

วารสารวิจัยการพยาบาล และการสาธารณสุข



Journal of Nursing and Public Health Research

ปีที่ 3 ฉบับที่ 1 มกราคม - เมษายน 2566 Vol.3 No.1 January - April 2023



ISSN: 2773-9031 (Print)
ISSN: 2773-904X (Online)

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 ที่มีความเชี่ยวชาญในด้านเนื้อหานั้น ๆ 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
วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีย์ เชียงใหม่
201 หมู่ 4 ตำบลดอนแก้ว อำเภอแม่ริม เชียงใหม่ 50180
โทร. 053-121121 ต่อ 203, 063-7988805 โทรสาร 053-121125
E-mail: jnphr@bcnc.ac.th

วารสารวิจัยการพยาบาลและการสาธารณสุข

ปีที่ 3 ฉบับที่ 1 มกราคม - เมษายน 2566

ที่ปรึกษา	กองบรรณาธิการ	
ศาสตราจารย์พิเศษ ดร.นพ.วิชัย เทียนถาวร	ศาสตราจารย์ ดร.อารีวรรณ กลั่นกลั่น	คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันการจัดการปัญญาภิวัฒน์
อธิการบดีสถาบันพระบรมราชชนก	รองศาสตราจารย์ ดร.รัชณี สรรเสริญ	สำนักวิชาวิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยแม่ฟ้าหลวง
ศาสตราจารย์ ร.อ. พญ.วณิษา ชื่นกองแก้ว	รองศาสตราจารย์ ดร.อาทิตย์ พงษ์มะลิ	คณะเทคนิคการแพทย์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
รองอธิการบดีสถาบันพระบรมราชชนก	รองศาสตราจารย์ ดร.ศิริพันธุ์ ศิริพันธุ์	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏวชิราวุธวิทยาลัย
ดร.อมวดี อัมพันศิริรัตน์	ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.วันดา ดุรงค์ฤทธิชัย	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏเพชรบุรี
ผู้อำนวยการวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี เชียงใหม่	ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.วิลาวัณย์ ขมิ้นรัตน์	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น
	ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ศรีสุดา รัตมีพงศ์	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร
	ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ทัศนีย์ เกริกกุลธร	นักวิชาการอิสระ
	พญ.สุภารัตน์ กาญจนะวนิชย์	โรงพยาบาลนครพิงค์ จังหวัดเชียงใหม่
	ดร.นงนุช สิงห์วีระธรรม	คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
	ดร.สุพัตรา พงษ์พันธ์งาม	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยพะเยา
	ดร.กิตติพร เนาว์สุวรรณ	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี สงขลา
	ดร.พยงค์ เทพอักษร	วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดตรัง
	ดร.อัสนี วันชัย	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี พุทธชินราช
	ดร.เสนห์ ขุนแก้ว	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี อุตรดิตถ์
	ดร.เมทนี ระดาบุตร	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี นนทบุรี
	ดร.ชูศักดิ์ ยืนนาน	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี เชียงใหม่
	ดร.ศรีบุญฤทธิ์ จันทร์ดีแก้วสกุล	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี เชียงใหม่
	อาจารย์วรางคณา บุญมา	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี เชียงใหม่
	อาจารย์พิมพ์พรรณ เนียมหอม	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี เชียงใหม่
	William Leslie	นักวิชาการอิสระ (ที่ปรึกษาด้านภาษาอังกฤษ)

บรรณาธิการ

ดร.อัมภิกา นาไวย

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี เชียงใหม่

ผู้ช่วยบรรณาธิการ

ดร.ปฐวิทย์ ทองแดง

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี เชียงใหม่

กองจัดการ

นางสาวปณิสา พรหมดี

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี เชียงใหม่

กำหนดออก

ปีละ 3 ฉบับ ดังนี้

ฉบับที่ 1 มกราคม – เมษายน

ฉบับที่ 2 พฤษภาคม – สิงหาคม

ฉบับที่ 3 กันยายน – ธันวาคม

เจ้าของ

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี เชียงใหม่

วารสารวิจัยการพยาบาลและการสาธารณสุข เป็นวารสารที่มีผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเนื้อหาบทความเพื่อลงตีพิมพ์จำนวนอย่างน้อย 2 ท่าน ต่อบทความ และบทความหรือข้อคิดเห็นใด ๆ ที่ปรากฏในวารสารวิจัยการพยาบาลและการสาธารณสุข ที่เป็นวรรณกรรมของผู้เขียน บรรณาธิการหรือ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี เชียงใหม่ ไม่จำเป็นต้องเห็นด้วย

Journal of Nursing and Public Health Research

Vol.3 No.1 January - April 2023

Editorial advisor	Editorial Board	
Professor Dr. Vichai Tienthavorn	Professor Dr.Areewan Klanklin	Panyapiwat Institute of Management School of
President of Praboromarajchanok Institute	Assoc.Prof. Dr.Rachanee Sunsern	Health Science, Mae Fah Luang University
Professor Wanicha Chuenkongkaew	Assoc.Prof. Dr.Aatit Paungmali	Faculty of Associated Medical Science
Vice President of Praboromarajchanok Institute	Assoc.Prof. Dr.Siripant Siripant	Faculty of Nursing, Princess of Naradhiwas University
Dr.Amavasee Ampansirirat	Assist.Prof.Dr.Vanida Durongritichai	Faculty of Nursing, Phetchaburi Rajabhat University
Director of Boromarajonani College of Nursing,	Assist.Prof.Dr.Wilawan Chomnirat	Faculty of Nursing, Khon Kaen University
Chiang Mai	Assist.Prof.Dr.Srisuda Ratsameepong	Faculty of Nursing, Srinakharinwirot University
	Assist.Prof.Dr.Tassanee Krirkgulthorn	Independent Scholar
	Dr.Suparat Kanjanavanit	Nakornping Hospital
	Dr.Kittiporn Nawsuwan	Boromarajonani College of Nursing, Songkhla
	Dr.Phayong Thepaksorn	Sirindhorn College of Public Health, Trang
	Dr.Ausanee Wanchai	Boromarajonani College of Nursing, Buddhachinaraj
	Dr.Saneh Khunkaew	Boromarajonani College of Nursing, Uttaradit
	Dr.Matanee Radabutr	Boromarajonani College of Nursing, Nonthaburi
	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
	William Leslie	Independent Scholar (English Language Consultant)

Editor

Dr.Ampicha Nawai
Boromarajonani College of Nursing,
Chiang Mai

Assistant Editor

Dr.Pulawit Thongtaeng
Boromarajonani College of Nursing,
Chiang Mai

Journal Manager

Panutsaya Promdee
Boromarajonani College of Nursing,
Chiang Mai

Publish

3 issues per year
No.1 January – April
No.2 May – August
No.3 September - December

Copyright

Boromarajonani College of Nursing,
Chiang Mai

บทบรรณาธิการ (Editor Note)

เรียน ผู้นิพนธ์ และผู้อ่านวารสารวิจัยการพยาบาลและการสาธารณสุขทุกท่าน

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี เชียงใหม่ ได้ดำเนินการจัดทำวารสารวิจัยการพยาบาลและการสาธารณสุข (Journal of Nursing and Public Health Research (JNPHR)) ฉบับนี้เป็นปีที่ 3 ฉบับที่ 1 เดือนมกราคม - เดือนเมษายน 2566 แล้ว โดยยังคงมุ่งมั่นการทำหน้าที่เป็นพื้นที่เปิดทางวิจัยและวิชาการสำหรับคณาจารย์นักวิจัย นักวิชาการ รวมถึงผู้ที่สนใจได้ใช้เป็นเวทีในการนำเสนอผลงานการศึกษาค้นคว้าด้านการพยาบาล และการสาธารณสุข

สำหรับเนื้อหาบทความในวารสารฉบับนี้ เป็นบทความวิจัยทั้งหมด 5 เรื่อง ได้แก่ 1) ผลลัพธ์ทางคลินิกของการบริหารเภสัชกรรมในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง โรงพยาบาลเวียงแหง จังหวัดเชียงใหม่ 2) การจัดการด้านสุขภาพที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อในสถานที่แยกกักตัวในโรงเรียนของนักเรียนมัธยมที่ป่วยด้วยโรคโควิด-19 3) ผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจผู้ดูแลในการดูแลผู้สูงอายุที่ได้รับการผ่าตัดกระดูกสะโพกหัก โรงพยาบาลแพร่ 4) ประสิทธิภาพของระบบบริการพยาบาลเพื่อช่วยเหลือบุรุษจิตเดียวแบบเบ็ดเสร็จในคลินิกโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง โรงพยาบาลเถิน และ 5) ผลของโปรแกรมการสัมภาษณ์เพื่อสร้างแรงจูงใจร่วมกับการใช้โค้ชด้านสุขภาพของผู้ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงที่มีโรคร่วมไตเรื้อรังระยะที่ 3 ต่อการบริโภคโซเดียม ระดับความดันโลหิตและอัตราการกรองของไต กองบรรณาธิการหวังเป็นอย่างยิ่งว่า เนื้อหาสาระของบทความที่วารสารวิจัยการพยาบาลและการสาธารณสุข วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี เชียงใหม่ จะได้แลกเปลี่ยนเรียนรู้ และเป็นประโยชน์ต่อท่านผู้อ่าน เพื่อเป็นแนวทางการพัฒนางานวิจัยทางสุขภาพของท่านให้มีประสิทธิภาพต่อไป

ในนามคณะกรรมการกองบรรณาธิการฯ ขอขอบพระคุณเป็นอย่างสูงต่อผู้เขียนผลงานคณะกรรมการผู้ทรงคุณวุฒิที่พิจารณาผลงาน และผู้ประสานงาน ในนามตัวแทนกองบรรณาธิการและกรรมการท่านอื่น ๆ ที่ไม่สามารถเอ่ยนามได้หมด ตลอดจนผู้ให้การสนับสนุนหลายฝ่ายด้วยกัน และในโอกาสนี้ทางวารสาร ขอเชิญชวนนักวิจัย นักวิชาการ รวมทั้งผู้สนใจทั่วไปส่งบทความวิจัย บทความวิชาการ หรือบทความปริทัศน์ทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษที่เกี่ยวข้องกับด้านการพยาบาลในคลินิก การพยาบาลในชุมชน การศึกษาทางการพยาบาล การศึกษาในสาขาวิทยาศาสตร์สุขภาพ การแพทย์และการสาธารณสุข และด้านอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง เพื่อประเมินคุณภาพบทความก่อนการตีพิมพ์กับวารสาร โดยศึกษารายละเอียดเพิ่มเติม และสามารถส่งผลงานวิชาการผ่านทางระบบออนไลน์ได้ที่ <https://he02.tci-thaijo.org/index.php/jnphr/index>

ดร.อัมมิษา นาไวย์

บรรณาธิการ

สารบัญ

บทความวิจัย :

ผลลัพธ์ทางคลินิกของการบริหารเภสัชกรรมในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง โรงพยาบาลเวียงแหง จังหวัดเชียงใหม่

.....1-19

Effects of Pharmaceutical Care on Clinical Outcomes in Patients with Chronic Kidney Disease in Wiang Haeng Hospital, Chiang Mai Province

กัญยารัตน์ พรหมคำแดง, ฐิติพงษ์ ศิริลักษณ์

Kanyarat Phromkamdang, Thitipong Sirilak

การจัดการด้านสุขภาพที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อในสถานที่แยกกักตัวในโรงเรียน

ของนักเรียนมัธยมที่ป่วยด้วยโรคโควิด-19.....20-32

Health Management Influencing Preventive Behaviors of COVID-19 of Students in a School Isolation Unit

ชลิตา คำพวง, รอกี้ดะ บิลังโหลด, กิตติพร เนาว์สุวรรณ, นกชา สิงห์วีระธรรม

Chalita Khumpoung, Rokeedah Bilanglod, Kittiporn Nawsuwan, Noppcha Singweratham

ผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจผู้ดูแลในการดูแลผู้สูงอายุที่ได้รับการผ่าตัดกระดูกสะโพกหัก
โรงพยาบาลแพร่.....33-48

Effects of an Empowerment Program on Caregivers of Older Adults Undergoing Hip Fracture Surgery, Phare Hospital

ธนาวรรณ แสนปัญญา, หัสยาพร อินทยศ, สิริยาพร จักรทอง

Thanawun Sanpunya, Hutsayaporn Intayos, Siriyaporn Jarkthong

ประสิทธิผลของระบบบริการพยาบาลเพื่อช่วยเลิกบุหรี่จุดเดียวแบบเบ็ดเสร็จในคลินิกโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง
โรงพยาบาลเถิน.....49-62

Effects of the One-Stop Smoking Cessation Nursing Service in the Non-Communicable Chronic Disease Clinic, Thoen Hospital

พัชรินทร์ เขตประทุม, ศรีประไพ อินทรชัยเทพ

Patcharin Ketpratum, Sriprapai Inchaihep

ผลของโปรแกรมการสัมภาษณ์เพื่อสร้างแรงจูงใจร่วมกับการใช้โค้ชด้านสุขภาพของผู้ที่เป็นโรคความดัน
โลหิตสูงที่มีโรคร่วมไตเรื้อรังระยะที่ 3 ต่อการบริโภคโซเดียม ระดับความดันโลหิตและอัตราการกรอง
ของไต.....63-77

The Effects of Motivational Interviewing Program with Health Coaching of Hypertension Patients with 3 Stage Chronic Kidney Disease on Sodium Consumption, Blood Pressure and Estimated Glomerular Filtration Rate

ศรียรัตน์ อินธา, กิริยา คำนาน

Srirat Intha, Kiriya Kumnan

ผลลัพธ์ทางคลินิกของการบริหารเภสัชกรรมในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง

โรงพยาบาลเวียงแหง จังหวัดเชียงใหม่

Effects of Pharmaceutical Care on Clinical Outcomes in Patients with Chronic Kidney Disease in Wiang Haeng Hospital, Chiang Mai Province

กันยารัตน์ พรหมคำแดง^{1*}, ฐิติพงศ์ ศิริลักษณ์¹Kanyarat Phromkamdang^{1*}, Thitipong Sirilak¹

โรงพยาบาลเวียงแหง

Wiang Haeng Hospital

(Received: October 10, 2022; Revised: October 25, 2022; Accepted: December 19, 2022)

บทคัดย่อ

งานวิจัยการศึกษาข้อมูลย้อนหลัง (Retrospective Study) นี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบผลลัพธ์ทางคลินิกและประเมินผลลัพธ์ด้านการดูแลผู้ป่วย จากการให้โปรแกรมการบริหารเภสัชกรรมในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง ระยะ 3 หรือ 4 ที่มีโรคความดันโลหิตสูง และ/หรือโรคเบาหวานร่วม โปรแกรมการบริหารเภสัชกรรม ประกอบด้วย การค้นหาปัญหาจากการใช้ยา การประเมินความร่วมมือในการใช้ยา การทบทวนใบสั่งยา การปรับขนาดยาร่วมกับการให้ความรู้ด้านยา โดยทำการศึกษาย้อนหลังจากฐานข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์ของโรงพยาบาลของกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 120 ราย ตั้งแต่วันที่ 1 ตุลาคม 2560 – 30 กันยายน 2562 เปรียบเทียบผลลัพธ์ด้านคลินิกในผู้ป่วยกลุ่ม เดียวก่อนและหลังการให้โปรแกรมการบริหารเภสัชกรรม ระยะเวลา 1 ปี ตั้งแต่วันที่ 1 ตุลาคม 2561 ได้แก่ ค่าความดันโลหิต ระดับน้ำตาลในเลือด ระดับน้ำตาลสะสม ระดับคลอเลสเตอรอล ระดับไตรกลีเซอไรด์ ระดับเอชดีแอล และระดับแอลดีแอล วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติ Paired T-Test ในการเปรียบเทียบค่าระดับการทำงานของไต ค่าทางห้องปฏิบัติการ ก่อนและหลังการให้การบริหารทางเภสัชกรรม และสถิติ Wilcoxon Signed Ranks-Test กรณีพบการกระจายของข้อมูลไม่ปกติ ได้แก่ Triglycerides และ Urine albumin

ผลการศึกษา พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีอายุเฉลี่ย 71 ปี (S.D.=10.70) ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 51.70 และ ร้อยละ 95.80 เป็นผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังในระดับ 3 การเปรียบเทียบผลลัพธ์ด้านคลินิก พบว่า ค่าการทำงานของไต ในกลุ่มตัวอย่างดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยมีค่าเฉลี่ยของระดับการทำงานของไต (eGFR) เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ จาก 51.85 (S.D.=14.71) เป็น 54.84 (S.D.=16.53) ml/min/1.73m² (p -value = 0.009) และค่าเฉลี่ยของระดับ Serum Creatinine ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ จาก 1.33 (S.D.=0.41) เป็น 1.27 (S.D.=0.39) mg/dL (p -value =0.001) การศึกษานี้ แสดงให้เห็นว่าโปรแกรมการบริหารทางเภสัชกรรมสามารถชะลอการเสื่อมของไตในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่มีโรคความดันโลหิตสูง และ/หรือโรคเบาหวานร่วมได้

คำสำคัญ: โรคไตเรื้อรัง, การบริหารเภสัชกรรม, ผลลัพธ์ทางคลินิก

*ผู้ให้การติดต่อ กันยารัตน์ พรหมคำแดง e-mail kanyarat.doi@gmail.com

Abstract

The objective of this retrospective study was to examine the effects of a pharmaceutical care program on clinical outcomes in patients with stage 3 or 4 Chronic Kidney Disease (CKD) and having diabetes mellitus or hypertension or both as co-morbidities. The pharmaceutical care program included finding drug-related problems, assessing medical adherence, reviewing prescription, adjusting a drug's dosage, and guiding on drug education. The study was conducted by studying medical records between October 1, 2017 and September 30, 2019. The study was to compare clinical outcomes in a single group of participants before and after receiving a pharmaceutical care program for a one-year period that started from October 1, 2018. Clinical outcomes, included levels of blood pressure, blood pressure (BP), fasting blood sugar (FBS), glycosylated hemoglobin (HbA1C), total cholesterol (TC), triglyceride (TG), high-density lipoprotein (HDL) and low-density lipoprotein (LDL). Data was analyzed by descriptive analysis. Paired t-test was used to compare kidney function blood values before and after receiving a pharmaceutical care program.

The study showed that the average age of patients was 71 years old (S.D.=10.7) and 51.7% were females. Most of patients (95.8%) were at stage 3 CKD. The average estimated glomerular filtration rate (eGFR) was significantly improved around 51.85 (S.D.=14.71) at baseline testing to 54.84 (S.D.=16.53) ml/min/1.73m² at 12-month follow up (p-value=0.009). The average serum creatinine level had decreased significantly from 1.33 (S.D.=0.41) at the baseline to 1.27 (S.D.=0.39) mg/dL at 12-month follow up (p-value=0.001). This study suggested that the pharmaceutical care program is an effective tool to slow the deterioration rate of kidney function in patients with CKD and having diabetes mellitus or hypertension or both as co-morbidities.

Keywords: Chronic Kidney Disease, Pharmaceutical Care, Clinical Outcomes

บทนำ

โรคไตเรื้อรัง (Chronic Kidney Disease) เป็นกลุ่มโรคที่เกิดจากระบบการทำงานของไตผิดปกติ ส่งผลให้การทำงานของไตและอัตราการกรองของไตลดลงจนเกิดโรคไตเรื้อรัง (Kalantar-Zadeh, Jafar, Nitsch, Neuen, & Perkovic, 2021) สาเหตุสำคัญ ได้แก่ สาเหตุจากโรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง และโรคหลอดเลือดฝอยในไตอักเสบเรื้อรัง (Chronic Glomerulonephritis) โรคไตเรื้อรังไม่ว่าจะเกิดจากสาเหตุที่

ไตโดยตรง หรือจากโรคประจำตัวของผู้ป่วย หากผู้ป่วยไม่ตอบสนองต่อการรักษาหรือไม่ได้รับการรักษาอย่างเหมาะสม และไม่สามารถชะลอการเสื่อมของไตได้ จะทำให้กลายเป็นโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย (End-Stage Renal Disease (ESRD)) ที่ต้องได้รับการรักษาด้วยการบำบัดทดแทนไต ซึ่งเป็นการรักษาที่ต้องทำต่อเนื่อง มีค่าใช้จ่ายสูง ก่อให้เกิดภาระต่อผู้ป่วยและครอบครัว รวมถึงทรัพยากรในระดับประเทศ (ประเสริฐ ธารกิจจารุ, สกานต์ บุณนาค และวรางคณา พิชัยวงศ์, 2557) โรคไตเรื้อรังเป็นปัญหาสาธารณสุขระดับโลก ประมาณการจำนวนผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังทั่วโลก มีอยู่ราว 843.6 ล้านคน (Kovesdy, 2022) โดยอุบัติการณ์ ความชุก และการดำเนินไปของโรคนั้นมีความแตกต่างกันออกไปในแต่ละประเทศ (Webster, Nagler, Morton, & Masson, 2017) ในสหรัฐอเมริกาพบอุบัติการณ์ของโรคไตเรื้อรังในเพศหญิงสูงกว่าเพศชาย โดยมีสัดส่วนผู้ป่วยเพศหญิงอยู่ที่ร้อยละ 14.9 และเพศชายร้อยละ 12.3 ผู้ที่มีความเสี่ยงสูงในการเกิดโรคไตเรื้อรัง ได้แก่ ผู้ป่วยโรคเบาหวาน และผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง โดยร้อยละ 50 ของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ในสหรัฐอเมริกาจะมีภาวะไตเรื้อรังร่วมด้วย (Kasbekar & Ambizas, 2021; Kovesdy, 2022) สำหรับประเทศไทย การศึกษาระบาดวิทยาโรคไตโดย Thai-SEEK Study (Ingsathit et al., 2010) พบความชุกของโรคไตเรื้อรัง อยู่ที่ร้อยละ 17.5 โดยพบปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเกิดโรคไตเรื้อรัง ได้แก่ อายุ เพศ โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง กรดยูริกในเลือดสูง ประวัตินิ่วในไต และการใช้ยาสมุนไพรร โดยอัตราการลดลงของ eGFR ต่อปี จะแตกต่างกันไปตามระยะของโรคไตเรื้อรัง โดยระยะของโรคไตที่สูงขึ้น ส่งผลทำให้การลดลงของค่าการทำงานของไตต่อปีจะยิ่งมากขึ้นตามลำดับ และจะนำไปสู่ระยะสุดท้ายได้เร็วยิ่งขึ้น (ประเสริฐ ธารกิจจารุ และคณะ, 2557)

ในปี พ.ศ. 2564 ประเทศไทยมีผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังทั้งหมด 1,007,251 ราย และจากรายงานข้อมูลการบำบัดทดแทนไตในประเทศไทย พ.ศ. 2563 โดยสมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย พบว่า ในปี 2562 มีผู้ป่วยโรคไตที่ได้รับการบำบัดทดแทนไตสะสม รวม 170,774 ราย ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้าย มีสาเหตุเกิดจากภาวะความดันโลหิตสูงมากที่สุด ร้อยละ 42.30 รองลงมา คือ โรคเบาหวาน พบร้อยละ 41.50 ทั้งนี้ จำนวนผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงที่เพิ่มขึ้นเรื่อย ๆ นำไปสู่การเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วของจำนวนผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง โดยเฉพาะในประเทศที่กำลังพัฒนาซึ่งมีรายได้ต่ำและปานกลาง (Ameh, Ekrikpo, & Kengne, 2019; Jha, 2013) สำหรับประเทศไทย แนวโน้มของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงเพิ่มขึ้นทุกปี ตั้งแต่ ปี พ.ศ. 2557 – 2561 (ค.ศ. 2014 – 2018) จากอัตราป่วย 1,585.82 ต่อประชากรแสนคนในปี พ.ศ. 2557 เพิ่มขึ้นเป็น 6,984.30 ต่อประชากรแสนคนในปี พ.ศ. 2561 (สำนักกระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2561) และสำหรับโรคเบาหวาน มีจำนวนผู้ป่วยรวม 2,659,940 ราย อัตราความชุก 4,011.90 ต่อประชากรแสนคน ซึ่งภาวะแทรกซ้อนทางไต เป็นภาวะที่พบได้มากที่สุด คือ ร้อยละ 61.71 ในกลุ่มผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะแทรกซ้อน ดังนั้น จึงมีความจำเป็นที่จะต้องควบคุมโรคดังกล่าว ซึ่งเป็นกลุ่มโรคหลักที่เป็นสาเหตุในการเกิดโรคไตเรื้อรัง (Paini, Salvetti, Caligaris, Castelli, & Muiesan, 2019) เพื่อควบคุมภาวะ

ของโรค ชะลอการดำเนินของโรคไตเรื้อรัง ป้องกัน และลดภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดอันตรายถึงชีวิต โดยผู้ป่วยจะต้องได้รับคำแนะนำในเรื่องการปฏิบัติตัว การใช้ยาที่เหมาะสมกับโรคไตเรื้อรัง เพื่อควบคุมโรคที่เป็นปัจจัยเสี่ยง และป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อน (สมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย, 2558)

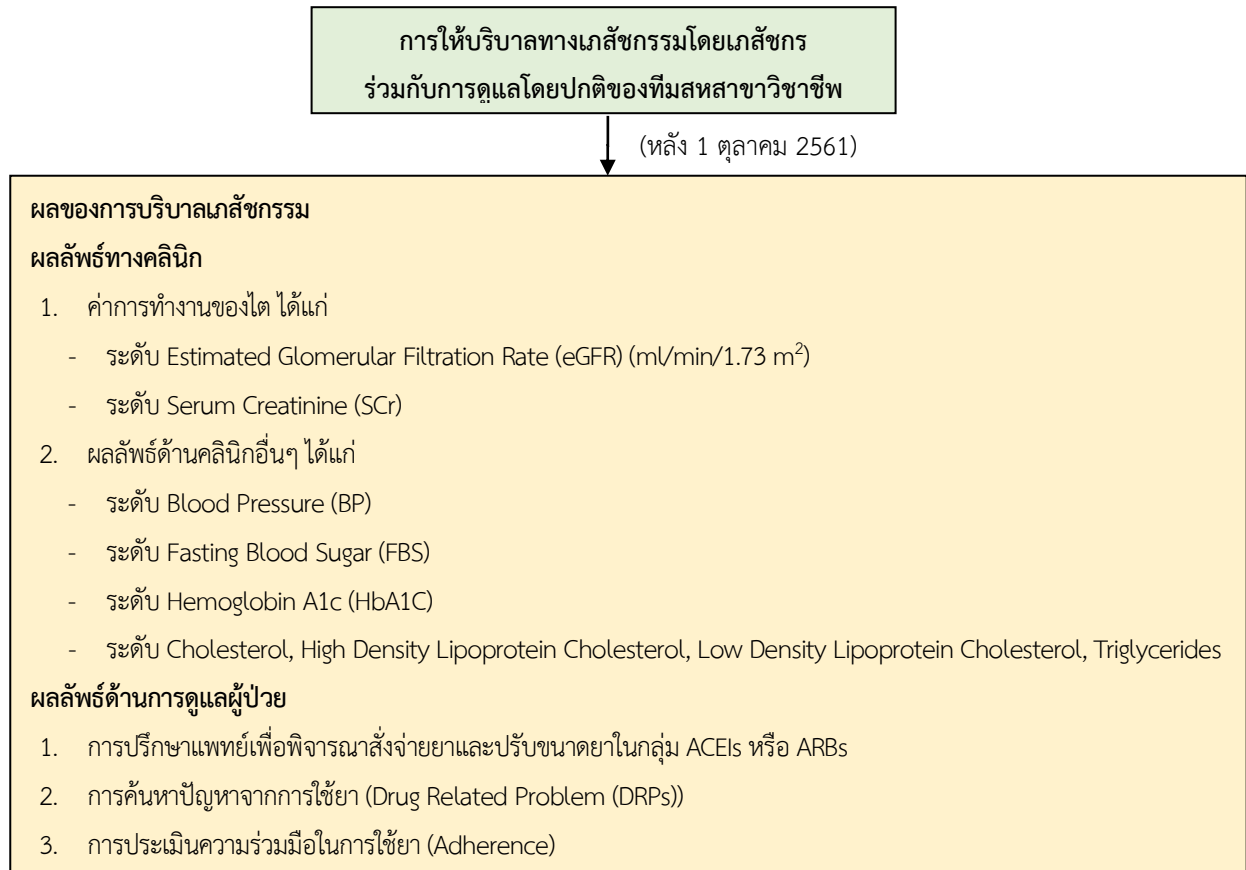
การดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มีภาวะไตเรื้อรังในทางปฏิบัติพบว่า ผู้ป่วยไม่ได้รับการดูแลตามแนวทางปฏิบัติที่ช่วยชะลอการเสื่อมของไต เนื่องจากจำนวนผู้ป่วยที่เพิ่มมากขึ้น การไม่มีส่วนร่วมของทีมสหวิชาชีพ การสั่งจ่ายยาในขนาดยาที่ไม่เหมาะสม ได้แก่ ยาปฏิชีวนะ และยาลดระดับน้ำตาลในเลือด (Metformin) (Alruqayb, Price, Paudyal, & Cox, 2021) และการไม่สั่งจ่ายยาที่ผู้ป่วยควรได้รับ โดยเฉพาะยาในกลุ่ม ACEIs และ ARBs ซึ่งมีการศึกษาพบว่าสามารถลดระดับอัลบูมินในปัสสาวะ (Urine Albumin) และลดความเสี่ยงจาก Macroalbuminuria ซึ่งนำไปสู่การเป็นโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้าย (ESRD) หรือการเพิ่มขึ้นของ SCr เป็นสองเท่าได้ (Casas, 2005; Kshirsagar, Joy, Hogan, Falk, & Colindres, 2000; Strippoli, Bonifati, Craig, Navaneethan, & Craig, 2006) นอกจากนี้ ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังมีความจำเป็นที่จะต้องใช้อายลดความดันโลหิต และ/หรือยาลดระดับน้ำตาลในเลือดเพื่อควบคุมโรคร่วม และผู้ป่วยยังอาจต้องได้ยาเพื่อลดภาวะแทรกซ้อนจากโรคไตเรื้อรัง เช่น ยาลดภาวะเลือดเป็นกรด หรือแคลเซียมเสริม เพื่อป้องกันการเกิดกระดูกพรุน และลดฟอสเฟตจากอาหารที่ได้รับ (สมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย, 2558) ดังนั้น ผู้ป่วยอาจมียาที่ต้องรับประทานในแต่ละวันมากกว่า 8 รายการ และบางรายอาจซื้อยาสมุนไพรหรือผลิตภัณฑ์เสริมอาหารมารับประทานเอง (วรรณคล เข้มมงคล ปิยวดี สุขอยู่ และนลินี เครือทิวา, 2557) การใช้ยาหลายชนิดและหลายรายการทำให้เกิดปัญหาจากการใช้ยา เช่น เกิดความไม่ร่วมมือในการใช้ยา หรือเกิดอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา และพบว่าผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังมีปัญหาจากการใช้ยามากถึงร้อยละ 60.90 ซึ่งเภสัชกรสามารถช่วยลดปัญหาที่เกิดจากการใช้ยาได้ แสดงให้เห็นว่าการบริหารทางเภสัชกรรมสามารถป้องกันและแก้ไขปัญหาที่เกิดจากการใช้ยาในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังได้ (Al Raiisi et al., 2019; จักรภพ สวัสดิ์พาณิขย์, 2557) การให้คำปรึกษาด้านการใช้ยาโดยเภสัชกรสามารถเพิ่มความร่วมมือในการใช้ยา ความรู้ ความเข้าใจในการใช้ยา และการปฏิบัติตัวของผู้ป่วย (Kasbekar & Ambizas, 2021) การทำงานร่วมกันระหว่างเภสัชกรและทีมสหวิชาชีพมีส่วนช่วยให้ผู้ป่วยสามารถควบคุมค่าความดันโลหิต (Anderegg et al., 2018) ค่าระดับน้ำตาลในเลือด และเพิ่มความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยได้ (พัชนี นวลช่วย, 2555) ทั้งนี้ หากผู้ป่วยได้รับการปรับเปลี่ยนยาลดระดับน้ำตาลในเลือดอย่างเหมาะสมจะสามารถเพิ่มประสิทธิผลในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด ชะลอความเสื่อมของไต และลดการเกิดอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาได้ (นิลนาถ เจ๊ะยอ และ อนุชิต วังทอง, 2552) ซึ่งแสดงให้เห็นถึงบทบาทของเภสัชกรในทีมสหวิชาชีพที่สามารถเพิ่มประสิทธิผลการรักษา จากการแนะนำการปรับเปลี่ยนยา หรือหยุดยา รวมถึงการให้คำปรึกษาด้านยาแก่ผู้ป่วย (Kasbekar & Ambizas, 2021; พนาวัลย์ ศรีสุวรรณภพ, 2555)

โรงพยาบาลเวียงแหง จังหวัดเชียงใหม่ เป็นโรงพยาบาลชุมชนขนาด 30 เตียง ข้อมูล ณ ปี พ.ศ. 2560 มีผู้ป่วยที่มีภาวะโรคความดันโลหิตสูง และโรคเบาหวาน ซึ่งเป็นกลุ่มโรคที่มีความเสี่ยงที่จะเกิดโรคไตเรื้อรัง จำนวน 826 ราย และ 138 รายตามลำดับ และมีผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังจากโรคความดันโลหิตสูง จำนวน 191 ราย และโรคเบาหวาน จำนวน 33 ราย ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง มีความจำเป็นที่จะต้องได้รับการปรับขนาดยาบางชนิดตามค่า การทำงานของไต โดยพบว่าผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่มีโรคความดันโลหิตสูง และ/หรือโรคเบาหวาน ร่วม ยังคงได้รับยาตามขนาดการรักษาปกติ และบางรายไม่ได้รับการรักษาด้วยยาที่เหมาะสม กระทรวงสาธารณสุข ได้กำหนดเป้าหมายการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังไว้ โดยในปี 2561 – 2562 ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง ระยะ 3 – 4 จะต้องมียา eGFR ลดลงในระดับน้อยกว่าหรือเท่ากับ 4 mL/min/1.73 m² ต่อปี และตั้งแต่ ปี 2563 ค่า eGFR ลดลงน้อยกว่าหรือเท่ากับ 5 mL/min/1.73 m² ต่อปี ทั้งนี้ โรงพยาบาลเวียงแหง ได้มีการปรับปรุงกระบวนการดูแลผู้ป่วยคลินิกโรคไตเรื้อรัง ด้วยการให้บริบาลทางเภสัชกรรมโดยเภสัชกรร่วมกับการดูแลโดยปกติของทีมนสหสาขาวิชาชีพ ในปีงบประมาณ พ.ศ. 2562 พัฒนาและกำหนดเป็นแนวทางการดูแลผู้ป่วยกลุ่มโรคเรื้อรังอย่างต่อเนื่องร่วมกับทีมนสหสาขาวิชาชีพอย่างเป็นระเบียบแบบแผนต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบผลลัพธ์ทางคลินิกจากการให้บริบาลเภสัชกรรมในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง ระยะที่ 3 – 4 ที่มีโรคความดันโลหิตสูง และ/หรือโรคเบาหวานร่วม
2. เพื่อประเมินผลลัพธ์ด้านการดูแลผู้ป่วยจากการให้บริบาลเภสัชกรรมในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง ระยะที่ 3 – 4 ที่มีโรคความดันโลหิตสูง และ/หรือโรคเบาหวานร่วม

กรอบแนวคิดการวิจัย



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

ระเบียบวิธีวิจัย

ศึกษาข้อมูลย้อนหลัง (Retrospective Study) ในผู้ป่วยที่เข้ารับบริการ ณ คลินิกโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง และคลินิกโรคไตเรื้อรัง โรงพยาบาลเวียงแหง จากฐานข้อมูลเวชระเบียนอิเล็กทรอนิกส์ของโรงพยาบาล ระหว่างวันที่ 1 ตุลาคม 2560 – 30 กันยายน 2562 โดยช่วงก่อนการให้บริบาลเภสัชกรรม คือ ระหว่างวันที่ 1 ตุลาคม 2560 – 30 กันยายน 2561 และช่วงหลังการให้บริบาลเภสัชกรรม คือ ระหว่างวันที่ 1 ตุลาคม 2561 – 30 กันยายน 2562

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3 - 4 ที่มีโรคความดันโลหิตสูง และ/หรือโรคเบาหวานร่วม ที่เข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลเวียงแหง ระหว่างวันที่ 1 ตุลาคม 2560 – 30 กันยายน 2562

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3 - 4 ที่มีโรคความดันโลหิตสูง และ/หรือโรคเบาหวานร่วม ที่มารับบริการ ณ โรคไตเรื้อรัง โรงพยาบาลเวียงแหง ระหว่างวันที่ 1 ตุลาคม 2560 – 30 กันยายน 2562 การคำนวณกลุ่มตัวอย่าง จากผลการศึกษาที่มีความคล้ายคลึงกัน (พัชนี นวลช่วย, 2555) ต้องการขนาดตัวอย่าง

