

# วารสาร โรงพยาบาลกำแพงเพชร



*Kamphaeng Phet Hospital Journal*

ปีที่ 25 ฉบับที่ 2 เดือน กรกฎาคม - ธันวาคม 2564

Vol. 25 no.2 July - December 2021

ISSN 0858 - 5180



## โรงพยาบาลกำแพงเพชร

สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

กระทรวงสาธารณสุข





วารสาร

โรงพยาบาลท่าแพนเพชร

# คณะผู้จัดทำ

## เจ้าของ

โรงพยาบาลกำแพงเพชร

## สถานที่ปรึกษา

ผู้อำนวยการโรงพยาบาลกำแพงเพชร

## คณะที่ปรึกษา

รองผู้อำนวยการด้านบริการตติยภูมิและทุติยภูมิ

รองผู้อำนวยการด้านพัฒนาระบบบริการและสนับสนุนบริการสุขภาพ

รองผู้อำนวยการด้านบริการด้านปฐมภูมิ

รองผู้อำนวยการด้านอำนวยการ

รองผู้อำนวยการด้านการพยาบาล

## บรรณาธิการ

พญ.ชินานาฎ พวงสายใจ

นายแพทย์เชี่ยวชาญ

## บรรณาธิการ

นพ.รังสรรค์ ชัยกิจอำนวยโชค

นายแพทย์เชี่ยวชาญ

พญ.ดรุณี พุทธารี

หัวหน้าหน่วยวิจัยไวรัสวิทยากำแพงเพชร

นพ.เจษฎา พวงสายใจ

นายแพทย์เชี่ยวชาญ

พญ.สมสุดา ยาอินทร์

นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ

นางยุคลธร จิตรเกื้อกุล

พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

นางกาญจนา รามสูต

พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

นางจิราพร มณีพราย

พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

นางสาวเพ็ญกมล กุลสุ

พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

นายพันทะนันท์ วงศ์แสนสี

พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

นางสาวนฤมล มหาชัย

เภสัชกรชำนาญการ

นายประโยชน์ เข็มนาจิตร

นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ

## ฝ่ายศิลปกรรม

นายวุฒิรักษ์ วทานิยเวช

เจ้าพนักงานโสตทัศนศึกษาชำนาญงาน

## ฝ่ายจัดการวารสาร

นางสาวอาภากร เอ็มโอฐ

บรรณารักษ์ปฏิบัติการ

นางบังอร ทิวรัตน์อังกูร

นักวิเคราะห์นโยบายและแผน

นางสาวรัชติกาล แสงเมล์

พนักงานห้องสมุด

## การส่งต้นฉบับ

คุณอาภากร เอ็มโอฐ

งานห้องสมุด กลุ่มภารกิจด้านพัฒนาระบบบริการและสนับสนุนบริการสุขภาพ โรงพยาบาลกำแพงเพชร เลขที่ 428 ถนนราชดำเนิน 1 อำเภอเมือง จังหวัดกำแพงเพชร 62000

e-mail : librarian\_hh@hotmail.com โทรศัพท์. (055) 022000 - 29 ต่อ 1403 โทรสาร. (055) 711232

## กำหนดออกวารสาร

- กำหนดออกของวารสารโรงพยาบาลกำแพงเพชร ปีละ 2 ฉบับ ราย 6 เดือน
- ฉบับที่ 1 เดือนมกราคม - มิถุนายน (ส่งต้นฉบับภายใน 30 เมษายน ออกภายใน 30 มิถุนายน)
- ฉบับที่ 2 เดือนกรกฎาคม - ธันวาคม (ส่งต้นฉบับภายใน 30 ตุลาคม ออกภายใน 30 ธันวาคม)

# บรรณาธิการแถลง

วารสารโรงพยาบาลกำแพงเพชรได้พัฒนาอย่างต่อเนื่อง มุ่งสู่การเป็นวารสารที่มีมาตรฐาน ซึ่งกองบรรณาธิการเร่งดำเนินการพัฒนาในเรื่องความเข้มข้นของเนื้อหา การปรับรูปแบบในจัดพิมพ์ และความตรงเวลาในการออกรูปเล่ม ขอขอบคุณผู้ส่งผลงาน ที่ให้ความสนใจส่งผลงานมาตีพิมพ์ และขอขอบคุณผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่านที่สละเวลาอันมีค่าในการประเมินผลงาน เพื่อให้วารสารมีคุณภาพที่ดียิ่งขึ้นต่อไป

วารสารโรงพยาบาลกำแพงเพชรฉบับนี้ ปีที่ 25 ฉบับที่ 2 เดือนกรกฎาคม - ธันวาคม 2564 เป็นฉบับที่มีผู้นิพนธ์สนใจส่งผลงานมาตีพิมพ์เป็นจำนวน 5 บทความ ประกอบด้วยนิพนธ์ต้นฉบับ 3 เรื่อง และกรณีศึกษา 2 เรื่อง ซึ่งทุกๆ บทความมีความน่าสนใจ และหวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะมีประโยชน์กับผู้อ่านทุกท่านในการประยุกต์ใช้เป็นแนวทางในการทำผลงานวิชาการ และทำงานต่อไป

บรรณาธิการ  
วารสารโรงพยาบาลกำแพงเพชร

■ บรรณาธิการแถลง

■ นิพนธ์ต้นฉบับ (original article)

- สถานการณ์และเหตุผลการลาออกของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลกำแพงเพชร : 3 ปีย้อนหลัง

Situations and reasons for resignation of the registered nurses at Kamphaeng Phet Hospital : 3 years back

ยุคลธร จิตรเกื้อกุล, จิราพร มณีพราย, นันทภัสร์ พูลเขียว \_\_\_\_\_ 1

- ปัจจัยที่มีผลต่อการมีส่วนร่วมในการประหยัดพลังงานของบุคลากรโรงพยาบาลกำแพงเพชร จังหวัดกำแพงเพชร

Factors affecting the participation in energy saving of hospital officials at Kamphaeng Phet Hospital, Kamphaeng Phet Province

ชัยณรงค์ พุทธิรักษา \_\_\_\_\_ 11

- อุปสรรคและการปฏิบัติบนพื้นฐานการดูแลโดยครอบครัวเป็นศูนย์กลางของพยาบาล ในหอผู้ป่วยหนักศัลยกรรมทั่วไปโรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่

Barriers and Practices Based on Family-Centered Care of Nurses in the Surgical Intensive Care Unit, Maharaj Nakorn Chiang Mai Hospital

จันทนา ทวีชาติ, เพชรสุนีย์ ทังเจริญกุล, อภิรดี นันทศุภวัฒน์ \_\_\_\_\_ 19

■ รายงานผู้ป่วย (case study)

- การใส่ฟันเทียมทั้งปากสบฟันแบบนิวโทรเซ็นทริกโดยใช้ฟันที่ไร้ปุ่มในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังหลังผ่าตัดแต่งปุ่มกระดูกในขากรรไกรบน : กรณีศึกษา

Complete Denture with Neurocentric Occlusion using Non-anatomical Denture Teeth in Chronic Obstructive Pulmonary Disease Patient after Torus Palatinus Removal : A Case Study

แพรวพรรณ ดินะลา \_\_\_\_\_ 29

- การพยาบาลผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีภาวะแทรกซ้อนทางไต ระยะ 3b : กรณีศึกษา

Nursing care for type II Diabetic patients with chronic kidney failure stage 3b : Case study

วิไลลักษณ์ ลิ้มตระกูล \_\_\_\_\_ 39

■ คำแนะนำสำหรับผู้นิพนธ์ \_\_\_\_\_ 51

## Situations and reasons for resignation of the registered nurses at Kamphaeng Phet Hospital: 3 years back

Yukontorn jitkeaukun, M.N.S.\*

Jiraporn Maneeprai, M.N.S.\*\*

Nannapat poolkeaw, B.N.S\*\*\*

### Abstract

**Introduction** : Shortage of registered nurses results from increased resignation which causes an imbalance between the workload and the number of nurses. This results in failure to provide effective nursing care that covers physical, mental and social needs and may increase the risk of adverse events. The resignation information can be used to find a solution to solve the problem.

**Objective** : To study the situations and reasons for resignation of the registered nurses at Kamphaeng Phet Hospital.

**Method** : This study was a descriptive research. The samples consisted of 37 registered nurses who had worked at Kamphaeng Phet Hospital and resigned from the year 2018 to 2020. The research instrument was a questionnaire in form of a Google form. The data was analyzed using descriptive statistics.

**Result** : The majority of the registered nurses who resigned aged between 22 to 37 years old and were in Y generation. More than half of them resigned in the first five years of work. And one third of them quit within the first year. Nearly half of those who resigned in the first year quit in the first month. In this group, the employment status were daily workers. The nursing department with the highest number of resignations of the registered nurses was the Internal Medicine Department. The reasons for resignation were in terms of inappropriate workloads and income. Most of them were registered nurses in the Department of Internal Medicine, Department of Surgery and Intensive Care Units and almost all of them were in Y generation. The departments that had normal working hours or appropriate workload and manpower consisted of Out-patients Department, Special Medical Service Department, Anesthesiology Department and Obstetrics and gynecology Department. It was mainly due to the family reasons and most of them are the registered nurses in the baby boomer generation who had worked for more than 25 years.

**Conclusion** : The data obtained from this study can be used as a guideline for the hospital administrators to formulate incentive policies for the security and career advancement of nurses in order to let the registered nurses to have a higher persistence in their jobs. This will make the appropriate workload and manpower and able to reduce the shortage of registered nurses.

**Keyword** : reason for resignation, registered nurse

---

\*Registered nurse, Head Nurse of Orthopedics department, KamphaengPhet Hospital

\*\* Registered nurse, Head Nurse of EENT Department, Kamphaeng Phet Hospital

\*\*\*Registered nurse, Internal Medicine Department, Kamphaeng Phet Hospital



## สถานการณ์และเหตุการณ์ลาออกของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลกำแพงเพชร : 3 ปีย้อนหลัง

ยุคลธร จิตรเกื้อกุล, พย.ม.\*  
จิราพร มณีพราย, พย.ม.\*\*  
นันทน์ภัทร์ พูลเขียว, พย.บ\*\*\*

### บทคัดย่อ

**บทนำ :** ปัญหาการขาดแคลนพยาบาลวิชาชีพเกิดจากการลาออกที่เพิ่มมากขึ้น ทำให้เกิดความไม่สมดุลระหว่างภาระงานกับจำนวนพยาบาลผลที่ตามมาคือ ไม่สามารถให้การดูแลตอบสนองความต้องการที่ครอบคลุมทั้งกาย จิต สังคม เพิ่มโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ ข้อมูลการลาออกจะนำไปช่วยหาวิธีแก้ปัญหาได้

**วัตถุประสงค์ :** เพื่อศึกษาสถานการณ์และเหตุการณ์ลาออกของพยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลกำแพงเพชร

**วิธีการศึกษา :** เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา กลุ่มตัวอย่างคือ พยาบาลวิชาชีพทุกคนที่เคยปฏิบัติงานอยู่ในโรงพยาบาลกำแพงเพชร และลาออกในปี 2561 ถึง 2563 จำนวน 37คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย คือแบบสอบถาม ในรูปแบบ Google formวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา

**ผลการศึกษา :** พยาบาลวิชาชีพที่ลาออกส่วนใหญ่เป็นพยาบาลที่มีอายุระหว่าง 22-37 ปีอยู่ใน gen y และเกินกว่าครึ่งของทั้งหมดลาออกใน 5ปีแรกของการทำงานและ 1 ใน 3 ลาออกภายในปีแรก ผู้ที่ลาออกในปีแรกเกือบครึ่งลาออกในเดือนแรกและในกลุ่มนี้มีสถานะการจ้างงานเป็นลูกจ้างรายวันทั้งหมดกลุ่มงานการพยาบาลที่มีพยาบาลวิชาชีพลาออกมากที่สุด คือ กลุ่มงานการพยาบาลอายุรกรรมในส่วนเหตุการณ์ลาออกในด้านภาระงานและค่าตอบแทน จะเป็นพยาบาลในสังกัดกลุ่มงานการพยาบาลอายุรกรรม ตัลยกรรม และห้องผู้ป่วยหนักโดยเกือบทั้งหมดเป็นพยาบาล gen y ส่วนกลุ่มงานที่มีลักษณะการทำงานเป็นเวลาทำการปกติหรือภาระงานเหมาะสมกับกำลังคน ได้แก่ ผู้ป่วยนอก ตรวจรักษาพิเศษ วิสัญญี และสูตินรีเวช จะเป็นเหตุผลด้านครอบครัวเป็นหลักและ ส่วนใหญ่อยู่ใน gen baby boomer ปฏิบัติงานมากกว่า 25 ปี

**สรุป :** ข้อมูลที่ได้จากการศึกษาสามารถใช้เป็นแนวทางสำหรับผู้บริหารในการกำหนดนโยบายสร้างแรงจูงใจในด้านความมั่นคงและความก้าวหน้าในวิชาชีพของพยาบาลเพื่อให้พยาบาลวิชาชีพมีการคงอยู่ในงานให้สูงขึ้นอันจะทำให้ภาระงานและกำลังคนให้มีความเหมาะสมและลดปัญหาการขาดแคลนพยาบาลต่อไป

**คำสำคัญ :** เหตุผลการลาออก พยาบาลวิชาชีพ

\*พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ หัวหน้ากลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยออโรโธปิดิกส์ โรงพยาบาลกำแพงเพชร

\*\*พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ หัวหน้างานการพยาบาลผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือด กลุ่มงานการพยาบาลตรวจรักษาพิเศษ กลุ่มการพยาบาลโรงพยาบาลกำแพงเพชร

\*\*\*พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยอายุรกรรม โรงพยาบาลกำแพงเพชร

## บทนำ

ปัญหาการขาดแคลนพยาบาลวิชาชีพเกิดขึ้นในหลายประเทศทั่วโลก ในปี ค.ศ.2020 มีการขาดแคลนพยาบาลวิชาชีพประมาณ 400,000 คน สำหรับประเทศไทยจากผลการศึกษาศึกษาของสภาการพยาบาล ปี 2558 พบว่า ยังมีความขาดแคลนพยาบาลวิชาชีพอยู่ประมาณ 30,000 คน เป็นความขาดแคลนในกระทรวงสาธารณสุขประมาณ 20,000 คน<sup>1</sup> จากการวิเคราะห์แนวโน้มการสูญเสียพยาบาลวิชาชีพพบว่าการสูญเสียจากการลาออกในสาขาวิชาชีพการพยาบาลเพิ่มขึ้นจากอัตราร้อยละ 2.4 ในปี 2543 เป็นร้อยละ 4.2 ในปี 2548 หรือมีการสูญเสียพยาบาลวิชาชีพคิดเป็นอัตราเฉลี่ยร้อยละ 3.3 ต่อปี<sup>2</sup> สาเหตุการขาดแคลนพยาบาลเริ่มจากวิกฤติเศรษฐกิจในประเทศไทย ปี พ.ศ. 2540 รัฐบาลมีนโยบายจำกัดตำแหน่งราชการ และมีนโยบายให้ประเทศไทยเป็นศูนย์กลางทางการแพทย์ (Medical hub) ทำให้เกิดการขยายตัวของสถานพยาบาลเอกชนจำนวนมาก ส่งผลให้ความต้องการพยาบาลเพิ่มขึ้น เป็นเหตุให้พยาบาลส่วนหนึ่งเลือกไปทำงานในโรงพยาบาลเอกชน เนื่องจากค่าตอบแทนมากกว่านอกจากนั้นแล้วการเข้าสู่สังคมสูงวัยและการเปลี่ยนแปลงด้านระบาดวิทยาทำให้ปัญหาสุขภาพของประชาชนมีความซับซ้อนและแนวโน้มการป่วยด้วยโรคเรื้อรังเพิ่มมากขึ้น จำนวนผู้ป่วยในโรงพยาบาลของรัฐเพิ่มมากขึ้นอย่างรวดเร็ว กำลังคนไม่เพียงพอกับภาระงาน พยาบาลจึงเกิดความอ่อนล้า มีปัญหาด้านสุขภาพกายและสุขภาพจิต ทำให้ต้องลาออกจากงาน ซึ่งการลาออกของพยาบาลก็ยิ่งเพิ่มความไม่สมดุลระหว่างภาระงานกับจำนวนพยาบาลผลที่ตามมา คือ โรงพยาบาลในระดับทุติยภูมิและตติยภูมิหลายแห่งมีภาวะผู้ป่วยล้นเตียง ไม่สามารถเปิดแผนกบริการเพิ่มให้เพียงพอได้ทั้งที่มีอาคารเครื่องมือและอุปกรณ์ต่างๆ พร้อมแล้ว นอกจากนั้นภาระงานที่เกินอัตรากำลังมีผลโดยตรงต่อคุณภาพการพยาบาล ทำให้พยาบาลมุ่งแต่งานเป็นหลัก ไม่สามารถให้การดูแลตอบสนองความต้องการที่ครอบคลุมทั้งกาย จิต สังคม เพิ่มโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ เกิดภาวะแทรกซ้อนต้องรับการรักษาในโรงพยาบาลนานวันขึ้น และเกิดการสูญเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล<sup>1-5</sup> รวมถึงความขาดแคลนพยาบาลยังมีความสัมพันธ์โดยตรงกับความเสี่ยงต่อการเสียชีวิตของผู้ป่วย โดยการเพิ่มขึ้นของพยาบาลวิชาชีพเต็มเวลาหนึ่งครั้งต่อ 1,000 วันของผู้ป่วยในทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิตลดลง ร้อยละ 4.3 ในทางกลับกันโรงพยาบาลที่มีพยาบาลน้อย พบว่ามีอัตราการเสียชีวิตเพิ่มขึ้นร้อยละ 2-7<sup>6</sup>

จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า สาเหตุการสูญเสียพยาบาลมีจากการเจ็บป่วย สูงอายุ และเกษียณอายุ ปีละมากกว่า 2,000 คน และยังพบว่าการสูญเสียพยาบาลที่ออกจากวิชาชีพก่อนวัยอันควรอีกด้วย สาเหตุสำคัญของการออกจากวิชาชีพก็คือ การขาดความก้าวหน้าในการทำงาน ค่าตอบแทนน้อย งานหนัก และการขาดความมั่นคงจากการถูกจ้างงานเป็นลูกจ้างชั่วคราว โดยพบว่าในปี 2548 ซึ่งเป็นปีแรกที่กระทรวงสาธารณสุขไม่มีตำแหน่งข้าราชการรองรับพยาบาลที่สำเร็จการศึกษา จึงต้องจ้างพยาบาลวิชาชีพเป็นลูกจ้างชั่วคราวจากเงินบำรุงของหน่วยบริการ พบว่า มีการสูญเสียพยาบาลวิชาชีพสูงถึงร้อยละ 23.3 ของผู้สำเร็จการศึกษาในปีนั้นนอกจากนั้นผลการศึกษาศึกษาการลาออกของพยาบาลวิชาชีพที่เป็นลูกจ้างของโรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป 95 แห่ง ในระหว่างปี 2548 - 2553 พบว่า มีอัตราการลาออกรวม ร้อยละ 40.84 โดยในจำนวนนี้เป็นการลาออกภายในปีแรกของการทำงานถึงร้อยละ 48.68 และออกภายในปีที่ 2 ร้อยละ 25.57<sup>1,7</sup> ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการลาออกของพยาบาลวิชาชีพมี 3 ด้าน คือ 1) คุณลักษณะของบุคคล ได้แก่ สัมพันธภาพกับผู้ร่วมงาน และภาระครอบครัว 2) ลักษณะของงาน ได้แก่ งานมากเกินกำลัง การมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ และความจำเจของงาน 3) คุณลักษณะขององค์กร ได้แก่ ค่าตอบแทน โอกาสก้าวหน้าในอาชีพ และบรรยากาศองค์กร<sup>4,7</sup>

โรงพยาบาลกำแพงเพชร เป็นโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ ในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข มีผู้ป่วยที่มารับบริการสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดย 3 ปีย้อนหลังในปี 2561, 2562, 2563 มีจำนวนผู้ป่วยนอกเฉลี่ย 1,458, 1,424 และ 1,312 จำนวนผู้ป่วยใน 432, 449 และ 439 รายต่อวัน ตามลำดับ ในขณะที่มีพยาบาลวิชาชีพในสังกัดกลุ่มการพยาบาล จำนวน 446, 438 และ 440 ตามลำดับ จากการคำนวณสัดส่วนจำนวนพยาบาลวิชาชีพต่อจำนวนผู้ป่วยของโรงพยาบาลกำแพงเพชรพบว่า ทุกหน่วยงานสูงกว่าเกณฑ์อัตรากำลังพยาบาลขั้นต่ำในหน่วยบริการระดับตติยภูมิ<sup>8</sup> โดยเฉพาะในกลุ่มงานอายุรกรรม ศัลยกรรม และงานอุบัติเหตุฉุกเฉิน ที่มีสัดส่วนสูงเป็น 2 เท่า จากที่สภาการพยาบาลกำหนด นอกจากนี้ภาระงานต่ออัตรากำลังพยาบาลวิชาชีพไม่สมดุลกัน ทำให้พยาบาลต้องขึ้นปฏิบัติงานควบเวร 2 ผลัดใน 1 วัน ต้องทำงานล่วงเวลาเพิ่มขึ้นเฉลี่ยเดือนละ 10 เวนจะเห็นได้ว่า พยาบาลต้องทำงานหนักมาก ทำให้ความเหนื่อยล้า เครียด เวลาในการพักผ่อนและอยู่กับครอบครัวน้อยลงเกิดภาวะหมดไฟในการทำงาน ซึ่งเป็นแรงผลักดันสำคัญที่ทำให้พยาบาลจำนวนหนึ่งตัดสินใจลาออกจากงาน การสูญเสียอัตรากำลังเนื่องจากการลาออกของพยาบาลวิชาชีพ ในปี 2561, 2562, 2563 จำนวน 15, 15, 11 คน ตามลำดับ ผู้วิจัยจึงต้องการศึกษา





สถานการณ์ และสาเหตุการลาออก เพื่อเป็นข้อมูลในการหาแนวทางการเพิ่มความคงอยู่ของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลกำแพงเพชร

## วิธีการศึกษา

**รูปแบบการวิจัย** การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive study)

**ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง** คือ พยาบาลวิชาชีพทุกคนที่เคยปฏิบัติงานอยู่ในโรงพยาบาลกำแพงเพชร และลาออกในปี 2561 ถึง 2563 จำนวน 41 คน ผู้วิจัยสามารถติดต่อได้ 38 คน ไม่เข้าร่วมการวิจัย 1 คน คงมีกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 37 คน

### การพิทักษ์สิทธิ์ผู้เข้าร่วมวิจัย

โครงการวิจัยครั้งนี้ผ่านการพิจารณาและได้รับอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน โรงพยาบาลกำแพงเพชร ตามเอกสารรับรองเลขที่ 5/2564 อนุมัติวันที่ 25 พฤศจิกายน 2563 ก่อนการเก็บข้อมูลผู้วิจัยพิทักษ์สิทธิของกลุ่มศึกษา โดยชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย ประโยชน์ของการวิจัย ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล รวมถึงชี้แจงให้ทราบถึงสิทธิ และมีอิสระในการตัดสินใจตอบรับหรือปฏิเสธในการเข้าร่วมการวิจัย โดยไม่มีผลกระทบใดต่อข้อมูลที่ได้อาจถูกเก็บเป็นความลับและนำเสนอโดยภาพรวมของผลการวิจัยเท่านั้น

### เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ คือ แบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างในรูปแบบ Google form ซึ่งเป็นรูปแบบที่ทำให้กลุ่มตัวอย่างมีความอิสระในการตอบ และไม่สามารถระบุตัวตนผู้ตอบได้โดยข้อความผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม ข้อคำถาม ได้แก่ 1) เพศ 2) อายุในวันที่ลาออก 3) ระยะเวลาที่ทำงานในโรงพยาบาลกำแพงเพชร 4) หน่วยงานที่ปฏิบัติงานครั้งสุดท้าย 5) ภูมิลำเนา 6) สาเหตุของการลาออก 7) การประกอบอาชีพพยาบาลหลังลาออก

### การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

1. การตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา ผู้วิจัยนำไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบ จำนวน 3 ท่าน ประกอบด้วย ผู้บริหารทางการแพทย์ 2 ท่าน และพยาบาลวิชาชีพผู้เชี่ยวชาญด้านการวิจัย 1 ท่าน หลังจากผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบแล้วนำมาคำนวณหาค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (content validity index : CVI) ได้เท่ากับ 0.98 จากนั้นนำไปปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะก่อนนำไปใช้จริง

2. การหาความเชื่อมั่นของเครื่องมือวิจัย ผู้วิจัยนำแบบบันทึกข้อมูลของผู้ป่วยกลุ่มตัวอย่าง ที่ปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิแล้วไปทดลองใช้กับพยาบาลวิชาชีพที่มีคุณสมบัติคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 5 ราย ทดสอบความเที่ยงโดยการคำนวณหาสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.97

### วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยค้นหาช่องทางติดต่อ และติดต่อกับกลุ่มตัวอย่าง ถ้ากลุ่มตัวอย่างยินยอมเข้าร่วมการวิจัย จะขอช่องทางเพื่อส่ง Link Google form แบบสอบถามให้กลุ่มตัวอย่างตอบ

### การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูปคอมพิวเตอร์โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ จำนวนร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

## ผลการศึกษา

### 1. ข้อมูลทั่วไป

จำนวนพยาบาลวิชาชีพกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 37 คน เกือบทั้งหมดเป็นเพศหญิง 36 คน ร้อยละ 97.30 อายุต่ำสุด 22 ปี สูงสุด 58 ปี อายุที่มีการลาออกมากที่สุด คือ อายุ 23 ปี เมื่อแบ่งอายุเป็น generation พบว่า เกินครึ่งอยู่ใน gen y 25 คน ร้อยละ 67.57 ส่วนใน gen x และ baby boomer 6 คน เท่ากัน ร้อยละ 16.22 ส่วนใหญ่สถานภาพโสด 22 คน ร้อยละ 59.46 และที่อยู่ปัจจุบันยังคงอยู่ในจังหวัดกำแพงเพชร 23 คน ร้อยละ 62.16 หลังจากลาออกไม่ประกอบอาชีพพยาบาล 14 คน ร้อยละ 37.84 มีผู้ยังประกอบอาชีพพยาบาลในภาครัฐ 13 คน ร้อยละ 35.14 ที่เหลืออยู่ภาคเอกชน 10 คน ร้อยละ 27.03 ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไป

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน (N=37)	ร้อยละ
จำนวนพยาบาลวิชาชีพ	37	100
เพศ		
หญิง	36	97.30
ชาย	1	2.70
อายุในวันที่ลาออก		
อายุน้อยที่สุด, อายุมากที่สุด	22, 58	
อายุกลาง (มัธยฐาน)	29	
อายุที่มีการลาออกมากที่สุด (ฐานนิยม)	23	
21-37 (gen Y)	25	67.57
38-53 (gen x)	6	16.22
54-72 (baby boomer)	6	16.22
สถานะภาพ		
โสด	22	59.46
แต่งงาน	13	35.14
หย่า/หม้าย	2	5.41
ที่อยู่ปัจจุบัน		
ต่างจังหวัด	14	37.84
ในจังหวัด	23	62.16
ความคงอยู่ในอาชีพพยาบาลหลังลาออก		
ไม่คงอยู่	12	32.43
เปลี่ยนอาชีพ	2	5.41
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	10	27.03
คงอยู่ภาครัฐ	15	40.54
สังกัดกระทรวงสาธารณสุข	2	5.41
สังกัดองค์กรส่วนท้องถิ่น	2	5.41
สังกัดรัฐวิสาหกิจ	2	5.41
สังกัดกระทรวงอุดมศึกษา/ทบวงมหาวิทยาลัย	7	18.92
ทำงานแบบไม่เต็มเวลาในภาครัฐ	2	5.57
คงอยู่ภาคเอกชน	10	27.03

2. ข้อมูลการทำงาน

พยาบาลวิชาชีพที่ลาออกมีระยะเวลาทำงานในโรงพยาบาลกำแพงเพชร สั้นที่สุด 1 เดือน และนานที่สุด 58 ปี โดยพบว่า มีพยาบาลวิชาชีพลาออกมากที่สุดภายในปีแรกของการทำงาน 13 คน คิดเป็นร้อยละ 35.14 ซึ่งในจำนวนนี้ลาออกใน 1 เดือนแรกมากถึง 5 คน หรือคิดเป็นร้อยละ 13.51 รองลงมาเป็นพยาบาลที่ปฏิบัติงานมานานกว่า 25 ปี จำนวน 10 คน คิดเป็นร้อยละ 27.03 มีสถานะการจ้างงานเป็นข้าราชการและไม่เป็นข้าราชการเท่า ๆ กัน คือ 20 คน กับ 17 คน ร้อยละ 54.05 และ 55.95 กลุ่มงานการพยาบาลที่มีพยาบาลวิชาชีพลาออกมากที่สุด คือ กลุ่มงานการพยาบาลอายุรกรรม 15 คน ร้อยละ 40.54 รองลงมาเป็นกลุ่มงานการพยาบาลศัลยกรรม ผู้ป่วยนอก และผู้ป่วยหนัก เท่ากัน กลุ่มงานละ 4 คน คิดเป็นร้อยละ 10.81 ดังตารางที่ 2



## ตารางที่ 2 ข้อมูลการทำงาน

ข้อมูลการทำงาน	จำนวน (N=37)	ร้อยละ
ระยะเวลาที่ทำงานในโรงพยาบาลกำแพงเพชร		
ระยะเวลาที่ทำงานน้อยสุด, ระยะเวลาที่ทำงานนานสุด	1 เดือน, 35 ปี	
น้อยกว่าเท่ากับ 1 ปี	13	35.14
ลาออกใน 1 เดือนแรก	5	13.51
ลาออกที่ 2 เดือน	1	2.70
ลาออกที่ 6 เดือน	2	5.41
ลาออกหลัง 6 เดือนถึง 1 ปี	5	13.51
>1-5 ปี	7	18.92
>5-10 ปี	4	10.81
>10-15 ปี	1	2.7
>15-20 ปี	1	2.7
>20-25 ปี	1	2.7
มากกว่า 25ปีขึ้นไป	10	27.03
สถานะการจ้างงาน		
ข้าราชการ	20	54.05
พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ	12	32.43
พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	8	21.62
พนักงานกระทรวงสาธารณสุข	1	2.70
ลูกจ้างชั่วคราว	10	27.03
ลูกจ้างรายวัน	6	16.22
กลุ่มงานการพยาบาลที่สังกัดก่อนลาออก		
กลุ่มงานการพยาบาลอายุรกรรม	15	40.54
กึ่งวิกฤตอายุรกรรม	7	18.92
อายุรกรรมหญิง	4	10.81
อายุรกรรมชาย	4	10.81
กลุ่มงานการพยาบาลศัลยกรรม	4	10.81
ศัลยกรรมอุบัติเหตุ	2	5.41
ศัลยกรรมหญิง	1	2.70
ศัลยกรรมชาย	1	2.70
กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยนอก	4	10.81
ผู้ป่วยนอก	2	5.41
คลินิกฝากครรภ์	2	5.41
กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยหนัก	4	10.81
ห้องผู้ป่วยหนักอายุรกรรม	2	5.41
ห้องผู้ป่วยหนักกรรม	1	2.70
ห้องผู้ป่วยหนักทารกแรกเกิดวิกฤต	1	2.70







#### 4. สถานะการจ้างงาน สังกัดก่อนลาออก และ สาเหตุการลาออก จำแนกตามช่วงอายุแบบ generation

พยาบาล gen y ที่ลาออก มากกว่าครึ่งมีสถานะการจ้างงานแบบลูกจ้างชั่วคราว/รายวัน 16 คน ร้อยละ 64.00 ส่วนใหญ่ทำงานสังกัดกลุ่มงานการพยาบาลอายุรกรรม 14 คน ร้อยละ 56.00 รองลงมาเป็นกลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยหนัก 4 คน ร้อยละ 16.00 และมีสาเหตุการลาออกส่วนใหญ่เป็นเหตุผลเกี่ยวกับองค์กร 16 คน ร้อยละ 64.00

พยาบาล gen X ที่ลาออกมีสถานะการจ้างงานเป็นข้าราชการทั้งหมด ครึ่งหนึ่งทำงานสังกัดกลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยนอก 3 คน ร้อยละ 50.00 และทั้งหมดมีสาเหตุการลาออกเป็นเหตุผลเกี่ยวกับส่วนตัว

พยาบาล gen baby boomer ที่ลาออกมีสถานะการจ้างงานเป็นข้าราชการทั้งหมด ส่วนใหญ่ทำงานสังกัดกลุ่มงาน การพยาบาลผู้ป่วยนอก 2 คน ร้อยละ 33.33 นอกนั้นสังกัดกลุ่มงานการพยาบาลศัลยกรรมกลุ่มงานการพยาบาลตรวจรักษาพิเศษกลุ่มงานการพยาบาลวิสัญญีกลุ่มงานการพยาบาลสูติรีเวชกรรม อย่างละ 1 คน ร้อยละ 16.67 และส่วนใหญ่มีสาเหตุการลาออกเป็นเหตุผลเกี่ยวกับส่วนตัว 5คน ร้อยละ 83.33 ดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 สถานะการจ้างงาน สังกัดก่อนลาออก และ สาเหตุการลาออก จำแนกตามช่วงอายุของพยาบาลวิชาชีพ

ลักษณะ	generation		
	Gen y (n=25)	Gen x (n=6)	Baby boomer (n=6)
<b>สถานะการจ้างงาน</b>			
ข้าราชการ	8 (32.00)	6 (100.00)	6 (100.00)
พนักงานกระทรวงสาธารณสุข	1 (4.00)	0	0
ลูกจ้างชั่วคราว/ลูกจ้างรายวัน	16 (64.00)	0	0
<b>สังกัดก่อนลาออก</b>			
กลุ่มงานการพยาบาลอายุรกรรม	14 (56.00)	1 (16.67)	0
กลุ่มงานการพยาบาลศัลยกรรม	2 (8.00)	1 (16.67)	1 (16.67)
กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยนอก	0	3 (50.00)	2 (33.33)
กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยหนัก	4 (16.00)	0	0
กลุ่มงานการพยาบาลตรวจรักษาพิเศษ	0	0	1 (16.67)
กลุ่มงานการพยาบาลโสต ศอ นาสิก และจักษุ	2 (8.00)	0	0
กลุ่มงานการพยาบาลวิสัญญี	1 (4.00)	0	1 (16.67)
กลุ่มงานการพยาบาลสูติรีเวชกรรม	0	1 (16.67)	1 (16.67)
กลุ่มงานการพยาบาลอุบัติเหตุฉุกเฉิน	1 (4.00)	0	0
กลุ่มงานการพยาบาลห้องผ่าตัด	1 (4.00)	0	0
<b>สาเหตุการลาออก</b>			
เหตุผลเกี่ยวกับองค์กร	16 (64.00)	0	1 (16.67)
เหตุผลเกี่ยวกับส่วนตัว	9 (36.00)	6 (100.00)	5 (83.33)

