัยเพิ่มจำนวนกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 20 ได้กลุ่มตัวอย่าง ทั้งหมดจำนวน 30 คน

วิธีการชักตัวอย่าง ในการวิจัยครั้งนี้ใช้วิธีการสุ่มตัวอย่าง ดังนี้

1. ผู้วิจัยคัดเลือกผู้ดูแลผู้ป่วยติดบ้านติดเตียงของศูนย์บริการสาธารณสุข เขตพื้นที่กรุงเทพ จำนวน 15 แห่ง

2. ผู้วิจัยตรวจสอบคุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่าง จากพยาบาลที่ดูแลกำกับประจำศูนย์บริการสาธารณสุข เขตพื้นที่กรุงเทพ มีคุณสมบัติตรงตามเกณฑ์ที่กำหนด

3. ผู้วิจัยทำการสุ่มตัวอย่าง ด้วยวิธีการสุ่มตัวอย่างแบบง่าย (Simple random sampling) โดยให้ศูนย์บริการสาธารณสุข เขตพื้นที่กรุงเทพจำนวน 15 แห่ง จับฉลากเข้ากลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม จนได้กลุ่มทดลอง 8 แห่งและกลุ่มควบคุม 7 แห่งซึ่งทั้ง 15 แห่ง สามารถเข้าร่วมการวิจัยตลอดระยะเวลาที่ทำการวิจัย

4. ผู้วิจัยประกาศรับอาสาสมัครที่มีคุณสมบัติตรงตามเกณฑ์ที่กำหนด ทำการสุ่มตัวอย่าง ด้วยวิธีการสุ่มตัวอย่างแบบง่าย (Simple random sampling) จำนวน 3-4 คน ต่อ 1ศูนย์บริการสาธารณสุข

2.1 เกณฑ์การคัดผู้เข้าร่วมการวิจัยเข้าร่วมโครงการ (Inclusion criteria)

1. มีอายุตั้งแต่ 18 ปี ขึ้นไป ทั้งเพศชายและเพศหญิง
2. เป็นผู้ดูแลหลักและให้การดูแลผู้ป่วยมาแล้ว 6 เดือนขึ้นไป
3. มีผู้ป่วยที่อยู่ในความดูแลที่มีคะแนนความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันตามดัชนีบาเทล Barthel Index (คะแนนเต็ม 20) ได้คะแนน 0-11 คะแนน
4. มีค่าคะแนนความเครียดอยู่ในระดับปานกลางถึงระดับรุนแรง โดยใช้แบบวัดความเครียดสวนปรุง (SPST -20) ที่มีระดับคะแนน ตั้งแต่ 24 คะแนน ขึ้นไป
5. สามารถสื่อสารด้วยภาษาไทย
6. มีโทรศัพท์และสามารถใช้สื่อสารผ่านแอพพลิเคชั่นไลน์ กับผู้วิจัยได้
7. มีความยินดีในการเข้าร่วมวิจัย

2.2 เกณฑ์การคัดผู้เข้าร่วมการวิจัยออกจากโครงการ (Exclusion criteria)

1.ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าป่วยด้วยโรคทางจิตเวช

2. เจ็บป่วยจนไม่สามารถเข้าร่วมการวิจัยได้

2.3 เกณฑ์การให้ผู้เข้าร่วมการวิจัยเลิกจากการศึกษา (Discontinuation criteria)

เข้าร่วมกิจกรรมไม่ครบตามกำหนดแต่ยังคงได้รับสิทธิที่เคยได้รับขั้นตอนการคัดเลือกประชากรและกลุ่มตัวอย่างในการศึกษา

สถานที่เก็บรวบรวมข้อมูล

3. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้แบ่งเป็นสองประเภท ได้แก่ เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล และเครื่องมือที่ใช้ในการทดลองผู้ตอบแบบสอบถามผู้ป่วยหรือญาติหรือผู้ดูแลที่บ้าน ดังรายละเอียดต่อไปนี้

เครื่องมือประเภทที่ 1: เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

เป็นแบบสอบถาม ซึ่งแบบสอบถามชุดนี้แบ่งออกเป็น 3 ตอน ได้แก่

ส่วนที่ 1 คำถามข้อมูลทั่วไป ประกอบด้วย เพศ อายุ โดยข้อคำถามเป็นลักษณะเลือกตอบ

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามความเครียดสวนปรุง (Suanprung Stress Test-20, SPST-20) วัดก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมการเผชิญความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียง ในสัปดาห์ที่ 6 แบบวัดความเครียดสวนปรุงเป็นแบบสอบถามที่โรงพยาบาลสวนปรุง จังหวัดเชียงใหม่ ได้มีการสร้างและพัฒนาขึ้นมาซึ่งมีทั้งหมด 3 ชุด คือ ชุด 102 ข้อ 20 ข้อ ซึ่งการศึกษา ในครั้งนี้ใช้ชุด 20 ข้อ เนื่องจากเป็นที่นิยมใช้กันอย่างแพร่หลาย และมีจำนวนข้อไม่มาก ไม่น้อยเกินไป ซึ่งผู้ตอบสามารถตอบได้ด้วยตนเอง ตามข้อความที่ตรงกับความรู้สึกหรือประสบการณ์จริงที่เกิดขึ้นกับผู้ตอบ วัตถุประสงค์เพื่อประเมินความเครียดของบุคคลว่าอยู่ในระดับใด มากน้อยแค่ไหน ก่อนจะนำไปสู่การแก้ไขที่เหมาะสม การให้คะแนนของแบบสอบถามความเครียดนี้เป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามเกี่ยวกับการเผชิญความเครียด วัดก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมการเผชิญความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียง ในสัปดาห์ที่ 6 ซึ่งการศึกษาในครั้งนี้ใช้ชุด 15 ข้อคะแนนเต็ม 80 คะแนน ประกอบด้วยข้อความเชิงบวก ได้แก่ ข้อ 1-4 ,6-8 และ 10-1 ข้อความเชิงลบได้แก่ ข้อ 5 และ ข้อ 9 การสร้างข้อคำถามใช้แบบวัดความคิดเห็น มีลักษณะคำตอบเป็นมาตรประมาณค่า (Rating Scale) 4 ระดับ โดยให้ผู้ตอบเลือกตอบที่ตรงกับความคิดเห็นของตนเองเพียง 1 คำตอบ

เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการศึกษา ประกอบด้วย

1. โปรแกรมการเผชิญความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียง แบ่งออกเป็น 6 ครั้ง ห่างกัน 1 สัปดาห์ รวมระยะเวลาในการทดลอง 2 เดือน มีรูปแบบการกิจกรรมการพยาบาลเพื่อการส่งเสริมการเผชิญความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียง โดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีการจัดการความเครียดของลาซารัส และโฟล์คแมน (Lazarus & Folkman,1984) ในกิจกรรมเสริมสร้างการรับรู้และการประเมินการรับรู้ต่อการเผชิญความเครียด การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมการเผชิญความเครียด ซึ่งมีวัตถุประสงค์และเนื้อหาความรู้ ดังรายละเอียดนี้

1.1 เพื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ย คุณภาพการดูแลและการเผชิญความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยติดบ้าน ติดเตียง ก่อนการทดลอง หลังการทดลอง

1.2 .เพื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ย คุณภาพการดูแลและการเผชิญความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยติดบ้าน ติดเตียง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบประกอบด้วย ความหมายของความเครียด ประเภทของความเครียด ระดับความเครียด สาเหตุของความเครียด ผลกระทบของความเครียด การจัดการกับความเครียด ความเครียดและการเผชิญความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียง แนวคิดและทฤษฎีเกี่ยวกับความเครียดและการเผชิญความเครียด โดยการชมวีดีทัศน์เรื่องโปรแกรมการเผชิญความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียง ของกระทรวงสาธารณสุข

2. คู่มือการเผชิญความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียง ผู้ศึกษาสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม เพื่อใช้เป็นแนวทางในการการเผชิญความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียง ให้กับกลุ่มตัวอย่าง มีรายละเอียดดังนี้ ข้อมูลส่วนตัว ชื่อ นามสกุล อายุผู้ดูแลผู้ป่วย มีความสามารถในการเผชิญปัญหาและฝ่าฟันอุปสรรคที่ดี ของผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียง ให้มีความสามารถในการเผชิญปัญหา และฝ่าฟันอุปสรรคมีจิตใจที่เข้มแข็ง ไม่ย่อท้อต่ออุปสรรคใด ๆ และยังทำให้รู้จักความคิดของตนเองเมื่ออยู่ในภาวะที่มีอุปสรรคสามารถเอาพลังที่มีอยู่ในตนเองออกมาใช้ในการเผชิญปัญหาและมีความมุ่งมั่นในการที่จะลดความวิตกกังวลลง และแบบบันทึกกิจกรรมที่เกิดขึ้น

ขั้นตอนการดำเนินการศึกษา

1. ขั้นเตรียมการ

1.1 ผู้ศึกษาได้ศึกษาค้นคว้าความรู้จากเอกสาร ข้อมูลทฤษฎี และงานวิจัยต่าง ๆ เพื่อเป็นแนวทางในการศึกษาปัญหาข้อมูลพื้นฐานของกลุ่มตัวอย่างในการสำรวจเบื้องต้น

1.2 ผู้ศึกษากำหนดโครงร่าง และขอบเขตของเนื้อหาที่จะศึกษาให้ชัดเจน ร่างโครงการรูปแบบโครงการเพื่อนำเสนอผลงานวิชาการกับผู้อำนวยการศูนย์บริการสาธารณสุข สำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร

1.3 สร้างแบบสอบถามให้ครอบคลุมประเด็นที่จะศึกษา

1.4 ผู้ศึกษานำหนังสือขออนุญาตดำเนินการจัดโครงการจากศูนย์บริการสาธารณสุข กรุงเทพมหานคร เพื่อแนะนำตัว ชี้แจงวัตถุประสงค์โครงการ ขั้นตอนการดำเนินการศึกษา รายละเอียดต่าง ๆ ตลอดจนขอความร่วมมือในการเก็บข้อมูล และขอความอนุเคราะห์สถานที่ในการดำเนินโครงการ

1.5 ขอความอนุเคราะห์ในการดำเนินการศึกษาและตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content Validity) ของแบบสอบถาม โดยผู้ศึกษานำโปรแกรมการการเผชิญความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียง และแบบสอบถามที่ผู้ศึกษาสร้างขึ้นให้ผู้ทรงคุณวุฒิที่มีผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 ท่าน ประกอบด้วย อาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านสูตินรีเวช 1 ท่าน อาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านสาธารณสุขและด้านการพยาบาลผู้ใหญ่ 2 ท่าน พิจารณาตรวจสอบความถูกต้อง ความตรงตามเนื้อหา (Content Validity) ความครอบคลุมเนื้อหาให้ตรงตามวัตถุประสงค์ ตลอดจนความเหมาะสมของการใช้ภาษา ความชัดเจนของข้อคำถาม โดยให้คะแนนเป็น 4 ระดับ คือ 4, 3 , 2 หรือ 1 (4= เกี่ยวข้องมากที่สุด และ1= ไม่เกี่ยวข้องเลย) ค่าดัชนีความเที่ยงตรงของเนื้อหา (Content Validity Index หรือ CVI) ของแบบสอบถามทั้งฉบับ คิดจากร้อยละของข้อคำถามที่ได้คะแนน 3 ขึ้นไป ค่า CVI ที่ดีควรมีค่าตั้งแต่ .80 ขึ้นไป (Bailey, 1987: 68) โดยรวมเท่ากับ 1.00 โดยค่าดัชนีความเที่ยงตรงของเนื้อหาของแบบสอบถามมีดังนี้ แบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับระดับความเครียดมีค่าดัชนีความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหา เท่ากับ 1.00 แบบสอบถามพฤติกรรมการการเผชิญความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียงมีค่าดัชนีความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหา เท่ากับ 1.00

1.6 การตรวจสอบความเที่ยงของเครื่องมือ (Reliability) ได้ทำการตรวจสอบความเที่ยง ของแบบสอบถามเกี่ยวกับระดับความเครียด และพฤติกรรมการการเผชิญความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียง โดยนำไปทดลองใช้ (Try out) กับ ผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียงกรุงเทพมหานคร ที่มีลักษณะกลุ่มตัวอย่างที่คล้ายคลึงกัน จำนวน 30 คน แล้วนำมาหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาธ (Coefficient Alpha Cronbach) ได้ดังนี้ แบบสอบถามการรับรู้ภาวะสุขภาพ มีค่าความเชื่อมั่นสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาธ เท่ากับ 0.942 แบบสอบถามพฤติกรรมการการเผชิญความเครียดมีค่าความเชื่อมั่นสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาธ เท่ากับ 0.917 และแบบสอบถามการเผชิญความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียงค่าความเชื่อมั่นใช้สูตร KR-20 ของคูเดอร์-ริชาร์ดสัน จากโปรแกรมสำเร็จรูป (กาญจนา วัฒายุ 2550 : 192) เท่ากับ 0.91

1.7 ลงพื้นที่เยี่ยมบ้านเพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์และรายละเอียดของโครงการ

1.8 จัดเตรียมเอกสาร และอุปกรณ์ต่าง ๆ ที่จะใช้ในโครงการ

1.9 อบรมผู้ช่วยดำเนินโครงการจำนวน 2 ท่าน โดยให้ความรู้และทำความเข้าใจเกี่ยวกับกิจกรรมในโปรแกรมการเผชิญความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียง เพื่อช่วยในการจัดกิจกรรมกลุ่มย่อยให้เป็นไปตามที่กำหนดไว้ และมีการทดสอบโดยการฝึกสัมภาษณ์เพื่อสร้างความเข้าใจจากผู้ศึกษาก่อนลงมือปฏิบัติจริง

1.10 คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้

1.11 ลงพื้นที่เยี่ยมบ้านของผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียงกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบเพื่อชี้แจงรายละเอียดของการศึกษา พร้อมให้ลงนามในหนังสือยินยอมตนโดยความสมัครใจ

1.12 ผู้ศึกษาเก็บข้อมูลแบบสอบถามก่อนการทดลอง (Pretest) ทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบเพื่อประเมินคุณลักษณะส่วนบุคคล วัดระดับความเครียด การรับรู้ประโยชน์และ พฤติกรรมการเผชิญความเครียด (ต่อ 9 care)

2. ขั้นดำเนินการ ดำเนินตามกิจกรรมในโปรแกรมที่กำหนด เฉพาะในกลุ่มทดลอง 6 ครั้งใช้ระยะเวลาทั้งหมด 2 เดือน คือ ระหว่าง เดือนมิถุนายน พ.ศ. 2563 ถึง กรกฎาคม พ.ศ. 2563 ดังรายละเอียดต่อไปนี้

ครั้งที่ 1 ดำเนินการวันที่ 1 มิถุนายน พ.ศ. 2563 เวลา 09.00-11.00 น. ณ บ้านของผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียง จำนวน 30 คน

กิจกรรมที่ 1 สอนวิธีปฏิบัติการเผชิญความเครียด เป็นการนำแนวคิดทฤษฎีในเรื่องการรับรู้ประโยชน์ มาประยุกต์ใช้ประกอบการสอน (ใช้เวลาประมาณ 2 ชั่วโมง)

วัตถุประสงค์ ภายหลังเข้าร่วมกิจกรรมแล้วกลุ่มตัวอย่างสามารถ

1. ภายหลังการได้รับโปรแกรม ระดับความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียงในกลุ่มทดลองลดลง

2. ภายหลังการได้รับโปรแกรม กลุ่มทดลองมีระดับความเครียดลดลงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ

แบ่งผู้เข้าร่วมวิจัยเป็น 2 กลุ่ม คือ

1. กลุ่มเปรียบเทียบ

สัปดาห์ที่ 1 ทีมวิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลก่อนการวิจัยโดยตอบแบบสอบถามเกี่ยวกับข้อมูลส่วนบุคคล แบบสอบถามความเครียดสวนปรุง (Suanprung Stress Test-20, SPST-20) แบบประเมินผู้ป่วยและวางแผนการพยาบาลตามมาตรฐานการดูแล 9 care และแบบประเมินการเผชิญความเครียดของลาซารัส และโฟล์คแมน (Lazarus & Folkman, 1984)โดยการตอบแบบสอบถามและการสังเกตใช้เวลาประมาณ 30 นาที

สัปดาห์ที่ 6 ทีมวิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลในระยะหลังการวิจัย โดยแบบสอบถามความเครียดสวนปรุง (Suanprung Stress Test-20, SPST-20) และแบบประเมินผู้ป่วยและวางแผนการพยาบาลตามมาตรฐานการดูแล 9 care โดยการตอบแบบสอบถามและการสังเกตใช้เวลาประมาณ 30 นาที

2. กลุ่มทดลอง

สัปดาห์ที่ 1 ทีมวิจัย เก็บรวบรวมข้อมูลก่อนการวิจัยโดยตอบแบบสอบถามเกี่ยวกับข้อมูลส่วนบุคคล แบบสอบถามความเครียดสวนปรุง (Suanprung Stress Test-20, SPST-20) แบบประเมินผู้ป่วยและวางแผนการพยาบาลตามมาตรฐานการดูแล 9 care โดยการตอบแบบสอบถามและการสังเกตใช้เวลา ใช้เวลา ประมาณ 30 นาที หลังจากนั้น จึงเริ่มให้โปรแกรมการพัฒนาคุณภาพการดูแลและการเผชิญความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยติดบ้าน ติดเตียงในกรุงเทพมหานคร ใช้เวลาทั้งหมด 2.30 ชั่วโมง มีกิจกรรม ดังนี้

สัปดาห์ที่ 1: เยี่ยมบ้านครั้งที่ 1 ณ บ้านพักอาศัย ใช้เวลา 2.30 ชั่วโมง

1. ประเมินความพร่องในการดูแลตนเอง (แบบประเมิน 9 care) ให้ความรู้ ฝึกทักษะในการดูแลผู้ป่วยและฝึกการใช้การใช้แอพพลิเคชั่นไลน์ เพื่อประเมินความพร่องในการดูแลตนเอง และการเผชิญความเครียด

2.ให้ความรู้และฝึกทักษะการจัดการความเครียด

สัปดาห์ที่ 2 และ 4 กำกับ ติดตาม และให้คำปรึกษาทางโทรศัพท์ผ่านแอพพลิเคชั่นไลน์ เพื่อประเมินความพร่องในการดูแล (แบบประเมิน 9 care) ตามโปรแกรมการดูแลสุขภาพ อย่างต่อเนื่อง

สัปดาห์ที่ 5 ให้ความรู้และฝึกทักษะการจัดการความเครียด (1.30 ชั่วโมง) ฝึกทักษะในเรื่อง โปรแกรมการดูแลสุขภาพกระบวนการเผชิญความเครียด

สัปดาห์ที่ 6 เยี่ยมบ้านครั้งที่ 2 ทีมวิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลในระยะหลังการวิจัย โดยแบบสอบถามความเครียดสวนปรุง (Suanprung Stress Test-20, SPST-20) และแบบประเมินผู้ป่วยและวางแผนการพยาบาลตามมาตรฐานการดูแล 9 care โดยการตอบแบบสอบถามและการสังเกตใช้เวลาประมาณ 30 นาที

การควบคุมคุณภาพเครื่องมือ

1. ตรวจสอบคุณภาพแบบสอบถามด้านความตรงของเนื้อหา (Content Validity) โดยผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 3 ท่าน ตรวจสอบ พิจารณาแก้ไขความตรงเชิงเนื้อหา และความเข้าใจทางภาษาที่ใช้ในแต่ละข้อคำถาม เมื่อผ่านการพิจารณาจากผู้เชี่ยวชาญ

2. ผู้วิจัยนำไปปรับปรุงแก้ไขตามผู้เชี่ยวชาญได้แนะนำก่อนนำไปทดลองใช้ (Try Out) กับที่ผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียงในพื้นที่ในเขตกรุงเทพมหานครมีคุณสมบัติคล้ายคลึงกับผู้เข้าร่วมวิจัย จำนวน 30 คน เพื่อทดสอบความสนใจและความเข้าใจในเนื้อหา ความเหมาะสมในระยะเวลา แล้วนำผลที่ได้มาวิเคราะห์เพื่อปรับปรุงแบบสอบถามให้มีคุณภาพตามเกณฑ์อีกครั้ง ก่อนนำไปใช้ในงานวิจัย

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยดำเนินการวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป โดยนำคะแนนที่รวบรวมได้จากการตอบแบบสอบถามทั้งก่อนและหลังการทดลอง มาคำนวณค่าสถิติดังนี้

1. ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง นำมาวิเคราะห์แจกแจงความถี่หาค่าเฉลี่ยและร้อยละ

2. วิเคราะห์คะแนนแบบสอบถามความเครียดสวนปรุง การเผชิญความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียงก่อนและหลังการทดลอง ในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมโดยใช้สถิติ Kolmogorov-Smirnov Test

3. คะแนนการเผชิญความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียงของกลุ่มทดลองก่อนและหลัง เปรียบเทียบกับกลุ่มควบคุมก่อนและหลังได้รับการดูแลตามปกติ นำมาหาค่าเฉลี่ย (Mean) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard deviation) โดยใช้สถิติทดสอบ t (Paired t-test)

4. คะแนนการเผชิญความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียงระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมก่อนและหลังการทำการทดลอง นำมาหาค่าเฉลี่ย (Mean) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard deviation) โดยใช้สถิติทดสอบ t (Independent t-test)

5. กำหนดค่าระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษา โปรแกรมการพัฒนาคุณภาพการดูแลและการเผชิญความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยติดบ้าน ติดเตียง ในพื้นที่กรุงเทพมหานคร โดยเปรียบเทียบคุณภาพการดูแลและการเผชิญความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยติดบ้าน ติดเตียง ของกลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับโปรแกรมการการพัฒนาคุณภาพการดูแลและการเผชิญความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยติดบ้าน ติดเตียง กับกลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลตามปกติ กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ดูแลผู้ป่วยติดบ้าน ติดเตียง ที่มีระดับความเครียดสูงระดับมากโดยใช้ค่าคะแนนความเครียดอยู่ในระดับปานกลางถึงระดับรุนแรง โดยใช้แบบวัดความเครียดสวนปรุง (SPST -20) ที่มีระดับคะแนน ตั้งแต่ 24 คะแนนขึ้นไป จำนวน 60 คน ซึ่งถูกจับคู่ (Matched-pair) ให้มีคุณสมบัติที่ใกล้เคียงกันในเรื่องรายได้ของครอบครัว และระยะเวลาในการเจ็บป่วยของผู้ป่วย แล้วถูกสุ่มเป็นกลุ่มทดลอง 30 คน และกลุ่มควบคุม 30 คน โดยมีการใช้แบบสอบถามเกี่ยวกับการเผชิญความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยติดบ้าน ติดเตียงโดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีการเผชิญความเครียดของลาซารัส และโฟล์คแมน (Lazarus & Folkman, 1984) เพื่อประเมินการเผชิญความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยติดบ้าน ติดเตียง ก่อนและหลังการทดลอง (The Pretest-Posttest Control Group Design) ประเมินโดยพยาบาลวิชาชีพที่ดูแลผู้ป่วย และมีการใช้แบบการประเมินคุณภาพการดูแล (Quality of Care) 9 Care ซึ่งประยุกต์มาจากมาตรฐานคุณภาพการดูแล (Quality of Care) 12 Care ของกองการพยาบาลสาธารณสุข สำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร เพื่อประเมินคุณภาพการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยติดบ้าน ติดเตียง ก่อนและหลังการทดลอง (The Pretest-Posttest Control Group Design) ประเมินโดยพยาบาลวิชาชีพที่ดูแลผู้ป่วย

พยาบาลวิชาชีพกลุ่มอนามัยชุมชน 1* พยาบาลวิชาชีพ สำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร

สรุปผลการวิเคราะห์ข้อมูล โดยนำเสนอรายละเอียดตามลำดับดังนี้

ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัยคือ ผู้ดูแลผู้ป่วยติดบ้านติดเตียง ซึ่งเป็นผู้ที่ให้การดูแลผู้ป่วยในอย่างน้อย 6 เดือนขึ้นไป เพื่อให้การดูแลต่อเนื่องที่บ้านของศูนย์บริการสาธารณสุข สำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร จำนวน 30 คน กำหนดวิธีการเลือกแบบเฉพาะเจาะจง กำหนดคุณสมบัติตามเกณฑ์ เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วย เพศ อายุ อาชีพ ระดับการศึกษา และจำนวนครั้งที่เข้ารักษาตัวในโรงพยาบาล นำมาวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงบรรยาย ได้แก่ การแจกแจงความถี่ หาค่าเฉลี่ย และร้อยละ

ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียงกลุ่มทดลอง ส่วนมากเป็นเพศหญิง

คิดเป็นร้อยละ 76.7 อายุระหว่าง 50-59 ปี และ 60 ขึ้นไป คิดเป็นร้อยละ 33.3 ศาสนาพุทธ ร้อยละ 90 ระดับการศึกษาประถมศึกษาร้อยละ 33.3 สถานภาพสมรส คิดเป็นร้อยละ 60 ลักษณะครอบครัวเป็นครอบครัวเดี่ยว คิดเป็นร้อยละ 56.7 อาชีพพ่อบ้าน/แม่บ้าน ร้อยละ 30 มีโรคประจำตัวร้อยละ 56.7 รายได้เพียงพอ ร้อยละ 66.7 แหล่งที่มาของรายได้มาจากตนเอง คิดเป็นร้อยละ 50 รายได้เฉลี่ยต่อเดือนส่วนมาก 10,00-19,999 บาท คิดเป็นร้อยละ 40

คะแนนระดับความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยติดบ้าน ติดเตียง ในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังการทดลอง (N =30) พบว่า คะแนนเฉลี่ยระดับความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยติดบ้าน ติดเตียง ในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนการทดลองระหว่างกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุมไม่แตกต่างกัน แต่ภายหลังการทดลอง พบว่า คะแนนเฉลี่ยระดับความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยติดบ้านติดเตียงแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 (t = 5.037) โดยคะแนนเฉลี่ยระดับความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยติดบ้านติดเตียง ของกลุ่มทดลองต่ำกว่ากลุ่มควบคุม

เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการเผชิญความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยติดบ้าน ติดเตียงก่อนการทดลอง (Pre-test) และหลังการทดลอง (Post-test) ทั้งกลุ่มกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่า คะแนนเฉลี่ยการเผชิญความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยติดบ้าน ติดเตียงก่อนการทดลอง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมไม่แตกต่างกันแต่ภายหลังการทดลอง พบว่า คะแนนเฉลี่ยการเผชิญความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียงแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 (t = 11.798) โดยคะแนนเฉลี่ยการเผชิญความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียงของกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุม

เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับการประเมินคุณภาพการดูแล (Quality of Care) 9 Care ของผู้ดูแลผู้ป่วยติดบ้านติดเตียงกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการพัฒนาคุณภาพ การดูแลและการเผชิญความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยติดบ้านติดเตียง (N = 30) วิเคราะห์คะแนนเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับการประเมินคุณภาพการดูแล (Quality of Care) 9 Care ของผู้ดูแลผู้ป่วยติดบ้านติดเตียงกลุ่มควบคุม พบว่าก่อนได้รับโปรแกรม ผู้ดูแลมีคุณภาพการดูแลอยู่ในระดับไม่ผ่านเกณฑ์ถึงระดับดี เมื่อพิจารณาคะแนนรายด้านจากมากไปหาน้อย คะแนน 3 อันดับสุดท้าย ได้แก่ Basic Screening ($\bar{X}$ = 61.75, SD = 23.54) Family care ($\bar{X}$ = 58.33, SD = 31.41) Rehabilitation care and Promotive health care ($\bar{X}$ = 54.00, SD = 28.48) และหลังได้รับโปรแกรม พบว่า ผู้ดูแลมีคุณภาพการดูแลเพิ่มขึ้นทุกข้อ อยู่ในระดับพอใช้ถึงระดับดี เมื่อพิจารณาคะแนนรายด้านจากมากไปหาน้อย คะแนน 3 อันดับสุดท้าย ได้แก่ Environment care ($\bar{X}$ = 66.49, SD = 24.36) Family care ($\bar{X}$ = 65.67, SD = 24.59) Rehabilitation care and Promotive health care ($\bar{X}$ = 65.33, SD = 17.37)

เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ย คุณภาพการดูแล (Quality of Care) 5 Care ของผู้ดูแลผู้ป่วยติดบ้านติดเตียงกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการพัฒนาคุณภาพการดูแลและการเผชิญความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยติดบ้านติดเตียง (N = 28) วิเคราะห์คะแนนเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับการประเมินคุณภาพการดูแล (Quality of Care) 9 Care ของผู้ดูแลผู้ป่วยติดบ้านติดเตียงกลุ่มทดลอง พบว่าก่อนได้รับโปรแกรม ผู้ดูแลมีคุณภาพการดูแลอยู่ในระดับไม่ผ่านเกณฑ์ถึงระดับพอใช้ เมื่อพิจารณาคะแนนรายด้านจากมากไปหาน้อย คะแนน 3 อันดับสุดท้าย ได้แก่ Food care ($\overline{X}$ = 52.59, SD = 21.43) Rehabilitation care and Promotive health care ($\overline{X}$ = 52.33, SD = 21.61) Comfort care ($\overline{X}$ = 51.33, SD = 17.69) และหลังได้รับโปรแกรม พบว่า ผู้ดูแลมีคุณภาพการดูแลเพิ่มขึ้นทุกข้อ อยู่ในระดับดีถึงระดับดีเยี่ยม เมื่อพิจารณาคะแนนรายด้านจากมากไปหาน้อย คะแนน 3 อันดับสุดท้าย ได้แก่ Food care ($\overline{X}$ = 87.40, SD = 10.00) Rehabilitation care and Promotive health care ($\overline{X}$ = 86.33, SD = 9.99) Environment care ($\overline{X}$ = 83.86, SD = 18.12)

สรุปผลการศึกษา

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-Experimental Research) แบบ 2 กลุ่ม แบ่งเป็น กลุ่มทดลอง (Experimental group) และกลุ่มเปรียบเทียบ (Comparison group) โดยมีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการเผชิญความเครียดของผู้ดูแล ผู้ป่วยติดบ้านติดเตียง ในพื้นที่กรุงเทพมหานคร โดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีความเครียดของลาซารัสและโฟล์คแมน (Lazarus &Folkman, 1984) กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาในครั้งนี้ คือ ผู้ดูแล ผู้ป่วยติดบ้าน ติดเตียง ในพื้นที่กรุงเทพมหานคร จำนวน 60 คน โดยแบ่งเป็นกลุ่มทดลอง คือ ผู้ดูแล ผู้ป่วยติดบ้านติดเตียง ในพื้นที่กรุงเทพมหานคร ศบส . 11, 18, 33, 38, 03, 67 จำนวน 30 คน และกลุ่มเปรียบเทียบ คือผู้ดูแล ผู้ป่วยติดบ้านติดเตียง ในพื้นที่กรุงเทพมหานคร ศบส . 58, 61, 11, 38, 43, 58, 61, 68 จำนวน 30 คน ดำเนินการศึกษาตั้งแต่วันที่ 1 มิถุนายน พ.ศ. 2563 ถึง 15 กรกฎาคม พ.ศ. 2563 รวมระยะเวลาทั้งหมด 6 สัปดาห์ เก็บรวบรวมข้อมูล 2 ครั้งคือ ก่อนทดลอง และหลังทดลอง ใช้เวลาในการทดลองและเก็บรวบรวมข้อมูล 6 สัปดาห์ เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูลจะเป็นแบบสอบถามที่ผู้ศึกษาสร้างขึ้นประกอบด้วย 4 ส่วน คือ แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับการเผชิญความเครียดของผู้ดูแล ผู้ป่วยติดบ้านติดเตียง แบบสอบถามวัดระดับคามและ แบบวัดคุณภาพในการดูแลผู้ป่วย โดยที่แบบสอบถามที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ได้รับการตรวจสอบความตรงของเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน และหาค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์อัลฟ่าของ ครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ได้ค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามในทุกส่วนมากกว่า .80 ขึ้นไป และเครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ได้แก่ โปรแกรมการเผชิญความเครียดของผู้ดูแล ผู้ป่วยติดบ้านติดเตียง ในพื้นที่กรุงเทพมหานคร โดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีความเครียดของลาซารัสและโฟล์คแมน (Lazarus &Folkman, 1984) จัดกิจกรรมทั้งหมด 6 ครั้งๆละ 1 ชั่วโมง นำข้อมูลมาวิเคราะห์โดยการใช้โปรแกรมสำเร็จรูป คำนวณหาความถี่ (Frequency) ร้อยละ(Percentage) ค่าเฉลี่ย (Mean) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน(Standard Deviation) สถิติ Paired Sample t-test, Independent t-test ของกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบกำหนดค่าระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 เป็นเกณฑ์ในการทดสอบสมมติฐานซึ่ง สรุปผลการศึกษาตามลำดับดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง ในการศึกษาครั้งนี้ พบว่า กลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบส่วนใหญ่อยู่ในช่วงอายุ 26-35 ปี (ร้อยละ 56.7 และ ร้อยละ 60 ตามลำดับ) โดยเฉลี่ย ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียงกลุ่มทดลองส่วนมากเป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 76.7 อายุระหว่าง 50-59 ปี และ 60 ขึ้นไป คิดเป็นร้อยละ 33.3 ศาสนาพุทธ ร้อยละ 90 ระดับการศึกษาประถมศึกษาร้อยละ 33.3 สถานภาพสมรส คิดเป็นร้อยละ 60 ลักษณะครอบครัวเป็นครอบครัวเดี่ยว คิดเป็น

