

บทที่ 2

วรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาวิจัยผลของ โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจในการจัดการตนเองต่อ ระดับคอเลสเตอรอลของพยาบาลที่มีคอเลสเตอรอลสูง ครั้งนี้ ผู้วิจัยได้รวบรวมเอกสารและ งานวิจัยที่เกี่ยวข้องเพื่อเป็นแนวทางในการศึกษา โดยมีเนื้อหาครอบคลุมดังนี้

1. ภาวะคอเลสเตอรอลสูงในพยาบาลวิชาชีพ
2. บทบาทของผู้บริหารการพยาบาลในการส่งเสริมสุขภาพพยาบาลวิชาชีพ
3. การเสริมสร้างพลังอำนาจในการจัดการตนเองเพื่อควบคุมระดับคอเลสเตอรอล
4. โปรแกรมในการฝึกอบรมเพื่อการเสริมสร้างพลังอำนาจ ในพยาบาลกลุ่มเสี่ยงที่มีคอเลสเตอรอลสูง
5. การประเมินประสิทธิผลของการฝึกอบรมการเสริมสร้างพลังอำนาจ
6. การวัดระดับคอเลสเตอรอล
- 7 ข้อมูลทั่วไปโรงพยาบาลแม่สอด
- 8 งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

1. ภาวะคอเลสเตอรอลสูงในพยาบาลวิชาชีพ

คอเลสเตอรอล เป็นไขมันที่มีการกล่าวกันมากที่สุดในระยะที่ผ่านมา ความจริง คอเลสเตอรอลเป็นสารที่จำเป็นอย่างหนึ่งของร่างกาย คอเลสเตอรอลเป็นส่วนประกอบของเยื่อหุ้มเซลล์ ฮอรัโมนเพศ และฮอรัโมนสเตียรอยด์ ถ้าร่างกายรับเข้าไปไม่พอดีจะสร้างขึ้นมา ปัจจุบัน ปัญหาคอเลสเตอรอลเป็นปัญหาสุขภาพที่สำคัญของประเทศที่เจริญแล้ว รวมทั้งประเทศไทย จากความรู้เดิมมักเข้าใจว่าบริโภคอาหารที่มีคอเลสเตอรอลสูง เป็นสาเหตุโดยตรงทำให้คอเลสเตอรอล ในเลือดสูง แต่ความรู้ใหม่เริ่มชี้ให้เห็นว่าอาหารที่มีคอเลสเตอรอลสูงอาจเป็นปัจจัยหนึ่ง แต่ไม่ใช่ สาเหตุหลักของภาวะคอเลสเตอรอลสูงในเลือด เช่น การมีระดับไตรกลีเซอไรด์สูงในเลือด การ บริโภคอาหารพวกกรดไขมันอิ่มตัว การที่ร่างกายมีสารอนุมูลอิสระสูง การพร่องวิตามินสำคัญที่ ด้านฤทธิ์อนุมูลอิสระ เช่น เบต้า-แคโรทีน วิตามินดี การเสื่อมสมรรถนะของตับ ซึ่งมีหน้าที่ หมุนเวียนไขมัน (บรรจบ ชุมณหสวัตติกุล, ลลิตา ธีระสิริ 2547 : 8)

1.1 สาเหตุที่ก่อให้เกิดภาวะคอเลสเตอรอล พอสรูปได้ดังนี้ (บรรจบ ชุมณหสวัสดิกุล, กลิตา ชีระสิริ 2547 : 29)

1.1.1 การบริโภคอาหาร

- 1) การบริโภคอาหารที่มีคอเลสเตอรอลสูง
- 2) การบริโภคอาหารที่มีกรดไขมันอิ่มตัวมาก
- 3) การบริโภคอาหารที่มีแป้งและน้ำตาลมาก
- 4) การบริโภคอาหารที่มีเส้นใยน้อย

1.1.2 ขาดการออกกำลังกาย

1.1.3 ร่างกายมีสารอนุมูลอิสระมาก

1.1.4 เครียด

1.1.5 ภาวะพร่องฮอร์โมนเพศเมื่อสูงวัย

1.1.6 ป่วยเป็นโรคบางชนิด หรือรับประทานยาบางชนิด

1.1.7 กรรมพันธุ์

1.1.1 การบริโภคอาหาร

- 1) การบริโภคอาหารที่มีคอเลสเตอรอลสูง

ปกติร่างกายควรรับคอเลสเตอรอลไม่เกิน 300 มก./วัน อาหารที่มีคอเลสเตอรอลสูงมาก เช่น ข้าวขาหมู ข้าวมันไก่ ข้าวหมูกรอบ ผัดกระเพราะไข่ดาว เครื่องในสัตว์ซึ่งนำมาประกอบอาหารเป็นลาบ แกงอ่อม ซึ่งเป็นอาหารพื้นบ้านยอดนิยมของอำเภอแม่สอด อาหารสำเร็จรูป เช่น หมูยอ ไข่กรอก กุนเชียง แคนหมู (กากหมู)

- 2) การบริโภคอาหารที่อุดมด้วยกรดไขมันอิ่มตัว

กรดไขมันอิ่มตัวสูง นอกจากทำให้ไตรกลีเซอไรด์ในเลือดสูงแล้ว ยังทำให้คอเลสเตอรอลสูงด้วย กรดไขมันคือองค์ประกอบสำคัญของน้ำมันที่ใช้รับประทาน เมื่อเข้าสู่ร่างกายจะจับกันทีละ 3 โมเลกุล รวมตัวกันเป็นไตรกลีเซอไรด์ เพื่อใช้เป็นพลังงานหรือสะสมเป็นความอ้วน ที่สำคัญคือ ภาวะไตรกลีเซอไรด์สูงมักจะตามมาด้วยภาวะไขมันพอกตับ และภาวะคอเลสเตอรอลสูง กรดไขมันที่เป็นองค์ประกอบของไตรกลีเซอไรด์มี 2 ชนิด คือ 1) กรดไขมันอิ่มตัว ได้แก่ น้ำมันปาล์ม กรดไขมันจะถูกย่อยสลายเป็นพลังงาน และจะตกตะกอนในหลอดเลือด 2) กรดไขมันไม่อิ่มตัว กรดไขมันไม่อิ่มตัวมีประโยชน์ช่วยลดคอเลสเตอรอลในเลือดได้ แต่อีกด้านหนึ่ง ความไวในการเกิดปฏิกิริยาเคมีกับออกซิเจนในอากาศ เกิดเป็นสารพิษอนุมูลอิสระขึ้น เช่น การหืนของน้ำมัน การทอดซ้ำ

กรดไขมันไม่อิ่มตัว ยังจำแนกเป็น 2 ชนิดย่อย คือ 1) กรดไขมันไม่อิ่มตัวเชิงเดี่ยว กรดไขมันชนิดนี้มีจุดเดือดสูงใช้ทอดซ้ำได้ถึง 6 ครั้ง ไม่เกิดอนุมูลอิสระได้ง่าย เช่น น้ำมันมะกอก 2) กรดไขมันไม่อิ่มตัวเชิงซ้อน พบมากในน้ำมันพืชชนิดต่าง ๆ เช่น น้ำมันเมล็ดฝ้าย น้ำมันข้าวโพด น้ำมันถั่วเหลือง น้ำมันรำข้าว มีประโยชน์คือช่วยลดคอเลสเตอรอล แต่เกิดอนุมูลอิสระได้ง่าย เมื่อถูกความร้อนจัดหรือใช้ทอดซ้ำ

แหล่งของกรดไขมันอิ่มตัวจากอาหารที่สำคัญ ได้แก่ อาหารทอดทุกชนิด เช่น ไก่ทอด ทอดมัน ลูกชิ้นทอด ปาท่องโก๋ ผัดผัดต่าง ๆ ที่มักใช้น้ำมันมาก ๆ และใช้น้ำมันปาล์ม กว๊วเตี๋ยวราดหน้า ผัดไทย ผัดซีอิ้ว อาหารกลุ่มนี้มักรับประทานกันทุกวัน แหล่งอาหารไขมันสูงสำหรับพยาบาลวิชาชีพ คือ คอฟฟี่เมต ซึ่งทำมาจากน้ำมันปาล์ม ขนมงูบกรอบ บะหมี่สำเร็จรูปเล็ก ลูกก็ ขนมงูบ

3) การบริโภคแป้ง น้ำตาลมากเกินไป คาร์โบไฮเดรต

เมื่อเข้าสู่ร่างกาย ถ้าไม่ถูกเผาผลาญเป็นพลังงาน จะถูกเปลี่ยนเป็นไตรกลีเซอไรด์ ทำให้อ้วน แหล่งที่มาของการรับน้ำตาลเข้าสู่ร่างกาย ในปัจจุบันคือ น้ำอัดลม และเครื่องดื่มต่าง ๆ ขนมหวาน อาหารที่ร้านอาหารปรุงมักมีรสหวาน

4) การบริโภคอาหารที่มีเส้นใยน้อย

คุณสมบัติที่สำคัญประการหนึ่งของเส้นใยอาหาร คือ ทำให้รู้สึกอิ่มง่าย และเส้นใยมีคุณสมบัติช่วยขับไขมันในอาหาร ไม่ถูกดูดซึมเข้าสู่ร่างกาย

5) การบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์

การดื่มแอลกอฮอล์เป็นสาเหตุให้ได้รับแคลอรีเกิน การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์นาน ๆ จะทำให้อ้วนลงพุงตามด้วยไขมันพอกตับ แต่สาเหตุคอเลสเตอรอลสูงสำหรับพยาบาลวิชาชีพ มักไม่ได้เกิดจากการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์

1.1.2 ขาดการออกกำลังกาย

ภาวะคอเลสเตอรอลสูง มักพบในคนที่เอาแต่นั่ง ๆ นอน ๆ ไม่ออกกำลังกาย ตรงกันข้ามคนที่ออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ โดยเฉพาะการออกกำลังกายแบบแอโรบิก มีส่วนช่วยลดคอเลสเตอรอลและไตรกลีเซอไรด์ และยังสามารถเพิ่มระดับ HDL ซึ่งเป็นไขมันชนิดดี ช่วยหัวใจแข็งแรงหลอดเลือดสะอาด

1.1.3 ร่างกายมีสารอนุมูลอิสระมาก

การได้รับอนุมูลอิสระสู่ร่างกายมาก เป็นสาเหตุสำคัญของคอเลสเตอรอลสูง เพราะอนุมูลอิสระจะทำลายโครงสร้างทางโมเลกุลของ ไลโปโปรตีนที่เป็นพาหนะลำเลียงคอเลสเตอรอลในหลอดเลือด ทำให้ LDL cholesterol ถูกเปลี่ยนสภาพเป็น Oxidized LDL

cholesterol สารนี้ร่างกายย่อยสลายไม่ได้ จะลอยอยู่ในกระแสเลือด เกิดภาวะคอเลสเตอรอลสูง และอาจตามด้วยการสะสมที่ผนังหลอดเลือด จนทำให้เกิดโรคหัวใจขาดเลือด อัมพาต ในที่สุด

แหล่งของอนุมูลอิสระ ได้แก่

- 1) ควันทนยนต์ ควันทรงงาน ควันทนุหรี
- 2) อาหารปิ้ง ย่าง ทอด รวมทั้งฟาสต์ฟู้ด ขนมกรุบกรอบ บะหมี่สำเร็จรูป
- 3) อาหารใส่สี ใสกลิ่น สารกันบูด ผงชูรส
- 4) อาหารประเภทเนื้อสัตว์ ไขมัน นมเนย
- 5) เกิดขึ้นภายในร่างกายในภาวะเครียดทั้งจิตใจและร่างกาย เช่น การอักเสบ การติดเชื้อ

1.1.4 ความเครียด

ร่างกายประกอบด้วยกายและจิตทั้งสองส่วนนี้สัมพันธ์กัน ส่งผลต่อกันและกัน ความเครียดเป็นปฏิกิริยาโดยธรรมชาติของร่างกายเพื่อปกป้อง สิ่งคุกคามชีวิต ระบบประสาทอัตโนมัติ (Sympathetic) และประสาทพอนคลาย (Parasympathetic) ทำงานอยู่ด้วยกันอย่างสมดุล ความเครียดทำให้หัวใจเต้นแรง ความดันโลหิตสูง เครียดนาน ๆ ย่อมป่วยเป็น โรคความดันโลหิตสูง คอเลสเตอรอลสูง เบาหวาน โรคหัวใจ ฉะนั้น ความเครียดเรื้อรัง บุคคลที่ไม่รู้จักกลวิธีบริหารความเครียด จึงทำให้เกิดโรคต่าง ๆ มากมาย รวมทั้งภาวะคอเลสเตอรอลสูงด้วย ความเครียดก่อให้เกิดคอเลสเตอรอลสูงได้อย่างไร อธิบายด้วยทฤษฎีอนุมูลอิสระ คือ ความเครียดทางจิตใจ ทำให้ร่างกายมีอัตราการผลิตอนุมูลอิสระสูงขึ้น จึงเกิดอนุมูลอิสระมากขึ้น สารอนุมูลอิสระไปเปลี่ยนแปลงสภาพโมเลกุลของ LDL cholesterol ดับไม่สามารถหมุนใช้ LDL cholesterol ที่ถูก Oxidized ได้อีก จึงเกิดคอเลสเตอรอลสูง ในคนที่เร่ร่อน เคร่งเครียด

1.1.5 ภาวะพร่องฮอร์โมนเพศ

ฮอร์โมนเพศในร่างกายของคนทั้งชายและหญิง จัดอยู่ในกลุ่มฮอร์โมนเสริมสร้าง (Anabolic hormone) ซึ่งต้องจัดตัวให้สมดุลกับฮอร์โมนสลาย (Catabolic hormone) ให้ได้สัดส่วนกัน ฮอร์โมนสลาย (Catabolic hormone) จะสลายแบ่งออกเป็นน้ำตาล สลายเนื้อเยื่อไขมันออกเป็นกรดไขมัน ส่วนฮอร์โมนเสริมสร้างทำงานย้อนกลับ เมื่อเข้าสู่วัยกลางคนเข้าสู่วัยทอง ปริมาณฮอร์โมนเพศลดลง จึงมีผลทำให้ร่างกายมีน้ำตาลและคอเลสเตอรอลในเลือดสูงจากปกติในระดับหนึ่ง เนื่องจากฮอร์โมนเสริมสร้างมีจำนวนลดน้อยลง

1.1.6 ป่วยเป็นโรคบางชนิด หรือรับประทานยาบางชนิด

มีโรคจำนวนหนึ่งที่พบร่วมกับภาวะคอเลสเตอรอลสูง เช่น โรคไตเนฟโรติก ภาวะที่ร่างกายมีการอักเสบเรื้อรัง เช่น มีภาวะข้ออักเสบเรื้อรัง

1.1.7 กรรมพันธุ์

ภาวะคอเลสเตอรอลสูงที่มีสาเหตุจากพันธุกรรม ทำให้ร่างกายไม่สามารถย่อยสลายคอเลสเตอรอลในร่างกายได้ อาจมีการจับคราบไขมันตามผิวหนังที่หน้าตา ใบหน้า ข้อต่อต่าง ๆ เรียกว่า Xanthelasma

1.2 สาเหตุการเกิดภาวะคอเลสเตอรอลในพยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลแม่สอด พอสรุปได้ดังนี้

1.2.1 เกิดการบริโภคอาหารที่มีคอเลสเตอรอลสูง

อาหารที่ประกอบจากร้านอาหาร ซึ่งส่วนใหญ่แล้วมักไม่มีเวลาประกอบอาหารเอง แต่บางครั้งทั้งที่ทราบดีว่ามีคอเลสเตอรอลสูง แต่เนื่องจากความชอบในรสชาติอาหาร ทำให้ตัวพยาบาลเองขาดความตระหนัก และนอกจากการหลีกเลี่ยงอาหารที่มีคอเลสเตอรอลสูงได้แล้ว สิ่งที่พยาบาลต้องเรียนรู้เพิ่มเติมจากความรู้เดิม ๆ ที่มีอยู่ เพราะปัจจุบันมีความรู้ที่เกี่ยวกับคอเลสเตอรอลใหม่ ๆ คือ ความรู้เกี่ยวกับกรดไขมันอิ่มตัว ไม่อิ่มตัว และเมื่อโดนความร้อนจะเปลี่ยนเป็นสารอนุมูลอิสระ ยังมีไขมันทรานส์ (trans-fatty acid) ซึ่งมาพร้อมกับอาหารสำเร็จรูป เช่น บะหมี่สำเร็จรูป ขนมกรุบกรอบที่มีอยู่ทั่วไปในท้องตลาด เมื่อไม่ได้เตรียมอาหารเองก็จะได้รับประทานผักน้อยกว่าที่ควร เพราะอาหารสำเร็จมักมีผักน้อย และปรุงด้วยไขมันปาล์ม การดื่มเครื่องดื่มจำพวกกาแฟซึ่งมีคอเฟอีนเป็นส่วนผสม

1.2.2 ขาดการออกกำลังกาย

กายออกกำลังกายเป็นอีกสาเหตุหนึ่ง พยาบาลไม่ค่อยได้ออกกำลังกาย และให้เหตุผลว่าไม่มีเวลา และเหนื่อยจากการทำงาน

1.2.3 ร่างกายได้รับสารอนุมูลอิสระ

สารอนุมูลอิสระมีผลต่อคอเลสเตอรอล เป็นความรู้ใหม่ที่ต้องเรียนรู้ สาเหตุการรับสารอนุมูลอิสระของพยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลแม่สอด น่าจะเกิดจากการบริโภคอาหารที่ใส่ผงชูรส อาหารประเภท ปิ้ง ย่าง และทอดมากที่สุด ส่วนควินรยนต์คังมีน้อย เนื่องจากอำเภอแม่สอดการจราจรไม่ติดขัด

1.2.4 เครียด

งานพยาบาลเป็นงานที่ต้องอยู่กับความเจ็บป่วย ความตาย ความวิกฤต เมื่อต้อง CPR ซึ่งเป็นความเครียดที่บางครั้งตัวพยาบาลเองแทบไม่รู้ว่าตนเองเครียด

1.2.5 ภาวะพร่องฮอร์โมนเพศ

พยาบาลวิชาชีพที่มีคอเลสเตอรอลสูงที่เป็นกลุ่มตัวอย่างในงานวิจัยครั้งนี้ มีอายุระหว่าง 35 – 59 ปี เข้าสู่วัยกลางคน จึงอยู่ในภาวะพร่องฮอร์โมนเพศ การลดลงของฮอร์โมนส่งผลให้ระดับคอเลสเตอรอลสูง

1.2.6 กรรมพันธุ์

มีบางส่วนที่มีกรรมพันธุ์ เป็นสาเหตุแต่กรรมพันธุ์เป็นสิ่งที่ปรับเปลี่ยนไม่ได้

1.3 อาการและภาวะแทรกซ้อนของภาวะคอเลสเตอรอลสูง

ภาวะคอเลสเตอรอลสูงกว่าปกติ ระยะแรกมักไม่มีอาการใด ๆ เหตุนี้จึงทำให้ผู้ที่มีภาวะคอเลสเตอรอลสูง ไม่ใส่ใจ มองว่าเป็นเรื่องไกลตัวไม่เห็นความจำเป็นของการป้องกันหรือการดูแลสุขภาพ และอาจมีทัศนคติที่ไม่ถูกต้องนักกว่าเมื่อเป็นที่รับประทานยาได้ แต่ส่วนหนึ่งเป็นเพราะขาดความรู้และจิตสำนึกที่ถูกต้อง

หลอดเลือดแดงทำหน้าที่ส่ง อาหาร ออกซิเจน ฮอรโมน และอื่น ๆ ไปหล่อเลี้ยงร่างกายเพื่อให้อวัยวะต่าง ๆ ทำหน้าที่ อวัยวะสำคัญ ๆ ของเรามากเกิดปัญหา เช่น หัวใจ สมอ หากเลือดไปเลี้ยงน้อยลงหรือขาดเลือดอย่างเฉียบพลัน อาจทำให้เกิดอาการเจ็บปวด อาการอื่นๆ รุนแรงถึงเสียชีวิตได้ สาเหตุที่อยู่เบื้องหลังคือ ภาวะหลอดเลือดแข็งและอุดตัน

