

ISSN 2630-0214 (Print)

ISSN 2821-9899 (Online)

วารสารการพยาบาล สุขภาพ และการศึกษา



NHEJ

Nursing, Health, and Education Journal

ปีที่ 6 ฉบับที่ 1 มกราคม-เมษายน 2566 | Vol.6 No.1 January- April 2023

NHEJ

กองบรรณาธิการและผู้ทรงคุณวุฒิ

1. ศ. ดร.อารีวรรณ กลั่นกลั่น	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่	ที่ปรึกษา
2. ดร.จิราพร วรวงศ์	ผู้อำนวยการวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี อุตรธานี	บรรณาธิการ
3. ดร.ฉวีวรรณ ศรีดาวเรือง	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีอุตรธานี	ผู้ช่วยบรรณาธิการ
4. ดร.ชลการ ทรงศรี	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีอุตรธานี	ผู้ช่วยบรรณาธิการ
5. ดร.ชัยญาวีร์ ไชยวงศ์	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีอุตรธานี	ผู้ช่วยบรรณาธิการ
6. ดร.วนิดา ศรีพรหมษา	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีอุตรธานี	ผู้ช่วยบรรณาธิการ
7. ดร.วัลภา ศรีบุญพิมพ์สวຍ	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีอุตรธานี	กองบรรณาธิการ
8. นางกณทิรา เพื่องทอง	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีอุตรธานี	กองบรรณาธิการ
9. รศ. ดร.นันทิยา วัฒนาย	คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย	กองบรรณาธิการ
10. รศ. ดร. ธันวดี ศรีธาวีรัตน์	คณะวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี มหาวิทยาลัยราชภัฏพิบูลสงคราม	กองบรรณาธิการ
11. รศ. ดร.สังวร จัตุระโท	ผู้อำนวยการสถาบันวิจัยและพัฒนา	กองบรรณาธิการ
12. รศ. ปณิดา ปริญญา	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล	กองบรรณาธิการ
13. ผศ. ดร.ณิชาชนันท์ ปัญญาเอก	คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น	กองบรรณาธิการ
14. พญ.ดร.เสาวนันท บำเรอราช	คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น	กองบรรณาธิการ
15. ผศ.ดร.ไพศาล สุวรรณน้อย	คณะศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น	กองบรรณาธิการ
16. ผศ. ดร.อัจฉรา จินวงษ์	คณะวิทยาศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏอุตรธานี	กองบรรณาธิการ
17. ดร.มานิกา เพชรรัตน์	ภาควิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร	กองบรรณาธิการ
18. ดร.สินศักดิ์ชนม์ อุ่นพรมมี	ศูนย์อนามัยที่ 9 นครราชสีมา	กองบรรณาธิการ
19. ดร.กิตติภูมิ ภิบุญ	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น	กองบรรณาธิการ
20. ภกญ.ดร.เพ็ญภา ศรีหัง	วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธรจังหวัดขอนแก่น	กองบรรณาธิการ
21. ผศ.ดร.วิสัย คตะ	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคล	กองบรรณาธิการ
22. ดร.รุ่งนภา จันทรา	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุราษฎร์ธานี	กองบรรณาธิการ
23. ดร.ศิมาลักษณ์ ดิถีสวัสดิ์เวทย์	สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 8 จังหวัดอุตรธานี	กองบรรณาธิการ
24. ดร.อจรรวดี ศรียะศักดิ์	วิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า เพชรบุรี	กองบรรณาธิการ
25. ดร.ทักษิภา ชัชรรัตน์	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี พะเยา	กองบรรณาธิการ

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิประเมินคัดกรองคุณภาพบทความวิจัย

วารสารการพยาบาล สุขภาพ และการศึกษา

Nursing, Health, and Education Journal

- | | |
|--|-----------------------------------|
| 1. คุณดาวเรือง ช่มเมืองปักษ์ | โรงพยาบาลอุดรธานี |
| 2. นพ.ประจักษ์ เทิกขุนทด | โรงพยาบาลส่องดาว |
| 3. ดร.สุภารัตน์ พิสัยพันธุ์ | วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี อุดรธานี |
| 4. ดร.ชัยภูววิทย์ ไชยวงศ์ | วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี อุดรธานี |
| 5. ดร.วัลภา ศรีบุญพิมพ์สว | วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี อุดรธานี |
| 6. ดร.วนิดา ศรีพรหมษา | วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี อุดรธานี |
| 7. ดร.ชลการ ทรงศรี | วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี อุดรธานี |
| 8. คุณธมลวรรณ คณานิตย์ | โรงพยาบาลเพ็ญ |
| 9. คุณ เนาวนิตย์ พลพินิจ | โรงพยาบาลอุดรธานี |
| 10. ดร.ภาณุ อุดกกลิ่น | วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี อุดรธานี |
| 11. ผศ.ดร.วิสัย คตะ | มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคล |
| 12. ผู้ช่วยศาสตราจารย์.ดร.อัจฉรา จินวงษ์ | มหาวิทยาลัยราชภัฏอุดรธานี |
| 13. สิทธิศักดิ์ ทรัพย์ศิริโสภา | สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ |
| 14. ดร.ยุพาภรณ์ ติรไพรวงศ์ | วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี กรุงเทพฯ |
| 15. ดร.ศิริกาญจน์ จินาวิน | วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี แพร่ |
| 16. ผศ.ดร.เกิดศิริ หงษ์ไทย | มหาวิทยาลัยวงษ์ชวลิตกุล |

สารบัญ	หน้า	Content
ปีที่ 6 ฉบับที่ 1 (มกราคม-เมษายน 2566)	Page	Vol.6 No.1 (January– April 2023)
บทบรรณาธิการ		Editorial note
บทความวิจัย (Research Articles)		
○ ประสิทธิภาพการใช้โปรแกรม Thabo Crown Prince Hospital Emergency Severity Index (TCPH ESI) ในการคัดแยกผู้ป่วย แผนกผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉิน โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชท่าบ่อ	1	◇ Effectiveness of the Thabo Crown Prince Hospital Emergency Severity Index (TCPH ESI) to the accuracy for patient triage at Emergency Department, Thabo Crown Prince Hospital
เมตตา สุตทิพรไพศาลกุล กิตติกร เนาว์สุวรรณ		Metta Suttipornphaisakul Adchara Khammathit
อัจฉรา คำมะทิตย์ นกษา สิงห์วีระธรรม		Kittiporn Nawsuwan Noppcha Singweratham
มฤดี วรรณพนม		Monruedee Wannapanom
○ ความรู้ ทศนคติ และพฤติกรรมเกี่ยวกับการเกิดภาวะอ้วนและน้ำหนักเกินของนักศึกษาวิทยาศาสตร์สุขภาพมหาวิทยาลัยราชภัฏศรีสะเกษ	10	◇ Knowledge, Attitudes, and Behaviors of Obesity and Overweight of Health Sciences Major Students, Sisaket Rajabhat University.
ไมยรา เศรษฐมาศ		Maiyara Setthamas
○ ความชุกและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความผิดปกติของระบบโครงร่างและกล้ามเนื้อของพนักงานเก็บขยะมูลฝอยในจังหวัดพระนครศรีอยุธยา	21	◇ Prevalence and factors affecting the work-related musculoskeletal disorders among solid waste collectors in Phra Nakhon Si Ayutthaya Province
จินตจุฑา ขำทอง จินดารัตน์ ฤาเดช อารีรัตน์ บุญส่ง		Chinchuta Khumtong Chindarat Ruedet ,Areerat Bunsong
○ การพัฒนารูปแบบการพยาบาลเพื่อป้องกันและควบคุมการแพร่กระจายเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพในโรงพยาบาลสกลนคร	32	◇ Development of nursing model for Prevention and Control of antimicrobial-resistant bacteria Transmission Sakon Nakhon Hospital
พงศ์ลดา รักษาพันธ์ ญัฐวิภา บุญเกิดรัมย์		Ponglada Ruksakun Nattawipa Boonkirdram
กมลวัลย์ พรหมอุดม บุญมี มีประเสริฐ		Kamonwan Promudom Boonmee Meeprasert
○ ผลการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลการป้องกันแผลกดทับร่วมกับโฟมรักษาแผลป้องกันผิวหนังบริเวณกระดูกกระเบนเหน็บในผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงเกิดแผลกดทับ หอผู้ป่วยศัลยกรรมอุบัติเหตุและระบบประสาท โรงพยาบาลแพร่	46	◇ Effectiveness of Implementing Clinical Nursing Practice Guidelines for Preventing Pressure ulcer and Polyurethane Foam for Protecting Skin around Sacrum in Patients who's most at risk of getting pressure ulcer, Trauma and Neurosurgery Ward, Phrae Hospital.
ศศิธร แก้วกล้า ศิริกาญจน์ จินาวิน		Sasitorn Kaewkla Sirikan Jinawin
○ การพัฒนาแนวทางการดูแลต่อเนื่องผู้ป่วยที่มีภาวะพึ่งพิงจากโรงพยาบาลถึงบ้านโรงพยาบาลค่ายประจักษ์ศิลปาคม	55	◇ Development of Continuing Care Guidelines for dependent patients, FortPrachaksinlapakhom Hospital
ชนิษฐา แก้วกล้า ตั่ว ถิ่นแก้ว ชลการ ทรงศรี		KanitthaKaewkullayaTiwThueankaewChonlakarn Songsri
○ ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของผู้สูงอายุตำบลบ้านโพธิ์ อำเภอโพธิ์ชัย จังหวัดหนองคาย	65	◇ Factors Associated with Older person Behaviors in Prevention of Coronavirus Disease 2019, Ban Pho ,Phon Phisai District, Nong Khai Province.
ไพโรจน์ ศิริมงคล ไพจิต ผาตะเนตร		Praijit Sirimongkol, Paijit Phatanetr

สารบัญ	หน้า	Content
ปีที่ 6 ฉบับที่ 1 (มกราคม-เมษายน 2566)	Page	Vol.6 No.1 (January– April 2023)
บทความวิชาการ (Academic article)		
○ บทบาทพยาบาลส่งเสริมสุขภาพและป้องกัน เพื่อชะลอไตเสื่อมในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3-4 ทิพวัลย์ อีร์สิริโรจน์ ละมัด เลิศล้ำ	77	◇ The Role of Nurses in Health Promotion and Prevention for Slowing Progression of Chronic Kidney Disease in Stage 3-4 CKD Patient Tippawan Teerasiroj Lamad Lertlum

บทบรรณาธิการวารสาร

วารสารการพยาบาล สุขภาพ และการศึกษา วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี อุตรดิตถ์ ก้าวเข้าสู่ปีที่ 5 ซึ่งศูนย์ดัชนีการอ้างอิงวารสารไทย (ศูนย์TCI) ได้พิจารณาคุณภาพวารสารเข้าสู่ฐานข้อมูล TCI และจัดกลุ่มคุณภาพวารสารซึ่งวารสารการพยาบาล สุขภาพ และการศึกษา วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี อุตรดิตถ์ ถูกจัดให้เป็น วารสารกลุ่มที่ 2 ตั้งแต่วันที่ 1 มกราคม 2565 ไปจนถึงวันที่ 31 ธันวาคม 2567 ขอขอบคุณสมาชิกวารสาร นักวิจัยที่ให้การสนับสนุนการดำเนินงานของวารสารมาเป็นอย่างดี ในการส่งบทความวิจัย บทความวิชาการ เข้ามาเผยแพร่ ผู้ทรงคุณวุฒิที่เสียสละเวลาในการประเมินบทความวิจัย เพื่อให้ข้อคิดในการปรับปรุงคุณภาพของงานให้ดียิ่งขึ้น และขอขอบคุณทีมบรรณาธิการที่เข้มแข็งที่ผลักดัน ติดตามงาน ทำให้วารสารดำเนินงานสำเร็จตามแผน ท่านที่สนใจส่งบทความวิจัย บทความวิชาการเพื่อการเผยแพร่ ในวารสารการพยาบาล สุขภาพและการศึกษา ท่านสามารถศึกษารายละเอียดการส่งผลงานเพื่อตีพิมพ์ได้ที่ <https://he02.tci-thaijo.org/index.php/NHEJ/guidelines> หรือส่งอีเมลเพื่อสอบถามได้ที่ journal@bcnu.ac.th โดยวารสารออกปีละ 3 ปักษ์เช่นเคย

วารสารการพยาบาล สุขภาพ และการศึกษา ปีที่ 6 ฉบับที่1 (มกราคม-เมษายน 2566) ประกอบด้วยสาระสำคัญที่น่าสนใจตามมีบทความวิจัยจำนวน 7 เรื่องคือ (1) ประสิทธิภาพการใช้โปรแกรม Thabo Crown Prince Hospital Emergency Severity Index (TCPH ESI) ในการคัดแยกผู้ป่วย แผนกผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉิน โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชท่าบ่อ (2) ความรู้ ทักษะ และพฤติกรรมเกี่ยวกับการเกิดภาวะอ้วนและน้ำหนักเกินของนักศึกษาวิทยาศาสตร์สุขภาพมหาวิทยาลัยราชภัฏศรีสะเกษ (3) ความซุกและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความผิดปกติของระบบโครงร่างและกล้ามเนื้อของพนักงานเก็บขนขยะมูลฝอยในจังหวัดพระนครศรีอยุธยา (4) การพัฒนารูปแบบการพยาบาลเพื่อป้องกันและควบคุมการแพร่กระจายเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพในโรงพยาบาลสกลนคร (5) ผลการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลการป้องกันแผลกดทับร่วมกับโพรมิซอลและแผ่นป้องกันผิวหนังบริเวณกระดูกกระเบนเหน็บในผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงเกิดแผลกดทับ หอผู้ป่วยศัลยกรรมอุบัติเหตุและระบบประสาท โรงพยาบาลแพร่ (6) การพัฒนาแนวทางการดูแลต่อเนื่องผู้ป่วยที่มีภาวะพึ่งพิงจากโรงพยาบาลถึงบ้านโรงพยาบาลค่ายประจักษ์ศิลปาคม และ (7) ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมในการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของผู้สูงอายุตำบลบ้านโพธิ์ อำเภอนาทม จังหวัดหนองคาย และบทความวิชาการ เรื่อง บทบาทพยาบาลส่งเสริมสุขภาพและป้องกัน เพื่อชะลอไตเสื่อมในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3-4

กองบรรณาธิการวารสารการพยาบาล สุขภาพ และการศึกษา ขอขอบพระคุณผู้อ่านทุกท่าน ผู้สนับสนุนบทความ รวมทั้งผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่านที่ช่วยกลั่นกรองบทความ และกรุณาให้ข้อเสนอแนะต่างๆที่เป็นประโยชน์กับผู้นิพนธ์และกองบรรณาธิการ ในการช่วยพัฒนาคุณภาพของวารสารให้มีมาตรฐานอย่างต่อเนื่อง สุดท้ายนี้ ขอเชิญชวนทุกท่านดูแลสุขภาพตนเอง การดูแลตัวเองในหน้าร้อน คืออย่าไปอยู่กลางแจ้งให้นานเกินไป ถ้ามีร่มก็สามารถใช้ร่มได้ ดื่มน้ำให้มาก ๆ ทานน้ำแข็ง ทานไอศกรีม หรือถ้าอยู่ในบ้านพยายามเปิดประตู หน้าต่าง อย่าอยู่ในที่อับ อย่าอยู่ในห้องปิด การอยู่ในห้องปิดจะทำให้อากาศถ่ายเทไม่ได้ แล้วเกิดความร้อนสะสม ทำให้เกิดฮีทสโตรกได้แม้ในบ้าน ผู้ป่วยที่มีโรคประจำตัว อย่าออกไปอยู่กลางแจ้งนานเกินไป ถ้าจำเป็นจริง ๆ ที่จะต้องออกไปอยู่กลางแจ้ง ข้อควรระวังคือ อย่าทำให้ร่างกายขาดน้ำ เตรียมน้ำ ดื่มน้ำเยอะ ๆ และอย่าลืมป้องกันโควิด-19 โดยการสวมหน้ากากอนามัย ก่อนออกจากบ้าน ลดกิจกรรมออกนอกบ้าน และตามปฏิบัติตามมาตรการในการป้องกันโรคโควิด-19 ไม่เผาป่า เผาขยะกลางแจ้ง ลดเสี่ยงฝุ่น PM 2.5 ที่ เพื่อสุขภาพที่ดี แล้วพบกันใหม่ในฉบับต่อไป

ดร.จิราพร วรวงศ์

บรรณาธิการ

ประสิทธิผลการใช้โปรแกรม Thabo Crown Prince Hospital Emergency Severity Index (TCPH ESI)

ในการคัดแยกผู้ป่วย แผนกผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉิน โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชท่าบ่อ

Effectiveness of the Thabo Crown Prince Hospital Emergency Severity Index (TCPH ESI)

to the accuracy for patient triage at Emergency Department, Thabo Crown Prince Hospital

เมตตา สุทธิพรไพศาลกุล พย.ม.1,* กิตติพร เนาว์สุวรรณ ศษ.ด.2,

อัจฉรา คำมะทิตย์ ปร.ด.3 นกษา สิงห์วีระธรรม ปร.ด.4 มลฤดี วรรณพนม พย.บ.5

Received: 9December 2022

Revised: 5 April 2023

Accepted: 28 April 2023

Metta Suttipornphisakul M.N.S. 1,* Kittiporn Nawsuwan Ed.D. 2 Adchara Khammathit Ph.D 3

Noppcha Singweratham Ph.D 4, Monruedee Wannapanom B.N.S.5

1,5 โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชท่าบ่อ, 2 วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สงขลา สถาบันพระบรมราชชนก

, 3 วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี อุตรธานี สถาบันพระบรมราชชนก

4, คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

1,5 Thabo Crown Prince Hospital, 2 Boromarajonani College of Nursing Songkhla Praboromarajchanok Institute,

3 Boromarajonani College of Nursing Udon Thani, Praboromarajchanok Institute, 4 Faculty of public health, Chiangmai University

บทคัดย่อ

การวิจัยในครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาประสิทธิผลของการใช้ระบบคัดแยกผู้ป่วยฉุกเฉิน Thabo Crown Prince Hospital Emergency Severity Index (TCPH ESI) ต่อความแม่นยำในการคัดแยกผู้ป่วยในแผนกอุบัติเหตุฉุกเฉิน โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชท่าบ่อ จังหวัดหนองคาย กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ แบ่งเป็น 2 กลุ่มได้แก่ (1) พยาบาลวิชาชีพ และนักปฏิบัติการฉุกเฉินทางการแพทย์ ที่ปฏิบัติงานในแผนกอุบัติเหตุฉุกเฉิน โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชท่าบ่อ จำนวน 14 คน และ (2) เอกสารเวชระเบียนผู้ป่วยแผนกอุบัติเหตุฉุกเฉิน จำนวน 140 ฉบับ จากเวชระเบียนที่เคยคัดแยกผู้ป่วย เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ คือ โปรแกรม TCPH ESI ที่พัฒนาขึ้น ซึ่งประกอบด้วย การบรรยายให้ความรู้ การสาธิต การฝึกทักษะในสถานการณ์จำลอง และแบบทดสอบความรู้และประเมินทักษะด้านการคัดแยกผู้ป่วย เก็บรวบรวมข้อมูลโดยการสังเกตแบบมีส่วนร่วม การสนทนากลุ่มและเก็บข้อมูลเชิงปริมาณโดยใช้แบบประเมินที่พัฒนาขึ้น วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติความถี่ ร้อยละ สถิติ Wilcoxon Signed Ranks Test และสถิติ One sample t-test ผลวิจัยพบว่า หลังใช้โปรแกรม TCPH ESI บุคลากรทางการแพทย์ที่ปฏิบัติงานที่แผนกอุบัติเหตุฉุกเฉิน โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชท่าบ่อมีความรู้และทักษะในการคัดแยกผู้ป่วยสูงกว่า ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม TCPH ESI อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 โดยสามารถ คัดแยกผู้ป่วยได้ถูกต้องมากกว่าร้อยละ 80

ดังนั้นควรนำโปรแกรมดังกล่าวไปใช้กับบุคลากรทางการแพทย์แผนกอุบัติเหตุฉุกเฉินโดยจัดอบรมให้ความรู้ที่ทันสมัยอย่างต่อเนื่อง เน้นการฝึกปฏิบัติจริง ตลอดจนการใช้กระบวนการเสริมสร้างพลังเพื่อสร้างความมั่นใจในการคัดแยกผู้ป่วยได้ถูกต้อง

คำสำคัญ: ประสิทธิภาพ, การคัดแยกผู้ป่วย, แผนกผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉิน

*ผู้ให้การติดต่อ(Corresponding author): Email: erthabo@hotmail.com

Abstract

This research is a quasi-experimental study aimed at examining the effectiveness of using the Thabo Crown Prince Hospital Emergency Severity Index (TCPH ESI) triage system in screening emergency patients at the emergency department of Thabo Crown Prince Hospital, Nong Khai province. The study groups were divided into two groups: (1) 14 professional nurses and paramedic practitioners who worked in the emergency department, and (2) 140 emergency department patient medical records previously triaged. The tool used in this study was the TCPH ESI program, which includes knowledge sharing, demonstrations, simulation training and knowledge and skill assessment questionnaires for patient triage. Data was collected through observation, group discussions and a developed assessments questionnaire. Statistical analysis was performed using frequency, percentage, Wilcoxon Signed Ranks Test and One Sample t-test. The results of this study showed that after using the TCPH ESI program, the medical personnel had significantly higher scores in knowledge and skills for patient triage than before using the program, with statistical significance at the .001 level ($p < .001$). The accuracy of patient triage was also significantly higher than 80%. Therefore, the TCPH ESI program should be implemented for medical personnel working in emergency departments by providing continuous up-to-date training, emphasizing the importance of accurate patient triage.

Keywords: effectiveness, Triage, Emergency department

บทนำ

จากสถานการณ์ปัจจุบันจำนวนผู้ป่วยที่มาใช้บริการแผนกผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉินโรงพยาบาลส่วนใหญ่มีปริมาณมากขึ้นในทุกปี สะท้อนถึงความต้องการในการเข้ารับการรักษาของผู้ป่วยจำนวนมาก ทำให้บริการทางการแพทย์ไม่เพียงพอต่อความต้องการของผู้ป่วย เกิดความล่าช้าในการเข้ารับการรักษา¹ ในขณะที่ปริมาณทรัพยากรทางการแพทย์และเจ้าหน้าที่ในหน่วยงานสาธารณสุขมีจำกัด ทำให้ผู้ป่วยที่มาใช้บริการได้รับการดูแลไม่ทั่วถึง ระยะเวลาการรอคอยการตรวจและประเมินโดยแพทย์ยาวนานขึ้น² ส่งผลกระทบโดยตรงต่อความปลอดภัยของผู้ป่วยที่จำเป็นต้องได้รับการรักษาหรือการฟื้นคืนชีพโดยทันที และเนื่องจากในจำนวนผู้ป่วยที่มากขึ้นนี้ มีทั้งผู้ป่วยที่มีภาวะฉุกเฉินและไม่มีภาวะฉุกเฉินรวมกัน จึงจำเป็นต้องนำระบบการคัดแยกผู้ป่วยที่มีประสิทธิภาพมาใช้ที่แผนกอุบัติเหตุฉุกเฉิน เพื่อคัดแยกระดับความรุนแรงของความเจ็บป่วยและจัดลำดับความสำคัญในการเข้ารับการรักษาอย่างเหมาะสม^{3,4} อีกทั้งยังเป็นการเพิ่มประสิทธิภาพการใช้ทรัพยากรทางการแพทย์ที่มีอย่างจำกัดให้เหมาะสมกับระดับความเร่งด่วนของผู้ป่วยที่มาใช้บริการ ในประเทศไทยได้มีการนำระบบคัดแยกผู้ป่วยมาใช้หลายระบบ โดยแต่ละระบบมีหลักการคล้ายกัน คือการแบ่งแยกผู้ป่วยตามความเร่งด่วน และความจำเป็นที่ต้องการได้รับความช่วยเหลือทางการแพทย์ โดยอาจแบ่งได้เป็นหลายระดับ ในปัจจุบันระบบคัดกรองที่แบ่งออกเป็น 5 ระดับได้รับความนิยม และมีหลักฐานทางวิชาการรองรับ เช่น Canadian Triage and Acuity Scale (CTAS) และ Emergency Severity Index (ESI) version 4 ของประเทศสหรัฐอเมริกา ซึ่งกระทรวงสาธารณสุขได้นำมาสรุปและพัฒนาเป็นระบบการคัดแยกของประเทศไทย Thailand National Triage Guideline เพื่อให้เป็นแนวทางให้โรงพยาบาลในประเทศไทยไปใช้ดูแลผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉินเรียกว่า MOPD ED Triage

แผนกผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉิน โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชท่าบ่อ เป็นอีกแห่งที่นำระบบ MOPD ED Triage มาใช้ในการปฏิบัติงาน ซึ่งพบว่ามีปัญหาในทางปฏิบัติเป็นอย่างมาก โดยพบว่ามีความยุ่งยากของเครื่องมือคัดแยกที่ไม่มีความชัดเจน ทำให้ผู้ใช้มีความเข้าใจไม่ตรงกันและปฏิบัติได้ไม่ถูกต้อง ส่งผลให้ระบบคัดแยกภายในโรงพยาบาลได้ผลไม่ตรงกันในแต่ละจุดบริการ ประกอบกับบุคลากรผู้ปฏิบัติขาดประสบการณ์และความรู้ในการคัดแยกผู้ป่วย เนื่องจากจำนวนเจ้าหน้าที่ที่มีประสบการณ์ในการคัดแยกและดูแล

ผู้ป่วยฉุกเฉินมากกว่า 2 ปีมีน้อย มีเจ้าหน้าที่ย้ายเข้ามาบรรจุนิเทศและสลับเปลี่ยนหมุนเวียนในแต่ละปี ขาดการอบรมพัฒนาความรู้บุคลากรอย่างต่อเนื่องในเรื่องระบบการคัดแยก ทำให้เกิดอุบัติเหตุการประเมินระดับความเร่งด่วนต่ำหรือสูงกว่าความเป็นจริงค่อนข้างมาก เมื่อเทียบกับมาตรฐานทั่วไปที่ยอมรับการคัดแยกต่ำกว่าสภาพความเป็นจริงได้ไม่เกินร้อยละ 5 และการคัดแยกสูงกว่าสภาพความเป็นจริงไม่เกินร้อยละ 15 โดยพบว่าในปี 2563 มีการคัดแยกผู้ป่วยถูกต้องร้อยละ 67.50 คัดแยกไม่ถูกต้องร้อยละ 32.50 โดยมีการคัดแยกสูงกว่าสภาพความเป็นจริง ร้อยละ 15.35 คัดแยกต่ำกว่าสภาพความเป็นจริง ร้อยละ 16.15

ดังนั้น ผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะพัฒนาแนวทางที่เหมาะสมของระบบคัดแยกผู้ป่วยในแผนกผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉิน โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชท่าบ่อ เพื่อเป็นการแก้ไขปัญหาในการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่ให้สามารถปฏิบัติหน้าที่ได้อย่างถูกต้องและมีประสิทธิภาพ ซึ่งจะส่งผลให้ผู้ป่วยรอดพ้นจากภาวะคุกคามชีวิต ไม่เกิดความพิการหรือภาวะแทรกซ้อนตามมา

วัตถุประสงค์การวิจัย

วัตถุประสงค์ทั่วไป

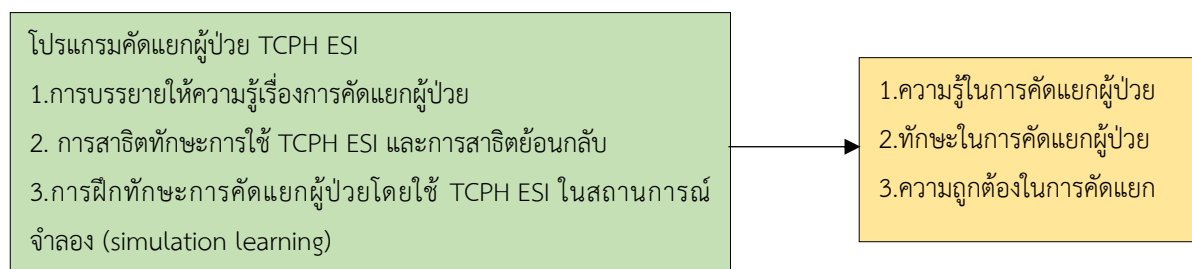
เพื่อศึกษาประสิทธิผลการใช้โปรแกรม TCPH ESI ในระบบการคัดแยกผู้ป่วยแผนกผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉิน โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชท่าบ่อ

วัตถุประสงค์เฉพาะ

1. เพื่อเปรียบเทียบความรู้และทักษะในการคัดแยกผู้ป่วย ของบุคลากรทางการแพทย์ที่ปฏิบัติงานที่แผนกผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉิน โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชท่าบ่อ ก่อนและหลังการใช้โปรแกรม TCPH ESI
2. เพื่อเปรียบเทียบความถูกต้องในการคัดแยกผู้ป่วย ของบุคลากรทางการแพทย์ที่ปฏิบัติแผนกผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉิน โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชท่าบ่อ กับเกณฑ์ร้อยละ 80

กรอบแนวคิดการวิจัย

กรอบแนวคิดของการศึกษานี้ คือ แนวคิดการคัดแยกผู้ป่วยโดยดัชนีความรุนแรงในกรณีฉุกเฉิน (Emergency Severity Index, ESI)⁵ ซึ่งใช้เป็นเกณฑ์ในการคัดแยกระดับความเจ็บป่วยของผู้ป่วยแผนกอุบัติเหตุฉุกเฉินในประเทศไทย โดยดัชนีความรุนแรงในกรณีฉุกเฉิน (Emergency Severity Index, ESI) ดังแสดงในภาพที่ 1



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

ระเบียบวิธีวิจัย

ผู้วิจัยใช้ระเบียบวิธีวิจัยการวิจัยแบบกึ่งทดลอง (Quasi Experimental Research) แบบกลุ่มเดียว วัดก่อนและหลังการทดลอง (The One Groups, Pre-test, Post-test Design)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือผู้ปฏิบัติงานในแผนกอุบัติเหตุฉุกเฉิน และเวชระเบียนผู้ป่วยแผนกอุบัติเหตุฉุกเฉินโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชท่าบ่อ

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ ประกอบด้วย 2 ส่วน

1) ผู้ปฏิบัติงานในแผนกอุบัติเหตุฉุกเฉินได้แก่ พยาบาลวิชาชีพ และ นักปฏิบัติการฉุกเฉินทางการแพทย์ (Paramedic) จำนวน 14 คน โดยการเลือกทุกคน

2) เวชระเบียนผู้ป่วยแผนกอุบัติเหตุฉุกเฉิน จำนวน 140 ฉบับ กำหนดให้บุคลากรทางการแพทย์ 1 คนต่อเวชระเบียน 10 ฉบับ โดยใช้วิธีสุ่มอย่างง่ายโดยการหยิบฉลาก จากเวชระเบียนที่เคยคัดแยกผู้ป่วย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย คือ โปรแกรม TCPH ESI ประกอบด้วย

1.1 การบรรยายให้ความรู้เรื่องการคัดแยกผู้ป่วย เป็นเวลา 1 วัน โดยแพทย์เวชศาสตร์ฉุกเฉิน

1.2 การสาธิตทักษะการคัดแยกผู้ป่วยโดยแพทย์เวชศาสตร์ฉุกเฉิน และการสาธิตย้อนกลับ โดยให้เจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงานในแผนกอุบัติเหตุฉุกเฉิน ทำการฝึกปฏิบัติ ซึ่งแพทย์เวชศาสตร์ฉุกเฉินจะให้คำอธิบายและคำแนะนำเพิ่มเติม

1.3 การฝึกทักษะการคัดแยกผู้ป่วยโดยใช้ TCPH ESI ในสถานการณ์จำลอง (simulation learning) โดยให้แพทย์กำหนดสถานการณ์จำลองของผู้ป่วยที่เข้ามาใช้บริการในแผนกอุบัติเหตุฉุกเฉิน และให้เจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงานในแผนกอุบัติเหตุฉุกเฉิน ทำหน้าที่ประเมินและคัดแยกผู้ป่วยเป็นรายบุคคล

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย 3 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป เกี่ยวกับอายุ ระยะเวลาการปฏิบัติหน้าที่ เพศ ตำแหน่ง และ การผ่านการอบรม TCPH ESI

ส่วนที่ 2 เป็นแบบทดสอบความรู้การคัดแยกผู้ป่วย จำนวน 20 ข้อ ข้อละ 1 คะแนน คะแนนเต็ม 20 คะแนน ลักษณะคำถามเป็นรายละเอียดของผู้ป่วย ซึ่งมีข้อมูลครบถ้วนเพียงพอที่จะทำการคัดแยกผู้ป่วยได้ โดยให้ตอบโดยการคัดแยกผู้ป่วยออกเป็น 5 ระดับความฉุกเฉินตาม TCPH ESI ที่ดัดแปลงมาจาก Emergency Severity Index (ESI), Version 4, 2012 Edition ได้แก่

ระดับ 1 หมายถึงผู้ป่วยที่อยู่ในภาวะไม่คงที่มีภาวะคุกคามต่อชีวิต ต้องได้รับการดูแลในทันทีเพื่อช่วยรักษาชีวิตภายใน 5 นาที เช่น cardiac arrest

ระดับ 2 หมายถึง ผู้ป่วยที่ไม่เข้าเกณฑ์การคัดแยก ระดับ 1 แต่ต้องได้รับความช่วยเหลืออย่างรวดเร็วเป็นผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงต่ออาการเปลี่ยนแปลงไปในทางที่รุนแรงมากขึ้น ควรได้รับการรักษาพยาบาลโดยเร็วภายใน 10 นาที

ระดับ 3 หมายถึง ผู้ป่วยที่ต้องการทำกิจกรรมทางการแพทย์มากกว่า 1 อย่าง ควรได้รับการตรวจรักษาโดยเร็วภายใน 30 นาที

ระดับ 4 หมายถึง ผู้ป่วยที่มีอาการผิดปกติเล็กน้อย ไม่เร่งด่วนทางการแพทย์หรือต้องการทำกิจกรรมทางการแพทย์เพียง 1 อย่าง ควรได้รับการตรวจประเมินใน 1 ชั่วโมง

ระดับ 5 หมายถึง ผู้ป่วยโรคทั่วไปที่อยู่ในภาวะปกติ สามารถพบแพทย์ที่ห้องผู้ป่วยนอกในเวลาราชการหรือไม่มีความจำเป็นในการทำกิจกรรมทางการแพทย์

ส่วนที่ 3 แบบประเมินทักษะด้านการคัดแยกผู้ป่วย เป็นการประเมินกิจกรรมที่เจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงานแผนกอุบัติเหตุฉุกเฉินต้องปฏิบัติต่อผู้ป่วยที่มาใช้บริการงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โดยการรวบรวมข้อมูล จากการซักประวัติและตรวจร่างกายอย่างรวดเร็ว และตัดสินใจระบุประเภทผู้ป่วยตามลำดับความรุนแรงของการเจ็บป่วย โดยใช้ MOPH ED. Triage จำนวน 11 ข้อ กำหนดคะแนนข้อละ 1 คะแนน รวม 11 คะแนน โดยให้คะแนนรายข้อหากเป็นปฏิบัติถูกต้อง 1 คะแนน ปฏิบัติไม่ถูกต้อง 0 คะแนน และไม่พบการปฏิบัติ 0 คะแนน

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content Validity)

ผู้วิจัยนำแบบสอบถามและแบบประเมินทักษะที่สร้างขึ้นเองเสนอต่อผู้เชี่ยวชาญ 3 คน โดยเป็นแพทย์เวชศาสตร์ฉุกเฉิน โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชท่าบ่อ 2 คน และแพทย์เวชศาสตร์ฉุกเฉิน โรงพยาบาลหนองคาย 1 คน เพื่อพิจารณาตรวจสอบความ

เที่ยงตรงตามเนื้อหา (Content Validity) ซึ่งใช้วิธีหาค่าดัชนีความสอดคล้อง (Index of Objective-Item Congruence; IOC) ได้ค่าดัชนีความสอดคล้องอยู่ระหว่าง 0.67 – 1.00 และมีความเหมาะสมต่อการนำมาใช้กับกลุ่มตัวอย่าง ทั้งนี้หากการพิจารณาของผู้ทรงคุณวุฒิพบว่ามีย่อคำถามบางข้อต้องแก้ไขปรับปรุงเพื่อให้เป็นไปตามบริบทของพื้นที่ ผู้วิจัยจะดำเนินการแก้ไข ปรับปรุงก่อนนำไปใช้กับกลุ่มตัวอย่างในประเด็นความรู้เกี่ยวกับการคัดแยกผู้ป่วย

การหาค่าความเชื่อมั่น (Reliability)

ใช้แบบสัมภาษณ์ความพึงพอใจต่อ การใช้แนวทางการคัดแยกผู้ป่วยตามระดับความฉุกเฉิน มีจำนวน 6 ข้อ ดังนี้ ความเข้าใจได้ง่าย ไม่ยุ่งยากซับซ้อน ความสะดวกในการนำไปใช้ อยู่บนพื้นฐานหลักวิชาการที่สามารถใช้ได้จริงใน การประเมินและช่วยเหลือผู้ป่วย ประหยัดค่าใช้จ่ายคุ้มค่าคุ้มทุน และความพึงพอใจในภาพรวม ลักษณะแบบสอบถามประเมินค่า (Rating scale) 5 ระดับ คือ พึงพอใจน้อยที่สุด 1 คะแนน พึงพอใจน้อย 2 คะแนน พึงพอใจปานกลาง 3 คะแนน พึงพอใจมาก 4 คะแนน และพึงพอใจมากที่สุด 5 คะแนน นำไปทดลองใช้กับพยาบาลวิชาชีพในงานผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉิน โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชท่าบ่อ จำนวน 5 คน และนำมาคำนวณหาค่าความเชื่อมั่นโดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ได้เท่ากับ 0.82

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ขั้นก่อนการทดลอง

1. ผู้วิจัยทำเรื่องขอพิจารณาเก็บข้อมูลการวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดหนองคาย
2. ผู้วิจัยอธิบายให้ผู้ช่วยวิจัยทราบเกี่ยวกับลักษณะงานวิจัย ลักษณะแนวปฏิบัติการคัดแยกผู้ป่วย อธิบายขั้นตอน วิธีการเข้าร่วมกิจกรรมของกลุ่มตัวอย่าง และการเก็บรวบรวมข้อมูล
3. ผู้วิจัยทำการอธิบายความเป็นมาของปัญหา ชี้แจงวัตถุประสงค์ ประโยชน์จากการเข้าร่วมโครงการวิจัย ตลอดจนการพิทักษ์ให้กลุ่มตัวอย่างได้รับทราบ พร้อมลงลายมือชื่อยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย
4. ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยสร้างสัมพันธภาพกับกลุ่มตัวอย่าง อธิบายกระบวนการวิจัย ขั้นตอนการทำกิจกรรมตามโปรแกรมให้กลุ่มตัวอย่างได้รับทราบ พร้อมสอบถามและตอบข้อสงสัยหากกลุ่มตัวอย่างมีข้อคำถาม
5. ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยให้กลุ่มเป้าหมายทำแบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับโปรแกรม TCPH ESI ก่อนใช้แนวปฏิบัติ (Pre-test)

ขั้นทดลอง

6. ให้ความรู้เกี่ยวกับแนวปฏิบัติการคัดแยกผู้ป่วย วิทยากรโดย แพทย์เวชศาสตร์ฉุกเฉิน ประกอบด้วย 3 กิจกรรม ได้แก่
 - 6.1 การบรรยายให้ความรู้เรื่องการคัดแยกผู้ป่วย 2 ชม.
 - 6.2 การสาธิตทักษะการใช้ TCPH ESI และการสาธิตย้อนกลับ 1 ชม.
 - 6.3 การฝึกทักษะการคัดแยกผู้ป่วยโดยใช้ TCPH ESI ในสถานการณ์จำลอง (Simulation learning) 2 ชม

ขั้นหลังการทดลอง

7. หลังจากดำเนินการตามแนวปฏิบัติ ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยทำการประเมินความรู้ในการคัดแยกผู้ป่วยตามโปรแกรม TCPH ESI

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์เปรียบเทียบความรู้และทักษะระหว่างก่อนและหลังการใช้แนวปฏิบัติในการคัดแยกผู้ป่วยตามความเร่งด่วน ด้วยสถิติโดยใช้สถิติ Wilcoxon Sign Rang Test ทั้งนี้ผู้วิจัยได้ทดสอบการแจกแจงโค้งปกติของข้อมูลพบว่าข้อมูลไม่มีการแจกแจงเป็นโค้งปกติ⁶
2. ประเมินผลความถูกต้องในการคัดแยกผู้ป่วยของบุคลากรทางการแพทย์ที่ปฏิบัติงานอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิเวศ โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชท่าบ่อ หลังเข้าร่วมโปรแกรม TCPH ESI กับเกณฑ์ร้อยละของผู้ป่วยได้รับการคัดกรองถูกต้อง $\geq 80\%$ โดยใช้สถิติ One sample t-test

3. เปรียบเทียบความถูกต้องในการคัดแยกผู้ป่วยระหว่าง ก่อนใช้โปรแกรม หลังใช้โปรแกรม และหลังใช้โปรแกรม 4 สัปดาห์ โดยใช้สถิติความถี่และร้อยละ

จริยธรรมวิจัย

ผู้วิจัยเสนอโครงการวิจัยเพื่อขอรับการรับรองจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดหนองคาย ได้หมายเลขรับรอง 72/2564 ลงวันที่ 28 ธันวาคม 2564 และในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้มีการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่างโดยชี้แจงรายละเอียด สิทธิที่จะตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมการวิจัย หรือสิทธิที่จะถอนตัวออกจากการวิจัยได้ตลอดเวลา โดยไม่มีผลกระทบต่อการปฏิบัติงานของผู้ตอบแบบสอบถามและข้อมูลทั้งหมดจะถูกทำลายภายใน 1 ปี ภายหลังจากที่ผลการวิจัยได้รับการเผยแพร่

ผลการวิจัย

1. ในการศึกษานี้มีบุคลากรทางการแพทย์ปฏิบัติงานที่แผนกอุบัติเหตุฉุกเฉิน โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชท่าบ่อ เข้าร่วมทั้งหมดจำนวน 14 คน อายุเฉลี่ย 32.76 ปี ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 76.92 พยาบาลวิชาชีพ 12 คน และ นักปฏิบัติการพยาบาลฉุกเฉิน 2 คน มีประสบการณ์การปฏิบัติงานอย่างน้อย 24 เดือน และมีบุคลากรทางการแพทย์ที่เคยผ่านการอบรมการคัดแยกผู้ป่วยมาแล้วร้อยละ 28.57

2. เปรียบเทียบความรู้และทักษะในการคัดแยกผู้ป่วย ของบุคลากรทางการแพทย์ ก่อนและหลังการใช้โปรแกรม TCPH ESI ตามตารางที่ 1

ตาราง 1 เพื่อเปรียบเทียบความรู้และทักษะในการคัดแยกผู้ป่วย ของบุคลากรทางการแพทย์ที่ปฏิบัติงานที่ปฏิบัติแผนกอุบัติเหตุฉุกเฉิน โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชท่าบ่อ ก่อนและหลังการใช้โปรแกรม TCPH ESI

	n	X	SD	IQR	Z	P-value(1tailed)
ความรู้						
ก่อนใช้โปรแกรม	14	9.43	3.50	4.5	-3.185	<.001
หลังใช้โปรแกรม	14	16.14	2.48	2.0		
ทักษะ						
ก่อนการใช้แนวปฏิบัติ	14	8.79	0.70	0.00	-3.376	<.001
หลังการใช้แนวปฏิบัติ	14	10.64	0.50	0.00		

จากตาราง 1 พบว่า หลังใช้โปรแกรม TCPH ESI บุคลากรทางการแพทย์ที่ปฏิบัติงานที่แผนกอุบัติเหตุฉุกเฉิน โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชท่าบ่อมีคะแนนความรู้และทักษะในการคัดแยกผู้ป่วยสูงกว่า ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม TCPH ESI อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001

3. เปรียบเทียบความถูกต้องในการคัดแยกผู้ป่วย ของบุคลากรทางการแพทย์ที่ปฏิบัติงานที่แผนกอุบัติเหตุฉุกเฉิน โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชท่าบ่อ กับเกณฑ์ร้อยละของผู้ป่วยฉุกเฉินได้รับการคัดกรองถูกต้อง $\geq 80\%$ โดยใช้สถิติ One sample t-test

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบความถูกต้องในการคัดแยกผู้ป่วย ของบุคลากรทางการแพทย์ที่ปฏิบัติงานที่แผนกอุบัติเหตุฉุกเฉินโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชท่าบ่อ กับเกณฑ์ร้อยละของผู้ป่วยฉุกเฉินได้รับการคัดกรองถูกต้อง $\geq 80\%$

	X	S.D.	t	Mean difference	p-value(1-tailed)
ความถูกต้องในการคัดแยกผู้ป่วย	87.86	6.99	4.204	13	<.001

จากตารางที่ 2 พบว่า ภายหลังจากเข้าร่วมโปรแกรม TCPH ESI บุคลากรทางการแพทย์ปฏิบัติงานที่แผนกอุบัติเหตุฉุกเฉิน โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชท่าบ่อ สามารถคัดแยกผู้ป่วยได้ถูกต้องมากกว่าร้อยละ 80 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบร้อยละความถูกต้องในการคัดแยกผู้ป่วยระหว่าง ก่อนใช้โปรแกรมและ หลังใช้โปรแกรม

การคัดแยก	ก่อน	ร้อยละ	หลัง	ร้อยละ
ถูกต้อง(Correct triage)	88	62.86	123	87.86
ต่ำกว่าความเป็นจริง(Under triage)	27	19.28	6	4.28
สูงกว่าความเป็นจริง(Over triage)	25	17.86	11	7.86

จากตารางที่ 3 โดยการตรวจสอบเวชระเบียน ก่อนและหลังการใช้โปรแกรม จำนวน 14 คน คนละ 10 รายต่อครั้ง ก่อนการใช้โปรแกรมบุคลากรทางการแพทย์สามารถประเมินระดับความเร่งด่วน ได้ถูกต้องรวม 88 ราย (ร้อยละ 62.86) ต่ำกว่าความเป็นจริง 27 ราย (ร้อยละ 19.28) และสูงกว่าความเป็นจริง 25 ราย (ร้อยละ 17.86) หลังการใช้โปรแกรม TCPH ESI บุคลากรทางการแพทย์สามารถประเมินระดับความเร่งด่วน ได้ถูกต้องมากขึ้นเป็น 123 ราย (ร้อยละ 87.86) การประเมินต่ำกว่าความเป็นจริง ลดลงเหลือ 6 ราย (ร้อยละ 4.28) การประเมินสูงกว่าความเป็นจริงลดลงเหลือ 11 ราย (ร้อยละ 7.86)

อภิปรายผล

ประสิทธิผลของการใช้แนวปฏิบัติการคัดแยกผู้ป่วย แผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชท่าบ่อ โดยประเมินจาก ความถูกต้องของการคัดแยกผู้ป่วย ก่อนและหลังการใช้โปรแกรม TCPH ESI พบว่ามีความถูกต้องเพิ่มมากขึ้น⁷ พบความถูกต้องของการคัดแยกระดับความฉุกเฉินของผู้ป่วยระหว่างพยาบาลคัดแยกกับผู้ตรวจสอบเพิ่มมากขึ้นเมื่อเทียบกับก่อนใช้แนวปฏิบัติการคัดแยกผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉิน ของพยาบาลวิชาชีพ หน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลเชิงราชประชานุเคราะห์ ซึ่งประยุกต์ใช้แนวปฏิบัติการคัดแยกผู้ป่วยของสถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ⁸ ซึ่งมีเนื้อหาเกี่ยวกับแนวทางปฏิบัติตามหลักเกณฑ์เกณฑ์และวิธีปฏิบัติการคัดแยกผู้ป่วยฉุกเฉินและจัดลำดับการบริการ ณ ห้องฉุกเฉินตามที่คณะกรรมการการแพทย์ฉุกเฉิน (กพฉ.) กำหนดสำหรับให้สถานพยาบาล หน่วยปฏิบัติการและผู้ปฏิบัติการ นำไปใช้เป็นเกณฑ์กลางในการตรวจคัดแยกระดับความฉุกเฉิน และจัดให้ผู้ป่วยฉุกเฉินได้รับการปฏิบัติการฉุกเฉินตามลำดับความเร่งด่วนทางการแพทย์ฉุกเฉินได้อย่างมีประสิทธิภาพ ผลการศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่างสามารถคัดแยกระดับความฉุกเฉินของผู้ป่วยได้ถูกต้องเพิ่มมากขึ้นเมื่อเทียบกับก่อนใช้แนวปฏิบัติ และเมื่อตรวจสอบความถูกต้องของการคัดแยกโดยแพทย์เวชศาสตร์ฉุกเฉิน พบว่า ผลการคัดแยกสอดคล้องกับการศึกษาของสมวลี จักรไพศาล, ขวัญภรณ์ เปรมปรามอมร และณัฐนันท์ มาลา (2560)⁹ ที่ใช้ดัชนีความรุนแรงฉุกเฉินเพื่อจำแนกผู้ป่วยฉุกเฉินของโรงพยาบาลสระบุรี พบว่าความตรงกันของการคัดแยกระดับความฉุกเฉินของผู้ป่วยระหว่างพยาบาลคัดแยกกับผู้ตรวจสอบอยู่ในระดับดีมาก ซึ่งเพิ่มมากขึ้นเมื่อเทียบกับก่อนใช้

นอกจากนั้นการจัดการเรียนรู้ในรูปแบบการบรรยายให้ความรู้เรื่องการคัดแยกผู้ป่วย เป็นเวลา 1 วัน โดยแพทย์เวชศาสตร์ฉุกเฉินและมีการสาธิตการใช้ TCPH ESI และการสาธิตย้อนกลับร่วมกับการฝึกทักษะการคัดแยกผู้ป่วยในสถานการณ์จำลอง ทำให้เจ้าหน้าที่มีความสามารถในการประเมินความเร่งด่วนของผู้ป่วยฉุกเฉินได้มากขึ้น เป็นกระบวนการที่สร้างความรู้ ความเข้าใจ และนำไปใช้ ตามทฤษฎีการเรียนรู้ของ เบนจามินและคณะ Anderson, L. W., & Krathwohl, D. R. (2001)¹⁰ ที่ส่งผลให้บุคลากรมีความเข้าใจและมั่นใจเพิ่มมากขึ้นในการนำไปใช้ และสอดคล้องกับการศึกษาของ พิมพา วีระคำ และคณะ (2562)¹¹ ที่ทำการศึกษาประสิทธิผลของการอบรมการคัดแยกผู้ป่วยตามระบบ MOPH ED Triage ต่อความถูกต้องของการคัดแยกผู้ป่วย โดยเจ้าหน้าที่กลุ่มงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลแม่สาย โดยพบว่า การอบรมระบบการคัดแยกผู้ป่วยตาม MOPH ED Triage สามารถเพิ่มความถูกต้องของการคัดแยกผู้ป่วยตามระดับความเร่งด่วนของผู้ป่วยฉุกเฉินได้ ดังนั้นบุคลากรทางการแพทย์มีความจำเป็นที่จะต้องได้รับการอบรมเพื่อสร้างองค์ความรู้และสร้างความเข้าใจในการใช้เครื่องมือดังกล่าวด้วย เพื่อจะทำให้ได้ประสิทธิผลที่ดียิ่งขึ้น

อย่างไรก็ตาม การดำเนินการตรวจคัดแยกระดับความฉุกเฉินและจัดให้ผู้ป่วยฉุกเฉินได้รับการปฏิบัติตามลำดับความเร่งด่วนทางการแพทย์ฉุกเฉินตามแนวทางการคัดแยกของ Emergency Severity Index (ESI), Version 4, 2012 Edition นั้น เป็นคัดแยกที่มีประสิทธิภาพแต่ยังไม่ชัดเจนกับบริบทของการทำงาน จึงมีความจำเป็นต้องมีการนำมาพัฒนาและปรับปรุงให้มีความชัดเจนและ

เฉพาะเจาะจงมากขึ้น เช่น มีการกำหนด vital sign ในแต่ละระดับ การกำหนดอาการบางอย่างหรือโรคบางโรค ว่าอยู่ในระดับไหน เป็นต้น จึงทำให้โปรแกรม TCPH ESI ซึ่งเป็นโปรแกรมประยุกต์มาจาก Emergency Severity Index (ESI), Version 4 สามารถเพิ่มความถูกต้องของการคัดแยกผู้ป่วยตามระดับความเร่งด่วนของผู้ป่วยฉุกเฉินได้มากขึ้น ซึ่งนอกจากจะช่วยลดระยะเวลาในการรอตรวจในกรณี queuing ผู้ป่วยได้รับการประเมินแล้ว ยังช่วยให้ระยะเวลาในการเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉินสั้นลง ทำให้ผู้ป่วยได้รับโอกาสในการที่จะได้รับการดูแลช่วยเหลืออย่างรวดเร็ว และพร้อมที่ส่งต่อไปยังแผนกต่าง ๆ ของโรงพยาบาลเพื่อการวินิจฉัยเพิ่มเติม หรือเพื่อรับการรักษาต่อในโรงพยาบาล รวมทั้งยังช่วยลดความคับคั่งของผู้ป่วยในแผนกอุบัติเหตุฉุกเฉินลงอีกด้วย การใช้แนวทางปฏิบัติหรือระบบการคัดแยก จะมีส่วนช่วยให้การปฏิบัติงานพยาบาลมีความจำเป็นในการสนับสนุนการทำงานให้ดีขึ้น

การนำผลการวิจัยไปใช้

1. การนำโปรแกรม TCPH ESI ไปใช้ในหน่วยงานอุบัติเหตุฉุกเฉิน ควรมีการจัดอบรมให้ความรู้แก่พยาบาลอย่างเป็นระบบ โดยจัดฝึกอบรมความรู้เรื่องการคัดแยกประเภทผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง อย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง เพื่อทบทวนความรู้และฝึกฝนทักษะตลอดจนจัดทำแผนการสอนที่ชัดเจนและถูกต้อง
2. กลุ่มการพยาบาลควรกำหนดให้มีการนิเทศติดตามและประเมินคุณภาพการคัดแยกประเภทผู้ป่วยฉุกเฉินตามระดับความเร่งด่วนอย่างต่อเนื่อง โดยเฉพาะงานการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน และงานการพยาบาลผู้ป่วยนอก
3. การคัดแยกผู้ป่วยควรเป็นระบบเดียวกันทั้งงานการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉินและงานนิติเวช และงานการพยาบาลผู้ป่วยนอก เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลรักษาพยาบาลได้ตามความเร่งด่วน ปลอดภัยและเพิ่มคุณภาพการพยาบาล

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

ควรดำเนินการวิจัยติดตามแบบอนุกรมเวลา (One-Group Time Series Design) เพื่อดูความคงทนหรือความยั่งยืนของความรู้และทักษะในการคัดแยกผู้ป่วยของบุคลากรทางการแพทย์ที่ปฏิบัติงานแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน และควรทำการศึกษาแบบ 2 กลุ่มเพื่อเปรียบเทียบประสิทธิภาพของการใช้โปรแกรม TCPH ESI

รายการอ้างอิง

1. ทศนีย์ ภาควิชาวินิจฉัย, โสพิศ เวียงโสด, กฤตพัทธ์ ฝึกฝน. ประสิทธิภาพของการใช้แนวปฏิบัติคัดแยกผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ของพยาบาลวิชาชีพหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลเชียงรายประชานุเคราะห์. ว. การพยาบาล การสาธารณสุข และการศึกษา. 2562;20(1):66-7.
2. พิมพ์ วิระคำ, ศักนันทน์ วิริยาภรณ์ประภาส, ศิริพร จักรอ้อม, พิษณุรัตน์ ภิญโญ. ประสิทธิภาพของการอบรมการคัดแยกผู้ป่วยตามระบบ MOPH ED Triage ต่อความถูกต้องของการคัดแยกผู้ป่วยโดยเจ้าหน้าที่กลุ่มงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลแม่สาย. ว. กรมการแพทย์, 2562;44(5):70-4.
3. รังสฤษฎ์ รังสรรค์. การคัดกรองผู้ป่วยด้วยระบบ Emergency Severity Index (ESI) [อินเทอร์เน็ต]. 2555- [เข้าถึงเมื่อ 6 พ.ย. 2562]. เข้าถึงได้จาก: <http://ergoldbook.blogspot.com/2012/10/emergency-severity-%20index-esi.html>
4. สลิษา บินสมะ, ขนิษฐา นาคะ, เนตรนภา คู่พันธ์. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความถูกต้องในการคัดแยกผู้ป่วยที่ไม่ใช่การบาดเจ็บของพยาบาลแผนกอุบัติเหตุ-ฉุกเฉิน. ว. มหาวิทยาลัยนราธิวาสราชนครินทร์. 2564;13(3):24-3.
5. สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ. เกณฑ์การคัดแยกผู้ป่วยฉุกเฉินและจัดลำดับรับบาล. ณ. ห้องฉุกเฉินตามหลักเกณฑ์ที่ กพผ. กำหนด (ฉบับที่1). กรุงเทพฯ: สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ; 2556.
6. สุมาลี จักรไพศาล, จินตนันท์ สิทธิประธาราชภูรี, ชฎาภรณ์ เปรมปารมอมร และณัฐนันท์ มาลา. การพัฒนาโปรแกรมการสร้างความรู้และความสามารถในการคัดกรองระดับความรุนแรงผู้ป่วยฉุกเฉินโดยใช้ทฤษฎีการเรียนรู้แบบผู้ใหญ่ของพยาบาลวิชาชีพ งานผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลสระบุรี. ว. กองการพยาบาล. 2560;44(2):117-140.