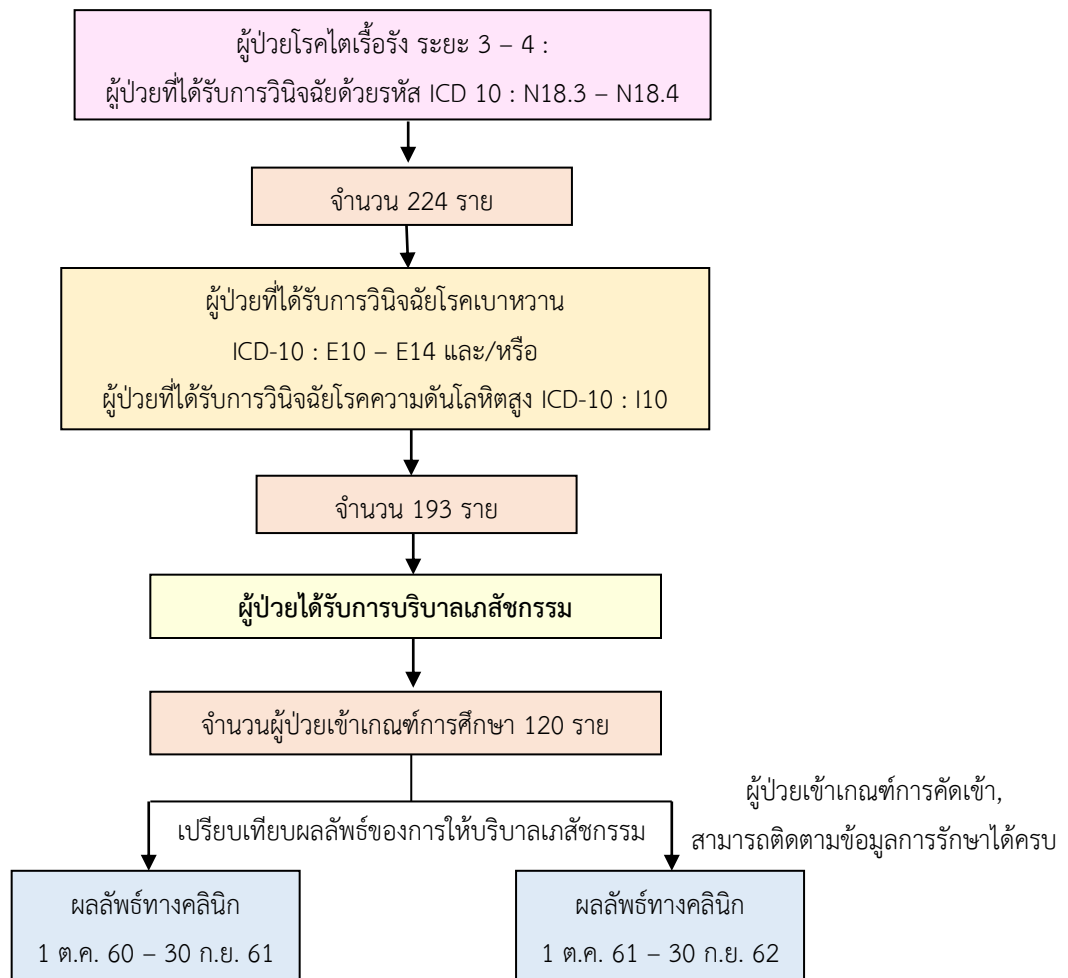
ไม่ต่ำกว่า 109 ราย จึงคัดเลือกข้อมูลผู้ป่วยจากฐานข้อมูลเวชระเบียนอิเล็กทรอนิกส์ ซึ่งมีผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการก่อนและหลังการให้บริบาลเภสัชกรรม ให้ได้น้อย 120 ราย

เกณฑ์การคัดเข้า

1. ผู้ป่วยมีอายุ 18 ปีขึ้นไป
2. ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3 - 4 ด้วย ICD-10 รหัสโรค N18.3 -N18.4 ร่วมกับ ICD-10 รหัสโรค I10 (โรคความดันโลหิตสูง) และ/หรือ ICD-10 รหัสโรค E10 - E14 (โรคเบาหวาน)

เกณฑ์การคัดออก

1. ผู้ป่วยที่มีผลการอัลตราซาวด์ พบการอุดตันในทางเดินปัสสาวะ (Uropathy) ICD-10 รหัสโรค N13.9
2. ผู้ป่วยตั้งครรภ์
3. ผู้ป่วยที่มีข้อมูลเวชระเบียนอิเล็กทรอนิกส์ และผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการก่อนเข้าคลินิกโรคไตเรื้อรัง และหลังจากเข้าคลินิกโรคไตเรื้อรัง 1 ปีอย่างใด อย่างหนึ่งไม่ครบ



ภาพที่ 2 การคัดเลือกผู้ป่วยในการศึกษา

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. แบบบันทึกข้อมูลในการติดตามประสิทธิผลของการให้บริบาลเภสัชกรรมโดยเภสัชกร แบบบันทึกประกอบด้วย ข้อมูลของผู้ป่วย คือ ชื่อ-นามสกุล เพศ ผลการตรวจร่างกายและค่าทางห้องปฏิบัติการ ได้แก่ ระดับความดันโลหิต ค่า FBS, HbA1c, eGFR, SCr และอัลบูมินในปัสสาวะ รายการยาที่ผู้ป่วยได้รับขณะนั้น การค้นหาปัญหาจากการใช้ยา (DRPs) และการประเมินความร่วมมือในการใช้ยา (Adherence)

2. ฐานข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์ โรงพยาบาลเวียงแหง ผู้วิจัยทำการคัดเลือกข้อมูลการรักษาของผู้ป่วยตามเกณฑ์การคัดเข้าและนำข้อมูลมาบันทึกในแบบบันทึกข้อมูล และจัดแบ่งระยะโรคไตเรื้อรังของผู้ป่วยแต่ละรายเพื่อประเมินประสิทธิผลของการบริบาลทางเภสัชกรรมในผู้ป่วยรายนั้น ๆ

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ผู้วิจัยคัดกรองฐานข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์ของโรงพยาบาลเวียงแหง ตามเกณฑ์การคัดเข้า โดยใช้แฟ้มข้อมูล ได้แก่ PERSON SERVICE DIAGNOSIS_OPD DRUG_OPD LABFU ทั้งหมดเชื่อมโยงข้อมูลผู้ป่วยด้วยเลขประจำตัวผู้ป่วย (Hospital Number)

2. ศึกษาและบันทึกข้อมูลพื้นฐานของผู้ป่วยที่เข้าเกณฑ์การศึกษา จากแบบบันทึกข้อมูลในการติดตามประสิทธิผลของการให้บริบาลเภสัชกรรมโดยเภสัชกร ซึ่งได้ใช้ประกอบการให้บริบาลเภสัชกรรม ระหว่างวันที่ 1 ตุลาคม 2561 – 30 กันยายน 2562 โดยเภสัชกรได้ดำเนินงานบริบาลเภสัชกรรม และบันทึกข้อมูลจากการบริบาลเภสัชกรรมทุกครั้ง เมื่อผู้ป่วยมาพบแพทย์ ณ วันนัดหมาย ดังนี้

2.1 ให้ข้อมูลผู้ป่วยเกี่ยวกับโรค ยา และการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม เพื่อชะลอการดำเนินของโรคไตเรื้อรัง ส่งเสริมแนะนำการควบคุมปัจจัยเสี่ยงของโรคร่วม ได้แก่ การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดและควบคุมระดับความดันโลหิต

2.2 การทบทวนใบสั่งยา ผลการตรวจร่างกาย ค่าทางห้องปฏิบัติการของผู้ป่วย หากพบปัญหาเกี่ยวกับการใช้ยาหรือพบปัญหาข้อมูลผลทางห้องปฏิบัติการผิดปกติให้ปรึกษากับแพทย์เพื่อแก้ปัญหาในผู้ป่วยเฉพาะรายนั้น ๆ เช่นการปรับเปลี่ยนขนาดยาในผู้ป่วย และการใช้พิจารณาสั่งจ่ายยาในกลุ่ม ACEIs หรือ ARBs

2.3 การค้นหาปัญหาจากการใช้ยา (DRPs)

2.4 การประเมินความร่วมมือในการใช้ยา (Adherence)

3. แบบบันทึกข้อมูลประกอบด้วย ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย เพศ ผลการตรวจร่างกายและค่าทางห้องปฏิบัติการ ได้แก่ ระดับความดันโลหิต โลหิต FBS HbA1c eGFR SCr และอัลบูมินในปัสสาวะ รายการยาที่ผู้ป่วยได้รับขณะนั้น การค้นหาปัญหาจากการใช้ยา (DRPs) รวมถึงการประเมินความร่วมมือในการใช้ยา (Adherence) ซึ่งประเมินด้วยวิธีนับเม็ดยาคงเหลือ และสามารถคำนวณอัตราความร่วมมือได้จากสูตร

$$\% \text{ Adherence} = \frac{(\text{จำนวนเม็ดยาที่ได้ฉีดครั้งก่อน} - \text{จำนวนเม็ดยาที่เหลือ})}{(\text{จำนวนเม็ดยาที่รับประทานต่อวัน} \times \text{จำนวนวันนัดครั้งก่อน})} \times 100$$

4. เปรียบเทียบผลลัพธ์ทางคลินิกของการบริหารเภสัชกรรมในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3 - 4 ที่มีโรคความดันโลหิตสูง และ/หรือโรคเบาหวานร่วม (ก่อนการให้บริหารเภสัชกรรม วันที่ 1 ตุลาคม 2560 - 30 กันยายน 2561 และหลังการให้บริหารเภสัชกรรม วันที่ 1 ตุลาคม 2561 - 30 กันยายน 2562) ได้แก่ 1) ค่าการทำงานของไต ประกอบด้วย ระดับ eGFR (ml/min/1.73 m²) และระดับ Scr 2) ผลลัพธ์ด้านคลินิกอื่น ๆ ได้แก่ ค่า BP FBS HbA1c และค่าไขมันในเลือด

5. ประเมินผลลัพธ์ด้านการดูแลผู้ป่วย ได้แก่ การส่งจ่ายยากลุ่ม ACEIs/ARBs จากการให้คำแนะนำของเภสัชกร และปรึกษาแพทย์เพื่อปรับขนาดยาตามค่าการทำงานของไต การค้นหาปัญหาจากการใช้ยา (DRPs) และการประเมินความร่วมมือในการใช้ยา (Adherence)

6. วิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติ ด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป STATA และกำหนดค่าความเชื่อมั่นทางสถิติในระดับร้อยละ 95

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ค่าความถี่ ร้อยละ และค่าเฉลี่ยหรือค่ามัธยฐาน สำหรับวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย ค่าทางห้องปฏิบัติการ การค้นหา DRPs และการประเมินความร่วมมือในการใช้ยา
2. ใช้สถิติ Paired T-Test ในการเปรียบเทียบค่าระดับการทำงานของไต และค่าทางห้องปฏิบัติการก่อนและหลังการให้การบริหารทางเภสัชกรรม หรือ Wilcoxon Signed Ranks-Test กรณีพบการกระจายของข้อมูลไม่ปกติ ได้แก่ Triglycerides และ Urine Albumin

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

การศึกษานี้ ได้รับการรับรองการยกเว้นการพิจารณารับรองเชิงจริยธรรม จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงใหม่ เลขที่ CM 06/2564 วันที่ 17 ธันวาคม พ.ศ. 2563

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไป

ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 120 คน พบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง โดยมีอายุเฉลี่ย 71 ปี กลุ่มผู้ป่วยส่วนใหญ่ ร้อยละ 68.33 มีอาชีพเกษตรกรกรรม และร้อยละ 96 ใช้สิทธิการรักษาประกันสุขภาพถ้วนหน้า และเมื่อติดตามค่าการทำงานของไต พบว่า ผู้ป่วยร้อยละ 71.67 มีค่า eGFR อยู่ในช่วง 45 -

59 mL/min/1.73 m² คือ มีภาวะไตบกพร่องในระดับที่ 3 โดยพบว่ามีโรคประจำตัว คือ โรคความดันโลหิตสูง รองลงมาคือ โรคเบาหวาน และโรคเบาหวานร่วมกับความดันโลหิตสูง ตามลำดับ ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ข้อมูลพื้นฐานของผู้ป่วย (n=120)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน (คน)	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	58	48.33
หญิง	62	51.67
อายุเฉลี่ย (ปี) 71 ±10.67		
eGFR () (mL/min/1.73 m²)		
45 – 59 (ระยะที่ 3a)	86	71.67
30 – 44 (ระยะที่ 3b)	29	24.17
15 – 29 (ระยะที่ 4)	5	4.16
ค่าเฉลี่ย 51.85 ±14.71		
อาชีพ		
ข้าราชการ	3	2.50
เกษตรกร	82	68.33
ค้าขาย	4	3.33
รับจ้าง	13	10.83
ไม่ได้ทำงาน	18	15.00
การศึกษา		
ต่ำกว่าประถมศึกษา	59	49.17
ประถมศึกษา	55	45.83
มัธยมศึกษา	3	2.50
ปริญญาตรี	3	2.50
สิทธิการรักษาพยาบาล		
เบิกได้	14	11.67
ประกันสุขภาพถ้วนหน้า	96	80.00
บุคคลสถานะสิทธิ	10	8.33
โรคประจำตัว		
โรคเบาหวาน	60	50.00
โรคความดันโลหิตสูง	114	95.00
โรคเบาหวาน+ความดันโลหิตสูง	55	45.83

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ภาวะโรคร่วม		
ไขมันในเส้นเลือดสูง	11	9.17
โรคหัวใจและหลอดเลือด	5	4.17
โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง	6	5.00
โรคเกาต์	7	5.83

2. ผลลัพธ์ทางคลินิก

การติดตามและประเมินค่าการทำงานของไต โดยใช้สูตร Modification of Diet in Renal Disease (MDRD) ซึ่งคำนวณโดยใช้โปรแกรม GFR Calculator ของระบบ Laboratory Information System (LIS) ของโรงพยาบาล เพื่อเปรียบเทียบระดับการทำงานของไต และการเปลี่ยนแปลงการทำงานของไต ระหว่างก่อนและหลังการให้บริบาลทางเภสัชกรรม พบว่า ค่าเฉลี่ย Serum Creatinine ลดลง และ eGFR เพิ่มขึ้น ซึ่งมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.05$)

เมื่อเปรียบเทียบผลการตรวจร่างกาย และค่าทางห้องปฏิบัติการ เพื่อประเมินประสิทธิผลการให้บริบาลทางเภสัชกรรม โดยเปรียบเทียบข้อมูลก่อนและหลังการให้บริบาลทางเภสัชกรรม พบว่า ค่าเฉลี่ย Systolic Blood Pressure, Diastolic Blood Pressure, FBS, HbA1c, Cholesterol, Triglycerides ในกลุ่มผู้ป่วยที่ศึกษา มีแนวโน้มดีขึ้น แต่ไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติของค่าผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ค่าระดับการทำงานของไต และค่าเฉลี่ยของผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการในผู้ป่วย เปรียบเทียบก่อนและหลังการให้บริบาลทางเภสัชกรรม

ข้อมูล	ก่อนการให้ บริบาลเภสัชกรรม (Mean $\pm$ S.D.)	หลังการให้ บริบาลเภสัชกรรม (Mean $\pm$ S.D.)	P-value
ค่าระดับการทำงานของไต			
SCr (mg/dL)	1.33 $\pm$ 0.41	1.27 $\pm$ 0.39	0.001*
eGFR (MDRD) (mL/min/1.73 m ²)	51.85 $\pm$ 14.71	54.84 $\pm$ 16.53	0.009*
ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ			
Systolic Blood Pressure (mmHg)	136.63 $\pm$ 16.97	135.40 $\pm$ 19.22	0.53
Diastolic Blood Pressure (mmHg)	76.93 $\pm$ 11.68	78.13 $\pm$ 13.26	0.38
FBS (mg/dL)	130.50 $\pm$ 42.47	125.95 $\pm$ 37.68	0.29

ข้อมูล	ก่อนการให้	หลังการให้	P-value
	บริหารเภสัชกรรม (Mean $\pm$ S.D.)	บริหารเภสัชกรรม (Mean $\pm$ S.D.)	
HbA1c (%)	8.69 $\pm$ 1.7	7.96 $\pm$ 2.27	0.11
Cholesterol (mg/dl)	196.79 $\pm$ 44.08	191.27 $\pm$ 43.35	0.26
Triglycerides (mg/dl) (median, iqr)	149, 93	137, 122.5	0.34
HDL cholesterol (mg/dl)	46.91 $\pm$ 17.50	46.86 $\pm$ 15.19	0.98
LDL Cholesterol (mg/dl)	112.46 $\pm$ 41.51	119 $\pm$ 52.84	0.28
Urine albumin (mg/L) (median, iqr)	30, 90	30, 140	0.11

*p-value < 0.05

หมายเหตุ ค่า Triglycerides และ Urine albumin ใช้สถิติ Wilcoxon Signed Ranks-Test

3. ผลลัพธ์ด้านการดูแลผู้ป่วย

การศึกษานี้ ได้ประเมินผลลัพธ์ด้านการดูแลผู้ป่วยจากการให้บริหารเภสัชกรรม ได้แก่ การปรึกษาแพทย์ เพื่อพิจารณาสั่งจ่ายยาและปรับขนาดยาในกลุ่ม ACEIs หรือ ARBs การค้นหาปัญหาจากการใช้ยา (DRPs) และการประเมินความร่วมมือในการใช้ยา (Adherence)

3.1 การประเมินการสั่งจ่ายยาและปรับขนาดยาในกลุ่ม ACEIs หรือ ARBs

ผลการประเมินการสั่งจ่ายยาและปรับขนาดยาในกลุ่ม ACEIs หรือ ARBs พบว่า ผู้ป่วยจำนวน 92 ราย จาก 120 ราย เป็นผู้ป่วยที่ได้รับยาในกลุ่ม ACEIs หรือ ARBs มาแล้ว ก่อนระยะเวลาการศึกษา และเมื่อสิ้นสุดการศึกษา ผู้ป่วยทุกรายได้รับการพิจารณาการสั่งจ่ายยาในกลุ่ม ACEIs หรือ ARBs โดยมีจำนวนผู้ป่วยรายใหม่ 28 ราย ทั้งนี้ ผู้ป่วย 8 ราย จำเป็นต้องหยุดใช้ยาในกลุ่ม ACEIs หรือ ARBs เนื่องจากค่า Serum Creatinine เพิ่มขึ้น นอกจากนี้ เภสัชกรยังมีส่วนช่วยในการปรึกษาแพทย์ เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับยาโรคประจำตัวในขนาดการใช้ที่เหมาะสมตามค่าการทำงานของไต โดยมีจำนวนผู้ป่วยได้รับการปรับขนาดยา จำนวน 20 ราย ดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 จำนวนผู้ป่วยและร้อยละการประเมินการสั่งจ่ายยาและปรับขนาดยาในกลุ่ม ACEIs หรือ ARBs

รายการ	จำนวน	
	(ราย)	(ครึ่ง)
ผู้ป่วยได้รับยาในกลุ่ม ACEIs หรือ ARBs รายเดิม	92	-
ผู้ป่วยได้รับการปรับขนาดยาในกลุ่ม ACEIs หรือ ARBs		
- ผู้ป่วยได้รับการพิจารณาสั่งจ่ายยาในกลุ่ม ACEIs หรือ ARBs รายใหม่	28	-

รายการ	จำนวน	
	(ราย)	(ครั้ง)
ผู้ป่วยมีความจำเป็นต้องหยุดใช้ยาในกลุ่ม ACEIs หรือ ARBs		
- มีค่า SCr เพิ่มขึ้นเกินร้อยละ 30 จากค่าพื้นฐานในระยะเวลา 4 เดือน	8	-
ผู้ป่วยได้รับการปรับขนาดยาตามค่าการทำงานของไต	20	22

3.2 ปัญหาจากการใช้ยา

ข้อมูลปัญหาที่เกี่ยวข้องกับการใช้ยา ก่อนการบริบาลทางเภสัชกรรม ได้จากการทบทวนเวชระเบียนย้อนหลัง 6 เดือน สำหรับหลังการบริบาลทางเภสัชกรรม จะมีการติดตามจากผู้ป่วยทุกครั้งที่ติดตามผล (Visit) ผลการศึกษา พบว่า ปัญหาที่เกี่ยวข้องกับการใช้ยาที่พบมากที่สุดคือ ผู้ป่วยได้รับยาในขนาดที่ไม่เหมาะสม และจำเป็นต้องปรับขนาดยาตามการทำงานของไต จำนวน 22 ครั้ง ดังแสดงในตารางที่ 4 สำหรับอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาที่พบบ่อยคือ ผู้ป่วยตรวจพบค่า SCr เพิ่มขึ้น และเกิดภาวะ Hyperkalemia เนื่องจากยา Enalapril

ตารางที่ 4 ค้นหาปัญหาจากการใช้ยา (DRPs)

ข้อมูล	จำนวน (ครั้ง)
ปรับขนาดยาตามการทำงานของไต	22
- Allopurinol	13
- Metformin	9
ผู้ป่วยเกิดอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา	15
- SCr เพิ่มขึ้นเกินร้อยละ 30 จากค่าพื้นฐานในระยะเวลา 4 เดือน	8
- Chronic cough	4
- Hyperkalemia	3

3.3 การประเมินความร่วมมือในการใช้ยา

ผลการประเมินความร่วมมือในการใช้ยา พบว่า จำนวนผู้ป่วยที่มีระดับความร่วมมือในการใช้ยามากกว่าร้อยละ 80 มีจำนวนเพิ่มขึ้น ดังแสดงในตารางที่ 5 จากการติดตามผลระหว่างการให้บริบาลทางเภสัชกรรม ในทุก ๆ ครั้งที่พบแพทย์ สำหรับปัญหาที่ทำให้ผู้ป่วยไม่ให้ความร่วมมือในการใช้ยา มีสาเหตุหลัก คือ สัมรับประทานยาหรือฉีดยา และรับประทานยาไม่ถูกวิธี ส่วนปัญหาที่พบบรองลงมา คือ ผู้ป่วยเกิดอาการข้างเคียงจากการใช้ยา ได้แก่ อาการไอจากผลข้างเคียงของยา Enalapril และไม่ได้แจ้งพยาบาลหรือแพทย์ให้ทราบ จึงทำให้ผู้ป่วยมีการปรับเปลี่ยนขนาดยาหรือหยุดยาเอง

ตารางที่ 5 การประเมินความร่วมมือในการใช้ยา (Adherence)

ความร่วมมือในการใช้ยา (n=120)	จำนวนผู้ป่วย (ร้อยละ) ที่ให้ความร่วมมือในการใช้ยา			
	ครั้งที่ 1	ครั้งที่ 2	ครั้งที่ 3	ครั้งที่ 4
≥ 80%	106 (88.33)	109 (90.83)	113 (94.17)	114 (95.00)
< 80%	14 (11.67)	11 (9.17)	7 (5.83)	6 (5.00)

การอภิปรายผล

การศึกษานี้ได้เปรียบเทียบผลลัพธ์ทางคลินิก และประเมินผลลัพธ์ด้านการดูแลผู้ป่วยจากการให้บริบาลเภสัชกรรมในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง ระยะที่ 3 – 4 ที่มีโรคความดันโลหิตสูง และ/หรือโรคเบาหวานร่วม โดยเภสัชกรร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วย การทบทวนใบสั่งยาและผลการตรวจร่างกาย ค่าทางห้องปฏิบัติการ และร่วมปรึกษากับแพทย์กรณีที่ปัญหาจากการใช้ยาหรือพบผลทางห้องปฏิบัติการที่ผิดปกติ รวมทั้งให้ข้อมูลผู้ป่วยเกี่ยวกับโรค การใช้ยา การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม และประเมินความร่วมมือในการใช้ยา โดยผลจากการเปรียบเทียบผลลัพธ์ทางคลินิก พบว่า ค่าเฉลี่ย Serum Creatinine ลดลง และ eGFR เพิ่มขึ้น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.05$) เมื่อเปรียบเทียบระหว่างก่อนและหลังการให้บริบาลทางเภสัชกรรม และเมื่อติดตามผลลัพธ์ด้านการดูแลผู้ป่วย พบว่า เภสัชกรมีส่วนร่วมในการทบทวนรายการยาที่ผู้ป่วยได้รับ โดยผู้ป่วยทุกรายได้รับการประเมินการส่งจ่ายยาและปรับขนาดยาในกลุ่ม ACEIs หรือ ARBs และผู้ป่วยที่มีระดับความร่วมมือในการใช้ยามากกว่าร้อยละ 80 มีจำนวนเพิ่มขึ้น

ผลลัพธ์ด้านการทำงานของไตจากการให้บริบาลเภสัชกรรมในการศึกษานี้ สอดคล้องกับการศึกษาของอุไรวรรณ พานทอง (2561) ซึ่งได้ศึกษาผลของโปรแกรมการจัดการโรคไตเรื้อรังโดยบูรณาการจากรูปแบบการดูแลโรคเรื้อรัง พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีระดับอัตราการกรองของไตเพิ่มขึ้นหลังเข้าโปรแกรม และระดับค่าเฉลี่ยความดันโลหิต SBP ระดับ SCr ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และใกล้เคียงกับผลการศึกษาของสุธาบดี ม่วงมี (2559) ซึ่งศึกษาผลของการบริบาลทางเภสัชกรรมต่อการชะลอการเสื่อมของไตในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังร่วมกับโรคเบาหวานชนิดที่ 2 พบว่า ระดับค่าเฉลี่ย eGFR ของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 2 และ 3a ในกลุ่มที่ได้รับการบริบาลทางเภสัชกรรม เพิ่มขึ้นหรือลดลง น้อยกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลแบบปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} = 0.01$, $p\text{-value} = 0.04$ ตามลำดับ) นอกจากนี้ การศึกษาโดย CKDNET Group (Cha'on et al., 2020) พบว่า การดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังในทุกระยะโดยทีมสหสาขาวิชาชีพและการส่งเสริมให้ผู้ป่วยดูแลตนเอง ส่งผลดีและมีส่วนเพิ่มประสิทธิภาพการทำงานของไต (eGFR) ได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ อย่างไรก็ตาม ผลลัพธ์ทางคลินิกด้านการทำงานของไต มีความแตกต่างจากการศึกษาของพนาวลัย ศรีสุวรรณภพ (2555) ซึ่งศึกษาประสิทธิผลของการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังในคลินิกเบาหวาน โดยเภสัชกรร่วมกับทีมสหวิชาชีพ ณ โรงพยาบาลชาติตระการ ซึ่งพบว่า ผลลัพธ์ทางคลินิกด้านการทำงานของไตก่อนและหลังการศึกษา มีความแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ อาจเนื่องมาจาก

กลุ่มผู้ป่วยในการศึกษาของโรงพยาบาลชาตติระการ มีจำนวนผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังในระยะ 3b มากกว่าร้อยละ 60 ซึ่งมีระดับความรุนแรงของโรคไตเรื้อรังมากกว่าผู้ป่วยในการศึกษานี้ นอกจากนี้ ผลการบริบาลทางเภสัชกรรมในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่แผนกผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลท่าศาลา (พัชนี นวลช่วย, 2555) เปรียบเทียบก่อนและหลังการให้บริบาลทางเภสัชกรรม พบว่าค่าเฉลี่ย SCr ลดลง แต่ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ส่วนค่าเฉลี่ย eGFR และ CrCL เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งในปัจจุบันกำลังมีการศึกษา เรื่อง Racial Factor สำหรับการคำนวณ eGFR ในประชากรไทย อย่างไรก็ตาม สมาคมโรคไตแห่งประเทศไทยยังคงแนะนำให้ใช้สมการ MDRD แบบเดิมสำหรับการคำนวณ eGFR ในคนผิวขาว

การประเมินผลลัพธ์ในการตอบสนองทางคลินิกอื่น ๆ ได้พิจารณาจากค่าความดันโลหิต ระดับน้ำตาลในเลือด ร่วมกับค่าไขมันในเลือด และระดับอัลบูมิน เนื่องจากสาเหตุสำคัญของการเกิดโรคไตเรื้อรังมาจากโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง ดังนั้น การติดตามระดับน้ำตาลในเลือด และค่าความดันโลหิต จึงเป็นปัจจัยในการประเมินการชะลอการเสื่อมของไตได้ โดยผลการศึกษา พบว่า หลังการให้บริบาลเภสัชกรรม ผู้ป่วยมีผลการตรวจร่างกายและผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการดีขึ้น ได้แก่ ค่าเฉลี่ย SBP, DBP, FBS, HbA1c, CH, TG แต่ผลการเปลี่ยนแปลงดังกล่าว แตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากค่าระดับน้ำตาลในเลือดและค่าความดันโลหิตของกลุ่มตัวอย่าง มีแนวโน้มใกล้เคียงกับเป้าหมายในการควบคุมภาวะโรคในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังอยู่แล้ว โดยการควบคุมระดับน้ำตาลในผู้ป่วยโรคเบาหวานในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง ควรมีค่าน้ำตาลก่อนอาหาร (Pre-Prandial Capillary Plasma glucose) ที่ระดับ 80-130 mg/dL (4.4-7.2 mmol/L) และควรควบคุมระดับความดันโลหิต ให้น้อยกว่า 130/80 mmHg (สมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย, 2558) สำหรับค่าเฉลี่ย HDL และ Urine albumin พบว่า แนวโน้มไม่แตกต่างจากก่อนการให้บริบาลเภสัชกรรม และค่า LDL มีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้น ทั้ง ๆ ที่เป็นการศึกษาเดียวกัน เหตุผลนอกเหนือจากการให้บริบาลเภสัชกรรม และความรู้ที่ให้แก่ผู้ป่วย อาจเนื่องมาจากใช้ผลการตรวจย้อนหลังสำหรับเป็นข้อมูลพื้นฐานของผู้ป่วย และระยะเวลาในการติดตามผู้ป่วยแต่ละรายไม่เท่ากัน รวมทั้งการประเมินหลังการให้บริบาลเภสัชกรรม จะประเมินใน Visit 4 ในทุกค่าของผลการตรวจร่างกายและทางห้องปฏิบัติการ ซึ่งแตกต่างจากการให้บริบาลทางเภสัชกรรมในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่แผนกผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลท่าศาลา (พัชนี นวลช่วย, 2555) ที่พบว่าการให้บริบาลทางเภสัชกรรมทำให้เพิ่มความสามารถในการควบคุมปัจจัยเสี่ยงได้ โดยผู้ป่วยสามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด ระดับคอเลสเตอรอล ระดับไตรกลีเซอไรด์ และระดับแอล ดี แอล ได้ตามเป้าหมายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

การศึกษานี้ได้ประเมินผลลัพธ์ด้านการดูแลผู้ป่วยจากการให้บริบาลเภสัชกรรม ได้แก่ การปรึกษาแพทย์เพื่อพิจารณาสั่งจ่ายยาและปรับขนาดยาในกลุ่ม ACEIs หรือ ARBs การค้นหาปัญหาจากการใช้ยา (DRPs) และการประเมินความร่วมมือในการใช้ยา (Adherence) โดย DRPs ที่พบมากที่สุดนี้ ได้แก่ ผู้ป่วยได้รับยาในขนาดที่ไม่เหมาะสม และจำเป็นต้องปรับขนาดยาตามการทำงานของไต ซึ่งแตกต่างจากการศึกษาของกานต์ธีรา ชัยเรียบ (2560) ซึ่งพบ DRPs ในกลุ่มผู้ป่วยฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม มากที่สุดคือ การไม่ได้รับยาที่แพทย์สั่งหรือได้รับ

ยาไม่ครบ ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากรูปแบบการบริหารเภสัชกรรมที่ได้ร่วมดำเนินการกับสหวิชาชีพครั้งนี้ เภสัชกรได้ทบทวนใบสั่งยา ร่วมกับปรึกษาแพทย์ ณ ขณะปฏิบัติงานได้ทันที เมื่อพบปัญหาเกี่ยวกับการใช้ยาหรือพบปัญหาข้อมูลผลทางห้องปฏิบัติการผิดปกติ ดังนั้น ผู้ป่วยทุกรายจึงได้รับการพิจารณาการส่งจ่ายยาที่เหมาะสมอย่างรวดเร็วยิ่งขึ้น

ผลการวิจัยแสดงให้เห็นว่า การบริหารทางเภสัชกรรมในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง มีแนวโน้มที่จะสามารถชะลอการเสื่อมของไต ในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่มีโรคความดันโลหิตสูง และ/หรือโรคเบาหวานร่วมได้ โดยเภสัชกรมีบทบาทสำคัญร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพในการทบทวนแนวทางการรักษา ตามผลการตรวจร่างกาย ค่าทางห้องปฏิบัติการของผู้ป่วย การปรับเปลี่ยนขนาดยาให้มีความเหมาะสม รวมทั้งในการให้ข้อมูลผู้ป่วยเกี่ยวกับโรค การใช้ยา และการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม เพื่อลดความเสี่ยงและชะลอการดำเนินของโรคไตเรื้อรัง

การนำผลการวิจัยไปใช้ประโยชน์

การศึกษานี้ แสดงให้เห็นว่าการบริหารทางเภสัชกรรมโดยเภสัชกรในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง มีแนวโน้มที่จะสามารถชะลอการเสื่อมของไต ในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่มีโรคความดันโลหิตสูง และ/หรือโรคเบาหวานร่วมได้ ซึ่งสามารถนำผลการศึกษานี้ไปสร้างความมั่นใจให้แก่สหสาขาวิชาชีพ ในการพัฒนาและกำหนดแนวทางการดูแลผู้ป่วย รวมทั้งประเมินผลการดูแลผู้ป่วยกลุ่มโรคเรื้อรังอื่น ๆ ต่อไป

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรรวบรวมข้อมูลเพื่อประเมินผลการให้บริหารเภสัชกรรมแบบไปข้างหน้า (Prospective Study) ซึ่งจะทำให้ได้ข้อมูลที่ครบถ้วนสมบูรณ์ยิ่งขึ้น ร่วมกับการศึกษาผลการเปลี่ยนแปลงระยะโรคในกลุ่มผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังและจำนวนผู้ป่วยที่สามารถควบคุมผลลัพธ์ทางคลินิกได้
2. การประเมินความร่วมมือในการใช้ยาด้วยวิธีนับเม็ดยาคงเหลือ ยังมีข้อจำกัดคือ ผู้ป่วยอาจเปลี่ยนพฤติกรรมการใช้ยา เมื่อรู้ว่าจะมีการตรวจนับเม็ดยาคงเหลือ และไม่สามารถใช้วิธีนับเม็ดยาได้ หากผู้ป่วยไม่ได้นำยาติดตัวมาด้วย ดังนั้น จึงควรประเมินความร่วมมือในการใช้ยาด้วยวิธีการอื่นร่วม เช่น การสัมภาษณ์ หรือการใช้แบบสอบถาม รวมทั้งประเมินความรู้เรื่องโรคและประเมินพฤติกรรมของผู้ป่วยเพิ่มเติม

เอกสารอ้างอิง

กระทรวงสาธารณสุข. (2565). KPI กระทรวงสาธารณสุข: ร้อยละผู้ป่วย CKD ที่มีค่า eGFR ลดลงน้อยกว่าหรือเท่ากับ 5 ml/min/1.73 m²/yr. สืบค้นเมื่อ 22 ตุลาคม 2565 จาก <http://healthkpi.moph.go.th/kpi2/kpi-list/view/?id=1857>

- กานต์ธีรา ชัยเรียบ ภัทรินทร์ กิตติบุญญาคุณ และวนรัตน์ อนุสรณ์เสงี่ยม. (2560). การพัฒนารูปแบบการบริหารทางเภสัชกรรมร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยไตวายระยะสุดท้ายที่ได้รับการรักษาโดยการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมทั้งในโรงพยาบาลและการดูแลที่บ้าน. *วารสารเภสัชกรรมไทย*, 10(2), 324-336.
- จักรภพ สวัสดิ์พาณิชย์. (2557). การบริหารทางเภสัชกรรมเบื้องต้นในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง โรงพยาบาลกันทรวิชัย จังหวัดมหาสารคาม. *วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ*, 7(3), 57-63.
- นีลนาถ เจ๊ะยอ และอนุชิต วังทอง. (2552). ผลของการใช้ยาเบาหวานตามแนวทางปฏิบัติของ NKF-K/DOQI ในผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มีภาวะไตวายเรื้อรังระยะที่ 3-5. *สงขลานครินทร์เวชสาร*, 27(4), 271-278.
- ประเสริฐ ธนะกิจจารุ, สกานต์ บุณนาค และวรางคณา พิชัยวงศ์. (2557). โรคไตเรื้อรัง (*Chronic Kidney Disease*). ใน ชูษณะ มะกรสาร (บ.ก.), *Thailand Medical Services Profile 2011 – 2014 (การแพทย์ไทย 2554-2557)*. นนทบุรี: กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข.
- พนาวัลย์ ศรีสุวรรณภพ. (2555). *ประสิทธิผลของการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังในคลินิกเบาหวาน โรงพยาบาลชาติตระการ*. วิทยานิพนธ์ปริญญาเภสัชศาสตรมหาบัณฑิต. มหาวิทยาลัยศิลปากร.
- พัชนี นวลช่วย. (2555). *ผลของการให้บริหารทางเภสัชกรรมต่อการควบคุมปัจจัยเสี่ยงต่อการเสื่อมของไต ในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง ณ โรงพยาบาลท่าศาลา*. วิทยานิพนธ์ปริญญาเภสัชศาสตรมหาบัณฑิต. มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.
- วรรณคล เข้มมงคล, ปิยวดี สุขอยู่ และนลินี เครือทิวา. (2557). ผลการให้คำปรึกษาด้านยาแก่ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้าย ที่ได้รับการบำบัดทดแทนไตด้วยการล้างไตทางช่องท้องต่อความร่วมมือในการใช้ยาที่คลินิกบำบัดทดแทนไต โรงพยาบาลนพรัตนราชธานี กรุงเทพมหานคร. *วารสารเภสัชศาสตร์อีสาน*, 10(3), 339-353.
- สมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย. (2558). *คำแนะนำสำหรับการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังก่อนการบำบัดทดแทนไต พ.ศ.2558*.
- สำนักโรคระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. (2561). *สรุปรายงาน การเฝ้าระวังโรคประจำปี 2560 (Annual Epidemiological Surveillance Report 2018)*. กรุงเทพฯ: กองโรคระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข.
- สุธาบดี ม่วงมี. (2559). *ผลของการบริหารทางเภสัชกรรมต่อการชะลอไตเสื่อมของไตในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังร่วมกับโรคเบาหวานชนิดที่ 2*. วิทยานิพนธ์ปริญญาเภสัชศาสตรมหาบัณฑิต. มหาวิทยาลัยศิลปากร.
- อุไรวรรณ พานทอง. (2561). *การจัดการโรคไตเรื้อรังโดยใช้รูปแบบการดูแลโรคเรื้อรังในสถานบริการปฐมภูมิจังหวัดนครศรีธรรมราช*. *มหาสารคามศรีธรรมราชเวชสาร*, 1(2), 48-58.

