



VAJIRA NURSING JOURNAL

www.vajira.ac.th/vnjo

<https://tci-thaijo.org/index.php/vnj>

Volume 25 No.1 January - June 2023

ISSN 1513-2498 (print)

ISSN 2651-0871 (online)

Research article

- ❖ Older Adults' Health Care of Secondary School Students in Bangkok
Chakkrich Pidjadee Prapaiwan Danpradit
- ❖ Stress and Factors Associated with Stress in Healthcare Workers at Frontline Area, among COVID-19 Pandemic in Thailand
Surasak Mulsrisuk Pongsak Dharmakulsakti Chantana Keha Nattha Saisavoey
Worapat Ratta-apha Juthawadee Lortrakul
- ❖ Outcome of Health Belief Model Program Application on Prevention Perception and Prevention Behavior of COVID-19 in the Diabetic Elderly
Prapaiwan Danpradit Poonsook Shuaytong
- ❖ A study of expectation satisfaction and engagement towards of patient's center of nursing excellence on wound and ostomy at Faculty of Medicine Vajira Hospital
Kukwan Maleewong Nongluk Kwanlamun Thamonwan Yodkolkij Charasporn Wilaisai
Rangsima Thienngthantham
- ❖ The Environmental Contamination And Drug-Resistant Nosocomial Bacterial Infection In Hospital Settings
Warissara Jirawathin Sukhontha Siri Dusit Sujirarat Anan Manomaipiboon

Review article

- ❖ Digital Literacy Development of Professional Nurses
Siriluk Deelertraipiboon Jaruda Mamuangbon Sakritta Tangkulpithaporn
Katthariya Kunkunadet Arpaporn Thanakornpornasawat Jintanakati Vannavijit
Areewan Oumtane
- ❖ The role of nurses in promoting nutritional status in chronic renal failure patients with wound
Apinya Kramon Pornlikhit Kongfay Panchita Thamsug Waraporn sangkum
Supaporn Kunrad Nischanat Horthiwong Sukanya Panyakom
- ❖ Repositioning and Mobilization to Prevent Pressure Injury in Bedridden Patients
Areeya Nararat Somrudee Setsook Sudarut Mattawong Pitchaya Kaoroptham
Charasporn Wilaisai
- ❖ Management of Skin Tear in Age
Narueparn Koonsub Marisa Komutklang Supattra Loyprakhon Sirilak Jannuan
Watinee Theangtumdee Phonsiree Kaiyasaeng Rungnapha Limprasert
Kukwan Maleewong

เจ้าของ ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลวชิรพยาบาล คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช

คณะที่ปรึกษาภายใน

ผู้ช่วยศาสตราจารย์จักรวาล มณีฤทธิ์
รองศาสตราจารย์ร้อยเอกหญิงปนัดดา สุวรรณ
นางปาริชาติ จันทร์สุนทรพร
ดร.ปฏิพร บุญพัฒนกุล

คณะที่ปรึกษาภายนอก

พันตำรวจตรีหญิง ดร.ปิยรัตน์ สมันตรัฐ
ดร.อรเพ็ญ สุขะวัลลี
ดร.สิตานันท์ ศรีใจวงศ์
พ.ต.ต.หญิง ดร.คิตยา อิวาโนวิช

บรรณาธิการ

นางสาวอมลวรรณ ยอดกลกิจ

รองบรรณาธิการ

นางสาวพัชรี ประไพพิน

ผู้ช่วยบรรณาธิการ

นางสาวพรศิริ กนกกาญจนะ

กองบรรณาธิการ

นางจินตนา แสงรุ่งจี
นางสาวกชกร ไพรัตน์
ดร.จันทนา จินาวงค์
นางเลิศศิลป์ เอี่ยมพงษ์
นางสาวจันทรา ว่องวัฒนกุล
นางสาวณัฐภัสสร เดิมขุนทด
นางสาวเสาวนีย์ บำรุงวงศ์
นางสาวเบญจมาภรณ์ มฤตสุสาร
นางสาวจงจิตต์ แจ่มหมื่นไวย
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สมศิริ นนทสวัสดิ์ศรี
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ อมรรรัตน์ เสตสุวรรณ
ดร.ชจี พงศธรวิบูลย์
ดร.จริยา ชื่นศิริมงคล
ดร.ยุพา วงศ์สรไตร์
นางนพัตพร พุกขานันตกุล
รองศาสตราจารย์ ดร.เกรตินทร์ อุทริยะประสิทธิ์
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.พรนภา ตั้งสุขสันต์
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.อัจฉริยา พ่วงแก้ว
ดร.ศรินรัตน์ ศรีประสงค์
ดร.เสาวรส มีกุล
ดร. เกศศิริ วงษ์คงคำ
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ประภาพร จินันทุยา
ดร.รสสุคนธ์ วาริตสกุล
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ปานจันทร์ ฐาปนกุลศักดิ์
พลตรีหญิง รองศาสตราจารย์ ดร.พัชรภรณ์ อุ้นเตจ๊ะ
พลตรีหญิง รองศาสตราจารย์ ดร.สายสมร เกลยภิตติ
ศาสตราจารย์เกียรติคุณ ดร.สมจิต หนูเจริญกุล
รองศาสตราจารย์ไสว นรสาร
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ณัฐชา เจียรนิลกุลชัย
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.นิโรบล กนกสุนทรรัตน์
รองศาสตราจารย์ ดร.กัญญาดา ประจุศิลป์
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ประนอม รอดคำดี
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.นรลักษณ์ เอื้อกิจ
ดร.ทัศนีย์ สุนทร
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.เพลินตา พิพัฒน์สมบัติ

คณบดีคณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช

ผู้อำนวยการโรงพยาบาลวชิรพยาบาล คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช

หัวหน้าฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลวชิรพยาบาล คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช

ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลวชิรพยาบาล คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ

สำนักวิทยบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยวลัยลักษณ์

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี อุตรดิตถ์

คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์

ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลวชิรพยาบาล คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช

ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลวชิรพยาบาล คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช

ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลวชิรพยาบาล คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช

ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลวชิรพยาบาล คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช

ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลวชิรพยาบาล คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช

ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลวชิรพยาบาล คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช

ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลวชิรพยาบาล คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช

ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลวชิรพยาบาล คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช

ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลวชิรพยาบาล คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช

ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลวชิรพยาบาล คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช

ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลวชิรพยาบาล คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช

ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลวชิรพยาบาล คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช

คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช

คณะพยาบาลศาสตร์เกื้อการุณย์ มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช

คณะพยาบาลศาสตร์เกื้อการุณย์ มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช

คณะพยาบาลศาสตร์เกื้อการุณย์ มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช

คณะพยาบาลศาสตร์เกื้อการุณย์ มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช

คณะพยาบาลศาสตร์เกื้อการุณย์ มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

สถาบันการพยาบาลศรีสวรินทิรา สภากาชาดไทย

สถาบันการพยาบาลศรีสวรินทิรา สภากาชาดไทย

สถาบันการพยาบาลศรีสวรินทิรา สภากาชาดไทย

วิทยาลัยพยาบาลกองทัพบก

วิทยาลัยพยาบาลกองทัพบก

โรงเรียนพยาบาลรามาธิบดี คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี

โรงเรียนพยาบาลรามาธิบดี คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี

โรงเรียนพยาบาลรามาธิบดี คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี

โรงเรียนพยาบาลรามาธิบดี คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏสุราษฎร์ธานี

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสวนดุสิต

นายธีระชล สาดสิน

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.จันทกานต์ กาญจนเวทวงศ์

ดร. เสาวนีย์ ทรงประโคน

นางสาวฤทัยรัตน์ ไชยรินทร์

ฝ่ายจัดการ

นางสาวเมลิน คนที

นางสาววัลรัตน์ เพิ่มสุขทวี

นายฉลอง สุขอร่าม

นางสาวสร้อยอรุณ สองนวน

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสวนดุสิต

สำนักวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์

โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย

ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลวชิรพยาบาล คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช

ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลวชิรพยาบาล คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช

ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลวชิรพยาบาล คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช

ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลวชิรพยาบาล คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช



วารสารการพยาบาล
ปีที่ 25 ฉบับที่ 1 มกราคม – มิถุนายน 2566

Vajira Nursing Journal

Volume 25 No.1 January - June 2023

www.vajira.ac.th/vnjo

ISSN 1513-2498 (print)

<https://tci-thaijo.org/index.php/vnj>

ISSN 2651-0871 (online)

วารสารการพยาบาล เป็นวารสารวิชาการทางการพยาบาล การศึกษาพยาบาล การส่งเสริมสุขภาพ และสาขาอื่นที่เกี่ยวข้อง ได้รับการจัดอยู่ในวารสารกลุ่ม 2 ฐานข้อมูล Thai-Journal Citation Index Centre (TCI) มีผู้ทรงคุณวุฒิพิจารณาถ้อยแถลงบทความเพื่อลงตีพิมพ์ในวารสาร จำนวน 3 ท่านต่อบทความ

วัตถุประสงค์

1. ส่งเสริมและเผยแพร่ผลงานทางวิชาการทางการพยาบาล
2. นำเสนอประสบการณ์ นวัตกรรมและวิทยาการก้าวหน้าทางการพยาบาล
3. สนับสนุนการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ในการพยาบาลเพื่อธำรงไว้ซึ่งการพยาบาลที่มีคุณภาพ
4. สร้างเครือข่ายความร่วมมือระหว่างสถาบันการศึกษาและองค์กรสุขภาพ

ขอบเขต

สาระในวารสารการพยาบาล บทความวิจัย บทความวิชาการและบทความพิเศษ ซึ่งแต่ละฉบับอาจมีเนื้อหาต่างกล่าวหลากหลายแตกต่างกันไป

กำหนดการวารสารการพยาบาล

ออกเผยแพร่ราย 6 เดือน ปีละ 2 ฉบับ ดังนี้

ฉบับที่ 1 มกราคม - มิถุนายน

ฉบับที่ 2 กรกฎาคม - ธันวาคม

สำนักงาน ฝ่ายการพยาบาล คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช 681 ถนนสามเสน
เขตดุสิต กรุงเทพมหานคร 10300 โทร.0-2244-3084 Fax. 0-2668-7152

สถานที่พิมพ์ พลก๊อปปี้ 285/3 ซอยสวนอ้อย ถนนราชวิถี แขวงดุสิต เขตดุสิต กรุงเทพมหานคร 10300

บรรณาธิการแถลง

สวัสดีสมาชิกวารสารการพยาบาลและผู้สนใจทุกท่าน

วารสารการพยาบาลฉบับนี้เป็นฉบับที่ 1 ปีที่ 25 ประกอบด้วยบทความวิจัย และบทความวิชาการเกี่ยวกับ การดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ นักเรียนมัธยมศึกษา ในกรุงเทพมหานคร ความเครียดและปัจจัยที่ทำให้เกิดความเครียดในบุคลากรทางการแพทย์ด้านหน้าที่ปฏิบัติงานในช่วงการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในประเทศไทย ผลของโปรแกรมการประยุกต์ใช้แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพต่อการรับรู้และพฤติกรรม การป้องกันโรคโควิด-19 ผู้สูงอายุเบาหวาน ความคาดหวัง ความพึงพอใจ และความผูกพัน ของผู้รับบริการต่อการให้บริการของศูนย์ความเป็นเลิศทางการแพทย์การพยาบาลบาดแผลและออสโตมี คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล การปนเปื้อนของเชื้อแบคทีเรียในสิ่งแวดล้อมและการติดเชื้อแบคทีเรียดื้อยาต้านจุลชีพในโรงพยาบาล การพัฒนาความรู้ด้านดิจิทัลของพยาบาลวิชาชีพ บทบาทของพยาบาลในการส่งเสริมภาวะโภชนาการผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังที่มีบาดแผล การเปลี่ยนท่าและการเคลื่อนไหวร่างกายเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับ ในผู้ป่วยติดเตียงการจัดการผิวหนังในผู้สูงอายุ

ขอขอบคุณสมาชิกวารสารการพยาบาลทุกท่านที่ให้การสนับสนุน และหวังเป็นอย่างยิ่งว่าทุกท่านจะได้รับประโยชน์จากการอ่านเล่มนี้ และขอเชิญชวนทุกท่านส่งบทความวิชาการหรือบทความวิจัยเพื่อการตีพิมพ์ เผยแพร่ผลงานลงในวารสารการพยาบาลผ่านระบบ Thai Journals Online (ThaiJO) เว็บไซต์ <https://www.tci-thaijo.org/index.php/vnj>

นางสาวธมลวรรณ ยอดกลกิจ
บรรณาธิการวารสารการพยาบาล

สารบัญ

	หน้า
บทความวิจัย	
การดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ นักเรียนมัธยมศึกษา ในกรุงเทพมหานคร Older Adults' Health Care of Secondary School Students in Bangkok Chakkrich Pidjadee Prapaiwan Danpradit	1
ความเครียดและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความเครียดในบุคลากรทางการแพทย์ด้านหน้าปฏิบัติงาน ในช่วงการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในประเทศไทย Stress and Factors Associated with Stress in Healthcare Workers at Frontline Area, among COVID-19 Pandemic in Thailand Surasak Mulsrisk Pongsak Dharmakulsakti Chantana Keha Nattha Saisavoey Worapat Ratta-apha Juthawadee Lortrakul	15
ผลของโปรแกรมการประยุกต์ใช้แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพต่อการรับรู้และพฤติกรรมการป้องกันโรค โควิด-19 ผู้สูงอายุเบาหวาน Outcome of Health Belief Model Program Application on Prevention Perception and Prevention Behavior of COVID-19 in the Diabetic Elderly Prapaiwan Danpradit Poonsook Shuaytong	26
ความคาดหวัง ความพึงพอใจ และความผูกพัน ของผู้รับบริการต่อการให้บริการของศูนย์ความเป็นเลิศ ทางการพยาบาลบาดแผลและออสโตมี คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล A study of expectation satisfaction and engagement towards of patient's center of nursing excellence on wound and ostomy at Faculty of Medicine Vajira Hospital Kukwan Maleewong Nongluk Kwanlamun Thamonwan Yodkolkij Charasorn Wilaisai Rangsimma Thiengthiantham	39
การปนเปื้อนของเชื้อแบคทีเรียในสิ่งแวดล้อมและการติดเชื้อแบคทีเรียดื้อยาต้านจุลชีพในโรงพยาบาล The Environmental Contamination And Drug-Resistant Nosocomial Bacterial Infection In Hospital Settings Warissara Jirawathin Sukhontha Siri Dusit Sujirarat Anan Manomaipiboon	58

สารบัญ

หน้า

บทความวิชาการ

การพัฒนาความรู้ด้านดิจิทัลของพยาบาลวิชาชีพ Digital Literacy Development of Professional Nurses Siriluk Deelertpaiboon Jaruda Mamuangbon Sakritta Tangkulpithaporn Katthariya Kunkunadet Arpaporn Thanakornpornasawat Jintanakati Vannavijit Areewan Oumtanee	70
บทบาทของพยาบาลในการส่งเสริมภาวะโภชนาการผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังที่มีบาดแผล The role of nurses in promoting nutritional status in chronic renal failure patients with wound Apinya Kramon Pornlikhit Kongfay Panchita Thamsug Waraporn Sangkum Supaporn Kunrad Nischanat Horthiwong Sukanya Panyakom	80
การเปลี่ยนท่าและการเคลื่อนไหวร่างกายเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับในผู้ป่วยติดเตียง Repositioning and Mobilization to Prevent Pressure Injury in Bedridden Patients Areeya Nararat Somrudee Setsook Sudarut Mattawong Pitchaya Kaoroptham Charasporn Wilaisai	93
การจัดการผิวหนังฉีกขาดในผู้สูงอายุ Management of Skin Tear in Age Narueparn Koonsub Marisa Komutklang Supattra Loyprakhon Sirilak Jannuan Watinee Theangtumdee Phonsiree Kaiyasaeng Rungnapha Limprasert Kukwan Maleewong	104

บทความวิจัย

การดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ นักเรียนมัธยมศึกษา ในกรุงเทพมหานคร

จักรกฤษ ปิจดี¹ประไพวรรณ ด้านประดิษฐ์²

บทคัดย่อ

ประเทศไทยมีผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นจำนวนมาก สัดส่วนของประชากรวัยเด็ก และวัยแรงงาน มีแนวโน้มลดลงเรื่อย ๆ ส่งผลให้สังคมไทยขาดวัยทำงานที่เป็นผู้เกื้อหนุนหลักและดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ แต่ผู้สูงอายุยิ่งอายุมากขึ้นจะป่วยมากขึ้นตามอายุขัย ต้องการผู้ดูแลสุขภาพผู้สูงอายุมากขึ้น จึงจำเป็นต้องศึกษา พื้นฐานระดับการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุของนักเรียนมัธยมศึกษา เพื่อเตรียมความพร้อมผู้ดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ ที่มีคุณภาพ ทดแทนวัยทำงานที่ลดลง การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงสำรวจ วัตถุประสงค์เพื่อศึกษาระดับความรู้ การดูแลสุขภาพผู้สูงอายุและคำแนะนำการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุเบื้องต้น และเปรียบเทียบความแตกต่าง ระหว่างระดับความรู้การดูแลสุขภาพผู้สูงอายุและคำแนะนำการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุเบื้องต้น กับลักษณะครอบครัวและระดับชั้นเรียนของนักเรียนมัธยมศึกษา กลุ่มตัวอย่าง คือ นักเรียนมัธยมศึกษา โรงเรียนมัธยมวัดสุทธธาราม กรุงเทพมหานคร โดยเลือกแบบเจาะจงตามคุณลักษณะที่กำหนด จำนวน 300 คน เครื่องมือวิจัย คือ แบบสอบถามซึ่งสร้างมาจากแนวคิดของ บลูม เก็บรวบรวมข้อมูลโดยให้กลุ่มตัวอย่าง ตอบแบบสอบถามด้วยตนเอง สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล คือ ค่าเฉลี่ย เบี่ยงเบนมาตรฐาน t-test และ F-test

ผลการศึกษา พบว่า นักเรียนมัธยมศึกษา มีความรู้การดูแลสุขภาพผู้สูงอายุและคำแนะนำการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุเบื้องต้นในระดับดี และผลการทดสอบสมมุติฐาน พบว่า นักเรียนมัธยมศึกษาที่มีความแตกต่าง ในลักษณะครอบครัวและระดับชั้นเรียน มีความรู้การดูแลสุขภาพผู้สูงอายุและคำแนะนำการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุเบื้องต้น แตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ

คำสำคัญ: ผู้สูงอายุ/ การดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ/ นักเรียนมัธยมศึกษา

¹ อาจารย์ วิทยาลัยพยาบาลและสุขภาพ มหาวิทยาลัยราชภัฏสวนสุนันทา

² รองศาสตราจารย์ วิทยาลัยพยาบาลและสุขภาพ มหาวิทยาลัยราชภัฏสวนสุนันทา

Corresponding Author, Email: prapaiwan.da@ssru.ac.th

Research article

Older Adults' Health Care of Secondary School Students in Bangkok

Chakkrich Pidjadee¹
Prapaiwan Danpradit²

Abstract

Thailand has an increasing number of older population and the proportion of children and working age population is steadily decreasing. As a result, the country lacks the working age adults who are the main supporters and care for the older adults. As people get older, they get more sickness and need more health care from caregivers. Therefore, it is necessary to study the basic level of older adult health care of the secondary school students to prepare the qualified older adult caregivers to replace the declining working age group. This research was the descriptive survey research. The objectives were to study the level of knowledge on older adults' health care and basic health care advice for the older adults and to compare the knowledge on older adult health care and basic health care advice for the older adults with different family and class characteristics of the secondary school students. The samples were the secondary school students of Wat Suttharam School, Bangkok. There were 300 samples who were selected from Wat Suttharam School by purposive sampling. The research tool was questionnaire modified from Bloom's concept. Data were collected from self-administered questionnaire. The statistics for analysis were mean, standard deviation (SD), t-test and F-test.

Research results: The results showed that the secondary school students had good level of knowledge on older adult health care and basic health care advice for the older adults. There was no statistically significant difference of the secondary school students with differences in family and class characteristics on knowledge of older adult health care and basic health care advice for the older adults.

Conclusion: The secondary school students had good level of knowledge and basic health care advice for the older adults. Therefore, the health care team should promote knowledge on older adult health care to the secondary school students to prepare the qualified caregivers for older adults to replace the declining working age group in the aging society.

Keywords: Older adults/ older adult health care/ secondary school students

¹ Lecturer, College of Nursing and Health, Suan Sunandha Rajabhat University

² Association Professor, College of Nursing and Health, Suan Sunandha Rajabhat University

Corresponding Author, Email: prapaiwan.da@ssru.ac.th

Received February 15 2023; Revised May 8 2023; Accepted May 15 2023

บทนำ

ในปี พ.ศ. 2564 ประเทศไทยมีผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นจำนวนมาก สัดส่วนของประชากรวัยเด็ก (อายุน้อยกว่า 15 ปี) และวัยแรงงาน (อายุ 15-59 ปี) มีแนวโน้มลดลงสวนทางกับสัดส่วนประชากรสูงอายุที่เพิ่มขึ้น ส่งผลให้สังคมไทยขาดวัยแรงงาน/วัยทำงานที่เป็นผู้เกื้อหนุนหลักและดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ แต่ผู้สูงอายุยิ่งอายุมากขึ้นจะป่วยมากขึ้นตามอายุขัย เป็นวัยที่ต้องได้รับการดูแลเป็นพิเศษ ต้องการผู้ดูแลมากขึ้นเพื่อเตรียมความพร้อมด้านสุขภาพให้กับผู้สูงอายุ จึงมีความจำเป็นต้องเลือกบุคคลทำหน้าที่ดูแลผู้สูงอายุที่มีคุณภาพทดแทนวัยทำงาน บุคคลที่เหมาะสม คือ เยาวชนที่เป็นนักเรียนมัธยมศึกษา เป็นวัยที่จะก้าวเข้าสู่วัยผู้ใหญ่ในอนาคต การส่งเสริมให้เยาวชนที่เป็นนักเรียนมัธยมศึกษา มีความรู้การดูแลสุขภาพผู้สูงอายุนั้น ควรศึกษาพื้นฐานความรู้การดูแลสุขภาพผู้สูงอายุอยู่ในระดับใด เพื่อใช้เป็นข้อมูลในการจัดโปรแกรม/พัฒนาต่อไป

ปัจจุบันประเทศไทยมีการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างของประชากร มีผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วและต่อเนื่องโดย พบว่า ในปี พ.ศ. 2537 มีผู้สูงอายุ ร้อยละ 6.80 ต่อมาในปี พ.ศ. 2564 มีผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นร้อยละ 19.60 จากประชากรทั้งหมด 66.70 ล้านคน แบ่งเป็นประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไปจำนวน 13.35 ล้านคน¹ เป็นประชากรอายุวัยต้น (อายุ 60 - 69 ปี) 57.20 % วัยกลาง (อายุ 70 - 79 ปี) 29.50 % วัยปลาย (อายุ 80 ปีขึ้นไป) 13.30 %¹ จากการคาดประมาณประชากรของประเทศไทยระหว่าง พ.ศ. 2553-2583 คาดการณ์ไว้ว่าสัดส่วนของประชากรวัยเด็ก (อายุน้อยกว่า 15 ปี) และวัยแรงงาน (อายุ 15-59 ปี) มีแนวโน้มลดลง สวนทางกับสัดส่วนประชากรสูงอายุที่มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง และผลการสำรวจประชากรสูงอายุ ในปี พ.ศ. 2564 พบว่า อัตราส่วนเกื้อหนุนผู้สูงอายุ หรือประชากรวัยทำงานมีแนวโน้มลดลงอย่างต่อเนื่อง โดยในปี พ.ศ. 2537 มีอัตราส่วนเกื้อหนุนผู้สูงอายุ เท่ากับ

9.30 ลดลงเป็น 3.30 ในปี พ.ศ. 2564 หรือผู้สูงอายุ 1 คน มีประชากรวัยทำงานที่ให้การเกื้อหนุนผู้สูงอายุประมาณ 3 คนเท่านั้น¹

ผู้สูงอายุ ยิ่งอายุมากขึ้นจะป่วยมากขึ้นตามอายุขัย เป็นวัยที่ต้องได้รับการดูแลเป็นพิเศษ เพราะเป็นช่วงวัยที่มีการเปลี่ยนแปลง เสื่อมโทรมถดถอยในด้านต่าง ๆ มากมาย ทั้งร่างกาย และจิตใจ อาจมีโรคเรื้อรังที่ต้องการการดูแลและรักษาเฉพาะตามวัยสูงอายุเพิ่มขึ้น เช่น ความดันโลหิตสูง เบาหวาน โรคหลอดเลือดหัวใจตีบ โรคกระดูกพรุน โรคเกาต์ โรคหอบหืด โรคติดเชื้อทางเดินหายใจ โรคอัมพาต เป็นต้น รวมถึงการเปลี่ยนแปลงทางด้านจิตใจ อารมณ์ สังคม และเศรษฐกิจ ซึ่งผู้สูงอายุบางรายอาจไม่สามารถรับมือกับการเปลี่ยนแปลงนี้ได้ อาจทำให้เกิดปัญหาต่าง ๆ ตามมามากมายส่งผลทำให้ผู้สูงอายุต้องการผู้ดูแลมากขึ้น จากการศึกษา พบว่า ในปี พ.ศ. 2564 ผู้สูงอายุในประเทศไทยมีผู้ดูแล ร้อยละ 10.40 เมื่อพิจารณาตามกลุ่มวัย พบว่า การที่ผู้สูงอายุมีผู้ดูแลนั้นเพิ่มขึ้นตามกลุ่มวัยที่มากขึ้น โดยผู้สูงอายุวัยปลายเป็นผู้ที่มีผู้ดูแลมากที่สุด (ร้อยละ 35.60) กลุ่มผู้สูงอายุวัยกลางมีผู้ดูแลร้อยละ 11.40 และกลุ่มผู้สูงอายุวัยต้น มีผู้ดูแลเพียงเล็กน้อย (ร้อยละ 4)¹ จากสถานการณ์การเปลี่ยนแปลงโครงสร้างของประชากรดังกล่าวข้างต้น ผู้สูงอายุในสังคมไทยปัจจุบัน มีแนวโน้มขาดผู้ดูแลที่เป็นผู้เกื้อหนุนหลักหรือผู้ดูแลที่เป็นวัยทำงานมากขึ้น ควรมีการเตรียมความพร้อมส่งเสริมความรู้ให้กับบุคคลในครอบครัว เพื่อดูแลผู้สูงอายุทดแทนผู้ดูแลหลักที่เป็นวัยทำงาน ผลการศึกษาลักษณะการอยู่อาศัยของผู้สูงอายุในปี พ.ศ. 2564 พบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ (ร้อยละ 88) ไม่ได้อยู่คนเดียว โดยอาศัยอยู่กับคู่สมรสตามลำพัง ร้อยละ 21.10 และอาศัยอยู่กับบุคคลอื่น ร้อยละ 66.90¹ ในจำนวนร้อยละ 66.90 ที่อาศัยอยู่กับบุคคลอื่นนั้นจะมีรุ่นหลานที่กำลังศึกษาอยู่ในชั้นเรียนมัธยมศึกษา รวมอยู่ด้วย ฉะนั้นการส่งเสริมความรู้ให้กับนักเรียนมัธยมศึกษา

เป็นผู้ดูแลผู้สูงอายุแทนวัยทำงานจะเหมาะสมที่สุด เพราะพักอาศัยอยู่ในครอบครัวเดียวกันกับผู้สูงอายุ เป็นญาติ เป็นที่รักนับถือ และผูกพันกับผู้สูงอายุทางสายเลือด เมื่อผู้สูงอายุเจ็บป่วยเบื้องต้นจะสามารถช่วยเหลือได้เร็ว ทันต่อเหตุการณ์ ประกอบกับ นิสิต นักศึกษา นักเรียน ส่วนใหญ่มีทัศนคติที่ดีต่อผู้สูงอายุ²⁻³ หรือในกรณีที่ครอบครัวของนักเรียนมัธยมศึกษาไม่มีผู้สูงอายุอาศัยอยู่ในครอบครัวด้วย อย่างน้อยจะมีบิดาหรือมารดา หรือญาติรวมอยู่ด้วย ซึ่งบุคคลกลุ่มนี้ในอนาคตจะเปลี่ยนแปลงเป็นวัยสูงอายุเช่นกัน ถ้านักเรียนมีความรู้การดูแลสุขภาพผู้สูงอายุเบื้องต้นที่ถูกต้อง จะนำความรู้ไปดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่เป็น ปู่ ย่า ตา ยาย และญาติในครอบครัวได้ หรือดูแลสุขภาพผู้สูงอายุกลุ่มอื่น ๆ ในสังคมได้ด้วย เพราะปัจจุบันสังคมไทยเป็นสังคมสูงอายุจะพบผู้สูงอายุได้บ่อยหรือทุกสถานที่ จึงมีความจำเป็นต้องศึกษาการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในกลุ่มนักเรียนมัศึกษามีความรู้ในระดับใด เพื่อนำผลการศึกษาใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานในการจัดโปรแกรม/พัฒนาความรู้การดูแลสุขภาพผู้สูงอายุให้กับนักเรียนมัธยมศึกษาต่อไป

จากการทบทวนวรรณกรรมย้อนหลัง 10 ปี มีงานวิจัยเชิงสำรวจเกี่ยวกับผู้ดูแลผู้สูงอายุ การศึกษา พบผู้ดูแลผู้สูงอายุส่วนใหญ่เป็นบุคคลในครอบครัวที่มีฐานะเป็นบุตร มีอายุเป็นวัยผู้ใหญ่⁴⁻⁶ ทำหน้าที่ดูแลผู้สูงอายุเกี่ยวกับ การดูแล การทำความสะอาดบ้าน การดูแลที่พักอาศัย การดูแลความสะอาดร่างกาย เสื้อผ้า เครื่องนุ่งห่มของใช้ส่วนตัวของผู้สูงอายุ การดูแลสุขภาพผู้สูงอายุเมื่อเจ็บป่วยจากการบาดเจ็บ^{2,7} และพบผู้ดูแลขาดทักษะการดูแลผู้สูงอายุเมื่อป่วย ผู้ดูแลต้องการได้รับความรู้เกี่ยวกับทักษะการดูแลผู้สูงอายุที่มีปัญหาสุขภาพไม่ซับซ้อน² แต่ไม่พบการวิจัยเชิงสำรวจในกลุ่มตัวอย่างที่เป็นนักเรียนมัธยมศึกษาที่ศึกษาความรู้การดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในกลุ่มความรู้อาการเจ็บป่วยที่พบบ่อยในผู้สูงอายุและโรคที่พบบ่อยในผู้สูงอายุ ซึ่งเป็นกลุ่มความรู้ที่ผู้ดูแล

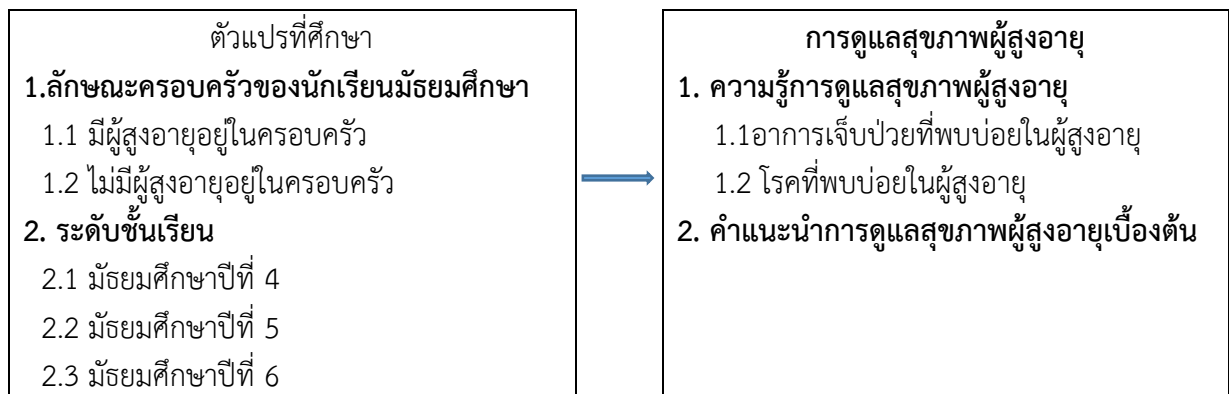
หลักจำเป็นต้องทราบ⁸⁻¹⁰ จะได้ช่วยเหลือเบื้องต้นได้ แต่สถานการณ์ประชากรไทยเปลี่ยนแปลงเป็นสังคมสูงอายุ สัดส่วนของประชากรวัยแรงงานมีแนวโน้มลดลง ส่งผลให้สังคมไทยขาดวัยแรงงาน/วัยทำงาน ที่เป็นผู้เกื้อหนุนหลักและดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ จำเป็นต้องศึกษาการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุของนักเรียนมัธยมศึกษา เพื่อเป็นข้อมูลพื้นฐานในการจัดโปรแกรม/พัฒนาความรู้นักเรียนมัธยมศึกษา ทดแทนวัยทำงาน รองรับสังคมสูงวัยต่อไป ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุของนักเรียนมัธยมศึกษา กรุงเทพมหานคร โดยใช้กรอบแนวคิดของบลูม (Bloom, 1964)¹¹ โดยศึกษาในกลุ่มตัวอย่างที่เป็นนักเรียนมัธยมศึกษาในกรุงเทพมหานครเพราะเป็นประชากรที่อยู่ในเมืองหลวงของประเทศไทย มีผู้สูงอายุจำนวนมากที่สุด¹² เป็นกลุ่มที่ได้พบเห็นและมีประสบการณ์ต่าง ๆ เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุมากด้วย

กรอบแนวคิดในการศึกษา

การวิจัยนี้ ใช้กรอบแนวคิดของบลูม (Bloom, 1964)¹¹ เป็นกรอบในการศึกษาครั้งนี้ โดยบลูม (Bloom) ได้กล่าวว่า ความรู้ ทักษะ และพฤติกรรม เป็นกระบวนการที่เชื่อมโยงอย่างเป็นขั้นตอนเพื่อให้เกิดพฤติกรรมที่ต้องการ ซึ่งมี 3 องค์ประกอบ ได้แก่ 1) ความรู้ (knowledge) เป็นกระบวนการทางสมองที่มีขั้นตอนในการพัฒนาทางด้านสติปัญญาเกี่ยวข้องกับการรับรู้ การจำข้อเท็จจริงต่าง ๆ เพื่อใช้มาประกอบในการตัดสินใจ 2) ทักษะ (attitude) เป็นกระบวนการทางด้านจิตใจ อารมณ์ความรู้สึก ความสนใจ ทำที่ ความชอบ ค่านิยม การให้คุณค่า การแสดงคุณลักษณะตามค่านิยมที่ยึดถือ รวมไปถึงความเชื่อ ช่วยบอกแนวโน้มของบุคคลในการกระทำ และ 3) การปฏิบัติ (skills or doing) เป็นการใช้ความสามารถที่แสดงออกทางร่างกาย ต้องอาศัยความรู้ และทัศนคติทำให้เกิดการปฏิบัติเป็นขั้นสุดท้าย ต้องใช้ระยะเวลา และการตัดสินใจหลาย

ขั้นตอนก่อน จึงนำไปปฏิบัติได้ดี ผู้วิจัยได้นำแนวคิดของบลูม (Bloom, 1964) มาประยุกต์ใช้ในการศึกษาวิจัยเรื่องการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุของนักเรียนมัธยมศึกษา ดังนี้คือ 1) ความรู้ (knowledge) ใช้ในการประเมินความรู้การดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในกลุ่มความรู้เรื่องการเจ็บป่วยที่พบบ่อยในผู้สูงอายุและโรคที่พบบ่อยในผู้สูงอายุ 2) ทักษะ (attitude) ไม่ได้ประเมินเพราะมี

หลักฐานจากผลงานวิจัยพบว่า นิสิต นักศึกษา และนักเรียน มีทัศนคติที่ดีต่อผู้สูงอายุ²⁻³ และ 3) การปฏิบัติ (skills or doing) ประเมินคำแนะนำการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุเบื้องต้น และจากการทบทวนวรรณกรรม¹³⁻¹⁴ ผู้วิจัยเลือกใช้ ตัวแปรลักษณะครอบครัว และระดับชั้นเรียนของนักเรียนมัธยมศึกษา ในการทดสอบสมมติฐานวิจัยดังกล่าวแนวคิดในการศึกษา ดังนี้



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาระดับความรู้การดูแลสุขภาพผู้สูงอายุและคำแนะนำการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุเบื้องต้น ของนักเรียนมัธยมศึกษา โรงเรียนมัธยมวัดสุทธธรรม กรุงเทพมหานคร

2. เพื่อเปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างระดับความรู้การดูแลสุขภาพผู้สูงอายุและคำแนะนำการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุเบื้องต้นกับลักษณะครอบครัวและระดับชั้นเรียน นักเรียนมัธยมศึกษา โรงเรียนมัธยมวัดสุทธธรรม กรุงเทพมหานคร

สมมติฐานการวิจัย

1. นักเรียนมัธยมศึกษา โรงเรียนมัธยมวัดสุทธธรรม ที่มีลักษณะครอบครัว ต่างกัน มีระดับความรู้การดูแลสุขภาพผู้สูงอายุและคำแนะนำการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุเบื้องต้น แตกต่างกัน

2. นักเรียนมัธยมศึกษา โรงเรียนมัธยมวัดสุทธธรรม ที่ศึกษาในระดับชั้นเรียนต่างกัน มีระดับความรู้การดูแลสุขภาพผู้สูงอายุและคำแนะนำการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุเบื้องต้น แตกต่างกัน

คำนิยามศัพท์เฉพาะ

การดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ หมายถึง ความรู้ ความเข้าใจ และการรับรู้ ของนักเรียนมัธยมศึกษาที่เป็นกลุ่มตัวอย่างเกี่ยวกับความรู้การดูแลสุขภาพผู้สูงอายุและคำแนะนำการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุเบื้องต้น

ความรู้การดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ หมายถึง ความรู้ ความเข้าใจ และการรับรู้ ของนักเรียนมัธยมศึกษาที่เป็นกลุ่มตัวอย่างในกลุ่มความรู้การเจ็บป่วยที่พบบ่อยในผู้สูงอายุและโรคที่พบบ่อยในผู้สูงอายุ สามารถวัดได้จาก

ความถูกต้องของการตอบแบบสอบถามความรู้ การดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ

อาการเจ็บป่วยที่พบบ่อยในผู้สูงอายุ หมายถึง อาการหน้ามืด-วิงเวียน-เป็นลม ท้องเสีย อาหารเป็นพิษ มีบาดแผล อาการสำลักอาหาร อาการกลืนปัสสาวะ ที่เกิดขึ้นจากร่างกายเสื่อมถอยลงจากวัยสูงอายุ และเป็นอาการแสดงขั้นต้น ที่บุคคลทั่วไปสามารถช่วยเหลือได้

โรคที่พบบ่อยในผู้สูงอายุ หมายถึง อาการแสดงขั้นต้นของโรคความดันโลหิตสูง โรคหลอดเลือดสมอง โรคหลอดเลือดหัวใจ ภาวะสมองเสื่อม เบาหวาน ข้อเข่าเสื่อม และโรคตา ที่เกิดขึ้นจากร่างกายเสื่อมถอยลงจากวัยสูงอายุ และเป็นอาการแสดงขั้นต้นที่บุคคลทั่วไปสามารถช่วยเหลือได้

คำแนะนำการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุเบื้องต้น หมายถึง ความรู้ ความเข้าใจ และการรับรู้ในการช่วยเหลือเบื้องต้น ของนักเรียนมัธยมศึกษาที่เป็นกลุ่มตัวอย่างเมื่อผู้สูงอายุมีอาการแสดงของการเจ็บป่วยและโรคที่พบบ่อยในผู้สูงอายุจากร่างกายเสื่อมถอยลงจากวัยสูงอายุสามารถวัดได้จากความถูกต้องของการตอบแบบสอบถาม คำแนะนำการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุเบื้องต้น

วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัย: วิจัยเชิงสำรวจ

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ นักเรียนมัธยมศึกษา โรงเรียนมัธยมวัดสุทธธาราม กรุงเทพมหานคร ในปีการศึกษา 2564 มีนักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลาย จำนวน 440 คน 11 ห้อง

กลุ่มตัวอย่าง คือ นักเรียนมัธยมศึกษา โรงเรียนมัธยมวัดสุทธธาราม กรุงเทพมหานคร ที่ได้มาจากการเลือกแบบเจาะจง จากประชากรดังกล่าวข้างต้นและมีคุณลักษณะ คือ ไม่จำกัดเพศ อายุ และยินดีตอบแบบสอบถามด้วยความสมัครใจ

การคำนวณขนาดตัวอย่าง คำนวณจากสูตรยามาเน่ (Yamane, 1967)¹⁵ กำหนดระดับ

ความเชื่อมั่นร้อยละ 95 ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 210 คน จากการสุ่มตัวอย่างแบบเจาะจงจากคุณลักษณะที่กำหนดและเน้นยินดีตอบแบบสอบถามด้วยความสมัครใจ ได้กลุ่มตัวอย่าง 300 คน

เครื่องมือวิจัย

เครื่องมือวิจัย คือ แบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น จากการทบทวนเอกสารและคู่มือต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องของกระทรวงสาธารณสุข ได้แก่ คู่มือแนวทางการอบรมผู้ดูแลผู้สูงอายุหลักสูตร 420 ชั่วโมง⁸ คู่มือแกนนำสุขภาพประจำครอบครัว⁹ และคู่มืออาสาสมัครประจำครอบครัว (อสค.) กลุ่มดูแลผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง¹⁰ มี 3 ตอน ได้แก่

ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

ตอนที่ 2 แบบสอบถามการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ มีทั้งหมด 28 ข้อ (28 คะแนน) ประเมินความรู้ ความเข้าใจ และการรับรู้ การดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ ประกอบด้วย

2.1 แบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับอาการเจ็บป่วยที่พบบ่อยในผู้สูงอายุ มีจำนวน 16 ข้อ (16 คะแนน) ประเมินความรู้ ความเข้าใจและการรับรู้เกี่ยวกับ อาการหน้ามืด-วิงเวียน-เป็นลม ท้องเสีย อาหารเป็นพิษ มีบาดแผล อาการสำลักอาหาร อาการกลืนปัสสาวะ ที่เกิดขึ้นในผู้สูงอายุจากร่างกายเสื่อมถอยลงจากวัยชรา และเป็นอาการแสดงขั้นต้นที่บุคคลทั่วไปสามารถช่วยเหลือได้ ลักษณะของแบบสอบถามมีข้อความให้เลือกตอบว่า ถูก (1 คะแนน) หรือ ผิด (0 คะแนน) กำหนดการแปลความหมายของคะแนน ดังนี้ คือ ระดับดีมากคะแนนเฉลี่ย 12.80-16.00 (ร้อยละ 80.00-100.00) ระดับดีคะแนนเฉลี่ย 11.20-12.70 (ร้อยละ 70.00-79.00) ระดับปานกลางคะแนนเฉลี่ย 9.60-11.10 (ร้อยละ 60.00-69.00) ระดับต่ำ คะแนนเฉลี่ย 8.00-9.50 (ร้อยละ 50.00-59.00) และระดับต่ำมากคะแนนเฉลี่ยต่ำกว่า 8.00 (ต่ำกว่าร้อยละ 50.0)¹¹

2.2 แบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับโรคที่พบบ่อยในผู้สูงอายุ มีจำนวน 12 ข้อ (12 คะแนน) ประเมินความรู้ ความเข้าใจและการรับรู้เกี่ยวกับอาการแสดงขั้นต้น ของโรค ความดันโลหิตสูง โรคหลอดเลือดสมอง โรคหลอดเลือดหัวใจ ภาวะสมองเสื่อม เบาหวาน ข้อเข่าเสื่อม และโรคตา ที่เกิดขึ้นในผู้สูงอายุจากร่างกายเสื่อมถอยลงจากวัยชรา และเป็นอาการแสดงที่บุคคลทั่วไปสามารถช่วยเหลือได้ กำหนดการแปลความหมายของคะแนนดังนี้ คือ ระดับดีมาก คะแนนเฉลี่ย 9.60-12.00 (ร้อยละ 80.00-100.00) ระดับดี คะแนนเฉลี่ย 8.40-9.50 (ร้อยละ 70.00-79.00) ระดับปานกลาง คะแนนเฉลี่ย 7.20-8.30 (ร้อยละ 60.00-69.00) ระดับต่ำ คะแนนเฉลี่ย 6.00-7.10 (ร้อยละ 50.00-59.00) และระดับต่ำมาก คะแนนเฉลี่ยต่ำกว่า 6.00 (ต่ำกว่าร้อยละ 50.00)¹¹

กำหนดการแปลความของคะแนน ภาพรวมการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ ซึ่งมีทั้งหมด 28 ข้อ (28 คะแนน) ดังนี้ ระดับดีมาก คะแนนเฉลี่ย 22.40-28.00 (ร้อยละ 80.00-100.00) ระดับดี คะแนนเฉลี่ย 19.60-22.30 (ร้อยละ 70.00-79.00) ระดับปานกลาง คะแนนเฉลี่ย 16.80-19.50 (ร้อยละ 60.00-69.00) ระดับต่ำ คะแนนเฉลี่ย 14.00-16.70 (ร้อยละ 50.00-59.00) และระดับต่ำมาก คะแนนเฉลี่ยต่ำกว่า 14.00 (ต่ำกว่าร้อยละ 50.00)¹¹

ตอนที่ 3 แบบสอบถามคำแนะนำการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุเบื้องต้น มีจำนวน 25 ข้อ (25 คะแนน) ประเมินความรู้ ความเข้าใจ และการรับรู้ในการช่วยเหลือผู้สูงอายุเบื้องต้น เมื่อผู้สูงอายุมีอาการแสดงของการเจ็บป่วยและโรคที่พบบ่อยในผู้สูงอายุจากร่างกายเสื่อมถอยลงจากวัยชรา ลักษณะคำตอบให้เลือกถูก (1 คะแนน) หรือ ผิด (0 คะแนน) กำหนดการแปลความหมายของคะแนน ดังนี้ คือ มีคำแนะนำการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุเบื้องต้น ในระดับดีมาก คะแนนเฉลี่ย 20.00-25.00 (ร้อยละ 80.00-100.00) ระดับดี

คะแนนเฉลี่ย 17.50-19.00 (ร้อยละ 70.00-79.00) ระดับปานกลาง คะแนนเฉลี่ย 15.00-17.40 (ร้อยละ 60.00-69.00) ระดับต่ำ คะแนนเฉลี่ย 12.50 -14.90 (ร้อยละ 50.00-59.00) และระดับต่ำมาก คะแนนเฉลี่ยต่ำกว่า 12.50 (ต่ำกว่าร้อยละ 50.00)¹¹

คุณภาพเครื่องมือวิจัย

1. ความตรง (content validity) ผู้วิจัยนำแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น ให้ผู้เชี่ยวชาญที่เป็นอาจารย์พยาบาล สาขาการพยาบาลจิตเวช การพยาบาลผู้ใหญ่ และการพยาบาลผู้สูงอายุ จำนวน 3 คน เป็นผู้ตรวจความตรงของเนื้อหา และนำมาปรับปรุงแก้ไขตามที่ผู้เชี่ยวชาญเสนอแนะ และนำไปหาค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity Index: CVI) เลือกใช้เฉพาะข้อที่ได้ค่าดัชนีความตรงของความสอดคล้องกับเนื้อหา (IOC) มากกว่า และเท่ากับ 0.66

2. ความเที่ยง (reliability) นำแบบสอบถามที่ผ่านการตรวจความตรงตามเนื้อหา ไป try out กับนักเรียนชั้นมัธยมศึกษา โรงเรียนมัธยมวัดสุทธาราม กรุงเทพมหานคร ที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน และนำมาหาค่าความเที่ยง (reliability) โดยใช้สูตร Kuder-Richardson (KR-20) แบบสอบถามการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ และคำแนะนำการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุเบื้องต้นได้ค่าความเที่ยง = 0.92 และ 0.90 ตามลำดับ

การเก็บรวบรวมข้อมูล

คณะผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเองโดยทำหนังสือขออนุญาตจากมหาวิทยาลัยราชภัฏสวนสุนันทา ถึงผู้อำนวยการโรงเรียนมัธยมวัดสุทธาราม กรุงเทพมหานคร เพื่อขออนุญาตให้นักเรียนตอบแบบสอบถาม และให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามด้วยตนเอง

สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง วิเคราะห์ด้วยค่าร้อยละ
2. ข้อมูลความรู้การดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ และคำแนะนำการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุเบื้องต้น วิเคราะห์ด้วยค่าเฉลี่ย และเบี่ยงเบนมาตรฐาน
3. ข้อมูลเปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างระดับความรู้การดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ และคำแนะนำการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุเบื้องต้นกับลักษณะครอบครัวและระดับชั้นเรียนของนักเรียนมัธยมศึกษา วิเคราะห์ด้วยค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย และเบี่ยงเบนมาตรฐาน t-test และ F-test

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยฉบับนี้ ได้รับใบรับรองจริยธรรม รหัส COA.1-047/2021 มหาวิทยาลัยราชภัฏสวนสุนันทา และผู้วิจัยดำเนินการวิจัย โดยคำนึงถึงการรักษาความลับและผลกระทบที่มีต่อผู้ให้ข้อมูลตลอดดำเนินการวิจัย

ผลการวิจัย

ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างที่เป็นนักเรียนมัธยมศึกษา โรงเรียนมัธยมวัดสุทธธาราม กรุงเทพมหานคร ส่วนใหญ่กำลังศึกษาอยู่ระดับชั้นเรียนมัธยมศึกษาปีที่ 4 จำนวน 136 คน (ร้อยละ 45.29) แต้มระดับคะแนนเฉลี่ย (GPA) 3.00-3.49 จำนวน 107 คน

ตารางที่ 1 ระดับความรู้การดูแลสุขภาพผู้สูงอายุและคำแนะนำการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุเบื้องต้นของนักเรียนมัธยมศึกษา (N=300)

รายการ	คะแนนเต็ม	$\bar{X}$	SD	แปลผล
ภาพรวม: ความรู้การดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ	28	20.66	5.08	ดี
ความรู้เกี่ยวกับอาการเจ็บป่วยที่ป่วยในผู้สูงอายุ	16	11.49	3.36	ดี
ความรู้เกี่ยวกับโรคที่พบป่วยในผู้สูงอายุ	12	9.17	2.41	ดี
คำแนะนำการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุเบื้องต้น	25	17.82	3.22	ดี

(ร้อยละ 35.63) อายุ 17 ปีจำนวน 107 คน (ร้อยละ 35.63) อายุต่ำสุด 15 ปี สูงสุด 19 ปี เพศหญิง จำนวน 153 คน (ร้อยละ 50.95) ระดับการศึกษาของบิดา จบชั้นประถมศึกษาจำนวน 145 คน (ร้อยละ 48.29) อาชีพของบิดา รับจ้างจำนวน 202 คน (ร้อยละ 67.27) ระดับการศึกษาของมารดา จบชั้นประถมศึกษาจำนวน 143 คน (ร้อยละ 47.62) อาชีพของมารดา รับจ้างจำนวน 196 คน (ร้อยละ 65.27) จำนวนสมาชิกในครอบครัวที่พักอาศัยอยู่ด้วยกัน 4 คน จำนวน 87 คน (ร้อยละ 28.97) จำนวนสมาชิกในครอบครัวที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง - ไม่เป็นจำนวน 230 คน (ร้อยละ 76.59) จำนวนสมาชิกในครอบครัวที่เป็นโรคเบาหวาน - ไม่เป็นจำนวน 227 คน (ร้อยละ 75.59) ครอบครัวนักเรียนมีรายได้เพียงพอ/เหลือเก็บ จำนวน 222 คน (ร้อยละ 73.93) มีผู้สูงอายุที่อายุมากกว่า 60 ปีอยู่ในครอบครัว จำนวน 82 คน (ร้อยละ 27.33) และมีลักษณะครอบครัวที่ไม่มี ผู้สูงอายุอยู่ในครอบครัว จำนวน 218 คน (ร้อยละ 72.59)

การดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ พบว่า ภาพรวม: ความรู้การดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ และจำแนกเป็นกลุ่มความรู้ ได้แก่ ความรู้เกี่ยวกับอาการเจ็บป่วยที่พบป่วยในผู้สูงอายุ และความรู้เกี่ยวกับโรคที่พบป่วยในผู้สูงอายุ นักเรียนมัธยมศึกษาที่เป็นกลุ่มตัวอย่างมีความรู้ในระดับดี และมีคำแนะนำการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุเบื้องต้นในระดับดี ดังตารางที่ 1

ผลการทดสอบสมมติฐาน

1. ผลการเปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างระดับความรู้การดูแลสุขภาพผู้สูงอายุและคำแนะนำการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุเบื้องต้นกับลักษณะครอบครัวและระดับชั้นเรียนของนักเรียนมัธยมศึกษา โรงเรียนมัธยมวัดสุทธาราม กรุงเทพมหานคร ผลการวิจัย พบว่า ความรู้การดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ ที่มีลักษณะครอบครัว: มีหรือไม่มี ผู้สูงอายุอยู่ในครอบครัว ต่างกันผลการวิจัย พบว่า นักเรียนมัธยมศึกษาที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง มีความรู้การดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ ในภาพรวม และจำแนกเป็นกลุ่มความรู้ ได้แก่ ความรู้เกี่ยวกับอาการเจ็บป่วยที่บ่อย

ในผู้สูงอายุและความรู้เกี่ยวกับโรคที่พบบ่อยในผู้สูงอายุแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ โดยพบว่า กลุ่มตัวอย่างที่ไม่มีผู้สูงอายุอยู่ในครอบครัว มีความรู้การดูแลสุขภาพผู้สูงอายุสูงสุด

คำแนะนำการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุเบื้องต้น ผลการวิจัย พบว่า นักเรียนมัธยมศึกษา ที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง ที่มีลักษณะครอบครัว: มีหรือไม่มี ผู้สูงอายุอยู่ในครอบครัว ต่างกัน มีคำแนะนำการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุเบื้องต้น แตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ โดยพบว่า กลุ่มตัวอย่างที่ไม่มีผู้สูงอายุอยู่ในครอบครัว มีคำแนะนำการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุเบื้องต้นสูงสุด ตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ผลการเปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างระดับความรู้การดูแลสุขภาพผู้สูงอายุและคำแนะนำการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุเบื้องต้น กับลักษณะครอบครัว: มีหรือไม่มี ผู้สูงอายุอยู่ในครอบครัว ของนักเรียนมัธยมศึกษา (N=300)

รายการ	n	$\bar{X}$	SD	t-test	p-value
ภาพรวม: การดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ					
มีผู้สูงอายุอยู่ในครอบครัว	82	20.18	4.64	-1.08	0.32
ไม่มีผู้สูงอายุอยู่ในครอบครัว	218	20.84	5.24		
ความรู้เกี่ยวกับอาการเจ็บป่วยที่พบบ่อย					
มีผู้สูงอายุอยู่ในครอบครัว	82	11.10	3.08	-1.23	0.22
ไม่มีผู้สูงอายุอยู่ในครอบครัว	218	11.63	3.46		
ความรู้เกี่ยวกับโรคที่พบบ่อยในผู้สูงอายุ					
มีผู้สูงอายุอยู่ในครอบครัว	82	9.09	2.36	-0.39	0.67
ไม่มีผู้สูงอายุอยู่ในครอบครัว	218	9.21	2.43		
คำแนะนำการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุเบื้องต้น					
มีผู้สูงอายุอยู่ในครอบครัว	82	17.84	2.83	0.01	0.99
ไม่มีผู้สูงอายุอยู่ในครอบครัว	218	17.83	3.36		

2. ผลการเปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างความรู้การดูแลสุขภาพผู้สูงอายุและคำแนะนำการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุเบื้องต้นกับระดับชั้นเรียน นักเรียนมัธยมศึกษา โรงเรียนมัธยมวัดสุทธาราม ผลการวิจัย พบว่า ความรู้การดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ พบว่า นักเรียนมัธยมศึกษาที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง ที่ศึกษาในระดับชั้นเรียนต่างกัน มีความรู้การดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ ในภาพรวมและ

จำแนกเป็นกลุ่มความรู้ ได้แก่ ความรู้เกี่ยวกับอาการเจ็บป่วยที่บ่อยในผู้สูงอายุและความรู้เกี่ยวกับโรคที่พบบ่อยในผู้สูงอายุ แตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ โดยพบว่า กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาในชั้นเรียนมัธยมศึกษาปีที่ 4 มีความรู้การดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ สูงที่สุด

คำแนะนำการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุเบื้องต้น ผลการวิจัย พบว่า นักเรียนมัธยมศึกษา ที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง ที่ศึกษาในระดับชั้นเรียนต่างกัน มีความรู้การดูแลสุขภาพผู้สูงอายุเบื้องต้น แตกต่างกัน

อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ โดยพบว่า กลุ่มตัวอย่าง ที่ศึกษาในชั้นเรียนมัธยมศึกษาปีที่ 4 มีคำแนะนำ การดูแลสุขภาพผู้สูงอายุเบื้องต้น สูงที่สุด ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ผลการเปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างระดับความรู้การดูแลสุขภาพผู้สูงอายุและคำแนะนำ การดูแลสุขภาพผู้สูงอายุเบื้องต้น กับระดับชั้นเรียนต่างกัน ของนักเรียนมัธยมศึกษา (N=300)

ระดับชั้นเรียน	n	$\bar{X}$	SD	F-test	p-value
ภาพรวม ความรู้การดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ					
มัธยมศึกษาปีที่ 4	136	21.14	5.36	1.86	0.15
มัธยมศึกษาปีที่ 5	92	19.85	4.86		
มัธยมศึกษาปีที่ 6	72	20.76	4.73		
ความรู้เกี่ยวกับอาการเจ็บป่วยที่บ่อยในผู้สูงอายุ					
มัธยมศึกษาปีที่ 4	136	11.75	3.58	1.88	0.16
มัธยมศึกษาปีที่ 5	92	10.92	3.13		
มัธยมศึกษาปีที่ 6	72	11.70	3.13		
ความรู้เกี่ยวกับโรคที่บ่อยในผู้สูงอายุ					
มัธยมศึกษาปีที่ 4	136	9.39	2.30	1.12	0.33
มัธยมศึกษาปีที่ 5	92	8.93	2.43		
มัธยมศึกษาปีที่ 6	72	9.05	2.56		
คำแนะนำการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุเบื้องต้น					
มัธยมศึกษาปีที่ 4	136	18.01	3.80	0.48	0.61
มัธยมศึกษาปีที่ 5	92	17.75	2.38		
มัธยมศึกษาปีที่ 6	72	17.56	2.95		

อภิปรายผลการวิจัย

ความรู้การดูแลสุขภาพผู้สูงอายุและคำแนะนำการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุเบื้องต้น ผลการวิจัยพบว่า นักเรียนมัธยมศึกษาที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง มีความรู้การดูแลสุขภาพผู้สูงอายุอยู่ในระดับดี ทั้งในภาพรวม และจำแนกเป็นกลุ่มความรู้ และมีคำแนะนำการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุเบื้องต้น ในระดับดี ผลการศึกษาสอดคล้องกับแนวความคิดของบลูม (Bloom, 1964)¹¹ ที่นำมาประยุกต์ใช้ในการศึกษาค้นคว้า โดยบลูม (Bloom, 1964) กล่าวว่าพฤติกรรมที่ต้องการประกอบด้วย 1) ความรู้ (knowledge) 2) ทศคติ (attitude) และ 3) การปฏิบัติ (skills or doing) กล่าวคือ นักเรียนมัธยมศึกษาที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง

มีความรู้ในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุอยู่ในระดับดี ส่งผลให้มีคำแนะนำการดูแลสุขภาพเบื้องต้นในระดับดีด้วยเพราะพื้นฐานเด็กไทยมีทัศนคติที่ดีต่อผู้สูงอายุอยู่แล้ว²⁻³ จากผลการศึกษาสะท้อนให้เห็นว่า นักเรียนมัธยมศึกษาที่เป็นกลุ่มตัวอย่างมีความรู้การดูแลสุขภาพผู้สูงอายุและคำแนะนำการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุเบื้องต้น ในระดับดีนั้น น่าจะเกี่ยวข้องกับกลุ่มตัวอย่างมาจากครอบครัวที่มีความอบอุ่นในระดับดี¹⁶ สนใจ รักใคร่ และมีสัมพันธภาพที่ดีกับผู้สูงอายุ จึงพร้อมที่จะช่วยเหลือผู้สูงอายุ และน่าจะเกี่ยวข้องกับลักษณะครอบครัวส่วนใหญ่เป็นครอบครัวขยาย โดยจากการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่าง มาจากครอบครัวที่มีจำนวนสมาชิกในครอบครัว 4 คนและมากกว่า