#### วิจารณ์

พยาบาลวิชาชีพที่ลาออกในปี 2561 - 2563 ส่วนใหญ่เป็นพยาบาลที่มีอายุระหว่าง 22 - 37 ปี อยู่ใน gen y และเกินกว่าครึ่งของทั้งหมดลาออกใน 5 ปีแรกของการทำงาน เมื่อวิเคราะห์เพิ่มเติมในกลุ่มที่ลาออกใน 5 ปีแรกของการทำงานพบว่า 1 ใน 3 ลาออกภายในปีแรก และในผู้ที่ลาออกในปีแรกนั้นเกือบครึ่งหนึ่งลาออกในเดือนแรก และเมื่อติดตามต่อ พบว่าทั้งหมดไปทำงานโรงพยาบาลเอกชนหลังสอบใบอนุญาตการพยาบาล และการผดุงครรภ์ผ่านสอดคล้องกับการศึกษาของปริศนา ไจบัญ และคณะ<sup>9</sup> ที่ศึกษาสัดส่วนและสาเหตุการลาออกของพยาบาลที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลศรีนครินทร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น พบว่า ที่มีอายุราชการ 1 - 5 ปี สัดส่วนการลาออกมากกว่าครึ่งของจำนวนผู้ที่ลาออกทั้งหมดทุกปี และ

สอดคล้องกับ การศึกษาของ กฤษดา แสงวดี<sup>2</sup> พบว่า ลูกจ้างที่เป็นพยาบาลวิชาชีพร้อยละ 48.68 จะลาออกในปีแรกที่เริ่มทำงาน และลาออกต่อไปอีก ร้อยละ 25.57 ในปีที่ 2 สถานะการจ้างงานของพยาบาล gen y ที่ลาออกนี้ มีสถานะการจ้างงานแบบลูกจ้างมากกว่าการจ้างงานแบบข้าราชการในการศึกษานี้พบพยาบาล gen y ที่ลาออกในเดือนแรก มีสถานะการจ้างงานแบบลูกจ้างรายวันถึง 5 คน โดยลาออกไปทำงานโรงพยาบาลเอกชน และให้เหตุผลว่า ลาออกเพราะเป็นลูกจ้างรายวัน มีสวัสดิการต่ำ ไม่มีความมั่นคง และต้องมีภาระงานที่ไม่ต่างจากเพื่อนร่วมวิชาชีพเดียวกันที่เป็นข้าราชการที่รายได้ สวัสดิการ และความมั่นคงอยู่ในระดับสูงกว่า<sup>10</sup> สอดคล้องกับการศึกษาของ พัชรี เพชรทองหยก และคณะ ที่ศึกษารูปแบบการจ้างงาน การคงอยู่ของบุคลากรสุขภาพ และภาระงบประมาณ : กรณีศึกษาเฉพาะแพทย์ ทันตแพทย์ เกษัชกร และพยาบาลในภาครัฐ ระยะ 15 ปีข้างหน้า พบว่า ปัจจัยสำคัญที่สุดที่ส่งผลให้ยังคงดำรงอยู่ในภาครัฐ คือ การได้รับสิทธิสวัสดิการรักษายาพยาบาลแบบข้าราชการ<sup>11</sup>

กลุ่มงานการพยาบาลที่มีพยาบาลวิชาชีพลาออกมากที่สุด คือ กลุ่มงานการพยาบาลอายุรกรรม 15 คน ร้อยละ 40.54 โดยเป็นพยาบาล gen Y ถึง 14 คน ร้อยละ 93.33 และให้เหตุผลการลาออก เนื่องจากภาระงานมีจำนวนสูงถึง 8 คน ร้อยละ 55.33 อาจเพราะเป็นกลุ่มงานที่มีภาระงานที่หนัก และมีการโยกย้ายหน่วยงานสูง สอดคล้องกับการศึกษาของ ศิริลักษณ์ วิทยานคร ธัญลักษณ์ บรรลิตกุล และ ไชยนา น้อยนิวรรณ์ ที่ศึกษาเชิงคุณภาพเพื่ออธิบายสถานการณ์การตัดสินใจการโอนย้าย / ลาออกของพยาบาลวิชาชีพ ณ หอผู้ป่วยอายุรกรรมสามัญชาย พบว่า กำลังคนไม่เหมาะสมกับงาน และความเหนื่อยล้าในการสอนพยาบาลจบใหม่<sup>12</sup>

สาเหตุการลาออกมากที่สุด คือ เหตุผลทางด้านครอบครัว 15 คน ร้อยละ 40.54 ได้แก่ การดูแลบุคคลในครอบครัว และการช่วยธุรกิจครอบครัวรองลงมา คือ เหตุผลด้านภาระงานที่หนัก มีการต่อเวรมาก มีเวลาพักผ่อนน้อย 14 คน ร้อยละ 37.84 และเหตุผลด้านค่าตอบแทนและการจ้างงาน 13 คน ร้อยละ 35.41 โดยให้เหตุผลว่า อัตราค่าตอบแทนไม่เหมาะสมกับภาระงาน ค่าตอบแทนต่ำ ถูกลดค่าตอบแทน ที่ใหม่ให้ค่าตอบแทนมากกว่า มั่นคงกว่า และสถานการณ์จ้างงานเป็นลูกจ้างชั่วคราวรายวัน โดยเหตุผลด้านภาระงานและค่าตอบแทน จะเป็นพยาบาลในสังกัดกลุ่มงานการพยาบาลอายุรกรรม ศัลยกรรม และห้องผู้ป่วยหนักตามลำดับ และเกือบทั้งหมดเป็นพยาบาล gen y ส่วนกลุ่มงานที่มีลักษณะการทำงานเป็นเวร ทำการปกติหรือภาระงานเหมาะสมกับกำลังคน ได้แก่ ผู้ป่วยนอก ตรวจรักษาพิเศษ วิสัญญี และสูตินรีเวช จะเป็นเหตุผลด้านครอบครัวเป็นหลัก และส่วนใหญ่อยู่ใน gen baby boomer ปฏิบัติงานมานานกว่า 25 ปี กลุ่มนี้จะเป็นข้าราชการที่เมื่อลาออกสามารถรับบำนาญได้ จึงทำให้ตัดสินใจลาออกได้ง่ายขึ้น

### สรุปข้อเสนอแนะ

1. ควรศึกษาเพิ่มเติมความคงอยู่ของพยาบาลวิชาชีพ เพื่อเปรียบเทียบปัจจัยการลาออก และการคงอยู่ในงาน เพื่อเป็นประโยชน์ในการพัฒนารูปแบบการบริหารจัดการบุคลากรในองค์การพยาบาลในทุกด้าน อย่างมีประสิทธิภาพ
2. นำผลการวิจัยที่ได้ เสนอผู้บริหารการพยาบาลเพื่อหาวิธีการจูงใจหรือวิธีการบำรุงรักษาพยาบาลโดยเฉพาะพยาบาลที่ทำงานใน 1-5 ปีแรก ซึ่งถ้าสามารถคงอยู่ได้จะเป็นกำลังพยาบาลที่สำคัญยาว
3. การป้องกันการลาออกของพยาบาลวิชาชีพที่เข้าทำงานใหม่ที่สำคัญวิธีการหนึ่ง คือ การให้ความมั่นคงในสถานะการจ้างงาน โดยบรรจุตำแหน่งราชการให้



### เอกสารอ้างอิง

1. วิจิตร ศรีสุพรรณ, กฤษดา แสงดี. ข้อเสนอเชิงนโยบายในการแก้ปัญหาการขาดแคลนพยาบาลวิชาชีพในประเทศไทย. วารสารสภาการพยาบาล 2555 ; 27(1) : 5-12.
2. กฤษดา แสงดี. สถานการณ์การทำงานของพยาบาลวิชาชีพในประเทศไทย. เอกสารประกอบการประชุมวิชาการสิ่งแวดล้อมปลอดภัยการพยาบาลไทยมีคุณภาพประชากรสูงเป็นสุข ; 16-18 พฤษภาคม 2550 ; ณ โรงแรมเอเชีย. กรุงเทพมหานคร ; 2550.
3. กฤษดา แสงดี, วรรัตน์ใจชื่น, ขวัญประชา เชียงไชยสกุลไทย, ทิณกร โนรี, กานต์วรินทร์ ก่องกุลวัฒน์ และทัตดาว ศรีบุรณณ์. โครงการการใช้แบบจำลองพลวัตระบบในการวางแผนบริหารจัดการกำลังคนด้านสุขภาพในระยะ 10 ปี ข้างหน้า : โครงการนำร่องเขตสุขภาพที่ 2. นนทบุรี : สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข ; 2563.
4. บงกชพร ตั้งฉัตรชัย, บุญทิพย์ สิริรังศรี, สุพิมพ์ ศรีพันธ์วรสกุล และวิไลพร รังควัต. ปัจจัยทำนายการคงอยู่ในงานของพยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลศูนย์เขตภาคตะวันออกเฉียงเหนือสังกัดกระทรวงสาธารณสุข. วารสารสภาการพยาบาล 2554; 26(4): 43-54.
5. อรุณรัตน์ คันทธา. ผลกระทบและทางออกของการขาดแคลนกำลังคนทางการพยาบาลในประเทศไทย. Journal of Nursing Science 2557; 32(1): 81-90.
6. The nursing shortage and how it will impact patient care. [online]. Available from : URL: <https://onlinedegrees.bradley.edu/blog/the-nursing-shortage-and-how-it-will-impact-patient-care/>
7. นลินรัตน์ ทองนิรันดร์, ภูษิตา อินทรประสงค์ และจรรยา ภัทรอาชาชัย. ความตั้งใจคงอยู่ในอาชีพของพยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลชุมชน เขต 1 ภาคกลางประเทศไทย. วารสารกองการพยาบาล 2558; 24(3): 69-83.
8. ราชกิจจานุเบกษาประกาศสภาการพยาบาล เรื่อง มาตรฐานบริการการพยาบาลและการผดุงครรภ์ระดับทุติยภูมิและระดับตติยภูมิ. [online]. Available from : URL: <https://www.tnmc.or.th/images/userfiles/files/P122.PDF>.
9. ปรีศนา ใจบุญ, ประสิทธิ์ เชียงนางาม และปิยธิดา คูหิรัญญรัตน์. สัตว์ส่วนและสาเหตุการลาออกของพยาบาลที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลศรีนครินทร์คณะแพทยศาสตร์มหาวิทยาลัยขอนแก่น. ศรีนครินทร์เวชสาร 2554; 26(3): 233-8.
10. คณะกรรมการกำลังคนด้านสุขภาพแห่งชาติ. ความจริงว่าด้วยตำแหน่งข้าราชการกับวิกฤติกำลังพยาบาล. [online]. Available from : URL: <https://www.hsri.or.th/researcher/media/issue/detail/4643>
11. พัชรี เพชรทองหยก, พิกุลแก้ว ศรีนาม, นารีรัตน์ ผุดผ่อง, นิธิวัชร แสงเรือง, สดพร จุลชู, กัญจนา ดิษยาธิคม และคนอื่นๆ. รูปแบบการจ้างงาน การคงอยู่ของบุคลากรสุขภาพและภาระงบประมาณ : กรณีศึกษาเฉพาะแพทย์ ทันตแพทย์ เภสัชกรและพยาบาลในภาครัฐ ระยะ 15 ปีข้างหน้า. วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข 2562 ; 13(2): 188 - 203.
12. ศิริลักษณ์ วิทยนคร, ธัญลักษณ์ บรรลือชิตกุล และโศภนา น้อยนิวรรณ์. การตัดสินใจโอนย้าย/ลาออกของพยาบาลวิชาชีพ : กรณีศึกษาหอผู้ป่วยอายุรกรรมสามัญชาย โรงพยาบาลแห่งหนึ่ง. วารสารพยาบาลสภาวิชาชีพไทย 2558; 8(2): 125-39.

## Factors affecting the participation in energy saving of hospital officials at Kamphaeng Phet Hospital, Kamphaeng Phet Province

Chainarong Puttharuksa, M.P.A.\*

### Abstract

**Introduction :** The problem of electricity usage costs at Kamphaeng Phet Hospital continued to increase during the years 2016 – 2020, although every electrical equipment was changed for energy saving, as well as the policy of energy saving was announced to implement for all officials at Kamphaeng Phet Hospital in 2017.

**Objective :** To study the level of knowledge, the level of energy saving participation and factors effecting the participation in energy savings of hospital officials at Kamphaeng Phet Hospital.

**Materials and Methods :** The study population was the officials working at Kamphaeng Phet Hospital. This study was a descriptive research. The tools used for data collection in this study were the questionnaires of 305 samples. The data were analyzed by descriptive statistics; frequency, percentage, mean and standard deviation. The factors effecting the participation in energy saving were analyzed by Chi-square statistics to test the hypothesis at 0.05.

**Results :** The results showed that most of sampling groups were female of 263 people (86.2%), which had a moderate level of knowledge about electricity saving of 143 people (46.88%) and had a high level of participation in electricity saving of 271 people (88.9%). The factors of sex, age, education, working status monthly income, mission groups, and level of knowledge did not correlate with participation in electricity saving.

**Conclusions :** The important suggestion was that Kamphaeng Phet Hospital should have the empirical guidelines for electricity saving focusing on the departments with high electricity charge rate. The hospital officials should be trained to increase knowledge on electricity saving as well as the schedule and guideline for maintenance system should be created.

**Keywords :** relationship, electric energy, saving

---

\* Division of Supply Analyst, Kamphaeng Phet Hospital





## ปัจจัยที่มีผลต่อการมีส่วนร่วมในการประหยัดพลังงานของบุคลากร โรงพยาบาลกำแพงเพชร จังหวัดกำแพงเพชร

ชัยณรงค์ พุทธิรักษา, ร.ป.ม.\*

### บทคัดย่อ

**บทนำ :** ปัญหาอัตราค่าใช้จ่ายด้านการใช้ไฟฟ้าของโรงพยาบาลกำแพงเพชรเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องในช่วงในปี 2559 - 2563 ถึงแม้ว่าในปี 2560 โรงพยาบาลกำแพงเพชรได้มีการดำเนินการเปลี่ยนการใช้อุปกรณ์ไฟฟ้าที่ประหยัดไฟฟ้า ในขณะที่เดียวกันก็มีการจัดอบรมให้ความรู้เกี่ยวกับการประหยัดพลังงาน และประกาศมาตรการการประหยัดพลังงานไฟฟ้าของโรงพยาบาลแล้วก็ตาม

**วัตถุประสงค์ :** เพื่อศึกษาระดับความรู้ ระดับการมีส่วนร่วม และปัจจัยที่มีผลต่อการมีส่วนร่วมในการประหยัดพลังงานของบุคลากร โรงพยาบาลกำแพงเพชร

**วิธีการศึกษา :** ศึกษาในพื้นที่โรงพยาบาลกำแพงเพชร ประชากรที่ศึกษาคือบุคลากรที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลกำแพงเพชร โดยการศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive Research) ดังนี้

1. กลุ่มตัวอย่างเป็นบุคลากรโรงพยาบาลกำแพงเพชร จังหวัดกำแพงเพชร จำนวน 305 คน ประกอบด้วย กลุ่มภารกิจอำนวยการ 35 คน กลุ่มภารกิจด้านการพยาบาล 160 คน กลุ่มภารกิจด้านบริการปฐมภูมิ กลุ่มภารกิจด้านทุติยภูมิและตติยภูมิ 74 คน และกลุ่มด้านพัฒนาระบบบริการและสนับสนุนบริการสุขภาพ 15 คน

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลเพื่อการศึกษาครั้งนี้ ได้แก่ แบบสอบถาม ซึ่งมีทั้งข้อคำถามแบบปลายปิด (Close-ended Question) และปลายเปิด (Open-ended Question) ประกอบด้วย 1) คุณลักษณะส่วนบุคคล 2) ความรู้เกี่ยวกับวิธีการประหยัดพลังงานไฟฟ้ารวมถึงอุปกรณ์และเครื่องใช้ไฟฟ้า 3) การมีส่วนร่วมในการประหยัดพลังงานไฟฟ้าของบุคลากรโรงพยาบาลกำแพงเพชร จังหวัดกำแพงเพชร 4) ข้อเสนอแนะเกี่ยวกับแนวทาง หรือมาตรการในการประหยัดพลังงานไฟฟ้าของโรงพยาบาลกำแพงเพชร จังหวัดกำแพงเพชร

**ผลการศึกษา :** ผลการศึกษาพบว่า ผู้ตอบแบบสอบถามส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง จำนวน 263 คน (ร้อยละ 86.2) มีความรู้เกี่ยวกับการประหยัดพลังงานไฟฟ้าในระดับปานกลาง 143 คน (ร้อยละ 46.88) มีระดับการมีส่วนร่วมในการประหยัดพลังงานไฟฟ้าอยู่ในระดับมาก จำนวน 271 คน (ร้อยละ 88.9) และปัจจัยด้านเพศ อายุ การศึกษา สถานภาพในการทำงาน รายได้ต่อเดือน กลุ่มภารกิจ และความรู้เกี่ยวกับการประหยัดพลังงานไฟฟ้าไม่มีความสัมพันธ์ต่อการมีส่วนร่วมในการประหยัดพลังงานไฟฟ้า

**ข้อเสนอแนะ :** โรงพยาบาลกำแพงเพชรควรมีการกำหนดนโยบาย และแนวทางการปฏิบัติที่ชัดเจน โดยมุ่งเน้นหน่วยงานที่มีครุภัณฑ์หรืออุปกรณ์ไฟฟ้า และมีการใช้ไฟฟ้าในอัตราที่สูงโดยเฉพาะ มีการจัดโปรแกรมการอบรมเพิ่มพูนความรู้ด้านการประหยัดพลังงานไฟฟ้าให้กับบุคลากรให้เหมาะสมกับลักษณะงานของหน่วยงานร่วมกับการสร้างทัศนคติที่ดี และการปฏิบัติที่ถูกต้องกับบุคลากรต่อการประหยัดพลังงานไฟฟ้า และต้องมีการติดตาม ประเมินผลการปฏิบัติตามนโยบายการประหยัดพลังงานไฟฟ้าแยกเป็นส่วนหน่วยงานหรือบุคลากรให้เห็นเป็นรูปธรรม

**คำสำคัญ :** ความสัมพันธ์ พลังงานไฟฟ้า ประหยัด

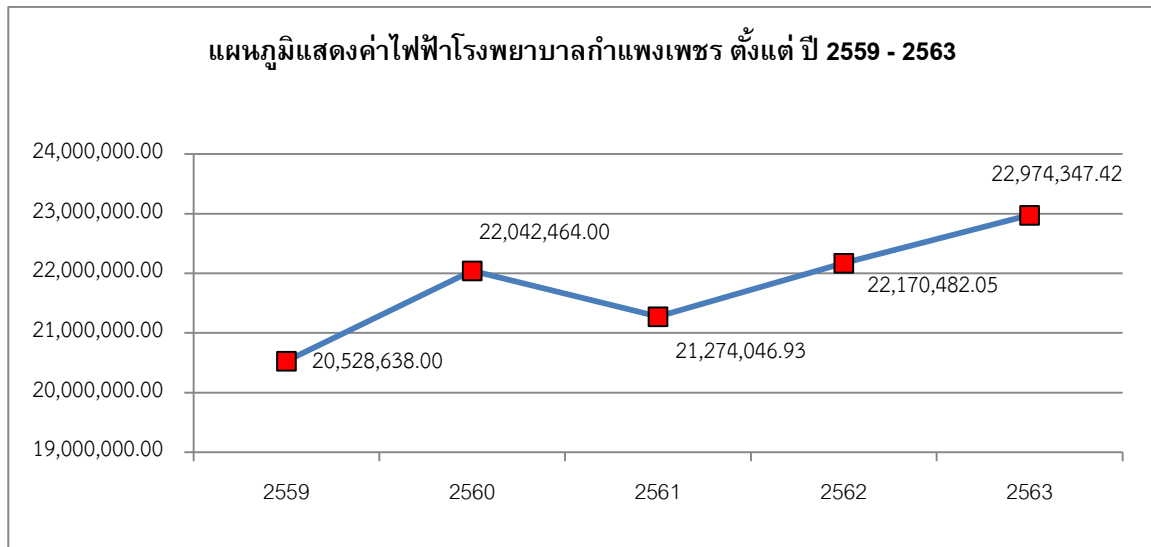
\*นักวิชาการพัสดุชำนาญการ กลุ่มงานพัสดุ โรงพยาบาลกำแพงเพชร

## บทนำ

ในปัจจุบันสถานการณ์ความเปลี่ยนแปลงทางธรรมชาติและสภาพแวดล้อมในอดีตที่ผ่านมา มีการเปลี่ยนแปลงในลักษณะแบบค่อยเป็นค่อยไป และมนุษย์มีความสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อมอย่างแนบแน่น โดยความสมดุลของธรรมชาติ และระบบนิเวศอยู่ในสถานะที่สามารถปรับตัวได้ ต่อมาเมื่อสังคมมนุษย์มีการขยายตัวและมีความต้องการหาความสุขความสบายมากขึ้น ส่งผลให้มีการใช้ทรัพยากรธรรมชาติเพิ่มขึ้นโดยไม่มีการวางแผนที่ดี ก่อให้เกิดผลกระทบต่อสิ่งแวดล้อม และเกิดปัญหาย้อนกลับมาสู่มนุษย์ ซึ่งนับวันจะทวีความรุนแรงมากขึ้นเรื่อยๆ นอกจากนี้การพัฒนาความเจริญเติบโตทางด้านสังคม เศรษฐกิจ และอุตสาหกรรม ตลอดจนความเจริญทางเทคโนโลยีในยุคแห่งการแข่งขัน เพื่อนำประเทศไปสู่การเป็นประเทศในกลุ่มอุตสาหกรรมใหม่นั้น ทำให้ทุกประเทศประสบกับปัญหาในลักษณะที่คล้ายคลึงกัน อาทิเช่น ปัญหาด้านมลพิษทั้งทางน้ำ อากาศ และดิน ระบบนิเวศมีความเสื่อมโทรม ปัญหาการขาดแคลนทรัพยากรธรรมชาติรวมทั้งพลังงานชนิดต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นในธรรมชาติ ได้แก่ น้ำมัน ถ่านหิน ก๊าซธรรมชาติ เป็นต้น ซึ่งสาเหตุการเกิดของปัญหาที่กล่าวแล้วข้างต้น ล้วนเกิดจากพฤติกรรมของมนุษย์แทบทั้งสิ้น ไม่ว่าจะโดยทางตรงหรือทางอ้อม สำหรับประเทศไทยการขยายตัวอย่างรวดเร็วทางภาคเศรษฐกิจ และอุตสาหกรรม รวมทั้งการเพิ่มจำนวนของประชากรอย่างต่อเนื่อง ทำให้ความต้องการพลังงานภายในประเทศสูงขึ้น โดยตลอดในช่วงทศวรรษที่ผ่านมาและมีแนวโน้มว่าจะยังคงเพิ่มขึ้นต่อไปในอัตราสูง จากสาเหตุที่ความต้องการใช้พลังงานเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว ประกอบกับแหล่งพลังงานภายในประเทศมีจำกัด จึงจำเป็นต้องอาศัยการนำเข้าพลังงานจากต่างประเทศ ซึ่งในแต่ละปีประเทศไทยต้องเสียเงินจำนวนหลายแสนล้านบาทและในการจัดหาพลังงานจากต่างประเทศมาใช้ภายในประเทศ ประมาณร้อยละ 80 ในอนาคตข้างหน้าหากไม่หาวิธีการใช้อย่างประหยัดหรือไม่จัดหาพลังงานอย่างอื่นมาทดแทนอาจเกิดการขาดแคลนพลังงาน ซึ่งโดยส่วนใหญ่แล้วจะนำมาผลิตเป็นกระแสไฟฟ้าเพื่อใช้ในภาคธุรกิจและการบริโภคของประชาชน จึงทำให้มีการใช้พลังงานไฟฟ้าในปริมาณสูงมากขึ้นทุกปี และมีแนวโน้มจะทำให้เกิดภาวะการขาดแคลนพลังงานไฟฟ้าในอนาคตได้ เนื่องจากพลังงานมีราคาสูงขึ้นและหาได้ยาก หากการผลิตกระแสไฟฟ้าไม่เพียงพอกับความต้องการของภาคธุรกิจ และการบริโภทย่อมส่งผลให้ประชาชนได้รับความเดือดร้อน และก่อให้เกิดผลเสียต่อเศรษฐกิจและสังคมของประเทศทั้งในระยะสั้นและระยะยาว<sup>1</sup>

จากปัญหาด้านพลังงานดังกล่าว หน่วยงานต่าง ๆ ทั้งภาครัฐและเอกชนได้ตระหนักถึงวิกฤตการณ์การใช้พลังงานที่จะเกิดขึ้นในอนาคต จึงร่วมกันในการสงวนรักษาพลังงานของประเทศ การควบคุมดูแล กำกับการผลิต และการใช้พลังงาน ตลอดจนส่งเสริมให้ทุกคนใช้พลังงานอย่างประหยัด มีประสิทธิภาพ ช่วยลดค่าใช้จ่ายจากการใช้พลังงานอย่างสิ้นเปลือง ลดการลงทุนในการจัดหาแหล่งพลังงานใหม่ ลดการเสียดุลการค้าระหว่างประเทศ และป้องกันผลกระทบต่อสภาวะแวดล้อมที่อาจเกิดขึ้นจากการผลิตและการใช้พลังงาน

โรงพยาบาลกำแพงเพชร จังหวัดกำแพงเพชร เป็นหน่วยงานภาครัฐหน่วยงานหนึ่งที่มีปัญหาด้านพลังงานคือมีปริมาณการใช้กระแสไฟฟ้าสูง ทำให้สิ้นเปลืองงบประมาณในการบริหารจัดการของโรงพยาบาล และสูญเสียกระแสไฟฟ้าโดยรวมของประเทศ คณะผู้บริหารโรงพยาบาลกำแพงเพชรจึงให้ความสำคัญกับการแก้ไขปัญหาการใช้พลังงาน เพื่อเป็นการลดการใช้พลังงานไฟฟ้า และลดค่าใช้จ่ายด้านพลังงานไฟฟ้าลง ซึ่งจะทำให้การบริหารงานงบประมาณของโรงพยาบาลเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ ข้อมูลในภาพที่ 1 แสดงให้เห็นถึงแนวโน้มการเพิ่มขึ้นของค่าไฟฟ้าของโรงพยาบาลกำแพงเพชรในปี 2559 – 2563<sup>2</sup> โดยในปี 2560 โรงพยาบาลกำแพงเพชรได้มีการดำเนินการเปลี่ยนการใช้อุปกรณ์ไฟฟ้าที่ประหยัดไฟ มีการจัดอบรมให้ความรู้เกี่ยวกับการประหยัดพลังงาน และประกาศมาตรการของโรงพยาบาลให้บุคลากรปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการใช้ไฟฟ้าให้ถูกวิธีเพื่อลดความสูญเสียพลังงานให้น้อยที่สุด ผลการดำเนินการพบว่า ค่าไฟฟ้าในปี 2561 ลดลงไปเป็นเงิน 768,417.10 บาทจากปี 2560 แต่หลังจากนั้นก็ยิ่งเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องจนถึงปี 2563 ข้อมูลดังกล่าวแสดงให้เห็นว่า อาจมีปัจจัยทางด้านบุคลากรของโรงพยาบาลต่อมาตรการประหยัดพลังงานของโรงพยาบาลที่ไม่ถูกต้องหรือไม่เหมาะสมแล้วส่งผลต่อการเพิ่มขึ้นของค่าไฟฟ้าของโรงพยาบาล ถึงแม้ว่าจะปรับเปลี่ยนอุปกรณ์ไฟฟ้าแบบประหยัดพลังงานแล้วก็ตาม



ภาพที่ 1 แผนภูมิค่าใช้จ่ายด้านพลังงานไฟฟ้าของโรงพยาบาลกำแพงเพชร จังหวัดกำแพงเพชร ปี พ.ศ. 2559 – 2563

ผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการมีส่วนร่วมในการประหยัดพลังงานของบุคลากรโรงพยาบาลกำแพงเพชร จังหวัดกำแพงเพชร เพื่อศึกษาถึงระดับการมีส่วนร่วมในการประหยัดพลังงานของบุคลากร<sup>3</sup> โรงพยาบาลกำแพงเพชร จังหวัดกำแพงเพชร และปัจจัยที่มีต่อการมีส่วนร่วมในการประหยัดพลังงานของบุคลากร<sup>4</sup> โรงพยาบาลกำแพงเพชร จังหวัดกำแพงเพชร ซึ่งผลที่ได้จากการศึกษานี้มาเป็นข้อมูลในการกำหนดนโยบาย การวางแผน มาตรการ และวิธีการในการประหยัดพลังงานของ เพื่อให้บรรลุเป้าหมายในการจัดการด้านพลังงาน และทำให้เกิดประสิทธิภาพในการจัดการงบประมาณและประโยชน์สูงสุดต่อไป

### วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการมีส่วนร่วมในการประหยัดพลังงานของบุคลากร โรงพยาบาลกำแพงเพชร จังหวัดกำแพงเพชร

### วิธีการศึกษา

งานวิจัยนี้ เป็นการศึกษาการวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive Research) ประชากรที่ศึกษา คือ บุคลากรโรงพยาบาลกำแพงเพชร จังหวัดกำแพงเพชร จำนวน 1,275 คน ขนาดกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 305 คน โดยคำนวณจากสูตรของทาโร ยามานะ (Taro Yamane) ที่ระดับความคลาดเคลื่อนไม่เกิน 0.05 การเลือกกลุ่มตัวอย่างแบ่งเป็น 2 ขั้นตอน คือ

ขั้นตอนที่ 1 สุ่มตัวอย่างแบบโควตา (Quota sampling) โดยแบ่งสัดส่วนตามกลุ่มภารกิจของโรงพยาบาลประกอบด้วย กลุ่มภารกิจอำนวยการ 35 คน กลุ่มภารกิจด้านการพยาบาล 160 คน กลุ่มภารกิจด้านบริการปฐมภูมิ กลุ่มภารกิจด้านทุติยภูมิและตติยภูมิ 74 คน และกลุ่มด้านพัฒนาระบบบริการและสนับสนุนบริการสุขภาพ 15 คน

ขั้นตอนที่ 2 สุ่มตัวอย่างในแต่ละกลุ่มภารกิจแบบเจาะจง (Purposive sampling) โดยเลือกกลุ่มตัวอย่างให้กระจายตามตำแหน่งหน้าที่ ตามวิชาชีพและตามลักษณะงาน

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลเพื่อการศึกษาครั้งนี้ ได้แก่ แบบสอบถามที่พัฒนามาจากแบบสอบถามเรื่องความรู้ความเข้าใจและการมีส่วนร่วมในการประหยัดพลังงานไฟฟ้าของนักศึกษา และบุคลากรสังกัดมหาวิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคลพระนคร<sup>5</sup> และการมีส่วนร่วมในการประหยัดพลังงานไฟฟ้าของบุคลากรมหาวิทยาลัยรามคำแหง สาขาวิทยบริการเฉลิมพระเกียรติจังหวัดขอนแก่น<sup>3</sup> และปรับปรุงข้อคำถามให้เหมาะสมซึ่งมีทั้งข้อคำถามแบบปลายปิด (Close-ended Question) และปลายเปิด (Open-ended Question) โดยโครงสร้างแบบสอบถามมี 2 ตอน คือ ตอนที่ 1 เป็นคำชี้แจงของผู้ศึกษาถึงวัตถุประสงค์ในการเก็บข้อมูล และตอนที่ 2 เป็นข้อมูลเกี่ยวกับการศึกษาที่แบ่งออกเป็น 4 ส่วน ประกอบด้วย

ส่วนที่ 1 คุณลักษณะส่วนบุคคล ประกอบด้วย เพศ อายุ การศึกษา สถานภาพในการทำงาน รายได้ต่อเดือน กลุ่มภารกิจ มีลักษณะเป็นแบบเลือกตอบ จำนวน 6 ข้อ

ส่วนที่ 2 ความรู้เกี่ยวกับวิธีการประหยัดพลังงานไฟฟ้ารวมถึงอุปกรณ์และเครื่องใช้ไฟฟ้า มีข้อความ 15 ข้อ มีลักษณะการตอบ 2 ลักษณะ คือ “ถูก” และ “ผิด” และให้คะแนน ดังนี้

ถ้าตอบถูก ให้คะแนน 1  
ถ้าผิด ให้คะแนน 0

โดยเกณฑ์การแปลความหมายจะพิจารณาจากค่าเฉลี่ยของคะแนนดังนี้

เกณฑ์การแปลความหมายด้านความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับวิธีการประหยัดพลังงานไฟฟ้ารวมถึงอุปกรณ์ และ เครื่องใช้ไฟฟ้า การคำนวณความกว้างของชั้นโดย

$$\frac{\text{คะแนนสูงสุด} - \text{คะแนนต่ำสุด}}{\text{จำนวนชั้น}} = \frac{15 - 0}{3} = 5 \text{ เริ่มจาก } 0 \text{ คะแนน}$$

ตอบถูก 11 - 15 คะแนน แสดงว่า มีความรู้เกี่ยวกับวิธีการประหยัดพลังงานไฟฟ้ารวมถึง อุปกรณ์และเครื่องใช้ไฟฟ้าในระดับสูง

ตอบถูก 6 - 10 คะแนน แสดงว่า มีความรู้เกี่ยวกับวิธีการประหยัดพลังงานไฟฟ้ารวมถึง อุปกรณ์และเครื่องใช้ไฟฟ้าในระดับปานกลาง

ตอบถูก 0 - 5 คะแนน แสดงว่า มีความรู้เกี่ยวกับวิธีการประหยัดพลังงานไฟฟ้ารวมถึง อุปกรณ์และเครื่องใช้ไฟฟ้าในระดับต่ำ

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามเกี่ยวกับการมีส่วนร่วมในการประหยัดพลังงานไฟฟ้าของบุคลากรโรงพยาบาลกำแพงเพชร จังหวัด กำแพงเพชร ลักษณะแบบสอบถามเป็นแบบการวัดระดับการมีส่วนร่วม จำนวน 18 ข้อ เป็นข้อคำถามแบบประมาณค่า 3 ระดับ

ปฏิบัติทุกครั้ง ให้คะแนน 3  
ปฏิบัติบางครั้ง ให้คะแนน 2  
ไม่เคยปฏิบัติ ให้คะแนน 1