ภาวะหลอดเลือดแข็ง (atherosclerosis) นั้น เป็นขบวนการที่เกิดขึ้นช้าๆ เกิดต่อเนื่องเป็นเวลานานนับสิบ ๆ ปี พยาธิของการเกิดหลอดเลือดแข็ง อาจกล่าวโดยสรุปดังนี้ เริ่มต้นด้วยการแทรกตัวของแอลดีแอล เข้าสู่ผนังหลอดเลือดแล้วไปติดค้างอยู่ด้วยในไฟเบอร์ที่สร้างจากผนังหลอดเลือด เกิด oxidation ได้ ออกซิไดซ์แอลดีแอล (Ox LDL) เป็นสิ่งแปลกปลอมที่ร่างกายต้องขจัด เม็ดเลือดขาวโมโนไซต์ จึงตามมาแปรเปลี่ยนเป็นมาโครฟาจ (macrophage) จับกินแอลดีแอล เกิดเป็นเซลล์ฟองน้ำ (foam cell) เม็ดเลือดขาวลิมโฟไซต์ (Lymphocyte) ตามมาด้วย ทำให้เกิดคาบไขมัน (fatty streak) ปฏิกริยาลามไปถึงชั้นกล้ามเนื้อเกิดเซลล์กล้ามเนื้อฟองน้ำ ต่อมาเมื่อไฟเบอร์มาหุ้ม เกิดภาวะหลอดเลือดแข็งอย่างสมบูรณ์ (เจเลียว ปิยะชน 2547 : 102)

ภาวะหลอดเลือดแข็ง ตีบ แคบ อาการเริ่มแรก มักมีอาการเจ็บหน้าอก อาการเจ็บหน้าอกนี้ส่วนใหญ่เกิดขึ้นหลังออกแรง เช่น เดินขึ้นบันได ซึ่งหัวใจทำงานหนักขึ้น กล้ามเนื้อหัวใจต้องการออกซิเจนมากขึ้น แต่เลือดนำไปเลี้ยงได้ไม่พอเพราะหลอดเลือดตีบแคบ หรือตีบตัน ลักษณะการเจ็บอก คือ มีอาการเจ็บอกอย่างรุนแรง บริเวณกลางของกระดูกอก การเจ็บปวดเหมือนอะไรมากดทับอัดแน่น บิดเป็นเกลียว อาการเจ็บปวดจะมีมากกว่าการเจ็บปวดอื่นใดทั้งสิ้น และมักร้าวไปที่คอหรือคาง แขนซ้ายหรือจุกแน่นบริเวณลิ้นปี่ อาการเหล่านี้มักร่วมด้วยการอ่อนแรง หน้ามืดเป็นลม เหงื่อแตก คลื่นไส้อาเจียน อาการเจ็บอกนี้เรียกว่า “แองไจนา เพคตอริส” (angina

pectoris) อาการ angina นี้มักเกิดเมื่อต้องออกแรงและหายใจได้พัก หรือเกิดจากความตึงเครียดทางอารมณ์ หรือหลังจากการรับประทานอาหารมีไขมันมากเกินไป หรือแม้แต่เกิดได้ในเวลานอนหลับ การมีอาการขณะพักผ่อนถือได้ว่ามีพยาธิสภาพของหลอดเลือดตีบมาก

หัวใจถูกจู่โจม (heart attack) เกิดขึ้นเมื่อหลอดเลือดโคโรนารีถูกอุดตันด้วยลิ่มเลือด กล้ามเนื้อหัวใจส่วนนั้นไม่ได้รับเลือด ขาดสารอาหารและออกซิเจน กล้ามเนื้อหัวใจบริเวณนั้นจะตายเมื่อขาดเลือดไปเลี้ยงในชั่วระยะเวลาหนึ่ง ประมาณ 2 – 3 ชั่วโมง เรียกว่า กล้ามเนื้อหัวใจตาย (Myocardial infarction) หรือ MI

ในกรณีภาวะหลอดเลือดแข็งเกิดกับหลอดเลือดที่สมองเมื่อหลอดเลือดตีบมากขึ้นจะทำให้เลือดไปเลี้ยงสมองได้ไม่ดี มีอาการต่าง ๆ เช่น มึนงง เวียนหัว หรืออ่อนแรงที่แขนขา เป็นต้น ถ้าการตีบมีมากขึ้นทำให้เลือดไปเลี้ยงน้อยลงจนถึงการอุดตัน ทำให้เนื้อสมองส่วนนั้นตาย (infarction) อาการก็จะมีความจนถึงเป็นอัมพาตได้ การมีภาวะหลอดเลือดแข็งนั้น ทำให้หลอดเลือดเปราะและแตกได้ง่าย โดยเฉพาะหลอดเลือดขนาดเล็ก ประกอบกับเนื้อสมองนั้นอ่อนนุ่มไม่มีแรงพยุงหลอดเลือด การแตกจึงเกิดขึ้นได้ เช่น ที่หัวใจภาวะหลอดเลือดแข็งจะไม่แตก เมื่อหลอดเลือดขนาดเล็กที่สมองแตกก็จะมีเลือดออกไปเบียดเนื้อสมองที่ตีบบริเวณนั้น ทำให้เป็นอัมพาตได้

1.4 การรักษาภาวะคอเลสเตอรอลสูง

การรักษาภาวะคอเลสเตอรอลสูง (สมเกียรติ แสงวัฒนาโรจน์ 2548 : 79 - 84) พอสรุปได้ดังนี้

1.4.1 ผลเลือดค่าคอเลสเตอรอลอยู่ในระดับ < 190 มิลลิกรัม/เดซิลิตร การควบคุมคอเลสเตอรอลคือ ปรับเปลี่ยนวิถีชีวิต เรื่องการบริโภคอาหาร การออกกำลังกาย ความเครียด ติดตามผลเลือดทุก 5 ปี

1.4.2 ผลเลือดค่าคอเลสเตอรอลอยู่ในระดับ ≥ 190 มิลลิกรัม/เดซิลิตร และมีปัจจัยเสี่ยงต่อโรคหัวใจหลอดเลือด เช่น มีอายุ ประวัติครอบครัว ความดันโลหิต สูบบุหรี่ ความอ้วน ให้ปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตคือ การบริโภคอาหาร การออกกำลังกาย ความเครียด อย่างน้อย 3 เดือน เจาะเลือดซ้ำและตรวจเลือด คำนวณค่าแอลดีแอล (LDL) ซ้ำ

1.4.3 ระดับแอลดีแอล < 115 มิลลิกรัม/เดซิลิตร และคอเลสเตอรอล < 190 มิลลิกรัม/เดซิลิตร ให้ปรับเปลี่ยนวิถีชีวิต และตรวจเลือดซ้ำทุกปี

1.4.4 ระดับแอลดีแอล > 115 มิลลิกรัม/เดซิลิตร และคอเลสเตอรอล > 190 มิลลิกรัม/เดซิลิตร ให้ปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตและเริ่มรับประทานยาลดไขมัน

1.4.5 ยาลดไขมันที่มีใช้ในเมืองไทย มี 5 กลุ่ม (ตารางที่ 1) คือ

1) ยากลุ่มสแตติน (statin) เช่น simvastation atorvastatin

- 2) ยากลุ่มเรซิน จับกับกรดน้ำดี เช่น โคลเลสไทรามีน (cholestyramine)
- 3) ยากลุ่มไฟเบรต (fibrate) เช่น เจมไฟโบซิล (gemfibrozil) ฟีนอฟิบเรต (fenofibrate)
- 4) ยากลุ่มกรดนิโคตินิก เช่น ไนอาซีน (Niasine)
- 5) ยาโปรบูคอล (Probucor)

ตารางที่ 2.1 ยาลดไขมันที่มี售อยู่ในประเทศไทย

กลุ่มยาลดไขมัน	ผลต่อไขมัน	ข้อห้ามใช้	ผลข้างเคียงที่พบบ่อย	หมายเหตุ
ยากลุ่มสแตติน	ลดแอลดีแอลได้ 25 – 55% ลดไตรกลีเซอไรด์ 10 – 20% เพิ่มเอชดีแอล 5 – 10%	ระวังการใช้ในผู้ป่วยไตวายหรือร่วมกับยาลดไขมันอื่น เพราะอาจเกิดกล้ามเนื้ออักเสบ	กล้ามเนื้ออักเสบ การทำงานตับผิดปกติ	ใช้ร่วมกับยากลุ่มไฟเบรตเพิ่มโอกาสเกิดกล้ามเนื้ออักเสบ
ยากลุ่มเรซินจับกับกรดน้ำดี	ลดแอลดีแอลได้ 20 – 30% เพิ่มไตรกลีเซอไรด์ 10% เพิ่มเอชดีแอล 5%	ภาวะอุดตันทางเดินน้ำดี ภาวะอุดตันทางเดินอาหารส่วนต้น	ท้องผูก คลื่นไส้ ปวดมวนท้อง	
ยากลุ่มไฟเบรต	อาจเพิ่มหรือลดแอลดีแอล ลดไตรกลีเซอไรด์ 25 – 40% เพิ่มเอชดีแอล 5 – 15 %	โรคตับหรือโรคทางเดินน้ำดี ระวังการใช้ในผู้ป่วยไตวาย เพราะอาจเกิดกล้ามเนื้ออักเสบ	กล้ามเนื้ออักเสบ การทำงานตับผิดปกติ	

ตารางที่ 2.1 (ต่อ)

กลุ่มขาดไขมัน	ผลต่อไขมัน	ข้อห้ามใช้	ผลข้างเคียงที่พบบ่อย	หมายเหตุ
ยากุ่ม กรดนิโคตินิก	ลดแอลดีแอล 15 – 25% ลดไตรกลีเซอไรด์ 25 – 35% เพิ่มเอชดีแอล 15 – 30%	โรคแผลในกระเพาะ เบาหวาน โรคตับ	หน้าแดง	
ยาโปรบูกอล	ลดแอลดีแอล 10 – 15% ลดเอชดีแอล 20 – 25%	คลื่นไฟฟ้าหัวใจ ผิดปกติ	คลื่นไส้ ท้องเสีย	

ที่มา (สมเกียรติ แสงวัฒนาโรจน์ 2548 : 82)

2. บทบาทของผู้บริหารการพยาบาลในการส่งเสริมสุขภาพพยาบาลวิชาชีพ

การส่งเสริมสุขภาพหรือการพัฒนาคุณภาพชีวิตเป็นหนึ่งในกิจกรรมของการธำรงรักษานุคลากรไว้ในองค์กร ซึ่งเป็นบทบาทหนึ่งของผู้บริหารการพยาบาลควรตระหนักถึงความสำคัญในการธำรงรักษานุคลากรพยาบาลและคิดค้นกลวิธีธำรงรักษานุคลากรพยาบาล เพื่อจูงใจในบุคลากรพยาบาลมีความพึงพอใจในงาน คงอยู่ในงาน และมีความยึดมั่นผูกพันต่อองค์กร รวมทั้งทำให้มีการดำเนินพันธกิจขององค์กรพยาบาลบรรลุเป้าหมายอย่างมีประสิทธิภาพ นโยบายการบริหารองค์กรพยาบาลที่ดี ไม่ใช่ให้ความสำคัญเฉพาะการให้บริการพยาบาลที่มีคุณภาพสนองตามความต้องการของผู้ใช้บริการเท่านั้น แต่ต้องให้ความสำคัญกับการส่งเสริมความก้าวหน้าและเสริมสร้างแรงจูงใจแก่ผู้ให้บริการด้วย เพราะผู้ให้บริการคือลูกค้าภายในขององค์กร ซึ่งมี ความสำคัญไม่ยิ่งหย่อนไปกว่าผู้ให้บริการ การดูแลสุขภาพบุคลากรภายในเป็นสิ่งสำคัญเช่นกัน สภาพแวดล้อมการทำงานบุคลากรพยาบาลต้องการสภาพการทำงานที่มีความปลอดภัยต่อสุขภาพ มีสภาพแวดล้อมทางกายภาพที่ดี จะทำให้มีสมาธิในการทำงาน ความผาสุกและความปลอดภัย สภาพการทำงานที่มีความปลอดภัยเป็นปัจจัยที่ทำให้ผู้ปฏิบัติงานมีแรงจูงใจทำงาน (บุญใจ ศรีสถิต นราทร 2550 : 249 – 250)

ด้วยเหตุนี้ ผู้บริหารการพยาบาลจึงควรให้ความสำคัญกับการส่งเสริมสุขภาพ การมุ่งพัฒนาร่างกายเพื่อให้บุคลากรแข็งแรง มุ่งให้บุคลากรมีร่างกายอยู่ในสภาพที่พร้อมที่จะปฏิบัติงาน ได้นานที่สุดเท่าที่จะกระทำได้ โดยเริ่มจากการพัฒนาสุขนิสัยในการบริโภค โดยสนับสนุนและ

ส่งเสริมให้บุคลากรหลีกเลี่ยงการบริโภคอาหารและสิ่งที่ไม่ดีมีประโยชน์ต่อร่างกาย ในขณะที่เดียวกัน บุคลากรควรรักษาสุขภาพและพละนาบมัยให้สมบูรณ์โดยการออกกำลังกาย หมั่นดูแลสุขภาพโดยการตรวจสุขภาพสม่ำเสมอ (ณรงค์ดี บุญเกิด 2547 : 218) และความปลอดภัยในการทำงาน จัดสภาพแวดล้อมทางกายภาพที่เอื้อต่อการทำงาน ได้แก่ มีแสงสว่างเพียงพอ มีระบบระบายอากาศที่ดี อากาศถ่ายเทได้สะดวก ไม่ร้อนอบอ้าว มีอุปกรณ์และครุภัณฑ์ที่เอื้อต่อการทำงาน

แนวทางการจัดการสุขภาพให้ประสบผลสำเร็จ มีแนวทางดังนี้ (บุญใจ ศรีสถิตย์-นราทร 2550 : 251 –252)

2.1 การให้ความสำคัญกับสุขภาพและความปลอดภัย (Focus on health and safety)

2.1.1 กำหนดนโยบายส่งเสริมสุขภาพเป็นลายลักษณ์อักษร

2.1.2 ประกาศหรือแจ้งนโยบายส่งเสริมสุขภาพให้บุคลากรพยาบาลทราบโดย

ทั่วถึง

2.1.3 วางแผนการดำเนินโครงการส่งเสริมสุขภาพ จัดทรัพยากรที่เพียงพอสำหรับดำเนินโครงการส่งเสริมสุขภาพ

2.2 จัดการระบบสุขภาพ

2.2.1 แต่งตั้งคณะกรรมการหรือทีมงานเพื่อรับผิดชอบเกี่ยวกับสุขภาพ โดยคัดเลือกบุคคลที่เหมาะสม

2.2.2 ฝึกอบรมคณะกรรมการหรือทีมงานให้มีความรู้และความเข้าใจเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพเพื่อเสริมสร้างความสามารถปฏิบัติหน้าที่ได้อย่างมีประสิทธิภาพ

2.2.3 บริการตรวจสุขภาพประจำปีแก่บุคลากรพยาบาล

2.2.4 เชื่อม ติดตามอาการ และให้ความช่วยเหลือบุคลากรพยาบาลที่เจ็บป่วย

2.2.5 ให้คำปรึกษา แก้ไขปัญหาและอุปสรรคการดำเนินงานของคณะกรรมการ

2.2.6 ดัดตั้งระบบการกำจัดของเสีย สิ่งปฏิกูล และมลภาวะที่ถูกหลักวิธี

2.2.7 จัดสภาพแวดล้อมในสถานที่ทำงานโดยประกันความปลอดภัยในการทำงาน

2.2.8 บันทึกเก็บข้อมูลสุขภาพอย่างเป็นระบบ รวมทั้งนำข้อมูลมาใช้ประโยชน์ในการส่งเสริมสุขภาพ

3. การเสริมสร้างพลังอำนาจในการจัดการตนเองเพื่อควบคุมระดับคอเลสเตอรอล

3.1 การเสริมสร้างพลังอำนาจ

3.1.1 ความหมายการเสริมสร้างพลังอำนาจ

การเสริมสร้างพลังอำนาจ (Empowerment) มาจากภาษาลาตินว่า “Potere” ที่แปลว่า มีความสามารถ Em เป็นคำนำหน้าที่แปลว่า เป็นสาเหตุให้หรือทำให้เกิดด้วย ซึ่งตามความหมายของ Em เป็นการสะท้อนความหมายของ “กระบวนการ” คำต่อท้าย หมายถึง “ผลลัพธ์ที่ชัดเจนเป็นรูปธรรม สิ่งของ หรือการกระทำที่เกิดขึ้น” ซึ่งการแปลความหมายของคำว่า Empowerment ในภาษาไทยนั้นมีการแปลว่า การสร้างพลังอำนาจ การสร้างพลัง และการเสริมสร้างพลังอำนาจ ซึ่งในที่นี้ผู้วิจัยใช้คำว่า การเสริมสร้างพลังอำนาจ ซึ่งมีผู้ให้นิยามไว้หลายลักษณะดังนี้

การเสริมสร้างพลังอำนาจ หมายถึง กระบวนการช่วยเหลือบุคคลในการควบคุมปัจจัยต่าง ๆ ที่มีผลต่อสุขภาพและคุณภาพชีวิต ซึ่งทำให้บุคคลมีพลัง มีความผาสุกและตระหนักในศักยภาพของตนเองในการรักษาสุขภาพ การเสริมสร้างพลังอำนาจจะช่วยให้บุคคลสามารถเข้าถึงแหล่งประโยชน์ต่าง ๆ ทั้งในส่วนบุคคลและสังคมมาใช้ให้เกิดประโยชน์กับสุขภาพของตนเอง ครอบครัว และชุมชนได้อย่างมีประสิทธิภาพ (Gibson, 1991 อ้างในรวมพร คงกำเนิด 2543 : 119)

การเสริมสร้างพลังอำนาจ หมายถึง กระบวนการถ่ายโอนอำนาจให้กับผู้ใช้บริการ/ประชาชนในการพัฒนาและสร้างความรู้สึกรู้สึกมีคุณค่าในตนเองให้กับคนอื่น เพราะฉะนั้นผู้ที่ส่งเสริมสร้างพลังอำนาจให้กับคนอื่นได้นั้นต้องเห็นคุณค่าของคนอื่น และการจะมองเห็นคุณค่าของคนอื่นจำเป็นต้องเห็นคุณค่าในตนเองก่อน ส่วนในทางบริหาร หมายถึง การมอบอำนาจหรือแบ่งปันอำนาจกัน (Redwel 1996)

การเสริมสร้างพลังอำนาจทางการพยาบาล หมายถึง กระบวนการที่เกิดขึ้นระหว่างพยาบาลและผู้ใช้บริการ โดยมีเป้าหมายเพื่อการช่วยเหลือให้ผู้ใช้บริการได้มีการพัฒนาตนเองไปสู่การมีพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม (Ellis – Stoll and Popkess – Vawter 1998 : 62)

การเสริมสร้างพลัง หมายถึง กระบวนการพัฒนาความรู้และทักษะในการตัดสินใจให้รู้สึกรู้สึกว่าตนมีโอกาสและมีความเชี่ยวชาญอยู่ในตัว พลังในบุคคลจะเกิดขึ้นได้เมื่อมีโอกาสและได้รับการสนับสนุน ตลอดจนมีข้อมูลข่าวสารที่เพียงพอ (Judith 2003 : 314 อ้างถึงในวิมลนิง สิงหะ และประไพ กิตติบุญถวัลย์ 2548 : 26)

การเสริมสร้างพลังอำนาจด้านสุขภาพ หมายถึง กระบวนการที่จะทำให้บุคคลมีอำนาจมากขึ้นในการตัดสินใจ และดำเนินกิจกรรมต่าง ๆ ที่มีผลกระทบต่อสุขภาพของตนเอง การเสริมสร้างพลังอำนาจในการส่งเสริมสุขภาพประกอบด้วย กิจกรรมที่มุ่งเสริมทักษะชีวิต และความสามารถของบุคคลให้เข้มแข็งยิ่งขึ้น และรวมถึงกิจกรรมอื่น ๆ ที่จะมีอิทธิพลต่อภาวะทางสังคมและเศรษฐกิจ ตลอดจนสิ่งแวดล้อมทางกายภาพที่เป็นมูลเหตุของปัญหาและผลกระทบต่อสุขภาพ (ปณิธาน หล่อเลิศวิทย์ 2541 : 14 – 15)

