



วารสารการปฏิบัติการพยาบาลและการผดุงครรภ์ไทย

Thai Journal of Nursing and Midwifery Practice

ปีที่ 12 ฉบับที่ 2 กรกฎาคม-ธันวาคม 2568 Vol.12 No.2 July-December 2025

❖ บทความวิชาการ

- ❖ บทบาทของพยาบาลผดุงครรภ์ในการจัดการน้ำหนักก่อนการตั้งครรภ์: ปิยะนุช ชูโต
แนวทางตามหลักฐานเชิงประจักษ์

❖ บทความวิจัย

- ❖ การลดอาการคลื่นไส้อาเจียนหลังได้รับการกดจุดให้หยาง ชุตินา ทาการ ณิชภาณุจน์ พลวิจิต
ในผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้องทางนรีเวชที่ได้รับการระงับ เกศรา ตั้งใจ
ความรู้สึกแบบทั่วร่างกาย ภัทรภรณ์ โสภา
- ❖ ผลของการใช้คำดัชนีภาวะช็อกในการคาดการณ์ เบญจมาศ สมบัติมา
และป้องกันภาวะช็อกจากการสูญเสียเลือดในผู้ป่วยขาดเงิน บังอร หนูบรรจง
หลายระบบ: โรงพยาบาลชุมชนพรเชตรอุดมศักดิ์
- ❖ ผลของโปรแกรมพัฒนาพฤติกรรมออกกำลังกายของ ผ่องพรรณ การขาริ
ผู้สูงอายุเบาหวานชนิดที่ 2 อำเภอกระนวน วาริน เยี่ยมสวัสดิกุล
จังหวัดขอนแก่น ชินจิตร โพธิ์พิสุทธิ์
- ❖ การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยเบาหวานที่มีน้ำตาล ลัดดาวรรณ จรรย์ยานะ สิริอร มีชำนะ
ในเลือดสูงร่วมกับเลือดเป็นกรดและมีภาวะการหายใจล้มเหลว กรณิกา แปลงดี
โรงพยาบาลอุดรดิตต์ กฤษา สุวีรวรา

❖ รายงานกรณีศึกษา

- ❖ การประยุกต์ใช้ทฤษฎีการเปลี่ยนผ่านในการพยาบาล สุภาพร ศรีพนม
ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบหลังการผ่าตัดเปิด
กะโหลกศีรษะ: กรณีศึกษา
- ❖ การดูแลผู้ป่วยกลุ่มโรคที่เกิดการอักเสบของปอดประสาท จุฬามาศ กิ่งทอง
และระบบประสาทส่วนกลางที่เผชิญกับความรู้สึกไม่แน่นอน ทิพมาศ ชินวงศ์
ในการเจ็บป่วย: กรณีศึกษา



วารสารการปฏิบัติการพยาบาลและการผดุงครรภ์ไทย

Thai Journal of Nursing and Midwifery Practice

สารบัญ
ปีที่ 12 ฉบับที่ 2 มกราคม-มิถุนายน 2568

บทความวิชาการ

บทบาทของพยาบาลผดุงครรภ์ในการจัดการน้ำหนักก่อน
การตั้งครรภ์: แนวทางตามหลักฐานเชิงประจักษ์ 5
ปิยะนุช ชูโต

บทความวิจัย

การลดอาการคลื่นไส้อาเจียนหลังได้รับการกดจุดไต้หยาง
ในผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้องทางนรีเวชที่ได้รับการระงับ
ความรู้สึกแบบทั่วร่างกาย 16
ชุตินา กางการ
ณิธกาน พงษ์วิชิต
เกศรา ตั้งใจ
ภัทรภรณ์ โสภ

ผลของการใช้ค่าดัชนีภาวะช็อกในการคาดการณ์
และป้องกันภาวะช็อกจากการสูญเสียเลือดในผู้ป่วยบาดเจ็บ
หลายระบบ: โรงพยาบาลชุมพรเขตรอุดมศักดิ์ 26
เบญจมาศ สมบัติดา
บังอร หนูบรรจง

ผลของโปรแกรมพัฒนาพฤติกรรมออกกำลังกายของ
ผู้สูงอายุเบาหวานชนิดที่ 2 อำเภอกระนวน
จังหวัดขอนแก่น 46
ผ่องพรรณ การชาติ
วาริณี เอี่ยมสวัสดิกุล
ชื่นจิตร โพธิ์พิพัทธ์สุข

การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยเบาหวานที่มีน้ำตาล
ในเลือดสูงร่วมกับเลือดเป็นกรดและมีภาวะการหายใจล้มเหลว
โรงพยาบาลอุดรดิตต์ 61
ลัดดาวรรณ จรรย์ยานะ
สิริอร มีชำนะ
กรรณิกา แปลงดี
กฤษา สุวรีวรา

รายงานกรณีศึกษา

การประยุกต์ใช้ทฤษฎีการเปลี่ยนผ่านในการพยาบาล
ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตบหลังการผ่าตัดเปิด
กะโหลกศีรษะ: กรณีศึกษา 83
สุภาพร ศรีพนม

การดูแลผู้ป่วยกลุ่มโรคที่เกิดการอักเสบของปลอกประสาท
และระบบประสาทส่วนกลางที่เผชิญกับความไม่แน่นอน
ในการเจ็บป่วย: กรณีศึกษา 98
จุฑามาศ กิ่งทอง
ทิพนาม ชินนาวงศ์

Content
Vol.12 No.2 January-June 2025

Academic Article

The role of nurse and midwifery in preconception
weight management: An evidence-based approach 5
Piyanut Xuto

Research Article

Post-Operative Nausea and Vomiting after Receiving
Taiyang Acupressure in Patients Undergoing
Gynecological Surgery with General Anesthesia 16
Chutima Kangkarn
Nithakan Polwichit
Kedsara Thungjai
Pattaraporn Sopa

Utilizing Shock Index for Prediction and Prevention of
Hypovolemic Shock in Multiple Trauma Patients at
Chumphon Khet Udomsakdi Hospital 26
Benjamard Sombadna
Bangon Nubanjong.

Effects of an Exercise Behaviors Development Program
for Elderly with Type 2 Diabetes Mellitus at Kranuan District,
Khon Kaen Province 46
Pongprun Krancharee
Warinee Iemsawadikul
Chuenijit Potisubsuk

Development of nursing practices for diabetic patients
with high blood sugar along with acid blood and
respiratory failure in Uttaradit Hospital 61
Laddawan Janyana
Siri-on Meechamna
Kannika Plaengdee
Kirrasa Suwariwara

Case Report

Application of Transition Theory in Nursing of
Ischemic Stroke Patients After Craniectomy:
A Case Study 83
Supaporn Sripanom

Caring for Patients with Neuromyelitis Optica
Spectrum Disorder Facing Illness Uncertainty:
A Case Study 98
Jutamas Kingtong
Tippamas Chinnawong

วารสารการปฏิบัติการพยาบาลและการผดุงครรภ์ เป็นวารสารที่มีการควบคุมคุณภาพจากผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน ดำเนินการโดย สมาคมผู้ปฏิบัติการพยาบาลชั้นสูง (ประเทศไทย) ร่วมกับวิทยาลัยพยาบาลและผดุงครรภ์ชั้นสูงแห่งประเทศไทย โดยการสนับสนุนของสภาการพยาบาล

วัตถุประสงค์ (Aims):

1. เป็นแหล่งรวบรวมและตีพิมพ์เผยแพร่ผลงานทางวิชาการที่ได้จากการปฏิบัติการพยาบาลและการวิจัยเชิงพัฒนาคุณภาพของการพยาบาลและการผดุงครรภ์ เช่น กรณีศึกษา วิธีการปฏิบัติใหม่ นวัตกรรม การจัดการเชิงระบบ การบริหารความเสี่ยง และงานวิจัยเพื่อพัฒนาคุณภาพการปฏิบัติ
2. เป็นศูนย์กลางการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ การสร้างความร่วมมือและเชื่อมโยงเครือข่ายการพัฒนานวัตกรรมและการปฏิบัติตามหลักฐานความรู้เชิงประจักษ์ของพยาบาลในระดับชาติและนานาชาติ

ขอบเขต (Scope):

ประเภทของบทความต้นฉบับ (original articles) ในวารสารนี้ รวมถึง รายงานวิจัย (Research report) โครงการวิจัยเพื่อพัฒนาการปฏิบัติ (capstone project) การทบทวนงานวิจัยอย่างเป็นระบบ (systematic reviews) การพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิก (development of practice guidelines) รายงานกรณีศึกษา (case report) และบทความวิชาการ (academic article) ทั้งนี้ ยังรวมถึงบทความปกิณกะ (miscellaneous) และอื่น ๆ

กำหนดการออกวารสาร

- วารสารการปฏิบัติการพยาบาลและการผดุงครรภ์ มีกำหนดออกวารสารเป็นราย 6 เดือน (ปีละ 2 ฉบับ)
- มกราคม-มิถุนายน
 - กรกฎาคม-ธันวาคม

การตีพิมพ์เผยแพร่

- วารสารการปฏิบัติการพยาบาลและการผดุงครรภ์ไทย จัดพิมพ์ 2 ฉบับต่อปี
- ฉบับที่ 1 มกราคม – มิถุนายน
 - ฉบับที่ 2 กรกฎาคม – ธันวาคม

ISSN 3057-1529 (Print), ISSN 3057-1561 (Online)

- ตีพิมพ์วารสารเป็นรูปเล่ม ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2557 ถึง ปี พ.ศ. 2565
- ตีพิมพ์เป็นวารสารอิเล็กทรอนิกส์ (Electronic Journals) เท่านั้น ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2566 เป็นต้นไป

ช่องทางการติดต่อกองบรรณาธิการ

ติดต่อ: รองศาสตราจารย์ ดร. ประณีต ส่งวัฒนา (บรรณาธิการ)
โทรศัพท์: 074-286514
e-mail: tjnmp.2023@gmail.com

กองบรรณาธิการ

ที่ปรึกษา	รศ.ดร.สุจิตรา เหลืองอมรเลิศ	นายกสภาการพยาบาล
	ศาสตราจารย์เกียรติคุณ ดร.วิจิตร ศรีสุพรรณ	อดีตนายกสภาการพยาบาล
	ศาสตราจารย์เกียรติคุณ ดร.สมจิต หนูเจริญกุล	บรรณาธิการวารสาร Pacific Rim International Journal of Nursing
บรรณาธิการ	รศ.ดร.เรณู พุกบุญมี	อดีตนายกสมาคมผู้ปฏิบัติการพยาบาลชั้นสูง (ประเทศไทย)
	รศ.ดร.วรรณภา ศรีธัญรัตน์	บรรณาธิการวารสารการปฏิบัติการพยาบาล และการผดุงครรภ์ไทย (พ.ศ. 2557-2564)
	รองศาสตราจารย์ ดร.ประณีต สังวัฒนา	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์
ผู้ช่วยบรรณาธิการ	พว.บำเหน็จ แสงรัตน์	โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่
	รองศาสตราจารย์ ดร.นพวรรณ เปียชื่อ	โรงเรียนพยาบาลรามาธิบดี คณะแพทยศาสตร์
		โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล
กองบรรณาธิการ	รองศาสตราจารย์ ดร.โสเพ็ญ ชูवल	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์
	รองศาสตราจารย์ ดร.กัณฑ์พร ยอดไชย	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์
	รองศาสตราจารย์ ดร.ปิยนุช ชูโต	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
	รองศาสตราจารย์ ดร.วันชัย เลิศวัฒนวิลาส	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
	รองศาสตราจารย์ ดร.ศิริพันธ์ ศิริพันธ์	คณะพยาบาลศาสตร์มหาวิทยาลัยราชภัฏวชิราวุธานุสรณ์
	ศาสตราจารย์ ดร. สายฝน เอกวรังกูร	สำนักวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยวลัยลักษณ์
	รองศาสตราจารย์ ดร. สุรีพร ธนศิลป์	จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
	ศาสตราจารย์ ดร.จินตนา วัชรสินธุ์	มหาวิทยาลัยบูรพา
	ศาสตราจารย์ ดร.สุภาพ อาธิเอื้อ	โรงเรียนพยาบาลรามาธิบดี คณะแพทยศาสตร์
	รองศาสตราจารย์ ดร.ชัชคณะ แพรวขาว	มหาวิทยาลัยมหิดล
	ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.เบญญพร บรรณสาร	มหาวิทยาลัยขอนแก่น
	รองศาสตราจารย์ ดร.รุ่งนภา ภาณิตรัตน์	มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์
	รองศาสตราจารย์ ดร.จันทิพย์ ฐาธิมาส	วิทยาลัยพยาบาลศาสตร์อัครราชกุมารีราชวิทยาลัยจุฬาภรณ์
	พว.ศิริทิพย์ สงวนวงศ์วาน	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์
	พว.คมเนตร สุกุลณะศักดิ์	โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์
	พว.พัชรี ประไพพิณ	โรงพยาบาลศรีสะเกษ
	พว.จินตนา พรหมเนตร	คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช
	พว.กัญจนา ปุกคำ	โรงพยาบาลแหลมฉบัง
	พว.สุทธิพันธ์ ถนอมพันธ์	กลุ่มงานวิจัยและพัฒนาการพยาบาลโรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช
	Mr. Alan Guter	โรงพยาบาลนครพิงค์
		อาจารย์อิสระ คณะแพทยศาสตร์
		มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

บทบรรณาธิการ

วารสารการปฏิบัติการพยาบาลและการผดุงครรภ์ไทย

สวัสดีสมาชิกทุกท่านจากสถานการณ์อุทกภัยในภาคใต้ในเดือนพฤศจิกายนที่ผ่านมาทำให้เกิดความสูญเสียทั้งชีวิตและทรัพย์สินอย่างมาก โดยเฉพาะในพื้นที่อำเภอหาดใหญ่ จังหวัดสงขลา สมาคมจึงขอส่งกำลังใจให้กับผู้ประสบภัยทุกท่าน ขณะเดียวกัน ในปีนี้ สมาคมมีการปรับปรุงเว็บไซต์ใหม่ที่มีรูปลักษณ์และความสะดวกในการใช้งาน คือ <https://apnathai.org/th/> จึงขอเชิญชวนพยาบาลทุกท่านเข้าร่วมเป็นสมาชิกและเข้าถึงข่าวสารของสมาคม และขอรับคำปรึกษาผลงานได้

วารสารการปฏิบัติการพยาบาลและการผดุงครรภ์ไทย ยังคงคุณภาพและมาตรฐานตามเกณฑ์มาตรฐานของศูนย์ดัชนีการอ้างอิงวารสารไทย หรือ TCI กำหนด ที่มีผู้ทรงคุณวุฒิสามท่านร่วมกันกลั่นกรองบทความแต่ละเรื่องอย่างละเอียดรอบคอบ เพื่อให้มีผลงานทางวิชาการที่น่าเชื่อถือ และได้เผยแพร่ผ่านระบบวารสารอิเล็กทรอนิกส์ (ThaiJO) เพื่อให้สมาชิกและผู้สนใจสามารถเข้าถึงได้สะดวกและรวดเร็ว โดยฉบับนี้ นำเสนอสาระเนื้อหาที่หลากหลาย อาทิเช่น บทความรับเชิญจากรองศาสตราจารย์ ดร.ปิยะนุช ชูโต เรื่อง บทบาทของพยาบาลผดุงครรภ์ในการจัดการน้ำหนักก่อนการตั้งครรภ์: แนวทางตามหลักฐานเชิงประจักษ์ และบทความที่น่าสนใจยิ่ง อาทิเช่น 1) การลดอาการคลื่นไส้อาเจียนหลังได้รับการกดจุดไท่หยางในผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้องทางนรีเวชที่ได้รับการระงับความรู้สึกแบบทั่วร่างกาย 2) ผลของการใช้คำดัชนีภาวะช็อกในการคาดการณ์และป้องกันภาวะช็อกจากการสูญเสียเลือดในผู้ป่วยบาดเจ็บหลายระบบ: โรงพยาบาลชุมชนพรเชตรุดมศักดิ์ 3) ผลของโปรแกรมพัฒนาพฤติกรรมออกกำลังกายของผู้สูงอายุเบาหวานชนิดที่ 2 อำเภอกระนวน จังหวัดขอนแก่น 4) การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยเบาหวานที่มีน้ำตาลในเลือดสูงร่วมกับเลือดเป็นกรดและมีภาวะการหายใจล้มเหลว โรงพยาบาลอุดรดิตต์ 5) การประยุกต์ใช้ทฤษฎีการเปลี่ยนผ่านในการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบหลังการผ่าตัดเปิดกะโหลกศีรษะ: กรณีศึกษา 6) การดูแลผู้ป่วยกลุ่มโรคที่เกิดการอักเสบของปอดประสาทและระบบประสาทส่วนกลางที่เผชิญกับความไม่รู้สึกลึกไม่แน่นอนในการเจ็บป่วย: กรณีศึกษา

ดังนั้น จึงขอเชิญชวนให้ผู้นิพนธ์และผู้สนใจส่งบทความเพื่อตีพิมพ์ ติดตามและสืบค้นผลงานได้จากเว็บไซต์ข้างต้น พร้อมทั้งติดตามการจัดประชุมกำหนดจัดประชุมใหญ่สามัญประจำปี 2568 และประชุมวิชาการประจำปี ครั้งที่ 1/2569 เรื่อง “เสริมศักยภาพพยาบาลสู่การเป็นผู้นำการเปลี่ยนแปลงทางสุขภาพด้วยปัญญาประดิษฐ์” ณ โรงแรม เบสท์เวสเทิร์น พลัส แวนดา แกรนด์ ในวันพฤหัสบดี ที่ 19 มีนาคม 2569 ถึง วันศุกร์ ที่ 20 มีนาคม 2569 เพื่อช่วยเหลือและสนับสนุนการมีผลงานทางวิชาการของสมาชิกและพยาบาลทุกท่าน

ในการนี้ หวังเป็นอย่างยิ่งว่าวารสารฉบับนี้จะมีส่วนช่วยส่งเสริมองค์ความรู้ แลกเปลี่ยนประสบการณ์ และเป็นแรงบันดาลใจให้แก่พยาบาลทุกสาขาและผู้สนใจในการพัฒนาศักยภาพตนเองและวิชาชีพอย่างต่อเนื่อง พร้อมทั้งขออำนวยการส่งท้ายปี และต้อนรับปีใหม่ พ.ศ. 2569 ที่กำลังมาถึงด้วยการอำนวยการให้สมาชิกทุกท่านมีความสุข ความสำเร็จ และมีสุขภาพที่แข็งแรง และขอให้ทุกท่านมีกำลังใจในการปฏิบัติหน้าที่อันทรงคุณค่าเพื่อยกระดับสุขภาวะและคุณภาพชีวิตของประชาชนอย่างยั่งยืน

ศาสตราจารย์ ดร. ประณีต ส่องวัฒนา
บรรณาธิการวารสารฯ

บทบาทของพยาบาลผดุงครรภ์ในการจัดการน้ำหนักระหว่างการตั้งครรภ์: แนวทางตามหลักฐานเชิงประจักษ์

ปิยะนุช ชูโต¹ ปร.ด

บทคัดย่อ: การจัดการน้ำหนักตัวของสตรีในระยะก่อนการตั้งครรภ์เป็นการดูแลสุขภาพที่สำคัญซึ่งมักถูกมองข้าม แต่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพของมารดาและทารกในครรภ์ ปัจจุบันภาวะน้ำหนักเกินและอ้วนในสตรีวัยเจริญพันธุ์มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นทั่วโลก พยาบาลผดุงครรภ์จึงมีบทบาทสำคัญในการคัดกรอง ให้คำปรึกษา และสนับสนุนสตรีให้น้ำหนักตัวที่เหมาะสมก่อนการตั้งครรภ์ หลักฐานเชิงประจักษ์ชี้ให้เห็นว่าภาวะน้ำหนักของสตรีก่อนการตั้งครรภ์ส่งผลต่อภาวะเจริญพันธุ์เพิ่มความเสี่ยงด้านสุขภาพของมารดา และสุขภาพของบุตรในระยะยาว ผ่านกลไกที่ซับซ้อนที่เกี่ยวข้องกับการควบคุมฮอร์โมน การทำงานของระบบเมตาบอลิซึม และการเปลี่ยนแปลงทางด้านพันธุกรรม ดังนั้น การให้การดูแลสุขภาพสตรีกลุ่มนี้จึงมีประสิทธิภาพประกอบด้วย การประเมินภาวะสุขภาพ และพฤติกรรมเสี่ยง การให้คำปรึกษาเพื่อสร้างแรงจูงใจ การส่งเสริมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ประกอบด้วย การจัดการด้านโภชนาการ การจัดการด้านการออกกำลังกาย การนอนหลับ และการจัดการความเครียด เพื่อมุ่งเป้าไปที่การลดน้ำหนักร้อยละ 5-10 ของน้ำหนักตัวปัจจุบันเพื่อเพิ่มโอกาสการตั้งครรภ์ให้มากขึ้น บทความนี้ได้รวบรวมแนวทางตามหลักฐานเชิงประจักษ์สำหรับพยาบาลและผดุงครรภ์เพื่อนำไปใช้ในการดูแลสุขภาพสตรีวัยเจริญพันธุ์ให้สามารถจัดการน้ำหนักก่อนการตั้งครรภ์ได้อย่างมีประสิทธิภาพ

วารสารการปฏิบัติการพยาบาลและการผดุงครรภ์ไทย 2568; 12(2): 05-15

คำสำคัญ: การดูแลระยะก่อนตั้งครรภ์ การจัดการน้ำหนัก การปฏิบัติการพยาบาล ภาวะเจริญพันธุ์

¹รองศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ จังหวัดเชียงใหม่; ผู้รับผิดชอบหลัก, E-mail: piyanut.x@cmu.ac.th
วันที่รับบทความ 28 กันยายน 2568 วันที่แก้ไขบทความ 11 พฤศจิกายน 2568 วันที่ตอบรับบทความ 30 พฤศจิกายน 2568

The role of nurse and midwifery in preconception weight management: An evidence-based approach

Piyanut Xuto¹ Ph.D

Abstract: Weight management for women in the preconception period is an important, though often overlooked, aspect of healthcare that significantly impacts the health of both mother and fetus. The worldwide prevalence of overweight and obesity in women of childbearing age is increasing, positioning nurses and midwives in a key role to screen, counsel, and support women in achieving a healthy weight before pregnancy. Evidence shows that a woman's pre-pregnancy weight affects fertility and increases maternal health risks and long-term health risks for the child through complex mechanisms involving hormonal control, metabolic function, and epigenetic programming. Effective care for this group consists of comprehensive health and risk behavior assessment, motivational counseling, and the promotion of health behavioral changes, comprising nutritional management, physical activity management, and sleep and stress management, and the promotion of a proper diet, moderate exercise, and sleep and stress management, aiming for a 5–10% reduction in current body weight to increase the likelihood of conception. This article compiles evidence-based guidelines for nurses and midwives to apply in the care of women of reproductive age for effective preconception weight management.

Thai Journal of Nursing and Midwifery Practice 2025; 12(2): 05–15

Keyword: preconception care; weight management; nursing practice; fertility

¹Associate Professor, Faculty of Nursing, Chiang Mai University Chiang Mai; Corresponding, E-mail: piyanut.x@cmu.ac.th
Received September 28, 2025; Revised November 11, 2025; Accepted November 30, 2025

บทนำ

จากการสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกายครั้งที่ 6 พ.ศ. 2562-2563 พบว่าสตรีไทยที่มีดัชนีมวลกายมากกว่า 25 kg/m^2 ได้เพิ่มขึ้นถึงร้อยละ 46.4¹ สะท้อนว่าภาวะน้ำหนักเกินและโรคอ้วนในสตรีวัยเจริญพันธุ์ได้ทวีความรุนแรงจนเป็นปัญหาสาธารณสุขสำคัญทั้งในประเทศไทยและทั่วโลก ที่ส่งผลกระทบต่อภาวะเจริญพันธุ์ ผลลัพธ์การตั้งครรภ์ และสุขภาพในระยะยาวของทั้งมารดาและบุตร² ระยะก่อนการตั้งครรภ์ถือเป็น “หน้าต่างแห่งโอกาส” (window of opportunity) ที่สำคัญอย่างยิ่งในการส่งเสริมสุขภาพ เนื่องจากเป็นช่วงเวลาที่สตรีมีความมุ่งมั่นที่จะปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อเตรียมความพร้อมสำหรับบุตร ดังนั้น การจัดการน้ำหนักก่อนการตั้งครรภ์จึงเป็นยุทธศาสตร์ที่สำคัญที่จะสามารถลดความเสี่ยงที่จะเกิดภาวะแทรกซ้อนแก่สตรีและทารกในระยะตั้งครรภ์และระยะหลังคลอดได้ ในบทความนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อสังเคราะห์องค์ความรู้เชิงประจักษ์เกี่ยวกับความสำคัญของการจัดการน้ำหนักก่อนการตั้งครรภ์ และนำเสนอแนวทางการพยาบาลที่ชัดเจนสำหรับนำไปใช้ในการปฏิบัติทางคลินิก โดยเนื้อหาจะแบ่งเป็น 2 ส่วน ได้แก่ 1) ความสำคัญในการจัดการน้ำหนักตัวก่อนตั้งครรภ์ และ 2) บทบาทพยาบาลผดุงครรภ์ในการจัดการน้ำหนักตัวก่อนตั้งครรภ์

ส่วนที่ 1: ความสำคัญในการจัดการน้ำหนักตัวก่อนตั้งครรภ์

ภาวะน้ำหนักเกินและโรคอ้วนไม่ได้เป็นเพียงการสะสมของไขมันในร่างกายแต่เป็นภาวะที่เนื้อเยื่อไขมัน (adipose tissue) ทำงานผิดปกติ ส่งผลกระทบต่อการทำงานของระบบสืบพันธุ์ผ่านกลไกทางชีวภาพที่ซับซ้อน ส่งผลให้ระบบต่าง ๆ ทั้งร่างกาย

โดยเฉพาะอย่างยิ่งระบบสืบพันธุ์มีความผิดปกติในหลายลักษณะ รวมถึงยังส่งผลเสียต่อคุณภาพของเซลล์ไข่ (oocyte quality) และการเจริญของตัวอ่อนอีกด้วย ดังรายละเอียดนี้³⁻⁴

1. ความผิดปกติของเซลล์ไขมันและภาวะอักเสบเรื้อรัง เมื่อร่างกายได้รับพลังงานเกินความต้องการ เซลล์ไขมัน (adipocytes) จะขยายขนาดใหญ่ขึ้น (hypertrophy) และเพิ่มจำนวน (hyperplasia) เมื่อเซลล์ไขมันขยายตัวจนถึงขีดจำกัด จะเกิดภาวะขาดออกซิเจนและเซลล์ตาย ทำให้ระบบภูมิคุ้มกันต้องส่งเม็ดเลือดขาวชนิดแมโครฟาจ (macrophage) เข้ามาในเนื้อเยื่อไขมันเพื่อกำจัดเซลล์ที่ตายแล้ว กระบวนการนี้กระตุ้นให้เนื้อเยื่อไขมันหลั่งสารที่กระตุ้นการอักเสบ (pro-inflammatory cytokines) เช่น Tumor Necrosis Factor- α (TNF- α) และ Interleukin-6 (IL-6) รวมถึง กรดไขมันอิสระ (Free Fatty Acids - FFAs) จำนวนมากเข้าสู่กระแสเลือด ภาวะนี้เรียกว่า ภาวะอักเสบเรื้อรังระดับต่ำ (chronic low-grade inflammation) ซึ่งเป็นต้นตอของความผิดปกติทั้งหมดที่จะตามมา³

2. การเกิดภาวะดื้อต่ออินซูลิน (insulin resistance) เนื่องจากสารอักเสบและกรดไขมันอิสระที่หลั่งออกมาจากเนื้อเยื่อไขมัน จะไปรบกวนการทำงานของตัวรับอินซูลิน (insulin receptor) ที่อวัยวะเป้าหมาย เช่น กล้ามเนื้อและตับ ทำให้เซลล์เหล่านี้ไม่ตอบสนองต่อฮอร์โมนอินซูลินได้ดีเท่าเดิม หรือที่เรียกว่า “ภาวะดื้อต่ออินซูลิน” เมื่อร่างกายดื้อต่ออินซูลิน ตัวอ่อนจึงต้องทำงานหนักขึ้นเพื่อผลิตอินซูลินในปริมาณที่สูงกว่าปกติเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้ได้ ส่งผลให้เกิดภาวะอินซูลินในเลือดสูง (hyperinsulinemia) ซึ่งเป็นตัวการสำคัญที่สร้างความเสียหายต่อระบบสืบพันธุ์⁴

3. ภาวะฮอร์โมนเพศชายเกิน (hyperandrogenism) ภาวะอินซูลินในเลือดสูงส่งผลกระทบต่อการทำงานของฮอร์โมนเพศชายโดยตรงผ่าน 2 กลไกหลัก ได้แก่

3.1 การกระตุ้นรังไข่โดยตรง อินซูลินในระดับสูงจะไปกระตุ้นเซลล์ลูทาล (theca cells) ในรังไข่ให้ผลิต ฮอร์โมนแอนโดรเจน (androgens) หรือฮอร์โมนเพศชาย (เช่น เทสโทสเตอโรน) ออกมามากกว่าปกติ⁵

3.2 ลดโปรตีนที่จับฮอร์โมนเพศ โดยอินซูลินจะไปยับยั้งการผลิตโปรตีนที่จับฮอร์โมนเพศ (sex hormone-binding globulin; SHBG) ที่ตับ ซึ่งโปรตีนที่จับฮอร์โมนเพศนี้ทำหน้าที่จับกับฮอร์โมนเทสโทสเตอโรนในกระแสเลือด เมื่อโปรตีนที่จับฮอร์โมนเพศลดลง ทำให้มีปริมาณเทสโทสเตอโรนอิสระ (free testosterone) ในร่างกายสูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ ก่อให้เกิดผลลัพธ์คือ สตรีที่มีภาวะอ้วนจะมีระดับฮอร์โมนเพศชายในร่างกายสูงกว่าปกติ ซึ่งเป็นสภาวะที่ขัดขวางการทำงานของระบบสืบพันธุ์ในสตรีอย่างมาก⁶

4. การรบกวนแกนควบคุมของสมอง (hypothalamic-pituitary-ovarian axis disruption) ระบบสืบพันธุ์ของสตรีถูกควบคุมอย่างแม่นยำโดยแกนการทำงานร่วมกันระหว่างสมองส่วนไฮโปทาลามัส ต่อมใต้สมอง และรังไข่ (HPO axis) แต่สภาวะฮอร์โมนที่ผิดปกติที่เกิดจากภาวะอ้วน (ระดับอินซูลินสูง, แอนโดรเจนสูง, และฮอร์โมนจากเซลล์ไขมัน เช่น เลปตินที่ผิดปกติ) จะเข้าไปรบกวนการหลั่งฮอร์โมน gonadotropin-releasing hormone (GnRH) จากไฮโปทาลามัส การรบกวนนี้ทำให้ต่อมใต้สมองหลั่งฮอร์โมน luteinizing hormone (LH) และ follicle-stimulating hormone (FSH) ผิดปกติไป ซึ่งฮอร์โมนเหล่านี้จำเป็นต่อการเจริญของไข่และการตกไข่ หากฮอร์โมนนี้ถูกรบกวนจะทำให้ไข่ไม่สามารถเจริญ

เติบโตได้อย่างสมบูรณ์และไม่เกิดการตกไข่ (anovulation)⁷ ซึ่งเป็นสาเหตุโดยตรงของภาวะประจำเดือนมาไม่ปกติและส่งผลให้เกิดภาวะมีบุตรยาก

5. เกิดภาวะแวดล้อมเซลล์ไข่เป็นพิษ (oocyte lipotoxicity) นอกจากกลไกทางฮอร์โมนแล้ว ภาวะอ้วนและกรดไขมันอิสระที่สูงในกระแสเลือดยังสร้างสภาวะแวดล้อมที่เป็นพิษ (toxic environment) ต่อรังไข่โดยตรง ภาวะนี้เรียกว่า lipotoxicity ซึ่งทำให้เกิดภาวะเครียดออกซิเดชัน (oxidative stress) ภายในเซลล์ไข่ ส่งผลให้คุณภาพของเซลล์ไข่ (oocyte quality) ลดลง⁸ อีกทั้งไมโทคอนเดรียซึ่งเป็นแหล่งพลังงานของเซลล์ทำงานผิดปกติ ทำให้เกิดความเสียหายของสารพันธุกรรม (DNA) ภายในเซลล์ไข่ ทำให้เซลล์ไข่ไม่พร้อมต่อการปฏิสนธิ หรือหากปฏิสนธิได้ ก็อาจเจริญเป็นตัวอ่อนที่ไม่แข็งแรงและเสี่ยงต่อการแท้งในระยะแรก

จากกลไกทั้งหมดนี้จะเห็นได้ว่าภาวะน้ำหนักเกินและโรคอ้วนสร้างพยาธิสภาพที่ส่งผลเสียต่อภาวะเจริญพันธุ์ในทุกๆ ระดับ ตั้งแต่การควบคุมของสมอง การทำงานของรังไข่ ไปจนถึงคุณภาพของเซลล์ไข่โดยตรง จากการศึกษาของไมเคิลโลฟลู⁹ ที่พบว่า การลดน้ำหนักสามารถเพิ่มอัตราการตั้งครรภ์ได้อย่างมีนัยสำคัญ สามารถอธิบายได้ด้วยกลไกดังนี้

1. การลดน้ำหนักช่วยลดขนาดและการอักเสบของเซลล์ไขมัน ทำให้การหลั่งสารอักเสบและกรดไขมันอิสระลดลงแม้การลดน้ำหนักเพียงเล็กน้อย (5-10% ของน้ำหนักตัวเริ่มต้น) ก็สามารถตัดวงจรของพยาธิสภาพนี้ได้ และเมื่อการอักเสบลดลง ภาวะต่ออินซูลินจะดีขึ้น ทำให้ระดับอินซูลินในเลือดลดลงสู่ภาวะปกติ

2. เมื่อระดับอินซูลินลดลง การผลิตฮอร์โมนแอนโดรเจนที่รังไข่จะลดลง และการผลิตฮอร์โมนที่

จับฮอร์โมนเพศที่ต่ำจะเพิ่มขึ้น ส่งผลให้ระดับฮอร์โมนเพศชายอิสระลดลง เมื่อสมดุลฮอร์โมนกลับสู่ภาวะปกติ การทำงานของ HPO Axis จะเริ่มฟื้นตัวนำไปสู่การตกไข่ที่สม่ำเสมอขึ้น อีกทั้งภาวะแหว่ล่อมในรังไข่ดีขึ้น ลดความเป็นพิษต่อเซลล์ไข่ ทำให้คุณภาพของไข่ดีขึ้นด้วยอีกทาง

ดังนั้น การดูแลสตรีก่อนระยะตั้งครรภ์ให้สามารถลดน้ำหนักลง แม้ในระยะเวลาสั้น ๆ (ไม่เกิน 12 สัปดาห์) ก็สามารถเห็นผลในการเพิ่มโอกาสการตั้งครรภ์ได้ โดยเฉพาะในกลุ่มสตรีที่มีดัชนีมวลกายตั้งแต่ 35 kg/m^2 ขึ้นไป ซึ่งเป็นกลุ่มที่มีภาวะดื้อต่ออินซูลินและฮอร์โมนผิดปกติรุนแรง การแก้ไขโดยลดการอักเสบของเซลล์ไขมันจึงเป็นวิถีทางที่สามารถช่วยลดปัญหาในสตรีกลุ่มนี้ได้

บทบาทของพยาบาลผดุงครรภ์ในการจัดการน้ำหนักก่อนการตั้งครรภ์

จากแนวทางของ The International Federation of Gynecology and Obstetrics (FIGO)¹⁰ ที่ได้กำหนดแนวทางการดูแลสตรีในระยะก่อนตั้งครรภ์ โดยเฉพาะเรื่องของการจัดการน้ำหนักตัวเพื่อให้สตรีมีความพร้อมในการตั้งครรภ์และตั้งครรภ์ได้สำเร็จนั้น จะมีแนวทางรวม 3 ขั้นตอน ได้แก่ การประเมินภาวะสุขภาพและพฤติกรรมเสี่ยง การให้คำปรึกษาเพื่อสร้างแรงจูงใจ และการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของสตรี¹¹ ดังรายละเอียดนี้

1. การประเมินภาวะสุขภาพและพฤติกรรมเสี่ยง

พยาบาลผดุงครรภ์ควรประเมินภาวะสุขภาพและพฤติกรรมเสี่ยง คำนวณและบันทึกดัชนีมวลกาย ประวัติทางด้านอนามัยเจริญพันธุ์ รวมถึงความตั้งใจในการตั้งครรภ์ ของสตรีวัยเจริญพันธุ์ทุกราย พร้อมทั้งคัดกรองความผิดปกติของประจำเดือนและภาวะดื้อต่ออินซูลินโดยมีรายละเอียดในการประเมินดังนี้

1.1 ดัชนีมวลกายและไขมันในช่องท้อง (body mass index – BMI & visceral fat) ควรบันทึกส่วนสูงและน้ำหนักก่อนการตั้งครรภ์เพื่อคำนวณดัชนีมวลกายและจัดกลุ่มน้ำหนักตัว โดยกำหนดไว้ 3 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มดัชนีมวลกายน้ำหนักน้อย ($\text{BMI} < 18.5 \text{ kg/m}^2$) ดัชนีมวลกายปกติ ($\text{BMI} \geq 18.5$ และน้อยกว่า 24.9 kg/m^2) น้ำหนักเกิน หรือมีภาวะอ้วน ($\text{BMI} \geq 25 \text{ kg/m}^2$) นอกจากนี้ควรได้วัดปริมาณและการกระจายของไขมันในร่างกาย โดยเฉพาะการประเมินเนื้อเยื่อไขมันในช่องท้อง (visceral adipose tissue: VAT) ผ่านอัตราส่วนรอบเอวต่อส่วนสูง (Waist-to-Height Ratio: WtHR) เพื่อใช้เป็นดัชนีประเมินภาวะอ้วนลงพุง สามารถคำนวณได้จากความยาวรอบเอวหารด้วยส่วนสูง โดยใช้หน่วยเดียวกันในการวัดรอบเอวและส่วนสูงซึ่งอาจเป็นเซนติเมตรหรือนิ้วก็ได้ ซึ่งสถาบันแห่งชาติเพื่อความเป็นเลิศด้านสุขภาพและการดูแล¹² ได้แนะนำจุดตัดของค่าอัตราส่วนรอบเอวต่อส่วนสูง ไว้ที่ 0.5 หากสตรีมีค่าอัตราส่วนนี้มากกว่า 0.5 ถือว่ามีภาวะเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากโรคอ้วน

1.2 การประเมินประวัติการเจริญพันธุ์ ครอบคลุมถึงลักษณะของรอบเดือน ผลลัพธ์ของการตั้งครรภ์ครั้งก่อน ระยะเวลาของภาวะมีบุตรยาก และการรักษาภาวะมีบุตรยากที่เคยได้รับมาก่อน ข้อมูลเหล่านี้ช่วยในการระบุรูปแบบที่บ่งชี้ถึงความผิดปกติของการตกไข่และเป็นแนวทางในการกำหนดรูปแบบกิจกรรมเพื่อจัดการน้ำหนัก สตรีที่มีรอบเดือนมาไม่สม่ำเสมอหรือมีอาการทางคลินิกของภาวะถุงน้ำรังไข่หลายใบ (PCOS) ควรได้รับการดูแลเพิ่มเติมเนื่องจากภาวะเหล่านี้มีความสัมพันธ์กับภาวะอ้วนอย่างมาก และตอบสนองได้ดีเมื่อสตรีสามารถลดน้ำหนักได้¹¹

1.3 คุณภาพและรูปแบบการบริโภคอาหาร (diet quality and patterns) สอบถามความถี่ในการบริโภคอาหารในกลุ่มต่าง ๆ เช่น ผัก ผลไม้ ธัญพืชไม่ขัดสี เนื้อแดง อาหารแปรรูป และเครื่องดื่มที่มีน้ำตาลสูง รวมทั้งประเมินรูปแบบการบริโภคอาหารมีความเสี่ยงต่อการขาดสารอาหาร หรือมีข้อจำกัดด้านอาหารเป็นการเฉพาะ เช่น รับประทานมังสวิรัต แพ้อาหาร

1.4 สารอาหารรองและอาหารเสริม (micronutrients and supplements) ซักถามการได้รับกรดโฟลิก (folic acid) ซึ่งกรดโฟลิกนี้เป็นวิตามินบี 9 ชนิดสังเคราะห์ที่จำเป็นต่อการสร้าง DNA RNA และการแบ่งเซลล์ ช่วยป้องกันความผิดปกติของท่อประสาท เช่น ความพิการแต่กำเนิดชนิดภาวะไขสันหลังเปิด (spina bifida) รวมถึงการประเมินการได้รับธาตุเหล็ก (iron) เพื่อประเมินความเสี่ยงของภาวะโลหิตจาง วิตามินและแร่ธาตุอื่น ๆ โดยเฉพาะการประเมินการขาดไอโอดีน แคลเซียม และวิตามินดี ซึ่งพบบ่อยในสตรีวัยเจริญพันธุ์

1.5 กิจกรรมทางกาย (physical activity) ควรซักถาม “คุณออกกำลังกายบ่อยแค่ไหนและนานเท่าไรในแต่ละสัปดาห์” เพื่อประเมินการมีกิจกรรมทางกายว่าเพียงพอหรือไม่ (เป้าหมายคือ มากกว่าหรือเท่ากับ 150 นาที/สัปดาห์) รวมถึง ประเมินอุปสรรคในการออกกำลังกายของสตรีแต่ละบุคคล

1.6 ซักถามเกี่ยวกับระยะเวลาการนอนหลับ (sleep duration) โดยเฉลี่ยในแต่ละคืน คุณภาพการนอนหลับ (sleep quality) เช่น การตื่นกลางดึก ความยากลำบากในการหลับ หรือความรู้สึกไม่สดชื่นเมื่อตื่นนอน และประเมินระดับความเครียดและวิธีการจัดการความเครียดในปัจจุบันของสตรี

2. การให้คำปรึกษาเพื่อสร้างแรงจูงใจ (motivational counseling)

การปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตโดยเฉพาะเรื่องน้ำหนักตัวเป็นกระบวนการที่ซับซ้อนและท้าทาย การให้ข้อมูลเพียงอย่างเดียวมักไม่เพียงพอที่จะทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงที่ยั่งยืน พยาบาลจึงจำเป็นต้องใช้ทักษะการให้คำปรึกษาเพื่อสร้างแรงจูงใจภายใน (internal motivation) ให้กับสตรี¹³ โดยมีแนวทางที่สำคัญคือ การให้คำปรึกษาเพื่อสร้างแรงจูงใจ (motivational interviewing – MI) ซึ่งเป็นแนวทางที่ได้รับการยอมรับว่ามีประสิทธิภาพสูงในการส่งเสริมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพโดยหลักการสำคัญของ MI คือการสร้างสัมพันธภาพแบบความร่วมมือ (collaboration) โดยพยาบาลทำหน้าที่เป็นผู้ชี้แนะแนวทาง ไม่ใช่ผู้สั่งการ และช่วยให้สตรีสำรวจความรู้สึกสองฝักสองฝ่าย (ambivalence) ที่มีต่อการเปลี่ยนแปลง เพื่อตั้งศักยภาพและค้นหาแรงจูงใจของตนเองออกมา พยาบาลสามารถนำ กรอบแนวคิด “5 A’s” มาประยุกต์ใช้ในการให้คำปรึกษาอย่างเป็นขั้นตอน มีรายละเอียดดังนี้¹⁴

2.1 Assess (ประเมิน) ประเมินความพร้อมในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของสตรี (readiness to change) ว่าอยู่ในขั้นใดตามทฤษฎี Transtheoretical Model (เช่น ขั้นไม่สนใจ ลังเลใจ เตรียมพร้อม) รวมถึงประเมินความเชื่อ อุปสรรคและปัจจัยสนับสนุนต่าง ๆ ซึ่งสตรีจำนวนมากมักเข้าใจผิดเกี่ยวกับสถานะน้ำหนักของตนเอง¹⁴ (เช่น ผู้ที่มีน้ำหนักเกินกลับมองว่าตนเองมีน้ำหนักปกติ) และมักพยายามจัดการน้ำหนักด้วยตนเองแต่ล้มเหลวในการลดน้ำหนักที่เกิน ดังนั้นพยาบาลผดุงครรภ์สามารถแสดงบทบาทในการให้ข้อมูลที่ถูกต้องและสร้างความตระหนักรู้ในการลดน้ำหนักกับสตรีได้

2.2 Advise (ให้คำแนะนำ) พยาบาลผดุงครรภ์ควรให้ข้อมูลที่ชัดเจนและจำเพาะเจาะจง

กับบุคคล เกี่ยวกับความเชื่อมโยงระหว่างน้ำหนักตัวที่มีผลต่อภาวะเจริญพันธุ์ และประโยชน์ของการลดน้ำหนักต่อสุขภาพของตนเองและบุตรในอนาคต

2.3 Agree (ข้อตกลงร่วมกัน) พยาบาลผดุงครรภ์ควรวางแผนร่วมกับสตรีเพื่อกำหนดเป้าหมายที่ทำได้จริง (SMART Goals) ซึ่งประกอบด้วย การตั้งเป้าหมายที่เฉพาะเจาะจง (specific) สามารถวัดผลได้ (measurable) ประสบความสำเร็จได้จริง (achievable) มีความเกี่ยวข้องกับเป้าหมายสุขภาพ (relevant) และมีกรอบเวลาที่ชัดเจน (time-bound) โดยอาจเริ่มจากเป้าหมายการลดน้ำหนัก 5-10% ของน้ำหนักตัวเริ่มต้น ซึ่งมีหลักฐานว่าเพียงพอต่อการฟื้นฟูการทำงานของรังไข่และการตกไข่ได้

2.4 Assist (ช่วยเหลือ) ช่วยเหลือสตรีในการวางแผนการปฏิบัติที่เป็นรูปธรรม จัดหาเครื่องมือแหล่งข้อมูล และร่วมกันแก้ไขอุปสรรคที่อาจเกิดขึ้น

2.5 Arrange (นัดหมายติดตาม): กำหนดการนัดหมายเพื่อติดตามความคืบหน้าอย่างสม่ำเสมอ เพื่อให้กำลังใจและปรับเปลี่ยนแผนการดูแลตามความจำเป็น ซึ่งเป็นสิ่งสำคัญในการสร้างความยั่งยืน

3. การส่งเสริมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ (promoting health behavioral changes)

ภายหลังจากการสร้างแรงจูงใจแล้ว ขั้นตอนต่อไปคือการให้คำแนะนำในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่ชัดเจนและมีหลักฐานเชิงประจักษ์สนับสนุน โดยเน้นที่ 3 ประเด็นหลักคือ การจัดการด้านโภชนาการ การออกกำลังกาย และการนอนหลับและการจัดการความเครียด ดังรายละเอียดนี้

3.1 การจัดการด้านโภชนาการ (nutritional strategies) เป้าหมายคือการสร้างรูปแบบการบริโภคที่ส่งเสริมสุขภาพและยั่งยืน พยาบาลผดุงครรภ์ควร

แนะนำรูปแบบอาหารที่ส่งเสริมภาวะเจริญพันธุ์ (fertility diet) ซึ่งเป็นรูปแบบที่ได้รับการยอมรับว่าช่วยส่งเสริมภาวะเจริญพันธุ์ สามารถลดความเสี่ยงของภาวะมีบุตรยากจากการไม่ตกไข่ได้ถึงร้อยละ 69⁷ แนวทางนี้ไม่ได้มุ่งเน้นการลดอาหารแต่เป็นการเลือกบริโภคอาหารที่เหมาะสม ส่งผลดีต่อสมดุลฮอร์โมนและความไวต่ออินซูลิน ซึ่งเป็นกลไกสำคัญต่อการทำงานของระบบสืบพันธุ์ หากสตรีบริโภคได้ตามแนวทางนี้ น้ำหนักตัวสตรีจะลดลงได้เอง¹⁵ รูปแบบการจัดการจะมีรายละเอียด ดังนี้

3.1.1 การเลือกบริโภคไขมัน โดยเฉพาะการลดไขมันทรานส์ โดยหลีกเลี่ยงอาหารที่มีไขมันทรานส์เป็นส่วนประกอบ เช่น มาการีน เนยขาว ครีมเทียม อาหารทอดซ้ำ และผลิตภัณฑ์เบเกอรี่อุตสาหกรรม (เค้ก คุกกี้ พาย) แนะนำไขมันที่ควรเลือกบริโภค (consume unsaturated fats) ได้แก่ ไขมันไม่อิ่มตัวเชิงเดี่ยว (monounsaturated fats) เป็นไขมันดีที่ช่วยเพิ่มความไวของร่างกายต่ออินซูลินและลดการอักเสบ ซึ่งเป็นสภาวะที่เอื้อต่อการทำงานของระบบสืบพันธุ์^{4,7} แหล่งอาหารของไขมันชนิดนี้ เช่น น้ำมันมะกอก (โดยเฉพาะชนิด extra virgin) อะโวคาโด และถั่วเปลือกแข็ง (nuts)

3.1.2 การเลือกบริโภคคาร์โบไฮเดรต ควรเลือกคาร์โบไฮเดรตที่มีคุณสมบัติ “Slow Carbs” หรือคาร์โบไฮเดรตเชิงซ้อนที่มีกากใยสูงและมีค่าดัชนีน้ำตาลต่ำ (low glycemic index) ที่น้ำตาลจะถูกย่อยและดูดซึมอย่างช้า ๆ ทำให้ระดับน้ำตาลและอินซูลินในเลือดไม่พุ่งสูงขึ้นอย่างรวดเร็ว ซึ่งช่วยรักษาสสมดุลของฮอร์โมนเพศได้ดีกว่า แหล่งอาหารได้แก่ ธัญพืชไม่ขัดสี (เช่น ข้าวกล้อง ขนมหังโกลวาท ควินัว) พืชตระกูลถั่ว ผักต่าง ๆ และผลไม้ทั้งผล (แทนการเติมน้ำผลไม้) ส่วนคาร์โบไฮเดรตที่ควรลดหรือ “Fast

Carbs” จะเป็น คาร์โบไฮเดรตเชิงเดี่ยวหรือ คาร์โบไฮเดรตขัดขาว จะทำให้ระดับน้ำตาลในเลือดพุ่งสูงอย่างรวดเร็ว กระตุ้นการหลั่งอินซูลินปริมาณมากซึ่งจะไปรบกวนการทำงานของฮอร์โมนที่ควบคุมการตกไข่ คาร์โบไฮเดรตกลุ่มนี้ ได้แก่ เครื่องดื่มรสหวาน ขนมหวาน เค้ก คุกกี้ และผลิตภัณฑ์จากแป้งขัดขาว เช่น ขนมปังขาวและข้าวขาว

3.1.3 การเลือกบริโภคโปรตีน ควรเพิ่มสัดส่วนโปรตีนจากพืช (plant-based protein) มีรายงานระบุว่า การแทนที่โปรตีนจากสัตว์เพียง 5% ของพลังงานทั้งหมดด้วยโปรตีนจากพืช สามารถลดความเสี่ยงของภาวะมีบุตรยากจากการไม่ตกไข่ได้ถึงร้อยละ 50 ซึ่งโปรตีนจากพืช ได้แก่ โปรตีนจากพืชตระกูลถั่ว (beans) ถั่วเปลือกแข็ง (nuts) และเมล็ดพืช (seeds) ในมื้ออาหาร สำหรับโปรตีนจากสัตว์ ควรเน้นที่ปลาและสัตว์ปีก และลดการบริโภคเนื้อแดง

3.1.4 การเลือกบริโภคผลิตภัณฑ์นม ควรเลือกนมชนิดไขมันเต็มส่วน การบริโภคนมไขมันเต็มส่วน (full-fat dairy) 1-2 หน่วยบริโภคต่อวัน (เช่น นมสดรสจืด โยเกิร์ตธรรมชาติ) สามารถลดความเสี่ยงของภาวะไม่ตกไข่ได้ ในทางกลับกัน การบริโภคผลิตภัณฑ์นมพร่องมันเนยหรือขาดมันเนย สามารถเพิ่มความเสี่ยงนี้ แม้กลไกจะยังไม่ชัดเจน แต่สันนิษฐานว่าส่วนประกอบของไขมันในนมอาจมีบทบาทสำคัญต่อการสร้างฮอร์โมน หรือกระบวนการแยกไขมันออกไปเปลี่ยนแปลงสมดุลในผลิตภัณฑ์นมได้ หากสตรีที่ไม่มีปัญหาเรื่องน้ำหนักตัวมากเกินไป สามารถเปลี่ยนการบริโภคนมพร่องมันเนยมาเป็นนมไขมันเต็มส่วนในปริมาณที่พอเหมาะได้

3.1.5 การเสริมธาตุเหล็กและวิตามินรวม สตรีควรได้รับธาตุเหล็ก และกรดโฟลิก (folic acid) จากรายงานวิจัยพบว่าสตรีที่ได้รับธาตุเหล็กเสริม

(โดยเฉพาะจากพืชและอาหารเสริม) สามารถลดความเสี่ยงต่อภาวะมีบุตรยากจากการไม่ตกไข่ได้⁴ และสตรีควรได้รับวิตามินรวม (multivitamins) ที่มีกรดโฟลิก อย่างน้อย 400 ไมโครกรัมต่อวัน โดยเริ่มทานเสริมอย่างน้อย 3 เดือนก่อนการตั้งครรภ์ไปจนถึงอายุครรภ์ 12 สัปดาห์ จะมีแนวโน้มที่จะมีภาวะเจริญพันธุ์ที่ดีกว่า และช่วยลดความเสี่ยงของความพิการทางสมองและไขสันหลังของทารกได้อย่างมีนัยสำคัญอีกด้วย¹⁰

3.2 การจัดการด้านการออกกำลังกาย (physical activity strategies) การมีกิจกรรมทางกายอย่างสม่ำเสมอเป็นอีกหนึ่งปัจจัยสำคัญของการเตรียมความพร้อมก่อนการตั้งครรภ์ เป้าหมายคือการออกกำลังกายระดับปานกลาง (moderate intensity) เช่น การเดินเร็ว ว่ายน้ำ หรือปั่นจักรยาน อย่างน้อย 150 นาทีต่อสัปดาห์ หรือประมาณ 30 นาทีต่อวัน 5 วันต่อสัปดาห์ สำหรับสตรีที่ยังไม่เคยออกกำลังกาย ควรเริ่มต้นอย่างช้า ๆ และค่อย ๆ เพิ่มระยะเวลาและความหนัก การออกกำลังกายนี้ นอกจากการช่วยควบคุมน้ำหนัก ซึ่งเพิ่มโอกาสการตั้งครรภ์โดยตรงแล้ว การออกกำลังกายยังช่วยหลั่งสารเอ็นดอร์ฟิน (endorphins) ซึ่งช่วยลดความเครียดและส่งเสริมสุขภาพจิตที่ดี นอกจากนี้พฤติกรรมการออกกำลังกายที่สร้างขึ้นตั้งแต่ก่อนการตั้งครรภ์ มีแนวโน้มที่จะดำเนินต่อไประหว่างการตั้งครรภ์ ซึ่งจะส่งผลดีต่อเนื่องไปจนถึงการคลอด¹⁶ สำหรับสตรีที่มีข้อจำกัดด้านเวลา การออกกำลังกายแบบหนักสลับเบา หรือ high-intensity interval training (HIT) เป็นทางเลือกที่มีประสิทธิภาพและใช้เวลาน้อย ซึ่งมีหลักฐานว่าช่วยเพิ่มความไวต่ออินซูลินและส่งเสริมเมตาบอลิซึมได้ดี การออกกำลังกายลักษณะนี้ประกอบด้วย การออกกำลังกายอย่างหนักเป็นช่วงสั้น ๆ (เช่น 1-4 นาที)

สลับกับการพักหรือออกกำลังกายเบา ๆ ทั้งนี้พยาบาล
ผดุงครรภ์ควรให้กำลังใจและร่วมแก้ไขอุปสรรค
ร่วมค้นหากิจกรรมที่สตรีสามารถทำได้เพื่อสร้างความ
ต่อเนื่อง และวางแผนเพื่อเอาชนะอุปสรรคต่าง ๆ
ที่อาจขัดขวางการออกกำลังกาย¹⁷

3.3 การนอนหลับและการจัดการความเครียด
(sleep and stress management) การจัดการการนอน
หลับและความเครียด ถือเป็นเสาหลักที่สามของ
สุขภาพที่ส่งผลอย่างต่อความพร้อมในการตั้งครรภ์
ภาวะเครียดเรื้อรังและการนอนหลับที่ไม่เพียงพอ
หรือไม่มีคุณภาพเป็นภาวะเครียดทางสรีรวิทยาที่
รบกวนการทำงานของฮอร์โมนที่ควบคุมความอยาก
อาหาร (ghrelin and leptin) เพิ่มระดับฮอร์โมน
ความเครียด (cortisol) และทำให้ภาวะดื้อต่ออินซูลิน
แย่ลง กลไกเหล่านี้ไม่เพียงแต่เป็นอุปสรรคต่อการลด
น้ำหนัก แต่ยังส่งผลเสียโดยตรงต่อสมดุลฮอร์โมนที่
จำเป็นต่อการตกไข่และการเจริญพันธุ์อีกด้วย¹⁸ ทั้งนี้
บทบาทของพยาบาลผดุงครรภ์จึงควรมุ่งเน้นการ
ส่งเสริมสุขภาวะด้านนี้โดยมีเป้าหมายให้สตรีนอนหลับ
อย่างมีคุณภาพ 7-9 ชั่วโมงต่อคืน และมีวิธีการจัดการ
ความเครียดที่มีประสิทธิภาพ¹⁴ ดังนี้

3.3.1 ให้ความรู้ (education) แก่สตรี
อธิบายความเชื่อมโยงระหว่างการนอนหลับ ฮอร์โมน
ความเครียด (cortisol) ภาวะดื้อต่ออินซูลิน และภาวะ
เจริญพันธุ์ส่งเสริมสุขอนามัยการนอนหลับที่ดี (sleep
hygiene) โดยแนะนำให้มียาตารางการนอนและตื่นนอน
ที่สม่ำเสมอ แม้ในวันหยุด แนะนำให้จัดสภาพ
แวดล้อมในห้องนอนให้มืด เย็น และเย็น แนะนำให้
หลีกเลี่ยงการใช้อุปกรณ์อิเล็กทรอนิกส์ (โทรศัพท์
มือถือ แท็บเล็ต) อย่างน้อย 1 ชั่วโมงก่อนนอน
เนื่องจากแสงสีฟ้าสามารถรบกวนการผลิตฮอร์โมน
เมลาโท닌ได้

3.3.2 แนะนำเทคนิคการจัดการ
ความเครียด พยาบาลผดุงครรภ์ควรสอนเทคนิคการ
ผ่อนคลายที่ทำได้ง่ายและมีหลักฐานสนับสนุน
เนื่องจากความเครียดเรื้อรังส่งผลต่อการหลั่ง
คอร์ติซอลซึ่งรบกวนสมดุลฮอร์โมนโดยตรง เทคนิค
เหล่านี้ได้แก่¹⁴ 1) การฝึกหายใจเข้า-ออกลึก ๆ
(deep breathing) เพื่อกระตุ้นระบบประสาท
พาราซิมพาเทติก 2) การทำสมาธิหรือการเจริญสติ
(mindfulness meditation) เพื่อลดความตึงเครียด
ทางร่างกาย 3) การผ่อนคลายกล้ามเนื้อทีละส่วน
(progressive muscle relaxation; PMR) เพื่อลด
ความตึงเครียดทางร่างกาย และ 4) โยคะเบา ๆ ที่จะ
ช่วยให้ร่างกายและจิตใจผ่อนคลาย การปฏิบัติเทคนิค
เหล่านี้เป็นประจำ ไม่เพียงช่วยให้ผ่อนคลายดีขึ้น
แต่ยังช่วยปรับสมดุลฮอร์โมนซึ่งเอื้อต่อภาวะ
เจริญพันธุ์อีกด้วย

บทสรุป

ภาวะน้ำหนักเกินและโรคอ้วนส่งผลกระทบต่อ
อย่างรุนแรงต่อภาวะเจริญพันธุ์ของสตรี ผ่านกลไกที่
ซับซ้อน เช่น การอักเสบเรื้อรัง ภาวะดื้อต่ออินซูลิน
ฮอร์โมนเพศชายเกิน และการทำลายคุณภาพของ
เซลล์ไข่โดยตรง ภาวะเหล่านี้สามารถแก้ไขได้ด้วยการ
ดูแลในระยะก่อนตั้งครรภ์อย่างมีประสิทธิภาพ
ซึ่งพยาบาลผดุงครรภ์มีบทบาทสำคัญในการใช้กรอบ
การดูแลที่เหมาะสม (เช่น FIGO Preconception)
ควบคู่กับการให้คำปรึกษาเพื่อสร้างแรงจูงใจ เพื่อ
ส่งเสริมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพด้าน
โภชนาการ การออกกำลังกาย การนอนหลับและการ
จัดการความเครียด การบูรณาการการจัดการน้ำหนัก
นี้จึงเป็นเครื่องมือสำคัญที่ช่วยให้สตรีเพิ่มโอกาสใน
การตั้งครรภ์สำเร็จ และเป็นการลงทุนเพื่อสุขภาพ
ที่ยั่งยืนของประชากรรุ่นต่อไป

ข้อคิดเห็นและข้อเสนอแนะ

1. ยกระดับการจัดการน้ำหนักให้เป็นมาตรฐานการดูแล (Standard of Care) พยาบาลผดุงครรภ์ต้องพิจารณาว่าการประเมินและให้คำปรึกษาด้านน้ำหนักตัวก่อนตั้งครรภ์เป็นมาตรฐานที่จำเป็นของการดูแลสตรีวัยเจริญพันธุ์ทุกคน ไม่ใช่เป็นเพียงทางเลือกหรือหัวข้อเสริม การบูรณาการนี้จะช่วยวางรากฐานการดูแลสุขภาพเชิงป้องกันได้อย่างสม่ำเสมอ

2. ใช้แนวทางการประเมินสุขภาพแบบองค์รวม (holistic assessment) การประเมินสุขภาพสตรีไม่ควรจำกัดเพียงแค่ค่าดัชนีมวลกาย (BMI) หรืออัตราส่วนรอบเอวต่อส่วนสูงเท่านั้น แต่พยาบาลผดุงครรภ์ควรประเมินให้ครอบคลุมถึงมิติอื่น ๆ ที่สำคัญ ได้แก่ รูปแบบการบริโภคอาหาร ระดับการออกกำลังกาย คุณภาพการนอนหลับ และปัจจัยทางจิตสังคม เช่น ความเครียด และที่สำคัญที่สุดคือความพร้อมในการเปลี่ยนแปลงของผู้รับบริการ

3. เน้นการให้คำปรึกษาเพื่อสร้างแรงจูงใจ (motivational interviewing) พยาบาลผดุงครรภ์ควรนำเทคนิคการสื่อสารโดยยึดผู้รับบริการเป็นศูนย์กลางมาใช้ เช่น การสัมภาษณ์เพื่อสร้างแรงจูงใจ (motivational interviewing) เทคนิคนี้จะช่วยเสริมพลังให้สตรีสามารถค้นพบแรงจูงใจของตนเองในการเปลี่ยนแปลงอย่างยั่งยืน ซึ่งมีประสิทธิภาพเหนือกว่าการให้คำแนะนำในลักษณะการสั่งการ

4. ให้คำแนะนำการปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตแบบบูรณาการ (integrated lifestyle modification) การให้คำปรึกษาควรครอบคลุมและเชื่อมโยงมิติต่าง ๆ ของสุขภาพเข้าด้วยกัน โดยมีประเด็นสำคัญ ได้แก่ 1) ภาวะโภชนาการที่ยั่งยืนเน้นการส่งเสริมรูปแบบการรับประทานอาหารเพื่อสุขภาพที่ดีในระยะยาว แทนการแนะนำให้ควบคุมอาหารอย่างเข้มงวดในระยะสั้น

2) การออกกำลังกายที่เหมาะสม โดยสนับสนุนให้มีการออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอในระดับปานกลาง โดยเลือกกิจกรรมที่เพลิดเพลินและสามารถทำได้อย่างต่อเนื่อง และ 3) การจัดการความเครียดและการนอนหลับ โดยให้ความรู้แก่ผู้รับบริการเกี่ยวกับบทบาทที่สำคัญของการจัดการความเครียดและการนอนหลับที่เพียงพอต่อการควบคุมน้ำหนักและสมดุลของฮอร์โมน

5. กำหนดเป้าหมายการลดน้ำหนักที่ทำได้จริง และเพิ่มประสิทธิภาพภาวะเจริญพันธุ์แนะนำให้ผู้รับบริการตั้งเป้าหมายตามหลักฐานเชิงประจักษ์ คือการลดน้ำหนักลง 5-10% จากน้ำหนักตัวปัจจุบัน โดยเน้นย้ำว่าเป้าหมายที่ทำได้จริงนี้สามารถเพิ่มภาวะเจริญพันธุ์และนำไปสู่การตั้งครรภ์ที่แข็งแรงขึ้นได้อย่างมีนัยสำคัญ

เอกสารอ้างอิง

1. Aekplakorn W, Puckcharern H, Satheannoppakao W. The 6th Thai national health examination survey, 2019-2020. Faculty of Medicine Ramathibodi Hospital, Mahidol University. 2564. Available from: <http://hdl.handle.net/11228/5425>
2. Gonzalez MB, Robker RL, Rose RD. Obesity and oocyte quality: significant implications for ART and emerging mechanistic insights. Biol Reprod. 2022; 106(2): 338-50. Available from: <https://austinpublishinggroup.com/endocrinology-diabetes/fulltext/ajed-v10-id1103.php>
3. Rejani CT, Bhuvarahamurthy V. Adipokines in obesity: a neuroendocrine perspective on female reproductive health. Austin J Endocrinol Diabetes. 2023; 10(2): 1103.