เกณฑ์ในการวิเคราะห์ ดังนี้

ได้คะแนน 2.36-3.00 หมายความว่า มีส่วนร่วมมาก

ได้คะแนน 1.68-2.35 หมายความว่า มีส่วนร่วมปานกลาง

ได้คะแนน 1.00-1.67 หมายความว่า มีส่วนร่วมน้อย

ส่วนที่ 4 คำถามปลายเปิด ข้อเสนอแนะ เกี่ยวกับการสนับสนุนให้เกิดการมีส่วนร่วม และสิ่งจูงใจ หรือมาตรการที่จะ ทำให้บุคลากรร่วมมือในการประหยัดพลังงานไฟฟ้าของโรงพยาบาลกำแพงเพชร จังหวัดกำแพงเพชร

### การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป<sup>6</sup> ประกอบด้วยการใช้สถิติวิเคราะห์ ดังนี้

1. สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics) ประกอบด้วย ค่าความถี่ (Frequency) ค่าร้อยละ (Percentage) ค่าเฉลี่ย ( $\bar{X}$ ) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation) เพื่อใช้อธิบายข้อมูลพื้นฐานเกี่ยวกับคุณลักษณะส่วนบุคคล การมี ความรู้ในการประหยัดพลังงานไฟฟ้า และการมีส่วนร่วมในการประหยัดพลังงานไฟฟ้าของบุคลากรโรงพยาบาลกำแพงเพชร

2. สถิติวิเคราะห์ความสัมพันธ์ต่อการมีส่วนร่วมในการประหยัดพลังงานไฟฟ้าของบุคลากรโรงพยาบาล กำแพงเพชรตามการทดสอบสมมติฐาน โดยสถิติไคสแคว (Chi-square test)

### การพิทักษ์สิทธิ์และจริยธรรม

ผู้วิจัยพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่างโดยดำเนินการศึกษาหลังได้รับอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน โรงพยาบาลกำแพงเพชร รหัสโครงการ ID02 - 6 - 126T เลขที่ 07/2564 รับรอง ณ วันที่ 2 กันยายน 2564

### ผลการศึกษา

#### 1. คุณลักษณะทางประชากรของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างเป็นบุคลากรเพศหญิงมากกว่าเพศชายถึงร้อยละ 86.2 มีอายุอยู่ในช่วง 30-40 ปีมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 35.4 ส่วนใหญ่จบการศึกษาในระดับปริญญาตรีมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 66.2 สถานภาพในการทำงานส่วนใหญ่เป็นข้าราชการ/





พนักงานราชการเป็นจำนวนใกล้เคียงกับลูกจ้างประจำ/ลูกจ้างชั่วคราว คิดเป็นร้อยละ 54.4 และร้อยละ 45.6 ตามลำดับ กลุ่มตัวอย่างมีรายได้ต่อเดือนน้อยกว่า 15,000 บาทมากที่สุดคิดเป็นร้อยละ 35.4 รองลงมาคือ มีรายได้ 25,001 บาทขึ้นไป คิดเป็นร้อยละ 30.5 ในสัดส่วนที่ใกล้เคียงกัน

กลุ่มตัวอย่างแบ่งตามสัดส่วนกลุ่มภารกิจ พบว่า ปฏิบัติงานอยู่ในกลุ่มการพยาบาลมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 52.5 รองลงมา คือ ภารกิจด้านบริการทุติยภูมิและตติยภูมิ ภารกิจด้านอำนวยการ ภารกิจด้านบริการปฐมภูมิ และภารกิจด้านพัฒนาระบบบริการและสนับสนุนบริการสุขภาพ ตามลำดับ คิดเป็นร้อยละ 24.3 ร้อยละ 11.5 ร้อยละ 6.9 และร้อยละ 4.9 ตามลำดับ

ระดับความรู้เกี่ยวกับวิธีการประหยัดพลังงานไฟฟ้ารวมถึงอุปกรณ์ และเครื่องใช้ไฟฟ้าของ บุคลากรโรงพยาบาลกำแพงเพชร จังหวัดกำแพงเพชร มีความรู้เกี่ยวกับวิธีการประหยัดพลังงานไฟฟ้ารวมถึงอุปกรณ์ และเครื่องใช้ไฟฟ้าส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลางมากที่สุดถึงร้อยละ 79.3 รองลงมาคือ แต่มีความรู้ในระดับมากเพียงร้อยละ 12.8 และมีความรู้ในระดับเพียงร้อยละ 7.9

ผลการวิเคราะห์ระดับการมีส่วนร่วมในการประหยัดพลังงานไฟฟ้าของบุคลากรโรงพยาบาลกำแพงเพชร จังหวัดกำแพงเพชร พบว่าส่วนใหญ่มีส่วนร่วมอยู่ในระดับมากถึงร้อยละ 88.9 รองลงมาคือ มีส่วนร่วมในระดับปานกลาง ร้อยละ 9.5 และมีส่วนร่วมในระดับน้อยเพียงร้อยละ 1.6 เท่านั้น

ตารางที่ 1 คุณลักษณะส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง

ลักษณะทางประชากร	จำนวน	ร้อยละ	ลักษณะทางประชากร	จำนวน	ร้อยละ
<b>เพศ</b>			<b>กลุ่มภารกิจ</b>		
ชาย	42	13.5	ด้านอำนวยการ	35	11.5
หญิง	263	86.2	ด้านการพยาบาล	160	52.5
<b>รวม</b>	<b>305</b>	<b>100</b>	ด้านบริการปฐมภูมิ	21	6.9
<b>อายุ</b>			ด้านบริการทุติยภูมิและตติยภูมิ	74	24.3
ต่ำกว่า 30 ปี	67	22.0	ด้านพัฒนาระบบบริการฯ (พรส.)	15	4.9
30-40 ปี	108	35.4	<b>รวม</b>	<b>305</b>	<b>100</b>
41-50 ปี	84	27.5			
สูงกว่า 50 ปี	46	15.1	<b>ระดับความรู้เกี่ยวกับการ</b>	<b>จำนวน</b>	<b>ร้อยละ</b>
<b>รวม</b>	<b>305</b>	<b>100</b>	<b>ประหยัดพลังงานไฟฟ้า</b>		
<b>การศึกษา</b>			มาก	39	12.8
ต่ำกว่าปริญญาตรี	94	30.8	ปานกลาง	242	79.3
ปริญญาตรี	202	66.2	น้อย	24	7.9
สูงกว่าปริญญาตรี	9	3.0	<b>รวม</b>	<b>305</b>	<b>100</b>
<b>รวม</b>	<b>305</b>	<b>100</b>			
<b>สถานภาพในการทำงาน</b>			<b>ระดับการมีส่วนร่วมในการ</b>	<b>จำนวน</b>	<b>ร้อยละ</b>
ลูกจ้างประจำ/ลูกจ้างชั่วคราว	139	45.6	<b>ประหยัดพลังงานไฟฟ้า</b>		
ข้าราชการ/พนักงานราชการ	166	54.4	มาก	271	88.9
<b>รวม</b>	<b>305</b>	<b>100</b>	ปานกลาง	29	9.5
<b>รายได้ต่อเดือน</b>			น้อย	5	1.6
น้อยกว่า 15,000 บาท	108	35.4	<b>รวม</b>	<b>305</b>	<b>100</b>
15,001-20,000 บาท	61	20.0			
20,001-25,000 บาท	43	14.1			
25,001 บาทขึ้นไป	93	30.5			
<b>รวม</b>	<b>305</b>	<b>100</b>			

## 2. การทดสอบสมมติฐานปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการมีส่วนร่วมในการประหยัดพลังงาน

ผลการทดสอบสมมติฐานในด้านปัจจัยที่มีผลต่อการมีส่วนร่วมในการประหยัดพลังงานไฟฟ้าของโรงพยาบาลกำแพงเพชรได้แก่ปัจจัยในด้าน เพศ อายุ การศึกษา สถานภาพการทำงาน รายได้ กลุ่มภารกิจที่สังกัด และระดับความรู้ด้านการประหยัดพลังงานไฟฟ้าพบว่า ปัจจัยทั้ง 7 ด้านไม่มีความสัมพันธ์ต่อการมีส่วนร่วมในการประหยัดพลังงานไฟฟ้าของบุคลากรโรงพยาบาลกำแพงเพชร จังหวัดกำแพงเพชรในทุกปัจจัย ดังแสดงข้อมูลตารางที่ 2

ตารางที่ 2 สรุปผลการวิเคราะห์การทดสอบปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการมีส่วนร่วมในการประหยัดพลังงานของบุคลากรโรงพยาบาลกำแพงเพชร

สมมติฐาน	ผลการทดสอบ	$\chi^2$	Sig
1. เพศ	×	2.830	0.702
2. อายุ	×	4.234	0.236)
3. ระดับการศึกษา	×	0.143	0.718
4. สถานภาพในการทำงาน	×	0.040	0.813
5. รายได้ต่อเดือน	×	2.392	0.492
6. กลุ่มภารกิจที่สังกัด	×	7.052	0.131
7. ระดับความรู้ในการประหยัดพลังงาน	×	0.781	0.637

### วิจารณ์ (Discussion)

ผลการศึกษาในครั้งนี้มีความสอดคล้องกับผลการศึกษาในเรื่องอื่นในประเด็นระดับความรู้ในการประหยัดพลังงานที่ส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลางและค่อนข้างต่ำ<sup>7, 8, 9, 10</sup> ถึงแม้ว่ากลุ่มเป้าหมายและเครื่องทดสอบความรู้จะแตกต่างกันก็ตาม อีกทั้งยังพบว่ามีผลการศึกษาที่สอดคล้องกันในประเด็นเรื่องการประหยัดพลังงานไฟฟ้าไม่มีความสัมพันธ์กับ เพศ อายุ ระดับการศึกษา และสายงาน และพฤติกรรมประหยัดพลังงานไฟฟ้าของบุคลากรทั้ง 3 สาย ไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติด้วย<sup>11</sup> นั้นอาจแสดงว่า นอกจากปัจจัยด้านความรู้เกี่ยวกับการประหยัดพลังงานไฟฟ้าที่ต้องมีการดำเนินการเพิ่มพูนความรู้และทักษะกับบุคลากรให้มากขึ้นแล้ว ยังอาจมีสาเหตุจากปัจจัยในการใช้ไฟฟ้าที่เพิ่มขึ้นจากอุปกรณ์ไฟฟ้าชนิดอื่นที่เป็นผลมาจากการขยายการบริการทางการแพทย์และบริการสุขภาพของโรงพยาบาลที่สูงขึ้นที่จำเป็นต้องใช้ครุภัณฑ์ทางการแพทย์ที่ต้องใช้ไฟฟ้าเพิ่มขึ้น รวมทั้งการเพิ่มขึ้นของอาคารบริการของโรงพยาบาลในช่วงตั้งแต่ปี 2562 มาจนถึงปัจจุบัน ทำให้อัตราการสิ้นเปลืองค่าไฟฟ้าเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง

### สรุป (Conclusion)

บุคลากรของโรงพยาบาลกำแพงเพชรมีส่วนใหญ่มีความรู้เกี่ยวกับวิธีการประหยัดพลังงานไฟฟ้ารวมถึงอุปกรณ์ และเครื่องใช้ไฟฟ้าส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง และมีส่วนร่วมในการประหยัดพลังงานไฟฟ้าตามมาตรการประหยัดพลังงานของโรงพยาบาลอยู่ในระดับมาก โดยที่ปัจจัยทางด้านบุคลากร คือ เพศ อายุ การศึกษา สถานภาพการทำงาน รายได้ กลุ่มภารกิจที่สังกัด และการมีความรู้ด้านการประหยัดพลังงานไฟฟ้าไม่มีความสัมพันธ์ต่อการมีส่วนร่วมในการประหยัดพลังงานไฟฟ้าของบุคลากรโรงพยาบาลกำแพงเพชร

### ข้อเสนอแนะ (Recommendation)

1) ข้อเสนอแนะเชิงนโยบายและปฏิบัติการ : โรงพยาบาลกำแพงเพชรควรมีการกำหนดนโยบาย หรือแนวทางในการปฏิบัติที่ชัดเจน จัดโปรแกรมการอบรมเพิ่มพูนความรู้ด้านการประหยัดพลังงานไฟฟ้าให้กับบุคลากรให้เหมาะสมเพื่อให้มีความรู้ในระดับที่สูงขึ้น ร่วมกับการสร้างทัศนคติที่ดีต่อการประหยัดพลังงานไฟฟ้าที่จะส่งผลกระทบต่อองค์กร โดยมุ่งเน้นการปฏิบัติที่ถูกต้องของบุคลากรในแต่ละหน่วยงานในการประหยัดพลังงานไฟฟ้า และต้องมีการติดตาม ประเมินผลการปฏิบัติตามนโยบายการประหยัดพลังงานไฟฟ้าแยกเป็นส่วนหน่วยงานหรือบุคลากรให้เห็นเป็นรูปธรรม มีการให้รางวัลเพื่อจูงใจ หรือลงโทษสำหรับหน่วยงานหรือบุคลากรที่ปฏิบัติหรือไม่ปฏิบัติตามนโยบายหรือแนวทางที่ได้ร่วมกันกำหนดไว้



2) ข้อเสนอแนะในการศึกษาต่อไป ควรมีการศึกษาสำรวจเชิงลึกของอัตราการสิ้นเปลืองพลังงานไฟฟ้าแยกในแต่ละหน่วยงานภายในโรงพยาบาล เพื่อระบุสาเหตุหรือปัจจัยที่มีผลต่อการเพิ่มขึ้นของค่าไฟฟ้าของโรงพยาบาลอย่างแท้จริง และเลือกหน่วยงานที่มีอัตราการใช้ไฟฟ้าสูงมาทำการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participatory Action Research : PAR) เพื่อให้บุคลากรมีส่วนร่วมกันเรียนรู้การปฏิบัติที่ถูกต้องให้เห็นถึงปัญหาและหาทางแก้ไขโดยลงมือปฏิบัติด้วยตนเองจนเกิดเป็นองค์ความรู้เผยแพร่ในโรงพยาบาลต่อไป

### เอกสารอ้างอิง

1. การไฟฟ้าฝ่ายผลิตแห่งประเทศไทย. คู่มือการประหยัดไฟฟ้า. นนทบุรี : กองการพิมพ์ ฝ่ายประชาสัมพันธ์ ; 2546.
2. วราภรณ์ อยู่วัฒนา. การมีส่วนร่วมของเยาวชนต่อการจัดการกิจกรรมการศึกษานอกโรงเรียนของศูนย์เยาวชนกรุงเทพมหานคร (วิถยานิพนธ์ครุศาสตรมหาบัณฑิต). กรุงเทพมหานคร : จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ; 2544.
3. มหาวิทยาลัยรามคำแหง. การมีส่วนร่วมในการประหยัดพลังงานไฟฟ้าของบุคลากร มหาวิทยาลัยรามคำแหง สาขาวิทยบริการเฉลิมพระเกียรติ จังหวัดขอนแก่น. ขอนแก่น : มหาวิทยาลัยรามคำแหง สาขาวิทยบริการเฉลิมพระเกียรติ ; 2551.
4. มัณฑนา พุกุล. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการมีส่วนร่วมของพนักงานในกิจกรรมการณรงค์เพื่อการอนุรักษ์พลังงานในอาคาร (ศึกษาเฉพาะกรณีโรงแรมเซ็นทรัลพลาซ่า) (วิถยานิพนธ์วิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต). กรุงเทพมหานคร : มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ ; 2541.
5. ประสงค์ เอี้ยวเจริญ, เขวาทฤธิ์ สุขรักษ์, จินตนา คุ่มอยู่, พรทิพย์ ไตรพิทยากุล และชัยวัช คุ้มมะ. ความรู้ ความเข้าใจ และการมีส่วนร่วมในการประหยัดพลังงานไฟฟ้าของนักศึกษา และบุคลากรสังกัดมหาวิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคลพระนคร. กรุงเทพมหานคร : มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคลพระนคร ; 2552.
6. ประภาพรณ ไชยวงษ์. การวิเคราะห์บทบาทขององค์การบริหารส่วนตำบลในการจัดการศึกษา (วิถยานิพนธ์ครุศาสตร์มหาบัณฑิต). กรุงเทพมหานคร : จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ; 2544.
7. สุรศักดิ์ นันทะศิริ. พฤติกรรมการใช้พลังงานไฟฟ้าของชาวชนบท : ศึกษาเฉพาะกรณีจังหวัดเชียงใหม่ (ภาคนิพนธ์ศึกษาศาสตร์มหาบัณฑิต). กรุงเทพมหานคร : สถาบันบัณฑิตพัฒนบริหารศาสตร์ ; 2538.
8. พรรณศิริ ยุติศรี. พฤติกรรมการประหยัดพลังงานไฟฟ้าของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนปลาย ในจังหวัดนนทบุรี (วิถยานิพนธ์สังคมศาสตรมหาบัณฑิต). สาขานโยบายสิ่งแวดล้อม. กรุงเทพมหานคร : มหาวิทยาลัยมหิดล ; 2546.
9. สุชา จันท์ธอม. จิตวิทยาการเรียนรู้. กรุงเทพมหานคร : โอเดียนสโตร์ ; 2531.
10. อารัญญา รักษิตานนท์. พฤติกรรมการประหยัดพลังงานไฟฟ้าในที่อยู่อาศัยของประชาชนในเขตอำเภอเมือง จังหวัดนนทบุรี (วิถยานิพนธ์ศึกษาศาสตร์มหาบัณฑิต). กรุงเทพมหานคร : มหาวิทยาลัยมหิดล ; 2538.
11. ภาวนา วัชรเสถียร. การประหยัดพลังงานไฟฟ้าในสำนักงานของบุคลากรในมหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ (วิถยานิพนธ์ศึกษาศาสตร์มหาบัณฑิต). กรุงเทพมหานคร : มหาวิทยาลัยมหิดล ; 2545.

## Barriers and Practices Based on Family-Centered Care of Nurses in the Surgical Intensive Care Unit, Maharaj Nakorn Chiang Mai Hospital

Jantana Tawechart, B.N.S.\*

Petsunee Thungjaroenkul, PhD\*\*

Apiradee Nantsupawat, PhD\*\*

### Abstract

**Introduction :** The Family-Centered Care Practices is one of nursing care models which allows participation of family in care of the patient. The patient's family is a very important role in the treatment of critically ill patients because they are familiar with and know their needs better than others. Therefore, the practice of nursing by allowing family members to be part of the team of medical care providers will be beneficial in treating critically ill patients.

**Objectives :** To examine the practices and barriers to family-centered care practices among nurses in the Surgical Intensive Care Unit, Maharaj Nakorn Chiang Mai Hospital.

**Methods :** The study's population were 20 nurses in the unit. Data were collected between 1-30 June 2021. The instrument used for data collection were 1) the Family-Centered Nursing Practice Questionnaire and 2) the Interview Guideline Regarding Barriers to Family-Centered Care Practices. Data were analyzed using descriptive statistics and content-analysis.

**Results :** The finding showed that the overall scores of family-centered care practices among nurses working in the Surgical Intensive Care Unit practice based on family-centered care were at high level. The scores of the relation practice dimension were at high level and the scores of the participatory practices dimension were at a moderate level. As for the barriers affecting the practice based on family-centered care, it was found that there were 3 aspects: 1) the barriers caused by the patient 2) the barriers caused by relatives or caregivers. and 3) barriers arising from nursing personnel and wards.

**Conclusions :** The results showed high level of the overall scores of family-centered care practices among nurses working in the Surgical Intensive Care Unit, Maharaj Nakorn Chiang Mai Hospital. However, there was a moderate level of participatory practices dimension which may be due to such barriers caused by the patients, relatives or caregivers, nursing personnel and wards.

**Keywords :** Family-Centered Care, Barriers to family-centered care practices, Surgical Intensive Care Unit

---

\* Professional Nurse, Surgical Intensive Care Unit, Maharaj Nakorn Chiang Mai Hospital

\*\* Associate Professor, Faculty of Nursing, Chiang Mai University



## อุปสรรคและการปฏิบัติบนพื้นฐานการดูแลโดยครอบครัวเป็นศูนย์กลางของพยาบาล ในหอผู้ป่วยหนักศัลยกรรมทั่วไปโรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่

จินทนา ทวีชาติ, พยบ.\*  
เพชรสุรีย์ ทั้งเจริญกุล, ปร.ด.\*\*  
อภิรดี นันท์ศุภวัฒน์, ปร.ด.\*\*

### บทคัดย่อ

**บทนำ :** การปฏิบัติบนพื้นฐานการดูแลโดยครอบครัวเป็นศูนย์กลางเป็นรูปแบบหนึ่งของการพยาบาลที่เปิดโอกาสให้ครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพผู้ป่วย ซึ่งครอบครัวผู้ป่วยมีส่วนสำคัญมากในการรักษาผู้ป่วยในภาวะวิกฤติเพราะเป็นผู้ที่มีความคุ้นเคยและทราบความต้องการของผู้ป่วยดีกว่าผู้อื่น ดังนั้นการปฏิบัติการพยาบาลโดยนำสมาชิกในครอบครัวเข้ามาเป็นส่วนหนึ่งในทีมผู้ให้การรักษาพยาบาลจะก่อให้เกิดผลดีในการรักษาผู้ป่วยวิกฤติได้

**วัตถุประสงค์ :** เพื่อศึกษาการปฏิบัติและอุปสรรคในการปฏิบัติบนพื้นฐานการดูแลโดยครอบครัวเป็นศูนย์กลางของพยาบาลในหอผู้ป่วยหนักศัลยกรรมทั่วไป โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่

**วิธีการศึกษา :** ประชากรที่ใช้ในการศึกษาเป็นพยาบาลทั้งหมดในหอผู้ป่วยนี้ จำนวน 20 คน เก็บข้อมูลระหว่างวันที่ 1-30 มิถุนายน พ.ศ. 2564 เครื่องมือที่ใช้ในรวบรวมข้อมูลประกอบด้วย 1) แบบสอบถามการปฏิบัติการพยาบาลบนพื้นฐานการดูแลโดยครอบครัวเป็นศูนย์กลาง และ 2) แนวคำถามเพื่อสัมภาษณ์เกี่ยวกับอุปสรรคการปฏิบัติการพยาบาลบนพื้นฐานการดูแลโดยครอบครัวเป็นศูนย์กลาง วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติบรรยาย และการวิเคราะห์เนื้อหา

**ผลการศึกษา :** ผลการศึกษาพบว่าคะแนนการปฏิบัติการพยาบาลบนพื้นฐานการดูแลโดยครอบครัวเป็นศูนย์กลางโดยรวมของพยาบาลที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยหนักศัลยกรรมทั่วไปอยู่ในระดับสูง เมื่อจำแนกเป็นรายด้านพบว่า คะแนนการปฏิบัติในด้านการปฏิบัติเชิงสัมพันธ์อยู่ในระดับสูง และคะแนนการปฏิบัติในด้านการปฏิบัติแบบมีส่วนร่วมในการดูแลอยู่ในระดับปานกลาง ส่วนอุปสรรคที่มีผลต่อการปฏิบัติบนพื้นฐานการดูแลโดยครอบครัวเป็นศูนย์กลางพบว่ามี 3 ด้านแบ่งเป็น 1) อุปสรรคที่เกิดจากผู้ป่วย 2) อุปสรรคที่เกิดจากญาติหรือผู้ดูแล และ 3) อุปสรรคที่เกิดจากบุคลากรพยาบาลและหอผู้ป่วย

**สรุป :** ผลการศึกษาพบว่าพยาบาลในหอผู้ป่วยหนักศัลยกรรมทั่วไป มีการปฏิบัติบนพื้นฐานการดูแลโดยครอบครัวเป็นศูนย์กลางโดยรวมอยู่ในระดับสูง อย่างไรก็ตามการปฏิบัติในด้านการปฏิบัติแบบมีส่วนร่วมในการดูแลอยู่ในระดับปานกลางซึ่งเกิดจากอุปสรรคในการปฏิบัติทั้งจากตัวผู้ป่วย ญาติหรือผู้ดูแล รวมทั้งบุคลากรพยาบาลและหอผู้ป่วย

**คำสำคัญ :** การดูแลโดยครอบครัวเป็นศูนย์กลาง อุปสรรคการปฏิบัติดูแลโดยครอบครัวเป็นศูนย์กลาง หอผู้ป่วยหนักศัลยกรรมทั่วไป

\* พยาบาลวิชาชีพ, หอผู้ป่วยหนักศัลยกรรมทั่วไป, โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่

\*\*รองศาสตราจารย์, คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่



## บทนำ

ผู้ป่วยวิกฤติมีอาการเจ็บป่วยอย่างรุนแรงและอาการเปลี่ยนแปลงได้ตลอดเวลา จึงมีความต้องการการดูแลเอาใจใส่อย่างใกล้ชิดจากพยาบาลในหอผู้ป่วยวิกฤติ เพื่อให้ผ่านพ้นภาวะวิกฤติและฟื้นกลับคืนสู่ภาวะปกติได้เร็วที่สุด<sup>1</sup> นอกจากพยาบาลจะมีบทบาทหลักในการดูแลผู้ป่วยที่เข้ารับรักษาตัวในหอผู้ป่วยหนักอย่างใกล้ชิดแล้วครอบครัวผู้ป่วยมีส่วนสำคัญเช่นเดียวกันในการรักษาผู้ป่วยในภาวะวิกฤติ เพราะครอบครัวผู้ป่วยเป็นแหล่งสนับสนุนทางอารมณ์ที่ดีที่สุดของผู้ป่วยและเป็นผู้ที่มีความคุ้นเคย และทราบความต้องการของผู้ป่วยดีกว่าผู้อื่น ดังนั้นการนำสมาชิกในครอบครัวเข้ามาเป็นส่วนหนึ่งในทีมผู้ให้การรักษาพยาบาลจะก่อให้เกิดผลดีในการรักษาผู้ป่วยวิกฤติ<sup>2</sup>

การดูแลโดยครอบครัวเป็นศูนย์กลาง เป็นรูปแบบหนึ่งของการดูแลที่ครอบครัวมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ ซึ่งบุคลากรทางสุขภาพได้สร้างสัมพันธภาพ ช่วยเหลือสนับสนุนให้การดูแลสมาชิกในครอบครัว เพื่อให้ครอบครัวมีส่วนร่วมดูแลและทำการตัดสินใจในสิ่งที่คิดว่าดีที่สุดสำหรับผู้ป่วยได้อย่างมั่นใจ<sup>3,4</sup> ซึ่งวิลสัน และตันส์<sup>5</sup> ได้จำแนกการปฏิบัติการพยาบาลบนพื้นฐานการดูแลโดยครอบครัวเป็นศูนย์กลางออกเป็น 2 ด้าน คือ 1) ด้านการปฏิบัติเชิงสัมพันธ์ (relational practices) เป็นการสร้างสายสัมพันธ์กับครอบครัวของผู้ป่วยด้วยวิธีการแสดงความเอาใจใส่ในสิ่งที่ครอบครัวได้พูดหรือบอกเล่า ตั้งใจฟังและแสดงความกระตือรือร้นกับสารที่ได้รับจากครอบครัว ให้เกียรติ เคารพความเชื่อส่วนบุคคลและวัฒนธรรมที่ยึดถือของครอบครัวและทำการสื่อสารกับครอบครัวของผู้ป่วยอย่างชัดเจน และ 2) ด้านการปฏิบัติแบบมีส่วนร่วมในการดูแล (participation practices) เป็นการช่วยให้ครอบครัวสามารถระบุความต้องการ จัดลำดับความสำคัญที่ต้องการและให้ความช่วยเหลือครอบครัวในการดูแลผู้ป่วย

จากการทบทวนงานวิจัยที่ผ่านมา พบว่ามีการศึกษาการปฏิบัติตามแนวคิดการดูแลโดยครอบครัวเป็นศูนย์กลางทั้งใน และต่างประเทศ โดยมีหลายงานวิจัยที่ทำการศึกษากิจการปฏิบัติตามแนวคิดการดูแลโดยครอบครัวเป็นศูนย์กลางในกลุ่มพยาบาลที่ดูแลผู้ป่วยเด็ก<sup>6,7,8</sup> มีบางงานวิจัยที่ทำการศึกษากิจการปฏิบัติตามแนวคิดการดูแลโดยครอบครัวเป็นศูนย์กลางในกลุ่มพยาบาลฉุกเฉิน<sup>9</sup> และในกลุ่มพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน<sup>10</sup> แต่ยังไม่พบว่ามีการศึกษาการปฏิบัติการดูแลแบบครอบครัวเป็นศูนย์กลางในพยาบาลที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยวิกฤติผู้ใหญ่

หอผู้ป่วยหนักคัดสรรกรรมทั่วไป โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ เป็นหอผู้ป่วยวิกฤติที่ให้บริการแก่ผู้ป่วยที่อยู่ในภาวะวิกฤติทางด้านคัดสรรกรรม มีการกำหนดให้พยาบาลผู้ดูแลผู้ป่วยโดยเน้นให้ครอบครัวเป็นศูนย์กลาง ด้วยการที่พยาบาลจะต้องสร้างความคุ้นเคยกับครอบครัวผู้ป่วยตั้งแต่วันแรกที่รับผู้ป่วยเข้าดูแลรักษา สอบถามข้อมูลของผู้ป่วยจากครอบครัว ความคาดหวังของครอบครัว และจัดลำดับความสำคัญของสมาชิกครอบครัวหรือผู้ดูแลผู้ป่วยเพื่อใช้ในการติดต่อและแลกเปลี่ยนข้อมูลของผู้ป่วยในระหว่างที่ผู้ป่วยพักรักษาตัวในหอผู้ป่วย จะมีการส่งเสริมให้ครอบครัวผู้ป่วยเข้ามามีส่วนร่วมด้วยการที่พยาบาลผู้ดูแลจะทำหน้าที่เป็นตัวกลางประสานให้ครอบครัวผู้ป่วยและแพทย์ผู้ทำการรักษาได้พบปะพูดคุยกันเพื่อวางแผนและตัดสินใจเกี่ยวกับการรักษาผู้ป่วยเป็นระยะ ๆ<sup>11</sup>

ถึงแม้ว่าหอผู้ป่วยหนักคัดสรรกรรมทั่วไปจะให้การพยาบาลที่เน้นให้ครอบครัวเป็นศูนย์กลาง แต่ยังไม่เคยมีการประเมินผลปฏิบัติการปฏิบัติการพยาบาลที่เน้นให้ครอบครัวเป็นศูนย์กลาง และอุปสรรคในการปฏิบัติปฏิบัติการพยาบาลที่เน้นให้ครอบครัวเป็นศูนย์กลางมาก่อน ดังนั้นผู้วิจัยจึงเห็นความจำเป็นที่จะต้องมีการศึกษาการปฏิบัติบนพื้นฐานการดูแลแบบครอบครัวเป็นศูนย์กลางตามการรับรู้ของพยาบาลในหอผู้ป่วยหนักคัดสรรกรรมทั่วไป โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ และศึกษาอุปสรรคในการปฏิบัติบนพื้นฐานการดูแลโดยครอบครัวเป็นศูนย์กลางของพยาบาลในหอผู้ป่วยหนักคัดสรรกรรมทั่วไปโรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ เพื่อที่จะเป็นประโยชน์ในการปรับปรุงการให้บริการผู้ป่วยและครอบครัวในหอผู้ป่วยหนักคัดสรรกรรมทั่วไป โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ต่อไป

## วัตถุประสงค์การศึกษา

1. เพื่อศึกษาการปฏิบัติบนพื้นฐานการดูแลโดยครอบครัวเป็นศูนย์กลางของพยาบาลในหอผู้ป่วยหนักคัดสรรกรรมทั่วไป โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่
2. เพื่อศึกษาอุปสรรคในการปฏิบัติบนพื้นฐานการดูแลโดยครอบครัวเป็นศูนย์กลางของพยาบาลในหอผู้ป่วยหนักคัดสรรกรรมทั่วไป โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่



## วิธีการศึกษา

งานวิจัยเชิงพรรณานี้เพื่อศึกษาการปฏิบัติของพยาบาลและอุปกรณ์ในการปฏิบัติของพยาบาลบนพื้นฐานการดูแลโดยครอบครัวเป็นศูนย์กลาง ณ หอผู้ป่วยหนักศัลยกรรมทั่วไป โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่

### ประชากร

ประชากร คือ พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติการในหอผู้ป่วยหนักศัลยกรรมทั่วไป โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ จำนวน 20 คน และในงานวิจัยใช้การศึกษาทั้งประชากรทั้งหมด

### เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา

1. แบบสอบถามการปฏิบัติการพยาบาลบนพื้นฐานการดูแลโดยครอบครัวเป็นศูนย์กลาง ที่ผู้วิจัยได้แปลมาจากแบบสอบถามการปฏิบัติการพยาบาลบนพื้นฐานการดูแลโดยครอบครัวเป็นศูนย์กลางของวิลสัน และดันสกี ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 17 ข้อ แยกเป็น 2 ด้านดังนี้ 1) ด้านการปฏิบัติเชิงสัมพันธ์ (7 ข้อคำถาม) และ 2) ด้านการปฏิบัติแบบมีส่วนร่วมในการดูแล (10 ข้อคำถาม) ลักษณะแบบวัดเป็นแบบประมาณค่า 4 ระดับ คือ 1 หมายถึง บุคลากรปฏิบัติทุกครั้ง 2 หมายถึง บุคลากรปฏิบัติบางครั้ง 3 หมายถึง บุคลากรไม่ปฏิบัติ 4 หมายถึง บุคลากรไม่มีโอกาสได้ปฏิบัติ โดยมีเกณฑ์ในการแปลผลคะแนน คือ คะแนนสูงแสดงว่ามีการปฏิบัติการพยาบาลบนพื้นฐานการดูแลโดยครอบครัวเป็นศูนย์กลางในเรื่องนั้นน้อย ในทางตรงกันข้ามถ้าได้คะแนนน้อยแสดงว่ามีการปฏิบัติการพยาบาลบนพื้นฐานการดูแลโดยครอบครัวเป็นศูนย์กลางในเรื่องนั้นมาก

ผู้ศึกษาได้ขออนุญาตเจ้าของเครื่องมือเพื่อใช้ในการศึกษานี้แล้ว และทำการแปลเป็นภาษาไทยและมีการแปลย้อนกลับโดยผู้ทรงคุณวุฒิทางภาษาไทยและอังกฤษ จากนั้นได้นำแบบสอบถามฉบับภาษาไทยไปทดลองเก็บข้อมูลกับพยาบาลที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยวิกฤติทางระบบประสาท โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ 10 คน และนำข้อมูลที่ได้อาวิเคราะห์หาค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามด้วยสูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ได้ค่าเท่ากับ 0.88