- Al Raiisi, F., Stewart, D., Fernandez-Llimos, F., Salgado, T. M., Mohamed, M. F., & Cunningham, S. (2019). Clinical pharmacy practice in the care of Chronic Kidney Disease patients: a systematic review. *International Journal of Clinical Pharmacy*, 41(3), 630–666.
- Alruqayb, W. S., Price, M. J., Paudyal, V., & Cox, A. R. (2021). Drug-Related Problems in Hospitalised Patients with Chronic Kidney Disease: A Systematic Review. *Drug Safety*, 44(10), 1041–1058.
- Ameh, O. I., Ekrikpo, U. E., & Kengne, A. P. (2019). Preventing CKD in Low- and Middle-Income Countries: A Call for Urgent Action. *Kidney International Reports*, 5(3), 255–262.
- Anderegg, M. D., et al. (2018). Pharmacist Intervention for Blood Pressure Control in Patients with Diabetes and/or Chronic Kidney Disease. *Pharmacotherapy*, 38(3), 309–318.
- Casas, J. P., et al. (2005). Effect of inhibitors of the renin-angiotensin system and other antihypertensive drugs on renal outcomes: Systematic review and meta-analysis. *Lancet (London, England)*, 366, 2026-2033.
- Cha'on, U., et al. (2020). CKDNET, a quality improvement project for prevention and reduction of chronic kidney disease in the Northeast Thailand. *BMC Public Health*, 20(1), 1299.
- Ingsathit, A., et al. (2010). Prevalence and risk factors of chronic kidney disease in the Thai adult population: Thai SEEK study. *Nephrology, dialysis, transplantation : official publication of the European Dialysis and Transplant Association - European Renal Association*, 25(5), 1567–1575.
- Jha, V., et al. (2013). Chronic kidney disease: global dimension and perspectives. *Lancet (London, England)*, 382(9888), 260-272.
- Kalantar-Zadeh, K., Jafar, T. H., Nitsch, D., Neuen, B. L., & Perkovic, V. (2021). Chronic kidney disease. *Lancet (London, England)*, 398(10302), 786–802.
- Kasbekar, R., & Ambizas, E. M. (2021). Chronic Kidney Disease. *US Pharmacist*, 45(3), 6-12.
- Kovesdy, C. P. (2022). Epidemiology of chronic kidney disease: An update 2022. *Kidney International Supplements*, 12(1), 7–11.
- Kshirsagar, A. V., Joy, M. S., Hogan, S. L., Falk, R. J., & Colindres, R., E. (2000). Effect of ACE inhibitors in diabetic and nondiabetic chronic renal disease: a systematic overview of randomized placebo-controlled trials. *American Journal of Kidney Diseases: The Official Journal of The National Kidney Foundation*, 35(4), 695-707.

- Paini, A., Salvetti, M., Caligaris, S., Castelli, F., & Muiesan, M. L. (2019). Chronic kidney disease in low-middle income populations: A call to action for screening and prevention. *Internal and Emergency Medicine*, 14(2), 199–202.
- Strippoli, G. F., Bonifati, C., Craig, M., Navaneethan, S. D., & Craig, J. C. (2006). Angiotensin converting enzyme inhibitors and angiotensin II receptor antagonists for preventing the progression of diabetic kidney disease (Review). *The Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2006(4), CD006257.
- Webster, A. C., Nagler, E. V., Morton, R. L., & Masson, P. (2017). Chronic kidney disease. *Lancet* (London, England), 389(10075), 1238–1252.

การจัดการด้านสุขภาพที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ ในสถานที่แยกกักตัวในโรงเรียนของนักเรียนมัธยมที่ป่วยด้วยโรคโควิด-19

Health Management Influencing Preventive Behaviors of COVID-19 of Students in a School Isolation Unit

ชลิตา คำพวง^{1*}, รอกี้ตะ บิลังโหลด¹, กิตติพร เนาว์สุวรรณ², นกษา สิงห์วีระธรรม³

Chalita Khumpoung^{1*}, Rokeedah Bilanglod¹, Kittiporn Nawsuwan^{2*}, NoppchaSingweratham³

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านลำซิ่ง^{1*},

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สงขลา คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข²,

คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่³

Social Medicin, Lamching Hospital^{1*},

Boromarajonani College of Nursing, Songkhla, Faculty of Nursing Praboromarajchanok Institute, Ministry of Public Health²,

Faculty of Public Health, Chaing Mai University³

(Received: September 5, 2022; Revised: November 11, 2022; Accepted: December 20, 2022)

บทคัดย่อ

การวิจัยหาความสัมพันธ์เชิงทำนายนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาระดับการจัดการด้านสุขภาพ พฤติกรรมการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ และศึกษาการจัดการด้านสุขภาพที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อในสถานที่แยกกักตัวในโรงเรียน (School Isolation) ของนักเรียนมัธยมที่ป่วยด้วยโรค COVID -19 อำเภอหาดใหญ่ จังหวัดสงขลา จำนวน 75 คน โดยวิธีสุ่มอย่างง่าย เครื่องมือที่ใช้ คือ แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป แบบสอบถามการจัดการด้านสุขภาพ และพฤติกรรมการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อโรค COVID -19 ได้ค่าดัชนีความสอดคล้องระหว่าง 0.67 – 1.00 ได้ค่าความเชื่อมั่นสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ 0.83, 0.77 และ 0.89 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา และสถิติการวิเคราะห์ถดถอยเชิงพหุแบบขั้นตอน

ผลการวิจัย พบว่าระดับการจัดการด้านสุขภาพและพฤติกรรมการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อของนักเรียนมัธยมที่ป่วยด้วยโรค COVID -19 ในสถานที่แยกกักตัวในโรงเรียนอยู่ในระดับมากที่สุด และการจัดการด้านสุขภาพที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อในสถานที่แยกกักตัวในโรงเรียน ได้แก่ การจัดการสิ่งแวดล้อม (Beta=0.46) และการได้รับข้อมูลข่าวสาร (Beta=0.41) มีความแปรปรวน ร้อยละ 77.20 ($adjR^2 = 0.77$, $p-value < 0.001$) ดังนั้น โรงเรียนควรมีการจัดการด้านสิ่งแวดล้อมในสถานที่แยกกักตัวในโรงเรียน โดยปรับปรุงห้องพักให้โล่งโปร่ง มีการระบายอากาศดี มีแสงแดดเข้าถึง มีถังขยะติดเชื้อและมีฝาปิดมิดชิดในแต่ละห้องตลอดจนบุคลากรสาธารณสุขควรสร้างช่องทางให้ความรู้และข้อมูลข่าวสารทั้งก่อนเข้าพัก ขณะพัก และการปฏิบัติตนหลังเข้าพัก

คำสำคัญ: การจัดการด้านสุขภาพ, โรคติดเชื้อ COVID -19, โรงเรียน, สถานพยาบาลผู้ป่วยเฉพาะกิจ

*ผู้ให้การติดต่อ ชลิตา คำพวง e-mail: rokeedah.ia@gmail.com

Abstract

This predictive correlational research aimed to determine levels of health management, COVID-19 preventive behaviors, and health management influencing preventive behaviors of COVID-19 of students in a school isolation unit, Songkhla province. Seventy-five students were recruited by simple sampling method. Research instruments were a socio-demographic form, a health management questionnaire, a preventive behavior questionnaire which had Index of Item Objective Congruence (IOC) ranging from 0.67-1.00 and Cronbach's alpha coefficient of 0.83, 0.77, and 0.89, respectively. Data were analyzed using descriptive statistics and stepwise multiple regression analysis.

The results showed that levels of health management and COVID-19 preventive behaviors among students in the school isolation unit was at high level. Health management influencing preventive behaviors of COVID-19 infected among students in school isolation units in Songkhla province included environment management (Beta=0.46) and information receiving (Beta=0.41) which could significantly explained 77.2 % of the variance ($_{adj}R^2= 0.77$, $p\text{-value} < 0.001$). Thus, the school isolation should enhance effectiveness of environment management by increasing air ventilation, sunlight, and providing infected bin in each isolation room. Health care providers should orient and give COVID-19 preventive information to all clients before entering, during living and after discharging from school isolation unit.

Keywords: Health Management, COVID -19, School, Isolation Unit

บทนำ

โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) เป็นไวรัสอุบัติใหม่พบว่าการระบาดตั้งแต่เดือนธันวาคม 2562 โดยรายงานครั้งแรกที่เมืองอู่ฮั่น มณฑลหูเป่ย์ สาธารณรัฐประชาชนจีน เชื้อไวรัสโคโรนา 2019 สามารถแพร่กระจายจากคนสู่คนผ่านการไอ จาม สัมผัสโดยตรงกับสารคัดหลั่ง เช่น น้ำมูก น้ำลาย ผู้ติดเชื้อจะมีการหลายแบบตั้งแต่ติดเชื้อแต่ไม่มีอาการ อาการเล็กน้อยคล้ายเป็นไข้หวัดธรรมดา อาการปานกลางเป็นปอดอักเสบและอาการรุนแรงมากจนถึงขั้นเสียชีวิต การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 เกิดขึ้นอย่างกว้างขวางในหลายประเทศทั่วโลก องค์การอนามัยโลกได้ประกาศให้โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนาเป็นโรคฉุกเฉินทางสาธารณสุขระหว่างประเทศ (Public Health Emergency of International Concern) เมื่อวันที่ 30 มกราคม 2563 และแนะนำให้ทุกประเทศเร่งรัดการเฝ้าระวังการป้องกันควบคุมโรค (จินทภา เบญจมาศ และนาฏนภา ทิพย์แก้ว ปัตนาสารวรรณ, 2564)

สถานการณ์การแพร่ระบาดของโรค COVID -19 ทั่วโลก มีผู้ติดเชื้อ จำนวน 509,542,737 ราย เสียชีวิต จำนวน 6,243,199 ราย สำหรับในประเทศไทยมีผู้ป่วยสะสม จำนวน 1,971,249 ราย รายงานเมื่อวันที่ 26 เมษายน 2565 จากการวิเคราะห์สถานการณ์ ระหว่างวันที่ 1 มกราคม 2565 – 24 เมษายน 2565 พบว่า มี 67 จังหวัด ที่มีแนวโน้มการพบผู้ติดเชื้อในรอบสัปดาห์ลดลง ในขณะที่มีอีก 10 จังหวัด ที่มีแนวโน้มการพบผู้ติดเชื้อเพิ่มมากขึ้นรวมทั้งจังหวัดสงขลา (กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2565) และเมื่อวิเคราะห์สถานการณ์พบว่าผู้ติดเชื้อเป็นกลุ่มก้อน ส่วนใหญ่เกิดการระบาดในงานชุมนุมที่มีการรวมกลุ่มกันของชุมชน เช่น งานเลี้ยง งานศพ ตลาด และการรับประทานอาหารร่วมกันในครัวเรือน (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสงขลา , 2565) ในขณะที่จังหวัดสงขลา มีจำนวนผู้ป่วยเพิ่มขึ้นเช่นกัน จากประกาศ ณ วันที่ 26 เมษายน 2565 มีมติให้ จังหวัด สงขลาเป็นหนึ่งในพื้นที่ 14 จังหวัดควบคุมสูงสุดและเข้มงวด ซึ่งแสดงให้เห็นว่าจำนวนผู้ป่วยในจังหวัด สงขลา ยังไม่ลดลง ซึ่งการเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วของผู้ป่วยในจังหวัดสงขลา ส่งผลให้ต้องรับผู้ป่วยเข้ารับการรักษาระบบการกักตัวที่บ้าน (Home Isolation) และ (School Isolation) (กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2565)

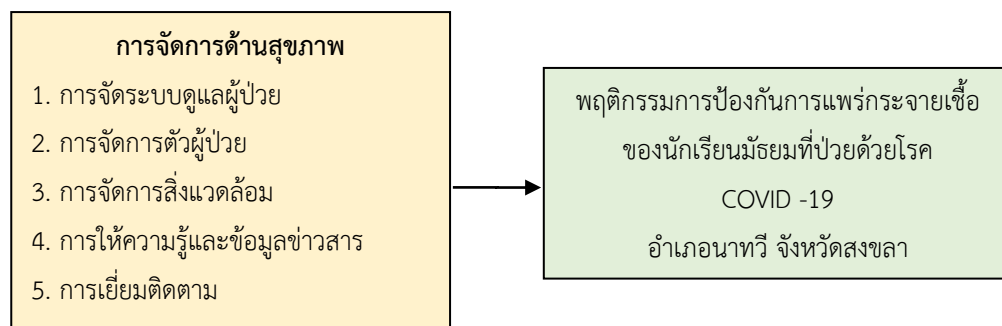
โรงเรียนนาทวีวิทยาคมเป็นโรงเรียนระดับมัธยมศึกษาในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ตำบลบ้านลำซิ่ง มีนักเรียนทั้งประจำและไปกลับ โดยมีนักเรียนที่พักอาศัยอยู่ในหอพักจำนวน 264 คน ในปีการศึกษา 2565 (โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านลำซิ่ง, 2564) โรงเรียนนาทวีวิทยาคมได้รับอนุญาตให้ทำการเปิดเรียน แบบ On-Site ตั้งแต่วันที่ 4 มกราคม 2565 (สำนักงานสาธารณสุขอำเภอนาทวี, 2565) และ มีการจัดตั้งศูนย์แยกกักตัวผู้ป่วยโรค COVID -19 ในโรงเรียน (School Isolation) ตามสถานการณ์วิกฤติการแพร่ระบาดของโรค COVID -19 จากการเปิดเรียนแบบ On-Site พบว่า มีการระบาดของโรค COVID -19 ในกลุ่มเด็กนักเรียนประจำที่อาศัยอยู่ในหอพักของโรงเรียน ในช่วงวันที่ 20 มกราคม 2565 – 28 กุมภาพันธ์ 2565 เป็นจำนวน 75 ราย ซึ่งเป็นการระบาดแบบสัมผัสผู้ป่วยต่อเนื่อง จากการสอบสวนการระบาดของโรค พบว่า นักเรียนระดับมัธยมมีพฤติกรรมจัดการตนเองด้านการป้องกันโรค COVID -19 และการจัดการสิ่งแวดล้อมไม่เหมาะสม เช่น การทำความสะอาดและฆ่าเชื้อโรค การคัดกรองอาการเจ็บป่วยของเด็กนักเรียน นอกจากนี้จากการทบทวนวรรณกรรมการศึกษาที่ผ่านมาเกี่ยวกับการจัดการด้านสุขภาพและพฤติกรรมในการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อโรคไวรัสโคโรนาส่วนใหญ่มีการศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมในการป้องกันโรคติดเชื้อในกลุ่มผู้ดูแลหรือเด็กก่อนวัยเรียน แต่การศึกษาในสถานที่แยกกักตัวในโรงเรียนในกลุ่มนักเรียนมัธยมยังมีจำกัด จากที่กล่าวมาทำให้ผู้วิจัยสนใจที่จะศึกษาการจัดการด้านสุขภาพที่ส่งผลต่อพฤติกรรมในการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อในสถานที่แยกกักตัวในโรงเรียนของนักเรียนมัธยมที่ป่วยด้วยโรค COVID -19 ทั้งนี้เพื่อนำผลการวิจัยไปใช้ในการบริหารจัดการในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านลำซิ่งโดยเฉพาะตามบทบาทของนักวิชาการสาธารณสุข อันจะเกิดประโยชน์ต่อประสิทธิภาพในการดูแลการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อไวรัสโคโรนาและการบริหารจัดการต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาระดับการจัดการด้านสุขภาพและพฤติกรรมการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อของนักเรียนมัธยมที่ป่วยด้วยโรค COVID -19 ในสถานที่แยกกักตัวในโรงเรียน (School Isolation) อำเภอนาหวี จังหวัดสงขลา
2. เพื่อศึกษาการจัดการด้านสุขภาพที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อในสถานที่แยกกักตัวในโรงเรียน (School Isolation) ของนักเรียนมัธยมที่ป่วยด้วยโรค COVID -19 อำเภอนาหวี จังหวัดสงขลา

กรอบแนวคิดการวิจัย

ผู้วิจัยใช้แนวคิดพฤติกรรม การดูแลตนเองของสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (2564) และกระทรวงสาธารณสุข (2563) โดยมีสาระสำคัญเกี่ยวกับแนวทางปฏิบัติเมื่อถูกกักตัว ซึ่งจากการทบทวนวรรณกรรม ผู้วิจัยพบว่าการจัดการสุขภาพที่ดีของบุคลากรทางการแพทย์จะส่งผลต่อพฤติกรรมการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อในการกักตัวที่ศูนย์ดูแลและฟื้นฟูประชาชนกลุ่มป่วยจากโรคติดเชื้อ COVID -19 ซึ่งการจัดการสุขภาพผู้วิจัยประยุกต์มาจากแนวทางการดำเนินการหอผู้ป่วยเฉพาะกิจ (Hospital) สำหรับผู้ป่วย COVID -19 ที่มีอาการไม่รุนแรง ไม่มีโรคร่วมหรือมีโรคร่วมสำคัญที่ควบคุมได้ของกรมการแพทย์ (2564) โดยเน้นการดูแลรักษาพยาบาลจากทีมบุคลากรทางการแพทย์ การเตรียมเวชภัณฑ์ การจัดสิ่งแวดล้อม การดูแลความปลอดภัยและก่อเหตุร้าย ระบบการเชื่อมโยงและระบบสื่อสาร การป้องกันควบคุมการติดเชื้อและแพร่กระจายเชื้อ การสุกัาภิบาล ตลอดจนการเป็นมิตรกับชุมชน และแนวคิดการสนับสนุนทางสังคมตามแนวคิดของเฮาส์ (House, 1981) ได้แก่ การสนับสนุนด้านสิ่งอำนวยความสะดวก ด้านข้อมูลข่าวสาร ด้านการประเมินพฤติกรรม และด้านอารมณ์และสังคม มาสรุปเป็นการจัดการด้านสุขภาพประกอบด้วย 1) การจัดระบบดูแลผู้ป่วย 2) การจัดการตัวผู้ป่วย 3) การจัดการสิ่งแวดล้อม และ 4) การให้ความรู้และข้อมูลข่าวสาร 5) การเยี่ยมติดตาม ดังแสดงในภาพที่ 1



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

ระเบียบวิธีวิจัย

เป็นการวิจัยหาความสัมพันธ์เชิงทำนาย (Predictive Correlational Design)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร ได้แก่ ผู้ป่วยโรค COVID -19 ที่เข้ารับการกักตัวในสถานที่แยกกักตัวในโรงเรียน (School Isolation) อำเภอนาทวี จังหวัดสงขลา จำนวนทั้งสิ้น 92 คน ระยะเวลาในการศึกษางานวิจัยนาน 6 เดือน ระหว่างเดือน มกราคม – มิถุนายน 2565

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ ผู้ป่วยโรค COVID -19 ที่เข้ารับการกักตัวในสถานที่แยกกักตัวในโรงเรียน (School Isolation) อำเภอนาทวี จังหวัดสงขลา จำนวนทั้งสิ้น 75 คน คำนวณโดยใช้โปรแกรม G* Power Analysis 3.1.9.2 (Faul, Erdfelder, Lang, & Buchner, 2007) Test Family เลือก F-Test, Statistical Test เลือก Linear Multiple Regression: Fixed Model, R² deviation from zero กำหนดค่าอิทธิพลขนาดกลาง (Effect Size) เท่ากับ 0.15 ซึ่งเป็นระดับปานกลางที่สามารถกำหนดอิทธิพลของกลุ่มตัวอย่างได้ตั้งแต่ระดับปานกลางถึงระดับสูง (Cohen, 1988) ค่าความคลาดเคลื่อน (Alpha) เท่ากับ 0.05 และ ค่า Power เท่ากับ 0.8 (นงลักษณ์ วิรัชชัย, 2555) Number of Predictors เท่ากับ 5 ได้กลุ่มตัวอย่าง 92 คน ได้ข้อมูลกลับคืนมา 75 ชุด คิดเป็นร้อยละ 81.52 ใช้วิธีการสุ่มอย่างง่ายจากผู้ป่วยที่มาเข้าพักในสถานที่กักตัว

เกณฑ์การคัดเข้า

- 1) เป็นผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าป่วยเป็นโรค COVID -19
- 2) มีอายุตั้งแต่ 12 ปีขึ้นไป
- 3) พักในสถานที่กักตัวครบตามเวลาที่กำหนด
- 4) สามารถให้ข้อมูลทางโทรศัพท์ได้
- 5) ยินยอมให้ข้อมูล

เกณฑ์การคัดออก

- 1) มีอาการแทรกซ้อนระหว่างเข้าพักในสถานที่กักตัวจนต้องส่งตัวไปรักษาต่อที่โรงพยาบาล เช่น ปอดติดเชื้อ ใจสั่น แน่นหน้าอก หายใจเหนื่อยหอบ อาการทางจิต เป็นต้น
- 2) แพทย์ลงความเห็นว่าจะต้องได้รับการส่งต่อ

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยเป็นแบบสอบถาม ประกอบด้วย 3 ส่วน ดังนี้

ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม ประกอบด้วย เพศ อายุ การศึกษา ความเสี่ยง/โอกาสในการสัมผัสเชื้อ COVID -19 สาเหตุและการสัมผัสกับผู้ป่วยที่ยืนยันว่าติดเชื้อ COVID -19 รวม 7 ข้อ

ตอนที่ 2 เป็นแบบสอบถามการจัดการด้านสุขภาพ ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นเองจากแนวทางการดำเนินการสถานที่กักตัว (School Isolation) สำหรับผู้ป่วย COVID -19 ที่มีอาการไม่รุนแรง ไม่มีโรคร่วมหรือมีโรคร่วม

สำคัญที่ควบคุมได้ของกรมการแพทย์ (2564) และแนวทางการสนับสนุนทางสังคมของเฮาส์ (House, 1981) ประกอบด้วย 1) ด้านการจัดระบบดูแลผู้ป่วย จำนวน 9 ข้อ 2) การจัดการตัวผู้ป่วย จำนวน 9 ข้อ 3) การจัดการสิ่งแวดล้อม จำนวน 5 ข้อ 4) การให้ความรู้และข้อมูลข่าวสาร จำนวน 7 ข้อ และ 5) การเยี่ยมบ้านโดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุข จำนวน 6 ข้อ รวมทั้งสิ้น 36 ข้อ ลักษณะของแบบสอบถามเป็นข้อคำถามมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ (Rating Scale) โดยเกณฑ์ในการให้คะแนนแบ่งระดับตามช่วงค่าเฉลี่ยของชูศรี วงศ์รัตน์ (2553) แบ่งเป็น 5 ระดับ ดังนี้

ค่าเฉลี่ย 1.00 – 1.49 หมายความว่า มีการจัดการ/พฤติกรรมอยู่ในระดับน้อยที่สุด

ค่าเฉลี่ย 1.50 – 2.49 หมายความว่า มีการจัดการ/พฤติกรรมอยู่ในระดับน้อย

ค่าเฉลี่ย 2.50 – 3.49 หมายความว่า มีการจัดการ/พฤติกรรมอยู่ในระดับปานกลาง

ค่าเฉลี่ย 3.50 – 4.49 หมายความว่า มีการจัดการ/พฤติกรรมอยู่ในระดับมาก

ค่าเฉลี่ย 4.50 – 5.00 หมายความว่า มีการจัดการ/พฤติกรรมอยู่ในระดับมากที่สุด

ตอนที่ 3 เป็นแบบพฤติกรรมกรรมการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อโรค COVID -19 ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นเองจากแนวคิดพฤติกรรมกรรมการดูแลตนเองของกรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข (2563) และแบบสอบถามจากงานวิจัยเรื่องพฤติกรรมกรรมการควบคุมและป้องกันโรคและการจัดการด้านสุขภาพอนามัยในการกักตัวที่ศูนย์การฟื้นฟูและดูแลประชาชนกลุ่มเสี่ยงจากโรคติดเชื้อ COVID -19 นอกสถานพยาบาลวิทยาลัยเทคโนโลยีทางการแพทย์และสาธารณสุขกาญจนาภิเษก (นภชา สิงห์วีระธรรม, นพมาศ เครือสุวรรณ, เฉลิมชัย เพาะบุญ, สมเพิ่ม สุขสมบูรณ์วงศ์ และณลินภัทร์ รตนวิบูลย์สุข, 2564) โดยมีสาระสำคัญที่เน้นแนวทางปฏิบัติเมื่อถูกกักตัว ลักษณะของแบบสอบถามเป็นข้อคำถามมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ (Rating Scale) กำหนดเกณฑ์ให้คะแนนทั้งนี้แบ่งระดับตามช่วงค่าเฉลี่ยของชูศรี วงศ์รัตน์ (2553) โดยแบ่งเป็น 5 ระดับ ดังนี้

ค่าเฉลี่ย 1.00 – 1.49 หมายความว่า มีการจัดการ/พฤติกรรมอยู่ในระดับน้อยที่สุด

ค่าเฉลี่ย 1.50 – 2.49 หมายความว่า มีการจัดการ/พฤติกรรมอยู่ในระดับน้อย

ค่าเฉลี่ย 2.50 – 3.49 หมายความว่า มีการจัดการ/พฤติกรรมอยู่ในระดับปานกลาง

ค่าเฉลี่ย 3.50 – 4.49 หมายความว่า มีการจัดการ/พฤติกรรมอยู่ในระดับมาก

ค่าเฉลี่ย 4.50 – 5.00 หมายความว่า มีการจัดการ/พฤติกรรมอยู่ในระดับมากที่สุด

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

แบบสอบถามผ่านการตรวจสอบเชิงเนื้อหา (Content Validity) จากผู้เชี่ยวชาญ 3 คน ได้แก่ อาจารย์พยาบาลจากมหาวิทยาลัยราชภัฏยะลา 1 คน อาจารย์จากวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สงขลา 1 คน และอาจารย์จากวิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดยะลา 1 คน ได้ค่าดัชนีความสอดคล้อง (Index of Item Objective Congruence (IOC)) ระหว่าง 0.67 – 1.00 แล้วจึงนำมาทดลองใช้ (Try Out) กับกลุ่มที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน เพื่อหาค่าความเชื่อมั่น (Reliability) ของแบบสอบถามโดยใช้

ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ได้ค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามการจัดการด้านสุขภาพ เท่ากับ 0.83 และพฤติกรรมการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ COVID -19 เท่ากับ 0.89

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยดำเนินการเก็บข้อมูลโดยขออนุญาตจากสำนักงานสาธารณสุขอำเภอหนองหวี จากนั้นประสานงานกับบุคลากรในโรงเรียน และนักเรียนมัธยมที่ป่วยด้วยโรค COVID -19 ที่แยกกักตัวในสถานที่แยกกักตัวในโรงเรียน (School Isolation) เพื่ออธิบายวัตถุประสงค์การวิจัย และขั้นตอนการเก็บข้อมูล จากนั้นดำเนินการเก็บข้อมูลทางโทรศัพท์กับกลุ่มตัวอย่างได้ข้อมูลกลับมาคืนมา 75 ชุด คิดเป็นร้อยละ 81.25

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไป โดยใช้ ความถี่และร้อยละ
2. วิเคราะห์ระดับการจัดการด้านสุขภาพและพฤติกรรมการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อของนักเรียนมัธยมที่ป่วยด้วยโรค COVID -19 ในสถานที่แยกกักตัวในโรงเรียน (School Isolation) อำเภอหนองหวี จังหวัดสงขลา โดยใช้ค่าสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าความเบี่ยงเบนมาตรฐาน
3. วิเคราะห์การจัดการด้านสุขภาพที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อในสถานที่แยกกักตัวในโรงเรียน (School Isolation) ของนักเรียนมัธยมที่ป่วยด้วยโรค COVID -19 อำเภอหนองหวี จังหวัดสงขลา ด้วยสถิติถดถอยพหุ (Multiple Regression) นำเข้าสมการแบบขั้นตอน (Stepwise) โดยผู้วิจัยทำการทดสอบข้อตกของเบื้องต้น (Assumption) ในการใช้สถิติ (Hair, Black, Babin, & Anderson, 2010)
 - 3.1 ข้อมูลมีการแจกแจงเป็นโค้งปกติ (Normality) และมีความสัมพันธ์เชิงเส้นตรงระหว่างตัวแปรอิสระกับตัวแปรตามโดยพิจารณาจากกราฟ Normal Probability Plot พบว่า ค่าเฉลี่ยของข้อมูลส่วนใหญ่จะอยู่รอบ ๆ เส้นตรง
 - 3.2 ตัวแปรอิสระแต่ละตัวไม่มีความสัมพันธ์พหุร่วมเชิงเส้นสูง (Multicollinearity) โดยพิจารณาจากค่า Tolerance เท่ากับ 0.40 และค่า Variance inflation factor (VIF) เท่ากับ 2.50
 - 3.3 ข้อมูลมีความแปรปรวนของค่าความคลาดเคลื่อนเป็นเอกภาพ (Homoscedasticity) และไม่มี Outlier โดยพิจารณาจากกราฟ Scatter Plot พบว่า จุดห่างจากเส้นตรงที่ 0 กระจายใกล้เคียงกันและจุดกระจายไม่เกิน ± 3
 - 3.4 ความอิสระของความคลาดเคลื่อน (Error) ของข้อมูลไม่สัมพันธ์กัน (ไม่มี Auto-Correlation) โดยพิจารณาจากค่า Durbin-Watson มีค่า 2.46

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยมีการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่างโดยชี้แจงรายละเอียดของข้อมูลต่อไปนี้ 1) ชื่อและข้อมูลเกี่ยวกับผู้วิจัย 2) วัตถุประสงค์ และประโยชน์ที่ได้รับจากการวิจัย 3) ขั้นตอนการเก็บรวบรวมแบบสอบถาม ไม่มีการระบุชื่อของผู้ตอบแบบสอบถามในแบบสอบถาม 4) การเก็บรักษาข้อมูลเป็นความลับ

5) การเสนอผลงานวิจัยในภาพรวม 6) สิทธิที่จะตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมการวิจัย หรือสิทธิที่จะถอนตัวออกจากการวิจัยได้ตลอดเวลา โดยไม่มีผลกระทบต่อการศึกษาของผู้ตอบแบบสอบถามและข้อมูลทั้งหมดจะถูกทำลายภายใน 1 ปี ภายหลังจากที่ผลการวิจัยได้รับการเผยแพร่แล้ว

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไป

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศชาย คิดเป็นร้อยละ 94.7 มีอายุ 16-18 ปี คิดเป็นร้อยละ 69.3 ความเสี่ยงและโอกาสในการสัมผัสเชื้อ COVID-19 ร้อยละ 85.3 สาเหตุจากการติดเชื้อ COVID-19 มาจากสัมผัสกับผู้ป่วยที่ยืนยันว่าติดเชื้อ COVID-19 ร้อยละ 86.7

ระดับการจัดการด้านสุขภาพและพฤติกรรมการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อของนักเรียนมัธยมที่ป่วยด้วยโรค COVID-19 ในสถานที่แยกกักตัวในโรงเรียน อำเภอนาหวี จังหวัดสงขลา ทุกด้านอยู่ในระดับมากที่สุด โดยด้านที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุด คือ ด้านการเฝ้าติดตาม (Mean = 4.64, S.D. = 0.54) รองลงมา คือ ด้านการให้ความรู้และข้อมูลข่าวสาร (Mean = 4.63, S.D. = 0.53) และด้านที่มีค่าเฉลี่ยต่ำสุด คือ ด้านการจัดระบบการดูแลผู้ป่วย (Mean = 4.51, SD = 0.70) สำหรับพฤติกรรมการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อของนักเรียนมัธยมที่ป่วยด้วยโรค COVID-19 ในสถานที่แยกกักตัวในโรงเรียน พบว่าอยู่ในระดับมากที่สุดเช่นกัน (Mean = 4.59, S.D. = 0.56) ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับการจัดการด้านสุขภาพและพฤติกรรมการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อของนักเรียนมัธยมที่ป่วยด้วยโรค COVID-19 ในสถานที่แยกกักตัวในโรงเรียน (School Isolation) อำเภอนาหวี จังหวัดสงขลา (n=75)

ตัวแปร	Mean	S.D.	ระดับ
ด้านการจัดระบบดูแลผู้ป่วย	4.51	0.70	มากที่สุด
ด้านการจัดการตัวผู้ป่วย	4.55	0.54	มากที่สุด
ด้านการจัดการสิ่งแวดล้อม	4.52	0.62	มากที่สุด
ด้านการให้ความรู้และข้อมูลข่าวสาร	4.63	0.53	มากที่สุด
ด้านการเฝ้าติดตาม	4.64	0.54	มากที่สุด
พฤติกรรมการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ	4.59	0.56	มากที่สุด

2. ความสัมพันธ์ระหว่างการจัดการด้านสุขภาพและพฤติกรรมการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อในการกักตัวในสถานที่แยกกักตัวในโรงเรียน (School Isolation) อำเภอนาหวี จังหวัดสงขลา (n=75)

ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ พบว่า การจัดระบบดูแลผู้ป่วย การจัดการตัวผู้ป่วย การจัดการสิ่งแวดล้อม การให้ความรู้และข้อมูลข่าวสาร และการเฝ้าติดตาม มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับสูงและสูงมากกับพฤติกรรมการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อในสถานที่แยกกักตัวในโรงเรียนของนักเรียนมัธยมที่ป่วยด้วยโรค

COVID -19 อำเภอนาหวี จังหวัดสงขลา ดังแสดงในตารางที่ 2 และเมื่อนำมาทดสอบอำนาจในการทำนาย พบว่า การจัดการสิ่งแวดล้อม (beta=0.456) และการได้รับข้อมูลข่าวสาร (0.412) มีผลต่อพฤติกรรมการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อในสถานที่แยกกักตัวในโรงเรียนของนักเรียนมัธยมที่ป่วยด้วยโรค COVID -19 อำเภอนาหวี จังหวัดสงขลา โดยสามารถอธิบายความแปรปรวนได้ร้อยละ 77.20 ($_{adj}R^2 = 0.77, p\text{-value} < 0.001$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001 ดังแสดงในตารางที่ 3 โดยสามารถเขียนเป็นสมการทำนายได้ดังนี้

คะแนนมาตรฐาน

$$\text{พฤติกรรมการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ} = 0.54(\text{ด้านข้อมูลข่าวสาร}) + 0.39(\text{การให้ข้อมูลข่าวสาร})$$

คะแนนดิบ

$$\text{พฤติกรรมการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ} = 0.44 + 0.45(\text{ด้านข้อมูลข่าวสาร}) + 0.41(\text{การให้ข้อมูลข่าวสาร})$$

ตารางที่ 2 ความสัมพันธ์ระหว่างการจัดการด้านสุขภาพและพฤติกรรมการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อในการกักตัวในสถานที่แยกกักตัวในโรงเรียน (School Isolation) อำเภอนาหวี จังหวัดสงขลา (n=75)

ตัวแปร	พฤติกรรมการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ			P-value
	r	ทิศทาง	ระดับ	
ด้านการจัดระบบดูแลผู้ป่วย	0.62	บวก	สูง	0.01*
ด้านการจัดการตัวผู้ป่วย	0.78	บวก	สูง	0.01*
ด้านการจัดการสิ่งแวดล้อม	0.85	บวก	สูงมาก	0.01*
ด้านการให้ความรู้และข้อมูลข่าวสาร	0.84	บวก	สูงมาก	0.01*
ด้านการเฝ้าติดตาม	0.81	บวก	สูงมาก	0.01*

*p-value <0.05

ตารางที่ 3 การจัดการด้านสุขภาพที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อในการกักตัวในสถานที่แยกกักตัวในโรงเรียน (School Isolation) อำเภอนาหวี จังหวัดสงขลา (n=75)

ปัจจัยทำนาย	B	SE	Beta	t	P-value
ค่าคงที่	0.44	0.27			<0.001*
ด้านการจัดการสิ่งแวดล้อม	0.46	0.08	0.54	6.18	<0.001*
ด้านการให้ความรู้และข้อมูลข่าวสาร	0.41	0.09	0.39	4.47	<0.001*

$R = 0.88$ $R^2 = 0.78$ $_{adj}R^2 = 0.77$ $df = 2, 72$ $F = 125.99$ $SE_{est} = 0.27$ $p\text{-value} < 0.001$

*p-value <0.05

การอภิปรายผล

ระดับการจัดการด้านสุขภาพของนักเรียนมัธยมที่ป่วยด้วยโรค COVID-19 ในสถานที่แยกกักตัวในโรงเรียน อำเภอนาหวี จังหวัดสงขลา ทุกด้านอยู่ในระดับมากที่สุด โดยด้านที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุด คือ ด้านการเฝ้าติดตาม ทั้งนี้ผู้ป่วยที่ติดเชื้อโรค COVID -19 จะมีการจัดบริการที่ต่างจากผู้ป่วยติดเชื้ออื่น ๆ ที่ต้องมีการ

แยกพื้นที่ในการจัดบริการแยก (Isolation) เฉพาะอย่างชัดเจนที่คล้ายกับโรคติดเชื้ออื่น ๆ (Chowell, Fenimore, Castillo-Garsow, Castillo-Chavez, 2003) ซึ่งการจัดบริการ School Isolation ที่มีการจัดบริการที่เป็นการแยกกักตัวในโรงเรียน สำหรับรองรับการรักษาในเบื้องต้น กรณีนักเรียน นักศึกษา ครู และบุคลากรในสถานศึกษาที่พบว่ามีอาการติดเชื้อโรค COVID-19 ก่อนการส่งต่อไปยังสถานพยาบาลเครือข่ายในพื้นที่นั้นมียกกรรมการเฝ้าติดตามโดยการโทรศัพท์ทุกวัน วันละ 2 ครั้ง เช้าและเย็น อีกทั้งยังมีการเพิ่มช่องทางการสื่อสารผ่านแอปพลิเคชันไลน์ (กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2565) จะเห็นได้ว่าการนำระบบการเฝ้าติดตามที่มีการผสมผสานกับระบบเทคโนโลยีมาใช้ จะส่งผลให้ผู้ป่วยได้รับการสื่อสารที่รวดเร็วและตอบสนองความต้องการ โดยการกักกันกลุ่มเสี่ยงสามารถควบคุมการสัมผัสโรคระหว่างกลุ่มเสี่ยงและประชาชนทั่วไปได้อย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น

สำหรับพฤติกรรมป้องกันการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อของนักเรียนมัธยมที่ป่วยด้วยโรค COVID -19 ในสถานที่แยกกักตัวในโรงเรียนพบว่าอยู่ในระดับมากที่สุด สอดคล้องกับรูปแบบโรงแรมสำหรับกักกันตนเอง อำเภอสะเตา จังหวัดสงขลา (รวีพร โรจนอาษา, นภชา สิงห์วีรธรรม, ชวิภา วรณโร และเมธา เกียรติโมฬี, 2564) และศูนย์การฟื้นฟูและดูแลประชาชนกลุ่มเสี่ยงจากโรคติดเชื้อ COVID -19 (PUI) ในวิทยาลัยเทคโนโลยีทางการแพทย์และสาธารณสุข กาญจนภิเษก (นภชา สิงห์วีรธรรม และคณะ, 2564) ทั้งนี้ในช่วงเวลาที่ดำเนินการเป็นการระบาดระลอก New High (กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2565) โดยผู้กักตัวส่วนมากจะรับรู้และแสดงพฤติกรรมในการป้องกันตัวเองได้ในระดับดี อีกทั้งทางศูนย์ได้ให้ความรู้เพื่อส่งเสริมการปฏิบัติตัวตลอดเวลาในการอยู่ที่ศูนย์ จึงส่งผลให้มีการจัดการด้านสุขภาพอนามัยที่ดีตามไปด้วย

การจัดการด้านสุขภาพที่ส่งผลต่อพฤติกรรมป้องกันการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อในสถานที่แยกกักตัวในโรงเรียนของนักเรียนมัธยมที่ป่วยด้วยโรค COVID -19 อำเภอนาทวี จังหวัดสงขลา ได้แก่ การจัดการสิ่งแวดล้อม ทั้งนี้เนื่องจาก ในการศึกษาครั้งนี้ได้ศึกษาในโรงเรียนที่มีหอพักอยู่ภายในสถานศึกษา ซึ่งสอดคล้องกับการจัดศูนย์แยกกันกลุ่มเสี่ยงในสถานศึกษาที่มีหอพักอยู่ภายในสถานศึกษา (นภชา สิงห์วีรธรรม และนพมาศ เครือสุวรรณ, 2563) โดยสถานศึกษาเป็นสถานที่ที่ไม่มีระบบจัดการสิ่งแวดล้อมที่ดีเหมือนกับในสถานพยาบาล ดังนั้น การจัดการสิ่งแวดล้อมจึงเป็นส่วนที่สำคัญ นอกจากนี้การได้รับข้อมูลข่าวสารส่งผลต่อพฤติกรรมป้องกันการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อในสถานที่แยกกักตัวในโรงเรียนของนักเรียนมัธยมที่ป่วยด้วยโรค COVID -19 ทั้งนี้เนื่องจากการได้รับข้อมูลข่าวสาร ทั้งนี้เนื่องจากการให้ความรู้เกี่ยวกับโรค การปฏิบัติตัวและเรื่องอื่น ๆ นั้นถือได้ว่าเป็นหนึ่งในกิจกรรมที่สำคัญสำหรับการกักตัวของกลุ่มเสี่ยงในระหว่างการกักตัวที่ศูนย์ดูแลและฟื้นฟูกลุ่มเสี่ยง (นภชา สิงห์วีรธรรม และคณะ, 2564) ซึ่งการให้ความรู้ถือได้ว่าเป็นกระบวนการสำคัญในการสร้างการรับรู้ต่อโรครวมถึงการป้องกันตัวเองร่วมด้วย (กิตติพร เนาว์สุวรรณ, นภชา สิงห์วีรธรรม และนพพร ดำแสงสวัสดิ์, 2563) ที่จะให้มีประสิทธิผลของการดำเนินงานที่ดี (World Health Organization, 2020) ของการจัดตั้งศูนย์ให้ประสบความสำเร็จและเพื่อให้ครอบคลุมในทุกมิติของการดูแล กลุ่มเสี่ยงที่ถูกกักตัวจำเป็นต้องได้รับการจัดการในเรื่องการดูแลสุขภาพตัวเอง การเงิน สังคม และการดูแลสุขภาพจิต รวมถึงความจำเป็นด้านอื่น ๆ ในการดำรงชีวิต รวมถึงกลุ่มเสี่ยงควรได้รับการดูแลในด้านวัฒนธรรม ภูมิประเทศ และเศรษฐกิจร่วมด้วย

การนำผลการวิจัยไปใช้ประโยชน์

1. ข้อมูลที่ได้นำไปวางแผนการจัดการด้านสิ่งแวดล้อมในสถานที่แยกกักตัวในโรงเรียน โดยปรับปรุงห้องพักให้โล่ง โปร่ง ระบายอากาศดี มีแสงแดดเข้าถึง มีถังขยะติดเชื้อและมีฝาปิดมิดชิดในแต่ละห้อง มีการนำขยะติดเชื้อจากห้องพักรวบรวมกำจัดอย่างถูกวิธีทุกวัน จัดเตรียมน้ำยาล้างมือ เจลแอลกอฮอล์หรือน้ำยาล้างห้องน้ำอย่างเพียงพอ ตลอดจนทำความสะอาดที่พัก ผ้าปูที่นอน หมอน และห้องน้ำ

2. บุคลากรสาธารณสุขควรสร้างช่องทางให้ความรู้และข้อมูลข่าวสารแก่ผู้ป่วยโรค COVID -19 หรือโรคอุบัติใหม่ที่แยกกักตัวในโรงเรียน โดยให้ความรู้เกี่ยวกับการสังเกตอาการแทรกซ้อน เช่น มีไข้ หายใจเหนื่อย การดูแลตนเองขณะอยู่ในสถานที่กักตัว การกำจัดขยะติดเชื้อที่ถูกต้อง การปฏิบัติตัวเมื่อครบกำหนดกักตัวในสถานที่กักตัวโดยผ่าน Application Line และการค้นหาข้อมูลข่าวสารจากสื่อออนไลน์

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

ควรมีการศึกษาเชิงคุณภาพเกี่ยวกับการจัดการด้านสุขภาพในทัศนะของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขและผู้ป่วยโรค COVID -19 ตลอดจนการวิจัยและพัฒนา (Research and Development) เพื่อหารูปแบบการจัดการด้านสุขภาพที่เหมาะสมกับบริบทของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านลำซิ่งและพื้นที่เศรษฐกิจอย่างอำเภอนาทวี

เอกสารอ้างอิง

กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. (2564). คำแนะนำในกาจัดตั้งหอผู้ป่วยเฉพาะกิจ (Hospitel).