การเสริมสร้างพลังอำนาจ หมายถึง กระบวนการที่สะท้อนให้เห็นความสามารถของบุคคลในการที่จะดึงสิ่งที่มีอยู่ภายในตัวเอง ในการควบคุม จัดการสร้างอิทธิพลกับตนเอง และสังคมรอบข้างอันจะส่งผลเป็นรูปธรรมต่อชีวิตตนเอง (ชนวนทอง ธนสุกาญจน์ 2546 : 157)

การเสริมสร้างพลังอำนาจ หมายถึง กระบวนการทางสังคมที่ส่งเสริมให้บุคคล องค์กร และชุมชน มีความเป็นตัวของตัวเอง สามารถควบคุมตนเอง มีความสามารถในการเลือกและกำหนดขนาดของตนเอง ชุมชน และสังคมได้ การสร้างพลังจึงเป็นกระบวนการที่บุคคลสามารถกระทำร่วมกับบุคคลอื่นในสังคมเพื่อก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในแนวทางที่พึงปรารถนา แต่ไม่ใช่เป็นพลังที่จะไปบังคับ หรือครอบงำคนอื่น (พนัส พฤกษ์สุนันท์ 2545 อ้างถึงใน วิมลนิจ สิงหะ และประไพ กิตติบุญถวัลย์ 2548 : 26)

การเสริมสร้างพลังอำนาจ หมายถึง การเพิ่มศักยภาพของบุคคล โดยผู้บังคับบัญชาถ่ายโอนอำนาจ ให้อิสระในการตัดสินใจ และจัดหาทรัพยากรในการปฏิบัติงานให้ผู้ได้บังคับบัญชา รวมถึงการจัดสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการปฏิบัติงาน และส่งเสริมให้บุคคลเกิดความสามารถในการทำงานและแก้ปัญหาต่างๆ ได้บรรลุผลสำเร็จของตนเองและองค์กร (อารีย์วรรณ อ่วมตานี 2549)

จากความหมายการเสริมสร้างพลังอำนาจที่กล่าวมาแล้วสรุปได้ว่า การสร้างเสริมพลังอำนาจ หมายถึง กระบวนการเพิ่มความสามารถและสะท้อนให้เห็นความสามารถของบุคคล ในการควบคุมและจัดการกับปัจจัยที่มีผลกระทบต่อสุขภาพและชีวิตของตน โดยผู้บังคับบัญชาถ่ายโอนอำนาจ ให้อิสระในการตัดสินใจ และจัดหาทรัพยากรในการปฏิบัติงานให้ผู้ได้บังคับบัญชา รวมถึงการจัดสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการได้บรรลุผลสำเร็จของตนเองและองค์กร

3.1.2 แนวคิด/ทฤษฎีการเสริมสร้างพลังอำนาจ

อารีย์วรรณ อ่วมตานี (2549) ได้กล่าวไว้ว่ามีนักวิชาการหลายท่านที่ได้เสนอแนวคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจในองค์กรไว้ ซึ่งแบ่งเป็น 2 ส่วนคือ 1) การเสริมสร้างพลังอำนาจด้านโครงสร้าง 2) การเสริมพลังอำนาจด้านจิตใจ ซึ่งสามารถนำมาใช้ในการบริหารการพยาบาล

และในส่วนของการเสริมสร้างพลังอำนาจเพื่อการส่งเสริมสุขภาพนั้นเป็นแนวคิดที่กิบสัน(Gibson 1991)ได้นำมาเผยแพร่และนำมาใช้อย่างแพร่หลาย รายละเอียดดังนี้

กิบสันได้สรุปรูปแบบกระบวนการเสริมพลังอำนาจเป็น 4 ขั้นตอน ดังนี้(อารีย์วรรณ อ่วมตานี 2549)

ขั้นตอนที่ 1 การค้นพบสภาพการณ์จริง (Discovering reality) เป็นการรับรู้และทำความเข้าใจและยอมรับเหตุการณ์และสภาพการณ์ที่เกิดขึ้นกับตนตามสภาพที่เป็นจริง ทำความเข้าใจข้อมูลข่าวสารที่ถูกต้อง ในขั้นนี้จะมีการตอบสนองของบุคคล 3 ด้าน คือ ด้านอารมณ์ ด้านการคิดรู้และด้านพฤติกรรม

การตอบสนองด้านอารมณ์ (Emotional response) เมื่อบุคคลรับรู้และต้องเผชิญกับปัญหาที่เกิดขึ้น จะเกิดความรู้สึกสับสน ไม่แน่ใจ ต่อต้าน วิตกกังวล ภาวะกระวนกระวาย กลัว โกรธ ความรู้สึกดังกล่าวเกิดจากการที่บุคคลไม่สามารถยอมรับกับปัญหาที่เกิดขึ้นในสภาพของความเป็นจริงได้เนื่องจากขาดความรู้ ความเข้าใจในการดูแลที่จะเกิดขึ้น ทำให้บุคคลรู้สึกคับข้องใจคิดว่าตนเองป่วยและไม่สามารถกลับคืนสู่สภาวะสุขภาพที่ดีได้ แต่ถ้าบุคคลมีการเปลี่ยนความคิด โดยความหวังว่าตนเองมีโอกาสมิ้อการดีขึ้นได้ แต่อาจจะต้องอาศัยระยะเวลาเป็นตัวช่วย การคิดในลักษณะนี้จะช่วยให้บุคคลมีกำลังใจดีขึ้น พยายามค้นหาปัญหา สาเหตุที่เกิดขึ้นตามสภาพที่เป็นจริง ซึ่งจะช่วยให้สามารถดูแลตนเองได้อย่างถูกต้องและเหมาะสม

การตอบสนองทางการคิดรู้ (Cognitive responses) เมื่อบุคคลรู้สึกสูญเสียความสามารถไม่มั่นใจในการดูแลตนเอง ระยะนี้บุคคลจะแสวงหาความช่วยเหลือจากสิ่งรอบข้าง โดยการหาข้อมูลความรู้ให้ได้มากที่สุดเท่าที่จะเป็นไปได้ ไม่ว่าจะเป็นการอ่านหนังสือ การถามแพทย์ พยาบาลผู้ป่วยอื่น ๆ ซึ่งประสบเหตุการณ์ที่คล้ายคลึงกัน เพื่อช่วยให้เกิดความเข้าใจ เหตุการณ์และสถานการณ์ทั้งหมดที่เกิดขึ้น ในระยะนี้บุคคลจะใช้ข้อมูลความรู้ทั้งหมดที่ได้จากการแสวงหาจากแหล่งต่าง ๆ มาใช้ประกอบการตัดสินใจในการแก้ปัญหาและสถานการณ์ต่าง ๆ ต่อไป

การตอบสนองทางพฤติกรรม (Behavioral responses) โดยบุคคลจะรับรู้และตระหนักว่าการดูแลตนเองเป็นหน้าที่และความรับผิดชอบของตน การที่บุคคลคิดว่าสิ่งที่ได้ทำ เป็นสิ่งที่ดีที่สุดในขณะนั้น และมองปัญหาที่เกิดขึ้นในแง่ดี พยายามทำความเข้าใจกับปัญหาและสถานการณ์ที่เกิดขึ้นจนสามารถรู้ชัดเจนว่าสิ่งที่ตนเองต้องการดูแลอย่างแท้จริงคืออะไร เกิดความเข้าใจ ชัดเจนในการดูแล ตระหนักถึงความสำคัญของตนเอง ใช้ประสบการณ์การแก้ปัญหาที่ผ่านมา มาประยุกต์กับสถานการณ์ใหม่ ในขั้นนี้การกระทำของบุคคลจะได้รับข้อมูลย้อนกลับจากบุคคลที่เกี่ยวข้องว่า ความวิตกกังวลจนเกินไป จะทำให้รู้สึกสับสน คับข้องใจ และ

ไม่มั่นใจ จนในที่สุดบุคคลตระหนักได้เองถึงสภาพปัญหาที่เกิดขึ้น และเปลี่ยนความคิดเป็นเชิงบวกว่าปัญหาทุกอย่างก็สามารถแก้ไขได้

ขั้นตอนที่ 2 การสะท้อนความคิดอย่างมีวิจารณญาณ (Critical reflection) การสะท้อนความคิดอย่างมีวิจารณญาณ เป็นการทบทวนเหตุการณ์ สถานการณ์อย่างรอบคอบ เพื่อการตัดสินใจและจัดการความรู้สึกกับข้อใจในการดูแล สามารถค้นหาสภาพการณ์จริง แสวงหาทางเลือก การพินิจพิจารณาอย่างมีวิจารณญาณ เกิดมุมมองใหม่ จะส่งผลให้บุคคลได้พัฒนาตนเองขึ้น ช่วยให้กลับมามองหาปัญหาประเมิน และคิดวิเคราะห์ถึงสถานการณ์หรือสิ่งที่เกิดขึ้นทั้งหมดในแง่มุมต่าง ๆ ทำให้เข้าใจมากขึ้น นำไปสู่การแก้ปัญหาหรือการเปลี่ยนแปลงที่ดีขึ้น ในขั้นนี้จะช่วยให้เกิดการพัฒนาความรู้สึกมีพลังอำนาจในการควบคุมตนเอง (sense of personal control) ถ้าบุคคลผ่านขั้นตอนนี้ไปได้ จะทำให้บุคคลรู้สึกเข้มแข็ง มีความสามารถและพลังเพิ่มขึ้น

ขั้นตอนที่ 3 การตัดสินใจเลือกวิธีปฏิบัติกิจกรรมที่เหมาะสมและลงมือปฏิบัติ (Taking charge) ในขั้นตอนนี้ บุคคลจะตัดสินใจเลือกวิธีการปฏิบัติที่ตนเองคิดว่าเหมาะสมและดีที่สุด การที่บุคคลจะมีทางเลือกได้หลายวิธี ก็ขึ้นกับการแสวงหาแนวทางการแก้ไขปัญหานั้น ถ้าบุคคลมีการแลกเปลี่ยนข้อมูลกับผู้อื่น เพื่อเป็นสิ่งที่ช่วยประกอบการตัดสินใจด้วยตนเอง การตัดสินใจเลือกปฏิบัติกิจกรรมที่เหมาะสมเพื่อควบคุมและจัดการกับปัจจัยต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง เกิดการยอมรับตนเอง (self-determination) การจะตัดสินใจเลือกวิธีการปฏิบัติที่ตนเองคิดว่าเหมาะสมและดีที่สุด จะอยู่ภายใต้เงื่อนไข ดังนี้ 1) เป็นวิธีที่แก้ปัญหาให้แก่ตนเอง 2) สอดคล้องกับการดูแลรักษาของทีมสุขภาพ 3) ได้รับการเอาใจใส่และสามารถตอบสนองความต้องการของตนเอง 4) ผ่านการปรึกษาและยอมรับจากทีมสุขภาพแล้ว และ 5) เป็นวิธีที่ยอมรับได้และเปิดกว้างให้บุคคลอื่นนำไปใช้ได้ ดังนั้น ในขั้นตอนนี้ ทั้งพยาบาลและผู้รับบริการต้องมีการร่วมกันค้นหาข้อมูล มีการพูดคุยแลกเปลี่ยนความคิดเห็น และร่วมอภิปรายกับทีมสุขภาพ และร่วมกันตัดสินใจปัญหาอย่างมีประสิทธิภาพ ทำให้บุคคลเกิดความเชื่อมั่นในตนเองมากขึ้น

ขั้นตอนที่ 4 การคงไว้ซึ่งการปฏิบัติที่มีประสิทธิภาพ (Holding on) เป็นขั้นตอนสุดท้ายของกระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจ ในระยะนี้เมื่อเกิดปัญหา พยาบาลและผู้รับบริการจะร่วมมือแก้ไขปัญหามื่อนำวิธีการที่เลือกใช้ไปปฏิบัติแล้วเกิดประสิทธิภาพหรือประสบผลสำเร็จ บุคคลก็รู้สึกมั่นใจ รู้สึกมีพลังอำนาจ มีความสามารถและถือว่าเป็นข้อผูกพันในการปฏิบัติที่จะคงไว้ซึ่งพฤติกรรมแก้ไขปัญหานั้น สำหรับใช้ในครั้งต่อไป

3.2 การจัดการตนเอง

การจัดการตนเอง (Self-management) เป็นส่วนหนึ่งของการดูแลตนเอง ซึ่งการดูแลตนเองนั้นเป็นแนวคิดที่เน้นความสามารถและการมีส่วนร่วมของบุคคล เป็นกิจกรรมที่บุคคล

ริเริ่มกระทำด้วยตนเอง โดยมีเป้าหมายเพื่อรักษาชีวิต สุขภาพ และสวัสดิภาพของตนเอง เป็นกิจกรรมที่เรียนรู้ผ่านขนบธรรมเนียมประเพณีและปัจจัยต่าง ๆ ภายนอก การดูแลตนเองรวมการสร้างสุขภาพ การป้องกันโรค การค้นพบอาการตั้งแต่ระยะแรกเริ่ม การจัดการกับความเจ็บป่วยทั้งเฉียบพลันและเรื้อรัง การดูแลตนเองนั้นบุคคลต้องใช้ปัญญาในการกลั่นกรองปัจจัยที่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพของตนเอง ครอบครัวยุทธศาสตร์และสังคม รวมทั้งแสวงหาบริการที่จำเป็น

การจัดการตนเอง หมายถึง ความสามารถในการปรับเปลี่ยนวิถีการดำเนินชีวิตที่มีพื้นฐานว่าการที่บุคคลจะปฏิบัติพฤติกรรมใด ๆ นั้นต้องเกิดจากกระบวนการคิด ตัดสินใจ ประเมินผลดีผลเสียของการปฏิบัติกิจกรรมนั้น ๆ ด้วยตนเอง มองเห็นคุณค่าของสิ่งที่จะปฏิบัติด้วยตนเอง มองเห็นคุณค่าของสิ่งที่จะปฏิบัติด้วยตนเอง รับรู้ถึงสิ่งที่จะมาคุกคามชีวิตตนเอง เพราะเมื่อบุคคลประเมินและตัดสินใจแล้วว่าพฤติกรรมนั้น ๆ มีคุณค่าและตระหนักถึงสิ่งที่มาคุกคามชีวิตก็จะส่งผลต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมในการดำเนินชีวิตและปฏิบัติอย่างต่อเนื่อง (Robbins, Powers and Burgess 1994)

การจัดการตนเองแบ่งเป็น 3 ระยะ คือ

1. การเฝ้าระวังติดตามตนเอง ซึ่งต้องอาศัยความตั้งใจที่จะกระทำอย่างมีเป้าหมาย
2. การประเมินตนเอง โดยการเปรียบเทียบพฤติกรรมที่ตนเองกระทำอยู่จริงกับพฤติกรรมที่คาดหวัง เพื่อดูว่าสอดคล้องกันหรือไม่
3. การเสริมแรงให้ตนเอง เพื่อกระทำตามพฤติกรรมที่คาดหวัง ซึ่งผลการกระทำที่ได้ผลดีจะเป็นแรงเสริมได้เป็นอย่างดี (Robbins, Powers and Burgess 1994)

คุณลักษณะของ โปรแกรมการจัดการตนเอง ประกอบด้วย

1. การเฝ้าติดตามและสังเกต ซึ่งต้องได้รับความช่วยเหลือในการค้นหาพฤติกรรมที่ต้องเปลี่ยนแปลง โดยบันทึกว่าเกิดบ่อยมากน้อยแค่ไหนในสถานการณ์ใดบ้าง
2. ตั้งเกณฑ์หรือมาตรฐานเพื่อกำหนดเป้าหมายและวัดความสำเร็จ
3. การประเมิน โดยการใช้อุปกรณ์จากการบันทึกความเปลี่ยนแปลงในพฤติกรรมใช้แรงเสริมให้กับตนเอง เมื่อสามารถเปลี่ยนพฤติกรรมได้สำเร็จ (Robbins, Powers and Burgess 1994)

กลยุทธ์การจัดการตนเอง

รอบบินส์ เพาเวอร์และเบอร์เกอร์ท (Robbins, Powers and Burgess 1994) ได้เสนอข้อบ่งชี้ที่สำคัญ 5 ขั้นตอนที่จะสามารถช่วยให้สามารถบรรลุเป้าหมายในการปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตโดยการจัดการตนเองเพื่อการปรับเปลี่ยนวิถีชีวิต เป็นการบูรณาการมาจากการสร้างเสริมสุขภาพและทักษะการเรียนรู้ ความมุ่งมั่น ทักษะ ประกอบด้วย 5 ขั้นตอนดังนี้

- 1) การกำหนดเป้าหมาย (identify goal)
- 2) บันทึกพฤติกรรมสุขภาพ (keep record)
- 3) การวางแผนกิจกรรม (Make a plan)
- 4) ให้คำมั่นสัญญา (Build commitment)
- 5) คงไว้ซึ่งพฤติกรรมใหม่ (Maintain the new behavior)

1) การกำหนดเป้าหมาย เป็นการแยกแยะองค์ประกอบของการดำรงชีวิตประจำวันและกำหนดสิ่งที่จะทำให้เกิดการมีสุขภาพที่ดี โดยพิจารณาจากปัญหาที่เกิดขึ้นจากการใช้ชีวิตประจำวันและเป็นการยอมรับสิ่งที่จะทำให้เกิดสุขภาพที่แย่ลง ทั้งนี้จะต้องมีการกำหนดลำดับความสำคัญของเป้าหมายว่าจะทำอะไรก่อน เพราะบุคคลไม่สามารถทำการกำหนดเป้าหมายในหลายเรื่องแต่ทำพร้อมกันเพียงครั้งเดียวได้ ดังนั้นให้เริ่มวางเป้าหมายเพียงอย่างเดียวก่อน และทำเป้าหมายที่กำหนดไว้ให้เป็นจริง โดยที่เป้าหมายที่กำหนดต้องสามารถทำได้ วัตถุประสงค์ และมีช่วงเวลาที่เหมาะสม

2) บันทึกพฤติกรรมสุขภาพ การที่จะวางแผนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม จะต้องมีการประเมินพฤติกรรมที่เป็นอยู่ก่อน เพื่อให้รู้ว่าพฤติกรรมใดที่ไม่เป็นที่พึงประสงค์ การบันทึกจะเป็นสิ่งที่ทำให้เรารู้ว่าพฤติกรรมใดที่เราทำเป็นประจำและเป็นความจริง โดยการบันทึกเป็นการตอกย้ำความเป็นจริง ความซื่อสัตย์ในการทำพฤติกรรมนั้น และเมื่อมีการบันทึกจะทำให้เห็นการเปลี่ยนแปลงในพฤติกรรมในช่วงเวลาที่ต่างกันและความต่อเนื่องของพฤติกรรม

3) การวางแผนกิจกรรม เป็นหัวใจของการจัดการตนเอง เพราะการวางแผนกิจกรรมนั้นเป็นแนวทางในการปฏิบัติเพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมด้านสุขภาพ การวางแผนจะเป็นการบอกแนวทางที่จะป้องกันความไม่แน่นอนของการปฏิบัติ ป้องกันการเกิดสิ่งที่ไม่พึงประสงค์ซึ่งจะส่งผลกระทบต่อ การไม่สามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมได้ ซึ่งอาจหาสิ่งอื่นมาปฏิบัติทดแทนพฤติกรรมที่ไม่พึงประสงค์ได้ เช่นการสูบบุหรี่หลังเลิกงาน เมื่อต้องการงดสูบบุหรี่หลังเลิกงาน อาจวางแผนการออกกำลังกายในเวลาหลังเลิกงาน เป็นต้น นอกจากนี้การวางแผนยังเกี่ยวข้องกับการวางแผนการให้รางวัลสำหรับความสำเร็จในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมด้วย