2. แนวคำถามแบบกึ่งโครงสร้างเพื่อสัมภาษณ์เกี่ยวกับอุปสรรคการปฏิบัติการพยาบาลบนพื้นฐานการดูแลโดยครอบครัวเป็นศูนย์กลาง ที่ผู้ศึกษาสร้างขึ้นเองจากการทบทวนวรรณกรรมโดยแยกเป็น 3 ด้าน คือ 1) ด้านผู้ป่วย 2) ด้านสมาชิกครอบครัวหรือผู้ดูแล และ 3) ด้านผู้ให้การรักษาและองค์การ จากนั้นตรวจสอบความชัดเจน ครอบคลุมความเหมาะสม และลำดับของเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน

### วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้ศึกษาดำเนินการภายหลังจากการได้รับการรับรองจริยธรรมจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยดังนี้

1. การเก็บข้อมูลด้วยแบบสอบถาม ผู้ศึกษาเข้าและนัดตัว ซึ่งแจ้งวัตถุประสงค์ ขอความร่วมมือในการศึกษา ซึ่งแจ้งสิทธิในการเข้าร่วม และลงนามยินยอมเข้าร่วมในการวิจัย แจกแบบสอบถามการปฏิบัติการพยาบาลบนพื้นฐานการดูแลโดยครอบครัวเป็นศูนย์กลางให้ประชากรที่ศึกษาทั้งหมด 20 ราย ให้เวลาตอบแบบสอบถาม 2 สัปดาห์ ได้แบบสอบถามกลับคืนครบทั้ง 20 ฉบับคิดเป็นร้อยละ 100

2. การเก็บข้อมูลด้วยการสัมภาษณ์ มีพยาบาลวิชาชีพเข้าร่วมในการให้ข้อมูล จำนวน 14 คน วิธีการสัมภาษณ์เริ่มจากผู้วิจัยได้จัดส่งแนวคำถามแบบกึ่งโครงสร้างที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นให้กับผู้ให้ข้อมูล จากนั้นมีการนัดหมายวันเวลาล่วงหน้าก่อนที่จะเริ่มมีการสัมภาษณ์ ในการสัมภาษณ์พยาบาล ผู้วิจัยเป็นผู้ทำการสัมภาษณ์ด้วยตนเอง โดยก่อนสัมภาษณ์ได้ขออนุญาตบันทึกเสียงและจดบันทึกในระหว่างการสัมภาษณ์ ใช้เวลาในการสัมภาษณ์ประมาณ 20 - 30 นาทีต่อคน ดำเนินการเช่นนี้จนครบตามจำนวนพยาบาลที่ยินยอม

### การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้ศึกษานำข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มประชากรและข้อมูลแบบสอบถามการปฏิบัติการพยาบาลบนพื้นฐานการดูแลโดยครอบครัวเป็นศูนย์กลาง นำมาวิเคราะห์โดยใช้สถิติบรรยาย ได้แก่ หาค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ส่วนข้อมูลจากการสัมภาษณ์นำมาถอดเทปข้อมูล วิเคราะห์เนื้อหา

### การพิทักษ์สิทธิและจริยธรรม

การศึกษานี้ผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยของคณะพยาบาลศาสตร์ Research ID : 2564-022; Study code : PED-2564-EXP016 ออกให้ ณ วันที่ 22 เมษายน 2564 และของคณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

Research ID: 8160; Study code: HOS-2564-08160 ออกให้ ณ วันที่ 22 เมษายน 2564 ในระหว่างทำการศึกษาถ้ากลุ่มตัวอย่างไม่ต้องการมีส่วนร่วมในการศึกษาครั้งนี้สามารถบอกยกเลิกได้ทันทีโดยไม่ต้องชี้แจงเหตุผล

**ผลการศึกษา**

ผู้ศึกษานำเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูลโดยแบ่งเป็น 3 ส่วน

1. ข้อมูลส่วนบุคคลของประชากรที่ศึกษาทั้งหมด 20 ราย พบว่าพยาบาลส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง 21-30 ปี ร้อยละ 65.00 รองลงมาเป็นกลุ่มประชากรที่มีอายุระหว่าง 41-50 ปี ร้อยละ 20.00 ( $\mu=33.35, \sigma=11.72$ ) เป็นเพศหญิง ร้อยละ 90.00 และเพศชาย ร้อยละ 10.00 กลุ่มประชากรส่วนใหญ่มีสถานะโสด ร้อยละ 80.00 และระดับการศึกษาสูงสุดส่วนใหญ่ ระดับปริญญาตรี ร้อยละ 85.00 ระดับปริญญาโท ร้อยละ 15.00 โดยส่วนใหญ่ระยะเวลาที่ปฏิบัติงานของพยาบาลในหอผู้ป่วยนี้ มากกว่า 5 ปี คิดเป็นร้อยละ 50.00 รองลงมาคือปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยนี้ 3-5 ปี ร้อยละ 20.00 ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยนี้ น้อยกว่า 1 ปี ร้อยละ 15.00 ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยนี้ 1-2 ปี ร้อยละ 10.00 และปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยนี้ 2-3 ปี ร้อยละ 5.00 ( $\mu=10.35, \sigma=10.68$ )

2. ข้อมูลจากแบบสอบถามประชากรทั้งหมด 20 ราย นำมาวิเคราะห์และจัดระดับการปฏิบัติบนพื้นฐานการดูแลโดยครอบครัวเป็นศูนย์กลางโดยรวมและรายด้าน พบว่าพยาบาลมีการปฏิบัติบนพื้นฐานการดูแลโดยครอบครัวเป็นศูนย์กลางโดยรวมอยู่ในระดับสูง ส่วนผลในแต่ละด้านพบว่า การปฏิบัติเชิงสัมพันธ์ของพยาบาลอยู่ในระดับสูง และด้านการปฏิบัติแบบมีส่วนร่วมในการดูแลอยู่ในระดับปานกลาง นำเสนอ (ตารางที่ 1) อธิบายได้ว่าการปฏิบัติเชิงสัมพันธ์ของพยาบาลโดยการแสดงความเอาใจใส่ต่อคำพูดหรือคำบอกเล่าของครอบครัวผู้ป่วย ให้เกียรติ เคารพความเชื่อและวัฒนธรรมของครอบครัวรวมทั้งสื่อสารกับครอบครัวของผู้ป่วยปฏิบัติได้เป็นอย่างดี แต่การปฏิบัติแบบมีส่วนร่วมของพยาบาลด้วยการแสดงความสามารถในการระบุและจัดลำดับความสำคัญของความต้องการของครอบครัว การให้ความช่วยเหลือครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยและการทำให้ครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมปฏิบัติดูแลผู้ป่วยขณะนอนรักษาตัวในโรงพยาบาลยังไม่ดีเพียงพอ

**ตารางที่ 1** การปฏิบัติบนพื้นฐานการดูแลโดยครอบครัวเป็นศูนย์กลางโดยรวมและรายด้านของกลุ่มประชากร (N = 20 คน)

การปฏิบัติบนพื้นฐานการดูแลโดยครอบครัวเป็นศูนย์กลาง	ค่าต่ำสุด	ค่าสูงสุด	ค่าเฉลี่ย	ค่าส่วนเบี่ยงเบน	ระดับ
			ประชากร ( $\mu$ )	มาตรฐาน ( $\sigma$ )	
ด้านการปฏิบัติเชิงสัมพันธ์	1.00	2.00	1.46	.39	สูง
ด้านการปฏิบัติแบบมีส่วนร่วม	1.00	2.40	1.67	.38	ปานกลาง
โดยรวม	17.00	38.00	26.75	6.41	สูง

3. ข้อมูลการสัมภาษณ์เกี่ยวกับอุปสรรคของการปฏิบัติบนพื้นฐานการดูแลโดยครอบครัวเป็นศูนย์กลางของพยาบาล นำมาวิเคราะห์สรุปไว้เป็น 3 ด้าน ดังนี้

**3.1 อุปสรรคจากตัวผู้ป่วย ได้แก่**

3.1.1 **อาการของผู้ป่วย** ผู้ป่วยที่อยู่ในภาวะวิกฤติของหอผู้ป่วยหนักนั้นจะมีการเปลี่ยนแปลงบ่อยส่งผลให้ญาติไม่กล้าเข้าไปสัมผัสและเกรงว่าจะทำให้ผู้ป่วยได้รับอันตรายได้หากมีการปฏิบัติต่อผู้ป่วยไม่เหมาะสม ดังบทสัมภาษณ์ที่ว่า “คนไข้เราส่วนใหญ่ไม่รู้สึกรู้สีกตัวมีอาการที่เปลี่ยนแปลงตลอดเวลาตามอาการของโรคทำให้ญาติไม่สามารถเข้าไปดูแลคนไข้หรือกล้าที่จะเข้าไปทำกิจกรรมให้คนไข้...เหมือนที่เคยดูแลให้กันมาตลอดที่บ้าน ”

3.1.2 **การต่อต้านหรือไม่ให้ความร่วมมือของผู้ป่วย** ผู้ป่วยบางรายอาจมีการต่อต้านเวลาที่ญาติเข้าไปให้การดูแล เนื่องจากมีความขัดแย้งกับญาติอยู่เดิมหรือรู้สึกไม่มั่นคงกับชีวิตหรืออยู่ในภาวะที่สับสน รวมถึงความปวดต่างๆ จึงทำให้ญาติไม่กล้าเข้าไปทำการดูแล ตัวอย่างจากการให้สัมภาษณ์ของพยาบาลรายหนึ่งว่า “คนไข้ไม่สบายจากการใส่ท่อช่วยหายใจ ปวดแผลหลังผ่าตัด หรือมีสายระบายหลายอันก็ทำให้คนไข้เครียด บางคนหงุดหงิดง่าย ไม่อยากให้ความร่วมมือกับพยาบาลเลย แล้วยิ่งถ้าเป็นญาติที่รู้ว่าไม่รู้ในเรื่องการดูแล ก็ยังไม่อยากให้เข้ามาใกล้ ยิ่งผู้ป่วยที่เคยมีอำนาจเป็นใหญ่ในบ้านมาก่อนก็แสดงอารมณ์ฉุนเฉียวกับญาติ และไม่ชอบให้ญาติมาทำอะไรให้เลย”



### 3.2 อุปสรรคของผู้ดูแลหรือสมาชิกครอบครัว ได้แก่

3.2.1 **ญาติไม่สามารถอยู่ดูแลผู้ป่วยได้** การที่ญาติผู้ป่วยอยู่ไกลจากโรงพยาบาลทำให้ไม่สามารถมาเยี่ยมผู้ป่วยได้บ่อย ประกอบกับสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 จึงทำให้ญาติไม่สามารถมาเยี่ยมผู้ป่วยได้เหมือนเดิม ดังคำสัมภาษณ์ของพยาบาลกล่าวว่า “ครอบครัวของผู้ป่วยอยู่ต่างจังหวัดก็แค่โทรมาสอบถามอาการต่างๆ ไป ไม่ได้มีส่วนร่วมในการตัดสินใจมากนัก ส่วนใหญ่มักจะให้หมอเป็นคนตัดสินใจ หรืออีกกรณีหนึ่ง คือ ผู้ป่วยไม่มีญาติ เป็นคนโสดมีแต่เพื่อนบ้านหรือ คนต่างตัวพลัดถิ่น ยังไม่ได้มาเยี่ยมหรือมาดูแลเลย”

3.2.2 **ญาติมีความกลัว ไม่มั่นใจในการดูแลผู้ป่วย** บางครอบครัวไม่มีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะวิกฤตมาก่อนส่งผลให้เกิดความวิตกกังวลสูง กลัวและไม่กล้าที่จะจับตัวผู้ป่วย ดังคำสัมภาษณ์ของพยาบาลที่ว่า “ญาติกลัวไม่กล้าจับต้องผู้ป่วยที่ แม่ญาติหรือผู้ป่วยขอร้องให้ไขหัวเตียงก็ไม่กล้าจับต้องกลัวว่าผู้ป่วยจะเจ็บปวดแผลผ่าตัด กลัวสายหลุด ยิ่งญาติที่ซี้ก๊ว เวลาจะตัดสินใจเรื่องการรักษาพยาบาลและแพทย์ ก็ใช้เวลาคิดนาน พยาบาลหรือแพทย์ก็ต้องให้ข้อมูลซ้ำซ้ำบ่อยหลายครั้ง”

3.2.3 **ญาติมีความคิดเห็นในการดูแลรักษาผู้ป่วยที่แตกต่างกัน** ครอบครัวที่มีสมาชิกหลายคนซึ่งมีความคิดขัดแย้งกันในการดูแลผู้ป่วยทำให้พยาบาลกลายเป็นตัวกลางที่จะต้องให้ข้อมูลเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยแก่ทั้งสองฝ่ายและบางครั้งไม่สามารถหาข้อสรุปเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลผู้ป่วยได้ ดังข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์ที่ว่า “มีญาติลักษณะหนึ่งคือเป็นพี่น้องกันและเป็นลูกของคนไข้แต่มีความคิดเรื่องการดูแลรักษาคนไข้ที่ไม่ตรงกัน จะผลัดกันเข้ามาซักถามอาการคนไข้ตลอด แล้วจะไม่ยอมพูดคุยตกลงกันเองก่อนมาวางแผนการรักษาคนไข้กับทีมแพทย์ ทำให้การวางแผนในการดูแลรักษาเป็นไปด้วยความลำบากหรือล่าช้ามากขึ้น”

3.2.4 **ญาติเป็นชาวต่างดาว** ผู้ป่วยบางรายเป็นชนเผ่าหรือชาวต่างดาว สื่อสารความต้องการกับบุคลากรพยาบาลอย่างลำบากจากการใส่ท่อหายใจและความยากของภาษาแล้วนั้น ในส่วนของญาติก็ไม่สามารถฟังและทำความเข้าใจภาษาไทยได้ดีพอเช่นกัน ทำให้เป็นอุปสรรคอย่างมากเวลาที่ผู้ให้การรักษาพยาบาลอธิบายเกี่ยวกับอาการของผู้ป่วยและการมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยของญาติ ดังคำสัมภาษณ์ที่ว่า “พวกกลุ่มชาติพันธุ์หรือกลุ่มชนเผ่าหรือกลุ่มชาวต่างดาวนั้น พวกเขาไม่มีความรู้ในเรื่องโรคและการรักษา มีปัญหาในการสื่อสาร พูดคุย ให้ข้อมูลทั้งเขาให้เราในเรื่องคนไข้และเราให้เขาก็ยากในการสื่อสารเข้าใจต้องใช้ภาษามือหรือตามล่ามมาคุย บางทีก็ได้แต่มองๆอยากคุยแต่ไม่รู้จักคุยยังไง ถ้าเขาไม่เข้าใจอะไรเขาก็อาจไม่กล้าซักถามเรา แต่ตัวเราบางทีก็อยากซักถามเขาหลายๆ”

### 3.3 อุปสรรคของผู้ให้การรักษา และหอผู้ป่วย

อุปสรรคที่เกิดจากบุคลากรพยาบาลและหอผู้ป่วย ได้แก่

3.3.1 **พยาบาลขาดความรู้ ความเข้าใจในเรื่องการปฏิบัติการดูแลโดยครอบครัวเป็นศูนย์กลาง** พยาบาลอาจยังไม่มีความรู้และความเข้าใจในเรื่องการปฏิบัติการดูแลโดยครอบครัวเป็นศูนย์กลาง ที่ชัดเจนทำให้ไม่มั่นใจว่าแนวทางที่ทํายู่ถูกต้องตามแนวคิดการปฏิบัติการดูแลโดยครอบครัวเป็นศูนย์กลางหรือไม่ ดังคำกล่าวที่ว่า “อีกข้อหนึ่งที่หนูคิดว่าในตัวบุคลากรพยาบาลอาจเป็นอุปสรรคกับการทำ FCC คือ ตัวบุคลากรพยาบาลยังขาดหรือมีความรู้ความเข้าใจ หรือความชำนาญในการดูแลผู้ป่วยวิกฤติที่ต้องให้ญาติมีส่วนร่วมในการปฏิบัติดูแลไม่เพียงพอ”

3.3.2 **ภาระงานมาก** จำนวนพยาบาลมีน้อย พยาบาลมีภาระงานมากทำให้ไม่มีเวลาในการพูดคุยกับครอบครัวผู้ป่วย ดังคำสัมภาษณ์ที่ว่า “บางที่พยาบาล 1 คนต้องดูแลผู้ป่วยอาการหนัก 2 เตียง ทำให้ไม่มีโอกาสสร้างปฏิสัมพันธ์กับครอบครัวของผู้ป่วยบางราย บางที่ต้องดูแลผู้ป่วยหนักที่มีการอาการ active จึงไม่มีเวลาให้ข้อมูลกับครอบครัวผู้ป่วย”

3.3.3 **การจำกัดเวลาการเยี่ยมของญาติ** หอผู้ป่วยวิกฤติมีการจำกัดเวลาการเยี่ยมผู้ป่วย ซึ่งจะส่งผลให้ญาติไม่สามารถเข้าเยี่ยมได้ตลอดเวลา ทำให้ช่วงเวลาที่ครอบครัวจะได้ดูแลผู้ป่วยน้อยลงตามไปด้วย จึงมีผลให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแลของครอบครัวลดลง ดังคำกล่าวในการสัมภาษณ์ของพยาบาลบางรายว่า “เวลาในการเยี่ยมของผู้ป่วยเราก็มีน้อยญาติก็ไม่ได้เฝ้าตลอดเวลา ก็อาจจะไม่ได้เห็นความก้าวหน้าของผู้ป่วย บางที่ญาติเข้ามาเราก็ยุ่งไม่ได้เข้าไปคุยกับญาติ พอเราว่างก็จะไปพูดคุยกับญาติ ญาติก็กลับไปแล้วหนูว่าเรื่องนี้ก็มีส่วนอยู่บ้าง”

3.3.4 สภาพแวดล้อมในหอผู้ป่วยที่ไม่เอื้ออำนวย ภายในหอผู้ป่วยหนักมักจะมีเสียงรบกวนของเครื่องมืออุปกรณ์ทางการแพทย์ทำให้การสื่อสารพูดคุยกับญาติทำได้ยากมากขึ้น ญาติขาดสมาธิในการรับฟัง ดังคำกล่าวของพยาบาลที่ว่า “ สิ่งแวดล้อมก็ดูดีสะอาดตาแต่ถ้านำญาติมาพูดคุยแลกเปลี่ยนข้อมูลในห้องผู้ป่วยถึงจะเป็นห้องแยกก็อาจดูไม่เหมาะสมเท่าไร ญาติจะเสียสมาธิจากการได้ยินเสียงalarm บ่อยๆ”

## วิจารณ์

จากผลการศึกษานำมาอภิปรายผลตามวัตถุประสงค์ของการศึกษาได้ ดังนี้

1. การปฏิบัติบนพื้นฐานการดูแลโดยครอบครัวเป็นศูนย์กลางของพยาบาลในหอผู้ป่วยหนักศัลยกรรมทั่วไป โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่มีคะแนนโดยรวมอยู่ในระดับสูง ( $\mu=26.75$ ,  $\sigma=6.41$ ) อธิบายได้ว่าพยาบาลในหอผู้ป่วยนี้มีการปฏิบัติบนพื้นฐานการดูแลโดยครอบครัวเป็นศูนย์กลางโดยรวมอยู่ในระดับสูง อาจเนื่องจากลักษณะของผู้ป่วยที่นอนรักษาตัวในหอผู้ป่วยนี้ที่อยู่ในภาวะวิกฤติที่ยังมีอาการและการดำเนินโรคที่ยังไม่ชัดเจน มีการสอดใส่อุปกรณ์ทางการแพทย์ไว้ในร่างกาย จึงยากที่จะสื่อสาร ให้ข้อมูลและตัดสินใจเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลได้<sup>12,13</sup> พยาบาลในหอผู้ป่วยจึงเห็นความสำคัญของครอบครัวผู้ป่วยในการทำหน้าที่แทนผู้ป่วย โดยเฉพาะการให้ข้อมูลแก่ทีมผู้ให้การรักษาพยาบาลและตัดสินใจเลือกวิธีการรักษา รวมทั้งมีส่วนร่วมในการวางแผนการดูแลผู้ป่วยทุกระยะ

เมื่อพิจารณาผลการศึกษาในแต่ละด้าน พบว่า คะแนนการปฏิบัติในด้านการปฏิบัติเชิงสัมพันธ์อยู่ในระดับสูง ( $\mu=1.46$ ,  $\sigma=.39$ ) อธิบายได้ว่าอาจเนื่องจากกิจกรรมการปฏิบัติเชิงสัมพันธ์ครอบคลุมในเรื่องการสื่อสารข้อมูลอย่างชัดเจนและครอบคลุม รวมทั้งการปฏิบัติต่อครอบครัวอย่างสมศักดิ์ศรีด้วยความเคารพให้เกียรติ เป็นการปฏิบัติเชิงวิชาชีพที่ได้รับการปลูกฝังมาตั้งแต่ในสถานศึกษาและของฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ซึ่งให้ความสำคัญและมีการย้ำเตือนให้พยาบาลและบุคลากรพยาบาลทุกคนปฏิบัติอย่างจริงจัง ดังที่ปรากฏในนโยบายของฝ่ายการพยาบาลที่ระบุว่าทุกหอผู้ป่วยต้องพัฒนาระบบบริการตอบสนองความต้องการและความคาดหวังของผู้ป่วยและญาติ โดยกำหนดนโยบายให้ทุกหน่วยงานพัฒนาปรับปรุงบุคลากรให้มีพฤติกรรมบริการที่เป็นเลิศและมีจริยธรรมในการปฏิบัติบริการพยาบาลอย่างสม่ำเสมอและบรรจุไว้ในแผนงานตามแผนกลยุทธ์ของหอผู้ป่วยหนักศัลยกรรมทั่วไป<sup>14</sup>

ส่วนผลการศึกษาการปฏิบัติบนพื้นฐานการดูแลโดยครอบครัวเป็นศูนย์กลางในด้านการปฏิบัติแบบมีส่วนร่วมในการดูแล พบว่า ประชากรพยาบาลในหอผู้ป่วยหนักศัลยกรรมทั่วไป มีคะแนนการปฏิบัติบนพื้นฐานการดูแลโดยครอบครัวเป็นศูนย์กลางในด้านนี้อยู่ในระดับปานกลาง ( $\mu=1.67$ ,  $\sigma=.38$ ) ที่เป็นเช่นนี้อาจเนื่องจากมีอุปสรรคหลายอย่างที่จำกัดไม่ให้พยาบาลปฏิบัติกิจกรรมในด้านนี้ได้มากนัก สอดคล้องกับข้อมูลจากการสัมภาษณ์ที่ พบว่า คุณลักษณะบางอย่างของตัวผู้ป่วย ตัวญาติ และผู้ให้บริการ รวมทั้งมาตรการหรือกฎระเบียบของหอผู้ป่วยเป็นอุปสรรคสำคัญที่ทำให้พยาบาลไม่สามารถปฏิบัติทำให้การปฏิบัติบนพื้นฐานการดูแลโดยครอบครัวเป็นศูนย์กลาง

2. อุปสรรคในการปฏิบัติบนพื้นฐานการดูแลโดยครอบครัวเป็นศูนย์กลางของพยาบาลในหอผู้ป่วยหนักศัลยกรรมทั่วไป โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่

2.1 อุปสรรคที่เกิดจากผู้ป่วย การที่ผู้ป่วยมีอาการหนักหรือเปลี่ยนแปลงบ่อย และอยู่ในภาวะวิกฤตินั้นจะทำให้ไม่สามารถให้ญาติเข้าไปมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยได้ อาการและอาการแสดงของผู้ป่วยในภาวะวิกฤติ การดูแลรักษาอาการผู้ป่วยในขณะที่มีภาวะวิกฤตินั้นทำให้เกิดความทุกข์ของครอบครัวที่มีญาติอยู่ในช่วงภาวะวิกฤติ ส่งผลไปยังเป้าหมายการดูแลผู้ป่วยของญาติที่จะร่วมดูแลหรือไม่ร่วมดูแลรักษากับบุคลากรสุขภาพ<sup>15</sup> นอกจากนี้ยังพบว่าพฤติกรรมของผู้ป่วยที่ต่อต้านเวลาที่ญาติเข้าไปให้การดูแลจากปัญหาส่วนตัวในครอบครัวผู้ป่วยและความไม่สบายใจจากการปวด รวมทั้งความเครียดจากการรักษาที่ต้องมีอุปกรณ์การแพทย์ติดตัวตลอดเวลา สาเหตุเหล่านี้จะทำให้ผู้ป่วยเครียด กระวนกระวาย ต่อต้านไม่ให้ความร่วมมือในการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลซึ่งมีผลต่อการให้การดูแลผู้ป่วย<sup>16</sup>

2.2 อุปสรรคที่เกิดจากญาติหรือผู้ดูแล การที่ญาติไม่สามารถอยู่ดูแลผู้ป่วยได้อย่างใกล้ชิดทำให้ญาติไม่สามารถให้ข้อมูลและร่วมวางแผนการดูแลผู้ป่วยได้ส่งผลให้การปฏิบัติของพยาบาลบนพื้นฐานการดูแลโดยครอบครัวเป็นศูนย์กลางทำได้ยาก<sup>17</sup> รวมถึงญาติมีความกลัว ไม่มั่นใจในการดูแลผู้ป่วย ญาติมีความคิดเห็นในการดูแลรักษาผู้ป่วยที่แตกต่างกัน ญาติมีพฤติกรรม และทัศนคติเชิงลบต่อการให้บริการกับทีมผู้ให้การรักษาพยาบาล นอกจากนี้ในการศึกษานี้พยาบาลกล่าวถึงผู้ป่วยบางรายที่ครอบครัวเป็น





กลุ่มชาติพันธุ์และชนเผ่าซึ่งไม่สามารถฟังและทำความเข้าใจภาษาไทยได้ดีพอ ทำให้ผู้ให้การรักษาพยาบาลไม่สามารถสื่อสาร และทำความเข้าใจกับญาติได้ ต้องอาศัยการพูดคุยผ่านญาติคนอื่นที่สามารถฟังและพูดภาษาไทยได้ ซึ่งมีผลให้บุคลากรรู้สึกว่าจะไม่สามารถทำการดูแลผู้ป่วยได้อย่างเต็มที่และรู้สึกอึดอัดที่ต้องมีการสื่อสารผ่านล่ามแทนที่จะสามารถพูดคุยโดยตรงกับตัวผู้ป่วยหรือญาติได้ และในบางครั้งก็ไม่สามารถหาญาติคนอื่นที่สามารถเป็นล่ามในการแปลภาษาได้ จึงส่งผลกระทบต่อส่งเสริมให้ญาติเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพผู้ป่วย<sup>18</sup>

2.3 อุปสรรคที่เกิดจากบุคลากรพยาบาลและหอผู้ป่วย การที่พยาบาลขาดความรู้และความเข้าใจในเรื่องการปฏิบัติการดูแลโดยครอบครัวเป็นศูนย์กลางจะมีผลต่อการปฏิบัติของพยาบาล ซึ่งหอผู้ป่วยหนักคัดลยกรรมทั่วไป ยังไม่ได้มีแนวทางการปฏิบัติการดูแลโดยครอบครัวเป็นศูนย์กลางไว้อย่างเป็นรูปธรรม จึงทำให้พยาบาลขาดความรู้และความเข้าใจในเรื่องนี้ ซึ่งจะมีผลทำให้พยาบาลรับรู้และตระหนักถึงความสำคัญของการดูแลโดยครอบครัวเป็นศูนย์กลางน้อย รวมทั้งไม่สามารถปฏิบัติเรื่องนี้ได้เพียงพอ ส่วนปัญหาภาระงานที่มากมีผลต่อการปฏิบัติการดูแลแบบมีส่วนร่วมลดลงเพราะพยาบาลในหอผู้ป่วยหนักจะต้องมีการติดตามอาการ ให้การพยาบาลผู้ป่วยอย่างใกล้ชิดและต้องทำการพยาบาลอย่างเร่งด่วนในกรณีที่ผู้ป่วยมีอาการเปลี่ยนแปลง จึงทำให้ไม่มีเวลาในการพูดคุยแลกเปลี่ยนข้อมูลกับญาติผู้ป่วยที่เข้ามาเยี่ยมได้ทุกครั้ง ประกอบกับช่วงเวลาที่ญาติเข้าเยี่ยมผู้ป่วยตรงกับช่วงเวลาที่อัตรากำลังพยาบาลลดลงเพราะต้องผลัดเปลี่ยนกันไปพักรับประทานอาหาร จึงทำให้พยาบาลที่ทำงานในช่วงเวลานั้นต้องรับภาระงานในการดูแลผู้ป่วยอื่น ๆ ด้วย ทำให้ไม่มีเวลาที่จะพูดคุยกับญาติผู้ป่วยที่เข้าเยี่ยมได้ จึงเป็นอุปสรรคสำคัญต่อการบรรลุการปฏิบัติการดูแลโดยครอบครัวเป็นศูนย์กลาง<sup>19,20,21</sup> รวมถึงการจำกัดเวลาการเยี่ยมของญาติเป็นอุปสรรคอีกด้านที่ขัดขวางการปฏิบัติการดูแลโดยครอบครัวเป็นศูนย์กลางได้เช่นกัน ทั้งนี้เพราะการจำกัดเวลาการเยี่ยมของหอผู้ป่วยที่มีภาวะเบี่ยงเบนการเข้าเยี่ยมวันละ 2 ครั้ง ครั้งละ 1 ชั่วโมงนั้นเป็นการปิดกั้นครอบครัวกับผู้ป่วยทำให้ไม่สามารถสื่อสารหรือทำกิจกรรมตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยได้อย่างเพียงพอ การอยู่เคียงข้างผู้ป่วย ได้ดูแลอย่างใกล้ชิดช่วยให้สมาชิกในครอบครัวเข้าใจและรับมือกับสถานการณ์ที่เปลี่ยนแปลงได้ดี<sup>21</sup> นอกจากนี้สภาพแวดล้อมในหอผู้ป่วยที่ไม่เอื้ออำนวย ได้แก่ ห้องที่มีพื้นที่จำกัดจากความคับแคบของพื้นที่ในหอผู้ป่วย มีการควบคุมอุณหภูมิและเป็นระบบปิดแบบแรงดันบวกบางครั้งมีเสียงดังจากเครื่องควบคุมแรงดัน และมีเสียงรบกวนจากเครื่องมืออุปกรณ์ทางการแพทย์ทำให้การสื่อสารพูดคุยกับญาติทำได้ยาก ซึ่งสภาพแวดล้อมที่ไม่เหมาะสมในหอผู้ป่วยหนักและขาดพื้นที่ส่วนตัวสำหรับครอบครัวมีผลทางลบต่อการปฏิบัติบนพื้นฐานการดูแลโดยครอบครัวเป็นศูนย์กลาง<sup>17</sup>

## สรุป

พยาบาลในหอผู้ป่วยหนักคัดลยกรรมทั่วไป มีการปฏิบัติบนพื้นฐานการดูแลโดยครอบครัวเป็นศูนย์กลางโดยรวมอยู่ในระดับสูง ในการปฏิบัติรายด้านในการปฏิบัติเชิงสัมพันธ์ของพยาบาลมีการปฏิบัติอยู่ในระดับสูง ส่วนการปฏิบัติในด้านปฏิบัติการดูแลแบบมีส่วนร่วมในการดูแลอยู่ในระดับปานกลางซึ่งสอดคล้องกับอุปสรรคที่ได้จากศึกษาครั้งนี้ว่ามีผลทำให้การปฏิบัติแบบมีส่วนร่วมลดลง การแก้ไขหรือลดอุปสรรคในบางด้านลงจะช่วยส่งเสริมให้ญาติสามารถเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยได้และเพิ่มการปฏิบัติแบบมีส่วนร่วมในการดูแลให้สูงขึ้นจากเดิมได้ ส่งผลต่อการเพิ่มความพึงพอใจต่อญาติและคุณภาพในการดูแลผู้ป่วย

## ข้อเสนอแนะและการนำผลการศึกษาไปใช้

พยาบาลหอผู้ป่วยหนักควรเพิ่มการปฏิบัติแบบมีส่วนร่วมในการดูแลด้วยการนำปัจจัยทางด้านผู้ป่วยและด้านญาติ หรือผู้ให้การดูแลที่เป็นอุปสรรคต่อการปฏิบัติบนพื้นฐานการดูแลโดยครอบครัวเป็นศูนย์กลาง มาเป็นข้อมูลในการวางแผนพัฒนาคุณภาพการดูแลแบบมีส่วนร่วมโดยครอบครัวเป็นศูนย์กลาง ผู้บริหารทางการพยาบาลควรส่งเสริมให้พยาบาลได้รับการอบรมการปฏิบัติบนพื้นฐานการดูแลโดยครอบครัวเป็นศูนย์กลางและจัดอัตรากำลังให้เพียงพอที่จะทำให้พยาบาลสามารถทำการปฏิบัติเชิงสัมพันธ์กับญาติผู้ป่วย รวมทั้งให้การช่วยเหลือญาติผู้ป่วยที่ต้องการเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย

## กิตติกรรมประกาศ

ผู้ศึกษาขอขอบพระคุณ ผศ.ดร.สุภารัตน์ วงศ์รัตน์ อาจารย์คณะพยาบาลศาสตร์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ ผู้บริหารการพยาบาล และบุคลากรในโรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ทุกท่านที่ได้ช่วยเหลือ และมีส่วนร่วมให้การศึกษานี้บรรลุตามวัตถุประสงค์

## เอกสารอ้างอิง

1. Kisorio LC, Langley GC. Critically ill patients' experiences of nursing care in the intensive care unit. *Nursing in critical care* 2019 Nov ; 24(6) : 392-8.
2. Coombs M, Puntillo KA, Franck LS, Scruth EA, Harvey MA, Swoboda SM, Davidson JE. Implementing the SCCM family-centered care guidelines in critical care nursing practice. *AACN advanced critical care* 2017 ; 28(2) : 138-47.
3. Kuo DZ, Houtrow AJ, Arango P, Kuhlthau KA, Simmons JM, Neff JM. Family-centered care : current applications and future directions in pediatric health care. *Maternal and child health journal* 2012 ; 16(2) : 297-305.
4. Mikkelsen G, Frederiksen K. Familycentred care of children in hospital—a concept analysis. *Journal of advanced nursing* 2011 ; 67(5) : 1152-62.
5. Wilson LL, Dunst CJ. Checklist for assessing adherence to family-centered practices. *CASEtools: Instruments and Procedures for Implementing Early Childhood and Family Support Practices* 2005 ; 1(1) : 1-6.
6. Petersen MF, Cohen J, Parsons V. Familycentered care: do we practice what we preach?. *Journal of Obstetric, Gynecologic, & Neonatal Nursing* 2004 ; 33(4) : 421-7.
7. Dall'Oglio I, Di Furia M, Tiozzo E, Gawronski O, Biagioli V, Di Ciommo VM, et al. Practices and perceptions of family centered care among healthcare providers: a cross-sectional study in a pediatric hospital. *Journal of pediatric nursing* 2018 ; 43 : e18-25.
8. นวพร แสงเนตรสว่าง. การรับรู้และการปฏิบัติโดยมีครอบครัวเป็นศูนย์กลางของการดูแลของบุคลากรทางสุขภาพ (วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต). สาขาวิชาการพยาบาลเด็ก. บัณฑิตวิทยาลัย. กรุงเทพมหานคร : มหาวิทยาลัยมหิดล ; 2551.
9. Emmamally W, Brysiewicz P. Family-centred practices of healthcare professionals in three emergency departments in KwaZulu-Natal, South Africa. *Southern African Journal of Critical Care* 2018 ; 34(2) : 38-43
10. เนาวรัตน์ กระมูลโรจน์. ปัจจัยทำนายการปฏิบัติพยาบาลแบบครอบครัวเป็นศูนย์กลางของพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน (วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต). สาขาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน. บัณฑิตวิทยาลัย. กรุงเทพมหานคร : มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ ; 2560.
11. หอผู้ป่วยหนักศัลยกรรมทั่วไป. แนวปฏิบัติตามกระบวนการดูแลผู้ป่วยวิกฤติของหอผู้ป่วยหนักศัลยกรรมทั่วไป โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่. เชียงใหม่ : มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ ; 2563.
12. Park YS, Oh EG. Factors related to intensive care unit nurses' patient centered communication competency. *Journal of Korean Critical Care Nursing* 2018 ; 11(2) : 51-62.
13. Yoo HJ, Lim OB, Shim JL. Critical care nurses' communication experiences with patients and families in an intensive care unit: A qualitative study. *Plos one* 2020 ; 15(7) : e0235694.
14. หอผู้ป่วยหนักศัลยกรรมทั่วไป. แผนงานตามแผนกลยุทธ์หอผู้ป่วยหนักศัลยกรรมทั่วไปประจำปี 2563 โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่. เชียงใหม่ : มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ ; 2563.
15. Mierendorf SM, Gidvani V. Palliative care in the emergency department. *The Permanente Journal* 2014 ; 18(2) : 77.
16. Marra A, Pandharipande PP, Patel MB. Intensive care unit delirium and intensive care unit-related posttraumatic stress disorder. *Surgical Clinics* 2017 ; 97(6) : 1215-35.
17. Kiwanuka F, Shayan SJ, Tolulope AA. Barriers to patient and familycentred care in adult intensive care units : A systematic review. *Nursing open* 2019 ; 6(3) : 676-84.
18. Patriksson K, Berg M, Nilsson S, Wigert H. Communicating with parents who have difficulty understanding and speaking Swedish: An interview study with health care professionals. *Journal of Neonatal Nursing* 2017 ; 23(6) : 248-52.
19. Esmaeili M, Ali Cheraghi M, Salsali M. Barriers to patientcentered care : A thematic analysis study. *International Journal of Nursing Knowledge* 2014 ; 25(1) : 2-8.