(ร้อยละ 28.97) เป็นลักษณะของครัวเรือนที่ผู้สูงอายุอยู่กับวัยทำงานและเด็กหรือครัวเรือนที่มีสมาชิก 3 คนและมากกว่า เป็นครัวเรือนที่เยาวชนจะพึ่งพาได้มากกว่าครัวเรือนที่มีสมาชิก 2 คน หรือมีผู้สูงอายุอยู่กับวัยทำงาน¹⁷ เพราะผู้สูงอายุของสังคมไทยจะเป็นตัวกำหนดบทบาทประเพณี วัฒนธรรมของไทยที่ดั่งามให้กับบุตรหลาน^{16,18} ประกอบกับหลักสูตรการศึกษาขั้นพื้นฐานในปัจจุบันมีการสอนเนื้อหาการสร้างเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค ตั้งแต่ในชั้นเรียนประถมศึกษาถึงมัธยมศึกษา โดยในชั้นเรียนมัธยมศึกษาปีที่ 4 และปีที่ 5 จะเน้นสอนการสอนการป้องกันโรคที่เป็นสาเหตุการเจ็บป่วยและการตายของคนไทย คือ โรคติดต่อและโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ได้แก่ โรคหัวใจ ความดันโลหิต เบาหวาน มะเร็ง¹⁹⁻²⁰ ซึ่งโรคหัวใจ ความดันโลหิต เบาหวานเป็นโรคที่พบบ่อยในผู้สูงอายุ ส่งผลให้นักเรียนมัธยมศึกษาที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง มีความรู้การดูแลสุขภาพผู้สูงอายุและคำแนะนำการดูแลสุขภาพเบื้องต้น อยู่ในระดับดี ผลการศึกษาคลายคลึงกับการศึกษาของ วารี กังใจ² ที่ศึกษาพบว่า นิสิตก่อนเข้าร่วมกิจกรรมการพัฒนานิสิต เพื่อการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุมีความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุระดับปานกลางมีทัศนคติเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุระดับดี และคล้ายคลึงกับการศึกษา ของ ปาริชาติ รัตนราช⁴ ที่ศึกษาพบว่า ศักยภาพผู้ดูแลผู้สูงอายุตามบริบท วัฒนธรรมท้องถิ่นอีสานอยู่ในระดับสูง

ผลการทดสอบสมมติฐาน: นักเรียนมัธยมศึกษา ที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง ที่มีลักษณะครอบครัว: มีหรือไม่มี ผู้สูงอายุอยู่ในครอบครัวต่างกัน มีความรู้การดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในภาพรวมและจำแนกรายกลุ่มความรู้ และคำแนะนำการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุเบื้องต้นแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ โดยกลุ่มที่ไม่มีผู้สูงอายุอยู่ในครอบครัว มีความรู้การดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในภาพรวม และจำแนก

รายกลุ่มความรู้และคำแนะนำการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุเบื้องต้น สูงที่สุด น่าจะมีผลมาจากกลุ่มตัวอย่างที่ไม่มีผู้สูงอายุอยู่ในครอบครัวมีจำนวนมากที่สุด จำนวน 218 คน (ร้อยละ 72.59) ส่งผลต่อการคำนวณค่าเฉลี่ยของกลุ่มตัวอย่างในกลุ่มที่ไม่มีผู้สูงอายุอยู่ในครอบครัวเพิ่มมากขึ้นกว่ากลุ่มที่มีผู้สูงอายุอยู่ในครอบครัวเล็กน้อย แต่เพิ่มขึ้นและต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ และอาจจะเกี่ยวข้องกับในอดีตของนักเรียนมัธยมศึกษาที่เป็นกลุ่มตัวอย่างเคยพักอาศัยอยู่กับญาติ ที่เป็นผู้สูงอายุมาก่อน แต่ปัจจุบันมีบ้านพักและศึกษาในกรุงเทพมหานคร ครอบครัวของนักเรียนมัธยมศึกษาต้องมีค่าใช้จ่ายในการดำรงชีพที่สูง อาจจะมีบ้านพักหลังเล็ก ๆ เท่านั้น ประกอบกับบิดาและมารดาส่วนใหญ่มีอาชีพรับจ้าง (ร้อยละ 67.27 และ 47.62) จึงไม่มีญาติที่เป็นผู้สูงอายุมาพักอาศัยอยู่ในครอบครัว แต่ได้รับการปลูกฝัง วัฒนธรรมที่ดั่งามมาจาก ปู่ ย่า ตา ยาย มาแล้ว เพราะผู้สูงอายุของสังคมไทยจะเป็นตัวกำหนดบทบาทประเพณี วัฒนธรรมไทยที่ดั่งามให้กับบุตรหลาน^{16,18} ผลการศึกษาคครั้งนี้คล้ายคลึงกับการศึกษาของ เวธกา กลิ่นวิจิต และคณะ²¹ ที่ศึกษาพบว่า การรับรู้ภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุที่อยู่ในความดูแลของแกนนำที่เป็นนิสิต/นักศึกษาและเป็นผู้ดูแลครอบครัวและชุมชนมีการรับรู้โดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง และคล้ายคลึงกับผลการศึกษาของวารี กังใจ² ที่ศึกษาพบว่าแกนนำนิสิตในมหาวิทยาลัยบูรพา มีความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในระดับปานกลาง

ผลการทดสอบสมมติฐาน: นักเรียนมัธยมศึกษา ที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง ที่ศึกษาในระดับชั้นเรียนต่างกัน มีความรู้การดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในภาพรวมและจำแนกรายกลุ่มความรู้ และคำแนะนำการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุเบื้องต้นแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ โดยพบว่ากลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาในชั้นเรียนมัธยมศึกษาปีที่ 4 มีความรู้การดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในภาพรวมและ

จำแนกรายกลุ่มความรู้และคำแนะนำการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุเบื้องต้น สูงที่สุด น่าจะมีผลมาจากกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาในชั้นเรียนมัธยมศึกษาปีที่ 4 มีจำนวนมากที่สุด จำนวน 136 คน (ร้อยละ 45.29) ส่งผลต่อการคำนวณค่าเฉลี่ยของกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาในชั้นเรียนมัธยมศึกษาปีที่ 4 เพิ่มขึ้นมากกว่าชั้นเรียนมัธยมศึกษาปีที่ 5 และ 6 เล็กน้อย แต่ต่างกันอย่างไม่มีความสำคัญทางสถิติ แสดงว่ากลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาในระดับชั้นเรียนต่างกัน มีความรู้การดูแลสุขภาพผู้สูงอายุและคำแนะนำการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุเบื้องต้นคล้ายกัน หรือส่วนใหญ่มีความรู้อยู่ในระดับดี หรือน่าจะมีผลมาจากกลุ่มตัวอย่างทุกคน อาจจะได้การรับรู้การดูแลสุขภาพจากสื่อโทรทัศน์ และแอปพลิเคชันจากโรงพยาบาลต่าง ๆ ที่เผยแพร่ผ่านโทรศัพท์มือถือและหรือสื่อโทรทัศน์ซึ่งมีจำนวนมากในยุคปัจจุบันและกลุ่มตัวอย่าง ส่วนใหญ่มีโทรศัพท์มือถือเกือบทุกคนและในครอบครัวมีโทรทัศน์เกือบทุกบ้าน²² ส่งผลให้นักเรียนทุกชั้นปีได้รับรู้ข้อมูลข่าวสารการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุโดยไม่ตั้งใจ แต่มีการรับรู้และแปลผลแตกต่างกันในแต่ละคน และอาจจะเกี่ยวข้องกับอายุของนักเรียนมัธยมศึกษาปีที่ 4 มีอายุน้อยกว่ากลุ่มชั้นเรียนมัธยมศึกษาปีที่ 5 และ 6 จึงมีโอกาสไปสังสรรค์กับเพื่อนนอกบ้านน้อยกว่ากลุ่มชั้นเรียนมัธยมศึกษาปีที่ 5 และ 6 ส่งผลให้มีเวลารับรู้การดูแลสุขภาพผู้สูงอายุจากสื่อโทรทัศน์มากขึ้น ผลการศึกษาคล้ายคลึงกับผลการศึกษาของ แจ่มนภา ไขคำ และคณะ¹³ ที่ศึกษาพบว่า อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่มีความแตกต่างกันในตัวแปรอายุ มีบทบาทในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุไม่แตกต่างกันคล้ายคลึงกับการศึกษาของ กัญญา ศรีประยूर¹⁴ ที่ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมของผู้ดูแลผู้สูงอายุในโครงการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวของกลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้ดูแลผู้สูงอายุที่ผ่านการอบรม 70 ชั่วโมง พบว่า อายุไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลผู้สูงอายุ ($p>0.05$)

สรุปผลการวิจัย

นักเรียนมัธยมศึกษาที่เป็นกลุ่มตัวอย่างมีความรู้การดูแลสุขภาพผู้สูงอายุและคำแนะนำการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุเบื้องต้นในระดับดี และกลุ่มตัวอย่าง ที่มีความแตกต่างในลักษณะครอบครัว และระดับชั้นเรียน มีความรู้การดูแลสุขภาพผู้สูงอายุและคำแนะนำการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุเบื้องต้นแตกต่างกันอย่างไม่มีความสำคัญทางสถิติ

ข้อเสนอแนะในการนำผลวิจัยไปใช้

1. จากผลงานวิจัยที่พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่เป็นนักเรียนมัธยมศึกษาที่มีความรู้การดูแลสุขภาพผู้สูงอายุและคำแนะนำการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุเบื้องต้นในระดับดีนั้น ทีมสุขภาพควรเข้าร่วมในการส่งเสริมความรู้การดูแลสุขภาพผู้สูงอายุแก่อาจารย์ และนักเรียนในโรงเรียนด้วย เพื่อให้กลุ่มตัวอย่างมีความรู้การดูแลสุขภาพผู้สูงอายุและคำแนะนำการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุเบื้องต้นเพิ่มขึ้นเป็นระดับดีมาก เป็นการเตรียมความพร้อมด้านคุณภาพให้กับผู้ดูแลผู้สูงอายุที่เป็นนักเรียนมัธยมศึกษา ทดแทนวัยทำงานที่มีแนวโน้มลดลงอย่างต่อเนื่อง

2. ควรศึกษาวิจัยเรื่อง การดูแลสุขภาพผู้สูงอายุกับกลุ่มนักเรียนมัธยมศึกษา ในพื้นที่อื่น ๆ ของทุกภาคในประเทศไทย เพื่อให้ผลการศึกษา มีความตรง เชื่อถือได้มากยิ่งขึ้น ใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานสำหรับอ้างอิงในการทดลองเพื่อส่งเสริมความรู้การดูแลสุขภาพผู้สูงอายุแก่นักเรียนมัธยมศึกษาต่อไป

กิตติกรรมประกาศ

คณะวิจัย ขอขอบคุณผู้บริหารของมหาวิทยาลัยสวนสุนันทา ที่จัดสรรเงินทุนงบรายได้ในการทำวิจัยครั้งนี้ และขอขอบคุณผู้อำนวยการโรงเรียน ผู้ช่วยผู้อำนวยการโรงเรียน

และอาจารย์บัณฑิต ข้าเปรม โรงเรียนมัธยม
วัดสุทธาราม ที่อำนวยความสะดวกและให้สถานที่
ในการดำเนินการวิจัยครั้งนี้

เอกสารอ้างอิง

1. Division of General Social Statistics Division. The 2021 Survey of The Older Persons in Thailand. National Statistical Office. Ministry of Digital Economy and Society; 2022.
2. Kangchai W, Subgranon R, Sumngern C, Chantakeeree C. Development of student leader for caring the older adults in Saensuk Municipality. Research report. Faculty of Nursing, Burapha University. (in Thai). [Internet]. 2015 [cited 2020 Aug 20]. Available from: http://dspace.lib.buu.ac.th/xmlui/bitstream/handle/1234567890/3786/2563_283.pdf?sequence=3&isAllowed=y.
3. Singhwee C. Attitude and Altruistic Behavior toward Older Persons of Students of Faculty of Social Sciences at Kasetsart University. Journal of Social Work. 2015; 23 (2): 55-78. (in Thai).
4. Rattananaraj P, Sarakan K, Kotta P. Potential of Older adults Caregivers Associated with Isan Cultural Context. Journal of The Royal Thai Army Nurses. 2020; 21(1): 149-56.(in Thai).
5. Muenhor C, Poonpol S. Factors Associated with the Caregivers, Role in Caring for the Older adults in Nakhon Phanom Province. Nakhon Phanom University Journal. 2016;6(1): 79-86. (in Thai).
6. Sawatphol C, Pengpinit T, Senanikorn A, Srisuraphol W. Care for Older adults Dependents in the Northeast of Thailand. Journal of MCU Peace Studies Special Issue. 2017; 5(Sp 1): 387-405. (in Thai).
7. Kraonual S, Prasitpattaravej A, Phibal A, Matha A, Khlaichim R, Kraonual J. et al. Model older adults care by integration in the community under multicultural society in Yupo Sub-district Municipality Organization, Muang district, Yala Province. Research Report. Institution Yala Rajabhat University, Thaksin University; 2020. (in Thai).
8. Bureau of Older adults Health. Guidelines for the training of older adults caregivers, course 420 hours. Department of Health, Ministry of Public Health. Printing Business Office: The War Veterans Organization of Thailand; 2014. p.41-64. (in Thai).
9. Department of Health Service Support. Family health guide to promote the role of family in self-care. Ministry of Public Health; 2015. p.11-37. (in Thai). [Internet]. [cited 2020 August 20]. Available from: http://phc.moph.go.th/www_hss/data_center/ifm_mod/nw/230658.pdf.
10. Department of Health Service Support. Family volunteer manual: care group for patients with chronic non -communicable diseases. Ministry of Public Health. Bangkok: Agricultural Cooperative Printing Demonstrations of Thailand co., Ltd.; 2017. p.1-33. (in Thai). [internet]. 2017 [cited 2021 October 20]. Available from: [http://www.kaengkra-cha-hospital.com/images/main_1550108_300/คู่มือ%20อศค.ดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง\(1\).pdf](http://www.kaengkra-cha-hospital.com/images/main_1550108_300/คู่มือ%20อศค.ดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง(1).pdf).

11. Bloom BS. Taxonomy of education objective: The classification of educational goals: Handbook II: Affective domain. New York: David Mckay; 1964.
12. Department of Older Persons (DOP). Statistics of the older adults in Thailand as of December 31, 2019. [internet] 2019 [cited 2020 August 3]. Available from: <https://www.dop.go.th/th/ know/1/275>
13. Chaikham J, Sirikan C, Boonsu T, Maleelai K. Factors related to the role of Village Health Volunteers in promoting health promotion of the older person at that Sub-district, Warinchamrab District, Ubon Ratchathani Province. *Journal of the Health Science Research*. 2018; 12(2): 59-68. (in Thai).
14. Sriprayoon K. Factors Associated to Dependent Care Behaviors among Caregiver of the Long-Term Care for Older Adults Program, Angthong Province. *Journal of Health Education*. 2019; 42(2): 44-51. (in Thai).
15. Yamane, Taro. (1967). *Statistics: An Introductory Analysis* (2nd ed). New York: Harper, & Row.
16. Theerawanviwat D. The Thai Family and the Older adult Support System. *Journal of Social Development*. 2016; 18(2):1-28. (in Thai).
17. Chuanwan S, Tasingh P, Apipormchaisakul K, Thianlai K. Older adult Living Alone, But not Lonely. Nakhon Pathom: Institute for population and social research, Mahidol University; 2020. p.36-39. (in Thai). [internet]. 2020 [cited 2021 January 19]. Available from: <https://ipsr.mahidol.ac.th/wp-content/uploads/2022/03/Report-File-572.pdf>.
18. Sutinyamanee V. Intergenerational Solidarity in Urban Area: Support and Assistance in Thai family. In: The 9th Srinakharinwirot University Research Conference on 28-29 July 2016 Srinakharinwirot University. [internet]. 2016 [cited 2021 January 19]. Available from: <http://www.cps.chula.ac.th/newcps/journalnew/myfilepdf/32-3-12-2559.pdf>
19. Ministry of Education. Basic education core curriculum B.E. 2551 (A.D. 2008) [internet]. 2009 [cited 2020 January 19]. Available from: <http://academic.obec.go.th/cweb/news/view/75>
20. Ministry of Education. Basic education core curriculum B.E. 2551 (A.D. 2008) indicator and core learning content health education and physical education. (in Thai). [internet]. 2009 [cited 2020 Jul 20]. Available from: <https://drive.google.com/file/d/0B9t56k6dmUe5TmdNMzJNajNfM1k/view?resourcekey=0-QzwshF0QQffpY0dQZda6jw>
21. Klinwichit W, Piriyan P, Klinwichit S, Inchai P, U-Simat K, Klinwichit P. Knowledge management and study of leaders' potential for older adults health care families and communities were developed following a model for the care of the older adults. Full research report. Faculty of Medicine Burapha University. (in Thai)
22. National Statistical Office. The 2017 Household Survey on the Use of Information and Communication Technology. Ministry of Digital Economy and Society; 2561. [internet]. 2018 [cited 2020 Jul 21]. Available from: https://doc.anamai.moph.go.th/opdc_doc_uploads/93c042a44e3d04460749a01d40339a7c.pdf

บทความวิจัย

ความเครียดและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความเครียดในบุคลากร ทางการแพทย์ด้านหน้าที่ปฏิบัติงานในช่วงการแพร่ระบาด ของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในประเทศไทย

สุรศักดิ์ มุลศรีสุข¹พงศ์ศักดิ์ ธรรมกุลศักดิ์²ฉันทนา เคหะ³วรภัทร์ รัตอาภา⁴ณัฐฐา สายเสวย⁵จุฑาวดี หล่อตระกูล⁶

บทคัดย่อ

บุคลากรทางการแพทย์ด้านหน้าที่ปฏิบัติงานในช่วงการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 มีโอกาสสูงที่จะเกิดความเครียดเนื่องด้วยภาระงานที่มากและการบริหารจัดการยังไม่เอื้อต่อการปฏิบัติงานให้มีประสิทธิภาพ การศึกษาครั้งนี้จึงให้ความสำคัญต่อการวิเคราะห์ปัจจัยที่นำไปสู่การเกิดความเครียดด้วยการใช้การศึกษาแบบตัดขวางรวมถึงการใช้สถิติเชิงพรรณนาและสถิติวิเคราะห์ถดถอยโลจิสติกพหุเพื่อให้ทราบถึงปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความเครียด การรวบรวมข้อมูลได้จากแบบสอบถามออนไลน์จากบุคลากรทางการแพทย์ที่ปฏิบัติงานด้านหน้าโรงพยาบาลศิริราช จำนวน 558 ราย ซึ่งประกอบด้วยข้อมูลส่วนบุคคล สุขภาพ ความต้องการพื้นฐานในการปฏิบัติงาน และแบบประเมินภาวะสุขภาพจิต (DASS-21) ฉบับภาษาไทย

ผลการศึกษาพบว่า ภาวะเครียดเกิดในบุคลากรทางการแพทย์ร้อยละ 23.3 และปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเกิดความเครียดประกอบด้วย ปัจจัยด้านวิชาชีพ (พยาบาล (OR = 4.62; 95% CI: 8.90–28.10) พนักงนทั่วไป [OR = 13.72; 95% CI: 2.48–76.03] และพนักงานเคลื่อนย้าย (OR = 2.75; 95% CI: 0.17–45.57) รวมถึงการมีอุปกรณ์ในการป้องกันตนเองไม่เพียงพอ (OR = 1.75; 95% CI: 1.06–2.88) ภาระงานที่ได้รับมอบหมายไม่เหมาะสม (OR = 2.45; 95% CI: 1.44–4.15) การมีโรคประจำตัว (OR = 2.82; 95% CI: 1.62–4.92) และคุณภาพการนอนไม่เพียงพอ (OR = 0.38; 95% CI: 0.24–0.60) โดยสถิติทดสอบระดับความสัมพันธ์ของปัจจัยดังกล่าวกับการเกิดความเครียดในบุคลากรทางการแพทย์ด้านหน้าอยู่ที่ร้อยละ 36.2 (Nagelkerke R^2 = 0.362) ผลการศึกษานี้เป็นประโยชน์ในด้านการใช้ข้อมูลสำหรับดำเนินการวางแผนจัดการความเครียดเชิงป้องกันในบุคลากรทางการแพทย์ที่ปฏิบัติงานด้านหน้าทั้งในภาครัฐและเอกชนได้อย่างมีประสิทธิภาพ

คำสำคัญ: ความเครียด/ บุคลากรทางการแพทย์/ การระบาดของโควิด 19/ พื้นที่ด้านหน้า

¹ พยาบาลวิชาชีพ หน่วยตรวจโรคแพทย์เวร-ฉุกเฉิน คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล

² อาจารย์พยาบาล ภาควิชาการบริหารการพยาบาลและพื้นฐานวิชาชีพ คณะพยาบาลศาสตร์เกื้อการุณย์ มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช
Corresponding author, e-mail: pongsak.d@nmu.ac.th

³ พยาบาลวิชาชีพ หน่วยตรวจโรคแพทย์เวร-ฉุกเฉิน คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล

⁴ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล

⁵ รองศาสตราจารย์ ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล

⁶ นายแพทย์ ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล กรุงเทพมหานคร

Research article

Stress and Factors Associated with Stress in Frontline Healthcare Workers During the COVID-19 Pandemic in Thailand

*Surasak Mulsrisuk*¹*Pongsak Dharmakulsakti*²*Chantana Keha*³*Worapat Ratta-apha*⁴*Nattha Saisavoey*⁵*Juthawadee Lortrakul*⁶

Abstract

Frontline healthcare workers (HCWs) who tirelessly served during the COVID-19 pandemic face a significant risk of stress because of increased workload and ineffective management. This study examined the various factors affecting HCWs' stress levels, employing a cross-sectional study, descriptive statistics, and multiple logistic regression analysis to identify the key stress-associated factors. Data collection involved the administration of online questionnaires to 558 HCWs at Siriraj Hospital. The questionnaires encompassed various aspects, including demographic information, health status, essential working requirements, and the Thai version of the mental status evaluation form (DASS-21).

The results revealed that 23.3% of HCWs experienced stress, with several stress-associated factors identified. These factors include the profession of the HCWs, such as nurse (OR = 4.62; 95% CI: 8.90–28.10), general officer (OR = 13.72; 95% CI: 2.48–76.03), and porter (OR = 2.75; 95% CI: 0.17–45.57). Additionally, inadequate personal protective equipment (PPE) (OR = 1.75; 95% CI: 1.06–2.88), inappropriate assignment (OR = 2.45; 95% CI: 1.44–4.15), pre-existing health conditions (OR = 2.82; 95% CI: 1.62–4.92), and poor sleep quality (OR = 0.38; 95% CI: 0.24–0.60) were identified as contributing factors. The statistical analysis, representing 36.2% of the association between these factors and stress (Nagelkerke R^2 = 0.362), highlights the significance of these findings. The study's outcomes provide valuable data for effectively implementing protective management of stress for HCWs in both public and private sectors.

Keywords: stress/ healthcare workers/ COVID-2019 pandemic/ frontline area

¹ Registered Nurse, Emergency Department, Faculty of Medicine Siriraj Hospital, Mahidol University.

² Instructor, Department of Nursing Administration and Professional, Kuakarun Faculty of Nursing, Navamindradhiraj University.
Corresponding author: E-mail: pongsak.d@nmu.ac.th

³ Registered Nurse, Emergency Department, Faculty of Medicine Siriraj Hospital, Mahidol University.

⁴ Assistant Professor Department of Psychiatry, Faculty of Medicine Siriraj Hospital, Mahidol University.

⁵ Associate Professor, Department of Psychiatry, Faculty of Medicine Siriraj Hospital, Mahidol University.

⁶ Medical Doctor, Department of Psychiatry, Faculty of Medicine Siriraj Hospital, Mahidol University, Bangkok.

บทนำ

โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 หรือโควิด-19 (COVID-19) สาเหตุเกิดจากเชื้อไวรัสซาร์ส-โควี-2 (SARS-CoV-2) ถูกพบครั้งแรกในปี พ.ศ. 2562 ที่ประเทศจีน และมีการแพร่ระบาดไปทั่วโลกอย่างรวดเร็ว ทำให้การระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 กลายเป็นภาวะฉุกเฉินด้านสาธารณสุขระหว่างประเทศ ส่งผลกระทบต่อระดับนานาชาติ ทั้งด้านสุขภาพ เศรษฐกิจ และสังคมโลก¹ นอกจากนี้การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 อย่างรวดเร็วสร้างความตึงเครียดกับบุคลากรทางการแพทย์ทั่วโลก² ซึ่งปัจจุบันพบว่า ผู้ป่วยที่ได้รับการยืนยันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 มากกว่า 518 ล้านราย และเสียชีวิตจากการติดเชื้อมากกว่า 6.3 ล้านรายจากทั่วโลก³ นอกจากนี้จากรายงานการเจ็บป่วยและการเสียชีวิตของบุคลากรทางการแพทย์ทั่วโลกในปีที่ผ่านมาพบบุคลากรทางการแพทย์ประมาณ 1,400 รายเสียชีวิตจากทั่วโลก⁴

จากสถานการณ์การระบาดครั้งใหญ่ของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ทำให้มีผู้ติดเชื้อและเสียชีวิตจำนวนมาก ส่งผลกระทบอย่างรุนแรงทางด้านจิตใจกับประชาชนทั่วโลก⁵ และทำให้ประชาชนต้องปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตใหม่ (new normal) การระบาดครั้งนี้ยังส่งผลกระทบต่อบุคลากรทางการแพทย์ที่ปฏิบัติงานด้านหน้าในการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อจำนวนมาก ทั้งทางด้านร่างกาย และด้านจิตใจ³ โดยบุคลากรทางการแพทย์เป็นกลุ่มที่มีความเสี่ยงสูงในช่วงการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ต้องปฏิบัติงานหมุนเวียนตลอด 24 ชั่วโมงในการคัดกรอง การคัดแยก การดูแลรักษา และการส่งต่อให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาที่เหมาะสม รวมทั้งการตัดสินใจในภาวะเร่งด่วน^{4,6} ส่งผลให้เกิดแรงกดดัน และเกิดความรู้สึกไม่ปลอดภัยจากการทำงาน ทำให้เกิดภาวะเครียดของบุคลากรทางการแพทย์⁷

ความเครียดเป็นภาวะทางอารมณ์หรือความรู้สึกที่เกิดขึ้นเมื่อต้องเผชิญกับปัญหาต่าง ๆ ที่รู้สึกคับข้องใจ ไม่สบายใจหรือถูกบีบคั้นกดดัน

จนทำให้เกิดความรู้สึกทุกข์ใจ สับสน โกรธหรือเสียใจ⁸ ซึ่งความเครียดส่วนใหญ่มาจากการทำงาน เช่น ปริมาณงานที่มากเกินไป สภาพการทำงานที่ไม่ดี งานที่ต้องมีความรับผิดชอบสูง งานที่มีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่น ๆ รวมทั้งความสับสนและความขัดแย้งในบทบาท ทำให้เกิดความกดดันส่งผลให้เกิดการเจ็บป่วยทางด้านร่างกายและสุขภาพจิต⁹ จากสถานการณ์การระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ระลอกสองพบผู้ติดเชื้อเพิ่มขึ้นจำนวนมาก ทำให้บุคลากรทางการแพทย์มีความกดดันเพิ่มขึ้นจากการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อและความปลอดภัยของตนเองขณะปฏิบัติงาน¹⁰ นอกจากนี้ความเครียดจากความรับผิดชอบในหน้าที่การปฏิบัติงานมากขึ้น เนื่องจากแนวทางการปฏิบัติงานที่เปลี่ยนแปลงไปในช่วงที่มีระบาดของโรค การสื่อสารผิดพลาดในหน่วยงาน ภาระงานที่มากเกินไป และสภาพแวดล้อมการทำงานที่ไม่เหมาะสม ส่งผลให้ภาระงานและความเครียดเพิ่มขึ้น โดยเฉพาะอย่างยิ่งบุคลากรทางการแพทย์ที่ปฏิบัติงานด้านหน้า¹¹

การระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ที่รุนแรงและยาวนาน สร้างความเครียดและกดดันทางจิตใจให้กับบุคลากรทางการแพทย์ ทำให้หลายคนไม่พอใจกับงานที่ได้รับมอบหมาย ตลอดจนเกิดความเบื่อหน่าย¹² จากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่า บุคลากรทางการแพทย์ด้านหน้ามีความเสี่ยงสูงต่อความเครียด ปัญหาการนอนหลับ และรู้สึกสิ้นหวังมากกว่าบุคลากรทางการแพทย์ที่ไม่ได้ปฏิบัติงานด้านหน้า¹³ ทั้งนี้สิ่งที่สร้างความเครียดให้กับบุคลากรทางการแพทย์ที่พบได้บ่อยที่สุดคือ ภาระงานที่รับผิดชอบ ความสับสนและความขัดแย้งในบทบาท การพักผ่อนไม่เพียงพอ และการขาดการสนับสนุนของอุปกรณ์^{4,11,14} นอกจากนี้พบว่า เพศ และโรคประจำตัวมีผลต่อความเครียดของบุคลากรทางการแพทย์ที่ปฏิบัติงานในช่วงการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019¹⁵

โรงพยาบาลศิริราช เป็นโรงพยาบาลมหาวิทยาลัย สังกัดคณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล ซึ่งได้รับนโยบาย

จากกระทรวงสาธารณสุขในการรับมือการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 โดยในระลอกแรกพบบุคลากรทางการแพทย์มีความเครียดระดับสูงซึ่งทำให้ประสิทธิภาพการทำงานลดลง มีความล่าช้าและเกิดข้อผิดพลาด¹⁶ อย่างไรก็ตามในระลอกสองของการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 การศึกษาความเครียดและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความเครียดในบุคลากรทางการแพทย์ด้านหน้าที่ปฏิบัติงานในช่วงการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ยังพบได้น้อย ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาความเครียดและปัจจัยที่เกี่ยวข้องในบุคลากรทางการแพทย์แนวหน้าในช่วงการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 เพื่อประเมินสถานการณ์และจัดหาแนวทางในการป้องกันและเฝ้าระวังความเครียดของบุคลากรทางการแพทย์ที่เหมาะสมต่อไป

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาความเครียดในบุคลากรทางการแพทย์ด้านหน้าที่ปฏิบัติงานในช่วงการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019
2. เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความเครียดในบุคลากรทางการแพทย์ด้านหน้าที่ปฏิบัติงานในช่วงการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษานี้เป็นการศึกษาแบบตัดขวาง (cross-sectional study) เพื่อศึกษาความเครียดและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความเครียดในบุคลากรทางการแพทย์ด้านหน้าที่ปฏิบัติงานในช่วงการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

บุคลากรทางการแพทย์ได้แก่ แพทย์ พยาบาล ผู้ช่วยพยาบาล พนักงานทั่วไป และพนักงานเคลื่อนย้ายที่หมุนเวียนมาปฏิบัติงานหน่วยตรวจโรคแพทย์เวรฉุกเฉิน และงานเคลื่อนย้ายผู้ป่วย โรงพยาบาลศิริราช ระหว่างเดือนกันยายน พ.ศ. 2564 ถึงเมษายน พ.ศ. 2565 กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างตามวิธีการกำหนดขนาด

กลุ่มตัวอย่างของ Comrey & Lee¹⁷ กำหนดให้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 500 รายถือว่ามีความเหมาะสมของข้อมูลในระดับดีมาก ซึ่งจากการส่งแบบสอบถามออนไลน์ผ่านหน่วยงานที่เก็บรวบรวมข้อมูลได้รับการตอบกลับของข้อมูลทั้งหมดจำนวน 558 ราย ดังนั้นผู้วิจัยจึงกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างตามจำนวนที่เก็บได้จริงคือ 558 ราย

กลุ่มตัวอย่างเลือกแบบเจาะจงตามเกณฑ์คัดเข้าดังนี้ 1) อายุตั้งแต่ 20 ปีขึ้นไป 2) เป็นแพทย์ พยาบาล ผู้ช่วยพยาบาล พนักงานทั่วไป และพนักงานเคลื่อนย้ายที่ปฏิบัติงานหน่วยตรวจโรคแพทย์เวรฉุกเฉิน และงานเคลื่อนย้ายผู้ป่วย โรงพยาบาลศิริราชอย่างน้อย 6 สัปดาห์ 3) สามารถอ่านและเข้าใจในภาษาไทย และ 4) ยินยอมเข้าร่วมการวิจัยโดยการลงนามผ่านแพลตฟอร์มออนไลน์

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยคือ แบบสอบถาม ประกอบด้วยแบบสอบถาม 3 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล เป็นแบบบันทึกข้อมูลทั่วไปของบุคลากรทางการแพทย์ ประกอบด้วย 7 ข้อคำถาม ได้แก่ เพศ อายุ ศาสนา สถานภาพสมรส การศึกษา วิชาชีพ และอายุการทำงาน ลักษณะข้อคำถามเป็นแบบให้เลือกตอบ และข้อคำถามปลายเปิด

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามด้านสุขภาพและความต้องการพื้นฐานในการปฏิบัติงาน เป็นแบบสอบถามแบบเลือกตอบและข้อคำถามปลายเปิด โดยผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม ประกอบด้วย 6 ข้อคำถาม ได้แก่ โรคประจำตัว จำนวนชั่วโมงในการปฏิบัติงานต่อวัน ความเพียงพอของอุปกรณ์ในการป้องกัน ภาระงานที่ได้รับมอบหมาย จำนวนชั่วโมงในการนอน และคุณภาพการนอน

ส่วนที่ 3 แบบประเมินภาวะสุขภาพจิต (Depression Anxiety Stress Scales: DASS-21) ใช้ในการประเมินภาวะเครียด พัฒนาเครื่องมือโดย Lovibond และคณะ¹⁸ แปลและปรับปรุง

เป็นภาษาไทยโดย Oei, Sawang, Goh, & Mukhtar¹⁹ ประกอบด้วย 21 ข้อถาม มาตราวัดเป็นแบบมาตรประมาณค่า 4 ระดับ คะแนนแบ่งออกเป็น 3 ด้าน คือ ภาวะซึมเศร้า ความวิตกกังวล และความเครียด ซึ่งการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ผู้วิจัยใช้เกณฑ์คะแนนด้านความเครียด โดยแปลผลความเครียด 0-7 คะแนน หมายถึง ไม่มีภาวะเครียด และตั้งแต่ 8 คะแนนขึ้นไป หมายถึง มีภาวะเครียด การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือวิจัย ภายหลังการแปลเป็นภาษาไทยได้นำไปทดลองใช้เพื่อทดสอบความเที่ยงของเครื่องมือได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ 0.75¹⁹ และในการศึกษาค้นคว้านี้ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ 0.85 ซึ่งแบบประเมินภาวะสุขภาพจิตได้รับอนุญาตจากผู้พัฒนาเครื่องมือก่อนนำมาใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ได้รับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล (COA.Si.719/2021) โดยผู้วิจัยได้ดำเนินการเก็บข้อมูลวิจัยภายหลังได้รับการอนุมัติ ในขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูลผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์และรายละเอียดการวิจัย กระบวนการวิจัยพร้อมทั้งชี้แจงประโยชน์ของงานวิจัย รวมถึงสิทธิในการเข้าร่วมการวิจัยด้วยความสมัครใจ และหากกลุ่มตัวอย่างต้องการถอนตัวจากการวิจัยสามารถทำได้ตลอดเวลาผ่านแบบสอบถามออนไลน์ โดยข้อมูลของกลุ่มตัวอย่างจะเป็นความลับไม่มีการเปิดเผยชื่อผู้ให้ข้อมูล และการนำเสนอผลการวิจัยหรือเผยแพร่จะนำเสนอ ในภาพรวมเพื่อประโยชน์ทางวิชาการเท่านั้น

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ภายหลังได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล ผู้วิจัยได้ดำเนินการ

ขอความอนุเคราะห์ในการเก็บรวบรวมข้อมูลต่อผู้อำนวยการโรงพยาบาลศิริราช และภายหลังได้รับอนุมัติผู้วิจัยเข้าพบหัวหน้าหน่วยงานเพื่อแนะนำตัว และชี้แจงขั้นตอนในการดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล และขอความอนุเคราะห์ในการแจ้งเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องทราบถึงการทำวิจัยและการเก็บข้อมูลในพื้นที่ที่รับผิดชอบ โดยผู้วิจัยได้จัดทำแบบสอบถามรูปแบบออนไลน์โดยใช้ระบบสำรวจออนไลน์ (google forms) ซึ่งสามารถเข้าถึงได้ผ่านลิงค์ออนไลน์หรือคิวอาร์โค้ดให้กับกลุ่มตัวอย่าง พร้อมทั้งชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง และขอความร่วมมือในการตอบแบบสอบถาม เมื่อกลุ่มตัวอย่างรับทราบและยินดียินยอมเข้าร่วมงานวิจัยให้ลงนามผ่านแพลตฟอร์มออนไลน์ โดยเก็บรวบรวมข้อมูลเดือนกันยายน พ.ศ. 2564 ถึงเมษายน พ.ศ. 2565

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลของกลุ่มตัวอย่างด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป (SPSS version 18.0) โดยใช้สถิติเชิงพรรณนาในการวิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคล ความเครียด และใช้สถิติวิเคราะห์ถดถอยโลจิสติกพหุ (multiple logistic regression) ในการหาความสัมพันธ์ของปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความเครียดในบุคลากรทางการแพทย์ด้านหน้าที่ปฏิบัติงานในช่วงการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 โดยผ่านการตรวจสอบข้อตกลงเบื้องต้นดังนี้ 1) ปัจจัยทั้งหมดที่ศึกษาแปลงเป็นหุ่น (dummy variable) 2) มีการแจกแจงข้อมูลเป็นโค้งปกติ 3) ตัวแปรอิสระไม่มีภาวะร่วมเส้นตรงพหุ (multicollinearity) พบค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของตัวแปรทุกตัวไม่เกิน 0.80 และ 4) วิเคราะห์อำนาจการทำนายของตัวแปร โดยคัดเลือกตัวแปรอิสระเข้าวิเคราะห์ด้วยวิธี enter กำหนดระดับนัยสำคัญที่ 0.05 ความเชื่อมั่น 95% และวิเคราะห์ผลการทำนายด้วยค่า Adjusted Odds Ratio

ผลการวิจัย

ข้อมูลส่วนบุคคลของบุคลากรทางการแพทย์จำนวน 558 ราย พบว่า ส่วนใหญ่เป็นพยาบาลวิชาชีพ และผู้ช่วยพยาบาล (ร้อยละ 35.5 และร้อยละ 33.0 ตามลำดับ) อายุเฉลี่ย 32.5 ± 8.6 ปี เป็นเพศหญิง ร้อยละ 52.7 และเพศชาย ร้อยละ 47.3 การศึกษาส่วนใหญ่น้อยกว่าระดับปริญญาตรี ร้อยละ 56.6 และกลุ่มตัวอย่างมีชั่วโมงในการปฏิบัติงานต่อวันน้อยกว่า 9 ชั่วโมง ร้อยละ 40 และมีโรคประจำตัว ร้อยละ 22.0 โดยภาพรวมของการศึกษานี้พบความชุกของภาวะเครียดในบุคลากรทางการแพทย์ จำนวน 130 ราย

(ร้อยละ 23.3) เพศหญิง มีภาวะเครียด ร้อยละ 27.9 บุคลากรทางการแพทย์ที่มีการศึกษาน้อยกว่าปริญญาตรี มีความเครียด ร้อยละ 24.1 และส่วนใหญ่ผู้ช่วยพยาบาลมีภาวะเครียด ร้อยละ 29.9 รองลงมาคือ พนักงานทั่วไป พยาบาล และแพทย์ ร้อยละ 23.4 ร้อยละ 20.7 และร้อยละ 5.9 ตามลำดับ นอกจากนี้พบว่า อุปกรณ์การป้องกันไม่เพียงพอ ภาระงานที่มอบหมายไม่เหมาะสม และมีชั่วโมงในการปฏิบัติงานต่อวันตั้งแต่ 9-12 ชั่วโมง มีภาวะเครียด ร้อยละ 29.3 ร้อยละ 30.6 และร้อยละ 30.8 ตามลำดับ ดังตารางแสดงที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวน และร้อยละของข้อมูลส่วนบุคคล ข้อมูลด้านสุขภาพ และความต้องการพื้นฐานในการปฏิบัติงานของกลุ่มตัวอย่าง (n = 558)

ข้อมูลส่วนบุคคล ข้อมูลด้านสุขภาพ และความต้องการพื้นฐานในการปฏิบัติงาน	ภาพรวม (%)	ภาวะเครียด	
		มี (%)	ไม่มี (%)
กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด	558 (100)	130 (23.3)	428 (76.7)
เพศ			
ชาย	264 (47.3)	48 (18.2)	216 (81.8)
หญิง	294 (52.7)	82 (27.9)	212 (72.1)
ระดับการศึกษา			
ต่ำกว่าปริญญาตรี	316 (56.6)	76 (24.1)	240 (75.9)
ปริญญาตรีและการศึกษาหลังปริญญา	242 (43.3)	54 (22.3)	188 (77.7)
วิชาชีพ			
แพทย์	34 (6.1)	2 (5.9)	32 (94.1)
พยาบาล	198 (35.5)	41 (20.7)	157 (79.3)
ผู้ช่วยพยาบาล	184 (33.0)	55 (29.9)	129 (70.1)
พนักงานทั่วไป	137 (24.6)	32 (23.4)	105 (76.6)
พนักงานเคลื่อนย้าย	5 (0.9)	0 (0)	5 (100)
อุปกรณ์ในการป้องกันตนเอง			
เพียงพอ	227 (40.7)	33 (14.5)	194 (85.5)
ไม่เพียงพอ	331 (59.3)	97 (29.3)	234 (70.7)

ตารางที่ 1 จำนวน และร้อยละของข้อมูลส่วนบุคคล ข้อมูลด้านสุขภาพ และความต้องการพื้นฐาน ในการปฏิบัติงานของกลุ่มตัวอย่าง (n = 558) (ต่อ)

ข้อมูลส่วนบุคคล ข้อมูลด้านสุขภาพ และความต้องการพื้นฐานในการปฏิบัติงาน	ภาพรวม (%)	ภาวะเครียด	
		มี (%)	ไม่มี (%)
ภาระงานที่ได้รับมอบหมาย			
เหมาะสม	339 (60.8)	63 (18.6)	276 (81.4)
ไม่เหมาะสม	219 (39.2)	67 (30.6)	152 (69.4)
ชั่วโมงในการปฏิบัติงานต่อวัน			
น้อยกว่า 9 ชั่วโมง	223 (40.0)	43 (19.3)	180 (42.1)
9-12 ชั่วโมง	172 (30.8)	45 (26.2)	127 (73.8)
มากกว่า 12 ชั่วโมง	163 (29.2)	42 (25.8)	121 (74.2)
โรคประจำตัว			
มี	123 (22.0)	20 (16.1)	104 (83.9)
ไม่มี	435 (78.0)	110 (25.3)	324 (74.7)
คุณภาพการนอน			
เพียงพอ	203 (36.4)	54 (26.6)	149 (73.4)
ไม่เพียงพอ	355 (63.6)	76 (21.4)	279 (78.6)

จากการวิเคราะห์ถดถอยโลจิสติกพบพบว่า ตัวแปรอิสระทั้งหมดสามารถร่วมทำนายความเครียดในบุคลากรทางการแพทย์ได้ร้อยละ 36.2 (Nagelkerke $R^2 = 0.362$) อธิบายผลการวิเคราะห์การทำนายของปัจจัยที่ศึกษาได้ว่า พนักงานทั่วไปมีโอกาสเกิดความเครียดมากกว่าแพทย์ 13.72 เท่า (OR = 13.72; 95% CI: 2.48–76.03) พยาบาลมีโอกาสเกิดความเครียดมากกว่าแพทย์ 4.62 เท่า (OR = 4.62; 95% CI: 8.90–28.10) และพนักงานเคลื่อนย้ายมีโอกาสเกิดความเครียดมากกว่าแพทย์ 2.75 เท่า (OR = 2.75; 95% CI: 0.17–45.57) บุคลากรที่มีอุปกรณ์ป้องกันตนเองไม่เพียงพอมีโอกาสเกิดความเครียดมากกว่าบุคลากรที่มีอุปกรณ์ป้องกันตนเองเพียงพอ 1.75

เท่า (OR = 1.75; 95% CI: 1.06–2.88) และบุคลากรที่ได้รับการมอบหมายงานที่ไม่เหมาะสมมีโอกาสเกิดความเครียดมากกว่าบุคลากรที่ได้รับการมอบหมายงานที่เหมาะสม 2.45 เท่า (OR = 2.45; 95% CI: 1.44–4.15) นอกจากนี้บุคลากรที่มีโรคประจำตัวมีโอกาสมีความเครียดมากกว่าบุคลากรที่ไม่มีโรคประจำตัว 2.82 เท่า (OR = 2.82; 95% CI: 1.62–4.92) และบุคลากรที่มีคุณภาพการนอนไม่เพียงพอมีโอกาสมีความเครียดมากกว่าบุคลากรที่มีคุณภาพการนอนเพียงพอ 0.38 เท่า (OR = 0.38; 95% CI: 0.24–0.60) ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 แสดงการวิเคราะห์ถดถอยโลจิสติกของปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความเครียดในบุคลากรทางการแพทย์ด่านหน้าที่ปฏิบัติงานในช่วงการแพร่ระบาดของโควิด-19 (n = 558)

ตัวแปร	B	SE	Wald	p-value	ORs	95% CI	
						Lower	Upper
วิชาชีพ							
แพทย์				Reference			
พยาบาล	1.433	.657	1.038	.001*	4.62	8.90	28.10
ผู้ช่วยพยาบาล	.045	.043	7.627	.067	10.10	1.92	53.09
พนักงานทั่วไป	1.710	.658	4.066	.006*	13.72	2.48	76.03
พนักงานเคลื่อนย้าย	1.325	.360	5.487	.003*	2.75	0.17	45.57
อุปกรณ์ในการป้องกันตนเองไม่เพียงพอ	.525	.223	4.808	.029*	1.75	1.06	2.88
ภาระงานที่ได้รับมอบหมายไม่เหมาะสม	1.105	.623	.896	.005*	2.45	1.44	4.15
มีโรคประจำตัว	1.226	.814	1.691	.001*	2.82	1.62	4.92
คุณภาพการนอนไม่เพียงพอ	.340	.056	1.985	.001*	0.38	0.24	0.60
ค่าคงที่	1.224	2.634	1.146	.017	.014		

* p -value < .05, -2LL = 127.116; Cox & Snell R^2 = 0.148; Nagelkerke R^2 = 0.362

การอภิปรายผล

การศึกษานี้พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความเครียด ร้อยละ 23.3 ซึ่งน้อยกว่าการศึกษาที่ผ่านมา^{9-10,20} อาจเนื่องมาจากสำรวจข้อมูลในระลอกสองของการระบาดโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ซึ่งโรงพยาบาลได้มีแนวปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ชัดเจนทำให้ลดแรงกดดันในการทำงาน ส่งผลให้พบความเครียดลดน้อย นอกจากนี้บุคลากรทางการแพทย์ที่มีความเครียด ส่วนใหญ่พบมากในพนักงานทั่วไป ผู้ช่วยพยาบาล และพยาบาลตามลำดับ ซึ่งเป็นผู้ปฏิบัติงานที่ใกล้ชิดกับผู้ป่วยโดยตรง ทำให้บุคลากรทางการแพทย์เกิดความกังวลถึงการมีอุปกรณ์ป้องกันตนเองไม่เพียงพอ และกังวลถึงการติดเชื้อจากผู้ป่วยและญาติ ส่งผลให้เกิดความเครียด^{8-9,21} สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาพบว่า บุคลากรทางการแพทย์เป็นกลุ่มที่มีความเสี่ยงสูงต่อการเกิดความเครียด^{7,12,15} ซึ่งอาจทำให้คุณภาพชีวิตการทำงานลดลงและเกิดภาวะหมดไฟในการทำงานตามมาได้²²

ถึงแม้ว่าโรงพยาบาลจะมีแนวปฏิบัติที่ชัดเจนขึ้น ซึ่งเป็นผลมาจากประสบการณ์

ในการรับมือการระบาดในรอบแรก แต่การระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในระลอกสองของประเทศไทย ส่งผลให้ผู้ป่วยจำนวนมากต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลมหาวิทยาลัย เนื่องจากเป็นโรงพยาบาลที่มีความพร้อมในการรับส่งต่อผู้ป่วยวิกฤต และส่วนใหญ่ผู้ป่วยมีความมั่นใจในการดูแลรักษา⁸ อย่างไรก็ตามจากเหตุผลดังกล่าวทำให้โรงพยาบาลมีจำนวนผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 เพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว ส่งผลให้บุคลากรทางการแพทย์มีภาระในการดูแลผู้ป่วยที่เพิ่มขึ้นภายใต้ทรัพยากรที่มีอยู่อย่างจำกัด เพื่อให้การดูแลผู้ป่วยได้อย่างเหมาะสม ซึ่งบุคลากรทางการแพทย์ส่วนใหญ่ที่มีความเครียดพบว่า มีอุปกรณ์ป้องกันตนเองในการดูแลผู้ป่วยไม่เพียงพอ และมีภาระงานที่ได้รับมอบหมายไม่เหมาะสม นอกจากนี้บุคลากรทางการแพทย์ที่ปฏิบัติงานโดยเฉลี่ยมากกว่า 12 ชั่วโมงต่อวันพบมีความเครียดถึงร้อยละ 25.8 ซึ่งอาจทำให้เกิดความเครียดได้ สอดคล้องกับการศึกษาก่อนหน้านี้พบว่า อุปกรณ์ป้องกันตนเองที่ไม่เพียงพอและภาระงานที่มอบหมายไม่เหมาะสมในช่วงที่

มีการระบาดใหญ่ของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ทำให้บุคลากรทางการแพทย์มีความเครียดเพิ่มขึ้น ประสิทธิภาพด้านลบและความเครียดในบุคลากรทางการแพทย์เพิ่มขึ้นตามชั่วโมงทำงานต่อวัน และจำนวนวันทำงานต่อสัปดาห์ที่เพิ่มขึ้น^{7,9-10,23}

นอกจากนี้ยังพบว่า บุคลากรทางการแพทย์ที่มีโรคประจำตัว และคุณภาพการนอนที่ไม่เพียงพอ มีโอกาสเกิดความเครียดได้ สอดคล้องกับการศึกษาก่อนหน้านี้พบว่า การมีโรคประจำตัวและคุณภาพการนอนมีความสัมพันธ์กับความเครียด เนื่องจากสภาพร่างกายที่เสื่อมโทรมจากภาวะการเจ็บป่วยเรื้อรัง และการพักผ่อนที่ไม่เพียงพอ ทำให้ประสิทธิภาพในการทำงานลดลง ส่งผลให้เกิดข้อผิดพลาด เกิดความเหนื่อยล้า และนำไปสู่การเกิดความเครียดที่เพิ่มขึ้น^{4,12,22}

โดยสรุปผลการศึกษพบว่า บุคลากรทางการแพทย์ที่ปฏิบัติงานด้านหน้ามีความเครียดร้อยละ 23.3 และปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเกิดความเครียด ประกอบด้วย ปัจจัยด้านวิชาชีพ (พยาบาล พนักงานทั่วไป และพนักงานเคลื่อนย้าย) รวมถึงการมีอุปกรณ์ในการป้องกันตนเองไม่เพียงพอ ภาระงานที่ได้รับมอบหมายไม่เหมาะสม การมีโรคประจำตัว และคุณภาพการนอนไม่เพียงพอ ดังนั้นควรมีการดำเนินการวางแผนจัดการความเครียดเชิงป้องกันสำหรับบุคลากรทางการแพทย์ที่ปฏิบัติงานด้านหน้าในภาครัฐและเอกชนได้

ข้อจำกัดในการวิจัย

การศึกษานี้ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลบุคลากรทางการแพทย์ในโรงพยาบาลเพียงแห่งเดียว ซึ่งอาจมีบริบทที่แตกต่างกันในแต่ละโรงพยาบาล และเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยเป็นแบบประเมินภาวะสุขภาพจิต (DASS-21) ซึ่งผู้วิจัยเลือกใช้เฉพาะด้านความเครียดในการศึกษา จึงมีข้อจำกัดในการอ้างอิงผลการศึกษา

กิตติกรรมประกาศ

การวิจัยครั้งนี้ได้รับทุนสนับสนุนพัฒนาการวิจัย บริหารจัดการ โดยหน่วยพัฒนางาน

ประจำสำนักงานวิจัย (R2R) คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล และขอขอบพระคุณบุคลากรทางการแพทย์ที่เข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้ และขอบคุณหน่วยตรวจโรคแพทย์เวรฉุกเฉิน และงานเคลื่อนย้ายผู้ป่วย โรงพยาบาลศิริราช ที่ให้ความร่วมมือและอำนวยความสะดวกในการเก็บรวบรวมข้อมูลงานวิจัยนี้จนสำเร็จลุล่วง

เอกสารอ้างอิง

1. Yashavantha Rao HC, Jayabaskaran C. The emergence of a novel coronavirus (SARS-CoV-2) disease and their neuroinvasive propensity may affect in COVID-19 patients. *J Med Virol.* 2020;92(7):786-790.
2. Salari N, Hosseini-Far A, Jalali R, Vaisi-Raygani A, Rasoulpoor S, Mohammadi M, et al. Prevalence of stress, anxiety, depression among the general population during the COVID-19 pandemic: a systematic review and meta-analysis. *Glob Health.* 2020;16(1):1-11.
3. World Health Organization. Weekly epidemiological update on COVID-19. Geneva: WHO; 2021.
4. Bandyopadhyay S, Baticulon RE, Kadhum M, Alser M, Ojuka DK, Badereddin Y, et al. Infection and mortality of healthcare workers worldwide from COVID-19: a systematic review. *BMJ Glob Health.* 2020;5(12):e003097.
5. Dutheil F, Mondillon L, Navel V. PTSD as the second tsunami of the SARS-Cov-2 pandemic. *Psychol Med.* 2021;51(10):1773-4.
6. Shaukat N, Ali DM, Razzak J. Physical and mental health impacts of COVID-19 on healthcare workers: a scoping review. *Int J Emerg Med.* 2020;13(1):1-8.

7. Khanthacha K. Factor associated with stress of healthcare workers at Tambon Health Promotion Hospital, Nakhonphanom Province during the Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) outbreak. *RDHSJ*. 2022;15(2):285-299. (in Thai)
8. Department of Mental Health. *Stress Relief Manual*. 6th ed. Bangkok: Design con; 1998.
9. Suksupa N, Jittitaworn W. Stress and fear on the duty awareness during COVID-19 outbreak of registered nurses, Chareonkrung Phacharuk Hospital. *J Royal Thai Army Nurses*. 2022;23(3):457-469. (in Thai)
10. Kajai C, Suksatan W, Promkunta N, Kamkaew N. The relationships between stress, stress-coping behaviors and suicidal risk among Thais who had become unemployed due to the COVID-19 pandemic: A cross-sectional study. *Belitung Nurs J*. 2022;8(5):446-452.
11. Nguyen NPT, Le DD, Colebunders R, Siewe Fodjo JN, Tran TD, Vo TV. Stress and associated factors among frontline healthcare workers in the COVID-19 epicenter of Da Nang City, Vietnam. *Int J Environ Res Public Health*. 2021;18(14):7378.
12. Rony MKK, Bala SD, Rahman MM, Dola AJ, Kayesh I, Islam MT, et al. Experiences of front-line nurses caring for patients with COVID-19 in Bangladesh: A qualitative study. *Belitung Nurs J*. 2021;7(5):380-386.
13. Lai J, Ma S, Wang Y, Cai Z, Hu J, Wei N, et al. Factors associated with mental health outcomes among healthcare workers exposed to coronavirus disease 2019. *JAMA Netw Open*. 2020;3(3):e203976-86.
14. Saimai P, Yodbute S, Norasan S, Unhasuta K. Stress among charge nurses at a university hospital in Bangkok. *J Public Health*. 2014;44(2):174-188. (in Thai)
15. Sangsirilak A, Sangsirilak S. Stress and depressed mood in healthcare workers during COVID-19 outbreak. *J Psychiatr Assoc*. 2020;65(4):401-408. (in Thai)
16. Saisavoey N. Reporting the results of a questionnaire for staff of the Faculty of Medicine Siriraj Hospital in the situation of the novel coronavirus outbreak at the 3rd Quality Conference (2020 New Ways of Management). *Human Resources from COVID-19 Situation*, 30 June 2020 at Meeting Room 203 Srisawarintira Building 2nd Floor; 2020.
17. Comrey AL, Lee HB. *A first course in factor analysis*. 2nd ed. New Jersey: Lawrence Erlbaum; 1992.
18. Lovibond PF, Lovibond SH. The structure of negative emotional states: Comparison of the Depression Anxiety Stress Scales (DASS) with the Beck Depression and Anxiety Inventories. *Behav Res Ther*. 1995;33(3):335-43.
19. Oei TPS, Sawang S, Goh YW, Mukhtar F. Using the Depression Anxiety Stress Scale 21 (DASS-21) across cultures. *Int J Psychol*. 2013 Dec;48(6):1018-29.

20. Elbay RY, Kurtulmuş A, Arpacioğlu S, Karadere E. Depression, anxiety, stress levels of physicians and associated factors in COVID-19 pandemics. *Psychiatry Res.* 2020;290:113130.
21. Srivastava A, Srivastava S, Upadhyay R, Gupta R, Jakhar K, Pandey R. Stressor combat strategies and motivating factors among healthcare service providers during COVID-19 pandemic. *Cureus.* 2021;13(4):e14726.
22. Promsarn S, Promsarn P, Rattanaengloet K. Stress and burnout of healthcare worker (HCW) at Siriraj Hospital during the medical treatment of COVID-19 patients. *J Royal Thai Army Nurses.* 2021;74(3):197-204. (in Thai)
23. Tosepu R, Gunawan J, Effendy DS, Rustam HN, Muchtar F, Sakka A, et al. Experience of healthcare workers in combating COVID-19 in Indonesia: A descriptive qualitative study. *Belitung Nurs J.* 2021;7(1):37-42.

บทความวิจัย

ผลของโปรแกรมการประยุกต์ใช้แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ต่อการรับรู้และพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด-19 ผู้สูงอายุเบาหวาน

ประไพวรรณ ด่านประดิษฐ์¹พูนสุข ช่วยทอง²

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นงานวิจัยแบบชนิดกลุ่มเดียว วัดก่อนและหลังการทดลอง เพื่อเปรียบเทียบคะแนนการรับรู้การป้องกันโรคโควิด-19 และพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด-19 ผู้สูงอายุเบาหวาน ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมการประยุกต์ใช้แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้สูงอายุที่มีประวัติเป็นโรคเบาหวาน ในชมรมผู้สูงอายุวัดบูรณาวาส กรุงเทพมหานคร เลือกแบบเจาะจง จำนวน 30 คน เครื่องมือวิจัย คือ 1) โปรแกรมการประยุกต์ใช้แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ 2) แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล 3) แบบสอบถามการรับรู้การป้องกันโรคโควิด-19 4) แบบสอบถามพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด-19 กลุ่มตัวอย่าง เข้าร่วมโปรแกรมจำนวน 15 ชั่วโมง (5 วัน) เก็บรวบรวมด้วยแบบสอบถาม วิเคราะห์ข้อมูลด้วยค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน และ paired t-test

ผลการวิจัย พบว่า กลุ่มตัวอย่าง ก่อนเข้าร่วมโปรแกรมมีคะแนนการรับรู้การป้องกันโรคโควิด-19 ในระดับดีหลังเข้าร่วมโปรแกรมมีคะแนนการรับรู้การป้องกันโรคโควิด-19 ในระดับดีมากและดีกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 และผลการวิจัยพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด-19 ก่อนเข้าร่วมโปรแกรมมีพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด-19 ในระดับดีมาก หลังเข้าร่วมโปรแกรมมีพฤติกรรมป้องกันโรคโควิด-19 ในระดับดีมากและดีกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01

สรุป โปรแกรมการประยุกต์ใช้แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพต่อการรับรู้การป้องกันโรคโควิด-19 และพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด-19 เป็นโปรแกรมที่มีประสิทธิภาพ สำหรับทีมสุขภาพ สามารถนำรูปแบบการวิจัยไปส่งเสริมความรู้เพื่อป้องกันโรคโควิด-19 กับผู้สูงอายุเบาหวานและกลุ่มเสี่ยงอื่น ๆ ได้

คำสำคัญ: ผู้สูงอายุเบาหวาน/ โปรแกรมแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ/ การรับรู้/ พฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด-19

¹ รองศาสตราจารย์ วิทยาลัยพยาบาลและสุขภาพ มหาวิทยาลัยราชภัฏสวนสุนันทา

Corresponding Author, Email: prapaiwan.da@ssru.ac.th

² รองศาสตราจารย์ วิทยาลัยพยาบาลและสุขภาพ มหาวิทยาลัยราชภัฏสวนสุนันทา

Research article

Outcome of Health Belief Model Program Application on Prevention Perception and Prevention Behavior of COVID-19 in the Diabetic Elderly

*Prapaiwan Danpradit¹**Poonsook Shuaytong²*

Abstract

The research was Quasi-experimental research with one group pre- and post-test design. The objective was to compare the score levels of perception prevention and prevention behaviors of COVID-19 in the diabetic elderly before and after the Health Belief Model Program application. There were thirty samples who were selected by purposive sampling from the elderly in the Puranawat Temple Elderly Club, Bangkok with history of diabetes mellitus. The research tool were 1) Health Belief Model Program 2) personal information questionnaire 3) the questionnaire of perception prevention of COVID-19 4) the questionnaire of prevention behaviors of COVID-19. The samples participated in the program for 15 hours (5 days) duration. The data were analyzed by percent, mean, standard deviation and paired t-test.