ฉบับวันที่ 9 เมษายน พ.ศ.2564. กระทรวงสาธารณสุข.

กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. (2564). แนวทางการจัดตั้งโรงพยาบาลสนาม (กรณีมีการระบาดของ

โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ในวงกว้าง). สืบค้นเมื่อ 20 มิถุนายน 2564 จาก

https://covid19.dms.go.th/backend/Content/Content_File/Covid_Health/Attach/25640111082302AM_Field%20Hospital%20GL_V_5_08012021.pdf.

กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. (2564). รายงานสถานการณ์โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019. สืบค้นเมื่อ

1 พฤศจิกายน 2564 จาก <https://ddc.moph.go.th/viralpneumonia/file/situation/situation-no637-011064.pdf>.

กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. (2564). แนวทางการบริหารจัดการการควบคุมโรคในสถานที่กักกันซึ่ง

ทางราชการกำหนด (Guideline for disease control in quarantine facilities). ฉบับปรับปรุง

version 4. นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข.

- กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. (2563). คำแนะนำการป้องกันควบคุมโรคไวรัสโคโรนา. สืบค้นเมื่อ 25 เมษายน 2565 จาก https://ddc.moph.go.th/viralpneumonia/file/g_km/handout006_29022020.pdf.
- กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. (2565). โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19). สืบค้นเมื่อ 26 เมษายน 2565 จาก <https://th-th.facebook.com/informationcovid19/>.
- กระทรวงสาธารณสุข. (2565). แนวทางการแยกกักผู้ป่วย COVID-19 ในชุมชน (Community Isolation) ฉบับวันที่ 24 กรกฎาคม 2564. สืบค้นเมื่อ 26 เมษายน 2565 จาก https://covid19.dms.go.th/backend/Content/Content_File/Covid_Health/Attach/25640724160026PM_community%20isolation_v2n%2024072021_.pdf.
- กิตติพร เนาว์สุวรรณ, นกษา สิงห์วีระธรรม และนพพร ดำแสงสวัสดิ์. (2563). ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ ความรุนแรงของโรคต่อบทบาทการดำเนินงานควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในชุมชนของ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ในประเทศไทย. *วารสารสถาบันบำราศนราดูร*, 14(2), 92-103.
- จินทยา เบญจมาศ และนาฏนภา หีบแก้ว ปัตตาสุวรรณ. (2564). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการ ป้องกันโรคโควิด-19 ในนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาโรงเรียนกาฬสินธุ์พิทยาสรรพ์อำเภอเมือง จังหวัด กาฬสินธุ์. *วารสารวิจัยและพัฒนาด้านสุขภาพ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา*, 7(2), 98-115.
- ชูศรี วงศ์รัตน์. (2553). เทคนิคการใช้สถิติเพื่อการวิจัย. กรุงเทพฯ : เทพเนรมิตการพิมพ์. หน้า 382
- นงลักษณ์ วิรัชชัย. (2555). *สถิติชวนใช้*. กรุงเทพฯ: ไอคอนพรินติ้ง.
- นกษา สิงห์วีระธรรม และนพมาศ เครือสุวรรณ. (2563). ความจำเป็น กลุ่มเสี่ยง และการจัดตั้งศูนย์ฟื้นฟูและ ดูแลประชาชนกลุ่มเสี่ยงจากโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID -19) นอกสถานพยาบาล: กรณีศึกษาวิทยาลัยเทคโนโลยีทางการแพทย์และสาธารณสุข กาญจนภิเษก. *วารสารเครือข่าย วิทยาลัยพยาบาลและสาธารณสุขภาคใต้*, 7(3), 1-9.
- นกษา สิงห์วีระธรรม, นพมาศ เครือสุวรรณ, กิตติพร เนาว์สุวรรณ, เฉลิมชัย เพาะบุญ, สมเพิ่ม สุขสมบูรณ์วงศ์ และณลินภัทร์ รตนวิบูลย์สุข. (2564). พฤติกรรมการควบคุมและป้องกันโรค และการจัดการด้าน สุขภาพอนามัยในการกักตัวที่ศูนย์การฟื้นฟูและดูแลประชาชนกลุ่มเสี่ยงจากโรคติดเชื้อ COVID -19 วิทยาลัยเทคโนโลยีทางการแพทย์และสาธารณสุข กาญจนภิเษก. *วารสารวิชาการสาธารณสุข*, 30 (ฉบับเพิ่มเติม 1), s14-s24.

- รวีพร โรจนอาษา, นภชา สิงห์วีรธรรม, ชวิภา วรรณโร และเมธา เกียรติโมฬี. (2564). แนวทางการกักกันผู้เดินทางมาจากท้องที่หรือนอกราชอาณาจักรที่มีความเสี่ยงในช่วงระบาดโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID -19) : รูปแบบโรงแรมสำหรับกักกันตนเอง อำเภอสะเดา จังหวัดสงขลา. *วารสารเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและการสาธารณสุขภาคใต้*, 8(1), 337-348.
- โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลลำซิ่ง. (2564). *สรุปผลการดำเนินงานประจำปี*. (เอกสารสำเนา)
- สำนักงานสาธารณสุขอำเภอนาทวี. (2565). *มาตรการความปลอดภัยสำหรับองค์กร (Covid Free Sitting)*. (เอกสารสำเนา)
- Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences*, (2nd ed.). Hillsdale, NJ: Erlbaum
- Chowell., G. Fenimore., P.W. Castillo-Garsow., M.A. Castillo-Chavez., C. (2003). SARS outbreaks in Ontario, Hong Kong and Singapore: The role of diagnosis and isolation as a control mechanism. *Journal TheorBiol*, 224(1), 1-8.
- Faul, F., Erdfelder, E., Lang, A. G., & Buchner, A. (2007). G*Power 3: A flexible statistical power analysis program for the social, behavioral, and biomedical sciences. *Behavior Research Methods*, 39(2), 175-191.
- Hair, F. J., Black, C. W., Babin, J. B., & Anderson, E. R. (2019). *Multivariate Data Analysis*. 7th ed. New Jersey: Pearson Education.
- House, J. S. (1981). *Work stress and social support*. Michigan: University of Michigan.
- World Health Organization. (2020). *Considerations for quarantine of individuals in the context of containment for coronavirus disease (COVID -19) 19 March 2020*. Retrieved May 7, 2020 from [https://www.who.int/publications-detail/considerations-for-quarantine-of-individuals-in-the-context-of-containment-for-coronavirus-disease-\(Covid -19\)](https://www.who.int/publications-detail/considerations-for-quarantine-of-individuals-in-the-context-of-containment-for-coronavirus-disease-(Covid -19)).

ผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจผู้ดูแลในการดูแลผู้สูงอายุ
ที่ได้รับการผ่าตัดกระดูกสะโพกหัก โรงพยาบาลแพร่

Effects of an Empowerment Program on Caregivers of
Older Adults Undergoing Hip Fracture Surgery, Phare Hospital

ธนาวรรณ แสนปัญญา^{1*}, หัสยาพร อินทยศ², สิริยาพร จักรทอง¹

Thanawun Sanpunya^{1*}, Hutsayaporn Intayos², Siriyaporn Jarkthong¹

โรงพยาบาลแพร่^{1*}, โรงพยาบาลลอง²

Phrae Hospital^{1*}, Long Hospital²

(Received: November 7, 2022; Revised: December 2, 2022; Accepted: December 23, 2022)

บทคัดย่อ

การวิจัยกึ่งทดลองนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจผู้ดูแลในการดูแลผู้สูงอายุที่ได้รับการผ่าตัดกระดูกสะโพกหัก กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ดูแลและผู้สูงอายุที่ได้รับการผ่าตัดกระดูกสะโพกหัก โรงพยาบาลแพร่ จำนวน 64 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 32 คน ที่ได้รับโปรแกรมฯ และกลุ่มควบคุม 32 คน ที่ได้รับการดูแลปกติ เครื่องมือที่ใช้ดำเนินการวิจัย ประกอบด้วย โปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจผู้ดูแลในการดูแลผู้สูงอายุที่ได้รับการผ่าตัดกระดูกสะโพกหัก เครื่องมือที่ใช้เก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย แบบประเมินความรู้ของผู้ดูแล และแบบประเมินการฟื้นตัวหลังผ่าตัด เก็บรวบรวมข้อมูลระหว่างเดือน พฤศจิกายน 2564 ถึง เดือน สิงหาคม 2565 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติพรรณนา และเปรียบเทียบผลลัพธ์ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมโดยใช้สถิติ T-Test Independent

ผลการวิจัย พบว่า หลังสิ้นสุดโปรแกรม ผู้ดูแลผู้สูงอายุในกลุ่มทดลองมีความรู้ในระยะหลังจำหน่าย สัปดาห์ที่ 2 สูงกว่าผู้ดูแลผู้สูงอายุในกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.001$) ผู้สูงอายุในกลุ่มทดลองมีระดับคะแนนความปวดหลังผ่าตัด การลุกเดินได้ครั้งแรกหลังผ่าตัด และความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันในวันจำหน่ายแตกต่างจากผู้สูงอายุในกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.05$) แสดงให้เห็นว่าโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจผู้ดูแลในการดูแลผู้สูงอายุที่ได้รับการผ่าตัดกระดูกสะโพกหัก ในงานวิจัยนี้ มีความเหมาะสม ดังนั้นพยาบาลหรือทีมสหสาขาวิชาชีพ สามารถนำโปรแกรมนี้อไปใช้ในการฟื้นฟูสภาพผู้สูงอายุที่ได้รับการผ่าตัดกระดูกสะโพกหักได้

คำสำคัญ: โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจ, ผ่าตัดกระดูกสะโพก, ผู้ดูแล, ผู้สูงอายุ

ผู้ให้การติดต่อ ธนาวรรณ แสนปัญญา e-mail: thanawannurse@gmail.com

Abstract

The purpose of this quasi-experimental study was to examine the effects of an empowerment program on caregivers of older adults undergoing hip fracture surgery. Participants were 64 pairs of caregivers and their older adult patients who had undergone hip fracture surgery in Phare hospital. Of these participants, 32 pairs of caregivers and their older adult patients were assigned to an experimental group that received the program. The other 32 pairs of caregivers and their older adult patients were assigned to a control group that received the usual care. Research instruments was an empowerment program on caregivers of older adults undergoing hip fracture surgery. The data collection tools were a caregiver knowledge assessment and a postoperative recovery assessment. Program implementation and data collection were conducted from November 2021 to August 2022. Data were analyzed by descriptive statistics. The comparison of outcomes between an intervention group and a control group were analyzed by T-Test Independent.

The findings revealed that after completing the program, the knowledge of caregivers in the experimental group at two weeks after discharge had a statistically significantly higher than caregivers in the control group ($p\text{-value} < 0.001$) The older patients in the intervention group reported postoperative pain scores, were able to walk for the first time after surgery, performed daily activities on the discharge day that were significantly different from older adults in the control group ($p\text{-value} < 0.05$). The results of this study suggest that this empowerment program on caregivers of older adults undergoing hip fracture surgery is appropriate. Therefore, this empowerment program could be used by nurses and other healthcare providers to rehabilitate older adults who have undergone hip fracture surgery.

Keywords: An Empowerment Program, Hip Surgery, Caregivers, Older Adults

บทนำ

การหกล้มในผู้สูงอายุมีผลกระทบสำคัญ คือ การเกิดกระดูกสะโพกหัก ข้อมูลจากการคาดการณ์ในประเทศไทย พ.ศ. 2560 – 2564 พบว่า อาจมีผู้สูงอายุพลัดตกหกล้มปีละประมาณ 5,000 – 100,000 คน (นิพาศรีขันธ์ และลลิตรา คำวีย์, 2559) และจำนวนผู้สูงอายุที่มีกระดูกสะโพกหักจะแปรผันตามการหกล้ม โดยแนวโน้มกระดูกสะโพกหักจากการพลัดตกหกล้มเพิ่มขึ้นเฉลี่ย 238.50 คนต่อแสนประชากรต่อปี (Worapong et al., 2019)

เมื่อผู้สูงอายุมีกระดูกสะโพกหักจะทำให้เกิดความเจ็บปวด ทรงตัวไม่ได้ ส่งผลต่อความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุโดยตรง หากไม่ได้รับการรักษาที่ถูกต้องเหมาะสมทันเวลาอาจเกิดภาวะทุพพลภาพและเสียชีวิตในที่สุด (อุไรวรรณ พลชา และ พรรณวรดา สุวัน, 2560)

ปัจจุบันการรักษาภาวะกระดูกสะโพกหักที่มีประสิทธิภาพได้มาตรฐาน และการผ่าตัดรักษาโดยเร็วภายใน 48 ชั่วโมง จะทำให้ผู้สูงอายุมีการฟื้นตัวที่ดี สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้อย่างปกติหรือใกล้เคียงกับก่อนผ่าตัด จะช่วยลดภาวะแทรกซ้อน ลดจำนวนวันนอนและลดอัตราการเสียชีวิต และคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น (สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล, 2563) อย่างไรก็ตามการศึกษาในต่างประเทศ พบว่า ผู้สูงอายุที่ได้รับการผ่าตัดกระดูกสะโพกหัก หลังผ่าตัดต้องพึ่งพิงผู้อื่นเกี่ยวกับการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันในระดับปานกลางและรุนแรง ร้อยละ 72 และร้อยละ 12 ตามลำดับ (Harris, Brovman, & Urman, 2019) ซึ่งในประเทศไทย พบว่าผู้สูงอายุที่ได้รับการผ่าตัดมีภาวะพึ่งพิงในด้านการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันด้วยเช่นกัน ซึ่งอยู่ในระดับปานกลางและรุนแรง ร้อยละ 80 และร้อยละ 18 ตามลำดับ (เรณูญจอมจิตตภูมิ มิ่งพันธ์, ตะวัน เขตปัญญา, เยาวเรศ ก้านมะลิ และวารุณี เข้มลา, 2563) และในช่วง 2 สัปดาห์แรกหลังการผ่าตัด ความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกายที่เกี่ยวกับการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันถูกจำกัด ร้อยละ 29 - 50 ไม่สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้เหมือนเดิมก่อนกระดูกสะโพกหัก (วิภาพร ลิเลศมงคลกุล, 2555) ปัญหาดังกล่าวข้างต้นเกิดขึ้นทั้งจากตัวผู้สูงอายุและผู้ดูแล โดยเฉพาะอย่างยิ่งในกลุ่มผู้สูงอายุที่มีความซับซ้อนของการดูแล ได้แก่ กลุ่มผู้สูงอายุวัยผู้สูงอายุตอนปลาย (80 ปีขึ้นไป) และมีความคิดความจำบกพร่อง มีภาวะโรคร่วมและมีการเจ็บป่วยเรื้อรังหลายโรค รวมทั้งกลุ่มผู้สูงอายุที่ขาดการสนับสนุนของผู้ดูแล ซึ่งจะใช้เวลาในการฟื้นตัวหลังผ่าตัดและมีภาวะพึ่งพิงมากกว่าวัยอื่น (รัตนา พัฒนธรรมรัตน์, 2564)

ในปีงบประมาณ 2562 - 2564 โรงพยาบาลแพร่ มีผู้สูงอายุกระดูกสะโพกหักเข้ารับการรักษาจำนวน 301, 308 และ 315 รายตามลำดับ (งานข้อมูลสารสนเทศ, 2565) จากการทบทวนเวชระเบียนผู้สูงอายุที่เข้ารักษาด้วยกระดูกสะโพกหักในช่วงเดือนเมษายน 2564 ถึงเดือนกันยายน 2564 เพื่อศึกษาสภาพปัญหาสถานการณ์การพยาบาลผู้สูงอายุกระดูกสะโพกหักร่วมกับการประชุมกับแพทย์ พยาบาล และทีมสหสาขาที่เกี่ยวข้องในต้นปีงบประมาณ 2565 พบประเด็นปัญหาที่สำคัญจากการดูแลและติดตามผู้สูงอายุกระดูกสะโพกหักที่ได้รับการผ่าตัดที่บ้าน กล่าวคือ พบข้อมูลบันทึกว่า ผู้สูงอายุเกิดภาวะแทรกซ้อนขึ้นทั้งในขณะที่อยู่โรงพยาบาลและหลังจำหน่ายกลับบ้าน รวมถึงผู้สูงอายุและผู้ดูแลขาดความรู้และทักษะในการส่งเสริมการฟื้นตัวหลังผ่าตัดและการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ตลอดจนการป้องกันภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ โดยลักษณะของผู้ดูแลส่วนใหญ่เป็นบุตรมากที่สุด รองลงมาเป็นพี่น้อง ประกอบอาชีพรับจ้างทั่วไป มีการศึกษาอยู่ในระดับประถมศึกษา มีเวลาในการดูแลผู้สูงอายุในบางช่วงเวลา เมื่อบุตรต้องรับพ่อแม่ของตนเองกลับไปอยู่ที่บ้าน บางคนอยู่ในสภาพที่จำยอม และส่วนใหญ่มักไม่มีความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุที่มีกระดูกสะโพกหักมาก่อน ทั้งนี้หากผู้สูงอายุกลุ่มนี้ไม่ได้รับการดูแลที่ถูกต้องจะเกิดภาวะแทรกซ้อน เช่น การติดเชื้อที่แผลผ่าตัด การติดเชื้อทางเดินปัสสาวะ

ระบบทางเดินหายใจ แผลกดทับ และการเลื่อนหลุดของข้อสะโพก เป็นต้น (รัตนา พัฒนธรรมรัตน์, 2564) จึงจำเป็นต้องพัฒนาความรู้และทักษะของผู้สูงอายุและผู้ดูแล เพื่อให้ผู้สูงอายุสามารถฟื้นตัวได้อย่างรวดเร็ว สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ด้วยตนเอง ลดภาวะพึ่งพา ซึ่งจากข้อมูลการติดตามผู้สูงอายุที่บ้าน ในปีงบประมาณ 2564 พบว่า ภาวะแทรกซ้อนเกิดในกลุ่มผู้สูงอายุตอนปลาย (อายุมากกว่า 80 ปีขึ้นไป) และมีความบกพร่องด้านความคิดความจำ ซึ่งในที่สุดกลายเป็นผู้ป่วยติดบ้านติดเตียง และอยู่ในภาวะพึ่งพาที่มีคะแนนความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันน้อยกว่า 12 ถึงร้อยละ 77.70 และมีอัตราการเสียชีวิตสูงถึง ร้อยละ 4.90 (หอผู้ป่วยศัลยกรรมกระดูกหิง โรงพยาบาลแพร่, 2565)

จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า ปัจจุบันมีการใช้โปรแกรมส่งเสริมการฟื้นฟูสภาพผู้สูงอายุที่ผ่าตัดกระดูกสะโพกโดยญาติมีส่วนร่วมได้อย่างมีประสิทธิภาพ แต่ยังไม่มีการโปรแกรมสำหรับผู้ดูแลในการส่งเสริมการฟื้นฟูสภาพในวัยผู้สูงอายุตอนปลาย (80 ปีขึ้นไป) ซึ่งเป็นกลุ่มเปราะบางที่ต้องการการดูแลอย่างมากและครอบคลุมการดูแลในระยะเปลี่ยนผ่านจากโรงพยาบาลถึงบ้าน ผู้วิจัยจึงได้พัฒนาและศึกษาผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจผู้ดูแลในการดูแลผู้สูงอายุที่ได้รับการผ่าตัดกระดูกสะโพกหักโดยใช้แนวคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจผู้ดูแลด้วยการให้ความรู้และฝึกทักษะการดูแลที่สอดคล้องกับบริบทของโรงพยาบาลแพร่และเครือข่าย ซึ่งจะช่วยให้ผู้ดูแลมีความรู้สามารถส่งเสริมการฟื้นตัวหลังผ่าตัดของผู้สูงอายุ ให้ผู้สูงอายุลุกเดินได้เร็ว มีการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้อย่างปกติหรือใกล้เคียงเดิมเพิ่มขึ้น ลดภาวะแทรกซ้อนและภาวะพึ่งพามีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

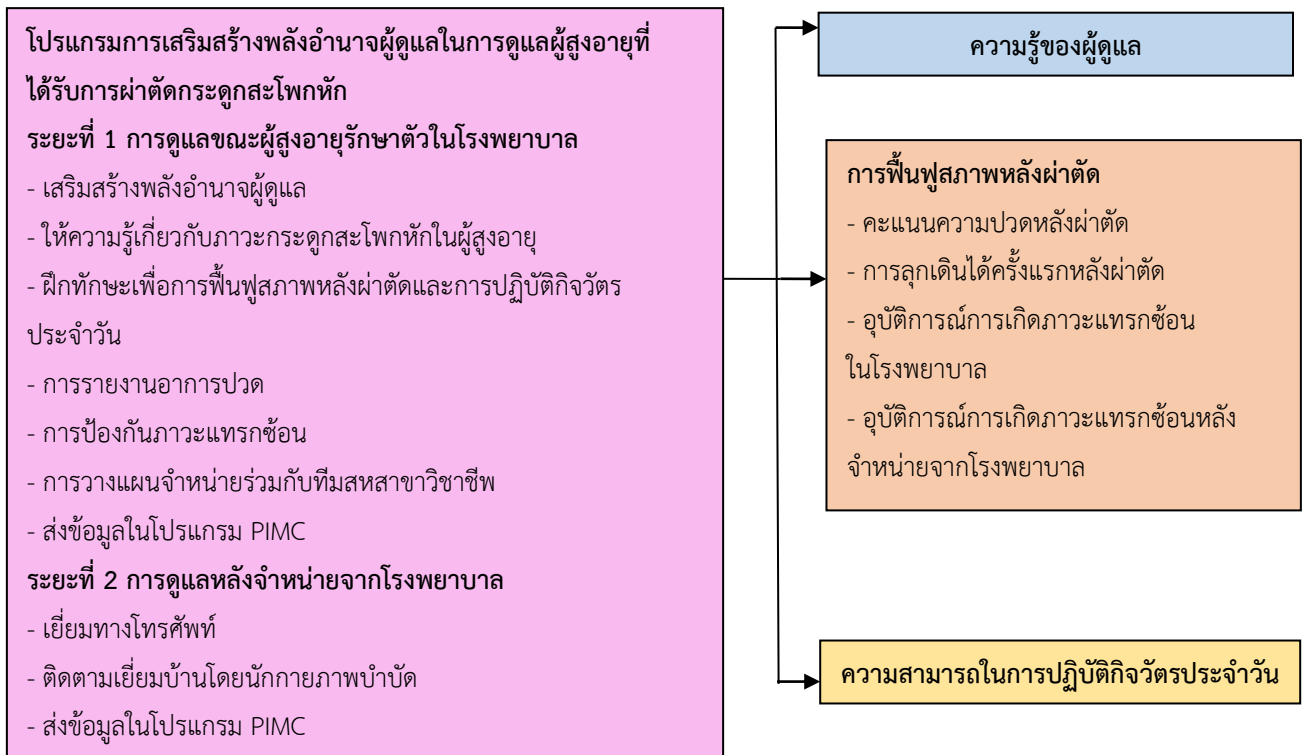
เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจผู้ดูแลในการดูแลผู้สูงอายุที่ได้รับการผ่าตัดกระดูกสะโพกหัก ต่อความรู้ของผู้ดูแล การฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัด และการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุ

สมมติฐานการวิจัย

1. ผู้ดูแลผู้สูงอายุกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้สูงกว่าผู้ดูแลผู้สูงอายุกลุ่มควบคุม
2. ผู้สูงอายุกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยระดับความปวดน้อยกว่าผู้สูงอายุกลุ่มควบคุม
3. ผู้สูงอายุกลุ่มทดลองมีความสามารถในการลุกเดินได้ครั้งแรกหลังผ่าตัดในวันที่ 1, 2 และ 3 ได้มากกว่าผู้สูงอายุกลุ่มควบคุม
4. ผู้สูงอายุกลุ่มทดลองเกิดภาวะแทรกซ้อนหลังจำหน่ายจากโรงพยาบาลน้อยกว่าผู้สูงอายุกลุ่มควบคุม
5. ผู้สูงอายุกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยระดับคะแนนความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันสูงกว่าผู้สูงอายุกลุ่มควบคุม

กรอบแนวคิดการวิจัย

โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจผู้ดูแลในการดูแลผู้สูงอายุที่ได้รับการผ่าตัดกระดูกสะโพกหักในงานวิจัยนี้ ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นโดยประยุกต์ใช้แนวคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจของ กิบสัน (Gibson,1993) แบ่งเป็น 2 ระยะ คือ ระยะที่ 1 การดูแลขณะผู้สูงอายุรักษาตัวในโรงพยาบาล ผู้วิจัยจะทำการเสริมสร้างพลังอำนาจผู้ดูแลให้มีความรู้เกี่ยวกับภาวะกระดูกสะโพกหักในผู้สูงอายุและฝึกทักษะเพื่อการฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัดของผู้สูงอายุ ส่งเสริมการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน การรายงานอาการปวด การป้องกันภาวะแทรกซ้อน การวางแผนจำหน่ายร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพ และการส่งข้อมูลในโปรแกรม Phrae Intermediate Care (PIMC) ระยะที่ 2 การดูแลหลังจำหน่ายจากโรงพยาบาล ผู้วิจัยติดตามเยี่ยมทางโทรศัพท์ ออกเยี่ยมผู้สูงอายุและผู้ดูแลที่บ้าน การส่งต่อข้อมูลในโปรแกรม PIMC เพื่อให้ผู้สูงอายุได้รับการติดตามและดูแลต่อเนื่องจากทีมสหสาขาวิชาชีพตามปกติ



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi- Experimental Design)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร ได้แก่ ผู้ดูแลและผู้สูงอายุกระดูกสะโพกหักที่มีอายุ 80 ปีขึ้นไป ที่ได้รับการผ่าตัด มารับการรักษาในโรงพยาบาลแพร่ ระหว่างเดือนพฤศจิกายน พ.ศ. 2564 ถึง เดือนสิงหาคม พ.ศ. 2565

กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ ผู้ดูแลและผู้สูงอายุกระดูกสะโพกหักที่ได้รับการผ่าตัด ระหว่างเดือนพฤศจิกายน 2564 ถึง เดือนสิงหาคม 2565 ได้รับการคัดเลือกแบบเจาะจง (Purposive Sampling) คำนวณกลุ่มตัวอย่างโดยใช้โปรแกรม G* Power โดยใช้การคำนวณแบบ Two Sample Comparison of Mean กำหนดขนาดอิทธิพล 0.50 ค่าความคลาดเคลื่อน 0.05 และอำนาจทดสอบ 0.80 วิเคราะห์ข้อมูลแบบ 2 กลุ่มเปรียบเทียบกัน ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างกลุ่มละ 32 คน จำนวนทั้งสิ้น 64 คน (Cohen, 1977) แบ่งเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มควบคุมได้รับการดูแลตามปกติ จำนวน 32 ราย (เดือนพฤศจิกายน 2564 ถึงเดือนมีนาคม 2565) กลุ่มทดลองได้รับการดูแลโดยใช้โปรแกรม จำนวน 32 ราย (เดือนเมษายน 2565 ถึง เดือนสิงหาคม 2565)

เกณฑ์การคัดเข้าสำหรับผู้ดูแล ได้แก่ 1) เป็นคู่สมรส หรือบุตรในครอบครัวเดียวกันกับผู้สูงอายุ 2) เป็นผู้ดูแลหลักอย่างน้อย 8 ชั่วโมงต่อวัน และ 3) สื่อสารภาษาไทยได้

เกณฑ์การคัดออกสำหรับผู้ดูแล ได้แก่ 1) เปลี่ยนผู้ดูแล 2) ไม่สามารถติดต่อได้ภายหลังการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล และ 3) ถอนตัวจากการวิจัย สำหรับผู้สูงอายุ

เกณฑ์การคัดเข้าสำหรับผู้สูงอายุ ได้แก่ 1) เป็นผู้สูงอายุที่มีอายุ 80 ปีขึ้นไป 2) มีภาวะกระดูกสะโพกหักบริเวณอินเตอร์โทรแคนเทอริก (Intertrochanteric) ที่ได้รับการใส่วัสดุสำหรับการยึดตรึงกระดูกไว้ภายใน 3) สื่อสารภาษาไทยได้ 4) คะแนนการทดสอบสภาพสมอง Abbreviated Mental Test (AMT) เท่ากับ 7 5) ก่อนล้มสามารถเดินได้ และ 6) ไม่มีการหักของกระดูกสะโพกร่วมกับกระดูกส่วนอื่น ๆ

เกณฑ์การคัดออกสำหรับผู้สูงอายุ ได้แก่ 1) ผู้สูงอายุโรคพาร์กินสัน โรคหลอดเลือดสมอง 2) มีภาวะแทรกซ้อนที่ต้องได้รับการรักษาในหอผู้ป่วยหนัก 3) ย้ายสถานพยาบาลหรือไม่สามารถติดต่อได้ภายหลังจำหน่าย และ 4) เสียชีวิตหรือถอนตัวจากการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย เป็นโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจผู้ดูแลในการดูแลผู้สูงอายุที่ได้รับการผ่าตัดกระดูกสะโพกหักที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น ระยะเวลา 12 สัปดาห์ โดยโปรแกรมประกอบด้วย การปฏิบัติใน 2 ระยะ คือ ระยะที่ 1 การดูแลขณะผู้สูงอายुरักษาตัวในโรงพยาบาล ประยุกต์ใช้การเสริมสร้างพลังอำนาจของกิบสัน (Gibson, 1995) ซึ่งมีกระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจผู้ดูแล 4 ขั้นตอน ได้แก่ 1) การค้นพบสถานการณ์จริง 2) การสะท้อนคิดเพื่อตระหนักคุณค่าในตนเองของผู้ดูแล 3) การตัดสินใจเลือกวิธีการปฏิบัติกิจกรรมที่เหมาะสม และ 4) การคงไว้ซึ่งการปฏิบัติ ระยะที่ 2 การดูแลหลังจำหน่ายจากโรงพยาบาล

2. เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย

2.1 แบบประเมินความรู้ของผู้ดูแลที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น ประกอบด้วย 2 ส่วน ได้แก่ ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแล ประกอบด้วย อายุ เพศ สถานภาพสมรส ศาสนา ระดับการศึกษา อาชีพ ความสัมพันธ์กับผู้สูงอายุ ประสบการณ์ในการดูแลผู้สูงอายุกระดูกสะโพกหัก และส่วนที่ 2 วัดความรู้การดูแลผู้สูงอายุกระดูก

สะโพกหักรูปแบบของคำถามมีจำนวน 14 ข้อ ตอบถูก ให้ 1 คะแนน ตอบผิดให้ 0 คะแนน 9-14 ระดับมาก หมายถึง มีความรู้ในระดับมาก คะแนน 5 - 8 ระดับปานกลาง คะแนน 1 - 4 ระดับน้อย

2.2 แบบประเมินการฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัดที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น ประกอบด้วย 2 ส่วน ได้แก่ ส่วนที่ 1 แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลของผู้สูงอายุกระดูกสะโพกหัก ประกอบด้วย อายุ เพศ ศาสนา สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ โรคประจำตัว จำนวนวันนอนโรงพยาบาล และส่วนที่ 2 แบบบันทึกผลลัพธ์ด้านการฟื้นตัวหลังผ่าตัด ในประเด็นดังนี้ 1) ความปวดหลังผ่าตัด 2) การลุกเดินได้ครั้งแรกหลังผ่าตัด 3) อุบัติการณ์การเกิดภาวะแทรกซ้อนในโรงพยาบาล 4) อุบัติการณ์การเกิดภาวะแทรกซ้อนหลังจำหน่ายจากโรงพยาบาล 5) การกลับมารักษาซ้ำ (Re-admit) 6) การหักซ้ำ (Re-fracture) และ 7) ระยะวันนอน (LOS)

2.3 แบบประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ใช้แบบประเมินดัชนีบาร์เธล (Barthel ADL Index) ประกอบด้วย 10 กิจกรรม ได้แก่ การรับประทานอาหาร การล้างหน้าหิ้วม การลุกนั่งจากที่นอน การใช้ห้องน้ำ การเคลื่อนที่ภายในห้อง การสวมใส่เสื้อผ้า การขึ้นลงบันได 1 ชั้น การอาบน้ำ การกลั้นการถ่ายอุจจาระ การกลั้นปัสสาวะ โดยแบ่งระดับคะแนน ดังนี้ คะแนน 0 - 4 หมายถึง ผู้สูงอายุอยู่ในภาวะพึ่งพิงผู้อื่นทั้งหมด คะแนน 5 - 8 หมายถึง ผู้สูงอายุอยู่ในภาวะพึ่งพิงผู้อื่นเป็นส่วนใหญ่ คะแนน 9 - 11 หมายถึง ผู้สูงอายุอยู่ในภาวะพึ่งพิงผู้อื่นปานกลาง คะแนน 12 ขึ้นไป หมายถึง ผู้สูงอายุอยู่ในภาวะพึ่งพิงผู้อื่นเพียงเล็กน้อย

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

1. โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจผู้ดูแลในการดูแลผู้สูงอายุที่ได้รับการผ่าตัดกระดูกสะโพกหักที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น ได้รับการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน คือ แพทย์ที่มีความเชี่ยวชาญด้านการดูแลผู้สูงอายุภาวะกระดูกสะโพกหัก จำนวน 1 ท่าน อาจารย์พยาบาล จำนวน 1 ท่าน พยาบาลผู้มีประสบการณ์การทำงานด้านการพยาบาลผู้ป่วยออร์โธปิดิกส์มากกว่า 15 ปี จำนวน 1 ท่าน โปรแกรมฯ ได้ค่าความตรงด้านเนื้อหา (Content validity index (CVI)) เท่ากับ 0.98 และนำไปทดลองใช้กับผู้ดูแลและผู้สูงอายุที่มีลักษณะคล้ายกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 10 คน เพื่อความเหมาะสมของภาษา และการสื่อสารที่ง่ายต่อการเข้าใจก่อนนำไปใช้จริง