20. van Mol MM, Boeter TG, Verharen L, Kompanje EJ, Bakker J, Nijkamp MD. Patient and family centred care in the intensive care unit : A challenge in the daily practice of healthcare professionals. *Journal of clinical nursing* 2017 ; 26(19-20) : 3212-23.
21. Creutzfeldt CJ, Schutz RE, Zahuranec DB, Lutz BJ, Curtis JR, Engelberg RA. Family presence for patients with severe acute brain injury and the influence of the COVID-19 pandemic. *Journal of Palliative Medicine* 2021 ; 24(5) : 743-6.

## Complete Denture with Neurocentric Occlusion using Non-anatomical Denture Teeth in Chronic Obstructive Pulmonary Disease Patient after Torus Palatinus Removal : A Case Study

Praewpan Tinala, D.D.S., M.Sc. (Dentistry)\*

### Abstract

**Introduction :** Complete denture with neurocentric occlusion is reliable in case where the relationship between upper and lower arch is difficult to define due to the abilities to reduce lateral force and free of locked occlusion during mastication.

**Objectives :** To demonstrate procedures and outcome of complete denture with neurocentric occlusion using non-anatomical denture teeth in chronic obstructive pulmonary disease patient after torus palatinus removal.

**Case Study :** A 60-year-old male patient with chronic obstructive pulmonary disease came with chief complaint of losing chewing ability due to teeth loss. Intraoral examination showed a large torus palatinus in the middle of palate, which interfered a good palatal seal of denture, and severe lower alveolar ridge resorption. The treatment plan included torus palatinus removal following by complete denture construction with neurocentric occlusion using non-anatomical denture teeth to assist retention and stability of the denture.

**Conclusions :** Normal wound healing with no complications were found after torus palatinus removal. After inserting complete denture using non-anatomical denture teeth to obtain neurocentric occlusion, the success was evaluated by patient's satisfaction through achieving better chewing ability, speaking, and smiling with confident.

**Key words:** Completed denture Neurocentric occlusion Non-anatomic, Cuspless, Flat, Rational denture tooth

---

\* Dentist, Professional Level, Dental Department Kamphaeng Phet Hospital



## การใส่ฟันเทียมทั้งปากสบฟันแบบนิวโทรเซนทริกโดยใช้ฟันที่ไร้ปุ่ม ในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังหลังผ่าตัดแต่งปุ่มกระดูกในขากรรไกรบน : กรณีศึกษา

แพรวพรรณ ดินะลา, ท.บ., วท.ม. (ทันตแพทยศาสตร์)\*

### บทคัดย่อ

**บทนำ :** ฟันเทียมทั้งปากที่มีการสบฟันแบบนิวโทรเซนทริก มีความเหมาะสมกับผู้ป่วยที่หาความสัมพันธ์ของขากรรไกรบนและล่างได้ยาก เนื่องจากลดแรงกระทำที่มาจากด้านข้าง ไม่ทำให้เกิดการสับยัดขณะบดเคี้ยว

**วัตถุประสงค์ :** เพื่อแสดงการรักษา และผลลัพธ์ของการใส่ฟันเทียมทั้งปากสบฟันแบบนิวโทรเซนทริก โดยใช้ฟันที่ไร้ปุ่มในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังภายหลังการผ่าตัดแต่งปุ่มกระดูกในขากรรไกรบน

**กรณีศึกษา :** ผู้ป่วยชายไทยอายุ 60 ปี เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง (Chronic obstructive pulmonary disease: COPD) มาด้วยอาการสำคัญคือไม่มีฟันเคี้ยวอาหาร ตรวจสภาพช่องปากพบว่าขากรรไกรบนมีปุ่มกระดูกยื่นเกินออกมาบริเวณกึ่งกลางเพดานปาก (Torus Palatinus) ซึ่งขัดขวางความแนบของส่วนกันท้ายฟันเทียม (palatal seal) ส่วนในขากรรไกรล่างมีการสลายตัวของสันเหงือกอย่างรุนแรง วางแผนการรักษาด้วยการตัดแต่งปุ่มกระดูกยื่นเกินร่วมกับการทำฟันเทียมทั้งปากที่มีการเรียงฟันให้เกิดการสบฟันแบบนิวโทรเซนทริกด้วยการเลือกชนิดซี่ฟันแบบไร้ปุ่มให้แก่ผู้ป่วยเพื่อแก้ปัญหาการยึดอยู่ และเสถียรภาพของฟันเทียม

**สรุปผลกรณีศึกษา :** แผลผ่าตัดหายเป็นปกติและไม่มีภาวะแทรกซ้อนใดๆ ภายหลังการผ่าตัดแต่งปุ่มกระดูกยื่นเกินบริเวณเพดานปาก เมื่อใส่ฟันเทียมทั้งปากให้ผู้ป่วยโดยเลือกซี่ฟันที่ไร้ปุ่ม (Non-anatomical Denture Teeth) เพื่อให้ได้การสบฟันแบบนิวโทรเซนทริก (Neutrocentric occlusion) ผลสำเร็จประเมินได้จากการที่ผู้ป่วยมีความพึงพอใจในการใส่ฟันเทียมเนื่องจากสามารถเคี้ยวอาหารได้ดี พุดคุยและยิ้มได้อย่างมั่นใจ

**คำสำคัญ :** ฟันเทียมทั้งปาก การสบฟันแบบนิวโทรเซนทริก ซี่ฟันที่ไร้ปุ่ม

\* ทันตแพทย์ชำนาญการ กลุ่มงานทันตกรรม โรงพยาบาลกำแพงเพชร



## บทนำ

ฟันเทียมทั้งปากที่มีประสิทธิภาพนั้นต้องมีการยึดอยู่ที่ดี (retention) จากผิวสัมผัสของฐานฟันเทียม (tissue surface) กับพื้นผิวด้านเนื้อเยื่อของสันเหงือกที่มีคุณภาพ มีส่วนรองรับ (support) ที่มีพื้นที่เพียงพอและมีการกระจายแรงอย่างเหมาะสม เพื่อต้านแรงในแนวตั้งของฟันเทียมที่ลงสู่สันเหงือกพร้อมกับฟันเทียมต้องมีเสถียรภาพ (stability) ซึ่งจะสามารถช่วยต้านแรงในแนวระนาบและแรงบิดหมุน (horizontal and rotational force) ได้ ทำให้ผู้ป่วยมีความรู้สึกสบายขณะบริโภคเคี้ยวอาหาร<sup>1-4</sup> สันเหงือกที่ดีควรมีกระดูกมากพอที่จะรองรับฟันเทียมและไม่มีพยาธิสภาพ รูปร่างเป็นตัวยู (U-shape) มีความกว้าง และความสูงเพียงพอ ไม่มีปุ่มกระดูกแหลมคมที่จะเป็น undercut เนื้อเยื่อปกคลุมกระดูกหนาสม่ำเสมอและไม่มีการอักเสบ มี buccal และ lingual sulcus ลึกเพียงพอ ไม่มี muscle fiber, frenum หรือ hypertrophic mass เกาะอยู่บริเวณสันเหงือก หรือ sulcus มีระยะห่างระหว่างกระดูกขากรรไกรล่างและบนเพียงพอสำหรับการใส่ฟัน กระดูกขากรรไกรบนและล่าง ควรมีความกว้างใกล้เคียงกันเพื่อให้ใส่ฟันเทียมได้มั่นคง<sup>5</sup>

การทำฟันเทียมให้มีความเสถียร ควรเรียงฟันให้อยู่ในตำแหน่งเดิมของฟันธรรมชาติ แต่ถ้ากระดูกมีการสลายมาก สันเหงือกแบนโดยเฉพาะในสันเหงือกล่าง ต้องคำนึงถึงความสมดุลระหว่างแรงจากกล้ามเนื้อริมฝีปากและลิ้น หรือตำแหน่ง neutral zone ร่วมด้วย โดยการสบฟันแบบนิโทรเซนทริก (Neurocentric Occlusion) เชื่อว่าการใช้ฟันมีปุ่มและการสบฟันได้ ดุลไม่สามารถทำให้แรงสบฟันต่างๆเกิดสมดุล ทำให้เกิดอันตรายต่อเหงือกและกระดูกตามมา การสบฟันแบบนิโทรเซนทริก โดยใช้ซี่ฟันที่ไร้ปุ่มจะให้เกิดความสมดุลของแรงในแนวระนาบและการกระจายแรงให้อยู่ในแนวกึ่งกลาง ซึ่งเป็นเทคนิคที่ไม่ยุ่งยากและแก้ไขได้ง่าย เหมาะสมกับผู้ป่วยที่มีอายุมากหาความสัมพันธ์ของขากรรไกรบนและล่างได้ยาก ลักษณะการสบของฟันเทียมที่ไร้ปุ่มช่วยให้ขากรรไกรขยับเคลื่อนจากตำแหน่งความสัมพันธ์ในศูนย์กลาง (Centric Relation) ไปสู่ตำแหน่งอื่นๆได้สะดวก ไม่ทำให้เกิดการสบยึด (locked occlusion) ลดแรงกระทำที่มาจากด้านข้าง ใช้ได้ดีในผู้ป่วยที่มีสันเหงือกแบนราบ อีกทั้งยังสามารถใช้กับผู้ที่มีความสัมพันธ์ของขากรรไกรแบบแองเกิลประเภทที่ 2 และประเภทที่ 3 ได้ง่าย<sup>6,7</sup>

กรณีผู้ป่วยมีปุ่มกระดูกที่กึ่งกลางเพดาน (Torus palatinus) อาจมีผลทำให้พูดไม่ชัด มีเศษอาหารติดหรือตกค้าง ในบริเวณซอกหลืบระหว่างก้อนหรือใต้ฐานของปุ่มกระดูก เกิดผลจากการครูดหรือเสียดสีของอาหารแข็งเป็นอุปสรรคต่อการทำความสะอาดฟันหรือการใส่ฟันเทียมให้มีการยึดอยู่และเสถียรภาพที่ดี จึงควรมีการตัดแต่งปุ่มกระดูกดังกล่าวก่อนทำฟันเทียม ประชากรไทยพบปุ่มกระดูกที่กึ่งกลางเพดานร้อยละ 58<sup>8</sup> พบบ่อยในวัยกลางคน<sup>8-10</sup> มีขนาดตั้งแต่เล็กถึงใหญ่ มีรูปร่างเป็นกระดูกนูนฐานกว้าง (Flat) หรือหลายปุ่มติดกัน (Nodular) หรือเป็นก้อน (Lobular) ส่วนมากพบเป็นปุ่มกระดูกขนาดเล็ก และขนาดกลาง<sup>8,10-11</sup> รูปร่างคล้ายกระสวย (Spindle) อยู่ตำแหน่งฟันกรามน้อยถึงฟันกราม<sup>8-10,12</sup> สาเหตุการเกิดของปุ่มกระดูกนั้นยังไม่แน่ชัด อาจเกิดจากเชื้อชาติ กรรมพันธุ์ สิ่งแวดล้อม แรงกดเคี้ยวที่มากกว่าปกติ<sup>8,13</sup>

การผ่าตัดแต่งกระดูกขากรรไกรบนในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง จำเป็นต้องวางแผนการทำหัตถการให้เกิดความปลอดภัย การที่ผู้ป่วยมีสภาวะปริทันต์ไม่ดี ไม่มีการดูแลทันตสุขภาพอย่างเหมาะสม หรือขาดความรู้ด้านการดูแลทำความสะอาดสุขภาพช่องปากที่ถูกต้องล้วนแต่ทำให้เพิ่มความเสี่ยงต่อการเป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง แต่หากผู้ป่วยให้ความสำคัญต่อการส่งเสริมสุขภาพช่องปากมีการรักษาความสะอาดในช่องปากที่ดี ไม่เป็นโรคปริทันต์ ร่วมกับเพิ่มพูนความรู้ด้านทันตสุขภาพจะสามารถช่วยป้องกันและลดโอกาสการที่จะต้องรักษาอาการที่แยงลงจากโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังได้ นอกจากนี้ ยังพบว่าการสูบบุหรี่เป็นสาเหตุสำคัญของโรคปริทันต์อักเสบ และการเพิ่มจำนวนของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง<sup>14-15</sup> ผ่านกระบวนการอักเสบแบบเรื้อรังที่ไปกระตุ้นการทำงานของเม็ดเลือดขาว มีการปล่อย Proteolytic enzymes มาทำลายเนื้อเยื่อปอด<sup>15</sup> หากผู้ป่วยได้รับยาคอร์ติโคสเตียรอยด์ชนิดสูดดมจะยิ่งเพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะปอดอักเสบรุนแรง (Severe Pneumonia)<sup>16</sup> และเชื้อราในช่องปากและลำคอ (Oropharyngeal Candidosis) ดังนั้นในผู้ป่วยสูงอายุที่ใส่ฟันเทียมหรือผู้ป่วยที่เคยได้รับยาฆ่าเชื้อราหลายครั้ง หากมีการใช้สเตียรอยด์ชนิดสูดดม จึงแนะนำว่าควรมีการกลั้วปากทุกครั้งหลังการใช้ฟันเทียม<sup>15</sup>

## กรณีศึกษา

### ข้อมูลทั่วไป และอาการสำคัญ

ผู้ป่วยชายไทย อายุ 60 ปี สถานภาพคู่ ภูมิลำเนาเดิม จ.ชัยภูมิ ปัจจุบันทำอาชีพรับเหมาก่อสร้างที่ จ.กำแพงเพชร มาด้วยภาวะเคี้ยวอาหารลำบาก เนื่องจากสูญเสียฟันแท้ทั้งปาก และต้องการใส่ฟันเทียม



### ประวัติทางการแพทย์

เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง รับประทานยาที่โรงพยาบาลกำแพงเพชร ได้แก่ Berodual inhaler เวลาหอบ Bromhexine 8 mg. 1\* 3 pc. ยาแก้ไอเมฆามบ้อม 60 ml. จิบเวลาไอ 1-2 ชั่วโมง และมีนัดติดตามอาการอย่างต่อเนื่อง เมื่อปี พ.ศ.2557 ป่วยเป็นวัณโรคปอด และมีภาวะปอดอักเสบติดเชื้อ ได้รับการส่งรักษาต่อที่โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยนเรศวร ได้รับการรักษาวัณโรคครบและหายดี ปฏิเสธการแพ้ยาหรือสารอื่นใด สูบบุหรี่มานานกว่า 20 ปีแต่ปัจจุบันเลิกแล้วตั้งแต่ป่วย

### ประวัติการเจ็บป่วยปัจจุบัน

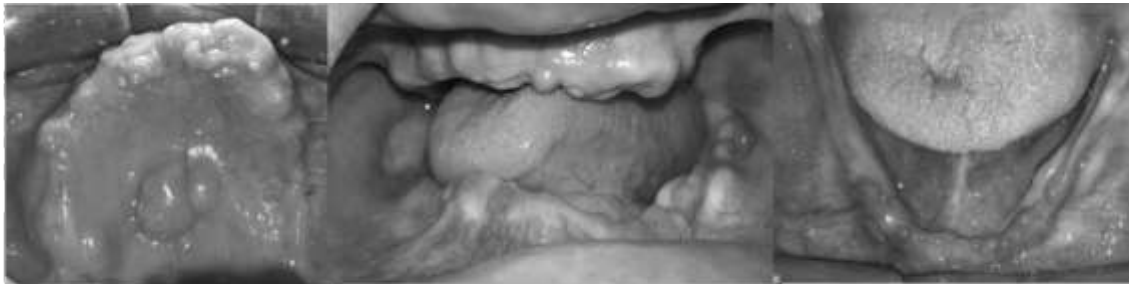
ผู้ป่วยค่อย ๆ สูญเสียฟันแท้จนในที่สุดไม่เหลือฟันแท้ในช่องปากทำให้กินอาหารลำบาก

### ตรวจภายนอกช่องปาก

ไม่พบลักษณะผิดปกติใดๆ ลักษณะใบหน้าตรงสมมาตร ริมฝีปากบนและล่างปิดสนิท อ้าปากได้ปกติ กล้ามเนื้อที่ใช้ในการบดเคี้ยวและกล้ามเนื้อใบหน้าปกติ ไม่มีเสียงและอาการเจ็บที่ข้อต่อขากรรไกรทั้งสองข้างขณะมีการเคลื่อนที่ของขากรรไกร ไม่มีอาการบวมของต่อมน้ำเหลืองบริเวณหลังต่อไพบู

### การตรวจภายในช่องปาก

ไม่พบสิ่งผิดปกติที่ริมฝีปาก แก้ม ฟันปาก ไม่มีฟันแท้เหลืออยู่ในช่องปาก เนื้อเยื่อเหงือกมีลักษณะปกติไม่มีอาการบวมหรืออักเสบ เนื้อเยื่ออ่อนมีลักษณะปกติ ไม่มีเนื้อเยื่อเกาะสูงในสันเหงือกบนและเกาะต่ำในสันเหงือกกลางที่ขัดขวางการใส่ฟันเทียม พบสันเหงือกปกเปียกในขากรรไกรล่างโดยมีการสลายตัวมากที่บริเวณฟันหน้าด้านซ้ายและฟันหลังด้านขวามีปุ่มกระดูกเป็นก้อน (Lobular) ยื่นเกินออกมาบริเวณกึ่งกลางเพดานปาก ก้อนขวาวขนาด 2.0×1.0×1.0 เซนติเมตร และก้อนซ้ายขนาด 1.0×1.0×1.0 เซนติเมตร น้ำลายมีคุณภาพปกติไม่มีการบวมโตของต่อมน้ำลาย ลิ้นมีขนาดและการเคลื่อนที่ปกติ อยู่ในตำแหน่งปกติ สุขภาพช่องปากอยู่ในเกณฑ์ดี (รูปที่ 1)



รูปที่ 1 แสดงลักษณะภายในช่องปากของผู้ป่วยขากรรไกรบนพบปุ่มกระดูก (Torus Palatinus)

### การวินิจฉัย

completed maxilla and mandibular edentulism with torus palatinus

Psychological basis: ผู้ป่วยจัดอยู่ในประเภทมีเหตุมีผล (philosophical type)

### สรุปปัญหา

1. ขากรรไกรบนและล่างเป็นสันเหงือกไร้ฟัน
2. มีปุ่มกระดูกที่กึ่งกลางเพดานขัดขวางการใส่ฟันเทียมและขากรรไกรล่างมีการสลายตัวของสันเหงือกมาก
3. ผู้ป่วยมีโรคประจำตัวเป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

### การวางแผนการรักษา

1. ประเมินความพร้อมด้านร่างกายร่วมกับยาที่ผู้ป่วยได้รับเพื่อวางแผนทำหัตถการทันตกรรมได้อย่างปลอดภัย
2. ตัดแต่งปุ่มกระดูกในขากรรไกรบน
3. ใส่ฟันเทียมทั้งปากโดยใช้ซี่ฟันที่ไร้ปุ่มสบฟันแบบนิวโทเรชั่นทริก

### การรักษาครั้งที่ 1

ซักประวัติ ตรวจสภาพช่องปาก ประเมินสภาพร่างกายผู้ป่วยและยาที่ได้รับ วางแผนการรักษา พร้อมทั้งชี้แจงแผนการรักษา

### การรักษาครั้งที่ 2

ฉีดยาชา 2 % Lidocaine with 1:100,000 epinephrine 3.6 ml. สกัดเส้นประสาท greater palatine ทั้งสองข้าง และเส้นประสาท nasopalatine พร้อมฉีดยาเข้าไปใต้เยื่อหุ้มกระดูกรอบปุ่มกระดูก ทำ incision line ด้วยใบมีด No.15 กรีดกึ่งกลางของปุ่มกระดูกตามแนวเส้นแบ่งกึ่งกลางเพดานไปจนถึงขอบหลังของปุ่มกระดูก จากนั้นกรีดเป็นรูปตัววาย (Y) แล้วเปิดแผ่นเหงือกแบบ mucoperiosteal flap ด้วย periosteal elevator (Molt No.9) ใช้ fissure bur กรอตรงกลางตามแนวยาวของปุ่มกระดูกก่อนขวาและซ้ายข้างละหนึ่งร่องและตามแนวขวางของปุ่มกระดูกด้านขวาก็กรอสองร่อง แบ่งปุ่มกระดูกออกเป็น 8 ส่วนเล็กๆ แล้วกรอที่ฐานด้านข้างจากด้านนอกเข้าไปด้านในให้ลึกประมาณ 1/3 ของปุ่มกระดูกแต่ละชิ้น ฉีดน้ำเกลือลดความร้อนขณะกรอตลอดเวลา และใช้ straight elevator งดปุ่มกระดูกแต่ละชิ้นออกจนหมด หลังจากนั้นกรอและตะไบแต่งขอบกระดูกให้เรียบเสมอเพดานปากปกติ ตรวจดูว่ากระดูกเรียบพอไม่ขัดขวางต่อการใส่ฟันเทียม (รูปที่ 2)



กระดูกเพดาน การกรอตัดแบ่งปุ่มกระดูกเป็นส่วนเล็กๆ และกรอแต่งกระดูกให้เรียบ

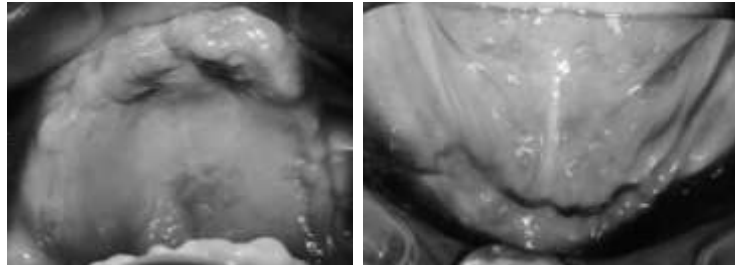
ล้างแผลด้วยน้ำเกลือให้สะอาด จับแผ่นเหงือกกลับเข้าไปเดิมเพื่อปิดแผล ตัดขอบแผ่นเหงือกส่วนเกินออกวางผ้าก๊อชบนแผ่นเหงือกแล้วใช้นิ้วกดผ้าก๊อชให้แผ่นเหงือกแนบสนิท เย็บปิดแผลด้วยไหมละลาย (Vicryl #3-0) ตามรอยกรีดเหงือก 6 เข็ม จากนั้นให้ผู้ป่วยกัดผ้าก๊อชเพื่อห้ามเลือดโดยให้ผู้ป่วยกัดไม้ไอศกรีมช่วยพยุงผ้าก๊อชให้กดแนบเข้ากับสันเหงือก (รูปที่ 3) จ่ายยาปฏิชีวนะ Amoxicillin 500 มิลลิกรัม รับประทานครั้งละ 1 เม็ดหลังอาหารเช้า กลางวัน และเย็น จำนวน 20 เม็ด ยาบรรเทาอาการปวด paracetamol 500 มิลลิกรัม รับประทาน ครั้งละ 1 เม็ด เมื่อมีอาการปวด จำนวน 20 เม็ด ให้คำแนะนำในการปฏิบัติตัวภายหลังการผ่าตัด และให้ผู้ป่วยไปตัดไหมที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลใกล้บ้านหลังผ่าตัด 7 วัน



รูปที่ 3 แสดงการเย็บปิดแผลด้วยไหมละลาย (Vicryl #3-0) กัดก๊อชเพื่อห้ามเลือด

### การรักษาครั้งที่ 3

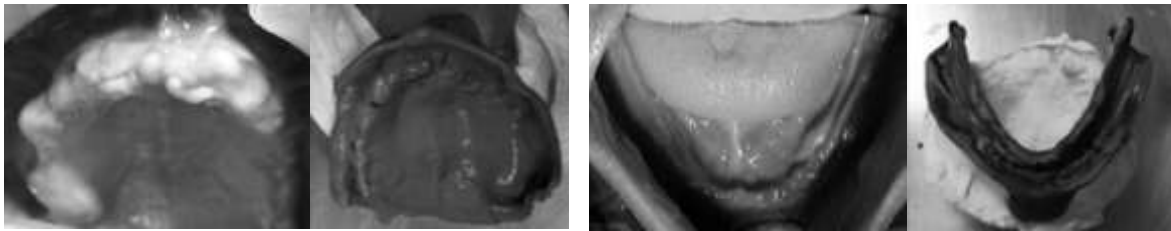
ผู้ป่วยไม่มีอาการเจ็บแผล ตรวจในช่องปากพบเนื้อเยื่อในช่องปากปกติ แผ่นเหงือกปิดสนิทดี ไม่มีการติดเชื้ของแผลผ่าตัด จึงพิจารณาพิมพ์แบบขึ้นต้นเพื่อทำถาดพิมพ์ปากเฉพาะบุคคล โดยรอยพิมพ์ที่ได้ต้องครอบคลุมเนื้อเยื่อส่วนที่จะรองรับฟันเทียมทั้งหมด (รูปที่ 4)



รูปที่ 4 แสดงการหายของแผลหลังทำหัตถการ 2 เดือนรูปที่ 2 แสดงปุ่ม

#### การรักษาครั้งที่ 4

ทำฟันเทียมทั้งปากขั้นตอนการพิมพ์ขั้นสุดท้าย โดยใช้วิธีการพิมพ์ชนิดเลือกแรงกด (Selective pressure technique) และเสริมแต่งขอบถาดพิมพ์ ให้ได้รูปร่างของเนื้อเยื่อ ทั้งส่วนกว้างและส่วนลึกของ vestibule และร่องด้านลิ้นขณะที่เนื้อเยื่อขยับใช้งานรวมทั้งพิมพ์บริเวณส่วนกันทำฟันเทียมเพื่อให้เกิดการผนึกขอบที่บริเวณรับแรงกดได้ (รูปที่ 5)



รูปที่ 5 แสดงการพิมพ์ปากขั้นสุดท้าย

#### การรักษาครั้งที่ 5

นัดทำฟันเทียมทั้งปากขั้นตอนลองแทนกัด โดยฐานชั่วคราวต้องมีความแนบสนิท มีด้านท้ายของขอบอันบนอยู่บริเวณ vibrating line ในตำแหน่ง neutral zone แต่งแทนกัดให้มีความอูมูนูนและการรองรับริมฝีปากที่ถูกต้อง กำหนดระนาบสบฟันทางด้านหน้าโดยใช้แนวขนานกับเส้นสมมติที่ลากผ่านรูม่านตาทั้งสองข้างและแนวปีกจมูก-ตั้งหน้ารูปหูในการปรับระนาบสบฟันของแทนกัดด้านบนทางด้านหลัง ชิดเส้นแนวกึ่งกลางใบหน้า (Midline) เส้นแนวฟันเขี้ยว (Canine line) และเส้นแนวริมฝีปากยกสูง (Smile line) แล้วกำหนดความสูงของฟันเทียมทั้งปากขณะสบฟัน โดยควรมีระยะเท่ากับมิติแนวตั้งขณะสบฟัน เมื่อผู้ป่วยยังมีฟันธรรมชาติอยู่และมีระยะปลอดภัยพอเพียง เพื่อให้เนื้อเยื่อรองรับฟันเทียมได้พักไม่ต้องรับแรงตลอดเวลา บันทึกความสัมพันธ์ของขากรรไกรบนและล่าง พิจารณาอายุและสีผิวของผู้ป่วยเพื่อเลือกสีฟันร่วมกับผู้ป่วยโดยใช้แผงเทียบสีฟัน Cosmo ได้สี A3 (รูปที่ 6)



รูปที่ 6 แสดงการลองแทนกัดและบันทึกการสบฟัน

#### การรักษาครั้งที่ 6

นัดทำฟันเทียมทั้งปาก ขั้นตอนลองฟัน ตรวจสอบความแนบสนิท สีฟัน รูปร่าง การเรียงตัว ความสูง และระนาบการสบฟันให้มีความเหมาะสมสวยงาม ผู้ป่วยสามารถกัดสบและออกเสียงได้ปกติ เนื่องจากผู้ป่วยรายนี้มีสันเหงือกกลางสลายตัวมาก จึงได้พิจารณาเลือกใช้ฟันที่เรียวสบฟันแบบนิวโทเร็นทริคเกิดการสบฟันในระนาบเดียวเพื่อลดแรงทางด้านข้าง (รูปที่ 7)





รูปที่ 7 แสดงการเรียงฟันและการลองฟัน

### การรักษาครั้งที่ 7

นัดทำฟันเทียมทั้งปากขึ้นตอนใส่ฟัน ตรวจสอบของฐานฟันเทียมไม่ให้ยาวเกินและวางอยู่บนเนื้อเยื่อทั้งหมด ไม่กดเนื้อเยื่อมากเกินไป ตรวจการยึดอยู่ ความเสถียร และมิติแนวตั้ง ฟันบน และล่างสามารถสบกันได้สม่ำเสมอ ทั้งในตำแหน่ง การสบในศูนย์ และการสบนอกศูนย์ หลังใส่ฟันอธิบายวิธีปฏิบัติตัวในการใช้งานฟันเทียมและการทำความสะอาดที่ถูกต้อง แก่ผู้ป่วย จากนั้นนัดหมายมาติดตามผลการใส่ฟันและแก้ไขฟันเทียม (รูปที่ 8)



รูปที่ 8 แสดงก่อนและหลังการใส่ฟันเทียมทั้งปาก

### การรักษาครั้งที่ 8

ติดตามผลการรักษา 1 สัปดาห์ ตรวจเพดานปากบริเวณที่ติดตั้งปุ่มกระดูกพบว่าบริเวณที่ผ่าตัดปกติ ไม่มีการอักเสบ หลังใส่ฟันเทียม ผู้ป่วยสามารถใช้ฟันเทียมทั้งปากพูดคุย เคี้ยวอาหารได้โดยไม่มีอาการเจ็บ พบรอยแดงเล็กน้อยที่เหงือกตรง ขอบฟันปลอมบริเวณซี่ 26/27 ได้ทำการกรอแก้ไข ฟันเทียมมีการยึดอยู่ มีส่วนรองรับและเสถียรภาพที่ดี ผู้ป่วยมีความมั่นใจ และพึงพอใจต่อการใส่ฟันเทียมในการเข้าสังคม

### การรักษาครั้งที่ 9 และ 10

ติดตามผลการรักษา 1 เดือน และ 3 เดือนผู้ป่วยไม่มีรอยแผลในช่องปากสามารถใช้ฟันเทียมทั้งปากเคี้ยวอาหาร พูดคุย ได้เป็นปกติ สามารถทำความสะอาดฟันปลอมได้ดี (รูปที่ 9)



