



ISSN 2985-0908
(Online)

**วารสารการพยาบาลและวิทยาศาสตร์สุขภาพ
มหาวิทยาลัยนครพนม**

ปีที่ 3 ฉบับที่ 2 กรกฎาคม - ธันวาคม 2568

JOURNAL OF NURSING AND HEALTH SCIENCE

VOL.3 NO.2 JULY - DECEMBER 2025



**Boromarajonani College of Nursing Nakhon Phanom,
Nakhon Phanom University**

วารสารการพยาบาลและวิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยนครพนม

ที่ปรึกษา

อธิการบดีมหาวิทยาลัยนครพนม
คณบดีวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครพนม
รองศาสตราจารย์ ดร.สมจิต แดนสีแก้ว

กองบรรณาธิการ

ศาสตราจารย์ นพ.กิตติศักดิ์	สวรยาวิสุทธิ
ศาสตราจารย์ ดร.จินตนา	วัชรสินธุ์
รองศาสตราจารย์ ดร.จินตนา	ตั้งวรพงศ์ชัยรอง
ศาสตราจารย์ ดร.ธีรเดช	ห่านิวัติชัย
รองศาสตราจารย์ ดร.จิณพิชญ์ชา	สาธิยมาศ
รองศาสตราจารย์ ดร.พวงผกา	คงวัฒนานนท์
รองศาสตราจารย์ ดร.วรรณรัตน์	ลาวัณ
รองศาสตราจารย์ ดร.รังสิมันต์	สุนทรไชยา
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.โสรัตน์	วงศ์สุทธิธรรม
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.พัชรพร	แก้ววิมล
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.เสาวรส	มีกุล
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.พรพรรณ	ศรีโสภณ
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.นิติกร	ภูสุวรรณ
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.นุศ	ทิพย์แสนคำ
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สุเมตตา	สว่างทุกข์
ดร.ลักขณา	ไชยนอก
ดร.ศิริณี	อ๋มน้ำขาว
ผู้ช่วยศาสตราจารย์พัชนี	สมกำลัง
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ดารุณีย์	สวัสดิโชติดี
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ชัยวัฒน์	อินไชยา
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ธงชัย	อามาตย์บัณฑิต

วัตถุประสงค์

เพื่อเผยแพร่ความรู้ทางการพยาบาลและวิทยาศาสตร์สุขภาพ

บรรณาธิการ

ดร.รัตติยา ทองอ่อน

ผู้ช่วยบรรณาธิการ

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.เนตรฤทัย ภูนาถ

ฝ่ายจัดการวารสาร

นางพยอม สินธุศิริ
ผู้ช่วยศาสตราจารย์วรชมน ปาพรม
นางสาวนาฏนภา อารยะศิลปธร
นางสาวสุชมาพร พิงผาสุก
นายนรากร พลหาญ
นางสาววาสนา คำสงค์
นายวุฒิชัยกร ประพัตรวงค์
นางสาวสุภาพร ปัญหาชัย

กำหนดเผยแพร่

ปีละ 2 ฉบับ
ฉบับที่ 1 มกราคม – มิถุนายน
ฉบับที่ 2 กรกฎาคม – ธันวาคม

สำนักงาน

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครพนม
มหาวิทยาลัยนครพนม
92 ตำบลหนองแสง อำเภอเมือง จังหวัดนครพนม
48000
โทรศัพท์ 0 4251 2196 ต่อ 4101
โทรสาร 0 4251 2184
Email : bcnnjournal@gmail.com
พิมพ์ที่ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครพนม
ปีที่พิมพ์ 2568
ISSN 2985-0908 (Online)

สารจากบรรณาธิการ

วารสารการพยาบาลและวิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยนครพนม มีพันธกิจสำคัญในการเป็นเวทีทางวิชาการสำหรับการเผยแพร่ผลงานวิจัยและบทความวิชาการด้านการพยาบาลและวิทยาศาสตร์สุขภาพที่มีคุณภาพ ได้มาตรฐานทางวิชาการ และสามารถนำไปใช้ประโยชน์ในการพัฒนาการปฏิบัติการพยาบาลและระบบบริการสุขภาพได้อย่างเป็นรูปธรรม