4. Cavaliere G, Cimmino F, Trinchese G, et al. From obesity-induced low-grade inflammation to lipotoxicity and mitochondrial dysfunction: altered multi-crosstalk between adipose tissue and metabolically active organs. *Antioxidants* (Basel). 2023; 12(6): 1172. doi: <https://doi.org/10.3390/antiox12061172>.
5. Ding H, Zhang J, Zhang F, et al. Resistance to the insulin and elevated level of androgen: A major cause of polycystic ovary syndrome. *Front Endocrinol* (Lausanne). 2021; 12: 741764. doi: <https://doi.org/10.3389/fendo.2021.741764>.
6. Qu X, Donnelly R. Sex hormone-binding globulin (SHBG) as an early biomarker and therapeutic target in polycystic ovary syndrome. *Int J Mol Sci*. 2020; 21(21): 8191. doi: <https://doi.org/10.3390/ijms21218191>.
7. Broughton DE, Moley KH. Obesity and female infertility: potential mediators of obesity's impact. *Fertil Steril*. 2017; 107(4): 840-7. doi: <https://doi.org/10.1016/j.fertnstert.2017.01.017>.
8. Song J, Xiang S, Pang C, et al. Metabolomic alternations of follicular fluid of obese women undergoing in-vitro fertilization treatment. *Sci Rep*. 2020; 10(1): 5968. doi: <https://doi.org/10.1038/s41598-020-62975-z>.
9. Michalopoulou M, Jebb SA, Hobson A, et al. The effect of weight loss before in vitro fertilization on reproductive outcomes in women with obesity: A systematic review and meta-analysis. *Ann Intern Med*. 2025; 178(9): 1298-313. doi: <https://doi.org/10.7326/ANNALS-24-01025>.
10. Benedetto C, Borella F, Divakar H, et al. FIGO Preconception Checklist: Preconception care for mother and baby. *Int J Gynecol Obstet*. 2024; 165(1): 1-8. doi: <https://doi.org/10.1002/ijgo.15446>.
11. Zaçe D, Orfino A, Mariaviteritti A, et al. A comprehensive assessment of preconception health needs and interventions regarding women of childbearing age: a systematic review. *J Prev Med Hyg*. 2022; 63(1): E174-99. doi: <https://doi.org/10.15167/2421-4248/jpmh2022.63.1.2391>.
12. National Institute for Health and Care Excellence. Overweight and obesity management (NICE guideline NG246). 2025. Available from: <https://www.nice.org.uk/guidance/ng246>
13. Caldwell AE, Gorczyca AM, Bradford AP, et al. Effectiveness of preconception weight loss interventions on fertility in women: a systematic review and meta-analysis. *Fertil Steril*. 2024; 122(2): 326-40. doi: <https://doi.org/10.1016/j.fertnstert.2024.02.038>.
14. Baker VL. Health promotion across the lifespan. In: Phillippi J, Kantrowitz-Gordon I, editors. *Varney's midwifery*. 7th ed. Burlington, MA: Jones & Bartlett Learning; 2021. p. 127-53.
15. Barger MK. Nutrition. In: Phillippi J, Kantrowitz-Gordon I, editors. *Varney's midwifery*. 7th ed. Burlington, MA: Jones & Bartlett Learning; 2021. p. 396-438.
16. Wallace MK, Jones MA, Whitaker K, et al. Patterns of physical activity and sedentary behavior before and during pregnancy and cardiometabolic outcomes. *Midwifery*. 2022; 114: 103452. doi: <https://doi.org/10.1016/j.midw.2022.103452>.
17. Moholdt T, Hawley JA. Maternal lifestyle interventions: targeting preconception health. *Trends Endocrinol Metab*. 2020; 31(8): 561-9. doi: <https://doi.org/10.1016/j.tem.2020.03.002>.
18. Mazza E, Troiano E, Ferro Y, et al. Obesity, dietary patterns, and hormonal balance modulation: gender-specific impacts. *Nutrients*. 2024; 16(11): 1629. doi: <https://doi.org/10.3390/nu16111629>.

การลดอาการคลื่นไส้อาเจียนหลังได้รับการกดจุดไต้หยางในผู้ป่วย หลังผ่าตัดช่องท้องทางนรีเวชที่ได้รับการระงับความรู้สึกแบบทั่วร่างกาย

ชุตินา กองการ¹ วิทย.

ณิชากาญจน์ พลวิชิต² พท.บ.

เกศรา ตั้งใจ³ พท.บ.

ภัทรภรณ์ โสภา⁴ พท.บ.

บทคัดย่อ: การวิจัยกึ่งทดลองนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบผลการลดอาการคลื่นไส้อาเจียนก่อนและหลังการนวดกดจุดไต้หยางในผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้องทางนรีเวชที่ได้รับการระงับความรู้สึกทั่วร่างกาย กลุ่มตัวอย่างจำนวน 60 ราย สุ่มตัวอย่างแบบง่าย แบ่งเป็นกลุ่มทดลองที่ได้รับการนวดกดจุดกดจุดไต้หยางจำนวน 30 ราย และกลุ่มควบคุมที่ได้รับยา ondansetron ตามมาตรฐาน 30 ราย เก็บข้อมูลระหว่างเดือนตุลาคม 2566 – กุมภาพันธ์ 2567 โดยใช้แบบบันทึกอาการคลื่นไส้อาเจียนหลังผ่าตัดในท้องฟักพื้น วิเคราะห์ข้อมูลด้วย Chi-square, Fisher's Exact test, Independent t-test และ McNemar test ผลการศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีดัชนีมวลกาย การสูบบุหรี่ และภาวะสุขภาพไม่แตกต่างกัน ($p > .05$) ยกเว้น อายุและประวัติเมารถที่พบว่ามี ความแตกต่างกันทางสถิติ ($p < .05$) ผลการนวดกดจุดไต้หยาง พบว่าอาการคลื่นไส้อาเจียนของผู้ป่วยลดลง คือไม่มีอาการคลื่นไส้อาเจียนจำนวน 29 ราย (ร้อยละ 97) มีเพียง 1 รายที่ยังมีอาการคลื่นไส้อาเจียน ขณะเดียวกันกลุ่มที่ได้รับยา ondansetron ตั้งแต่ที่ยังไม่มีอาการพบว่า หลังให้ยามีอาการคลื่นไส้อาเจียน 4 ราย (ร้อยละ 13.3) สรุปได้ว่าการนวดกดจุดไต้หยางช่วยลดอาการคลื่นไส้อาเจียนในผู้ป่วยหลังการระงับความรู้สึกทั่วร่างกายได้ แต่การศึกษานี้ยังไม่ได้ติดตามการเกิดคลื่นไส้อาเจียนในหอผู้ป่วย จึงควรมีการศึกษาระยะยาวโดยเพิ่มกลุ่มตัวอย่าง และควรสอนญาติในการนวดกดจุดเพื่อส่งเสริมการมีส่วนร่วมของญาติในการดูแลผู้ป่วย

วารสารการปฏิบัติการพยาบาลและการผดุงครรภ์ไทย 2568; 12(2): 16-25

คำสำคัญ: การนวดกดจุด การระงับความรู้สึกทั่วร่างกาย คลื่นไส้อาเจียน ผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดช่องท้องทางนรีเวช

¹พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ พยาบาลปฏิบัติการชั้นสูง สาขาการพยาบาลด้านการให้การระงับความรู้สึก กลุ่มงานการพยาบาลวิสัญญี โรงพยาบาลชัยภูมิ จังหวัดชัยภูมิ; ผู้รับผิดชอบหลัก, E-mail: chutim_noi@hotmail.com

^{2,3,4}แพทย์แผนไทยบัณฑิต กลุ่มงานแพทย์แผนไทย โรงพยาบาลชัยภูมิ จังหวัดชัยภูมิ

วันที่รับบทความ 16 มีนาคม 2568 วันที่แก้ไขบทความ 5 ตุลาคม 2568 วันที่ตอบรับบทความ 1 พฤศจิกายน 2568

Post-Operative Nausea and Vomiting after Receiving Taiyang Acupressure in Patients Undergoing Gynecological Surgery with General Anesthesia

Chutima Kangkarn¹RN, Dip.APNA

Nitthakan Polwichit²B.TM

Kedsara Thungjai³B.TM

Pattaraporn Sopa⁴B.MT.

Abstract: This quasi-experimental research aimed to compare the effects of Taiyang acupressure in reducing preoperative nausea and vomiting in patients undergoing gynecological surgery with general anesthesia. The sample consisted of 60 participants, randomly assigned into two groups: 30 patients in the experimental group receiving Taiyang acupressure, and 30 patients in the control group receiving Ondansetron as standard. Data were collected from October 2023 to February 2024 using an assessment form for postoperative nausea and vomiting during the recovery phase. Data analysis was performed using Chi-square, Fisher's exact test, independent t-test and McNemar test. The results showed no significant differences in body mass index, smoking, or health status ($p > .05$) but the groups differed significantly in age and history of motion sickness ($p < .05$). Overall, patients receiving Taiyang acupressure had reduced nausea and vomiting with 29 of them having no symptom and only 1 patient having nausea and vomiting. Among the control group, who received Ondansetron as a prophylaxis, 4 patients (13.3%) had nausea and vomiting. In conclusion, Taiyang acupressure can reduce nausea and vomiting in patients after general anesthesia. This study did not follow up at the ward, longer follow up with a larger sample size is recommended for future study and educate the families/relatives about acupressure techniques to enhance their participation in patient care.

Thai Journal of Nursing and Midwifery Practice 2025; 12(2): 16-25

Keywords: Acupressure; general anesthesia; nausea and vomiting; patients undergoing gynecological surgery

¹Professional Level and Diplome, Thai Board of Advanced practice in Nursing Anesthesia, Department of Nursing Anesthesia Chaiyaphum Hospital, Chaiyaphum; Corresponding author, E-mail;chutim_noi@hotmail.com.

^{2,3,4}Bachelor of Thai Traditional Medicine. Chaiyaphum Hospital, Chaiyaphum

Received March 16, 2025; Revised October 5, 2025; Accepted November 1, 2025

ความเป็นมาและความสำคัญ

ภาวะคลื่นไส้อาเจียนหลังผ่าตัด (Postoperative nausea and vomiting; PONV) เป็นหนึ่งในภาวะแทรกซ้อนที่พบบ่อยที่สุดภายหลังการระงับความรู้สึก¹ จากการศึกษาอื่น ๆ พบรายงานอัตราการเกิดอาการคลื่นไส้อาเจียน ร้อยละ 20-30 และสูงถึงร้อยละ 70 ในผู้ป่วยที่อยู่ในกลุ่มเสี่ยงสูง²⁻⁴ ทำให้ผู้ป่วยไม่สบาย⁵⁻⁶ เกิดแรงดันขึ้นที่บริเวณแผลผ่าตัด อาจเกิดแผลแยกหรือเลือดออกใต้ชั้นผิวหนังบริเวณแผลผ่าตัด รวมถึงเพิ่มความเสี่ยงในการสูดสำลัก และถ้ามีอาการคลื่นไส้อาเจียนอยู่นาน อาจทำให้ขาดสารน้ำและเกลือแร่ได้⁵ ซึ่งเป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้ผู้ป่วยต้องอยู่ในห้องพักฟื้นนานขึ้น ส่งผลให้การจำหน่ายกลับบ้านล่าช้า ต้องเสียค่าใช้จ่ายเพิ่มขึ้น⁷⁻⁹ โดยเฉพาะกรณีการผ่าตัดแบบผู้ป่วยนอก อาจต้องพักรักษาตัวในโรงพยาบาลโดยไม่ได้วางแผนไว้ล่วงหน้า^{1,6} ดังนั้นการป้องกันภาวะคลื่นไส้และอาเจียนหลังการผ่าตัดนอกจากจะช่วยลดอาการไม่พึงประสงค์ ยังช่วยลดค่าใช้จ่ายจากภาวะแทรกซ้อนได้⁹⁻¹⁰

การศึกษาที่ผ่านมาพบว่าปัจจัยที่ส่งเสริมให้เกิดอาการคลื่นไส้อาเจียนร้อยละ 70 ได้แก่ ผู้ป่วยเพศหญิงอายุน้อย ไม่สูบบุหรี่ มีประวัติเมารถได้รับการระงับความรู้สึกแบบทั่วร่างกาย ได้รับยาระงับปวด Opioids ก๊าซดมสลบไนตรัสออกไซด์ ได้รับการผ่าตัดช่องท้องทางนรีเวช งานวิจัยแนวทางการจัดการภาวะ PONV ด้วยวิธีการใช้ยากลุ่ม dexamethasone หรือ ondansetron สามารถลดอาการคลื่นไส้อาเจียน ร้อยละ 78⁷ อย่างไรก็ตาม แนวทางปฏิบัติการป้องกัน PONV นิยมใช้ยา ondansetron ซึ่งมีราคาค่อนข้างสูงและอาจเพิ่มภาระให้กับหน่วยบริการในการดูแลรักษา และผู้ป่วยบางรายอาจเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการใช้ยาได้ ปัจจุบัน มีงานวิจัยที่

ค้นหาวิธีการไม่ใช้ยามาช่วยเป็นทางเลือกในการลดอาการคลื่นไส้อาเจียน พบว่าการนวดจุดเนยกวสามารถลดอาการคลื่นไส้อาเจียนได้ ร้อยละ 80⁸ ซึ่งได้ผลใกล้เคียงกับการใช้ยา แต่พบว่าเป็นตำแหน่งที่ไม่สะดวกต่อการดูแลทางเดินหายใจผู้ป่วยหลังผ่าตัด แต่มีวิธีการนวดจุดไต้หยาง⁵ ที่สามารถดูแลทางเดินหายใจผู้ป่วยร่วมกับบรรเทาอาการคลื่นไส้อาเจียนได้โดยใช้ตำแหน่งรอยบุ๋มที่ขมับ จุดกึ่งกลางระหว่างคิ้วกับหางตา ผู้นวดใช้นิ้วมือที่ถนัดกดนวดบริเวณขมับทั้ง 2 ข้าง กดตั้งจากกับผิวหนังคลึง 3 รอบ แล้วปล่อยทำซ้ำเดิมครบ 3 นาทีให้ผลดีใกล้เคียงกับการใช้ยา ondansetron⁶

ส่วนการศึกษาในประเทศไทย ยังมีการประยุกต์ใช้ค่อนข้างน้อย เนื่องจากขาดความรู้และทักษะ จากแนวความคิดดังกล่าวผู้วิจัยศึกษาตำราแพทย์แผนไทยและเข้ารับการฝึกอบรมปฏิบัติการนวดผ่านหลักสูตร และทำการทดลองนำร่อง (pilot study) ในการดูแลผู้ป่วย จำนวน 20 ราย พบว่าสามารถลดอาการคลื่นไส้ได้ร้อยละ 80 จึงสนใจนำวิธีการกดจุดรักษาอาการคลื่นไส้อาเจียนในผู้ป่วยหลังผ่าตัด ในโรงพยาบาลชัยภูมิ เป็นหนึ่งในนวัตกรรมที่จะช่วยลดค่าใช้จ่ายทางการแพทย์ และเกิดผลสำเร็จที่ใกล้เคียงกับวิธีการเดิม

วัตถุประสงค์

เพื่อเปรียบเทียบผลการลดอาการคลื่นไส้อาเจียนก่อนและหลังการนวดกดจุดไต้หยางในผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้องทางนรีเวช

สมมติฐานการวิจัย

อาการคลื่นไส้อาเจียนของผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้องทางนรีเวชที่ได้รับการระงับความรู้สึกแบบทั่วร่างกายภายหลังได้รับการนวดกดจุดไต้หยางน้อยกว่าก่อนได้รับการนวด

ระเบียบวิธีวิจัย

รูปแบบการวิจัย

เป็นการวิจัยเชิงกึ่งทดลอง (Quasi-experimental study) โดยศึกษาผลของการลดอาการคลื่นไส้อาเจียนก่อนและหลังการนวดกดจุดไต้หย่างในผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้องทางนรีเวช ที่ได้รับการระงับความรู้สึกแบบทั่วร่างกาย จำนวน 60 ราย แบ่งเป็นผู้ป่วยที่ได้รับการนวดจากแพทย์แผนไทยและวิสัญญีพยาบาลที่ได้รับการฝึกอบรมจากแพทย์แผนไทย จำนวน 30 ราย และเป็นกลุ่มที่ใช้ยา ondansetron 30 ราย ออกแบบการวิจัยดังภาพที่ 1

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

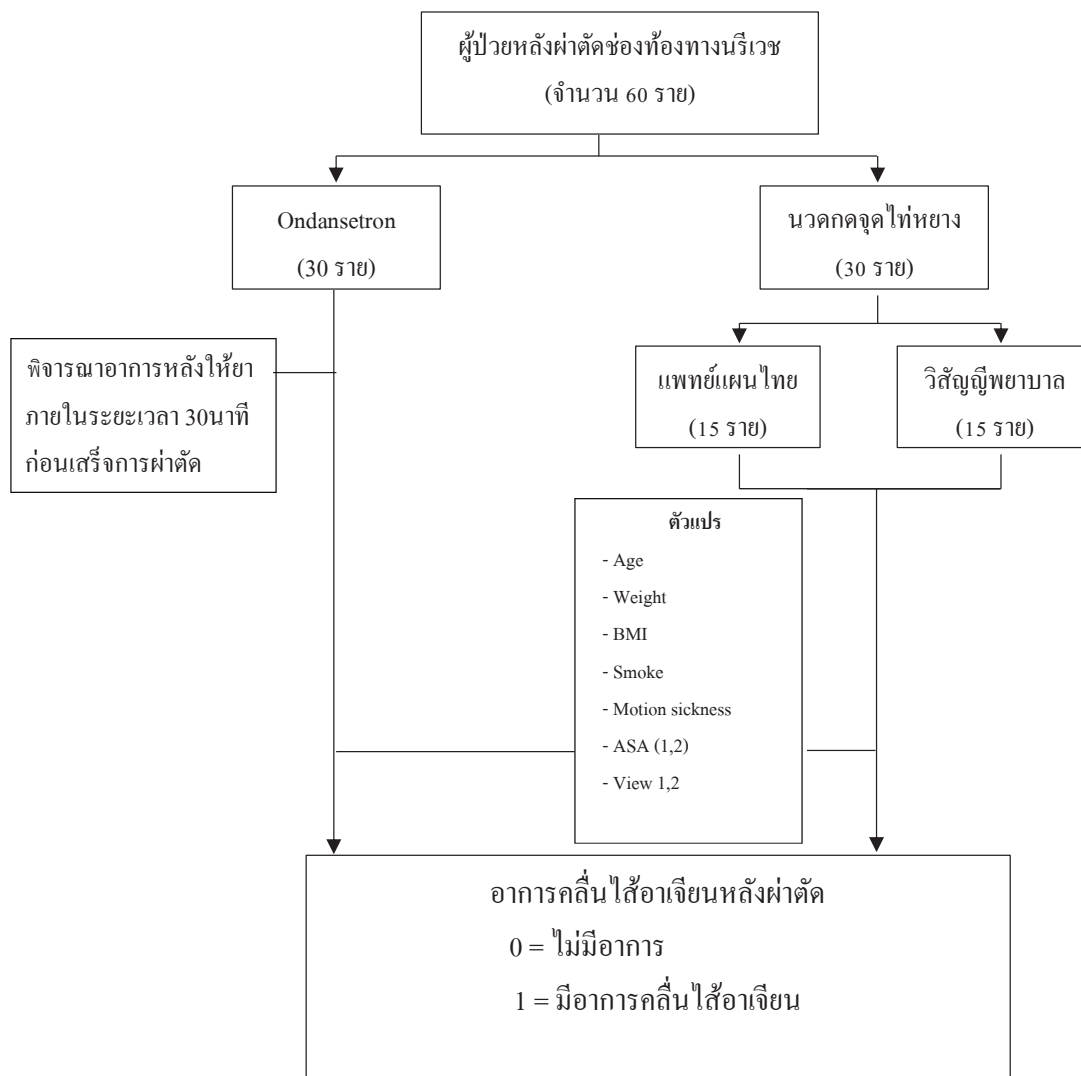
ประชากร คือ ผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้องทางนรีเวชที่ได้รับการระงับความรู้สึกแบบทั่วร่างกาย โรงพยาบาลชัยภูมิ ระหว่างเดือนพฤศจิกายน 2566 ถึง เดือนกุมภาพันธ์ 2567

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้องทางนรีเวชที่ได้รับการระงับความรู้สึกแบบทั่วร่างกาย ที่ได้ผ่านเกณฑ์คัดเข้า (Inclusion criteria) ได้แก่ เป็นผู้ที่สุขภาพแข็งแรงไม่มีโรคประจำตัวหรือเป็นผู้ป่วยที่มีโรคประจำตัวแต่สามารถควบคุมได้ รวมถึงสามารถอ้าปากและมองเห็นเพดานปาก และลิ้นไก่ และได้รับการระงับความรู้สึกแบบทั่วร่างกายโดยใช้ไนตรัสออกไซด์ และการใช้ยา opioid ในการลดปวด ส่วนเกณฑ์คัดออก (Exclusion criteria) คือ ผู้ป่วยที่มีภาวะตั้งครรภ์นอกมดลูกแตก (Rupture ectopic pregnancy), ความดันโลหิตที่ควบคุมไม่ได้ (hypertension poor control) มีปัญหาทางระบบประสาทและสมอง

กลุ่มตัวอย่าง มีจำนวนทั้งหมด 60 ราย สุ่มเข้ากลุ่มแบบสะดวก โดยแบ่งเป็นกลุ่มควบคุมที่ได้รับยา ondansetron จำนวน 30 ราย ซึ่งเป็นกลุ่มรักษาตามมาตรฐาน คือยา ondansetron นี่เป็นยาที่ใช้ในการรักษาอาการคลื่นไส้อาเจียน ช่วยยับยั้งการผลิตสารเซโรโทนิน (serotonin) ในลำไส้และระบบประสาทส่วนกลาง ซึ่งเป็นสาเหตุให้เกิดอาการคลื่นไส้อาเจียนขนาดที่ใช้โดยการฉีดเข้าเส้นเลือดดำ 0.15 มิลลิกรัม/กิโลกรัม ออกฤทธิ์หลังฉีด 30 นาที ผลข้างเคียง เช่น ท้องเสียหรือท้องผูก ปวดศีรษะ วังมึนหรือรู้สึกเหนื่อย เจ็บหน้าอก หัวใจเต้นแรงหรือเร็ว กระสับกระส่าย ในการศึกษาครั้งนี้จึงให้ยาฉีดทางหลอดเลือดดำก่อนเสร็จผ่าตัด 30 นาทีเพื่อให้ยาออกฤทธิ์พอดี

ส่วนกลุ่มทดลอง เป็นกลุ่มที่ได้รับการกดจุดไต้หย่างเพื่อระงับอาการคลื่นไส้อาเจียน จำนวน 30 ราย ในการศึกษาครั้งนี้ มีผู้ควบคุม 2 คน ซึ่งเป็นวิสัญญีพยาบาล 1 คนที่มีประสบการณ์ 8 ปีขึ้นไปและผ่านการอบรมการนวดกดจุดจากหน่วยงานแพทย์แผนไทย และผู้ควบคุมจากแพทย์แผนไทย 1 คนผ่านการวัดผลความสอดคล้องการนวดกดจุดกับบุคลากรจากหน่วยงานแพทย์แผนไทยแล้วทั้งสองคน (inter rater reliability ≥ 0.75) การประเมินอาการคลื่นไส้อาเจียนครั้งแรกที่ห้องพักฟื้น หากมีอาการคลื่นไส้อาเจียน จึงดำเนินการนวดกดจุด และเปรียบเทียบผลระหว่างก่อนและหลังการนวดกดจุด นวดกดจุดครบ 3 นาที และประเมินอาการหลังนวดกดจุด และติดตามอาการจนกว่าผู้ป่วยก่อนออกจากห้องพักฟื้น (ภายใน 60 นาที) ถ้าไม่ดีขึ้นหรืออาการไม่ลดลงให้เปลี่ยนเป็นการรักษาตามแผนการรักษาของแพทย์

**การลดอาการคลื่นไส้อาเจียนหลังได้รับการกดจุดไต้หยางในผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้องทางนรีเวช
ที่ได้รับการระงับความรู้สึกแบบทั่วร่างกาย**



ภาพที่ 1 รูปแบบวิจัย

เครื่องมือและวิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษานี้เป็นแบบสอบถามและแบบประเมิน ประกอบด้วย 4 ส่วน

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป ได้แก่ น้ำหนัก ส่วนสูง ค่าดัชนีมวลกาย

ส่วนที่ 2 ข้อมูลภาวะสุขภาพ ได้แก่ แบบประเมินความแข็งแรงของร่างกายและการมีโรคประจำตัวของ

ผู้ป่วย (ASA physical status classification) มีการจำแนกทั้งหมด 6 กลุ่มในการวิจัยครั้งนี้เลือกมา 2 กลุ่มคือ ASA1 (สุขภาพแข็งแรง) ASA2 มีโรคประจำตัวแต่ควบคุมอาการได้ดีไม่มีผลต่อการใช้ชีวิตประจำวัน

ส่วนที่ 3 แบบประเมินความยากง่ายของการใส่ท่อช่วยหายใจ (Mallampati classification) มีการจำแนกเป็น 4 ระดับ ในการวิจัยครั้งนี้เลือกมา 2 กลุ่ม

ตรวจโดยให้ผู้ป่วยนั่งหน้าตรง อ้าปากให้กว้างสุดแลบลิ้นออกมาให้มากที่สุดออกเสียงอ้า มองเห็นลิ้นไก่ สายเสียง เพดานอ่อนทั้งหมด (view1) มองเห็นลิ้นไก่ เพดานอ่อนบางส่วน (view 2)

ส่วนที่ 4 แบบวัดการเกิดอาการคลื่นไส้ อาเจียน แบ่งออกเป็น 3 ระดับ คือ 0 ไม่มีอาการ, 1 มีอาการคลื่นไส้เพียงอย่างเดียว 2 มีอาการคลื่นไส้และอาเจียน

วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

ในการเก็บรวบรวมข้อมูล วิสัญญีพยาบาลสามารถดำเนินการได้ตามกฎหมายวิชาชีพพยาบาล วิสัญญี พ.ศ. 2528 โดยดำเนินการตามขั้นตอนดังนี้

พยาบาลประจำห้องฟักฟื้นประเมินผู้ป่วยหลังผ่าตัดที่ได้รับการระงับความรู้สึกตามแบบฟอร์มห้องฟักฟื้นแรกรับตามกลุ่มผู้ป่วยที่ได้สุ่มเลือกเข้ากลุ่มที่ระยะก่อนการระงับความรู้สึกประกอบด้วย 2 กลุ่มคือ

กลุ่มที่1 กลุ่มที่ได้รับยา Ondansetron ก่อนเข้าห้องฟักฟื้น 30 นาทีและประเมินอาการแรกรับที่ห้องฟักฟื้นไม่มีอาการ = 0 มีอาการคลื่นไส้หรือคลื่นไส้ อาเจียน=1 ถ้ามีอาการให้รายงานวิสัญญีแพทย์เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลรักษาให้ผู้ป่วยปลอดภัยลงข้อมูลในแบบบันทึกให้ถูกต้องครบถ้วน

กลุ่มที่ 2 กลุ่มที่ได้รับการนัดกดจุดไต้หยาง โดยมีผู้นัด 2 คนคือวิสัญญีพยาบาลที่ผ่านการอบรมฝึกปฏิบัติการนัดจากแพทย์แผนไทย หรือแพทย์แผนไทย เพื่อให้มีผู้นัดที่เพียงพอกับจำนวนผู้ป่วย โดยผู้ป่วยทุกรายได้รับการประเมินอาการแรกรับที่ห้องฟักฟื้น ไม่มีอาการ = 0 มีอาการคลื่นไส้หรือคลื่นไส้ อาเจียน=1 หากมีอาการ ให้รายงานวิสัญญีพยาบาล หรือแพทย์แผนไทย เพื่อทำการนัดกดจุด

ไต้หยางตามแนวปฏิบัติ และประเมินผลหลังนัดลงข้อมูลในแบบบันทึกให้ถูกต้องครบถ้วน

จริยธรรมการวิจัย

การวิจัยนี้ผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมในการวิจัยในมนุษย์ REC No.005/2567 โรงพยาบาลชัยภูมิรับรองวันที่ 8 ธันวาคม 2567 เมื่อได้รับอนุญาตให้ดำเนินการวิจัย ผู้วิจัยอธิบายให้กลุ่มตัวอย่างทราบถึงวัตถุประสงค์ ประโยชน์และผลจากการเข้าร่วมวิจัย ขั้นตอนการเก็บข้อมูลตามหลักจริยธรรมการวิจัย กลุ่มตัวอย่างยินยอมเข้าร่วมด้วยความสมัครใจสามารถถอนตัวออกจากการวิจัยได้ตลอดเวลา โดยไม่มีผลต่อการรักษาพยาบาล ผู้วิจัยใช้หมายเลขแทนการระบุชื่อในการเก็บรวบรวมข้อมูล และเก็บเป็นความลับ การนำเสนอผลวิจัยเป็นการนำเสนอในภาพรวมและไม่ระบุชื่อผู้เข้าร่วมวิจัย เพื่อประโยชน์ทางวิชาการและการปฏิบัติทางการพยาบาลเท่านั้น

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลทั่วไป วิเคราะห์ด้วยสถิติพรรณนา นำเสนอด้วยค่าจำนวน (frequency) ร้อยละ (percent) ตัวแปรแบ่งกลุ่ม (categorical data) และค่าเฉลี่ย (Mean) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (standard deviation) และเปรียบเทียบความคล้ายคลึงของกลุ่มตัวอย่าง ใช้สถิติ Chi-square, Fisher's exact test, Independent t-test

2. เปรียบเทียบอาการคลื่นไส้ อาเจียนก่อนและหลังการกดจุดไต้หยางในผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้องทางนรีเวชด้วย McNemar test

ผลการวิจัย

**การลดอาการคลื่นไส้อาเจียนหลังได้รับการกดจุดไต้หยางในผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้องทางนรีเวช
ที่ได้รับการระงับความรู้สึกแบบทั่วร่างกาย**

1. ข้อมูลทั่วไปและภาวะสุขภาพ

จากการทดสอบด้วยสถิติ Chi-square และ Independent t-test, Fisher's Exact test พบว่า อายุ และ ประวัติการเมารถของกลุ่มทดลองที่ได้รับการ นวดกดจุดไต้หยาง และกลุ่มทดลองที่ใช้ยา ondansetron มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

(p-value < .05) ส่วนค่าดัชนีมวลกาย ภาวะสุขภาพ และระดับความยากง่ายการใส่ท่อช่วยหายใจ ของทั้งสองกลุ่มไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value >.05) ดังตารางที่ 1

2. เปรียบเทียบอาการคลื่นไส้อาเจียนก่อน และหลังได้รับการทดลอง

ตารางที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลสุขภาพของกลุ่มตัวอย่าง

คุณสมบัติทั่วไป	กลุ่มที่ใช้ยา (n=30)	กลุ่มที่นวดกดจุด(n=30)	t	p-value
อายุ (mean/SD)	38.30 (10.19)	45.43 (13.09)	-3.25	.02 ^a
BMI (mean/SD)	27.67 (4.97)	25.20 (4.91)	1.93	.06 ^a
ประวัติเมารถ(%)	10 (33.3)	20 (66.7)	-	.02 ^b
ประวัติสูบบุหรี่(%)	1 (3.3)	1 (3.3)	-	1.00 ^c
ภาวะสุขภาพ			-	1.00 ^b
ASA1	28 (93.3)	23 (76.7)		
ASA2	2 (6.7)	7 (23.3)		
ความยากง่ายใส่ท่อหายใจ			-	.15 ^b
View 1	28 (93.3)	23 (76.7)		
View 2	2 (4.5)	7 (23.3)		

^aIndependent t test, ^bChi-square test, ^cFisher's Exact test

ผลการเปรียบเทียบอาการคลื่นไส้อาเจียนก่อน และหลังการนวดกดจุดไต้หยาง พบว่า ก่อนการทดลอง กลุ่มตัวอย่างมีอาการคลื่นไส้อาเจียน ทั้งหมด จำนวน 30 ราย (ร้อยละ 100) ภายหลังได้รับการนวด กดจุด พบว่า ส่วนใหญ่ไม่มีอาการคลื่นไส้อาเจียน 29 ราย (ร้อยละ 97) พบอาการคลื่นไส้อาเจียนเพียง

1 ราย (ร้อยละ 3) เมื่อทดสอบความแตกต่างของ อาการคลื่นไส้อาเจียนก่อนและหลังพบว่ามี ความแตกต่าง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p <.01) ดังตารางที่ 2

กลุ่มที่ได้รับยา ondansetron รักษาตาม มาตรฐาน โดยให้ยาเพื่อป้องกันอาการคลื่นไส้/

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบอาการคลื่นไส้อาเจียนก่อนและหลังการนวดกดจุด โดยใช้ McNemar test

อาการคลื่นไส้ อาเจียน	ก่อนนวดกดจุด	หลังนวดกดจุด	χ^2	p-value
	n (%)	n (%)		
มีอาการ	30 (100)	1(3)	27.03	0.001
ไม่มีอาการ	0 (0)	29(97)		

อาเจียนก่อนเสร็จสิ้นการผ่าตัด ส่วนใหญ่ไม่พบอาการคลื่นไส้อาเจียนเมื่อกลับมาอยู่ในห้องพักฟื้น ยกเว้นที่พบว่ามีอาการคลื่นไส้/อาเจียนเพียง 4 ราย (ร้อยละ 13.3) เมื่อทดสอบความแตกต่างของอาการคลื่นไส้

อาเจียนก่อนและหลังพบว่าไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > .05$) ดังตารางที่ 3

สรุปผลการศึกษานี้ พบว่า การกดจุดไทหยางช่วยลดอาการคลื่นไส้อาเจียนในผู้ป่วยที่ได้รับการ

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบการเกิดอาการคลื่นไส้อาเจียนของผู้ที่ได้รับยา ondansetron ในระยะก่อนและหลังได้รับยา โดยใช้ McNemar test

อาการคลื่นไส้อาเจียน	ก่อนได้รับยา	หลังได้รับยา	χ^2	p-value
	n (%)	n (%)		
ไม่มีอาการ	30 (100)	26 (86.7)	2.25	.12
มีอาการ	0	4 (13.3)		

ระดับความรู้สึกแบบทั่วร่างกาย หลังผ่าตัดทางนรีเวชได้โดยผู้หมวดต้องผ่านการฝึกอบรมจากแพทย์แผนไทย จึงให้ผลลัพธ์ที่ดี โดยสามารถระงับอาการได้เกือบร้อยละ 100 อย่างไรก็ตามการศึกษานี้ยังไม่สามารถเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มได้ เนื่องจากมีอาการคลื่นไส้อาเจียน ณ จุดตั้งต้นที่แตกต่างกัน

อภิปรายผล

ผลการวิจัยพบว่าการนวดกดจุดไทหยาง จากผู้หมวดที่ผ่านการอบรม ช่วยให้มีผลลัพธ์ที่ดี โดยลดอาการคลื่นไส้อาเจียนหลังผ่าตัดช่องท้องทางนรีเวชที่ได้รับการระงับความรู้สึกแบบทั่วร่างกายได้ เกือบร้อยละ 100 เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของ

อาการที่เกิดก่อนและหลังนวดกดจุด พบว่า มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} = 0.01$) ดังการศึกษาวิธีการลดอาการดังกล่าว การกดจุดบริเวณข้อมือ ในผู้ป่วยหลังได้รับยาเคมีรักษามะเร็งได้ผลดี⁷ การกดจุดไทหยาง เป็นการนวดที่บริเวณขมับ 2 ข้าง เป็นจุดแก้อาการไมเกรน ทะลวงลมปราณที่สามารถลดอาการคลื่นไส้อาเจียนได้ และสามารถดูแลเรื่องทางเดินหายใจหลังดมยาสลบได้ดี ในการนวดกดจุดนี้ ผู้หมวดจำเป็นต้องได้รับการฝึกให้ได้มาตรฐานจากผู้เชี่ยวชาญแพทย์แผนไทย และมีการทดสอบมาตรฐานโดยการวัดความสอดคล้องระหว่างวิสัญญีพยาบาลและแพทย์แผนไทยว่าได้ผลไม่มีความแตกต่างกันมาก่อน จากผลดังกล่าวสามารถนำ

**การลดอาการคลื่นไส้อาเจียนหลังได้รับการกดจุดไท่หยางในผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้องทางนรีเวช
ที่ได้รับการระงับความรู้สึกแบบทั่วร่างกาย**

องค์ความรู้แพทย์ทางเลือกมาประยุกต์ใช้ในการรักษาแผนปัจจุบันได้ โดยพบว่าสามารถลดการใช้ยาแก้คลื่นไส้อาเจียนได้ถึง ร้อยละ 97 จึงอาจนำไปสู่การช่วยลดต้นทุนค่าใช้จ่ายของยาที่รักษา และลดภาวะแทรกซ้อนจากการใช้ยาที่อาจเกิดกับผู้ป่วย เช่น การเต้นของหัวใจผิดปกติ หายใจลำบาก เป็นต้น อย่างไรก็ตาม การศึกษานี้ ยังมีข้อจำกัด คือ ไม่ได้มีควบคุมระยะเวลาของการผ่าตัด หรือมีการศึกษาติดตามอาการหลังผู้ป่วยย้ายกลับที่หอผู้ป่วย และสนับสนุนให้ญาติมีส่วนร่วมโดยการสอนการนวดกดจุดร่วมด้วย นอกจากนี้ ในการทดลองครั้งนี้ พบอุปสรรคในการเก็บข้อมูลที่ใช้เวลานานกว่าแผนเนื่องจาก ผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดทางนรีเวชมีจำนวนน้อย เพราะส่วนหนึ่งเป็นช่วงฤดูการเก็บเกี่ยวพืชผลทางเกษตรและช่วงจะเข้าสู่เทศกาลปีใหม่ อีกประการหนึ่งคือ บุคลากรทางวิสัญญีพยาบาลที่ปฏิบัติงานเป็นผู้ที่จบการศึกษาใหม่ ประสบการณ์ในการดูแลทางวิสัญญีมีไม่มาก ทำให้การบริหารจัดการดูแลต้องสลับหน้าที่กันทำให้การเก็บข้อมูลได้ช้า อย่างไรก็ตาม ผู้ป่วยทุกรายที่เข้าร่วมโครงการได้รับการปฏิบัติตามแผนการทดลอง

ส่วนกลุ่มที่ได้รับยาตามมาตรฐาน ได้รับยา Ondansetron หลังได้รับการระงับความรู้สึก จากการประเมินอาการคลื่นไส้อาเจียนครั้งแรก ไม่พบอาการ และเมื่อสิ้นสุดการทดลอง (ระยะเวลา 60 นาที) พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีอาการคลื่นไส้/อาเจียนเพียง 4 ราย (ร้อยละ 13.3) ทั้งนี้ ผลการทดสอบความแตกต่างของอาการจากเริ่มต้นที่ไม่มีอาการ และพบอาการ พบว่าการเกิดอาการคลื่นไส้อาเจียนไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > 0.05$) สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาที่พบว่า การลดอาการคลื่นไส้อาเจียน โดยการให้ยา ondansetron,

dexamethasone มักได้ผลดี แต่จะต้องคำนวณระยะเวลาการออกฤทธิ์ให้เหมาะสม⁶ นอกจากนี้ จากการบันทึกอาการคลื่นไส้อาเจียนที่พบในผู้ป่วย 4 ราย พบว่าผู้ป่วยดังกล่าวมีประวัติเมาเรือ ซึ่งอาจเป็นเหตุส่งเสริมให้เกิดอาการคลื่นไส้อาเจียนหลังผ่าตัด ดังนั้น วิสัญญีพยาบาลควรประเมินปัจจัยส่งเสริมให้เกิดอาการคลื่นไส้อาเจียนได้แก่อายุน้อย มีประวัติเมาเรือ และการใช้ยาระงับปวดมาก่อน อาจมีผลข้างเคียงทำให้หัวใจเต้นเร็วหรือเต้นผิดปกติ ปวดท้อง ท้องเสีย หรือมีไข้ได้

ข้อเสนอแนะในการวิจัย

1. เพิ่มขนาดตัวอย่างในการศึกษาครั้งต่อไป เพื่อความน่าเชื่อถือของงานวิจัย ซึ่งอาจเพิ่มความหลากหลายของกลุ่มตัวอย่าง เช่น การมีโรคประจำตัวของกลุ่มตัวอย่าง และควรมีกฎการใช้ยาควบคุมกับการนวด พร้อมทั้งติดตามอาการหลังพักฟื้นกลับไปหอผู้ป่วยใน 24 ชั่วโมงแรก ตามบทบาทของวิสัญญีพยาบาลด้วย และสนับสนุนให้ญาติมีส่วนร่วมโดยการสอนการนวดกดจุดร่วมด้วย เพื่อเปรียบเทียบผลลัพธ์และยืนยันประสิทธิผลของการนวดกดจุดดังกล่าวให้ชัดเจนขึ้น

2. ศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องของเพิ่มเติม เช่น ประเภทของการผ่าตัดที่มีการดึงรั้งลำไส้ทำให้เกิดอาการคลื่นไส้ได้มากขึ้น หรือ ระยะเวลาในการผ่าตัดที่ยาวนานทำให้ได้รับยา narcotic และการใช้ก๊าซไนตรัสในปริมาณที่เพิ่มขึ้น หรือลักษณะของผู้ป่วยที่ศึกษาที่มีอายุน้อย ประวัติไม่สูบบุหรี่มีผลส่งเสริมทำให้เกิดอาการคลื่นไส้อาเจียนหลังผ่าตัดได้มากขึ้น

3. การพัฒนาและฝึกอบรมผู้ปฏิบัติด้านทักษะเฉพาะ หากมีการประยุกต์ใช้การนวดกดจุด ซึ่งจะต้องมีการกำหนดมาตรฐานและการประเมินผล ภายหลัง

การอบรม รวมทั้งตรวจสอบความน่าเชื่อถือของผู้ปฏิบัติการนวด เพราะเป็นเครื่องมือทดลองที่สำคัญของการวิจัย

เอกสารอ้างอิง

1. Wongyingsinn M. Preanesthetic evaluation and preparation. Essentials in preoperative assessment. Bangkok: Department of Anesthesia Faculty of Medicine Siriraj Hospital Mahidol University; 2020. P.1-26. Thai.
2. Wongyingsinn M. Preoperative testing. Essentials in preoperative assessment. Bangkok: Department of Anesthesia Faculty of Medicine Siriraj Hospital Mahidol University; 2020. P.27-50. Thai.
3. Pranootnarabhal T, Wongyingsinn M. Smoking cessation. Essentials in preoperative assessment. Bangkok: Department of Anesthesia Faculty of Medicine Siriraj Hospital Mahidol University; 2020. P.51-68. Thai.
4. The Royal College of Anesthesiologist of Thailand. Clinical practice guidelines for prevention and management of Postoperative Nausea and Vomiting (PONV); 2020. Thai.
5. Public Health Foundation of Development. Thai Massage Textbook Volume 1.5th Edition. Bangkok: Mochao Ban Publishing House; 2020. Thai.
6. Sirimasrungssee S. Effectiveness of clinical practice guideline for the prevention of Postoperative Nausea and Vomiting (PONV) in Pakchong Nana Hospital. Chaiyaphum Medical Journal. 2023; 43(2): 1-13. Thai.
7. Pancharoen W. The Study of clinical practice guideline for Prevention of Postoperative Nausea and Vomiting (PONV) in Lopburi Cancer Hospital. Thai Cancer J. 2021; 41(2): 78-89. Thai.
8. Byju A, Pavithran S, Antony R. Effectiveness of acupressure on the experience of nausea and vomiting among patients receiving chemotherapy. Can Oncol Nurs J. 2018; 28(2): 132-8. doi: 10.5737/23688076282132138.
9. Hoffmann D, Murray C, Beck J, et al. Acupressure in Management of Postoperative Nausea and Vomiting in High-Risk Ambulatory Surgical Patients. J Perianesth Nurs. 2017; 32(4): 271-8. doi: 10.1016/j.jopan.2015.09.010.
10. Onjel E, Erdag E, Adiyek E, et al. Acupressure versus ondansetron usage for postoperative nausea and vomiting after gynecologic surgeries. Cureus. 2023; 15(3): e36862. doi: 10.7759/cureus.36862.

ผลของการใช้ค่าดัชนีภาวะช็อกในการคาดการณ์และป้องกันภาวะช็อกจากการสูญเสียเลือดในผู้ป่วยบาดเจ็บหลายระบบ: โรงพยาบาลชุมชนพรเชตรอุดมศักดิ์

เบญจมาศ สมบัตินา¹ พย.บ.

บ้งอร หนูบรรจง² พย.บ

บทคัดย่อ: การวิจัยกึ่งทดลองแบบกลุ่มเดียววัดผลก่อน-หลังนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของการใช้ค่าดัชนีภาวะช็อกในการคาดการณ์และป้องกันภาวะช็อกจากการสูญเสียเลือดในผู้ป่วยบาดเจ็บหลายระบบจากอุบัติเหตุจราจร โรงพยาบาลชุมชนพรเชตรอุดมศักดิ์ คัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง ประกอบด้วย พยาบาลวิชาชีพ จำนวน 32 คน และผู้ป่วยบาดเจ็บหลายระบบจากอุบัติเหตุจราจรที่เข้ารับการรักษาตัวในหอผู้ป่วยหนักศัลยกรรม และหอผู้ป่วยศัลยกรรมอุบัติเหตุและศัลยกรรมประสาททุกรายที่เข้าเกณฑ์การคัดเข้าการวิจัยในเวลาที่กำหนด จำนวน 35 คน เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบทดสอบความรู้และการปฏิบัติ แบบประเมินความพึงพอใจการใช้ค่าดัชนีภาวะช็อกของพยาบาลวิชาชีพ ระดับความรุนแรงของการพยาบาภาวะช็อกจากการสูญเสียเลือดของผู้ป่วยวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติ ได้แก่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และเปรียบเทียบคะแนนก่อนและหลังการใช้ค่าดัชนีภาวะช็อกโดยใช้สถิติที่คู่ ผลการศึกษาพบว่าพยาบาลมีคะแนนเฉลี่ยความรู้และทักษะปฏิบัติภายหลังได้รับความรู้และฝึกทักษะสูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) เมื่อเปรียบเทียบระดับความรุนแรงของภาวะช็อกจากการสูญเสียเลือดภายใน 24 ชั่วโมงแรกของการรักษา ก่อนและหลังการใช้ค่าดัชนีภาวะช็อก พบว่าพยาบาลสามารถดักจับภาวะช็อกจากการสูญเสียเลือดได้รวดเร็วขึ้น ส่งผลให้ระดับความรุนแรงของภาวะช็อกจากการสูญเสียเลือดลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) พยาบาลทุกคนมีความพึงพอใจในการใช้ค่าดัชนีภาวะช็อกในระดับมาก ดังนั้น ควรนำค่าดัชนีภาวะช็อกไปใช้ในการคาดการณ์และป้องกันภาวะช็อกจากการสูญเสียเลือด และควรศึกษากับกลุ่มประชากรที่มีภาวะเสี่ยงหรือวิกฤตในหอผู้ป่วยอื่นต่อไป

วารสารการปฏิบัติการพยาบาลและการผดุงครรภ์ไทย 2568; 12(2): 26-45

คำสำคัญ: ดัชนีภาวะช็อก; ภาวะช็อกจากการสูญเสียเลือด; บาดเจ็บหลายระบบ

¹พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลชุมชนพรเชตรอุดมศักดิ์ จังหวัดชุมพร; ผู้รับผิดชอบหลัก, E-mail: benjamard36ja@gmail.com

²พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ โรงพยาบาลชุมชนพรเชตรอุดมศักดิ์ จังหวัดชุมพร

วันที่รับบทความ 25 มกราคม 2568 วันที่แก้ไขบทความ 29 ตุลาคม 2568 วันที่ตอบรับบทความ 1 พฤศจิกายน 2568

Utilizing Shock Index for Prediction and Prevention of Hypovolemic Shock in Multiple Trauma Patients at Chumphon Khet Udomsakdi Hospital

Benjamard Sombadna B.N.S.

Bangon Nubanjong B.N.S.

Abstract: This quasi-experimental one-group pre-posttest study aimed to examine the effects of using the Shock Index (SI) to predict and prevent hypovolemic shock among multiple trauma patients from traffic accidents at Chumphon Khet Udomsakdi Hospital. The study included two participant groups: 32 registered nurses and 35 multiple trauma patients admitted to the surgical intensive care unit and the trauma and neurosurgical wards, all of whom met the inclusion criteria during the study period. The intervention comprised education and hands-on training of the nurses in the use and application of the Shock Index. The research instruments consisted of a demographic questionnaire for nurses, a knowledge and practice test on the use of the Shock Index, a practice assessment form, a satisfaction evaluation questionnaire, and the severity of hypovolemic shock report. Data were analyzed using descriptive statistics (percentage, mean, and standard deviation) and paired t-test to compare pre- and post-intervention outcomes. The results revealed that nurses' mean scores for knowledge and practical skills significantly improved after receiving the education and hands-on training ($p < .05$). When comparing the severity of hypovolemic shock within the first 24 hours of admission, application of the Shock Index enabled earlier detection of blood loss-related shock, resulting in a statistically significant reduction in shock severity levels ($p < .05$). All participants rated their satisfaction with the use of the Shock Index at a high level. The findings suggest that the Shock Index can be effectively utilized for early prediction and prevention of hypovolemic shock. Future studies should include a larger sample group of patients with high risk or critical illness in other units.

Thai Journal of Nursing and Midwifery Practice 2025; 12(2): 26-45

Keywords: Shock Index; Hypovolemic shock; Multiple injury

¹Professional Nurse Practitioner, Chumphon Khet Udomsakdi Hospital, Chumphon; Corresponding author, E-mail: benjamard36ja@gmail.com,

²Senior Professional Nurse Specialist, , Chumphon Khet Udomsakdi Hospital, Chumphon

Received January 25, 2025; Revised October 29, 2025; Accepted November 1, 2025

ความเป็นมาและความสำคัญ

อุบัติเหตุจากรถส่งผลให้เกิดการบาดเจ็บของอวัยวะร่วมกันหลายระบบ ทำให้เกิดการสูญเสียเลือดมาก¹และนำไปสู่ภาวะช็อกซึ่งเป็นสาเหตุให้ผู้ป่วยเสียชีวิตได้ในเวลาอันรวดเร็วถึงร้อยละ 69² ประเทศไทยเป็นอันดับที่ 9 ของโลก และอันดับ 1 ของอาเซียนที่มีอัตราการเสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนนสูงสุด³รวมทั้งในจังหวัดชุมพรที่มีรายงานการเกิดอุบัติเหตุจากรถและมีผู้เสียชีวิตจำนวนมากขึ้น จากข้อมูล 3 ปีย้อนหลัง⁴พบว่าผู้ป่วยบาดเจ็บหลายระบบจากอุบัติเหตุจากรถที่เข้ามารับการรักษาในหอผู้ป่วย โรงพยาบาลชุมพรเขตรอุดมศักดิ์ ถึง 1 ใน 5 อันดับแรก มีทั้งเกิดเหตุในสถานการณ์ที่ใกล้เคียงและส่งต่อจากจากโรงพยาบาลเครือข่าย โดยในปี 2563 - 2565 มีผู้ป่วยบาดเจ็บหลายระบบจากอุบัติเหตุจากรถถึงร้อยละ 18.05, 23.09 และ 18.89 และมีอัตราตาย คิดเป็นร้อยละ 8.79, 8.71 และ 11.16 ตามลำดับ เมื่อวิเคราะห์จากรายงานผู้ป่วยกลุ่มนี้ พบว่าส่วนหนึ่งมีค่าโอกาสรอดชีวิต [Probability of Survival (PS)] มากกว่า 0.75 ซึ่งเป็นดัชนีชี้บ่งว่าควรมีการรอดชีวิตสูง แต่กลับพบอัตราตายอยู่ที่ร้อยละ 4.00, 4.65 และ 3.27 ตามลำดับ นอกจากนี้พบว่าผู้ป่วยบาดเจ็บหลายระบบจากอุบัติเหตุจากรถที่ต้องเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยหนักศัลยกรรม ในปี 2564-2565 ที่มีมากที่สุดเป็นการบาดเจ็บช่องท้อง (ร้อยละ 25.80 และ 22.58 ตามลำดับ) และช่องอก (ร้อยละ 24.00 และ 22.90 ตามลำดับ)

การบาดเจ็บของช่องท้องและช่องอกนับเป็นการบาดเจ็บหลายระบบที่มักพบร่วมกันและเป็นสาเหตุที่ทำให้เกิดการสูญเสียเลือดได้มากในการบาดเจ็บที่รุนแรงอาจเสียชีวิตตั้งแต่ 1000-1500 ซีซี เป็นต้นไป⁵⁻⁶ และเป็นสาเหตุให้เกิดภาวะช็อกจากการ

เสียเลือด⁷ ซึ่งมีอัตราการเกิดภาวะช็อกจากการสูญเสียเลือด ร้อยละ 20 และ 35 ตามลำดับ⁴จากการติดตามรายงานผู้ป่วยในปี 2566 พบว่ามีการเฝ้าระวังและดักจับอาการที่ล่าช้า ทำให้นำไปสู่ความรุนแรงของภาวะช็อกจากการเสียเลือดที่ไม่ควรเกิดเพิ่มขึ้น เช่น จากความรุนแรงระดับ 2 จำนวน 7 ราย ที่มีการประเมินและดักจับอาการล่าช้า ทำให้ภาวะช็อกทวีความรุนแรงเป็นระดับ 3 จำนวน 2 ราย คิดเป็นร้อยละ 9.52 และจากความรุนแรงของภาวะช็อกที่ระดับ 3 จำนวน 9 ราย เมื่อมีการดักจับล่าช้าจึงทวีความรุนแรงเพิ่มขึ้น เป็นระดับ 4 จำนวน 1 ราย คิดเป็นร้อยละ 4.76 และความรุนแรงของภาวะช็อกที่ระดับ 4 จำนวน 5 ราย ยังมีภาวะช็อกต่อเนื่องและเสียชีวิตจำนวน 4 ราย ดังนั้น การดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้จึงต้องการการดูแลจากทีมสหสาขาวิชาชีพ ที่ทำงานเป็นทีมและมีส่วนร่วมสำคัญในการดูแลผู้ป่วยและคาดการณ์เพื่อดักจับไม่ให้เกิดภาวะช็อกในทุกนาที โดยมีพยาบาลวิชาชีพเป็นผู้มีบทบาทโดยตรงและเป็นหลักในการดูแลผู้ป่วย เพราะว่าเป็นผู้ที่ต้องอยู่กับผู้ป่วย ตลอดเวลา 24 ชั่วโมง และเป็นคนแรกที่ประเมินอาการผู้ป่วย ดักจับอาการเริ่มแรกที่เป็นความเสี่ยงสูงต่อการเกิดภาวะช็อกรุนแรงมากขึ้นและเป็นผู้ที่สามารถรายงานแพทย์ให้ได้รับการรักษารวดเร็วและทันเวลา⁸⁻⁹ในโรงพยาบาลชุมพรเขตรอุดมศักดิ์ หอผู้ป่วยหนักศัลยกรรม และหอผู้ป่วยศัลยกรรมอุบัติเหตุและศัลยกรรมประสาท รับผิดชอบดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บหลายระบบต่อจากห้องฉุกเฉินในบริบทโรงพยาบาลที่ศึกษา หอผู้ป่วยหนักศัลยกรรม และหอผู้ป่วยศัลยกรรมอุบัติเหตุและศัลยกรรมประสาท รับผิดชอบดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บหลายระบบต่อจากห้องฉุกเฉิน จากการวิเคราะห์ประเด็นปัญหาเพื่อปรับปรุงคุณภาพและผลลัพธ์ในหน่วยงาน ปี พศ. 2565 พบว่า มีข้อจำกัดด้านสมรรถนะบุคลากรและ

เครื่องมือช่วยในการคัดกรองและตัดสินใจในผู้ป่วยที่มีภาวะช็อก ที่สำคัญคือ หอผู้ป่วยหนักศัลยกรรม และหอผู้ป่วยศัลยกรรมอุบัติเหตุและศัลยกรรมประสาท มีพยาบาลวิชาชีพที่ผ่านการอบรมเฉพาะทางด้านการดูแลผู้ป่วยวิกฤตเพียงร้อยละ 20 และ 11 ตามลำดับ และความรู้ในการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บหลายระบบผ่านเกณฑ์ร้อยละ 66.67 การกำหนดข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลไม่ถูกต้องและไม่ครอบคลุมกับปัญหาของผู้ป่วย และมีการนำค่าดัชนีภาวะช็อก [Shock Index (SI)] มาใช้เพียงร้อยละ 35¹⁰⁻¹¹ นอกจากนี้ หอผู้ป่วยดังกล่าวยังขาดกระบวนการคัดกรองล่วงหน้าอย่างเป็นระบบ เช่น ไม่มีคู่มือการใช้ค่า SI และขั้นตอนการปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะช็อกจากการสูญเสียเลือด จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าค่า SI เป็นเครื่องมือที่สามารถใช้ในการจำแนกและคาดการณ์ความรุนแรงของผู้บาดเจ็บหลายระบบก่อนเข้าสู่ระยะช็อกได้อย่างมีประสิทธิภาพ ใช้งานง่ายและสะดวกในการตรวจคัดกรอง ใช้เวลาไม่มากและการแปลผลแม่นยำ¹²⁻¹³ ผู้วิจัยจึงเลือกเครื่องมือนี้มาใช้เพื่อเป็นการพัฒนาคุณภาพบริการ และศึกษาผลลัพธ์ของการใช้ค่า SI ในการคาดการณ์และป้องกันภาวะช็อกจากการสูญเสียเลือดของพยาบาลผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บหลายระบบจากอุบัติเหตุจราจร เนื่องจากเป็นผลลัพธ์ที่เกี่ยวข้องโดยตรงกับบทบาทของพยาบาลที่ดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะวิกฤตที่กำหนด โดยเน้นให้พยาบาลมีสมรรถนะในการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะช็อกจากการสูญเสียเลือด เพื่อนำไปใช้และติดตามผลให้การดูแลผู้ป่วยในระยะวิกฤต ตลอดจนป้องกัน

ภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นได้อย่างรวดเร็ว รวมทั้งเพื่อตอบสนองนโยบาย Service plan ด้านอุบัติเหตุของโรงพยาบาล

วัตถุประสงค์

1. เพื่อเปรียบเทียบความรู้และทักษะปฏิบัติของพยาบาลวิชาชีพ ก่อนและหลังพัฒนาสมรรถนะการใช้ค่า SI ในการคาดการณ์และป้องกันภาวะช็อกจากการสูญเสียเลือด
2. เพื่อประเมินการดักจับภาวะช็อกจากการสูญเสียเลือดในผู้ป่วยบาดเจ็บหลายระบบของพยาบาล
3. เพื่อประเมินความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพต่อการใช้ค่า SI ในการคาดการณ์และป้องกันภาวะช็อกจากการสูญเสียเลือด

กรอบแนวคิด

การวิจัยนี้ใช้แนวคิดทฤษฎีการเรียนรู้ของบลูม (Bloom's Taxonomy: Knowledge–Comprehension–Application–Analysis–Synthesis–Evaluation)¹⁴ และแนวคิดการปฏิบัติตามหลักฐานเชิงประจักษ์ (Evidence-Based Practice: EBP)¹⁵ โดยออกแบบโปรแกรมการอบรมให้ครอบคลุมกระบวนการเรียนรู้ครบวงจร ตั้งแต่การสร้างความรู้ การฝึกปฏิบัติจริง การประเมินและสะท้อนผล เพื่อพัฒนาสมรรถนะของพยาบาลในการใช้ค่า SI ในการคาดการณ์และป้องกันภาวะช็อกจากการสูญเสียเลือด ดังนี้

ผลของการใช้ค่าดัชนีภาวะช็อกในการคาดการณ์และป้องกันภาวะช็อกจากการสูญเสียเลือดในผู้ป่วยบาดเจ็บหลายระบบ:
โรงพยาบาลชุมพรเขตรอุดมศักดิ์

โครงการอบรมเพื่อพัฒนาสมรรถนะพยาบาล
ด้านการใช้ SI

1.การให้ความรู้เชิงทฤษฎี เกี่ยวกับหลักการใช้ Shock Index (SI) และการจำแนกระดับความรุนแรงของภาวะช็อกจากการสูญเสียเลือด

ตามแนวทาง Advanced Trauma Life Support (ATLS) 11th edition

2.การฝึกปฏิบัติ (Skills-based Training) ผ่านสถานการณ์จำลอง (case-based และ mini simulation) ครอบคลุมการคำนวณ SI การตีความ Delta-SI การบันทึกเวชระเบียน และการสื่อสารกับแพทย์/ทีมรักษา

3.การนิเทศติดตามเชิงคลินิก (Clinical Supervision & Feedback)

โดยจัด pre-conference ในเวรเช้าและการนิเทศหน้างานอย่างต่อเนื่อง เพื่อส่งเสริมการประยุกต์ใช้จริงในสถานการณ์ทางคลินิก “Application-Analysis” ตามกรอบของ Bloom

สมรรถนะพยาบาลในการใช้ค่า SI (ผลลัพธ์การเรียนรู้และผลลัพธ์ทางคลินิก)

ระดับบุคลากรพยาบาล (RN-level outcomes):

- คะแนนความรู้ก่อน-หลังฝึกอบรม, ทักษะการปฏิบัติ, และความพึงพอใจต่อการใช้ค่า SI

ระดับผู้ป่วย (Patient-level outcomes):