7. Anderson LW, Krathwohl. A taxonomy for learning, teaching, and assessing: A revision of Bloom's taxonomy of educational objectives. New York: Addison Wesley; 2001.
8. Fathoni M, Sangchan H, Songwathana P. Relationships between triage knowledge, training, working experiences and triage skills among emergency nurses in East Java, Indonesia. Nurse Media Journal of Nursing, 2013;3(1), 511-525.
9. Gilboy N, Tanabe P, Travers D, Rosenau, AM. Emergency Severity Index (ESI): a triage tool for emergency department care, version 4: Implementation handbook. United States: AHRQ Publication; 2012.
10. Sukswang S. Triage nurse: beyond main process through practice. JOHSS. 2018;5(2):1-14.

ปีที่ 6 ฉบับที่ 1 (มกราคม-เมษายน 2566) Vol.6 No.1 (January– April 2023)

ความรู้ ทักษะ และพฤติกรรมเกี่ยวกับการเกิดภาวะอ้วนและน้ำหนักเกินของ
นักศึกษาวิทยาศาสตร์สุขภาพมหาวิทยาลัยราชภัฏศรีสะเกษ
Knowledge, Attitudes, and Behaviors of Obesity and Overweight
of Health Sciences Major Students, Sisaket Rajabhat University.

Received: 16 February 2023

Revised: 27 March 2023

Accepted: 29 April 2023

ไมยรา เศรษฐมาศ สด.*

Maiyara Setthamas Dr.P.H.*

มหาวิทยาลัยราชภัฏศรีสะเกษ Sisaket Rajabhat University

บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นการศึกษาเชิงพรรณนาแบบภาคตัดขวาง มีวัตถุประสงค์เพื่อสำรวจภาวะอ้วนและน้ำหนักเกิน และระดับความรู้ ทักษะ และพฤติกรรม เกี่ยวกับการเกิดภาวะอ้วนและน้ำหนักเกินของนักศึกษาวิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยราชภัฏศรีสะเกษ เก็บข้อมูลในรูปแบบ google form(1-30 กันยายน 2564) พบว่ามีผู้ตอบกลับมา 244 คน คิดเป็นร้อยละ 58.9 วิเคราะห์ข้อมูลโดยหา ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

ผลการศึกษาพบว่า นักศึกษามีสัดส่วนอยู่ในเกณฑ์ภาวะอ้วนและน้ำหนักเกินคิดเป็นร้อยละ 32 ระดับความรู้โดยรวมอยู่ในระดับมาก $\bar{X}(S.D)=1.87(0.06)$ ระดับทัศนคติโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง $\bar{X}(S.D)=2.46(0.06)$ ทักษะที่ยังไม่ถูกต้องคือด้านการบริโภคอาหาร ระดับพฤติกรรมโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง $\bar{X}(S.D)=2.53(0.08)$ พฤติกรรมเสี่ยงต่อภาวะอ้วนและน้ำหนักเกินที่พบมากที่สุดคือ ด้านการพักผ่อน การบริโภคอาหาร และการเคลื่อนไหวร่างกายในแต่ละวัน

เกือบ 1 ใน 3 ของกลุ่มตัวอย่าง กำลังมีปัญหาเกี่ยวกับภาวะน้ำหนักเกินและโรคอ้วน ควรสร้างทัศนคติที่ถูกต้องด้านการบริโภคอาหารให้กับนักศึกษา ส่งเสริมพฤติกรรมด้านการบริโภคอาหารที่ดีและเพิ่มกิจกรรมทางกายให้กับนักศึกษา เพื่อลดพฤติกรรมเสี่ยงต่อภาวะอ้วนและน้ำหนักเกิน

คำสำคัญ: ความรู้, ทักษะ, พฤติกรรม, ภาวะอ้วนและน้ำหนักเกิน, วิทยาศาสตร์สุขภาพ

Abstract

This cross-sectional descriptive research aims to determine obesity and overweight: knowledge level, attitude and behavior in obesity and overweight among university students of Health Sciences Major, Sisaket Rajabhat University. The data was collected via Google Form(September 1-30, 2021). There were 244 respondents (58.9%). The data was analyzed by using percentage, average and standard deviation.

The results showed that 32 percent of the university students were obese and overweight. Their overall knowledge about obesity and overweight was at high level [$\bar{X}(S.D) = 1.87(0.06)$]. The attitude level was at medium level [$\bar{X}(S.D) = 2.46(0.06)$]. The students were found to have the wrong attitude towards dietary understanding.

The behavior level was at medium level [$\bar{X}(S.D) = 2.53(0.08)$]. The most common risk behaviors to obesity and overweight were rest, food consumption and daily physical activity

*ผู้ให้การติดต่อ(Corresponding author): E-mail address: maimi_ang@hotmail.com

Nearly one-third of the respondents were found to be overweight and obese. Thus, the students should be provided with correct dietary attitudes to promote good dietary habits, and increase physical activity in students to reduce the risks of obesity and overweight.

Keywords: knowledge, attitudes, behaviors, obesity and overweight, Health Sciences

บทนำ

ปัจจุบันภาวะน้ำหนักเกินหรือโรคอ้วน เป็นปัญหาที่สามารถพบได้ทุกช่วงวัย โดยเฉพาะวัยรุ่น และนับว่าเป็นปัญหาสำคัญทางด้านสาธารณสุขที่ทั่วโลกกำลังเผชิญ⁽¹⁻²⁾ จากข้อมูล องค์การอนามัยโลก พบว่า ประชากรโลก ที่มีอายุ 18 ปีขึ้นไป ในพ.ศ.2560 มีจำนวนมากกว่า 1,900 ล้านคนที่อยู่ในภาวะน้ำหนักเกิน และ ในจำนวนนี้มี 650 ล้านคนเป็นโรคอ้วน⁽³⁾ จากข้อมูล แผนยุทธศาสตร์การป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อระดับชาติ 5 ปี⁽⁴⁾(พ.ศ. 2560 - 2564) ความชุกภาวะน้ำหนักเกินเพิ่มขึ้นจากปี 2548 ร้อยละ 16.1 เป็นร้อยละ 30.5 ในปี 2558, ภาวะอ้วนเพิ่มร้อยละ 3 เป็น ร้อยละ 7.5 ในปี 2558 ของในระดับเขตสุขภาพที่ 10 ซึ่งประกอบด้วย จังหวัดอุบลราชธานี ศรีสะเกษ ยโสธร อำนาจเจริญ มุกดาหาร ในปี งบประมาณ 2565 พบ ประชากรวัยทำงานอายุ 19- 29 ปี มีภาวะน้ำหนักเกินและอ้วน ร้อยละ 31.73⁽⁵⁾

เด็กและเยาวชน มีแนวโน้มจะมี ภาวะน้ำหนักเกิน โรคอ้วน เพิ่มขึ้น ซึ่งถือเป็นปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคไม่ติดต่อ เช่น โรคเบาหวาน ภาวะความดันโลหิตสูง โรคหัวใจและหลอดเลือด ซึ่งอาจส่งผลกระทบต่อสุขภาพในระยะยาว⁽⁶⁻⁷⁾ นักศึกษาวิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยราชภัฏศรีสะเกษ เป็นวัยที่เตรียมความพร้อมสู่การเป็นผู้ใหญ่ มีการเปลี่ยนแปลงหลายมิติ ทั้งทาง กาย ใจ สังคม และอารมณ์ อีกทั้งเป็นแกนนำด้านสุขภาพ หากนักศึกษามีปัญหาสุขภาพย่อมส่งผลกระทบต่อหลายด้าน เช่น การเรียน การใช้ชีวิต การร่วมกิจกรรม⁽⁸⁻⁹⁾ เป็นต้น

นักศึกษาวิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยราชภัฏศรีสะเกษ ประกอบด้วยสาขาสาธารณสุขชุมชนและวิทยาศาสตร์การกีฬา มีการผลิตบัณฑิตมาแล้วมากกว่า 10 ปี แต่ละรุ่นจะมีบัณฑิตที่จบออกไปเกือบ 200 คน จากข้อมูลผู้ใช้บัณฑิตทำให้ทราบว่าบัณฑิตที่จบไปจะไปทำงานที่เกี่ยวข้องกับการดูแลสุขภาพ เช่น โรงพยาบาล โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพประจำตำบล ศูนย์บริหารร่างกาย(ฟิตเนส) ฯลฯ เมื่อสำรวจเบื้องต้น พบว่านิสิตศึกษาจำนวนหนึ่งที่มีภาวะน้ำหนักเกิน โรคอ้วน หากปล่อยทิ้งไว้อาจส่งผลเสียต่อสุขภาพนักศึกษาที่จะไปเป็นบุคลากรด้านสุขภาพในอนาคต อีกทั้งยังไม่ได้มีการสะท้อนไปยังผู้ที่เกี่ยวข้องอย่างชัดเจน

จากการทบทวนวรรณกรรม ทำให้ทราบว่าพฤติกรรมสุขภาพ เช่นการบริโภค การพักผ่อน มีผลต่อภาวะน้ำหนักเกิน^(10,11) ซึ่งในมหาวิทยาลัยราชภัฏศรีสะเกษยังไม่มีผู้ศึกษามาก่อน จึงเริ่มศึกษาในกลุ่มสาขาวิทยาศาสตร์สุขภาพที่ควรเป็นต้นแบบด้านสุขภาพที่ดี โดยใช้ทฤษฎี KAP (Knowledge Attitude and practices) คือการศึกษาระดับความรู้ ทักษะและการปฏิบัติตัวโดยทฤษฎีนี้ได้กล่าวว่า ปัจจัยสามอย่างนี้มีความสัมพันธ์เกี่ยวเนื่องสามารถส่งผลทั้งทางตรงและทางอ้อม⁽¹²⁾ ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษา ทั้งระดับความรู้ ทักษะ รวมทั้งพฤติกรรม เกี่ยวกับภาวะอ้วนและน้ำหนักเกิน เพื่อใช้ข้อมูลในการจัดกิจกรรมกับนักศึกษาต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อสำรวจภาวะอ้วนและน้ำหนักเกินของนักศึกษาวิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยราชภัฏศรีสะเกษ
2. เพื่อศึกษาระดับ ความรู้ ทักษะ และพฤติกรรม เกี่ยวกับการเกิดภาวะอ้วนและน้ำหนักเกินของนักศึกษาวิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยราชภัฏศรีสะเกษ

วิธีการดำเนินการวิจัย

การศึกษาวิจัยในครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาแบบภาคตัดขวาง (Cross-sectional descriptive study)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

1. ประชากรที่ใช้ในศึกษาวิจัยครั้งนี้ คือนักศึกษาที่กำลังศึกษาสายวิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยราชภัฏศรีสะเกษ ปีการศึกษา 2563 ประกอบด้วย สาขาวิชาวิทยาศาสตร์การกีฬา และ สาขาวิชาสาธารณสุขชุมชน ชั้นปีที่ 1-3 จำนวน 414 คน

2.กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ที่ตอบแบบสอบถามผ่านระบบ google form จากกลุ่มประชากร 414 พบว่ามีผู้ตอบกลับมา 244 คน คิดเป็นร้อยละ 58.9 ผู้วิจัยได้นำข้อมูลมาวิเคราะห์ทั้งหมด 244 คน

การเก็บข้อมูล

แบบสอบถามที่ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ และทดสอบความเที่ยง จะถูกบรรจุในรูปแบบ google form เพื่อให้กลุ่มตัวอย่างมีอิสระในการเลือกตอบแบบและมีอิสระในการที่จะเลือกเข้าร่วมการวิจัยโดยการตอบแบบสอบถาม โดยเก็บข้อมูลและรวบรวมข้อมูล 1-30 กันยายน 2564

เครื่องมือในการเก็บข้อมูล

แบบสอบถามที่ได้รับการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน ได้ค่า IOC 0.67-1 นำไปหาความเที่ยง โดยทดสอบกับนักศึกษาสาขาอื่น ดังนี้ ความรู้เกี่ยวกับภาวะน้ำหนักเกินและโรคอ้วนใช้ค่าคูเดอร์ริชาร์ดสัน (KR-20) ได้ค่าเท่ากับ 0.7 ทศนคติและพฤติกรรมทำให้เกิดภาวะน้ำหนักเกินและโรคอ้วน ใช้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ได้ค่า 0.9 และ 0.8 ตามลำดับ ก่อนนำไปใช้ให้ผู้ตอบแสดงความคิดเห็นได้อย่างอิสระ โดยเนื้อหาจะแบ่งออกเป็น 4 ส่วน ได้แก่

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของประชากร ประกอบด้วย เพศ อายุ น้ำหนัก ส่วนสูง ระดับการศึกษา วิเคราะห์โดยใช้สถิติความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ในส่วนภาวะน้ำหนักเกินและอ้วนของการวิจัยครั้งนี้กำหนดค่าดัชนีมวลกาย (Body mass index: BMI) มาตรฐานเอเชีย ได้แก่ 23 กิโลกรัม/ตารางเมตร โดยองค์การอนามัยโลก เกณฑ์ปกติจะมีค่า BMI อยู่ระหว่าง 18.50 – 22.99 กิโลกรัม/ตารางเมตร น้ำหนักเกิน BMI อยู่ระหว่าง ≥ 23 – 24.99 กิโลกรัม/ตารางเมตร โรคอ้วนสำหรับผู้ที่มีค่า BMI ≥ 25 – 29.99 ≥ 30 กิโลกรัม/ตารางเมตร และโรคอ้วนอันตราย BMI ≥ 30 กิโลกรัม/ตารางเมตร

ส่วนที่ 2 ความรู้เกี่ยวกับภาวะน้ำหนักเกินและโรคอ้วน วิเคราะห์โดยใช้สถิติความถี่ ร้อยละ โดยมีเกณฑ์การให้คะแนนดังนี้ ตอบถูก ให้คะแนน 2 คะแนน ตอบผิด ให้คะแนน 1 คะแนน มีการแบ่งระดับออกเป็น 3 ระดับ⁽¹³⁾

ร้อยละ	แปลผล
80-100	ความรู้ระดับมาก
60-79	ความรู้ระดับปานกลาง
0-59	ความรู้ระดับน้อย

ส่วนที่ 3 ทศนคติต่อภาวะน้ำหนักเกินและโรคอ้วน เป็นแบบสอบถาม 4 ระดับ คือ เห็นด้วยอย่างยิ่ง เห็นด้วย ไม่เห็นด้วย ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง โดยมีทั้งคำถามทัศนคติทางบวกและทัศนคติทางลบ

ตอบ	ข้อเชิงบวก	ข้อเชิงลบ
เห็นด้วยอย่างยิ่ง	ให้ 4 คะแนน	1 คะแนน
เห็นด้วย	ให้ 3 คะแนน	2 คะแนน
ไม่เห็นด้วย	ให้ 2 คะแนน	3 คะแนน
ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	ให้ 1 คะแนน	4 คะแนน

ได้แบ่งการให้คะแนนออกเป็น 3 ระดับ⁽¹⁴⁾ ดังนี้

ค่าเฉลี่ยระหว่าง	3.00 - 4.00	หมายถึง	ทัศนคติอยู่ในระดับมาก
ค่าเฉลี่ยระหว่าง	2.00 - 2.99	หมายถึง	ทัศนคติอยู่ในระดับปานกลาง
ค่าเฉลี่ยระหว่าง	1.00 - 1.99	หมายถึง	ทัศนคติอยู่ในระดับน้อย

ส่วนที่ 4 พฤติกรรมสุขภาพที่ทำให้เกิดภาวะน้ำหนักเกินและโรคอ้วน (ในรอบ 2 เดือน ที่ผ่านมา) เป็นแบบมาตราส่วนประเมินค่า 4 ระดับ คือ ทำเป็นประจำ ทำบ่อยครั้ง ทำนานๆครั้ง และไม่เคยทำเลย โดยมีคำถามทั้งคำถามพฤติกรรมทางบวกและทัศนคติทางลบ ตามเกณฑ์ดังนี้

ตอบ	ข้อเชิงบวก	ข้อเชิงลบ
ปฏิบัติทุกครั้ง	ให้ 4 คะแนน	1 คะแนน
ปฏิบัติเป็นประจำ	ให้ 3 คะแนน	2 คะแนน
ปฏิบัตินานๆครั้ง	ให้ 2 คะแนน	3 คะแนน
ไม่ปฏิบัติเลย	ให้ 1 คะแนน	4 คะแนน

แบ่งการให้คะแนนออกเป็น 3 ระดับ⁽¹⁴⁾

ค่าเฉลี่ยระหว่าง	3.00 - 4.00	หมายถึง	พฤติกรรมสุขภาพอยู่ในระดับมาก
ค่าเฉลี่ยระหว่าง	2.00 - 2.99	หมายถึง	พฤติกรรมสุขภาพอยู่ในระดับปานกลาง
ค่าเฉลี่ยระหว่าง	1.00 - 1.99	หมายถึง	พฤติกรรมสุขภาพอยู่ในระดับน้อย

การพิทักษ์สิทธิ์

การวิจัยนี้ได้รับการรับรองจริยธรรมการวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยคณะศิลปศาสตร์และวิทยาศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏศรีสะเกษ COE No. 022/2564 วันที่ 4 สิงหาคม 2564 โดยการตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมวิจัยตามความสมัครใจของกลุ่มตัวอย่าง ไม่ส่งผลกระทบต่ออย่างไรก็ดี ข้อมูลจะถูกเก็บเป็นความลับโดยใช้เลขรหัสแทนชื่อ-นามสกุล การนำเสนอผลการวิจัยจะเป็นในภาพรวม เมื่อเสร็จสิ้นการวิจัยแล้ว ข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับผู้เข้าร่วมวิจัยทั้งหมดจะถูกทำลาย

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไปของนักศึกษาสายวิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยราชภัฏศรีสะเกษ พบว่า ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 51.2 นักศึกษาอายุ 20 ปี มากที่สุดคิดเป็นร้อยละ 41 อายุเฉลี่ย 20.8 ปี ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 1.1 นักศึกษามีน้ำหนักอยู่ในช่วง 51-60 กก. มากที่สุดคิดเป็นร้อยละ 27.5 น้ำหนักเฉลี่ย 60.4 กิโลกรัม ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 12.8 เมื่อแยกตามส่วนสูงพบว่า นักศึกษามีส่วนสูงอยู่ในช่วง 161-170 ซม. มากที่สุดคิดเป็นร้อยละ 38.5 ส่วนสูงเฉลี่ย 165.8 เซนติเมตร ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 8.4 และนักศึกษากำลังศึกษาอยู่ชั้นปีที่ 3 มากที่สุดคิดเป็นร้อยละ 42.2

2. ภาวะน้ำหนักเกินและโรคอ้วน พบว่า นักศึกษามีสัดส่วนอยู่ในเกณฑ์ภาวะน้ำหนักเกินและโรคอ้วน คิดเป็นร้อยละ 32 ซึ่งแบ่งออกเป็นนักศึกษาที่มีสัดส่วนอยู่ในเกณฑ์น้ำหนักเกิน ร้อยละ 18 นักศึกษาที่มีสัดส่วนอยู่ในเกณฑ์โรคอ้วน ร้อยละ 10.6 และนักศึกษามีสัดส่วนอยู่ในเกณฑ์โรคอ้วนอันตราย ร้อยละ 3.3 ตามลำดับ ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ภาวะน้ำหนักเกินและโรคอ้วน

ภาวะน้ำหนักเกินและโรคอ้วน	จำนวน	ร้อยละ
ปกติ	167	68.4
ภาวะน้ำหนักเกินและโรคอ้วน	78	32
น้ำหนักเกิน	44	18
โรคอ้วน	26	10.6
โรคอ้วนอันตราย	8	3.3

3. ระดับความรู้เกี่ยวกับภาวะน้ำหนักเกินและโรค ของนักศึกษาสายวิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยราชภัฏศรีสะเกษ มีความรู้โดยรวมอยู่ในระดับมาก $\bar{X}(S.D)=1.87(0.06)$ เพื่อพิจารณาเป็นรายข้อพบว่า ข้อที่มีผู้ตอบคำถามถูกมากที่สุดคือ ภาวะน้ำหนักเกินและโรคอ้วนเป็นปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนหลายชนิด ได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง โรคหลอดเลือดหัวใจตีบ ซึ่งจะทำให้กล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด โรคนี้ในถุงน้ำดี โดยตอบถูกร้อยละ 95.9 มีข้อที่มีผู้ตอบคำถามถูกน้อยที่สุดคือ การบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ที่มากเกินไปจะช่วยกระตุ้นความอยากอาหาร โดยตอบถูก ร้อยละ 77.9 ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของความรู้เกี่ยวกับภาวะน้ำหนักเกินและโรคอ้วน

ข้อ	ความรู้เกี่ยวกับภาวะน้ำหนักเกินและโรคอ้วน	คำตอบ		$\bar{X}$	SD	ระดับ
		ถูก	ผิด			
		จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)			
1	BMI มากกว่า 23 จะถือว่ามีความเสี่ยงภาวะน้ำหนักเกินและโรคอ้วน	213 (87.3)	31 (12.7)	1.87	0.33	มาก
2	การได้รับยาบางชนิด ก่อให้เกิดผลกระทบต่อหัวใจได้ เช่น การได้รับฮอร์โมนสเตียรอยด์เป็นเวลานาน หรือยากดภูมิคุ้มกัน	230 (94.3)	14 (5.7)	1.94	0.23	มาก
3	ภาวะน้ำหนักเกินและโรคอ้วนเป็นปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนหลายชนิด ได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง โรคหลอดเลือดหัวใจตีบ ซึ่งจะทำให้กล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด โรคนี้ในถุงน้ำดี	234 (95.9)	10 (4.1)	1.96	0.20	มาก
4	คนที่อ้วน จะมีโอกาสเป็นโรคเบาหวานเพิ่มขึ้นถึง 10 เท่า	214 (87.7)	30 (12.3)	1.88	0.33	มาก
5	อาการหยุดหายใจเป็นพักๆ ในขณะนอนหลับ เรียกว่า sleep apnea syndrome สามารถพบได้ในคนอ้วน	223 (91.4)	21 (8.6)	1.91	0.28	มาก
6	ผู้ที่มีภาวะน้ำหนักเกินและโรคอ้วนจะเสี่ยงต่อการมีระดับน้ำตาลในเลือดสูง	223 (91.4)	21 (8.6)	1.91	0.28	มาก
7	การนอนดึกหรือนอนไม่พอ จะส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงกับร่างกายเกี่ยวกับภาวะน้ำหนักเกินและโรคอ้วน	201 (82.4)	43 (17.6)	1.82	0.38	มาก
8	ฮอร์โมนเครียดที่มีชื่อว่า คอร์ติซอล หลังมากขึ้นในวันถัดมา ฮอร์โมนเครียดที่เพิ่มขึ้นนี้จะ กระตุ้นให้รู้สึกอยากอาหารหวานๆ หรือน้ำตาลมากกว่าเดิม	216 (88.5)	28 (11.5)	1.89	0.31	มาก
9	การบริโภคเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ในปริมาณที่มากเกินไปสามารถนำไปสู่ภาวะน้ำหนักเกินและโรคอ้วน	218 (89.3)	26 (10.7)	1.89	0.31	มาก
10	การบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ที่มากเกินไปจะช่วยกระตุ้นความอยากอาหาร	190 (77.9)	54 (22.1)	1.78	0.42	มาก
รวม				1.87	0.06	มาก

3. ระดับทัศนคติเกี่ยวกับภาวะน้ำหนักเกินและโรค ของนักศึกษาสายวิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยราชภัฏศรีสะเกษ พบว่า มีทัศนคติโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง $\bar{X}(S.D)=2.46(0.06)$ เพื่อพิจารณาเป็นรายข้อพบว่า เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อพบว่า มีทัศนคติต่อภาวะน้ำหนักเกินและโรคอ้วนระดับปานกลางทุกข้อ โดยข้อที่มีค่าเฉลี่ยระดับทัศนคติมากที่สุดคือ การมีน้ำหนักตัวมากเกินไปทำให้การใช้ชีวิตประจำวันลำบากมากขึ้น และข้อที่มีค่าเฉลี่ยระดับทัศนคติน้อยที่สุดคือ ท่านคิดว่าการงดอาหารประเภทแป้งอย่างเดียวจะทำให้ไม่อ้วน ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของทัศนคติต่อภาวะน้ำหนักเกินและโรคอ้วน

ข้อ	ทัศนคติต่อภาวะน้ำหนักเกินและโรคอ้วน	ระดับความคิดเห็น				$\bar{X}$	SD	ระดับ
		เห็นด้วยอย่างยิ่ง	เห็นด้วย	ไม่เห็นด้วย	ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง			
		จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)			
1	การมีน้ำหนักตัวมากเกินไปเป็นเรื่องที่สังคมยอมรับ	32 (13.1)	115 (47.1)	92 (37.7)	5 (2.1)	2.29	0.71	ปานกลาง
2	คนส่วนใหญ่ก็มีรูปร่างอ้วน จึงไม่ใช่เรื่องแปลกและน่าวิตกกังวล	41 (16.8)	91 (37.3)	110 (45.1)	2 (0.8)	2.30	0.75	ปานกลาง
3	ภาวะน้ำหนักเกินและโรคอ้วนเป็นโรคที่ไม่น่ากลัว รักษาได้ด้วยตนเอง	27 (11.1)	99 (40.6)	102 (41.8)	16 (6.6)	2.43	0.78	ปานกลาง
4	การงดอาหารประเภทแป้งอย่างเดียวจะทำให้ไม่อ้วน	54 (22.1)	137 (56.1)	43 (17.6)	10 (4.1)	2.04	0.75	ปานกลาง
5	การทำงานบ้านถือได้ว่าเป็นการออกกำลังกาย เพราะฉะนั้นคนที่ทำงานบ้านจึงไม่มีโอกาสเป็นโรคอ้วน	21 (8.6)	97 (39.8)	122 (50)	4 (1.6)	2.45	0.67	ปานกลาง
6	ภาวะน้ำหนักเกินและโรคอ้วน คือการที่มีน้ำหนักตัวมากแต่ไม่ส่งผลต่อการใช้ชีวิตประจำวัน	18 (7.4)	80 (32.8)	133 (54.5)	13 (5.3)	2.58	0.71	ปานกลาง
7	การบริโภคอาหารประเภทเบเกอรี่ เช่น เค้กไม่ส่งผลต่อการเกิดภาวะน้ำหนักเกินและโรคอ้วน	58 (23.8)	85 (34.8)	83 (34)	18 (7.4)	2.25	0.90	ปานกลาง
8	การนอนดึกและความเครียด ไม่มีผลต่อการเกิดภาวะน้ำหนักเกินและโรคอ้วน	17 (7)	82 (33.6)	127 (52)	18 (7.4)	2.60	0.73	ปานกลาง
9	การมีน้ำหนักตัวมากเกินไปทำให้การใช้ชีวิตประจำวันลำบากมากขึ้น	67 (27.5)	110 (45.1)	65 (26.6)	2 (0.8)	2.99	0.77	ปานกลาง

ข้อ	ทัศนคติต่อภาวะน้ำหนักเกินและโรคอ้วน	ระดับความคิดเห็น				$\bar{X}$	SD	ระดับ
		เห็นด้วยอย่างยิ่ง	เห็นด้วย	ไม่เห็นด้วย	ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง			
		จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)			
10	ภาวะน้ำหนักเกินและโรคอ้วนยังเป็นเรื่องที่ไกลตัว	16 (6.6)	72 (29.5)	130 (53.3)	26 (10.7)	2.68	0.75	ปานกลาง
รวม					2.46	0.06		ปานกลาง

4. ระดับพฤติกรรมเกี่ยวกับภาวะน้ำหนักเกินและโรค ของนักศึกษาสายวิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยราชภัฏศรีสะเกษ มีพฤติกรรมโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง $\bar{X}(S.D.)=2.53(0.08)$ เพื่อพิจารณาเป็นรายข้อพบว่า ข้อที่มีค่าเฉลี่ยระดับพฤติกรรมมากที่สุดคือ ท่านทำกิจกรรมงานอดิเรก เช่น ดูหนัง ฟังเพลงออกไปพบปะเพื่อนฝูง เพื่อคลายความเครียดให้กับตนเอง และค่าเฉลี่ยระดับพฤติกรรมน้อยที่สุดคือ ท่านพักผ่อนน้อยหรือนอนดึก ดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของพฤติกรรมสุขภาพที่ทำให้เกิดภาวะน้ำหนักเกินและโรคอ้วน

ข้อ	พฤติกรรมสุขภาพที่ทำให้เกิดภาวะน้ำหนักเกินและโรคอ้วน	ระดับการปฏิบัติ				$\bar{X}$	SD	ระดับ
		ทำเป็นประจำ	ทำบ่อยครั้ง	ทำนานๆ ครั้ง	ไม่เคยทำเลย			
		จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)			
1	ท่านรับประทานขนมไม่มูก เค้ก และขนมหวาน	35 (14.3)	87 (35.7)	120 (49.2)	2 (0.8)	2.36	0.73	ปานกลาง
2	ท่านรับประทานจานด่วนเช่น เฟรนช์ฟรายส์ ไก่ทอดKFC พิซซ่า	55 (22.5)	82 (33.6)	101 (41.4)	6 (2.5)	2.24	0.83	ปานกลาง
3	ท่านดื่มน้ำอัดลม	62 (25.4)	97 (39.8)	72 (29.5)	13 (5.3)	2.15	0.86	ปานกลาง
4	ท่านรับประทานของหวานหลังมื้ออาหารเสมอ เช่น ขนมไม่มูก ไอศกรีม	31 (12.7)	65 (26.6)	135 (55.3)	13 (5.3)	2.53	0.78	ปานกลาง
5	ท่านออกกำลังกายอย่างน้อยสัปดาห์ละ 5 ครั้ง	19 (7.8)	87 (35.7)	125 (51.2)	13 (5.3)	2.46	0.72	ปานกลาง
6	ท่านรับประทานอาหารมื้อดึก	20 (8.2)	101 (41.4)	110 (45.1)	13 (5.3)	2.48	0.72	ปานกลาง
7	ท่านพักผ่อนน้อยหรือนอนดึก	48 (19.7)	150 (61.5)	44 (18)	2 (0.8)	2	0.64	ปานกลาง
8	ท่านดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์	18 (7.4)	86 (35.2)	104 (42.6)	36 (14.8)	2.65	0.82	ปานกลาง
9	ท่านขึ้นลงอาคารเพียง 1 ชั้นโดยการใช้ลิฟท์	9	73	116	46	2.82	0.78	ปานกลาง

ข้อ	พฤติกรรมสุขภาพที่ทำให้เกิดภาวะ น้ำหนักเกินและโรคอ้วน	ระดับการปฏิบัติ				$\bar{x}$	SD	ระดับ
		ทำเป็น ประจำ	ทำบ่อย ครั้ง	ทำนานๆ ครั้ง	ไม่เคยทำ เลย			
		จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)			
		(3.7)	(29.9)	(47.5)	(18.9)			
10	ท่านทำความสะอาดบ้านโดยไม่ใช้เครื่องทุ่นแรง เช่น เครื่องดูดฝุ่น	50 (20.5)	83 (34)	84 (34.4)	27 (11.1)	2.64	0.93	ปานกลาง
11	ท่านปั่นจักรยานไปทำกิจธุระในบริเวณใกล้ๆ	21 (8.6)	96 (39.3)	106 (43.4)	21 (8.6)	2.48	0.77	ปานกลาง
12	ท่านรับประทานผักผลไม้	58 (23.8)	151 (61.9)	34 (13.9)	1 (0.4)	3.09	0.62	มาก
13	ท่านทำกิจกรรมงานอดิเรก เช่น ดูหนัง ฟังเพลงออกไปพบปะเพื่อนฝูง เพื่อคลายความเครียดให้กับตนเอง	82 (33.6)	134 (54.9)	28 (11.5)	0 (0)	3.22	0.64	มาก
14	ท่านรับประทานอาหารบนโต๊ะทำงานและนั่งทำงานทั้งวัน ทำให้มีกาเคลื่อนไหวร่างกายน้อยมาก	20 (8.2)	87 (35.7)	117 (48)	20 (8.2)	2.56	0.76	ปานกลาง
15	ท่านออกกำลังกายแต่ละครั้งใช้เวลาไม่ต่ำกว่า 30 นาที	37 (15.2)	117 (48)	82 (33.6)	8 (33.3)	2.75	0.75	ปานกลาง
16	ท่านออกกำลังกายในเวลาว่าง	30 (12.3)	97 (39.8)	105 (43)	12 (4.9)	2.59	0.77	ปานกลาง
17	ท่านออกกำลังกายจนเหงื่อออกทุกครั้ง	40 (16.4)	119 (48.8)	75 (30.7)	10 (4.1)	2.77	0.77	ปานกลาง
18	ท่านดื่มเครื่องดื่มชูกำลังหลังการออกกำลังกาย	9 (3.7)	58 (23.8)	107 (43.9)	70 (28.7)	2.02	0.82	ปานกลาง
19	ท่านกินอาหารสำเร็จรูป เช่น มาม่า ยำยำ	37 (15.2)	111 (45.5)	90 (36.9)	6 (2.5)	2.27	0.74	ปานกลาง
20	ท่านกินขนมทอด เช่น ปลาทอดโก๋ กุ้งทอด ลูกชิ้นทอด	37 (15.2)	66 (27)	116 (47.5)	25 (10.2)	2.53	0.87	ปานกลาง
รวม				2.53	0.08			ปานกลาง

สรุปและอภิปรายผลการวิจัย

ร้อยละ 32 ของนักศึกษาวิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยราชภัฏศรีสะเกษกำลังมีปัญหาเกี่ยวกับ ภาวะน้ำหนักเกินและโรคอ้วน ซึ่งสอดคล้องกับข้อมูลที่บอกว่าทั้งในและต่างประเทศกำลังเผชิญปัญหาเกี่ยวกับภาวะน้ำหนักและโรคอ้วน⁽¹⁻⁵⁾ ไม่เว้นแม้แต่นักศึกษาเองเมื่อเปรียบเทียบกับในระดับอุดมศึกษา เช่น นักศึกษามหาวิทยาลัยราชภัฏนครราชสีมา มีภาวะน้ำหนักเกินมาตรฐานและอ้วนร้อยละ

18.8 ในปี พ.ศ.2554 เป็นร้อยละ 20.5 ในปี พ.ศ. 2555⁽¹⁵⁾ ปีพ.ศ.2561 นักศึกษาวิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดขอนแก่น มีภาวะน้ำหนักเกินขึ้นไป ร้อยละ 24.05⁽¹⁶⁾ บ่งบอกให้เห็นว่าแนวโน้มภาวะอ้วนภาวะน้ำหนักเกินและโรคอ้วนในกลุ่มนักศึกษามีแนวโน้มเพิ่มขึ้นเช่นกันไม่เว้นแม้แต่ตัวนักศึกษาเอง

กลุ่มตัวอย่างมีความรู้ในระดับมาก สอดคล้องกับการศึกษา ในกลุ่มนักศึกษาสาขาวิชาสุขภาพ คณะศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์⁽¹⁷⁾ และนักศึกษาศาสตร์วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดขอนแก่น⁽¹⁸⁾ ที่พบว่ากลุ่มนักศึกษาดังกล่าวมีความรู้เกี่ยวกับน้ำหนักเกินและโรคอ้วนในระดับสูง อาจเนื่องด้วยนักศึกษาในกลุ่มดังกล่าวเป็นกลุ่มนักศึกษาด้านสุขภาพทำให้มีโอกาสได้รับความรู้หรือข้อมูลเกี่ยวกับภาวะน้ำหนักเกินหรือโรคอ้วนเป็นประจำ สอดคล้องกับการศึกษาขวัญตา ฮวดศิริ⁽¹⁹⁾ กล่าวว่า การได้รับข้อมูลข่าวสารทำให้คนมีความรู้การควบคุมน้ำหนัก

กลุ่มตัวอย่างมีทัศนคติและพฤติกรรมในระดับปานกลาง เมื่อจำแนกรายข้อ ทัศนคติที่ยังไม่ถูกต้องคือด้านการบริโภคอาหาร ส่วนพฤติกรรมเสี่ยงต่อภาวะอ้วนที่พบมากที่สุดคือ ด้านการพักผ่อน การบริโภคอาหาร และการเคลื่อนไหวร่างกายในแต่ละวัน แม้ว่ากลุ่มตัวอย่างจะมีความรู้ในระดับมาก แต่อาจไม่เพียงพอที่จะให้แสดงพฤติกรรมที่ดีได้ สอดคล้องกับการศึกษา ในกลุ่มนักศึกษาสาขาวิชาสุขภาพ คณะศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์⁽¹⁷⁾ พบว่าความรู้ และ ทัศนคติต่อโรคอ้วนมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพของนักศึกษา เช่นเดียวกับ Green⁽²⁰⁾ ที่บอกว่าพฤติกรรมมนุษย์ที่แสดงออกมีสาเหตุหลายปัจจัย ทั้งนี้กลุ่มตัวอย่างนอกจากมีความรู้ที่ดีแล้วอาจจำเป็นต้องสร้างทัศนคติด้านการบริโภคอาหารให้ถูกต้องด้วย ส่วนพฤติกรรมของกลุ่มตัวอย่างที่อยู่ในระดับปานกลางอาจจะมีปัจจัยอย่างอื่น เข้ามาเกี่ยวข้อง เนื่องจากช่วงที่เก็บข้อมูลเป็นช่วงที่มีการระบาดของเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ทำให้นักศึกษามีรูปแบบการเรียนในระบบ online ทำให้นักศึกษาที่ได้รับกลับมาทำงานที่บ้านหรือหอพักเป็นส่วนใหญ่เกือบทุกรายวิชา ทำให้นักศึกษาพักผ่อนน้อย อีกทั้งการเรียนในระบบดังกล่าวจำเป็นต้องนั่งอยู่หน้าจอมือถือมีการเคลื่อนไหวน้อย สอดคล้องกับWei, C. N.และคณะ⁽²¹⁾ พบว่า กิจกรรมทางกาย และการดูจอเป็นเวลานาน มีความสัมพันธ์กับภาวะน้ำหนักเกิน อีกทั้งที่มหาวิทยาลัยแม้ว่าจะไม่อยู่ในชุมชนเมืองแต่ร้านค้า ร้านอาหาร ร้านกาแฟ ทั้งในและรอบมหาวิทยาลัย และด้วยสังคมสมัยใหม่ทำให้พฤติกรรมการบริโภคเป็นเปลี่ยนเป็นอาหารที่ไขมันสูง ย่อยยาก ซึ่งนิยมอาหารตะวันตกมากขึ้น สอดคล้องกับ การศึกษาพฤติกรรม การบริโภคอาหารของกลุ่มนักเรียนและนักศึกษาในจังหวัดสุราษฎร์ธานี⁽²²⁾ ที่อาหารเข้ามามีรับประทานอาหารประเภทฟาสต์ฟู้ด ทำให้กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมเสี่ยงต่อภาวะน้ำหนักเกินและโรคอ้วน

สรุปการศึกษา นักศึกษาสาขาวิชาสาธารณสุขสุขภาพ มหาวิทยาลัยราชภัฏศรีสะเกษ 1 ใน 3 กำลังมีปัญหาเกี่ยวกับภาวะน้ำหนักเกินและโรคอ้วน โดยมีระดับความรู้เกี่ยวกับภาวะน้ำหนักเกินโดยรวมอยู่ในระดับมาก ระดับทัศนคติเกี่ยวกับภาวะน้ำหนักเกินโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง และมีระดับพฤติกรรมเกี่ยวกับภาวะน้ำหนักเกินโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ดังนั้น มหาวิทยาลัยนอกจากผลิตบัณฑิตด้านสุขภาพให้มีความรู้แล้ว ควรหากิจกรรมหรือโครงการที่สามารถสร้างทัศนคติที่ดีและลดพฤติกรรมเสี่ยงต่อภาวะอ้วนและน้ำหนักเกิน เพื่อให้ได้บัณฑิตที่จะไปเป็นบุคลากรด้านสุขภาพที่ดีต่อไป

ข้อเสนอแนะ

1. ควรสร้างทัศนคติที่ถูกต้องด้านการบริโภคอาหารให้กับนักศึกษา ส่งเสริมพฤติกรรมด้านการบริโภคอาหารที่ดีและเพิ่มกิจกรรมทางกายให้กับนักศึกษา
2. ควรศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะน้ำหนักเกินหรือโรคอ้วนในครั้งต่อไป

กิตติกรรมประกาศ

ขอบคุณ ผู้ช่วยในการรวบรวมข้อมูล นางสาวชลิตา ไยแสง นางสาวชิตชนก ชาติกระโทก นางสาววิลินดา เจริญสรรพ นางสาวสุภาภรณ์ ศรสุ

เอกสารอ้างอิง

1. Golden N, Schneider M, Wood C. Preventing obesity and eating disorders in adolescents. *Pediatrics* 2016;138(3):16-49.
2. Centers for Disease Control and Prevention. Overweight & obesity; Adult Obesity Prevalence Maps[Internet]. 2022[cited 2023 March 22] Available from: <https://www.cdc.gov/obesity/data/prevalence-maps.html>
3. World Health Organization. Fact sheet Obesity and overweight[Internet]. 2021 [cited 2023 March 22] Available from <https://www.who.int/en/news-room/fact-sheets/detail/obesity-and-overweight>
4. กลุ่มยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค. แผนยุทธศาสตร์การป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อระดับชาติ 5 ปี(พ.ศ. 2560 - 2564). พิมพ์ครั้งที่ 1. นนทบุรี. บริษัท อีโมชั่น อาร์ต จำกัด;2560
5. กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. ร้อยละของประชากรวัยทำงานอายุ 19- 29 ปี มีภาวะน้ำหนักเกินและอ้วน ระดับเขตสุขภาพ[อินเทอร์เน็ต]. 18 พฤศจิกายน 2565 [สืบค้นเมื่อ 22 มีนาคม 2566] แหล่งที่มา <http://dashboard.anamai.moph.go.th/dashboard/nutri1929fat/index?year=2022>
6. ศิริวรรณ พิทยรังสฤษฏ์, เรณุ การ์ก, สิริกร ชุนศรี, สุขเกษม เทพลีธ, ณัฐฉิวรรณ พันธุ์มิ่ง, ธิติรัตน์ อภิญา. สถานการณ์การดำเนินงานด้านการป้องกันควบคุมโรคไม่ติดต่อ (NCDs) (Situation on NCDs Prevention and Control in Thailand). พิมพ์ครั้งที่ 1. นนทบุรี. สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข;2561
7. อรรถเกียรติ กาญจนพิบูลวงศ์, ภาณุวัฒน์ คำวังสง่า, สุธิดา แก้วทา. สถานการณ์โรค NCDs เบาหวาน ความดันโลหิตสูง และปัจจัยเสี่ยงที่เกี่ยวข้อง พ.ศ. 2562. พิมพ์ครั้งที่ 1. นนทบุรี. สำนักพิมพ์อักษรกราฟิกแอนด์ดีไซน์;2563
8. จารุวรรณ สุภาชัยวัฒน์, สุนันต์ พลศักดิ์, ภัทริยา พรหมราชูร์, ภัทรานิษฐ์ แสงสุวรรณ. การศึกษารูปแบบการใช้ชีวิตของนักศึกษามหาวิทยาลัยราชภัฏร้อยเอ็ด. การประชุมวิชาการระดับชาติและนานาชาติ ครั้งที่ 3 มหาวิทยาลัยราชภัฏสวนสุนันทา, กรุงเทพฯ;2559
9. ทวีพงษ์ ยูนิ, เพ็ญพักตร์ ทองแท้. พฤติกรรมการใช้ชีวิตของนักศึกษาชายในหอพักมหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ วิทยาเขตปัตตานี. วารสารวิชาการคณะมนุษยศาสตร์ และสังคมศาสตร์ 2557;10(2);227-49.
10. ณรงค์ พันธุ์ศรี, จารุวรรณ ไตรทิพย์สมบัติ. ผลของโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพในผู้ที่มีน้ำหนักเกินมาตรฐานและอ้วนในตำบลเมืองยาง อำเภอขามันธ์ จังหวัดบุรีรัมย์. วารสารวิจัยคณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น 2558;8:42-9.
11. ศิวรักษ์ กิจชนะไพบูลย์. พฤติกรรมการลดน้ำหนักที่ไม่ถูกต้องของวัยรุ่นและเยาวชนไทย. *พยาบาลสาร* 2555; 39;179-90.
12. Singh IN, Malaviya AN. Long distance truck drivers in India: HIV infection and their possible role in disseminating HIV into rural areas. *International Journal of STD and AIDS* 1994;5:137-8.
13. Bloom BS. Handbook on formation and Summative Evaluation of Student Learning. New York. McGraw-Hill Book Company;1971.
14. Best JW. Research in Education. New York:Prentice-Hall. Englewood cliffs;1977.
15. ศูนย์แพทย์ชุมชน 9 มหาวิทยาลัยราชภัฏนครราชสีมา. สรุปผลการตรวจร่างกายของนักศึกษาประจำปีการศึกษา 2554-2555 [เอกสารอัดสำเนา]. นครราชสีมา:ศูนย์แพทย์ชุมชน;2555.
16. กฤษกันทร สุวรรณพันธุ์, ปิยธิดา อุประ, สุกัญญา ฆารสินธุ์. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะน้ำหนักเกินของนักศึกษาในวิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดขอนแก่น. วารสารวิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี 2563;31(2):57-72

17. มัลลิกา จันทร์พิน, ณัฐกฤตา ศิริโสภณ. การศึกษาพฤติกรรมสุขภาพต่อโรคอ้วนของนิสิตสาขาวิชาสุขภาพ คณะศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์ วิทยาเขตบางเขน[รายงานปัญหาพิเศษปริญญาศึกษาศาสตรบัณฑิต]. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์;2557
18. นพรัตน์ มีจินดา, ชมพูนุท สิริพรหมภัทรและกิริณา แต้อารักษ์. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับดัชนีมวลกายของนักศึกษาวิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดขอนแก่น. วารสารวิทยาศาสตร์สุขภาพและการสาธารณสุขชุมชน 2563; 3(1): 83-94
19. ขวัญตา ฮวดศิริ. ความรู้เกี่ยวกับอาหารและพฤติกรรมการบริโภคที่ก่อให้เกิดโรคอ้วนของวัยรุ่นในกรุงเทพมหานคร [วิทยานิพนธ์ศิลปศาสตรมหาบัณฑิต สาขาคหกรรมศาสตรศึกษา]. กรุงเทพฯ:มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์;2547
20. Green LW, Kreuter MW. Health promotion planning:An education and environment approach. 4th ed. Calif. Mayfield;2005
21. Wei CN, Harada K, Ueda K, Fukumoto K, Minamoto K, Ueda A. Assessment of health-promoting lifestyle profile in Japanese university students. Environmental Health and Preventive Medicine 2012;17(3):222–7. doi:10.1007/s12199-011-0244-8
22. มโนลี ศรีเปารยะ เพ็ญพงษ์. พฤติกรรมการบริโภคอาหารของกลุ่มนักเรียนและนักศึกษาในจังหวัดสุราษฎร์ธานี. วารสารวิทยาการจัดการ 2559;3(1):109–126

ความชุกและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความผิดปกติของระบบโครงร่าง
และกล้ามเนื้อของพนักงานเก็บขยะมูลฝอยในจังหวัดพระนครศรีอยุธยา

Prevalence and factors affecting the work-related musculoskeletal disorders
among solid waste collectors in Phra Nakhon Si Ayutthaya Province

Received: 5 January 2023

Revised: 4 April 2023

Accepted: 25 April 2023

จันทจุฑา ขำทอง ปร.ด.^{1,*} จินดารัตน์ ฤาเดช วท.บ.² อารีรัตน์ บุญส่ง วท.บ.³

Chinchuta Khumtong Ph.D.^{1,*}, Chindarut Ruedet B.Sc.², Areerat Bunsong B.Sc.³

¹⁻³ หลักสูตรอาชีวอนามัยและความปลอดภัย มหาวิทยาลัยราชภัฏวไลยอลงกรณ์ ในพระบรมราชูปถัมภ์

¹⁻³ Department of Occupational Health and Safety, Valaya Alongkorn Rajabhat University under the Royal Patronage

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาแบบภาคตัดขวาง เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่ออาการผิดปกติของโครงร่างและกล้ามเนื้อจากการปฏิบัติงานของพนักงานเก็บขยะมูลฝอย กลุ่มตัวอย่างเป็นพนักงานเก็บขยะมูลฝอย จำนวน 66 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยได้แก่ แบบสัมภาษณ์ ประกอบด้วย ข้อมูลส่วนบุคคล ข้อมูลด้านการทำงาน แบบสอบถามความเครียดจากการทำงาน (Thai-JCQ) และแบบประเมินอาการผิดปกติของโครงร่างและกล้ามเนื้อจากผลการศึกษา พบว่า พนักงานเก็บขยะมูลฝอยส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ร้อยละ 90.9 อายุเฉลี่ยของพนักงานเก็บขยะมูลฝอย คือ 42.45 ($\pm$ 11.98) ปี ความชุกของอาการผิดปกติของโครงร่างและกล้ามเนื้อในช่วง 12 เดือนที่ผ่านมา ร้อยละ 77.3 ส่วนของร่างกายที่มีอาการผิดปกติของโครงร่างและกล้ามเนื้อมากที่สุด ส่วนใหญ่คือเอว/หลังส่วนล่าง ร้อยละ 77.3 รองลงมาคือไหล่ ร้อยละ 75.8 และหลังส่วนบน ร้อยละ 63.6 ตามลำดับ ความเครียดจากการทำงานด้านข้อเรียกร้องจากการทำงานด้านจิตใจ (OR=0.15; 95%CI=0.04-0.54; p-value=0.003) และด้านกายภาพ (OR=0.28; 95%CI=0.09-0.92; p-value=0.036) มีความสัมพันธ์ต่อการผิดปกติของโครงร่างและกล้ามเนื้อ

คำสำคัญ : อาการผิดปกติของโครงร่างและกล้ามเนื้อ พนักงานเก็บขยะมูลฝอย การยศาสตร์

Abstract

This study was a cross-sectional descriptive study. This research aimed to determine factors associated with work-related musculoskeletal disorders among solid waste collectors. The sample consisted of 66 solid waste collectors. Research instruments were interview forms consisting of personal characteristics, working information, Thai job content questionnaires (Thai-JCQ) and, Nordic Musculoskeletal Questionnaire. This study found that most of the solid waste collectors were male (90.9%). The average age of solid waste collectors was 42.45 ($\pm$ 11.98) years. The prevalence of musculoskeletal disorders of solid waste collectors over the past 12 months (77.3 %). Part of the body with musculoskeletal disorders was the waist/lower back (77.3 %) followed by the shoulder (75.8 %) and upper (63.6 %) respectively. Psychological job demand (OR=0.15; 95%CI=0.04-0.54; p-value=0.003) and Physical job demand (OR=0.28; 95%CI=0.09-0.92; p-value=0.036) were statistically significant with work-related musculoskeletal disorders (p-value<0.05).