ร้อยละ 56.7 อาชีพพ่อบ้าน/แม่บ้าน ร้อยละ 30 มีโรคประจำตัวร้อยละ 56.7 รายได้เพียงพอ ร้อยละ 66.7 แหล่งที่มาของรายได้มาจากตนเอง คิดเป็นร้อยละ 50 รายได้เฉลี่ยต่อเดือนส่วนมาก 10,000-19,999 บาท คิดเป็นร้อยละ 40

ส่วนที่ 2 ผลการทดสอบตามวัตถุประสงค์ โดยมีการกำหนดวัตถุประสงค์ไว้ 3 ข้อดังนี้

1. เพื่อเปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยความเครียดของผู้ดูแล ผู้ป่วยติดบ้านติดเตียง ก่อนและหลังการเข้าร่วมกิจกรรมการใช้โปรแกรมในโครงการ จากผลการศึกษาพบว่า กลุ่มทดลอง หลังการทดลองมีระดับความเครียด ต่ำกว่าก่อนการทดลอง เป็นไปตามวัตถุประสงค์ที่ตั้งไว้ เมื่อมีการให้ความรู้คำแนะนำวิธีการเผชิญความเครียดที่ดีกับกลุ่มทดลองทำให้เกิดการปรับเปลี่ยนการดูแลตนเองที่ดีขึ้น ทำให้มองเห็นถึงการกระทำที่เป็นประโยชน์ มีแนวทางในการเผชิญความเครียดได้เป็นอย่างดี

2. เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการเผชิญความเครียดของผู้ดูแล ผู้ป่วยติดบ้านติด ผลการดำเนินโปรแกรมที่ผ่านมาพบว่าการเปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยความเครียดของผู้ดูแล ผู้ป่วยติดบ้านติดเตียง ก่อนและหลังการเข้าร่วมการใช้โปรแกรมในโครงการ หลังการทดลองกลุ่มทดลอง มีการเผชิญความเครียด สูงกว่าก่อนการทดลอง เป็นไปตามวัตถุประสงค์ที่ตั้งไว้ กลุ่มทดลอง ที่ได้เข้าร่วมกิจกรรมครบทั้ง 6 ครั้ง มีความเข้าใจและให้ความร่วมมือเข้าร่วมกิจกรรมทุกครั้งครบร้อยละ 100 เมื่อติดตามเยี่ยมบ้านในแต่ละราย และให้คำแนะนำเพิ่มเติมในส่วนที่ยังขาดความเข้าใจให้ถูกต้อง กลุ่มตัวอย่างสามารถนำความรู้ที่ได้ไปปรับพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อการเผชิญความเครียดได้อย่าง

3. เพื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของคุณภาพในการดูแลผู้ป่วย ก่อนและหลังการเข้าร่วมกิจกรรมการใช้โปรแกรม ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ จากผลการศึกษาพบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนคุณภาพในการดูแลผู้ป่วย มากขึ้น เป็นไปตามวัตถุประสงค์ที่ตั้งไว้ ทำให้เห็นถึงความแตกต่างของบุคคลที่ได้รับความรู้ การรับรู้ที่ถูกต้องในการดูแลตนเองที่จะสามารถนำความรู้ในการเผชิญความเครียดที่ได้รับไปปรับใช้ในการเผชิญความเครียดเพื่อผลในการดูแลผู้ป่วยเป็นอย่างดี

ส่วนที่ 3 ผลการทดสอบสมมติฐาน

1. ระดับความเครียดโดยรวม พบว่า ภายหลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีระดับความเครียดเฉลี่ยต่ำกว่าก่อนการทดลอง ซึ่งเป็นไปตามสมมุติฐานที่ตั้งไว้ โดยก่อนการทดลองมีคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับต่ำเท่ากับ 5.1 (SD = 2.9) หลังการทดลองมีคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับสูงเท่ากับ 9 (SD = 1.4) จากการวิเคราะห์เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยระดับความเครียด ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ในระยะก่อนการทดลองไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.05 ($t = 0.724$, $p = 0.472$) และในระยะหลังการทดลองมีคะแนนเฉลี่ยแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.05 ($t = -7.195$, $p = 0.000$) ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานที่ตั้งไว้

2. การเผชิญความเครียดของผู้ดูแล โดยรวม พบว่า ภายหลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยสูงกว่าก่อนการทดลอง ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานที่ตั้งไว้ โดยก่อนการทดลองมีคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับต่ำเท่ากับ 36.7 (SD =4.8) หลังการทดลองมีคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับสูงเท่ากับ 63.4 (SD =3.6) จากการวิเคราะห์เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ภาวะสุขภาพโดยรวม ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ในระยะก่อนการทดลองไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($t = 0.392$, $p = 0.568$) และในระยะหลังการทดลองแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.05 ($t = -24.592$, $p = 0.000$) ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานที่ตั้งไว้

3. แบบวัดคุณภาพในการดูแลผู้ป่วยโดยรวม พบว่า ภายหลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยสูงกว่าก่อนการทดลอง ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานที่ตั้งไว้ โดยก่อนการทดลองมีคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับปานกลางเท่ากับ 12.5 (SD = 1.5) หลังการทดลองมีคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับสูงเท่ากับ 22.9 (SD = 0.9) จากการวิเคราะห์เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยแบบวัดคุณภาพ

ในการดูแลผู้ป่วย ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ในระยะก่อนการทดลองไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (t = -0.488, p = 0.627) และในระยะหลังการทดลองมีคะแนนเฉลี่ยแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.05 (t = -34.600, p = 0.000) ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานที่ตั้งไว้

อภิปรายผล

1. ระดับความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยติดบ้านติดเตียง ผลการศึกษา พบว่า ภายหลังการเข้าร่วมกิจกรรมการใช้โปรแกรมกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยระดับความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยติดบ้านติดเตียงต่ำกว่าก่อนทดลองและต่ำกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานที่ตั้งไว้ ทั้งนี้สามารถอธิบายได้ว่า กิจกรรมการเผชิญความเครียด โดยใช้สื่อวีดีทัศน์ การอ่านสมุดคู่มือ การฝึกปฏิบัติวิธีเผชิญความเครียดและการดูแลผู้ป่วยจากพยาบาลพี่เลี้ยง เป็นการเรียนรู้ผ่านกระบวนการฟัง การคิด การมองเห็นและการจดบันทึก ทำให้เกิดเข้าใจและการจดจำได้ง่ายขึ้น ส่งผลให้กลุ่มทดลองมีระดับความเครียดลดลง สอดคล้องกับการศึกษาของจันทนี แต้ไพสิฐพงษ์ และณัฐวุฒิ กันตถาวร (2556) ที่ศึกษาผลของโปรแกรมการ บทที่ 2

2. การเผชิญความเครียดของผู้ดูแล ผลการศึกษา พบว่า ภายหลังการเข้าร่วมกิจกรรมการใช้โปรแกรมกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยด้านการเผชิญความเครียดของผู้ดูแล สูงกว่าก่อนทดลองและสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานที่ตั้งไว้ ทั้งนี้สามารถอธิบายได้ว่า การจัดกระบวนการกลุ่มโดยการใช้สื่อวีดีทัศน์ การชมสไลด์ประกอบการบรรยาย การฝึกปฏิบัติวิธีเผชิญความเครียดและการดูแลผู้ป่วยจากพยาบาลพี่เลี้ยง ทำให้กลุ่มทดลองมี รับรู้ถึงประโยชน์ของการ การฝึกปฏิบัติวิธีเผชิญความเครียด รับรู้ต่ออุปสรรคและแนวทางการแก้ไขปัญหาสาเหตุที่แท้จริงในการดูแลผู้ป่วย ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดทฤษฎีการเผชิญความเครียด ที่เชื่อว่า กล่าวว่า บุคคลจะหาวิธีจัดการกับอาการหรือการตอบสนองนั้น ๆ บุคคลที่เผชิญกับความเครียดได้ดีคือ บุคคลที่รู้จักเลือกวิธีการที่เหมาะสมกับสถานการณ์ คือการเผชิญกับความเครียดมี 2 ลักษณะ คือ 1)การมุ่งแก้ปัญหา (Problem-focused Coping) เป็นการเผชิญกับความเครียดโดยการเปลี่ยนความสัมพันธ์ระหว่างคนกับสิ่งแวดล้อม โดยการเปลี่ยนแปลงสถานการณ์ให้ดีขึ้นรู้จักจัดการกับแหล่งของความเครียด หรือจัดการกับตนเองโดยพยายามมุ่งแก้ปัญหา 2) การจัดการกับอารมณ์ (Emotional-focused Coping) เป็นการปรับอารมณ์หรือความรู้สึก เพื่อไม่ให้ความเครียดนั้นทำลายขวัญและกำลังใจ หรือลดประสิทธิภาพ ในการทำหน้าที่ของบุคคล นั่นคือ บุคคลต้องรู้จักจัดการกับอารมณ์และความรู้สึกเพื่อสามารถแก้ไขปัญหาได้อย่างมีประสิทธิภาพ เช่น การปฏิเสธเมื่อเป็นโรคร้าย เพื่อไม่ให้ตนเองเป็นทุกข์จนไม่สามารถจะกระทำอะไรได้ เป็นต้น จากผลการวิจัยพบว่า

คะแนนเฉลี่ยระดับความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยติดบ้าน ติดเตียง ในกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบภายหลังการทดลอง พบว่า คะแนนเฉลี่ยระดับความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยติดบ้านติดเตียงแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 (t = 5.037) โดยคะแนนเฉลี่ยระดับความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยติดบ้านติดเตียง ของกลุ่มทดลองต่ำกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ เป็นไปตามสมมติฐาน และสอดคล้องกับงานวิจัยของวีระศักดิ์ พงศ์พิริยะไมตรี (2553) ศึกษาผลการฝึกสมาธิแบบอาณาปานสติที่มีต่อความเครียดในผู้สูงอายุที่เป็นความดันโลหิตสูง โดยมีการฝึกในสถานที่ปฏิบัติธรรมเป็นเวลา 3 ครั้ง แต่ละครั้งเป็นเวลา 3 วัน เมื่อเสร็จสิ้นการทำสมาธิ จะมีคู่มือไปศึกษาและบันทึกกิจกรรมที่บ้าน ผลการใช้โปรแกรมอาณาปานสติพบว่ากลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความเครียดน้อยกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ อย่างมีนัยสำคัญที่ 0.05 และ พบว่า คะแนนเฉลี่ยการเผชิญความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียงภายหลังการทดลอง แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 (t = 11.798) โดยคะแนนเฉลี่ยการเผชิญความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียงของกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุม เป็นไปตามสมมติฐาน สอดคล้องกับงานวิจัยของณชนก เอียดสุย ได้ศึกษาความเครียดและการเผชิญความเครียดของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่ามีเนื้องอกสมองในระยะรอเข้ารับการผ่าตัดสมอง โดยญาติหรือผู้ดูแล

พยาบาลวิชาชีพกลุ่มอนามัยชุมชน 1* พยาบาลวิชาชีพ สำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร

ได้รับการช่วยเหลือเพื่อจัดการกับปัญหาและอาการความผิดปกติดังกล่าว ส่วนการบรรเทาความเครียดเป็นวิธีการจัดการกับความเครียดเมื่อบุคคลไม่สามารถออกจากสถานการณ์ความเครียดที่เกิดขึ้นได้ ในช่วงระยะเวลาก่อนผ่าตัดเพื่อปรับตัวกับสถานการณ์ หลังการทดลองพบว่า มีญาติผู้ดูแลมีค่าคะแนนระดับความสามารถการเผชิญความเครียดเพิ่มขึ้นอยู่ในระดับปานกลาง พบว่าคะแนนความเครียดก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ .05

3. คุณภาพในการดูแลผู้ป่วย ผลการศึกษา พบว่า ภายหลังการเข้าร่วมกิจกรรมการใช้โปรแกรมกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยด้านพฤติกรรมการคุณภาพในการดูแลผู้ป่วย สูงกว่าก่อนทดลองและสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานที่ตั้งไว้ ทั้งนี้สามารถอธิบายได้ว่า กิจกรรมคุณภาพในการดูแลผู้ป่วย โดยใช้กิจกรรมการคุณภาพในการดูแลผู้ป่วย 9 ด้านช่วยในการเรียนรู้คุณภาพในการดูแลผู้ป่วยของกลุ่มทดลองได้มากขึ้น การสาธิตย้อนกลับทำให้กลุ่มทดลองมีความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วยได้ถูกต้อง นอกจากนี้การติดตามกระตุ้นเตือนทางโทรศัพท์ การเยี่ยมบ้านส่งผลให้ กลุ่มทดลองมีการเข้าถึงบริการดูแลผู้ป่วย

จากผลการศึกษาจะเห็นได้ว่าการจัดโปรแกรมในรูปแบบต่าง ๆ มาใช้กับกลุ่มตัวอย่างส่งผลในเรื่องการเผชิญความเครียดของผู้ดูแล ผู้ป่วยติดบ้านติดเตียง ทำให้ผู้ศึกษาได้เห็นถึงประโยชน์และความสำคัญในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการเผชิญความเครียดของผู้ดูแล ผู้ป่วยติดบ้านติดเตียง กลุ่มตัวอย่างอย่างชัดเจน ส่งถึงการพัฒนาคุณภาพชีวิตได้เป็นอย่างดี ทั้งยังช่วยลดความเสี่ยงต่อการเกิดโรคทางจิตเวชที่รุนแรงหากผู้ดูแลผู้ป่วยไม่ได้รับการแก้ไข ดังนั้นผู้ศึกษาจึงได้นำผลการศึกษามาสร้างเป็นแนวทางในการคัดกรองและแนวทางการปฏิบัติการดูแลผู้ดูแล ผู้ป่วยติดบ้านติดเตียง เพื่อป้องกันทางจิตเวชในผู้ดูแล ผู้ป่วยติดบ้านติดเตียง

ข้อเสนอแนะในการนำผลการศึกษาไปใช้

ด้านการปฏิบัติการพยาบาล

1. พยาบาลเยี่ยมบ้านควรมีการประเมินความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยติดบ้าน ติดเตียง เพื่อคัดกรองผู้ที่มีปัญหาเรื่องความเครียดจากการดูแลผู้ป่วยร่วมด้วยทุกราย

2. พยาบาลเยี่ยมบ้านควรนำโปรแกรมการพัฒนาคุณภาพการดูแลและการเผชิญความเครียดฯ ไปใช้ในการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน

3. ภายหลังจากการนำโปรแกรมการพัฒนาคุณภาพการดูแลและการเผชิญความเครียดฯ ไปใช้ หากพบว่าผู้ดูแลผู้ป่วยติดบ้านติดเตียงยังคงมีความเครียดอยู่ ควรมีการประเมินซ้ำและส่งต่อเพื่อให้ได้รับการดูแลอย่างถูกต้องและเหมาะสม

ด้านการบริหารการพยาบาล

1. กองการพยาบาลควรมีนโยบายส่งเสริมการนำโปรแกรมการพัฒนาคุณภาพการดูแลและการเผชิญความเครียดฯ เป็นแนวทางในการสร้างมาตรฐานในการดูแลผู้ป่วยและญาติของพยาบาลอนามัยชุมชน

2. เสนอผู้บริหารให้จัดทำคู่มือโปรแกรมการพัฒนาคุณภาพการดูแลและการเผชิญความเครียดฯ ให้ดูมีมาตรฐานเหมาะสมแก่การใช้งาน

ด้านวิจัยทางการพยาบาล

1. การศึกษาครั้งต่อไปการควรมีการประเมิน ติดตาม วัดผล ความเครียด การเผชิญความเครียด และคุณภาพการดูแล เป็นระยะเพื่อให้เกิดความยั่งยืน

2. ในการศึกษาครั้งต่อไปแบบสอบถามในกลุ่มนี้ควรใช้วิธีการสัมภาษณ์แทนการให้อ่านและตอบเอง เพื่อให้เกิดความเข้าใจที่ตรงกัน

3. ควรมีการศึกษาแบบเจาะลึก ถึงคุณภาพการดูแล สาเหตุของความเครียด วิธีการเผชิญความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยติดบ้าน ติดเตียง เพื่อให้ได้รายละเอียด และสามารถนำมาจัดโปรแกรมที่เฉพาะเจาะจงมากยิ่งขึ้น

พยาบาลวิชาชีพกลุ่มอนามัยชุมชน 1* พยาบาลวิชาชีพ สำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร

4. การนำแบบประเมินคุณภาพการดูแลผู้ป่วยติดบ้านติดเตียงของผู้ดูแลตามมาตรฐานการดูแล 9 care ไปใช้ ควรมีการเลือกใช้มาตรฐานการดูแลให้เฉพาะเจาะจงและมีความเหมาะสมกับกลุ่มผู้ดูแลผู้ป่วยติดบ้าน ติดเตียง

บรรณานุกรม

กรมกิจการผู้สูงอายุ กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์. (2562). *มาตรการขับเคลื่อนระเบียบวาระแห่งชาติ เรื่อง สังคมสูงอายุ(ฉบับปรับปรุง)*. พิมพ์ครั้งที่ 2: กรุงเทพฯ. บริษัท อมรินทร์พริ้นติ้งแอนด์พับลิชชิ่ง จำกัด.

กันยา วังเฮงยะฤทธิ์. (2549). *ผลการสนับสนุนด้านข้อมูลและอารมณ์ต่อความวิตกกังวลของญาติผู้ป่วยที่ ได้รับบาดเจ็บจากอุบัติเหตุ*. (วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาตรมหาบัณฑิต). มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

กาญจนา วัฒายุ. (2550). *การวิจัยเพื่อพัฒนาคุณภาพการศึกษา*. กรุงเทพฯ: ธนพรการพิมพ์.กาญจนา สุนทรสิทธิพงศ์. (2544). *ความเครียดในการปฏิบัติงาน*. (วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตร์มหาบัณฑิต). มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์.

กิ่งแก้ว ปาจารีย์. (2550). *การฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง*. กรุงเทพฯ: เอ็น พี เพรส.

เครือวัลย์ ทรัพย์เจริญ. (2542).*ความเครียดและการเผชิญความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคอารมณ แปรปรวน*. มหาวิทยาลัยมหิดล. กรุงเทพฯ.

ชูทิตย์ ปานปรีชา.(2550).*จิตวิทยาทั่วไป*.นนทบุรี:มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช

บุญมี พันธ์ไทย. (2557). *ระเบียบวิธีการวิจัยการศึกษาเบื้องต้น*. พิมพ์ครั้งที่ 4. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์ มหาวิทยาลัยรามคำแหง.

เพลิน สูงโคตร. (2550). *การปฏิบัติสมาธิในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่มีความเครียดโรงพยาบาลโนนคูณ จังหวัดศรีสะเกษ*. (สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่บัณฑิตวิทยาลัย). มหาวิทยาลัยขอนแก่น.

มยุรี ตานินทร์. (2552). *ความเครียดและพฤติกรรมการเผชิญความเครียดของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท โรงพยาบาลศ รีธัญญา จังหวัดนนทบุรี*. (วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตร์มหาบัณฑิต). มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์.

ยุพาพิน ศรีโพธิ์งาม. (2539). *ญาติผู้ดูแลที่บ้าน: แนวคิดและปัญหาในการวิจัย*. รามาธิบดีพยาบาลศาสตร์.

วันเพ็ญ วงศ์จันทรา.(2553) *แบบแผนสุขภาพของผู้สูงอายุ ในสถานสงเคราะห์คนชราบ้านธรรมปกรณ์ จังหวัด เชียงใหม่*.[การค้นคว้าอิสระ.สาธารณสุขศาสตร์มหาบัณฑิต]:เชียงใหม่;มหาวิทยาลัยเชียงใหม่;2553.

วีระศักดิ์ พงษ์พิริยะไมตรี. (2553). *ผลของการฝึกสมาธิแบบอานาปานสติและการดูแลตนเองที่บ้านที่มีต่อความเครียดในผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ*. วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต: มหาวิทยาลัยมหาสารคาม, คณะสาธารณสุขศาสตร์, สาขาวิชาการจัดการระบบสุขภาพ.

ศรีนวล สถิตวิทยานันท์. (2552). *เอกสารประกอบการฝึกอบรม โครงการการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุแบบองค์รวม*. สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์: มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช.

ศิริพันธุ์ สาสัตย์. (2549). *การพยาบาลผู้สูงอายุ ปัญหาที่พบบ่อยและแนวทางการดูแล*. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์ แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

สมจิต หนุเจริญกุล. (2536). *การพยาบาลผู้ป่วยหลอดเลือดสมองปัจจุบัน ในการพยาบาลทางอายุรศาสตร์*. กรุงเทพฯ: บริษัทวิศิษฏ์สิน จำกัด. (2555). *การปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง.บูรณาการสู่การปฏิบัติ*. กรุงเทพฯ: สภาการพยาบาล.

Bandura, Albert. 1977. *Social Learning Theory*. New Jersey : Prentice –Hall.

Davis, G. H., and Reynolds, S. J. 1996. *Structural geology of rocks and regions*. 2nd ed. New York: John Wiley & Sons, Inc.

Hedges, L.V.& Olkin, 1.(1983). *Statistical Methods for Meta-analysis*. polit, DF and Hungler, Bp, 1697 อ้างถึงในบุญใจ ศรีสถิตนรากร, 2553:583.

พยาบาลวิชาชีพกลุ่มอนามัยชุมชน 1* พยาบาลวิชาชีพ สำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร

ผลของโปรแกรมพัฒนาความฉลาดทางอารมณ์ต่อพฤติกรรมก้าวร้าวของเด็กนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนต้นในกรุงเทพมหานคร

พยาบาลวิชาชีพ กลุ่มอนามัยโรงเรียน*

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

พฤติกรรมก้าวร้าวในกลุ่มวัยรุ่น เป็นพฤติกรรมที่ทวีความรุนแรงเพิ่มมากขึ้นทั่วโลก (อุมาพร ตรังคสมบัติ, 2549) ประเทศไทยพบวัยรุ่นใช้ความรุนแรงและพฤติกรรมก้าวร้าวหลากหลายรูปแบบทั้งตบตี ยกพวกตีกันและใช้อาวุธ (รัตโนทัย พลับรู้การ, 2551) จากรายงานภาวะสุขภาพนักเรียนอายุ 13-15ปี ด้านความรุนแรงและการบาดเจ็บโดยไม่เจตนา พบนักเรียนร้อยละ 33.3 ถูกทำร้ายร่างกายอย่างน้อยจำนวน 1 ครั้ง หรือมากกว่า ร้อยละ 46.7 ได้รับบาดเจ็บรุนแรงอย่างน้อยจำนวน 1 ครั้ง หรือมากกว่า ร้อยละ 27.8 ถูกข่มเหงรังแก โดยถูกตี เตะและกระแทกผลักไป ผลักมา หรือถูกจับขังในอาคาร และร้อยละ 24.7 มีการใช้กำลังต่อสู้กันในบริเวณโรงเรียน (เพ็ญศรี กระหม่อมทอง และคณะ, 2553) ในขณะที่การศึกษาพฤติกรรมเสี่ยงด้านความรุนแรงของวัยรุ่นอายุ 13-14 ปี พบว่า ร้อยละ 17.4 วัยรุ่นพกพาอาวุธ มีด หรือไม้ และร้อยละ 12.4 วัยรุ่นมีการชกต่อยกันจนได้รับบาดเจ็บ (จรรยา เศรษฐพงษ์ และคณะ, 2553) นอกจากนี้ยังพบว่า วัยรุ่นที่กระทำความผิดและเข้าสู่การระบวนการยุติธรรม มีแนวโน้มสูงขึ้น จาก 30,668 คดี ในปี พ.ศ. 2540 เป็น 51,128 คดี ในปี พ.ศ. 2550 หรือคิดเป็นร้อยละ 41.3 ในจำนวนดังกล่าวเป็นคดีด้านการใช้ความรุนแรงต่อชีวิตร้อยละ 15 (กรมพินิจและคุ้มครองเด็กและเยาวชน, 2550) พฤติกรรมก้าวร้าวสร้างความสูญเสียทั้งต่อตัวเอง บุคคลที่เกี่ยวข้อง ครอบครัว รวมถึงสังคม โดยไม่สามารถประเมินค่าความเสียหายได้ พฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงส่งผลให้วัยรุ่นเกิดปัญหาจิตใจ มีอาการหวาดระแวง วิตกกังวล และขาดความไว้วางใจผู้อื่น เกิดการบาดเจ็บจนต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ทุพพลภาพ ส่งผลต่อความสามารถในด้านต่าง ๆ รวมทั้งสูญเสียโอกาสหลายอย่างในชีวิตทั้งด้านการศึกษาการประกอบอาชีพ และอาจทำให้เกิดการเสียชีวิตก่อนวัยอันควร พฤติกรรมก้าวร้าวยังเกิดผลกระทบต่อวัยรุ่น หรือผู้อื่นที่เป็นเหยื่อในเหตุการณ์นั้น (กฤตยา แสวงเจริญ และปุญทรี พ่วงสุวรรณ, 2552; อุมาพร ตรังคสมบัติ, 2549) รวมถึงผลกระทบต่อครอบครัวที่ก่อให้เกิดความไม่สงบสุข ขาดความรัก ความเข้าใจ ขาดความอบอุ่น ขาดสัมพันธภาพที่ดีระหว่างสมาชิกในครอบครัว และยังมีผลกระทบด้านความปลอดภัยในสังคมด้วย (เพ็ญจันทร์ ประดับมุข และคณะ, 2551)

พฤติกรรมก้าวร้าวในกลุ่มวัยรุ่นเป็นปัญหาที่ได้รับความสนใจจากผู้เกี่ยวข้องทุก ๆ ด้าน เนื่องจากวัยรุ่นเป็นกลุ่มประชากรที่มีความสำคัญต่อการพัฒนาประเทศ การช่วยให้วัยรุ่นเติบโตเป็นผู้ใหญ่ที่มีคุณภาพถือว่าเป็นงานที่สำคัญของสังคม (อุมาพร ตรังคสมบัติ, 2549) จึงมีงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมก้าวร้าวในกลุ่มวัยรุ่น ทั้งกลุ่มทั่วไปที่ยังไม่เคยมีพฤติกรรมความก้าวร้าวรุนแรงและไม่มีปัจจัยเสี่ยงใด ๆ กลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดพฤติกรรมก้าวร้าวที่เน้นการลดปัจจัยเสี่ยง และกลุ่มที่มีพฤติกรรมก้าวร้าวเพื่อลดพฤติกรรมก้าวร้าวไม่ให้มีความรุนแรง อย่างไรก็ตาม การแก้ไขหรือปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในกลุ่มวัยรุ่นที่มีพฤติกรรมก้าวร้าวแล้ว เพื่อสร้างพฤติกรรมใหม่อาจเปลี่ยนแปลงได้ยาก จึงจำเป็นต้องมีความต่อเนื่องและใช้ระยะเวลา

จากการศึกษาที่ผ่านมาบว่า พฤติกรรมก้าวร้าวที่เกิดขึ้น เป็นผลมาจากเด็กมีความฉลาดทางอารมณ์ ที่ลดลง ความฉลาดทางอารมณ์เป็นความสามารถของบุคคลในการรับรู้ และเข้าใจอารมณ์ของตนเองและผู้อื่น อีกทั้งสามารถปรับอารมณ์และแสดงออกได้อย่างเหมาะสม สอดคล้องกับผลการศึกษาของ ภารดร ยิ่งยวด (2561) ศึกษาโปรแกรมการพัฒนาความฉลาดทางอารมณ์ต่อพฤติกรรมก้าวร้าวของเด็กในสถานสงเคราะห์เด็กชาย พบว่า มีคะแนนเฉลี่ยความฉลาดทางอารมณ์เพิ่มขึ้นและ มีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมก้าวร้าวลดลงเมื่อเปรียบเทียบกับก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญ ทางสถิติ ($p = .000$) แต่เมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มควบคุม พบว่าคะแนนความฉลาดทางอารมณ์และพฤติกรรมก้าวร้าวไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = .708$) เช่นเดียวกับการศึกษาของพันธสิริ คำทูล (2558) พบว่าภายหลัง โปรแกรมสุขศึกษาเพื่อลดพฤติกรรมก้าวร้าวในนักเรียนหญิงมัธยมศึกษาตอนต้น

พยาบาลวิชาชีพ กลุ่มอนามัยโรงเรียน* พยาบาลวิชาชีพ สำนักอนามัย

ที่พัฒนาขึ้น ส่งผลให้พฤติกรรมก้าวร้าวของนักเรียนกลุ่มทดลอง ในระยะสิ้นสุด การทดลองและระยะติดตามผล มีพฤติกรรมก้าวร้าวลดลงก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001

ความฉลาดทางอารมณ์ เป็นความสามารถทางอารมณ์ในการดำเนินชีวิตอย่างสร้างสรรค์และมีความสุข (กรมสุขภาพจิต, 2543) โดย Goleman ได้กล่าวถึงความหมายของความฉลาดทางอารมณ์ ว่าเป็นความสามารถของบุคคลที่จะจูงใจตนเอง เมื่อเผชิญหน้ากับสถานการณ์ต่างๆ เช่น ความผิดหวัง หรือสามารถควบคุมอารมณ์ของตนและจัดการปัญหาจากความสามารถทางความคิด มีความหวัง และมีความเห็นใจ (พิมพ์รัตน์ ธรรมรักษา และอาภาพร เผ่าวัฒนา, 2562) มีองค์ประกอบที่สำคัญ 3 ประการ คือ 1.“เก่ง” หมายถึง ความสามารถในการรู้จักตนเอง สามารถตัดสินใจ แก้ปัญหาและแสดงออกได้อย่างมีประสิทธิภาพ 2. “ดี” หมายถึง ความสามารถในการควบคุมอารมณ์และความต้องการของตนเอง รู้จักเห็นอกเห็นใจบุคคลอื่น รวมทั้งมีความรับผิดชอบต่อส่วนรวม และ 3. “สุข” หมายถึงความสามารถในการดำเนินชีวิตอย่างเป็นสุข มีความภูมิใจในตนเองมีความสงบทางใจ และมีความพึงพอใจในชีวิต จากงานวิจัยของแมคเคลแลนด์ (McClelland, 1973) พบว่าหลังจากที่นักศึกษาสำเร็จการศึกษาไปแล้ว นักศึกษาที่ได้คะแนนสูงสุดกลับไม่ประสบผลสำเร็จในชีวิต เช่น นักศึกษาที่มีระดับสติปัญญาสูงแต่ไม่สามารถควบคุมอารมณ์โกรธได้เพียงพอจึงก่อให้เกิดคดีฆาตกรรม ในขณะที่นักศึกษาที่เรียนได้คะแนนปานกลางสามารถประสบความสำเร็จในชีวิตมากที่สุด ประเด็นที่สำคัญเกี่ยวกับความฉลาดทางอารมณ์ คือ ผู้ที่ขาดความฉลาดทางอารมณ์จะทำให้เกิดความตึงเครียด นำไปสู่ความวิตกกังวล ความไม่แข็งแรงทางร่างกาย และไม่สามารถดำรงชีวิตในสังคมได้อย่างมีความสุข แต่ผู้ที่มีความฉลาดทางอารมณ์สูง จะเข้าใจตัวเอง เข้าใจความเหมาะสมในการใช้ชีวิต สามารถปรับตัวให้เข้ากับสังคมได้อย่างเป็นสุข (วรงรอง ศรีศิริรุ่งและดาริกา กูลแก้ว ,2561) ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยที่ศึกษาเกี่ยวกับเรื่องของความฉลาดทางอารมณ์ พบว่าความฉลาดทางอารมณ์เป็นตัวแปรที่มีความสัมพันธ์ กับภาวะสุขภาพจิตอย่างมีนัยสำคัญ ดังนั้นหากมีการนำองค์ประกอบที่สำคัญ 3 ประการ ของความฉลาดทางอารมณ์ คือ “ดี เก่ง สุข” มาใช้ในการลดพฤติกรรมก้าวร้าวให้กับวัยรุ่นจึงเป็นเรื่องที่น่าสนใจและควรนำมาศึกษาเพื่อให้สามารถนำไปประโยชน์ในทางปฏิบัติอย่างแท้จริง

ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ โปรแกรมพัฒนาความฉลาดทางอารมณ์ ต่อพฤติกรรมก้าวร้าวของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น เป็นโปรแกรมที่พัฒนาขึ้นโดยการนำเอาแนวคิดการรับรู้ความสามารถของตนเอง มาประยุกต์ใช้ควบคู่กับองค์ประกอบที่สำคัญ 3 ประการของความฉลาดทางอารมณ์ คือ “ดี เก่ง สุข” ซึ่งทฤษฎีความสามารถของตนเอง (Self-Efficacy Theory) เป็นทฤษฎีที่อัลเบริทแบนดูรา (Bandura, 1977) นักจิตวิทยาชาวแคนาดา ได้พัฒนามาจากทฤษฎีการเรียนรู้ทางปัญญาสังคม (Social learning theory) แบนดูรามีความเชื่อว่าพฤติกรรมของคนเรานั้นไม่ได้เกิดขึ้นและเปลี่ยนแปลงไปเนื่องจากปัจจัยทางสภาพแวดล้อมแต่เพียงอย่างเดียว หากแต่ว่าจะต้องมีปัจจัยส่วนบุคคลร่วมด้วย ดังนั้นการส่งเสริมปัจจัยส่วนบุคคลด้านความฉลาดทางอารมณ์ให้กับนักเรียนจึงเป็นสิ่งจำเป็น การฝึกความสามารถในการรู้จักตนเอง รู้จักควบคุมอารมณ์และความต้องการของตนเอง สามารถปรับตัว รวมถึงการแสดงออกที่เหมาะสม ตัดสินใจ แก้ปัญหาได้อย่างมีประสิทธิภาพ รู้จักเห็นอกเห็นใจบุคคลอื่น และ มีความภูมิใจในตนเอง ย่อมส่งผลให้นักเรียนที่เข้าร่วมโปรแกรมสามารถจัดการกับพฤติกรรมความก้าวร้าวของตนเองได้ และสามารถดำเนินชีวิตได้อย่างมีความสุขพร้อมที่จะเติบโตเป็นผู้ใหญ่ที่มีคุณภาพชีวิตที่ดีต่อไปในอนาคต