- ความสามารถในการดักจับภาวะช็อกจากการเสียเลือดได้รวดเร็วขึ้น และแนวโน้มความรุนแรงของภาวะช็อกที่ลดลงภายใน 24 ชั่วโมงแรกหลังรับไว้รักษา

แผนภูมิที่ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

ระเบียบวิธีวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-Experimental Research) กลุ่มเดียว วัดผลก่อน-หลัง (One group pre-posttest design) ดำเนินการระหว่าง วันที่ 13 มีนาคม – 10 พฤศจิกายน พ.ศ. 2567

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรกับกลุ่มตัวอย่างคือกลุ่มเดียวกัน มี 2 กลุ่ม คือ พยาบาลวิชาชีพ จำนวน 32 คน และกลุ่มผู้ป่วยบาดเจ็บหลายระบบจากอุบัติเหตุจราจรที่เข้ารับการรักษาตัวในหอผู้ป่วยหนักศัลยกรรมและหอผู้ป่วยศัลยกรรมอุบัติเหตุและศัลยกรรมประสาท ทุกรายที่เข้าเกณฑ์คัดเข้าการวิจัย จำนวน 35 คน ซึ่งมีคุณสมบัติ

คือ พยาบาลทุกคนที่ปฏิบัติงานระหว่างที่นำ SI ไปใช้ ระหว่างวันที่ 28 สิงหาคม 2567 ถึง 30 ตุลาคม 2567 เกณฑ์คัดออก คือ พยาบาลที่ไม่สามารถเข้าร่วมการวิจัยได้ทุกขั้นตอน ซึ่งไม่มีกลุ่มตัวอย่างที่เป็นเกณฑ์คัดออก สำหรับกลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้ป่วยมีเกณฑ์คัดเข้าได้แก่ (1) มีอายุ 15 ปีขึ้นไป (2) มีความรุนแรงของการบาดเจ็บ ระดับรุนแรงสาหัสถึงรุนแรงมากที่มีคะแนนการบาดเจ็บ [Injury Severity Score (ISS)] ระหว่าง 16-49 (3) มีความเข้าใจสื่อสารภาษาไทยได้ และมีเกณฑ์คัดออกดังนี้ (1) ผู้ป่วยที่ตั้งครรภ์ (2) ญาติขอปฏิเสธการรักษาหรือปฏิเสธการกวดหัวใจ

เครื่องมือในการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินงาน ได้แก่ คู่มือ Shock Index (SI) สำหรับพยาบาล ซึ่งผู้วิจัยจัดทำขึ้น

โดยประยุกต์จากแนวคิดของ Algovier-Bruber¹⁶ และอ้างอิงเนื้อหาทางวิชาการจากเอกสารของ Krongdai¹⁷ เรื่อง Traumatic Shock ซึ่งให้แนวทางเกี่ยวกับการคำนวณค่าดัชนีภาวะช็อก (Shock Index: SI = HR / SBP) เกณฑ์การแปลผลค่า SI, Delta-SI และจุดตัดการแจ้งเตือน (Trigger points) เพื่อใช้เป็นแนวทางปฏิบัติในการประเมินและเฝ้าระวังภาวะช็อกจากการสูญเสียเลือด และคู่มือการประเมินระดับความรุนแรงและการจัดการภาวะช็อกจากการสูญเสียเลือด ซึ่งประยุกต์จากคู่มือการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บตามแนวทาง Advanced Trauma Life Support (ATLS) ฉบับที่ 11 โดย American College of Surgeons Committee on Trauma¹⁸ ได้ปรับปรุง แนวทางการจำแนกระดับความรุนแรงของภาวะช็อกจากการสูญเสียเลือดให้สอดคล้องกับการใช้ค่า SI และตัวชี้วัดทางสรีรวิทยาอื่น ๆ โดยเน้นการประเมินการเปลี่ยนแปลงแบบพลวัต เพื่อให้สามารถตรวจพบภาวะช็อกได้เร็วและแม่นยำมากขึ้น เนื้อหาประกอบด้วย นิยามผู้ป่วยบาดเจ็บหลายระบบ กระบวนการประเมินภาวะช็อกในระยะต่าง ๆ ตั้งแต่แรกถึงระยะต่อเนื่อง เกณฑ์การจำแนกระดับความรุนแรงของภาวะช็อกตาม ATLS Class I-IV และค่า SI รวมถึงแนวทางการพยาบาล การให้สารน้ำและเลือด การเฝ้าระวัง Lethal Triad และการติดตามผลการรักษา เพื่อให้พยาบาลสามารถประเมินและป้องกันภาวะช็อกจากการสูญเสียเลือดได้อย่างมีประสิทธิภาพ และมีมาตรฐานสอดคล้องกับแนวทาง ATLS¹⁸ ฉบับที่ 11 และ Krongdai¹⁷ คู่มือนี้ผ่านการตรวจสอบโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน คือ ศัลยแพทย์ หัวหน้ากลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยหนัก ศัลยกรรม และอาจารย์ผู้ทรงคุณวุฒิด้านวิจัยทางการพยาบาล และปรับตามข้อเสนอแนะก่อนนำไปใช้

2. เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นเอง โดยศึกษาเอกสาร แนวคิดทฤษฎีและผลงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ประกอบด้วย

2.1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของพยาบาลวิชาชีพ เป็นคำถามปลายเปิด (จำนวน 5 ข้อ) ประกอบด้วย เพศ ตำแหน่ง อายุ ประสบการณ์การทำงานในหอผู้ป่วยหนัก ศัลยกรรม / หอผู้ป่วย ศัลยกรรมอุบัติเหตุและศัลยกรรมประสาท

2.2 แบบทดสอบความรู้เรื่องการใช้ค่า SI ของพยาบาลวิชาชีพ เป็นแบบเลือกตอบ (multiple choice) 19 ข้อ วัดความรู้ตาม Bloom's Taxonomy 3 ระดับ คือ ความจำ (Knowledge) ความเข้าใจ (Comprehension) และการประยุกต์ใช้ (Application) ประกอบด้วย ความหมายของค่า SI การคำนวณค่า SI ความสำคัญของค่า SI ประโยชน์ของค่า SI กลไกการบาดเจ็บหลายระบบ ระดับความรุนแรงและผลกระทบของภาวะช็อกจากการสูญเสียเลือด การวัด CVP และการดูแลผู้ป่วยภาวะช็อกจากการสูญเสียเลือด การวัดผล ตอบถูก = 1 คะแนน, ตอบผิด = 0 คะแนน คะแนนรวม 0-19 คะแนน

2.3 แบบสอบถามการปฏิบัติในการใช้ค่า SI ของพยาบาลวิชาชีพ เป็นแบบประเมินเชิงพฤติกรรม (Observation/Checklist form) แบบ ปลายปิด (Closed-ended) (จำนวน 18 ข้อ) ประกอบด้วย รายการพฤติกรรมการปฏิบัติที่สามารถสังเกตและให้คะแนนได้โดยเน้นการประเมิน “การปฏิบัติได้” หรือ “ไม่ได้ปฏิบัติ” ในแต่ละข้อ เนื้อหาครอบคลุม 4 ด้านหลักของการพยาบาลผู้ป่วยภาวะช็อกจากการสูญเสียเลือด ได้แก่ การประเมินและบันทึกภาวะช็อกด้วย Shock Index และ Delta-SI การประเมินอาการและการตอบสนองทางสรีรวิทยา / การเฝ้าระวังผลทางห้องปฏิบัติการ การให้สารน้ำและเลือดตามแนวทาง

Fluid and Blood Resuscitation การดูแลสนับสนุน
อื่น ๆ เช่น การให้ออกซิเจน การอุ่นสารน้ำ/เลือด และ
การรักษาอุณหภูมิร่างกาย การวัดผล เป็นแบบ
ประเมิน 2 ระดับ คือปฏิบัติ = 1 คะแนน ไม่ปฏิบัติ =
0 คะแนน การให้คะแนนและการแปลผล คะแนนรวม
สูงสุด 18 คะแนน แปลผลระดับทักษะโดยใช้เกณฑ์
ร้อยละของคะแนนรวม

แบบประเมินความพึงพอใจการใช้ SI ของ
พยาบาลวิชาชีพ เป็นแบบสอบถาม ปลายปิด
(Closed-ended questionnaire) ใช้มาตราส่วน
ประมาณค่า (Rating scale) แบบ 5 ระดับตามแนว
Likert Scale เพื่อประเมินระดับความพึงพอใจของ
พยาบาลที่มีต่อการใช้ SI ในกระบวนการพยาบาล
(จำนวน 10 ข้อ) เนื้อหาครอบคลุม 3 ด้านหลัก ได้แก่
ด้านเนื้อหาและความเข้าใจ ด้านกระบวนการและ
ประโยชน์ต่อการปฏิบัติ และด้านผลลัพธ์และ
ประโยชน์ต่อผู้ป่วยและหน่วยงาน การวัดผล ใช้
มาตราส่วน 5 ระดับ ดังนี้ 5 = มากที่สุด 4 = มาก 3
= ปานกลาง 2 = น้อย 1 = น้อยที่สุด การให้คะแนน
และการแปลผลคำนวณ ค่าเฉลี่ย (Mean) และ ส่วน
เบี่ยงเบนมาตรฐาน (SD) ของคะแนนในแต่ละข้อ
ใช้การแปลความหมายค่าเฉลี่ยคิดจากช่วงคะแนน
ความพึงพอใจแบ่งเป็น 5 ช่วง ดังนี้

คะแนนเฉลี่ย 4.50 - 5.00 หมายถึง ความ
พึงพอใจอยู่ที่ระดับมากที่สุด

คะแนนเฉลี่ย 3.50 - 4.49 หมายถึง ความ
พึงพอใจอยู่ที่ระดับมาก

คะแนนเฉลี่ย 2.50 - 3.49 หมายถึง ความ
พึงพอใจอยู่ที่ระดับปานกลาง

คะแนนเฉลี่ย 1.50 - 2.49 หมายถึง ความ
พึงพอใจอยู่ที่ระดับน้อย

คะแนนเฉลี่ย 1.00 - 1.49 หมายถึง ความ
พึงพอใจอยู่ที่ระดับน้อยที่สุด

2.4 การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

การตรวจสอบความตรง (Validity) ผู้วิจัย
ได้นำแบบสอบถามที่สร้างขึ้นไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิ
จำนวน 3 ท่านตรวจสอบได้แก่ ศัลยแพทย์ โรง
พยาบาลชุมพรเขตรอุดมศักดิ์ หัวหน้ากลุ่มงานการ
พยาบาลผู้ป่วยหนัก ศัลยกรรม และอาจารย์ผู้ทรง
คุณวุฒิด้านวิจัยทางการพยาบาล เพื่อตรวจสอบความ
ถูกต้องทางภาษาและความครอบคลุมของเนื้อหา
(Content Validity) แล้วนำไปปรับปรุงคำถามตามที่
ผู้ทรงคุณวุฒิเสนอแนะ ก่อนส่งให้ผู้ทรงคุณวุฒิ
พิจารณาอีกครั้ง พร้อมทั้งหาค่าความตรงตามเนื้อหา
(IOC) จึงนำไปใช้ในการวิจัย ดังนี้

(1) แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของ
พยาบาลวิชาชีพ มีค่า IOC เท่ากับ 0.86

(2) แบบทดสอบความรู้เรื่องการใช้คำ SI ของ
พยาบาลวิชาชีพ มีค่า IOC เท่ากับ 0.96

(3) แบบสอบถามการปฏิบัติในการใช้คำ SI
ของพยาบาลวิชาชีพ มีค่า IOC เท่ากับ 0.90

(4) แบบประเมินความพึงพอใจการใช้ SI
ของพยาบาลวิชาชีพ มีค่า IOC เท่ากับ 0.96

การตรวจสอบความเชื่อมั่น (Reliability)
ผู้วิจัยได้นำแบบทดสอบความรู้เรื่องการใช้คำ SI ของ
พยาบาลวิชาชีพ และแบบสอบถามการปฏิบัติในการ
ใช้คำ SI ของพยาบาลวิชาชีพ นำไปทดลองใช้ (Try
Out) กับกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติใกล้เคียงกับกลุ่ม
ตัวอย่างจำนวน 30 คน แล้วนำแบบสอบถามทั้งหมด
มาให้คะแนนและวิเคราะห์หาค่าความเชื่อมั่น โดย
คำนวณจากสูตรของคูเดอ ริชาร์ดสัน (KR-20) และ
ครอนบาช (Cronbach's Coefficient Alpha) โดยใช้
โปรแกรมสำเร็จรูป ได้ผลการวิเคราะห์ค่าความ
เชื่อมั่นด้านความรู้จากหอผู้ป่วยศัลยกรรมหญิง
ศัลยกรรมชาย และห้องอุบัติเหตุฉุกเฉิน (KR-20)

เท่ากับ 0.86 ด้านการปฏิบัติเท่ากับ 0.84 และด้านความพึงพอใจการใช้ SI เท่ากับ 1

จริยธรรมการวิจัย

การวิจัยนี้ได้ผ่านการพิจารณาและอนุมัติจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลชุมพรเขตรอุดมศักดิ์ หนังสือรับรองเลขที่ 028/2567 รหัสโครงการวิจัย CPH-EC-02/2567 เมื่อวันที่ 11 มีนาคม พ.ศ. 2567 (ปรับปรุงแก้ไขเพิ่มเติมเมื่อวันที่ 26 สิงหาคม พ.ศ. 2567) ผู้วิจัยได้อธิบายให้ผู้ป่วยหรือผู้แทนตามกฎหมายของผู้ป่วยและพยาบาลวิชาชีพ ทราบถึงวัตถุประสงค์ ประโยชน์ และผลเสียของการเข้าร่วมการวิจัย ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล และผู้ป่วยมีอิสระในการตัดสินใจตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมวิจัย ตลอดจนสามารถถอนตัวจากการวิจัยได้ตลอดเวลาโดยไม่จำเป็นต้องบอกเหตุผลและมีผลต่อการบริการพยาบาลที่จะได้รับ หากมีข้อสงสัยสามารถสอบถามผู้วิจัยได้ตลอดเวลา ซึ่งข้อมูลที่ได้จากการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยเก็บเป็นความลับและการนำเสนอข้อมูลในภาพรวมเพื่อประโยชน์ในทางวิชาการและการปฏิบัติการพยาบาลเท่านั้น ผู้วิจัยจะทำลายข้อมูลหลังงานวิจัยเผยแพร่ 2 ปี

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ภายหลังจากโครงร่างวิจัยผ่านความเห็นชอบจากคณะกรรมการศูนย์จริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ ผู้วิจัยทำหนังสือถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาล เพื่อขออนุญาตดำเนินการวิจัย หลังจากได้รับอนุมัติ ผู้วิจัยเข้าพบหัวหน้าหอผู้ป่วยหนักศัลยกรรมและหัวหน้าหอผู้ป่วยศัลยกรรมอุบัติเหตุและศัลยกรรมประสาท เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์วิธีดำเนินการวิจัย ประโยชน์ที่ได้รับชี้แจงรายละเอียด ขั้นตอนการวิจัยและขอความร่วมมือในการวิจัย

เมื่อได้รับอนุญาต ผู้วิจัยเก็บข้อมูลระหว่างวันที่ 28 สิงหาคม 2567 ถึง 30 ตุลาคม 2567 โดยเข้าพบกลุ่มตัวอย่างเพื่อ ชี้แจงรายละเอียดขั้นตอนการวิจัย และการเก็บรวบรวมข้อมูล ให้ข้อมูลถึงประโยชน์และความเสี่ยงที่กลุ่มตัวอย่างจะได้รับ รวมทั้งข้อมูลการติดต่อกับผู้วิจัย และเปิดโอกาสให้กลุ่มตัวอย่างซักถามข้อสงสัย หากกลุ่มตัวอย่างยินยอมร่วมการวิจัย ผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้ป่วยและกลุ่มตัวอย่างที่เป็นพยาบาลวิชาชีพ ลงลายมือชื่อไว้ในแบบฟอร์มพิกัดสิทธิ์ และดำเนินการดังนี้ คือ นัดหมายพยาบาลวิชาชีพเพื่อให้ความรู้และฝึกทักษะ การดำเนินการในโครงการนี้จัดทำเป็นลำดับขั้นตอนอย่างเป็นระบบ เพื่อให้พยาบาลมีความรู้และทักษะในการใช้ค่าดัชนีภาวะช็อก (Shock Index: SI) และค่าเปลี่ยนแปลง (Delta-SI) ในการคาดการณ์และป้องกันภาวะช็อกจากการเสียเลือดในผู้ป่วยบาดเจ็บหลายระบบอย่างมีประสิทธิภาพ โดยแบ่งเป็น 4 ส่วน ดังนี้

1. ภาคทฤษฎี ดำเนินการอบรมแบบบรรยาย โดยผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยใช้เวลา 1 ชั่วโมงต่อรุ่น เนื้อหาประกอบด้วยนิยามและหลักการคำนวณ $SI = HR / SBP$, เกณฑ์การแปลผลค่า SI และ Delta-SI, ความสัมพันธ์ระหว่างค่า SI กับการจำแนกระดับภาวะช็อกตาม ATLS Shock Class (Class I-IV), แนวทางการตีความเพื่อการพยากรณ์ความรุนแรง และ trigger point ในการแจ้งแพทย์ รวมทั้งการบันทึกผลในเวชระเบียนและการตัดสินใจเบื้องต้นของพยาบาล

2. ภาคปฏิบัติ ดำเนินการในรูปแบบการอบรมเชิงปฏิบัติการ โดยผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัย ใช้เวลา 1 ชั่วโมงต่อรุ่น เน้นฝึกทักษะการ คำนวณ SI และ Delta-SI จากกรณีศึกษาจริง, การประเมินระดับความรุนแรงของภาวะช็อก, การบันทึกในเวชระเบียนจริง และการสื่อสารอย่างเป็นระบบด้วยรูปแบบ SBAR

ผลของการใช้ค่าดัชนีภาวะช็อกในการคาดการณ์และป้องกันภาวะช็อกจากการสูญเสียเลือดในผู้ป่วยบาดเจ็บหลายระบบ:
โรงพยาบาลชุมพรเขตรอุดมศักดิ์

(Situation–Background–Assessment–Recommendation) และการสร้างสถานการณ์จำลองเพื่อให้สามารถนำความรู้ไปใช้ได้จริงในการดูแลผู้ป่วย

3. ตารางการอบรม จัดกิจกรรม รวม 2 รุ่น ภายใน 2 วัน (วันละ 2 รุ่น: เวลา 09.00–11.00 น. และ 13.00–15.00 น.) ครอบคลุมพยาบาลวิชาชีพ ทั้งหมดของหน่วยงาน แจกแผ่นภาพ Flow chart 1 หน้า คู่มือ Shock Index (SI) สำหรับพยาบาล และ คู่มือการประเมินระดับความรุนแรงและการจัดการ ภาวะช็อกจากการเสียเลือด จัดทำ Flow chart ดังกล่าวติดไว้บริเวณเคาน์เตอร์พยาบาล, เดสก์ท็อป คอมพิวเตอร์ทุกจุด, และเผยแพร่ในกลุ่มไลน์ของทีม พยาบาล รวมถึงบูรณาการเข้ากับการประชุมปรึกษา ก่อนการปฏิบัติ (pre-conference) ทุกเวรเช้า เพื่อ ทบทวนการประเมินและแนวทางปฏิบัติร่วมกันอย่างต่อเนื่อง

4. การนิเทศติดตามและการเก็บข้อมูล หัวหน้าหอผู้ป่วยและผู้ช่วยวิจัยดำเนินการโค้ชแบบ ข้างเตียง (bedside coaching) และให้การป้อนข้อมูล กลับ (feedback) รายสัปดาห์ตลอด 8 สัปดาห์ เพื่อ เสริมแรงการปฏิบัติและแก้ไขปัญหาเฉพาะกรณี

ช่วงเวลาเก็บข้อมูลแบ่งเป็น 3 ระยะ คือ 1) ความรู้ ทดสอบก่อนอบรม (วันเริ่มโครงการ) และ หลังอบรม 1 เดือน 2) ทักษะการปฏิบัติ ประเมินด้วย แบบประเมินเชิงพฤติกรรมที่พัฒนา โดยผู้ช่วยวิจัย ทุกสัปดาห์ เป็นเวลา 8 สัปดาห์ และสรุปคะแนนหลัง

สิ้นสุด 2 เดือน 3) ผลลัพธ์ผู้ป่วย บันทึกระดับความ รุนแรงของภาวะช็อกทั้งขณะ Admit และ ภายใน 24 ชั่วโมงแรก โดยใช้เกณฑ์ ATLS ร่วมกับ SI/Delta-SI พร้อมจัดทำตาราง เพื่อวิเคราะห์การเปลี่ยนแปลง ระดับช็อกของผู้ป่วยในแต่ละราย

สถิติที่ใช้และการวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของพยาบาล โดยใช้สถิติ พรรณนา (ความถี่และร้อยละ) เปรียบเทียบความรู้ และทักษะการใช้ SI ของกลุ่มตัวอย่างพยาบาลก่อน และหลังเข้าร่วมโครงการ โดยการทดสอบ Paired t-test และวิเคราะห์ความพึงพอใจของพยาบาลต่อ การใช้ SI โดยใช้สถิติพรรณนา (ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบน มาตรฐาน) ส่วนผลการดักจับภาวะช็อกจากการ สูญเสียเลือดในผู้ป่วยบาดเจ็บหลายระบบ วิเคราะห์ โดยใช้สถิติพรรณนา แสดงจำนวนและร้อยละของ ระดับความรุนแรงของภาวะช็อกก่อนและหลังการใช้ SI ผ่านตารางเปรียบเทียบการเปลี่ยนระดับ (transition matrix) และสถิติ Pearson's Chi-square Test

ผลการศึกษา

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด (ร้อยละ 100) เป็น พยาบาลวิชาชีพระดับปฏิบัติการ ครึ่งหนึ่งเป็นเพศ หญิง (ร้อยละ 50) มีอายุ 21–30 ปี มากที่สุด (ร้อยละ 53.1) และ มีประสบการณ์การทำงานในหอผู้ป่วย น้อยกว่า 5 ปี มากที่สุด (ร้อยละ 40) ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของพยาบาลวิชาชีพ จำแนกตามข้อมูลทั่วไป (N=32)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน (คน)	ร้อยละ
เพศ		
หญิง	32	100
อายุ (ปี) $\bar{X} = 33.38$, SD = 9.062, Max =53, Min=23		
21-30	17	53.1
31-40	6	18.8
41-50	7	21.85
51-60	2	6.25
ตำแหน่ง		
พยาบาลวิชาชีพ		
พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ	6	18.8
พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	16	50.0
ประสบการณ์ที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วย (ปี)	10	31.2
$\bar{X} = 8.53$ SD = 8.028 Max=30 Min=1		
<5	13	40
5-10	10	32
>10	9	28

ส่วนที่ 2 ความรู้เกี่ยวกับการใช้ SI ของกลุ่มตัวอย่างก่อนและหลังเข้าร่วมโครงการ

ก่อนเข้าร่วมโครงการนี้ ความรู้เกี่ยวกับการใช้ SI ของกลุ่มตัวอย่างเมื่อจำแนกตามรายชื่อ (จำนวน 19ข้อ) พบว่าข้อที่กลุ่มตัวอย่างตอบคำถามได้ถูกต้องทั้งหมดมี 1 ข้อ คือ เรื่อง กลไกการการบาดเจ็บ (ร้อยละ 100) รองลงมาคือเรื่องภาวะแทรกซ้อนจากการสูญเสียเลือด และภาวะอุณหภูมิร่างกายต่ำในภาวะช็อกจากการสูญเสียเลือด (ร้อยละ 84.4) ส่วนข้อที่ตอบถูกได้น้อยที่สุด 2 ข้อคือ เรื่องผลการคำนวณค่า SI ที่ถูกต้อง และความต่างของค่า SI (Delta SI) คิดเป็นร้อยละ 28.1 และ 21.9 ตามลำดับ ส่วนความรู้เกี่ยวกับการใช้ SI หลังเข้าร่วมโครงการ พบว่า ข้อที่กลุ่มตัวอย่างสามารถตอบได้ถูกต้องทุกคน (ร้อยละ

100) มีจำนวน 7 ข้อได้แก่ กลไกการได้รับบาดเจ็บ วิธีการวัด CVP อาการและอาการแสดงที่บ่งชี้ว่าผู้ป่วยมีภาวะช็อกจากการสูญเสียเลือด การติดตามผลตรวจทางห้องปฏิบัติการและภาวะแทรกซ้อนจากการได้รับ massive transfusion อาการแสดงที่บ่งชี้ว่าผู้ป่วยมี perfusion ดีที่สุด การพยาบาลผู้ป่วยที่เหมาะสมที่สุด เมื่อมีช็อกจากการสูญเสียเลือดและเป้าหมายการรักษา ระดับ Platelet count เพื่อป้องกันการเกิด ongoing bleeding และพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความรู้เกี่ยวกับการใช้ SI เพิ่มขึ้นจากเดิมทุกข้อ ยกเว้นข้อเดียวที่พบว่า การตอบถูกลดลงจากเดิมจากร้อยละ 18.8 เป็นร้อยละ 6.3 คือ การจัดระดับความรุนแรงของภาวะช็อกจากการเสียเลือด ซึ่งเป็นข้อที่ได้คะแนนน้อยที่สุด ดังแสดงในตารางที่ 2

ผลของการใช้ค่าดัชนีภาวะช็อกในการคาดการณ์และป้องกันภาวะช็อกจากการสูญเสียเลือดในผู้ป่วยบาดเจ็บหลายระบบ:
โรงพยาบาลชุมชนพระเชตุรมคค์

ตารางที่ 2 ร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง ที่มีคะแนนความรู้เกี่ยวกับการใช้ SI ก่อนและหลังเข้าร่วมโครงการ

ข้อที่	ความรู้เกี่ยวกับการใช้ SI	ก่อนเข้าร่วม	หลังเข้าร่วม
		ร้อยละ	ร้อยละ
1.	วิธีการคำนวณค่าดัชนีภาวะช็อก	75	93.8
2.	กลไกการได้รับบาดเจ็บ	100	100
3.	วิธีการวัด CVP	28.1	100
4.	อาการและอาการแสดงที่บ่งชี้ว่าผู้ป่วยมีภาวะช็อกจากการสูญเสียเลือด	75	100
5.	ระยะต่างๆของภาวะช็อก	65.6	93.8
6.	ภาวะแทรกซ้อนจากภาวะช็อกจากการสูญเสียเลือด	84.4	93.8
7.	ผลการคำนวณค่าดัชนีภาวะช็อก	68.8	96.9
8.	การพยาบาลที่เหมาะสมที่สุดหลังรับผู้ป่วยลงเตียงและวัดสัญญาณชีพแล้ว มีภาวะช็อกจากการสูญเสียเลือด	81.3	93.8
9.	การจัดระดับความรุนแรงของภาวะช็อกจากการสูญเสียเลือด	18.8	6.3
10.	ภาวะอุณหภูมิร่างกายต่ำในภาวะช็อกจากการสูญเสียเลือด	84.4	96.9
11.	การพยาบาลของภาวะช็อกจากการสูญเสียเลือด	50	96.9
12.	การติดตามผลตรวจทางห้องปฏิบัติการและภาวะแทรกซ้อนจากการได้รับ massive transfusion	46.9	100
13.	ความต่างของค่าดัชนีภาวะช็อก (Delta SI) ที่ควรเฝ้าภาวะช็อกจากการสูญเสียเลือด ในผู้ป่วยบาดเจ็บหลายระบบ	21.9	96.9
14.	ผลการคำนวณค่าดัชนีภาวะช็อกที่ถูกต้อง	28.1	53.1
15.	อาการแสดงที่บ่งชี้ว่าผู้ป่วยมี perfusion ดีที่สุด	40.6	100
16.	การพยาบาลผู้ป่วยที่เหมาะสมที่สุดเมื่อมีช็อกจากการสูญเสียเลือด	81.3	100
17.	fluid resuscitate เริ่มแรกที่เหมาะสมที่สุดเมื่อมีช็อกจากการสูญเสียเลือด	65.6	96.9
18.	เป้าหมายการรักษาระดับ Platelet count เพื่อป้องกันการเกิด ongoing bleeding	75	100
19.	อาการและอาการแสดงของผู้ป่วยเสียเลือด 10% SI ที่ระดับ 0.8	25	87.5

อย่างไรก็ตาม เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยความรู้ก่อนและหลังเข้าร่วมโครงการ พบว่า หลังเข้าร่วมโครงการกลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยของความรู้เพิ่มขึ้นมากกว่าก่อนเข้าร่วมโครงการอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) ดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบ ค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้เกี่ยวกับการใช้ SI ของกลุ่มตัวอย่าง ก่อนและหลังเข้าร่วมโครงการ

ความรู้	$\bar{X}$	S.D.	t	p
ก่อนใช้ค่า SI	11.90	3.618	10.418	.000
หลังใช้ค่า SI	17.06	1.189		

ส่วนที่ 3 ทักษะการปฏิบัติเกี่ยวกับการใช้ SI ของกลุ่มตัวอย่างก่อนและหลังเข้าร่วมโครงการ

ก่อนเข้าร่วมโครงการฝึกทักษะการใช้ SI พบว่าพยาบาลวิชาชีพ มีการปฏิบัติที่ดีเกี่ยวกับการใช้ค่า SI ในการคาดการณ์และป้องกันภาวะช็อกจากการสูญเสียเลือดกลุ่มผู้ป่วยบาดเจ็บหลายระบบจากอุบัติเหตุจราจรมาก 2 อันดับแรก ได้แก่ ดูแลให้ได้รับออกซิเจนอย่างเพียงพอรักษาระดับ O_2 sat >95% (ร้อยละ 100) และมีการตรวจสอบและบันทึกปริมาณเลือดที่สูญเสีย (ร้อยละ 96.9) และมีการปฏิบัติที่ดีน้อยที่สุด 2 อันดับแรก ได้แก่ มีการอุ่นเลือด/หรือสารละลายก่อนนำไปใช้ ควบคุมไม่ให้อุณหภูมิเกิน 42.5 องศาเซลเซียสเพื่อป้องกันเม็ดเลือดแดงแตก (ร้อยละ 15.6) และลงบันทึกค่า Delta shock index (SI ก่อนออกจาก ER กับแรกรับ at ward) (ร้อยละ 34.4) หลังเข้าร่วมโครงการฝึกทักษะการใช้ SI พบว่าพยาบาลมีการปฏิบัติที่ดีมากเป็นอันดับแรก ได้แก่ ดูแลให้ได้รับออกซิเจนอย่างเพียงพอรักษาระดับ O_2

sat >95% (ร้อยละ 100) รองลงมาคือมีลงบันทึกการซักประวัติ AMPLE โดยเฉพาะยา Anticoagulant/Antihypertension (ร้อยละ 87) และเรื่องที่ยังมีการปฏิบัติที่ด้อยที่สุด (ร้อยละ 46.9) คือ การจัดระดับความรุนแรงของภาวะช็อกว่าอยู่ในระดับใด (1-4) โดยเขียนในข้อมูลสนับสนุนในบันทึกทางการแพทย์พยาบาล อย่างไรก็ตาม พบว่า หลังเข้าร่วมโครงการทักษะการปฏิบัติของกลุ่มตัวอย่างในข้อนี้ น้อยลงกว่าก่อนเข้าร่วมโครงการ และมีอีกข้อในเรื่องการประเมินอาการและอาการแสดงของภาวะช็อกจากการสูญเสียเลือดจากสัญญาณชีพ ระดับความรู้สึกตัว และปริมาณปัสสาวะที่ออกในแต่ละชั่วโมง ที่มีร้อยละของทักษะการปฏิบัติลดลง ดังแสดงในตารางที่ 4

เมื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยทักษะการปฏิบัติเกี่ยวกับการใช้ SI ของกลุ่มตัวอย่างก่อนและหลังเข้าร่วมโครงการ พบว่า คะแนนเฉลี่ยของทักษะเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < .05$) ดังแสดงในตารางที่ 5

ตารางที่ 4 ร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง ที่มีทักษะเกี่ยวกับการใช้ SI ก่อนและหลังเข้าร่วมโครงการ

ข้อที่	ทักษะ	ก่อนใช้ SI		หลังใช้ SI	
		ร้อยละ		ร้อยละ	
		ปฏิบัติ	ไม่ปฏิบัติ	ปฏิบัติ	ไม่ปฏิบัติ
1.	คำนวณค่าดัชนีภาวะช็อก และลงบันทึกในบันทึกทางการแพทย์พยาบาลถูกต้องครบถ้วนตามแนวปฏิบัติของหอผู้ป่วย	28.1	71.9	65.6	34.4
2.	มีการประเมินอาการและอาการแสดงของภาวะช็อกจากการสูญเสียเลือดจากสัญญาณชีพ ระดับความรู้สึกตัว และปริมาณปัสสาวะที่ออกในแต่ละชั่วโมง	84.4	15.6	75	25

ผลของการใช้ค่าดัชนีภาวะช็อกในการคาดการณ์และป้องกันภาวะช็อกจากการสูญเสียเลือดในผู้ป่วยบาดเจ็บหลายระบบ:
โรงพยาบาลชุมพรเขตรอุดมศักดิ์

ตารางที่ 4 ร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง ที่มีทักษะเกี่ยวกับการใช้ SI ก่อนและหลังเข้าร่วมโครงการ (ต่อ)

ข้อที่	ทักษะ	ก่อนใช้ SI		หลังใช้ SI	
		ร้อยละ		ร้อยละ	
		ปฏิบัติ	ไม่ปฏิบัติ	ปฏิบัติ	ไม่ปฏิบัติ
3.	พยาบาลที่ห่อผู้ป่วยลงบันทึกค่า Delta Shock Index (SI ก่อนออกจาก ER กับแรกรับ at ward)	34.4	65.5	62.5	37.5
4.	มีการจัดระดับความรุนแรงของภาวะช็อกว่าอยู่ในระดับใด (1-4) โดยเขียนในข้อมูลสนับสนุนในบันทึกทางการแพทย์	59.4	40.4	46.9	53.1
5.	ดูแลให้ได้รับออกซิเจนอย่างเพียงพอรักษาระดับ $SpO_2 > 95\%$	100	0	100	0
6.	ลงบันทึกการชັกประวัติ AMPLE โดยเฉพาะยา Anticoagulant/Antihypertension	71.9	28.1	87.5	12.5
7.	มีการตรวจสอบและบันทึกปริมาณเลือดที่สูญเสีย	71.9	28.1	81.3	18.8
8.	ติดตามผล CBC, lactate, Base deficit, coagulation, platelet function ตามแผนการรักษาพร้อม notify แพทย์ทันที	75	25	81.3	18.8
9.	มีการตรวจสอบและบันทึกปริมาณ ชนิดเลือด และส่วนประกอบของเลือดที่ผู้ป่วยได้รับ	75	25	81.3	18.8
10.	การให้ fluid resuscitate ประเมินความพอเพียงของสารน้ำ โดยการทำให้ Fluid Challenge Test ตามแผนการรักษา	62.5	37.5	81.3	18.8
11.	ให้การพยาบาลได้ถูกต้องตามระดับความรุนแรงของภาวะ hypovolemic shock ระดับที่ 3 ให้สารน้ำและเลือดหรือส่วนประกอบของเลือดตามแผนการรักษาพร้อมการเฝ้าอย่างระวังใกล้ชิด ประเมินสัญญาณชีพทุก 5-15 นาที	68.8	31.1	81.5	12.5
12.	มีการหยุดเลือดที่พบเห็นออกภายนอกโดยใช้การกดหรือใช้แรงดันจากการรัดตรึง	71.9	28.1	81.5	12.5
13.	เตรียมช่วยแพทย์ในการทำ CVP line เพื่อใช้ประเมินปริมาณเลือดในระบบไหลเวียนเลือดของร่างกาย	65.6	34.4	62.5	37.5
14.	วัด CVP ในผู้ป่วยใช้เครื่องช่วยหายใจไม่ต้องปลดเครื่องช่วยหายใจ ให้วัดช่วงต่ำสุด ตำแหน่ง เส้นตัดกันระหว่าง midaxillary line และ 4thICS	68.8	31.3	71.9	28.1
15.	ถ้าอุณหภูมิร่างกายน้อยกว่า 36 องศาเซลเซียส ใช้ผ้าห่มร้อน (blanket warmer) หรือกระเป๋าน้ำร้อน พยายามรักษาระดับอุณหภูมิร่างกายที่ 37 องศาเซลเซียส	62.5	37.5	75	25
16.	การให้เลือดทันทีในผู้ป่วยที่มีภาวะ Hypovolemic shock ใช้เครื่องอุ่นเลือด/สารละลาย ก่อนทุกครั้ง	62.5	37.5	78.1	25
17.	มีการอุ่นเลือด/หรือสารละลายก่อนนำไปใช้ ควบคุมไม่ให้อุณหภูมิเกิน 42.5 องศาเซลเซียสเพื่อป้องกันเม็ดเลือดแดงแตก	15.6	84.4	62.5	37.5
18.	ใช้ Infusion pump drip เลือด	59.4	40.6	78.1	21.9

ตารางที่ 5 เปรียบเทียบทักษะเกี่ยวกับการใช้ SI ของกลุ่มตัวอย่างก่อนและหลังเข้าร่วมโครงการ

ทักษะ	$\bar{X}$	SD	t	p
ก่อนเข้าร่วม	10.59	2.474	4.919	.000
หลังเข้าร่วม	13.34	3.189		

ส่วนที่ 4 ผลการดักจับภาวะช็อกจากการเสียเลือดก่อนและหลังการใช้ SI ในการดูแลผู้ป่วย

ผลการจัดระดับความรุนแรงของภาวะช็อกจากการเสียเลือดก่อนการใช้ค่า Shock Index (SI) พบว่า ณ ขณะ Admit ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีภาวะสูญเสียเลือดในระดับ 3 (ร้อยละ 42.80) รองลงมาคือ ระดับ 2 (ร้อยละ 33.55) และระดับ 4 (ร้อยละ 23.85) ขณะที่

ที่ไม่มีผู้ป่วยอยู่ในระดับ 1 เมื่อประเมินภายใน 24 ชั่วโมงหลัง Admit ในผู้ป่วยแรกรับที่ระดับภาวะช็อกทวีความรุนแรงเพิ่มขึ้นจากระดับ 2 เพิ่มขึ้นระดับ 3 (ร้อยละ 9.50) และแรกรับระดับภาวะช็อกทวีความรุนแรงเพิ่มขึ้นจากระดับ 3 เพิ่มขึ้นระดับ 4 (ร้อยละ 4.78) ดังแสดงในตารางที่ 6

ตารางที่ 6 ผลการดักจับภาวะช็อกจากการเสียเลือดของพยาบาล ก่อนการใช้ SI ในการดูแลผู้ป่วย (N=21)

ระดับความรุนแรงของภาวะช็อกจากการเสียเลือดแรกรับ (N=21)	จำนวนและร้อยละระดับความรุนแรงของการพยาบาลภาวะช็อกจากการเสียเลือดของผู้ป่วย				
	ขณะ Admit	ภายใน 24 ชั่วโมงหลัง Admit			
		ระดับ 1	ระดับ 2	ระดับ 3	ระดับ 4
ระดับ 1	(N=0)0	0	0	0	0
ระดับ 2	(N=7)33.55	(N=1)4.79	(N=4)19.26	(N=2)9.50	0
ระดับ 3	(N=9)42.80	0	(N=2)9.50	(N=6)28.54	(N=1)4.76
ระดับ 4	(N=5)23.85	0	0	0	(N=5)23.85

ผลการจัดระดับความรุนแรงของภาวะเสียเลือดภายหลังการใช้ Shock Index (SI) พบว่า ณ ขณะ Admit ผู้ป่วยส่วนใหญ่ อยู่ใน ระดับ 3 (ร้อยละ 50.00) รองลงมาคือ ระดับ 2 (ร้อยละ 33.33) และระดับ 4 (ร้อยละ 16.67) โดยไม่พบผู้ป่วยในระดับ 1เมื่อประเมินภายใน 24 ชั่วโมงหลัง Admit พบว่าในผู้ป่วยแรกรับที่ระดับภาวะช็อกจากการเสียเลือดระดับ

2 ลดความรุนแรงเหลือระดับ 1 (ร้อยละ 16.67) และยังคงอยู่ที่ระดับ 2 (ร้อยละ 16.67) ระดับภาวะช็อกจากการเสียเลือดระดับ 3 ลดความรุนแรงเหลือระดับ 2 (ร้อยละ 8.33) เหลือระดับ 1 (ร้อยละ 41.47) ส่วนระดับภาวะช็อกจากการเสียเลือดระดับ 4 ยังคงอยู่ที่ระดับเดิม (ร้อยละ 16.67) ดังแสดงในตารางที่ 7

ผลของการใช้คำดัชนีภาวะช็อกในการคาดการณ์และป้องกันภาวะช็อกจากการสูญเสียเลือดในผู้ป่วยบาดเจ็บหลายระบบ:
โรงพยาบาลชุมชนเขตอุตรดิตถ์

ตารางที่ 7 ผลการดักจับภาวะช็อกจากการเสียเลือดของพยาบาลหลังการใช้ SI ในการดูแลผู้ป่วย (N=12)

ระดับความรุนแรงของภาวะช็อกจาก การเสียเลือดแรกเริ่ม (N=12)	จำนวนและร้อยละระดับความรุนแรงของการพยาบาลภาวะช็อก จากการเสียเลือดของผู้ป่วย				
	ขณะ Admit	ภายใน 24 ชั่วโมงหลัง Admit			
		ระดับ 1	ระดับ 2	ระดับ 3	ระดับ 4
ระดับ 1	(N=0)0	0	0	0	0
ระดับ 2	(N=4)33.33	(N=2)16.66	(N=2)16.67	0	0
ระดับ 3	(N=6)50.00	(N=5)41.67	(N=1)8.33	0	0
ระดับ 4	(N=2)16.67	0	0	0	(N=2)16.67

ผลการเปรียบเทียบการกระจายตัวของระดับความรุนแรงของภาวะช็อกจากการเสียเลือดภายใน 24 ชั่วโมง ระหว่างกลุ่มก่อนและหลังการใช้ SI พบว่า ก่อนใช้ SI ผู้ป่วยส่วนใหญ่ยังคงมีภาวะช็อกระดับรุนแรง (ระดับ 3 และ 4) คิดเป็นร้อยละ 66.7%

(14 ราย) ขณะที่ในกลุ่ม หลังใช้ SI ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีระดับภาวะช็อกลดลงอย่างชัดเจน โดยมีผู้ป่วยถึงร้อยละ 58.3% (7 ราย) ที่ลดระดับความรุนแรงเหลือระดับ 1 และไม่มีผู้ป่วยรายใดที่ยังคงอยู่ในภาวะช็อกระดับ 3 ดังแสดงในตารางที่ 8

ตารางที่ 8 เปรียบเทียบการกระจายระดับความรุนแรงของภาวะช็อกจากการเสียเลือดภายใน 24 ชั่วโมง ระหว่างกลุ่มก่อนและหลังการใช้ SI

กลุ่มการรักษา	ระดับ 1 (หายจากช็อก/ ดีขึ้นมาก)	ระดับ 2 (ช็อกน้อย/ ปานกลาง)	ระดับ 3 (ช็อกปานกลาง/ รุนแรง)	ระดับ 4 (ช็อกรุนแรงมาก)	รวม (N)
ก่อนใช้ SI (N=21)	1 (4.8%)	6 (28.6%)	8 (38.1%)	6 (28.6%)	21 (100%)
หลังใช้ SI (N=12)	7 (58.3%)	3 (25.0%)	0 (0%)	2 (16.7%)	12 (100%)
รวม (N=33)	8 (24.2%)	9 (27.3%)	8 (24.2%)	8 (24.2%)	33 (100%)

ผลการเปรียบเทียบการกระจายระดับภาวะช็อกจากการเสียเลือดของผู้ป่วยบาดเจ็บหลายระบบ (ภายใน 24 ชม.) ก่อนและหลังการใช้คำดัชนีภาวะช็อก SI โดยการทดสอบ Chi-square พบว่า

หลังการนำ SI มาใช้ในการประเมินและเฝ้าระวัง มีการเปลี่ยนแปลงระดับความรุนแรงของภาวะช็อกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($\chi^2=12.428$, $df=3$, $p=0.006$) ที่ระดับนัยสำคัญ 0.05

ส่วนที่ 5 ความพึงพอใจด้านการใช้ค่า SI ของกลุ่มตัวอย่างพยาบาล

ภาพรวมของความพึงพอใจด้านการใช้ค่า SI ในผู้ป่วยบาดเจ็บหลายระบบอยู่ในระดับมาก ($\bar{X} = 4.87$, $SD = 0.21$) เมื่อพิจารณารายข้อพบว่ากลุ่มตัวอย่าง

มีความพึงพอใจในระดับมากทุกข้อ โดยมีข้อที่กลุ่มตัวอย่างมีความพึงพอใจมากที่สุด มีประโยชน์ต่อผู้ป่วย ($\bar{X} = 5$, $SD = 0.00$) รองลงมาคือ มีการกำหนดกลุ่มเป้าหมายในการนำไปใช้และมีประโยชน์ต่อหน่วยงาน ($\bar{X} = 4.94$) ดังแสดงในตารางที่ 9

ตารางที่ 9 ค่าเฉลี่ยความพึงพอใจด้านการใช้ SI ของกลุ่มตัวอย่างพยาบาล

ลำดับที่	ความพึงพอใจ	$\bar{X}$	SD	ระดับความพึงพอใจ
1.	เนื้อหามีความชัดเจน	4.87	0.336	มาก
2.	เนื้อหาเข้าใจได้ง่าย	4.87	0.336	มาก
3.	มีการกำหนดกลุ่มเป้าหมายในการนำไปใช้	4.94	0.246	มาก
4.	มีการอธิบายขั้นตอนการปฏิบัติ	4.91	0.296	มาก
5.	มีความต่อเนื่องและความเชื่อมโยงในการดูผู้ป่วย	4.78	0.420	มาก
6.	ช่วยเพิ่มคุณภาพการบริการของพยาบาล	4.84	0.369	มาก
7.	ทำให้การดูแลมีความครอบคลุมมากขึ้น	4.78	0.420	มาก
8.	ทำให้การดูแลเป็นไปในทิศทางเดียวกัน	4.84	0.369	มาก
9.	มีประโยชน์ต่อผู้ป่วย	5.00	0.00	มาก
10.	มีประโยชน์ต่อหน่วยงาน	4.94	0.246	มาก
รวม		4.87	0.21	มาก

อภิปรายผล

ผลการวิจัยพบว่าหลังการให้ความรู้และฝึกปฏิบัติในการใช้ค่า SI เพื่อคาดการณ์และป้องกันภาวะช็อกจากการสูญเสียเลือดในกลุ่มผู้ป่วยบาดเจ็บหลายระบบ พยาบาลมีคะแนนเฉลี่ยความรู้และทักษะเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) และสามารถดักจับภาวะช็อกจากการสูญเสียเลือดได้รวดเร็วขึ้น ส่งผลให้ระดับความรุนแรงของภาวะช็อกจากการสูญเสียเลือดลดลง ความพึงพอใจของพยาบาลต่อการใช้ SI อยู่ในระดับมาก แสดงให้เห็นว่าพยาบาลเห็นคุณค่าและพร้อมนำไปใช้ในทางปฏิบัติจริง

ผลลัพธ์เชิงบวกนี้เกิดจากการดำเนินโครงการที่สถานกระบวนการเรียนรู้แบบ “ทฤษฎี-ฝึกปฏิบัติ-นิเทศติดตามต่อเนื่อง” ซึ่งเป็นแนวทางการเรียนรู้ตามลำดับขั้นของ Bloom’s Taxonomy ที่ช่วยให้ผู้เรียนพัฒนาองค์ความรู้จากการจดจำ ไปสู่การเข้าใจ วิเคราะห์ และประยุกต์ใช้ในสถานการณ์จริง อีกทั้งยังสอดคล้องกับ Kirkpatrick’s Model ซึ่งอธิบายผลการเรียนรู้ใน 4 ระดับ ได้แก่ การตอบสนอง (Reaction) การเรียนรู้ (Learning) พฤติกรรม (Behavior) และผลลัพธ์¹⁹⁻²¹ ในระดับการเรียนรู้ (Learning) พบว่าพยาบาลมีคะแนนความรู้เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญใน

ระดับพฤติกรรม (Behavior) พบว่าพยาบาลสามารถประยุกต์ใช้ SI ได้อย่างถูกต้องมากขึ้น ผ่านการใช้ Flow chart แนวปฏิบัติ การประชุม pre-conference และการให้ feedback หน่วยงาน และในระดับผลลัพธ์ (Results) ผู้ป่วยมีแนวโน้มระดับความรุนแรงของภาวะช็อกจากการเสียเลือดลดลงภายใน 24 ชั่วโมง หลังเข้ารับการรักษา นอกจากนี้ การนิเทศติดตามโดยหัวหน้าหอผู้ป่วยพบว่า มีบทบาทสำคัญต่อการสร้างมาตรฐานการปฏิบัติ ลดความแปรปรวน เพิ่มความมั่นใจของพยาบาล และส่งเสริมให้เกิดการถ่ายโอนความรู้สู่การปฏิบัติจริง ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิด การเรียนรู้แบบผู้ใหญ่ (Adult Learning) ที่เน้นการเรียนรู้จากประสบการณ์ และ Clinical Supervision ที่ใช้การให้คำปรึกษาและการสะท้อนผลการปฏิบัติ (reflective practice) เพื่อเสริมสร้างการเรียนรู้ต่อเนื่อง²²⁻²³ การดำเนินการในรูปแบบดังกล่าวจึงทำให้พยาบาลเกิดการเรียนรู้เชิงลึก สามารถประเมินผู้ป่วยได้อย่างเป็นระบบ ใช้ SI เป็นเครื่องมือเฝ้าระวังและป้องกันภาวะช็อกได้ทันเวลาที่ ส่งผลต่อคุณภาพการดูแลผู้ป่วยและลดภาวะแทรกซ้อนอย่างยั่งยืน

แม้ว่าคะแนนในข้อจัดระดับความรุนแรงจะลดลง แต่ภาพรวมของความรู้และทักษะเพิ่มขึ้นอย่างชัดเจน และระดับความพึงพอใจของผู้ใช้อยู่ในระดับมาก ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยต่างประเทศ เช่น พบว่า in situ simulation ช่วยเพิ่มความรู้ ทักษะ และทัศนคติของพยาบาลในหอผู้ป่วยหนักอย่างชัดเจน²⁴, หรือการศึกษาเกี่ยวกับการใช้ simulation กับพยาบาลใหม่ในการจัดการภาวะช็อก พบว่าทำให้ความรู้และทักษะพัฒนาขึ้น²⁵, การพัฒนาแนวทางปฏิบัติทางการพยาบาลสำหรับภาวะช็อกจากการเสียเลือดพบว่า การอบรมและนิเทศติดตามช่วยให้คะแนนการจัดการเพิ่มขึ้น²⁶ และการศึกษาของ Klangpraphan and

Pearkao²⁷ พบว่าจากการใช้ web application ช่วยพยาบาลจัดการผู้ป่วยบาดเจ็บและมีภาวะช็อก โดยมีทักษะการใช้และปฏิบัติในด้าน SI และสัญญาณชีพดีขึ้น พยาบาลมีความพึงพอใจอยู่ในระดับสูงเป็นปัจจัยสำคัญที่ช่วยพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วยอย่างมีประสิทธิภาพ นอกจากนี้ การอบรมลักษณะนี้ยังช่วยสร้างความมั่นใจแก่พยาบาล ลดความแตกต่างของการปฏิบัติ และกระตุ้นให้พยาบาลทบทวนและเรียนรู้ต่อเนื่อง ทำให้การดูแลผู้ป่วยมีมาตรฐานสูงขึ้น²⁸

อย่างไรก็ตาม ในประเด็นการจัดระดับความรุนแรงของภาวะช็อก คะแนนหลังเข้าร่วมโครงการพบว่าความรู้ หรือทักษะ ลดลงเมื่อเทียบกับก่อนเข้าร่วมโครงการ ซึ่งอาจเกิดจาก 1) ความซับซ้อนของเกณฑ์การจำแนกระดับความรุนแรงของภาวะช็อก ต้องบูรณาการหลายองค์ประกอบ เช่น สัญญาณชีพ ระยะเวลาการบาดเจ็บ ปริมาณเลือดที่สูญเสีย และการตอบสนองของผู้ป่วย การที่พยาบาลเพิ่งได้รับความรู้ใหม่เกี่ยวกับ SI อาจทำให้เกิดความสับสนระหว่างเกณฑ์ดั้งเดิมกับเกณฑ์ใหม่ ส่งผลให้การจำแนกภาวะช็อกคลาดเคลื่อนได้ง่าย งานวิจัยก่อนหน้านี้ชี้ว่า การเรียนรู้เนื้อหาใหม่ที่ซับซ้อนต้องอาศัยการทบทวนและฝึกปฏิบัติซ้ำเพื่อให้บูรณาการความรู้ได้มั่นคง²⁹ และ 2) ลักษณะของการเก็บข้อมูลก่อนอบรม พยาบาลทราบกำลังถูกสังเกตจึงมีแนวโน้มปฏิบัติได้เคร่งครัดมากกว่าปกติ แต่หลังอบรม การสังเกตอาจเป็นแบบไม่เปิดเผย ส่งผลให้สะท้อนพฤติกรรมที่ใกล้เคียงกับการปฏิบัติจริงมากกว่า ปรากฏการณ์นี้อธิบายได้ด้วย Hawthorne effect ที่ระบุว่าผู้ที่รู้ตัวว่าถูกสังเกตจะปรับพฤติกรรมให้เหมาะสมชั่วคราว แม้ว่าความรู้หรือทักษะจริงอาจไม่เปลี่ยนแปลง³⁰ ซึ่งปรากฏการณ์นี้อาลดน้อยลง เมื่อมีการติดตามและนิเทศจนกระทั่งเป็นส่วนหนึ่งของการปฏิบัติงานประจำ

ข้อจำกัดในการศึกษา

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลองชนิดกลุ่มเดียววัดผลก่อนและหลัง (one-group pre-posttest design) ซึ่งอาจมีข้อจำกัดด้านความสามารถในการอธิบายเชิงสาเหตุ เนื่องจากขาดกลุ่มเปรียบเทียบ และอาจได้รับอิทธิพลจากปัจจัยแทรกซ้อนอื่นที่ควบคุมไม่ได้ การศึกษานี้ดำเนินการในโรงพยาบาลแห่งเดียว (single-center study) มีขนาดกลุ่มตัวอย่างจำกัดและระยะเวลาติดตามสั้น ทำให้ข้อค้นพบอาจไม่สามารถสรุปอ้างอิงทั่วไปได้ทั้งหมด นอกจากนี้ยังมีโอกาสเกิดอคติจากการสังเกต (observer bias) หรือผลของการรู้ตัวกำลังถูกสังเกต (Hawthorne effect) รวมทั้งข้อจำกัดของเครื่องมือประเมินบางส่วนที่ต้องพึ่งพาการสังเกตโดยผู้ประเมิน แม้ผู้วิจัยจะลดความคลาดเคลื่อนด้วยการใช้แนวปฏิบัติมาตรฐาน การนิเทศติดตามอย่างต่อเนื่อง และการทวนสอบข้อมูลซ้ำ

ข้อเสนอแนะจากการทำวิจัยครั้งนี้

ด้านบริหาร: ผู้บริหารควรวางนโยบายส่งเสริมความร่วมมือของพยาบาลและทีมสหวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บหลายระบบเพื่อป้องกันภาวะช็อกจากการสูญเสียเลือด และติดตามผลการใช้ค่าดัชนีภาวะช็อกในหอผู้ป่วยวิกฤต เพื่อเพิ่มคุณภาพบริการและปรับปรุงกระบวนการบริหารจัดการผู้ป่วยให้เหมาะสม

ด้านบริการ: ควรปรับปรุงแนวทางและคู่มือการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บหลายระบบ ให้รวมการใช้ค่าดัชนีภาวะช็อก เป็นเครื่องมือหลักในการตรวจคัดกรองและป้องกันภาวะช็อกจากการเสียเลือดอย่างรวดเร็วและปลอดภัย โดยสามารถประยุกต์ใช้กับผู้ป่วยเฉพาะกลุ่ม เช่น ผู้ป่วยวิกฤตจากบาดเจ็บช่องท้องหรือผู้ป่วยอุบัติเหตุ

ด้านวิชาการ: ควรทำการศึกษาเพิ่มเติมในประชากรที่กว้างขึ้นและมีกลุ่มเปรียบเทียบเพื่อยืนยันประสิทธิผลของ ค่าดัชนีภาวะช็อกในการคาดการณ์และป้องกันภาวะช็อกจากการเสียเลือด พร้อมพัฒนาหลักสูตรฝึกอบรมและแนวทางการถ่ายทอดความรู้ให้พยาบาลและบุคลากรทางการแพทย์ เพื่อสร้างมาตรฐานการประเมินและการดูแลผู้ป่วยอย่างมีคุณภาพ

ข้อเสนอแนะในการนำผลงานวิจัยไปใช้ประโยชน์

ผลการวิจัยนี้สามารถนำไปใช้ในการประเมินและดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บหลายระบบโดยใช้ค่าดัชนีภาวะช็อกเป็นเครื่องมือหลัก โรงพยาบาลสามารถวางนโยบายคัดกรองผู้ป่วยและสนับสนุนทรัพยากรด้านบุคลากรและอุปกรณ์อย่างเหมาะสม พยาบาลและบุคลากรทางการแพทย์สามารถนำดัชนีภาวะช็อกไปใช้ตรวจจับและป้องกันภาวะช็อกจากการสูญเสียเลือดอย่างรวดเร็ว พร้อมปรับแนวทางดูแลผู้ป่วยเฉพาะกลุ่มที่มีภาวะเสี่ยงหรือวิกฤต เช่น ผู้บาดเจ็บเจ็บช่องท้องหรือผู้ป่วยอุบัติเหตุ ผลวิจัยนี้ยังสามารถใช้เป็นแนวทางจัดหลักสูตรฝึกอบรมและเผยแพร่ความรู้เพื่อสร้างแนวทางปฏิบัติที่เป็นมาตรฐานในระดับโรงพยาบาลและหน่วยงานวิชาการ

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณดร.สมหมาย คชนาม แพทย์หญิงสุภิญญา ปรีชากุล และคุณสุหวิง พันธุ์ถาวรวงศ์ที่เป็นผู้ทรงคุณวุฒิ ที่ให้คำแนะนำตลอดจนปรับปรุงแก้ไขข้อบกพร่องขอขอบคุณพยาบาลประจำหอผู้ป่วยหนัก ศัลยกรรม หอผู้ป่วยศัลยกรรมอุบัติเหตุและศัลยกรรมประสาท หอผู้ป่วยศัลยกรรมหญิง และหอผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉินที่มีความมุ่งมั่นให้ผู้ป่วยในความดูแลปลอดภัย และให้ความร่วมมืออย่างดียิ่งในการศึกษา

ผลของการใช้ค่าดัชนีภาวะช็อกในการคาดการณ์และป้องกันภาวะช็อกจากการสูญเสียเลือดในผู้ป่วยบาดเจ็บหลายระบบ:
โรงพยาบาลชุมพรเขตรอุดมศักดิ์

และการเก็บรวบรวมข้อมูล ขอขอบคุณคณะกรรมการ
พิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์โรงพยาบาล
ชุมพรเขตรอุดมศักดิ์ที่ให้คำชี้แนะในการปรับปรุง
แก้ไข รวมทั้งผู้ป่วยที่ช่วยสร้างประสบการณ์ที่ดี และ
สุดท้ายขอขอบพระคุณผู้อำนวยการโรงพยาบาล
ชุมพรเขตรอุดมศักดิ์ หัวหน้าพยาบาลและหัวหน้าหอ
ผู้ป่วยหนักศัลยกรรมที่ให้ความสนับสนุนการศึกษา
ครั้งนี้

เอกสารอ้างอิง

1. Taghavi S, Asari R. Hypovolemic shock. StatPearls [Internet]. 2023 [cited 2023 Dec 30]. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK513297>
2. Ciechanowicz D, Samojto N, Koztowski C, et al. Incidence and etiology of mortality in polytrauma patients: An analysis of material from Multitrauma Centre of the University Teaching Hospital No. 1 in Szczecin, over a period of 3 years (2017–2019). Pol J Surg. 2020; 92(4): 1–6.
3. World Health Organization. Road traffic deaths and injuries in Thailand: The global status report on road safety [Internet]. 2018 [cited 2023 Dec 30]. Available from: https://cdn.who.int/media/docs/default-source/thailand/roadsafety/overview-en-final-25-7-19.pdf?sfvrsn=f9d7a862_2
4. Department of injury prevention and control, Department of disease control. Road traffic accidents: Injury surveillance system 2018–2023 [Internet]. Nonthaburi: Ministry of Public Health; 2023 [cited 2023 Dec 9]. Available from: <https://dip.ddc.moph.go.th/new>
5. Cook A, Davies R, Cook A, et al. Hemothorax: A review of the literature. Clin Pulm Med. 2020 Jan;27(1):1–8.
6. Wikipedia contributors. Hemothorax [Internet]. Wikipedia. 2025 Aug 9 [cited 2025 Aug 9]. Available from: <https://en.wikipedia.org/wiki/Hemothorax>
7. Klarhofer M, Gunther D, Haberthur C, et al. Wearable microwave instrument can detect and monitor traumatic internal bleeding in humans. Sci Rep. 2021; 11: 12345.
8. Lewis SL, Bucher L, Heitkemper MM, et al. Medical–surgical nursing: Assessment and management of clinical problems. 11th ed. St. Louis: Elsevier; 2020.
9. Nakapakshin J, Samranati M, Techaudomdej J. Development and evaluation of clinical practice guidelines for the management of hypovolemic shock in critically ill patients. Thai J Nurs Pract. 2023; 10(1): 120–39. Thai.
10. Surgical Intensive Care Unit, Chumphon Khet Udomsakdi Hospital. Nursing performance report: Specialized nursing competency and application of shock index, 2022. Chumphon: Chumphon Khet Udomsakdi Hospital; 2023. (Internal document). Thai.
11. Trauma and Neurosurgical Ward, Chumphon Khet Udomsakdi Hospital. Nursing performance report: Specialized nursing competency and application of shock index, 2022. Chumphon: Chumphon Khet Udomsakdi Hospital 2023. (Internal document); Thai.
12. Hasasrisri N, Chanruangwanitch W, Tosing O, et al. Predictive factors of shock in patients receiving care in the emergency department. J Nurs. 2019; 34(3): 60–75. Thai.

