

วารสารวิจัยการพยาบาลและการสาธารณสุข Journal of Nursing and Public Health Research

บทความวิจัย

- ❖ ผลของโปรแกรมเสริมสร้างสมรรถนะแห่งตนในการปฏิเสธการดื่มต่อพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ของผู้ป่วยที่มีความผิดปกติจากการดื่มแอลกอฮอล์ โรงพยาบาลสวนปรุง
(พิมพ์ภรณ์ แก้วมา, พิกุล วิริยา, พูลทรัพย์ วงศ์วรรณ)
- ❖ ผลการตรวจสอบสุขภาพของนักศึกษาวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี เชียงใหม่
(รัตนภรณ์ ไชยแก่น, กรณัฐ มาดี, ศุภธินี วัฒนกุล)
- ❖ ผลของโปรแกรมการจัดการตนเองต่อพฤติกรรมการควบคุมระดับความดันโลหิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง
(นุสบา สันหะ)
- ❖ ประสิทธิภาพของรูปแบบ Fracture Liaison Service ในการดูแลผู้ป่วยกระดูกรอบสะโพกหักโรงพยาบาลนครพิงค์ จังหวัดเชียงใหม่
(ส่องศรี หล้าป่าซาง, ณิชกานต์ ไชยรังษี, ศิริพจน์ ศรีบัณฑิตกุล, วรพจน์ ปลื้มฤดี)
- ❖ การพัฒนารูปแบบการจัดการขยะมูลฝอยโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนตำบลน้ำซุง อำเภอห่มสั๊ก จังหวัดเพชรบูรณ์
(อภิชาติ กองเงิน)

วารสารวิจัยการพยาบาลและการสาธารณสุข
Journal of Nursing and Public Health Research

วัตถุประสงค์

วารสารวิจัยการพยาบาลและการสาธารณสุข จัดทำขึ้นเพื่อส่งเสริมและเผยแพร่ผลงานวิจัยและผลงานวิชาการในด้าน การพยาบาลในคลินิก การพยาบาลในชุมชน การศึกษาทางการพยาบาล การศึกษาในสาขาวิทยาศาสตร์สุขภาพและการสาธารณสุข และด้านอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง

ประเภทบทความ

- บทความวิจัย (Research Article)
- บทความวิชาการ (Academic Article)
- บทความปริทัศน์ (Review Article)

กระบวนการพิจารณา

ทุกบทความจะผ่านการตรวจสอบคุณภาพโดยกองบรรณาธิการจะส่งให้ผู้ทรงคุณวุฒิ (Peer Review) จำนวนอย่างน้อย 2 ท่าน ที่มีความเชี่ยวชาญในด้านเนื้อหา นั้นๆ การประเมินคุณภาพผลงานของผู้ทรงคุณวุฒิ เป็นระบบไม่เปิดเผยชื่อผู้แต่ง (Double Blind-Peer Review) โดยผู้ทรงคุณวุฒิและผู้แต่งไม่ทราบชื่อกันและกัน

กำหนดเผยแพร่

- ปีละ 3 ฉบับ
- ฉบับที่ 1 เดือน มกราคม- เมษายน
- ฉบับที่ 2 เดือน พฤษภาคม- สิงหาคม
- ฉบับที่ 3 เดือน กันยายน- ธันวาคม

สำนักงาน

กองบรรณาธิการวารสารวิจัยการพยาบาลและการสาธารณสุข
วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี เชียงใหม่
201 ซอย 4 ตำบล ดอนแก้ว อำเภอแม่ริม เชียงใหม่ 50180
โทร. 053-121121 ต่อ 208 โทรสาร 053-121125
E-mail: jnphr@bcnc.ac.th

วารสารวิจัยการพยาบาลและการสาธารณสุข

ปีที่ 1 ฉบับที่ 1 มกราคม - เมษายน 2564

ที่ปรึกษา	กองบรรณาธิการ	
ดร.อมวาลี อัมพันศิริรัตน์ ผู้อำนวยการวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี เชียงใหม่	ศาสตราจารย์ ดร.อารีวรรณ กลั่นกลิ่น รองศาสตราจารย์ ดร.รัชณี สรรเสริญ รองศาสตราจารย์ ดร.อาทิตย์ พวงมะลิ รองศาสตราจารย์ ดร.ศิริพันธุ์ ศิริพันธุ์ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.วนิดา ดุรงฤทธิชัย ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.วิลาวัลย์ ขมิ้นรัตน์ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ศรีสุตา รัชมีพงศ์ ดร.สุทธิดา พงษ์พันธ์งาม พญ.สุภารัตน์ กาญจนะวณิชย์ ดร.นงนาท สิงห์วีระธรรม ดร.พยงค์ เทพอักษร ดร.กิตติพร เนาว์สุวรรณ ดร.ทัศนีย์ เกริกกุลธร ดร.อัสนี วันชัย ดร.เสนห์ ขุนแก้ว ดร.เมทนี ระดาบุตร ดร.ชูศักดิ์ ยืนนาน ดร. ครินณภรณ์ จันทร์ดีแก้วสกุล อาจารย์วรางคณา บุญมา อาจารย์พิมลพรรณ เนียมหอม Mr.William Leslie	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ สำนักวิชาวิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยแม่ฟ้าหลวง คณะเทคนิคการแพทย์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏวชิราวุธราชชนครินทร์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏเพชรบุรี คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยพะเยา โรงพยาบาลนครพิงค์ จังหวัดเชียงใหม่ วิทยาลัยเทคโนโลยีทางการแพทย์และสาธารณสุขกาญจนาภิเษก วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดตรัง วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี สงขลา วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี สระบุรี วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี พุทธชินราช วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี อุดรดิตถ์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี นนทบุรี วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี เชียงใหม่ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี เชียงใหม่ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี เชียงใหม่ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี เชียงใหม่ English language consultant
บรรณาธิการ ดร.อัมภิกา นาไวย วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี เชียงใหม่		
ผู้ช่วยบรรณาธิการ ดร.ปูลวิชัย ทองแดง วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี เชียงใหม่		
กองจัดการ นางสาวปณิสยา พรหมดี วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี เชียงใหม่	กำหนดออก ปีละ 3 ฉบับ ดังนี้ ฉบับที่ 1 มกราคม – เมษายน ฉบับที่ 2 พฤษภาคม – สิงหาคม ฉบับที่ 3 กันยายน – ธันวาคม เจ้าของ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี เชียงใหม่	

วารสารวิจัยการพยาบาลและการสาธารณสุข เป็นวารสารที่มีผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเนื้อหาบทความเพื่อลงตีพิมพ์จำนวน 2 ท่าน ต่อบทความ และบทความหรือข้อคิดเห็นใด ๆ ที่ปรากฏในวารสารวิจัยการพยาบาลและการสาธารณสุข ที่เป็นวรรณกรรมของผู้เขียน บรรณาธิการหรือวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี เชียงใหม่ ไม่จำเป็นต้องเห็นด้วย

Journal of Nursing and Public Health Research

Vol.1 No.1 January - April 2021

Editorial advisor	Editorial Board	
Dr.Amavasee Ampansirirat Director of Boromarajonani College of Nursing, Chiang Mai	Professor Dr.Areewan Klanklin	Faculty of Nursing, Chiangmai University
	Assoc.Prof. Dr.Rachanee Sunserm	School of Health Science, Mae Fah Luang University
	Assoc.Prof. Dr.Aatit Paungmali	Faculty of Associated Medical Science
	Assoc.Prof. Dr.Siripant Siripant	Faculty of Nursing, Princess of Naradhiwas University
	Assist.Prof.Dr.Vanida Durongritichai	Faculty of Nursing, Phetchaburi Rajabhat University
	Assist.Prof.Dr.Wilawan Chomnirat	Faculty of Nursing, Khon Kaen University
	Assist.Prof.Dr.Srisuda Ratsameepong	Faculty of Nursing, Srinakharinwirot University
	Dr.Sutthida Phongphanngam	Faculty of Nursing, University of Phayao
	Dr.Suparat Kanjanavanit	Nakornping Hospital
	Dr.Noppcha Singweratham	Kanchanabhishek institute of medical and public health technology
	Dr.Phayong Thepaksorn	Sirindhorn College of Public Health, Trang
	Dr.Kittiporn Nawsuwan	Boromarajonani College of Nursing, Songkhla
	Dr.Tassanee Krirkgulthorn	Boromarajonani College of Nursing, Saraburi
	Dr.Ausanee Wanchai	Boromarajonani College of Nursing, Buddhachinaraj
	Dr.Saneh Khunkaew	Boromarajonani College of Nursing, Uttaradit
	Dr.Mataneer Radabutr	Boromarajonani College of Nursing, Nonthaburi
Editor Dr.Ampicha Nawai Boromarajonani College of Nursing, Chiang Mai	Dr.Choosak Yuennan	Boromarajonani College of Nursing, Chiang Mai
	Dr.Sarinyaporn Chandeekeawchakool	Boromarajonani College of Nursing, Chiang Mai
	Warangkhan Bunma	Boromarajonani College of Nursing, Chiang Mai
	Pimonpan Niamhom	Boromarajonani College of Nursing, Chiang Mai
Assistant Editor Dr.Pulawit Thongtang Boromarajonani College of Nursing, Chiang Mai	Mr.William Leslie	English language consultant
	Publish 3 issues per year No.1 January – April No.2 May – August	
Journal Manager Panutsaya Promdee Boromarajonani College of Nursing, Chiang Mai	Copyright Boromarajonani College of Nursing, Chiang Mai	

บทบรรณาธิการ (Editor Note)

เรียน ผู้พิมพ์ และผู้อ่านวารสารวิจัยการพยาบาลและการสาธารณสุขทุกท่าน

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี เชียงใหม่ ได้ดำเนินการจัดทำวารสาร โดยใช้ชื่อวารสารคือ “วารสารวิจัยการพยาบาลและการสาธารณสุข (Journal of Nursing and Public Health Research (JNPHR))” เป็นปีที่ 1 โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อเป็นแหล่งสารสนเทศทางการศึกษา วิจัย ค้นคว้า และเผยแพร่องค์ความรู้ทางเทคโนโลยีด้านการแพทย์ พยาบาล และสาธารณสุข มีกำหนดในการตีพิมพ์เผยแพร่ปีละ 3 ฉบับ คือ ฉบับที่ 1 เดือน มกราคม - เมษายน ฉบับที่ 2 เดือน พฤษภาคม - สิงหาคม และฉบับที่ 3 เดือน กันยายน - ธันวาคม บทความทางวิชาการในปีที่ 1 ฉบับที่ 1 นี้ มีจำนวนทั้งหมด 5 เรื่อง ซึ่งทุกบทความ ได้ผ่านกระบวนการประเมินคุณภาพผลงานวิชาการ โดยผู้ทรงคุณวุฒิที่มีความเชี่ยวชาญในด้านเนื้อหาต่างๆ จำนวนอย่างน้อย 2 ท่าน เพื่อพิจารณาก่อนตีพิมพ์

ในโอกาสนี้ทางวารสาร ขอเชิญชวนนักวิจัย นักวิชาการ รวมทั้งผู้สนใจทั่วไปส่งบทความวิจัย บทความวิชาการ หรือบทความปริทัศน์ทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษที่เกี่ยวข้องกับการพยาบาลในคลินิก การพยาบาลในชุมชน การศึกษาทางการพยาบาล การศึกษาในสาขาวิทยาศาสตร์สุขภาพ การแพทย์ และการสาธารณสุข และด้านอื่นๆที่เกี่ยวข้อง เพื่อประเมินคุณภาพบทความก่อนการตีพิมพ์กับวารสาร โดยศึกษารายละเอียดเพิ่มเติม และสามารถส่งผลงานวิชาการผ่านทางระบบออนไลน์ได้ที่ <https://he02.tci-thaijo.org/index.php/jnphr/index>

ดร.อัมมิชา นาไว้อย์
บรรณาธิการ

สารบัญ

บทความวิจัย :

ผลของโปรแกรมเสริมสร้างสมรรถนะแห่งตนในการปฏิเสธการดื่มแอลกอฮอล์ของผู้ป่วยที่มีความผิดปกติจากการดื่มแอลกอฮอล์ โรงพยาบาลสวนปรุง.....1

Effect of the Self-efficacy Enhancement for Drinking Refusal Program on Alcohol Drinking Behaviors among Patients with Alcohol-Use Disorders

Suan Prung Psychiatric Hospital

พิมพ์ภรณ์ แก้วมา, พิกุล วิริยา, พูลทรัพย์ วงศ์วรรณ

Pimpaporn Kaewma, Pikul Wiriya, Phunsap Wongwaun

ผลการตรวจสุขภาพของนักศึกษาวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี เชียงใหม่.....15

Health Examination among Nursing Students in Boromarajonani College of Nursing, Chiang Mai: Health Status Analysis

รัตนภรณ์ ไชยแก่น, กรณัฐ มาดี, ศุภินี วัฒนกุล

Suttini Wattanakul, Koranut Matee, Rattanaporn Chaikan

ผลของโปรแกรมการจัดการตนเองต่อพฤติกรรมการควบคุมระดับความดันโลหิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง.....27

The Effect of a Self-Management Program on Blood Pressure Control Behavior of Hypertensive Patients

นุสบา สันหละ

Nussaba Sanlah

ประสิทธิผลของรูปแบบ Fracture Liaison Service ในการดูแลผู้ป่วยกระดูกรอบสะโพกหักโรงพยาบาลนครพิงค์ จังหวัดเชียงใหม่.....40

The Effectiveness of the Fracture Liaison Service Model of Care for Elderly Patients with Hip Fractures, Nakornping Hospital, Chiang Mai

ส่องศรี หล้าป่าซาง, นิชกานต์ ไชยรังษี, ศิริพจน์ ศรีบัณฑิตกุล, วรพจน์ ปลื้มฤดี

Songsri Larpasang, Nichakan Chairungsee, Siripoj Sribunditkul, Worrapoj Pluemrudee

การพัฒนารูปแบบการจัดการขยะมูลฝอยโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนตำบลน้ำซุน อำเภอหล่มสัก จังหวัดเพชรบูรณ์.....55

The Development of the Solid Waste Management Model with Community Participation in Numchun SubDistrict, LomSak District, Phetchabun Province

อภิชาติ กองเงิน

Apichit Kongngern

ผลของโปรแกรมเสริมสร้างสมรรถนะแห่งตนในการปฏิเสธการดื่มต่อพฤติกรรมการดื่ม
แอลกอฮอล์ของผู้ป่วยที่มีความผิดปกติจากการดื่มแอลกอฮอล์ โรงพยาบาลสวนปรุง
Effect of the Self-efficacy Enhancement for Drinking Refusal Program on
Alcohol Drinking Behaviors among Patients with Alcohol-Use Disorders
Suan Prung Psychiatric Hospital

พิมพากรณ์ แก้วมา^{1*}, พิกุล วิริยา¹ และพุลทรัพย์ วงศ์วรรณ¹
Pimpaporn Kaewma^{1*}, Pikul Wiriya¹ and Phunsap Wongwaun¹
โรงพยาบาลสวนปรุง¹
Suan Prung Psychiatric Hospital¹

(Received: March 03, 2021; Revised: March 11, 2021; Accepted: March 18, 2021)

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมเสริมสร้างสมรรถนะแห่งตนในการปฏิเสธการดื่มต่อพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ของผู้ป่วยที่มีความผิดปกติจากการดื่มแอลกอฮอล์ โดยเป็นการวิจัยกึ่งทดลองแบบ 2 กลุ่มวัดผลก่อนและหลังการทดลอง ในระหว่างเดือนตุลาคมถึงเดือนธันวาคม 2563 กลุ่มตัวอย่างคือผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ด้วย The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition(DSM-5) ว่าเป็นโรคติดแอลกอฮอล์ที่ได้รับการรักษาแบบผู้ป่วยในจำนวน 30 ราย แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมกลุ่มละ 15 คน กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมเสริมสร้างสมรรถนะแห่งตนในการปฏิเสธการดื่มและกลุ่มควบคุมได้รับการดูแลตามปกติ ได้แก่ การบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ โดยพยาบาลและทีมสหวิชาชีพ ดำเนินกิจกรรมในวันราชการทุกวัน รวม 5 วันๆ ละ 1 ครั้งๆ ละ 60-90 นาที เป็นระยะเวลา 1 สัปดาห์ เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วยแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบประเมินภาวะถอนพิษแอลกอฮอล์ แบบประเมินพฤติปัญญา ปฏิทินบันทึกการดื่มแอลกอฮอล์และโปรแกรมเสริมสร้างสมรรถนะแห่งตนในการปฏิเสธการดื่มต่อพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติพรรณนา Wilcoxon Sign-Rank Test และMann-Whitney U Test ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยร้อยละของจำนวนวันดื่มหนักลดลง และมีค่าเฉลี่ยร้อยละของจำนวนวันหยุดดื่มเพิ่มขึ้นหลังได้รับโปรแกรมเมื่อเปรียบเทียบกับก่อนการได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 ค่าเฉลี่ยร้อยละของจำนวน วันดื่มหนักของกลุ่มทดลองต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 และค่าเฉลี่ยร้อยละของจำนวนวันหยุดดื่มของกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 จากผลการวิจัยนี้ พยาบาลสามารถนำโปรแกรมเสริมสร้างสมรรถนะแห่งตนในการปฏิเสธการดื่มไปใช้เพื่อลดพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์และลดอัตราการมารักษาซ้ำในโรงพยาบาลได้

คำสำคัญ: สมรรถนะแห่งตน, พฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์, การปฏิเสธการดื่ม, ความผิดปกติจากการดื่มแอลกอฮอล์

*ผู้ให้การติดต่อ พิมพากรณ์ แก้วมา e-mail: pimpapornn@gmail.com

Abstract

The objective of this quasi-experimental study was to investigate the effect of the self-efficacy enhancement for drinking refusal program on alcohol drinking behaviors among patients with alcohol-use disorders. This study was conducted from October to December 2020. Participants were 30 inpatients diagnosed with alcohol dependence using the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition (DSM-5). All participants were randomly assigned to the experimental group or the control group, 15 inpatients in each group. The experimental group received the self-efficacy enhancement for drinking refusal program, 60-90 minutes each session for one week, while the control group received usual care. The research instruments included the Demographic Data Questionnaire, the Clinical Institute Withdrawal Assessment for Alcohol-Revised Version, the Montreal Cognitive Assessment, the Timeline Follow-back Calendar, and the Self-Efficacy Enhancement for Drinking Refusal Program. Data were analyzed using descriptive statistics, the Wilcoxon Sign-Rank test, and the Mann-Whitney U test. The results showed that: after completion of the program, the experimental group had a significantly lower mean percentage of heavy drinking days and a higher mean percentage of non-alcohol drinking (p -value <0.01). The mean percentage of heavy drinking days of the experimental group was significantly lower than the control group (p -value <0.01). The mean percentage of non-alcohol drinking days of the experimental group was significantly higher than the control group (p -value <0.01). Nurses can implement the Self-Efficacy Enhancement for Drinking Refusal Program to reduce alcohol drinking behaviors and readmission rates among patients with alcohol-use disorders.

Keywords: Self- Efficacy Alcohol, Drinking Behaviors, Drinking Refusal, Alcohol Use Disorders

บทนำ

สถานการณ์การดื่มแอลกอฮอล์เป็นปัญหาสาธารณสุขระดับโลกที่มีความสำคัญและมีแนวโน้มทวีความรุนแรงมากขึ้น โดยในปี พ.ศ.2560 พบว่า มีผู้ดื่มแอลกอฮอล์ประมาณ 2.3 ล้านคน มีค่าเฉลี่ยต่อหัวเท่ากับ 6.4 ลิตรต่อคนต่อปี และจากการวิเคราะห์คาดการณ์การบริโภคในอีก 10 ปีข้างหน้าคาดว่าจะการดื่มแอลกอฮอล์ของประเทศในภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้จะเพิ่มสูงขึ้นอีก 1.7 ลิตรต่อคนต่อปี (สาวตรี อัมณวงศ์กรชัย, 2562) สำหรับประเทศไทยเมื่อเปรียบเทียบปริมาณการดื่มแอลกอฮอล์บริสุทธิ์ในประชากรที่มีอายุ 15 ปีขึ้นไปพบว่า มีการดื่มแอลกอฮอล์ 15.9 ล้านคน หรือร้อยละ 28.3 ซึ่งมีแนวโน้มที่สูงขึ้นในขณะที่ประเทศอื่นๆ มีแนวโน้มลดลง (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2560) แอลกอฮอล์เป็นสารที่ออกฤทธิ์กดระบบประสาทส่วนกลางเมื่อใช้ไปนานๆ จะเกิดการเสพติดทำให้ต้องดื่มเป็นประจำและเพิ่มจำนวนมากขึ้นจนเกิดเป็นความผิดปกติจากการดื่มแอลกอฮอล์ (Alcohol Use Disorders: AUD) หรือ เกิดโรคทางจิตเวชจากแอลกอฮอล์ ภาวะและโรคทางจิตเวชที่เกิดจากการดื่มแอลกอฮอล์ (Alcohol-Related Disorders: AUD) เป็นกลุ่มโรคจิตเวชกลุ่มหนึ่งที่รวมปัญหาและความเจ็บป่วยทางจิตใจไว้หลายระดับ ตั้งแต่ความรุนแรงน้อยไปจนถึงรุนแรงมาก โดยเริ่มจากการดื่มแบบเสี่ยง (Hazardous Drinking) การดื่ม

แบบอันตราย (Harmful Drinking) การดื่มแบบมีปัญหา (Alcohol Abuse) รวมไปถึงโรคติดแอลกอฮอล์ (Alcohol Dependence) ซึ่งรวมเรียกว่าความผิดปกติจากการดื่มแอลกอฮอล์ (Alcohol Use Disorders: AUD) และโรคจิตเวช ที่เกิดจากการดื่มแอลกอฮอล์ (Alcohol-Induced Disorders) (สาวิตรี อัมณวงศ์กรชัย และสุวรรณ อรุณพงศ์ไพศาล, 2557) สำหรับโรงพยาบาลสวนปรุงซึ่งมีวิสัยทัศน์ที่มุ่งความเป็นเลิศด้านการแก้ปัญหาสุขภาพจิตจากแอลกอฮอล์ระดับประเทศ และเป็นหลักในการพัฒนาระบบบริการสุขภาพจิตและจิตเวชในเขตสุขภาพที่ 1 และ 2 เพื่อประชาชนสุขภาพจิตดีในปีงบประมาณ 2561-2563 พบว่ามีผู้ป่วยที่มีความผิดปกติจากการดื่มแอลกอฮอล์เข้ารับการรักษแบบผู้ป่วยในจำนวน 1,068 ราย 1,006 ราย และ 721 ราย คิดเป็นร้อยละ 24.04, 23.71 และ 21.29 จากตัวเลขดังกล่าว แม้ว่าจำนวนของผู้ป่วยที่มีความผิดปกติจากการดื่มแอลกอฮอล์จะลดลงในแต่ละปี แต่กลับพบว่ามีอาการกลับมาซ้ำภายใน 28 วันเพิ่มขึ้นโดยคิดเป็นร้อยละ 8.16, 5.73 และ 9.29 ตามลำดับ (โรงพยาบาลสวนปรุง, 2563) ทั้งนี้เนื่องจากผู้ป่วยส่วนใหญ่ยังคงมีพฤติกรรมกลับไปดื่มแอลกอฮอล์เช่นเดิม

การเสริมสร้างทักษะการรับรู้สมรรถนะแห่งตน (Self-Efficacy Skill) เป็นอีกแนวคิดหนึ่งที่มีบทบาทสำคัญในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ โดยมีการพัฒนาการรับรู้สมรรถนะแห่งตนตามแนวคิดของแบนดูรา (Bandura, 1997) ที่เชื่อว่าการรับรู้สมรรถนะแห่งตนเป็นการตัดสินใจของบุคคลเกี่ยวกับความสามารถของตนเองในการกระทำพฤติกรรมต่างๆ ให้สำเร็จตามจุดมุ่งหมาย กล่าวคือ เมื่อบุคคลมีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนสูงจะมีแนวโน้มที่จะกระทำพฤติกรรมนั้นอย่างแน่วแน่ แต่ถ้าบุคคลได้มีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่ำ บุคคลนั้นจะพยายามหลีกเลี่ยงการกระทำหรือไม่กระทำพฤติกรรมนั้นอีก การรับรู้สมรรถนะแห่งตนยังเป็นทฤษฎีที่ถูกนำมาประยุกต์ใช้กันอย่างแพร่หลายทั้งในด้านการศึกษาหรือด้านที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพที่มุ่งเน้น การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม เช่น การคุมกำเนิด การป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น การสูบบุหรี่ และการควบคุมการดื่มแอลกอฮอล์ (ภาสิต ศิริเทศ และณพวิทย์ ธรรมสีหา, 2562) แบนดูรา (Bandura, 1997) เชื่อว่าการรับรู้สมรรถนะแห่งตนสามารถเสริมสร้างได้จากแหล่งสนับสนุนข้อมูล 4 แหล่ง ได้แก่ 1) การส่งเสริมสถานะด้านร่างกายและอารมณ์ให้มีความพร้อมในการปฏิเสธการดื่มแอลกอฮอล์ 2) การใช้คำพูดชักจูงเพื่อให้บุคคลเชื่อว่าตนเองสามารถจะประสบความสำเร็จในการปฏิเสธการดื่มแอลกอฮอล์ได้ 3) การเรียนรู้ประสบการณ์ที่ประสบความสำเร็จด้วยตนเองในการปฏิเสธการดื่มแอลกอฮอล์ และ 4) การได้เห็นตัวแบบหรือประสบการณ์จากผู้อื่นในการปฏิเสธ การดื่มแอลกอฮอล์ จากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับการเสริมสร้างสมรรถนะแห่งตนในการปฏิเสธการดื่มแอลกอฮอล์ในช่วงปี พ.ศ. 2550-2559 พบว่า มีผู้พัฒนาโปรแกรมและทดลองใช้กับผู้มีปัญหาพฤติกรรมกรรมการดื่มแอลกอฮอล์หลายการศึกษา ดังเช่นการศึกษาประสิทธิผลของการใช้โปรแกรมการเสริมสร้างสมรรถนะแห่งตนสำหรับการปฏิเสธการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของผู้ที่มีการดื่มแบบอันตราย รพ. ส่งเสริมสุขภาพ ตำบลบ้านปงดำ จังหวัดเชียงใหม่ ของปิ่นแก้ว ประทุมทา (2559) โดยกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ที่มีการดื่มแบบอันตราย จำนวน 12 ราย ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างทุกรายมีพฤติกรรมกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ลดลงหลังได้รับโปรแกรมเช่นกัน สำหรับการศึกษาในโรงพยาบาลจิตเวช ได้แก่ การศึกษาของชนัญญา เวชชะ, สุรชาติ สิทธิปกรณ์ และลัดดา แสนสีหา (2559) ที่ศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนต่อการรับรู้สมรรถนะแห่งตนเพื่อปฏิเสธการดื่มสุราและภาวะติดสุราในผู้ชายที่มีภาวะติดสุราที่รับการรักษาตัวในรพ.จิตเวช ผลการศึกษาพบว่า หลังเข้าร่วมโปรแกรมกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยภาวะติดสุรต่ำกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value}<0.001$) และมีคะแนนเฉลี่ยภาวะติดสุรต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value}<0.01$) ผลการศึกษาดังกล่าวแสดงให้เห็นว่า โปรแกรมส่งเสริมสมรรถนะแห่ง

ตนสามารถเพิ่มการรับรู้สมรรถนะแห่งตนเพื่อปฏิเสธการดื่มสุรา และลดภาวะติดสุราในผู้ชายที่มีภาวะติดสุราได้

ดังนั้นผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษาผลของโปรแกรมเสริมสร้างสมรรถนะแห่งตนในการปฏิเสธการดื่มต่อพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ของผู้ป่วยที่มีความผิดปกติจากการดื่มแอลกอฮอล์ ที่รับการรักษาแบบผู้ป่วยในรพ.สวนปรุง โดยพัฒนารูปแบบการบำบัดเป็นรายบุคคล และเป็นการศึกษาเปรียบเทียบแบบ 2 กลุ่ม เพื่อหารูปแบบการดูแลที่ได้ผลมากที่สุดภายใต้กรอบแนวคิดการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของแบนดูรา (Bandura, 1997) เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยที่มีความผิดปกติจากการดื่มแอลกอฮอล์ สามารถลดพฤติกรรมการดื่ม คงพฤติกรรม การหยุดดื่มไว้อย่างต่อเนื่อง และลดอัตราการกลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาล

วัตถุประสงค์การวิจัย

วัตถุประสงค์ทั่วไป

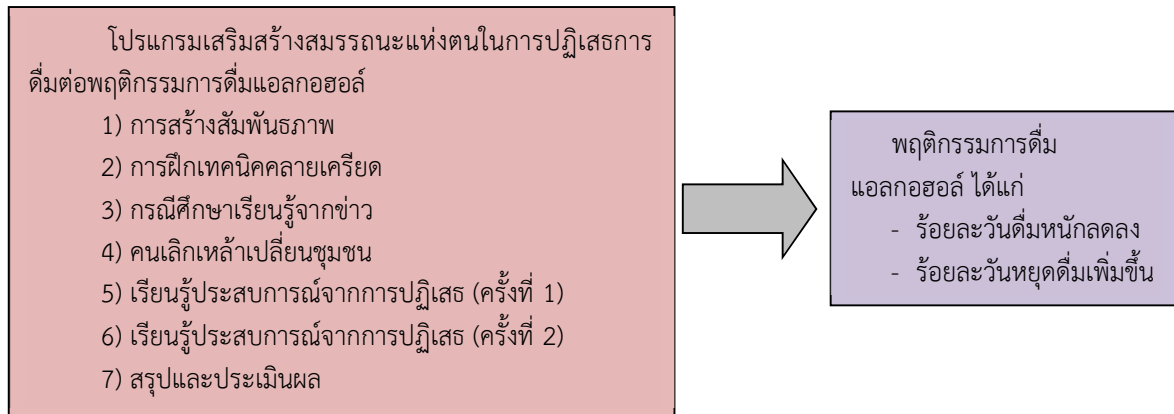
เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมเสริมสร้างสมรรถนะแห่งตนในการปฏิเสธการดื่มต่อพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ของผู้ป่วยที่มีความผิดปกติจากการดื่มแอลกอฮอล์ โรงพยาบาลสวนปรุง

วัตถุประสงค์เฉพาะ

1. เพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ของผู้ป่วยที่มีความผิดปกติจากการดื่มแอลกอฮอล์ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมเสริมสร้างสมรรถนะแห่งตนในการปฏิเสธการดื่ม
2. เพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ของผู้ป่วยที่มีความผิดปกติจากการดื่มแอลกอฮอล์ภายหลังสิ้นสุดการได้รับโปรแกรมเสริมสร้างสมรรถนะแห่งตนในการปฏิเสธการดื่มระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมเสริมสร้างสมรรถนะแห่งตนในการปฏิเสธการดื่มกับกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ

กรอบแนวคิดการวิจัย

การกลับไปดื่ม และกลับมารักษาซ้ำของผู้ป่วยที่มีความผิดปกติจากการดื่มแอลกอฮอล์ เกิดจากการไม่สามารถคงไว้ซึ่งพฤติกรรมการหยุดดื่ม โปรแกรมเสริมสร้างสมรรถนะแห่งตนในการปฏิเสธการดื่มต่อพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์เป็นโปรแกรมที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นตามกรอบแนวคิดการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของแบนดูรา (Bandura, 1997) ที่เชื่อว่าการรับรู้สมรรถนะแห่งตนเป็นปัจจัยสำคัญในการปฏิบัติพฤติกรรมของบุคคลที่สามารถเสริมสร้างได้จาก 4 แหล่งข้อมูล ประกอบด้วย 1) การส่งเสริมสภาพด้านร่างกายและอารมณ์ให้มีความพร้อมในการปฏิเสธการดื่มแอลกอฮอล์ 2) การใช้คำพูดชักจูงเพื่อให้บุคคลเชื่อว่าตนเองสามารถจะประสบความสำเร็จในการปฏิเสธการดื่มแอลกอฮอล์ได้ 3) การเรียนรู้ประสบการณ์ที่ประสบความสำเร็จด้วยตนเองในการปฏิเสธการดื่มแอลกอฮอล์ และ 4) การได้เห็นตัวแบบหรือประสบการณ์จากผู้อื่นในการปฏิเสธการดื่มแอลกอฮอล์ กำหนดให้มีการบำบัดรายบุคคลทุกวัน วันละครั้งๆ ละ 60-90 นาที จำนวน 7 วัน เว้นวันหยุดราชการ กิจกรรมหลักมีดังนี้ 1) การสร้างสัมพันธภาพ 2) การฝึกเทคนิคคลายเครียด 3) กรณีศึกษาเรียนรู้จากข่าว 4) คนเลิกเหล้าเปลี่ยนชุมชน 5) เรียนรู้ประสบการณ์จากการปฏิเสธ (ครั้งที่ 1) 6) เรียนรู้ประสบการณ์จากการปฏิเสธ (ครั้งที่ 2) และ 7) สรุปและประเมินผล ซึ่งผลจากการดำเนินกิจกรรมดังกล่าวจะช่วยให้ผู้ป่วยที่มีความผิดปกติจากการดื่มแอลกอฮอล์ สามารถลดพฤติกรรมการดื่ม คงพฤติกรรมการหยุดดื่ม และลดอัตราการกลับมารักษาซ้ำโดยสามารถเขียนเป็นกรอบแนวคิดได้ดังนี้



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

ระเบียบวิธีวิจัย

การศึกษานี้เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง (Quasi-Experimental Research) แบบสองกลุ่มวัดก่อนและหลังการทดลอง (Two-Group, Pretest-Posttest Design) เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมเสริมสร้างสมรรถนะแห่งตนในการปฏิเสธการดื่มต่อพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ของผู้ป่วยที่มีความผิดปกติจากการดื่มแอลกอฮอล์โรงพยาบาลสวนปรุง โดยรวบรวมข้อมูลตั้งแต่ เดือนตุลาคม ถึงเดือนธันวาคม 2563

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร ได้แก่ ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ว่าเป็นผู้ป่วยที่มีความผิดปกติจากการดื่มแอลกอฮอล์ ตามเกณฑ์การวินิจฉัยโรคทางจิตเวชของสมาคมแพทยอเมริกัน (Diagnosis and Statistical of Manual Mental Disorder Fifth Edition [DSM-5], 2013) (American Psychiatric Association, 2013) และเข้ารับการรักษแบบผู้ป่วยใน โรงพยาบาลสวนปรุง

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ว่า เป็นโรคติดแอลกอฮอล์ตามเกณฑ์การวินิจฉัยโรคทางจิตเวชของสมาคมแพทยอเมริกัน (Diagnosis and Statistical of Manual Mental Disorder Fifth Edition [DSM-5], 2013) (American Psychiatric Association, 2013) และเข้ารับการรักษแบบผู้ป่วยใน โรงพยาบาลสวนปรุง จำนวน 30 ราย มีเกณฑ์การคัดเข้า (Inclusion Criteria) ดังต่อไปนี้

1. ไม่มีอาการถอนพิษแอลกอฮอล์หรือมีอาการถอนพิษระดับเล็กน้อย ประเมินจากแบบประเมินภาวะถอนพิษแอลกอฮอล์ (Clinical Institute Withdrawal Assessment for Alcohol-Revised Version: CIWA-Ar) มีคะแนน CIWA-Ar < 8 คะแนน

2. มีอายุระหว่าง 20-55 ปี สามารถอ่าน เขียน และสื่อสารด้วยภาษาไทยได้

3. มีค่าคะแนนจากแบบประเมินพุทธิปัญญา (Montreal Cognitive Assessment: MoCA) มากกว่าหรือเท่ากับ 17 คะแนนขึ้นไป

4. มีความสมัครใจในการร่วมการวิจัย

เกณฑ์การคัดออก (Exclusion Criteria) ได้แก่

1. ผู้ป่วยที่มีความผิดปกติจากการดื่มแอลกอฮอล์ที่มีโรคร่วมทางจิตเวช หรือ มีโรคร่วมทางกายที่อยู่ในระยะแพร่กระจายเชื้อ เช่น ผู้ป่วยที่มีความผิดปกติจากการดื่มแอลกอฮอล์ที่มีโรคซึมเศร้าร่วม เป็นต้น

2. ผู้ป่วยที่มีความผิดปกติจากการดื่มแอลกอฮอล์ที่เข้าร่วมโครงการวิจัยอื่นๆ แล้ว

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย แบ่งออกเป็น 2 ส่วน ได้แก่

1. เครื่องมือที่ใช้ในการคัดกรองและรวบรวมข้อมูล ได้แก่ 1) แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลเป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมมีจำนวน 8 ข้อ 2) แบบประเมินภาวะถอนพิษแอลกอฮอล์ (Clinical Institute Withdrawal Assessment for Alcohol-Revised Version: CIWA-Ar) ของ ซอนเดอร์ส (Saunders 2004 อ้างใน พันธุ์ภา กิตติรัตน์ไพบูลย์ และคณะ, 2549) เพื่อประเมินอาการ ถอนพิษแอลกอฮอล์ มีข้อคำถามจำนวน 10 ข้อ 3) แบบประเมินพุทธิปัญญา (Montreal Cognitive Assessment (MoCA)) ฉบับภาษาไทยของ (โสพลินี เหมรุ่งโรจน์, 2556) ประกอบด้วยการประเมินทักษะ 8 ด้าน คือ ทักษะด้านมิติสัมพันธ์ ความตั้งใจ สมาธิ การบริหารจัดการ ความจำ ความคิดเชิงนามธรรม การคิดคำนวณ และการรับรู้สภาวะรอบตัวมีข้อคำถามจำนวน 11 ข้อ และ 4) ปฏิทินบันทึกการดื่มแอลกอฮอล์ (Timeline Follow Back (TLFB)) ที่พัฒนาโดย (Linda C. Sobell & Mark B. Sobell, 2000) แปลเป็นภาษาไทยโดย (สุนทรี ศรีโกสย, 2557) เพื่อใช้รวบรวมข้อมูลการดื่มแอลกอฮอล์ ได้แก่ ปริมาณการดื่ม และจำนวนวันของการดื่มแอลกอฮอล์ โดยคิดเป็นจำนวนดื่มมาตรฐาน (1 ดื่มมาตรฐาน = alcohol 10 กรัม หรือเหล้า 1 กัง หรือเบียร์ 1 กระป๋อง หรือไวน์ 1 แก้ว) โดยให้ผู้ป่วยบันทึกเหตุการณ์การดื่ม และปริมาณการดื่มแอลกอฮอล์ ย้อนหลังไปในจำนวนวันที่ต้องการประเมิน เช่น 14 วัน 30 วัน โดยการประเมินวันดื่มหนักจะใช้เกณฑ์ขององค์การอนามัยโลก คือ เพศชายดื่ม ≥ 5 ดื่มมาตรฐาน เพศหญิงดื่ม ≥ 4 ดื่มมาตรฐาน

