



วารสาร

การพยาบาล การสาธารณสุข และการศึกษา

Nursing Public Health and Education Journal

ปีที่ 21 ฉบับที่ 1 มกราคม - เมษายน 2563 ISSN 2651-1908

การดูแลผู้ป่วยล้างไตทางช่องท้องภายใต้นโยบายล้างไตทางช่องท้องเป็นทางเลือกแรก: จากนโยบายสู่การปฏิบัติการพยาบาล

* อินทิรา สุขรุ่งเรือง ดาราวรรณ รองเมือง กฤตพัทธ์ ผิกฝน

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการรับรู้ความสามารถในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ในมารดาหลังผ่าคลอดทางหน้าท้อง

* ปริญญ ชัยกองเกียรติ ภาชีนา บุญลาก อาภาภรณ์ หาญณรงค์

ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้และพฤติกรรมการบริโภคเพื่อป้องกันภาวะขาดไอโอดีนในสตรีตั้งครรภ์

* พจณีย์ ขวัญเงิน เกสรา ศรีพิชญากุล อัญชลี เล้าวงศ์ จันทร์ฉาย สิงหนันท์

ประสิทธิผลของโปรแกรมการพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่เสี่ยงต่อโรคไตเรื้อรัง

* กานต์ณิพัทธ์ ปัญญอนชัยกุล สุทธิพร มูลศาสตร์ วรวรรณ ชัยลิมปมนตรี

ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2

* อรุณฯ ประดับทอง สุขุมล แสนพวง อิดารัตน์ คงนิ้งเพียร

ความเชื่อด้านสุขภาพของผู้ดูแลเด็กต่อพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อในศูนย์เด็กเล็ก: กรณีศึกษาศูนย์เด็กเล็กจังหวัดพะเยา

* พงศ์พัชรา พรหมเผ่า พินทอง ปิ่นใจ สุรางคนา ไชยรินคำ

ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ ตำบลโพธิ์แท่น อำเภองครักษ์ จังหวัดนครนายก

* อ้อมใจ แต่เจริญวิริยะกุล ชิดชนก จัษฎ์ทรัพย์ ศรีพิชชา ทวีระศรีคม์ อัญญา ไบสค์แก้ว ศิริกุล ธรรมจิตรสกุล

ปัจจัยทำนายความตั้งใจการใช้กัญชาในกระบวนการรักษาความเจ็บป่วยของนิสิต สาขาวิชานามัยชุมชน

* ณัฐธิดา ผิปากเพราะ กมลชนก ค่ายอดม่วง ขญานุช จันทรัตน์ ปวันรัตน์ สีขอสัก ภควดี ชันทะกสิกรรม ศิริพร ต้นธรรม ศิริรัตน์ คงพล ประจวบ แผลมหลัก

ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเกิดอุบัติเหตุการล้ม

* ไสภาพร พันตุลาวัฒน์ ธาณี กล่อมใจ

ปัจจัยทำนายภาวะซึมเศร้าของหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นในเขตภาคตะวันออกเฉียงเหนือของประเทศไทย

* สมิตรา สิทธิฤทธิ์ สิริกร สุวัชรณัฐชา พิชราภรณ์ ไชยสังข์ ประทีป หมั่นทอง

การพัฒนาการจัดการเรียนรู้แบบสหสาขาวิชาชีพในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง

* ธาณี กล่อมใจ นันทิกา อนันตชัยพัฒนา ทักษิภา ชัยรัตน์

การศึกษาทักษะชีวิตของนักศึกษาพยาบาลศาสตรบัณฑิตวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครพะเยา

* อารยา จิรมนัสวงศ์ จุฬารัตน์ หัวหาญ พิชรินทร์ วรรณทวี

การพัฒนาแบบการบริหารเพื่อสนับสนุนการจัดการเรียนการสอนแบบสถานการณ์จำลอง

* ธาณี กล่อมใจ สมัยพร อาซาล สมศรี ทาทาน ทักษิภา ชัยรัตน์

Nursing
Public Health
Education



วารสารการพยาบาล การสาธารณสุขและการศึกษา วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี พะเยา

ปีที่ 21 ฉบับที่ 1 มกราคม – เมษายน 2563 ISSN 2651-1908

วัตถุประสงค์

เพื่อส่งเสริมและเผยแพร่ผลงานวิชาการในรูปแบบรายงานวิจัย (Research Article) และบทความปริทัศน์ (Review Article) สาขาการพยาบาล การสาธารณสุขและการศึกษา

กำหนดการออกวารสาร

ทุกๆ 4 เดือน (ปีละ 3 ฉบับ)

มกราคม – เมษายน

พฤษภาคม – สิงหาคม

กันยายน – ธันวาคม

เจ้าของ

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี พะเยา

312 หมู่ 11 ต.บ้านต๋อม อ.เมือง จ.พะเยา 56000

โทรศัพท์ 0-5443-1779 โทรสาร 0-5443-1889

ที่ปรึกษา

ศาสตราจารย์ ดร.เวทิน นพนิตย์

ผู้อำนวยการ Professional Associates of Thailand

ดร.ธานี กล่อมใจ

ผู้อำนวยการวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี พะเยา

บรรณาธิการ

ดร.ทักษิภา ชัชรรัตน์

ผู้ช่วยบรรณาธิการ

อาจารย์ฐิติพร เรือนกุล

เลขานุการ

อาจารย์จรรยา แก้วใจบุญ

อาจารย์สมศรี ทาทาน

อาจารย์อัมพร ยานะ

นางสาว ชนิตาภา อินตะมุด

นายเอกชัย หมั่นขัติย์

กองบรรณาธิการ

รองศาสตราจารย์ ดร. พรณพิไล ศรีอาภรณ์

มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

รองศาสตราจารย์ ดร.สุพล นธการกิจกุล

มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

รองศาสตราจารย์ ดร.เดชา ทำดี

มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สมยศ ชิดมงคล

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สมานจิต ภิรมย์ริน

มหาวิทยาลัยการจัดการและเทคโนโลยีอีสเทิร์น

ดร.วิยะดา รัตนสุวรรณ

มหาวิทยาลัยพะเยา

ดร.ประจวบ แผลมหลัก

มหาวิทยาลัยพะเยา

ดร.สุภาภรณ์ อุดมลักษณ์

มหาวิทยาลัยเนชั่น

ดร.ฤทัยรัตน์ ชิดมงคล

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี อุดรธานี

ดร.นุสรา ประเสริฐศรี

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี สรรพสิทธิประสงค์

ดร. สุชาดา อินทรกำแหง ณ.ราชสีมา

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี อุดรดิตถ์

ดร.จุไรรัตน์ ห้าวหาญ

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี สุรินทร์

ดร. คาราวรรณ รองเมือง

วิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี

ดร. ธานี กล่อมใจ

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี พะเยา

ดร.ดลนภา หงส์ทอง

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี พะเยา

ดร.กฤตพัทธ์ ฝึกฝน

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี พะเยา

ดร.ปรัศนีย์ สมบัติ

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี พะเยา

สารบัญ

หน้า

- การดูแลผู้ป่วยล้างไตทางช่องท้องภายใต้นโยบายล้างไตทางช่องท้องเป็นทางเลือกแรก :
จากนโยบายสู่การปฏิบัติการพยาบาล 3
- ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการรับรู้ความสามารถในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่
ในมารดาหลังผ่าคลอดทางหน้าท้อง 16
- ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้และพฤติกรรมการบริโภคเพื่อป้องกันภาวะขาดไอโอดีนในสตรีตั้งครรภ์ 29
- ประสิทธิผลของโปรแกรมการพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง
ที่เสี่ยงต่อโรคไตเรื้อรัง 41
- ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 55
- ความเชื่อด้านสุขภาพของผู้ดูแลเด็กต่อพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อในศูนย์เด็กเล็ก :
กรณีศึกษาศูนย์เด็กเล็กจังหวัดพะเยา 68
- ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ ตำบลโพธิ์แท่น อำเภองครักษ์ จังหวัดนครนายก 80
- ปัจจัยทำนายความตั้งใจการใช้กัญชาในกระบวนการรักษาความเจ็บป่วยของนิสิต สาขาวิชาอนามัยชุมชน 91
- ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเกิดอุบัติเหตุการล้ม ความเสี่ยง 105
- ปัจจัยทำนายภาวะซึมเศร้าของหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นในเขตภาคตะวันออกเฉียงเหนือของประเทศไทย 116
- การพัฒนาการจัดการเรียนรู้แบบสหสาขาวิชาชีพในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง 125
- การศึกษาทักษะชีวิตของนักศึกษาพยาบาลศาสตรบัณฑิต วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุรินทร์ 139
- การพัฒนารูปแบบการบริหารเพื่อสนับสนุนการจัดการเรียนการสอนแบบสถานการณ์จำลอง 149



การดูแลผู้ป่วยลำไส้ทางช่องท้อง ภายใต้นโยบายลำไส้ทางช่องท้องเป็นทางเลือกแรก: จากนโยบายสู่การปฏิบัติการพยาบาล

อินทิรา สุขรุ่งเรือง
หน่วยไตเทียม โรงพยาบาลพุทธโสธร
ดราวรณ รongเมือง
วิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี
กฤตพัทธ์ ฝึกฝน
วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี พะเยา

Received : March 5, 2020

Revised : April 10, 2020

Accepted : April 13, 2020

บทคัดย่อ

โรคไตเรื้อรังเป็นปัญหาสุขภาพที่สำคัญของโลกรวมถึงประเทศไทย ผู้ป่วยกลุ่มนี้หากไม่ได้รับการดูแลรักษาที่เหมาะสมจะทำให้การดำเนินของโรคเลวลงจนเกิดภาวะไตเรื้อรังระยะสุดท้าย จำเป็นต้องรักษาด้วยวิธีการบำบัดทดแทนไต ทำให้เป็นภาระของผู้ป่วย ครอบครัว และประเทศชาติ พยาบาลเป็นบุคคลหนึ่งในทีมสุขภาพที่มีบทบาทสำคัญในการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการบำบัดทดแทนไตด้วยการล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่อง การให้การดูแลที่ดีจะส่งผลให้การรักษามีประสิทธิภาพ ป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อน ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดี บทความวิชาการนี้มีจุดมุ่งหมายเพื่อนำเสนอ นโยบายที่เกี่ยวข้องกับการล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่อง ปัจจัยแห่งความสำเร็จในการล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่อง และบทบาทของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาโดยล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่อง

คำสำคัญ : ล้างไตทางช่องท้อง โรคไตเรื้อรังระยะสุดท้าย นโยบายและการปฏิบัติ



Caring of Peritoneal Dialysis Patients under Peritoneal Dialysis First Policy: from Policy to Nursing Practice

Intira Sukrungraung

Buddhasothorn Hospital, Chachoengsao

Daravan Rongmuang

Phrapokklao Nursing College, Chantaburi

Krittapat Fukfon

Boromarajonani College of Nursing, Phayao

Abstract

Chronic kidney disease is a major health problem affecting global health challenges including Thailand. Patients with chronic kidney disease will worsen the disease progression to the end-stage renal disease if they do not get proper care. Finally, they will need renal replacement therapy that impacts burden to patients, family and nation. Nurse is one of the healthcare teams who play an important role in caring for end-stage renal disease patients who receiving continuous ambulatory peritoneal dialysis. Providing good care will result in effective treatment, prevent the occurrence of complications and promote patient's quality of life. The purpose of this article is to present the policies related to continuous ambulatory peritoneal dialysis, success factors for continuous ambulatory peritoneal dialysis and the nursing role in caring for patients who undergo continuous ambulatory peritoneal dialysis.