13. Dai G, Lu X, Xu F, et al. Early mortality risk in acute trauma patients: Predictive value of injury severity score, trauma index, and different types of shock indices. *J Clin Med*. 2022; 11(11): 1–8. thinking in nursing students: A systematic review and meta-analysis. *Nurse Educ Today*. 2022; 109: 105236.
14. Melnyk BM, Fineout-Overholt E. Evidence-based practice in nursing & healthcare: a guide to best practice. 5th ed. Philadelphia: Wolters Kluwer; 2023.
15. Anderson LW, Krathwohl DR, editors. A taxonomy for learning, teaching, and assessing: a revision of Bloom's taxonomy of educational objectives. New York: Longman; 2001.
16. Allgower M, Buri C. Shock index. *Dtsch Med Wochenschr*. 1967; 92: 1947–50.
17. Krongdai U. Traumatic shock [Internet]. 2019 [cited 2025 Jun 28]. Available from: <http://www.slideshare.net/krongdai/traumatic-shock>
18. American College of Surgeons. ATLS: Advanced trauma life support: student course manual. 11th ed. Chicago (IL): American College of Surgeons; 2021..
19. Kinsman L, Cooper S, Champion R, et al. The impact of web-based and face-to-face simulation education programs on nurses' response to patient deterioration: a multi-site interrupted time series study. *Nurse Educ Today*. 2021; 102: 104939.
20. Chung JYS, Li WHC, Tan ACW, et al. Efficacy of a blended learning programme in enhancing communication skill competence and self-efficacy of nursing students in clinical handovers: a randomized controlled trial. *BMC Med Educ*. 2022; 22: 275.
21. Kim J, Park JH, Shin S. Effectiveness of simulation-based nursing education depending on fidelity: a meta-analysis. *BMC Med Educ*. 2022; 22: 244.
22. Lavoie P, Pepin J, Cossette S. Contribution of a reflective learning model to nursing students' clinical judgment development: a quasi-experimental study. *Nurse Educ Today*. 2021; 97: 104705.
23. Marcinowicz L, Owlasik A, Slusarska B. Mentoring in nursing: a systematic review of mentoring programs and their effectiveness. *Nurse Educ Today*. 2023; 125: 105684.
24. Lien RY, Cheng CG, Hung SH, et al. The effect of the knowledge, skills, and attitudes from nurse training using in situ simulation in an intensive care unit. *healthcare*. 2023; 11(21): 2851.
25. Ren Q, Chen F, Zhang H, et al. Effects of a standardized patient-based simulation in anaphylactic shock management for new graduate nurses. *BMC Nursing*. 2022; 21: 209.
26. Nakapaksin J, Somrarnyart M, Tachaudomdach C. Development and Evaluation of Clinical Nursing Practice Guidelines Implementation for Hypovolemic Shock Management Among Critically Ill Patients. *Thai J Nurs Midwif Pract*. 2023; 10(1): 12039
27. Klangpraphan W, Pearkao C. Effect of Using Nursing Model Web Application for Patients with Chest and Abdominal Trauma Having Emergency Severity Index Levels I and II with Shock on Selected Outcomes. *J Res Nursing-Midwif Health Sci*. 2022; 43(1): 111.
28. Kang HY, Kim HR. Impact of blended learning on learning outcomes in the public healthcare education course: a review of flipped classroom with team-based learning. *BMC Medical Education*. 2021; 21: 78.
29. Lee J, Kim S, Park J. Effects of simulation-based education on clinical decision-making and critical thinking in nursing students: A systematic review and meta-analysis. *Nurse Educ Today*. 2022; 109: 105236.
30. Sedgwick P, Greenwood N. Understanding the Hawthorne effect. *BMJ*. 2020; 371: m3932.

ผลของโปรแกรมพัฒนาพฤติกรรมออกกำลังกายของผู้สูงอายุเบาหวาน ชนิดที่ 2 อำเภอกระนวน จังหวัดขอนแก่น

ผ่องพรรณ การชาติ¹ พย.ม. (การพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน)

วาริณี เอี่ยมสวัสดิกุล² พย.ด. (พยาบาลศาสตร์)

ชินจิตร์ โพธิ์พิสุทธิ์³ ส.ด. (บริหารสาธารณสุข)

บทคัดย่อ: การวิจัยกึ่งทดลองนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของการรับรู้ความสามารถตนเองในการออกกำลังกายและความคาดหวังในผลของการออกกำลังกาย พฤติกรรมออกกำลังกาย ระดับน้ำตาลในเลือด สมรรถภาพทางกาย ของกลุ่มทดลองก่อนและหลังได้รับโปรแกรมพัฒนาพฤติกรรมออกกำลังกาย และเปรียบเทียบผลลัพธ์ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุเบาหวานชนิดที่ 2 คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์การคัดเลือก คือ อายุ ≥ 60 ปี ระดับน้ำตาลในเลือด ≥ 130 มก./ดล. ด้วยการสุ่มอย่างง่ายจากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลสองแห่งเพื่อเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ เลือกแบบจับคู่ให้สองกลุ่มมีระดับน้ำตาลในเลือดและสมรรถภาพทางกายใกล้เคียงกัน กลุ่มละ 31 คน เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง 1) โปรแกรมพัฒนาพฤติกรรมออกกำลังกายตามแนวคิดทฤษฎีความสามารถตนเอง 2) แบบบันทึกการติดตามเยี่ยมบ้านและภาวะสุขภาพ เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล 1) แบบสอบถามมี 3 ส่วน ได้แก่ ข้อมูลส่วนบุคคล การรับรู้ความสามารถตนเองและความคาดหวังในผลการออกกำลังกาย และ พฤติกรรมออกกำลังกาย ที่ผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาได้ค่าเท่ากับ 1 และความเที่ยงมีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค เท่ากับ 0.83, 0.71 และ 0.87 ตามลำดับ 2) เครื่องตรวจระดับน้ำตาลในเลือด 3) นาฬิกาวิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติพรรณนา สถิติทดสอบที วิลคอกสัน และแมนนิตนีย์ยู ผลการวิจัย พบว่า หลังได้รับโปรแกรม กลุ่มทดลองมีการรับรู้ความสามารถตนเองและความคาดหวังในผลการออกกำลังกาย พฤติกรรมออกกำลังกาย และสมรรถภาพทางกาย สูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมและสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ รวมทั้งระดับน้ำตาลในเลือดของกลุ่มทดลองต่ำกว่าก่อนได้รับโปรแกรมและกลุ่มเปรียบเทียบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ดังนั้น ควรนำโปรแกรมนี้ไปประยุกต์ใช้และประเมินผลอย่างต่อเนื่อง

วารสารการปฏิบัติการพยาบาลและการผดุงครรภ์ไทย 2568; 12(2): 46-60

คำสำคัญ: โปรแกรม พฤติกรรมออกกำลังกาย โรคเบาหวาน การรับรู้ความสามารถตนเอง

¹นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช จังหวัดนนทบุรี

²รองศาสตราจารย์ประจำสาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช จังหวัดนนทบุรี; ผู้รับผิดชอบหลัก, E-mail: warinee@yahoo.com

³อาจารย์ สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช จังหวัดนนทบุรี

วันที่รับบทความ 20 กันยายน 2568 วันที่แก้ไขบทความ 2 ธันวาคม 2568 วันที่ตอบรับบทความ 9 ธันวาคม 2568

Effects of an Exercise Behaviors Development Program for Elderly with Type 2 Diabetes Mellitus at Kranuan District, Khon Kaen Province

Pongprun Krancharee¹M.N.S. (Community Nurse Practitioner)

Warinee Iemsawasdikul²D.N.S. (Nursing Science)

Chuenijit Potisubsuk³Dr.P.H. (Health Administration)

Abstract: The objectives of this quasi-experimental research were to compare perceived self-efficacy in exercise and expectation of the results of exercise, exercise behaviors, fasting blood sugar, and physical fitness of the experimental group between before and after the experiment receiving the exercise behaviors development program, and compare the outcomes between the experimental group and the comparison group after the experiment. The sample consisted of type 2 Diabetes Mellitus patients selected by simple random sampling from two Health Promoting Hospital who met the inclusion criteria of aged > 60 yrs and fasting blood sugar ≥ 130 mg./dl. Those selected to be an experimental group, and comparison group were matched with similar level of fasting blood sugar and physical fitness, with 31 persons in each group. The experimental tools were 1) the Exercise Behaviors Development Program based on Self-efficacy theory, and 2) home visit and health status record form. The data collection tools were 1) a questionnaire consisted of 3 parts: personal data, perceived self-efficacy and expectations of results of exercise and exercise behaviors which tested for validity equal CVI of 1, and Cronbach's alpha coefficients for reliability of .83, .71 and .87 respectively; 2) Blood Glucose Meter and 3) watch. The data were analyzed by descriptive statistics, t-test, Wilcoxon signed ranks test and Mann-Whitney U test. The results found as follows: after the experiment, the scores of perceived self-efficacy in exercise and expectation of results of exercise, exercise behaviors and physical fitness in the experimental group were significantly higher than before and those in the comparison group. Fasting blood sugar of the experimental group was significantly lower than before and those in the comparison group ($p < .05$). This program should be therefore applied and continuously evaluated the outcomes.

Thai Journal of Nursing and Midwifery Practice 2025; 12(2): 42-60

Keywords: Program; Exercise behaviors; Diabetes Mellitus; Perceived self-efficacy

¹A student in the Master of Nursing Science Program in Community Nurse Practitioner at Sukhothai Thammathirat Open University. Nonthaburi.

²Associate Professor, School of Nursing at Sukhothai Thammathirat Open University, Nonthaburi; Corresponding author, E-mail: warineei@yahoo.com

³Instructor, School of Nursing at Sukhothai Thammathirat Open University. Nonthaburi

Received September 20, 2025; Revised December 2, 2025; Accepted December 9, 2025

ความเป็นมาและความสำคัญ

สถานการณ์ผู้ป่วยเบาหวานมีการเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง คาดการณ์ว่า พ.ศ 2588¹ ทั่วโลกจะมีผู้ป่วยเบาหวาน จำนวน 629 ล้านคน แบ่งเป็นกลุ่มอายุ 65 ปีขึ้นไปจำนวน 191 ล้านคน หรือมีอัตราเพิ่มขึ้นร้อยละ 94.8 โดยเฉพาะประเทศไทย ในปี พ.ศ. 2566-2568 พบอัตราความชุกของผู้ป่วยเบาหวานต่อแสนประชากร เท่ากับ 7,749, 8,326 และ 8,178 ตามลำดับ จังหวัดขอนแก่นเป็นหนึ่งในจังหวัดของประเทศไทยที่พบอัตราความชุกของผู้ป่วยเบาหวานต่อแสนประชากรที่สูง เท่ากับ 6,658, 8,080 และ 7,807 ตามลำดับ โดยเฉพาะอย่างยิ่งอำเภอกระนวน จังหวัดขอนแก่น มีอัตราความชุกของผู้ป่วยเบาหวานต่อแสนประชากร เท่ากับ 7,391, 8,166 และ 7,861 ตามลำดับ² และมีแนวโน้มผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่เป็นผู้สูงอายุและไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลได้เพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง ข้อมูลระดับน้ำตาลสะสม (HbA1c) มากกว่าหรือเท่ากับ 8.0 % ในปีพ.ศ. 2566-2568 คือ 25.60, 34.00 และ 35.28²

โรคเบาหวานชนิดที่ 2 ส่วนใหญ่พบในผู้สูงอายุที่มีประวัติในครอบครัวเป็นเบาหวานร่วมด้วย³ เกิดจากความผิดปกติที่สำคัญ 2 ประการ ได้แก่ ภาวะดื้อต่ออินซูลินและการหลั่งอินซูลินลดลง ทำให้ระดับน้ำตาลในเลือดสูงขึ้น⁴ ถ้าไม่ได้รับการรักษาหรือรักษาไม่ถูกต้องจะเกิดภาวะแทรกซ้อนขึ้นทั้งชนิดเฉียบพลันและอาจุนแรงถึงชีวิต เช่น ภาวะเลือดเป็นกรดด้วยคีโตนจากเบาหวาน เป็นต้น ภาวะแทรกซ้อนเรื้อรังจากการตีบตันของเส้นเลือดที่มีคอเลสเตอรอลไปเกาะทำให้เลือดไปเลี้ยงอวัยวะต่าง ๆ ได้น้อยกว่าปกติ เกิดพยาธิสภาพของอวัยวะต่าง ๆ เช่น โรคหลอดเลือดหัวใจ ไตวาย จอตาเสื่อม ระบบ

ประสาทเสื่อม และโรคหลอดเลือดสมอง⁵ จึงมีความจำเป็นที่จะต้องป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนในผู้ป่วยเบาหวานเพราะภาวะแทรกซ้อนดังกล่าวจะมีผลต่อคุณภาพชีวิตที่ลดลงและเพิ่มภาระค่าใช้จ่ายในการรักษามากขึ้น

การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้อยู่ในระดับปกติ คือ ระดับน้ำตาลในเลือด (DTX) น้อยกว่าหรือเท่ากับ 130 มก./ดล⁶ สามารถทำได้โดยควบคุมอาหาร ออกกำลังกาย ดื่มน้ำสะอาด และจำกัดเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์จากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่า กลุ่มผู้ป่วยเบาหวานที่ออกกำลังกายมีระดับน้ำตาลในเลือดลดลง ร้อยละ 46 กลุ่มที่ควบคุมอาหารมีระดับน้ำตาลในเลือดลดลง ร้อยละ 31 กลุ่มที่ควบคุมอาหารร่วมกับการออกกำลังกายมีระดับน้ำตาลในเลือดลดลง ร้อยละ 42⁷ นอกจากนี้ ผลจากรายงานการสำรวจพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มารับบริการที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านโนนสมบูรณ์ อำเภอกระนวน จังหวัดขอนแก่น จำนวน 316 ราย เมื่อปี พ.ศ. 2568 พบว่า มีพฤติกรรมรับประทานอาหารเหมาะสม ร้อยละ 94 สูบบุหรี่ ร้อยละ 90 ใช้น้ำดื่มเหมาะสม ร้อยละ 88.20 ยกเว้น การออกกำลังกายสม่ำเสมอ พบเพียงร้อยละ 32.40⁸ ซึ่งเป็นอัตราที่ต่ำและจำเป็นต้องได้รับการส่งเสริมหรือสนับสนุนมากขึ้น

การศึกษาค้นคว้านี้จะใช้การออกกำลังกายแบบก้าวตามตาราง 9 ช่อง ซึ่งเป็นการออกกำลังกายแบบแอโรบิก ที่ใช้กล้ามเนื้อใหญ่ที่สนุกสนาน และมีความเหมาะสม ในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุระยะยาว รวมทั้งช่วยป้องกันภาวะหกล้มและส่งเสริมความจำ⁹ โดยมีหลักฐานงานวิจัยยืนยันว่า ช่วยเพิ่มสมรรถภาพทางกายและลดระดับน้ำตาลในเลือดได้ การศึกษาของ Chanprasit¹⁰ พบว่า หลังรำไทยบนตารางเก้าช่อง

ผู้สูงอายุ ตำบลแสนสุข อำเภอเมือง จังหวัดชลบุรี มีค่าเฉลี่ยความทนทานของหัวใจและปอดเพิ่มขึ้น ความดันโลหิตไดแอสโตลิกลดลง น้ำตาลในเลือดลดลง ความแข็งแรงของกล้ามเนื้อแขนและขาเพิ่มขึ้น ความยืดหยุ่นของกล้ามเนื้อแขนและขาทั้งสองข้างเพิ่มขึ้นมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และการศึกษาของ Maneethrap¹¹ ที่พบว่า หลังเข้าโปรแกรมการออกกำลังกายด้วยตาราง 9 ช่อง กลุ่มทดลองมีการทรงตัวและความแข็งแรงของกล้ามเนื้อขาดีขึ้นกว่าก่อนได้รับโปรแกรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ดังนั้น ผู้วิจัยจึงสนใจพัฒนาพฤติกรรมออกกำลังกายแบบก้าวตามตาราง 9 ช่องของผู้สูงอายุเบาหวานชนิดที่ 2-โดยใช้กรอบแนวคิดทฤษฎีความสามารถตนเอง (self-efficacy theory) เป็นแนวทางสร้างการรับรู้และเพิ่มความสามารถตนเองในการลงมือทำอย่างต่อเนื่อง

แนวทางการสร้างการรับรู้ความสามารถตนเองตามกรอบแนวคิดทฤษฎีความสามารถตนเอง ใช้ปัจจัยที่มีผลต่อการรับรู้ความสามารถตนเอง 4 ประการ¹² ดังนี้ 1) ประสบการณ์ความสำเร็จของผู้อื่น (vicarious experiences) โดยผ่านตัวแบบผู้สูงอายุ สาธิตการออกกำลังกายแบบก้าวตามตาราง 9 ช่อง 2) ประสบการณ์ความสำเร็จของตนเอง (mastery experience) โดยผู้ป่วยฝึกปฏิบัติพฤติกรรมออกกำลังกายแบบก้าวตามตาราง 9 ช่อง 3) การชักจูงด้วยคำพูด (verbal persuasion) โดยผู้วิจัยให้ความรู้เรื่องโรคเบาหวานด้วยการเรียนรู้เชิงรุก และอาสาสมัคร

สาธิตการออกกำลังกายแบบก้าวตามตาราง 9 ช่อง ประเมินภาวะสุขภาพ ให้คำแนะนำและให้กำลังใจ 4) การรับรู้สภาวะด้านร่างกายและอารมณ์ (perceived physiological and affective responses) โดยผู้ป่วยสังเกตการเปลี่ยนแปลงของร่างกายและความรู้สึกแลกเปลี่ยนประสบการณ์ผ่านไลน์ ให้ข้อมูลย้อนกลับ ผู้วิจัยเชื่อว่าโปรแกรมพัฒนาพฤติกรรมออกกำลังกายของผู้สูงอายุเบาหวานชนิดที่ 2 ที่พัฒนาขึ้นบนแนวคิดทฤษฎีความสามารถตนเองของแบนดูรา จะสามารถส่งเสริมการรับรู้ความสามารถตนเอง และการคงอยู่ของพฤติกรรมออกกำลังกายของผู้สูงอายุเบาหวานชนิดที่ 2 ในพื้นที่อำเภอกระนวน ได้อย่างยั่งยืน ซึ่งจะนำไปสู่การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดีขึ้น ลดความเสี่ยงภาวะแทรกซ้อนและส่งผลต่อคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นของผู้สูงอายุเบาหวาน

วัตถุประสงค์

1. เพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้ความสามารถตนเองในการออกกำลังกาย ความคาดหวังในผลของการออกกำลังกาย และพฤติกรรมออกกำลังกายของกลุ่มทดลอง หลังได้รับโปรแกรม และเปรียบเทียบผลระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ
2. เพื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของระดับน้ำตาลในเลือด และสมรรถภาพทางกายของกลุ่มทดลองก่อนและหลังได้รับโปรแกรม และเปรียบเทียบผลระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ

ตัวแปรต้น

ตัวแปรตาม

โปรแกรมพัฒนาพฤติกรรมออกกำลังกายของผู้สูงอายุเบาหวานชนิดที่ 2

1. ประสบการณ์ความสำเร็จของผู้อื่น โดยผู้วิจัยและตัวแบบผู้สูงอายุ สาธิตการออกกำลังกายแบบก้าวตามตาราง 9 ช่อง
2. ประสบการณ์ความสำเร็จของตนเอง โดยผู้วิจัยฝึกปฏิบัติพฤติกรรมออกกำลังกายแบบก้าวตามตาราง 9 ช่อง
3. การชักจูงด้วยคำพูด โดยผู้วิจัยให้ความรู้เรื่องโรคเบาหวานด้วยการเรียนรู้เชิงรุก และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านติดตามเยี่ยมบ้าน ประเมินภาวะสุขภาพให้คำแนะนำและให้กำลังใจ
4. การรับรู้สภาวะด้านร่างกายและอารมณ์ โดยผู้วิจัยสังเกตการเปลี่ยนแปลงของร่างกายและความรู้สึก แลกเปลี่ยนประสบการณ์ผ่านไลน์ ผู้วิจัยให้ข้อมูลย้อนกลับ

ผลของโปรแกรมพัฒนาพฤติกรรมออกกำลังกายของผู้สูงอายุเบาหวานชนิดที่ 2

1. การรับรู้ความสามารถตนเองในการออกกำลังกาย
2. ความคาดหวังในผลการออกกำลังกาย
3. พฤติกรรมออกกำลังกาย
4. ระดับน้ำตาลในเลือด
5. สมรรถภาพทางกาย

ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

ระเบียบวิธีวิจัย

ประชากรและกลุ่มตัวอย่างประชากรเป็นผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีอายุมากกว่าหรือเท่ากับ 60 ปี ที่มีระดับน้ำตาลในเลือดหลังอดอาหารนานอย่างน้อย 8 ชั่วโมง จากการเจาะเลือดปลายนิ้ว (DTX) มากกว่าหรือเท่ากับ 130 มิลลิกรัม/เดซิลิตรของอำเภอกระนวน จังหวัดขอนแก่น จำนวน 358 คน¹³

กลุ่มตัวอย่าง เป็นผู้สูงอายุเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีระดับน้ำตาลในเลือดหลังอดอาหารนานอย่างน้อย 8 ชั่วโมง จากการเจาะเลือดปลายนิ้ว อยู่ในช่วงมากกว่าหรือเท่ากับ 130 มิลลิกรัม/เดซิลิตรติดต่อกัน 3 ครั้ง ได้รับการรักษาที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ก และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ข อำเภอกระนวน จังหวัดขอนแก่น จำนวน 62 คน ซึ่งได้จากการคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างด้วยการวิเคราะห์อำนาจการทดสอบใช้ขนาดอิทธิพลขนาดใหญ่ (large effect size) เท่ากับ .80 กำหนดระดับนัยสำคัญ

ทางสถิติ (α) .05 อำนาจการทดสอบ (power of test) .90 คำนวณขนาดของกลุ่มตัวอย่างโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป G*Power 3.1.9.7 ได้กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 56 คน เพื่อป้องกันการสูญหายจากการติดตามหรือการถอนตัว (drop out) ของกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยจึงเพิ่มขนาดของกลุ่มตัวอย่าง ร้อยละ 10 เพื่อไม่ให้มีผลต่ออำนาจการทดลอง Chirawatkul¹⁴ ได้จำนวน 62 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ กลุ่มละ 31 คน คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์การคัดเลือก คือ อายุ ≥ 60 ปี, ระดับน้ำตาลในเลือด ≥ 130 มก./ดล. ด้วยวิธีการสุ่มอย่างง่ายจากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ก เป็นกลุ่มทดลอง เลือกกลุ่มเปรียบเทียบจากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ข โดยเลือกแบบจับคู่ (Matching) ให้สองกลุ่มมีระดับน้ำตาลในเลือดต่างกันไม่เกิน 2 มิลลิกรัม/เดซิลิตร และสมรรถภาพทางกายต่างกันไม่เกิน 2 วินาที

จริยธรรมการวิจัย

โครงการวิจัยได้รับเอกสารรับรองโดยคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์เลขที่ 8/2568 ลงวันที่ 31 มีนาคม 2568 จากสาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช และขอคำยินยอมจากกลุ่มตัวอย่างในการเข้าร่วมวิจัยจากผู้สูงอายุเบาหวานชนิดที่ 2 ที่รับการรักษา ณ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทั้งสองแห่ง ของอำเภอกระนวน จังหวัดขอนแก่น จำนวน 62 คน โครงการวิจัยมี Minimal risk เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-Experimental research) แบบสองกลุ่มวัดก่อนและหลังการทดลอง ใช้เวลาในการดำเนินการวิจัย 8 สัปดาห์ โดยกลุ่มทดลอง ได้รับโปรแกรมพัฒนาพฤติกรรมออกกำลังกายของผู้สูงอายุเบาหวานชนิดที่ 2 โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ก ส่วนกลุ่มเปรียบเทียบได้รับบริการรักษาพยาบาลตามปกติจากพยาบาลวิชาชีพประจำคลินิกโรคเบาหวานที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ข และให้ความรู้เป็นรายกลุ่ม รวมทั้งนัดหมายให้มาตามนัดที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ในสัปดาห์ที่ 8 เพื่อเก็บข้อมูลหลังทดลอง จนสิ้นสุดการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วยเครื่องมือที่ใช้ในการทดลองและเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

1. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ได้แก่ แบบบันทึกการติดตามเยี่ยมบ้านและภาวะสุขภาพ โปรแกรมพัฒนาพฤติกรรมออกกำลังกายของผู้สูงอายุเบาหวานชนิดที่ 2 อำเภอกระนวน จังหวัดขอนแก่น ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเองตามแนวคิดทฤษฎีความสามารถตนเอง¹² มีกิจกรรม 7 สัปดาห์ ดังภาพที่ 2

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลประกอบด้วย

2.1 ระดับน้ำตาลในเลือด ประเมินด้วยเครื่องตรวจวัดระดับน้ำตาลในเลือดตามมาตรฐานและสมรรถภาพทางกายโดยใช้นาฬิกาจับเวลาสำหรับผู้สูงอายุใช้เดินจากเก้าอี้ไปยังจุดที่กำหนดเป็นระยะทาง 3 เมตร แปลผลระดับน้ำตาลในเลือดตามเกณฑ์สมาคมเบาหวานแห่งประเทศไทย¹⁵ เป็นสามระดับคือ 90-130 มก./ดล. เท่ากับควบคุมได้ดี 131-140 มก./ดล. เท่ากับควบคุมได้พอใช้ มากกว่า 140 มก./ดล. เท่ากับควบคุมได้ไม่ดี ส่วนสมรรถภาพทางกายแปลผลจากเวลาสำหรับผู้สูงอายุใช้เดินจากเก้าอี้ไปยังจุดที่กำหนดเป็นระยะทาง 3 เมตร เป็นสามระดับคือน้อยกว่าหรือเท่ากับ 10 วินาที เท่ากับมีความคล่องตัวดี 11-20 วินาที เท่ากับมีความคล่องตัวปานกลาง และมากกว่า 20 วินาที เท่ากับมีความเสี่ยงต่อการล้มสูง¹⁶

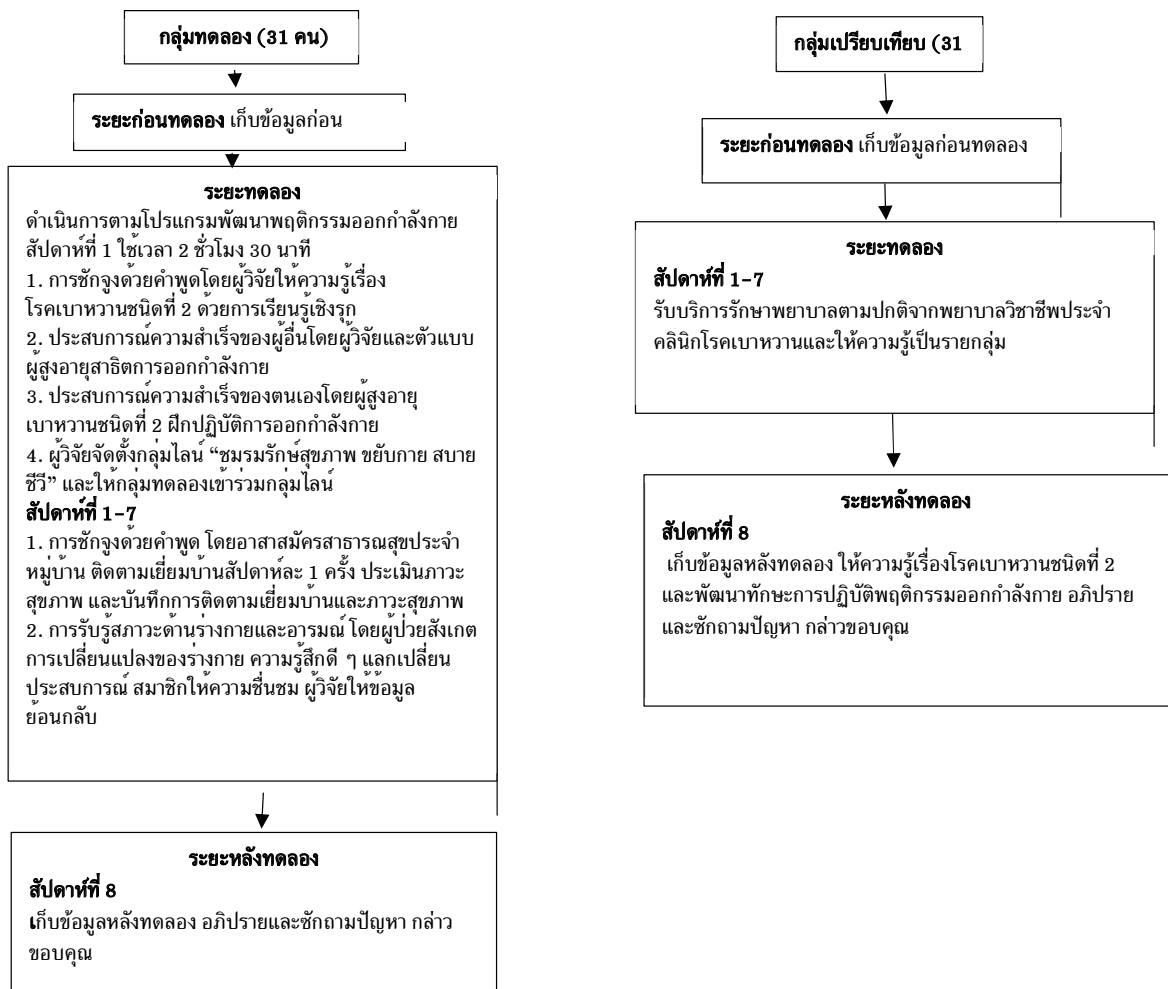
2.2 แบบสอบถามมี 3 ส่วน ได้แก่ ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลมี 14 ข้อ เป็นคำถามแบบเลือกตอบและเติมคำในช่องว่าง ส่วนที่ 2 การรับรู้ความสามารถตนเอง จำนวน 10 ข้อ ความคาดหวังในผลการออกกำลังกาย จำนวน 10 ข้อ เป็นคำถามแบบมาตราประมาณค่า 5 ระดับจากน้อยที่สุดถึงมากที่สุด ให้คะแนน 1-5 ส่วนที่ 3 พฤติกรรมออกกำลังกาย จำนวน 14 ข้อ เป็นคำถามแบบมาตราประมาณค่า 5 ระดับจากไม่เคยปฏิบัติถึงปฏิบัติประจำ ให้คะแนน 1-5 แบบสอบถามชุดนี้ผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน ที่เป็นอาจารย์มีความเชี่ยวชาญด้านการดูแลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ ของคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยจากสามสถาบันการศึกษา ค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา (S-CVI/UA) ของส่วนที่ 2-3 เท่ากับ 1 ตรวจสอบความเที่ยงโดยทดลองใช้แบบสอบถามกับกลุ่มตัวอย่าง

ที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ค จำนวน 30 คน
ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟ่าครอนบาคของแบบสอบถาม
การรับรู้ความสามารถตนเองในการออกกำลังกาย

.83 ความคาดหวังในผลการออกกำลังกาย .71
และพฤติกรรมออกกำลังกาย .87

การเก็บรวบรวมข้อมูล

มี 3 ระยะ ดังภาพที่ 2



ภาพที่ 2 การเก็บข้อมูลวิจัย

1. **ระยะก่อนทดลอง** เก็บข้อมูลก่อนทดลอง ก่อนเริ่มโปรแกรม 2 วัน โดยผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัย มีการชี้แจงวัตถุประสงค์และอบรมการดำเนินงาน วิจัย ชั่งน้ำหนัก วัดส่วนสูง วัดรอบเอว วัดความดันโลหิต วัดระดับน้ำตาลในเลือดจากปลายนิ้ว ประเมินสมรรถภาพทางกาย และแจกแบบสอบถามผลของโปรแกรมพัฒนาพฤติกรรมออกกำลังกายของผู้สูงอายุเบาหวานชนิดที่ 2 ให้กลุ่มตัวอย่างตอบใช้เวลา 30 นาที

2. **ระยะทดลอง** กลุ่มทดลองเข้าร่วมกิจกรรมเป็นเวลา 7 สัปดาห์ โดยจัดกิจกรรมครั้งที่ 1 ที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ก โดยผู้วิจัยให้ความรู้เรื่องโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ด้วยการเรียนรู้เชิงรุก สาธิตหลักการออกกำลังกาย ขั้นตอนการออกกำลังกายตัวแบบผู้สูงอายุ สาธิตการออกกำลังกายแบบก้าวตามตาราง 9 ช่อง ผู้สูงอายุเบาหวานชนิดที่ 2 ฝึกปฏิบัติการออกกำลังกายแบบก้าวตามตาราง 9 ช่อง และเข้าร่วมกลุ่มไลน์ “ชมรมรักสุขภาพ ขยับกาย สบายชีวิ” อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านติดตามเยี่ยมผู้ป่วยสัปดาห์ละ 1 ครั้ง ส่วนกลุ่มเปรียบเทียบ เป็นกลุ่มที่ได้รับบริการรักษาพยาบาลตามปกติที่คลินิกโรคเบาหวานที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ข

3. **ระยะหลังทดลอง** สัปดาห์ที่ 8 เก็บข้อมูลหลังทดลอง กลุ่มทดลอง อภิปรายและซักถามปัญหาการปฏิบัติพฤติกรรมออกกำลังกาย และกล่าวขอบคุณ ส่วนกลุ่มเปรียบเทียบ ให้ความรู้เรื่องโรคเบาหวานชนิดที่ 2 และพัฒนาทักษะการปฏิบัติพฤติกรรมออกกำลังกาย อภิปรายและซักถามปัญหาการปฏิบัติพฤติกรรมออกกำลังกาย และกล่าวขอบคุณ

การวิเคราะห์ข้อมูล
วิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป โดยใช้สถิติเชิงพรรณนาด้วยการแจกแจง

ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน มีการทดสอบความแตกต่างของข้อมูลส่วนบุคคลด้วยสถิติไคสแควร์ และ t-test เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยระหว่างกลุ่มเดียวกันสองครั้ง ด้วย Paired t-test และเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยระหว่างสองกลุ่มที่อิสระต่อกัน ด้วย Independent t-test สำหรับข้อมูลที่มีการกระจายแบบปกติ และ Wilcoxon Signed Ranks test และ Mann Whitney U test สำหรับข้อมูลที่มีการกระจายแบบไม่ปกติ กำหนดระดับนัยสำคัญ .05 ในการศึกษา พบว่า ก่อนเข้าร่วมโปรแกรมกลุ่มทดลองมีการรับรู้ความสามารถตนเองและระดับน้ำตาลในเลือด ได้ข้อมูลที่มีการกระจายแบบไม่ปกติ ส่วนสมรรถภาพทางกาย พบว่าก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมในกลุ่มทดลองได้ข้อมูลที่มีการกระจายแบบไม่ปกติ

ผลการวิจัย

1. **ข้อมูลส่วนบุคคล** ผลการทดสอบความแตกต่างด้วยสถิติไคสแควร์ และสถิติทดสอบที่อิสระ พบว่ากลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ มีข้อมูลส่วนบุคคลคล้ายคลึงกัน ยกเว้น เพศ อาชีพ การสูบบุหรี่ โรคประจำตัวอื่น ความดันโลหิตหลังได้รับโปรแกรมเส้นรอบเอวหลังได้รับโปรแกรม โดยกลุ่มทดลองเป็นเพศหญิง ร้อยละ 93.55 อาชีพเกษตรกร ร้อยละ 93.55 ไม่สูบบุหรี่ ร้อยละ 96.77 มีโรคประจำตัวอื่น ร้อยละ 90.30 ความดันโลหิตซิสโตลิกและไดแอสโตลิกหลังได้รับโปรแกรมเฉลี่ย 117.41 (S.D. = 10.63) และ 78.03 (S.D. = 9.41) เส้นรอบเอวหลังได้รับโปรแกรมเฉลี่ย 84.48 (S.D. = 7.84) กลุ่มเปรียบเทียบเป็นเพศหญิง ร้อยละ 74.20 อาชีพเกษตรกร ร้อยละ 71.91 ไม่สูบบุหรี่ ร้อยละ 87.09 มีโรคประจำตัวอื่น ร้อยละ 67.70 ความดันโลหิตซิสโตลิกและไดแอสโตลิก

หลังได้รับโปรแกรมเฉลี่ย 126.00 (S.D. = 11.54) และ 83.87 (S.D. = 9.54) เส้นรอบเอวหลังได้รับโปรแกรมเฉลี่ย 89.90 (S.D. = 7.54)

2. ความแตกต่างของการรับรู้ความสามารถตนเองในการออกกำลังกายและความคาดหวังในผลการออกกำลังกาย

การตรวจสอบการแจกแจงข้อมูลคะแนนการรับรู้ความสามารถตนเองในการออกกำลังกายและความคาดหวังในผลการออกกำลังกาย พบว่ากลุ่มทดลองมีคะแนนการรับรู้ความสามารถตนเองใน

ตารางที่ 1 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับการรับรู้ความสามารถตนเองในการออกกำลังกายและความคาดหวังในผลการออกกำลังกายของกลุ่มทดลองก่อนและหลังการทดลอง (n = 31)

ตัวแปร	ก่อนได้รับโปรแกรม			หลังได้รับโปรแกรม			ผลการทดสอบ	
	M	SD	ระดับ	M	SD	ระดับ	ค่าสถิติ	P
การรับรู้ความสามารถตนเองในการออกกำลังกาย	3.01	0.51	ปานกลาง	4.06	0.56	สูง	Z = - 4.65	< .001
ความคาดหวังในผลการออกกำลังกาย	3.14	0.38	ปานกลาง	4.09	0.57	สูง	t = - 8.13	< .001

2.2 เปรียบเทียบคะแนนการรับรู้ความสามารถตนเองในการออกกำลังกายและความคาดหวังในผลการออกกำลังกาย

การออกกำลังกาย และความคาดหวังในผลการออกกำลังกายหลังการทดลองที่ได้รับโปรแกรม มีการแจกแจงแบบปกติ ส่วนกลุ่มเปรียบเทียบมีคะแนนการรับรู้ความสามารถตนเองในการออกกำลังกายและความคาดหวังในผลการออกกำลังกายก่อนและหลังได้รับโปรแกรม มีการแจกแจงแบบปกติ

2.1 เปรียบเทียบคะแนนการรับรู้ความสามารถตนเองในการออกกำลังกายและความคาดหวังในผลการออกกำลังกายของกลุ่มทดลองก่อนและหลังการทดลอง

หวังในผลการออกกำลังกายหลังการทดลอง ระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มเปรียบเทียบ

ตารางที่ 2 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับการรับรู้ความสามารถตนเองในการออกกำลังกายและความคาดหวังในผลการออกกำลังกายหลังการทดลองของกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ

ตัวแปร	กลุ่มทดลอง(n = 31)			กลุ่มเปรียบเทียบ(n = 31)			ผลการทดสอบ	
	M	SD	ระดับ	M	SD	ระดับ	t	P
การรับรู้ความสามารถตนเองในการออกกำลังกาย	4.06	0.56	สูง	3.17	0.55	ปานกลาง	6.20	< .001
ความคาดหวังในผลการออกกำลังกาย	4.09	0.57	สูง	3.29	0.48	ปานกลาง	5.88	< .001

3. ความแตกต่างของพฤติกรรมออกกำลังกาย

3.1 เปรียบเทียบคะแนนพฤติกรรมออกกำลังกายของกลุ่มทดลองก่อนและหลังได้รับโปรแกรม พบว่าหลังได้รับโปรแกรม กลุ่มทดลองมีพฤติกรรม

ออกกำลังกาย อยู่ในระดับมาก สูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรม ซึ่งอยู่ในระดับปานกลาง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (ตารางที่ 3)

ตารางที่ 3 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับพฤติกรรมออกกำลังกายของกลุ่มทดลอง ระหว่างก่อน และหลังได้รับโปรแกรม (n = 31)

ตัวแปร	ก่อนได้รับโปรแกรม			หลังได้รับโปรแกรม			ผลการทดสอบ	
	M	SD	ระดับ	M	SD	ระดับ	t	P
พฤติกรรมออกกำลังกาย	3.01	0.52	ปานกลาง	4.17	0.60	มาก	- 12.88	< .001

3.2 เปรียบเทียบคะแนนพฤติกรรมออกกำลังกาย หลังทดลอง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ หลังได้รับโปรแกรม กลุ่มทดลองมีคะแนนพฤติกรรมออกกำลังกาย ที่อยู่ในระดับมากและมีค่าความ

แตกต่างที่เพิ่มขึ้น สูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ ซึ่งอยู่ในระดับปานกลาง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (ตารางที่ 4)

ตารางที่ 4 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และพฤติกรรมออกกำลังกายหลังทดลอง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ

ตัวแปร	กลุ่มทดลอง (n = 31)			กลุ่มเปรียบเทียบ (n = 31)			ผลการทดสอบ	
	M	SD	ระดับ	M	SD	ระดับ	Z	P
พฤติกรรมออกกำลังกาย	4.17	0.60	สูง	3.47	0.59	ปานกลาง		
	Mdif =			Mdif =			- 6.36	< .001
	- 1.16			- 0.11				
	เพิ่มขึ้น			เพิ่มขึ้น				

4. ความแตกต่างของระดับน้ำตาลในเลือด และสมรรถภาพทางกาย

การตรวจสอบการแจกแจงของระดับน้ำตาลในเลือดและสมรรถภาพทางกาย พบว่า กลุ่มทดลองมีระดับน้ำตาลในเลือดก่อนได้รับโปรแกรม และสมรรถภาพทางกายก่อนและหลังได้รับโปรแกรม แจกแจงแบบไม่ปกติ ($p < .05$) แต่ระดับน้ำตาลในเลือดหลังได้รับโปรแกรมมีการแจกแจงปกติ

($p > .05$) ส่วนกลุ่มเปรียบเทียบมีระดับน้ำตาลในเลือดก่อนและหลังได้รับโปรแกรมแจกแจงแบบปกติ ($p > .05$) สมรรถภาพทางกายก่อนและหลังได้รับโปรแกรมแจกแจงแบบไม่ปกติ ($p < .05$)

4.1 เปรียบเทียบระดับน้ำตาลในเลือดและสมรรถภาพทางกายของกลุ่มทดลองก่อนและหลังได้รับโปรแกรม

ตารางที่ 5 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ระดับน้ำตาลในเลือดและสมรรถภาพทางกาย ของกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังได้รับโปรแกรม (n = 31)

ภาวะสุขภาพ	ก่อนได้รับโปรแกรม			หลังได้รับโปรแกรม			ผลการทดสอบ	
	M	SD	ระดับ	M	SD	ระดับ	Z	P
ระดับน้ำตาลในเลือด	151.25	15.66	ควบคุมได้ไม่ดี	140.67	10.88	ควบคุมได้ไม่ดี	- 4.87	.000
สมรรถภาพทางกาย	14.96	0.83	ความคล่องตัวปานกลาง	12.35	1.64	ความคล่องตัวปานกลาง	- 4.56	.000

4.2 เปรียบเทียบระดับน้ำตาลในเลือดและสมรรถภาพทางกาย หลังทดลอง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ

ผลการศึกษพบว่าทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบมีระดับน้ำตาลในเลือดอยู่ในระดับควบคุมได้ไม่ดี แต่กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลในเลือดต่ำกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ อย่างมีนัยสำคัญทาง

สถิติที่ระดับ .05 ส่วนสมรรถภาพทางกายพบว่าทั้งสองกลุ่มมีความคล่องตัวในระดับปานกลาง แต่พบว่าค่าความแตกต่างของสมรรถภาพทางกายที่เพิ่มขึ้นในกลุ่มทดลองมีมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ ซึ่งมีสมรรถภาพทางกายอยู่ในระดับเดิม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (ตารางที่ 6)

ตารางที่ 6 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ระดับน้ำตาลในเลือดและสมรรถภาพทางกาย ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบหลังการทดลอง

ภาวะสุขภาพ	กลุ่มทดลอง (n = 31)			กลุ่มเปรียบเทียบ (n = 31)			ผลการทดสอบ	
	M	SD	ระดับ	M	SD	ระดับ	ค่าสถิติ	P
ระดับน้ำตาลในเลือด	140.67	10.88	ควบคุมได้ไม่ดี	152.00	14.90	ควบคุมได้ไม่ดี	t = - 3.41	.001
สมรรถภาพทางกาย	12.35	1.64	ความคล่องตัว	15.58	0.99	ความคล่องตัว	Z = - 6.52	.000
	Mdif = 2.61	เพิ่มขึ้น	ปานกลาง	Mdif = 0	เท่าเดิม	ปานกลาง		

อภิปรายผล

2.1 ความแตกต่างของการรับรู้ความสามารถตนเองในการออกกำลังกายและความคาดหวังในผลการออกกำลังกาย

หลังได้รับโปรแกรม กลุ่มทดลอง มีการรับรู้ความสามารถตนเองในการออกกำลังกายและความคาดหวังในผลการออกกำลังกาย สูงกว่าก่อนได้รับ

โปรแกรม และสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 เป็นไปตามสมมติฐานเนื่องจากกลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมพัฒนาพฤติกรรมออกกำลังกายของผู้สูงอายุเบาหวานชนิดที่ 2 ตามแนวคิดทฤษฎีความสามารถตนเอง¹¹ ใช้ปัจจัยที่มีผลต่อการรับรู้ความสามารถตนเอง 4 ประการ เป็นเวลา 7 สัปดาห์ ประกอบด้วย 1) การ

ชักจูงด้วยคำพูด โดยผู้วิจัยให้ความรู้เรื่องโรคเบาหวาน ชนิดที่ 2 ด้วยการเรียนรู้เชิงรุก ให้ผู้เรียนได้ลงมือกระทำและใช้กระบวนการคิดเกี่ยวกับสิ่งที่ได้กระทำลงไป เช่น แบบร่วมมือ แบบทบทวนโดยผู้เรียน แลกเปลี่ยนความคิด ทำให้มีความรู้ความเข้าใจ โรคเบาหวานและการป้องกันภาวะแทรกซ้อน โรคเบาหวานชัดเจน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านติดตามเยี่ยมบ้าน สัปดาห์ละ 1 ครั้ง 2) ผู้วิจัย สาธิตหลักการออกกำลังกายให้ตัวแบบผู้สูงอายุสาธิต การออกกำลังกายแบบก้าวตามตาราง 9 ช่อง เรียนรู้ จากประสบการณ์ของบุคคลอื่นที่มีลักษณะคล้ายกับ ตนแสดงพฤติกรรมที่ซับซ้อนแล้วประสบความสำเร็จ 3) ผู้สูงอายุฝึกปฏิบัติการออกกำลังกายแบบก้าวตาม ตาราง 9 ช่อง ตามตัวแบบ ทำให้มั่นใจว่าสามารถทำได้ รับรู้ว่าตนมีความสามารถที่จะปฏิบัติพฤติกรรมนั้น และใช้ทักษะที่ได้รับการฝึกอย่างมีประสิทธิภาพ¹⁵ 4) การรับรู้สภาวะด้านร่างกายและอารมณ์ โดยให้ สังเกตการเปลี่ยนแปลงของร่างกาย ได้แก่ ดัชนีมวลกาย เส้นรอบเอว ความดันโลหิต ระดับน้ำตาลในเลือด สมรรถภาพทางกาย และความรู้สึกดี ๆ ของตนเองที่ เกิดขึ้นหลังปฏิบัติพฤติกรรมออกกำลังกายได้ถูกต้อง อย่างต่อเนื่อง แลกเปลี่ยนประสบการณ์ด้วยการ สื่อสารข้อมูลภาวะสุขภาพผ่านไลน์ การเห็นผลการ เปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นจะช่วยให้บุคคลคาดหวังผลใน การปฏิบัติพฤติกรรมและเพิ่มความสามารถในการ ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมให้สำเร็จ¹⁷ ผลการศึกษานี้ สอดคล้องกับการศึกษาของ Thanaphonganan, Khamhong and Waengnok¹⁸ ซึ่งพบว่า หลังได้รับ โปรแกรมที่ประยุกต์ใช้ทฤษฎีความสามารถตนเอง ผู้สูงอายุมีการรับรู้ความสามารถตนเองในการ ออกกำลังกาย สูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมและกลุ่ม เปรียบเทียบ มีความคาดหวังในผลลัพธ์การส่งเสริม

สุขภาพสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรม ($p<.05$) ดังนั้น โปรแกรมพัฒนาพฤติกรรมออกกำลังกายของ ผู้สูงอายุเบาหวานชนิดที่ 2 ตามแนวคิดทฤษฎี ความสามารถตนเอง ส่งผลให้ผู้สูงอายุเกิดการรับรู้ ความสามารถตนเองสูงขึ้นและมีความคาดหวังใน ผลการออกกำลังกายดีขึ้น

2.2 ความแตกต่างของพฤติกรรมออกกำลังกาย

หลังได้รับโปรแกรม กลุ่มทดลองมีพฤติกรรม ออกกำลังกาย สูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรม และมี พฤติกรรมออกกำลังกายที่เพิ่มขึ้นมากกว่ากลุ่ม เปรียบเทียบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 เป็นไปตามสมมุติฐาน เนื่องจากกลุ่มทดลองได้รับ โปรแกรมพัฒนาพฤติกรรมออกกำลังกายของ ผู้สูงอายุเบาหวานชนิดที่ 2 เป็นเวลา 7 สัปดาห์ ทำให้ กลุ่มทดลองมีการรับรู้ความสามารถตนเองในการ ออกกำลังกาย อยู่ในระดับสูง การรับรู้ความสามารถ ตนเองเป็นปัจจัยภายในที่มีอิทธิพลสูง สร้างแรงจูงใจ ในการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ เป็นตัวทำนายการคง อยู่หรือการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของบุคคล หากบุคคลมีความเชื่อมั่นในความสามารถตนเองที่จะ ปฏิบัติพฤติกรรมมาก บุคคลนั้นจะเริ่มปฏิบัติ พฤติกรรมและทำอย่างต่อเนื่อง¹² เป็นเวลา 7 สัปดาห์ ส่งผลให้กลุ่มทดลองมีพฤติกรรมออกกำลังกาย อยู่ ในระดับสูงโดยมีพฤติกรรมออกกำลังกายรายชั้วหลัง ได้รับโปรแกรมอยู่ในระดับมาก สูงกว่าก่อนได้รับ โปรแกรมซึ่งอยู่ในระดับปานกลาง และเพิ่มขึ้น มากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ ได้แก่ การออกกำลังกายแบบก้าวตาม ตาราง 9 ช่อง ($M = 4.16$, $SD = 0.77$) ออกกำลังกายสัปดาห์ละ 5 วัน ($M = 4.06$, $SD = 0.96$) วันละ 45 นาที ($M = 4.06$, $SD = 0.81$) ด้วยความหนัก ระดับปานกลาง คือ เหนื่อยเล็กน้อยสามารถพูดคุยได้

ปกติ หรือชีพจรเต้นมากกว่าขณะพักตั้งแต่ 10 ครั้ง ต่อนาที ($M = 4.00$, $SD = 0.85$) ออกกำลังกายครบ ทั้ง 3 ขั้นตอน ได้แก่ อบอุ่นร่างกาย 5 นาที ด้วยการ เคลื่อนไหวข้อและยืดเหยียดกล้ามเนื้อ ออกกำลังกาย แบบแอโรบิก 45 นาที และคลายอุ่น 5 นาที ด้วยการ เคลื่อนไหวข้อและยืดเหยียดกล้ามเนื้อ ($M = 4.16$, $SD = 0.84$) การออกกำลังกายเป็นส่วนประกอบที่ สำคัญอย่างหนึ่งในการรักษาโรคเบาหวาน การออก กายสม่ำเสมอช่วยให้กล้ามเนื้อใช้น้ำตาลเพิ่มขึ้น เพิ่มตัวรับอินซูลิน ลดภาวะ การต่อต้านอินซูลิน ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด และการออกกำลังกาย แบบก้าวตามตาราง 9 ช่อง ช่วยพัฒนาการเคลื่อนไหว การทรงตัว การทำงานของสมองและส่งผลดีต่อการ ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด¹⁷ ผลการศึกษานี้ สอดคล้องกับ การศึกษาของ Thanaphonganan, Khamhong and Waengnok¹⁸ พบว่า หลังได้รับ โปรแกรมการประยุกต์ใช้ทฤษฎีความสามารถตนเอง ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมเคลื่อนไหวร่างกายสูงกว่า ก่อนได้รับโปรแกรมและกลุ่มเปรียบเทียบ ($p < .05$)

2.3 ความแตกต่างของระดับน้ำตาลในเลือด และสมรรถภาพทางกาย

หลังได้รับโปรแกรม กลุ่มทดลองมีระดับ น้ำตาลในเลือดอยู่ในระดับควบคุมได้ไม่ดี ทั้งก่อน และหลังได้รับโปรแกรม อย่างไรก็ตาม ค่าเฉลี่ยระดับ น้ำตาลในเลือดในกลุ่มทดลองมีค่าต่ำกว่ากลุ่มเปรียบเทียบซึ่งมีระดับน้ำตาลในเลือดอยู่ในระดับควบคุมได้ ไม่ดีด้วย ส่วนสมรรถภาพทางกายอยู่ในระดับความ คล่องตัวปานกลาง ทั้งก่อนและหลังได้รับโปรแกรม แต่ความแตกต่างของค่าเฉลี่ยสมรรถภาพทางกายใน กลุ่มทดลองพบว่าเพิ่มขึ้นมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ ซึ่งมีสมรรถภาพทางกายอยู่ในระดับความคล่องตัว ปานกลางและเท่าเดิม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่

ระดับ .05 เป็นไปตามสมมุติฐาน ผลการศึกษานี้ สอดคล้องกับการศึกษาของ Chanprasit¹⁰พบว่า หลัง รำไทยบนตาราง 9 ช่อง กลุ่มทดลอง มีค่าเฉลี่ยความ ทนทานของหัวใจและปอดเพิ่มขึ้น น้ำตาลในเลือด ลดลง ความแข็งแรงของกล้ามเนื้อแขนและขาเพิ่มขึ้น ความยืดหยุ่นของกล้ามเนื้อแขนและขาทั้งสองข้าง เพิ่มขึ้นมากกว่ากลุ่มควบคุม ($p < .05$) และสอดคล้อง กับการศึกษาของ Maneethrap¹¹ พบว่า หลังเข้า โปรแกรมการออกกำลังกายด้วยตาราง 9 ช่อง กลุ่ม ทดลองมีการทรงตัวและความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ ขาดีขึ้นกว่าก่อนได้รับโปรแกรม ($p < .05$) อย่างไรก็ตาม กลุ่มทดลองยังคงมีระดับน้ำตาลในเลือดอยู่ใน ระดับควบคุมได้ไม่ดี อาจเนื่องจากมีปัจจัยอื่นที่ เกี่ยวข้องการควบคุมระดับน้ำตาล เช่น การรับ ประทานยาและการควบคุมอาหารเฉพาะโรคอย่าง สม่ำเสมอ ซึ่งจำเป็นต้องอาศัยการมีวินัยในการกำกับ ตนเอง และอาจมีข้อจำกัดบางประการในผู้สูงอายุที่มี โรคอื่นร่วมด้วย เช่น ความดันโลหิตสูง เป็นต้น ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Areerak¹⁹ พบว่า หลังเข้าร่วมโปรแกรมการออกกำลังกายแบบผสมผสาน ผู้สูงอายุมีค่าเฉลี่ยเส้นรอบเอวลดลง มีค่าเฉลี่ยความ แข็งแรงของกล้ามเนื้อแขนและกล้ามเนื้อขา ความอ่อนตัว ของร่างกายส่วนบนและความอ่อนตัวของร่างกายส่วน ล่างสูงขึ้น ยกเว้นความดันโลหิต ระดับน้ำตาลในเลือด และดัชนีมวลกาย ที่พบว่าไม่แตกต่างกันอย่างมีนัย สำคัญทางสถิติ ($p < .05$)

ข้อเสนอแนะ

1. ควรนำโปรแกรมพัฒนาพฤติกรรม ออกกำลังกายของผู้สูงอายุเบาหวานไปใช้กับ กลุ่ม ผู้สูงอายุติดสังคม ติดบ้าน ภายในอำเภอกระนวน และ ขยายไปยังอำเภออื่นในจังหวัดขอนแก่น และให้กลุ่ม

จิตอาสาเข้ามามีส่วนร่วมในการส่งเสริมพฤติกรรม ออกกำลังกายของผู้สูงอายุเบาหวาน เพื่อให้ผู้สูงอายุ เบาหวานมีพฤติกรรมออกกำลังกายที่ถูกต้องต่อเนื่อง ส่งผลให้สุขภาพดีขึ้นไม่เกิดภาวะฟุ้งฟิง

2. ควรเพิ่มระยะเวลาการศึกษา โดยติดตาม ความต่อเนื่องด้านพฤติกรรมออกกำลังกายของ ผู้สูงอายุเบาหวาน โดยใช้เวลาศึกษาติดตามเป็นระยะ 3 เดือน 6 เดือน เพื่อให้เห็นผลลัพธ์ของการออกกำลังกาย ของผู้สูงอายุเบาหวานที่ชัดเจน โดยเฉพาะระดับ น้ำตาลในเลือดที่ยังควบคุมได้ไม่ดี รวมทั้งเพิ่มการ ติดตามปัจจัยอื่นเช่น น้ำหนัก รอบเอว ความแข็งแรง ของกล้ามเนื้อขา เป็นต้น

เอกสารอ้างอิง

1. International Diabetes Federation. IDF diabetes atlas (11th ed.) [Internet]. 2025 [cited 2025 Oct 31]. Available from: [http:// www. Diabetesatlas.org](http://www.Diabetesatlas.org)
2. Information Group Khon Kaen Provincial Public Health Office. Information to respond to the Service Plan for Non-Communicable Diseases [Internet]. 2020 [cited 2020 Sep 15]. Available from: [https:// kkn.hdc.moph.go.th/hdc/main](https://kkn.hdc.moph.go.th/hdc/main).
3. Lertwattanak R, Pinchelliao D. Endocrine system symptoms and primary treatment. In:Compilation of the subject matter of advanced health assessment primary disease treatment and community nursing practice. Nonthaburi: Sukhothai Thammathirat Open University. 2015. (Unit 13) p 1-96.
4. Saengsawang P. Effects of stepping exercise on physical fitness in the elderly. JTNMC. 2016; 31(1): 5-18.
5. Suwannakin A. Nursing Guide to Foot Care to Prevent Ulcers in Diabetics [Internet].2016 [cited 2020 Sep15]. Available from: [https://www2.si.mahidol. ac.th/division/nursing/sins/attachments/article/ 251/sins_nursing_ma_nual_2560_11.pdf](https://www2.si.mahidol.ac.th/division/nursing/sins/attachments/article/251/sins_nursing_ma_nual_2560_11.pdf)
6. Non-Communicable Disease Division Department of Disease Control.Diabetic cattle surveillance [Internet].2020 [cited 2020 Sep 15]. Available from:[https://www.ddc.moph.go.th/uploads/ publish/1238520220301083929.pdf](https://www.ddc.moph.go.th/uploads/publish/1238520220301083929.pdf)
7. Phangdee T, Sirisophon N, Kaynaka P, et al. Effectiveness of exercise behavior promotion program in patients with type 2 diabetes. JRTAN.2017; 18(Special Edition): 291-8.
8. Ban Non Somboon Subdistrict Health Promoting Hospital.Health survey of Huai Yang Subdistrict KhonKaen Province; 2022.
9. Health Promotion Fund.Exercise your brain power with the 9-square grid [Internet].2022 [cited 2022 July7]. Available from: [https://www.thaihealth. or.th/?p=239400](https://www.thaihealth.or.th/?p=239400)
10. Chanprasit S. Effects of an arm swing exercise program sugar leveis and nutritional status in community-dwelling elderly with type 2 diabetes. TJNMP. 2013; 4(2): 46-60.
11. Maneethrap Y. Effects of 9-square exercise on balance and leg muscle strength in elderly people. TCL Chonburi Hospital Journal.2020; 45(3): 175-81.
12. Bandura A. Self- Efficacy: The Exercise of Control. New York:W. H. Freeman and Company:1997.
13. Kranuan District Information Center.Health Data Center Khon Kaen Province. 2024 [cited 2024 Oct 10]. Available from: [https://hdc.moph.go.th/kkn/ public/standard-report-](https://hdc.moph.go.th/kkn/public/standard-report-)

14. Chirawatkul A. How to choose the appropriate statistics in research. 2nd printing. Bangkok: Asia Press; 2015
15. Association of Thailand. New alternatives for treating type 2 diabetes Focusing on the patient [Internet]. 2019 [cited 2025 Oct 31]. Available from: <http://www.hfocus.org/content/2019/11/18016>
16. Sommuang P, Sakulkim S, Chitsopakul N, et al. The effect of home-based exercise program on exercise behavior and physical fitness of elderly people in Khun Phat Peng Subdistrict Municipality Suphan Buri Province. J of Health Ed. 2019; 42(1): 43-54.
17. Health Promotion Foundation. [Internet]. 2016 [cited 2025 Sep 15]. Available from: <https://www.thaihealth.or.th/?p=239400>
18. Thanaphonganan P, Khamhong P, Waengnok W. The effectiveness of the self-efficacy theory application program on exercise promotion behavior among the elderly in Borabue District Mahasarakham Province. 2019; 14(1): 106-18.
19. Areerak N. The effect of a combined exercise program on health status physical fitness and self-efficacy expectation in older adults. Burapha College Public Health Journal. 2016; 10(2): 66-77.

การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยเบาหวานที่มีน้ำตาลในเลือดสูงร่วมกับเลือดเป็นกรดและมีภาวะการหายใจล้มเหลว โรงพยาบาลอุตรดิตถ์

ลัดดาวรรณ จรรย์ยานะ¹ พย.ม. (การบริหารทางการพยาบาล)

สิริอร มีขันธ์² พย.ม. (การพยาบาลผู้ใหญ่)

กรรณิกา แปลงดี³ พย.ม. (การบริหารทางการพยาบาล)

กฤษา สุวีระ⁴ พย.บ. (พยาบาลศาสตร์)

บทคัดย่อ: การวิจัยและพัฒนาที่มีวัตถุประสงค์ เพื่อพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยเบาหวานที่มีน้ำตาลในเลือดสูงร่วมกับเลือดเป็นกรดและมีภาวะการหายใจล้มเหลว ระหว่างเดือนพฤษภาคม 2567 – สิงหาคม 2568 ผู้วิจัยดำเนินการ 4 ขั้นตอน ได้แก่ 1) วิเคราะห์สถานการณ์ 2) พัฒนาแนวปฏิบัติ 3) ประเมินประสิทธิผลการนำแนวปฏิบัติไปใช้ และ 4) ปรับปรุงแนวปฏิบัติ กลุ่มตัวอย่างประกอบด้วยพยาบาลวิชาชีพ 28 คน และผู้ป่วย 72 คน แบ่งเป็นกลุ่มควบคุม และกลุ่มทดลอง กลุ่มละ 36 คน เครื่องมือวิจัยได้แก่ แบบสอบถามการพยาบาลผู้ป่วย แบบสอบถามความพึงพอใจ แบบวัดสมรรถนะ และแบบบันทึกการสังเกต โดยผ่านการตรวจสอบคุณภาพจากผู้เชี่ยวชาญ 5 ท่าน วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา สถิติทดสอบที่แบบไม่อิสระและสถิติทดสอบที่แบบอิสระ ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มทดลองที่ได้รับการดูแลตามแนวปฏิบัติ มีระยะเวลาที่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลได้ ระยะเวลาพ้นจากภาวะเลือดเป็นกรด ระยะเวลาใช้เครื่องช่วยหายใจ และระยะเวลาการนอนในหอผู้ป่วยวิกฤต น้อยกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) และไม่มีผู้ป่วยเสียชีวิตจากโรคเบาหวาน ด้านผลลัพธ์ทางการพยาบาล พบว่า หลังใช้แนวปฏิบัติพยาบาลมีค่าเฉลี่ยความพึงพอใจ และสมรรถนะในการปฏิบัติการพยาบาลทั้งด้านความรู้ ทักษะ และเจตคติสูงกว่าก่อนใช้แนวปฏิบัติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) ดังนั้น ควรกำหนดนโยบายส่งเสริมให้นำแนวปฏิบัติ ไปใช้ และติดตามผลการใช้อย่างต่อเนื่อง

วารสารการปฏิบัติการพยาบาลและการผดุงครรภ์ไทย 2568; 12(2): 61-82

คำสำคัญ: แนวปฏิบัติการพยาบาล; ผู้ป่วยเบาหวาน; น้ำตาลในเลือดสูงร่วมกับเลือดเป็นกรด; ภาวะการหายใจล้มเหลว

¹พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ หออภิบาลผู้ป่วยวิกฤตระบบทางเดินหายใจ โรงพยาบาลอุตรดิตถ์ จังหวัดอุตรดิตถ์; ผู้รับผิดชอบหลัก, E-mail: Ljanyana@gmail.com

²พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ หออภิบาลผู้ป่วยวิกฤตอายุรกรรม โรงพยาบาลอุตรดิตถ์ จังหวัดอุตรดิตถ์

³พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ หออภิบาลผู้ป่วยวิกฤตระบบทางเดินหายใจ โรงพยาบาลอุตรดิตถ์ จังหวัดอุตรดิตถ์

⁴พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ หออภิบาลผู้ป่วยวิกฤตอายุรกรรม โรงพยาบาลอุตรดิตถ์ จังหวัดอุตรดิตถ์

วันที่รับบทความ 27 ตุลาคม 2568 วันที่แก้ไขบทความ 18 พฤศจิกายน 2568 วันที่ตอบรับบทความ 20 พฤศจิกายน 2568

Development of nursing practices for diabetic patients with high blood sugar along with acid blood and respiratory failure in Uttaradit Hospital

Laddawan Janyana¹, M.N.S. (Nursing Administration)

Siri-on Meechamna², M.N.S. (Adult Nursing)

Gunniga Plangdee³, M.N.S. (Nursing Administration)

Kirasar Suwareewara⁴, B.N.S. (Nursing Science)

Abstract: This research and development study aimed to develop nursing practice guidelines for patients with diabetes experiencing high blood sugar along with acid blood and respiratory failure. The study was conducted between May 2024 and August 2025 in four phases: (1) situation analysis, (2) guideline development, (3) evaluation of guideline implementation, and (4) refinement of the guidelines. The sample consisted of 28 registered nurses and 72 patients, divided into a control group and an experimental group, with 36 in each group. Research instruments included a nursing care questionnaire, a patient satisfaction questionnaire, a competency assessment tool, and an observation record form, all of which were validated by 5 experts. Data were analyzed using descriptive statistics, independent t-test and dependent t-test. The research results showed that the experimental group using the guidelines had a statistically significant shorter time to control their blood sugar levels, time to recover from acidosis, time on a ventilator, and length of stay in the intensive care unit (ICU) than the control group receiving routine nursing care ($p < .05$). No patients died from diabetes. In terms of nursing outcomes after using the guidelines, nurses had a statistically significant higher mean satisfaction and nursing competency in terms of knowledge, skills, and attitude than before using the guidelines ($p < .05$). It is recommended to set a policy to continuously encourage the implementation of this guideline and monitor outcomes.