Keywords: Musculoskeletal disorders, Solid waste collectors, Ergonomics

* ผู้ให้การติดต่อ (Corresponding author): E-mail address: chinchuta@vru.ac.th

บทนำ

ปัจจุบันปัญหาด้านการจัดการขยะมูลฝอยนับว่าเป็นปัญหาสำคัญอย่างหนึ่งของประเทศไทย อันเนื่องมาจากการพัฒนาทางด้านอุตสาหกรรมและการเคลื่อนย้ายประชากรเข้าสู่สังคมเมืองเป็นจำนวนมาก จากรายงานสถานการณ์สถานที่กำจัดขยะมูลฝอยชุมชนของประเทศไทย ปี พ.ศ.2564 พบว่ามีปริมาณขยะมูลฝอยที่เกิดขึ้นกว่า 24.98 ล้านตันหรือประมาณ 68,434 ตันต่อวัน โดยมีอัตราการเกิดขยะมูลฝอยเท่ากับ 1.03 กิโลกรัมต่อคนต่อวัน จากปริมาณการเกิดขยะมูลฝอยที่กล่าวมาข้างต้น ในจำนวนนี้มีทั้งที่นำกลับมาใช้ประโยชน์ใหม่ และถูกนำไปกำจัดทั้งแบบที่ถูกต้องและไม่ถูกต้อง¹ ทั้งนี้ ในส่วนของการนำขยะมูลฝอยไปกำจัดอย่างถูกต้องนั้น จะเป็นหน้าที่ในการดำเนินการขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นทั้งในด้านการเก็บรวบรวม การคัดแยกและการกำจัดขยะมูลฝอย ซึ่งบุคลากรที่เข้ามามีส่วนสำคัญยิ่งในกระบวนการดังกล่าวมานี้ก็คือพนักงานเก็บขนขยะมูลฝอย โดยมีบทบาทหน้าที่จัดเก็บขยะมูลฝอยตามอาคารบ้านเรือนและบริเวณจุดรองรับขยะมูลฝอยในพื้นที่สาธารณะต่างๆ ซึ่งจะต้องดำเนินการจัดเก็บให้หมดทุกวันหรือจัดเก็บเพื่อให้มีปริมาณขยะตกค้างน้อยที่สุดเท่าที่รถที่ใช้ในการเก็บขนจะสามารถรองรับได้อย่างเพียงพอ เพื่อป้องกันปัญหาเรื่องกลิ่น ทศนิยมภาพและการพัฒนาไปสู่การเป็นแหล่งรังโรคต่างๆด้วย

จากการปฏิบัติงานดังกล่าวของพนักงานเก็บขนขยะมูลฝอยดังกล่าว อาจทำให้เกิดผลกระทบต่อสุขภาพของผู้ปฏิบัติงาน โดยปัญหาสุขภาพอันเนื่องมาจากการปฏิบัติงานของพนักงานเก็บขนขยะมูลฝอยส่วนใหญ่เกิดจากความเคื่อยืน และการละเลยการป้องกันตนเองและการปฏิบัติงานอย่างปลอดภัย² โดยผลกระทบเกิดจากการต้องปฏิบัติงานสัมผัสกับมูลฝอยที่อาจมีการปนเปื้อนของเชื้อโรคของมีคม หรือแม้แต่สารเคมี จากการศึกษาปัจจัยคุกคามสุขภาพจากการทำงานและภาวะสุขภาพตามความเสี่ยงของพนักงานเก็บขยะพบว่า ความเจ็บป่วยที่อาจเกี่ยวเนื่องมาจากการทำงานของพนักงานเก็บขยะ ได้แก่ ปวดเอว ร้อยละ 68.1 ไม่สุขสบายจากกลิ่นขยะ ร้อยละ 62.3 และไข้ น้ำมูกไหล ไอ จาม ร้อยละ 60.8³ ซึ่งจะเห็นได้ว่ามีผลกระทบมากที่สุดอันเนื่องมาจากลักษณะการปฏิบัติงานที่ต้องใช้กำลังแรงในการเก็บ ขนย้าย ยกหรือลากจูงถังขยะที่มีขนาดที่แตกต่างกัน การต้องเคลื่อนไหวร่างกายในท่าทางการทำงานที่อาจจะฝืนโครงสร้างทางสรีรวิทยาโดยปกติ ส่งผลทำให้พนักงานเก็บขนขยะมูลฝอย มีโอกาสที่จะได้รับบาดเจ็บหรือเกิดความผิดปกติของระบบโครงร่างและกล้ามเนื้อจากการปฏิบัติงานได้ จากการศึกษาอาการผิดปกติทางระบบโครงร่างและกล้ามเนื้อในพนักงานเก็บขนขยะขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในจังหวัดหนองบัวลำภู พบว่าความชุกของอาการผิดปกติทางระบบโครงร่างและกล้ามเนื้อในรอบ 12 เดือนที่ผ่านมาคิดเป็นร้อยละ 90.0 และตำแหน่งของร่างกายที่พบว่ามีอาการผิดปกติมากที่สุดคือหลังส่วนล่าง ร้อยละ 77.5⁴ และจากการศึกษาในพนักงานเก็บขนขยะมูลฝอยในประเทศเกาหลี พบว่า ความชุกของอาการผิดปกติทางระบบโครงร่างและกล้ามเนื้อ คิดเป็นร้อยละ 72.2 โดยส่วนของร่างกายที่รายงานว่ามีอาการผิดปกติมากที่สุดได้แก่ แขน หลังและขา⁵ นอกจากนี้ จากการรายงานการประสบอันตรายหรือเจ็บป่วยเนื่องมาจากการทำงานของลูกจ้าง ปี 2560 - 2564 พบว่า โรคที่เกิดขึ้นตามลักษณะหรือสภาพของงานหรือเนื่องมาจากการทำงานที่เกิดกับลูกจ้างสูงสุด คือโรคระบบกล้ามเนื้อและโครงสร้างกระดูกที่เกิดขึ้นเนื่องมาจากการทำงานหรือสาเหตุจากลักษณะงานที่จำเพาะหรือมีปัจจัยเสี่ยงสูงในสิ่งแวดล้อมการทำงาน โดยเฉลี่ย 5 ปี มีลูกจ้างประสบอันตราย จำนวน 5,842 ราย คิดเป็นร้อยละ 1.35 ต่อปี⁶

จังหวัดพระนครศรีอยุธยาเป็นจังหวัดที่อยู่ใกล้กรุงเทพมหานคร มีศักยภาพในการเป็นแหล่งท่องเที่ยวทั้งทางธรรมชาติและทางวัฒนธรรมที่สำคัญ รวมถึงเป็นแหล่งที่มีนิคมอุตสาหกรรมอยู่หลายแห่ง มีผู้คนอพยพเข้ามาอยู่อาศัยในพื้นที่จำนวนมาก จึงทำให้มีปริมาณขยะมูลฝอยเพิ่มสูงเป็นอย่างมาก โดยมีปริมาณขยะเฉลี่ยต่อวันเท่ากับ 932.6 ตันต่อวัน⁷ จึงทำให้มีปริมาณขยะเป็นจำนวนมากที่ทางองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในพื้นที่ต้องดำเนินการจัดการให้เกิดความเรียบร้อย ดังนั้น จึงส่งผลให้พนักงานเก็บขนขยะมูลฝอยต้องปฏิบัติงานอย่างหนักในการต้องรับมือกับภาระอันใหญ่หลวงที่กล่าวมาข้างต้น อย่างไรก็ตาม แม้จะยังไม่มีความชัดเจนเกี่ยวกับสถานการณ์หรือสถิติความผิดปกติของระบบโครงร่างและกล้ามเนื้อของแรงงานในจังหวัดพระนครศรีอยุธยา แต่เนื่องมาจากสถานการณ์ด้านปริมาณขยะและลักษณะการปฏิบัติงานของพนักงานเก็บขนขยะมูลฝอย จึงอาจนำมาซึ่งความเสี่ยงต่อการเกิดผลกระทบต่อสุขภาพจากการปฏิบัติงานในท่าทางการทำงานที่ไม่เหมาะสมต่อเนื่องกันเป็นระยะเวลานาน ทำให้มีโอกาสเกิดความผิดปกติของระบบโครงร่างและกล้ามเนื้อจากการปฏิบัติงานได้ ในกรณีนี้ คณะผู้วิจัยจึงมีความสนใจในการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่ออาการผิดปกติของระบบ

โครงสร้างและกลไกเนื่องจากการปฏิบัติงานของพนักงานเก็บขยะมูลฝอยในจังหวัดพระนครศรีอยุธยา ซึ่งผลการศึกษาจะสามารถนำไปใช้เป็นข้อเสนอแนะให้แก่หน่วยงานที่เกี่ยวข้องในการพิจารณาแนวทางที่เหมาะสม ในการแก้ไขปัญหาดังกล่าว และช่วยส่งเสริมสุขภาพอนามัยของพนักงานเก็บขยะมูลฝอยให้ดียิ่งขึ้น

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อศึกษาความชุกและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับอาการผิดปกติของระบบโครงร่างและกล้ามเนื้อของพนักงานเก็บขยะมูลฝอยในจังหวัดพระนครศรีอยุธยา

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษาในครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาแบบภาคตัดขวาง (Cross-sectional Descriptive Study) ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลในพนักงานเก็บขยะมูลฝอยในอำเภอบางปะอิน จังหวัดพระนครศรีอยุธยา ทั้งนี้อำเภอบางปะอินแบ่งเขตพื้นที่การปกครองออกเป็น 18 ตำบล มีหน่วยงานที่รับผิดชอบในการจัดการขยะมูลฝอยทั้งหมด 8 แห่ง ประกอบด้วย เทศบาลตำบลบางปะอิน เทศบาลพระอินทราชา เทศบาลตำบลปราสาททอง เทศบาลตำบลคลองจิก เทศบาลตำบลเชียงรากน้อย เทศบาลตำบลบางกระสั้น เทศบาลตำบลบ้านกรด และเทศบาลตำบลตลาดเกรียบ โดยมีจำนวนของพนักงานเก็บขยะมูลฝอยรวมทั้งสิ้น 70 คน เมื่อนำมาคำนวณขนาดตัวอย่างโดยใช้สูตรคำนวณของทาโร่ ยามาเน่ (Taro Yamane) กำหนดให้มีค่าความคลาดเคลื่อนที่ยอมรับได้เท่ากับ 0.05

$$n = \frac{N}{1+Ne^2}$$

เมื่อ n คือ ขนาดของกลุ่มตัวอย่างที่คำนวณได้

N คือ จำนวนของประชากร

e คือ ค่าความคลาดเคลื่อนที่ยอมรับได้

แทนค่าสูตรจะได้ผลดังนี้

$$n = \frac{70}{1+70(0.05)^2}$$

$$n = 60 \text{ คน}$$

เพื่อป้องกันการถอนตัว (Drop - Out) ของกลุ่มตัวอย่างที่ทำให้ไม่ได้ตามขนาดตัวอย่างที่คำนวณได้ข้างต้นผู้วิจัยจึงคำนวณขนาดตัวอย่างเพิ่มอีกร้อยละ 10

$$= \frac{60 \times 10}{100}$$

$$= 6$$

ดังนั้น ขนาดตัวอย่างในการศึกษาวิจัยครั้งนี้คือ 60 รวมกับ 6 เท่ากับ 66 คน

เมื่อได้ขนาดตัวอย่างจากการคำนวณแล้ว ทำการสุ่มอย่างง่ายโดยมีพนักงานเก็บขยะมูลฝอยที่ผ่านเกณฑ์คัดเข้าจำนวนทั้งสิ้น 66 คน

เครื่องมือการวิจัยประกอบด้วยแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล 10 ข้อ ประกอบด้วย เพศ อายุ ดัชนีมวลกาย สถานภาพ ระดับการศึกษา การออกกำลังกาย โรคประจำตัว การสูบบุหรี่ การดื่มแอลกอฮอล์ ชั่วโมงการนอนหลับพักผ่อน ข้อมูลด้านการทำงาน 11 ข้อ ประกอบด้วย การยกถัง การประคองถังขยะ การห้อยโหนบนรถ ความสูงของช่องทิ้งขยะ การบิดตัวเอี้ยวตัวเสมอๆ การใช้มือหรือแขนอยู่ในท่าทางการทำงานหรือลักษณะเคลื่อนไหวซ้ำกัน การทำงานมีการยกของที่น้ำหนักมากกว่า 30 กิโลกรัมบ่อยๆ ประสิทธิภาพการทำงาน น้ำหนักเฉลี่ยที่ยกถังขยะ การตรวจสุขภาพ การได้รับการอบรม แบบประเมินความเครียดจากการทำงาน (Thai-JCQ) 54 ข้อ แบ่งออกเป็น 6 ด้าน ประกอบด้วย 1) ด้านการควบคุมหรืออำนาจการตัดสินใจในงาน (Job control) 2) ด้านข้อเรียกร้องจากงานด้านจิตใจ (Psychological Job demand) 3) ด้านข้อเรียกร้องจากงานด้านงานใช้แรงกาย (Physical job demand) 4) ด้านความมั่นคง

ในหน้าที่การงาน (Job security) 5) ด้านแรงสนับสนุนทางสังคม (Social support) และ 6) ด้านอันตรายหรือความเสี่ยงจากงาน (Hazard at work) และแบบสัมภาษณ์ที่ใช้ในการวิเคราะห์อาการผิดปกติของโครงร่างและกล้ามเนื้อ (Nordic Musculoskeletal Questionnaire) ประกอบด้วย ข้อคำถามทั่วไปจะเป็นการสอบถามอาการผิดปกติของกล้ามเนื้อและกระดูกในส่วนต่างๆของร่างกาย แบ่งเป็น 13 ส่วนได้แก่ คอ ไหล่ หลังส่วนบน หลังส่วนล่าง แขนท่อนบน ข้อศอก แขนท่อนล่าง ข้อมือ/มือ สะโพก ต้นขา เข่า น่อง และข้อเท้า/เท้า โดยจะสอบถามอาการผิดปกติที่เกิดขึ้นในช่วง 12 เดือนที่ผ่านมา

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้เครื่องมือการวิจัยที่ได้ผ่านการทดสอบความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน ผลการตรวจสอบพบว่ามีความสอดคล้องมากกว่า 0.50 จากนั้นนำเครื่องมือการวิจัยไปทดลองใช้ (Try out) กับพนักงานเก็บขยะมูลฝอยในเทศบาลเมืองสุพรรณบุรีจำนวนทั้งสิ้น 30 คน แล้วนำมาหาค่าความเชื่อมั่น (Reliability) ของเครื่องมือโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค (Cronbach Alpha Coefficient) พบว่าเครื่องมือการวิจัยมีความเชื่อมั่นของแบบประเมินความเครียดจากการทำงาน (Thai-JCQ) เท่ากับ 0.828 และในส่วนของแบบประเมินอาการผิดปกติของโครงร่างและกล้ามเนื้อ (Nordic Musculoskeletal Questionnaire) เท่ากับ 0.862 โดยดำเนินการวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติดังนี้ สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics) ได้แก่ ร้อยละ ค่าต่ำสุด ค่าสูงสุด ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติเชิงอนุมาน (Inferential Statistics) ได้แก่ สถิติ Chi-Square และการวิเคราะห์การถดถอยโลจิสติก (Logistic regression analysis) เป็นสถิติที่ใช้หาความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรที่ระดับความเชื่อมั่น 95% เมื่อค่าระดับนัยสำคัญทางสถิติ < 0.05

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง การวิจัยนี้ได้รับการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยราชภัฏวไลยอลงกรณ์ ในพระบรมราชูปถัมภ์ เลขที่ COA No. 0023/2563

ผลการวิจัย

ข้อมูลส่วนบุคคล จากผลการศึกษาพบว่า พนักงานเก็บขยะมูลฝอยส่วนใหญ่เป็นเพศชาย คิดเป็นร้อยละ 90.9 มีอายุเฉลี่ยเท่ากับ 42.45 ปี (± 11.98) โดยส่วนใหญ่ มีอายุอยู่ในช่วง 31-40 คิดเป็นร้อยละ 30.3 เช่นเดียวกันกับอายุ 51ปีขึ้นไป คิดเป็นร้อยละ 30.3 รองลงมาคือช่วงอายุ 41-50 คิดเป็นร้อยละ 22.7 และช่วงอายุ 18-30 ปีคิดเป็นร้อยละ 16.7 ตามลำดับ มีดัชนีมวลกายเฉลี่ยเท่ากับ 24.63 กิโลกรัมต่อตารางเมตร (± 5.01) และเมื่อพิจารณาแบ่งกลุ่มค่าดัชนีมวลกายตามเกณฑ์ของกระทรวงสาธารณสุข⁸ พบว่าพนักงานเก็บขยะมูลฝอยส่วนใหญ่มีค่าดัชนีมวลกายอยู่ในระดับสูงกว่าเกณฑ์ คิดเป็น ร้อยละ 57.6 รองลงมาคือมีดัชนีมวลกายอยู่ในระดับสมส่วน คิดเป็นร้อยละ ร้อยละ 30.3 ตามลำดับ ส่วนใหญ่สถานภาพโสด คิดเป็นร้อยละ 50 รองลงมาคือ สถานภาพสมรส คิดเป็นร้อยละ 43.9 และหย่าร้าง/หม้าย คิดเป็นร้อยละ 6.1 ตามลำดับ สำเร็จการศึกษาระดับประถมศึกษา คิดเป็นร้อยละ 63.6 รองลงมาคือ สำเร็จการศึกษาระดับมัธยมศึกษาตอนต้น คิดเป็นร้อยละ 27.3 สำเร็จการศึกษาระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย/ประกาศนียบัตรวิชาชีพ (ปวช.) คิดเป็นร้อยละ 7.6 และไม่ได้รับการศึกษา ร้อยละ 1.5 ตามลำดับ พนักงานเก็บขยะมูลฝอยส่วนใหญ่ออกกำลังกาย ร้อยละ 66.7 รองลงมาคือไม่เคยออกกำลังกาย คิดเป็นร้อยละ 33.3 ตามลำดับ ส่วนใหญ่ไม่มีโรคประจำตัว คิดเป็นร้อยละ 75.8 รองลงมาคือมีโรคประจำตัว คิดเป็นร้อยละ 24.2 ตามลำดับ โรคประจำตัวที่เป็นส่วนใหญ่คือโรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 43.8 รองลงมาคือโรคเบาหวาน ร้อยละ 37.5 ตามลำดับ ส่วนใหญ่สูบบุหรี่ คิดเป็นร้อยละ 56.1 รองลงมาคือไม่สูบบุหรี่ คิดเป็นร้อยละ 33.3 และเคยสูบบุหรี่ คิดเป็นร้อยละ 10.6 ตามลำดับเมื่อพิจารณาจำแนกตามปริมาณการสูบบุหรี่ต่อวัน ส่วนใหญ่สูบบุหรี่มากกว่าหรือเท่ากับ 10 มวนต่อวัน คิดเป็นร้อยละ 56.8 และน้อยกว่า 10 มวนต่อวัน คิดเป็นร้อยละ 43.2 ตามลำดับ ส่วนใหญ่ดื่มแอลกอฮอล์ คิดเป็นร้อยละ 47.0 รองลงมาคือไม่ดื่ม ร้อยละ 45.5 และเคยดื่มแอลกอฮอล์ คิดเป็นร้อยละ 7.5 ตามลำดับ เมื่อพิจารณาจำแนกตามจำนวนปีที่เคยดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ส่วนใหญ่เคยดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์น้อยกว่า 14 ปี คิดเป็นร้อยละ 60.0 รองลงมาคือเคยดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์มากกว่าหรือเท่ากับ 14 ปี คิดเป็นร้อยละ 40.0 ตามลำดับส่วนใหญ่นอนหลับพักผ่อน 8 ชั่วโมงต่อวัน คิดเป็นร้อยละ 34.8 รองลงมาคือนอนหลับพักผ่อนมากกว่า 8 ชั่วโมงต่อวัน คิดเป็นร้อยละ 33.3 และนอนหลับพักผ่อนน้อยกว่า 8 ชั่วโมงต่อวัน คิดเป็นร้อยละ 31.8 ตามลำดับ

ข้อมูลด้านการทำงาน พบว่า พนักงานเก็บขยะมูลฝอยมีประสบการณ์การทำงานเฉลี่ยเท่ากับ 6.33 ปี (± 5.97) ส่วนใหญ่ได้รับการตรวจสุขภาพประจำปี คิดเป็นร้อยละ 74.2 รองลงมาคือไม่ได้รับการตรวจสุขภาพ คิดเป็นร้อยละ 25.8 ตามลำดับ โดยพบว่า พนักงานเก็บขยะมูลฝอยทั้ง 49 คน ได้รับการตรวจสุขภาพครั้งสุดท้ายน้อยกว่า 1 ปีที่ผ่านมาส่วนใหญ่ได้รับการอบรม คิดเป็นร้อยละ 78.8 รองลงมาคือไม่ได้รับการอบรม ร้อยละ 21.2 ตามลำดับ โดยพนักงานเก็บขยะมูลฝอยมีลักษณะท่าทางการทำงานประกอบด้วย การก้มยก การประคองยืงเท การรับเท และการเท

ความเครียดในการทำงาน พบว่า ส่วนใหญ่มีการควบคุมหรืออำนาจการตัดสินใจในงาน ในระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 60.6 รองลงมาคือระดับน้อย คิดเป็นร้อยละ 37.9 ด้านข้อเรียกร้องจากการทำงานด้านจิตใจส่วนใหญ่มีความเครียดอยู่ที่ระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 72.7 รองลงมาคือระดับน้อย คิดเป็นร้อยละ 19.7 ด้านข้อเรียกร้องจากงานด้านกายภาพส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 72.7 รองลงมาคือระดับน้อย คิดเป็นร้อยละ 24.3 ด้านความมั่นคงในหน้าที่การงานอยู่ในระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 63.6 รองลงมาคือระดับมาก คิดเป็นร้อยละ 33.4 ด้านแรงสนับสนุนทางสังคมส่วนใหญ่อยู่ในระดับมากคิดเป็น ร้อยละ 72.7 รองลงมาคือระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 25.8 และด้านอันตรายในที่ทำงานส่วนใหญ่อยู่ในระดับน้อย คิดเป็นร้อยละ 51.5 รองลงมาคือระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 43.9 ตามลำดับ

ความชุกของอาการผิดปกติของโครงร่างและกล้ามเนื้อในรอบ 12 เดือนที่ผ่านมา พบว่า มีพนักงานเก็บขยะมูลฝอยมีอาการผิดปกติของโครงร่างและกล้ามเนื้อ 51 คนจากจำนวนพนักงานเก็บขยะมูลฝอยทั้งสิ้น 66 คน คิดเป็นร้อยละ 77.3 โดยส่วนของร่างกายที่มีอาการผิดปกติของโครงร่างและกล้ามเนื้อมากที่สุดคือ เอว/หลังส่วนล่าง ร้อยละ 77.3 รองลงมาคือไหล่ ร้อยละ 75.8 และหลังส่วนบน ร้อยละ 63.6 ตามลำดับ

ตารางที่ 1 ตารางแสดงความชุกของอาการผิดปกติของโครงร่างและกล้ามเนื้อในรอบ 12 เดือนของพนักงานเก็บขยะมูลฝอยในอำเภอบางปะอิน จังหวัดพระนครศรีอยุธยาจำแนกตามส่วนของร่างกาย (n = 66)

ส่วนของร่างกาย	ความชุกของอาการผิดปกติช่วง 12 เดือน	
	จำนวน(คน)	ร้อยละ
1.คอ	24	36.4
2.ไหล่ ขวา/ซ้าย	50	75.8
3.หลังส่วนบน	42	63.6
4.เอว/หลังส่วนล่าง	51	77.3
5.แขนท่อนบน	46	69.7
6.ข้อศอก ขวา/ซ้าย	35	53.0
7.แขนท่อนล่าง	38	57.6
8.ข้อมือ/มือขวา/ซ้าย	34	51.5
9.สะโพกขวา/ซ้าย	29	43.9
10.ต้นขาขวา/ซ้าย	31	47.0
11.เข่าขวา/ซ้าย	38	57.6
12.น่องขวา/ซ้าย	32	48.5
13.ข้อเท้า/เท้าขวา/ซ้าย	23	34.9

ทั้งนี้ จากการทดสอบสมมติฐานเกี่ยวกับปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่ออาการผิดปกติของโครงร่างและกล้ามเนื้อจากการปฏิบัติงานของพนักงานเก็บขยะมูลฝอยในจังหวัดพระนครศรีอยุธยา ประกอบด้วยตัวแปรต้นอันได้แก่ ข้อมูลส่วนบุคคล ข้อมูลด้าน

การทำงาน และข้อมูลด้านความเครียดจากการทำงาน นำไปทดสอบสมมติฐานกับตัวแปรตามคืออาการผิดปกติของโครงร่างและกล้ามเนื้อในรอบ 12 เดือนที่ผ่านมา โดยใช้การทดสอบไคสแควร์ (Chi-Square Test) และสถิติถดถอยโลจิสติก(Logistic Regression) ที่มีระดับความเชื่อมั่น 95% และมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 รายละเอียดการทดสอบสมมติฐาน ดังนี้

ตารางที่ 2 ตารางแสดงความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับอาการผิดปกติของโครงร่างและกล้ามเนื้อจากการปฏิบัติงานของพนักงานเก็บขยะมูลฝอยในอำเภอบางปะอิน จังหวัดพระนครศรีอยุธยา (n = 66)

ปัจจัยส่วนบุคคล	อาการผิดปกติช่วง 12 เดือนที่ผ่านมา				P-value
	มีอาการ		ไม่มีอาการ		
	จำนวน(คน)	ร้อยละ	จำนวน(คน)	ร้อยละ	
เพศ					0.32
ชาย	45	68.2	15	22.7	
หญิง	6	9.1	0	0.00	
อายุ					0.77
น้อยกว่า 42	24	36.4	8	12.1	
มากกว่าหรือเท่ากับ 42	27	40.9	7	10.6	
ดัชนีมวลกาย					1.00
ไม่ปกติ	35	53.0	11	16.7	
ปกติ	16	24.2	4	6.1	
สถานภาพ					0.39
ไม่มีคู่สมรส	27	40.9	10	15.1	
สมรส	24	36.4	5	7.6	
ระดับการศึกษา					0.89
ต่ำกว่ามัธยมศึกษาตอนต้น	33	50.0	10	15.2	
มัธยมศึกษาตอนต้นขึ้นไป	18	27.2	5	7.6	
การออกกำลังกาย					1.00
ออกกำลังกาย	34	51.5	10	15.2	
ไม่เคยออกกำลังกาย	17	25.8	5	7.5	
โรคประจำตัว					1.00
ไม่มี	38	57.6	12	18.2	
มี	13	19.7	3	4.5	
การสูบบุหรี่					0.73
สูบบุหรี่	28	42.5	9	13.6	
ไม่สูบบุหรี่	23	34.8	6	9.1	
การดื่มแอลกอฮอล์					0.08
ดื่ม	21	31.8	10	15.2	
ไม่ดื่ม	30	45.5	5	7.5	

ปัจจัยส่วนบุคคล	อาการผิดปกติช่วง 12 เดือนที่ผ่านมา				P-value
	มีอาการ		ไม่มีอาการ		
	จำนวน(คน)	ร้อยละ	จำนวน(คน)	ร้อยละ	
ชั่วโมงการนอนหลับพักผ่อน					1.00
น้อยกว่า 8 ชั่วโมงต่อวัน	16	24.2	5	7.6	
มากกว่าหรือเท่ากับ 8 ชั่วโมงต่อวัน	35	53.0	10	15.2	

*P-value < 0.05

ทั้งนี้ จากศึกษาปัจจัยส่วนบุคคลกับอาการผิดปกติของโครงร่างและกล้ามเนื้อจากการปฏิบัติงานของพนักงานเก็บขยะมูลฝอยในอำเภอบางปะอิน จังหวัดพระนครศรีอยุธยา ผลการศึกษาพบว่า ไม่มีตัวแปรส่วนบุคคลตัวแปรใดที่มีความสัมพันธ์กับอาการผิดปกติของโครงร่างและกล้ามเนื้อจากการปฏิบัติงานของพนักงานเก็บขยะมูลฝอย

ตารางที่ 3 ตารางแสดงความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านการทำงานกับอาการผิดปกติของโครงร่างและกล้ามเนื้อจากการปฏิบัติงานของพนักงานเก็บขยะมูลฝอยในอำเภอบางปะอิน จังหวัดพระนครศรีอยุธยา (n = 66)

ปัจจัยด้านการทำงาน	อาการผิดปกติช่วง 12 เดือนที่ผ่านมา				OR	95% CI
	มีอาการ		ไม่มีอาการ			
	จำนวน(คน)	ร้อยละ	จำนวน(คน)	ร้อยละ		
การยกถัง						
ไม่มีการย่อเข่า	8	12.1	2	3.0	1.21	0.23 - 6.42
มีการย่อ	43	65.2	13	19.7		
การประคองถังขยะ						
ชิดลำตัว	34	51.5	11	16.6	0.73	0.20 – 2.63
ห่างลำตัว	17	25.8	4	6.1		
การห้อยโหนบนรถ						
ไม่มีการห้อยโหน	0	0.0	1	1.5	0.13	0.01 – 1.55
มีการห้อยโหน	51	77.3	14	21.2		
ความสูงของช่องทิ้งขยะ						
สูงกว่าระดับข้อศอก	22	33.3	5	7.6	0.66	0.20 – 2.21
ระดับข้อศอกหรือต่ำกว่าระดับข้อศอก	29	43.9	10	15.2		
การบิดตัวเอี้ยวตัวเสมอๆ						
ใช่	49	74.3	12	18.2	0.16	0.02 – 1.09
ไม่ใช่	2	3.0	3	4.5		
การใช้มือหรือแขนอยู่ในท่าทางการทำงานหรือมีลักษณะเคลื่อนไหวซ้ำกัน						
ใช่	50	75.8	14	21.2	0.28	0.02 – 4.77
ไม่ใช่	1	1.5	1	1.5		

ปัจจัยด้านการทำงาน	อาการผิดปกติช่วง 12 เดือนที่ผ่านมา				OR	95% CI
	มีอาการ		ไม่มีอาการ			
	จำนวน(คน)	ร้อยละ	จำนวน(คน)	ร้อยละ		
การทำงานมีการยกของที่น้ำหนัก						
มากกว่า 30 กิโลกรัมบ่อยๆ						
ใช่	47	71.2	14	21.2	1.19	0.12 – 11.55
ไม่ใช่	4	6.1	1	1.5		
ประสบการณ์การทำงาน						
น้อยกว่า 6 ปี						
	29	43.9	12	18.2	0.33	0.08 – 1.31
มากกว่าหรือเท่ากับ 6 ปี						
	22	33.3	3	4.6		
น้ำหนักเฉลี่ยที่ยกถึงขยะ						
น้อยกว่า 51 กิโลกรัม						
	35	53.0	8	12.1	1.91	0.59 – 6.19
มากกว่าหรือเท่ากับ 51 กิโลกรัม						
	16	24.3	7	10.6		
การตรวจสุขภาพ						
ไม่ได้รับการตรวจ						
	14	21.2	3	4.5	0.66	0.16 – 2.70
ได้รับการตรวจ						
	37	56.1	12	18.2		
การได้รับการอบรม						
ได้รับการอบรม						
	39	59.1	13	19.7	0.50	0.10 – 2.54
ไม่ได้รับการอบรม						
	12	18.2	2	3.0		

*P-value < 0.05

ทั้งนี้ จากศึกษาปัจจัยด้านการทำงานกับอาการผิดปกติของโครงร่างและกล้ามเนื้อจากการปฏิบัติงานของพนักงานเก็บขนขยะมูลฝอยในอำเภอบางปะอิน จังหวัดพระนครศรีอยุธยา ผลการศึกษาพบว่า ไม่มีตัวแปรปัจจัยด้านการทำงานตัวแปรใดที่มีความสัมพันธ์กับอาการผิดปกติของโครงร่างและกล้ามเนื้อจากการปฏิบัติงานของพนักงานเก็บขนขยะมูลฝอย

ตารางที่ 4 ตารางแสดงความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านความเครียดจากการทำงานกับอาการผิดปกติของโครงร่างและกล้ามเนื้อจากการปฏิบัติงานของพนักงานเก็บขนขยะมูลฝอยในอำเภอบางปะอิน จังหวัดพระนครศรีอยุธยา (n = 66)

ปัจจัยด้านความเครียด จากการทำงาน	อาการผิดปกติช่วง 12 เดือนที่ผ่านมา				OR	95% CI
	มีอาการ		ไม่มีอาการ			
	จำนวน(คน)	ร้อยละ	จำนวน(คน)	ร้อยละ		
การควบคุมหรืออำนาจการตัดสินใจในงาน						
ต่ำ	19	28.8	6	9.1	0.89	0.27-2.90
สูง	32	48.5	9	13.6		
ข้อเรียกร้องจากการทำงานด้านจิตใจ					0.15	0.04-0.54

ปัจจัยด้านความเครียด จากการทำงาน	อาการผิดปกติช่วง 12 เดือนที่ผ่านมา				OR	95% CI
	มีอาการ		ไม่มีอาการ			
	จำนวน(คน)	ร้อยละ	จำนวน(คน)	ร้อยละ		
ต่ำ	12	18.2	10	15.1		
สูง	39	59.1	5	7.6		
ข้อเรียกร้องจากงานด้านกายภาพ						
ต่ำ	15	22.7	9	13.6	0.28	0.09-0.92
สูง	36	54.5	6	9.1		
ความมั่นคงในหน้าที่การงาน						
ต่ำ	8	12.1	5	7.6	0.37	0.10-1.38
สูง	43	65.2	10	15.2		
แรงสนับสนุนทางสังคม						
ต่ำ	9	13.6	5	7.6	0.43	0.12-1.56
สูง	42	63.6	10	15.2		
อันตรายในที่ทำงาน						
ต่ำ	26	39.4	8	12.1	0.91	0.29-2.88
สูง	25	37.9	7	10.6		

*P-value < 0.05

ทั้งนี้ จากศึกษาปัจจัยด้านความเครียดจากการทำงานกับอาการผิดปกติของโครงร่างและกล้ามเนื้อจากการปฏิบัติงานของพนักงานเก็บขยะมูลฝอย ผลการศึกษาพบว่า พนักงานเก็บขยะมูลฝอยที่มีความเครียดด้านข้อเรียกร้องจากการทำงานด้านจิตใจในระดับสูง มีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดอาการผิดปกติของโครงร่างและกล้ามเนื้อเป็น 0.15 เท่าของผู้ที่มีความเครียดด้านข้อเรียกร้องจากการทำงานด้านจิตใจในระดับต่ำ (OR=0.15; 95%CI=0.04-0.54; p-value=0.003) และพนักงานเก็บขยะมูลฝอยที่มีความเครียดด้านข้อเรียกร้องจากงานด้านกายภาพในระดับสูง มีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดอาการผิดปกติของโครงร่างและกล้ามเนื้อเป็น 0.28 เท่าของผู้ที่มีความเครียดด้านข้อเรียกร้องจากงานด้านกายภาพในระดับต่ำ (OR=0.28; 95%CI=0.09-0.92; p-value=0.036)

อภิปรายผลการวิจัย

จากผลการศึกษาพบว่าความชุกของอาการผิดปกติของโครงร่างและกล้ามเนื้อในช่วง 12 เดือนที่ผ่านมา(อย่างน้อย 1 ส่วนของร่างกาย เท่ากับร้อยละ 77.3 ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของพรณา สรสิทธิ์, ฤทธิ์รงค์ พันธดี, กุณทลีย์ บังคะดานรา, ดวงดาว สุดาทิพย์, กานต์นลินญา บุญทิ และ ภัทธาบุลย์ นาคสุสุข⁹ พบว่า ความชุกของกลุ่มอาการผิดปกติของระบบกล้ามเนื้อและกระดูกโครงร่างของพนักงานจัดการขยะในโรงงานอุตสาหกรรมรีไซเคิลพลาสติกแห่งหนึ่งในจังหวัดชลบุรีใน 12 เดือนที่ผ่านมา เท่ากับร้อยละ 98.1 และเมื่อพิจารณาความชุกจำแนกตามส่วนของร่างกาย พบว่า ส่วนแกนกลางของร่างกาย คอ หลังส่วนบน หลังส่วนกลาง หลังส่วนล่าง มีความผิดปกติร้อยละ 95.1 รยางค์ส่วนบน ได้แก่ ไหล่ซ้าย ไหล่ขวา แขนส่วนบนซ้าย แขนส่วนบนขวา แขนส่วนล่างซ้าย แขนส่วนล่างขวา ร้อยละ 57.3 และรยางค์ส่วนล่าง ได้แก่ สะโพก ต้นขาซ้าย ต้นขาขวา ขาซ้าย ขาขวา ร้อยละ 39.8 จากลักษณะการทำงานของพนักงานเก็บขยะมูลฝอยต้องมีการยกสิ่งของที่น้ำหนักมาก เคลื่อนย้ายสิ่งของในท่าทางการทำงานซ้ำๆ จึงทำให้มีความเสี่ยงที่จะเกิดอาการบาดเจ็บโครงร่างและกล้ามเนื้อได้มาก และเมื่อพิจารณาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับอาการผิดปกติของโครงร่างและกล้ามเนื้อจากการปฏิบัติงานในรอบ 12 เดือนที่ผ่านมาของพนักงานเก็บขยะมูลฝอยในอำเภอบางปะอิน จังหวัดพระนครศรีอยุธยา พบว่า

พนักงานเก็บขยะมูลฝอยที่มีความเครียดด้านข้อเรียกร้องจากการทำงานด้านจิตใจในระดับสูง มีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดอาการผิดปกติของโครงร่างและกล้ามเนื้อเป็น 0.15 เท่าของผู้ที่มีความเครียดด้านข้อเรียกร้องจากการทำงานด้านจิตใจในระดับต่ำ ($OR=0.15$; $95\%CI=0.04-0.54$; $p-value=0.003$) ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานของการวิจัย สอดคล้องกับงานวิจัยของณัฐพล พิมพ์พรมมา² ที่ทำการศึกษาศักยภาพความสุขของพนักงานเก็บขยะในอำเภออุ้มผาง จังหวัดสุพรรณบุรี ทั้งนี้ ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้พนักงานเก็บขยะมูลฝอยส่วนใหญ่มีข้อเรียกร้องจากการทำงานด้านจิตใจในระดับสูง ซึ่งอาจเป็นผลมาจากลักษณะการทำงานเช่น ต้องทำงานอย่างรวดเร็ว ให้ทันตามกำหนด จึงมีความกดดันในด้านจิตใจสูงซึ่งส่งผลให้เกิดความเครียดและไปทำให้ร่างกายเพิ่มการหดเกร็งของกล้ามเนื้อนำไปสู่การเกิดอาการผิดปกติของโครงร่างและกล้ามเนื้อได้ นอกจากนี้ และพนักงานเก็บขยะมูลฝอยที่มีความเครียดด้านข้อเรียกร้องจากงานด้านกายภาพในระดับสูง มีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดอาการผิดปกติของโครงร่างและกล้ามเนื้อเป็น 0.28 เท่าของผู้ที่มีความเครียดด้านข้อเรียกร้องจากงานด้านกายภาพในระดับต่ำ ($OR=0.28$; $95\%CI=0.09-0.92$; $p-value=0.036$) ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานของการวิจัย สอดคล้องกับงานวิจัยของยุพา ดาวเรือง, ฉันทนา จันทวงศ์และนิสากร กรุงไกรเพชร¹⁰ ได้ศึกษาปัจจัยเสี่ยงของกลุ่มอาการผิดปกติทางระบบกล้ามเนื้อและโครงสร้างกระดูกในพนักงานเก็บขยะมูลฝอยของกรุงเทพมหานคร ผลการศึกษาพบว่าการเรียกร้องทางกาย ($r = 0.107$, $p < 0.05$) มีความสัมพันธ์ในทางบวกในระดับต่ำต่ออาการผิดปกติของโครงร่างและกล้ามเนื้อ ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้พนักงานเก็บขยะมูลฝอยส่วนใหญ่มีข้อเรียกร้องจากการทำงานด้านกายภาพในระดับสูง ซึ่งจะเห็นได้ว่าการใช้กำลังแรงกายในการปฏิบัติงานที่ค่อนข้างมากย่อมส่งผลต่ออาการผิดปกติของโครงร่างและกล้ามเนื้อ

สรุปผลการวิจัย

จากการศึกษาอาการผิดปกติของโครงร่างและกล้ามเนื้อจากการปฏิบัติงานของพนักงานเก็บขยะมูลฝอยในอำเภอบางปะอิน จังหวัดพระนครศรีอยุธยา พบว่าความชุกของอาการผิดปกติของโครงร่างและกล้ามเนื้อจากการปฏิบัติงานของพนักงานเก็บขยะมูลฝอยในรอบ 12 เดือนที่ผ่านมา เท่ากับร้อยละ 77.3 และพบว่าพนักงานเก็บขยะมูลฝอยที่มีความเครียดด้านข้อเรียกร้องจากการทำงานด้านจิตใจในระดับสูง มีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดอาการผิดปกติของโครงร่างและกล้ามเนื้อเป็น 0.15 เท่าของผู้ที่มีความเครียดด้านข้อเรียกร้องจากการทำงานด้านจิตใจในระดับต่ำ ($OR=0.15$; $95\%CI=0.04-0.54$; $p-value=0.003$) และพนักงานเก็บขยะมูลฝอยที่มีความเครียดด้านข้อเรียกร้องจากงานด้านกายภาพในระดับสูง มีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดอาการผิดปกติของโครงร่างและกล้ามเนื้อเป็น 0.28 เท่าของผู้ที่มีความเครียดด้านข้อเรียกร้องจากงานด้านกายภาพในระดับต่ำ ($OR=0.28$; $95\%CI=0.09-0.92$; $p-value=0.036$)

ข้อเสนอแนะ

ผู้วิจัยมีข้อเสนอแนะจากการดำเนินการวิจัย ดังนี้

1. หน่วยงานที่มีหน้าที่ดูแลสุขภาพของพนักงานเก็บขยะให้ความสนใจและเฝ้าระวังการเกิดอาการผิดปกติของโครงร่างและกล้ามเนื้อ โดยรวบรวมข้อมูลสถิติอาการเจ็บป่วยรวมทั้งโรคที่เกี่ยวข้องของพนักงานเก็บขยะมูลฝอย เพื่อนำมาวิเคราะห์และวางแผน เฝ้าระวังป้องกันสุขภาพในกลุ่มพนักงานเก็บขยะมูลฝอย
2. หน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรจัดกิจกรรมที่ช่วยลดความเครียดจากการปฏิบัติงานทั้งทางด้านข้อเรียกร้องจากการทำงานด้านจิตใจ อาทิ กิจกรรมผ่อนคลายต่างๆ และข้อเรียกร้องจากงานด้านกายภาพ อาทิ การจัดกิจกรรมเสริมสร้างความแข็งแรงของร่างกายหรือกิจกรรมช่วยคลายความตึงเครียดของกล้ามเนื้อ สร้างความยืดหยุ่นของร่างกาย เพื่อให้มีความพร้อมเหมาะสมกับลักษณะการปฏิบัติงาน

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณพนักงานเก็บขยะทุกเทศบาลในอำเภอบางปะอิน จังหวัดพระนครศรีอยุธยาทุกท่าน รวมถึงผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องที่ให้ความร่วมมือในการให้ข้อมูลประกอบการวิจัยนี้จนเสร็จสมบูรณ์

เอกสารอ้างอิง

1. กรมควบคุมมลพิษ. ข้อมูลสถานการณ์ขยะมูลฝอยของประเทศ.[อินเทอร์เน็ต].2564. [สืบค้นเมื่อ 9 ตุลาคม 2565] สืบค้นได้จาก <https://thaimsw.pcd.go.th/report1.php?year=2564>
2. ณัฐพล พิมพพรมมา. ปัจจัยคุกคามสุขภาพและภาวะสุขภาพของพนักงานเก็บขยะในเขตอำเภออุทุมพร จังหวัดสุพรรณบุรี. วารสารมหาวิทยาลัยศรีนครินทร. 2564; 27:84-97.
3. นริศรา เลิศพรสวรรค์, ขวพพรพรณ จันทรประสิทธิ์, ธาณี แก้วธรรมานุกูล. ปัจจัยคุกคามสุขภาพจากการทำงานและภาวะสุขภาพตามความเสี่ยงของพนักงานเก็บขยะ. พยาบาลสาร. 2560; 138-150.
4. พีรพงษ์ จันทราเทพ, สุนิสา ชายเกลี้ยง. ความชุกและปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดอุบัติเหตุทางระบบโครงร่างและกล้ามเนื้อในพนักงานเก็บขยะขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในจังหวัดหนองบัวลำภู. วารสารวิจัยสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น. 2554; 4:49-58.
5. Myong JP, Lee HK, Kim HR, Jung HS, Jeong EH, Nam W, et al. Musculoskeletal symptoms of municipal sanitation workers and ergonomic evaluation on upperlimb. 2008;20(2):93-103.
6. สำนักงานประกันสังคม. สถานการณ์การประสบอันตรายหรือเจ็บป่วยเนื่องจากการทำงาน ปี 2560 – 2564. กรุงเทพฯ: กระทรวงแรงงาน; 2565.
7. กรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่น. ปริมาณขยะมูลฝอยในระบบจัดการขยะมูลฝอยขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เดือนกันยายน - ธันวาคม 2564. กรุงเทพฯ: กระทรวงมหาดไทย; 2565.
8. กรมอนามัย. เทคนิคประเมินอ้วน-ผอมด้วยตนเอง.[อินเทอร์เน็ต].2565. [สืบค้นเมื่อ 9 ตุลาคม 2565] สืบค้นจาก https://hhdc.anamai.moph.go.th/th/pa2565-1-16/download?id=83158&mid=35764&mkey=m_document&lang=th&did=27877&fbclid=IwAR1aqrPYUu_byn2WHdbaQyJMQuabn_a_6BxgNWtIN9VR9vka3DtzSWHt9hk
9. พรนภา สรสิทธิ์, ฤทธิรงค์ พันธดี, กุณฑลีย์ บังคะตานรา, ดวงดาว สุดาพิทย์, กานต์นลินญา บุญทิ และ ภัทราบุลย์ นาคสุสุข. กลุ่มอาการผิดปกติของระบบกล้ามเนื้อและกระดูกโครงร่างของพนักงานจัดการขยะในโรงงานอุตสาหกรรมรีไซเคิลพลาสติกแห่งหนึ่งในจังหวัดชลบุรี. วารสารวิทยาศาสตร์สุขภาพแห่งประเทศไทย. 2565; 4(1):10-20.
10. ยุพา ดาวเรือง, ฉันทนา จันทวงศ์และนิสากร กรุโณเพชร. ปัจจัยเสี่ยงของกลุ่มอาการผิดปกติทางระบบกล้ามเนื้อและโครงสร้างกระดูกในพนักงานเก็บขนมูลฝอยของกรุงเทพมหานคร. วารสารการพยาบาลอาชีวอนามัยและพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา. 2557; 1:1-10.

การพัฒนาแบบการพยาบาลเพื่อป้องกันและควบคุม
การแพร่กระจายเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพในโรงพยาบาลสกลนคร
Development of nursing model for Prevention and Control
of antimicrobial-resistant bacteria Transmission Sakon Nakhon Hospital

Received: 19 March 2023

Revised: 4 April 2023

Accepted: 29 April 2023

พงศัลดา รักษาพันธ์ พย.ม^{1,*}, ณัฐวิภา บุญเกิดรัมย์ พย.ม.²,กมลวัลย์ พรหมอุดม พย.ม.³ บุญมี มีประเสริฐ พ.บ.⁴Ponglada Ruksakun M.N.S.^{1,*}, Nattawipa Boonkirdram M.N.S.², Kamonwan Promudom M.N.S.³, Boonmee Meeprasert M.D.⁴¹⁻⁴ โรงพยาบาลสกลนคร ¹⁻⁴ Sakon Nakhon Hospital

บทคัดย่อ

วิจัยเชิงปฏิบัติการนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาสถานการณ์ พัฒนารูปแบบ และผลลัพธ์รูปแบบการพยาบาลเพื่อป้องกันและควบคุมการแพร่กระจายเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพในโรงพยาบาลสกลนคร ตั้งแต่ตุลาคม 2561 ถึงกันยายน 2563 กลุ่มตัวอย่าง 3 กลุ่ม ได้แก่ 1) ทีมวิเคราะห์สถานการณ์ พัฒนาและประเมินผลลัพธ์รูปแบบ 30 คน 2) พยาบาล 955 คน 3) ผู้ป่วยที่รับรักษาในโรงพยาบาลช่วงที่ศึกษาเครื่องมือวิจัยมี แบบสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้าง แผนนิเทศ แบบสังเกตการปฏิบัติ แบบบันทึกการเฝ้าระวังการติดเชื้อ แบบวัดความรู้

ผลการวิจัยพบว่ารูปแบบที่พัฒนาขึ้นมี 13 กิจกรรม 1) การดูแลผู้ป่วยติดเชื้อดื้อยาเมื่อมารับบริการ 2) แนวปฏิบัติเพื่อป้องกันการแพร่กระจายเชื้อดื้อยา 3) การแยกผู้ป่วย 4) การสวมอุปกรณ์ป้องกัน 5) การทำความสะอาดมือ 6) การทำลายเชื้อ 7) การติดตามผลเชื้อดื้อยา 8) การเคลื่อนย้ายและส่งต่อ 9) การมอบหมายงาน 10) การนิเทศ 11) การสนับสนุนอุปกรณ์ 12) การบันทึกทางการพยาบาล 13) การเฝ้าระวังการติดเชื้อและการแจ้งเตือน, คะแนนความรู้หลังพัฒนารูปแบบสูงกว่าก่อนพัฒนา ($p < .05$) สัดส่วนการปฏิบัติหลังพัฒนารูปแบบถูกต้องเพิ่มขึ้นกว่าก่อนพัฒนา ($p < .05$) อุบัติการณ์ติดเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพลดลง 1.63 เป็น 1.48 ครั้งต่อ 1,000 วันนอน ค่ายาปฏิชีวนะลดลง 25,095.65 บาท เป็น 17,011.20 บาท ($p < .05$) ระยะเวลาอนโรพยาบาลและอัตราการตายผู้ป่วยติดเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพไม่แตกต่างกัน

คำสำคัญ: การพัฒนา รูปแบบการพยาบาล เชื้อดื้อยาต้านจุลชีพ

Abstract

This action research aimed to analyze the situation, develop the nursing model and model evaluation for prevention and control of antimicrobial-resistant bacteria transmission in Sakon Nakhon hospital. The research was implemented from October, 2018 to September, 2020. The sample three groups, 1) team to analyze the situation, develop and evaluate the nursing model 30 persons 2) nurse 955 persons 3) patients admitted to hospital during the study period. The research tools were semi-structured interview form, supervision plan, practice observation form, record form for antimicrobial-resistant bacteria surveillance and knowledge test.

The results found that the developed model consisted of 13 activities; 1) nursing care of antimicrobial-resistant bacteria infected patients when receiving services 2) practice guidelines for prevention and control of antimicrobial-resistant bacteria transmission 3) isolation precaution 4) wearing personnel protective equipment 5) hand hygiene 6) disinfection 7) Follow-up antimicrobial-resistant bacteria infected 8) patient transfer and refer 9)

*ผู้ให้การติดต่อ(Corresponding author): Email: pongladaic@yahoo.com

assignment 10) supervision 11) equipment support 12) nursing documentation and 13) infection surveillance and alerts. The evaluation after model development showed that the knowledge scores of nurse after model development were higher than before model development ($p < .05$). The proportion of correct practices of registered nurse was increased ($p < .05$). The incidence of antimicrobial-resistant bacteria infection was decreased from 1.63 to 1.4 per 1,000 patient-days. Antimicrobial cost was decreased from 25,095.65 to 17,011.20 baht/person ($p < .05$). The length of stay and mortality rate were not change significantly.

Keywords: Development, Nursing model, Antimicrobial-Resistant Bacteria

บทนำ

การติดเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพ (Multidrug-resistant Organism infection) เป็นปัญหาสำคัญที่กำลังทวีความรุนแรงและเป็นภัยคุกคามที่เกิดขึ้นในหลายประเทศทั่วโลก องค์การอนามัยโลก (World Health Organization) กำหนดเป็นวาระเร่งด่วนทางด้านสุขภาพระดับโลก ผลกระทบของปัญหาการติดเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพมีความรุนแรงมากขึ้น พบว่าทั่วโลกมีผู้เสียชีวิตจากการติดเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพสูงถึง 7 แสนถึงหลายล้านคนต่อปี และคาดการณ์ว่าจะจะมีการเสียชีวิตเพิ่มมากขึ้นเป็น 10 ล้านคนในปี ค.ศ. 2050 และในประเทศสหรัฐอเมริกา มีการรายงานประชากรอย่างน้อย 2 ล้านคนที่ติดเชื้อแบคทีเรียดื้อยาและเป็นสาเหตุการเสียชีวิตสูงถึง 23,000 คนต่อปี¹ สำหรับประเทศไทยในปี 2553 พบผู้ป่วยติดเชื้อดื้อยา 87,751 คน ส่งผลกระทบให้ผู้ป่วยต้องนอนโรงพยาบาลนาน 3.24 ล้านวัน และเสียชีวิตเนื่องจากเชื้อดื้อยาสูงถึง 38,481 คนต่อปี ส่งผลต่อค่าใช้จ่ายในการใช้ยาต้านจุลชีพเพื่อใช้ในการรักษาการติดเชื้อดื้อยาประมาณ 2,539 ถึง 6,084 ล้านบาท²และต้นทุนทางอ้อมจากการเจ็บป่วยและเสียชีวิตก่อนวัยอันควร จากการติดเชื้อดื้อยาอย่างน้อย 40,000 ล้านบาท³

การปฏิบัติการป้องกันการแพร่กระจายของเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพในโรงพยาบาลที่ครอบคลุมและเคร่งครัดสามารถช่วยลดอุบัติการณ์และผลกระทบที่เกิดจากเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพได้ แต่ในโรงพยาบาลหลายแห่งพบว่าบุคลากรทางการแพทย์มีการปฏิบัติดังกล่าวอยู่ในระดับต่ำ ดังการศึกษาของสมฤดี ชัชเวช และคณะ⁴ที่พบว่าพยาบาลหอผู้ป่วยหนักอายุรกรรมช่วงก่อนนำแนวปฏิบัติมาใช้สวมถุงมือเมื่อสัมผัสผู้ป่วยติดเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพร้อยละ 68.80 สวมหน้ากากอนามัยเมื่อมีข้อบ่งชี้ร้อยละ 75 และสวมเสื้อคลุมเพียงร้อยละ 6.30 เช่นเดียวกับการศึกษาของวิไลลักษณ์ วงศ์จุลชาติ⁵ ในช่วงก่อนการส่งเสริมการปฏิบัติ บุคลากรทางการแพทย์มีความรู้เรื่องเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพเพียงร้อยละ 49.63 ความรู้เรื่องการป้องกันการแพร่กระจายของเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพร้อยละ 52.93 และผลการสังเกตพบว่าปฏิบัติการป้องกันการแพร่กระจายของเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพร้อยละ 76.32 มีการทำความสะอาดมือเพียงร้อยละ 40

อย่างไรก็ตามมีหลายการศึกษาที่มีการพัฒนาและส่งเสริมการปฏิบัติการป้องกันการแพร่กระจายของเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพในโรงพยาบาล โดยการนำแนวปฏิบัติตามหลักฐานเชิงประจักษ์มาใช้ การใช้กลวิธีหลากหลาย การใช้โปรแกรมการพยาบาลผู้ป่วยติดเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพ หรือการพัฒนาแบบการส่งเสริมการปฏิบัติการป้องกันการแพร่กระจายของเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพ ซึ่งพบว่าสามารถช่วยลดอุบัติการณ์การติดเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพในโรงพยาบาลลงได้⁴⁻⁷ และจากการศึกษาดังกล่าวปัจจัยสำคัญที่ช่วยให้การดำเนินการสำเร็จ คือ ความรู้ การปฏิบัติของพยาบาล และรวมถึงการนิเทศการปฏิบัติการพยาบาล นอกจากนี้พยาบาลต้องมีความตระหนักและต้องการปฏิบัติการป้องกันการแพร่กระจายของเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพอย่างมีประสิทธิภาพ การส่งเสริมให้พยาบาลการป้องกันและควบคุมการแพร่กระจายของเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพในหอผู้ป่วยถูกต้องครอบคลุมเพิ่มสูงขึ้น ตามแนวคิดทฤษฎีแรงจูงใจของเฟรดเดอริก เฮอร์ซเบิร์ก (Herzberg' dual factor theory)⁸ มีปัจจัย 2 ประการที่เชื่อว่าแรงจูงใจทำให้คนต้องการทำงาน คือ ปัจจัยแรงกระตุ้น (motivator factor) เป็นปัจจัยที่จะนำไปสู่ความพึงพอใจในการปฏิบัติงาน และปัจจัยค่าจุน (hygiene factor) เป็นปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับสิ่งแวดล้อมในการปฏิบัติงานที่สามารถป้องกันการเกิดความไม่พึงพอใจได้

การพัฒนาแบบการพยาบาลเพื่อป้องกันและควบคุมการแพร่กระจายของเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพใช้แนวคิดของทฤษฎีระบบ (System Theory) โดยลัดวิกอน เบอร์ทาแลน⁹ ที่นำเสนอมุมมองเกี่ยวกับความสัมพันธ์ของสิ่งต่างๆที่เป็นระบบแบบองค์รวม ประกอบด้วย ปัจจัยนำเข้า กระบวนการ ผลลัพธ์ และข้อมูลป้อนกลับ โดยปัจจัยนำเข้าเป็นส่วนที่ได้จากการทบทวนส่วนขาด หรือ จุดอ่อนอย่างเป็นระบบเพื่อนำมาส่งเสริมหรือสนับสนุนการดำเนินการให้ได้ผลลัพธ์ที่ต้องการ ข้อมูลป้อนกลับเป็นการนำปัญหา อุปสรรคจากการดำเนินการมาทบทวนพัฒนาและปรับปรุงการดำเนินการให้บรรลุเป้าหมาย

โรงพยาบาลสกลนคร เป็นโรงพยาบาลตติยภูมิขนาด 768 เตียง พบอุบัติการณ์การติดเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพในโรงพยาบาล ปี 2558, 2559 และ 2560 คิดเป็น 1.18, 1.88 และ 3.09 ครั้งต่อ 1,000 วันนอน¹⁰ จากการทบทวนพบว่าอุบัติการณ์การติดเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพมีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้น รายงานผลการเยี่ยมตรวจประเมินและการนิเทศติดตามของพยาบาลควบคุมการติดเชื้อพบว่าพยาบาลขาดความรู้และทักษะที่เพียงพอในการดูแลให้การพยาบาลผู้ป่วยติดเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพ บุคลากรทางการพยาบาลปฏิบัติตามแนวทางการป้องกันการติดเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพไม่ครอบคลุม ได้แก่ การล้างมือก่อนและหลังการดูแลผู้ป่วย ไม่สวมอุปกรณ์ป้องกันร่างกายในการดูแลผู้ป่วย ไม่แยกอุปกรณ์ในการดูแลผู้ป่วย เป็นต้น การนิเทศทางการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการสอดใส่อุปกรณ์ทางการแพทย์เข้าสู่ร่างกายยังไม่ต่อเนื่อง การรายงานสะท้อนข้อมูลให้กับผู้ที่เกี่ยวข้องยังไม่ชัดเจน ขาดการประสานการส่งต่อผู้ป่วยเชื้อดื้อยาทั้งภายในและภายนอกโรงพยาบาล จากผลรายงานดังกล่าวการป้องกันและควบคุมการแพร่กระจายของเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพจึงเป็นปัญหาที่ยุ่ยากซับซ้อน เกิดการแพร่กระจายเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพในหลายหน่วยงาน และที่สำคัญคือเกี่ยวข้องกับการปฏิบัติงานของบุคลากรทุกระดับ ดังนั้นจึงจำเป็นต้องมีการจัดการอย่างเป็นระบบและใช้กลวิธีหลายอย่างประกอบกันให้ได้รูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยที่สามารถนำมาใช้และช่วยในการป้องกันและควบคุมการแพร่กระจายของเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพในโรงพยาบาลได้ ผู้วิจัยในฐานะหัวหน้ากลุ่มงานการพยาบาลด้านการควบคุมและป้องกันการติดเชื้อ ผู้บริหารการพยาบาลโรงพยาบาลจึงมีบทบาทสำคัญในการพัฒนาคุณภาพให้การบริการด้านการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพให้ได้มาตรฐานโดยความร่วมมือของสหสาขาวิชาชีพ

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาสถานการณ์การจัดการด้านการพยาบาลในการป้องกันและควบคุมการแพร่กระจายเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพ
2. เพื่อพัฒนารูปแบบการพยาบาลในการป้องกันและควบคุมการแพร่กระจายเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพในโรงพยาบาลสกลนคร
3. เพื่อศึกษาผลลัพธ์ของรูปแบบการพยาบาลในการป้องกันและควบคุมการแพร่กระจายเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพในโรงพยาบาล

สกลนคร

กรอบแนวคิด



ภาพที่ 1 แสดงกรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research: AR) เพื่อศึกษารูปแบบการพยาบาลเพื่อป้องกันและควบคุมการแพร่กระจายเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพโรงพยาบาลสกลนคร ดำเนินการตั้งแต่ 1 ตุลาคม 2561 ถึง 30 กันยายน 2563

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรและกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา ทำการคัดเลือกแบบเจาะจง โดยแบ่งเป็น 3 กลุ่ม ดังนี้

กลุ่มที่ 1 คณะกรรมการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาลสกลนคร เป็นหัวหน้าหอผู้ป่วย จำนวน 30 คน

กลุ่มที่ 2 พยาบาลวิชาชีพ จำนวน 955 คน กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาการใช้รูปแบบเป็นกลุ่มเดิมก่อนและหลังพัฒนา

กลุ่มที่ 3 ผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยโรงพยาบาลสกลนครในช่วงที่ศึกษา

ปี 2562 ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล 51,321 ราย เป็นผู้ป่วยติดเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพ 534 ราย

ปี 2563 ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล 46,431 ราย เป็นผู้ป่วยติดเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพ 465 ราย

การดำเนินการวิจัย

ระยะที่ 1 ศึกษาสถานการณ์ (ดำเนินการ 1 ตุลาคม 2561 – 31 มีนาคม 2562)