2. แบบประเมินความรู้ของผู้ดูแลที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น จำนวน 14 ข้อ ได้รับการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน นำไปทดลองใช้กับผู้ดูแลและผู้สูงอายุที่ได้รับการผ่าตัดกระดูกสะโพกหักที่มีลักษณะคล้ายกับกลุ่มตัวอย่าง 10 ราย แล้วนำมาวิเคราะห์หาค่าความเชื่อมั่นโดยใช้สูตร KR - 20 ของคูเดอร์-ริชาร์ดสัน (Kuder - Richardson) ได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ 0.91

3. แบบประเมินการฟื้นตัวหลังผ่าตัดที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม ประกอบด้วย 2 ส่วน ส่วนที่ 1 ได้แก่ แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลของผู้สูงอายุกระดูกสะโพกหัก และ ส่วนที่ 2 แบบบันทึกผลลัพธ์ด้านการฟื้นตัวหลังผ่าตัดใน 7 ด้าน ได้แก่ 1) ความปวดหลังผ่าตัด 2) การลุกเดินได้ครั้งแรกหลังผ่าตัด

3) อุบัติการณ์การเกิดภาวะแทรกซ้อนในโรงพยาบาล 4) อุบัติการณ์การเกิดภาวะแทรกซ้อนหลังจำหน่ายจากโรงพยาบาล 5) การกลับมารักษาซ้ำ (Re-admit) 6) การหักซ้ำ (Re-fracture) และ 7) ระยะเวลานอน (LOS) นำมาวิเคราะห์หาความเชื่อมั่น จากค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาคเท่ากับ 0.94

4. แบบประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ซึ่งเป็นแบบสอบถามมาตรฐาน มีผู้นำไปใช้ในการวิจัยอย่างแพร่หลาย ผู้วิจัยนำแบบประเมินไปทดลองใช้กับผู้สูงอายุหลังผ่าตัดกระดูกสะโพกที่มีลักษณะใกล้เคียงกันกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน นำมาวิเคราะห์หาความเชื่อมั่น จากค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาคเท่ากับ 0.94

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยดำเนินการวางแผนและเตรียมการตามขั้นตอน ดังต่อไปนี้

1. ผู้วิจัยทำเรื่องขอพิจารณาเก็บข้อมูลการวิจัยจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลแพร่ และทำหนังสือถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาลแพร่เพื่อขออนุญาตเก็บข้อมูลวิจัย
2. ผู้วิจัยอธิบายให้ผู้ช่วยวิจัยทราบถึงลักษณะงานวิจัย โปรแกรม ขั้นตอน วิธีการเข้าร่วมโปรแกรมของกลุ่มตัวอย่าง และการเก็บรวบรวมข้อมูล
3. ผู้วิจัยชี้แจงโครงการวิจัยและขอความร่วมมือกลุ่มตัวอย่าง อธิบายความเป็นมา วัตถุประสงค์ รายละเอียดในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประโยชน์จากการเข้าร่วมวิจัย ตลอดจนการพิทักษ์สิทธิให้กลุ่มตัวอย่างรับทราบ พร้อมลงลายมือชื่อยินยอมเข้าร่วมวิจัย

การเก็บรวบรวมข้อมูลในกลุ่มทดลอง

ดำเนินการตามโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจผู้ดูแลในการดูแลผู้สูงอายุที่ได้รับการผ่าตัดกระดูกสะโพกหักที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น ดังนี้

ระยะที่ 1 การดูแลขณะผู้สูงอายุรักษาตัวในโรงพยาบาล

24 ชั่วโมงแรกหลังเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ถึง 24 ชั่วโมงก่อนจำหน่าย ผู้ดูแลและผู้สูงอายุได้รับโปรแกรมการเสริมพลังอำนาจผู้ดูแล มีกระบวนการเสริมพลังอำนาจผู้ดูแล 4 ขั้นตอน ได้แก่ 1) การค้นพบสถานการณ์จริง 2) การสะท้อนคิดเพื่อตระหนักคุณค่าในตนเองของผู้ดูแล 3) การตัดสินใจเลือกวิธีการปฏิบัติกิจกรรมที่เหมาะสม และ 4) การคงไว้ซึ่งการปฏิบัติ มีการให้ความรู้และฝึกทักษะเป็นรายบุคคล การสาธิตเกี่ยวกับการทำความสะอาดร่างกาย การจัดท่านอน การพลิกตะแคงตัว การฝึกกลืน ยืน เดิน การทำกายภาพบำบัด การหายใจและการไออย่างมีประสิทธิภาพ การรายงานอาการปวด การป้องกันภาวะแทรกซ้อน การสังเกตอาการผิดปกติ ร่วมวางแผนการดูแลผู้สูงอายุตามแผนการดูแลของทีมสหสาขาวิชาชีพ ประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุ กำหนดเป้าหมายการดูแลที่บ้าน บันทึกข้อมูลติดตามในโปรแกรม PIMC

ระยะที่ 2 การดูแลหลังจำหน่ายจากโรงพยาบาล

2 สัปดาห์หลังจำหน่าย ผู้วิจัยติดตามเยี่ยมทางโทรศัพท์ และติดตามการมาตามนัดที่ OPD

4 สัปดาห์หลังจำหน่าย ผู้วิจัยติดตามเยี่ยมทางโทรศัพท์ และส่งต่อข้อมูลในโปรแกรม PIMC ให้นักกายภาพบำบัดติดตามเยี่ยมผู้สูงอายุและผู้ดูแลที่บ้าน ส่งเสริมการฟื้นฟูหลังผ่าตัดและการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันอย่างต่อเนื่อง สนับสนุนให้กำลังใจผู้ดูแล รับทราบปัญหาอุปสรรคการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน ส่งต่อข้อมูลในโปรแกรม PIMC ให้พยาบาล (Nurse Case Manager) รับทราบ เพื่อวางแผนการติดตาม

8 สัปดาห์หลังจำหน่าย ผู้วิจัยติดตามเยี่ยมทางโทรศัพท์ นักกายภาพบำบัดติดตามเยี่ยมที่บ้าน เสริมสร้างพลังอำนาจผู้ดูแลในการดูแลผู้สูงอายุให้จัดการตนเองในการใช้ชีวิตประจำวัน ประเมินคะแนนความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันและภาวะแทรกซ้อน วางแผนติดตามและบันทึกข้อมูลในโปรแกรม PIMC

12 สัปดาห์หลังจำหน่าย ผู้วิจัยติดตามเยี่ยมทางโทรศัพท์ นักกายภาพบำบัดติดตามเยี่ยมบ้าน สอบถามปัญหาอุปสรรคในการดูแลพร้อมทั้งให้คำปรึกษา เสริมพลังอำนาจให้ผู้ดูแลในการช่วยเหลือฟื้นฟูและการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ได้อย่างปกติหรือใกล้เคียงเดิม ประเมินคะแนนความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ภาวะแทรกซ้อน และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย บันทึกข้อมูลในโปรแกรม PIMC สรุปและวิเคราะห์ข้อมูลเพื่อวางแผนพัฒนาร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพต่อไป

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปโดยใช้สถิติเชิงพรรณน ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าสูงสุด ค่าต่ำสุด ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
2. เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้ของผู้ดูแลระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยใช้สถิติ T-Test Independent

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยดำเนินการขออนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมวิจัยในมนุษย์ของโรงพยาบาลแพร่ ได้รับหมายเลขใบรับรอง 67/ 2564 ลงวันที่ 19 พฤศจิกายน 2564 ผู้วิจัยดำเนินการวิจัยโดยคำนึงถึงการพิทักษ์สิทธิของผู้เข้าร่วมการวิจัยคือ ความเสี่ยง ประโยชน์หรือผลเสีย และการรักษาความลับ โดยที่ผู้เข้าร่วมวิจัยได้รับการชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล วิธีดำเนินการวิจัย และประโยชน์ของการวิจัย ผู้เข้าร่วมวิจัยสามารถถอนตัวจากการวิจัยได้เมื่อรู้สึกคับข้องใจหรือไม่สะดวกในการให้ข้อมูลโดยที่ผู้เข้าร่วมวิจัยไม่เสียผลประโยชน์ใด ๆ และไม่มีผลกับแผนการรักษาที่ผู้วิจัยจะได้รับทั้งในปัจจุบันและอนาคต และได้มีการรักษาความลับของผู้เข้าร่วมวิจัย โดยใช้รหัส (Code) แทนชื่อ ผลการวิจัยนำเสนอเป็นภาพรวมโดยไม่ระบุตัวบุคคล และมีการทำลายเมื่อการวิจัยสิ้นสุด หากผู้เข้าร่วมวิจัยยินยอมเข้าร่วมวิจัย ลงชื่อในเอกสารแสดงเจตนายินยอมเข้าร่วมวิจัยและเริ่มดำเนินการเก็บข้อมูล

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไป

ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างผู้ดูแลผู้สูงอายุ พบว่า ในกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุมมีความคล้ายคลึงกัน คือ ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 71.88 และร้อยละ 75.00 อายุระหว่าง 50 - 59 ปี ร้อยละ 37.50 เท่ากัน สถานภาพคู่ร้อยละ 71.88 และร้อยละ 65.63 จบการศึกษาในระดับมัธยมเท่ากัน คือ ร้อยละ 46.88 มีอาชีพรับจ้างเป็นส่วนใหญ่ ร้อยละ 53.13 และร้อยละ 46.88 ผู้ดูแลส่วนใหญ่เป็นบุตร ร้อยละ 75.00 และร้อยละ 68.75

2. เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ของผู้ดูแลผู้สูงอายุในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

พบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ของผู้ดูแลในวันจำหน่ายในกลุ่มทดลอง มีค่าเฉลี่ยคะแนนเท่ากับ 10.30 คะแนน ส่วนกลุ่มควบคุมมีค่าเฉลี่ยคะแนนเท่ากับ 8.10 คะแนน โดยผู้ดูแลผู้สูงอายุกลุ่มทดลอง มีความรู้ในวันจำหน่ายสูงกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p\text{-value} < 0.001$ ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ของผู้ดูแลผู้สูงอายุในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ระดับคะแนนความรู้	กลุ่มทดลอง (n=32)		กลุ่มควบคุม (n=32)		P-value
	Mean	S.D.	Mean	S.D.	
วันแรกรับ	5.90	(±1.50)	5.70	(±1.50)	0.49
วันจำหน่าย	10.30	(±1.20)	8.10	(±2.0)	<0.001*

* $p\text{-value} < 0.05$

3. เปรียบเทียบผลลัพธ์ด้านการฟื้นตัวหลังผ่าตัดของผู้สูงอายุในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมด้านความปวดหลังผ่าตัดและการลุกเดินได้ครั้งแรกหลังผ่าตัด

พบว่า ผู้สูงอายุกลุ่มทดลอง มีค่าเฉลี่ยคะแนนระดับความปวดหลังผ่าตัดวันที่ 1 วันที่ 2 และวันที่ 3 น้อยกว่ากลุ่มควบคุม โดยพบว่ามีค่าเฉลี่ยคะแนนระดับความปวดในกลุ่มทดลอง หลังผ่าตัดวันที่ 1 วันที่ 2 และวันที่ 3 เท่ากับ 4.0, 3.4 และ 2.6 และในกลุ่มควบคุม มีค่าเฉลี่ยระดับความปวดหลังผ่าตัด วันที่ 1 วันที่ 2 และวันที่ 3 เท่ากับ 5.5, 3.9 และ 3.1 ตามลำดับ

ผู้สูงอายุในกลุ่มทดลอง สามารถลุกเดินได้ครั้งแรกหลังผ่าตัดในวันที่ 1 โดยมากกว่ากลุ่มควบคุม เท่ากับร้อยละ 62.50 ซึ่งเท่ากับร้อยละ 25 และเมื่อทดสอบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนความปวดหลังผ่าตัด การลุกเดินได้ครั้งแรกหลังผ่าตัดในวันที่ 1 พบว่า ทั้งสองกลุ่มแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p\text{-value} < 0.05$ ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบผลลัพธ์ด้านการฟื้นตัวหลังผ่าตัดของผู้สูงอายุในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ด้านความปวดหลังผ่าตัด การลุกเดินได้ครั้งแรกหลังผ่าตัด

ผลลัพธ์ด้านการฟื้นตัวหลังผ่าตัด	กลุ่มทดลอง (n=32)		กลุ่มควบคุม (n=32)		P-value
	Mean	S.D.	Mean	S.D.	
คะแนนความปวดหลังผ่าตัด (เฉลี่ย, ±S.D.)					
หลังผ่าตัดวันที่ 1 (24 ชั่วโมงแรก)	4.00	(±0.90)	5.50	(±1.20)	<0.001*
หลังผ่าตัดวันที่ 2 (48 ชั่วโมงแรก)	3.40	(±0.50)	3.90	(±0.60)	
หลังผ่าตัดวันที่ 3 (72 ชั่วโมงแรก)	2.60	(±0.60)	3.10	(±0.50)	
การลุกเดินได้ครั้งแรกหลังผ่าตัด (n, %)					
หลังผ่าตัดวันที่ 1	20	62.50	8	25	<0.002*
หลังผ่าตัดวันที่ 2	10	31.20	11	34.40	
หลังผ่าตัดวันที่ 3	2	6.30	11	34.40	
หลังผ่าตัดวันที่ 4 ขึ้นไป	0	0.0	2	6.20	

*p-value <0.05

4. เปรียบเทียบผลลัพธ์ด้านการฟื้นตัวหลังผ่าตัดของผู้สูงอายุในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ด้านภาวะแทรกซ้อน การกลับมารักษาซ้ำ การหักซ้ำ และจำนวนวันนอนโรงพยาบาล

พบว่า ผู้สูงอายุกลุ่มทดลอง ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนในโรงพยาบาลและหลังจำหน่ายกลับบ้าน ส่วนกลุ่มควบคุม เกิดภาวะแทรกซ้อนภายในโรงพยาบาล จำนวน 6 ราย ภาวะแทรกซ้อนที่พบบ่อยที่สุด คือ แผลกดทับ จำนวน 4 ราย การติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะ จำนวน 1 ราย และภาวะสับสนเฉียบพลัน จำนวน 1 ราย สำหรับภาวะแทรกซ้อนหลังจำหน่ายกลับบ้านที่พบในกลุ่มควบคุม พบจำนวน 6 ราย โดยภาวะแทรกซ้อนที่พบบ่อยที่สุด คือ แผลกดทับและการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะจำนวนอย่างละ 2 ราย พบปอดอักเสบ จำนวน 1 ราย และภาวะสับสนเฉียบพลัน จำนวน 1 ราย

เมื่อทดสอบความแตกต่างของภาวะแทรกซ้อน ระหว่างกลุ่มทดลอง และกลุ่มกลุ่มควบคุม พบว่า ทั้งสองกลุ่มแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ ($p\text{-value} < 0.05$) นอกจากนี้ ผู้สูงอายุกลุ่มทดลอง ไม่มีการกลับมารักษาซ้ำ (Re-Admit) ส่วนกลุ่มควบคุม มีการกลับมารักษาซ้ำ 2 ราย คิดเป็นร้อยละ 6.3 และผู้สูงอายุกลุ่มทดลอง ไม่มีการหักซ้ำ (Re-Fracture) ส่วนกลุ่มควบคุม มีการกลับมารักษาซ้ำ 1 ราย คิดเป็นร้อยละ 3.1 สำหรับจำนวนวันนอนโรงพยาบาล พบว่า ผู้สูงอายุกลุ่มทดลองมีจำนวนวันนอนโรงพยาบาลเฉลี่ยน้อยกว่ากลุ่มควบคุมที่ โดยกลุ่มทดลอง มีค่าเฉลี่ยวันนอน 4.3 วัน กลุ่มควบคุมที่มีค่าเฉลี่ยวันนอน 5.1 วัน และเมื่อทดสอบความแตกต่างของการกลับมารักษาซ้ำ การหักซ้ำ จำนวนวันนอน ระหว่างกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม พบว่า ทั้งสองกลุ่มไม่แตกต่างกัน ดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบผลลัพธ์ด้านการฟื้นตัวหลังผ่าตัดของผู้สูงอายุในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม
ด้านภาวะแทรกซ้อน การกลับมารักษาซ้ำ การหักซ้ำ และจำนวนวันนอนโรงพยาบาล

ผลลัพธ์ด้านการฟื้นตัวหลังผ่าตัด	กลุ่มทดลอง (n=32)		กลุ่มควบคุม (n=32)		P-value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
ภาวะแทรกซ้อนในโรงพยาบาล					
ไม่มี	32	100	26	81.30	0.024*
มี	0	0	6	18.70	
แผลกดทับ	0	0	4	12.50	
ติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะ	0	0	1	3.10	
ภาวะสับสนเฉียบพลัน	0	0	1	3.10	
ภาวะแทรกซ้อนหลังจำหน่ายกลับบ้าน					
ไม่มี	32	100	26	81.30	0.024*
มี	0	0	6	18.70	
แผลกดทับ	0	0	2	6.30	
ติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะ	0	0	2	6.20	
ภาวะสับสนเฉียบพลัน	0	0	1	3.10	
ปอดอักเสบ	0	0	1	3.10	
การกลับมารักษาซ้ำ (Re-admit)					
ไม่มี	32	100	30	93.70	0.49
มี	0	0	2	6.30	
การหักซ้ำ (Re-fracture)					
ไม่มี	32	100	31	96.90	1.00
มี	0	0	1	3.10	
วันนอนเฉลี่ย	4.30	(±1.60)	5.10	(±2.40)	0.13

*p-value <0.05

5. เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ของผู้สูงอายุในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

พบว่า ผู้สูงอายุกลุ่มทดลอง มีค่าเฉลี่ยคะแนนความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันหลังผ่าตัดในวันจำหน่ายสูงกว่ากลุ่มควบคุม โดยพบว่า ค่าเฉลี่ยความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันในกลุ่มทดลองเท่ากับ 12.2 ส่วนกลุ่มควบคุม เท่ากับ 11.0 เมื่อทดสอบความแตกต่างของความสามารถในการทำกิจวัตร

ประจำวันหลังผ่าตัดในวันจำหน่าย พบว่าทั้งสองกลุ่มแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ ($p\text{-value} < 0.05$) ดังแสดงในตารางที่ 4

ตารางที่ 4 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ผลลัพธ์ด้านการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน	กลุ่มทดลอง (n=32)		กลุ่มควบคุม (n=32)		P-value
	Mean	S.D.	Mean	S.D.	
ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน					
ADL (เฉลี่ย, ±S.D.)					
วันจำหน่าย	12.20	(±1.70)	11	(±1.50)	0.004*
หลังจำหน่าย 2 สัปดาห์	15.10	(±2.40)	14.10	(±5.30)	0.35
หลังจำหน่าย 4 สัปดาห์	16.50	(±2.40)	16	(±5.30)	0.64
หลังจำหน่าย 8 สัปดาห์	16.90	(±2.20)	16.60	(±4.70)	0.74
หลังจำหน่าย 12 สัปดาห์	17	(±2.10)	16.60	(±4.70)	0.61

* $p\text{-value} < 0.05$

ADL: Activity Daily Living

การอภิปรายผล

กลุ่มตัวอย่างกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมฯ มีระดับคะแนนความรู้ของผู้ดูแลผู้สูงอายุในวันจำหน่ายสูงกว่ากลุ่มควบคุมที่ไม่ได้รับโปรแกรมฯ เนื่องจาก โปรแกรมสำหรับผู้ดูแลผู้สูงอายุในงานวิจัยนี้ มีการเสริมพลังอำนาจ เน้นการให้ความรู้แก่ผู้ดูแล มีการสอน สาธิต ซึ่งทำให้ผู้ดูแลเกิดการเรียนรู้และมีส่วนร่วม สามารถปฏิบัติได้ถูกต้อง เกิดความเข้าใจได้มากขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของนัยนา ธัญธาดาพันธ์, เรณูการ์ ทองคำรอด และบุญทิพย์ สิริธรรังศรี (2563) พบว่า ผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจผู้ดูแลต่อความรู้ ความสามารถในการดูแลและการฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัดของผู้สูงอายุที่ผ่าตัดกระดูกสะโพกหัก โรงพยาบาลสตูล ส่งผลให้ผู้ดูแลในกลุ่มทดลองมีความรู้มากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.05$) และการฟื้นฟูตัวหลังผ่าตัด ในด้านความปวดหลังผ่าตัด และการลุกเดินได้ครั้งแรกหลังผ่าตัดแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.05$) และสอดคล้องกับการศึกษาของนัยนา ธัญธาดาพันธ์, เรณูการ์ ทองคำรอด และบุญทิพย์ สิริธรรังศรี (2563) ที่พบว่า ค่าเฉลี่ยของอาการปวดของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมวันที่ 1 หลังผ่าตัด มีค่าเฉลี่ย 6.73 และ 5 วันที่ 2 หลังผ่าตัดมีค่าเฉลี่ย 5.06 และ 3.66 และ วันที่ 3 หลังผ่าตัดมีค่าเฉลี่ย 4.33 และ 2.60 ตามลำดับ แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.05$) แสดงให้เห็นว่า ผู้สูงอายุที่ได้รับโปรแกรมฯ จะมีระดับอาการปวดน้อยกว่ากลุ่มที่ไม่ได้รับโปรแกรมฯ

การลุกเดินได้ครั้งแรกหลังผ่าตัด พบว่า ผู้สูงอายุกลุ่มทดลอง สามารถลุกเดินได้มากกว่ากลุ่มควบคุม เนื่องจาก ผู้ดูแลได้รับการฝึกทักษะการปฏิบัติกิจกรรมเพื่อช่วยให้ผู้สูงอายุมีการฟื้นตัวเร็ว รวมถึงการสร้างพลังอำนาจให้กับผู้ดูแลทันทีที่ผู้สูงอายุมีสภาวะที่พร้อม ผู้สูงอายุจะได้รับการกระตุ้นการฟื้นตัวหลังผ่าตัดอย่างทันทีทันใดและเหมาะสมตามโปรแกรมเร่งการฟื้นตัวหลังผ่าตัด (Enhance Recovery After Surgery (ERAS)) ซึ่งประกอบด้วย การสอน การสาธิต การปฏิบัติตัวเกี่ยวกับกิจวัตรประจำวัน การปฏิบัติกิจกรรมการหายใจเข้า-ออก ลึก ๆ ยาว ๆ การไออย่างมีประสิทธิภาพ การบริหารกล้ามเนื้อแขน กล้ามเนื้อต้นขา และกล้ามเนื้อรอบข้อสะโพก การลุกนั่งร่วมกับการแกว่งเท้า ข้อจำกัดหลังการผ่าตัดเกี่ยวกับท่านั่ง ท่านอนที่เหมาะสม การลุกเดินอย่างเป็นขั้นตอนภายใน 24 ชั่วโมงแรกหลังผ่าตัดตามแผนการรักษาของแพทย์ การฝึกเดินโดยใช้อุปกรณ์เสริมถ้าผู้สูงอายุเดินไม่ได้ในวันที่แพทย์มีคำสั่งการรักษา จะส่งฝึกเดินซ้ำโดยนักกายภาพบำบัด จนสามารถใช้อุปกรณ์ช่วยพยุงเดินได้เองหรือให้ผู้ดูแลช่วยพยุงเดิน ทำให้การลุกเดินได้ครั้งแรกหลังผ่าตัด และความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันมากกว่ากลุ่มควบคุม

นอกจากนี้ผลการวิจัย พบว่า ผู้สูงอายุกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันหลังผ่าตัดในวันจำหน่ายสูงกว่าผู้สูงอายุกลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.05$) ทั้งนี้เนื่องจากโปรแกรมนี เป็นโปรแกรมที่มีกิจกรรมสำคัญที่เน้นให้ผู้ดูแลมีส่วนร่วมในการดูแลผู้สูงอายุใน 2 ระยะ คือ ระยะที่ 1 การดูแลขณะผู้สูงอายुरักษาตัวในโรงพยาบาล และระยะที่ 2 การดูแลหลังจำหน่ายจากโรงพยาบาล โดยในระยะการดูแลขณะผู้สูงอายुरักษาตัวในโรงพยาบาล ผู้ดูแลจะได้รับการสนับสนุน และฝึกทักษะการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ได้แก่ การช่วยเหลือการรับประทานอาหาร การล้างหน้าหวีผม การลุกนั่งจากที่นอน การใช้ห้องน้ำ การเคลื่อนที่ภายในห้อง การสวมใส่เสื้อผ้า การอาบน้ำ การกลั้นการถ่ายอุจจาระ และการกลั้นปัสสาวะ ตลอดจนการร่วมวางแผนจำหน่ายร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพ ทำให้เกิดความต่อเนื่องของการดูแล ผู้ดูแลมีความมั่นใจและสามารถจัดการดูแลได้ สอดคล้องกับการศึกษาของ วิวรรตน์ นิลสวัสดิ์ (2565) พบว่า ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองหลังใช้โปรแกรมมีความสามารถในการใช้ชีวิตประจำวันหลังใช้โปรแกรมสูงกว่าก่อนใช้โปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.001$)

การนำผลการวิจัยไปใช้ประโยชน์

1. ด้านปฏิบัติการพยาบาล ผลการวิจัยสามารถนำไปเป็นแนวทางสำหรับบุคลากรทางพยาบาลประจำแผนกอร์โธปิดิกส์ นำผลการวิจัยไปใช้ในการเตรียมผู้ดูแลผู้สูงอายุกระดูกสะโพกหัก เพื่อส่งเสริมการฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัดและการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันอย่างต่อเนื่องทั้งในขณะพักรักษาตัวในโรงพยาบาลและการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน

2. ด้านการบริหารการพยาบาล ผู้บริหารทางการพยาบาลสามารถติดตามผลการใช้โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจผู้ดูแลในการดูแลผู้สูงอายุที่ได้รับการผ่าตัดกระดูกสะโพกหัก และนำผลมากำหนดนโยบายในการพัฒนาคุณภาพการพยาบาลผู้สูงอายุกระดูกสะโพกหักในด้านอื่น ๆ ต่อไป

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

ควรมีการศึกษาติดตามการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันในระยะยาวที่ระยะ 6 เดือน และ 1 ปี รวมถึงการศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ

เอกสารอ้างอิง

งานข้อมูลสารสนเทศ. (2565). สถิติผู้สูงอายุกระดูกสะโพกหักที่ได้รับการผ่าตัดปี 2561 -2565. โรงพยาบาลแพ่ง จังหวัดแพร่.

นิพา ศรีช้าง และลลิตรา กำช้าง. (2559) รายงานการพยากรณ์การพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุ (อายุ 60 ปีขึ้นไป) ในประเทศไทย ปี พ.ศ. 2560 – 2564. สืบค้นเมื่อ 27 สิงหาคม 2565 จาก http://www.thaincd.com/2016/mission/documents_detail.php?id=12095&tid=39&gid=1-027.

นัยนา ธัญธาดาพันธ์, เรณูการ์ ทองคำรอด และบุญทิพย์ สิริธรรังศรี. (2563). ผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังผู้ดูแลต่อความรู้ความสามารถในการดูแลและการฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัดของผู้สูงอายุที่ผ่าตัดกระดูกสะโพกหัก โรงพยาบาลสตูล. วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ, 13(2), 231- 239.

รัตนา พัฒนธรรมรัตน์. (2564). ผลของโปรแกรมการส่งเสริมให้ผู้ดูแลมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยสูงอายุกระดูกสะโพกหักที่เปลี่ยนข้อสะโพกเทียม โรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช. มหाराชนครศรีธรรมราชเวชสาร, 5(1), 73-88.

วิภาพร ลิเลศมงคลกุล. (2555). ความสัมพันธ์ระหว่างดัชนีมวลกาย ความเจ็บปวดและการสนับสนุนทางสังคมกับการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันในระยะฟื้นฟูในตัวผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียม.วิทยานิพนธ์หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่. บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.

วิรัตน์ นิลสวัสดิ์ (2565). ผลของโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองและผู้ดูแลระยะเปลี่ยนผ่านจากโรงพยาบาลสู่บ้านต่อความสามารถการใช้ชีวิตประจำวัน ภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยและความสามารถในการจัดการตนเองของผู้ดูแล. วารสารวิจัยการพยาบาลและการสาธารณสุข, 2(3), 57-70.

- สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล. (2563). แนวปฏิบัติเพื่อจัดการการผ่าตัดกระดูกข้อสะโพกหักในผู้ป่วยสูงอายุโครงการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยสูงอายุที่กระดูกข้อสะโพกหัก (รพ.นาร่อง). เอกสารประกอบการประชุมชี้แจงแนวปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยสูงอายุที่กระดูกข้อสะโพกหักแก่โรงพยาบาลนาร่อง. วันที่ 6 สิงหาคม 2563 ณ ห้องประชุมจุฬีเตอร์ 8-10 อิมแพคเมืองทองธานี.
- หอผู้ป่วยศัลยกรรมกระดูกหญิง โรงพยาบาลแพร่. (2565). สถิติผู้ป่วยสูงอายุกระดูกสะโพกหักที่ได้รับการผ่าตัดและติดตามในโปรแกรม PIMC ปี 2564 -2565. โรงพยาบาลแพร่ จังหวัดแพร่.
- อุไรวรรณ พลชา และพรรณวรดา สุวัน. (2560). การพัฒนาแนวทางปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนในผู้ป่วยสูงอายุกระดูกสะโพกหัก โรงพยาบาลอุดรธานี. *วารสารการแพทย์โรงพยาบาลอุดรธานี*, 25(3), 259-272.
- เรณูจุมจิตต์ มิ่งพันธ์, ตะวัน เขตปัญญา, เยาวเรศ ก้านมะลิ และวารุณี เข็มลา. (2563). การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลการจัดการความปวดในผู้ป่วยสูงอายุที่ได้รับการผ่าตัดข้อสะโพกเทียม. *วารสารคณะพยาบาลศาสตร์มหาวิทยาลัยบูรพา*, 28(2), 1-15.
- Cohen, J. (1977). *Statistical power analyses for the behavioral sciences*. Hillsdale, NJ Lawrence Earlbaum.
- Gibson H, (1995). Nursing: Empowerment and the problem of power. *Journal of Advanced Nursing*, 21(5), 865-871.
- Harris, M. J., Brovman, E. Y., & Urman, R. D. (2019). Clinical predictors of postoperative delirium, functional status, and mortality in geriatric patients undergoing non- elective surgery for hip fracture. *Journal of Clinical Anesthesia*, 58, 61-71.
- Worapong, S., et al. (2019). Epidemiology of fragility hip fractures in Nan, Thailand. *Osteoporosis and Sarcopenia*, 5(1), 19-22.

ประสิทธิผลของระบบบริการพยาบาลเพื่อช่วยเลิกบุหรี่จุดเดียวแบบเบ็ดเสร็จในคลินิก
โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง โรงพยาบาลเถิน

Effects of the One-Stop Smoking Cessation Nursing Service
in the Non-Communicable Chronic Disease Clinic, Thoen Hospital

พัชรินทร์ เขตประทุม^{1*}, ศรีประไพ อินทรชัยเทพ²

Pacharin Ketpratum^{1*}, Sriprapai Inchaihep²

โรงพยาบาลเถิน¹, วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครลำปาง คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข²

Thoen Hoapital¹, Boromrajonani College of Nursing Nakorn Lampang, Faculty of Nursing

Praboromarajchanok Institute, Ministry of Public Health²

(Received: October 28, 2022; Revised: November 21, 2022; Accepted: December 27, 2022)

บทคัดย่อ

การวิจัยกึ่งทดลองแบบกลุ่มเดียววัดผลก่อนและหลัง มีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินประสิทธิผลของระบบบริการพยาบาลเพื่อช่วยเลิกบุหรี่จุดเดียวแบบเบ็ดเสร็จในคลินิกโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง และศึกษาความพึงพอใจของผู้ใช้บริการ โรงพยาบาลเถิน จังหวัดลำปาง กลุ่มตัวอย่างใช้การเลือกแบบเฉพาะเจาะจง เป็นผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่เสพติดบุหรี่ ในคลินิกโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง จำนวน 54 ราย เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ ระบบบริการพยาบาลเพื่อช่วยเลิกบุหรี่จุดเดียวแบบเบ็ดเสร็จโดยผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบบันทึกข้อมูลผู้ป่วย แบบทดสอบระดับการตัดสินใจและแบบสอบถามความพึงพอใจที่มีค่าความเชื่อมั่นสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค เท่ากับ 0.97 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา และเปรียบเทียบข้อมูลอัตราการเลิกบุรืกับระดับการตัดสินใจก่อนและหลังการใช้ระบบบริการพยาบาลเพื่อช่วยเลิกบุหรี่จุดเดียวแบบเบ็ดเสร็จ ด้วยสถิติ Paired T-Test

ผลการวิจัย พบว่าหลังจากใช้ระบบบริการพยาบาลเพื่อช่วยเลิกบุหรี่จุดเดียวแบบเบ็ดเสร็จ อัตราการเลิกบุรืเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 40.87 เป็นร้อยละ 84.10 ระดับคะแนนการตัดสินใจของกลุ่มตัวอย่าง มีค่าเฉลี่ยลดลงจาก 5.98 (S.D.= 1.22) เป็น 2.41 (S.D.= 0.74) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.01$) และกลุ่มตัวอย่างมีความพึงพอใจในระดับมากโดยมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.04 (S.D.= 0.58) ผลการศึกษาในครั้งนี้เป็นข้อมูลพื้นฐานให้โรงพยาบาลเถินพัฒนาระบบบริการพยาบาลเพื่อช่วยเลิกบุหรี่จุดเดียวแบบเบ็ดเสร็จในคลินิกโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง และขยายบริการไปยังคลินิกโรคอื่น ๆ เพื่อช่วยให้ผู้รับบริการของโรงพยาบาลเถินสามารถเลิกบุรืได้สำเร็จ

คำสำคัญ: ระบบบริการพยาบาลเพื่อช่วยเลิกบุรื, ผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง, อัตราการเลิกบุรื

*ผู้ให้การติดต่อ พัชรินทร์ เขตประทุม e-mail: ketpratum15@hotmail.com

Abstract

This one group pretest-posttest quasi-experimental research aimed to examine the effects of a one-stop smoking cessation nursing service system in the non-communicable disease clinic and to evaluate clients' satisfaction in Thoen Hospital, Lampang province. The 54 participants were purposively selected from the patients who addicted to cigarettes in Non-Communicable Disease Clinic. The research instrument was a one-stop smoking cessation nursing service system developed by the researchers based on a literature review. Data collection tools were a patient information form, the Fagerstrom Test for Nicotine Dependence, and a satisfaction questionnaire with Cronbach's alpha coefficient confidence of 0.97. The data were analyzed using descriptive statistics. The comparison of smoking cessation rates and nicotine addiction levels before and after enrolling in the one-stop smoking cessation nursing service was analyzed using a paired t-test.

The results showed that after enrolling in the one-stop smoking cessation nursing service, the smoking cessation rate increased from 40.87% to 84.10%. The nicotine addiction score of the participants decreased significantly, with the mean decreasing from 5.98 (S.D.=1.22) to 2.41 (S.D.=0.74) ($p\text{-value} < 0.01$). Participants with chronic non-communicable diseases were satisfied at a high level, with an average of 4.04 (S.D.=0.58). The results of this study provide basic information for Thoen Hospital to develop a one-stop smoking cessation nursing service system in the non-communicable disease clinic and could allow healthcare providers to apply the service to other clinics to help patients of Thoen Hospital continue to successfully quit smoking.