Keywords : Peritoneal dialysis, End-stage renal disease, Policy and practice



บทนำ

โรคไตเรื้อรัง (Chronic kidney disease: CKD) เป็นโรคที่เกิดจากความเสื่อมของไตอย่างต่อเนื่องเป็นระยะเวลานาน โดยการเสื่อมของไตจะเกิดขึ้นอย่างถาวรและไม่สามารถกลับมาทำงานได้เป็นปกติ โรคไตเรื้อรัง เป็นปัญหาสุขภาพที่สำคัญของโลกรวมถึงประเทศไทยและมีแนวโน้มอุบัติการณ์เพิ่มขึ้นทุกปี (Jha & Modi, 2018) จากรายงานการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบทั่วโลกพบอัตราป่วยด้วยโรคไตเรื้อรังอยู่ระหว่าง ร้อยละ 11 ถึง ร้อยละ 13 ซึ่งส่วนใหญ่เป็นโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3 (Hill et al., 2016) และหากไม่ได้รับการดูแลรักษาที่เหมาะสมจะทำให้การดำเนินของโรคเลวลงจนเกิดภาวะที่เรียกว่าไตเรื้อรังระยะสุดท้าย (End-stage renal disease: ESRD) ซึ่งในระยะนี้ผู้ป่วยจำเป็นต้องรักษาด้วยวิธีการบำบัดทดแทนไต (Renal replacement therapy: RRT) ได้แก่ การฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม (Hemodialysis: HD) การล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่อง (Continuous ambulatory peritoneal dialysis: CAPD) และการปลูกถ่ายไต (Kidney transplantation) จากรายงานการทบทวนวรรณกรรมล่าสุดในเรื่องภาระโรคในระดับโลก (Global burden of disease: GBD) ในปี พ.ศ. 2558 ได้ประมาณการว่า มีผู้ป่วยที่เสียชีวิตจากโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้าย จำนวน 1.2 ล้านคน ซึ่งมีจำนวนเพิ่มขึ้นจากปี พ.ศ. 2553 ถึงร้อยละ 32 และคาดว่าจะมีผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้าย จำนวน 2.3–7.1 ล้านคน ที่ต้องเสียชีวิตโดยที่ไม่สามารถเข้ารับบริการการล้างไตได้ (Wanget al., 2016)

สำหรับประเทศไทย จากรายงานอุบัติการณ์ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังในฐานข้อมูลของกระทรวงสาธารณสุข ที่คัดกรองในประชากรกลุ่มเสี่ยงที่จะเกิดโรคไตเรื้อรัง ได้แก่ ผู้ป่วยโรคเบาหวาน และความดันโลหิตสูง พบว่า มีจำนวนเพิ่มมากขึ้นทุกปี ในปี 2560 พบมีจำนวนผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยง 5,411,119 คน ได้รับการคัดกรองโรคไตเรื้อรัง จำนวน 2,954,943 พบผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังรายใหม่ 722,075 คน และในปี 2562 จำนวนผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยง 5,528,138 คน ได้รับการคัดกรองโรค

ไตเรื้อรัง จำนวน 3,521,507 พบผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังรายใหม่ 837,925 คน เป็นผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 4 และระยะที่ 5 จำนวน 188,127 คน (กระทรวงสาธารณสุข, 2562) จากจำนวนผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังรายใหม่ที่เพิ่มขึ้น ส่งผลให้เป็นภาระในการดูแลทั้งตัวผู้ป่วยเอง ครอบครัว และประเทศ ที่ต้องสูญเสียค่าใช้จ่ายในการรักษา และอาจเกิดโรคแทรกซ้อนถึงเสียชีวิตได้อีกทั้งการรักษาด้วยวิธีการบำบัดทดแทนไต และการปลูกถ่ายไต มีค่าใช้จ่ายสูง ซึ่งเป็นภาระของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้าย และครอบครัว ดังนั้นเพื่อให้ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายได้เข้าถึงบริการที่มีคุณภาพและมีคุณภาพชีวิตที่ดี เมื่อวันที่ 1 มกราคม 2551 คณะรัฐมนตรีได้มีมติอนุมัติให้ขยายชุดสิทธิประโยชน์ความคุ้มครองแก่ผู้ป่วยไตเรื้อรังระยะสุดท้าย โดยใช้นโยบาย Peritoneal dialysis (PD) first policy ทำให้ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังเข้าถึงบริการได้มากขึ้นส่งผลให้จำนวนผู้ป่วยไตเรื้อรังที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่องเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว (สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, 2561)

พยาบาลเฉพาะทางด้านการดูแลผู้ป่วยล้างไตทางช่องท้อง (Peritoneal dialysis nurse: PD nurse) เป็นบุคคลหนึ่งในทีมสุขภาพที่มีบทบาทสำคัญในการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการบำบัดทดแทนไตด้วยการล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่อง การให้การพยาบาลที่ดีจะส่งผลให้การรักษามีประสิทธิภาพ ป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อน ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดี บทความวิชาการนี้มีจุดมุ่งหมายเพื่อนำเสนอแนวทางการดูแลผู้ป่วยล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่องจากนโยบายสู่การปฏิบัติการพยาบาลประกอบด้วยนโยบายที่เกี่ยวข้องกับการล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่อง ปัจจัยแห่งความสำเร็จในการล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่องและบทบาทของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาโดยล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่องทั้งนี้เพื่อให้พยาบาลและบุคลากรทางสุขภาพใช้เป็นแนวทางในการดูแลผู้ป่วยล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่องต่อไป ซึ่งมีแนวทางดังนี้



การล้างไตทางช่องท้อง

การล้างไตทางช่องท้องเป็นการบำบัดทดแทนไตสำหรับผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายวิธีการหนึ่งโดยแพทย์จะทำการผ่าตัดใส่สาย peritoneal catheter ลงในช่องท้อง ตรงตำแหน่งของ Cul de sac เพื่อใส่น้ำยา Dialysis และทำให้มีการขจัดของเสีย โดยกระบวนการแพร่ (Diffusion) ในขณะนี้น้ำยาอยู่ในช่องท้อง จะมีการเคลื่อนของ Uremic toxin และเกลือแร่ส่วนเกินในเลือดเข้าสู่ น้ำยา และน้ำที่คั่งในตัวผู้ป่วยจะเคลื่อนเข้าสู่ น้ำยาในช่องท้องด้วยกระบวนการออสโมซิส (Osmosis) โดยอาศัยเยื่อช่องท้อง (Peritoneal membrane) เป็นตัวกรองปริมาตรของน้ำยาล้างไตที่ใส่เข้าไปในช่องท้องแต่ละรอบประมาณ 1.0-2.0 ลิตร/ครั้ง โดยความถี่ของการเปลี่ยนถ่ายน้ำยาโดยทั่วไปทุก 4-6 ชั่วโมง (เกลิงศักดิ์ กาญจนบุษย์, 2556) การล้างไตทางช่องท้องสามารถใช้ได้ทั้งผู้ป่วยไตวายเฉียบพลันและไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย ผู้ป่วยที่เหมาะสมกับการล้างไตทางช่องท้องได้แก่ ผู้ป่วยไตวายเฉียบพลันจากโรคหัวใจ (Cardiorenal syndrome) ผู้ป่วยโรคไตวายที่มีโรคหัวใจรุนแรง (New York Heart Association Classification ระดับที่ 3 และ 4) ผู้ป่วยที่ไม่สามารถทำหัตถการทดแทนไตสำหรับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม และผู้ป่วยเอชไอวีที่มีภาวะไตวายเฉียบพลันและเรื้อรัง เป็นต้น ซึ่งข้อดีของการล้างไตทางช่องท้องคือสามารถชะลอการสูญเสีย Residual renal function ดีกว่า Hemodialysis และไม่มีการเปลี่ยนแปลงของ Hemodynamics ที่รุนแรง รวดเร็ว ในขณะที่ระดับ Uremic toxins ต่ำคงที่ตลอดเวลา และผู้ป่วยสามารถทำได้ด้วยตนเองที่บ้าน (National Kidney Foundation, 2007) วิธีการล้างไตทางช่องท้องมี 2 วิธี ได้แก่ (Gokal & Mallick, 1999)

1. การล้างไตทางช่องท้องด้วยเครื่องอัตโนมัติ (Automated Peritoneal Dialysis : APD) หรือการล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่องด้วยเครื่อง (Continuous Cycle Peritoneal Dialysis: CCPD) เป็นการล้างไตทางช่องท้องด้วยเครื่องควบคุมการเปลี่ยนถ่ายน้ำยาล้างไตแบบอัตโนมัติ ซึ่งจะทำงานใน

กลางคืน ในขณะที่ผู้ป่วยนอนหลับ ผู้ป่วยส่วนใหญ่จะค้างน้ำยาล้างไตไว้ในช่องท้อง หรือเปลี่ยนถ่ายน้ำยาล้างไต เพียงครั้งเดียวระหว่างวันการล้างไตทางช่องท้องด้วยเครื่องอัตโนมัติ เหมาะสำหรับผู้ป่วยที่ไม่ต้องการล้างไตตอนกลางวัน หรือถ้าจำเป็นต้องทำ ก็สามารถใช้จำนวนครั้งน้อยลงได้ และไม่จำเป็นต้องเปลี่ยนถ่ายน้ำยาล้างไตทุกๆ 4-6 ชั่วโมง ทำให้โอกาสติดเชื้อในช่องท้องลดลง อีกทั้งยังสามารถลดขั้นตอนการให้น้ำยาช่วยลดภาระของผู้ดูแล แต่น้ำยาและอุปกรณ์ดังกล่าวมีราคาแพงกว่าแบบที่ใช้กันอยู่ทั่วไป และอาจไม่เหมาะกับผู้ที่มีการไหลเข้าออกของ น้ำยาจากช่องท้องไม่ดี ทำให้เครื่องหยุดทำงานบ่อย หรือในผู้ป่วยที่หลับยาก ตื่นง่าย เนื่องจากการทำงานของเครื่องขณะนอนหลับ