Results: The results showed that the samples had good score levels of COVID-19 prevention perception before program participation and after the program participation, they had very good score levels of COVID-19 prevention perception which were better than the score levels before program participation with statistical significance ($p \leq 0.01$). The results of prevention behaviors of COVID-19 were at very good score levels before program participation. After program participation, the prevention behaviors of COVID-19 were at very good score levels and were better than the score levels before program participation with statistical significance ($p < 0.01$).

Conclusion: The Health Belief Model Program on prevention perception and prevention behaviors of COVID-19 was effective. The health care teams could apply the research results to promote knowledge of COVID-19 prevention for the diabetic elderly and other vulnerable groups.

Keywords: Diabetic elderly/ Health Belief Model Program/ prevention perception/ prevention behavior of COVID-19

¹ Associated Professor, College of Nursing and Health, Suan Sunandha Rajabhat University
Corresponding Author, Email: prapaiwan.da@ssru.ac.th

² Associated Professor, College of Nursing and Health, Suan Sunandha Rajabhat University
Email: poonsook.sh@ssru.ac.th

บทนำ

โรคโควิด-19 เป็นโรคระบาดอุบัติใหม่ที่เกิดจากเชื้อไวรัส มีการแพร่เชื้ออย่างรวดเร็วไปยังประเทศต่างๆ ในทุกภูมิภาค และทั่วโลก ในลักษณะการระบาดใหญ่ (pandemic) ในวันที่ 30 มกราคม 2563 องค์การอนามัยโลกได้ประกาศให้โรคโควิด-19 ไวรัสโคโรนา 2019 เป็นภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุขระหว่างประเทศ และแนะนำทุกประเทศให้เร่งรัดการเฝ้าระวัง ป้องกัน และควบคุมโรค โรคโควิด-19 พบครั้งแรกในช่วงปลายเดือนธันวาคม พ.ศ. 2562 ที่เมืองอู่ฮั่น มณฑลหูเป่ย์ ประเทศจีน เป็นโรคระบาดซึ่งขณะนั้นยังไม่มีวัคซีนป้องกันและยารักษาที่มีประสิทธิภาพเท่าที่ควรติดต่อโดยผ่านทางไอ จาม การสัมผัสโดยตรงกับสารคัดหลั่งของคนและสัตว์ที่อาจเป็นแหล่งรังโรค¹ มีอัตราการตาย 1-2%² ประเทศไทยพบผู้ติดเชื้อโควิด-19 รายแรกในช่วงปลายเดือนธันวาคม พ.ศ. 2562 หลังจากนั้นมีการระบาดต่อเนื่องและเพิ่มขึ้นเรื่อย ๆ ณ วันที่ 1 พฤศจิกายน 2564³ ประเทศไทยมีจำนวนผู้ป่วยยืนยัน 1,920,189 ราย มากเป็นลำดับที่ 3 ของภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ มีอัตราการตาย 27.60 รายต่อแสนประชากร และมีอัตราป่วยตายร้อยละ 1 แบ่งการระบาดได้เป็น 3 ระลอก คือระลอกที่ 1 อยู่ในช่วงเดือนมกราคม - พฤศจิกายน 2563 จุดที่มีการระบาดเป็นกลุ่มก้อน (คลัสเตอร์) ที่สำคัญ คือ สนามมวยและบ่อนการพนัน มีจำนวนผู้ติดเชื้อสะสม 3,998 ราย (ร้อยละ 38.70) มีผู้ป่วยเสียชีวิตสะสม 60 ราย ระลอกที่สองช่วงเดือนธันวาคม 2563 - มีนาคม 2564 จุดที่มีการระบาดเป็นกลุ่มก้อนที่สำคัญ คือ ตลาดกลางกุ้ง สมุทรสาคร มีจำนวนผู้ติดเชื้อรายใหม่เพิ่มขึ้น 24,855 ราย เสียชีวิตเพิ่มขึ้น 34 ราย คิดเป็นอัตราป่วยตาย 0.14% และระลอกที่ 3 ตั้งแต่เดือนเมษายน 2564 - 27 พฤศจิกายน 2564 มีจำนวนผู้ติดเชื้อรายใหม่เพิ่มขึ้น 1,883,161 ราย เสียชีวิตเพิ่มขึ้น 19,111 ราย คิดเป็นอัตราป่วยตาย 1.01% ซึ่งเป็นการระบาดระลอกที่ใหญ่ที่สุด มีจุดเริ่มต้นของการระบาดในระลอกนี้ คือสถานบันเทิงย่านทองหล่อ ผู้เสียชีวิตของระลอกที่ 2 ส่วนใหญ่

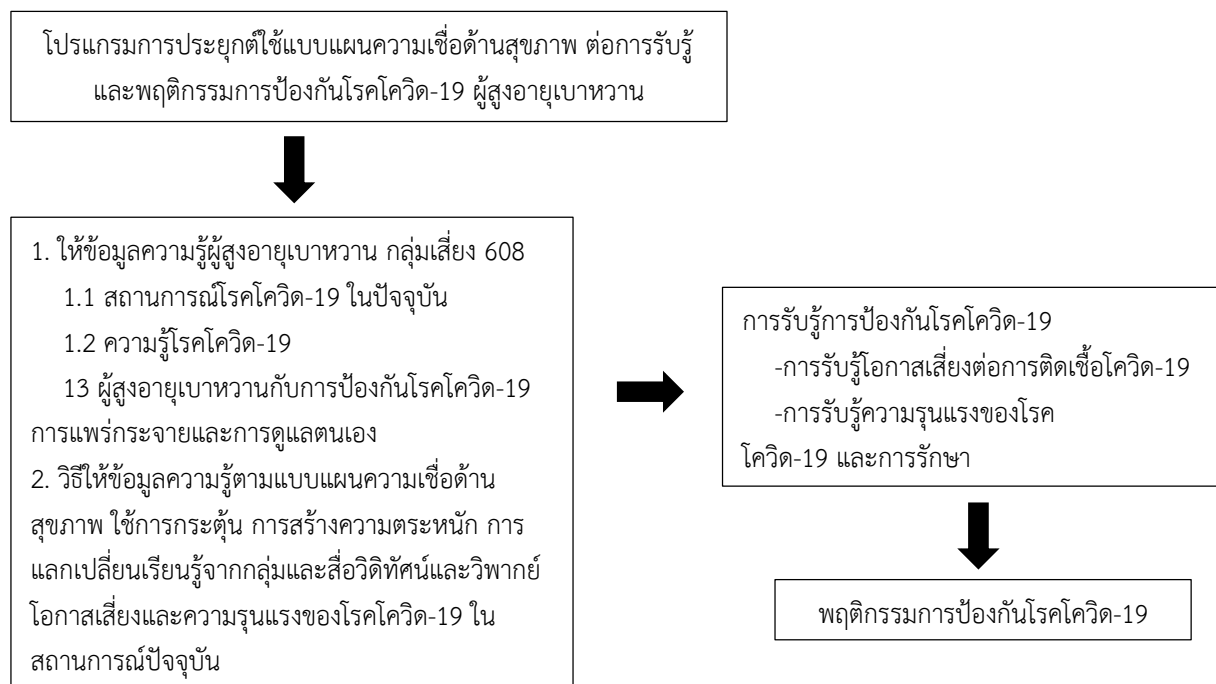
มีประวัติมีโรคประจำตัวหรือภาวะเสี่ยง เช่น อ้วน ตั้งครรภ์ หรือ ผู้สูงอายุ และผู้สูงอายุ มีอัตราการเสียชีวิตร้อยละ 2.60% ของผู้เสียชีวิต^{1,4} การระบาดพบมากที่สุดในกรุงเทพมหานคร⁵ และพบมากในกลุ่มเสี่ยง 608⁶ โดยแพทย์ได้กำหนดกลุ่มเสี่ยงของการเสียชีวิตของโรคโควิด-19 ที่พบบ่อยว่ากลุ่มเสี่ยง 608 ได้แก่ ผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไป และผู้ป่วยโรคเรื้อรัง 7 กลุ่มโรค คือ โรคทางเดินหายใจ โรคหัวใจและหลอดเลือด โรคหลอดเลือดสมอง โรคอ้วน โรคมะเร็ง โรคเบาหวาน และกลุ่มหญิงตั้งครรภ์⁶ จากสถานการณ์การระบาดของโรคโควิด-19 ดังกล่าว ทีมสุขภาพควรมีส่วนร่วมในการช่วยเหลือและทดลองการจัดโปรแกรมให้ความรู้แก่กลุ่มเสี่ยง 608 ที่เป็นผู้สูงอายุเบาหวาน เพราะถ้าติดเชื้อโควิด-19 มีโอกาสเสียชีวิตสูง เนื่องจากปกติผู้สูงอายุร่างกายเสื่อมถอยลงจากวัยสูงอายุอยู่แล้ว⁷ ถ้ามีโรคประจำตัวร่วมด้วย ประสิทธิภาพการทำงานของอวัยวะในร่างกายจะเสื่อมลงมากขึ้น และโรคเบาหวานเป็นโรคที่ควบคุมระดับน้ำตาลได้ไม่ดี และมีระดับน้ำตาลในเลือดสูงกว่าเป้าหมาย มักมีโรคแทรกซ้อนอื่น ๆ ร่วมอยู่แล้ว นอกจากนี้การติดเชื้อยังทำให้ระดับน้ำตาลในเลือดผันผวนและควบคุมได้ยาก ทำให้ภูมิคุ้มกันต่ำลงและติดเชื้อโรคต่าง ๆ ได้ง่ายขึ้น และเชื้อโรคจะเจริญเติบโตได้ดีในภาวะน้ำตาลในเลือดสูง ผู้สูงอายุเบาหวานจึงเป็นกลุ่มที่ต้องระวังเป็นพิเศษ⁸ มีความเสี่ยงสูงหากติดเชื้อโควิด-19 อาจเกิดความรุนแรงหรืออันตรายถึงชีวิตได้ง่าย

ผู้สูงอายุเบาหวานในชมรมผู้สูงอายุ วัดบูรณาวาส กรุงเทพมหานคร เป็นกลุ่มที่มีโอกาสติดเชื้อโควิด-19 ได้ง่าย เนื่องจากเป็นกลุ่มเสี่ยง 608 ร่วมกับมีปัจจัยเสริมที่ก่อให้เกิดการติดเชื้อโควิด-19 เพิ่มขึ้น กล่าวคือ มีบ้านพักอาศัยตั้งอยู่ในบริเวณวัดชายแดนของปริมณฑลกรุงเทพมหานครเป็นพื้นที่ยังไม่พัฒนา ในกลุ่มกรุงเทพมหานครเป็นกลุ่มผู้ด้อยโอกาสในด้านการเงิน⁹⁻¹¹ การศึกษา⁹⁻¹² และการเข้าถึงบริการสุขภาพ¹⁰ ควรจัดโปรแกรมส่งเสริมความรู้โรคโควิด-19 และการป้องกันโรคโควิด-19 เพิ่มให้แบบเร่งด่วน เพื่อส่งเสริมให้เกิดพฤติกรรม การป้องกันโรคโควิด-19 ที่ถูกต้อง ในช่วงเวลา

ที่เหมาะสมและปลอดภัย จากการติดตามรายงานของศูนย์บริหารสถานการณ์ โควิด-19 (ศบค.) คือ ช่วงระยะหลังการระบาดระลอกที่ 2 หรือหลังวันที่ 31 มีนาคม 2564 ซึ่งมีการระบาดของโรคโควิด-19 ลดลง โดยในวันที่ 31 มีนาคม 2564 มีผู้ป่วยรายใหม่ 42 รายและไม่มีผู้เสียชีวิต¹³ สืบเนื่องมาจากรัฐบาลได้มีประกาศใช้พระราชกำหนดการบริหารราชการในสถานการณ์ฉุกเฉิน พ.ศ. 2558 เมื่อวันที่ 26 มีนาคม 2563 และออกประกาศที่สำคัญเพื่อการป้องกันควบคุมโรค 8 มาตรการ ทำให้จำนวนผู้ป่วยติดเชื้อโควิด-19 ในประเทศลดลง¹ ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาและทดลองโปรแกรมการประยุกต์ใช้แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพต่อการรับรู้และพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด-19 ผู้สูงอายุเบาหวานที่เป็นกลุ่มเสี่ยง 608 ในช่วงการระบาดของโรคโควิด-19 ลดลง โดยประยุกต์ใช้แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพของเบคเกอร์ (Becker, 1974)¹⁴

แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพของเบคเกอร์ (Becker, 1974)¹⁴ ได้อธิบายว่า บุคคลจะแสดงพฤติกรรมสุขภาพอย่างใดอย่างหนึ่งเพื่อหลีกเลี่ยงการเป็นโรค บุคคลนั้นจะต้องมีความเชื่อว่าตนเองมีโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรค และโรคที่เป็นนั้นจะมีความรุนแรงต่อชีวิต เมื่อมีพฤติกรรมป้องกันโรคที่ดีจะก่อให้เกิดผลดีในการช่วยลดโอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค ไม่เป็นอุปสรรคต่อการปฏิบัติของตนเอง ผู้สูงอายุเบาหวานในชมรมผู้สูงอายุ วัดปรณาวาส เป็นกลุ่มเสี่ยง 608 ของโรคโควิด-19 เป็นโรคติดต่อที่มีความรุนแรงและมีอันตรายถึงชีวิต และมีปัจจัยเสริมที่ก่อให้เกิดการติดเชื้อโควิด-19 ได้ง่าย ด้วยเหตุผลดังกล่าว ผู้วิจัยเชื่อว่าการใช้กรอบแนวคิดแบบแผนความเชื่อสุขภาพของเบคเกอร์ (Becker, 1974) สามารถส่งเสริมการรับรู้และการป้องกันโรคโควิด-19 ให้กับผู้สูงอายุเบาหวาน ในชมรมผู้สูงอายุได้ ดังกรอบแนวคิดการวิจัยดังนี้

กรอบแนวคิดการวิจัย



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อเปรียบเทียบคะแนนการรับรู้การป้องกันโรคโควิด-19 และพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด-19 ผู้สูงอายุเบาหวาน ในชมรมผู้สูงอายุวัดปทุมวนาราม กรุงเทพมหานคร ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมการประยุกต์ใช้แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ

สมมติฐานการวิจัย

คะแนนการรับรู้การป้องกันโรคโควิด-19 และพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด-19 ผู้สูงอายุเบาหวาน ในชมรมผู้สูงอายุวัดปทุมวนาราม กรุงเทพมหานคร ตีค่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมการประยุกต์ใช้แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ

คำนิยามศัพท์เฉพาะ

การรับรู้การป้องกันโรคโควิด-19 หมายถึง ความเชื่อหรือความนึกคิดของผู้สูงอายุเบาหวาน ว่าตนมีภาวะเสี่ยงต่อการติดเชื้อโควิด-19 มากน้อยเพียงใด ประกอบด้วยการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการติดเชื้อโควิด-19 และการรับรู้ความรุนแรงของโรคโควิด-19 สามารถวัดได้จากการตอบแบบสอบถามการรับรู้การป้องกันโรคโควิด-19 ก่อนและหลังร่วมเข้าโปรแกรม มีการรับรู้ถูกหรือผิด

พฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด-19 หมายถึง การปฏิบัติตนในชีวิตประจำวัน เพื่อป้องกันโรคโควิด-19 มีการปฏิบัติอย่างไร สามารถวัดได้จากการตอบแบบสอบถามพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด-19 ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม และหลังเข้าร่วมโปรแกรมการทดลอง 14 วัน ปฏิบัติได้มากน้อยเพียงใด

วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัย คือ การวิจัยกึ่งทดลองกลุ่มเดียว วัดก่อนและหลังการทดลอง

ประชากร คือ ผู้สูงอายุที่มีประวัติเป็นโรคเบาหวานและเป็นสมาชิกของชมรมผู้สูงอายุวัดปทุมวนาราม กรุงเทพมหานคร ซึ่งในปี พ.ศ. 2563 มีจำนวน 50 คน

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้สูงอายุที่มีประวัติเป็นโรคเบาหวานและเป็นสมาชิกของชมรมผู้สูงอายุ

วัดปทุมวนาราม กรุงเทพมหานคร พ.ศ. 2564 เลือกแบบเจาะจง จำนวน 30 คน โดยมีเกณฑ์การคัดเลือก ดังนี้ คือ เป็นผู้มีอายุเกิน 60 ปี ไม่จำกัดเพศ ช่วยเหลือตนเองได้หรือกลุ่มติดสังคม สามารถสื่อสารเป็นภาษาไทยได้ดี ยินยอมและสมัครใจเข้าร่วมการวิจัย และมีเกณฑ์คัดออก คือ เข้าร่วมโปรแกรมไม่ครบตามกำหนด

คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้โปรแกรม G*Power โดยใช้สถิติ paired t-test กำหนดค่าอำนาจการทดสอบ (power) เท่ากับ 0.80 ความเชื่อมั่น (α) ที่ 0.05 และ ขนาดอิทธิพล (effect size) ค่า effect size ขนาดกลาง = 0.50¹⁵ โดยคำนวณจากงานวิจัยที่มีลักษณะใกล้เคียงกันของสุรศักดิ์ เหมะทอง (2564)¹⁶ ได้กลุ่มตัวอย่าง 27 คนเพื่อป้องกันการสูญหายของตัวอย่าง ผู้วิจัยเพิ่มกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 12 การศึกษาครั้งนี้มีกลุ่มตัวอย่าง 30 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ประกอบด้วย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง คือ โปรแกรมการประยุกต์ใช้แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพของเบคเกอร์ (Becker, 1974)¹⁴ ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น

2. เครื่องมือสำหรับการเก็บรวบรวมข้อมูล คือ แบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น มี 3 ตอน ได้แก่ ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา รายได้ เพศ อาชีพ และระยะเวลาที่ป่วยเป็นเบาหวาน

ตอนที่ 2 แบบสอบถามการรับรู้การป้องกันโรคโควิด-19 มีคำถามทั้งหมดจำนวน 18 ข้อ ลักษณะคำตอบของแบบสอบถามแต่ละข้อ คือ ถูกต้อง (1 คะแนน) ไม่ถูกต้อง (0 คะแนน) ประกอบด้วย

2.1 ด้านการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการติดเชื้อโควิด-19 (คะแนนเต็ม 12) ประเมินการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคจากสถานที่ที่เสี่ยงต่อการติดเชื้อโควิด-19 การป้องกันตนเองเมื่อเข้าไปในสถานที่ที่เสี่ยงต่อการติดเชื้อโควิด-19 การเดินทางไปสถานที่ที่

เสี่ยงต่อการติดเชื้อโควิด-19 และกลุ่มเสี่ยงที่เป็นพาหะนำเชื้อโควิด-19 กำหนดการแปลความหมายของคะแนนดังนี้ คือ¹⁷ระดับดีมาก ค่าเฉลี่ย 9.60-12.00 ระดับดีค่าเฉลี่ย 8.40-9.50 ระดับปานกลางค่าเฉลี่ย 7.20-9.40 ระดับน้อย ค่าเฉลี่ย 6.0-7.10 และระดับน้อยมากค่าเฉลี่ยต่ำกว่า 6.00

2.2 ด้านการรับรู้

ความรุนแรงของโรคโควิด-19 และการรักษา (คะแนนเต็ม 6) ประเมินการรับรู้ อาการแสดง เริ่มต้นและระยะรุนแรงไม่ถูกต้อง การรักษา ไม่ถูกต้อง กำหนดการแปลความหมายของคะแนนดังนี้¹⁷คือระดับดีมากค่าเฉลี่ย 4.80-6.00 ระดับดีค่าเฉลี่ย 4.20-4.70 ระดับปานกลาง ค่าเฉลี่ย 3.60-4.10 ระดับน้อย ค่าเฉลี่ย 3.00-3.50 ระดับน้อยมากค่าเฉลี่ยต่ำกว่า 3.00 กำหนดการแปลความหมายของคะแนนการรับรู้การป้องกันโรคโควิด-19 (คะแนนเต็ม 18) ในภาพรวมดังนี้¹⁷คือ ระดับดีมากค่าเฉลี่ย 14.50-18.00 ระดับดีค่าเฉลี่ย 12.60-14.40 ระดับปานกลางค่าเฉลี่ย 10.80-12.50 ระดับน้อยค่าเฉลี่ย 9.00-10.70 และระดับน้อยมากค่าเฉลี่ยต่ำกว่า 9.00

ตอนที่ 3 แบบสอบถามพฤติกรรม การป้องกันโรคโควิด-19 มีจำนวนทั้งหมด 12 ข้อ ลักษณะคำตอบแต่ละข้อเป็น rating scale 3 ระดับ คือ ปฏิบัติเป็นประจำ (3 คะแนน) ปฏิบัติเป็นบางครั้ง (2 คะแนน) และปฏิบัติน้อยมาก (1 คะแนน) ประเมินการปฏิบัติตนในชีวิตประจำวัน เกี่ยวกับการล้างมือ การทำความสะอาดมือ การสวมหน้ากากอนามัย การป้องกันตนเองให้ปลอดภัยจากการติดเชื้อโควิด-19 จากการปนเปื้อนเชื้อโควิด-19 ในสถานที่และสิ่งแวดล้อมรอบตัว กำหนดการแปลความหมายของคะแนนดังนี้¹⁸คือ ระดับดีค่าเฉลี่ย 2.51-3.00 ระดับปานกลางค่าเฉลี่ย 1.51-2.50 ระดับน้อย ค่าเฉลี่ย 1.00-1.50

คุณภาพเครื่องมือวิจัย

1. ความตรงตามเนื้อหา (content validity) ผู้วิจัยให้ผู้ทรงคุณวุฒิสาขาเวชปฏิบัติชุมชน การพยาบาลผู้ใหญ่ และการพยาบาล

ผู้สูงอายุ จำนวน 3 คน เป็นผู้ตรวจความตรงตามเนื้อหาของแบบสอบถามการรับรู้การป้องกันโรคโควิด-19 และพฤติกรรมป้องกันโรคโควิด-19 และนำมาปรับปรุงแก้ไขตามที่ผู้เชี่ยวชาญเสนอแนะ นำไปหาค่าดัชนีความตรงเนื้อหา (Content Validity Index: CVI) เลือกใช้เฉพาะข้อที่ได้ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (I-CVI) มากกว่าและเท่ากับ 0.66

2. ความเที่ยง (reliability) นำแบบสอบถามที่ผ่านการตรวจความตรงตามเนื้อหา ไป try out ผู้สูงอายุในชุมชนวัดไทยवास อำเภอนครชัยศรี จังหวัดนครปฐม ที่เป็นพื้นที่ติดต่อกับวัดปุณณวาส จำนวน 30 คน ตอบแบบสอบถาม และนำมาหาค่า reliability แบบสอบถามการรับรู้การป้องกันโรคโควิด-19 คำนวณด้วย สูตร KR_20 แบบสอบถามพฤติกรรมป้องกันโรคโควิด-19 คำนวณด้วย สูตร Cronbach's alpha coefficient ได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ 0.88 และ 0.91 ตามลำดับ

การดำเนินการทดลอง

ใช้เวลาในการดำเนินการวิจัยทั้งหมด 15 ชั่วโมง (5 วัน) โดยทดลองในเดือน เมษายน - พฤษภาคม 2564

วิธีดำเนินการทดลองในโปรแกรมแต่ละครั้งใช้วิธีการให้ข้อมูล: แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ด้วยการกระตุ้น การสร้างความตระหนัก การแลกเปลี่ยนเรียนรู้จากกลุ่มและสื่อวีดิทัศน์ และวิพากษ์โอกาสเสี่ยงและความรุนแรงของโรคโควิด-19 ในสถานการณ์ปัจจุบันเพื่อให้เกิดการรับรู้โอกาสเสี่ยงโรคโควิด-19 ความรุนแรงของโรคโควิด-19 ประโยชน์และอุปสรรคในการป้องกันและการรักษาโรคโควิด-19

กิจกรรม ครั้งที่1/วันที่ 1 (เวลา 3 ชั่วโมง) เวลา 9.00-12.00

- สร้างสัมพันธภาพ ชี้แจง วัตถุประสงค์ของการวิจัย และ pre-test

- ให้ข้อมูล: สถานการณ์โรคโควิด-19 ในประเทศไทย (ข้อมูล ณ วันที่ 1 เมษายน 2564)¹⁹ สถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด-19

ในปัจจุบันและอันตรายที่ได้รับในผู้สูงอายุเบาหวาน และกลุ่มเสี่ยง 608 และความรู้เรื่องโรคโควิด-19

กิจกรรม ครั้งที่ 2/วันที่ 2 (เวลา 3 ชั่วโมง)

ให้ข้อมูล: ความรู้เรื่องโรคโควิด-19 และ ความรุนแรงของเชื้อโควิด-19 สายพันธุ์แอลฟา และเดลต้า ที่พบในผู้สูงอายุเบาหวาน การรักษา ด้วยยาและการป้องกันโรคโควิด-19 ด้วยวัคซีน สำหรับผู้สูงอายุเบาหวาน โดยใช้สื่อวีดิทัศน์ ชุดที่ 1 เรื่อง ความรู้สู่ COVID-19²⁰ ประกอบการให้ข้อมูล

กิจกรรม ครั้งที่ 3/วันที่ 3 (เวลา 3 ชั่วโมง)

ให้ข้อมูล: ความรู้เรื่องโรคโควิด-19 ในหัวข้อ การปฏิบัติตนของผู้สูงอายุเบาหวาน เพื่อป้องกันการติดเชื้อและลดการแพร่กระจาย และวิธีสังเกตอาการเมื่อติดเชื้อโควิด-19 ว่าเชื้อลงปอด โดยใช้สื่อวีดิทัศน์ ชุดที่ 2 เรื่อง วิธีสังเกตอาการ เมื่อติดเชื้อโควิด-19 ว่า “เชื้อลงปอด” แล้วหรือยัง?²¹ และสื่อวีดิทัศน์ ชุดที่ 3 เรื่องวิธีการป้องกันตัวเอง จากเชื้อโควิด 19²² ประกอบการให้ข้อมูล

กิจกรรม ครั้งที่ 4/วันที่ 4 (เวลา 3 ชั่วโมง)

ให้ข้อมูล: ความรู้เรื่องโรคโควิด-19 ในหัวข้อ การปฏิบัติตนของผู้สูงอายุเบาหวาน เพื่อให้ปลอดภัยจากเชื้อโควิด-19 เมื่อใช้ชีวิต นอกบ้านและทบทวนแนวทางการดูแลสุขภาพอนามัยส่วนบุคคลสำหรับผู้สูงอายุ ด้วยหลัก DMHTT โดยใช้สื่อวีดิทัศน์ ชุดที่ 4 เรื่อง วิธีปฏิบัติตน ให้ปลอดภัยเมื่อใช้ชีวิตนอกบ้าน²³ ประกอบ การให้ข้อมูล

กิจกรรม ครั้งที่ 5/วันที่ 14 (เวลา 3 ชั่วโมง)

- สร้างสัมพันธภาพและ post-test ด้วย แบบสอบถามชุดเดิม

- ทบทวนการรับรู้การป้องกันโรคโควิด-19 ที่ได้รับในการเข้าร่วมโปรแกรม 4 วันที่ผ่านมา และ ปัญหาการนำความรู้ไปใช้ปฏิบัติ โดยเปิดโอกาสให้ ชักถามผู้วิจัยด้วยตนเอง

- เฉลยแบบสอบถาม เป็นการสิ้นสุด โปรแกรม

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลเกี่ยวกับข้อมูลทั่วไปของกลุ่ม ตัวอย่าง วิเคราะห์ด้วยค่าร้อยละ
2. ข้อมูลการเปรียบเทียบคะแนนการรับรู้ การป้องกันโรคโควิด-19 และพฤติกรรม การป้องกันโรคโควิด-19 ของผู้สูงอายุเบาหวาน ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม วิเคราะห์ด้วย ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน และ paired t-test

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยฉบับนี้ ได้รับใบรับรองจริยธรรม รหัส COA.1-101/2021 มหาวิทยาลัยราชภัฏสวน สุนันทา และผู้วิจัยดำเนินการวิจัย โดยคำนึงถึง การรักษาความลับและผลกระทบต่อผู้ให้ข้อมูล ตลอดดำเนินการวิจัย

ผลการวิจัย

ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า ผู้สูงอายุเบาหวาน ชมรมผู้สูงอายุวัดปุณณวาส กรุงเทพมหานคร จำนวน 30 คน ส่วนใหญ่ อายุ 66-70 ปี จำนวน 14 คน (ร้อยละ 46.62) สถานภาพสมรส คู่ จำนวน 16 คน (ร้อยละ 53.28) จบการศึกษา ประถมศึกษาจำนวน 17 คน (ร้อยละ 56.61) มีรายได้ 1000-3000 บาท จำนวน 11 คน (ร้อยละ 36.63) เพศหญิงจำนวน 22 คน (ร้อยละ 73.26) อาชีพ พ่อบ้าน แม่บ้าน จำนวน 16 คน (ร้อยละ 53.28) ระยะเวลาที่ป่วยเป็นเบาหวานมา นาน 1-10 ปี จำนวน 20 คน (ร้อยละ 66.60) ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้สูงอายุเบาหวาน ในชมรมผู้สูงอายุวัดปทุมवास (N = 30)

รายการ	จำนวน	ร้อยละ	รายการ	จำนวน	ร้อยละ
อายุ			รายได้		
60-65 ปี	8	26.64	ไม่มีรายได้	9	29.97
66-70 ปี	14	46.62	1000-3000 บาท	11	36.63
71-75 ปี	4	13.32	4000-6000 บาท	7	23.31
มากกว่า 75 ปี	4	13.32	มากกว่า 6000 บาท	3	9.99
สถานภาพสมรส			เพศ		
คู่	16	53.28	หญิง	22	73.26
หม้าย/หย่า/แยกกันอยู่	14	46.62	ชาย	8	26.64
ระดับการศึกษา			อาชีพ		
ต่ำกว่าประถมศึกษา	7	23.31	พ่อบ้าน แม่บ้าน	16	53.28
ประถมศึกษา	17	56.61	ค้าขาย รับจ้าง	8	26.64
มัธยมศึกษา	6	19.98	พนักงานของสถานที่ราชการ	2	6.66
			ไม่ได้ประกอบอาชีพ	4	13.32
			ระยะเวลาที่ป่วยเป็นเบาหวาน		
			1-10 ปี	20	66.60
			11-20	10	33.30

ผลการเปรียบเทียบคะแนนการรับรู้การป้องกันโรคโควิด-19 และพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด-19 ผู้สูงอายุเบาหวาน พบว่า

การรับรู้การป้องกันโรคโควิด-19 กลุ่มตัวอย่าง ก่อนเข้าร่วมโปรแกรมมีการรับรู้ การป้องกันโรคโควิด-19 ในภาพรวม และจำแนกรายด้าน ได้แก่ ด้านการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการติดเชื้อโควิด-19 และด้านการรับรู้ความรุนแรงของโรคโควิด-19 และการรักษาอยู่ในระดับดี หลังเข้าร่วมโปรแกรมมีการรับรู้การป้องกันโรคโควิด-19 ในระดับดีมากและดีกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01

พฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด-19 พบว่า ก่อนเข้าร่วมโปรแกรมมีพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด-19 ในระดับดีมาก หลังเข้าร่วมโปรแกรมมี

พฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด-19 ในระดับดีมาก และดีกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 ดังตารางที่ 2

เมื่อพิจารณาพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด-19 ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม และจำแนกรายข้อพบว่า ส่วนใหญ่มีพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด-19 อยู่ในระดับดีมากจำนวน 11 ข้อจาก 12 ข้อ ข้อที่ปฏิบัติอยู่ในระดับน้อยที่สุดและอยู่ในระดับปานกลาง คือ สวมหน้ากากอนามัยตลอดเวลาเมื่ออยู่ในบ้านคนเดียว ($\bar{X} = 2.40$) ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 2 ผลการเปรียบเทียบคะแนนการรับรู้การป้องกันโรคโควิด-19 และพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด-19 ผู้สูงอายุเบาหวาน ในชมรมผู้สูงอายุวัดปุณณวาส ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม (N=30)

รายการ	คะแนนเต็ม	$\bar{X}$	SD	แปลผล	paired t-test
ภาพรวม: การรับรู้การป้องกันโรคโควิด-19					
หลังเข้าร่วมโปรแกรม	18	14.63	2.55	ดีมาก	4.17**
ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม	18	13.16	3.75	ดี	
การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการติดเชื้อโควิด-19					
หลังเข้าร่วมโปรแกรม	12	9.63	1.75	ดีมาก	3.49**
ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม	12	8.46	2.89	ดี	
การรับรู้ความรุนแรงของโรคโควิด-19 และการรักษา					
หลังเข้าร่วมโปรแกรม	6	5.00	1.31	ดีมาก	3.52**
ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม	6	4.70	1.21	ดี	
พฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด-19					
หลังเข้าร่วมโปรแกรม	3	2.74	0.34	ดีมาก	4.71**
ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม	3	2.71	0.32	ดีมาก	

**แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01

ตารางที่ 3 คะแนนพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด-19 ผู้สูงอายุเบาหวาน ในชมรมผู้สูงอายุวัดปุณณวาส ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม (N=30)

ลำดับที่	รายการ	$\bar{X}$	SD	แปลผล
1	ท่านสวมหน้ากากอนามัย เมื่อออกนอกบ้าน	2.93	0.25	ดีมาก
2	ท่านล้างมือทุกครั้ง เมื่อไปนอกบ้านกลับมา	2.87	0.34	ดีมาก
3	ท่านหลีกเลี่ยงการไปสถานที่ ที่มีผู้คนมาก เช่น ตลาดสด ห้าง	2.86	0.35	ดีมาก
4	ท่านอาบน้ำ เปลี่ยนเสื้อผ้า ชุดใหม่ หลังกลับมาจากไปสถานที่ ที่มีผู้คนมาก	2.83	0.37	ดีมาก
5	ท่านทามือด้วยเจลหรือแอลกอฮอล์ประจำ เมื่อออกนอกบ้าน	2.81	0.41	ดีมาก
6	ท่านรับประทานอาหารโดยมีช้อนกลางเสมอ	2.80	0.41	ดีมาก
7	ท่านหลีกเลี่ยงการเดินทางไปต่างจังหวัดที่ต้องนั่งรถแออัดนาน ๆ	2.73	0.58	ดีมาก
8	เมื่อท่านคันตา ขณะออกนอกบ้าน ท่านใช้หลังมือขยี้ตาแทน	2.66	0.54	ดีมาก
9	ท่านหลีกเลี่ยงการพูดคุยกับเพื่อน/ญาติ แบบหันหน้าตรงเข้าหากัน	2.56	0.56	ดีมาก
10	เมื่อท่านขึ้นบันได สถานที่ที่ไปนอกบ้าน ท่านจะไม่จำลวบันได	2.53	0.68	ดีมาก
11	เมื่อท่านขึ้นลิฟท์ ท่านใช้หลังมือกดปุ่มลิฟท์	2.50	0.68	ดีมาก
12	ท่านสวมหน้ากากอนามัยตลอด เมื่ออยู่ในบ้านคนเดียว	2.40	0.72	ปานกลาง

อภิปรายผลการวิจัย

จากผลการวิจัยที่ศึกษา พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่ผู้สูงอายุเบาหวาน มีการรับรู้การป้องกันโรคโควิด-19 ในภาพรวมและจำแนกรายด้าน ได้แก่ ด้านการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการติดเชื้อโควิด-19 และการรับรู้ความรุนแรงของโรคโควิด-19 และการรักษาก่อนเข้าร่วมโปรแกรมมีการรับรู้ในระดับดีและหลังเข้าร่วมโปรแกรมมีการรับรู้ในระดับดีมากและดีกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 และพฤติกรรมในการป้องกันโรคโควิด-19 ผลการวิจัย พบว่า ในภาพรวมผู้สูงอายุเบาหวาน ก่อนเข้าร่วมโปรแกรมมีพฤติกรรมในการป้องกันโรคโควิด-19 ในระดับดีมากและหลังเข้าร่วมโปรแกรมมีพฤติกรรมในการป้องกันโรคโควิด-19 ในระดับดีมากและดีกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 เป็นภาพสะท้อนจากการประยุกต์ใช้แนวคิดแบบแผนความเชื่อสุขภาพของเบคเกอร์ (Becker, 1974)¹⁴ ที่อธิบายว่า บุคคลจะแสดงพฤติกรรมสุขภาพอย่างใดอย่างหนึ่งเพื่อหลีกเลี่ยงการเป็นโรค บุคคลนั้นจะต้องมีความเชื่อว่าตนเองมีโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรค และโรคที่เป็นนั้นจะมีความรุนแรงต่อชีวิต เมื่อปฏิบัติพฤติกรรมเพื่อป้องกันโรคแล้วจะก่อให้เกิดผลดีในการช่วยลดโอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคนั้น ไม่เป็นอุปสรรคต่อการปฏิบัติของตนเอง จากผลการดำเนินด้วยโปรแกรมการประยุกต์ใช้แนวคิดแบบแผนความเชื่อสุขภาพของเบคเกอร์ (Becker, 1974)¹⁴ ครั้งนี้ ส่งผลทำให้กลุ่มตัวอย่าง สนใจ ตระหนักและรับรู้การป้องกันโรคโควิด-19 อยู่ในระดับดี และหลังเข้าร่วมโปรแกรมมีพฤติกรรมในการป้องกันโรคโควิด-19 ในระดับดีมาก และดีกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 แสดงว่า โปรแกรมการประยุกต์ใช้กรอบแนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพของเบคเกอร์ (Becker, 1974)¹⁴ ในการวิจัยครั้งนี้ มีประสิทธิภาพและเหมาะสมกับกลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้สูงอายุเบาหวานกลุ่มเสี่ยง 608 เพราะในโปรแกรมการทดลอง จะเน้นการให้ข้อมูลเกี่ยวกับอันตรายของโรคโควิด-19

โอกาสเสี่ยงต่อการติดเชื้อโควิด-19 ความรุนแรงของโรคโควิด-19 และการรักษา ประโยชน์ที่ได้รับและอุปสรรคในการรักษา ด้วยการกระตุ้นการสร้าง ความตระหนัก การแลกเปลี่ยนเรียนรู้จากกลุ่ม และสื่อวีดิทัศน์และวิพากษ์โอกาสเสี่ยงและความรุนแรงของโรคโควิด-19 ในสถานการณ์ปัจจุบัน ประกอบกับรัฐบาลได้เสนอข่าวผ่านศูนย์บริหารสถานการณ์โควิด-19 (ศบค.) เกี่ยวกับผู้ป่วยรายใหม่ จำนวนผู้ป่วยที่ติดเชื้อโควิด-19 และจำนวนตาย ในแต่ละวัน ทุกวัน ส่งผลให้ผู้สูงอายุเบาหวานที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง กลัวภัยจากการติดเชื้อโควิด-19 ถ้าติดเชื้อมีโอกาสตายได้ถึง 1-2%⁶ เพราะยังไม่มียารักษาและวัคซีนที่ใช้ป้องกันโรคโควิด-19 ณ.ขณะนั้น¹ ที่มีประสิทธิภาพเท่าที่ควร และโรคโควิด-19 เป็นโรคระบาดที่ติดต่อได้รวดเร็วจากเชื้อที่ลอยในอากาศจากการหายใจ ไอ จามของผู้ที่เคยได้รับเชื้อโควิด-19 จึงเพิ่มความสนใจที่จะรับรู้ข่าวของโรคโควิด-19 มากขึ้น และมีพฤติกรรมในการป้องกันโรคโควิด-19 หลังเข้าร่วมโปรแกรมอยู่ในระดับดีมาก¹ สอดคล้องกับการศึกษาของสิริกาญจน์ กระจำนังโพธิ์²⁴ ที่ใช้กรอบแนวคิดแบบแผนความเชื่อสุขภาพของเบคเกอร์ ศึกษาและทดลองประสิทธิภาพของโปรแกรมการพัฒนาพฤติกรรมในการดูแลตนเองเพื่อป้องกันการเกิดโรคโควิด-19 ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จังหวัดปทุมธานี ผลการวิจัย พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมในการดูแลตนเองเพื่อป้องกันโรคโควิด-19 ในกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมแบบแผนความเชื่อสุขภาพ มีพฤติกรรมในการดูแลตนเองเพื่อป้องกันโรคโควิด-19 สูงกว่าก่อนการทดลอง และสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 สอดคล้องกับงานวิจัยเชิงสำรวจของ กิตติพร เนาว์สุวรรณและคณะ²⁵ ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ความรุนแรงของโรคต่อบทบาทการดำเนินงานควบคุมโรคโควิด-19 ในชุมชนของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ในประเทศไทย ผลการวิจัยพบว่า การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการติดเชื้อโควิด-19 จากการปฏิบัติงาน และการรับรู้ความรุนแรงของโรคติดเชื้อโควิด-19 ของ อสม.

อยู่ในระดับมากที่สุด สอดคล้องกับการศึกษาของ พนัชญา ชันติจิตร และคณะ²⁶ ได้ศึกษาแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพในการป้องกันโรคโควิด-19 ของประชาชน ในจังหวัดอุบลราชธานี ผลการศึกษาพบว่า ประชาชนในจังหวัดอุบลราชธานี มีการรับรู้ด้านโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค การรับรู้ความรุนแรงของโรค และการรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันโรคโควิด-19 อยู่ในระดับมาก

เมื่อพิจารณา ผลการวิจัยคะแนนการรับรู้การป้องกันโรคโควิด-19 ในภาพรวมและจำแนกรายด้าน ได้แก่ ด้านการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการติดเชื้อโควิด-19 การรับรู้ความรุนแรงของโรคโควิด-19 และการรักษา และพฤติกรรมในการป้องกันโรคโควิด-19 พบว่า กลุ่มตัวอย่างก่อนเข้าร่วมโปรแกรมมีการรับรู้และมีพฤติกรรมในระดับดีและระดับดีมาก ทั้งที่ยังไม่ได้เข้าร่วมโปรแกรม น่าจะเกี่ยวข้องกับช่วงการทดลองครั้งนี้ทดลองในเดือน เมษายน - พฤษภาคม 2564^{1,3,13} เป็นระยะหลังของการระบาดระลอกที่ 2 และมีการระบาดของโรคโควิด-19 ลดลงจากการควบคุมของรัฐบาล แต่ช่วงก่อนทดลองหรือช่วงก่อนการระบาดระลอกที่ 2 คือ ในเดือนธันวาคม 2563 - มีนาคม 2564 เป็นช่วงแรกที่มีการระบาดของโรคโควิด-19 สูงมาก ประชาชนและผู้สูงอายุได้รับรู้สถานการณ์โรคโควิด-19 ผ่านการเสนอข่าวผ่านศูนย์บริหารสถานการณ์โควิด-19 (ศบค.) เกี่ยวกับพบผู้ป่วยรายใหม่และจำนวนผู้ป่วยที่ติดเชื้อโควิด-19 และการตายของผู้ป่วยที่ติดเชื้อโควิด-19 แต่ละวัน ทุกวัน รวมทั้งมีแอปพลิเคชันต่าง ๆ เผยแพร่ความรู้และการป้องกันโรคโควิด-19 ทุกวันด้วย เช่น แอปพลิเคชัน หมอพร้อม โรงพยาบาลรามธิบดี โรงพยาบาลศิริราช โรงพยาบาล วชิรพยาบาล ประกอบกับโรคโควิด-19 เป็นโรคติดต่อทางเดินหายใจ มีสถิติตายสูง ทุกคนที่ได้ฟังข่าวจะรู้สึกกลัว และในโลกปัจจุบันเป็นโลกอินเทอร์เน็ตส่วนใหญ่เกือบทุกคนและในครอบครัวของผู้สูงอายุมีโทรศัพท์และโทรศัพท์มือถือ²⁷ จะรับรู้ข่าวโควิด-19 จากสื่อดังกล่าวได้ง่าย ส่งผลทำให้ผู้สูงอายุที่เป็นกลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้การป้องกันโรคโควิด-19 ในภาพรวมและจำแนกรายด้าน และมี

พฤติกรรมในการป้องกันโรคโควิด-19 ก่อนเข้าร่วมโปรแกรมอยู่ในระดับดีและดีมาก ทั้งที่ยังไม่ได้เข้าร่วมโปรแกรม ผลการวิจัยสอดคล้อง/คล้ายคลึงกับผลงานวิจัยคนอื่น ๆ ที่ศึกษาโดยใช้กรอบแนวคิดอื่น ๆ เช่น สอดคล้องกับการทดลองของ รจนารถ ชูใจ และคณะ²⁸ ที่ศึกษาพบว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ก่อนได้รับโปรแกรมการส่งเสริมความรู้รอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโควิด-19 มีพฤติกรรมในการป้องกันโรคโควิด-19 อยู่ในระดับดี แต่ไม่สอดคล้องกับผลการศึกษาของ กัมปนาท โคตรพันธ์ และ นิยม จันทน์นวล²⁹ ที่ศึกษาพบว่า ประชาชนอายุระหว่าง 18-59 ปี ในจังหวัดมุกดาหาร มีความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันควบคุมโรคติดเชื้อโควิด-19 และพฤติกรรมในการป้องกันโรคติดเชื้อโควิด-19 อยู่ในระดับปานกลาง

สรุป โปรแกรมการประยุกต์ใช้แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพของการทดลองครั้งนี้มีประสิทธิภาพ โดย หลังการทดลองผู้สูงอายุเบาหวาน มีคะแนนการรับรู้การป้องกันโรคโควิด-19 ในภาพรวม และจำแนกรายด้าน และมีพฤติกรรมในการป้องกันโรคโควิด-19 ดีกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 สามารถนำรูปแบบการวิจัยไปใช้กับผู้สูงอายุเบาหวาน และกลุ่มเสี่ยงโควิดอื่น ๆ ได้

ข้อเสนอแนะ

1. ควรมีการศึกษาติดตามพฤติกรรมในการป้องกันโรคโควิด-19 ผู้สูงอายุเบาหวาน และกลุ่มเสี่ยง 608 ในโรคอื่น ๆ ด้วย เช่น โรคทางเดินหายใจ โรคหัวใจและโรคหลอดเลือด ด้วยแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ เพื่อศึกษาความพร้อมในการป้องกันโรคโควิด-19 เพราะอาจมีการระบาดของโรคโควิด-19 ในอนาคตได้ถ้าประชาชนมีการป้องกันตนเองไม่ดี

2. เพื่อให้โปรแกรมการประยุกต์ใช้แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพต่อการรับรู้และพฤติกรรมในการป้องกันโรคโควิด-19 ผู้สูงอายุเบาหวาน มีความเที่ยงมากขึ้น ควรนำไปศึกษาและทดลองในผู้สูงอายุเบาหวานในสถานที่อื่น ๆ และกลุ่มอื่น ๆ ด้วย

หรือ ศึกษาในกลุ่มตัวอย่างที่เป็นโรคติดต่อทางเดินหายใจ

กิตติกรรมประกาศ

คณะวิจัยขอขอบคุณผู้บริหารของมหาวิทยาลัยสวนสุนันทา ที่จัดสรรเงินทุน งบรายได้ในการทำวิจัยครั้งนี้ ขอขอบคุณ นางอารีย์ แก้วดี ประธานชมรมผู้สูงอายุวัดปทุมวาสนา ที่อำนวยความสะดวกและให้สถานที่ในการดำเนินการวิจัยครั้งนี้

เอกสารอ้างอิง

1. Division of General Communicable Diseases. Guidelines for control, prevention and surveillance of COVID-19 for medical and public health personnel. Department of Disease Control, Ministry of Public Health; 2021.p1-4,31. [internet]. 2021 [cited 2021 Jan 21]Available from: [https:// ddc.moph.go.th/uploads/publish/1150920210610033910.pdf](https://ddc.moph.go.th/uploads/publish/1150920210610033910.pdf).
2. Sirinawin S. "Covid-19" knowledge to wisdom, practice development. Faculty of Medicine Ramathibodi Hospital, Mahidol University. Bangkok: O.S. Printing House Company Limited; 2020. p.11-23. (in Thai)
3. Bureau Of Epidemiology. COVID-19 Situation Review Report and Global preventive measures and in Thailand. Division of Non-Communicable Diseases, Department of Disease Control, November 2021. Ministry of Public Health. [internet]. 2021 [cited 2021 October 21]. Available from: <http://www.thaincd.com/document/file/download/knowledge/COVID19.65.pdf>
4. Department of Disease Control. Report an emergency situation case of COVID-19 Coronavirus 2019. p.3. Data as of 15 August 2021. Ministry of Public Health. [Internet]. 2021 [cited 2022 Jan 11]. Availablefrom: <https://ddc.moph.go.th/viralpneumonia/file/situation/situation-no590-150864.pdf>
5. Center for Covid-19. Situation Administration. Report of the Covid-19 Situation in Thailand, Data as of 15 May 2021. Department of Disease Control,Ministry of Public Health; 2021.p.7. [internet]. 2021 [cited 2021 June 13]. Available from: https://media.thaigov.go.th/uploads/public_img/source/150564.pdf
6. Department of Disease Control. Guidelines for the prevention of COVID-19 for general Public and risk groups . Ministry of Public Health (3 January 2021) [internet]. 2021 [cited 2021 April 21]. Available from: https://ddc.moph.go.th/viralpneumonia/file/int_protection/int_protection_030164.pdf
7. Vichaiej Hospital International Nong Khaem. Why are people with chronic diseases athigh risk?. [internet]. 2021 [cited 2021 April 21]. Available from: <https://vichaiej-nongkhaem.com/health-info/7> กลุ่มโรค รับวัคซีนโควิด/
8. Hirunpanich Sato V. Diabetes and Coronavirus Disease 2019 (COVID-19). Department of Pharmacology, Faculty of Pharmacy, Mahidol University, Thailand. [internet]. 2021[cited 2021 January 19]. Available from: [https:// pharmacy.mahidol.ac.th/knowledge/files/0561.pdf](https://pharmacy.mahidol.ac.th/knowledge/files/0561.pdf)

9. Moolnangdeaw R. Factors Related to Promoting Health Service to Elderly at Public Health Center 67 Thawiwatthana, Department of Health, Bangkok Metropolitan Administration. ROMPHRUEK JOURNA: KRIRK NIVERSITY 2015; 33(3): 97-114. (in Thai)
10. Ngamkham S, Suwannapong N, Tipayamongkhogul M, Manmee J. Access to Health Care Services of the Elderly, Thawiwatthana District, Bangkok. Kuakarun Journal of Nursing 2018; 25(2): 91-104. (in Thai)
11. Punthasee P, Srisawad K. Correlations between Health Belief and 3E 2S Health Behaviors of Elderly in Taejew Community Tungwatdorn Sathorn Bangkok Thailand. Journal of Health and Health Management 2020; 6(1): 45-56. (in Thai)
12. Kespichayawattana J, Wivatvanit S, Whanwaja C. Health literacy of the Elderly in the Elderly club, Bangkok. Journal of Demography 2020; 36 (2): 37-52. DOI: 10.14456/jod. 2020.3. (in Thai)
13. Center for Covid-19. Situation Administration. Report of the Covid-19 Situation in Thailand, Data as of 31 March 2021. Department of Disease Control, Ministry of Public Health. [internet]. 2021 [cited 2021 April 21]. Available from: https://media.thaigov.go.th/uploads/public_img/source/310364.pdf
14. Becker MH, Maiman LA. Health Belief Model and Sick Role Behavior. Health Education Monograph 1974; 2: 409-17.
15. Faul F, Erdfelder E, Lang AG, Buchner A. G*Power 3: a flexible statistical power analysis program for the social, behavioral, and biomedical sciences. Behav Res Methods 2007; 39(2): 175-91.
16. Mohthong S. An Application of Participatory Knowledge Management Program for Coronaviruses (COVID-19) Prevention and Control of Community Organization In Muang District, Surin Province. Journal of Public Health and Innovation 2021; 1(1): 24-36. (in Thai)

บทความวิจัย

ความคาดหวัง ความพึงพอใจ และความผูกพัน ของผู้รับบริการ ต่อการให้บริการของศูนย์ความเป็นเลิศทางการแพทย์พยาบาลบาดแผล และออสโตมี คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล

คู่ขวัญ มาลีวงษ์¹นงลักษณ์ ขวัญละมูล²ธมลวรรณ ยอดกกกิจ³จรัสพร วิลัยสัย⁴รังสิมา เทียงเอียรธรรม⁵

บทคัดย่อ

ความผูกพันของผู้รับบริการมีความสำคัญในการวางแผนการให้บริการทางการแพทย์ การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่ออธิบายความคาดหวัง ความพึงพอใจ และความผูกพันของผู้รับบริการของศูนย์ความเป็นเลิศทางการแพทย์พยาบาลบาดแผลและออสโตมี และศึกษาความสัมพันธ์ของตัวแปรต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับความผูกพัน โดยใช้กรอบแนวคิดคอมมอนเซนส์เป็นแนวทางในการศึกษา ผู้เข้าร่วมวิจัยเป็นผู้รับบริการที่ศูนย์ความเป็นเลิศทางการแพทย์พยาบาลบาดแผลและออสโตมี คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล จำนวน 169 ราย แบบสอบถามประกอบด้วย แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบสอบถามความคาดหวังและความพึงพอใจ และแบบสอบถามความผูกพัน วิเคราะห์โดยใช้สถิติเชิงบรรยาย และความสัมพันธ์ใช้ Spearman's rho

ผลการศึกษา พบว่า อายุ เพศ สิทธิการรักษา เครื่องมือที่ทันสมัย สถานที่สะอาด/สะดวก/สบาย/หรูหรา มีความสัมพันธ์กับความคาดหวังของผู้รับบริการ ส่วนความพึงพอใจมีความสัมพันธ์กับอายุ เพศ จำนวนครั้งเข้ารับการรักษา และเป็นผู้ป่วยเก่า นอกจากนี้ยัง พบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความผูกพัน ได้แก่ อายุ และมีพยาบาลเชี่ยวชาญ โดย พบว่า ผู้รับบริการในศูนย์ความเป็นเลิศทางการแพทย์พยาบาลบาดแผลและออสโตมี มีระดับคะแนน Net Promoter Score (NPS) เท่ากับ 86.39 ซึ่งแปลความหมายความผูกพันต่อการให้บริการอยู่ในระดับ เป็นเลิศ

ผลการศึกษา แสดงว่า การจัดบริการของศูนย์ความเป็นเลิศทางการแพทย์พยาบาลควรให้ความสำคัญกับอายุของผู้รับบริการ และการส่งเสริมสมรรถนะของพยาบาลให้เชี่ยวชาญ ตรงความต้องการตามปัญหาสุขภาพผู้รับบริการ

คำสำคัญ: ความคาดหวัง/ ความพึงพอใจ/ ความผูกพัน/ ศูนย์ความเป็นเลิศทางการแพทย์พยาบาล

¹พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ ฝ่ายการพยาบาล คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช กรุงเทพฯ 10300
Corresponding Author, email: kukwan@nmu.ac.th

²พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ ฝ่ายการพยาบาล คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช กรุงเทพฯ 10300

³พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ ฝ่ายการพยาบาล คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช กรุงเทพฯ 10300

⁴พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ ฝ่ายการพยาบาล คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช กรุงเทพฯ 10300

⁵นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ ภาควิชาศัลยกรรม คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช กรุงเทพฯ 10300

Research article

A study of expectation satisfaction and engagement towards of patient's center of nursing excellence on wound and ostomy at Faculty of Medicine Vajira Hospital

*Kukwan Maleewong*¹*Nongluk kwanlamun*²*Thamonwan Yodkolkij*³*Charasporn Wilaisai*⁴*Rangsima Thienghiantham*⁵

Abstract

Patient engagement is important in nursing service planning. The purpose of this study was to describe expectations, satisfaction and engagement of patient of the center of nursing excellence in wound and ostomy and to study the relationship of different variables related to commitment by using the common sense framework as a guideline for the study. Participants were patients at the center of nursing excellence in wound and ostomy Faculty of Medicine Vajira Hospital, 169 patients. The questionnaire consisted of a personal information questionnaire expectationsatisfaction questionnaire and engagement questionnaire by analyzing using descriptive statistics and relations using Spearman's rho.