1. ศึกษานโยบายและแผนยุทธศาสตร์การจัดการการดื้อยาต้านจุลชีพประเทศไทย พ.ศ. 2560-2564 นโยบายของโรงพยาบาลในการจัดการเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพในโรงพยาบาล ข้อมูลจากผลการเฝ้าระวังการติดเชื้อในโรงพยาบาล และการติดตามการปฏิบัติตามแนวปฏิบัติที่กำหนด ได้แก่ อุบัติการณ์การติดเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพดื้อยาในโรงพยาบาล อัตราการปฏิบัติตามแนวทางการป้องกันการติดเชื้อดื้อยา ทบทวนแนวปฏิบัติและคู่มือการปฏิบัติการป้องกันและควบคุมการแพร่กระจายเชื้อดื้อยาจุลชีพฉบับเดิม การมอบหมายงาน การสื่อสาร ระบบนิเทศทางการพยาบาล ความรู้เรื่องเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพ และการปฏิบัติของพยาบาล และความต้องการวัสดุ อุปกรณ์เครื่องมือ

2. ผู้วิจัยร่วมสนทนากลุ่มโดยใช้คำถามการสัมภาษณ์แบบกึ่งโครงสร้างที่ได้จากคณะกรรมการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาล ซึ่งเป็นหัวหน้าหอผู้ป่วย 30 คน เพื่อให้ได้สถานการณ์การติดเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพ รูปแบบการจัดการพยาบาลป้องกันการแพร่กระจายเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพ ปัญหาอุปสรรคในการพยาบาล

3. ผู้วิจัยแจกแบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของพยาบาลวิชาชีพในหอผู้ป่วย เพื่อรวบรวมข้อมูลและนำมาใช้ในการวิเคราะห์พยาบาลวิชาชีพที่ให้การดูแลผู้ป่วย

4. วัดความรู้ของพยาบาลวิชาชีพในหอผู้ป่วยที่ศึกษาในการปฏิบัติการป้องกันและควบคุมการแพร่กระจายเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพในโรงพยาบาล โดยใช้แบบวัดความรู้การปฏิบัติการป้องกันและควบคุมการแพร่กระจายเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพในโรงพยาบาล รวบรวมและวิเคราะห์ข้อมูลเพื่อการจัดการสอนให้ความรู้แก่พยาบาลวิชาชีพ

ระยะที่ 2 พัฒนารูปแบบการพยาบาลป้องกันและควบคุมการแพร่กระจายเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพ

(ดำเนินการ 1 เมษายน 2562 – 31 มีนาคม 2563)

1. สืบค้นข้อมูล ร่วมทบทวนงานวิจัย สะท้อนข้อมูล ค้นข้อมูล ปัญหา อุปสรรค ร่วมจัดประชุม ยกย่องรูปแบบใหม่ในการจัดการด้านการพยาบาลเพื่อป้องกันและควบคุมการแพร่กระจายเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพในโรงพยาบาล พร้อมการตรวจสอบความถูกต้องของแนวทางปฏิบัติที่ปรับปรุงขึ้น

2. จัดทำแผนการอบรมให้ความรู้ และแผนการนิเทศทางการพยาบาล และพัฒนาความรู้ของพยาบาลโดยการสอนให้ความรู้และสาธิตการปฏิบัติการป้องกันและควบคุมการแพร่กระจายของเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพในโรงพยาบาลแก่พยาบาลวิชาชีพในหอผู้ป่วยที่ศึกษา

3. พัฒนาแนวปฏิบัติตามหลักฐานเชิงประจักษ์จากแนวทางเดิม 18 ข้อ เป็น 20 ข้อโดยเพิ่มในเรื่องการทำความสะอาดร่างกายผู้ป่วยด้วย 2% คลอเอ็กซิไดนเพื่อลดเชื้อที่ผิวหนังโดยใช้ใน 3 วันแรกของการนอนโรงพยาบาล และปรับตามหลักฐานเชิงประจักษ์ที่

เปลี่ยนแปลงคือวันละ 1 ครั้งก็เพียงพอ, เพิ่มการปฏิบัติในเรื่องการแจ้งหน่วยงานที่รับผู้ป่วยเมื่อจะส่งผู้ป่วยไปตรวจวินิจฉัยหรือย้ายหน่วยงาน นอกจากนี้มีการปรับสวมกาวน์ผ้าเป็นกาวน์พลาสติก (Isolate gown) เป็นต้น

4. ผู้วิจัยร่วมนิเทศการปฏิบัติการป้องกันและควบคุมการแพร่กระจายของเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพในโรงพยาบาลของพยาบาลประจำหอผู้ป่วยกับหัวหน้าตึก หรือหัวหน้าเวร

5. ผู้วิจัยและผู้ร่วมวิจัย มีการดำเนินการสังเกตการปฏิบัติของพยาบาลตามกระบวนการและแนวปฏิบัติเพื่อป้องกันและควบคุมการแพร่กระจายของการติดเชื้อดื้อยาในโรงพยาบาล ให้ข้อมูลย้อนกลับผลการสังเกตการณ์ปฏิบัติเพื่อให้พยาบาลมีการปฏิบัติที่ถูกต้องและครอบคลุมขึ้น เช่น การจัดสถานที่สำหรับผู้ป่วยติดเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพ การปฏิบัติตามมาตรฐานการป้องกันการติดเชื้อจากการสัมผัส สื่อสารการดูแลผู้ป่วย ตัวอักษร (CP: Contact Precaution) การทำความสะอาดร่างกายผู้ป่วย เก็บสิ่งส่งตรวจสำหรับผู้ป่วยติดเชื้อดื้อยา การสื่อสารระหว่างทีมสหสาขาวิชาชีพ การให้ข้อมูลผู้ป่วยและญาติ การสวมอุปกรณ์ป้องกันที่เหมาะสม ในการดูแลผู้ป่วย การประสานส่งต่อผู้ป่วยติดเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพสู่ชุมชน เป็นต้น

ระยะที่ 3 การประเมินผลลัพธ์การพัฒนารูปแบบการพยาบาลเพื่อป้องกันและควบคุมการแพร่กระจายเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพในโรงพยาบาล (ดำเนินการ 1 เมษายน 2563 – 30 กันยายน 2563)

ประเมินผลลัพธ์จากรูปแบบการพยาบาลที่พัฒนาขึ้น ในรอบที่ 1

1. วัดความรู้พยาบาลหลังพัฒนารูปแบบการพยาบาลเพื่อป้องกันและควบคุมการแพร่กระจายเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพในโรงพยาบาลพบว่าคะแนนเพิ่มมากขึ้น

2. สรุปผลลัพธ์ทั้งผลลัพธ์ด้านผู้ป่วยในการช่วยลดอุบัติการณ์การติดเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพในโรงพยาบาล ด้านพยาบาลการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันและควบคุมการแพร่กระจายของเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพในโรงพยาบาล และผลลัพธ์ต่อองค์กรพยาบาลคือจำนวนวันนอนผู้ป่วยลดลง ค่าใช้จ่ายในการรักษาด้วยยาปฏิชีวนะลดลง และอัตราการตาย ซึ่งพบว่าอุบัติการณ์การติดเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพยังสูงในช่วง 3 เดือนแรก

การป้อนข้อมูลย้อนกลับและทบทวนสถานการณ์ในรอบที่ 2

1. นำผลลัพธ์ไม่บรรลุตามเป้าหมายที่กำหนดมาทบทวน เพื่อวิเคราะห์หาสาเหตุ ปัญหาอุปสรรค ข้อจำกัด พบว่าการทำความสะอาดมือ การสื่อสารเมื่อเคลื่อนย้ายผู้ป่วยเพื่อไปเอกซเรย์ ไตเทียม การทำความสะอาดสิ่งแวดล้อมตามเวลาที่กำหนดยังปฏิบัติได้น้อย เสื่อกาวน์สำหรับคลุมไม่เพียงพอ รวบรวมผลการเฝ้าระวังการติดเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพในโรงพยาบาล วิเคราะห์และสรุปผล ศึกษาสถานการณ์อีกรอบ เพิ่มในส่วนของการนิเทศทางการพยาบาล เน้นการสื่อสารทั้งทางโทรศัพท์ และสัญลักษณ์สติ๊กเกอร์ การให้ข้อมูลย้อนกลับการปฏิบัติที่ไม่เป็นไปตามแนวทางที่กำหนด สนับสนุนกาวน์พลาสติกใช้แล้วทิ้งไม่ต้องส่งซักให้สามารถเบิกใช้ได้อย่างเพียงพอ

2. ส่งเสริมการปฏิบัติการป้องกันและควบคุมการแพร่กระจายของเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพในโรงพยาบาลของพยาบาลโดยใช้แนวคิดทฤษฎีแรงจูงใจของเฟรดเดอริก เฮอร์ซเบิร์ก (Herzberg' dual factor theory)

2.1 ปัจจัยแรงกระตุ้น (motivator factor) ใช้การมีส่วนร่วมของพยาบาลในการร่วมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ปัญหาอุปสรรคและความต้องการพัฒนาในหอผู้ป่วยเกี่ยวกับการปฏิบัติการดูแลให้การพยาบาลผู้ป่วยติดเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพ การให้ข้อมูลย้อนกลับถึงอุบัติการณ์การติดเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพ การปฏิบัติในการป้องกันและควบคุมการแพร่กระจายของเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพ จัดกิจกรรมเกมส์ตอบคำถามทางไลน์ โดยมีคำถามเกี่ยวกับเชื้อดื้อ ให้รางวัลชมเชย จัดบอร์ดให้ความรู้ แผ่นพับความรู้ บอร์ดกิจกรรมและข้อมูลย้อนกลับ ป้ายแจ้งเตือน โปสเตอร์

2.2 ปัจจัยค้ำจุน (hygiene factor) ติดตาม นิเทศให้คำแนะนำแก่บุคลากรในการปฏิบัติตามแนวทางที่กำหนดรวมทั้งให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยและญาติในการปฏิบัติตัว ประสานงานและสนับสนุนการเบิกจ่ายกาวน์พลาสติก ถุงมือ ผ้าเช็ดมือ แอลกอฮอล์ทำความสะอาดมือ สนับสนุนสติ๊กเกอร์ CP (contact precaution) ติดแปะผู้ป่วย ป้ายปลายเตียง สนับสนุนอุปกรณ์ป้องกันร่างกายให้เพียงพอ สนับสนุนแผ่นป้ายทำลายเชื้อในการเช็ดทำความสะอาดเครื่องช่วยหายใจของผู้ป่วยติดเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพที่ Lab Alert หน้าจอคอมพิวเตอร์

3. ประเมินผลลัพธ์การพัฒนารูปแบบการพยาบาลเพื่อป้องกันและควบคุมการแพร่กระจายเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพโรงพยาบาลอีกครั้ง ทั้งผลลัพธ์ด้านผู้ป่วย ด้านพยาบาล และผลลัพธ์ต่อองค์กรพยาบาล

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา

1. แบบสัมภาษณ์แบบกึ่งโครงสร้าง ประกอบด้วย การจัดบริการทางการพยาบาลเพื่อป้องกันและควบคุมการติดเชื้อดื้อยา การมีคู่มือ การจัดการอบรม การมีผู้รับผิดชอบในหน่วยงาน สถานการณ์การติดเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพในหน่วยงาน การส่งเสริมการปฏิบัติตามแนวทางปฏิบัติการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อดื้อยาเป็นอย่างไร ปัญหาอุปสรรคในการดำเนินงานดังกล่าว

2. แบบสังเกตการปฏิบัติการป้องกันและควบคุมการแพร่กระจายเชื้อดื้อยาในโรงพยาบาล ประกอบด้วย การบันทึกวัน เวลาที่สังเกต รหัสพยาบาลวิชาชีพที่ได้รับการสังเกต มีจำนวน 20 ข้อ ประเมินการปฏิบัติ และไม่ปฏิบัติตามกิจกรรมที่กำหนด

3. แบบบันทึกการเฝ้าระวังการติดเชื้อดื้อยาในโรงพยาบาลสกลนคร ประกอบด้วย ข้อมูลผู้ป่วย หัตถการ อาการและอาการแสดงของการติดเชื้อ ยาปฏิชีวนะที่รักษา ค่ายาและสถานะการจำหน่าย

4. แบบวัดความรู้เรื่องการบริหารจัดการการพยาบาลเพื่อป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาล เป็นแบบทดสอบชนิดปรนัย เลือกตอบ 4 ตัวเลือก มี 40 ข้อ ตอบถูกได้ 1 คะแนน ตอบผิดได้ 0 คะแนน

5. แผนการสอนเรื่องการบริหารจัดการการพยาบาลเพื่อป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาล มีเนื้อหาเกี่ยวกับ ความหมายของเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพ วิธีการแพร่กระจายเชื้อ อุปกรณ์ การเฝ้าระวังการติดเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพในโรงพยาบาล การปฏิบัติเพื่อป้องกันและควบคุมการแพร่กระจายของเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพในโรงพยาบาล จัดทำแผนเป็นตาราง และสอนให้ความรู้โดยใช้เพาเวอร์พอยต์

การควบคุมคุณภาพเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ผู้วิจัยนำเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยที่สร้างขึ้น ได้แก่ แบบสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้าง แผนการนิเทศ แบบสังเกตการปฏิบัติ แบบบันทึกการเฝ้าระวังการติดเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพในโรงพยาบาล แบบวัดความรู้เรื่องการบริหารจัดการการพยาบาลเพื่อป้องกันและควบคุมการติดเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพตรวจสอบความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหา (content validity) โดยให้ผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบ จำนวน 3 ท่าน ประกอบด้วย ผู้เชี่ยวชาญด้านการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพในโรงพยาบาล 1 ท่าน พยาบาลควบคุมการติดเชื้อ 2 ท่าน หลังจากผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบแล้ว ผู้วิจัยได้นำข้อคิดเห็นที่ได้มาหาค่าดัชนีความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหา (content validity index [CVI]) ได้ค่าเท่ากับ 0.88, 0.9, 0.9, 0.98 และ 0.98 ตามลำดับ และผู้วิจัยได้ดำเนินการปรับปรุงเครื่องมือตามข้อเสนอแนะจากผู้ทรงคุณวุฒิเพื่อนำไปใช้ในการวิจัย ส่วนแบบสังเกตการปฏิบัติ หาค่าความเชื่อมั่น (Interrater reliability) ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 1 แบบวัดความรู้ใช้วิธีของคูเดอร์ริชาร์ดสัน (Kuder-Richardson: KR -20) เท่ากับ 0.7

การพิทักษ์สิทธิ์และจริยธรรมทางการวิจัย

ผู้วิจัยดำเนินการพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่างโดยการนำเสนอโครงร่างวิจัยต่อคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลสกลนคร ผู้อำนวยการโรงพยาบาล หลังจากนั้นผู้วิจัยได้ชี้แจงข้อมูลการพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่างทั้ง 3 กลุ่ม โดยชี้แจงถึงวัตถุประสงค์การวิจัย วิธีดำเนินการวิจัย และประโยชน์ที่จะได้รับการเข้าร่วมการวิจัย ข้อมูลที่ได้จะใช้เพื่อการวิจัยเท่านั้น การเข้าร่วมการวิจัยนี้เป็นไปด้วยความสมัครใจ กลุ่มตัวอย่างมีสิทธิ์ถอนตัวจากการวิจัยได้ตลอดเวลาและไม่มีผลใดๆต่อกลุ่มตัวอย่าง ข้อมูลที่ได้จากการวิจัยจะเก็บรักษาไว้เป็นความลับ กลุ่มตัวอย่างตกลงยินดียินยอมเข้าร่วมการวิจัยให้ลงนาม ในแบบฟอร์มยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ใช้การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงเนื้อหา (Content analysis) และสถิติเชิงพรรณนา

2. เปรียบเทียบสัดส่วนการปฏิบัติที่ถูกต้องในการปฏิบัติการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพในโรงพยาบาลระหว่าง ก่อนและหลังการพัฒนารูปแบบการพยาบาลเพื่อป้องกันและควบคุมการแพร่กระจายของเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพ โดยใช้สถิติไคสแควร์ (chi-square test)

3. เปรียบเทียบอุบัติการณ์การติดเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพก่อนและหลังการพัฒนารูปแบบการพยาบาลเพื่อป้องกันและควบคุมการแพร่กระจายของเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพ โดยคำนวณจากจำนวนครั้งของการติดเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพคูณ 1,000 และหารด้วยจำนวนวันนอนในช่วงเวลาที่ศึกษา

4. เปรียบเทียบคะแนนความรู้ก่อนและหลังพัฒนารูปแบบการพยาบาลเพื่อป้องกันและควบคุมการแพร่กระจายของเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพ โดยใช้สถิติ t-test for dependent sample

5. ค่ายาปฏิชีวนะในการรักษาผู้ป่วยติดเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพ ระยะเวลาการนอนโรงพยาบาล และอัตราการตายของผู้ป่วยติดเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพ ใช้สถิติ Mann Whitney-U test

ผลการวิจัย

ระยะที่ 1 ผลการศึกษาศาณการณการติดเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพโรงพยาบาลสกลนคร ซึ่งเป็นการศึกษาข้อมูลเชิงคุณภาพและเก็บข้อมูลจากการแหล่งข้อมูลทุติยภูมิ วิเคราะห์สถานการณ์และพัฒนารูปแบบการจัดการบริการทางด้านการพยาบาลเพื่อป้องกันการแพร่กระจายเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพ สถานการณ์การจัดการด้านการพยาบาลเพื่อป้องกันการแพร่กระจายเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพโรงพยาบาลสกลนคร พบประเด็นปัญหาที่ต้องพัฒนา ดังนี้

1. การมีคู่มือและนโยบายปฏิบัติเพื่อป้องกันและควบคุมการแพร่กระจายเชื้อในโรงพยาบาล พบว่ายังไม่ครอบคลุมในหน่วยงานอุบัติเหตุฉุกเฉินประเด็นการคัดกรอง การแยกผู้ป่วยและการแจ้งเตือนในทีมการปฏิบัติ การทำลายเชื้อและการทำให้ปราศจากเชื้อในกรณีการเคลื่อนย้ายผู้ป่วย

2. การมีผู้รับผิดชอบ/การมอบหมายผู้รับผิดชอบ พบว่า พยาบาลป้องกันและควบคุมการติดเชื้อประจำหอผู้ป่วยขาดความรู้และทักษะที่เพียงพอในการวินิจฉัยการติดเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพ ข้อเสนอแนะควรมีการจัดประชุมวิชาการ การจัดการแลกเปลี่ยนเรียนรู้หัวหน้างาน

3. การสื่อสารภายในและภายนอก พบว่า การประสานการดูแล ส่งต่อผู้ป่วยภายในและภายนอกระหว่างทีมสหสาขาวิชาชีพทั้งในโรงพยาบาลและในโรงพยาบาลชุมชน ยังไม่มีรูปแบบที่ชัดเจน ข้อเสนอแนะควรมีการประสานงานและการส่งต่อข้อมูลในทีมที่ดูแล ควรมีการแจ้งเตือน โปสเตอร์ แนวปฏิบัติในการป้องกันและควบคุมการแพร่กระจายเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพ

4. การรายงานที่บุคลากรไม่ปฏิบัติตามแนวทางการป้องกันและควบคุมการแพร่กระจายเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพ พบว่าบุคลากรไม่แยกผู้ป่วยที่ติดเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพเข้าโซนติดเชื้อ การทำความสะอาดไม่ถูกต้อง การทำความสะอาดพื้นผิวที่ปนเปื้อนสิ่งสกปรกไม่ถูกต้อง เป็นต้น ข้อเสนอแนะคือแนะนำหัวหน้าหน่วยงานควรมีการนิเทศกำกับ ประเมินการปฏิบัติของบุคลากรอย่างสม่ำเสมอและให้ข้อมูลย้อนกลับในภาพรวมของกลุ่มการพยาบาล

5. การรายงานการติดเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพในโรงพยาบาลสกลนคร พบว่า มีระบบการรายงานการติดเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพไปยังพยาบาลควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาล โดยมีการกำหนดแนวทางปฏิบัติไว้ชัดเจนในการรายงานทางโทรศัพท์ มีการประชุมและรายงานสถานการณ์การติดเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพในคณะกรรมการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาลและเครือข่ายเป็นระยะ ข้อเสนอแนะควรมีการติดตามการปฏิบัติกับผู้ที่เกี่ยวข้องเมื่อได้รับทราบข้อมูลจากการรายงานการติดเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพอย่างต่อเนื่อง

6. การจัดการเรื่องอุปกรณ์ป้องกันการติดเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพ พบว่า อุปกรณ์ป้องกันการติดเชื้อ เช่น เสื้อคลุมชนิดผ้า และเอี่ยมพลาสติกใส ผ้าเช็ดทำความสะอาดอุปกรณ์โต๊ะข้างเตียง เครื่องมือแพทย์เป็นชนิดผ้า บางครั้งไม่เพียงพอ ทำให้บุคลากรไม่สวมใส่เครื่องป้องกันในการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพ

ระยะที่ 2 ผลการพัฒนารูปแบบการพยาบาลในการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพ โรงพยาบาลสกลนคร ประกอบด้วย 13 กิจกรรม ดังนี้

- 1) การดูแลผู้ป่วยดื้อยาต้านจุลชีพเมื่อมารับบริการ
- 2) แนวทางการปฏิบัติเพื่อป้องกันการแพร่กระจายเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพ
- 3) การแยกผู้ป่วยและอุปกรณ์ที่ใช้กับผู้ป่วย

- 4) การสวมอุปกรณ์ป้องกัน
- 5) การทำความสะอาดมือ
- 6) การทำลายเชื้อ และการทำความสะอาดสิ่งแวดล้อม
- 7) การติดตามผลการติดเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพ
- 8) การเคลื่อนย้ายและการส่งต่อผู้ป่วย
- 9) การมอบหมายการดูแลผู้ป่วย
- 10) การนิเทศทางการพยาบาล
- 11) การสนับสนุนอุปกรณ์
- 12) การบันทึกทางการพยาบาล
- 13) การเฝ้าระวังการติดเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพในโรงพยาบาลและการใช้เทคโนโลยีแจ้งเตือนเมื่อพบผู้ป่วยติดเชื้อดื้อยา

ด้านจุลชีพ

ผลการประเมินประสิทธิภาพรูปแบบการพยาบาลเพื่อป้องกันและควบคุมการแพร่กระจายเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพในโรงพยาบาลที่พัฒนาขึ้น พบว่าผลลัพธ์ด้านผู้ป่วยจากผลการเปรียบเทียบอุบัติการณ์การติดเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพหลังพัฒนารูปแบบ อุบัติการณ์การติดเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพลดลงจาก 1.63 เป็น 1.4 ครั้งต่อ 1,000 วันนอน (ตารางที่ 1) ผลลัพธ์ด้านพยาบาล จากผลการเปรียบเทียบคะแนนความรู้การปฏิบัติการป้องกันและควบคุมการแพร่กระจายเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพในโรงพยาบาลคะแนนความรู้หลังพัฒนารูปแบบสูงกว่าก่อนพัฒนารูปแบบ ($t=-15.42, p=.00$) (ตารางที่ 2) และผลเปรียบเทียบสัดส่วนการปฏิบัติที่ถูกต้องในการปฏิบัติการป้องกันและควบคุมการแพร่กระจายเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพในโรงพยาบาลหลังพัฒนารูปแบบพยาบาลปฏิบัติได้ถูกต้องเพิ่มขึ้นจากก่อนพัฒนารูปแบบร้อยละ 53.36 เป็นร้อยละ 85.81 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) เมื่อพิจารณารายข้อพบว่าข้อที่บุคลากรปฏิบัติได้ถูกต้องสูงสุด 3 อันดับแรก ได้แก่ การทำความสะอาดมือหลังการดูแลผู้ป่วย การสอนญาติและผู้ป่วยให้มีการทำความสะอาดมือแล้ว การแยกอุปกรณ์ที่ใช้เฉพาะผู้ป่วยติดเชื้อดื้อยาคิดเป็นร้อยละ 98.38, 97.31 และ 95.16 ตามลำดับ และการปฏิบัติในการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อในโรงพยาบาลสกลนครน้อย 3 อันดับ ได้แก่ การติดตามผลการส่งสิ่งส่งตรวจไม่พบเชื้อติดต่อกันใน 2 สัปดาห์ การสื่อสารรายงาน ICN/รายงานแพทย์เมื่อพบผู้ป่วยติดเชื้อดื้อยา การทำความสะอาดเตียงและสิ่งแวดล้อมรอบตัวผู้ป่วยด้วยน้ำยา 0.5 โซเดียมไฮโปคลอไรท์ ก่อนนอน 20.00 น. ร้อยละ 80.64, 81.72, และ 57.52 ตามลำดับ ส่วนการจัดสิ่งอำนวยความสะดวกในการทำทำความสะอาดมือ Alcohol rub พบว่าการปฏิบัติก่อนและหลังไม่แตกต่างกัน ($p = .09$) (ตารางที่ 3) ผลลัพธ์ต่อองค์กรพยาบาล จากผลการเปรียบเทียบค่ายาปฏิชีวนะในการรักษาผู้ป่วยติดเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพหลังพัฒนารูปแบบลดลง จาก 25,095.65 บาท เป็น 17,011.20 บาท อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p=.000$) ระยะเวลาการนอนโรงพยาบาลของผู้ป่วยติดเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพ ก่อนและหลังพัฒนารูปแบบไม่แตกต่างกัน ($p=.247$) และผลการเปรียบเทียบอัตราการตายของผู้ป่วยติดเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพ ก่อนและหลังการพัฒนารูปแบบ พบว่าอัตราการตายของผู้ป่วยติดเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพก่อนและหลังพัฒนารูปแบบไม่แตกต่างกัน ($p=.89$) (ตารางที่ 4)

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบอุบัติการณ์การติดเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพก่อนและหลังการพัฒนารูปแบบการพยาบาลเพื่อป้องกันและควบคุมการแพร่กระจายเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพในโรงพยาบาล

ข้อมูล	ก่อน	หลัง
อุบัติการณ์ (ครั้งต่อพันวันนอน)	1.63	1.41

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบคะแนนความรู้ของพยาบาลในการปฏิบัติการป้องกันและควบคุมการแพร่กระจายเชื้อต่อต้านจุลชีพในโรงพยาบาลก่อนและหลังการพัฒนาแบบการพยาบาลเพื่อป้องกันและควบคุมการติดเชื้อต่อต้านจุลชีพในโรงพยาบาล

ข้อมูล	ก่อน		หลัง		t	p-value
	$\bar{x}$	S.D.	$\bar{x}$	S.D.		
คะแนนความรู้	23.76	2.35	37.83	2.06	-15.42	.000

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบสัดส่วนการปฏิบัติของพยาบาลในการปฏิบัติการป้องกันและควบคุมการแพร่กระจายเชื้อต่อต้านจุลชีพในโรงพยาบาลที่ถูกต้องระหว่างก่อนและหลังพัฒนาแบบการพยาบาลเพื่อป้องกันและควบคุมการติดเชื้อต่อต้านจุลชีพในโรงพยาบาล

กิจกรรม	การปฏิบัติที่ถูกต้อง		p-value
	ก่อน (N = 336)	หลัง (N = 372)	
1. การสื่อสารรายงาน ICN/รายงานแพทย์	102 (30.38)	304 (81.72)	.000
2. การแยกผู้ป่วย	200 (61.30)	352 (94.62)	.000
3. การแยกอุปกรณ์ใช้เฉพาะผู้ป่วยติดเชื้อ			
- เครื่องวัดความดันโลหิต	120 (35.71)	365 (98.1)	.000
- ปรัช	214 (63.69)	365 (98.1)	.000
- หูฟัง	130 (38.69)	365 (98.1)	.000
4. การทำความสะอาดอุปกรณ์หลังใช้แล้วด้วย Alcohol 70%	214 (63.69)	360 (96.77)	.000
5. การติดสัญลักษณ์การพบการติดเชื้อ	186 (55.35)	354 (95.16)	.000
6. การแจ้งเตือนบุคลากรทุกระดับในหน่วยงานผู้ป่วยติดเชื้อ	105 (31.25)	352 (94.62)	.000
7. บุคลากรสหสาขาวิชาชีพได้ทราบข้อมูลเมื่อพบการติดเชื้อ	190 (56.54)	352 (94.62)	.000
8. บุคลากรทำความสะอาดมือด้วยน้ำยาฆ่าเชื้อ			
- ก่อนดูแลผู้ป่วย	216 (64.28)	352 (94.12)	.000
- หลังการดูแลผู้ป่วย	269 (80.05)	327 (87.90)	.003
9. การสวมอุปกรณ์ป้องกัน			
- การสวมถุงมือ	264 (78.57)	325 (87.36)	.001
- การสวมเสื้อคลุม	164 (48.80)	334 (89.78)	.000
- การสวมผ้าปิดปากปิดจมูก	280 (83.33)	334 (89.78)	.001
10. การทำความสะอาดร่างกายผู้ป่วยด้วยน้ำยา 2% คลอเฮกซิดีน	120 (35.71)	354 (95.16)	.000
11. การสอนญาติและผู้ป่วยให้มีการทำความสะอาดมือก่อนและหลังสัมผัสผู้ป่วยและหลังการดูแลผู้ป่วย	165 (49.11)	362 (97.31)	.000
12. การทำความสะอาดเตียงและสิ่งแวดล้อมรอบตัวผู้ป่วยด้วยน้ำยา 0.5 โซเดียมไฮโปคลอไรท์ วันละ 3 ครั้ง			.000
- เช้า 07.00 น.	202 (60.12)	306 (82.25)	.000
- หลังอาหาร 13.00 น.	186 (53.57)	350 (94.08)	.000
- ก่อนนอน 20.00 น.	70 (20.83)	214 (57.52)	.000

กิจกรรม	การปฏิบัติที่ถูกต้อง		p-value
	ก่อน (N = 336)	หลัง (N = 372)	
13. การจัดสิ่งอำนวยความสะดวกในการทำความสะดวกมือ Alcohol rub	301 (89.58)	356 (95.69)	.090
14. การจัดการเครื่องผ้าภายหลังใช้แล้ว	302 (89.88)	361 (97.04)	.000
15. การแยกอุปกรณ์ที่ใช้กับผู้ป่วยติดเชื้อดื้อยา	150 (44.64)	354 (95.16)	.000
16. การแจ้งเตือน/ประสานการส่งต่อผู้ป่วยติดเชื้อดื้อยาไปหน่วยงาน ที่เกี่ยวข้องภายในหน่วยงานและภายนอกโรงพยาบาลชุมชนและ เครือข่าย	102 (30.35)	315 (84.67)	.000
17. การแยกถังขยะติดเชื้อเฉพาะผู้ป่วยติดเชื้อดื้อยา	112 (33.33)	350 (94.08)	.000
18. การสอนผู้ป่วยและญาติในการปฏิบัติตัวและรับทราบการติดเชื้อ ดื้อยา	150 (44.64)	324 (87.09)	.000
19. การติดตามผลส่งตรวจไม่พบเชื้อดื้อยาติดต่อกันนาน 2 สัปดาห์	104 (30.95)	300 (80.64)	.000
20. เมื่อพบปัญหาและการปฏิบัติให้แจ้งพยาบาลควบคุมการติดเชื้อ แพทย์ผู้รับผิดชอบการติดเชื้อ	200 (59.52)	325 (87.36)	.000
	4,841 (53.36)	8,619 (85.81)	.000

N=จำนวนการปฏิบัติทั้งหมด

ตารางที่ 4 เปรียบเทียบค่ายาปฏิชีวนะในการรักษาผู้ป่วยติดเชื้อดื้อยาด้านจุลชีพ ระยะเวลาการนอนโรงพยาบาล และอัตราการตายของ
ผู้ป่วยติดเชื้อดื้อยาด้านจุลชีพก่อนและหลังการพัฒนารูปแบบการพยาบาลเพื่อป้องกันและควบคุมการแพร่กระจายเชื้อดื้อยาด้านจุลชีพ
ในโรงพยาบาล

ข้อมูล	ก่อน (N=534)		หลัง(N=465)		U	p-value
	$\bar{x}$	S.D.	$\bar{x}$	S.D.		
ค่ายาปฏิชีวนะ	25,095.65	50,721.21	17,011.20	32,127.51	105,735.50	.000
ระยะเวลาการนอน โรงพยาบาล	33.04	40.88	28.90	29.56	118,895	.247
อัตราการตาย	0.11	0.32	0.15	0.36	119,578.50	.89

อภิปรายผลการวิจัย

การพัฒนารูปแบบการพยาบาลเพื่อป้องกันและควบคุมการแพร่กระจายของเชื้อดื้อยาด้านจุลชีพ โรงพยาบาลสกลนคร โดย
ดำเนินการศึกษาด้านการเป็นปัญหาหรือช่องว่างของการปฏิบัติตามแนวทางการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อดื้อยาด้านจุลชีพ ไม่
ว่าจะเป็น การปฏิบัติตามหลักการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อแบบมาตรฐานการ ปฏิบัติตามหลักการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ
จากการสัมผัส การทำความสะอาดร่างกายของผู้ป่วย การทำความสะอาดสิ่งแวดล้อม การเก็บสิ่งส่งตรวจ การสื่อสารระหว่างทีมสาขา
วิชาชีพ การให้ข้อมูลและญาติ โดยอาศัยความร่วมมือจากบุคลากรทุกระดับ หน่วยงานที่เกี่ยวข้องในการแก้ปัญหาที่เกิดขึ้น การป้องกัน
การแพร่กระจายเชื้อดื้อยาต้องเริ่มปฏิบัติเมื่อพบผู้ป่วยสงสัยติดเชื้อดื้อยาด้านจุลชีพ หากไม่ได้รับการดูแลที่ถูกต้องอาจส่งผลให้เกิดการ

แพร่กระจายเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพจากผู้ป่วยรายหนึ่งไปสู่อีกรายหนึ่ง จากแผนกหนึ่งไปสู่แผนกหนึ่ง จากโรงพยาบาลหนึ่งไปสู่อีกโรงพยาบาลหนึ่งได้¹¹ การศึกษาจากสถานการณ์จริง ที่เป็นปัญหานำสู่การพัฒนารูปแบบการพยาบาลเพื่อป้องกันและควบคุมการแพร่กระจายเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพ โรงพยาบาลสกลนคร โดยการมีส่วนร่วมของบุคลากรทุกระดับ ซึ่งมีเนื้อหาประกอบด้วย การดูแลเมื่อมาผู้ป่วยมารับบริการที่โรงพยาบาลสกลนคร การปฏิบัติการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพในหอผู้ป่วย การติดสัญลักษณ์เมื่อพบผู้ป่วยติดเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพ (Contact Precaution: CP) ที่แฟ้มเวชระเบียนผู้ป่วย การแขวนป้ายสัญลักษณ์ CP ที่เตียงผู้ป่วย การแจ้งเตือนผู้ป่วยให้ทราบว่ามีโรคติดเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพ การทำความสะอาดสิ่งแวดล้อม การอาบน้ำผู้ป่วยด้วย 2% คลอเฮกซิดีน การจำกัดผู้เข้าเยี่ยม การให้ข้อมูลและคำแนะนำแก่ผู้ป่วยและญาติในการปฏิบัติการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันการแพร่กระจายเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพ การเคลื่อนย้ายผู้ป่วยติดเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพ สอดคล้องกับการศึกษาของปิยฉัตร วิเศษศิริ และคณะ⁶ ศึกษาการพัฒนารูปแบบการส่งเสริมการปฏิบัติการป้องกันการติดเชื้อดื้อยาของบุคลากรพยาบาลในแผนกอายุรกรรมในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ พบว่า รูปแบบการส่งเสริมการปฏิบัติในการป้องกันการติดเชื้อดื้อยาของบุคลากรพยาบาล ประกอบด้วย 1) การอบรมเชิงปฏิบัติการ 2) การทบทวนความรู้ 3) การประเมินผลและการให้ข้อมูลย้อนกลับ 4) การกระตุ้นเตือนโดยใช้โปสเตอร์ 5) การสนับสนุนอุปกรณ์ป้องกันส่วนบุคคลและอุปกรณ์การแพทย์ 6) การทำความสะอาดมือซึ่งบุคลากรเห็นซึ่งบุคลากรเห็นร้อยละ 90 ในการพัฒนาคุณภาพ โดยความร่วมมือสามารถนำมาประยุกต์ใช้การพัฒนารูปแบบการพยาบาลเพื่อป้องกันการแพร่กระจายเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพในโรงพยาบาลสกลนคร

การประเมินผลลัพธ์การพัฒนารูปแบบการพยาบาลเพื่อป้องกันการแพร่กระจายเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพโรงพยาบาล ผู้วิจัยนำรูปแบบที่พัฒนาขึ้นนำไปสู่การปฏิบัติและหลังพัฒนารูปแบบพบว่าพยาบาลมีการปฏิบัติตามแนวทางได้มากกว่าร้อยละ 90 ขึ้นไป (ตารางที่ 1) ได้แก่ การทำความสะอาดมือหลังการดูแลผู้ป่วย การแยกอุปกรณ์ที่ใช้เฉพาะผู้ป่วยติดเชื้อดื้อยา การสอนญาติและผู้ป่วยในการทำ ความสะอาดมือ การจัดการให้ความรู้หัวหน้าหอผู้ป่วยแก่บุคลากร ผู้ป่วยและญาติ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ นาดยา ปลิกมศีล และคณะ⁷ ที่พบว่าการใช้โปรแกรมการพยาบาลผู้ป่วยติดเชื้อดื้อยาควบคุมพิเศษมีผลต่อความรู้และพฤติกรรมในการปฏิบัติการพยาบาลสูงขึ้น ทั้งนี้เนื่องจากการสนับสนุนของผู้บริหารสูงสุดสนับสนุนงบประมาณในการจัดหาอุปกรณ์ป้องกัน ได้แก่ Isolate gown พลาสติก (CPE) น้ำยาทำลายเชื้อ โปรทเครื่องวัดความดันโลหิต หูฟัง จึงช่วยให้บุคลากรมีการปฏิบัติในการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพได้อย่างถูกต้องครอบคลุม ดังการศึกษาของ กิตติรัตน์ สวัสดิ์รักษ์ และคณะ¹² ที่พบว่าการสนับสนุนการปฏิบัติในการป้องกันการติดเชื้อของพยาบาลวิชาชีพเป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้การดำเนินการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาลประสบผลสำเร็จ และ การศึกษาของวิไลลักษณ์ วงศ์จุลชาติ⁵ ที่พบว่าหลังการใช้กลวิธีหลากหลายในการส่งเสริมให้บุคลากรปฏิบัติตามแนวทางการป้องกันการติดเชื้อดื้อยา ทำให้บุคลากรโรงพยาบาล มีความรู้เรื่องเชื้อดื้อยาเพิ่มขึ้นร้อยละ 48.25 ความรู้เรื่องการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อดื้อยาเพิ่มขึ้นร้อยละ 36.96 การปฏิบัติตามแนวทางการป้องกันและควบคุมการแพร่ กระจายเชื้อดื้อยามีการปฏิบัติที่ถูกต้องเพิ่มขึ้นร้อยละ 22.97 การทำความสะอาดมือปฏิบัติถูกต้องเพิ่มขึ้นร้อยละ 29.77 เช่นกัน

การเปรียบเทียบอุบัติการณ์ติดเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพหลังการดำเนินการพัฒนารูปแบบการพยาบาลเพื่อป้องกันและควบคุมการแพร่กระจายเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพโรงพยาบาล พบว่าอุบัติการณ์และค่าใช้จ่ายการใช้ยาปฏิชีวนะในผู้ป่วยติดเชื้อดื้อยาลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ส่วนระยะเวลาอนโรพยาบาล และอัตราการตายของผู้ป่วยติดเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพไม่แตกต่างกันระหว่างก่อนและหลังพัฒนารูปแบบ สอดคล้องกับการศึกษาของแอบบารา และคณะ¹³ พบว่าการใช้กลยุทธ์หลายวิธีในการจัดการเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพสามารถลดเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพและระยะเวลาอนโรพยาบาลลงได้ แต่อัตราการตายไม่แตกต่างกัน ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วยอาจมีผลต่อมาตรการผลลัพธ์ที่ประเมิน ดังเช่น ประสิทธิภาพกลุ่มของยาปฏิชีวนะ ความรุนแรงของเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพ การมีโรคร่วม ความรุนแรงของการเจ็บป่วยของผู้ป่วย เป็นต้น¹⁴ การจัดการด้านการพยาบาลเพื่อป้องกันและควบคุมการแพร่กระจายเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพที่มีประสิทธิภาพ พยาบาลผู้ดูแลผู้ป่วยต้องมีความรู้ ทักษะ และมีความเป็นผู้นำในการประสานงาน และการจัดการทุกเรื่องเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพ ซึ่งส่งผลให้เกิดการบริการพยาบาลที่มีคุณภาพ และมีประสิทธิภาพ รวมถึงการสร้างตระหนักรู้ในการปฏิบัติเพื่อป้องกันการติดเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพควบคู่กับการจัดการด้านการพยาบาลและกำหนดแนวทางนิเทศติดตามอย่างเป็นระบบและต่อเนื่องเพื่อให้การปฏิบัติในการป้องกันและควบคุมการแพร่กระจายเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพเป็นไปอย่างต่อเนื่อง และยั่งยืน

ภายใต้มาตรฐานและความปลอดภัย กระทรวงสาธารณสุขได้กำหนดแผนยุทธศาสตร์การจัดการเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพอย่างบูรณาการ พ.ศ. 2560-2564 ทำให้โรงพยาบาลต้องดำเนินการอย่างครบถ้วนและต่อเนื่อง การนำนโยบายสู่การปฏิบัติโดยผู้บริหารเล็งเห็นความสำคัญ ติดตามผลการเฝ้าระวังการติดเชื้อดื้อยา สะท้อนผลการดำเนินการอย่างต่อเนื่องส่งผลการดำเนินงานต้านจุลชีพลดลง

ข้อเสนอแนะ

1. กลุ่มการพยาบาลโรงพยาบาลสกลนคร นำรูปแบบการพยาบาลเพื่อป้องกันและควบคุมการแพร่กระจายเชื้อดื้อยาในโรงพยาบาล นำไปประยุกต์ใช้ในโรงพยาบาลที่เป็นเครือข่ายจังหวัดสกลนคร 18 โรงพยาบาล และร่วมแลกเปลี่ยนในโรงพยาบาล เขตตรวจราชการสุขภาพที่ 8

2. การสื่อสารแจ้งเตือน Early detect ในระบบดิจิทัล ทำให้บุคลากรจัดการปฏิบัติการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อได้อย่างรวดเร็ว

3. ด้านการปฏิบัติการพยาบาล พยาบาลวิชาชีพมั่นใจในแนวปฏิบัติการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพใหม่ และปฏิบัติต่อเนื่องครอบคลุมมากขึ้น

4. ด้านองค์การพยาบาล กำหนดนโยบายในการพัฒนาบุคลากรทางการพยาบาล เพิ่มพูนองค์ความรู้ สมรรถนะพยาบาลวิชาชีพ การปฐมนิเทศบุคลากรใหม่ บุคลากรประจำการในการจัดบริการพยาบาลเพื่อป้องกันและควบคุมการติดเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพในโรงพยาบาล

5. การบริหารจัดการลดค่าใช้จ่ายในการดูแลผู้ป่วยเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพ และผู้ป่วยได้รับการดูแลต่อเนื่องในชุมชนไม่เกิดการแพร่กระจายเชื้อดื้อยาในชุมชน

เอกสารอ้างอิง

1. Centers for Disease Control and Prevention. Antibiotic resistance threats in the United States 2013. United States of America: US Department of Health and Human Services; 2013. Available from: <http://www.cdc.gov/drugresistance/threat-report-2013/>
 2. ภาณุมาศ ภูมิตและคณะ. ผลกระทบด้านสุขภาพและเศรษฐศาสตร์จากการติดเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพในประเทศไทย: การศึกษาเบื้องต้น. ว. วิจัยระบบสาธารณสุข. 2555;6(3):352-60.
 3. วิษณุ ธรรมลิขิตกุล. คู่มือการควบคุมและป้องกันแบคทีเรียดื้อยาต้านจุลชีพในโรงพยาบาล. กรุงเทพฯ: โครงการควบคุมและป้องกันแบคทีเรียดื้อยาต้านจุลชีพในประเทศไทย; 2558.
 4. สมฤดี ชัชเวช, รุ่งฤดี เวชวิชชนอง, กุสุมา บุญรักษ์, ไพจิตร มามาตย์, ไพรัช พิมล, สุพรรณษา บุญศรี. ผลการนำใช้แนวปฏิบัติการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อแบคทีเรียดื้อยาในหอผู้ป่วยหนักอายุรกรรม โรงพยาบาลระดับตติยภูมิ. วารสารวิชาการแพทย์เขต 11 2560; 31: 697-708.
 5. วิไลลักษณ์ วงศ์จุลชาติ. การใช้กลวิธีหลากหลายเพื่อส่งเสริมการปฏิบัติตามแนวทางป้องกันและควบคุมการแพร่กระจายเชื้อดื้อยาในโรงพยาบาลวชิระภูเก็ต. ว.วิชาการแพทย์เขต 11. 2560;31(3):411-56.
 6. ปิยะฉัตร วิเศษศิริ, อะเคื้อ อุณหเลขกะ, นงเยาว์ เกษตรภิบาล. การพัฒนารูปแบบการส่งเสริมการปฏิบัติการป้องกันการติดเชื้อดื้อยาของบุคลากรพยาบาล แผนกอายุรกรรมในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ. พยาบาลสาร. 2558;42(3): 119-34.
 7. นาดยา ปริกัมศีล, ศุภา เฟื่องเลา และสมใจ สายสม. ผลของการใช้โปรแกรมการพยาบาลผู้ป่วยติดเชื้อแบคทีเรียดื้อยา ควบคุมพิเศษต่อความรู้และการปฏิบัติการ พยาบาลผู้ป่วยติดเชื้อแบคทีเรียดื้อยาควบคุมพิเศษของบุคลากรสุขภาพ ผู้ป่วยหนักในโรงพยาบาลโพธาราม. ว. หัวหินสุขใจไกลกังวล. 2561;(3):49-57.
 8. Herzberg F, Mausner B, Snyderman BB. The motivation to work. 2nd Ed. John Wiley & Sons Inc: New York; 1959.
- Bernard Mausner, Barbara Bloch Snyderman, New York; Chapman & Hall: London; printed in the U.S.A; 1959.

9. Von BL. Some considerations on growth in its physical and mental aspects. *Merrill-Palmer Quarterly* (1954-1958) 1956; 3: 13-23.
10. คณะกรรมการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาล โรงพยาบาลสกลนคร. รายงานการเฝ้าระวังการติดเชื้อในโรงพยาบาล (2558-2560). โรงพยาบาลสกลนคร; 2560.
11. อะเคื้อ อุดมলেখกะ, สุชาติา เหลืองอาภาพงศ์, จิตตารณ จิตรีเชื้อ. การป้องกันการติดเชื้อดื้อยาในหอผู้ป่วย: Prevention of Multidrug Resistant Organism Infections In Intensive Care Units. เชียงใหม่: คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่; 2557.
12. กิตติรัตน์ สวัสดิ์รักษ์, อะเคื้อ อุดมলেখกะ, วันชัย เลิศวัฒนวิลาศ. อุปสรรคและสิ่งสนับสนุนการปฏิบัติการป้องกันการติดเชื้อของพยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ, พยาบาลสาร 2558; 42: 25-35.
13. Abbara S, Pitsch A, Jochmans S, Hodjat K, Cherrier P, Monchi M, Vinsonneau C, Diamantis S. Impact of a multimodal strategy combining a new standard of care and restriction of carbapenems, fluoroquinolones and cephalosporins on antibiotic consumption and resistance of *Pseudomonas aeruginosa* in a French intensive care unit. *Int J Antimicrob Agents*. 2019 Apr;53(4) 416-422. doi:10.1016/j.ijantimicag.2018.12.001. PMID: 30537533.
14. Cosgrove SE. The relationship between antimicrobial resistance and patient outcomes: mortality, length of hospital stay, and health care costs. *Clin Infect Dis*. 2006 Jan 15;42 Suppl 2:S82-9. doi: 10.1086/499406. PMID: 16355321.

ผลการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลการป้องกันแผลกดทับร่วมกับโฟมรักษาแผลปกป้องผิวหนังบริเวณกระดูก
กระเบนเหน็บในผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงเกิดแผลกดทับ หอผู้ป่วยศัลยกรรมอุบัติเหตุและระบบประสาท โรงพยาบาลแพร่
Effectiveness of Implementing Clinical Nursing Practice Guidelines for Preventing Pressure
ulcer and Polyurethane Foam for Protecting Skin around Sacrum in Patients who's most at
risk of getting pressure ulcer, Trauma and Neurosurgery Ward, Phrae Hospital.

Received: 17 March 2023

Revised: 24 April 2023

Accepted: 28 April 2023

ศศิธร แก้วกล้า พย.ม.¹ ศิริกาญจน์ จินาวิน ปร.ด.^{2,*}Sasitorn Kaewkla M.N.S.¹ Sirikan Jinawin Ph.D.^{2,*}¹ โรงพยาบาลแพร่ ¹ Phrae Hospital² วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนีแพร่ สถาบันพระบรมราชชนก² Boromarajonani College of Nursing Phrae, Praboromarajchanok Institute

บทคัดย่อ

การวิจัยกึ่งทดลองครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลการป้องกันแผลกดทับร่วมกับการใช้โฟมรักษาแผล (Polyurethane foam) ในผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับ กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษานในหอผู้ป่วยศัลยกรรมอุบัติเหตุและระบบประสาท โรงพยาบาลแพร่ที่มีคะแนนบราเดนน้อยกว่าหรือเท่ากับ 18 คะแนน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 30 คน กลุ่มควบคุม 30 คน โดยใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างแบบง่าย เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบประเมินความเสี่ยงการเกิดแผลกดทับ Braden Scale แบบบันทึกติดตามอุบัติการณ์การเกิดแผลกดทับ แนวปฏิบัติการพยาบาลป้องกันแผลกดทับ โรงพยาบาลแพร่ และโฟมรักษาแผล (Polyurethane foam) ข้อมูลส่วนบุคคลวิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา ความแตกต่างระหว่างกลุ่มตัวอย่าง อัตราการเกิดแผลกดทับและค่าใช้จ่ายวิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติ สถิติฟิชเชอร์ เอกซัค และ ไคสแควร์

ผลการศึกษา พบว่า กลุ่มทดลองไม่มีอุบัติการณ์ของการเกิดแผลกดทับ กลุ่มควบคุมมีอุบัติการณ์ของการเกิดแผลกดทับจำนวน 5 ครั้ง อุบัติการณ์ของการเกิดแผลกดทับระหว่างสองกลุ่มมีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญ ($p = .02$) พยาบาลและบุคลากรทางด้านสุขภาพสามารถนำโฟมรักษาแผลมาใช้ร่วมกับแนวปฏิบัติการพยาบาลจะส่งผลให้ป้องกันการเกิดแผลกดทับมีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น

คำสำคัญ: แผลกดทับ กระดูกกระเบนเหน็บ โฟมรักษาแผล

Abstract

This quasi-experimental research aimed to explore effects of clinical nursing practice guidelines for preventing pressure ulcer and polyurethane foam for protecting skin around sacrum in patients who's most at risk of getting pressure ulcer. The sample was composed of patients who were admitted in Trauma and Neurosurgery Ward, Phrae Hospital, and had Braden scores below or equal to 18 points. They were divided by means of simple random sampling method into experimental and control groups with 30 patients each. The research tools were _1) personal information questionnaire, 2) Braden-scale based pressure ulcer risk assessment form, 3) pressure ulcer monitoring form, 4) pressure ulcer prevention program, and 5) polyurethane foam. The descriptive statistics was analyzed in light of the sample's demographic characteristics. Fisher's Exact and Chi-square were analyzed the differences of samples characteristics, pressure ulcer rates and costs.¹

* ผู้ให้การติดต่อ (Corresponding author): Email: sirikan@bcnph.ac.th

The results indicated no pressure ulcer incidence in the experimental group. However, 5 incidences of pressure ulcer were found in the control group. This thus implied that there was a significant difference ($p = .02$) between both groups in terms of their pressure ulcer incidences. Moreover, nurses and health personnel could also use the polyurethane foam in combination with nursing practices for a more efficient pressure ulcer prevention.