Keywords: A One-Stop Smoking Cessation Nursing Service, Non-Communicable Diseases, Smoking Cessation

บทนำ

การสูบบุหรี่เป็นพฤติกรรมเสี่ยงที่นำไปสู่การเกิดโรคและเพิ่มความรุนแรงของโรคหัวใจและหลอดเลือด โรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง อีกทั้งการสูบบุหรี่ยังเป็นสาเหตุหลักที่ทำให้ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง เสียชีวิตถึง 1 ใน 3 (Bhatt & Goel, 2018; Bhatt, Goel, Grover, Kaur, & Singh, 2021) การสูบบุหรี่ยังเป็นการเพิ่มปริมาณไตรกรีเซอไรด์และลดไขมันดีในร่างกาย ส่งผลให้เลือดมีความเหนียวข้นและมีโอกาสเกิดลิ่มเลือดได้ง่ายซึ่งส่งผลต่อการไหลเวียนของเลือดไปยังหัวใจและสมอง อีกทั้งยังทำลายเซลล์และเส้นเลือดซึ่งทำให้มีการ

เพิ่มและก่อให้เกิดคราบต่าง ๆ ซึ่งเป็นสาเหตุให้เส้นเลือดหนาและตีบมากขึ้น (Rigotti, Kruse, Livingstone-Banks, & Hartmann-Boyce, 2022) ผู้ป่วยเสพติดบุหรี่ เป็นกลุ่มผู้ป่วยที่ควรได้รับการพยาบาลเพื่อช่วยเหลือเลิกบุหรี่ เพราะการเลิกบุหรี่สามารถป้องกันการเกิดโรคที่อันตรายและรุนแรงทำให้เสียชีวิตได้ (Chang, Anic, Rostron, Tanwar, & Chang, 2021)

อำเภอเถิน มีจำนวนผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง ที่มีอายุ 35-60 ปี ทั้งสิ้น 2,917 ราย จากการประเมินความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองและหลอดเลือดหัวใจ โดยใช้โปรแกรม Thai CVD Risk ผลปรากฏว่า พบความเสี่ยงระดับปานกลางถึงระดับความเสี่ยงระดับสูงที่เป็นอันตรายต่อการเกิดโรคจำนวนทั้งสิ้น 496 ราย ซึ่งสาเหตุหนึ่งมาจากผู้ป่วยในกลุ่มนี้ร้อยละ 48.19 ยังมีพฤติกรรมสูบบุหรี่ (โรงพยาบาลเถิน, 2564) แต่การให้บริการของคลินิกเลิกบุหรี่ของโรงพยาบาลเถินนั้นมีพยาบาลทำหน้าที่หลักไม่มีแพทย์ ไม่มีนักจิตวิทยา ทำให้พยาบาลต้องทำหน้าที่หลายบทบาท เนื่องจากพยาบาลเป็นบุคลากรที่ต้องอยู่ประจำการในคลินิกและไม่เป็นการบริการจุดเดียวแบบเบ็ดเสร็จผู้ป่วยต้องเดินไปมาระหว่างตึก ทำให้ระยะเวลาารับบริการของผู้ป่วยเสพติดบุหรี่ในคลินิกเลิกบุหรือนาน มีผลให้ผู้ป่วยบางรายตัดสินใจไม่เข้าบำบัดที่คลินิกเลิกบุหรี่ ดังนั้น ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาถึงระบบบริการพยาบาลเพื่อช่วยเหลือเลิกบุหรี่จุดเดียวแบบเบ็ดเสร็จในคลินิกโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง โรงพยาบาลเถิน จังหวัดลำปาง ซึ่งเป็นการเพิ่มโอกาสการเข้าถึงการบำบัดของผู้ป่วยเสพติดบุหรี่ โดยพยาบาลมีการประเมินความรุนแรงของการเสพติดบุหรี่ มีการให้คำแนะนำแบบสั้น (Brief Advice) และการเชื่อมโยงสาเหตุของอาการต่าง ๆ ที่พบในโรคไม่ติดต่อเรื้อรังเป็นรายบุคคลและสามารถแก้ไขปัญหาเรื่องการติดตามผลหลังบำบัดที่พบในคลินิกเลิกบุหรี่ได้เพราะผู้ป่วยต้องมาพบแพทย์อย่างต่อเนื่อง รวมถึงพยาบาลมีการส่งต่อการดูแลการติดตามผู้ป่วยให้ศูนย์บริการเลิกบุหรี่แห่งชาติ ทางระบบยูรีเฟอร์ (U-Refer) โดยเจ้าหน้าที่ของศูนย์บริการเลิกบุหรี่แห่งชาติจะดำเนินการติดตามผู้ป่วยหลังบำบัดด้วยการโทรศัพท์ติดตามเป็นระยะ ๆ เป็นการเพิ่มประสิทธิภาพบริการพยาบาลเพื่อช่วยการเลิกบุหรี่ทำให้ผู้ป่วยที่เสพติดบุหรี่สามารถเลิกบุหรี่ได้สำเร็จเพิ่มมากขึ้น

วัตถุประสงค์การวิจัย

วัตถุประสงค์ทั่วไป

เพื่อประเมินประสิทธิผลของระบบบริการพยาบาลเพื่อช่วยเหลือเลิกบุหรี่จุดเดียวแบบเบ็ดเสร็จในคลินิกโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง

วัตถุประสงค์เฉพาะ

1. เพื่อเปรียบเทียบอัตราการเลิกบุหรี่และคะแนนระดับการติดสารนิโคตินของกลุ่มตัวอย่างก่อนและหลังใช้ระบบบริการพยาบาลเพื่อช่วยเหลือเลิกบุหรี่จุดเดียวแบบเบ็ดเสร็จในคลินิกโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง

2. เพื่อศึกษาความพึงพอใจของกลุ่มตัวอย่างที่ได้รับบริการพยาบาลเพื่อช่วยเลิกบุหรี่จุดเดียวแบบเบ็ดเสร็จ ในคลินิกโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง

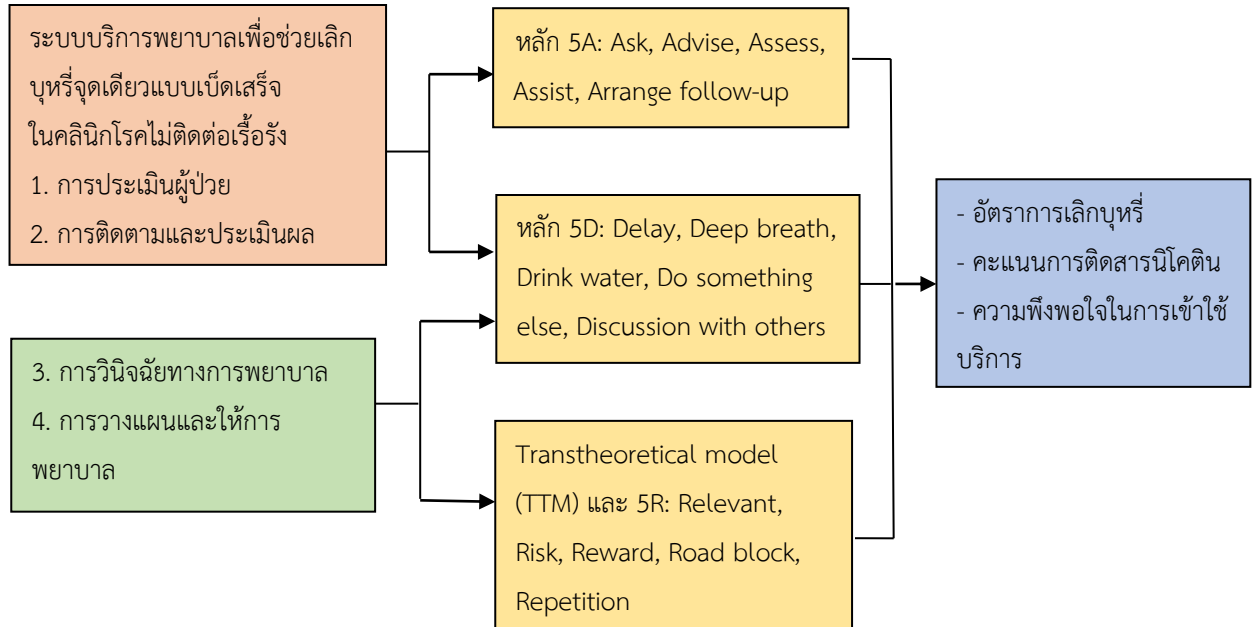
สมมติฐานการวิจัย

1. อัตราการเลิกบุหรี่ของกลุ่มตัวอย่างหลังการใช้ระบบบริการพยาบาลเพื่อช่วยเลิกบุหรี่จุดเดียวแบบเบ็ดเสร็จในคลินิกโรคไม่ติดต่อเรื้อรังสูงกว่าก่อนการใช้ระบบ

2. คะแนนเฉลี่ยการติดสารนิโคตินของกลุ่มตัวอย่างหลังการใช้ระบบบริการพยาบาลเพื่อช่วยเลิกบุหรี่จุดเดียวแบบเบ็ดเสร็จในคลินิกโรคไม่ติดต่อเรื้อรังต่ำกว่าก่อนการใช้ระบบ

กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยใช้กระบวนการพยาบาล ซึ่งประกอบด้วย การประเมินภาวะสุขภาพ การวินิจฉัย การพยาบาล การวางแผนการพยาบาล การใช้การแผนการพยาบาล และการประเมินผลการพยาบาล (Potter & Perry, 2005) และใช้แนวคิดทฤษฎีขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม Transtheoretical Model (TTM) ซึ่งมีองค์ประกอบหลัก 3 ส่วน คือ 1) การประเมินขั้นตอนการเปลี่ยนแปลง (Stages of Change) 2) กระบวนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม (Process of Change) และ 3) ความสมดุลของการตัดสินใจ (Decisional Balance) (Prochaska & Diclemente, 1983) ครอบคลุมหลักการ 5A ประกอบด้วย Ask การถามพฤติกรรมในการสูบบุหรี่ Advise การให้คำแนะนำถึงอันตรายการสูบบุหรี่ การลด การเลิกการสูบบุหรี่ Assess การประเมินการตั้งใจ Assist การช่วยเหลือด้วยการบำบัด และ Arrange follow-up การจัดการติดตามผล และการจัดกิจกรรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม เพื่อเลิกบุหรี่อย่างยั่งยืนด้วยกิจกรรม 5D ประกอบด้วย Delay ไม่สูบบุหรี่ทันทีที่ยากสูบ Deep Breath การหายใจเข้าออกลึก ๆ Drink Water การดื่มน้ำอย่างช้า ๆ Do Something Else การหาสิ่งอื่นทำแทนการสูบบุหรี่ Discussion with others การให้คิดถึงผลดีของการเลิกสูบบุหรี่



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

ระเบียบวิธีวิจัย

ผู้วิจัยใช้ระเบียบวิธีการวิจัยแบบกึ่งทดลอง (Quasi Experimental Research) แบบกลุ่มเดียว วัดก่อนและหลังการทดลอง (One Groups Pre-Posttest Design) เก็บข้อมูลในช่วงเดือนธันวาคม 2564 ถึง เดือนกันยายน 2565

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่เสพยาสูบหรี่ ในคลินิกโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง โรงพยาบาลเถิน จังหวัดลำปาง ที่มารับการรักษาตั้งแต่ 1 พฤศจิกายน 2564 - 30 กรกฎาคม 2565 จำนวนทั้งสิ้น 239 ราย

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่เสพยาสูบหรี่ ในคลินิกโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง โรงพยาบาลเถิน จังหวัดลำปาง คำนวณด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป G*Power ที่ Effect Size เท่ากับ 0.50 Alpha เท่ากับ 0.05 และ Power เท่ากับ 0.95 ซึ่งเป็นการกำหนดจากการประมาณค่าขนาดอิทธิพลที่แนะนำโดย Cohen (1977) อ้างใน นิธิพนธ์ สนิทเหลือ, วัชรพร สาตร์เพชร และญาดา นภาพารักษ์, 2562) ได้กลุ่มตัวอย่างน้อยที่สุด จำนวน 54 ราย ใช้การเลือกแบบเจาะจง (Purposive Sampling) ตามเกณฑ์คัดเข้าดังนี้

เกณฑ์การคัดเข้า

1. ได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรังและรับการรักษาต่อเนื่องที่ โรงพยาบาลเถิน
2. ได้รับการประเมินว่ามีการเสพยาสูบหรี่ โดยมีคะแนน Fagerstorm Test ตั้งแต่ 4 คะแนนขึ้นไป
3. ยินดีเข้าร่วมโครงการวิจัยตลอดระยะเวลาการวิจัย
4. การรับรู้ปกติ ตอบคำถาม และสามารถพูดคุยตอบโต้ได้ตามปกติ

5. ไม่มีปัญหาทางจิตหรือความผิดปกติด้านการรับรู้ เช่น การได้ยิน การมองเห็น การพูด

เกณฑ์การคัดออก

มีการเปลี่ยนแปลงของอาการของโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ทำให้ต้องเปลี่ยนแปลงแผนการรักษาระหว่างการวิจัย เช่น เกิดภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูงหรือโรคเบาหวานที่ทำให้ต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย แบ่งเป็น 2 ประเภท ดังนี้

1. เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย ได้แก่ ระบบบริการพยาบาลเพื่อช่วยเลิกบุหรี่จุดเดียวแบบเบ็ดเสร็จในคลินิกโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง โดยผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม ประกอบด้วย การประเมินผู้ป่วย การวินิจฉัยทางการแพทย์ การวางแผนและการให้การพยาบาลเพื่อช่วยเหลือในการเลิกบุหรี่ และการติดตามและประเมินผล

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล มี 3 ชุดประกอบด้วย

2.1 แบบบันทึกข้อมูลผู้ป่วย ประกอบด้วย เพศ อายุ อาชีพ ระดับการศึกษา สถานภาพโรคประจำตัว ความตั้งใจเลิกบุหรี่ ระยะเวลาการเลิกบุหรี่ และประเภทการบำบัดเพื่อการเลิกบุหรี่ยรวมถึงพฤติกรรมสูบบุหรี่

2.2. แบบทดสอบระดับการติดยาโคติน (Fagerstrom Test for Nicotine Dependence) ของฟาเกอร์สตรอม และคณะ ฉบับแปลเป็นภาษาไทยและดัดแปลงโดยผ่องศรี ศรีมรกต (2550) ลักษณะเป็นแบบประเมินความรุนแรงของการติดยาโคตินของผู้เสพติดบุหรี่ ประกอบด้วยข้อคำถาม จำนวน 6 ข้อ มีคะแนนตั้งแต่ 0-3 คะแนน โดยการแปลผลมีดังนี้ ระดับ 7-10 คะแนน หมายถึง เสพติดนิโคตินในระดับรุนแรง ระดับ 4-6 คะแนน หมายถึง เสพติดนิโคตินในระดับปานกลาง และระดับน้อยกว่า 4 คะแนน หมายถึง เสพติดนิโคติน ในระดับเล็กน้อย

2.3 แบบสอบถามความพึงพอใจในบริการพยาบาลเพื่อช่วยเลิกบุหรี่จุดเดียวแบบเบ็ดเสร็จในคลินิกโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม ประกอบด้วย ความพึงพอใจต่อกระบวนการเลิกบุหรี่ ผู้ให้บริการ ระยะเวลา สถานที่ วัสดุ อุปกรณ์ และการติดตามประเมินผล จำนวน 16 ข้อ เป็นแบบสอบถามมาตราส่วนประเมินค่า (Likert Scale) 5 ระดับ ดังนี้ ระดับ 1 หมายถึง พึงพอใจระดับน้อยที่สุด ระดับ 2 หมายถึง พึงพอใจระดับน้อย ระดับ 3 หมายถึง พึงพอใจระดับปานกลาง ระดับ 4 หมายถึง พึงพอใจระดับมาก และระดับ 5 หมายถึง พึงพอใจระดับมากที่สุด

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

เครื่องมือวิจัยที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล ได้แก่ ระบบบริการพยาบาลเพื่อช่วยเลิกบุหรี่จุดเดียวแบบเบ็ดเสร็จในคลินิกโรคไม่ติดต่อเรื้อรังและแบบสอบถามความพึงพอใจต่อบริการพยาบาล เพื่อช่วยเลิกบุหรี่ ผู้ศึกษาได้พัฒนาขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมโดยปรับให้สอดคล้องกับบริบทของโรงพยาบาลเดิมมีการ

ตรวจสอบความครอบคลุมโดยนำไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ตรวจสอบเพื่อพิจารณาความครอบคลุมของเนื้อหา (Completeness) ความชัดเจนของคำถาม (Clarity) ความเหมาะสมของคำถาม (Appropriateness) และความเหมาะสมของการจัดลำดับคำถาม (Sequence the Questions) หลังจากนั้นนำข้อเสนอแนะและความคิดเห็นของผู้ทรงคุณวุฒิที่ได้มาปรับปรุงแก้ไข ก่อนนำไปใช้และทดสอบความเชื่อมั่นของแบบประเมิน Fagerstorm Test โดยนำไปใช้ในกลุ่มผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่สูบบุหรี่ที่ไม่ได้รับคัดเลือกเป็นกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 15 ราย วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ Cronbach Alpha Ecoefficiency มีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.97

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ผู้วิจัยทำหนังสือถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาลเงินเพื่อขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูล หลังจากนั้นเข้าพบหัวหน้ากลุ่มการพยาบาล และพยาบาลผู้ปฏิบัติงานในคลินิกโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ กระบวนการวิจัย วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล และประโยชน์ของงานวิจัยต่อผู้ป่วยและหน่วยงาน

2. คัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง ตามเกณฑ์การคัดเลือกหลังจากกลุ่มตัวอย่างยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัยเป็นลายลักษณ์อักษรแล้ว ผู้วิจัยอธิบายวัตถุประสงค์และกระบวนการวิจัย พร้อมเปิดโอกาสให้กลุ่มตัวอย่างสอบถามข้อสงสัย

3. ดำเนินการวิจัย โดยใช้ระบบบริการพยาบาลเพื่อช่วยเลิกบุหรี่จุดเดียวแบบเบ็ดเสร็จในคลินิกโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง มีระยะเวลาดำเนินการเป็นระยะเวลา 36 สัปดาห์ ตั้งแต่ 1 พฤศจิกายน 2564 ถึง 31 กรกฎาคม 2565 โดยผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม ประกอบด้วย

3.1 การประเมินผู้ป่วย ใช้เวลา 5 นาที โดยแนวคิด Trans Theoretical Model of Behavioral Change และ ใช้หลัก 5A และ 5R ได้แก่

1) การวัดสัญญาณชีพ ชั่งน้ำหนัก วัดความสูง วัดรอบเอว และบันทึกลงในเวชระเบียนอิเล็กทรอนิกส์

2) การถามประวัติการสูบบุหรี่ (A1: Ask) ลงในเวชระเบียนอิเล็กทรอนิกส์ ซึ่งมีตัวเลือกของพฤติกรรมผู้ป่วย ดังนี้ ไม่เคยสูบบุหรี่ เคยสูบแต่เลิกแล้วไม่เกิน 1 เดือน เคยสูบแต่เลิกแล้ว 6 เดือนขึ้นไป และยังสูบบุหรี่อยู่ และการลงบันทึกในเวชระเบียนอิเล็กทรอนิกส์

3) การประเมินความพร้อมในการเลิกบุหรี่ (A3: Assess) ใช้แนวคิด Trans Theoretical Model of Behavioral Change ซึ่งมี 7 ระยะดังนี้ 1) ระยะไม่คิดจะเลิกบุหรี่ (Precontemplation Stage) 2) ระยะคิดจะเลิกบุหรี่ใน 6 เดือนข้างหน้า (Contemplation Stage) 3) ระยะเตรียมตัวเลิกบุหรี่ใน 1 เดือนข้างหน้า (Preparation) 4) ระยะอยู่ระหว่างการเลิกบุหรี่ (Action) 5) ระยะคงไว้ซึ่งการเลิกบุหรี่ ได้อย่างน้อย 6 เดือนแล้ว (Maintenance) 6) ระยะที่เลิกบุหรี่ได้สำเร็จ (Termination) และ 7) ระยะอาจกลับมาสูบบุหรี่ซ้ำ (Relapse)

4) การประเมินความตั้งใจในการเลิกบุหรี่ ด้วยคำถามว่า “ถ้าคะแนนของความตั้งใจเลิกบุหรี่ อยู่ระหว่าง 0-10 คะแนน โดย 0 คะแนน หมายถึง ไม่มีความตั้งใจที่จะเลิก และ 10 คะแนน หมายถึง มีความตั้งใจมากที่จะเลิกบุหรี่ตั้งแต่นี้เลย คุณให้คะแนนความตั้งใจของตนเองเท่าไร”

5) การประเมินระดับการตัดสินใจ (A3: Assess) ด้วยแบบทดสอบระดับการตัดสินใจตัดสินใจเพื่อประกอบการเลือกวิธีการเลิกบุหรี่ให้เหมาะสมกับสภาพผู้ป่วย

3.2 การวินิจฉัยทางการพยาบาลและการวางแผนและให้การพยาบาลเพื่อช่วยเหลือในการเลิกบุหรี่ โดยใช้แนวคิด Trans theoretical Model of Behavioral Change และ ใช้หลัก 5A และ 5R ใช้เวลา 10 นาที การให้บริการพยาบาลเพื่อช่วยเลิกบุหรี่ มีข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลและการวางแผนและให้การพยาบาล ดังนี้

1) สูบบุหรี่อยู่ไม่สนใจ/ไม่คิดที่จะเลิก (Precontemplation Stage) การพยาบาล: ให้เอกสารเกี่ยวกับพิษภัยบุหรี่ และผลดีของการเลิกบุหรี่ หลีกเลี่ยงการโต้เถียงกับผู้ป่วย (A2: Advice)

2) สูบบุหรี่อยู่คิดจะเลิกสูบบุหรี่ใน 6 เดือนข้างหน้า/ยังลังเลใจที่จะเลิก (Contemplation Stage) การพยาบาล: ให้คำแนะนำ (A2: Advice) เพื่อสร้างแรงจูงใจโดยใช้หลัก 5 R และช่วยเหลือในการเลิกบุหรี่ ประกอบด้วย

- Relevant การชี้ให้เห็นสิ่งกระตุ้นที่เกี่ยวข้องสัมพันธ์กับผู้ที่ลังเลใจที่จะเลิก เช่น การมีบุคลิกภาพที่ดีเมื่อไม่สูบบุหรี่ การเป็นที่ยอมรับของครอบครัว การเป็นตัวอย่างที่ดีสำหรับลูก

- Risk การให้คำแนะนำเพื่อให้ผู้สูบบุหรี่เห็นอันตรายของการสูบบุหรี่ที่มีผลต่อโรคประจำตัว ซึ่งมีโอกาสทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนที่ร้ายแรงขึ้นได้และผลเสียในระยะยาวต่อตนเองและครอบครัว

- Reward การให้คำแนะนำเพื่อให้ผู้สูบบุหรี่เห็นประโยชน์ ผลดีของการไม่สูบบุหรี่ ลดความเสี่ยงต่อการเกิดโรคแทรกซ้อน อายุยืน และประหยัดเงิน

- Roadblock มองหาว่าอะไรที่เป็นอุปสรรคที่ทำให้เลิกบุหรี่ไม่ได้ เช่น ความเครียด น้ำหนักที่เพิ่มขึ้น เนื่องจากรับประทานอาหารมากขึ้น เคยเลิกแล้วไม่สำเร็จ ให้คำแนะนำเพื่อแก้ไขอุปสรรค

- Repetition คือ การประเมิน ซักถามซ้ำทุกครั้งที่พบผู้สูบบุหรี่ โดยให้ผู้สูบบุหรี่รู้สึกดีที่พยาบาลมีความห่วงใยต่อสุขภาพของเขา เพราะการเลิกบุหรี่ต้องใช้ความพยายามอาจต้องเลิกหลายครั้งกว่าจะประสบความสำเร็จในการเลิกบุหรี่ได้ตลอดไป

3) สูบบุหรี่อยู่ แต่เตรียมตัวเลิกสูบบุหรี่ใน 1 เดือนข้างหน้า (Preparation) การพยาบาล: ช่วยผู้ป่วยกำหนดเป้าหมาย วางแผนเอาชนะอุปสรรคต่อการเลิกสูบบุหรี่ และเลือกวิธีที่จะใช้เลิกสูบบุหรี่ให้เหมาะสมกับผู้ป่วย เช่น การหักดิบ หรือการใช้นิโคตินทดแทน

4) อยู่ระหว่างการเลิกสูบบุหรี่ (Action) มีความพร้อมเลิกสูบบุหรี่มาก การพยาบาล: พยาบาลช่วยเหลือให้การเลิกสูบบุหรี่ดำเนินต่อไป (A4: Assist) โดยวางแผนทำกิจกรรมเพื่อส่งเสริมการเลิกสูบบุหรี่

ให้สำเร็จ การให้เอกสารแผ่นพับเคล็ดลับการเลิกบุหรี่ และการป้องกันการกลับมาสูบบุหรี่ โดยให้คำแนะนำช่วยเหลือตามหลัก 5 D เพื่อลดความอยากสูบบุหรี่ที่เกิดขึ้นทันที ดังนี้

- Delay: ไม่สูบบุหรี่ทันที เลื่อนหรือยืดเวลาออกไปให้นาน 3-5 นาที เมื่ออยากสูบบุหรี่

- Deep Breath: สูดลมหายใจลึก ๆ ติดต่อกัน 3-5 นาที เมื่ออยากสูบบุหรี่

- Drink water: ดื่มน้ำเปล่า 1-2 แก้ว เมื่ออยากสูบบุหรี่

- Do something eles: ทำสิ่งอื่นทดแทนการสูบบุหรี่ เมื่ออยากสูบบุหรี่

- Discussion with other: พูดคุยกับคนอื่น เช่น คนในบ้านหรือหากำลังใจ

และนึกถึงเป้าหมายของการเลิกบุหรี่ในครั้งนี้

5) เลิกบุหรี่ ได้อย่างน้อย 6 เดือนแล้ว (Maintenance) / เลิกบุหรี่สำเร็จ (Termination)

การพยาบาล: การชื่นชมและให้กำลังใจและการป้องกันการกลับมาสูบบุหรี่ซ้ำ

3.3 การติดตามและประเมินผล ใช้เวลา 5 นาที ใช้หลัก 5 A และ 5 R

1) มีการนัดหมายให้กลับมาตรวจซ้ำที่คลินิกโรคไม่ติดต่อเรื้อรังโรงพยาบาลเถิน

2) มีการติดตามทางโทรศัพท์และการส่งต่อการติดตามกับสายด่วนเลิกบุหรี่ทางโทรศัพท์แห่งชาติ หมายเลข 1600 ทางระบบ U-Refer โดยมีกำหนดวันติดตามทางโทรศัพท์ หลังวันกำหนดเลิกบุหรี่ของผู้ป่วย ดังนี้ 3 วัน 7 วัน 2 สัปดาห์ 1 เดือน 3 เดือน 6 เดือน และ 1 ปี (A 5: Arrange Follow Up)

3) มีการติดตามในทุกครั้งเมื่อผู้ป่วยมาพบแพทย์ตามนัดในคลินิกโรคไม่ติดต่อเรื้อรังโรงพยาบาลเถินด้วยแบบสอบถามพฤติกรรมกรรมการสูบบุหรี่ในเวชระเบียนอิเล็กทรอนิกส์ของระบบ HosXp งานสารสนเทศทางการแพทย์โรงพยาบาลเถิน

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปโดยใช้สถิติเชิงพรรณนาและเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการติดสารนิโคตินของกลุ่มตัวอย่างก่อนและหลังใช้ระบบบริการพยาบาลเพื่อช่วยเลิกบุหรี่จุดเดียวแบบเบ็ดเสร็จ โดยใช้สถิติ Paired T-Test

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยทำการพิทักษ์กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา โดยนำเสนอโครงร่างวิจัยเพื่อรับการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยเกี่ยวกับมนุษย์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครลำปาง เอกสารรับรองเลขที่ E 2564-083 หลังจากได้รับการอนุมัติผู้วิจัยเข้าพบผู้อำนวยการโรงพยาบาลเถินและหัวหน้าพยาบาล โรงพยาบาลเถิน เพื่ออธิบายวัตถุประสงค์ของการศึกษาและขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล ดำเนินการชี้แจงให้กลุ่มตัวอย่างทราบก่อนการเก็บข้อมูลเกี่ยวกับรายละเอียดการวิจัย การตอบ

รับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมการศึกษาคั้งนี้จะไม่ผลใด ๆ ต่อผู้รับบริการ และข้อมูลทุกอย่างถือเป็นความลับจะนำไปใช้ตามวัตถุประสงค์ของการศึกษาเท่านั้น และผลการศึกษาจะนำเสนอในภาพรวม

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไป

กลุ่มตัวอย่างโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่เสพติดบุหรี่ ส่วนใหญ่เป็นเพศชายร้อยละ 90.70 มีอายุเฉลี่ย 56.17 ปี ประกอบอาชีพเกษตรกรเป็นส่วนใหญ่ร้อยละ 66.50 มีการศึกษาระดับชั้นมัธยมศึกษาร้อยละ 53.70 และมีสถานภาพคู่สมสร้อยละ 79.60 มีโรคประจำตัวเป็นโรคความดันโลหิตสูงร้อยละ 50.00 กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เริ่มมีความคิดที่จะเลิกบุหรี่ใน 6 เดือนข้างหน้าถึงร้อยละ 66.70 การบำบัดเพื่อการเลิกบุหรี่ที่ได้รับ คือ คำแนะนำและคู่มือการเลิกบุหรี่ด้วยตนเองกับสมุนไพรชาหญ้าดอกขาวร้อยละ 59.30

2. ข้อมูลอัตราการเลิกบุหรี่และระดับการติดสารนิโคตินของกลุ่มตัวอย่างก่อนและหลังใช้ระบบบริการพยาบาลเพื่อช่วยเลิกบุหรี่จุดเดียวแบบเบ็ดเสร็จในคลินิกโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง

พบว่าอัตราการเลิกบุหรี่ของกลุ่มตัวอย่าง มีอัตราการเลิกบุหรี่สำเร็จสูงขึ้นจากร้อยละ 40.87 เป็นร้อยละ 84.10 หลังจากใช้ระบบบริการพยาบาลเพื่อช่วยเลิกบุหรี่จุดเดียวแบบเบ็ดเสร็จ ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบอัตราการเลิกบุหรี่ ของกลุ่มตัวอย่างก่อนและหลังใช้ระบบบริการพยาบาลเพื่อช่วยเลิกบุหรี่จุดเดียวแบบเบ็ดเสร็จในคลินิกโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (n=54)

ตัวแปร	ก่อน (ร้อยละ)	หลัง (ร้อยละ)
อัตราการเลิกบุหรี่ของผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง	40.87	84.10

3. ข้อมูลระดับการติดสารนิโคตินของกลุ่มตัวอย่างก่อนและหลังใช้ระบบบริการพยาบาลเพื่อช่วยเลิกบุหรี่จุดเดียวแบบเบ็ดเสร็จในคลินิกโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง

พบว่าคะแนนเฉลี่ยการติดสารนิโคตินของกลุ่มตัวอย่างโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ก่อนและหลังใช้ระบบบริการพยาบาลเพื่อช่วยเลิกบุหรี่จุดเดียวแบบเบ็ดเสร็จในคลินิกโรคไม่ติดต่อเรื้อรังโรงพยาบาลเถิน มีคะแนนเฉลี่ยการติดสารนิโคตินลดต่ำลงจาก 5.98 คะแนน เป็น 2.41 คะแนน ตามลำดับ ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการติดสารนิโคตินของกลุ่มตัวอย่างก่อนและหลังใช้ระบบบริการพยาบาล เพื่อช่วยเลิกบุหรี่จุดเดียวแบบเบ็ดเสร็จในคลินิกโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (n=54)

การทดสอบ	n	Mean	S.D.	t	P-value
ก่อนใช้ระบบบริการพยาบาลเพื่อช่วยเลิกบุหรี่จุดเดียวแบบเบ็ดเสร็จ	54	5.98	1.22	22.05	< 0.01*
หลังใช้ระบบบริการพยาบาลเพื่อช่วยเลิกบุหรี่จุดเดียวแบบเบ็ดเสร็จ	54	2.41	0.74		

* p-value < 0.01

3. ความพึงพอใจในระบบบริการพยาบาลเพื่อช่วยเลิกบุหรี่จุดเดียวแบบเบ็ดเสร็จในคลินิกโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (n=54)

พบว่า กลุ่มตัวอย่างโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่ใช้ระบบบริการพยาบาลเพื่อช่วยเลิกบุหรี่จุดเดียวแบบเบ็ดเสร็จในคลินิกโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง มีความพึงพอใจระดับมาก ดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของความพึงพอใจในระบบบริการพยาบาลเพื่อช่วยเลิกบุหรี่จุดเดียวแบบเบ็ดเสร็จในคลินิกโรคไม่ติดต่อเรื้อรังโรงพยาบาลเถิน (n=54)

ตัวแปร	Mean	S.D.	ระดับ
ความพึงพอใจในระบบบริการพยาบาลเพื่อช่วยเลิกบุหรี่จุดเดียวแบบเบ็ดเสร็จในคลินิกโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง	4.04	0.58	พึงพอใจมาก

การอภิปรายผล

หลังใช้ระบบบริการพยาบาลเพื่อช่วยเลิกบุหรี่จุดเดียวแบบเบ็ดเสร็จในคลินิกโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง โรงพยาบาลเถิน กลุ่มตัวอย่างมีอัตราการเลิกบุหรี่สำเร็จเพิ่มขึ้นและมีคะแนนระดับการติดสารนิโคตินลดลง เป็นไปตามสมมุติฐานการวิจัย ซึ่งอาจกล่าวได้ว่าบริการพยาบาลที่ผู้ให้บริการเกิดความเข้าใจในตัวผู้รับบริการ มีการการวางแผนร่วมกับผู้รับบริการโดยใช้กระบวนการพยาบาล และใช้แนวคิด Trans Theoretical Model Of Behavioral Change และหลักการ 5A 5R และ 5 D (Potter & Perry, 2005) รวมถึงมีการบันทึกทางการพยาบาล สามารถทำให้ผู้ป่วยเลิกบุหรี่ได้สำเร็จ ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ อรสา พันธภักดี (2556) ที่พบว่า การช่วยผู้ป่วย หรือผู้รับบริการด้านสุขภาพให้เลิกบุหรี่ พยาบาลต้องมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการประเมินระยะของการเลิก บุหรี่ เพื่อให้การพยาบาลที่เหมาะสมกับระยะนั้น ๆ การบันทึกทางการพยาบาลจะเป็นข้อมูลว่าพยาบาลได้ให้การ ช่วยเหลือผู้ป่วยเรื่องอะไรและอย่างไร รวมทั้งผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย ซึ่งเป็นสิ่งที่แสดงถึงการเปลี่ยนความคิด ทักษะของผู้สูบบุหรี่หรือเปลี่ยนระยะของการเลิกสูบบุหรี่จากไม่คิดจะเลิกสูบบุหรี่ให้ตระหนักถึงความสำคัญ ที่ต้องเลิกบุหรี่และผลลัพธ์ที่มีคุณค่าที่สุด คือ ผู้ป่วยเลิกบุหรี่ได้อย่างถาวร

ระบบบริการพยาบาลเพื่อช่วยเลิกบุหรี่จุดเดียวแบบเบ็ดเสร็จในคลินิกโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง มีการติดตามการเลิกบุหรี่ทางโทรศัพท์จากเจ้าหน้าที่สายด่วนเลิกบุหรี่ 1600 ที่เป็นเครือข่ายในการช่วยเลิกบุหรี่ คือ จะมีการโทรศัพท์ติดตาม หลังวันกำหนดเลิกบุหรี่ของผู้ป่วย ดังนี้ 3 วัน 7 วัน 2 สัปดาห์ 1 เดือน 3 เดือน 6 เดือน และ 1 ปี รวมถึงการติดตามโดยพยาบาลในคลินิกโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ในทุกครั้งที่ผู้ป่วยมาตามนัด การติดตามอย่างต่อเนื่องอย่างเป็นระบบ อาจกล่าวได้ว่าทำให้การช่วยเลิกบุหรี่ของผู้ป่วยสำเร็จได้สูงขึ้น สอดคล้องกับ กรองจิตวาทีสารกกิจ (2552) กล่าวว่า การช่วยให้เลิกบุหรี่ โดยการหาแรงจูงใจและกำลังใจ การเลิก กำหนดวันเลิกการหักดิบ รวมทั้งได้รับการติดตามประคับประคองหลังให้คำปรึกษาโดยการโทรศัพท์ ติดตามในวันที่ 3, 7, 14 และ 1, 3, 6, 9, 12 เดือน หลังลงมือเลิกบุหรี่ ทำให้สามารถเพิ่มอัตราการเลิกบุหรี่ได้ และยังสอดคล้องกับงานวิจัยของบราส, จาคอบ, ดาฮาและคริทช์ลีย์ (Barth, Jacob, Doha, I& Critchley, 2015) ที่พบว่าการปรับพฤติกรรม การติดตามสนับสนุนการเลิกทางโทรศัพท์และการให้เอกสารวิธีการเลิกบุหรี่ด้วยตนเอง เป็นวิธีการที่มีประสิทธิผลช่วยให้ผู้ป่วยเลิกสูบบุหรี่สำเร็จที่ 6 - 12 เดือน

การวิจัยพบว่าผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่ใช้ระบบบริการพยาบาลเพื่อช่วยเลิกบุหรี่จุดเดียวแบบเบ็ดเสร็จในคลินิกโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง โรงพยาบาลเถิน มีความพึงพอใจต่อบริการอยู่ในระดับมาก อาจเนื่องมาจากผู้ป่วยสามารถเข้าถึงการช่วยเลิกบุหรี่ได้ง่าย และไม่ต้องเสียเวลาเดินทางไปรอรับบริการที่คลินิกเลิกบุหรี่ของโรงพยาบาลที่อยู่อีกอาคารหนึ่ง การเข้าถึงบริการพยาบาลเพื่อช่วยเลิกบุหรี่จุดเดียวแบบเบ็ดเสร็จที่คลินิกโรคไม่ติดต่อเรื้อรังนั้น จึงเป็นการลดระยะเวลาในการรอรับบริการของผู้ป่วยทำให้ผู้ป่วยมีความพึงพอใจต่อบริการดังกล่าวอยู่ในระดับมาก ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของอัจฉรา วรรณศรีสว่าง (2564) ที่พบว่า การใช้แนวปฏิบัติลดระยะเวลารอคอยแผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช ได้แก่ การจัดประชุมทีมก่อนให้บริการ การนัดหมายผู้ป่วยตามกลุ่มโรค ระยะเวลารอคอยบริการลดลง และความพึงพอใจของผู้ป่วยเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ รวมถึงพยาบาลผู้ทำหน้าที่ให้บริการพยาบาลเพื่อช่วยเลิกบุหรี่ของคลินิกโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง โรงพยาบาลเถิน มีความรู้ความสามารถในการช่วยเลิกบุหรี่เพราะได้ผ่านการอบรมการช่วยเลิกบุหรี่ จึงสามารถปฏิบัติงานได้อย่างมืออาชีพ มีผลทำให้ผู้รับบริการเกิดความพึงพอใจในบริการพยาบาลดังกล่าว ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของเหวียน, ทราน และเหวียน (Nguyen, Tran, & Nguyen, 2021) ที่พบว่าการให้บริการของบุคลากรทางการแพทย์มีทางบวกต่อความพึงพอใจโดยรวมของผู้ป่วย จากการมีความรู้ความสามารถเชิงวิชาชีพ การให้โอกาสในการซักถามข้อสงสัยและตอบคำถามได้อย่างชัดเจน การแนะนำขั้นตอนในการรับบริการ และการนัดหมายเพื่อมารับบริการในครั้งต่อไป

การนำผลการวิจัยไปใช้ประโยชน์

1. ด้านปฏิบัติการพยาบาล พยาบาลและบุคลากรสาธารณสุขที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังสามารถนำระบบบริการพยาบาลเพื่อช่วยเลิกบุหรี่จุดเดียวแบบเบ็ดเสร็จ ลงสู่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

ในเครือข่ายทั้ง 18 แห่ง ในอำเภอเถิน เพื่อให้ผู้ป่วยที่ยังเสพติดบุหรี่อยู่สามารถเข้าถึงการเลิกบุหรี่ได้ง่าย สะดวก และรวดเร็ว ส่งผลถึงการเพิ่มอัตราการเลิกบุหรี่ได้สำเร็จของประชาชนในอำเภอเถินในภาพรวมต่อไป

2. ด้านการบริหารการพยาบาล ผู้บริหารหน่วยงานสาธารณสุขหรือหน่วยงานที่เกี่ยวข้องเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังและสูบบุหรี่ ควรมีการพัฒนาศักยภาพของบุคลากรในแผนกให้มีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการประเมินระยะของการเลิกบุหรี่ โดยเฉพาะเรื่องการประยุกต์ใช้แนวคิด 5D 5A และ 5R เพื่อให้สามารถนำไปประยุกต์ใช้และขยายบริการในคลินิกเฉพาะทางโรคอื่น ๆ ในโรงพยาบาลชุมชนตามบริบทต่อไปได้

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

ควรศึกษาผลของการใช้ระบบบริการพยาบาลเพื่อช่วยเลิกบุหรี่จุดเดียวแบบเบ็ดเสร็จในระยะยาว และศึกษาเพิ่มเติมในประเด็นการกลับมาเสพติดบุหรี่ซ้ำในผู้ที่สามารถเลิกบุหรี่สำเร็จแล้ว และวิเคราะห์ถึงสาเหตุและปัจจัยที่เกี่ยวข้องของการกลับมาเสพติดบุหรี่ซ้ำของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง

เอกสารอ้างอิง

- กรองจิต วาทีสาธกิจ. (2552). *การส่งเสริมการเลิกบุหรี่ในงานประจำ* (พิมพ์ครั้งที่ 2). กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์มูลนิธิธรรมคไม่สูบบุหรี่.
- นิพัทธ์พนธ์ สนิทเหลือ, วัชรินทร์ สาตร์เพ็ชร และญาดา นภาอารักษ์. (2562). การคำนวณขนาดตัวอย่างด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป G*POWER. *วารสารวิชาการสถาบันเทคโนโลยีแห่งสุวรรณภูมิ*, 5(1), 496-507.
- ผ่องศรี ศรีมรกต. (2550). *การบำบัดเพื่อช่วยให้เลิกบุหรี่*. กรุงเทพฯ: N P Press Limited Partnership.
- โรงพยาบาลเถิน. (2564). *สรุปผลการดำเนินงานประจำปี*. (เอกสารสำเนา).
- อัจฉรา วรรณศรีสว่าง. (2564). ผลการใช้แนวปฏิบัติลดระยะเวลาการรอคอยแผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลพระนารายณ์ มหาราช. *วารสารสุขภาพและสิ่งแวดล้อมศึกษา*, 6(4), 186-194.
- อรสา พันธุ์ภักดี. (2556). กระบวนการพยาบาล: การให้คำแนะนำการช่วยเลิกบุหรี่. *วารสารพยาบาล*, 62(1), 65-70.
- Barth, J., Jacob, T., Dahan, I., & Critchley, J. A. (2015). Psychosocial interventions for smoking cessation in patients with coronary heart disease. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 6(7), 1-95. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD006886>.
- Bhatt, G., & Goel, S. (2018). Using non-communicable disease clinics for tobacco cessation: A promising perspective. *The National Medical Journal of India*, 31(3), 172-175.