The results showed that age, sex, treatment rights, advance or modern dressing, the place is clean/convenient/comfortable/luxurious is correlate with the expectation of service recipients. Satisfaction was related to age, sex, number of treatment visits and is an old patient. It was also found that factors related to engagement were age and professional nurses. It was found that patients in the center of nursing excellence in wound and ostomy had a Net Promoter Score (NPS) of 86.39, which interpreted the relationship to engagement. Providing service at an excellent level

The results of the study show that the services provided by the center of excellence in nursing should focus on the age of the service recipients and promoting the competency of nurses to specialize meet the needs of the service recipients' health problems

Keywords: expectation/ satisfaction/ engagement/ center of excellence in nursing

¹ Registered Nurse, Professional Level Department of Nursing, Faculty of Medicine Vajira Hospital, Bangkok 10300, Corresponding Author, email: kukwan@nmu.ac.th

² Registered Nurse, Professional Level Department of Nursing, Faculty of Medicine Vajira Hospital, Bangkok 10300

³ Registered Nurse, Senior Professional Level Department of Nursing, Faculty of Medicine Vajira Hospital, Bangkok 10300

⁴ Registered Nurse, Professional Level Department of Nursing, Faculty of Medicine Vajira Hospital, Bangkok 10300

⁵ Medical Doctor, Professional Level, Surgical Department, Faculty of Medicine Vajira Hospital, Bangkok 10300

บทนำ

ในปัจจุบันสถิติประเทศไทยพบว่า ผู้ป่วยที่ต้องการเข้ารับบริการดูแลรักษาแผลซับซ้อนมีจำนวนเพิ่มขึ้นต่อเนื่อง ทั้งจากการเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ การเพิ่มจำนวนของโรคและการผ่าตัดรักษา รวมถึงโรคมะเร็งจากสถิติพบว่า มีผู้ป่วยโรคมะเร็งรายใหม่เพิ่มขึ้นถึงวันละ 336 คน หรือ 122,757 คนต่อปี โรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก (colorectal) เป็นมะเร็งที่พบบ่อยที่สุดในกลุ่มโรคมะเร็งระบบทางเดินอาหาร จากรายงานทะเบียนโรคมะเร็งระดับโรงพยาบาลของสถาบันมะเร็งแห่งชาติ ในปี พ.ศ. 2558 พบว่า โรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักพบมากเป็นอันดับที่ 2 โดยจำนวนผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักรายใหม่ตั้งแต่ปี 2554-2557 มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นดังนี้ 369, 417, 454, และ 483 รายตามลำดับ¹ และจากข้อมูลสถิติของคณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช ปีพ.ศ. 2559-2563 มีผู้ป่วยโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักรายใหม่จำนวน 122, 215 และ 293 รายตามลำดับ² การรักษาหลักของโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก คือ การผ่าตัด ซึ่งในการผ่าตัด จำเป็นจะต้องมีการเย็บลำไส้เข้าด้วยกันในบริเวณใกล้รูเปิดทวารหนัก ทำให้มีโอกาสเสี่ยงต่อการรั่วภายหลังการผ่าตัดได้ จึงต้องมีการยกลำไส้มาเปิดที่หน้าท้องเป็นทวารเทียม³ ผู้ป่วยที่ผ่าตัดเปิดทวารเทียมและผู้ป่วยแล้วต้องมีการเตรียมความพร้อมในการปฏิบัติตัวในการดูแลตนเองทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์และสังคม เพื่อปรับตัวให้สามารถอยู่ได้กับแบบแผนวิถีชีวิตใหม่ ซึ่งเป็นบทบาทหน้าที่ของพยาบาลเฉพาะทางดูแลบาดแผล ออสโตมีและควบคุมการขับถ่ายไม่ได้โดยตรง (enterostomal therapy nurse) ที่จะต้องให้ความรู้และให้คำแนะนำวิธีปฏิบัติตน รวมถึงให้การดูแลด้านจิตใจแก่ผู้รับบริการและผู้ดูแล โดยบทบาทหลักในการดูแลคือ เป็นผู้สอนผู้ป่วยที่มีแบบแผนการขับถ่ายเปลี่ยนแปลง การให้คำปรึกษาการบริหารจัดการดูแลผู้ป่วย การประสานงานเชื่อมโยงกับสหสาขาวิชาชีพในทีมสุขภาพ รวมไปถึงการดูแลต่อเนื่องสู่หน่วยบริการปฐมภูมิบทบาทดังกล่าวเริ่มตั้งแต่ก่อนผ่าตัด หลังผ่าตัด และ

การวางแผนก่อนกลับบ้านเพื่อคุณภาพชีวิตที่ดีของผู้รับบริการและผู้ดูแล จากข้อมูลสถิติของคลินิกออสโตมีและแผลโรงพยาบาลศิริราช พบว่า ปี พ.ศ. 2551-2553 มีผู้ป่วยที่ผ่าตัดเปิดทวารเทียมรายใหม่จำนวน 206, 212 และ 213 ราย ตามลำดับ⁴ และจากข้อมูลสถิติของคณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช พบว่า ปีพ.ศ. 2559-2563 มีผู้ป่วยที่ผ่าตัดเปิดทวารเทียมรายใหม่จำนวน 75, 78 และ 125 ราย ตามลำดับ การเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องของผู้ป่วยบาดแผลและออสโตมีในประเทศไทยนั้น เป็นสาเหตุที่ทำให้โรงพยาบาลต่าง ๆ ทั้งในภาครัฐและภาคเอกชนให้ความสำคัญในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้ โดยมีการจัดตั้งศูนย์การพยาบาลบาดแผล ออสโตมีเพื่อดูแลรักษาผู้ป่วย อาทิ โรงพยาบาลศิริราช โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย โรงพยาบาลราชวิถี โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ โรงพยาบาลรามาริบัติ โรงพยาบาลบำรุงราษฎร์ รวมทั้งคณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล ที่ได้มีการจัดตั้งศูนย์การพยาบาลบาดแผลและออสโตมีขึ้นมาในเดือนมิถุนายน 2563 ตามแผนการพัฒนาของฝ่ายการพยาบาล คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล ซึ่งการจัดตั้งศูนย์ฯ นี้ เป็นการตอบสนองทั้งแผนยุทธศาสตร์ชาติระยะ 20 ปี (ด้านสาธารณสุข) ในการพัฒนาความเป็นเลิศใน 4 ด้าน คือ 1) ส่งเสริมสุขภาพและความป้องกันโรคเป็นเลิศ (prevention & promotion excellence) 2) บริการเป็นเลิศ (service excellence) 3) บุคลากรเป็นเลิศ (people excellence) 4) บริหารจัดการเป็นเลิศ (governance excellence) และอยู่ภายใต้แผนยุทธศาสตร์ของคณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล ปี 2562-2565 ด้านการบริการที่เป็นเลิศ (excellent service) โดยใช้ชื่อว่า “ศูนย์ความเป็นเลิศทางการพยาบาลบาดแผลและออสโตมี” จัดตั้งเพื่อให้บริการด้านการพยาบาล/สุขภาพที่มีคุณภาพสูงและมีระบบการดูแลเฉพาะทางสำหรับผู้ป่วยที่มีความซับซ้อนในการดูแล เพื่อได้มาตรฐานระดับประเทศเพิ่มมากขึ้น ข้อมูลสถิติของคณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล เดือนมกราคมถึงมีนาคม 2564 ผู้ป่วยร้อยละ 100 จะเข้ารับบริการมากกว่า 2 ครั้ง เนื่องจากการทำแผลจำเป็นต้อง

ได้รับบริการอย่างต่อเนื่องเพื่อประสิทธิภาพสูงสุดในการรักษาพยาบาล แต่เมื่อคำนวณจำนวนผู้ป่วยนับเป็นจำนวนราย พบว่า มีผู้ป่วยที่เข้ารับบริการมีจำนวน 205, 248 และ 250 ราย ตามลำดับ และมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง

ในการเข้ารับบริการนั้น ผู้มารับบริการย่อมมีการคาดหวังในบริการที่ได้รับ ทั้งทางด้านการรักษาและการให้คำปรึกษาซึ่ง⁵ ได้อธิบายถึงปัจจัยหลักที่มีผลต่อความคาดหวังของผู้รับบริการ 4 ปัจจัยด้วยกัน ได้แก่ ความคาดหวังที่เกิดขึ้นจากการบอกกันปากต่อปาก (word – of – mouth communication) ความคาดหวังที่เกิดจากความต้องการส่วนตัวของผู้รับบริการ (personal needed) ความคาดหวังที่เกิดจากประสบการณ์ในอดีตที่ได้รับโดยตรง (past experience) และความคาดหวังที่เกิดจากการสื่อสารภายนอก (external communication) นอกจากนี้ Parasuraman et al.⁶ ได้อธิบายแนวคิดในเรื่องของความคาดหวังต่อการบริการว่าความตั้งใจที่จะวัดความคาดหวังเบื้องต้นของลูกค้าเพื่อเป็นสิ่งที่แทนมาตรฐานการบริการที่ดี ซึ่งความคาดหวังของผู้รับบริการจะเกิดจากความต้องการหรืออาจเกิดจากข้อมูลที่รับจากประสบการณ์ในอดีต โดยความต้องการของลูกค้าแต่ละบุคคลมีความแตกต่างกัน ความคาดหวังที่ผู้มาใช้บริการต้องการ/คาดว่าจะได้รับ หรือสิ่งที่ได้รับจากการใช้บริการนั้นย่อมสะท้อนถึงความพึงพอใจต่อการให้บริการ สร้างความผูกพันต่อการเข้ารับบริการ กล่าวคือ เมื่อผู้มาใช้บริการได้คาดหวังต่อการบริการที่ควรได้รับและได้รับบริการตามที่คาดหวัง ผู้ป่วยย่อมมีความพึงพอใจต่อการให้บริการในระดับสูง ส่งผลให้เกิดความผูกพันต่อสถานบริการ กลับมาใช้บริการซ้ำ⁷ สอดคล้องกับบุริม โอทกานนท์⁸ ซึ่งได้กล่าวว่า การสร้างความผูกพันบนพื้นฐานของอารมณ์นั้น สามารถแบ่งได้ดังนี้ ระดับที่แรก เหตุผลของความพึงพอใจ (rational satisfaction) ลูกค้าจะมีประสบการณ์ได้รับความพึงพอใจในระดับนี้ ระดับที่สอง มีความน่าเชื่อถือและรักษาสัญญา (confidence) เกิดขึ้นเมื่อลูกค้าเริ่มเกิดความเชื่อมั่นและมีศรัทธา ระดับที่สาม ให้เกียรติ และช่วยแก้ปัญหาได้ (integrity) ความผูกพันนี้

เหนือกว่าระดับที่สองคือการทำตามสัญญา ระดับที่สี่ ความภูมิใจที่ได้ใช้สินค้าหรือบริการ (pride) เกิดความผูกพันและประสบการณ์เชิงอารมณ์ในระดับที่สูงขึ้นกว่าแค่ความประทับใจ ระดับที่ห้า ตราสินค้าของฉันทัน (passion) ในระดับนี้ผู้รับบริการมองเห็นคุณค่าของใช้ตราสินค้า และการที่ได้มีตราสินค้านั้น ๆ เป็นส่วนหนึ่งของการใช้ชีวิต ส่งผลให้เกิดความผูกพันกลับมาใช้บริการอย่างต่อเนื่อง ตรงกันข้ามหากผู้รับบริการได้รับบริการที่ไม่เป็นไปตามที่คาดหวัง ระดับความพึงพอใจย่อมลดลง ไม่เกิดความผูกพัน ส่งผลให้ไม่กลับมาใช้บริการอีก ดังนั้นในการมาใช้บริการของผู้รับบริการจากศูนย์ความเป็นเลิศทางการแพทย์พยาบาลบาดแผลและออสโตมี ย่อมมีความคาดหวังในบริการที่จะได้รับ หากผู้รับบริการได้รับบริการทั้งด้านการดูแลรักษา ด้านคำแนะนำหรือการให้คำปรึกษาที่ดีจากศูนย์ฯ เป็นไปตามที่คาดหวังไว้ ความพึงพอใจและความผูกพันของผู้รับบริการย่อมเพิ่มขึ้นตามไปด้วย

ศูนย์ความเป็นเลิศทางการแพทย์พยาบาลบาดแผลและออสโตมี ได้เล็งเห็นถึงความสำคัญของระดับความคาดหวัง ความพึงพอใจและความผูกพันนั้นของผู้มารับบริการ จึงมีความสนใจทำการศึกษาเรื่องความคาดหวัง ความพึงพอใจ และความผูกพันของผู้รับบริการต่อการให้บริการของศูนย์ความเป็นเลิศทางการแพทย์พยาบาลบาดแผลและออสโตมี เนื่องจากเป็นหน่วยงานที่เปิดให้บริการใหม่และจำนวนผู้มารับบริการเพิ่มขึ้นทุกปี ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ เพื่อให้ทราบถึงความคาดหวัง ความพึงพอใจ และความผูกพันต่อการให้บริการของศูนย์ความเป็นเลิศทางการแพทย์พยาบาลบาดแผลและออสโตมี โดยผลที่ได้จะเป็นประโยชน์ และเป็นตัวผลักดันให้เกิดการพัฒนาคุณภาพการบริการที่ดี สามารถแข่งขันกับองค์กรอื่นได้อีกทั้งส่งเสริมให้กระบวนการบริการต่าง ๆ มีมาตรฐานเป็นแนวทางในการพัฒนา ปรับปรุงการบริการของศูนย์ความเป็นเลิศทางการแพทย์พยาบาลบาดแผลและออสโตมีให้ดียิ่งขึ้น เพื่อก้าวสู่การเป็นศูนย์ความเป็นเลิศ ทางทางการแพทย์พยาบาลบาดแผลและออสโตมีชั้นนำของประเทศไทยต่อไป

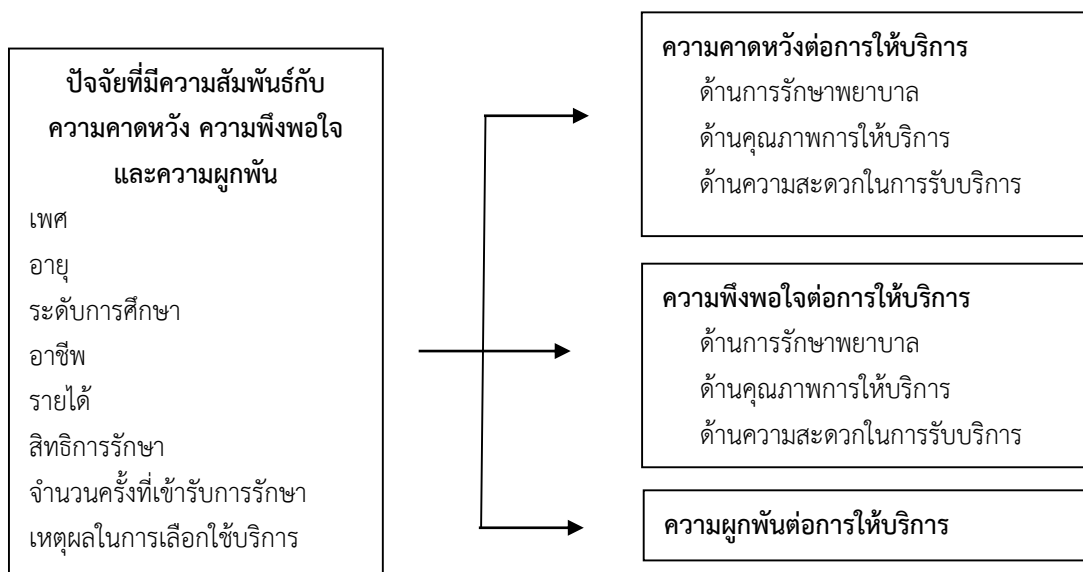
วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาความคาดหวัง ความพึงพอใจ และความผูกพัน ของผู้รับบริการต่อการให้บริการ ของศูนย์ความเป็นเลิศทางการแพทย์พยาบาลบาดแผล และออสโตมี คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล

2. เพื่อศึกษาปัจจัยที่สัมพันธ์กับความคาดหวัง ความพึงพอใจ และความผูกพัน ของผู้รับบริการ ต่อการให้บริการของศูนย์ความเป็นเลิศทางการแพทย์พยาบาลบาดแผลและออสโตมี คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล

กรอบแนวคิดการวิจัย

การศึกษานี้ประยุกต์ทฤษฎีมโนภาพการรับรู้แบบคอมมอนเซนส์ (common sense) โดยแนวคิด ประกอบด้วยส่วนสำคัญต่าง ๆ เช่น ตัวกระตุ้นสถานการณ์หรือปัญหา (situational stimuli) มโนภาพการรับรู้ ที่เป็นภาวะคุกคามด้านร่างกาย (illness representations of physical threat) และสาเหตุปัจจัยส่วนบุคคล เป็นต้น



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างนี้คือ ผู้ป่วยที่มารับบริการ ของศูนย์ความเป็นเลิศทางการแพทย์พยาบาลบาดแผล และออสโตมี คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล ในช่วงระยะเวลา 1 มิถุนายน 2564 ถึง 30 พฤศจิกายน 2564 โดยการสุ่มตัวอย่างใช้วิธีการสุ่มแบบเจาะจง (purposive sampling) การกำหนดขนาดตัวอย่าง จากตารางสูตรคำนวณของ Krejcie & Morgan⁸ ที่ระดับความเชื่อมั่นร้อยละ 95 และความคลาดเคลื่อนร้อยละ 5 ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่าง 152 ราย และเพื่อป้องกันกรณีกลุ่มตัวอย่าง drop out

ในระหว่างการวิจัย จึงขอเพิ่มกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 10 ดังนั้นจำนวนกลุ่มตัวอย่างรวมทั้งสิ้น 169 ราย

เครื่องมือในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยคือแบบสอบถามออนไลน์ จำนวน 1 ชุด ประกอบด้วย 2 ส่วน โดยกลุ่มตัวอย่างจะตอบแบบสอบถามจำนวน 1 ครั้ง ใช้เวลาในการตอบแบบสอบถาม 15 นาที ดังต่อไปนี้

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูล

ทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถามจำนวน 8 ข้อ ได้แก่ ปัจจัยลักษณะประชากรศาสตร์ที่มีความสัมพันธ์ กับความคาดหวัง ความพึงพอใจ และความผูกพัน

ประกอบด้วย 1) เพศ 2) อายุ 3) ระดับการศึกษา 4) อาชีพ 5) รายได้ 6) สิทธิการรักษาพยาบาล 7) จำนวนครั้งที่เข้ารับการรักษา และ 8) เหตุผลในการเลือกใช้บริการ

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามส่วนนี้เกี่ยวกับความคาดหวัง และความพึงพอใจ เป็นแบบสำรวจความคิดเห็นที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเอง ซึ่งเป็นเครื่องมือแบบสำรวจความคิดเห็นของผู้รับบริการ โดยแบบสอบถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (rating scale) มีลักษณะ 11 ระดับ ตั้งแต่ 0 ถึง 10 ประเด็นที่จะศึกษารวม 28 ข้อ ประกอบด้วย 1) ด้านการรักษาจำนวน 7 ข้อ 2) ด้านคุณภาพการให้บริการจำนวน 9 ข้อ 3) ด้านความสะดวกในการรับบริการจำนวน 10 ข้อ และ 4) ด้านคำแนะนำบริการ จำนวน 2 ข้อ

1. ประเมินความคาดหวังต่อการให้บริการ
เกณฑ์การให้คะแนน คือ

- 10 หมายถึง คาดหวังสูงสุด
- 9 หมายถึง คาดหวังมาก
- 8 หมายถึง คาดหวังปานกลาง
- 7 หมายถึง คาดหวังน้อย
- 6 หมายถึง คาดหวังน้อยที่สุด
- 5 หมายถึง เฉย ๆ
- 4 หมายถึง ไม่คาดหวังน้อยที่สุด
- 3 หมายถึง ไม่คาดหวังน้อย
- 2 หมายถึง ไม่คาดหวังปานกลาง
- 1 หมายถึง ไม่คาดหวังมาก
- 0 หมายถึง ไม่มีความคาดหวังเลย

การแปลความหมาย ดังนี้

ค่าเฉลี่ย 8.01-10.00 หมายถึง มีความคาดหวังระดับ มากที่สุด

ค่าเฉลี่ย 6.01-8.00 หมายถึง มีความคาดหวังในระดับ มาก

ค่าเฉลี่ย 4.01-6.00 หมายถึง มีความคาดหวังในระดับ ปานกลาง

ค่าเฉลี่ย 2.01-4.00 หมายถึง มีความคาดหวังในระดับ น้อย

ค่าเฉลี่ย 0.00-2.00 หมายถึง มีความคาดหวังในระดับ น้อยที่สุด

2. ประเมินความพึงพอใจ เกณฑ์การให้คะแนน คือ

- 10 หมายถึง พอใจสูงสุด
- 9 หมายถึง พอใจมาก
- 8 หมายถึง พอใจปานกลาง
- 7 หมายถึง พอใจน้อย
- 6 หมายถึง พอใจน้อยที่สุด
- 5 หมายถึง เฉย ๆ
- 4 หมายถึง ไม่พอใจน้อยที่สุด
- 3 หมายถึง ไม่พอใจน้อย
- 2 หมายถึง ไม่พอใจปานกลาง
- 1 หมายถึง ไม่พอใจมาก
- 0 หมายถึง ไม่พอใจเลย

การแปลความหมาย ดังนี้

ค่าเฉลี่ย 8.01-10.00 หมายถึง มีความพึงพอใจในระดับ มากที่สุด

ค่าเฉลี่ย 6.01-8.00 หมายถึง มีความพึงพอใจในระดับ มาก

ค่าเฉลี่ย 4.01-6.00 หมายถึง มีความพึงพอใจในระดับ ปานกลาง

ค่าเฉลี่ย 2.01-4.00 หมายถึง มีความพึงพอใจในระดับ น้อย

ค่าเฉลี่ย 0.00-2.00 หมายถึง มีความพึงพอใจในระดับ น้อยที่สุด

3. ประเมินความผูกพันต่อการให้บริการของศูนย์ความเป็นเลิศทางการแพทย์ โรงพยาบาลและออสโตมี คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล ใช้เครื่องมือ Net Promoter Score :NPS 10 โดยข้อความถามว่า “ท่านจะแนะนำให้ผู้อื่นมารับบริการที่ศูนย์ฯ..” คำตอบเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (rating scale) ตั้งแต่ 0 ถึง 10 ให้คะแนน 0 หมายถึง

ไม่แนะนำ ถึง 10 จะแนะนำแน่นอนโดยนำมาแปลความหมาย ดังนี้ 10 คะแนนที่ได้นำมาแบ่งกลุ่มผู้รับบริการออกเป็น 3 กลุ่ม คือ

3.1 กลุ่มสนับสนุนองค์กร (promoters) คือผู้รับบริการที่เลือกให้คะแนนตั้งแต่ 9 – 10

3.2 กลุ่มเปลี่ยนใจ (passive) คือกลุ่มผู้รับบริการที่เลือกให้คะแนนตั้งแต่ 7 – 8

3.3 กลุ่มไม่พึงพอใจ (detractors) คือกลุ่มผู้รับบริการที่เลือกให้คะแนนตั้งแต่ 0 – 6

โดยการนำเอาค่าร้อยละของผู้รับบริการที่เป็น promoters ลบด้วย ร้อยละของผู้รับบริการที่เป็น detractors Net Promoter Score (NPS) คำนวณด้วยสูตร $\% \text{ promoters} - \% \text{ detractors} = \text{NPS}$

โดยระดับคะแนน Net Promoter Score (NPS) จำแนกประเภทได้ดังนี้

คะแนน Net Promoter Score (NPS)	ประเภท
75-100	เป็นเลิศ
50-74	ดีมาก
0-49	ดี
-100 - -1	ต้องปรับปรุง

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

1. การตรวจสอบความตรงของเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ผู้วิจัยนำเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยแบบบันทึกข้อมูลประกอบด้วย 2 ส่วน ส่วนที่ 1 คือ ข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลเกี่ยวกับประวัติการรักษา ส่วนที่ 2 แบบบันทึกข้อมูลเกี่ยวกับความคาดหวังและความพึงพอใจ ให้ผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน ได้แก่ แพทย์ผู้เชี่ยวชาญทางด้านศัลยกรรมลำไส้ 1 ท่าน หัวหน้าหอผู้ป่วยศัลยกรรม 1 ท่าน และอาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญทางด้านผู้ป่วยศัลยกรรม 1 ท่าน ร่วมกันตรวจสอบเนื้อหา ความสอดคล้องกับวัตถุประสงค์ และสำนวนภาษา เพื่อหาความเที่ยงตรงตามเนื้อหา (content validity) ของเครื่องมือ แล้วรวบรวมข้อคิดเห็นและนำข้อชี้แนะของผู้ทรงคุณวุฒิมาทำการแก้ไขปรับปรุง ร่วมกับคำนวณหาดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content Validity Index: CVI) ได้ค่า CVI เท่ากับ 0.87

2. การหาความเชื่อมั่น (reliability) ผู้วิจัยนำเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย แบบบันทึกข้อมูลที่ได้รับการปรับปรุงแล้ว นำไปทดลองเก็บข้อมูลผู้ป่วยที่มีคุณสมบัติใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์การคัดเข้า จำนวน 30 ราย โดยผู้วิจัยและผู้ร่วมวิจัยทำการบันทึกข้อมูลพร้อมกันตามแบบบันทึกข้อมูลที่ใช้ในการวิจัย แล้วนำข้อมูลที่ได้นำไปคำนวณหาความเชื่อมั่นแบบสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) โดยหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟา (alpha coefficient) ได้เท่ากับ 0.9 ถือว่าเครื่องมือนี้มีความน่าเชื่อถือ

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

โครงการวิจัยได้รับการอนุมัติการทำวิจัยในมนุษย์จากคณะกรรมการจริยธรรมในคนของคณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล รหัสโครงการ 125/2564 ผู้วิจัยแนะนำตนเอง ชี้แจงวัตถุประสงค์ในการทำวิจัย วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูลในการวิจัย การปกป้องสิทธิและประโยชน์ที่จะได้รับสิทธิ

การตัดสินใจด้วยตนเอง สิทธิการปกปิดชื่อ สิทธิความเป็นส่วนตัวและการรักษาความลับ โดยผลการวิจัยจะนำเสนอในภาพรวมเท่านั้น โดยกลุ่มตัวอย่างมีสิทธิที่จะไม่เข้าร่วมวิจัยหรือสามารถถอนตัวออกจากการวิจัยได้โดยไม่มีผลต่อการรักษาพยาบาล

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยสำรวจรายชื่อผู้รับบริการในศูนย์ความเป็นเลิศทางการแพทย์พยาบาลบาดแผลและออสโตมี คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล จากนั้นผู้วิจัยแนะนำตนเองขณะที่รอรับใบนัด หลังได้รับบริการแล้ว โดยมีห้องที่เป็นส่วนตัวในการตอบแบบสอบถาม ซึ่งแจ้งวัตถุประสงค์ในการทำวิจัย เมื่อกลุ่มตัวอย่างเข้าใจและยินยอม จึงให้ลงลายมือชื่อในใบยินยอมของกลุ่มตัวอย่าง หลังจากนั้นให้ผู้ป่วยเริ่มทำแบบสอบถามออนไลน์ด้วยตนเองทั้ง 3 ส่วน ใช้เวลาในการทำแบบสอบถาม 15 นาที หลังเสร็จสิ้นผู้วิจัยกล่าวขอบคุณ โดยผู้วิจัยเป็นผู้เก็บข้อมูลด้วยตนเอง

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลจะใช้โปรแกรมสำเร็จรูป ได้แก่ ข้อมูลทั่วไปวิเคราะห์โดยใช้สถิติบรรยาย ได้แก่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน วิเคราะห์ระดับความคาดหวัง ความพึงพอใจ และความผูกพัน โดยใช้สถิติบรรยาย ได้แก่ จำนวน และร้อยละ ส่วนการวิเคราะห์หาปัจจัยที่สัมพันธ์กับความคาดหวัง ความพึงพอใจ และความผูกพันต่อการให้บริการของศูนย์ความเป็นเลิศทางการแพทย์พยาบาลบาดแผลและออสโตมี คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล ทั้ง 3 ด้าน คือ ด้านการรักษาพยาบาล ด้านความสะดวกในการรับบริการ ด้านคุณภาพการให้บริการ โดยใช้สถิติ Spearman's rho โดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ .05

ผลการวิจัย

กลุ่มตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้ คือผู้รับบริการในศูนย์ความเป็นเลิศทางการแพทย์พยาบาลบาดแผลและออสโตมี จำนวน 169 ราย มีอายุเฉลี่ย 54.17 ปี (SD = 18.11)

ตารางที่ 1 แสดงข้อมูลทั่วไปเกี่ยวกับ เพศ ระดับการศึกษา รายได้ต่อเดือน อาชีพ สิทธิการรักษา พยาบาล เหตุผลในการเลือกใช้บริการ และการกลับมาใช้บริการรักษาที่ศูนย์บาดแผลและออสโตมีของผู้รับบริการศูนย์ความเป็นเลิศทางการแพทย์พยาบาลบาดแผลและออสโตมี (n = 169)

ลำดับที่	หัวข้อ	จำนวน	ร้อยละ
1	เพศ		
	ชาย	90	53.25
	หญิง	79	46.75
2	ระดับการศึกษา		
	ต่ำกว่าปริญญาตรี	59	34.91
	ปริญญาตรี	95	56.21
	สูงกว่าปริญญาตรี	15	8.88
3	รายได้ต่อเดือน		
	น้อยกว่า 10,000 บาท	18	10.65
	10,000-20,000	61	36.09
	20,000-30,000	25	14.79
	มากกว่า 30,000 บาท	27	15.98

ตารางที่ 1 แสดงข้อมูลทั่วไปเกี่ยวกับ เพศ ระดับการศึกษา รายได้ต่อเดือน อาชีพ สิทธิการรักษาพยาบาล เหตุผลในการเลือกใช้บริการ และการกลับมาได้รับการรักษาที่ศูนย์บาดแผลและออสโตมี ของผู้รับบริการศูนย์ความเป็นเลิศทางการพยาบาลบาดแผลและออสโตมี (n = 169) (ต่อ)

ลำดับที่	หัวข้อ	จำนวน	ร้อยละ
4	ไม่ระบุ	38	22.49
	อาชีพ		
	ข้าราชการ / เจ้าหน้าที่ของรัฐ	50	29.59
	รับจ้างทั่วไป	31	18.34
	ค้าขาย / ธุรกิจส่วนตัว	27	15.98
	ผู้สูงอายุ	26	15.38
5	อื่นๆ	35	20.71
	สิทธิการรักษาพยาบาล		
	ประกันสังคม	40	23.67
	ประกันสุขภาพถ้วนหน้า	51	30.18
	ต้นสังกัด	56	33.14
6	เงินสด	22	13.02
	เหตุผลในการเลือกใช้บริการ (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)		
	ใกล้บ้าน / เดินทางสะดวก	84	49.70
	เป็นผู้ป่วยเก่า	61	36.09
	มีพยาบาลเชี่ยวชาญ	81	47.93
	มีคนรู้จักในรพ.	21	12.43
	ค่ารักษาไม่แพง	25	14.79
	ได้รับการส่งตัว / ย้ายมาจากรพ.อื่น	37	21.89
	มีเครื่องมือทันสมัย	60	35.50
	สถานที่สะอาด สะดวก สบาย หรูหรา	65	38.46
	มีสิทธิในการรักษาพยาบาลที่รพ.แห่งนี้	63	37.28
	อื่นๆ	6	3.55
7	จำนวนครั้งที่เข้ารับการรักษา		
	ครั้งแรก	28	16.57
	2-3 ครั้ง	37	21.89
	มากกว่า 4 ครั้ง	104	61.54
8	ท่านจะกลับมาได้รับการรักษาที่ศูนย์บาดแผล และออสโตมีนี้ อีก	168	99.41

จากตารางที่ 1 พบว่า ผู้มารับบริการ ในศูนย์ความเป็นเลิศทางการพยาบาลบาดแผล และออสโตมี เป็นเพศชายมากที่สุดร้อยละ 53.25 ระดับการศึกษาปริญญาตรีร้อยละ 56.21 รายได้ ระหว่าง 10,000 ถึง 20,000 บาท ต่อเดือนร้อยละ 36.09 ประกอบอาชีพข้าราชการ/ เจ้าหน้าที่ของรัฐ

ร้อยละ 25.59 สิทธิการรักษาต้นสังกัด ร้อยละ 33.14 เลือกมารับบริการเพราะใกล้บ้าน/เดินทางสะดวก ร้อยละ 49.70 และส่วนใหญ่เข้ารับการรักษามากกว่า 4 ครั้ง ร้อยละ 61.54 โดยจะกลับมาได้รับการรักษาที่ศูนย์บาดแผล และออสโตมีนี้อีก ร้อยละ 99.41

ตารางที่ 2 แสดงความคาดหวังของท่านต่อการเข้ารับบริการของผู้รับบริการศูนย์ความเป็นเลิศทางการแพทย์ทางพยาบาล
บาดแผลและออสโตมี (n = 169)

ลำดับที่	ความคาดหวัง	Mean	S.D.	แปลผล
ด้านการรักษาพยาบาล		9.22	1.29	มากที่สุด
1	พยาบาลใส่ใจฟังคำบอกเล่าอาการเจ็บป่วยของท่าน	9.13	1.46	มากที่สุด
2	ศูนย์ฯ บาดแผลและออสโตมี มีอุปกรณ์การรักษา และ ความพร้อมในการพยาบาลได้ทันทั่วทั้งที่	9.18	1.33	มากที่สุด
3	ศูนย์ฯ บาดแผลและออสโตมี มีอุปกรณ์การดูแลที่ทันสมัย เทียบเท่า หรือดีกว่า สถานพยาบาลอื่นที่ท่านเคยรักษา	9.11	1.38	มากที่สุด
4	พยาบาลประเมินแผลได้ถูกต้อง และให้การพยาบาลได้	9.22	1.45	มากที่สุด
5	พยาบาลอธิบายเรื่องบาดแผล/ ออสโตมี และการปฏิบัติตน ได้เข้าใจดี	9.31	1.36	มากที่สุด
6	การดูแลเอาใจใส่ของพยาบาล	9.35	1.34	มากที่สุด
7	ความเข้าใจ และเห็นอกเห็นใจในการเจ็บป่วย จากพยาบาล	9.25	1.35	มากที่สุด
ด้านคุณภาพการให้บริการ		9.28	1.29	มากที่สุด
8	เจ้าหน้าที่ให้การพยาบาลด้วยความสุภาพ	9.30	1.43	มากที่สุด
9	เจ้าหน้าที่ให้ความเอาใจใส่ต่อผู้ป่วย	9.40	1.27	มากที่สุด
10	เจ้าหน้าที่มีความกระตือรือร้นในการบริการ	9.26	1.40	มากที่สุด
11	เจ้าหน้าที่มีความเต็มใจในการให้บริการ	9.40	1.25	มากที่สุด
12	เจ้าหน้าที่ให้บริการด้วยความสะดวก รวดเร็ว	9.31	1.30	มากที่สุด
13	เจ้าหน้าที่ให้บริการด้วยความเป็นมิตร	9.27	1.55	มากที่สุด
14	เจ้าหน้าที่ให้บริการด้วยความนับถือ	9.30	1.42	มากที่สุด
15	เจ้าหน้าที่ให้บริการด้วยความยุติธรรมในการเรียกตรวจ ตามลำดับก่อน-หลัง	9.28	1.35	มากที่สุด
16	ระยะเวลาในการรอรับบริการไม่เกินกำหนด	9.04	1.56	มากที่สุด
ด้านความสะดวกในการรับบริการ		9.23	1.24	มากที่สุด
17	เจ้าหน้าที่ชี้แจงรายละเอียดขั้นตอนการรับบริการได้อย่าง ครบคลุม	9.18	1.44	มากที่สุด
18	ท่านได้รับข้อมูลเกี่ยวกับบาดแผล/ ออสโตมี ที่ท่านเป็น	9.36	1.18	มากที่สุด
19	ท่านได้ข้อมูลเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวในการดูแล	9.31	1.25	มากที่สุด
20	เจ้าหน้าที่ให้คำแนะนำได้เป็นอย่างดี	9.38	1.20	มากที่สุด
21	เจ้าหน้าที่ได้ตอบข้อซักถามได้เป็นอย่างดี	9.38	1.19	มากที่สุด
22	มีเก้าอี้นั่งรอรับบริการอย่างเพียงพอ	8.82	1.67	มากที่สุด
23	ศูนย์ฯ บาดแผลและออสโตมีแต่ละห้องมีป้ายบอกอย่าง ชัดเจน	9.10	1.53	มากที่สุด
24	ศูนย์ฯ บาดแผลและออสโตมี มีความสะอาด	9.25	1.42	มากที่สุด
25	ศูนย์ฯ บาดแผลและออสโตมี มีเครื่องมือที่ทันสมัย น่าเชื่อถือ	9.33	1.27	มากที่สุด

ตารางที่ 2 แสดงความคาดหวังของท่านต่อการเข้ารับบริการของผู้รับบริการศูนย์ความเป็นเลิศทางการแพทย์ทางพยาบาลบาดแผลและออสโตมี (n = 169) (ต่อ)

ลำดับที่	ความคาดหวัง	Mean	S.D.	แปลผล
26	ศูนย์ฯ บาดแผลและออสโตมี มีห้องน้ำจำนวนเพียงพอ	9.15	1.42	มากที่สุด
	ความคาดหวังภาพรวม	9.25	1.23	มากที่สุด

จากตารางที่ 2 พบว่า ความคาดหวังภาพรวมต่อการเข้ารับบริการมีคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับมากที่สุด 9.25 (1.23) โดยคาดหวังด้านคุณภาพการให้บริการคะแนนเฉลี่ยสูงที่สุด 9.28 (1.29) รองมาคือด้านความสะดวกในการเข้ารับบริการ 9.23 (1.24) และด้านการรักษาพยาบาล 9.22 (1.29) ตามลำดับ เมื่อพิจารณาในรายละเอียด

พบว่า ด้านคุณภาพบริการที่ผู้รับบริการคาดหวังมากที่สุด ได้แก่ เจ้าหน้าที่ให้ความเอาใจใส่ต่อผู้ป่วย และเจ้าหน้าที่ที่มีความเต็มใจในการให้บริการ มีคะแนนเฉลี่ย 9.40 (1.25)

ตารางที่ 3 แสดงความพึงพอใจของท่านต่อการเข้ารับบริการศูนย์ความเป็นเลิศทางการแพทย์ทางพยาบาลบาดแผลและออสโตมี (n = 169)

ลำดับที่	ความพึงพอใจ	Mean	S.D.	แปลผล
	ด้านการรักษาพยาบาล	9.67	0.64	มากที่สุด
1	พยาบาลใส่ใจฟังคำบอกเล่าอาการเจ็บป่วยของท่าน	9.58	0.99	มากที่สุด
2	ศูนย์ฯ บาดแผลและออสโตมี มีอุปกรณ์การรักษา และความพร้อมในการพยาบาลได้ทันทั่วทั้งที่	9.60	0.83	มากที่สุด
3	ศูนย์ฯ บาดแผลและออสโตมี มีอุปกรณ์การดูแลที่ทันสมัยเทียบเท่า หรือดีกว่า สถานพยาบาลอื่นที่ท่านเคยรักษา	9.60	0.81	มากที่สุด
4	พยาบาลประเมินแผลได้ถูกต้อง และให้การพยาบาลได้	9.72	0.66	มากที่สุด
5	พยาบาลอธิบายเรื่องบาดแผล/ ออสโตมี และการปฏิบัติตนได้เข้าใจดี	9.72	0.67	มากที่สุด
6	การดูแลเอาใจใส่ของพยาบาล	9.76	0.60	มากที่สุด
7	ความเข้าใจและเห็นอกเห็นใจในการเจ็บป่วย จากพยาบาล	9.69	0.72	มากที่สุด
	ด้านคุณภาพการให้บริการ	9.70	0.62	มากที่สุด
8	เจ้าหน้าที่ให้การพยาบาลด้วยความสุภาพ	9.79	0.52	มากที่สุด
9	เจ้าหน้าที่ให้ความเอาใจใส่ต่อผู้ป่วย	9.75	0.58	มากที่สุด
10	เจ้าหน้าที่มีความกระตือรือร้นในการบริการ	9.64	0.83	มากที่สุด
11	เจ้าหน้าที่มีความเต็มใจในการให้บริการ	9.75	0.57	มากที่สุด
12	เจ้าหน้าที่ให้บริการด้วยความสะดวก รวดเร็ว	9.73	0.60	มากที่สุด
13	เจ้าหน้าที่ให้บริการด้วยความเป็นมิตร	9.73	0.80	มากที่สุด
14	เจ้าหน้าที่ให้บริการด้วยความนับถือ	9.65	0.86	มากที่สุด

ตารางที่ 3 แสดงความพึงพอใจของท่านต่อการเข้ารับบริการศูนย์ความเป็นเลิศทางการแพทย์พยาบาลบาดแผลและออสโตมี (n = 169) (ต่อ)

ลำดับที่	ความพึงพอใจ	Mean	S.D.	แปลผล
15	เจ้าหน้าที่ให้บริการด้วยความยุติธรรมในการเรียกตรวจตามลำดับก่อน-หลัง	9.66	0.84	มากที่สุด
16	ระยะเวลาในการรอรับบริการไม่เกินกำหนด	9.59	1.01	มากที่สุด
	ด้านความสะดวกในการรับบริการ	9.60	0.75	มากที่สุด
17	เจ้าหน้าที่ชี้แจงรายละเอียดขั้นตอนการรับบริการได้อย่างครอบคลุม	9.56	1.09	มากที่สุด
18	ท่านได้รับข้อมูลเกี่ยวกับบาดแผล/ ออสโตมี ที่ท่านเป็น	9.62	0.88	มากที่สุด
19	ท่านได้ข้อมูลเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวในการดูแล	9.65	0.78	มากที่สุด
20	เจ้าหน้าที่ให้คำแนะนำได้เป็นอย่างดี	9.70	0.87	มากที่สุด
21	เจ้าหน้าที่ได้ตอบข้อซักถามได้เป็นอย่างดี	9.71	0.86	มากที่สุด
22	มีเก้าอี้นั่งรอรับบริการอย่างเพียงพอ	9.31	1.28	มากที่สุด
23	ศูนย์ฯ บาดแผลและออสโตมีแต่ละห้องมีป้ายบอกอย่างชัดเจน	9.51	1.11	มากที่สุด
24	ศูนย์ฯ บาดแผลและออสโตมี มีความสะอาด	9.64	0.79	มากที่สุด
25	ศูนย์ฯ บาดแผลและออสโตมี มีเครื่องมือที่ทันสมัย น่าเชื่อถือ	9.69	0.69	มากที่สุด
26	ศูนย์ฯ บาดแผลและออสโตมี มีห้องน้ำจำนวนเพียงพอ	9.61	0.86	มากที่สุด
	ความพึงพอใจภาพรวม	9.65	0.66	มากที่สุด

จากตารางที่ 3 พบว่า ความพึงพอใจภาพรวมต่อการเข้ารับบริการมีคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับมากที่สุด 9.65 (0.66) โดยพึงพอใจด้านคุณภาพการให้บริการคะแนนเฉลี่ยสูงสุด 9.70 (0.62) รองมาคือด้านการรักษา พยาบาล 9.67 (0.64)

และด้านความสะดวกในการเข้ารับบริการ 9.60 (0.75) ตามลำดับ เมื่อพิจารณาในรายละเอียดพบว่า ด้านคุณภาพบริการที่ผู้รับบริการคาดหวังมากที่สุด ได้แก่ เจ้าหน้าที่ให้การพยาบาลด้วยความสุภาพ มีคะแนนเฉลี่ย 9.79 (0.25)

ตารางที่ 4 แสดงความผูกพันกับศูนย์ความเป็นเลิศทางการแพทย์พยาบาลบาดแผลและออสโตมี (n = 169)

ลำดับที่	ความผูกพัน	จำนวน	ร้อยละ
1	กลุ่มสนับสนุนองค์กร (promoters)	154	91.12
2	กลุ่มเปลี่ยนใจ (passive)	7	4.14
3	กลุ่มไม่พึงพอใจ (detractors)	8	4.73
	Net Promoter Score (NPS)	86.39	(เป็นเลิศ)

จากตารางที่ 4 พบว่า ผู้รับบริการในศูนย์
ความเป็นเลิศทางการพยาบาลบาดแผลและออสโตมี
มีความผูกพันจำนวนมากที่สุดในกลุ่มสนับสนุน
องค์กร ร้อยละ 91.12 เมื่อนำมาคำนวณระดับ

คะแนน Net Promoter Score (NPS) ได้เท่ากับ 86.39
ซึ่งแปลความหมายความผูกพันต่อการให้บริการ
อยู่ในระดับเป็นเลิศ

ตารางที่ 5 ปัจจัยที่สัมพันธ์กับความคาดหวังต่อการให้บริการของศูนย์ความเป็นเลิศทางการพยาบาลบาดแผล
และออสโตมี (n = 169)

ปัจจัย	ความคาดหวังด้าน การรักษาพยาบาล	ความคาดหวัง ด้านคุณภาพ การให้บริการ	ความคาดหวัง ด้านความสะดวก ในการรับบริการ
อายุ	-0.148 (0.054)	-0.152 (0.048)*	-0.030 (0.697)
เพศ	0.290 (<0.001)*	0.255 (0.001)*	0.156 (0.043)*
ระดับการศึกษา	-0.015 (0.849)	-0.029 (0.712)	-0.094 (0.224)
อาชีพ	-0.024 (0.761)	-0.092 (0.232)	0.004 (0.956)
รายได้ต่อเดือน (บาท)	-0.023 (0.765)	-0.049 (0.527)	-0.098 (0.207)
สิทธิการรักษาพยาบาล	-0.096 (0.213)	-0.170 (0.027)*	-0.098 (0.206)
จำนวนครั้งที่เข้ารับการรักษ	-0.035 (0.653)	0.003 (0.969)	-0.034 (0.657)
เหตุผลในการเลือกใช้บริการ			
ใกล้บ้าน/ เดินทางสะดวก	0.079 (0.31)	0.088 (0.257)	0.077 (0.319)
เป็นผู้ป่วยเก่า	0.091 (0.241)	0.134 (0.083)	-0.006 (0.941)
มีพยาบาลเชี่ยวชาญ	0.162 (0.035)	0.122 (0.113)	0.073 (0.346)
มีคนรู้จักในรพ.	0.082 (0.29)	0.032 (0.676)	0.089 (0.248)
ค่ารักษาไม่แพง	0.041 (0.594)	0.000 (0.996)	0.006 (0.94)
ได้รับการส่งตัว / ย้ายมาจากรพ.อื่น	0.083 (0.285)	0.028 (0.719)	0.026 (0.736)
มีเครื่องมือทันสมัย	0.189 (0.014)*	0.168 (0.029)*	0.114 (0.14)
สถานที่สะอาด สะดวก สบาย หรูหรา	0.202 (0.008)*	0.176 (0.022)*	0.232 (0.002)*
มีสิทธิในการรักษาพยาบาลที่รพ.แห่งนี้	0.030 (0.703)	0.007 (0.924)	0.097 (0.207)

*p-value < .05, สถิติ Spearman's rho

จากตารางที่ 5 พบว่า ผู้รับบริการศูนย์ฯ
บาดแผลและออสโตมี มีความคาดหวังในด้านต่าง ๆ
ดังนี้

ด้านการรักษาพยาบาล มีความสัมพันธ์
ทางบวกกับเพศ เท่ากับ 0.290 เครื่องมือทันสมัย
เท่ากับ 0.189 และสถานที่สะอาด สะดวก สบาย
หรูหรา เท่ากับ 0.202

ด้านคุณภาพการให้บริการ มีความสัมพันธ์
ทางลบกับอายุ เท่ากับ 0.152 และสิทธิการรักษา

เท่ากับ 0.170 แต่มีความสัมพันธ์ทางบวกกับเพศ
เท่ากับ 0.255 เครื่องมือทันสมัย เท่ากับ 0.168
และสถานที่สะอาด สะดวก สบาย หรูหรา เท่ากับ
0.176

ด้านความสะดวกในการรับบริการ
มีความสัมพันธ์ ทางบวกกับเพศ เท่ากับ 0.156
และสถานที่สะอาด สะดวก สบาย หรูหรา เท่ากับ
0.232

ตารางที่ 6 ปัจจัยที่สัมพันธ์กับความพึงพอใจต่อการให้บริการของศูนย์ความเป็นเลิศทางการแพทย์การพยาบาลบาดแผล
และออสโตมี (n = 169)

ปัจจัย	ความพึงพอใจ ด้านการ รักษาพยาบาล	ความพึงพอใจ ด้านคุณภาพการ ให้บริการ	ความพึงพอใจ ด้านความสะดวก ในการรับบริการ
อายุ	-0.152 (0.049)*	-0.182 (0.018)*	-0.058 (0.451)
เพศ	0.165 (0.032)*	0.151 (0.05)	0.102 (0.188)
ระดับการศึกษา	0.041 (0.593)	0.093 (0.231)	0.012 (0.873)
อาชีพ	-0.015 (0.843)	0.011 (0.887)	0.055 (0.479)
รายได้ต่อเดือน (บาท)	0.113 (0.142)	0.105 (0.174)	0.126 (0.102)
สิทธิการรักษาพยาบาล	-0.052 (0.501)	-0.054 (0.485)	0.041 (0.599)
จำนวนครั้งที่เข้ารับการรักษ	-0.158 (0.04)*	-0.091 (0.24)	-0.196 (0.011)*
เหตุผลในการเลือกใช้บริการ			
ใกล้บ้าน/ เดินทางสะดวก	0.122 (0.114)	0.126 (0.102)	0.148 (0.055)
เป็นผู้ป่วยเก่า	-0.056 (0.466)	0.024 (0.76)	-0.221 (0.004)*
มีพยาบาลเชี่ยวชาญ	0.051 (0.51)	-0.004 (0.962)	-0.007 (0.929)
มีคนรู้จักในรพ.	0.023 (0.765)	-0.004 (0.963)	0.057 (0.465)
ค่ารักษาไม่แพง	0.040 (0.604)	0.029 (0.705)	-0.024 (0.753)
ได้รับการส่งตัว/ ย้ายมาจากรพ.อื่น	0.005 (0.944)	0.031 (0.689)	0.047 (0.54)

ตารางที่ 6 ปัจจัยที่สัมพันธ์กับความพึงพอใจต่อการให้บริการของศูนย์ความเป็นเลิศทางการพยาบาลบาดแผลและออสโตมี (n = 169) (ต่อ)

ปัจจัย	ความพึงพอใจด้านการรักษาพยาบาล	ความพึงพอใจด้านคุณภาพการให้บริการ	ความพึงพอใจด้านความสะดวกในการรับบริการ
มีเครื่องมือทันสมัย	0.057 (0.459)	0.045 (0.562)	0.006 (0.934)
สถานที่สะอาด สะดวก สบาย หรูหรา	0.051 (0.512)	-0.002 (0.981)	0.038 (0.621)
มีสิทธิในการรักษาพยาบาลที่รพ.แห่งนี้	0.065 (0.404)	0.004 (0.955)	0.09 (0.247)

*p-value < .05, สถิติ Spearman's rho

จากตารางที่ 6 พบว่า ผู้รับบริการศูนย์ฯ บาดแผลและออสโตมี มีความคาดหวังในด้านต่างๆ ดังนี้ด้านการรักษาพยาบาล มีความสัมพันธ์ทางลบกับอายุ เท่ากับ 0.152 และจำนวนครั้งที่เข้ารับการรักษา เท่ากับ 0.158 แต่มีความสัมพันธ์ทางบวกกับเพศ เท่ากับ 0.165 ด้านคุณภาพการให้บริการมีความสัมพันธ์ทางลบกับอายุ เท่ากับ 0.182

ด้านความสะดวกในการรับบริการ มีความสัมพันธ์ทางลบกับจำนวนครั้งที่เข้ารับการรักษาเท่ากับ 0.196 และเลือกใช้บริการเพราะเป็นผู้ป่วยเก่า เท่ากับ 0.221

ตารางที่ 7 ปัจจัยที่สัมพันธ์กับความผูกพันต่อการให้บริการของศูนย์ความเป็นเลิศทางการพยาบาลบาดแผลและออสโตมี (n = 169)

ปัจจัย	r	p-value
อายุ	0.220	0.004*
เพศ	0.077	0.962
ระดับการศึกษา	4.921	0.296
อาชีพ	6.467	0.595
รายได้ต่อเดือน (บาท)	9.885	0.273
สิทธิการรักษาพยาบาล	2.336	0.886
จำนวนครั้งที่เข้ารับการรักษา	3.059	0.548
เหตุผลในการเลือกใช้บริการ		
ใกล้บ้าน/ เดินทางสะดวก	2.241	0.326

ตารางที่ 7 ปัจจัยที่สัมพันธ์กับความผูกพันต่อการให้บริการของศูนย์ความเป็นเลิศทางการแพทย์
บาดแผลและออสโตมี (n = 169) (ต่อ)

ปัจจัย	r	p-value
เป็นผู้ป่วยเก่า	5.919	0.052
มีพยาบาลเชี่ยวชาญ	7.892	0.019*
มีคนรู้จักในรพ.	2.813	0.245
ค่ารักษาไม่แพง	1.467	0.480
ได้รับการส่งตัว/ ย้ายมาจากรพ.อื่น	0.712	0.700
มีเครื่องมือทันสมัย	4.864	0.088
สถานที่สะอาด สะดวก สบาย หรูหรา	5.268	0.072
มีสิทธิในการรักษาพยาบาลที่รพ.แห่งนี้	2.459	0.292

*p-value < .05

ตารางที่ 7 พบว่า ความผูกพันต่อการให้บริการของศูนย์ความเป็นเลิศทางการแพทย์บาดแผลและออสโตมี มีความสัมพันธ์กับอายุ เท่ากับ 0.220 และ มีพยาบาลเชี่ยวชาญ เท่ากับ 7.892

การอภิปรายผล

ผลการศึกษานี้ อภิปรายตามวัตถุประสงค์การวิจัยโดยแบ่งเป็น 2 ส่วนดังต่อไปนี้

1. ความคาดหวัง และความพึงพอใจของผู้รับบริการต่อการให้บริการของศูนย์ความเป็นเลิศทางการแพทย์บาดแผลและออสโตมีคณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล พบว่าส่วนใหญ่ผู้รับบริการมีความคาดหวังด้านคุณภาพการรักษาพยาบาล อธิบายได้ว่าความต้องการของผู้ป่วยเมื่อการเข้ารับบริการในโรงพยาบาลจะเน้นการพ้นหายจากโรคร้ายและได้รับบริการที่ดีที่สุด โดยระบบการบริการที่ดีต้องมีโครงสร้างที่ชัดเจน และได้รับการวางระบบไว้อย่างครอบคลุมความต้องการของผู้ป่วยเป็นสำคัญ ร่วมกับมีระบบการวัดวิเคราะห์ผลลัพธ์การบริการอย่างสม่ำเสมอจนเป็นวัฒนธรรมของหน่วยงาน¹¹ นอกจากนี้ยังสอดคล้องกับการศึกษาของอมันดา¹² ที่พบว่า

ความพึงพอใจของผู้รับบริการสอดคล้องกับลักษณะการประสานงานอย่างเป็นระบบและการปฏิบัติการพยาบาลอย่างผู้เชี่ยวชาญ โดยเฉพาะเมื่อมีหลักฐานแสดงการพัฒนาระบบการบริการการรับรองคุณภาพจากทีมบริหารส่วนด้านความผูกพันของผู้รับบริการต่อศูนย์ความเป็นเลิศทางการแพทย์บาดแผลและออสโตมี พบว่า ความผูกพันมากที่สุดเป็นกลุ่มสนับสนุนองค์กร สอดคล้องกับผลการศึกษาในประเด็นความคาดหวังและความพึงพอใจที่พบว่า ผู้รับบริการเมื่อได้รับการรักษาพยาบาลที่มีคุณภาพจึงกลับมารับบริการรักษาพยาบาลอย่างต่อเนื่อง จากข้อมูลความผูกพันนี้ผู้วิจัยนำมาคำนวณระดับคะแนน Net Promoter Score (NPS) ได้เท่ากับ 86.39 ซึ่งแปลความหมายความผูกพันต่อการให้บริการอยู่ในระดับเป็นเลิศ อธิบายได้ว่าเมื่อผู้รับบริการมีความคาดหวังและผู้ให้บริการสามารถตอบสนองความคาดหวังอย่างตรงประเด็น ซึ่งในการศึกษานี้คือเรื่องคุณภาพการรักษาพยาบาล สอดคล้องกับการศึกษาของซอผกา¹³ ที่กล่าวว่าความคาดหวังของลูกค้า เป็นความเชื่อของลูกค้าเกี่ยวกับบริการที่จะได้รับ ซึ่งลูกค้าใช้เป็นมาตรฐาน

หรือเป็นตัววัดคุณภาพการบริการ เมื่อได้รับการบริการแบบที่คาดหวังจึงรู้สึกพอใจ และกลับมาใช้บริการซ้ำจนเกิดเป็นความผูกพัน

2. ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรกับความคาดหวัง พบว่า ความคาดหวังด้านคุณภาพการให้บริการ ด้านการรักษาพยาบาล ด้านความสะดวกในการรับบริการ มีความสัมพันธ์กับเพศอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สอดคล้องกับการศึกษาของจุฑาทิพย์¹⁴ ที่กล่าวว่า แม้ธรรมชาติเพศหญิงจะมีความคาดหวังต่อคุณภาพการให้บริการมากกว่าเพศชาย แต่เมื่อได้รับการตอบสนองตามประสิทธิภาพของกิจกรรมนั้น ๆ จะมีระดับความพึงพอใจไม่แตกต่างกัน นอกจากนี้ปัจจัยด้านสถานที่ที่สะอาด สะดวกสบาย หรือหากมีความสัมพันธ์กับทั้ง 3 ด้านดังกล่าวเช่นกัน สอดคล้องกับการศึกษาของสุรัชย์และคณะ¹⁵ ที่กล่าวว่าผู้ใช้บริการมีความคาดหวังต่อสถานที่ให้บริการที่สะดวกสบาย ทำเลที่ตั้งเหมาะสมกับบริการ ซึ่งสะท้อนภาพลักษณ์ขององค์กรตามแนวคิดของกรอนรูส (gronroos) ที่ว่าสถานที่ให้บริการเป็นส่วนหนึ่งของความคาดหวัง และความพึงพอใจของลูกค้า แต่อายุและสิทธิการรักษาพยาบาลมีความสัมพันธ์ทางตรงกันข้ามกับความคาดหวังด้านคุณภาพการให้บริการ อธิบายได้ว่าเมื่ออายุน้อยผ่านประสบการณ์ความเจ็บป่วยน้อย เมื่อเลือกสถานพยาบาลจะมีความคาดหวังมากต่อคุณภาพการรักษาพยาบาล รวมทั้งการไม่ใช้สิทธิหรือปฏิเสธสิทธิในการเบิกค่ารักษาหมายถึงผู้รับบริการยินยอมจะชำระเงินสด ถือเป็นการลงทุนเพื่อสุขภาพตนเองย่อมมาพร้อมกับความคาดหวังต่อคุณภาพในการรักษา สอดคล้องกับการศึกษาของพรชัย¹⁶ ที่กล่าวว่า ผู้รับบริการมักมีการเปรียบเทียบราคาค่ารักษาพยาบาลกับคุณภาพการรักษาพยาบาลเป็นสำคัญ หากประเมินว่ามีความคุ้มค่า แม้ต้องชำระเงินให้แก่โรงพยาบาลมากน้อยเพียงใด ค่าใช้จ่ายสูงเพราะต้นทุนสูง แต่ทำให้คาดหวังต่อความคุ้มค่าการรักษาพยาบาลระดับสูงเช่นกัน โดยรายละเอียดความคุ้มค่าที่ผู้ป่วยคำนึงกระทั้งยินยอมชำระค่ารักษาพยาบาล ได้แก่คุณภาพการรักษาพยาบาล การให้ยา การดูแล ความเข้าใจ

การให้ความสำคัญต่อผู้ป่วย และการอธิบายรายละเอียดการรักษาพยาบาล เป็นดัชนีการพิจารณาหลัก

ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรกับความพึงพอใจ พบว่า ความพึงพอใจด้านการรักษาพยาบาลมีความสัมพันธ์กับจำนวนครั้งที่เข้ารับการรักษา ในทิศทางตรงกันข้าม อธิบายได้ว่าการรักษาพยาบาลที่ดี แต่สามารถลดจำนวนครั้งที่ต้องมารับการรักษาพยาบาลในสถานพยาบาลจะสามารถเพิ่มความพึงพอใจได้มาก เพราะสามารถช่วยลดค่าใช้จ่ายในการเดินทาง ค่าเสียเวลา ทั้งผู้ป่วยและญาติผู้ดูแล สอดคล้องกับการศึกษาของวีโรนิกาและคณะ¹⁷ ที่พบว่า การทำแผลด้วยวัสดุปิดแผลชั้นสูง สามารถลดการมาทำแผลในโรงพยาบาลจากเดิมวันละ 2 ครั้ง เหลือเพียงสัปดาห์ละ 1 ครั้ง แต่ยังรักษาคุณภาพบริการที่ผลลัพธ์แผลหายเร็ว ลดค่าใช้จ่ายรวมตลอดการรักษาพยาบาลของผู้ป่วย และเพิ่มความพึงพอใจในการเข้ารับบริการเหล่านั้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ทั้งยังสอดคล้องกับผลการศึกษานี้ที่ พบว่า ความพึงพอใจสอดคล้องกับความสะดวกในการเข้ารับบริการ อาจเนื่องจากเมื่อผู้ป่วยไม่จำเป็นต้องเดินทางเข้ารับบริการบ่อย จึงเกิดความสะดวกในการรับการรักษาต่อเนื่องอีกด้วย

ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรกับความผูกพัน พบว่า อายุมีความสัมพันธ์กับความผูกพัน อธิบายได้ว่า ศูนย์ความเป็นเลิศทางการแพทย์บาดแผลและออสโตมี คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาลให้บริการประชาชนครอบคลุมตั้งแต่การป้องกันการรักษา และการติดตาม ซึ่งกระบวนการดังกล่าวคู่ขนานไปกับการดำรงชีวิตของประชาชนผู้รับบริการ การดูแลต่อเนื่องทุกระยะนี้ สร้างความผูกพันใกล้ชิดดุจญาติมิตร ส่งผลให้เกิดความเชื่อมั่นในบริการ สอดคล้องกับการศึกษาของศิริพรและคณะ¹⁸ ที่พบว่า อายุสัมพันธ์กับความผูกพัน การรับรู้ การสนับสนุนทางสังคม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ นอกจากนี้ความผูกพันยังมีความสัมพันธ์กับการมีพยาบาลเชี่ยวชาญ อธิบายได้ว่าบุคลากรผู้ที่จบการศึกษา

เฉพาะทางสาขา โดยมีใบรับรองการศึกษาจาก สภาการพยาบาลหรือสถาบันการศึกษาต่าง ๆ นั้น ถือเป็นผู้ที่มีความสามารถพัฒนาและประยุกต์ใช้ ความรู้ วิธีการ เทคนิคต่าง ๆ เพื่อให้บริการอย่างมี คุณภาพสูงสุดตามมาตรฐานวิชาชีพ สอดคล้องกับ การศึกษาของฟินลิปและคณะ¹⁹ ที่ พบว่า ปัจจุบัน ความต้องการของผู้รับบริการด้านบาดแผลเพิ่มขึ้น ทั้งจากการก้าวเข้าสู่ยุคสังคมผู้สูงอายุ จากสิ่งแวดล้อม ที่เปลี่ยนแปลงไป ความเสื่อมของร่างกายเองหรือ ความเจ็บป่วยต่าง ๆ ทั้งอุบัติเหตุและเรื้อรัง รวมถึง ความคาดหวังได้รับการที่เป็นเลิศจึงทำให้ผู้ป่วย มักเลือกเข้ารับบริการในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ หน่วยบริการสุขภาพต่าง ๆ จึงจำเป็นต้องมีพยาบาล ที่มีทักษะเฉพาะสาขา ที่มีความเชี่ยวชาญด้าน การปฏิบัติ มีองค์ความรู้ที่สามารถให้บริการพยาบาล ได้ในระดับสูง จากการทบทวนวรรณกรรมผู้วิจัย ยังพบว่า หน่วยบริการบาดแผล ควรมีผู้นำทาง การพยาบาลที่สามารถเป็นต้นแบบการปฏิบัติที่ดี ที่สุด ถ่ายทอดความรู้และฝึกปฏิบัติให้ผู้ป่วย และผู้ดูแลอย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอ เพื่อผลลัพธ์ ที่มีประสิทธิภาพสูงสุด ถือเป็นเทคนิคสำคัญ สู่อำนาจสำเร็จ อย่างยั่งยืนขององค์กร

กล่าวโดยสรุป การให้บริการเพื่อตอบสนอง ความคาดหวังที่ตรงความต้องการจะสร้างความพึงพอใจ กับผู้รับบริการ และสร้างความเชื่อมั่นด้านคุณภาพ การรักษาพยาบาล ส่งผลต่อการสร้างความผูกพัน ของผู้รับบริการ จากผลการศึกษา พบว่า การมี พยาบาลเชี่ยวชาญเฉพาะสาขาที่ตรงบริบทงาน ศูนย์ความเป็นเลิศทางการพยาบาล จะสามารถ สร้างคุณค่าและชื่อเสียงขององค์กรได้ ดังนั้น ควรสนับสนุนด้านความรู้ ความเชี่ยวชาญ ของพยาบาล มีการอบรมทักษะในการปฏิบัติงาน อย่างต่อเนื่อง ให้ความสำคัญกับจรรยาบรรณ วิชาชีพ และการให้ความสำคัญต่อการบริการ ที่เป็นเลิศ นับเป็นสิ่งที่ช่วยสนับสนุนการรักษา ทางการแพทย์ และสร้างความรู้สึกรับรองการบริการที่ดี

ต่อการรักษาด้านจิตใจ ความพึงพอใจ ประทับใจ และเชื่อใจ ให้แก่ผู้รับบริการเป็นอย่างดี

กิตติกรรมประกาศ

งานวิจัยนี้ได้รับการสนับสนุนจากกองทุนวิจัย มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. ควรให้ความสำคัญในประเด็นการส่งเสริม สมรรถนะพยาบาลด้านการฟัง และการประเมิน ผู้ป่วยอย่างสม่ำเสมอ สนับสนุนให้บุคลากรพยาบาล และผู้รับบริการมีการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ เพิ่มขึ้น เพื่อให้เกิดความพึงพอใจ และความผูกพัน ต่อการรับบริการ

2. พัฒนาพยาบาลให้มีสมรรถนะเชี่ยวชาญ เฉพาะทาง และมอบหมายหน้าที่พยาบาลให้ ตรงความสามารถเฉพาะทางการพยาบาลนั้น เพื่อให้เกิดผลลัพธ์ทางการพยาบาลที่เป็นเลิศ

ข้อเสนอแนะด้านการวิจัย

1. ศึกษาเพิ่มเติมในปัจจัยอื่น ๆ ที่น่าจะส่งผล ต่อความคาดหวัง ความพึงพอใจ และความผูกพัน ต่อการให้บริการของศูนย์ความเป็นเลิศทางการพยาบาล เพื่อให้ได้ข้อมูลที่หลากหลายเพิ่มขึ้น

2. จากการศึกษาพบข้อมูลที่มีความสัมพันธ์ กับความคาดหวัง ความพึงพอใจ และความผูกพัน ต่อการให้บริการของศูนย์ความเป็นเลิศทางการพยาบาล สามารถนำมาวางแผนการพยาบาลเพื่อส่งเสริม ประสิทธิภาพในการบริการผู้ป่วยให้เพิ่มขึ้นได้

เอกสารอ้างอิง

1. สถาบันมะเร็งแห่งชาติ. ทะเบียนมะเร็งระดับ โรงพยาบาล พ.ศ.2558. กรุงเทพฯ: บริษัท พรทรัพย์การพิมพ์ จำกัด; 2015.
2. สถิติคณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล. รายงานประจำปี 2563 กรุงเทพมหานคร: คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล; 2563.