วัตถุประสงค์ทั่วไป

เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมพัฒนาความฉลาดทางอารมณ์และพฤติกรรมก้าวร้าวของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น ในโรงเรียนสังกัดกรุงเทพมหานคร

วัตถุประสงค์เฉพาะ

1. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความฉลาดทางอารมณ์และพฤติกรรรมก้าวร้าว ภายในกลุ่มเข้าร่วมโปรแกรมและกลุ่มเปรียบเทียบ ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม หลังการเข้าร่วมโปรแกรม

2. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความฉลาดทางอารมณ์และพฤติกรรมก้าวร้าว ระหว่างกลุ่มที่เข้าร่วมโปรแกรมและกลุ่มเปรียบเทียบหลังการเข้าร่วมโปรแกรม

สมมติฐานการวิจัย

1.ค่าคะแนนเฉลี่ยความฉลาดทางอารมณ์ของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น กลุ่มที่ได้รับโปรแกรมพัฒนาสร้างเสริมความฉลาดทางอารมณ์สูงกว่ากลุ่มที่ไม่ได้รับโปรแกรมพัฒนาสร้างเสริมความฉลาดทางอารมณ์

2.ค่าคะแนนเฉลี่ยความฉลาดทางอารมณ์ของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น หลังได้รับโปรแกรมพัฒนาสร้างเสริมความฉลาดทางอารมณ์ สูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมพัฒนาสร้างเสริมความฉลาดทางอารมณ์

3. ค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมก้าวร้าวของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น กลุ่มที่ได้รับโปรแกรมพัฒนาสร้างเสริมความฉลาดทางอารมณ์ต่ำกว่ากลุ่มที่ไม่ได้รับโปรแกรมพัฒนาความฉลาดทางอารมณ์

4.ค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมก้าวร้าวของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น หลังได้รับโปรแกรมพัฒนาสร้างเสริมความฉลาดทางอารมณ์ลดลงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมพัฒนาสร้างเสริมความฉลาดทางอารมณ์

ขอบเขตการวิจัย

การศึกษาวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) แบบสองกลุ่มที่มีกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ศึกษาถึงโปรแกรมพัฒนาความฉลาดทางอารมณ์ ต่อพฤติกรรมก้าวร้าวของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนต้นในโรงเรียนสังกัดกรุงเทพมหานคร มีการทดสอบก่อนและหลังการทดลอง (The pretest-posttest control group design)

กรอบแนวคิดการวิจัยที่ศึกษา

ตัวแปรต้น

โปรแกรมพัฒนาความฉลาดทางอารมณ์ต่อพฤติกรรมก้าวร้าวของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนต้นในโรงเรียนสังกัดสำนักงานคณะกรรมการการศึกษาขั้นพื้นฐานที่ประยุกต์ใช้แนวคิดกรมสุขภาพจิตในการออกแบบกิจกรรม ประกอบด้วย

-ด้านดี เป็นกิจกรรมชุดฝึกทักษะการควบคุมอารมณ์และความต้องการของตนเอง มีกิจกรรมกลุ่มสัมพันธ์ เพื่อให้รับรู้และควบคุมอารมณ์ของตนเอง เห็นอกเห็นใจผู้อื่นและ มีความรับผิดชอบ เห็นถึงประโยชน์ส่วนรวม โดยร่วมกันสรุปสิ่งที่ได้รับจากกิจกรรม

-ด้านเก่ง เป็นกิจกรรมชุดฝึกการแก้ไขปัญหา การวิเคราะห์กรณีศึกษา และกิจกรรมกลุ่มสัมพันธ์ เพื่อให้เกิดความสามารถ ในการรู้จักตนเอง มีแรงจูงใจ สามารถตัดสินใจแก้ไขปัญหาและแสดงออกได้อย่างมีประสิทธิภาพ รวมทั้งมีสัมพันธภาพที่ดีกับผู้อื่น โดยร่วมกันสรุปสิ่งที่ได้จากกิจกรรม

-ด้านสุข เป็นกิจกรรมกลุ่มสัมพันธ์โดยการแลกเปลี่ยนประสบการณ์เกี่ยวกับความสำเร็จที่ผ่านมาในชีวิตร่วมกับการ จัดกิจกรรมที่มีความสนุกสนาน เพื่อให้เด็กเกิดความรู้สึกเห็นคุณค่าในตนเองและเกิดความผ่อนคลา โดยร่วมกันสรุปสิ่งที่ได้จากกิจกรรม

ตัวแปรตาม

ความฉลาดทางอารมณ์
พฤติกรรมก้าวร้าว

ตัวแปรในการวิจัย

ตัวแปรอิสระ ได้แก่ โปรแกรมพัฒนาความฉลาดทางอารมณ์

ตัวแปรตาม ได้แก่ ความฉลาดทางอารมณ์และพฤติกรรมก้าวร้าว

ประชากร

งานวิจัยครั้งนี้คือ นักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนต้นที่ศึกษาอยู่ในโรงเรียนมักกะสันพิทยา และโรงเรียนสรรพาวุธ สังกัดกรุงเทพมหานคร

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้ประยุกต์ใช้แนวคิดของกรมสุขภาพจิต เรื่องความฉลาดทางอารมณ์และแนวคิดทฤษฎีการรับรู้ความสามารถของตนเอง (Self-Efficacy) ของแบนดูรา ในการออกแบบโปรแกรมโดยใช้กระบวนการกลุ่ม ในการพัฒนาความฉลาดทางอารมณ์ เครื่องมือที่ใช้ในงานวิจัยครั้งนี้ประกอบด้วย 2 ส่วน คือ

1. **เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง**

โปรแกรมการพัฒนาความฉลาดทางอารมณ์ ในการป้องกันพฤติกรรมก้าวร้าวของเด็กนักเรียนระดับมัธยมศึกษาตอนต้น อายุระหว่าง 12-15 ปีในเขตกรุงเทพ ประยุกต์ใช้แนวคิดความฉลาดทาง อารมณ์ของกรมสุขภาพจิต ดีเก่ง สุข ซึ่งจัดกิจกรรม จำนวน 5 ครั้ง โดยใช้เวลาครั้งละ 90 นาที ประกอบด้วย กิจกรรมนันทนาการ วิเคราะห์สถานการณ์และกรณีศึกษา ให้ความรู้และฝึกทักษะการควบคุมอารมณ์ การแก้ไข ปัญหาอย่างสร้างสรรค์ และการเห็นคุณค่าในตนเอง และ การร่วมกันสรุปกิจกรรมหลังการทำกิจกรรมทุกครั้ง

กิจกรรมที่ 1 กิจกรรมทำอย่างไรให้ใจไม่ทุกข์ เป็นการให้เด็ก เกิดความรู้สึกผ่อนคลายและมีความสุขร่วมกับอธิบายถึง จุดมุ่งหมายและแนวทางในการเข้าร่วมกิจกรรม เพื่อให้เกิด ความผ่อนคลายและความคุ้นเคย

กิจกรรมที่ 2 รู้เท่าทันอารมณ์และควบคุมตนเอง ในการจัดการกับอารมณ์ฉุนเฉียวต่าง ๆ และปรับตนเองได้ โดยการวิเคราะห์สถานการณ์จากการ์ตูน ผู้วิจัยและเด็ก ๆ ช่วยกันสรุปสิ่งที่ได้จากกิจกรรม และฝึกทักษะการควบคุมตนเองในการนำไปประยุกต์ใช้ในชีวิต

กิจกรรมที่ 3 คิดวิเคราะห์อย่างเป็นระบบและ การจัดการกับปัญหาในรูปแบบที่หลากหลาย โดยการวิเคราะห์สถานการณ์ที่ขัดแยงหรือปัญหา ผู้วิจัยและเด็ก ๆ ช่วยกันสรุปแนวทางที่ได้จากกิจกรรม และนำไปประยุกต์ใช้ในชีวิต

กิจกรรมที่ 4 ความรับผิดชอบและการทำงาน ร่วมกับผู้อื่นและการลดความขัดแย้ง โดยกิจกรรมกลุ่มสัมพันธ์ซึ่งเป็นกิจกรรมที่ต้องอาศัยความร่วมมือของกลุ่ม จึงจะทำงานได้สำเร็จ ผู้วิจัยและเด็ก ๆ ช่วยกันสรุป แนวทางที่ได้จากกิจกรรม และนำไปประยุกต์ใช้ในชีวิต

กิจกรรมที่ 5 เห็นคุณค่าในตนเอง เป็นกิจกรรม ที่ทำให้เด็กรู้ศักยภาพตนเอง มีแรงจูงใจในตนเอง โดยกิจกรรมกลุ่มสัมพันธ์ผ่านการจดบันทึกและเล่า ประสบการณ์ความสำเร็จของตนเองที่ภาคภูมิใจ ผู้วิจัย และเด็ก ๆ ช่วยกันสรุปสิ่งที่ได้จากกิจกรรม และนำไปประยุกต์ใช้ในชีวิต

2. **เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย**

2.1 แบบสอบถามก่อนการทดลอง มีทั้งหมด 3 ตอน ประกอบด้วยแบบสอบถามข้อมูลลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง แบบประเมินความฉลาดทางอารมณ์เด็กและแบบประเมินพฤติกรรมก้าวร้าว

2.2 แบบสอบถามหลังการทดลอง มีทั้งหมด 3 ตอน โดยเป็นแบบสอบถามชุดเดียวกันก่อนการทดลองเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลประกอบด้วยแบบสอบถามที่ผู้วิจัยนำมาใช้มีทั้งหมด 3 ตอน คือ

ตอนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ประกอบด้วย อายุ เพศโรคประจำตัว ระดับการศึกษา เกรดเฉลี่ยสะสม การพักอาศัยอยู่ปัจจุบัน สถานภาพสมรสของพ่อแม่ การมีพี่น้องร่วมพ่อแม่เดียวกัน

ตอนที่ 2 แบบประเมินความฉลาดทางอารมณ์ ประกอบด้วยการประเมินคุณลักษณะ 3 ด้าน คือ 1) ด้านดี คือความพร้อมทางอารมณ์ที่จะอยู่ร่วมกับผู้อื่น โดยประเมินจากการควบคุมอารมณ์ การใส่ใจและการเข้าใจอารมณ์ผู้อื่น และการยอมรับผิด 2) ด้านเก่ง คือความพร้อมที่จะพัฒนาตนไปสู่ความสำเร็จโดยประเมินจากความมุ่งมั่นพยายาม การปรับตัวต่อปัญหาและการกล้าแสดงออกอย่างเหมาะสม 3) ด้านสุข คือ ความพร้อมด้านอารมณ์ที่ทำให้เกิดความสุข ซึ่งพัฒนาโดยกรมสุขภาพจิต (2550) โดยใช้แบบประเมินความฉลาดทางอารมณ์ เด็กอายุ 12-17 ปี ซึ่งเป็นแบบวัดมาตรประมาณค่า (Rating scale) 60 ข้อ

ตอนที่ 3 แบบประเมินพฤติกรรมก้าวร้าว

เป็นการประเมินพฤติกรรมก้าวร้าวที่เกี่ยวข้องกับอารมณ์ ความรู้สึก และพฤติกรรมทั้งในรูปของความก้าวร้าวทางกาย ความก้าวร้าวทางวาจา ความโกรธ ความเป็นปรปักษ์ ซึ่งเป็นแบบประเมินความก้าวร้าวที่ดัดแปลงมาจาก Buss & Perry(1992) โดยเป็นแบบวัดมาตรประมาณค่า (Rating scale) 27 ข้อ แบ่งออกเป็น 4 ด้าน ดังนี้

1. ความก้าวร้าวทางกาย (Physical aggressive)	จำนวน 8 ข้อ	คือ	ข้อ 1-8
2. ความก้าวร้าวทางวาจา (Verbal aggressive)	จำนวน 5 ข้อ	คือ	ข้อ 9-13
3. ความโกรธ (Anger)	จำนวน 7 ข้อ	คือ	ข้อ 14-20
4. ความไม่เป็นมิตร (Hostile)	จำนวน 7 ข้อ	คือ	ข้อ 21-27

ในการคิดคะแนน ใช้วิธีการรวบรวมคะแนนที่ได้จากการประเมินทุกข้อ ซึ่งมีค่าคะแนนสูงสุด 108 คะแนน และต่ำสุด 27 คะแนน หากผลรวมของคะแนนยิ่งมีคะแนนสูง แสดงว่า ยิ่งมีความก้าวร้าวสูง

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ โดยการหาความตรงของเนื้อหา (Content Validity) การทดสอบความตรงตามสภาพ (Face Validity) และการหาค่าความเชื่อมั่น (Reliability) ดังนี้

1. การหาความตรงของเนื้อหา (Content Validity)

ผู้วิจัยนำเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ โปรแกรมพัฒนาความฉลาดทางอารมณ์ แบบประเมินความฉลาดทางอารมณ์ และแบบประเมินพฤติกรรมก้าวร้าว โดยในส่วนของโปรแกรมพัฒนาความฉลาดทางอารมณ์นั้น ได้เสนอให้ผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน ตรวจสอบความถูกต้อง เหมาะสม และความครอบคลุมของโปรแกรม ส่วนแบบประเมินความฉลาดทางอารมณ์ และแบบประเมินพฤติกรรมก้าวร้าว ผู้วิจัยไม่ได้ทำการตรวจสอบหาค่าความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือ เนื่องจากเป็นเครื่องมือมาตรฐาน และตรวจสอบความตรง (validity) ของทุกเครื่องมือสามารถนำมาใช้ในการศึกษาได้ สำหรับเครื่องมือแบบสอบถามข้อมูลลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเอง ได้รับคำแนะนำ ปรับปรุงแก้ไขให้สมบูรณ์จากการตรวจสอบความถูกต้องและความครอบคลุมของเนื้อหาจากอาจารย์ที่ปรึกษา

2. การหาค่าความเชื่อมั่น (Reliability)

ผู้วิจัยนำแบบสอบถามที่แก้ไขแล้วไปทดลองใช้กับเด็กนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น ที่มีลักษณะคล้ายกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน โดยเป็นคนละคนกับกลุ่มที่ทดสอบความตรงตามสภาพ เพื่อหาความเชื่อมั่น (Reliability) โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟ่าของครอนบาค (Cronbach's alpha Coefficient) ผลการวิเคราะห์ด้านความฉลาดทางอารมณ์ และพฤติกรรมก้าวร้าว ค่าความเชื่อมั่น เท่ากับ .913 และ .876 ตามลำดับ

ระหว่างการตรวจสอบเครื่องมือและปรับแก้ไข ผู้วิจัยส่งโครงการวิจัย เพื่อขอรับรองจริยธรรมจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล ให้ทำการตรวจสอบและนำมาปรับปรุงแก้ไขก่อนดำเนินการ

ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย

1. ขั้นเตรียมการ

โครงการวิจัยนี้ได้รับการพิจารณารับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมวิจัยในมนุษย์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล COA. No. MUPH 2020-085

ผู้วิจัยติดต่อขออนุมัติหนังสือจากบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยถึงผู้อำนวยการโรงเรียน เพื่อขอความอนุเคราะห์ในการทำวิจัยและเก็บรวบรวมข้อมูล

1.1 การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยพิทักษ์สิทธิผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย โดยการแนะนำตัว ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการศึกษา และขออนุญาตในการเก็บข้อมูล โดยขออนุญาตจากผู้ปกครองและเด็กนักเรียน พร้อมทั้งชี้แจงถึงสิทธิในการตอบรับหรือปฏิเสธ ในการอนุญาตเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้ และให้ผู้ปกครองลงนามในหนังสือยินยอมเข้าร่วมวิจัย โดยผู้เข้าร่วมวิจัยสามารถยุติการเข้าร่วมวิจัยได้ รวมทั้งข้อมูลที่ได้จากการศึกษาวิจัยจะปกปิดเป็นความลับ จะเปิดเผยข้อมูลของผู้เข้าร่วมวิจัยเฉพาะส่วนที่เป็นข้อสรุปการวิเคราะห์ข้อมูลและการนำเสนอข้อมูลในภาพรวม เพื่อเป็นประโยชน์ในเชิงวิชาการเท่านั้น ซึ่งไม่ส่งผลต่อบุคคลหรือหน่วยงานใด ๆ

2. ขั้นดำเนินการวิจัย

การดำเนินการทดลองหลังจากได้รับการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล และดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลตามขั้นตอน ดังต่อไปนี้

1. ติดต่อโรงเรียนที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง เพื่อนัดหมายการจัดกิจกรรมโดยชี้แจงรายละเอียดกิจกรรมแก่อาจารย์ / ครูในสถานศึกษา นัดหมายวัน เวลา สถานที่ในการจัดกิจกรรม ซึ่งสามารถดำเนินกิจกรรมได้ในวันจันทร์ - ศุกร์ นอกเวลาทำการ ช่วงเวลา 15.30 -17.00 น. โดยไม่รบกวนเวลาเรียน

2. เก็บข้อมูลของกลุ่มตัวอย่างโดยให้ตอบแบบสอบถามด้านคุณลักษณะทั่วไป ความฉลาดทางอารมณ์และพฤติกรรมก้าวร้าว ก่อนเข้าร่วมโปรแกรมพัฒนาความฉลาดทางอารมณ์ต่อพฤติกรรมก้าวร้าวของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น เขตกรุงเทพมหานคร

3.ดำเนินการทดลองใช้โปรแกรมพัฒนาความฉลาดทางอารมณ์ในกลุ่มตัวอย่างตามวัน และเวลาที่นัดหมาย กิจกรรม มีดังนี้

โปรแกรมพัฒนาความฉลาดทางอารมณ์ต่อพฤติกรรมก้าวร้าวของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น ในโรงเรียนสังกัดสำนักงานคณะกรรมการการศึกษาขั้นพื้นฐาน จัดกิจกรรมทั้งหมด 5 ครั้ง จัดกิจกรรม 1 ครั้ง/สัปดาห์ นานครั้งละ 90 นาที ดังนี้

ครั้งที่ 1 กิจกรรม "ทำอย่างไรให้ใจไม่ทุกข์" (90 นาที)
วัตถุประสงค์กิจกรรม เพื่อให้กลุ่มที่เข้าร่วมโปรแกรมสามารถ
1. บอกวิธีการที่ทำให้ตนเองรู้สึกผ่อนคลาย จิตใจไม่ทุกข์
2. บอกวิธีการควบคุมอารมณ์ตนเองได้

ครั้งที่ 2 กิจกรรม "หน้าต่างอารมณ์และอารมณ์ของฉัน" (90 นาที)
วัตถุประสงค์กิจกรรม เพื่อให้กลุ่มที่เข้าร่วมโปรแกรมสามารถ
1.อธิบายถึงสาเหตุและผลกระทบของอารมณ์ได้
2.บอกวิธีการควบคุมอารมณ์ การจัดการกับอารมณ์ และการแสดงออกได้อย่างเหมาะสม
3.ปฏิบัติทักษะการควบคุมและการจัดการกับอารมณ์ได้

ครั้งที่ 3 กิจกรรม “ใครเอ่ย.....เก่งจัง” (90 นาที)

วัตถุประสงค์กิจกรรม เพื่อให้กลุ่มที่เข้าร่วมโปรแกรมสามารถ

1.ระบุอารมณ์ที่เกิดขึ้นจากสถานการณ์ได้

2.บอกสาเหตุและผลกระทบของปัญหาได้

3.บอกวิธีการแก้ไขปัญหาที่เหมาะสมกับสถานการณ์ได้

ครั้งที่ 4 กิจกรรม “เพื่อนย่อมเห็นใจเพื่อน” (90 นาที)

วัตถุประสงค์กิจกรรม เพื่อให้กลุ่มที่เข้าร่วมโปรแกรมสามารถ

1.บอกถึงวิธีการแก้ไขความขัดแย้งอย่าง

2.อธิบายการทำงานเป็นทีม

3.บอกถึงข้อดีของตนเอง และรับฟังความเห็นของเพื่อน

ครั้งที่ 5 กิจกรรม “ต้นไม้แห่งชีวิตของฉัน” (90 นาที)

วัตถุประสงค์กิจกรรม เพื่อให้กลุ่มที่เข้าร่วมโปรแกรมสามารถ

1.บอกข้อดีของตนเองได้

2.เล่าเหตุการณ์ความภาคภูมิใจที่เกิดขึ้นของตนเองได้

3.บอกแนวทางที่ทำให้เกิดความสำเร็จได้

กิจกรรมสำหรับกลุ่มเปรียบเทียบ

กิจกรรมสำหรับกลุ่มเปรียบเทียบจัดขึ้นเมื่อสิ้นสุดการวิจัย โดยมีการให้ความรู้ร่วมกับการจัดกิจกรรมกลุ่มสัมพันธ์เกี่ยวกับความฉลาดทางอารมณ์และการป้องกันความก้าวร้าว โดยอธิบายถึงผลกระทบที่เกิดจากพฤติกรรมความก้าวร้าว ทักษะ การควบคุมอารมณ์ของตนเอง ร่วมกับการวิเคราะห์กรณีศึกษาเกี่ยวกับการรับรู้อารมณ์และการควบคุมอารมณ์ของตนเอง กิจกรรมกลุ่มสัมพันธ์ที่ฝึกทักษะการทำงานเป็นทีม สัมพันธภาพระหว่างบุคคลและการเห็นคุณค่าในตนเอง

3.ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล

เก็บรวบรวมข้อมูลโดยวิธีการให้ตอบแบบประเมินพฤติกรรมก้าวร้าวด้วยตนเอง และแบบประเมินความฉลาดทางอารมณ์ ซึ่งประเมินก่อนเข้าร่วมโปรแกรม หลังเข้าร่วมโปรแกรมในครั้งที่ 5 ซึ่งการเก็บรวบรวมข้อมูลของกลุ่มที่เข้าร่วมโปรแกรมและกลุ่มเปรียบเทียบทำในวันเดียวกัน

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป SPSS version 18 ดังนี้

1. สถิติเชิงบรรยาย ได้แก่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ในการวิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง และตัวแปรที่ศึกษา

2. เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนความฉลาดทางอารมณ์ต่อพฤติกรรมก้าวร้าวก่อนและหลังการทดลองของกลุ่มนักเรียนกลุ่มทดลองและของนักเรียนกลุ่มควบคุม โดยการทดสอบค่าที (Paired Sample t-test)

3.เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนความฉลาดทางอารมณ์ หลังการทดลองระหว่างนักเรียนกลุ่มทดลองกับนักเรียนกลุ่มควบคุม โดยการทดสอบค่าที (Independent Sample t-test)

4.เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมก้าวร้าว หลังการทดลองระหว่างนักเรียนกลุ่มทดลองกับนักเรียนกลุ่มควบคุม โดยการทดสอบค่าที (Independent Sample t-test)

ผลการวิจัย

การศึกษาวิจัยครั้งนี้เป็นเป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi experimental research) แบบ 2 กลุ่ม ทดสอบผลก่อนเข้าร่วมโปรแกรม หลังการเข้าร่วมโปรแกรม (Two group pre-posttest design) เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมพัฒนาความฉลาดทางอารมณ์ต่อพฤติกรรมก้าวร้าวของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น ในโรเรียนสังกัดกรุงเทพมหานคร โดยรวบรวมข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างคือ กลุ่มเด็กนักเรียนที่มีความฉลาดทางอารมณ์ด้านใดด้านหนึ่งอยู่ที่ 40-49 คะแนน จำนวน 60 คน แบ่งเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มที่เข้าร่วมโปรแกรม

จำนวน 30 คน และกลุ่มเปรียบเทียบ จำนวน 30 คน โดยกลุ่มที่เข้าร่วมโปรแกรมจะได้รับโปรแกรมพัฒนาความฉลาดทางอารมณ์ต่อพฤติกรรมก้าวร้าวของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น โปรแกรมได้ประยุกต์แนวคิดกรมสุขภาพจิต ซึ่งประกอบด้วยกิจกรรมนันทนาการ การวิเคราะห์สถานการณ์และการฝึกทักษะการควบคุมอารมณ์ตนเอง กิจกรรมทั้งหมด 5 ครั้ง นานครั้งละ 90 นาที ส่วนกลุ่มเปรียบเทียบจะได้รับความรู้เกี่ยวกับการพัฒนาความฉลาดทางอารมณ์ โดยให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามด้านคุณลักษณะทั่วไป และแบบประเมินพฤติกรรมก้าวร้าวด้วยตนเอง และแบบประเมินความฉลาดทางอารมณ์ ผลการวิเคราะห์ข้อมูลมีรายละเอียด ดังนี้

ส่วนที่ 1 คุณลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง มีรายละเอียด ดังนี้

กลุ่มที่เข้าร่วมโปรแกรมและกลุ่มเปรียบเทียบ มีอายุต่ำสุด 12 ปี และสูงสุด 15 ปี กลุ่มที่เข้าร่วมโปรแกรมและกลุ่มเปรียบเทียบ มีอายุเฉลี่ยเท่ากับ คือ 13.6 ปี ในกลุ่มที่เข้าร่วมโปรแกรม กลุ่มตัวอย่างเป็นเพศชายและเพศหญิง จำนวนเท่ากัน แต่ในกลุ่มเปรียบเทียบ มีกลุ่มตัวอย่างเป็นเพศหญิง 12 คน และเพศชาย 18 คน กลุ่มที่เข้าร่วมโปรแกรมมีเกรดเฉลี่ยสะสมสูงสุด 3.98 และต่ำสุด 1.35 เกรดเฉลี่ยสะสมเฉลี่ย 2.91 ส่วนในกลุ่มเปรียบเทียบ มีเกรดเฉลี่ยสะสมสูงสุด 3.86 และต่ำสุด 1.23 เกรดเฉลี่ยสะสมเฉลี่ย 2.77 กลุ่มที่เข้าร่วมโปรแกรมและกลุ่มเปรียบเทียบส่วนใหญ่อาศัยอยู่กับพ่อและแม่ ร้อยละ 66.7 และสถานภาพสมรสของพ่อแม่ส่วนใหญ่อยู่ด้วยกัน ร้อยละ 56.7 กลุ่มตัวอย่างในกลุ่มที่เข้าร่วมโปรแกรม และกลุ่มเปรียบเทียบส่วนใหญ่เป็นลูกคนเล็ก โดยมีพี่อย่างเดียว ร้อยละ 36.7 และ ร้อยละ 40 ตามลำดับ กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ทั้งกลุ่มที่เข้าร่วมโปรแกรม และกลุ่มเปรียบเทียบ ไม่มีโรคประจำตัว คิดเป็นร้อยละ 96.7 และ ร้อยละ 90 ตามลำดับ ส่วนกลุ่มตัวอย่างที่มีโรคประจำตัว เป็นโรคหอบหืดและภูมิแพ้

เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของคุณลักษณะทั่วไประหว่างกลุ่มที่เข้าร่วมโปรแกรมและกลุ่มเปรียบเทียบ พบว่า อายุ เพศ เกรดเฉลี่ยสะสม การพักอาศัย สถานภาพสมรสของพ่อแม่ การมีพี่น้องร่วมกัน และโรคประจำตัว ไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > .05$) (ตาราง 4.1)

ส่วนที่ 2 อธิบายคะแนนทีความฉลาดทางอารมณ์ และคะแนนพฤติกรรมก้าวร้าวแยกตามเกณฑ์ของกลุ่มที่เข้าร่วมโปรแกรมและกลุ่มเปรียบเทียบ ก่อนการเข้าร่วมโปรแกรมหลังการเข้าร่วมโปรแกรม

2.1 ความฉลาดทางอารมณ์

ผลการศึกษา พบว่า กลุ่มที่เข้าร่วมโปรแกรม ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม ส่วนใหญ่เป็นเด็กที่ความพัฒนาความฉลาด ทางอารมณ์ปานกลาง คิดเป็น ร้อยละ 46.7 เช่นเดียวกับ เด็กที่มีความฉลาดทางอารมณ์อยู่ในเกณฑ์ดี หลังการเข้าร่วมโปรแกรมพบว่า เด็กที่มีความฉลาดทางอยู่ในเกณฑ์ดี และเด็กที่ควรได้รับการพัฒนาความฉลาดทางอารมณ์ยังคงเดิม คิดเป็นร้อยละ 46.7 เช่นเดียวกับก่อนเข้าร่วมโปรแกรม

สำหรับกลุ่มเปรียบเทียบ พบว่า ก่อนเข้าโปรแกรม ส่วนใหญ่เป็นเด็กที่มีความฉลาดทางอารมณ์อยู่ในเกณฑ์ดี คิดเป็นร้อยละ 50.0 และเด็กที่ควรได้รับการพัฒนาความฉลาดทางอารมณ์ คิดเป็น ร้อยละ 46.7 หลังการเข้าร่วมโปรแกรม พบว่า เด็กที่ควรได้รับการพัฒนาความฉลาดทางอารมณ์หรือมีความฉลาดทางอารมณ์อยู่ในเกณฑ์ปานกลางเพิ่มขึ้น คิดเป็น ร้อยละ 63.3

2.2 พฤติกรรมก้าวร้าว

ผลการศึกษา พบว่า กลุ่มที่เข้าร่วมโปรแกรม ก่อนการเข้าร่วมโปรแกรม กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีคะแนนพฤติกรรมก้าวร้าวอยู่ในระดับสูง คิดเป็นร้อยละ 83.3 และพฤติกรรมก้าวร้าวระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 13.3 หลังเข้าร่วมโปรแกรม พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมก้าวร้าวอยู่ในเกณฑ์สูง ลดลง เหลือ ร้อยละ 80.0 ระดับปานกลางเพิ่มเป็น ร้อยละ 16.7

สำหรับกลุ่มเปรียบเทียบ ก่อนการเข้าร่วมโปรแกรม กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีคะแนนพฤติกรรมก้าวร้าวอยู่ในระดับสูง คิดเป็นร้อยละ 86.7 และพฤติกรรมก้าวร้าวระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 13.3 หลังเข้าร่วมโปรแกรม พบว่า กลุ่มตัวอย่างมี

พฤติกรรมก้าวร้าวอยู่ในเกณฑ์สูง ลดลง เหลือ ร้อยละ 80.0 และระดับปานกลางเพิ่มเป็นร้อยละ 20.0 เช่นเดียวกับกลุ่มที่เข้าร่วมโปรแกรม

ส่วนที่ 3 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความฉลาดทางอารมณ์และพฤติกรรมก้าวร้าว ระหว่างกลุ่มเข้าร่วมโปรแกรมและกลุ่มเปรียบเทียบ ก่อนการเข้าร่วมโปรแกรม หลังการเข้าร่วมโปรแกรม และเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความฉลาดทางอารมณ์และพฤติกรรมก้าวร้าว ภายในกลุ่มที่เข้าร่วมโปรแกรม ก่อนการเข้าร่วมโปรแกรม หลังการเข้าร่วมโปรแกรม

เมื่อทดสอบสมมติฐานของการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยได้มีการทดสอบการแจกแจงแบบปกติของข้อมูลตัวแปรที่ศึกษา คือ ความฉลาดทางอารมณ์และพฤติกรรมก้าวร้าว โดยวิธีการหาค่าสถิติ Kolmogorov-Smirnov ของข้อมูลแต่ละชุด เมื่อนำข้อมูลแต่ละชุด มาทดสอบผลการศึกษาพบว่า ข้อมูลแต่ละชุดมีการแจกแจงแบบปกติ ($p > 0.05$) สรุปได้ว่ามีการแจกแจงข้อมูลแบบปกติจึงใช้การทดสอบ t-test

3.1 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความฉลาดทางอารมณ์ ระหว่างกลุ่มเข้าร่วมโปรแกรมและกลุ่มเปรียบเทียบ ก่อนการเข้าร่วมโปรแกรม หลังการเข้าร่วมโปรแกรม และเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความฉลาดทางอารมณ์ ภายในกลุ่มที่เข้าร่วมโปรแกรม ก่อนการเข้าร่วมโปรแกรม หลังการเข้าร่วมโปรแกรม

เมื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความฉลาดทางอารมณ์ระหว่างก่อนการเข้าร่วมโปรแกรมและหลังการเข้าร่วมโปรแกรม พบว่า ก่อนการเข้าร่วมโปรแกรมมีคะแนนเฉลี่ยความฉลาดทางอารมณ์ 161.77 หลังการเข้าร่วมโปรแกรมมีคะแนนเฉลี่ยลดลงเพียงเล็กน้อย เป็น 159.73 แสดงว่า ไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p= .412$)

กลุ่มเปรียบเทียบ พบว่าเมื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความฉลาดทางอารมณ์ระหว่างก่อนการเข้าร่วมโปรแกรมและหลังการเข้าร่วมโปรแกรม พบว่า ก่อนการเข้าร่วมโปรแกรมมีคะแนนเฉลี่ยความฉลาดทางอารมณ์ 159.10 หลังการเข้าร่วมโปรแกรมมีคะแนนเฉลี่ยลดลงเพียงเล็กน้อย เป็น 154.90 แสดงว่าไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p= .340$)