Thai Journal of Nursing and Midwifery Practice 2025; 12(2): 61-82

Keywords: nursing practice guidelines; diabetes mellitus; high blood sugar along with acid blood; respiratory failure

¹ Advanced Practice Nurse, Respiratory Intensive Care Unit, Uttaradit Hospital, Uttaradit (Corresponding Author), E-mail: Ljanyana@gmail.com

² Advanced Practice Nurse, Medical Intensive Care Unit, Uttaradit Hospital, Uttaradit

³ Professional Nurse, Respiratory Intensive Care Unit, Uttaradit Hospital, Uttaradit

⁴ Professional Nurse, Medical Intensive Care Unit, Uttaradit Hospital, Uttaradit

Received October 27, 2025; Revised November 18, 2025; Accepted November 20, 2025

ความเป็นมาและความสำคัญ

ภาวะน้ำตาลในเลือดสูงร่วมกับเลือดเป็นกรดเป็นภาวะแทรกซ้อนเฉียบพลันที่รุนแรง และเป็นภาวะฉุกเฉินทางการแพทย์ในผู้ป่วยโรคเบาหวานที่คุกคามชีวิต และเป็นอันตรายถึงขั้นเสียชีวิตได้¹ อุบัติการณ์การเกิดอยู่ในช่วง 0 - 65 ต่อประชากร 1,000 คน และมีอัตราการเสียชีวิตร้อยละ 0.2 - 2.5 ในประเทศที่พัฒนาแล้ว โดยมีสาเหตุสำคัญจากสมองบวม ไตวาย และอวัยวะล้มเหลว²⁻³ ภาวะนี้พบมากในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 1 มากกว่าชนิดที่ 2 กลไกการเกิดเริ่มจากการขาดอินซูลินและมีการหลังฮอร์โมนต้านฤทธิ์อินซูลินเพิ่มขึ้น ส่งผลให้ระดับน้ำตาลในเลือดสูง ร่างกายสลายไขมันและเกิดคีโตนสะสม นำไปสู่ภาวะกรดเมตาบอลิซึม ผู้ป่วยส่วนใหญ่จะขาดน้ำร่วมกับการสูญเสียน้ำและอิเล็กโทรไลต์^{2,4} หากไม่ได้รับการรักษาทันทั่วที่จะทำให้เกิดความดันโลหิตต่ำ ภาวะขาดออกซิเจน และช็อก จนถึงการเสียชีวิต⁵ จากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่า ปัจจัยกระตุ้นที่ทำให้เกิดภาวะน้ำตาลในเลือดสูงร่วมกับเลือดเป็นกรดที่พบบ่อย ได้แก่ การติดเชื้อและการขาดยาลดระดับน้ำตาล ปัจจัยอื่นๆ เช่น โรคตับอ่อนอักเสบ โรคหัวใจ โรคหลอดเลือดสมอง หรือผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 1 รายใหม่ที่ไม่เคยได้รับการวินิจฉัยมาก่อน^{3,4,6} นอกจากนี้ยังพบในผู้ป่วยที่มีภาวะเครียด ต้มสุราเรื้อรัง การรับประทานยาบางชนิด เช่น ยาขับปัสสาวะ ยาสเตียรอยด์ และการได้รับยากลุ่ม SGLT2 ได้แก่ ลูลิโกลิโฟซิน (Luseogliflozin) ดาพากลิโฟซิน (Dapagliflozin) เอ็มพากลิโฟซิน (Empagliflozin) เออร์ทูกลิโฟซิน (Ertugliflozin) ในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ซึ่งอาจส่งผลให้ผู้ป่วยมาด้วยภาวะน้ำตาลในเลือดสูงร่วมกับเลือดเป็นกรดได้⁷⁻¹⁰ สำหรับปัจจัยที่สัมพันธ์กับอัตราการเสียชีวิตของ

ผู้ป่วย ได้แก่ อายุที่วินิจฉัย ระยะเวลาที่ได้รับการวินิจฉัยเบาหวาน ภาวะไตวาย ระยะเวลาอนารักษาตัวในโรงพยาบาล มีประวัติตีมนัลแอลกอฮอล์เป็นประจำ¹¹ ดังนั้นภาวะน้ำตาลในเลือดสูงร่วมกับเลือดเป็นกรดจึงถือเป็นเกณฑ์สำคัญหนึ่งของการรับผู้ป่วยในหออภิบาลผู้ป่วยวิกฤต (ICU) ด้วยการรักษาแบบเร่งด่วน^{3,7-8}

โรงพยาบาลอุดรดิตถ์เป็นโรงพยาบาลศูนย์ขนาด 655 เตียง สังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข จากสถิติสามปีย้อนหลัง (ปี 2564 - 2566) พบว่ามีผู้ป่วยเบาหวานมาใช้บริการเป็นผู้ป่วยในจำนวน 543 434 และ 578 ราย ตามลำดับ และพบผู้ป่วยเบาหวานที่มีน้ำตาลในเลือดสูงร่วมกับเลือดเป็นกรดและมีภาวะหายใจล้มเหลวมากเป็น 1 ใน 5 โรคแรกที่ได้รับการรักษาในหออภิบาลผู้ป่วยวิกฤตด้านอายุรกรรม คิดเป็นร้อยละ 7.18 8.76 และ 6.92 ตามลำดับ¹² จากการวิเคราะห์ข้อมูลพบว่า ผู้ป่วยกลุ่มนี้มีระยะเวลาที่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลเฉลี่ย 37.78 ชั่วโมง ระยะเวลาที่ผู้ป่วยพ้นภาวะเลือดเป็นกรดเฉลี่ย 31.87 ชั่วโมง ระยะเวลาใช้เครื่องช่วยหายใจเฉลี่ย 7.33 วัน และระยะเวลาการนอน ICU เฉลี่ย 12.42 วัน อัตราเสียชีวิตเฉลี่ยร้อยละ 7.05 ปัญหาที่พบคือ 1) แนวปฏิบัติของโรงพยาบาลที่ใช้มาตั้งแต่ปี 2549 เป็นด้านการรักษาไม่ชัดเจนด้านการพยาบาล ส่งผลให้การปฏิบัติการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยไม่เป็นแนวทางเดียวกัน ซึ่งขึ้นกับประสบการณ์ของพยาบาลแต่ละคน ทำให้ไม่สามารถแก้ปัญหาผู้ป่วยที่มีความซับซ้อนของโรคได้อย่างเหมาะสมกับสภาพของผู้ป่วย 2) ผู้ป่วยจำเป็นต้องได้รับการดูแลที่ต่อเนื่องในทุกระยะเพื่อลดระยะเวลาของการนอนรักษาใน ICU และมีความปลอดภัยจากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า การศึกษายังจำกัด

ในหอผู้ป่วยสามัญ ไม่ครอบคลุมผู้ป่วยที่มีภาวะน้ำตาลในเลือดสูงร่วมกับเลือดเป็นกรด และมีภาวะการหายใจล้มเหลวใน ICU¹³ ดังนั้นการมีแนวปฏิบัติการพยาบาลที่ชัดเจน ทันสมัยบนหลักฐานเชิงประจักษ์จะช่วยลดระยะเวลาให้ผู้ป่วยพ้นจากภาวะเลือดเป็นกรด และเพิ่มพฤติกรรมควบคุมระดับน้ำตาลของผู้ป่วยได้

การศึกษานี้ ผู้วิจัยจึงเน้นการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยเบาหวานที่มีน้ำตาลในเลือดสูงร่วมกับเลือดเป็นกรดและมีภาวะการหายใจล้มเหลว โดยใช้แนวคิดการสืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์ (PICO¹⁴, NHMRC JBI¹⁵, AGREE II¹⁶) ผ่านกระบวนการตรวจสอบเนื้อหาและปรับปรุงให้ได้แนวปฏิบัติที่เหมาะสมกับบริบทจริง ครอบคลุม 3 ระยะ ได้แก่ ระยะวิกฤต ระยะฟื้นวิกฤต และระยะส่งต่อผู้ป่วยไปยังหอผู้ป่วยสามัญ เพื่อช่วยให้พยาบาลมีแนวทางการดูแลที่ชัดเจน ลดความแตกต่างในการปฏิบัติ เพิ่มคุณภาพการพยาบาลที่ได้มาตรฐานมากขึ้น และทำให้เกิดผลลัพธ์ผู้ป่วยที่ดีขึ้น ได้แก่การลดระยะเวลาในการควบคุมระดับน้ำตาล ระยะเวลาพ้นภาวะเลือดเป็นกรด ระยะเวลาใช้เครื่องช่วยหายใจ ระยะเวลานอน ICU รวมถึงลดอัตราการเสียชีวิตจากโรคเบาหวาน

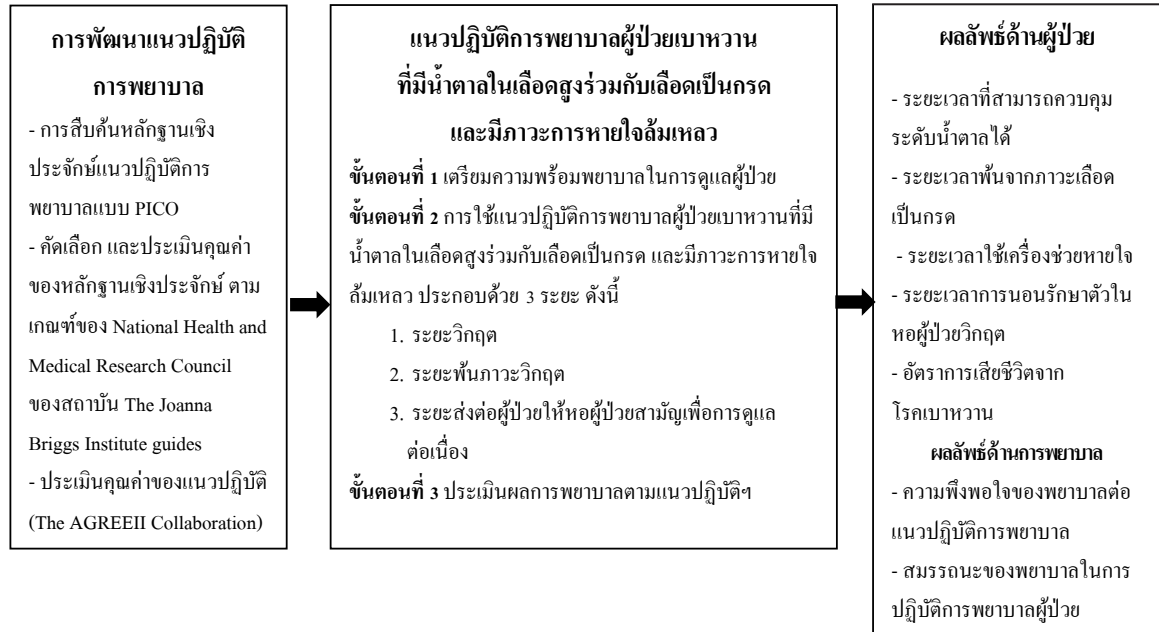
วัตถุประสงค์

เพื่อพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยเบาหวานที่มีน้ำตาลในเลือดสูงร่วมกับเลือดเป็นกรดและมีภาวะการหายใจล้มเหลว โรงพยาบาลอุดรดิตถ์โดยมีวัตถุประสงค์เฉพาะดังนี้

1. เพื่อศึกษาสภาพการณ์ และปัญหาทางการพยาบาลผู้ป่วยเบาหวานที่มีน้ำตาลในเลือดสูงร่วมกับเลือดเป็นกรดและมีภาวะการหายใจล้มเหลว
2. เพื่อพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยเบาหวานที่มีน้ำตาลในเลือดสูงร่วมกับเลือดเป็นกรดและมีภาวะการหายใจล้มเหลว
3. เพื่อศึกษาประสิทธิผลของการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยเบาหวานที่มีน้ำตาลในเลือดสูงร่วมกับเลือดเป็นกรดและมีภาวะการหายใจล้มเหลว

กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยนี้ได้ทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องทั้งในและต่างประเทศ โดยใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ตามกรอบ PICO¹⁴ การประเมินคุณค่าหลักฐานตามเกณฑ์ของ NHMRC ของสถาบัน JBI¹⁵ รวมถึงการประเมินคุณค่าของแนวปฏิบัติด้วย AGREE II¹⁶ แนวปฏิบัติที่พัฒนาขึ้นครอบคลุม 3 ระยะ ได้แก่ ระยะวิกฤต ระยะฟื้นวิกฤต และระยะส่งต่อผู้ป่วยไปยังหอผู้ป่วยสามัญ ประสิทธิภาพการใช้แนวปฏิบัติประเมินใน 2 ด้าน คือ 1) ผลลัพธ์ด้านผู้ป่วย 2) ผลลัพธ์ด้านการพยาบาล ดังภาพที่ 1



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยและพัฒนา (Research and Development) ศึกษาในหออภิบาลผู้ป่วยวิกฤตระบบทางเดินหายใจ (RICU) และหออภิบาลผู้ป่วยวิกฤตอายุรกรรม (MICU) โรงพยาบาลอุดรดิตถ์ระหว่างเดือน พฤษภาคม 2567 - สิงหาคม 2568

การดำเนินการวิจัย

ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน คือ 1) ศึกษาสภาพการณ์และปัญหาการพยาบาลผู้ป่วยฯ 2) พัฒนาแนวปฏิบัติฯ 3) ศึกษาประสิทธิผลของแนวปฏิบัติฯ และ 4) ปรับปรุงแนวปฏิบัติฯ มีรายละเอียดดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 (Research ครั้งที่ 1: R1) ศึกษาสภาพการณ์และปัญหา ระหว่างเดือนสิงหาคม - กันยายน 2567 โดยเก็บรวบรวมข้อมูลทั้ง เชิงปริมาณ และเชิงคุณภาพ

ประชากรที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้คือ พยาบาลวิชาชีพ จำนวน 32 คน กลุ่มตัวอย่างคือ พยาบาลวิชาชีพ จำนวน 20 คน ที่เข้าร่วมตอบแบบสอบถามเชิงปริมาณ และพยาบาลวิชาชีพ จำนวน 8 คน ที่เข้าร่วมสนทนากลุ่ม โดยมีเกณฑ์การคัดเลือกคือผ่านการอบรมด้านการดูแลผู้ป่วยวิกฤต และยินดีให้ความร่วมมือในการวิจัย เกณฑ์การคัดออก คือ ขอลองตัว ย้ายไปปฏิบัติงานหอผู้ป่วยอื่น

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูล ประกอบด้วย

1. แบบสอบถามการพยาบาลผู้ป่วย ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นมี 2 ตอนดังนี้ ตอนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ การศึกษา ระยะเวลาในการปฏิบัติงานในหออภิบาลผู้ป่วยวิกฤต การผ่านการอบรมด้านการดูแลผู้ป่วยวิกฤต ประสิทธิภาพการดูแลผู้ป่วยฯ ลักษณะคำถามเป็นแบบเลือกตอบและปลายเปิด ตอนที่ 2

แบบสอบถามวิธีการพยาบาลผู้ป่วยฯ ทั้ง 3 ระยะ ได้แก่ 1) ระยะวิกฤต 2) ระยะฟื้นวิกฤต และ 3) ระยะส่งต่อ หอผู้ป่วยสามัญฯ ซึ่งมีจำนวน 43 ข้อ ลักษณะคำถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับ คือ ปฏิบัติเป็นประจำ ปฏิบัติบ่อยครั้ง ปฏิบัติบางครั้ง และ ไม่ปฏิบัติ โดยมีเกณฑ์การให้คะแนนดังนี้ ปฏิบัติเป็นประจำเท่ากับ 3 คะแนน ปฏิบัติบ่อยครั้งเท่ากับ 2 คะแนน ปฏิบัติบางครั้งเท่ากับ 1 คะแนน และ ไม่ปฏิบัติเท่ากับ 0 คะแนน การตัดสินระดับการปฏิบัติแบ่งเป็น 4 ระดับ คือ คะแนนเฉลี่ย 2.50 - 3.00 หมายถึงมีการปฏิบัติระดับดีมาก คะแนนเฉลี่ย 1.50 - 2.49 หมายถึงมีการปฏิบัติระดับดี คะแนนเฉลี่ย 0.50 - 1.49 หมายถึงมีการปฏิบัติระดับพอใช้ คะแนนเฉลี่ย 0.00 - 0.49 หมายถึงมีการปฏิบัติระดับควรปรับปรุง

2. แนวคำถามในการสนทนากลุ่ม เป็นคำถามกึ่งมีโครงสร้าง มีจำนวน 3 ข้อ คือ 1) เมื่อมีผู้ป่วยฯ เข้ามานอนในหอผู้ป่วย ท่านปฏิบัติการพยาบาลอย่างไร (ใน 3 ระยะ) 2) ปัญหา อุปสรรคในการพยาบาลผู้ป่วยฯ มีอะไรบ้าง และ 3) ถ้าจะให้การพยาบาลผู้ป่วยฯ มีประสิทธิภาพและเป็นไปได้ในทางปฏิบัติมากที่สุด ควรทำอย่างไร

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

การหาความตรงของเครื่องมือ (validity) ผู้วิจัยนำแบบสอบถามวิธีการพยาบาลผู้ป่วยฯ และแนวคำถามในการสนทนากลุ่ม ไปให้ผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 ท่าน ประกอบด้วย อายุรแพทย์ต่อมไร้ท่อจำนวน 1 ท่าน พยาบาลผู้เชี่ยวชาญชั้นสูงด้านโรคเบาหวานจำนวน 1 ท่าน และพยาบาลที่มีประสบการณ์การพยาบาลผู้ป่วยวิกฤตจำนวน 1 ท่าน ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา หลังจากนั้นนำมาคำนวณหาค่าดัชนีความสอดคล้อง (IOC) สำหรับแบบสอบถามวิธีการ

พยาบาลผู้ป่วยฯ ได้ค่า IOC อยู่ระหว่าง 0.67 - 1.00 ส่วนการหาความเชื่อมั่นของเครื่องมือ (Reliability) ผู้วิจัยนำเครื่องมือไปทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คน วิเคราะห์โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค ได้ค่าเท่ากับ .93

การเก็บรวบรวมและวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลหลังได้รับอนุญาตจากผู้บริหารโรงพยาบาล โดยพบกลุ่มตัวอย่างชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล ประโยชน์จากการวิจัย หลังจากกลุ่มตัวอย่างตอบรับการเข้าร่วมวิจัยให้กลุ่มตัวอย่างเซ็นยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย และผู้วิจัยแจกแบบสอบถามวิธีการพยาบาลผู้ป่วยฯ ให้กลุ่มตัวอย่างตอบและส่งกลับผู้วิจัยภายใน 2 วัน เมื่อได้รับแบบสอบถามตอบกลับครบถ้วนแล้ว ผู้วิจัยวิเคราะห์ข้อมูล หลังจากนั้นผู้วิจัยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างเพื่อดำเนินการสนทนากลุ่มโดยมีเกณฑ์การคัดเลือกคือ ผ่านการอบรมด้านการดูแลผู้ป่วยวิกฤต และมีอายุการทำงาน 10 ปีขึ้นไป จำนวน 3 คน 5-10 ปี จำนวน 3 คน และน้อยกว่า 5 ปี จำนวน 2 คน เพื่อให้ได้กลุ่มตัวอย่างที่มีประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยที่หลากหลาย และผู้วิจัยมีการนัดหมายวัน เวลา และสถานที่ในการสนทนากลุ่ม คือ ห้องประชุมหออภิบาลผู้ป่วยวิกฤตระบบทางเดินหายใจ ซึ่งผู้วิจัยดำเนินการสนทนากลุ่มตามประเด็นที่กำหนดไว้ใช้เวลา 2 ชั่วโมง หลังจากนั้นนำข้อมูลที่ได้นำไปวิเคราะห์ข้อมูลจากการตอบแบบสอบถามวิเคราะห์โดยใช้สถิติพรรณนา ได้แก่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ข้อมูลจากการสนทนากลุ่ม ใช้การวิเคราะห์เนื้อหา (Content analysis)

ขั้นตอนที่ 2 (Development ครั้งที่ 1: D1)

พัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาล ระหว่างเดือนตุลาคม 2567- มกราคม 2568

การดำเนินการวิจัย ผู้วิจัยดำเนินการดังนี้

1. นำประเด็นที่ได้จากขั้นตอนที่ 1 มาวางแผนปฏิบัติ ร่วมกับการสืบค้นแนวปฏิบัติการพยาบาลจากหลักฐานเชิงประจักษ์โดยดำเนินการดังนี้

1.1 กำหนดทีมพัฒนาแนวปฏิบัติ โดยเป็นผู้วิจัยดำเนินการ

1.2 กำหนดวัตถุประสงค์เพื่อสร้างแนวปฏิบัติ

1.3 กำหนดผลลัพธ์ด้านผู้ป่วยและด้านการพยาบาล ด้านผู้ป่วยประกอบด้วย 1) ระยะเวลาที่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลได้ 2) ระยะเวลาพ้นจากเลือดเป็นกรด 3) ระยะเวลาในการใช้เครื่องช่วยหายใจ 4) ระยะเวลาการนอนรักษาตัวในหอผู้ป่วยวิกฤต และ 5) อัตราการเสียชีวิตจากโรคเบาหวานด้านการพยาบาล ประกอบด้วย 1) ความพึงพอใจของพยาบาลต่อแนวปฏิบัติการพยาบาลฯ และ 2) สมรรถนะของพยาบาลในการปฏิบัติการพยาบาลฯ

1.4 สืบค้น และประเมินคุณภาพหลักฐานเชิงประจักษ์โดยดำเนินการดังนี้ 1) ใช้กรอบแนวคิด PICO¹⁴ ในการคัดเลือกงานวิจัย และใช้ The Joanna Briggs Institute guides¹⁵ ในการประเมินหลักฐานเชิงประจักษ์ และ 2) ทบทวนวรรณกรรมทั้งในและต่างประเทศ สืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์ที่ได้รับการตีพิมพ์เผยแพร่ โดยกำหนดแหล่งสืบค้นจากฐานข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์ database ที่สืบค้นงานวิจัย และการทบทวนอย่างเป็นระบบ ได้แก่ CINAHL, Medline, EMBASE, PubMed, โดยกำหนดเอกสารที่สืบค้นระหว่างปี พ.ศ. 2557-2567 สืบค้นได้ จำนวน 16 เรื่อง เลือกใช้หลักฐานระดับความน่าเชื่อถือระดับ A-B 11 เรื่อง ดังตารางที่ 1

1.5 กำหนดกรอบการสืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์โดยคัดเลือกและใช้เกณฑ์การสืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์ตามกรอบของ PICO¹⁴ ดังนี้

Population (P) – ผู้ป่วยเบาหวานที่มีน้ำตาลในเลือดสูงร่วมกับเลือดเป็นกรดและมีภาวะการหายใจล้มเหลว/ high blood sugar along with acid blood/diabetic ketoacidosis/ patient with respiratory failure/ critical care

Intervention (I) – การปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยที่มีน้ำตาลในเลือดสูงร่วมกับเลือดเป็นกรดและมีภาวะการหายใจล้มเหลว/ Clinical nursing practices guideline/ Nursing practices/ Nursing care/ Nursing care plan/ Nursing intervention

Comparison (C) – ไม่มี

Outcome (O) – ผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น ผลลัพธ์ด้านผู้ป่วยได้แก่ ระยะเวลาที่สามารถควบคุมระดับน้ำตาล ระยะเวลาที่ผู้ป่วยพ้นจากภาวะเลือดเป็นกรด ระยะเวลาในการใช้เครื่องช่วยหายใจ ระยะเวลาการนอนรักษาตัวในหอผู้ป่วยวิกฤต และอัตราการเสียชีวิตจากโรคเบาหวาน/ Duration of controlling blood sugar levels/ Duration of patients to recover from acid blood/ ketoacidosis/ Duration of ventilator use/ Length of stay in ICU / Mortality rate from diabetes ผลลัพธ์ด้านการพยาบาล ประกอบด้วย 1) ความพึงพอใจของพยาบาลต่อแนวปฏิบัติและ 2) สมรรถนะของพยาบาลในการปฏิบัติการพยาบาลฯ /Nursing outcomes include 1) Nurses' satisfaction with nursing practices and 2) Nurses' competence in nursing practices

1.6 คัดเลือกและประเมินคุณค่าของหลักฐานเชิงประจักษ์โดยการคัดเลือกหลักฐานเชิงประจักษ์ที่เกี่ยวข้องกับประเด็นทางคลินิกที่ต้องการพัฒนาแนวปฏิบัติ มีผลลัพธ์ที่กำหนดในหลักฐานเชิงประจักษ์ที่ชัดเจนสอดคล้องกับผลลัพธ์ที่กำหนดไว้ล่วงหน้า จัดระดับความน่าเชื่อถือและคุณภาพของหลักฐาน

เชิงประจักษ์ ตามเกณฑ์ของ NHMRC และระดับ recommendation) ตามหลักเกณฑ์ของสถาบัน
ของข้อเสนอแนะไปสู่การปฏิบัติ (grades of recommendation) ตามหลักเกณฑ์ของสถาบัน
โจแอนนาบริกส์¹⁵

ตารางที่ 1 แสดงชนิด จำนวน และคุณภาพของหลักฐานเชิงประจักษ์ที่ได้จากการสืบค้น

ชนิดของหลักฐานเชิงประจักษ์	จำนวน	ระดับของหลักฐานเชิงประจักษ์
การทบทวนอย่างเป็นระบบ ¹⁷	1	A
การวิจัยและพัฒนา ¹³	1	A
แนวปฏิบัติระดับชาติ/สากล ¹⁸⁻²⁴	7	A
การวิจัยกึ่งทดลอง/ เชิงพรรณนา/เชิงสังเกต ²⁵⁻²⁶	2	B
ความเห็นร่วมกันของผู้เชี่ยวชาญ/ Peer review opinion	5	C

2. ยกร่างแนวปฏิบัติจากหลักฐานเชิงประจักษ์
และข้อมูลที่ได้จากขั้นตอนที่ 1

3. ประเมินร่างแนวปฏิบัติฯ โดยผ่านผู้ทรง
คุณวุฒิโดยประเมินคุณค่าของแนวปฏิบัติใช้ AGREE
II แปลโดย Medical Technology Assessment and
Research Institute, Department of Medical Services.
Ministry of Public Health.²⁷ และปรับปรุง แก้ไข
แนวปฏิบัติ

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรคือ พยาบาลวิชาชีพ จำนวน 28 คน
ผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 8 คน กลุ่มตัวอย่างคือ พยาบาล
วิชาชีพโดยเป็นทีมผู้วิจัย จำนวน 4 คน โดยมีเกณฑ์
การคัดเลือกคือ 1) พยาบาลวิชาชีพระดับผู้ช่วยหัวหน้า
หอผู้ป่วยขึ้นไป และ 2) ยินดีให้ความร่วมมือในการ
วิจัย เกณฑ์การคัดออกคือ 1) ขอลอนตัวระหว่างการ
วิจัยและ 2) ย้ายสถานที่ปฏิบัติงาน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. แบบฟอร์มบันทึกข้อมูลจากการสืบค้นหลัก
ฐานเชิงประจักษ์ ได้แก่ ชนิดของหลักฐาน ระดับของ
หลักฐาน แนวปฏิบัติในระบะยวิกฤต พันภาวะวิกฤต
และระยะส่งต่อหอผู้ป่วยฯ ผลลัพธ์ที่ได้

2. แบบประเมินคุณภาพแนวปฏิบัติฯ
ตามเกณฑ์ประเมินผลตามมาตรฐาน AGREE II ¹⁶

เครื่องมือประกอบด้วย 6 หมวด มีทั้งหมด 23 ข้อ
การประเมินแนวทางปฏิบัติในภาพรวม 2 ข้อรวมทั้งหมด
25 ข้อ ลักษณะคำถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า
7 ระดับ คือ 7 หมายถึง แนวปฏิบัติมีคุณภาพดีมาก
ครบถ้วนตามเกณฑ์และข้อพิจารณา ร้อยละ 100
6 หมายถึง แนวปฏิบัติมีคุณภาพดี ครบถ้วนตาม
เกณฑ์และข้อพิจารณา ร้อยละ 81- 99 5 หมายถึง
แนวปฏิบัติมีคุณภาพค่อนข้างดี ครบถ้วนตามเกณฑ์
และข้อพิจารณา ร้อยละ 61 - 80 4 หมายถึง แนว
ปฏิบัติมีคุณภาพปานกลาง ครบถ้วนตามเกณฑ์และ
ข้อพิจารณา ร้อยละ 41 - 60 3 หมายถึง แนวปฏิบัติ
มีคุณภาพค่อนข้างน้อย ครบถ้วนตามเกณฑ์และข้อ
พิจารณา ร้อยละ 21 - 40 2 หมายถึง แนวปฏิบัติมี
คุณภาพน้อยมาก ครบถ้วนตามเกณฑ์และข้อพิจารณา
น้อยกว่า ร้อยละ 20 และ 1 หมายถึง แนวปฏิบัติไม่มี
มีคุณภาพ/ข้อมูลตามเกณฑ์ หรือรายงานไว้ไม่ได้

การเก็บรวบรวมและวิเคราะห์ข้อมูล

1) ประชุมทีมวิจัย เพื่อทำความเข้าใจแนวทาง
การสืบค้นและการลงบันทึกข้อมูลจากหลักฐานเชิง
ประจักษ์ 2) ทีมผู้วิจัยดำเนินการสืบค้นฯ และตรวจ
สอบความครบถ้วน 3) ยกร่างแนวปฏิบัติฯ และ 4)
นำร่างแนวปฏิบัติฯ ไปตรวจสอบความถูกต้อง

โดยผ่านผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 8 ท่าน ประกอบด้วย 1) อายุรแพทย์ต่อมไร้ท่อจำนวน 2 ท่าน 2) พยาบาลวิชาชีพที่มีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยฯ และมีประสบการณ์ในการปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยฯ อย่างน้อย 10 ปี และมีความสามารถในการสืบค้น วิเคราะห์ และสังเคราะห์หลักฐานเชิงประจักษ์จำนวน 4 ท่าน 3) อาจารย์พยาบาลที่มีความเชี่ยวชาญในงานวิจัยและมีประสบการณ์ในการสร้างแนวปฏิบัติจำนวน 2 ท่าน และ 5) ปรับปรุงแก้ไขแนวปฏิบัติตามผู้ทรงคุณวุฒิ เพื่อนำสู่การปฏิบัติวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติ ร้อยละ และวิเคราะห์แนวปฏิบัติฯ ตามเกณฑ์ AGREE II¹⁶

ขั้นตอนที่ 3 (Research ครั้งที่ 2: R2) ศึกษา ประสิทธิภาพของแนวปฏิบัติฯ ใช้วิจัยแบบกึ่งทดลอง ชนิดสองกลุ่มวัดก่อนและหลังการทดลองแบบ Historical control ระหว่างเดือนกุมภาพันธ์ - สิงหาคม 2568

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร เป็นพยาบาลวิชาชีพ จำนวน 28 คน และผู้ป่วยเบาหวานที่มีน้ำตาลในเลือดสูงร่วมกับเลือดเป็นกรดและมีภาวะการหายใจล้มเหลวที่เข้ารับการรักษาในหออภิบาลผู้ป่วยวิกฤตด้านอายุรกรรม

กลุ่มตัวอย่าง ประกอบด้วย พยาบาลวิชาชีพ จำนวน 20 คน โดยมีเกณฑ์การคัดเลือกคือ 1) ปฏิบัติงานในหออภิบาลผู้ป่วยวิกฤต 1 ปีขึ้นไป 2) ยินดีให้ความร่วมมือ เกณฑ์การคัดออกคือ 1) ขาดอนตัว 2) ย้ายสถานที่ปฏิบัติงาน และกลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้ป่วยคำนวณขนาดของกลุ่มตัวอย่างโดยนําระยะเวลาผู้ป่วยนอนรักษาตัวในหอผู้ป่วยวิกฤตเฉลี่ยใน 3 ปี มาคำนวณ โดยกำหนดเป้าหมายของหน่วยงานคือ ต้องการลดระยะเวลาจากเดิม 12.42 วัน อีก 5 % ($M1 = 12.42, M2 = 11.08$) การทดสอบมีการคลาดเคลื่อนชนิดที่ 1 ทดสอบแบบ one side เท่ากับ 0.05 และ power of test เท่ากับ 0.80 ควรใช้จำนวนผู้ป่วย

ในการศึกษาอย่างน้อยกลุ่มละ 33 ราย ผู้ป่วยที่ศึกษาทั้งหมด 66 ราย และเพื่อป้องกันการออกจากการวิจัยก่อนสิ้นสุดโครงการ ผู้วิจัยเพิ่มกลุ่มตัวอย่างอีกร้อยละ 10 ดังนั้นในการศึกษานี้จึงใช้กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยที่ศึกษาทั้งหมด 72 ราย เป็นกลุ่มทดลอง (กลุ่มที่ได้รับการติดตามแนวปฏิบัติที่พัฒนา) 36 ราย และกลุ่มควบคุม 36 ราย ซึ่งเป็นกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามมาตรฐานปกติ และผู้วิจัยดำเนินการเก็บข้อมูลแบบศึกษาย้อนหลังให้ครบก่อน จึงจะเริ่มเก็บข้อมูลกลุ่มทดลอง เกณฑ์การคัดเข้ากลุ่มผู้ป่วย เป็นผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะน้ำตาลในเลือดสูงร่วมกับเลือดเป็นกรดและมีภาวะการหายใจล้มเหลว อายุ 20 ปี ขึ้นไป ยินดีเข้าร่วมวิจัย และกรณีผู้ป่วยไม่รู้สีกตัว ให้ญาติเป็นผู้ยินยอม เกณฑ์การคัดออก ผู้ป่วย/ญาติปฏิเสธการเข้าร่วมระหว่างดำเนินการ

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลองคือ แนวปฏิบัติฯ ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น ประกอบด้วย 3 ระยะ คือ 1) ระยะวิกฤต มีหัวข้อปฏิบัติการพยาบาล 26 ข้อ ประกอบด้วย ประเมินสัญญาณชีพ และสภาพทั่วไปของผู้ป่วย การประเมินสภาพจิตใจและระบบประสาท การประเมินระบบหัวใจและหลอดเลือด การประเมินภาวะโภชนาการและการดำรงชีวิต การบริหารอินซูลิน และป้องกันภาวะแทรกซ้อน ติดตามระดับน้ำตาลติดตามสารน้ำและอิเล็กโทรไลต์ ติดตามความสมดุลของกรด - ด่าง และระดับคีโตน และติดตามอาการ/สัญญาณการรักษาของการติดเชื้อ 2) ระยะฟื้นภาวะวิกฤต มีหัวข้อปฏิบัติการพยาบาล 26 ข้อ ประกอบด้วยกิจกรรมการพยาบาลในระยะวิกฤต และเพิ่มการหาปัจจัยสนับสนุนและตัวกระตุ้น 3) ระยะส่งต่อผู้ป่วยให้หอผู้ป่วยสามัญเพื่อการดูแลต่อเนื่อง มีหัวข้อ

ปฏิบัติการพยาบาล 2 ข้อ ประกอบด้วย การเตรียมอุปกรณ์ในการเคลื่อนย้าย และเตรียมส่งต่อข้อมูลปัญหาผู้ป่วย รวมทั้งหมด 3 ระยะ จำนวน 54 ข้อ

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลจำแนกตามกลุ่มพยาบาลวิชาชีพและผู้ป่วย

กลุ่มพยาบาลวิชาชีพ

1) แบบสอบถามความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพผู้ใช้แนวปฏิบัติฯ ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง จำนวน 7 ข้อ ลักษณะคำถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (rating scale) 5 ระดับ คือ เห็นด้วยมากที่สุด เห็นด้วยมาก เห็นด้วยปานกลาง เห็นด้วยน้อย เห็นด้วยน้อยที่สุด เกณฑ์การให้คะแนนดังนี้ เห็นด้วยมากที่สุด 5 คะแนน เห็นด้วยมาก 4 คะแนน เห็นด้วยปานกลาง 3 คะแนน เห็นด้วยน้อย 2 คะแนน และเห็นด้วยน้อยที่สุด 1 คะแนน เกณฑ์การตัดสินความพึงพอใจต่อแนวปฏิบัติฯ แบ่งเป็น 5 ระดับดังนี้ ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.51 – 5.00 หมายความว่า ความพึงพอใจระดับมากที่สุด ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.51 – 4.50 หมายความว่า ความพึงพอใจระดับมาก ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.51 – 3.50 หมายความว่า ความพึงพอใจระดับปานกลาง ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 1.51 – 2.50 หมายความว่า ความพึงพอใจระดับน้อย และค่าเฉลี่ยเท่ากับ 1.00 – 1.50 หมายความว่า ความพึงพอใจระดับน้อยที่สุด

2) แบบวัดสมรรถนะของพยาบาลในการปฏิบัติการพยาบาลฯ ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากแนวคิดของ McClelland²⁸ ประกอบด้วย KSA (Knowledge, Skills, Attitudes : ความรู้ ทักษะและเจตคติ) ประกอบด้วย 2 ตอนดังนี้

ตอนที่ 1 แบบวัดความรู้ เป็นแบบทดสอบปรนัย เรื่องการพยาบาลผู้ป่วยที่มีน้ำตาลในเลือดสูงร่วมกับเลือดเป็นกรดฯ เลือกคำตอบที่ถูกต้องที่สุด

เพียงข้อเดียวจาก 4 ตัวเลือก มี 15 ข้อ ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเกณฑ์ในการแปลผลคะแนนใช้การพิจารณาแบ่งระดับคะแนนอิงเกณฑ์โดยประยุกต์จากหลักเกณฑ์ของ Ebel and Frisbie²⁹ แบ่งระดับคะแนนออกเป็น 4 ระดับ ดังนี้ มีความรู้การพยาบาลผู้ป่วยฯ ระดับดีมาก ได้คะแนนตั้งแต่ร้อยละ 80 ขึ้นไป (12.00 – 15.00 คะแนน) มีความรู้ ระดับดี ได้คะแนนตั้งแต่ร้อยละ 70 – 79.99 (10.50 – 11.99 คะแนน) มีความรู้ ระดับพอใช้ ได้คะแนนตั้งแต่ร้อยละ 60 – 69.99 (9.00 – 10.49 คะแนน) มีความรู้ ระดับควรปรับปรุง ได้คะแนนต่ำกว่าร้อยละ 60 (น้อยกว่า 9.00 คะแนน)

ตอนที่ 2 แบบวัดทักษะและเจตคติ แบ่งเป็นวัดทักษะ จำนวน 19 ข้อ วัดเจตคติ จำนวน 3 ข้อ รวม 22 ข้อ ลักษณะคำถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ คือ ปฏิบัติเป็นประจำ ปฏิบัติบ่อยครั้ง ปฏิบัติบางครั้ง ปฏิบัตินานๆ ครั้ง และไม่ปฏิบัติ โดยมีเกณฑ์การให้คะแนนดังนี้ ปฏิบัติเป็นประจำ เท่ากับ 5 คะแนน บ่อยครั้ง เท่ากับ 4 คะแนน บางครั้ง เท่ากับ 3 คะแนน นานๆ ครั้ง เท่ากับ 2 คะแนน ไม่ปฏิบัติเท่ากับ 1 คะแนน เกณฑ์การตัดสินระดับสมรรถนะฯ แบ่งเป็น 5 ระดับดังนี้ ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.51 – 5.00 หมายความว่า มีระดับสมรรถนะอยู่ในเกณฑ์ดีมาก ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.51 – 4.50 หมายความว่า มีระดับสมรรถนะอยู่ในเกณฑ์ดี ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.51 – 3.50 หมายความว่า มีระดับสมรรถนะอยู่ในเกณฑ์พอใช้ ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 1.51 – 2.50 หมายความว่า มีระดับสมรรถนะอยู่ในเกณฑ์ต่ำ และค่าเฉลี่ยเท่ากับ 1.00 – 1.50 หมายความว่า มีระดับสมรรถนะอยู่ในเกณฑ์ควรปรับปรุง

กลุ่มผู้ป่วย

เป็นแบบบันทึกการสังเกตการปฏิบัติตามแนวปฏิบัติฯ ที่ผู้ป่วยได้รับ ประกอบด้วย 2 ส่วนคือ

ส่วนที่ 1 แบบข้อมูลทั่วไปของกลุ่มผู้ป่วย จากแบบรายงานผู้ป่วยได้แก่ เพศ อายุ การศึกษา อายุที่ได้รับการวินิจฉัยเบาหวานครั้งแรก ชนิดของเบาหวาน ระยะเวลาที่ได้รับการรักษาเบาหวาน ความต่อเนื่องในการรักษา โรคร่วม ประวัติการดื่มสุรา ประวัติการได้รับสเตียรอยด์ ผลลัพธ์ด้านผู้ป่วย ได้แก่ ระยะเวลาที่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลได้ ระยะเวลาที่ผู้ป่วยพ้นจากภาวะเลือดเป็นกรด ระยะเวลาในการใช้เครื่องช่วยหายใจ ระยะเวลาการนอนรักษาตัวในหอผู้ป่วยวิกฤต และอัตราการเสียชีวิตจากโรคเบาหวาน

ส่วนที่ 2 แบบบันทึกการสังเกตการปฏิบัติตามแนวปฏิบัติฯ ลักษณะเป็นแบบ ปฏิบัติ ไม่ปฏิบัติ จำนวน 54 ข้อ เกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้ ปฏิบัติให้ 1 คะแนน ไม่ปฏิบัติให้ 0 คะแนน การแปลผลคะแนนตามหลักเกณฑ์ของ Bloom³⁰ แบ่งระดับคะแนนออกเป็น 3 ระดับ ดังนี้ ปฏิบัติตามแนวปฏิบัติฯ ระดับมาก ได้คะแนนตั้งแต่ร้อยละ 80 ขึ้นไป ปฏิบัติตามแนวปฏิบัติฯ ระดับปานกลาง ได้คะแนนตั้งแต่ ร้อยละ 60 - 79.99 และปฏิบัติตามแนวปฏิบัติฯ ระดับน้อย ได้คะแนนต่ำกว่าร้อยละ 60

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

การหาความตรงของเครื่องมือ (validity): โดยผู้เชี่ยวชาญจำนวน 5 ท่าน 1) อายุรแพทย์ต่อมไร้ท่อจำนวน 1 ท่าน 2) พยาบาลวิชาชีพที่มีประสบการณ์ในการปฏิบัติกรพยาบาลผู้ป่วยในหออภิบาลผู้ป่วยวิกฤตจำนวน 2 ท่าน 3) อาจารย์พยาบาลที่มีประสบการณ์มากกว่า 10 ปี และมีความเชี่ยวชาญในงานวิจัยจำนวน 2 ท่าน หลังจากนั้นนำมาหาค่าดัชนีความสอดคล้อง (IOC) ได้ค่าอยู่ระหว่าง 0.8 - 1.00 และผู้วิจัยนำไปทดลองใช้กับพยาบาลวิชาชีพที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 18 คน ใช้สูตร

สัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค ได้ค่าเท่ากับ 0.85 แบบบันทึกการสังเกตการปฏิบัติตามแนวปฏิบัติฯ โดยผู้ช่วยวิจัยใช้บันทึกการสังเกตการปฏิบัติตามแนวปฏิบัติฯ พฤติกรรมของพยาบาล 5 ท่าน และนำการสังเกตมาเปรียบเทียบหาความเชื่อมั่นของการสังเกต (interrater reliability) ได้ค่าเท่ากับ 1.00 แบบวัดสมรรถนะในการพยาบาลผู้ป่วยฯ ที่ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาจากผู้เชี่ยวชาญ ทดลองใช้กับพยาบาลวิชาชีพที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 18 คน วิเคราะห์หาความเชื่อมั่นของแบบวัดความรู้ใช้ Kuder - Richardson - 20 ได้ค่าเท่ากับ 0.95 และแบบวัดทักษะและเจตคติใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคได้ค่าเท่ากับ 0.85

การเก็บรวบรวมและวิเคราะห์ข้อมูล

ทีมผู้วิจัยพบผู้มีส่วนเกี่ยวข้องกับการทดลองใช้แนวปฏิบัติฯ พร้อมทั้งชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย วิธิดำเนินการวิจัย ก่อนดำเนินการเก็บข้อมูลกับกลุ่มตัวอย่างที่เป็นกลุ่มควบคุม โดยดำเนินการดังนี้

3.1 กลุ่มควบคุม ดำเนินการเก็บข้อมูลแบบศึกษาย้อนหลัง

กลุ่มตัวอย่างจะได้รับการพยาบาลตามมาตรฐานปกติ โดยใช้กระบวนการพยาบาลผู้ป่วยฯ ประกอบด้วย การประเมินภาวะสุขภาพ การวินิจฉัย การพยาบาล การวางแผนการพยาบาล การปฏิบัติการพยาบาลร่วมกับแผนการรักษาของแพทย์ และการประเมินผลลัพธ์การดูแล หลังจากให้การพยาบาลผู้ป่วยตามมาตรฐานปกติ จนกระทั่งแพทย์มีแผนการรักษาให้ย้ายออกจากหออภิบาลผู้ป่วยวิกฤตได้หรือผู้ป่วยเสียชีวิต ผู้วิจัยดำเนินการประเมินผลลัพธ์ด้านผู้ป่วย โดยประเมินตามเกณฑ์การประเมินผลลัพธ์ที่กำหนดไว้

3.2 กลุ่มทดลอง ผู้วิจัยดำเนินการตั้งนี้ กลุ่มตัวอย่างจะได้รับการดูแลตามแนวปฏิบัติ ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น จนกระทั่งแพทย์มีแผนการรักษาให้ย้ายออกจากหอผู้ป่วยวิกฤตได้หรือผู้ป่วยเสียชีวิต ผู้วิจัยดำเนินการประเมินผลลัพธ์ด้านผู้ป่วย โดยประเมินตามเกณฑ์การประเมินผลลัพธ์ที่กำหนดไว้

4. นำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์ทางสถิติ โดยดำเนินการดังนี้

4.1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มผู้ป่วย และข้อมูลที่ได้จากการบันทึกการปฏิบัติตามแนวปฏิบัติ วิเคราะห์โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

4.2 เปรียบเทียบประสิทธิผลของแนวปฏิบัติระหว่างกลุ่มควบคุมกับกลุ่มทดลองวิเคราะห์โดยใช้สถิติการทดสอบสองกลุ่มที่เป็นอิสระต่อกัน (Independent t-test)

4.3 เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าคะแนนเฉลี่ยความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพก่อนและหลังใช้แนวปฏิบัติ โดยใช้สถิติการทดสอบสองกลุ่มที่ไม่เป็นอิสระต่อกัน (Dependent t-test)

4.4 เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าคะแนนเฉลี่ยสมรรถนะของพยาบาลในการปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วย ก่อนและหลังใช้แนวปฏิบัติ โดยใช้สถิติการทดสอบสองกลุ่มที่ไม่เป็นอิสระต่อกัน (Dependent t-test)

ขั้นตอนที่ 4 (Development ครั้งที่ 2: D2) ปรับปรุงแนวปฏิบัติ ระยะเวลา สิงหาคม 2568

การดำเนินการวิจัย

การวิจัยขั้นตอนนี้ เก็บรวบรวมข้อมูลเชิงคุณภาพ โดยใช้การสนทนากลุ่ม เพื่อให้ได้ข้อมูลเชิงลึกในการปรับปรุงแนวปฏิบัติ ให้เหมาะสมและสอดคล้องกับบริบทการปฏิบัติจริง

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้คือ พยาบาลวิชาชีพ จำนวน 32 คน กลุ่มตัวอย่าง: พยาบาลวิชาชีพ จำนวน 9 คน ประกอบด้วย พยาบาลวิชาชีพหอผู้ป่วยวิกฤตระบบทางเดินหายใจ จำนวน 4 คน และ พยาบาลวิชาชีพ หอผู้ป่วยวิกฤตอายุรกรรม จำนวน 5 คน ซึ่งผู้วิจัยเลือกแบบเจาะจง เกณฑ์การคัดเลือก เป็นพยาบาลวิชาชีพผ่านการอบรมด้านการดูแลผู้ป่วยวิกฤต ระยะเวลาในการปฏิบัติงานมากกว่า 10 ปีขึ้นไป 4 คน ระยะเวลา 5-10 ปี 3 คน ระยะเวลา น้อยกว่า 5 ปี 2 คน และยินดีให้ความร่วมมือในการวิจัย เกณฑ์การคัดออกคือ ขอลอนตัวและย้ายหอผู้ป่วย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ประเด็นการสนทนากลุ่ม เป็นคำถามกึ่งมีโครงสร้าง จำนวน 2 ข้อ คือ 1) แนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยฯ ที่นำมาใช้เป็นอย่างไรรบปัญหาและอุปสรรคในการใช้อย่างไรบ้าง และแก้ไขปัญหานั้นอย่างไร และ 2) ถ้าจะปรับปรุงแนวปฏิบัติ ให้ดีขึ้น และสอดคล้องกับการปฏิบัติจริง ควรเพิ่มเติมหรือแก้ไขในประเด็นใดบ้าง อย่างไร

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

การหาความตรงของเครื่องมือ (validity): นำประเด็นการสนทนากลุ่ม ไปให้ผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 ท่าน ประกอบด้วย อายุรแพทย์ต่อมไร้ท่อ จำนวน 1 ท่าน พยาบาลผู้เชี่ยวชาญชั้นสูงด้านโรคเบาหวาน จำนวน 1 ท่าน และพยาบาลที่มีประสบการณ์การพยาบาลผู้ป่วยวิกฤต จำนวน 1 ท่าน ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา หลังจากนั้นนำมาปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะของผู้เชี่ยวชาญ ได้ค่า IOC อยู่ระหว่าง 0.86 - 1.00

การเก็บรวบรวมและวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยนัดหมายวันเวลาสถานที่กับกลุ่มตัวอย่าง พร้อมทั้งชี้แจงวัตถุประสงค์ และให้กลุ่มตัวอย่าง

เซ็นใบยินยอม จากนั้นจึง ดำเนินการสนทนากลุ่มใช้เวลา 1 ชั่วโมง ก่อนนำข้อมูลที่ได้ไปวิเคราะห์เนื้อหา (Content analysis)

จริยธรรมการวิจัย

โครงการวิจัยผ่านการพิจารณารับรองด้านจริยธรรมจากคณะกรรมการวิจัยและคณะกรรมการด้านจริยธรรมของโรงพยาบาลอุดรดิตถ์ เลขที่ REC No.22/ 2567 วันที่ 7 สิงหาคม พ.ศ. 2567 ก่อนดำเนินการวิจัย ผู้วิจัยขออธิบายสิทธิในการเข้าร่วมวิจัยโดยสมัครใจ สามารถออกจากการวิจัยได้ตลอดเวลา ได้รับสิทธิในการปกปิดข้อมูล ผลการศึกษานำเสนอในภาพรวมจะไม่มีอาการอ้างอิงที่สืบค้นไปยังกลุ่มตัวอย่างได้

ผลการวิจัย

ผลการวิจัยครั้งนี้ นำเสนอตามวัตถุประสงค์ดังนี้

1. สภาพการณ์และปัญหาการดำเนินงานการพยาบาลผู้ป่วย พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมให้ข้อมูล เป็นเพศหญิง ร้อยละ 94.4 มีอายุระหว่าง 20 - 30 ปี ร้อยละ 50 (อายุเฉลี่ย 31.6 ปี) จบการศึกษาระดับปริญญาตรี ร้อยละ 94.4 ประสบการณ์ทำงานใน ICU 1 - 5 ปี ร้อยละ 50 (เฉลี่ย 8 ปี) ผ่านการอบรมด้านการดูแลผู้ป่วยวิกฤต ร้อยละ 100 และทุกคนมีประสบการณ์ดูแลผู้ป่วย ร้อยละ 100 จากการสนทนากลุ่มพบ 4 ประเด็นสำคัญ ได้แก่ 1) การพยาบาลผู้ป่วยแบ่งเป็นระยะวิกฤต พันวิกฤต และส่งต่อผู้ป่วย 2) ปัญหาหลักคือการประสานสหสาขาวิชาชีพล่าช้า และญาตินำอาหารจากภายนอกมาให้ 3) การพัฒนาแนวปฏิบัติ ควรทบทวนความรู้กับพยาบาล และประสานความร่วมมือกับสหสาขาวิชาชีพ ทบทวนการใช้แนวปฏิบัติ และนำญาติเรื่อง

อาหารเบาหวาน 4) การประเมินแนวปฏิบัติ ควรกำหนดตัวชี้วัดที่ชัดเจน และติดตามการปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง ซึ่งผลการประเมินการปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วย พบว่า การปฏิบัติการพยาบาลทั้ง 3 ระยะอยู่ในระดับดีมาก ($\bar{x} = 2.61$, $SD = .29$)

2. แนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยเบาหวานที่มีน้ำตาลในเลือดสูงร่วมกับเลือดเป็นกรดและมีภาวะการหายใจล้มเหลว ทั้ง 3 ระยะที่พัฒนาประกอบด้วย 3 ขั้นตอน ดังภาพที่ 2

ขั้นตอนที่ 1 เตรียมความพร้อมพยาบาลในการดูแลผู้ป่วย เพื่อให้บุคลากรมีความรู้และมั่นใจในการดูแลผู้ป่วย ประกอบด้วย 1) ทบทวนความรู้ในการดูแลผู้ป่วย แก่พยาบาล 2) เตรียมเครื่องมือและอุปกรณ์ให้พร้อมในการดูแลผู้ป่วย ได้แก่ Infusion pump, EKG Monitor, Ventilators, Set IV, Insulin ชนิด Regular insulin, IV fluid: NSS, Acetar, NSS/2, 5%D/NSS, 5%D/N/2, Medication: KCL IV Drip, E.KCL, PO_4^- solution, 7.5% $NaHCO_3^-$ และ 3) จัดทำแผนผังแนวปฏิบัติ สำหรับพยาบาลในการให้การพยาบาลผู้ป่วย

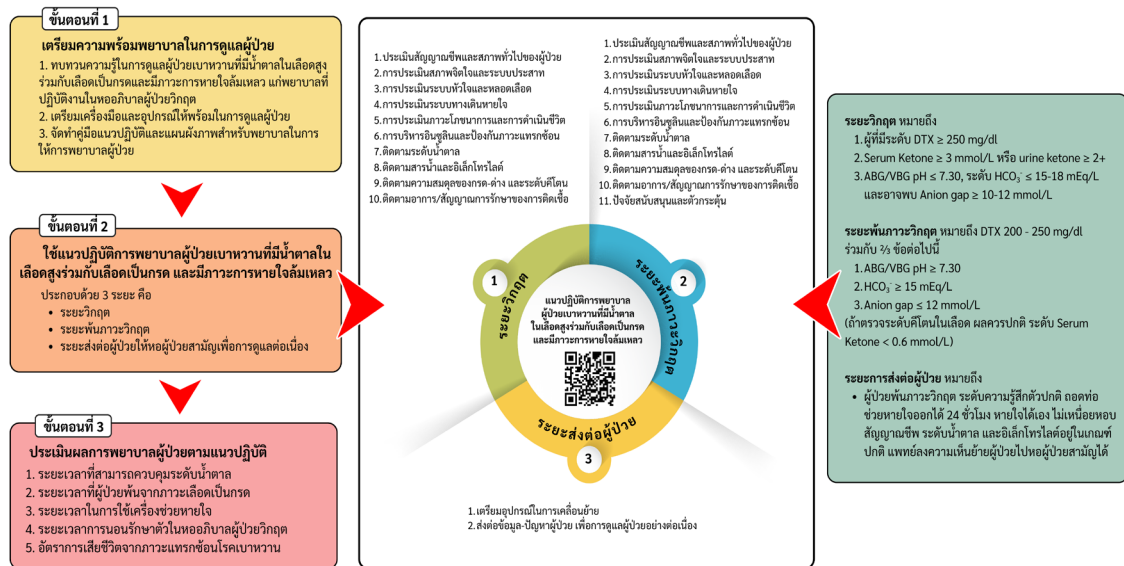
ขั้นตอนที่ 2 ใช้แนวปฏิบัติ ผู้วิจัยดำเนินการโดยมีการประชุมชี้แจงการใช้แนวปฏิบัติ เกี่ยวกับวัตถุประสงค์ของแนวปฏิบัติ สร้างความเข้าใจนิยามศัพท์ของระยะวิกฤต ระยะพ้นภาวะวิกฤต และระยะส่งต่อผู้ป่วย เพื่อให้ทุกคนเข้าใจตรงกัน และอธิบายแนวทางการปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยตามแนวปฏิบัติที่พัฒนาขึ้น ระหว่างการใช้แนวปฏิบัติ ผู้วิจัยมีการสังเกตผลลัพธ์จากการใช้แนวปฏิบัติ ด้านการพยาบาลและด้านผู้ป่วย โดยพยาบาลวิชาชีพที่มีประสบการณ์สูงในการดูแลผู้ป่วย จำนวน 2 คน ซึ่งพบว่า ผลการสังเกตของผู้ประเมินเป็นไปในทิศทางเดียวกัน

การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยเบาหวานที่มีน้ำตาลในเลือดสูงร่วมกับเลือดเป็นกรดและมีภาวะการหายใจล้มเหลว
โรงพยาบาลอุดรดิตถ์

ขั้นตอนที่ 3 ประเมินผลการพยาบาลผู้ป่วย จากแบบรายงานผู้ป่วยที่มีการบันทึกไว้ได้แก่ 1) ระยะเวลาที่สามารถควบคุมระดับน้ำตาล 2) ระยะเวลาที่ผู้ป่วยพ้นจากภาวะเลือดเป็นกรด 3) ระยะเวลาใน

การใช้เครื่องช่วยหายใจ 4) ระยะเวลาการนอนรักษาตัวในหอผู้ป่วยวิกฤต และ 5) อัตราการเสียชีวิตจากโรคเบาหวาน

แนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยเบาหวานที่มีน้ำตาลในเลือดสูงร่วมกับเลือดเป็นกรด และมีภาวะการหายใจล้มเหลว โรงพยาบาลอุดรดิตถ์



ภาพที่ 2 แนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยเบาหวานที่มีน้ำตาลในเลือดสูงร่วมกับเลือดเป็นกรดและมีภาวะการหายใจล้มเหลว

3. ประสิทธิภาพของการใช้แนวปฏิบัติ ประกอบด้วย ผลลัพธ์ด้านผู้ป่วย และผลลัพธ์ด้านการพยาบาล มีรายละเอียดดังนี้

3.1 ผลลัพธ์ด้านผู้ป่วย

กลุ่มตัวอย่างในการศึกษานี้ประกอบด้วยผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะน้ำตาลในเลือดสูงร่วมกับเลือดเป็นกรดและมีภาวะการหายใจล้มเหลว จำนวน 72 คน แบ่งเป็นกลุ่มควบคุม และกลุ่มทดลอง กลุ่มละ 36 คน ผลการเปรียบเทียบข้อมูลทั่วไปของทั้งสองกลุ่มได้แก่ เพศ ระดับการศึกษา ชนิดของเบาหวาน ระยะเวลาที่ได้รับการรักษา ความต่อเนื่องในการรักษาโรค ร่วม การติดเชื้อ ประวัติการดื่มสุรา ประวัติการได้รับสเตียรอยด์ และการบำบัดด้วยออกซิเจน พบว่าไม่มีความแตกต่างกัน

3.1.1 การสังเกตการปฏิบัติการพยาบาลของพยาบาลวิชาชีพ จำนวน 20 คน พบว่า พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยฯ ในระยะวิกฤต ระยะพ้นภาวะวิกฤต และระยะการส่งต่อผู้ป่วยให้หอผู้ป่วยสามัญเพื่อการดูแลต่อเนื่อง ร้อยละ 95, 95 และ 85 ตามลำดับ ซึ่งอยู่ในระดับมากและค่าเฉลี่ยการปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยเบาหวานฯ โดยรวมทั้ง 3 ระยะ ร้อยละ 95 อยู่ในระดับมากเช่นกัน

3.1.2 เปรียบเทียบประสิทธิภาพของแนวปฏิบัติ ระหว่างกลุ่มควบคุม และกลุ่มทดลอง พบว่า กลุ่มทดลองที่ใช้แนวปฏิบัติ มีระยะเวลาเฉลี่ยที่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลได้ ระยะเวลาที่ผู้ป่วยพ้นจากภาวะเลือดเป็นกรด ระยะเวลาในการใช้

เครื่องช่วยหายใจ และระยะเวลาการนอนรักษาตัวใน พยาบาลตามมาตรฐานปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ
 หอผู้ป่วยวิกฤตน้อยกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการ (p<.05) ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบประสิทธิผลของการใช้แนวปฏิบัติ ระหว่างกลุ่มควบคุม และกลุ่มทดลอง (N=72)

ประสิทธิผลของการใช้แนวปฏิบัติ	กลุ่มควบคุม (n=36)		กลุ่มทดลอง (n=36)		t	p-value
	$\bar{X}$	SD	$\bar{X}$	SD		
1. ระยะเวลาที่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลได้	21.42	12.50	15.44	6.37	2.396	.022
2. ระยะเวลาที่ผู้ป่วยพ้นจากภาวะเลือดเป็นกรด	19.06	12.79	13.83	6.10	3.270	.029
3. ระยะเวลาในการใช้เครื่องช่วยหายใจ	5.03	3.52	2.58	2.12	3.740	.001
4. ระยะเวลาการนอนรักษาตัวในหอผู้ป่วยวิกฤต	7.25	4.41	3.86	2.37	4.199	.000

3.1.3 จำนวน ร้อยละการเสียชีวิตจาก โรคเบาหวาน พบว่า กลุ่มทดลองไม่มีผู้ป่วยเสียชีวิต ส่วนกลุ่มควบคุม พบ 3 ราย (ร้อยละ 2.78)