2. การล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่อง (Continuous Ambulatory Peritoneal Dialysis: CAPD) เป็นการล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่องด้วยตนเอง โดยการแขวนถุงน้ำยาล้างไต และต่อสายที่เชื่อมต่อมายังท่อน้ำยาล้างไตและใส่น้ำยาล้างไตเข้าไปในช่องท้อง และค้างน้ำยาไว้ 4-6 ชั่วโมง แล้วจึงปล่อยน้ำยาออก การล้างไตจะทำงานละ 4-5 ครั้ง ตลอด 24 ชั่วโมงต่อเนื่องกันทุกวัน ได้แก่ เมื่อตื่นนอนตอนเช้า ตอนกลางวัน ก่อนอาหารเย็น และก่อนนอน ผู้ป่วยสามารถทำการล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่องได้เองที่บ้าน ในขณะที่ทำผู้ป่วยสามารถทำกิจวัตรได้เหมือนปกติ โดยวิถีชีวิตของผู้ป่วยไม่เปลี่ยนแปลงไปมากนัก เช่น เดินไปมา ดูทีวี คุยโทรศัพท์ นั่งทำงานบนโต๊ะ หรืออ่านหนังสือ แม้ในขณะที่มีการเปลี่ยนถ่ายน้ำยาล้างไต ซึ่งการเปลี่ยนถ่ายน้ำยาล้างไตสามารถทำได้ทั้งที่บ้าน ที่ทำงาน หรือเวลาไปเที่ยว แต่บริเวณที่ต้องสะอาด และเป็นสัดส่วน

กล่าวโดยสรุป การล้างไตทางช่องท้องเป็นการบำบัดทดแทนไตที่มีประสิทธิภาพสามารถกำจัดของเสีย และน้ำที่เป็นส่วนเกินในร่างกาย รวมถึงช่วยรักษาสมดุลของเกลือแร่ในผู้ป่วยไตเรื้อรังระยะสุดท้ายได้ มีกระบวนการไม่ซับซ้อนและผู้ป่วยสามารถทำได้



เองที่บ้านจึงได้รับการบรรจุไว้ในนโยบายหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

นโยบายการล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่อง

ปัจจุบันสิทธิการรักษาของผู้ป่วยไตเรื้อรังระยะสุดท้ายของคนไทย ครอบคลุมการบำบัดทดแทนไตทั้ง 3 วิธี ได้แก่ การฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม การล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่อง และการปลูกถ่ายไต โดยผู้ป่วยข้าราชการหรือสิทธิเบิกได้จ่ายตรง จะมีสิทธิได้รับการบำบัดทดแทนไตที่ครอบคลุมทั้ง 3 วิธี ส่วนผู้ป่วยที่เป็นผู้ประกันตนจะได้รับสิทธิการล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่อง (CAPD) โดยผู้ประกันตนต้องได้รับอนุมัติสิทธิ์แล้วเท่านั้น สำนักงานประกันสังคมจะจ่ายค่าบริการทางการแพทย์ให้สถานพยาบาลเป็นค่าตรวจรักษาและค่าน้ำยาล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่องพร้อมอุปกรณ์ ไม่เกินเดือนละ 20,000 บาท สำหรับค่าบริการทางการแพทย์ส่วนเกินให้อยู่ในความรับผิดชอบของผู้ประกันตน ในขณะที่ผู้ป่วยสิทธิระบบหลักประกันสุขภาพ คณะรัฐมนตรีได้มีมติอนุมัติให้ขยายชุดสิทธิประโยชน์ความคุ้มครองแก่ผู้ป่วยไตเรื้อรังที่ต้องได้รับการบำบัดทดแทนไตด้วยการล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่อง ตามประกาศมติคณะรัฐมนตรี วันที่ 30 ตุลาคม 2550 ซึ่งให้เริ่มใช้ตั้งแต่วันที่ 1 มกราคม 2551 เป็นต้นไปโดยใช้นโยบาย PD first policy ที่สนับสนุนให้ผู้ป่วยไตเรื้อรังระยะสุดท้าย ที่ต้องได้รับการบำบัดทดแทนไตด้วยวิธีการล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่อง เป็นบริการลำดับแรกสำหรับการบำบัดทดแทนไตให้กับผู้ป่วยทุกราย ยกเว้นกรณีผู้ป่วยที่มีข้อบ่งชี้ว่าไม่สามารถใช้วิธีล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่องตามหลักเกณฑ์หรือข้อห้าม ข้อบ่งชี้ และต้องผ่านการพิจารณาของคณะกรรมการว่าต้องใช้วิธีฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม โดยไม่ต้องร่วมจ่าย ส่วนผู้ป่วยที่ไม่มีข้อห้ามตามหลักเกณฑ์การพิจารณาและไม่สมัครใจล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่อง ต้องรับผิดชอบค่าใช้จ่ายในการฟอกเลือดเองในกรณีผู้ป่วยข้าราชการหรือสิทธิเบิกได้จ่ายตรงมีความต้องการล้างไตทางช่องท้องด้วยเครื่องอัตโนมัติ หรือ APD จะได้รับสิทธิที่ครอบคลุมทั้งหมด

ส่วนผู้ป่วยที่เป็นผู้ประกันตน สำนักงานประกันสังคมจะเป็นผู้จ่ายค่าบริการทางการแพทย์ให้สถานพยาบาลเป็นค่าตรวจรักษาและค่าน้ำยาล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่องพร้อมอุปกรณ์ ไม่เกินเดือนละ 20,000 บาท หากเกินจากนี้ผู้ป่วยต้องรับผิดชอบค่าใช้จ่ายส่วนเกินเองทั้งหมด ส่วนผู้ป่วยสิทธิระบบหลักประกันสุขภาพ ยังไม่ได้รับสิทธิประโยชน์ความคุ้มครองล้างไตทางช่องท้องด้วยเครื่องอัตโนมัติ หากผู้ป่วยมีความประสงค์จะใช้ ต้องรับผิดชอบค่าใช้จ่ายเองทั้งหมด (สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, 2561)

จากนโยบายดังกล่าว ทำให้ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายเข้าถึงการรักษาและได้รับการดูแลเป็นอย่างดี จากข้อมูลล่าสุดของสมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย ในปี พ.ศ.2558 พบมีผู้ป่วยไตเรื้อรังระยะสุดท้ายได้รับการบำบัดทดแทนไตด้วยวิธีฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม จำนวน 54,104 ราย ล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่อง 24,244 ราย และการปลูกถ่ายไตจำนวน 7,500 รายโดยจำนวนผู้ป่วยที่ได้รับการบำบัดทดแทนไตทุกวิธีมีจำนวนเพิ่มขึ้น และเมื่อพิจารณาเฉพาะวิธีการล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่องพบว่ามีเพิ่มขึ้นเป็น 45.9 เท่า จาก 528 คน ปี พ.ศ. 2550 เป็น 24,244 คน ในปี พ.ศ. 2558 อย่างไรก็ตามถึงแม้ว่านโยบายจะสนับสนุนให้ผู้ป่วยไตเรื้อรังระยะสุดท้ายทุกรายได้เข้าถึงการบำบัดทดแทนไต และการให้ข้อมูลถึงประโยชน์ที่จะเกิดขึ้น ได้แก่ ทำให้ผู้ป่วยมีสุขภาพที่ดีขึ้น มีชีวิตยืนยาวซึ่งไม่แตกต่างจากการบำบัดทดแทนไตวิธีอื่น (ประเสริฐ ธนกิจจารุ สกานต์ บุนนาค และ วรางคณา พิชัยวงศ์, 2557; Kwong, V. WK., & Li, 2015) ผู้ป่วยสามารถใช้ชีวิตและการทำงานได้เหมือนเดิมช่วยลดค่าใช้จ่ายในการรักษา แต่ยังคงทำให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดี ไม่ต้องเดินทางเข้ารับการรักษาโดยหน่วยงานบริการ อย่างไรก็ตามยังพบว่าผู้ป่วยจำนวน 9,311 คนที่เลือกวิธีการรักษาด้วยการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม โดยยินยอมรับผิดชอบค่าใช้จ่ายในการฟอกเลือดเองทั้งหมด (สมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย, 2015) และมีผู้ป่วยไตเรื้อรังระยะสุดท้ายส่วนหนึ่งที่ปฏิเสธการรักษาด้วยการบำบัดทดแทนไต ทั้งนี้เนื่องจากความกลัวกลัวเป็นภาระ



ของครอบครัว ครอบครัวต้องสูญเสียรายได้ แม้ว่าจะได้รับอุปกรณ์การรักษาฟรี แต่ผู้ป่วยบางรายต้องอาศัยการดูแลช่วยเหลือจากบุคคลอื่น ทำให้มีค่าใช้จ่ายอื่นเพิ่มขึ้น โดยเฉพาะผู้ป่วยยากจนและผู้สูงอายุ ที่คิดว่าตนเองมีอายุมากแล้วและต้องการการรักษาแบบประคับประคอง (นงนุช ปัญจธรรมเจริญ อศนี วันชัย และดอนคำ แก้วบุญเสริม, 2562; Kwong, V. WK., & Li, 2015)

เพื่อการประเมินผลลัพธ์ของการสนับสนุนนโยบายการส่งเสริมการรักษาบำบัดทดแทนไตในผู้ป่วยไตเรื้อรัง ในปี พ.ศ. 2559 สมาคมโรคไตแห่งประเทศไทยได้ประกาศดัชนีชี้วัดผลสำเร็จของการปฏิบัติงานด้านการล้างไตทางช่องท้อง (Thailand PD Key Performance Indicator: KPIs) ประกอบด้วย (สมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย, 2559)

1. ดัชนีชี้วัดผลสำเร็จของการปฏิบัติงานด้านโครงสร้างพื้นฐาน ดังนี้

1.1 อัตราส่วน อายุรแพทย์โรคไตต่อผู้ป่วยล้างไตทางช่องท้อง เป็น 1:100

1.2 อัตราส่วน พยาบาลเฉพาะทางด้านการดูแลผู้ป่วยล้างไตทางช่องท้องต่อผู้ป่วยล้างไตทางช่องท้อง เป็น 1:50

2. ดัชนีชี้วัดผลสำเร็จของการปฏิบัติงานด้านกระบวนการ ดังนี้

2.1 ร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยการล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่อง มีฮีโมโกลบิน (Hemoglobin: Hb) $Hb < 10.0$ หรือ $> 12.5 \text{ gm\%}$

2.2 อัตราการติดเชื้อที่แผลช่องทางออกของสาย (Exit-site infection rate) < 30 (patient-month > 50 ; episode/yr < 0.24)

2.3 ร้อยละของการติดเชื้อในผนังช่องท้องที่เพาะเชื้อไม่ขึ้น ≤ 20

3. ดัชนีชี้วัดผลสำเร็จของการปฏิบัติงานด้านผลลัพธ์ทางคลินิก ดังนี้

3.1 อัตราการติดเชื้อเยื่อช่องท้อง (patient-month > 24 ; episode/yr < 0.5)

3.2 ร้อยละของอัตราการรอดชีวิตที่ 1 ปี ≥ 90

3.3 ร้อยละของผู้ป่วยที่ยังคงรักษาด้วยการล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่องใน 1 ปี ≥ 85