สำหรับ คะแนนเฉลี่ยความฉลาดทางอารมณ์ ระหว่างกลุ่มที่เข้าร่วมโปรแกรมและกลุ่มเปรียบเทียบก่อนการเข้าร่วมโปรแกรมไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p= .588$) หลังการเข้าร่วมโปรแกรม คะแนนเฉลี่ยความฉลาดทางอารมณ์ ระหว่างกลุ่มที่เข้าร่วมโปรแกรมและกลุ่มเปรียบเทียบก่อนการเข้าร่วมโปรแกรมไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p= .931$)

3.2 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมก้าวร้าว ระหว่างกลุ่มเข้าร่วมโปรแกรมและกลุ่มเปรียบเทียบ ก่อนการเข้าร่วมโปรแกรม หลังการเข้าร่วมโปรแกรม และเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความฉลาดทางอารมณ์ ภายในกลุ่มที่เข้าร่วมโปรแกรม ก่อนการเข้าร่วมโปรแกรม หลังการเข้าร่วมโปรแกรม

เมื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมก้าวร้าว ระหว่างก่อนการเข้าร่วมโปรแกรมและหลังการเข้าร่วมโปรแกรม พบว่า ก่อนการเข้าร่วมโปรแกรมมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมก้าวร้าว 53.4 หลังการเข้าร่วมโปรแกรมยังมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมก้าวร้าวเพิ่มขึ้น เมื่อเปรียบเทียบก่อนเข้าร่วมโปรแกรมและหลังการเข้าร่วมโปรแกรม พบว่ามีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$)

กลุ่มเปรียบเทียบ เมื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมก้าวร้าว ระหว่างก่อนการเข้าร่วมโปรแกรมและหลังการเข้าร่วมโปรแกรม พบว่า ก่อนการเข้าร่วมโปรแกรมมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมก้าวร้าว 53.13 หลังการเข้าร่วมโปรแกรมมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมก้าวร้าวเพิ่มขึ้นมา 1.7 คะแนน เป็น 54.83 เมื่อเปรียบเทียบก่อนเข้าร่วมโปรแกรมและหลังการเข้าร่วมโปรแกรม แสดงว่าไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p= .430$)

สำหรับ คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมก้าวร้าว ระหว่างกลุ่มที่เข้าร่วมโปรแกรมและกลุ่มเปรียบเทียบก่อนการเข้าร่วมโปรแกรมไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = .422$) หลังการเข้าร่วมโปรแกรม คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมก้าวร้าว ระหว่างกลุ่มที่เข้าร่วมโปรแกรมและกลุ่มเปรียบเทียบก่อนการเข้าร่วมโปรแกรมไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = .750$)

อภิปรายผล

การศึกษาวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi experimental research) แบบ 2 กลุ่ม ทดสอบผลก่อนการเข้าร่วมโปรแกรม หลังการเข้าร่วมโปรแกรม (Two group pre-post design) เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการพัฒนาความฉลาดทางอารมณ์ต่อพฤติกรรมก้าวร้าวของเด็กนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น ในกรุงเทพมหานคร

การศึกษาครั้งนี้ ศึกษากับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 60 คน คือ กลุ่มที่เข้าร่วมโปรแกรม 30 คน และกลุ่มเปรียบเทียบ 30 คน ดำเนินกิจกรรมทั้งหมด 5 กิจกรรม รวมระยะเวลาทั้งหมด 5 ครั้ง ครั้งละ 90 นาที

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลเป็นแบบวัดแบบมีโครงสร้าง เก็บรวบรวมข้อมูล โดยการตอบแบบประเมินความฉลาดทางอารมณ์ และแบบประเมินพฤติกรรมก้าวร้าวด้วยตนเอง ซึ่งเก็บข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่าง 2 ครั้ง คือ ก่อนการเข้าร่วมโปรแกรม หลังการเข้าร่วมโปรแกรม

เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการพัฒนาความฉลาดทางอารมณ์ต่อพฤติกรรมก้าวร้าวของเด็กชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น ในกรุงเทพมหานคร พบว่า กลุ่มที่เข้าร่วมโปรแกรมไม่มีการเปลี่ยนแปลงความฉลาดทางอารมณ์ รวมถึงพฤติกรรมก้าวร้าว

ส่วนที่ 1 คุณลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่าง ในการศึกษานี้ พบว่า กลุ่มที่เข้าร่วมโปรแกรมและกลุ่มเปรียบเทียบ มีอายุต่ำสุด 12 ปี และสูงสุด 15 ปี กลุ่มที่เข้าร่วมโปรแกรมและกลุ่มเปรียบเทียบ มีอายุเฉลี่ยเท่ากับ คือ 13.6 ปี ในกลุ่มที่เข้าร่วมโปรแกรม กลุ่มตัวอย่างเป็นเพศชายและเพศหญิง จำนวนเท่ากัน ในกลุ่มเปรียบเทียบ มีกลุ่มตัวอย่างเป็นเพศหญิง 12 คน และเพศชาย 18 คน กลุ่มที่เข้าร่วมโปรแกรมมีเกรดเฉลี่ยสะสมสูงสุด 3.98 และต่ำสุด 1.35 เกรดเฉลี่ยสะสมเฉลี่ย 2.91 ส่วนในกลุ่มเปรียบเทียบ มีเกรดเฉลี่ยสะสมสูงสุด 3.86 และต่ำสุด 1.23 เกรดเฉลี่ยสะสมเฉลี่ย 2.77 กลุ่มที่เข้าร่วมโปรแกรมและกลุ่มเปรียบเทียบส่วนใหญ่อาศัยอยู่กับพ่อและแม่ ร้อยละ 66.7 และสถานภาพสมรสของพ่อแม่ส่วนใหญ่อยู่ด้วยกัน ร้อยละ 56.7 กลุ่มตัวอย่างในกลุ่มที่เข้าร่วมโปรแกรม และกลุ่มเปรียบเทียบส่วนใหญ่เป็นลูกคนเล็ก โดยมีพี่อย่างเดียว ร้อยละ 36.7 และ ร้อยละ 40 ตามลำดับ กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ทั้งกลุ่ม ที่เข้าร่วมโปรแกรม และกลุ่มเปรียบเทียบ ไม่มีโรคประจำตัว คิดเป็นร้อยละ 96.7 และ ร้อยละ 90 ตามลำดับ ส่วนกลุ่มตัวอย่างที่มีโรคประจำตัว เป็นโรคหอบหืดและภูมิแพ้

จากผลดังกล่าวข้างต้นเมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของคุณลักษณะทั่วไประหว่างกลุ่มที่เข้าร่วมโปรแกรมและกลุ่มเปรียบเทียบ พบว่ามีความคล้ายคลึงกัน ซึ่งสามารถอธิบายได้ว่า ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยได้มีการคัดเลือกกลุ่มที่เข้าร่วมโปรมแกรมและกลุ่มเปรียบเทียบ ให้มีปัจจัยบางประการที่อาจมีผลต่อการศึกษาให้มีความคล้ายคลึงกัน ส่งผลให้ความฉลาดทางอารมณ์และพฤติกรรมก้าวร้าวของเด็กไม่แตกต่างกัน

ส่วนที่ 2 อภิปรายผลการวิจัย

ผลการศึกษาภายหลังการให้โปรแกรมการพัฒนาความฉลาดทางอารมณ์ต่อพฤติกรรมก้าวร้าวของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น ในกรุงเทพมหานคร สามารถอภิปรายผลการศึกษาได้ ดังนี้

2.1 ความฉลาดทางอารมณ์

ผลการทดสอบ พบว่า คะแนนเฉลี่ยความฉลาดทางอารมณ์ ภายในกลุ่มที่เข้าร่วมโปรแกรม ก่อนการเข้าร่วมโปรแกรม หลังการเข้าร่วมโปรแกรม ไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p= .412) (ตารางที่ 4.4) กลุ่มเปรียบเทียบ พบว่า คะแนนเฉลี่ยความฉลาดทางอารมณ์ ภายในกลุ่มที่เข้าร่วมโปรแกรม ก่อนการเข้าร่วมโปรแกรม หลังการเข้าร่วมโปรแกรม ไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p= .340) (ตารางที่ 4.4) สำหรับ คะแนนเฉลี่ยความฉลาดทางอารมณ์ ระหว่างกลุ่มที่เข้าร่วมโปรแกรมและกลุ่มเปรียบเทียบก่อนการเข้าร่วมโปรแกรมไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p = . 588) เช่นเดียวกับ หลังการเข้าร่วมโปรแกรม คะแนนเฉลี่ยความฉลาดทางอารมณ์ ระหว่างกลุ่มที่เข้าร่วมโปรแกรมและกลุ่มเปรียบเทียบก่อนการเข้าร่วมโปรแกรมไม่

มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p = . 931) (ตารางที่ 4.5) ซึ่งไม่เป็นไปตามสมมติฐานที่ตั้งไว้ สามารถอธิบายได้ว่า ลักษณะกิจกรรมที่จัดขึ้นมีระยะเวลาที่น้อยเกินไป เนื่องจากองค์ประกอบความฉลาดทางอารมณ์มีองค์ประกอบย่อยหลายด้าน ซึ่งการที่จะทำให้ความฉลาดทางอารมณ์เปลี่ยนแปลงจะต้องอาศัยระยะเวลาและการเปลี่ยนแปลงขององค์ประกอบย่อยในแต่ละด้านไปพร้อมๆกัน (สำนักนันทนาการ กรมพลศึกษา กระทรวงการท่องเที่ยวและการกีฬา, 2555) และตามพัฒนาการของสมองส่วนหน้า (Frontal lobes) ซึ่งทำหน้าที่เกี่ยวกับการคิดไตร่ตรอง การยับยั้งชั่งใจ การแก้ไขปัญหา ฯลฯ ของเด็กวัยนี้ต้องใช้เวลาในการสร้างแขนงของเซลล์ประสาท จากสาเหตุของการเจริญเติบโตที่ช้าของสมองส่วนหน้า ทำให้ทักษะการควบคุมอารมณ์และการแก้ไขปัญหาหรือการจัดการอารมณ์ยังไม่ดีเท่าที่ควร ซึ่งทักษะดังกล่าวเป็นองค์ประกอบ ของความฉลาดทางอารมณ์ (กรมสุขภาพจิต, 2550; พรจิรา ปริวัชรากุล, 2556) นอกจากนี้การพัฒนาความฉลาดทางอารมณ์ของเด็ก ควรมีการวางแผนในการพัฒนาได้ตั้งแต่วัยทารกเพราะพัฒนาการทางอารมณ์ของเด็กสามารถพัฒนาได้จากปฏิกิริยาตอบสนองจากประสาทสัมผัสและสิ่งแวดล้อม เนื่องจากเด็กนักเรียนแต่ละตน ล้วนแต่มีภูมิหลังที่แตกต่างกัน ถูกเลี้ยงดูมาจากพ่อแม่ หรือบุคคลในครอบครัวที่แตกต่าง รวมทั้งอาจจะได้รับผลกระทบมาจากครอบครัวที่ไม่ได้อยู่ด้วยกัน ในการศึกษานี้มีเด็กนักเรียนที่ไม่ได้อยู่กับพ่อและแม่ถึงร้อยละ 33.3 จึงอาจส่งผลต่อการพัฒนาความฉลาดทางอารมณ์ แม้กระทั่งความเป็นอยู่ทางสังคม ซึ่งถือว่าเป็นอุปสรรคในการพัฒนาความฉลาดทางอารมณ์ (ศิริกุล อิศรานุรักษ์, 2549; ดุลยา จิตตะยโศธร, 2552) เพราะจะต้องแก้ปัญหากับความเคยชินในทางลบซึ่งจะใช้เวลานานกว่าในการส่งเสริมหรือพัฒนาความฉลาดทางอารมณ์ (กรมสุขภาพจิต, 2550) ซึ่งแตกต่างจากผลการศึกษาของดลฤดี สุรินทร์ (2553) ที่ศึกษาผลการประยุกต์ใช้โปรแกรมส่งเสริมความฉลาดทางอารมณ์เพื่อป้องกันพฤติกรรมก้าวร้าวในนักเรียนชั้น ประถมศึกษาปีที่ 6 โดยใช้กระบวนการเรียนรู้แบบกลุ่มในการส่งเสริมการรับรู้อารมณ์ การควบคุม อารมณ์ การสร้างสัมพันธภาพและการผ่อนคลาย การแสดงออกบทบาทสมมติในการส่งเสริมทักษะการ สื่อสาร การยอมรับความแตกต่างระหว่างบุคคล และวิเคราะห์สถานการณ์จำลองในการส่งเสริมการ แก้ไขปัญหาและฝึกทักษะการสื่อสาร โดยการวิจารณ์อย่างสร้างสรรค์ พบว่าหลังเข้าร่วมโปรแกรม นักเรียนกลุ่มตัวอย่าง มีคะแนนเฉลี่ยความฉลาดทางอารมณ์ในภาพรวมหลังเข้าร่วมกิจกรรมสูงกว่าก่อน เข้าร่วมโปรแกรมและค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมก้าวร้าวและการใช้ความรุนแรงทางวาจาและทาง กาย โดยรวม ภายหลังการเข้าร่วมลดลงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมและสอดคล้องกับการศึกษาของสำนักนันทนาการ กรมพลศึกษา กระทรวงการท่องเที่ยวและกีฬา (2555) ที่ศึกษาผลของการใช้เกมกลุ่มสัมพันธ์ด้านนันทนาการที่มีต่อการพัฒนาความฉลาดทางอารมณ์ของเด็กในสถานสงเคราะห์ มีกิจกรรม การฝึกทักษะด้านความสามารถ เพื่อส่งเสริมศักยภาพของตนเองด้านการเห็นคุณค่าในตนเอง โดยการจด บันทึก ข้อดี และการเล่นเกม ด้านสัมพันธภาพ วิเคราะห์ความสัมพันธ์ของสิ่งของรอบตัว และการเล่น เกม ด้านการแก้ไขปัญหา ผ่านการเล่นเกม แก้ไขปัญหาบนฐานของกฎกติกาที่กำหนดไว้ และการ วิเคราะห์สถานการณ์ ด้านการสื่อสาร โดยการเล่นเกม พบว่าความฉลาดทางอารมณ์ของเด็กในสถาน สงเคราะห์กลุ่มที่เข้าร่วมกิจกรรมระหว่างก่อนกับหลังการเข้าร่วมกิจกรรมแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ ทางสถิติ โดยเฉพาะองค์ประกอบด้านเก่ง องค์ประกอบย่อย เรื่องสัมพันธภาพ โดยมีค่าเฉลี่ยหลังการเข้า ร่วมกิจกรรมสูงกว่าก่อนการเข้าร่วมกิจกรรม จึงทำให้ไม่เกิดการเปลี่ยนแปลงเมื่อเปรียบเทียบคะแนนความฉลาดทางอารมณ์ของกลุ่มที่เข้าร่วมโปรแกรมและกลุ่มเปรียบเทียบทำให้ไม่มีแตกต่างกัน

2.2 พฤติกรรมก้าวร้าว

ผลการทดสอบ พบว่า คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมก้าวร้าวภายในกลุ่มที่เข้าร่วมโปรแกรมก่อนการเข้าร่วมโปรแกรมหลังการเข้าร่วมโปรแกรม มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p < .05) กลุ่มเปรียบเทียบ พบว่า คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมก้าวร้าว ภายในกลุ่มที่เข้าร่วมโปรแกรม ก่อนการเข้าร่วมโปรแกรม หลังการเข้าร่วมโปรแกรม ไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p= .430) (ตารางที่ 4.4) สำหรับ คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมก้าวร้าว ระหว่างกลุ่มที่เข้าร่วมโปรแกรมและกลุ่มเปรียบเทียบก่อนการเข้าร่วมโปรแกรมไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p = .422) เช่นเดียวกับ หลังการเข้าร่วมโปรแกรม คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมก้าวร้าว ระหว่างกลุ่มที่เข้าร่วมโปรแกรมและกลุ่มเปรียบเทียบก่อนการเข้าร่วมโปรแกรมไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p = .750)

(ตารางที่ 4.5) ซึ่งไม่เป็นไปตามสมมติฐานที่ตั้งไว้ สามารถอธิบายได้ว่า เมื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความฉลาดทางอารมณ์ระหว่างก่อนการเข้าร่วมโปรแกรมและหลังการเข้าร่วมโปรแกรม พบว่าไม่มีการเปลี่ยนแปลง จึงส่งผลให้คะแนนพฤติกรรมก้าวร้าว ก่อนการเข้าร่วมโปรแกรม หลังการเข้าร่วมโปรแกรม ระหว่างกลุ่มที่เข้าร่วมโปรแกรมและกลุ่มเปรียบเทียบ ไม่มีการเปลี่ยนแปลงมากนักตามไปด้วย จากการสังเกตพบว่า เมื่อนักเรียนหญิงและนักเรียนชายมารวมกันเป็นกลุ่มก็อาจทำให้เกิดพฤติกรรมคึกคะนองของช่วงวัย เช่น การทะเลาะวิวาท ตัดสินปัญหาด้วยกำลัง หรือแม้กระทั้งการใช้คำพูดที่ไม่เหมาะสม อีกทั้งลักษณะของกิจกรรมที่จัดขึ้นเป็นกิจกรรมนันทนาการ วิเคราะห์สถานการณ์และกรณีศึกษาให้ความรู้และฝึกทักษะการควบคุมอารมณ์ การแก้ไขปัญหาอย่างสร้างสรรค์ และการเห็นคุณค่าในตนเอง และการร่วมกันสรุปกิจกรรมหลังการทำกิจกรรมทุกครั้ง กิจกรรมทั้งหมด 5 ครั้ง ครั้งละ 90 นาที มีระยะเวลาที่น้อยเกินไป เนื่องจากการเปลี่ยนแปลงในเรื่องพฤติกรรมก้าวร้าวในเด็กนักเรียนจะต้องใช้ระยะเวลานานเพียงพอและมีความต่อเนื่อง (อุมาพร ตรังคสมบัติ, 2549) เพื่อให้สอดคล้องกับการพัฒนาของสมองส่วนหน้า (Frontal lobes) ที่ทำหน้าที่เกี่ยวกับการคิดไตร่ตรอง การยับยั้งชั่งใจ ความสามารถในการควบคุมอารมณ์และการจัดการอารมณ์ที่พัฒนาช้ากว่าสมองส่วนที่ทำหน้าที่เกี่ยวกับสัญชาตญาณของมนุษย์ที่เกี่ยวข้องกับอารมณ์ความรู้สึกมุทะลุ กล้าที่จะเสี่ยง (Limbic areas) ที่จะมีการพัฒนาได้รวดเร็วและเสร็จสิ้นก่อนจึงทำให้มีการแสดงออกของอารมณ์ความรู้สึกหรือพฤติกรรมโดยขาดการคิดพิจารณาให้รอบคอบก่อน (พรจิรา ปริวัชรากุล, 2556) หรืออาจจะเป็นผลมาจาก ร้อยละ 40 ของกลุ่มตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้ทั้ง 2 กลุ่ม มาจากพื้นฐานครอบครัวที่มีปัญหา เช่น พ่อแม่หย่าร้าง มีฐานะทางเศรษฐกิจและสังคมไม่ดี ทำให้การพัฒนาความฉลาดทางอารมณ์เพื่อลดความก้าวร้าวเป็นไปได้ยากเนื่องจากนักเรียนมีความเครียดและขาดการส่งเสริมจากครอบครัว รวมถึงกลุ่มตัวอย่างอาจไม่เจอสิ่งเร้าที่กระตุ้นให้เกิดการนำแนวทางจากการทำกิจกรรมไปใช้ เนื่องจากรูปแบบการจัดกิจกรรมมีระยะเวลาจำกัด และระยะห่างในการทำกิจกรรมแต่ละครั้งใกล้กันจนเกินไป จึงทำให้ไม่เกิดการเปลี่ยนแปลงของพฤติกรรมก้าวร้าว เมื่อเปรียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมก้าวร้าวของกลุ่มที่เข้าร่วมโปรแกรมและกลุ่มเปรียบเทียบจึงทำให้ไม่แตกต่างกัน

สรุปผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi experimental research) แบบ 2 กลุ่มทดสอบผลก่อนการทดลอง หลังการทดลอง (Two group pre-post test) เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมพัฒนาความฉลาดทางอารมณ์ต่อพฤติกรรมก้าวร้าวของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น ในกรุงเทพมหานคร โดยเก็บรวบรวมข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่าง คือ เด็กนักเรียนที่กำลังศึกษาอยู่ชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น อายุระหว่าง 12-15 ปี มีคะแนนความฉลาดทางอารมณ์ด้านในด้านหนึ่งอยู่ที่ 40-49 คะแนน จำนวน 60 คน แบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มที่เข้าร่วมโปรแกรม จำนวน 30 คน และกลุ่มเปรียบเทียบ จำนวน 30 คน โดยกลุ่มที่เข้าร่วมโปรแกรมจะได้รับโปรแกรมการพัฒนาความฉลาดทางอารมณ์ต่อพฤติกรรมก้าวร้าวของเด็กนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น โปรแกรมที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นได้ประยุกต์ใช้แนวคิดของกรมสุขภาพจิต ซึ่งประกอบด้วย กิจกรรมนันทนาการ การวิเคราะห์สถานการณ์ และการฝึกทักษะการควบคุมอารมณ์ตนเอง กิจกรรมทั้งหมด 5 ครั้ง นานครั้งละ 90 นาที ส่วนกลุ่มเปรียบเทียบจะได้รับความรู้ร่วมกับกิจกรรมกลุ่มสัมพันธ์เมื่อสิ้นสุด มีการเก็บรวบรวมข้อมูลทั้งหมด 2 ครั้ง คือ ก่อนการทดลอง และหลังการทดลอง โดยให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามด้านคุณลักษณะทั่วไป แบบประเมินความฉลาดทางอารมณ์ และแบบประเมินพฤติกรรมก้าวร้าวด้วยตนเอง

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วย 2 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับคุณลักษณะทั่วไป ประกอบด้วย อายุ เพศโรคประจำตัว ระดับการศึกษา เกรดเฉลี่ยสะสม การพักอาศัยอยู่ปัจจุบัน สถานภาพสมรสของพ่อแม่ การมีพี่น้องร่วมพ่อแม่เดียวกัน แบบประเมินความฉลาดทางอารมณ์ และแบบประเมินพฤติกรรมก้าวร้าวด้วยตนเอง

ส่วนที่ 2 ได้แก่ เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินกิจกรรม คือ โปรแกรมการพัฒนาความฉลาดทางอารมณ์ต่อพฤติกรรมก้าวร้าวของเด็กนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น ที่ประยุกต์ใช้แนวคิดความฉลาดทางอารมณ์ของกรมสุขภาพจิต ประกอบด้วยกิจกรรมดังนี้

ครั้งที่ 1 เป็นกิจกรรมที่ทำให้เด็กหาแนวทางการควบคุมอารมณ์ตนเอง และเป็นการทำให้เด็กเกิดความรู้สึกผ่อนคลายและมีความสุข โดยการทำกิจกรรมกลุ่มสัมพันธ์ที่สนุกสนาน และมีการอภิปรายผลร่วมกันหาแนวทางของการควบคุมอารมณ์ด้วยตนเองและการที่ทำให้ตนเองรู้สึก มีความสุข

ครั้งที่ 2 เป็นกิจกรรมส่งเสริมการรู้เท่าทันอารมณ์ สาเหตุและผลกระทบของอารมณ์และความสามารถในการควบคุมตนเอง การจัดการกับอารมณ์ฉุนเฉียวต่างๆ และปรับตนเองได้ โดยการวิเคราะห์สถานการณ์จากการ์ตูน และทำใบงานเพื่อวิเคราะห์ถึงสาเหตุและผลกระทบจากสถานการณ์ หากไม่สามารถควบคุมอารมณ์ตนเองได้ พร้อมทั้งฝึกทักษะควบคุมอารมณ์ด้วยวิธีการที่หลากหลายและมีการอภิปรายร่วมกัน เพื่อหาแนวทางในการนำวิธีการที่ฝึกทักษะไปประยุกต์ใช้ในชีวิตประจำวัน

ครั้งที่ 3 เป็นกิจกรรมที่ทำให้เด็กรู้จักปัญหา การแก้ไขปัญหาอย่างเป็นระบบ โดยการวิเคราะห์กรณีศึกษาและประยุกต์ใช้หลักธรรมเป็นขั้นตอนสำหรับการแก้ไขปัญหาอย่างเป็นระบบ และทำใบงานการแก้ไขปัญหาอย่างเป็นระบบตามหลักธรรมดังกล่าว และกระตุ้นให้เด็กสรุปความคิดที่ได้จากการทำกิจกรรมด้วยการร่วมกันอภิปรายกลุ่ม เพื่อให้เด็กได้ฝึกทักษะการแก้ไขปัญหาอย่างเป็นระบบ

ครั้งที่ 4 เป็นกิจกรรมที่ใช้ทักษะการทำงานร่วมกันกับผู้อื่นและฝึกการรับฟังผู้อื่น เพื่อลดความขัดแย้งและหาทางออกร่วมกันอย่างสร้างสรรค์ โดยการใช้กิจกรรมกลุ่มสัมพันธ์ที่สร้างสถานการณ์ที่เป็นปัญหาแล้วให้เด็กหาวิธีการแก้ไขปัญหาร่วมกัน ซึ่งมีเงื่อนไขหรือกฎเกณฑ์ที่ทุกคนต้องปฏิบัติตาม และทำใบงานที่สะท้อนถึงกระบวนการทำงานและแนวทางการแก้ไขปัญหาที่ทำให้เกิดความสำเร็จของกลุ่มแต่ละกลุ่ม พร้อมทั้งร่วมกันอภิปราย เพื่อหาแนวทางการปฏิบัติในการทำงานร่วมกับผู้อื่น

ครั้งที่ 5 เป็นกิจกรรมที่ทำให้เด็กเห็นคุณค่าในตนเอง รู้ศักยภาพของตนเองและมีแรงจูงใจในตนเอง โดยกิจกรรมกลุ่มสัมพันธ์ผ่านการจดบันทึกและเล่าประสบการณ์ความสำเร็จของตนเองที่ภาคภูมิใจ และร่วมกันอภิปราย เพื่อหาแนวทางของการเกิดความสำเร็จจากข้อดีหรือศักยภาพของตนเอง

วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไป ใช้สถิติพรรณนา (Descriptive Statistic) ได้แก่ ความถี่ (Frequency) ค่าเฉลี่ย (Mean) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation) อธิบายคุณลักษณะข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

วิเคราะห์ความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนความฉลาดทางอารมณ์และพฤติกรรมก้าวร้าวภายในกลุ่มที่เข้าร่วมโปรแกรม และกลุ่มเปรียบเทียบ ด้วยสถิติ Pair t-test และระหว่างกลุ่มที่เข้าร่วมโปรแกรม และกลุ่มเปรียบเทียบด้วยสถิติ Independent t-test

สรุปผลการวิจัย

1. คุณลักษณะทั่วไป

กลุ่มที่เข้าร่วมโปรแกรมและกลุ่มเปรียบเทียบ มีอายุต่ำสุด 12 ปี และสูงสุด 15 ปี กลุ่มที่เข้าร่วมโปรแกรมและกลุ่มเปรียบเทียบ มีอายุเฉลี่ยเท่ากับ คือ 13.6 ปี ในกลุ่มที่เข้าร่วมโปรแกรม กลุ่มตัวอย่างเป็นเพศชายและเพศหญิง จำนวนเท่ากัน ในกลุ่มเปรียบเทียบ มีกลุ่มตัวอย่างเป็นเพศหญิง 18 คน และเพศชาย 12 คน กลุ่มที่เข้าร่วมโปรแกรมมีเกรดเฉลี่ยสะสมสูงสุด 3.98 และต่ำสุด 1.35 เกรดเฉลี่ยสะสมเฉลี่ย 2.91 ส่วนในกลุ่มเปรียบเทียบ มีเกรดเฉลี่ยสะสมสูงสุด 3.86 และต่ำสุด 1.23 เกรดเฉลี่ยสะสมเฉลี่ย 2.77 กลุ่มที่เข้าร่วมโปรแกรมและกลุ่มเปรียบเทียบส่วนใหญ่อาศัยอยู่กับพ่อและแม่ ร้อยละ 66.7 และสถานภาพสมรสของพ่อแม่ส่วนใหญ่อยู่ด้วยกัน ร้อยละ 56.7 กลุ่มตัวอย่างในกลุ่มที่เข้าร่วมโปรแกรม และกลุ่มเปรียบเทียบส่วนใหญ่เป็นลูกคนเล็ก โดยมีพี่อย่างเดียว ร้อยละ 36.7 และ ร้อยละ 40 ตามลำดับ กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ทั้งกลุ่มที่เข้าร่วมโปรแกรม และกลุ่มเปรียบเทียบ ไม่มีโรคประจำตัว คิดเป็นร้อยละ 96.7 และ ร้อยละ 90 ตามลำดับ ส่วนกลุ่มตัวอย่างที่มีโรคประจำตัว เป็นโรคหอบหืดและภูมิแพ้

เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของคุณลักษณะทั่วไประหว่างกลุ่มที่เข้าร่วมโปรแกรมและกลุ่มเปรียบเทียบ พบว่า อายุ เพศ เกรดเฉลี่ยสะสม การพักอาศัย สถานภาพสมรสของพ่อแม่ การมีพี่น้องร่วมกัน และโรคประจำตัว ไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p> .05)

จากผลดังกล่าวข้างต้นเมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของคุณลักษณะทั่วไประหว่างกลุ่มที่เข้าร่วมโปรแกรมและกลุ่มเปรียบเทียบ พบว่ามีความคล้ายคลึงกัน ซึ่งสามารถอธิบายได้ว่า ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยได้มีการคัดเลือกกลุ่มที่เข้าร่วมโปรมแกรมและกลุ่มเปรียบเทียบ ให้มีปัจจัยบางประการที่อาจมีผลต่อการศึกษาให้มีความคล้ายคลึงกัน ส่งผลให้ความฉลาดทางอารมณ์และพฤติกรรมก้าวร้าวของเด็กไม่แตกต่างกัน

2.ความฉลาดความอารมณ์

2.1 ภายหลังเข้าร่วมกิจกรรมตามโปรแกรม ค่าเฉลี่ยของคะแนนความฉลาดทางอารมณ์ หลังการทดลอง ภายในกลุ่มที่เข้าร่วมโปรแกรมไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p > .05)

2.2 ค่าเฉลี่ยของคะแนนความฉลาดทางอารมณ์ ก่อนการทดลอง หลังการทดลอง ระหว่างกลุ่มที่เข้าร่วมโปรแกรมและกลุ่มเปรียบเทียบไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p > .05)

3.พฤติกรรมก้าวร้าว

2.1 ภายหลังเข้าร่วมกิจกรรมตามโปรแกรม ค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมก้าวร้าว หลังการทดลอง ภายในกลุ่มที่เข้าร่วมโปรแกรมเพิ่มขึ้นมากกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p < .05)

2.2 ค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมก้าวร้าว ก่อนการทดลอง หลังการทดลอง ระหว่างกลุ่มที่เข้าร่วมโปรแกรมและกลุ่มเปรียบเทียบไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p > .05)

ข้อเสนอแนะในการนำผลวิจัยไปใช้

จากผลการวิจัยของโปรแกรมการพัฒนาความฉลาดทางอารมณ์ต่อพฤติกรรมก้าวร้าวของเด็กนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น ผู้วิจัยมีข้อเสนอแนะในการนำผลวิจัยไปใช้ ดังนี้

1. การจัดกิจกรรมการพัฒนาความฉลาดทางอารมณ์ของเด็กวัยนี้ ควรเน้นกิจกรรมที่พัฒนากระบวนการสร้างหรือคงไว้ซึ่งสัมพันธภาพกับที่ดีกับเพื่อน เพราะเด็กในวัยนี้ต้องการการยอมรับจากเพื่อน ดังนั้นเพื่อนจึงเป็นปัจจัยที่สำคัญในการพัฒนาความฉลาดทางอารมณ์

2. การจัดกิจกรรมควรใช้ตัวแบบหรือแบบอย่างที่ดี มาจัดทำเป็นสื่อ เพราะเด็กวัยนี้เป็นวัยที่ต้องการหาตัวตนของตนเอง จึงพยายามมองหาแบบอย่างที่จะก่อให้เกิดพฤติกรรมการเลียนแบบ อันจะส่งผลต่อการเปลี่ยนแปลงรูปแบบของพฤติกรรม

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรใช้รูปแบบการวิจัยแบบผสมผสาน ทั้งส่วนของครูประจำชั้น ผู้ปกครอง และเด็กนักเรียน

2. ควรเว้นระยะห่างในการจัดกิจกรรม และระยะติดตามผล เพื่อให้สามารถพัฒนาองค์ประกอบย่อยของความฉลาดทางอารมณ์ในทุก ๆ ด้านอย่างค่อยเป็นค่อยไป

บรรณานุกรม

กรมพินิจและคุ้มครองเด็กและเยาวชน. (2559). สถิติคดีย้อนหลัง. Retrieve May 31, 2020 from http://www.djop.go.th/stat/statbetween2008-2011.

กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. (2543). คู่มือความฉลาดทางอารมณ์. กรุงเทพมหานคร: ชุมชนสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย.

กรมสุขภาพจิต. (2550). อีคิว: ความฉลาดทางอารมณ์ (ฉบับปรับปรุงครั้งที่ 1). (พิมพ์ครั้งที่ 1 นนทบุรี: ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย.

กฤตยา แสวงเจริญ และปุญทรี พ่วงสุวรรณ. (2552). พฤติกรรมเสี่ยงของเยาวชนต่อความรุนแรงในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ. วารสารพยาบาลศาสตร์และสุขภาพ, 32(2), 21-33.