วารสารฉบับนี้เป็นปีที่ 3 ฉบับที่ 2 สะท้อนถึงพัฒนาการอย่างต่อเนื่องของวารสารในการยกระดับคุณภาพผลงานวิชาการ ทั้งในด้านเนื้อหา กระบวนการพิจารณาถ้อยแถลงโดยผู้ทรงคุณวุฒิ และความหลากหลายของประเด็นที่ตอบสนองต่อปัญหาสุขภาพที่สำคัญของสังคมไทยในปัจจุบัน ครอบคลุมการดูแลผู้ป่วยในภาวะเรื้อรัง ภาวะวิกฤต การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค ตลอดจนการพัฒนา รูปแบบและแนวปฏิบัติทางการพยาบาลที่สอดคล้องกับบริบทของระบบบริการสุขภาพ

บทความที่ได้รับการตีพิมพ์ในฉบับนี้สะท้อนบทบาทสำคัญของวิชาชีพการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวม ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ รวมถึงการประยุกต์ใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ นวัตกรรม และเทคโนโลยี เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการดูแลและเสริมสร้างคุณภาพชีวิตของผู้รับบริการอย่างยั่งยืน

กองบรรณาธิการขอขอบพระคุณคณาจารย์ นักวิจัย ผู้ทรงคุณวุฒิ และผู้สนับสนุนทุกท่าน ที่ให้ความไว้วางใจส่งผลงานเข้ารับการพิจารณาตีพิมพ์ และมีส่วนสำคัญในการสนับสนุนให้วารสารสามารถดำเนินงานได้อย่างมีคุณภาพและต่อเนื่อง วารสารหวังเป็นอย่างยิ่งว่าผลงานวิชาการในฉบับนี้จะเป็นประโยชน์ต่อผู้อ่าน นักวิชาการ และบุคลากรด้านสุขภาพ และเป็นส่วนหนึ่งในการขับเคลื่อนการพัฒนาวิชาชีพการพยาบาลและระบบสุขภาพของประเทศต่อไป

กองบรรณาธิการขอเชิญชวนผู้สนใจส่งบทความวิจัยและบทความวิชาการที่มีคุณค่า เพื่อร่วมสร้างสรรค์องค์ความรู้และพัฒนาวิชาการด้านการพยาบาลและวิทยาศาสตร์สุขภาพให้เข้มแข็งและยั่งยืนสืบไป

ดร.รัตติยา ทองอ่อน

บรรณาธิการ

วารสารการพยาบาลและวิทยาศาสตร์สุขภาพ

มหาวิทยาลัยนครพนม

วารสารการพยาบาลและวิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยนครพนม

ปีที่ 3 ฉบับที่ 2 กรกฎาคม – ธันวาคม 2568

สารบัญ

บทความวิจัย

- ◆ ผลของโปรแกรมการเตรียมความพร้อมต่อความรู้และความวิตกกังวลของผู้ป่วยมะเร็งที่จะเข้ารับรังสีรักษา
แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลวชิระภูเก็ต1

The Effects of a preparation program on the knowledge and anxiety of cancer patients undergoing radiotherapy at the Outpatient Department, Vachira Phuket Hospital.

- ◆ การพัฒนารูปแบบการส่งต่อผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง อำเภอคำชะอี จังหวัดมุกดาหาร12

The Development of stroke patient referral model Khamcha-i Hospital, Mukdahan Province.

- ◆ ผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อระดับน้ำตาลในเลือดชนิด HbA1C ของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 1 ห้อง
ตรวจเบาหวาน โรงพยาบาลสกลนคร.....24

The Effects of the empowerment program on HbA1C level of patients with type I diabetes mellitus at DM Clinic, Sakon Nakhon Hospital.

- ◆ ผลของโปรแกรมสร้างเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนร่วมกับการสนับสนุนทางสังคมผ่านไลน์แอปพลิเคชันต่อ
พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกที่ได้รับรังสีรักษาในสถาบันมะเร็งแห่งชาติ.....37

The Effects of a Self-Efficacy Enhancement Program Combined with Social Support via the LINE Application on Self-Care Behaviors among Cervical Cancer Patients Receiving Radiotherapy at the National Cancer Institute.