เพื่อขับเคลื่อนการดำเนินงานเพื่อให้เป้าหมายตายตัวชีวิต โดยคณะกรรมการพัฒนาระบบบริการที่ตอบสนองปัญหาสุขภาพที่สำคัญหรือ service plan สาขาไต ในปี 2560-2564 ที่มีวัตถุประสงค์สำคัญ คือ การพัฒนา peritoneal dialysis หรือ PD คุณภาพภายใต้กรอบการพัฒนาคุณภาพ 6 building box ประกอบด้วย 1) การจัดบริการสุขภาพ (service delivery) คือ การมีบริการ PD และ HD ครบ 100% ในโรงพยาบาลระดับ M1 ขึ้นไป และ มีการขยายเครือข่าย บริการ PD ในโรงพยาบาลชุมชนและทั่วไปขนาดเล็ก โดยมีโรงพยาบาลระดับสูงกว่า เป็นพี่เลี้ยง 2) ระบบสารสนเทศ (Information system and sharing) มีการดำเนินงานโดย ฐานข้อมูล ตรด. และ TRT สมาคมโรคไตฯ 3) กำลังคนด้านสุขภาพ (health workforce) มีการเพิ่มจำนวนการผลิต PD nurse ให้ได้ 1:50 4) การเงินการคลัง สาธารณสุข (financing) โดยมีการบูรณาการงบ service plan เขต งบ สปสช. (กองทุน โรคไตกองทุน โรคเรื้อรังและ family care 5) ผลักดันให้มีการตรวจ serum creatinine ด้วย enzymatic method ครบ ทุกโรงพยาบาล 6) การอภิบาล ระบบสุขภาพ (leadership and governance) โดยการควบคุมคุณภาพศูนย์ PD และ HD 7) การมีส่วนร่วม (community participation) โดยการดำเนินเชื่อมโยงกับการดำเนินงานระบบสุขภาพตำบลและตำบลจัดการสุขภาพ (สำนักยุทธศาสตร์การแพทยกรรมการแพทย์, 2560)

จากการศึกษาผลการดำเนินตามนโยบายที่ผ่านมาพบว่ายังเกิดปัญหาการดำเนินงานตาม KPIs ด้านต่างๆ ดังนี้ 1) ปัญหาด้านโครงสร้างพื้นฐาน พบว่ายังมีพยาบาลเฉพาะทางด้านการดูแลผู้ป่วยล้างไตทางช่องท้องต่อผู้ป่วยล้างไตทางช่องท้องไม่ได้ตามอัตราส่วน 1:50 ทั้งนี้เนื่องจากนโยบาย PD first policy ของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ทำให้หลายหน่วยบริการมีจำนวนผู้ป่วยที่เข้ารับบริการ



มากขึ้นส่งผลต่อคุณภาพการบริการ โดยเฉพาะโรงพยาบาลศูนย์ (A) และโรงพยาบาลทั่วไปขนาดใหญ่ (S) ประกอบกับในปัจจุบันยังไม่มีระบบตรวจรับรองคุณภาพการให้บริการการล้างไตทางช่องท้องที่ดี จึงยังทำให้เกิดปัญหาด้านคุณภาพการให้บริการ (ประเสริฐ ธนกิจจา รุสกันต์ บุณนาและวรางคณา พิชัยวงศ์, 2557) ดังนั้นจึงมีความจำเป็นที่จะต้องผลิตพยาบาลเฉพาะทางด้านการดูแลผู้ป่วยล้างไตทางช่องท้องต่อผู้ป่วยล้างไตทางช่องท้องเพื่อให้เพียงพอต่อความต้องการในปัจจุบัน

2) Process KPIs คือ Percentage of peritonitis with culture negative ≤ 20 ยังไม่ได้ตามเกณฑ์ที่กำหนด

3) Clinical outcome KPIs คือ Peritonitis rate (patient-month >24 ; episode/yr <0.5) และ Percentage of 1-year PD patient survival ≥ 90 ยังน้อยกว่า ร้อยละ 90 (สมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย, 2559)

นอกจากนี้จากการวิจัยของ Kawaguchi (2007)พบว่าผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยการล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่อง มีความเชื่อว่าการล้างไตทางช่องท้องทำให้เสียชีวิตเร็วขึ้น เนื่องจากการติดเชื้อ เชื่อว่าการล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่องทำให้เสียเวลาไม่สามารถทำงานได้ กลัวเสียภาพลักษณ์เมื่อมีสายฝังไว้ที่หน้าท้อง และเป็นภาระของลูกหลานที่ต้องมาดูแลขณะทำการล้างไต

ปัจจัยแห่งความสำเร็จในการล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่อง

การล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่องเป็นการบำบัดทดแทนไตวิธีหนึ่งซึ่งมีการศึกษาที่ยืนยันว่าสามารถลดอัตราการตายในผู้ป่วยไตเรื้อรังระยะสุดท้ายได้ไม่แตกต่างจากการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมโดยสาเหตุที่ทำให้ผู้ป่วยไตเรื้อรังระยะสุดท้ายต้องยุติการรักษาด้วยการล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่องได้แก่ เยื่อช่องท้องอักเสบจากการติดเชื้อบ่อยๆ แล้วส่งผลให้เกิด Ultrafiltration (UF) failure และการเสียชีวิตจากการเกิดเยื่อช่องท้องอักเสบ (Gulcan et al.,

2017) สำหรับประเทศไทยพบว่า ปัจจัยแห่งความสำเร็จในการล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่องประกอบด้วย

1. การจัดโปรแกรมการให้ความรู้ที่มีประสิทธิภาพ เพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยที่ได้รับการบำบัดทดแทนไตด้วยการล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่องรายใหม่มีความรู้ความเข้าใจในการปฏิบัติตนเพื่อให้สามารถล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่องได้ต่อเนื่องและยาวนาน ยึดอายุของผู้ป่วยได้ ซึ่งหัวข้อสำคัญในการให้ความรู้แก่ผู้ป่วย ประกอบด้วย การให้ความรู้เกี่ยวกับโรคไตเรื้อรังถึงแม้ว่าจะป่วยด้วยโรคไตเรื้อรังก็ตาม และความรู้ในเรื่องชนิดของการบำบัดทดแทนไต รวมถึงการตัดสินใจเลือกวิธีการบำบัดทดแทนไตที่เหมาะสมกับตนเองซึ่งสมาคมโรคไตแห่งประเทศไทยได้มีการกำหนดแนวทางการให้ความรู้กับผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 4 ขึ้นไป ควรได้รับคำแนะนำถึงทางเลือกวิธีการรักษา รวมทั้งข้อดีและข้อด้อยของการบำบัดทดแทนไตแต่ละประเภท และสิทธิประโยชน์ต่าง ๆ ที่พึงได้จากรัฐบาล หรือหน่วยงานอื่น ๆ (สมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย, 2558) ทั้งนี้เพื่อการยืดระยะเวลาการบำบัดทดแทนไตออกไป ได้แก่ การให้ข้อมูลที่เป็นประโยชน์เพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีการจัดการตนเองที่เหมาะสมในการควบคุมโรค การป้องกันภาวะยูเรเมีย (Uremia) ตลอดจนข้อดี ข้อด้อยของการรักษาด้วยการบำบัดทดแทนไตแต่ละชนิดโปรแกรมการให้ความรู้กับผู้ป่วยที่มีประสิทธิภาพเป็นส่วนสำคัญในการสนับสนุนให้ผู้ป่วยสามารถเลือกวิธีการบำบัดทดแทนไตที่เหมาะสมกับตนเอง โดยเฉพาะการล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่องด้วยตนเองที่บ้าน

2. การมีพยาบาลเฉพาะทางด้านการดูแลผู้ป่วยล้างไตทางช่องท้อง (Peritoneal dialysis nurse) ที่ได้รับการฝึกมาเป็นอย่างดีมีสมรรถนะที่จำเป็น ได้แก่ ทักษะในการปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยล้างไตทางช่องท้อง การให้คำปรึกษาด้านการล้างไตทางช่องท้อง การสื่อสาร การสอน และเทคโนโลยีการสอน จริยธรรมและการพิทักษ์สิทธิ การวิจัยและการพัฒนา การบริหารจัดการหน่วยล้างไตทางช่องท้อง และการดูแลผู้ป่วยต่อเนื่อง (อรรธรณ ชันสำรี และสุชาติ



รัชชกุล, 2010) นอกจากนี้พยาบาลที่ให้การพยาบาลผู้ป่วยล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่องจะต้องสามารถปฏิบัติงานและตัดสินใจต่างๆ ด้วยตนเอง เป็นปัจจัยสำคัญที่สนับสนุนให้เกิดความสำเร็จในการล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่องพยาบาลเป็นผู้ที่มีบทบาทสำคัญในการสนับสนุนให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีการรับรู้ถึงประโยชน์ของการเลือกตัดสินใจล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่องด้วยตนเอง ซึ่งจะทำให้กระบวนการล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่องประสบความสำเร็จ ลดภาวะแทรกซ้อน ตลอดจนยืดอายุของผู้ป่วย ส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและญาติ และลดภาระค่าใช้จ่าย ดังนั้นควรมีนโยบายส่งเสริมให้มีการอบรมให้ความรู้เฉพาะทางสำหรับพยาบาลให้มีความเชี่ยวชาญในการด้านการดูแลผู้ป่วยล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่อง

3. การมีจำนวนพยาบาลที่พอเพียงในอัตราส่วน 1:50 เนื่องจากพยาบาลเฉพาะทางด้านการดูแลผู้ป่วยล้างไตทางช่องท้องเป็นผู้มีบทบาทสำคัญในการนำไปสู่ปัจจัยแห่งความสำเร็จ พยาบาลต้องปฏิบัติหน้าที่หลายบทบาทในเวลาเดียวกัน เช่น บทบาทการเป็นผู้สอนวิธีการล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่อง การทำแผลช่องทางออกของสาย ให้แก่ผู้ป่วยและผู้ดูแล ขณะเดียวกันอาจต้องทำหน้าที่เป็นผู้ประสานงานทั้งในหน่วยงาน และนอกหน่วยงาน เป็นตัวแทนร่วมประชุมรับนโยบายต่าง ๆ ตลอดจนเป็นที่เสียงให้กับผู้เข้าอบรมหลักสูตรการล้างไตทางช่องท้องของสถาบันต่าง ๆ (เกลี้ยงศักดิ์ กาญจนบุษย์, 2556) ดังนั้นจึงจำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องจัดให้มีจำนวนพยาบาลที่พอเพียง ทั้งนี้เพื่อให้การพยาบาลผู้ป่วยได้อย่างมีคุณภาพ ผู้ป่วยและญาติเกิดความพึงพอใจ

4. การมี Call center ตลอด 24 ชั่วโมง เพื่อให้คำปรึกษากับผู้ป่วยและผู้ดูแลในการล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่อง เมื่อกลับไปดูแลตนเองที่บ้านผู้ป่วยรายใหม่มักจะเกิดความไม่มั่นใจ การให้คำปรึกษาทางโทรศัพท์ช่วยให้ผู้ป่วยมีที่พึ่งทางด้านจิตใจ ทำให้เกิดความมั่นใจในการดูแลตนเองที่บ้าน หรือในผู้ป่วยรายเก่าหากเกิดปัญหาเกี่ยวกับการล้างไตด้วยตนเองที่บ้าน การมี Call center ตลอด 24 ชั่วโมง ทำให้ผู้ป่วย

สามารถโทรมาปรึกษาพยาบาลเพื่อแก้ไขปัญหาเบื้องต้นที่ผู้ป่วยและผู้ดูแลสามารถแก้ไขได้ด้วยตนเองที่บ้านไม่ต้องเดินทางมายังโรงพยาบาล