- Bhatt, G., Goel, S., Grover, S., Kaur, N., & Singh, S. (2021). A cross sectional study to assess tobacco use and its correlates among patients attending non-communicable disease clinics of a Northern Jurisdiction in India. *Journal of Family Medicine and Primary Care*, 10(8), 2915-2922.
- Chang, J. T., Anic, G. M., Rostron, B. L., Tanwar, M., & Chang, C. M. (2021). Cigarette smoking reduction and health risks: A systematic review and meta-analysis. *Nicotine & Tobacco Research: Official Journal of the Society for Research on Nicotine and Tobacco*, 23(4), 635-642.
- Potter, P. A. & Perry, A. G. (2005). *Potter & Perry's Fundamentals of Nursing*. Australia: St.Louis, Mo. Elsevier Mosby.
- Prochaska, J. O., & DiClemente, C. C. (1983). Stages and processes of self-change of smoking: Toward an integrative model of change. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 51(3), 390-395.
- Nguyen, N. X., Tran, K., & Nguyen, T. A. (2021). Impact of service quality on in-patients' satisfaction, perceived value, and customer loyalty: A mixed-methods study from a developing country. *Patient Preference and Adherence*, 15, 2523-2538.
- Rigotti, N. A., Kruse, G. R., Livingstone-Banks, J., & Hartmann-Boyce, J. (2022). Treatment of tobacco smoking: A Review. *The Journal of the American Medical Association*, 327(6), 566-577.

ผลของโปรแกรมการสัมภาษณ์เพื่อสร้างแรงจูงใจร่วมกับการใช้โค้ชด้านสุขภาพของ
ผู้ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงที่มีโรคร่วมไตเรื้อรังระยะที่ 3 ต่อการบริโภคโซเดียม
ระดับความดันโลหิตและอัตราการกรองของไต

The Effects of Motivational Interviewing Program with Health Coaching
of Hypertension Patients with 3 Stage Chronic Kidney Disease
on Sodium Consumption, Blood Pressure and Estimated Glomerular Filtration Rate

ศรรัตน์ อินธา^{1*}, กิริยา คำนาน²

Srirat Intha^{1*}, Kiriya Kumnan²

โรงพยาบาลร่งกวาง^{1*}, โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านเวียง²

Rongkwang Hospital^{1*}, Banweing Health Promotion Hospital²

(Received: October 3, 2022; Revised: October 21, 2022; Accepted: December 29, 2022)

บทคัดย่อ

การวิจัยกึ่งทดลองนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการสัมภาษณ์เพื่อสร้างแรงจูงใจร่วมกับการใช้โค้ชด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีโรคร่วมไตเรื้อรังระยะที่ 3 ต่อการบริโภคโซเดียม ระดับความดันโลหิตและอัตราการกรองของไต ดำเนินการศึกษาระหว่างเดือนพฤษภาคม ถึงเดือนธันวาคม 2565 กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีโรคร่วมไตเรื้อรังระยะที่ 3 จำนวนทั้งหมด 39 ราย ที่มาตรวจเลือดประจำปีที่โรงพยาบาลร่งกวาง และรักษาต่อที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านเวียง มีค่าอัตราการกรองของไต (Estimate Glomerular Filtration Rate (eGFR)) อยู่ในช่วง 30–59 mL/min/1.73m² เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย คือ โปรแกรมการสัมภาษณ์เพื่อสร้างแรงจูงใจร่วมกับการใช้โค้ชด้านสุขภาพ โดยการให้คำปรึกษาเป็นรายบุคคล จำนวน 3 ครั้ง เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล คือ แบบบันทึกปริมาณโซเดียมในอาหาร แบบบันทึกค่าความดันโลหิต และผลตรวจเลือดในสมุดประจำตัวผู้ป่วย วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา และเปรียบเทียบปริมาณโซเดียมในอาหาร ค่าความดันโลหิตและอัตราการกรองของไตก่อนและหลังให้คำปรึกษา 6 เดือน โดยสถิติ Paired T-Test

ผลการศึกษา พบว่า หลังได้รับโปรแกรม กลุ่มตัวอย่างมีการบริโภคโซเดียมลดลงจาก 1.22 เป็น 0.77 ระดับความดันโลหิตตัวบน มีค่าเฉลี่ยลดลงจาก 133.69 เป็น 127.28 mmHg และระดับความดันโลหิตตัวล่าง มีค่าเฉลี่ยลดลงจาก 82.44 เป็น 78.18 mmHg และมีค่าเฉลี่ยอัตราการกรองของไตเพิ่มขึ้นจาก 51.59 เป็น 53.14 mL/min/1.73m² แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.05$) งานวิจัยนี้แสดงให้เห็นว่า โปรแกรมการสัมภาษณ์เพื่อสร้างแรงจูงใจร่วมกับการใช้โค้ชด้านสุขภาพช่วยให้ผู้ป่วยปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม สามารถชะลออาการรุนแรงของโรคไตเรื้อรังและลดภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ จากโรคได้

คำสำคัญ: การสัมภาษณ์เพื่อสร้างแรงจูงใจ, การใช้โค้ชด้านสุขภาพ, โรคความดันโลหิตสูง, โรคไตเรื้อรัง

*ผู้ให้การติดต่อ ศรรัตน์ อินธา e-mail: srirat0801352772@gmail.com

Abstract

The objective of this quasi-experimental research was to examine the effects of a motivational interviewing program with health coaching on sodium consumption, blood pressure and estimated glomerular filtration rate among hypertensive patients with stage 3 chronic kidney disease in Rongkwang Hospital and Banweing Health Promotion Hospital, Phrae province. This study was conducted between May and December 2022. Participants were 39 hypertensive patients with stage 3 chronic kidney disease who came for annual blood tests at Rong Kwang Hospital and further treatment at Ban Wiang Health Promoting Hospital and had an estimated glomerular filtration rate (eGFR) between 30 and 59 mL/min/1.73 m². The research tool was a motivational interviewing program with health coaching techniques. This program provided individual consultations for 10-15 minutes each time and followed up at the participants' homes in the first week of the month, three times. A sodium consumption record form, a blood pressure level, an estimated glomerular filtration rate (eGFR), and the participant's identification book were used to collect data. Sodium consumption, level of blood pressure, and an estimated glomerular filtration rate (eGFR) were assessed six months after enrolling in the program. Data was analyzed using descriptive statistics and a paired t-test.

The results showed that after receiving a Motivational Interviewing program with Health Coaching, the participant's sodium consumption decreased from 1.22 to 0.77, the mean systolic blood pressure decreased from 133.69 to 127.28 mmHg, the mean diastolic pressure decreased from 82.44 to 78.18 mmHg, and the mean glomerular filtration rate increased from 51.59 to 53.14 mL/min/1.73m, which is significantly significant (*p-value* <0.05). This research indicates that a motivational interview program with health coaching helps patients change their appropriate health behaviors. Also, It can slow down the severity of chronic kidney disease and reduce the complications from the disease.

Keywords: Motivational Interviewing, Health Coaching, Hypertension, Chronic Kidney Disease

บทนำ

ความดันโลหิตสูงเป็นภาวะที่เพิ่มโอกาสต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด โรคไตเรื้อรัง และเป็นสาเหตุที่ทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิตก่อนวัยอันควร ประชากรทั่วโลกประมาณ 1.3 พันล้านคน ป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูง (World Health Organization, 2021) จากรายงานทะเบียนผู้ป่วยของกระทรวงสาธารณสุข มีผู้ป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อ จำนวน

22.05 ล้านคน ที่มีความสัมพันธ์กับการบริโภคเกลือเกินขนาด (สุรศักดิ์ กันตชูเวสศิริ, 2562) การลดเกลือโซเดียมเป็น 1 ใน 9 เป้าหมายระดับโลกในการควบคุมปัญหาโรคไม่ติดต่อ (Non-Communicable Diseases: (NCDs)) ภายในปี พ.ศ. 2568 โดยองค์การอนามัยโลกกำหนดให้ลดการบริโภคเกลือและโซเดียมลง ร้อยละ 30.00 เป้าหมายเพื่อต้องการลดความชุกของการมีภาวะความดันโลหิตสูงลงร้อยละ 25 (World Health Organization, 2013) โดยสถานการณ์ในประเทศไทย ปี พ.ศ. 2561 พบอัตราการตายด้วยโรคความดันโลหิตสูงเท่ากับ 13.13 ต่อประชากรแสนคน เพิ่มขึ้นเป็น 14.22 ต่อประชากรแสนคน ในปี พ.ศ. 2563 (กรมควบคุมโรค, 2565) จากการศึกษาของกาญจนา มณีทัต และสมจิต แดนสีแก้ว (2560) พบว่า การบริโภคเกลือและโซเดียมมีความสัมพันธ์เชิงเส้นกับอุบัติการณ์การเกิดโรคความดันโลหิตสูง และการเสียชีวิตด้วยโรคระบบหลอดเลือดและหัวใจ ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ลดการบริโภคเกลือได้เหมาะสม สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้และไม่มีภาวะแทรกซ้อนเกิดขึ้น ร้อยละ 80 สำหรับแนวทางการรักษาโรคความดันโลหิตสูงในเวชปฏิบัติทั่วไป พ.ศ. 2562 แนะนำการลดการบริโภคเค็มถือเป็นหนึ่งในวิธีการรักษาโรคความดันโลหิตสูงโดยไม่ใช้ยา วิธีการนี้ช่วยลดความดันโลหิตตัวบนหรือความดันโลหิตขณะหัวใจบีบตัวได้ประมาณ 2-8 mmHg จากการสำรวจการบริโภคเกลือแกงในประเทศไทย ในปี พ.ศ. 2552 พบว่า คนไทยได้รับโซเดียมจากการรับประทานอาหารมากถึง 4,351.69 มิลลิกรัม ซึ่งถือว่าคนไทยบริโภคเกลือเกินกว่า 2 เท่า จากที่องค์การอนามัยโลกกำหนดให้ไม่เกิน 2,000 มิลลิกรัมต่อวันหรือเกลือแกง 1 ช้อนชาต่อวัน นับว่าเป็นปัญหาสาธารณสุขที่ต้องมีการจัดการที่เหมาะสม ดังนั้น ในปี พ.ศ. 2558 กระทรวงสาธารณสุขจึงได้จัดทำแผนยุทธศาสตร์การลดการบริโภคเกลือและโซเดียมในประเทศไทย พ.ศ. 2559-2568 (กรมควบคุมโรค, 2559) ข้อมูลจากสมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย (2563) ประเมินการคาดว่าจะมีผู้ป่วย โรคไตเรื้อรังในปี พ.ศ. 2564 จำนวน 59,209 ราย และพบว่า คนไทยป่วยเป็นโรคไตเรื้อรัง ประมาณร้อยละ 17.6 ของประชากร คิดเป็นผู้ป่วยราว 8 ล้านคน สำหรับในอำเภอร่องกวางมีผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3 เพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยในปี พ.ศ. 2562-2564 มีจำนวน 908, 919 และ 1,010 รายตามลำดับ (สถิติโรคไม่ติดต่อโรงพยาบาลร่องกวาง, 2564) เป็นผู้ป่วยตำบลบ้านเวียง จำนวน 80, 92 และ 111 รายตามลำดับ ในปี พ.ศ. 2564 ผู้วิจัยและทีมได้ศึกษาผลของโปรแกรมการจัดการตนเองต่อพฤติกรรมบริโภคเกลือโซเดียมและการควบคุมระดับความดันโลหิตของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง ระยะที่ 1 ถึง 3 ในชุมชนต้นแบบ ประกอบด้วย ตำบลบ้านเวียง จำนวน 60 ราย ตำบลแม่ยางตาล จำนวน 69 ราย ตำบลร่องกวาง จำนวน 69 ราย รวมทั้งหมดจำนวน 198 ราย พบว่า ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 1 ถึง 3 ตำบลบ้านเวียง จำนวน 39 ราย ที่มีการบริโภคเริ่มเค็ม (0.71-0.90%) ทั้งก่อนและหลังการทดลอง ผลตรวจเลือดพบอัตราการกรองของไตเป็นระยะที่ 3 นอกจากนี้ผลการศึกษาของวีรณัฐ รอบสันติสุข และสิริสวัสดิ์ วันทอง (2558) พบว่า การได้รับโซเดียมมากเกินไป ส่งผลให้เกิดการคั่งของเกลือและน้ำในอวัยวะต่าง ๆ ผลที่เกิดขึ้นทำให้แขนขาบวม เหนื่อยง่าย แน่นหน้าอก นอนราบไม่ได้ ซึ่งเป็นอาการทางระบบหัวใจและหลอดเลือด อาการที่พบบ่อย ได้แก่ ความดันโลหิตสูงและอาการของหัวใจวาย ปัจจัยที่เป็นสาเหตุของความดันโลหิตสูงในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง ได้แก่ 1) การคั่งของโซเดียมและน้ำ ซึ่งเป็นสาเหตุพื้นฐานที่ทำให้มีความดันโลหิตสูง 2) มีการหลั่ง Renin เพิ่มขึ้น ซึ่งทำให้มีการหลั่ง Angiotensin II เพิ่มขึ้นและเพิ่มการหลั่ง Aldosterone และ 3) การหลั่ง

Prostaglandins จากชั้นในของไต (Renal Medulla) ลดน้อยลง ตามปกติ Prostaglandins จะช่วยลดความดันโลหิต โดยลดแรงต้านทานของหลอดเลือดส่วนปลาย การมีความดันโลหิตสูงยิ่งทำให้ภาวะไตวายแย่ลง เนื่องจาก ทำให้หลอดเลือดถูกทำลายมากขึ้น ไตจึงขาดเลือดไปเลี้ยง ซึ่งจะทำให้ความดันโลหิตสูงยิ่งขึ้น เกิดเป็นวงจรของความเสื่อมและอาจพบภาวะหัวใจล้มเหลวและน้ำท่วมปอด รวมไปถึงเยื่อหุ้มหัวใจอักเสบจากการมีน้ำในช่องเยื่อหุ้มหัวใจได้ (สมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย, 2562)

ทฤษฎีการสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ (Theory of Motivational Interviewing) ของมิลเลอร์และโรส (Miller & Rose, 2009) มีองค์ประกอบที่สำคัญ 2 ประการ คือ 1) องค์ประกอบด้านสัมพันธภาพ (Relational Components) และ 2) องค์ประกอบด้านเทคนิค (Technical Components) ส่วนการใช้โค้ชด้านสุขภาพ (Health Coaching) เป็นหลักการบำบัดทางจิตวิทยาที่ได้รับการคิดค้นขึ้นโดย Miller & Rollnick (1991) ซึ่งได้พัฒนาเทคนิคการสัมภาษณ์เพื่อสร้างแรงจูงใจโดยอาศัยทฤษฎี Stage of Change ของ Prochaska & Diclemente (1983) ทฤษฎีนี้อธิบายถึงขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของบุคคลตั้งแต่ขั้นตอนที่บุคคลไม่ใส่ใจในปัญหาของตน เริ่มตระหนักรู้ว่าเป็นปัญหาถึงขั้นที่บุคคลลงมือปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของตนเอง โดยเดินข้ามผ่านพฤติกรรมเดิมก้าวสู่พฤติกรรมใหม่อย่างมั่นคง ขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงต่าง ๆ เหล่านี้นับเป็นหัวใจในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของบุคคล ซึ่งเป็นปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้นอย่างต่อเนื่อง ทั้งนี้สำนักโรคติดต่อ กรมควบคุมโรค ได้จัดทำหลักสูตรการให้คำปรึกษาเพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพลดเสี่ยง ลดโรคไม่ติดต่อเรื้อรังขึ้น ในปี พ.ศ. 2555 และได้ดำเนินการใช้โค้ชด้านสุขภาพ (Health Coaching) มาให้ผู้เข้ารับการอบรมฝึกทักษะดังกล่าวเพื่อนำไปใช้ในคลินิกโรคไม่ติดต่อเรื้อรังนาร่องและขยายผลไปยังสถานบริการที่มีความพร้อม (กรมควบคุมโรค, 2554) จากการทบทวนวรรณกรรมการใช้โค้ชด้านสุขภาพ (Health Coaching) พบว่า ผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะไตเสื่อมหลังได้รับกระบวนการ Health Coaching ,น้ำตาลการกรองของไตเพิ่มขึ้น ระดับครีเอตินิน (Creatinine) และระดับน้ำตาลในเลือดสะสม (HbA1C) ลดลง (วิจิตรฯ แพงชะ, 2559) ส่วนการให้คำปรึกษาตามหลักการสัมภาษณ์เพื่อสร้างแรงจูงใจ (Motivational Interviewing: MI) พบว่าสามารถนำมาใช้ในการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่เน้นการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะท้ายก่อนได้รับการบำบัดทดแทนไต พบว่า มีคะแนนเฉลี่ยความรู้โรคไตเรื้อรังและพฤติกรรมสุขภาพสูงขึ้นร่วมกับมีผลลัพธ์ทางคลินิกดีขึ้น (จุฑามาศ เทียนสอาด, นิโรบล กนกสุนทรรัตน์ และชาครีย์ กิตติยากร, 2561) ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ลดการบริโภคเกลือได้เหมาะสม สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้และไม่มีความเสี่ยงแทรกซ้อนเกิดขึ้น (กาญจนา มณีทัพบ และสมจิต แคนสีแกว, 2560)

จากปัญหาดังกล่าวข้างต้น ผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะนำโปรแกรมการสัมภาษณ์เพื่อสร้างแรงจูงใจร่วมกับการใช้โค้ชด้านสุขภาพมาใช้เพื่อแก้ปัญหาในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีโรคร่วมไตเรื้อรังระยะที่ 3 ที่ไม่สามารถควบคุมการบริโภคโซเดียมได้ ให้มีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมอันจะนำไปสู่การควบคุมการบริโภคโซเดียม ระดับความดันโลหิต การกรองของไต และส่งผลทำให้ชะลอการเสื่อมของไตได้ เพื่อป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนอื่น ๆ

วัตถุประสงค์การวิจัย

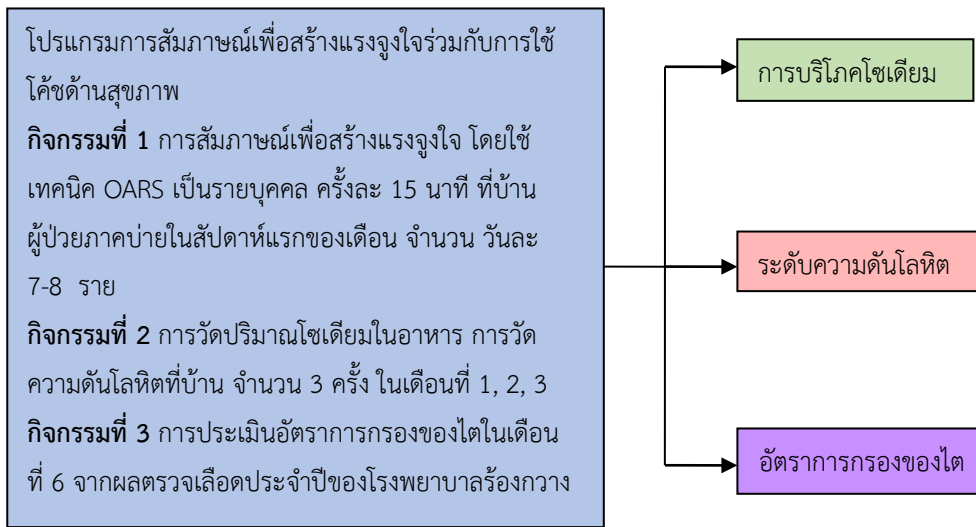
1. เพื่อเปรียบเทียบการบริโภคโซเดียมก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการสัมภาษณ์เพื่อสร้างแรงจูงใจร่วมกับการใช้โค้ชด้านสุขภาพ
2. เพื่อเปรียบเทียบระดับความดันโลหิตก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการสัมภาษณ์เพื่อสร้างแรงจูงใจร่วมกับการใช้โค้ชด้านสุขภาพ
3. เพื่อเปรียบเทียบอัตราการกรองของไตก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการสัมภาษณ์เพื่อสร้างแรงจูงใจร่วมกับการใช้โค้ชด้านสุขภาพ

สมมติฐานการวิจัย

1. กลุ่มทดลองมีการบริโภคโซเดียมหลังได้รับโปรแกรมการสัมภาษณ์เพื่อสร้างแรงจูงใจร่วมกับการใช้โค้ชด้านสุขภาพดีกว่าก่อนทดลอง
2. กลุ่มทดลองมีระดับความดันโลหิตหลังได้รับโปรแกรมการสัมภาษณ์เพื่อสร้างแรงจูงใจร่วมกับการใช้โค้ชด้านสุขภาพดีกว่าก่อนทดลอง
3. กลุ่มทดลองมีอัตราการกรองของไตหลังได้รับโปรแกรมการสัมภาษณ์เพื่อสร้างแรงจูงใจร่วมกับการใช้โค้ชด้านสุขภาพดีกว่าก่อนทดลอง

กรอบแนวคิดการวิจัย

โปรแกรมการสัมภาษณ์เพื่อสร้างแรงจูงใจร่วมกับการใช้โค้ชด้านสุขภาพในงานวิจัยนี้ ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นโดยประยุกต์ใช้แนวคิดของทฤษฎีการสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ (Theory of Motivational Interviewing) ของมิลเลอร์และโรส (Miller & Rose, 2009) แบ่งออกเป็น 3 กิจกรรม คือ กิจกรรมที่ 1 การสัมภาษณ์เพื่อสร้างแรงจูงใจผู้วิจัยใช้เทคนิค OARS เป็นรายบุคคลในสัปดาห์แรกของเดือน กิจกรรมที่ 2 วัดปริมาณโซเดียมในอาหาร วัดความดันโลหิตที่บ้านจำนวน 3 ครั้ง กิจกรรมที่ 3 ประเมินอัตราการกรองของไตในเดือนที่ 6 จากผลตรวจเลือดประจำปีของโรงพยาบาลร่งควาง



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

ระเบียบวิธีวิจัย

การศึกษานี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-Experimental Research) เพื่อเปรียบเทียบผลก่อนและหลังการทดลองในกลุ่มเดียวกัน (The One Group Pre – Post Test Design) โดยเก็บรวบรวมข้อมูลตั้งแต่เดือนพฤษภาคม-พฤศจิกายน 2565

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงที่มีโรคร่วมไตเรื้อรังระยะที่ 3 ในอำเภอร่องกวาง จังหวัดแพร่ ที่ตรวจโรคประจำปีตามเกณฑ์สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) โดยงานชั้นสูตรโรงพยาบาลร่งกวาง จังหวัดแพร่ จำนวน 3,451 ราย ในเดือนตุลาคม ปี พ.ศ. 2564

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงที่มีโรคร่วมไตเรื้อรังระยะที่ 3 ที่มารับการรักษาที่โรงพยาบาลร่งกวาง จังหวัดแพร่ อย่างต่อเนื่อง และอาศัยอยู่ในพื้นที่ตำบลบ้านเวียง อย่างต่อเนื่องระหว่างเดือนพฤษภาคม-พฤศจิกายน 2565 โดยการคัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง คำนวณกลุ่มตัวอย่างโดยใช้โปรแกรม G*Power (อวิชชัย วรพงษ์ และสุริย์พันธ์, 2561) โดยกำหนดค่าอิทธิพลขนาดกลาง (Effect Size) เท่ากับ 0.5 ค่าความคลาดเคลื่อน (Alpha) เท่ากับ 0.05 และค่าอำนาจทดสอบ (Power) เท่ากับ 0.92 ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 39 ราย โดยมีการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์คุณสมบัติ ดังนี้

เกณฑ์การคัดเลือก

1. เป็นผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีโรคร่วมไตเรื้อรังระยะที่ 3 มีผลตรวจเลือดประจำปีเดือนตุลาคม 2564 มีอัตราการกรองของไต (Estimated Glomerular Filtration Rate (e GFR)) อยู่ในช่วง 30-59 mL/min/1.73m²
2. เป็นผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ที่มีผลบริโภคโซเดียมอยู่ในเกณฑ์เริ่มเค็ม (0.70-0.90%) จากผลงานวิจัยในปี พ.ศ. 2564 จำนวน 39 ราย

3. อาศัยอยู่ในพื้นที่ตำบลบ้านเวียง อำเภอร่องขาว จังหวัดแพร่ อย่างต่อเนื่อง ติดต่อกันตลอดระยะเวลาการวิจัยเพื่อบันทึกกิจกรรมได้ครบถ้วน

เกณฑ์การคัดออก

1. เสียชีวิตระหว่างการศึกษ
2. ไม่สามารถติดตามผลตรวจเลือดประจำปีได้
3. มีภาวะแทรกซ้อนที่มีผลต่อการศึกษา เช่น โรคหลอดเลือดสมอง (Stroke) โรคหลอดเลือดหัวใจ (Coronary Artery Disease)

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้เก็บรวบรวมข้อมูล

ส่วนที่ 1 แบบบันทึกข้อมูลทั่วไป ประกอบด้วย เพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ และโรคประจำตัว

ส่วนที่ 2 แบบบันทึกการบริโภคโซเดียมในอาหาร สมุดประจำตัวผู้ป่วย ประกอบด้วย ผลระดับความดันโลหิต และผลตรวจเลือดการทำงานของไต

2. เครื่องมือสำหรับการทดลอง ได้แก่

2.1 เครื่องวัดความเค็มในอาหาร (Food Salinity Meter) ได้รับการสนับสนุนจากสำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรคในปี พ.ศ. 2564 จำนวน 3 เครื่อง ก่อนการใช้งานทุกครั้งจะตรวจสอบมาตรฐานของเครื่องโดยวัดระดับความเค็มในน้ำเกลือ (Normal saline 0.9%) แล้วล้างด้วยน้ำเปล่า โดยจำแนกระดับความเค็ม 3 ระดับ คือ เค็มน้อย (<0.7%) เริ่มเค็ม (0.71-0.90%) เค็ม (>0.90%)

2.2 เครื่องวัดความดันโลหิตและชีพจรแบบดิจิทัล (Blood Pressure Monitor) ที่ผ่านการสอบเทียบคุณภาพเครื่องมือตามมาตรฐานของศูนย์สนับสนุนบริการสุขภาพที่ 1

3. รูปแบบโปรแกรมที่ใช้ในการดำเนินการทดลอง

โปรแกรมการสัมภาษณ์เพื่อสร้างแรงจูงใจร่วมกับการใช้โค้ชด้านสุขภาพผ่านการตรวจสอบความถูกต้องและครอบคลุมของเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ได้แก่ อายุรแพทย์ 1 ท่าน พยาบาลเชี่ยวชาญการใช้โปรแกรมการเสริมสร้างแรงจูงใจและการใช้โค้ชด้านสุขภาพ 1 ท่าน นักวิชาการด้านสังคมศาสตร์ 1 ท่าน ได้ค่า Content Validity Index (CVI) 0.80 หลังจากนั้นนำมาปรับปรุงตามคำแนะนำและนำไปทดลองใช้กับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีโรคร่วมไตเรื้อรังระยะที่ 3 จำนวน 30 ราย เพื่อวิเคราะห์ความเข้าใจในเนื้อหา ภาษาที่ใช้ ความเหมาะสมของระยะเวลา และอุปสรรคก่อนนำไปใช้

รูปแบบโปรแกรมการสัมภาษณ์เพื่อสร้างแรงจูงใจร่วมกับการใช้โค้ชด้านสุขภาพแบ่งเป็น 3 กิจกรรม ได้แก่

กิจกรรมที่ 1 การรวบรวมข้อมูลส่วนบุคคล โดยการเสริมสร้างแรงจูงใจ (Motivational Interviewing) และการใช้โค้ชด้านสุขภาพ ด้วยเทคนิค OARS ประกอบด้วย 4 ทักษะ ได้แก่ 1) การถามคำถามปลายเปิด

(Open-ended Questioning) 2) การชื่นชมยืนยันรับรอง (Affirmation) 3) การฟังอย่างเข้าใจและสะท้อนความ (Reflective Listening) และ 4) การสรุปความ (Summarization) โดยการให้คำปรึกษาเป็นรายบุคคลที่บ้านของผู้ป่วยภาคบ่ายในสัปดาห์แรกของเดือน ครั้งละ 10-15 นาที จำนวน วันละ 7-8 ราย

กิจกรรมที่ 2 การติดตามวัดปริมาณโซเดียมในอาหาร วัดความดันโลหิตที่บ้าน จำนวน 3 ครั้ง ในเดือนที่ 1, 2, 3

กิจกรรมที่ 3 การประเมินอัตราการกรองของไตในเดือนที่ 6 จากผลตรวจเลือดประจำปี

การเก็บรวบรวมข้อมูล

เดือนที่ 1 ผู้วิจัยพบผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีโรคร่วมไตเรื้อรังระยะที่ 3 ใช้เวลา 3 ชั่วโมง โดยมีขั้นตอนกิจกรรม ดังนี้

1. ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจงตามคุณสมบัติตามเกณฑ์คัดเข้าและสร้างสัมพันธภาพโดยพูดคุยกับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีโรคร่วมไตเรื้อรังระยะที่ 3 เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการวิจัย สิทธิในการเข้าร่วมและถอนตัวออกจากการวิจัย

2. ให้ผู้ป่วยตอบแบบบันทึกข้อมูลทั่วไป

3. ผู้ช่วยวิจัยในพื้นที่ออกตรวจความเค็มในอาหารของผู้ป่วยที่บ้าน วัดความดันโลหิต นัดหมายผู้ป่วยเข้าร่วมการเรียนรู้ โดยใช้เทคนิค OARS เป็นรายบุคคลที่บ้าน

เดือนที่ 2 และ 3 ใช้เวลา 3 ชั่วโมง ในภาคบ่ายสัปดาห์แรกของเดือน จำนวนวันละ 7-8 รายเป็นเวลา 5 วัน ผู้ร่วมวิจัยในพื้นที่ออกตรวจความเค็มในอาหารผู้ป่วยที่บ้าน โดยใช้เทคนิค OARS เป็นรายบุคคลให้ความรู้ในเรื่องของโรคไตเรื้อรัง การชะลอความเสื่อมของไต ความรู้เรื่องของการบริโภคโซเดียม และเทคนิคการลดเค็มในอาหาร

เดือนที่ 6 ผู้วิจัยเก็บข้อมูลผลตรวจเลือดประจำปีในระบบการรายงานผลเลือดของโรงพยาบาล

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้มาประมวลผลในโปรแกรมสำเร็จรูปทางสถิติและวิเคราะห์ตามลำดับ ดังนี้

1. ข้อมูลทั่วไป ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ และโรคประจำตัว นำมาวิเคราะห์โดยหาค่าความถี่และร้อยละ

2. ปริมาณการบริโภคโซเดียม ระดับความดันโลหิต และค่าอัตราการกรองของไต นำมาวิเคราะห์โดยใช้ Pair T-Test

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ผ่านการรับรองจริยธรรมโดยคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์สำนักงานสาธารณสุข จังหวัดแพร่ PPH No. 036/2565 ทำการชักชวนผู้เข้าร่วมวิจัยโดยให้ข้อมูลผลตรวจเลือดประจำปี

ที่บ่งบอกการทำงานของไตที่ลดลง จากผลตรวจความเค็มในอาหารในปี พ.ศ. 2564 ทำการเก็บรวบรวมข้อมูล ด้วยการบันทึกค่าระดับความเค็มของอาหาร ระดับความดันโลหิต และการนำข้อมูลไปใช้ประโยชน์โดย คำนึงถึงศักดิ์ศรีและคุณค่า รวมถึงผลกระทบที่อาจเกิดขึ้นในกระบวนการเก็บรวบรวมข้อมูลผู้วิจัยและทีมงาน ได้คำนึงถึงความยินยอมของผู้ให้ข้อมูลโดยขอความยินยอมในการเข้าร่วมงานวิจัยและตอบแบบสอบถาม มีการอธิบายรายละเอียดเกี่ยวกับวัตถุประสงค์การวิจัย ขั้นตอนต่าง ๆ ของการวิจัยผู้ให้ข้อมูลสามารถถอนตัว ออกจากการการวิจัยได้ทุกเมื่อ ถ้ารู้สึกว่าการวิจัยทำให้อึดอัดและสามารถสอบถามผู้วิจัยได้ตลอดเวลา การเก็บรักษาข้อมูลที่เป็นความลับรวมถึงการนำเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูลมีการนำเสนอในภาพรวมโดยไม่ระบุตัวตนของผู้ให้ข้อมูลหรือผู้ตอบแบบสอบถามแต่อย่างใด

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไป

พบว่า กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 53.80 เป็นเพศหญิง มีอายุมากกว่า 70 ปี ร้อยละ 41.00 มีอายุเฉลี่ย 68.85 ปี ไม่ได้ประกอบอาชีพร้อยละ 59.00 มีโรคประจำตัวความดันโลหิตสูง ร้อยละ 43.59 มีระดับการศึกษา ชั้นประถมศึกษาร้อยละ 89.70 ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล (n=39)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน (คน)	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	18	46.2
หญิง	21	53.8
อายุ (ปี) อายุต่ำสุด 50 ปี สูงสุด 92 ปี อายุเฉลี่ย 68.85 ปี		
40-50	2	5.1
51-60	6	15.4
61-70	15	38.5
>70	16	41
อาชีพ		
รับจ้าง	2	5.1
ค้าขาย	3	7.7
เกษตรกร	11	28.2
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	23	59

โรคประจำตัว

ความดันโลหิตสูง	17	43.59
ความดันโลหิตสูงและเบาหวาน	13	33.34
ความดันโลหิตสูงและเก๊าท์	9	23.07
ระดับการศึกษา		
ระดับประถมศึกษา	35	89.7
ระดับมัธยมศึกษาตอนต้น	4	10.3

2. เปรียบเทียบปริมาณการบริโภคโซเดียมก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการสัมภาษณ์เพื่อสร้างแรงจูงใจร่วมกับการใช้โค้ชด้านสุขภาพ พบว่า พฤติกรรมการบริโภคโซเดียมหลังการใช้โค้ชด้านสุขภาพ (Health Coaching) ดีขึ้น ผลตรวจวัดความเค็มในอาหารที่รับประทานมีปริมาณโซเดียมในเดือนที่ 2 ลดลงจาก 1.21 เป็น 0.84 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 หลังจากครบ 3 เดือน ลดลงจาก 1.21 เป็น 0.77 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบปริมาณการบริโภคโซเดียมจากการวัดค่าความเค็มในอาหารก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการสัมภาษณ์เพื่อสร้างแรงจูงใจร่วมกับการใช้โค้ชด้านสุขภาพ เดือนที่ 2 และ 3 (n=39)

ปริมาณการบริโภค Na	Mean	S.D.	t	P-value
เดือนที่ 1	1.21	1.07	2.20	0.017*
เดือนที่ 2	0.84	0.22		
เดือนที่ 1	1.21	1.07	2.63	0.007*
เดือนที่ 3	0.77	0.15		

*p-value < 0.05

3. เปรียบเทียบระดับความดันโลหิตตัวบน (Systolic Blood Pressure) และระดับความดันโลหิตตัวล่าง (Diastolic Pressure) ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการสัมภาษณ์เพื่อสร้างแรงจูงใจร่วมกับการใช้โค้ชด้านสุขภาพ พบว่า ระดับความดันโลหิตตัวบน (Systolic Blood Pressure) เฉลี่ยลดลงจาก 133.69 เป็น 127.28 mmHg อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 และระดับความดันโลหิตตัวล่าง (Diastolic Pressure) ลดลงจาก 82.44 เป็น 78.18 mmHg อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 ดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบระดับความดันโลหิตตัวบน (Systolic Blood Pressure) และระดับความดันโลหิตตัวล่าง (Diastolic Pressure) เดือนที่ 3 (n=39)

ระดับความดันโลหิต	Mean	S.D.	t	P-value
SBP ก่อนทดลอง	133.69	5.83	5.85	0.000*
SBP หลังทดลอง	127.28	5.13		
DBP ก่อนทดลอง	82.44	3.79	4.90	0.000*
DBP หลังทดลอง	78.18	5.87		

*p-value < 0.05

4. เปรียบเทียบอัตราการกรองของไตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีโรคร่วมไตเรื้อรังระยะที่ 3 หลังได้รับโปรแกรมโปรแกรมการสัมภาษณ์เพื่อสร้างแรงจูงใจร่วมกับการใช้โค้ชด้านสุขภาพ 6 เดือน พบว่าอัตราการกรองของไตเพิ่มขึ้นจาก 51.90 เป็น 53.11 ml/min/1.73m² อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ดังแสดงในตารางที่ 4

ตารางที่ 4 แสดงการเปรียบเทียบอัตราการกรองของไตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีโรคร่วมไตเรื้อรังระยะที่ 3 หลังได้รับโปรแกรมการสัมภาษณ์เพื่อสร้างแรงจูงใจร่วมกับการใช้โค้ชด้านสุขภาพ 6 เดือน (n=39)

อัตราการกรองของไต	Mean	S.D.	t	P-value
ก่อนทดลอง	51.59	8.82	2.48	0.009*
หลังทดลอง	53.11	9.50		