Keywords: sacrum, pressure ulcer, polyurethane foam

บทนำ

แผลกดทับ (Pressure ulcer) เป็นภาวะแทรกซ้อนที่พบได้บ่อยในผู้ป่วยที่ช่วยเหลือตัวเองได้น้อยและเป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้ผู้ป่วยไม่สบาย ทุกข์ทรมาน นอกจากนี้ยังส่งผลให้อัตราการตายของผู้ป่วยสูงขึ้นและเพิ่มค่าใช้จ่ายของระบบสุขภาพ แผลกดทับเป็นภาวะที่หลอดเลือดฝอยไม่สามารถนำออกซิเจนและอาหารจากหลอดเลือดไปเลี้ยงเนื้อเยื่อได้เนื่องจากการถูกกดทับเป็นเวลานานส่งผลให้เซลล์ขาดเลือดและตายในที่สุด^{1,3} ผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาในโรงพยาบาลจะมีอุบัติการณ์ของการเกิดแผลกดทับอยู่ในช่วง 2.7 – 29% และจะเพิ่มสูงขึ้นเป็น 33% ในผู้ป่วยวิกฤติ โดยแผลกดทับกว่าร้อยละ 95 เกิดขึ้นในอวัยวะส่วนล่างของร่างกาย ตำแหน่งที่พบมากได้แก่ กระดูกกระเบนเหน็บ (sacrum) 28% รองลงมาคือกระดูกก้นกบ (coccyx) 17-27% ปุ่มกระดูกก้น (ischial tuberosity) และปุ่มกระดูกโคนขา (greater trochanter) 12-19%^{2,3} นอกจากนี้ยังมีปัจจัยส่งเสริมที่ทำให้เกิดแผลกดทับในผู้ป่วยประกอบด้วย ปัจจัยภายใน ได้แก่ อายุที่มากกว่า 65 ปี ภาวะทุพโภชนาการ อ่อนแอของร่างกายที่สูงขึ้น การเจ็บป่วยที่ส่งผลให้ระดับความรู้สึกตัวหรือความสามารถในการเคลื่อนไหวลดลง ความเครียด ปัจจัยภายนอก ได้แก่ 1) แรงเฉือน (shear) ซึ่งเป็นแรงที่เกิดจากการกระทำของแรงสองแรงตรงข้ามกันและขนานกันหรือแรงตั้งฉากของชั้นผิวหนังจะมีผลต่อเนื้อเยื่อที่อยู่ลึกลงไป เช่น แรงเฉือนจากการยกหัวเตียงสูงกว่า 30 องศา 2) แรงเสียดสี (Friction) เกิดเมื่อมีการเคลื่อนย้ายผู้ป่วยโดยการดึง หรือดัน ลาก ถู ตัวผู้ป่วย และ 3) ความเปียกชื้น (moisture) จากการที่เหงื่อออกมาก การควบคุมการขับถ่ายไม่ได้ ทำให้ผิวหนังเกิดการระคายเคือง เปื่อยยุ่ยและลอกออก ซึ่งแผลกดทับที่เกิดขึ้นนี้จะทำให้การรักษามีความยากและซับซ้อนเพิ่มขึ้น ผู้ป่วยได้รับความไม่สบายจากการปวดแผล เกิดการติดเชื้อเฉพาะที่ การติดเชื้อในกระแสเลือด ส่งผลให้ต้องรักษานานกว่าปกติ 3-5 เท่า ตลอดจนมีค่าใช้จ่ายและจำนวนวันนอนในโรงพยาบาลสูงกว่าผู้ที่ไม่ได้มีแผลกดทับ^{3,4}

หอผู้ป่วยศัลยกรรมอุบัติเหตุและระบบประสาท โรงพยาบาลแพร์ เป็นหน่วยงานที่ให้การรักษายาบาลทางศัลยกรรมแก่ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองชนิดที่มีการแตกของหลอดเลือด ผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะ ผู้ป่วยบาดเจ็บระบบต่างๆ ซึ่งผู้ป่วยกว่าร้อยละ 50 จะมีข้อจำกัดในการเคลื่อนไหวจากการมีพยาธิสภาพที่สมอง ผู้ป่วยบางรายถูกจำกัดกิจกรรมและต้องขับถ่ายบนเตียง ส่งผลให้ผู้ป่วยเหล่านี้มีความเสี่ยงในการเกิดแผลกดทับ และเมื่อทำการทบทวนการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับของหน่วยงานพบว่า หน่วยงานมีการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลการป้องกันแผลกดทับที่โรงพยาบาลสร้างขึ้น ประกอบด้วย การประเมินความเสี่ยงในการเกิดแผลกดทับทุกเวร พลิกตะแคงตัวทุก 2 ชั่วโมง รักษาสมดุลความชุ่มชื้นของผิว ส่งเสริมภาวะโภชนาการ ใช้หมอนหรือฟ้านิ่มรองปุ่มกระดูก แต่อย่างไรก็ตามจากรายงานตัวชี้วัดคุณภาพทางการพยาบาลของหอผู้ป่วยศัลยกรรมอุบัติเหตุและระบบประสาท โรงพยาบาลแพร์ ระหว่างปี 2563 - 2565 ยังคงพบอุบัติการณ์การเกิดแผลกดทับจำนวน 9 ราย 8 ราย และ 9 ราย ตามลำดับ โดยตำแหน่งที่พบแผลกดทับมากที่สุดคือ บริเวณกระดูกกระเบนเหน็บ ซึ่งคิดเป็นร้อยละ 70 ของตำแหน่งที่เกิดแผลกดทับทั้งหมด⁵ ดังนั้นการพัฒนาคุณภาพการพยาบาลเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับจึงเป็นสิ่งที่จำเป็นอย่างยิ่ง

จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องพบว่า ได้มีการนำนวัตกรรมต่างๆ มาช่วยส่งเสริมประสิทธิภาพในการป้องกันแผลกดทับ ร่วมกับการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาล เช่น ที่นอนยางรถยนต์ป้องกันแผลกดทับ เตียงพลิกตะแคงตัว เป็นต้น^{6,7} นอกจากนี้ได้มีการนำโฟมรักษาแผล (Polyurethane foam) มาใช้ในการป้องกันผิวหนังในส่วนที่เสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับ จากการศึกษาของ Peggy และ คณะ⁸ ได้ศึกษาผลของการประยุกต์ใช้ Five-Layered Soft Silicone Foam ในการป้องกันการเกิดแผลกดทับในผู้ป่วยวิกฤติจำนวน 366 คน ผลการศึกษาพบว่า การใช้ Five-Layered Soft Foam ร่วมกับการดูแลแบบปกติสามารถลดอัตราการเกิดแผลกดทับ

ได้ศึกษาว่าการได้รับการดูแลแบบปกติเพียงอย่างเดียว และจากการศึกษาของ Cristiana และคณะ⁹ ที่ได้ศึกษาผลของการใช้ Multilayer Foam ในการป้องกันการเกิดแผลกดทับในผู้ป่วย 369 คน ที่รับการรักษาในหอผู้ป่วยสามัญ หอผู้ป่วยวิกฤต และหอผู้ป่วยศัลยกรรมกระดูก ผลการศึกษาพบว่าสามารถป้องกันการเกิดแผลกดทับได้และไม่พบปฏิกิริยาที่เป็นอันตรายต่อผิวหนังหรือความรู้สึกไม่สบายจากการใช้โฟม เนื่องจากโฟมรักษาแผลจะช่วยป้องกันผิวหนังจากการระคายเคือง ดังนั้นผู้ศึกษาจึงมีความสนใจในการศึกษาผลของการใช้แนวปฏิบัติทางการพยาบาลการป้องกันแผลกดทับ โรงพยาบาลแพร่ ร่วมกับการใช้โฟมรักษาแผล (Polyurethane foam) ในผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับ

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาผลของการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลการป้องกันแผลกดทับร่วมกับการใช้โฟมรักษาแผล (Polyurethane foam) ในผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับ
2. เพื่อเปรียบเทียบอัตราการเกิดแผลกดทับในผู้ป่วยที่ได้รับการพยาบาลด้วยแนวปฏิบัติการพยาบาลการป้องกันแผลกดทับเพียงอย่างเดียวและผู้ป่วยที่ได้รับการพยาบาลด้วยแนวปฏิบัติการพยาบาลการป้องกันแผลกดทับร่วมกับโฟมรักษาแผล (Polyurethane foam)
3. เพื่อเปรียบเทียบค่าใช้จ่ายในผู้ป่วยที่ได้รับการพยาบาลด้วยแนวปฏิบัติการพยาบาลการป้องกันแผลกดทับเพียงอย่างเดียวและผู้ป่วยที่ได้รับการพยาบาลด้วยแนวปฏิบัติการพยาบาลการป้องกันแผลกดทับร่วมกับโฟมรักษาแผล (Polyurethane foam)

สมมติฐานงานวิจัย

1. ผู้ป่วยที่ได้รับการพยาบาลด้วยแนวปฏิบัติการพยาบาลการป้องกันแผลกดทับร่วมกับการใช้โฟมรักษาแผล (Polyurethane foam) มีอัตราการเกิดแผลกดทับน้อยกว่าผู้ป่วยที่ได้รับการพยาบาลด้วยแนวปฏิบัติการพยาบาลการป้องกันแผลกดทับเพียงอย่างเดียว
2. ผู้ป่วยที่ได้รับการพยาบาลด้วยแนวปฏิบัติการพยาบาลการป้องกันแผลกดทับร่วมกับการใช้โฟมรักษาแผล (Polyurethane foam) มีค่าใช้จ่ายในการดูแลน้อยกว่าผู้ป่วยที่ได้รับการพยาบาลด้วยแนวปฏิบัติการพยาบาลการป้องกันแผลกดทับเพียงอย่างเดียว

วิธีการดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (quasi-experimental research)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยศัลยกรรมอุบัติเหตุและระบบประสาท โรงพยาบาลแพร่

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยศัลยกรรมอุบัติเหตุและระบบประสาท โรงพยาบาลแพร่ โดยมีเกณฑ์การคัดเข้า คือ ผู้ป่วยที่มีอายุมากกว่า 18 ปี คะแนนบราเดนน้อยกว่าหรือเท่ากับ 18 คะแนน สามารถสื่อสารภาษาได้ มีเกณฑ์การคัดออก คือ ผู้ป่วยที่มีโรคร่วมที่อยู่ในระยะกำเริบหรืออยู่ในภาวะวิกฤต กลุ่มตัวอย่างได้มาด้วยวิธีการสุ่มตัวอย่างแบบง่าย ขนาดกลุ่มตัวอย่างคำนวณโดยใช้โปรแกรม G*power version 3.1.9.2 กำหนดค่าความเชื่อมั่นระดับนัยสำคัญที่ 0.5 คำนวณขนาดอิทธิพลจากงานวิจัยที่ผ่านมาได้ 0.9 จึงได้กลุ่มตัวอย่างกลุ่มละ 30 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย

1. แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วย เพศ อายุ อาชีพ การศึกษา สิทธิการรักษา ผู้ดูแล การวินิจฉัยโรค การผ่าตัด อุณหภูมิร่างกาย โรคประจำตัว การเคลื่อนไหว การได้รับยา ประวัติการสูบบุหรี่ ค่าใช้จ่ายเวชภัณฑ์ปกป้องผิวหนัง ภาวะการขับถ่าย ระดับความเจ็บปวดขณะทำกิจกรรม ระดับความรู้สึกตัว ดัชนีมวลกาย
2. แบบประเมินความเสี่ยงการเกิดแผลกดทับ Braden Scale ประกอบด้วยการประเมิน การรับรู้ความรู้สึก ความ

เปื่อยขึ้นของผิวหนัง ความสามารถในการทำกิจกรรม ความสามารถในการเคลื่อนไหวร่างกาย ภาวะโภชนาการ การเสียตสี และแรงเหวี่ยง โดยคะแนน 19 – 23 คือ ไม่มีความเสี่ยง คะแนน 15 – 18 มีความเสี่ยงต่ำ คะแนน 13 – 14 มีความเสี่ยงปานกลาง คะแนน 10 – 12 มีความเสี่ยงสูง และคะแนน 6 - 9 มีความเสี่ยงสูงมาก

3. แบบบันทึกติดตามอุบัติการณ์การเกิดแผลกดทับ
4. แนวปฏิบัติการพยาบาลการป้องกันแผลกดทับ โรงพยาบาลแพร่
5. โฟมรักษาแผล (Polyurethane foam)

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือการวิจัย

1.แนวปฏิบัติการพยาบาลการป้องกันแผลกดทับ โรงพยาบาลแพร่ ได้รับการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ประกอบด้วยแพทย์ผู้เชี่ยวชาญศัลยกรรมตกแต่ง อาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านแผล และพยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านแผลกดทับ ได้ค่าความตรงของเนื้อหา (CVI) เท่ากับ 0.97

2. แบบประเมินความเสี่ยงการเกิดแผลกดทับ Braden Scale ได้รับการตรวจสอบความเที่ยงโดยจะนำมาทดลองใช้ (Try out) กับกลุ่มประชากรที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน นำมาวิเคราะห์หาความเชื่อมั่น โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficients) โดยค่าที่ได้เท่ากับ .87

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยได้รับการพิจารณาเห็นชอบจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมในมนุษย์ โรงพยาบาลแพร่ (เลขที่ ๑๙/ ๒๕๖๕) หลังจากนั้น ผู้วิจัยทำการชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย ขั้นตอนการวิจัย และระยะเวลาในการเก็บข้อมูลวิจัย ชี้แจงให้กลุ่มตัวอย่างทราบว่าการศึกษารั้งนี้ขึ้นอยู่กับความสมัครใจของกลุ่มตัวอย่างว่าจะเข้าร่วมวิจัยหรือไม่ก็ได้ กลุ่มตัวอย่างสามารถขอยุติการเข้าร่วมวิจัยก่อนครบกำหนดได้โดยไม่ต้องแจ้งเหตุผล ข้อมูลที่ได้จากกลุ่มตัวอย่างจะถือเป็นความลับและถูกนำเสนอในภาพรวม นอกจากนี้ผู้วิจัยยังได้ทำการทดสอบการแพ้ง่อนทำการทดลอง เพื่อป้องกันอาการไม่พึงประสงค์ที่อาจเกิดขึ้นได้

ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล

ภายหลังได้รับอนุมัติจากคณะกรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลแพร่ และจากผู้อำนวยการโรงพยาบาลแพร่แล้ว ได้ทำการเก็บรวบรวมข้อมูลตามลำดับดังนี้

1. ประชุมชี้แจงกับผู้ช่วยวิจัยซึ่งเป็นเจ้าหน้าที่ในหอผู้ป่วยศัลยกรรมอุบัติเหตุและระบบประสาทเกี่ยวกับวัตถุประสงค์การวิจัย ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง เครื่องมือที่ใช้ดำเนินการวิจัย ทบทวนความรู้แนวทางการดูแลป้องกันการเกิดแผลกดทับและการใช้เวชภัณฑ์โฟมในการปกป้องผิวหนังบริเวณกระดูกกระเบนเหน็บ เพื่อมาตรฐานการปฏิบัติไปในแนวทางเดียวกัน
2. ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลโดยให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลเป็นผู้ตอบแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ทีมวิจัยเป็นผู้เก็บรวบรวมข้อมูลการประเมินความเสี่ยงการเกิดแผลกดทับ การป้องกันการเกิดแผลกดทับ อุบัติการณ์การเกิดแผลกดทับ

การดำเนินการทดลอง

1 กลุ่มควบคุม ผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่างที่เป็นกลุ่มควบคุม ทำการแนะนำตนเอง เชิญกลุ่มตัวอย่างเข้าร่วมการวิจัย อธิบายถึงขั้นตอนการวิจัย จากนั้นทำการประเมินผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงเกิดแผลกดทับโดยใช้แบบประเมินของ Braden และให้การพยาบาลตามปกติ ปฏิบัติตามแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันแผลกดทับโรงพยาบาลแพร่ ติดตามความสมบูรณ์ของผิวหนังทุกวันจนครบ 7 วัน

2 กลุ่มทดลอง ผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่างที่เป็นกลุ่มทดลอง ทำการแนะนำตนเอง เชิญกลุ่มตัวอย่างเข้าร่วมการวิจัย อธิบายถึงขั้นตอนการวิจัย จากนั้นทำการประเมินผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงเกิดแผลกดทับโดยใช้แบบประเมินของ Braden และให้การพยาบาลตามปกติ ปฏิบัติตามแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันแผลกดทับโรงพยาบาลแพร่ร่วมกับใช้โฟม (polyurethane foam) ปกป้องผิวหนังบริเวณกระดูกกระเบนเหน็บ (Sacrum) โดยทำการทดสอบอาการแพ้ง่อนทำการทดลอง 5 นาที เปลี่ยนเวชภัณฑ์ทุก 3 วัน หรือเมื่อสกปรก หมดประสิทธิภาพในการดูดซับความชื้นหรือของเหลว ประเมินผิวหนัง เพื่อตรวจสอบอุบัติการณ์การเกิดแผลกดทับ ทุกวัน จนครบ 7 วัน

3 ในขณะที่ทำการทดลองผู้ป่วยและผู้ดูแลทั้ง 2 กลุ่มจะได้รับข้อมูลในเรื่องการป้องกันการเกิดแผลกดทับ วิธีการส่งเสริมความแข็งแรงของผิวหนัง และหากรับประทานได้จัดอาหารที่เหมาะสมกับโรคและเสริมโปรตีนโดยจัดเสริมไข่ขาวในมื้ออาหาร 1 ฟองทุกมื้อ จัดให้มีที่นอนลมในผู้ป่วยเข้าร่วมการวิจัยทุกราย และผู้เข้าร่วมศึกษาวิจัยสามารถขอถอนตัวจากการวิจัยได้กรณีไม่สะดวก ไม่สบายใจ หรือพบว่ามีอาการไม่พึงประสงค์จากการแพ้เวชภัณฑ์โฟมรักษาแผล (Polyurethane foam) มีไข้มากกว่า 38 องศาเซลเซียส หรือมีอาการเปลี่ยนแปลงเข้าสู่ภาวะวิกฤตคุกคามชีวิต

การวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติ

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ในการวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไป ใช้สถิติ พิชเชอร์ เอกแซค ในการวิเคราะห์ความแตกต่างระหว่างกลุ่มตัวอย่างที่ข้อมูลอยู่ในระดับ Nominal scale รวมถึงการ เปรียบเทียบอุบัติการณ์การเกิดแผลกดทับ และ ใช้สถิติ ไคสแควร์ ในการเปรียบเทียบค่าใช้จายระหว่างกลุ่ม

ผลการศึกษา

1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ แบ่งเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มควบคุม (ใช้เฉพาะแนวปฏิบัติการพยาบาลป้องกันแผลกดทับ โรงพยาบาล แพทย์) และกลุ่มทดลอง (กลุ่มใช้แนวปฏิบัติร่วมกับโฟมรักษาแผล) กลุ่มละ 30 คน โดยกลุ่มควบคุมเป็นเพศชาย 21 คน เพศหญิง 9 คน กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีอายุมากกว่า 60 ปี จำนวน 14 ราย (46.70%) อายุเฉลี่ย 54.83 (S.D.=17.74) ได้รับการวินิจฉัยว่า บาดเจ็บที่ศีรษะ 16 ราย (53.3%) มีคะแนน Barden score อยู่ในช่วง 10-12 คะแนน 15 ราย (50%) และมีภาวะ hypo-albumin 15 ราย (50%) กลุ่มทดลองเป็นเพศชาย 19 คน เพศหญิง 11 คน ผู้ป่วยส่วนใหญ่ มีอายุมากกว่า 60 ปี จำนวน 17 ราย (56.7%) และมีอายุเฉลี่ย 59.53 (S.D.=17.90) โดยกลุ่มควบคุมที่เข้ารับการรักษาส่งส่วนใหญ่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคหลอดเลือดสมองจำนวน 17 ราย (56.7%) มีคะแนน Barden score อยู่ในช่วง 10-12 คะแนน 12 ราย (40%) และมีภาวะ hypo-albumin 18 ราย (60%) เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของข้อมูลทั่วไประหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองพบว่าไม่มีความแตกต่างกันดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไป

ลักษณะศึกษา	กลุ่มควบคุม		กลุ่มทดลอง		P-value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
เพศ					
หญิง	9	30	11	36.7	p= .58
ชาย	21	70	19	63.3	
อายุ					
20-35	5	16.7	4	13.3	p= .74
36-59	11	36.7	9	30.0	
>60	14	46.7	17	56.7	
$\bar{x}$ (SD)	54.83 (17.74)		59.53 (17.90)		
การศึกษา					
ไม่ได้เรียน	1	3.3	17	56.7	p= .73
ประถมศึกษา	18	60.0	10	33.3	
มัธยมศึกษา /ปวช	9	30.0	3	10.0	
อนุปริญญา	2	6.7	17	56.7	
ปริญญาตรี	0	0	0	0	
สูงกว่าปริญญาตรี	0	0	0	0	

ปีที่ 6 ฉบับที่ 1 (มกราคม-เมษายน 2566) Vol.6 No.1 (January– April 2023)

ลักษณะศึกษา	กลุ่มควบคุม		กลุ่มทดลอง		P-value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
ผู้ดูแล					
มี	26	86.7	28	93.3	p = .38
ไม่มี	4	13.3	2	6.7	
การวินิจฉัยโรค					
หลอดเลือดสมอง	11	36.7	17	56.7	p = .36
บาดเจ็บศีรษะ	16	53.3	12	40.0	
บาดเจ็บกระดูกสันหลัง	0	0	0	0	
บาดเจ็บทรวงอก	2	6.7	1	3.3	
บาดเจ็บช่องท้อง	1	3.3	0	0	
มะเร็ง เนื้องอก	0	0	0	0	
อื่นๆ	0	0	0	0	
การเคลื่อนไหว					
เคลื่อนไหวได้เอง	0	0	0	0	p = .51
ช่วยเหลือเล็กน้อย	5	16.7	7	23.3	
ต้องการช่วยเหลือมาก	25	83.3	23	76.7	
GCS					
<8	13	43.3	9	30.0	p = .51
9-12	11	36.7	12	40.0	
13-15	6	20.0	9	30.0	
โรคร่วม					
มี	22	73.3	17	56.7	p = .17
ไม่มี	8	26.7	13	43.3	
ภาวะ hypo-albumin					
เกิด	15	50.0	18	60.0	p = .43
ไม่เกิด	15	50.0	12	40.0	
ดัชนีมวลกาย					
>23	11	36.7	13	43.3	p = .43
18.5-23	18	60.0	14	46.7	
<18.5	1	3.3	3	10.0	
$\bar{x}$ (SD)	22.0 (22.60)		22.64 (3.94)		
Braden score แกร็บ					
6-9	12	40.0	12	40.0	p = .65
10-12	15	50.0	12	40.0	
13-14	2	6.7	5	16.7	
15-18	1	3.3	1	3.3	

ลักษณะศึกษา	กลุ่มควบคุม		กลุ่มทดลอง		P-value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
มีภาวะถ่ายเหลว					
มี	2	6.7	1	3.3	
ไม่มี	28	93.3	29	96.7	p = .54

2. เปรียบเทียบอุบัติการณ์การเกิดแผลกดทับบริเวณกระเบนเหน็บในผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงเกิดแผลกดทับที่ใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลป้องกันแผลกดทับร่วมกับโฟมปกป้องผิวหนังกั้บผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงที่ได้รับดูแลแบบปกติ

เมื่อเปรียบเทียบอุบัติการณ์การเกิดแผลกดทับบริเวณกระเบนเหน็บพบว่า ผู้ป่วยที่ได้รับการพยาบาลด้วยแนวปฏิบัติการพยาบาลการป้องกันแผลกดทับเพียงอย่างเดียวและผู้ป่วยที่ได้รับการพยาบาลด้วยแนวปฏิบัติการพยาบาลการป้องกันแผลกดทับร่วมกับการใช้โฟมรักษาแผล (Polyurethane foam) ด้วยสถิติ ฟิชเชอร์ เอกแซค พบว่ามีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = .02$) ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 อุบัติการณ์การเกิดแผลกดทับ

การเกิดแผลกดทับ	กลุ่มควบคุม (n=30)		กลุ่มทดลอง (n=30)		P-value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
ไม่เกิดแผลกดทับ	25	83.33	30	100	p= .02
เกิดแผลกดทับ	5	16.67	0	0	

3. เปรียบเทียบค่าใช้จ่ายระหว่างผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงที่ใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลป้องกันแผลกดทับร่วมกับโฟมปกป้องผิวหนังกั้บผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงที่ได้รับดูแลแบบปกติ

เปรียบเทียบค่าใช้จ่ายระหว่างผู้ป่วยที่ได้รับการพยาบาลด้วยแนวปฏิบัติการพยาบาลการป้องกันแผลกดทับเพียงอย่างเดียวและผู้ป่วยที่ได้รับการพยาบาลด้วยแนวปฏิบัติการพยาบาลการป้องกันแผลกดทับร่วมกับการใช้โฟมรักษาแผล (Polyurethane foam) ด้วยสถิติไคสแควร์ พบว่าไม่มีความแตกต่างกันทางนัยสำคัญทางสถิติ ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ค่าใช้จ่ายในการป้องกันแผลกดทับ

ค่าใช้จ่าย	กลุ่มควบคุม (n=30)	กลุ่มทดลอง (n=30)	P-value
ค่าใช้จ่ายรวม	56,557	58,600	p = 0.33
$\bar{x}$	1885.23	1,953.33	

อภิปรายผลการวิจัย

1. เมื่อเปรียบเทียบอุบัติการณ์การเกิดแผลกดทับพบว่า กลุ่มทดลองไม่มีอุบัติการณ์ของการเกิดแผลกดทับ กลุ่มควบคุมมีอุบัติการณ์ของการเกิดแผลกดทับจำนวน 5 ครั้ง ซึ่งอุบัติการณ์ของการเกิดแผลกดทับระหว่างสองกลุ่มมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ ($p = .02$) ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานงานวิจัย ทั้งนี้เนื่องจากผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงได้รับการดูแลด้วยแนวปฏิบัติทางการพยาบาลเพื่อป้องกันแผลกดทับ ซึ่งประกอบด้วย การประเมินความเสี่ยงในการเกิดแผลกดทับทุกเวร พลิกตะแคงตัวทุก 2 ชั่วโมง รักษาสมดุลความชุ่มชื้นของผิว ส่งเสริมภาวะโภชนาการ ใช้หมอนหรือฟ้านิมรองปุ่มกระดูก รวมไปถึงการได้ให้ข้อมูลการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันแผลกดทับแก่ผู้ป่วยและญาติ การฝึกทักษะของญาติ จึงส่งผลให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่สม่ำเสมอจากพยาบาลและญาติ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ ฉัตรวลัย ใจอารีย์ และสุภาพ ลิ้มเจริญ¹⁰ ที่พบว่าแนวปฏิบัติการพยาบาลจะช่วยให้ญาติผู้ป่วยมีความรู้และทักษะในการดูแลป้องกันแผลกดทับ กระตุ้นให้

พยาบาลเกิดความตระหนักและให้การดูแลผู้ป่วยเพื่อป้องกันแผลกดทับที่มีประสิทธิภาพอย่างต่อเนื่อง จึงส่งผลให้การเกิดแผลกดทับลดลง นอกจากนี้จากการศึกษาของ มณีนุช สุทธิสนธิ และ กาญจนา ปัญญาธร¹¹ การใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลในการป้องกันแผลกดทับสามารถลดการเกิดแผลกดทับได้จริงเนื่องจากแนวปฏิบัติทางการพยาบาลที่สร้างขึ้นจะทำให้พยาบาลตื่นตัวและเกิดความรู้สึกของการมีส่วนร่วม จึงเกิดการยอมรับและนำไปใช้ ส่งผลให้การเกิดแผลกดทับลดลง นอกจากนี้ในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ผู้วิจัยได้มีการนำโฟมรักษาแผล (Polyurethane foam) มาใช้ในการป้องกันผิวหนังส่วนกระเบนเหน็บ ซึ่งการใช้โฟมรักษาแผล (Polyurethane foam) สามารถช่วยป้องกันผิวหนังส่วนของร่างกายที่เสี่ยงต่อการบาดเจ็บจากแรงเฉือน แรงเสียดสี ความเปียกชื้นได้^{8,9} จึงส่งผลให้ความเสี่ยงในการเกิดแผลกดทับลดลง ผลที่ได้จากการวิจัยนี้สอดคล้องกับการศึกษาของ Peggy และคณะ⁸ ที่ประยุกต์ใช้ Five-Layered Soft Silicone Foam ในการป้องกันการเกิดแผลกดทับในผู้ป่วยวิกฤตผลการศึกษพบว่า การใช้ Five-Layered Soft Foam ร่วมกับการดูแลแบบปกติสามารถลดอัตราการเกิดแผลกดทับได้ดีกว่าการได้รับการดูแลแบบปกติเพียงอย่างเดียว เนื่องจากแผ่นโฟมจะช่วยลดแรงกดทับ ลดแรงเฉือน และลดความเปียกชื้น

2. เมื่อเปรียบเทียบค่าใช้จ่ายระหว่างผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงที่ใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลป้องกันแผลกดทับร่วมกับโฟมปกป้องผิวหนังกับผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงที่ได้รับดูแลแบบปกติพบว่า การป้องกันการเกิดแผลกดทับโดยใช้แนวปฏิบัติร่วมกับการใช้โฟมรักษาแผลมีค่าใช้จ่ายในการรักษาที่เกี่ยวข้องกับแผลกดทับน้อยกว่า แต่ไม่มีความแตกต่างกันทางนัยสำคัญทางสถิติ ทั้งนี้เนื่องจากโฟมรักษาแผลเป็นผลิตภัณฑ์ที่มีราคาค่อนข้างสูงและผู้ป่วยบางรายมีการดันไปมาจึงส่งผลให้แผ่นโฟมเลือนหลุด มีความจำเป็นต้องเปลี่ยนแผ่นใหม่ ค่าใช้จ่ายในการป้องกันแผลกดทับจึงเพิ่มสูงขึ้น

ข้อเสนอแนะการนำผลวิจัยไปใช้

สามารถนำแนวปฏิบัติการพยาบาลและผลการวิจัยที่ได้ไปใช้เป็นแนวทางในการป้องกันแผลกดทับได้ นอกจากนี้ควรมีการพัฒนาความสามารถในการยึดติดผิวหนังของโฟมรักษาแผล (Polyurethane foam) จะส่งผลให้ค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลลดลงกว่าเดิม และก่อนใช้โฟมรักษาควรมีการทดสอบการแพ้ทุกครั้ง

ข้อเสนอแนะในการศึกษาครั้งต่อไป

ควรมีการศึกษาวิจัยในรูปแบบอื่นต่อไป เช่น การวิจัยและพัฒนา (Research & Development) เพื่อค้นหาปัจจัยอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องและนำข้อมูลที่ได้มาใช้ในการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลให้เหมาะสมกับบริบทของหน่วยงานยิ่งขึ้น

เอกสารอ้างอิง

1. Reid K, Ayello EA, Alavi A. Pressure ulcer prevention and treatment: use of prophylactic dressing. *Chronic Wound Care Management and Research*. 2016;11(3):117-121.
2. ขวัญฤทัย พันธุ์. การรักษาแผลกดทับสำหรับพยาบาล. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2559.
3. Mervis S, Phillips J. Pressure ulcers: Pathophysiology, epidemiology, risk factors, and presentation. *J Am Acad Dermatol*. 2019;81(4):881-90.
4. นิชาภา ยนจอหอ, ประภัสสร ดาราทิพย์, พิมพ์ชนก ช่วงนาค. การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกัน การเกิดแผลกดทับของหอผู้ป่วยอายุรกรรม 5 สถาบันบำราศนราดูร. ว. สถาบันบำราศนราดูร. 2562;11(3):1-12.
5. งานเวชระเบียนและสถิติโรงพยาบาลแพร่. รายงานตัวชี้วัดคุณภาพทางการพยาบาลของหอผู้ป่วยศัลยกรรมอุบัติเหตุและระบบประสาท 2563-65.แพร่: งานเวชระเบียนและสถิติโรงพยาบาลแพร่; 2565.
6. ปัญญาธร ภัทรกัณหากุล. ผลของการใช้นวัตกรรมที่นอนยางรถเพื่อป้องกันแผลกดทับ ในผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับ. ว. พยาบาลกระทรวงสาธารณสุข. 2556;22(1):48-60.
7. จินพิชญ์ชา มะมม. การพัฒนานวัตกรรมเตียงพลิกตะแคงตัวเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับ. ว. สภาการพยาบาล. 2558; 30(4):84-93.

8. Peggy K, Valerie M, Melanie Li. Five-Layered Soft Silicone Foam Dressing to Prevent Pressure Ulcers in the Intensive Care Unit. *J. Crit. Care.* 2016;25(6):108-19.
9. Cristiana F, Fabio D, Pina G, Rossana G, Andrea B, Caterina B, Sandra M, Laura R, Tecsa N, Arianna V, Alfredo A, Guglielmo C, Patrizia T. Effectiveness of using a new polyurethane foam multi-layer dressing in the sacral area to prevent the onset of pressure ulcer in the elderly with hip fractures: A pragmatic randomized controlled trial. *Int Wound J.* 2018;15:383-90.
10. ฉัตรวลัย ใจอารีย์, สุภาพ ลิ้มเจริญ. ผลของการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับป้องกันการเกิดแผลกดทับ โรงพยาบาลนครปฐม. *ว. แพทย์เขต 4-5.* 2563;39(4):684-96.
11. มณีนุช สุทธสนธิ์, กาญจนา ปัญญาธร. ประสิทธิภาพของการใช้แนวปฏิบัติการป้องกันการเกิดแผลกดทับในผู้ป่วย อาการหนัก โรงพยาบาลค่ายประจักษ์ศิลปาคมจังหวัดอุดรธานี. *ว. การพยาบาลและการดูแลสุขภาพ.* 2562;37(4):81-9.

การพัฒนาแนวทางการดูแลต่อเนื่องผู้ป่วยที่มีภาวะพึ่งพิงจากโรงพยาบาลถึงบ้านโรงพยาบาลค่ายประจักษ์ศิลปาคม

Development of Continuing Care Guidelines for dependent patients, Fort Prachaksinlapakhom Hospital

ชนิษฐา แก้วกัลยา ส.ม.¹ ตี๋ว ถือนกแก้ว พย.บ.^{2,*} ชลการ ทรงศรี ป.ร.ด.³

Received: 25 February 2023

Revised: 20 March 2023

Accepted: 29 April 2023

Kanittha Kaewkullaya M.P.H.¹, Tiw Thueankaew B.N.S.^{2,*}, Chonlakarn Songsri Ph.D.³

¹⁻² โรงพยาบาลค่ายประจักษ์ศิลปาคม ¹⁻² Fort Prachaksinlapakhom Hospital

³ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี อุตรธานี สถาบันพระบรมราชชนก

³ Boromarajonani College of Nursing Udon Thani, Praboromarajchanok Institute

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงปฏิบัติการมีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาแนวทางการดูแลต่อเนื่องผู้ป่วยที่มีภาวะพึ่งพิง การวิจัยแบ่งเป็นสองระยะคือ 1) ระยะพัฒนา ผู้ร่วมวิจัยได้มาโดยการคัดเลือกแบบเจาะจง ประกอบด้วยผู้ป่วยที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงและผู้ดูแล 10 คน บุคลากรสุขภาพ 17 คน อาสาสมัครสาธารณสุข 3 คน เก็บรวบรวมข้อมูลด้วยการสนทนากลุ่มและการสัมภาษณ์เจาะลึก วิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพด้วยการการวิเคราะห์เนื้อหา 2) ระยะประเมินความเหมาะสมของแนวทางการดูแลต่อเนื่อง คัดเลือกผู้ร่วมวิจัยแบบเจาะจงเป็นผู้เชี่ยวชาญที่เกี่ยวข้องกับการดูแลต่อเนื่อง 25 คน เครื่องมือเป็นแบบมาตราส่วน 5 ระดับ มีค่า CVI เท่ากับ 0.87 และมีความเชื่อมั่นของแอลฟาครอนบาค 0.81 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

ผลการวิจัย พบว่า แนวทางการดูแลต่อเนื่องผู้ป่วยที่มีภาวะพึ่งพิง ประกอบด้วย 1) การประเมินความต้องการผู้ป่วยและผู้ดูแล โดยใช้กรอบการวางแผนการจำหน่ายแบบ D-METHOD 2) การบันทึกข้อมูลใน Home care program 3) ประเมินความพร้อมผู้ป่วยและผู้ดูแล 4) เตรียมความรู้ เตรียมวัสดุอุปกรณ์ที่จำเป็น 5) ประสานทีมสหวิชาชีพเพื่อฝึกทักษะการดูแลตามความจำเป็น 6) วางแผนการดูแลต่อเนื่อง 7) บันทึกข้อมูลในโปรแกรม Smart COC ซึ่งเป็นโปรแกรมเครือข่ายการดูแลต่อเนื่องของโรงพยาบาล 8) ติดตามข้อมูลการดูแลต่อเนื่องที่บ้านจากโปรแกรม Smart COC 9) สรุปและวิเคราะห์ข้อมูลการดูแลต่อเนื่องตามเป้าหมายผลลัพธ์ 10) รายงานผลต่อคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพของโรงพยาบาลการประเมินความเหมาะสมของแนวทางการดูแลต่อเนื่องเหมาะสมมากที่สุด ($\bar{X} = 4.79, S.D = 0.22$) แนวทางการดูแลต่อเนื่องสอดคล้องกับนโยบายการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะพึ่งพิงมากที่สุด ($\bar{X} = 4.88, S.D = 0.50$)

คำสำคัญ: การพัฒนา แนวทางการดูแลต่อเนื่อง ผู้ป่วยที่มีภาวะพึ่งพิง

Abstract

This action research aimed to develop a continuing care model for dependent patients. The research divided into two phases. Participants' developmental stages were obtained by purposive sampling were 10 dependent patients and caregivers, 17 health personals, and 3 health volunteers, Data were collected through group discussion and in-depth interviews, and were analyzed by content analysis. The evaluation period for the appropriateness of the continuation of care. The participants were selected by purposive sampling who were 25 specialists involved in continuing care. The instrument was the 5 rating scale with 0.87 CVI of validity, Cronbach's alpha confidence of 0.81. Data analyzed by mean and standard deviation.

*ผู้ให้การติดต่อ (Corresponding author) Email: yingtiwtiww@gmail.com

The results showed that Guidelines for a continuation of care for dependent patients from the hospital to home consist of 1) assessment of the needs of patients and caregivers. By using the framework for the discharge plan by DMETHOD 2) Recording information in the Home Care Program 3) Assessing the readiness of patients and caregivers. 4) prepare knowledge, and prepare the necessary equipment 5) Coordinate a multidisciplinary team for practice caring skills as needed. 6) Continuous care plan 7) Record data in the Smart COC program which is the hospital network continuing care 8) Follow up on continuous care at home from the Smart COC program 9) Summarize and analyze continuous care data according to the goals. 10) Report the performance to the hospital quality development committee. The evaluation of the appropriateness of the continuous care guideline was appropriate at a high level. ($\bar{X}$ = 4.79 ,SD=0.22). Continuing care guidelines are highly consistent with the healthcare of dependent patients policies. ($\bar{X}$ = 4.88,SD=0.50)

Keywords : Development , Continuing Care Guidelines, Dependent patients

บทนำ

การปฏิรูประบบสุขภาพของประเทศไทยเน้นการส่งเสริมสุขภาพเชิงรุกและการพัฒนาศักยภาพให้แก่บุคคล ครอบครัว ชุมชน ให้สามารถดูแลตนเองได้ จะสามารถลดภาระค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ สถานการณ์การบริการสุขภาพของประเทศไทยในปัจจุบันพบอัตราผู้ป่วยที่นอนในโรงพยาบาลด้วยโรคไม่ติดต่อมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องทุกปี¹จึงเป็นที่มาของการพัฒนาระบบการดูแลต่อเนื่องผู้ป่วยที่บ้านซึ่งเป็นกลยุทธ์สำคัญที่จะช่วยลดภาระงานและค่าใช้จ่ายในภาพรวมลดลง การดูแลต่อเนื่องเป็นแนวคิดที่กว้างมีนิยามที่หลากหลายเปลี่ยนแปลงไปตามกาลเวลาและบริบทจากการทบทวนงานวิจัยทางสุขภาพเกี่ยวกับแนวคิดการดูแลต่อเนื่องและแนวคิดที่เกี่ยวข้อง^{3,4} แนวคิดการดูแลต่อเนื่องปรากฏครั้งแรกค.ศ. 1950 ความหมายการดูแลต่อเนื่องคือการดูแลที่มีการประสานความร่วมมือกันระหว่างสหสาขาวิชาชีพ⁵ โดยมีการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพมีความยืดหยุ่นและปรับตามความต้องการของผู้ป่วยแต่ละคน⁶ มีการวางแผนจำหน่ายร่วมกับผู้ป่วยและครอบครัวมีจุดมุ่งหมายเพื่อส่งเสริมสุขภาพ การดำรงรักษาสุขภาพและคงสถานะสุขภาพที่ดีหรือในระดับที่สามารถซึ่งในผู้ป่วยกลุ่มที่มีภาวะพึ่งพิงหรือที่เรียกว่าผู้ป่วยกลุ่มติดเตียงญาติผู้ป่วยจำเป็นต้องมีทักษะการจัดการทั้งด้านการดูแลสุขภาพ ข้อมูล และอุปกรณ์การแพทย์ ซึ่งหากไม่มีแนวทางการจัดบริการต่อเนื่องเหมาะสมจะส่งผลกระทบต่อสุขภาพของผู้ป่วยจากการทบทวนสถานการณ์ร่วมกันพบข้อจำกัดคือผู้ป่วยมีปัญหาซับซ้อนมากขึ้น มีการใช้อุปกรณ์การแพทย์ที่จำเป็นที่บ้านมากขึ้น

ข้อมูลจากรายงานการดำเนินงานผู้ป่วยในของโรงพยาบาลค่ายประจักษ์ศิลปาคมที่ผ่านมาพบว่าในปี 2562-2563 มีผู้ป่วยที่มีภาวะพึ่งพิงเพิ่มมากขึ้นเรื่อยๆ คือจำนวนร้อยละ 14.2 และ 16.4 ตามลำดับ และพบว่าในจำนวนนี้มีผู้ป่วยกลับมารักษาซ้ำจากการเกิดภาวะแทรกซ้อนคิดเป็นร้อยละ 20.7, 20.4 โดยในรายที่กลับมารักษาซ้ำจะเป็นลักษณะที่ไม่ได้วางแผน คิดเป็นร้อยละ 31.8, 28.1 ในปัจจุบันโรงพยาบาลค่ายประจักษ์ศิลปาคมยังไม่มีแนวปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยที่ต้องดูแลต่อเนื่องที่บ้านของโรงพยาบาลที่ชัดเจนเป็นรูปธรรม ที่จะนำไปสู่การปฏิบัติได้จริงส่งผลให้มีผู้ป่วยมีภาวะแทรกซ้อนและได้กลับมานอนโรงพยาบาลด้วยอาการที่รุนแรงเพิ่มมากขึ้นทุกปี จากการทบทวนความรู้ที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนารูปแบบการดูแลต่อเนื่องมีขั้นตอนคือ 1) การสร้างการมีส่วนร่วมโดยแบ่งปันความรับผิดชอบการดูแลผู้ป่วยร่วมกันระหว่างพยาบาลและครอบครัว^{3,7} 2) การจัดบริการดูแลสุขภาพที่บ้านเพื่อเอื้อให้ผู้ป่วยและครอบครัวสามารถดูแลตนเองได้ 3) การนำเทคโนโลยีสารสนเทศมาใช้เพื่อส่งต่อข้อมูล 4) การพัฒนารูปแบบบริการสุขภาพโดยประยุกต์ใช้การวิจัยเชิงปฏิบัติการกับผู้ป่วยหลายกลุ่มโรคและกลุ่มวัย^{8,9} ดังนั้นการศึกษานี้จึงนำแนวคิดการวิจัยเชิงปฏิบัติการมาประยุกต์ใช้เพื่อพัฒนารูปแบบดังกล่าว โดยมุ่งเน้นการมีส่วนร่วมของผู้เกี่ยวข้อง ได้แก่ ผู้ดูแลและครอบครัว ทำหน้าที่ในการดูแลผู้ป่วย แพทย์ ให้การดูแลรักษา ให้คำปรึกษาและวางแผนดูแลต่อเนื่องร่วมกับญาติ, พยาบาลประจำหอผู้ป่วย/ห้องตรวจโรค วางแผน ประเมินสุขภาพ และให้การดูแลรักษา ร่วมกับครอบครัว ตลอดจนเป็นที่ปรึกษาด้านต่างๆ, พยาบาลเวชปฏิบัติ ลงเยี่ยมบ้านและติดตาม

ความก้าวหน้าในการดูแลสุขภาพที่บ้าน, นักกายภาพบำบัด วางแผนและสอนการดูแลผู้ป่วยเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อน, เกสเซอร์ ให้คำปรึกษา แนะนำผู้ป่วยเรื่องยา นักโภชนาการ ประเมินภาวะโภชนาการ ให้ความรู้ สอนและสาธิตการเตรียมอาหารทางสายยาง, อสม. ติดตามอาการ ให้คำปรึกษา ประสานงานกับบุคลากรทางสุขภาพในรายที่มีปัญหาซับซ้อนเน้นการเปิดพื้นที่รับฟังและเรียนรู้ร่วมกัน ร่วมกันตัดสินใจ วางแผน และให้การดูแลต่อเนื่องในระยะยาว เพื่อให้มีแนวทางการดูแลต่อเนื่องผู้ป่วยที่มีภาวะพึ่งพิงจากโรงพยาบาลถึงบ้าน ของโรงพยาบาลค่ายประจักษ์ศิลปาคมและเพื่อเพิ่มคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยที่มีภาวะพึ่งพิงต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อพัฒนาแนวทางการดูแลต่อเนื่องผู้ป่วยที่มีภาวะพึ่งพิงจากโรงพยาบาลถึงบ้าน ของโรงพยาบาลค่ายประจักษ์ศิลปาคม

วิธีการดำเนินการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action research) การศึกษาแบ่งเป็น 2 ระยะคือ 1) การพัฒนาแนวทางการดูแลต่อเนื่องผู้ป่วยที่มีภาวะพึ่งพิงจากโรงพยาบาลถึงบ้าน (ประกอบด้วย การวางแผนการพัฒนา: P และการปฏิบัติการพัฒนา: A) 2) การประเมินแนวทางการดูแลต่อเนื่องผู้ป่วยที่มีภาวะพึ่งพิงจากโรงพยาบาลถึงบ้าน (การสังเกตหมายถึงการประเมินความเหมาะสมและสอดคล้องของแนวทางที่พัฒนาขึ้น: O และการสะท้อนผล: R)

ผู้ร่วมวิจัย การวิจัยระยะนี้เป็นวิจัยเชิงคุณภาพกลุ่มตัวอย่างจะเรียกว่าเป็นผู้ร่วมวิจัย (Participants) ซึ่งเป็นผู้ที่เกี่ยวข้องในการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะพึ่งพิง ซึ่งในวิจัยนี้คัดเลือกแบบเจาะจง

ระยะพัฒนาผู้ร่วมวิจัย ได้มาโดยคัดเลือกแบบเจาะจง เป็นผู้ที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะพึ่งพิง ประกอบด้วย แพทย์เวชปฏิบัติครอบครัวโรงพยาบาลค่ายประจักษ์ศิลปาคม 1 คน เกสเซอร์ 1 คน นักโภชนาการ 1 คน นักกายภาพบำบัด 1 คน นักเทคนิคการแพทย์ 1 คน พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานที่กองผู้ป่วยใน 3 คน พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานที่กองผู้ป่วยนอก 3 คน พยาบาลวิชาชีพกองส่งเสริมสุขภาพ 3 คน พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานที่หน่วยบริการปฐมภูมิ 3 คน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน 3 คน ผู้ดูแลหลักผู้ป่วยที่มีภาวะพึ่งพิง 5 คน ผู้ป่วยที่มีภาวะพึ่งพิง จำนวน 5 คน รวมทั้งสิ้น 30 คน

ระยะการประเมินแนวทาง ผู้ร่วมวิจัยระยะประเมินแนวทางนี้ได้มาโดยการคัดเลือกแบบเจาะจงเป็นผู้ที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะพึ่งพิงโดยไม่ซ้ำคนเดิมในระยะพัฒนาแนวทาง ประกอบด้วย ผู้อำนวยการโรงพยาบาลค่ายประจักษ์ศิลปาคม 1 คน อาจารย์พยาบาลเวชปฏิบัติครอบครัว 1 คน แพทย์เวชปฏิบัติครอบครัว 1 คน เกสเซอร์ 1 คน นักโภชนาการ 1 คน นักกายภาพบำบัด 1 คน นักเทคนิคการแพทย์ 1 คน พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานที่กองผู้ป่วยใน 3 คน พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานที่กองผู้ป่วยนอก 1 คน พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานที่กองส่งเสริมสุขภาพ 1 คน พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานที่หน่วยบริการปฐมภูมิ 1 คน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน 2 คน ผู้ดูแลหลักของผู้ป่วยที่มีภาวะพึ่งพิง 5 คน ผู้ป่วยที่มีภาวะพึ่งพิง 5 คน รวมทั้งสิ้น 25 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. แบบสัมภาษณ์เจาะลึก แบบสนทนากลุ่ม แบบสังเกตแบบมีส่วนร่วมและไม่มีส่วนร่วม กล้อง เครื่องบันทึกเสียง โดยคณะวิจัยมีการตีความและการสะท้อนข้อมูล โดยคณะผู้วิจัยเป็นอาจารย์พยาบาลจบการศึกษาระดับปริญญาเอกและจบปริญญาโทด้านสาธารณสุขศาสตร์และจบปริญญาตรีพยาบาลศาสตร์ มีประสบการณ์ในการวิจัยเชิงคุณภาพเป็นอย่างดี

2. ประเด็นคำถามหลักและคำถามรอง ผู้วิจัยพัฒนามาจากการทบทวนวรรณกรรมแนวคิดทฤษฎีและนโยบายการดูแลต่อเนื่องของโรงพยาบาลและแนวคิดการวางแผนการจำหน่ายผู้ป่วยและได้ใช้เป็นแนวทางการสนทนากลุ่มและการสัมภาษณ์เชิงลึก ประกอบด้วยข้อมูล 4 ส่วนดังนี้ 1) แนวคิดและนโยบายการดูแลต่อเนื่องผู้ป่วยที่มีภาวะพึ่งพิงจากโรงพยาบาลถึงบ้าน 2) เป้าหมายการดูแลต่อเนื่องจากโรงพยาบาลถึงบ้าน 3) ประสิทธิภาพการดูแลต่อเนื่องจากโรงพยาบาลถึงบ้าน 4) แนวทางการดูแลต่อเนื่องที่เหมาะสมกับบริบทของโรงพยาบาลควรเป็นอย่างไร

3. แบบประเมินความเหมาะสมแนวทางการดูแลต่อเนื่องจากโรงพยาบาลถึงบ้าน ลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scales) ตามมาตราแบบวัดของลิเคิร์ต (Likert Scale) มี 5 ระดับโดยกำหนดระดับการให้คะแนน จาก 1 ถึง 5 คะแนน การแปลผลคะแนนที่ได้มากำหนดช่วงคะแนนเฉลี่ยเพื่อใช้ในการแปลความโดยใช้สูตรภาคพื้น¹¹ โดยคะแนนเฉลี่ย 1.00-1.80 หมายถึง

เหมาะสมน้อยที่สุดคะแนนเฉลี่ย 1.81-2.60เหมาะสมน้อยคะแนนเฉลี่ย 2.61-3.40เหมาะสมปานกลางคะแนนเฉลี่ย 3.41-4.20 หมายถึงเหมาะสมมากคะแนนเฉลี่ย 4.21-5.00หมายถึง เหมาะสมมากที่สุด

การสร้างเครื่องมือและคุณภาพของเครื่องมือ

ศึกษาเอกสารทบทวนงานวิจัยที่เกี่ยวข้องเพื่อหาขอบเขตและสาระเกี่ยวกับการดูแลต่อเนื่อง และนำแบบสอบถามไปให้ผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 3 คน เพื่อหาความเที่ยงตรง (Validity) โดยการหาค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหาได้ค่าContent Validity Index(CVI) 0.87 หลังจากนั้นนำไปทดลองใช้กับกลุ่มประชากรที่มีลักษณะคล้ายคลึงกัน (try -out) ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค 0.81

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1.ผู้วิจัยชี้แจงกลุ่มตัวอย่างตามรายละเอียดโครงการขอความยินยอมด้วยสมัครใจและดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยผู้วิจัยได้ประสานงานกับกลุ่มตัวอย่างด้วยตัวเองเพื่อขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูล

2. ดำเนินการเก็บข้อมูลทั้งเชิงคุณภาพและเชิงปริมาณโดยการสัมภาษณ์ตามคำถามที่ออกแบบไว้ ส่วนข้อมูลเชิงคุณภาพมีการจัดบันทึกการสัมภาษณ์ โดยผู้ช่วยนักวิจัย

3. การสนทนากลุ่มเฉพาะ สนทนากลุ่มผู้ร่วมวิจัยที่เป็นผู้ให้บริการ 20 คน โดยแบ่งเป็น 2 กลุ่ม ณ ห้องประชุมในโรงพยาบาลค่ายประจักษ์ศิลปาคม เพื่อแลกเปลี่ยนข้อมูลเกี่ยวกับ 1) แนวคิดและนโยบายการดูแลต่อเนื่องผู้ป่วยที่มีภาวะพึ่งพิงจากโรงพยาบาลถึงบ้าน 2) เป้าหมายการดูแล 3) ประสบการณ์การดูแลต่อเนื่องผู้ป่วยที่มีภาวะพึ่งพิงจากโรงพยาบาลถึงบ้าน 4) แนวทางการดูแลต่อเนื่องผู้ป่วยที่มีภาวะพึ่งพิงจากโรงพยาบาลถึงบ้าน ที่เหมาะสมกับบริบทของโรงพยาบาล

4.สัมภาษณ์เชิงลึกกับผู้ให้ข้อมูลที่เป็นผู้ดูแลหลักของผู้ป่วยที่มีภาวะพึ่งพิง 5 คน ผู้ป่วยที่มีภาวะพึ่งพิง 5 คน ที่แผนกผู้ป่วยในโรงพยาบาลค่ายประจักษ์ศิลปาคม และที่บ้านของผู้ป่วยโดยใช้เวลาในการสัมภาษณ์ ครั้งละประมาณ 30-45 นาทีต่อคน

5.ดำเนินการสนทนากลุ่มอีกครั้งในกลุ่มผู้ให้ข้อมูลที่เป็นผู้ให้บริการภายหลังได้ข้อมูลมาครบถ้วน เพื่อการสรุป สะท้อนข้อมูลและทวนสอบข้อมูลร่วมกันนำข้อมูลที่ได้อภิปรายและสรุปร่างแนวทางการดูแลต่อเนื่องผู้ป่วยที่มีภาวะพึ่งพิงจากโรงพยาบาลถึงบ้านโรงพยาบาลค่ายประจักษ์ศิลปาคม

6.นำแนวทางการดูแลต่อเนื่องผู้ป่วยที่มีภาวะพึ่งพิงจากโรงพยาบาลถึงบ้านโรงพยาบาลค่ายประจักษ์ศิลปาคมให้ผู้ร่วมวิจัยระยะที่สองทำการประเมินความเหมาะสม

การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลเชิงคุณภาพวิเคราะห์เนื้อหา (content analysis) ด้วยการวิเคราะห์แก่นสาระ (Thematic Analysis)¹¹โดยการเปรียบเทียบความเหมือนและแตกต่างกันของข้อมูลแล้วนำมาจัดกลุ่มเป็นหมวดหมู่พร้อมทั้งการจัดลำดับขั้นตอนจัดกลุ่มและความสัมพันธ์ของกิจกรรมและกระบวนการที่เกิดขึ้นข้อมูลเชิงปริมาณวิเคราะห์โดยสถิติพรรณนา ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

ข้อพิจารณาด้านจริยธรรม

โครงการวิจัยนี้ไม่มีความเสี่ยงหรือผลกระทบใดๆต่อผู้เข้าร่วมวิจัยการวิจัยเป็นไปตามรูปแบบของคณะกรรมการจริยธรรมอนุมัติจริยธรรมในการวิจัยจากวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี อุตรดิตถ์ ที่ BCNU REC No.04/2566 (COANo.04/2566)

ผลการวิจัย

1.ข้อมูลการดูแลต่อเนื่องจากโรงพยาบาลถึงบ้านโรงพยาบาลค่ายประจักษ์ศิลปาคม พบว่าปี 2564 มีผู้ป่วยที่มีภาวะพึ่งพิงได้รับการดูแลต่อเนื่องจำนวน 39 ราย คิดเป็น ร้อยละ 84.87 พบว่าโรคที่กลับมารักษาซ้ำเป็นลักษณะที่ไม่ได้วางแผนจำนวน 4 ราย คิดเป็นร้อยละ 8.69 ในปี2565 มีกลุ่มผู้ป่วยที่มีภาวะพึ่งพิงได้รับการดูแลต่อเนื่อง23 รายคิดเป็นร้อยละ 88.46 โดยมีผู้ป่วย Re-admit 2 รายคิดเป็นร้อยละ 7.69 และจากคืนข้อมูลข้างต้นการสัมภาษณ์และสนทนากลุ่มจากผู้ร่วมวิจัยได้สรุปข้อค้นพบประเด็นสถิติการดูแลต่อเนื่องและการกลับมาอนรักษายังขาดการวางแผนที่เป็นระบบไม่เป็นไปตามเป้าหมายนโยบายของหน่วยงานทั้งนี้เนื่องจากยังไม่มีแนวทางในการดูแลต่อเนื่องจากโรงพยาบาลถึงบ้านโรงพยาบาลค่ายประจักษ์ศิลปาคมที่ชัดเจน

2. แนวคิดการดูแลต่อเนื่องผู้ป่วยที่มีภาวะพึ่งพิงจากโรงพยาบาลถึงบ้าน

ผู้ร่วมวิจัยได้ให้ข้อมูลแนวคิดที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนาแนวทางการดูแลต่อเนื่องผู้ป่วยที่มีภาวะพึ่งพิงจากโรงพยาบาลถึงบ้านของโรงพยาบาลค่ายประจักษ์ศิลปาคมดังนี้

1) แนวคิดกระบวนการพยาบาล 5 ขั้นตอน 2)แนวคิดการพยาบาลแบบองค์รวมเป็นการพยาบาลที่มองคนทั้งคน ไม่ว่าจะเป็นด้านร่างกายจิตใจ อารมณ์สังคมและสิ่งแวดล้อม3)แนวคิดการดูแลต่อเนื่องการดูแลต่อเนื่องเป็นการดูแลเพื่อตอบสนองความต้องการด้านสุขภาพของบุคคลโดยความร่วมมือของสหสาขาวิชาชีพ ไม่ว่าบุคคลจะอยู่ที่ใด4) แนวคิดการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง (Chronic Care Model: CCM) และการสนับสนุนการจัดการตนเองประกอบด้วย การตั้งเป้าหมาย การติดตามตนเอง (Self-Management) การประเมินตนเอง (Self-Evaluation) และการเสริมแรงตนเอง (Self-Reinforcement)

3. กลุ่มเป้าหมายในการดูแลต่อเนื่องผู้ป่วยที่มีภาวะพึ่งพิงจากโรงพยาบาลถึงบ้าน

จากการทำสนทนากลุ่มกำหนดกลุ่มผู้ป่วยที่ต้องดูแล คือผู้ป่วยที่ต้องทำหัตถการต่อเนื่องที่บ้านในระยะยาวเช่นการทำแผล การดูดเสมหะ การใช้ออกซิเจน ผู้ป่วยที่คาสายหรืออุปกรณ์การแพทย์กลับบ้าน เช่น Tracheostomy , Retained Foley 's catheter ,RetainedNG -Tube ,On PCN ผู้ป่วยระยะสุดท้ายต้องการการดูแลแบบประคับประคองและหรือเป็นผู้ป่วยกลุ่มต่างๆ ดังนี้

- 1)ผู้ป่วยโรคเรื้อรังผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองรายใหม่
- 2)ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่ Re-admit ภายใน 28 วัน
- 3) ผู้ป่วยเบาหวานมีปัญหาในการควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้,ผู้ป่วยที่ฉีดInsulin
- 4) ผู้ป่วยวัณโรครายใหม่ ผู้ป่วยวัณโรคปอดคื้อยา ,ปฏิบัติตัวไม่ถูกต้องเป็นผู้ป่วยสูงอายุ
- 5) ผู้ป่วยล้างไตทางหน้าท้อง(CAPD) หรือ Hemodialysis
- 6)ผู้ป่วยโรคระยะเรื้อรังต่างๆผู้ป่วยระยะสุดท้ายมีปัญหาการดูแลของสมาชิกในครอบครัว
- 7)ผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมองหรือระบบกระดูกสันหลังที่ช่วยเหลือตนเองได้น้อย ต้องการการฟื้นฟูสภาพต่อเนื่อง หรือมีอุปกรณ์ติด

ตัว เช่น T.T tube, NG- tube for feeding, Foley's catheter

- 8)ผู้ป่วยโรคอื่นที่ติดเตียง และเป็นผู้ป่วยที่มีคะแนน Barthel ADL index ≤ 11 คะแนน

4. เป้าหมายผลลัพธ์ของการดูแลจากโรงพยาบาลถึงบ้านในผู้ป่วยที่มีภาวะพึ่งพิง

จากการสนทนากลุ่มผู้ร่วมวิจัยได้ให้ข้อมูลและสรุปเป้าหมายที่เป็นผลลัพธ์ของการดูแลต่อเนื่องในผู้ป่วยที่มีภาวะพึ่งพิงเพื่อที่จะนำไปสู่การกำหนดนโยบายดังนี้ 1)ผู้ป่วยกลุ่มผู้ป่วยที่มีภาวะพึ่งพิงได้รับการวางแผนจำหน่ายส่งต่อเยี่ยมบ้านร้อยละ 100 2) ผู้ป่วยกลุ่มพึ่งพิงได้รับการดูแลต่อเนื่อง ร้อยละ 100 3) อัตราการ Unplan Re-Admit ภายใน 28 วันด้วยโรคเดิม ไม่เกินร้อยละ10 4) อัตราการเกิดปอดอักเสบจากการสูดสำลัก (Aspirated Pneumonia) ไม่เกินร้อยละ 20 5)อัตราการเกิดปอดอักเสบจากการนอนนาน (Hypostatic Pneumonia)ไม่เกินร้อยละ 20 6) อัตราการเกิดแผลกดทับ (Pressure Sore)ไม่เกินร้อยละ 207) อัตราการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะที่สัมพันธ์กับการนอนติดเตียงไม่เกินร้อยละ20