3. ไพบูลย์ จิระไพศาลพงศ์. ostomy ทวารเทียม. 1 พ, editor. กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์กรุงเทพเวชสาร; 2555.
4. กาญจนา รุ่งแสงจันทร์. การพยาบาลออสโตมีและแผลในศตวรรษที่ 21. 1 พ, editor. กรุงเทพมหานคร: พุ่มทองการพิมพ์; 2556.
5. Elivering Quality service balancing customer perception and Expectation [Internet]. 1990.
6. Parasuraman AP, Zeithaml V, Berry L. A Conceptual Model of Service Quality and its Implication for Future Research (SERVQUAL). The Journal of Marketing. 1985; 49: 41-50.
7. นัทธพร สุวรรณสุขโรจน์. การประเมินความพึงพอใจของผู้ป่วยที่มีต่อการบริการของคลินิกนอกเวลาราชการโรงพยาบาลศรีนครินทร์คณะแพทยศาสตร์มหาวิทยาลัยขอนแก่น. ปรินญาวิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต สาขาวิชาวิทยาศาสตร์ความงามและสุขภาพ มหาวิทยาลัยขอนแก่น; 2551.
8. บุริม โอทกานนท์. customer and brand engagement 2554. Available from: <http://inside.cm.mahidol.ac.th/mkt>.
9. บุญชม ศรีสะอาด. การวิจัยเบื้องต้น. กรุงเทพมหานคร: สุวีริยาสาส์น; 2553.
10. นกตล รมโพธิ์. Net Promoter Score (NPS) ตัววัดผลการปฏิบัติงานด้านลูกค้าที่น่าสนใจ. วารสารบริหารธุรกิจ. 2555; 35(135): 4-7.
11. Morrison V, Hauch RR, Perez E, Bates M, Sepe P, Dans M. Diversity, Equity, and Inclusion in Nursing: The Pathway to Excellence Framework Alignment. Nurs Adm Q. 2021; 45(4): 311-23.
12. McNicholas A, McCall A, Wemer A, Wounderly R, Marinchak E, Jones P. Improving Patient Experience Through Nursing Satisfaction. J Trauma Nurs. 2017; 24(6): 371-5.
13. Luangchangthong C, Chantuk T. The Relationship between the Expectations of Service Quality and New Service in Provincial Waterworks Authority Veridian E-Journal, Silpakorn University. 2016; 9(2): 1610-26.
14. Potilungka J. expectation, satisfaction and service quality: A case study of office of the registrar, Thammasat University. bangkok: Rajamangala University of Technology Thanyaburi; 2014.
15. Mulsan S, Rinrattanakorn P. Expectations, Satisfaction and Loyalty' s Customer of Services at U-Services (Thailand) Co., Ltd. KKU Research Journal of Humanities and Social Sciences. 2019; 8(1): 140-52.
16. Depaisamsakol P. Expectation and Perception of the clients about the service quality of the hospital. Veridian E-Journal. 2013; 6(1): 573-92.
17. Tiscar-González V, Menor-Rodríguez MJ, Rabadán-Sainz C, Fraile-Bravo M, Styche T, Valenzuela-Ocaña FJ, et al. Clinical and Economic Impact of Wound Care Using a Polyurethane Foam Multilayer Dressing. Adv Skin Wound Care. 2021; 34(1): 23-30.
18. Nakorn SN, Nintachan P, Sangon S, Ekathikhomkit N. Relationships between gender, age, negative life events, friendship intimacy, and perceived social support and resilience in Thai disadvantaged adolescents in a province in the central region. The journal of psychiatric nursing and mental health. 2020; 34(2): 77-98.
19. Seaton PCJ, Cant RP, Trip HT. Quality indicators for a community-based wound care centre: An integrative review. Int Wound J. 2020; 17(3): 587-600.

บทความวิจัย

การปนเปื้อนของเชื้อแบคทีเรียในสิ่งแวดล้อม และการติดเชื้อแบคทีเรียดื้อยาต้านจุลชีพในโรงพยาบาล

วริศรา จิระวาทีน¹สุคนธา ศิริ²ดุสิต สุจิรารัตน์³อนันต์ มโนมัยพิบูลย์⁴

บทคัดย่อ

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความชุกของเชื้อแบคทีเรียก่อโรคที่ดื้อยาในอากาศภายในอาคารและพื้นผิวที่สัมผัสบ่อยโรงพยาบาลวชิรพยาบาล คณะแพทยศาสตร์มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปริมาณแบคทีเรีย ชนิด และตัวแปรทางกายภาพกับความชุกของการติดเชื้อแบคทีเรียดื้อยาในโรงพยาบาล ตัวอย่างอากาศ 442 ตัวอย่าง และสวอบพื้นผิว 1,212 ตัวอย่างจาก 41 หอผู้ป่วย ตัวอย่างอากาศเก็บด้วยเครื่อง MAS-100[®] impactor วิเคราะห์ข้อมูลโดยสถิติเชิงพรรณนาและสมการถดถอยปัวของเพื่อระบุความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยเสี่ยงกับการติดเชื้อแบคทีเรียดื้อยาในโรงพยาบาลที่ระดับนัยสำคัญ $p < .05$ ผลการศึกษาพบว่า Carbapenem-resistant *A. baumannii* (CRAB) เป็นแบคทีเรียดื้อยาที่พบมากในอากาศและพื้นผิวที่สัมผัสบ่อย การปนเปื้อนของแบคทีเรียดื้อยาในอากาศและพื้นผิวที่สัมผัสบ่อยพบมากที่สุดในห้องผู้ป่วยอายุรกรรมตัวอย่างที่พบการปนเปื้อนมากที่สุดมาจากผ้าพันแขนวัดความดัน นอกจากนี้จำนวนผู้ป่วยติดเชื้อแบคทีเรียดื้อยาในโรงพยาบาลที่สอดคล้องอุปกรณ์ทางการแพทย์จำนวน 9 ราย อัตราการติดเชื้อเท่ากับ 0.67 ครั้ง ต่อ 1,000 วันนอน การติดเชื้อแบคทีเรียดื้อยาในโรงพยาบาลมีความสัมพันธ์กับการปนเปื้อน CRAB ในอากาศ และพื้นผิวที่สัมผัสบ่อย จำนวนบุคลากรทางการแพทย์ และความชื้นสัมพัทธ์ภายในหอผู้ป่วยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) การศึกษานี้จะช่วยในการพัฒนาแนวทางสำหรับลดการติดเชื้อในโรงพยาบาล

คำสำคัญ: การติดเชื้อในโรงพยาบาล/ เชื้อแบคทีเรียดื้อยา / สิ่งแวดล้อมในโรงพยาบาล

¹พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ งานควบคุมโรคติดเชื้อ ฝ่ายการพยาบาล คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล

มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช กรุงเทพฯ 10300 Corresponding Author, Email: warissara@nmu.ac.th

²ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ภาควิชาระบาดวิทยา คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

³รองศาสตราจารย์ ภาควิชาระบาดวิทยา คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

⁴รองศาสตราจารย์ มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช กรุงเทพฯ

Research article

The environmental contaminate and drug-resistant nosocomial bacterial infection in hospital settings

*Warissara Jirawathin*¹*Sukhontha Siri*²*Dusit Sujirarat*³*Anan Manomaipiboon*⁴

Abstract

This study aimed to determine the quantities and types of drug-resistant nosocomial pathogenic bacteria in indoor air and high-touch surfaces at Vajira Hospital, Faculty of Medicine, Navamindradhiraj University. Determine the associated between bacterial load, type, and physical variables with the prevalence of drug-resistant nosocomial bacterial infections. A total of 442 air samples and 1,212 surface swab samples were taken from 41 hospital wards. The air samples were collected by MAS-100[®] impactor. Data were analyzed by descriptive statistics and poisson regression to determine the associated between risk factors with drug-resistant nosocomial bacterial infections at a significance level of $p < .05$. The results showed Carbapenem-resistant *A. baumannii* (CRAB) was the most frequent drug-resistant bacteria found in air and high-touch surfaces. The highest contamination of drug-resistant in the air and on high-touch surfaces was discovered in MWs. The most often contaminated samples were from blood pressure cuffs. Furthermore, the number of drug-resistant nosocomial bacterial infections who use invasive medical devices was nine, the infection rate was 0.67 times per 1,000 days of a patient admitted. Drug-resistant nosocomial bacterial infections were significantly related to CRAB contamination in air and high-touch surfaces, the number of healthcare workers, and relative humidity in inpatient wards ($p < .001$). These findings contribute to the development of a guideline for reducing hospital-acquired infection.

Keywords: Hospital – acquired infection/ Drug-resistant/ Hospital environment

¹Professional nurse, Infection Control Division, Faculty of Medicine, Vajira Hospital, Navamindradhiraj University Corresponding Author, Email: warissara@nmu.ac.th

²Assistant Professor, Public Health Infectious Diseases and Epidemiology Faculty of Public Health Mahidol University

³Associated Professor, Public Health Infectious Diseases and Epidemiology Faculty of Public Health Mahidol University

⁴Associated Professor, Navamindradhiraj University, Bangkok

บทนำ

การติดเชื้อในโรงพยาบาล (hospital-acquired infections) คือการติดเชื้อที่เกิดขึ้นในระหว่างที่ผู้ป่วยเข้ารับการรักษานในโรงพยาบาล โดยไม่มีการติดเชื้อหรืออยู่ในระหว่างการพักตัวของเชื้อในขณะที่เข้ารับรักษา รวมทั้งการติดเชื้อที่เกิดขึ้นภายหลังจากการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลไปแล้วเป็นระยะเวลา 48 ชั่วโมง ปัจจุบันการติดเชื้อในโรงพยาบาลเป็นปัญหาด้านสาธารณสุขที่ทุกประเทศให้ความสำคัญ โดยส่งผลต่ออัตราการเสียชีวิต อัตราการเกิดทุพพลภาพ ระยะเวลาพักรักษาตัวในโรงพยาบาล ค่าใช้จ่ายในการรักษา รวมไปถึงการจัดการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อของโรงพยาบาลอีกด้วย¹ ในปัจจุบันความชุกของการติดเชื้อในโรงพยาบาลพบตั้งแต่ร้อยละ 5.7-19.1 (ค่าเฉลี่ยร้อยละ 10.1) โดยประเทศที่พัฒนาแล้วจะมีความชุกที่น้อยกว่าประเทศที่กำลังพัฒนา^{1,2} ขณะที่กลุ่มประเทศในภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้พบว่ามีค่าชุกเท่ากับร้อยละ 9.0³ สำหรับประเทศไทยพบความชุกของการติดเชื้อตั้งแต่ร้อยละ 1.6-7.3⁴ เชื้อแบคทีเรียก่อโรคในโรงพยาบาลที่ดื้อยาต้านจุลชีพที่พบบ่อยได้แก่ methicillin-resistant *Staphylococcus aureus* (MRSA), vancomycin-resistant *Enterococcus* spp. (VRE), multidrug-resistant *Pseudomonas aeruginosa*, multidrug-resistant *A. baumannii* และ Enterobacteriaceae producing extended-spectrum β -lactamase (ESBL)^{5,6} ในประเทศไทย การติดเชื้อแบคทีเรียก่อโรคในโรงพยาบาลที่ดื้อยาต้านจุลชีพเป็นสาเหตุสำคัญของการเสียชีวิต^{7,8} โดยปัจจัยสำคัญที่ส่งผลต่อการติดเชื้อในโรงพยาบาลคือ สิ่งแวดล้อมที่อยู่รอบตัวผู้ป่วยโดยเฉพาะพื้นผิวสัมผัสต่าง ๆ ภายในหอผู้ป่วย รวมไปถึงอากาศภายในหอผู้ป่วย ซึ่งเป็นแหล่งสะสมของเชื้อแบคทีเรียก่อโรคในโรงพยาบาลหลายชนิด และ

เชื้อแบคทีเรียบางชนิดสามารถมีชีวิตอยู่ได้นานในสิ่งแวดล้อม เช่น MRSA, *Enterococcus* spp. *P. aeruginosa* และ *A. baumannii*^{7,9,10} ดังนั้นผู้ป่วยที่ติดเชื้อหรือเป็นพาหะของเชื้อก่อโรคที่เข้ารับการรักษานในโรงพยาบาลและบุคลากรที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยที่เป็นพาหะของเชื้อแบคทีเรีย จึงสามารถเป็นแหล่งแพร่กระจายเชื้อก่อโรคเหล่านั้นไปสู่ผู้ป่วยรายอื่นได้ รวมไปถึงบุคลากรอื่น ๆ ที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลได้โดยการสัมผัสพื้นผิวและวัสดุอุปกรณ์ต่าง ๆ จากการศึกษาในหอผู้ป่วยหนักประเทศอังกฤษพบว่า การปนเปื้อนของเชื้อแบคทีเรียบนพื้นผิวสัมผัสบริเวณใกล้ผู้ป่วยสัมพันธ์กับจำนวนบุคลากรและผู้เข้าเยี่ยม¹¹ นอกจากนี้ยังมีหลักฐานเชิงประจักษ์ที่ยืนยันว่าเชื้อก่อโรคในโรงพยาบาลบางชนิดสามารถแพร่กระจายผ่านทางอากาศได้ด้วยเช่น MRSA และ *A. baumannii*¹²

ปัจจุบันการศึกษาวิจัยในเรื่องการปนเปื้อนของเชื้อแบคทีเรียในสิ่งแวดล้อมในโรงพยาบาลส่วนใหญ่จะเป็นการศึกษาปริมาณเชื้อแบคทีเรียทั้งหมด และยังเป็นการศึกษาเพียงบางหน่วยบริการในโรงพยาบาลเท่านั้น นอกจากนี้ข้อมูลการปนเปื้อนเชื้อแบคทีเรียดื้อยาต้านจุลชีพในสิ่งแวดล้อมของโรงพยาบาล ยังมีข้อมูลไม่เพียงพอมากนัก ด้วยเหตุนี้ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาถึงความชุกของการปนเปื้อนเชื้อแบคทีเรียดื้อยาต้านจุลชีพในอากาศและบนพื้นผิวสัมผัสของวัสดุอุปกรณ์ต่าง ๆ ภายในหน่วยบริการของโรงพยาบาล ซึ่งจะสามารถนำไปใช้เป็นข้อมูลสนับสนุนแนวทางปฏิบัติต่าง ๆ ทางด้านสิ่งแวดล้อมโดยรอบตัวผู้ป่วย ที่จะช่วยควบคุมและป้องกันการติดเชื้อในโรงพยาบาล

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาความชุกของเชื้อแบคทีเรียดื้อยาต้านจุลชีพที่พบในอากาศและพื้นผิวสัมผัสบริเวณรอบตัวผู้ป่วยภายในโรงพยาบาล
2. เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการติดเชื้อแบคทีเรียดื้อยาต้านจุลชีพในโรงพยาบาล

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยแบบภาคตัดขวาง (cross-sectional study design) เพื่อศึกษาความชุกและชนิดของเชื้อแบคทีเรียดื้อยาต้านจุลชีพที่ปนเปื้อนในสิ่งแวดล้อม ได้แก่ อากาศ และพื้นผิวสัมผัสต่าง ๆ บริเวณรอบตัวผู้ป่วยรวมทั้งพื้นผิววัสดุอุปกรณ์ต่าง ๆ ภายในหน่วยบริการของโรงพยาบาล คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช โดยทำการเก็บตัวอย่างตั้งแต่เดือนธันวาคม พ.ศ. 2562 ถึง เดือน กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2563

การเก็บตัวอย่าง

การเก็บตัวอย่างอากาศ

ตัวอย่างอากาศทั้งหมด 442 ตัวอย่าง เก็บจากหอผู้ป่วยในทั้งหมด 405 ตัวอย่าง และหน่วยบริการพิเศษอื่น ๆ โดยเลือกเก็บแต่ละจุดให้ครอบคลุมอากาศทั้งหมดในหอผู้ป่วย¹³ เก็บด้วยวิธีการดูดอากาศผ่านลงไปในผิวหน้าสัมผัสของจานเพาะเลี้ยงเชื้อแบคทีเรีย โดยใช้เครื่องเก็บตัวอย่างอากาศแบบ active air sampling ชนิด MAS-100[®] ตั้งค่าอัตราการไหลเข้าของอากาศ 100 ลิตร/นาที และเก็บตัวอย่างอากาศในแต่ละจุด เป็นเวลา 3 นาที โดยติดตั้งภายใน หอผู้ป่วย/หน่วยบริการ ๆ ละ 5 จุด (เคาเตอร์พยาบาล 1 จุด พื้นที่ที่เป็นทางไหลออกของอากาศ 1 จุด และบริเวณใกล้กับผู้ป่วย 3 จุด) เก็บที่ความสูง 1.5 เมตรจากพื้น และห่างจากผนัง 1 เมตร¹³ เก็บตัวอย่างในช่วงเวลา 9.00 – 11.00 น. และ 14.00-15.00 น. โดยทำการเก็บตัวอย่าง 3 ครั้งต่อเดือน

การเก็บตัวอย่างพื้นผิวสัมผัสวัสดุอุปกรณ์ต่าง ๆ

ตัวอย่างพื้นผิวสัมผัส 1,212 ตัวอย่าง เก็บด้วยวิธีใช้ไม้พันสำลีปลอดเชื้อ (swab) ที่ชุบด้วยสารละลายน้ำเกลือ (Normal Saline Solution: NSS) ป้ายลงบนพื้นผิวที่ต้องการเก็บขนาด

10 ตารางเซนติเมตร แล้วป้ายลงบนอาหารเลี้ยงเชื้อ (Streak plate) โดยจุดที่เก็บตัวอย่างประกอบด้วย พื้นผิวบริเวณรอบตัวผู้ป่วย ได้แก่ ผ้าปูเตียงผู้ป่วย ราวข้างเตียงผู้ป่วย โต๊ะข้างเตียงผู้ป่วย โต๊ะเครื่องมือเสาน้ำเกลือ เครื่องให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ เครื่องช่วยหายใจ เครื่องวัดสัญญาณชีพ ผ้าพันแขน เครื่องวัดความดัน และพื้นที่อื่น ๆ ภายในหอผู้ป่วย ได้แก่ โต๊ะทำงานของพยาบาล แป้นพิมพ์ของเครื่องคอมพิวเตอร์ โทรศัพท์ และแฟ้มเวชระเบียนผู้ป่วย

การวินิจฉัยชนิดของเชื้อแบคทีเรีย

ตัวอย่างอากาศและตัวอย่างพื้นผิวสัมผัส นำส่งห้องปฏิบัติการของฝ่ายชันสูตรโรคกลางและธนาคารเลือด โรงพยาบาลวชิรพยาบาล โดยตัวอย่างทั้งหมดบ่มเพาะเชื้อที่อุณหภูมิ 37 °C เป็นเวลา 18-24 ชั่วโมง แล้วทำการวินิจฉัยชนิดของเชื้อด้วยวิธีการทดสอบทางชีวเคมีชนิด MALDI-TOF Mass Spectrometry หลังจากนั้นเลือกเชื้อแบคทีเรียก่อโรคในโรงพยาบาลมาทำการทดสอบความไวต่อยาต้านจุลชีพด้วยวิธี agar disc diffusion

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ชนิดของเชื้อแบคทีเรียดื้อยาต้านจุลชีพในอากาศและพื้นผิวสัมผัสวิเคราะห์ด้วยสถิติเชิงพรรณนา โดยนำเสนอความชุกในรูปแบบของจำนวนและร้อยละ

วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรต้นทั้งตัวแปรที่เป็นคุณภาพและตัวแปรต้นที่เป็นเชิงปริมาณ กับตัวแปรตามที่เป็นคุณภาพ คือ การติดเชื้อแบคทีเรียที่ดื้อต่อยาต้านจุลชีพในโรงพยาบาลภายใต้ระยะเวลาวันนอนของผู้ป่วย โดยใช้สถิติ poisson regression โดยกำหนดค่านัยสำคัญทางสถิติที่ร้อยละ 95 (p-value < .05)

ผลการวิจัย

ตัวอย่างอากาศภายในหน่วยบริการผู้ป่วยของโรงพยาบาลทั้งหมด 442 ตัวอย่าง พบเชื้อ

แบคทีเรียดื้อยาต้านจุลชีพจำนวน 63 ตัวอย่าง คิดเป็นร้อยละ 14.3 โดย carbapenem-resistant *A. baumannii* (CRAB) พบมากที่สุด ร้อยละ 11.8 รองลงมาคือ MRSA ร้อยละ 2.3 และ Carbapenem-resistant *Enterobacteriaceae* (CRE) ร้อยละ 0.2

ในขณะที่ MDR *P. aeruginosa* และ VRE ตรวจไม่พบการปนเปื้อนในอากาศ ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ความชุกของเชื้อแบคทีเรียดื้อยาต้านจุลชีพในอากาศ (n = 442)

การปนเปื้อนของเชื้อแบคทีเรียดื้อยาต้านจุลชีพในอากาศ	พบเชื้อ จำนวน (%)	ไม่พบเชื้อ จำนวน (%)
การพบเชื้อแบคทีเรียดื้อยาต้านจุลชีพ	63 (14.3)	379 (85.7)
CRAB	52 (11.8)	390 (88.2)
MRSA	10 (2.3)	432 (97.7)
CRE	1 (0.2)	441 (99.8)
VRE	0 (0)	442 (100.0)
MDR <i>P. aeruginosa</i>	0 (0)	442 (100.0)

ผลการเพาะเชื้อเพื่อหาชนิดของแบคทีเรียดื้อยาต้านจุลชีพที่ปนเปื้อนในอากาศภายในหน่วยบริการผู้ป่วย พบว่า แพนกผู้ป่วยในพบเชื้อแบคทีเรียดื้อยาต้านจุลชีพในอากาศจำนวน 61 ตัวอย่าง คิดเป็นร้อยละ 15.1 และแพนกผู้ป่วยนอกพบจำนวน 2 ตัวอย่าง คิดเป็นร้อยละ 5.4 ตามลำดับ ดังแสดงในตารางที่ 2 เมื่อจำแนกตามประเภทหน่วยบริการผู้ป่วยพบว่าหอผู้ป่วย

อายุรกรรม พบการปนเปื้อนเชื้อแบคทีเรียดื้อยาต้านจุลชีพมากที่สุดร้อยละ 23.2 รองลงมาคือ หน่วยบริการผู้ป่วยนอกร้อยละ 20.0 และหอผู้ป่วยศัลยกรรมร้อยละ 15.2 ตามลำดับ ขณะที่หน่วยบริการผู้ป่วยที่ไม่พบเชื้อแบคทีเรียดื้อยาต้านจุลชีพปนเปื้อนในอากาศได้แก่ หอผู้ป่วยพิเศษ หน่วยบริการผู้ป่วยนอกอื่น ๆ ห้องผ่าตัดและห้องตรวจวินิจฉัยบำบัดด้วยรังสีรักษา ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 การปนเปื้อนของเชื้อแบคทีเรียดื้อยาต้านจุลชีพในอากาศในหน่วยงานบริการผู้ป่วยของโรงพยาบาล (n = 442)

แผนก	พบเชื้อ จำนวน (%)	ไม่พบเชื้อ จำนวน (%)
แพนกผู้ป่วยใน	61 (15.1)	344 (84.9)
แพนกผู้ป่วยนอก	2 (5.4)	35 (94.6)
ประเภทหน่วยบริการผู้ป่วย		
หออภิบาลผู้ป่วยหนัก	17 (14.2)	103 (85.8)
หอผู้ป่วยศัลยกรรม	16 (15.2)	89 (84.8)
หอผู้ป่วยอายุรกรรม	22 (23.2)	73 (76.8)
หอผู้ป่วยกุมารเวชกรรม	2 (13.3)	13 (86.7)

ตารางที่ 2 การปนเปื้อนของเชื้อแบคทีเรียดื้อยาต้านจุลชีพในอากาศในหน่วยงานบริการผู้ป่วยของโรงพยาบาล
(n = 442) (ต่อ)

แผนก	พบเชื้อ จำนวน (%)	ไม่พบเชื้อ จำนวน (%)
หอผู้ป่วยศัลยกรรมกระดูก	2 (6.7)	28 (93.3)
หอผู้ป่วยสูตินรีเวชกรรม	2 (6.7)	28 (93.3)
หอผู้ป่วยพิเศษ	0 (0)	10 (100.0)
หน่วยบริการผู้ป่วยนอก	2 (20.0)	8 (80.0)
หน่วยบริการผู้ป่วยนอกอื่น ๆ	0 (0)	12 (100.0)
ห้องผ่าตัด	0 (0)	5 (100.0)
ห้องตรวจวินิจฉัยบำบัดด้วยรังสีรักษา	0 (0)	10 (100.0)

ผลการศึกษาตัวอย่างพื้นผิวสัมผัสของวัสดุอุปกรณ์ต่าง ๆ ทั้งหมด 1,212 ตัวอย่าง พบเชื้อแบคทีเรียดื้อยาต้านจุลชีพ จำนวน 23 ตัวอย่าง คิดเป็นร้อยละ 1.9 โดยเชื้อแบคทีเรียดื้อยาต้านจุลชีพ

ที่พบได้แก่ CRAB ร้อยละ 1.2 MRSA ร้อยละ 0.5 และ VRE ร้อยละ 0.2 ในกลุ่มตัวอย่างทั้งหมดไม่พบเชื้อแบคทีเรียดื้อยาต้านจุลชีพชนิด MDR *P. aeruginosa* และ CRE ดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 การปนเปื้อนของเชื้อแบคทีเรียดื้อยาต้านจุลชีพบนพื้นผิวสัมผัส (n = 1,212)

เชื้อแบคทีเรียดื้อยาต้านจุลชีพ	พบเชื้อ จำนวน (%)	ไม่พบเชื้อ จำนวน (%)
การพบเชื้อแบคทีเรียดื้อยาต้านจุลชีพ	23 (1.9)	1189 (98.1)
CRAB	15 (1.2)	1197 (98.8)
MRSA	6 (0.5)	1206 (99.5)
VRE	2 (0.2)	1210 (99.8)
MDR <i>P. aeruginosa</i>	0 (0)	1212 (100.0)
CRE	0 (0)	1212 (100.0)

ผลการเพาะเชื้อเพื่อหาชนิดของแบคทีเรียดื้อยาต้านจุลชีพที่ปนเปื้อนบนพื้นผิวสัมผัสของวัสดุอุปกรณ์ต่าง ๆ ภายในหน่วยบริการผู้ป่วยของโรงพยาบาลทั้งหมดแสดงในตารางที่ 4 พบว่าแผนกผู้ป่วยในมีเชื้อแบคทีเรียดื้อยาต้านจุลชีพในตัวอย่างพื้นผิวสัมผัสจำนวน 23 ตัวอย่าง คิดเป็นร้อยละ 2 และแผนกผู้ป่วยนอกไม่พบเชื้อแบคทีเรียดื้อยาต้านจุลชีพ เมื่อจำแนกตามประเภทหน่วยบริการผู้ป่วยพบว่า หน่วยบริการผู้ป่วยที่มีเชื้อแบคทีเรียดื้อยาต้านจุลชีพปนเปื้อนบนพื้น

ผิวสัมผัสของวัสดุอุปกรณ์ต่าง ๆ มากที่สุดคือหอผู้ป่วยอายุรกรรม ร้อยละ 3.8 รองลงมาคือหอผู้ป่วยศัลยกรรมกระดูกร้อยละ 2.4 และหออภิบาลผู้ป่วยหนักร้อยละ 1.8 ตามลำดับและหน่วยบริการที่ไม่พบเชื้อแบคทีเรียดื้อยาต้านจุลชีพปนเปื้อนบนพื้นผิวสัมผัสของวัสดุอุปกรณ์ต่าง ๆ ได้แก่ หอผู้ป่วยกุมารเวชกรรม หอผู้ป่วยพิเศษ หน่วยบริการผู้ป่วยนอก หน่วยบริการผู้ป่วยนอกอื่น ๆ ห้องผ่าตัดและห้องตรวจวินิจฉัยบำบัดด้วยรังสีรักษา

ตารางที่ 4 การปนเปื้อนของเชื้อแบคทีเรียที่เรื้อร่าด้านจุลชีพบนพื้นผิวสัมผัสในหน่วยบริการผู้ป่วย (n = 1,212)

แผนก	พบเชื้อ จำนวน (%)	ไม่พบเชื้อ จำนวน (%)
แผนกผู้ป่วยใน	23 (2.0)	1111 (98.0)
แผนกผู้ป่วยนอก	0 (0)	78 (100.0)
ประเภทหน่วยงานบริการผู้ป่วย		
หออภิบาลผู้ป่วยหนัก	6 (1.8)	330 (98.2)
หอผู้ป่วยศัลยกรรม	4 (1.4)	290 (98.6)
หอผู้ป่วยอายุรกรรม	10 (3.8)	256 (96.2)
หอผู้ป่วยกุมารเวชกรรม	0 (0)	42 (100.0)
หอผู้ป่วยศัลยกรรมกระดูก	2 (2.4)	82 (97.6)
หอผู้ป่วยสูตินรีเวชกรรม	1 (1.2)	83 (98.8)
หอผู้ป่วยพิเศษ	0 (0)	28 (100.0)
หน่วยบริการผู้ป่วยนอก	0 (0)	12 (100.0)
หน่วยบริการผู้ป่วยนอกอื่น ๆ	0 (0)	33 (100.0)
ห้องผ่าตัด	0 (0)	25 (100.0)
ห้องตรวจวินิจฉัยบำบัดด้วยรังสีรักษา	0 (0)	8 (100.0)

ตารางที่ 5 ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์การติดเชื้อแบคทีเรียที่เรื้อร่าด้านจุลชีพในโรงพยาบาลกับหน่วยงานบริการผู้ป่วยใน

ปัจจัย	RR (relative risk)	95%CI	p-value
intensive care unit	9.273	1.263-68.071	.029*
surgical ward	5.891	0.814-42.630	.079
medicine ward	15.50	2.167-110.88	.006*
ortho	3.663	0.458-29.285	.221
obstetric & gynecology ward	NA	NA	NA
pediatric ward	1.000		

*p-value < .05

จากตาราง 5 เมื่อวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านลักษณะของหน่วยบริการผู้ป่วยในกับการติดเชื้อแบคทีเรียที่เรื้อร่าด้านจุลชีพในโรงพยาบาล พบว่าหอผู้ป่วย medicine ward และ intensive care unit เป็นปัจจัยเสี่ยงต่อ

การติดเชื้อแบคทีเรียที่เรื้อร่าด้านจุลชีพในโรงพยาบาลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยมีค่าความเสี่ยงสัมพัทธ์ (RR) เท่ากับ 15.50 เท่า (95%CI : 2.167,110.88) และ 9.273 เท่า (95%CI : 1.263 , 68.071) ตามลำดับ

ตารางที่ 6 ผลการวิเคราะห์ชนิดของเชื้อแบคทีเรียที่ดื้อต่อยาต้านจุลชีพที่ปนเปื้อนในอากาศ (cfu/m³) และพื้นผิวสัมผัส (cfu/cm²) ที่สัมพันธ์กับการติดเชื้อแบคทีเรียที่ดื้อต่อยาต้านจุลชีพในโรงพยาบาล

ปัจจัยด้านปริมาณและชนิดของการปนเปื้อน แบคทีเรีย	RR	95%CI	p-value
ชนิดของแบคทีเรียที่ดื้อต่อยาต้านจุลชีพที่ปนเปื้อนในอากาศ			
CRAB	1.439	1.338 - 1.547	<.001*
MRSA	2.108	1.376 - 3.230	<.001*
CRE	12.003	5.664 - 25.436	<.001*
ชนิดของแบคทีเรียที่ดื้อต่อยาต้านจุลชีพที่ปนเปื้อนบนพื้นผิวสัมผัสของวัสดุอุปกรณ์ต่าง ๆ			
CRAB	59.955	14.133 - 254.336	<.001*
MRSA	< 0.01	< 0.001 - > 1,000	0.316
VRE	90.360	23.167 - 352.439	<.001*

*p-value < .05

จากตารางที่ 6 พบว่า ชนิดของเชื้อแบคทีเรียที่ดื้อต่อยาต้านจุลชีพที่ปนเปื้อนในอากาศ พบว่า เชื้อแบคทีเรียที่ดื้อต่อยาต้านจุลชีพที่ปนเปื้อนในอากาศชนิด CRAB MRSA และ CRE สัมพันธ์กับการติดเชื้อแบคทีเรียที่ดื้อต่อยาต้านจุลชีพในโรงพยาบาลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยมีความเสี่ยงสัมพัทธ์ เท่ากับ 1.439 (95% CI: 1.338-1.547) , 2.108 (95% CI: 1.376-3.230) และ 12.003 (95% CI: 5.664-25.436) ตามลำดับ

เมื่อวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างชนิดของเชื้อแบคทีเรียที่ดื้อต่อยาต้านจุลชีพที่ปนเปื้อนบนพื้นผิวสัมผัสของอุปกรณ์ต่าง ๆ พบว่า เชื้อแบคทีเรียที่ดื้อต่อยาต้านจุลชีพชนิด CRAB และ VRE สัมพันธ์กับการติดเชื้อแบคทีเรียที่ดื้อต่อยาต้านจุลชีพในโรงพยาบาลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยมีความเสี่ยงสัมพัทธ์ เท่ากับ 59.955 (95% CI: 14.133-254.336) และ 90.360 (95% CI: 23.167-352.439) ตามลำดับ

ตารางที่ 7 ปัจจัยกายภาพด้านสิ่งแวดล้อม ในหน่วยบริการผู้ป่วยในที่สัมพันธ์กับการติดเชื้อแบคทีเรียที่ดื้อต่อยาต้านจุลชีพในโรงพยาบาล

ปัจจัยกายภาพด้านสิ่งแวดล้อม	RR	95%CI	p-value
อุณหภูมิ	0.939	0.877-1.005	.069
ความชื้นสัมพัทธ์	0.942	0.907-0.978	.002
จำนวนบุคลากรในหน่วยบริการ	1.159	1.120-1.199	<.001*

*p-value < .05

จากตารางที่ 7 พบว่า จำนวนบุคลากรที่ขึ้นปฏิบัติงานในหน่วยบริการผู้ป่วยในมีความสัมพันธ์กับการติดเชื้อแบคทีเรียที่ดื้อต่อยาต้านจุลชีพในโรงพยาบาลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

โดยมีความเสี่ยงสัมพัทธ์ เท่ากับ 1.159 (95% CI: 1.120-1.199) ในส่วนของปัจจัยด้านความชื้นสัมพัทธ์พบว่า ช่วยลดความเสี่ยงของการติดเชื้อแบคทีเรียที่ดื้อต่อยาต้านจุลชีพในโรงพยาบาล

โดยมีค่าความเสี่ยงสัมพัทธ์เท่ากับ 0.942 (95%CI: 0.907-0.978) และอุณหภูมิในหน่วยบริการผู้ป่วยในมีแนวโน้มที่จะช่วยลดความเสี่ยงของการติดเชื้อ

แบคทีเรียที่ดื้อต่อยาต้านจุลชีพในโรงพยาบาล โดยมีค่าความเสี่ยงสัมพัทธ์เท่ากับ 0.939 (95%CI: 0.877-1.005)

ตารางที่ 8 ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการติดเชื้อแบคทีเรียที่ดื้อต่อยาต้านจุลชีพในโรงพยาบาล

ปัจจัย	RR	95%CI	p-value
การปนเปื้อนของเชื้อ CRAB บนพื้นผิวสัมผัสของวัสดุอุปกรณ์ต่าง ๆ	35.887	7.678-167.726	<.001*
การปนเปื้อนของเชื้อ CRAB ในอากาศ	1.383	1.248-1.532	<.001*
จำนวนบุคลากรในหน่วยบริการผู้ป่วยใน	1.189	1.140-1.240	<.001*
ความชื้นสัมพัทธ์ในหน่วยบริการผู้ป่วยใน	1.102	1.044-1.163	<.001*

*p-value < .05 (multivariate analysis)

จากตารางที่ 8 พบว่า ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการติดเชื้อแบคทีเรียที่ดื้อต่อยาต้านจุลชีพที่ดื้อต่อยาต้านจุลชีพในโรงพยาบาลได้แก่ การปนเปื้อนของเชื้อ CRAB บนพื้นผิวสัมผัสของวัสดุอุปกรณ์ต่าง ๆ การปนเปื้อนของเชื้อ CRAB ในอากาศ จำนวนบุคลากรที่ขึ้นปฏิบัติงานในหน่วยบริการผู้ป่วยใน และความชื้นสัมพัทธ์ในหน่วยบริการผู้ป่วยใน โดยมีค่าความเสี่ยงสัมพัทธ์เท่ากับ 35.887 (95% CI: 7.678-167.726), 1.383 (95% CI: 1.248-1.532), 1.189 (95%CI: 1.140-1.240) และ 1.102 (95%CI: 1.044-1.163)

อภิปรายผลการศึกษา

ในการศึกษานี้ พบว่า ตัวอย่างอากาศภายในหน่วยบริการผู้ป่วยต่าง ๆ จำนวน 442 ตัวอย่าง พบเชื้อแบคทีเรียดื้อยาต้านจุลชีพจำนวน 63 ตัวอย่าง คิดเป็นร้อยละ 14.3 โดยเชื้อที่พบได้แก่ CRAB ร้อยละ 11.8 MRSA ร้อยละ 2.3 และ CRE ร้อยละ 0.2 โดยในกลุ่มตัวอย่างทั้งหมดนี้ไม่พบเชื้อแบคทีเรียดื้อยาต้านจุลชีพชนิด MDR *P. aeruginosa* และ VRE ในขณะที่การศึกษาที่ผ่านมาพบว่า เชื้อแบคทีเรียในกลุ่มที่เป็นเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพที่ปนเปื้อนในอากาศภายในหน่วยบริการผู้ป่วยของโรงพยาบาล

คือ *A. baumannii* และ *P. aeruginosa* ซึ่งพบได้ร้อยละ 22.6-31.0 โดยในจำนวนนี้ส่วนใหญ่จะเป็นเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพ^{14,15} และเป็นเชื้อ MRSA ร้อยละ 14.4-25.0¹⁶ นอกจากนี้ยังพบว่า เมื่อจำแนกตามหน่วยบริการที่แบ่งเป็นแผนกผู้ป่วยในและแผนกผู้ป่วยนอก พบว่า มีเชื้อแบคทีเรียดื้อยาต้านจุลชีพในอากาศจำนวน 61 ตัวอย่าง คิดเป็นร้อยละ 15.1 และจำนวน 2 ตัวอย่าง คิดเป็นร้อยละ 5.4 ตามลำดับ โดยในส่วนของหน่วยบริการแผนกผู้ป่วยในจะพบการปนเปื้อนของเชื้อแบคทีเรียดื้อยาต้านจุลชีพในอากาศมากที่สุดที่หอผู้ป่วยอายุรกรรมและหอผู้ป่วยศัลยกรรม ซึ่งอาจจะเป็นไปได้ว่า แผนกอายุรกรรมเป็นหน่วยบริการที่มีความหนาแน่นของผู้ป่วยมากที่สุดและมีบุคลากรทางการแพทย์จำนวนมากและที่สำคัญมีผู้ป่วยติดเชื้อในโรงพยาบาลที่มีสาเหตุจากเชื้อแบคทีเรียดื้อยาต้านจุลชีพ ซึ่งการศึกษาที่ผ่านมาพบว่า ผู้ป่วยที่ติดเชื้อแบคทีเรียดื้อยา เช่น MRSA และ *A. baumannii* เป็นแหล่งสะสมเชื้อที่สำคัญในการแพร่กระจายเชื้อไปในอากาศและสิ่งแวดล้อมได้¹⁶⁻¹⁸

จากการเพาะเชื้อเพื่อหาชนิดของแบคทีเรียดื้อยาต้านจุลชีพที่ปนเปื้อนบนพื้นผิวสัมผัส

ของวัสดุอุปกรณ์ ต่าง ๆ ภายในหน่วยบริการผู้ป่วยของโรงพยาบาล 1,212 ตัวอย่าง พบเชื้อแบคทีเรียดื้อยาต้านจุลชีพจำนวน 23 ตัวอย่าง คิดเป็นร้อยละ 1.9 โดยจำแนกเป็น CRAB ร้อยละ 1.2 MRSA ร้อยละ 0.5 และ VRE ร้อยละ 0.2 ซึ่งแตกต่างจากการศึกษาของ Muzslay และคณะ¹⁹ ที่ศึกษาการปนเปื้อนของเชื้อแบคทีเรียบนพื้นผิวสัมผัสของวัสดุอุปกรณ์ต่าง ๆ บริเวณโดยรอบผู้ป่วยในโรงพยาบาล ประเทศอังกฤษ พบอัตราการปนเปื้อน VRE ร้อยละ 2.6 ทั้งนี้ตัวอย่างพื้นผิวสัมผัสทั้งหมดไม่พบเชื้อ MDR *P. aeruginosa* และ CRE ในการศึกษาพบว่า CRAB และ MRSA จะเป็นเชื้อแบคทีเรียดื้อยาที่พบบ่อยที่สุดในตัวอย่างอากาศและพื้นผิวสัมผัส จากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่าการปนเปื้อนเชื้อแบคทีเรียของพื้นผิวสัมผัสและวัสดุอุปกรณ์ต่าง ๆ มักจะสัมพันธ์กับเชื้อแบคทีเรียที่ก่อโรคในโรงพยาบาลที่พบในผู้ป่วยภายในหอผู้ป่วยนั้น โดยชนิดของเชื้อก่อโรคในโรงพยาบาลที่พบบ่อยได้แก่ *A. baumannii* ร้อยละ 23.7- 48.0²⁰ และ VRE ร้อยละ 2.6¹⁹ นอกจากนี้จากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่า อัตราการติดเชื้อ *S. aureus* สัมพันธ์กับปริมาณเชื้อแบคทีเรียที่พบบนพื้นผิวสัมผัส²¹

นอกจากนั้นผลการศึกษากการพบเชื้อปนเปื้อนในอากาศสัมพันธ์กับการติดเชื้อในโรงพยาบาล โดยเฉพาะเชื้อ CRE ที่พบว่า การปนเปื้อนเชื้อในอากาศร้อยละ 58.54 เป็นเชื้อ CRE²² ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษา และยังพบว่า ส่วนใหญ่พบในหอผู้ป่วยหนัก และหอผู้ป่วยอายุรกรรมเช่นเดียวกัน การศึกษาความสัมพันธ์ด้านปัจจัยสิ่งแวดล้อมยังพบว่า จำนวนบุคลากรหรือบุคคลที่หนาแน่นในพื้นที่บริการ มีความสัมพันธ์กับการติดเชื้อในโรงพยาบาล ดังนั้นการควบคุมจำนวนบุคคลในแต่ละพื้นที่ อาจมีส่งผลต่อการป้องกันการติดเชื้อในโรงพยาบาลได้

ข้อเสนอแนะ

ผลการวิจัยนี้จะเป็นตัวชี้วัดการปนเปื้อนเชื้อแบคทีเรียดื้อยาต้านจุลชีพในโรงพยาบาลและใช้เป็นข้อมูลสนับสนุนการพัฒนาแนวทางการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาล การวิจัยในอนาคตควรจะมีการศึกษาระบุชนิดของพื้นผิวสัมผัสที่ปนเปื้อนเชื้อแบคทีเรียดื้อยาต้านจุลชีพ อัตราการติดเชื้อในโรงพยาบาลที่เกิดจากแบคทีเรียดื้อยาต้านจุลชีพ และศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการปนเปื้อนเชื้อแบคทีเรียดื้อยาต้านจุลชีพในสิ่งแวดล้อมของโรงพยาบาลกับการติดเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพในโรงพยาบาล

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ดร.อุราภรณ์ ภูมิสถานติพงศ์ ภาควิชาพยาธิวิทยาคลินิก คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล ที่ให้คำปรึกษาและอำนวยความสะดวกในการตรวจทางห้องปฏิบัติการ อาจารย์สุวัฒน์ ดำนิล คณะวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีสุขภาพภาพ ที่เอื้อเฟื้อเครื่องเก็บตัวอย่างอากาศ คุณดารณี นุตาลัย หัวหน้างานจุลชีววิทยา โรงพยาบาลวชิรพยาบาล ที่เอื้อเฟื้อสถานที่ และคุณเกรียงศักดิ์ มีพันธ์ นักเทคนิคการแพทย์ปฏิบัติการ โรงพยาบาลวชิรพยาบาล ที่ดำเนินการตรวจวินิจฉัยทางห้องปฏิบัติการ

เอกสารอ้างอิง

1. Centers for Disease Control and Prevention. Healthcare-associated infections (HAIs) [Internet]. 2016 [cited 10 April 2019]. Available from: <https://www.cdc.gov/hai/infection/types.html>
2. Allegranzi B, Nejad SB, Combescure C, Graafmans W, Atta H, Donaldson L, et al. Burden of endemic health-care-associated infection in developing countries: systematic review and meta-analysis. *Lancet* 2011; 377 (9761): 228-41.
3. Ling ML, Apisarnthanarak A, Madriaga G. The burden of Healthcare-associated infections in Southeast Asia: A systematic review and meta-analysis. *Clin Infect Dis* 2015; 60(11): 1690-99.
4. Manosuthi W, Thientone V, Moolasart V, Tongrungrueng Y, Sangsajja, Danchaivijitr S. Healthcare-associated infections at selected hospitals in Thailand. *Southeast Asian J Trop Med Public Health* 2017; 48 (1): 204-12.
5. Haque M, Sartelli M, McKimm J, Bakar MA. Healthcare-associated infections – an overview. *Infect Drug Resist* 2018; 11: 2321-33
6. Tacconelli E, Cataldo MA, Dancer SJ, Angelis GD, Falcone M, Frank U. ESCMID guidelines for the management of the infection control measures to reduce transmission of multidrug-resistant Gram-negative bacteria in hospitalized patients. *Clin Microbiol Infect* 2014; 20 (s): 1-55.
7. Sumpradit N, Suttajit S, Poonplosup S, Chuanchun R, Prakongsai P. Landscape of antimicrobial resistance situation and action in Thailand. Bangkok: Aksorn graphic and design; 2558.
8. Phumart P, Phodha T, Thamlikitkul V, Riewpaiboon A, Prakongsai P, Limwattananon S. Health and economic impacts of antimicrobial resistant infections in Thailand: a preliminary study. *JHSR* 2012; 6: 352-60.
9. Jeong JY. Recently issues on indoor air quality in Korea [Internet]. 2015 [cited 10 May 2019]. Available from: <https://pdfs.semanticscholar.org/edb2/7018fc8586ed8754df50d5afc8af5d226d51.pdf>.
10. Rozanska A, Romaniszyn D, Chmielarczyk A, Bulanda M. Bacteria contamination of touch surfaces in Polish hospital wards. *Med Pr* 2017; 68(4): 459-67.
11. Yassin MF, Almouqatea S. Assessment of airborne bacteria and fungi in an indoor and outdoor environment. *Int J Environ Sci Tech* 2010; 7: 535-44.
12. Khan HA, Baig FK, Mehboob R. Nosocomial infections: Epidemiology, prevention, control and surveillance. *Asian Pac J Trop Biomed* 2017; 7(5): 478-82.
13. Gizaw Z, Gebrehiwot M, Yenew C. High bacterial load of indoor air in hospital wards: the case of University of Gondar teaching hospital, Northwest Ethiopia. *Multidiscip Respir Med* 2016; 11: 24.

14. Munoz-Price S, Fajardo-Aquino Y, Arheart K, Cleary T, DePascale D, Pizano L, et al. Aerosolization of *Acinetobacter baumannii* in a Trauma ICU. *Crit Care Med* 2013; 41 (8): 1915-8.
15. Solomon FB, Wadilo F, Tufa EG, Mitiku M. Extended spectrum and metallo beta- lactamase producing airborne *Pseudomonas aeruginosa* and *Acinetobacter baumannii* in restricted settings of a referral hospital: a neglected condition. *Antimicrob Resist Infect Control* 2017; 6: 1-7.
16. Creamer E, Shore AC, Deasy EC, Galvin S, Dolan A, Walley N, et al. Air and surface contamination patterns of methicillin-resistant *Staphylococcus aureus* on eight acute hospital wards. *J Hosp Infect* 2014; 86(3): 201-8.
17. Sui W, Wang J, Wang H, Wang M, Huang Y, Zhuo J, et al. Comparing the transmission potential of Methicillin-resistant *Staphylococcus aureus* and multidrug-resistant *Acinetobacter baumannii* among inpatients using target environmental monitoring. *Am J Infect Control* 2013; 41: 411-5.
18. Yosboonruang A, Jitsatthra C, Tharawet L. Incidence of resistant bacteria isolated from medical devices in the intensive care unit of a hospital. *J Public Health (Bangkok)* 2017; 47: 222-34.
19. Muzslay M, Moore G, Turton JF, Wilson AP. Dissemination of antibiotic-resistant enterococci within the ward environment: The role of airborne bacteria and the risk posed by unrecognized carriers. *Am J Infect Control* 2013; 41(1): 57-60.
20. Rocha IV, Xavier DE, Almeida KRH, Oliveira SR, Leal NC. Multidrug-resistant *Acinetobacter baumannii* clones persist on hospital inanimate surfaces. *Braz J Infect Dis* 2018; 22(5): 438-41.
21. Smith J, Adams CE, King MF, Noakes CJ, Robertson C, Dancer SJ. Is there an association between airborne and surface microbes in the critical care environment?. *J Hosp Infect* 2018; 100(3): e123-9.
22. Russotto V, Cortegiani A, Raineri SM, Giarratano A. Bacterial contamination of inanimate surfaces and equipment in the intensive care unit. *J Intensive Care* 2015; 3: 54.

บทความวิชาการ

การพัฒนาความรอบรู้ด้านดิจิทัลของพยาบาลวิชาชีพ

ศิริลักษณ์ ดีเลิศไพบูลย์¹จาพญา มาเมืองบน²สกลุษา ตั้งกุลพิธพร³ศัทธิยา คุณคุณาเดช⁴อาภาภรณ์ ธนากรพรสวัสดิ์⁵จินตณคติ วรรณวิจิตร⁶อารีย์วรรณ อ่วมตานี⁷

บทคัดย่อ

ปัจจุบันองค์การสุขภาพมีการนำเทคโนโลยีดิจิทัลมาสนับสนุนการให้บริการทางการแพทย์และการพยาบาลและมีแนวโน้มที่จะใช้เทคโนโลยีดิจิทัลเพิ่มมากขึ้น บุคลากรทางสุขภาพจึงต้องพัฒนาความสามารถในการเข้าถึงการวิเคราะห์และสร้างข้อมูลสารสนเทศและเนื้อหาสื่อได้อย่างเหมาะสม ถูกต้องปลอดภัยและไม่ละเมิดกฎหมาย ซึ่งรวมเรียกว่า ความรอบรู้ด้านดิจิทัล พยาบาลวิชาชีพเป็นหนึ่งในทีมสุขภาพที่จำเป็นต้องมีการพัฒนาความรอบรู้ด้านดิจิทัลเช่นกัน โดยต้องมีการพัฒนาทั้งด้านความรู้ ความเข้าใจ และใช้เทคโนโลยีดิจิทัล เพื่อนำไปสู่การให้บริการที่มีประสิทธิภาพและประสิทธิผล ดังนั้นผู้บริหารทางการแพทย์จึงควรให้การส่งเสริมและสนับสนุนการพัฒนาความรอบรู้ด้านดิจิทัลของพยาบาลวิชาชีพทั้งในส่วนของการสนับสนุนจากองค์การพยาบาลและการส่งเสริมให้พยาบาลวิชาชีพมีการพัฒนาตนเองให้มีความรอบรู้ด้านดิจิทัล โดยการสร้างความตระหนักในความสำคัญของเทคโนโลยีดิจิทัล การวางแผนการพัฒนาความรอบรู้ด้านดิจิทัลของพยาบาลวิชาชีพในองค์การ การติดตามและประเมินผล เพื่อให้เกิดการพัฒนางานการพยาบาล นวัตกรรมทางการแพทย์ และกระบวนการทำงานให้เป็นไปตามมาตรฐาน และเกิดประสิทธิภาพสูงสุดในการให้บริการทางการแพทย์

คำสำคัญ: เทคโนโลยีดิจิทัล/ ความรอบรู้ด้านดิจิทัล/ พยาบาลวิชาชีพ

¹⁻⁶ นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการบริหารการพยาบาล จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

⁷ รองศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

Corresponding Author, E-mail: Areewan.o@chula.ac.th

Review article

Digital Literacy Development of Professional Nurses

*Siriluk Deelertpaiboon*¹*Jaruda Mamuangbon*²*Sakritta Tangulpithaporn*³*Katthariya Kunkunadet*⁴*Arpaporn Thanakornpornasawat*⁵*Jintanakati Vannavijit*⁶*Areewan Oumtanee*⁷**Abstract**

Currently, healthcare organizations are using digital technology to support medical and nursing services, and there is a trend towards increasing the use of digital technology. Therefore, healthcare personnel need to develop their ability to access, analyze, and create information and media content appropriately, accurately, securely, and in compliance with the law, which is collectively called digital literacy. Professional nursing is one of the healthcare teams that needs to develop digital literacy. This involves developing knowledge, understanding, and the use of digital technology to provide efficient and effective services. Therefore, nursing departments should promote and support the development of digital literacy for professional nurses, both in terms of organizational support and in promoting self-development of digital literacy. By raising awareness of the importance of digital technology. Planning for digital literacy development of professional nurses in organizations monitoring and evaluation for the development of nursing work, nursing innovation and work processes to meet the standards and achieve the highest efficiency in providing services.