*p-value < 0.05

การอภิปรายผล

ผลการศึกษาครั้งนี้ พบว่า กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 41.00 มีอายุมากกว่า 70 ปี โดยมีอายุเฉลี่ย 68.85 ปี ส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุซึ่งจะมีการเปลี่ยนแปลงของร่างกาย สำหรับการเปลี่ยนแปลงที่เห็นได้ชัด คือ การเสื่อมของประสาทสัมผัส เช่น ประสาทการรับรู้ที่ล้า ส่งผลให้การรับรู้ของรสอาหารเปลี่ยนแปลงไปจากเดิม การรับรู้รสชาติของอาหารลดลง ทำให้ผู้สูงอายุรับประทานอาหารจัดขึ้นโดยเฉพาะอาหารรสเค็ม (Sulyanto, 2022) หลังได้รับโปรแกรมการสัมภาษณ์เพื่อสร้างแรงจูงใจร่วมกับการใช้โค้ชด้านสุขภาพที่บ้านพร้อมทั้งการตรวจวัดความเค็มในอาหารและการวัดความดันโลหิต หลังจากนั้นแสดงผลการตรวจให้ผู้ป่วยและญาติทราบทันที จำนวน 3 ครั้ง ห่างกัน 1 เดือน เป็นระยะเวลา 3 เดือน พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีการบริโภคโซเดียมลดลง โดยผลตรวจวัดความเค็มในอาหารที่รับประทานมีปริมาณโซเดียมในเดือนที่ 1 (Mean=1.21, S.D.=1.07) ปริมาณโซเดียมในเดือนที่ 3 (Mean=0.77, S.D.=0.15) มีระยะการเปลี่ยนแปลงสุขภาพดีกว่าในระยะลงมือกระทำจากร้อยละ 51.28 เป็นร้อยละ 84.61 แสดงให้เห็นว่าโปรแกรมการสัมภาษณ์เพื่อสร้างแรงจูงใจร่วมกับการใช้โค้ชด้านสุขภาพ เป็นการเสริมสร้างแรงจูงใจ (Motivational Interviewing) ตามหลักการบำบัดทางจิตวิทยาที่ได้รับการคิดค้นขึ้นโดย Miller

& Rollniek (1991) ซึ่งทฤษฎีนี้อธิบายถึงระยะการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของบุคคลตั้งแต่ระยะที่บุคคลไม่ใส่ใจในปัญหาของตน โดยเดินข้ามผ่านพฤติกรรมเดิมก้าวสู่พฤติกรรมใหม่อย่างมั่นคง โปรแกรมการสัมภาษณ์เพื่อสร้างแรงจูงใจร่วมกับการใช้โค้ชด้านสุขภาพ ในการศึกษาครั้งนี้มีการกระตุ้นบุคคลอย่างต่อเนื่องเพื่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงด้วยการสำรวจค้นหาแก้ไขปัญหาด้วยตนเองโดยใช้หลักการเสริมสร้างแรงจูงใจ (Motivational Interviewing) ร่วมกับการใช้เทคนิค OARS ซึ่งประกอบด้วย 4 ทักษะ ได้แก่ 1) การถามคำถามปลายเปิด (Open-Ended Questioning) ให้ผู้ที่เป็นโรคได้เล่าถึงสาเหตุที่บริโภคโซเดียมในระดับเริ่มเค็มและเค็มมาก 2) การชื่นชม ยืนยันรับรอง (Affirmation) ในสิ่งที่ผู้เป็นโรคเลือกวิธีแก้ปัญหาด้วยตนเอง 3) การฟังอย่างเข้าใจและสะท้อนความ (Reflective Listening) ทำให้ผู้เป็นโรครู้สึกว่ปัญหาด้วยตนเองมีคนรับฟังและเข้าใจ ไม่ถูกตำหนิ และ 4) การสรุปความ (Summarization) เป็นการสรุปสิ่งที่ผู้เป็นโรคพูดถึงปัญหา การแก้ไขด้วยวิธีการที่ผู้เป็นโรคเลือกเอง ทั้ง 4 ขั้นตอน ทำให้ผู้เป็นโรคความดันโลหิตสูงที่มีโรคร่วมไตเรื้อรังระยะที่ 3 ได้พูดและแสดงความคิดเห็นของตนเองออกมาต่อการบริโภคโซเดียมเกินกว่าที่มาตรฐานกำหนด และเกิดแรงจูงใจที่จะปรับเปลี่ยนพฤติกรรมด้วยตนเอง นอกจากนี้ผู้วิจัยได้ใช้หลักการโค้ชด้านสุขภาพ ซึ่งเป็นการดูแลที่ยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง (Patient Centered) สอดคล้องกับการศึกษาของอนุสรณ์ พยัคฆาคม และอัจฉรา ภักดีวิจิตร (2555) พบว่า โค้ชเป็นเพียง ผู้ช่วยเหลือเท่านั้น โดยมุ่งเน้นสัมพันธภาพที่เท่าเทียม ทำให้ลดการต่อต้านและเพิ่มแรงจูงใจในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของผู้รับบริการที่มากขึ้น กลุ่มตัวอย่างจึงมีการตัดสินใจลงมือกระทำมากกว่าก่อนได้รับการโค้ชด้านสุขภาพ สอดคล้องกับการศึกษาของจุฑามาศ เทียนสะอาด และคณะ (2561) พบว่า การให้คำปรึกษาตามหลักการสัมภาษณ์เพื่อสร้างแรงจูงใจ (Motivational Interviewing) สามารถนำมาใช้ในการดูแลผู้ที่เป็นโรคไตเรื้อรังที่เน้นการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมผู้ที่เป็นโรคไตเรื้อรังระยะท้ายก่อนได้รับการบำบัดทดแทนไต พบว่า มีคะแนนความรู้โรคไตเรื้อรังและพฤติกรรมสุขภาพสูงขึ้นรวมไปถึงมีผลลัพธ์ทางคลินิกที่ดีขึ้น

กลุ่มตัวอย่างมีการบริโภคโซเดียมลดลงจากผลตรวจวัดความเค็มในอาหารที่รับประทานที่บ้าน สามารถลดระดับความดันโลหิตตัวบน (Systolic Blood Pressure) เฉลี่ยลง 6.41 mmHg และลดระดับความดันโลหิตตัวล่าง (Diastolic Pressure) เฉลี่ยลง 4.26 mmHg แสดงให้เห็นว่าโปรแกรมการสัมภาษณ์เพื่อสร้างแรงจูงใจร่วมกับการใช้โค้ชด้านสุขภาพ มีผลต่อพฤติกรรมการบริโภคโซเดียมและระดับความดันโลหิต สอดคล้องกับการศึกษาของ กาญจนา มณีทัฬ และสมจิต แดนสีแก้ว (2560) ในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ลดการบริโภคเกลือได้เหมาะสม สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้และไม่มีภาวะแทรกซ้อน และสอดคล้องกับข้อมูลของสมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย (2562) ที่เสนอแนวทางการลดการบริโภคเค็ม ว่าเป็นหนึ่งในวิธีการรักษาโรคความดันโลหิตสูงโดยไม่ใช้ยา วิธีการนี้ช่วยลดความดันโลหิตตัวบนหรือความดันโลหิตขณะหัวใจบีบตัวได้ประมาณ 2-8 mmHg แสดงให้เห็นว่าหากร่างกายได้รับเกลือโซเดียมเกินกว่าที่ร่างกายควรได้รับ ไตจะทำงานหนักในการขับเกลือโซเดียมส่วนเกินออกมาทางปัสสาวะ แต่หากไม่สามารถขับออกได้หมดเกลือโซเดียมจะคั่งและจะดึงน้ำไว้ในร่างกาย ทำให้มีปริมาณของเหลวไหลเวียน

ในร่างกายมากผิดปกติ ส่งผลให้แรงดันในหลอดเลือดสูงขึ้นและทำให้หัวใจทำงานหนักมากขึ้น (Strazzullo, Campanozzi & Avallone, 2021) โดยเฉพาะในผู้สูงอายุที่ภาวะการทำงานของไตเสื่อมลงส่งผลให้การขับเกลือโซเดียมออกจากร่างกายน้อย อาจทำให้อาการของโรคที่เป็นอยู่รุนแรงมากกว่าคนปกติทั่วไป

กลุ่มตัวอย่างมีอัตราการกรองของไตเพิ่มขึ้นจาก 51.90 เป็น 53.11 ml/min/1.73m² แสดงให้เห็นถึงปริมาณเกลือโซเดียมจากผลการวัดค่าความเค็มที่ลดลงในเดือนที่ 1 จาก 1.21 เป็น 0.77 ในเดือนที่ 3 ส่งผลให้ลดการคั่งของเกลือและน้ำในอวัยวะต่าง ๆ แรงดันในหลอดเลือดลดลง ปริมาณเลือดที่ไปเลี้ยงไตเพิ่มขึ้น ซึ่งจะช่วยเหลือความเสื่อมของไตลงได้ (อติพร อิงค์สาธิต, กษรรัตน์ วิภาสวัช และสุรศักดิ์ กันตชูเวสศิริ, 2565)

การนำผลการวิจัยไปใช้ประโยชน์

นำผลการวิจัยไปพัฒนารูปแบบการปฏิบัติการพยาบาล เพื่อส่งเสริมชุมชนต้นแบบผู้ป่วยโรคเรื้อรังในเขตอำเภอวังทองและชุมชนที่สนใจ โดยนำโปรแกรมการสัมภาษณ์เพื่อสร้างแรงจูงใจร่วมกับการใช้โค้ชด้านสุขภาพที่บ้านพร้อมทั้งการตรวจวัดความเค็มในอาหาร การวัดความดันโลหิต แล้วแสดงผลตรวจให้ผู้ป่วยและญาติทราบที่เป็นรายบุคคล ช่วยให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม สามารถชะลออาการรุนแรงของโรคและลดภาวะแทรกซ้อนได้

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

การศึกษารุ่นนี้เป็นการศึกษาตัวแปรจำเพาะเจาะจงเกี่ยวกับพฤติกรรมการบริโภคโซเดียมโดยวัดผลจากค่าความเค็มในอาหาร ควรมีการศึกษาปัจจัยสนับสนุนที่ทำให้ค่าการทำงานของไตลดลงและติดตามระยะยาวเพื่อวัดผลทางคลินิกที่สัมพันธ์กับการเสื่อมของไต

เอกสารอ้างอิง

- กรมควบคุมโรค. (2554). มีเพื่อนคิด ชีวิตก็เปลี่ยน(พฤติกรรม). นนทบุรี: สยามศิลปะการพิมพ์.
- กรมควบคุมโรค. (2559). ยุทธศาสตร์ลดการบริโภคเกลือและโซเดียมในประเทศไทยปี 2559-2568. สืบค้นเมื่อ 20 พฤษภาคม 2565 จาก <http://thaincd.com/document/file/info/non-communicable-disease>
- กรมควบคุมโรค. (2565). ข้อมูลโรคไม่ติดต่อจำนวนอัตรารายตาย ปี 2559-2562. สืบค้นเมื่อ 20 พฤษภาคม 2565 จาก <http://www.thaincd.com/2016/mission/documents-detail.php?id=13893&tid=32&gid=1-020>.
- กาญจนา มณีทัฬห และสมจิต แดนสีแก้ว. (2560). สถานการณ์การบริโภคเกลือของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง ตำบลทางขวาง อำเภอบางบาล จังหวัดพิจิตร. วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ, 35(4), 139-149.

- งานคลินิกโรคไม่ติดต่อโรงพยาบาลร่งขวาง. (2564). รายงานสถิติประจำปี. แพ้: ม.ป.ท.
- จุฑามาศ เทียนสอาด, นิโรบล กนกสุนทรรัตน์ และชาครีย์ กิตติยากร. (2561). ผลของโปรแกรมการให้คำปรึกษาและการให้ความรู้ตามหลักการสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจต่อพฤติกรรมสุขภาพและผลลัพธ์ทางคลินิกในผู้ที่เป้นโรครโรคไตเรื้อรังก่อนได้รับการบำบัดทดแทนไต. *วารสารการปฏิบัติการพยาบาลและการผดุงครรภ์ไทย*, 5(2), 19-38.
- ธวัชชัย วรพงศธร และสุริพันธ์ วรพงศธร. (2561). การคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างสำหรับงานวิจัยโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป *G*power*. *Thailand Journal of Health Promotion and Environment Health* เมษายน-มิถุนายน 2561 สืบค้นเมื่อ 25 พฤษภาคม 2565 จาก http://advisor.anamai.moph.go.th/download/Journal_health/2561/HEALTH41_2/H EALTH_Vol41No2_02.pdf.
- วิจิตรา แพงชะ.(2559). ประสิทธิผลการดูแลผู้ที่เป็นโรคเบาหวานที่มีภาวะไตเสื่อมระยะ 2-4 ด้วยการจัดการรายการณีเครือข่ายโรงพยาบาลน้ำหนาว อ.น้ำหนาว จ.เพชรบูรณ์. *วารสารวิชาการแพทย์เขต 11*, 31(3), 405-414.
- วีรณัฐ รอบสันติสุข และสิริสวัสดิ์ วันทอง. (2558). การลดการกินเค็มในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง. *สมาคมโรคความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย*.
- สมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย (2562). *ลดเค็มพิชิตภัยเงียบ*. สืบค้นเมื่อ 20 พฤษภาคม 2565 จาก <http://www.thaihypertension.org>
- สมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย. (2563). *กิจกรรมสัปดาห์วันไตโลกและสัปดาห์ลดการบริโภคเค็มประจำปี 2563*. สืบค้นเมื่อ 20 พฤษภาคม 2565 จาก <https://www.thaihealth.or.th/Content/>
- สุรศักดิ์ กันตชูเวสศิริ. (2562). *การประชุมความร่วมมือ เพื่อขับเคลื่อนมาตรการลดโซเดียมในประเทศไทย* ภายในการประชุมรางวัลสมเด็จพระเจ้าฟ้ามหิดล จัดโดยองค์การอนามัยโลกประจำปีประเทศไทย เครือข่ายลดการบริโภคเค็ม สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) และกระทรวงสาธารณสุข (สธ.) สืบค้นเมื่อ 28 พฤษภาคม 2565 จาก <https://www.thaihealth.or.th>
- อติพร อิงค์สาธิต, กษัติน วิภาสวัช และสุรศักดิ์ กันตชูเวสศิริ. (2565). *บทบาทของอาหารเค็มต่อการเกิดโรคไต* สืบค้นเมื่อ 20 พฤษภาคม 2565 จาก https://www.rama.mahidol.ac.th/rama_hospital/th/services/knowledge/10282020-1441
- อนุสรณ์ พยัคฆาคม และอัจฉรา รักดีวิจิตร. (2555). (แปลจาก Health Change Associates, 2011). *To change or not to change making a decision one way the other*. Retrieved from www.healthchangeassociates.com

- Prochaska, J. O., & DiClemente, C. C. (1983). Stages and processes of self-change of smoking: Toward an integrative model of change. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 51, 390-395.
- Miller, W. R., & Rose, G. S. (2009). Toward a Theory of Motivational Interviewing. *American Psychologist*, 64, 527-537.
- Miller, W. R., & Rollnick, S. (1991). *Motivational Interviewing: Preparing People to Change Addictive Behavior*. New York: The Guilford Press.
- World Health Organization. (2013). *Global Action Plan for Prevention and Control of Noncommunicable Diseases 2013-2020*. Geneva: World Health Organization.
- World Health Organization. (2021). *Hypertension*. Retrieved March 20, 2022 From <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/hypertension>.
- Strazzullo, P., Campanozzi, A. & Avallone, S. (2021). Relationship between salt consumption and iodine intake in a pediatric population European. *The Journal of Nutrition*, 60, 2193-2202.
- Sulyanto, R. (2022). *Effects of Aging on the Mouth and Teeth*. Retrieved March 20, 2022 from <https://www.msmanuals.com/home/mouth-and-dental-disorders/biology-of-the-mouth-and-teeth/effects-of-aging-on-the-mouth-and-teeth>.

คำแนะนำสำหรับผู้เขียน

วารสารวิจัยการพยาบาลและการสาธารณสุข

วารสารวิจัยการพยาบาลและการสาธารณสุข เป็นวารสารของวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสืบเนื่องใหม่ มีกำหนดในการตีพิมพ์เผยแพร่ปีละ 3 ฉบับ คือ ฉบับที่ 1 เดือนมกราคม - เมษายน ฉบับที่ 2 เดือนพฤษภาคม - สิงหาคม และฉบับที่ 3 เดือนกันยายน - ธันวาคม กองบรรณาธิการของวารสารขอเชิญผู้ที่สนใจ และสมาชิกทุกท่านส่งผลงานวิชาการเพื่อตีพิมพ์เผยแพร่ในวารสาร ทั้งนี้ประเภทของผลงานวิชาการที่รับตีพิมพ์ ได้แก่

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

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

3. บทความปริทัศน์ (Review Article) ทั้งภาษาไทยหรือภาษาอังกฤษ เป็นบทความที่มีการผสมผสานแนวคิด ผลงานวิจัยหลาย ๆ ชิ้นงาน โดยที่ผู้เขียนมีการสรุป วิเคราะห์และสังเคราะห์ความรู้ แนวคิด และผลการวิจัยจากงานวิจัยต่าง ๆ เพื่อเป็นการทบทวนองค์ความรู้ในเรื่องนั้น ๆ และให้ข้อวิพากษ์ที่แสดงให้เห็นถึงความสำคัญของการพัฒนาองค์ความรู้ต่อไป

เงื่อนไขในการพิจารณาผลงานเพื่อตีพิมพ์

วารสารวิจัยการพยาบาลและการสาธารณสุขมีข้อตกลงในการส่งผลงานวิชาการเพื่อตีพิมพ์ ดังนี้

1. ผลงานวิชาการนั้นต้องไม่เคยลงตีพิมพ์ในวารสารใดมาก่อน หรืออยู่ในระหว่างพิจารณาตีพิมพ์ในวารสารอื่น ๆ ในเวลาเดียวกัน ยกเว้นเป็นผลงานวิชาการที่ได้นำเสนอในการประชุมวิชาการที่ไม่มี Proceedings

2. หากเป็นบทความวิจัย ต้องได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมวิจัยในมนุษย์จากสถาบันใดสถาบันหนึ่ง

3. กองบรรณาธิการจะตรวจสอบคุณภาพผลงานวิชาการของผู้เขียน โดยส่งให้ผู้ทรงคุณวุฒิ (Peer Review) ที่มีความเชี่ยวชาญในด้านเนื้อหานั้น ๆ จำนวนอย่างน้อย 2 ท่าน เพื่อพิจารณาประเมินคุณภาพผลงานก่อนตีพิมพ์ สำหรับข้อความหรือข้อคิดเห็นต่าง ๆ ของผู้เขียน เป็นความเห็นส่วนตัว โดยกองบรรณาธิการไม่จำเป็นต้องเห็นชอบด้วยเสมอไป

4. การประเมินคุณภาพผลงานของผู้ทรงคุณวุฒิ จะมีการทำอย่างเป็นระบบโดยไม่เปิดเผยชื่อผู้แต่ง (Double Blind- Peer Review) กองบรรณาธิการจะแจ้งความคืบหน้า และข้อเสนอแนะจากผู้ทรงคุณวุฒิให้กับผู้เขียน เพื่อทำการแก้ไขบทความให้ถูกต้อง 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) และรายการอ้างอิงต้องไม่เกิน 40 รายการ รวมรายการอ้างอิง ไม่เกิน 15 หน้า

ส่วนที่ 1 หน้าแรกของบทความวิจัย บทความวิชาการ หรือบทความปริทัศน์ ประกอบด้วย

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

2. ชื่อผู้เขียน (Author Name) พิมพ์ทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ วางัดจากชื่อเรื่องภาษาอังกฤษ โดยบรรทัดแรก ให้ระบุชื่อและนามสกุล (ภาษาไทย) ของผู้เขียนหลักและผู้เขียนร่วมในบรรทัดเดียวกัน บรรทัดถัดไปให้ระบุชื่อและนามสกุล (ภาษาอังกฤษ) ของผู้เขียนหลักและผู้เขียนร่วมในบรรทัดเดียวกัน และบรรทัดถัดไปให้ระบุหน่วยงานต้นสังกัดของผู้แต่งทุกคน โดยระบุตัวเลขเป็นตัวยกท้ายชื่อผู้เขียน เพื่อแสดงรายละเอียดหน่วยงานต้นสังกัดและบรรทัดสุดท้าย ให้เขียนระบุชื่อผู้รับผิดชอบบทความ (Correspondence Author) ตามด้วยไปรษณีย์อิเล็กทรอนิกส์ (E-mail) ของผู้รับผิดชอบบทความ

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

ส่วนที่ 2 เนื้อหาของบทความวิจัย ประกอบด้วย

1. บทคัดย่อ (ภาษาไทย) และภาษาอังกฤษ (Abstract)
2. บทนำ (Introduction)
3. วัตถุประสงค์การวิจัย (Objectives)
4. สมมติฐานการวิจัย (ถ้ามี) (Hypotheses)
5. กรอบแนวคิดการวิจัย (Conceptual Framework)
6. ระเบียบวิธีวิจัย (Methods)

- ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง (Population and Sample)
- เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย (Measurement)
- การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ (Validity and Reliability of Measurement)
- การเก็บรวบรวมข้อมูล (Data Collection)
- การวิเคราะห์ข้อมูล (Data Analysis)
- 7. การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง (Ethical Consideration)
- 8. ผลการวิจัย (Results)
- 9. การอภิปรายผล (Discussion)
- 10. การนำผลการวิจัยไปใช้ประโยชน์ (Implication)
- 11. ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป (Recommendation for Further Study)
- 12. กิตติกรรมประกาศ (ถ้ามี)
- 13. เอกสารอ้างอิง (Reference)

ส่วนที่ 3 เนื้อหาของบทความวิชาการ/ บทความปริทัศน์ ประกอบด้วย

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

ส่วนที่ 4 การอ้างอิงและเอกสารอ้างอิง

1. ใช้การอ้างอิงและเอกสารอ้างอิงตามระบบ American Psychological Association (APA6) โดยศึกษารายละเอียดเพิ่มเติมได้ที่ <https://aus.libguides.com/apa/apa-website>
2. เอกสารอ้างอิงไม่ควรเกิน 40 รายการ
3. เอกสารอ้างอิงไม่ควรเกิน 10 ปี นับจากปีที่ส่งตีพิมพ์ ยกเว้นหนังสือ ตำรา บางประเภทที่เป็นทฤษฎีหรือปรัชญา

การอ้างอิงในเนื้อหา

การเขียนอ้างอิงแบบแทรกในเนื้อหาในรูปแบบ APA Style ใช้ระบบนาม - ปี (Author- Date Citation System) เป็นการเขียนระบุถึงแหล่งที่มาของเนื้อหาในเอกสารหรืองานนิพนธ์เฉพาะในส่วนที่ผู้เขียนได้อ้างถึงสารสนเทศจากงานนิพนธ์ของผู้อื่น การอ้างอิงในเนื้อหา มี 2 ลักษณะ ได้แก่

1. การอ้างอิงชื่อผู้เขียนก่อนข้อความ

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

อัมมิชา นาไว (2563) พบว่า.....

อัมมิชา นาไว และปณัสยา พรหมดี (2562) พบว่า.....

ปุลวิษฐ์ ทองแดง (ม.ป.ป.) พบว่า.....

1.2 เอกสารที่เป็นภาษาอังกฤษ ให้เขียนเฉพาะนามสกุลของผู้เขียนทับศัพท์เป็นภาษาไทย จากนั้น เว้น 1 ตัวอักษร ตามด้วยนามสกุลภาษาอังกฤษ เครื่องหมายจุลภาค (,) เว้น 1 ตัวอักษร และปีที่ตีพิมพ์ในวงเล็บ กรณีที่ไม่มีปีที่ตีพิมพ์ ใช้คำว่า “n.d.” หมายถึง no date หากผู้เขียนมีมากกว่า 6 คน ให้ใส่ชื่อแรก ตามด้วย et al., เช่น

กรีน (Green, 2020) พบว่า.....

นิวแมน (Newman, n.d.) พบว่า.....

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

การอ้างอิงท้ายบทความ

1. อ้างอิงจากวารสารแบบเล่ม

ชื่อผู้แต่ง./ (ปีที่พิมพ์)./ชื่อบทความ./ชื่อวารสาร./เลขของปีที่/(เลขของฉบับที่)/,เลขหน้า.

ตัวอย่าง ผู้เขียน 1 คน

ปวิตรา 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 ชุมชนบ้านแม่ปูด้า อำเภอสันกำแพง จังหวัดเชียงใหม่. *วารสารวิชาการมหาวิทยาลัยหอการค้าไทย มนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์*, 35(2), 44-58.

Nawai, A. & Phongphanngam, S. (2019). Exploring the use and efficacy of complementary and alternative interventions for managing chronic pain in older adults: A systematic review. *Boromarajonani 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./ (ปีที่พิมพ์)./ชื่อเรื่อง/(พิมพ์ครั้งที่)./สถานที่พิมพ์:/สำนักพิมพ์

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

Lawrence, R. A. & Lawrence, R. M. (2016). *Breastfeeding: A guide for the medical profession* (8th edition). Philadelphia: Elsevier.

3. อ้างอิงจากวิทยานิพนธ์

ชื่อผู้แต่ง./ (ปีที่พิมพ์)./ชื่อเรื่อง/(ปริญญาานิพนธ์ปริญญาดุษฎีบัณฑิต หรือ Doctoral dissertation หรือ วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต หรือ Master's Thesis)./สถานที่พิมพ์./ชื่อสถาบัน.

ตัวอย่าง

สาคร ช่วยดำรงค์. (2558). *การบริหารศูนย์การศึกษานอกกระบบและการศึกษาตามอัธยาศัยอำเภอ เพื่อการเป็นศูนย์กลางการจัดการศึกษาตลอดชีวิต*. วิทยานิพนธ์ปริญญาปรัชญาดุษฎีบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารการศึกษา บัณฑิตวิทยาลัย 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./ (ปีที่พิมพ์)./ชื่อบทความ./สืบค้น หรือ Retrieved วัน/เดือน/ปี./จาก หรือ from/http://www.xxxxxxxx

ตัวอย่าง

เกียรติอนันต์ ล้วนแก้ว. (2557). *หน้าต่างความคิด: การศึกษาขั้นพื้นฐานของฟินแลนด์: บทเรียนและบาดแผล*. กรุงเทพฯ: ทรูรัก, น. 11. สืบค้นเมื่อ 20 ธันวาคม

2561 จาก http://www.dpu.ac.th/laic/upload/content/file/article_instructor/article2557/B232.pdf.

Severo, I. M., Almeida, M. A., Kuchenbecker, R., Vieira, D. F. V. B., Weschenfelder, M. E., Pinto, L. R. C., et al., (2014). *Risk factors for falls in hospitalized adult patients: An integrative review*. Retrived March 12, 2016 from <http://www.scielo.br/scielo.php>.

5. อ้างอิงจากการนำเสนอผลงานในการประชุมวิชาการ

ชื่อผู้แต่ง./ (ปีที่พิมพ์)./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. การจัดเรียงลำดับหัวข้อความ หัวข้อใหญ่สุดให้พิมพ์ชิดขอบด้านซ้าย ขนาดอักษร 16 (หนา) กรณีเป็นการเกริ่นแบบไม่มีเลขหัวข้อ ให้ตั้งคาระยะย่อหน้าแรกที่ 0.38 นิ้ว และย่อหน้าถัดไปที่ละ 7 เคาะ (Space) หรือตั้งคาระยะแท็บ 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. สำหรับหัวข้อย่อยให้ใช้หัวข้อหมายเลขระบบทศนิยม หัวข้อย่อยถัดมาให้ย่อหน้า 2 ซม. หัวข้อย่อยถัดมาให้ย่อหน้า 2.5 ซม. หัวข้อย่อยถัดมาให้ย่อหน้า 3 ซม. หัวข้อย่อยถัดมาให้ย่อหน้า 2 ซม. หลังจากนั้นถัดมาหัวข้อละ 0.5 ซม. และใช้ “-” แทนการกำกับแทนตัวเลข

ตัวอย่าง

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

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

9. รูปภาพ การใส่รูปภาพให้เว้นบรรทัดเพื่อแบ่งส่วนเนื้อหา 1 บรรทัด จากนั้นแทรกภาพโดยกำหนดไว้กึ่งกลางกระดาษ จากนั้นเว้น 1 บรรทัด แล้วใส่คำอธิบายภาพ โดยใส่ภาพที่..... ให้พิมพ์ตัวหนา ชื่อภาพให้จัดชิดขอบซ้ายของหน้ากระดาษ

การส่งบทความ

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

Template บทความวิจัย

2.54 ซม.

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, _____³ ขนาดตัวอักษร 15 (หนา)

ชื่อผู้เขียนบทความภาษาอังกฤษ ผู้เขียนคนที่ 1^{*}, _____², _____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)

(Enter ขนาดตัวอักษร 8)

บทคัดย่อ (ภาษาไทย ขนาดตัวอักษร 16 หนา)

เนื้อหาย่อ 1.25 ซม. ขนาดตัวอักษร 16 ไม่หนา บทคัดย่อไม่เกิน 1 หน้า

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

(Enter ขนาดตัวอักษร 8)

คำสำคัญ: หัวข้อคำสำคัญ (ขนาด 16 หนา) คำสำคัญขนาด 16 ไม่หนา แต่ละคำให้ใช้, ในการค้นคำ เช่น

→ ความเจ็บปวด, ซึมเศร้า, ผู้สูงอายุ

ย่อหน้า 1.75

(Enter ขนาดตัวอักษร 8)

*ผู้ให้การติดต่อ..... e-mail..... (ขนาด 12 ไม่หนา)

2.54 ซม.

Abstract (ภาษาอังกฤษ 16 หน้า)

เนื้อหาย่อ 1.25 ซม. ขนาดตัวอักษร 16 ไม่หนา.....

.....
.....
.....

.....
.....
.....

(Enter ขนาดตัวอักษร 8)

Keywords: ภาษาอังกฤษ (ขนาด 16 หน้า) คำสำคัญขนาด 16 ไม่หนา แต่ละคำให้ใช้, ในการกันคำ เช่น
—————> Pain, Depression, Older Adults (บรรทัดถัดไปย่อหน้าเหมือนคำสำคัญภาษาไทย)

ย่อหน้า 1.75

(Enter ขนาดตัวอักษร 16)

บทนำ (ขนาด 16 หน้า)

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

.....
.....
.....

(Enter ขนาดตัวอักษร 16)

วัตถุประสงค์การวิจัย (ขนาด 16 หน้า)

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

.....
.....
.....

(Enter ขนาดตัวอักษร 16)

สมมติฐานการวิจัย (ขนาด 16 หน้า)

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

.....

.....

.....

(Enter ขนาดตัวอักษร 16)

กรอบแนวคิดการวิจัย (ขนาด 16 หน้า)

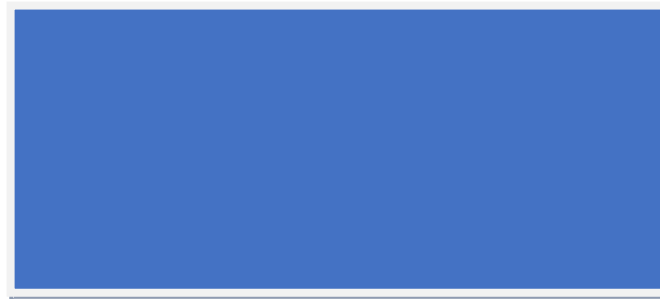
(เนื้อหาย่อหน้า 1.25 ซม. ขนาดตัวอักษร 16 ไม่หนา).....

.....

.....

.....

หากมีภาพกรอบแนวคิด ให้ใส่ชื่อภาพไว้กึ่งกลางใต้ภาพ เช่น



ภาพที่ 1 (หนา)..... (ชื่อภาพไม่หนา)..... ขนาด 14

(Enter ขนาดตัวอักษร 16)

ระเบียบวิธีวิจัย (ขนาด 16 หน้า)

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

.....

.....

.....

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง (ขนาด 16 หน้า)

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

.....

.....

เกณฑ์การคัดเข้า (ขนาด 16 หน้า)

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

.....

.....

.....

เกณฑ์การคัดออก (ขนาด 16 หน้า)

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

.....

.....

.....

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย (ขนาด 16 หน้า)

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

.....

.....

.....

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ (ขนาด 16 หน้า)

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

.....

.....

.....

การเก็บรวบรวมข้อมูล (ขนาด 16 หน้า)

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

.....

.....

.....

การวิเคราะห์ข้อมูล (ขนาด 16 หน้า)

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

.....

.....

.....

(Enter ขนาดตัวอักษร 16)

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง (ขนาด 16 หน้า)

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

.....

.....

.....

.....

(Enter ขนาดตัวอักษร 16)

ผลการวิจัย (ขนาด 16 หน้า)

(เนื้อหาย่อหน้า 1.25 ซม. ชื่อหัวข้อ ขนาดตัวอักษร 16 หน้า คำอธิบาย ขนาดตัวอักษร 16 ไม่หนา)

1. ข้อมูลทั่วไป

.....

.....

.....

(Enter ขนาด 16)

ตารางที่ 1ชื่อตาราง..... (ตารางที่ 1 ขนาด 16 หน้า, ชื่อตาราง ขนาด 16 ไม่หนา)
ภายในตารางขนาด 14 หัวข้อ (หนา) เนื้อหา (ไม่หนา)

	หัวข้อ	หัวข้อ	หัวข้อ	หัวข้อ
เพศ				
ชาย		x	x	x
หญิง		x	x	x

ที่มา: (ถ้ามี)

(Enter ขนาด 16)

2. หัวข้อตอบตามวัตถุประสงค์การวิจัย

อธิบายตาราง (เนื้อหาย่อหน้า 1.25 ซม. ชื่อหัวข้อ ขนาดตัวอักษร 16 หน้า คำอธิบาย ขนาดตัวอักษร 16 ไม่หนา)

.....

.....

.....

(Enter ขนาด 16)

ตารางที่ 2ชื่อตาราง..... (ตารางที่ 2 ขนาด 16 หน้า, ชื่อตาราง ขนาด 16 ไม่หน้า)
ภายในตารางขนาด 14 หัวข้อ (หน้า) เนื้อหา (ไม่หน้า)

หัวข้อ	หัวข้อ	หัวข้อ	หัวข้อ	หัวข้อ
ก่อนทดลอง	x	x	x	x
หลังทดลอง	x	x		

*p-value < 0.05

การอภิปรายผล (ขนาด 16 หน้า)

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

.....

(Enter ขนาด 16)

การนำผลการวิจัยไปใช้ประโยชน์ (ขนาด 16 หน้า)

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

.....

(Enter ขนาด 16)

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป (ขนาด 16 หน้า)

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

.....

(Enter ขนาด 16)

เอกสารอ้างอิง (ขนาด 16 หน้า) เอกสารอ้างอิงให้ย่อหน้าในบรรทัดที่ 2 และถัดไป (1.25 ซม.) (สามารถ
ศึกษาการอ้างอิงได้ตามรายละเอียดข้างต้น)

.....

Template บทความวิชาการ/ บทความปริทัศน์

2.54 ซม.

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, _____ 3 ขนาดตัวอักษร 15 (หนา)

ชื่อผู้เขียนบทความภาษาอังกฤษ ผู้เขียนคนที่ 1*, _____ 2, _____ 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)

(Enter ขนาดตัวอักษร 8)

บทคัดย่อ (ภาษาไทย ขนาดตัวอักษร 16 หนา)

เนื้อหาย่อ 1.25 ซม. ขนาดตัวอักษร 16 ไม่หนา บทคัดย่อไม่เกิน 1 หน้า.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

(Enter ขนาดตัวอักษร 8)

คำสำคัญ: หัวข้อคำสำคัญ (ขนาด 16 หนา) คำสำคัญขนาด 16 ไม่หนา แต่ละคำให้ใช้, ในการกั้นคำ เช่น

→ ความเจ็บปวด, ซึมเศร้า, ผู้สูงอายุ

ย่อหน้า 1.75 ซม.

(Enter ขนาดตัวอักษร 8)

*ผู้ให้การติดต่อ..... e-mail..... (ขนาด 12 ไม่หนา)

2.54 ซม.

Abstract (ภาษาอังกฤษ 16 หน้า)

เนื้อหาย่อหน้า 1.25 ซม. ขนาดตัวอักษร 16 ไม่หนา บทคัดย่อไม่เกิน 1 หน้า.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

(Enter ขนาดตัวอักษร 8)

Keywords: ภาษาอังกฤษ (ขนาด 16 หน้า) คำสำคัญขนาด 16 ไม่หนา แต่ละคำให้ใช้, ในการกันคำ เช่น News

————→ Pain, Depression, Older Adults (บรรทัดถัดไปย่อหน้าเหมือนคำสำคัญ ภาษาไทย)

ย่อหน้า 1.75 ซม.

(Enter ขนาด 16)

บทนำ (ขนาด 16 หน้า)

(เนื้อหา ย่อหน้า 1.25 ซม. ขนาดตัวอักษร 16 ไม่หนา).....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

(Enter ขนาด 16)

เนื้อเรื่อง (ขนาด 16 หน้า) (แสดงสาระสำคัญที่ต้องที่ต่องานนำเสนอตามลำดับ)

(เนื้อหา ย่อหน้า 1.25 ซม. ขนาดตัวอักษร 16 ไม่หนา).....

.....

.....

.....

(Enter ขนาด 16)

สรุป (ขนาด 16 หน้า)

.....

.....

.....

.....

.....

(Enter ขนาด 16)

ข้อเสนอแนะ (ขนาด 16 หน้า)

.....

.....

.....

.....

.....

(Enter ขนาด 16)

เอกสารอ้างอิง (ขนาด 16 หน้า) ให้ย่อหน้าในบรรทัดที่ 2 และกดไป (1.25 ซม.) (สามารถศึกษาการอ้างอิงได้ตามรายละเอียดข้างต้น)

.....

.....

.....

.....

.....

การติดต่อสอบถามรายละเอียด

1. บรรณาธิการวารสารวิจัยการพยาบาลและการสาธารณสุข
ดร. อัมภิกา นาไวย์
โทรศัพท์ 053-121121 ต่อ 203, 081-7658575
E-mail: ampicha@bcnc.ac.th, jnphr@bcnc.ac.th
2. ผู้จัดการ/ผู้ประสานงาน วารสารวิจัยการพยาบาลและการสาธารณสุข
นางสาวปณัสยา พรหมดี
โทรศัพท์ 053-121121 ต่อ 203, 063-7988805
E-mail: panutsaya@bcnc.ac.th, jnphr@bcnc.ac.th



วารสารวิจัยการพยาบาลและการสาธารณสุข
Journal of Nursing and Public Health Research