5. การมีเครือข่ายผู้ดูแลที่เข้มแข็ง ตั้งแต่ระดับโรงพยาบาลแม่ข่าย โรงพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพระดับตำบลตลอดจน อาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) ทั้งนี้โรงพยาบาลแม่ข่ายต้องมีความร่วมมือกับเครือข่ายในแต่ละระดับ มีการจัดประชุมชี้แจง และติดตามกำกับในการร่วมกันดูแลผู้ป่วย เครือข่ายสุขภาพจะมีบทบาทอย่างมากในการติดตามผู้ป่วยที่บ้านโดยพยาบาลจะมีหน้าที่เป็นผู้ประสานงาน

6. การสนับสนุนให้บุคลากรทางสุขภาพที่มีบทบาทหน้าที่ในการดูแลผู้ป่วยล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่อง ให้ได้รับการพัฒนาอย่างต่อเนื่องในเรื่องแนวทางการพัฒนาประสิทธิภาพของการล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่อง ได้แก่ การจัดหลักสูตรอบรมระยะสั้น 3 – 5 วัน ให้กับบุคลากรในทีมสุขภาพในแต่ละระดับในการดูแลผู้ป่วยล้างไตทางช่องท้องตามศักยภาพของแต่ละวิชาชีพ ในเรื่องแนวทางการลดอัตราการตายในผู้ป่วยที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่อง และแนวทางการดูแลผู้ป่วยล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่องในกลุ่มเปราะบาง เช่น ผู้สูงอายุ

ในการสนับสนุนนโยบาย PD first policy ที่มีแนวโน้มขยายตัวขึ้นมาก เนื่องจากจำนวนผู้ป่วยที่ต้องเข้ารับการบำบัดทดแทนไตมีจำนวนเพิ่มขึ้น ซึ่งสิ่งท้าทายการให้บริการคือ ทำอย่างไรจะสามารถให้การบริการที่มีคุณภาพตามมาตรฐานกับผู้ป่วยทุกราย ผู้ป่วยมีความปลอดภัย มีคุณภาพชีวิตที่ดี เกิดภาวะแทรกซ้อนน้อยที่สุด ซึ่งต้องอาศัยความร่วมมือกันระหว่างทีมสหวิชาชีพ ซึ่งพยาบาลเป็นวิชาชีพหนึ่งที่มีบทบาทสำคัญในการสนับสนุนให้การล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่องสำเร็จ ดังจะกล่าวถึงในหัวข้อบทบาทของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาโดยการล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่องต่อไป



บทบาทของพยาบาลในการสนับสนุนนโยบาย PD first policy และการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่อง

พยาบาลผู้ปฏิบัติงานด้านการล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่องนั้นมีบทบาทสำคัญอย่างยิ่งในการสนับสนุนให้การดำเนินงานนโยบาย PD first policy ประสบความสำเร็จ ตลอดจนสนับสนุนให้การปฏิบัติงานสำเร็จตามดัชนีชี้วัดผลสำเร็จของการปฏิบัติงานด้านการล้างไตทางช่องท้อง อีกทั้งยังต้องดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้เนื่องจากผู้ป่วยและครอบครัวต้องเผชิญกับภาวะการเจ็บป่วยเรื้อรังที่รักษาไม่หาย ต้องล้างไตไปตลอดชีวิตซึ่งต้องเน้นที่การดูแลตนเองเพื่อไม่ให้เกิดภาวะแทรกซ้อน ทั้งนี้ต้องอาศัยความร่วมมือในการรักษาและทักษะในการดูแลตนเองของผู้ป่วยและญาติเป็นสำคัญ ดังนั้นจึงเป็นบทบาทที่ท้าทายความสามารถของพยาบาลที่จะทำให้ผู้ป่วยไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการบำบัดทดแทนไตด้วยการล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่องมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น โดยกลุ่มผู้ป่วยที่สามารถดูแลตนเองได้ดีนั้น ผู้ป่วยต้องได้รับการเตรียมตัวตั้งแต่เข้าสู่ไตเรื้อรังระยะที่ 4 ($eGFR < 30$ L/min) และเป็นผู้ป่วยกลุ่มที่ได้รับการรักษาอยู่ในคลินิกชะลอไตเสื่อม (CKD clinic) หากผู้ป่วยต้องได้รับการบำบัดทดแทนไต ควรส่งต่อเพื่อเตรียมความพร้อมในการบำบัดทดแทนไตด้วยการล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่อง ที่คลินิกชะลอไตเสื่อมอย่างน้อย 6 เดือน (สมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย, 2558; Van den Bosch, Warren and Rutherford, 2015) เนื่องจากผู้ป่วยจะได้รับคำแนะนำบ่อยๆ ซ้ำๆ เรื่องการปฏิบัติตัวในเรื่องการชะลอการเสื่อมของไตและการเตรียมตัวเพื่อการบำบัดทดแทนไตในกรณีที่ไม่สามารถชะลอไตได้ ผู้ป่วยกลุ่มนี้เมื่อก้าวเข้าสู่ระยะที่ต้องล้างไตจะมีความพร้อมในการเตรียมตัวล้างไตค่อนข้างมาก

บทความวิชาการนี้ได้นำเสนอบทบาทของพยาบาลล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่อง โดยการประยุกต์ต้นแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง (Chronic Care Model: CCM) มาเป็นกรอบในการดำเนินงานในการดำเนินงานตามต้นแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังจะถือว่าระบบการดูแลสุขภาพเป็นส่วนหนึ่งของชุมชน

ดังนั้นการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการบำบัดทดแทนไตด้วยการล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่องให้ได้ผลดีนั้นจะต้องประกอบด้วยระบบการดูแลสุขภาพที่มีการจัดองค์ประกอบที่ดี และเชื่อมโยงกับการใช้ประโยชน์จากทรัพยากรที่มีในชุมชนช่วยเหลือให้เกิดแนวทางการปฏิบัติดูแลที่สนองตอบความต้องการของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการบำบัดทดแทนไตด้วยการล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่อง (Wagner et al., 2001) ประกอบด้วย ดังนี้

1. บทบาทในการสนับสนุนการดูแลแบบไปข้างหน้า (Proactive care) โดยการวางแผนดูแลล่วงหน้า ซึ่งพยาบาลจะต้องดำเนินการประเมินและการคัดกรองผู้ป่วยให้เหมาะสมกับการรักษาในผู้ป่วยที่สามารถดูแลตัวเองได้พยาบาลต้องสอนให้ผู้ป่วยทำการล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่องด้วยตนเอง ส่วนในรายที่ช่วยเหลือตนเองไม่ได้จะต้องสอนญาติแทน ฉะนั้นการประเมินความพร้อมของผู้ป่วยและญาติเป็นเรื่องที่สำคัญ พยาบาลต้องคำนึงถึงความพร้อมทั้งทางด้านร่างกายและด้านจิตใจโดยเฉพาะการประเมินภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วย และผู้ป่วยต้องยินยอมให้ความร่วมมือในการช่วยเหลือและการดูแลตนเองเป็นอย่างดีและสม่ำเสมอ การประเมินภาระ (Burden) ของผู้ดูแลเพื่อที่จะให้การรักษาดังวิธีนี้ให้เป็นไปตามจุดมุ่งหมายเมื่อผู้ป่วยพร้อมในการเตรียมตัวเข้าสู่การรักษา (Bernardini, Price, & Figueiredo, 2006)

2. บทบาทผู้ให้การดูแลโดยใช้แนวทางการดูแลรักษาโรค (Disease management guidelines and protocols) พยาบาลจะต้องให้ความรู้/ฝึกอบรมให้กับผู้ป่วยและญาติเนื่องจากผู้ป่วยและญาติแต่ละรายมีความพร้อมในการเรียนรู้ที่แตกต่างกัน ดังนั้นการวางแผนการให้ความรู้/ฝึกอบรมให้กับผู้ป่วยและญาติในแต่ละครอบครัวจึงอาจมีวิธีการที่แตกต่างกัน แต่มีวัตถุประสงค์ของการสอนที่เหมือนกันคือเพื่อพัฒนาประสิทธิภาพของการดูแลผู้ป่วยไตเรื้อรังระยะสุดท้ายได้แก่ การชะลอความเสื่อมของไต ลดความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด พัฒนาประสิทธิภาพของการล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่องที่สำคัญ ได้แก่ การลดอุบัติเหตุ การดื่ม การติดเชื้อเยื่อช่องท้อง



(Peritonitis) และการเพิ่มอัตราการรอดชีพ (Survival rate) ลดอุบัติการณ์การติดเชื้อที่แผลช่องทางออกของสาย (Exit-site infection rate) เพิ่มความพึงพอใจในการรักษา และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและญาติ นอกจากนี้พยาบาลยังต้องให้ข้อมูลเกี่ยวกับทางเลือกวิธีการรักษา ข้อดีและข้อด้อยของการบำบัดทดแทนไตแต่ละประเภท เพื่อให้ผู้ป่วยและญาติเลือกวิธีการที่เหมาะสมกับตนเองได้ (Figueiredo et al., 2015) ซึ่งจากการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบของ Van den Bosch, Warren and Rutherford (2015) พบว่า แนวทางและรูปแบบการให้ความรู้/ฝึกอบรมให้กับผู้ป่วยและญาติ ควรเป็นกิจกรรมการให้ความรู้โดยทีมสหวิชาชีพประกอบด้วย แพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านโรคไตพยาบาลเฉพาะทางด้านการดูแลผู้ป่วยล้างไตทางช่องท้องเภสัชกร นักสังคมสงเคราะห์ และโภชนาการ บทบาทการให้ความรู้ส่วนใหญ่จะดำเนินการโดยพยาบาลเฉพาะทางด้านการดูแลผู้ป่วยล้างไตทางช่องท้องซึ่งรูปแบบการให้ความรู้จะเป็นทั้งแบบรายบุคคลและรายกลุ่ม ซึ่งอาจใช้วิธีการให้ความรู้แบบชั้นเรียน การสนทนากลุ่มย่อย การใช้กลุ่มเพื่อนช่วยเพื่อนในการแก้ปัญหา การระดมสมอง ในเรื่องวิธีการบำบัดทดแทนไต อุปสรรค ข้อดี ข้อด้อย และปัญหาที่อาจเกิดขึ้นกับผู้ป่วยรายอื่น และสิ่งที่ท้าทายในการให้ความรู้กับผู้ป่วยคือ การปรับพฤติกรรม การสร้างแรงจูงใจในการปฏิบัติพฤติกรรม การส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีการจัดการตนเองที่ดี การเสริมพลังอำนาจ ให้กับผู้ป่วยและผู้ดูแลให้สามารถเลือกวิธีการปฏิบัติ และแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นด้วยตัวเอง

ดังนั้นเพื่อให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลเข้าใจถึงหลักการรักษาด้วยวิธีการล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่อง เทคนิคปลอดภัย ตลอดจนขั้นตอนและวิธีการของการล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่อง พร้อมทั้งให้ผู้ป่วยสาธิตย้อนกลับกับหุ่นจำลองก่อน จนแน่ใจว่าผู้ป่วยสามารถดำเนินการล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่องได้ด้วยตนเองทั้งหมดและการเตรียมสถานที่ในการล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่องที่บ้านตลอดจนสถานที่ในการจัดเก็บน้ำยานอกจากนี้เมื่อครบกำหนดที่ผู้ป่วยต้อง