Keywords: digital technology/ digital literacy/ professional nurses

¹⁻⁶ Master's student, Master of nursing science program in Nursing administration⁷ Associate Professor, Faculty of nursing Chulalongkorn University

Corresponding Author, E-mail: Areewan.o@chula.ac.th

บทนำ

ปัจจุบันเทคโนโลยีดิจิทัล (digital technology) มีการเปลี่ยนแปลงจากยุคอนาล็อก (analog) เป็นยุคดิจิทัลอย่างเต็มตัว ซึ่งเทคโนโลยีดิจิทัลดังกล่าวถูกนำมาใช้ในชีวิตประจำวันมากขึ้น รวมถึงมีการนำมาใช้ในอุตสาหกรรม เช่น เทคโนโลยีด้านการเงิน อุปกรณ์เชื่อมต่อออนไลน์โดยไม่ต้องใช้คน เทคโนโลยีการศึกษาอี-มาร์เก็ตเพลส (E-marketplace) อี-คอมเมิร์ซ (E-Commerce) ในปี พ.ศ. 2560 รัฐบาลได้ประกาศยุทธศาสตร์ชาติ 20 ปี (พ.ศ. 2561-2580) โดยมีสาระสำคัญหนึ่งเกี่ยวกับการส่งเสริมการใช้เทคโนโลยีดิจิทัล ข้อมูลและปัญญาประดิษฐ์ในการเพิ่มศักยภาพในการแข่งขันของอุตสาหกรรมและบริการต่างๆ รวมถึงการให้บริการสุขภาพ¹ สำหรับการบริการสุขภาพทุกโรงพยาบาลได้มีการนำเทคโนโลยีดิจิทัลมาใช้ในการทำงานทั้งในด้านบริหารจัดการและด้านการพยาบาล เพื่อส่งเสริมให้การบริการสุขภาพมีคุณภาพ ความสะดวกและรวดเร็ว จะเห็นได้จากในช่วงสถานการณ์การแพร่ระบาดโรคโควิด 19 โรงพยาบาลได้นำเทคโนโลยีดิจิทัลมาใช้ในการให้บริการทางการแพทย์และมีการสร้างนวัตกรรมใหม่ ๆ ผ่านสื่อดิจิทัลต่าง ๆ เช่น แอปพลิเคชันหมอชนะ หน่วยงานทำความสะอาดฆ่าเชื้อ หน่วยงานส่งอาหารและยา เป็นต้น ทำให้ทั้งผู้รับบริการและประชาชนได้รับบริการอย่างรวดเร็ว² นอกจากนี้เทคโนโลยีดิจิทัลยังถูกนำมาใช้เพื่ออำนวยความสะดวกแก่ผู้สูงอายุเพื่อรองรับสังคมผู้สูงอายุที่เกิดขึ้นอย่างสมบูรณ์แล้ว สำหรับการพยาบาล ได้มีการนำเทคโนโลยีดิจิทัลมาใช้ในการประเมินอาการและวินิจฉัยโรคของผู้ป่วย เช่น การวัดสัญญาณชีพ การติดตามคลื่นไฟฟ้าหัวใจ การตรวจระดับออกซิเจนของผู้ป่วย การบันทึกข้อมูลของผู้ป่วยด้วยระบบดิจิทัลแทนการใช้กระดาษ

นอกจากนี้ยังเป็นการเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมใช้เทคโนโลยีเพื่อดูแลตนเอง ทำให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมการดูแลและติดตามสุขภาพด้วยตนเองมากขึ้น เช่น การใช้ยาควบคุมความเจ็บปวดหลังผ่าตัดโรคหัวใจด้วยตนเอง ด้วยการใช้เครื่อง PCA (patient controlled analgesia) การให้ข้อมูลสุขภาพผ่าน Line official application เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติตนได้อย่างถูกต้องเมื่อกลับไปพักที่บ้าน³ การใช้ระบบติดตามดูแลสุขภาพผู้ป่วยผ่านอุปกรณ์สื่อสารเคลื่อนที่ (mobile health หรือ mHealth) ภายหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล อาทิ ติดตามอัตราการเต้นของหัวใจ ความถี่ของการออกกำลังกาย การนำเทคโนโลยีดิจิทัลมาใช้ในการพยาบาลช่วยเพิ่มความปลอดภัยให้ผู้ป่วย ช่วยเพิ่มคุณภาพการพยาบาล และเพิ่มความพึงพอใจของผู้ป่วย โดยการนำรหัสบาร์โค้ดมาใช้ในการบริหารยา และการส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการสามารถลดความผิดพลาดจากการให้ยา⁴ ระบบที่ใช้ในการจัดเก็บ และบันทึกข้อมูลทางสุขภาพของผู้ป่วยได้แก่ เวชระเบียนอิเล็กทรอนิกส์⁵⁻⁶ ซึ่งจะช่วยเพิ่มประสิทธิภาพ ความคล่องตัว และความรวดเร็วในการจัดเก็บเอกสารทางด้านการรักษา และการพยาบาลผู้ป่วย จากที่กล่าวมาจะเห็นได้ว่าเทคโนโลยีดิจิทัลเข้ามามีบทบาทมากขึ้นในการดูแลสุขภาพผู้ป่วย ดังนั้นพยาบาลวิชาชีพจึงมีความจำเป็นต้องมีความรอบรู้ด้านดิจิทัลทั้งด้านความรู้ และทักษะการใช้เทคโนโลยีดิจิทัลเพื่อนำมาใช้ในการให้บริการผู้รับบริการทั้งที่เจ็บป่วยและสุขภาพดี เพื่อให้เกิดผลลัพธ์ที่ดีต่อผู้ป่วยรวมถึงเพิ่มประสิทธิภาพ และประสิทธิผลทางการพยาบาลต่อไป

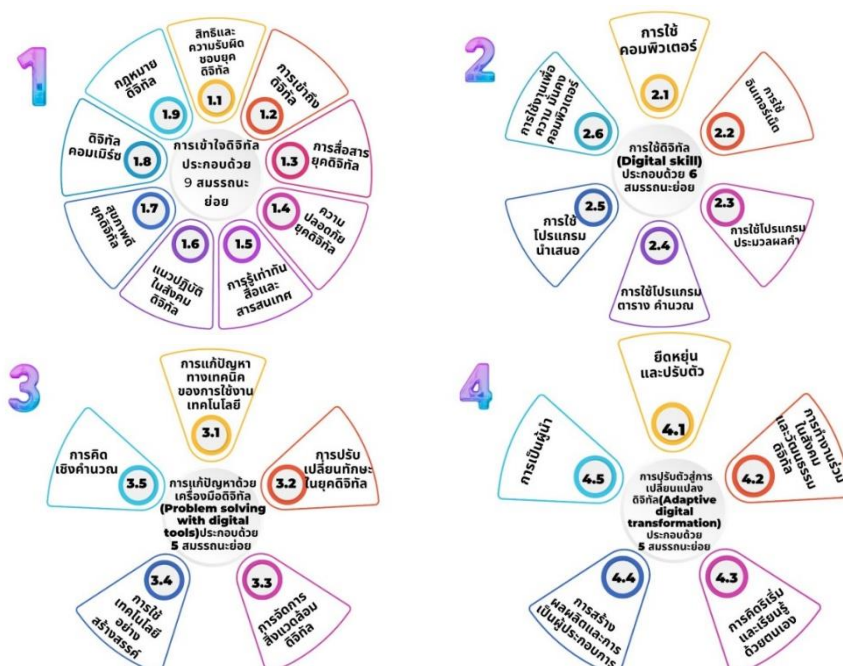
ความหมายของความรู้ด้านดิจิทัล

ความรู้ด้านดิจิทัล⁷ แปลจากคำภาษาอังกฤษว่า “digital literacy” ถูกนำมาใช้ตั้งแต่ปี ค.ศ. 1997 โดย Glister⁸ และมีความหมาย

ว่า เป็นความสามารถในการทำความเข้าใจ การใช้สารสนเทศในรูปแบบจากแหล่งที่หลากหลาย ที่นำเสนอผ่านคอมพิวเตอร์ ครอบคลุมถึงความเข้าใจของบุคคลในการทำงานกับทรัพยากรสารสนเทศดิจิทัล ส่วน UNESCO⁹ ได้ให้ความหมายคำว่า digital literacy ว่าเป็นความสามารถในการเข้าถึง การประเมินและสร้างข้อมูลอย่างปลอดภัยและเหมาะสมผ่านทางเทคโนโลยีดิจิทัล เพื่อการจ้างงานที่เหมาะสม และการเป็นผู้ประกอบการซึ่งรวมถึงความสามารถที่หลากหลาย เช่น ความรู้ด้านคอมพิวเตอร์ ความรู้ด้านไอซีที ความรู้เท่าทันสื่อต่าง ๆ ต่อมาในปีค.ศ. 2019 UNESCO¹⁰ ปรับเปลี่ยนความหมายของ digital literacy ว่าเป็นความสามารถในการเข้าถึงการจัดการ เข้าใจ รวบรวม ประเมินและสร้างสารสนเทศให้ปลอดภัยและเหมาะสมตลอดจนสามารถใช้เทคโนโลยีเพื่อประกอบอาชีพการทำงาน สำหรับ

แนวคิดความรู้ด้านดิจิทัล

กระทรวงดิจิทัลเพื่อเศรษฐกิจและสังคม¹³ ได้เสนอสมรรถนะด้านดิจิทัลสำหรับพลเมืองไทย ไว้ 4 ด้าน ได้แก่ การเข้าใจดิจิทัล การใช้ดิจิทัล การแก้ปัญหาด้วยเครื่องมือดิจิทัล และการปรับตัวสู่การเปลี่ยนแปลงดิจิทัล ซึ่งสมรรถนะดังกล่าวเป็นสมรรถนะที่ประชาชนคนไทยทุกคนควรมี ซึ่งปัจจุบันมีการนำมาใช้กับบุคลากรที่ปฏิบัติงานในหน่วยราชการรวมถึงประชาชนทั่วไป ดังแสดงในภาพ



ภาพที่ 1 สมรรถนะด้านดิจิทัลสำหรับพลเมืองไทย¹³

ในประเทศไทยพจนานุกรมฉบับราชบัณฑิตยสถาน¹¹ ได้ให้ความหมาย digital literacy ว่าเป็น ความฉลาดรู้ เรื่องสารสนเทศ ต่อมา สำนักงานคณะกรรมการ พัฒนาระบบราชการ¹² ได้ให้ความหมายคำว่า digital literacy ว่าเป็นทักษะความเข้าใจและใช้ เทคโนโลยีดิจิทัลในการนำเครื่องมืออุปกรณ์และ เทคโนโลยีดิจิทัลที่มีอยู่มาใช้ให้เกิดประโยชน์สูงสุด ทั้งในด้านการสื่อสาร การปฏิบัติงานการทำงาน ร่วมกัน หรือใช้เพื่อพัฒนาระบบการทำงานหรือ ระบบในองค์กรให้มีความทันสมัยและมีประสิทธิภาพ มากยิ่งขึ้น และในปัจจุบัน กระทรวงดิจิทัลเพื่อเศรษฐกิจ และสังคม¹³ ได้ให้ความหมาย ความรอบรู้ด้านดิจิทัล ว่าเป็นสมรรถนะด้านดิจิทัลซึ่งประกอบด้วย การเข้าใจดิจิทัล การใช้ดิจิทัล การแก้ปัญหาด้วย เครื่องมือดิจิทัล และการปรับตัวสู่การเปลี่ยนแปลง ดิจิทัล

จากภาพจะเห็นได้ว่าแต่ละรายด้านของสมรรถนะด้านดิจิทัลมีองค์ประกอบย่อยที่ประชาชนต้องได้รับการพัฒนา ดังนี้

1. การเข้าใจดิจิทัล

การเข้าใจดิจิทัล (digital literacy) หมายถึง บุคคลมีสมรรถนะในการเข้าถึง ค้นหา คัดกรอง วิเคราะห์ สังเคราะห์ จัดการ ประยุกต์ใช้ สื่อสาร สร้าง แบ่งปันและติดตามข้อมูลสารสนเทศ และสารได้อย่างเหมาะสม ปลอดภัยมีความรับผิดชอบ มีมารยาท เคารพสิทธิและกฎหมาย ด้วยเครื่องมือและเทคโนโลยีที่เหมาะสมและหลากหลาย ประกอบด้วย 9 สมรรถนะย่อย ได้แก่

1.1 สิทธิและความรับผิดชอบ ยุคดิจิทัล (digital right) ได้แก่ การใช้สิทธิและเสรีภาพของตนเองได้อย่างเหมาะสม ใช้สิทธิและเสรีภาพต่อสังคม แยกแยะพื้นที่ส่วนรวม (public) และพื้นที่ส่วนตัว (private) คุ้มครองสิทธิของตนเอง และรับผิดชอบต่อหน้าที่พลเมืองที่ดีต่อสังคมดิจิทัล

1.2 การเข้าถึงดิจิทัล (digital access) ได้แก่ การนิยามและอธิบายความต้องการข้อมูล ค้นหาและระบุตำแหน่งของเนื้อหาและสื่อสารสนเทศที่ต้องการ ปฏิบัติตามระเบียบการนำข้อมูลที่ค้นหาไปใช้ และเก็บรักษาและค้นคืนเนื้อหาสื่อและสารสนเทศ

1.3 การสื่อสารยุคดิจิทัล (digital communication) ได้แก่ การสร้างสารและแสดงออกอย่างสร้างสรรค์ การสื่อสาร ความรู้ อย่างมีประสิทธิภาพ และจริยธรรม การมีส่วนร่วมในกิจกรรมสังคมสาธารณะ การเฝ้าสังเกตทิศทางของสื่อและสารสนเทศรวมถึงกระแสสังคม

1.4 ความปลอดภัยยุคดิจิทัล (digital safety) ได้แก่ การป้องกันตนเมื่อใช้งานอุปกรณ์หรือบริการดิจิทัล ป้องกันตนจากอันตรายเมื่อใช้เครือข่ายอินเทอร์เน็ต งานรอยเท้าดิจิทัล (digital footprint) ร่องรอยการใช้งานอินเทอร์เน็ต หรือสื่อสังคมออนไลน์ ป้องกันตนจากอันตรายเมื่อใช้สื่อสังคมออนไลน์

1.5 การรู้เท่าทันสื่อ และสารสนเทศ (media and information literacy) ได้แก่ เข้าใจบริบทของสื่อและผู้เผยแพร่ ประเมินผล ข้อมูลสารสนเทศ เนื้อหาสื่อ และผู้ให้บริการสารสนเทศ ประเมินคุณค่า ข้อมูลสารสนเทศ เนื้อหาสื่อ และผู้ให้บริการสารสนเทศ การจัดระบบสารสนเทศและเนื้อหาสื่อ (กระบวนการ)

1.6 แนวปฏิบัติในสังคมดิจิทัล (digital etiquette) ได้แก่ การปฏิบัติตามแนวทางในการใช้ชีวิตร่วมกัน ปฏิบัติตามแนวทางในการใช้งานอินเทอร์เน็ตร่วมกัน ปฏิบัติตามแนวทาง การอยู่ร่วมกันในการเข้าร่วมสังคม การส่งต่อองค์ความรู้สู่บุคคลใกล้ชิดและชุมชน

1.7 สุขภาพดียุคดิจิทัล (digital health) ได้แก่ การดูแลรักษาสุขภาพกายอันเกิดจากการใช้อุปกรณ์ดิจิทัล การดูแลรักษาสุขภาพจิตอันเกิดจากการใช้อุปกรณ์ดิจิทัล ให้คำปรึกษาในการรักษาสุขภาพอย่างถูกต้องแก่ผู้อื่น

1.8 ดิจิทัลคอมเมิร์ซ (digital commerce) ได้แก่ ซื้อสินค้าผ่านช่องทางออนไลน์ (E-commerce) ประเมินความน่าเชื่อถือของตลาด ทำธุรกรรมทางการเงินผ่านอุปกรณ์ดิจิทัลหรือช่องทางออนไลน์ จัดการปัญหาจากการทำธุรกรรมทางการเงิน ขายของผ่านช่องทางออนไลน์

1.9 กฎหมายดิจิทัล (digital law) ได้แก่ การปฏิบัติตามกฎหมายดิจิทัล หลีกเลี่ยงการกระทำความผิดกฎหมายออนไลน์

2. การใช้ดิจิทัล

การใช้ดิจิทัล (digital skill) หมายถึง การใช้เครื่องมือ อุปกรณ์ และเทคโนโลยีดิจิทัลที่มีอยู่ในปัจจุบัน เช่น คอมพิวเตอร์ โทรศัพท์ แท็บเล็ต โปรแกรมคอมพิวเตอร์และสื่อออนไลน์ มาใช้ให้เกิดประโยชน์ในการสื่อสารการปฏิบัติงาน และการทำงานร่วมกันหรือเพื่อใช้พัฒนากระบวนการทำงาน หรือระบบงานในองค์การให้ทันสมัยและมีประสิทธิภาพอันประกอบด้วย 6 สมรรถนะย่อยดังนี้

2.1 การใช้คอมพิวเตอร์ ได้แก่ การใช้ฮาร์ดแวร์ การใช้งานระบบปฏิบัติการ การจัดการข้อมูล การสำรองข้อมูล การใช้งานอุปกรณ์เคลื่อนที่ การใช้งานการประมวลผลคลาวด์

2.2 การใช้อินเทอร์เน็ต (internet usage) ได้แก่ การใช้งานเว็บเบราว์เซอร์ การสืบค้นข้อมูล การใช้งานไปรษณีย์อิเล็กทรอนิกส์ การใช้งานปฏิทิน การใช้งานสื่อสังคม การใช้งานโปรแกรมการสื่อสาร การใช้ธุรกรรมอิเล็กทรอนิกส์

2.3 การใช้โปรแกรมประมวลผลคำ (word processing usage) ได้แก่ การจัดการงานเอกสาร การจัดรูปแบบข้อความ การจัดการกับย่อหน้าในเอกสาร

2.4 การใช้โปรแกรมตารางคำนวณ (spreadsheets usage) ได้แก่ การจัดการตารางคำนวณ การปรับแต่งข้อมูลในแผ่นงาน การจัดรูปแบบข้อมูลในแผ่นงาน การพิมพ์แผ่นงาน การใช้สูตรฟังก์ชันเพื่อการคำนวณ การแทรกวัตถุลงบนแผ่นงาน การป้องกันแผ่นงาน

2.5 การใช้โปรแกรมนำเสนอ (presentation usage) ได้แก่ การจัดการงานนำเสนอ การใช้งานข้อความบนสไลด์ การแทรกวัตถุลงบนงานนำเสนอ

2.6 การใช้งานเพื่อความปลอดภัยคอมพิวเตอร์ (cyber security usage) ได้แก่ การป้องกันภัยคุกคามด้านความมั่นคงปลอดภัย การปฏิบัติตามหลักการเพื่อรักษาความปลอดภัย การปฏิบัติตามหลักการใช้งานเว็บเบราว์เซอร์อย่างปลอดภัย การกำหนดรูปแบบการพิสูจน์ตัวตน

3. การแก้ปัญหาด้วยเครื่องมือดิจิทัล

การแก้ปัญหาด้วยเครื่องมือดิจิทัล (problem solving with digital tools) หมายถึง บุคคลมีสมรรถนะในการระบุความต้องการและทรัพยากรได้ สามารถตัดสินใจใช้เครื่องมือดิจิทัลที่เหมาะสม ได้อย่างชาญฉลาดตามวัตถุประสงค์และความต้องการได้ สามารถแก้ปัญหาอย่างเชื่อมโยงกันด้วยเครื่องมือดิจิทัลได้ สามารถใช้เทคโนโลยีอย่างสร้างสรรค์ สามารถแก้ปัญหา

เชิงเทคนิค และสามารถปรับปรุงพัฒนาสมรรถนะตนเองให้เท่าทันโลกได้ ประกอบด้วย 5 สมรรถนะย่อยดังนี้

3.1 การแก้ปัญหาทางเทคนิคของการใช้งานเทคโนโลยี (solve technical problems) ได้แก่ การระบุประเด็นปัญหาได้ การแก้ปัญหาได้

3.2 การปรับเปลี่ยนทักษะในยุคดิจิทัล (digital reskill) ได้แก่ การระบุช่องว่างสมรรถนะดิจิทัล การมองหาโอกาสเพื่อพัฒนาตนเองและผู้อื่น

3.3 การจัดการสิ่งแวดล้อมดิจิทัล (digital environment management) ได้แก่ การนำเทคโนโลยีไปใช้แก้ปัญหาหรือตอบสนองความต้องการได้อย่างเหมาะสม คำนึงและเกิดประโยชน์ การปรับปรุงและปรับแต่งสภาพแวดล้อมดิจิทัลให้เข้ากับความต้องการส่วนบุคคลได้

3.4 การใช้เทคโนโลยีอย่างสร้างสรรค์ (creatively use digital technologies) ได้แก่ การใช้เครื่องมือดิจิทัล และเทคโนโลยีดิจิทัลได้อย่างสร้างสรรค์ การใช้กระบวนการทางปัญญา (cognitive processing) เพื่อเข้าใจ และแก้ไขปัญหาทางความคิด และสถานการณ์ปัญหาในสภาพแวดล้อมดิจิทัล

3.5 การคิดเชิงคำนวณ (computational thinking) ได้แก่ การแก้ปัญหาด้วยอัลกอริทึมได้ การพัฒนาซอฟต์แวร์ในระดับพื้นฐานได้

4. การปรับตัวสู่การเปลี่ยนแปลงดิจิทัล

การปรับตัวสู่การเปลี่ยนแปลงดิจิทัล (adaptive digital transformation) หมายถึง บุคคลมีสมรรถนะในการยืดหยุ่นและปรับตัวต่อโลกที่มีการเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็ว และกระแสดความเปลี่ยนแปลงต่าง ๆ เช่น การเปลี่ยนแปลงทางเทคโนโลยี กระแสโลกาภิวัตน์ เป็นต้น สามารถทำงานร่วมกับผู้อื่นที่มีสังคมและวัฒนธรรมที่หลากหลาย สามารถริเริ่มและเรียนรู้ด้วยตนเอง ประกอบด้วย 5 สมรรถนะย่อยดังนี้

4.1 ยืดหยุ่นและปรับตัว (flexibility and adaptability) ได้แก่ ปรับตัวเพื่อ

รับมือกับการเปลี่ยนแปลง (adapt to change)
การเกิดความยืดหยุ่นในการทำงาน (be flexible)

4.2 การทำงานร่วมในสังคม
และวัฒนธรรมดิจิทัล (digital social and
cultural) ได้แก่ การมีประสิทธิผลเชิงปฏิสัมพันธ์
ร่วมกับผู้อื่น (interact effectively with others)
การสร้างทีมงานที่มีคุณภาพ (work effectively
in diverse teams)

4.3 การคิดริเริ่มและเรียนรู้
ด้วยตนเอง (initiative and self directed learning)
ได้แก่ การจัดการเป้าหมาย และเวลา (manage
goals and time) การทำงานได้อย่างอิสระ (work
independently) การเรียนรู้ด้วยตนเอง (be self-
directed learners)

4.4 การสร้างผลผลิต และ
การเป็นผู้ประกอบการ (productivity and
entrepreneurship) ได้แก่ การจัดการโครงการ
(manage projects) ผลผลิตที่เกิดขึ้น (produce
results)

4.5 การเป็นผู้นำ (leadership)
ได้แก่ แนะนำแนวทางการทำงานให้ผู้อื่น
(guide and lead others) การรับผิดชอบต่อผู้อื่น
(be responsible to others)

จากที่กล่าวมาทั้งหมดจะเห็นได้ว่า
ความรู้ด้านดิจิทัล หรือสมรรถนะด้านดิจิทัล
ประกอบด้วย 4 ด้าน โดยแต่ละด้านยังมี
องค์ประกอบย่อยที่จะใช้เป็นแนวทางในการพัฒนา
สมรรถนะดังกล่าว สำหรับพยาบาลวิชาชีพ
ซึ่งมีการใช้เทคโนโลยีดิจิทัลอยู่แล้วในปัจจุบัน
ก็ควรมีการพัฒนาในส่วนอื่น ๆ เพื่อให้เกิด
ความรู้และรู้เท่าทันเทคโนโลยีดิจิทัล
ให้ครบถ้วน ซึ่งการพัฒนาความรู้ด้านดิจิทัลนี้
ผู้บริหารทางการแพทย์ต้องมีการสนับสนุน
ให้พยาบาลวิชาชีพเกิดความตระหนักใน重要性
ของเทคโนโลยีดิจิทัล และส่งเสริมให้พยาบาล
วิชาชีพมีการพัฒนาตนเองในด้านนี้อย่างต่อเนื่องนี้
สามารถนำไปใช้เป็นแนวทางในการศึกษาปัญหา

อุปสรรคในการทำงานของพยาบาลวิชาชีพ และ
พัฒนาแนวทางการสร้างเสริมความรู้
ด้านดิจิทัลของพยาบาลวิชาชีพที่เหมาะสม
โดยสามารถนำผลการวิจัยนี้ไปใช้ในการพัฒนา
หลักสูตร แนวปฏิบัติ หรือ การวางแผน
ส่งเสริมพยาบาลวิชาชีพให้มีความรู้ด้านดิจิทัล
เพิ่มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง

การพัฒนาความรู้ด้านดิจิทัลของพยาบาล วิชาชีพ

การพัฒนาความรู้ด้านดิจิทัล
ของพยาบาลวิชาชีพ ผู้บริหารทางการแพทย์
ควรมีการดำเนินการตามขั้นตอนดังนี้

1. การสร้างความตระหนักในความสำคัญ ของเทคโนโลยีดิจิทัล

ผู้บริหารทางการแพทย์ระดับสูงสุด
ควรมีการสร้างการรับรู้และกระตุ้นให้พยาบาล
วิชาชีพเกิดความสนใจและรับทราบถึงประโยชน์
รวมถึงความจำเป็นของการพัฒนาความรู้ด้าน
ดิจิทัลโดยดำเนินการดังนี้

1.1 กำหนดเป็นนโยบาย
ขององค์กรให้มียุทธศาสตร์ในเรื่องความเข้าใจ
ดิจิทัล การใช้ดิจิทัล การแก้ปัญหาด้วยเครื่องมือ
ดิจิทัล และการปรับตัวสู่การเปลี่ยนแปลง
ทางด้านดิจิทัล

1.2 จัดตั้งคณะทำงานหรือ
ผู้รับผิดชอบหลักในการสร้างบรรยากาศการทำงาน
แบบ digital โดยสร้างการมีส่วนร่วมใน
การแสดงความคิดเห็นการปรับเปลี่ยนองค์การ
การใช้เทคโนโลยีดิจิทัลในการปฏิบัติงาน และ
มีการสร้างเครือข่ายการใช้งานเทคโนโลยีดิจิทัล
ในการปฏิบัติงาน

1.3 สร้างแรงจูงใจในการพัฒนา
ทักษะความเข้าใจและใช้เทคโนโลยีดิจิทัลของ
ตนเอง ในรูปแบบต่าง ๆ เช่น การให้ใบ
ประกาศนียบัตรผู้เป็นแบบอย่างของการพัฒนา
ทักษะความเข้าใจและใช้เทคโนโลยีดิจิทัลดีเด่น

1.4 จัดโครงการให้ความรู้เกี่ยวกับเทคนิคและวิธีการสร้างสรรค์หรือออกแบบแนวทางการนำเทคโนโลยีดิจิทัลมาใช้ให้เกิดประโยชน์สูงสุดในการปฏิบัติงาน

1.5 กำหนดเป็นข้อบังคับให้พยาบาลวิชาชีพในองค์กรทุกคนต้องพัฒนาทักษะความเข้าใจ และใช้เทคโนโลยีดิจิทัลอย่างจริงจัง โดยอาจเชื่อมโยงกับการบริหารทรัพยากรบุคคลขององค์กร เช่น การประเมินผล การปฏิบัติงาน และการเลื่อนตำแหน่ง เป็นต้น

2. การวางแผนการพัฒนาความรู้ด้านดิจิทัลของพยาบาลวิชาชีพในองค์กร

ผู้บริหารทางการพยาบาลระดับสูงสุด มีการมอบนโยบายให้ผู้บริหารระดับต้น เช่น หัวหน้าหอผู้ป่วยกำหนดแนวทางในการพัฒนาให้สอดคล้องกับศักยภาพของแต่ละบุคคล โดยส่งเสริม และสนับสนุนให้พยาบาลวิชาชีพพัฒนาความรู้ด้านดิจิทัลด้วยตนเอง โดยอาจนำวิธีการพัฒนาทักษะความเข้าใจ และใช้เทคโนโลยีดิจิทัล 6 ขั้นตอนของสำนักงานคณะกรรมการข้าราชการพลเรือน⁸ มาใช้เป็นแนวทางการพัฒนาได้แก่

2.1 การประเมินตนเอง (self-assessment) คือประเมินระดับความสามารถ จุดแข็ง และจุดอ่อนของตนเอง เกี่ยวกับสมรรถนะด้านดิจิทัลทั้ง 4 ด้าน ได้แก่ ความเข้าใจดิจิทัล การใช้ดิจิทัล การแก้ปัญหาด้วยเครื่องมือดิจิทัล และการปรับตัวสู่การเปลี่ยนแปลงดิจิทัล

2.2 การวางแผนพัฒนาตนเอง (individual development plan) โดยนำผลการประเมินมาระบุความต้องการ และเป้าหมายของการพัฒนา (development needs) และจัดทำเป็นแผนการพัฒนาตนเอง (individual development plan)

2.3 การพัฒนาทักษะด้วยตนเอง (self-learning) คือการเรียนรู้ด้วยตนเอง เรียนรู้จากผู้อื่น และเรียนรู้จากการฝึกปฏิบัติ

2.4 การประเมินทักษะด้วยเครื่องมือประเมินที่ได้รับการยอมรับในระดับสากล

(certified test) อาจหาแหล่งทดสอบความรู้ที่ได้รับมาตรฐานเพื่อได้ใบรับรองความสามารถที่ได้มาตรฐานรับสากล

2.5 การสะท้อนการเรียนรู้ (learning reflection) โดยขอรับความคิดเห็น ข้อเสนอแนะจากผู้บังคับบัญชาหรือผู้ร่วมงาน เพื่อสะท้อนให้เห็นถึงความก้าวหน้าของตนเอง

2.6 การนำความรู้ไปใช้ (practices) โดยการนำความรู้ด้านดิจิทัลที่ได้รับการพัฒนาไปประยุกต์ใช้ในการทำงาน และการสร้างสรรค์นวัตกรรมการทำงานในองค์กร

3. การติดตามและประเมินผล

ผู้บริหารทางการพยาบาลระดับต้น ควรมีการติดตาม และประเมินผลการพัฒนาความรู้ด้านดิจิทัลของพยาบาลวิชาชีพในองค์กรเพื่อให้ทราบถึงระดับการพัฒนาของแต่ละบุคคล ผู้บริหารระดับกลาง เช่น หัวหน้าแผนกนำข้อมูลที่ได้จากการประเมินผลของผู้บริหารระดับต้นไปพิจารณา และประเมินในภาพรวมของแผนก และผู้บริหารระดับสูง นำข้อมูลไปใช้วางแผนแนวทางการพัฒนางานขององค์กรต่อไป

บทสรุป

ความรู้ด้านดิจิทัลมีความสำคัญสำหรับพยาบาลวิชาชีพ ที่จะนำไปใช้ในการพัฒนางานให้เกิดประสิทธิภาพสูงสุดทั้งด้านการให้บริการ และการบริหารจัดการทางการพยาบาล ดังนั้นผู้บริหารทางการพยาบาลจึงควรส่งเสริมพยาบาลวิชาชีพให้มีความรู้พื้นฐานในการใช้ทั้งในด้านฮาร์ดแวร์ เช่น คอมพิวเตอร์ เครื่องมืออิเล็กทรอนิกส์ต่าง ๆ และซอฟต์แวร์ เช่น ชุดคำสั่ง หรือโปรแกรมต่าง ๆ ความรู้ดังกล่าวถือว่าเป็นความรู้เบื้องต้นที่นำไปสู่การต่อยอดการใช้เทคโนโลยีดิจิทัลขั้นสูง หลังจากนั้นควรมีการจัดฝึกอบรมการใช้โปรแกรมต่าง ๆ ในการสร้างสื่อ เช่น canvas สำหรับการนำเสนอผลงานขององค์กร หรือใช้ในการนิเทศบุคลากรต่าง ๆ Line official account ที่ใช้สำหรับ

การเชื่อมต่อหน่วยงานทั้งภายในและภายนอกให้สามารถรับทราบข้อมูลข่าวสารต่าง ๆ ได้สะดวกและรวดเร็ว และยังสามารถผลิตสื่อเพื่อเป็นช่องทางที่สามารถสร้างประโยชน์ต่อส่วนรวมได้สำหรับการให้คำปรึกษา ในการพยาบาลทางไกล หรือเพิ่มสมรรถนะให้ประชาชนในการเข้าถึงระบบบริการสุขภาพ ส่งเสริมการรู้เท่าทันสื่อ เช่น การเลือกหาข้อมูลจากหลักฐานเชิงประจักษ์ในการนำมาผลิตสื่อต่าง ๆ อย่างไรก็ตามการพัฒนาความรู้ด้านเทคโนโลยีดิจิทัลต้องเริ่มจากสร้างเจตคติที่ดีเกี่ยวกับเทคโนโลยีดิจิทัล และมีการวางแผนพัฒนาความรู้ด้านเทคโนโลยีดิจิทัลทั้งจากผู้บริหารทางการแพทย์ และการวางแผนการพัฒนาตนเองในเรื่องความรู้ด้านดิจิทัล เพื่อนำมาสร้างนวัตกรรมทางการแพทย์ใหม่ ๆ ให้เข้ากับยุคเทคโนโลยีดิจิทัล และช่วยทำให้ขั้นตอนการทำงาน การสื่อสารขององค์กรมีความคล่องตัวและมีประสิทธิภาพมากขึ้น

เอกสารอ้างอิง

1. สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ. ยุทธศาสตร์ชาติระยะ 20 ปี (พ.ศ. 2561-2580). พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ: สำนักงานเลขาธิการของคณะกรรมการ; 2562.
2. จิตติยา เนตรวงษ์. เชื่อมต่อโลก: บทบาทของอินเทอร์เน็ตเพื่อสรรพสิ่งในยุคโควิด-19. วารสารสถาบันวิจัยและพัฒนา 2564; 6: 115-127.
3. อารี ชิวเกษมสุข. เทคโนโลยีดิจิทัลในการดูแลผู้ป่วย: สิ่งจำเป็นสำหรับพยาบาลโรคหัวใจและทรวงอกในศตวรรษที่ 21. วารสารโรคหัวใจและทรวงอก 2564; 32: 2-12.
4. Lee TY, Sun GT, Kou LT, Yeh ML. The use of information technology to enhance patient safety and nursing efficiency. Technology and Health Care 2017; 25(5): 917-928.
5. Sampada SG, Raja VK. Role of Information Technology in Health Care. [database on the Internet]. 2014 [cited 2019 Oct 1]. Available from: <https://www.researchgate.net/publication/228549680>.
6. World Health Organization and International Telecommunication Union. National eHealth Strategy Toolkit. Geneva: WHO Press, Switzerland; 2012.
7. สำนักงานคณะกรรมการข้าราชการพลเรือน. Digital Literacy คืออะไร. [อินเทอร์เน็ต]. 2560 [เข้าถึงเมื่อ 2566 เมษายน 25]. เข้าถึงได้จาก <https://www.ocsc.go.th/DLProject/mean-dlp>.
8. Gilster P. Digital literacy. New York: John Wiley & Son; 1997.
9. UNESCO. Building Tomorrow's Digital Skills: What Conclusions Can We Draw from International Comparative Indicator. Paris: United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization; 2018.
10. UNESCO. Recommendations on Assessment Tools for Monitoring Digital Literacy within UNESCO's Digital Literacy Global Framework. Paris: United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization; 2019.
11. ราชบัณฑิตยสถาน. พจนานุกรมฉบับราชบัณฑิตยสถาน พ.ศ. 2525 (พิมพ์ครั้งที่ 4). กรุงเทพฯ: ราชบัณฑิตยสถาน; 2562.
12. สำนักงานข้าราชการพลเรือน. โครงการการพัฒนาทักษะด้านดิจิทัลให้แก่ข้าราชการและบุคลากรภาครัฐ. [อินเทอร์เน็ต]. 2566 [เข้าถึงเมื่อ 2566 เมษายน 25]. เข้าถึงได้จาก <https://www.ocsc.go.th/DLProject/mean-dlp>.
13. กระทรวงดิจิทัลเพื่อเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ. สรุปผลการสำรวจข้อมูลสถานภาพการรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศของประเทศไทย ปี พ.ศ. 2562. กรุงเทพฯ: สำนักงานคณะกรรมการดิจิทัลเพื่อเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ; 2562.

14. Brown J, Pope N, Bosco AM, Mason J, Morgan A. Issues affecting nurses' capability to use digital technology at work: an integrative review. *J Clin Nurs* 2020; 29(15-16): 2801-19.
<https://doi.org/10.1111/jocn.15321>.
15. Khezri H, Abdekhoda M. Assessing nurses' informatics competency and identifying its related factors. *J Res Nurs* 2019; 24(7): 529-38. doi:10.1177/1744987119839453.
16. Kleib M, Nagle L. Factors associated with Canadian nurses' informatics competency. *CIN: Computers, Informatics, Nursing* 2018; 36(8): 406-15. doi: 10.1097/CIN.0000000000000434.

บทความวิชาการ

บทบาทของพยาบาลในการส่งเสริมภาวะโภชนาการ ผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังที่มีบาดแผล

อภิญญา กระมล¹พรลิขิต กองฝ้าย²พัฒนัชชิตา แถ่มสุข³วราภรณ์ แสงคำ⁴สุภาพร กุลราษฎร์⁵นิชนาถ ห่อธิวงศ์⁶สุกัญญา ปัญญาคม⁷

บทคัดย่อ

การดูแลด้านโภชนาการในผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังที่มีบาดแผลเป็นสิ่งที่มีความสำคัญอย่างยิ่ง บาดแผลเป็นสาเหตุหลักที่อาจนำไปสู่ความพิการหรือการเพิ่มอัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วย ปัจจัยที่ช่วยลดความเสี่ยงของภาวะเหล่านี้มีหลายประการ ซึ่งโภชนาการในผู้ป่วยไตเรื้อรังเป็นปัจจัยในการส่งเสริมการหายของแผลเนื่องจากหน้าที่สำคัญของไตคือ การรักษาสมดุลของน้ำ และสารต่าง ๆ ในร่างกายให้คงที่ตลอดเวลา สารอาหารที่สมดุลช่วยให้แผลหายเร็วขึ้น พยาบาลเป็นบุคลากรทางด้านสุขภาพที่สามารถให้ความรู้ และสร้างความเข้าใจแก่ผู้ป่วยเกี่ยวกับหลักโภชนาการ ที่ส่งเสริมการหายของแผล บทความนี้จึงมีวัตถุประสงค์เพื่อนำเสนอบทบาทพยาบาลในการใช้หลักโภชนาการที่ส่งเสริมการหายของแผลในผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรัง อันจะส่งผลต่อสุขภาพที่ดีของผู้ป่วยและประสิทธิผลในการดูแลของทีมสุขภาพ

คำสำคัญ: บทบาทพยาบาล/ ภาวะโภชนาการ/ ไตวายเรื้อรัง/ บาดแผล

¹พยาบาลวิชาชีพ ฝ่ายการพยาบาล คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช กรุงเทพฯ 10300

²พยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลโพนทอง ตำบล สระนงแก้ว อำเภอ โพนทอง ร้อยเอ็ด 45110

³พยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลราชวิถี แขวงทุ่งพญาไท เขตราชเทวี กรุงเทพฯ 10400

⁴พยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลตากสิน แขวงคลองสาน เขตคลองสาน กรุงเทพฯ 10600

⁵พยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลราชวิถี แขวงทุ่งพญาไท เขตราชเทวี กรุงเทพฯ 10400

⁶พยาบาลวิชาชีพ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล

⁷พยาบาลวิชาชีพ ฝ่ายการพยาบาล คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช กรุงเทพฯ 10300
Corresponding Author, email: sukanya.p@nmu.ac.th

Review article

The role of nurses in promoting nutritional status in chronic renal failure patients with wound

*Apinya Kramon*¹*Pornlikhit Kongfay*²*Panchita Thamsug*³*Waraporn sangkum*⁴*Supaporn Kunrad*⁵*Nischanat Horthiwong*⁶*Sukanya Panyakom*⁷

Abstract

Nutritional Care in Patients with Chronic Kidney Disease with Wounds is of Paramount Importance. Wounds are a significant factor that can lead to disability or increased mortality in patients. There are several factors that help reduce the risks of these conditions, and nutrition in chronic kidney disease patients is a promoting factor in wound healing. The vital role of the kidneys is to maintain the balance of fluids and substances in the body consistently. A well-balanced diet aids in faster wound healing. Nurses are healthcare professionals who can provide knowledge and understanding to patients regarding the principles of nutrition that promote wound healing. This article aims to present the role of nurses in implementing nutrition principles that enhance wound healing in patients with chronic kidney disease, which can result in improved patient health and effective healthcare team management.

Keywords: Nurse's Role/ Malnutrition/ Chronic Kidney Disease/ Wound

¹ Registered Nurse, Department of Nursing, Faculty of Medicine Vajira Hospital, Bangkok 10300

² Registered Nurse, Phonthong hospital, Sa Nok Kaew Subdistrict, Phon Thong District, Roi Et 45110

³ Registered Nurse, Rajavithi Hospital, Thung Phaya Thai Subdistrict, Ratchathewi District, Bangkok 10400

⁴ Registered Nurse, Taksin Hospital, Khlong San Subdistrict, Khlong San District, Bangkok 10600

⁵ Registered Nurse, Rajavithi Hospital, Thung Phaya Thai Subdistrict, Ratchathewi District, Bangkok 10400

⁶ Registered Nurse, Faculty of Medicine Ramathibodi Hospital

⁷ Registered Nurse, Department of Nursing, Faculty of Medicine Vajira Hospital, Bangkok 10300

Corresponding Author, email: sukanya.p@nmu.ac.th

บทนำ

ผิวหนังเป็นอวัยวะที่กว้างที่สุดของร่างกาย ทำหน้าที่ห่อหุ้มปกป้องและให้ความอบอุ่นกับอวัยวะภายในร่างกายและยังเป็นด่านแรกในการป้องกันการติดเชื้อ ถ้าผิวหนังมีการฉีกขาด แดง แผล หรือได้รับแรงกดทับเป็นเวลานาน ๆ ทำให้เกิดบาดแผลขึ้น เกิดความเสียหายต่อผิวหนัง และเนื้อเยื่อที่อยู่ภายใต้ผิวหนังทำให้ผิวหนังขาดเลือดไปเลี้ยงเกิดการสูญเสียหน้าที่ ซึ่งบาดแผลสามารถเกิดได้กับทุกคน การหายของแผลมีความแตกต่างกันระหว่างแผลที่เกิดขึ้นอย่างเฉียบพลัน (acute wound) และแผลเรื้อรัง (chronic wound) โดยแผลเฉียบพลันสามารถหายได้เองตามระยะเวลาของกระบวนการหายของแผลตามปกติ ส่วนแผลเรื้อรังการหายของแผลใช้เวลานานกว่าเนื่องจากมีปัจจัยต่าง ๆ ที่ขัดขวางการหายของแผล เช่น อายุ โรคประจำตัว จิตใจ ภาวะโภชนาการ เป็นต้น¹ อวัยวะที่สำคัญ และมีผลต่อการควบคุมสมดุลร่างกายอีกอย่างคือ ไต โดยไตจะทำหน้าที่ขับถ่ายของเสีย สร้างสารที่จำเป็นของร่างกาย เช่น ฮอริโมน erythropoiesis และทำลายสารบางอย่าง ภาวะไตวายจะทำให้เกิดการคั่งของของเสียต่าง ๆ ซึ่งจะมีผลต่อสารอาหารและภาวะสุขภาพของร่างกายด้วย อาการเหล่านี้จะรุนแรงมากขึ้นหรือน้อยขึ้นกับระยะเวลาของโรคว่าเป็นแบบเฉียบพลันหรือเรื้อรังการให้โภชนาบำบัดจะช่วยให้อาการของโรคทุเลาและการดำเนินโรคดีขึ้น² จากสถิติของประชากร พบว่า ในปัจจุบันประเทศไทยมีผู้ที่มีภาวะโรคไตวายเรื้อรังประมาณ 17 เปอร์เซ็นต์ หรือประมาณ 10 ล้านคน³ ซึ่งบาดแผลสามารถเกิดได้กับทุกคนโดยเกิดได้ทั้งแบบตั้งใจ เช่น การผ่าตัดเพื่อการรักษา หรือแบบไม่ตั้งใจ เช่น การกระแทก การบิดหมุน ถ่วง ดึงจากการเกิดอุบัติเหตุ หรือเกิดจากการดำเนินของโรคประจำตัวของผู้ป่วย เมื่อมีบาดแผลเกิดขึ้นโดยธรรมชาติร่างกาย จะสามารถซ่อมแซมส่วนที่เสียหายได้อย่างรวดเร็วเพื่อให้แผลหาย

การเกิดบาดแผลส่งผลกระทบต่อทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคมและเศรษฐกิจ ด้านร่างกายก่อให้เกิดความเจ็บปวด ทุกข์ทรมาน และมีอัตราการตายเพิ่มขึ้น ด้านจิตใจก่อให้เกิดความคับข้องใจ ความโกรธ ความเครียด วิตกกังวล รู้สึกสูญเสียภาพลักษณ์ ด้านสังคม และเศรษฐกิจทำให้ค่ารักษาพยาบาลสูง บุคลากรทีมผู้ดูแลมีภาระงานเพิ่มมากขึ้น อีกทั้งยังเป็นภาระการดูแล และค่าใช้จ่ายที่เพิ่มขึ้นของครอบครัว ผู้ป่วยเหล่านี้มีความจำเป็นที่ต้องได้รับการดูแลจากทีมสุขภาพ โดยเฉพาะพยาบาล ซึ่งเป็นผู้ที่อยู่ใกล้ชิดกับผู้ป่วยมากที่สุด มีบทบาทสำคัญในการป้องกันการเกิดแผล และช่วยส่งเสริมการหายของแผลได้⁴

จากปัญหาดังกล่าวจะเห็นได้ว่าการมีบาดแผลเป็นสาเหตุสำคัญของการนำไปสู่ความพิการก่อนเวลาอันควร และเกิดการสูญเสียชีวิตได้ ในขณะที่การรักษาจะเป็นการรักษาแผลแบบเฉพาะที่ (local wound care) เช่น การตัดเนื้อตาย การให้ยาฆ่าเชื้อ ดังนั้นการดูแลองค์ประกอบอื่น ๆ ที่เป็นปัจจัยส่งเสริมการหายของบาดแผล (general management for wound bed preparation) จึงมีความสำคัญ เช่น การส่งเสริมภาวะโภชนาการ⁵ เนื่องจากภาวะทุพโภชนาการมีผลต่อการเกิด และการเพิ่มระดับของแผลกดทับเพิ่มขึ้นเป็น 2.8 เท่าของผู้ที่มีภาวะโภชนาการปกติ⁶ นอกจากนี้ยังทำให้เนื้อเยื่อที่สร้างใหม่ขาดความแข็งแรง และยังเพิ่มอัตราการติดเชื้อ⁷ ดังนั้นการมีภาวะทุพโภชนาการของผู้ป่วยก่อนหรือระหว่างการเกิดบาดแผลจะทำให้กระบวนการหายของแผลช้าลง⁸

การส่งเสริมภาวะโภชนาการให้กับผู้ป่วยที่มีบาดแผลให้มีปริมาณที่พอเหมาะจึงมีความสำคัญมาก เนื่องจากร่างกายจะนำสารประกอบทางเคมีที่ได้จากอาหารไปช่วยในการซ่อมแซมเนื้อเยื่อ และทำให้เซลล์มีพลังงานเกิดปฏิกิริยาตามกระบวนการหายของแผลตามธรรมชาติได้⁹ ดังนั้นพยาบาลมีบทบาทสำคัญในทีมสุขภาพในการส่งเสริมภาวะโภชนาการ

กับผู้ป่วยเพื่อส่งเสริมการหายของแผล จึงต้องมีความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับกระบวนการหายของแผล ปัจจัยที่ส่งเสริมต่อการหายของแผล และบทบาทของพยาบาลต่อการใช้หลักทางโภชนาการที่ช่วยส่งเสริมการหายของแผล เพื่อเพิ่มคุณภาพของการดูแลรักษา

กระบวนการทางสรีรวิทยาของการหายของแผล (physiology of wound healing)

เมื่อเกิดบาดแผล ร่างกายจะมีกลไกการหายของแผลเกิดขึ้นได้เองตามธรรมชาติ การหายของแผลแต่ละระยะจะมีกระบวนการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นต่อเนื่องทับซ้อนกันไป แบ่งได้เป็น 4 ระยะ ดังนี้

ระยะที่ 1 ระยะห้ามเลือด (hemostasis phase) เมื่อมีบาดแผลเกิดขึ้น จะมีการฉีกขาดของเส้นเลือด ทำให้เกิด bleeding ร่างกายจะมีปฏิกิริยาต่อเส้นเลือดทำให้เกิด vasoconstriction และมี platelets aggregation ซึ่งเกิดขึ้นได้โดยอาศัย chemical substance จาก cell ที่เกิดการบาดเจ็บเป็นตัวกระตุ้น นำไปสู่การเกิด blood clot (coagulation cascade) ซึ่งมี coagulation factor ต่าง ๆ ร่วมด้วย ใน blood clot จะประกอบไปด้วย fibrin ซึ่งอยู่ในรูปของ meshwork ทำให้เลือดหยุดและจะปกคลุมบาดแผลในระยะแรก ถ้า fibrin meshwork ไม่สมบูรณ์ก็จะส่งผลต่อ wound healing ได้

platelets นอกจากจะเป็น cell เริ่มต้นของ wound healing process แล้วโดยการเกิด aggregation ยังมีการหลั่ง cytokine ต่าง ๆ มากกระตุ้นทำให้กระบวนการของ wound healing ดำเนินต่อไปได้ด้วย เช่น platelet – driven growth factor (PDGF), transforming growth factors, fibroblast growth factor -2 (FGF-2) เป็นต้น

ระยะที่ 2 ระยะอักเสบ (inflammation phase) เกิดขึ้นภายใน 10-30 นาที หลังจากเกิดบาดแผล ซึ่งจะมีการเกิด vasodilation, increased capillary permeability, complement activation, white blood cell (PMN, monocyte) migration

ทำให้เกิดอาการ ปวด บวม แดง ร้อน ที่บริเวณแผล เมื่อ white blood cell มาที่แผลก็จะทำลาย cell debris, bacteria และ extracellular matrix ที่บาดเจ็บ โดยการปล่อย enzyme protease มาย่อย นอกจากนี้ macrophage ซึ่งเป็น cell ที่สำคัญต่อ wound healing ยังหลั่ง growth factor ต่าง ๆ อีกหลายตัวมากระตุ้นการเกิด proliferation เช่น angiogenesis epithelization fibroblast proliferation and migration และ collagen synthesis เป็นต้น

ระยะที่ 3 เพิ่มจำนวนเซลล์ (proliferative phase) ในระยะนี้ มีการเกิด granulation tissue, angiogenesis, wound contracture และ epithelization ซึ่งจะมี cell ต่าง ๆ เข้ามาแทนที่ inflammatory cell

การสร้าง granulation tissue คือการมี new extracellular matrix เกิดขึ้น ส่วนใหญ่ก็คือคอลลาเจน ซึ่งถูกสร้างโดย fibroblast โดยมี cytokine มาเป็นตัวกระตุ้นทำให้เกิด fibroblast proliferation, fibroblast migration และ collagen synthesis นอกจากนี้ในกระบวนการสร้างคอลลาเจนยังมีสารต่าง ๆ ที่มีความสำคัญต่อกระบวนการนี้ เช่น วิตามิน C, iron, oxygen เป็นต้น

การเกิด angiogenesis ซึ่งถูกกระตุ้นโดย macrophage และภาวะ tissue hypoxia โดย macrophage จะหลั่งสารพวก transforming growth factor มากกระตุ้น endothelial cell สร้างเส้นเลือดใหม่เกิดขึ้น

การเกิด wound contraction fibroblast นอกจากจะสร้างคอลลาเจน และ extracellular matrix อื่น ๆ แล้ว fibronectin และ proteoglycan ยังมีบทบาทสำคัญในการเกิด wound contracture โดยจะเคลื่อนไปที่ขอบของแผล และเปลี่ยนเป็น myofibroblast ซึ่งจะทำให้ขอบแผลเคลื่อนเข้าหากัน

การเกิด epithelization keratinocyte หรือ epithelial cell จะ migrate มาปกคลุม granulation tissue โดยที่ migrate และ proliferate มาจากบริเวณขอบแผล และในส่วนของ skin appendage (hair follicle, sebaceous gland, sweat gland)

ที่ยังหลงเหลืออยู่ในบาดแผลโดยการกระตุ้นของ growth factor ต่าง ๆ ที่หลังจาก macrophage เช่น fibroblast growth factor, insulin-like growth factor, epidermal growth factor เป็นต้น นอกจากนี้ epithelization ยังเกิดได้ดีในแผลที่มี moist wound environment และเกิดได้ช้าถ้ามี necrotic tissue และ scab ขวางอยู่ epithelial cell จะแบ่งตัว และ migrate มาปกคลุม granulation tissue จนหมด ถึงจะหยุดกระบวนการซึ่งเรียกกระบวนการนี้ว่า contract inhibition

ระยะที่ 4 ระยะการเจริญเต็มที่ (maturation phase) ซึ่งจะเริ่มประมาณ 20 วัน หลังการเกิดบาดแผลและดำเนินต่อไปได้ ตั้งแต่หลายเดือนไปจนถึงหลายปี ขึ้นอยู่กับบาดแผลนั้น ๆ เช่น ตำแหน่ง ระยะเวลาการหายของแผล ความรุนแรงของบาดแผล ระยะนี้แผลจะมีความแข็งแรงขึ้น (increase tensile strength) โดยมีการเกิด collagen cross link และ มีการลดจำนวน cell ต่าง ๆ ของบาดแผลลง (decreasing cellularity) ซึ่งช่วงนี้แผลเป็น (scar) จะมี blood supply ลดลง การสร้างคอลลาเจนลดลง และมีการทำลายของคอลลาเจนมากขึ้น จนถึงภาวะสมดุลของการสร้าง และทำลายคอลลาเจนทำให้ scar นิ่มลง แบนลง เรียบ และมีสีจาง ซึ่ง process เหล่านี้ถูกควบคุมโดย macrophage สำหรับ scar ที่ mature แล้ว ความแข็งแรงก็จะไม่เกิน 80% ของผิวหนังปกติ และเป็นส่วนที่ไม่มี sebaceous, sweat gland, hair follicle จึงทำให้มีการแห้ง และแตกง่ายกว่าผิวหนังปกติ¹⁰

ปัจจัยที่มีผลต่อการหายของแผล

ปัจจัยที่ทำให้แผลหายช้าลงเกิดขึ้นได้ทั้งจากปัจจัยภายใน และภายนอกบุคคล ดังนี้

ปัจจัยภายใน

1. เลือดเลี้ยงแผลไม่เพียงพอ (inadequate blood supply) กระบวนการสมานของแผลจะเกิดได้ตามปกติจะต้องมีเลือดมาเลี้ยงเพียงพอ และปริมาณความกดดันของออกซิเจน (oxygen tension)

ในบริเวณนั้นต้องเพียงพอด้วย สาเหตุที่เลือดมาเลี้ยงแผลไม่เพียงพอ อาจมีแรงกดจากภายใน เช่นมีการบวม มีห้อเลือด (hematoma) การเปลี่ยนแปลงของร่างกายเมื่อเป็นไตวายเรื้อรัง ที่มักพบได้แก่ ภาวะชืดจากการสร้างของฮอร์โมน กระตุ้นการสร้างเม็ดเลือดแดง (erythropoietin hormone) ลดลงร่วมกับมีการเปลี่ยนแปลงการทำงานของเกร็ดเลือด และการลดลงของระดับ von willebrand factor ส่งผลให้มีความเสี่ยงต่อเลือดออกง่ายเพิ่มขึ้น และยังมีความเสี่ยงต่อการเกิดลิ่มเลือดในหลอดเลือดผิดปกติ¹¹

2. การติดเชื้อแบคทีเรีย (bacterial infection) เชื้อแบคทีเรียที่มักทำให้แผลหายช้า ส่วนใหญ่เป็น invasive bacteria เช่น streptococcus และ staphylococcus แบคทีเรียเหล่านี้จะไปเพิ่มระยะเวลาการทำลายของเชื้อโรคของเม็ดเลือดขาว โดยการกลืนทำลาย (phagocytosis) ถ้าแบคทีเรียแบ่งตัวได้เร็วกว่าเม็ดเลือดขาวผลจะทำให้แผลอักเสบเรื้อรัง ส่งผลให้ระยะเวลาการหายของแผลนานยิ่งขึ้น¹²

3. เนื้อตาย (devitalized tissue) เนื้อตายทำให้การหายของแผลช้าลง เนื่องจากระยะเวลาในการอักเสบยาวนานขึ้น เพราะเม็ดเลือดขาวจะต้องกำจัดเนื้อตายโดยการละลาย (lysis) และการกลืนทำลาย (phagocytosis) นอกจากนี้เนื้อตายยังเป็นแหล่งให้แบคทีเรียอยู่ และเจริญได้ดี เพราะเป็นอาหารของแบคทีเรียด้วย ยิ่งทำให้แผลหายช้าลง¹³

4. สิ่งแปลกปลอม (foreign bodies) สิ่งแปลกปลอมที่อยู่ในบาดแผล เช่น เศษกระดูก เศษฟัน วัสดุเย็บแผล หรือสิ่งสกปรกต่าง ๆ ทำให้มีการอักเสบหรือเกิดการติดเชื้อได้ นอกจากนี้ สิ่งแปลกปลอมบางอย่างเป็นแอนติเจน (antigen) ทำให้เกิดการอักเสบนานยิ่งขึ้น มีผลให้การสร้างเส้นใยคอลลาเจนลดลงได้ ส่งผลกระทบต่อกระบวนการหายของแผล แผลหายช้าลง

ปัจจัยภายนอก

1. ภาวะทุพโภชนาการ (malnutrition)

โภชนาการ ถือเป็นอีกหนึ่งปัจจัยที่สำคัญในการเกิดกระบวนการ inflammation phase เนื่องจากมีสารอาหารหลัก ๆ มากมายที่เป็นส่วนประกอบทำให้ร่างกาย เกิดการซ่อมแซมเนื้อเยื่อ อาทิเช่น โปรตีน คาร์โบไฮเดรต วิตามิน A วิตามิน C เป็นต้น ซึ่งหากร่างกายได้รับสารอาหารไม่เพียงพอ ส่งผลให้การหายของแผลช้า และกลายเป็นแผลเรื้อรังในที่สุด ดังนั้นการที่ร่างกายได้รับอาหารอย่างสมดุลจึงเป็นสิ่งจำเป็นต่อการหายของแผล¹¹

สารอาหารที่มีผลต่อการหายของแผลมีดังนี้

1.1 โปรตีน เป็นส่วนประกอบสำคัญที่ร่างกายนำไปใช้สังเคราะห์คอลลาเจน หากร่างกายขาดโปรตีน จะส่งผลให้ความแข็งแรงของบาดแผลลดลง การตอบสนองทางภูมิคุ้มกันบกพร่อง ส่งผลให้บาดแผลเกิดการติดเชื้อ ได้ง่าย และกระบวนการหายของแผลใช้ระยะเวลานานมากยิ่งขึ้น

1.2 คาร์โบไฮเดรต และไขมัน ถือเป็นแหล่งพลังงานที่สำคัญที่ทำให้ cell นำโปรตีนออกมาใช้ในกระบวนการซ่อมแซมบาดแผล หากร่างกายขาดคาร์โบไฮเดรต และไขมัน จะส่งผลให้กระบวนการการหายของแผลเป็นไปได้ช้าลงเสี่ยงต่อการติดเชื้อมากยิ่งขึ้น

1.3 วิตามิน และเกลือแร่ เช่น วิตามินซี C ช่วยในการสังเคราะห์เส้นใยคอลลาเจน และหลอดเลือดฝอยใหม่ ช่วยกระตุ้นการทำงานของไฟโบรบลาสต์ให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น วิตามิน A ช่วยส่งเสริมการเจริญเติบโตหรือการงอกใหม่ของเนื้อเยื่อบุผิวที่จะขึ้นมาคลุมแผล อีกทั้งยังช่วยสังเคราะห์คอลลาเจนอีกด้วย, วิตามิน B จะทำหน้าที่ในการกระตุ้นเอนไซม์หรือโครเอนไซม์ให้เกิดกระบวนการเผาผลาญโปรตีน ไขมัน คาร์โบไฮเดรต อีกทั้งยังส่งเสริมให้เม็ดเลือดขาว

ทำหน้าที่ทำลายเชื้อแบคทีเรียในแผลได้ดียิ่งขึ้น เหล็ก (iron) ช่วยสังเคราะห์คลอคาเจน ทำให้เซลล์เม็ดเลือดขาวกำจัดเชื้อแบคทีเรียได้ดียิ่งขึ้น¹¹

2. วัยสูงอายุ (elderly)

วัยสูงอายุนั้น มีการเปลี่ยนแปลงของร่างกายในหลาย ๆ ด้าน ส่งผลให้ระบบการทำงานของอวัยวะต่าง ๆ มีประสิทธิภาพในการทำงานลดลง เช่น ระบบหลอดเลือดมีการแข็งตัว อัตราการไหลเวียนของเลือดลดลง ชั้นผิวหนังมีการเปลี่ยนแปลง การสร้างคอลลาเจนในชั้น dermis ลดลง ส่งผลให้ผิวหนังเปราะบาง ผิวหนังสูญเสียความชุ่มชื้น และความยืดหยุ่น เกิดแผลได้ง่าย นอกจากนี้ยังมีการเปลี่ยนแปลงของระบบภูมิคุ้มกัน การสร้าง antibody และ monocyte ลดลง ส่งผลให้กระบวนการอักเสบซึ่งถือเป็นหนึ่งในขั้นตอนการหายของแผล เกิดขึ้นช้าลง¹¹

3. โรคเบาหวาน (diabetes)

เนื่องจากระดับน้ำตาลที่สูงในกระแสเลือด จะทำให้หลอดเลือดมีการแข็งตัว หลอดเลือดตีบตัน ส่งผลให้การไหลเวียนเลือดลดลง¹⁴ ส่งผลให้เนื้อเยื่อได้รับออกซิเจนและสารอาหารลดลง อีกทั้งสภาพแผลที่มีน้ำตาลสูงทำให้การเจริญเติบโตของแบคทีเรีย เชื้อรา และยีสต์ เพิ่มขึ้น ดังนั้นผู้ที่มีโรคประจำตัวเป็นเบาหวาน จึงมักมีอัตราการติดเชื้อบริเวณแผลผ่าตัดที่เพิ่มสูงขึ้นมากกว่า คนทั่วไป อีกทั้งโรคเบาหวานยังมีผลต่อระบบประสาทที่มาควบคุมกระบวนการหายของแผลถูกขัดขวาง ส่งผลให้การหายของแผลช้าลงตามไปด้วย¹⁵

4. สเตียรอยด์

ยาสเตียรอยด์ จะไปยับยั้งการทำงานของระบบต่อมน้ำเหลือง ทำให้ขนาดต่อมน้ำเหลืองเล็กลง ส่งผลให้การสร้าง antibody และ lymphocyte ลดลง จึงทำให้ผู้ป่วยเสี่ยงต่อการติดเชื้อได้มากขึ้น นอกจากนี้ผลของยาสเตียรอยด์ ยังมีผลต่อกระบวนการ inflammation phase เกิดการยับยั้งการสังเคราะห์คอลลาเจน ส่งผลให้ระยะเวลาในการหายของแผลต้องใช้เวลาเพิ่มมากขึ้น

ยาประเภท anti-inflammatory drug จะกดการสังเคราะห์โปรตีน ขัดขวางการหดตัวของแผลและกระบวนการ epithelialization ทั้งนี้การได้รับวิตามิน A ที่เพียงพอจะช่วยลดปัญหาแผลหายช้าในผู้ที่ได้รับยาสเตียรอยด์¹¹

5. สถานะจิตใจ (psychological issue)

ความวิตกกังวลมีผลต่อการหายของแผลเนื่องจากขณะที่เกิดความวิตกกังวลร่างกายจะหลั่ง glucocorticoids ซึ่งจะยับยั้งการสังเคราะห์คอลลาเจน และการสร้าง granulation tissue และจะกระตุ้นการทำงานของระบบประสาทซิมพาเทติกทำให้หลอดเลือดหดตัว การไหลเวียนลดลง ทำให้เซลล์ได้รับสารอาหาร และออกซิเจนลดลงตามมา ซึ่งจะส่งผลให้กระบวนการหายของแผลช้าลงได้¹¹

กายวิภาคและสรีรวิทยาของไต

หน้าที่ของไตที่สำคัญคือ การรักษาสมดุลของน้ำและสารต่าง ๆ ในร่างกายให้คงที่ตลอดเวลา (homeostasis) โดยอาศัยกระบวนการทำงานของหน่วยไต 3 กระบวนการ คือ กระบวนการกรองของโกลเมอรูลัส (glomerular filtration) กระบวนการดูดกลับสาร และน้ำ (tubular reabsorption) กระบวนการหลั่งสาร (tubular secretion) ผลสุดท้ายจะขับถ่ายสาร (renal excretion) ที่ร่างกายไม่ต้องการ

หน่วยไต (nephron) เป็นส่วนที่ทำหน้าที่ (function unit) ของไตแต่ละข้างประกอบด้วยหน่วยไตประมาณ 1-1.5 ล้านหน่วย หน่วยไตประกอบด้วย