4) ให้คำมั่นสัญญา เป็นการดำเนินการปฏิบัติตามที่ตั้งใจไว้ ซึ่งการให้คำมั่นสัญญาเพื่อการปฏิบัติพฤติกรรมนั้นไม่ใช่สิ่งที่เป็นอัตโนมัติ ซึ่งบางครั้งการให้คำมั่นสัญญาว่าจะทำสิ่งต่างๆ มักไม่ได้ผลซึ่งต้องแก้ไข โดยการหาแหล่งจูงใจให้เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมจากเปลี่ยนกลุ่มเพื่อน สถานที่พักผ่อน สถานที่รับประทานอาหาร เป็นต้นและต้องทบทวนแผนที่วางไว้เดือนคนตลอดเวลาว่าต้องการทำอะไรและความสำเร็จจะเกิดได้ต่อเมื่อต้องทำตามสัญญาคือแผนที่วางไว้

5) คงไว้ซึ่งพฤติกรรมใหม่ เป็นสิ่งที่เกิดขึ้นจากการที่บุคคลประสบผลสำเร็จกับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม และการบันทึกแต่สิ่งที่เป็นบวกในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม และให้มีการเขียนสิ่งที่ตนประสบผลสำเร็จเพื่อเป็นสิ่งเตือนใจให้ปฏิบัติเสมอ เมื่อปฏิบัติได้สำเร็จจะเกิดแรงจูงใจให้ปฏิบัติต่อไปซึ่งจะส่งผลให้มีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมยั่งยืน

3.3 ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับคอเลสเตอรอล

คอเลสเตอรอล (Cholesterol) เป็นไขมันในร่างกายกลุ่มหนึ่ง ซึ่งไขมันในร่างกายแบ่งโครงสร้างทางชีวเคมี 3 กลุ่มใหญ่ คือ คอเลสเตอรอล ไตรกลีเซอไรด์ และฟอสโฟลิปิด (บรรจบ ขุนหวาสดิกุล, ลลิตา ธีระสิริ 2547 : 7 – 10) ดังนี้

3.3.1 คอเลสเตอรอล

คอเลสเตอรอล (Cholesterol) มาจากภาษากรีกจากคำว่า Chole ซึ่งแปลว่า น้ำดี และ Sterol ซึ่งแปลว่า ของแข็ง นักวิทยาศาสตร์ฝรั่งเศสได้แยกคอเลสเตอรอลได้ครั้งแรกเมื่อสองร้อยปีมาแล้ว (เกลียว ปิยะชน 2547 : 32 – 33) คอเลสเตอรอล เป็นไขมันที่มีการเอ่ยถึงกันมากที่สุดในระยะที่ผ่านมา ความจริงคอเลสเตอรอลเป็นสารจำเป็นอย่างหนึ่งในร่างกายสัตว์ทุกชนิด เราใช้คอเลสเตอรอลเป็นส่วนประกอบของเยื่อหุ้มเซลล์ใช้เป็นวัตถุดิบไปสร้างฮอร์โมนเพศ และฮอร์โมนสเตียรอยด์ ถ้ารับประทานเข้าไปไม่เพียงพอจะยังสร้างขึ้นมา และแท้ที่จริงคอเลสเตอรอลส่วนใหญ่ในร่างกายสร้างขึ้นมาจากตับ ส่วนที่เหลือมาจากอาหาร ปัจจุบันปัญหาคอเลสเตอรอลสูงเป็นปัญหาสุขภาพสำคัญของประเทศที่เจริญแล้ว รวมทั้งประเทศไทย ดังการวิจัยของ ศ.นพ.วิชัย ตันไพจิตร เก็บตัวอย่างเลือดจากพนักงานการไฟฟ้าฝ่ายผลิตแห่งประเทศไทย พบว่าผู้ชายมี 53 % ของประชากร ระดับคอเลสเตอรอลสูงระหว่าง 200 – 260 มิลลิกรัม/เดซิลิตร และมี 18 % สูงกว่า 260 มิลลิกรัม/เดซิลิตร ขณะที่ผู้หญิงมี 50 % คอเลสเตอรอลสูงระหว่าง 200 – 260 มิลลิกรัม/เดซิลิตร และมี 15 % สูงกว่า 260 มิลลิกรัม/เดซิลิตร คอเลสเตอรอลมีอยู่ในไขมันที่มาจากสัตว์เท่านั้น ไม่มีอยู่ในน้ำมันจากพืช แม้กระทั่งน้ำมันมะพร้าวและน้ำมันปาล์ม คนส่วนใหญ่ยังเข้าใจผิดกันอยู่แต่น้ำมันสองอย่างหลังนี้เป็นกรดไขมันอิ่มตัวเป็นส่วนมาก รวมตัวกันอยู่ในรูปที่เรียกว่าไตรกลีเซอไรด์

คอเลสเตอรอลเป็นไขมันไม่ละลายน้ำ การหมุนเวียนของคอเลสเตอรอลจึงอาศัยกลุ่มโปรตีนที่เรียกว่า ไลโปโปรตีน (Lipoprotein) หมุนเวียนไปในเลือด จำแนกไลโปโปรตีนตามความหนักเบาเป็นกลุ่ม (อุไร ศรีแก้ว 2543) ได้แก่

- ไคโลไมครอน (Chylomicron) เป็นไลโปโปรตีนที่ใหญ่ที่สุด สร้างมาจากเยื่อลำไส้เล็ก ทำหน้าที่ขนถ่ายไตรกลีเซอไรด์จากลำไส้เล็กที่ได้จากการบริโภคอาหารและนำไป

สะสมในเนื้อเยื่อไขมันเพื่อใช้เป็นพลังงาน เมื่อร่างกายต้องการ ปัจจุบันนักวิจัยยังไม่ทราบว่าจะระดับ ไคโลไมครอนในกระแสเลือดเพิ่มขึ้น ทำให้ความเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดหัวใจเพิ่มขึ้น ได้อย่างไร

- ไลโปโปรตีนความหนาแน่นสูง (High Density Lipoprotein) ชื่อย่อว่า HDL (เอชดีแอล) หรือคอเลสเตอรอลดี (“good” Cholesterol) เพราะว่าเป็นตัวนำคอเลสเตอรอลออกจากผนังเยื่อของหลอดเลือดแดง เป็นการป้องกันการจับตัวของคอเลสเตอรอลที่ผนังหลอดเลือดแดง ซึ่งป้องกันการหลอดเลือดแดงอุดตัน ค่า HDL ยิ่งสูงยิ่งดีกับร่างกาย ปริมาณของเอชดีจะสูงขึ้น ได้ด้วยการออกกำลังกายแบบแอโรบิคอย่างสม่ำเสมอและต่ำลงถ้าสูบบุหรี่หรือออกกำลังกายน้อย (แพทย์แข แดงสุวรรณ 2550 : 110)

- ไลโปโปรตีนความหนาแน่นต่ำ (Low Density Lipoprotein) ชื่อย่อว่า LDL (แอลดีแอล) หรือ คอเลสเตอรอลไม่ดี (“bad” Cholesterol) เพราะระดับ LDL สูงในเลือดนำไปสู่การจับตัวของคอเลสเตอรอลที่ผนังหลอดเลือดแดง ซึ่งจะนำไปสู่การเกิดหลอดเลือดแดงตีบ – ตัน

- ไลโปโปรตีนความหนาแน่นต่ำมาก ๆ (Very Low Density Lipoprotein) ชื่อย่อว่า VLDL (วีแอลดีแอล) เป็นตัวนำไตรกลีเซอไรด์เกือบทั้งหมดไหลเวียนในเลือด ผู้ที่ป่วยด้วยโรคหัวใจมักมีไตรกลีเซอไรด์สูง

3.3.2 ไตรกลีเซอไรด์ (Triglyceride)

เป็นไขมันในน้ำมันชนิดต่าง ๆ ที่ใช้บริโภค โมเลกุลของสารนี้ประกอบด้วย คาร์บอน 3 โมเลกุล เป็นรูปสามง่ามจึงถูกเรียกว่า ไตรกลีเซอไรด์ กรดไขมันในไตรกลีเซอไรด์ถูกจำแนกเป็นกรดไขมันอิ่มตัวและกรดไขมันไม่อิ่มตัวตามแต่โครงสร้างของโมเลกุล ไตรกลีเซอไรด์มีมากก็สามารถอุดตันหลอดเลือดได้ ทำให้อ้วน ทำให้ไขมันพอกตับ อาจกล่าวได้ว่า ปัญหาสุขภาพส่วนใหญ่แล้วสัมพันธ์กับภาวะผิดปกติของไตรกลีเซอไรด์

3.3.3 ฟอสโฟไลปิด (Phospholipid)

เป็นไขมันที่มีองค์ประกอบของฟอสฟอรัส มีบทบาทในการช่วยลำเลียงไขมันโดยแทรกสลับฟันปลากับคอเลสเตอรอลและโปรตีน เป็นก้อนกลม ๆ ที่เรียกว่า ไลโปโปรตีนนั่นเอง ฟอสโฟไลปิดยังเป็นองค์ประกอบของเยื่อหุ้มเซลล์เช่นเม็ดเลือดแดง เซลล์ผนังหลอดเลือด เซลล์ประกอบ ทำหน้าที่ลดความตึงผิวในถุงลมปอดเป็นองค์ประกอบของถุงหุ้มสารเอ็นไซม์ในเซลล์ต่าง ๆ ไขมันชนิดนี้ผลดีหรือผลร้ายต่อโรคหัวใจหลอดเลือด ซึ่งเป็นโรคที่พบมากในสังคมสมัยใหม่ แพทย์จึงไม่ค่อยได้กล่าวถึงไขมันชนิดนี้ ทำให้ผู้คนทั่วไปไม่ค่อยรู้จักกัน

ตารางที่ 2.2 ชนิดค่าระดับไขมันต่าง ๆ

	ระดับไขมัน (mg/dl)	หมายเหตุ
แอลดีแอล คอเลสเตอรอล		คำนวณจากสูตร คอเลสเตอรอล – ไตรกลีเซอไรด์ /5-เอชดีแอล
ระดับปกติ	น้อยกว่า 100	ระดับที่ควรเป็นสำหรับผู้ป่วยเบาหวานและโรคหัวใจหลอดเลือด
ระดับใกล้เคียงปกติ	100 – 129	ระดับยังสูง ยิ่งเสี่ยงต่อโรคหัวใจหลอดเลือด
ระดับเริ่มสูง	130 – 159	
ระดับสูง	160 – 189	
ระดับสูงมาก	มากกว่า 190	ควรพบแพทย์ และอาจมีไขมันสูงแบบพันธุกรรมในครอบครัว
คอเลสเตอรอล (รวม)		ตรวจได้ทุกเวลา ไม่ต้องงดอาหาร
ระดับปกติ	น้อยกว่า 200	โอกาสเสี่ยงต่อโรคหัวใจหลอดเลือดต่ำ
ระดับเริ่มสูง	200 – 239	โอกาสเสี่ยงปานกลาง
ระดับสูง	มากกว่า 240	โอกาสเสี่ยงสูง
ไตรกลีเซอไรด์		ตรวจเลือดหลังจากงดอาหารและเครื่องดื่มมากกว่า 12 ชั่วโมง
ระดับปกติ	น้อยกว่า 150	ระดับยังสูง ยิ่งเสี่ยงต่อโรคหัวใจหลอดเลือด
ระดับเริ่มสูง	150 – 199	
ระดับสูง	200 – 499	
ระดับสูงมาก	มากกว่า 500	ควรพบแพทย์ และอาจมีโรคอื่นร่วมด้วย เช่น โรคของตับอ่อน
เอชดีแอล คอเลสเตอรอล		ตรวจได้ทุกเวลา ไม่ต้องงดอาหาร
ระดับต่ำ	น้อยกว่า 40	โอกาสเสี่ยงต่อโรคหัวใจหลอดเลือดสูง
ระดับปานกลาง	40 – 59	โอกาสเสี่ยงปานกลาง
ระดับสูง	มากกว่า 60	โอกาสเสี่ยงต่ำ (ระดับยังสูง ยิ่งเสี่ยงน้อย)

ที่มา : สมเกียรติ แสงวัฒนาโรจน์ 2548 : 19

3.4 กรอบแนวคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจในการจัดการตนเองต่อระดับคอเลสเตอรอลเพื่อควบคุมระดับคอเลสเตอรอล

การเสริมสร้างพลังอำนาจในพยาบาลที่มีคอเลสเตอรอลสูง ผู้วิจัยใช้กรอบแนวคิดดังนี้

3.4.1 แนวคิดรูปแบบการศึกษาฝึกรอบมเพื่อเสริมพลังอำนาจของเปาโล แฟร์ (Paulo Freire, 1975 อ้างถึงในรุจิรา ดวงสงค์ 2545 : 16) ซึ่งเป็นแนวคิดที่เหมาะสมกับสภาพการณ์

ของพยาบาลกลุ่มเสี่ยงที่มีคอเลสเตอรอลสูง โรงพยาบาลแม่สอด ซึ่งเป็นกลุ่มทดลองที่เป็นกลุ่มมีอายุเท่ากับและมากกว่า 35 ปี มีประสบการณ์ในการทำงานมากกว่า 15 ปี ซึ่งเปาโล แฟร์ได้กำหนดแนวคิดที่สำคัญไว้คือ

1) การฝึกอบรมเพื่อสร้างพลัง เป็นการเรียนการสอนที่เน้นให้ผู้เรียนมีส่วนร่วมโดยให้ผู้เรียนระบุปัญหาของตน วิเคราะห์สาเหตุและความมั่นคงของปัญญา โดยใช้พิจารณา การมองภาพสังคมที่ควรเป็นและการพัฒนาวิถีที่จะแก้ไขอุปสรรคเพื่อให้บรรลุเป้าหมายที่ต้องการ

2) การสร้างพลัง เป็นกระบวนการที่บุคคลและชุมชน มีความสามารถร่วมมือและควบคุม ในการเปลี่ยนแปลงวิถีชีวิต และสังคมแวดล้อมที่คนอาศัยอยู่ให้สอดคล้องกับสภาพความเป็นจริง

3) หลักการของการเสริมสร้างพลังอำนาจที่ต้องนำมาใช้ในการฝึกอบรม คือ

(1) การเรียนการสอนเน้นการสร้างพลังให้แก่บุคคลคือ สนับสนุนบุคคลมองเห็นความสัมพันธ์ของตนกับสิ่งแวดล้อม และเชื่อว่าคนสามารถก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงตนเอง ชุมชน และสังคมได้

(2) การเรียนรู้ที่เริ่มจากประสบการณ์ของผู้เรียน แล้วให้ผู้เรียนวิเคราะห์โยงใยปัญหาต่าง ๆ ของบุคคลเข้ากับปัจจัยทางสังคมที่เป็นเหตุนำไปสู่การปรับพฤติกรรม

(3) การเรียนรู้ที่ให้ผู้เรียนมีส่วนร่วมอย่างแท้จริง โดยส่งเสริมให้ผู้เรียนเข้ามามีส่วนร่วมในทุก ๆ ขั้นตอน ตั้งแต่การเลือกปัญหา การวางแผน การจัดกิจกรรมการเรียนรู้ การประเมินผลตนเองและการประเมินผลโครงการ

(4) การเรียนรู้ร่วมกันเป็นกลุ่ม ให้ผู้เรียนได้แลกเปลี่ยนความรู้ ความคิดซึ่งกันและกัน โดยผู้สอนเปลี่ยนบทบาทมาเป็นผู้สนับสนุนหรือผู้ประสานงานแทนบทบาทผู้ถ่ายทอดความรู้

(5) การเรียนรู้ก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลง เนื่องจากลักษณะการเรียนรู้ร่วมกันเป็นกลุ่ม มีการเปลี่ยนแปลงความรู้ ทักษะ และทักษะ ซึ่งอาจจะเป็นการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นทันทีหรือมีการเปลี่ยนแปลงภายหลัง จากการลงมือปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ ในการเรียนรู้ร่วมกันเป็นกลุ่ม

(6) การเรียนการสอนที่มีความยืดหยุ่นและมีความต่อเนื่องในกระบวนการเรียนการสอน มีการปรับเนื้อหา วิธีการเรียนการสอน และสื่อการสอน ให้สอดคล้องและเหมาะสมกับการเรียนการสอนไปปฏิบัติได้ ดังนั้นการเรียนการสอนที่ดีจึงมีความยืดหยุ่นและต่อเนื่อง

(7) การเรียนการสอนที่สนุกสนานไม่น่าเบื่อและมีวัตถุประสงค์ชัดเจน การเรียนการสอนแบบสร้างพลังไม่ใช่เพียงแต่นำเทคนิคหลาย ๆ อย่างมารวมกันและเหมาะสมเท่านั้น แต่การเรียนการสอนเพื่อสร้างพลังเป็นปรัชญาการศึกษาให้แก่บุคคล มีเทคนิคทำให้ผู้เรียนมีพลังในการเรียนรู้และนำไปใช้

3.4.2. แนวคิดทางพฤติกรรมสุขภาพ

ลักษณะพฤติกรรมสุขภาพ ตามแนวคิดทางพฤติกรรมด้านการศึกษา บลูม และ ควาธวอลล์ บลูม และ มาเซีย (Bloom, Krathohl Bloom, and Macia) ประภาเพ็ญ สุวรรณ และสวิง สุวรรณ (2542) ได้สรุปไว้ว่า ลักษณะของพฤติกรรมแบ่งเป็น 3 องค์ประกอบได้แก่

1) พฤติกรรมสุขภาพด้านพุทธิพิสัย หรือพฤติกรรมด้านความรู้ (Cognitive Domain) เป็นพฤติกรรมเกี่ยวกับการรู้ การจำข้อเท็จจริงต่างๆ รวมถึงการพัฒนาความสามารถทักษะทางสติปัญญา ซึ่งเริ่มจากระดับความรู้ง่ายๆ และเพิ่มการใช้ความคิดและพัฒนาสติปัญญาขึ้นเรื่อยๆ ตามลำดับ ประกอบด้วย 5 ขั้นตอน

1.1) ความรู้ (Knowledge) เป็นความสามารถในการจำ หรือระลึกได้ซึ่งรวมประสบการณ์ต่าง ๆ ที่เคยได้รับรู้มา

1.2) ความเข้าใจ (Comprehension) เป็นอาการที่เกิดจากประสบการณ์การรู้ การได้ฟัง และเข้าใจในข่าวสารนั้นๆ โดยออกมาในรูปของทักษะความสามารถดังนี้ การแปล การให้ความหมาย การคาดคะเน

1.3) การวิเคราะห์ (Analysis) เป็นความสามารถในการแยกการสื่อสารความหมายไปสู่หน่วยย่อย เป็นองค์ประกอบสำคัญ หรือเป็นส่วน ๆ เพื่อให้ได้ลำดับขั้นของความคิด ความสัมพันธ์กัน การวิเคราะห์เช่นนี้ก็เพื่อมุ่งที่จะให้การสื่อความหมาย มีความชัดเจนยิ่งขึ้น

1.4) การสังเคราะห์ (Synthesis) เป็นความสามารถในการนำส่วนต่างๆ เข้าเป็นเรื่องเดียวกันจัดเรียงเรียงและรวบรวมเพื่อสร้างแบบแผนหรือโครงสร้างที่ไม่เคยมีมาก่อน

1.5) การประเมินค่า (Evaluation) เป็นความสามารถในการให้คุณค่าต่อความรู้หรือข้อเท็จจริง ทั้งในเชิงปริมาณและคุณภาพที่สอดคล้องกับสถานการณ์

2) พฤติกรรมสุขภาพด้านเจตพิสัย (Affective Domain) เป็นความเชื่อ ความสนใจความรู้สึกรู้สึก ทำที่ ความชอบ ทศนคติ การให้คุณค่า การรับ การเปลี่ยนหรือการปรับปรุงค่านิยมที่ยึดถืออยู่ ซึ่งเป็นเรื่องภายในจิตใจของบุคคลกระบวนการเกิดพฤติกรรม ด้านเจตพิสัยแบ่งเป็น 5 ขั้น ดังนี้