เริ่มต้นใส่น้ำยาเข้าช่องท้อง พยาบาลต้องสอนทักษะปฏิบัติให้กับผู้ป่วยในการเปลี่ยนน้ำยาเข้าและออกจริง การสังเกตและบันทึกน้ำเข้าออก และสังเกตอาการและอาการแสดงที่เปลี่ยนแปลงขณะและหลังทำแต่ละครั้ง การสอนทำแผลช่องทางออกของสายสิ่งสำคัญที่สุดคือพยาบาลเฉพาะทางด้านการดูแลผู้ป่วยล้างไตทางช่องท้องจะต้องแสดงบทบาทของผู้จัดการรายกรณี (Case manager) ในการวางแผน กำกับดูแล และประเมินผลการให้ความรู้ และประเมินประสิทธิผลของการล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่องโดยเทียบกับหน่วยงานอื่นในพื้นที่เดียวกัน ระดับจังหวัด ระดับประเทศ หรือระหว่างประเทศ

3. บทบาทในการสนับสนุนการเสริมพลังอำนาจให้ผู้ป่วยดูแลตนเอง (Patient empowerment and self-management) ในการเตรียมผู้ป่วยเพื่อรับการบำบัดทดแทนไตด้วยวิธีล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่อง ผู้ป่วยจำเป็นต้องได้รับการผ่าตัดเพื่อวางสายล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่อง (Tenckhoff catheter) พยาบาลเป็นผู้ที่มีบทบาทสำคัญในการเตรียมความพร้อมผู้ป่วยทั้งร่างกายและจิตใจ ผู้ป่วยส่วนใหญ่คืนก่อนถึงวันที่จะต้องผ่าตัดเพื่อวางสาย Tenckhoff catheter ผู้ป่วยมักจะกังวล กลัว ตื่นเต้น ทำให้นอนไม่หลับ ส่งผลให้ความดันโลหิตสูง ชีพจรเต้นเร็ว ซึ่งเป็นอีกหนึ่งอุปสรรคที่ทำให้ไม่สามารถวางสายได้ต้องเลื่อนนัดออกไป พยาบาลจะต้องให้ข้อมูลที่สำคัญเกี่ยวกับการทำผ่าตัดและเสริมพลังอำนาจให้ผู้ป่วยดูแลตนเอง ทั้งนี้เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองและจัดการกับความกังวล กลัว จากการผ่าตัดได้ (Hain, & Sandy, 2013) และสิ่งสำคัญอีกประการหนึ่งคือพยาบาลต้องส่งเสริมให้ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองให้การขับถ่ายเป็นปกติ เนื่องจากภาวะท้องผูกจะมีผลต่อตำแหน่งของสายที่ใส่อยู่ปอดอยู่ในตำแหน่งที่ไม่ดี เมื่อถึงเวลาใส่น้ำยาเข้าท้องจริงจะมีปัญหาเรื่อง Inflow – outflow บางรายถ้าใส่ไปแล้วแก้ไขไม่ได้ ผู้ป่วยต้องเข้ารับการผ่าตัดซ้ำเพื่อแก้ไขตำแหน่งสายให้อยู่ในตำแหน่งที่ใช้งานได้ใหม่อีกครั้ง ดังนั้นพยาบาลจึงต้องเตรียมความพร้อมของผู้ป่วยก่อนและหลังการวางสายเพื่อให้



เป็นไปตามขั้นตอนตามแนวปฏิบัติ และการวางสายแต่ละครั้งประสบผลสำเร็จ รวมถึงการให้คำปรึกษาสันับสนุนช่วยเหลือผู้ป่วยและญาติในการแก้ไขปัญหาทั่ว ๆ ไป ที่สามารถพบได้บ่อยได้แก่ น้ำยาไม่พอใช้น้ำยาไหลเข้า/ออกล่าช้า และการจัดการปัญหาที่เกี่ยวข้องกับการล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่อง รวมถึงปัญหาอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง (กิตติมา เศรษฐบุญสร้าง และประเสริฐ ประสมรักษ์, 2559)

4. การมีแหล่งข้อมูลในชุมชน (Community resources) เพื่อให้ข้อมูลและการช่วยเหลือผู้ป่วยโดยพยาบาลต้องมีบทบาทในการเป็นผู้ประสานงานในการดูแลผู้ป่วยระหว่างทีมสุขภาพ ผู้ป่วย และครอบครัว เมื่อผู้ป่วยเกิดปัญหาสุขภาพ และภาวะแทรกซ้อนเนื่องจากผู้ป่วยส่วนใหญ่อาศัยในชุมชน ดังนั้น บุคลากรในชุมชน ได้แก่ ผู้นำชุมชน อาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) ครอบครัวผู้ดูแล ตลอดจนนักวิชาการสาธารณสุขในพื้นที่ จำเป็นต้องได้รับการประสานงานด้านการติดตามส่งต่อข้อมูลผู้ป่วยให้การดูแลเป็นไปอย่างต่อเนื่องไร้รอยต่อ (กิตติมา เศรษฐบุญสร้าง และ ประเสริฐ ประสมรักษ์, 2559)

5. มีระบบสนับสนุน (System support) ในการดูแลความเจ็บป่วยเรื้อรัง สำหรับผู้ให้การดูแลรักษาผู้ป่วย รวมถึงครอบครัว โดยอาจมีการรวมตัวเป็นเครือข่ายพยาบาลจะต้องติดตามเยี่ยมผู้ป่วยที่บ้านโดยเครือข่ายสุขภาพ มีการกำหนดระยะเวลาติดตามผู้ป่วยคือ 1 เดือน, 3 เดือน และ 6 เดือน หรือแล้วแต่ความเหมาะสมในผู้ป่วยแต่ละราย ตลอดจนติดตามระดับฮีโมโกลบิน (Hemoglobin) ครีเอตินิน (Creatinine) ระดับยูเรียในกระแสเลือด (Blood urea nitrogen: BUN) การตรวจร่างกาย โดยทั่วไปว่าบวมหรือไม่ นอกจากนี้ควรติดตามภาวะโภชนาการ ประเมินปัญหาทางด้านจิตใจของผู้ป่วยและครอบครัว ตลอดจนการเข้าไปสังเกตภายในบ้าน เช่น สถานที่ในการเปลี่ยนถ่ายน้ำยา สถานที่ในการเก็บน้ำยา และการกำจัดขยะพร้อมทั้งให้คำแนะนำในการปฏิบัติตน เพื่อให้ผู้ป่วยปรับตัวได้ถูกต้องเหมาะสม (Martinoet al., 2014)

กล่าวโดยสรุป การดูแลผู้ป่วยล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่องให้มีคุณภาพนั้น พยาบาลเฉพาะ

ทางด้านการดูแลผู้ป่วยล้างไตทางช่องท้องที่ทำหน้าที่ในการดูแล ถือเป็นกุญแจสำคัญที่จะทำให้การดูแลนั้นประสบความสำเร็จ เนื่องจากพยาบาลต้องปฏิบัติหน้าที่หลายบทบาทในเวลาเดียวกัน อีกทั้งเป็นผู้ที่อยู่ใกล้ชิดผู้ป่วยมากที่สุด เป็นที่ปรึกษาและแก้ไขปัญหาเบื้องต้นให้ผู้ป่วย นอกเหนือจากบทบาทหน้าที่ในการดูแลผู้ป่วยโดยตรงแล้ว ยังมีบทบาทในการบริหารจัดการงานในหน่วยงาน เช่น การบริหารน้ำยาล้างไต วัสดุอุปกรณ์ต่างๆ เพียงพอ การจัดการความเสี่ยงต่างๆ อันไม่พึงประสงค์ที่อาจเกิดขึ้นตลอดจนการพัฒนาคุณภาพของงานเพื่อให้งานการดูแลผู้ป่วยล้างไตทางช่องท้องให้ประสบความสำเร็จได้ต่อไป

วิจารณ์

โรคไตเรื้อรังมีแนวโน้มอุบัติการณ์เพิ่มขึ้นทุกปี หากการดำเนินของโรคเลวลงจนเกิดภาวะไตวายระยะสุดท้าย ผู้ป่วยจำเป็นต้องรักษาด้วยวิธีการบำบัดทดแทนไต ทำให้เป็นภาระของผู้ป่วย ครอบครัว และประเทศชาติ พยาบาลเป็นผู้ที่มีบทบาทสำคัญในการสนับสนุนให้นโยบาย PD first policy ให้ประสบความสำเร็จ และดูแลผู้ป่วยไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่องซึ่งการให้การดูแลที่ดีจะส่งผลให้การรักษามีประสิทธิภาพ ป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อน ส่งผลให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดี แต่เนื่องจากที่ผ่านมายังเกิดปัญหาพยาบาลเฉพาะทางด้านการดูแลผู้ป่วยล้างไตทางช่องท้องต่อผู้ป่วยล้างไตทางช่องท้องไม่ได้ตามอัตราส่วนที่กำหนดไว้ตาม KPIs, ร้อยละของการติดเชื้อมดช่องท้องที่เพาะเชื้อไม่ขึ้น, อัตราการติดเชื้อมดช่องท้อง และร้อยละของอัตราการรอดชีวิตที่ 1 ปี ดังนั้นเพื่อการสนับสนุนให้การดำเนินงานตามนโยบาย PD first policy ให้ประสบความสำเร็จ ควรส่งเสริมให้มีการจัดอบรมให้ความรู้เฉพาะทางสำหรับพยาบาลให้มีความเชี่ยวชาญในการดูแลผู้ป่วยล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่องเพื่อพัฒนาความสามารถของพยาบาลในดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการบำบัดทดแทนไตด้วยการล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่อง ลดอัตราการติดเชื้อมดช่องท้อง และเพิ่ม



อัตราการรอดชีวิตที่ 1 ปี และยังคงเตรียมความพร้อมของผู้ป่วยและผู้ดูแลในการบำบัดทดแทนไตด้วยการล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่องเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการบำบัดทดแทนไตที่ต่อเนื่องและยาวนาน และควรมีการพัฒนา ระบบส่งผู้ป่วยให้เข้ารับการรักษาในคลินิกชะลอไต

เสื่อม อย่างน้อย 6 เดือน เพื่อเป็นการเตรียมความพร้อมของผู้ป่วยและผู้ดูแลในการตัดสินใจเลือกวิธีการบำบัดทดแทนไตที่เหมาะสมกับตนเอง และยืดอายุของผู้ป่วย ส่งเสริมคุณภาพชีวิตที่ดี และลดภาระค่าใช้จ่ายในการรักษา