3.2 ผลลัพธ์ด้านการพยาบาล
 กลุ่มตัวอย่างพยาบาลวิชาชีพก่อนและหลัง ใช้แนวปฏิบัติ จำนวน 20 คน พบว่า ส่วนใหญ่เป็น เพศหญิง ร้อยละ 90 อายุ 20 - 30 ปี ร้อยละ 55 อายุเฉลี่ย 36 ปี การศึกษาปริญญาตรี ร้อยละ 95 ระยะเวลาปฏิบัติงานใน ICU 1 - 5 ปี ร้อยละ 40 ผ่านการ

อบรมด้านการดูแลผู้ป่วยวิกฤต ร้อยละ 100 และมี ประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน ร้อยละ 100

3.2.1 เปรียบเทียบความแตกต่างของ ค่าคะแนนเฉลี่ยความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพ ก่อนและหลังใช้แนวปฏิบัติ พบว่า ค่าคะแนนเฉลี่ย ความพึงพอใจโดยรวมหลังใช้แนวปฏิบัติ อยู่ใน ระดับมากที่สุด ($\bar{X}$ = 4.64, SD = .28) สูงกว่าก่อน ใช้แนวปฏิบัติ ($\bar{X}$ = 2.84, SD = .14) อย่างมี นัยสำคัญทางสถิติ (p<.05) ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าคะแนนเฉลี่ยความพึงพอใจของพยาบาลผู้ใช้แนวปฏิบัติ (n=20)

หัวข้อ	ก่อนใช้แนวปฏิบัติ (n=20)			หลังใช้แนวปฏิบัติ (n=20)			t	p-value
	$\bar{X}$	SD	ระดับ	$\bar{X}$	SD	ระดับ		
1. แนวปฏิบัติการพยาบาลฯ ไม่ยุ่งยากซับซ้อน	2.95	.22	ปานกลาง	4.40	.50	มาก	12.704	.000
2. แนวปฏิบัติการพยาบาลฯ ความสะดวก	2.85	.37	ปานกลาง	4.15	.49	มาก	12.365	.000
3. แนวปฏิบัติการพยาบาลฯ ในการนำไปปฏิบัติ	2.80	.41	ปานกลาง	4.75	.44	มากที่สุด	14.419	.000
4. แนวปฏิบัติการพยาบาลฯ มีความครอบคลุม	2.40	.50	ปานกลาง	4.80	.41	มากที่สุด	14.236	.000
การพยาบาลผู้ป่วยเบาหวานที่มีน้ำตาลใน เลือดสูงร่วมกับเลือดเป็นกรดและมีภาวะการ หายใจล้มเหลว								

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าคะแนนเฉลี่ยความพึงพอใจของพยาบาลผู้ใช้แนวปฏิบัติ (n=20)
(ต่อ)

หัวข้อ	ก่อนใช้แนวปฏิบัติ (n=20)			หลังใช้แนวปฏิบัติ (n=20)			t	p-value
	$\bar{X}$	SD	ระดับ	$\bar{X}$	SD	ระดับ		
5. แนวปฏิบัติการพยาบาลฯ สามารถ นำไปปฏิบัติได้จริง	2.90	.31	ปานกลาง	4.85	.37	มากที่สุด	17.085	.000
6. แนวปฏิบัติการพยาบาลฯ เป็นประโยชน์	3.00	.00	ปานกลาง	4.95	.22	มากที่สุด	39.000	.000
7. ความพึงพอใจในการใช้แนวปฏิบัติ	3.00	.00	ปานกลาง	4.55	.51	มากที่สุด	13.581	.000
การพยาบาลฯ โดยรวม								
โดยรวม	2.84	.14	ปานกลาง	4.64	.28	มากที่สุด	23.881	.000

3.2.2 เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าคะแนนเฉลี่ยสมรรถนะของพยาบาลในการปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยก่อนและหลังใช้แนวปฏิบัติ พบว่า หลังใช้แนวปฏิบัติ พยาบาลมีค่าคะแนนเฉลี่ยสมรรถนะในการปฏิบัติการพยาบาลด้านความรู้ ทักษะ และเจตคติ สูงกว่าก่อนใช้แนวปฏิบัติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) ดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าคะแนนเฉลี่ยสมรรถนะของพยาบาลในการปฏิบัติการพยาบาลฯ ก่อนและหลังใช้แนวปฏิบัติ (n=20)

สมรรถนะของพยาบาล	ก่อนใช้แนวปฏิบัติ (n=20)			หลังใช้แนวปฏิบัติ (n=20)			t	p-value
	$\bar{X}$	SD	ระดับ	$\bar{X}$	SD	ระดับ		
ด้านความรู้ (Knowledge)	12.0	1.41	ดีมาก	13.75	.72	ดีมาก	4.413	.001
ด้านทักษะ (Skill)							20.977	.000
ทักษะการประเมินและเฝ้าระวังอาการผู้ป่วย	3.98	.16	ดี	4.91	.10	ดีมาก		
ทักษะการบริหารจัดการด้านการรักษา	3.84	.27	ดี	4.89	.15	ดีมาก		
การสื่อสารและการดูแลแบบองค์รวม	3.79	.22	ดี	4.58	.36	ดีมาก		
ค่าเฉลี่ยด้านทักษะ	3.90	.14	ดี	4.82	.14	ดีมาก		
ด้านเจตคติ (Attitude)	3.78	.39	ดี	4.85	.30	ดีมาก	11.544	.000

4. การปรับปรุงแนวปฏิบัติ : หลังทดลองใช้แนวปฏิบัติ ผู้วิจัยดำเนินการสนทนากลุ่ม พบว่า แนวปฏิบัติมีความชัดเจน ครอบคลุม และสามารถปฏิบัติได้ในสถานการณ์จริง แต่มีข้อเสนอแนะเพิ่มเติมคือ แผนผังแนวปฏิบัติ ที่ติดไว้ในหอผู้ป่วย เพื่อให้พยาบาลทุกคนใช้เป็นแนวทางในการดูแลผู้ป่วย ควรเพิ่มสีสันทักทายให้เห็นชัดเจนในแต่ละระยะของการดูแลผู้ป่วย เพื่อให้สะดวกและชัดเจนต่อผู้ใช้และการมองเห็น

อภิปรายผล

1. ผลการศึกษาสภาพการณ์ และปัญหาการดำเนินงานการพยาบาลผู้ป่วยฯ พบว่า มี 4 ประเด็นสำคัญ ได้แก่ 1) การพยาบาลผู้ป่วยแบ่งเป็นระยะวิกฤต พันวิกฤต และส่งต่อผู้ป่วยฯ 2) ปัญหาหลักคือการประสานสหสาขาวิชาชีพ และญาตินำอาหารจากภายนอกมาให้ 3) การพัฒนาแนวปฏิบัติ ควรทบทวนความรู้กับพยาบาล และประสานความร่วมมือกับสหสาขาวิชาชีพ ทบทวนการใช้แนวปฏิบัติฯ แนะนำญาติเรื่องอาหารผู้ป่วยเบาหวาน 4) การประเมินแนวปฏิบัติฯ ควรกำหนดตัวชี้วัดที่ชัดเจน และติดตามการปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยฯ อย่างต่อเนื่อง ซึ่งผลการประเมินการปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยฯ พบว่า การปฏิบัติการพยาบาลทั้ง 3 ระยะอยู่ในระดับดีมาก ($\bar{x} = 2.614.64$, $SD = .29$) แสดงให้เห็นว่า มีการดูแลผู้ป่วยวิกฤตตามบริบท ที่ครอบคลุมตั้งแต่ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาจนถึงการจำหน่าย แต่ยังพบปัญหาในการดูแลผู้ป่วยบางประการ อาจเนื่องมาจากไม่มีแนวปฏิบัติที่ชัดเจน ภาระงานที่มาก ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดของ Kusumth³¹ และ Morton and Fontaine³² ที่เน้นว่าการพยาบาลผู้ป่วยวิกฤตควรเป็นการดูแลแบบองค์รวม ในขณะที่วิกฤต พันวิกฤต และส่งต่อ เพื่อให้เกิดความต่อเนื่องและปลอดภัย ซึ่งถ้ามีแนวปฏิบัติที่ชัดเจน ติดตามในการดูแลผู้ป่วยและประเมินผลการปฏิบัติได้ตามเกณฑ์ จะส่งผลให้การพยาบาลที่มีคุณภาพและมาตรฐาน³³

2. ผลการพัฒนาแนวปฏิบัติฯ ประกอบด้วย 3 ขั้นตอน ได้แก่ ขั้นตอนที่ 1 เตรียมความพร้อมพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยขั้นตอนที่ 2 ใช้แนวปฏิบัติฯ มี 3 ระยะ คือ ระยะวิกฤต พันภาวะวิกฤต และแต่ละระยะมีการประเมิน ให้การพยาบาล ติดตามการพยาบาล ระยะละ 26 กิจกรรมการพยาบาล รวม 52

กิจกรรมฯ ส่วนระยะส่งต่อข้อมูลไปหอผู้ป่วยสามัญเพื่อการดูแลต่อเนื่อง มีจำนวน 2 กิจกรรมฯ รวมทั้งหมด 3 ระยะ มีจำนวน 54 กิจกรรมฯ และขั้นตอนที่ 3 ประเมินผลการพยาบาลผู้ป่วยฯ ซึ่งแนวปฏิบัติฯ มีการประเมินคุณภาพจากผู้เชี่ยวชาญ 8 ท่าน ตามมาตรฐาน AGREE II 6 หมวด พบว่า การประเมินแนวปฏิบัติในภาพรวม อยู่ในระดับดี ร้อยละ 81.25 จากนั้นได้นำแนวปฏิบัติฯ ไปใช้กับผู้ป่วยในสถานการณ์จริงแล้ว ได้ดำเนินการปรับปรุงที่มีความเหมาะสมกับบริบท ง่าย สะดวกต่อการใช้งานจริง ดังนั้นจะเห็นว่าการพัฒนาแนวปฏิบัติฯ แนวปฏิบัติฯ มี 3 ระยะ สืบเนื่องจากผู้ป่วยฯ มีพยาธิสรีรวิทยาที่ซับซ้อน การดูแลจำเป็นต้องครอบคลุม ทั้งช่วงภาวะฉุกเฉิน การฟื้นตัว และการป้องกันภาวะแทรกซ้อน และการส่งต่อข้อมูลเพื่อความต่อเนื่องของการรักษาพยาบาล ซึ่งจะช่วยทำให้พยาบาลสามารถปฏิบัติงานได้อย่างเป็นระบบและครอบคลุมทั้งด้านกาย จิตใจ สอดคล้องกับงานวิจัยของ Morton & Fontaine³² เน้นว่าการพยาบาลผู้ป่วยวิกฤตต้องมองเป็นกระบวนการที่ต่อเนื่อง ตั้งแต่การประเมินภาวะวิกฤต การดูแลรักษา จนถึงการฟื้นฟูและการเตรียมความพร้อมในการส่งต่อ และ Kusumth³¹ ยังได้กล่าวถึง การจัดลำดับการพยาบาลผู้ป่วยวิกฤตตามสภาพความรุนแรงและการฟื้นฟูเพื่อให้เกิดประสิทธิภาพสูงสุด

3. ประสิทธิภาพของการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลฯ

3.1 ผลลัพธ์ด้านผู้ป่วยผลวิจัยพบว่า กลุ่มทดลองที่ได้รับการดูแลตามแนวปฏิบัติฯ มีระยะเวลาที่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลได้ ระยะเวลาพ้นจากภาวะเลือดเป็นกรด ระยะเวลาใช้เครื่องช่วยหายใจ และระยะเวลาการนอนรักษาตัวในหอผู้ป่วยวิกฤต น้อยกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) และไม่มีผู้ป่วยเสียชีวิตจากโรคเบาหวาน

แม้ว่าจะพบว่าผู้ป่วยเกิดภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด ทั้งกลุ่มควบคุมและทดลอง ผลดังกล่าวสะท้อนให้เห็นถึงประสิทธิผลของแนวปฏิบัติที่พัฒนาขึ้นอย่างเป็นระบบจากหลักฐานเชิงประจักษ์ ร่วมกับการศึกษาบริบทของการดูแลผู้ป่วย ทำให้ได้แนวปฏิบัติที่มีความชัดเจน และสามารถปฏิบัติได้ในสถานการณ์จริง ครอบคลุมการดูแลผู้ป่วยทุกระยะตั้งแต่ระยะวิกฤตระยะพ้นภาวะวิกฤต และระยะส่งต่อผู้ป่วยฯ มีการเตรียมความรู้เกี่ยวกับโรคให้กับพยาบาล เตรียมเครื่องมืออุปกรณ์ และเวชภัณฑ์ต่างๆ รวมถึงทำความเข้าใจในขั้นตอนการพยาบาลในแต่ละระยะ มีการติดแผนผังแนวปฏิบัติ ที่บอร์ดของหอผู้ป่วยให้ผู้ป่วยปฏิบัติเข้าถึงแนวปฏิบัติ ได้อย่างรวดเร็ว ทำให้พยาบาลมีความพร้อมในการพยาบาลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง เมื่อพบอาการผิดปกติก็สามารถรายงานแพทย์ได้ทันที จึงทำให้สามารถควบคุมระดับน้ำตาลและแก้ไขภาวะเลือดเป็นกรดของผู้ป่วยได้รวดเร็ว การทำงานของระบบทางเดินหายใจกลับสู่สมดุล สามารถหย่าเครื่องช่วยหายใจได้ ผู้ป่วยฟื้นตัวและพ้นภาวะวิกฤตได้เร็วขึ้น นอกจากนี้ยังมีการทำงานร่วมกับสหสาขาวิชาชีพและวางแผนจำหน่ายอย่างเป็นระบบ ทำให้การส่งต่อผู้ป่วยจาก ICU ไปยังหอผู้ป่วยสามัญเกิดขึ้นอย่างราบรื่น ลดความล่าช้าและความซ้ำซ้อน ส่งผลให้ลดระยะเวลาในอนรักษาทันทีในหอผู้ป่วยวิกฤต สอดคล้องกับการศึกษาของ Suttikul, Charusukthawon และ Pornwiang¹³, American Diabetes Association³³, Denchairat, Natteethanasombat and Kasiphol³⁴ ซึ่งรายงานว่า แนวปฏิบัติการพยาบาลที่มีความชัดเจนและเป็นระบบช่วยให้ผู้ป่วยเบาหวานสามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ภายใน 24 ชั่วโมง ลดระยะเวลาในการแก้ไขภาวะเลือดเป็นกรด ลดความเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อน และลดอัตรา

การเสียชีวิตได้อย่างมีนัยสำคัญ นอกจากนี้ยังสอดคล้องกับรายงานของ Xu, Zhang and Wang³⁵ ที่พบว่า แนวทางการพยาบาลแบบเป็นระบบช่วยเร่งการหย่าเครื่องช่วยหายใจและลดภาวะแทรกซ้อนทางระบบหายใจ รวมทั้งรายงานของ Sharma, Patel and Gupta³⁶ ที่ระบุว่า แนวปฏิบัติในผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะน้ำตาลในเลือดสูงร่วมกับเลือดเป็นกรดสามารถลดระยะเวลาใช้เครื่องช่วยหายใจและลดระยะเวลาการอยู่ใน ICU ได้อย่างมีนัยสำคัญ

3.2 ผลลัพธ์ด้านการพยาบาล ผลวิจัยพบว่าหลังจากนำแนวปฏิบัติ ที่พัฒนาขึ้นมาใช้พยาบาลมีค่าเฉลี่ยความพึงพอใจ และสมรรถนะในการปฏิบัติการพยาบาลทั้งด้านความรู้ ทักษะ และเจตคติ สูงกว่าก่อนใช้แนวปฏิบัติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) สะท้อนให้เห็นว่า แนวปฏิบัติ ที่พัฒนาขึ้น มีความชัดเจน ครอบคลุมการพยาบาลผู้ป่วยเบาหวานที่มีน้ำตาลในเลือดสูงร่วมกับเลือดเป็นกรดและมีภาวะการหายใจล้มเหลว สามารถนำไปปฏิบัติได้จริง มีขั้นตอนการปฏิบัติงานและมีระบบสนับสนุนที่รอบด้านทั้งในด้านการเตรียมบุคลากร ทบทวนความรู้เรื่องโรคเบาหวานและภาวะแทรกซ้อน การเตรียมความพร้อมของเครื่องมือ อุปกรณ์ และเวชภัณฑ์ รวมถึงการสอนการใช้แนวปฏิบัติอย่างเป็นระบบ การนิเทศ กำกับติดตามการพยาบาล และการประเมินผลลัพธ์อย่างต่อเนื่อง จึงช่วยส่งเสริมศักยภาพของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของ Suttikul, Charusukthawon and Pornwiang¹³ Denchairat, Natteethanasombat and Kasiphol³⁴ ที่รายงานว่า การใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลที่มีโครงสร้างชัดเจนสามารถเสริมสร้างความรู้และทักษะของพยาบาลเพิ่มความมั่นใจในการปฏิบัติงาน และส่งผลให้เกิดความพึงพอใจในวิชาชีพ

มากขึ้น นอกจากนี้ยังสอดคล้องกับแนวทางของ American Diabetes Association³³ ที่ระบุว่าแนวปฏิบัติที่มีระบบและมีการจัดกระบวนการสนับสนุนที่ดีจะช่วยเพิ่มสมรรถนะของทีมสุขภาพในการดูแลผู้ป่วยเบาหวานได้อย่างมีประสิทธิภาพและปลอดภัย

3.3 ผลการสังเกตการปฏิบัติการพยาบาลพบว่า หลังจากการนำแนวปฏิบัติการพยาบาลที่พัฒนาขึ้นมาใช้ การปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยในทั้ง 3 ระยะ ได้แก่ ระยะวิกฤต ระยะฟื้นภาวะวิกฤต และระยะส่งต่อผู้ป่วยฯ มีคะแนนอยู่ในระดับมาก (ร้อยละ 95, 95 และ 85 ตามลำดับ) โดยมีค่าเฉลี่ยรวมร้อยละ 95 สะท้อนให้เห็นถึงการใช้นโยบายปฏิบัติที่ชัดเจนและครอบคลุม จะช่วยยกระดับมาตรฐานการปฏิบัติการพยาบาลจากการอาศัยประสบการณ์ส่วนบุคคลไปสู่การดูแลตามหลักวิชาการที่เป็นมาตรฐานเดียวกัน และเพิ่มประสิทธิภาพในการประเมินและจัดการภาวะวิกฤตของผู้ป่วยได้ทันทั่วทั้ง สอดคล้องกับการศึกษาของ Suttikul, Charusukthawon and Pornwiang¹³ Denchairat, Natteethanasombat and Kasiphol³⁴ ที่รายงานว่า การใช้นโยบายปฏิบัติการพยาบาลที่พัฒนาขึ้นช่วยให้การดูแลผู้ป่วยเป็นระบบลดความคลาดเคลื่อนในการปฏิบัติงาน และส่งเสริมความปลอดภัยของผู้ป่วย นอกจากนี้ยังสอดคล้องกับแนวทางของ American Diabetes Association³³ ที่ยืนยันว่าแนวปฏิบัติที่เข้าใจง่ายและปฏิบัติตามได้สะดวก จะช่วยเพิ่มคุณภาพการดูแลผู้ป่วยอย่างมีนัยสำคัญและส่งผลกระทบต่อผลลัพธ์ทางคลินิกของผู้ป่วยที่ดี

ข้อเสนอแนะในการนำผลวิจัยไปใช้

ด้านบริหารและบริการทางการพยาบาลผู้บริหารควรกำหนดนโยบายในการใช้นโยบายปฏิบัติและกำกับ ติดตามอย่างต่อเนื่อง และเน้นการนำแนว

ปฏิบัติไปใช้ ปฏิบัติเป็นแนวทางเดียวกัน รวมถึงจัดอบรมและเผยแพร่ผลวิจัยแก่บุคลากรเพื่อขยายการใช้นโยบายปฏิบัติให้ครอบคลุมหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในการดูแลผู้ป่วยวิกฤตเบาหวาน

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควบศึกษผู้ป่วยที่มีระดับน้ำตาลในเลือดสูงแบบไฮเปอร์ออสโมลาร์ (Hyperosmolar Hyperglycemic State หรือ HHS) และกลุ่มผู้ป่วยเบาหวานที่มีน้ำตาลสูงในเลือดร่วมกับภาวะเลือดเป็นกรด ที่ไม่มีภาวะการหายใจล้มเหลว
2. ประเมินผลลัพธ์ของแนวปฏิบัติในระยะยาว เพื่อประเมินประสิทธิผลและศึกษาความคุ้มค่าคุ้มทุนของการใช้นโยบายปฏิบัติ

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณที่ปรึกษางานวิจัย ผศ.ดร.อนัญญา คูอาริยะกุล ผู้อำนวยการโรงพยาบาลอุดรดิตถ์ หัวหน้าพยาบาล และผู้มีส่วนเกี่ยวข้องทุกท่าน

เอกสารอ้างอิง

1. Wagner M. Diabetes Ketoacidosis (DKA): Nursing Diagnosis Care Plans Assessment & Interventions [Internet]. 2023 [cited 2024 May 20] Available from: <https://www.nursetogether.com/diabetic-ketoacidosis-dka-nursing-diagnosis-care-plan/#references>
2. Lizzo JM, Goyal A, Gupta V. Adult Diabetes ketoacidosis – StatPearls – NCBI bookshelf. National Center for Biotechnology Information [Internet]. 2022 [cited 2024 May 20] Available from [https:// www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK560723/](https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK560723/)

3. Henriksen K. Diabetes ketoacidosis symptoms Causes Diagnosis and Treatments. EndocrineWeb [Internet]. 2023 [cited 2024 May 20] Available from: <https://www.endocrineweb.com/diabetesketoacidosis>
4. Ghimire P, Dhamoon GA, Doerr C. Ketoacidosis (Nursing) [Internet]. 2023 [cited 2024 May 22]. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK568717/>
5. Cleveland Clinic. Diabetes-related ketoacidosis (DKA): Symptoms, treatment & causes [Internet]. 2021 [cited 2024 May 21]. Available from: <https://my.clevelandclinic.org/health/diseases/21945-diabetes-ketoacidosis-dka>
6. Diabetes ketoacidosis | Diabetes CDC [Internet]. 2021 [cited 2024 May 21]. Available from: <https://www.cdc.gov/>
7. Tosuksri W, et al. Acute complications: Diabetes ketoacidosis (DKA). In Medical-surgical nursing 1 (1st revised ed). 4 thed. Bangkok: NP Press; 2016. Thai.
8. Sukhothai Thammathirat Open University Faculty Members. Nursing care for adults and elderly with diabetic emergencies, In Nursing care for adults and elderly with endocrine disorders. 17th ed. Nonthaburi: Sukhothai Thammathirat Open University; 2017. Thai.
9. Alanazi OM, Alenzi RML, Alenezi SS, et al. Updates on Incidence and Risk Factors of Diabetic Ketoacidosis among Adults with Type 1 Diabetes: Systematic [Internet]. 2023 [cited 2024 Jun 12]. Available from: https://saudijournals.com/media/articles/SJMPS_912_828-834_FT.pdf
10. Gangakhedkar GR. Diabetic Ketoacidosis and Intensive Care [Internet]. 2019 [cited 2024 Jun 10]. Available from: https://www.researchgate.net/profile/GauriGangakhedkar/publication/343049846_Diabetic_Ketoacidosis_and_Intensive_Care/links/5f13412192851c1eff1c264f/Diabetic-Ketoacidosis-and-Intensive-Care.pdf
11. Fraser WG, Wei LT, Joanne G2 K, et al. Risk of death following admission to a UK hospital with diabetic ketoacidosis. Diabetologia. 2016; 59: 2082-7.
12. Medical Records Division, Uttaradit Hospital. Statistics of diabetic patients (2021-2023). Uttaradit: Uttaradit Hospital. Thai.
13. Suttikul N, Charusukthawon S, Pornwiang Y. Development of nursing practice guidelines for diabetic patients with hyperglycemia and ketosis in critical stage. Journal of Ministry of Public Health Nursing. 2021; 31(1): 14-32. Thai.
14. Yensen J. PICO Search Strategies. Online Journal of Nursing Informatics (OJNI). 2013; 17(3).
15. The Joanna Briggs Institute. New JBI levels of evidence: levels of evidence and grades of recommendation working party [Internet]. Adelaide: The Joanna Briggs Institute [Internet]. 2013 [cited 2024 Jul 13]. Available from: https://jbi.global/sites/default/files/2019-05/JBI-Levels-of-evidence_2014_0.pdf
16. AGREE Next Steps Consortium. The AGREE II Instrument: User's Manual and 23-item Instrument [Internet]. Hamilton (ON): AGREE Research Trust. [Internet]. 2017 [cited 2024 May 20]. Available from: <https://www.agreetrust.org/wp-content/uploads/2017/12/AGREE-II-Users-Manual-and-23-item-Instrument-2009-Update-2017.pdf>
17. Kajembula IM, Matheo KI, Simchimba PD, et al. Understanding the factors influencing nurses in managing patients with diabetic ketoacidosis in the emergency departments of referral hospitals in Dar es Salaam, Tanzania: A descriptive qualitative study [Internet]. PLoS One. 2024 Nov 12;19(11): e0310414. [Internet]. 2024 [cited 2024 Jul 15]. Available from: <https://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0310414>

18. WA Country Health Service. Adult Diabetic Ketoacidosis Guideline. Perth: WA Country Health Service; 2024 Apr 17 (Version 3.00) [Internet]. 2024 [cited 2024 Jul 5]. Available from: <https://www.wacountry.health.wa.gov.au/~media/WACHS/Documents/About-us/Policies/Adult-Diabetic-Ketoacidosis-Guideline.pdf?thn=0>
19. The Diabetes Association of Thailand under the Royal Patronage of Her Royal Highness Princess Maha Chakri Sirindhorn. Guidelines for Diabetes 2023. Srimuang Printing Co., Ltd. [Internet]. 2023 [cited 2024 Jul 5]. Available from: https://drive.google.com/file/d/1OAI DiCyGsJYA1-wTAXoOu6yL_YL9c7IG/view?usp=sharing
20. Dhatariya KK; The Joint British Diabetes Societies for Inpatient Care. The management of diabetic ketoacidosis in adults – An updated guideline from the Joint British Diabetes Societies for Inpatient Care. Diabetic Medicine. 2022; 39(6): e14788 [Internet]. 2022 [cited 2024 Jul 5]. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35224769/>
21. Nursing and Midwifery Council. Nursing management for diabetic ketoacidosis (DKA). London: NMC [Internet]. 2021 [cited 2024 Jul 20]. Available from: https://www.diabetes.org.uk/sites/default/files/2023-01/Nursing%20management%20for%20Diabetic%20Ketoacidosis_V1.0%2020.12.22.pdf
22. Fayiman M, Pasquel FJ, Umpierrez GE. Management of hyperglycemic crises: Diabetic ketoacidosis and hyperglycemic hyperosmolar state [Internet]. Med Clin North Am. 2017 May;101(3):587–606. [Internet]. 2017 [cited 2024 Aug 12]. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6535398/>
23. Joint british diabetes societies for inpatient care. Nursing management for diabetic ketoacidosis (DKA) supplement [Internet]. Version 1.0, 12 Dec 2022. [cited 202 Aug 15]. Available from: https://www.diabetes.org.uk/sites/default/files/2023-01/DKA%20nursing%20supplement_V1.0%2020.12.22.pdf
24. Thai Pediatric and Adolescent Endocrine Society. Management guideline for diabetic ketoacidosis and hyperglycemic hyperosmolar state in children and adolescents [Internet]. 2023 [cited 2024 Jul 5]. Available from: <https://thaipedendo.org/diabetic-ketoacidosis-2566/>
25. Ali ASI, Hassan MS, Said A. Nurses' performance regarding caring of patient with diabetic ketoacidosis [Internet]. Egyptian Journal of Health Care. 2017 Sep;8(3):276–90. doi: 10.21608/ejhc.2017.47312. [cited 2024 Aug 12]. Available from: https://ejhc.journals.ekb.eg/article_47312.html
26. Liao WI, Wang JC, Lin CS, et al. Elevated glycemic gap predicts acute respiratory failure and in-hospital mortality in acute heart failure patients with diabetes [Internet]. Sci Rep. 2019 Apr 18;9:6279. [cited 202 Aug 12]. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC6472356/>
27. Medical technology assessment and research institute. Department of medical services. Ministry of public health. Quality assessment tool for clinical practice guidelines: For research and evaluation. Bangkok: Department of medical services [Internet]. 2023 [cited 2024 May 15]. Available from: <http://www.imrta.dms.moph.go.th/imrta/images/AGREE%20ok%20for%20e-book.pdf>
18. McClelland DC. Testing for competence rather than for intelligence. American Psychologist. 1973; 28(1): 1–14.

การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยเบาหวานที่มีน้ำตาลในเลือดสูงร่วมกับเลือดเป็นกรดและมีภาวะการหายใจล้มเหลว
โรงพยาบาลอุดรดิตถ์

19. Ebel RL, Frisbie DA. Essentials of educational measurement. 5th ed. Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall; 1991.
30. Bloom BS. Human characteristics and school learning. New York: McGraw-Hill; 1976.
31. Kusumph W. Hyperglycemia with ketosis (Diabetes Ketoacidosis: DKA). In Comprehensive nursing care for critically ill patients. 6th ed. Bangkok: Sahaprachapanit; 2017. Thai.
32. Morton PG, Fontaine DK. Critical care nursing: A holistic approach. 11th ed. Wolters Kluwer; 2018
33. American Diabetes Association. Standards of Medical Care in Diabetes – 2025. Diabetes Care. 2025; 48 (Suppl. 1):S1–S5. doi:10.2337/dc25-SINT.
34. Denchairat C, Nattethanasombat K, Kasiphol T. Development of nursing practice guidelines for uncontrolled type 2 diabetes mellitus patients in the community. HCU Journal of Science and Technology. 2020; 6(2): 46–57. Thai.
35. Xu L, Zhang X, Wang Y. Nurse-led early mobility interventions in ICU: Systematic review and meta-analysis. Frontiers in Medicine, 12, 101234 [Internet]. 2025 [cited 2025 Jun 10]. Available from: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC12079643>
36. Sharma R, Patel M, Gupta A. Implementation of DKA clinical care pathway reduces time to resolution and ICU length of stay. Journal of Critical Care Nursing. 2025; 40(2): 101–9.

การประยุกต์ใช้ทฤษฎีการเปลี่ยนผ่านในการพยาบาลผู้ป่วย โรคหลอดเลือดสมองตีบหลังการผ่าตัดเปิดกะโหลกศีรษะ: กรณีศึกษา

สุภาพร ศรีพนม¹ พย.ม. (การพยาบาลผู้ใหญ่)

บทคัดย่อ: โรคหลอดเลือดสมอง (stroke) เกิดจากหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตัน การไหลเวียนเลือดไปเลี้ยงสมองหยุดชะงัก สมองถูกทำลายจนสูญเสียหน้าที่ เกิดอัมพฤกษ์ อัมพาต รุนแรงถึงขั้นเสียชีวิต การรักษาพยาบาลระยะเฉียบพลันที่รวดเร็ว จะช่วยลดความรุนแรง ความพิการของผู้ป่วยได้ การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบในระยะเฉียบพลัน ที่ได้รับการผ่าตัดเปิดกะโหลกศีรษะ ประยุกต์ใช้ทฤษฎีการเปลี่ยนผ่าน (transition theory) ในการพยาบาลตั้งแต่ ระยะก่อนผ่าตัด หลังผ่าตัดและระยะฟื้นฟูสภาพ โดยรวบรวมข้อมูล ค้นหาปัญหา กำหนดข้อวินิจฉัยและวางแผนการพยาบาล กรณีศึกษา ชายไทย อายุ 70 ปี อ่อนแรงแขน ขาด้านซ้าย ก่อนมา 4 ชั่วโมง วินิจฉัยโรคหลอดเลือดสมองและมีภาวะหัวใจห้องบนสั่นพลิ้ว ส่งตัวจากโรงพยาบาล ชุมชน มารักษาที่โรงพยาบาลตติยภูมิแห่งหนึ่ง หลังเข้ารับการรักษา 24 ชั่วโมง มีภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะ ชนิดหัวใจห้องบนสั่นพลิ้ว และความดันโลหิตสูง กำลังกลืนเนื้อแขนขาด้านซ้ายอ่อนแรงมากขึ้น grade 0 ผู้ป่วยมีภาวะ IICP เอกซเรย์สมองพบ ภาวะเนื้อสมองตายจากการขาดเลือด ในบริเวณหลอดเลือดแดงสมองส่วนกลางข้างขวาขนาดใหญ่ ผู้ป่วยได้รับการผ่าตัดเปิดกะโหลกศีรษะ พยาบาลค้นหาปัญหาและให้การพยาบาลตั้งแต่ระยะก่อนผ่าตัด หลังผ่าตัด ฟื้นฟูสภาพ วางแผนจำหน่ายและดูแลต่อเนื่อง ในการเปลี่ยนผ่านระยะวิกฤติ ผ่านพ้นระยะวิกฤติและระยะฟื้นฟู ให้ผู้ป่วยและญาติเผชิญปัญหาเปลี่ยนผ่านจากโรงพยาบาลสู่บ้านได้อย่างเหมาะสม สามารถจำหน่ายกลับไปอยู่ที่บ้านได้ สรุปกรณีศึกษา สามารถเปลี่ยนผ่านการเจ็บป่วยระยะวิกฤตฉุกเฉิน ระยะกึ่งวิกฤต ระยะฟื้นฟูสภาพ ปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อน ได้รับการวางแผนจำหน่ายและกลับไปดูแลตนเองที่บ้านได้

วารสารการปฏิบัติการพยาบาลและการผดุงครรภ์ไทย 2568; 12(2): 83-97

คำสำคัญ: การพยาบาล; ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบ; การผ่าตัดเปิดกะโหลกศีรษะ; ทฤษฎีการเปลี่ยนผ่าน

¹พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตรมหาวิทยาลัยขอนแก่น, พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา จังหวัดนครราชสีมา; ผู้รับผิดชอบหลัก, E-mail: supapornicmhr@gmail.com
วันที่รับบทความ 13 มกราคม 2568 วันที่แก้ไขบทความ 25 พฤษภาคม 2568 วันที่ตอบรับบทความ 9 กรกฎาคม 2568

Application of Transition Theory in Nursing of Ischemic Stroke Patients After Craniectomy: A Case Study

Supaporn Sripanom¹ M.S.N.

Abstract: Stroke, resulting from cerebral artery stenosis or occlusion, disrupts blood flow to the brain, leading to neuronal damage, functional deficits (hemiparesis/plegia), and potential death. Prompt acute-phase medical and nursing care is vital in reducing the severity and disability associated with stroke. This study aimed to explore the application of transition theory in the nursing management of acute ischemic stroke patients undergoing decompressive craniectomy. Data collection, problem identification, nursing diagnosis formulation, and care planning were conducted across the pre-operative, post-operative, and rehabilitation phases. Case Study of a 70-year-old Thai male presented with a 4-hour history of left-sided limb weakness and was diagnosed with ischemic stroke and atrial fibrillation. He was transferred from a community hospital to a tertiary care center. Twenty-four hours post-admission, the patient exhibited atrial fibrillation, hypertension, and worsening left-sided limb weakness (Grade 0 muscle strength). He also presented with signs of increased intracranial pressure (IICP). A brain CT scan revealed a large right middle cerebral artery (MCA) infarction with evidence of cerebral edema. The patient subsequently underwent decompressive craniectomy. Nurses identified problems and provided care across the pre-operative, post-operative, and rehabilitation phases. Discharge planning and continuous care were implemented to facilitate the patient's transition through the critical and recovery periods, enabling the patient and family to cope with the transition from hospital to home effectively. Ultimately, the patient was successfully discharged home. In summary, this case study demonstrates a successful transition through the acute, sub-acute, and rehabilitation phases of critical illness, free from complications, with a comprehensive discharge plan allowing the patient to return home for self-care.

Thai Journal of Nursing and Midwifery Practice 2025; 12(2): 83-97

Keywords: nursing care; ischemic stroke; craniectomy; iransition theory

¹Master of Nursing Science (Adult Nursing), Faculty of Nursing, KhonKaen University, Registered nurse, Professional Level, Maharat Nakhon Ratchasima Hospital, Nakhon Ratchasima province; Corresponding Author, E-mail: supapornicmhr@gmail.com
Received January 13, 2024; Revised May 25, 2025; Accepted July 9, 2025

บทนำ

โรคหลอดเลือดสมอง (Cerebrovascular disease หรือ Stroke) เป็นสาเหตุการตายอันดับ 2 ของโลก¹ แนวโน้มเพิ่มมากขึ้นและเป็นสาเหตุของการเสียชีวิตและความพิการในผู้ใหญ่โดยเฉพาะในประเทศที่มีการเปลี่ยนแปลงวิถีชีวิตอย่างรวดเร็ว มีสาเหตุเกิดจากตีบอุดตันหรือแตกของหลอดเลือดสมอง ทำให้เซลล์สมองตาย (Infarction) เสียหายและเกิดปัญหาต่าง ๆ จากการเสียหน้าที่ของสมองตามมา²

ผลกระทบของโรคหลอดเลือดสมองส่งต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย ทำให้ต้องอยู่ในภาวะพึ่งพิงบุคคลอื่นและ เป็นภาวะทุพพลภาพที่ยาวนาน³ ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตันระยะเฉียบพลัน หากรักษารวดเร็วทันเวลา โดยการให้ยาละลายลิ่มเลือด (Recombinant tissue plasminogen activator : rt-PA) หลังมีอาการไม่เกิน 4.5 ชั่วโมง⁴ จะทำให้เลือดไปเลี้ยงสมองบริเวณที่ขาดเลือดได้ทันเวลา ผู้ป่วยสามารถฟื้นกลับมาสู่ปกติและมีโอกาสฟื้นฟูได้แม้ว่าการให้ยาละลายลิ่มเลือดจะมีประโยชน์ แต่ก็อาจเกิดภาวะแทรกซ้อนตามมาได้ โดยเฉพาะอย่างยิ่งใน 72 ชั่วโมงแรก เมื่อสมองขาดเลือดจะทำให้เกิดภาวะเนื้อสมองตาย ความดันในกะโหลกศีรษะสูง⁴ รวมทั้งผู้ป่วยที่มีความรุนแรงของโรครุนแรง อาจมีอาการบวมของสมองอย่างรุนแรง ทำให้เนื้อที่ในการขยายตัวของสมองภายใต้กะโหลกไม่เพียงพอหรือผู้ป่วยบางรายมีความดันในสมองสูง เมื่อความดันในสมองเพิ่มขึ้นจะทำให้สมองถูกกดจนอาจทำให้เลือดไปเลี้ยงสมองไม่ได้ จึงทำให้ผู้ป่วยมีอาการเปลี่ยนแปลงและทำให้ผู้ป่วยต้องได้รับการผ่าตัดเปิดกะโหลก⁵ (Craniectomy) ทำให้ผู้ป่วยมีความเสี่ยงเพิ่มขึ้น อาจทำให้เสียชีวิตได้

การผ่าตัดเปิดกะโหลกศีรษะ (Craniectomy) จะช่วยลดความดันในกะโหลกศีรษะป้องกันการเกิด ความเสียหายของเนื้อสมอง การผ่าตัดจะช่วย ให้ประเมินและรักษาสาเหตุที่ทำให้เกิดโรคได้ตรงจุด การผ่าตัดมีความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นได้ทั้งก่อน ระหว่าง และหลังการผ่าตัด โดยความเสี่ยงจะแตกต่างกันไป ขึ้นอยู่กับประเภทของการผ่าตัด สภาพร่างกายของ ผู้ป่วยและปัจจัยอื่น ๆ หลังผ่าตัดเสร็จผู้ป่วยจะได้รับการพยาบาลผู้ป่วยหลังผ่าตัดเปิดกะโหลกศีรษะ ซึ่งอาจเกิดภาวะแทรกซ้อนหลังการผ่าตัดได้ เช่น มี เลือดออกหรือเลือดอุดตันเกิดขึ้นบริเวณศีรษะภายหลังการผ่าตัด สมองบวม ปัญหาการหายใจ ปอดบวม และการติดเชื้อ ส่งผลให้ผู้ป่วยมีโอกาสเสียชีวิต ดังนั้น พยาบาลโรคหลอดเลือดสมองจึงต้องมีสมรรถนะ ด้านการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ได้รับการ ผ่าตัดหรือหัตถการทางการแพทย์ จะต้องดูแลอย่าง ใกล้ชิด ช่วยให้ผู้ป่วยรอดชีวิต ลดภาวะแทรกซ้อน ลด ความพิการและมีวันนอนในโรงพยาบาลน้อยที่สุด เพื่อเป็นการลดต้นทุนการบริการทางการแพทย์ และอาจสามารถกลับมาใช้ชีวิตได้ปกติ⁶

หอผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเฉียบพลัน (Stroke unit) โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา สถิติ ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตัน ปี พ.ศ. 2563 - 2565 มีจำนวน 2,575 ราย 2,561 รายและ 2,275 ราย ตามลำดับ อัตราการตายร้อยละ 10.28, 9.26 และ 8.75 ตามลำดับ⁷ สถิติการผ่าตัด กะโหลกศีรษะในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบหรือ อุดตัน ปี พ.ศ. 2563-2565 จำนวน 40 ราย (ร้อยละ 1.55) 102 ราย (ร้อยละ 3.98) และ 192 ราย (ร้อยละ 7.5)ตามลำดับ หลังการผ่าตัดเปิดกะโหลกศีรษะ อาการผู้ป่วยในระยะแรก จะยังไม่ค่อยรู้สึกตัว การเคลื่อนไหวร่างกายได้น้อยและต้องนอนอยู่บน

เตียงตลอด เป็นเวลานาน ทำให้เสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนตามมาได้ ทำให้มีอาการทรุดลงและเป็นสาเหตุการตายที่สำคัญ ดังนั้นจึงต้อง ดูแลผู้ป่วยตั้งแต่แรกรับจากห้องผ่าตัดอย่างใกล้ชิดและต่อเนื่องจนกระทั่งจำหน่าย พยาบาลจึงต้องดูแลตามมาตรฐานวิชาชีพ ประเมินปัญหาอาการเปลี่ยนแปลงและภาวะแทรกซ้อนได้อย่างถูกต้องรวดเร็ว รายงานแพทย์ได้อย่างทันท่วงที เพื่อช่วยชีวิตผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง เมื่ออาการดีขึ้นเข้าสู่ระยะฟื้นฟูสภาพ จะได้รับการวางแผนจำหน่าย โดยกระบวนการวางแผนจำหน่ายจะเริ่มทันทีที่รับผู้ป่วยไว้ในความดูแล เมื่อมีการเตรียมจำหน่ายผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาล บางส่วนญาติยังไม่พร้อมในการรับผู้ป่วยกลับบ้าน ทำให้เกิดปัญหาการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน ตามมาทั้งผู้ป่วยและญาติ

การดูแลในระยะเปลี่ยนผ่าน ตามทฤษฎีของเมลิส มุ่งเน้นการสนับสนุนความสามารถในการปรับตัวของบุคคล รวมถึงการดูแลที่เหมาะสม⁹ การเปลี่ยนผ่าน (transition theory) ให้มีความสำคัญกับช่วงเวลาเปลี่ยนผ่าน ซึ่งเป็นช่วงวิกฤตของผู้ป่วย เป็นการเปลี่ยนผ่านไปตามสถานการณ์ จากภาวะสุขภาพปกติ เป็นผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ระยะในแผนการพยาบาล คือ ระยะวิกฤตฉุกเฉิน (short-term care/critical care priorities) ระยะกึ่งวิกฤต (Intermediate care priorities) ระยะฟื้นฟูสภาพ (long-term care priorities) การดูแลระยะเปลี่ยนผ่าน ประกอบด้วย การประเมินสุขภาพ ความต้องการด้านร่างกาย อารมณ์ การรู้คิดและทำหน้าที่สังคมสิ่งแวดล้อม โดยการดูแลตามระยะเปลี่ยนผ่านตั้งแต่ระยะวันแรก ที่เข้ารับการรักษา ได้รับการดูแลตามปัญหาและความต้องการแผนการพยาบาลระยะเฉียบพลันจนถึงระยะฟื้นฟูสภาพตามความเหมาะสมของผู้ป่วยแต่ละราย

การดูแลในระยะเฉียบพลันตามแนวปฏิบัติร่วมกับการเตรียมความพร้อมเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวในชีวิตประจำวันและความรู้เรื่องโรคให้ผู้ดูแลมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยร่วมกับทีมสุขภาพ ผู้ป่วยที่มีความบกพร่องในการทำกิจวัตรประจำวัน การดูแลในช่วงการเปลี่ยนผ่านของผู้ป่วยและญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจึงมีความสำคัญ การเตรียมความพร้อมจำหน่ายก่อนกลับบ้าน จะช่วยป้องกันภาวะแทรกซ้อน¹⁰

กรณีศึกษาได้นำทฤษฎีการเปลี่ยนผ่านมาประยุกต์ในการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตันในระยะเฉียบพลัน ที่ได้รับการผ่าตัดเปิดกะโหลกศีรษะ (Craniectomy) เป็นการเจ็บป่วยในระยะเฉียบพลัน ค้นหาปัญหา วิเคราะห์ความต้องการและวางแผนการพยาบาลดูแลผู้ป่วยให้ครอบคลุมตั้งแต่แรกรับจนจำหน่ายผู้ป่วยกลับบ้าน เพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อนขณะรับการรักษาและสามารถกลับไปดำรงชีวิตได้อย่างมีคุณภาพชีวิตที่ดี

กรณีศึกษา

ข้อมูลทั่วไป: ชายไทย อายุ 70 ปี เชื้อชาติ ไทย นับถือศาสนา พุทธ การศึกษาระดับมัธยมศึกษาปีที่ 3 อาชีพ ก่อสร้าง สถานภาพสมรส คู่ รับเข้ารักษาที่หอผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเฉียบพลัน (Stroke unit) โรงพยาบาลตติยภูมิแห่งหนึ่ง

อาการสำคัญ : แขนขาด้านซ้ายอ่อนแรง ก่อนมา 4 ชั่วโมง

ประวัติการเจ็บป่วยปัจจุบัน: 12 ชั่วโมง ก่อนมา แขนขาด้านซ้ายอ่อนแรง (Last seen normal 19.00 น.) เวลา 21.00 น. ญาติให้ประวัติว่า ไปพบผู้ป่วยนอนอยู่กับพื้น ไม่ทราบประวัติล้ม ไม่มีบาดแผล

ตามร่างกาย ญาติจึงพามาอนที่เตียง ต่อมาเวลา 06.00 น. พบว่าผู้ป่วยมีอาการแขนขาอ่อนแรง พูดไม่ชัด ปากเบี้ยว สับสน ญาติจึงแจ้ง EMS ออกรับเวลา 06.36 น. พาไปรักษาที่โรงพยาบาลระดับตติยภูมิแห่งหนึ่ง

ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต : ปฏิเสธโรคประจำตัว ปฏิเสธการผ่าตัดและการแพ้ยาอาหารดื่มสุราเป็นบางครั้ง สูบบุหรี่วันละ 5 มวน สูบมา 20 ปี ปัจจุบันยังสูบบุหรี่อยู่

แรกวันที่ห้องอุบัติเหตุฉุกเฉินโรงพยาบาลชุมชน รู้สึกตัวรู้เรื่อง ทำตามคำสั่งได้ ผลการตรวจร่างกาย: ประเมินอาการทางระบบประสาท Glasgow coma scale 14 คะแนน E₄ V₄ M₆ Pupil ด้านขวา 3 มิลลิเมตร Reaction to light ด้านซ้าย 4 มิลลิเมตร Reaction to light, กำลังของกล้ามเนื้อ (motor power) แขนขวาเกรด 5 แขนซ้ายเกรด 2 มี right facial Palsy, Eye deviate to left side, Left neglect Dysarthria HIHSS 14 คะแนน สัญญาณชีพ อุณหภูมิ 36.8 องศาเซลเซียส ชีพจร 140 ครั้ง/นาที หายใจ 20 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 134/107 มิลลิเมตรปรอท ความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือด 95 % EKG : Atrial Fibrillation with rapid ventricular response (RVR) rate 140 ครั้ง/นาที วินิจฉัย stroke non fast 1st with atrial fibrillation ได้ยา Cordarone 150 mg+5% D/W 100 ml IV drip 30 นาที, น้ำเกลือ 0.9 % Sodium Chloride 1,000 ml IV load 500 ml then 80 ml/hr ประเมินอาการซ้ำ ชีพจร 120-130 ครั้ง/นาทีและได้ Amiodarone 150 mg+5% D/W 100 ml iv drip 30 นาที ได้ส่งตัวมารักษาต่อผ่านระบบช่องทางด่วน (Stroke fast track) ที่โรงพยาบาลระดับตติยภูมิ

ห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ระดับตติยภูมิ

รู้ตัวรู้เรื่อง E₄ V₅ M₆ Pupil 3 มิลลิเมตร NIHSS 14 คะแนน CT brain: พบ Hypodensity at Right parietal temporal lobe ผลตรวจ EKG:พบ atrial fibrillation rate 100 ครั้ง/นาที สัญญาณชีพ อุณหภูมิ 36.4 องศาเซลเซียส ชีพจร 104 ครั้ง/นาที หายใจ 20 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 109/82 มิลลิเมตรปรอท วินิจฉัย Ischemic stroke (non fast) lesion: right -TOAST classification: cardio embolism มีภาวะความดันโลหิตสูง ระหว่าง 157/90- 183/110 มิลลิเมตรปรอท เฝ้ารอผู้ป่วยอย่างใกล้ชิด ติดตามประเมินสัญญาณชีพและอาการเปลี่ยนแปลงทางระบบประสาททุก 15 นาที เมื่อครบกำหนดแล้ว ชีพจร 60 ครั้ง/นาที หายใจ 20 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 178/109 มิลลิเมตรปรอท ประสานงานส่งต่อข้อมูลผู้ป่วย Admit ที่หอผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (stroke unit) วันที่ 17 กันยายน 2565 เวลา 18.00 น. (post stroke day 1)

หอผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเฉียบพลัน (stroke unit) แรกวันที่รู้ตัวรู้เรื่อง E₃ V₅ M₆ pupil 3 min RTLBE, motor power แขนขวาเกรด 4 แขนซ้ายเกรด 2, ประเมินความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวันโดยใช้แบบประเมินบาร์เธล (Barthel Index: BI)= 40, ประเมินระดับความพิการด้วย Modified Rankin Scale (MRS) =5, คะแนนความรุนแรงของการเจ็บป่วยด้วย National Institute of Health Stroke Scale (NIHSS) 22 คะแนน, คะแนนความเสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับบราเดน (Braden score) 12 คะแนน left side neglect, eye deviate to left ต่อมาผู้ป่วยมีภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะ HR = 130-140 ครั้ง/นาที EKG : AF รายงานแพทย์ทราบ ได้ Digoxin 0.25 mg v keep HR< 120 ได้รับการดูแลตามแผนการรักษาและเฝ้ารออาการทางระบบ

ประสาท (post stroke day 2) เวลา 18.00 น. มีไข้ 38.1 HR 120-140 ครั้ง/นาที EKG : AF ได้ Digoxin 0.25 mg v, on o.9% NSS v 80, score drop E₃ V₄ M₆ กำลังของกล้ามเนื้อแขนด้านขวาเกรด 5 ขาด้านขวา เกรด 3 motor power ลดลง และแขนขาด้านซ้ายเกรด 0 CT brain : Large Right MCA infarction ส่งปรึกษา ศัลยแพทย์ทางระบบประสาท และ set OR for craniectomy ผู้ป่วยได้รับการเตรียมความพร้อมและการพยาบาลก่อนไปผ่าตัด กลับจากห้องผ่าตัด หลังผ่าตัด Craniectomy (post stroke day 3) ใช้เวลา ผ่าตัด 2 ชั่วโมง blood loss 300 ml แกรับ E₃ V₄ M₅ อุณหภูมิ 37.0 องศาเซลเซียส, ชีพจร 100 ครั้ง/นาที, หายใจ 20 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 140/100 mmHg Spo₂ 100% ผู้ป่วยได้รับการพยาบาลหลัง ผ่าตัด post-op for craniectomy ผู้ป่วยตื่น ทำตามสั่ง มีไข้ต่ำ ๆ E₃ V₄ T₅ on ETT c ventilator หายใจตาม เครื่อง setting PCV Mode PC 14 RR 14 PEEP 5 Fio₂ Spo₂ 98% ไม่สุขสบาย ปวดแผล pain score 5 คะแนน BP 160/100 mmHg แผลไม่ซึม, drain สีแดง จาง ๆ ยังมีภาวะความดันโลหิตสูง แพทย์พิจารณา ให้ยา Hydralazine (25) 1 tab รับประทานทางปาก วัดซ้ำ 163/99 mmHg

ระยะวิกฤตฉุกเฉิน day 1-5 วันที่ 20-23 กันยายน 2565 ยังพบภาวะ hypertension ซึ่งเป็น อาการสำคัญที่ต้องควบคุมในระยะวิกฤต E₄ V₄ T₆ ปลุกตื่น ลืมตา ทำตามสั่ง motor power ข้างขวา เกรด 0 ด้านซ้ายเกรด 4 ยังมีภาวะความดันโลหิตสูง BP 174/90-184/113 mmHg มีภาวะ Hypokalemia k 3.48 ได้ E.Kcl 30 cc q 3 ชั่วโมง จำนวน 3 dose 23 กันยายน 2565 ผู้ป่วย on CPAP มีเสมหะขับออกเองไม่ได้ ดูดเสมหะและดูแลระบบทางเดินหายใจให้

ผู้ป่วยหายใจดีไม่เหนื่อย หายใจ 20 ครั้ง/นาที แพทย์ พิจารณาถอดท่อช่วยหายใจออกในวันที่ 23 กันยายน 2565 Spo₂ = 98-100% ผู้ป่วยมีปัญหาแขนขาด้าน ซ้ายเกรด 0 แขนและขาด้านขวาเกรด 3 hemiparesis Neglect ด้านซ้าย, มีอาการพูดไม่ชัด (dysarthria) ส่งปรึกษา Stroke & TBI Rehabilitation และ PT program และศูนย์ดูแลระยะกลาง (intermediate care)

วันที่ 25-28 กันยายน 2565 (post stroke day 9-12) E₄ V₄ T₅ พูดเริ่มมีเสียงบ้างแล้วพูดไม่ชัดมี อาการพูดไม่ชัด (dysarthria) ประเมินการกลืนไม่ผ่าน on NG feed ช่วยเหลือตัวเองได้น้อย บ่นนอนไม่ค่อย หลับ วิดกกังวลเกี่ยวกับอาการและความเจ็บป่วย แขน ด้านขวาเกรด 4 ขาเกรด 3, แขนและขาด้านซ้ายเกรด 0 Braden score 13 คะแนน แผลผ่าตัดแห้งดี วางแผน เตรียมความพร้อมผู้ป่วยดูแลต่อเนื่อง ผู้ดูแลหลักเป็น บุตรชายและน้องสาวของผู้ป่วย ให้คำแนะนำผู้ป่วยใน การปฏิบัติตัวเมื่อต้องกลับไปดูแลตนเองต่อเนื่องที่ บ้าน ป้องกันการกลับเป็นซ้ำและเตรียมความพร้อม ของผู้ป่วย วางแผนจำหน่าย ตามหลัก D-METHOD มาพบแพทย์ตามนัดเพื่อติดตามการรักษาและรับ ประทานยาอย่างต่อเนื่องที่บ้าน การดูแลตนเองที่ เหมาะสมเมื่อกลับบ้าน ผู้ป่วยและญาติรับทราบเข้าใจ ในการดูแลผู้ป่วยมากขึ้น Braden scale 40 คะแนน MRS 5 คะแนน ส่งกลับไปรักษาต่อที่โรงพยาบาล ระดับทุติยภูมิ รวมระยะเวลาในการรักษา 12 วัน

วัตถุประสงค์

เพื่อประยุกต์ใช้ทฤษฎีการเปลี่ยนผ่าน (transition theory) กับ การพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือด สมองตีบหรืออุดตันที่ได้รับการผ่าตัดเปิด กะโหลกศีรษะ (Craniectomy) ผู้ป่วย 1 ราย

วิเคราะห์กรณีศึกษา

ผู้ป่วยเป็นโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตัน และมีภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะชนิด Atrial fibrillation (AF) เป็นภาวะแทรกซ้อนและเป็นภาวะวิกฤติ ใน 24-48 ชั่วโมงแรก เมื่อเกิด AF จะทำให้การบีบไล่เลือดของ Atrium ทำได้น้อยลงเกิด Blood stasis มากขึ้น โดยเฉพาะ Lumen ของ Left atrial appendage (LAA) ทำให้เกิดการสร้าง thrombus มากขึ้น AF จะกระตุ้นให้เกิด Fibrosis มากขึ้น เมื่อเกิด Asynchronous atrial contraction จึงทำให้เพิ่มแรงต่อผนังเกิด inflammation, ischemia กระตุ้น fibrosis ทำให้ Atrial cardiomyopathy อาการแย่ลง จึงต้องใช้กระบวนการพยาบาลให้การพยาบาลทันทั่วทั้งกับอาการที่เปลี่ยนแปลง เฝ้าระวังติดตามอาการผู้ป่วยอย่างใกล้ชิด ตั้งแต่รับใหม่ ต่อเนื่องจนพ้นภาวะวิกฤติ ผู้ป่วยเกิด Large Right MCA infarction จึงต้องได้รับการผ่าตัดเปิดกะโหลกศีรษะ (Craniectomy) ทำให้ต้องเผชิญกับการเปลี่ยนแปลงในชีวิต ส่งผลกระทบต่อสุขภาพ วิธีการดำเนินชีวิตของผู้ป่วย จึงเลือกใช้ทฤษฎีเปลี่ยนผ่าน ช่วยให้เข้าใจกระบวนการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วยแต่ละช่วงของการเจ็บป่วย นำไปวางแผนการดูแลที่เหมาะสม ส่งเสริมการปรับตัว และเตรียมความพร้อมเพื่อกลับไปดูแลตนเองที่บ้าน

ทฤษฎีการเปลี่ยนผ่านและการประยุกต์ใช้ (transition theory)

ทฤษฎีการเปลี่ยนผ่าน (transition theory) ตามที่เมสลิสกล่าวไว้⁹ หมายถึง การเปลี่ยนผ่านเป็นการเปลี่ยนจากภาวะสุขภาพปกติ (being healthy) ไปสู่การเจ็บป่วย (being unhealthy) และผ่านภาวะการเจ็บป่วยกลับไปใช้ชีวิตอยู่ในสังคม ซึ่งทฤษฎีการเปลี่ยนผ่านมีองค์ประกอบของทฤษฎี (component of

transition theory) 4 มโนทัศน์ ได้แก่ มโนทัศน์ที่ 1 ธรรมชาติของการเปลี่ยนผ่าน (nature of transitions) มโนทัศน์ที่ 2 เงื่อนไขของการเปลี่ยนผ่าน (transition conditions) มโนทัศน์ที่ 3 รูปแบบการตอบสนอง (pattern of response) และมโนทัศน์ที่ 4 การบำบัดทางการพยาบาล (nursing therapeutic)⁹

องค์ประกอบของทฤษฎีการเปลี่ยนผ่าน (component of transition theory)

มโนทัศน์ที่ 1 ธรรมชาติของการเปลี่ยนผ่าน (nature of transitions)

1. ชนิดของการเปลี่ยนผ่าน (types of transitions) 1) การเปลี่ยนผ่านตามระยะพัฒนาการ (developmental transitions) ได้แก่ การเปลี่ยนผ่านของบุคคลวัยต่าง ๆ เช่น จากเด็กสู่วัยรุ่น จากวัยรุ่นสู่ผู้ใหญ่ และจากวัยผู้ใหญ่ถึงวัยสูงอายุ การสร้างครอบครัว 2) การเปลี่ยนผ่านตามสถานการณ์ (situational transitions) ได้แก่ การเปลี่ยนระดับการศึกษา การย้ายถิ่นฐาน การย้ายที่อยู่อาศัย การเปลี่ยนสิ่งแวดล้อม การเปลี่ยนบทบาทตามสถานการณ์ 3) การเปลี่ยนผ่านตามภาวะสุขภาพ (health-illness transitions) และการเจ็บป่วยและส่งผลกระทบต่อบุคคลและครอบครัว และ 4) การเปลี่ยนผ่านตามระบบขององค์กร (organization transitions) เช่น การ reform องค์กรมีผลกระทบต่อวิถีชีวิตของคนในองค์กร

2. รูปแบบของการเปลี่ยนผ่าน (pattern of transitions) มีหลากหลายรูปแบบ ประกอบด้วย รูปแบบเดี่ยว (single) รูปแบบหลากหลาย (multiple) รูปแบบที่มีลำดับขั้นตอน (sequential) รูปแบบที่เกิดขึ้นพร้อมกัน (simultaneous) และรูปแบบที่ไม่สัมพันธ์กัน (unrelated) การเปลี่ยนผ่านของบุคคลเกิดขึ้นได้หลากหลายรูปแบบ

3. คุณลักษณะสำคัญของการเปลี่ยนผ่าน (properties of transitions) 3.1 ความตระหนักรู้ต่อการเปลี่ยนผ่าน เป็นการรับรู้ (perception) ความรู้ (knowledge) และการสำนึก (recognition) ของบุคคลต่อการเปลี่ยนผ่าน ทั้งด้านร่างกาย อารมณ์ สังคมและสิ่งแวดล้อม กระบวนการและผลลัพธ์ของการเปลี่ยนผ่านมีความเกี่ยวข้องกัน 3.2 การยอมรับการเปลี่ยนผ่าน เป็นการแสดงออกของบุคคลที่เข้าไปเกี่ยวข้องหรือสัมพันธ์กับการเปลี่ยนผ่าน และยอมรับการเปลี่ยนผ่านเป็นส่วนหนึ่งของชีวิตประจำวัน โดยระดับของการตระหนักรู้ต่อการเปลี่ยนผ่านจะมีความสัมพันธ์กับระดับของการยอมรับการเปลี่ยนผ่าน การยอมรับการเปลี่ยนผ่านจะเกิดขึ้นไม่ได้ถ้าไม่มีการตระหนักรู้ 3.3 ความเปลี่ยนแปลงและรู้สึกแตกต่างไปจากเดิม 3.4 ช่วงเวลาของการเปลี่ยนผ่าน 3.5 ความเกี่ยวข้องกับเหตุการณ์สำคัญ

มโนทัศน์ที่ 2 เงื่อนไขของการเปลี่ยนผ่าน (transition conditions)

เงื่อนไขด้านบุคคล ชุมชน และสังคมที่เอื้ออำนวยหรือยับยั้งการเปลี่ยนผ่าน ที่เกิดให้ผ่านพ้นไปได้ง่ายหรือมีความยากลำบาก เมื่อบุคคลเผชิญกับกระบวนการเปลี่ยนแปลงผ่าน บุคคลจะมีประสบการณ์ตระหนักรู้ การเข้าไปอยู่ในเหตุการณ์หรือกระบวนการเปลี่ยนแปลง กระบวนการที่เกิดขึ้นในระยะเวลา การเผชิญกับจุดวิกฤตหรือเหตุการณ์วิกฤติ เงื่อนไขด้านบุคคล เป็นการให้ความหมายต่อเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น วัฒนธรรม ความเชื่อและทัศนคติที่มีต่อการเปลี่ยนผ่าน สภาพสังคม เศรษฐกิจ การเตรียมความพร้อมและความรู้ ที่จะต้องมี เมื่อมีการเปลี่ยนผ่านเกิดขึ้น

มโนทัศน์ที่ 3 รูปแบบการตอบสนอง (pattern of response)

ตัวบ่งชี้เชิงกระบวนการ (process indicator) และตัวบ่งชี้เชิงผลลัพธ์ (outcome indicators) เป็นตัวบ่งชี้ว่าการเปลี่ยนผ่านเข้าสู่สภาวะใหม่ว่าเป็นไปได้ อย่างสมบูรณ์หรือไม่อย่างไร

3.1 ตัวบ่งชี้เชิงกระบวนการ (process indicators) ความรู้สึกเชื่อมโยงผูกพันมีปฏิสัมพันธ์ต่อกัน สถานที่และการดำรงอยู่และการสร้างความเชื่อมั่นและจัดการเปลี่ยนผ่าน ปัจจัยเงื่อนไขการเปลี่ยนผ่านที่เป็นตัวบ่งชี้ด้านกระบวนการ คือ ความมั่นใจและการเผชิญปัญหาโดยอาศัยแรงสนับสนุนทางสังคมเข้ามามีส่วนร่วม

3.2 ตัวบ่งชี้เชิงผลลัพธ์ (outcome indicators) ผลลัพธ์ที่เกิดจากประสบการณ์การเปลี่ยนผ่านประกอบด้วย 2 ตัวบ่งชี้ได้แก่ การมีทักษะและความชำนาญ บ่งชี้การเปลี่ยนผ่านที่ดำเนินไปด้วยดี โดยบุคคลจะสามารถแสดงพฤติกรรมและทักษะ ความชำนาญของตนในการจัดการกับสถานการณ์ใหม่ ซึ่งแสดงถึงความสามารถในการปรับตัวได้อย่างมีประสิทธิภาพ จัดการกับอารมณ์ต่าง ๆ ได้ และการสร้างอัตลักษณ์ใหม่และมีพฤติกรรมที่เป็นปกติ ซึ่งสามารถประเมินได้ทั้งการเปลี่ยนผ่านที่เกิดในระดับบุคคลและระดับองค์กร

มโนทัศน์ที่ 4 การบำบัดทางการพยาบาล (nursing therapeutic)

รูปแบบกิจกรรมการพยาบาล วางแผนเพื่อสร้างความมั่นใจให้กับผู้ป่วยดูแลตนเองและเผชิญปัญหาที่เกิดขึ้นได้อย่างเหมาะสม ดำรงชีวิตอยู่ในสังคมได้อย่างมีความสุขและมีคุณภาพชีวิตที่ดี บทบาทของพยาบาล ช่วยเหลือให้ผู้ป่วยสามารถเปลี่ยนผ่านเข้าสู่สภาวะใหม่ได้อย่างสมบูรณ์และง่ายขึ้นโดยการประเมินความพร้อมของบุคคลในการเปลี่ยนผ่านเข้าสู่สภาวะใหม่ การเตรียมเพื่อการเปลี่ยนผ่านเข้าสู่สภาวะใหม่และการใช้บทบาทเสริม

การประยุกต์ใช้ในกรณีศึกษา

มโนทัศน์ที่ 1 ธรรมชาติของการเปลี่ยนผ่าน (nature of transitions)

ผลการวิเคราะห์ในกรณีศึกษานี้ พบว่า ชนิดของการเปลี่ยนผ่าน เป็นการเปลี่ยนผ่านตามภาวะสุขภาพและการเจ็บป่วย การเปลี่ยนผ่านจากบุคคลธรรมดาเป็นบุคคลที่มีภาวะเจ็บป่วย การผ่าตัด การเปลี่ยนแปลงจากการรับการรักษาในโรงพยาบาล เป็นกลับไปพักฟื้นที่บ้าน ส่วนรูปแบบของการเปลี่ยนผ่าน เป็นการเปลี่ยนผ่านที่มากกว่าหนึ่งการเปลี่ยนผ่านที่เกิดขึ้นพร้อมกัน มีการเจ็บป่วยจากเฉียบพลันเป็นผู้ป่วยเรื้อรัง ขณะเดียวกัน คุณสมบัติของประสบการณ์การเปลี่ยนผ่านในผู้ป่วย จะมีการเปลี่ยนแปลงไปตามระยะเวลาของการเปลี่ยนผ่าน และจุดวิกฤตและเหตุการณ์ ซึ่งในช่วงแรก ผู้ป่วยยังไม่ตระหนักรู้ เนื่องจากระดับความรู้สึกตัวยังรับรู้ไม่เป็นปกติ แต่เมื่อรู้สึกตัวเริ่มรับรู้ ตระหนักถึงสภาวะของตนเองอย่างไร เมื่อตระหนักแล้วจึงเกิดการปฏิบัติเพื่อให้เปลี่ยนผ่านได้

ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง เน้นการเปลี่ยนผ่านตามภาวะสุขภาพ (health illness transitions) อายุ 70 ปี การเปลี่ยนผ่านภาวะสุขภาพ อ่อนแรงแขนขา ด้านซ้าย พูดไม่ชัด ปากเบี้ยว สับสนญาติ จึงแจ้ง EMS ออกรับเวลา 06.36 น. พาไปรักษาที่โรงพยาบาล ผู้ป่วยมีอาการของโรคหลอดเลือดสมองและมีภาวะหัวใจห้องบนสั่นพลิ้ว หัวใจเต้นผิดจังหวะ HR = 120-140 ครั้ง/นาที ต่อมาอาการทรุดลง กำลังกล้ามเนื้อแขนขาลดลง CT brain : Large Right MCA infarction ต้องได้รับการผ่าตัด Craniectomy หลังผ่าตัด ผู้ป่วยดีขึ้น แต่ยังมีปัญหา hemiparesis neglect ด้านซ้าย และ dysphagia จากเคยพึ่งพาตนเองได้ ต้องพึ่งพาผู้อื่น (developmental transitions) ความสามารถในการ

ปฏิบัติกิจวัตรประจำวันลดลง ช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ จากภาวะของโรค ส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยและครอบครัว จึงต้องเตรียมความพร้อมในการดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องที่บ้าน รูปแบบของการเปลี่ยนผ่าน (pattern of transitions) เป็นแบบที่มีลำดับขั้นตอน (sequential) การเจ็บป่วยจากเฉียบพลันเป็นผู้ป่วยเรื้อรัง ส่วนคุณลักษณะสำคัญของการเปลี่ยนผ่าน (properties of transitions) ผู้ป่วยมีความตระหนักรู้ต่อการเปลี่ยนผ่าน จากรู้สึกตัว รู้เรื่องทำตามคำสั่งได้ ในวันแรกที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ต่อมาผู้ป่วยซึมลงระดับความรู้สึกตัวเปลี่ยนแปลงไป E V M₆ กำลังกล้ามเนื้อแขนขา ด้านซ้ายอ่อนแรงมากขึ้น เกรด 0 ผู้ป่วยกำลังเผชิญอยู่ในภาวะของการเปลี่ยนผ่าน แขนและขา ด้านซ้ายไม่ขยับ ไม่ตอบสนองต่อแรงกระตุ้น ผู้ป่วยมีความตระหนักว่ากำลังมีการเปลี่ยนแปลงเกิดขึ้น แพทย์สั่งทำ CT brain ต่วน วินิจฉัยว่ามีการตีบของหลอดเลือดสมองด้านขวา Large Right MCA infarction ส่งปรึกษาศัลยแพทย์ เฉพาะทางระบบประสาทและแพทย์โทรศัพท์แจ้งญาติพูดคุยเกี่ยวกับอาการและแผนการรักษาและการผ่าตัด Craniectomy

การยอมรับการเปลี่ยนผ่าน ในผู้ป่วยมีการเปลี่ยนผ่านตามภาวะสุขภาพ เป็นการเปลี่ยนผ่านของสุขภาพหรือสถานการณ์การเจ็บป่วย เริ่มตั้งแต่การวินิจฉัยหรือกระบวนการดูแลรักษา มีความสัมพันธ์กับสถานการณ์ที่เกิดขึ้นใหม่ ผู้ป่วยต้องได้รับการผ่าตัด จึงต้องขอความยินยอมจากญาติ บุตรชายผู้ป่วยเป็นผู้ตัดสินใจแทน บุตรชายรับทราบเข้าใจยินยอมรับความเสี่ยงในการผ่าตัดและยินยอมให้ผ่าตัดความเปลี่ยนแปลงและรู้สึกแตกต่างไปจากเดิมและได้รับการเตรียมความพร้อมก่อนผ่าตัดตามแผนการรักษา ส่งผู้ป่วยไปห้องผ่าตัดเวลา 23.30 น.