2.1) การรับ (Receiving) คือเป็นขั้นตอนของสภาพจิตใจขั้นแรก ซึ่งเป็นผลมาจากประสบการณ์ของแต่ละคนที่มีต่อสิ่งเรานั้น โดยบุคคลจะมีสภาพจิตใจ 3 ลักษณะ คือ 1) เกิดความตระหนัก 2) ความเต็มใจที่จะรับ 3) การเลือกให้ความสนใจ ซึ่งเป็นสิ่งที่เกี่ยวข้องกับความรู้สึกทางบวก

2.2) การตอบสนอง (Responding) เป็นพฤติกรรมที่แสดงออกถึงความสนใจ เต็มใจและพอใจในสิ่งเร้า

2.3) การสร้างคุณค่าหรือค่านิยม (Value) เป็นพฤติกรรมที่แสดงออกซึ่งความรู้สึกหรือรับรู้ในคุณค่าของสิ่งต่าง ๆ นั้น เกิดความตระหนักพร้อมที่จะตอบสนองให้อยู่ในสถานะที่เขาสามารถบังคับได้ จนกลายเป็นความนิยมชมชอบและเชื่อถือในสิ่งนั้น

2.4) การจัดระบบ (Organization) เป็นการจัดรวบรวมค่านิยมต่อสิ่งต่างๆ เข้ามาเป็นระบบ โดยพิจารณาถึงความสัมพันธ์ของค่านิยมเหล่านั้น

2.5) การมีลักษณะค่านิยมที่ยึดถือ เป็นพฤติกรรมขั้นสุดท้ายในขั้นนี้ โดยแสดงให้เห็นในลักษณะที่บุคคลสร้างกฎง่ายๆ ในการปฏิบัติตน โดยมีการพิจารณาถึงเหตุผลทางด้านความสุข ความปลอดภัย ศีลธรรม จรรยา

3) พฤติกรรมสุขภาพด้านทักษะพิสัยหรือด้านการปฏิบัติ (Psychomotor Domain) เป็นความสามารถในด้านการปฏิบัติงานอย่างมีประสิทธิภาพที่เกี่ยวข้องกับระบบการทำงานของอวัยวะต่าง ๆ ภายในร่างกายหรือความสามารถในการแสดงออกทางกาย ซึ่งถือเป็นพฤติกรรมขั้นสุดท้ายที่เป็นเป้าหมายของการศึกษา ซึ่งจะต้องอาศัยกระบวนการทางพฤติกรรมในระดับต่างๆคือด้านความรู้และทัศนคติ พฤติกรรมนี้เมื่อแสดงออกมาจะประเมินได้ง่าย แต่ในการเกิดขึ้นของพฤติกรรมต้องอาศัยเวลา ประกอบด้วย 5 ขั้นตอน ดังนี้

3.1) การเลียนแบบ (Imitation) เป็นการเลือกตัวแบบ หรือตัวอย่างที่สนใจ

3.2) การทำตามแบบ (Manipulation) เป็นการลงมือกระทำตามแบบที่สนใจ

3.3) การมีความถูกต้อง (Precision) เป็นการตัดสินใจเลือกทำตามแบบที่เห็นว่าถูกต้อง

3.4) การกระทำอย่างต่อเนื่อง (Articulation) เป็นการกระทำที่เห็นว่าถูกต้องนั้นอย่างต่อเนื่องและสม่ำเสมอ

3.5) การกระทำโดยธรรมชาติ (Naturalization) เป็นการกระทำจนเกิดทักษะสามารถปฏิบัติได้โดยอัตโนมัติเป็นธรรมชาติ หรือเป็นปกติทุกวัน

สรุปว่า พฤติกรรมสุขภาพ เป็นการพัฒนาด้านความคิดด้านสุขภาพให้กับบุคคลโดยเริ่มจากการพัฒนาด้านความรู้ ทักษะ และด้านการปฏิบัติ นำไปสู่การพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้องที่ปรารถนาและเหมาะสม

4. โปรแกรมในการฝึกอบรมเพื่อการเสริมสร้างพลังอำนาจ ในพยาบาลกลุ่มเสี่ยงที่มีคอเลสเตอรอลสูง

ผู้วิจัยออกแบบโปรแกรมการฝึกอบรมตามกระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจตามขั้นตอน โดยใช้แนวคิดของ กิบสัน (1995) 4 ขั้นตอนดังนี้

- 1) ขั้นตอนที่ 1 การค้นพบสภาพการณ์จริง
- 2) ขั้นตอนที่ 2 การสะท้อนคิดอย่างมีวิจารณญาณ
- 3) ขั้นตอนที่ 3 ตัดสินใจเลือกวิธีปฏิบัติกิจกรรมที่เหมาะสมและลงมือปฏิบัติ
- 4) ขั้นตอนที่ 4 การคงไว้ซึ่งการปฏิบัติที่มีประสิทธิภาพ

โดยมีรายละเอียดของการดำเนินการฝึกอบรมเสริมสร้างพลังอำนาจในพยาบาลกลุ่มเสี่ยงที่มีคอเลสเตอรอลสูง ซึ่งเป็นกลุ่มทดลองในการวิจัยครั้งนี้ ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 การค้นพบสภาพการณ์จริง

ขั้นตอนการค้นพบสภาพการณ์ เป็นขั้นตอนที่ให้พยาบาลกลุ่มเสี่ยงที่มีคอเลสเตอรอลสูง ซึ่งเป็นกลุ่มทดลองในการวิจัย รับรู้และทำความเข้าใจและยอมรับเหตุการณ์และสภาพการณ์ที่เกิดขึ้นกับตนตามสภาพที่เป็นจริง ทำความเข้าใจข้อมูลข่าวสารที่ถูกต้อง ในขั้นตอนนี้จะมีการตอบสนองของบุคคล 3 ด้าน คือ ด้านอารมณ์ ด้านการคิดรู้และด้านพฤติกรรม ซึ่งขั้นตอนนี้เป็นการสร้างความร่วมมือเพื่อเข้าสู่กระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจ โดยมีวิธีการในขั้นตอนนี้ 2 ระยะคือ

ระยะที่ 1 การสร้างความร่วมมือ

เพื่อการสร้างสัมพันธภาพ ความไว้วางใจและการสร้างแรงจูงใจในการค้นหาความต้องการของพยาบาลกลุ่มเสี่ยงที่มีคอเลสเตอรอลสูง ซึ่งเป็นกลุ่มทดลองในการวิจัย

กิจกรรมที่ใช้ในขั้นตอนนี้คือ

1. การสร้างความร่วมมือ โดยผู้วิจัยดำเนินการตามขั้นตอนดังนี้

1.1 ดำเนินการทำหนังสือขออนุญาตผู้บังคับบัญชาในการศึกษาวิจัยเรื่อง

ประสิทธิผลของการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อการจัดการตนเองเพื่อลดคอเลสเตอรอลของพยาบาลกลุ่มเสี่ยงที่มีคอเลสเตอรอลสูง ของ โรงพยาบาลแม่สอด

1.2 เมื่อได้รับอนุญาตให้ดำเนินการวิจัยแล้วดำเนินการจัดทำหนังสือโดยผู้อำนวยการโรงพยาบาล เวียนไปตามหน่วยงานต่าง ๆ ในโรงพยาบาลเพื่อให้พยาบาลที่มีผลการตรวจเลือดที่พบว่ามีความผิดปกติในเลือดมากกว่า 200 มิลลิกรัม/เดซิลิตร ที่สนใจเข้าร่วมโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อการจัดการตนเองเพื่อลดคอเลสเตอรอลในเลือดแสดงความจำนง เพื่อเป็นกลุ่มทดลองจำนวน 30 ราย

2. ดำเนินการฝึกอบรม โดยวิทยากรที่มีประสบการณ์การเสริมสร้างพลังอำนาจด้านสุขภาพซึ่งประกอบด้วยแพทย์ พยาบาล นักโภชนาการ นักกายภาพบำบัด นักเทคนิคการแพทย์ นักจิตวิทยาซึ่งกระบวนการฝึกอบรมใช้เวลา 2 วัน โดยมีกิจกรรมดังนี้

2.1 กิจกรรมกลุ่มสัมพันธ์ เพื่อเป็นสื่อให้เกิดบรรยากาศที่ผ่อนคลายและเป็นกันเอง เพื่อสร้างความคุ้นเคย ความไว้วางใจซึ่งกันและกันระหว่างกลุ่ม โดยทีมวิทยากร

2.2 กิจกรรมการเล่าประสบการณ์พฤติกรรมจัดการกับตนเองด้านสุขภาพของผู้เข้าอบรมแต่ละคน เพื่อการแลกเปลี่ยนประสบการณ์และสิ่งที่คุณอบรมพบเห็นจากเพื่อน ญาติ ผู้ป่วยที่มีคอเลสเตอรอลสูง

2.3 ทีมวิทยากรสรุปประเด็นที่เป็นพฤติกรรมที่ส่งผลต่อการเกิดภาวะคอเลสเตอรอลสูงในบุคคลวัยต่างๆ

2.4 ทีมวิทยากรบรรยายให้ความรู้ในเรื่องต่างๆดังนี้

2.4.1 คอเลสเตอรอลและผลกระทบต่อสุขภาพ

2.4.2 การจัดการตนเองเพื่อลดภาวะคอเลสเตอรอลสูงในเลือดด้วยการออกกำลังกาย การบริโภคอาหารที่ถูกสุขลักษณะ การผ่อนคลายความเครียด

2.4.3 การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมด้วยการจัดการตนเอง

ระยะที่ 2 การค้นหาสภาพการณ์จริง

ในขั้นตอนการค้นหาสภาพการณ์จริง ซึ่งเป็นขั้นตอนที่ทำให้ผู้เข้าอบรมค้นพบปัญหาตามสภาพการณ์จริง จะส่งผลให้ผู้เข้าอบรมกลับมามองปัญหาสุขภาพ ประเมินและคิดวิเคราะห์ถึงสถานการณ์หรือสิ่งที่เกิดขึ้นทั้งหมดในแง่มุมต่าง ๆ ให้เกิดความเข้าใจ เพื่อนำไปสู่การตัดสินใจและทำกิจกรรมเพื่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพที่ดียิ่งขึ้น ทั้งนี้เพื่อช่วยให้ผู้เข้าอบรม รับรู้เกี่ยวกับสถานะสุขภาพของตนเองตามสภาพจริง

กิจกรรมที่ผู้วิจัยใช้ในขั้นตอนนี้

1. ทบทวนผลการตรวจคอเลสเตอรอลของตนเองเทียบกับเกณฑ์ที่พึงปรารถนา
2. ชั่งน้ำหนัก และคำนวณค่าดัชนีมวลกาย เปรียบเทียบกับเกณฑ์ปกติของคนไทย

3. วัครอบเววของตนเอง เทียบกับเกณฑ์มาตรฐานที่ควรจะเป็นเพื่อป้องกันภาวะเสี่ยงต่อโรค

4. ใช้แบบประเมินความเสี่ยงต่อโรคหัวใจ แบบประเมินต่อโรคอัมพฤกษ์อัมพาต เพื่อให้ทราบโอกาสการเกิดโรค

5. วิทยาการสรุปสถานการณ์สุขภาพของเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลแม่สอดย้อนหลัง 3 ปี เพื่อให้มองเห็นสถานการณ์เสี่ยงต่อโรคของเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลแม่สอดในภาพรวม

ขั้นตอนที่ 2 การสะท้อนคิดอย่างมีวิจารณญาณ

การสะท้อนคิดอย่างมีวิจารณญาณ เป็นการทบทวนเหตุการณ์ สถานการณ์อย่างรอบคอบ เพื่อตัดสินใจและจัดการกับปัญหาอย่างเหมาะสม แสวงหาทางเลือก เกิดมุมมองใหม่ที่จะส่งผลให้ผู้เข้าอบรมได้พัฒนาตนเองขึ้น ในขั้นตอนนี้ทีมวิทยากรจะช่วยให้เกิดการพัฒนาคำรู้สึกที่มีพลังอำนาจในการควบคุมตนเอง ผู้ที่เข้าอบรมเมื่อผ่านขั้นตอนนี้ จะทำให้ผู้เข้าอบรมรู้สึกเข้มแข็ง มีความสามารถและมีพลังเพิ่มขึ้น วิทยากรจะให้แรงจูงใจ กระตุ้นให้เกิดความเข้าใจกับปัญหาที่ตนมีอยู่และแนวทางในการแก้ไข ช่วยให้ผู้เข้าอบรมมีทักษะในการจัดการกับตนเอง ทำความเข้าใจกับปัญหาสุขภาพ สะท้อนความคิดถึงสาเหตุของปัญหา เกิดความรู้สึกมั่นใจในตนเองที่จะตัดสินใจจัดการกับปัญหา และเป็นการส่งเสริมและสนับสนุนให้สมาชิกในครอบครัวให้มีส่วนร่วมในการจัดการกับปัญหา

กิจกรรมที่ผู้วิจัยใช้ในขั้นตอนนี้

1. ทีมวิทยากรชี้ประเด็นของโทษของการเกิดภาวะคอเลสเตอรอลสูงในเลือด แสดงภาพกระบวนการเกิดคอเลสเตอรอลจับผนังหลอดเลือดแดงจนอุดตันในที่สุด ปังจ๊ายและสาเหตุที่ทำให้ไขมันในเลือดผิดปกติ ฉายวีซีดี การผ่าตัดการตัดต่อเส้นเลือดที่ไปเลี้ยงหัวใจที่เกิดจากไขมันอุดตัน และสาเหตุการเกิดโรคหัวใจขาดเลือด ประกอบการบรรยาย

2. ทีมวิทยากรทำกิจกรรม การสร้างพลังในตัวเอง โดยใช้เกมส์ที่ผู้เข้าอบรมร่วมกันเล่นเพื่อกระตุ้นและเสริมกำลังใจในการจัดการกับตนเองเพื่อการลดคอเลสเตอรอล เกมส์ที่ใช้คือ โยนไข่ โดยให้ผู้เข้าอบรมแบ่งกลุ่มทำกิจกรรมกลุ่มโดยกลุ่มใดสามารถโยนไข่ไม่ให้แตกได้ โดยคิดวิธีการป้องกันไข่ในขณะโยนได้ดีที่สุดจะเป็นผู้ชนะ เปรียบกับการจัดการกับตนเองได้ดีมากเท่าใด ก็จะชนะใจตนเองและภาวะคอเลสเตอรอลก็จะลดลงด้วยเช่นกัน

3. ทีมวิทยากรฉาย วีซีดี เรื่อง“ตะสุคชีวีต” (สาทิส อินทรกำแหง 2549)ซึ่งเป็นการเสนอแนวทางการพัฒนาตนเองให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม การ กิน นอน ทำงาน พักผ่อน และ ออกกำลังกาย แล้วสะท้อนกลับให้ผู้อบรมได้วิเคราะห์พื้นฐานสุขภาพของตนเองว่าการดำเนินการที่ผ่านมามีพฤติกรรมใดยังปฏิบัติไม่เหมาะสม

4. ทีมวิทยากรได้กระตุ้นให้ผู้เข้าอบรมซักชวน สมาชิกในครอบครัวร่วมในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพด้วย เพราะสภาพการเป็นอยู่ของผู้เข้าอบรม อยู่เป็นครอบครัวต้องมีค่าใช้จ่ายหากต้องประกอบอาหารแยกจากครอบครัว

ขั้นตอนที่ 3 การตัดสินใจเลือกวิธีปฏิบัติกิจกรรมที่เหมาะสมและลงมือปฏิบัติ

ในขั้นตอนนี้ บุคคลจะตัดสินใจเลือกวิธีการปฏิบัติที่ตนเองคิดว่าเหมาะสมและดีที่สุด การที่บุคคลจะมีทางเลือกได้หลายวิธี ก็ขึ้นกับการแสวงหาแนวทางการแก้ไขปัญหของบุคคลนั้น ถ้าบุคคลมีการแลกเปลี่ยนข้อมูลกับผู้อื่น เพื่อเป็นสิ่งที่ช่วยประกอบการตัดสินใจด้วยตนเอง การตัดสินใจเลือกปฏิบัติกิจกรรมที่เหมาะสมเพื่อควบคุมและจัดการกับปัจจัยต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง เกิดการยอมรับตนเอง (self-determination) การจะตัดสินใจเลือกวิธีการปฏิบัติที่ตนเองคิดว่าเหมาะสมและดีที่สุด จะอยู่ภายใต้เงื่อนไข ดังนี้ 1) เป็นวิธีที่แก้ปัญหาให้แก่ตนเอง 2) สอดคล้องกับการดูแลสุขภาพของทีมสุขภาพ 3) ได้รับการเอาใจใส่และสามารถตอบสนองความต้องการของตนเอง 4) ผ่านการปรึกษาและยอมรับจากทีมสุขภาพแล้ว และ 5) เป็นวิธีที่ยอมรับได้และเปิดกว้างให้บุคคลอื่นนำไปใช้ได้ ทั้งนี้บุคคลจำเป็นต้องได้รับการสนับสนุน เอื้ออำนวยให้มี ความรู้ เจตคติ ทักษะ ที่ สอดคล้องแก่ความจำเป็นในการลดคอเลสเตอรอล

กิจกรรมที่ผู้วิจัยใช้ในขั้นตอนนี้คือ

1. ทีมวิทยากรให้ความรู้การจัดการกับตนเองอย่างถูกวิธีเพื่อลดคอเลสเตอรอล ให้ ข้อมูล ความรู้ เรื่องอาหาร ที่เกี่ยวกับชนิดของอาหารที่ควรรับประทาน อาหารที่ควรหลีกเลี่ยง ปริมาณที่ควรรับประทาน ทักษะการคำนวณพลังงานที่ควรรับประทานที่เหมาะสมของตัวเอง นำอาหารจานด่วน เช่น ก๋วยเตี๋ยวลูกชิ้น ก๋วยเตี๋ยวลูกชิ้น ข้าวราดแกง กาแฟเย็น มาสาธิตการคำนวณแคลลอรี่ เพื่อให้เกิดทักษะในการเลือกรับประทานอาหารที่เหมาะสมทั้งปริมาณและชนิด ให้ข้อมูล ความรู้ในเรื่องการออกกำลังกาย เนื้อหาที่เกี่ยวกับประโยชน์ของการออกกำลังกายมีผลต่อคอเลสเตอรอล ชนิดและวิธีการออกกำลังกายที่ถูกต้อง เช่น การเดินที่ถูกวิธี การฝึกกล้ามเนื้อ การยืดกล้ามเนื้อ โยคะ ให้ข้อมูลความรู้เกี่ยวกับการจัดการความเครียด เนื้อหาที่เกี่ยวกับความเครียด เทคนิคการจัดการกับความเครียด เช่น การฝึกหายใจลึก ๆ การรู้สติ การใช้การหัวเราะบำบัดความเครียด เทคนิคการสร้างความสุขให้กับตนเอง

2. ผู้วิจัย ดำเนินการชี้แจงให้ผู้เข้าอบรมเข้าใจในกลยุทธ์การจัดการตนเอง (Self-Management Strategy) โดยการอธิบายให้ผู้เข้ารับการอบรมได้ดำเนินตามขั้นตอน

2.1 การกำหนดเป้าหมาย (Identify Goal)

ให้ผู้เข้าอบรมตั้งเป้าหมายที่จะปรับเปลี่ยนตัวเองไว้ในรูปหัวใจและติดไว้ที่หน้าปกของแบบบันทึก “ควบคุมไขมันร้ายแผน 12 สัปดาห์” เช่น จะลดคอเลสเตอรอลให้เหลือ 160 มิลลิกรัม/เดซิลิตร หรือจะออกกำลังกายทุกวัน

2.2 บันทึกพฤติกรรมสุขภาพ (Keep Record)