เอกสารอ้างอิง

- กระทรวงสาธารณสุข. (2562). ข้อมูลเพื่อตอบสนอง Service Plan สาขาไต.สืบค้นเมื่อ 29 ตุลาคม 2562, จากhttps://hdcservice.moph.go.th/hdc/reports/page.php?cat_id=e71a73a771474e63b71bccf727009ce.
- กิตติมา เศรษฐบุญสร้าง, และ ประเสริฐ ประสมรักษ์. (2559). การพัฒนารูปแบบการดูแลของผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการบำบัดทดแทนไตต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองและคุณภาพชีวิตผู้ป่วย โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชเลิงนกทาจังหวัดยโสธร. *วารสารการพัฒนาศาสนาชุมชน มหาวิทยาลัยขอนแก่น*, 4(4), 485-503.
- เกลี้ยงศักดิ์ กาญจนบุษย์. (2556). *แนวปฏิบัติการล้างไตทางช่องท้อง*. กรุงเทพฯ: บริษัท ศิริวัฒนาอินเตอร์พรีนซ์ จำกัด.
- นงนุช ปัญจธรรมเจริญ, อัครนิ เวินชัย, และดอนคำ แก้วบุญเสริม. (2562). กระบวนการตัดสินใจเพื่อรับการรักษาด้วยวิธีการล้างไตทางหน้าท้องของผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายโรงพยาบาลพะเยา. *วารสารวิจัยทางวิทยาศาสตร์สุขภาพ*, 13(2), 1-10.
- ประเสริฐ ธนกิจจารุ, สกานต์ บุณนา, และวรางคณา พิชัยวงศ์. (2557). โรคไตเรื้อรัง. ใน ชูขณะ มะกรสาร (บ.ก), *การแพทย์ไทย 2554-2557*. นนทบุรี: กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข.
- สมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย. (2015). *Thailand renal replacement therapy year 2015*.สืบค้นเมื่อ 29 ตุลาคม 2562, จากhttp://www.neoscreen.go.th/web/images/stories/doc/nhso_2019.pdf.
- สมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย. (2558). *คำแนะนำสำหรับการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังก่อนการบำบัดทดแทนไต พ.ศ. 2558*. สืบค้นเมื่อ 31 ตุลาคม 2562, จากhttp://www.nephrothai.org/images/10-11-2016/Final_AD_CKD_2015.pdf.
- สมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย. (2559). Thailand PD KPI สมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย. *Thailand PD Newsletter*. 1(4). 3.
- สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. (2561). *คู่มือบริหารกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ปีงบประมาณ 2562*. นนทบุรี: บริษัท สหมิตรพรินต์ติ้งแอนด์พับลิชชิ่ง จำกัด.
- สำนักยุทธศาสตร์การแพทย์ กรมการแพทย์. (2560). *แผนปฏิบัติการระยะ 5 ปี (พ.ศ. 2560 - 2561) ตามยุทธศาสตร์ชาติ ระยะ 20 ปี ด้านสาธารณสุข*. สืบค้นเมื่อ 10 เมษายน 2563, จาก http://164.115.26.154/dmsplanv_2/plandms/plandms03122018031203.pdf
- อรรณณ ชันสำรี และสุชาดา รัชชกุล. (2010). สมรรถนะพยาบาลวิชาชีพที่ให้การดูแลผู้ป่วยล้างไตทางช่องท้อง โรงพยาบาลรัฐ. *รวมาริบัติเวชสาร*, 33(2), 57-64.
- Bernardini, J., Price, V., & Figueiredo, A. (2006). Peritoneal dialysis patient training, 2006. *Peritoneal Dialysis International*, 26(6), 625-632.



เอกสารอ้างอิง

- Figueiredo, A. E., de Moraes, T. P., Bernardini, J., Eduardo, C., de-Figueiredo, P., Barretti, P.,... Pecoits-Filho, R. (2015). Impact of patient training patterns on peritonitis rates in a large national cohort study. *Nephrology Dialysis Transplantation*, 30(1), 137–142.
- Gokal, R., & Mallick, N. P. (1999). Peritoneal dialysis. *The Lancet*, 353(9155), 823–828.
- Gulcan, E., Kidir, V., Keles, M., Cankaya, E., Uyanik, A., & Saatci, F. (2017). Factors affecting patient survival and technical survival in patients undergoing peritoneal dialysis. *International Journal of Clinical and Experimental Medicine*, 10(1), 1004–1014.
- Hain, D.J. & Sandy, D. (2013). Partners in care: Patient empowerment through shared decision-making. *Nephrology Nursing Journal* 40(2), 153–157.
- Hill, N. R., Fatoba, S. T., Oke, J. L., Hirst, J. A., O'Callaghan, C. A., Lasserson, D.S., et al. (2016). Global prevalence of chronic kidney disease: A systematic review and meta-analysis. *PLoS ONE*, 11(7): e0158765.
- Jha, V., & Modi, G. K. (2018). Getting to know the enemy better: The global burden of chronic kidney disease. *Kidney International*, 94(3), 462–464.
- Kawaguchi, Y. (2007). Various obstacles to peritoneal dialysis development in Japan: too much money? Too much fear?. *Peritoneal Dialysis International*, 27(suppl 2), S56–S58.
- Kwong, V. WK., & Li, P. KT. (2015). Peritoneal dialysis in Asia. *Kidney Disease*, 1(3), 147–156.
- Martino, F., Adibelli, Z., Mason, G., Nayak, A., Ariyanon, W., Rettore, E.,... Ronco, C. (2014). Home visit program improves technique survival in peritoneal dialysis. *Blood Purification*, 37(4), 286–290.
- National Kidney Foundation. (2007). *A “new normal”: life on dialysis—the first 90 days*. New York: National Kidney Foundation, Inc.
- Van den Bosch, J., Warren, D. S., & Rutherford, P. A. (2015). Review of predialysis education programs: a need for standardization. *Patient preference and adherence*, 9, 1279–1291.
- Wang, H., Naghavi, M., Allen, C., Barber, R. M., Bhutta, Z.A, Carter A, et al. (2016). Global, regional, and national life expectancy, all-cause mortality, and cause-specific mortality for 249 causes of death, 1980–2015: A systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2015. *Lancet*, 388(10053), 1459–1544.
- Wagner, E.H., Austin, B.T., Davis, C., Hindmarsh, M., Schaefer, J., & Bonomi, A. (2001). Improving chronic illness care: translating evidence into action. *Health Affairs (Millwood)*, 20(6), 64–78.



คำแนะนำ



การส่งผลงานวิชาการลงตีพิมพ์

ในวารสารการพยาบาล การสาธารณสุข และการศึกษา พ.ศ.2563

เพื่อให้การจัดทำวารสารการพยาบาล การสาธารณสุข และการศึกษา เป็นไปด้วยความเรียบร้อย และมีคุณภาพ จึงขอให้งดเลิกคำแนะนำปี 2561 และใช้คำแนะนำนี้ตั้งแต่ 1 มกราคม 2563 ดังนี้

วารสารจะดำเนินการในลักษณะ E- journal ไม่จัดพิมพ์เป็นรูปเล่ม

ผู้ทรงคุณวุฒิ หมายถึง ผู้ที่มีความรู้ความสามารถและเชี่ยวชาญในสาขาวิชานั้นๆ

ผลงานวิชาการที่ได้รับการพิจารณาตีพิมพ์ หมายถึง ผลงานที่ผ่านการพิจารณาจากผู้ทรงคุณวุฒิอย่างน้อย 2 คน ในลักษณะ Double blinded ที่มีความเห็นตรงกันว่าเป็นผลงานที่มีคุณภาพสามารถลงตีพิมพ์เผยแพร่ในวารสารได้

ผลงานวิชาการที่รับตีพิมพ์ หมายถึง บทความวิจัย และบทความปริทรรศน์

คำแนะนำของการเตรียมบทความ

1. ข้อกำหนดการตีพิมพ์ผลงานวิชาการในวารสารการพยาบาล การสาธารณสุข และการศึกษามีดังต่อไปนี้

1.1. เป็นผลงานวิชาการทั้งภาษาไทยหรือภาษาอังกฤษในสาขาการพยาบาล การสาธารณสุขและการศึกษา

1.2. ผลงานวิชาการต้องไม่เคยลงตีพิมพ์ในหนังสือและวารสารใดมาก่อนยกเว้นเป็นผลงาน

วิชาการที่ได้นำเสนอในการประชุมทางวิชาการที่ไม่มี Proceedings และผู้เขียนจะต้องไม่ส่งบทความเพื่อไปตีพิมพ์ในวารสารฉบับอื่นในเวลาเดียวกัน

1.3. ผลงานวิชาการจะได้รับการพิจารณาถ้อยแถลงจากผู้ทรงคุณวุฒิที่กองบรรณาธิการเห็นสมควร ไม่น้อยกว่า 2 คน

1.4. กองบรรณาธิการจะแจ้งผลการพิจารณาการลงตีพิมพ์ในวารสารหลังจากผ่านการประเมินจากผู้ทรงคุณวุฒิและกองบรรณาธิการเป็นที่เรียบร้อยแล้ว

1.5. หากผลงานวิชาการใดได้รับการพิจารณาตีพิมพ์ เจ้าของผลงานวิชาการจะต้องแก้ไขต้นฉบับให้เสร็จและส่งคืนกองบรรณาธิการภายในเวลาที่กำหนดมิฉะนั้นจะถือว่าสละสิทธิ์การตีพิมพ์

1.6. ผลงานวิจัยต้องได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากสถาบันใดสถาบันหนึ่ง (เฉพาะวิจัยในมนุษย์)

2. อัตราค่าบำรุงวารสารฯ / ค่าธรรมเนียมในการนำผลงานวิชาการลงตีพิมพ์ในวารสารฯ อัตราค่าธรรมเนียม 3,000 บาท/ 1 บทความ โดยชำระค่าลงทะเบียนตีพิมพ์บทความ โดยการโอนเงินมาที่บัญชีธนาคารกรุงไทย สาขา พะเยา เลขบัญชี 512-0-69285-0 ชื่อบัญชี วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี (งานวารสาร)



3. การเตรียมต้นฉบับบทความวิจัยมีแนวปฏิบัติตามลำดับการเขียน ดังนี้

3.1 ชื่อเรื่อง ทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ

3.2 ชื่อ-สกุลและสถานที่ทำงานของผู้แต่ง (ภาษาไทยและภาษาอังกฤษ)

3.3 บทคัดย่อภาษาไทยและภาษาอังกฤษ (Abstract) ไม่เกิน 1 หน้า

3.4 คำสำคัญ (Keywords) ให้ผู้เขียนพิจารณา คำสำคัญทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ จำนวน 3-5 คำ

3.5 บทนำเป็นการเขียนความเป็นมาหรือความสำคัญ ควรเขียนสาระหรือข้อมูลสำคัญที่เป็นประเด็นหลักการวิจัยเขียนให้กระชับตรงประเด็นและแสดงถึงความสำคัญหรือปัญหาที่ต้องทำการศึกษา

3.6 วัตถุประสงค์การวิจัย กระชับและชัดเจน

3.7 ระเบียบวิธีการวิจัยเป็นการเขียนอธิบายกระบวนการทำวิจัยตามหลักระเบียบวิธีวิจัยที่มีคุณภาพ โดยมีรายละเอียดพอสังเขปที่แสดงให้เห็นถึงรายละเอียดของกระบวนการ

3.8 ผลการวิจัย เป็นการเขียนผลการวิเคราะห์ข้อมูลหรือข้อค้นพบจากการวิจัยหากจะมีการนำเสนอข้อมูลด้วยตารางควรออกแบบตารางให้เหมาะสมและให้นำเสนอข้อมูลได้ตารางตามที่จำเป็น การอธิบายข้อมูลควรหลีกเลี่ยงการกล่าวซ้ำกับสิ่งที่แสดงในตาราง