จรรยา เศรษฐพงษ์, เกียรติกำจร กุศล, สายฝน เอกวรางกูร และปิยธิดา จุลละปิย. (2553). พฤติกรรมเสี่ยงต่อสุขภาพของวัยรุ่นในจังหวัดนครศรีธรรมราช. วารสารการพยาบาลและการศึกษา, 3(3), 51-63.

ชฎาพร สุวรรณภักดี. (2553). การคบหาเพื่อนที่แตกต่างกันซึ่งมีผลต่อการกระทำความผิดคดีเกี่ยวกับทรัพย์ กรณีศึกษา: ศูนย์ฝึกและอบรมเด็กและเยาวชนชายเขตกรุงเทพมหานครและปริมณฑล. วิทยานิพนธ์ศิลปะศาสตร์มหาบัณฑิต สาขาอาชญาวิทยาและงานยุติธรรม, บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.

ชนัญญา เงินเมือง. (2553). ความสัมพันธ์ระหว่างความฉลาดทางอารมณ์ การทำหน้าที่ของครอบครัวและพฤติกรรมความก้าวร้าวของนักเรียนชายระดับชั้นประถมศึกษาปีที่ 6 โรงเรียนอัสสัมชัญ: โรงเรียนอัสสัมชัญ.

ทิพย์วัลย์ สุรินยา. (2558). อิทธิพลของความรู้สึกเห็นคุณค่าในตนเอง การควบคุมความโกรธ พฤติกรรม การจัดการกับปัญหาและทัศนคติต่อการใช้ความรุนแรงต่อพฤติกรรมก้าวร้าวของเด็กวัยรุ่นชายไทย. วารสารสงขลานครินทร์ ฉบับสังคมศาสตร์และมนุษยศาสตร์, 21, 173-187.

ปาริชาติ นิยมพงษ์, ไพศาล วรคำ และปิยะธิดา ปัญญา. (2557). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมก้าวร้าวของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 4 จังหวัดบึงกาฬ. Graduate research conference, 2535-2543.

พรพิมล เจียมนาคินทร์. (2539). พัฒนาการวัยรุ่น. (พิมพ์ครั้งที่ 1). กรุงเทพฯ: คอมฟอร์ม.

พัชรี โชติกพงศ์. (2547). ความเข้มแข็งในการมองโลกและการปรับตัวด้านจิตสังคมของวัยรุ่น ในอำเภอเมือง จังหวัดเชียงใหม่. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตร์มหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

Anderson, C. A. & B. J. Bushman (2001). "Effects of violent video games on aggressive behavior, aggressive cognition, aggressive affect, physiological arousal, and proxocial behavior: A Meta-Analytic Review of the Scientific Liteature." Psychological Science, 12(5), 353-359.

Bandura, A. (1997). Self-Efficacy: The Exercise of Control. New York: Freeman and Company.

Bar-on, R. (1997). The Emotional Quotient Inventory (EQ-i): A test of emotional intelligence. Toronto, Canada: Multi-Health System, Inc.

Bar-on. (2000). The handbook of emotional intelligence theory, development, assessment and application at home, school, in the workplace. San Francisco: CA: Jossey-Bass.

Brackett, M.A., Mayer, J.D. & Warner, R.M. (2004). Emotion intelligence and its relation to everyday behavior. Personality and Individual Differences, 36(6): 1387-1402.

Buss ,A. H., & Perry, M. (1992). The aggressive questionnaire. Journal of Personality and Social Psychology, 63, 452-459.

ผลของโปรแกรมการพยาบาลต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ดื้อต่อการรักษาในศูนย์บริการสาธารณสุข สำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร

พยาบาลวิชาชีพคลินิกพิเศษ *

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคความดันโลหิตสูงเป็นปัญหาสุขภาพที่สำคัญของประชากรทั่วโลก โดยพบว่ามีผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงเกือบ 1 พันล้านคนและเสียชีวิตจากโรคความดันโลหิตสูงถึง 7.5 ล้านคนทั่วโลก มีการคาดประมาณการณ์ว่าในปี 2568 ความชุกของผู้ป่วยจะเพิ่มขึ้นเป็น 1.56 พันล้านคน สำหรับประเทศไทยจากข้อมูลสถิติระบบรายงานคลังข้อมูลสุขภาพ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข (Health Data Center : HDC) ในปี 2559-2561 พบอัตราผู้ป่วยความดันโลหิตสูงรายใหม่เท่ากับ 2,008.92, 2,091.28 และ 2,245.09 ต่อแสนประชากรตามลำดับ ซึ่งมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง ส่วนในเขตกรุงเทพมหานคร พบอัตราผู้ป่วยความดันโลหิตสูงรายใหม่ในปี 2559-2561 เท่ากับ 2,377.00, 2,307.12 และ 2,446.91 ต่อแสนประชากรตามลำดับ (สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค, 2562) การที่ยังไม่สามารถควบคุมความดันโลหิตของผู้ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงในประเทศไทยได้ดีเท่าที่ควรน่าจะเกิดจาก 3 สาเหตุคือผู้ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงไม่เคยทราบหรือเคยทราบ แต่ไม่ตระหนักมาก่อนว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูง ผู้ที่เป็นความดันโลหิตสูงที่ทราบและตระหนักแล้วว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูง แต่ปฏิเสธการรักษาหรือไม่ได้รับการติดตามและรักษาอย่างถูกต้อง และผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงซึ่งแม้จะได้รับการรักษาอยู่ แต่ก็ยังคุมความดันโลหิตไม่ได้ สาเหตุอาจมาจากความไม่สะดวกในการเข้ามารับยาในโรงพยาบาลจากปัญหาด้านภูมิลำเนาที่อยู่ห่างไกล ระยะเวลาในการรอคอยเพื่อรับการตรวจรักษา การรับประทานยาไม่สม่ำเสมอ ผลข้างเคียงของยา ยาที่ไม่มีคุณภาพ หรือ อุปสรรคที่ต้องใช้ยารวมกันหลายชนิดทำให้รับประทานยาให้ครบถ้วนได้ลำบาก การขาดความเอาใจใส่เพื่อปรับเพิ่มระดับยาขึ้นเมื่อคุมความดันโลหิตไม่ได้ เสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนและภาวะทุพพลภาพนำไปสู่การเสียชีวิตก่อนวัยอันควรได้

การจำแนกความรุนแรงและการวินิจฉัยโรคความดันโลหิตสูง กำหนดจากระดับความดันโลหิตที่วัดในคลินิกโรงพยาบาล หรือสถานบริการสาธารณสุขเป็นหลัก โดยคณะกรรมการร่วมระดับชาติว่าด้วยการป้องกัน การตรวจ การประเมินและการรักษาความดันโลหิตสูง (Chobanian AV, Bakris GL, Black HR, Cushman WC, Green LA, Izzo JL Jr, et al., 2003) และสมาคมความดันโลหิตสูงและโรคหัวใจแห่งยุโรป(European Society of Hypertension,2003) ได้ให้คำนิยามและสมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย (สมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย, 2562) ได้แปลความหมาย “โรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ (Uncontrolled Hypertension)” ไว้ว่า โรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ หมายถึง ระดับความดันโลหิตของผู้ป่วยที่ยังมากกว่าระดับที่ควบคุมได้ตามคำแนะนำ (Guideline) ได้แก่ ระดับความดันโลหิตของผู้ป่วยที่ยังมากกว่า 140/90 มิลลิเมตรปรอท ในผู้ป่วยที่ไม่ได้เป็นเบาหวานหรือ ระดับความดันโลหิตของผู้ป่วยที่ยังมากกว่า 130/80 มิลลิเมตรปรอทในผู้ป่วยที่เป็นเบาหวานหรือโรคไตเรื้อรัง และ/หรือระดับความดันโลหิตของผู้ป่วยที่ยังมากกว่า 140/90 มิลลิเมตรปรอท ในผู้ป่วยที่ไม่ได้เป็นเบาหวานหรือ ระดับความดันโลหิตของผู้ป่วยที่ยัง มากกว่า 130/85 มิลลิเมตรปรอท ในผู้ป่วยที่เป็นเบาหวานหรือโรคไตเรื้อรัง ส่วนความหมาย “โรคความดันโลหิตสูงที่ดื้อต่อการรักษา (Resistant Hypertension)” สมาคมโรคหัวใจแห่งอเมริกัน และสมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทยได้ให้คำนิยามไว้ว่า โรค ความดันโลหิตสูงที่ดื้อต่อการรักษา หมายถึง ระดับความดันโลหิตที่ยังไม่สามารถควบคุมให้อยู่ในเกณฑ์ที่เหมาะสมได้ ทั้งที่ผู้ป่วยได้รับการรักษาด้วย

พยาบาลวิชาชีพคลินิกพิเศษ* พยาบาลวิชาชีพ สำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร

ยาลดความดันโลหิตมากกว่าหรือเท่ากับ 3 กลุ่มชนิดโดยมี กลุ่มยาขับปัสสาวะร่วมด้วย หรือ ผู้ป่วยที่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้ แต่ต้องใช้ยามากกว่าหรือเท่ากับ 4 กลุ่มชนิด (สมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย,2562) (Robert MC, David AC, George LB, Robert DB, Stacie LD, Cheryl RD et. al. (2018) (Chernova I, Krishnan N,2019,21(10):117) โรคความดัน โลหิตสูงที่ดื้อต่อการรักษาได้มีการประมาณการณ์ว่ามีความชุกประมาณร้อยละ13-16 ของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ได้รับการรักษาซึ่งเท่ากับประมาณ 100 ล้านคนทั่วโลก โดยส่วนใหญ่พบในกลุ่มผู้ป่วยสูงอายุ มีภาวะอ้วน โรคไตเรื้อรัง เบาหวาน และอื่นๆ ภาวะความดันโลหิตสูงที่ดื้อต่อการรักษา เป็นปัจจัยที่เพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด โรคไตเรื้อรังระยะสุดท้าย และอัตราการเสียชีวิต

จากข้อมูลผู้รับบริการศูนย์บริการสาธารณสุขจำนวนทั้ง 12 แห่ง ในปีงบประมาณ 2562 มีผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ขึ้นทะเบียนรักษา จำนวน 5,367 คน พบว่ามีผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ดื้อต่อการรักษา รวมถึงผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงเกรด 3 ที่ค่าความดันโลหิตซิสโตลิคมากกว่า 180 มิลลิเมตรปรอทและความดันโลหิตไดแอสโตลิกมากกว่า 110 มิลลิเมตรปรอท จำนวน 194 คน ซึ่งส่วนใหญ่เป็นกลุ่มอายุ 60 ปีขึ้นไป จำนวน 153 คน (ร้อยละ 78.87) (สำนักอนามัย กองการพยาบาลสาธารณสุข,2562) จากการดำเนินงานในการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในศูนย์บริการสาธารณสุขที่ผ่านมาพบว่าสาเหตุที่ทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตให้อยู่ในเกณฑ์ที่เหมาะสมได้ เนื่องมาจากการรับประทานยาไม่ต่อเนื่อง พฤติกรรมการรับประทานอาหารไม่ถูกต้อง ไม่ตระหนักเกี่ยวกับโรคและภาวะแทรกซ้อนขาดการออกกำลังกายและความเครียด จากการให้สุขศึกษาในการดำเนินโครงการกิจกรรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในคลินิก ที่ผ่านมาพบว่ากิจกรรมส่วนใหญ่มุ่งเน้นการให้ความรู้ โดยเฉพาะการให้สุขศึกษารายกลุ่มซึ่งอาจไม่เพียงพอต่อการที่ผู้ป่วยจะนำไปปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของตนเองและอาจไม่สอดคล้องกับบริบทของผู้ป่วย เช่น วิถีการดำเนินชีวิต การประกอบอาชีพ ความเครียด เศรษฐกิจและวัฒนธรรม เช่น การประกอบอาชีพที่เร่งรีบทำให้รับประทานอาหารไม่เหมาะสม ขาดการออกกำลังกาย รายได้ค่าใช้จ่ายในครอบครัวไม่เพียงพอทำให้เกิดภาวะเครียดส่งผลต่อระดับความดันโลหิตที่ไม่สามารถควบคุมได้

จากเหตุผลข้างต้นทำให้ผู้ศึกษาสนใจต้องการศึกษาผลของโปรแกรมการพยาบาลต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ดื้อต่อการรักษา เพื่อให้ผู้ป่วยได้เกิดการรับรู้ข้อมูลด้านสุขภาพ การเรียนรู้เข้าใจทักษะการดูแลตนเองและพิจารณาทางเลือกตัดสินใจที่จะกระทำ ให้เกิดความตระหนักถึงความสำคัญเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง แนวทางการรักษา การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและการจัดการปัญหาเกี่ยวกับอารมณ์เพื่อนำผลการวิจัยมาเป็นแนวทางในการปรับปรุงพัฒนาประสิทธิภาพในการให้บริการด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ดื้อต่อการรักษาและนำเสนอต่อผู้บริหารต่อไป

คำถามการวิจัย

โปรแกรมการพยาบาลมีผลต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ดื้อต่อการรักษาหรือไม่ อย่างไร

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

วัตถุประสงค์ทั่วไป :

เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการพยาบาลต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ดื้อต่อการรักษาในศูนย์บริการสาธารณสุข สำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร

วัตถุประสงค์เฉพาะ :

1. เพื่อเปรียบเทียบความรู้เรื่องการควบคุมความดันโลหิตภายในกลุ่มและระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ
2. เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมการดูแลตนเองภายในกลุ่มและระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ
3. เพื่อเปรียบเทียบระดับความดันโลหิตภายในกลุ่มและระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ

พยาบาลวิชาชีพคลินิกพิเศษ* พยาบาลวิชาชีพ สำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร

สมมติฐานของการวิจัย

1. ภายหลังเข้าร่วมโปรแกรมการพยาบาลต่อพฤติกรรมการดูแลตนเอง ผู้ป่วยกลุ่มทดลองมีระดับความรู้เรื่องการควบคุมความดันโลหิตดีขึ้นกว่าก่อนทดลองและสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ

2. ภายหลังเข้าร่วมโปรแกรมการพยาบาลต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองผู้ป่วยกลุ่มทดลองมีพฤติกรรมการควบคุมความดันโลหิตหลังการทดลองดีขึ้นกว่าก่อนทดลองและดีขึ้นกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ

3. ภายหลังเข้าร่วมโปรแกรมการพยาบาลต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองผู้ป่วยกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยของระดับความดันโลหิตลังการทดลองลดลงมากกว่าก่อนทดลองและลดลงมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ

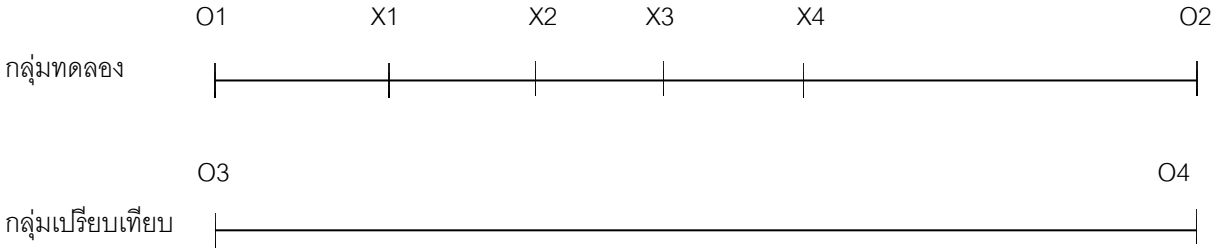
ขอบเขตของการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาแบบกึ่งทดลอง 2 กลุ่มวัดผลก่อนทดลอง - หลังทดลอง (Quasi-experimental study, two groups pre-post-test design) เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการพยาบาลต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ดื้อต่อการรักษาในศูนย์บริการสาธารณสุข สำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร เก็บข้อมูลระหว่าง เดือนเมษายนถึงเดือนมิถุนายน 2563

รูปแบบการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้ผู้ศึกษาใช้วิธีการวิจัยแบบกึ่งทดลอง(Quasi- experimental research) แบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มทดลองจำนวน 30 คนและกลุ่มเปรียบเทียบ จำนวน 30 คน ประชากรได้มาจากการเลือกแบบเจาะจง(purposive sampling) ตามเกณฑ์ที่ผู้วิจัยกำหนดจำนวน 60 คน วัดผลก่อนทดลองและหลังทดลอง(Two–group pretest–post-test design) เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการพยาบาลต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ดื้อต่อการรักษา

แผนภูมิกิจกรรมการวิจัย



O1, O3: การเก็บข้อมูลพื้นฐานก่อนการทดลอง

O2, O4: การเก็บข้อมูลหลังการทดลอง

X1: กิจกรรมครั้งที่ 1 สัปดาห์ที่ 2 หัวข้อกิจกรรม “ตระหนักรู้ตัวตน”

X2: กิจกรรมครั้งที่ 2 สัปดาห์ที่ 4 หัวข้อกิจกรรม “เธอ ฉันช่วยกัน ความดันลดลง”

X3: กิจกรรมครั้งที่ 3 สัปดาห์ที่ 6 หัวข้อกิจกรรม “รู้รักผ่อนคลาย สบายชีวี”

X4: กิจกรรมครั้งที่ 4 สัปดาห์ที่ 8 หัวข้อกิจกรรม “อยู่อย่างไร ปลอดภัยตลอดกาล”

ประชากรศึกษา

ประชากรที่ใช้ในการศึกษา ได้แก่ ผู้ป่วยทั้งชายและหญิงอายุมากกว่าหรือเท่ากับ 35 ปี ที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูงที่ดื้อต่อการรักษามีระดับความดันโลหิตที่ยังไม่สามารถควบคุมให้อยู่ในเกณฑ์ที่เหมาะสมได้และได้รับการรักษาด้วยยาลดความดันโลหิตมากกว่าหรือเท่ากับ 3 กลุ่มชนิดโดยมีกลุ่มยาขับปัสสาวะร่วมด้วย หรือผู้ป่วย

ที่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้แต่ต้องใช้ยามากกว่าหรือเท่ากับ 4 กลุ่มชนิด มีชื่ออยู่ในทะเบียนรายชื่อผู้มารับบริการตรวจรักษาในคลินิกโรคความดันโลหิตสูง ศูนย์บริการสาธารณสุข สำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร ในปีงบประมาณ 2562

กลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาเป็นผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ดื้อต่อการรักษามีระดับความดันโลหิตที่ยังไม่สามารถควบคุมให้อยู่ในเกณฑ์ที่เหมาะสมได้และได้รับการรักษาด้วยยาลดความดันโลหิตมากกว่าหรือเท่ากับ 3 กลุ่มชนิดโดยมีกลุ่มยาขับปัสสาวะร่วมด้วยหรือผู้ป่วยที่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้แต่ต้องใช้ยามากกว่าหรือเท่ากับ 4 กลุ่มชนิด มีชื่ออยู่ในทะเบียนรายชื่อผู้มารับบริการตรวจรักษาในคลินิกโรคความดันโลหิตสูง ศูนย์บริการสาธารณสุข 8 บุญรอด รุ่งเรือง, ศูนย์บริการสาธารณสุข 50 บึงกุ่ม, ศูนย์บริการสาธารณสุข 56 ทับเจริญ, ศูนย์บริการสาธารณสุข 68 สะพานสูง สำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร จำนวน 60 คน โดยแบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 30 คน กลุ่มเปรียบเทียบ 30 คน

1. การคำนวณขนาดตัวอย่าง

การกำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้ ได้จากการคำนวณกลุ่มตัวอย่างจากหลักอำนาจการทดสอบ (Power Analysis) โดยกำหนดค่า Alpha เท่ากับ 0.05 และค่าอำนาจการทดสอบ (Power) เท่ากับ 0.80 ซึ่งคำนวณค่าขนาดอิทธิพล (Effect size) จากการประมาณค่าความแตกต่างของค่าเฉลี่ย 2 กลุ่มจากงานวิจัยที่ผ่านมาที่มีลักษณะใกล้เคียงกัน โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป G power 3.1.9.2 (Faul F, Erdfelder E, Lang AG, Buchner A, 2007; 39 (2): 175-91) ซึ่งโปรแกรมการพยาบาลต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ดื้อต่อการรักษาในศูนย์บริการสาธารณสุข สำนักอนามัย กรุงเทพมหานครมีลักษณะใกล้เคียงดังผลการศึกษาของชลการ ชายกุล (2557) ได้ศึกษาถึงผลของโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองและการมีส่วนร่วมของครอบครัวต่อพฤติกรรมสุขภาพและความดันโลหิตของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงโดยภายหลังการทดลองคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพโดยรวมกลุ่มทดลองเท่ากับ 133.24 คะแนน ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 6.20 และกลุ่มเปรียบเทียบมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 100.52 คะแนน ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 5.49 เมื่อแทนค่า คะแนนต่างๆ ลงในโปรแกรม G power 3.1.9.2 (บุญใจ ศรีสถิตย์นรากูร, 2550) ระเบียบวิธีการวิจัยทางพยาบาลศาสตร์แล้วได้ค่าขนาดอิทธิพลเท่ากับ 5.59 โดยการประมาณค่าขนาดอิทธิพลจากค่าเฉลี่ย (สามารถแปลผลขนาดอิทธิพล)ได้ดังนี้

ค่า d มากกว่า 0.80	=	ขนาดอิทธิพลขนาดใหญ่
ค่า d เท่ากับ 0.50	=	ขนาดอิทธิพลขนาดปานกลาง
ค่า d น้อยกว่า 0.20	=	ขนาดอิทธิพลขนาดเล็ก

จากการคำนวณขนาดอิทธิพลที่ได้มีค่ามากกว่า 0.8 จึงเป็นขนาดอิทธิพลขนาดใหญ่ จากนั้นนำค่าขนาดอิทธิพลไปเปิดตารางประมาณขนาดตัวอย่าง พบว่า ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 26 คน และจากการศึกษา ที่ใกล้เคียงกันคือผลการศึกษาของยุภาพร นาคกลิ้ง (2555) ได้ศึกษาผลของการประยุกต์ทฤษฎีความสามารถตนเองต่อพฤติกรรมการควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย และระดับความดันโลหิตของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง พบว่ามีกลุ่มตัวอย่างที่ไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมได้ทุกครั้งจึงถูกตัดออกจากการศึกษาคิดเป็นร้อยละ 11.76 ของกลุ่มทดลองทั้งหมดเพื่อป้องกันการสูญหายระหว่างการวิจัยจึงเพิ่มจำนวนกลุ่มตัวอย่างอีกร้อยละ 15 ทั้ง 2 กลุ่ม จะได้กลุ่มทดลองจำนวน 30 คน และกลุ่มเปรียบเทียบ 30 คน รวมเป็น 60 คน

2. การชักตัวอย่าง

1. เลือกแบบเจาะจง คลินิกโรคความดันโลหิตสูง ศูนย์บริการสาธารณสุข 56 ทับเจริญ เป็นกลุ่มทดลอง เนื่องจากมีจำนวนผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ดื้อต่อการรักษาตามเกณฑ์คัดเข้าจำนวนมากเพียงพอเพื่อการควบคุมคุณภาพ

ในการจัดกิจกรรมการวิจัย จากนั้นสุ่มเลือก ผู้ป่วยโดยการจับฉลากจากทะเบียนรายชื่อผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ดื้อต่อการรักษา ตามเกณฑ์คัดเข้า จำนวน 30 คน เป็นกลุ่มทดลอง

2. เลือกแบบเจาะจง คลินิกโรคความดันโลหิตสูง ศูนย์บริการสาธารณสุข 8 บุญรอด รุ่งเรือง, ศูนย์บริการสาธารณสุข 50 บึงกุ่ม, และ ศูนย์บริการสาธารณสุข 68 สะพานสูง จำนวน 3 แห่ง เป็นกลุ่มเปรียบเทียบ จากนั้นสุ่มเลือกผู้ป่วยโดยการจับฉลากจากทะเบียนรายชื่อผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ดื้อ การรักษา ตามเกณฑ์คัดเข้า แห่งละ 10 คน จำนวนรวม 30 คน เป็นกลุ่มเปรียบเทียบ

3. เกณฑ์การคัดเข้า คัดออกและยุติเกณฑ์การคัดเข้า (Inclusion criteria) ดังนี้

1.ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูงที่ดื้อต่อการรักษามีระดับความดันโลหิตที่ยังไม่สามารถควบคุมให้อยู่ในเกณฑ์ที่เหมาะสมได้และได้รับการรักษาด้วยยาลดความดันโลหิตมากกว่าหรือเท่ากับ 3 กลุ่มชนิดโดยมีกลุ่มยาขับปัสสาวะร่วมด้วยหรือผู้ป่วยที่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้แต่ต้องใช้ยามากกว่าหรือเท่ากับ 4 กลุ่มชนิด มีชื่ออยู่ในทะเบียนรายชื่อผู้มารับบริการตรวจรักษาในคลินิกโรคความดันโลหิตสูง ศูนย์บริการสาธารณสุข สำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร

2. เพศชาย/เพศหญิง มีอายุมากกว่าหรือเท่ากับ 35 ปี

3. เป็นผู้ที่ยังไม่มีการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคเบาหวาน

4. อ่านออก เขียนได้และสื่อสารภาษาไทยได้

5. เป็นผู้มีสติสัมปชัญญะดี ช่วยเหลือตัวเองได้

6. สมัครใจเข้าร่วมโครงการวิจัยโดยได้รับข้อมูลอย่างครบถ้วน

4. เกณฑ์การคัดออก

มีภาวะเจ็บป่วยรุนแรง ไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมการวิจัยได้

5. เกณฑ์ให้ยุติการเข้าร่วมการศึกษา (Discontinuation criteria) ดังนี้

1. เข้าร่วมกิจกรรมไม่ครบตามกำหนดมากกว่า 2 ครั้ง

2. ขอถอนตัวออกจากการวิจัย

3. มีภาวะแทรกซ้อนรุนแรงหรือเสียชีวิตระหว่างดำเนินงานวิจัย

4. ย้ายออกจากพื้นที่

ตัวแปรที่ศึกษา

ตัวแปรที่ใช้ในการศึกษา ประกอบด้วย

1.ตัวแปรต้น

- โปรแกรมการพยาบาลต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ดื้อต่อการรักษา

2.ตัวแปรตาม

- ความรู้เรื่องการควบคุมความดันโลหิต
- พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ดื้อต่อการรักษา
- ระดับความดันโลหิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ดื้อต่อการรักษา

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

ส่วนที่ 1 เป็นข้อมูลส่วนบุคคลของประชากร ประกอบด้วย น้ำหนัก ส่วนสูง ความดันซิสโตลิค ความดันไดแอสโตลิค เพศ อายุ สถานภาพสมรส ศาสนา ระดับการศึกษา อาชีพที่ทำในปัจจุบัน รายได้เฉลี่ยต่อเดือน ระยะเวลาป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูง คนในครอบครัว/ญาติป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูง โรคประจำตัวอื่น ๆ มีผู้ดูแลเมื่อเจ็บป่วย การสูบบุหรี่ การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ และการรับประทานอาหาร จำนวน 14 ข้อ

ส่วนที่ 2 แบบทดสอบความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง โดยเป็นการถามความรู้ความเข้าใจที่จำเป็นเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงจำนวน 15 ข้อ ลักษณะคำถามมีตัวเลือก 2 ตัวเลือกคือใช่ หรือไม่ใช่ โดยข้อที่ตอบถูกจะได้ 1 คะแนน ข้อที่ตอบผิดจะได้ 0 คะแนน

ส่วนที่ 3 แบบสัมภาษณ์พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง จำนวน 15 ข้อ ลักษณะคำถามเป็นการประเมินตนเองถึงความสามารถในการจัดการสุขภาพตนเอง มีตัวเลือกในลักษณะมาตรประมาณค่า 5 ระดับ คะแนนตั้งแต่ 1-5 คะแนน

ส่วนที่ 4 แบบบันทึกค่าความดันโลหิตขณะที่หัวใจบีบตัว (Systolic Blood Pressure: SBP) และค่าความดันโลหิตขณะที่หัวใจคลายตัว (Diastolic Blood Pressure:DBP) โดยเครื่องวัดความดันโลหิตและชีพจรดิจิตอล (Blood pressure monitor) แบบภายนอก (Non-invasive) ชนิดรัดต้นแขนแบบอัตโนมัติหน้าจอแสดงผลแบบเป็นตัวเลขดิจิตอลที่ผ่านการสอบเทียบเครื่องมือ

เครื่องมือทดลอง

ผู้วิจัยได้นำทฤษฎีการดูแลตนเอง (Theory of self-care) ของโอเร็มมาประยุกต์ใช้ในการจัดกิจกรรมโปรแกรมการพยาบาลต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ดื้อต่อการรักษาในศูนย์บริการสาธารณสุข สำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร โดยจัดกิจกรรมในรูปแบบกิจกรรมกลุ่ม มีการบรรยายให้ความรู้ การเล่นเกม การระดมสมอง และการอภิปรายกลุ่ม

กิจกรรมสำหรับกลุ่มทดลอง

ในสัปดาห์ที่ 2 เก็บรวบรวมข้อมูลก่อนการทดลอง และ สัปดาห์ที่ 8 เก็บรวบรวมข้อมูลหลังการทดลองใช้เวลา 30 นาที ในการทำกิจกรรมแต่ละครั้งจะดำเนินการในวันและเวลาที่ผู้ป่วยมารับบริการที่คลินิกความดันโลหิตสูง (ทุก 2 สัปดาห์) ที่ศูนย์บริการสาธารณสุขฯตามนัดปกติ ใช้เวลา 60 นาที

กิจกรรมครั้งที่ 1 ตระหนักรู้ตัวตน (สัปดาห์ที่ 2 วันพฤหัสบดี เวลา 10.00 – 11.00 น.) โดยวิทยากรเป็นพยาบาลศูนย์บริการสาธารณสุขที่เป็นผู้วิจัยจำนวน 8 คน แบ่งเป็นวิทยากรหลัก 2 คนและวิทยากรกลุ่มย่อย 3 กลุ่ม กลุ่มละ 2 คน

1. กิจกรรมสร้างความตระหนักต่อโรคความดันโลหิตสูง
2. กิจกรรมการค้นหาอุปสรรคและปัญหาของการควบคุมความดันโลหิตไม่ได้
3. กิจกรรมสร้างความตระหนักต่อผลกระทบจากการขาดยาความดันโลหิตสูง
4. กิจกรรมส่งเสริมทักษะในการออกกำลังกายที่เหมาะสมกับผู้ป่วย

กิจกรรมครั้งที่ 2 เธอ ฉันช่วยกัน ความดันลดลง (สัปดาห์ที่ 4 วันพฤหัสบดี เวลา 10.00 – 11.00 น.) โดยวิทยากรเป็นพยาบาลศูนย์บริการสาธารณสุขที่เป็นผู้วิจัย จำนวน 8 คนและเภสัชกร 1 คน แบ่งเป็นวิทยากรหลัก 3 คนและวิทยากรกลุ่มย่อย 3 กลุ่ม กลุ่มละ 2 คน

1. ทบทวนการสร้างสุขภาพด้วยตนเอง 3อ 2ส
2. กิจกรรมส่งเสริมทักษะในการเลือกรับประทานอาหารที่เหมาะสมกับผู้ป่วย

กิจกรรมครั้งที่ 3 รู้รักผ่อนคลาย สบายชีวี (สัปดาห์ที่ 6 วันพฤหัสบดี เวลา 10.00 – 11.00 น.)โดยวิทยากรเป็นพยาบาลศูนย์บริการสาธารณสุขที่เป็นผู้วิจัย จำนวน 8 คน แบ่งเป็นวิทยากรหลัก 2 คนและวิทยากรกลุ่มย่อย 3 กลุ่ม กลุ่มละ 2 คน

ส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีเป้าหมายในการดูแลตนเอง “สุขภาพดีด้วยตัวเรา”

1.เกมตรวจสุขภาพตนเอง “สั่งจิตให้สุข”

2.หัวเราะบำบัด

3.การทำวิทิสาสมาธิ

กิจกรรมครั้งที่ 4 อยู่อย่างไร ปลอดภัยตลอดกาล (สัปดาห์ที่ 8 วันพฤหัสบดี เวลา 10.00 – 11.00 น.) โดยวิทยากรเป็นพยาบาลศูนย์บริการสาธารณสุขที่เป็นผู้วิจัย จำนวน 8 คน แบ่งเป็นวิทยากรหลัก 2 คนและวิทยากรกลุ่มย่อย 3 กลุ่ม กลุ่มละ 2 คน

-ทบทวนพฤติกรรมการดูแลตนเองร่วมกัน เพื่อนำไปปรับใช้ในการดูแลตนเองให้เหมาะสม

-เสริมสร้างกำลังใจในการปฏิบัติต่อเนื่อง

กิจกรรมสำหรับกลุ่มเปรียบเทียบ

1. ในสัปดาห์ที่ 2 เก็บรวบรวมข้อมูลก่อนการทดลอง และ สัปดาห์ที่ 8 เก็บรวบรวมข้อมูลหลังการทดลอง ในวันและเวลาที่ผู้ป่วยมารับบริการที่คลินิกความดันโลหิตสูง ที่ศูนย์บริการสาธารณสุขฯตามนัดปกติ ใช้เวลา 30 นาที

2. ระหว่างการทดลอง ผู้ป่วยในกลุ่มเปรียบเทียบจะได้รับกิจกรรมการพยาบาลตามปกติในคลินิกความดันโลหิตสูงของศูนย์บริการสาธารณสุขฯ

3. ภายหลังเก็บรวบรวมข้อมูลหลังการทดลองในสัปดาห์ที่ 8 กลุ่มเปรียบเทียบจะได้รับกิจกรรมตามโปรแกรมการพยาบาลต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ดื้อต่อการรักษา