ผู้วิจัยได้จัดทำแบบบันทึก เพื่อให้ผู้เข้าอบรมใช้ในการบันทึกพฤติกรรมสุขภาพ ซึ่งแบบบันทึกประกอบด้วยการบันทึกพฤติกรรมสุขภาพที่ช่วยลดคอเลสเตอรอล คือ การบริโภคอาหาร การออกกำลังกาย การจัดการความเครียดในแบบบันทึกให้ตั้งเป้าหมายเป็นรายสัปดาห์ ใน 3 พฤติกรรมสุขภาพและประเมินผลตนเองเป็นรายสัปดาห์ โดยแต่ละสัปดาห์จะปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตครั้งละน้อยทุกสัปดาห์ ซึ่งจะเป็นวิธีที่ทำได้ง่ายและทำได้จริง ซึ่งในท้ายที่สุดจะกลายเป็นสิ่งที่ทำได้

2.3 วางแผนกิจกรรม (Make a plan)

ผู้วิจัยดำเนินการอธิบายให้ผู้อบรมวางแผนพฤติกรรม เช่น พฤติกรรมการบริโภคให้วางแผนจะบริโภคอาหารชนิดใดบ้าง วางแผนการออกกำลังกาย เช่น จะเดินกี่นาที หรือจะจำกัดความเครียดในเรื่องใด โดยวางแผนในแบบบันทึก เมื่อวางแผน แต่ละพฤติกรรม สิ่งที่ต้องทำ คือ การเตรียมอุปกรณ์ ความพร้อมเช่น เวลา การเตรียมอาหาร เพื่อความสำเร็จในการปรับเปลี่ยน

2.4 ให้คำมั่นสัญญากับตนเอง (Build commitment)

ในแต่ละสัปดาห์ให้เขียนคำมั่นสัญญากับตัวเอง เพื่อเกิดแรงจูงใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ

2.5 คงไว้ซึ่งพฤติกรรมใหม่ (Maintain the new behavior)

เมื่อผ่านไปหนึ่งสัปดาห์ สัปดาห์ต่อไปก็ให้คงพฤติกรรมสัปดาห์ที่ผ่านมาไว้ด้วยจนครบ 12 สัปดาห์ จึงประเมินด้วยการตรวจเลือด ประเมินจากผลการตรวจเลือด ถ้าผลเลือดลดลงจนถึงระดับที่พึงปรารถนาคือ ต่ำกว่า 200 มิลลิกรัม/เดซิลิตร ก็ให้คงพฤติกรรมที่ติดนั้นไว้

3. จัดนิทรรศการ จัดบอร์ดความรู้เรื่องคอเลสเตอรอลและตัวอย่างอาหารที่แสดงให้เห็นปริมาณ 1 ส่วนของอาหารแต่ละประเภทพร้อมแสดงจำนวนแคลลอรี่ของอาหารแต่ละประเภท เพื่อช่วยให้ผู้เข้าอบรมได้ใช้ข้อมูลในการเลือกรับประทานอาหาร ได้ถูกต้อง ส่วนแสดงตัวอย่างอาหารที่ควรหลีกเลี่ยง พร้อมคำอธิบายถึงสาเหตุที่ทำให้คอเลสเตอรอลสูง เช่น อาหารที่มีไขมันสูง อาหารที่มีไขมันทรานส์ อาหารที่มีสารอนุมูลอิสระ คือ เบหมีสำเร็จรูป อาหารทอดและแสดงตัวอย่างอาหารที่ควรรับประทาน เช่น อาหารที่มีกากใยสูง อาหารที่มีสารต้านอนุมูลซึ่งจะช่วยลดคอเลสเตอรอล โดยนิทรรศการนี้จะติดไว้ในโรงพยาบาลที่พยาบาลสามารถเห็นได้นัด

4. ผู้วิจัยประสานการเพิ่มแหล่งทรัพยากรเพื่อเอื้ออำนวย คือ การเสนอให้ผู้บริหารโรงพยาบาล จัดให้มีสถานที่ออกกำลังกาย จัดตั้งสถานที่และอุปกรณ์ฟิตเนส จัดตั้งชมรมการออกกำลังกาย แอโรบิก โยคะ ว่ายน้ำตัดคน และแหล่งทรัพยากรด้านจิตวิทยา คือ จัดกิจกรรมชมรมจริยธรรม ตัวอย่างกิจกรรมคือ ทำบุญตัดบาตรทุกวันศุกร์ จัดอบรมเชิงพุทธในโรงพยาบาล แม่สอด

5. สนับสนุนให้ชักชวนบุคคลในครอบครัวร่วมกิจกรรมการออกกำลังกาย และปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเรื่องอาหาร

ขั้นตอนที่ 4 การคงไว้ซึ่งการปฏิบัติที่มีประสิทธิภาพ

ในขั้นตอนนี้ เป็นการรับรู้ถึงความสามารถในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ในสิ่งที่ควบคุมได้ และสิ่งที่ไม่สามารถควบคุมได้ ทั้งนี้เพื่อช่วยให้ผู้อบรมรับรู้ถึงความสามารถของตนเอง ในการจัดการตนเองเพื่อลดคอเลสเตอรอล และการสร้างแรงจูงใจ ส่งเสริมและสนับสนุนให้คงไว้ซึ่งความสำเร็จ

กิจกรรมที่ผู้วิจัยใช้ในขั้นตอนนี้ คือ

1. การสร้างแรงจูงใจ วิทยากรจะกระตุ้นและใช้คำถามและคำพูดเพื่อสร้างแรงจูงใจ ในระหว่างการอบรมเป็นระยะ เช่น
 - เมื่อคุณป่วยใครจะดูแลคุณและสามี
 - เมื่อคุณป่วยใครจะดูแลคุณ
 - การดูแลสุขภาพตนเองเป็นการลงทุนเพื่อตัวเองที่คุ้มค่า
 - การดูแลสุขภาพตนเองเป็นการแสดงความรักที่มีต่อตัวเอง
 - ที่ผ่านมามีสุขภาพคนรอบข้างรวมทั้งผู้ป่วย ถึงเวลาแล้วที่ต้องดูแลตัวเอง
2. วิทยากรให้ผู้เข้ารับการอบรม ได้แสดงความคิดเห็นในระหว่างการอบรมทุกช่วง
3. วิทยากรเน้นประเด็นความสามารถในการจัดการตนเอง โดยให้ผู้เข้าอบรมร่วมกัน ออกความคิดเห็นก่อนสิ้นสุดการอบรม โดยขอให้กลุ่มทดลองมีการพบปะกันสม่ำเสมอ โดยการนัดประชุมทุก 4 สัปดาห์ เพื่อนำประสบการณ์ในการจัดการตนเองมาแลกเปลี่ยนเรียนรู้ซึ่งกันและกัน เป็นระยะ ๆ

4. เพื่อให้สามารถประเมินว่าคอเลสเตอรอลในเลือดของกลุ่มทดลองจะลดหรือไม่ วิทยากรจึงนัดผู้เข้าอบรมมาเจาะเลือด เมื่อครบ 12 สัปดาห์หลังการอบรมและ เพื่อประเมินผลสัมฤทธิ์การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม

การดำเนินการฝึกอบรมใช้ระยะเวลาในการฝึกอบรมใช้เวลา 2 วัน โดยจัดการอบรมที่โรงพยาบาลมาสอด

ทีมวิทยากร ประกอบด้วย แพทย์ พยาบาล นักกายภาพบำบัด นักโภชนาการ นักจิตวิทยาทั้งนี้โดยที่ผู้วิจัยเป็นทีมวิทยากรและเป็นผู้ดำเนินการจัดการเพื่อการฝึกอบรม (รายละเอียดตารางการฝึกอบรมเสนอไว้ในภาคผนวก)

5 การประเมินประสิทธิผลของการฝึกอบรมการเสริมพลังอำนาจ

ประสิทธิผล หมายถึง ผลผลิตหรือผลการดำเนินงานขององค์กรที่มีคุณภาพและบรรลุตามเป้าหมายขององค์กร(บุญใจ ศรีสถิตย์นรากร 2550)

การฝึกอบรม เป็นกระบวนการที่จัดขึ้น โดยเฉพาะเพื่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงกึ่งถาวรในพฤติกรรมของบุคคลและให้เป็นไปตามวัตถุประสงค์ที่ตั้งไว้อย่างเฉพาะเจาะจง (วิจิตร อวาทกุล 2537)

ประสิทธิผลของการฝึกอบรมการเสริมพลังอำนาจต่อการจัดการตนเอง จึงเป็นการพิจารณาจากผลผลิตหรือผลการดำเนินการของการฝึกอบรมการเสริมสร้างพลังที่จัดขึ้นเป็นการเฉพาะเพื่อให้ผู้เข้าอบรมเกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมตามที่โครงการการอบรมกำหนดไว้โดยที่การฝึกอบรมเป็นกลวิธีหนึ่งที่จะทำให้เกิดการเรียนรู้เพื่อที่จะเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของมนุษย์ได้อย่างมีประสิทธิภาพ การเรียนรู้ก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลง เนื่องจากการเรียนรู้ร่วมกันเป็นกลุ่มจะเกิดการเปลี่ยนแปลง ความรู้ ทักษะ และทักษะ ซึ่งอาจจะเป็นการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นทันทีหรือมีการเปลี่ยนแปลงภายหลัง ทั้งนี้การอบรมเสริมสร้างพลังอำนาจ มีเป้าหมายที่จะให้บุคคลมีความสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพจากพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมเป็นพฤติกรรมที่เหมาะสม ผลคือต่อสุขภาพ และการฝึกอบรมสร้างเสริมพลังอำนาจให้กับบุคคลนั้นจะส่งผลต่อการเรียนรู้ ซึ่งจะทำให้มีความรู้เพิ่มขึ้น มีทัศนคติที่ดีต่อสิ่งที่ได้รับการเสริมสร้างพลังและมีทักษะที่ดีต่อเรื่องที่ได้รับการเสริมพลังอำนาจด้วยเช่นกัน ((Kirk Patrick 1975)

การประเมินประสิทธิผลของการฝึกอบรมนั้น จะเป็นการประเมินผลที่ต้องทำตลอดระยะเวลาการฝึกอบรม จะด้วยการสังเกต การจดบันทึก การทำแบบสอบถาม แบบสอบถาม เพื่อให้ทราบว่าการอบรมนั้นมีปัญหาใดหรือไม่ การประเมินการฝึกอบรมจะประเมินใน สองส่วนคือ

1. ประเมินผลระหว่างการอบรม (formative evaluation) เป็นการประเมินในช่วงระยะเวลาการดำเนินการฝึกอบรม เพื่อดูความก้าวหน้าและข้อบกพร่องของการจัดการอบรม เพื่อให้เกิดผลต่อการฝึกอบรมสูง

2. การประเมินผลขั้นสุดท้าย(summative evaluation) เป็นการนำสรุปผลการฝึกอบรมทั้งหมดมาพิจารณาว่าการฝึกอบรมนั้นได้ผลตามวัตถุประสงค์หรือไม่ อย่างไร

ในการประเมินผลการฝึกอบรมนั้น โดยส่วนใหญ่แล้วไม่ว่าจะใช้แนวคิดใดก็ตาม จะต้องมีการประเมินว่าผู้ที่เข้ารับการฝึกอบรมนั้นได้มีการเรียนรู้อะไรบ้าง ซึ่ง เคอร์ค แพททริก (Kirk Patrick 1975) ได้เสนอว่าการประเมินการเรียนรู้นั้นจะทำให้รู้ว่าผู้เข้าอบรมได้รับความรู้ ทักษะและมีเจตคติอะไรเกิดขึ้นบ้างที่เปลี่ยนแปลงไปจากเดิม ทั้งนี้เพราะความรู้ ทักษะและเจตคติ ล้วนเป็นพื้นฐานสำคัญที่จะช่วยให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการทำงานของผู้เข้ารับการ ฝึกอบรมในโอกาสต่อไป และได้ให้ข้อเสนอแนะสำหรับการประเมินการเรียนรู้ไว้ดังนี้

1. ต้องการวัดความรู้ เจตคติ พฤติกรรมของผู้เข้ารับการอบรมทั้งก่อนและหลัง การฝึกอบรม
2. วิเคราะห์ทั้งคะแนนรายข้อและคะแนนรวมโดยเปรียบเทียบระหว่างก่อนและ หลังการฝึกอบรม
3. ถ้าเป็นไปได้ควรวัดกลุ่มควบคุม ซึ่งเป็นกลุ่มของผู้ไม่ได้รับการฝึกอบรมแล้ว เปรียบเทียบคะแนนความรู้ เจตคติ และพฤติกรรมของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองว่าต่างกัน หรือไม่ ซึ่งเครื่องมือการวัดความรู้ ทักษะ เจตคติมี 2 แบบทั้งที่เป็นการใช้แบบสอบถามเป็นมาตรฐาน และแบบสอบถามที่สร้างขึ้นใช้เอง

ดังนั้นในการประเมินประสิทธิผลของการฝึกอบรมการเสริมพลังอำนาจต่อการ จัดการตนเองเพื่อลดคอเลสเตอรอลของกลุ่มพยาบาลกลุ่มเสี่ยงที่มีคอเลสเตอรอลสูง โรงพยาบาล แม่สอด ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยดำเนินการประเมินความรู้ เจตคติ และพฤติกรรมในการจัดการ ตนเองเพื่อลดระดับคอเลสเตอรอลของกลุ่มพยาบาลกลุ่มเสี่ยงที่มีคอเลสเตอรอลสูงซึ่งเป็นกลุ่ม ทดลองในระยะก่อนทดลอง ระยะหลังทดลองและระยะหลังติดตาม 12 สัปดาห์และผลลัพธ์ของ พฤติกรรมใหม่ คือ ผลการตรวจเลือดทางห้องปฏิบัติการ ซึ่งจะเป็นตัวชี้วัดสนับสนุนถึง ประสิทธิภาพของการอบรมเสริมสร้างพลังอำนาจ ดังนี้

1. การวัดความรู้ วัดโดยใช้ข้อสอบวัดความรู้ในการจัดการตนเอง เรื่อง คอเลสเตอรอล เรื่องอาหาร เรื่องการออกกำลังกาย เรื่องความเครียด ซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้ คอเลสเตอรอลสูงกว่ามาตรฐาน
2. การวัดเจตคติ โดยใช้แบบวัดเจตคติการจัดการตนเองที่เกิดขึ้นก่อนการอบรม ระยะหลังอบรมและระยะติดตามเกี่ยวกับเจตคติในการจัดการตนเองเพื่อลดคอเลสเตอรอล เรื่อง อาหาร เรื่องการออกกำลังกาย เรื่องความเครียด ซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้คอเลสเตอรอลสูงกว่า มาตรฐาน
3. ทักษะหรือพฤติกรรมในการจัดการตนเอง โดยใช้แบบวัดพฤติกรรมจัดการ ตนเอง ที่เกิดขึ้นก่อนการอบรม ระยะหลังอบรมและระยะติดตามเกี่ยวกับพฤติกรรมในการจัดการ

ตนเองเพื่อลดคอเลสเตอรอล เรื่องอาหาร เรื่องการออกกำลังกาย เรื่องความเครียด ซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้คอเลสเตอรอลสูงกว่ามาตรฐาน

6. การวัดระดับคอเลสเตอรอล

ในปัจจุบันนี้ การตรวจวัดระดับไขมันในเลือดเพื่อให้ข้อมูลสมบูรณ์ที่สุด โดยไม่สิ้นเปลืองค่าใช้จ่ายจนเกินเหตุ คือ การตรวจวัดระดับ total cholesterol, HDL cholesterol และ triglyceride ในซีรัมหรือพลาสมา, ส่วน LDL cholesterol ใช้คำนวณจากสูตร Friedewald

การคำนวณค่า LDL cholesterol ในซีรัมหรือพลาสมาโดยสูตร Friedewald ($LDL = CHO - HDL - \frac{[TG]}{5}$) จะใช้ได้ต่อเมื่อบุคคลนั้นมีระดับ triglyceride ในซีรัมหรือพลาสมา ≤ 400 มิลลิกรัม/เดซิลิตร เท่านั้น

ความแม่นยำของการตรวจวัดระดับไขมันในเลือดขึ้นกับปัจจัยที่สำคัญ 2 ประการ คือ การเตรียมตัวก่อนการเจาะเลือด และการควบคุมคุณภาพของห้องปฏิบัติการ

การเตรียมตัวก่อนเจาะเลือด สิ่งที่ต้องคำนึงถึงในการตรวจระดับไขมันในเลือด คือ

1. ผู้รับการตรวจเลือดต้องอดอาหารก่อนตรวจไม่ต่ำกว่า 12 ชั่วโมง ทั้งนี้อนุญาตให้ดื่มน้ำเปล่าได้ ในช่วงที่อดอาหารนั้น

2. ในระยะ 3 สัปดาห์ที่ผ่านมา ผู้รับการเจาะเลือดควรมีน้ำหนักตัวคงที่ และรับประทานอาหารที่เคยรับประทานอยู่

3. ผู้ที่มีอาการเจ็บป่วยหนักหรือได้รับการผ่าตัด ควรตรวจวัดระดับไขมันในเลือดเมื่อหายจากการเจ็บป่วยแล้ว 3 เดือน สำหรับผู้ที่เจ็บป่วยเล็กน้อย สามารถรับการตรวจวัดระดับไขมันในเลือดได้เมื่อหายจากการเจ็บป่วย 3 สัปดาห์

4. ควรเจาะเลือดในท่านั่ง เพราะการเจาะเลือดในท่านอน จะได้ค่าของระดับไขมันต่ำกว่าท่านั่ง เนื่องจากการเปลี่ยนแปลงของปริมาตรพลาสมา

5. ต้องระบุว่า จะใช้พลาสมาหรือซีรัมในการตรวจวัดระดับไขมัน ระดับไขมันในพลาสมาจะต่ำกว่าในซีรัมร้อยละ 4 ดังนั้นต้องเลือกใช้พลาสมาหรือซีรัมให้แน่นอนเพื่อสามารถเปรียบเทียบผลการตรวจแต่ละครั้งได้

6. การระบุฐานระดับไขมันของแต่ละคนนั้น ควรตรวจวัดระดับไขมันอย่างน้อย 2 ครั้ง ในช่วงเวลา 1-3 เดือน

การควบคุมคุณภาพของห้องปฏิบัติการ ห้องปฏิบัติการที่วัดระดับไขมันในเลือด ต้องจัดให้มีระบบการควบคุมคุณภาพโดยปฏิบัติอย่างสม่ำเสมอ

7 ข้อมูลทั่วไปโรงพยาบาลแม่สอด

7.1 ประวัติและวิวัฒนาการ

โรงพยาบาลแม่สอดเป็นโรงพยาบาลทั่วไปขนาด 317 เตียง มีพื้นที่รวม 49 ไร่ 2 งาน 84 ตารางวา ตั้งอยู่ในเขตเทศบาลเมืองแม่สอด อำเภอแม่สอด จังหวัดตาก อยู่ห่างจากที่ตั้งศาลากลางจังหวัดตากประมาณ 87 กิโลเมตร ห่างจากกรุงเทพมหานคร 504 กิโลเมตร และห่างจากแนวพรมแดนไทย - พม่า ประมาณ 4 กิโลเมตร

7.2 ขอบเขตการให้บริการ

7.2.1 จัดบริการรักษาพยาบาลผู้ป่วยครอบคลุมผู้ป่วยนอก ผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉิน และผู้ป่วยใน

7.2.2 จัดบริการส่งเสริมสุขภาพให้แก่ประชาชน ทั้งผู้ที่มีสุขภาพปกติและผู้เจ็บป่วย

7.2.3 จัดบริการป้องกันโรค ทั้งโรคติดต่อและโรคไม่ติดต่อ

7.2.4 จัดบริการฟื้นฟูสภาพแก่ผู้ป่วยและผู้พิการ

7.2.5 จัดบริการสาธารณสุขสู่ชุมชน

7.3 พื้นที่ความรับผิดชอบ/กลุ่มเป้าหมาย

7.3.1 ประชากรอำเภอแม่สอด ทั้งในเขตเทศบาลและนอกเขตเทศบาล จำนวน 128,386 คน

7.3.2 ประชากร 4 อำเภอ ฟากตะวันตกของจังหวัดตาก ได้แก่ อำเภอแม่ระมาด อำเภอท่าสองยางอำเภอพบพระ และอำเภออุ้มผาง (จากการส่งต่อ) จำนวน 344,084 คน