รูปที่ 9 แสดงการติดตามผลการรักษาหลังใส่ฟันเทียมทั้งปาก 3 เดือน





## สรุปผลการรักษาผู้ป่วย

ผู้ป่วยชายไทย อายุ 60 ปี ไม่มีฟันกินข้าว ตรวจพบชากรรไกรบนมีปุ่มกระดูกยื่นเกินออกมาบริเวณกึ่งกลางเพดานปาก ขัดขวางต่อการใส่ฟันเทียม ส่วนในชากรรไกรล่างมีการสลายตัวของสันเหงือกมาก ยากต่อการที่จะใส่ฟันเทียมให้มีการยึดอยู่ที่ดี และมีเสถียรภาพ จึงจำเป็นต้องตัดแต่งปุ่มกระดูกก่อนทำฟันเทียมทั้งปาก และวางแผนเลือกชนิดซี่ฟันร่วมกับเรียงฟันให้เกิดการสบฟันที่แก้ปัญหาการยึดอยู่และเสถียรภาพของฟันเทียม นอกจากนี้การผ่าตัดแต่งกระดูกรวมทั้งการใส่ฟันเทียมทั้งปากให้กับผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังต้องพิจารณาความพร้อมด้านร่างกายและประเมินยาที่ผู้ป่วยได้รับ เนื่องจากการแต่งกระดูกในชากรรไกรบนและการทำฟันเทียมอาจส่งผลกระทบต่อการทำงานของผู้ป่วยทำให้เกิดอันตรายได้ จึงอธิบายให้ผู้ป่วยรับทราบถึงความจำเป็นในการผ่าตัดแต่งกระดูกและภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น จากนั้นทำการตัดแต่งปุ่มกระดูกด้วยความระมัดระวัง ผลการรักษา คือ สามารถตัดแต่งปุ่มกระดูกได้เรียบเสมอเพดานปากปกติ แผลผ่าตัดหายเป็นปกติและไม่มีภาวะแทรกซ้อนใดๆ เกิดส่วนรองรับที่ดีของฟันเทียม จากนั้นได้ใส่ฟันเทียมทั้งปากให้ผู้ป่วยโดยเลือกใช้ซี่ฟันที่ไร้ปุ่ม สบฟันแบบนิวโทรเซนทริกได้ อย่างมีประสิทธิภาพ ฟันเทียมมีการยึดอยู่ มีส่วนรองรับและเสถียรภาพที่ดี ผู้ป่วยสามารถสบฟันได้สม่ำเสมอ เคี้ยวอาหารได้ดี พุดคุยเกิดความมั่นใจและพึงพอใจต่อการใส่ฟันเทียมในการเข้าสังคม หลังการติดตามผลการรักษา 3 เดือน ไม่พบการอักเสบหลังการใส่ฟันเทียมทั้งปากและผู้ป่วยสามารถใช้ฟันเทียมได้อย่างมีประสิทธิภาพ สรุปว่ามีผลสำเร็จของการรักษาอยู่ในระดับดี

## บทวิจารณ์

กรณีศึกษารายนี้ พบปัญหาสองประการที่ส่งผลต่อการใส่ฟันเทียมทั้งปาก ประการแรกผู้ป่วยมีส่วนรองรับฟันเทียมที่ไม่เหมาะสม ทั้งในชากรรไกรบน และชากรรไกรล่าง โดยชากรรไกรบนมีปุ่มกระดูกบริเวณกึ่งกลางเพดานแข็ง ซึ่งขัดขวางการใส่ฟันเทียม ส่วนในชากรรไกรล่างมีการสลายตัวของสันเหงือก เป็นส่วนรองรับฟันเทียมที่ไม่เหมาะสม ยากที่จะใส่ฟันเทียมให้มีการยึดอยู่ที่ดีและมีเสถียรภาพ ประการที่สอง คือ ผู้ป่วยเป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ทำให้มีเสมหะในลำคอมีภาวะหายใจติดขัด เป็นระยะ หัตถการแต่งกระดูกในชากรรไกรบนมีน้ำและล่องลอยฟุ้งกระจายมากอาจกระตุ้นให้ผู้ป่วยมีอาการกำเริบ และขั้นตอนการพิมพ์ปากจะไปอุดกั้นทางเดินหายใจของผู้ป่วยจนเกิดอันตรายได้ นอกจากนี้ผู้ป่วยที่ได้รับยาคอร์ติโคสเตียรอยด์ชนิดสูดดม ร่วมกับการใส่ฟันเทียมแล้วมีการรักษาความสะอาดในช่องปากที่ไม่ถูกต้องจะยิ่งเพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะปอดอักเสบรุนแรง และอาจเกิดเชื้อราในช่องปากและลำคอได้ง่าย<sup>16</sup> ซึ่งผู้ป่วยรายนี้ไม่ได้รับยาดังกล่าว แต่การใช้ยา Berodual อาจพบอาการกล้ามเนื้อสั่น กระสับกระส่าย ปากแห้ง ปวดศีรษะ เวียนศีรษะ หัวใจเต้นเร็วและใจสั่น การใช้ยากลุ่มที่กระตุ้นเบต้า-2 อาจจะทำให้ระดับของโปแตสเซียมในเลือดต่ำลง (Hypokalemia) มีรายงานว่าอาจเกิดการไอ ระคายเคืองเฉพาะที่<sup>17</sup> จึงต้องคอยเฝ้าระวัง และสังเกตอาการผู้ป่วยหากมีอาการไม่พึงประสงค์ดังกล่าว การที่ผู้ป่วยอาจมีภาวะปากแห้งจากการใช้ยา ควรกระตุ้นให้ผู้ป่วยจิบน้ำบ่อยๆ เพื่อลดการการเสียดสีของฐานฟันเทียมกับเนื้อเยื่อในช่องปากจนเกิดบาดแผลสร้างความเจ็บปวดแก่ผู้ป่วยได้

ปัญหาเรื่องส่วนรองรับของฐานฟันเทียมที่ไม่เหมาะสมทั้งในชากรรไกรบนและชากรรไกรล่างนั้น พบว่า ชากรรไกรบนมีรูปแบบส่วนโค้งแนวฟันเป็นรูปไข่<sup>18</sup> รูปร่างสันเหงือกบนและยอดโค้งเพดานปากเป็นแบบคลาส 1<sup>19</sup> สันเหงือกสูงแต่มีปุ่มกระดูกบริเวณกึ่งกลางเพดานแข็งขัดขวางการใส่ฟันเทียมและเป็นเหตุให้ผู้ป่วยเกิดความเจ็บปวด เกิดบาดแผลจากการใส่ฟันเทียมได้นั้นสามารถแก้ไขได้ด้วยการตัดแต่งปุ่มกระดูก โดยในวันทำหัตถการให้ผู้ป่วยเตรียมยาประจำตัวของที่ผู้ป่วยมาด้วยสำหรับกรณีเกิดเหตุฉุกเฉิน ควรทำหัตถการโดยปรับเก้าอี้ให้ศีรษะผู้ป่วยอยู่ในตำแหน่งสูงกว่าลำตัว เน้นย้ำให้ผู้ป่วยงดสูบบุหรี่หรืออันเป็นสาเหตุที่ทำให้มีอาการของโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังกำเริบได้ นอกจากนี้ผู้ให้การรักษาควรฝึกอบรมการใช้อุปกรณ์ช่วยหายใจ และการใช้ถังออกซิเจน<sup>15</sup> เพื่อแก้ปัญหาหากเกิดภาวะฉุกเฉินทางทันตกรรมได้ ส่วนในชากรรไกรล่างรูปแบบส่วนโค้งแนวฟันเป็นรูปรียาว<sup>18</sup> รูปร่างสันเหงือกล่างเป็นแบบคลาส 3<sup>19</sup> เนื่องจากการสลายตัวของสันเหงือกที่บริเวณพื้นหน้าด้านซ้ายและพื้นหลังด้านขวา ทำให้เกิดลักษณะเหงือกปากเบี้ยวบางตำแหน่ง สันเหงือกแคบเล็กเป็นรูปตัว “วี” และบางตำแหน่งเป็นสันมีดบางๆ ซึ่งเป็นสันเหงือกที่มีรูปร่างไม่ดี มีพื้นที่รับแรงน้อย ฟันเทียมจะหลุดง่ายเมื่อมีแรงดันจากกล้ามเนื้อโดยรอบ เมื่อผู้ป่วยใช้ฟันเทียมจะมีโอกาสเจ็บบนสันเหงือก ลักษณะดังกล่าวส่งผลให้เกิดความยากต่อการที่จะใส่ฟันเทียมทั้งปากให้มีการยึดอยู่ที่ดีและมีเสถียรภาพ มีระยะระหว่างชากรรไกรบนและล่างกว้างร่วมกับผู้ป่วยสูงอายุ และสูญเสียฟันมาเป็นเวลานาน ทำให้บันทึกการกัดสบได้ค่อนข้างยาก จึงวางแผนใส่ฟันเทียมทั้งปากให้ผู้ป่วยโดยอาศัยแนวคิดการสบฟันแบบนิวโทรเซนทริก<sup>6</sup> เพื่อให้เกิดความสมดุลของแรงในแนวระนาบและการกระจายแรงให้อยู่ในแนวกึ่งกลาง ทำให้แรงสบฟันต่างๆ เกิดสมดุล ลดการเกิดอันตรายต่อเหงือก และกระดูกตามมา โดยเลือกใช้ซี่ฟันที่ไร้ปุ่มเรียงฟันเทียมหลังล่างก่อนให้ซี่ฟันเทียมหลังล่างอยู่บนสันเหงือกหรือก่อนไปทางลิ้น

ให้มากที่สุด โดยที่ไม่ขัดขวางการเคลื่อนที่ของลิ้นปรับระดับซี่ฟันให้ระนาบของด้านบดเคี้ยวขนานกับแนวสันเหงือกกลาง และมีความสูงด้านท้ายอยู่ระหว่าง 1/2 ถึง 2/3 ของแผ่นนวมท้ายฟันกรามล่าง เพื่อกระจายแรงลงสู่สันกระดูกด้านใต้ในแนวตั้งฉาก ไม่มีโค้งชดเชย และแนวนำฟันตัดเรียงฟันเทียมหลังบนให้สบกับฟันเทียมหลังล่างแบบระนาบกับระนาบและไม่มีกรเลื่อมแนวตั้งในฟันหน้า ตรวจสอบจุดสบให้อยู่บนระนาบเดียวกันทั้งหมด เพื่อลดแรงทางด้านข้างและให้แรงตั้งฉากกับอวัยวะที่รองรับ ซึ่งการเรียงซี่ฟันที่ไร้ปุ่มแบบไร้ตุลนี้อาจทำให้ประสิทธิภาพการบดเคี้ยวอาหารลดน้อยลง แต่ก็มีผลการศึกษาที่พบว่าประสิทธิภาพการเคี้ยวของฟันเทียมที่ไร้ปุ่มและฟันเทียมมีปุ่มไม่แตกต่างกัน<sup>20</sup> และยังไม่อาจพิสูจน์ได้ว่าประสิทธิภาพการบดเคี้ยวอาหารของการสบฟันแบบนิวโทรเซนทริกดีต่อการสบฟันแบบได้ตุล<sup>21</sup>

### บทสรุป

การสบฟันแบบนิวโทรเซนทริกมีความเหมาะสมกับผู้ป่วยที่หาความสัมพันธ์ของขากรรไกรบนและล่างได้ยาก เพราะทำให้เกิดการสบฟันในระนาบเดียวแก้ปัญหาการสบยัดของขากรรไกร ทั้งยังช่วยลดแรงกระทำที่มาจากด้านข้างร่วมกับการเรียงฟันให้อยู่บนกึ่งกลางสันเหงือกจะช่วยกระจายแรงให้อยู่ในแนวกึ่งกลาง ทำให้แรงสบฟันต่าง ๆ เกิดสมดุล ลดการเกิดอันตรายต่อเหงือกและกระดูกได้

### เอกสารอ้างอิง

1. Patel J, Jablonski RY, Morrow LA. Complete dentures: an update on clinical assessment and management : part 1. British Dental Journal 2018 ; 225 : 707-14.
2. Jacobson TE, Krol AJ. A contemporary review of the factors involved in complete denture retention, stability, and support. Part I: retention. J Prosthet Dent 1983 ; 49 : 5-15.
3. Jacobson TE, Krol AJ. A contemporary review of the factors involved in complete dentures. Part II: Stability. J Prosthet Dent 1983 ; 49 : 165-72.
4. Jacobson TE, Krol AJ. A contemporary review of the factors involved in complete dentures. Part III: Support. J Prosthet Dent 1983 ; 49 : 306-13.
5. สุมิตรา พงษ์ศิริ. เอกสารประกอบการสอนเรื่องการผ่าตัดยกรรมเพื่อการใส่ฟันปลอม (Preprosthetic surgery) : คณะทันตแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่. เชียงใหม่ : มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ ; ม.ป.ป.
6. DeVan MM. The concept of neurocentric occlusion as related to denture stability. J Am Dent Assoc 1954 ; 48 : 165-9.
7. แมนสรวง อักษรานุกิจ. ฟันเทียมทั้งปากขั้นสูง : Advance Completed Denture. กรุงเทพมหานคร : โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ; 2560.
8. สายทิพย์ ลีวรภานต์. ภาวะแทรกซ้อนไม่พึงประสงค์ของเนื้อเยื่ออ่อนจากการตัดปุ่มกระดูก. วารสารการแพทย์ 2562 ; 44(2) : 8-11.
9. Garcia-Garcia AS, Martinez-Gonzalez JM, Gomez-Font R, Soto-Rivadeneira A, Oviedo-Roldan L. Current status of the torus palatinus and torus mandibularis. Med Oral Patol Oral Cir Bucal 2010 ; 15 : 353-60.
10. Apinhasmit W, Jainkittivong A, Swasdison S. Torus palatinus and torus mandibularis in Thai population. ScienceAsia 2002 ; 28 : 105-11.
11. Jainkittivong A, Apinhasmit W. Association of Torus Palatinus with Palatal Arch Dimensions and Maxillary Arch Forms. J Dent Assoc Thai 2002 ; 52 : 35-40.
12. Chutamat Kongpan. Surgical Removal of large torus palatinus to put dentures. Reg 11 Med J 2018 ; 32(4) : 1327-36.



13. Kerdpon D, Sirirungrojying S. A clinical study of oral tori in southern Thailand: prevalence and the relation to parafunctional activity. *Eur J Oral Sci* 1999 ; 107 : 9-13.
14. Wang Z, Zhou X, Zhang J, Zhang L, Song Y, Hu FB, Wang C. Periodontal health, oral health behaviours, and chronic obstructive pulmonary disease. *J Clin Periodontol* 2009 ; 36 : 750-5.
15. Devlin J. Patients with chronic obstructive pulmonary disease: management considerations for the dental team. *British Dental Journal* 2014 ; 217 : 235-7.
16. Suissa S, Patenaude V, Lapi F, Ernst P. Inhaled corticosteroids in COPD and the risk of serious pneumonia. *Thorax* 2013 ; 68 : 1029-36.
17. Thaís S, Kellen C, Marcelo B. Surgical management of palatine Torus - case series. *Rev Odontol UNESP* 2014 ; 43(1) : 72-6.
18. House MM. The relationship of oral examination to dental diagnosis. *J Prosthet Dent* 1958 ; 8 : 208.
19. Engelmeier RL, Phoenix RD. Patient evaluation and treatment planning for complete denture therapy. *Dent Clin North Am* 1996 ; 40 : 1-18.
20. Tompson MJ. Efficiency as related to cusp form in denture prosthesis. *J Am Dent Assoc* 1973 ; 24 : 207-19.
21. Niwatcharoenchaikul W, Tumrasvin W, Arksornnukit M. Effect of complete denture occlusal schemes on masticatory performance and maximum occlusal force. *J Prosthet Dent* 2014 ; 112 : 1337-42.

## Nursing care for type II Diabetic patients with chronic kidney failure stage 3b : Case study

Wilailuck Limtrakul, D.N.S.\*

### Abstract

**Introduction :** Diabetic patients with long term high blood sugar will have blood vessel deterioration result in various organ complications. The significant effects are on cardiac and cerebral vessels, retinopathy and nephropathy. Holistic nursing care for diabetic patient which are behavioral change<sup>13</sup>, decrease risks, treatment of vessel complication will help decrease the kidney deterioration to postpone end stage renal disease and promote the quality of life.<sup>14</sup>

**Objective :** To help a diabetic patient with renal failure stage 3b to postpone the reduction of glomerular filtration to less than 4 milliliter/min/1.73 square meter/year

**Case study :** A 69-year-old Thai male with the history of type II diabetes mellitus, hypertension and dyslipidemia for 10 years together with smoking and alcohol drinking, received consecutive treatment at Kamphaeng Phet hospital. The patient could not control blood sugar level therefore he had high HbA1C and blood sugar. The physician provided treatment with insulin. Eight months prior to the study he developed kidney failure stage 3a. The nursing care composed of the explanation about insulin injection, suggestion of appropriate foods and exercise. The patient was sent to psychiatric department to solve the smoking problem. One month later the renal staging changed to be 3b. At that time, the nursing care using motivational interview (MI) started, aimed to improve the patient's behaviors. The process of MI would increase the patient's attention to care for himself, consult care team and follow up home visit.<sup>11</sup> The patient then had acceptable level of blood sugar and smoking reduction. During 1year period, the kidney stage was still in stage 3b.

**Conclusion :** This patient has the history of type II diabetes mellitus, hypertension, and dyslipidemia. The patient poor control blood sugar due to improper behaviors leading to Diabetic Nephropathy stage 3a which progressed to stage 3b. When the patient was treated by adjusting insulin in combination with care focusing on self-care behaviors and reduced risk factors for diabetes nephropathy. The renal condition did not progress and the patient has a quality life.

**Keyword :** diabetes mellitus type II, kidney failure stage 3b, motivational interview

---

\*Registered nurse, Kamphaeng Phet Hospital



## การพยาบาลผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีภาวะแทรกซ้อนทางไต ระยะ 3b : กรณีศึกษา

วิไลลักษณ์ ลิ้มตระกูล, พย.บ. \*

### บทคัดย่อ

**บทนำ :** ผู้ป่วยเบาหวานที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ น้ำตาลในเลือดที่สูงเป็นระยะเวลานานจะทำลายของผนังหลอดเลือด ทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนขึ้นกับอวัยวะต่างๆ ที่สำคัญคือหลอดเลือดหัวใจ หลอดเลือดสมอง ภาวะจอตาผิดปกติจากเบาหวาน และภาวะแทรกซ้อนทางไต การพยาบาลผู้ป่วยเบาหวานแบบองค์รวม เพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ลดปัจจัยเสี่ยง รักษาภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นกับเส้นเลือดจะช่วยชะลออัตราการเสื่อมของไต เพื่อให้ดำเนินสู่ภาวะไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายให้ช้าลงและมีคุณภาพชีวิตที่ดี

**วัตถุประสงค์ :** เพื่อให้ผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มีภาวะแทรกซ้อนทางไตระยะ 3b สามารถชะลอไตเสื่อมได้ตามเกณฑ์  $eGFR < 4$  มิลลิตร/นาที/  $1.73$  ตารางเมตร/ปี

**กรณีศึกษา :** ผู้ป่วยชายไทย อายุ 69 ปี มีประวัติเป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ความดันโลหิตสูง และไขมันในเลือดสูงมา 10 ปี มีประวัติสูบบุหรี่ เคยดื่มสุราแต่เลิกแล้ว ได้รับความรู้ที่โรงพยาบาลกำแพงเพชรอย่างต่อเนื่อง แต่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลได้ มีระดับน้ำตาลเฉลี่ยสะสมและระดับน้ำตาลในเลือดสูง และแพทย์รักษาด้วยอินซูลินชนิดฉีด 8 เดือนก่อนมามีภาวะแทรกซ้อนทางไต ระยะ 3a ให้คำแนะนำเรื่องการฉีดยาอินซูลิน คำแนะนำเรื่องอาหาร และการรับประทานยา การออกกำลังกายที่เหมาะสมกับผู้ป่วย และส่งพบพยาบาลจิตเวชเรื่องการสูบบุหรี่ อีก 1 เดือนต่อมา ผลการตรวจเลือดพบว่าผู้ป่วยมีภาวะแทรกซ้อนทางไต ระยะ 3b เสริมการพยาบาลโดยใช้โปรแกรมการสนทนาสร้างแรงจูงใจ (motivational interview: MI) เพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพผู้ป่วยให้มีการดูแลตนเองเหมาะสม เพิ่มแรงจูงใจให้ผู้ป่วยเกิดความมุ่งมั่นที่จะดูแลตนเอง<sup>4</sup> การปรึกษาทีมสหสาขาวิชาชีพ การติดตามเยี่ยมบ้าน ส่งผลให้ผู้ป่วยสามารถควบคุมระดับน้ำตาลได้ตามเป้าหมาย<sup>11</sup> ลดการสูบบุหรี่ลง ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีภาวะแทรกซ้อนทางไต ยังคง ระยะ 3b สามารถชะลอการลดลงของ  $eGFR$  ได้ตามเกณฑ์รวมระยะเวลาให้การพยาบาล 1 ปี

**สรุปกรณีศึกษา :** ผู้ป่วยรายนี้เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ไม่สามารถควบคุมน้ำตาลได้จากพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่เหมาะสมทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนทางไตระยะ 3a และการดำเนินของโรคก้าวหน้ามีภาวะแทรกซ้อนทางไตระยะ 3b เมื่อได้รับการรักษาโดยการปรับยาอินซูลินร่วมกับการให้การพยาบาลที่เน้นการปรับพฤติกรรมดูแลตนเองให้เหมาะสม ลดปัจจัยเสี่ยงที่จะทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนทางไตมากขึ้น ทำให้ผู้ป่วยไม่มีภาวะแทรกซ้อนทางไตที่รุนแรงขึ้นและมีคุณภาพชีวิตที่ดี

**คำสำคัญ :** เบาหวานชนิดที่ 2 ภาวะแทรกซ้อนทางไต ระยะ 3b การสนทนาสร้างแรงจูงใจเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ

**บทนำ**

ภาวะแทรกซ้อนทางไตจากเบาหวาน เป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญ พบว่าเกิดภาวะแทรกซ้อนทางไต ได้ร้อยละ 20 ในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 กลไกการดำเนินของโรคเป็นผลจากการที่มีระดับน้ำตาลในเลือดสูงและระยะเวลาการเป็นโรคเบาหวาน โดยเฉพาะในผู้ป่วยที่เป็นเบาหวานมานานกว่า 5 ปี เป็นปัจจัยเสี่ยงที่ก่อให้เกิดภาวะแทรกซ้อนทางไต<sup>6</sup> น้ำตาลในเลือดที่สูงเป็นระยะเวลานานจะสร้างความเสียหายให้กับผนังหลอดเลือด โดยเฉพาะหลอดเลือดในไตเนื่องจากความหนืดของน้ำตาลที่ผสมในเลือด ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของการไหลเวียนของเลือด<sup>10</sup> มีความดันและความเร็วเลือดที่เพิ่มสูงขึ้นเกิดการหนาตัวของหลอดเลือดการทำงานของไตจึงเสื่อมลง เริ่มพบการรั่วของสารต่างๆ ออกมาพร้อมกับโปรตีนสภาวะ ไตแก่ โปรตีนชนิดอัลบูมิน

**การแบ่งระยะของโรคไตเรื้อรัง<sup>7</sup>**

ระยะของโรคไตเรื้อรัง (CKD stages)	Estimated GFR (ml/min/1.73m <sup>2</sup> )
ระยะที่ 1	≥ 90
ระยะที่ 2	60-89
ระยะที่ 3a	45-59
ระยะที่ 3b	30-44
ระยะที่ 4	15-29
ระยะที่ 5	< 15

เกณฑ์ในการวินิจฉัย ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีภาวะแทรกซ้อนทางไต ประกอบด้วย การมี albumin ในปัสสาวะมากกว่า 300 mg/d หรือมากกว่า 200 ug/m มีการลดลงของอัตราการกรองของไต (glomerular filtration rate) และมีความดันโลหิตสูงขึ้น<sup>5,14</sup>

เมื่อผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 เกิดภาวะแทรกซ้อนไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย ที่ต้องได้รับการรักษาด้วยวิธีบำบัดทดแทนไต (renal replacement therapy : RRT) ค่าใช้จ่ายครั้งละ 2,000 บาท และค่ายาเพิ่มความเข้มข้นของเลือด ค่าตรวจทางห้องปฏิบัติการตามจริง จะต้องทำสัปดาห์ละ 2 – 3 ครั้ง ดังนั้นค่าใช้จ่ายเฉพาะการบำบัดภาวะไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายจะมีมูลค่าอย่างน้อย 416,000 บาทต่อปี<sup>2,8</sup> นอกจากผู้ป่วยจะต้องทุกข์ทรมานจากอาการของโรคแล้ว ยังต้องสำรองค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล ค่าใช้จ่ายในการเดินทางของผู้ป่วยและญาติ การสูญเสียรายได้ของผู้ป่วยและญาติจากการขาดงาน ผู้ป่วยจะไม่สามารถดำรงชีวิตได้ตามปกติจากการเสื่อมสมรรถภาพทางกาย และปัญหาทางจิตใจ เช่น การสูญเสียอัตลักษณ์ ความเครียด ส่งผลกระทบต่อความเป็นอยู่ของสมาชิกในครอบครัว รวมถึงเศรษฐกิจ ทั้งต่อผู้ป่วยเองและต่อประเทศชาติ

การดูแลผู้ป่วยเบาหวานของแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลกำแพงเพชร มีคลินิกเบาหวาน ให้บริการสัปดาห์ละ 2 วัน ผู้ป่วยได้รับการนัดตรวจตามปัญหาของผู้ป่วย พยาบาลมีหน้าที่ซักประวัติ ทบทวนความก้าวหน้าของผู้ป่วยก่อนเข้าพบแพทย์ และจัดบริการตรวจคัดกรองภาวะแทรกซ้อนแบบเบ็ดเสร็จในจุดเดียว (One Stop Service) และมีการดูแลแบบสหวิชาชีพตามปัญหาของผู้ป่วย และจากรายงานประจำปีงบประมาณ 2563 โรงพยาบาลกำแพงเพชรจำนวนผู้ป่วยเบาหวานในคลินิกเบาหวาน โรงพยาบาลกำแพงเพชร ในปี พ.ศ. 2561 - 2563 มีจำนวน 3,557 / 3,491 และ 3,393 ราย พบผู้ป่วยที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาล และเป็นผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีภาวะแทรกซ้อนทางไตระยะ 3b จำนวน 486, 408 และ 208 ราย<sup>3</sup> ตามลำดับ หากผู้ป่วยมีระดับน้ำตาลในเลือดที่เหมาะสมจะช่วยป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น และชะลอการเสื่อมของอวัยวะต่างๆ รวมทั้งไตที่เกิดขึ้นแล้ว การชะลอการเสื่อมของไตเพื่อให้เข้าสู่ภาวะไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายให้ช้าลงจึงมีความสำคัญมาก

**กรณีศึกษา**

ชายไทย อายุ 69 ปี เชื้อชาติไทย สัญชาติไทย ศาสนาพุทธ สถานภาพสมรส คู่ ระดับการศึกษา ชั้นประถมศึกษาปีที่ 4 อาชีพ รับจ้างทั่วไป





## อาการสำคัญ

มาตรวจตามแพทย์นัดเพื่อติดตามอาการและฟังผลเลือด วันนี้

## ประวัติเจ็บป่วยในปัจจุบัน

10 ปีก่อนมา ผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นเบาหวานชนิดที่ 2 ความดันโลหิตสูงและไขมันในเลือดสูง ได้รับการรักษาต่อเนื่องไม่ขาดยา แต่ไม่พบการบันทึกระดับน้ำตาลในระยะนั้น

5 ปีก่อนมา มาตรวจตามนัด พบว่า ผู้ป่วยควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ตามเป้าหมาย มีระดับน้ำตาลเฉลี่ยสะสมมากกว่าร้อยละ 7 และระดับน้ำตาลในเลือดสูง ระหว่าง 140-250 mg/dL และแพทย์เพิ่มยาฉีดอินซูลินรักษาต่อเนื่อง ระยะหลังพบค่า serum creatinine สูงขึ้น

8 เดือนก่อนมา พบว่า ผลเลือดค่าไต และผลตรวจปัสสาวะผิดปกติ มีน้ำตาลในเลือดและติดตามต่อเนื่อง พบค่าไตสูงขึ้นต่อเนื่อง 4 สิงหาคม 2563 มาตรวจตามแพทย์นัดและฟังผลเลือด

## ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต

ผู้ป่วยมีโรคความดันโลหิตสูงและไขมันในเลือดสูง ในด้านพฤติกรรมสุขภาพไม่เคยใช้สารเสพติด สูบบุหรี่วันละ 10 มวน เคยดื่มสุราแต่เลิกแล้ว

## ประวัติการเจ็บป่วยในครอบครัว:

ผู้ป่วยมีบุตร 3 คน บุตรชาย 2 คน บุตรสาว 1 คน ผู้ป่วยอาศัยอยู่กับภรรยา บุตรสาว และหลาน 2 คน ภรรยา อายุ 65 ปี ป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูง ปัจจุบันรับประทานยาต่อเนื่อง ไม่ทราบว่าเป็นเบาหวาน หรือมีโรคประจำตัวหรือไม่

ประวัติการแพ้ยา : ปฏิเสธการแพ้ยา และสารเคมี

การประเมินสภาพร่างกายตามระบบเมื่อแรกรับ ( 4 สิงหาคม พ.ศ. 2563 )

รูปร่างทั่วไป : รูปร่างสมส่วน น้ำหนัก 64 กิโลกรัม ส่วนสูง 167 เซนติเมตร BMI=22.94 ทำไม่บวม ไม่มีอาการเหนื่อยผิดปกติ

สัญญาณชีพ : อุณหภูมิร่างกาย 36.8 องศาเซลเซียส ชีพจร 81 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 16 ครั้ง/นาที

ความดันโลหิต 136/57 มิลลิเมตรปรอท

ระบบประสาท : ปกติ

ผิวหนัง : ผิวดำแดง ไม่มีจ้ำเลือด ผิวหนังบริเวณเท้าแห้ง ไม่มีแผล มีรอยแตกที่บริเวณสันเท้าทั้ง 2 ข้างเล็กน้อย

ศีรษะและใบหน้า : ปกติ คลำไม่พบต่อมน้ำเหลือง เปลือกตาซีดเล็กน้อย ใบหู จมูก ปาก มีลักษณะภายนอกปกติ

ทรวงอกและทางเดินหายใจ : ทรวงอกรูปร่างปกติสมมาตรกัน หายใจสม่ำเสมอ เสียงการหายใจปกติ

หัวใจและหลอดเลือด : การเต้นของหัวใจปกติ สม่ำเสมอ ไม่มีเส้นเลือดที่คอโป่งพอง

ช่องท้องและทางเดินอาหาร : กดไม่เจ็บ ท้องไม่อืด ตับและม้ามโต ไม่มีเส้นเลือดผิดปกติที่ผนังท้อง

กล้ามเนื้อและกระดูก : ปกติ

ระบบทางเดินปัสสาวะ : ปกติ

สภาพจิตใจ : สิ้นหวังวิตกกังวล เกี่ยวกับความเจ็บป่วยและกังวลเรื่องการรักษา

**ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการที่สำคัญ**

รายการสิ่งส่งตรวจ	ค่าปกติ	4 ส.ค.	25 ก.ย.	9 ต.ค.	13 พ.ย.	12 ม.ค.	10 ส.ค.
		2563	2563	2563	2563	2564	2564
FBS	74-106 mg/dL	↑ 285	↑ 226	↑ 228	↑ 172	↑ 165	72
HbA <sub>1c</sub>	4.6-6.2 %	↑ 10.3	↑ 9.4	-	↑ 8.1	↑ 8.1	7.8
Total cholesterol	<200mg/dL	↑ 227	184	-	150	-	149
Triglyceride	< 150mg/dL	↑ 251	148	-	158	-	126
HDL-C	40-60mg/dL	40	40	-	34	-	35
LDL-C	< 130mg/dL	119	119	-	99	-	89
BUN	8-20mg/dL	18	↑ 25	20	↑ 21	17	20
Creatinine	0.72-1.18mg/dL	1.50	↑ 1.78	↑ 1.70	↑ 1.59	↑ 1.75	↑ 1.72
eGFR	ml/min/1.73m <sup>2</sup>	45.2	↓ 36.2	↓ 38.3	↓ 41.2	↓ 37.0	↓ 37.9
Potassium	3.5-5.3mmol/L	4.3	↓ 3.3	4.5	4.3	4.7	4.1
Hct	ช. 42-52%	↓ 33.4	↓ 34.9	-	-	-	↓ 35
Microalbumin(random)	< 30mg/g creatinine	↑ 53.09	↑ 91.31	-	↑ 86.90	-	↑ 80.43

**สรุปการดำเนินโรคขณะเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล**

4 สิงหาคม 2563 วันแรกรับ ผู้ป่วยมาตรวจตามแพทย์นัด มากับลูกสาวรู้สึกมีอาการอ่อนเพลีย ตา 2 ข้างมัว ไม่มีอาการใจสั่น และน้ำตาลต่ำที่บ้าน ไม่มีแผลและหนังหนาที่เท้าทั้ง 2 ข้าง น้ำหนัก 60.5 กิโลกรัม อุณหภูมิกาย 36.8 องศาเซลเซียส ชีพจร 81 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 16 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 136/57 มิลลิเมตรปรอท ผลการตรวจเลือด FBS 285 mg/dL, HbA<sub>1c</sub> 10.3%, cholesterol 227 mg/dL Triglyceride 251 mg/dL Creatinine 1.50 mg/dL eGFR = 45.2ml/min/1.73m<sup>2</sup> Microalbumin (random) 53.09 mg/g ผลภาพรังสีปอดปกติ ประเมินโอกาสเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือด (CVD risk score ) 30% ตรวจจอตา ไม่พบภาวะจอตามืดปกติจากเบาหวาน เปลือกตาซีดเล็กน้อย ตรวจเท้า ไม่พบภาวะแทรกซ้อนที่เท้า แพทย์ปรับแผนการรักษาเพิ่มฉีด insulin เพิ่มเป็น 16 ยูนิตเช้า และ 6 ยูนิตเย็น แต่แพทย์ผู้รักษาไม่ต้องการควบคุมระดับน้ำตาลอย่างเข้มงวด เนื่องจากผู้ป่วยสูงอายุอาจเกิดภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำได้ง่าย และส่งปรึกษาพยาบาลจิตเวชเรื่องการสูบบุหรี่ ปัญหาของผู้ป่วยคือ การมีระดับน้ำตาลเฉลี่ยสะสม และไขมันในเลือดสูง และมีการทำงานของไตที่ลดลง

ซึ่งปัญหาดังกล่าวมีสาเหตุร่วมจากการปฏิบัติตนที่ยังไม่เหมาะสมทั้งการบริหารยาและพฤติกรรมประจำวัน ทั้งที่ได้รับการรักษาตัวที่โรงพยาบาลต่อเนื่องมานานถึง 10 ปีแล้ว จึงเสนอให้ผู้ป่วยเข้าร่วม MI ด้วยเหตุผลว่า 1) ผู้ป่วยรายนี้คงไม่ขาดการติดต่อ เพราะมารับบริการต่อเนื่องสม่ำเสมอมาเป็นเวลานาน 2) ปัญหาของผู้ป่วยคือการปฏิบัติตัวที่ยังถูกต้องไม่ครบถ้วน 3) พบภาวะแทรกซ้อนทางไต ระยะ 3a ซึ่งสามารถติดตามได้ว่าระดับจะดีขึ้นหรือเลวลง แพทย์นัดเจาะเลือดและติดตามอาการครั้งต่อไป และการติดตามเยี่ยมบ้านร่วมกับทีมสหวิชาชีพ จัดเสริมโปรแกรมการสนทนาสร้างแรงจูงใจเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพเพื่อชะลอภาวะแทรกซ้อนทางไต ระยะ 3a โดยนัดผู้ป่วยเข้าร่วมกิจกรรมทุก 1 เดือน จำนวน 4 ครั้ง กิจกรรมที่ 1 การสนทนาสร้างแรงจูงใจการรับประทานอาหารที่เหมาะสมกิจกรรมที่ 2 การสนทนาสร้างแรงจูงใจในการออกกำลังกาย กิจกรรมที่ 3 การสนทนาสร้างแรงจูงใจในการ ลด ละ เลิกสารเสพติด กิจกรรมที่ 4 การสนทนาสร้างแรงจูงใจในการจัดการกับอารมณ์ที่เหมาะสม กิจกรรมที่ 5 การประเมินผล