การสร้างและตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

1. ศึกษาทฤษฎี แนวคิด เนื้อหาวิชาการ เอกสาร และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องร่วมกับศึกษาข้อมูลพื้นฐานของกลุ่มตัวอย่าง

2. กำหนดโครงร่าง และขอบเขตเนื้อหาที่ศึกษาให้ชัดเจน และประยุกต์แบบสัมภาษณ์ให้ครอบคลุมตัวแปรที่ศึกษาและเหมาะสมกับประเด็นที่จะศึกษา

3. ตรวจสอบคุณภาพของแบบสัมภาษณ์โดยผู้วิจัย โดยตรวจเกี่ยวกับความเป็นปรนัยด้านภาษาและความเป็นไปได้เมื่อนำไปใช้

4. นำแบบสัมภาษณ์ที่ประยุกต์ขึ้นไปตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) โดยให้ผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 ท่าน ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาและความเหมาะสมกับกลุ่มตัวอย่าง ซึ่งค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหาที่ยอมรับได้คือ 0.8 ขึ้นไป (Polit DF,Back CT (2004)โดยแบบสัมภาษณ์มีค่าดัชนี ความตรงเชิงเนื้อหาดังนี้

- แบบสัมภาษณ์ความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง มีค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหาเท่ากับ 1.00

- แบบสัมภาษณ์พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง มีค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหาเท่ากับ 0.98

5. ตรวจสอบความเที่ยงของเครื่องมือ (Reliability) โดยนำแบบสัมภาษณ์ไปทดลองใช้ (Try out) กับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ซึ่งมีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คน จากนั้นนำผลที่ได้มาวิเคราะห์หาค่าความเชื่อมั่น โดยแบบสัมภาษณ์ด้านความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง ใช้ค่าความเชื่อมั่น Kuder-Richardson 20 (KR-20) และแบบสัมภาษณ์ด้านอื่น ๆ รวมทั้งแบบสัมภาษณ์พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงซึ่งเป็นมาตรวัดแบบประมาณค่าใช้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟ่าครอนบาค(Cronbach’s coefficient)โดยค่าความเที่ยงที่ยอมรับได้คือ 0.7 ขึ้นไป (Polit DF,Back CT,2004) ซึ่งเครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาวิเคราะห์ค่าความเชื่อมั่นได้ดังนี้

- แบบสัมภาษณ์ความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง โดยมีค่าความเชื่อมั่น (Kuder-Richardson 20 (KR-20) โดยรวมทั้งฉบับ เท่ากับ 0.718

พยาบาลวิชาชีพคลินิกพิเศษ* พยาบาลวิชาชีพ สำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร

- แบบสัมภาษณ์พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง มีค่าความเชื่อมั่น (Cronbach's Alpha) เท่ากับ 0.832

จริยธรรมการวิจัยและการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยได้พิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง โดยการวิจัยครั้งนี้ขออนุมัติจริยธรรมการวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล ได้รับรหัสการรับรองการวิจัยในมนุษย์คือ MUPH 2020-089 ณ วันที่ 12 พฤษภาคม พ.ศ. 2563 และเมื่อได้รับหนังสืออนุมัติ ผู้วิจัยขอความยินยอมการเข้าร่วมโครงการวิจัยจากกลุ่มตัวอย่างดังต่อไปนี้

1. แนะนำตัวผู้วิจัยกับกลุ่มตัวอย่าง ชี้แจงให้ทราบถึงวัตถุประสงค์ รายละเอียดการวิจัย และสิทธิการตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมการวิจัยในครั้งนี้ รวมถึงอธิบายการรักษาความลับของผู้ให้ข้อมูล โดยหมายความรวมถึงข้อมูลทุกอย่างที่ได้จากการพูดคุยและบอกเล่าประสบการณ์ของผู้ให้ข้อมูล

2. ในระหว่างการเข้าร่วมการวิจัย กลุ่มตัวอย่างสามารถถอนตัวจากการวิจัยได้ตลอดเวลาโดยไม่มีผลกระทบใด ๆ กับกลุ่มตัวอย่าง

3. มีการรักษาความลับของกลุ่มตัวอย่างอย่างรัดกุม ดังนี้

3.1 แบบสัมภาษณ์จะไม่มีการระบุชื่อ สกุล และข้อมูลทั้งหมดของกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยจะถือเป็นความลับ ไม่เปิดเผยแหล่งที่มาของข้อมูลเป็นรายบุคคล

3.2 ผู้วิจัยจะดำเนินการสัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่างด้วยตนเองและผู้ช่วยวิจัยที่ผ่านขั้นตอนเตรียมผู้ช่วยวิจัยแล้ว

3.3 แบบสัมภาษณ์ที่ได้รับคืนจะเก็บรักษาไว้และไม่เปิดเผยแก่บุคคลที่มิได้เกี่ยวข้องกับการวิจัยโดยเด็ดขาด

3.4 ข้อมูลทั้งหมดจะถูกทำลายทิ้งเมื่อสิ้นสุดการวิจัย

3.5 การนำข้อมูลไปอภิปรายหรือตีพิมพ์เผยแพร่ จะกระทำในภาพรวมเฉพาะในการนำเสนอเชิงวิชาการ โดยไม่เปิดเผยชื่อจริงของผู้ให้ข้อมูล

อภิปรายผล

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง (Quasi- experimental research) แบ่งออกเป็น 2 กลุ่มวัดผลก่อนทดลองและหลังทดลอง (Two –group pretest – posttest design) เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการพยาบาลต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ดื้อต่อการรักษา ประชากรได้มาจากผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ดื้อต่อการรักษาโดยการเลือกแบบเจาะจง (Purposive sampling) ตามเกณฑ์ที่ผู้วิจัยกำหนดจำนวน 60 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง จำนวน 30 คน และกลุ่มเปรียบเทียบจำนวน 30 คน เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบเก็บข้อมูลส่วนบุคคลแบบทดสอบความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงแบบสัมภาษณ์พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงและแบบบันทึกค่าความดันโลหิตวิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลด้วยสถิติพรรณนา จำนวนร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบโดยใช้สถิติ Chi-square test, Fisher exact test และ Independent t-test เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง พฤติกรรมการดูแลตนเองและระดับความดันโลหิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ก่อนการทดลอง หลังการทดลอง โดยใช้สถิติ Independent t-test และเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงพฤติกรรมการดูแลตนเองและระดับความดันโลหิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ก่อนการทดลอง หลังการทดลอง โดยใช้สถิติ Paired t-test

การศึกษาผลของโปรแกรมการพยาบาลต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ดื้อต่อการรักษาในศูนย์บริการสาธารณสุข สำนักอนามัย กรุงเทพมหานครผู้วิจัยอภิปรายผลตามสมมติฐานของการวิจัยดังนี้

1. ภายหลังการเข้าร่วมโปรแกรมการพยาบาลต่อพฤติกรรมการดูแลตนเอง ผู้ป่วยกลุ่มทดลองมีระดับความรู้เรื่องการควบคุมความดันโลหิตดีขึ้นกว่าก่อนทดลองและสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ

ข้อมูลจากการศึกษาพบว่า ก่อนการทดลองกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบมีคะแนนความรู้ไม่แตกต่างกัน ในขณะที่ภายหลังทดลองกลุ่มทดลองมีคะแนนความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ทั้งนี้พบว่าแม้หลังการทดลองผู้ป่วยทั้ง 2 กลุ่มจะมีคะแนนความรู้เพิ่มขึ้น แต่พบว่ากลุ่มทดลองมีคะแนนความรู้เพิ่มขึ้นสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แสดงให้เห็นว่า การเข้าร่วมโปรแกรมการพยาบาลต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองทำให้กลุ่มทดลองมีระดับความรู้เรื่องการควบคุมความดันโลหิตดีขึ้นกว่าก่อนทดลองและสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากโปรแกรมสุขศึกษาทำให้ผู้ป่วยมีโอกาสและประสบการณ์การเรียนรู้เกี่ยวกับสุขภาพอนามัยอย่างเป็นระบบผู้ป่วยได้รับการเตรียมประสบการณ์เรียนรู้ข้อเท็จจริงแนวคิดหลักการที่ถูกต้องเหมาะสมกับสุขภาพผู้สอนได้ใช้เวลาใช้กระบวนการสอนสื่อการสอนหลายๆอย่างประกอบกันส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดการเปลี่ยนแปลงความรู้ในการดูแลตนเองเพิ่มขึ้น ผลการศึกษาสอดคล้องกับการศึกษาของทรัพย์ทวี หิรัญเกิดและคณะ (2556; 31(4):97-104) ที่พบว่า การใช้โปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดูแลตนเองและระดับความดันโลหิตของกลุ่มเสี่ยงต่อความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลแก่งค้อ จังหวัดชัยภูมิ ทำให้กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยของคะแนนความรู้เรื่องการดูแลตนเองสูงกว่าก่อนการทดลอง และการศึกษาของเพชรสุดา เริงจารุพันธ์ (2558; 11(1): 46-57) ที่พบว่าการใช้โปรแกรมสุขศึกษาโดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีการดูแลตนเองในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงความรู้ในการดูแลตนเองของผู้ป่วยดีขึ้น และการศึกษาของดารณี อนันตศรัณย์ (2559; 30(1): 299-311) พบว่ากลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยของความรู้โรคความดันโลหิตสูงและความเชื่อด้านสุขภาพด้านการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนสูงกว่าก่อนการทดลองและสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value<0.01) และการศึกษาของณัฏฐินี เสือโตและคณะ (2561; 32(2): 95-116) พบว่ากลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยของความรู้และการรับรู้เรื่องโรคความดันโลหิตสูงมากกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมและมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value<0.05)

2. ภายหลังการเข้าร่วมโปรแกรมการพยาบาลต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองผู้ป่วยกลุ่มทดลองมีพฤติกรรมการควบคุมความดันโลหิตหลังการทดลองดีขึ้นกว่าก่อนทดลองและดีขึ้นกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ

ข้อมูลจากการศึกษาพบว่า ก่อนการทดลองกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบมีคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองทุกด้านไม่แตกต่างกัน ในขณะที่ภายหลังการทดลองกลุ่มทดลองมีคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองทุกด้านมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p<0.001) ยกเว้นด้านการออกกำลังกายที่พบว่า ทั้งก่อนและหลังการทดลองกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบมีคะแนนพฤติกรรมไม่แตกต่างกัน ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากการใช้กระบวนการสอนตามโปรแกรมที่สร้างขึ้น ทำให้ผู้ป่วยเกิดคิดหาเหตุผลด้วยตนเองหรือเป็นผู้ป่วยรายเก่าที่ได้รับความรู้จากระบบการรักษาและการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงของศูนย์บริการสาธารณสุขอยู่แล้วรวมทั้งระดับการศึกษา การเลือกและตัดสินใจที่จะปฏิบัติตนในทางที่ถูกต้อง ส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม ความเชื่อ เจตคติและการปฏิบัติตน(คนึงนิจ เพชรรัตน์,สัญญา ปงลังกา, จุฑามาศ กิติศรี(2561; 45(1): 37-49) ผลการศึกษาสอดคล้องกับการศึกษาของจินตนา จักรสิงโตและรัตนา พันจุย (2561; 44(2):12-9) ที่พบว่าโปรแกรมการรับรู้ความสามารถแห่งตนต่อพฤติกรรมการควบคุมความดันโลหิตในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ ทำให้ผู้ป่วยกลุ่มทดลองมีพฤติกรรมการควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย และการจัดการความเครียดสูงกว่ากลุ่มควบคุม และการศึกษาของพิมพ์ธิดา บุญวงศ์และเสาวนันท์ บำเรอราช (2558; 3(3):377-93) ที่พบว่าผู้ป่วยที่มีความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงอยู่ในระดับพอใช้ขึ้นไปจะมีพฤติกรรมการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมองได้เหมาะสม และการศึกษาของคนึงนิจ เพชรรัตน์และคณะ(2561; 45(1):37-49) ที่พบว่า ภายหลังได้รับโปรแกรมการ

พยาบาลแบบระบบสนับสนุนและให้ความรู้ต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองและการควบคุมความดันโลหิตผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงมีคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองเพิ่มสูงขึ้นและสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และการศึกษาของดารณี อนันตศรัณย์ (2559; 30(1): 299-311) พบว่ากลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความรุนแรงและพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยสูงกว่าก่อนการทดลองและสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value<0.01) และการศึกษาของปุณิกา สุ่มทองและคณะ (2562) พบว่ากลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ.05 และการศึกษาของณัฏฐินี เสือโตและคณะ (2561; 32(2): 95-116) พบว่ากลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมการควบคุมความดันโลหิตมากกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมและมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value<0.05)

3. ภายหลังการเข้าร่วมโปรแกรมการพยาบาลต่อพฤติกรรมการดูแลตนเอง ผู้ป่วยกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยระดับความดันโลหิตหลังการทดลองลดลงมากกว่าก่อนทดลอง และลดลงมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ

ข้อมูลจากการศึกษาพบว่าก่อนการทดลองระดับความดันโลหิตขณะหัวใจบีบตัวและระดับความดันโลหิตขณะหัวใจคลายตัวของกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบไม่แตกต่างกัน ภายหลังการทดลองระดับความดันโลหิตขณะหัวใจบีบตัวและระดับความดันโลหิตขณะหัวใจคลายตัวของผู้ป่วยทั้ง 2 กลุ่มลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แต่พบว่ากลุ่มทดลองมีระดับความดันโลหิตลดลงมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แสดงให้เห็นว่า แม้กลุ่มตัวอย่างจะได้รับการดูแลรักษาด้วยมาตรฐานเดียวกันแต่กลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมโปรแกรมการพยาบาลต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงมีความรู้เรื่องการดูแลตนเองและมีพฤติกรรมการดูแลตนเองสูงกว่ากลุ่มตัวอย่างที่ได้รับการดูแลตามปกติ ส่งผลให้กลุ่มตัวอย่างกลุ่มทดลองมีระดับความดันโลหิตลดลงมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบผลการศึกษาสอดคล้องกับการศึกษาของจารุณี ปลายยอดและคณะ(2563; 18(2):223-36) ที่พบว่า ภายหลังเข้าร่วมโปรแกรมช่วยส่งเสริมในการดูแลตนเองของผู้เป็นความดันโลหิตสูง ทำให้ผู้ป่วยสามารถควบคุมความดันโลหิตได้และการศึกษาของทรัพย์ทวี หิรัญเกิดและคณะ(2556; 31(4):97-104) ที่พบว่า โปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมทำให้กลุ่มเสี่ยงต่อความดันโลหิตสูงมีค่าเฉลี่ยของระดับความดันโลหิตซิสโตลิกและค่าเฉลี่ยของระดับความดันโลหิตไดแอสโตลิกต่ำกว่ากลุ่มที่ไม่ได้เข้าโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติและการศึกษาของดารณี อนันตศรัณย์ (2559; 30(1): 299-311) พบว่าหลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีค่าระดับความดันโลหิตตัวบนและค่าความดันโลหิตตัวล่างต่ำกว่าก่อนการทดลอง (p-value<0.01) และต่ำกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value<0.01) และการศึกษาของปุณิกา สุ่มทองและคณะ(2562) พบว่ากลุ่มทดลองมีค่าระดับความดันโลหิตตัวบนและค่าความดันโลหิตตัวล่างต่ำกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .05 และการศึกษาของณัฏฐินี เสือโตและคณะ (2561; 32(2): 95-116) พบว่ากลุ่มทดลองมีระดับความดันโลหิตสูงต่ำกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมและต่ำกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value<0.05)

สรุปผลการวิจัยและข้อเสนอแนะ

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง (Quasi- experimental research) แบ่งออกเป็น 2 กลุ่มวัดผลก่อนทดลองและหลังทดลอง (Two –group pretest – posttest design) เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการพยาบาลต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ดื้อต่อการรักษา ประชากรได้มาจากผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ดื้อต่อการรักษาโดยการเลือกแบบเจาะจง (Purposive sampling) ตามเกณฑ์ที่ผู้วิจัยกำหนดจำนวน 60 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง จำนวน 30 คน และกลุ่มเปรียบเทียบจำนวน 30 คน เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบเก็บข้อมูลส่วนบุคคลแบบทดสอบความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงแบบสัมภาษณ์พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงและแบบบันทึกค่าความดันโลหิต วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลด้วยสถิติพรรณนา จำนวนร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเปรียบเทียบความแตกต่าง

พยาบาลวิชาชีพคลินิกพิเศษ* พยาบาลวิชาชีพ สำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร

ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบโดยใช้สถิติ Chi-square test, Fisher exact test และ Independent t-test เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง พฤติกรรมการดูแลตนเองและระดับความดันโลหิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ก่อนการทดลอง หลังการทดลอง โดยใช้สถิติ Independent t-testและเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงพฤติกรรมการดูแลตนเองและระดับความดันโลหิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ก่อนการทดลอง หลังการทดลอง โดยใช้สถิติ Paired t-test

สรุปผลการวิจัย

1. ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง

ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มทดลองส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงและมีอายุเฉลี่ยมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ กลุ่มตัวอย่างทั้ง 2 กลุ่ม ส่วนใหญ่มีสถานภาพคู่จบการศึกษาระดับมัธยมศึกษาตอนปลายขึ้นไป มีสัดส่วนผู้ที่ทำงานและเกษียณอายุหรือไม่ได้ทำงานเท่ากัน ร้อยละ 50.0โดยกลุ่มทดลองมีรายได้เฉลี่ยมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ (8,566 บาท และ 6,788 บาท) มีระยะเวลาการเจ็บป่วยมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบเล็กน้อย (7.97 ปีกับ 7.53 ปี) กลุ่มตัวอย่างทั้ง 2 กลุ่มมีคนในครอบครัวเป็นความดันโลหิตสูงเท่ากัน ร้อยละ 66.7 และอย่างน้อยร้อยละ 90.0 มีผู้ดูแลเมื่อเจ็บป่วย กลุ่มเปรียบเทียบมีประวัติสูบบุหรี่หรือเคยสูบและการดื่มสุรา/เครื่องดื่มแอลกอฮอล์/เบียร์ใกล้เคียงกับกลุ่มทดลอง ด้านรสชาติอาหารพบว่ากลุ่มตัวอย่างทั้ง 2 กลุ่มชอบอาหารที่มีรสชาติมากกว่าอาหารรสจืด

ข้อมูลสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง พบว่า กลุ่มตัวอย่างทั้ง 2 กลุ่มมีน้ำหนักก่อนการทดลองเฉลี่ย 64 กิโลกรัม มีส่วนสูง 157 และ 159 เซนติเมตร มีดัชนีมวลกายใกล้เคียงกันมาก 25.67 และ 25.70 กิโลกรัมต่อตารางเมตร และความดันโลหิตขณะหัวใจคลายตัวเฉลี่ย 87 มิลลิเมตรปรอท แต่พบว่ากลุ่มทดลองมีความดันโลหิตขณะหัวใจบีบตัวเฉลี่ยมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เปรียบเทียบจาก 159 และ 152 มิลลิเมตรปรอท

2. คะแนนความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงภายในกลุ่มและระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ

ผลการศึกษาพบว่า ภายหลังการทดลองคะแนนความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงของทั้ง 2 กลุ่มเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติแต่เมื่อเปรียบเทียบคะแนนความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงระหว่างกลุ่ม พบว่าก่อนการทดลองกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบมีคะแนนความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงไม่แตกต่างกัน ในขณะที่ภายหลังการทดลองกลุ่มทดลองมีคะแนนความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

3. คะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านการรับประทานอาหารของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงภายในกลุ่มและระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ

ผลการศึกษาพบว่า ภายหลังการทดลองคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองทุกด้านของทั้ง 2 กลุ่มเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แต่เมื่อเปรียบเทียบคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงระหว่างกลุ่ม พบว่าก่อนการทดลองกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบมีคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองทุกด้านไม่แตกต่างกัน ในขณะที่ภายหลังการทดลองกลุ่มทดลองมีคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองทุกด้านมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

4. ระดับความดันโลหิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงภายในกลุ่มและระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ

ผลการศึกษาพบว่าภายหลังการทดลองความดันโลหิตขณะหัวใจบีบตัวและความดันโลหิตขณะหัวใจคลายตัวของทั้ง 2 กลุ่มลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แต่เมื่อเปรียบเทียบระหว่างกลุ่ม พบว่า ความดันโลหิตขณะหัวใจคลายตัวของกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบทั้งก่อนและหลังทดลองไม่แตกต่างกัน เช่นเดียวกับความดันโลหิตขณะหัวใจบีบตัวของกลุ่ม

ทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบหลังทดลอง ในขณะที่ก่อนทดลองความดันโลหิตขณะหัวใจบีบตัวของกลุ่มทดลองมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1.เสนอแนะให้ทีมสุขภาพนำโปรแกรมการพยาบาลต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองไปขยายผลใช้ในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ดื้อต่อการรักษาในศูนย์บริการสาธารณสุข สำนักอนามัย กรุงเทพมหานครอย่างทั่วถึง

2. เสนอแนะให้ทีมสุขภาพนำโปรแกรมการพยาบาลต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองไปประยุกต์ใช้กับผู้ป่วยโรคเรื้อรังอื่น ๆ ให้มีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดูแลตนเองให้เหมาะสมเพื่อลดความรุนแรงจากโรค

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1.ควรศึกษาผลของการจัดโปรแกรมการให้ความรู้แก่ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงโดยใช้กระบวนการเสริมพลัง เช่น กระบวนการกลุ่ม การสร้างเสริมพลังอำนาจ การสร้างแรงจูงใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม

2. ควรศึกษาผลของการจัดโปรแกรมการสุขศึกษาแก่ญาติหรือผู้ดูแลผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมระดับความดันโลหิตไม่ได้

3. ควรศึกษาผลของการจัดโปรแกรมการให้ความรู้แก่ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงโดยเพิ่มระยะเวลาดำเนินการในการจัดโปรแกรมกิจกรรมเพื่อเปรียบเทียบกัน เนื่องจากพฤติกรรมการดูแลตนเองและระดับความดันโลหิต มีปัจจัยหลายอย่างเกี่ยวข้อง การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมอาจต้องใช้ระยะเวลานาน

บรรณานุกรม

กองการพยาบาลสาธารณสุข . ข้อมูลศูนย์บริการสาธารณสุข กองการพยาบาลสาธารณสุข สำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร. ศูนย์บริการสาธารณสุข 4,7,8,12,22,23,24,29,34,50,56,68;2562. จากwww.phn.bangkok.go.th.

คนึงนิจ เพชรรัตน์, สัญญา ปงลังกา, จุฑามาศ กิติศรี. ผลของโปรแกรมการพยาบาลแบบระบบสนับสนุนและให้ความรู้ต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองและการควบคุมความดันโลหิตในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง. พยาบาลสาร 2561; 45(1): 37-49.

จารุณี ปลายยอด, อรสา พันธ์ภักดี, ชีวรัตน์ ต่ายเกิด. ผลของโปรแกรมการส่งเสริมการมีส่วนร่วมในการดูแลตนเองต่อการรับรู้ความสามารถในการดูแลตนเองน้ำหนักตัว และการควบคุมความดันโลหิตของผู้ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง. รามาธิบดีพยาบาลสาร2563;18(2):223-36.

จินตนา จักรสิงโต, รัตนา พันจุย. ผลของโปรแกรมส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพการรับรู้ความสามารถแห่งตนต่อการควบคุมความดันโลหิตในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง. วารสารองค์การเภสัชกรรม 2561;44(2): 12-9.

ชลการ ชายกุล.ผลของโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองและการมีส่วนร่วมของครอบครัวต่อพฤติกรรมสุขภาพและความดันโลหิตของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง[วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตร์มหาบัณฑิต]. สงขลา: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์; 2557

ณัฏฐินี เสือโต , แอนน์ จิระพงษ์สุวรรณ , ทัศนีย์ รวิวรกุล, มธุรส ทิพยมงคลกุล. ผลของโปรแกรมส่งเสริมการควบคุมความดันโลหิตในกลุ่มอายุ 35-59 ปีที่ควบคุมความดันโลหิตสูงไม่ได้. วารสารพยาบาลสาธารณสุข 2561;32(2) :95-116.

ดารณี อนันตศรัณย์.ผลการจัดโปรแกรมการสร้างเสริมสุขภาพต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองและระดับความดันโลหิตในผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ เขตเทศบาลเมืองหลังสวน อำเภอหลังสวน จังหวัดชุมพร.วารสารวิชาการแพทย์เขต 11 2559;30(1):299-311.

พยาบาลวิชาชีพคลินิกพิเศษ* พยาบาลวิชาชีพ สำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร

ทรัพย์ทวี หิรัญเกิด, พร้อมจิตร ห่อนบุญเหิม,สุรชาติ สิทธิปกรณ์. ผลของโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมต่อความรู้ พฤติกรรมการดูแลตนเองและระดับความดันโลหิตของกลุ่มเสี่ยงต่อโรคความดันโลหิตสูงโรงพยาบาลแก้งคร้อ จังหวัดชัยภูมิ. วารสารสมาคมพยาบาลฯ สาขาภาคตะวันออกเฉียงเหนือ2556; 31(4): 97-104.

บุญใจ ศรีสถิตย์นรากูร.ระเบียบวิธีการวิจัยทางพยาบาลศาสตร์.พิมพ์ครั้งที่ 4. กรุงเทพฯ: ยูแอนด์ไออินเตอร์มีเดีย;2550.

ปุณิกา สุ่มทอง, บุญเยี่ยม สุทธิพงศ์เกียรติ, ปรัชพร กลีบประทุม, และวาศิณี อาจภักดี.ผลของโปรแกรมการวัดความดันโลหิตด้วยตนเองที่บ้านโดยประยุกต์ทฤษฎีขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมและแรงสนับสนุนทางสังคมในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลอ่างทอง.วารสารวิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี 2562 :1-15.

พิมพ์ธิดา บุญวงศ์, เสาวนันท์ บำเรอราช.ความรู้และการปฏิบัติตัวในการดูแลตนเองของผู้ป่วยเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงที่เข้ารับการรักษาในคลินิก โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลนาอาน จังหวัดเลย.วารสารการพัฒนาสุขภาพชุมชนมหาวิทยาลัยขอนแก่น2558; 3(3): 377-93.

เพชรสุดาเริงจารุพันธ์. ประสิทธิผลของโปรแกรมสุขศึกษาโดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีการดูแลตนเองในผู้ป่วยความดันโลหิตสูง. วารสารสาธารณสุขล้านนา 2558; 11(1): 46-57.

ยุพาพร นาคกลิ้ง. ผลของการประยุกต์ทฤษฎีความสามารถตนเองต่อพฤติกรรมควบคุมอาหาร การออกกำลังกายและระดับความดันโลหิตของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง[วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต]. กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัยมหาวิทยาลัยมหิดล;2555.

สมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย. แนวทางการรักษาโรคความดันโลหิตสูงในเวชปฏิบัติทั่วไป. พิมพ์ครั้งที่ 1.กรุงเทพฯ: ทริคธิงค์; 2562.

สมรัตน์ ขำมาก.พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลนางเหล้า อำเภอสทิงพระ จังหวัดสงขลา.วารสารเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและการสาธารณสุขภาคใต้2559; 3(3): 153-69.

สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค. จำนวนและอัตราผู้ป่วยใน/ตายด้วยโรคความดันโลหิตสูงประจำ ปีปฏิทิน พ.ศ. 2559-2561 [อินเทอร์เน็ต] . 2562 [เข้าถึงเมื่อ20 พฤศจิกายน 2562].เข้าถึงได้จาก: http://www.thaincd.com/2016/mission/documents-detail.php?id=13684&tid=32&gid=1-020

Chernova I, Krishnan N. Resistant Hypertension Updated Guidelines. CurrCardiol Rep. 2019;21(10):117

Chobanian AV, Bakris GL, Black HR, Cushman WC, Green LA, Izzo JL Jr, et al. The Seventh Report of the Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure: the JNC 7 report [published correction appears in JAMA. 2003 Jul9;290(2):197]. JAMA. 2003;289(19):2560-72.

European Society of Hypertension. 2 0 0 3 European Society of Hypertension–European Society of Cardiology guidelines for the management of arterial hypertension. Journal of Hypertension 2003; 21:1011–53.

Faul F, Erdfelder E, Lang AG, Buchner A. G*Power 3: a flexible statistical power analysis program for the social, behavioral, and biomedical sciences. Behav Res Methods 2007; 39(2): 175-91.

Orem, DE, Taylor SG, Renpenning KM. Nursing: Concepts of practice (6thed.). St. Louis: Mosby; 2001.

Polit DF,Back CT. Nursing research: principles and methods (7 thed.) Philadelphia: Lippincott, William&Wikins; 2004.

Robert MC, David AC, George LB, Robert DB, Stacie LD, Cheryl RD, et al.Resistant Hypertension: Detection, Evaluation, and Management: A Scientific Statement From the American Heart Association. Hypertension 2018; 72(5): e53-e90.

พยาบาลวิชาชีพคลินิกพิเศษ* พยาบาลวิชาชีพ สำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร

พยาบาลวิชาชีพคลินิกพิเศษ* พยาบาลวิชาชีพ สำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร

ผลของโปรแกรมการพยาบาลสนับสนุนการจัดการตนเองในผู้ป่วยเบาหวานที่มีความดันโลหิตสูง

พยาบาลวิชาชีพคลินิกตรวจโรคทั่วไป *

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคเบาหวาน และความดันโลหิตสูงเป็นปัญหาที่สำคัญในกลุ่มประเทศที่กำลังพัฒนา เป็นโรคที่พบบ่อย และมีแนวโน้มที่จะเพิ่มขึ้นเรื่อย ๆ ผู้ป่วยโรคเบาหวานทั่วโลกมีจำนวน 415 ล้านคน และจะเพิ่มขึ้นเป็น 642 ล้านคนในปี พ.ศ. 2583 มีผู้เสียชีวิตจากโรคเบาหวานจำนวน 5 ล้านคน ในปัจจุบันเป็นประชากรวัยผู้ใหญ่ 1 ใน 11 คน ป่วยเป็นโรคเบาหวาน สำหรับสถานการณ์โรคเบาหวานในประเทศไทย พบว่า อัตราตายด้วยโรคเบาหวานต่อประชากรแสนคน ในภาพรวมของประเทศในปี 2556-2558 เท่ากับ 14.93, 17.53 และ 17.83 ตามลำดับ ซึ่งเพิ่มสูงขึ้นทุกปีจากการสำรวจสุขภาพประชาชนไทยอายุ 15 ปีขึ้นไปโดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 5 เมื่อปี 2557 พบว่า ความชุกของโรคเบาหวาน เพิ่มสูงขึ้นเป็นร้อยละ 8.9 คิดเป็นจำนวนมากถึง 4.8 ล้านคน เทียบกับปี 2552 ซึ่งพบเพียงร้อยละ 6.9 หรือมีคนเป็นโรคเบาหวาน 3.3 ล้าน และข้อมูลจากกลุ่มยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักโรคไม่ติดต่อ กระทรวงสาธารณสุข ปีพ.ศ. 2559 พบว่า โรคเบาหวานมีความชุกเพิ่มมากขึ้นในผู้สูงอายุไทย ภาคที่มีรายงานสูงสุด คือ ภาคกลาง ในกลุ่มอายุ 65 ปีขึ้นไป พบระดับน้ำตาลสูงผิดปกติ มีความชุกสูงที่สุด 71.8 ซึ่งพบว่าเมื่ออายุมากขึ้น ความชุกของโรคเบาหวานยิ่งสูงขึ้น ซึ่งเป็นความผิดปกติทางเมตาบอลิซึม ซึ่งเกี่ยวพันกับปัจจัยเสี่ยงอื่น ๆ เช่น ภาวะอ้วนลงพุง ความดันโลหิตสูง ระดับไขมันในเลือดผิดปกติ มีระดับน้ำตาลในเลือดสูงเรื้อรัง และมีความผิดปกติของระบบเมตาบอลิซึมของ คาร์โบไฮเดรต ไขมัน และโปรตีน โดยเป็นผลมาจากการความบกพร่องในการหลั่งอินซูลิน หรือการออกฤทธิ์ของอินซูลิน หรือทั้งสองอย่างร่วมกัน ทำให้ร่างกายไม่สามารถนำน้ำตาลในเลือดไปใช้ประโยชน์ อย่างไรก็ตามยังมีปัจจัยด้านพันธุกรรม และสิ่งแวดล้อมเข้ามาเกี่ยวข้องด้วย จึงเป็นการยากที่จะระบุได้แน่ชัดว่าสาเหตุการเกิดจากสิ่งใด ทั้งนี้การที่ร่างกายมีภาวะระดับน้ำตาลในเลือดสูงสะสมเป็นระยะเวลานาน ทำให้เกิด Advanced glycosylated end products (AGEs) ซึ่งจะเชื่อมต่อกับ (cross-link) กับ คอลลาเจน ทำให้หลอดเลือดแดงแข็งตัว ส่งเสริมทำให้เกิดภาวะ atherogenesis และความดันโลหิตสูง โดยภาวะแทรกซ้อนที่สำคัญของหลอดเลือดแดงขนาดใหญ่ และถือเป็นสาเหตุการป่วย และการตายที่สำคัญของโรคเบาหวาน ได้แก่ โรคหลอดเลือดหัวใจ และโรคหลอดเลือดสมอง ดังนั้นจึงพบว่าผู้ที่เป็นโรคเบาหวานมักมีภาวะของโรคความดันโลหิตสูงร่วมด้วย ภาวะน้ำตาลในเลือดสูงจะทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงด้านการทำงาน (functional change) ของหลอดเลือดแดงขนาดเล็ก และนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงโครงสร้างของเนื้อเยื่อในระยะต่อมา (structure tissue change) ภาวะแทรกซ้อนของหลอดเลือดขนาดเล็ก ได้แก่ โรคจอตาเสื่อม โรคไตเสื่อม และปลายประสาทเสื่อม ฉะนั้นการจะลดภาวะแทรกซ้อนของโรคจึงต้องกระทำคู่กันทั้งด้านการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด และภาวะความดันโลหิตสูงร่วมด้วย จะเห็นว่าโรคเบาหวาน ส่งผลกระทบอย่างมากต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย ทั้งด้านร่างกาย และจิตใจ และโดยเฉพาะผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะแทรกซ้อนมีความเสี่ยงต่อการเกิด และการเสียชีวิตด้วยโรคหลอดเลือดต่าง ๆ ได้แก่ โรคหลอดเลือดหัวใจเพิ่มขึ้นเป็น 2-4 เท่า และโรคหลอดเลือดสมอง 2-5 เท่า เมื่อเทียบกับคนที่ไม่เป็นเบาหวาน นอกจากนี้ยังส่งผลกระทบต่อด้านเศรษฐกิจ

สหพันธ์เบาหวานนานาชาติได้คาดการณ์ว่าในปี 2583 ประเทศไทยจะมีผู้ป่วยเบาหวานสูงถึง 5.3 ล้านคน องค์การอนามัยโลก (WHO) ได้ประมาณการณ์ว่า ร้อยละ 11 ของค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพทั้งหมดในประเทศไทยถูกจัดสรรให้กับการดูแลรักษาโรคเบาหวาน ซึ่งใกล้เคียงกับประเทศอื่นๆ ในภูมิภาค และคาดการณ์ว่าตัวเลขนี้จะเพิ่มขึ้นถึงร้อยละ 41 ภายในปี พ.ศ.