2. โปรแกรมเสริมสร้างสมรรถนะแห่งตนในการปฏิเสธการดื่มต่อพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ หมายถึง แผนกิจกรรมในการเพิ่มความเชื่อมั่นในความสามารถของผู้ป่วยที่มีความผิดปกติจากการดื่มแอลกอฮอล์ในการปฏิเสธการดื่ม ที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นตามกรอบแนวคิดการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของแบนดูรา (Bandura, 1997) กำหนดให้มีการบำบัดรายบุคคลทุกวัน เว้นวันหยุดราชการ วันละครั้งๆ ละ 60-90 นาที จำนวน 7 ครั้ง รวม 1 สัปดาห์ กิจกรรมหลัก มีดังนี้ 1) การสร้างสัมพันธภาพ 2) การฝึกเทคนิคคลายเครียด 3) กรณีศึกษาเรียนรู้จากข่าว 4) คนเลิกเหล้าเปลี่ยนชุมชน 5) เรียนรู้ประสบการณ์จากการปฏิเสธ (ครั้งที่ 1) 6) เรียนรู้ประสบการณ์จากการปฏิเสธ (ครั้งที่ 2) และ 7) สรุปและประเมินผล

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

การตรวจหาความตรงของเนื้อหา (Content Validity)

1. แบบประเมินภาวะถอนพิษแอลกอฮอล์ (CIWA-Ar) ของ ซอนเดอร์ส (Saunders 2004 อ้างใน พันธุ์ภา กิตติรัตน์ไพบูลย์ และคณะ, 2549) ฉบับภาษาไทยเป็นแบบประเมินที่กรมสุขภาพจิตได้นำมาใช้ในการประเมินอาการถอนพิษแอลกอฮอล์ มีความเชื่อมั่นสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) เท่ากับ 0.76 และมีค่าความสัมพันธ์ระหว่างแบบประเมินภาษาไทยกับแบบประเมิน CIWA -Ar อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 (อภิชาติ ดำรงไชย, กิตติพงษ์ สานิวรรณกุล, สุรเชษฐ์ ผ่องธัญญา และกนิษฐพจน์ เจริญภักดี, 2546) ผู้วิจัยไม่ได้ดัดแปลงเนื้อหาของแบบประเมิน ดังนั้น จึงไม่นำไปหาความตรงตามเนื้อหาซ้ำ

2. แบบประเมินพุทธิปัญญา (MoCA) ของ (Nasreddine, 2004) ที่พัฒนาเป็นภาษาไทย โดยโสพลินี เหมรุ่งโรจน์ (2550) มีความไวในการแยกผู้ป่วยที่มีความบกพร่องด้านการรู้คิด (Mild Cognitive Impairment) และภาวะสมองเสื่อม (Dementia) ได้ร้อยละ 90 และมีความจำเพาะในการแยกคนปกติได้ ร้อยละ 87 ซึ่ง นาสริสติน และคณะ (Nasreddine et al., 2005) ได้นำไปประเมินผู้สูงอายุที่มีความบกพร่องด้านการรู้คิด พบว่าจุดตัดของคะแนนเท่ากับ 26 มีความไวร้อยละ 90 และมีค่าสัมประสิทธิ์

แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) เท่ากับ 0.83 ผู้วิจัยไม่ได้ดัดแปลงเนื้อหาของแบบประเมิน ดังนั้นจึงไม่นำไปหาความตรงตามเนื้อหาซ้ำ

3. ปฏิทินบันทึกการดื่มแอลกอฮอล์ (TLFB) ที่พัฒนาโดย Linda C. Sobell & Mark B. Sobell (2000) แปลเป็นภาษาไทยโดย (สุนทรี ศรีโกไสย, 2557) โดยขออนุญาตแปลเครื่องมือจากเจ้าของต้นฉบับ และดำเนินการตามขั้นตอนการแปลเครื่องมือข้ามวัฒนธรรมเพื่อใช้รวบรวมข้อมูลการดื่มแอลกอฮอล์ในช่วง 4 สัปดาห์ก่อนการรวบรวมข้อมูลในแต่ละครั้ง การดื่มหนักใช้เกณฑ์ขององค์การอนามัยโลกคือเพศชายดื่ม ≥ 5 ดื่มมาตรฐาน เพศหญิงดื่ม ≥ 4 ดื่มมาตรฐานมาตรฐาน (1 ดื่มมาตรฐาน = alcohol 10 กรัม หรือเหล้า 1 กัง หรือเบียร์ 1 กระป๋อง หรือไวน์ 1 แก้ว) TLFB ผ่านการทดสอบความเที่ยงโดยวิธีประเมินความเท่าเทียมกัน (Equivalence) ด้วยวิธีหาค่า Inter-Rater Reliability โดยการนำข้อมูลร้อยละของจำนวนวันดื่มหนัก และร้อยละของจำนวนวันหยุดดื่มภายใน 4 สัปดาห์ของผู้ป่วยกลุ่มตัวอย่างจำนวน 4 คนที่ได้จากการประเมินของหัวหน้าทีมวิจัยและข้อมูลที่ได้จากผู้ช่วยนักวิจัยที่ทำหน้าที่รวบรวมข้อมูลจำนวน 6 คนพบว่า ข้อมูลจากการวัดครั้งที่ 1 และครั้งที่ 2 มีค่าเท่ากัน ผู้วิจัยไม่ได้ดัดแปลงเนื้อหาของแบบประเมิน ดังนั้นจึงไม่นำไปหาความตรงตามเนื้อหาซ้ำ

4. โปรแกรมเสริมสร้างสมรรถนะแห่งตนในการปฏิเสธการดื่มต่อพฤติกรรมกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ เป็นโปรแกรมที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นและนำไปตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน ประกอบด้วยจิตแพทย์ 1 ท่าน อาจารย์พยาบาล 1 ท่าน นักจิตวิทยา 1 ท่าน และพยาบาลวิชาชีพที่ให้การดูแลผู้ป่วยที่มีความผิดปกติจากการดื่มแอลกอฮอล์ 2 ท่าน จากนั้นนำมาปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะ ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาได้ค่าความตรงตามเนื้อหา (Index of Item-Objective Congruence: IOC) เท่ากับ 0.93 และนำไปทดลองใช้จริงกับผู้ป่วยที่มีความผิดปกติจากการดื่มแอลกอฮอล์จำนวน 2 ราย เพื่อทดสอบความเป็นไปได้ของภาษาที่ใช้และความเข้าใจในเนื้อหา

การตรวจหาค่าความเชื่อมั่น

1. แบบประเมินภาวะถอนพิษแอลกอฮอล์ (CIWA-Ar) ผู้วิจัยนำไปตรวจสอบความเชื่อมั่นโดยทดลองใช้กับผู้ป่วยที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 10 ราย แล้วนำมาคำนวณค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.86

2. ปฏิทินบันทึกการดื่มแอลกอฮอล์ผู้วิจัยนำไปตรวจสอบความเชื่อมั่นโดยทดลองใช้กับผู้ป่วยที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 10 ราย จากนั้นนำมาคำนวณหาความเชื่อมั่นโดยวิธี Test Retest แล้วนำมาหาค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.86

การเก็บรวบรวมข้อมูล

การดำเนินการในกลุ่มทดลอง

1. เมื่อพ้นจากระยะถอนพิษแอลกอฮอล์ผู้ป่วยจะได้รับการประเมินพุทธิปัญญา และเข้ากลุ่มบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจโดยพยาบาล และทีมสหวิชาชีพ

2. ผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่างเพื่อชี้แจงการเข้าโปรแกรมเสริมสร้างสมรรถนะแห่งตนในการปฏิเสธการดื่มต่อพฤติกรรมกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ นัดหมาย วัน เวลา สถานที่ ในการดำเนินกิจกรรม โดยเป็นการบำบัดรายบุคคลทุกวัน เว้นวันหยุดราชการ วันละครั้ง ๆ ละ 60-90 นาที จำนวน 7 ครั้ง รวม 1 สัปดาห์ กิจกรรมหลัก ได้แก่ 1) การสร้างสัมพันธภาพ 2) การฝึกเทคนิคคลายเครียด 3) กรณีศึกษาเรียนรู้จากข่าว 4) คนเลิกเหล้าเปลี่ยนชุมชน 5) เรียนรู้ประสบการณ์จากการปฏิเสธ (ครั้งที่ 1) 6) เรียนรู้ประสบการณ์จากการปฏิเสธ (ครั้งที่ 2) และ 7) สรุปและประเมินผล

3. ผู้วิจัยดำเนินการกิจกรรมตามโปรแกรมที่ผ่านการตรวจตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ และผ่านการทดลองใช้จริงกับผู้ป่วยที่มีความผิดปกติจากการดื่มแอลกอฮอล์

4. สอนกลุ่มตัวอย่างบันทึกพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์โดยใช้ปฏิทินบันทึกการดื่มแอลกอฮอล์ (TLFB)

5. กลุ่มทดลองบันทึกพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์โดยใช้ปฏิทินบันทึกการดื่มแอลกอฮอล์ (TLFB) หลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล 1 เดือน

การดำเนินการในกลุ่มควบคุม

1. เมื่อพ้นจากระยะถอนพิษแอลกอฮอล์ผู้ป่วยจะได้รับการประเมินพุทธิปัญญา และเข้ากลุ่มบำบัด เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจโดยพยาบาล และทีมสหวิชาชีพซึ่งเป็นรูปแบบการดูแลตามปกติของหอผู้ป่วย ได้แก่ การบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ ดำเนินกิจกรรมในวันราชการทุกวัน รวม 5 วันๆ ละ 1 ครั้งๆ ละ 60-90 นาที เป็นระยะเวลา 1 สัปดาห์

2. สอนกลุ่มตัวอย่างบันทึกพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์โดยใช้ปฏิทินบันทึกการดื่มแอลกอฮอล์ (TLFB)

3. กลุ่มควบคุมบันทึกพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์โดยใช้ปฏิทินบันทึกการดื่มแอลกอฮอล์ (TLFB) หลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล 1 เดือน

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้นำวิเคราะห์โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูปทางสถิติ (SPSS Version 20) ดังนี้

1. ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง ใช้สถิติเชิงพรรณนาในการวิเคราะห์ โดยหาค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และเปรียบเทียบความแตกต่างของข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมโดยใช้สถิติ Chi-Square Test และ Independent T-Test

2. เปรียบเทียบคะแนนพฤติกรรมการดื่มก่อนการทดลองและหลังการทดลองของกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้สถิติ Wilcoxon Sign-Ranks Test

3. เปรียบเทียบคะแนนพฤติกรรมการดื่มระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยใช้สถิติ Mann-Whitney U Test

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยในครั้งนี้ ผู้วิจัยส่งโครงการวิจัยเพื่อขอรับการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน โรงพยาบาลสวนปรุง และได้รับการอนุมัติให้ดำเนินการได้ภายใต้ขอบข่ายโครงการวิจัย (หนังสือรับรองเลขที่ 17/2563 เลขที่โครงการวิจัย SPH.IRB 008/2563 SCs_ful) ผู้ช่วยวิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่างที่จะศึกษา แนะนำตัว อธิบายวัตถุประสงค์ของการวิจัย ประโยชน์ที่จะได้รับ เปิดโอกาสให้ซักถามถึงข้อสงสัย และสอบถามความสนใจในการเข้าร่วมโครงการ หากกลุ่มตัวอย่างยินดีเข้าร่วมโครงการ ผู้ช่วยวิจัยขอความยินยอมไว้เป็นลายลักษณ์อักษร และในระหว่างดำเนินการวิจัย กลุ่มตัวอย่างสามารถยกเลิกการให้ข้อมูล หรือถอนตัวจากการวิจัยได้ โดยไม่เกิดผลกระทบใด ๆ ต่อการรักษาที่พึงจะได้รับ และข้อมูลทั้งหมดของกลุ่มตัวอย่าง จะเก็บไว้เป็นความลับ การนำเสนอ ผลของการวิจัยในที่ประชุมหรือวารสารวิชาการจะไม่มีภาระบุชื่อของกลุ่มตัวอย่าง โดยจะสรุปนำเสนอผลการวิจัยเป็นภาพรวม และใช้ประโยชน์ตามวัตถุประสงค์ของการวิจัยเท่านั้น

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้มีจำนวน 30 ราย แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 15 ราย เมื่อเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมในระยะก่อนการทดลอง พบว่า ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} > 0.05$) โดยพบว่า กลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มเป็นเพศชายทั้งหมดร้อยละ 100 อายุเฉลี่ยของทั้งสองกลุ่มใกล้เคียงกัน กลุ่มทดลองมีอายุเฉลี่ย 40.87 ปี ($SD=6.91$) และกลุ่มควบคุมมีอายุเฉลี่ย 40 ปี ($SD=9.00$) ทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมนับถือศาสนาพุทธ ร้อยละ 100 ส่วนใหญ่มีสถานภาพโสด ร้อยละ 46.67 และ 53.33 ตามลำดับ ประกอบอาชีพเกษตรกร/รับจ้างทั่วไป ร้อยละ 73.33 และ 66.66 ตามลำดับ กลุ่มทดลองส่วนใหญ่มีระดับการศึกษา ปวช./ปวส. ร้อยละ 40 กลุ่มควบคุมส่วนใหญ่มีระดับการศึกษา ประถมศึกษา/มัธยมศึกษา ร้อยละ 33.33 กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่มีจำนวนครั้งของการ เข้ารับการรักษา มากกว่า 1 ครั้ง คิดเป็นร้อยละ 73.33 และระยะเวลาที่ดื่มแอลกอฮอล์ส่วนใหญ่ 20 ปี ขึ้นไป ร้อยละ 60 และ 53.33 ตามลำดับ

2. ข้อมูลพื้นฐานของคะแนนพฤติกรรมการดื่ม

กลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมเสริมสร้างสมรรถนะแห่งตนในการปฏิเสธการดื่ม ในระยะก่อนการทดลอง พบว่า มีค่าเฉลี่ยร้อยละของจำนวนวันดื่มหนัก เท่ากับ 68.22 ($SD=26.15$) และมีค่าเฉลี่ยร้อยละของจำนวนวันหยุดดื่ม เท่ากับ 14 ($SD=16.24$) และระยะหลังการทดลองมีค่าเฉลี่ยร้อยละของจำนวนวันดื่มหนัก เท่ากับ 19.56 ($SD=18.47$) และมีค่าเฉลี่ยร้อยละของจำนวนวันหยุดดื่ม เท่ากับ 43.11 ($SD=38.96$) ส่วนในกลุ่มควบคุมที่ได้รับการดูแลตามปกติ ในระยะก่อนการทดลอง พบว่า มีค่าเฉลี่ยร้อยละของจำนวนวันดื่มหนักเท่ากับ 66.22 ($SD=27.83$) และมีค่าเฉลี่ยร้อยละของจำนวนวันหยุดดื่ม เท่ากับ 4.67 ($SD=7.22$) และระยะหลังการทดลองมีค่าเฉลี่ยร้อยละของจำนวนวันดื่มหนักเท่ากับ 66 ($SD=22.01$) และมีค่าเฉลี่ยร้อยละของจำนวนวันหยุดดื่ม เท่ากับ 7.56 ($SD=12.44$) ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ข้อมูลพื้นฐานของคะแนนพฤติกรรมการดื่มของกลุ่มทดลอง ($n=15$) และกลุ่มควบคุม ($n=15$)

คะแนนพฤติกรรมการดื่ม	ก่อนการทดลอง		หลังการทดลอง	
	$\bar{X}$	(SD)	$\bar{X}$	(SD)
กลุ่มทดลอง				
ร้อยละจำนวนวันดื่มหนัก	68.22	26.15	19.56	18.47
ร้อยละจำนวนวันหยุดดื่ม	14.00	16.24	43.11	38.96
กลุ่มควบคุม				
ร้อยละจำนวนวันดื่มหนัก	66.22	27.83	66.00	22.01
ร้อยละจำนวนวันหยุดดื่ม	4.67	7.22	7.56	12.44

3. เปรียบเทียบคะแนนพฤติกรรมการดื่มก่อนการทดลองและหลังการทดลองของกลุ่มทดลอง

ก่อนการเปรียบเทียบคะแนนพฤติกรรมการดื่มของกลุ่มทดลองในระยะก่อนการทดลองและหลังการทดลอง ผู้วิจัยได้ทำการทดสอบการแจกแจงของข้อมูล พบว่า ข้อมูลมีการแจกแจงแบบไม่ปกติ จึงใช้สถิติ Wilcoxon Sign-Ranks Test ในการทดสอบ ผลที่ได้จากการทดสอบ พบว่า ค่าเฉลี่ยร้อยละของจำนวนวันดื่มหนักก่อนการทดลองและหลังการทดลองมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.05$) และค่าเฉลี่ยร้อยละของจำนวนวันหยุดดื่มก่อนการทดลองและหลังการทดลองมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ ทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.05$) ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการดื่มก่อนและหลังการทดลองของกลุ่มทดลอง (n=15)

กลุ่มทดลอง	Pre-Post	N	Mean Rank	Z	p-value
ร้อยละของจำนวนวันดื่มหนัก	ลดลง	15	8.00	-3.410 ^a	0.001*
ร้อยละของจำนวนวันหยุดดื่ม	ลดลง	2	4.25	-2.587 ^b	0.01*
	เพิ่มขึ้น	11	7.50		
	คงที่	2			

a. Based on positive ranks, b= Based on negative ranks

* แตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

4. เปรียบเทียบคะแนนพฤติกรรมการดื่มระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ก่อนการเปรียบเทียบคะแนนพฤติกรรมการดื่มระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ผู้วิจัยได้ทำการทดสอบการแจกแจงของข้อมูล พบว่า ข้อมูลมีการแจกแจงแบบไม่ปกติ จึงใช้สถิติ Mann-Whitney U Test ในการทดสอบ จากการทดสอบ พบว่า ในระยะก่อนการทดลอง กลุ่มตัวอย่างในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม มีค่าเฉลี่ยร้อยละของจำนวนวันดื่มหนักไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} > 0.05$) ในระยะหลังการทดลอง กลุ่มตัวอย่างในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีค่าเฉลี่ยร้อยละของจำนวนวันดื่มหนักแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.001$) ในระยะก่อนการทดลอง กลุ่มตัวอย่างในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีค่าเฉลี่ยร้อยละของจำนวนวันหยุดดื่มไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} > 0.05$) ในระยะหลังการทดลอง กลุ่มตัวอย่างในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีค่าเฉลี่ยร้อยละของจำนวนวันหยุดดื่มแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.05$) ดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมการดื่มระหว่างกลุ่มทดลอง (n=15) และกลุ่มควบคุม (n=15) ในระยะก่อนการทดลองและหลังการทดลอง โดยใช้สถิติ Mann-Whitney U Test

	กลุ่มตัวอย่าง	N	Mean Rank	Z	p-value
ร้อยละของจำนวนวันดื่มหนัก	ก่อนการทดลอง				
	กลุ่มทดลอง	15	15.90	-0.252	0.801
	กลุ่มควบคุม	15	15.10		
	หลังการทดลอง				
	กลุ่มทดลอง	15	8.73	-4.224	<0.001*
	กลุ่มควบคุม	15	22.27		
ร้อยละของจำนวนวันหยุดดื่ม	ก่อนการทดลอง				
	กลุ่มทดลอง	15	18.13	-1.731	0.083
	กลุ่มควบคุม	15	12.87		
	หลังการทดลอง				
	กลุ่มทดลอง	15	20.07	-2.918	0.004*
	กลุ่มควบคุม	15	10.93		

* แตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

อภิปรายผล

ผลการศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมเสริมสร้างสมรรถนะแห่งตนในการปฏิเสธการดื่มต่อพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ของผู้ป่วยที่มีความผิดปกติจากการดื่มแอลกอฮอล์ โรงพยาบาลสวนปรุงสามารถอภิปรายผลได้ดังนี้

การบำบัดด้วยโปรแกรมเสริมสร้างสมรรถนะแห่งตนในการปฏิเสธการดื่มของผู้ป่วยที่มีความผิดปกติ จากการดื่มแอลกอฮอล์ในการวิจัยครั้งนี้เป็นรูปแบบการบำบัดที่มีแผนกิจกรรมในการเพิ่มความ

เชื่อมั่นในความสามารถของผู้ป่วยในการปฏิเสธการดื่มที่พัฒนาขึ้นตามกรอบแนวคิดการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของ แบนดูรา (Bandura, 1997) โดย กิจกรรมที่ 1 และกิจกรรมที่ 2 ได้แก่ “การสร้างสัมพันธ์” และการฝึกเทคนิคคลายเครียด “ลมหายใจเข้า ลมหายใจออก” เป็นกิจกรรมเสริมสร้างสภาวะด้านร่างกายและอารมณ์ (Physiological and Affective State) ให้มีความพร้อมในการปฏิเสธการดื่มแอลกอฮอล์ โดยด้านร่างกายใช้กิจกรรมการตรวจวัดสัญญาณชีพ การประเมินความเครียดโดยใช้แบบประเมินความเครียดของกรมสุขภาพจิต (SPST-20) เพื่อให้ผู้ป่วยได้สำรวจตัวเองทั้งสภาวะด้านร่างกายและอารมณ์ กิจกรรมครั้งที่ 3 ได้แก่กิจกรรม กรณีศึกษา เรียนรู้จากข่าว “ทุกข์หรือสุขกันแน่” เป็นการให้ข้อมูลเกี่ยวกับปัญหา และผลกระทบที่เกิดจากการดื่มแอลกอฮอล์ โดยให้ผู้ป่วยดูข่าวที่เป็นที่สนใจในสังคม และมีสาเหตุมาจากการดื่มแอลกอฮอล์ ซึ่งกิจกรรมการเรียนรู้จากข่าวทำให้ผู้ป่วยได้เรียนรู้เรื่องผลกระทบที่รุนแรงที่เกิดจากการดื่มแอลกอฮอล์ กิจกรรมครั้งที่ 4 ได้แก่ กิจกรรม “คนเลิกเหล้าเปลี่ยนชุมชน” เป็นกิจกรรมที่ให้ผู้ผู้ป่วยได้ดูตัวแบบผ่านสื่อวีดิทัศน์ที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับตนเอง จึงทำให้ผู้ป่วยมีความตั้งใจและให้ความสนใจ มีการจดจำ เกิดการเปรียบเทียบและเลียนแบบที่ดีของตัวแบบ กิจกรรมครั้งที่ 5 และ 6 ได้แก่ การเรียนรู้ประสบการณ์จากการปฏิเสธ เป็นกิจกรรมส่งเสริมการเรียนรู้ประสบการณ์ที่ประสบความสำเร็จด้วยตนเองซึ่งเป็นการเพิ่มความมั่นใจ เกิดแรงจูงใจและเกิดความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเองในการคงพฤติกรรมการหยุดดื่มได้อย่างต่อเนื่อง สอดคล้องกับการศึกษาของ (ศรีไพร โปธา, 2550) ที่ศึกษาผลของโปรแกรมเสริมสร้างสมรรถนะแห่งตนในการปฏิเสธการดื่มต่อพฤติกรรม การดื่มแอลกอฮอล์ของผู้ที่เป็นโรคติดสุรา โรงพยาบาลบ้านธิ จังหวัดลำพูน ที่พบว่าคะแนนพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ของกลุ่มตัวอย่างที่ได้รับโปรแกรมเสริมสร้างสมรรถนะแห่งตนในการปฏิเสธการดื่มภายหลังสิ้นสุดโปรแกรม 2 สัปดาห์ต่ำกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 เช่นเดียวกับการศึกษาของ (อิสริ สิงห์สถิต, 2555) ที่ศึกษาประสิทธิผลของการใช้โปรแกรมเสริมสร้างสมรรถนะแห่งตน ในการปฏิเสธการดื่มของผู้ที่เป็นโรคติดสุราที่แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลสวนปรุง ผลการศึกษาพบว่าหลังสิ้นสุดโปรแกรมและหลังสิ้นสุดโปรแกรม 2 สัปดาห์ ผู้ที่เป็นโรคติดสุราสามารถเลิกดื่มสุราได้ร้อยละ 42.85 และมีพฤติกรรมการดื่มสุราลดลงร้อยละ 57.14 สอดคล้องกับการศึกษาของ (สุพรรณ ไชยวรรณ, 2551) ที่ศึกษาผลของโปรแกรมเสริมสร้างสมรรถนะแห่งตนในการปฏิเสธการดื่มต่อพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ของผู้ที่ดื่มแบบมีปัญหามีการรับบริการใน โรงพยาบาลแม่สรวย จังหวัดเชียงราย ผลการศึกษาพบว่าคะแนนพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ของกลุ่มตัวอย่างต่ำกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม และภายหลังสิ้นสุดโปรแกรม 4 สัปดาห์อย่าง มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ดังนั้นจะเห็นได้ว่าโปรแกรมเสริมสร้างสมรรถนะแห่งตนในการปฏิเสธการดื่มของผู้ป่วยที่มีความผิดปกติจากการดื่มแอลกอฮอล์ในการวิจัยครั้งนี้สามารถช่วยให้ผู้ป่วยปฏิเสธการดื่มแอลกอฮอล์ได้

นอกจากนี้ ในระบบบริการปกติของโรงพยาบาลสวนปรุง ผู้ป่วยที่มีความผิดปกติจากการดื่มแอลกอฮอล์หลังพ้นระยะถอนพิษจะได้รับการบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ (Motivational Enhancement Therapy) โดยพยาบาล และทีมสหวิชาชีพ ผลการดำเนินการพบว่า การบำบัดในระบบบริการปกติสามารถช่วยให้ผู้ป่วยลดพฤติกรรมการดื่มลงได้ สอดคล้องกับผลการศึกษาของ (แววดาว วงศ์สุรประกิจ และพิมพากรณ์ แก้วมา, 2562) ที่ศึกษาการบำบัดการเสริมสร้างแรงจูงใจในการลดการดื่มต่อการรับรู้ความสามารถของตนเอง และพฤติกรรมการดื่มของผู้ที่เป็นโรคติดแอลกอฮอล์ชาย โรงพยาบาล สวนปรุง พบว่า ผู้ที่เป็นโรคติดแอลกอฮอล์ชายที่ได้รับการบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจในการลดการดื่มแบบกลุ่ม มีการรับรู้ในความสามารถของตนเองเพิ่มขึ้นไม่แตกต่างกับกลุ่มควบคุมซึ่งเป็นการบำบัดรายบุคคล ($p\text{-value} > 0.05$) ค่าเฉลี่ยร้อยละจำนวนวันหยุดดื่มเพิ่มขึ้นไม่แตกต่างอย่างมีนัยสำคัญ

ทางสถิติ ($p\text{-value} > 0.05$) ค่าเฉลี่ยร้อยละจำนวนวันดื่มหนักลดลงไม่แตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} > 0.05$) แรงจูงใจในการเลิกดื่มไม่แตกต่างกันจากกลุ่มควบคุม ($p\text{-value} > 0.05$) สอดคล้องกับการศึกษาของ (นวนานา สมเพชร และจารุณี รัชมีสุวิวัฒน์, 2561) ที่ศึกษาผลของการบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจของพฤติกรรมการดื่มในผู้ติดสุราหญิง ผลการศึกษาพบว่าผู้ติดสุราหญิงมีค่าเฉลี่ยวันดื่มหนักต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 และมีค่าเฉลี่ยวัยหยุดดื่มสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 แสดงให้เห็นว่าการบำบัดในระบบบริการปกติสามารถช่วยให้ผู้ป่วยโรคติดสุราลดพฤติกรรมการดื่มได้ อย่างไรก็ตามเมื่อเปรียบเทียบการบำบัดด้วยโปรแกรมเสริมสร้างสมรรถนะแห่งตนในการปฏิเสธการดื่มต่อพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์กับระบบบริการตามปกติพบว่าผู้ป่วยที่ได้รับโปรแกรมเสริมสร้างสมรรถนะแห่งตนในการปฏิเสธการดื่ม มีค่าเฉลี่ยร้อยละของจำนวนวันดื่มหนักต่ำกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลตามระบบบริการปกติ โดยกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยร้อยละของจำนวนวันดื่มหนักก่อนการทดลองเท่ากับ 68.22 หลังการทดลองเท่ากับ 19.56 ในขณะที่กลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติมีค่าเฉลี่ยร้อยละของจำนวนวันดื่มหนักก่อนและหลังการทดลองใกล้เคียงกัน โดยพบว่าการทดลองกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติมีค่าเฉลี่ยร้อยละของจำนวนวันดื่มหนักเท่ากับ 66.22 หลังการทดลองเท่ากับ 66 เช่นเดียวกับค่าเฉลี่ยร้อยละของจำนวนวันหยุดดื่มของผู้ป่วยได้รับโปรแกรม สูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลตามระบบบริการปกติ โดยกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยร้อยละของจำนวนวันหยุดดื่มก่อนการทดลองเท่ากับ 14 หลังการทดลองเท่ากับ 43.11 ในขณะที่กลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติมีค่าเฉลี่ยร้อยละของจำนวนวันหยุดดื่มก่อนการทดลองเท่ากับ 4.67 หลังการทดลองเท่ากับ 7.56

สรุปผล

การกลับไปดื่มและกลับมารักษาซ้ำของผู้ป่วยที่มีความผิดปกติจากการดื่มแอลกอฮอล์ เกิดจากการไม่สามารถคงไว้ซึ่งพฤติกรรมการหยุดดื่ม โปรแกรมเสริมสร้างสมรรถนะแห่งตนในการปฏิเสธการดื่มเป็นโปรแกรมการบำบัดที่มีแผนกิจกรรมในการเพิ่มความเชื่อมั่นในความสามารถของผู้ป่วยในการปฏิเสธการดื่มแอลกอฮอล์ที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นตามกรอบแนวคิดการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของแบนดูรา (Bandura, 1997) ที่เชื่อว่าการรับรู้สมรรถนะแห่งตนเป็นปัจจัยสำคัญในการปฏิบัติพฤติกรรมของบุคคลที่สามารถเสริมสร้างได้จาก 4 แหล่งข้อมูล ประกอบด้วย 1) การส่งเสริมสภาวะด้านร่างกายและอารมณ์ให้มีความพร้อมในการปฏิเสธการดื่มแอลกอฮอล์ 2) การใช้คำพูดชักจูงเพื่อให้บุคคลเชื่อว่าตนเองสามารถจะประสบความสำเร็จในการปฏิเสธการดื่มแอลกอฮอล์ได้ 3) การเรียนรู้ประสบการณ์ที่ประสบความสำเร็จด้วยตนเองในการปฏิเสธการดื่มแอลกอฮอล์ และ 4) การได้เห็นตัวแบบหรือประสบการณ์จากผู้อื่นในการปฏิเสธการดื่มแอลกอฮอล์ ผลจากการบำบัดพบว่าผู้ป่วยที่มีความผิดปกติจากการดื่มแอลกอฮอล์ที่ได้รับโปรแกรมมีค่าเฉลี่ยร้อยละของจำนวนวันดื่มหนักลดลง และมีค่าเฉลี่ยร้อยละของจำนวนวันหยุดดื่มเพิ่มขึ้นหลังได้รับโปรแกรมและเมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติพบว่า ผู้ป่วยที่ได้รับโปรแกรม มีค่าเฉลี่ยร้อยละของจำนวนวันดื่มหนักต่ำกว่า และมีค่าเฉลี่ยร้อยละของจำนวนวันหยุดดื่มสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ ดังนั้นพยาบาลสามารถนำโปรแกรมเสริมสร้างสมรรถนะแห่งตนในการปฏิเสธการดื่มไปใช้เพื่อลดพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์และลดอัตราการมารักษาซ้ำในโรงพยาบาลได้

การนำผลการวิจัยไปใช้

1. โปรแกรมเสริมสร้างสมรรถนะแห่งตนในการปฏิเสธการดื่ม สามารถนำไปใช้ร่วมกับการบำบัดวิธีอื่นๆที่อยู่ในงานประจำได้เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยสามารถลด ละ เลิก พฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์

2. สามารถนำมาจัดรูปแบบบริการสุขภาพเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษาติดตามผลของโปรแกรมเสริมสร้างสมรรถนะแห่งตนในการปฏิเสธการดื่มแอลกอฮอล์ต่อพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ในระยะยาว เช่น 3 เดือน 6 เดือน 1 ปี เพื่อเป็นการประเมินประสิทธิผลและความคงอยู่ของโปรแกรม
2. ควรมีการศึกษาการใช้โปรแกรมเสริมสร้างสมรรถนะแห่งตนในการปฏิเสธการดื่มต่อพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ในผู้ป่วยโรคติดแอลกอฮอล์ที่มีโรคร่วมทางจิตเวช

เอกสารอ้างอิง

- ชนัญญา เวชชะ, สุรชาติ สิทธิปกรณ์, และลัดดา แสนสีหา. (2559). ผลของโปรแกรมส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนต่อการรับรู้สมรรถนะแห่งตนเพื่อปฏิเสธการดื่มสุราและภาวะติดสุราในผู้ขายที่มีภาวะติดสุรา. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต การพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย. มหาวิทยาลัยมหาสารคาม.
- นวนนาฏ สมเพชร และจารุณี รัศมีสุวิวัฒน์. (2561). ผลของการบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจต่อพฤติกรรมการดื่มสุราในผู้ติดสุราหญิง. เชียงใหม่: โรงพยาบาลสวนปรุง.
- ปิ่นแก้ว ประทุมทา. (2551). ประสิทธิภาพของการใช้โปรแกรมการเสริมสร้างสมรรถนะแห่งตนสำหรับการปฏิเสธการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของผู้ที่มีการดื่มแบบอันตราย โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านปางดำ จังหวัดเชียงใหม่. การค้นคว้าแบบอิสระปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช บัณฑิตวิทยาลัย. มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- พันธุ์ภา กิตติรัตน์ไพบูลย์ และ หทัยชนนี บุญเจริญ. (2549). การประเมินความเสี่ยงและ ความรุนแรงของภาวะถอนพิษสุรา ใน พันธุ์ภา กิตติรัตน์ไพบูลย์ และหทัย ชนนี บุญเจริญ. แนวเวชปฏิบัติการให้บริการผู้มีปัญหาสุขภาพจิตจากแอลกอฮอล์ในโรงพยาบาลจิตเวช. เชียงใหม่: ไอแอมเอเกไนเซอร์แอนด์ แอดเวอร์ไทซิง.
- ภาสิต ศิริเทศ และณพวิทย์ ธรรมสีหา. (2562). ทฤษฎีการรับรู้ความสามารถของตนเองกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ. วารสารพยาบาลทหารบก, 20(2), 58-65.
- โรงพยาบาลสวนปรุง. (2563). ฐานข้อมูลผู้มีปัญหาจากการดื่มแอลกอฮอล์ที่เข้ารับบริการในปีงบประมาณ 2561-2563. เชียงใหม่: ระบบสารสนเทศเพื่อการจัดการและการบริหารโรงพยาบาลสวนปรุง.
- แหวดดาว วงศ์สุรประกิจ และพิมพาภรณ์ แก้วมา. (2561). การบำบัดการเสริมสร้างแรงจูงใจในการลดการดื่มต่อการรับรู้ความสามารถของตนเอง และพฤติกรรมการดื่มของผู้ที่เป็นโรคติดแอลกอฮอล์ชาย โรงพยาบาลสวนปรุง. เชียงใหม่: โรงพยาบาลสวนปรุง.
- ศรีไพร โพธา. (2550). ผลของโปรแกรมเสริมสร้างสมรรถนะแห่งตนในการปฏิเสธการดื่มต่อพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ของผู้ที่เป็นโรคติดสุราในโรงพยาบาลบ้านธิ จังหวัดลำพูน. การค้นคว้าแบบอิสระปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช บัณฑิตวิทยาลัย. มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- สาวตรี อึ้งนางค์กรชัย และสุวรรณา อรุณพงศ์ไพศาล. (2557). ปัญหาและความผิดปกติจากการดื่มสุรา: ความสำคัญและการดูแลรักษาในประเทศไทย. สงขลา: คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.