25 กันยายน 2563 ผู้ป่วยมาตรวจตามแพทย์นัด น้ำหนัก 60.0 กิโลกรัม ความดันโลหิต 128/62 มิลลิเมตรปรอท อาการปกติ ไม่มีอาการน้ำตาลต่ำที่บ้าน รู้สึกอ่อนเพลีย ทานอาหารได้น้อย ผลการตรวจเลือด FBS 226 mg/dL, HbA<sub>1c</sub> 9.4%, cholesterol 184 mg/dL, Triglyceride 148 mg/dL, Creatinine 1.78 mg/dL, eGFR =36.2ml/min/1.73m<sup>2</sup>,



Microalbumin(random) 91.31 mg/g creatinine k 3.3 mmol/L พบภาวะแทรกซ้อนทางไต ระยะ 3b แพทย์ปรับแผนการรักษา หยดยา enalapril ปรับยา Metformin จาก 850 mg 1 เม็ด เข้า-เย็น เหลือขนาด 500 mg เข้า-เย็น หลังอาหาร และเพิ่ม potassium chloride 30 cc รับประทาน ยังคงสูบบุหรี่เหลือวันละ 8-10 มวน การติดตามเยี่ยมบ้านร่วมกับทีมสหวิชาชีพ แพทย์นัดตรวจ Electrolyte ซ้ำนัดครั้งต่อไป

9 ตุลาคม 2563 มาตรวจตามแพทย์นัด น้ำหนัก 59 กิโลกรัม ความดันโลหิต 116/58 มิลลิเมตรปรอท อาการทั่วไป ปกติ ผลการตรวจเลือด FBS 226 mg/dL, creatinine 1.70 mg/dL, eGFR= 36.3ml/min/ 1.73m<sup>2</sup>, Microalbumin(random) 91.31 mg/g, creatinine k = 4.5 mmol/L แพทย์ปรับแผนการรักษาเพิ่มยา glipizide 5 mg เป็น 2 เม็ด เข้า-เย็น ก่อนอาหาร ผู้ป่วยยังมีภาวะแทรกซ้อนทางไต ระยะ 3b และแพทย์นัดติดตามอาการครั้งต่อไป

13 พฤศจิกายน 2563 ผู้ป่วยมาตรวจตามนัด น้ำหนัก 57 กิโลกรัม อุณหภูมิกาย 36.5 องศาเซลเซียส ชีพจร 94 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 20 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 137/71 มิลลิเมตรปรอท น้ำหนัก 60.0 กิโลกรัม อุณหภูมิกาย 36.4 องศาเซลเซียส ชีพจร 76 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 20 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 128/62 มิลลิเมตรปรอท อาการปกติ ไม่มี อาการน้ำตาลต่ำที่บ้าน รู้สึกอ่อนเพลีย ทานอาหารได้น้อย ผลการตรวจเลือด FBS=172 mg%, HbA<sub>1c</sub>=8.1%, cholesterol= 150 mg/dL Triglyceride=158 mg/dL Creatinine=1.59 mg/dL eGFR=41.2ml/min/ 1.73m<sup>2</sup>, Microalbumin(random) 86.90 mg/g creatinine k=4.3 mmol/L ผู้ป่วยยังมีภาวะแทรกซ้อนทางไต ระยะ 3b แต่อัตราการกรองของไตดีขึ้น แผนการรักษาคงเดิมญาติสังเกตว่าผู้ป่วยสูบบุหรี่น้อยกว่าเดิม สอบถามผู้ป่วยบอกว่าเหลือวันละ 5-6 มวน

12 มกราคม 2564 ผู้ป่วยมาตรวจตามนัด น้ำหนัก 58.0 กิโลกรัม อุณหภูมิกาย 36.9 องศาเซลเซียส ชีพจร 74 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 22 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 137/70 มิลลิเมตรปรอท รับประทานอาหารได้ นอนหลับได้น้อย ผลการตรวจเลือด FBS=165 mg%, HbA<sub>1c</sub>=8.1%, Creatinine=1.75 mg/dL eGFR=37.0ml/min/1.73m<sup>2</sup>, Microalbumin(random) 91.31mg/g creatinine k=4.73mmol/L ผป.ยังสูบบุหรี่วันละ 5-6 มวน แพทย์นัดอีก 15 สัปดาห์ เนื่องจากสถานการณ์การระบาดของโรค covid-19

11 พฤษภาคม 2564 ติดตามเยี่ยมอาการผู้ป่วยทางโทรศัพท์ งดการนัดตรวจเนื่องจากชุมชนที่ผู้ป่วยอาศัยอยู่เป็นพื้นที่เกิดการระบาดของ covid-19 ผู้ป่วยบอกว่าอาการปกติ รับประทานอาหารได้ ไม่มีอาการใจสั่นหน้ามืดเป็นลมที่บ้าน ปัสสาวะปกติ เข้าไม่ บวม ไม่มีแผลที่เท้าทั้ง 2 ข้าง ยังนอนไม่หลับ ปวดเมื่อยตามร่างกายเล็กน้อย แต่ไม่มีไข้ จมูกได้กลิ่นปกติ ให้คำแนะนำผู้ป่วยเรื่องการรับประทานยาและอาหาร การออกกำลังกายที่เหมาะสม การสวมหน้ากากอนามัยและการล้างมือเพื่อป้องกันการติดเชื้อ covid-19 ตรวจน้ำตาลในเลือดให้ทำที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.)ใกล้บ้าน = 164 mg% และจัดส่งยาให้ผู้ป่วยทางไปรษณีย์

10 สิงหาคม 2564 ผู้ป่วยมาตรวจตามแพทย์นัด ผู้ป่วยมีอาการปกติ น้ำหนัก 58 กิโลกรัม ความดันโลหิต 139/65 มิลลิเมตรปรอท รับประทานอาหารได้ปกติ น้อย ผลการตรวจเลือด FBS 72 mg/dL, HbA<sub>1c</sub> 7.8%, cholesterol 149 mg/dL Triglyceride 126 mg/dL, creatinine 1.72 mg/dL, eGFR 37.9ml/min/1.73m<sup>2</sup>, Microalbumin(random) 80.43 mg/g, creatinine k 4.1 mmol/L ผู้ป่วยยังมีภาวะแทรกซ้อนทางไต ระยะ 3b ประเมินผลแพทย์ลดยาฉีด insulin เป็น 16 ยูนิตเช้า 4 ยูนิตเย็น ผู้ป่วย สามารถลดการสูบบุหรี่เหลือวันละ 1-2 มวน ให้คำแนะนำผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง แพทย์นัดติดตามอาการที่คลินิกเบาหวาน

## การวางแผนพยาบาล

พบว่าผู้ป่วยมีปัญหาทางการพยาบาลที่สำคัญในช่วงระยะเวลาที่ศึกษา

**ปัญหาที่ 1 :** เกิดภาวะแทรกซ้อนทางไต ระยะ 3b และขาดความรู้ในการปฏิบัติตัวเพื่อชะลอการเสื่อมของไต

**ข้อมูลสนับสนุน :**

1. ผลตรวจเลือด 25 กันยายน 2563 Creatinine = 1.78 mg/dL eGFR=36.2 ml/min/ 1.73m<sup>2</sup> และผล Microalbumin(random)= 91.31mg/g, creatinine ค่าไต ระดับ 3b แพทย์วินิจฉัยว่า Type 2 diabetes mellitus with renal complication

2. ผู้ป่วยบอกว่าไม่ทราบว่าตนเองมีภาวะแทรกซ้อนทางไต

3. ครอบครัวผู้ป่วยทำอาหารรับประทานเองและยังใช้เครื่องปรุงรส

4. ผู้ป่วยสูงอายุ และเป็นโรคเบาหวานมา 10 ปี ผู้ป่วยสูบบุหรี่วันละ 10 มวน และไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลอยู่ในเกณฑ์เหมาะสมได้

**วัตถุประสงค์การพยาบาล :**

เพื่อให้ผู้ป่วยมีความรู้สามารถดูแลตัวเองในการรับประทานอาหาร การช้ยา และการออกกำลังกาย เพื่อชะลอความเสื่อมของไต

**เกณฑ์การประเมินผล :**

1. ผู้ป่วยสามารถชะลอไตเสื่อมได้ตามเกณฑ์  $eGFR < 4$  มิลลิตร/นาที/  $1.73$  ตารางเมตร/ปี
2. ผู้ป่วยไม่มีภาวะน้ำเกิน ได้แก่ แขนขาบวมกดบวม น้ำหนักตัวขึ้นไม่เกิน  $1$  กิโลกรัม ไม่มีอาการหอบเหนื่อย ลมหายใจไม่มีกลิ่นยูเรีย

**กิจกรรมการพยาบาล :**

1. ส่งปริญญานักกำหนดอาหาร การให้ความรู้เรื่องการควบคุมอาหารอย่างถูกต้องและเหมาะสม เพื่อช่วยชะลอความเสื่อมของไต ดังนี้

- ผู้ป่วยควรได้รับพลังงาน  $1,750$  กิโลแคลอรีต่อวัน ควรบริโภคข้าวหรือแป้งมีธัญ 1-2 ทัพพี โดยสามารถใช้แป้งปลอดโปรตีน ซึ่งดัชนีน้ำตาลไม่สูง เช่น วันเส้น สาคุ

- จำกัดโปรตีน เพื่อไม่ให้เกิดของเสียคั่ง และไตทำงานมากเกินไป ผู้ป่วยควรได้รับโปรตีนปริมาณเท่ากับเนื้อสัตว์สุก  $5$  ช้อนโต๊ะต่อวัน โดยโปรตีนที่ได้รับควรเป็นโปรตีนที่มีคุณภาพสูง คือ เนื้อสัตว์สด ไขมันต่ำ ไม่ติดหนัง ไม่ติดมัน โคลเลสเตอรอลต่ำ และไม่ผ่านการแปรรูป เช่น เนื้อปลา ไช้ขาว หมูสันใน เนื้ออกไก่

- เลือกรับประทานไขมันอิ่มตัว เช่น น้ำมันมะกอก น้ำมันดอกคำฝอย น้ำมันถั่วเหลือง น้ำมันรำข้าว หลีกเลี่ยงไขมันอิ่มตัว เช่น น้ำมันหมู น้ำมันปาล์ม น้ำมันมะพร้าว กะทิ ไขมันสัตว์

- จำกัดปริมาณโซเดียม น้อยกว่า  $2000$  มิลลิกรัมต่อวัน และลดการใช้เครื่องปรุงรสในการประกอบอาหาร

- หลีกเลี่ยงอาหารที่มีโปแตสเซียมสูง ได้แก่ ผักใบเขียว แครอท พักทอง ผลไม้ เนื่องจากถ้าระดับโปแตสเซียมในเลือดสูงมากเกินไป อาจทำให้หัวใจเต้นผิดปกติหรือหยุดเต้นได้

- หลีกเลี่ยงอาหารที่มีฟอสฟอรัสสูง ได้แก่ นม นมเปรี้ยว เนย คุกกี้ ขนมปัง ไอศกรีม กาแฟผง ถั่วต่างๆ น้ำเต้าหู้ นมถั่วเหลือง เมล็ดพืช ธัญพืช แมลงต่างๆ เป็นต้น เมื่อระดับฟอสฟอรัสในเลือดสูงขึ้น จะทำให้ระดับแคลเซียมในเลือดต่ำลง และแคลเซียมถูกดึงออกมาจาก กระดูกทำให้กระดูกไม่แข็งแรง

2. ให้ความรู้เรื่องภาวะแทรกซ้อนทางไตวายเรื้อรัง อาการที่สำคัญและแนวทางการรักษา

3. ดูแลให้รับยาตามแผนการรักษาของแพทย์ เพื่อรักษามวลของสารน้ำและอิเล็กโทรไลต์ ได้แก่ ยาขับปัสสาวะ คือ Furosemide ขนาด  $40$  มิลลิกรัม รับประทานครั้งละ  $1/2$  เม็ด วันละ  $1$  เวลา หลังอาหารเช้า และยา

4. ประเมินอาการ และอาการแสดงของการเสียสมดุลของอิเล็กโทรไลต์ เช่น หัวใจเต้นผิดปกติ ความดันเลือดต่ำ เมื่อเปลี่ยนท่า กล้ามเนื้ออ่อนแรง มีอาการชา คลื่นไส้ อาเจียน ท้องอืด

5. ควบคุมระดับความดันโลหิตให้ต่ำกว่า  $130/80$  มิลลิเมตรปรอท โดยรับประทานยาตามแผนการรักษาของแพทย์ คือ Manidipine  $20$  mg/100 มิลลิกรัม รับประทานครั้งละ  $1$  เม็ด วันละ  $1$  เวลา หลังอาหารเช้า และ Flurosemide  $40$  mg รับประทานครั้งละ  $1/2$  เม็ด วันละ  $1$  เวลา หลังอาหารเช้า

6. ควบคุมระดับไขมัน LDLD น้อยกว่าหรือเท่ากับ  $100$  มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร โดยรับประทานยาตามแผนการรักษาของแพทย์ คือ Simvastatin ขนาด  $20$  มิลลิกรัม รับประทานครั้งละ  $2$  เม็ด วันละครั้งก่อนนอน

7. ควรหลีกเลี่ยงการช้ยาแก้ปวด ลดการอักเสบ และควรช้ยาสมุนไพรด้วยความระมัดระวังเพราะอาจมีผลทำให้ไตเสื่อมเร็วขึ้นได้

8. การสนทนาสร้างแรงจูงใจในการออกกำลังกายเหมาะสมกับผู้ป่วย และการสนทนาสร้างแรงจูงใจในการ ลด ละ เลิก สารเสพติด

**ประเมินผลการพยาบาล :**

1. ผู้ป่วยสามารถชะลอไตเสื่อมได้ตามเกณฑ์  $eGFR < 4$  มิลลิตร/นาที/ $1.73$  ตารางเมตร/ปี โดยระยะที่มีภาวะแทรกซ้อน ระยะ 3b วันที่  $25$  กันยายน 2563 ค่า  $eGER = 36.2/min/1.73m^2$  จนถึงวันที่  $10$  สิงหาคม 2564 ค่า  $eGER$  อยู่ระหว่าง  $37 - 41.2 /min/1.73m^2$



- ผู้ป่วยไม่มีภาวะน้ำตาลเกิน ได้แก่ แขนขาบวมกดบวม น้ำหนักตัวไม่ขึ้น ไม่มีอาการหอบเหนื่อย ลมหายใจไม่มีกลิ่นยูเรีย
- ผู้ป่วยตอบคำถามเรื่องการปฏิบัติตัวเกี่ยวกับภาวะแทรกซ้อนทางไต ได้ถูกต้อง

**ปัญหาที่ 2 :** ระดับน้ำตาลในเลือดสูง เนื่องจากขาดความตระหนักในการดูแลตนเอง และมีพฤติกรรมไม่เหมาะสมกับโรคเบาหวาน

**ข้อมูลสนับสนุน :**

- ผู้ป่วยบอกรู้สึกเพลีย และมีศีรษะเล็กน้อย รับประทานอาหารไม่เป็นเวลา ตื่นกลางดึก 3in1 ทุกวัน ชอบรับประทานอาหารหวาน รับประทานอาหารข้าวเหนียวเป็นประจำ และมักจะรับประทานอาหารไม่ตรงเวลา
- ผลการเจาะเลือดวันที่ 4 สิงหาคม 2563 FBS = 285 mg% HbA<sub>1c</sub> = 10.3%
- ผู้ป่วยฉีดยา insulin ไม่ถูกต้องตามแผนการรักษา ฉีดยาก่อนรับประทานอาหาร ประมาณ 10 - 15 นาที

**วัตถุประสงค์การพยาบาล :**

- เพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้อยู่ในเกณฑ์ที่เหมาะสม
- เพื่อให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมในการดูแลตนเองด้านการรับประทานอาหาร การออกกำลังกายที่เหมาะสมกับโรคเบาหวาน

**เกณฑ์การประเมินผล :**

- ผลตรวจเลือด FBS อยู่ในช่วง 80-130 mg น้ำตาลสะสมน้อยกว่า 8%
- ผู้ป่วยไม่มีอาการน้ำตาลสูง ได้แก่ มีผื่นคัน มีไข้ ปัสสาวะบ่อย กระหายน้ำ และตรวจปัสสาวะไม่พบ ketone
- ผู้ป่วยรับประทานอาหารตรงเวลา ลดหรืองดอาหารรสหวาน ควบคุมปริมาณอาหารกลุ่มคาร์โบไฮเดรต ไขมัน และโซเดียม

**กิจกรรมการพยาบาล :**

- ส่งปรึกษานักกำหนดอาหารแนะนำเกี่ยวกับอาหาร ควรเลือกอาหารที่มีสัดส่วนของคาร์โบไฮเดรตโดยเฉพาะ ข้าวเหนียว โปรตีน และไขมัน โซเดียม ในสัดส่วนที่พอเหมาะใช้โมเดลอาหารสามเหลี่ยม รับประทานอาหารเป็นเวลา ลดหรืองดอาหารรสหวานหรือผลไม้รสหวาน และลดปริมาณกาแฟซอง 3in 1 เหลือวันละ ½ ซอง
- แนะนำผู้ป่วย และญาติ วิธีการอ่านฉลากโภชนาการ โดยเฉพาะส่วนที่ระบุน้ำตาล เพื่อให้ทราบปริมาณน้ำตาลในอาหารสำเร็จรูป และปริมาณสารอาหารอื่นๆ
- ส่งปรึกษานักกายภาพแนะนำให้ผู้ป่วยมีการออกกำลังกายอย่างเหมาะสม โดยการเดินออกกำลังกายอย่างต่อเนื่อง โดยการกระดกส้นเท้า ปลายเท้า การยกและกางแขนออก การแกว่งแขน ถ้ามีแรงมากขึ้น ให้เดินออกกำลังกาย เริ่มต้นวันละ 15 นาที และขยายเวลาจนถึง 30 นาที สัปดาห์ละ 3-5 วัน และในแต่ละวันอาจแบ่งเป็น 2-3 ครั้ง
- ส่งปรึกษาเภสัชกร ทบทวนการรับประทานยาและทบทวนการใช้ insulin Mixed Insulin Penfill (70/30) 16 ยูนิตเช้า และ 6 ยูนิตเย็น ฉีดเข้าใต้ผิวหนังก่อนอาหารเช้าและเย็น 30 นาที สาธิตโดยใช้โมเดลหุ่น ภาพ และให้ผู้ป่วยปฏิบัติตามได้ถูกต้อง
- แนะนำให้สังเกตอาการของภาวะน้ำตาลในเลือดสูง ได้แก่ ซึม อ่อนเพลีย ผิวแห้ง กระหายน้ำ อาเจียน ปวดท้อง ปวดเมื่อยตามร่างกาย ซึ่พจรเต้นเร็ว และติดตามระดับน้ำตาลปลายนิ้วเมื่อมีอาการผิดปกติ
- การสนับสนุนสร้างแรงจูงใจการรับประทานอาหารที่เหมาะสมกับโรคเบาหวาน
- การติดตามเยี่ยมบ้านร่วมกับทีมสหวิชาชีพ
- แนะนำมาพบแพทย์ตามนัดทุกครั้ง เพื่อการติดตามอาการต่อเนื่อง

**ประเมินผลการพยาบาล :**

- ผู้ป่วยมีความรู้และสามารถเลือกรับประทานอาหารที่เหมาะสมกับโรคเบาหวานได้
- ผลการตรวจเลือดวันที่ 25 กันยายน 2563 ระดับน้ำตาลมีแนวโน้มลดลง FBS = 226 mg%, HbA<sub>1c</sub> = 9.4 %

**ปัญหาที่ 3 :** มีภาวะ Hypokalemia

**ข้อมูลสนับสนุน :**

ผู้ป่วยบ่นว่า เพลีย และทานอาหารได้น้อย ผลการตรวจเลือด เมื่อ 25 กันยายน 2563 k = 3.3 mmol/L

**วัตถุประสงค์การพยาบาล :** เพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะโปแตสเซียมต่ำ

**เกณฑ์การประเมินผล :**

1. ผู้ป่วยไม่มีอาการอ่อนเพลีย ไม่มีแรง รับประทานอาหารได้ปกติ
2. ผลเลือดอยู่ในเกณฑ์ปกติ Potassium 3.5-5.3 mmol/L,

**กิจกรรมการพยาบาล :**

1. สังเกตอาการเหนื่อยอ่อนเพลีย ใจสั่น คลื่นไส้ อาเจียน ท้องอืด
2. บันทึกสัญญาณชีพทุก 2-4 ชั่วโมง
3. แนะนำญาติให้จัดหา ผลไม้ที่มีโปแตสเซียม สูงให้ผู้ป่วยรับประทาน เช่น กล้วย ผักสีเขียวเข้ม
4. แนะนำ ให้ได้รับยา potassium 45 cc ตามแผนการรักษา
5. ติดตามผลอิเล็กโทรลิต คลื่นไฟฟ้าหัวใจ

**การประเมินผลการพยาบาล :** Potassium 4.7 mmol/L อาการ อ่อนเพลียดีขึ้น ไม่มีคลื่นไส้ อาเจียน, คลื่นไฟฟ้าหัวใจปกติ ไม่มี tall t wave

**ปัญหาที่ 4 :** ผู้ป่วยมีภาวะซีดจากภาวะไตเสื่อมหน้าที่**ข้อมูลสนับสนุน :**

ความเข้มข้นของเลือด (hematocrit) 33.4% (ค่าปกติ 42-52%)

**วัตถุประสงค์ :**

เพื่อเพิ่มระดับความเข้มข้นของเลือด

**เกณฑ์การประเมินผล :**

1. ระดับความเข้มข้นของเลือดเพิ่มขึ้น
2. ผู้ป่วยรู้สึกแข็งแรงขึ้น

**กิจกรรมการพยาบาล :**

1. อธิบายพยาธิสภาพของโรคไตที่มีผลทำให้มีภาวะซีดให้ผู้ป่วยและญาติเข้าใจ
2. แนะนำให้ผู้ป่วยบริโภคอาหารที่ช่วยส่งเสริมการสร้างเม็ดเลือดแดงและโปรตีนให้เพียงพอ ซึ่งการบริโภคโปรตีนมากเกินไปเป็นการเพิ่มภาระงานให้กับไต แนะนำโปรตีนที่มีคุณภาพสูง เช่น โปรตีนจากไข่ขาว เนื้อสัตว์
3. แนะนำการบริโภคอาหารที่มีธาตุเหล็ก เช่น เลือดหมู ผักโขม เป็นต้น
4. แนะนำเรื่องการรับประทานยาเสริมสร้างโลหิต Folic 5 mg 1 เม็ดหลังอาหารเช้า

**การประเมินผล :**

ความเข้มข้นของเลือด (hematocrit) เมื่อวันที่ 25 กันยายน พ.ศ. 2563 มีค่า 34.9 % เพิ่มขึ้นเล็กน้อยจากวันที่ 4 สิงหาคม พ.ศ. 2563 และผู้ป่วยยังไม่รู้สึกแข็งแรงขึ้น

**ปัญหาที่ 5 :** ญาติและครอบครัววิตกกังวลเกี่ยวกับความเจ็บป่วย**ข้อมูลสนับสนุน :**

ผู้ป่วยกังวลว่าเมื่อไหร่อาการจะดีขึ้นจะรักษาได้หรือไม่ญาติและผู้ป่วยมีสีหน้าวิตกกังวล สอบถามอาการของผู้ป่วย แนวทางและระยะเวลาการรักษา

**วัตถุประสงค์ :**

1. เพื่อคลายความวิตกกังวลของญาติและครอบครัว
2. เพื่อให้ญาติผู้ป่วยให้ความร่วมมือในการรักษาพยาบาล

**เกณฑ์การประเมินผล :**

1. ญาติและครอบครัวมีสีหน้าสดชื่นขึ้น
2. ญาติผู้ป่วยยอมรับฟังและให้ความร่วมมือในการรักษาพยาบาล





### กิจกรรมการพยาบาล

1. สร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วย/ญาติด้วยวาจาสุภาพอ่อนโยน ทำที่ที่เป็นมิตรพร้อมให้ความช่วยเหลือ และเปิดโอกาสให้ซักถาม เกี่ยวกับอาการเจ็บป่วย จัดให้ได้พูดคุยกับแพทย์ที่ทำการรักษาเกี่ยวกับอาการของโรคและแนวทางการรักษา
2. ให้ข้อมูลแก่ญาติและครอบครัวถึงอาการเจ็บป่วยด้วยภาษาที่เข้าใจง่าย แผนการดูแลรักษา
3. แจงอาการผู้ป่วยให้ญาติและครอบครัวทราบ ตอบข้อซักถาม ข้อสงสัยแก่ญาติผู้ป่วยด้วยความเต็มใจ
4. ประเมินความวิตกกังวลและทำที่ต่างๆที่แสดงออกของญาติและครอบครัวต่อความเจ็บป่วยพร้อมทั้งเปิดโอกาสให้ระบายความรู้สึกต่างๆรวมทั้งยอมรับทำที่และปฏิบัติที่ตอบสนองต่อความ เครียดนั้น
5. ให้กำลังใจและสนับสนุนส่งเสริมให้ญาติและครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย
6. ให้สุขศึกษาญาติและครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยที่บ้านเพื่อส่งเสริมการหายของโรคและคอยดูแลช่วยเหลือเมื่อมีปัญหา
7. การสนทนาสร้างแรงจูงใจการจัดการกับอารมณ์ที่เหมาะสม

### การประเมินผล

1. ผู้ป่วยและครอบครัวยอมรับ เข้าใจแผนการรักษา และให้ความร่วมมือในการรักษาพยาบาลเป็นอย่างดี
2. ผู้ป่วยและญาติคลายวิตกกังวล มีสีหน้าผ่อนคลายขึ้น

### สรุปกรณีศึกษา

ผู้ป่วยชายไทย อายุ 64 ปี มีประวัติเป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ความดันโลหิตสูงและไขมันในเลือดสูงมา 10 ปี มีประวัติเคยดื่มสุรา และสูบบุหรี่เป็นประจำ รับการรักษาที่โรงพยาบาลกำแพงเพชรอย่างต่อเนื่อง แต่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลได้มีระดับน้ำตาลเฉลี่ยสะสมและระดับน้ำตาลในเลือดสูง และแพทย์รักษาด้วยอินซูลิน ชนิดฉีด 8 เดือนก่อนมา มีภาวะแทรกซ้อนทางไต ระยะ 3a ให้การพยาบาล โดยให้คำแนะนำเรื่องการรับประทานยาและการฉีดอินซูลิน แนะนำเรื่องอาหาร การออกกำลังกายที่เหมาะสมกับผู้ป่วย และส่งพบพยาบาลจิตเวชเรื่องการลดสูบบุหรี่ อีก 1 เดือนต่อมา ผลการตรวจเลือด พบว่า ผู้ป่วยพบภาวะแทรกซ้อนทางไต ระยะ 3b ให้การพยาบาลโดยเสริมการใช้โปรแกรม motivational interview (MI) เพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพให้ผู้ป่วยเกิดความตระหนักในการดูแลตนเองอย่างเหมาะสม เพิ่มแรงจูงใจให้ผู้ป่วยเกิดความมุ่งมั่นที่จะดูแลตนเอง การปรึกษาทีมสหสาขาวิชาชีพ ประกอบด้วยอายุรแพทย์ พยาบาล เภสัชกร นักกำหนดอาหาร นักกายภาพบำบัด นักสุขศึกษา นักจิตวิทยา ทันตภิบาล และแพทย์แผนไทย ส่งผลให้ผู้ป่วยสามารถควบคุมระดับน้ำตาลได้ สูบบุหรี่น้อยลง สามารถชะลอภาวะแทรกซ้อนทางไต ระยะ 3b ได้ ชะลอการลดลงของ eGFR ได้ตามเกณฑ์ระยะเวลาให้การพยาบาล 1 ปี

### วิจารณ์

ผู้ป่วยรายนี้เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 มีการควบคุมน้ำตาลได้ไม่ดีจากพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนทางไต 3a และการดำเนินของโรคก้าวหน้าเป็นระยะ 3b แพทย์ปรับแผนลดปัจจัยเสี่ยงที่จะทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนทางไตมากขึ้น และพยาบาลใช้โปรแกรม motivational interview (MI) เพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ เน้นความสำคัญของการสนทนาฉันท์มิตร และเติมแรงจูงใจในแต่ละครั้งที่ผู้ป่วยมารับบริการและผลักดันการเปลี่ยนแปลงให้ผู้ป่วยเกิดความตระหนักในดูแลตนเองอย่างเหมาะสม จะเพิ่มแรงจูงใจให้ผู้ป่วยเกิดความมุ่งมั่นที่จะดูแลตนเอง<sup>4</sup> การปรึกษาทีมสหสาขาวิชาชีพ ซึ่งประกอบด้วยอายุรแพทย์ พยาบาล เภสัชกร นักกำหนดอาหาร นักกายภาพบำบัด นักสุขศึกษา นักจิตวิทยา ทันตภิบาล และแพทย์แผนไทย ส่งผลให้ผู้ป่วยสามารถควบคุมระดับน้ำตาลได้ เลิกดื่มสุรา และสูบบุหรี่น้อยลง ทำให้ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 สามารถชะลอการเกิดภาวะแทรกซ้อนทางไตที่รุนแรงขึ้น และมีคุณภาพชีวิตที่ดี

### ข้อเสนอแนะ

1. ส่งเสริมและสนับสนุนการใช้โปรแกรม motivational interview (MI) ในกระบวนการพยาบาล เพื่อเสริมสร้างพลังอำนาจผู้ป่วย และผู้ป่วยสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมผู้ป่วยได้อย่างยั่งยืน<sup>4</sup>
2. พัฒนาระบบคัดกรองผู้ป่วยโรคเบาหวานในแผนกผู้ป่วยนอก ที่เกิดภาวะแทรกซ้อนทางไต และไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ และส่งเสริมให้มีการปรับพฤติกรรมอย่างมีประสิทธิภาพและต่อเนื่อง

3. เสริมการเรียนรู้สำหรับผู้ป่วยและญาติเรื่องการฉีด insulin ควรมีการสอนสาธิตการใช้อย่างละเอียด และมีโมเดลให้ผู้ป่วย การทบทวนการฉีดยาให้แก่ผู้ป่วยและญาติทุกครั้ง เพื่อให้เกิดประสิทธิภาพในการรักษาและเป็นกระบวนการสร้างเสริมพลังอำนาจในการดูแลตนเอง<sup>12</sup>

4. พัฒนาระบบการดูแลต่อเนื่อง โดยพยาบาลชุมชนมีส่วนร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพ และแผนการติดตามเยี่ยมบ้านที่ชัดเจน สำหรับผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะแทรกซ้อนทางไต

### เอกสารอ้างอิง

1. กนกพจน์ จันทรวิวัฒน์. แนวทางการดูแลผู้ป่วยฉุกเฉินอายุรศาสตร์. กรุงเทพมหานคร : กรุงเทพเวชสาร ; 2563.
2. กรมบัญชีกลาง. บันทึกข้อความ ลงวันที่ 24 เมษายน 2563 เรื่อง หลักเกณฑ์และอัตราค่ารักษาพยาบาลสำหรับผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังด้วยวิธีการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม. กรุงเทพมหานคร : กรมบัญชีกลาง ; 2563.
3. โรงพยาบาลกำแพงเพชร. รายงานประจำปีงบประมาณ 2563 โรงพยาบาลกำแพงเพชร. กำแพงเพชร : โรงพยาบาลกำแพงเพชร ; 2563
4. เทอดศักดิ์ เดชคง. สนทนาสร้างแรงจูงใจเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ สำหรับผู้ป่วย NCDs. กรุงเทพมหานคร : บียอนด์ พับลิชชิ่ง ; 2560.
5. บัญชา สติระพจน์. Diabetes nephropathy : Diagnosis and therapeutic targets. เวชสารแพทย์ทหารบก 2563 ; 73(3) : 199 – 210.
6. ศิริลักษณ์ ถูทอง. การชะลอไตเสื่อมในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้. วารสารพยาบาลทหารบก 2560 ; 18 (พิเศษ) : 17-24.
7. สมาคมโรคเบาหวานแห่งประเทศไทยฯ สมาคมต่อมไร้ท่อแห่งประเทศไทย กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. แนวทางเวชปฏิบัติสำหรับโรคเบาหวาน. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพมหานคร : รมเย็นมีเดีย ; 2560.
8. สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. แนวทางเวชปฏิบัติสำหรับโรคเบาหวาน. พิมพ์ครั้งที่ 3. ปทุมธานี : รมเย็นมีเดีย ; 2560.
9. สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. แผนยุทธศาสตร์การป้องกันและ ควบคุมโรคไม่ติดต่อระดับชาติ 5 ปี (พ.ศ. 2560-2564). กรุงเทพมหานคร : อีโมชั่น อาร์ต ; 2560.
10. สุวรรณี สร้อยสงค์ และคนอื่นๆ. พฤติกรรมการดูแลตนเองตามการรับรู้ของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้. วารสารวิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้าจันทบุรี 2560 ; 28(2) : 93-103.
11. Glasgow RE, Funnell MM, Bonomi AE, Davis C, Beckham V & Wagner EH. Self management aspects of the improving chronic illness care breakthrough series : Implementation with diabetes and heart failure teams. Annals of Behavioral Medicine 2002 ; 24(2) : 80-7.
12. Gibson. The processes of empowerment in mothers of chronically ill children. Leading Global Nursing Research 1995 ; 21(6) : 1033-216.
13. Nasri H. & Rafieian-Kopaei M. Diabetes mellitus and renal failure: prevention and management. Journal of research in medical sciences 2015 ; 20(11) : 1112-20.
14. Selby N. & Taal M. An update overview of diabetic nephropathy: Diagnosis, prognosis, treatment goals and latest guidelines. Diabetes, obesity and metabolism. A journal of pharmacology and therapeutics 2020; 22(S1) : 3-15.