- ◆ การพัฒนาแนวปฏิบัติทางการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันที่มีภาวะคลื่นหัวใจเอสทียก
สูง ในงานอุบัติเหตุและฉุกเฉินโรงพยาบาลศรีสงคราม อำเภอศรีสงคราม จังหวัดนครพนม.....51

The Development of nursing practice guidelines for caring acute coronary syndrome patients with ST segment elevation (STEMI) in accident-emergency department of Sri Songkhram Hospital, Sri Songkhram District, Nakhon Phanom Province.

วารสารการพยาบาลและวิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยนครพนม

ปีที่ 3 ฉบับที่ 2 กรกฎาคม – ธันวาคม 2568

สารบัญ (ต่อ)

กรณีศึกษา

- ◆ การพยาบาลผู้ป่วยที่มีการอักเสบติดเชื้อของคอส่วนลึก (Ludwig's angina) ที่เป็นเบาหวานและคอพอกเป็นพิษ:
การศึกษาเปรียบเทียบ.....65

Nursing care for patients with Ludwig's angina, diabetes, and toxic goiter: A comparative study.

- ◆ การพยาบาลผู้ป่วยภาวะหัวใจเต้นเร็วผิดปกติชนิด AVNRT ที่ได้รับการระงับความรู้สึกในการรักษาด้วยการจี้ไฟฟ้า
หัวใจด้วยคลื่นความถี่วิทยุ : กรณีศึกษาเปรียบเทียบ 2 ราย.....76

Nursing Care of Patients with Cardiac Arrhythmia AVNRT Type Who Treated with Radio-frequency Catheter
Ablation : This study will compare two cases.

ผลของโปรแกรมการเตรียมความพร้อมต่อความรู้และความวิตกกังวล ของผู้ป่วยมะเร็งที่จะเข้ารับรังสีรักษา แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลวชิระภูเก็ต

สุนิพร จตุรภูษารณ¹

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงกึ่งทดลอง แบบกลุ่มเดียววัดผลก่อนและหลังการทดลองนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบคะแนนความรู้และคะแนนความวิตกกังวลของผู้ป่วยมะเร็งที่จะเข้ารับรังสีรักษาก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการเตรียมความพร้อม กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยมะเร็งที่จะเข้ารับรังสีรักษาแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลวชิระภูเก็ต จำนวน 43 ราย สุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยได้แก่ 1) โปรแกรมการเตรียมความพร้อม ประกอบด้วย การให้ข้อมูล การสร้างแรงจูงใจ และการสอนทักษะที่จำเป็น เป็นเวลา 4 สัปดาห์ 2) แบบประเมินความรู้เกี่ยวกับรังสีรักษา 3) แบบประเมินความวิตกกังวลผ่านการหาความตรงเชิงเนื้อหาและการทดสอบความเชื่อมั่น โดยด้วยวิธีของคูเดอร์ริชาร์ทสัน 20 เท่ากับ .76 วิเคราะห์ข้อมูลเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยโดยใช้สถิติ Paired t-test พบว่า

1. ผู้ป่วยมะเร็งมีคะแนนความรู้เฉลี่ยเกี่ยวกับรังสีรักษาเพิ่มขึ้นจากก่อนได้รับโปรแกรม ($\bar{X} = 13.79$ SD.= 2.51) และหลังได้รับโปรแกรม ($\bar{X} = 18.98$ SD.= .82) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 17.18$ $p < 0.001$)

2. ผู้ป่วยมะเร็งมีคะแนนความวิตกกังวลเฉลี่ยลดลงจากก่อนได้รับโปรแกรมคะแนนอยู่ในระดับมาก ($\bar{X} = 7.07$ SD.= 1.26) และหลังได้รับโปรแกรมคะแนนอยู่ในระดับน้อย ($\bar{X} = 2.77$ SD. = 1.19) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 36.51$ $p < 0.001$)

ดังนั้นจึงควรสนับสนุนให้นำโปรแกรมการเตรียมความพร้อมไปใช้อย่างต่อเนื่องกับผู้ป่วยมะเร็งที่จะเข้ารับรังสีรักษาที่อยู่ในเขตความรับผิดชอบ เพื่อให้ผู้ป่วยมีความรู้ให้มีส่วนร่วมและลดความวิตกกังวล มีคุณภาพชีวิตที่ดีในระหว่างกระบวนการรับรังสีรักษา