1. แคปซูลของไต renal corpuscle เป็นส่วนต้นของหน่วยไต

2. หลอดไตส่วนต้น (proximal tubule) เป็นส่วนที่ต่อมาจากแคปซูลของโบริวแมน มีลักษณะคดเคี้ยว ทำหน้าที่ดูดกลับสารต่าง ๆ เช่น กรดอะมิโน กลูโคส โปแตสเซียม น้ำ โซเดียม คลอไรด์ ฟอสเฟส ไบคาร์บอเนต และสารอินทรีย์อื่น ๆ

จะถูกดูดกลับเข้าหลอดเลือดในบริเวณนี้เกือบหมดและขับไฮโดรเจน

3. หลอดไตส่วนโค้งกลับ (henle's loop) เป็นท่อเล็ก ๆ ที่ต่อจากหลอดไตส่วนต้น ทอดโค้งเป็นห่วง แบ่งเป็น 2 ส่วนคือ ส่วนที่ทอดลง (descending loop) และส่วนที่วกขึ้น (ascending loop) ส่วนนี้จะดูดกลับสารต่าง ๆ ได้แก่ น้ำ โซเดียมคลอไรด์ และยูเรีย การดูดกลับน้ำขึ้นอยู่กับแรงดันออสโมลาลิตี้ ระหว่างภายในและภายนอกหลอดไต ส่วนที่วกขึ้นจะไม่ให้น้ำผ่านออกจะดูดกลับน้ำจนกว่าจะมีออสโมลาลิตี้เท่ากับใน interstitial fluid หลอดไตส่วนนี้จะดูดกลับสารต่าง ๆ ได้แก่ น้ำ โซเดียมคลอไรด์ และยูเรีย

4. หลอดไตส่วนปลาย (distal tubule) จะมีเซลล์ที่มีลักษณะเบียดแน่น สัมผัสกับหลอดเลือดแดงเล็ก ขาเข้าทำหน้าที่ในการหลั่งเรนิน หลอดไตส่วนนี้มีการดูดกลับน้ำได้ดีเนื่องจากมีการตอบสนองต่อฤทธิ์ของฮอร์โมนแอนติไดยูเรติก (antidiuretic hormone: ADH) หลอดไตส่วนนี้สามารถดูดกลับ และหลั่งไปแต่สเต็มได้มาก

5. หลอดไตรวม (collecting tubule) เป็นส่วนปลายของหลอดไต สามารถดูดกลับสารหลายชนิด เช่น โซเดียม โปแตสเซียม คลอไรด์ ยูเรีย รวมทั้งน้ำเพื่อช่วยควบคุมปริมาตรสารน้ำ และสามารถหลั่งสารที่ช่วยในการรักษาสมดุลกรดด่างของร่างกาย

โรคไตเรื้อรัง (chronic kidney disease: CKD)

โรคไตเรื้อรัง หมายถึง ภาวะที่มีความผิดปกติทางโครงสร้างหรือการทำหน้าที่ของไตอย่างใดอย่างหนึ่งติดต่อกันนานกว่า 3 เดือน เช่น การมีนิ่วหรือถุงน้ำที่ไต การมีโปรตีนหรือเม็ดเลือดแดงในปัสสาวะ โดยที่อัตราการกรองของไตอาจปกติหรือผิดปกติก็ได้ รวมถึงการตรวจพบอัตราการกรอง

ของไตต่ำกว่า 60 มล./นาที/พื้นที่ผิวกาย 1.73 m² ติดต่อกันกว่า 3 เดือน ไม่ว่าจะมีความผิดปกติทางโครงสร้างหรือการทำหน้าที่ของไตก็ตาม

ระยะของโรคและอาการแสดง (clinical manifestation) ระยะของไตเรื้อรังแบ่งออกเป็น

5 ระยะตามระดับการทำงานของไต โดยใช้ค่าอัตราการกรองของไตเป็นตัวกำหนดดังตารางต่อไปนี้

ระยะของโรคไตเรื้อรัง (CKD stages)	eGFR (ml/min/1.73m ²)	คำนิยาม
ระยะที่ 1	≥ 90	ปกติ หรือ สูง
ระยะที่ 2	60-89	ลดลงเล็กน้อย
ระยะที่ 3a	45-59	ลดลงเล็กน้อย ถึงปานกลาง
ระยะที่ 3b	30-44	ลดลงปานกลาง ถึงมาก
ระยะที่ 4	15-29	ลดลงมาก
ระยะที่ 5	< 15	ไตวายระยะสุดท้าย

โภชนบำบัดในผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง

พลังงาน

โภชนบำบัดสำหรับผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง ก่อนได้รับการบำบัดทดแทนไตในผู้ใหญ่ คำแนะนำพลังงานที่ควรได้รับในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังก่อนได้รับการบำบัดทดแทนไต ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่ยังไม่ได้รับการบำบัดทดแทนไต ควรได้รับปริมาณพลังงานโดยพิจารณาแยกตามกลุ่มอายุของผู้ป่วย ดังนี้ ในผู้ป่วยที่อายุน้อยกว่า 60 ปี ควรได้รับพลังงานประมาณ 35 กิโลแคลอรี/กก.น้ำหนักอุดมคติ/วัน ในผู้ป่วยที่อายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไปควรได้รับพลังงานประมาณ 30 ถึง 35 กิโลแคลอรี/กก.น้ำหนักอุดมคติ/วัน ทั้งนี้ควรพิจารณาระดับกิจกรรมของผู้ป่วยในแต่ละวัน น้ำหนักตัว หรือดัชนีมวลกายของผู้ป่วยร่วมด้วย แนะนำให้ใช้น้ำหนักตัวในอุดมคติ (ideal body weight) ซึ่งสามารถคำนวณได้จากสมการ เพศชาย = ความสูง (ซม.) – 100 เพศหญิง = ความสูง (ซม.) – 105 พลังงานที่ผู้ป่วย CKD ในระยะก่อนได้รับการบำบัดทดแทนไต จำเป็นต้องได้รับในแต่ละวันนั้น มีค่าเทียบเท่ากับพลังงานที่คนทั่วไปที่มีสุขภาพดี (healthy individuals) ที่มีอายุเท่ากันควรได้รับ จากการศึกษาเกี่ยวกับเมแทบอลิซึมของพลังงาน พบว่า การที่ผู้ป่วย CKD ในระยะก่อนได้รับการบำบัดทดแทนไต ได้รับพลังงานประมาณ 35 กิโลแคลอรี/กก.น้ำหนัก

อุดมคติ/วันนั้น (ค่าเฉลี่ยอยู่ในช่วง ± ร้อยละ 10 ของน้ำหนักตัวในอุดมคติ) จะสามารถทำให้สมดุลของไนโตรเจนเป็นกลางหรือบวก รักษาระดับของแอลบูมินในเลือด และ ความสมดุลของส่วนประกอบของร่างกายให้อยู่ในเกณฑ์ปกติได้อีกทั้งยังช่วยลดปริมาณ urinary nitrogen appearance ซึ่งเป็นการบ่งบอกทางอ้อมถึงการลดลงของการสร้างยูเรียจากการที่ร่างกายนำโปรตีนไปใช้ได้อย่างมีประสิทธิภาพ อย่างไรก็ตาม สำหรับผู้ป่วยที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไปนั้น อาจมีแนวโน้มที่จะมีกิจกรรมในแต่ละวันน้อยลงมีพฤติกรรมเนือยนิ่ง ดังนั้นความต้องการพลังงานที่ 30 ถึง 35 กิโลแคลอรี/กก.น้ำหนักอุดมคติ/วัน จึงน่าจะเพียงพอต่อความต้องการของผู้ป่วย การใช้สมการ (predictive equation) ของคนทั่วไปที่มีสุขภาพดีเพื่อคำนวณปริมาณพลังงานที่ควรได้รับต่อวัน เช่น harris-benedict หรือ schofield equation เป็นต้น ไม่แนะนำให้ใช้ในผู้ป่วย CKD ในระยะก่อนได้รับการบำบัดทดแทนไต เนื่องจากมักได้ผลลัพธ์ของการคำนวณที่สูงเกินความเป็นจริง (overestimation)

โภชนบำบัดสำหรับผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง ที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม พลังงานที่ควรได้รับสำหรับผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม ควรได้รับ

พลังงานอย่างน้อย 35 กิโลแคลอรี/กก.น้ำหนัก
อุดมคติ/วัน ขึ้นอยู่กับความสามารถใน
การทำกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วย แนะนำให้ผู้ป่วย
ที่อายุมากกว่า 60 ปี ได้รับพลังงานอย่างน้อย
30 กิโลแคลอรี/กก.น้ำหนักอุดมคติ/วัน ผู้ป่วย
CKD ที่ได้รับการบำบัดทดแทนไต มีการสูญเสีย
พลังงานจากการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม
มีภาวะอักเสบเรื้อรัง (chronic inflammation)
ส่งผลให้มีการใช้พลังงานมากขึ้น ดังนั้นควร
พิจารณาแนะนำอาหารให้ผู้ป่วยได้รับมากกว่า
คนทั่วไป แต่กรณีผู้ป่วยสูงอายุ มีกิจวัตรประจำวัน
ลดลงอาจต้องการพลังงานลดลง

โปรตีน

ในกรณีที่มิขาดแคลนร่างกายผู้ป่วยต้องการ
โปรตีนมาช่วยในกระบวนการหายทุกระยะ
แต่สามารถรับประทานได้ในปริมาณที่จำกัด
ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่ยังไม่ได้รับการบำบัดทดแทนไต
ควรได้รับอาหารที่มีโปรตีนต่ำ โดยกำหนดระดับ
ของโปรตีนที่ผู้ป่วยควรได้รับต่อวันมากกว่าร้อยละ
50 ขึ้นไป เป็นโปรตีนที่มีคุณภาพสูง (โปรตีนที่มี
กรดอะมิโนจำเป็นครบถ้วน) ร่วมกับให้คำแนะนำ
และติดตามระดับพลังงานที่ได้รับต่อวันอย่างต่อเนื่อง
ดังนี้ ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3b ถึง 5 ที่ยังไม่ได้
รับการบำบัดทดแทนไต ควรได้รับโปรตีนประมาณ
0.6 ถึง 0.8 กรัม/กก.น้ำหนักอุดมคติ/วัน เพื่อหวังผล
ลดการดำเนินโรคไปสู่โรคไตเรื้อรังระยะสุดท้าย
ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 4 และ 5 ที่ยังไม่ได้
รับการบำบัดทดแทนไต อาจพิจารณาการให้โปรตีน
ที่น้อยกว่า 0.4 กรัม/กก.น้ำหนักอุดมคติ/วัน ร่วมกับการ
ให้คูเหมือนของกรดอะมิโน (keto-analogue)
เสริมเพื่อหวังผลลดการดำเนินโรคไปสู่โรคไตเรื้อรัง
ระยะสุดท้าย ชะลอความเสื่อมของไตและลดระดับ
ยูเรียในเลือด¹⁶ โปรตีนที่แนะนำในผู้ป่วย CKD ใน
ระยะก่อนได้รับการบำบัดทดแทนไต โปรตีน 0.8-1.0
น้ำหนักอุดมคติ/วัน (ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 1-2, 3a)

โปรตีน 0.6 – 0.8 น้ำหนักอุดมคติ/วัน
(ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 1-2, 3b)

โปรตีน 0.3 – 0.6 น้ำหนักอุดมคติ/วัน
(ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3)

โปรตีน 0.3 – 0.4 น้ำหนักอุดมคติ/วัน
(ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 4-5)

โปรตีน 1.0 – 1.5 น้ำหนักอุดมคติ/วัน
(ผู้ป่วยที่ได้รับการบำบัดทดแทนไต)¹⁷

คาร์โบไฮเดรต

สำหรับผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังก่อนฟอกเลือด
แบ่งลดโปรตีน ได้แก่ วุ้นเส้น แป้งมัน แป้งถั่ว
เขียว สาหร่าย และเส้นเชียงฮั เป็นต้น เป็นแป้ง
ที่ไม่มีโปรตีนในส่วนประกอบ ทำให้ลดปริมาณ
โปรตีนต่อวันลงได้

ไขมัน

การบริโภคไขมันในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังก่อน
ได้รับการบำบัดทดแทนไต ลักษณะของไขมัน
ในอาหารที่ควรบริโภค แนะนำเน้นที่คุณภาพของ
ไขมันว่าเป็นไขมันที่ส่งผลดีต่อสุขภาพโดยรวมโดย
ลักษณะอาหารควรเน้นที่รูปแบบการรับประทาน
อาหารที่ครบหมวดหมู่ หลากหลาย และสมดุล
(healthy dietary pattern) ควรรับประทานปลา
เป็นประจำเพื่อให้ได้รับกรดไขมันชนิดโอเมก้าสาม
(omega-3 fatty acids) ได้แก่ eicosapentaenoic
acid 76 และ docosahexaenoic acid (DHA)
โดยควรรับประทานปลาที่มีไขมันสูง เช่น ปลาสวาย
ปลาทู ปลากะพงแดง ปลากะพงขาว ปลาจาระเม็ด
ขาว เป็นต้น แนะนำให้รับประทานประมาณ 100 กรัม
(6 ถึง 7 ช้อนโต๊ะ) 2 ถึง 3 ครั้งต่อสัปดาห์ ควร
รับประทานไขมันจากพืชเป็นหลัก ซึ่งองค์ประกอบ
หลักจะเป็นไขมันไม่อิ่มตัว (unsaturated fat)
ไม่ว่าจะเป็นไขมันไม่อิ่มตัวตำแหน่งเดียว
(monounsaturated fats) เช่น น้ำมันมะกอก
น้ำมันคาโนลา น้ำมันรำข้าว น้ำมันถั่วลิสง เป็นต้น
หรือไขมันไม่อิ่มตัวหลายตำแหน่ง (polyunsaturated
fats) เช่น น้ำมันถั่วเหลือง น้ำมันเมล็ดดอกทานตะวัน
น้ำมันงา น้ำมันรำข้าว เป็นต้น ไม่แนะนำให้

รับประทานอาหารเสริมที่มีโอเมก้าสาม เพื่อช่วยลดความเสี่ยงของการเป็นโรคหัวใจ และลดเลือดลักษณะของไขมันในอาหารที่ควรหลีกเลี่ยง แนะนำให้จำกัดปริมาณไขมันทรานส์ (trans fat) ในอาหารให้น้อยที่สุด หรือไม่เกินร้อยละ 1 ของพลังงานรวมเนื่องจากเพิ่มอัตราเสี่ยงของการเกิดโรคหัวใจ และลดเลือด แนะนำให้จำกัดปริมาณไขมันอิ่มตัวในอาหารให้ไม่เกินร้อยละ 7 ของพลังงานรวม โดยไขมันอิ่มตัวพบได้ในอาหารที่ประกอบด้วยไขมันสัตว์ เนย น้ำมันปาล์ม กะทิ และน้ำมันมะพร้าว เป็นต้น เนื่องจากผู้ป่วย CKD ในระยะก่อนได้รับการบำบัดทดแทนไต โดยเฉพาะผู้ป่วย CKD ระยะที่ 3 ถึง 5 มักถูกจำกัดปริมาณโปรตีน ทำให้ได้รับสารอาหารหลักจากคาร์โบไฮเดรต และไขมัน ปัจจุบันไม่มีข้อกำหนดชัดเจนถึงปริมาณสัดส่วนของพลังงานจากอาหารประเภทไขมัน และคาร์โบไฮเดรต

ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม ควรได้รับไขมันตามปกติ ผู้ป่วย CKD ที่ได้รับการบำบัดทดแทนไต ด้วยการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม มีการเผาผลาญเมแทบอลิซึมของไขมันผิดปกติ มักพบภาวะไตรกลีเซอไรด์ในเลือดสูง และพบว่ามีการขาดกรดไขมันที่จำเป็นแต่ยังไม่มีข้อมูลที่แสดงว่าการให้กรดไขมันจำเป็นหรือการลดระดับไตรกลีเซอไรด์ให้ต่ำลงมีผลต่ออัตราการรอดชีวิตผู้ป่วย

วิตามิน

พิจารณาให้วิตามินชนิดละลายในน้ำเสริมในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังก่อนได้รับการบำบัดทดแทนไตที่จำกัดการรับประทานโปรตีน และจำกัดการรับประทานผักผลไม้ เพื่อป้องกันการเกิดภาวะขาดวิตามิน โดยให้ในรูปของวิตามินบีรวม และกรดโฟลิกเสริม โดยพิจารณาตามความเสี่ยง อาการ และการแสดงของผู้ป่วยแต่ละราย ผู้ป่วย CKD ก่อนได้รับการบำบัดทดแทนไต มักถูกจำกัดอาหารหลายชนิด เนื่องจากแพทย์ผู้รักษามักให้ผู้ป่วย

จำกัดโปรตีน เพื่อชะลอความเสื่อมของไต จำกัดผักผลไม้เพื่อควบคุมระดับโพแทสเซียมในเลือด ทำให้ผู้ป่วยกลุ่มนี้มีความเสี่ยงที่จะได้รับสารอาหารและแร่ธาตุไม่เพียงพอจากอาหารเพียงอย่างเดียว โดยเฉพาะวิตามินที่ละลายในน้ำ ผู้ป่วยที่จำกัดโปรตีนมักได้รับวิตามิน B วิตามิน A ไบโอดีน โฟเลท และวิตามิน K จากอาหารปริมาณน้อยลง นอกจากนี้ผู้ป่วย CKD ก่อนได้รับการบำบัดทดแทนไต จะมีความผิดปกติในการดูดซึมวิตามินบางชนิดเมื่อระดับ eGFR ลดลง เช่น วิตามิน B2 โฟเลทและวิตามิน D เป็นต้น และอาจมีความผิดปกติของการเมแทบอลิซึมของวิตามินบางชนิด เช่น โฟเลท และวิตามิน B6 เป็นต้น นอกจากนี้การใช้อาหารบางชนิดอาจมีผลต่อระดับวิตามินในร่างกาย เช่น ยาขับปัสสาวะจะเพิ่มการขับออกของวิตามิน B1 ทางปัสสาวะ เป็นต้น อย่างไรก็ตามไม่แนะนำให้ผู้ป่วย CKD รับประทานวิตามินเสริมที่ประกอบด้วยวิตามิน C ขนาดสูง (มากกว่า 60 มก./วัน) เนื่องจากอาจทำให้เกิดภาวะ hyperoxalemia ส่งผลให้มี calciumoxalate crystal ไปสะสมตามอวัยวะของร่างกายรวมทั้งนิ้วในไตด้วย วิตามิน C ที่ส่งเสริมการทำงานของคอลลาเจน และส่งเสริมการหายของแผลจึงรับประทานได้ในปริมาณที่จำกัด

ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม ควรได้รับวิตามินที่ละลายในไขมันบางชนิด ดังนี้

- วิตามิน D ควรให้โดยพิจารณาถึงค่าระดับแคลเซียม ฟอสฟอรัส และฮอโมนพาราไธรอยด์ในเลือด

- วิตามิน E อาจพิจารณาให้ในผู้ป่วยที่มีโรคหัวใจและหลอดเลือด ปริมาณ 800 หน่วยสากล/วัน

ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม ควรได้รับคำแนะนำให้จำกัดเกลือแร่ ดังนี้ โซเดียม 1.8 ถึง 2.5 กรัม/วัน โพแทสเซียม 2,000 ถึง 2,500 มก./วัน ฟอสฟอรัส 800 ถึง 1,000 มก./วัน สังกะสี 15 มก./วัน

ซีลีเนียม 50 ถึง 70 ไมโครกรัม/วัน การรับประทานผักผลไม้บางชนิดจึงสามารถรับประทานในปริมาณที่ไม่มากนัก¹⁶

บทบาทของพยาบาลในการส่งเสริมโภชนาการในผู้ป่วยโรคไตที่มีแผล

การมีความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับกระบวนการหายของแผล ปัจจัยที่ส่งผลต่อการหายของแผล และการให้โภชนาการที่ช่วยส่งเสริมการหายของแผลของผู้ป่วย จึงเป็นพื้นฐานที่สำคัญยิ่งสำหรับบุคลากรทางการแพทย์ ซึ่งพยาบาลเป็นบุคลากรที่ใกล้ชิดผู้ป่วยมากที่สุด และมีหน้าที่โดยตรงต่อการให้โภชนาการกับผู้ป่วย จึงต้องตระหนักถึงความสำคัญกับประเด็นดังกล่าว โดยบทบาทของพยาบาลในการส่งเสริมโภชนาการในผู้ป่วยโรคไตที่มีแผล จะใช้กระบวนการพยาบาล 4 ขั้นตอนที่มีความสัมพันธ์กัน ได้แก่ การประเมินการวินิจฉัยทางการพยาบาล การปฏิบัติการพยาบาล และการประเมินผล เพื่อให้ผู้ป่วยโรคไตที่มีแผลได้รับโภชนาการที่ดี และเหมาะสม

1. การประเมินภาวะโภชนาการ (nutrition assessment)

ของผู้ป่วยโรคไตที่มีแผล โดยพยาบาลเป็นบุคคลแรกที่สามารถประเมินภาวะทุพโภชนาการในผู้ป่วยโรคไตที่มีแผล ซึ่งจะต้องบันทึกส่วนเกี่ยวข้องกับสภาวะทางด้านร่างกาย พฤติกรรม ระดับสารอาหารในปัสสาวะ เลือด และเนื้อเยื่อ รวมทั้งปริมาณอาหาร และคุณภาพของอาหารที่ได้รับ นอกจากนี้ข้อมูลอื่น ๆ ได้แก่ ยาที่ได้รับในปัจจุบัน ความเครียด หรือความเจ็บป่วยเรื้อรัง ฐานะทางเศรษฐกิจความรู้ด้านโภชนาการ ขนบธรรมเนียม ประเพณีภาวะความเป็นอยู่ ซึ่งข้อมูลเหล่านี้จะมีผลต่อโภชนาการที่ได้รับ และความต้องการด้านโภชนาการ การประเมินภาวะโภชนาการของผู้ป่วยเป็นสิ่งที่ควรปฏิบัติทันทีที่ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล และประเมินซ้ำทุกครั้งที่มีการเปลี่ยนแปลงของสภาพร่างกาย นอกจากนี้

ประเมินภาวะโภชนาการแล้วควรประเมินอาหารและหน้าที่ผู้ป่วยรับประทานได้ร่วมด้วย เมื่อได้แล้วพยาบาลต้องดำเนินการวางแผนเพื่อวินิจฉัยทางการพยาบาล โดยเน้นความต้องการของผู้ป่วยเป็นหลัก และสามารถนำไปปฏิบัติ ซึ่งต้องเป็นข้อมูลที่ได้จากการประเมินภาวะโภชนาการเท่านั้น และอาจจะเป็นปัญหาที่เกี่ยวข้องกับภาวะทุพโภชนาการร่วมด้วย

2. การปฏิบัติการพยาบาลด้านการส่งเสริมภาวะโภชนาการให้กับผู้ป่วยโรคไตที่มีแผล

การปฏิบัติการพยาบาลนั้นจะเป็นไปตามการวินิจฉัยทางการพยาบาลที่กำหนดไว้ โดยพยาบาลสามารถพัฒนาแนวทางการปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังที่มีแผล เพื่อป้องกันภาวะทุพโภชนาการ จะครอบคลุมการประสานงานกับทีมสหสาขาเพื่อสนองความต้องการได้อย่างครบถ้วน ทั้งนี้การให้ความรู้ความเข้าใจโดยการจัดโปรแกรมการให้ความรู้อย่างต่อเนื่องกับผู้ป่วย และญาติเกี่ยวกับอาหารที่จะช่วยส่งเสริมให้การหายของแผลในผู้ป่วยโรคไตที่มีแผล ถือว่าเป็นสิ่งที่จำเป็นมากยิ่งขึ้น เนื่องจากผู้ป่วย และญาติจะได้รับรู้ว่าอาหารชนิดใดที่ควรรับประทาน และถ้าไม่สามารถจัดหาอาหารได้ควรจัดอาหารทดแทนในรูปแบบใด รวมทั้งอาหารที่ควรหลีกเลี่ยง เนื่องจากความเชื่อ และวัฒนธรรมการรับประทานอาหารแบบเดิมของผู้ป่วยโรคไตที่มีแผล อาจส่งผลให้การหายของแผลในผู้ป่วยโรคไตที่มีแผลช้าลงได้หรืออาจเพิ่มความเสื่อมของไตมากขึ้นเช่นกัน

3. การประเมินผล

เป็นขั้นตอนสุดท้ายในการตัดสินใจเป้าหมายด้านโภชนาการบรรลุตามที่กำหนดไว้หรือไม่ เช่น กระบวนการส่งเสริมโภชนาการที่ช่วยส่งเสริมการหายของแผลในผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังที่มีแผลเป็นไปตามกระบวนการตามธรรมชาติหรือไม่ ถ้าไม่พยาบาลควรที่จะเริ่มต้นกระบวนการพยาบาลใหม่

โดยการประเมินซ้ำ และเปลี่ยนแปลงสิ่งที่จำเป็น โดยการนำแผนการพยาบาลมาปรับเปลี่ยนใหม่ เพื่อให้สามารถนำมาประยุกต์ใช้ในการรักษาพยาบาล ด้านโภชนาการของผู้ป่วยโรคไตที่มีผลได้อย่างมีประสิทธิภาพ

สรุป

ผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังที่มีบาดแผลเกิดจากหลายสาเหตุปัจจัยที่ทำให้แผลหายช้า ระยะเวลาการนอนโรงพยาบาลนานขึ้น ดังนั้นบุคลากรการแพทย์ควรให้ความสำคัญ โดยเฉพาะอย่างยิ่งพยาบาลวิชาชีพเป็นบุคคลที่ดูแลผู้ป่วยใกล้ชิด จึงมีบทบาทสำคัญในการประเมิน และส่งเสริมการหายของแผล นอกจากการดูแลบาดแผล การส่งเสริมภาวะโภชนาการให้เหมาะสมกับโรคจึงเป็นสิ่งสำคัญที่จะช่วยเหลือผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง และปลอดภัย การประเมินภาวะโภชนาการของผู้ป่วยแต่ละราย การให้ความรู้คำแนะนำการเลือกรับประทานอาหารที่ถูกต้องเหมาะสม ให้เพียงพอกับความต้องการของร่างกาย และส่งเสริมการหายของแผล เป็นการเพิ่มประสิทธิภาพในการดูแลผู้ป่วย ส่งผลให้ผู้ป่วยแผลหายตามระยะเวลากระบวนการหายของแผล ลดวันนอนโรงพยาบาลได้ในผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรัง

เอกสารอ้างอิง

1. ยุวดี เกตสัมพันธ์. การประเมินภาวะโภชนาการ. สืบค้น 5 มกราคม 2565 จาก https://www.si.mahidol.ac.th/Th/division/nursing/NDivision/N_QD/admin/download_files/178_72_1.pdf
2. จุฬารัตน์ รุ่งพิสุทธิพงษ์. Nutrition in Clinical Medicine. การประเมินภาวะโภชนาการ (Nutrition Assessment) กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์กรุงเทพ เวชสาร; 2553.

3. ณัฐชัย ศรีสวัสดิ์, ณัฏฐา ล้าเลิศกุล. โภชนาการในผู้ป่วย ที่ได้รับการบำบัดทดแทนไตต่อเนื่อง. วารสารเวชบำบัดวิกฤต 2561; 26(2): 13-14.
4. จิณพิชญ์ชา มะมม, ประกายเพชร วินัยประเสริฐ. การพัฒนาแอปพลิเคชันช่วยคำนวณอาหารที่จำเป็นต่อวัน (NuTu-App) เพื่อส่งเสริมภาวะโภชนาการในผู้ป่วยที่มีแผลกดทับ. วารสารวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี 2562; 27(3): 485-498.
5. กมลวรรณ เจนวิถีสุข. Basic wound healing and wound bed preparation. Srinagarind Med Journal 2556; 28(1): 10-17.
6. ช่อผกา สุทธิพงษ์, ศิริอร สันธู, เกศรินทร์ อุทธิยะประสิทธิ์, จงจิต เสนหา, ยงชัย นิละนนท์. ปัจจัยที่มีผลต่อระดับความรุนแรงของแผลกดทับในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง. วารสารสภาการพยาบาล 2549; 21(4): 56-67.
7. Stechmiller JK. Understanding the Role of Nutrition and Wound Healing. Nutrition in Clinical Practice. 2010; 25(1): 61-8.
8. Tonni S, Wali A. Dietary considerations of wound healing in Ayurveda. J Nutr Food Sci, 2013; 3(5): 1-4.
9. ศรารินทร์ พิทยะพงษ์. โภชนาการกับการหายของแผล. วารสารพยาบาลสภาวิชาชีพไทย 2551; 1(2-3): 27-37.
10. อัจฉริย สาโรวิท. Wound Healing and Wound care; 2561. สืบค้น 16 มิถุนายน 2565 จาก <http://www.rama.mahidol.ac.th>
11. นงนุช หอมเนียม. บทบาทพยาบาลในการใช้หลักโภชนาการที่ส่งเสริมการหายของแผล: วารสารพยาบาลตำรวจ 2557; 6(2): 240-242.
12. วงเดือน สุวรรณศิริ, ยุพเรศ พญาพรหม. การป้องกันการติดเชื้อที่ตำแหน่งผ่าตัด. วารสารพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย 2017; 29(2): 20.

13. Manna B, Nahirniak P, Morrison CA. Wound Debridement. [Updated 2023 Apr 19]. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2023 Jan-. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK507882/>
14. ชยพล ศิรินิยมชัย. บทบาทพยาบาลในการจัดการแผลเบาหวานที่เท้า: บทความทั่วไปเวชบันทึกศิริราช. 2562; 12(2): 132-139.
15. Dobner J, Kaser S. Body mass index and the risk of infection—from underweight to obesity. *Clinical Microbiology and Infection* 2018; (1): 24-28.
16. สมาคมผู้ให้อาหารทางหลอดเลือดดำและทางเดินอาหารแห่งประเทศไทย. คำแนะนำแนวทางเวชปฏิบัติโภชนบำบัดสำหรับผู้ป่วยโรคไตในผู้ใหญ่ 2563.
17. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ชนิดา ปโชติการ. อาหารสำหรับผู้สูงอายุโรคไตเรื้อรัง: สมาคมนักกำหนดอาหารแห่งประเทศไทย 2561.

บทความวิชาการ

การเปลี่ยนท่าและการเคลื่อนไหวร่างกาย เพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับในผู้ป่วยติดเตียง

อารียา นรรัตน์¹

สมฤดี เศษสุข²

สุดารัตน์ มาตวงศ์³

พิชญา เคารพธรรม⁴

จรัสพร วิลัยสัย⁵

บทคัดย่อ

แผลกดทับ เป็นภาวะแทรกซ้อนที่มักพบได้บ่อยในผู้ป่วยที่มีข้อจำกัดในการเคลื่อนไหว ไม่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้ ต้องอยู่บนเตียงตลอดเวลา สาเหตุสำคัญเกิดจากเนื้อเยื่อขาดเลือดจากแรงกดทับเป็นเวลานาน แรงเฉือน แรงเสียดทานจากการพลิกตัวหรือการเลื่อนผู้ป่วย เมื่อผู้ป่วยมีแผลกดทับจะมีความเจ็บปวด และทุกข์ทรมาน การเปลี่ยนท่า และการเคลื่อนไหวร่างกายเป็นกลยุทธ์ในการป้องกันการเกิดแผลกดทับ โดยการลดระยะเวลาของแรงกดบนเนื้อเยื่อ เพื่อลดการขาดออกซิเจนของเนื้อเยื่อ ซึ่งเป็นการป้องกันการเกิดแผลกดทับที่สามารถทำได้ง่าย ผู้ดูแล และผู้ป่วยสามารถปฏิบัติได้ด้วยตนเอง อีกทั้งยังสามารถช่วยลดค่าใช้จ่ายในการดูแล และเพิ่มคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

คำสำคัญ: แผลกดทับ/ การเปลี่ยนท่า/ ผู้ป่วยติดเตียง

¹พยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย แขวงปทุมวัน เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330

²พยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลชุมพรเขตรอุดมศักดิ์ ตำบล ท่าตะเภา อำเภอเมืองชุมพร ชุมพร 86000

³พยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลศิริราช ปิยมหาราชการุณย์ แขวงศิริราช เขตบางกอกน้อย กรุงเทพฯ 10700

⁴พยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลพญาไท 3 แขวงปากคลองภาษีเจริญ เขตภาษีเจริญ กรุงเทพมหานคร 10160

⁵พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ ฝ่ายการพยาบาล คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช กรุงเทพฯ 10300

Corresponding Author, Email: charasporon@nmu.ac.th

Review article

Repositioning and mobilization to prevent pressure injury in bedridden patients

*Areeya Nararat*¹*Somrudee Setsook*²*Sudarut Mattawong*³*Pitchaya Kaoroptham*⁴*Charasporn Wilaisai*⁵

Abstract

Pressure injuries are a common complication in patients with limited mobility, inability to help themselves must stay in bed all the time. The main cause is tissue ischemia from long-term pressure, shear, and friction from turning or sliding the patient. When a patient has a pressure injury, there will be pain and suffering. Repositioning and mobilization are a strategy to prevent pressure injury by reducing the duration of pressure on the tissue and reducing tissue oxygen deprivation. This is the prevention of pressure injury that can be easily done. Caregivers and patients can practice by themselves. It can also help reduce the cost of care, and enhance the quality of life

Keywords: Pressure injury/ Repositioning/ Bedridden patients

¹ Registered Nurse, Faculty of Medicine at Chulalongkorn University, Pathumwan Subdistrict, Pathumwan District, Bangkok 10330

² Registered Nurse, Chumphon Khet Udomsak Hospital, Tha Taphao Subdistrict, Mueang Chumphon District, Chumphon 86000

³ Registered Nurse, Siriraj Piyamaharajkarun Hospital, Siriraj Subdistrict, Bangkok Noi District Bangkok 10700

⁴ Registered Nurse, Phyathai 3 Hospital, Pak Khlong Phasi Charoen Subdistrict, Phasi Charoen District, Bangkok 10160

⁵ Registered Nurse, Professional Level Department of Nursing, Vajira Hospital, Faculty of Medicine Vajira Hospital, Bangkok 10300, Corresponding Author, Email: charasporn@nmu.ac.th

Received August 18 2022; Revised June 7 2023; Accepted June 8 2023

บทนำ

ผู้ป่วยติดเตียง คือ ผู้ที่มีสภาพร่างกายเสื่อมโทรมจนต้องนอนอยู่บนเตียงตลอดเวลา เช่น ผู้ป่วยบาดเจ็บไขสันหลัง (spinal cord injury) หรือโรค stroke ความเจ็บป่วยจากการเป็นโรคประจำตัว ประสบอุบัติเหตุ การผ่าตัดใหญ่ โดยผู้ป่วยที่มีอาการนอนติดเตียงอาจจะมีทั้งผู้ป่วยที่ยังรู้สึกตัวหรือไม่รู้สึกตัว ซึ่งร่างกายบางส่วนอ่อนแรง สูญเสียประสาทสัมผัส สูญเสียการรับรู้ความรู้สึก ไปบางส่วนหรือทั้งหมด เกิดจากการได้รับยาหรือการทำหัตถการ การตรวจรักษาต่าง ๆ ที่ส่งผลให้ผู้ป่วยไม่ได้เคลื่อนไหวช่วงระยะเวลาหนึ่ง ซึ่งเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญ และมักก่อให้เกิดภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ และมีความสัมพันธ์อย่างมากกับอัตราการเสียชีวิตในโรงพยาบาลหรือแม้กระทั่งหลังจากออกจากโรงพยาบาล นอกจากนี้ระบบสุขภาพต้องใช้ทรัพยากรถึงร้อยละ 25 เพื่อจัดการดูแลผู้ป่วยติดเตียง¹² ภาวะแทรกซ้อนที่พบได้บ่อยในผู้ป่วยกลุ่มนี้ คือ แผลกดทับ¹ ซึ่งส่วนใหญ่สามารถป้องกันได้ แต่ยังพบอัตราการเกิดการเกิดแผลกดทับที่สูง⁶ แผลกดทับที่เกิดในโรงพยาบาลถือเป็น 1 ใน 10 ของตัวชี้วัดสำคัญที่บ่งบอกถึงคุณภาพการดูแลผิวหนังผู้ป่วยของพยาบาลโดยตรง² นอกจากนี้การเกิดแผลกดทับทำให้ผู้ป่วยต้องรักษาในโรงพยาบาลนานกว่าปกติ 3-5 เท่า ทำให้จำนวนวันนอนเฉลี่ยของการรักษาในโรงพยาบาลสูงมากกว่าผู้ป่วยที่ไม่มีแผลกดทับ และเพิ่มภาระค่าใช้จ่ายทั้งระบบสุขภาพและครอบครัว ได้แก่ ค่าใช้จ่ายในการทำแผล ค่ายา อาหารเสริม การให้บริการทางการแพทย์ การพยาบาล และกายภาพบำบัด รวมทั้งต้องเพิ่มจำนวนชั่วโมงการดูแลมากขึ้น

แนวทางการปฏิบัติทางคลินิกแนะนำให้เปลี่ยนท่าผู้ป่วยเพื่อป้องกันการบาดเจ็บจากการกดทับในผู้ป่วยที่มีความเสี่ยง ได้แก่ ความถี่ในการเปลี่ยนท่า การจัดตำแหน่งโดยใช้การเอียงตัวเพื่อกระจายแรงกดกับพื้นผิวรองรับ และการเปลี่ยนท่าจะเป็นกลยุทธ์การป้องกันการเกิดแผลกดทับโดยการลดระยะเวลาของแรงกดบนเนื้อเยื่อ ลดการขาดออกซิเจนของเนื้อเยื่อ⁹ อีกทั้งการเปลี่ยนท่า

ผู้ป่วยมีค่าใช้จ่ายน้อยกว่าในแง่ของการให้การพยาบาล รวมทั้งมีประสิทธิภาพมากกว่าในการลดอุบัติการณ์ของการเกิดแผลกดทับ⁹ การเปลี่ยนท่าจึงเป็นบทบาทสำคัญของพยาบาลในการดูแล และให้คำแนะนำในผู้ป่วยติดเตียง ผู้เขียนเห็นความสำคัญของการเปลี่ยนท่า และการเริ่มเคลื่อนไหวร่างกาย (repositioning and early mobilization) นี้จึงทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องเพื่อเป็นอีกช่องทางหนึ่งที่จะป้องกันการเกิดแผลกดทับในผู้ป่วยติดเตียงได้

ผู้ป่วยติดเตียง

ผู้ป่วยติดเตียง คือกลุ่มผู้ป่วยที่มีภาวะพึ่งพิง มีค่า ADL (Barthel Index of ADL (activities of daily living)) น้อยกว่า 4 คะแนน เช่น กลุ่มผู้ป่วยที่มีโรคเรื้อรัง หรือผู้สูงอายุที่ทำให้เกิดความพิการ และจำกัดความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน จำเป็นต้องมีผู้ช่วยเหลือในการทำกิจวัตร

ประเภท

ผู้ป่วยติดเตียง สามารถแบ่งออกเป็น 2 ประเภทได้แก่

1. ผู้ป่วยติดเตียงโดยสมบูรณ์ เป็นผู้ป่วยที่ไม่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้เลย จำเป็นต้องพึ่งพาคนดูแลเพียงอย่างเดียวเท่านั้น
2. ผู้ป่วยติดเตียงที่ยังพอสามารถขยับตัวหรือเคลื่อนไหวเองได้บ้าง ทำให้อาจจะไม่จำเป็นต้องพึ่งพาผู้ดูแลทั้งหมด

ภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยติดเตียง

เกิดภาวะแทรกซ้อนทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ การที่ผู้ป่วยติดเตียงจำเป็นจะต้องนอนบนเตียงเป็นเวลานาน จะส่งผลเสียต่อร่างกายได้ในระยะยาว และยังมีความเสี่ยงสูงในการเกิดภาวะแทรกซ้อนอื่น ๆ ที่พบได้บ่อยจะมีดังนี้^{3,5}

1. แผลกดทับ
2. ข้อยึดติดและกล้ามเนื้อลีบ
3. ภาวะกลืนลำบาก
4. การติดเชื้อในระบบทางเดินหายใจ
5. การติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะ
6. ท้องผูก
7. ภาวะซึมเศร้า

แผลกดทับ

ความหมายและระดับของแผลกดทับ

ปัจจุบันแผลกดทับเป็นภาวะแทรกซ้อนที่เป็นปัญหาของโรงพยาบาลทั่วโลก ความชุกในการเกิดแผลกดทับจากผู้ป่วย 1,366,848 คน คิดเป็น 12.8% และอุบัติการณ์การเกิด คิดจากผู้ป่วย 681,885 คน เท่ากับ 5.4 ต่อ 10,000 คน/วัน² ความชุกของโรคนี้พบมากที่สุดในประชากรสูงอายุ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในกลุ่มผู้ป่วยหนัก และสุขภาพอ่อนแอ มากถึง 70% ของผู้ที่อยู่ในสถานพยาบาล¹³ แผลกดทับยังส่งผลให้ผู้ผู้ป่วยได้รับผลกระทบต่าง ๆ เช่น ความเจ็บปวด คุณภาพชีวิตที่แย่ลง การแยกตัวทางสังคม และการนอนโรงพยาบาลนานขึ้น เพิ่มความเสี่ยงของการติดเชื้อและการเสียชีวิต ขณะเดียวกันยังทำให้ค่ารักษาพยาบาลของผู้ป่วย และของระบบสุขภาพเพิ่มขึ้นด้วย¹⁰

แผลกดทับ หรือ pressure injury (PI) คณะกรรมการ National Pressure Ulcer Advisory Panel (NPUAP) ได้แก้ไขคำนิยามและระยะของการบาดเจ็บจากแรงกดทับ เพื่อความเข้าใจในสาเหตุของการบาดเจ็บจากการกดทับ ตลอดจนเพื่อชี้แจงลักษณะทางกายวิภาค⁷ ได้ข้อสรุปในการเปลี่ยนนิยามแผลกดทับเพื่อให้ตรงกับลักษณะของผิวหนังที่ถูกทำลาย แผลกดทับจึงหมายถึง การบาดเจ็บของเนื้อเยื่อผิวหนังเฉพาะที่และ/หรือเนื้อเยื่อใต้ชั้นผิวหนัง มักจะพบบริเวณปุ่มกระดูกหรือบริเวณที่มีเครื่องมือแพทย์กดทับ ลักษณะของผิวหนังอาจมีหรือไม่มีรอยฉีกขาดบางครั้งอาจรู้สึกเจ็บปวดซึ่งเป็นผลมาจากแรงกดที่รุนแรง และ/หรือระยะเวลาที่ถูกกดเป็นเวลานาน ร่วมกับแรงเฉือน ความทนของเนื้อเยื่อต่อแรงกดและแรงเฉือนขึ้นอยู่กับภาวะโภชนาการ ระบบไหลเวียนเลือดโดยรวม และสภาวะของผิวหนัง นอกจากนี้ยังมีแผลกดทับที่เกิดจากการเสียดสีกับเครื่องมือแพทย์ เช่น ท่อช่วยหายใจ หน้ากากออกซิเจน สายให้อาหารทางจมูก สายสวนปัสสาวะ เป็นต้น

ระดับของแผลกดทับแบ่งตามระดับความรุนแรงเป็น 4 ระดับ และ 2 ลักษณะ ดังนี้¹¹

แผลกดทับระดับ 1: รอยแดงบนผิวหนัง

ปกติเมื่อกดรอยแดงไม่จาง รอยแดงเฉพาะที่บนผิวหนังปกติเมื่อกดรอยแดงไม่จาง ซึ่งรอยแดงอาจเห็นแตกต่างกันในผิวหนังที่มีผิวสี ผิวคล้ำ สีรอยแดงบนผิวหนังที่เห็น หรือความรู้สึกที่เปลี่ยนไป อุณหภูมิหรือความแข็งของผิวหนังอาจทำให้ภาพที่เห็นเปลี่ยนไป สีที่เปลี่ยนไปไม่รวมถึงการเปลี่ยนเป็นสีม่วงหรือน้ำตาลแดง สิ่งเหล่านี้อาจบ่งบอกถึงการบาดเจ็บของเนื้อเยื่อชั้นลึก

แผลกดทับระดับ 2: สูญเสียผิวหนัง

บางส่วนเผยให้เห็นหนังแท้ สูญเสียผิวหนังบางส่วนเผยให้เห็นหนังแท้ พื้นแผลยังคงทำหน้าที่ได้ ลักษณะเป็นสีชมพู แดง มีความชุ่มชื้น และอาจเห็นเป็นตุ่มน้ำเหลืองทั้งที่ยังไม่แตกหรือแตกแล้ว จะมองไม่เห็นชั้นไขมัน และเนื้อเยื่อที่ลึกกว่าไม่ปรากฏเนื้อเยื่อแกรนูเลชัน เนื้อตาย (slough) และสะเก็ดเนื้อตาย (eschar) การบาดเจ็บเหล่านี้โดยปกติเกิดจากการไม่พึงประสงค์ของการไหลเวียนอากาศ และความชื้นเฉพาะจุด (microclimate) และแรงเฉือนในบริเวณผิวหนังเหนือเชิงกราน และแรงเฉือนบริเวณสันเท้า แผลระดับนี้ไม่ควรใช้อธิบายการบาดเจ็บของผิวหนังจากความเปื่อยขึ้น ซึ่งรวมถึงการอักเสบของผิวหนังจากการควบคุมการขับถ่ายไม่ได้ และการอักเสบของผิวหนังจากเหงื่อ การบาดเจ็บของผิวหนังจากภาวะของวัสดุทางการแพทย์หรือผลที่เกิดจากอุบัติเหตุ (ผิวหนังฉีกขาด แผลไหม้ แผลถลอก)

แผลกดทับระดับ 3: สูญเสียชั้นผิวหนัง

ทุกชั้นสูญเสียชั้นผิวหนังทุกชั้น ซึ่งมองเห็นถึงชั้นไขมันในแผล และมักพบเนื้อเยื่อแกรนูเลชันและขอบแผลที่ม้วนเข้าอาจพบเนื้อตาย และ/หรือสะเก็ดเนื้อตาย ความลึกของเนื้อเยื่อที่บาดเจ็บมีความแตกต่างตามตำแหน่งทางกายวิภาค เช่น บริเวณที่มีไขมันมากแผลจะลึก อาจพบโพรงใต้ผิวหนังที่มีลักษณะซอนในแนวระนาบ และโพรงใต้ผิวหนังที่มีลักษณะซอนในแนวลึกจะไม่พบพังผืด กล้ามเนื้อ เส้นเอ็นเนื้อเยื่อเกี่ยวพัน กระดูกอ่อนและ/หรือกระดูก ถ้าพบเนื้อตาย หรือสะเก็ดเนื้อตายปกคลุมเนื้อเยื่อที่สูญเสียทั้งหมดลักษณะนี้เป็นแผลกดทับที่ไม่สามารถระบุระดับได้

แผลกดทับระดับ 4: สูญเสียชั้นผิวหนังทุกชั้น และเนื้อเยื่อ สูญเสียชั้นผิวหนังทุกชั้น และเนื้อเยื่อร่วมกับพังผืดกล้ามเนื้อ เส้นเอ็น เนื้อเยื่อเกี่ยวพัน กระดูกอ่อน หรือกระดูกในแผลมองเห็น หรือคลำได้โดยตรง อาจมองเห็นเนื้อตาย และ/หรือสะเก็ดเนื้อตาย มักพบขอบแผลม้วนเข้าโพรงใต้ผิวหนังที่มีลักษณะซอนในแนวระนาบ และ/หรือโพรงใต้ผิวหนังที่มีลักษณะซอนในแนวลึก ความลึกแตกต่างตามตำแหน่งทางกายวิภาค ถ้าพบเนื้อตายหรือสะเก็ดเนื้อตายปกคลุมเนื้อเยื่อที่สูญเสียทั้งหมดลักษณะนี้เป็นแผลกดทับที่ไม่สามารถระบุระดับได้

แผลกดทับที่ไม่ทราบความลึก และไม่สามารถระบุระดับตามการแบ่งระดับ 4 ระดับข้างต้น สามารถแบ่งเป็น 2 ลักษณะ ดังนี้

ลักษณะที่ 1 unstageable แผลกดทับที่ไม่สามารถระบุระดับได้: มีการบดบังการสูญเสียชั้น ผิวหนังทุกชั้น และเนื้อเยื่อ การสูญเสียชั้นผิวหนังทั้งหมดและเนื้อเยื่อ ซึ่งขอบเขตความเสียหายของเนื้อเยื่อไม่สามารถยืนยันได้เพราะถูกปกคลุมด้วยเนื้อตายหรือสะเก็ดเนื้อตาย ถ้าหากมีการเอาเนื้อตายหรือสะเก็ดเนื้อตายออก จะสามารถระบุได้ว่าเป็นแผลกดทับระดับ 3 หรือระดับ 4 ได้ สะเก็ดเนื้อตายที่ติดแน่น (กล่าวคือ แห้ง ติดแน่น คงสภาพไม่มีรอยแดง หรือโยกแล้วไม่เคลื่อน) บริเวณสันเท้าหรืออวัยวะส่วนปลายที่เกิดจากการขาดเลือดไม่ควรทำให้นิ่มลงหรือกำจัดออก

ลักษณะที่ 2 deep tissue injury เนื้อเยื่อชั้นลึกถูกทำลาย: สีแดงเข้ม น้ำตาลแดง หรือสีม่วง เมื่อกดแล้วสีไม่จาง ยังคงสีแดงฉาว ผิวหนังปกติหรือผิวหนังที่มีแผลเปิดบริเวณที่เป็นสีแดงเข้ม น้ำตาลแดง หรือสีม่วง เมื่อกดแล้วสีไม่จาง ยังคงเป็นสีแดงฉาว หรือมีการแยกของหนังกำพร้าทำให้เห็นพื้นแผลสีเข้มหรือตุ่มน้ำเลือด ความปวดและการเปลี่ยนแปลงอุณหภูมิ มักเกิดก่อนการเปลี่ยนแปลงสีผิวการเปลี่ยนแปลงสีผิวอาจแตกต่างกันในผิวสีคล้ำ การบาดเจ็บนี้เป็นผลจากความรุนแรง และ/หรือการถูกกดทับเป็นเวลานาน ร่วมกับมีแรงเฉือนบริเวณที่กระดูกและผิวหนังเชื่อมประสานกัน แผลอาจเกิดขึ้น

อย่างรวดเร็วทำให้มองเห็นขอบเขตที่แท้จริงของการบาดเจ็บที่ลุกลามออกไป หรืออาจจะหายโดยไม่มีการสูญเสียเนื้อเยื่อ ถ้ามองเห็นสะเก็ดเนื้อตายเนื้อเยื่อชั้นใต้ผิวหนัง เนื้อเยื่อแกรนูเลชัน พังผืด กล้ามเนื้อ หรือโครงสร้างภายใต้ผิวอื่น ๆ สิ่งเหล่านี้บ่งชี้ถึงแผลกดทับที่มีการสูญเสียชั้นผิวหนังทุกชั้น (แผลกดทับที่ไม่สามารถระบุระดับได้แผลกดทับระดับ 3 หรือระดับ 4) ไม่ใช่แผลกดทับเนื้อเยื่อชั้นลึก (DTPI) มาอธิบายสภาวะเกี่ยวกับโรคหลอดเลือด การบาดเจ็บจากอุบัติเหตุ ความเสื่อมของเส้นประสาท หรือโรคทางผิวหนัง

แผลกดทับที่เกิดจากอุปกรณ์ทางการแพทย์ medical device related pressure injury แผลกดทับที่เกิดจากการใช้อุปกรณ์ที่มีวัตถุประสงค์เพื่อการวินิจฉัยหรือการรักษาโดยส่วนใหญ่ลักษณะของแผลกดทับจะมีรูปร่างเหมือนกับอุปกรณ์ที่ใช้ การบาดเจ็บที่เกิดขึ้นควรระบุระดับของแผลตามระบบการระบุระดับของแผลกดทับ

แผลกดทับบริเวณเยื่อบุผิว (mucosal membrane pressure injury) แผลกดทับบริเวณเยื่อบุผิวพบได้บริเวณเยื่อบุผิวร่วมกับมีประวัติการใช้อุปกรณ์ทางการแพทย์ในตำแหน่งที่เกิดแผล เนื่องจากกายวิภาคของเยื่อบุผิวมีความแตกต่างจากชั้นผิวหนัง และเนื้อเยื่อใต้ผิวหนัง จึงไม่สามารถระบุระดับของแผลกดทับได้

เครื่องมือประเมินแผลกดทับ²

เครื่องมือที่ใช้ในการประเมินความเสี่ยงของการเกิดแผลกดทับมีหลายชนิด แต่ละเครื่องมือมีความยากง่ายในการใช้งาน ความไว และความจำเพาะในการประเมินความเสี่ยงของการเกิดแผลกดทับได้ต่างกัน โดยปัจจัยเสี่ยงหลัก ๆ ที่นำมาใช้พัฒนาเป็นเครื่องมือต่าง ๆ ประกอบด้วย 3 ส่วนที่สำคัญได้แก่

- 1) ความสามารถในการเคลื่อนย้ายตัวหรือทำกิจกรรม
- 2) การมีเลือดมาเลี้ยงเนื้อเยื่อต่าง ๆ รวมถึงโรคเบาหวาน
- 3) สภาวะของผิวหนัง

ความไวของเครื่องมือประเมินแผลกดทับต่อการทำนายความเสี่ยง ดังนี้ Braden Scale = 85.71%, Norton Scale = 53.48% และ Waterlow Scale = 23.07%² การประเมินลักษณะผิวหนังซึ่งลักษณะเฉพาะของผิวหนังที่ต้องคำนึงถึงการเกิดแผลกดทับ ได้แก่ การมีรอยแดงที่ไม่หาย แม้ว่าจะลดแรงกดไปแล้ว การเกิดตุ่มพอง ตุ่มน้ำใส ผิวหนังซีด อุ่น ร้อน บวม ลักษณะแข็งเป็นไต ต้องมีการประเมินผิวหนังที่ถูกกดทับ และบริเวณที่ใกล้เคียงทุกครั้งที่มีการเปลี่ยนท่านอน และหากพบรอยแดงปรากฏอยู่ แม้ว่าจะไม่มีแรงกดทับบริเวณนั้นแล้วซึ่งปกติรอยแดง ควรหายไปภายใน 30 นาที มีความจำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องมีการเปลี่ยนท่าผู้ป่วยให้บ่อยขึ้น นอกจากการเปลี่ยนท่า และการเคลื่อนไหวร่างกายแล้วการดูแลสภาพผิวหนังก็มีส่วนช่วยป้องกันการเกิดแผลกดทับ ค่าความเป็นกรดต่าง เป็นปัจจัยภายนอกที่ส่งเสริมการเกิดแผลกดทับและมีความสัมพันธ์โดยตรงกับความชื้น โดยพบว่าผิวหนังที่เกิดความชื้นจากการสัมผัส อูจาระ และปัสสาวะจะทำให้ความเป็นกรดต่างบริเวณผิวหนังรอบทวารหนักเพิ่มขึ้น โดยเอนไซม์ในอูจาระจะเปลี่ยนยูเรียในปัสสาวะให้เป็นแอมโมเนีย และมีสารเคมีบางชนิดที่ทำให้ค่าความเป็นกรดต่างเพิ่มขึ้น ทำให้ผิวหนังเกิดการระคายเคืองได้ง่าย และความสามารถในการต้านเชื้อแบคทีเรียลดลง การควบคุมความชื้นมีผลทำให้ความชื้นของผิวหนังลดลงโดย ผู้ป่วยได้รับการเช็ดทำความสะอาดผิวหนัง และเปลี่ยนแผ่นรองซับทันทีหลังการขับถ่ายอูจาระ และปัสสาวะหรืออย่างช้าไม่เกิน 30 นาที ทำความสะอาดด้วยความนุ่มนวล และล้างทำความสะอาดอย่างทั่วถึง นอกจากนี้การทำความสะอาดร่างกายด้วยน้ำเพียงอย่างเดียวไม่เพียงพอสำหรับการชะล้างสิ่งสกปรก ควรใช้ผลิตภัณฑ์ปกป้องผิวหนังร่วมด้วย

แนวทางการป้องกันการเกิดแผลกดทับ

จากแนวปฏิบัติการป้องกัน และการรักษาแผลกดทับ แนวปฏิบัติอ้างอิงฉบับย่อปี 2019⁸ มีวิธีการป้องกันการเกิดแผลกดทับ 7 แนวทางปฏิบัติ ได้แก่ 1) ปัจจัยเสี่ยง และการประเมินความเสี่ยง 2) การประเมินผิวหนัง และเนื้อเยื่อ 3) การป้องกัน

และการดูแลผิวหนัง 4) การประเมินโภชนาการ และโภชนบำบัด 5) การเปลี่ยนท่า และการเริ่มเคลื่อนไหวร่างกาย 6) อุปกรณ์รองรับร่างกาย และ 7) อุปกรณ์ทางการแพทย์ที่มีผลต่อการเกิดแผลกดทับ โดยพบว่า ด้านการเปลี่ยนท่า และการเคลื่อนไหวร่างกายเป็นการป้องกันที่สามารถทำได้ง่าย ซึ่งผู้ดูแล และผู้ป่วยสามารถปฏิบัติได้ด้วยตนเอง และเป็นการลดแรงกดบริเวณปุ่มกระดูกได้ดี ซึ่งการมีแรงกดบริเวณปุ่มกระดูกเป็นสาเหตุหลักของการเกิดแผลกดทับ

โภชนาการก็เป็นปัจจัยหนึ่ง ในการส่งเสริมการหายของแผล และสารน้ำช่วยในการคงสภาพระบบการไหลเวียนเลือด และส่งเสริมความสมบูรณ์ของผิวหนัง เนื่องจากสารอาหารที่สมดุลช่วยให้แผลหายเร็วขึ้น พยาบาลเป็นบุคลากรทางวิชาชีพที่สามารถให้ความรู้ และสร้างความเข้าใจแก่ผู้ป่วยและญาติเกี่ยวกับโภชนาการที่ส่งเสริมการหายของแผล สำหรับผู้ป่วยที่มีแผลกดทับควรดูแลการรับประทานอาหาร ให้ได้รับสารอาหารและสารน้ำอย่างเพียงพอหากไม่มีข้อบกพร่องอื่น

การใช้ที่นอนเสริมลดแรงกดชนิดมีการเคลื่อนที่ของลม และชนิดที่ไม่มีการเคลื่อนที่ของลม สามารถช่วยกระจายแรงกดที่เกิดกับหลอดเลือดฝอยกับที่นอนได้ทำให้ปริมาณแรงกดที่หลอดเลือดฝอยลดลง ส่งผลให้ผิวหนัง และเนื้อเยื่อบริเวณรอบ ๆ ได้รับเลือดไปเลี้ยงได้อย่างเพียงพอ จึงสามารถป้องกันการเกิดแผลกดทับได้ แต่ชนิดที่มีการเคลื่อนที่ของลมนั้น นอกจากจะช่วยกระจายแรงกดแล้ว ยังสามารถลดระยะเวลาของแรงกดที่กระทำต่อหลอดเลือดฝอยได้ด้วย ดังนั้นการใช้ที่นอนเสริมลดแรงกดทั้ง 2 ชนิด เป็นเพียงส่วนหนึ่งในกิจกรรมการพยาบาลเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับ และพบว่าการใช้เตียงนอนลมหรือเตียงนอนที่อัดอากาศแบบไฮบริด อาจลดอุบัติการณ์ ของแผลกดทับได้เมื่อเทียบกับเตียงนอนของโรงพยาบาลมาตรฐานแต่การนอนเตียงนอนลม สบายน้อยกว่าที่นอนของโรงพยาบาลมาตรฐาน ที่นอนน้ำจะนอนสบายที่สุด สามารถเลือกที่นอนที่ทำจากโฟมหรือเตียงนอนลมก็ได้ และพบว่าแรงกดบนพื้นผิวเบาะระหว่างเบาะที่ทำจาก

โฟมหรือเบาะลมไม่แตกต่างกันทั้งชนิด และยี่ห้อ⁴ อีกทั้งการใช้ที่นอนโฟมสามารถเปลี่ยนท่าผู้ป่วยได้ 3-4 ชั่วโมง/ครั้ง ลดระยะเวลาในการให้การพยาบาล¹⁴ และแม้ว่าการใช้ที่นอนลม และที่นอนที่ทำจากโฟม จะใช้งบประมาณสูง แต่สามารถลดอัตราการเกิดแผลกดทับได้อย่างมีนัยสำคัญ ซึ่งคุ้มทุนในระยะยาว อย่างไรก็ตาม หากผู้ป่วยมีระยะเวลาการนอนโรงพยาบาลมากขึ้นโอกาสการเกิดแผลกดทับก็จะเพิ่มขึ้น²

จากการทบทวนวรรณกรรมจะเห็นได้ว่าการป้องกันการเกิดแผลกดทับมีหลายวิธีที่มีประสิทธิภาพ การเปลี่ยนท่า และการเริ่มการเคลื่อนไหวร่างกายเป็นการป้องกันการเกิดแผลกดทับที่มีประสิทธิภาพลดการเกิด