7.3.3 ประชากรชาวต่างชาติทั้งที่อยู่ในอำเภอแม่สอด อำเภอข้างเคียง และจากประเทศพม่า ประมาณ 100,000 คน (ข้อมูลปี 2549)

7.4 วิสัยทัศน์ โรงพยาบาลแม่สอดเป็นโรงพยาบาลที่ประชาชนได้รับการดูแลสุขภาพอย่างเท่าเทียมกันภายใต้มาตรฐานการรับรองคุณภาพ

7.5 พันธกิจ

7.5.1 จัดให้มีระบบบริหารจัดการองค์กรที่ดี

7.5.2 สร้างระบบการพัฒนาศักยภาพและเพิ่มสมรรถนะด้านบุคลากรเพื่อให้เกิดองค์กรแห่งการเรียนรู้สู่มาตรฐาน HA/HPH

7.5.2 จัดให้มีหลักประกันสุขภาพแก่ประชาชนอย่างทั่วถึงและมีมาตรฐานเดียวกัน

7.5.3 เสริมสร้างและจัดระบบกลไกให้เกิดการมีส่วนร่วมของภาครัฐและภาคประชาชนในการดูแลระบบสุขภาพ

7.6 ปรัชญา

โรงพยาบาลแม่สอดมีปรัชญา และหลักการดำเนินงานร่วมกัน คือ มีจรรยาบรรณแห่งวิชาชีพ เคารพสิทธิของผู้ป่วย มีความสามัคคี เอื้ออาทร สร้างเสริมวัฒนธรรมการเรียนรู้ และพัฒนาอย่างต่อเนื่อง

7.7 การบริหารและพัฒนาทรัพยากรบุคคล

โรงพยาบาลแม่สอด จัดให้มีคณะกรรมการบริหารและพัฒนาทรัพยากรบุคคล ซึ่งประกอบด้วย ฝ่ายการเจ้าหน้าที่ กลุ่มงานพัฒนาระบบบริการสุขภาพ กลุ่มการพยาบาล เป็นต้น โดยทำหน้าที่วางแผนทรัพยากรบุคคลระยะสั้น ระยะยาว ทั้งในด้านปริมาณและคุณภาพ แผนการได้มาซึ่งกำลังคนที่ต้องการ แนวทางการจัดการกำลังคนในภาวะขาดแคลน การพัฒนาทรัพยากรบุคคล และมีระบบการประเมินผลการปฏิบัติงานที่เหมาะสม

กำหนดให้เจ้าหน้าที่ใหม่ทุกคนต้องผ่านการปฐมนิเทศเพื่อเตรียมความพร้อมก่อนเข้าประจำการ และมีพี่เลี้ยงหรือที่ปรึกษา คอยกำกับดูแลในระยะแรก เจ้าหน้าที่ที่มีคุณสมบัติไม่ครบ นักเรียน นักศึกษาฝึกงาน จะต้องทำงานภายใต้การกำกับดูแลอย่างใกล้ชิด โดยเจ้าหน้าที่ประจำของโรงพยาบาล หรืออาจารย์พี่เลี้ยง

ประวัติการทำงานของเจ้าหน้าที่ทุกคน จะถูกเก็บไว้ในแฟ้มประวัติส่วนบุคคล (ก.พ.7) ที่ฝ่ายการเจ้าหน้าที่ สำหรับประวัติการฝึกอบรมจะถูกบันทึกไว้ในทะเบียนการฝึกอบรมที่กลุ่มงานพัฒนาระบบบริการสุขภาพ

7.8 คณะกรรมการบริหารการพยาบาล มีหัวหน้ากลุ่มการพยาบาลเป็นประธาน หัวหน้าหอผู้ป่วย หัวหน้างาน เป็นกรรมการ ทำหน้าที่

7.8.1 กำหนดควมวิสัยทัศน์ พันธกิจ วัตถุประสงค์ นโยบายและเป้าหมายทางการพยาบาล

7.8.2 จัดโครงสร้างการบริหารการพยาบาลให้เอื้อต่อการนำนโยบายไปสู่การปฏิบัติ

7.8.3 บริหารจัดการทรัพยากรบุคคลทางการพยาบาลให้เพียงพอและเหมาะสมกับภาระงาน

7.8.4 จัดระบบดูแลการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่ทางการพยาบาลให้อยู่บนพื้นฐาน

ของกฎหมาย จริยธรรม จรรยาบรรณ และสามารถปฏิบัติงานเชิงวิชาชีพได้

7.8.5 พัฒนาเจ้าหน้าที่ทุกระดับในกำกับของกลุ่มการพยาบาลให้มีความรู้และทักษะเหมาะสมกับการปฏิบัติงาน

7.8.6 จัดระบบบริการทางการพยาบาลให้มีคุณภาพ โดยใช้มาตรฐานตามพระราชบัญญัติของสภาการพยาบาล พ.ศ. 2540 (ฉบับที่ 2) และยึดผู้ใช้บริการเป็นศูนย์กลาง

7.8.7 ประสานความร่วมมือระหว่างสหสาขาวิชาชีพและหน่วยงานที่เกี่ยวข้ององค์กรพยาบาลมีส่วนร่วมในการบริหารโรงพยาบาล ทั้งในคณะกรรมการบริหารโรงพยาบาล คณะกรรมการด้านการพัฒนาคุณภาพต่าง ๆ รวมทั้งจัดคนเข้าไปมีส่วนร่วมในคณะกรรมการ และคณะทำงานย่อยชุดต่าง ๆ เพื่อการสื่อสาร การแก้ปัญหา และการพัฒนาคุณภาพ เปิดโอกาสให้สมาชิกเข้ามามีส่วนร่วมอย่างกว้างขวางและดำเนินการให้มีกิจกรรมทางวิชาการอย่างสม่ำเสมอ

8. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ขนิษฐา มณีนิย (2540) ได้ศึกษาการป้องกันภาวะไขมันในเลือดสูงของข้าราชการกองบิน 41 เป็นการวิจัยเชิงสำรวจมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาถึง ความตั้งใจในการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันภาวะไขมันในเลือดสูงบรรทัดฐานของกลุ่มอ้างอิงต่อการป้องกันภาวะไขมันในเลือดสูง และการรับรู้การควบคุมพฤติกรรมป้องกันภาวะไขมันในเลือดสูง ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างทัศนคติต่อการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันภาวะไขมันในเลือดสูง บรรทัดฐานของกลุ่มอ้างอิงต่อการป้องกันภาวะไขมันในเลือดสูง และการรับรู้การควบคุมพฤติกรรมป้องกันภาวะไขมันในเลือดสูงกับความตั้งใจในการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันภาวะไขมันในเลือดสูง กลุ่มตัวอย่างเป็นข้าราชการกองบิน 41 จำนวน 274 คน ทั้งเพศชาย และหญิง อายุ 35 ปีขึ้นไป ในปี พ.ศ. 2539 ที่ปฏิบัติงานอยู่ในกองบิน 41 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยเป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น วิเคราะห์ข้อมูลโดยหาค่าเฉลี่ยเลขคณิตส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน และทดสอบความมีนัยสำคัญโดยใช้ค่าที (t-test) ผลการวิจัยพบว่า 1) ข้าราชการมีความตั้งใจในการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันภาวะไขมันในเลือดสูงอยู่ในระดับมาก 2) ข้าราชการมีพฤติกรรมป้องกันภาวะไขมันในเลือดสูงอยู่ในระดับปฏิบัติสม่ำเสมอ 3) ข้าราชการมีทัศนคติต่อการปฏิบัติ เพื่อป้องกันภาวะไขมันในเลือดสูงอยู่ในระดับดี บรรทัดฐานของกลุ่มอ้างอิงต่อการป้องกันภาวะไขมันในเลือดสูงอยู่ในระดับมาก การรับรู้การควบคุมพฤติกรรมป้องกันภาวะไขมันในเลือดสูงอยู่ในระดับมาก และ 4) ความสัมพันธ์ระหว่างทัศนคติการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันภาวะไขมันในเลือดสูงมีความสัมพันธ์

ทางบวกกับความตั้งใจในการปฏิบัติเพื่อป้องกันภาวะไขมันในเลือดสูงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001

วัลลา ดันตโยทัย (2540) ศึกษารูปแบบและวิธีการพัฒนาศักยภาพในการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดพึ่งอินซูลิน จำนวน 28 คน ที่มารับบริการที่คลินิกต่อไรรื้อทอ โรงพยาบาลรามาริบัติ โดยอาศัยการมีสัมพันธภาพและปฏิสัมพันธ์เชิงบำบัดเป็นแก่นและพื้นฐานสำคัญ วิธีการที่ใช้พัฒนาศักยภาพของผู้ป่วยมี 11 วิธี ได้แก่ การให้ข้อมูลและความรู้ การแนะนำ ชี้แนะหรือให้แนวทางการส่งเสริมความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเอง การประเมินภาวะสุขภาพ การประสานการดูแลและความช่วยเหลือจากเจ้าหน้าที่สุขภาพ การสนับสนุนด้านจิตใจและอารมณ์ การช่วยเหลือในการจัดการกับความเจ็บป่วยที่แทรกแซง การจัดหาอุปกรณ์และเครื่องใช้ที่อำนวยความสะดวกต่อการดูแลตนเอง การสอนทักษะการปฏิบัติ การพัฒนาศักยภาพของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วย การส่งเสริมพันธภาพที่ดีระหว่างผู้ป่วยโดยรวม เมื่อสิ้นสุดการวิจัยพบว่าผู้ป่วยมีการรับรู้สมรรถนะในการดูแลตนเอง โดยรวมในการควบคุมอาหารและการใช้อินซูลินสูงกว่าเมื่อเริ่มการวิจัยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ระดับความสามารถในการดูแลตนเองเพิ่มขึ้น โดยเฉพาะในเรื่องการควบคุมอาหาร การใช้อินซูลิน และการป้องกันและแก้ไขภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ ปริมาณฮีโมโกลบินที่มีน้ำตาลเกาะลดต่ำกว่าของเดือนที่ 4 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ผู้ป่วยที่ควบคุมน้ำตาลในเลือดได้ดีมากและดีมีจำนวนมากขึ้นตลอดการวิจัย ดัชนีความหนาของร่างกายของผู้ป่วยส่วนใหญ่อยู่ในระดับปกติและพอยอมรับได้

วราภา จันทร์โชติ (2540) ประสิทธิภาพของการฝึกอบรมการเสริมสร้างพลังต่อการพัฒนาเจตคติ การเห็นคุณค่าในตนเอง และความเชื่อในความสามารถของตนในนักศึกษาพยาบาล ได้ทำการศึกษาประสิทธิภาพของการฝึกอบรมการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อการพัฒนาเจตคติ การเห็นคุณค่าในตนเอง และความเชื่อในความสามารถของตนในนักศึกษาพยาบาล เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง กลุ่มทดลอง 34 คน กลุ่มทดลองได้รับการฝึกอบรมการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อการพัฒนาเจตคติต่อวิชาชีพพยาบาลติดต่อกัน 3 วัน ติดตามผลเพื่อกระตุ้นสัปดาห์ละ 1 ครั้ง ติดต่อกัน 3 สัปดาห์ กลุ่มควบคุมไม่มีการจัดกระทำ ผลการวิจัยพบว่า ภายหลังจากทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยเจตคติต่อวิชาชีพพยาบาล การเห็นคุณค่าในตนเอง ความเชื่อในความสามารถของตนเองเพิ่มมากขึ้นกว่าก่อนการทดลอง และสูงกว่ากลุ่มควบคุม

จารุวรรณ จินดามงคล (2541) ได้ทำการศึกษาผลการใช้โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อความสามารถในการเผชิญปัญหาของผู้ป่วยจิตเภท โดยกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยจิตเภทที่รับไว้รักษาในโรงพยาบาลศรีธัญญาจำนวน 30 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 15 คน โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจพัฒนาขึ้นมาโดยใช้แนวคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจของ

กิบสัน (Gibson 1995) ซึ่งมี 4 ขั้นตอน คือ 1) ขั้นค้นหาความจริง 2) ขั้นการพิจารณาไตร่ตรอง สถานการณ์ 3) ขั้นการเป็นผู้ดำเนินการ และ 4) ขั้นการรักษาความรู้สึกมั่นคงใจในการควบคุม สถานการณ์ และปัจจัยที่มีผลต่อการเสริมสร้างพลังอำนาจของโคลิแกน ได้แก่ การได้รับความรู้ที่ จำเป็น การเพิ่มพูนความสามารถและความมั่นใจ การมีส่วนร่วมในการแสดงความคิดเห็น ความรู้ การได้รับการยอมรับนับถือซึ่งกันและกัน และการได้รับการฝึกฝนความสามารถที่จำเป็นจาก พยาบาล ร่วมกับใช้แนวคิดเกี่ยวกับปัจจัยทางจิตสังคม ซึ่งประกอบด้วยปัจจัย 5 ประการ คือ การ จัดเตรียมสถานที่ที่ปลอดภัยสำหรับการตัดสินใจ จัดหาทางเลือกหลาย ๆ ทางให้ ทำให้บุคคล ดำรงชีวิตโดยอิสระ จัดหาแหล่งสนับสนุนให้บุคคลสามารถตัดสินใจได้ และการอุปถัมภ์ให้ ควบคุมตนเอง รวมทั้งใช้เทคนิคการสร้างสัมพันธภาพเพื่อการบำบัด ผลของการวิจัยพบว่า ความสามารถในการเผชิญปัญหาของผู้ป่วยจิตเภทกลุ่มทดลองภายหลังใช้โปรแกรมการเสริมสร้าง พลังอำนาจสูงกว่าก่อนการใช้โปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจและสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมี นัยสำคัญทางสถิติ

พนารัตน์ เจนจบ (2542) ได้ทำการศึกษาการเสริมสร้างพลังอำนาจในผู้ป่วยโรคข้อ อักเสบรูมาตอยด์ โดยใช้แนวคิดกระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจของกิบสัน (1995) รวบรวม ข้อมูลโดยบันทึกจากการสังเกตและอภิปราย ประเมินประสิทธิผลของการเสริมสร้างพลังอำนาจ โดยแบบประเมินการรับรู้พลังอำนาจ ผลการศึกษาพบว่า กิจกรรมสำคัญที่ใช้สนับสนุนขั้นตอนของ กระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจมีทั้งหมด 10 กิจกรรม ได้แก่ การสร้างและคงไว้ซึ่งความ สัมพันธภาพอันดี การยอมรับความเป็นบุคคล การจัดบรรยากาศและสภาพแวดล้อมให้เหมาะสม เทคนิคการใช้คำถาม การสนับสนุนความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้อง การอภิปรายปัญหาาร่วมกัน การ กระตุ้นให้มีการติดตามและประเมินผลตนเองอย่างต่อเนื่อง การร่วมกันหาแนวทางเลือกเกี่ยวกับ การดูแลสุขภาพ การมีส่วนร่วมในการตัดสินใจและการประเมินผลย้อนกลับเชิงบวก สำหรับปัจจัย ที่มีอิทธิพลต่อกระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจที่สำคัญพบว่ามี 8 ปัจจัย ได้แก่ ความรักตนเอง ความตระหนักในความรับผิดชอบในตนเอง ความสามารถในการคิดวิเคราะห์ ความเชื่อใน ความสามารถของตนเอง การเห็นคุณค่าในการกระทำที่มีประโยชน์ ประสบการณ์ในอดีต ความ รุนแรงของการเจ็บป่วยในขณะนั้นและการสนับสนุนทางสังคม ภายหลังจากการใช้กระบวนการ เสริมสร้างพลังอำนาจแล้ว พบว่ากรณีตัวอย่างมีการรับรู้พลังอำนาจเพิ่มขึ้น โดยพบว่าเริ่มมีการ เปลี่ยนแปลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ภายหลังจากการเสริมสร้างพลังอำนาจ 1 เดือน และการรับรู้พลัง อำนาจยังมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติระหว่างก่อนและหลังการเสริมสร้างพลัง อำนาจ 2 เดือน และ 3 เดือน แต่ผลของการศึกษานี้ไม่สามารถบ่งชี้ความยั่งยืนของประสิทธิผลการ เสริมสร้างพลังอำนาจ เนื่องจากระยะเวลาการศึกษาที่จำกัด

ปริศนา ช่วยคุณ (2545) ทำการศึกษาผลของโครงการฝึกอบรมและฝึกปฏิบัติการออกกำลังกายแบบเดินแอโรบิกในเจ้าหน้าที่ที่มีภาวะคอเลสเตอรอลสูง ศึกษาผลของโครงการฝึกอบรมและฝึกปฏิบัติการออกกำลังกายแบบเดินแอโรบิกในด้านความรู้ ทักษะ พฤติกรรมการบริโภคอาหารและระดับคอเลสเตอรอลในเจ้าหน้าที่ที่มีภาวะคอเลสเตอรอลสูง โรงพยาบาลจตุรศ จังหวัดชัยภูมิ จำนวน 23 คน ดำเนินการตามขั้นตอน การบริหารเชิงระบบ ประกอบด้วย ปัจจัยนำเข้า (Input) กระบวนการ (Process) และผลลัพธ์ (Output) เก็บข้อมูลก่อนและหลังโครงการ โดยการใชรูปแบบการประเมินโครงการของไทเลอร์ เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา ได้แก่ 1) โครงการฝึกอบรมและฝึกปฏิบัติการออกกำลังกายแบบเดินแอโรบิก จัดอบรมภาคทฤษฎี 1 วัน มีกิจกรรมการออกกำลังกายแบบเดินแอโรบิกทุกวันจันทร์ ถึง ศุกร์ วันละ 45 – 50 นาที เป็นเวลานาน 6 สัปดาห์ 2) คู่มือการออกกำลังกายแบบเดินแอโรบิกและความรู้เรื่องคอเลสเตอรอล 3) แบบสอบถาม ความรู้ ทักษะเกี่ยวกับคอเลสเตอรอลและพฤติกรรมการบริโภคอาหาร วิเคราะห์ข้อมูลด้วยค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ผลการศึกษาเมื่อสิ้นสุดโครงการพบว่า เจ้าหน้าที่มีค่าคะแนนเฉลี่ยความรู้ ทักษะ เกี่ยวกับคอเลสเตอรอลและพฤติกรรมการบริโภคอาหาร เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 จากการตรวจระดับคอเลสเตอรอลภายหลังสิ้นสุดโครงการ เจ้าหน้าที่มีค่าเฉลี่ยของระดับคอเลสเตอรอลลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 จากผลการศึกษาแสดงให้เห็นว่า ผลของโครงการฝึกอบรมและฝึกปฏิบัติการออกกำลังกายแบบเดินแอโรบิก ทำให้เจ้าหน้าที่มีความรู้ ทักษะ พฤติกรรมการบริโภคอาหารเพิ่มขึ้น และระดับคอเลสเตอรอลลดลงได้

ปราณี โทแสง (2548) ศึกษาเรื่องผลของโปรแกรมการพยาบาลในรูปแบบการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อความรู้สึกสูญเสียพลังอำนาจในผู้ป่วยหัวใจวาย เป็นการศึกษาวิจัยแบบกึ่งทดลอง กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาคั้งนี้เป็นผู้ป่วยหัวใจวายที่เข้าพักรักษาโรงพยาบาลศรีนครินทร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น จำนวน 44 ราย แบ่งออกเป็นกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง กลุ่มควบคุมเป็นกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ ส่วนกลุ่มทดลองเป็นกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการพยาบาลในรูปแบบการเสริมสร้างพลังอำนาจ ผลการวิจัยพบว่า ผู้ป่วยหัวใจวายกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการพยาบาลในรูปแบบการเสริมสร้างพลังอำนาจมีค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้สึกสูญเสียพลังอำนาจภายหลังได้รับ โปรแกรม ต่ำกว่าก่อนได้รับ โปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 เมื่อเปรียบเทียบกลุ่มควบคุม พบว่า ภายหลังการทดลอง ผู้ป่วยหัวใจวายกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการพยาบาลในรูปแบบการเสริมสร้างพลังอำนาจ มีค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้สึกสูญเสียพลังอำนาจต่ำกว่ากลุ่มที่ได้รับ โปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 และเมื่อเปรียบเทียบผลต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้สึกสูญเสียพลังอำนาจก่อนและหลังการทดลอง ระหว่างกลุ่มที่