5.กิจกรรมที่ต้องให้การดูแลต่อเนื่องจากโรงพยาบาลถึงบ้าน

ข้อค้นพบจากการสนทนากลุ่มผู้ร่วมวิจัยได้ให้ข้อมูลและสรุปกิจกรรมที่ต้องให้การดูแลต่อเนื่องจากโรงพยาบาลถึงบ้าน คือ การตรวจร่างกายการตรวจวัดสัญญาณชีพการประเมินการปฏิบัติตัวในการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยได้แก่ด้านการใช้ยาประเมินวิธีการใช้ยาจำนวนยาที่ได้รับประทานถูกต้องเหมาะสมอาการข้างเคียงจากการใช้ยาการปรึกษาเจ้าหน้าที่สาธารณสุขหรือแพทย์เมื่อเกิดอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาการรับประทานอาหารชนิดของอาหารประเภทของอาหารที่สามารถรับประทานได้และอาหารที่ควรหลีกเลี่ยง แนะนำการออกกำลังกายที่เหมาะสมกับสภาพและโรคที่ผู้ป่วยเป็นอยู่การจัดการสิ่งแวดล้อมภายในบ้านและนอกบ้านว่าเหมาะสมกับโรคที่ผู้ป่วยเป็นการให้กำลังใจให้คำปรึกษาแนะนำการปฏิบัติตัวในการดูแลสุขภาพที่เหมาะสมแก่ผู้ป่วยและญาติตามบริบทการส่งเสริมสนับสนุนกระตุ้นสอนและฝึกทักษะให้แก่ผู้ป่วยและญาติผู้ดูแลเช่นถ้ามีแผลกดทับสอนการทำแผลและการพลิกตัวกรณีใส่สายยางให้อาหารทางจมูกมีการสอนการดูแลการให้อาหารทางสายยางและการทำอาหารเหลวการดูแลสายสวนปัสสาวะและการทำความสะอาด

กรณีมีออกซิเจนสอนการดูแลและการใช้ออกซิเจนผู้ป่วยเบาหวานที่ฉีดยาอินซูลินไกสอนการฉีดและฝึกปฏิบัติจนสามารถปฏิบัติได้ถูกต้องและเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยเบาหวานและญาติมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพตนเอง

6. แนวทางการดูแลต่อเนื่องผู้ป่วยที่มีภาวะพึ่งพิงจากโรงพยาบาลถึงบ้านโรงพยาบาลค่ายประจักษ์ศิลปาคมมีขั้นตอนปฏิบัติ ดังนี้

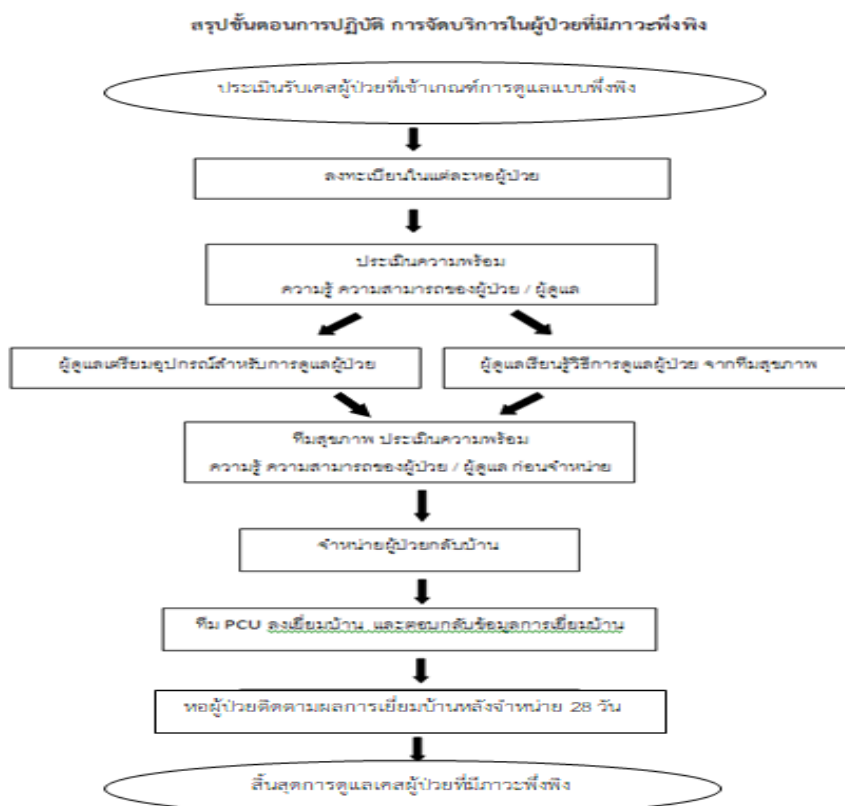
6.1 ระยะในการเริ่มเข้าสู่การเตรียมผู้ป่วยเพื่อการดูแลต่อเนื่องเริ่มหลังจากแพทย์ลงความเห็นผู้ป่วยมีอาการคงที่ มีขั้นตอนปฏิบัติ

1) ประเมินสภาวะสุขภาพของผู้ป่วยที่ควรได้รับการดูแลสุขภาพอย่างต่อเนื่องจากโรงพยาบาลถึงบ้านตามเกณฑ์การคัดเลือกผู้รับบริการที่เข้าเกณฑ์การดูแลสอบถามความต้องการของผู้ป่วย และญาติต่อการได้รับการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน ร่วมกับการใช้แนวคิดการวางแผนการจำหน่าย DMETHOD

2) หน่วยงานลงทะเบียนบันทึกข้อมูลการรับผู้ป่วยเข้า Home care program

6.2 ระยะประเมินความพร้อมของผู้ป่วยและครอบครัวในการดูแลต่อเนื่องที่บ้านคาดการณ์ว่าผู้ป่วยจะจำหน่ายภายใน 1 สัปดาห์ มีขั้นตอน 1) แจ้งผู้ดูแลและครอบครัว เตรียมความรู้ เตรียมวัสดุอุปกรณ์และให้ข้อมูลที่จำเป็น 2) ประสานทีมสหวิชาชีพ ฝึกทักษะ หรือสนับสนุนการดูแล ตามความจำเป็นแต่ละกรณี 3) ประสานผู้ดูแลหลักเข้าร่วมเรียนรู้การ Home care program ตามการประเมิน 4) บันทึกการวางแผนการดูแลต่อเนื่อง ในใบ Home Program และ Discharge Plan 5) ระบบโปรแกรม Smart COC

6.3 ระยะการดูแลและการสรุปและประเมินผลการดูแลต่อเนื่องเป็นไปตามแผนการดูแลเฉพาะรายตามสภาพปัญหาและความจำเป็นมีการติดตามข้อมูลการดูแลต่อเนื่องที่บ้านในระบบโปรแกรม Smart COC โดยสรุปขั้นตอนการปฏิบัติ ได้ดังภาพที่ 1



แผนภาพ 1 แนวทางการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะพึ่งพิงจากโรงพยาบาลถึงบ้านโรงพยาบาลค่ายประจักษ์ศิลปาคม

7. การประเมินความเหมาะสมของแนวทางการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะพึ่งพิงจากโรงพยาบาลถึงบ้าน โรงพยาบาลค่ายประจักษ์ศิลปาคม

การประเมินความเหมาะสมของทางการดูแลต่อผู้ป่วยที่มีภาวะพึ่งพิงจากโรงพยาบาลถึงบ้าน โรงพยาบาลค่ายประจักษ์ศิลปาคมโดยผู้เชี่ยวชาญที่เป็นผู้มีส่วนเกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะพึ่งพิงของโรงพยาบาลจำนวน 25 คน ประเมินเกี่ยวกับความสอดคล้องของนโยบาย แนวคิดที่นำมาใช้ในการกำหนดกลุ่มเป้าหมายในการดูแลต่อเนื่องการกำหนดเป้าหมายของผลลัพธ์การดูแลกิจกรรมในการดูแลต่อเนื่อง การเตรียมความพร้อมก่อนการดูแลการติดตามและประเมินผลรูปแบบการประสานงานการมีประโยชน์และสามารถนำไปปฏิบัติได้จริง ผลวิจัยพบว่าแนวทางมีความเหมาะสมในระดับมากที่สุด ($\bar{X}$ =4.79, SD=0.22) การประเมินทุกด้านมีค่าความเหมาะสมในระดับมากที่สุดเช่นกัน โดยเรียงลำดับสามลำดับแรกคือ กิจกรรมในการดูแลต่อเนื่องที่บ้านเหมาะสมมากที่สุด ($\bar{X}$ =4.90, SD= 0.50) แนวทางสอดคล้องกับนโยบายทางการดูแลต่อเนื่องผู้ป่วยที่มีภาวะพึ่งพิงของหน่วยงานในระดับมากที่สุด($\bar{X}$ = 4.88 ,(SD= 0.50) แนวคิดที่นำมาใช้ในการพัฒนาแนวทางเหมาะสมมากที่สุด($\bar{X}$ =4.88,(SD=0.33) และการติดตามและประเมินผลการรายงานเหมาะสมมากที่สุด($\bar{X}$ =4.84,SD=0.47) ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1แสดงค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานความเหมาะสมของแนวทางการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะพึ่งพิงจากโรงพยาบาลถึงบ้าน โรงพยาบาลค่ายประจักษ์ศิลปาคม (n=25)

หัวข้อการประเมินความเหมาะสม	$\bar{X}$	S.D.	การแปลผล
แนวทางสอดคล้องกับนโยบายหน่วยงาน	4.88	0.50	มากที่สุด
แนวคิดที่นำมาใช้ในการพัฒนาแนวทางเหมาะสม	4.88	0.33	มากที่สุด
การเลือกกลุ่มเป้าหมายมีความเหมาะสม	4.80	0.50	มากที่สุด
การกำหนดเป้าหมายผลลัพธ์ของการดูแลเหมาะสม	4.80	0.33	มากที่สุด
ขั้นตอนในระยะเริ่มต้นมีความเหมาะสม	4.76	0.59	มากที่สุด
ขั้นตอนในระยะเตรียมความพร้อมเหมาะสม	4.80	0.50	มากที่สุด
กิจกรรมในการดูแลต่อเนื่องที่บ้านเหมาะสม	4.90	0.50	มากที่สุด
การติดตามและประเมินผลการรายงานเหมาะสม	4.84	0.47	มากที่สุด
ช่องทางและรูปแบบการประสานงานเหมาะสม	4.80	0.27	มากที่สุด
บุคลากรหรือเจ้าหน้าที่ให้การดูแลต่อเนื่องเหมาะสม	4.62	0.81	มากที่สุด
แนวทางที่พัฒนาขึ้นมีประโยชน์และสามารถใช้ได้จริง	4.64	0.81	มากที่สุด
รวมเฉลี่ย	4.79	0.22	มากที่สุด

สรุปและอภิปรายผล

1.แนวคิดที่นำมาใช้ในการพัฒนาแนวทางการดูแลต่อเนื่องที่บ้านคือแนวคิดกระบวนการพยาบาลและการประเมินติดตามผลลัพธ์ตามเป้าหมายที่ได้กำหนดไว้สอดคล้องกับอรรถนันทน์ หาญยุทธ¹² ที่กล่าวถึงกระบวนการพยาบาลเป็นเครื่องมือที่สำคัญในการปฏิบัติการพยาบาล ประกอบด้วย 5 ขั้นตอน นอกจากนี้ยังนำแนวคิดการดูแลต่อเนื่องมาเป็นแนวทางการพัฒนามีการศึกษาที่มีข้อค้นพบและสรุปว่าการดูแลต่อเนื่องเป็นการร่วมกันสร้างปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วยและครอบครัวกับเครือข่ายผู้ดูแลแบบไม่เป็นทางการผู้ให้การดูแลมีการดูแลต่อเนื่องและจะประสบความสำเร็จได้นั้นขึ้นกับความเข้มแข็งของการเป็นหุ้นส่วนการติดต่อสื่อสารและสัมพันธ์ภาพที่ดี^{13,14,15} และนอกจากนี้จากการศึกษาดังกล่าวยังให้ความสำคัญกับการเข้าถึงบริการและการได้รับการตอบสนองความต้องการที่สำคัญของผู้ป่วยและครอบครัว เพื่อให้เกิดการดูแลอย่างต่อเนื่อง การนำแนวคิดการดูแลโรคเรื้อรังมาใช้ในการพัฒนาแนวทางนี้ยังสอดคล้องกับอาคม รัฐวงษา และ อรสา กงตาล¹⁶ ที่ได้พัฒนาแนวทางการจัดบริการอย่างต่อเนื่องในชุมชนสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดภายใต้การมีส่วนร่วมของผู้ให้บริการ ผู้ป่วยและครอบครัว รวมทั้งชุมชนการศึกษานี้ยังสอดคล้องกับชลกร ทรงศรี¹⁷ ที่พบว่าการจัดบริการสุขภาพที่บ้านจะทำให้ทีมสุขภาพมองเห็นผู้ป่วยอย่างเป็นองค์รวมทำให้ผู้ป่วยและครอบครัวได้ดูแลตนเองตามบริบทและเกิดการมีส่วนร่วมในการจัดการ

สุขภาพตนเองนอกจากนี้ข้อค้นพบยังสอดคล้องและสนับสนุนทิศทางและนโยบายการดูแลผู้ป่วยระยะยาวระบบสาธารณสุขไทยและนโยบายของโรงพยาบาลค่ายประจักษ์ศิลปาคมอีกทั้งเกณฑ์การประเมินสถานบริการของสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล¹⁸

2. แนวทางการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะพึ่งพิงจากโรงพยาบาลถึงบ้าน โรงพยาบาลค่ายประจักษ์ศิลปาคม

2.1 กลุ่มเป้าหมายในการดูแลต่อเนื่องผู้ป่วยที่มีภาวะพึ่งพิงเน้นผู้ป่วยที่มีความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน (ADL) ≤ 11 คะแนน ส่วนเป้าหมายผลลัพธ์คือลดอัตราการกลับมารักษาซ้ำและลดภาวะแทรกซ้อนซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาพบว่าถ้าหากผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่องที่มีคุณภาพจะส่งผลให้ประหยัทรพยากรด้านสุขภาพ ทำให้ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลด้วยภาวะแทรกซ้อนน้อยลงการกลับมารักษาซ้ำลดลงส่งผลให้ผู้ป่วยมีภาวะสุขภาพหรือความพึงพอใจในคุณภาพชีวิตของตนเองมากขึ้นผู้ป่วยมีความผาสุกและภาวะสุขภาพดีขึ้นเนื่องจากความรุนแรงของอาการและการกลับเป็นซ้ำน้อยลง^{19,20,21}

2.2 การจัดการบริการดูแลต่อเนื่องที่บ้านประกอบด้วยให้การดูแลตามสภาพปัญหา การจัดการสิ่งแวดล้อมการให้กำลังใจให้คำปรึกษา การสอนและฝึกทักษะที่จำเป็นให้แก่ผู้ป่วยและญาติผู้ดูแล และเน้นให้ครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแล สอดคล้องกับกระบวนการทัศน์ใหม่ที่เน้นมุมมองการเป็นหุ้นส่วนระหว่างผู้ป่วยและผู้ดูแล การสร้างสัมพันธภาพที่ดีของทีมสุขภาพและผู้ป่วยและการได้รับการตอบสนองความต้องการตามสภาพปัญหาที่สำคัญของผู้ป่วยและครอบครัว^{13,14,15}

2.3 แนวทางในการดูแลต่อเนื่องมีการประเมินผู้ป่วยก่อนจำหน่ายภายใน 1 สัปดาห์ โดยแจ้งผู้ดูแลและครอบครัว เตรียมความพร้อมเตรียมวัสดุอุปกรณ์ เครื่องมือที่จำเป็นสำหรับการดูแล หลังจากนั้นประสานทีมสหวิชาชีพมาฝึกทักษะเพื่อสนับสนุนการดูแลตามความจำเป็นแต่ละรายกรณี การวางแผนดูแลต่อเนื่อง และส่งต่อข้อมูลในระบบโปรแกรม Smart COC โดยการดูแลต่อเนื่องเป็นไปตามแผนการดูแลเฉพาะรายตามสภาพปัญหาและความจำเป็น หลังจากนั้นสรุปข้อมูลตามเป้าหมายผลลัพธ์ทั้งเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ ซึ่งการปฏิบัติตามแนวทางนี้เป็นไปตามทฤษฎีแนวคิดที่นำมาใช้ในการพัฒนาแนวทางการดูแลต่อเนื่อง ซึ่งการดูแลต่อเนื่องให้ความสำคัญในการส่งต่อข้อมูลตามแนวคิดการดูแลต่อเนื่องมาใช้ในการวางแผนจำหน่ายการจัดการรายกรณีและการจัดการให้เข้าถึงบริการสุขภาพและตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัวเป็นการประหยัทรพยากรด้านสุขภาพ

3. การประเมินความเหมาะสมของแนวทางการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะพึ่งพิงจากโรงพยาบาลถึงบ้าน โรงพยาบาลค่ายประจักษ์ศิลปาคมโดยรวมมีความเหมาะสมในระดับมากที่สุดเนื่องจากที่ผ่านมาไม่มีแนวทางการปฏิบัติที่ชัดเจนสอดคล้องกับพิ ศสมัย บุญเลิศและคณะ²² พบว่ารูปแบบการดูแลต่อเนื่องในกลุ่มผู้สูงอายุติดเตียง ช่วยสร้างการมีส่วนร่วมและผลลัพธ์ที่ดีต่อสุขภาพผู้ป่วยมีการเตรียมความพร้อมผู้ป่วยและครอบครัว การวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยและส่งต่อข้อมูลการเยี่ยมบ้านและดำเนินการดูแลอย่างต่อเนื่องเช่นเดียวกับการศึกษาของทัศนีย์ อรรถารส และจุไร อภัยจิรรัตน์²³ พบว่ารูปแบบการดูแลต่อเนื่องในผู้ป่วยเด็กโรคเรื้อรังนั้นสร้างความมั่นใจกับกลุ่มผู้ป่วยครอบครัว และนันทิกานต์ หวังจิและอมรรัตน์ แสงสุวรรณ²⁴ พบว่าหลังได้รับการดูแลจากรูปแบบการดูแลต่อเนื่องผู้ป่วยสูงอายุในภาวะพึ่งพิงตามกระบวนการดูแลต่อเนื่องตั้งแต่การวางแผนจำหน่าย การส่งต่อ และการดูแลสุขภาพที่บ้านพบว่าผู้ป่วยและญาติมีคะแนนพฤติกรรมดูแลสุขภาพที่บ้านในระดับดี

ข้อเสนอแนะ

จากการประเมินความเหมาะสมของแนวทางการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะพึ่งพิงจากโรงพยาบาลถึงบ้าน โรงพยาบาลค่ายประจักษ์ศิลปาคมมีความเหมาะสมในระดับมากที่สุดเนื่องจากที่ผ่านมาไม่มีแนวทางการปฏิบัติที่ชัดเจนและแนวทางยังตอบสนองต่อนโยบายของหน่วยงาน ดังนั้นควรมีการนำแนวทางที่พัฒนาขึ้นนำสู่การประกาศใช้เป็นนโยบายของหน่วยงานอย่างเป็นรูปธรรมและมีการติดตามผลอย่างต่อเนื่องและควรมีการพัฒนาศักยภาพบุคลากรให้สอดคล้องกับแนวทางการดูแลต่อเนื่องเพื่อให้เกิดการนำไปปฏิบัติอย่างมีประสิทธิภาพ และควรมีการวิจัยประเมินผลลัพธ์การใช้แนวทางเพื่อนำไปสู่การพัฒนาให้เป็นแนวปฏิบัติที่ดีต่อไป

เอกสารอ้างอิง

1. นวลชนิษฐ์ ลิขิตลือชา, ทิพย์สุดา ลาภภักดี และพัชรีย์ กลัดจอมพงษ์, บรรณาธิการ. การพยาบาลผู้ป่วยที่บ้าน. โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย: นนทบุรี; 2556.
2. ศรีเพ็ญ สวัสดิมงคล, บรรณาธิการ. รายงานประจำปี 2558. โรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึกในพระบรมราชูปถัมภ์: นนทบุรี; 2559.
3. Uijena A A, Schersa HJ, Schellevisb FG, van den Boscha JHM. How unique is continuity of care? A review of continuity and related concepts. Family Practice 2012; 29:264–271.
4. Waibel S, Henao,D, Aller M, Vargas I, Vázquez M. What do we know about patients’ perceptions of continuity of care? A meta-synthesis of qualitative studies. International Journal for Quality in Health Care 2012; 24(1):39–48
5. Hennen B. K. E. Learning Continuity of Care. Can Fam Physician 1981;27:831-833
- 6.Freeman G, Shepperd S, Robinson I, EhrichK,Richards S. Continuity of Care: Report of a Scoping Exercise Summer 2000 for the SDO Programme of NHS R&D. London: NCCSDO, 2001.
7. พัชราภรณ์ เจนใจวิทย์. การพยาบาลครอบครัวที่มีสมาชิกเจ็บป่วยเรื้อรัง: ตอนที่ 1 แนวคิดการดูแลต่อเนื่อง. วารสารการพยาบาลและสุขภาพ 2017; 40(3):138-147.
- 8.จารุพัทธ์ สุขุมลพิทักษ์, วลัยพร นันทศุภวัฒน์, พร้อมจิตร ห่อนบุญเหิม. การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองชายในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิโดยใช้วิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม.วารสารสมาคมพยาบาลฯ สาขาภาคตะวันออกเฉียงเหนือ 2012; 30(1): 32-38.
- 9.วันเพ็ญ นิคมรักษ์, พัชราภรณ์ เจนใจวิทย์. รายงานการศึกษาการพัฒนาระบบบริการการดูแลต่อเนื่องในครอบครัวที่มีผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง. วารสารพยาบาลศาสตร์และสุขภาพ 2558; 38(1): 108-120.
- 10.ชูใจ คูหารัตนไชย. สถิติเบื้องต้น (Introduction to Statistics). ภาควิชาสถิติประยุกต์.มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีมหานคร: กรุงเทพมหานคร; 2546.
- 11.ศิริพร จิรวรรณกุล.การวิจัยเชิงคุณภาพทางการพยาบาล : ระเบียบวิธีวิจัยและกรณีศึกษา. โรงพิมพ์บริษัทวิทยพัฒนา: กรุงเทพมหานคร; 2555.
- 12.อรนนท์ หาญยุทธ. กระบวนการพยาบาลและการนำไปใช้ Nursing Process and Implications. วารสารพยาบาล 2557; 15(3); 137-143.
13. Parker, G, Corden A, Heaton J. Synthesis and Conceptual Analysis of the SDO’s Programme’s Research on Continuity of Care, National Institute for Health Research Evaluations, Southampton, Trials and Studies Coordinating Centre;2010.
- 14.Parker G, Corden A, Heaton J. Experiences of and influences on continuity of care for service users and carers: synthesis of evidence from a research programme. Health Soc Care Community 2011; 19(6):576-601.
- 15.Heaton J, Corden A, Parker G. Continuity of care: a critical interpretive synthesis of how the concept was elaborated a national research programme. Int J Integr Care 2012;12: 1-9.
- 16.อาคม รัฐวงษา และอรสา กงตาล. การพัฒนาแนวทางการจัดบริการอย่างต่อเนื่องในชุมชนสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองของโรงพยาบาลโกสุมพิสัยและเครือข่าย. รายงานการศึกษาระดับปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต. มหาวิทยาลัยขอนแก่น: ขอนแก่น; 2555.
- 17.ชลกร ทรงศรี. รูปแบบการดูแลสุขภาพที่บ้านของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลแมนนเมืองอุดรธานี. วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ 2556; 32(3 : 155 -162.
- 18.โรงพยาบาลค่ายประจักษ์ศิลปาคม.ระเบียบปฏิบัติ(Procedure) : PR – NUR – 003 เรื่อง: การเตรียมจำหน่ายและดูแลต่อเนื่อง. (เอกสารอัดสำเนา)อุดรธานี;2564.

19. Hussey PS, Schneider EC, Rudin RS, Fox DS, Lai J, Pollack CE. Continuity and the costs of care for chronic disease. *JAMA Intern Med* 2014; 174(5):742–8.
20. Eva H. DuGoff, corresponding author, Karen Bandeen-Roche, and Gerard F. Anderson. Relationship between continuity of care and adverse outcomes varies by number of chronic conditions among older adults with diabetes. *J Comorbidity*. 2016; 6(2): 65–72.
21. Sveréus S, Larsson K, Rehnberg C. Clinic continuity of care, clinical outcomes and direct costs for COPD in Sweden: a population based cohort study. *Eur Clin Respir J*. 2017;4(1):1290193. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC28326179/>
22. พิศสมัย บุญเลิศ, เทิดศักดิ์ พรหมอารักษ์, และศุภวดี แถวเพี้ย. การพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพอย่างต่อเนื่องสำหรับผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านติดเตียงในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านดงมันตำบลสิงห์โคกอำเภอกะทู้จังหวัดภูเก็ต. *วารสารสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 7 ขอนแก่น* 2559; 23(2): 79-87.
23. ทศนีย์ อรรถารส, และจุไร อภัยจิรรัตน์. รูปแบบการดูแลต่อเนื่องในเด็กที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรัง. *วารสารสภาการพยาบาล* 2554; 26 (ฉบับพิเศษ), 112-125.
24. นันทิกานต์ หวังจิ, อมรรัตน์ แสงสุวรรณ. การพัฒนารูปแบบการดูแลต่อเนื่องสำหรับผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง. *วารสารอนามัยสิ่งแวดล้อมและสุขภาพชุมชน* 2563; 5 (3): 40-46.

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019

ของผู้สูงอายุตำบลบ้านโพธิ์ อำเภอพนมพิสัย จังหวัดหนองคาย

Factors Associated with Older person Behaviors in Prevention

of Coronavirus Disease 2019, Ban Pho ,Phon Phisai District, Nong Khai Province.

ไพจิตร ศิริมงคล ส.บ.¹ ไพจิต ผาตะเนตร ส.บ.²

Received: 6 March 2023

Revised: 28 April 2023

Accepted: 29 April 2023

Praijit Sirimongkol B.P.H.¹, Paijit Phatanetr B.P.H.²^{1,2} สำนักงานสาธารณสุขอำเภอพนมพิสัย จังหวัดหนองคาย ^{1,2} Phonphisai District Public Health Office

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงพรรณนามีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยการรับรู้ภาวะสุขภาพ และปัจจัยความต้องการการสนับสนุนบริการด้านสุขภาพ กับพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของผู้สูงอายุ ตำบลบ้านโพธิ์ อำเภอพนมพิสัย จังหวัดหนองคาย จำนวน 286 คน เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลคือแบบสอบถาม จำนวน 4 ชุด ผ่านการหาความตรงเชิงเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ 3 คน และหาค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือโดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาคได้ค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามปัจจัยการรับรู้ภาวะสุขภาพ เท่ากับ 0.86 แบบสอบถามปัจจัยความต้องการสนับสนุนบริการด้านสุขภาพเท่ากับ 0.78 แบบสอบถามพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 เท่ากับ 0.89 วิเคราะห์โดยใช้สถิติพรรณนา และทดสอบความสัมพันธ์โดยใช้สถิติค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน

ผลการวิจัย พบว่า ปัจจัยการรับรู้ภาวะสุขภาพอยู่ในระดับสูง ค่าเฉลี่ย 2.76 ($\bar{X}=2.76$, S.D.=0.09) ปัจจัยความต้องการการสนับสนุนบริการด้านสุขภาพ อยู่ในระดับสูง ค่าเฉลี่ย 2.65 ($\bar{X}=2.65$, S.D.=0.29) และพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของผู้สูงอายุ อยู่ในระดับสูง ค่าเฉลี่ย 2.82 ($\bar{X}=2.82$, S.D. =0.09) สำหรับปัจจัยการรับรู้ภาวะสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของผู้สูงอายุ ($r=0.10$, $p<0.05$) ส่วนปัจจัยความต้องการการสนับสนุนบริการด้านสุขภาพไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของผู้สูงอายุ

คำสำคัญ: ผู้สูงอายุ, ปัจจัยการรับรู้ภาวะสุขภาพ, ปัจจัยความต้องการการสนับสนุนบริการด้านสุขภาพ, พฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019

Abstracts

This descriptive research aimed to study the elderly's information regarding the factors associated with health status perceptions, factors associated with health needs, and preventive health behaviors against coronavirus 2019 (COVID-19). It also aimed to identify the relationship between factors associated with health status perceptions and factors associated with health needs, and preventive behaviors against COVID-19 among 286 elderly living in Ban Pho, Nong Khai Province. The collecting tools were four questionnaires including demographic data, factors related to health status perceptions and factors associated with health needs, and preventive behaviors against COVID-19. All questionnaires were proved by three experts and met Cronbach's alpha coefficient as follows: health status perceptions; health needs; and preventive behaviors against COVID-19 with scores of 0.86, 0.78, and

*ผู้ให้การติดต่อ (Corresponding author) Email: phircitr7@gmail.com

0.89, prospectively. Data were analyzed using descriptive and inferential statistics - Pearson's Product-Moment correlation coefficient.

The results revealed high levels of average scores in all factors as follows: health status perceptions with a score of 2.76 ($X=2.76$, $S.D.=0.09$), health needs with a score of 2.65 ($X=2.65$, $S.D.=0.29$), and preventive behaviors against COVID-19 with a score of 2.82 ($X=2.82$, $S.D.=0.09$). In terms of the relationship between studied factors, it appeared that the factors associated with health status perceptions and preventive behaviors against COVID-19 indicated a statistically significant level ($r=0.10$, $p<0.05$). In contrast, the relationship between factors associated with the participants' health needs and their preventive behaviors against COVID-19 displayed no correlation.

Keywords: the elderly, factors associated with health status perceptions, factors associated with health needs, factors associated with preventive health behaviors, COVID-19

บทนำ

โรคติดต่ออุบัติใหม่เริ่มมีการระบาดจากเมืองอู่ฮั่น ในประเทศจีน ที่ลุกลามขยายการระบาดไปทั่วโลกในขณะนี้ หรือโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID -19) โดยเชื่อที่เป็นสาเหตุคือ เชื้อไวรัสโคโรนาที่สามารถติดต่อเข้าสู่คน ผ่านทางการไอ จาม สัมผัสโดยตรง กับสารคัดหลั่ง จากการศึกษาการติดเชื้อจากไวรัส พบว่า คนติดเชื้อคนหนึ่งจะสามารถแพร่เชื้อไปให้คนอื่นได้ถึง 6 คน¹ โดยองค์การอนามัยโลกได้ประกาศให้การระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 เป็นภาวะฉุกเฉินด้านสาธารณสุขระหว่างประเทศ² กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข ได้ประกาศให้โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 เป็นโรคติดต่ออันตรายในลำดับโรคที่ 14³ ปัจจุบันจากการติดตามสถานการณ์ผู้ติดเชื้อโควิด 19 ทั่วโลก จำนวน 11,244,199 ราย เฉลี่ยพบผู้ติดเชื้อวันละ 1,874,033 โดยจำนวนผู้ติดเชื้อทั่วโลกเพิ่มขึ้นอย่างเห็นได้ชัด ในประเทศไทยมีจำนวน ผู้ติดเชื้อสะสม 2,245,250 คน เสียชีวิตสะสม 2,1780 คน คิดเป็นร้อยละ 0.97 จำนวนผู้ติดเชื้อในประเทศไทยในช่วง 1-7 มกราคม 2565 พบ 24,926 ราย เสียชีวิต 108 ราย อายุเฉลี่ย 33 ปี ต่ำสุด 7 วัน สูงสุด 102 ปี สถิติชาติที่พบผู้ติดเชื้อสูงสุด 5 อันดับแรก ได้แก่ ไทย พม่า อังกฤษ อเมริกา และกัมพูชา จำนวน 19,411, 201, 193, 134 และ 122 ราย ตามลำดับ⁴ จากข้อมูลของกรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข ระบุว่าสถานการณ์โรคโควิด-19 ประเทศไทยยังมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นและมีผู้เสียชีวิตเฉลี่ยยังเพิ่มสูง โดยผู้เสียชีวิตทุกรายยังอยู่ในกลุ่ม 608 จากรายงานสถานการณ์โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ฉบับที่ 730 วันที่ 2 มกราคม 2565 พบว่าจากลักษณะของผู้ป่วยเสียชีวิต รวม 21,720 ราย อัตราป่วยตายตามกลุ่มอายุจะเห็นว่า ในกลุ่มผู้สูงอายุยังมีอัตราป่วยตายสูงกว่ากลุ่มอื่นๆ มีรายงานสถานการณ์พบว่าผู้สูงอายุที่มีอายุมากกว่า 60 ปี จะมีความเสี่ยงที่จะติดเชื้อไวรัสโควิด-19 ได้ง่ายมากกว่าคนในวัยอื่นๆ เนื่องจากระบบภูมิคุ้มกันโรคที่ต่ำลงตามวัย สอดคล้องกับรายงานข้อมูลตั้งแต่วันที่ 1 มกราคม-24 กุมภาพันธ์ 2565 พบการติดเชื้อมากขึ้นในกลุ่มวัยทำงานและผู้สูงอายุ และพบว่าเมื่อเกิดการระบาดในครัวเรือน ชุมชนจะทำให้ผู้สูงอายุติดเชื้อเพิ่มขึ้น อัตราป่วยตายเมื่อติดเชื้อจะสูงโดยเฉพาะผู้สูงอายุ 70 ปีขึ้นไป หากติดเชื้อมีโอกาสเสียชีวิตเกือบ 3% ถ้าอายุ 60-69 ปี มีโอกาสเสียชีวิต 0.6% รองลงมาอายุ 50-59 ปี ที่มีโรคประจำตัวจะมีโอกาสเสียชีวิต 0.2% และพบว่าผู้ติดเชื้อที่เป็นผู้สูงอายุจะเสียชีวิตมากกว่าวัยอื่นหลายเท่า โดยจากรายงาน ผู้ติดเชื้อและเสียชีวิตสรุปข้อมูลการเสียชีวิตวันที่ 1 มกราคม-28 กุมภาพันธ์ 2565 มีผู้สูงอายุเสียชีวิต 928 ราย โดยส่วนใหญ่อายุมากกว่า 60 ปี คิดเป็น 75% ของผู้เสียชีวิตทั้งหมด⁵ นอกจากนี้ยังพบว่าการระบาดและความรุนแรงของโรคติดเชื้อ มีปัจจัยที่เกี่ยวข้องอย่างน้อยสามปัจจัย คือตัวเชื้อโรค พฤติกรรม และระบบของสังคม⁶ ดังนั้นพฤติกรรมป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 จึงเป็นปัจจัยที่สำคัญในการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019

จังหวัดหนองคายมีประชากรผู้สูงอายุ จำนวน 79,275 คน คิดเป็นร้อยละ 18.20 เป็นกลุ่มติดสังคมร้อยละ 95.6 เป็นผู้สูงอายุติดบ้านร้อยละ 3.7 ติดเตียงร้อยละ 0.7 และอำเภอโพนพิสัยมีประชากรตามข้อมูลฐาน Health data center (HDC) ณ วันที่ 31 ธันวาคม 2565 มีทั้งหมดจำนวน 76,814 คน และมีผู้สูงอายุจำนวน 13,630 คน คิดเป็นร้อยละ 17.74 จากการศึกษาสถานการณ์ผู้สูงอายุไทยที่ผ่านมาพบว่า ผู้สูงอายุยังมีปัญหาเรื่องสุขภาพโดยมีผู้สูงอายุร้อยละ 21.8 ประเมินว่าตนเองสุขภาพไม่ดีทั้งในด้านร่างกาย

และด้านจิตใจ ผู้สูงอายุบางคนหนึ่งมีรายได้ไม่เพียงพอต่อการเลี้ยงชีพ และมีสุขภาพอยู่ในระดับปานกลางถึงไม่ดีมากอาจส่งผลต่อการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุลดลงได้⁷ ความสามารถในการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุขึ้นอยู่กับหลายปัจจัยประกอบด้วยปัจจัยทางชีวภาพ จิตใจ และพฤติกรรมเป็นสิ่งที่ส่งผลโดยตรงต่อสุขภาพบุคคลทั้งทางบวกและทางลบ⁸ ความสามารถในการดูแลสุขภาพตนเองมีความเกี่ยวข้องกับการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพที่มีผลต่อการป้องกันโรคและภาวะสุขภาพ สอดคล้องกับทฤษฎีการเรียนรู้ทางสังคมที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมสุขภาพของแบนดูล่า⁹ ที่ได้สรุปไว้ว่าเมื่อบุคคลมีทักษะที่จะปฏิบัติอย่างเหมาะสมและมีกำลังใจเพียงพอ ความคาดหวังในความสามารถจึงเป็นสิ่งสำคัญหรือตัดสินว่าบุคคลจะเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพและปฏิบัติตัวตามคำแนะนำอย่างต่อเนื่อง ประกอบด้วยประสบการณ์ที่ประสบความสำเร็จ การได้รับประสบการณ์จากตัวแบบ การชักจูงโดยใช้คำพูดและการกระตุ้นทางอารมณ์ การประยุกต์ทฤษฎีความสามารถของตนเองในด้านสุขภาพจะช่วยให้บุคคลประสบความสำเร็จในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพ โดยเฉพาะในสถานการณ์ที่เกิดขึ้นใหม่และมีการพัฒนาอย่างรวดเร็ว ทั่วโลก ดังเช่นวิกฤติการแพร่ระบาดของโรคโควิด-19¹⁰ และผู้สูงอายุซึ่งถือว่าเป็นกลุ่มเสี่ยงหากมีการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) จะมีความรุนแรงและอัตราการเสียชีวิตสูงกว่ากลุ่มอื่น ผู้สูงอายุจำเป็นต้องมีความรู้และพฤติกรรมในการป้องกันตัวเองที่เหมาะสม พฤติกรรมการปฏิบัติอย่างต่อเนื่องและยั่งยืนนั้น บุคคลจะต้องมีพฤติกรรมในการป้องกันโรคที่ถูกต้อง มีความรู้และความเข้าใจและรู้จักที่จะป้องกันตนเองมิให้เกิดโรค¹¹

จากการทบทวนวรรณกรรมยังไม่พบงานวิจัยที่ศึกษาเกี่ยวกับการรับรู้ภาวะสุขภาพกับพฤติกรรมในการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของผู้สูงอายุ ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาเนื่องจาก โรเซนสต็อก, สเตริชเชอร์ และเบคเกอร์ (Rosenstock, Strecher & Becker, 1988)¹² ระบุว่า การรับรู้ภาวะสุขภาพของบุคคลมีอิทธิพลต่อการปฏิบัติตัวในการป้องกันโรค กล่าวคือ การที่บุคคลจะมีพฤติกรรมหลีกเลี่ยงจากการเป็นโรคจะต้องมีความเชื่อว่า เขามีโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรค โรคนั้นมีความรุนแรงและมีผลกระทบต่อการดำเนินชีวิต รวมทั้งการปฏิบัตินั้นจะเกิดผลดีในการลดโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคหรือช่วยลดความรุนแรงของโรคได้ การศึกษารุ่นนี้จึงประยุกต์ใช้ทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model) ของ โรเซนสต็อก, สเตริชเชอร์ และเบคเกอร์ (Rosenstock, Strecher, & Becker, 1988) ซึ่งประกอบไปด้วยการรับรู้ภาวะสุขภาพด้านการรับรู้โอกาสเสี่ยงของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ด้านการรับรู้ความรุนแรงของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ด้านการรับรู้อุปสรรคต่อการปฏิบัติตามการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 และด้านการรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 และผู้วิจัยยังเพิ่มตัวแปรอิสระเข้ามาอีกหนึ่งตัวแปรคือ ความต้องการการสนับสนุนบริการด้านสุขภาพ เพื่อให้เข้าใจพฤติกรรมในการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของผู้สูงอายุให้ดียิ่งขึ้น โดยผู้วิจัยมุ่งศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมในการดูแลสุขภาพตนเองเพื่อป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของผู้สูงอายุ ตำบลบ้านโพธิ์ อำเภอพนมพิสัย จังหวัดหนองคาย เพื่อใช้เป็นแนวทางในการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของผู้สูงอายุ ในพื้นที่ได้อย่างเหมาะสม ทำให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่ดี และตอบสนองนโยบายของกระทรวงสาธารณสุขต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาปัจจัยการรับรู้ภาวะสุขภาพ ปัจจัยความต้องการการสนับสนุนบริการด้านสุขภาพ และพฤติกรรมในการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของผู้สูงอายุ ตำบลบ้านโพธิ์ อำเภอพนมพิสัย จังหวัดหนองคาย
2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยการรับรู้ภาวะสุขภาพ และปัจจัยความต้องการการสนับสนุนบริการด้านสุขภาพ กับพฤติกรรมในการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของผู้สูงอายุ ตำบลบ้านโพธิ์ อำเภอพนมพิสัย จังหวัดหนองคาย

สมมติฐานการวิจัย

1. ปัจจัยการรับรู้ภาวะสุขภาพ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมในการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของผู้สูงอายุ ตำบลบ้านโพธิ์ อำเภอพนมพิสัย จังหวัดหนองคาย
2. ปัจจัยความต้องการการสนับสนุนบริการด้านสุขภาพ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมในการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของผู้สูงอายุ ตำบลบ้านโพธิ์ อำเภอพนมพิสัย จังหวัดหนองคาย

กรอบแนวคิดการวิจัย

ตัวแปรอิสระ

●ปัจจัยการรับรู้ภาวะสุขภาพ

-ด้านการรับรู้โอกาสเสี่ยงของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019

-ด้านการรับรู้ความรุนแรงของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019

-ด้านการรับรู้อุปสรรคต่อการปฏิบัติตามการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019

-ด้านการรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019

●ปัจจัยความต้องการการสนับสนุนบริการด้านสุขภาพ

พฤติกรรมในการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019

วิธีการดำเนินการวิจัย

การศึกษานี้เป็นการศึกษาเชิงพรรณนาแบบตัดขวาง

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาคือ ผู้สูงอายุที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปี ขึ้นไป อาศัยอยู่ในตำบลบ้านโพธิ์ อำเภอโพธิ์ชัย จังหวัดหนองคาย จำนวน 1,002 คน (ระบบสถิติทางทะเบียน, ข้อมูล ณ วันที่ 1 ตุลาคม 2565)

ขนาดกลุ่มตัวอย่างคำนวณจากสูตรของทาโร ยามาเน (Taro Yamane) ระดับความเชื่อมั่น 95% ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 286 คน เก็บข้อมูลระหว่างวันที่ 1-15 กุมภาพันธ์ 2566

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล เป็นแบบสอบถามจำนวน 4 ชุด ดังนี้

ชุดที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของผู้สูงอายุ จำนวน 4 ข้อ ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา ภาวะการมีโรคประจำตัว

ชุดที่ 2 แบบสอบถามปัจจัยการรับรู้ภาวะสุขภาพ ประกอบด้วย 4 ด้าน ดังนี้ 1) ด้านการรับรู้โอกาสเสี่ยงของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 จำนวน 4 ข้อ 2) ด้านการรับรู้ความรุนแรงของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 จำนวน 3 ข้อ 3) ด้านการรับรู้อุปสรรคต่อการปฏิบัติตามการป้องกันของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 จำนวน 4 ข้อ 4) ด้านการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 จำนวน 7 ข้อ เป็นมาตราส่วนประมาณค่า 3 ระดับ โดยมีเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้ มีความเชื่อมาก 3 คะแนน มีความเชื่อปานกลาง 2 คะแนน มีความเชื่อน้อย 1 คะแนน เกณฑ์การจัดระดับคะแนนการรับรู้ภาวะสุขภาพ แบ่งเป็น 3 ระดับ มีการรับรู้ภาวะสุขภาพระดับสูง คะแนนเฉลี่ย 2.36-3.00 คะแนน มีการรับรู้ภาวะสุขภาพระดับปานกลาง คะแนนเฉลี่ย 1.68 - 2.35 คะแนน มีการรับรู้ภาวะสุขภาพระดับต่ำ คะแนนเฉลี่ย 1.00 - 1.67 คะแนน

ชุดที่ 3 แบบสอบถามปัจจัยความต้องการสนับสนุนบริการด้านสุขภาพ มีจำนวน 10 ข้อ เป็นมาตราส่วนประมาณค่า 3 ระดับ โดยมีเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้ มีความต้องการมาก 3 คะแนน มีความต้องการปานกลาง 2 คะแนน มีความต้องการน้อย 1 คะแนน เกณฑ์การจัดระดับคะแนนความต้องการ ใช้วิธีหาอันตรายภาคขั้นโดยใช้ค่าพิสัย แบ่งเป็น 3 ระดับ มีความต้องการระดับสูง คะแนนเฉลี่ย 2.36-3.00 คะแนน มีความต้องการระดับปานกลาง คะแนนเฉลี่ย 1.68-2.35 คะแนน มีความต้องการระดับต่ำ คะแนนเฉลี่ย 1.00-1.67 คะแนน

ชุดที่ 4 แบบสอบถามพฤติกรรมป้องกันการโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 มีจำนวน 10 ข้อ เป็นมาตราส่วนประมาณค่า 3 ระดับ โดยมีเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้ ปฏิบัติทุกครั้ง 3 คะแนน ปฏิบัติเป็นส่วนใหญ่ 2 คะแนน ปฏิบัติเป็นบางครั้ง 1 คะแนน เกณฑ์การจัดระดับคะแนนพฤติกรรม ใช้วิธีหาอันตรภาคชั้นโดยใช้ค่าพิสัย แบ่งเป็น 3 ระดับ มีพฤติกรรมระดับสูง คะแนนเฉลี่ย 2.36-3.00 คะแนน มีพฤติกรรมระดับปานกลาง คะแนนเฉลี่ย 1.68-2.35 คะแนน มีพฤติกรรมระดับต่ำ คะแนนเฉลี่ย 1.00-1.67 คะแนน

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

นำแบบสอบถามไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 คน ตรวจสอบเพื่อหาความเที่ยงตรง (Validity) โดยการหาค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหาของแบบสอบถามปัจจัยการรับรู้ภาวะสุขภาพ เท่ากับ 0.79 แบบสอบถามปัจจัยความต้องการสนับสนุนบริการด้านสุขภาพ 0.78 แบบสอบถามพฤติกรรมป้องกันการโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 เท่ากับ 0.86 แก้ไขปรับปรุงแบบสอบถามที่ได้กลับมาและนำไปทดลองใช้ (try -out) กับผู้สูงอายุตำบลลูกดงบ อำเภอโพธิ์พิสัย จำนวน 30 คน แล้วนำข้อมูลมาหาค่าความเชื่อมั่น (Reliability) โดยใช้สัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาคได้ค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามปัจจัยการรับรู้ภาวะสุขภาพ เท่ากับ 0.86 แบบสอบถามปัจจัยความต้องการสนับสนุนบริการด้านสุขภาพเท่ากับ 0.78 แบบสอบถามพฤติกรรมป้องกันการโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 เท่ากับ 0.89

การพิทักษ์สิทธิผู้ให้ข้อมูล

งานวิจัยนี้ผ่านการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดหนองคาย เลขที่ COA NO NKPH05 (25 มกราคม 2566- 24 มกราคม 2567) ในการเก็บข้อมูลผู้วิจัยได้ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย วิธีวิจัย ประโยชน์และผลกระทบจากการวิจัย ให้กลุ่มตัวอย่างรับทราบพร้อมให้ลงนามยินยอมตามแบบฟอร์มการยินยอมเข้าร่วมการวิจัย เป็นไปโดยการสมัครใจเข้าร่วมมิได้บังคับ ทั้งนี้ผู้ให้ข้อมูลมีสิทธิที่จะปฏิเสธการให้ข้อมูลและ/หรือการบันทึกภาพและเสียงโดยไม่มีผลกระทบใด ๆ โดยชื่อและที่อยู่ของผู้ที่ให้ข้อมูลจะถูกเก็บไว้เป็นความลับ

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยทำจดหมายขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูลถึงสาธารณสุขอำเภอโพธิ์พิสัย เมื่อได้รับอนุญาตแล้วคณะผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลในตำบลบ้านโพธิ์ ซึ่งเป็นพื้นที่เป้าหมาย โดยใช้แบบสอบถามและเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง จากนั้นตรวจสอบความถูกต้องและความสมบูรณ์ของแบบสอบถามก่อนนำไปวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลส่วนบุคคล ปัจจัยการรับรู้ภาวะสุขภาพ ปัจจัยความต้องการการสนับสนุนบริการด้านสุขภาพ และพฤติกรรมป้องกันการโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของผู้สูงอายุ วิเคราะห์โดยใช้ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และหาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยการรับรู้ภาวะสุขภาพ และปัจจัยความต้องการการสนับสนุนบริการด้านสุขภาพ กับพฤติกรรมป้องกันการโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของผู้สูงอายุ โดยใช้สถิติค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's correlation Coefficient)

ผลการวิจัย

การศึกษาเชิงพรรณนาภาคตัดขวาง ครั้งนี้ได้ทำการรวบรวมข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้สูงอายุในตำบลบ้านโพธิ์ อำเภอโพธิ์พิสัย จังหวัดหนองคาย จำนวน 286 คน นำเสนอข้อมูลตามลำดับ ดังนี้

1. ข้อมูลทั่วไป

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง จำนวน 221 คน คิดเป็นร้อยละ 77.3 และเพศชาย จำนวน 65 คน คิดเป็นร้อยละ 22.7 ส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุระดับต้น อายุ 60-70 ปี จำนวน 245 คน คิดเป็นร้อยละ 85.7 ลำดับรองลงมาเป็นผู้สูงอายุระดับกลาง ผู้มีอายุ 71 ปีขึ้นไป จำนวน 41 คน คิดเป็นร้อยละ 14.3 จบการศึกษาชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น จำนวน 106 คน คิดเป็นร้อยละ 37.1 รองลงมาจบประถมศึกษา 70 คน คิดเป็นร้อยละ 24.5 มัธยมศึกษาตอนปลาย จำนวน 49 คน คิดเป็น ร้อยละ 17.1 ไม่ได้เรียน 36 คน คิดเป็นร้อยละ 12.6 อนุปริญญา จำนวน 16 คน คิดเป็นร้อยละ 5.6 ปริญญาตรี/สูงกว่า จำนวน 9 คน คิดเป็นร้อยละ 3.10 ส่วนใหญ่มีโรคประจำตัว จำนวน 167 คน คิดเป็นร้อยละ 58.4 และไม่มีโรคประจำตัว จำนวน 119 คน คิดเป็นร้อยละ 41.6

ผู้สูงอายุที่มีโรคประจำตัวได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง จำนวน 130 คน คิดเป็นร้อยละ 45.45 โรคเบาหวาน จำนวน 78 คน คิดเป็นร้อยละ 27.27 โรคอื่นๆ จำนวน 24 คน คิดเป็นร้อยละ 8.39 โรคหัวใจและหลอดเลือด จำนวน 3 คน คิดเป็นร้อยละ 1.04 ตามลำดับดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวน ร้อยละของข้อมูลส่วนบุคคล (n=286)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	65	22.70
หญิง	221	77.30
อายุ		
60-70 ปี	245	85.70
71 ปี ขึ้นไป	41	14.30
ระดับการศึกษา		
ไม่ได้รับการศึกษา	36	12.60
ประถมศึกษา/เทียบเท่า	70	24.50
มัธยมศึกษาตอนต้น	106	37.10
มัธยมศึกษาตอนปลาย/เทียบเท่า	49	17.10
อนุปริญญา	16	5.60
ปริญญาตรี/สูงกว่า	9	3.10
ภาวะการมีโรคประจำตัว		
ไม่มี	52	18.20
มี	234	81.80
โรคความดันโลหิตสูง	129	45.10
โรคเบาหวาน	78	27.30
โรคหัวใจและหลอดเลือด	3	1.00
อื่นๆ	24	8.40

2. ปัจจัยการรับรู้ภาวะสุขภาพ

ปัจจัยการรับรู้ภาวะสุขภาพของกลุ่มตัวอย่างภาพรวมอยู่ในระดับสูง ค่าเฉลี่ย 2.76 ($\bar{X}=2.76$, S.D.=0.09) ส่วนด้านการรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 เป็นด้านที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุด 2.83 ($\bar{X}=2.83$, S.D.=0.13) รองลงมาคือด้านการรับรู้โอกาสเสี่ยงของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ($\bar{X}=2.75$, S.D.=0.22) ด้านการรับรู้อุปสรรคต่อการปฏิบัติตามการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ($\bar{X}=2.74$, S.D.=0.25) และด้านการรับรู้ความรุนแรงของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ($\bar{X}=2.61$, S.D.=0.12) ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับคะแนนเฉลี่ยของปัจจัยการรับรู้ภาวะสุขภาพรายด้าน และภาพรวม (n=286)

ปัจจัยการรับรู้ภาวะสุขภาพ	$\bar{X}$	S.D.	ระดับ คะแนนเฉลี่ย
ด้านการรับรู้โอกาสเสี่ยงของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019	2.75	0.22	สูง
1. ท่านเชื่อว่าการเดินทางไปในพื้นที่เสี่ยงทำให้ท่านมีโอกาสติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 เช่น สถานบันเทิง หรือสถานที่ที่มีรายงานคนติดเชื้อ	2.63	0.48	สูง
2. ท่านเชื่อว่าการไม่ใช้หน้ากากอนามัยทำให้ท่านมีความเสี่ยงติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019	2.81	0.39	สูง
3. ท่านเชื่อว่าการใกล้ชิดกับผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ทำให้ท่านเสี่ยงติดเชื้อได้	2.61	0.49	สูง
4. ท่านเชื่อว่าการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ติดต่อทางไอ จาม การสัมผัส	2.93	0.26	สูง
ด้านการรับรู้ความรุนแรงของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019	2.61	0.12	สูง
5. ท่านเชื่อว่าการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ทำให้มีไข้สูง	2.41	0.49	สูง
6. ท่านเชื่อว่าการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ทำให้มีอาการหายใจหอบ เหนื่อย	2.84	0.37	สูง
7. ท่านเชื่อว่าการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ทำให้ระบบหายใจล้มเหลวเฉียบพลัน และเสียชีวิตได้	2.58	0.59	สูง
ด้านการรับรู้อุปสรรคต่อการปฏิบัติตามการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019	2.74	0.25	สูง
8. ท่านเชื่อว่าหน้ากากอนามัยมีราคาแพงและหาซื้อยาก	2.83	0.38	สูง
9. ท่านเชื่อว่าแอลกอฮอล์เจลราคาแพงและหาซื้อยาก	2.57	0.49	สูง
10. ท่านเชื่อว่าการสวมใส่หน้ากากอนามัยทำให้ท่านรู้สึกอึดอัด หายใจไม่สะดวก	2.75	0.43	สูง
11. ท่านเชื่อว่าการเข้าถึงบริการทางการแพทย์ เช่น ราคาค่าตรวจหาเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 เมื่อยังไม่เข้าข่ายมีราคาแพง	2.81	0.39	สูง
ด้านการรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019	2.83	0.13	สูง
12. ท่านเชื่อว่าสื่อโฆษณา/ประชาสัมพันธ์ เช่น โทรทัศน์ วิทยุ Social media ช่วยกระตุ้นให้ท่านเห็นความสำคัญของการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019	2.95	0.22	สูง
13. ท่านเชื่อว่าบุคคลที่อยู่ใกล้ชิด เช่น บุตร หลาน ญาติ มีอิทธิพลต่อการปฏิบัติตนในการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019	2.93	0.26	สูง
14. ท่านเชื่อว่าชุมชนที่ท่านอาศัยอยู่ให้ความสำคัญเกี่ยวกับการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019	2.30	0.46	ปานกลาง
15. ท่านเชื่อว่าการไม่เดินทางไปในพื้นที่เสี่ยงช่วยลดการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019	2.95	0.22	สูง
16. ท่านเชื่อว่าการไม่อยู่ใกล้ชิดกับผู้ติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ทำให้การลดความเสี่ยงได้	2.79	0.41	สูง
17. ท่านเชื่อว่าการล้างมือด้วยน้ำสบู่หรือแอลกอฮอล์เจลบ่อยๆ หลังการสัมผัสสิ่งของต่างๆ ทำให้ลดความเสี่ยงได้	2.93	0.26	สูง