พยาบาลวิชาชีพคลินิกตรวจโรคทั่วไป* พยาบาลวิชาชีพ สำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร

2573 ซึ่งทำให้สังคมรับภาระจากโรคเบาหวานเพิ่มขึ้นถึงสองเท่า กระทรวงสาธารณสุขได้เล็งเห็นถึงความสำคัญดังกล่าว โดยระบุให้เบาหวานเป็นหนึ่งในโรคที่กระทรวงให้ความสำคัญในแง่ของการป้องกัน และรักษา ตามแผนยุทธศาสตร์ชาติ ระยะ 20 ปี (ด้านสาธารณสุข) ซึ่งจัดทำโดยสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ในปี พ.ศ.2560 คณะรัฐมนตรีได้อนุมัติในหลักการของแผนยุทธศาสตร์การป้องกัน และควบคุมโรคไม่ติดต่อ 5 ปี (พ.ศ.2560-2564) เพื่อให้ทุกภาคส่วนมีความเป็นเอกภาพในการบริหารจัดการเพื่อสุขภาพของประชาชน บูรณาการการทำงานร่วมกัน เป้าหมายของการรักษาโรคเบาหวาน คือ การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้อยู่ในระดับปกติหรือใกล้เคียงระดับปกติ การควบคุมน้ำตาลในเลือดได้ไม่ดี จะสัมพันธ์กับความเสี่ยงที่เพิ่มขึ้นต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนโรคเบาหวานที่ถูกจัดการได้ไม่ดี และไม่ได้รับการรักษาที่เพียงพอ อาจส่งผลเสียที่สำคัญต่อผู้ป่วยโดยอาจทำให้เกิดภาวะทุพพลภาพ และภาวะแทรกซ้อน

ดูแลผู้ป่วยเบาหวานเพื่อให้สามารถควบคุมโรค ป้องกันภาวะแทรกซ้อนได้ การศึกษาปัจจัยของ กุสุมา กังหลี (2014) ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้เป็นเบาหวาน ชนิดที่สอง โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า พบว่า ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 โอกาสที่จะไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ (HbA1C ≥ 7) เพศหญิง มีมากกว่าเพศชาย 1.72 เท่า = 1.72, 95% CI = 0.32 – 1.04) ผู้ป่วยที่อายุมากกว่า 60 ปีขึ้นไปมีมากกว่าที่ผู้ป่วยมีอายุน้อยกว่า 60 ปี เป็น 2.88 เท่า (OR = 2.88, 95% CI = 1.60 – 5.22) การพยาบาลการจัดการตนเองที่ถูกต้องเหมาะสมจะช่วยลด หรือชะลอการเกิดโรคแทรกซ้อนเบาหวาน และความดันโลหิตสูงให้ช้าลงได้ โดยเฉพาะพฤติกรรมการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย และการรับประทานยา ซึ่งเป็นปัจจัยหลักที่หากปฏิบัติตนไม่เหมาะสมจะทำให้ควบคุมโรคได้ไม่ดี และมีภาวะแทรกซ้อนต่อระบบอื่น ๆตามมา จากการศึกษาของ กรรณิการ์ ยิ่งยืนและนงลักษณ์ เมธากาญจนศักดิ์ (2559) นวัตกรรมเพื่อการจัดการตนเองผ่านระบบบริการสุขภาพทางไกลสำหรับผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีภาวะไขมันในเลือดสูง ปัจจัยด้านผู้ป่วยที่มีผลต่อการควบคุมระดับน้ำตาลในพบว่าพฤติกรรมในการจัดการตนเองด้านการรับประทานอาหารไม่ควบคุมอาหารถึงร้อยละ 80 พฤติกรรมการจัดการด้านยาที่ไม่เหมาะสม เช่น ลืมฉีดยา ได้รับผลข้างเคียงจากยาจึงลดยาเอง ร้อยละ 90 พฤติกรรมการจัดการตนเองด้านการออกกำลังกายพบว่าไม่ได้ออกกำลังกายเลยร้อยละ 80 และออกกำลังกายได้ไม่ถึง 150 นาทีต่อสัปดาห์ ร้อยละ 20

ปัจจัยที่สำคัญที่ส่งผลต่อการดูแลรักษา และทำให้การพยาบาลเพื่อให้เกิดประสิทธิภาพในการรักษาที่ดี การใช้รูปแบบการการให้ความรู้เรื่องโรค และการจัดการตนเอง (self – management) ในผู้ป่วยเบาหวาน จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าการใช้รูปแบบการจัดการตนเองซึ่งเป็นโปรแกรมประกอบด้วยการให้ความรู้เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถจัดการตนเองซึ่งได้ผลดีต้องเข้าร่วมกิจกรรม 6-8 สัปดาห์ในการศึกษาหลายเรื่องผ่านตัวแปรระดับน้ำตาลสะสม โดยผู้ป่วยต้องมาข้าร่วมกิจกรรมทั้งหมด 6-8 ครั้ง Gucciardi E, Chan VW-S, Manuel L, et al. (2013) and Krebs JD, Parry-Strong A, Gamble E, et al. (2013) สอดคล้องกับ ญาณิสรา ปินตานาและนิทรา กิจธีระวิฒวงษ์ (2561) ผลของโปรแกรมการจัดการตนเองต่อพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มารับบริการที่ศูนย์สุขภาพชุมชนเมือง โรงพยาบาลแม่สอด การจัดการตนเองภายใต้ กรอบแนวคิดการจัดการตนเองของ Creer ผลเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนความรู้พฤติกรรมการจัดการตนเองสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ และพบว่ากลุ่มทดลองมี HbA1C ลดลงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ สุพัฒน์ ลือขุนทด และนัฐพร กกสูงเนิน (2558) ได้ศึกษาผลของการสร้างเสริมการจัดการตนเองต่อพฤติกรรมสุขภาพ ระดับน้ำตาลในเลือด ระดับความดันโลหิต ระดับไขมันในเลือด และอัตราการกรองของไต ในผู้ป่วยที่มีภาวะแทรกซ้อนทางไตระยะที่ 3 ใช้แนวคิดในการจัดการตนเองของ Creer ตามกระบวนการโดยช่วยส่งเสริมให้ปฏิบัติในการจัดการตนเองอย่างต่อเนื่อง ผลการศึกษา พบว่ากลุ่มทดลองมีค่าระดับน้ำตาลสะสมในเลือด และระดับน้ำตาลในเลือดก่อนอาหารเช้า (FBS) ต่ำกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $p < .05$

พยาบาลวิชาชีพคลินิกตรวจโรคทั่วไป* พยาบาลวิชาชีพ สำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร

คณะผู้วิจัยปฏิบัติงานที่ศูนย์บริการสาธารณสุขสำนักอนามัยที่ให้การดูแลรักษาผู้ป่วยที่เป็นเบาหวาน และพบว่าผู้ป่วยกลุ่มนี้มักมีภาวะความดันโลหิตสูงร่วมซึ่งส่งผลให้เกิดภาวะแทรกซ้อนได้ง่ายในบริบทของพยาบาลคลินิกเบาหวานความดันโลหิตสูง ซึ่งมุ่งเน้นการป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนในผู้ป่วยเบาหวานจึงสนใจศึกษาโปรแกรมการพยาบาลสนับสนุนการจัดการตนเองในผู้ป่วยเบาหวานที่มีความดันโลหิตสูง ซึ่งผลที่ได้จากการศึกษานี้จะได้โปรแกรมการพยาบาลสนับสนุนการจัดการตนเองในผู้ป่วยเบาหวานที่มีความดันโลหิตสูงสำหรับพยาบาลประจำคลินิกเบาหวาน ความดันโลหิตสูงใช้เป็นแนวทางในการดูแลรักษาพยาบาลผู้ป่วยเบาหวานให้มีประสิทธิมากภาพมากขึ้นป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากโรค และลดอัตราการเกิดโรค ภาวะทุพลภาพจากภาวะแทรกซ้อน

คำถามการวิจัย

การจัดการตนเองที่เหมาะสมมีผลต่อการควบคุมระดับน้ำตาล และความดันโลหิตในผู้ป่วยเบาหวานที่มีความดันโลหิตสูงหรือไม่

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการพยาบาลสนับสนุนการจัดการตนเองในผู้ป่วยเบาหวานที่มีความดันโลหิตสูง
2. เพื่อเปรียบเทียบความรู้เรื่องโรค การจัดการตนเองภายในกลุ่มทดลอง และภายในกลุ่มเปรียบเทียบ ที่ระยะก่อนการทดลอง ระยะหลังการทดลอง
3. เพื่อเปรียบเทียบการปฏิบัติตัวในการดูแลตนเองภายในกลุ่มทดลอง และภายในกลุ่มเปรียบเทียบ ที่ระยะก่อนการทดลอง ระยะหลังการทดลอง
4. เพื่อเปรียบเทียบระดับน้ำตาลในเลือด (HbA1c) ภายในกลุ่มทดลอง และภายในกลุ่มเปรียบเทียบ ที่ระยะก่อนการทดลอง ระยะหลังการทดลอง
5. เพื่อเปรียบเทียบระดับความดันโลหิต ภายในกลุ่มทดลอง และภายในกลุ่มเปรียบเทียบที่ระยะก่อนการทดลอง ระยะหลังการทดลอง

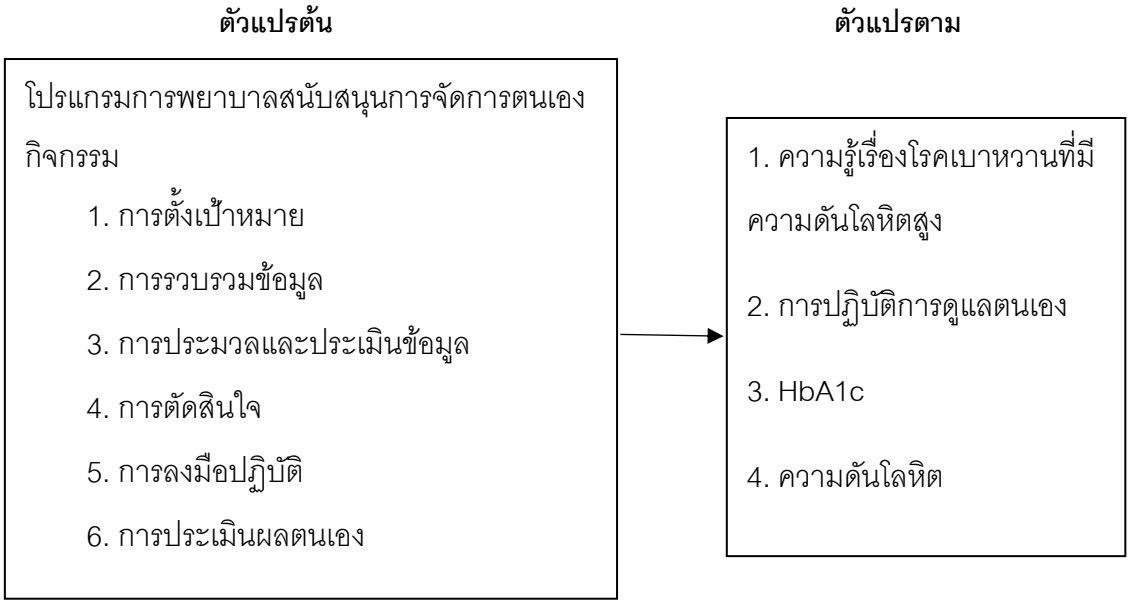
สมมุติฐานของการวิจัย

1. ความรู้เรื่องโรค การจัดการตนเองของกลุ่มทดลองสูงกว่า ระยะก่อนการทดลอง และกลุ่มเปรียบเทียบ
2. การปฏิบัติตัวในการดูแลตนเองของกลุ่มทดลองสูงกว่า ระยะก่อนการทดลอง และกลุ่มเปรียบเทียบ
3. ระดับน้ำตาลในเลือด (HbA1c) ของกลุ่มทดลองน้อยกว่า ระยะก่อนการทดลอง และกลุ่มเปรียบเทียบ
4. ระดับความดันโลหิต ของกลุ่มทดลองควบคุมดีกว่า ระยะก่อนการทดลอง และกลุ่มเปรียบเทียบ

ขอบเขตของการวิจัย

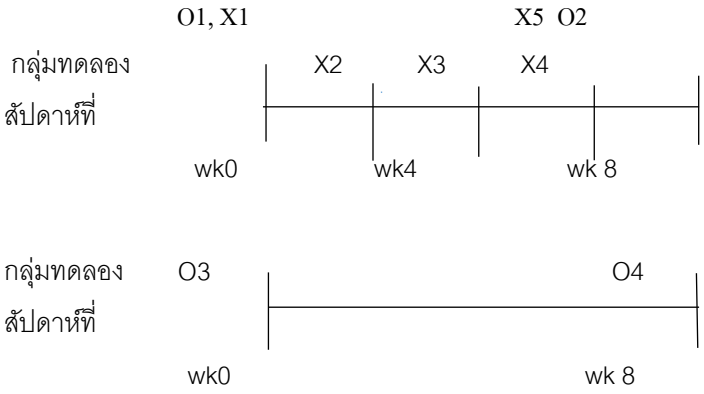
การวิจัยครั้งนี้เป็นวิจัยเชิงกึ่งทดลอง (quasi-experimental research design) และวัดก่อน และหลังการทดลอง (pretest-posttest) เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการพยาบาลสนับสนุนการจัดการตนเองในผู้ป่วยเบาหวานที่มีความดันโลหิตสูง ที่มีระดับน้ำตาลเฉลี่ยในเลือดมากกว่าหรือเท่ากับ 7 % โดย แบ่งกลุ่มตัวอย่าง 2 กลุ่ม กลุ่มละ 50 คน มีกลุ่มเปรียบเทียบและกลุ่มทดลอง ที่มารับบริการที่ศูนย์บริการสาธารณสุข เป็นระยะเวลา 3 เดือน

กรอบแนวคิดการวิจัย



รูปแบบการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลองชนิด 2 กลุ่ม (Quasi-experimental research design) วัดผลก่อนและหลังการทดลองโดยเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มที่เข้าร่วมโปรแกรมการพยาบาลสนับสนุนการจัดการตนเอง กับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ รูปแบบการวิจัยมีดังนี้



O1, O3 หมายถึง การเก็บข้อมูลพื้นฐาน ก่อนการทดลอง ประกอบด้วย ข้อมูลส่วนบุคคล ความรู้เรื่องโรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง การบริโภคอาหาร การออกกำลังกาย และการป้องกันภาวะแทรกซ้อน และการดูแลตนเอง

O2, O4 หมายถึง การเก็บรวบรวมข้อมูลภายหลังการทดลองด้วยแบบวัดความรู้เรื่องโรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง การบริโภคอาหาร การออกกำลังกาย และการป้องกันภาวะแทรกซ้อน และการดูแลตนเอง

X1, X3, X5 หมายถึง กิจกรรมการพยาบาลที่สนับสนุนการจัดการตนเองในผู้ป่วยเบาหวานที่มีความดันโลหิตสูงร่วมที่ผู้วิจัยได้พัฒนาขึ้นที่ศูนย์บริการสาธารณสุข จำนวน 3 ครั้ง ห่างกัน 4 สัปดาห์ต่อครั้งกำหนดขึ้นสำหรับกลุ่มทดลองจำนวน 3 ครั้ง เป็นเวลา 8 สัปดาห์ โดยจัดกิจกรรมในแต่ละสัปดาห์ประกอบด้วย

- การตั้งเป้าหมาย (Goal Selection) วางแผนร่วมกันระหว่างผู้ป่วย และผู้ให้บริการ

- การรวบรวมข้อมูล (Information Collection) ผู้ป่วยบันทึกข้อมูลเกี่ยวกับตนเอง

- การประมวลและประเมินข้อมูล (Information Processing and Evaluation) เรียนรู้ในการประเมินความเปลี่ยนแปลงที่เป็นผลมาจากการเจ็บป่วยและหาสาเหตุ

- การตัดสินใจ (Decision Making) ผู้ป่วยสามารถตัดสินใจในการปฏิบัติพฤติกรรมเพื่อควบคุมโรคได้อย่างเหมาะสม

- การลงมือปฏิบัติ (Action) ผู้ป่วยปฏิบัติการจัดการตนเองเพื่อควบคุมโรค

- การประเมินผลตนเอง (Self-reaction)

X2, X4 หมายถึงโทรศัพท์ติดตาม การกำกับตนเองของผู้ป่วยและเสริมแรงจูงใจให้ผู้ป่วยสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมไปสู่เป้าหมายที่ตั้งไว้ ร่วมกันในสัปดาห์ที่ 2 และ 6

ประชากร และกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มีความดันโลหิตสูงร่วมด้วย และมารับบริการที่คลินิกเบาหวานของศูนย์บริการสาธารณสุข

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยเบาหวานที่มีความดันโลหิตสูงที่มารับบริการในปีงบประมาณ 2562 ที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์คัดเข้า

เกณฑ์คัดเข้า

1. เป็นเบาหวานที่มีโรคความดันโลหิตสูงร่วม
2. ทั้งเพศชาย และเพศหญิง ที่มีอายุตั้งแต่ 40 - 60 ปี
3. มีผล HbA1C ครั้งล่าสุด มากกว่าหรือเท่ากับ 7
4. มีสติสัมปชัญญะสมบูรณ์ สามารถสื่อสาร อ่านและเขียนภาษาไทย และให้ข้อมูลได้ด้วยตนเอง
5. สามารถดูแลตนเองโดยไม่ต้องพึ่งพาผู้อื่น และยินยอมเข้าร่วมการวิจัยด้วยความสมัครใจ

เกณฑ์การคัดออก

1. มีภาวะแทรกซ้อนจากการดำเนินของโรคเบาหวานหรือความดันโลหิตสูงได้แก่ โรคหลอดเลือดหัวใจ โรคหลอดเลือดสมอง โรคไตเสื่อม แผลเบาหวานที่เท้า และจอตาเสื่อมจากเบาหวานขึ้นตา
2. มีภาวะพิการหรือทุพพลภาพ
3. ย้ายที่อยู่หรือสถานพยาบาลขณะทำการวิจัย
4. ขอถอนตัวออกขณะทำการวิจัยโดยไม่ต้องแจ้งเหตุผล

การคำนวณขนาดตัวอย่าง

ในการศึกษาครั้งนี้คำนวณขนาดตัวอย่าง โดยกำหนดความเชื่อมั่น เท่ากับ .05 กำหนดค่าอำนาจในการทดสอบ (Power Analysis) เท่ากับ .80 และขนาดของกลุ่มตัวอย่างคำนวณจากค่าอิทธิพล (Effect Size) การประมาณค่าของขนาดอิทธิพลจากค่าเฉลี่ยสองกลุ่ม (บุญใจ ศรีสถิตย์นรากูล, 2556) ได้จากการศึกษาที่ผ่านมาของ ร่มเกล้า กิจเจริญไชย (2556) ศึกษา ค่าน้ำตาลสะสม ในผู้ป่วยเบาหวานที่เข้ารับบริการที่คลินิกโรคเรื้อรังศูนย์สุขภาพชุมชน ตำบลคู้ยายหมี คำนวณจากโปรแกรมสำเร็จรูป G*Power (Cohen, 1988), (ธวัชชัย วรพงศธร, 2561)ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างกลุ่มละ 45 เพื่อป้องกันการสูญหายของข้อมูลในกรณีที่ผู้เข้าร่วมการศึกษาออกจากการศึกษาก่อนจึงเพิ่มกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 10 ได้ ตัวอย่างกลุ่มละ 50 คน

การสุ่มตัวอย่าง

คณะผู้วิจัยดำเนินการสุ่มตัวอย่างจากศูนย์บริการสาธารณสุขทั้ง 68 แห่ง ได้จำนวน 17 แห่ง นำมาสุ่มเป็นพื้นที่เปรียบเทียบ และพื้นที่ดำเนินการทดลองโดยสุ่มตัวอย่างในศูนย์บริการสาธารณสุขทั้ง 17 แห่งโดยใช้การสุ่มตัวอย่างแบบง่าย (Simple Random Sampling)โดยการจับฉลากแบบไม่ใส่คืน ครั้งที่ 1 ได้เป็นพื้นที่ดำเนินการทดลองศูนย์บริการสาธารณสุข 11 แห่ง คือ ศบส.17, 21, 40, 42, 44, 48, 51, 53, 54, 59 และ 66 ส่วนพื้นที่เปรียบเทียบเป็นศูนย์บริการสาธารณสุข 6 แห่งคือ ศบส.14, 19, 27, 32, 57 และ 63 จากทะเบียนรายชื่อผู้ป่วยเบาหวานที่มีความดันโลหิตสูงร่วมด้วยของศูนย์บริการสาธารณสุขที่เป็นพื้นที่ทดลองทั้ง 10 แห่งใช้การจับฉลากแบบไม่ใส่คืน ครั้งที่ 2 จากกลุ่มเพศชายสลับกับหญิงและกลุ่มอายุ 45 – 55 ปี สลับกับ กลุ่มอายุ 56 - 65 ปี จะได้จำนวนตามกลุ่มอายุ เพศชายและเพศหญิงเท่า ๆ กัน ศูนย์บริการสาธารณสุขละ 5 คน รวมทั้งหมด 50 คนเป็นกลุ่มทดลองและจากทะเบียนรายชื่อผู้ป่วยเบาหวานที่มีความดันโลหิตสูงร่วมด้วยของศูนย์บริการสาธารณสุขที่เป็นพื้นที่เปรียบเทียบ 6 แห่งใช้การจับฉลากแบบไม่ใส่คืน ครั้งที่ 2 จากกลุ่มเพศชายสลับกับหญิงและกลุ่มอายุ 45 - 55 ปี สลับกับ กลุ่มอายุ 56 - 65 ปี จะได้จำนวนตามกลุ่มอายุ เพศชายและเพศหญิงเท่า ๆ กัน ศูนย์บริการสาธารณสุขละ 8 คน รวมทั้งหมด 50 คน เป็นกลุ่มเปรียบเทียบ

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

การวิจัยนี้มีเครื่องมือ 2 ส่วนคือ

1. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลองคือเป็นโปรแกรมการพยาบาลสนับสนุนการจัดการตนเองที่ผู้วิจัย สร้างขึ้นจากเอกสาร ตำรา และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง การจัดการตนเอง เป็นกระบวนการที่พยาบาลสนับสนุนให้ผู้ป่วยมีความรู้ด้านสุขภาพ ด้านการรักษา เป็นการเตรียมบุคคลเพื่อจัดการภาวะสุขภาพของตนเองในชีวิตประจำวัน และเป็นการฝึกปฏิบัติ พฤติกรรม ที่เฉพาะเจาะจงฝึกให้มีทักษะ และความสามารถเพื่อที่จะลดผลกระทบจากการเจ็บป่วยเรื้อรังด้วยตนเองหรือจากความร่วมมือของบุคลากรสุขภาพ ประกอบด้วยด้วยกิจกรรม 5 ครั้ง คือ

1. การตั้งเป้าหมาย (Goal Selection) วางแผนร่วมกันระหว่างผู้ป่วยและผู้ให้บริการ
2. การรวบรวมข้อมูล (Information Collection) ผู้ป่วยบันทึกข้อมูลเกี่ยวกับตนเอง
3. การประมวล และประเมินข้อมูล (Information Processing and Evaluation) เรียนรู้ในการประเมินความเปลี่ยนแปลงที่เป็นผลมาจากการเจ็บป่วย และหาสาเหตุ
4. การตัดสินใจ (Decision Making) ผู้ป่วยสามารถตัดสินใจในการปฏิบัติพฤติกรรมเพื่อควบคุมโรคได้อย่างเหมาะสม
5. การลงมือปฏิบัติ (Action) ผู้ป่วยปฏิบัติการจัดการตนเองเพื่อควบคุมโรค
6. การประเมินผลตนเอง (Self-reaction)

โปรแกรมการพยาบาลสนับสนุนการจัดการตนเองในผู้ป่วยเบาหวานที่มีความดันโลหิตสูงแนวคิดการจัดการตนเอง การจัดการตนเอง เป็นกระบวนการที่พยาบาลสนับสนุนให้ผู้ป่วยมีความรู้ด้านสุขภาพ ด้านการรักษา เป็นการเตรียมบุคคลเพื่อจัดการภาวะสุขภาพของตนเองในชีวิตประจำวัน และเป็นการฝึกปฏิบัติ พฤติกรรม ที่เฉพาะเจาะจง ฝึกให้มีทักษะ และความสามารถเพื่อที่จะลดผลกระทบจากการเจ็บป่วยเรื้อรังด้วยตนเองหรือจากความร่วมมือของบุคลากรสุขภาพ

วัตถุประสงค์

1. เพื่อให้ผู้ป่วยมีความรู้เรื่องการจัดการตนเองในการควบคุมระดับน้ำตาล

2. มีทักษะในการจัดการตนเองเรื่อง อาหาร การออกกำลังกาย และการใช้ยา

กิจกรรมครั้งแรกจะเริ่มสร้างสัมพันธภาพ ให้ผู้ป่วยแนะนำตนเอง บอกวิธีการจัดการตนเองเกี่ยวกับโรคเบาหวาน และความดันโลหิต ให้ความรู้เรื่องค่าระดับน้ำตาลในเลือด โรคความดันโลหิตและภาวะแทรกซ้อนจากการควบคุมโรคเบาหวานไม่ได้ ฝึกทักษะการจัดการตนเอง

แนวคิดการจัดการตนเอง	**กิจกรรมการพยาบาลสนับสนุนการจัดการตนเองในผู้ป่วย**
ครั้งที่ 1	
1. การตั้งเป้าหมาย (goal selection)	- ให้ผู้ป่วยทบทวนการปฏิบัติตัวเกี่ยวกับโรคเบาหวาน การควบคุมระดับน้ำตาลและความดันโลหิตและตั้งเป้าหมายโดยเป็นความร่วมมือของผู้ป่วยและพยาบาลให้ควบคุมโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง - กำหนดเป้าหมาย ระยะสั้น ที่จะปฏิบัติได้ (การปฏิบัติตัวอย่างครอบคลุม อาหาร ออกกำลังกาย การรับประทานยา) - ให้ผู้ป่วยกำหนดเป้าหมาย ระยะยาว ที่จะบรรลุใน 3 เดือน
2. การเก็บรวบรวมข้อมูล (information collection)	- ให้ผู้ป่วยเก็บรวบรวมข้อมูลการปฏิบัติตัวของตนเอง ในด้านอาหาร ออกกำลังกาย การรับประทานยา การสังเกตอาการ อาการแสดงที่เกี่ยวกับเจ็บป่วย - สอนผู้ป่วยบันทึกลงสมุดคู่มือ
3. การประมวลและประเมินข้อมูล (information processing and evaluation)	
4. การตัดสินใจ (decision making)	- แนะนำให้ผู้ป่วยตรวจสอบ อาการเปลี่ยนแปลงของตนเองจากข้อมูลที่บันทึกประเมินการเปลี่ยนแปลงที่เป็นผลจากการเจ็บป่วยและหาสาเหตุ - ให้ผู้ป่วยตัดสินใจเกี่ยวกับสุขภาพของตนเองจากการประเมิน ในการปฏิบัติและบันทึกข้อมูลตามที่พยาบาลแนะนำ
5. การลงมือปฏิบัติ (action)	- ให้ผู้ป่วยฝึกทักษะการจัดการตนเองในด้านการเลือกรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การรับประทานยา
6. การสะท้อนการปฏิบัติ (self-reaction)	- ให้ผู้ป่วยประเมินถึงการฝึกทักษะ แนวการแก้ไขปัญหาของตนเอง ในสิ่งที่ต้องลงมือปฏิบัติว่าเป็นไปตามเป้าหมายที่ตนเองกำหนดได้หรือไม่ - ให้ผู้ป่วยคาดการณ์การปฏิบัติจริงว่าต้องการฝึกทักษะอื่นเพิ่มเติม - โทรศัพท์ติดตาม การกำกับตนเองของผู้ป่วยและเสริมแรงให้ผู้ป่วยสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมไปสู่เป้าหมายที่ตั้งไว้

แนวคิด การจัดการตนเอง	กิจกรรมการพยาบาลสนับสนุนการจัดการตนเองในผู้ป่วย
ครั้งที่ 2 สัปดาห์ที่ 2	- ทบทวนเป้าหมายที่ตั้งไว้
ครั้งที่ 3 สัปดาห์ที่ 4 1. การตั้งเป้าหมาย (goal selection) 2. การเก็บรวบรวมข้อมูล (information collection) 3. การประมวลและประเมินข้อมูล (information processing and evaluation) 4. การตัดสินใจ (decision making) 5. การลงมือปฏิบัติ (action) 6. การสะท้อนการปฏิบัติ (self-reaction)	- ทบทวนการบรรลุเป้าหมาย - ให้ผู้ป่วยแลกเปลี่ยนเรียนรู้การปฏิบัติตัวในการดูแลตนเอง การเฝ้าระวังตนเอง - ให้ผู้ป่วยวิเคราะห์ ประเมินผลการปฏิบัติตัวในการดูแลตนเองเทียบกับเป้าหมายที่ตนเองกำหนดไว้ -ให้ผู้ป่วยประเมินตนเองและตัดสินใจในการปฏิบัติตัวเพื่อดูแลสุขภาพอย่างต่อเนื่องและบันทึกข้อมูลลงในคู่มือ -ให้ผู้ป่วยได้รับการฝึกทักษะในการจัดการตนเองในด้านการเลือกรับประทานอาหาร อาหารแลกเปลี่ยน การออกกำลังกาย ที่เหมาะสม -ให้ผู้ป่วยประเมินถึงการฝึกทักษะ แนวการแก้ไขปัญหาของตนเอง ในสิ่งที่ต้องลงมือปฏิบัติว่าเป็นไปตามเป้าหมายที่ตนเองกำหนดได้หรือไม่ -ให้ผู้ป่วยคาดการณ์การปฏิบัติจริงว่าต้องการฝึกทักษะอื่นเพิ่มเติม
ครั้งที่ 4 สัปดาห์ที่ 6	-โทรศัพท์ติดตาม การกำกับตนเองของผู้ป่วยและเสริมแรงให้ผู้ป่วยสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมไปสู่เป้าหมายที่ตั้งไว้
ครั้งที่ 5 สัปดาห์ที่ 8 1. การตั้งเป้าหมาย (goal selection) 2. การเก็บรวบรวมข้อมูล (information collection)	-ทบทวนเป้าหมายที่ตั้งไว้ -ทบทวนการบรรลุเป้าหมาย -ให้ผู้ป่วยแลกเปลี่ยนเรียนรู้การปฏิบัติตัวในการดูแลตนเอง การเฝ้าระวังตนเอง

แนวคิด การจัดการตนเอง	กิจกรรมการพยาบาลสนับสนุนการจัดการตนเองในผู้ป่วย
3. การประมวลและประเมินข้อมูล (information processing and evaluation)	-ให้ผู้ป่วยวิเคราะห์ ประเมินผลการปฏิบัติตัวในการดูแลตนเองเทียบกับเป้าหมายที่ตนเองกำหนดไว้
4. การตัดสินใจ (decision making)	-ให้ผู้ป่วยประเมินตนเองและตัดสินใจในการปฏิบัติตัวเพื่อดูแลสุขภาพอย่างต่อเนื่องและบันทึกข้อมูลลงในคู่มือ
5. การลงมือปฏิบัติ (action)	-ให้ผู้ป่วยได้รับการฝึกทักษะในการจัดการตนเองในด้านการใช้ยาและการป้องกันภาวะแทรกซ้อน ตา ไต เท้า
6. การสะท้อนการปฏิบัติ (self-reaction)	-ให้ผู้ป่วยประเมินถึงการฝึกทักษะ แนวการแก้ไขปัญหาของตนเอง ในสิ่งที่ต้องลงมือปฏิบัติว่าเป็นไปตามเป้าหมายที่ตนเองกำหนดได้หรือไม่ -ให้ผู้ป่วยคาดการณ์การปฏิบัติจริงว่าต้องการฝึกทักษะอื่นเพิ่มเติม