- สาวตรี อึ้งฉางค์กรชัย. (2562). *ข้อเท็จจริงและตัวเลขเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในประเทศไทย*. กรุงเทพฯ: สหมิตรพัฒนาการพิมพ์.
- สำนักงานสถิติแห่งชาติ. (2560). *การสำรวจพฤติกรรมการสูบบุหรี่และการดื่มสุราของประชากร พ.ศ. 2560*. กรุงเทพฯ: สำนักงานสถิติแห่งชาติ.สำนักนายกรัฐมนตรี.
- สุนทร ศรีโกไสย. (2557). *แบบวัด time-line Follow -back: ฉบับภาษาไทย*. เชียงใหม่.
- สุพรรณ ไชยวรรณะ. (2551). *ผลของโปรแกรมเสริมสร้างสมรรถนะแห่งตนในการปฏิเสธการดื่มต่อพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ของผู้ที่ดื่มแบบมีปัญหา ที่มารับบริการในโรงพยาบาลแม่สรวย จังหวัดเชียงราย*. การค้นคว้าแบบอิสระปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช บัณฑิตวิทยาลัย. มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- โสฬสินี เหมรุ่งโรจน์. (2556). *แบบประเมินพุทธิปัญญา Montreal Cognitive Assessment (MoCA) ฉบับภาษาไทย*. สืบค้นจาก http://www.mocatest.org/pdf_files/instructions/MoCAInstructions-Thai.pdf.
- อภิชาติ ดำรงไชย, กิตติพงษ์ สานิวรรณกุล, สุรเชษฐ์ ผ่องธัญญา, และกนิษฐพจน์ เจริญภักดี. (2546). *การพัฒนาแบบประเมินอาการถอนแอลกอฮอล์. ในการประชุมวิชาการนานาชาติ ครั้งที่ 2. สุขภาพจิตกับยาเสพติด*. (น.80). กรุงเทพฯ.
- อิสริย์ สิงห์สถิตย์. (2555). *ประสิทธิผลของการใช้โปรแกรมเสริมสร้างสมรรถนะแห่งตนในการปฏิเสธการดื่มของผู้ที่เป็นโรคติดสุราโรงพยาบาลสวนปรุง จังหวัดเชียงใหม่*. การค้นคว้าแบบอิสระปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช บัณฑิตวิทยาลัย. มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.). <https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425596>
- Bandura. (1997). *Self-efficacy. The Exercise of Control*. New York: W.H.Freeman.
- Nasreddine, Z. (2004). *The Montreal Cognitive Assessment is a brief cognitive screening tool for Mild Cognitive Impairment Intened for Health Professionals only*. Retrieved from <http://www.mocatest.org>
- Nasreddine, Z. S., et al. (2005). The Montreal Cognitive Assessment, MoCA: A brief screening tool for mild cognitive impairment. *Journal of the American Geriatrics Society*, 53(4), 695–699.
- Saunders, J. B. (2004). National alcohol policy in Australia. *The first national conference: Alcohol consumption and related problem in Thailand*, Bangkok.
- Sobell, L. C. & Sobell, M. B. (2000). *Alcohol Timeline Follow back (TLFB)*. In American Psychiatric Association (Ed.), *Handbook of Psychiatric Measures* (pp. 477-479). Washington, DC: American Psychiatric Association.

ผลการตรวจสุขภาพของนักศึกษาวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี เชียงใหม่:
การวิเคราะห์ภาวะสุขภาพ

Health Examination among Nursing Students

in Boromarajonani College of Nursing, Chiang Mai: Health Status Analysis

รัตนารณ์ ไชยแก่น¹, กรณัฐ มาตี¹, ศุทธิณี วัฒนกุล^{1*}

Rattanaporn Chaikan¹, Koranut Matee¹ and Suttini Wattanakul^{1*}

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี เชียงใหม่¹

Boromarajonani College of Nursing, Chiang Mai¹

(Received: March 06, 2021; Revised: March 16, 2021; Accepted: April 07, 2021)

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงพรรณานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลการตรวจสุขภาพของนักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิตชั้นปีที่ 1 ถึงชั้นปีที่ 4 ใช้ข้อมูลทุติยภูมิจากผลการตรวจสุขภาพปีการศึกษา 2561 โดยศึกษา ค่าดัชนีมวลกาย (Body Mass Index: BMI) เส้นรอบเอว ค่าไขมันในเลือดชนิด Cholesterol, High-Density Lipoprotein (HDL), Low-Density Lipoprotein (LDL) และ Triglyceride ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง คือ นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี เชียงใหม่ ชั้นปีที่ 1 ถึงชั้นปีที่ 4 จำนวน 547 คน ใช้สถิติเชิงวิเคราะห์หาค่าเฉลี่ย ร้อยละและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ผลการวิจัยพบว่าค่าเฉลี่ยโดยรวมของค่าดัชนีมวลกาย รอบเอว ค่าไขมันในเลือดชนิด Cholesterol, HDL และ Triglyceride ของนักศึกษาทุกชั้นปีอยู่ในเกณฑ์ปกติ แต่เมื่อพิจารณารายชั้นปีพบว่านักศึกษาทั้ง 4 ชั้นปี มีค่าดัชนีมวลกาย รอบเอว ค่าไขมันในเลือดชนิด Cholesterol และ Triglyceride อยู่ในเกณฑ์สูงกว่าปกติ มากกว่าชั้นปีอื่นๆ นอกจากนี้ยังพบว่า ค่าไขมันในเลือดชนิด LDL ของนักศึกษาทุกชั้นปีอยู่ในระดับสูงกว่าปกติ ($\bar{X} = 112.9-115.9 \text{ mg/dl}$) จากการวิเคราะห์ผลการตรวจร่างกายและทางห้องปฏิบัติการนี้ ทำให้คาดการณ์ได้ว่ามีโอกาสที่นักศึกษาจะเป็นกลุ่มเสี่ยงในการเกิดโรคไม่ติดต่อเรื้อรังได้ ดังนั้นการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพ การออกกำลังกายและการรับประทานอาหารที่เหมาะสมในสถานศึกษา รวมทั้งการติดตามผลการตรวจสุขภาพประจำปีจะเป็นการป้องกันการเกิดโรคไม่ติดต่อเรื้อรังของนักศึกษาพยาบาลในอนาคตได้

คำสำคัญ: ภาวะสุขภาพ, ดัชนีมวลกาย, รอบเอว, ไขมันในเลือด, นักศึกษาพยาบาล

*ผู้ให้การติดต่อ ศุทธิณี วัฒนกุล e-mail: suttini@bcnc.ac.th

Abstract

The objective of this descriptive study was to examine the results from an annual health checkup among all nursing students at Boromarajonani College of Nursing, Chiang Mai in the 2018 academic year. Data were obtained from an annual health checkup from Sansai Hospital. Six health variables were included in this analysis: Body Mass Index (BMI), waist circumference, Cholesterol, High-Density Lipoprotein (HDL), Low-Density

Lipoprotein (LDL), and Triglyceride. Participants were 547 nursing students who completed an annual health check-up in 2018. Data were analyzed using descriptive statistics including frequency, percentage, mean, and standard deviation. The results showed that the average scores of the group as a whole were found to be normal for BMI, waist circumference, Cholesterol levels, HDL levels, and Triglyceride levels. However, when examine by year, it was found that fourth year students had a higher BMI, waist circumference, Cholesterol levels and Triglyceride levels than any other classes. This study also found that the LDL levels of students in every classes was higher than normal ($\bar{x} = 112.9-115.9 \text{ mg/dl}$). From this analysis, it could be possible that nursing students appear to be at risk of developing Noncommunicable Diseases (NCDs). It is important to promote healthy behaviors, exercise, and proper diet in a nursing college and also to follow up of the annual health examination will help to prevent the risk of NCDs among nursing students in the future.

Keywords: Health Status, Body Mass Index, Waist Size, Dyslipidemia, Nursing Students

บทนำ

โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง เช่น โรคเบาหวาน โรคหลอดเลือดสมองและหัวใจ รวมถึงโรคอ้วนลงพุง เป็นสาเหตุหนึ่งที่ทำให้เกิดการเสียชีวิตของประชากรก่อนวัยอันควร องค์การอนามัยโลก ได้รายงานจำนวนสถิติผู้เสียชีวิตในปี 2552 พบว่ามีผู้เสียชีวิตด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังมากถึง 66% และคาดว่าในปี 2573 จะมีผู้เสียชีวิตด้วยโรคนี้เพิ่มขึ้นเป็น 23 ล้านคน (สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ, 2555) สำหรับประเทศไทย พบว่าประชากรไทยส่วนใหญ่เสียชีวิตด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังมากขึ้นเรื่อยๆ จากผลการสำรวจของกระทรวงสาธารณสุข ปี 2561 มีผู้เสียชีวิตด้วยโรคหัวใจล้มเหลวสูงสุดเป็นอันดับ 2 ของโลก (กระทรวงสาธารณสุข, 2561) และจากการจัดอันดับประเทศที่มีประชากรน้ำหนักตัวเกินมาตรฐาน เปรียบเทียบกันระหว่างประเทศในภูมิภาคอาเซียน โดยองค์การอนามัยโลกประจำปี 2559 พบว่าคนไทยมีน้ำหนักเกินมาตรฐานหรืออ้วนมากถึง ร้อยละ 32.2 ซึ่งนับเป็นอันดับ 2 ของอาเซียน หากคำนวณจากประชากรทั้งประเทศประมาณ 60 ล้านคน ประเทศไทยมีคนอ้วนถึง 19 ล้านคน หรือ คิดเป็น 1 ใน 3 ของประชากรทั้งหมด (แดน สุวรรณรุจิ, 2561) นอกจากนี้ยังพบว่า ความชุกของโรคเบาหวานในประชากรไทย อายุตั้งแต่ 15 ปีขึ้นไปมีจำนวนเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 6.9 ในปี 2547 เป็นร้อยละ 8.8 ในปีพ.ศ. 2557 (วิชัย เอกพลากร, 2560) ซึ่งโรคไม่ติดต่อเรื้อรังดังกล่าวเกิดจากการดำเนินชีวิตและมีพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่ถูกต้อง ประกอบกับสังคมไทยเป็นสังคมที่ต้องดิ้นรนต่อสู้และมีการแข่งขันสูงเนื่องจากมีค่าใช้จ่ายเพื่อการอุปโภคบริโภค การใช้ชีวิตประจำวันของคนในสังคมจึงเปลี่ยนไป ส่งผลให้คนรุ่นใหม่ต้องประสบกับปัญหาด้านสุขภาพที่ก่อให้เกิดโรคติดต่อไม่เรื้อรัง ซึ่งจะส่งผลกระทบต่อเศรษฐกิจ สังคม และจิตใจของผู้ป่วยและครอบครัว และหากไม่ได้รับการดูแลรักษาอย่างถูกวิธี อาจส่งผลต่อเนื่องตามระดับความรุนแรงของโรคได้ (คัทลียา วสุธาดา และคณะ, 2561)

จากพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ ได้ให้ความหมายของสภาวะสุขภาพ คือ ภาวะของมนุษย์ที่มีความสมบูรณ์ ทั้งทางกายที่ปราศจากโรคหรือความพิการ มีความสมบูรณ์ทางจิต โดยมีสุขภาพจิตที่ดี

มีความสมบูรณ์ทางปัญญา และความสมบูรณ์ทางสังคม รวมถึงสามารถดำรงชีวิตอยู่ในสังคมได้อย่างมีปกติสุข(พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ, 2550) การตรวจสอบสุขภาพเป็นการคัดกรองเบื้องต้นเพื่อประเมินสถานะความสมบูรณ์ของร่างกายและประเมินความเสี่ยงของการเป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง เป็นการหาสาเหตุและความผิดปกติที่สามารถพบได้เริ่มต้นโดยที่ยังไม่แสดงอาการก่อนที่จะลุกลามไปมากจนแสดงอาการออกมา หากได้รับการแนะนำการดูแลและการรักษาอย่างถูกวิธี จะทำให้ความสมบูรณ์ของร่างกายกลับคืนมาและลดการสูญเสียในด้านต่างๆ ทั้งในครอบครัวและเศรษฐกิจโดยรวม (คัทลียา วสุธาดา และคณะ, 2561)

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนีเชียงใหม่ มีนโยบายให้นักศึกษาได้รับการตรวจสอบสุขภาพประจำปี 1 ครั้ง เป็นการตรวจสอบสุขภาพที่ประกอบด้วยการตรวจร่างกายและการตรวจทางห้องปฏิบัติ เพื่อประเมินภาวะสุขภาพปัจจุบันเบื้องต้น ใช้เป็นข้อมูลในการประเมินความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นในอนาคตและเป็นข้อมูลเบื้องต้นประกอบการดำเนินการกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพให้นักศึกษาพยาบาล นอกจากนี้วิทยาลัยมีการจัดสถานที่ออกกำลังกาย มีบริการร้านค้าและร้านอาหารภายในวิทยาลัยเพื่อเอื้ออำนวยให้นักศึกษามีสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการดำรงชีพในชีวิตประจำวันที่สะดวกมากขึ้น แต่เนื่องจากนักศึกษาพยาบาลเป็นกลุ่มที่ศึกษาวิชาที่เกี่ยวข้องกับการดูแลสุขภาพชีวิตผู้อื่น ลักษณะการเรียนรู้ทั้งภาคทฤษฎีและปฏิบัติอาจทำให้นักศึกษามีพฤติกรรมสุขภาพที่มีผลต่อสุขภาพกายและสุขภาพจิต เช่น การพักผ่อนไม่เพียงพอ พฤติกรรมการออกกำลังกายหรือพฤติกรรมการรับประทานอาหารไม่เหมาะสม รวมทั้งสิ่งแวดล้อมของสถานศึกษา ที่พักอาศัยที่อาจจะไม่เอื้ออำนวยกับการออกกำลังกายของนักศึกษา หรือสิ่งแวดล้อมอาจจะเอื้ออำนวยกับการปฏิบัติตัวด้านสุขภาพ แต่นักศึกษาไม่สามารถบริหารจัดการการเรียนรู้และการดูแลสุขภาพของตนเองได้อย่างสมดุล ก็อาจจะก่อให้เกิดภาวะสุขภาพที่ไม่เหมาะสมได้ ทั้งนี้หากมีการส่งเสริมสุขภาพให้นักศึกษาพยาบาลในวัยนี้ จะเป็นการวางรากฐานพฤติกรรมสุขภาพให้แก่นักศึกษาและจะส่งผลให้นักศึกษามีคุณภาพชีวิตที่ดี สามารถเรียนได้อย่างมีความสุข (มณี อาภาวันทิกุล และคณะ, 2554) คณะผู้วิจัยจึงเห็นถึงความสำคัญที่จะศึกษาผลการตรวจสอบสุขภาพของนักศึกษาวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนีเชียงใหม่ ในปีการศึกษา 2561 เพื่อนำมาประเมินภาวะสุขภาพเบื้องต้นและจะเป็นข้อมูล ในการประเมินความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นในอนาคต อีกทั้งยังสามารถนำเป็นข้อมูลในการพิจารณาดำเนินการจัดกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพที่เหมาะสมแก่นักศึกษาเพื่อให้เป็นบุคลากรสุขภาพที่มีสุขภาพดี และเป็นต้นแบบด้านสุขภาพแก่ประชาชนในอนาคต

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาผลการตรวจสอบสุขภาพร่างกายของนักศึกษาชั้นปีที่ 1-4 และผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการของนักศึกษาชั้นปีที่ 2-4 จากผลการตรวจสอบสุขภาพปีการศึกษา 2561

ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นงานวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive Research) เพื่อเพื่อศึกษาผลการตรวจสอบสุขภาพร่างกายของนักศึกษาชั้นปีที่ 1-4 และผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการของนักศึกษาชั้นปีที่ 2-4 จากผลการตรวจสอบสุขภาพปีการศึกษา 2561 โดยใช้ข้อมูลทุติยภูมิจากโรงพยาบาลสันทราย อำเภอสันทราย จังหวัดเชียงใหม่

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง คือ นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี เชียงใหม่ ปีการศึกษา 2561 ชั้นปีที่ 1 จำนวน 125 คน ชั้นปีที่ 2 จำนวน 152 คน ชั้นปีที่ 3 จำนวน 153 คน ชั้นปีที่ 4 จำนวน 117 คน รวมทั้งสิ้น จำนวน 547 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ข้อมูลทุติยภูมิจากการรายงานผลตรวจสุขภาพของนักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต ประจำปีการศึกษา 2561 จากโรงพยาบาลสันทราย อำเภอสันทราย จังหวัดเชียงใหม่ ประกอบด้วย น้ำหนัก ส่วนสูง ดัชนีมวลกาย ค่าไขมันในเลือดชนิด Cholesterol, HDL, LDL และ Triglyceride

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การศึกษาครั้งนี้ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมวิจัยในมนุษย์ของวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีเชียงใหม่ หมายเลข BCNT 08/2563 ลงวันที่ 28 มกราคม 2563 ซึ่งการวิจัยครั้งนี้ได้รายงานข้อมูลเป็นภาพรวม ไม่ได้เฉพาะเจาะจงเป็นรายบุคคล ไม่เปิดเผยชื่อของประชากรและกลุ่มตัวอย่างและไม่เปิดเผยความลับของข้อมูลประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลสำหรับการวิจัยครั้งนี้ ข้อมูลทั่วไป ข้อมูลสุขภาพ ผลการตรวจร่างกายและผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ ผู้วิจัยวิเคราะห์โดยหาความถี่ และร้อยละ

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างเป็นนักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต ชั้นปีที่ 1- 4 วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี เชียงใหม่ ปีการศึกษา 2561 จำนวน 547 คน แบ่งตามเพศและช่วงอายุ โดยนักศึกษาส่วนใหญ่ ร้อยละ 90.6 เป็นเพศหญิง และร้อยละ 90.8 มีอายุระหว่าง 18-25 ปี ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 แสดงจำนวนและร้อยละแบ่งตามเพศและช่วงอายุของนักศึกษาชั้นปีที่ 1-4 (n = 547)

ชั้นปี	ช่วงอายุ (ปี)									
	18 – 25		26 – 33		34 – 41		42 – 49		รวม จำนวน (ร้อยละ)	
	ชาย	หญิง	ชาย	หญิง	ชาย	หญิง	ชาย	หญิง		
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)		
ปี 1	จำนวน	10 (8)	112 (90)	0	1 (1)	0	2 (1)	0	0	125
ปี 2	จำนวน	11 (7)	136 (90)	2 (1)	3 (2)	0	0	0	0	152
ปี 3	จำนวน	8 (5)	143 (94)	0	2 (1)	0	0	0	0	153
ปี 4	จำนวน	4 (3)	73 (62)	8 (7)	21 (18)	7 (6)	2 (2)	1 (1)	1 (1)	117
รวม	จำนวน	33 (6.0)	464 (84.8)	10 (1.8)	27 (4.9)	7 (1.3)	4 (0.7)	1 (0.2)	1 (0.2)	547 (100)

2. ข้อมูลค่าดัชนีมวลกาย (BMI) ของกลุ่มตัวอย่าง

พบว่า นักศึกษาชั้นปีที่ 2 มีค่า BMI อยู่ในระดับต่ำกว่าปกติ ($< 18.5 \text{ kg/cm}^2$) มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 28 นักศึกษาชั้นปีที่ 1 มีค่า BMI อยู่ในเกณฑ์ปกติ ($18.5 - 22.9 \text{ kg/cm}^2$) มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 61 และนักศึกษาชั้นปีที่ 4 มีค่า BMI สูงกว่าปกติ ($\geq 23 \text{ kg/cm}^2$) มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 32 ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 แสดงค่าดัชนีมวลกาย (BMI) ของนักศึกษาชั้นปีที่ 1- 4 ($n = 547$)

ชั้นปี		BMI		
		ต่ำกว่าปกติ	ปกติ	สูงกว่าปกติ
		$< 18.5 \text{ kg/cm}^2$ จำนวน (ร้อยละ)	$18.5 - 22.9 \text{ kg/cm}^2$ จำนวน (ร้อยละ)	$\geq 23 \text{ kg/cm}^2$ จำนวน (ร้อยละ)
ปี 1	จำนวน	26 (21)	76 (61)	23 (18)
ปี 2	จำนวน	42 (28)	79 (52)	31 (20)
ปี 3	จำนวน	37 (24)	86 (56)	30 (20)
ปี 4	จำนวน	22 (19)	57 (49)	38 (32)

3. ข้อมูลค่าของเส้นรอบเอวของกลุ่มตัวอย่าง

พบว่า นักศึกษาชาย ชั้นปีที่ 1 มีรอบเอวอยู่ในระดับปกติมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 90 และนักศึกษาชาย ชั้นปีที่ 4 มีรอบเอวสูงกว่าปกติมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 35 สำหรับนักศึกษาหญิง พบว่านักศึกษาหญิงทุกชั้นปี มีรอบเอวอยู่ในระดับปกติ อยู่ในสัดส่วนที่ใกล้เคียงกัน คิดเป็นร้อยละระหว่าง 89-91 และนักศึกษาหญิงทุกชั้นปี ยังมีรอบเอวสูงกว่าปกติ อยู่ในสัดส่วนที่ใกล้เคียงกัน คิดเป็นร้อยละระหว่าง 9-11 ดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 แสดงค่าของเส้นรอบเอวของนักศึกษาชั้นปีที่ 1-4 ($n = 547$)

ชั้นปี		รอบเอว			
		ชาย		หญิง	
		ปกติ	สูงกว่าปกติ	ปกติ	สูงกว่าปกติ
		$\leq 90 \text{ cm}$ จำนวน (ร้อยละ)	$> 90 \text{ cm}$ จำนวน (ร้อยละ)	$\leq 80 \text{ cm}$ จำนวน (ร้อยละ)	$> 80 \text{ cm}$ จำนวน (ร้อยละ)
ปี 1	จำนวน	9 (90)	1 (10)	103 (90)	12 (10)
ปี 2	จำนวน	10 (77)	3 (23)	126 (91)	13 (9)
ปี 3	จำนวน	7 (88)	1 (12)	130 (90)	15 (10)
ปี 4	จำนวน	13 (65)	7 (35)	86 (89)	11 (11)

4. ข้อมูลระดับค่าไขมันในเลือดชนิด Cholesterol ของนักศึกษาชั้นปีที่ 2-4

พบว่า นักศึกษาชั้นปีที่ 2- 4 มีระดับไขมันในเลือดชนิด Cholesterol ที่อยู่ในระดับปกติในสัดส่วนที่ใกล้เคียงกัน คิดเป็นร้อยละ 60-63 นักศึกษาชั้นปีที่ 4 มีระดับไขมันในเลือดชนิด Cholesterol อยู่ในระดับมากกว่าปกติมากที่สุด เมื่อเทียบกับชั้นปีอื่น คิดเป็นร้อยละ 33 และนักศึกษาชั้นปีที่ 4 มีระดับไขมันในเลือดชนิด Cholesterol ต่ำกว่าปกติมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 7 ดังแสดงในตารางที่ 4

ตารางที่ 4 แสดงระดับค่าไขมันในเลือดชนิด Cholesterol ของนักศึกษาชั้นปีที่ 2-4 (n = 422)

ชั้นปี		ผลการตรวจ Cholesterol		
		ต่ำกว่าปกติ	ปกติ	สูงกว่าปกติ
		< 150 mg/dL จำนวน (ร้อยละ)	150 - 200 mg/dL จำนวน (ร้อยละ)	>200 mg/dL จำนวน (ร้อยละ)
ปี 2	จำนวน	18 (12)	95 (63)	39 (25)
ปี 3	จำนวน	19 (12)	94 (62)	40 (26)
ปี 4	จำนวน	8 (7)	70 (60)	39 (33)

5. ข้อมูลระดับค่าไขมันในเลือดชนิด High-Density Lipoprotein (HDL) ของนักศึกษาชั้นปีที่ 2-4 พบว่า นักศึกษาชั้นปีที่ 2 มีระดับไขมันในเลือดชนิด HDL อยู่ในระดับต่ำกว่าปกติมากที่สุด จำนวน 16 คน คิดเป็นร้อยละ 11 ค่าระดับไขมันในเลือดชนิด HDL ปกติ จำนวน 136 คน คิดเป็นร้อยละ 89 นักศึกษาชั้นปีที่ 3 มีระดับไขมันในเลือดชนิด HDL อยู่ในระดับต่ำกว่าปกติ จำนวน 11 คน คิดเป็นร้อยละ 7 และมีระดับไขมันในเลือดชนิด HDL อยู่ในระดับปกติ จำนวน 142 คน คิดเป็นร้อยละ 93 และ นักศึกษาชั้นปีที่ 4 มีระดับไขมันในเลือดชนิด HDL อยู่ในระดับต่ำกว่าปกติ จำนวน 9 คน คิดเป็นร้อยละ 8 และระดับไขมันในเลือดชนิด HDL อยู่ในระดับปกติ จำนวน 108 คน คิดเป็นร้อยละ 92 ดังแสดงในตารางที่ 5

ตารางที่ 5 แสดงระดับค่าไขมันในเลือดชนิด High-Density Lipoprotein (HDL) ของนักศึกษาชั้นปีที่ 2-4 (n = 422)

ชั้นปี		HDL	
		ต่ำกว่าปกติ	ปกติ
		< 40 mg/dL จำนวน (ร้อยละ)	≥ 40 mg/dL จำนวน (ร้อยละ)
ปี 2	จำนวน	16 (11)	136 (89)
ปี 3	จำนวน	11 (7)	142 (93)
ปี 4	จำนวน	9 (8)	108 (92)

6. ข้อมูลระดับค่าไขมันในเลือดชนิด Low-Density Lipoprotein (LDL) ของนักศึกษาชั้นปีที่ 2-4 พบว่า ระดับไขมันในเลือดชนิด LDL ของนักศึกษาชั้นปีที่ 2 อยู่ในเกณฑ์ปกติ คิดเป็นร้อยละ 95 ค่าไขมันในเลือดชนิด LDL อยู่ในระดับมากกว่าปกติ คิดเป็นร้อยละ 5 สำหรับนักศึกษาชั้นปีที่ 3 ค่าไขมันในเลือดชนิด LDL อยู่ในระดับปกติ จำนวน 146 คน คิดเป็นร้อยละ 95 ค่าไขมันในเลือดชนิด LDL อยู่ในระดับมากกว่าปกติ จำนวน 7 คน คิดเป็นร้อยละ 5 และนักศึกษาชั้นปีที่ 4 พบค่าไขมันในเลือดชนิด LDL อยู่ในระดับปกติ จำนวน 108 คน คิดเป็นร้อยละ 92 ค่าไขมันในเลือดชนิด LDL อยู่ในระดับมากกว่าปกติ จำนวน 9 คน คิดเป็นร้อยละ 8 ดังแสดงในตารางที่ 6

ตารางที่ 6 แสดงระดับค่า LDL ของนักศึกษาชั้นปีที่ 2-4 (n = 422)

ชั้นปี		LDL	
		ปกติ	สูงกว่าปกติ
		0 - 160 mg/dL จำนวน (ร้อยละ)	> 160 mg/dL จำนวน (ร้อยละ)
ปี 2	จำนวน	145 (95)	7 (5)
ปี 3	จำนวน	146 (95)	7 (5)
ปี 4	จำนวน	108 (92)	9 (8)

7. ข้อมูลระดับค่าไขมันในเลือดชนิด Triglyceride ของนักศึกษาชั้นปีที่ 2-4

พบว่าระดับไขมันในเลือดชนิด Triglyceride ของนักศึกษาชั้นปีที่ 2 อยู่ในระบับน้อยกว่าปกติ จำนวน 3 คน คิดเป็นร้อยละ 2 และอยู่ในระดับปกติ จำนวน 145 คน คิดเป็นร้อยละ 95 และระดับไขมันในเลือดชนิด Triglyceride อยู่ในระดับมากกว่าปกติ จำนวน 4 คน คิดเป็นร้อยละ 3 สำหรับนักศึกษาชั้นปีที่ 3 พบค่าไขมันในเลือดชนิด Triglyceride อยู่ในระดับปกติ จำนวน 147 คน คิดเป็นร้อยละ 96 และค่าไขมันในเลือดชนิด Triglyceride อยู่ในระดับมากกว่าปกติ จำนวน 4 คน คิดเป็นร้อยละ 8 และนักศึกษาชั้นปีที่ 4 พบค่า Triglyceride อยู่ในระดับปกติ จำนวน 107 คน คิดเป็นร้อยละ 91 แต่พบค่าไขมันในเลือดชนิด Triglyceride อยู่ในระบับน้อยกว่าปกติ จำนวน 2 คน คิดเป็นร้อยละ 2 และค่าไขมันในเลือดชนิด Triglyceride อยู่ในระดับมากกว่าปกติ จำนวน 8 คน คิดเป็นร้อยละ 7 ดังแสดงในตารางที่ 7

ตารางที่ 7 แสดงระดับค่า Triglyceride ของนักศึกษาชั้นปีที่ 2-4 (n = 422)

ชั้นปี		ผลการตรวจ Triglyceride		
		ต่ำกว่าปกติ	ปกติ	สูงกว่าปกติ
		< 35 mg/dL	35 - 150 mg/dL	>150 mg/dL
		จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)
ปี 2	จำนวน	3 (2)	145 (95)	4 (3)
ปี 3	จำนวน	0	147 (96)	6 (4)
ปี 4	จำนวน	2 (2)	107 (91)	8 (7)

8. ข้อมูลค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของค่าดัชนีมวลกาย (BMI), เส้นรอบเอว, Cholesterol, HDL, LDL และ Triglyceride ในนักศึกษาพยาบาลศาสตร์ ชั้นปีที่ 1-4

พบว่า ค่าเฉลี่ยของค่าดัชนีมวลกายและรอบเอว ในแต่ละชั้นปีโดยรวมอยู่ในเกณฑ์ปกติ แต่นักศึกษาชั้นปีที่ 4 มีค่าเฉลี่ย BMI สูงกว่านักศึกษาชั้นปีอื่น ($\bar{x}=21.6$) สำหรับรอบเอว พบว่านักศึกษาทุกชั้นปีมีค่าเฉลี่ยรอบเอวที่ปกติ ชาย ($\bar{x}<90$ cm) หญิง ($\bar{x}<80$ cm) สำหรับค่าระดับไขมันในเลือดชนิด Cholesterol, HDL, LDL และ Triglyceride ในแต่ละชั้นปีนั้น โดยรวมอยู่ในเกณฑ์ปกติ พบว่า ในแต่ละชั้นปีจะค่าเฉลี่ยระดับค่า Cholesterol อยู่ระหว่าง 182.4-190.7 mg/dl ระดับค่าเฉลี่ยไขมันในเลือดชนิด HDL ของนักศึกษาทุกชั้นปีอยู่ในระดับปกติ ($\bar{x}>40$ mg/dl) ระดับค่าเฉลี่ย Triglyceride ของนักศึกษาทุกชั้นปีอยู่ในระดับปกติ ($\bar{x}<150$ mg/dl) แต่พบว่าระดับค่าไขมันในเลือดชนิด LDL ของนักศึกษาทุกชั้นปี

อยู่ในระดับสูงกว่าปกติ ($\bar{x} < 100 \text{ mg/dl}$) โดยพบว่านักศึกษาชั้นปีที่ 4 มีระดับไขมันในเลือดชนิด LDL สูงที่สุดเมื่อเทียบกับชั้นปีอื่น ($\bar{x} < 121.9 \text{ cm}$) ดังแสดงในตารางที่ 8

ตารางที่ 8 แสดงค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของค่าดัชนีมวลกาย (BMI) เส้นรอบเอว Cholesterol HDL LDL และ Triglyceride ในนักศึกษาพยาบาลศาสตร์ ชั้นปีที่ 1-4 (n = 547)

ข้อมูลสุขภาพ สุขภาพทั่วไป		ชั้นปี 1			ชั้นปี 2			ชั้นปี 3			ชั้นปี 4		
		ค่าเฉลี่ย	Mean	SD	ค่าเฉลี่ย	Mean	SD	ค่าเฉลี่ย	Mean	SD	ค่าเฉลี่ย	Mean	SD
1. ดัชนีมวลกาย (BMI)													
ปกติ	20.56				20.5			20.19			20.45		
สูงกว่าปกติ	25.46	20.8	2.9		26.6	20.9	3.6	26.6	20.9	3.6	25.8	21.6	3.7
ต่ำกว่าปกติ	17.50				17.6			17.4			17.4		
2. เส้นรอบเอว													
ชาย	ปกติ	72.7			71.3			78.9			80		
	สูงกว่าปกติ	0	72.7	6.5	97.7	77	12.1	106	82	10.2	96.1	86	9.2
หญิง	ปกติ	69.4			68.5			69.0			68.9		
	สูงกว่าปกติ	84.6	71.0	6.6	88.2	70	7.8	87.8	71	7.8	89.8	71	8.7
3. Cholesterol													
ปกติ					174.3			174.8			177.1		
สูงกว่าปกติ					224.1	182.5	32.1	221.2	182.4	30.4	223.8	190.7	30.6
ต่ำกว่าปกติ					135.3			138.4			143.2		
4. HDL													
ปกติ					53.8	51.9	9.5	52.6	51.4	8.6	54.6	53	10.9
ต่ำกว่าปกติ					35.4			36			33.8		
5. LDL													
ปกติ					112.7	115.9	27	112.9	115.8	23.9	54.6	121.9	26.4
สูงกว่าปกติ					116.1		.5	175.9			184		
6. Triglyceride													
ปกติ					71.2			71.6			70.9		
สูงกว่าปกติ					267	75.5	43.4	191.8	76.3	33.9	204	79.3	41.4
ต่ำกว่าปกติ					30.3			0			31		

อภิปรายผล

ผลการตรวจสุขภาพร่างกายของนักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต ชั้นปีที่ 1-4 ปีการศึกษา 2561 พบว่าค่าเฉลี่ยของค่าดัชนีมวลกายของนักศึกษาในแต่ละชั้นปีโดยรวมอยู่ในเกณฑ์ปกติ แต่เมื่อพิจารณาค่าดัชนีมวลกายในระดับชั้นปี พบว่าในนักศึกษาชั้นปีที่ 1 ชั้นปีที่ 2 ชั้นปีที่ 3 และชั้นปีที่ 4 มีค่าดัชนีมวลกายที่มากกว่าปกติ ($BMI \geq 25 \text{ kg/cm}^2$) ร้อยละ 18, ร้อยละ 20, ร้อยละ 20, และร้อยละ 32 ตามลำดับ ซึ่งแปลว่ายังมีนักศึกษากลุ่มนี้อยู่ในภาวะอ้วน/ภาวะโภชนาการเกิน (โรงพยาบาล สันทราย, 2561) หรือ อยู่ในภาวะอ้วนระดับ 1 ตามเกณฑ์สำหรับประชากรเอเชีย (สำนักงานกองทุนสนับสนุนการส่งเสริมสุขภาพ, 2555) ซึ่งการเพิ่มขึ้นของดัชนีมวลกายในวัยรุ่นเป็นปัจจัยพยากรณ์ที่สำคัญของการเป็นเบาหวานเมื่อเป็นผู้ใหญ่ (Ahanchi et al., 2019) องค์การอนามัยโลก ให้นิยามว่า โรคอ้วน และ น้ำหนักตัวเกิน หมายถึง ภาวะที่ร่างกายมีการสะสมไขมันในส่วนต่างๆ ของร่างกายเกินปกติ จนเป็นปัจจัยเสี่ยงหรือเป็นสาเหตุ ของโรคหลอดเลือดหัวใจ โรคหลอดเลือดสมอง โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคไขมันในเลือดสูง โรคนิ่วในถุงน้ำดี เพราะการมีไขมันในเลือดสูง ส่งผลให้น้ำดีจากตับมีไขมันสูงตามไปด้วย ซึ่งไขมันจะตกตะกอนเกิดเป็นนิ่วในถุงน้ำดีได้ง่าย มีปัญหาในการหายใจ มักเป็นโรคนอนหลับแล้วหยุดหายใจ (Sleep Apnea) เป็นปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคเมร็งหลายโรค เช่น เมร็งเต้านม เมร็งเยื่อบุช่องปาก เมร็งลำไส้ใหญ่ เมร็งหลอดอาหาร และเมร็งกระเพาะอาหาร มีปัญหาทางด้านสังคม ทั้งกับตัวผู้ป่วยเอง และครอบครัว และมักเป็นโรคซึมเศร้า (World Health Organization, 2019) ดังนั้นการป้องกันภาวะน้ำหนักตัวเกินในวัยเด็กหรือวัยรุ่นจึงมีความสำคัญและมีความจำเป็นอย่างยิ่งในการป้องกันโรคทางหลอดเลือดในอนาคตเมื่อเป็นผู้ใหญ่ (Cercato & Fonseca, 2019)

ค่าเฉลี่ยของรอบเอวของนักศึกษาในแต่ละชั้นปีโดยรวมอยู่ในเกณฑ์ปกติ ชาย ($< 90 \text{ cm}$) และหญิง ($< 80 \text{ cm}$) แต่เมื่อพิจารณารายชั้นปี ยังมีนักศึกษาที่มีขนาดของรอบเอวที่ผิดปกติ โดย เพศชาย พบร้อยละ 12-35 และเพศหญิง พบประมาณร้อยละ 10-11 ซึ่งแปลว่าอยู่ในภาวะภาวะอ้วนลงพุง โดยจะพบมากในนักศึกษาชั้นปีที่ 4 (โรงพยาบาลสันทราย, 2561) คนที่อ้วนลงพุงจะมีไขมันสะสมในช่องท้องปริมาณมากยิ่งรอบพุงมากเท่าไรไขมันยิ่งสะสมในช่องท้องมากเท่านั้น ไขมันที่สะสมนี้จะแตกตัวเป็นกรดไขมัน นอกจากนี้ไขมันอิสระเมื่อเข้าสู่ตับจะมีผลให้อินซูลินออกฤทธิ์ได้ไม่ดีเกิดเป็นภาวะอ้วนลงพุงซึ่งเป็นเหตุของโรคเรื้อรังต่างๆ เช่น น้ำตาลในเลือดสูง ความดันโลหิตสูง โรคไขมันในเลือดสูง โรคเบาหวาน โรคหลอดเลือดหัวใจ โรคหลอดเลือดสมอง โดยรอบเอวที่เพิ่มขึ้นทุกๆ 5 เซนติเมตรจะเพิ่มโอกาสเสี่ยงเป็นโรคเบาหวาน 3-5 เท่า (दनัย อังควันวิทย์ และกิตติยา สุวรรณสิทธิ์, 2564) ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะอ้วนลงพุง คือ เพศหญิงและพบความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะอ้วนลงพุงเป็น 9.83 เท่า ของเพศชาย และผู้ที่ออกกำลังกายน้อยกว่า 20 นาที มีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะอ้วนลงพุง 4.35 เท่า ของผู้ที่ออกกำลังกายมากกว่า 20 นาที (พลอยณณารินทร์ ราวิจิ, 2559) ดังนั้นการป้องกันภาวะน้ำหนักตัวเกินในวัยเด็กหรือวัยรุ่นที่ใช้เกณฑ์ดัชนีมวลกายและรอบเอว จึงมีความสำคัญและมีความจำเป็นอย่างยิ่งในการป้องกันโรคทางหลอดเลือดในอนาคตเมื่อเป็นผู้ใหญ่

จากผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการของนักศึกษาชั้นปีที่ 2-4 จากผลการตรวจสุขภาพปีการศึกษา 2561 การศึกษาครั้งนี้พบว่า ค่าเฉลี่ยของไขมันในเลือด Cholesterol และ HDL ของนักศึกษา ชั้นปีที่

2-4 ในแต่ละชั้นปีโดยรวมอยู่ในเกณฑ์ปกติ แต่เมื่อพิจารณารายชั้นปี พบว่าในนักศึกษาชั้นปีที่ 2-4 มีค่า Cholesterol และ HDL ที่ผิดปกติ ดังนี้ ค่าระดับ Cholesterol ในนักศึกษาชั้นปีที่ 2, 3 และ 4 อยู่ในระดับมากกว่าปกติ (> 200 mg/dl) ร้อยละ 25, 26 และ 33 ตามลำดับ ค่าระดับไขมันในเลือดชนิด HDL ในนักศึกษาชั้นปีที่ 2, 3 และ 4 อยู่ในระดับน้อยกว่าปกติ (< 40 mg/dl) ร้อยละ 11, 7 และ 8 ตามลำดับ และ ค่าระดับไขมันในเลือดชนิด LDL ในนักศึกษาชั้นปีที่ 2, 3 และ 4 ที่สูงกว่าปกติ (> 160 mg/dl) ร้อยละ 5, 5 และ 8 ตามลำดับ ส่วนค่าระดับไขมันในเลือดชนิด Triglyceride ในนักศึกษาชั้นปีที่ 2, 3 และ 4 ที่สูงกว่าปกติ (> 150 mg/dl) ร้อยละ 3, 4 และ 7 ตามลำดับ ซึ่งระดับไขมันในเลือดที่ผิดปกติ เป็นปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองเนื่องจากไขมันในกระแสโลหิต โดยเฉพาะไขมันในเลือดชนิด LDL, Cholesterol และ Triglyceride ที่สูงกว่าปกติ เป็นสาเหตุที่ทำให้หลอดเลือดที่ไปเลี้ยงหัวใจ และสมองตีบตัน ทำให้มีโอกาสนในการเป็นโรคหัวใจและสมองขาดเลือด เกิดอัมพฤกษ์ อัมพาต และอาจเสียชีวิตได้ (วิไลพร พุทธรังศรี, 2557) และหากมีภาวะคอเลสเตอรอลสูง อย่างต่อเนื่องเป็นเวลานานมักส่งผลให้เกิดความผิดปกติของระบบไหลเวียนเลือด โดยมักจะพบโรคที่เกี่ยวข้องกับหลอดเลือดซึ่งต้องใช้ค่าใช้จ่ายในการดูแลสูงและก่อให้เกิดการตายก่อนวัยอันควร (ธนิดา โอฬาริกชาติ, ปิยะนุช จิตตุนนท์, และ ไหมไทย ศรีแก้ว, 2559)

สรุปผล

การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาเฉพาะกลุ่มตัวอย่างที่เป็นนักศึกษาพยาบาลศาสตรบัณฑิต วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี เชียงใหม่ ชั้นปีที่ 1 ถึงชั้นปีที่ 4 ในปีการศึกษา 2561 โดยการวิเคราะห์ข้อมูลทุติยภูมิจากผลการตรวจสุขภาพของนักศึกษา จากโรงพยาบาลสันทราย อ.สันทราย จ.เชียงใหม่ เพื่อศึกษาผลการตรวจร่างกายของนักศึกษาชั้นปีที่ 1 ถึงชั้นปีที่ 4 และศึกษาผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการของนักศึกษาชั้นปีที่ 2 ถึงชั้นปีที่ 4 ซึ่งผลการศึกษาที่ได้สามารถนำไปใช้ในการประเมินความเสี่ยงของปัญหาสุขภาพนักศึกษาในอนาคต ซึ่งจากผลการศึกษาพบว่าแม้ค่าเฉลี่ยรวมในแต่ละด้านจะอยู่ในเกณฑ์ปกติ แต่เมื่อพิจารณาในเกณฑ์ที่ผิดปกติ มีนักศึกษาบางส่วนที่มีค่าดัชนีมวลกายที่สูงกว่าปกติอยู่ในภาวะอ้วนหรือภาวะโภชนาการเกินและภาวะอ้วนระดับ 1 สอดคล้องกับผลของการวัดรอบเอวที่มีนักศึกษามีค่าเฉลี่ยของรอบเอวที่สูงกว่าปกติทั้งหญิงและชาย เมื่อพิจารณาผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการพบว่า ค่าเฉลี่ยของไขมันในเลือดชนิด LDL และ Triglyceride สูงกว่าปกติอันจะส่งผลให้เกิดความผิดปกติของระบบไหลเวียนเลือดเนื่องจากไขมันในกระแสโลหิตทำให้มีโอกาสนในการเป็นโรคหัวใจและสมองขาดเลือด เกิดอัมพฤกษ์ อัมพาต และอาจเสียชีวิตก่อนวัยอันควร ดังนั้นการป้องกันภาวะน้ำหนักตัวเกินในวัยรุ่นจึงมีความสำคัญและมีความจำเป็นเป็นอย่างยิ่งในการป้องกันโรคทางหลอดเลือดในอนาคตเมื่อเป็นผู้ใหญ่ โดยเฉพาะในนักศึกษาที่มีสภาวะสุขภาพที่อยู่ในกลุ่มเสี่ยงไม่ควรพัฒนาให้ผิดปกติไปมากกว่าเดิมและต้องมีการปรับพฤติกรรมสุขภาพให้กลับสู่สภาวะปกติ และกลุ่มที่ปกติต้องไม่พัฒนาสุขภาพไปเป็นกลุ่มเสี่ยงในอนาคต การเสริมแรงกลุ่มนี้จึงมีความสำคัญเพื่อให้ นักศึกษาภาคภูมิใจในสุขภาพตนเองอันจะเป็นตัวอย่างทางสุขภาพที่ดีแก่ประชาชนต่อไป

การนำผลการวิจัยไปใช้

จากความต้องการให้นักศึกษาพยาบาลเป็นต้นแบบด้านสุขภาพของชุมชนที่มีสภาวะสุขภาพที่พึงประสงค์ การป้องกันภาวะน้ำหนักตัวเกินในวัยรุ่นจึงมีความสำคัญและมีความจำเป็นเป็นอย่างยิ่งในการ

ป้องกันโรคทางหลอดเลือดในอนาคต โดยเฉพาะในนักศึกษาที่มีสภาวะสุขภาพที่อยู่ในกลุ่มเสี่ยงซึ่งต้องมีการปรับพฤติกรรมสุขภาพให้กลับสู่สภาวะปกติ และกลุ่มที่ปกติต้องคงไว้ซึ่งสภาวะ โดยลดโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในอนาคต การเสริมแรงนักศึกษาให้มีความภาคภูมิใจในสุขภาพตนเอง และการที่วิทยาลัยสนับสนุนกิจกรรมอันเป็นการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพการออกกำลังกาย การรับประทาน อาหารที่เหมาะสม จึงเป็นสิ่งที่ควรดำเนินการในสถานศึกษา เพื่อส่งเสริมสภาวะที่ดีของนักศึกษาให้ดียิ่งขึ้นต่อไป

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยต่อไป

1. ควรมีการหาความสัมพันธ์ของผลการตรวจสุขภาพ เช่น ความสัมพันธ์ของรอบเอวกับความดันโลหิต ความสัมพันธ์ของรอบเอวกับดัชนีมวลกาย หรือความสัมพันธ์ของดัชนีมวลกายกับระดับไขมันในเลือด
2. ควรมีการวิเคราะห์ฐานข้อมูลภาวะสุขภาพประจำปี เพื่อเป็นการติดตามภาวะสุขภาพของนักศึกษาในระยะยาวและ ทำให้ทราบภาวะสุขภาพของกลุ่มเสี่ยงที่ต้องได้รับการดูแลเพิ่มเติม
3. ควรหาสาเหตุปัจจัยส่วนบุคคล และพฤติกรรมสุขภาพ ที่สัมพันธ์กับสุขภาพของนักศึกษา

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอพระคุณโรงพยาบาลสันทราษฎร์ ที่สนับสนุนและให้ความร่วมมือในการจัดเก็บข้อมูลเพื่อการศึกษาวิจัยใน ครั้งนี้และขอขอบคุณวิทยาลัย วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี เชียงใหม่ ที่สนับสนุนการวิจัย

เอกสารอ้างอิง

- คัทลียา วสุธาดา และคณะ. (2561). ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้เกี่ยวกับโรคไม่ติดต่อเรื้อรังกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ในการป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรังของประชาชนในเขตอำเภอเมือง จังหวัดจันทบุรี. *วารสารวิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี*, 29(2), 47-59.
- दनัย อังควฒนวิทย์ และกิตติยา สุวรรณสิทธิ์. (2564). *ภาวะอ้วนลงพุง*. คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล. สืบค้นวันที่ 15 มกราคม 2564 จาก https://www.rama.mahidol.ac.th/rama_hospital/th/services/knowledge/06232020-1638.
- แดน สุวรรณะรุจิ. (2561). แนวโน้มโรคอ้วนในประเทศไทย. *วารสารประชากรศาสตร์*, 34(1), 72-91.
- ธนิดา โอฬาริกชาติ, ปิยะนุช จิตตานุนท์, และไหมไทย ศรีแก้ว. (2559). ผลของโปรแกรมส่งเสริมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมต่อพฤติกรรม สุขภาพและระดับไขมันในเลือดของพนักงานโรงแรมที่มีภาวะไขมันในเลือดสูง. *วารสารพยาบาลสงขลานครินทร์*, 36(ฉบับพิเศษ), 99-115.
- พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ. (2550). *สภาวะสุขภาพ*. สืบค้นวันที่ 5 มกราคม 2564 จาก https://www.dms.go.th/backend//Content/Content_File/Information_Center/Attachment/25621124013609AM_17.pdf

- พลอยณณารินทร์ ราวินิจ (2559). ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะอ้วนลงพุงในประชากรตำบลชะแมบ อำเภอวังน้อย จังหวัดพระนครศรีอยุธยา. วิทยานิพนธ์ สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต. มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- มณี อาภาณันท์กุล, พรรณวดี พุฒินะ, และจริยา วิริยะสุกร. (2554). ภาวะสุขภาพและการปฏิบัติตัวด้านสุขภาพของนักศึกษาพยาบาลไทย. *วารสารสภาการพยาบาล*, 26(4), 123-136.
- โรงพยาบาลสันทราย เชียงใหม่. (2561). *แบบบันทึกผลการตรวจสุขภาพ*. สืบค้นวันที่ 15 มกราคม 2564 จาก <http://www.sansaihospital.com>.
- วิชัย เอกพลากร. (2560). สถานการณ์โรคเบาหวานในประเทศไทย. *วารสารเบาหวาน*, 49(1), 7-14.
- วิไลพร พุทธวงศ์. (2557). ปัจจัยเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยความดันโลหิตสูง จังหวัดพะเยา. *วารสารสาธารณสุขศาสตร์*, 44(1), 30-44.
- สำนักงานกองทุนสนับสนุนการส่งเสริมสุขภาพ. (2555). *ภาวะน้ำหนักเกินและโรคอ้วน*. สืบค้นวันที่ 5 มกราคม 2564 จาก <https://www.thaihealth.or.th/Content/20399>.
- Ahanchi, N. S., Ramezankhani, A., Munthali, R. J., Asgari, S., Azizi, F., & Hadaegh, F. (2019). Body mass index trajectories from adolescent to young adult for incident high blood pressure and high plasma glucose. *PloS one*, 14(5), e0213828. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0213828>.
- Cercato, C., & Fonseca, F. A. (2019). *Cardiovascular risk and obesity. Diabetology & metabolic syndrome*, 11, 74. <https://doi.org/10.1186/s13098-019-0468-0>.
- World Health Organization. (2019). *Obesity and overweight*. Retrieved on 15 Jan 2021 from <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/en/>.

ผลของโปรแกรมการจัดการตนเองต่อพฤติกรรมการควบคุมระดับความดันโลหิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง

The Effect of a Self-Management Program on Blood Pressure Control Behavior of Hypertensive Patients

นุสบา สันหละ*
Nussaba Sanlah*

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบางเหริ่ง อำเภอกวนเนียง จังหวัดสงขลา*
Bang Rieng Health Promoting Hospital, Khuan Niang District, Songkhla Province*

(Received: March 11, 2021; Revised: April 05, 2021; Accepted: April 15, 2021)

บทคัดย่อ

การวิจัยกึ่งทดลองนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการจัดการตนเองต่อพฤติกรรมการควบคุมระดับความดันโลหิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง โดยพัฒนาโปรแกรมการจัดการตนเองตามแนวคิดของ (Kanfer and Gaelick-Buys, 1991) กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูง ที่มารับบริการที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบางเหริ่ง อำเภอกวนเนียง จังหวัดสงขลา จำนวน 27 คน โดยใช้วิธีสุ่มกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง เครื่องมือที่ใช้ ได้แก่ โปรแกรมการจัดการตนเอง และแบบสอบถามพฤติกรรมการควบคุมระดับความดันโลหิต ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.741 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนาและสถิติ Wilcoxon Sign Rank Test ผลการวิจัยพบว่า หลังการเข้าร่วมโปรแกรมการจัดการตนเองต่อพฤติกรรมการควบคุมระดับความดันโลหิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบางเหริ่ง อำเภอกวนเนียง จังหวัดสงขลา เป็นระยะเวลา 12 สัปดาห์ กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนพฤติกรรมการควบคุมระดับความดันโลหิต ($\bar{x} = 2.77$, $SD = 0.13$) สูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม ($\bar{x} = 2.51$, $SD = 0.23$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($z = -4.155$, $p\text{-value} < 0.001$) จากผลการศึกษามีข้อเสนอแนะว่า ควรนำโปรแกรมการจัดการตนเองไปใช้ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดูแลตนเองในการควบคุมระดับความดันโลหิตในพื้นที่อื่น ๆ เพื่อลดความรุนแรงจากโรคความดันโลหิตสูงและคงไว้ซึ่งภาวะสุขภาพที่ดีของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง

คำสำคัญ: โปรแกรมการจัดการตนเอง, พฤติกรรมการควบคุมระดับความดันโลหิตสูง, ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง

*ผู้ให้การติดต่อ นุสบา สันหละ e-mail: inut-16@hotmail.com

Abstract

The objective of this quasi-experimental study was to examine the effect of a self-management program on blood pressure control behaviors among hypertensive patients. The self-management program proposed by the concept of (Kanfer and Gaelick-Buys, 1991). 27 participants were recruited by purposive sampling. Participants were diagnosed as hypertensive at Bang Rieng Health Promotion Hospital, Khuan Niang

District, Songkhla Province. The research instruments were a self-management program and the behavioral questionnaire for controlling blood pressure. The reliability of this questionnaire was 0.741. Data were analyzed using descriptive statistics and the Wilcoxon Sign Rank Test. The results showed that at 12-weeks after program completion, participants had significantly higher scores of hypertension-controlling behaviors ($\bar{x} = 2.77$ $SD = 0.13$) before enrolling in the program ($\bar{x} = 2.51$, $SD = 0.23$) ($z = -4.155$, $p\text{-value} < 0.001$). Our results suggested that a self-management program can be used to promote hypertensive-controlling behaviors in other areas in order to reduce the burden of hypertension and to maintain good health among hypertensive patients.

Keywords: Self-Management Program, Hypertension-Controlling Behaviors, Hypertensive Patients

บทนำ

โรคความดันโลหิตสูง เป็นหนึ่งในสาเหตุสำคัญที่ทำให้ประชากรทั่วโลกตายก่อนวัยอันควร และเป็นปัญหาที่กำลังมีความรุนแรงมากขึ้น ทั้งในประเทศที่พัฒนาแล้ว และประเทศเศรษฐกิจเกิดใหม่ ซึ่งภาวะความดันโลหิตสูงจะไม่มีสัญญาณเตือนหรืออาการแสดงให้เห็น จึงมักจะถูกเรียกว่าเป็น “ฆาตกรเงียบ” (Silent killer) (ธาริณี พังจุนันท์ และนิตยา พันธุเวทย์, 2558) ผู้ป่วยจำนวนมากที่เป็นโรคนี้อาจไม่รู้ตัว มาก่อนว่ามีภาวะความดันโลหิตสูง หากไม่ได้รับการดูแลรักษาจะทำให้เพิ่มความเสี่ยงของกล้ามเนื้อหัวใจตายเพิ่มขึ้นเป็นสองเท่า และความเสี่ยงของโรคหลอดเลือดสมองเพิ่มขึ้นเป็นสี่เท่า (Phangjunan & Phanthawet, 2015) องค์การอนามัยโลก (World Health Organization, 2015) พบว่า โรคความดันโลหิตสูงเป็นสาเหตุการตายทั่วโลกสูงถึง 7.5 ล้านคน หรือร้อยละ 12.8 ของสาเหตุการตายทั้งหมด ทั้งยังมีผลสูญเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาโรค 57 ล้านปีหรือคิดเป็นร้อยละ 3.7 สาเหตุของโรคความดันโลหิตสูงส่วนใหญ่มาจากปัจจัยการดำเนินชีวิตที่เปลี่ยนไป เช่น การมีกิจกรรมทางกายน้อยลง การบริโภคอาหารที่มีส่วนประกอบของเกลือ และไขมันสูง การบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ และการสูบบุหรี่ ซึ่งนำมาสู่ภาวะโรคที่เพิ่มขึ้น (Medical Research Network of the Consortium of Thai Medical Schools, 2014)

สำหรับประเทศไทย ข้อมูลจากสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข พบว่า อัตราการป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูงต่อประชากรแสนคนในรอบ 5 ปีที่ผ่านมา (พ.ศ. 2556-2560) เพิ่มขึ้นจาก 12,342.14 (จำนวน 3,936,171 คน) เป็น 14,926.47 (จำนวน 5,597,671 คน) (กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2559) และจากข้อมูลศูนย์เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข อัตราการป่วยรายใหม่ของโรคความดันโลหิตสูงต่อประชากรแสนคนในรอบ 3 ปีที่ผ่านมา (พ.ศ. 2558-2560) เพิ่มขึ้นจาก 916.89 (จำนวน 540,013 คน) เป็น 1,353.01 (จำนวน 813,485 คน) (สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค, 2561) และสำหรับจังหวัดสงขลา พบอัตราป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูงต่อประชากรแสนคนในปีพ.ศ.2555-2557 เพิ่มขึ้นจาก 1,311 เพิ่มเป็น 1,394 และ 1,423 ตามลำดับ ในส่วนของโรงพยาบาลควนเนียง อัตราป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง มีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นในปี พ.ศ.2559-2561 เพิ่มขึ้นจาก 1,580 เพิ่มเป็น 1,784 และ 1,818

ตามลำดับ เช่นเดียวกันกับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบางเหริ่ง อำเภอกวนเนียง จังหวัดสงขลา อัตราผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงก็มีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นในปี 2558-2560 เพิ่มขึ้นจาก 129 เพิ่มเป็น 178 และ 215 ตามลำดับ (ระบบคลังข้อมูลโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง จังหวัดสงขลา, 2561) ซึ่งสอดคล้องกับข้อมูลระดับประเทศ จังหวัดสงขลา และอำเภอกวนเนียง ทั้งนี้สาเหตุสำคัญของการเกิดโรคดังกล่าว เนื่องจากประชาชนยังไม่เห็นความสำคัญของโรค พฤติกรรมการบริโภคอาหารที่ไม่เหมาะสม เน้นอาหารหวาน มัน เค็ม ขาดการออกกำลังกาย การดื่มแอลกอฮอล์ การสูบบุหรี่ การเผชิญกับภาวะเครียดในการใช้ชีวิตประจำวัน และที่สำคัญ คือ ขาดความตระหนักในการดูแลตนเอง ทั้งในภาวะปกติ และยามเจ็บป่วย

ดังนั้น จากการศึกษาข้อมูลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบางเหริ่ง อำเภอกวนเนียง จังหวัดสงขลา พบว่า ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง มีพฤติกรรมการจัดการตนเองที่ไม่เหมาะสมและไม่ถูกต้อง จึงทำให้ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงไม่สามารถควบคุมพฤติกรรมของตนเองได้ ซึ่งอาจทำให้มีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดความผิดปกติแทรกซ้อนที่ร้ายแรงจนถึงขั้นเสียชีวิตได้ ดังนั้นผู้วิจัยจึงมีแนวคิดที่จะทำให้ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง มีการกระตุ้นและมีแรงจูงใจที่จะเปลี่ยนแปลงไปสู่พฤติกรรมใหม่ได้ด้วยตนเอง โดยเกิดจากกระบวนการรับรู้ของผู้ป่วยเอง มีการประเมินและตัดสินใจแล้วว่าพฤติกรรมการปฏิบัติตัวที่ถูกต้องและเหมาะสมจะส่งผลให้เกิดภาวะสุขภาพที่ดีขึ้น

วัตถุประสงค์การวิจัย

วัตถุประสงค์ทั่วไป

เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการจัดการตนเองต่อพฤติกรรมการควบคุมระดับความดันโลหิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบางเหริ่ง อำเภอกวนเนียง จังหวัดสงขลา

วัตถุประสงค์เฉพาะ

เพื่อเปรียบเทียบคะแนนพฤติกรรมการควบคุมระดับความดันโลหิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบางเหริ่ง อำเภอกวนเนียง จังหวัดสงขลา ระหว่างก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมการจัดการตนเอง

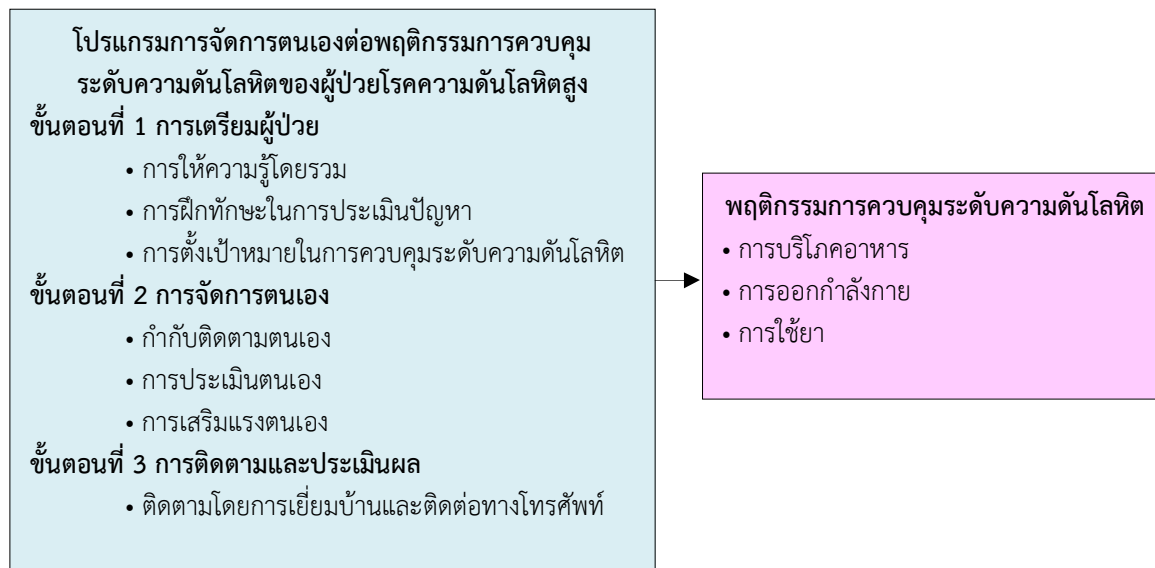
สมมติฐานการวิจัย

คะแนนพฤติกรรมการควบคุมระดับความดันโลหิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบางเหริ่ง อำเภอกวนเนียง จังหวัดสงขลา หลังเข้าร่วมโปรแกรมการจัดการตนเอง สูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมการจัดการตนเอง

กรอบแนวคิดการวิจัย

การศึกษาวิจัยครั้งนี้ เป็นการศึกษาผลของโปรแกรมการจัดการตนเองต่อพฤติกรรมการควบคุมระดับความดันโลหิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบางเหริ่ง อำเภอกวนเนียง จังหวัดสงขลา โดยใช้กรอบแนวคิดการจัดการตนเองของ (Kanfer and Gaelick-Buys, 1991)

ซึ่งเป็นแนวคิดที่จะช่วยให้ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงได้ควบคุมพฤติกรรมที่เหมาะสมกับตนเอง ประกอบด้วย 3 ขั้นตอน ได้แก่



ภาพที่ 1 แสดงกรอบแนวคิดในการวิจัย

ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการวิจัยกึ่งทดลองแบบกลุ่มเดียว วัดผลก่อนและหลังการทดลอง (Quasi-Experimental One Group Pretest- Posttest Design) ของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบางเหริ่ง อำเภอกวนเนียง จังหวัดสงขลา มีรายละเอียดเกี่ยวกับวิธีดำเนินการวิจัย ดังนี้

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร ได้แก่ ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูงที่มารับบริการ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบางเหริ่ง อำเภอกวนเนียง จังหวัดสงขลา

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูงตามที่กำหนด ที่มารับบริการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบางเหริ่ง อำเภอกวนเนียง จังหวัดสงขลา คำนวณโดยใช้โปรแกรม G*Power ใช้ Test Family เลือก T-Tests, Statistical Test เลือก Means: Differences Between Two Independent Means (Matched Paired) กำหนดค่าอิทธิพลขนาดกลาง (Effect Size) = 0.5 ค่าความคลาดเคลื่อน (Alpha) = 0.05 และค่า Power = 0.8 ได้กลุ่มตัวอย่าง 27 คน สุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง โดยมีการกำหนดคุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์ ดังนี้

เกณฑ์การคัดเข้า (Inclusion criteria)

1. ผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูงและรับบริการในคลินิกโรคความดันโลหิตสูงโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบางเหริ่ง อายุระหว่าง 35-85 ปี
2. มีค่าความดันซิสโตลิก (Systolic Pressure) มากกว่า 140 mmHg ขึ้นไปและมีค่าความดันไดแอสโตลิก (Diastolic Pressure) มากกว่า 90 mmHg ขึ้นไป
3. สามารถเคลื่อนไหวร่างกายได้ตามปกติและมีเวลาในการร่วมทำกิจกรรมกับทางผู้ทำวิจัย

4. มีการรับรู้ ถาม - ตอบรู้เรื่อง มีสติสัมปชัญญะปกติ
5. สนใจและยินดีให้ความร่วมมือในการทำกิจกรรม

เกณฑ์การคัดออก (Exclusion Criteria)

1. ผู้ที่ไม่ได้มารับบริการในคลินิกโรคความดันโลหิตสูงโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบางเหี่ยง
2. ไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมกับทางผู้ทำวิจัยได้

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ประกอบด้วย 2 ส่วน คือ เครื่องมือในการทดลอง และเครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล ดังนี้

ส่วนที่ 1 เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง คือ โปรแกรมการจัดการตนเองต่อพฤติกรรมการควบคุมระดับความดันโลหิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง โดยสร้างขึ้นภายใต้แนวคิดการจัดการตนเองของ (Kanfer and Gaelick-Buys, 1991) มาเป็นกรอบในการสร้างโปรแกรมการจัดการตนเอง ประกอบด้วย 3 ขั้นตอน คือ

ขั้นตอนที่ 1 การเตรียมผู้ป่วย โดยให้ความรู้โดยรวม ใช้สื่อการสอนเป็นพาวเวอร์พอยต์ แผ่นพับโรคความดันโลหิตสูง และสื่อบุคคล หลังจากพาวเวอร์พอยต์จบให้ผู้ผู้ป่วยฝึกทักษะการประเมินปัญหา การตั้งเป้าหมายในการควบคุมระดับความดันโลหิตและการเฝ้าติดตามโดยลงบันทึกในแบบบันทึกค่าความดันโลหิตที่บ้าน ก่อนผู้ป่วยกลับบ้านผู้วิจัยแจกแผ่นพับโรคความดันโลหิตสูงและแบบบันทึกค่าความดันโลหิตที่บ้านแก่ผู้ป่วย

ขั้นตอนที่ 2 การจัดการตนเอง (Self- Management) ประกอบด้วยการกำกับติดตามตนเอง (Self-Monitoring) การประเมินตนเอง (Self-Evaluation) และการเสริมแรงตนเอง (Self-Reinforcement) โดยการติดตามตนเอง ผู้วิจัยและผู้ป่วยจะร่วมกันประเมินปัญหาและกำหนดเป้าหมายเกี่ยวกับการควบคุมระดับความดันโลหิต ผู้ป่วยเป็นคนตัดสินใจเลือกวิธีการจัดการตนเอง ปฏิบัติพฤติกรรมจัดการตนเองลงบันทึกในแบบบันทึกค่าความดันโลหิตที่บ้านอย่างต่อเนื่องและไปวัดความดันโลหิตที่สถานบริการปฐมภูมิใกล้บ้าน ในการประเมินตนเองผู้ป่วยประเมินการปฏิบัติพฤติกรรมจัดการตนเอง จากข้อมูลที่บันทึกไว้เปรียบเทียบกับเป้าหมายที่กำหนดหากมีปัญหาหรืออุปสรรคในการจัดการตนเอง ผู้ป่วยจะขอคำปรึกษาจากผู้วิจัยและร่วมกันวิเคราะห์ปัญหาและหาแนวทางแก้ไขการเสริมแรงตนเอง ผู้ป่วยจะให้แรงเสริมตนเองเมื่อบรรลุเป้าหมายที่กำหนดไว้ รวมทั้งผู้วิจัยให้แรงเสริมแก่ผู้ป่วยโดยส่งเสริมให้เกิดกำลังใจในการจัดการตนเองต่อไป

ขั้นตอนที่ 3 การติดตามและประเมินผลการปฏิบัติพฤติกรรมของผู้ป่วย โดยผู้วิจัยติดตามและประเมินผลการปฏิบัติพฤติกรรมของผู้ป่วยโดยการเยี่ยมบ้านและติดต่อทางโทรศัพท์

ส่วนที่ 2 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย เครื่องวัดความดันโลหิต และแบบสอบถาม ซึ่งผู้วิจัยได้พัฒนามาจากแบบสอบถามในงานวิจัยของ (สมพร เจือจันทิก, 2552) ประกอบด้วย 2 ส่วน ดังนี้

2.1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม ประกอบด้วย เพศ อายุ ระดับความดันโลหิต ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส ระยะเวลาการเป็นโรคความดันโลหิตสูง และภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูง

2.2 แบบสอบถามพฤติกรรม การดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ในด้านการรับประทานอาหาร การรับประทานยา การมาตรวจตามนัด การออกกำลังกาย การผ่อนคลายความเครียด และการหลีกเลี่ยงปัจจัยเสี่ยง มีทั้งด้านบวกและด้านลบ จำนวน 15 ข้อ ลักษณะการตอบแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) 3 ระดับ คือ

1) ระดับการปฏิบัติประจำ หมายถึง การที่ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงมีการกระทำกิจกรรมในข้อนั้นทุกวันใน 1 สัปดาห์ หรืออย่างน้อย 4 วัน/ สัปดาห์

2) ระดับการปฏิบัติบางครั้ง หมายถึง การที่ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงมีการกระทำกิจกรรมในข้อนั้นทุก 1-3 วัน ใน 1 สัปดาห์

3) ระดับการไม่เคยปฏิบัติ หมายถึง การที่ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงไม่มีการกระทำกิจกรรมในข้อนั้นเลย โดยมีเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้ ระดับการปฏิบัติประจำ กำหนดคะแนนเป็น 3 ระดับการปฏิบัติบางครั้ง กำหนดคะแนนเป็น 2 และระดับการไม่เคยปฏิบัติ กำหนดคะแนนเป็น 1

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือวิจัย

ผู้วิจัยมีการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) และหาความเชื่อมั่นของเครื่องมือ (Reliability) ดังนี้

1. ผู้วิจัยนำเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย คือ โปรแกรมการจัดการตนเองต่อพฤติกรรม การควบคุมระดับความดันโลหิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ให้ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน ได้แก่ วิทยากรชำนาญการพิเศษ 1 ท่าน และพยาบาลวิชาชีพผู้มีประสบการณ์การทำงานดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง 2 ท่าน เพื่อตรวจสอบความถูกต้อง ความครอบคลุม ความเหมาะสมของเนื้อหา และภาษาที่ใช้ หลังจากนั้นผู้วิจัยปรับปรุงแก้ไขโปรแกรมให้สมบูรณ์ตามคำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิ

2. ผู้วิจัยได้นำแบบสอบถามพฤติกรรม การดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง หาค่าความสอดคล้อง (Index of Item-Objective Congruence (IOC)) ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน ได้เท่ากับ 1.00

3. การหาความเชื่อมั่นของเครื่องมือ (Reliability) ผู้วิจัยนำแบบสอบถามที่สร้างขึ้นมา ทดลองใช้กับกลุ่มที่ใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มาใช้บริการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบางเหริย จำนวน 27 คน เพื่อตรวจสอบความเที่ยงของเครื่องมือ และคำนวณค่าความเที่ยงของเครื่องมือ (Reliability) โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์ อัลฟาครอนบาค (Cronbach's Coefficient Alpha) ได้ค่าความเที่ยง เท่ากับ 0.741

การเก็บรวบรวมข้อมูล

การศึกษามูลของโปรแกรมการจัดการตนเองต่อพฤติกรรม การควบคุมระดับความดันโลหิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบางเหริย อำเภอกวนเนียง จังหวัดสงขลา

ผู้วิจัยได้กำหนดระยะเวลาในการดำเนินกิจกรรม 12 สัปดาห์ ได้ดำเนินกิจกรรมในโปรแกรมการจัดการตนเองด้วยตนเองทั้งหมด และมีผู้ช่วยวิจัยในการเก็บรวบรวมข้อมูลแบบสอบถาม โดยมีขั้นตอนการดำเนินกิจกรรม ดังนี้

ขั้นตอนการเข้าร่วมโปรแกรม

1. หลังจากนำเสนอโครงร่างวิจัยผ่านการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือวิจัยจากผู้ทรงคุณวุฒิเรียบร้อยแล้ว ผู้วิจัยประสานงานกับเจ้าหน้าที่ประจำคลินิกโรคความดันโลหิตสูง ในการร่วมสำรวจรายชื่อผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูงที่มารับบริการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบางเหริ่ง อำเภอกวนเนียง จังหวัดสงขลา

2. ผู้วิจัยเข้าถึงกลุ่มตัวอย่าง โดยผ่านพยาบาลประจำคลินิกที่ได้ประชาสัมพันธ์และให้ข้อมูลกับกลุ่มตัวอย่างเพื่อนัดหมาย

3. ผู้วิจัยดำเนินการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive Sampling) ที่คลินิกโรคความดันโลหิตสูง และแนะนำตัวกับกลุ่มตัวอย่างเพื่อให้เกิดความไว้วางใจ เริ่มต้นสัมพันธภาพที่ดี

4. ผู้วิจัยทำการเก็บรวบรวมข้อมูลแบบสอบถามก่อนการเข้าร่วมโปรแกรม ในกลุ่มตัวอย่างทั้ง 27 คน เพื่อประเมินพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในการควบคุมระดับความดันโลหิต โดยใช้แบบสอบถามที่สร้างขึ้นโดยผู้วิจัย

ขั้นตอนการเข้าร่วมโปรแกรม

สัปดาห์ที่ 1

กิจกรรมที่ 1 ตรวจวัดความดันโลหิต, ทำแบบสอบถามก่อนการเข้าร่วมโปรแกรม, ให้ความรู้/แลกเปลี่ยนเรื่องรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง แนะนำวิธีการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง และมีการสาธิตการออกกำลังกาย

สื่อที่ใช้

1. พาวเวอร์พอยต์ การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในโรคความดันโลหิตสูง ที่มีเนื้อหาครอบคลุมทั้งด้านการรับประทานอาหาร การควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย และการจัดการอารมณ์

2. แผ่นพับ เรื่องโรคความดันโลหิตสูง

3. สื่อบุคคล ได้แก่ผู้วิจัย บรรยายให้สุศึกษาแก่ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง

4. แบบบันทึกค่าความดันโลหิตที่บ้าน

5. สมุดประจำตัวผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง

6. แบบสอบถามก่อนการเข้าร่วมโปรแกรม

สัปดาห์ที่ 2

กิจกรรมที่ 2 การออกกำลังกาย โดยผู้วิจัยนำออกกำลังกายด้วยตนเอง

สัปดาห์ที่ 3-11

กิจกรรมที่ 3 การจัดการตนเองที่บ้าน โดยผู้วิจัยจะมีการติดตามเยี่ยมบ้านและติดต่อทางโทรศัพท์

1. ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคอาหาร

2. การออกกำลังกาย

3. กระตุ้นจากบุคคลในครอบครัวตั้งนาฬิกาปลุกเตือนการรับประทานยาของผู้ป่วย

4. ตรวจวัดความดันโลหิตตามแบบบันทึกค่าความดันโลหิตที่บ้านเป็นประจำ

สัปดาห์ที่ 12

กิจกรรมที่ 4 ทำแบบสอบถามหลังการเข้าร่วมโปรแกรม

ขั้นหลังการเข้าร่วมโปรแกรม

1. ผู้วิจัยทำการเก็บรวบรวมข้อมูลแบบสอบถามหลังการเข้าร่วมโปรแกรม ในกลุ่มตัวอย่างทั้ง 27 คน

2. หลังจากสิ้นสุดการดำเนินการเข้าร่วมโปรแกรมแล้ว ผู้วิจัยทำการวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูปทางสถิติและสรุปผลการดำเนินการเข้าร่วมโปรแกรม

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้มาตรวจสอบความถูกต้อง และนำข้อมูลทั้งหมดไปวิเคราะห์โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูปทางสถิติ กำหนดระดับนัยสำคัญไว้ที่ระดับ 0.05 วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปโดยวิธีแจกแจงความถี่ หาค่าร้อยละ คำนวณหาค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และวิเคราะห์เปรียบเทียบคะแนนพฤติกรรม การควบคุมระดับความดันโลหิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบางเหริ่ง ก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรมการจัดการตนเอง โดยใช้สถิติเชิงพรรณนาและสถิติ Wilcoxon Sign Rank Test

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยได้ดำเนินการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่างโดยชี้แจงรายละเอียด วัตถุประสงค์ และประโยชน์ที่ได้รับจากการวิจัย ขั้นตอนการเก็บรวบรวมแบบสอบถาม ไม่มีการระบุชื่อของผู้ตอบแบบสอบถามในแบบสอบถาม การเก็บรักษาข้อมูลเป็นความลับ การเสนอผลงานวิจัยในภาพรวม และสิทธิที่จะตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมการวิจัย หรือสิทธิที่จะถอนตัวออกจากการวิจัยได้ตลอดเวลา โดยไม่มีผลกระทบต่อการปฏิบัติงานของผู้ตอบแบบสอบถามและข้อมูลทั้งหมดจะถูกทำลายภายใน 1 ปี ภายหลังจากที่ผลการวิจัยได้รับการเผยแพร่แล้ว

ผลการวิจัย

การวิจัยกึ่งทดลองนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการจัดการตนเองต่อพฤติกรรม การควบคุมระดับความดันโลหิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบางเหริ่ง อำเภอกวนเจียง จังหวัดสงขลา ผู้วิจัยนำเสนอผลการศึกษาดังนี้

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

ผลการศึกษาครั้งนี้มีกลุ่มตัวอย่างจำนวน 27 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 70.4 มีอายุเฉลี่ย 61.89 ปี มีค่าความดันซิสโตลิก (Systolic Pressure) เฉลี่ย 127.81 มิลลิเมตรปรอท และมีค่าความดันไดแอสโตลิก (Diastolic Pressure) เฉลี่ย 68.44 มิลลิเมตรปรอท จบระดับการศึกษาประถมศึกษา ร้อยละ 88.9 ส่วนใหญ่สถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 77.8 ประกอบอาชีพเกษตรกร ร้อยละ 63 รายได้เฉลี่ย 5,000 - 10,000 บาท ร้อยละ 48.1 ระยะเวลาเจ็บป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง เฉลี่ย 8.52 ปี และไม่ภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 81.5 แสดงดังตาราง 1

ตารางที่ 1 แสดงผลการศึกษาข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน (n=27)	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	8	29.6
หญิง	19	70.4
อายุ ($\bar{x}$ = 61.89, SD = 11.55, Min = 40, Max = 85) (ปี)		
ระดับการศึกษา		
ไม่ได้รับการศึกษา	2	7.4
ประถมศึกษา	24	88.9
ปวส./อนุปริญญา/ปวช.	1	3.7
สถานภาพสมรส		
คู่	21	77.8
หม้าย/หย่า/แยก	6	22.2
อาชีพ		
ไม่มีอาชีพ/ว่างงาน	2	7.4
เกษตรกร	17	63.0
รับจ้าง	4	14.8
ธุรกิจส่วนตัว/ค้าขาย	3	11.1
อื่นๆ	1	3.7
รายได้		
ไม่มีรายได้	1	3.7
ต่ำกว่า 5,000 บาท/เดือน	10	37.0
5,001-10,000 บาท/เดือน	13	48.1
10,001-15,000 บาท/เดือน	2	7.4
15,001-20,000 บาท/เดือน	1	3.7
ระยะเวลาเจ็บป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง ($\bar{x}$ = 8.52, SD = 5.06, Min = 2, Max = 24) (ปี)		
ภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูง		
ไม่มีภาวะแทรกซ้อน	22	81.5
อัมพฤกษ์/อัมพาต	1	3.7
อื่นๆ	4	14.8

2. ผลของโปรแกรมการจัดการตนเองต่อพฤติกรรมการควบคุมระดับความดันโลหิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง

ตารางที่ 2 แสดงผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานคะแนนพฤติกรรมก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมการจัดการตนเองต่อพฤติกรรมการควบคุมระดับความดันโลหิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง

	N	ระดับความดันโลหิต และคะแนนพฤติกรรม การควบคุมระดับความดันโลหิต		z	p-value
		$\bar{x}$	SD		
ระดับความดันโลหิตซิสโตลิก					
ก่อนการเข้าร่วมโปรแกรม	27	127.81	11.10	-4.490	<.01
หลังการเข้าร่วมโปรแกรม	27	121.30	8.82		
ระดับความดันโลหิตไดแอสโตลิก					
ก่อนการเข้าร่วมโปรแกรม	27	68.44	8.95	-3.330	<.001
หลังการเข้าร่วมโปรแกรม	27	64.15	4.43		
พฤติกรรมในการควบคุม					
ระดับความดันโลหิต					
ก่อนการเข้าร่วมโปรแกรม	27	2.51	0.23	-4.155	<.001
หลังการเข้าร่วมโปรแกรม	27	2.77	0.13		

จากตารางที่ 2 พบว่า หลังการเข้าร่วมโปรแกรมการจัดการตนเองต่อพฤติกรรมในการควบคุมระดับความดันโลหิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบางเหริ่ง อำเภอกวนเนียง จังหวัดสงขลา กลุ่มตัวอย่างมีระดับความดันโลหิตซิสโตลิก ($\bar{x} = 121.3$, $SD = 8.82$) ต่ำกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม ($\bar{x} = 127.8$, $SD = 11.10$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($z = -4.490$, $p\text{-value} < 0.01$) กลุ่มตัวอย่างมีระดับความดันโลหิตไดแอสโตลิก ($\bar{x} = 64.15$, $SD = 4.43$) ต่ำกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม ($\bar{x} = 68.44$, $SD = 8.95$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($z = -3.330$, $p\text{-value} < 0.01$) และมีคะแนนพฤติกรรมในการควบคุมระดับความดันโลหิต ($\bar{x} = 2.77$, $SD = 0.13$) สูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม ($\bar{x} = 2.51$, $SD = 0.23$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($z = -4.155$, $p\text{-value} < 0.01$)

อภิปรายผล

จากการใช้โปรแกรม การจัดการตนเองต่อพฤติกรรมในการควบคุมระดับความดันโลหิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบางเหริ่ง อำเภอกวนเนียง จังหวัดสงขลา ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีระดับความดันโลหิตซิสโตลิก ($\bar{x} = 121.30$, $SD = 8.82$) ต่ำกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม ($\bar{x} = 127.81$, $SD = 11.10$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($z = -4.490$, $p\text{-value} < 0.01$) กลุ่มตัวอย่างมีระดับความดันโลหิตไดแอสโตลิก ($\bar{x} = 64.15$, $SD = 4.43$) ต่ำกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม ($\bar{x} = 68.44$, $SD = 8.95$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($z = -3.330$, $p\text{-value} < 0.01$) และมีคะแนนพฤติกรรมในการควบคุมระดับความดันโลหิต ($\bar{x} = 2.77$, $SD = 0.13$) สูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม ($\bar{x} = 2.51$, $SD = 0.23$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($z = -4.155$, $p\text{-value} < 0.01$) แสดงให้เห็นว่าโปรแกรมการจัดการตนเองมีผลทำให้คะแนนพฤติกรรมเพิ่มสูงขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานการวิจัยทั้งนี้อาจเป็นผลเนื่องมาจากการประยุกต์ใช้แนวคิดพฤติกรรมร่วมกับแนวคิดการจัดการตนเอง โดยนำแนวคิดการจัดการตนเองของ (Kanfer and Gaelick-Buys, 1991) ซึ่งเป็นแนวคิดที่จะช่วยให้ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงได้ควบคุมพฤติกรรมที่เหมาะสมกับตนเอง จนสามารถปฏิบัติกิจกรรมในการจัดการตนเองได้อย่างต่อเนื่องและสม่ำเสมอ ซึ่งสรุปขั้นตอนดังกล่าวได้ ดังนี้

การเตรียมผู้ป่วย เป็นขั้นตอนของการให้ความรู้และฝึกทักษะการจัดการตนเอง มีการใช้เฟาเวอร์พอยต์ ซึ่งสื่อการสอนที่มีประสิทธิภาพในการสอนที่ดีที่สุด ให้ทั้งภาพและเสียงในเวลาเดียวกัน ทำให้ผู้ป่วยเกิดความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้องจากการได้ใช้ประสาทสัมผัสหลายทาง

การจัดการตนเอง ประกอบด้วยการกำกับติดตามตนเอง (Self-Monitoring) การประเมินตนเอง (Self-Evaluation) และการเสริมแรงตนเอง (Self-Reinforcement) ตามแนวคิดการจัดการตนเองของ (Kanfer and Gaelick-Buys, 1991) โดยการติดตามตนเอง ผู้วิจัยและผู้ป่วยจะร่วมกันประเมินปัญหาและกำหนดเป้าหมายเกี่ยวกับการควบคุมระดับความดันโลหิต ผู้ป่วยเป็นคนตัดสินใจเลือกวิธีการจัดการตนเองปฏิบัติพฤติกรรมจัดการตนเอง ลงบันทึกในแบบบันทึกค่าความดันโลหิตที่บ้านอย่างต่อเนื่องและไปวัดความดันโลหิตที่สถานบริการปฐมภูมิใกล้บ้าน ในการประเมินตนเองผู้ป่วยประเมินการปฏิบัติพฤติกรรมจัดการตนเอง จากข้อมูลที่บ้านที่ไว้เปรียบเทียบกับเป้าหมายที่กำหนดหากมีปัญหาหรืออุปสรรคในการจัดการตนเอง ผู้ป่วยจะขอคำปรึกษาจากผู้วิจัยและร่วมกันวิเคราะห์ปัญหาและหาแนวทางแก้ไขการเสริมแรงตนเอง ผู้ป่วยจะให้แรงเสริมตนเองเมื่อบรรลุเป้าหมายที่กำหนดไว้ รวมทั้งผู้วิจัยให้แรงเสริมแก่ผู้ป่วยโดยส่งเสริมให้เกิดกำลังใจในการจัดการตนเองต่อไป

การติดตามและประเมินผล การปฏิบัติพฤติกรรมจัดการตนเองของผู้ป่วย ผู้วิจัยโทรศัพท์ติดตามผลการปฏิบัติพฤติกรรมจัดการตนเอง ซึ่งในแต่ละครั้งจะให้ผู้ป่วยประเมินผลการปฏิบัติพฤติกรรมจากข้อมูลที่บันทึกไว้และเมื่อมีปัญหาหรืออุปสรรคในการจัดการตนเอง ผู้วิจัยและผู้ป่วยจะร่วมกันวิเคราะห์ปัญหาและหาแนวทางแก้ไข ทำให้ผู้ป่วยมีความมั่นใจและสามารถปฏิบัติพฤติกรรมจัดการตนเองได้ถูกต้องเหมาะสม สอดคล้องกับแนวคิดการดูแลตนเองของโอเร็ม (Orem, 1995) ที่อธิบายว่าการดูแลตนเองเป็นการปฏิบัติกิจกรรมที่บุคคลริเริ่มและกระทำเพื่อให้เกิดประโยชน์แก่ตนเอง ในการดำรงไว้ซึ่งชีวิต สุขภาพ ความเป็นอยู่อันดี และแสดงพฤติกรรมในการดูแลสุขภาพของตนเองได้สอดคล้องกับผลการศึกษาของ (เบญจมาศ ถาดแสง, ดวงฤดี ลาสุขะ, และทศพร ดำผลศิริ, 2555) ศึกษาผลของการใช้โปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเองส่งผลให้ผู้สูงอายุที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและควบคุมความดันโลหิตให้อยู่ในเกณฑ์ปกติได้ นอกจากนี้ยังพบผลการศึกษาของ (ศิริวัฒน์ วงศ์พุทธคำ, 2551) พบว่า การจัดการตนเองทำให้ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงสามารถปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพได้เหมาะสม และส่งผลให้ความดันโลหิตของผู้ป่วยลดลง

การนำผลการวิจัยไปใช้

1. การดำเนินการวิจัยโดยใช้โปรแกรมการจัดการตนเอง สามารถทำให้ผู้ป่วยมีการจัดการตนเองด้านความรู้ และการปฏิบัติตัว เพื่อควบคุมระดับความดันโลหิตของตนเองได้
2. โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบางเหริย ควรนำโปรแกรมการจัดการตนเองไปใช้ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมดูแลตนเองแก่กลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรัง และกลุ่มเสี่ยงอื่นๆ ที่ต้องปรับเปลี่ยนพฤติกรรมจัดการตนเอง เพื่อคงไว้ซึ่งภาวะสุขภาพที่ดี และเป็นการยืนยันประสิทธิผลของโปรแกรม

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

ควรมีการศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมการจัดการตนเองโดยประเมินความคงทนในการปฏิบัติพฤติกรรมจัดการตนเองและติดตามผลการควบคุมโรคในระยะยาว

เอกสารอ้างอิง

- กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. (2559). รายงานประจำปี 2559 [อินเทอร์เน็ต]. [สืบค้นเมื่อ 26 มิ.ย. 2562]. เข้าถึงได้จาก <http://thaincd.com/document/file/download/paper-manual/.pdf>.
- ธาริณี พังจันทน์ และ นิตยา พันธุเวช. (2558). ประเด็นสารรณรงค์วัน ความดันโลหิตสูงโลก 2558. กรุงเทพฯ: สำนักงานโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข.
- เบญจมาศ ถาดแสง, ดวงฤดี ลาสุขะ, และทศพร คำผลศิริ. (2555). ผลของโปรแกรมสนับสนุนการจัดกาตนเองต่อพฤติกรรมการจัดการตนเองและค่าความดันโลหิตของผู้สูงอายุที่มีโรคความดันโลหิตสูง. *พยาบาลสาร*, 39(4), 124-137.
- ระบบคลังข้อมูลโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง จังหวัดสงขลา. (2562). รายงานจำนวนผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่รับบริการ. [อินเทอร์เน็ต]. [สืบค้นเมื่อ 5 ก.ค. 2562]. เข้าถึงได้จาก <http://chronic.skho.moph.go.th/chronic/rep/htptvisit.php>.
- ศูนย์เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. (2561). กลุ่มรายงานมาตรฐาน. การป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อที่สำคัญ. [อินเทอร์เน็ต]. [สืบค้นเมื่อ 26 มิ.ย. 2562]. เข้าถึงได้จาก <https://hdcservice.moph.go.th/hdc/main/Index pk.php>.
- ศิริวัฒน์ วงศ์พุทศา. (2551). ผลของการจัดการตนเองต่อพฤติกรรมสุขภาพและความดันโลหิตของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิตสาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- สมพร เจือจันทิก. (2552). การประยุกต์ทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อการป้องกันโรคและการมีส่วนร่วมของชุมชนในการป้องกันโรค ความดันโลหิตสูง อำเภอเมือง จังหวัดหนองคาย. วิทยานิพนธ์สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัย มหาสารคาม.
- สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข.(2562). จำนวนและอัตราผู้ป่วยในด้วยโรคความดันโลหิตสูง พ.ศ. 2556-2560 [อินเทอร์เน็ต]. [สืบค้นเมื่อ 26 มิ.ย. 2562]. เข้าถึงได้จาก <http://www.thaincdiof.com//information-statistic/non-communicable-disease-data.php>.
- สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค. (2561). ประเด็นสารรณรงค์ วันความดันโลหิตสูงโลก ปี 2561. กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข [อินเทอร์เน็ต]. 2561 [สืบค้นเมื่อ 26 มิ.ย. 2562]. เข้าถึงได้จาก <http://www.thai ncd.com/document/file/info/non-communi cable-disease/.pdf>.
- Kanfer, F. H., & Gaelick-Buys, L. (1991). Self-management methods. In F. Kanfer & A. Goldtein (Eds.), *Helping people change: A text book of methods*. (4th ed.). New York: Pergamonpress.
- Medical Research Network of the Consortium of Thai Medical Schools. (2014). *Summary of evaluation of care for patients with diabetes and hypertension 2010-2015*. Retrieved from https://dmht.thaimedresnet.org/document/NHSO_DMHT_2561_OnTour1_REGIONS_7_8.pdf .
- Orem, D. E.(1995). *Nursing: Concept of practice* (5th ed). St. Louis, MO: Mosby Year Book.

Phangjunan, T., & Phanthawet, N. (2015). *Campaign issues for World Hypertension Day 2015*. Retrieved from <http://www.thaincd.com/media/leaflet/non-communicable-disease.php>.

World Health Organization. (2015). *Q & As on hypertension*. Retrieved July 1, 2016. from <http://www.who.int/features/qa/82/en/>.

ประสิทธิผลของรูปแบบ Fracture Liaison Service ในการดูแลผู้ป่วยกระดูกรอบสะโพกหัก โรงพยาบาลนครพิงค์ จังหวัดเชียงใหม่

The Effectiveness of the Fracture Liaison Service Model of Care for Elderly Patients with Hip Fractures, Nakormping Hospital, Chiang Mai

ส่องศรี หล้าป่าซาง^{1*}, นิชกานต์ ไชยรังษี¹, ศิริพจน์ ศรีบัณฑิตกุล¹, วรพจน์ ปลื้มฤดี¹

Songsri Larpasang^{1*}, Nichakan Chairungsee¹, Siripoj Sribunditkul¹, and Worrapoj Pluemrudee¹

โรงพยาบาลนครพิงค์¹
Nakormping Hospital¹

(Received: March 31, 2021; Revised: April 18, 2021; Accepted: April 27, 2021)

บทคัดย่อ

งานวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาและศึกษาประสิทธิผลของรูปแบบ Fracture Liaison Service (FLS) ในการดูแลผู้ป่วยกระดูกรอบสะโพกหัก แผนกออร์โธปิดิกส์ โรงพยาบาลนครพิงค์ จังหวัดเชียงใหม่ กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยเพศชายและหญิง อายุ 60 ปีขึ้นไป ได้รับการวินิจฉัยกระดูกรอบสะโพกหัก ระยะเวลาศึกษาระหว่างเดือนธันวาคม พ.ศ.2562 ถึงเดือน ธันวาคม พ.ศ.2563 เครื่องมือที่ใช้ ได้แก่ 1) รูปแบบ FLS ในการดูแลผู้ป่วยกระดูกรอบสะโพกหักที่พัฒนามาจากสถาบันโรคกระดูกพจนแห่งประเทศสหรัฐอเมริกา ปี ค.ศ. 2012 2) แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลทั่วไป 3) แบบบันทึกข้อมูลทางคลินิก ได้แก่ จำนวนวันนอนโรงพยาบาล ภาวะปอดอักเสบ การเกิดแผลกดทับ การติดเชื้อทางเดินปัสสาวะ อัตราการหักซ้ำ และอัตราการเสียชีวิต 3) แบบประเมินความพึงพอใจในการใช้รูปแบบ FLS ของทีมบุคลากรสุขภาพ งานวิจัยนี้มีการติดตามประสิทธิผลของรูปแบบ ได้แก่ ร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดภายใน 72 ชั่วโมง อัตราการเกิดภาวะปอดอักเสบ การเกิดแผลกดทับ การติดเชื้อทางเดินปัสสาวะ อัตราการหักซ้ำ อัตราการเสียชีวิต และจำนวนวันนอนโรงพยาบาล ภายหลังระยะเวลา 1 ปี เทียบตามเกณฑ์ตัวชี้วัดของกระทรวงสาธารณสุข ปี 2561 วิเคราะห์ข้อมูลสถิติเชิงพรรณนา ความถี่ และร้อยละ

ผลการศึกษา พบว่า ผู้สูงอายุกระดูกรอบสะโพกหัก ที่ได้รับการดูแลรักษาโดยรูปแบบ FLS มีจำนวน 411 ราย เป็นเพศหญิงร้อยละ 58.64 อายุเฉลี่ย 78.01 ปี ได้รับการวินิจฉัยโรค Intertrochanteric Fracture of Femur ร้อยละ 75.91 สาเหตุกระดูกหักจากการลื่น หกล้ม ร้อยละ 85.16 หลังจากใช้รูปแบบ FLS ในการดูแลรักษาผู้ป่วย 1 ปี พบว่า มีผู้ป่วยได้รับการผ่าตัดภายใน 72 ชั่วโมง คิดเป็นร้อยละ 53.93 จำนวนวันนอนโรงพยาบาล เฉลี่ย 11.43 วัน ค่าใช้จ่าย 75,424.74 บาท ภาวะแทรกซ้อนที่พบได้แก่ ติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะ ร้อยละ 0.68 แผลกดทับ ร้อยละ 0.90 ปอดอักเสบ ร้อยละ 0.23 อัตราการเสียชีวิต ร้อยละ 6.61 และไม่มีอุบัติการณ์กระดูกหักซ้ำ ความพึงพอใจโดยรวมของทีมบุคลากรสุขภาพที่ใช้รูปแบบ FLS อยู่ในระดับมาก ($\bar{X}=3.31$, $SD=0.22$) ซึ่งผลลัพธ์สอดคล้องและเป็นไปตามนโยบายตัวชี้วัดจากกระทรวงสาธารณสุข ดังนั้นการใช้รูปแบบ FLS ในการดูแลผู้ป่วยกระดูกรอบสะโพกหัก ทำให้เกิดประสิทธิผลต่อการรักษาและป้องกันการเกิดกระดูกหักซ้ำของผู้ป่วยสูงอายุได้

คำสำคัญ: ประสิทธิภาพ, รูปแบบ Fracture Liaison Service, กระดูกรอบสะโพกหัก, ผู้สูงอายุ

*ผู้ให้การติดต่อ ส่องศรี หล้าป่าซาง e-mail: wongsupa14@gmail.com

Abstract

The objectives of this study were to develop and to evaluate the effectiveness of a Fracture Liaison Service (FLS) model of care of elderly patients with hip fractures in the Orthopedic Department, Nakornping Hospital, Chiang Mai Province. This study was conducted between December 2019 and May 2020. The research instruments were 1) the FLS model of care for elderly patients with hip fractures that was purposed by the International Osteoporosis Foundation, 2012; 2) a socio-demographic data collection form; 3) a clinical data form, including the percentages of participants having a surgery within 72 hours, the length of stay, the occurrences of pneumonia, pressure sore, urinary tract infection, refracture, and mortality rate; and 4) a satisfaction survey form for the medical and nursing team after applying an FLS model. This study followed up outcomes after completing an FLS model for one year and compared the outcomes according to the indicators of the Ministry of Public Health, 2561 (2018). Data were analyzed using frequency and percentage.

There were 411 elderly people with hip fractures who received the FLS model. 58.64% were male, with an average age of 78.01 years. 75.91% were diagnosed with intertrochanteric fracture of femur. The main causes of intertrochanteric fracture of femur were slipping and falling, totaling 85.16%. At one year after completing the FLS model, it was found that participants undergoing surgery within 72 hours accounted for 53.93%. The average length of stay was 11.43 days. The average hospitalization cost was 75,424.74 baht. The following complications were found: urinary tract infection (0.68%), pressure sore (0.90%), pneumonia (0.23%). The mortality rate was 6.61%. There was no accurately reported rate of re-fracture. The overall satisfaction of the health personnel team using the FLS model was high ($\bar{X}=3.31$, $SD=0.22$). These results were consistent with the policy indicators from the Ministry of Public Health. Thus, the Fracture Liaison Service model is recommended as a model of best practice for organizing elderly patient care and secondary fracture prevention for hip fracture patients.

Keywords: Effectiveness, Hip Fracture, Fracture Liaison Service Model, Elderly Patients

บทนำ

ปัจจุบันจำนวนประชากรผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว ในปี พ.ศ.2560 มีจำนวนผู้สูงอายุทั่วโลกประมาณ 962 ล้านคน และคาดการณ์ว่าในปี พ.ศ.2593 จำนวนผู้สูงอายุจะเพิ่มขึ้น 2.10 พันล้านคน และ 3.10 พันล้านคน ในปี พ.ศ.2643 (United Nation, 2017) ประเทศไทยมีประชากรผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยในปี พ.ศ.2564 ประเทศไทยได้ก้าวสู่สังคมผู้สูงอายุโดยสมบูรณ์ จะมีผู้สูงอายุมากกว่า 12 ล้านคน หรือราวร้อยละ 18 ของจำนวนประชากรทั้งหมด และในปีพ.ศ.2573 จะมีสัดส่วนประชากรสูงอายุเพิ่มขึ้นอยู่ที่ร้อยละ 26.9 (กรมกิจการผู้สูงอายุ, 2562) ทั้งนี้ผู้สูงอายุมีแนวโน้มจะมีปัญหาสุขภาพต่างๆ เนื่องจากระบบของร่างกายผู้สูงอายุเสื่อมโทรมลงตามอายุที่เพิ่มขึ้น ทำให้ผู้สูงอายุมีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง เช่น โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน เป็นต้น (สุวิมล แคล่วคล่อง, วัลย์ลดา ฉันทะเรืองวณิชย์, สุพร ดนัยดุขฎีกุล และก้องเขต เจริญสุวรรณ, 2559)

โรคกระดูกพรุนเป็นปัญหาสำคัญหนึ่งในผู้สูงอายุไทย ภาวะกระดูกพรุนจะเพิ่มความเสี่ยงต่อการหกล้มมากขึ้น โดยการหกล้มที่ไม่รุนแรง อาจส่งผลให้กระดูกข้อมือ กระดูกรอบสะโพกหักหรือกระดูกสันหลังหัก ในปี พ.ศ.2542 พบว่าอุบัติการณ์การเกิดกระดูกรอบสะโพกหักในผู้สูงอายุชาวไทยสูงขึ้นจากปีละ 180 รายต่อแสนประชากร และคาดว่าจะเพิ่มเป็น 450-750 ต่อแสนประชากรในปี พ.ศ.2568 (สัตยา โรจนเสถียร และทวี ทรงพัฒนาศิลป์, 2560) ซึ่งผู้ป่วยกระดูกรอบสะโพกหักจะมีอัตราการเสียชีวิตในปีแรกร้อยละ 17 และร้อยละ 80 ไม่สามารถกลับมาใช้ชีวิตได้เหมือนเดิม (ราชวิทยาลัยออร์โธปิดิกส์, 2019) จากการศึกษาในประเทศสหรัฐอเมริกา พบอัตราการเสียชีวิตในผู้ป่วยสูงอายุที่หกล้ม และมีกระดูกหัก ใน 1 ปี ประมาณร้อยละ 12-20 มีอัตราการเสียชีวิตประมาณหนึ่งในสาม เมื่อมีการติดตามไป 1.5 ปี พบว่ามีอัตราการเสียชีวิตร้อยละ 2.3 เกิดภาวะพึ่งพิงร้อยละ 40 ไม่สามารถเดินได้ด้วยตัวเองมากถึงร้อยละ 80 และพบว่า มีโอกาสเกิดการหักกระดูกซ้ำภายหลังหักครั้งแรกภายใน 1 ปี ร้อยละ 2.3 - 2.5 (จิตติมา เอกวิโรจนสกุล, 2562) สำหรับประเทศไทย การศึกษาในโรงพยาบาลมหาราชานครราชสีมา ปี พ.ศ.2553 พบว่า อัตราตายในผู้ป่วยสูงอายุที่กระดูกรอบสะโพกหักสูงถึงร้อยละ 23.6 ในปีแรกและพบว่า ผู้ป่วยที่ไม่ผ่าตัดมีอัตราการเสียชีวิตสูงกว่า กลุ่มที่รับการผ่าตัดถึง 3 เท่า (ศุภมาส ลิ่วศิริรัตน์ และพาชิน ถนอมสิงห์, 2010)

การดูแลผู้สูงอายุกระดูกรอบสะโพกหักจึงมีความซับซ้อน เพื่อป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่อาจทำให้เกิดการเสียชีวิตได้ (นงนุช ประทุม, 2563) สิ่งสำคัญในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้คือ ภาวะแทรกซ้อนที่เกิดจากโรคประจำตัวของผู้ป่วย รวมถึงการรักษาภาวะกระดูกพรุนซึ่งเป็นสาเหตุที่ทำให้เกิดกระดูกหักในผู้สูงอายุ ดังนั้นความร่วมมือจากทีมสหสาขาวิชาชีพ จะช่วยให้การดูแลรักษาเป็นไปอย่างครบถ้วน การตระหนักถึงความสำคัญของการป้องกันการหกล้มซ้ำ การดูแลเยี่ยมบ้าน การจัดสถานที่พักอาศัยให้เหมาะสมต่อผู้สูงอายุเพื่อการฟื้นฟูสภาพ ล้วนเป็นสิ่งสำคัญที่ทำให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น (Wongtriratanachai et al, 2013)

ในปี ค.ศ.2012 สถาบันโรคกระดูกพรุนแห่งประเทศไทย (International Osteoporosis Foundation) ได้กำหนดแนวทางในการดูแลผู้สูงอายุที่มีกระดูกรอบสะโพกหักเพื่อป้องกันการหักซ้ำ โดยใช้รูปแบบ Fracture Liaison Service (FLS) (International Osteoporosis Foundation, 2019) และในประเทศไทย ปี พ.ศ.2557 โรงพยาบาลตำรวจ ได้นำรูปแบบ FLS มาใช้ เพื่อสร้างมาตรฐานการ

ดูแลผู้ป่วยสูงอายุที่มีกระดูกสะโพกหักจากภาวะกระดูกพรุนให้ได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่อง และป้องกันการหักซ้ำ พบว่าหลังการใช้รูปแบบ 1 ปี อัตราการเสียชีวิตของผู้สูงอายุลดลงร้อยละ 10.7 และไม่เกิดการหักซ้ำของกระดูก นอกจากนี้ผู้สูงอายุยังได้รับยาป้องกันกระดูกพรุน ร้อยละ 100 (Amphansap, Stitkitti & Dumrongwanich, 2016) ดังนั้นคณะกรรมการพัฒนาระบบสุขภาพ สาขาออร์โธปิดิกส์ กระทรวงสาธารณสุข จึงได้กำหนด FLS เป็นแนวทางการจัดทำ Service Plan 5 ปี (พ.ศ.2560-2564) โดยกำหนดให้มีการนำ FLS มาใช้เป็นกรอบแนวคิดของโครงการรู้ทันกันหักซ้ำ (Refracture Prevention) ที่มีระบบการจัดการดูแลผู้ป่วยกระดูกสะโพกหักแบบองค์รวม ตั้งแต่ในโรงพยาบาลและหลังจากจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล มีวัตถุประสงค์เพื่อลดอัตราการเสียชีวิต และลดอัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อนและความพิการของผู้สูงอายุ พบว่าสามารถลดโอกาสการเกิดกระดูกสะโพกหักซ้ำได้มากถึงร้อยละ 50 ต่อปี ซึ่งช่วยประหยัดภาระงบประมาณในการดูแลรักษา และภาระการดูแลทางสังคม รวมถึงช่วยเพิ่มคุณภาพชีวิตที่ดี (Akenson, 2013) ดังนั้นกระทรวงสาธารณสุข จึงสนับสนุนให้โรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลทั่วไปทุกแห่งจัดตั้งทีม Refracture Prevention ขึ้นในทุกโรงพยาบาล โดยเป็นทีมสหสาขาวิชาชีพ (Multidisciplinary Team) (สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล, 2563) เพื่อการดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวม

โรงพยาบาลนครพิงค์ จังหวัดเชียงใหม่ เป็นโรงพยาบาลตติยภูมิ ที่รับการรักษาดูแลผู้ป่วยกระดูกรอบสะโพกหัก ภาคเหนือตอนบน จากสถิติโรงพยาบาลนครพิงค์ จังหวัดเชียงใหม่ พ.ศ.2560-2561 พบว่าจำนวนผู้ป่วยกระดูกรอบสะโพกหัก 430 และ 328 ราย ผู้ป่วยได้รับการผ่าตัดภายใน 72 ชั่วโมงหลังรับไว้ในโรงพยาบาล ร้อยละ 23.02 และ 34.6 ตามลำดับ โดยค่าเฉลี่ยวันนอน 13.67 และ 12.34 วัน และมีการนัดติดตามอาการผู้ป่วยภายหลังได้รับการผ่าตัดหลัง 1 เดือน แต่ยังไม่มียข้อมูลการติดตามอัตราการหักซ้ำและอัตราการเสียชีวิตภายหลังการผ่าตัด 1 ปี (งานสารสนเทศ, 2561) นอกจากนี้โรงพยาบาลยังไม่มีรูปแบบการดูแลผู้ป่วยกระดูกรอบสะโพกหักที่เป็นแบบแผน ดังนั้นทีมผู้วิจัย จึงเห็นถึงความสำคัญของรูปแบบ FLS ในการดูแลผู้ป่วยกระดูกรอบสะโพกหักแบบองค์รวม และยังเป็นการตอบสนองนโยบายโครงการรู้ทันกันหักซ้ำของกระทรวงสาธารณสุข ทีมผู้วิจัยจึงนำรูปแบบ FLS มาใช้ในการดูแลผู้ป่วยกระดูกรอบสะโพกหัก โดยมีการปรับเปลี่ยนรูปแบบ FLS ให้เหมาะสมกับบริบทของโรงพยาบาลในการดูแลรักษาพยาบาล โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อผู้ป่วยกระดูกรอบสะโพกหักที่ได้รับการดูแลตามรูปแบบ FLS จะสามารถลดอัตรากระดูกหักซ้ำ ลดอัตราทุพพลภาพ ลดภาวะแทรกซ้อนและเพิ่มอัตราการรอดชีวิตได้ ดังนั้นนโยบายที่จะรักษาผู้ป่วยเหล่านี้ จึงถูกกำหนดขึ้นเป็นการดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัดแบบองค์รวมและรวมทั้งการดูแลฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยรวดเร็วภายหลังการผ่าตัดและดูแลต่อเนื่องไปจนถึงผู้ป่วยสามารถกลับบ้านอย่างมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

วัตถุประสงค์การศึกษา

1. เพื่อพัฒนารูปแบบ Fracture Liaison Service ในการดูแลผู้ป่วยกระดูกรอบสะโพกหัก
2. เพื่อศึกษาประสิทธิผลของ Fracture Liaison Service ในการดูแลผู้ป่วยกระดูกรอบสะโพกหัก

กรอบแนวคิด

ผู้ป่วยสูงอายุกระดูกสะโพกหักที่เข้ารับการรักษา จะต้องเผชิญกับผลกระทบที่อาจเกิดขึ้นต่างๆ ต่อผู้ป่วยและครอบครัว บุคลากรทางสุขภาพจึงต้องให้ความสนใจและดูแลอย่างใกล้ชิด เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยสูงอายุสามารถดำเนินชีวิตได้อย่างปกติสุข โดยแนวทางการดูแลพื้นฐานเชิงประจักษ์ ที่ผ่านการทดลองใช้มาแล้วว่าได้ผลลัพธ์ที่ดีนั้นคือ รูปแบบ Fracture Liaison Service ในการดูแลผู้ป่วยกระดูกสะโพกหัก พัฒนาจากสถาบันโรคกระดูกพรุนแห่งประเทศสหรัฐอเมริกา (International Osteoporosis Foundation, 2012) โดยทีมผู้วิจัยได้นำมาปรับใช้ โดยใช้กรอบแนวคิดตามกระบวนการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ (Soukup, 2000) ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน ได้แก่ 1) การวิเคราะห์ปัญหาสถานการณ์ 2) สืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์ 3) พัฒนารูปแบบการดูแลและทดลองใช้แนวปฏิบัติ 4) การนำรูปแบบแนวปฏิบัติไปปฏิบัติจริง และการประเมินผลลัพธ์

วิธีการดำเนินการวิจัย

การวิจัยเป็นการวิจัยและการพัฒนา (Research and Development) เพื่อพัฒนาและประเมินประสิทธิผลของรูปแบบ Fracture Liaison Service ในการดูแลผู้ป่วยสูงอายุที่กระดูกสะโพกหัก แผนกออร์โธปิดิกส์ โรงพยาบาลนครพิงค์ จังหวัดเชียงใหม่ ระยะเวลาศึกษาระหว่าง เดือน ธันวาคม พ.ศ.2562 ถึง เดือนธันวาคม พ.ศ.2563

ผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย ประกอบด้วย

1. ทีมพัฒนาแนวปฏิบัติรูปแบบ FLS ประกอบด้วย ศัลยแพทย์ออร์โธปิดิกส์จำนวน 3 คน วัสดุแพทย์ 1 คน และพยาบาลวิชาชีพ 3 คน โดยทั้งหมดเป็นผู้ที่มีความเชี่ยวชาญด้านการรักษา พยาบาลผู้ป่วย ศัลยกรรมออร์โธปิดิกส์ อย่างน้อย 10 ปี
2. กลุ่มบุคลากรทางสุขภาพที่รับผิดชอบดูแลผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะกระดูกสะโพกหัก ที่ใช้แนวปฏิบัติรูปแบบ FLS ประกอบด้วย ศัลยแพทย์ออร์โธปิดิกส์ 14 คน วัสดุแพทย์ 3 คน และพยาบาลวิชาชีพ 47 คน รวม 64 คน
3. ผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในแผนกออร์โธปิดิกส์โรงพยาบาลนครพิงค์ ตั้งแต่เดือน ธันวาคม พ.ศ. 2562 ถึง ธันวาคม 2563 โดยกำหนดคุณสมบัติผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยดังนี้
 - 1) เป็นผู้ชายหรือผู้หญิง ที่มีอายุ 60 ปี ขึ้นไป
 - 2) ได้รับการวินิจฉัยเป็น Fracture Neck of Femur, Intertrochanteric Fracture of Femur และ Subtrochanteric Fracture of Femur
 - 3) สาเหตุของกระดูกสะโพกหักมาจากอันตรายชนิดไม่รุนแรง (Fragility Fracture) หมายถึง แรงกระแทกจากการล้ม ในระดับที่น้อยกว่าหรือเทียบเท่าความสูงขณะยืนของผู้ป่วย (Equivalent to Fall from Height) ได้แก่ การล้ม ตกเก้าอี้ ตกบันได และตกเตียง (กระทรวงสาธารณสุข, 2561)

4) สื่อสารภาษาไทยได้เข้าใจ

5) ต้องมีผู้ดูแลหลัก ได้แก่ สามี ภรรยา บุตร หลาน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาแบ่งออกเป็น 2 ส่วน

ส่วนที่ 1 เครื่องมือในการดำเนินงานวิจัย ได้แก่ รูปแบบ FLS ในการดูแลผู้ป่วยกระดูกรอบสะโพกหักเพื่อป้องกันการหักซ้ำ ที่ทีมผู้วิจัย ได้พัฒนาขึ้นจาก (International Osteoporosis Foundation, 2012) และการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง

ส่วนที่ 2 เครื่องมือสำหรับรวบรวมข้อมูล ได้แก่

1. แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วย ที่ทีมผู้วิจัยสร้างขึ้นเอง ประกอบด้วย อายุ เพศ การวินิจฉัยโรค สาเหตุการหกล้ม ลักษณะการเดิน/ใช้อุปกรณ์ การรักษา การใช้ยา
2. แบบบันทึกข้อมูลทางคลินิก ที่ทีมผู้วิจัยสร้างขึ้นเอง ประกอบด้วย ร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดภายใน 72 ชั่วโมง อัตราการเกิดภาวะปอดอักเสบ การเกิดแผลกดทับ การติดเชื้ทางเดินปัสสาวะ อัตราการหักซ้ำ อัตราการเสียชีวิต และจำนวนวันนอนโรงพยาบาล โดยบันทึกข้อมูลจากแฟ้มประวัติของผู้ป่วย
3. แบบสอบถามความพึงพอใจในการใช้แนวปฏิบัติรูปแบบ FLS ของทีมบุคลากรทางสุขภาพที่รับผิดชอบดูแลผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะกระดูกสะโพกหัก ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 5 ข้อ ได้แก่ ประสิทธิภาพหลังการใช้แนวทางการดูแลผู้ป่วยกระดูกสะโพกหัก, ความเหมาะสมของหน่วยงานในสถานการณ์จริง, ความง่ายต่อการปฏิบัติ, ความสะดวกในการใช้, และประหยัดเวลา แบ่งระดับความพึงพอใจมากที่สุด มาก ปานกลาง น้อย และน้อยที่สุด

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

1. รูปแบบ FLS ที่พัฒนาขึ้นให้เหมาะสมกับบริบทของโรงพยาบาลนครพิงค์ ให้ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน ได้แก่ แพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านการดูแลผู้ป่วยออร์โธปิดิกส์ 1 ท่าน พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษที่มีประสบการณ์ดูแลผู้ป่วยออร์โธปิดิกส์ 1 ท่าน และพยาบาลผู้ชำนาญเฉพาะทางสาขาการพยาบาลผู้สูงอายุ 1 ท่าน ตรวจสอบความถูกต้อง ความครอบคลุม ภาษาที่ใช้ และความเหมาะสมของเนื้อหาหลังจากนั้นนำข้อคิดเห็นและข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิมาพิจารณาแก้ไขปรับปรุงให้มีความชัดเจนด้านเนื้อหาและความเหมาะสม ก่อนนำไปใช้จริงในการวิจัย
2. แบบสอบถามความพึงพอใจในการใช้แนวปฏิบัติรูปแบบ FLS ที่ทีมผู้วิจัยสร้างขึ้น ผ่านการตรวจสอบจากผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน ได้ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content Validity) เท่ากับ 1

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยดำเนินการภายหลังได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมของโรงพยาบาลนครพิงค์ จังหวัดเชียงใหม่ เลขที่หนังสือรับรอง 055/62 ผู้วิจัยแนะนำตัว และชี้แจงวัตถุประสงค์

ผู้ป่วยหรือผู้ดูแลหลักสามารถยุติการเข้าร่วมวิจัยในช่วงใดก็ได้ โดยไม่ต้องแจ้งเหตุผลให้ผู้วิจัยทราบและไม่มีผลต่อการรักษาของกลุ่มตัวอย่าง ข้อมูลที่ได้เก็บเป็นความลับและนำมาใช้ในการวิจัยเท่านั้น ใช้รหัสแทนชื่อโดยไม่มีการระบุชื่อ การวิเคราะห์ข้อมูลทำโดยภาพรวม และให้กลุ่มตัวอย่างที่ยินดีเข้าร่วมวิจัยลงลายมือชื่อในแบบฟอร์มยินดีเข้าร่วมการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

การพัฒนาและศึกษาประสิทธิผลของรูปแบบ FLS ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน ได้แก่ 1) การวิเคราะห์ปัญหาสถานการณ์ 2) สืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์ 3) พัฒนารูปแบบการดูแลและทดลองใช้แนวปฏิบัติ 4) การนำรูปแบบแนวปฏิบัติไปปฏิบัติจริง และและการประเมินผลลัพธ์

ขั้นตอนที่ 1 การวิเคราะห์ปัญหาสถานการณ์ ทีมผู้วิจัยจัดประชุมกลุ่มสหสาขาวิชาชีพ เพื่อร่วมกันวิเคราะห์ สถานการณ์ปัญหา การดูแลผู้ป่วยสูงอายุที่กระดูกรอบสะโพกหัก โดยทีมผู้วิจัยได้เสนอสถิติการหกล้มซ้ำหลังกระดูกหัก และสถิติภาวะแทรกซ้อนต่างๆ เพื่อได้ระดมสมองหาแนวทางแก้ไขปัญหาร่วมกัน โดยคณะกรรมการสาขาออร์โธปิดิกส์ โรงพยาบาลนครพิงค์ จึงได้กำหนดแนวทางการจัดทำแผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan) ในระยะเวลา 5 ปี (พ.ศ.2560-2564) เพื่อตอบสนองปัญหาของประชาชนในกลุ่มผู้สูงอายุ โดยมีเป้าหมายลดอัตราการเสียชีวิต ลดอัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อนและความพิการของผู้ป่วยกระดูกรอบสะโพกหักได้มากขึ้น

ขั้นตอนที่ 2 การสืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์ ทีมผู้วิจัยนี้กำหนดวัตถุประสงค์ของการสืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์ในการศึกษานี้ โดยกำหนดคำสำคัญในการสืบค้น ได้แก่ Fracture, Fracture Neck of Femur, Intertrochanteric Fracture of Femur , Fracture Liaison Service Model, Older Adults กำหนดแหล่งสืบค้นจากฐานข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์ทางการพยาบาลและวิชาชีพสุขภาพ อื่นๆ ได้แก่ CINAHL, PubMed, OVID, Medline, Science Direct โดยเป็นบทความวิจัยที่ตีพิมพ์ภาษาอังกฤษหรือภาษาไทย ตั้งแต่ ปี พ.ศ.2552-2562

ขั้นตอนที่ 3 พัฒนารูปแบบการดูแลและทดลองใช้แนวปฏิบัติ ประกอบด้วยขั้นตอน ดังนี้

3.1 ทีมผู้วิจัยได้นำเสนอผลการวิเคราะห์ผลการสืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์ โดยได้นำเสนอรูปแบบ FLS ที่พัฒนาโดยสถาบันโรคกระดูกพรุนแห่งประเทศไทย (International Osteoporosis Foundation, 2012) ซึ่งได้กำหนดแนวทางในการดูแลผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะกระดูกหัก เพื่อป้องกันการหกล้มซ้ำและภาวะแทรกซ้อนต่างๆ

3.2 จัดตั้งทีมพัฒนาแนวปฏิบัติรูปแบบ FLS ประกอบด้วย ศัลยแพทย์ออร์โธปิดิกส์จำนวน 3 คน วิชาญแพทย์ 1 คน และพยาบาลวิชาชีพ 3 คน โดยทั้งหมดเป็นผู้ที่มีความเชี่ยวชาญด้านการรักษา และการพยาบาลผู้ป่วยศัลยกรรมออร์โธปิดิกส์ อย่างน้อย 10 ปี ร่วมกันพัฒนาและปรับรูปแบบ FLS ให้เข้ากับบริบทของโรงพยาบาลนครพิงค์ โดยกำหนดวัตถุประสงค์ และกลุ่มเป้าหมายผู้ป่วยสูงอายุที่กระดูกสะโพกหัก และกำหนดผลลัพธ์ทางสุขภาพ หลังจากนั้นผู้วิจัยนำรูปแบบ FLS และเครื่องมือการเก็บรวบรวมข้อมูลไป

ตรวจสอบตรวจสอบความถูกต้อง ความครอบคลุม ภาษาที่ใช้ และความเหมาะสมของเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน และปรับปรุงร่างรูปแบบ FLS ตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิ

ขั้นตอนที่ 4 การนำรูปแบบแนวปฏิบัติไปปฏิบัติจริง และการประเมินประสิทธิผลของรูปแบบ

4.1 เตรียมความพร้อมของทีมผู้ดูแลผู้ป่วยรอบสะโพกหัก โดยอบรมให้ความรู้การดูแลผู้ป่วยโดยใช้รูปแบบ FLS โดยผู้ทรงคุณวุฒิที่เป็นศัลยแพทย์ออร์โธปิดิกส์ และผู้วิจัยที่เป็น Fracture Liaison Nurse (FLS Nurse)

4.2 ให้ทีมผู้ดูแลผู้ป่วยรอบสะโพกหักที่ผ่านการอบรม นำรูปแบบ FLS ในการดูแลผู้ป่วยกระดูกรอบสะโพกหัก ไปทดลองใช้จริงกับผู้ป่วยที่มีคุณสมบัติตามที่กำหนด จำนวน 5 รายเพื่อวิเคราะห์ปัญหาปรับปรุงรายละเอียด ประเมินคุณภาพแนวปฏิบัติการพยาบาล ความเป็นไปได้ของ การนำไปใช้

4.3 นำรูปแบบ FLS ที่ผ่านการปรับปรุงแก้ไขแล้วไปใช้จริงกับผู้ป่วยตามคุณสมบัติที่กำหนดไว้ที่เข้ารับการรักษาในแผนกออร์โธปิดิกส์ โรงพยาบาลนครพิงค์ เป็นระยะเวลา 1 ปี ในระหว่างที่บุคลากรทางสุขภาพปฏิบัติ ผู้วิจัยซึ่งทำหน้าที่ในการเป็น Case Manager หรือ Liaison Nurse ดำเนินการส่งเสริมให้บุคลากรทางสุขภาพ มีการปฏิบัติตามแนวปฏิบัติทางคลินิก ติดตามและกำกับในการประชุมประจำเดือนของแต่ละหอผู้ป่วย ในแผนกออร์โธปิดิกส์ เพื่อสรุปถึงปัญหาการใช้แนวปฏิบัติ และเป็นที่ปรึกษาเวลามีปัญหาในการปฏิบัติงานตลอดระยะเวลาที่ปฏิบัติ

4.4 การประเมินผลของรูปแบบ

ทีมผู้วิจัยดำเนินการรวบรวมข้อมูลตามแบบการบันทึก ภายหลังผู้ป่วยจำหน่ายทุกครั้ง เป็นระยะเวลา 1 ปี มีการติดตามการมาตรวจตามนัด และการโทรศัพท์ในการติดตามผลลัพธ์ ได้แก่ อัตราการได้รับการผ่าตัดใน 72 ชั่วโมง และภาวะแทรกซ้อนได้แก่ ปอดอักเสบ การเกิดแผลกดทับ การติดเชื้อทางเดินปัสสาวะที่คาสายสวนปัสสาวะ และอัตราการเกิดการหักซ้ำ อัตราการเสียชีวิตภายใน 1 ปีและมีการบันทึกผลลัพธ์ และนำเสนอผลลัพธ์ทุกเดือน แก่ทีมนิเทศและผู้ตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข กรมการแพทย์ และข้อมูลจะถูกรวบรวมส่งเข้าระบบ Health Data Center (HCD) ของกระทรวงสาธารณสุข

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ร่วมวิจัย วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ความถี่ ร้อยละ
2. ข้อมูลผลลัพธ์ของการใช้รูปแบบ FLS ในการดูแลผู้ป่วยสูงอายุที่มีกระดูกรอบสะโพกหัก ได้แก่ อัตราการได้รับการผ่าตัดใน 72 ชั่วโมง และภาวะแทรกซ้อนได้แก่ ปอดอักเสบ การเกิดแผลกดทับ การติดเชื้อทางเดินปัสสาวะที่คาสายสวนปัสสาวะ และอัตราการเกิดการหักซ้ำ อัตราการเสียชีวิตภายใน 1 ปี วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา การแจกแจงความถี่ ร้อยละ

ผลการวิจัย

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง

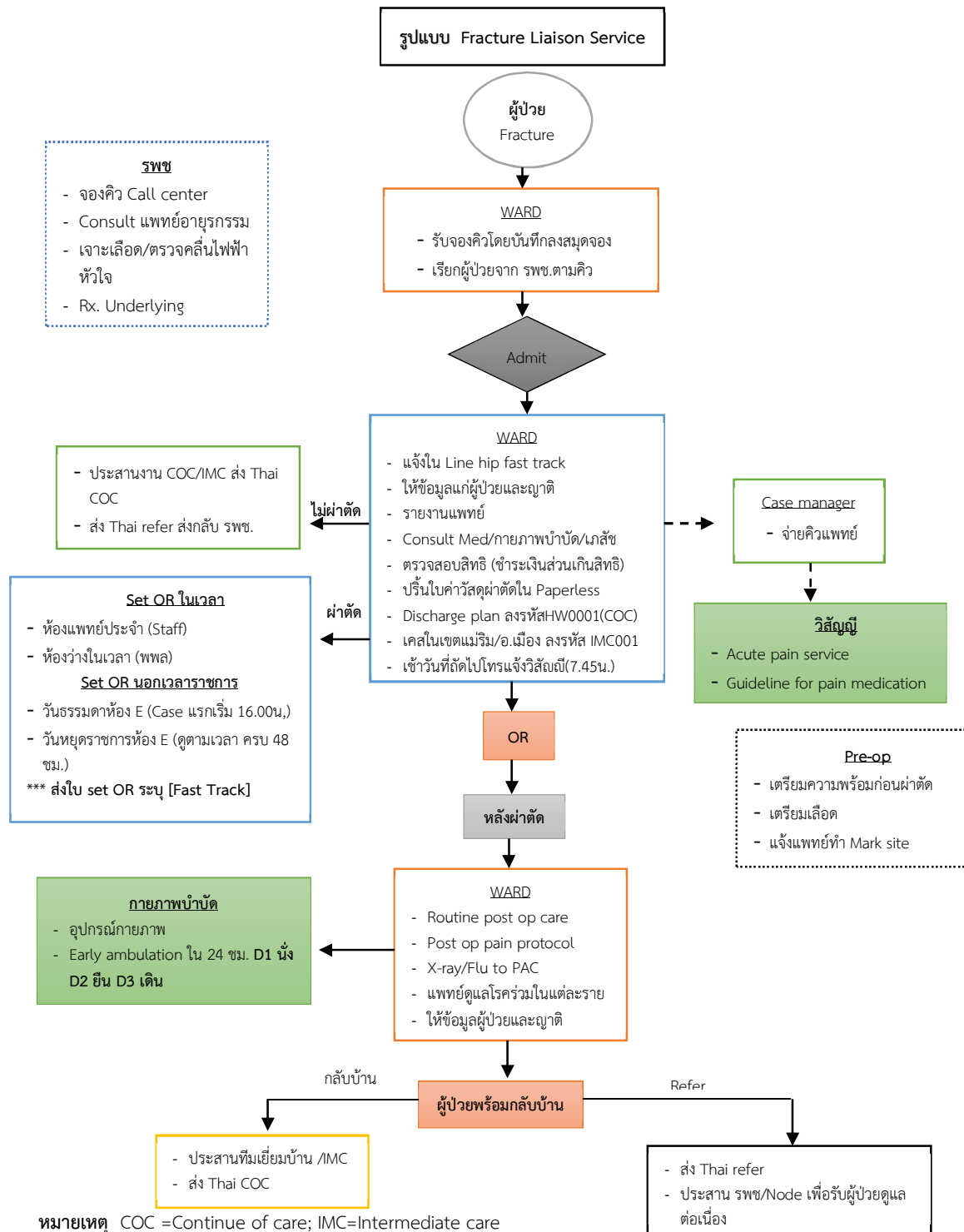
กลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุที่กระดูกรอบสะโพกหักที่ได้รับการดูแลตามรูปแบบ FLS ในระยะเวลา 1 ปี มีจำนวนทั้งสิ้น 411 ราย เป็นเพศหญิง ร้อยละ 58.64 อายุเฉลี่ย 78.01 ปี เพศชาย ร้อยละ 41.36 อายุเฉลี่ย 77.81 ส่วนใหญ่ได้รับการวินิจฉัยเป็น Intertrochanteric Fracture neck of Femur คิดเป็นร้อยละ 75.91 สาเหตุของการหักส่วนใหญ่เกิดจากการลื่นล้ม/หกล้ม คิดเป็นร้อยละ 84.54 ผู้ป่วยเดินได้เองก่อนกระดูกหัก คิดเป็นร้อยละ 60.34 ผู้ป่วยได้รับการรักษาด้วยวิธีการผ่าตัด 257 ราย คิดเป็นร้อยละ 62.53 และไม่ได้รับการผ่าตัด 154 ราย คิดเป็นร้อยละ 37.47 ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุกระดูกสะโพกหัก (n=411)

ข้อมูล	จำนวน (n=411)	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	170	41.36
หญิง	241	58.64
อายุ		
เฉลี่ย 77.81 ปี (ชาย)		
เฉลี่ย 78.01 ปี (หญิง)		
การได้รับการวินิจฉัย		
Intertrochanteric	312	75.91
Subtrochanteric	12	2.8
Fracture of Neck femur	89	21.01
สาเหตุการหัก		
การตกจากที่สูง	30	7.30
การลื่นล้ม/หกล้ม	350	85.16
การสะดุดล้ม	31	7.54
ลักษณะการเดิน/การใช้อุปกรณ์ก่อนกระดูกหัก		
เดินปกติ	248	60.34
เดินไม่ได้	12	2.91
เดินโดยใช้โดยใช้อุปกรณ์	151	36.74
การรักษาที่ได้รับ		
การผ่าตัด	257	62.53
การไม่รับการผ่าตัด	154	37.47

ส่วนที่ 2 รูปแบบ FLS ในการดูแลผู้ป่วยกระดูกรอบสะโพกหัก โดยพัฒนาจาก สถาบันโรคกระดูกพรุนแห่งประเทศไทย (International Osteoporosis Foundation, 2012) และวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง รูปแบบ FLS ในการดูแลผู้ป่วยกระดูกรอบสะโพกหัก ประกอบด้วย 2 ส่วน คือ 1) ระบบ Hip Fast Track ซึ่งผู้ป่วยต้องได้รับการผ่าตัดภายใน 72 ชั่วโมง โดยทีมออร์โธปิดิกส์ทำการดูแลรักษาร่วมกับ ทีมสหสาขา ได้แก่ วิชาชีพพยาบาล อายุรแพทย์ นักกายภาพบำบัด โดยพยาบาลผู้ประสานงาน (Liaison Nurse) ทำหน้าที่เป็นผู้จัดการรายกรณี (Case Manager) และ 2) ระบบ Refracture Prevention ซึ่งประกอบด้วย การรักษาภาวะกระดูกพรุน การประเมินและป้องกันการหกล้ม โปรแกรมการออกกำลังกายและภาวะโภชนาการ

ตลอดจนการให้ความรู้แก่ผู้สูงอายุ โดยรูปแบบ FLS ในการดูแลผู้ป่วยกระดูกรอบสะโพกหักที่พัฒนาขึ้นอธิบายอย่างย่อ ดังแสดงในภาพที่ 1



ภาพที่ 1 รูปแบบ Fracture Liaison Service ในการดูแลผู้ป่วยกระดูกรอบสะโพกหัก

ส่วนที่ 3 ผลลัพธ์ของการใช้รูปแบบ Fracture Liaison Service ในการดูแลผู้ป่วยกระดูกสะโพกหัก ตามเกณฑ์ตัวชี้วัดของกระทรวงสาธารณสุข ปี 2561

ผลลัพธ์ของการดำเนินการภายหลังมีการปฏิบัติตามรูปแบบ FLS ในการดูแลผู้ป่วยกระดูกสะโพกหัก 1 ปี พบว่า โรงพยาบาลสามารถจัดตั้งทีม Refracture Prevention ในโรงพยาบาล และเมื่อเทียบผลการดำเนินการกับตัวชี้วัดที่กระทรวงกำหนดพบว่า ผู้ป่วยได้รับการผ่าตัดภายใน 72 ชั่วโมง ร้อยละ 53.93 อัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัด ร้อยละ 6.61 และจำนวนวันนอนเฉลี่ย 11.43 วัน ไม่เกิดการหักซ้ำ ค่าใช้จ่ายเฉลี่ย 75,424.74 บาทต่อรายต่อครั้ง ภาวะแทรกซ้อนที่พบได้แก่ การติดเชื้อทางเดินปัสสาวะที่มีการคาสายสวนปัสสาวะ ร้อยละ 0.68 การเกิดแผลกดทับ ร้อยละ 0.90 และการเกิดปอดอักเสบ ร้อยละ 0.23 และอัตราการเสียชีวิต ร้อยละ 6.61 ไม่มีอุบัติการณ์กระดูกหักซ้ำ

ตารางที่ 3 การเปรียบเทียบผลลัพธ์ที่ดำเนินการและตัวชี้วัดของกระทรวงสาธารณสุข ได้แก่ การจัดตั้งทีม อัตราร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดภายใน 72 ชั่วโมง อัตราการหักซ้ำ อัตราการเสียชีวิต และจำนวนวันนอน

ตัวชี้วัด	ตัวชี้วัดจากกระทรวงสาธารณสุข	ผลลัพธ์หลังดำเนินการ
1. การจัดตั้งทีม Refracture Prevention ในโรงพยาบาล ระดับ A	จัดตั้งทีมในโรงพยาบาลระดับ A	โรงพยาบาลนครพิงค์ เป็นโรงพยาบาลระดับ A สามารถจัดตั้งทีม Refracture Prevention
2. ผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดภายใน 72 ชั่วโมง	ร้อยละ 50	ร้อยละ 53.93
3. อัตราการเสียชีวิต	น้อยกว่า ร้อยละ 10	ร้อยละ 6.61
4. อัตราการหักซ้ำ	น้อยกว่า ร้อยละ 20	ไม่พบอุบัติการณ์
5. จำนวนวันนอนโรงพยาบาล	น้อยกว่า 10 วัน	เฉลี่ย 11.43 วัน
6. ภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้น	-	ติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะ 3 ราย (ร้อยละ 0.68) แผลกดทับ 4 ราย (ร้อยละ 0.90) ปอดบวม 1 ราย (ร้อยละ 0.23)

ส่วนที่ 4 ความพึงพอใจของบุคลากรทางสุขภาพต่อการใช้นโยบายการดูแลผู้ป่วยกระดูกสะโพกหัก

บุคลากรทางสุขภาพผู้ใช้นโยบายทางคลินิก มีความพึงพอใจโดยรวม อยู่ในระดับมาก ($\bar{x} = 3.13$, $SD=0.22$) โดยมีความพึงพอใจอยู่ในระดับมากที่สุด ในประเด็น ประสิทธิภาพหลังการใช้นโยบายการดูแลผู้ป่วยกระดูกสะโพกหัก ($\bar{x} = 3.68$, $SD=0.47$) และ ความชัดเจนและเหมาะสมกับหน่วยงานในสถานการณ์จริงในโรงพยาบาล ($\bar{x} = 3.74$, $SD=0.42$) ดังแสดงในตารางที่ 4

ตารางที่ 4 จำนวนและร้อยละของบุคลากรทางสุขภาพจำแนกตามระดับความพึงพอใจต่อการใช้นโยบาย
ปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยกระดูกสะโพกหัก (n=64)

ข้อความ	ระดับความพึงพอใจ		
	$\bar{x}$	SD	แปลผล
ประสิทธิผลหลังการใช้นโยบายการดูแลผู้ป่วย กระดูกสะโพกหัก	3.68	0.47	มากที่สุด
ความเหมาะสมของหน่วยงาน ในสถานการณ์จริง	3.74	0.42	มากที่สุด
ความง่ายต่อการปฏิบัติ	2.88	0.35	ปานกลาง
ความสะดวกในการใช้	2.75	0.37	ปานกลาง
ประหยัดเวลา	2.64	0.33	ปานกลาง
ความพึงพอใจโดยรวม	3.13	0.22	มาก

การอภิปรายผล

การพัฒนารูปแบบ FLS ในการดูแลผู้ป่วยกระดูกสะโพกหัก โรงพยาบาลนครพิงค์ จังหวัดเชียงใหม่ มีการดำเนินการอย่างเป็นระบบและมีประสิทธิผลที่ดีต่อผู้ป่วย เนื่องจากทีมผู้วิจัยได้พัฒนารูปแบบ FLS จากการมีส่วนร่วมของสหสาขาวิชาชีพ โดยใช้กรอบแนวคิดของ ซูกับ (Soukup, 2000) ซึ่งประกอบด้วย 4 ขั้นตอน ได้แก่ 1) การวิเคราะห์ปัญหาสถานการณ์ 2) สืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์ 3) พัฒนารูปแบบการดูแลและทดลองใช้แนวปฏิบัติ 4) การนำรูปแบบแนวปฏิบัติไปปฏิบัติจริง และการประเมินผลลัพธ์ ผู้วิจัยในฐานะพยาบาลผู้ประสานงาน (Liaison Nurse) ได้ให้ทีมพัฒนารูปแบบ และทีมบุคลากรสุขภาพผู้ปฏิบัติตามรูปแบบ FLS มีส่วนร่วมในวิเคราะห์ปัญหา ชักถามปัญหา และระดมสมอง ทบทวนแนวคิดทฤษฎีที่เกี่ยวข้องเพื่อร่วมกันกำหนดเป็นแนวปฏิบัติรูปแบบ FLS ซึ่งพัฒนามาจากสถาบันโรคกระดูกพรุนแห่งชาติ ประเทศสหรัฐอเมริกา (International Osteoporosis Foundation, 2012) และผ่านการตรวจสอบความถูกต้อง ความตรงตามเนื้อหา และให้ข้อเสนอแนะจากผู้ทรงคุณวุฒิที่มีความเชี่ยวชาญ จากนั้นผู้วิจัยได้นำมาพิจารณาแก้ไขร่วมกับทีมพัฒนารูปแบบ พร้อมนำไปทดลองใช้กับผู้ป่วยจำนวน 5 ราย ในการดำเนินขั้นตอนนี้ได้รับความร่วมมือจากทีมเป็นอย่างดี มีการแสดงความคิดเห็น เกี่ยวกับปัญหาในการปฏิบัติงาน และข้อเสนอแนะต่าง ๆ ผ่านการประชุมอย่างต่อเนื่อง ทำให้รูปแบบ FLS มีคุณภาพ สามารถนำไปใช้จริง เหมาะสมกับบริบทของโรงพยาบาล

นอกจากนี้การพัฒนารูปแบบ FLS เป็นการสนองต่อนโยบายในการพัฒนาระบบบริการสุขภาพของกระทรวงสาธารณสุขในการกำหนดกรอบแนวทางในการป้องกันการหักซ้ำภายใต้โครงการ Refracture prevention เพื่อป้องกันการหักซ้ำของผู้ป่วยกระดูกสะโพกหัก เป็นระบบที่มีประสิทธิภาพและคุ้มค่ามากที่สุดในการป้องกันการเกิดกระดูกหักซ้ำในผู้ป่วยโรคกระดูกพรุน วิธีการเชิงระบบโดยที่มีผู้ประสานงานเป็นศูนย์กลาง สามารถช่วยลดค่าใช้จ่ายทางการแพทย์ลดการเกิดกระดูกหักซ้ำและสามารถเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยได้เป็นอย่างดี (International Osteoporosis Foundation, 2012) ดังนั้นการดูแลรักษาผู้ป่วยด้วยรูปแบบ FLS จึงช่วยให้ผู้ป่วยได้รับการผ่าตัดเร็ว มีจัดการความปวดที่มีประสิทธิภาพ ลดระยะเวลารอน

โรงพยาบาล ค่าใช้จ่ายในการรักษา และสามารถฟื้นฟูสมรรถภาพร่างกายได้เร็ว ดังเช่นการศึกษาขององค์กรสาธารณสุขโคเชอร์ ตอนใต้แคลิฟอร์เนีย ประเทศสหรัฐอเมริกา ซึ่งได้มีการนำรูปแบบ FLS มาใช้กับผู้ป่วยโรคกระดูกพรุนที่มีภาวะกระดูกรอบสะโพกหัก พบว่า สามารถลดภาวะความเสี่ยงจากภาวะกระดูกหักซ้ำได้ถึงร้อยละ 37.2 และค่าใช้จ่ายลดลง 30.8 เหรียญสหรัฐ (Klotzbach-Shimomura, 2001) ดังนั้นรูปแบบ FLS จึงเป็นการดูแลสุขภาพแบบองค์รวม ทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ และจิตสังคม โดยมีการติดตามผู้ป่วยในขณะที่นอนโรงพยาบาล จนถึงกลับไปฟื้นฟูสมรรถภาพที่บ้าน

จากการดำเนินงานที่มีระบบการจัดการดูแลผู้ป่วยกระดูกสะโพกหักแบบองค์รวม ตลอดระยะเวลาในโรงพยาบาลและหลังจากจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล พบว่าสามารถลดโอกาสการเกิดกระดูกสะโพกหักซ้ำได้มากถึง 50% ต่อปี ซึ่งจะช่วยประหยัดภาระงบประมาณในการดูแลรักษา ตลอดจนภาระการดูแลสุขภาพสังคม รวมถึงช่วยเพิ่มคุณภาพชีวิตที่ดีให้กับผู้ป่วยกลุ่มนี้ ดังเช่นการศึกษาของ (จิตติมา เอกวิโรจน์สกุล, 2562) ที่ใช้โปรแกรมการให้ความรู้เรื่องการป้องกันการหกล้มในผู้สูงอายุ ตั้งแต่ภายในโรงพยาบาล ดูแลหลังส่งต่อผู้ป่วยกลับบ้านและการดูแลในชุมชนโดยทีมเยี่ยมบ้าน พบว่ากลุ่มที่ได้รับความรู้เรื่องการป้องกันการหกล้มมีอัตราการหักซ้ำลดลงอย่างมีนัยสำคัญ สอดคล้องกับการศึกษาของ (ศุภฤทธิ เสงคราวิทย์, 2559) ในการใช้โปรแกรมป้องกันการกระดูกสะโพกหักซ้ำในผู้ป่วยสูงอายุที่เคยกระดูกสะโพกหัก พบว่าประสิทธิผลของโปรแกรมในกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมมีอัตราการหักซ้ำลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยให้ข้อเสนอแนะให้มีการใช้โปรแกรมป้องกันการหกล้มในผู้สูงอายุทุกราย โดยเน้นให้มีการป้องกันที่บ้านและการดูแลโดยชุมชน จะเห็นได้ว่าการพัฒนา การเผยแพร่ และการนำรูปแบบ FLS ในการดูแลผู้ป่วยกระดูกสะโพกหักเพื่อป้องกันการหักซ้ำในผู้สูงอายุไปใช้ในวิจัยนี้ประสบผลสำเร็จ สามารถดำเนินการตามตัวชี้วัดได้อย่างต่อเนื่อง นำไปสู่คุณภาพการบริการของโรงพยาบาล และผู้สูงอายุสามารถมีคุณภาพชีวิตที่ดี

สรุปผล

การนำรูปแบบ FLS ในการดูแลผู้ป่วยกระดูกสะโพกหักเพื่อป้องกันการหักซ้ำในผู้สูงอายุ ซึ่งประกอบด้วย การผ่าตัดเร็ว การป้องกันการหักซ้ำสามารถลดอัตราการเสียชีวิตและภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นได้ หากดำเนินแนวทางการดูแลอย่างต่อเนื่องแล้ว โดยเน้นการป้องกันการหักซ้ำ ด้วยการดูแลสิ่งแวดล้อมที่บ้าน และการดูแลจากชุมชน จะทำให้อัตราการเสียชีวิตลดลงได้ และจะช่วยทำให้การดูแลผู้ป่วยสูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่ดียิ่งขึ้น

การนำผลการวิจัยไปใช้

ควรสนับสนุนให้บุคลากรทางสุขภาพที่เกี่ยวข้องทุกฝ่ายนำรูปแบบ FLS ในการดูแลผู้ป่วยกระดูกสะโพกหัก ที่พัฒนาขึ้นในการวิจัยนี้ไปใช้ในการดูแลรักษาผู้ป่วยกระดูกสะโพกหักในผู้สูงอายุอย่างต่อเนื่องและควรมีการทบทวนหรือปรับเปลี่ยนให้ทันสมัยเป็นระยะ มีการติดตามและกำกับ เกี่ยวกับตัวชี้วัด เพื่อจะการบริหารจัดการระบบการดูแล ผ่าตัดและรักษาผู้ป่วยกระดูกสะโพกหักในผู้สูงอายุและมีการปรับปรุงบริการที่มีอยู่ให้ดีขึ้น และควรนำเนื้อหาในรูปแบบ FLS ในการดูแลผู้ป่วยกระดูกสะโพกหัก เพื่อป้องกันการหักซ้ำในผู้สูงอายุไปใช้ในการสอนนักศึกษาแพทย์และพยาบาล เพื่อให้นำไปใช้ในการปฏิบัติการดูแลรักษาผู้ป่วยกระดูกสะโพกหัก

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการติดตามผลลัพธ์ของผลรูปแบบ FLS ในการดูแลผู้ป่วยกระดูกสะโพกหัก ในระยะยาว มากกว่า 1 ปีขึ้นไป
2. ควรศึกษาเพื่อศึกษาปัจจัยอื่นๆ ที่มีผลต่อตัวชี้วัด เช่น ระยะเวลาที่ผู้ป่วยสามารถฟื้นตัวหลังผ่าตัด ระดับความปวดหลังการผ่าตัด การใช้ยาบรรเทาความปวด คุณภาพชีวิต เป็นต้น

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบคุณโรงพยาบาลนครพิงค์ที่สนับสนุนการดำเนินการวิจัย ขอขอบคุณ นายแพทย์วรเชษฐ เตชะรัก ผู้อำนวยการโรงพยาบาลนครพิงค์ นายแพทย์ศิริพงษ์ ศรีบัณฑิตกุล รองผู้อำนวยการโรงพยาบาลนครพิงค์ แพทย์ออร์โธปิดิกส์โรงพยาบาลนครพิงค์ ผู้ทรงคุณวุฒิ คณะกรรมการจริยธรรมวิจัย หัวหน้าภารกิจด้านการพยาบาล หัวหน้าและเจ้าหน้าที่พยาบาลแผนกแผนกออร์โธปิดิกส์ โรงพยาบาลนครพิงค์ และเภสัชกรอัครวัฒน์ กรจิระเกษมศาสนติ ที่สนับสนุนและช่วยเหลือการดำเนินการวิจัยในครั้งนี้

เอกสารอ้างอิง

- กรมกิจการผู้สูงอายุ. (2562). *โครงสร้างประชากรไทยจะเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุเต็มรูปแบบใน พ.ศ. 2564*. Retired from <http://www.dop.go.th/th>.
- กระทรวงสาธารณสุข. (2561). *การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (service plan) 5 หลัก*. Retrieved from <http://203.157.212.7/uthkpi62/document/103.pdf>.
- งานสารสนเทศ. (2561). *สถิติจำนวนผู้ป่วยกระดูกสะโพกหัก. โรงพยาบาลนครพิงค์ จังหวัดเชียงใหม่*.
- จิตติมา เอกวิโรจน์สกุล. (2562). การป้องกันกระดูกหักซ้ำในผู้ป่วยสูงอายุที่เคยกระดูกสะโพกหักในโรงพยาบาลสมเด็จพระสังฆราชองค์ที่ 17 สุพรรณบุรี. *วารสารพยาบาลเขต 4-5*, 38 (1), 39-49.
- นงนุช ประทุม. (2563). การพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียมที่มีภาวะโรคร่วมความดันโลหิตสูง : กรณีศึกษา 2 ราย. *วารสารวิจัยและนวัตกรรมทางสุขภาพ*, 3(1), 76-90.
- ราชวิทยาลัยออร์โธปิดิกส์. (2019). *ราชวิทยาลัยออร์โธปิดิกส์รณรงค์ให้รู้จักป้องกัน กระดูกหักจากโรคกระดูกพรุน* [อินเทอร์เน็ต]. Retrieved January 2, 2021, from <https://www.hfocus.org/content/2019/10/17969>.
- สัตยา โรจนเสถียร และ ทวี ทรงพัฒนาศิลป์. (2560). *คำแนะนำเวชปฏิบัติการดูแลรักษาโรคกระดูกพรุน*. มูลนิธิโรคกระดูกพรุนแห่งประเทศไทย.
- สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล. (2563). *แนวปฏิบัติเพื่อการจัดการการผ่าตัดกระดูกข้อ สะโพกหักในผู้ป่วยสูงอายุโครงการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยสูงอายุที่กระดูกข้อสะโพกหัก(รพ นำร่อง)*. เอกสารประกอบการประชุมชี้แจงแนวปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยสูงอายุที่กระดูกข้อสะโพกหักแก่โรงพยาบาลนำร่อง วันที่ 6 สิงหาคม 2563 ณ ห้องประชุมจุปิเตอร์ 8-10 อิมแพ็คเมืองทองธานี.
- สุวิมล แคล้วคล่อง, วิไลลดา ฉันทะเรืองนิษฐ์, สุพร ดนัยดุขฎิกล, และ ก้องเขต เจริญสุวรรณ. (2557). ความสัมพันธ์ระหว่างภาวะโรคร่วม ความแข็งแรงของกล้ามเนื้อในการกำมือ และความวิตกกังวล

- กับการฟื้นตัวด้านการทำหน้าที่ของผู้ป่วยกระดูกสะโพกหักภายหลังผ่าตัด. *วารสารสมาคมการพยาบาล*, 29(2), 36-49.
- ศุภมาส ลีศิริรัตน์, พาชิน ถนอมสิงห์. (2553). อัตราการตายและสภาพการเดินของผู้สูงอายุที่มีกระดูกสะโพกหักผ่านบริเวณ intertrochanter ซึ่งได้รับการรักษาในโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยราชภัฏวชิราวุธ. *วารสารราชวิทยาลัยแพทย์ออร์โธปิดิกส์แห่งประเทศไทย*, 34 (3-4), 6-11.
- ศุภฤทธิ เสงคราวิทยา.(2559). โปรแกรมป้องกันกระดูกสะโพกหักซ้ำในผู้ป่วยสูงอายุที่เคยกระดูกสะโพกหัก. *วารสารแพทย์เขต 4-5*,35 (4), 259-265.
- Akesson, K., Marsh, D., Mitchell, P. J., McLellan, A. R., Stenmark, J., Pierroz, D. D., Kyer, C., Cooper, C., & IOF Fracture Working Group (2013). Capture the Fracture: a Best Practice Framework and global campaign to break the fragility fracture cycle. *Osteoporosis international: A journal established as result of cooperation between the European Foundation for Osteoporosis and the National Osteoporosis Foundation of the USA*, 24(8), 2135–2152. <https://doi.org/10.1007/s00198-013-2348-z>.
- Amphansap, T., Stitkitti, N., & Dumrongwanich, P. (2016). Evaluation of Police General Hospital's Fracture Liaison Service (PGH's FLS): The first study of a Fracture Liaison Service in Thailand. *Osteoporosis and Sarcopenia*, 2(4), 238–243. <https://doi.org/10.1016/j.afos.2016.09.002>.
- International Osteoporosis Foundation. (2012). *Best Practice Framework*. Retrieved September 8, 20, from <http://www.capturethefracture.org>.
- Klotzbach-Shimomura, Kathleen. (2001). Project Healthy Bones: An Osteoporosis Prevention Program for Older Adults. *Journal of Extension*, 39(3), 1-196.
- Soukup, S, M. (2000). The center for advanced nursing practice evidence-based practice model: Promoting the scholarship of practice. *Nursing Clinics of North America*, 35(2), 301-309.
- Wongtriratanachai P, luevitonvechki S, Songpatanasilp.T, and Rojanastien.,S. (2013). Increasing incidence of hip fracture in Chiang Mai, Thailand. *Journal of Clinical Densitometry*, 16(3), 347-52.
- United Nations. (2017). *World population prospects: The 2017 revision*. Retrieved from https://esa.un.org/unpd/wpp/Publications/Files/WPP2017_KeyFindings.pdf.