แผลกดทับได้ดี และเป็นการลดสาเหตุของการเกิดแผลกดทับ¹³ แต่ยังไม่มียุทธศาสตร์ที่แน่ชัดในเรื่องประสิทธิภาพของความรู้ในการเปลี่ยนท่า ทำให้ไม่สามารถสรุปได้ว่าควรมีความถี่เท่าใด จึงจะมีประสิทธิภาพในการป้องกันการบาดเจ็บจากแรงกดทับมากกว่ากัน ดังนั้นความรู้ในการเปลี่ยนท่าผู้ป่วยจึงควรพิจารณาเป็นรายบุคคล แต่มีงานวิจัยหนึ่งรายงานไว้ว่า ผู้ป่วยที่เปลี่ยนท่าบ่อย และการจัดท่าเตียงตัวที่ราบต่ำ สามารถลดต้นทุนในการรักษาในผู้ป่วยได้⁹ ดังนั้นจึงได้มีรวบรวมแนวทางการเปลี่ยนท่า และการเริ่มการเคลื่อนไหวร่างกายขึ้น ดังนี้

ข้อเสนอแนะและข้อปฏิบัติที่ดีเกี่ยวกับการเปลี่ยนท่า และการเริ่มเคลื่อนไหวร่างกาย (repositioning and early mobilization)⁸

การเปลี่ยนท่า และการเริ่มเคลื่อนไหวร่างกาย (repositioning and early mobilization)	ระดับความน่าเชื่อถือของหลักฐานเชิงประจักษ์	ระดับข้อเสนอแนะการนำไปใช้
1.เปลี่ยนท่าทุกรายทั้งผู้ที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับตามความเหมาะสมเฉพาะราย หากไม่มีข้อจำกัด	B1	↑↑
2.กำหนดความถี่ในการเปลี่ยนท่า โดยพิจารณาเป็นรายบุคคลเกี่ยวกับระดับการทํากิจกรรม การเคลื่อนไหว และความสามารถในการเปลี่ยนท่าได้ด้วยตัวเอง	B2	↑↑
3.การกำหนดความถี่ของการเปลี่ยนท่าโดยพิจารณาเป็นรายบุคคลเกี่ยวกับ • ความทนทานของผิวหนังและเนื้อเยื่อ • สภาพร่างกายทั่วไป • วัตถุประสงค์ของการรักษาโดยรวม • ความสุขสบายและความปวด	GPS	
4.ใช้กลยุทธ์การแจ้งเตือนการเปลี่ยนท่าเพื่อส่งเสริมการปฏิบัติให้เป็นไปตามเกณฑ์การเปลี่ยนท่า	B1	↑
5.เปลี่ยนท่าแต่ละบุคคล ให้มีลักษณะที่ไม่ลงน้ำหนักตามปุ่มกระดูกทุกปุ่มอย่างเหมาะสมที่สุด และทำให้มีการกระจายแรงกดบรรลุลูกสูงสุด	GPS	
6.เปลี่ยนท่าแต่ละบุคคลเพื่อลดหรือกระจายแรงกดโดยใช้อุปกรณ์ในการจัดการ หรืออุปกรณ์ลดแรงเสียดทาน และแรงเฉือน	B2	↑

การเปลี่ยนท่า และการเริ่มเคลื่อนไหวร่างกาย (repositioning and early mobilization)	ระดับความ น่าเชื่อถือของ หลักฐานเชิง ประจักษ์	ระดับ ข้อเสนอแนะ การนำไปใช้
7.พิจารณาใช้เครื่องวัดแรงกดข้างเตียงโดยใช้ภาพ (bedside pressure mapping) อย่างต่อเนื่อง เพื่อใช้เป็นตัวบอกการเปลี่ยนท่า	C	↔
8.จัดท่านอนตะแคงด้านข้าง 30 องศา แทนที่การจัดท่านอนตะแคง 90 องศาเมื่อเปลี่ยนท่า	C	↑
9.ปรับหัวเตียงให้ราบเท่าที่จะทำได้	B1	↔
10.หลีกเลี่ยงการจัดท่านอนคว่ำเป็นเวลานาน ยกเว้นในผู้ที่มีความจำเป็นทางด้านการแพทย์	B1	↔
11.ส่งเสริมให้จัดที่นั่งออกจากเตียง ในเก้าอี้หรือรถเข็นนั่งที่เหมาะสม ในระยะเวลาที่จำกัด	B1	↑
12.เลือกนั่งในท่าที่เอนไปทางด้านหลัง ยกขาสูง ถ้าการจัดท่าเอนไปทางด้านหลังไม่เหมาะสมหรือไม่สามารถทำได้ ให้แน่ใจว่าเท้าของบุคคลนั้นได้รับการรองรับอย่างดีบนพื้น หรือที่วางเท้าบนที่พักเท้าเมื่อนั่งตัวตรงในเก้าอี้หรือรถเข็นนั่ง	B2	↑
13.กระดูกที่นั่งเพื่อป้องกันไม่ให้เกิดการเลื่อนไถลไปข้างหน้า เมื่อนั่งในเก้าอี้หรือรถเข็นนั่ง	B2	↑
14.สอนและกระตุ้นให้ผู้ที่ใช้เวลาอยู่ในท่านั่งนาน ๆ ลดแรงกดด้วยวิธีต่าง ๆ	C	↑
15.ใช้โปรแกรมกระตุ้นการเริ่มเคลื่อนไหวร่างกาย เพื่อช่วยเพิ่มกิจกรรมและการเคลื่อนไหวเท่าที่ยอมรับได้	C	↑
16.สำหรับผู้ที่มิใช่แผลกดทับบริเวณกระดูกสะโพก (ischial) หรือกระดูกก้น (sacrum) ให้ประเมินประโยชน์ของการนอนพักบนเตียงในการส่งเสริมการหายของแผล กับการหายของแผลจากการนอนบนเตียงเมื่อเปรียบเทียบกับความเสี่ยงที่จะเกิดแผลใหม่ หรือแผลแย่ลง และผลกระทบต่องีชีวิตร สุนัขกายและอารมณ์	GPS	
17.การเปลี่ยนท่าผู้ป่วยวิกฤติที่อาการไม่คงที่ สามารถเปลี่ยนท่าได้โดยทำอย่างช้า ๆ ที่ละน้อย เพื่อให้เวลากับการรักษาเสถียรภาพของการไหลเวียนโลหิต และระดับออกซิเจน	GPS	
18.เริ่มต้นการเปลี่ยนท่าร่างกายที่ละน้อยสำหรับผู้ป่วยวิกฤติ ผู้ที่อาการไม่คงที่อย่างมาก เพื่อรักษาตารางการเปลี่ยนท่า และเพื่อเสริมการเปลี่ยนท่าปกติ	C	↑
19.จัดทำเฉพาะบุคคลในลักษณะที่จะลดความเสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับระหว่างการผ่าตัด โดยการกระจายแรงกด เหนือบริเวณผิวหนังที่มีพื้นที่กว้างกว่า และลดการรับน้ำหนักบริเวณปุ่มกระดูก	GPS	

ระดับความน่าเชื่อถือของหลักฐานเชิงประจักษ์

A	- หลักฐานที่ได้จากการวิจัยระดับ 1 (level 1) ที่มีคุณภาพสูงกว่า 1 การวิจัยที่แสดงหลักฐานตรงหัวข้อ - หลักฐานมีความสอดคล้องกัน
B1	- หลักฐานที่ได้จากการวิจัยระดับ 1 (level 1) ที่มีคุณภาพปานกลางหรือต่ำ ที่แสดงหลักฐานตรงหัวข้อ - หลักฐานที่ได้จากการวิจัยระดับ 2 (level 2) ที่มีคุณภาพปานกลางหรือต่ำ ที่แสดงหลักฐานตรงหัวข้อ - การวิจัยส่วนใหญ่มีผลลัพธ์ที่สอดคล้องและไม่สอดคล้องที่สามารถอธิบายได้
B2	- หลักฐานที่ได้จากการวิจัยระดับ 2 (level 2) ที่มีคุณภาพต่ำ ที่แสดงหลักฐานตรงหัวข้อ - หลักฐานที่ได้จากการวิจัยระดับ 3 หรือ 4 (level 3 or 4) (โดยไม่คำนึงถึงคุณภาพ) ที่แสดงหลักฐานตรงหัวข้อ - การศึกษาส่วนใหญ่มีผลลัพธ์ที่สอดคล้อง และไม่สอดคล้อง ที่สามารถอธิบายได้
C	- หลักฐานที่ได้จากการวิจัยระดับ 5 (level 5) (หลักฐานทางอ้อม) เช่น การวิจัยในกลุ่มตัวอย่างที่เป็นมนุษย์ มนุษย์ที่มีผลเรื้อรังอื่น ๆ การทดลองในสัตว์ - หลักฐานที่มีเนื้อหาไม่สอดคล้องกัน ที่ไม่สามารถอธิบายได้สะท้อนความไม่แน่นอนที่เกิดขึ้นจริงในหัวข้อนั้น
GPS	คำแถลงข้อปฏิบัติที่ดี คำแถลงซึ่งไม่สนับสนุนด้วยเนื้อหาของหลักฐานที่ระบุไว้ข้างต้น แต่ได้รับการพิจารณาโดย GGG ว่ามีนัยสำคัญสำหรับการปฏิบัติทางคลินิก

ระดับข้อเสนอแนะการนำไปใช้

↑↑	ข้อเสนอแนะในทางบวกที่เข้มแข็ง ชัดเจน: นำไปปฏิบัติได้ทันที
↑	ข้อเสนอแนะในทางบวกที่อ่อน: อาจนำไปปฏิบัติได้
↔	ไม่มีข้อเสนอแนะเฉพาะ
↓	ข้อเสนอแนะในทางลบที่อ่อน: อาจจะไม่ปฏิบัติ
↓↓	ข้อเสนอแนะในทางลบที่ชัดเจน: ห้ามปฏิบัติอย่างเด็ดขาด

บทสรุป

ผู้ป่วยติดเตียงหรือผู้ป่วยที่มีข้อจำกัดในการเคลื่อนไหว ไม่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้ ต้องอยู่บนเตียงตลอดเวลา ไม่ว่าจะเกิดจากพยาธิสภาพของโรค ความเจ็บป่วยจากการเป็นโรคประจำตัว ประสบอุบัติเหตุ หรือการผ่าตัดใหญ่ ผู้ป่วยไม่ได้เคลื่อนไหวชั่วระยะเวลาหนึ่ง หรือ

ต้องนอนอยู่บนเตียงตลอดเวลา ช่วยเหลือตนเองได้น้อยหรือไม่ได้เลย ต้องมีผู้ดูแลคอยช่วยเหลือ การนอนติดเตียงเป็นภาวะที่จะก่อภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงหลายอย่าง ได้แก่ภาวะแทรกซ้อนทางร่างกาย จิตใจ สังคม และเศรษฐกิจ ทำให้เพิ่มภาระค่าใช้จ่าย ผลกตทัพบเป็นหนึ่งปัญหาสำคัญของผู้ป่วยติดเตียง ซึ่งการเกิดผลกตทัพบสามารถป้องกัน และช่วยลด

ปัจจัยเสี่ยงได้มีหลายวิธี แต่การป้องกันที่ลดการเกิดแผลกดทับได้อย่างชัดเจน ได้แก่ แนวทางปฏิบัติวิธีการป้องกันการเกิดแผลกดทับ การเปลี่ยนท่าและการเริ่มเคลื่อนไหวร่างกายสามารถป้องกันการเกิดแผลกดทับได้ เพราะจะช่วยลดแรงกดแรงเฉือนที่กระทำกับเนื้อเยื่อซึ่งเป็นสาเหตุหลักที่ทำให้เกิดแผลกดทับ การเปลี่ยนท่า และการเริ่มเคลื่อนไหวร่างกายเป็นการป้องกันที่สามารถทำได้ง่าย มีประสิทธิภาพ ซึ่งผู้ดูแล และผู้ป่วยสามารถปฏิบัติได้ด้วยตนเองตามแนวทางข้างต้น

เอกสารอ้างอิง

1. เทพนารี กว้างเงิน, จารุวรรณ เวชพันธ์, วรรณนิภา อำนางวิญญกุล. การป้องกันการเกิดแผลกดทับ. กรุงเทพฯ:คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล; 2561. ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลศิริราช. เข้าถึงได้จาก https://www.si.mahidol.ac.th/th/division/hph/admin/news_files/660_49_1.pdf
2. Duvall J, Karg P, Brienza D, Pearlman J. Detection and classification methodology for movements in the bed that supports continuous pressure injury risk assessment and repositioning compliance. Journal of Tissue Viability [Internet]. 2019 Feb 1 [cited 2023 Jun 2]; 28(1): 7–13. Available from: <https://discovery.ebsco.com/linkprocessor/plink?id=2628eb07-a645-39fd-9dd4-327d0928924a>
3. ผกามาศ พิธรากร. การพยาบาลผู้ป่วยที่มีแผลกดทับโดยใช้หลักฐานเชิงประจักษ์: บทบาทพยาบาล. หัวหิน: เวชสาร 2564; 1. เข้าถึงได้จาก <https://he01.tcithaijo.org/index.php/hhsk/article/download/243868/168454/905635>
4. พิศมัย บุติมาลย์, แสงอรุณ อิศระมาลัย, เพลินพิศ ฐานิพัฒนานนท์. การพัฒนาแนวปฏิบัติทางการพยาบาลเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนสำหรับผู้สูงอายุกลุ่มติดเตียงที่บ้าน. วารสารสงขลานครินทร์ 2561; 38: 79-91. เข้าถึงได้จาก https://www.nur.psu.ac.th/researchdb/file_warasarn/14307journal2.pdf
5. รุจภา เจริญธนปิย, สุวิมล แสนเวียงจันทร์. แนวปฏิบัติทางการพยาบาลในการป้องกันแผลกดทับวารสารพยาบาล 2561; 67(4): 53-61.
6. สิริธร ฉันทศิริกาญจน, ศิริพันธุ์ สาสัตย์, สันติ ลาภเบญจกุล, อัญญพร สุทัศน์วรวิฑู, ศุภลักษณ์ เข้มทอง, นายสมคิด เพ็ญรัมย์. คู่มือการดูแลระยะยาว (Long Term Care) สำหรับทีมหมอกรอบครัว. กรุงเทพฯ: บริษัทไซเบอร์พรีนซ์ กรุ๊ป จำกัด.
7. Duvall J, Karg P, Brienza D, Pearlman J. Detection and classification methodology for movements in the bed that supports continuous pressure injury risk assessment and repositioning compliance. Journal of Tissue Viability [Internet]. 2019 Feb 1 [cited 2023 Jun 2]; 28(1): 7–13. Available from: <https://discovery.ebsco.com/linkprocessor/plink?id=2628eb07-a645-39fd-9dd4-327d0928924a>
8. Edsberg LE, Black JM, Goldberg M, McNichol L, Moore L, Sieggreen M. Revised National Pressure Ulcer Advisory Panel Pressure Injury Staging System: Revised Pressure Injury Staging System. J Wound Ostomy Continence Nurs. 2016; 43(6): 585-97.
9. European Pressure Ulcer Advisory Panel, National Pressure Injury Advisory Panel และ Pan Pacific Pressure Injury Alliance. การป้องกันและรักษาแผลกดทับ: แนวปฏิบัติอ้างอิงฉบับย่อ. Emily Haesler (Ed.). EPUAP/NPIAP/PPPIA: 2019. <https://www.epuap.org/wp-content/uploads/2021/04/qrg-2019-thai-04-21.pdf>

10. Gillespie BM, Walker RM, Latimer SL, Thalib L, Whitty JA, McInnes E, et al. Repositioning for pressure injury prevention in adults: An abridged Cochrane systematic review and meta-analysis. *International Journal of Nursing Studies* [Internet]. 2021 Aug 1 [cited 2023 Jun 2]; 120. Available from: <https://discovery.ebsco.com/linkprocessor/plink?id=b9b01f35-58c9-3faa-a2d8-3a2e44ccbbdd>
11. Hongyan Zhang, Yuxia Ma, Qing Wang, Xiujuan Zhang and Lin Han. *Journal of Tissue Viability*, 2022-02-01, Volume 31, Issue 1, Pages 142-151, Copyright © 2021
12. National Pressure Injury Advisory Panel. Pressure Injury Stages. 2020. <https://npiap.com/page/PressureInjuryStages>. Last accessed August 19, 2020.
13. Neves, H.; Cruz, A.; Bernardes, R.A.; Cardoso, R.; Pimentel, M.; Duque, F.M.; Lopes, E.; Veiga, D.; Malça, C.; Durães, R.; et al. Ablefit: Development of an Advanced System for rehabilitation. *Biomedinformatics* 2023, 3, 164–76. <https://doi.org/10.3390/biomedinformatics3010012>
14. Smart DA, Dermody G, Coronado ME, Wilson M. Mobility Programs for the Hospitalized Older Adult: A Scoping Review. *Gerontol Geriatr Med*. 2018; 4:2333 72148808146.
15. Tracey L. Yap, Susan M. Kennerly, Susan D. Horn, Nancy Bergstrom, Santanu Datta, Cathleen Colon-Emeric. TEAM-UP for quality: a cluster randomized controlled trial protocol focused on preventing pressure ulcers through repositioning frequency and precipitating factors. *BMC Geriatrics* [Internet]. 2018 Feb 1 [cited 2023 Jun 2]; 18(1):1–15. Available from: <https://discovery.ebsco.com/linkprocessor/plink?id=b877c7ae-694d-363c-a9cb-10d552201ff4>

บทความวิชาการ

การจัดการผิวหนังฉีกขาดในผู้สูงอายุ

นฤพาน คุณทรัพย์¹มาริษา โกมุลกลาง²สุพัตรา ลอยประโคน³ศิริลักษณ์ จันทน์นวน⁴วาทีณี เทียงธรรมดี⁵พรศิริ ไกยะแสง⁶รุ่งนภา ลัมประเสริฐ⁷คู่ขวัญ มาลีวงษ์⁸

บทคัดย่อ

ผิวหนังฉีกขาดเป็นปัญหาสำคัญ และพบได้บ่อยในผู้สูงอายุ ทำให้เกิดความเจ็บปวด และเกิดความทุกข์ใจ ซึ่งส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิต การบาดเจ็บที่ผิวหนังอาจเพิ่มโอกาสในการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล และมีอัตราการเกิดอุบัติเหตุแตกต่างกันไปทั่วโลก การศึกษาเพื่อรวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับการจัดการผิวหนังฉีกขาดในผู้สูงอายุ แบ่งเป็น 4 ประเด็น คือ 1) สาเหตุ และชนิดของแผลผิวหนังฉีกขาด แผลผิวหนังฉีกขาด เกิดจากแรงเฉือน แรงกระแทก และแรงเสียดสี ทำให้เกิดการแยกกันของชั้นผิวหนังแบ่งเป็นสามชนิด ได้แก่ 1.1) การฉีกขาด ไม่มีการสูญเสียของผิวหนังด้านบน ไม่มีการสูญเสียของผิวหนังบริเวณ epidermis 1.2) ผิวหนังบริเวณรอยฉีกขาดมีการสูญเสียของผิวหนังบางส่วน 1.3) มีการสูญเสียของผิวหนังด้านบนไปทั้งหมด 2) ปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดแผลผิวหนังฉีกขาดได้แก่ การสูญเสียการได้ยิน และการมองเห็น ปัญหาทางด้านจิตใจ ภาวะทุพโภชนาการ การรับประทานยาที่มากเกินไป การถูกจำกัดการเคลื่อนไหว หรือการที่ไม่สามารถเคลื่อนไหวร่างกายได้ การเคลื่อนย้าย ประวัติการพลัดตกหกล้ม การใช้วัสดุปิดแผลที่ทำด้วยกาว โรคหรือการเจ็บป่วยทางกาย 3) การป้องกันการเกิดแผลผิวหนังฉีกขาด โดยมีการดูแลและตรวจสอบสิ่งแวดล้อมภายในบ้านปลอดภัย ประเมินอาการสับสน จัดการโภชนาการอาหาร และสารน้ำ ปรีกษาแพทย์ และเภสัชกรเรื่องการรับประทานยา ที่มีจำนวนมากอาจมีผลต่อผิวหนัง หลีกเลี่ยงการเคลื่อนย้าย ที่ทำให้ผิวหนังฉีกขาด การดูแลผิวหนัง และการบำรุงผิว เพื่อให้ผิวหนังแข็งแรงขึ้น รวมถึงการเลือกใช้ผลิตภัณฑ์ในการบำรุงดูแลผิวหนังในผู้สูงอายุ 4) การจัดการผิวหนังฉีกขาดในผู้สูงอายุ โดยเลือกวัสดุปิดแผลที่เหมาะสมกับแผลโดยพิจารณาตามปริมาณ สารคัดหลั่ง ความคุ้มค่า และควรเลือกวัสดุและผลิตภัณฑ์ปิดแผลที่เป็นซิลิโคน เพื่อป้องกันการฉีกขาด ตามตารางการจัดการผิวหนังฉีกขาดของ The international skin tear advisory panel (ISTAP)

คำสำคัญ: การจัดการ/ ผิวหนังฉีกขาด/ ผู้สูงอายุ

¹พยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลสงขลาครินทร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลาครินทร์

²พยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา ตำบลในเมือง อำเภอเมืองนครราชสีมา นครราชสีมา 30000

³พยาบาลวิชาชีพ สถาบันมะเร็งแห่งชาติ แขวงทุ่งพญาไท เขตราชเทวี กรุงเทพฯ 10400

⁴พยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลเจริญกรุงประชารักษ์ แขวงบางค้อแหลม เขตบางค้อแหลม กรุงเทพฯ 10120

⁵พยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลหัวเฉียว แขวงคลองมอหานะ เขตป้อมปราบศัตรูพ่าย กรุงเทพฯ 10100

⁶พยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลตากสิน แขวงคลองสาน เขตคลองสาน กรุงเทพฯ 10600

⁷พยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลศิริราช ปิยมหาราชการุณย์ แขวงศิริราช เขตบางกอกน้อย กรุงเทพฯ 10700

⁸พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ ฝ่ายการพยาบาล คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช กรุงเทพฯ 10300

Corresponding Author, Email: kukwan@nmu.ac.th

Review article

Management of Skin Tears in the Elderly

*Narueparn Koonsub*¹*Marisa Komutklang*²*Supattra Loyprakhon*³*Sirilak Jannuan*⁴*Watinee Theangtumdee*⁵*Phonsiree Kaiyasaeng*⁶*Rungnapha Limprasert*⁷*Kukwan Maleewong*⁸

Abstract

Skin Tears are a significant and common issue in the elderly population, causing pain and distress that affects their quality of life. Skin injuries can increase the likelihood of hospitalization and vary in occurrence rates worldwide. This study aims to gather information on the management of skin tears in the elderly, focusing on four aspects: 1) Causes and types of skin tears, which result from shearing forces, impact, and friction, leading to separation of skin layers categorized into three types: 1.1) No loss of the upper skin layer (epidermis), 1.2) Partial loss of the skin layer at the site of the tear, and 1.3) Total loss of the upper skin layer. 2) Risk factors contributing to skin tear occurrence, including sensory and visual impairments, mental health issues, malnutrition, excessive medication intake, limited mobility or immobility, falls history, use of adhesive dressings, diseases, or physical ailments. 3) Prevention of skin tears by ensuring a safe home environment, assessing confusion, managing nutritional intake and hydration, consulting with physicians and pharmacists regarding medication regimens that may impact the skin, avoiding movements that can cause skin tears, and caring for and nourishing the skin to enhance its resilience, including the selection of suitable skincare products for the elderly. 4) Management of skin tears in the elderly, emphasizing the selection of appropriate wound dressings based on exudate volume, cost-effectiveness, and considering silicone-based materials to prevent skin tears, following the guidelines provided by the International Skin Tear Advisory Panel (ISTAP).

Keywords: management/ skin tear/ elderly¹Registered Nurse, Songklanagarind Hospital, Faculty of Medicine Prince of Songkla University²Registered Nurse, Maharat Nakhon Ratchasima Hospital, Nai Mueang Subdistrict, Mueang Nakhon Ratchasima District, Nakhon Ratchasima 30000³Registered Nurse, National Cancer Institute, Thung Phaya Thai Subdistrict, Ratchathewi District, Bangkok 10400⁴Registered Nurse, Charoenkrung Pracharak Hospital, Bang Kho Laem Subdistrict, Bang Kho Laem District, Bangkok 10120⁵Registered Nurse, Hua Chiew Hospital, Khlong Mahanak Subdistrict Pom Prap Sattru Phai District, Bangkok 10100⁶Registered Nurse, Taksin Hospital, Khlong San Subdistrict, Khlong San District, Bangkok 10600⁷Registered Nurse, Siriraj Piyamaharajkarun Hospital, Siriraj Subdistrict, Bangkok Noi District, Bangkok 10700⁸Registered Nurse, Professional Level Department of Nursing, Vajira Hospital, Faculty of Medicine Vajira Hospital, Bangkok 10300, Corresponding Author, Email: kukwan@nmu.ac.th

บทนำ

ผิวหนังเป็นอวัยวะที่ใหญ่ที่สุดและมีบทบาทในการป้องกันร่างกายที่สำคัญ เช่นเดียวกับกับเนื้อเยื่ออื่น ๆ ผิวหนังไม่เพียงได้รับผลกระทบจากการที่อายุเพิ่มมากขึ้น ยังเกิดจากปัจจัยภายใน และการเสื่อมสภาพจากภายนอกซึ่งถูกกระตุ้นโดยสิ่งแวดล้อม ที่ช่วยเร่งกระบวนการเสื่อมสภาพของผิวที่เสื่อมสภาพนั้นเกิดจากการเปลี่ยนแปลงของโครงสร้างระดับเซลล์ และระดับโมเลกุล รวมถึงการสะสมของ senescent cells (เซลล์ที่เสื่อมสภาพ และไม่แบ่งตัว) เซลล์เหล่านี้สามารถกระตุ้นหรือเร่งความผิดปกติที่เกี่ยวข้องกับอายุของเซลล์ใกล้เคียงอื่น ๆ ได้ ซึ่งมีส่วนทำให้เกิดริ้วรอยได้¹ นอกจากนี้ผิวหนังยังทำหน้าที่ห่อหุ้มและให้ความอบอุ่น กับอวัยวะภายในร่างกาย และทำหน้าที่ในการป้องกันการติดเชื้อ เมื่อผิวหนังได้รับบาดเจ็บถูกทำลาย จากแรงกด แรงเปียด แรงเสียดทาน แรงเฉือน แรงดึงรั้งจากการผูกมัด การติดเชื้อ การลอกพลาสติก และความอับชื้นจากอูจาระ และปัสสาวะ ทำให้เกิดการเสียหายหรือถูกทำลายต่อผิวหนัง และเนื้อใต้ผิวหนัง จนเกิดการสูญเสียหน้าที่² และมีลักษณะทางกายภาพที่เปลี่ยนแปลงไปจากเดิม คือ เป็นผื่นแดง ผื่นคัน ถลอก ฉีกขาด กลายเป็นบาดแผล โดยมีปัจจัยเสริมอื่น ๆ ได้แก่ ภาวะเจ็บป่วยเฉียบพลันที่ส่งผลให้เกิดการไหลเวียนโลหิตไม่ดี โรคเกี่ยวกับระบบประสาท และการเคลื่อนไหว ภาวะทุพโภชนาการ รวมถึง การใช้ยาที่เกิดผลข้างเคียงกับผิวหนัง อุบัติการณ์จากกลุ่มผู้ที่มีอายุมากกว่า 60 ปี ขึ้นไป ทำให้เกิดผิวหนังถูกทำลายมากที่สุด

ภาวะผิวหนังฉีกขาด คือบาดแผลที่เกิดจากแรงเสียดสีจากแรงกดที่ผิวหนังทำให้มีการแยกชั้นของผิวหนังส่งผลทำให้เกิดการฉีกขาดของผิวหนัง อาจเป็นการแยกหนังกำพร้าออกจากผิวหนังแท้

มีรายงานว่าการศึกษาของผิวหนังสามารถพบได้ในทุกส่วนของร่างกาย ภาวะผิวหนังฉีกขาดถูกจัดเป็นประเภทบาดแผลเฉียบพลัน ดังนั้นจึงคาดว่าสามารถรักษาให้หายได้ภายในเวลาที่เหมาะสม จากผลงานวิจัยจำนวนมากระบุว่าภาวะผิวหนังฉีกขาดที่มีระยะเวลาการรักษาบาดแผลที่ยาวนาน ส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงไปสู่บาดแผลเรื้อรัง มีการตั้งสมมุติฐานว่าการเปลี่ยนแปลงแผลจากเฉียบพลันไปสู่แผลเรื้อรังมีความเกี่ยวข้องกับภาวะโรคประจำตัว ซึ่งถือว่ามีความเสี่ยงที่จะเกิดการฉีกขาดของผิวหนังมากขึ้น³ ผิวหนังฉีกขาดเป็นปัญหาสำคัญสำหรับผู้สูงอายุ ทำให้เกิดความเจ็บปวด ส่งผลต่อคุณภาพชีวิต และทำให้ผู้ป่วยทุกข์ใจ การบาดเจ็บที่ผิวหนังอาจเพิ่มโอกาสในการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล และมีอัตราการเกิดอุบัติการณ์แตกต่างกันไปทั่วโลก⁴

การเปลี่ยนแปลงของผิวหนังในผู้สูงอายุ

1. เมื่ออายุมากขึ้น ชั้นผิวหนังชั้นนอก (หนังกำพร้า) จะบางลง แม้ว่าจำนวนชั้นของเซลล์จะไม่เปลี่ยนแปลงก็ตาม
2. จำนวนเซลล์ที่มีเม็ดสี (เมลานินไซต์) ลดลง เมลาโนไซต์ที่เหลือจะมีขนาดเพิ่มขึ้น ผิวหนังผู้สูงอายุจะดูบางลง ซีดลง และใสขึ้น (โปร่งแสง) มีจุดเม็ดสีขนาดใหญ่ เกิดการตกกระ
3. การเปลี่ยนแปลงของเนื้อเยื่อเกี่ยวพันจะลดความแข็งแรง และความยืดหยุ่นของผิว
4. หลอดเลือดของผิวหนังชั้นหนังแท้มีความเปราะบางมากขึ้น ทำให้เกิดรอยฟกช้ำเลือดออกใต้ผิวหนัง
5. ต่อมไขมันมีการผลิตไขมันลดลงในผู้สูงอายุ โดยเฉพาะผู้ชายอายุมากกว่า 80 ปี และผู้หญิงวัยหมดประจำเดือน ทำให้การรักษาความชุ่มชื้นลดลง ผิวหนังมีความแห้ง และคัน
6. ชั้นไขมันใต้ผิวหนังในผู้ป่วยบางลง ทำให้มีโอกาสเกิดการบาดเจ็บหรือฉีกขาดได้ง่าย ในฤดูหนาวผู้สูงอายุ จะมีภาวะอุณหภูมิร่างกายต่ำกว่าปกติ

7. ยาบางชนิดถูกดูดซึมที่ชั้นไขมันเมื่อชั้นไขมันเปลี่ยนแปลงทำให้การดูดซึมของยาผิดปกติ

8. ต่อมเหงื่อผลิตเหงื่อได้ลดลงทำให้ยากต่อการรักษาอุณหภูมิร่างกาย เพราะฉะนั้นผู้สูงอายุมีโอกาสเสี่ยงเป็นลมแดดได้

9. การเจริญเติบโตของผิวหนังผิดปกติ เช่น หูด รอยตำหนิต่าง ๆ เกิดได้บ่อยในผู้สูงอายุ

10. ผิวหนังแห้ง และจะผลิตไขมันช้าลง และเสี่ยงต่อการเกิดการบาดเจ็บเพิ่มมากขึ้น สูญเสียคอลลาเจนทำให้ความยืดหยุ่นลดลง

11. ระบบการรับรู้ประสาทลดลงสัมพันธ์เนื่องจากเส้นใยประสาทลดลงอาจทำให้ผู้สูงอายุไม่รู้สึกรู้สึที่สัมผัสกับแรงกดทับ⁵

ในปัจจุบัน พบว่า มีวิธีการดูแลผิวหนังเพื่อส่งเสริมให้ผิวหนังของผู้สูงอายุมีความแข็งแรง ลดการเกิดแผลผิวหนังฉีกขาด โดยจะนำเสนอ 4 ประเด็น คือ สาเหตุ และชนิดของแผลผิวหนังฉีกขาด ปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดแผลผิวหนังฉีกขาด การป้องกันการเกิดแผลผิวหนังฉีกขาด และการจัดการแผลผิวหนังฉีกขาด เพื่อเป็นข้อมูลในการดูแลผู้สูงอายุ ซึ่งมีรายละเอียดดังนี้

1. สาเหตุ และชนิดของแผลผิวหนังฉีกขาด แผลผิวหนังฉีกขาดสาเหตุเกิดจากแรงฉีกแรงกระแทกแรงเสียดสี ทำให้เกิดการแยกกันของชั้นผิวหนังแบ่งเป็นสามชนิด

1.1 ประเภทที่การฉีกขาดไม่มีการสูญเสียของผิวหนังด้านบน ไม่มีการสูญเสียของผิวหนังบริเวณ epidermis (no skin loss)

1.2 ผิวหนังบริเวณรอยฉีกขาดมีการสูญเสียของผิวหนังบางส่วน (partial skin loss)

1.3. มีการสูญเสียของผิวหนังด้านบนไปทั้งหมด (total flap loss)³

2. ปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดแผลผิวหนังฉีกขาด

2.1 การสูญเสียการได้ยิน และการมองเห็น ทำให้เกิดอุบัติเหตุได้ง่าย

2.2 ปัญหาทางด้านจิตใจ อาการก้าวร้าว อาการหลงลืม

2.3 ภาวะทุพโภชนาการทั้งสารอาหารและสารน้ำ เพิ่มความเสี่ยงในการหกล้ม และบาดเจ็บ

2.4 การรับประทานยาที่มากเกินไปทำให้เกิดภาวะสับสน และเพิ่มโอกาสในการเกิดพลัดตกหกล้ม

2.5 การถูกจำกัดการเคลื่อนไหว หรือการไม่สามารถเคลื่อนไหวร่างกายได้ รวมทั้งการจัดท่าต่าง ๆ เคลื่อนย้าย ลงนั่ง นอน ย้ายเตียง

2.6 ประวัติการพลัดตกหกล้ม

2.7 การใช้วัสดุปิดแผลที่ทำด้วยกา

2.8 โรคหรือการเจ็บป่วยทางกาย⁶

3. การป้องกันการเกิดแผลผิวหนังฉีกขาด

3.1 สุขภาพทั่วไป ดูแล และตรวจสอบ สิ่งแวดล้อมภายในบ้านปลอดภัย ลดการเกิดพลัดตกหกล้ม ประเมิน รองเท้า การสวมเสื้อผ้าที่อาจทำให้เกิดผิวหนังฉีกขาดได้ ประเมินประสาทสัมผัสผู้ป่วยเบาหวานให้ความรู้แก่ผู้ดูแลเรื่องความปลอดภัย ความบกพร่องของแต่ละบุคคล และความเสี่ยงต่อการเกิดผิวหนังฉีกขาด

3.2 ความบกพร่องทางสติปัญญา ประเมินอาการสับสนของผู้ป่วยหากเป็นอาการของ delirium สร้างสภาพแวดล้อมที่ปลอดภัยสำหรับผู้ป่วยที่กลับไปอยู่บ้านของตนเอง

3.3 ด้านโภชนาการ จัดการโภชนาการอาหาร และสารน้ำ กระตุ้นการดื่มน้ำ ชั่งน้ำหนัก และติดตามการลดหรือเพิ่มของน้ำหนักตัวผู้ป่วยเพื่อประเมินการกลืน และรับประทานอาหาร ตรวจสอบเวลาจำนวนครั้งของการรับประทานอาหาร ระวังน้ำหนักที่มากเกินไปอาจทำให้ผิวหนังฉีกขาด

3.4. การรับประทานยาหลายชนิด ปรีกษาแพทย์ และเภสัชกรเรื่องการรับประทานยาที่มีจำนวนมากอาจมีผลต่อผิวหนัง

3.5. การเคลื่อนไหว หลีกเลียงการเคลื่อนย้ายที่ทำให้ผิวหนังฉีกขาดขณะเคลื่อนย้ายไม่ให้แขนผู้ป่วยสัมผัสสิ่งของที่ก่อให้เกิดการฉีกขาด

ของผิวหนังพึงระวังน้ำหนักที่มากเกินไป ประเมินสภาพผิวหนังทุกวัน และสังเกตการฉีกขาดของผิวหนัง ระวังผิวหนังเปาะบางในผู้ป่วยวิกฤตทุกช่วงวัย

3.6. การดูแลผิวหนัง และการบำรุงผิว เพื่อให้ผิวหนังแข็งแรงขึ้น ได้แก่

- การทำความสะอาดผิวหนังด้วยผลิตภัณฑ์ที่มีค่าความเป็นกรดต่างเหมาะสมและใกล้เคียงกับผิวหนังจะทำให้ผิวหนังมีความแข็งแรงสมบูรณ์มากขึ้น ซึ่งผลิตภัณฑ์ที่ใช้ทำความสะอาดผิวหนัง ควรมีค่าความเป็นกรดต่างอยู่ในช่วง 5.2-5.5 หรือมีค่าเป็นกรดเล็กน้อย จะช่วยกำจัดแบคทีเรียบริเวณผิวหนังและเป็นสารเคลือบผิว คลุมผิวหนังให้ชุ่มชื้น ลดการเกิดผิวหนังถลอกหรืออักเสบ แต่หากทำความสะอาดผิวหนังบ่อย ๆ จะเกิดการชะล้างสารเคลือบผิวหนังตามธรรมชาติออกไป ทำให้ผิวหนังแห้งขึ้น และเป็นการเพิ่มการเสียดสีซึ่งส่งผลให้เกิดการฉีกขาดได้ง่าย จึงแนะนำให้ทำความสะอาดผิวหนังอย่างน้อยวันละ 2 ครั้ง แต่ถ้าผิวหนังสกปรกมาก อาจต้องพิจารณาตามความเหมาะสม

- การใช้ผลิตภัณฑ์ในการดูแลและบำรุงผิวหนัง ได้แก่ โลชั่นหรือครีมเพื่อบรรเทาความแห้งของผิวหนัง เนื่องจากสามารถเพิ่มน้ำในชั้นสตาตัม คอร์เนียมของผิวหนัง ทำให้ผิวหนังมีความชุ่มชื้น เป็นการช่วยส่งเสริมผิวหนังให้มีความแข็งแรง และความยืดหยุ่นของผิวหนัง⁷

4. การจัดการแผลผิวหนังฉีกขาด เมื่อพบผิวหนังฉีกขาด สิ่งแรกที่ต้องทำคือการประเมินผิวหนัง และระดับการสูญเสียเนื้อเยื่อ ตามเกณฑ์การจำแนกของ The international skin tear advisory panel (ISTAP)

สิ่งที่ต้องประเมินเพิ่ม^{8,9} คือ

- ตำแหน่ง และบริเวณผิวหนังฉีกขาด
- ขนาด และปริมาณของสารคัดหลั่งที่ออกจากแผล เช่น เลือด หรือ เซรั่ม
- ระดับความเจ็บปวด

- อาการของการติดเชื้อ เช่น ผิวหนังบริเวณรอบแผลมีบวมแดง หรือ มีไข้สูง หนาวสั่น
- ประเมินสภาพผิวหนังโดยรอบที่มีความเปราะบาง เช่น เปลี่ยนสี หรือ ข้ำ

วิธีการจัดการกับผิวหนังที่ฉีกขาด

- ทำการห้ามเลือดโดยการใช้สำลีปราศจากเชื้อชุบน้ำเกลือ (NSS) และกดลงบนบาดแผล

- ทำการห้ามเลือดโดยการใช้สำลีปราศจากเชื้อชุบน้ำเกลือ (NSS) และกดลงบนบาดแผลเมื่อเลือดหยุดไหลแล้ว ควรทำให้ผิวหนังชั้นบนที่เป็ดออก (flap) ปิดคลุมแผลให้ได้มากที่สุด โดยใช้ที่คีบปราศจากเชื้อ หรือสวมถุงมือที่ปราศจากเชื้อในการดึงผิว และเช็ดทำความสะอาดแผลเพื่อกำจัดเศษสิ่งสกปรก หรือเลือดที่จับตัวเป็นก้อน หากผิวหนังที่เป็ดออกม้วน หรือแห้งมากไม่สามารถคลุมได้ อาจต้องมีการตัดตกแต่ง แต่ต้องทำโดยแพทย์หรือพยาบาลผู้เชี่ยวชาญเท่านั้น

- ซับแผลให้แห้ง เพื่อไม่ให้เกิดความชื้นเพิ่ม
- เลือกวัสดุปิดแผลที่เหมาะสมกับแผลโดยพิจารณาตามปริมาณสารคัดหลั่ง ความคุ่มค่า และควรเลือกวัสดุและผลิตภัณฑ์ปิดแผลที่เป็นซิลิโคน เพื่อป้องกันการฉีกขาดตามตารางการจัดการผิวหนังฉีกขาดของ ISTAP

- เมื่อปิดแผลแล้วควรทำเครื่องหมายบนวัสดุปิดแผลโดยเขียนลูกศรชี้ไปทางที่จะเปิดแผลครั้งต่อไป โดยไม่ให้เปิดสวนทางกับผิวหนังที่เป็ดออก เพื่อบ่งบอกว่าควรเปิดแผลไปทิศทางใดโดยที่ไม่ทำให้ผิวหนังเป็ดเพิ่มขึ้น

- จัดการกับความปวดหากผู้ป่วยรู้สึกปวดจากการที่มีผิวหนังฉีกขาด

- หากมีอาการผิดปกติ เช่น แผลบวมแดง หรือสีเปลี่ยนเป็นคล้ำมากขึ้น ควรรีบไปพบแพทย์

การเลือกผลิตภัณฑ์ปิดแผลตามประเภทของผิวหนังฉีกขาด^{10,11}

หมวดหมู่ผลิตภัณฑ์	ข้อบ่งชี้	ประเภทของผิวหนัง ฉีกขาดที่สามารถใช้ได้	การพิจารณาการใช้
hydrogel	เพิ่มความชุ่มชื้นให้กับแผล	2,3	ข้อควรระวัง - อาจมีรอบแผลเปื่อยยุ่ย มีสารคัดหลั่งจากแผลที่มากเกินไป - เหมาะกับการ autolytic debridement ในแผลที่มีสารคัดหลั่งน้อย - จำเป็นต้องมีแผ่นปิดแผลทับอีกหนึ่งชั้น
foam dressings	ใช้กับแผลที่มีสารคัดหลั่งปานกลางสามารถเพิ่มระยะห่างไรการทำแผลได้ (2-7 วัน ขึ้นอยู่กับปริมาณ exudate)	2,3	ควรระวังแผ่นโฟมชนิดที่มีขอบกาว หากเป็นไปได้ควรใช้แบบไม่มีขอบกาว เพื่อหลีกเลี่ยงการทำให้ผิวหนังบริเวณรอบแผลฉีกขาดเพิ่ม
non-adherent mesh dressings	ใช้ได้กับแผลที่แห้งหรือแผลที่มีสารคัดหลั่ง	1,2,3	- รักษาสมดุลความชุ่มชื้นสำหรับแผลที่มีสารคัดหลั่งได้ทุกระดับ - ไม่เกิดการทำลายผิวหนังเมื่อลอกแผ่นออก - จำเป็นต้องมีแผ่นปิดแผลทับอีกชั้นหนึ่ง
2-octyl cyanoacrylate topical bandage (skin glue)	ใช้ในการทำให้ขอบแผลติดกัน	1	- ใช้ในการทำให้แผลติดเหมือนการเย็บแผลได้ภายใน 24 ชั่วโมงหลังการเกิดผิวหนังฉีกขาด แต่จำเป็นต้องใช้ในการดูแลของแพทย์
acrylic dressings	ใช้กับแผลที่มีสารคัดหลั่งน้อยถึงปานกลาง และไม่มีเลือดออก	1,2,3	- ลอกออกได้ง่าย - ควรใช้ตามคำสั่งของแพทย์เท่านั้น
calcium alginates	ใช้กับแผลที่มีปริมาณสารคัดหลั่งปานกลางถึงมาก และใช้ห้ามเลือด	1,2,3	- อาจทำให้แผลแห้งได้หากใช้กับแผลที่มีปริมาณสารคัดหลั่งน้อย - จำเป็นต้องมีแผ่นปิดแผลทับอีกหนึ่งชั้น

การเลือกผลิตภัณฑ์ปิดแผลตามประเภทของผิวหนังฉีกขาด^{10,11} (ต่อ)

หมวดหมู่ผลิตภัณฑ์	ข้อบ่งชี้	ประเภทของผิวหนัง ฉีกขาดที่สามารถใช้ได้	การพิจารณาการใช้
hydrofiber	ใช้กับแผลที่มีปริมาณ สารคัดหลั่งปานกลาง ถึงมาก	2,3	- ไม่มีคุณสมบัติในการห้ามเลือด - อาจทำให้แผลแห้งได้หากใช้กับแผลที่มีปริมาณสารคัดหลั่งน้อย - จำเป็นต้องมีแผ่นปิดแผลทับอีกหนึ่งชั้น
special considerations for infected skin tears			
ionic silver dressings	ออกฤทธิ์ต่อต้านเชื้อ แบคทีเรียทั้งแกรมบวก และแกรมลบ รวมทั้ง เชื้อดื้อยา	1,2,3	- ไม่ควรใช้อย่างไม่มีกำหนด - ห้ามใช้ในผู้ป่วยที่แพ้ซิลเวอร์ - ใช้เมื่อสงสัยหรือยืนยันแล้วว่ามีการติดเชื้อในผิวหนังระดับลึก - ใช้ผลิตภัณฑ์ปิดแผลที่ไม่มีกาวเพื่อลดการบาดเจ็บที่ผิวหนังเพิ่มเติม
methylene blue and gentian violet dressings	ออกฤทธิ์ต่อต้าน แบคทีเรียทั้งแกรมบวก และแกรมลบ รวมทั้ง เชื้อดื้อยา	1,2,3	- ไม่ทำลายพื้นแผล - ใช้เมื่อสงสัยหรือยืนยันแล้วว่ามีการติดเชื้อในผิวหนังระดับลึกจำเป็นต้องมีแผ่นปิดแผลทับอีกหนึ่งชั้น

สรุป

ภาวะผิวหนังฉีกขาด เป็นปัญหาสำคัญสำหรับผู้สูงอายุ ทำให้เกิดความเจ็บปวด ส่งผลต่อคุณภาพชีวิต และทำให้ผู้ป่วย และผู้ดูแลทุกข์ใจ การบาดเจ็บที่ผิวหนังอาจเพิ่มโอกาสในการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล และมีอัตราการเกิดอุบัติเหตุแตกต่างกันไปทั่วโลก พบได้บ่อยในผู้สูงอายุ โดยเฉพาะกลุ่มที่ช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ เมื่อเกิดผิวหนังฉีกขาด เราจึงมีการจัดการผิวหนังที่ฉีกขาดรวมถึงให้ความรู้ และการป้องกันผิวหนังที่ถูกต้อง จึงควรมีความรู้ในการดูแลดังต่อไปนี้ สาเหตุ และชนิดของแผลผิวหนังฉีกขาด 3 ชนิด ได้แก่ ประเภทที่การฉีกขาดไม่มีการสูญเสียของผิวหนังด้านบน ผิวหนังบริเวณรอยฉีกขาดมีการสูญเสียของผิวหนังบางส่วน และมีการสูญเสียของผิวหนังด้านบนไปทั้งหมด การป้องกันการเกิดแผลผิวหนัง

ฉีกขาด ดูแล และตรวจสอบสิ่งแวดล้อมภายในบ้าน ให้ปลอดภัย เคลื่อนไหวร่างกายหลีกเลี่ยงการที่ทำให้ผิวหนังฉีกขาด การใช้ผลิตภัณฑ์ที่ใช้ในการดูแล และบำรุงผิวหนังเป็นการช่วยส่งเสริมความแข็งแรง และความยืดหยุ่นของผิวหนังโดยจะเน้นการจัดการแผลผิวหนังฉีกขาดตามหลัก ISTAP เมื่อเกิดผิวหนังฉีกขาดควรมีการจัดการดังนี้ 1) ทำการห้ามเลือด 2) เมื่อเลือดหยุดไหลแล้วควรทำให้ผิวหนังชั้นบนที่เปิดออกปิดคลุมแผลให้ได้มากที่สุด และซับแผลให้แห้ง 3) เลือกวัสดุปิดแผลที่เหมาะสมกับแผล 4) ทำเครื่องหมายบนวัสดุปิดแผลโดยเขียนลูกศรชี้ไปทางที่จะเปิดแผลครั้งต่อไป และ 5) หากมีอาการผิดปกติควรรีบไปพบแพทย์ อย่างไรก็ตามหากพบว่า ไม่สามารถจัดการผิวหนังฉีกขาดหรืออาจมีความซับซ้อนในการจัดการ ให้รีบพบแพทย์หรือพยาบาลผู้เชี่ยวชาญ

ข้อเสนอแนะ

การดูแลผู้สูงอายุในปัจจุบันควรมีการป้องกันอันตรายที่อาจเกิดกับผิวหนังได้อย่างถูกต้อง ด้วยการรับรู้ถึงลักษณะของผิวหนังในผู้สูงอายุสาเหตุ และชนิดของแผลผิวหนังที่ถูกทำลายหรือฉีกขาด การป้องกันการเกิดแผลผิวหนังฉีกขาด การทำความสะอาดผิวหนัง ตลอดจนการใช้ผลิตภัณฑ์ในการดูแล และปกป้องผิวหนังทำให้มีผิวหนังสุขภาพดีเกิดความสมบูรณ์ แข็งแรง ป้องกันอันตรายที่มีต่อผิวหนัง และหากมีภาวะผิวหนังฉีกขาด ก็สามารถประเมินและจัดการได้อย่างถูกต้อง และเหมาะสม

เอกสารอ้างอิง

1. Franco AC, Aveleira C, Cavadas C. Skin senescence: mechanisms and impact on whole-body aging. *Trends Mol Med*. 2022 Feb;28(2):97-109. doi: 10.1016/j.molmed. 2021.12.003. Epub 2022 Jan 7. PMID: 350 12887.
2. Harper D, Young A, McNaught C-E. The physiology of wound healing. *Surgery (Oxford)*. 2014; 32(9): 445-50.
3. LeBlanc K, Baranoski S. Skin Tears: Finally Recognized. *Adv Skin Wound Care*. 2017 Feb; 30(2): 62-63. doi: 10.1097/01.ASW.0000 511435.99585.0d. PMID: 28106632.
4. LeBlanc K, Campbell KE, Wood E, Beeckman D. Best Practice Recommendations for Prevention and Management of Skin Tears in Aged Skin: An Overview. *J Wound Ostomy Continence Nurs*. 2018 Nov/Dec; 45(6): 540-542. doi: 10.1097/WON.00 00000000000481. PMID: 30395131.
5. Grenier A, Legault J, Pichette A, Jean L, Bélanger A, Pouliot R. Antioxidant, Anti-Inflammatory, and Anti-Aging Potential of a *Kalmia angustifolia* Extract and Identification of Some Major Compounds. *Antioxidants*. 2021; 10(9):1373. <https://doi.org/10.3390/antiox10091373>
6. LeBlanc K, Campbell KE, Wood E, Beeckman D. Best practice recommendations for prevention and Management of Skin Tears in aged skin: an overview. *J Wound Ostomy Continence Nurs*. 2018; 45(6): 540-542.
7. จันทนา เกลี้ยงพร้อม, สุรศักดิ์ พุฒินิชย์. การป้องกันผิวหนังถูกทำลายในผู้สูงอายุ, วารสารเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและการสาธารณสุขภาคใต้, 2017, 249-257
8. Ana Catarina Franco,Célia Aveleira,and Cláudia Cavadas , Skin senescence: mechanisms and impact on whole-body aging. *Trends in Molecular Medicine*.2022; 28-99
9. Harper, D., Young, A. & McNaught, C. The Physiology of Wound Healing. *Surgery*. 2014); 32(9): 445-450.
10. Kimberly LeBlanc, Kevin Woo,Dawn Christensen,Louise Forest-Lalande, Jennifer O’Dea, Marlene Varga, et al. BEST PRACTICE RECOMMENDATIONS FOR THE Prevention and Management of Skin Tears, 2021: 5-17.
11. Tobin DJ, Veysey EC, Finlay AY. Aging and the skin. In: Fillit HM, Rockwood K, Young J, eds. *Brocklehurst's Textbook of Geriatric Medicine and Gerontology*. 2017, 8:25. Skin tears Standardised care process, State of Victoria, Department of Health and Human Services, March 2018

คำแนะนำการเตรียมและส่งต้นฉบับ วชิรสารการพยาบาล

กองบรรณาธิการวชิรสารการพยาบาล ขอเชิญชวนส่งบทความวิชาการทางการแพทย์ การพยาบาล บทความพิเศษ และปกิณกะเพื่อพิจารณาตีพิมพ์ในวชิรสารการพยาบาล โดยขอให้ เป็นบทความที่ไม่เคยตีพิมพ์เผยแพร่ที่ไหนมาก่อน ต้นฉบับทุกเรื่องจะถูกส่งให้ผู้ทรงคุณวุฒิที่เกี่ยวข้อง ทาง การพยาบาลแต่ละสาขาทั้งภายในและภายนอกอย่างน้อย 3 ท่านประเมินก่อนการตีพิมพ์ บทความ จะได้รับ การตีพิมพ์เมื่อผู้วิจัยปรับแก้ไขตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิภายในเวลาที่กำหนด หรือผู้ทรงคุณวุฒิ พิจารณาอนุมัติการตีพิมพ์ หากผู้เขียนไม่แก้ไขบทความตามเวลาที่กำหนดหรือนำบทความ ไปตีพิมพ์ในวารสาร อื่นระหว่างอยู่ในขั้นตอนรอตีพิมพ์ที่วชิรสารการพยาบาล กองบรรณาธิการขอสงวนสิทธิ์ การตีพิมพ์

การเตรียมต้นฉบับ

1. บทความวิชาการ

1.1 พิมพ์ตัวอักษร Thai Sarabun ขนาด 16 หน้าเดียวในกระดาษ A4 จำนวนไม่เกิน 12 หน้า รวมเอกสารอ้างอิง

1.2 ชื่อเรื่อง บทคัดย่อ และคำสำคัญมีทั้งภาษาไทย และภาษาอังกฤษ โดยจำนวน คำภาษาอังกฤษบทคัดย่อไม่เกิน 250 คำ และจำนวนคำสำคัญไม่เกิน 5 คำ

1.3 ชื่อผู้เขียน ตำแหน่ง ที่อยู่ มีทั้งภาษาไทย และภาษาอังกฤษ

1.4 เรียงลำดับหัวข้อใหญ่ บทคัดย่อภาษาไทย คำสำคัญภาษาไทย บทคัดย่ออังกฤษ คำสำคัญ อังกฤษ บทนำ เนื้อหา และบทสรุป ด้วยตัวอักษร Thai Sarabun ขนาด 18 โดยพิมพ์ชิด ขอบด้านซ้าย

2. บทความวิจัย

2.1 พิมพ์ตัวอักษร Thai Sarabun ขนาด 16 หน้าเดียวในกระดาษ A4 จำนวนไม่เกิน 15 หน้า รวมเอกสารอ้างอิง

2.2 ชื่อเรื่องภาษาไทย และภาษาอังกฤษ อยู่กลางหน้าด้วยตัวอักษร Thai Sarabun ขนาด 18

2.3 ชื่อ-นามสกุลผู้วิจัย และคณะอยู่กลางหน้าด้วยตัวอักษร Thai Sarabun ขนาด 16 โดย ส่วนท้ายของหน้าแรกระบุตำแหน่งวิชาการ สถานที่ทำงาน และ e-mail ของ corresponding author และคณะ

2.4 เรียงลำดับหัวข้อใหญ่ ด้วยตัวอักษร Thai Sarabun ขนาด 18 โดยพิมพ์ชิดขอบด้านซ้าย ดังนี้

2.4.1 บทคัดย่อภาษาไทย คำสำคัญภาษาไทย (สอดคล้องกับภาษาอังกฤษ)

2.4.2 บทคัดย่ออังกฤษ (ไม่เกิน 300 คำ) คำสำคัญอังกฤษ (ไม่เกิน 5 คำ)

2.4.3 บทนำ

2.4.4 กรอบแนวคิดการวิจัย (ถ้ามี)

2.4.5 วัตถุประสงค์

- 2.4.6 สมมติฐานการวิจัย หรือ คำถามการวิจัย (ถ้ามี)
- 2.4.7 วิธีการดำเนินการวิจัย
- 2.4.8 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย
- 2.4.9 การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง
- 2.4.10 วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล
- 2.4.11 การวิเคราะห์ข้อมูล
- 2.4.12 ผลการวิจัย
- 2.4.13 การอภิปรายผล
- 2.4.14 ข้อเสนอแนะ
- 2.4.15 เอกสารอ้างอิง

2.5 เอกสารอ้างอิง ใช้รูปแบบแวนคูเวอร์ (Vancouver style)

การส่งบทความ

ส่งบทความต้นฉบับบทความในรูปแบบ word file ข้อมูลส่วนบุคคลตามแบบฟอร์มใบส่งบทความ ตีพิมพ์ และสำเนาใบรับรองการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน เข้ารับการพิจารณาผ่านระบบการจัดการวารสารออนไลน์ Thai Journals Online (ThaiJO) เว็บไซต์ <https://www.tci-thaijo.org/index.php/vnj> หากมีข้อสงสัยหรือต้องการสอบถาม สามารถติดต่อ นางสาวจงจิตต์ แจ่มหมื่นไวย ฝ่ายการพยาบาล ตึกเพชรรัตน์ชั้น 6 โรงพยาบาลวชิรพยาบาล โทร. 0-2244-3082

ใบส่งบทความตีพิมพ์ในวารสารการพยาบาล
คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

เรื่อง ส่งบทความและลายมือชื่อให้ความยินยอมตีพิมพ์ของผู้นิพนธ์

เรียน บรรณาธิการวารสารการพยาบาล

ข้าพเจ้า.....

ที่อยู่ในการติดต่อ.....

เบอร์โทรศัพท์.....e-mail.....

มีความประสงค์ส่งบทความวิชาการ/ วิจัย/ ปกิณกะ เรื่อง

(ภาษาไทย).....

(ภาษาอังกฤษ).....

เผยแพร่ในวารสารการพยาบาล ข้าพเจ้าขอรับรองว่า บทความนี้ไม่อยู่ระหว่างหรือผ่านการตีพิมพ์ในวารสารอื่น
และยินดีปรับแก้บทความที่ผู้ทรงคุณวุฒิเสนอแนะตามเวลาที่กำหนด

1. ชื่อผู้นิพนธ์หลัก (ภาษาไทย)..... ☐ corresponding author

(ภาษาอังกฤษ).....e-mail.....

(ตำแหน่งวิชาการและสถานที่ทำงาน).....

รายชื่อผู้นิพนธ์ร่วม (ตำแหน่งวิชาการและสถานที่ทำงาน)

2. ชื่อ (ภาษาไทย)..... ☐ first author

(ภาษาอังกฤษ).....e-mail.....

(ตำแหน่งวิชาการและสถานที่ทำงาน).....

3. ชื่อ (ภาษาไทย).....

(ภาษาอังกฤษ).....e-mail.....

(ตำแหน่งวิชาการและสถานที่ทำงาน).....

4. ชื่อ (ภาษาไทย).....

(ภาษาอังกฤษ).....e-mail.....

(ตำแหน่งวิชาการและสถานที่ทำงาน).....

5. ชื่อ (ภาษาไทย).....

(ภาษาอังกฤษ).....e-mail.....

(ตำแหน่งวิชาการและสถานที่ทำงาน).....

☐ กรณีบทความวิจัย ได้ส่งพร้อมสำเนาใบรับรองการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน

ลงชื่อ.....

(.....)

ผู้ส่งบทความ

ใบสมัครขอรับหนังสือขีรสารการพยาบาล
คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช

ข้าพเจ้ามีความประสงค์ขอรับหนังสือขีรสารการพยาบาล (ฉบับเดือน มกราคม ถึง มิถุนายน และ กรกฎาคม ถึง ธันวาคม จำนวน 2 เล่มต่อปี) เป็นเวลา ปี ตั้งแต่ พ.ศ.ถึง พ.ศ. และได้ชำระค่าวารสาร ตามรายการดังนี้

☐ อัตราค่าสมาชิก และค่าจัดส่ง 300 บาทต่อปี

นางสาว/ นาง /นาย

ที่อยู่เลขที่ ซอย ถนน

แขวง เขต จังหวัด รหัสไปรษณีย์

ชำระโดย

☐ เงินสด จำนวน.....บาท

☐ โอนเข้าบัญชีออมทรัพย์ ชื่อ นางสาวจงจิตต์ แจ้งหมื่นไวย์ ธนาคารกรุงไทย สาขาศรียาน เลขที่บัญชี 012-1-10918-6

ลงชื่อ

(.....)

วันที่

หมายเหตุ : ส่งใบสมัครและหลักฐานการโอนเงิน มาทางโทรสาร

นางสาวจงจิตต์ แจ้งหมื่นไวย์ (ด้านวิชาการพยาบาล ฝ่ายการพยาบาล)

โทรสาร 02-668-7152 โทร. 0-2244-3082