เครื่องมือวัดตัวแปร

เครื่องมือที่ใช้เก็บรวบรวมข้อมูลในการทำวิจัยในครั้งนี้ ประกอบด้วย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาเป็นแบบสอบถาม (Questionnaire) การสนับสนุนการจัดการตนเองในผู้ป่วยเบาหวานที่มีความดันโลหิตสูงที่ผู้ศึกษาสร้างขึ้นเองจากการศึกษาเอกสาร และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องมี 3 ส่วนดังต่อไปนี้

ส่วนที่ 1 แบบรวบรวมข้อมูลส่วนบุคคลเป็นแบบตรวจรายการ (Check-list) หรือเติมข้อความลงในช่องว่าง มีข้อคำถามทั้งหมด 6 ข้อ

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามความรู้โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง ด้านอาหาร การออกกำลังกายการใช้ยาและภาวะแทรกซ้อน เป็นแบบจำกัดคำตอบ (Fixed-Response Type) แบบถูก ผิดมีข้อคำถามทั้งหมด 20 ข้อ

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามการจัดการตนเองในผู้ป่วยเบาหวานที่มีความดันโลหิตสูง ลักษณะของแบบสอบถามจะเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) การให้คะแนน 5 ระดับ แบบลิเคิร์ท (Likert's Scales) คำถามมีทั้งสิ้น 20 ข้อ

2. แบบบันทึกการควบคุมเบาหวานเป็นแบบบันทึกข้อมูลเกี่ยวกับดัชนีสุขภาพ ได้แก่ น้ำหนัก ส่วนสูง ดัชนีมวลกาย เส้นรอบเอว ระดับน้ำตาลในเลือดซึ่งเจาะจากปลายนิ้ว ค่าน้ำตาลสะสม ความดันโลหิตขณะบีบและคลายตัว ภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นเช่นน้ำตาลในกระแสเลือดสูง/ต่ำ รวมถึงปัญหา อื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง

3. เครื่องเจาะน้ำตาลในเลือดจากปลายนิ้วพร้อมแผ่นตรวจน้ำตาล (รุ่นAccu-Chek Performa) ซึ่งผ่านการตรวจสอบความเที่ยงตรงของเครื่องมือจากเจ้าหน้าที่ของบริษัท

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยเก็บข้อมูลระหว่างเดือน พฤษภาคม 2563 ถึง กรกฎาคม 2563 โดยมีขั้นตอนดังนี้

1. ดำเนินการประชาสัมพันธ์โครงการวิจัย และเชิญชวนให้ผู้เป็นเบาหวานเข้าร่วมโครงการด้วยวาจาของเจ้าหน้าที่สุขภาพ ที่ไม่อยู่ในทีมวิจัย

2. เมื่อกลุ่มตัวอย่างสมัครใจเข้าร่วมโครงการผู้วิจัย อธิบายโครงการวิจัยพร้อมเอกสารชี้แจงแก่กลุ่มตัวอย่าง และขอให้กลุ่มตัวอย่างลงนามในหนังสือแสดงเจตนายินยอม

3. เก็บข้อมูลกลุ่มตัวอย่างทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม จากแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบประเมินความรู้การจัดการเบาหวานที่มีโรคความดันโลหิตสูงด้วยตนเอง

4. ดำเนินโปรแกรมสำหรับกลุ่มทดลอง ผู้วิจัยจัดกลุ่มทดลองเป็นกลุ่มๆละประมาณ 3-4 คน กลุ่มทดลองเข้าร่วมกิจกรรมการจัดการตนเองครั้งละ 1 ชั่วโมง กลุ่มทดลองจะได้การจัดการตนเองและฝึกปฏิบัติ จากเข้าร่วมกิจกรรมแต่ละครั้งที่กำหนดไว้ รวมทั้งการพูดคุยแลกเปลี่ยนความรู้ และประสบการณ์การจัดการเบาหวานด้วยตนเอง กิจกรรมการจัดการตนเองใช้เวลาทุกเดือน รวมระยะเวลาต่อเนื่อง 3 เดือนโดยกิจกรรม การจัดการตนเองจัดที่ห้องเฉพาะที่เตรียมไว้เมื่อสิ้นสุดกิจกรรมการจัดการตนเองของกลุ่มทดลองในเดือนที่ 3 กลุ่มทดลองได้รับการประเมินความรู้ และการจัดการตนเองในผู้ป่วยเบาหวานที่มีความดันโลหิตสูงที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น

5. การดำเนินงานของกลุ่มเปรียบเทียบ กลุ่มเปรียบเทียบได้รับการดูแลปกติ เช่น การให้ความรู้เรื่องโรค การปฏิบัติตัวและการรักษาต่อเนื่อง ผู้วิจัยนัดหมายกลุ่มเปรียบเทียบมาพบในช่วงเวลาใกล้เคียงกับกลุ่มทดลองในเดือนมิถุนายนเพื่อติดตามผลการจัดการเบาหวานด้วยตนเอง จากแบบประเมินความรู้ พฤติกรรม และการจดแบบบันทึก

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ทดสอบความแตกต่างระหว่างกลุ่มใช้สถิติอ้างอิง ได้แก่ independent t-test และ pair t-test และChi-Square

อภิปรายผล

จากผลการวิจัยดังกล่าวข้างต้นผู้วิจัยสามารถอภิปรายผลการวิจัยดังนี้ ผลการศึกษาพบว่า ค่าเฉลี่ยความแตกต่างระหว่างก่อน และหลังการทดลองของคะแนน ความรู้เรื่องโรคการจัดการตนเอง การปฏิบัติตัวในการดูแลตนเอง และค่าความดันโลหิตระหว่างกลุ่มทดลอง และกลุ่มเปรียบเทียบ แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .01$)โดยกลุ่มทดลองมี ค่าเฉลี่ยความแตกต่างคะแนน ความรู้เรื่องโรคการจัดการตนเอง การปฏิบัติตัวในการดูแลตนเอง เพิ่มขึ้นมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบและมีค่าเฉลี่ยความแตกต่างลดลงมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .01$) รวมทั้งมีค่าระดับ SBP ลดลงเมื่อเปรียบเทียบกับก่อนเข้าโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($p<.004$) ค่าระดับ DBP ลดลงอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ แต่มีค่าอยู่ในเกณฑ์ปกติส่วนค่าเฉลี่ยความแตกต่างของระดับน้ำตาลสะสมในเลือด มีค่าเฉลี่ยความแตกต่างลดลงมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .01$) ส่วนค่าระดับ HbA1c ลดลงเมื่อเปรียบเทียบกับก่อนเข้าโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($p<.002$) ทั้งนี้เป็นเพราะโปรแกรมการพยาบาลสนับสนุนการจัดการตนเอง ผู้วิจัยได้ให้ความรู้ในเรื่องความสำคัญของการบริโภคอาหารที่มีผลต่อระดับน้ำตาลในเลือด และค่าความดันโลหิต การปรับเปลี่ยนสัดส่วนของอาหารตามหมวดหมู่ของอาหารแลกเปลี่ยน การเลือกรับประทานอาหารตามหมวดหมู่ของอาหารได้แก่หมวดหมู่อาหารที่ผู้ป่วยเบาหวานที่มีความดันโลหิตสูง สามารถรับประทานได้ไม่จำกัดจำนวน อาหารที่รับประทานได้แต่ต้องจำกัด

พยาบาลวิชาชีพคลินิกตรวจโรคทั่วไป* พยาบาลวิชาชีพ สำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร

จำนวนอาหาร และอาหารที่ไม่สามารถรับประทานได้ การแบ่งมื้ออาหาร การรับประทานอาหารให้ตรงเวลา ความสำคัญของการออกกำลังกาย การใช้ยาถูกต้อง ครบถ้วน โดยจัดกิจกรรมกลุ่มจำนวน 3 ครั้ง เพื่อให้กลุ่มทดลองได้แลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกัน ผู้วิจัยให้กลุ่มทดลองประเมินความต้องการในการจัดการตนเองด้านการปฏิบัติตัว การบริโภคอาหาร การออกกำลังกาย และการใช้ยา และกลุ่มทดลองต้องการให้ผู้วิจัย ช่วยเหลืออย่างไรในด้านพฤติกรรมการบริโภคอาหาร การออกกำลังกาย และการใช้ยา ผู้วิจัยให้กลุ่มทดลองได้พูด ถึงการบริโภคอาหารของตนเองที่เหมาะสม อาหารเบาหวาน อาหารที่มีโซเดียมต่ำ และรูปแบบที่สะดวกในการออกกำลังกาย รวมถึงการใช้ยาที่ถูกต้อง ผู้วิจัยใช้วิธีบรรยาย สาธิต และฝึกปฏิบัติให้กลุ่มทดลองทำด้วยตนเอง ทำให้เกิดการสนับสนุนการจัดการตนเอง ในเรื่องการปฏิบัติตัว การบริโภคอาหาร การออกกำลังกาย และการใช้ยาที่มีผลต่อระดับน้ำตาลในเลือดและความดันโลหิตเพิ่มมากขึ้น สังเกตได้จากในช่วงการทำกิจกรรมกลุ่ม พบว่ากลุ่มทดลองมีการสอบถาม ท่าออกกำลังกาย วิธีการใช้ยา รายละเอียดของหมวดหมู่อาหารแลกเปลี่ยน และการรับประทานอาหารในแต่ละมื้อให้เหมาะสมกับกิจวัตรประจำวันของตน รวมทั้งกลุ่มทดลองคอยสอบถามตนเองเลือกอาหารได้ถูกต้องหรือไม่ เพื่อให้ผู้วิจัยยืนยันการปฏิบัติที่ เหมาะสมให้กับกลุ่มทดลอง นอกจากนี้ยังได้มีการฝึกทักษะในการเลือกรับประทานอาหารการกำหนดปริมาณอาหารโดยใช้สื่อจากแบบจำลองอาหาร ในระหว่างการทำกิจกรรม ท่าออกกำลังกาย ทบทวนการใช้ยา เพื่อให้กลุ่มทดลอง และผู้ดูแลหลัก เกิดทักษะที่จะนำไปใช้ในชีวิตประจำวันได้ ผู้วิจัยให้กลุ่มทดลองฝึกทักษะโดยการทำแบบบันทึก การบริโภคอาหาร การปฏิบัติตัว การออกกำลังกาย การใช้ยา และตั้งเป้าหมายร่วมกัน ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคอาหาร เพื่อลดระดับน้ำตาลในเลือด และควบคุมค่าความดันโลหิต และให้กลุ่มทดลองสามารถจัดการตนเอง เมื่อมีการเปลี่ยนแปลงในร่างกายจากระดับน้ำตาลในเลือด และค่าความดันโลหิตที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการบริโภค อาหาร (อาการระดับน้ำตาลในเลือดสูง/ต่ำ)ได้เพื่อการดำรงชีวิตอย่างมีความสุขภายใต้การเจ็บป่วย ในสัปดาห์ที่ 2 และ 6 ผู้วิจัยโทรศัพท์ติดตามกลุ่มทดลองเพื่อเป็นการกระตุ้น ให้กลุ่มทดลองได้มีการจัดการตนเองเรื่องการบริโภคอาหาร การออกกำลังกาย และการใช้ยา ตามที่ตกลงกันในกลุ่ม และยังเป็น การตอบข้อสงสัยในการจัดการตนเองให้กลุ่มทดลอง ผู้วิจัยให้คำชมเชยเมื่อกลุ่มทดลองปฏิบัติตนได้เหมาะสม ให้คำแนะนำ และกำลังใจถ้ากลุ่มทดลองยังปฏิบัติได้ไม่เหมาะสม และเมื่อเกิดข้อสงสัย ให้ติดต่อทางโทรศัพท์กับผู้วิจัยทางโทรศัพท์ได้เพื่อเอื้ออำนวยให้กลุ่มทดลองมีการจัดการตนเองที่ดี ผู้วิจัยได้มอบแบบบันทึกพฤติกรรมการบริโภคอาหาร กลุ่มทดลองจึงได้ให้ความสนใจในการจัดการตนเอง การบริโภคอาหารที่เหมาะสม และช่วยกันจดบันทึกในแบบบันทึกพฤติกรรมการบริโภคอาหาร บุตรสาวของกลุ่มทดลองรายหนึ่งบอกว่าการที่ผู้วิจัยโทรศัพท์พูดคุยสอบถามกับมารดาทำให้มารดามีการบันทึกอาหาร ควบคุมน้ำตาล และโซเดียมดีขึ้น ส่งผลให้กลุ่มตัวอย่างมีแรงกระตุ้น และมีกำลังใจในการปฏิบัติตัวในการบริโภคอาหาร การออกกำลังกาย และการใช้ยาของตนเองอย่างต่อเนื่อง ซึ่งการเสริมแรงจะเป็นตัวกระตุ้นทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงที่ยั่งยืน และต่อเนื่องในระหว่างการทำกิจกรรมหลังจากกลุ่มทดลองได้เข้าร่วมกิจกรรมและนำไปปฏิบัติที่บ้าน กลุ่มทดลองบางรายยังไม่เข้าใจ และเกิดคำถามในการปฏิบัติเมื่อมีการเข้ากลุ่มในสัปดาห์ที่ 4 ผู้วิจัยได้ตอบข้อสงสัยของกลุ่มทดลองรวมทั้งสมาชิกกลุ่มได้มีการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ร่วมกัน ทำให้กลุ่มทดลองมีความเข้าใจเกิดการเรียนรู้ที่ถูกต้อง และมีความมั่นใจในการนำไปปฏิบัติเพิ่มขึ้นสะท้อนให้เห็นว่า การออกแบบการทำกลุ่มใน สัปดาห์ที่ 1 ในเรื่องของการจัดการตนเองในการบริโภคอาหาร การออกกำลังกาย การใช้ยา มีความสำคัญของการควบคุมการรับประทานอาหาร การเลือกชนิดของอาหาร ประเภทของอาหารเบาหวาน อาหารที่มีโซเดียมสูง ปริมาณอาหารที่ควรได้รับจำนวนมื้อของการรับประทาน ระยะเวลาในการรับประทาน การจดบันทึกชนิดของอาหาร การออกกำลังกาย การใช้ยา และการบันทึก ข้อมูลโปรแกรมฯได้ออกแบบให้กลุ่มทดลองได้นำไปปฏิบัติการจัดการตนเองที่บ้านในสัปดาห์ที่ 2-3 เป็นสิ่งที่ดีเพราะกลุ่มทดลองได้มีระยะเวลาในการนำไปใช้จริง ทำให้ทราบถึงปัญหาที่แท้จริง ในการควบคุมการปฏิบัติตัวมากขึ้น และได้กลับมาเข้ากลุ่มในสัปดาห์ที่ 4 เพื่ออภิปรายซักถามจนเป็นที่เข้าใจ และนำไปปฏิบัติต่อในสัปดาห์ที่ 8 ได้กลับมาเข้ากลุ่มร่วมกัน ผู้วิจัยให้กลุ่มทดลองประเมินผลสำเร็จของการปฏิบัติตัวด้านการบริโภคอาหาร การออกกำลังกาย การใช้ยา ตามเป้าหมายที่ตั้งไว้ทั้งร่วมกัน

พยาบาลวิชาชีพคลินิกตรวจโรคทั่วไป* พยาบาลวิชาชีพ สำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร

วิเคราะห์สิ่งสนับสนุนที่ทำให้ประสบผลสำเร็จตามเป้าหมายหรือปัญหา และอุปสรรคที่ทำให้ไม่ประสบผลสำเร็จ และให้กลุ่มทดลองที่เข้าร่วมกิจกรรมที่สามารถปฏิบัติตนได้ตามเป้าหมายที่กำหนดไว้มาเป็นตัวแบบที่ดีมาเล่าถึงวิธีการปฏิบัติตัวเพื่อการไปสู่เป้าหมาย โดยพิจารณาจากแบบบันทึกพฤติกรรมการบริโภคอาหาร การออกกำลังกาย ค่าความดันโลหิต และร่วมกันแสดงความคิดเห็นแลกเปลี่ยนประสบการณ์กัน และกัน จากการทำกิจกรรมดังที่กล่าวมาข้างต้น การจัดการตนเองในเรื่องของการบริโภคอาหาร การออกกำลังกาย การใช้ยาโดยให้มีการติดตามตนเองในการบันทึกการปฏิบัติตัวในการบริโภคอาหาร การออกกำลังกาย การใช้ยา โดยประเมินผลการจัดการตนเองในเรื่องการบริโภคอาหารให้กลุ่มทดลองทราบว่าตนเองมีการจัดการอาหาร ออกกำลังกาย การใช้ยาเหมาะสม หรือไม่ทำให้เกิดการพัฒนาความรู้ความเข้าใจ มีทักษะในการจัดการตนเอง และสามารถตัดสินใจเลือกแนวทางในการแก้ปัญหาที่เหมาะสมกับตนเอง ส่งผลให้กลุ่มทดลองมีการปฏิบัติตัวในการบริโภคอาหาร การออกกำลังกาย การใช้ยา ที่เหมาะสมกับโรคเบาหวาน และความดันโลหิตสูง จึงพบว่า กลุ่มทดลอง มีค่าเฉลี่ยความแตกต่าง ความรู้เรื่องโรคการจัดการตนเอง การปฏิบัติตัวในการดูแลตนเองเพิ่มมากขึ้นและมีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ (p< .001) ซึ่งโปรแกรมนี้ได้มีการนำผลการศึกษาของญาณิสรา ปินตานา และนิทรา กิจธีระวุฒิวงษ์ (2561) ต่อพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มารับบริการมีการจัดการตนเองภายใต้กรอบแนวคิดการจัดการตนเองของ เครียร์ (Creer, 2000) ผลเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนความรู้พฤติกรรมการจัดการตนเอง และระดับฮีโมโกลบินเอวันซีของผู้ที่เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มเปรียบเทียบพบว่า หลังได้รับโปรแกรมการจัดการตนเอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความรู้ และพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ที่เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 สูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$, 0.05 และ 0.05 ตามลำดับ) และพบว่ากลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยระดับฮีโมโกลบินเอวันซีของผู้ที่เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ลดลงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) ซึ่งสอดคล้องกับศึกษาของเบญจมาศ ถาดแสง และคณะ (2555) พบว่า ผลของโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเองต่อพฤติกรรมการจัดการตนเอง และค่าความดันโลหิตของผู้สูงอายุที่มี โรคความดันโลหิตสูงมี ค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้สูงอายุที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงในกลุ่มที่เข้าร่วมโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเอง และภายหลังการทดลองสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ และก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$, 0.05)

สรุปผลการวิจัย

ผลการวิจัยสรุปตามสมมติฐานได้ดังนี้

สมมติฐานที่ 1 ความรู้เรื่องโรค การจัดการตนเองของกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการพยาบาลสนับสนุนการจัดการตนเองสูงกว่าก่อนการทดลอง และสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ จากการศึกษาพบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้เรื่องโรคก่อนทดลองของกลุ่มทดลองอยู่ในระดับปานกลาง($\bar{X}$ = 15.96, SD = 3.76) และกลุ่มเปรียบเทียบอยู่ในระดับค่อนข้างมาก ($\bar{X}$ = 17.24, SD = 1.77) ภายหลังการทดลองพบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้เรื่องโรคของกลุ่มทดลองมี ค่าเฉลี่ยสูงขึ้น ($\bar{X}$ = 19.30, SD = 1.61) ดังนั้นในกลุ่มทดลองจึงมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ p<.001 และกลุ่มเปรียบเทียบมีค่าเฉลี่ยระดับเดิมอยู่ใน ($\bar{X}$ = 17.40, SD = 1.81) และเมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างผลต่างคะแนนความรู้เรื่องโรคของกลุ่มทดลอง และกลุ่มเปรียบเทียบภายหลังการทดลองพบว่า ผลต่างของคะแนนความรู้เรื่องโรคของกลุ่มทดลอง และกลุ่มเปรียบเทียบมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ ทางสถิติที่ระดับ .001 (t = 5.949, p<.001) ซึ่งผลการวิจัยเป็นไปตามสมมติฐานที่ 1

สมมุติฐานที่ 2 การปฏิบัติตัวในการดูแลตนเองของกลุ่มทดลองสูงกว่าการทดลอง และสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบจากการศึกษาพบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนการปฏิบัติการจัดการตนเองก่อนทดลองของกลุ่มทดลองอยู่ ในระดับปานกลาง ($\bar{X}$ = 45.02, SD = 5.62) และกลุ่มเปรียบเทียบอยู่ในระดับค่อนข้างน้อย ($\bar{X}$ = 41.80, SD = 4.70) ภายหลังการทดลองพบว่า ค่าเฉลี่ย

คะแนนการปฏิบัติการจัดการตนเองของกลุ่มทดลองมี ค่าเฉลี่ยสูงขึ้น ($\bar{X}$ = 48.64, SD = 4.30) ดังนั้นในกลุ่มทดลองจึงมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ p<.001 และกลุ่มเปรียบเทียบมีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับเดิม ($\bar{X}$ = 42.38, SD = 4.70) และเมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างผลต่างคะแนนการปฏิบัติตัวในการดูแลตนเองของกลุ่มทดลอง และกลุ่มเปรียบเทียบภายหลังการทดลองพบว่า ผลต่างของคะแนนความรู้เรื่องโรคของกลุ่มทดลอง และกลุ่มเปรียบเทียบมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ ทางสถิติที่ระดับ .001 (t = 3.825, p<.001) ซึ่งผลการวิจัยเป็นไปตามสมมติฐานที่ 2

สมมุติฐานที่ 3 ระดับน้ำตาลสะสมในเลือด (HbA1c) ของผู้ป่วยเบาหวานที่มีความดันโลหิตสูง ภายหลังทดลองน้อยกว่าก่อนการทดลองและน้อยกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ จากการศึกษาพบว่า ค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลสะสมในเลือดก่อนทดลองของกลุ่มทดลองอยู่ ในระดับสูง ($\bar{X}$ = 8.18, SD = 1.17) และกลุ่มเปรียบเทียบอยู่ในระดับค่อนข้างสูง ($\bar{X}$ = 7.95, SD = 0.91) ภายหลังการทดลองพบว่า ค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลสะสมในเลือดของกลุ่มทดลองมี ค่าเฉลี่ยลดลง ($\bar{X}$ = 7.69, SD = 1.11) ดังนั้นในกลุ่มทดลองจึงมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ p = .002 และกลุ่มเปรียบเทียบมีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับสูง ($\bar{X}$ = 8.11, SD = 0.95) และเมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างผลต่างคะแนนความรู้เรื่องโรคของกลุ่มทดลอง และกลุ่มเปรียบเทียบภายหลังการทดลองพบว่า ผลต่างของคะแนนความรู้เรื่องโรคของกลุ่มทดลอง และกลุ่มเปรียบเทียบมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ ทางสถิติที่ระดับ .05 (t = -2.01, p = .047) ซึ่งผลการวิจัยเป็นไปตามสมมติฐานที่ 3

สมมุติฐานที่ 4 ระดับความดันโลหิตของกลุ่มทดลองดีกว่าการทดลอง และกลุ่มเปรียบเทียบ จากการศึกษาพบว่า ค่าเฉลี่ยระดับความดันโลหิตก่อนทดลองของกลุ่มทดลองอยู่ ในระดับปานกลาง ($\bar{X}$ = 141.64, SD = 13.71) และกลุ่มเปรียบเทียบอยู่ในระดับค่อนข้างน้อย ($\bar{X}$ = 149.68, SD = 16.43) ภายหลังการทดลองพบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนระดับความดันโลหิตของกลุ่มทดลองมี ค่าเฉลี่ยลดลง($\bar{X}$ = 135.24, SD = 15.25) ดังนั้นในกลุ่มทดลองจึงมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ p<.004 และกลุ่มเปรียบเทียบมีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับเดิม ($\bar{X}$ = 148.408, SD = 15.16) และเมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างผลต่างคะแนนระดับความดันโลหิตของกลุ่มทดลอง และกลุ่มเปรียบเทียบ ภายหลังการทดลองพบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนระดับความดันโลหิตของกลุ่มทดลอง และกลุ่มเปรียบเทียบมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 (t = 3.825, p<.001) ซึ่งผลการวิจัยเป็นไปตามสมมติฐานที่ 4

ข้อเสนอแนะ

1. สามารถนำโปรแกรมการพยาบาลสนับสนุนการจัดการตัวเองของผู้ป่วยเบาหานที่มีความดันโลหิตสูง ไปใช้ในคลินิกเบาหวาน และความดันโลหิตสูงของศูนย์บริการสาธารณสุข สำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร เพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของผู้ป่วย โดยมีแรงสนับสนุนการจัดการตนเองที่ถูกต้องเหมาะสม และสามารถควบคุมระดับน้ำตาลสะสม (HbA1c) และความดันโลหิตได้

2. พยาบาลประจำคลินิกเบาหวาน และความดันโลหิตสูง สามารถนำแบบสอบถามการบริโภคอาหารไปประยุกต์ใช้เพื่อให้มีการบริโภคที่เหมาะสม และเห็นประวัติที่แสดงถึงความต่อเนื่องของพฤติกรรมที่ผู้ป่วยปฏิบัติ และมีผลต่อการวางแผนการพยาบาลต่อไป

ข้อเสนอแนะในครั้งต่อไป

1. นำโปรแกรมที่ได้จากการทำวิจัยครั้งนี้ ไปพัฒนาต่อยอดการศึกษาในรูปแบบการวิจัย ทำการทดลอง และพัฒนาไปหลายๆครั้ง จนได้รูปแบบที่เหมาะสมกับผู้ป่วยเบาหวานที่มีความดันโลหิตสูง

2. ควรนำการศึกษาวิจัยเชิงคุณภาพที่มุ่งเน้นเข้าใจบริบท และวิถีบริโภคอาหาร การออกกำลังกาย การรับประทานยา เพื่อนำไปวางแผนการจัดบริการการจัดการตนเองของผู้ป่วยให้เหมาะสมข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

พยาบาลวิชาชีพคลินิกตรวจโรคทั่วไป* พยาบาลวิชาชีพ สำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร

บรรณานุกรม

กองยุทธศาสตร์และแผนงานสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. (2561). สถิติสาธารณสุข พ.ศ. 2561. สืบค้น 30 มกราคม 2563, จาก http://bps.moph.go.th/new_bps/sites/default/files/ statistic%2061.pdf

กรรณิการ์ ยิ่งยืนนงลักษณ์ เมธากาญจนศักดิ์. (2559). นวัตกรรมเพื่อการจัดการตนเองผ่านระบบบริการสุขภาพทางไกลสำหรับ ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีภาวะไขมันในเลือดสูง. ศรีนครินทร์เวชสาร 2559. 31(6), 365-371

กุสุมา กังหลี. (2014). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้เป็นเบาหวานชนิดที่สอง โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า. วารสารพยาบาลทหารบก. 15(3), 256-268

นวลขนิษฐ์ ลิขิตลือชาและคณะ. (2560). การพัฒนารูปแบบการจัดการดูแลผู้ป่วยเบาหวานควบคุมไม่ได้. วารสารกองการพยาบาล. 44(2), 141-158

ชดช้อย วัฒนะ. (2558). การสนับสนุนการจัดการตนเอง: กลยุทธ์ในการส่งเสริมการควบคุมโรค. วารสาร วิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี, 26 (ฉบับเพิ่มเติม) 117-127

ญาณิสรา ปินตานาและนิทรา กิจธีระวิฒุวงษ์. (2561). ผลของโปรแกรมการจัดการตนเองต่อพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2. วารสารการพยาบาลและสุขภาพ. 12 (1), 72-83

ดารารัตน์ อุ่มบางตลาด. (2560). ประสิทธิผลของโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 แบบเข้มต่อความรู้พฤติกรรมการจัดการตนเองและระดับน้ำตาลในเลือด ของผู้ป่วยเบาหวานใน PCU อ.บางปะอิน จ.พระนครศรีอยุธยา. วารสารวิจัยและพัฒนาด้านสุขภาพ สำานักงานสาธารณสุข จังหวัดนครราชสีมา. 18(1), 11-23

ธวัชชัย วรพงศธร. (2561). การคำนวณขนาดตัวอย่างสำหรับงานวิจัยโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป G*Power. THAILAND JOURNAL OF HEALTH PROMOTION AND ENVIRONMENTAL HEALTH, April - June 2018, 11-21.

นิจศรีชาญณรงค์. (2552). การดูแลรักษาภาวะสมองขาดเลือดในระยะเฉียบพลัน (พิมพ์ครั้งที่ 3). กรุงเทพ: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

พรพจน์ ประภาอนันตชัย และสมบัติ มุ่งทวีพงษา. (2557). กลุ่มอาการสมองขาดเลือด: Stroke Neurology, 30(4), 24-34.

พัทธนันท์ คงทอง. (2561). ปัจจัยที่มีผลต่อการป่วยด้วยโรคเรื้อรัง. วารสารศรีนครินทรวิโรฒวิจัยและพัฒนา (สาขามนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์), 10 (19), 116-126.

พิมพ์ใจ อันทานนท์. (2562). สมาคมโรคเบาหวานแห่งประเทศไทย. สืบค้น 30 มกราคม 2563, จาก https://www.dmthai.org/index.php/knowledge/for-normal-person/health-information-and-articles/health-information

มนตรี คำรังสี และนงลักษณ์ เมธากาญจนศักดิ์. (2556). ผลของโปรแกรมการจัดการตนเองต่อการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยชีวิตของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 รายใหม่.วารสารของโรงพยาบาลสกลนคร, 16(1), 43-

เบญจมาศ ถาดแสงและคณะ. (2555) ผลของโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเองต่อพฤติกรรมการจัดการตนเองและค่าความดันโลหิตของผู้สูงอายุที่มีโรคความดันโลหิตสูง. พยาบาลสาร. 39(4), 124-137

ราตรี อร่ามศิลป์และคณะ. (2561). พฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงใน อำเภอเมือง จังหวัดจันทบุรี. วารสารวิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี, 29 (1), 68-77

วิทวัส ศิริยงค์. (2561). ความชุกโรคหลอดเลือดสมองและปัจจัยเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมองในโรงพยาบาลกาญจนดิษฐ์. วารสารวิชาการแพทย์เขต 11. 32 (1), 863-870.

วีระศักดิ์ เมืองไพศาล. (2559). ปัจจัยเสี่ยงของภาวะสมองเสื่อมและการป้องกัน. สืบค้น 30 มกราคม 2563, จาก http://www.si.mahidol.ac.th/sidoctor/e-pl/articledetail.asp?id=415

พยาบาลวิชาชีพคลินิกตรวจโรคทั่วไป* พยาบาลวิชาชีพ สำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร

สมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย. (2562). แนวทางการรักษาโรคความดันโลหิตสูงในเวชปฏิบัติทั่วไป พ.ศ. 2562 (พิมพ์ครั้งที่ 1). ทริค ธิงค์ : เชียงใหม่

สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค. (2560). หลักสูตรนางพยาบาลผู้ประสานงาน โรคไม่ติดต่อเรื้อรังในชุมชน โรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง : Collaborative NCDs Nurse in Community (Diabetes and Hypertension (พิมพ์ครั้งที่ 1). กรุงเทพฯ: ศูนย์สื่อและสิ่งพิมพ์แก้วเจ้าจอม มหาวิทยาลัยราชภัฏสวนสุนันทา

สุรเกียรติ อาชานานุภาพ. (2553). ตำราการตรวจรักษาโรคทั่วไป 1 กรุงเทพฯ: โฮลิสติก พับลิชชิ่ง หน้า 777-791

สุพัฒน์ ลือขุนทดและนัฐพร กกสูงเนิน. (2558). ผลของการสร้างเสริมการจัดการตนเองต่อพฤติกรรมสุขภาพ ระดับน้ำตาลในเลือด ระดับความดันโลหิต ระดับไขมันในเลือด และอัตราการกรองของไต ในผู้ป่วยที่มีภาวะแทรกซ้อนทางไตระยะที่ 3. วารสารวิจัยและพัฒนาด้านสุขภาพ.1, 29-39

เสาวนิตย์ กมลวิทย์และสุชาดา คงหาญ. (2557). การวิเคราะห์อภิมานเกี่ยวกับประสิทธิผลของโปรแกรมการจัดการตนเองต่อระดับน้ำตาล ในเลือดและฮีโมโกลบินเอวันซีของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ในประเทศไทย. วารสารวิชากาแพทย์เขต 11. 28 (3), 755-762.

American Stroke Association. (1999). Latest news about stroke. Retrieved from http://www.Stroke.org.

American Stroke Association. (2019). https://www.stroke.org/-/media/stroke-files/aboutus/asm/general-asm-resources/2019

Bandura, A. (1977). Self-efficacy: Toward a unifying theory of behavioral change. Psychological Review, 84, 191-215.

Bandura, A. (1986). The explanatory and predictive scope of self-efficacy theory. Journal of Clinical and Social Psychology, 4,359-373

Bartholomew, L. K., Parcel, G.S., Swank, P. R., & Czyzewski, D. I. (1993). Measuring self efficacy expectation for the self-management of cystic fibrosis. Chest, 103, 1524-1530.

Cohen J. Statistical power analysis for the behavioral sciences. 2nd ed. Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates, Publishers; 1988.

Cohen J. Quantitative methods in psychology: A power primer. Psychol Bull 1992;112(1):155-9.

Creer, L. T. (2000). Self-management of chronic illness. Handbook of self regulation, 601-629

Creer, T. L., & Holroyd, K. A. (1997). Self management. In Baum, A., McManus, C., Newman, S., Weinman, J., & West, R. (Eds.).