ปัจจัยการรับรู้ภาวะสุขภาพ	$\bar{X}$	S.D.	ระดับ คะแนนเฉลี่ย
18. ท่านเชื่อว่าการใช้หน้ากากอนามัยทุกครั้งเมื่อไปในพื้นที่สาธารณะช่วยลดความเสี่ยงได้	2.98	0.14	สูง
ภาพรวมของปัจจัยการรับรู้ภาวะสุขภาพ	2.76	0.09	สูง

3. ปัจจัยความต้องการการสนับสนุนบริการด้านสุขภาพ

ปัจจัยความต้องการการสนับสนุนบริการด้านสุขภาพในภาพรวมของกลุ่มตัวอย่าง อยู่ในระดับสูง ค่าเฉลี่ย 2.65 ($\bar{X}=2.65$, S.D.=0.29) ส่วนข้อที่มีค่าเฉลี่ย 3.00 ($\bar{X}=3.00$, S.D.=0.00) เท่ากัน มีจำนวน 3 ข้อ คือ ความต้องการการสนับสนุนบริการด้านสุขภาพ หน้ากากอนามัย/แอลกอฮอล์เจล บริการส่งยาที่ท่านประจำมาให้ที่บ้าน และหน่วยบริการสาธารณสุขเคลื่อนที่ในการตรวจเยี่ยม ให้คำแนะนำการปฏิบัติตนเกี่ยวกับการป้องกันโรคแก่ผู้สูงอายุตามบ้าน สำหรับความต้องการระดับต่ำที่สุดคือความต้องการอุปกรณ์สำหรับวัดไข้มีค่าเฉลี่ย 1.83 ($\bar{X}=1.83$, S.D.=0.91) ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับคะแนนเฉลี่ยของปัจจัยความต้องการการสนับสนุนบริการด้านสุขภาพ รายข้อ และภาพรวม (n=286)

ปัจจัยความต้องการการสนับสนุนบริการด้านสุขภาพ	$\bar{X}$	S.D.	ระดับ คะแนนเฉลี่ย
1. ความต้องการเข้าถึงการตรวจคัดกรองโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019	2.59	0.61	สูง
2. หน้ากากอนามัย/แอลกอฮอล์เจล	3.00	0.00	สูง
3. อุปกรณ์สำหรับวัดไข้	1.83	0.91	ปานกลาง
4. การตรวจคัดกรองโดยไม่เสียค่าใช้จ่าย	2.59	0.61	สูง
5. การฉีดพ่นยาฆ่าเชื้อตามชุมชน/น้ำยาฆ่าเชื้อ	2.59	0.61	สูง
6. บริการส่งยาที่ท่านประจำมาให้ที่บ้าน	3.00	0.00	สูง
7. สถานที่ตรวจคัดกรองอยู่ใกล้ชุมชน	2.59	0.61	สูง
8. หน่วยบริการสาธารณสุขเคลื่อนที่ในการตรวจเยี่ยม ให้คำแนะนำการปฏิบัติตนเกี่ยวกับการป้องกันโรคแก่ผู้สูงอายุตามบ้าน	3.00	0.00	สูง
9. ประชาชนทุกคนที่สงสัยตรวจได้โดยไม่ต้องรอสิทธิ	2.65	0.56	สูง
ภาพรวมของปัจจัยความต้องการการสนับสนุนบริการด้านสุขภาพ	2.65	0.29	สูง

4. พฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของผู้สูงอายุ

พฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของผู้สูงอายุในภาพรวม พบว่า ค่าเฉลี่ย 2.82 ($\bar{X}=2.82$, S.D.=0.09) ส่วนรายข้อพบว่า ท่านเลี่ยงการใกล้ชิดกับผู้ป่วยที่มีอาการไข้ ไอ จาม เจ็บคอ มากที่สุดค่าเฉลี่ย 2.99 ($\bar{X}=2.99$, S.D.=0.10) รองลงมาคือ ท่านไม่ใช้ของส่วนตัวร่วมกับผู้อื่น (เช่น ผ้าเช็ดหน้า แก้วน้ำ ผ้าเช็ดตัว) 2.94 ($\bar{X}=2.94$, S.D.=0.23) พฤติกรรมที่มีระดับต่ำสุดคือท่านล้างมือเมื่อมีการจับสิ่งของด้วยสบู่หรือแอลกอฮอล์เจล (Alcohol gel) และใช้เวลาในการฟอกมือนานประมาณ 15- 20 วินาที ค่าเฉลี่ย 2.63 ($\bar{X}=2.63$, S.D.=0.48) ดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับคะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของผู้สูงอายุรายข้อ และภาพรวม (n=286)

พฤติกรรมกำบังกำโรค	$\bar{X}$	S.D.	ระดับ คะแนนเฉลี่ย
1. ทำนล่ำงมือเมื่อมีการจับสิ่งของด้วยสบูหรือแอลกอฮอล์เจล (Alcohol gel) และ ใช้เวลำในการฟอกมือนำนประมาณ 15- 20 วินำที่	2.63	0.48	สูง
2. ทำนสวมใส่หน้ากากอนำมัยเมื่อมีการออกไปพบกำบุคคลอื่น	2.86	0.45	สูง
3. ทำนปิดปาก และจุมทุกคั้งเมื่อไอ หรือจำม ด้วยกระดำชทิชชู หรือข้อพับแขน	2.69	0.46	สูง
4. ทำนเลือกรับประทำนอำหำรที่ร้อน หรือปรุงสุกใหม่ ๆ	2.67	0.47	สูง
5. ทำนหลีกเลี่ยงการเข้ำไปในพื้นที่ที่มีคน หนาแน่น แออัด	2.81	0.39	สูง
6. ทำนรักษำระยะท่ำงกำกผู้อื่นอย่ำงน้อย 1-2 เมตรในขณะที่อยู่นอกเคหะสถำน	2.91	0.28	สูง
7. ทำนหลีกเลี่ยงการสัมผัส ตำ จุมก และปากตนเอง	2.72	0.45	สูง
8. ทำนเลี่ยงการใกล้ชิดกำผู้ป่วยที่มีอำกำรใช้ ไอ จำม เจ็บคอ	2.99	0.10	สูง
9. ทำนใช้ข้องกลางส่วนตัว เมื่อรับประทำน อำหำรร่วมกำผู้อื่น	2.91	0.28	สูง
10. ทำนไม่ใช้ของส่วนตัวร่วมกำผู้อื่น (เช่น ผ้าเช็ดหน้า แก้วน้ำ ผ้าเช็ดตัว)	2.94	0.23	สูง
11. ทำนสังเกตตนเองเมื่อมีอำกำรใช้ ไอ มีน้ำมูก เจ็บคอ จุมกไม่ได้กลืน หำยใจ เหนื่อยหอบ ลิ่น ไม่รับรู้รสชำต	2.93	0.24	สูง
ภำพรหมของพฤติกรรมกำบังกำโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนำ 2019ของผู้สูงอำยุ	2.82	0.09	สูง

5. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยการรับรู้ภาวะสุขภาพ และปัจจัยความต้องการการสนับสนุนบริการด้านสุขภาพ กับพฤติกรรมกำบังกำโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนำ 2019 ของผู้สูงอำยุ ตำบลบ้านโพธิ์ อำเภอนพนพิสัย จังหวัดหนองคำย

พบว่าปัจจัยการรับรู้ภาวะสุขภาพมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมกำบังกำโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนำ 2019 ของผู้สูงอำยุ ในระดับต่ำ ($r=0.10$, $p<0.05$) และปัจจัยความต้องการการสนับสนุนบริการด้านสุขภาพ ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมกำบังกำโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนำ 2019 ของผู้สูงอำยุ ดังตำรำงที่ 5

ตำรำงที่ 5 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยการรับรู้ภาวะสุขภาพ และปัจจัยความต้องการการสนับสนุนบริการด้านสุขภาพ กับพฤติกรรมกำบังกำโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนำ 2019 ของผู้สูงอำยุ ($n=286$)

ปัจจัย	พฤติกรรมกำบังกำโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนำ 2019 ของผู้สูงอำยุ		ระดับความสัมพันธ์
	ค้ำสัมพันธ์สหสัมพันธ์ (r)	p-value	
การรับรู้ภาวะสุขภาพ	0.10	0.04	ต่ำ
ความต้องการสนับสนุนบริการสุขภาพ	-0.02	0.36	ไม่มีความสัมพันธ์

การอภิปรายผล ผลการศึกษาพบว่า

1. ปัจจัยการรับรู้ภาวะสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของผู้สูงอายุ ตำบลบ้านโพธิ์ อำเภอโพธิ์พิสัย จังหวัดหนองคาย ในระดับต่ำ ($r=0.10$, $p<0.05$) ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานที่ตั้งไว้ สามารถอธิบายได้ว่าการรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ซึ่งเป็นด้านที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุด ($\bar{X}=2.83$, $S.D.=0.13$) เป็นความรู้สึก นึกคิด ความเข้าใจและความเชื่อของบุคคลว่าการกระทำจะมีประโยชน์ในการลดโอกาสเสี่ยง อุบัติเหตุ และความรุนแรง ซึ่งมีอิทธิพลต่อการปฏิบัติกิจกรรมที่เฉพาะเจาะจงหรือเป็นการรับรู้ของบุคคลเกี่ยวกับผลดีในการปฏิบัติพฤติกรรมเพื่อลดภาวะคุกคามจากโรคหรือป้องกันโรคของตนเองได้

2. ปัจจัยความต้องการการสนับสนุนบริการด้านสุขภาพ ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัส โคโรนา 2019 ของผู้สูงอายุ ตำบลบ้านโพธิ์ อำเภอโพธิ์พิสัย จังหวัดหนองคาย เนื่องจากพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของผู้สูงอายุ มีคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับสูงทุกข้อซึ่งเป็นพฤติกรรมที่สามารถปฏิบัติได้โดยไม่ต้องใช้อุปกรณ์ที่มีราคาสูง จึงทำให้ความต้องการการสนับสนุนบริการด้านสุขภาพไม่มีความสัมพันธ์ได้ แต่สิ่งที่ผู้สูงอายุต้องการการสนับสนุนบริการด้านสุขภาพ มีจำนวน 3 ข้อ คือ ความต้องการการสนับสนุนบริการด้านสุขภาพหน้าากอนามัย/แอลกอฮอล์เจล บริการส่งยาที่ทานประจำมาให้ที่บ้าน และหน่วยบริการสาธารณสุขเคลื่อนที่ในการตรวจเยี่ยม ให้คำแนะนำการปฏิบัติตนเกี่ยวกับการป้องกันโรคแก่ผู้สูงอายุตามบ้าน ซึ่งมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.00 ($\bar{X}=3.00$, $S.D.=0.00$) สำหรับความต้องการระดับต่ำที่สุดคือความต้องการอุปกรณ์สำหรับวัดไข้มีค่าเฉลี่ย 1.83 ($\bar{X}=1.83$, $S.D.=0.91$) ซึ่งแสดงให้เห็นว่าสิ่งที่ผู้สูงอายุต้องการการสนับสนุนนั้น ไม่ใช่สิ่งของที่ต้องมีราคาที่สูงเสมอไป แต่เป็นในเรื่องที่สถานบริการสามารถให้การสนับสนุนได้ คือความต้องการการสนับสนุนบริการด้านสุขภาพหน้าากอนามัย/แอลกอฮอล์เจล บริการส่งยาที่ทานประจำมาให้ที่บ้าน และหน่วยบริการสาธารณสุขเคลื่อนที่ในการตรวจเยี่ยม ให้คำแนะนำการปฏิบัติตนเกี่ยวกับการป้องกันโรคแก่ผู้สูงอายุตามบ้าน

ข้อเสนอแนะและการนำผลการวิจัยไปใช้

ใช้เป็นข้อมูลพื้นฐาน และเป็นแนวทางในการตรวจเยี่ยม ให้คำแนะนำการปฏิบัติตนเกี่ยวกับการป้องกันโรคแก่ผู้สูงอายุตามบ้าน และใช้ในการวางแผนส่งเสริมการรับรู้ภาวะสุขภาพและสร้างความตระหนักรู้ด้านสุขภาพ และการส่งเสริมพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของผู้สูงอายุที่ถูกต้องต่อไป

เอกสารอ้างอิง

1. ธีระ วรธนารัตน์. โควิด-19 (covid-19): ตอนนี้เราควรทำอะไรบ้าง? สืบค้นเมื่อ 10 ธันวาคม 2564, จาก <https://www.isranews.org/isranews-article/85871-covid.html>
2. World Health Organization. Coronavirus disease 2019 (covid-19) situation report-35.2020a. Retrived 2021,01-23 from <https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019>
3. กระทรวงสาธารณสุข. ประกาศกระทรวงสาธารณสุขเรื่องชื่อและอาการสำคัญของโรคติดต่ออันตราย (ฉบับที่ 3) พ.ศ.2563. ราชกิจจานุเบกษา. 177 (พิเศษ 48 ง). หน้า 1.
4. ทีมตระหนักสถานการณ์ในภาวะฉุกเฉินกรณีโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019. รายงานสถานการณ์โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ฉบับที่ 731 วันที่ 7 มกราคม 2565. ศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉินกรมควบคุมโรค กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. สืบค้นเมื่อ 10 มกราคม 2565 https://ddc.moph.go.th/viralpneumonia/situation_more.php
5. มูลนิธิวิจัยพัฒนาสาธารณสุขไทย. เจาะลึกระบบสุขภาพ. สืบค้นเมื่อ 10 มกราคม 2565 จาก <https://www.hfocus.org/>
6. คำนวณ อึ้งชูศักดิ์, สมศักดิ์ อรรถศิลป์ แนวโน้ม ผลกระทบและการเตรียมรับมือการระบาดรอบที่สองของ COVID-19. วารสารวิชาการสาธารณสุข 2563; 29(4): 765-8.

7. อธิพิณ ดวงจินดา, ปริญดา ศรีธราพิพัฒน์, จันทร์จิรา อินจัน และปารวีร์ มั่นพัก. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ระหว่างความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวันกับระดับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุไทยในบริบทพื้นที่จังหวัดชัยนาท. วารสารวิจัยสุขภาพและการพยาบาล 2562; 35(3): 60-73.
8. อาภาพร เผ่าวัฒนา, สุรินทร์ กลัมปกรณ, สุนีย์ ละก้าป่น และขวัญใจ อำนาจสัตย์เชื้อ. การสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคในชุมชน: การประยุกต์แนวคิดและทฤษฎีสู่การปฏิบัติ. ขอนแก่น: คลังนานาวิทยา; 2561.
9. Bandura, A. Self-efficacy: The exercise of control. New York: W.H. Freeman; 1997.
10. Chatterjee, P., Nagi, N., Agarwal, A., Das, B., Banerjee, S., Sarkar, S., et al. The 2019 novel coronavirus disease (COVID-19) pandemic: A review of the current evidence. Indian Journal of Medical Research. 2020; 151: 147-159.
11. วิจิตรา ดวงขยาย, และเทียนทอง ต๊ะแก้ว. ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้เรื่องโรคไข้เลือดออกกับพฤติกรรม การป้องกันโรคไข้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ตำบล สบง อำเภอกุฉินารายณ์ จังหวัดพะเยา. วารสารบัณฑิตยกุลกลุ่มงานวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี 2557; 431-440.
12. Rosenstock, I. M., Strecher, V. J. & Becker, M. H. Social Learning Theory, and the Health Belief Model. Health Education Quarterly 1988; 15(2): 175-183.

บทบาทพยาบาลส่งเสริมสุขภาพและป้องกัน เพื่อชะลอไตเสื่อมในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3-4

The Role of Nurses in Health Promotion and Prevention for Slowing Progression of Chronic Kidney Disease in Stage 3-4 CKD Patient

ทิพวัลย์ ชีรสิริโรจน์ พย.ม.1.* ละมัด เลิศล้ำ พย.ม.2

Tippawan Teerasiriroj M.N.S 1,* Lamad Lertlum M.N.S 2

Received: 30 July 2022

Revised: 20 November 2023

Accepted: 30 April 2023

1-2 วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสวรรค์ประชารักษ์ นครสวรรค์ สถาบันพระบรมราชชนก

1-2 Boromarajonani College of Nurse Sawanpracharak Nachonsawan Praboromarajchanok Institute

บทคัดย่อ

ปัจจุบันโรคไตเรื้อรังเป็นโรคที่เป็นปัญหาทางด้านสาธารณสุขที่สำคัญ ในประเทศไทยมีผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังมีจำนวนมาก ซึ่งส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยทั้งร่างกาย จิตใจ รวมทั้งสังคมและเศรษฐกิจ จากปัญหาดังกล่าวข้างต้น จึงมีความจำเป็นในการส่งเสริมการดูแลสุขภาพและป้องกันเพื่อชะลอไตเสื่อมในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง โดยเฉพาะผู้ป่วยในระยะที่ 3-4 จะช่วยไม่ให้เข้าสู่ไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ต้องรักษาด้วยการฟอกไต ซึ่งเป็นการรักษาที่มีค่าใช้จ่ายสูง ทิมสุขภาพโดยเฉพาะพยาบาลวิชาชีพจึงมีบทบาทที่สำคัญในการส่งเสริมการดูแลสุขภาพและป้องกันไตเสื่อมในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3-4 โดยการให้คำแนะนำให้ผู้ป่วยปรับเปลี่ยนพฤติกรรม รับการรักษอย่างต่อเนื่อง การใช้ยาอย่างสมเหตุสมผล กำกับติดตามผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ รวมถึงการติดตามอาการและอาการแสดงทางคลินิกที่บ่งบอกถึงการเสื่อมของไต การจัดโปรแกรมให้ความรู้เกี่ยวกับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพให้กับผู้ป่วย การสร้างการรับรู้ตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ และการส่งเสริมสุขภาพเพื่อชะลอไตเสื่อมแก่ผู้ป่วย รวมทั้งเป็นผู้ติดต่อประสานงานในทีมสุขภาพ เพื่อให้การดูแลผู้ป่วยอย่างมีประสิทธิภาพดียิ่งขึ้นและมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

คำสำคัญ : โรคไตเรื้อรัง การส่งเสริมสุขภาพ ชะลอไตเสื่อม

Abstract

Currently, chronic kidney disease is a serious public health problem. There are many chronic kidney disease patients in Thailand. This affects patients both physically, mentally, as well as socially, and the cost of medical care is higher. From the problems mentioned above, it is necessary to promote health care and prevent kidney failure to slow progression in patients with chronic kidney disease. Especially for patients in stage 3-4, it helps prevent them from entering the end stage of chronic kidney disease that requires dialysis treatment which is a costly treatment. The health team, especially professional nurses, therefore plays an important role in promoting health care and preventing kidney progression in patients with chronic kidney disease stage 3-4, by recommending the patient to behavior modification, ongoing treatment, rational drug use, including monitoring of clinical signs and symptoms suggestive of renal impairment and provides a program to educate patients on behavioral health behavior modifications to slow down kidney disease. Creating awareness based on health beliefs model and health promotion to slow progress kidney, as well as being a coordinator in the health team to better provide and more efficient care for patients with chronic kidney disease have a better quality of life.

Keywords: chronic kidney disease, health promotion, slow progression of kidney disease

* ผู้ให้การติดต่อ (Corresponding author) : Email: tippawan@bcnspnw.ac.th

บทนำ

ภาวะไตเสื่อมลงในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังในระยะที่ 3-4 ส่งผลให้ผู้ป่วยเข้าสู่ไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย และเป็นสาเหตุของการเสียชีวิตของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง ซึ่งภาวะไตเสื่อมลงในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังเกิดจากกลไกที่เกี่ยวข้องกับการทำงานของไซโตไคน์ (cytokines) คือ สารที่หลั่งจากเซลล์ต่างๆ ในระบบภูมิคุ้มกันในภาวะที่ถูกกระตุ้นด้วยแอนติเจน (antigen) หรือตอบสนองต่อภาวะการอักเสบ จากการบาดเจ็บของโกลเมอรูลัส (glomerulus) และเกิดพังผืด จากกลไกนี้ส่งผลต่อระบบการไหลเวียนของโลหิตในไต (renal hemodynamics) การทำหน้าที่ของไต (renal function) และการทำงานของท่อหลอดไต (tubular functions)¹ ใต้จะได้รับความเสียหายและหากไตทำงานได้ไม่ดี ของเสียที่เป็นพิษและของเหลวส่วนเกินจะสะสมในร่างกาย และอาจนำไปสู่ความดันโลหิตสูง เกิดโรคหัวใจ โรคหลอดเลือดสมอง และการเสียชีวิต² โดยที่การจัดการโรคไตเรื้อรังและภาวะแทรกซ้อนทำให้มีค่ารักษาพยาบาลสูงขึ้นสำหรับผู้ป่วย³ ดังนั้นโรคไตเรื้อรังจึงเป็นปัญหาที่ทีมสุขภาพโดยเฉพาะพยาบาลวิชาชีพต้องให้การส่งเสริม และป้องกันให้ผู้ป่วยโรคนี้ดูแลสุขภาพตนเองเพื่อการชะลอความเสื่อมของไตจนไปสู่โรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย และเสียชีวิต

เนื้อหา

ปัญหาและความสำคัญ

โรคไตเรื้อรัง (chronic kidney disease: CKD) เป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญทั่วโลก และยังเป็นสาเหตุอันดับที่ 16 ของการสูญเสียชีวิตทั่วโลก⁴ ความชุกของ CKD ทั่วโลกโดยเฉลี่ยประมาณอยู่ที่ 13.4% (11.7-15.1%) และผู้ป่วยโรคไตระยะสุดท้าย (end-stage kidney disease: ESKD) ที่ต้องการการบำบัดทดแทนไตอยู่ระหว่าง 4.902 ถึง 7.083 ล้านคน⁵ ในภาคพื้นเอเชีย พบว่าโรคไตเรื้อรังยังเป็นปัญหาที่สำคัญเช่นกัน ในประเทศญี่ปุ่น พบว่าในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่ไม่ได้นอนรักษาตัวในโรงพยาบาลจำนวน 16,779 ราย และผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่ได้นอนรักษาตัวในโรงพยาบาลจำนวน 68,161 ราย⁶ ในประเทศไทย พบว่าในปีงบประมาณ 2564 ผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย เข้ารับบริการบำบัดทดแทนไต จำนวน 62,138 คน คิดเป็นร้อยละ 97.37 ของเป้าหมายที่ได้รับจัดสรรงบประมาณ 63,815 คน⁷

โรคไตเรื้อรังเกิดจากไตได้รับความเสียหายจากโรคที่เป็นสาเหตุที่หลอดเลือดฝอยหลังโกลเมอรูลัสหดตัวเพื่อคงสภาพการกรองไว้ ทำให้มีการคั่งของน้ำและโซเดียม โดยจะเกิดขึ้นอย่างช้าๆ เป็นระยะเวลานาน ความเสียหายนี้อาจทำให้เกิดของเสียสะสมในร่างกาย และยังสามารถทำให้เกิดปัญหาสุขภาพอื่นๆ⁸ โรคไตเรื้อรัง จะค่อยๆ ลุกลาม และนำไปสู่การสูญเสียหน่วยกรองไต (nephron) ที่ไม่สามารถกลับคืนสภาพเดิมได้ จนเกิดโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้าย และ/หรือทำให้เกิดการเสียชีวิตก่อนวัยอันควร ปัจจัยที่ส่งผลต่อความก้าวหน้าของโรคไตเรื้อรัง ได้แก่ การสูญเสียเซลล์เนื้อเยื่อ การอักเสบของไตเรื้อรัง เกิดพังผืดในไต และความสามารถในการสร้างใหม่ของไตลดลง⁹

ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง (patient with chronic kidney disease) หมายถึง ผู้ป่วยที่มีภาวะไตผิดปกติต่างๆ ติดต่อกันเกิน 3 เดือน ทั้งนี้ผู้ป่วยอาจจะมีอัตราการกรองของไต (glomerular filtration rate: GFR) ผิดปกติหรือไม่ก็ได้ หรือผู้ป่วยที่มี GFR น้อยกว่า 60 มล/นาที/1.73 ตร.ม. ซึ่งสาเหตุของโรคไตเรื้อรัง ได้แก่ โรคไตที่เกิดจากกรรมพันธุ์ โรคหัวใจในทางเดินปัสสาวะ โรคต่อมลูกหมากโต กลุ่มอาการเนโฟรติก โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน ยาแก้ปวด สารพิษบางชนิด โรคติดเชื้อ โรคหัวใจและหลอดเลือด โรคติดเชื้อในระบบปัสสาวะซ้ำ โรคภูมิแพ้ตนเอง และอายุ 60 ปีขึ้นไป¹⁰ ในระยะแรกของโรคผู้ป่วยส่วนใหญ่จะไม่มีอาการผิดปกติ ทำให้มาพบแพทย์ล่าช้าและไม่ได้รับการวินิจฉัยตั้งแต่ระยะแรกของโรค จึงเกิดอาการผิดปกติเมื่อเกิดภาวะแทรกซ้อนเกิดขึ้นในระยะที่โรคดำเนินไปมาก¹¹ ซึ่งในระยะแรกอาจไม่มีอาการชัดเจน จะมีอาการชัดเจนเมื่อเนื้อไตทั้ง 2 ข้างถูกทำลายจนทำหน้าที่ได้น้อยกว่า 5 % ของไตปกติ โดยสังเกตว่ามีปัสสาวะออกมาก และปัสสาวะบ่อยตอนกลางคืน มีอาการอ่อนเพลีย เหนื่อยง่าย เบื่ออาหาร คลื่นไส้ อาเจียน ปวดศีรษะ ผิวน้ำแห้ง และมีสีผิวคล้ำ ค้นตามผิวน้ำ บวม หายใจหอบเหนื่อย¹²

โรคไตเรื้อรังแบ่งออกเป็น 5 ระยะ โดยแบ่งตามระดับอัตราการกรองของไต (estimated glomerular filtration rate: eGFR) คือปริมาณเลือดที่ไหลผ่านตัวกรองของไตในหนึ่งนาที (มล/นาที/1.73 ตร.ม.) ดังนี้¹³

ระยะที่ 1 เป็นระยะที่ไตเริ่มเสื่อม (มีโปรตีนในปัสสาวะ) ค่าการทำงานของไต หรือ ค่า eGFR ปกติ ซึ่งจะอยู่ที่ประมาณ 90 มล/นาที่/1.73 ตร.ม.หรือมากกว่า เรียกว่า ระดับของอัตราการกรอง G1

ระยะที่ 2 ไตเสื่อมลดลงเล็กน้อย ค่าการทำงานของไต หรือ ค่า eGFR ลดลงเล็กน้อย ซึ่งจะอยู่ที่ประมาณ 60-89 มล/นาที่/1.73 ตร.ม. เรียกว่า ระดับของอัตราการกรอง G2

ระยะที่ 3 ไตเสื่อมลดลงเล็กน้อยถึงรุนแรง ค่าการทำงานของไต หรือ ค่า eGFR ลดลงปานกลางซึ่งจะอยู่ที่ประมาณ 30-59 มล/นาที่/1.73 ตร.ม. เรียกว่า ระดับของอัตราการกรอง G3a, G3b

ระยะที่ 3a ไตเสื่อมลดลงเล็กน้อยถึงปานกลาง ค่าการทำงานของไต หรือ ค่า eGFR ลดลงเล็กน้อยถึงปานกลางซึ่งจะอยู่ที่ประมาณ 45-59 มล/นาที่/1.73 ตร.ม. เรียกว่า ระดับของอัตราการกรอง G3a

ระยะที่ 3b ไตเสื่อมลดลงปานกลางถึงรุนแรง ค่าการทำงานของไต หรือ ค่า eGFR ลดลงปานกลางถึงมากซึ่งจะอยู่ที่ประมาณ 30-44 มล/นาที่/1.73 ตร.ม. เรียกว่า ระดับของอัตราการกรอง G3b

ระยะที่ 4 ไตเสื่อมลดลงอย่างรุนแรง ค่าการทำงานของไต หรือ ค่า eGFR ลดลงมาก ซึ่งจะอยู่ที่ประมาณ 15-29 มล/นาที่/1.73 ตร.ม. เรียกว่า ระดับของอัตราการกรอง G4

ระยะที่ 5 ภาวะไตวายระยะสุดท้าย ค่าการทำงานของไต หรือ ค่า eGFR น้อยกว่า 15 มล/นาที่/1.73 ตร.ม. เรียกว่า ระดับของอัตราการกรอง G5

โรคไตเรื้อรังทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ภาวะปอดอักเสบ, เยื่อหุ้มปอดอักเสบ, ปลายประสาทอักเสบ, ภาวะต่อมพาราไทรอยด์ทำงานมากเกินไป, ภาวะไตรกลีเซอไรด์ในเลือดสูง ซึ่งส่งผลให้หัวใจเต้นผิดจังหวะหรือหยุดเต้นได้, ภาวะกระดูกพรุน ภาวะกระดูกอ่อน ซึ่งเสี่ยงต่อการเกิดกระดูกหักได้ง่าย รวมไปถึงภาวะห่อนสมรรถภาพทางเพศในผู้ป่วยเพศชาย และยังเพิ่มความเสี่ยงในการเป็นโรคหัวใจและหลอดเลือด¹⁴ และยังเกิดภาวะแทรกซ้อนที่สำคัญ คือ 1.) ภาวะโลหิตจาง จากการขาดอีริโทรโพอิติน (erythropoietin) ซึ่งฮอร์โมนนี้สร้างจากเนื้อไต และไปออกฤทธิ์กระตุ้นให้ไขกระดูกสร้างเม็ดเลือดแดง ดังนั้นเมื่อเกิดโรคไตเรื้อรัง จึงมีการสร้างฮอร์โมนนี้ลดลง มีผลให้การสร้างเม็ดเลือดแดงที่ไขกระดูกลดลงและเกิดภาวะโลหิตจางตามมา¹⁵ 2.) ภาวะเลือดเป็นกรดจากการเผาผลาญ (metabolic acidosis) ใน CKD ได้รับการวินิจฉัยในผู้ป่วยที่มีความเข้มข้นของไบคาร์บอเนตในเลือดในพลาสมาต่ำกว่า 22 mmol/L เกิดขึ้นประมาณ 20% ของผู้ป่วย CKD ภาวะนี้อาจนำไปสู่ความผิดปกติของระบบและอวัยวะต่าง ๆ รวมถึงความก้าวหน้าของ CKD ในปัจจุบัน¹⁶

การรักษาผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังมีวัตถุประสงค์หลัก คือ รักษาตามสาเหตุ การชะลอการเสื่อมของไต รักษาภาวะแทรกซ้อนต่างๆ และการเตรียมผู้ป่วยเพื่อรับการรักษาบำบัดทดแทนไต¹⁷ ได้แก่ การฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม (Hemodialysis) การล้างช่องท้องด้วยน้ำยา (Continuous Ambulatory Peritoneal Dialysis: CAPD) และการปลูกถ่ายไต (Kidney Transplantation) ซึ่งเป็นการรักษาสุขภาพมูลค่าสูง จากปัญหาดังกล่าวข้างต้นซึ่งส่งผลกระทบต่อทั้งทางร่างกายได้หลายระบบ รวมทั้งจิตใจ และสังคมเศรษฐกิจของประเทศ จึงมีความจำเป็นในส่งเสริมการดูแลสุขภาพเพื่อชะลอไตเสื่อมในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังเพื่อลดผลกระทบต่างๆ และยังช่วยส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดี

ภาวะไตเสื่อมในโรคไตเรื้อรัง

ภาวะไตเสื่อมในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง หมายถึง ภาวะไตได้รับความเสียหายไม่สามารถกรองเลือดได้ และการทำงานของไตลดลงอย่างต่อเนื่องค่าการกรองของไต (estimate glomerular filtration rate: eGFR) ต่ำกว่า 15 มล./นาที่/1.73 m² หรืออัตราการกรองไตในโรคไตเรื้อรังลดลงประมาณ 3-4 มล./นาที่/1.73 m²ต่อปี หรือมากกว่าร้อยละ 25 ในระยะเวลาไม่เกิน 3 เดือน ร่วมกับการเพิ่มขึ้นของการรั่วของอัลบูมินในปัสสาวะ ควรได้รับการประเมินค้นหาสาเหตุที่ทำให้มีการเร่งความเสื่อมของไต¹⁸

จากการศึกษาพบว่า ปัจจัยที่ทำให้โรคไตเรื้อรังมีความเสื่อมหน้าที่ของไตอย่างรวดเร็ว ได้แก่ โรคไตเรื้อรังจากโรคเบาหวาน อายุมากกว่า 60 ปีขึ้นไป, เป็นเพศชาย, การทำงานของไตมีระดับที่ต่ำตั้งแต่เริ่มให้การรักษา, เชื้อชาติเผ่าพันธุ์, ระดับโปรตีนในปัสสาวะสูง, ระดับอัลบูมินในเลือดต่ำ, ความดันโลหิตสูง, การควบคุมน้ำตาลในผู้ป่วยเบาหวาน ภาวะอ้วน และการสูบบุหรี่¹⁹ สารนิโคตินในบุหรี่

ทำให้หลอดเลือดหดตัวส่งผลต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดทำให้อัตราการกรองของไตลดลงส่งผลให้ไตเสื่อม และผู้ที่ดื่มแอลกอฮอล์จะเป็นตัวเร่งให้ร่างกายขับน้ำออกจากร่างกายทำให้ไตทำงานเพิ่มขึ้น²⁰ นอกจากนี้ยังพบว่าสาเหตุของการเสื่อมของไตเพิ่มมากขึ้นเกิดจากการใช้ยาแก้ปวดกลุ่มที่ไม่ใช่สเตียรอยด์ (nonsteroidal anti-inflammatory drug: NSAIDs) เป็นระยะเวลานาน หรือสมุนไพรที่มีการปนเปื้อนของสารพิษ²⁰⁻²¹

การประเมินการดำเนินโรคหรือการเสื่อมของไตในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังจำเป็นต้องใช้การเปลี่ยนแปลงทางห้องปฏิบัติการควบคู่ไปกับอาการและอาการแสดงทางคลินิก เพื่อใช้ในการปรับเปลี่ยน และวางแผนการดูแลรักษาให้ได้แม่นยำมากขึ้น อย่างไรก็ตาม ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการทั้ง GFR และ อัลบูมินในปัสสาวะก็อาจได้รับผลกระทบจากปัจจัยภายนอกและปัจจัยภายในของผู้ป่วย ที่ทำให้เกิดความแปรปรวนของการตรวจแต่ละครั้ง หรือความเบี่ยงไปจากค่าความเป็นจริงได้ ดังนั้น บุคลากรทางวิชาชีพควรพิจารณาผลการตรวจด้วยความระมัดระวังควบคู่ไปกับอาการและอาการแสดงทางคลินิกของผู้ป่วยเสมอ เพื่อลดการสร้างความกังวลแก่ผู้ป่วยเกินจำเป็น รวมทั้งไม่ละเลยต่อการดำเนินโรคและลดการเสื่อมของไตในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง²²

บทบาทของพยาบาลในการป้องกันไตเสื่อมในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง และการส่งเสริมการดูแลสุขภาพเพื่อชะลอไตเสื่อมในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3-4

จากการศึกษาพบว่า ปัจจัยที่มีผลต่อการดำเนินโรคไตเรื้อรัง (progression of CKD) ที่สามารถป้องกันหรือปรับเปลี่ยนได้นั้น ในบทบาทของพยาบาลสามารถช่วยป้องกันหรือปรับเปลี่ยนในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังได้ ได้แก่ ความดันโลหิตสูง (hypertension), เบาหวาน (diabetes), ระดับโปรตีนในปัสสาวะสูง (proteinuria), ระดับไขมันในเลือดสูง (hyperlipidemia), ภาวะหลอดเลือดแข็ง (atherosclerosis), ภาวะอ้วน (obesity), โรคภูมิคุ้มกันต้านตนเอง (autoimmune diseases), โรคนิ่วในไต (renal Calculi) การใช้ยาแก้ปวดกลุ่มที่ไม่ใช่สเตียรอยด์ (NSAIDs) และการสูบบุหรี่ (tobacco abuse)²³ โดยการป้องกันหรือปรับเปลี่ยนพฤติกรรม และส่งเสริมการดูแลสุขภาพเพื่อชะลอไตเสื่อมในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังได้ ดังนี้

ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3

1. แนะนำการควบคุมระดับความดันโลหิตเป็นเป้าหมายที่สำคัญในการชะลอไตเสื่อมในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง ซึ่งค่าเป้าหมายของความดันโลหิตในผู้ป่วยที่ไม่มีโปรตีนหรืออัลบูมินรั่วในปัสสาวะ สมาคมไตนานาชาติ (Kidney Disease Improve Global Outcome: KDIGO) แนะนำที่น้อยกว่า 140/90 มิลลิเมตรปรอท และความดันโลหิตในผู้ป่วยที่มีโปรตีนหรืออัลบูมินรั่วในปัสสาวะแนะนำที่น้อยกว่า 130/80 มิลลิเมตรปรอท ซึ่งบทบาทของพยาบาลในการควบคุมระดับความดันโลหิตเพื่อป้องกันภาวะความดันโลหิตเกินเป้าหมาย คือ การดูแลติดตามวัดความดันโลหิต และการดูแลให้รับประทานยาในกลุ่ม angiotensin converting enzyme inhibitors (ACEI) ซึ่งได้ผลดีในการชะลอการเสื่อมของไตในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง²⁴ และแนะนำการรับประทานอาหารที่มีโซเดียมต่ำ งดซื้ออาหารถุงปรุงสำเร็จมารับประทานหรือลดซื้ออาหารถุงปรุงสำเร็จมารับประทานหากไม่สามารถทำได้²⁵ โดยเป้าหมายการจำกัดโซเดียมในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงและโรคไตเรื้อรังไม่เกิน 2 กรัมต่อวัน (2,000 มก./วัน)²⁶

2. แนะนำการควบคุมโรคเบาหวาน เพื่อป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อน และความเสื่อมของไต ซึ่งบทบาทของพยาบาลในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด ก่อนอาหาร (fasting plasma glucose or fasting blood sugar: FBS) น้อยกว่า 150 มิลลิกรัม/เดซิลิตร และค่าน้ำตาลเฉลี่ยสะสม (hemoglobin A_{1c} or HbA_{1c}) 7.0-8.0%²⁷ ไม่แนะนำให้ลด HbA_{1c} น้อยกว่า 7.0 % ในผู้ป่วยที่เสี่ยงต่อภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ ในผู้ป่วยที่มีโรคร่วมอื่นๆ มาก และมีความเสี่ยงต่อภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ²⁸ แนะนำให้รับประทานยาหรือฉีดอินซูลินตามแพทย์สั่ง เพื่อลดปริมาณการรั่วของโปรตีนในปัสสาวะ²⁹

3. แนะนำให้รักษาภาวะไขมันสูงในเลือด หากมีภาวะไขมันคอเลสเตอรอลสูงในเลือดในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง ที่ยังไม่ได้รับการรักษาบำบัดทดแทนไต ในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่มีภาวะไตรกลีเซอไรด์ในเลือดสูง แนะนำให้รักษาด้วยการปรับเปลี่ยนรูปแบบการดำเนินชีวิต แนะนำให้ออกกำลังกายอย่างน้อย 30 นาที สัปดาห์ละ 5 ครั้ง ควบคุมระดับดัชนีมวลกายให้อยู่ในค่า 20-30 กก./ม.² และหยุดสูบบุหรี่หากยังสูบบุหรี่³⁰

4. แนะนำการบริโภคโปรตีน แนะนำให้ลดการบริโภคโปรตีนเหลือเพียง 0.8 กรัม/กก./วันในผู้ป่วยทั้งที่เป็นเบาหวานและไม่เป็นเบาหวานที่มีค่าอัตราการกรองของไตน้อยกว่า 30 มล./นาที่/1.73 ม.² (G4-G5) หลีกเลี่ยงการบริโภคโปรตีนสูง (มากกว่า 1.3 กรัม/กก./วัน) การบริโภคเกลือ แนะนำให้บริโภคให้น้อยกว่า 5 กรัม/วัน คือโซเดียมคลอไรด์หรือเกลือแกง 5 กรัม จะมีปริมาณโซเดียมเท่ากับ 2 กรัม ยกเว้นมีข้อห้ามอื่นๆ ในการจำกัดการบริโภคเกลือ³¹

5. แนะนำการควบคุมระดับแคลเซียม ฟอสเฟต และฮอร์โมนพาราไทรอยด์ให้อยู่ในภาวะสมดุล และควบคุมดัชนีมวลกายไม่เกิน 25 กก./ตร.ม. เพื่อลดอัตราการกรองของไตในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง แนะนำให้ลดภาวะเครียดที่ส่งผลให้มีการเพิ่มขึ้นของสารอนุมูลอิสระ และภาวะที่ส่งผลให้หลอดเลือดอุดตันง่าย การคัดกรองโรคกระดูกในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่ระยะเวลาอย่างน้อย 2 ปีก่อนเข้าสู่โรคไตเรื้อรังระยะสุดท้าย แนะนำให้ฉีดวัคซีนเสริมภูมิคุ้มกัน ได้แก่ วัคซีนเพื่อป้องกันไวรัสตับอักเสบบี วัคซีนเพื่อป้องกันเชื้ออินฟลูเอนซ่า และวัคซีนเพื่อป้องกันเชื้อนิวโมคอคคัส³²

6. การดูแลร่วมกันกับสหวิชาชีพและแกนนำชุมชน รวมถึงการติดตามดูแลต่อเนื่องที่บ้านเป็นรายบุคคล ทุก 3 เดือน ทำให้ผู้ป่วยเกิดความรู้ความตระหนักเกี่ยวกับการดูแลตนเองเพื่อชะลอไตเสื่อม มีศักยภาพในการดูแลตนเองเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมได้ถูกต้อง มีการสร้างความรอบรู้ด้วยวิถีอาหารปลอดภัย การใช้สมุนไพร ยาชุดที่ถูกต้อง ส่งผลให้สามารถชะลอภาวะไตเสื่อมของได้²¹ มีการให้ความรู้เรื่องการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมโดยการลดปริมาณอาหารที่มีโซเดียมสูง การประเมินปัญหาผู้ป่วยเป็นรายกรณี แนะนำวิธีการใช้สมุดประจำตัวผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง (CKD BOOK) ให้เป็นเครื่องมือในการควบคุมอาหาร การเฝ้าระวังและการออกกำลังกาย มีการติดตามเยี่ยมบ้านผู้ป่วยกลุ่มทดลองโดยทีมเยี่ยมบ้านและอสม. ซึ่งเป็นกิจกรรมที่มุ่งเน้นการมีส่วนร่วมของครอบครัวให้เป็นส่วนสำคัญในการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังในลักษณะการดูแลเอาใจใส่ กระตุ้นเตือน สอบถาม ให้กำลังใจ และส่วนใหญ่ สมาชิกในครอบครัวเป็นผู้ดูแลจัดเตรียมอาหารให้กับผู้ป่วยโดยการปรุงอาหารที่มีรสเค็มลดลง ลดการบริโภคอาหารโปรตีน³³

7. การจัดโปรแกรมให้ความรู้เกี่ยวกับพฤติกรรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพเพื่อชะลอไตเสื่อมโดยทำอย่างต่อเนื่อง มีการอธิบายทำความเข้าใจกับผู้ป่วยและญาติผู้ดูแล (Caregiver) จนเป็นผลทำให้ผู้ป่วยสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมได้จริง โดยมีการให้ความรู้จากคลิปวิดีโอเรื่องความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับโรคไต โรคความดันโลหิตสูง การบรรยายเกี่ยวกับการใช้โปสเตอร์วงจรระยะการเสื่อมของไต กราฟเฝ้าติดตามการทำงานของไตผู้ป่วย ปฏิทินความรู้เรื่องชนิดอาหารที่ทำให้ไตเสื่อม บัตรประจำตัวประเมินปัญหาตนเองและพบทวนปัญหาเพื่อเฝ้าระวังการเสื่อมของไตผู้ป่วย³⁴

8. แนะนำเรื่องการใช้อยากลุ่ม Non-steroidal anti-inflammatory drug (NSAIDs) และผลลัพธ์ของการใช้ยา ซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญที่ส่งผลกระทบต่ออัตราการกรองไตของผู้ป่วย ให้ความรู้เรื่องการลดใช้ NSAIDs หรือพยายามหาวิธีการรักษาแบบอื่นๆ ที่ไม่จำเป็นต้องใช้ยารักษา เช่น การส่งพบนักกายภาพบำบัดและแพทย์แผนไทย การสอนท่ากายบริหารเพื่อลดอาหารปวด การใช้ยาแก้ปวดกลุ่มอื่นๆ ที่ไม่เป็นพิษต่อไตทดแทน³⁵

ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 4

1. การตรวจวัดความดันโลหิต การตรวจเลือดได้แก่ CBC, BUN, Cr, eGFR, Electrolyte, FBS, HbA_{1c}, Serum albumin, Lipid profile ตรวจปัสสาวะ Urine Protein Creatinine Ratio (UPCR), Potassium, Calcium, Phosphate ทุก 3 เดือน ประเมินอาการแทรกซ้อน ได้แก่ ภาวะน้ำเกิน อาการบวม เหนื่อยหอบ เบื่ออาหาร โรคติดเชื้อ ระดับความรู้สึกตัวลดลง อ่อนเพลีย การเคลื่อนไหวหรือการทำกิจกรรมต่างๆ ลดน้อยลง รวมทั้งอาการทางด้านจิตใจ เช่น เครียด วิตกกังวล ซึมเศร้า เป็นต้นเน้นการควบคุมเรื่องอาหารและปรับพฤติกรรมมารับประทานอาหารหวาน มันเค็มและน้ำดื่มอย่างเคร่งครัด เนื่องจากมีของเสียคั่งในกระแสเลือด (Uremic) และให้คำแนะนำข้อมูลเกี่ยวกับทางเลือกในการบำบัดทดแทนไตแบบต่างๆ ได้แก่ การล้างไตทางช่องท้อง (continuous ambulatory peritoneal dialysis: CAPD) การฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม (hemodialysis) และการปลูกถ่ายไต (kidney transplantation)แก่ผู้ป่วยทุกราย และส่งพบอายุรแพทย์ไตเพื่อรับการบำบัดทดแทนไตตามความเหมาะสม³⁶

2. แนะนำการใช้อยากลุ่ม angiotensin-converting enzyme inhibitors (ACEI) หรือ angiotensin receptor blockers (ARB) ในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่มีอัลบูมินในปัสสาวะมากกว่า 300 มิลลิกรัม/กรัม (มก./ก.) และในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่เป็นเบาหวาน

ร่วมกับมีอัลบูมินในปัสสาวะมากกว่า 30 มก./ก. เพื่อช่วยชะลอการเสื่อมของไต³⁷ และให้หยุดการใช้ยา NSAIDs จะทำให้มีการทำงานของไตที่ดีขึ้น

3. แนะนำการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม จดสูบบุหรี่ เนื่องจากจะทำให้ความดันโลหิตสูงมากขึ้น ส่งผลต่อระบบหลอดเลือด ผู้ป่วยสามารถออกกำลังกายได้ ตามความเหมาะสมแต่ต้องไม่รุนแรง และไม่เหนื่อยจนเกินไป เช่น การออกกำลังกายในร่ม การเดิน ว่ายน้ำ หรือปั่นจักรยาน ซึ่งควรออกกำลังกายอย่างน้อย 3 วันต่อสัปดาห์ โดยค่อยๆเพิ่มเวลาจนสามารถออกกำลังกายได้ประมาณ 30-60 นาทีต่อวัน และปรับการออกกำลังกายเป็นแบบหนักปานกลาง (moderate intensity exercise) ขึ้นไป เช่น วิ่งเร็วพอประมาณ รู้สึกเหนื่อยแต่ยังพอพูดเป็นประโยคสั้นๆได้

บทบาทของพยาบาลในการป้องกันไตเสื่อมในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง และการส่งเสริมการดูแลสุขภาพเพื่อชะลอไตเสื่อมในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3-4 : กรณีศึกษา

กรณีศึกษาที่ 1

ผู้ป่วยเพศหญิง อายุ 60 ปี ปฏิเสธโรคประจำตัว น้ำหนัก 32 กิโลกรัม ส่วนสูง 157 เซนติเมตร BMI 14.20 กิโลกรัม/เมตร² มาด้วยอาการ 10 ชั่วโมงก่อนมาโรงพยาบาล สิ้นลมสะโพกกระดูกแตกพื้นบริเวณหน้าบ้าน ไม่มีศีรษะกระดูกแตก ปวดสะโพกพอเดินได้ นอนอยู่ที่เตียง ผู้ป่วยปวดมากขึ้นทนไม่ไหว จึงให้ญาติพามาโรงพยาบาล ประเมินสัญญาณชีพ T = 36.5 °C, P = 82 bpm, R = 18 bpm, BP = 131/68 mmHg เจาะเลือดพบ Hb 11.2 g/dL, HCT 33.4 %, RBC Count 4.30 (10⁶/uL), WBC Count 10.29 (10³/uL), Platelet Count 163 (10³/uL), MCV 77.7 fL, MCH 26.0 pg, Na 133 mmol/L, K 3.4mmol/L, Cl 100 mmol/L, CO₂ 20 mmol/L, BUN 31 mg/dL, Creatinine 1.47mg/dL, eGFR 33.48 mL/min/1.73m²

จากข้อมูลการซักประวัติในครอบครัวผู้ป่วยมีสมาชิกที่อาศัยอยู่ด้วยกันทั้งหมด 4 คน คือ หลานชาย ภรรยาของหลานชาย หลานสาว และตัวผู้ป่วย ให้ประวัติว่าตนสุขภาพร่างกายแข็งแรงไม่เคยเจ็บป่วยเข้าโรงพยาบาล อาหารที่ผู้ป่วยชอบทำคือน้ำพริกผักต้ม ชอบรับประทานปลาทอด ผู้ป่วยรับประทานอาหาร 2 มื้อ ไม่ออกกำลังกาย

การรักษาที่ได้รับ Retained foley's catheter, NPO, 5%D/NSS/2 1000 ml IV 80 ml/hr., G/M for PRC 2 unit, Cefazolin 1 gm IV q 6 hr. Morphine 3 mg vein prn q 4 hr, Plasil 10 mg v prn q 8 hr. เข้ารับการผ่าตัด bipolar hemiarthroplasty

จากการประเมินผู้ป่วยพบปัญหาไตเสื่อมในระยะที่ 3b มีภาวะชืด และมีปัญหาของการปฏิบัติตัวที่ไม่ถูกต้อง พยาบาลจึงมีบทบาทในการให้คำแนะนำ และปรึกษาทีมสุขภาพเพื่อชะลอไตเสื่อมในรายนี้ ดังนี้

1. จำกัดการดื่มน้ำตามแผนการรักษา
2. การตรวจวัดความดันโลหิต เจาะเลือดตรวจเลือดตามแผนการรักษา
3. ประเมินภาวะชืดและให้เลือดตามแผนการรักษา
4. ดูแลให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำตามแผนการรักษา
5. ดูแลให้ยาตามแผนการรักษา และประเมินค่า eGFR ตามแผนการรักษา
6. บันทึกน้ำเข้า - ออก ทุกเวร
7. แนะนำการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมมารับประทานอาหาร และการออกกำลังกายของผู้ป่วยเพื่อชะลอไตเสื่อมมากขึ้น
8. ปรึกษาเภสัชกรเพื่อแนะนำเรื่องการใช้ยาอย่างสมเหตุสมผลแก่ผู้ป่วย
9. ปรึกษานักโภชนาการเพื่อแนะนำการรับประทานอาหารชะลอไตเสื่อม และจัดโปรแกรมให้ความรู้เกี่ยวกับการชะลอไตเสื่อม
10. แนะนำให้ผู้ป่วยเข้าคลินิกชะลอไตเสื่อม
11. ร่วมปรึกษากับทีมสุขภาพเยี่ยมบ้านเพื่อดูแลผู้ป่วยหลังจากกลับจากโรงพยาบาล

กรณีศึกษาที่ 2

ผู้ป่วยเพศหญิง อายุ 44 ปี ปฏิเสธโรคประจำตัว น้ำหนัก 70 กิโลกรัม ส่วนสูง 160 เซนติเมตร BMI = 27.34 กิโลกรัม/เมตร² มาด้วยอาการ 1 เดือนก่อนมาโรงพยาบาลผู้ป่วยมีอาการเหนื่อยเมื่อออกกำลังกาย นิ่งพักแล้วหาย ไม่ได้มาหาพบแพทย์ 1 วันก่อนมาโรงพยาบาล มีอาการหายใจเหนื่อย อ่อนเพลีย จึงมาพบแพทย์ ประเมินสัญญาณชีพ T = 36.5 °C, P = 78 bpm, R = 18 bpm, BP = 126/80 mmHg เจาะเลือดพบ Hb 7.1 g/dL, HCT 21.7 %, RBC Count 3.69 (10^6 /uL), WBC Count 5.96 (10^3 /uL), Platelet Count 328 (10^3 /uL), MCV 58.8 fL, MCH 19.2 pg, Na 117 mmol/L, K 3.1 mmol/L, Cl 83 mmol/L, CO₂ 17 mmol/L, Mg 1.2 mg/dL, Glucose 90 mg/dL, Cholesterol 260 mg/dL, Triglycerides 82 mg/dL, LDL 175 mg/dL, BUN 24 mg/dL, Creatinine 2.88 mg/dL, eGFR 19.12 mL/min/1.73m²

จากข้อมูลการซักประวัติในครอบครัวผู้ป่วยมีสมาชิกที่อาศัยอยู่ด้วยกันทั้งหมด 4 คน คือ บิดา มารดา พี่ชายคนที่ 3 และตัวผู้ป่วย ผู้ป่วยมีอาชีพค้าขาย รับประทานอาหารบางวันเกิน 3 มื้อ ชอบรับประทานไก่ทอด ชอบดื่มน้ำอัดลมและนมรสช็อคโกแลต ดื่มประมาณวันละ 3-4 ลิตร รับประทานผลไม้หลังจากรับประทานอาหารเสร็จทุกมื้อและทุกวัน เช่น ฝรั่ง กล้วย มะม่วงสุก แตงโม เป็นต้น ไม่ชอบออกกำลังกาย

การรักษาที่ได้รับ Single urine catheter, G/M PRC 6 Unit, Elixir KCL 30 ml po q 4 hr. x 3 dose, 50% MgSO₄ 4 ml + D5W 100 ml IV drip in 4 hr. x 3 day, 5%D/NSS/2 1000 ml IV 100 ml/hr. CaCO₃ 1x3 po meal, Folic 1x1 po pc, Sodamint 3x3 po pc, Atorvastatin 1x1 po pc, จำกัดน้ำ 1,000 มิลลิลิตรต่อวัน

จากการประเมินผู้ป่วยพบปัญหาไตเสื่อมในระยะที่ 4 มีภาวะซีด และมีปัญหาของการปฏิบัติตัวที่ไม่ถูกต้อง พยาบาลจึงมีบทบาทในการให้คำแนะนำ และปรึกษาทีมสุขภาพเพื่อชะลอไตเสื่อมในรายนี้ ดังนี้

1. จำกัดการดื่มน้ำตามแผนการรักษา
2. ประเมินภาวะซีดและให้เลือดตามแผนการรักษา
3. ดูแลให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ และให้ Elixir KCL ตามแผนการรักษา
4. ดูแลให้ยาตามแผนการรักษา และประเมินค่า eGFR ตามแผนการรักษา
5. แนะนำการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมรับประทานอาหารเช้า และการออกกำลังกายของผู้ป่วยเพื่อชะลอไตเสื่อมมากขึ้น
6. ปรึกษาลักษณะเพื่อแนะนำเรื่องการใช้ยาอย่างสมเหตุผลแก่ผู้ป่วย
7. ปรึกษานักโภชนาการเพื่อแนะนำการรับประทานอาหารชะลอไตเสื่อม และจัดโปรแกรมให้ความรู้เกี่ยวกับการชะลอไตเสื่อม
8. แนะนำให้ผู้ป่วยเข้าคลินิกชะลอไตเสื่อม
9. ร่วมปรึกษากับทีมสุขภาพเยี่ยมบ้านเพื่อดูแลผู้ป่วยหลังจากกลับจากโรงพยาบาล
10. ร่วมกับทีมแพทย์เริ่มคุยปรึกษาเรื่องการทำบำบัดทดแทนไตกับผู้ป่วยและญาติ

บทสรุป

การป้องกัน และการส่งเสริมการดูแลสุขภาพเพื่อการชะลอไตเสื่อมให้แก่ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง เป็นบทบาทที่สำคัญของพยาบาล จะช่วยลดการเกิดภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ที่อาจเกิดภาวะที่รุนแรงจนทำให้ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังเสียชีวิต ซึ่งในการส่งเสริมสุขภาพเพื่อชะลอไตเสื่อมนั้น พยาบาลสามารถทำตามหน้าที่โดยอิสระโดยการแนะนำให้ผู้ป่วยปรับเปลี่ยนพฤติกรรม รับประทานอาหารอย่างต่อเนื่อง การให้คำแนะนำเรื่องการใช้ยาอย่างสมเหตุผล กำกับติดตามผลทางห้องปฏิบัติการ รวมถึงการติดตาม

อาการและอาการแสดงทางคลินิกที่บ่งบอกถึงการเสื่อมของไต และจัดโปรแกรมให้ความรู้เกี่ยวกับพฤติกรรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพเพื่อชะลอไตเสื่อมแก่ผู้ป่วย สร้างการรับรู้ตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพเพื่อชะลอไตเสื่อม ส่งเสริมสุขภาพเพื่อชะลอไตเสื่อมดังที่กล่าวมานั้นจะทำให้ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังจะมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น รวมทั้งลดภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงแก่ผู้ป่วย และลดค่าใช้จ่ายในการรักษา

เอกสารอ้างอิง

1. Sharaf ED, Mona MS, Dina OA. Stop chronic kidney disease progression: Time is approaching. [Internet]. 2016. [cited 2022 August 17]. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4848149/pdf/WJN-5-258.pdf>
2. CDC-INFO Contact Center. Chronic Kidney Disease in the United States, 2021. 2022. [cited 2022 April 09]. Available from: <https://www.cdc.gov/kidneydisease/pdf/Chronic-Kidney-Disease-in-the-US-2021-h.pdf>
3. Keith AB, Jinlin S, Elizabeth F, Karen Y, Yuxian D, Sheldon XK, Rakesh S. Medical costs for managing chronic kidney disease and related complications in patients with chronic kidney disease and type 2 diabetes. 2021. [Internet]. [cited 2022 April 11]. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34878754/>
4. Teresa KC, Daphne HK, Morgan EG. Chronic Kidney Disease Diagnosis and Management: A Review. 2019. [Internet]. [cited 2022 April 09]. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7015670/pdf/nihms-1069237.pdf>
5. Ji-Cheng Lv and Lu-Xia Zhang. Prevalence and Disease Burden of Chronic Kidney Disease. 2019. [Internet]. [cited 2022 April 09]. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31399958/>
6. Tomomi K, Robert S, Kazutoshi N. Diagnosis Patterns of CKD and Anemia in the Japanese Population. Kidney International Reports. 2020. [Internet]. [cited 2022 April 09]. Available from: <https://www.kireports.org/action/showPdf?pii=S2468-0249%2820%2931113-X>.
7. กองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ กระทรวงสาธารณสุข, (2565). [เข้าถึงเมื่อวันที่ 11 เมษายน 2565] จาก https://www.nhso.go.th/storage/files/841/nhso_BudgetDefend/nhso_2021/nhso_65budgetdefend09.pdf
8. National Institute of Diabetes and Digestive and Kidney Diseases. What Is Chronic Kidney Disease?. 2022. [Internet]. [cited 2022 April 12]. Available from: <https://www.niddk.nih.gov/health-information/kidney-disease/chronic-kidney-disease-ckd/what-is-chronic-kidney-disease>
9. Marta RO, Sandra RM, Santiago L, Alberto O, Raul RD. Targeting the progression of chronic kidney disease. 2020. [Internet]. [cited 2022 April 15]. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32060481/>
10. จิราภรณ์ เตชะอุดมเดช. การพยาบาลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง. ใน: ประทุม สร้อยวงษ์, บรรณาธิการ. การพยาบาลอายุรศาสตร์. เชียงใหม่: บริษัท สิ่งพิมพ์และบรรณภัณฑ์ สมาร์ทโคพิตติ้ง แอนด์ เซอร์วิส จำกัด; 2560: 201-207.
11. ชัชวาล วงศ์สารี. การพยาบาลอายุรศาสตร์-ศัลยศาสตร์ โรคไตและระบบทางเดินปัสสาวะ. กรุงเทพฯ: หจก. เอ็นพีเพรส; 2559.
12. วิลาวัลย์ เตือนราษฎร์, สุกิจ เตือนราษฎร์. การวินิจฉัยโรคในระบบทางเดินปัสสาวะและระบบสืบพันธุ์. ใน: วิลาวัลย์ เตือนราษฎร์, วราภรณ์ บุญเชียง, บรรณาธิการ. การรักษาพยาบาลโรคเบื้องต้น. พิมพ์ครั้งที่ 5. เชียงใหม่: สำนักพิมพ์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่; 2561:445-467.
13. ธาณี เอี่ยมศรีตระกูล. การดำเนินของโรคไตเรื้อรัง. ใน: ณรงค์กร ชัยโพธิ์กลาง, พัดชา พงษ์เจริญ, ปฐมทรศน์ พันธุ์โกมล, วศิเทพ ลิ้มวรพิทักษ์, รัฐกร วิไลชนม์, บรรณาธิการ. การป้องกันโรคทางอายุรศาสตร์. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์กรุงเทพเวชสาร; 2562:165-177.
14. National kidney foundation. Chronic Kidney Disease (CKD) Symptoms and Causes. 2021. [Internet]. [cited 2022 March 06]. Available from: <https://www.kidney.org/atoz/content/about-chronic-kidney-disease>.
15. อรวรรณ ศรียุคศุทธ. การพยาบาลผู้ป่วยโรคไตเสียหายเฉียบพลัน และไตเรื้อรัง. ใน: วันดี โตสุขศรี และคณะ, บรรณาธิการ. การพยาบาลอายุรศาสตร์ 2. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพฯ: หจก. เอ็นพีเพรส; 2559: 107-126.