การพัฒนาแบบการจัดการขยะมูลฝอยโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน
ตำบลน้ำซุน อำเภอหล่มสัก จังหวัดเพชรบูรณ์

The Development of the Solid Waste Management Model with
Community Participation in Numchun SubDistrict, LomSak District,
Phetchabun Province

อภิชาติ กองเงิน*

Apichit Kongngern*

สำนักงานสาธารณสุขอำเภอหล่มสัก*

Lomsak District Health Office*

(Received: April 9, 2021; Revised: April 18, 2021; Accepted: April 28, 2021)

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงปฏิบัติการนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาและประเมินประสิทธิผลของรูปแบบการจัดการขยะของชุมชน โดยการมีส่วนร่วมของประชาชน ตำบลน้ำซุน อำเภอหล่มสัก จังหวัดเพชรบูรณ์ โดยประยุกต์ใช้กระบวนการ Appreciation Influence Control (AIC) ในการดำเนินการวิจัย ประกอบด้วย ขั้นตอน ดังนี้ 1) Appreciation (A) การเรียนรู้ร่วมกันของชุมชนถึงปัญหาสถานการณ์ขยะมูลฝอย ร่วมกันวิเคราะห์ปัญหา การแก้ปัญหา และกำหนดเป้าหมายการแก้ไขปัญหา 2) Influence (I) กระตุ้นให้ชุมชนมีแนวทางในการแก้ปัญหาของตนเอง มีการกำหนดแผน กิจกรรม โครงการพัฒนารูปแบบการจัดการขยะ 3) Control (C) ร่วมกันจัดทำโครงการ กิจกรรมต่างๆ เพื่อแก้ไขปัญหาขยะมูลฝอย ผลการศึกษาการพัฒนารูปแบบการจัดการขยะในชุมชน พบว่า 1) จัดการขยะทั่วไปเน้นการคัดแยก ที่ครัวเรือน 2) ขยะติดเชื้อในชุมชนให้รวบรวมและจัดเก็บนำส่งโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล 3) ขยะอันตรายให้ทิ้งลงถังขยะอันตรายในท้องที่การบริหารส่วนตำบลจัดวาง ผลระดับการมีส่วนร่วมในการจัดการขยะมูลฝอย พบว่าประชาชนมีส่วนร่วมต่อการจัดการขยะมูลฝอย โดยภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{x} = 3.28$, $SD = 0.28$) ผลการศึกษาปริมาณขยะก่อนและหลังการใช้รูปแบบการจัดการขยะพบว่า ปริมาณขยะหลังดำเนินการตามรูปแบบลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ 0.05 ดังนั้นการใช้หลักการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วนในชุมชนจึงเป็นกระบวนการสำคัญที่ช่วยผลักดันรูปแบบการจัดการขยะของชุมชน ได้อย่างมีประสิทธิภาพ

คำสำคัญ: รูปแบบการจัดการขยะ, การมีส่วนร่วมของชุมชน, ขยะมูลฝอย

*ผู้ให้การติดต่อ อภิชาติ กองเงิน e-mail: dekdoynamnao@gmail.com

Abstract

The objectives of this participatory action research were to develop and evaluate the Solid Waste Management Model with community participation in Numchun SubDistrict, LomSak District, Phetchabun Province, using Appreciation Influence Control technique (AIC). This technique includes 3 processes. The first process was Appreciation

(A) that encouraging the community members to share ideas, analyze, and solve the problem of the solid waste together. The second process was Influence (I) that encouraging the community to find solutions themselves by developing any action plans and a waste management model. The last process is Control (C) that encouraging the community to organize various activities projects to solve the problem of solid waste. The results showed that 1) the general waste management: the community needs to improve household waste sorting; 2) infectious waste in the community to be collected and sent to the Sub-District Health Promoting Hospital; 3) hazardous waste must be thrown into a hazardous waste bin where the sub-district administration organization places it. The overall level of community participation in the solid waste management program was moderate ($\bar{x} = 3.28$, $SD = 0.28$). The amount of waste was significantly decreased after using the waste management model ($p\text{-value} = 0.05$). Thus, applying the participation of all stakeholders in the community is an important process to drive the Solid Waste Management program.

Keywords: The Solid Waste Management Model, Community Participation, Solid Waste

บทนำ

จากสภาพสังคมและเศรษฐกิจของประเทศไทยในปัจจุบันที่มีการพัฒนาและเติบโตอย่างรวดเร็ว ทำให้มีการปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตของประชาชนจากสังคมเกษตรกรรมเข้าสู่สังคมเมืองในหลายพื้นที่ ส่งผลให้มีจำนวนประชากรในชุมชนเมืองเพิ่มมากขึ้น ชุมชนเมืองจึงมีการขยายตัวอย่างรวดเร็ว เป็นสาเหตุให้ประเทศไทยมีปัญหาเกี่ยวกับสิ่งแวดล้อม และขยะมูลฝอยเพิ่มมากขึ้น พบว่าในปี พ.ศ.2561 ประเทศไทยมีปริมาณขยะมูลฝอยจากชุมชน ประมาณ 27.93 ล้านตัน ซึ่งเพิ่มขึ้นร้อยละ 2.05 จากปี พ.ศ.2560 ที่มีปริมาณ 27.37 ล้านตัน (กรมควบคุมมลพิษ, 2562) นอกจากนี้ยังพบว่า ปี พ.ศ.2561 มีปริมาณการเกิดขยะมูลฝอย ประมาณ 1.15 กิโลกรัมต่อคนต่อวัน ซึ่งเพิ่มขึ้นจาก ปี พ.ศ.2560 ในปริมาณ 1.13 กิโลกรัมต่อคนต่อวัน โดยจังหวัดกรุงเทพมหานครมีปริมาณขยะมูลฝอยมากที่สุด ปริมาณ 4.85 ล้านตัน คิดเป็นร้อยละ 17 และในพื้นที่ 76 จังหวัดทั่วประเทศ มีปริมาณ 23.10 ล้านตัน คิดเป็นร้อยละ 83 รองลงมาเกิดในพื้นที่จังหวัดชลบุรีและพัทยา มีปริมาณ 2,591 ตันต่อวัน จังหวัดนครราชสีมา มีปริมาณ 2,480 ตันต่อวัน และจังหวัดสมุทรปราการ มีปริมาณ 2,449 ตันต่อวัน โดยทั้ง 4 จังหวัด เป็นจังหวัดที่มีปริมาณขยะมากกว่า 2,000 ตันต่อวัน (กรมควบคุมมลพิษ, 2563)

สำหรับจังหวัดเพชรบูรณ์ จากรายงานปี พ.ศ.2562 พบว่ามีปริมาณขยะ 0.35 ล้านตันต่อปี แบ่งเป็นปริมาณขยะมูลฝอยที่เก็บขนได้ 0.11 ล้านตันต่อปี ปริมาณขยะที่กำจัดถูกต้อง 0.04 ล้านตันต่อปี ปริมาณขยะที่นำไปใช้ประโยชน์ 0.14 ล้านตันต่อปี กำจัดไม่ถูกต้อง 0.06 ล้านตันต่อปี (กรมควบคุมมลพิษ, 2562) ซึ่งปัญหาเกิดจากประชาชนขาดการคัดแยกขยะในครัวเรือน และองค์การบริหารส่วนท้องถิ่นจัดเก็บไม่ทันเวลา ทำให้มีปริมาณขยะตกค้างในสิ่งแวดล้อมจำนวนมาก เป็นสาเหตุทำให้เกิดแหล่งเพาะพันธุ์เชื้อโรคโรคติดต่อหลายอย่าง เช่น โรคไข้เลือดออก โรคอุจจาระร่วง เป็นต้น จากสถานการณ์โรคติดต่อของอำเภอ

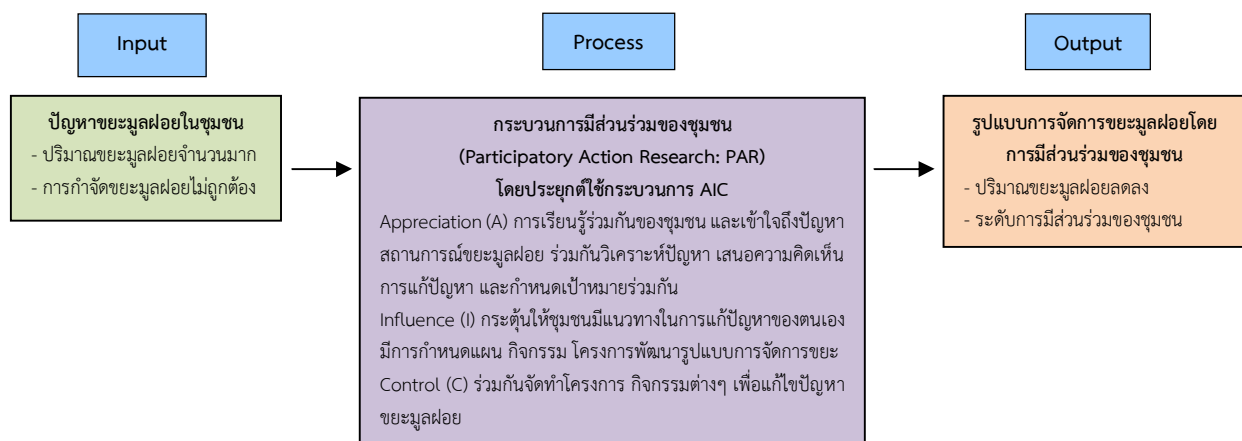
หล่มสัก จังหวัดเพชรบูรณ์ จำนวนผู้ป่วยไข้เลือดออก ปี 2562 จำนวน 94 ราย อัตราป่วย 59.29 ต่อแสนประชากร ซึ่งส่วนหนึ่งเกิดจากปัญหาปริมาณขยะสะสม (สำนักงานสาธารณสุขอำเภอหล่มสัก, 2561) จากปัญหาดังกล่าวผู้มีส่วนเกี่ยวข้องจำเป็นต้องมีการดำเนินการจัดการให้ถูกวิธีและจะต้องชี้แจงแก่ประชาชนให้เข้าใจถึงผลเสียและอันตรายอันเกิดจากขยะมูลฝอยทั้งในด้านการขนส่ง การจัดเก็บ การกำจัด ปัญหาขยะจึงเป็นปัญหาที่เกิดขึ้นจากการกระทำของประชาชนทั้งโดยตั้งใจ หรือไม่ตั้งใจ การแก้ไขปัญหาจึงต้องแก้อย่างมีส่วนร่วม โดยรูปแบบการจัดการขยะปัจจุบันเป็นหน้าที่ขององค์การบริหารส่วนท้องถิ่นเพียงอย่างเดียวจึงทำให้การบริหารจัดการไม่ครอบคลุม จากความสำคัญของปัญหาดังกล่าว ผู้วิจัยมีความสนใจศึกษาการพัฒนาารูปแบบการจัดการขยะชุมชนแบบมีส่วนร่วม ตำบลน้ำซุน อำเภอหล่มสัก จังหวัดเพชรบูรณ์ เพื่อพัฒนาระบบการจัดการขยะในชุมชนให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อพัฒนารูปแบบการจัดการขยะมูลฝอยโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน ตำบลน้ำซุน อำเภอหล่มสัก จังหวัดเพชรบูรณ์
2. เพื่อประเมินผลรูปแบบการจัดการขยะมูลฝอยโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน ตำบลน้ำซุน อำเภอหล่มสัก จังหวัดเพชรบูรณ์

กรอบแนวคิดการวิจัย

งานวิจัยในครั้งนี้ ใช้กรอบแนวคิดโดยการประยุกต์ใช้กระบวนการ Appreciation Influence Control (AIC) เพื่อให้เกิดรูปแบบ การจัดการขยะขยะมูลฝอยโดยมีส่วนร่วมของชุมชน



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิด

ระเบียบวิธีการวิจัย

งานวิจัยนี้เป็นการศึกษาวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participatory Action Research (PAR)) เพื่อพัฒนาและประเมินผลรูปแบบการจัดการขยะชุมชนแบบมีส่วนร่วมของชุมชน ตำบลน้ำซุน อำเภอหล่มสัก จังหวัดเพชรบูรณ์ ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน คือ ขั้นวางแผน ขั้นปฏิบัติ ขั้นสังเกต และขั้นสะท้อน มีระยะเวลาดำเนินการระหว่าง เดือน มกราคม 2563 ถึงเดือน ตุลาคม 2563

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรและกลุ่มตัวอย่างในงานวิจัยนี้ แบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม

กลุ่มที่ 1 กลุ่มพัฒนารูปแบบการจัดการขยะของชุมชน คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจงเป็น คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับตำบลน้ำซุ่น อำเภอหล่มสัก จังหวัดเพชรบูรณ์ ประกอบด้วย นายกองค์การบริหารส่วนตำบล 1 คน ผู้อำนวยการสถานศึกษา จำนวน 2 คน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จำนวน 2 คน เจ้าคณะตำบล จำนวน 1 คน ประธานชมรมผู้สูงอายุ 1 คน กำนัน ตำบลน้ำซุ่น จำนวน 1 คน ผู้ใหญ่บ้าน จำนวน 16 คน คณะกรรมการ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำ หมู่บ้าน 5 คน ผู้แทนผู้ประกอบการ จำนวน 3 คน และผู้แทนภาคประชาชนจำนวน 3 คน รวม 35 คน

กลุ่มที่ 2 ประชาชนที่เป็นหัวหน้าครัวเรือน ตำบลน้ำซุ่น อำเภอหล่มสัก จังหวัดเพชรบูรณ์ จาก จำนวนทั้งหมด 7,650 ครัวเรือน คัดเลือกโดยสุ่มตัวอย่างแบบง่าย โดยใช้ตารางของเครจซี และมอร์แกน (Krejcie and Morgan, 1970) ได้กลุ่มตัวอย่าง ทั้งหมด 365 คน สุ่มโดยวิธีจับฉลากจากบ้านเลขที่ เพื่อประเมินปริมาณขยะและระดับการมีส่วนร่วมของชุมชน โดยเกณฑ์คัดเข้า (Inclusion criteria) มีดังนี้ 1) เป็นประชาชนที่อาศัยอยู่ในตำบลน้ำซุ่น อำเภอหล่มสัก จังหวัดเพชรบูรณ์ 2) มีการรับรู้ สติสัมปชัญญะ ดี สามารถสื่อสารได้เข้าใจ 3) ไม่เป็นโรคหรือความผิดปกติทางจิตใจ 4) ยินดีให้ความร่วมมือในการศึกษา

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย แบ่งออกเป็น 4 ส่วน ได้แก่

1. แบบสัมภาษณ์ข้อมูลทั่วไป ได้แก่ ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพ ระดับการศึกษา อาชีพ จำนวนสมาชิกในครัวเรือน
2. แบบสัมภาษณ์การจัดการขยะของชุมชน ประกอบด้วย สภาพปัญหาของขยะมูลฝอยในชุมชน ปริมาณขยะต่อสัปดาห์ วิธีการจัดการขยะ และปัญหาที่พบ
3. แบบบันทึกการประชุมเชิงปฏิบัติการ ได้แก่ แบบสรุปประเด็นปัญหาขยะมูลฝอยในชุมชน รูปแบบที่ต้องการพัฒนา และแผนการดำเนินงาน โครงการและกิจกรรม
4. แบบประเมินระดับการมีส่วนร่วมของประชาชนในการจัดการขยะมูลฝอย ประกอบด้วยเกณฑ์การให้คะแนนตามมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ (Rating Scale) ได้แก่ ระดับมากที่สุด มาก ปานกลาง น้อย น้อยที่สุด โดยมีคำถามทั้งสิ้น 20 ข้อ แบ่งออกเป็น 4 องค์ประกอบ ได้แก่ 1) ด้านการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ (Decision Making) 2) ด้านการมีส่วนร่วมในการปฏิบัติการ (Implementation) 3) ด้านการมีส่วนร่วมในการรับผลประโยชน์ (Benefit) 4) ด้านการมีส่วนร่วมในการประเมินผล (Evaluation)

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

1. ผู้วิจัยนำรูปแบบการจัดการขยะมูลฝอยที่พัฒนาขึ้นจากการมีส่วนร่วมของประชาชน ไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน พิจารณาตรวจสอบความเหมาะสมของเนื้อหา ความชัดเจนในข้อความคำถาม ความครอบคลุมเรื่องที่ศึกษา และภาษาที่ใช้ หลังจากนั้นผู้วิจัยปรับปรุงแก้ไขรูปแบบให้สมบูรณ์ตามคำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิ

2. ผู้วิจัยนำแบบประเมินระดับการมีส่วนร่วมของประชาชนในการจัดการขยะมูลฝอย เสนอต่อผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่านเพื่อพิจารณาความเที่ยงตรงของแบบสอบถามโดยให้ตรงตามเนื้อหา โดยได้ค่าความตรงเชิงเนื้อหา (Content of Validity (CVI)) เท่ากับ 1 ปรับปรุงแก้ไขแบบสอบถามตามที่คุณผู้เชี่ยวชาญเสนอแนะและนำแบบสอบถามที่ปรับปรุงแล้วไปทดสอบ (Tryout) กับกลุ่มตัวอย่างที่มีลักษณะใกล้เคียง หรือเหมือนกับกลุ่มตัวอย่างแต่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน แล้วนำแบบสอบถามฉบับสมบูรณ์มาวิเคราะห์หาค่าความเชื่อมั่น โดยใช้วิธีสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ได้ค่าความเชื่อมั่นทั้งฉบับเท่ากับ 0.85

ขั้นตอนดำเนินการวิจัย

งานวิจัยนี้ใช้การวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Participatory Action Research (PAR)) โดยการมีส่วนร่วมจากภาคส่วนต่างๆ ในชุมชน ประกอบด้วยขั้นตอน ดังนี้

1. ขั้นตอนการวางแผน (Planning) ทีมผู้วิจัย จัดประชุมเพื่อวิเคราะห์สถานการณ์ สาเหตุปัญหาขยะในชุมชน รวมถึงมีการกำหนดเป้าหมายและกำหนดแผนงานในการพัฒนาร่วมกัน โดยใช้เทคนิคการจัดประชุมด้วยกระบวนการ Appreciation Influence Control (AIC) เพื่อระดมความคิดเห็นจากผู้เข้าร่วมประชุมจากผู้นำชุมชน ตัวแทนประชาชน และผู้ที่เกี่ยวข้อง ประกอบด้วย 3 กิจกรรมย่อย คือ

กิจกรรมที่ 1 การสร้างความรู้ (Appreciation (A)) มีลำดับกิจกรรม ดังนี้ ทีมผู้วิจัยนำเสนอข้อมูลปัญหาการจัดการขยะในชุมชน หลังจากนั้น ผู้นำชุมชน ตัวแทนประชาชน และผู้ที่เกี่ยวข้องร่วมกันวิเคราะห์ปัญหา แนวทางแก้ไข จุดอ่อน จุดแข็ง โอกาส ข้อจำกัดต่างๆ ในการดำเนินงานด้านการจัดการขยะ และร่วมกันกำหนดเป้าหมายในการพัฒนาการจัดการขยะในชุมชน

กิจกรรมที่ 2 การสร้างแนวทางการพัฒนา (Influence (I)) ทีมผู้วิจัย ผู้นำชุมชน ตัวแทนประชาชน และผู้ที่เกี่ยวข้องร่วมกันกำหนดวิธีการสำคัญที่จะทำให้บรรลุเป้าหมายในการพัฒนาการจัดการขยะในชุมชน และกำหนดกิจกรรม/โครงการที่ชุมชนทำได้เอง ดำเนินการได้บางส่วนหรือขอสนับสนุนจากภาครัฐหรือแหล่งอื่น การสร้างแนวทางการปฏิบัติเพื่อนำไปสู่การปฏิบัติและการควบคุมติดตาม (Control (C)) ทีมผู้วิจัย ผู้นำชุมชน ตัวแทนประชาชน และผู้ที่เกี่ยวข้องร่วมกันสรุปแนวทางการพัฒนา และยกร่างแนวปฏิบัติรูปแบบการพัฒนาการจัดการขยะในชุมชนแบบมีส่วนร่วม ในตำบลน้ำขุ่น อำเภอหล่มสัก จังหวัดเพชรบูรณ์ที่สอดคล้องกับบริบท

2. ขั้นตอนการปฏิบัติการ (Action) ชุมชนนำรูปแบบการพัฒนาการจัดการขยะในชุมชนแบบมีส่วนร่วมไปสู่การปฏิบัติ โดยก่อนการปฏิบัติทีมผู้วิจัยได้ให้ความรู้ในเรื่องการคัดแยก และจัดการขยะในครัวเรือน การจัดทำหลุมขยะเปียกแก่ชุมชน และดำเนินการสื่อสารตามกิจกรรมการวางแผนการประชุม โดยระยะเวลา 5 เดือน

3. ขั้นตอนการสังเกตผล (Observation) ทีมผู้วิจัยมีการติดตามประเมินผล ทุก 1 เดือน ร่วมสรุปรูปแบบการพัฒนาการจัดการขยะในชุมชนแบบมีส่วนร่วม โดยการสอบถามปัญหาประชาชนในชุมชนที่ร่วมทำกิจกรรมหรือโครงการต่างๆ ในการจัดการขยะตาม ถนน บริเวณสนามเด็กเล่น และบริเวณบ้านพักอาศัยของประชาชน โดยการสัมภาษณ์ การถ่ายภาพ และกล้องวิดีโอ เพื่อนำข้อมูลที่ได้มาสรุปผลมาร่วมประชุมกันในการปรับปรุงแก้ไขการปฏิบัติงานต่อไป

4. ขั้นสะท้อน (Reflection) จัดเวทีประชุมถอดบทเรียน ระหว่างทีมผู้วิจัย ผู้นำชุมชน ตัวแทนประชาชน และผู้ที่เกี่ยวข้อง เพื่อร่วมกันสรุปผล ปัญหา อุปสรรค และข้อเสนอแนะในการปฏิบัติ ตามรูปแบบการกำจัดการขยะที่ร่วมกันพัฒนาขึ้นในชุมชน เพื่อนำบรรจุเป็นแผนหรือนโยบายในการพัฒนา ชุมชน และขยายผลการใช้รูปแบบการพัฒนาด้านการจัดการขยะในชุมชนต้นแบบไปใช้กับหมู่บ้านอื่นๆ

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณจากแบบสอบถามโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูปคอมพิวเตอร์ ดังนี้

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง จะวิเคราะห์ข้อมูล โดยใช้แจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
2. ข้อมูลระดับการมีส่วนร่วมของประชาชนในการจัดการขยะมูลฝอย วิเคราะห์ข้อมูลเป็น รายข้อโดยใช้การแจกแจงความถี่ และร้อยละ
3. ข้อมูลการจัดการขยะมูลฝอย วิเคราะห์แยกเป็นด้านปริมาณขยะมูลฝอยก่อนและหลัง วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติ Dependent t -test กำหนดความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

โครงการวิจัยนี้ได้ผ่านการอนุมัติ จากคณะกรรมการวิจัยในมนุษย์สำนักงานสาธารณสุข จังหวัดเพชรบูรณ์ เลขที่ พช001/62-86 ผู้ร่วมวิจัยจะได้รับการชี้แจงจากทีมผู้วิจัยให้ทราบถึงวัตถุประสงค์ ของการวิจัย ขั้นตอนดำเนินงานวิจัย ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ รายละเอียดของแบบสอบถาม ผู้ร่วมวิจัย สามารถปฏิเสธการตอบแบบสอบถามหรือออกจากกระบวนการวิจัย สามารถกระทำได้ตลอดระยะเวลาโดยไม่ มีความผิดใดๆ ทั้งสิ้น

ผลการศึกษา

1. ผลการวิเคราะห์สถานการณ์การจัดการขยะมูลฝอยในชุมชน

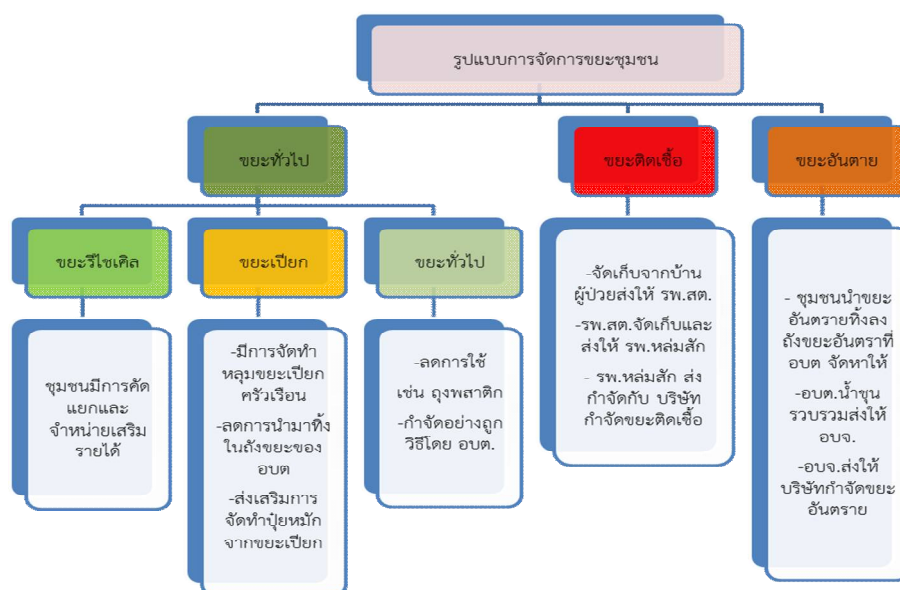
ผลจากการวิเคราะห์สถานการณ์การจัดการขยะมูลฝอยในชุมชน พบว่า ปริมาณขยะของตำบลน้ำ ชุนมีปริมาณ 12 ตัน ต่อปี ต้องใช้งบประมาณมากกว่า 4 ปี ล้านบาทต่อปีในการจัดเก็บและกำจัด พบ ปัญหา ดังนี้ 1) ขยะล้นถังจัดเก็บ 2) ประชาชนขาดความรู้ในการคัดแยกขยะ 3) ไม่มีการจัดการขยะติด เชื้อ 4) ไม่มีการจัดการขยะอันตรายอย่างถูกหลักสุขาภิบาล 5) ไม่มีถังขยะแยกสีเพื่อทิ้งขยะ ดังนั้นเมื่อ ไม่ได้คัดแยกขยะประชาชนจึงทิ้งขยะทั้งหมดให้องค์การบริหารส่วนตำบลกำจัด ส่งผลให้การขนขยะไม่ ทันเวลาเนื่องจากขยะมีปริมาณมาก และล้นถังขยะ มีผลกระทบต่อสิ่งแวดล้อมในชุมชน เพิ่มเป็นแหล่ง เพาะพันธุ์แมลงนำโรคติดต่อ เช่น ยุง แมลงวัน เป็นต้น จากการร่วมวิเคราะห์สถานการณ์ปัญหาและการ แก้ไขของทุกภาคส่วนในชุมชน จึงสรุปดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 สรุปผลการประชุมวิเคราะห์สถานการณ์ขยะมูลฝอยในชุมชน ตำบลน้ำซุ่น

ประเด็นปัญหา	รูปแบบเดิม	รูปแบบที่พัฒนา	หน่วยงานรับผิดชอบ
1. ขยะล้นถังจัดเก็บ	1. ชุมชนไม่มีการคัดแยก ทิ้งรวมให้ อบต. จัดเก็บ	1. มีการคัดแยกขยะในครัวเรือน 2. จัดทำหลุมขยะเปียก 3. คัดแยกขยะรีไซเคิล	1. ครัวเรือน ชุมชน
2. ชุมชนขาดความรู้และ พฤติกรรมการแยกขยะ	ไม่มี	1. ส่งเสริมความรู้การคัดแยกขยะให้กับ ประชาชน	1. อบต./ เทศบาล 2. โรงเรียน 3. รพ.สต
3. การจัดการขยะติดเชื้อ	1. เผา/ฝังกลบ	1. นำขยะติดเชื้อมาจัดเก็บที่ รพ.สต	1. รพ.สต/รพ. หล่มสัก
4. การจัดการขยะอันตราย	1. ทิ้งรวมกับรวมกับทั่วไป 2. ทิ้งที่สาธารณะ	1. อบต. จัดให้มีถังขยะสีแดงเพื่อรวบรวมขยะ อันตรายและนำส่งบริษัทกำจัด	1. อบต./ เทศบาล
5. ไม่มีถังขยะแยกสีเพื่อทิ้ง ขยะ	ไม่มี	1. อบต. จัดให้มีถังขยะแยกสีทุก หมู่บ้าน	1. อบต./ เทศบาล

2. รูปแบบการจัดการขยะมูลฝอยโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน

รูปแบบการจัดการขยะมูลฝอยโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน ตำบลน้ำซุ่น ประกอบด้วย การกำจัดขยะมูลฝอย 3 ประเภท ได้แก่ 1) ขยะทั่วไป แบ่งเป็น ขยะรีไซเคิล ขยะเปียก และขยะทั่วไป 2) ขยะติดเชื้อ และ 3) ขยะอันตราย โดยแต่ละภาคส่วนในชุมชนมีส่วนร่วมในการกำจัดขยะ ดังแสดงตาม ภาพที่ 2



ภาพที่ 2 รูปแบบการจัดการขยะมูลฝอยโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน ตำบลน้ำซุ่น

1. ระดับการมีส่วนร่วมของประชาชนต่อการจัดการขยะ

พบว่า การมีส่วนร่วมของประชาชนในชุมชน ตำบลน้ำซุ่น ต่อการจัดการขยะมูลฝอย โดยภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{x} = 3.28, SD = 0.28$) เมื่อพิจารณาเป็นรายด้าน พบว่า ประชาชนมีส่วนร่วมต่อการจัดการขยะมูลฝอยในด้านการมีส่วนร่วมในการรับผลประโยชน์อยู่ในระดับมาก ($\bar{x} = 3.56, SD = 0.21$) ดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ระดับการมีส่วนร่วมของประชาชนต่อการจัดการขยะมูลฝอย ของประชาชนตำบลน้ำซุ่น

การมีส่วนร่วมของประชาชน	$\bar{x}$	SD	แปลผล	อันดับ
ต่อการจัดการขยะมูลฝอย (n=365)				
1. ด้านการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ	3.2	0.13	ปานกลาง	3
2. ด้านการมีส่วนร่วมในการปฏิบัติการ	3.31	0.35	ปานกลาง	2
3. ด้านการมีส่วนร่วมในการรับผลประโยชน์	3.56	0.21	มาก	1
4. ด้านการมีส่วนร่วมในการประเมินผล	3.07	0.26	ปานกลาง	4
ภาพรวม	3.28	0.28	ปานกลาง	

2. ผลการประเมินปริมาณขยะก่อนและหลังดำเนินการตามรูปแบบ

ผลปริมาณขยะในครัวเรือนก่อนและหลังดำเนินการตามรูปแบบการจัดการขยะมูลฝอย โดย การมีส่วนร่วมของชุมชน ในระยะเวลา 10 เดือน พบว่า ปริมาณขยะหลังดำเนินการลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 ดังแสดงในตารางที่ 5

ตารางที่ 5 ปริมาณขยะก่อนและหลังการศึกษา

ปริมาณขยะ	$\bar{x}$	S.D.	Df.	t	P-value*
ก่อนการใช้รูปแบบ	22.62	100.66	349	32.67	0.00
หลังการใช้รูปแบบ	4.03	14.53			

*ระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05

อภิปรายผลการวิจัย

การพัฒนาารูปแบบการจัดการขยะมูลฝอยโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนในการศึกษาวิจัยนี้มีลักษณะเป็นเชิงระบบ และได้ผลลัพธ์ในการลดปริมาณขยะมูลฝอยในชุมชนอย่างมีประสิทธิภาพ เนื่องจากการนำหลักการมีส่วนร่วมของชุมชนมาใช้ในกระบวนการวิจัย โดยให้แต่ละภาคส่วน ทั้งภาครัฐ และภาคประชาชนเข้ามามีส่วนร่วมในการแก้ปัญหา ร่วมกัน ทำให้ชุมชนเกิดความตระหนัก และร่วมกันวางแผนแก้ไขปัญหา โดยสรุปกระบวนการ ดังนี้ 1) ขึ้นวางแผน (Planning) ประชุมผู้มีส่วนเกี่ยวข้องเพื่อวิเคราะห์ปัญหา แนวทางการแก้ไขกำหนดระยะเวลาการดำเนินงาน และประเมินผลการดำเนินงาน 2) ขึ้นปฏิบัติการ

(Action) ผู้รับผิดชอบในกิจกรรมต่างๆ มีประกาศในการปฏิบัติการ โดยอาศัยความร่วมมือทุกภาคส่วน เพื่อให้มีการจัดการขยะติดเชื้อและขยะอันตรายเพิ่มขึ้น 3) ขั้นสังเกตและเก็บข้อมูล (Observer) ผู้วิจัยสังเกตระดับการมีส่วนร่วมของประชาชนต่อการจัดการขยะมูลฝอย โดยพบว่า ระดับการมีส่วนร่วมของประชาชนในภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง จึงควรส่งเสริมให้ประชาชนมีส่วนร่วมต่อการจัดการขยะมูลฝอยมากยิ่งขึ้นในด้านการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ และการมีส่วนร่วมจัดทำร่างเทศบัญญัติของท้องถิ่นเกี่ยวกับการรักษาความสะอาดในชุมชน สนับสนุนให้ประชาชนมีส่วนร่วมในการจัดการขยะมูลฝอย 4) ขั้นสะท้อนถอดบทเรียน (Refraction) มีการสะท้อนผลลัพธ์ จากปริมาณและการจัดการขยะในชุมชน โดยแลกเปลี่ยนความคิดเห็นในแต่ละภาคส่วนในชุมชน

จากกระบวนการดำเนินวิจัยทั้งหมด แสดงให้เห็นว่าการที่ชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมในการพัฒนารูปแบบการจัดการขยะมูลฝอย ถือเป็นปัจจัยสำเร็จซึ่งทำให้ชุมชนรู้สึกเป็นเจ้าของผลงาน เป็นผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในรูปแบบการจัดการขยะมูลฝอยที่ร่วมกันพัฒนาขึ้นมา สอดคล้องกับฉลาด จันทรสมบัติ ที่กล่าวว่า การมีส่วนร่วม เป็นการเปิดโอกาสให้ผู้ที่มีส่วนได้ส่วนเสีย มาวิเคราะห์ ตัดสินใจในการแก้ปัญหา ดำเนินกิจกรรม และประเมินผลร่วมกัน อีกทั้งยังเป็นการสร้างพลังอำนาจ และพัฒนาศักยภาพของคนในชุมชน ซึ่งผลลัพธ์จะก่อให้เกิดการพัฒนาที่ยั่งยืนของชุมชน (ฉลาด จันทรสมบัติ, 2554) เช่นเดียวกับการศึกษาของ (เก ประเสริฐสังข์ และคณะ, 2561) ในการศึกษาการวิจัยปฏิบัติการเชิงวิพากษ์เพื่อสร้างรูปแบบและกลไกการจัดการขยะอย่างครบวงจรบนฐาน การมีส่วนร่วมของโรงเรียนและชุมชน พบว่า การใช้กระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชน ทำให้ชุมชนสามารถพึ่งตนเองได้ และเกิดการรวมกลุ่มที่เกี่ยวข้องกับการจัดการขยะของชุมชน อย่างเข้มแข็งและเป็นรูปธรรม นำไปสู่การเปลี่ยนความสัมพันธ์เชิงอำนาจระหว่างชุมชนและภาครัฐ ทำให้ชุมชนมีส่วนร่วมในการกำหนดนโยบายและแผนดำเนินการด้านการจัดการขยะของชุมชนที่เป็นที่ต้องการของชุมชนอย่างแท้จริง

การนำผลการวิจัยไปใช้

1. ด้านวิชาการและการวางแผนงานการจัดการขยะ ผู้รับผิดชอบงานสุขภาพีบาลการจัดการขยะ ควรมีการทบทวนความรู้ และการปฏิบัติด้านการจัดการขยะ และประชาคมหมู่บ้านทบทวนความรู้ให้กับประชาชน อย่างต่อเนื่องอย่างน้อย 1 ครั้งต่อปี
2. ควรสนับสนุนการจัดทำหลุมขยะเปียกประจำครัวเรือนมาใช้ประโยชน์ เพราะจากการประเมินปริมาณขยะในครัวเรือนพบ ปริมาณขยะลดลงภายหลังการใช้นวัตกรรมหลุมขยะเปียก แต่พบข้อจำกัดของการใช้และความเข้าใจของประชาชน ดังนั้น ผู้รับผิดชอบงานการจัดการขยะต้องอาศัยทัศนคติด้านบวกและแก้ไขข้อจำกัดดังกล่าว กระตุ้นให้ครัวเรือนคัดแยกขยะให้ต่อเนื่อง
3. องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ควรออกนโยบาย ข้อกำหนดของท้องถิ่น กำหนดหลักเกณฑ์วิธีการและเงื่อนไขเกี่ยวกับการจัดการขยะในชุมชน ตามมาตราต่างๆที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพีบาลสิ่งแวดล้อมการจัดการขยะ

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ศึกษาศักยภาพที่เกี่ยวข้องในการจัดการขยะในชุมชน เพื่อค้นหาปัจจัยของความสำเร็จในการดำเนินการ

2. ควรมีการติดตามผลของรูปแบบการจัดการขยะในชุมชนในระยะยาว เพื่อประเมินประสิทธิผล และการยั่งยืนของรูปแบบที่พัฒนาขึ้น

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณคณะกรรมการอำเภอหล่มสัก องค์การบริหารส่วนตำบล ชมรมอาสาสมัครสาธารณสุข ประจำหมู่บ้าน ที่อำนวยความสะดวกและช่วยเหลือในการดำเนินกิจกรรมตลอดมา ทำให้การศึกษาวิจัยครั้งนี้สำเร็จลุล่วงไปด้วยดี ผู้เขียนจึงขอกราบขอบพระคุณไว้ ณ โอกาสนี้

เอกสารอ้างอิง

- กรมควบคุมมลพิษ. (2563). รายงานสถานการณ์มลพิษของประเทศไทย พ.ศ.2562. เอกสาร กรมควบคุมมลพิษ, กรุงเทพมหานคร.
- กรมควบคุมมลพิษ. (2562). ระบบสารสนเทศด้านขยะมูลฝอย. (สืบค้นเมื่อ 5 เมษายน 2562), จาก <https://thaimsw.pcd.go.th/report1.php>.
- เก ประเสริฐสังข์(2561). การวิจัยปฏิบัติการเชิงวิพากษ์เพื่อสร้างรูปแบบและกลไกการจัดการขยะอย่างครบวงจรบนฐานการมีส่วนร่วมของโรงเรียนและชุมชน. ปรินญาณพนธ์ ป.ร.ด. (การวิจัยพฤติกรรมศาสตร์ประยุกต์). กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ.
- ฉลาด จันทรมสมบัติ. (2554). การมีส่วนร่วมของชุมชนในการจัดการศึกษาเพื่อพัฒนาท้องถิ่น. (พิมพ์ครั้งที่ 3). มหาสารคาม: มหาวิทยาลัยมหาสารคาม.
- สำนักงานสาธารณสุขอำเภอหล่มสัก. (2561). สรุปผลการดำเนินงานประจำปี. สำนักงานสาธารณสุขอำเภอหล่มสัก.
- Krejcie, R. V. & Morgan, D. W. (1970). Determining sample size for research activities. *Educational and Psychological Measurement*, 30(3), 607-610.