ได้รับโปรแกรมกับกลุ่มที่ไม่ได้รับพบว่า ผู้ป่วยหัวใจวายกลุ่มที่ได้รับ โปรแกรมมีค่าเฉลี่ยคะแนน ความรู้สึกสูญเสียพลังอำนาจลดลงมากกว่ากลุ่มที่ไม่ได้รับอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

ปรียา ลีพกุล และคณะ (2548) จัดทำโครงการเพื่อศึกษาถึงผลของการลด คอเลสเตอรอลด้วยอาหาร ในกลุ่มตัวอย่างที่เป็นสมาชิกของโครงการรักษหัวใจ ใส่ใจ คอเลสเตอรอล ที่ได้รับการเจาะเลือดปลายนิ้ว แล้วพบว่า มีระดับไขมันในเลือดผิดปกติ จำนวน 39 คน เข้าร่วมโครงการนาน 10 สัปดาห์ แบ่งการติดตามเป็น 3 ครั้ง คือ สัปดาห์ที่ 0, 4 และ 10 กลุ่ม ตัวอย่างจะได้รับ โปรแกรมโภชนาบำบัดเพียงอย่างเดียว โดยไม่เน้นการมีกิจกรรมทางกายหรือการ ออกกำลังกาย และจะต้องมีการจดบันทึกอาหารที่บริโภคประจำวันด้วย ผลการศึกษาพบว่า ภายหลังได้รับ โภชนาบำบัดเพื่อลดน้ำหนัก ไขมัน และน้ำตาลในเลือดแล้วกลุ่มตัวอย่าง สามารถนำไปปฏิบัติได้จริงและเห็นผลภายใน 4 สัปดาห์แรก และลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เมื่อครบ 10 สัปดาห์

ประภัสสร ความชูช่าง (2549) ทำการศึกษาผลของ โปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพต่อ พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในบุคลากรที่มีภาวะไขมันในเลือดผิดปกติ โรงพยาบาลสรรพสิทธิ ประสงค์ เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง แบบหนึ่งกลุ่มเปรียบเทียบก่อนและหลังการทดลอง มี วัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของ โปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพใน บุคลากรที่มีภาวะไขมันในเลือดผิดปกติ โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ โดยใช้รูปแบบการ ส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ (Pender, 2002) เป็นกรอบแนวคิดในการวิจัย กลุ่มตัวอย่างเป็น บุคลากรที่มีภาวะไขมันในเลือดผิดปกติ โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ จำนวน 38 คน โดยก่อน ได้รับ โปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพ กลุ่มตัวอย่างจะได้รับการตรวจระดับไขมันในเลือด คือ คอเลสเตอรอล แอลดีแอลคอเลสเตอรอล เอชดีแอลคอเลสเตอรอล ไตรกลีเซอไรด์ และทำแบบวัด พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ซึ่งโปรแกรมที่ให้นั้นจะเน้นการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติ พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในพฤติกรรม 3 ด้าน คือ ด้านโภชนาการ ด้านการทำกิจกรรมทางกาย และการออกกำลังกาย และด้านการจัดการกับความเครียด และทำการติดตามตรวจวัดระดับไขมัน ในเลือดและทำแบบวัดพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ เมื่อได้รับ โปรแกรมครบ 4 สัปดาห์ และ 8 สัปดาห์ ทำการเปรียบเทียบภายในกลุ่ม เครื่องมือที่ใช้ประกอบด้วย แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล แบบวัดพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ และแบบบันทึกระดับไขมัน

ผลการศึกษา พบว่า

1. ภายหลังจากได้รับ โปรแกรมส่งเสริมสุขภาพ บุคลากรที่มีภาวะ ไขมันในเลือด ผิดปกติ มีค่าคะแนนพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพโดยรวมเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 เมื่อพิจารณาเป็นรายด้าน พบว่า ค่าคะแนนพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านความรับผิดชอบต่อ

สุขภาพและด้านการมีกิจกรรมและการออกกำลังกายเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ส่วนอีก 4 ด้าน คือ ด้านโภชนาการ ด้านการมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่น ด้านการพัฒนาทางจิตวิญญาณ และด้านการจัดการกับความเครียด ก่อนและหลังการทดลอง ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ

2. ภายหลังจากได้รับ โปรแกรมส่งเสริมสุขภาพ พบว่า บุคลากรที่มีภาวะไขมันในเลือดผิดปกติ มีระดับคอเลสเตอรอล และระดับแอลดีแอลคอเลสเตอรอล ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ส่วนระดับเฮชดีแอลคอเลสเตอรอล และระดับไตรกลีเซอไรด์ ก่อนและหลังการทดลอง ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ

พัทธริกา ศรีบุญมาก (2548) ทำการศึกษาการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อป้องกันภาวะไขมันในเลือดสูงของบุคลากรที่ปฏิบัติงานใน โรงพยาบาลลำปาง จังหวัดลำปาง เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อป้องกันภาวะไขมันในเลือดสูงของบุคลากรที่ปฏิบัติงานใน โรงพยาบาลลำปางกลุ่มตัวอย่างเป็นบุคลากรที่มีภาวะไขมันในเลือดสูงที่มีระดับไขมันชนิดคอเลสเตอรอลในเลือดตั้งแต่ 200 มิลลิกรัมเปอร์เซ็นต์ขึ้นไป จำนวน 62 คน เป็นกลุ่มทดลอง จำนวน 28 คน กลุ่มเปรียบเทียบจำนวน 34 คน โดยกลุ่มทดลองได้รับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมจากผู้วิจัย เมื่อกลุ่มเปรียบเทียบรู้ผลระดับไขมันในเลือดแล้วจะได้คำแนะนำจากแพทย์ในการปฏิบัติตัวที่ถูกต้อง เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูลเป็นแบบสอบถามวัดความรู้ เจตคติ การปฏิบัติตัวและผลการตรวจระดับไขมัน ในเลือด

ผลการศึกษาพบว่า

1. กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยความรู้เรื่องการป้องกันภาวะไขมันในเลือดสูงมากกว่าก่อนการทดลอง และมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

2. กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยเจตคติต่อการป้องกันภาวะไขมันในเลือดสูงมากกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และค่าเฉลี่ยเจตคติระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบไม่แตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

3. ค่าเฉลี่ยการปฏิบัติตัวในการป้องกันภาวะไขมันในเลือดสูง ทั้งภายในกลุ่มและระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

4. กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยระดับไขมันในเลือดลดลงกว่าก่อนทดลอง และลดลงมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

วิมลนิช สิงหะ, ประไพ กิตติบุญญวัฒน์ (2548) ทำการศึกษาผลของโปรแกรมการสร้างพลังต่อการรับรู้ความสามารถแห่งตน พฤติกรรมการดูแลตนเอง และระดับความดันโลหิตของผู้ที่มีความดันโลหิตสูงเกินระดับปกติในชุมชน เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ที่มี

ความดันโลหิตสูงเกินระดับปกติในชุมชนเขตเทศบาลเมืองสระบุรี จำนวน 40 คน เลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจงและจับคู่ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 20 คน ใช้เวลาทดลองกลุ่มละ 10 สัปดาห์ โดยกลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการสร้างพลังเมื่อควบคุมความดันโลหิต กลุ่มควบคุมได้รับความรู้ตามปกติ ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนการรับรู้ความสามารถแห่งตน และคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และมีค่าความดันโลหิตซิสโตลิกลดลงมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

บุญเรียม จุติวิโรจน์ (2544) ศึกษาประสิทธิผลของโครงการส่งเสริมการบริหารตนเองของผู้ป่วยเบาหวานในโรงพยาบาลสงขลานครินทร์ ได้ศึกษาเปรียบเทียบผู้ป่วยเบาหวานจำนวน 58 ราย แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 29 ราย และกลุ่มควบคุม 29 ราย โดยกลุ่มทดลองได้เข้าร่วมโครงการส่งเสริมการบริหารตนเอง และกลุ่มควบคุมได้รับบริการตามปกติ โดยให้ความรู้เรื่องโรค การควบคุมโรค การบริหารตนเองโดยการฉายวิถีทัศน์ ให้คำปรึกษา ร่วมกับผู้ป่วยตั้งเป้าหมายระดับน้ำตาลในเลือด ให้ผู้ป่วยสัญญาว่าจะควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด ให้การเสริมแรงโดยการให้กำลังใจ คำชมเชย จัดกลุ่มให้มีการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ ใช้การสนับสนุนจากครอบครัว โดยใช้สมาชิกในครอบครัวสนับสนุนการจัดการตนเองของผู้ป่วย มีการจัดสิ่งแวดล้อมเพื่อส่งเสริมการจัดการตนเองของผู้ป่วยคือ จัดมุมเบาหวาน จัดแบบจำลองอาหาร แจกเตือนวันนัดล้างหน้าโดยการให้โทรศัพท์หรือส่งไปรษณียบัตรถึงผู้ป่วยก่อนวันนัด 1 สัปดาห์ แจกคู่มือ สมุดบันทึกผลการตรวจให้ผู้ป่วยยืมหนังสือ ไปอ่านที่บ้าน นัดติดตามเมื่อครบ 6 เดือน พบว่าผู้ป่วยกลุ่มทดลองมีค่าฮีโมโกลบินที่มีน้ำตาลเกาะลดลงและอัตราการมาตรฐานเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ส่วนกลุ่มควบคุมไม่มีการเปลี่ยนแปลงของค่าฮีโมโกลบินที่มีน้ำตาลเกาะและอัตราการมาตรฐาน

จิตติมา จรุงสุทธิ (2545) ศึกษาเรื่องผลของโปรแกรมการจัดการตนเองต่อการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเบาหวาน เป็นการศึกษาแบบกึ่งทดลอง กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ในคลินิกเบาหวาน โรงพยาบาลนายายอาม จำนวน 40 คน เป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 20 คน กลุ่มทดลองได้รับการพยาบาลตามปกติร่วมกับโปรแกรมการจัดการผลการวิจัย พบว่า จำนวนผู้ป่วยเบาหวานในกลุ่มทดลองที่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ภายหลังเข้าโปรแกรมการจัดการตนเองมีมากกว่าก่อนเข้าโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเบาหวานในกลุ่มทดลองภายหลังเข้าโปรแกรมจัดการตนเองสูงกว่าก่อนเข้าโปรแกรม จำนวนผู้ป่วยเบาหวานที่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ ในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ที่ระดับ .05 และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเบาหวานในกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 สรุปได้ว่า โปรแกรมการจัดการตนเองสามารถพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเบาหวานได้

รัชนี ตู้แก้ว (2550) ศึกษาเรื่อง ผลของโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองต่อการปฏิบัติการจัดการตนเองและระดับฮีโมโกลบินเอวันซีของผู้สูงอายุโรคเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลิน เป็นการวิจัยกึ่งทดลองสองกลุ่มวัดซ้ำ กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุโรคเบาหวานที่มารับบริการที่ศัลยกรรมจำนวน 20 คนเป็นกลุ่มทดลอง 10 คน กลุ่มควบคุม 10 คน เครื่องมือที่ใช้ได้แก่ แผนการส่งเสริมการจัดการตนเองในผู้สูงอายุ คู่มือส่งเสริมการจัดการตนเอง สมุดบันทึกการติดตามตนเอง และเครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบสัมภาษณ์การจัดการตนเอง ดำเนินการทดลองแบบรายกลุ่ม และรายบุคคลแบ่งการทดลองเป็น 3 ระยะ คือ ระยะก่อนทดลอง ระยะหลังการทดลอง และระยะติดตามผลการทดลอง คือ ในระยะหลังทดลอง และระยะติดตาม กลุ่มทดลองมีการปฏิบัติการจัดการตนเองสูงกว่าก่อนทดลองและสูงกว่ากลุ่มควบคุม

ฐูเซน และ เฮนริกเซน (Thesen, & Henriksen, 1986) ศึกษาในผู้ป่วยที่มีระดับคอเลสเตอรอลในเลือดสูง โดยให้กินอาหารไขมันต่ำ เป็นระยะเวลา 3 เดือน ถึง 1 ปี พบว่า ระดับคอเลสเตอรอลของผู้ป่วยเหล่านั้นลดลง ดังนั้นอาจสรุปได้ว่า การบริโภคอาหารที่มีไขมันต่ำจะทำให้ระดับคอเลสเตอรอลต่ำด้วย การบริโภคคอเลสเตอรอลเพิ่ม 1,100 มิลลิกรัมในอาหาร 1,000 และ 2,500 แคลอรี จะมีผลให้ระดับคอเลสเตอรอลในเลือดเพิ่มขึ้น 0.1 – 4 มิลลิกรัมเปอร์เซ็นต์ตามลำดับ ดังนั้น จึงกล่าวได้ว่าการบริโภคอาหารที่มีคอเลสเตอรอลสูง จะทำให้ระดับคอเลสเตอรอลในเลือดเพิ่มขึ้นด้วย

พอสเนอร์ และคณะ (Posner et al. 1991) ได้ศึกษาถึงความสัมพันธ์ระหว่างการควบคุมไขมันและอัตราการเกิดโรคและการเสียชีวิตด้วยโรคหลอดเลือดหัวใจ ในกลุ่มชาย 2 กลุ่ม คือ กลุ่มที่มีอายุ 45 -55 ปี จำนวน 420 คน และกลุ่มที่มีอายุ 56 – 65 ปี จำนวน 393 คน ในกลุ่มที่มีอายุน้อยพบว่ามีความสัมพันธ์ทางบวกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติระหว่างอุบัติการณ์ของโรคหลอดเลือดหัวใจและสัดส่วนของพลังงานที่บริโภคเข้าไปจากไขมันทั้งหมด และควรสนับสนุนให้มีการควบคุมอาหารเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจ

แอสฮิม และคณะ (Ashim et al. 1992) ได้ศึกษาผลของอาหารที่มีกรดไขมัน และเส้นใยอาหารต่อระดับคอเลสเตอรอลในเลือด พบว่า การบริโภคอาหารที่มีคอเลสเตอรอลต่ำกว่า 300 มิลลิกรัม/วัน จะมีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดสูง ถ้าลดอาหารที่มีคอเลสเตอรอลให้เหลือ 200 มิลลิกรัม/วัน จะมีภาวะเสี่ยงของโรคดังกล่าวอยู่ในระดับปานกลาง ปัจจัยที่ช่วยให้ลดภาวะเสี่ยงนี้คือ การลดอาหารประเภทที่มีไขมันอิ่มตัวให้น้อยลงกว่าร้อยละ 10

ของพลังงานทั้งหมดและบริโภคอาหารที่มีไขมันอิ่มตัวเชิงเดี่ยว (กรดไลโนอิก) ให้มากกว่าร้อยละ 10 – 15 ของพลังงานที่ได้รับ บริโภคอาหารที่มีเส้นใยร้อยละ 10 – 20 กรัม/วัน จะทำให้ระดับไขมันลดลง

เกลนซ์ และคณะ (Glanz et al. 1994) ทำการศึกษาผลของการประยุกต์ทฤษฎีขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมในการลดอาหารเพื่อสุขภาพ วัตถุประสงค์ของการศึกษาเพื่อศึกษาข้อมูลส่วนตัวของคณาจารย์เกี่ยวกับขั้นการเตรียมพร้อมที่จะเปลี่ยนแปลงการบริโภคไขมัน เส้นใยอาหาร ผลไม้และผัก อีกทั้งการทดสอบปริมาณพลังงานที่ได้รับจากการบริโภคอาหาร โดยศึกษาจากปัจจัยด้านประชากร สถานะทางสุขภาพ เจตคติและความพยายามที่จะเปลี่ยนแปลงที่ผ่านมา เป็นการศึกษาเชิงสำรวจจากพนักงานบริษัทในเวลล์ จำนวน 17,121 คน ใช้แบบประเมินขั้นตอนตามทฤษฎีขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม ซึ่งเป็นข้อคำถามข้อมูลทั่วไป 7 ข้อ และข้อมูลเกี่ยวกับความบ่อยของการบริโภคอาหาร 88 ข้อ ผลพบว่า ประชากรส่วนใหญ่มีความพยายามและกระตือรือร้นที่จะลดการบริโภคอาหารประเภทไขมันมากกว่าการบริโภคอาหารที่มีใยอาหาร ขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการบริโภคไขมัน ใยอาหาร ผลไม้ และผัก เป็นแบบมีขั้นตอนและการทำนายใช้การวิเคราะห์ความแปรปรวนร่วมกับลักษณะเฉพาะของประชากร ขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมใช้ทำนายความแตกต่างของการบริโภคอาหารได้ ร้อยละ 8 – 13 เปอร์เซ็นต์ และมากกว่าตัวแปรประชากร รูปแบบการบริโภคอาหารมีส่วนเข้าไปเกี่ยวข้องกับขบวนการเปลี่ยนแปลงครั้งนี้ได้ผลระดับปานกลาง

แมค โกวิน (Mc. Gowen 2003) ได้ศึกษาเรื่องการรับรู้คุณค่าตนเองและการจัดการตนเองในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง เป็นการศึกษาวิจัยโดยจัด โปรแกรมสำหรับทำให้ความรู้แก่ผู้ป่วยโรคเรื้อรังกลุ่มละ 10-12 คน อย่างต่อเนื่องสัปดาห์ละ 2 ชั่วโมงครั้งติดต่อกัน 6 สัปดาห์ โดยมีการสัมมนาระหว่างคนไข้ด้วยกัน ผู้วิจัย ให้เกิดการเรียนรู้ร่วมกัน โดยเน้นกิจกรรมการออกกำลังกาย การรับประทานอาหาร การแก้ปัญหา ซึ่งผลการวิจัยพบว่ากลุ่มคนไข้มีทักษะการสื่อสารที่ดีขึ้น รู้จักวิธีการจัดการกับปัญหาตนเองมากขึ้น รู้จักวิธีการออกกำลังกาย การจัดการความเครียด ความโกรธ ได้ดีขึ้นกว่าช่วงก่อนเข้าร่วม โปรแกรม สามารถดูแลตนเองด้านยา อาหาร ได้ดีขึ้น และมีการรับรู้ความมีคุณค่าในตนเองสูงขึ้น

จากการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัย แสดงให้เห็นถึงผลของการเสริมสร้างพลังอำนาจที่ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทางด้านสุขภาพในกลุ่มตัวอย่างที่ทำการศึกษา ซึ่งส่งผลในทางบวกต่อบุคคลหรือผู้ป่วยที่ได้รับการเสริมสร้างพลังอำนาจ กล่าวคือ ทำให้บุคคลเพิ่มความสามารในคน เพิ่มความรู้สึกของการควบคุมตนเองต่อการดำเนินชีวิต มีความคิดทางด้านบวก และสามารถที่จะปรับตัวให้เข้ากับภาวะเจ็บป่วยทางร่างกายได้ โดยกระบวนการที่จัดกระทำส่วน

ใหญ่ ได้แก่ การให้ผู้ป่วยมีบทบาทในการตัดสินใจเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล การมีส่วนร่วมในทีมสุขภาพ การได้รับการเสริมสร้างความมั่นใจ กำลังใจและแรงจูงใจจากเจ้าหน้าที่สุขภาพ การได้รับความรู้ ข้อมูล ทักษะการปฏิบัติตัวต่อโรคที่เป็น การใช้การสนับสนุนทางสังคม รวมถึงการเอื้ออำนวยทรัพยากรที่มีประโยชน์ต่อการตัดสินใจของผู้ป่วยนั้น เหล่านี้เป็นการยืนยันถึงประสิทธิผลของการเสริมสร้างพลังอำนาจในทางปฏิบัติ ถึงแม้จะมีความแตกต่างในขั้นตอนการปฏิบัติและบริบทที่ใช้ในการศึกษา