## คำแนะนำสำหรับผู้พิมพ์

วารสารโรงพยาบาลกำแพงเพชร จัดทำขึ้นเพื่อเผยแพร่ผลงานทางวิชาการ และเป็นเวทีเสนอผลงานทางวิชาการ และงานวิจัย มีความยินดีรับผลงานเกี่ยวกับการแพทย์และสาธารณสุข ผู้ประสงค์จะส่งต้นฉบับเพื่อตีพิมพ์ในวารสารควรเตรียมต้นฉบับตามคำแนะนำอย่างถูกต้อง ทั้งนี้เพื่อความสะดวก และรวดเร็วในการลงพิมพ์

## ประเภทผลงานที่ตีพิมพ์

### 1. นิตยสารต้นฉบับ (original article)

เป็นรายงานผลการวิจัยที่เกี่ยวกับการแพทย์และสาธารณสุข

### 2. กรณีศึกษา (case study)

เป็นรายงานการศึกษา วิเคราะห์ ข้อมูลของผู้ป่วยเป็นรายบุคคลหรือรายกลุ่ม

### 3. บทความปริทัศน์ (review article)

เป็นบทความที่ทบทวนหรือรวบรวมความรู้เรื่องใดเรื่องหนึ่งจากวารสารหรือหนังสือต่าง ๆ ทั้งในและต่างประเทศ

## การเตรียมต้นฉบับ

### รายละเอียดของการพิมพ์

1. เป็นบทความที่ไม่เคยตีพิมพ์ที่ใดมาก่อน โดยผู้เขียนเป็นผู้รับผิดชอบต่อเนื้อหาที่เขียน
2. บทความที่ส่งมาจะได้รับการตรวจแก้ไขเพื่อความเหมาะสมทั้งในเรื่องของรูปแบบ (format) และความถูกต้องของเนื้อหาโดยกองบรรณาธิการ และส่งข้อเสนอแนะให้ผู้เขียนทาง e-mail
3. ขั้นตอนการให้ข้อเสนอแนะและแก้ไขให้แล้วเสร็จ กองบรรณาธิการจะกำหนดเวลา เพื่อให้ทันเวลาในการออกวารสาร ใช้เวลาเฉลี่ยภายใน 2 เดือนโดยประมาณ โดยกองบรรณาธิการจะรับลงวารสารตามที่เห็นชอบแล้วเท่านั้น
4. เมื่อบทความได้รับการตีพิมพ์แล้ว ผู้เขียนจะได้รับวารสารจำนวน 2 เล่มต่อเรื่อง
5. ต้นฉบับ พิมพ์ด้วยคอมพิวเตอร์ โปรแกรม Microsoft Words for Windows 2007 ใช้ตัวอักษร browallia new ขนาด 14 point Single Space และใช้กระดาษพิมพ์ A4 เว้นห่างจากขอบ 1 นิ้วโดยรอบ **ความยาวไม่เกิน 10-12 หน้า โดยรวมบทความย่อ และเอกสารอ้างอิง**
6. ตาราง ภาพ และแผนภูมิ เป็น ขาว - ดำ สอดแทรกไว้ในเนื้อเรื่อง มีชื่อตาราง ภาพ และแผนภูมิกำกับที่ชัดเจน



## การเรียงลำดับเนื้อหาของต้นฉบับ

(กองบรรณาธิการจะไม่รับพิจารณาบทความที่ไม่แก้ไขให้ตรงตามรูปแบบที่กำหนด)

### 1. การเตรียมนิพนธ์ต้นฉบับ (Original article)

**1.1 ชื่อเรื่อง (ภาษาไทย)** ควรกะทัดรัด สื่อเป้าหมายหลักของการศึกษาวิจัย ไม่ใช่คำย่อ ไม่ควรยาวเกิน 100 ตัวอักษร จัดไว้กึ่งกลางหน้ากระดาษ

**1.2 ชื่อผู้นิพนธ์ (ภาษาไทย)** ระบุชื่อของผู้เขียนทุกคน พร้อมระบุตัวย่อของวุฒิการศึกษาสูงสุด จัดชิดขวาของหน้ากระดาษ ส่วนหน่วยงานหรือสถาบันใช้การอ้างอิงแบบเชิงอรรถไว้ส่วนล่างสุดของหน้ากระดาษของเอกสาร

**1.3 บทคัดย่อ (ภาษาไทย)** เขียนแบบโครงสร้างตามลำดับดังนี้

- บทนำ : .....
- วัตถุประสงค์ : .....
- วิธีการศึกษา : .....
- ผลการศึกษา : .....
- สรุป : .....

**1.4 คำสำคัญ (ภาษาไทย)** ไม่เกิน 5 คำ ใส่ไว้ท้ายบทคัดย่อของภาษาไทย เพื่อประโยชน์ในการสืบค้นในอนาคต

**1.5 เชิงอรรถ (ภาษาไทย)** อยู่ใต้เส้นคั่นซึ่งยาว 2 นิ้ว หรือ 5 เซนติเมตร เป็นรายการเชิงอรรถที่ระบุตำแหน่งและหน่วยงานต้นสังกัดของผู้นิพนธ์

\*\*\*\*\* ข้อ 1.1 - 1.5 ไม่เกิน 1 หน้ากระดาษ A4 \*\*\*\*\*

**1.6 Title (ชื่อเรื่องภาษาอังกฤษ)** จัดกึ่งกลางหน้ากระดาษ มีความหมายตรงกับชื่อเรื่องภาษาไทย

**1.7 Authors (ชื่อผู้นิพนธ์ภาษาอังกฤษ)** จัดชิดขวาของหน้ากระดาษ พร้อมระบุตัวย่อของวุฒิการศึกษาสูงสุดภาษาอังกฤษ

**1.8 Abstract (บทคัดย่อภาษาอังกฤษ)** ต้องมีเนื้อหาตรงกับบทคัดย่อภาษาไทย และเป็นประโยคที่ดี โดยเขียนแบบโครงสร้างตามลำดับดังนี้

- Introduction : .....
- Objectives : .....
- Methods : .....
- Results : .....
- Conclusions : .....

**1.9 Keyword (คำสำคัญภาษาอังกฤษ)** ต้องตรงกับบทคัดย่อภาษาไทย ไม่เกิน 5 คำ ใส่ไว้ท้ายบทคัดย่อของภาษาอังกฤษ

**1.10 Footnote (เชิงอรรถ)** ระบุตำแหน่ง และหน่วยงานต้นสังกัดของผู้นิพนธ์เป็นภาษาอังกฤษ

\*\*\*\*\* ข้อ 1.6 - 1.10 ไม่เกิน 1 หน้ากระดาษ A4 และแยกไว้คั่นหน้ากับภาษาไทย\*\*\*\*\*

### 1.11 เนื้อเรื่อง (Text) ใช้หัวข้อดังนี้

#### - บทนำ (Introduction)

เป็นส่วนของบทความที่บอกเหตุผล นำไปสู่การศึกษา แต่ไม่ต้องทบทวนวรรณกรรม ที่ไม่เกี่ยวกับจุดมุ่งหมายของการศึกษา เป็นส่วนที่อธิบายให้ผู้อ่านรู้ปัญหา ลักษณะ และขนาด เป็นการนำไปสู่ความจำเป็นในการศึกษาวิจัยให้ได้ผลเพื่อแก้ปัญหาหรือตอบคำถามที่ตั้งไว้ หากมีทฤษฎีที่จำเป็นต้องใช้ในการศึกษา อาจวางพื้นฐานไว้ในส่วนนี้ได้ และให้รวมวัตถุประสงค์ของการศึกษาเป็นร้อยแก้วในส่วนท้ายของบทนำ ไม่ใส่ผลการศึกษาและสรุป

#### - วิธีการศึกษา (Methods)

ประกอบด้วย ประชากร และกลุ่มตัวอย่าง เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล การวิเคราะห์ข้อมูล และจริยธรรมการวิจัย

#### - ผลการศึกษา (results)

แจ้งผลที่พบตามลำดับหัวข้อของแผนการศึกษาอย่างชัดเจน ดูได้ง่าย ถ้าผลไม่ซับซ้อนไม่มีตัวเลขมากบรรยายเป็นร้อยแก้ว แต่ถ้าตัวเลขมาก ตัวแปรมากควรใช้ตาราง หรือแผนภูมิโดยไม่ต้องอธิบายตัวเลขในตารางซ้ำอีกในเนื้อเรื่อง ยกเว้นข้อมูลสำคัญๆ อย่างจำกัด แปลความหมายของผลที่ค้นพบหรือวิเคราะห์และสรุปเปรียบเทียบกับสมมติฐานที่วางไว้

#### - วิจารณ์ (discussion)

เริ่มด้วยการวิจารณ์ผลการศึกษาดตรงกับวัตถุประสงค์ สมมติฐานของการวิจัย หรือแตกต่างไปจากผลงานที่มีผู้รายงานไว้ก่อนหรือไม่ อย่างไร เพราะเหตุใดจึงเป็นเช่นนั้น วิจารณ์ผลที่ไม่ตรงตามที่คาดหวังอย่างไม่ปิดบัง อาจแสดงความคิดเห็นเบื้องต้นตามประสบการณ์หรือข้อมูลที่ตนมีเพื่ออธิบายส่วนที่โดดเด่นแตกต่างเป็นพิเศษได้ แล้วจบบทความด้วยข้อยุติ

#### - สรุป (conclusion)

ผลที่ได้ตรงกับวัตถุประสงค์การวิจัยหรือไม่ ให้ข้อเสนอแนะที่นำผลการวิจัยไปใช้ประโยชน์หรือให้ประเด็นคำถามการวิจัยต่อ ข้อยุติอาจใส่ไว้ในหัวข้อเดียวกันกับวิจารณ์ก็ได้

#### - กิตติกรรมประกาศ (acknowledgments)

มีเพียงย่อหน้าเดียว แจ้งให้ทราบว่ามีใครช่วยเหลือที่สำคัญจากที่ใดบ้าง เช่น ผู้บริหาร ผู้ช่วยเหลือทางเทคนิคบางอย่าง และผู้สนับสนุนทุนการวิจัยเท่าที่จำเป็น แต่การใส่ชื่อคนช่วยมาๆ ทำให้บทความดูย่ำความภูมิใจเพราะผู้อ่านจะอนุมานว่างานส่วนใหญ่มีคนช่วยทั้งหมด

#### - เอกสารอ้างอิง (references) ดูในหัวข้อการเขียนเอกสารอ้างอิง

## 2. การเตรียมต้นฉบับกรณีศึกษา (Case Study)

2.1 เรื่อง ชื่อผู้พิมพ์ คำสำคัญ และเชิงอรรถ ทั้งภาษาไทย และภาษาอังกฤษ มีข้อกำหนดในการเขียนและการจัดรูปแบบเหมือนนิพนธ์ต้นฉบับ (Original article)

2.2 บทคัดย่อ (ภาษาไทย) ใช้ภาษารัดกุมเป็นประโยคสมบูรณ์มีความหมายในตัวเองไม่ต้องหาความหมายเพิ่มเติม ไม่ควรมีคำย่อ เขียนแบบโครงสร้างตามลำดับดังนี้

- บทนำ : เขียนย่อถึงความสำคัญโรคที่ศึกษาการดูแลรักษาที่สำคัญ และภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น (ไม่ควรเกิน 2 บรรทัด)





- วัตถุประสงค์ : เขียนวัตถุประสงค์การศึกษาต่อผู้ป่วย เช่น เพื่อดูแลและเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนจนผู้ป่วยพ้นภาวะวิกฤต เพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยดูแลตนเองได้อย่างถูกต้อง เป็นต้น

- กรณีศึกษา : เขียนย่อเพื่อให้เห็นภาพรวมว่า ผู้ป่วยกรณีศึกษาเป็นใคร จำนวนกี่ราย เข้าการรักษาในโรงพยาบาลในช่วงใด อาการสำคัญที่มาโรงพยาบาล แพทย์ให้การรักษาที่สำคัญอะไร ในช่วงเวลาที่ศึกษาพบปัญหาทางการพยาบาลอะไรบ้าง และให้การพยาบาลที่สำคัญอย่างไร ผลการประเมินหลังให้การพยาบาลเป็นอย่างไร

- สรุป : เขียนสรุปกรณีศึกษา สรุปโรค และข้อเสนอแนะสั้นๆ อยู่ในย่อหน้าเดียวกัน

**2.3 Abstract (บทคัดย่อภาษาอังกฤษ)** ต้องมีเนื้อหาตรงกับบทคัดย่อภาษาไทย และเป็นประโยคอดีตโดยเขียนแบบโครงสร้างตามลำดับดังนี้

- Introduction : .....

- Objectives : .....

- Case Study : .....

- Conclusions : .....

**2.4 เนื้อเรื่อง (Text) ใช้หัวข้อดังนี้**

- บทนำ

เป็นส่วนของบทความที่บอกเหตุผลที่มาของการนำไปสู่การศึกษา ได้แก่ ความสำคัญของโรคที่ศึกษา ข้อมูลสถิติ (อย่างน้อยในสถานที่ที่ศึกษา) วิธีการคัดเลือกกรณีศึกษาหรือสาเหตุที่เลือกผู้ป่วยรายนี้มาศึกษา แต่ไม่ต้องใส่ทฤษฎีและทบทวนวรรณกรรมมาทั้งหมด ใช้ลักษณะการวิเคราะห์มาเขียนแทน และให้รวมวัตถุประสงค์การศึกษาเป็นร้อยแก้วในส่วนท้ายของบทนำ

- กรณีศึกษา

เป็นการสรุปข้อมูลของผู้ป่วยที่ศึกษา เขียนสรุปใจความสำคัญตามลำดับหัวข้อดังนี้ ข้อมูลทั่วไป อาการสำคัญที่มาโรงพยาบาล ประวัติการเจ็บป่วย การประเมินสภาพร่างกายตามระบบ การประเมินสภาพด้านจิตใจและสังคม ผลการเอกซเรย์และ/หรือผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการที่สำคัญ (ตามโรคและแสดงให้เห็นถึงแนวโน้ม) การวางแผนการพยาบาล โดยสรุปปัญหาที่สำคัญเป็นรายชื่อ

- ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล

เขียนเรียงลำดับตามความสำคัญของปัญหา ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลต้องเป็นสิ่งที่ถูกวิเคราะห์มาจากปัญหาเฉพาะของผู้ป่วยที่ศึกษา โดยมีข้อมูลสนับสนุน วัตถุประสงค์การพยาบาล เกณฑ์การประเมินผลกิจกรรมการพยาบาลที่ให้ในกรณีศึกษานี้ และประเมินผลการพยาบาล

- สรุปกรณีศึกษา

เป็นการสรุปกรณีศึกษาที่สำคัญ 1 ย่อหน้า เพื่อให้เห็นภาพรวมทั้งหมดตั้งแต่อาการสำคัญที่มาโรงพยาบาล ระยะเวลาที่ทำกรณีศึกษา ปัญหาทางการพยาบาลที่สำคัญ ผู้ศึกษาให้การพยาบาลที่สำคัญอะไรบ้าง และการประเมินผลการพยาบาล

- วิจารณ์และข้อเสนอแนะ

อธิบายสาเหตุสำคัญของการเกิดปัญหา หรือหลุมพราง (pitfall) ที่พบจากการศึกษาเฉพาะกรณีนี้ และข้อแนะนำในการให้การพยาบาลที่จะนำไปใช้ในผู้ป่วยรายอื่นๆ ต่อไป

- สรุป

ให้สรุปโรคที่ศึกษาที่สัมพันธ์กับทฤษฎี

- เอกสารอ้างอิง

ดูในหัวข้อการเขียนเอกสารอ้างอิง

## การเขียนเอกสารอ้างอิง

การอ้างอิงเอกสารใช้ระบบแวนคูเวอร์ (Vancouver style) โดยใส่ตัวเลขในวงเล็บหลังข้อความหรือหลังชื่อบุคคลเจ้าของข้อความที่อ้างถึง โดยใช้หมายเลข 1 สำหรับเอกสารอ้างอิงอันดับแรก และเรียงต่อไปตามลำดับ ถ้าต้องการอ้างอิงซ้ำให้ใช้หมายเลขเดิม ห้ามใช้คำย่อในเอกสารอ้างอิงยกเว้นชื่อต้นและชื่อวารสาร บทความที่บรรณาธิการรับตีพิมพ์แล้วแต่ยังไม่เผยแพร่ให้ระบุ “ กำลังพิมพ์ ” บทความที่ไม่ได้ตีพิมพ์ให้แจ้ง “ ไม่ได้ตีพิมพ์ ” หลีกเลี่ยง “ ติดต่อบุคคล ” มาใช้อ้างอิง เว้นแต่มีข้อมูลสำคัญมากที่หาไม่ได้ทั่ว ๆ ไปให้ระบุชื่อ และวันที่ติดต่อบุคคลในวงเล็บท้ายชื่อเรื่องที่อ้างอิง

ชื่อวารสารในการอ้างอิง ให้ใช้ชื่อย่อตามรูปแบบของ U.S. Nation Library of Medicine ที่ตีพิมพ์ใน Index Medicus ทุกปี หรือในเว็บไซต์ <http://www.nlm.nih.gov/tsd/serials/liji.html>

### การเขียนเอกสารอ้างอิงในวารสารวิชาการมีหลักเกณฑ์ ดังนี้

#### 1. วารสารวิชาการ

ลำดับที่. ชื่อผู้พิมพ์. ชื่อเรื่อง. ชื่อวารสารปีที่พิมพ์ ; ปีที่ : หน้าแรก - หน้าสุดท้าย.

วารสารภาษาไทย ชื่อผู้พิมพ์ให้ใช้ชื่อเต็มทั้งชื่อและชื่อสกุล ชื่อวารสารเป็นชื่อเต็ม ปีที่พิมพ์เป็นปีพุทธศักราช วารสารภาษาอังกฤษใช้ชื่อสกุลก่อน ตามด้วยอักษรย่อตัวหน้าตัวเดียวของชื่อตัวและชื่อรอง ถ้ามีผู้พิมพ์มากกว่า 6 คน ให้ใส่ชื่อเพียง 6 คนแรก แล้วตามด้วย et al. (วารสารภาษาอังกฤษ) หรือและคณะ (วารสารภาษาไทย) ชื่อวารสารใช้ชื่อย่อตามแบบของ Index Medicus หรือตามแบบที่ใช้ในวารสารนั้น ๆ เลขหน้าสุดท้ายใส่เฉพาะเลขท้าย ตามตัวอย่างดังนี้

#### 1.1 เอกสารจากวารสารวิชาการ

1. วิทยา สวัสดิคุณพิงศ์, พัชรี เงินตรา, ปราณิ มหาศักดิ์พันธ์, ฉวีวรรณ เขาวงกิตพิงศ์, ยุวดี ดาทิพย์. การสำรวจความครอบคลุมและการใช้บริการตรวจหามะเร็งปากมดลูกในสตรี อำเภอแม่สอด จังหวัดตาก ปี 2550. วารสารวิชาการ สาธารณสุข 2551 ; 7 : 20-6.

2. Russell FD, Coppell AL, Davenport AP. In Vitro enzymatic processing of Radiolabelled big ET-1 in human kidney as a food ingredient. Biochem Pharmacol ; 1998 ; 55 : 697-701.

#### 1.2 องค์การเป็นผู้พิมพ์

1. คณะผู้เชี่ยวชาญจากสมาคมอุรเวชแห่งประเทศไทย เกณฑ์การวินิจฉัยและแนวทางการประเมินการสูญเสีย สมรรถภาพทางกายของโรคระบบการหายใจเนื่องจากการประกอบอาชีพ. แพทย์สภาสาร 2538 ; 24 : 190-204.

#### 1.3 ไม่มีชื่อผู้พิมพ์

1. Coffee drinking and cancer of the pancreas (editorial). BMJ 1981 ; 283 : 628.

#### 1.4 บทความในฉบับแทรก

1. วิชัย ตันไพจิตร. สิ่งแวดล้อม โภชนาการกับสุขภาพ ใน : สมชัย บวรกิตติ, จอห์น พี ลอฟท์ส บรรณาธิการ. เวชศาสตร์-สิ่งแวดล้อม. สารศิริราช 2539 ; 48 (ฉบับผนวก) : 153-61.



## วิธีการเขียนฉบับแทรก

1. Environ Health Perspect 1994 ; 102 Suppl 1 : 275-82.
2. Semin Oncol 1996 : 23 (1 Suppl 2) : 89-97.
3. Ann clin Biochem 1995 ; 32 (pt 3) : 303-6.
4. N Z Med J 1994 ; 107(986 pt 1) : 377-8
5. Clin Orthop 1995 ; (320) : 110-4.
6. Curr opin Gen Surg 1993 : 325-33.

## 1.5 ระบุประเภทของบทความ

1. บุญเรือง นิยมพร, ดำรง เพ็ชรพลาย, นันทวัน พรหมผลิน, ทวี บุญโชติ, สมชัย บวรกิตติ, ประหยัด ทัศนากรณ์. แอลกอฮอล์กับอุบัติเหตุบนท้องถนน (บทบรรณาธิการ). สารคดีราช 2539 ; 48 :616-20.
2. Enzenseberger W, Fischer PA. Metronome in Parkinson's disease (letter). Lancet 1996 ; 347 :1337.

## 2. หนังสือ ตำรา หรือรายงาน

### 2.1 หนังสือหรือตำราผู้พิมพ์เขียนทั้งเล่ม

ลำดับที่. ชื่อผู้พิมพ์. ชื่อหนังสือ. ครั้งที่พิมพ์. เมืองที่พิมพ์ : สำนักพิมพ์ ; ปีที่พิมพ์.

#### - หนังสือแต่งโดยผู้พิมพ์

1. ธงชัย สันติวงษ์. องค์การและการบริหารฉบับแก้ไขปรับปรุง. พิมพ์ครั้งที่ 7. กรุงเทพมหานคร : ไทยวัฒนาพานิช ; 2535.

2. Ringsven MK, Bond D. Gerontology and leadership skills for nurses. 2<sup>nd</sup> ed. Albany (NY) : Delmar Publishers ; 1996.

#### - หนังสือมีบรรณาธิการ

1. วิชาญ วิทยาศัย, ประคอง วิทยาศัย, บรรณาธิการ. เวชปฏิบัติในผู้ป่วยติดเชื่อเอดส์. กรุงเทพมหานคร : มุลนิธิเด็ก ; 2535.

2. Norman IJ, Redfern SJ, editors. Mental health care for elderly people. New York : Churchill Livingstone ; 1996.

### 2.2 บทหนึ่งในหนังสือหรือตำรา

ลำดับที่. ชื่อผู้พิมพ์. ชื่อเรื่องใน. ใน : ชื่อบรรณาธิการ, บรรณาธิการ. ชื่อหนังสือ. ครั้งที่พิมพ์. เมืองที่พิมพ์ : สำนักพิมพ์ ; ปีที่พิมพ์. หน้า (หน้าแรก-หน้าสุดท้าย).

1. เกรียงศักดิ์ จิระแพทย์ การให้สารน้ำและเกลือแร่. ใน : มนตรี ตูจันทา, วินัย สุวัตถิ, อรุณ วงษ์จิราษฏร์, ประอร ชวลิตธำรง, พิภพ จิรภิญโญ, บรรณาธิการ. กุมารเวชศาสตร์. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพมหานคร : เรือนแก้ว การพิมพ์ ; 2550. หน้า 424-7.

2. Phillpps SJ. Whisnant JP. Hypertension and stroke. In: Laragh JH, Brenner BM, editors. Hypertension: pathophysiology, diagnosis, and management. 2<sup>nd</sup> ed. New York : Raven Press ; 1995. p 465-78.

### 3. รายงานการประชุม สัมมนา

ลำดับที่. ชื่อบรรณาธิการ, บรรณาธิการ. ชื่อเรื่อง. ชื่อการประชุม ; วัน เดือน ปีประชุม ; สถานที่จัดประชุม. เมืองที่พิมพ์ : สำนักพิมพ์ ; ปีที่พิมพ์.

1. อนุวัฒน์ ศุภชุตติกุล, งามจิตต์ จันทรสานิต, บรรณาธิการ. นโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ. เอกสารประกอบการประชุมวิชาการสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข ครั้งที่ 2 เรื่อง ส่งเสริมสุขภาพ : บทบาทใหม่แห่งยุคของทุกคน ; 6-8 พฤษภาคม 2541 ; ณ โรงแรมบีบีทาวเวอร์. กรุงเทพมหานคร : ดีไซน์ ; 2541.

2. Kimura J, Shibasaki H, editors. Recent advances in clinical neurophysiology. Proceedings of the 10<sup>th</sup> International congress of EMG and clinical Neurophysiology ; 1995 Oct 15-19 ; Kyoto, Japan. Amsterdam : Elsevier ; 1996.

3. Bengtsson S, Solheim BG, Enforcement of data protection, privacy and security in medical informatics. In : Lun KC, Degoulet P, Piemme TE, Rienhoff O, editors. MEDINFO 92. Proceedings of the 7<sup>th</sup> World Congress on Medical Informatics ; 1992 Sep 6-10 ; Geneva, Switzerland. Amsterdam: North-Holland ; 1992. p. 1561-5.

### 4. รายงานการวิจัย พิมพ์โดยผู้ให้ทุน

ลำดับที่. ชื่อผู้พิมพ์. ชื่อเรื่อง. เมืองที่พิมพ์ : หน่วยงานที่พิมพ์/แหล่งทุน ; ปีที่พิมพ์. เลขที่รายงาน.

1. ศุภชัย คุณารัตนพฤกษ์, ศุภสิทธิ์ พรรณนารุโณทัย. การพัฒนากลไกการจ่ายเงินที่มีประสิทธิภาพในระบบสาธารณสุขด้วยกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม. กรุงเทพมหานคร : กองโรงพยาบาลภูมิภาค/สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุขไทย/องค์การอนามัยโลก ; 2540.

2. Smith P, Golladay K. Payment for durable medical equipment billed during skilled nursing facility stays. Final report. Dallas (TX) : Dept. of Health and Human Services (US). Office of Evaluation and Inspections ; 1994. Report No. : HHSIGOEI69200860.

### 5. วิทยานิพนธ์

ลำดับที่. ชื่อผู้พิมพ์. ชื่อเรื่อง (ประเภทปริญญา). ภาควิชา คณะ. เมือง : มหาวิทยาลัย ; ปีที่ได้ปริญญา.

1. ชยชัย ชาติ. ต้นทุนในการรักษาพยาบาลของโรงพยาบาลรัฐบาล : ศึกษาเฉพาะกรณีตัวอย่าง 4 โรงพยาบาลในเขตกรุงเทพมหานคร (วิทยานิพนธ์ปริญญาเศรษฐศาสตรมหาบัณฑิต). ภาควิชาเศรษฐศาสตร์. บัณฑิตวิทยาลัย. กรุงเทพมหานคร : จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ; 2530.

2. Kaplan SJ. Post-hospital home health care : the elderly's access and utilization (dissertation). St. Louis (MO) : Washington Univ. ; 1995.

### 6. สิ่งพิมพ์อื่นๆ

#### 6.1 บทความในหนังสือพิมพ์

ลำดับที่. ชื่อผู้เขียน. ชื่อเรื่อง. ชื่อหนังสือพิมพ์ วันเดือนปีที่พิมพ์ ; ส่วนที่ : เลขหน้า (เลขคอลัมน์).

1. เพลิงมรดก. หมอ. หนังสือพิมพ์ไทยรัฐ วันที่ 30 สิงหาคม 2539 ; 23. (คอลัมน์ 5).

2. Lee G. Hospitalizations tied to ozone pollution: study estimates 50,000 admissions annually. The Washington Post 1996 Jun 21 ; Sect. A : 3 (col.5).



## 6.2 กฎหมาย

1. พระราชบัญญัติเครื่องสำอาง 2532. ประกาศกระทรวงสาธารณสุข ฉบับที่ 37 พ.ศ. 2532, ราชกิจจานุเบกษาเล่มที่ 106, ตอนที่ 129. (ลงวันที่ 15 สิงหาคม 2532).

2. Preventive Health Amendments of 1993. Pub L No. 103-188, 107 Stat. 2226. (Dec 14, 1993).

## 6.3 พจนานุกรม

1. พจนานุกรมราชบัณฑิตยสถาน พ.ศ. 2535. พิมพ์ครั้งที่ 5. กรุงเทพมหานคร : อักษรเจริญทัศน์ ; 2538 . หน้า 545.

2. Stedman's medical dictionary. 26<sup>th</sup> ed. Baltimore: Williams & Wilkins ; 1995. Apraxia ; p. 199-20.

## 6.4 วิทยุทัศน์

ลำดับที่. ชื่อเรื่อง (วิทยุทัศน์). เมืองที่ผลิต : แหล่งผลิต ; ปีที่ผลิต.

1. HIV+/AIDS : the facts and the future (videocassette). St. Louis (MO) : Mosby-year Book ; 1995.

## 6.5 สื่ออิเล็กทรอนิกส์

1. ลำดับที่. ชื่อผู้พิมพ์. ชื่อเรื่อง. ชื่อวารสารหรือชนิดของสื่อ [serial online] ปีที่พิมพ์ [วัน เดือน ปี ที่ค้นข้อมูล ] ; ปีที่(เล่มที่ถ้ามี) : [จำนวนหน้าหรือจำนวนภาพ]. แหล่งข้อมูล : URL address underlined.

1. Morse SS. Factors in the emergence of infectious disease. Emerg Infect Dis [serial online] 1995 Jan-Mar[cited 1999 Dec 25] ; 1 (1) : [24 Screens]. Available from: URL : <http://www.cdc.gov/ncidoc/EID/eid.htm>

2. Garfinkel PE, Lin E, Goering p. Should amenorrhoea be necessary for the diagnosis of anorexia nervosa? Br J Psych [serial online] 1996 [cited 1999 Aug 17] ; 168(4) : 500-6. Available from : URL : <http://biomed.niss.ac.uk>

### 2. กรณีที่ไม่ปรากฏชื่อผู้พิมพ์ให้เริ่มต้นจากอ้างอิง

1. National Organization for Rare Disease [online]. 1999 Aug 16 [cited 1999 Aug 21] ; Available from: URL: <http://rarediseases.org/>

2. Royal College of General Practitioners. The primary health care team. [online]. 1998 [cited 1999 Aug 22] ; [10 screen]. Available from : URL : [http://rcgp.org.uk/informat/publicat/rcf\\_0021.htm](http://rcgp.org.uk/informat/publicat/rcf_0021.htm)

3. Zand J. The natural pharmacy: herbal medicine for depression [online]. [1999?] [cited 2001 Aug 23] ; [15 screens]. Available from : URL : <http://www.healthy.net/asp/templates/Article.asp?PageType=Article&Id=920>

### 3. Web based / online Databases

ลำดับที่. ชื่อผู้พิมพ์. ชื่อเรื่อง. ชื่อวารสารหรือชนิดของสื่อ [online]. โรงพิมพ์ถ้ามี. แหล่งข้อมูล : ชื่อเรื่องและฐานข้อมูลถ้ามี. [ วัน เดือน ปี ที่ค้นข้อมูล].

Kirkpatrick GL. Viral infections of the respiratory tract. In : Family Medicine. 5<sup>th</sup> ed.[online], 1998. Available from: Stat! Ref. Jackson (WY): Teton Data System; 2001. [cited 2001 Aug 31].

### 4. CD-ROM

Clinical pharmacology 2000 [CD-ROM]. Version 2.01. [cited 2001 Aug 7]; Gainesville (FL): Gold standard Multimedia; 2001.

## 5. Book on CD-ROM

1. The Oxford English dictionary [book on CD-ROM]. 2<sup>nd</sup> ed. New York (NY): oxford university Press; 1992.

2. Paracetamol. Martindale's: the extra pharmacopoeia. In: International Healthcare Series [CD-ROM]. [cited 1998 Sep 3]; Englewood (co): Micromedex; 1998.

## 6. Journal on CD-ROM

ลำดับที่. ชื่อผู้พิมพ์. ชื่อเรื่อง. ชื่อวารสาร(ชื่อย่อ) [Serial on CD-ROM] ปี; เล่มที่ : หน้า.

1. Gershon ES. Antisocial behavior. Arch Gen Psychiatry [Serial on CD-ROM]. 1995; 52: 900-901.

## 7. Other Software

**Format : Title (1 space) medium in square brackets [eg. Computer program, Computer file.] Version. Place of production: Producer; Year.**

1. Epi Info [computer program]. Version 6. Atlanta (GA): Centers for Disease Control and Prevention; 1994.

## การส่งต้นฉบับ

ต้นฉบับที่ส่งให้บรรณาธิการ ต้องเป็นต้นฉบับสำเนา 2 ชุด (ไฟล์ข้อมูล / แผ่น CD) ไม่ควรม้วนหรือพับต้นฉบับ ควรส่งในซองหนา และใหญ่พอเหมาะกับแผ่นกระดาษต้นฉบับการส่งต้นฉบับควรส่งจดหมายแนบไปด้วย แจ้งรายละเอียดบางประการ อาทิเช่น สถานที่อยู่ หมายเลขโทรศัพท์ของผู้พิมพ์ ที่กองบรรณาธิการสามารถจะติดต่อได้ จำนวนสำเนาต้นฉบับที่ส่งไป และอื่นๆ เมื่อผู้เขียนย้ายที่อยู่ หรือเดินทางไปจากสถานที่อยู่เดิมเป็นเวลานาน ควรแจ้งให้บรรณาธิการทราบ

## การตรวจทานต้นฉบับก่อนตีพิมพ์ (final proof)

ผู้เขียนต้องตรวจทานพิสูจน์อักษรในลำดับสุดท้าย เพื่อให้ความเห็นชอบในความถูกต้อง ครบถ้วนของเนื้อหา ก่อนลงตีพิมพ์

## กำหนดการรับต้นฉบับ และกำหนดการออกของวารสาร

- กำหนดออกของวารสารโรงพยาบาลกำแพงเพชร ปีละ 2 ฉบับ ราย 6 เดือน
  - ฉบับที่ 1 เดือนมกราคม – มิถุนายน (ส่งต้นฉบับภายใน 30 เมษายน ออกภายใน 30 มิถุนายน)
  - ฉบับที่ 2 เดือนกรกฎาคม – ธันวาคม (ส่งต้นฉบับภายใน 30 ตุลาคม ออกภายใน 30 ธันวาคม)
- **หมายเหตุ :** บทความไม่ควรยาวเกิน 10-12 หน้าต่อเรื่อง (รวมบทคัดย่อ และเอกสารอ้างอิง) และควรมีที่อยู่ เบอร์โทรศัพท์ที่สามารถติดต่อได้ง่าย เพื่อติดต่อผู้พิมพ์





## การส่งต้นฉบับ

กรุณาส่งถึง **คุณอากาศร เอ็มโอฐ**  
งานห้องสมุด โรงพยาบาลกำแพงเพชร  
เลขที่ 428 ถนนราชดำเนิน 1 อำเภอเมือง จังหวัดกำแพงเพชร 62000  
e-mail : [librarian\\_hh@hotmail.com](mailto:librarian_hh@hotmail.com)  
โทรศัพท์ (055) 022000 - 29 ต่อ 1403  
โทรสาร (055) 711232