มโนทัศน์ที่ 2 เงื่อนไขของการเปลี่ยนผ่าน (transition conditions)

เงื่อนไขของการเปลี่ยนผ่าน ประกอบด้วย เงื่อนไขด้านบุคคล ชุมชนและสังคม ที่เอื้ออำนวยให้การเปลี่ยนผ่านดำเนินไปด้วยดีหรือยับยั้งการเปลี่ยนผ่านไม่ประสบความสำเร็จ ซึ่งในกรณีศึกษา พบว่า เงื่อนไขด้านบุคคล คือ การขาดการเตรียมความพร้อมและความรู้จึงเป็นอุปสรรคต่อประสบการณ์การเปลี่ยนผ่านของบุคคล เงื่อนไขด้านชุมชน ที่เอื้อต่อประสบการณ์การเปลี่ยนผ่าน คือ การได้รับการช่วยเหลือสนับสนุนจากครอบครัว ส่วนเงื่อนไขด้านสังคม ได้แก่ ความเชื่อ อันเป็นเงื่อนไขหนึ่งที่สามารถเอื้อหรือเป็นอุปสรรคต่อการเปลี่ยนผ่าน

นอกจากนี้ ผู้ป่วยมีประวัติสูบบุหรี่และดื่มสุราเป็นประจำ คาร์บอนมอนนอกไซด์ในบุหรีจะมีผลต่อการเกาะของกลุ่มของเกล็ดเลือด บุหรีเป็นปัจจัยเสี่ยงในการแข็งตัวของเลือดเพิ่มขึ้น สารนิโคตินในบุหรีมีผลเพิ่มระดับความดันโลหิต ทำให้การเต้นของหัวใจผิดปกติ ผู้ป่วยมีหัวใจเต้นผิดจังหวะ Atrial fibrillation ทำให้ผนังหัวใจห้องล่างผิดปกติ เกิดลิ่มเลือดในระบบไหลเวียนโลหิต และนำไปสู่การอุดตันของหลอดเลือดสมองได้ กรณีศึกษาเป็น embolic stroke มีพยาธิสภาพ MCA infarction มีการเข้าสู่การเปลี่ยนผ่านของบุคคล โดยทฤษฎีการเปลี่ยนผ่าน อธิบายการเจ็บป่วยของบุคคลที่ต้องใช้ระยะเวลาในการฟื้นฟูสภาพ การดูแลผู้ป่วยให้เหมาะสมแต่ละระยะ กระบวนการนี้แบ่งเป็น 3 ระยะ ได้แก่

1) ระยะเริ่มเข้าสู่กระบวนการเปลี่ยนผ่าน (entering phase) เป็นระยะที่ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาอยู่ในโรงพยาบาล ด้วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลันและต้องได้รับการผ่าตัดสมอง ผู้ป่วยและ

ญาติ ย่อมมีความวิตกกังวลและขาดความรู้ในการปฏิบัติตัวก่อนและหลังผ่าตัดขาดความรู้เกี่ยวกับโรคที่เป็นอยู่ไม่รู้ผลที่จะเกิดตามมาภายหลังการรักษา

2) ระยะระหว่างกระบวนการเปลี่ยนผ่าน (passage phase) เป็นระยะที่ผู้ป่วยได้รับการผ่าตัดสมอง ในระยะนี้ผู้ป่วยมีการเปลี่ยนแปลงด้านร่างกายเสี่ยงต่อการกำซาบของสมองอาจเกิดภาวะสมองบวม มีภาวะเลือดออกและเกิดการอุดตันของหลอดเลือดได้ การหายใจไม่มีประสิทธิภาพเนื่องจากระดับความรู้สึกลดลง ปวดแผล มีไข้

3) ระยะสิ้นสุดการเปลี่ยนผ่าน (exiting phase) เป็นระยะพักฟื้นและเตรียมตัวของผู้ป่วยและญาติ เตรียมตัวเมื่อวางแผนจำหน่ายและดูแลต่อเนื่องที่บ้าน ปัญหาที่เหลืออยู่ของผู้ป่วยภายหลังการผ่าตัด กล้ามเนื้ออ่อนแรง การทรงตัวไม่ดี ช่วยเหลือตนเองได้น้อย ผู้ป่วยมีความวิตกกังวล ไม่มั่นใจเกี่ยวกับการดูแลตนเองและการปฏิบัติตัวในชีวิตประจำวัน ต้องพึ่งพาผู้ดูแล สภาพจิตใจค่อนข้างอ่อนแอ การให้การรักษาพยาบาลในระยะนี้ จะเน้นการสอน การให้ความรู้แก่ผู้ป่วยและญาติ ให้น่าใจและสามารถกลับไปใช้ชีวิตอยู่ในสังคมได้ใกล้เคียงปกติ

มโนทัศน์ที่ 3 รูปแบบการตอบสนอง (pattern of response)

รูปแบบของการตอบสนอง (patterns of response) ประกอบด้วย ตัวบ่งชี้เชิงกระบวนการ (process indicators) และตัวบ่งชี้ของผลลัพธ์ (outcome indicators) การประเมินผลของกระบวนการที่ดำเนินไปเพื่อช่วยให้บุคคลสามารถเปลี่ยนผ่านได้หรือไม่

ทฤษฎีการเปลี่ยนผ่าน กล่าวถึงมนุษย์ทุกคนจะต้องมีการเปลี่ยนผ่านจากสถานะหนึ่งไปยังสถานะหนึ่งในแต่ละช่วงของชีวิต การเปลี่ยนผ่านจากสภาวะการณ์ต่าง ๆ ในชีวิตเป็นสิ่งที่หลีกเลี่ยงไม่ได้เช่นกัน

สำหรับรูปแบบของการตอบสนอง ตัวบ่งชี้เชิงกระบวนการ เป็นตัวบ่งชี้ที่ชี้ว่าการเปลี่ยนผ่านของบุคคล ถ้าบุคคลรับรู้ปัจจัยเงื่อนไขการเปลี่ยนผ่านไปสู่อุสภาวะใหม่ ๆ และมีการเตรียมตัวที่ดีจะส่งผลให้บุคคลมีการเปลี่ยนผ่านได้ง่ายและมีความสะดวกและมีคุณภาพชีวิตที่ดีพยาบาลควรประเมินและช่วยเหลือเพื่อให้บุคคลเปลี่ยนผ่านสู่การมีสุขภาพที่ดีหรือเปลี่ยนผ่านได้ประสบความสำเร็จและประเมินผลของกระบวนการ ผู้ป่วยมีความสามารถทั้งในด้านทักษะและพฤติกรรมเพิ่มขึ้นในการจัดการกับสถานการณ์หรือสิ่งแวดล้อมใหม่ได้ การเปลี่ยนผ่านที่ดำเนินไปด้วยดีหรือประสบความสำเร็จ รวมทั้งความผาสุกทางด้านอารมณ์และสภาพร่างกาย⁸

มโนทัศน์ที่ 4 การบำบัดทางการพยาบาล (nursing therapeutic)

การบำบัดทางการพยาบาล มีความเชื่อมโยงกับกระบวนการพยาบาล (nursing process) 5 ขั้นตอนหลัก ได้แก่ การประเมิน (assessment) เป็นการรวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับผู้ป่วยจากการซักประวัติ ตรวจร่างกาย และการตรวจทางห้องปฏิบัติการ การวินิจฉัยทางการพยาบาล (diagnosis) ระบุปัญหาทางการพยาบาลของผู้ป่วย การวางแผน (planning) กำหนดเป้าหมายการดูแลและวางแผนการปฏิบัติการพยาบาล การปฏิบัติการพยาบาล (implementation) ตามแผนที่วางไว้ การประเมินผล (evaluation) ประเมินผลการดูแลผู้ป่วย

บทบาทของพยาบาลที่จะสามารถ จัดการช่วยเหลือเพื่อให้บุคคลสามารถเปลี่ยนผ่านเข้าสู่ สภาวะใหม่ได้อย่างสมบูรณ์และง่ายขึ้น ได้แก่ 3 บทบาท ได้แก่ การประเมินความพร้อมของบุคคลในการเปลี่ยนผ่าน (assessment of readiness) การเตรียมเพื่อการเปลี่ยนผ่านเข้าสู่สภาวะใหม่ (preparation for transition) และการใช้บทบาทเสริม (role supplementation) ⁸ รายละเอียดดังนี้

1. การประเมิน (assessment)

การประเมินความพร้อมของบุคคลในการเปลี่ยนผ่านและปัจจัยที่เกี่ยวข้องของครอบครัวในการเปลี่ยนผ่านเข้าสู่สภาวะใหม่ เตรียมตัวต่อการเปลี่ยนผ่านหรือแก้ปัญหาจุดอ่อนแอและจุดเข้มแข็งของครอบครัว หรือปัจจัยที่เอื้อและยับยั้งต่อกระบวนการเปลี่ยนผ่าน นำไปสู่การวางแผนการพยาบาลเพื่อเตรียมบุคคลและครอบครัวให้พร้อมต่อการเปลี่ยนผ่าน กรณีศึกษาเป็นผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ต้องได้รับการผ่าตัดสมอง ขาดความรู้ในการปฏิบัติตัวก่อนเข้าห้องผ่าตัด

ระยะนำเข้า: ขาดความรู้เกี่ยวกับโรคที่เป็นอยู่ และการปฏิบัติตัวก่อนผ่าตัด มีความกลัวและวิตกกังวลกับการเจ็บป่วย

ระยะอยู่ในโรงพยาบาล: ผู้ป่วยได้รับการผ่าตัดสมองแล้ว ระยะนี้จะพบปัญหาด้านร่างกายของผู้ป่วยและขาดความสามารถในการดูแลตนเองและเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดได้ พบปัญหาที่ต้องตัดสินใจการรักษาโดยการผ่าตัดเปิดกะโหลกศีรษะ การจัดการภาวะแทรกซ้อน การวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยดูแลต่อเนื่องที่บ้าน

ระยะส่งออก: ระยะที่เตรียมตัววางแผนจำหน่ายและดูแลต่อเนื่องที่บ้าน เนื่องจากสภาพร่างกายการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้ป่วยจะเปลี่ยนไป ต้องพึ่งพาผู้ดูแล สภาพจิตใจค่อนข้างอ่อนแอ เพราะฉะนั้นการให้การพยาบาลในระยะนี้จะเน้นเกี่ยวกับการสอน การให้ความรู้แก่ผู้ป่วยและผู้ดูแล

2. ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล (Nursing diagnoses)

ระยะวิกฤตฉุกเฉิน 1) เสี่ยงต่อภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูงจากการมีพยาธิสภาพที่สมอง 2) เสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการบีบตัวของ

หัวใจไม่มีประสิทธิภาพจากภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะชนิด AF 3) มีภาวะไม่สมดุลของสารน้ำและเกลือแร่เนื่องจากผู้ป่วยไม่สามารถรับประทานอาหารได้

ระยะกึ่งวิกฤต 4) เสี่ยงต่อการสำลักอาหารเข้าสู่หลอดลม เนื่องจากกลืนและเคี้ยวลำบากจากกล้ามเนื้ออ่อนแรง 5) การสื่อสารบกพร่องเนื่องจากการตีบของหลอดเลือดแดงที่มาเลี้ยงสมองด้านหน้าขวา 6) พร่องสุขวิทย์ยาส่วนบุคคลเนื่องจากไม่สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ 7) รับรู้ถึงความเจ็บป่วยและวิตกกังวล นอนไม่ค่อยหลับ เนื่องจากแขนขาอ่อนแรงไม่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้ 8) ไม่สุขสบายเนื่องจากปวดแผลผ่าตัดและปวดศีรษะ 9) เสี่ยงต่อการเกิดภาวะปอดอักเสบที่สัมพันธ์กับการใช้เครื่องช่วยหายใจ 10) เสี่ยงต่อการติดเชื้อแผลผ่าตัด 11) เสี่ยงต่อการติดเชื้อทางเดินปัสสาวะเนื่องจากสายสวนเป็นเวลานาน

ระยะฟื้นฟูสภาพ: 12) มีโอกาสเกิดอุบัติเหตุพลัดตกหกล้มเนื่องจากแขนขาซีกซ้ายอ่อนแรง 13) เสี่ยงต่อการเกิดภาวะผิวหนังเสียหายที่เนื่องจากการกดทับเป็นเวลานานเพราะไม่สามารถเคลื่อนไหวร่างกายได้จากการแขนขาต้านซ้ายซีกอ่อนแรง 14) มีโอกาสกลับเป็นซ้ำ เนื่องจากมีปัจจัยเสี่ยงของการเกิดโรคและปฏิบัติตัวไม่ถูกต้อง 15) ผู้ป่วยและญาติมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับโรคที่เป็นอยู่และการปฏิบัติตัวเมื่อกลับบ้าน 16) มีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนข้อติด กล้ามเนื้อลีบจากภาวะกล้ามเนื้อแขนขาซีกอ่อนแรง

3. การวางแผนการพยาบาล (planning)

จัดลำดับความสำคัญของปัญหา การเตรียมเปลี่ยนผ่านเข้าสู่สภาวะใหม่ ตั้งแต่แผนการพยาบาลในแต่ละช่วงของการเปลี่ยนผ่าน (ระยะก่อนผ่าตัด หลังผ่าตัด การเตรียมจำหน่าย) เขียนแผนการ

พยาบาล กิจกรรมส่งเสริมความรู้และการลดความเสี่ยงภาวะแทรกซ้อน แผนงานระยะยาว 1) การให้ความรู้หรือการพัฒนาทักษะที่เกี่ยวข้องกับการเปลี่ยนผ่านเข้าสู่สภาวะใหม่ โดยเตรียมความพร้อมในการวางแผนจำหน่ายและดูแลต่อเนื่องตาม D-METHOD 2) สภาพแวดล้อม (environment) เตรียมความพร้อมช่วยสนับสนุนและส่งเสริมให้การเปลี่ยนผ่านเข้าสู่สภาวะการณใหม่เป็นไปได้ง่ายขึ้น

4. การปฏิบัติการพยาบาล (Implementation)

การใช้บทบาทเสริม (role supplementation) ระยะเปลี่ยนผ่านการดูแลจากโรงพยาบาลไปสู่บ้าน ผู้ป่วยมีความวิตกกังวลกับการเปลี่ยนแปลง การดำรงชีวิต บทบาทในสังคมและการกลับไปทำงาน อาจมีผลกระทบต่อสัมพันธภาพ ของครอบครัว พยาบาลใช้บทบาทเสริมโดยให้คำปรึกษาให้ความช่วยเหลือกับผู้ป่วยและญาติ ให้สามารถเผชิญกับความเครียด ความเจ็บป่วยและมีความหวังกับการฟื้นฟูหาย ครอบครัวช่วยเหลือผู้ป่วยปรับเปลี่ยนแบบแผนการดำรงชีวิตและผสมผสานการดูแลตนเองกับแผนการรักษาช่วยเหลือผู้ป่วยให้มีการเปลี่ยนผ่านจากบทบาทผู้ป่วย (sick role) ไปสู่บทบาทของผู้ที่มีภาวะเสี่ยง (at risk role)

ระยะวิกฤตฉุกเฉิน กิจกรรมการพยาบาล (ระยะก่อนผ่าตัด) มีดังนี้ 1) ตรวจสอบสัญญาณชีพ และ neurological sign ทุก 1 ชั่วโมงหรือตามสภาพอาการของผู้ป่วยและรายงานอาการเปลี่ยนแปลงให้แพทย์ทราบ 2) สังเกตภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูง (IICP) 3) ให้การพยาบาลเพื่อป้องกันการเกิดภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูง โดยจัดท่านอนศีรษะสูง 30 องศา หลีกเลี่ยงการหักพับของข้อต่อต่าง ๆ 4) อธิบายให้ผู้ป่วยและญาติเข้าใจเกี่ยวกับโรคที่เป็นอยู่ และเหตุผลที่ต้องได้รับการผ่าตัด

เปิดโอกาสให้ซักถามข้อสงสัยกับแพทย์เพื่อให้ได้ข้อมูลการรักษาเพิ่มเติม 5) อธิบายภาพหลักของผู้ป่วยภายหลังการผ่าตัด 6) เตรียมความพร้อมและให้การพยาบาลระยะก่อนผ่าตัด ให้ผู้ป่วยและญาติเข้าใจยินยอมรับการผ่าตัด ขั้นตอนการดูแลภายหลังการผ่าตัด การประเมินอาการ การวัดสัญญาณชีพ การประเมินทางระบบประสาท ความปวด การบรรเทาความปวด 7) เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้พูดคุยและซักถามข้อสงสัยและ 8) ให้ความหวังและกำลังใจแก่ผู้ป่วย

ระยะกึ่งวิกฤต กิจกรรมการพยาบาล (ระยะหลังผ่าตัด) มีดังนี้ 1) สังเกตและประเมินลักษณะการหายใจ 2) ดูแลทางเดินหายใจให้โล่ง ดูดเสมหะเมื่อมีเสมหะ 3) ดูแลให้ได้รับออกซิเจนตามแผนการรักษาและวัดระดับความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือด 4) การประเมินระดับความปวดและให้ยาบรรเทาอาการปวด 5) สังเกตและบันทึกผลที่ศีรษะและทอระบาย

ระยะฟื้นฟูสภาพ: การเตรียมความพร้อมในการวางแผนจำหน่าย มีการใช้บทบาทเสริมจากแรงสนับสนุนทางสังคม คือ ครอบครัวและญาติ ผู้ดูแลและบุคลากรทางการแพทย์ซึ่งเป็นปัจจัยที่ส่งเสริมการฟื้นฟู ผู้ดูแลเป็นน้องสาวและบุตรชาย ระหว่างที่อาการของผู้ป่วยดีขึ้นและแพทย์วางแผนจะเตรียมความพร้อมของผู้ดูแลก่อนจะจำหน่ายผู้ป่วยกลับบ้าน จึงนัดญาติให้ home program ในด้านให้อาหารทางสายยาง ทำความสะอาดร่างกายผู้ป่วย การดูดเสมหะ การพลิกตะแคงตัวและการจัดท่านอนผู้ป่วยที่ถูกวิธีการ exercise การเตรียมอุปกรณ์สิ่งแวดล้อมที่บ้านให้เหมาะสมกับสภาพผู้ป่วย การเฝ้าสังเกตอาการผิดปกติผู้ป่วยที่ต้องนำส่งโรงพยาบาลทันที

5. การประเมินผล

การใช้ทฤษฎีเปลี่ยนผ่านมีวัตถุประสงค์เพื่อให้ผู้ป่วยและครอบครัวเกิดความเข้าใจ มั่นใจและเตรียมตัวรับกับสถานการณ์การเปลี่ยนแปลงได้และเครื่องมือในการประเมินความสำเร็จของการเปลี่ยนผ่าน ได้แก่ ความสามารถในการดูแลตนเองและระดับความวิตกกังวล ผู้ป่วยและญาติได้รับการเตรียมความพร้อมในการวางแผนจำหน่าย ตาม home program ยังพบปัญหาและอุปสรรคระหว่างการเปลี่ยนผ่านในระยะแรก ญาติที่ดูแลไม่พร้อมเรียน home program จึงใช้ความสัมพันธ์ระหว่างเจ้าหน้าที่การเปลี่ยนผ่านโดยปัจจัยสนับสนุนการเปลี่ยนผ่านคือครอบครัวและทีมสุขภาพ จนกว่าญาติจะพร้อมและมีความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วยต่อเมื่อที่บ้านมากขึ้น และส่งผู้ป่วยไปรักษาต่อที่โรงพยาบาลชุมชนก่อนระหว่างที่รอเตรียมบ้าน

สรุปกรณีศึกษา

ผู้ป่วยชาย อายุ 70 ปี มีอาการ อ่อนแรงแขนขา ด้านซ้ายก่อนมา 4 ชั่วโมง ส่งตัวจากโรงพยาบาลชุมชนผ่านระบบช่องทางด่วนมาที่โรงพยาบาลระดับตติยภูมิ Glasgow coma scale 15 คะแนน (E₄ V₅ M₆) NIHSS 14 คะแนน CT brain: hypodensity at right parietal temporal lobe EKG: atrial fibrillation rate 100 ครั้ง/นาที วินิจฉัย ischemic stroke (non fast) lesion: right MCA infarction TOAST classification: cardio embolism Admit ที่หอผู้ป่วย stroke unit ระหว่างที่รับการรักษา มีภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะและกำลังของกล้ามเนื้อแขนด้านซ้ายลดลง เป็นเกรด 0 มีภาวะ IICP ได้รับการผ่าตัด Craniectomy จากการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองและการพยาบาลระยะวิกฤตฉุกเฉิน ระยะกึ่งวิกฤต ระยะฟื้นฟูสภาพและระยะจำหน่าย พบปัญหาที่สำคัญ การจัดการความดันในกะโหลกศีรษะในระยะก่อนและหลังผ่าตัด

การฟื้นฟูการเคลื่อนไหวและลดความเสี่ยงภาวะแทรกซ้อนในระยะฟื้นฟู การเตรียมผู้ป่วยและญาติสำหรับการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน มีข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล 16 ข้อ ผู้ป่วยมีข้อจำกัดในการช่วยเหลือตนเอง โดยเฉพาะการเคลื่อนไหวและการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ใช้ทฤษฎีการเปลี่ยนผ่าน ในการเปลี่ยนผ่านการเจ็บป่วยวิกฤติผ่านพ้นระยะวิกฤติและเข้าสู่ระยะฟื้นฟู สร้างความมั่นใจให้ผู้ป่วยและญาติเผชิญปัญหาและเปลี่ยนผ่านจากโรงพยาบาลสู่บ้านได้อย่างเหมาะสม ผลลัพธ์ที่เกิดจากประสบการณ์การเปลี่ยนผ่าน ผู้ป่วยและญาติสามารถแสดงพฤติกรรมจัดการสถานการณ์ใหม่ได้อย่างดี หลังให้การพยาบาลผู้ป่วยและญาติได้รับการเตรียมความพร้อมในการวางแผนจำหน่าย จนพร้อมและส่งผู้ป่วยไปรักษาต่อที่โรงพยาบาลชุมชน ระหว่างที่รอเตรียมสิ่งแวดล้อมในบ้าน นอนโรงพยาบาล 12 วัน

การประยุกต์ใช้ทฤษฎีการเปลี่ยนผ่านในการพยาบาลผู้ป่วยรายนี้ มีความซับซ้อนจากหลายปัจจัย ทั้งปัจจัยด้านสุขภาพและมีโรคร่วม มีความผิดปกติของสมองตำแหน่งสำคัญ right MCA infarction ระหว่างที่รับการรักษามีการเต้นของหัวใจผิดปกติรวมทั้งเกิดภาวะแทรกซ้อน มีการเปลี่ยนผ่านการเจ็บป่วยที่มีลำดับขั้นตอน ตามทฤษฎีการเจ็บป่วยจากภาวะวิกฤติ ถึงวิกฤติระยะฟื้นฟูและเข้าสู่การเป็นผู้ป่วยเรื้อรัง พยาบาลจัดการช่วยเหลือให้ผู้ป่วยสามารถเปลี่ยนผ่านเข้าสู่สภาวะใหม่ได้อย่างสมบูรณ์และง่ายขึ้น ผู้ป่วยมีข้อจำกัดในการช่วยเหลือตัวเอง โดยเฉพาะการเคลื่อนไหวและการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ทฤษฎีการเปลี่ยนผ่านช่วยประเมินและวางแผนดูแลผู้ป่วยในทุกระยะของการรักษาตั้งแต่ระยะวิกฤติจนถึงระยะฟื้นฟู การประยุกต์ใช้ทฤษฎีการเปลี่ยนผ่าน

เพื่อเสริมสร้างความมั่นใจในผู้ป่วยและญาติในระยะเปลี่ยนผ่านจากโรงพยาบาลสู่บ้านได้อย่างเหมาะสม

ข้อคิดเห็นและข้อเสนอแนะ

การดูแลผู้ป่วยยังขาดการวางแผนการดูแลแบบองค์รวมกับทีมสหสาขาวิชาชีพในการป้องกันภาวะแทรกซ้อนและการดูแลต่อเนื่องที่บ้านในระยะยาว พัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยแบบผู้จัดการรายกรณี (case management) ในการดูแลผู้ป่วยที่มีปัญหาซับซ้อนหรือต้องได้รับการดูแลต่อเนื่องจากทีมสหสาขาวิชาชีพและการติดตามผู้ป่วยผลระยะยาวหลังจำหน่ายกลับบ้าน

ข้อจำกัด

เนื่องจากข้อจำกัดของทรัพยากรทางการแพทย์ที่อาจส่งผลต่อการดูแล ซึ่งเป็นความแตกต่างระหว่างบุคคล ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแต่ละรายมีความแตกต่างกันในด้านตำแหน่งและความรุนแรงของโรค อาการทางคลินิก ภาวะสุขภาพและการตอบสนองต่อการรักษา ดังนั้นผลการศึกษาที่ได้จากผู้ป่วยกรณีศึกษาเพียงรายเดียว อาจไม่สามารถนำไปใช้กับผู้ป่วยรายอื่น ๆ ได้

เอกสารอ้างอิง

1. World Stroke Organization [WSO] [Internet]. 2022 [cited 2023 Aug 2]. Available from: <http://www.world-stroke.org/news-and-blog/news/challenges-of-endovascular-treatment-of-acute-ischemic-stroke-in-different-regions-of-the-world-questionnaire>
2. American Stroke Association. About Stroke [Internet]. 2021 [cited 2023 Aug 12]. Available from: <http://www.stroke.org/en/about-stroke>

3. Januszewicz L, Buesch B. Neurologic alterations: Neurologic Disorders and Therapeutic Management. In Critical Care Nursing: Diagnosis and Management. 2018; 649-62.
4. Hacke W, Kaste M, Bluhmki E, et al. Thrombolysis with alteplase 3 to 4.5 hours after acute ischemic stroke. N Engl J Med. 2008; 359(13): 1317-29. doi: 10.1056/NEJMoa0804656.
5. National Institute of Emergency Medicine Ministry of Public Health [Internet]. 2021 [cited 2023Aug 2]. Available from: http://www.hiso.or.th/thaihealthstat/agegroup/index.php?a=6&ht=1&d=2_3.
6. World Health Organization. World Stroke Campaign [Internet]. 2015 [cited 2023Dec 11]. Available from: <https://www.world-stroke.org/world-stroke-day-campaign>
7. Division of Medicine Nursing Maharat Nakhonratchasima Hospital. Quality assurance work Medicine Nursing Maharat Nakhonratchasima; 2022.
8. Sisakhot K. Development of a management planning model Integrated distribution in stroke patients [Internet]. 2021 [cited 2023 Dec 11]. Available from: <https://he02.tci-thaijo.org/index.php/TJONC/article/download/258614/176504>
9. Meleis. Transitions Theory: Middle Range and Situation Specific Theories in Nursing Research and Practice. 5th ed. New York: Springer Publishing Company; 2010.
10. Bakas T, Farran CJ, Austin JK, et al. Content validity and satisfaction with a stroke caregiver intervention program. Journal of Nursing Scholarship. 2009; 41(4): 368-75. doi:org/10.1111/j.1547-5069.2009.01282.x.

การดูแลผู้ป่วยกลุ่มโรคที่เกิดการอักเสบของปอดประสาทและระบบประสาทส่วนกลางที่เผชิญกับความรู้สึกไม่แน่นอนในการเจ็บป่วย: กรณีศึกษา

จุฑามาศ กิ่งทอง¹ พย.บ.

ทิพมาส ชินวงศ์² ปร.ด.

บทคัดย่อ: ความรู้สึกไม่แน่นอนในการเจ็บป่วยของผู้ป่วยกลุ่มโรคที่เกิดการอักเสบของปอดประสาทและระบบประสาทส่วนกลางชนิดเอ็มเอสที่มีภาวะกำเริบเฉียบพลันส่งผลกระทบต่อการปรับตัว ต่อคุณภาพชีวิต การเผชิญต่อการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นในชีวิตประจำวัน ซึ่งเป็นสาเหตุให้ผู้ป่วยเกิดความคลุมเครือต่อภาวะการเจ็บป่วย การที่ไม่สามารถทำนายต่อระยะเวลา และการพยากรณ์ของโรคได้ รวมถึงการที่ได้รับข้อมูลที่ไม่สม่ำเสมอ ข้อมูลมีการเปลี่ยนแปลงบ่อย รวมไปถึงปัจจัยต่าง ๆ ที่มีอิทธิพลต่อความรู้สึกไม่แน่นอนในการเจ็บป่วยในครั้งนี้ ผู้ป่วยรับรู้ว่าคุณภาพชีวิตอยู่ในภาวะวิกฤต มีการกำเริบของโรคที่มีความรุนแรง และอาจส่งผลกระทบต่อการดำเนินชีวิตในอนาคตของผู้ป่วย ความสามารถในการรับรู้ต่อการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น ในช่วงแรกผู้ป่วยยังรับรู้ข้อมูลไม่เต็มที่ การวางแผนและให้ข้อมูลข่าวสารต่าง ๆ เพื่อช่วยในการวิเคราะห์ ตัดสินใจ ประมวลผลข้อมูลของผู้ป่วยมีความจำเป็น พยาบาลจึงมีบทบาทสำคัญในการให้ข้อมูลเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล ให้กำลังใจผู้ป่วย สร้างความเชื่อมั่น ให้ผู้ป่วยได้ระบายความรู้สึก เพื่อลดความวิตกกังวล ความเครียดที่กำลังเผชิญ และสามารถปรับตัวกับความรู้สึกไม่แน่นอนในชีวิต ในระหว่างที่ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยได้อย่างดี

วารสารการปฏิบัติการพยาบาลและการผดุงครรภ์ไทย 2568; 12(2): 98-107

คำสำคัญ: ความรู้สึกไม่แน่นอนต่อการเจ็บป่วย โรคปอดประสาทอักเสบของระบบประสาทส่วนกลางชนิดเอ็มเอส กรณีศึกษา

¹พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลวชิระภูเก็ต จังหวัดภูเก็ต; ผู้รับผิดชอบหลัก, E-mail: pickjuta05@gmail.com

²ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ จังหวัดสงขลา

วันที่รับบทความ 8 มิถุนายน 2568 วันที่แก้ไขบทความ 22 พฤศจิกายน 2568 วันที่ตอบรับบทความ 30 พฤศจิกายน 2568

Caring for Patients with Neuromyelitis Optica Spectrum Disorder Facing Illness Uncertainty: A Case Study

Jutamas Kingtong¹ B.N.S.

Tippamas Chinnawong² Ph.D.

Abstract: Uncertainty with illness in patients with Neuromyelitis Optica Spectrum Disorder (NMOSD) affects adaptation, quality of life and coping with changes in daily life, and causes patients to have ambiguity about their illness and inability to predict the duration and prognosis of the disease, compounded by receiving inconsistent information, frequent changes in information, and various factors that influence the uncertainty in this illness. Patients perceive themselves as being in a critical state, having a severe exacerbation of the disease, which may affect their future lives and the ability to perceive changes that occur in the beginning. Furthermore, patients do not fully understand the information provided. Planning and providing various information to help analyze, decision making, and process information are essential. Nurses play an important role in providing information about medical treatment, encouraging patients, building confidence, and allowing patients to express their feelings to reduce anxiety and stress that they are facing and overcome uncertainty during admitted in the intensive care unit.

Thai Journal of Nursing and Midwifery Practice 2025; 12(2): 98-107

Keywords: Neuromyelitis Optica Spectrum Disorder; Uncertainty in Illness; Case study

¹Professional Nurse, Vachira Phuket Hospital, Phuket; Corresponding author, E-mail: pickjuta05@gmail.com

²Assistant Professor, Faculty of Nursing, Prince of Songkla University, Songkhla.

Received June 8, 2025; Revised November 22, 2025; Accepted November 30, 2025

บทนำ

กลุ่มโรคที่เกิดการอักเสบของปลอกประสาทและระบบประสาทส่วนกลาง (Neuromyelitis Optica (NMO) หรือ Neuromyelitis Optica spectrum disease (NMOSD)) ได้แก่สมองไขสันหลังและเส้นประสาทตา โดยมีลักษณะของอาการและอาการแสดงของโรคคล้ายกับผู้ป่วยโรค MS แต่การอาการแสดงของโรคจะรุนแรงกว่า โดยมีอัตราความชุกของโรคอยู่ระหว่าง 1 – 2 ต่อประชากร 100,000 ราย¹⁻² สาเหตุของการเกิดโรคจากความผิดปกติของภูมิคุ้มกันเข้าไปทำลายปลอกหุ้มประสาทหรือเซลล์ประสาท ซึ่งจะส่งผลให้มีอาการแขนขาอ่อนแรงเกิดภาวะทุพพลภาพส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย และพบว่ามักจะเจอในวัยทำงาน พบมากในเพศหญิงมากกว่าเพศชาย อายุเฉลี่ย 43 ปี¹⁻³ โดยเฉพาะในผู้ป่วยที่เกิดโรคปลอกประสาทส่วนกลางที่มีอาการของโรคกำเริบ เกิดการอักเสบและเพื่อไม่ให้เกิดอาการกำเริบที่รุนแรงขึ้น การได้รับการรักษาพยาบาลที่เหมาะสม ถูกต้อง และรวดเร็ว จะช่วยให้ผู้ป่วยฟื้นตัวได้เร็วขึ้น เกิดภาวะทุพพลภาพน้อยลง ในกระบวนการรักษาในผู้ป่วยที่มีการกำเริบของโรคเฉียบพลันในช่วงแรก ส่วนใหญ่จะได้รับยาในกลุ่มของยาสเตียรอยด์ทางหลอดเลือดดำในปริมาณที่สูง ร่วมกับการรักษาการเปลี่ยนถ่ายพลาสมา (plasma exchange) เมื่อมีการกำเริบของโรคที่รุนแรง¹

การเจ็บป่วยหรือการกำเริบของโรคที่เฉียบพลัน และเกิดขึ้นอย่างกะทันหันถือเป็นภาวะวิกฤต ส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ ในระยะ 72 ชั่วโมงแรกของการเข้ารับการรักษาพยาบาล ผู้ป่วยและครอบครัวจะมีความเครียด ความวิตกกังวล มีความกลัวต่อการเกิดภาวะความพิการ กลัวความตาย และการรับรู้การเปลี่ยนแปลงที่ลดลง

ตามไปด้วย⁴⁻⁵ นอกจากนั้นการเข้าเยี่ยมของญาติในผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤตจะถูกจำกัดด้วยเวลาและระเบียบการเข้าเยี่ยมผู้ป่วยทำให้ผู้ป่วยต้องมีการเผชิญกับอาการและความไม่แน่นอนขณะเข้ารับการรักษา รวมทั้งสภาพแวดล้อมภายในหอผู้ป่วยวิกฤต เครื่องมืออุปกรณ์ทางการแพทย์ การที่กิจวัตรประจำวันต่าง ๆ ถูกเปลี่ยนแปลงไป พยาบาลที่ปฏิบัติงานภายในหอผู้ป่วยวิกฤต เป็นผู้ที่ใกล้ชิดกับผู้ป่วยและญาติมากที่สุด การที่ผู้ป่วยและญาติได้รับข้อมูล ความรู้เรื่องการเจ็บป่วยและการดำเนินของโรคจากพยาบาลที่ปฏิบัติงานภายในหอผู้ป่วยอยู่เสมอ ทำให้ผู้ป่วยและญาติสามารถเผชิญต่อความเครียดและความวิตกกังวลระหว่างการเจ็บป่วยได้ดีขึ้น⁵⁻⁶ ผู้ป่วยและญาติที่เข้ารับการรักษาตัวในหอผู้ป่วยวิกฤตยังต้องการกำลังใจ ระบายความรู้สึก เพื่อลดความวิตกกังวลและความเครียดที่กำลังเผชิญ ต้องการการสนับสนุนด้านข้อมูลต่าง ๆ พยาบาลจำเป็นต้องมีการพัฒนาทักษะ ความรู้ รวมไปถึงการจัดการด้านการพยาบาลผู้ป่วยควบคู่ไปกับการวางแผนการรักษาร่วมกับแพทย์ที่อาจจะจะมีการปรับเปลี่ยนตลอดเวลา^{4,7}

แนวคิดทฤษฎีความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย

บทความนี้จึงได้นำแนวคิดทฤษฎีความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยของ Mishel⁸ ประกอบด้วยแนวคิดหลัก 4 ประการ ได้แก่ 1) ความรู้สึกต่อความไม่แน่นอนต่อการเจ็บป่วย 2) ปัจจัยที่มีผลต่อความรู้สึกไม่แน่นอนต่อการเจ็บป่วย 3) การตัดสินใจต่อความรู้สึกไม่แน่นอนต่อการเจ็บป่วย 4) การเผชิญต่อปัญหา มาประยุกต์ใช้เพื่อเป็นแนวทางในดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะกำเริบเฉียบพลันให้มีความสอดคล้องและครอบคลุม

กับผู้ป่วย ตั้งแต่กระบวนการของการให้ข้อมูลด้านการเจ็บป่วย การเปลี่ยนแปลง ความซับซ้อนของระบบการดูแล ความคลุมเครือเกี่ยวกับการเจ็บป่วยที่เกิดขึ้น รวมไปถึงการที่ไม่สามารถทำนายระยะเวลาของการพยากรณ์โรคได้ ซึ่งอาจนำไปสู่การประเมินและการตัดสินใจในเหตุการณ์ที่กำลังเผชิญในขณะนั้น

1. ความรู้สึกต่อความไม่แน่นอนต่อการเจ็บป่วย ประกอบไปด้วย 1) ความคลุมเครือเกี่ยวกับความเจ็บป่วย (Ambiguity) คือ การที่สามารถเข้าใจในเหตุการณ์ และสามารถประเมินเหตุการณ์หรือสถานการณ์นั้นได้ 2) ความซับซ้อนในระบบของการดูแลรักษา (Complexity) คือ ขั้นตอนในการดูแลรักษา ระเบียบวิธีการการเข้าถึงการรับบริการ และอุปกรณ์เครื่องมือทางการแพทย์ เป็นต้น 3) การได้รับข้อมูลที่ไม่สม่ำเสมอ ข้อมูลมีการเปลี่ยนแปลงบ่อย (Inconsistency of information) คือ ข้อมูลที่ได้ อาจจะไม่ชัดเจน และอาจจะได้รับหลากหลายข้อมูลในระยะนั้นพร้อม ๆ กัน ซึ่งทำให้เกิดความสับสนของการรับทราบข้อมูล 4) การที่ไม่สามารถทำนายถึงระยะเวลา และการพยากรณ์ของโรคได้ (Unpredictability) คือ การที่ไม่สามารถคาดคะเนหรือคาดเดา หรือการกำหนดระยะเวลาที่อาจจะเกิดขึ้นได้⁸⁻⁹

2. ปัจจัยที่มีผลต่อความไม่แน่นอนต่อการเจ็บป่วย คือ 1) รูปแบบของสิ่งกระตุ้น (stimuli frame) ได้แก่ อาการแสดงของโรค (symptom pattern) ความคุ้นเคยต่อเหตุการณ์ของการเจ็บป่วย (event familiarly) และการคาดหวังต่อสิ่งที่สอดคล้องกับเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น (event congruency) 2) ความสามารถในการทำความเข้าใจและการคิด (cognitive capacities) และ 3) แหล่งสนับสนุน หรือแหล่งประโยชน์ (structure providers) ประกอบด้วย ความศรัทธา

ความน่าเชื่อถือของผู้ให้บริการ (credible authority) การได้รับการสนับสนุนทางด้านสังคม (social support) และการให้ความรู้ (education) การนำทฤษฎีความรู้สึกล้มแน่นอนในความเจ็บป่วยมาประยุกต์ใช้กับกรณีศึกษาเพื่อช่วยให้ผู้ป่วยสามารถเผชิญปรับตัวต่อการเปลี่ยนแปลงต่อความรู้สึกไม่แน่นอน รวมไปถึงการรับรู้และเข้าใจสถานการณ์ และสามารถเผชิญต่อเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นได้อย่างเหมาะสม⁸⁻⁹

3. การตัดสินใจต่อความรู้สึกไม่แน่นอนต่อการเจ็บป่วย คือ การรับรู้ถึงปัจจัยต่างๆที่เป็นอิทธิพลต่อความรู้สึกไม่แน่นอน ที่มีผลต่อการตัดสินใจ หรือตัดสินใจเหตุการณ์นั้น ซึ่งการประเมินต่อความรู้สึกไม่แน่นอนต่อความเจ็บป่วยจะประกอบไปด้วย การลงความเห็นเพื่อตัดสินใจ และการสร้างความเชื่อ ซึ่งการประเมินตัดสินใจต่อความรู้สึกไม่แน่นอนต่อการเจ็บป่วย ไม่ว่าจะเป็นการตัดสินใจต่อเหตุการณ์อันตรายหรือเป็นโอกาสทางการรักษา ก็จะมีผลต่อความเชื่อที่จะเป็นผลดีต่อความหวัง ความรู้สึก และคุณค่าของตนเอง

4. การเผชิญต่อปัญหา คือ การที่บุคคลนั้นสามารถควบคุม และจัดการต่ออารมณ์ความเครียดเผชิญต่อความเครียดเพื่อนำไปสู่การปรับตัวได้⁸⁻⁹

วัตถุประสงค์ในการศึกษา

เพื่อศึกษากระบวนการพยาบาลเพื่อการดูแลผู้ป่วยกลุ่มโรคที่เกิดการอักเสบของปอดประสาท และระบบประสาทส่วนกลางที่เผชิญกับความไม่แน่นอนในการเจ็บป่วย เพื่อส่งเสริมการปรับตัวและคุณภาพชีวิตในระหว่างการเข้ารับการรักษา

ตัวอย่างกรณีศึกษา

ข้อมูลทั่วไป ผู้ป่วยเพศหญิงอายุ 48 ปี เชื้อชาติไทย สัญชาติไทย ส่วนสูง 156 เซนติเมตร

น้ำหนัก 49 กิโลกรัม รูปร่างผอม สถานภาพสมรส
ประกอบอาชีพค้าขาย รายได้ไม่แน่นอน อาศัยอยู่กับ
สามี ไม่มีบุตรด้วยกัน

การวินิจฉัยโรค Neuromyelitis Optica
Spectrum Disorder (NMOSD)

ประวัติส่วนบุคคล ปฏิเสธการดื่มสุราและสูบ
บุหรี่ ปฏิเสธการเข้ารับการตรวจร่างกายประจำปี

โรคประจำตัว ปฏิเสธโรคประจำตัว

ประวัติความเจ็บป่วยของครอบครัว ปฏิเสธ
การเจ็บป่วย

ประวัติการเจ็บป่วยปัจจุบัน 1 วันก่อนมา
โรงพยาบาล แขนขาอ่อนแรง ไปตรวจที่คลินิก
แพทย์เขียนบันทึกส่งตัวผู้ป่วยเพื่อทำ CT-brain
ที่โรงพยาบาล แรกรับที่ ER GCS E₄ V₅ M₆ ผล CT-
brain No Intracerebral hemorrhage จำหน่ายกลับบ้าน
พร้อมแนะนำสังเกตอาการผิดปกติที่ต้องมาโรงพยาบาล

5 ชั่วโมงก่อนมาโรงพยาบาล ขาขวาอ่อนแรง
เกรด 4 ขาซ้าย เกรด 5 แขนทั้ง 2 ข้างกำลังปกติปวด
ศีรษะบริเวณท้ายทอย ไปตรวจที่คลินิก แพทย์เขียน
บันทึกส่งตัวผู้ป่วยเพื่อทำ CT-brain ที่โรงพยาบาลซ้ำ
แรกรับที่ ER GCS E₄ V₅ M₆ ผล CT-brain No
Intracerebral hemorrhage, Admit หอผู้ป่วยวิกฤต
ระบบทางเดินหายใจ

การประเมินสภาพผู้ป่วยแรกรับที่หอผู้ป่วย
วิกฤตระบบทางเดินหายใจ

ผู้ป่วยถาม-ตอบรู้เรื่อง มีสติ หายใจเร็ว
ต้น 30-40 ครั้ง/นาที ใช้กล้ามเนื้อในการช่วยหายใจ
มีอาการเขียวเล็กน้อยบริเวณปลายนิ้วมือทั้ง 2 ข้าง ค่า
ความอิ่มตัวของระดับออกซิเจนลดลงที่ 88-90%
เสียงปอดปกติ ทั้งสองข้าง อัตราการเต้นของหัวใจ
102 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 102/78 มิลลิเมตร
ปรอท อุณหภูมิกาย 36.8 องศาเซลเซียส ประเมิน

ระดับความรู้สึกตัว GCS E₂ V₂ M₃₋₄ Motor power
แขนขาด้านขวา เกรด 3 ด้านซ้าย เกรด 4 ผู้ป่วยได้รับ
การรักษาด้วยการ On Endotracheal tube No.7 deep
19 cm On Ventilator PCV mode IP 12 RR 15 PEEP
5 FiO₂ 0.3 I:E 1:2 FT 2 SpO₂ 98% เจาะน้ำไขสันหลัง
(CSF) ได้สีเหลืองใส ส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการ
Anti-Myelin Oligodendrocyte Glycoprotein (Anti-
MOG) Show Negative, NMO IgG (Anti-AQP4)
Show Positive, Magnetic Resonance Imaging
(MRI) of Brain and Cervical Spine Impression;
พบ 1) C1-5 patchy enhancing hypersignal T2
lesion, 1.0x0.9x5.8 cm in AP x transverse x vertical
axis with surrounding white matter edema and cord
swelling – differential diagnosis transverse myelitis
or astrocytoma, please correlate with clinical context
and follow-up imaging. 2) No significant intracranial
abnormality ได้รับการรักษา Plasma exchange 5 cycle
ร่วมกับการได้รับยา Methylprednisolone (Solu-
Medrol) 1 gm IV drip in NSS 500 ml in 6 hr.
จนครบ 5 วัน, Gabapentin (300mg) 1 tablet oral hs

ขณะซักประวัติการเจ็บป่วย ผู้ป่วยแสดงสีหน้า
วิตกกังวล มีการขมวดคิ้ว น้ำตาคลอเมื่อพูดถึงอาการ
เจ็บป่วยที่กำลังกำเริบขึ้น อย่างไรก็ตาม สีหน้าที่มี
ความวิตกกังวลเริ่มผ่อนคลาย เมื่อผู้ป่วยได้รับการ
อธิบายแนวทางการรักษาพยาบาล ขั้นตอน หลังจาก
ให้ข้อมูลและทำหัตถการเป็นที่เรียบร้อย เมื่อพยาบาล
ผู้ดูแลเดินออกจากเตียงของผู้ป่วยเพื่อทำภารกิจอื่น
สังเกตพบว่าผู้ป่วยมีการกลอกสายตาไปมา เพื่อมอง
รอบ ๆ ภายในหอผู้ป่วย และพบว่าผู้ป่วยมีน้ำตาคลอ
อีกครั้ง พยาบาลผู้ดูแลได้เดินกลับไปเตียงผู้ป่วย
อีกครั้ง เพื่อเข้าไปพูดคุยสัมผัสมือให้กำลังใจ อธิบาย
เกี่ยวกับอุปกรณ์เครื่องมือต่าง ๆ ภายในหอผู้ป่วย

พร้อมทั้งการอนุญาตในการให้ญาติเข้าเยี่ยมขณะพักรักษาตัวภายในหอผู้ป่วยวิกฤตเพิ่มเติม สีหน้าและท่าทางของผู้ป่วย เปลี่ยนแปลงไป โดยไม่มีการแสดงอาการขมวดคิ้วเมื่อพูดถึงภาวะการเจ็บป่วย ไม่มีน้ำตาคลอขณะพูดคุยกับพยาบาลดูแล เริ่มโต้ตอบด้วยการกระพริบตา เพื่อแสดงความรู้สึก เช่น ขอบคุณ วิตกกังวล กลัว เป็นต้น พยาบาลผู้ดูแลรับรู้ความต้องการของผู้ป่วยได้ด้วย การสังเกตและรับฟังอย่างตั้งใจในการกระพริบตา เพื่อเป็นสัญญาณในการสื่อสารนั้น และมีการถามย้อนกลับในคำตอบ โดยให้ผู้ป่วยยืนยันกับคำตอบอีกครั้ง เพื่อทำความเข้าใจกับปัญหาของผู้ป่วยให้ลึกซึ้งยิ่งขึ้น

ข้อมูลครอบครัวจากการซักประวัติ ผู้ป่วยอาศัยอยู่กับสามี เป็นบ้านของตัวเอง ไม่มีบุตรด้วยกัน มีญาติพี่น้องอยู่บริเวณใกล้เคียงกัน ปัจจุบันผู้ป่วยและสามีประกอบอาชีพขายน้ำชา กาแฟ ด้วยรถพ่วงข้างจะขายรอบ ๆ บริเวณหมู่บ้าน และในตลาด รายได้หลักมาจากการอาชีพขายน้ำชา กาแฟ รายได้ที่ได้รับในแต่ละวันจึงไม่แน่นอน

การวิเคราะห์กรณีศึกษา

จากการวิเคราะห์สาเหตุและปัจจัยที่ทำให้ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกไม่แน่นอนในการเจ็บป่วยในครั้งนี้พบว่าสาเหตุของการเกิดยังไม่ทราบแน่ชัด แต่กลไกของการเกิดโรคนี้อาจเกิดจากการสร้างแอนติบอดีหรือการสร้างสารต่อต้านภูมิโดยเม็ดเลือดขาวจะถูกปล่อยเข้าในกระแสเลือดผ่านไปสู่วัสดุประสาทร่างกายส่วนกลาง ซึ่งได้แก่ สมอง ไขสันหลัง เส้นประสาทตา และสารต่อต้านภูมิต้านทานจะไปจับกับตัวรับสาร ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของผนังเซลล์ที่ทำหน้าที่เป็นช่องทางผ่านของน้ำที่อยู่บนผิวเซลล์ของระบบประสาทส่วนกลาง เมื่อสารต่อต้านภูมิจุดจับกับตัวรับสาร ก็จะเกิดการ

ทำลายของเซลล์ ทำให้เกิดอาการผิดปกติโดยอาการนี้จะไม่พบในคนทั่วไป แต่จะพบในผู้ป่วยที่เป็นโรคเอ็นเอ็มโอ จึงทำให้มีการกำเริบของอาการของโรคที่รุนแรง¹ เมื่อเกิดการเปลี่ยนแปลงของอาการและอาการแสดงอย่างรวดเร็ว จนเกิดภาวะวิกฤต มีความจำเป็นต้องให้การช่วยเหลือ โดยมีการสอดใส่อุปกรณ์ท่อช่วยหายใจเพื่อประคับประคองระบบทางเดินหายใจในขณะนั้น รวมถึงอุปกรณ์เครื่องมือทางการแพทย์ต่าง ๆ ที่มีความสำคัญเพื่อช่วยประเินอาการและประคับประคองชีวิตในระยะวิกฤต และต้องมีการเคลื่อนย้ายตัวผู้ป่วยเพื่อเปลี่ยนหอผู้ป่วยในขณะที่เข้ารับการรักษาจากหอผู้ป่วยสามัญไปยังหอผู้ป่วยวิกฤต ส่งผลให้ผู้ป่วยต้องห่างจากครอบครัว การกำหนดระยะเวลาของการเข้าเยี่ยมผู้ป่วย เกิดความรู้สึกไม่ปลอดภัยของชีวิต หวาดกลัวจากสิ่งแวดล้อมที่แตกต่างออกไป รวมถึงไปถึงบรรยากาศ สภาพแวดล้อมภายในหอผู้ป่วยวิกฤตไม่เหมาะแก่การแสดงความรัก ความห่วงใย การที่ผู้ป่วยมีความเร่งด่วนในการรับการรักษาเกิดความวิตกกังวลของผู้ป่วยและญาติในขณะนั้น ผู้ป่วยไม่มีประสบการณ์ในการเข้ารับการรักษาตัวภายในหอผู้ป่วยวิกฤต^{5,10} จากการซักประวัติผู้ป่วยยังพบว่าผู้ป่วยมีความรู้สึกไม่แน่นอนต่อการทำงานและการประกอบอาชีพที่อาจจะเปลี่ยนแปลงไป ซึ่งอาจจะส่งผลต่อการหารายได้เพื่อมาจุนเจือภายในครอบครัว โดยผู้ป่วยประกอบอาชีพค้าขาย ทำให้ประสบการณ์ในการเจ็บป่วยในครั้งนี้ ส่งผลต่อเป้าหมายของการดำเนินชีวิตที่เปลี่ยนแปลงไป ผู้ป่วยต้องการแหล่งสนับสนุนและต้องการช่วยเหลือในด้านต่าง ๆ²

การประยุกต์ใช้ทฤษฎีความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยเพื่อการดูแลผู้ป่วย

ในกรณีศึกษา นี้ พยาบาลได้มีการประยุกต์ใช้ทฤษฎีความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยของ

บุคคลที่ไม่สามารถคาดการณ์หรือเหตุการณ์ที่มีความเกี่ยวข้องกับการเจ็บป่วยได้โดยวิเคราะห์เปรียบเทียบข้อมูลจากการประเมินสภาพและซักประวัติตามแนวคิดทฤษฎีเพื่อให้การดูแลผู้ป่วย ดังนี้

1) ความคลุมเครือเกี่ยวกับความเจ็บป่วย (Ambiguity) ผู้ป่วยรายนี้มีเดิมมีสุขภาพสมบูรณ์แข็งแรง ประกอบอาชีพค้าขายและใช้ชีวิตประจำวันได้อย่างปกติ ต่อมาผู้ป่วยมีอาการอ่อนแรง ปวดศีรษะ ไปพบแพทย์ที่คลินิก ได้รับการส่งต่อที่โรงพยาบาล เพื่อทำเอ็กซเรย์คอมพิวเตอร์สมอง ผลปกติ ได้รับคำแนะนำสังเกตอาการที่ผิดปกติที่ต้องมาตรวจที่โรงพยาบาลซ้ำและจำหน่ายกลับบ้าน ต่อมามีอาการกำเริบขึ้น ผู้ป่วยได้มารับการตรวจซ้ำตามคำแนะนำ และต้องเข้ารับการรักษาทันทีที่โรงพยาบาลระหว่างเข้ารับการรักษ ผู้ป่วยมีอาการเปลี่ยนแปลง คือ ระดับความรู้สึกตัวลดลง แขนขาทั้ง 2 ข้าง อ่อนแรงมากขึ้น จนเข้าสู่ภาวะวิกฤตที่มีภาวะกำเริบของโรคเฉียบพลัน ต้องได้รับการช่วยเหลือด้วยการใส่ท่อช่วยหายใจ เพื่อช่วยประคับประคองระบบทางเดินหายใจไว้

2) ความซับซ้อนในระบบของการดูแลรักษา (Complexity) ผู้ป่วยมีอาการกำเริบของโรคอย่างเฉียบพลัน การหายใจมีความผิดปกติ ระดับความรู้สึกตัวลดลง ผู้ป่วยได้รับการรักษาด้วยการใส่ท่อช่วยหายใจเพื่อประคับประคองระบบทางเดินหายใจ เข้ารับการรักษภายในหอผู้ป่วยวิกฤต ซึ่งผู้ป่วยเผชิญกับสิ่งแวดล้อมที่ไม่คุ้นเคยในหอผู้ป่วยวิกฤตที่มีอุปกรณ์เครื่องมือทางการแพทย์จำนวนมาก เป็นอุปกรณ์ที่มีซับซ้อน และต้องนำมาใช้กับผู้ป่วย ผู้ป่วยต้องเผชิญกับการได้รับการรักษาด้วยหัตถการที่ซับซ้อน คือ Plasma exchange 5 cycle ร่วมกับการได้รับยา Methylprednisolone (Solu-Medrol) 1 gm IV drip in NSS 500 ml in 6 hr. จนครบ 5 วัน, Gabapentin (300 mg) 1 tablet op hs ตามแนวทางปฏิบัติ