คำแนะนำสำหรับผู้เขียน

วารสารวิจัยการพยาบาลและการสาธารณสุข

วารสารวิจัยการพยาบาลและการสาธารณสุข เป็นวารสารของวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสืบเชียงใหม่ มีกำหนดในการตีพิมพ์เผยแพร่ปีละ 3 ฉบับ คือ ฉบับที่ 1 เดือน มกราคม- เมษายน ฉบับที่ 2 เดือน พฤษภาคม- สิงหาคม และฉบับที่ 3 เดือน กันยายน- ธันวาคม กองบรรณาธิการขอวารสารขอเชิญผู้ที่สนใจ และสมาชิกทุกท่านส่งผลงานวิชาการเพื่อตีพิมพ์เผยแพร่ในวารสาร ทั้งนี้ประเภทของผลงานวิชาการที่รับตีพิมพ์ ได้แก่

1. บทความวิจัย (Research Article) ทั้งภาษาไทยหรือภาษาอังกฤษ เป็นบทความที่ผู้เขียนเขียนเรียบเรียงจากงานวิจัยของตนเอง โดยเป็นงานวิจัยที่เกี่ยวกับการพยาบาลในคลินิก การพยาบาลในชุมชน การศึกษาทางการพยาบาล การศึกษาในสาขาวิทยาศาสตร์สุขภาพและการสาธารณสุข และด้านอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง

2. บทความวิชาการ (Academic Article) ทั้งภาษาไทยหรือภาษาอังกฤษ เป็นบทความที่ผู้เขียนต้องการนำเสนอเนื้อหาสาระจากเรื่องใดเรื่องหนึ่ง โดยได้จากการทบทวนวรรณกรรม และประสบการณ์เชิงวิชาการของผู้เขียน โดยเป็นบทความวิชาการที่เกี่ยวกับการพยาบาลในคลินิก การพยาบาลในชุมชน การศึกษาทางการพยาบาล การศึกษาในสาขาวิทยาศาสตร์สุขภาพและการสาธารณสุข และด้านอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง

3. บทความปริทัศน์ (Review Article) ทั้งภาษาไทยหรือภาษาอังกฤษ เป็นบทความที่มีการผสมผสานแนวคิด ผลงานวิจัยหลายๆชิ้นงาน โดยที่ผู้เขียนมีการสรุป วิเคราะห์และสังเคราะห์ความรู้แนวคิด และผลการวิจัยจากงานวิจัยต่างๆ เพื่อเป็นการทบทวน องค์ความรู้เรื่องนั้นๆ และให้ข้อวิพากษ์ที่ชี้ให้เห็นถึงความสำคัญ และพัฒนาองค์ความรู้ต่อไป

เงื่อนไขในการพิจารณาผลงานเพื่อตีพิมพ์

วารสารวิจัยการพยาบาลและการสาธารณสุขมีข้อตกลงในการส่งผลงานวิชาการเพื่อตีพิมพ์ ดังนี้

1. ผลงานวิชาการนั้นต้องไม่เคยลงตีพิมพ์ในวารสารใดมาก่อน หรืออยู่ในระหว่างพิจารณาตีพิมพ์ในวารสารอื่นๆ ในเวลาเดียวกัน ยกเว้นเป็นผลงานวิชาการที่ได้นำเสนอในการประชุมวิชาการที่ไม่มี Proceedings

2. หากเป็นบทความวิจัย ต้องได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมวิจัยในมนุษย์ จากสถาบันใดสถาบันหนึ่ง

3. กองบรรณาธิการจะตรวจสอบคุณภาพผลงานวิชาการของผู้เขียน โดยส่งให้ผู้ทรงคุณวุฒิ (Peer review) จำนวนอย่างน้อย 2 ท่าน ที่มีความเชี่ยวชาญในด้านเนื้อหานี้ๆ ประเมินคุณภาพผลงานเพื่อพิจารณาก่อนตีพิมพ์ ข้อความหรือข้อคิดเห็นต่างๆ ของผู้เขียน เป็นความเห็นส่วนตัว โดยกองบรรณาธิการไม่จำเป็นต้องเห็นชอบด้วยเสมอไป

4. การประเมินคุณภาพผลงานของผู้ทรงคุณวุฒิ เป็นระบบไม่เปิดเผยชื่อผู้แต่ง (Double Blind-Peer Review) กองบรรณาธิการจะแจ้งความคืบหน้า และข้อเสนอแนะจากผู้ทรงคุณวุฒิแก่ผู้เขียน ผู้เขียนต้องแก้ไขบทความให้ถูกต้องครบถ้วน ตามข้อเสนอแนะจากผู้ทรงคุณวุฒิ แล้วส่งคืนเพื่อให้กองบรรณาธิการตรวจทานก่อนตีพิมพ์เผยแพร่

การเตรียมต้นฉบับบทความวิจัย บทความวิชาการ หรือบทความปริทัศน์

ต้นฉบับของบทความวิจัยหรือบทความวิชาการ ต้องพิมพ์ด้วยคอมพิวเตอร์โปรแกรมสำเร็จรูป Microsoft Word Windows ให้ตั้งค่าหน้ากระดาษ A4 (21×29.7 ซม.) โดยแบบอักษรใช้ TH SarabunPSK ขนาด 16 ในตารางใช้ขนาด 14 ระยะห่างบรรทัด 1 เท่า (Single Space) กำหนดระยะขอบกระดาษ ด้านบน-ล่าง 2.54 cm. ด้านซ้าย 3.17 cm. ด้านขวา 2.54 cm. จำนวน 12 หน้า (ไม่รวมรายการอ้างอิง) และรายการ อ้างอิงต้องไม่เกิน 20 รายการ รวมรายการอ้างอิง ไม่เกิน 15 หน้า

ส่วนที่ 1 หน้าแรกของบทความวิจัย บทความวิชาการ หรือบทความปริทัศน์

1. ชื่อเรื่อง (Title) เป็นภาษาไทยและภาษาอังกฤษ พิมพ์ด้วยตัวหนาไว้ตรงกลางหน้าแรก แบบอักษรใช้ TH SarabunPSK ขนาด 18 ความยาวไม่เกิน 120 ตัวอักษร ชื่อเรื่องภาษาอังกฤษพิมพ์ตัวใหญ่ในอักษรตัวแรกของทุกคำ

2. ชื่อผู้เขียน (Author name) พิมพ์ทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ วางัดจากชื่อเรื่องภาษาอังกฤษ โดยบรรทัดแรก ให้ระบุชื่อและนามสกุล (ภาษาไทย) ของผู้เขียนหลัก และผู้เขียนร่วมในบรรทัดเดียวกัน บรรทัดถัดไปให้ระบุชื่อและนามสกุล (ภาษาอังกฤษ) ของผู้เขียนหลัก และผู้เขียนร่วมในบรรทัดเดียวกัน และบรรทัดถัดไป ให้ระบุหน่วยงานต้นสังกัดของผู้แต่งทุกคน ให้ระบุตัวเลขเป็นตัวยกท้ายชื่อผู้เขียน เพื่อแสดงรายละเอียดหน่วยงานต้นสังกัด และบรรทัดสุดท้าย ให้เขียนระบุชื่อผู้รับผิดชอบบทความ (Correspondence author) ตามด้วยไปรษณีย์อิเล็กทรอนิกส์ (E-mail) ของผู้รับผิดชอบบทความ

3. บทคัดย่อ (Abstract) ภาษาไทย ไม่เกิน 1 หน้า มีความยาวไม่เกิน 350 คำ และตามด้วยคำสำคัญ 3-5 คำ เช่น คำสำคัญ: คำที่ 1, คำที่ 2, คำที่ 3,ระหว่างคำให้กันด้วยเครื่องหมายจุลภาค (,) และเคาะเว้นวรรค 1 ครั้ง (ตัวอย่างในเอกสารภาคผนวกที่ 2) บทคัดย่อภาษาอังกฤษ ไม่เกิน 1 หน้า มีความยาวไม่เกิน 350 คำ กำหนดคำสำคัญภาษาอังกฤษ (Keyword) 3-5 ให้เขียนลักษณะเดียวกับภาษาไทย

ส่วนที่ 2 ส่วนเนื้อหาของบทความวิจัย ส่วนประกอบของเนื้อหาบทความวิจัย เรียงลำดับ ดังนี้

1. บทคัดย่อ (ภาษาไทย และภาษาอังกฤษ) (Abstract)
2. ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา (Introduction)
3. วัตถุประสงค์วิจัย (Objectives)
4. สมมติฐาน (ถ้ามี) (Hypotheses)
5. กรอบแนวคิดการวิจัย (Conceptual Framework)
6. ระเบียบวิธีวิจัย (Methods)
7. ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง (Population and Sample)
8. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย (Measurement)
9. การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ (Validity and Reliability of Measurement)
10. การเก็บรวบรวมข้อมูล (Data Collection)
11. การวิเคราะห์ข้อมูล (Data Analysis)
12. การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง (Ethical Consideration)
13. ผลการวิจัย (Results)

14. อภิปรายผล (Discussion)
15. สรุปผล (Conclusion)
16. การนำผลการวิจัยไปใช้ (Implication)
17. ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป (Recommendation for Further Study)

ส่วนที่ 3 ส่วนเนื้อหาของบทความวิชาการ/ บทความปริทัศน์ ส่วนประกอบของเนื้อหา เรียงตามลำดับ ดังนี้

1. บทคัดย่อ (ภาษาไทย และภาษาอังกฤษ) (Abstract)
2. บทนำ (Introduction)
3. เนื้อเรื่อง (Content) แสดงสาระสำคัญที่ต้องการนำเสนอตามลำดับ
4. บทสรุป (Conclusion)
5. ข้อเสนอแนะในการนำไปใช้ (Suggestion)

ส่วนที่ 4 ส่วนการอ้างอิงและเอกสารอ้างอิง

1. ใช้การอ้างอิงและเอกสารอ้างอิงระบบ American Psychological Association (APA6) ศึกษารายละเอียดเพิ่มเติมได้ที่ <https://aus.libguides.com/apa/apa-website>
2. เอกสารอ้างอิงไม่ควรเกิน 20 รายการ
3. เอกสารอ้างอิงไม่ควรเกิน 10 ปี นับจากปีที่ตีพิมพ์ ยกเว้นหนังสือ ตำรา บางประเภทที่เป็นทฤษฎีหรือปรัชญา

การอ้างอิงในเนื้อหา

การเขียนอ้างอิงแบบแทรกในเนื้อหารูปแบบ APA Style ใช้ระบบนาม – ปี (Author – Date Citation System) ซึ่งเป็นการเขียนระบุถึงแหล่งที่มาของเนื้อหาของเอกสารหรืองานนิพนธ์เฉพาะในส่วนที่ผู้เขียนได้อ้างถึงสารสนเทศจากงานนิพนธ์ของผู้อื่น การอ้างอิงในเนื้อหา มี 2 ลักษณะ ได้แก่

1. การอ้างอิงชื่อผู้เขียนก่อนข้อความ

เอกสารที่เป็นภาษาไทย ให้เขียนชื่อของผู้เขียน เว้น 1 ตัวอักษร ตามด้วยปีที่ตีพิมพ์ในวงเล็บ กรณีไม่มีปีที่ตีพิมพ์ ให้ใช้คำว่า “ม.ป.ป.” หมายถึง เช่น

อัมภิกา (2563) ได้ศึกษาพบว่า.....

อัมภิกา และปณัสยา (2562) พบว่า.....

ปูลวิษฐ์ (ม.ป.ป.) พบว่า

เอกสารที่เป็นภาษาอังกฤษ ให้เขียนเฉพาะนามสกุลของผู้เขียนทับศัพท์เป็นภาษาไทยก่อน เว้น 1 ตัวอักษร ตามด้วยนามสกุลภาษาอังกฤษ เครื่องหมายจุลภาค (,) เว้น 1 ตัวอักษร และปีที่ตีพิมพ์ในวงเล็บ กรณีที่ไม่มีปีที่ตีพิมพ์ ใช้คำว่า “n.d.” หมายถึง no date และหากผู้เขียนมีมากกว่า 6 คน ให้ใส่ชื่อ 6 คนแรก ตามด้วย et al., เช่น

ซูซาน (Suzanne, 2020) พบว่า.....

การศึกษาของ รอย และคณะ (Roy et al., 2016) พบว่า.....

แมรี่ (Mary, n.d.) พบว่า.....

การอ้างอิงท้ายบทความ

1. อ้างอิงจากวารสารแบบเล่ม

ชื่อผู้แต่ง./ (ปีพิมพ์)/ ชื่อบทความ./ ชื่อวารสาร./ เลขของปีที่/ (เลขของฉบับที่)/ เลขหน้า.

ตัวอย่าง ผู้เขียน 1 คน

บวิตรมา ทองมา. (2564). ความรอบรู้ด้านสุขภาพและผลลัพธ์ทางสุขภาพในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง. *วารสารพยาบาลสภากาชาดไทย*, 13 (1), 50-62.

Nawai A. (2019). Chronic Pain Management among Older Adults: A Scoping Review. *SAGE Open Nursing*, 5(1), 1-17.

ตัวอย่าง ผู้เขียน 2 คน

รัฐนันท์ พงศ์วิริทธิ์ธร, และภาคภูมิ ภัควิภาส. (2557). แนวทางการพัฒนาศักยภาพชุมชนเชิงเศรษฐกิจ สร้างสรรค์อย่างยั่งยืน ชุมชนบ้านแม่ปูคา อำเภอสันกำแพง จังหวัดเชียงใหม่. *วารสารวิชาการ มหาวิทยาลัยหอการค้าไทย มนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์*, 35 (2), 44-58.

Nawai & Phongphanngam. (2019). Exploring the use and efficacy of complementary and alternative interventions for managing chronic pain in older adults: A systematic review. *Boromarajonai College of Nursing, Uttaradit Journal*, 11(1), 1-25.

ตัวอย่าง ผู้เขียน 3-6 คน

สุนทรา เลี้ยงเชวงวงศ์, ทศนีย์ ภู่อำวงศ์, ศิริลักษณ์ แก้วศรีวงศ์ และวนลดา ทองใบ. (2563). อิทธิพลของภาวะสุขภาพองค์รวม ภาระการดูแลและปัญหาอุปสรรคในการดูแลต่อศักยภาพการดูแลของอาสาสมัครสาธารณสุขที่รับผิดชอบดูแล ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง. *วารสารพยาบาลสภากาชาดไทย*, 13 (1), 145-162.

Nawai, A., Leveille, S. G., Shmerling, R. H., van der Leeuw, G., & Bean, J. F. (2017). Pain severity and pharmacologic pain management among community-living older adults: The MOBILIZE Boston study. *Aging Clinical and Experimental Research*, 29(6), 1139-1147.

ตัวอย่าง ผู้เขียนมากกว่า 6 คน

Ogawa, E. F., et al. (2020). Chronic Pain Characteristics and Gait in Older Adults: The MOBILIZE Boston Study II. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 101(3), 418-425.

2. อ้างอิงจากหนังสือ

ชื่อผู้แต่ง 1./ (ปีพิมพ์)/ ชื่อเรื่อง/ (พิมพ์ครั้งที่)/ สถานที่พิมพ์:/ สำนักพิมพ์

อาชญญา รัตนอุบล. (2559). *การเรียนรู้ผู้ใหญ่และผู้สูงอายุในสังคมไทย*. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

Fawcett, J. & DeSanto-Madeya, S. (2013) *Contemporary nursing knowledge: Analysis and evaluation of nursing models and theories* (3rd ed.), Philadelphia, PA: F. A. Davis.

3. อ้างอิงจากวิทยานิพนธ์

ชื่อผู้แต่ง./ (ปีพิมพ์)./ชื่อเรื่อง/(ปริญญาานิพนธ์ปริญญาดุขฎิบัณทิต หรือ Doctoral dissertation หรือ วิทยานิพนธ์ ปริญญามหาบัณทิต หรือ master's thesis)./สถานที่พิมพ์./ชื่อสถาบัน.

ตัวอย่าง

สาคร ช่วยดำรงค์. (2558). *การบริหารศูนย์การศึกษานอกระบบและการศึกษาตามอัธยาศัย อำเภอ เพื่อการเป็นศูนย์กลางการจัดการศึกษาตลอดชีวิต*. วิทยานิพนธ์ปริญญาปรังญาดุขฎิบัณทิต สาขาวิชาการบริหารการศึกษา บัณทิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศิลปากร.

Pattana, N. (2012). *Effects of social support program on anxiety and satisfaction of acute myocardial infarction patients at intensive care unit*. Master of Nursing Science Thesis, Adult Nursing, Faculty of Nursing, Burapha University.

4. อ้างอิงจากเว็บไซต์

ชื่อผู้แต่ง./ (ปีพิมพ์)./ชื่อบทความ./สืบค้น หรือ Retrieved วัน/เดือน/ปี./จาก หรือ from/http://www.xxxxxxxx

ตัวอย่าง

เกียรติอนันต์ล้วนแก้ว. (2557, 18 เมษายน). *หน้าต่างความคิด: การศึกษาขั้นพื้นฐานของฟินแลนด์: บทเรียนและบาดแผล*. กรุงเทพฯธุรกิจ, น. 11. สืบค้นจาก http://www.dpu.ac.th/laic/upload/content/file/article_instructor/article2557/B232.pdf

Ngudgratoke S. *Data collection and data management process*. 2016. [cited 2019 Dec 27]. Available from: http://www.priv.nrct.go.th/ewt_dl.php?nid=1434.

5. อ้างอิงจากการนำเสนอผลงานในการประชุมวิชาการ (Conference paper/proceedings)

ชื่อผู้แต่ง./ (ปีพิมพ์)./ชื่อเรื่อง./ใน หรือ In ชื่อบรรณาธิการ. (บ.ก. หรือ Ed. หรือ Eds.)/ชื่อ *Proceedings*/(น. หรือ p. หรือ pp. เลขหน้า)./สถานที่พิมพ์:/สำนักพิมพ์.

ตัวอย่าง

Deci, E. L. & Ryan, R. M. (1991). *A motivational approach to self: Integration in personality*. In R. Dienstbier (Ed.), *Nebraska Symposium on Motivation: Vol. 38 Perspectives on motivation* (pp. 237-288). Lincoln: University of Nebraska Press.

6. การจัดเรียงลำดับหัวข้อบทความ ให้หัวข้อใหญ่สุดให้พิมพ์ชิดขอบด้านซ้าย ขนาดอักษร 16 (หนา) กรณีเป็นการเกริ่นแบบไม่มีเลขหัวข้อ ให้ตั้งค้ำระยะย่อหน้าแรกที่ 0.38 นิ้ว และย่อหน้าถัดไปที่ละ 7 เคาะ (space) หรือตั้งค้ำระยะเท่านี้ ดังนี้

แท็บที่ 1 (ระยะย่อหน้าที่ 1)	= 0.38"
แท็บที่ 2	= 0.69"
แท็บที่ 3	= 1.00"

แท็บที่ 4 = 1.38”

7. การกำหนดเลขหัวข้อ หัวข้อใหญ่ให้ย่อหน้า 1.25 ซม. หัวข้อย่อยใช้หัวข้อหมายเลขระบบเทคนิค หัวข้อย่อยถัดมาให้ย่อหน้า 2 ซม. หัวข้อย่อยถัดมาให้ย่อหน้า 2.5 ซม. และหัวข้อย่อยถัดมาให้ย่อหน้า 3 ซม. หัวข้อย่อยถัดมาให้ย่อหน้า 2 ซม. หลังจากนั้นถัดมาหัวข้อละ 0.5 เซนติเมตร และใช้ “-” แทนการกำกับแทนตัวเลข

ตัวอย่าง

1.....
1.1.....
1.1.1.....
1).....
-

8. การใช้ตัวเลขคำย่อ และวงเล็บควรใช้เลขอารบิกทั้งหมดใช้คำย่อที่เป็นสากลเท่านั้น การวงเล็บภาษาอังกฤษ ตัวอักษรแรกควรเป็นตัวใหญ่ เช่น Health Care System

9. ตาราง ให้เว้นบรรทัดเพื่อแบ่งส่วนเนื้อหา 1 บรรทัด และเริ่มบรรทัดใหม่ โดยขีดขอบซ้ายของหน้ากระดาษให้ใส่คำว่า “ตารางที่” ด้วยตัวหนา ตามด้วยชื่อตาราง หลังจากใส่ชื่อตารางแล้ว ให้แทรกตารางโดยไม่ต้องเว้นบรรทัด และหากนำตารางมาจากแหล่งอื่นให้ใส่แหล่งอ้างอิง โดยระบุคำว่า “ที่มา” ไว้ใต้ตารางโดยไม่ต้องเว้นบรรทัด และไม่ใช้เส้นตรงในการแบ่งตารางในแต่ละคอลัมน์

10. รูปภาพ การใส่รูปภาพให้เว้นบรรทัดเพื่อแบ่งส่วนเนื้อหา 1 บรรทัด จากนั้นแทรกภาพโดยกำหนดไว้กึ่งกลางกระดาษ จากนั้นเว้น 1 บรรทัด แล้ว ใส่คำอธิบายภาพ โดยใส่ภาพที่..... ให้พิมพ์ตัวหนา ชื่อภาพให้จัดชิดขอบซ้ายของหน้ากระดาษ

การส่งบทความ

ให้ผู้เขียนส่งต้นฉบับบทความ ผ่านระบบ Thai Journal Online (ThaiJo) ทั้งนี้ผู้เขียนจะต้องทำการลงทะเบียนเพื่อเป็นสมาชิก ThaiJO ได้ที่ <https://www.tci-thaijo.org/> จากนั้นให้ผู้เขียนเข้าหน้าเว็บไซต์ของ วารสารวิจัยการพยาบาลและการสาธารณสุข โดยสืบค้นผ่านผ่านเว็บไซต์ ThaiJo หรือเข้าไปที่ <https://he02.tci-thaijo.org/index.php/jnphr> และให้ปฏิบัติตามคำแนะนำในการส่งต้นฉบับ ซึ่งทางระบบ ThaiJo ได้เตรียมไว้ในเมนู For Author ที่ขวามือของหน้าจอ หากมีปัญหาในการส่งต้นฉบับบทความผ่านระบบออนไลน์ สามารถติดต่อที่กองบรรณาธิการวารสารเพื่อรับคำแนะนำ และการช่วยเหลือต่อไป

วารสารวิจัยการพยาบาลและการสาธารณสุข มีกำหนดในการตีพิมพ์เผยแพร่ปีละ 3 ฉบับ คือ ฉบับที่ 1 เดือน มกราคม- เมษายน ฉบับที่ 2 เดือน พฤษภาคม- สิงหาคม และฉบับที่ 3 เดือน กันยายน- ธันวาคม

ตัวอย่างแบบฟอร์มการเขียนบทความวิจัย

3.17 ซม.

ชื่อบทความภาษาไทย TH SarabunPSK (หนา) ขนาดตัวอักษร 18

ชื่อบทความภาษาอังกฤษ TH SarabunPSK (หนา) ขนาดตัวอักษร 18

2.54 ซม.

(Enter ขนาดตัวอักษร 8)

ชื่อผู้เขียนบทความภาษาไทย เช่น ผู้เขียนคนที่ 1^{*}, _____² และ _____³ ขนาดตัวอักษร 15 (หนา)

ชื่อผู้เขียนบทความภาษาอังกฤษ ผู้เขียนคนที่ 1^{*}, _____² และ _____³ ขนาดตัวอักษร 15 (หนา)

สถานที่ทำงานของผู้เขียนภาษาไทย เช่น สถานที่ทำงานผู้เขียนคนที่ 1^{*}, สถานที่ทำงานผู้เขียนคนที่ 2² ขนาดตัวอักษร 12 (หนา)

สถานที่ทำงานของผู้เขียนภาษาอังกฤษ ขนาดตัวอักษร 12 (หนา)

(Enter ขนาดตัวอักษร 8)

(Received: วันที่รับบทความ; Revised: วันที่แก้ไขบทความ; Accepted: วันที่ตอบรับบทความ)(ขนาดตัวอักษร 12 หนา)

บทคัดย่อ (ภาษาไทย ขนาดตัวอักษร 16 หนา)

เนื้อหาย่อ 1.25 เซนติเมตร ขนาดตัวอักษร 16 ไม่หนา บทคัดย่อไม่เกิน 1 หน้า (350 คำ)

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

(Enter ขนาดตัวอักษร 8)

คำสำคัญ: หัวข้อคำสำคัญ (ขนาด 15 หนา) คำสำคัญขนาด 15 ไม่หนา แต่ละคำให้ใช้ , ในการกั้นคำ เช่น

————> นักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 4, อาจารย์

ย่อหน้า 1.75 ซม.

*ผู้ให้การติดต่อ (Corresponding e-mail.....เบอร์โทรศัพท์ xxx-xxxxxxx) (ขนาด 12 ไม่หนา)

Abstract (ภาษาอังกฤษ 16 หนา)

เนื้อหาย่อหน้า 1.25 เซนติเมตร ขนาดตัวอักษร 16 ไม่หนา บทคัดย่อไม่เกิน 1 หน้า (300-350 คำ)

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

(Enter ขนาดตัวอักษร 8)

Keywords: ภาษาอังกฤษ (ขนาด 15 หน้า) คำสำคัญขนาด 15 ไม่หนา แต่ละคำให้ใช้, ในการกันคำ เช่น
 → Happiness Organization Development, Personnel (บรรทัดถัดไปย่อหน้าเหมือนคำสำคัญ
 ภาษาไทย)

ย่อหน้า 1.75

บทนำ (ขนาด 16 หน้า)

(เนื้อหาย่อหน้า 1.25 เซนติเมตร ขนาดตัวอักษร 16 ไม่หนา).....

วัตถุประสงค์วิจัย (ขนาด 16 หน้า)

(เนื้อหาย่อหน้า 1.25 เซนติเมตร ขนาดตัวอักษร 16 ไม่หนา).....

สมมติฐานของการวิจัย (ขนาด 16 หน้า)

(เนื้อหาย่อหน้า 1.25 เซนติเมตร ขนาดตัวอักษร 16 ไม่หนา).....

วิธีการดำเนินการวิจัย (ขนาด 16 หน้า)

(เนื้อหาย่อหน้า 1.25 เซนติเมตร ขนาดตัวอักษร 16 ไม่หนา).....

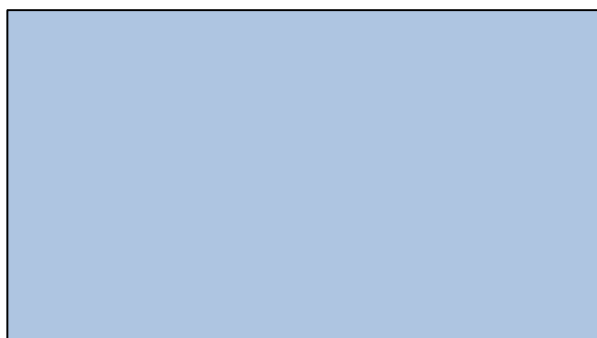
ผลการวิจัย(ขนาด 16 หน้า)

(เนื้อหาย่อหน้า 1.25 เซนติเมตร ขนาดตัวอักษร 16 ไม่หนา).....

ตารางที่ 1ชื่อตาราง..... (ตาราง 1 ขนาด 16 หน้า, ชื่อตาราง ขนาด 16 ไม่หน้า)
ภายในตารางขนาด 14 หัวข้อ (หน้า) เนื้อหา (ไม่หน้า) เช่น

หัวข้อ	หัวข้อ	หัวข้อ
เพศ		
หญิง (ย่อหน้า 5 เคาะ)	X	X
ชาย (ย่อหน้า 5 เคาะ)	X	X

ที่มา (ถ้ามี)



ภาพที่ 1(ขนาดตัวอักษร 14 หน้า)

สรุปผลและข้อเสนอแนะ (ขนาด 16 หน้า)

(เนื้อหาย่อหน้า 1.25 เซนติเมตร ขนาดตัวอักษร 16 ไม่หน้า).....

เอกสารอ้างอิง (ขนาด 16 หน้า)

ตัวอย่างแบบฟอร์มบทความวิชาการ/ บทความปริทัศน์

3.17 ซม.

ชื่อบทความภาษาอังกฤษ TH SarabunPSK (หนา) ขนาดตัวอักษร 18

ชื่อบทความภาษาอังกฤษ TH SarabunPSK (หนา) ขนาดตัวอักษร 18

2.54 ซม.

(Enter ขนาดตัวอักษร 8)

ชื่อผู้เขียนบทความภาษาไทย เช่น ผู้เขียนคนที่ 1^{*}, _____² และ _____³ ขนาดตัวอักษร 15 (หนา)

ชื่อผู้เขียนบทความภาษาอังกฤษ ผู้เขียนคนที่ 1^{*}, _____² และ _____³ ขนาดตัวอักษร 15 (หนา)

สถานที่ทำงานของผู้เขียนภาษาไทย เช่น สถานที่ทำงานผู้เขียนคนที่ 1^{*}, สถานที่ทำงานผู้เขียนคนที่ 2² ขนาดตัวอักษร 12 (หนา)

สถานที่ทำงานของผู้เขียนภาษาอังกฤษ ขนาดตัวอักษร 12 (หนา)

(Enter ขนาดตัวอักษร 8)

(Received: วันที่รับบทความ; Revised: วันที่แก้ไขบทความ; Accepted: วันที่ตอบรับบทความ)(ขนาดตัวอักษร 12 หนา)

บทคัดย่อ (ภาษาไทย ขนาดตัวอักษร 16 หนา)

เนื้อหาย่อ 1.25 เซนติเมตร ขนาดตัวอักษร 16 ไม่หนา บทคัดย่อไม่เกิน 1 หน้า (300-350 คำ)

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

(Enter ขนาดตัวอักษร 8)

คำสำคัญ: หัวข้อคำสำคัญ (ขนาด 15 หนา) คำสำคัญขนาด 15 ไม่หนา แต่ละคำให้ใช้ , ในการกั้นคำ เช่น

————> นักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 4, อาจารย์

ย่อหน้า 1.75 ซม.

*ผู้ให้การติดต่อ (Corresponding e-mail.....เบอร์โทรศัพท์ xxx-xxxxxxx) (ขนาด 12 ไม่หนา)

Abstract (ภาษาอังกฤษ 16 หนา)

เนื้อหาย่อหน้า 1.25 เซนติเมตร ขนาดตัวอักษร 16 ไม่หนา บทคัดย่อไม่เกิน 1 หน้า (300-350 คำ)

.....

.....

.....

.....

.....

(Enter ขนาดตัวอักษร 8)

Keywords: ภาษาอังกฤษ (ขนาด 15 หน้า) คำสำคัญขนาด 15 ไม่หน้า แต่ละคำให้ใช้, ในการค้นคำ เช่น News exposure, Knowledge (บรรทัดถัดไปย่อหน้าเหมือนคำสำคัญ ภาษาไทย)

บทนำ (ขนาด 16 หน้า)

(เนื้อหา ย่อหน้า 1.25 เซนติเมตร ขนาดตัวอักษร 16 ไม่หน้า).....

เนื้อเรื่อง (ขนาด 16 หน้า) (แสดงสาระสำคัญที่ต้องที่ต้องการนำเสนอตามลำดับ)

(เนื้อหา ย่อหน้า 1.25 เซนติเมตร ขนาดตัวอักษร 16 ไม่หน้า).....

สรุป (ขนาด 16 หน้า)

(เนื้อหา ย่อหน้า 1.25 เซนติเมตร ขนาดตัวอักษร 16 ไม่หน้า).....

ข้อเสนอแนะ (ขนาด 16 หน้า)

(เนื้อหา ย่อหน้า 1.25 เซนติเมตร ขนาดตัวอักษร 16 ไม่หน้า).....

เอกสารอ้างอิง (ขนาด 16 หน้า)

การติดต่อสอบถามรายละเอียด

1. บรรณาธิการวารสารวิจัยการพยาบาลและการสาธารณสุข
ดร. อัมภิกา นาไวย์
โทรศัพท์ 053-121121 ต่อ 208, 081-7658575
E-mail: ampicha@bcnc.ac.th, jnphr@bcnc.ac.th
2. ผู้จัดการ/ ผู้ประสานงาน วารสารวิจัยการพยาบาลและการสาธารณสุข
นางสาวปณัสยา พรหมดี
โทรศัพท์ 053-121121 ต่อ 208, 081-7658575
E-mail: panutsaya@bcnc.ac.th, jnphr@bcnc.ac.th

วารสารวิจัยการพยาบาลและการสาธารณสุข
Journal of Nursing and Public Health Research