3.9 อภิปรายผลเป็นการแปลความหมายของผลการวิจัยและอธิบายเหตุผลว่าข้อค้นพบหรือสิ่งที่เกิดขึ้นสามารถอธิบายด้วยหลักการหรือทฤษฎีใดบ้าง ผลการวิจัยสอดคล้องหรือขัดแย้งกับผลการวิจัยของคนอื่นหรือไม่อย่างไรทั้งนี้ในการอภิปรายควรสนับสนุนด้วยข้อมูลที่เป็นเหตุเป็นผลและอธิบาย โดยใช้หลักฐานเชิงประจักษ์

3.10 ข้อเสนอแนะในการเขียนข้อเสนอแนะจากการวิจัย ควรเขียนข้อเสนอแนะเพื่อการนำผลการวิจัยไปใช้ หรือสำหรับการทำวิจัยต่อยอดในอนาคตทั้งนี้ข้อเสนอแนะควรสืบเนื่องจากข้อค้นพบจากการวิจัยครั้งนี้ไม่ใช่ข้อเสนอแนะตามหลักการโดยทั่วไป

3.11. กิตติกรรมประกาศ (หากมี)

3.12. เอกสารอ้างอิง

4. การเตรียมต้นฉบับบทความปริทัศน์ (Review Article) มีแนวปฏิบัติตามลำดับการเขียน ดังนี้

4.1 ชื่อเรื่อง ทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ

4.2 ชื่อผู้นิพนธ์ทุกคน และสถานที่ทำงาน โดยใช้ภาษาไทย

4.3 บทคัดย่อ (Abstract) ให้เขียนทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษเป็นความเรียงย่อหน้าเดียว ประกอบด้วยสาระสังเขปที่สำคัญและครบถ้วน คำสำคัญ (Key words) มีทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ จำนวน 3-5 คำ

4.4 บทนำ เป็นการเขียนความสำคัญ ควรเขียนสาระหรือข้อมูลสำคัญที่เป็นประเด็นหลักของเรื่องที่น่าสนใจ เขียนให้กระชับตรงประเด็นและแสดงถึงความสำคัญว่าทำไมจึงนำเสนอบทความนี้

4.5 สาระปริทัศน์ในประเด็นต่างๆ ที่ตรงกับชื่อเรื่อง โดยประเด็นที่น่าสนใจจะต้องกระชับตรงประเด็น ไม่ซ้ำซ้อน

4.6 วิจารณ์ เป็นการสรุปสาระ และแสดงความคิดเห็นของผู้เขียนโดยจะอ้างอิงวรรณกรรมต่างๆมาเพิ่มเติมหรือไม่ก็ได้

4.7. กิตติกรรมประกาศ (หากมี)

4.8 เอกสารอ้างอิง

5. การอ้างอิงเอกสาร

การเขียนเอกสารอ้างอิง (References) ทำยบทความสำหรับแนวทางของการเขียนเอกสารอ้างอิง โดยใช้ระบบของ APA ฉบับพิมพ์ครั้งที่ 6 (The Publication Manual of the American Psychological Association, 6th edition, published by the American Psychological Association, 2011) มีรายละเอียด ดังนี้

ผู้แต่งเป็นชาวไทยให้ลงทั้งชื่อและนามสกุลตามลำดับ

ผู้แต่งเป็นชาวต่างประเทศให้ลงนามสกุลตามด้วยเครื่องหมายจุลภาค และต่อด้วยอักษรย่อของชื่อต้น และชื่อรอง ทั้งนี้รวมถึงผู้แต่งชาวไทยที่เขียนหนังสือเป็น



ภาษาอังกฤษจะลงรายการผู้แต่ง โดยใช้นามสกุลขึ้นต้น
เหมือนผู้แต่งชาวต่างประเทศดังตัวอย่าง

5.1 หนังสือ

ชื่อผู้นิพนธ์. (ปีที่พิมพ์). ชื่อหนังสือ (ครั้งที่พิมพ์ ตั้งแต่พิมพ์ครั้งที่ 2 เป็นต้นไป). เมืองที่พิมพ์:สำนักพิมพ์

บุญชม ศรีสะอาด. (2547). *วิธีการทางสถิติสำหรับการวิจัย*. (พิมพ์ครั้งที่4).

กรุงเทพฯ : สุวีริยาสาส์น.

Kosslyn, S. M., & Rosenberg, R. S. (2004). *Psychology: The brain, the person, the world*. (2nd ed.). Essex, England: Pearson Education Limited.

Mussen, P., Rosenzweig, M. R., Aronson, E., Elkind, D., Feshbach, S., Geiwitz, P. J., et al. (1973). *Psychology: An introduction*. Lexington, Mass.: Heath.

5.2 วารสาร

ชื่อผู้นิพนธ์. (ปีที่พิมพ์). ชื่อบทความ. ชื่อวารสาร, ปีที่(ฉบับที่), หน้า.

เผชิญ กิจระการ และสมนึก ภัททิยธนี. (2545). ดัชนีประสิทธิผล Effectiveness Index:E.I.). *วารสารการวัดผลการศึกษามหาวิทยาลัยมหาสารคาม*, 8(1), 30-36.

Klimoski, R., & Palmer, S. (1993). The ADA and the hiring process in organizations. *Consulting Psychology Journal: Practice and Research*, 45(2), 10-36.

5.3 หนังสือรวมเรื่อง (Book Review)

ชื่อผู้นิพนธ์. (ปีที่พิมพ์). ชื่อเรื่อง. ใน ชื่อบรรณาธิการ (บรรณาธิการ), ชื่อหนังสือ (ครั้งที่พิมพ์ ตั้งแต่พิมพ์ครั้งที่ 2 เป็นต้นไป, หน้า). เมืองที่พิมพ์: สำนักพิมพ์

ประสม เนืองเฉลิม. (2549). *วิทยาศาสตร์พื้นฐาน: การจัดการเรียนรู้มิติทางวัฒนธรรมท้องถิ่น การบูรณาการ ความรู้พื้นบ้านกับการจัดการเรียนรู้วิทยาศาสตร์เพื่อชุมชน: กรณีศึกษาจากแหล่งเรียนรู้ป่าปู้ตา. ใน ฉลาด จันทรมบัติ (บรรณาธิการ), ศึกษาศาสตร์วิจัย ประจำปี 2548 – 2549 (หน้า 127 – 140). มหาสารคาม: สารคาม-การพิมพ์-สารคามแปเปอร์*

Cooper, J., Mirabile, R., & Scher, S. J. (2005). *Actions and attitudes: The theory of cognitive dissonance*. In T. C. Brock & M. C. Green (Eds.), *Persuasion: Psychological insights and perspectives* (2nd ed., pp. 63-79). Thousand Oaks, CA, US: Sage Publications, Inc.

5.4 สื่ออิเล็กทรอนิกส์

ชื่อผู้นิพนธ์. (วันที่ เดือน ปีที่ปรับปรุงล่าสุด). ชื่อเรื่อง. วันที่ทำการสืบค้น, ชื่อฐานข้อมูลสำนักงานเลขาธิการสภาการศึกษา. (3 ธันวาคม 2548). *ธนาคารหลักสูตร*. สืบค้นเมื่อ 1 มีนาคม 2550, จาก <http://db.onec.go.th/thaigifted/lessonplan/index.php>

Wollman, N. (1999, November 12). *Influencing attitudes and behaviors for social change*. Retrieved July 6, 2005, from <http://www.radpsynet.org/docs/wollmanattitude.html>

6. โปรดตรวจสอบ ต้นฉบับดูว่า ท่านได้เขียนหัวข้อต่างๆ และให้ข้อมูลครบถ้วน ใช้คำต่างๆ ถูกต้องตามพจนานุกรมไทย และอังกฤษ รวมทั้งคำศัพท์ทางวิชาการ และระบบการอ้างอิง ได้ถูกต้อง

7. ในการนำผลงานของผู้อื่นมาใช้นับบทความขอให้ผู้เขียนใช้ข้อมูลจากแหล่งที่มีความน่าเชื่อถือและ



ทันสมัยไม่เกิน 10 ปีมีการระบุชื่อผู้แต่งและปีพิมพ์ ปรากฏอย่างชัดเจนควรอ้างอิงจากแหล่งหรือเอกสารที่เป็นต้นตอของข้อมูลและบทความใดที่มีการตรวจสอบพบว่าเข้าข่าย Plagiarism จะถูกตัดสิทธิ์ในการพิจารณาลงตีพิมพ์

8. การตั้งค่าน้ำกระดาษให้ตั้งค่าขนาดกระดาษ A4 จัดหน้าให้มีช่องว่างด้านบน 1 นิ้ว ด้านล่าง 1 นิ้ว ด้านซ้าย 1.25 นิ้ว ด้านขวา 1 นิ้ว อักษรที่ใช้ในการพิมพ์ให้ใช้ฟอนต์ AngsanaNew ขนาด 16 และ single space และมีเนื้อหารวมบทความย่อและเอกสารอ้างอิงไม่เกิน 15 หน้า

9. การส่งต้นฉบับให้ดำเนินการตามขั้นตอนต่อไปนี้

9.1. ส่งต้นฉบับบทความวิชาการหรือบทความวิจัยเป็นอิเล็กทรอนิกส์ไฟล์ (.docx) ไปที่เว็บไซต์ของวารสารที่ <https://www.tci-thaijo.org/index.php/bcnpy> เพื่อทำการลงทะเบียนสมาชิกวารสารและดำเนินการส่งบทความผ่านระบบออนไลน์ของ TCI ทั้งนี้ผู้เขียนสามารถศึกษาข้อมูลคำแนะนำเบื้องต้นสำหรับผู้พิมพ์ที่เมนูด้านขวามือของหน้าเว็บไซต์ หรือตามคู่มือแนบท้าย

9.2. เมื่อบทความผ่านประเมินจากผู้ทรงคุณวุฒิแล้วจะมีการแจ้งจากกองบรรณาธิการ

วารสารให้ผู้เขียนดำเนินการปรับแก้ไขตามข้อเสนอแนะ

9.3. ชำระเงินค่าธรรมเนียมการตีพิมพ์ในวารสารเมื่อได้รับการแจ้งจากกองบรรณาธิการ

ข้อ 8. วารสารมีกำหนดออกปีละ 3 ฉบับคือ ฉบับที่ 1 มกราคม – เมษายน ฉบับที่ 2 พฤษภาคม – สิงหาคม และฉบับที่ 3 กันยายน – ธันวาคม

ผู้พิมพ์หรือผู้อ่านท่านใดประสงค์จะขอข้อมูลหรือรายละเอียดเพิ่มเติมโปรดติดต่อกองบรรณาธิการได้ดังนี้

กองบรรณาธิการวารสารการพยาบาล

การสาธารณสุขและการศึกษา

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี พะเยา

312 หมู่ 11 ตำบลบ้านต๋อม อำเภอเมือง

จังหวัดพะเยา รหัสไปรษณีย์ 56000

โทรศัพท์ 0-5443-1779 ต่อ 105,114

โทรสาร 0-5443-1889

มือถือ 06-1289-5926

E-mail : journal@bcnpy.ac.th