3) การได้รับข้อมูลที่ไม่สม่ำเสมอ ข้อมูลมีการเปลี่ยนแปลงบ่อย (Inconsistency of information) อาการผู้ป่วยมีการกำเริบและเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็ว การให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยโดยตรงจึงไม่สามารถแจ้งได้ทุกครั้งและสม่ำเสมอ ทำให้ผู้ป่วยไม่ได้รับทราบการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น จึงทำให้ผู้ป่วยรู้สึกถึงความไม่แน่นอนในการเจ็บป่วยในครั้งนี้ แต่อย่างไรก็ตามผู้ป่วยยังได้รับการสื่อสารข้อมูลอาการปัจจุบันของผู้ป่วย การวางแผนการรักษา และการวางแผนการให้การพยาบาลจากพยาบาลผู้ดูแล เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถเผชิญต่อความรู้สึกไม่แน่นอนและความเครียดอย่างเหมาะสมในทุกวันในเวรเข้าจากพยาบาลผู้ดูแล

4) การที่ไม่สามารถทำนายถึงระยะ เวลา และการพยากรณ์ของโรคได้ (Unpredictability) พยาบาลผู้ดูแลได้ติดต่อประสานให้แพทย์เจ้าของไข้ให้ข้อมูลเกี่ยวกับอาการการเจ็บป่วย การเปลี่ยนแปลงของอาการ การดูแลและการรักษาที่ได้รับ รวมถึงการทำนายระยะเวลา และการพยากรณ์อาการของโรค เนื่องจากอาการของโรคของผู้ป่วยมีอาการที่ไม่คงที่ แพทย์ต้องมีการพิจารณาและให้ข้อมูลเป็นรายวัน

ปัจจัยที่มีผลต่ออิทธิพลความรู้สึกไม่แน่นอนในการเจ็บป่วยปัจจัยสำคัญที่มีผลต่อความรู้สึกไม่แน่นอนในการเจ็บป่วยโดยตรงของผู้ป่วยมีดังนี้

1) สิ่งกระตุ้น (Stimuli frame) ผู้ป่วยรับรู้ถึงว่าตนเองอยู่ในภาวะวิกฤต มีอาการกำเริบของโรค อาการและอาการแสดงมีความรุนแรง ต้องใช้ระยะเวลาความต่อเนื่องในการรับการรักษา และอาการที่กำลังเป็นอยู่อาจจะส่งผลกระทบต่อดำเนินชีวิตในอนาคต ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกถึงความไม่แน่นอนว่าอาการเจ็บป่วยจะลดลง หรือดีขึ้นเมื่อใด เป็นสิ่งกระตุ้นที่ส่งผลกระทบต่อทางด้านจิตใจมากที่สุด²⁻³

2) ความสามารถในการทำความเข้าใจ และการคิด (cognitive capacities) การรับรู้ของผู้ป่วยช่วงแรกหลังจากผู้ป่วยได้รับการช่วยเหลือเพื่อให้พ้นจากภาวะวิกฤต และการกำเริบของโรค จากการประเมินผู้ป่วยพบว่ากระบวนการรับรู้ทางความคิด ความสามารถในการตัดสินใจ รวมถึงการรับรู้และการแปลข้อมูลข่าวสารต่าง ๆ ยังรับรู้ไม่เต็มที่ การวางแผนและการให้ข้อมูลข่าวสารต่าง ๆ จึงเป็นการให้ญาติมีส่วนร่วมในการดูแล พยาบาลผู้ดูแลจึงมีบทบาทในการให้ข้อมูลแก่ญาติผู้ป่วยเพื่อใช้ในการวิเคราะห์และตัดสินใจ โดยการให้ข้อมูลเป็นภาษาที่เข้าใจง่าย ใช้เวลาในการประมวลผลข้อมูล สื่อสารให้ชัดเจน สื่อสารด้วยความรู้สึก ไม่เร่งรีบในการสื่อสารและต้องสื่อสารในสถานที่ที่เหมาะสม พร้อมทั้งมีการประเมินความเข้าใจของญาติ หลังจากญาติผู้ป่วยได้รับทราบข้อมูลจากพยาบาลผู้ดูแล สามารถตัดสินใจเพื่อเข้ารับการรักษาตามแผนการรักษาของแพทย์ได้อย่างเหมาะสม⁷

3) แหล่งสนับสนุนและแหล่งประโยชน์เพื่อช่วยเหลือ (structure provider) ผู้ป่วยได้รับการสนับสนุนทางด้านสังคม จากพยาบาลและบุคลากรทางทีมสุขภาพมีการให้ข้อมูลเกี่ยวกับการเจ็บป่วย การดูแลรักษาและการวางแผนในการให้การพยาบาล ผู้ป่วยได้รับทราบเกี่ยวกับระบบการบริการต่าง ๆ และด้านของสิทธิการรักษาของผู้ป่วย ทำให้ผู้ป่วยเข้าใจมากขึ้น ความรู้สึกต่อความไม่แน่นอนลดลง ระดับการศึกษาของผู้ป่วย มีผลต่อการแปลความหมายของการเกิดภาวะการเจ็บป่วยที่มีการกำเริบในภาวะวิกฤต การสื่อสาร หรือให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยและครอบครัวจึงต้องใช้ภาษาอย่างง่าย มีการพูดทวนซ้ำ เพื่อให้ผู้ป่วยและครอบครัวเข้าใจมากขึ้น⁷ การสร้างสัมพันธภาพของพยาบาลผู้ดูแล และทีมสุขภาพช่วยให้ผู้ป่วยเกิดความเชื่อมั่นใจ ไว้วางใจ เกิดการยอมรับในพยาบาลผู้ดูแล

และทีมสุขภาพ สัมพันธภาพดังกล่าวส่งผลให้ความรู้สึกไม่แน่นอนในการเจ็บป่วยลดลง⁴

การบำบัดทางการพยาบาลเพื่อช่วยบรรเทาความรู้สึกไม่แน่นอนขณะที่มีการกำเริบเฉียบพลัน

การเข้าสู่ภาวะวิกฤตที่เกิดจากการกำเริบของโรคอย่างเฉียบพลันในผู้ป่วยกลุ่มโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังและระบบประสาทส่วนกลาง การส่งเสริมให้ผู้ป่วยเข้าใจและยอมรับต่อการเปลี่ยนแปลง และตระหนักถึงสุขภาพของตนเองที่มีการเปลี่ยนแปลงไปจากเดิม โดยการส่งเสริมให้ผู้ป่วยรับรู้ถึงสถานการณ์ที่เปลี่ยนแปลงไป และสามารถเผชิญต่อความรู้สึกไม่แน่นอนที่เกิดขึ้นได้นั้น พยาบาลผู้ดูแลจึงเป็นผู้ให้การดูแลหลัก (structure provider) ตามทฤษฎีที่เป็นแหล่งสนับสนุน มีบทบาทสำคัญในการให้การช่วยเหลือเพื่อให้ผู้ป่วยสามารถเผชิญต่อสถานการณ์ในความรู้สึกไม่แน่นอนที่เกิดขึ้นได้ ป้องกันภาวะแทรกซ้อน และสนับสนุนในด้านต่าง ๆ ครอบคลุมทุกปัจจัยที่เกี่ยวข้องที่สอดคล้องตามแนวคิดทฤษฎีความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย

1. พยาบาลผู้ดูแลใช้ทักษะการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ คือ การฟังอย่างตั้งใจ การใช้คำพูดที่เข้าใจง่าย และการใช้ภาษากาย โดยพยาบาลผู้ดูแลเริ่มสร้างสัมพันธภาพ สร้างความเชื่อมั่นกับผู้ป่วย สื่อสารเพิ่มพลังเชิงบวกทั้งทางภาษากายและคำพูดที่เข้าใจง่ายไม่ซับซ้อน แม้จะอยู่ในภาวะเครียด หรือกังวล พยาบาลผู้ดูแลให้ข้อมูลอาการและอาการแสดงของโรค แผนการรักษาพยาบาล อธิบายผู้ป่วยทุกครั้งเมื่อต้องให้การพยาบาลเพื่อให้ผู้ป่วยคุ้นเคยกับสถานการณ์หรือเหตุการณ์ที่เปลี่ยนแปลงขณะเจ็บป่วย สื่อสารด้วยถ้อยคำที่ชัดเจน เข้าใจง่าย ไม่เร่งรีบ ผู้ป่วยสามารถสื่อสารกับพยาบาลได้ด้วยการกระพริบตาเพื่อเป็นสัญญาณของการโต้ตอบ พยาบาลผู้ดูแลควรสังเกตและรับฟังอย่างตั้งใจใน

การกระพริบตาเพื่อเป็นสัญญาณสื่อสารนั้น และควรมีการถามย้อนกลับในคำตอบ โดยให้ผู้ป่วยยืนยันกับคำตอบอีกครั้ง เพื่อทำความเข้าใจกับปัญหาของผู้ป่วยให้ลึกซึ้งยิ่งขึ้น^{5,10}

2. พูดคุย สัมผัส ให้กำลังใจ ให้การช่วยเหลือในการทำกิจกรรมต่าง ๆ ช่างเตียง และขณะให้การพยาบาลผู้ป่วย พยาบาลผู้ดูแลพูดคุยปลอบโยนผู้ป่วยเพื่อลดความวิตกกังวล และบรรเทาต่อความรู้สึกไม่แน่นอนที่กำลังเผชิญ รวมถึงการให้ข้อมูลเกี่ยวกับเจ็บป่วย การให้ข้อมูลเกี่ยวกับอุปกรณ์ทางการแพทย์ที่ใช้กับผู้ป่วย และอธิบายความหมายของตัวเลขที่แสดงบนหน้าจอที่ปรากฏว่าใช้ในการติดตามอาการของผู้ป่วยในครั้งนี้^{4, 6-7, 10} ขณะที่ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาตัวที่โรงพยาบาลในหอผู้ป่วยวิกฤตนั้น พยาบาลผู้ดูแลมีบทบาทสำคัญต่อการลดความรู้สึกถึงความไม่แน่นอนของชีวิตในระยะวิกฤตที่มีการกำเริบของโรค โดยทำให้ผู้ป่วยเกิดความเชื่อมั่น ศรัทธา และเชื่อถือของผู้ให้บริการ มีการสื่อสารกับผู้ป่วยและญาติในหอผู้ป่วยวิกฤต พูดคุยด้วยการแสดงท่าทีที่เป็นมิตร การสัมผัส ถ่ายทอดความรู้สึกทางใจทางการสัมผัส ความเอื้ออาทร ความเข้าใจให้กำลังใจ ในการสื่อสารต้องสื่อสารด้วยความรู้สึกเห็นอกเห็นใจ ไม่เร่งรีบในการสื่อสารและควรสื่อสารในสถานที่ที่เหมาะสม มีการทวนซ้ำเพื่อประเมินความเข้าใจของผู้ป่วยและญาติ⁷

3. เปิดโอกาสให้ครอบครัวผู้ป่วยเข้าเยี่ยม พูดคุยให้กำลังใจแก่ผู้ป่วย เพื่อให้ผู้ป่วยคลายความกังวลต่อความไม่แน่นอนที่กำลังเผชิญ และให้ครอบครัวผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการตัดสินใจในการรักษา รวมถึงรับทราบข้อมูลเกี่ยวกับการเจ็บป่วยในครั้งนี้¹¹

4. เป็นผู้ประสานงานกับแพทย์ ให้ผู้ป่วยและครอบครัวได้พบและพูดคุยกับแพทย์เจ้าของไข้และทีมสุขภาพ เพื่อรับทราบแนวทางและแผนการรักษา

รวมถึงการดำเนินของโรค เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถเผชิญต่อความไม่แน่นอนในระยะวิกฤตที่มีการกำเริบของโรคได้⁴

5. เป็นผู้ประสานงานกับหน่วยงานต่าง ๆ ให้ครอบครัวได้รับข้อมูลเกี่ยวกับแหล่งสนับสนุนอื่น ๆ เช่น เรื่องสิทธิทางการรักษาพยาบาล การขอรับการช่วยเหลือด้านค่าใช้จ่าย ได้แก่ ค่าใช้จ่ายในอุปกรณ์ทางการแพทย์ หรือค่าทำหัตถการทางการแพทย์ ค่าตรวจทางห้องปฏิบัติการ ค่าใช้จ่ายเกี่ยวกับยานอวกาศ เป็นต้น⁴

สรุปผลการณศึกษา

จากกรณีศึกษา ผู้ป่วยมีความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยเป็นภาวะวิกฤตที่มีการกำเริบของโรคอย่างเฉียบพลัน พยาบาลจึงมีบทบาทสำคัญในการให้ความช่วยเหลือและส่งเสริมให้ผู้ป่วยเข้าใจและยอมรับการเปลี่ยนแปลง รับรู้ถึงสถานการณ์ เหตุการณ์ และยอมรับต่อความรู้สึกไม่แน่นอน ยอมรับในสิ่งที่เกิดขึ้น เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถเผชิญต่อความเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นนั้น โดยเน้นการสร้างความสัมพันธ์และความไว้วางใจ เชื่อมั่น มีความเข้าใจในความต้องการของผู้ป่วยอย่างจริงจัง ช่วยเหลือประสานงานเพื่อหาแหล่งสนับสนุน และนำมาประยุกต์ใช้ในการให้การพยาบาลให้เหมาะสมกับผู้ป่วย จัดการให้ความช่วยเหลือผู้ป่วยให้เหมาะสมกับภาวะสุขภาพที่กำลังเผชิญ อย่างไรก็ตามการใช้ทฤษฎีความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยให้เหมาะสมกับแต่ละบุคคล พยาบาลต้องมีความสามารถเฉพาะในประเมินความต้องการของผู้ป่วยในภาวะวิกฤตให้คำแนะนำให้คำปรึกษาและสามารถเลือกใช้วิธีการในการเผชิญต่อความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยของผู้ป่วยวิกฤตที่มีการกำเริบของโรคที่มีประสิทธิภาพได้

ข้อคิดเห็นและข้อเสนอแนะ

จากกรณีศึกษาที่สะท้อนได้ว่าการพัฒนาศักยภาพของพยาบาลที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยวิกฤตในการให้การพยาบาลที่ครอบคลุมแบบองค์รวมเพื่อสามารถจัดการกับทุกปัจจัยที่มีผลทำให้ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยของผู้ป่วยวิกฤตที่มีการกำเริบของโรคมีความจำเป็น โดยเฉพาะอย่างยิ่ง พยาบาลควรได้รับการฝึกพัฒนาทักษะด้านการสื่อสารเพื่อการบำบัด ในการดูแลจัดการต่อความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยของผู้ป่วยวิกฤตที่มีการกำเริบของโรค ตามแนวคิดทฤษฎีไปใช้ได้อย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น

เอกสารอ้างอิง

1. Neurological Institute of Thailand, Clinical Practice Guidelines: Multiple Sclerosis and Neuromyelitis Optica Spectrum Disorder, 1st ed. Bangkok: Tana Press & Graphic Company Limited; 2018. Thai.
2. Filippi M, Borriello G, Patti F, et al. Perspectives on Neuromyelitis Optica Spectrum Disorders, the Narrative Medicine contribution to care. *Neurol Sci.* 2024;45: 1589–97. doi: 10.1007/s10072-023-07146-4.
3. Esiason DC, Ciesinski N, Nurse CN, et al. The psychological burden of NMOSD—a mixed method study of patients and caregivers. *Plos one.* 2024; 19(3): e0300777. doi: 10.1371/journal.pone.0300777.
4. Boursamarrang P, Binhosen V, Pakdevong N. Effectiveness of communication program on uncertainty in illness and coping strategies in family members of critical ill patients. *JNHC.* 2014; 32(4): 76–84. Thai.
5. Jaiwongpab S, Soivong P, Sittisombut S, et al. Spiritual health among relatives of critically Ill patients. *Nursing Journal CMU.* 2017; 44(4): 36–48. Thai.
6. Sinthurawit P. Effects of stress management program to stress, anxiety and satisfied for relative of critically Ill Patients in the ICU, Wanonnawat Hospital, Sakon Nakhon Province. *emh.* 2023; 8(2): 72–81. Thai.
7. Boonyaratkalin P. Communicating with Family of Patients in Intensive Care Unit: Nurse's Role. *TRC Nurs J.* 2019; 12(2): 90–9. Thai.
8. Mishel MH. Methodological studies: Instrument development. *Advanced design in nursing research.* 1998; 2: 238–84.
9. Wonglungka J, Sriprasong S, Danaidutsadeekul S, et al. The Effectiveness of the Mobile Application Insight ICU Program on Uncertainty in Illness of Patients' Families in Intensive Care Units. *Nursing Journal CMU [internet].* 2025 Sep. 26 [cited 2025 Oct. 13];52(3):151–63. available from: <https://he02.tci-thaijo.org/index.php/cmunursing/article/view/273350>
10. Kusoom W, Krongyuth S. Psychological impacts on patients with critical illness: Management strategies. *TJN.* 2020; 69(3): 53–61. Thai.
11. Chaitan C, Techaudomdach C, Somrarnyart M. Factors related to shared decision-making needs regarding treatment of patients' families in a medical intensive care unit. *Nursing Journal CMU.* 2024; 51(2): 88–106. Thai.

รายชื่อผู้ทรงคุณวุฒิที่พิจารณาคณาภพบทความที่ตีพิมพ์ในวารสารฯ

วารสารการปฏิบัติกรพยาบาลและการผดุงครรภ์นี้ เป็นวารสารที่มีการควบคุมคุณภาพจาก ผู้ทรงคุณวุฒิ จากหลายสถาบัน จึงขอขอบพระคุณผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่านที่ให้ความอนุเคราะห์ในการประเมิน คุณภาพบทความในระยะ 5 ปีที่ผ่านมา (ปี พ.ศ. 2564-2568) ดังรายชื่อต่อไปนี้

1. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.วัลภา คุณทรงเกียรติ
2. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.นรลักษ์ณ์ เอื้อกิจ
3. รองศาสตราจารย์ ดร. สุริพร ธนศิลป์
4. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. เพ็ญพักตร์ อุทิศ
5. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ลัมวิ ปิยะบัณฑิตกุล
6. รองศาสตราจารย์ ดร.บำเพ็ญจิต แสงชาติ
7. รองศาสตราจารย์ ดร.ชัชคณะ แพรวขาว
8. นางสมจิตร ห่องบุตรศรี
9. รองศาสตราจารย์ ดร.อัมพรพรรณ อีรานูตร
- 10.รองศาสตราจารย์ ดร.พุลสุข ศิริพุล
- 11.รองศาสตราจารย์ ดร.ชนิษฐา นันทบุตร
- 12.รองศาสตราจารย์ ดร.สมพร รุ่งเรืองกลกิจ

13. รองศาสตราจารย์ ดร.วิลาวัณย์ พิเชียรเสถียร
14. รองศาสตราจารย์ ดร.สุกัญญา ปรีสัญญกุล
15. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.พิกุล นันทชัยพันธ์
16. รองศาสตราจารย์ ดร.วันชัย เลิศวัฒนวิลาส
17. รองศาสตราจารย์ ดร.จิตติณัฐ อัครเดชอนันต์
18. รองศาสตราจารย์ ดร.พัชรี วรกิจพูนผล
19. ศาสตราจารย์ ดร.ภัทราภรณ์ ภัทรสกุล
20. รองศาสตราจารย์ ดร.ประทุม สร้อยวงศ์
21. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.รังสิยา นารินทร์
22. รองศาสตราจารย์ ดร.วิลาวัณย์ พิเชียรเสถียร
23. รองศาสตราจารย์ ดร.ปิยะนุช ชูโต
24. อาจารย์ ดร.हरषा เศรษฐบุปผา
25. รองศาสตราจารย์ ดร.เยาวรัตน์ มัชฌิม
26. รองศาสตราจารย์ ดร.ธีรนุช ห้านิรัติศัย
27. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.จวิรัตน์ ทิบาง

[illegible][illegible]

28. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.บุณทริกา ชาศรีวัฒนกุล คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์
29. รองศาสตราจารย์ ดร.พวงผกา คงวัฒนานนท์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์
30. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ศิริลักษณ์ แก้วศรีวงศ์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์
31. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.เบญญพร บรรณสาร คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์
32. อาจารย์.ดร.ณัฐพัชร บัวบุญ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์
33. รองศาสตราจารย์ ดร.จินพิชญ์ชา (มะम्म) สาธิยมาส คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์
34. รองศาสตราจารย์ ดร.ศิริพันธุ์ ศิริพันธุ์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏวชิราลงครินทร์
35. ศาสตราจารย์ ดร.ดาราวรรณ ตะปินตา คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา
36. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สมสมัย รัตนกริทากุล คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา
37. รองศาสตราจารย์ ดร. จินตนา วัชรสินธุ์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา
38. รองศาสตราจารย์ ดร.นิภาวรรณ สามารถกิจ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา
39. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.พัชรินทร์ พูลทวี คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา
40. รองศาสตราจารย์ ดร.ศิริวรรณ แสงอินทร์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา
41. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.แสงระวี มณีศรี คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา
42. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สุภาภัก เภตราสุวรรณ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล
43. รองศาสตราจารย์ ดร.อาภาวรรณ หนูคง คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล
44. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.อำภาพร นามวงศ์พรหม คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยรังสิต
45. รองศาสตราจารย์ ดร.อาภรณ์ ตีนาน คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยรังสิต
46. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. อำภาพร นามวงศ์พรหม คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยรังสิต
47. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.วันเพ็ญ แว่ววิรุคูปต์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏนครปฐม
48. รองศาสตราจารย์ ดร.วรรณิ์ เดียววิศเรศ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏรำไพพรรณี
49. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.หทัยรัตน์ แสงจันทร์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยทักษิณ
50. รองศาสตราจารย์ ดร.โสเพ็ญ ชุนวล คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์
51. รองศาสตราจารย์ ดร.วันดี สุทธิรังษี คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์
52. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ลัภณา กิจรุ่งโรจน์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์
53. รองศาสตราจารย์ ดร.กิตติกร นิลมานัต คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์
54. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.จารุวรรณ กฤตย์ประชา คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ (เกษียณ)
55. รองศาสตราจารย์ ดร.กนต์พร ยอดไชย คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์
56. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ทิพมาส ชินวงศ์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์
57. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.วินิภาญจน์ คงสุวรรณ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์
58. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.จันทรา พรหมน้อย คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์
59. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.รัตใจ เวชประสิทธิ์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์
60. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ปราณี คำจันทร์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

61. รองศาสตราจารย์ ดร.ศศิกันต์ กาละ	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์
62. รองศาสตราจารย์ ดร.วิภา แซ่เซี้ย	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ (เกษียณ)
63. รองศาสตราจารย์ ดร.วรางคณา ชัยเวช	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์
64. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.แสงอรุณ อิศระมัลย์	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ (เกษียณ)
65. รองศาสตราจารย์ ดร.เพลินพิศ ฐานิวัฒนานนท์	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ (เกษียณ)
66. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.พิสมัย วัฒนสิทธิ์	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์
67. รองศาสตราจารย์ ดร.กาญจน์สุนักส์ บาลทิพย์	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์
68. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ดวงสุดา ศิริปัญญุมิ	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์
69. ดร.เกสร พรหมเหล็ก	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์
70. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.อรรณพ หนูแก้ว	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์
71. รองศาสตราจารย์ ดร.นงนุช บุญยัง	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏนครศรีธรรมราช
72. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.วงจันทร์ เพชรพิเชฐเชียร	นักวิชาการอิสระ
73. ดร.กฤษดา แสงดี	นักวิชาการอิสระ
74. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.วัลภา คุณทรงเกียรติ	นักวิชาการอิสระ
75. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.นิโรบล กนกสุนทรรัตน์	โรงเรียนพยาบาลรามาธิบดี คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล
76. รองศาสตราจารย์ ดร. แสงทอง อีระทองคำ	โรงเรียนพยาบาลรามาธิบดี คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล
77. รองศาสตราจารย์ ดร. สุปรีดา มั่นคง	โรงเรียนพยาบาลรามาธิบดี คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล
78. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.เสริมศรี สันตติ	โรงเรียนพยาบาลรามาธิบดี คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล
79. รองศาสตราจารย์ประคอง อินทรสมบัติ	โรงเรียนพยาบาลรามาธิบดี คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล
80. ศาสตราจารย์ ดร. นพวรรณ เปียชื่อ	โรงเรียนพยาบาลรามาธิบดี คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล
81. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.อินทรา รูปสว่าง	โรงเรียนพยาบาลรามาธิบดี คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล
82. รองศาสตราจารย์ ดร. สายพิน เกษมกิจวัฒนา	โรงเรียนพยาบาลรามาธิบดี คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล

- | | |
|--|--|
| 83. รองศาสตราจารย์ ดร.สุชีรา ชัยวิบูลย์ธรรม | โรงเรียนพยาบาลรามาธิบดี คณะแพทยศาสตร์
โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล |
| 84. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สุรีย์ ธรรมิกบวร | โรงเรียนพยาบาลรามาธิบดี คณะแพทยศาสตร์
โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล |
| 85. นางสาวรัตนภรณ์ จีระวัฒนะ | โรงเรียนพยาบาลรามาธิบดี คณะแพทยศาสตร์
โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล |
| 86. ดร.มารีสา สุวรรณราช | วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สงขลา |
| 87. รองศาสตราจารย์ ดร.สายฝน เอกวางกูร | สำนักวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยวลัยลักษณ์ |
| 88. รองศาสตราจารย์ ดร.จอม สุวรรณโณ | สำนักวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยวลัยลักษณ์ |
| 89. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ชิตชนก มยุรภักดิ์ | สำนักวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยวลัยลักษณ์ |
| 90. พว.กัญจนา ปุกคำ | โรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช |
| 91. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.มลธิรา อุดชุมพิสัย | สถาบันการพยาบาลศรีสวรินทิรา สภากาชาดไทย |
| 92. อาจารย์ ดร.ยุพา วงศ์รสไตร | มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช |
| 93. พว.จินตนา พรหมเนตร | โรงพยาบาลแหลมฉบัง |
| 94. นาวาโทหญิง ผศ.ดร.สุปราณี พลธนะ | วิทยาลัยพยาบาลกองทัพเรือ |
| 95. คุณสุทธิพันธ์ ถนอมพันธ์ | โรงพยาบาลนครพิงค์ |
| 96. อาจารย์ ดร.ดวงรัตน์ กวีนันทชัย | คณะพยาบาลศาสตร์เพื่อการุณย
มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช |
| 97. รองศาสตราจารย์ ดร.วันเพ็ญ ภิญโญภาสกุล | คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล |
| 98. น.ท. หญิง ผศ.(พิเศษ) กนกเลขา สุวรรณพงษ์ | วิทยาลัยพยาบาลกองทัพเรือ |
| 99. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ทัศนีย์ สุนทร | คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏสุราษฎร์ธานี |
| 100. พว.สุพรพรรณ กิจบรรยงเลิศ | โรงพยาบาลวชิระภูเก็ต |
| 101. อ.ดร.ปลื้มจิต โชติกะ | คณะพยาบาลศาสตร์แมคคอร์มิค มหาวิทยาลัยพายัพ |



สมาคมผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง (ประเทศไทย)
Advanced Practice Nurse Association (Thailand)

อาคารนครินทร์ศรี กระทรวงสาธารณสุข ถนนติวานนท์ อ.เมืองนนทบุรี จ.นนทบุรี 11000 โทร. 0 2596 7576 โทรสาร 0 2951 0150

คำสั่งสมาคมผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง (ประเทศไทย)
ที่ 001/2567

เรื่อง แต่งตั้งคณะกรรมการอำนวยการสมาคมผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง (ประเทศไทย)

อาศัยอำนาจตามความในมาตรา 78 แห่งประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์ ประกอบกับข้อบังคับของสมาคมผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง (ประเทศไทย) พ.ศ. 2552 หมวด 3 คณะกรรมการและหน้าที่รับผิดชอบ กำหนดจำนวนกรรมการ คุณสมบัติ หลักเกณฑ์ วิธีการสรรหา การเลือกนายกสมาคมและกรรมการ วาระการดำรงตำแหน่ง และการพ้นจากตำแหน่งของคณะกรรมการอำนวยการสมาคม ตามมติที่ประชุมคณะกรรมการ ครั้งที่ 2/2567 วันที่ 18 มีนาคม 2567 จึงแต่งตั้งบุคคลต่อไปนี้ เป็นคณะกรรมการอำนวยการสมาคมผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง (ประเทศไทย)

คณะกรรมการอำนวยการ

1. รศ.ดร.ประณีต	สงวัฒนา	นายกสมาคม
2. ผศ.ดร.จริยา	วิหะศุภกร	อุปนายก
3. พว.จินตนา	พรรณเนตร	เลขานุการ
4. รศ.ดร.ปิยะนุช	ชูโต	วิชาการ
5. รศ.ดร.ยาใจ	สิทธิมงคล	วิชาการ
6. พว.กัญจนา	ปุกคำ	วิชาการ
7. ศ.ดร.นพวรรณ	เปี่ยมชื่อ	วารสาร
8. รศ.ดร.จินพิชญชา	สาธิตมาส	วารสาร
9. พว. บำเหน็จ	แสงรัตน์	วารสาร
10. พว. สุทธิพันธ์	ณอมพันธ์	วารสาร
11. พว.พัชร	ประไพพิณ	เหรียญ
12. พว.ศิริทิพย์	สงวนวงศ์วาน	ปฏิคม
13. พว. เนาวนิตย์	พลพินิจ	นายทะเบียน
14. พว.อรทัย	บัวคำ	ประชาสัมพันธ์
15. พว. ศุภมาส	บำรุงรัตน์	สวัสดิการ
16. พว. คมเนตร	สกุลธนะศักดิ์	จัดหาทุน
17. พว.พิมพ์นิภา	ศรีนพคุณ	ผู้จัดการสำนักงาน

คณะกรรมการมีหน้าที่ตามที่กำหนดไว้ในข้อบังคับของสมาคมผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง (ประเทศไทย)

ทั้งนี้ ตั้งแต่บัดนี้ถึงวันที่ 18 มีนาคม พ.ศ. 2570

ประกาศ ณ วันที่ 1 เมษายน พ.ศ. 2567

(รองศาสตราจารย์ ดร.ประณีต สงวัฒนา)

นายกสมาคมผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง (ประเทศไทย)

คำแนะนำสำหรับผู้เขียน วารสารการปฏิบัติการพยาบาลและการผดุงครรภ์ไทย

วารสารการปฏิบัติการพยาบาลและการผดุงครรภ์ไทย (Thai Journal of Nursing and Midwifery Practice: tjnmp) เป็นวารสารวิชาการฉบับภาษาไทย ดำเนินการโดย สมาคมผู้ปฏิบัติการพยาบาลชั้นสูง (ประเทศไทย) ร่วมกับวิทยาลัยพยาบาลและผดุงครรภ์ชั้นสูงแห่งประเทศไทย โดยการสนับสนุนของสภาการพยาบาล เป็นแหล่งรวบรวมและตีพิมพ์เผยแพร่ผลงานทางวิชาการที่ได้จากการปฏิบัติการพยาบาลและการวิจัยเชิงพัฒนาคุณภาพของการพยาบาลและการผดุงครรภ์ เป็นศูนย์กลางการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ การสร้างความร่วมมือและเชื่อมโยงเครือข่ายการพัฒนานวัตกรรมและการปฏิบัติตามหลักฐานความรู้เชิงประจักษ์ของพยาบาลในระดับชาติและนานาชาติ ผู้เขียนที่สนใจจะส่งบทความเพื่อตีพิมพ์ใน “วารสารการปฏิบัติการพยาบาลและการผดุงครรภ์ไทย” กรุณาศึกษาแนวทางการเขียนตามคำแนะนำสำหรับผู้เขียน ดังนี้

(หมายเหตุ: คำแนะนำฉบับนี้ให้เริ่มใช้กับบทความที่ตีพิมพ์ตั้งแต่ปีที่ 11 ฉบับที่ 1 (มกราคม – มิถุนายน 2567 เป็นต้นไป)

1. เงื่อนไขในการตีพิมพ์บทความ

1.1 ผู้นิพนธ์จะต้องเตรียมต้นฉบับบทความ การอ้างอิงให้เป็นไปตามรูปแบบที่วารสารฯ กำหนด และผู้นิพนธ์จะต้องนำส่งบทความ (Submit) ด้วยบัญชี (ThaiJO User Account) ของผู้นิพนธ์ผ่านระบบ ThaiJO ที่ <https://he02.tci-thaijo.org/index.php/apnj/about/submissions>

1.2 บทความต้นฉบับที่ส่งมารับการพิจารณาตีพิมพ์ในวารสารฯ จะต้องไม่เคยเผยแพร่หรือกำลังอยู่ในระหว่างการประเมินของวารสารอื่น

1.3 บทความที่เกี่ยวข้องกับการวิจัยในมนุษย์และสัตว์ทดลอง (แล้วแต่กรณี) ให้ผู้เขียนแนบหนังสือรับรองจริยธรรมจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์หรือสัตว์ทดลองมาพร้อมกับบทความที่ส่งมารับการพิจารณาตีพิมพ์

1.4 ผู้นิพนธ์จะต้องส่งผลการตรวจสอบการลอกเลียนงานวรรณกรรมบทความจากโปรแกรมคอมพิวเตอร์ Turn-It-In หรือโปรแกรม Copy Catch หรือโปรแกรมอื่นที่เป็นที่ยอมรับ

1.5 มีรายการอ้างอิงทั้งในเนื้อหาและท้ายบทความครบถ้วน ตรงกัน และถูกต้องตามรูปแบบ Vancouver ที่วารสารฯ กำหนด

1.6 หากบทความได้รับการตอบรับให้ตีพิมพ์ ผู้เขียนจะมีค่าใช้จ่ายตามอัตราค่าตีพิมพ์โดยชำระเงินค่าธรรมเนียมหลังจากได้รับแจ้งจากทางวารสารฯ แล้วเท่านั้น

1.7 บทความที่ตีพิมพ์ในวารสารฯ จะได้รับการพิจารณาจากผู้ทรงคุณวุฒิที่มีความเชี่ยวชาญในสาขาของบทความ จากหลากหลายสถาบัน อย่างน้อย 3 ท่าน โดยในกระบวนการประเมินคุณภาพจะไม่เปิดเผยให้เจ้าของบทความทราบว่าใครคือผู้ประเมินและผู้ประเมินจะไม่ทราบว่าบทความนั้นเป็นของผู้ใด (Double Blind Peer Review)

1.8 บทความที่ได้รับการตีพิมพ์ในวารสารฯ ถือเป็นความคิดเห็นและเป็นความรับผิดชอบของผู้เขียนและคณะฯ เท่านั้น ทางวารสารฯ ไม่จำเป็นต้องเห็นด้วย หรือมีส่วนร่วมรับผิดชอบร่วมด้วยแต่อย่างใด

2. การเตรียมต้นฉบับ

2.1 ต้นฉบับ พิมพ์ด้วยคอมพิวเตอร์โปรแกรมไมโครซอฟท์ เวิร์ด (Microsoft Word) ใช้ตัวอักษร AngsanaUPC ขนาดหน้ากระดาษ A4 เว้นห่างจากขอบ 1 นิ้วโดยรอบ ความยาวไม่ควรเกิน 12 หน้า (ไม่รวมเอกสารอ้างอิง) ใช้การอ้างอิงแบบแวนคูเวอร์ (Vancouver Style) ตามที่วารสารกำหนด

2.2 ประเภทบทความ (เช่น บทความวิจัย (research article) โครงการวิจัยเพื่อพัฒนาการปฏิบัติ (capstone project) การทบทวนงานวิจัยอย่างเป็นระบบ (systematic reviews) การพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิก (development of practice guidelines) รายงานกรณีศึกษา (case report) บทความวิชาการ (academic article) บทความปฏิกิริยา (miscellaneous) และอื่น ๆ) ให้พิมพ์ด้วยตัวหนา ขนาด 18 point และจัดให้ชิดขวา (Align Right) ทั้งภาษาไทยและอังกฤษ

2.3 ชื่อบทความ ใช้ตัวหนา ขนาด 18 point โดยจัดให้อยู่กลาง (Center) หน้ากระดาษ ทั้งภาษาไทยและอังกฤษ

2.4 ชื่อผู้เขียนและคุณวุฒิ (สาขา ถ้ามี) ใช้ตัวเอียง ขนาด 16 point มีเลขอารบิกยกเป็นเชิงบรรทัดหน้าชื่อผู้แต่ง โดยให้อยู่ใต้ชื่อเรื่อง และจัดชิดขวา (Align Right)

2.5 ตำแหน่งทางวิชาการ สถานที่ทำงาน/สังกัดของผู้เขียน อีเมลของผู้รับผิดชอบหลัก (Corresponding Author) และสถานะของรายงานการวิจัย (กรณีเป็นส่วนหนึ่งของวิทยานิพนธ์) ใช้ตัวเอียง ขนาด 16 point ให้พิมพ์ไว้เป็นเชิงบรรทัดหน้าแรกทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ

2.6 บทคัดย่อ (Abstract) ทั้งไทยและอังกฤษ ใช้ตัวปกติ ขนาด 16 point มีจำนวนไม่เกิน 300 คำ เนื้อหาประกอบด้วย วัตถุประสงค์ วิธีการ ผลการศึกษา และข้อเสนอแนะ

2.7 คำสำคัญ (Keywords) ทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ มีจำนวน 3-5 คำ คั่นคำสำคัญด้วย ; (กรณีเป็นภาษาอังกฤษให้ใช้ตัวอักษรพิมพ์เล็ก) คำสำคัญให้เรียงลำดับตามเนื้อหา

2.8 เนื้อหา พิมพ์ด้วยตัวอักษรขนาด 16 pt และให้เรียงหัวข้อ ตามลำดับ ดังนี้

1) บทความวิจัย (Research Article) ประกอบด้วย

- บทคัดย่อ (ไทย/อังกฤษ)
- ความเป็นมาและความสำคัญ
- วัตถุประสงค์
- ระเบียบวิธีวิจัย
- จริยธรรมการวิจัย
- การวิเคราะห์ข้อมูล
- ผลการวิจัย
- อภิปรายผล

- ข้อเสนอแนะ
 - เอกสารอ้างอิง
- 2) โครงการวิจัยเพื่อพัฒนาการปฏิบัติ (Capstone project) ประกอบด้วย
- บทคัดย่อ (ไทย/อังกฤษ)
 - ความเป็นมาและความสำคัญ
 - วัตถุประสงค์
 - วิธีการดำเนินโครงการ
 - การวิเคราะห์ข้อมูล
 - ผลการดำเนินโครงการ
 - อภิปรายผล (ปัจจัยส่งเสริมและปัจจัยที่เป็นอุปสรรคในการดำเนินโครงการ)
 - ข้อเสนอแนะในการนำไปใช้
 - เอกสารอ้างอิง
- 3) การทบทวนงานวิจัยอย่างเป็นระบบ (Systematic review) ประกอบด้วย
- บทคัดย่อ (ไทย/อังกฤษ)
 - ความเป็นมาและความสำคัญ
 - วัตถุประสงค์ของการทบทวนวรรณกรรม
 - วิธีการทบทวนวรรณกรรม
 - การสืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์
 - การประเมินคุณภาพและคัดเลือกวรรณกรรม
 - การวิเคราะห์ข้อมูล
 - การนำเสนอผล
 - ข้อจำกัดของการทบทวนวรรณกรรม
 - ข้อเสนอแนะในการนำผลไปใช้
 - เอกสารอ้างอิง
- 4) การพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิก (Development of clinical practice guidelines) ประกอบด้วย
- บทคัดย่อ (ไทย/อังกฤษ)
 - ความเป็นมาและความสำคัญ
 - วัตถุประสงค์ของการพัฒนาแนวปฏิบัติ
 - แนวคิดการพัฒนาแนวปฏิบัติ
 - วิธีการพัฒนาแนวปฏิบัติ
 - การสืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์
 - การประเมินคุณภาพและคัดเลือกหลักฐาน

- แนวปฏิบัติที่พัฒนาขึ้น
- ข้อเสนอแนะในการนำแนวปฏิบัติไปใช้
- ข้อจำกัดในการพัฒนาแนวปฏิบัติ
- เอกสารอ้างอิง

5) รายงานกรณีศึกษา (Case study/report) ประกอบด้วย

- บทคัดย่อ (ไทย/อังกฤษ)
- บทนำ
- ตัวอย่างกรณีศึกษา
- การวิเคราะห์ตัวอย่างกรณีศึกษา
- สรุปและอภิปราย
- ข้อคิดเห็นและข้อเสนอแนะ
- เอกสารอ้างอิง

6) บทความวิชาการ (Academic article) ประกอบด้วย

- บทคัดย่อ (ไทย/อังกฤษ)
- บทนำ
- เนื้อเรื่อง
- บทสรุป
- ข้อคิดเห็นและข้อเสนอแนะ
- เอกสารอ้างอิง

2.9 เอกสารอ้างอิง ไม่ควรเกิน 25 รายการ (เขียนเป็นภาษาอังกฤษ) และต้องมีอายุไม่เกิน 10 ปี และในกรณีที่มีความจำเป็นบรรณธิการฯ จะพิจารณาเป็นราย ๆ ไป

2.10 ตาราง ภาพประกอบ หรือแผนภูมิ (ถ้ามี) ตารางให้มีจำนวนไม่เกิน 3 ตาราง ภาพ หรือ แผนภูมิให้มีจำนวนไม่เกิน 2 ตาราง โดยระบุในเนื้อเรื่อง ไม่ต้องพิมพ์แยก (กรณีคัดลอกจากแหล่งอื่นที่อาจมีลิขสิทธิ์และการอ้างอิงหรือขออนุญาตด้วย)

ตัวอย่างภาษาไทย

ประเภทบทความภาษาไทย ขนาด 18pt

ชื่อบทความภาษาไทย ขนาด 18pt

ชื่อผู้แต่งภาษาไทยคนที่ 1¹ ชื่อย่อคุณวุฒิภาษาไทย (ชื่อสาขาภาษาไทย ถ้ามี) (ขนาด 16 pt)

ชื่อผู้แต่งภาษาไทยคนที่ 2² ชื่อย่อคุณวุฒิภาษาไทย (ชื่อสาขาภาษาไทย ถ้ามี) (ขนาด 16 pt)

บทคัดย่อ: เนื้อหาให้เขียนบรรยายประกอบไปด้วยองค์ประกอบของวัตถุประสงค์ วิธีการ ผลการศึกษา และ ข้อเสนอแนะ จำนวนไม่เกิน 300 คำ (ขนาด 16 pt)

คำสำคัญ: คำที่ 1; คำที่ 2; คำที่ 3; คำที่ 4; คำที่ 5 (จำนวน 3-5 คำ เรียงลำดับตามเนื้อหา)

¹ตำแหน่งทางวิชาการภาษาไทย (ถ้ามี) สังกัดของผู้แต่งคนที่ 1 จังหวัด

² ตำแหน่งทางวิชาการ (ถ้ามี) สังกัดของผู้แต่งคนที่ 2 จังหวัด

ตัวอย่าง เช่น

• กรณีผู้นิพนธ์เป็นนักศึกษา

¹นักศึกษาปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ จังหวัดสงขลา

• กรณีผู้นิพนธ์เป็นพยาบาลวิชาชีพ

¹พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลสงขลานครินทร์ จังหวัดสงขลา

²พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลสงขลานครินทร์ จังหวัดสงขลา

• กรณีผู้นิพนธ์เป็นอาจารย์

¹อาจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ จังหวัดสงขลา

²ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ จังหวัดสงขลา

³รองศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ จังหวัดสงขลา

⁴ศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ จังหวัดสงขลา

• หากผู้นิพนธ์ท่านใดเป็นผู้รับผิดชอบหลัก ให้ระบุอีเมลที่ผู้นิพนธ์ ตัวอย่างเช่น

²รองศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ จังหวัดสงขลา; ผู้รับผิดชอบหลัก, E-mail: praneed.s@psu.ac.th

ตัวอย่างภาษาอังกฤษ

ประเภทบทความภาษาอังกฤษ ขนาด 18pt

ชื่อบทความภาษาอังกฤษขนาด 18pt

ชื่อผู้แต่งภาษาอังกฤษคนที่ 1¹ ชื่อย่อคุณวุฒิภาษาอังกฤษ (ชื่อสาขาภาษาอังกฤษ ถ้ามี) (ขนาด 16 pt)

ชื่อผู้แต่งภาษาอังกฤษคนที่ 2² ชื่อย่อคุณวุฒิภาษาอังกฤษ (ชื่อสาขาภาษาอังกฤษ ถ้ามี) (ขนาด 16 pt)

Abstract: เนื้อหาให้เขียนบรรยายประกอบไปด้วยองค์ประกอบของวัตถุประสงค์ วิธีการ ผลการศึกษา และ ข้อเสนอแนะ จำนวนไม่เกิน 300 คำ ให้สอดคล้องกับภาษาไทย (ขนาด 16 pt)

Keywords: คำที่ 1; คำที่ 2; คำที่ 3; คำที่ 4; คำที่ 5 (จำนวน 3-5 คำ เรียงลำดับตามเนื้อหา ให้สอดคล้องกับภาษาไทย)

¹ ตำแหน่งทางวิชาการ (ถ้ามี) สังกัดของผู้แต่งคนที่ 1 จังหวัด

² ตำแหน่งทางวิชาการ (ถ้ามี) สังกัดของผู้แต่งคนที่ 2 จังหวัด

ตัวอย่าง เช่น

- กรณีผู้พิมพ์เป็นนักศึกษา

¹ Master of Nursing Student, Faculty of Nursing, Prince of Songkla University, Songkhla

- กรณีผู้พิมพ์เป็นพยาบาลวิชาชีพ

¹ Registered nurse, Professional Level, Songklanagarind Hospital, Songkhla

¹ Registered nurse, Senior Professional Level, Songklanagarind Hospital, Songkhla

- กรณีผู้พิมพ์เป็นอาจารย์

² Lecturer, Faculty of Nursing, Prince of Songkla University, Songkhla,

² Assistant Professor, Faculty of Nursing, Prince of Songkla University, Songkhla

² Associate Professor, Faculty of Nursing, Prince of Songkla University, Songkhla

³ Professor, Faculty of Nursing, Prince of Songkla University, Songkhla

- หากผู้พิมพ์ท่านใดเป็นผู้รับผิดชอบหลัก ให้ระบุอีเมลที่ผู้พิมพ์ที่ ดังนี้

² Associate Professor, Faculty of Nursing, Prince of Songkla University, Songkhla; Corresponding author,
E-mail: praneed.s@psu.ac.th

เนื้อหา (เรียงลำดับหัวข้อตามประเภทของบทความนั้น ๆ ที่วารสารฯ กำหนด) เช่น
ความเป็นมาและความสำคัญ

วัตถุประสงค์

ระเบียบวิธีวิจัย (ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง/เครื่องมือในการวิจัย/การเก็บรวบรวมข้อมูล)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

เครื่องมือในการวิจัย

การเก็บรวบรวมข้อมูล

จริยธรรมการวิจัย (กรณีเป็นบทความที่เกี่ยวข้องกับการวิจัยในมนุษย์หรือสัตว์ทดลอง)

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผลการวิจัย

อภิปรายผล

ข้อเสนอแนะ

เอกสารอ้างอิง (ไม่ควรเกินจำนวน 25 รายการ และเขียนเป็นภาษาอังกฤษทุกรายการ)

1.
2.
3.

การเขียนรายการอ้างอิงตามรูปแบบแวนคูเวอร์ (Vancouver Style)

การเขียนรายการอ้างอิงตามรูปแบบแวนคูเวอร์ (Vancouver Style) ประกอบด้วย 2 ส่วน คือ การอ้างอิงในเนื้อหา (In – Text Citation) และการอ้างอิงท้ายบท (Reference) ดังนี้

1. การอ้างอิงเนื้อหา (In – Text Citation)

1.1 แบบเน้นผู้เขียน ให้ใส่เลขอารบิกยหลังชื่อผู้เขียน เช่น

...คำนวณหาขนาดตัวอย่างโดยการเปิดตารางสำเร็จรูป ของ Polit and Beck²⁴ ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างกลุ่มละ 25 คน และเพิ่มขนาดกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 20....

...เช่นเดียวกับการศึกษาของ Wang, et al.²² ซึ่งรายงานว่า การมีแหล่งสนับสนุนให้คำปรึกษาแก่ผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมองเมื่อกลับไปอยู่บ้านช่วยให้ผู้ดูแลมีความมั่นใจเพิ่มขึ้นและช่วยลดความวิตกกังวลในการดูแลผู้ป่วย...

โปรดสังเกต

- 1) หากผู้เขียนมีจำนวน 2 คน ให้เชื่อมนามสกุลผู้แต่งด้วย and เช่น Boonsanu and Yunibhand
- 2) หากผู้เขียนมีจำนวน 3 คน ให้เชื่อมนามสกุลผู้แต่งด้วย , และ and เช่น Sangkaew, Nukaew and Suttharangsee
- 3) หากผู้เขียนมีจำนวนมากกว่า 3 คน ให้ลงนามสกุลผู้แต่งเพียง 1 คนแล้วตามด้วย , et al เช่น Punja, et al.

1.2 แบบเน้นเนื้อหา ให้ใส่เลขอารบิกยหลังข้อความที่อ้างอิง เช่น

...โรคไตเรื้อรัง (CKD) เป็นปัญหาสุขภาพที่สำคัญทั่วโลก เนื่องจากมีอุบัติการณ์เพิ่มและมีความชุกสูงขึ้นพบว่าเกือบ 700 ล้านคนหรือประมาณร้อยละ 8 ของประชากรทั่วโลกเป็นโรคไตเรื้อรัง¹....

....ซึ่งโทรศัพท์มือถือเป็นวิธีการหนึ่งที่ได้รับนิยมนิยมมากขึ้นเรื่อย ๆ ¹⁴⁻¹⁶....

....จากปัญหาความไม่เพียงพอของพยาบาลและเจ้าหน้าที่สาธารณสุขอื่น ๆ ของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหรือศูนย์สุขภาพชุมชน เป็นอุปสรรคหนึ่งของกระบวนการติดตามเยี่ยมผู้ป่วยที่บ้านเพื่อการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง^{8,12}...

โปรดสังเกต: การอ้างอิงในเนื้อหาแบบหลายรายการ หากเลขอ้างอิงมีลำดับที่เรียงกันอย่างต่อเนื่อง ให้ใช้เครื่องหมายติดลบ (-) คั่นระหว่างเลข เช่น ¹¹⁻¹⁶ หรือ ⁶⁻⁷ แต่ถ้าเลขอ้างอิงไม่เรียงกันให้ใช้เครื่องหมายจุลภาค (,) คั่นระหว่างเลข เช่น ^{8,11,25}

2. การอ้างอิงท้ายบท (Reference) มีหลักการเขียนดังนี้

2.1 พิมพ์รายการอ้างอิงตามลำดับที่ได้อ้างอิงไว้ในเนื้อหาเป็นภาษาอังกฤษ

2.2 พิมพ์หมายเลขลำดับการอ้างอิงไว้ชิดขอบกระดาษด้านซ้าย หากรายการอ้างอิงมีความยาวมากกว่าหนึ่งบรรทัดให้พิมพ์บรรทัดถัดไปโดยย่อหน้าให้ตรงกับข้อความในบรรทัดแรก

2.3 รูปแบบการอ้างอิงจะแตกต่างกันตามประเภทของเอกสารที่นำมาอ้างอิง ดังตัวอย่าง

ตัวอย่างการเขียนรายการอ้างอิงท้ายบท (Reference) ตามประเภทของเอกสาร

1. หนังสือ (Book)

นามสกุลผู้แต่ง อักษรแรกของชื่อต้น อักษรย่อชื่อกลาง (ถ้ามี). ชื่อหนังสือ. ครั้งที่พิมพ์. สถานที่พิมพ์: สำนักพิมพ์; ปีพิมพ์.

ตัวอย่าง

¹Pornnoppadol C. Attention deficit hyperactivity disorder. Bangkok: Siriraj Book; 2018. Thai.

²Sitdhiraksa N, Wansawak K, Wanrit K, et al. Psychiatry Siriraj DSM-V. 2nd ed. Bangkok: Prayoonsan Thai Printing; 2015. Thai.

³Hair JF, Black WC, Babin BJ, et al. Multivariate data analysis. 7th ed. New Jersey: Pearson Education; 2010.

นามสกุลบรรณาธิการ อักษรแรกของชื่อต้น อักษรย่อชื่อกลาง (ถ้ามี), editor/editors. ชื่อหนังสือ. ครั้งที่พิมพ์. สถานที่พิมพ์: สำนักพิมพ์; ปีพิมพ์.

2. หนังสือที่มีเฉพาะบรรณาธิการเป็นผู้รวบรวม (Edited Book)

ตัวอย่าง

¹Norasan S, Saibai P, editors. Trauma nursing. Bangkok: Ramathibodi Hospital; 2016. Thai.

3. บทที่อยู่ในหนังสือ (Chapter in Book)

นามสกุลผู้แต่ง อักษรแรกของชื่อต้น อักษรย่อชื่อกลาง (ถ้ามี). ชื่อบท. In: นามสกุลบรรณาธิการ อักษรแรกของชื่อต้น อักษรย่อชื่อกลาง (ถ้ามี), editor/editors. ชื่อหนังสือ. ครั้งที่พิมพ์. สถานที่พิมพ์: สำนักพิมพ์; ปีพิมพ์. p. หน้าแรก-หน้าสุดท้าย.

ตัวอย่าง

Meltzer PS, Kallioniemi A, Trent JM. Chromosome alterations in human solid tumors. In: Vogelstein B, Kinzler KW, editors. The genetic basis of human cancer. New York: McGraw-Hill; 2002. p. 93-113.

4. บทความในวารสาร (Journal/E-journal) ตัวอย่าง

นามสกุลผู้แต่ง อักษรแรกของชื่อต้น อักษรย่อชื่อกลาง (ถ้ามี). ชื่อบทความ. ชื่อวารสาร. ปีพิมพ์; ปีที่ (ฉบับที่): เลขหน้าแรก – หน้าสุดท้าย. doi: (ถ้ามี).

ตัวอย่าง

¹Paiva ED, Zanchetta MS, Londoño C. Innovation in thinking and scientific action: The method of design thinking for nursing. Escola Anna Nery. 2020; 24(4): 1–5. doi: 10.1590/2177-9465-EAN-2019-0304.

5. การอ้างอิงจากเว็บไซต์ (Internet/Website) ตัวอย่าง

นามสกุลผู้แต่ง อักษรแรกของชื่อต้น อักษรย่อชื่อกลาง (ถ้ามี) หรือชื่อหน่วยงาน หรือชื่อเว็บไซต์ [internet]. ปีที่เผยแพร่ [cited ปี เดือน วัน]. Available from: <http://...>

ตัวอย่าง

¹Cox M. Design thinking in healthcare [Internet]. 2015 [cited 2023 Jan 18]. Available from: https://www.researchgate.net/publication/281408556_Design_Thinking_in_Healthcare.

²Department of Disease Control, Division of Communicable Disease. Coronavirus disease 2019 (COVID-19) situation: Public health measures and barriers to disease prevention among traveler [Internet]. 2021 [cited 2022 May 21]. Available from: <https://ddc.moph.go.th/uploads/files/2017420210820025238.pdf>.

³Wood-database.com. Balsa [Internet]. [date unknown] [cited 2023 Feb 3]. Available from: <https://www.wood-database.com/balsa>.

6. วิทยานิพนธ์ตัวอย่าง

นามสกุลผู้แต่ง อักษรแรกของชื่อต้น อักษรย่อชื่อกลาง (ถ้ามี). ชื่อเรื่อง [dissertation]. เมืองที่พิมพ์: มหาวิทยาลัย; ปีพิมพ์. จำนวนหน้าทั้งหมดป.

ตัวอย่าง

¹Balthip Q. Achieving harmony of mind: A grounded theory study of people living with HIV/AIDS in the Thai context [dissertation]. New Zealand: Massey, Palmerton North, University; 2010. 301p.

7. บทความที่นำเสนอในที่ประชุมวิชาการ (Conference Paper)

ตัวอย่าง

¹Christensen S, Oppacher F. An analysis of Koza's computational effort statistic for genetic programming. In: Foster JA, Lutton E, Miller J, Ryan C, Tettamanzi AG, editors. Genetic programming. EuroGP 2002: Proceedings of the 5th European Conference on Genetic Programming; 2002 Apr 3–5; Kinsdale, Ireland. Berlin: Springer; 2002. p. 182–91.

โปรดสังเกต

1) หากผู้เขียนมีจำนวนไม่เกิน 3 คน ให้ลงนามสกุลผู้แต่งทุกคน เช่น

Nukaew O.

Sangkaew T, Nukaew O, Suttharangsee W.

Boonsanu K, Yunibhand J.

2) หากผู้เขียนมีจำนวนมากกว่า 3 คน ให้ลงนามสกุลผู้แต่งเพียง 3 คนแล้วตามด้วย , et al เช่น

Punja S, Shamseer L, Hartling L, et al.

3) ชื่อหนังสือให้ใช้อักษรพิมพ์เล็กทั้งหมด ยกเว้นอักษรตัวแรกของชื่อเรื่อง/บทความ อักษรตัวแรกที่อยู่หลังเครื่องหมาย : และชื่อเฉพาะ เช่น

Interpersonal relations in nursing. (I คือ อักษรแรกของชื่อเรื่อง/บทความ)

Data and statistics of child psychiatry report: Southern Institute of Child and Adolescent Psychiatry (ชื่อหน่วยงานเป็นชื่อเฉพาะ)

Defining and measuring health literacy: What can we learn from literacy studies? (อักษรตัวแรกที่อยู่หลังเครื่องหมาย :)

4) หากปรากฏผู้แต่งที่เป็นนิติบุคคล เช่น ชื่อหน่วยงาน ชื่อเว็บไซต์ ให้ลงชื่อหน่วยงาน ชื่อหนังสือ ชื่อหนังสือ หรือชื่อเว็บไซต์นั้น ๆ หากมีหน่วยงานย่อยให้ค้นด้วย , เช่น

¹Ministry of Interior, Center for COVID-19 Situation Admiration (CCSA)

5) ครั้งที่พิมพ์ ให้ระบุเฉพาะหนังสือที่ตีพิมพ์ครั้งที่ 2 เป็นต้นไป เช่น

2nd ed. (โดย nd ไม่ต้องเป็นตัวยก และเขียนติดกับตัวเลข)

6) สถานที่พิมพ์ ให้ใช้ชื่อจังหวัด หรือเมืองที่พิมพ์ เช่น New Jersey New York หากเป็นเมืองที่ยังไม่ได้เป็นที่รู้จักอย่างแพร่หลาย ให้ระบุชื่อย่อของรัฐ เช่น

Baca Raton (FL):

Hartford (CN):

7) สำนักพิมพ์ ให้ตัดส่วนอื่น ๆ ออก เช่น Publisher, Publishing, Limited, Company, Co. เป็นต้น ให้เหลือไว้เพียงชื่อของสำนักพิมพ์ และในกรณีไม่ปรากฏสำนักพิมพ์ ให้ชื้อสถาบันที่ผู้แต่งสังกัดแทน แต่ถ้าไม่สามารถระบุสังกัดของผู้แต่งได้ ให้เขียนว่า [publisher unknown]

- 8) ปีที่พิมพ์ ให้ใช้เป็น ค.ศ. หากไม่สามารถระบุปีพิมพ์ได้ ให้เขียนว่า [date unknown]
- 9) เดือนที่อ้างถึง (cited) ให้ใช้แบบย่อ และเรียงจาก ปี เดือน วันที่ เช่น [cited 2023 Sep 13]
- 10) ชื่อวารสาร ให้ใช้ชื่อย่อ โดยสามารถค้นหาชื่อย่อของวารสารภาษาไทยที่อยู่ในฐาน TCI ได้ที่ <https://tci-thailand.org/list%20journal.php> หากไม่ได้อยู่ในฐาน TCI ให้ใช้ชื่อย่อภาษาอังกฤษของวารสารนั้น ๆ สำหรับการค้นหาชื่อย่อของวารสารภาษาอังกฤษ ได้จาก <https://www.nlm.nih.gov> ทั้งนี้หากวารสารไม่มีชื่อย่อให้ใช้ชื่อเต็มภาษาอังกฤษของวารสาร
- 11) วารสารที่มีฉบับเพิ่มเติม (Volume with Supplement) หรือเป็นฉบับพิเศษของฉบับที่ (Issue with Supplement) ให้ใช้คำย่อเป็น Suppl เช่น
 40(Suppl) (เป็นฉบับเพิ่มเติมของ Volume 40)
 25(7Suppl) (เป็นฉบับพิเศษของ Issue 7)
- 12) เลขหน้า ให้ใช้แบบย่อ เช่น
 หน้า 320 – 380 ให้เขียนเป็น p. 320–80.
 หน้า 120 – 129 ให้เขียนเป็น p. 120–9.
- 13) เลข doi บทความใดที่มี doi ให้ใส่ด้วย และเขียนแบบสั้น โดยการตัด <https://doi.org/> ออก เช่น
 doi: <https://doi.org/10.1007/BF0098859322> เขียนเป็น doi: 10.1007/BF0098859322
- 14) หนังสือ/บทความภาษาไทย ให้ลงท้ายรายการอ้างอิงนั้นด้วย Thai.
- 15) การอ้างอิงข้อมูลแต่ละส่วนให้เว้น 1 บรรทัด

การส่งบทความและการตีพิมพ์ในวารสาร

ผู้เขียนที่สนใจจะส่งบทความเพื่อตีพิมพ์ใน “วารสารการปฏิบัติการพยาบาลและการผดุงครรภ์ไทย” กรุณาศึกษาแนวทางการเขียนตาม “คำแนะนำสำหรับผู้เขียน [Author Guidelines]” ทางระบบออนไลน์ที่ <https://www.tci-thaijo.org/index.php/apij/information/authors> ก่อนการเตรียมต้นฉบับ แล้วดำเนินการลงทะเบียนโดยกดเลือก (register) และดำเนินการลงทะเบียนให้เรียบร้อยจึงจะสามารถ log in เพื่อส่งบทความทางระบบออนไลน์เข้ารับการพิจารณาตามกระบวนการของวารสารฯ โดยบทความที่ตีพิมพ์ในวารสารจะได้รับการพิจารณาจากผู้ทรงคุณวุฒิที่ตรงกับสาขาอย่างน้อย 3 ท่าน และบทความที่ได้รับการตีพิมพ์ในวารสารฯ ถือเป็นความคิดเห็นและเป็นความรับผิดชอบของผู้เขียนและคณะฯ เท่านั้น ทางวารสารฯ ไม่จำเป็นต้องเห็นด้วยหรือไม่มีส่วนร่วมรับผิดชอบร่วมด้วยแต่อย่างใด

เงื่อนไขการตีพิมพ์บทความ

วารสารการปฏิบัติการพยาบาลและการผดุงครรภ์ไทย ตระหนักถึง “จริยธรรมในการตีพิมพ์บทความ โดยเฉพาะในการป้องปรามมิให้มีกรกระทำอันเป็นกรลอกเลียนงานวรรณกรรมของบุคคลอื่น” จึงขอให้ผู้ที่จะเสนอบทความเพื่อพิจารณาตีพิมพ์เผยแพร่ในวารสารการปฏิบัติการพยาบาลและการผดุงครรภ์ไทย ส่งผลการตรวจสอบการลอกเลียนงานวรรณกรรมบทความของท่านจากโปรแกรมคอมพิวเตอร์ “Turn-It-In” หรือโปรแกรม Copy Catch หรือโปรแกรมอื่นที่เป็นที่ยอมรับ แนบส่งมาพร้อมกับบทความที่นำเสนอด้วย โดยทางวารสารจะนำผลการตรวจสอบไปกับบทความประกอบการพิจารณาของผู้ทรงคุณวุฒิ