16. Marcin A, Stanislaw S. Metabolic Acidosis in Patients with CKD: Epidemiology, Pathogenesis, and Treatment. *Kidney Disease*. Jun 4;7(6):452-467. PMID : 34901192.
17. กันตพร ยอดไชย. ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง: การพยาบาลและการจัดการอาการ. กรุงเทพฯ: บริษัท พี ซี โปรสเปค จำกัด; 2562.
18. ทศน์พรรณ ศรีทองกุล, ไกรวิพร เกียรติสุนทร. โรคไตเรื้อรัง. ใน: วันชัย เดชสมฤทธิ์ฤทัย, วราลักษณ์ ศรีนนท์ประเสริฐ, ปวีณา เชี่ยวชาญวิศวกิจ, รัตนา ชวนะสุนทรพจน์, เอกพันธ์ ครุพงศ์, อนุภพ จิตต์เมือง. บรรณาธิการ. การรักษาต่อเนื่องทางอายุรศาสตร์. กรุงเทพฯ: บริษัท พรินท์เอเบิล จำกัด; 2562: 237-259.
19. ประเสริฐ ธนกิจจารุ. การรักษาความดันโลหิตสูงในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง. ใน: ประเสริฐ ธนกิจจารุ, ไพรัช เกตุรัตนกุล, วีระศักดิ์ ศรีนนท์, กิตติ ชื่นยง, บรรณาธิการ. ตำราอายุรศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์กรุงเทพเวชสาร; 2558:142-161.
20. กังสดาล หาญไพบูลย์. ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพเพื่อชะลอไตเสื่อมของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3-4 โรงพยาบาลคลองขลุง จังหวัดกำแพงเพชร. [อินเทอร์เน็ต]. 2561 [เข้าถึงเมื่อ 1 กันยายน 2565]. เข้าถึงได้จาก <http://dcms.lib.nu.ac.th/dcms/TDC2563/63022/KungsadanHanpaiboon.pdf>
21. วิวัฒน์ จันเจริญฐานะ, เกลี้ยงศักดิ์ กาญจนบชัย. โรคไตเรื้อรัง. ใน: ชุมน สอนกระต่าย, นกชาญ เอื้อประเสริฐ, กำพล สุวรรณพิมลกุล, กมลวรรณ จตุวรกุล, บรรณาธิการ. ตำราอายุรศาสตร์ เล่ม 2. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2558. หน้า 630-654.
22. ไกรวิพร เกียรติสุนทร. การติดตามการดำเนินโรคของไตเรื้อรังในเวชปฏิบัติ. ใน: มณฑิรา มณีนะพร, ระวีวรรณ เลิศวัฒนารักษ์, สุรัตน์ ทองอยู่, นัฐพล ฤทธิชัยมัย, บรรณาธิการ. อายุรศาสตร์ทันยุค 2561. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ: บริษัท พรินท์เอเบิล จำกัด; 2561:353-363.
23. เนาวนิตย์ นาทา. Chronic Kidney Disease. ใน: เนาวนิตย์ นาทา, ขนปิติ ศิริวรรณ, อธิวัฒน์ ช่างประดับ, อำนาจ ชัยประเสริฐ, วิชัย ประยูรวิวัฒน์, บรรณาธิการ. Intensive Review of International Medicine. กรุงเทพฯ: นำอักษรการพิมพ์; 2562:184-197.
24. อนุตตร จิตตินันท์. การดูแลผู้ป่วยโรคไตที่มีความดันโลหิตสูง. ใน: ไกรวิพร เกียรติสุนทร, บัญชา สติระพจน์, ขจร ศิริธนากุล, พงศธร คชเสนี, บรรณาธิการ. Nephrology Review for Internists. กรุงเทพฯ: บริษัท เท็กซ์ แอนด์ เจอร์นัล พับลิเคชั่น จำกัด; 2558: 259-269.
25. กวิสรา สอนพุด, ลัทธิวิ ปิยะบัณฑิตกุล. การดูแลสุขภาพเพื่อชะลอไตเสื่อมของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูงและประชาชนในชุมชนแห่งหนึ่ง จังหวัดศรีสะเกษ. วารสารพยาบาลสงขลานครินทร์. [อินเทอร์เน็ต]. 2563 [เข้าถึงเมื่อ 29 สิงหาคม 2565];40: [101-114]. เข้าถึงได้จาก <https://he02.tci-thaijo.org/index.php/nur-psu/article/view/240699/164040>
26. พิสุทธิ กตเวทิน. กรณีผู้ป่วยไตวายเรื้อรังที่มาด้วยเท้าบวม 2 ข้างแบบเฉียบพลัน. ใน: กมลวรรณ จตุวรกุล, กำพล สุวรรณพิมลกุล, นกชาญ เอื้อประเสริฐ, สมบัติ ตรีประเสริฐสุข, ชุมน สอนกระต่าย, บรรณาธิการ. Practical pearls in International Medicine. กรุงเทพฯ: บริษัท พรินท์แอนด์มอร์ จำกัด; 2562:429-430.
27. ชลธิรา เรียงคำ. การพยาบาลผู้ป่วยเบาหวาน. ใน: วันดี โตสุขศรี และคณะ, บรรณาธิการ. การพยาบาลอายุรศาสตร์ 1. กรุงเทพฯ: บริษัท พรินท์แอนด์มอร์ จำกัด; 2562:110-141.
28. โอกาส ไตรตานนท์. โรคไตเรื้อรัง Chronic kidney disease. ใน: หทัยวรรณ รัตนบรรเจิดกุล, ปาจารย์ ฤกษ์มพันธ์, อภิชาติ ฉัตรไกรเลิศ, ปฐมพรรณ พันธ์ภูมิ, บรรณาธิการ. โรคทางอายุรศาสตร์ที่พบบ่อย เล่ม 3. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์กรุงเทพเวชสาร; 2563. :215-241.
29. วราภรณ์ พิชัยวงศ์. แนวทางการเลือกใช้ยากกลุ่ม sodium glucose cotransporter 2 inhibitor และ glucagon-like peptide 1 receptor agonist ในผู้ป่วยโรคไตจากเบาหวาน. ใน: กนกพจน์ จันทร์ภักดิ์, กุลธิดา มณีนิล, ปิยวรรณ เทียนชัยอนันต์, สุรพันธ์ พงศ์สุริยะ, บรรณาธิการ. Current Concepts in internal medicine. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์กรุงเทพเวชสาร; 2564: 218-239.
30. อำนาจ ชัยประเสริฐ. Chronic Kidney Disease. ใน: บัญชา สติระพจน์, อำนาจ ชัยประเสริฐ, เนาวนิตย์ นาทา, อุบลรัตน์ ศุภสินธุ์, บรรณาธิการ. Manual of Dialysis. กรุงเทพฯ: นำอักษรการพิมพ์; 2561: 29-43.

32. วิศรดา ตีเมืองซ้าย, พิษณุกร ภัคสุพศิน. การพัฒนารูปแบบการชะลอภาวะไตเสื่อมของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังในคลินิกโรคไตปฐมภูมิ อำเภอเมือง จังหวัดมหาสารคาม. [อินเทอร์เน็ต]. 2564 [เข้าถึงเมื่อ 31 สิงหาคม 2565] ;18(3): [125-135]. เข้าถึงได้จาก <https://he02.tci-thaijo.org/index.php/MKHJ/article/view/254386/173739>
33. วชรพงศ์ วีรกุล. ประสิทธิภาพของโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังแบบบูรณาการต่อการชะลอภาวะไตเสื่อม. [อินเทอร์เน็ต]. 2565 [เข้าถึงเมื่อ 1 กันยายน 2565] ;5(1): [132-144]. เข้าถึงได้จาก <https://so03.tci-thaijo.org/index.php/PCFM/article/view/257182/174258>
34. ดวงดาว อรัญวาสณ์, ญาณิกร สีสุรี, ผดุงศิษฐ์ ชำนาญบริรักษ์. ผลของโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพเพื่อชะลอไตเสื่อม ในผู้ป่วยโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเกิ้ง อำเภอเมือง จังหวัดมหาสารคาม วารสารวิชาการ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม. [อินเทอร์เน็ต]. 2563 [เข้าถึงเมื่อ 29 สิงหาคม 2565] ;4(1):[1-12]. เข้าถึงได้จาก <file:///C:/Users/User/Downloads/8897-Article%20Text-12795-1-10-20200529.pdf>
35. สุภาพ สุทธิสันต์ชาญชัย, อรสา โอภาสวัฒนา. ประสิทธิภาพของโปรแกรมชะลอไตเสื่อมในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3 ของคลินิกโรคไตเรื้อรัง โรงพยาบาลอุ้มทอง จังหวัดสุพรรณบุรี. วารสารแพทย์เขต 4-5. [อินเทอร์เน็ต]. 2564 [เข้าถึงเมื่อ 27 ตุลาคม 2565] ;40(2): [255-267]. เข้าถึงได้จาก <https://he02.tci-thaijo.org/index.php/reg45/article/view/251835/171036>
36. วรวิษา สำราญเนตร, นิตยา กออิสรานุภาพ, วลัยนารี พรมลา. บทบาทพยาบาลในการชะลอไตเสื่อมในผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลได้. วารสารศูนย์อนามัยที่ 9. [อินเทอร์เน็ต]. 2564 [เข้าถึงเมื่อ 27 ตุลาคม 2565] ;15(38): [456-468]. เข้าถึงได้จาก <https://he02.tci-thaijo.org/index.php/RHPC9Journal/article/view/251157/171310>
37. Kidney Disease Improving Global Outcomes (KDIGO). Chapter 3: Management of progression and complications of CKD. Kidney Int Suppl (2011). 2013 Jan;3(1):73-90. doi: 10.1038/kisup.2012.66. [Internet]. [cited 2022 October 27]. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4283680/pdf/kisup201266a.pdf>

คำแนะนำในการจัดเตรียมต้นฉบับ (Author's Guidelines) เพื่อส่งบทความ ลงตีพิมพ์ในวารสารการพยาบาล สุขภาพ และการศึกษา (ปรับปรุง มกราคม 2564)

วารสารการพยาบาล สุขภาพ และการศึกษามีวัตถุประสงค์เพื่อเผยแพร่ผลงานวิจัยและองค์ความรู้ด้านการพยาบาล สุขภาพ และการศึกษา โดยทุกบทความจะได้รับการพิจารณาโดย ผู้ทรงคุณวุฒิในสาขาที่ตรงกับบทความอย่างน้อย 2 ท่าน เพื่อให้การนำเสนอบทความวิชาการใน วารสารเป็นไปในทิศทางเดียวกัน วารสารฯ จึงได้กำหนดขั้นตอนและรูปแบบของการส่งบทความเพื่อลง ตีพิมพ์ในวารสารการพยาบาล สุขภาพ และการศึกษา ดังนี้

ประเภทของบทความ

บทความวิจัย (Research Article) คือ บทความที่เป็นรายงาน ผลการศึกษา ค้นคว้าวิจัย ของผู้เขียนที่เกี่ยวข้องกับวิชาการด้านการพยาบาล สุขภาพ และการศึกษา ควรประกอบด้วยหัวข้อเรื่องตามลำดับดังนี้ ชื่อเรื่อง ชื่อเจ้าของบทความ บทคัดย่อภาษาไทย และภาษาอังกฤษ บทนำ วัตถุประสงค์ของการศึกษา วิธีการศึกษา ผลการศึกษา สรุปและอภิปรายผล ข้อเสนอแนะ และเอกสารอ้างอิง อาจมีกิตติกรรมประกาศได้ หากเป็นงานวิจัยที่มีการศึกษาในมนุษย์ ต้องผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยแล้ว บทความควรมีความยาวไม่เกิน 15 หน้า ขนาด A-4 พิมพ์ไม่เว้นบรรทัด **บทความวิจัยต้องเข้าสู่กระบวนการประเมินบทความโดยผู้ทรงคุณวุฒิ (Peer-Reviewers) อย่างน้อย 2 ท่านก่อน** จึงจะสามารถตีพิมพ์ในวารสารได้

บทความทบทวนหรือบทความวิชาการ (Review/Academic Article) เป็นบทความจาก การทบทวนองค์ความรู้ในประเด็นที่มีความสำคัญ เป็นปัญหา มีการถ่ายทอดประสบการณ์ หรือมี นวัตกรรมที่น่าสนใจ ควรประกอบด้วย ชื่อเรื่อง ชื่อเจ้าของบทความ บทนำ เนื้อหา บทสรุป/บทวิจารณ์และเอกสารอ้างอิง บทความควรมีความยาวไม่เกิน 12 หน้า **บทความทบทวนและบทความวิชาการ ต้องเข้าสู่กระบวนการประเมินบทความโดยผู้ทรงคุณวุฒิ (Peer-Reviewers) อย่างน้อย 2 ท่านก่อน** จึงจะสามารถตีพิมพ์ในวารสารได้

บทความพิเศษ (Special Article) เป็นบทความจากผู้ทรงคุณวุฒิในแต่ละสาขาที่แสดงถึง ข้อคิดเห็นเกี่ยวข้องกับเหตุการณ์ปัจจุบันที่อยู่ในความสนใจของสาธารณะ ควรประกอบด้วย ชื่อเรื่อง ชื่อ เจ้าของบทความ บทนำ เนื้อหา บทสรุป/บทวิจารณ์ และเอกสารอ้างอิง (ถ้ามี) บทความควรมีความยาว ไม่เกิน 10 หน้า **บทความพิเศษไม่ต้องเข้าสู่กระบวนการประเมินบทความ**

บทความทั่วไป (General Article) เป็นบทความประเภทความรู้เฉพาะเรื่องที่หยิบยกมา นำเสนอโดยเพิ่มเติมความรู้ใหม่ๆ หรือนำเสนอรายงานผลการศึกษาวิจัยที่อาจยังไม่เสร็จสมบูรณ์ ที่ต้อง ศึกษาต่อ หรือศึกษาเสร็จแล้วกำลังเตรียมต้นฉบับสมบูรณ์ รายงานความก้าวหน้าของโครงการ รายงาน ผลการศึกษาวิจัยโดยสังเขป หรือเป็นบทความที่มี ประเด็นที่ได้รับความสนใจในปัจจุบัน ควร ประกอบด้วย ชื่อเรื่อง ชื่อเจ้าของบทความ บทนำ เนื้อหา บทสรุป/บทวิจารณ์ และเอกสารอ้างอิง (ถ้ามี) บทความควรมีความยาวไม่เกิน 8 หน้า **บทความทั่วไปไม่ต้องเข้าสู่กระบวนการประเมินบทความ**

คำแนะนำในการเตรียมต้นฉบับเพื่อรับการพิจารณาลงตีพิมพ์

1. ต้นฉบับที่ส่งมาลงตีพิมพ์ในวารสารการพยาบาล สุขภาพ และการศึกษา **ต้องไม่เคยตีพิมพ์ในวารสารอื่นหรือกำลังอยู่ในระหว่างการพิจารณาเพื่อลงตีพิมพ์ในวารสารอื่น** โดยผู้เขียนคนที่หนึ่งต้องแนบหนังสือ รับรองการส่งบทความเพื่อรับการตีพิมพ์ในวารสารการพยาบาล สุขภาพ และการศึกษา - บทความทั่วไป (**แบบฟอร์มใน หน้า 9**) พร้อมให้ข้อมูล การติดต่อกลับด้วย

2. ต้นฉบับให้พิมพ์โดยใช้ชุดอักษร (Font) สไตล์ SarabunPSK ขนาด 14 point ตลอดทั้งบทความ และมีเนื้อหารวมบทความและเอกสารอ้างอิงไม่เกิน 12 หน้า จัดพิมพ์ในโปรแกรม Word แบบไม่เว้นบรรทัด ในกระดาษขนาด A-4 เว้นขอบขนาด 1 นิ้ว (2.54 ซม.) ทั้งสี่ด้าน ใส่หมายเลขหน้าทีมนุมขวาด้านล่าง

3. องค์ประกอบของบทความวิจัย (Research Article) ประกอบด้วย

3.1 **ชื่อเรื่อง (Title)** ควรสั้น กระชับ ได้ใจความที่ครอบคลุมตรงกับวัตถุประสงค์และเนื้อเรื่อง ชื่อเรื่องควรมีทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ โดยใช้ตัวอักษร TH SarabunPSK ขนาด 16 points พิมพ์ตัวหนาและจัดกึ่งกลางหน้ากระดาษ

3.2 **ชื่อ ผู้เขียน (Authors' Names)** ชื่อ และ นามสกุล ทั้ง ภาษาไทยและ ภาษาอังกฤษของผู้เขียนทุกคน พร้อมตำแหน่งทางวิชาการ (ถ้ามี) ชื่อย่อของปริญญาที่ได้รับ และระบุ สถาบัน/หน่วยงานที่สังกัดอยู่ กรณีมีเจ้าของผลงานจากต่างสถาบัน/หน่วยงาน ให้ใส่หมายเลขและแสดง รายละเอียดด้านล่าง

3.3 **บทคัดย่อ (Abstract)** ต้องมีทั้ง ภาษาไทยและ ภาษาอังกฤษ ประกอบด้วย วัตถุประสงค์ รูปแบบการวิจัย สถานที่ทำวิจัย กลุ่มตัวอย่าง เครื่องมือวิจัย ช่วงเวลาที่ทำวิจัย วิธีดำเนินการวิจัย ผลการวิจัย และสรุปผลการวิจัย อาจเขียนเป็นหัวข้อ หรือเขียนต่อกันเป็นความเรียง เลยกก็ได้ แต่ต้องให้กระชับ ไม่ต้องมีการอ้างอิง **บทคัดย่อภาษาไทยและภาษาอังกฤษต้องมีจำนวนคำไม่เกิน 250 คำ**

3.4 **บทนำ (Introduction)** อธิบายความเป็นมาและความสำคัญของปัญหาที่ทำ การวิจัย อาจมีการศึกษา ค้นคว้างานวิจัยและทฤษฎีที่เกี่ยวข้อง วัตถุประสงค์การวิจัย และ/หรือสมมติฐานการวิจัย และ/หรือ คำถามการวิจัย และขอบเขตการวิจัย หากบทความใช้คำย่อ ต้องเขียนคำ เต็มไว้ในครั้งแรกก่อน

3.5 **วิธีดำเนินการวิจัยหรือขั้นตอนการวิจัย (Research Methodology)** อธิบายวิธีการดำเนินการวิจัยและรูปแบบการวิจัย โดยกล่าวถึงแหล่งที่มาของข้อมูล วิธีการเก็บรวบรวม ข้อมูล ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย การวิเคราะห์ข้อมูล การปกป้องสิทธิของกลุ่มตัวอย่างในการวิจัย และข้อความที่แสดงว่าการวิจัยได้ผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรม การวิจัยแล้ว

3.6 **ผลการวิจัย (Results)** นำเสนอสิ่งที่ได้ค้นพบจากการวิจัย โดยเสนอหลักฐาน ข้อมูลอย่างเป็นระเบียบ พร้อมแปลความหมายของผลที่ ค้นพบและวิเคราะห์ แล้วเปรียบเทียบกับวัตถุประสงค์การวิจัย / สมมติฐานการวิจัย / คำถามการวิจัยที่ระบุไว้ หากใช้ตารางหรือแผนภูมิ ควรอ้างอิงจากเนื้อหาในบทความ และมีหัวข้อของตารางหรือแผนภูมิกำกับ กรณีที่ใช้รูปภาพ ควรใช้รูปที่มีความชัดเจน ขนาดโปสเตอร์ 3X5 นิ้ว และใส่คำอธิบายไว้ใต้รูป หากรูปภาพและแผนภูมินำมาจากแหล่งอื่น ควรอ้างอิงที่มาด้วย

3.7 สรุปและอภิปรายผล (Conclusions and Recommendations) ควรเขียนสรุปโดยอ้างอิงถึงความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา วัตถุประสงค์การวิจัย / สมมติฐานการวิจัย / คำถามการวิจัยและอภิปรายผล โดยอ้างอิงกับงานวิจัยและ/หรือทฤษฎีที่เกี่ยวข้อง

3.8 ข้อเสนอแนะ (Recommendations) เป็นการให้ข้อเสนอแนะจากการวิจัย เพื่อการนำไปใช้และการวิจัยในครั้งต่อไป

3.9 เอกสารอ้างอิง (References) การอ้างอิงต้องปรากฏทั้งในบทความและใน ส่วนของเอกสารอ้างอิงท้ายบทความ โดยมีแนวทางดังนี้

หลักการอ้างอิงตามระบบแวนคูเวอร์ (Vancouver Citation Style)¹

การอ้างอิงตามระบบแวนคูเวอร์ มี 2 แบบ คือ การอ้างอิงที่แทรกในเนื้อหา และการอ้างอิงที่ อยู่ท้ายเล่ม ซึ่งเป็นรูปแบบที่

นิยมใช้ในสาขาวิทยาศาสตร์และการแพทย์ สามารถศึกษารายละเอียดการเขียนเอกสารอ้างอิงเพิ่มเติมได้ใน Website :

<http://lib.med.psu.ac.th/pdf/van01.pdf>

http://www.med.cmu.ac.th/library/Citation_Styles/Vancouver_Thai.htm

http://www.si.mahidol.ac.th/Th/division/nursing/NDivision/N_RA/admin/download_files/48_71_1.pdf

https://lib.swu.ac.th/images/Documents/Researchsupport/VancouverSWU_Citation-260121.pdf

การอ้างอิงที่แทรกในเนื้อหา

ระบบการอ้างอิงในทางด้านวิทยาศาสตร์และวิทยาศาสตร์การแพทย์ที่นิยมใช้ในปัจจุบันจะใช้การอ้างอิงระบบลำดับหมายเลข โดย

1. ระบุหมายเลขเรียงลำดับกันไปท้ายข้อความหรือชื่อบุคคลที่ใช้อ้างอิงเริ่มจากหมายเลข 1,2,3 ไปตามลำดับที่อ้างก่อนหลัง เป็นเลขอารบิกโดยไม่มีการเว้นช่วงตัวอักษร โดยให้อยู่ในวงเล็บและใช้ “ตัว ยก” ตัวอย่างเช่น (1)

2. ทุกครั้งที่มีการอ้างอิงซ้ำจะต้องใช้หมายเลขเดิมในการอ้างอิง และหมายเลขที่ใช้อ้างอิงจะต้องตรงกับหมายเลขของรายการอ้างอิงท้ายเล่มด้วย

3. สำหรับการอ้างอิงในตารางหรือในคำอธิบายตารางให้ใช้เลขที่สอดคล้องกับที่ได้ เคยอ้างอิงมา ก่อนแล้วในเนื้อเรื่อง

4. การอ้างอิงจากเอกสารมากกว่า 1 ฉบับต่อเนื่องกันจะใช้เครื่องหมายติงศสงฆ์ (hyphen หรือ -) เชื่อมระหว่างฉบับแรกถึงฉบับสุดท้าย เช่น (1 -3) แต่ถ้าอ้างถึงเอกสารที่มีลำดับไม่ต่อเนื่องกัน จะใช้ เครื่องหมายจุลภาค (comma หรือ ,) โดยไม่มีการเว้นช่วงตัวอักษร เช่น (4,6,10)

¹ ทิพวรรณ สุขรว. การเขียนเอกสารอ้างอิงทางวิชาการรูปแบบแวนคูเวอร์ (Vancouver Style)

[อินเทอร์เน็ต] 2557 [เข้าถึงเมื่อ 2563 สิงหาคม 5]. เข้าถึงได้จาก:

[http://www.ams.cmu.ac.th/lib/administrator/paper/Vancouver%20 citation3.pdf](http://www.ams.cmu.ac.th/lib/administrator/paper/Vancouver%20citation3.pdf)

การอ้างอิงที่อยู่ท้ายเล่ม การอ้างอิงที่อยู่ท้ายเล่มหรือที่เรียกว่า “เอกสารอ้างอิง”

1. เรียงลำดับเอกสารอ้างอิงตามหมายเลขที่อ้างอิงในเนื้อเรื่อง โดยไม่ต้องแยกภาษาและประเภทของเอกสารอ้างอิง
2. พิมพ์หมายเลขลำดับการอ้างอิงไว้ชิดขอบกระดาษด้านซ้าย ถ้ารายการอ้างอิงมีความยาวมากกว่าหนึ่งบรรทัด ให้พิมพ์บรรทัดถัดไปโดยไม่ต้องย่อหน้า การเว้นวรรคในการพิมพ์ หลังเครื่องหมาย (.) เว้นวรรค 2 ระยะ หลังเครื่องหมาย (,) เว้นวรรค 1 ระยะ และหลังเครื่องหมาย (:) (;) ไม่ต้องเว้นระยะในการพิมพ์

การอ้างอิงบทความจากวารสาร (Articles in Journals) รูปแบบในการเขียน ดังนี้.-

หมายเลขรายการอ้างอิง./ชื่อผู้แต่ง (Author).// ชื่อบทความ (Title of the article).//ชื่อวารสาร (Title of the Journal)ปีพิมพ์ (Year); เล่มที่ของวารสาร (Volume): หน้าแรก-หน้าสุดท้าย (Page).

ตัวอย่าง บทความจากวารสารมาตรฐาน (Standard journal article)

1. Nicola M, O'Neill N, Sohrabi C, Khan M, Agha M, Agha R. Evidence based management Guideline for the COVID-19 pandemic - Review article. International Journal of Surgery. 2020;77:206-16.
2. ฐปนา ตระกูลศิริศักดิ์, อธิรุทธ นัมคณิสสรณ์.การรักษามะเร็งที่พบบ่อยในผู้สูงอายุ. พุทธชินราชเวชสาร. 2563; 37:356-67.

หนังสือ

หมายเลขรายการอ้างอิง./ชื่อผู้แต่งหรือบรรณาธิการ./ชื่อหนังสือ./ครั้งที่พิมพ์./สถานที่พิมพ์:/ สำนักพิมพ์;/ปีที่พิมพ์.

ตัวอย่าง

3. Kahalley LS, Peterson R, Ris MD, Janzen L, Okcu MF, Grosshans DR, et al. Superior intellectual outcomes after proton radiotherapy compared with photon radiotherapy for pediatric medulloblastoma. J Clin Oncol 2020;38:454-61.

วิทยานิพนธ์หรือปริญญาานิพนธ์หรือสารนิพนธ์

การอ้างอิงจากวิทยานิพนธ์ต้องระบุคำว่า [dissertation] หรือ [วิทยานิพนธ์หรือปริญญา นิพนธ์หรือสารนิพนธ์] ชื่อย่อของปริญญา สาขาวิชา] ในวงเล็บใหญ่ () มีรูปแบบการเขียน ดังนี้.-

หมายเลขรายการอ้างอิง./ชื่อผู้นิพนธ์./ชื่อเรื่อง [ประเภท/ระดับปริญญา].//เมืองที่พิมพ์:มหาวิทยาลัย;ปีที่ได้ปริญญา.

ตัวอย่าง

4. จินตนา ชูติระกะ.ผลของโปรแกรมโยคะต่อความผาสุกทางจิตวิญญาณในผู้ป่วย วัยมะเร็งเต้านมที่ได้รับผลกระทบจากโรคและการรักษาด้วยยาเคมีบำบัด [วิทยานิพนธ์]. สงขลา: มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์; 2562
5. Zhang N. Hospital and patient predictors of healthcare disparities among type2 diabetes inpatients in tertiary and county hospitals of inner Mongolia, China. PhD [Dissertation]. Songkhla: Prince of Songkla University; 2016.
6. Tolmie EP. Pressure sores: an investigation into the clinical nursing management of the prevention and management of pressure sore within an acute hospital trust [Thesis]. Glasgow: University of Glasgow; 2020. Available from: <https://www.proquest.com/pqdtglobal/docview/2165834802/95052D169B364AD4PQ/1?accountid=28431>

เอกสารอิเล็กทรอนิกส์

การอ้างอิงเอกสารอิเล็กทรอนิกส์ ผู้เขียนต้องพิมพ์วัน เดือน ปี ที่เปิดดูข้อมูลดังกล่าวด้วย เนื่องจากข้อมูลดังกล่าวอาจมีการปรับปรุง หรือลบออกจากแฟ้มข้อมูลได้ การเขียนอ้างอิงให้เขียนดังนี้

หมายเลขรายการอ้างอิง./ชื่อผู้แต่ง (Author)./ชื่อบทความ (Title of the article)./ชื่อวารสาร(Title of the journal)[ประเภทของสื่อ/วัสดุ]./ปีพิมพ์[เข้าถึงเมื่อ/cited ปี เดือน วันที่];ปีที่: [หน้าabout screen]./เข้าถึงได้จาก/ Available from: <http://.....>

7. Annas GJ. Resurrection of a stem-cell funding barrier--Dickey-Wicker in court. N Engl J Med [Internet]. 2010[cited 2011 Jun 15];363:1687-9. Available from: <http://www.nejm.org/doi/pdf/10.1056/NEJMp1010466>
8. ทักษมาศ ไทยเล็ก, วันธณี วิรุฬห์พานิช, บุษกร พันธเมธาทิ. ผลของโมบายแอปพลิเคชันการเสริมสร้างสมรรถนะการดูแลสุขภาพช่องปากต่อพฤติกรรมป้องกันและการเกิดภาวะเยื่อช่องปากอักเสบในผู้ป่วย วัยเด็ก วัยเรียนโรคมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัด. ว. พยาบาลสงขลานครินทร์ [อินเทอร์เน็ต]. 2563 [เข้าถึงเมื่อ 23 เมษายน 2564];41:37-53. เข้าถึงได้จาก: <https://he02.tci-thaijo.org/index.php/nur-psu/article/view/249999>
9. ศุภิพร ช่วยชูวงศ์. การเขียนเอกสารอ้างอิงแบบ Vancouverใ [อินเทอร์เน็ต]. กรุงเทพฯ: คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์; 2564 [เข้าถึง เมื่อ 18 ต.ค. 2554]. เข้าถึงได้จาก <http://lib.med.psu.ac.th/pdf/van01.pdf>

การพิจารณาบทความเพื่อลงตีพิมพ์ วารสารการพยาบาล สุขภาพ และการศึกษา มีขั้นตอนดังนี้

ลำดับ	กิจกรรม	ผู้ดำเนินการ	ระยะเวลา
1	ผู้เขียนเตรียมต้นฉบับตามรูปแบบที่วารสารกำหนด	ผู้เขียน	N/A
2	ผู้เขียนส่งบทความออนไลน์พร้อมหนังสือรับรองการส่งบทความเพื่อรับการพิจารณาตีพิมพ์ (สแกนหรือถ่ายรูป) ผ่านระบบ Thai Journal Online (ThaiJO) ในเว็บไซต์วารสารที่ https://he02.tci-thaijo.org/index.php/NHEJ/submissions https://he02.tci-	ผู้เขียน	N/A
3	ผู้เขียนส่งหนังสือรับรองการส่งบทความเพื่อรับการพิจารณาตีพิมพ์ตัวจริงหาไปรษณีย์	ผู้เขียน	N/A
4	บรรณาธิการตรวจเนื้อหาว่ามีคุณภาพและรูปแบบว่า ถูกต้องหรือไม่ หากผ่านการประเมินเบื้องต้น บรรณาธิการ ตอบรับและนำบทความเข้าสู่กระบวนการประเมิน หากไม่ผ่าน บรรณาธิการแจ้งผู้เขียนให้มีการปรับปรุง หรือปฏิเสธ การรับพิจารณาหากบทความมีคุณภาพต่ำมาก หรือไม่ตรงประเด็นการเผยแพร่ของวารสารฯ	บรรณาธิการ	1 สัปดาห์
5	บรรณาธิการส่งบทความที่ผ่านการประเมินเบื้องต้นให้ ผู้ทรงคุณวุฒิ (Peer-Reviewers) ประเมินและให้คำแนะนำในการปรับปรุงบทความอย่างน้อยบทความละ 2 ท่านผ่านระบบ ThaiJO โดยใช้กระบวนการประเมินแบบปกปิดทั้งสองฝั่ง (Double-Blinded Review Process)	บรรณาธิการ ผู้ทรงคุณวุฒิ	4 สัปดาห์
6	บรรณาธิการรับคำแนะนำในการปรับปรุงต้นฉบับ ตรวจสอบคำแนะนำ และสรุปประเด็นที่ต้องแก้ไข	บรรณาธิการ	1 สัปดาห์
7	บรรณาธิการส่งคำแนะนำในการปรับปรุงต้นฉบับให้ผู้เขียนผ่านระบบ ThaiJO โดยให้เวลาในการแก้ไข/ปรับปรุงคุณภาพงานเขียน 1-2 สัปดาห์ ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับปริมาณงานที่ต้องแก้ไข	บรรณาธิการ ผู้เขียน	1-2 สัปดาห์
8	ผู้เขียนส่งงานที่แก้ไขแล้วกลับมาที่วารสารฯ ผ่านระบบ ThaiJO	ผู้เขียน	N/A
9	บรรณาธิการตรวจสอบการแก้ไขเบื้องต้นเปรียบเทียบกับ คำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิ โดยดำเนินการต่อไป 3 รูปแบบขึ้นอยู่กับคุณภาพการแก้ไข และคำแนะนำของ ผู้ทรงคุณวุฒิ ดังนี้	บรรณาธิการ	1 สัปดาห์
9.1	บรรณาธิการตอบรับการตีพิมพ์บทความกรณีผู้ทรงคุณวุฒิมอบหมายให้บรรณาธิการพิจารณาต่อ และบทความมีการปรับแก้ครบทุกประเด็นแล้ว	บรรณาธิการ	N/A
9.2	บรรณาธิการส่งบทความให้ผู้ทรงคุณวุฒิประเมินอีกครั้ง กรณีผู้ทรงคุณวุฒิขอประเมินบทความซ้ำอีกครั้งและ บรรณาธิการตรวจสอบแล้วว่าบทความมีการปรับแก้ครบ ทุกประเด็นตามที่ผู้ทรงคุณวุฒิแนะนำมาแล้ว	บรรณาธิการ	N/A
	ผู้ทรงคุณวุฒิประเมินบทความที่ได้รับการแก้ไขและส่งผล การประเมินมาที่บรรณาธิการเพื่อดำเนินการต่อไป	ผู้ทรงคุณวุฒิ	1-2 สัปดาห์
9.3.	บรรณาธิการส่งบทความให้ผู้เขียนแก้ไขเพิ่มเติมกรณีผู้เขียนแก้ไขบทความไม่ครบถ้วนตามที่ผู้ทรงคุณวุฒิแนะนำ หรือบรรณาธิการพิจารณาแล้วเห็นว่าควรมีการแก้ไขเพิ่มเติมเพื่อให้คุณภาพของบทความดียิ่งขึ้น	ผู้เขียน	N/A
	ผู้เขียนแก้ไขบทความตามคำแนะนำ	ผู้เขียน	1-2 สัปดาห์

การพิจารณาบทความเพื่อลงตีพิมพ์ วารสารการพยาบาล สุขภาพ และการศึกษา มีขั้นตอนดังนี้

ลำดับ	กิจกรรม	ผู้ดำเนินการ	ระยะเวลา
10	ผู้เขียนโอนค่าธรรมเนียมการตีพิมพ์บทความในวารสาร จำนวน 3,500 บาท มาที่บัญชีวารสารการพยาบาล สุขภาพ และการศึกษา บัญชีธนาคารกรุงไทย สาขาอุดรธานี เลขบัญชี 401-3-63405-8 และส่งสำเนาสลิปการโอนเงินผ่านทาง E-mail : journal@bcnu.ac.th	ผู้เขียน	N/A
11	ฝ่ายจัดการของวารสารฯ ออกหนังสือตอบรับการตีพิมพ์ บทความวารสารการพยาบาล สุขภาพ และการศึกษา และใบเสร็จรับเงิน จัดส่ง ให้ผู้เขียนตามที่อยู่ที่ผู้เขียนให้ไว้	ฝ่ายจัดการ	1 สัปดาห์
12	ฝ่ายออกแบบและพิสูจน์อักษรจัดทำต้นฉบับให้ บรรณาธิการตรวจสอบความถูกต้อง	ฝ่ายออกแบบและพิสูจน์อักษรและบรรณาธิการ	1 สัปดาห์
13	บรรณาธิการส่งบทความฉบับพร้อมตีพิมพ์ให้ผู้เขียน ตรวจสอบเป็นครั้งสุดท้ายก่อนตีพิมพ์ออนไลน์	บรรณาธิการและผู้เขียน	1-2 วัน
14	บรรณาธิการตีพิมพ์บทความออนไลน์ทาง https://he02.tci-thaijo.org/index.php/NHEJ/submissions และแจ้งให้ผู้เขียนทราบ	บรรณาธิการ	1 สัปดาห์
15	ฝ่ายออกแบบและพิสูจน์อักษรรวบรวมบทความที่ตีพิมพ์ใน ฉบับที่มีกำหนดออกวารสารเป็นรูปเล่ม ส่งให้บรรณาธิการ ตรวจสอบความถูกต้องและเขียนบทบรรณาธิการ ในช่วง เวลาที่สอดคล้องกับกำหนดออกวารสาร ดังนี้ - ฉบับเดือน ม.ค.-เม.ย. ดำเนินการไม่เกินกลางเดือน เม.ย. - ฉบับเดือน พ.ค.-ส.ค. ดำเนินการไม่เกินกลางเดือน ส.ค. - ฉบับเดือน ก.ย.-ธ.ค. ดำเนินการไม่เกินกลางเดือน ธ.ค.	ฝ่ายออกแบบและพิสูจน์อักษร และบรรณาธิการ	1 สัปดาห์

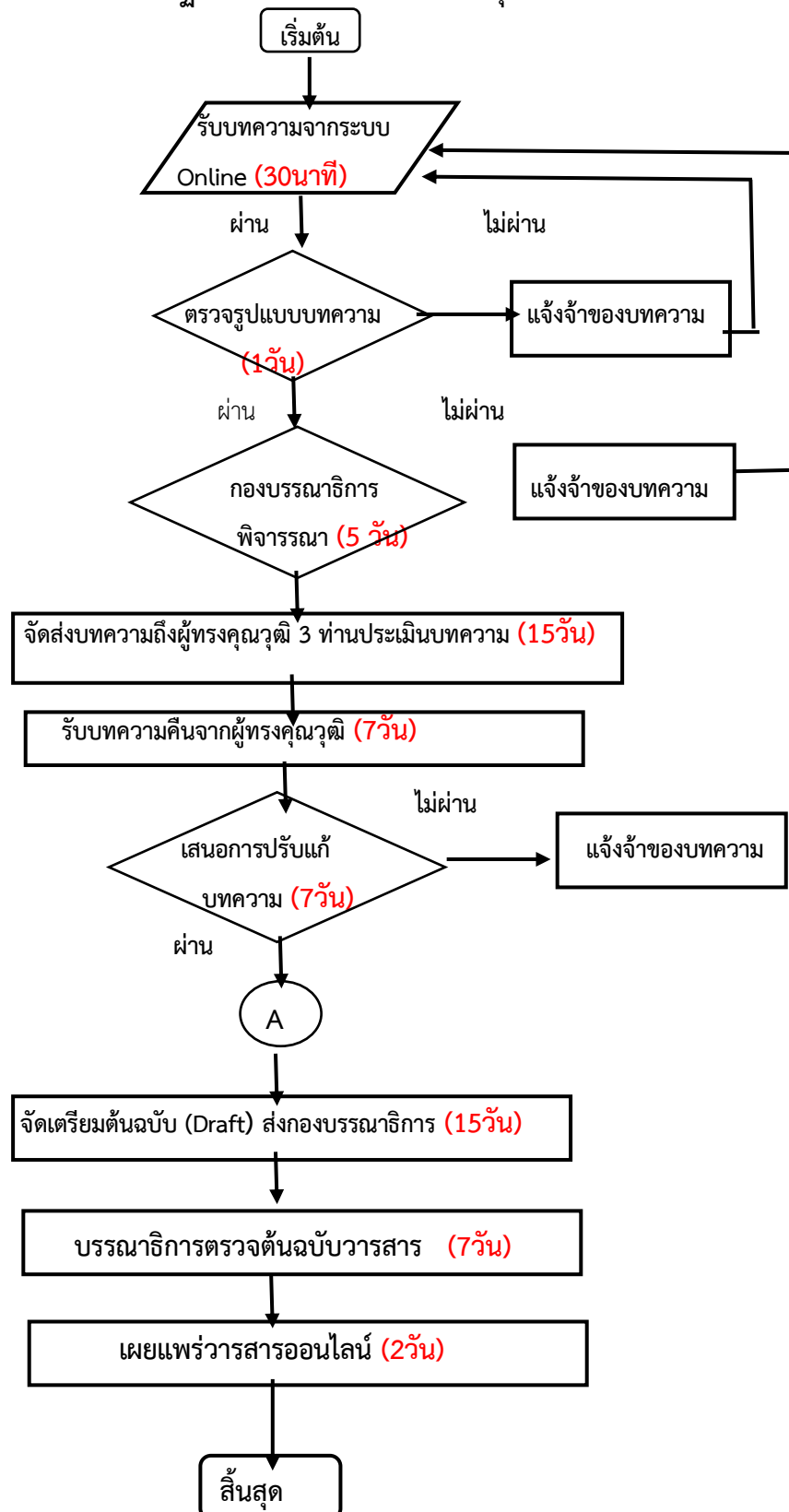
สรุป

- ระยะเวลาที่ใช้ในการตอบรับการตีพิมพ์บทความ ประมาณ 6-10 สัปดาห์
 - ระยะเวลาที่ใช้ในการตีพิมพ์บทความออนไลน์ ประมาณ 8-12 สัปดาห์
- (ทั้งนี้ ขึ้นอยู่ช่วงเวลาที่จะส่งบทความว่าสอดคล้องกับรอบการออกวารสารฉบับรูปเล่มหรือไม่)

บทความหรือข้อคิดเห็นใด ๆ ที่ปรากฏในวารสารการพยาบาล สุขภาพ และการศึกษา

เป็นความคิดเห็นของผู้เขียน บรรณาธิการและคณะผู้จัดทำไม่จำเป็นต้องเห็นด้วย ผู้เขียนมีความรับผิดชอบต่อบทความของตนเอง กองบรรณาธิการขอสงวนสิทธิ์ในการตรวจแก้ไข ข้อความให้ถูกต้องตามหลักภาษาและความเหมาะสม

ขั้นตอนการปฏิบัติงานวารสารการพยาบาล สุขภาพ และการศึกษา



หากต้องการติดต่อสอบถาม กรุณาโทร 0-95193-6485

ข้อกำหนดการตีพิมพ์ผลงานวิชาการในวารสาร

1. การตีพิมพ์ผลงานวิชาการในวารสารวิจัยสุขภาพและการพยาบาล กำหนดให้ผู้นิพนธ์ต้องชำระค่าธรรมเนียมการตีพิมพ์โดยบทความภาษาไทย 3,500 บาท/เรื่อง โดยผู้นิพนธ์ส่งผลงานให้บรรณาธิการพิจารณาในเบื้องต้น
2. ผลงานที่เข้าเกณฑ์ของวารสาร ทางบรรณาธิการจะแจ้งให้ผู้นิพนธ์ทราบเพื่อจ่ายค่าธรรมเนียม
3. ชำระค่าธรรมเนียมการตีพิมพ์โดยการโอนเงินเข้า บัญชีบัญชีวารสารการพยาบาล สุขภาพ และการศึกษา วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี อุตรธานี
ธนาคารกรุงไทย สาขาอุตรธานี เลขบัญชี 401-3-63405-8
4. ส่งสำเนาหรือไฟล์หลักฐานการจ่ายเงินมาที่ (งานวารสาร –คุณภัทรวดี สมภักดี)

E-mail: journalbcn@bcn.ac.th

ทั้งนี้ ข้อมูลบัญชีธนาคารและขั้นตอนการส่งไฟล์หลักฐานการโอนเงิน อาจมีการเปลี่ยนแปลงทางวารสารจะแจ้งให้ผู้นิพนธ์ทราบ ในกรณีที่ผู้นิพนธ์ขอยกเลิกการส่งผลงานเพื่อตีพิมพ์ภายหลังจากผู้ทรงคุณวุฒิที่ทางวารสารแต่งตั้งได้พิจารณาบทความแล้ว ทางวารสารขอสงวนสิทธิ์ไม่คืนเงินค่าธรรมเนียมการตีพิมพ์ให้แก่ผู้นิพนธ์ หรือในกรณีที่ผู้นิพนธ์ไม่ดำเนินการจัดทำ/แก้ไขต้นฉบับบทความให้เสร็จเรียบร้อยตามคำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิ และส่งให้กองบรรณาธิการ ตามวันเวลาที่กำหนด ทางกองบรรณาธิการมีสิทธิ์ในการยกเลิกการตีพิมพ์โดยไม่คืนเงินค่าธรรมเนียม

ข้อแนะนำในการส่งต้นฉบับ

เนื่องด้วย บัญชีวารสารการพยาบาล สุขภาพ และการศึกษา (วารสารของวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี อุตรธานี) เป็นวารสารออนไลน์ จึงขอความกรุณาผู้นิพนธ์ส่งผลงานเพื่อตีพิมพ์ผ่านทางเว็บไซต์ของวารสาร โดยมีขั้นตอนดังนี้

1. เตรียมไฟล์ต้นฉบับตามคำแนะนำการเตรียมต้นฉบับ ขนาดไฟล์ไม่เกิน 5 MB
2. เตรียมข้อมูลต่อไปนี้ให้พร้อม ชื่อ-นามสกุล (ภาษาไทยและอังกฤษ), User name (ภาษาอังกฤษ), Password (อย่างน้อย 6 ตัวอักษร และเป็นภาษาอังกฤษ), E-mail, ระดับการศึกษา/วุฒิ(ภาษาไทยและอังกฤษ), ลักษณะงาน, ที่อยู่ที่สามารถติดต่อได้, เบอร์โทรศัพท์, ผลงานที่ผ่านมา กรณีผู้เขียนมากกว่า 1 ท่าน กรุณาส่งชื่อ ชื่อ-นามสกุล (ภาษาไทยและอังกฤษ E-mail, ระดับการศึกษา/วุฒิ(ภาษาไทยและอังกฤษ), ลักษณะงานให้ครบทุกท่าน หากไม่รายชื่อผู้เขียนร่วมส่งมาแสดงว่าท่านประสงค์จะตีพิมพ์เพียงท่านเดียว
3. ลงทะเบียนสมัครสมาชิก ตามขั้นตอน ดังนี้
 - 3.1 เข้าเว็บไซต์ <https://he02.tci-thaijo.org/index.php/NHEJ/>
 - 3.2 คลิกลงทะเบียน แล้วสร้าง Username / Password
 - 3.3 สร้าง profile (ชื่อ email, รายละเอียดข้อมูลต่างๆ)

3.4 ยืนยันการสมัครสมาชิกทาง email

4. การส่งต้นฉบับบทความวิจัย/วิชาการ มีขั้นตอน (ตามขั้นตอนของระบบ TCI) ดังนี้

วารสารการพยาบาล สุขภาพ และการศึกษา (Nursing, Health, and Education Journal)

ปรับปรุง วันที่ 1 มกราคม 2565

- Login เพื่อเข้าระบบสมาชิก

- คลิก Author ใน User home

- Step 1 เลือกทุกช่อง เพื่อเป็นการยืนยันบทความของท่านว่าเป็นไปตามเงื่อนไขที่วารสารกำหนด

- Step 2 อัปโหลดบทความเป็นไฟล์ word และเอกสารรับรองจริยธรรมการวิจัยในคน

- Step 3 กรอกรายละเอียดข้อมูลต่าง ๆ สำหรับบทความของท่าน เช่น Author, Title and Abstract, Index terms เป็นต้น ถ้ามีผู้แต่งหลายคน คลิกเพิ่มชื่อผู้เขียนจนครบ วารสารไม่อนุญาตให้ผู้เขียนขอเพิ่มชื่อผู้เขียนหลังจากเผยแพร่บทความออนไลน์แล้ว

- Step 4 หากมีไฟล์ตาราง หรือ รูปภาพ ให้ทำการอัปโหลด เหมือน step 2 ถ้าไม่มีให้ทำการ save and continue เพื่อไปยังขั้นตอนถัดไป

- Step 5 เสร็จสิ้นการ Submission และเข้าสู่กระบวนการตรวจสอบโดยบรรณาธิการ

5. รอตรวจสอบสถานะ การตอบรับ/ปฏิเสธ ทาง E-mail หรือ เว็บไซต์โดยเข้าระบบ คลิก Active submission

กรณี ตอบรับ ไม่แก้ไข รอเข้าสู่กระบวนการตีพิมพ์วารสาร

กรณี ตอบรับ มีแก้ไข ดำเนินการแก้ไขตามคำแนะนำ และอัปโหลดไฟล์บทความ ภายใน 7 วัน

กรณี ปฏิเสธ สิ้นสุดกระบวนการขอตีพิมพ์วารสาร

หลังจากนี้ ผู้นิพนธ์ต้องติดตามแก้ไขผลงาน ทาง E-mail หรือ เว็บไซต์ เพื่อดำเนินการปรับปรุง

แก้ไข ต้นฉบับบทความให้ถูกต้องสมบูรณ์และตรงตามเวลาที่กำหนด

การติดต่อกองบรรณาธิการ

ส่งถึง

บรรณาธิการวารสารการพยาบาล สุขภาพและการศึกษา

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี อุตรธานี

88 ถนนมิตรภาพ หมู่ 1

ตำบลหนองไผ่ อำเภอเมืองอุตรธานี

จังหวัดอุตรธานี 41330

โทรศัพท์: งานวารสาร

E-mail: journal@bcnu.ac.th

หนังสือรับรองการส่งบทความเพื่อรับการพิจารณาตีพิมพ์

ในวารสารการพยาบาล สุขภาพ และการศึกษา

วันที่..... เดือน พ.ศ.

เรียน บรรณาธิการวารสารการพยาบาล สุขภาพ และการศึกษา

ข้าพเจ้า.....

ที่อยู่ในการติดต่อ.....

เบอร์โทรศัพท์/มือถือ..... E-mail.....

มีความประสงค์ส่งบทความวิจัย/บทความวิชาการเรื่อง.....

เผยแพร่ในวารสารการพยาบาล สุขภาพ และการศึกษา พร้อมกันนี้ ข้าพเจ้าได้ส่งต้นฉบับผลงานในระบบ

ThaiJO ทางเว็บไซต์ <https://he02.tci-thaijo.org/index.php/NHEJ/submissions> เรียบร้อยแล้ว

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าบทความนี้ ไม่อยู่ระหว่างการพิจารณาตีพิมพ์ หรือเคยตีพิมพ์เผยแพร่ใด ๆ

และยินดีปรับแก้บทความตามที่ผู้ทรงคุณวุฒิเสนอแนะตามเวลาที่กำหนด และข้าพเจ้ารับทราบว่าการตีพิมพ์ในวารสารการพยาบาล สุขภาพ และการศึกษา มีค่าใช้จ่ายในการตีพิมพ์จำนวนบทความละ 3,500 บาท (โดยโอนเข้าบัญชีวารสารการพยาบาล สุขภาพ และการศึกษา ธนาคารกรุงไทย สาขาอุดรธานี เลขบัญชี 401-3-63405-8 เมื่อบทความได้รับการแก้ไขและตอบรับให้ตีพิมพ์ในวารสารการพยาบาล สุขภาพ และการศึกษาแล้ว

บทความวิชาการ ที่ส่งเข้ามาเพื่อตีพิมพ์ และบทความวิจัย/ บทความวิชาการ อยู่ในขั้นตอนการพิจารณาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ และเจ้าของผลงาน มีความประสงค์ขอยกเลิก หรือยุติการตีพิมพ์ในวารสาร ผู้รับผิดชอบบทความวิจัย/ บทความวิชาการ เป็นผู้รับผิดชอบค่าใช้จ่าย ที่เป็นค่าตอบแทนผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวนเงิน 1,500 บาท (หนึ่งพันห้าร้อยบาทถ้วน) โดยโอนเงินเข้าวารสารการพยาบาล สุขภาพ และการศึกษา ธนาคารกรุงไทย สาขาอุดรธานี เลขบัญชี 401-3-63405-8

(.....)

ผู้ส่งบทความวิจัย/(ผู้รับผิดชอบหลัก)

หมายเหตุ สแกนรูปหนังสือรับรอง ส่งเป็นไฟล์แนบมาพร้อมต้นฉบับผลงาน และส่งหนังสือรับรองฉบับจริงมาที่

เลขานุการ วารสารการพยาบาล สุขภาพ และการศึกษา

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี อุดรธานี 88 หมู่ 1

ตำบลหนองไผ่ อำเภอเมือง จังหวัดอุดรธานี รหัสไปรษณีย์ 41330