คำสำคัญ: โปรแกรมการเตรียมความพร้อม, ความรู้, ความวิตกกังวล, ผู้ป่วยมะเร็งที่จะเข้ารับรังสีรักษา

วันที่รับบทความ

2 พฤษภาคม 2568

วันที่ได้รับบทความฉบับแก้ไข

24 มิถุนายน 2568

วันที่ตอบรับบทความ

8 กรกฎาคม 2568

โรงพยาบาลวชิระภูเก็ต จังหวัดภูเก็ต, ผู้ประสานการส่งบทความต้นฉบับ, จดหมายอิเล็กทรอนิกส์: Suneeporn.jt@gmail.com

โทร. 081-2726587

The Effects of a preparation program on the knowledge and anxiety of cancer patients undergoing radiotherapy at the Outpatient Department, Vachira Phuket Hospital

Suneeporn Jaturaphuchaporn¹

Abstract

This research employed a quasi-experimental design using a one-group pre-test and post-test approach to assess the effects of a preparation program for cancer patients undergoing radiotherapy. The objectives were: (1) to compare the knowledge scores of cancer patients before and after receiving the program, and (2) to examine changes in anxiety levels before and after the intervention. The sample consisted of 43 cancer patients undergoing radiotherapy. The research instruments included: (1) a structured preparation program consisting of information provision, motivation enhancement, and essential skills training delivered over a period of four weeks, a radiotherapy knowledge test, and an anxiety assessment tool. The content validity of the instruments was established by experts. The reliability of the knowledge test was assessed using the Kuder-Richardson Formula 20 (KR-20), yielding a coefficient of 0.76. Data were analyzed using paired t-tests. The results revealed that:

1. Cancer patients showed a statistically significant increase in their average knowledge scores about radiotherapy, from before receiving the program ($\bar{X} = 13.79$ SD. = 2.51) to after receiving the program ($\bar{X} = 18.98$ SD.= .82), ($t= 17.18$ $p<0.001$)

2. Cancer patients showed a statistically significant decrease in their average anxiety scores, from a high level ($t= 36.51$ $p<0.001$). Before receiving the program, the scores were at a high level Before the program ($\bar{X} = 7.07$ SD.= 1.26) to a low level after the program ($\bar{X} = 2.77$ SD.= 1.19).

It is therefore recommended that the preparation program be continuously implemented for cancer patients scheduled to undergo radiotherapy within the hospital's service area, in order to enhance patients' knowledge, foster cooperation, reduce anxiety, and promote a better quality of life throughout the radiotherapy process.

Keywords: preparation program, knowledge, anxiety, cancer patients undergoing radiotherapy

Received
2 May 2024

Revised
24 June 2025

Accepted
8 July 2025

¹Vachira Phuket Hospital, Phuket Province, Corresponding author e-mail: Suneeporn.jt@gmail.com; Tel. 081-2726587

บทนำ

โรคมะเร็งเป็นปัญหาสาธารณสุขของประชากรทั่วโลก เนื่องจากเป็นโรคที่มีอัตราการตายสูง และมีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้นทุกปี องค์การอนามัยโลกพบว่า ในปีพ.ศ. 2565 มีผู้ป่วยมะเร็งรายใหม่จำนวน 20 ล้านคน และมีผู้เสียชีวิตจาก โรคมะเร็ง 9.7 ล้านคน สำหรับในประเทศไทยจากสถิติในระยะเวลา 10 ปีที่ผ่านมา พบว่ามะเร็งเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับหนึ่งมาตลอดและมีอุบัติการณ์เสียชีวิตเพิ่มขึ้นทุกปี พ.ศ. 2557 – 2561 พบผู้เสียชีวิตด้วยโรคมะเร็งเพิ่มขึ้น จำนวน 70,075 , 73,938 , 77,566 , 78,540 และ 80,665 ตามลำดับ² ซึ่งแสดงให้เห็นว่าโรคมะเร็งเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญระดับประเทศ การรักษาโรคมะเร็งในปัจจุบันมีหลายวิธี รังสีรักษาเป็นวิธีหนึ่งที่ใช้ในการรักษาโรคมะเร็ง ซึ่งผลจากการได้รับรังสีรักษาไม่เพียงแต่ทำลายเซลล์มะเร็งเท่านั้น แต่ยังมีผลต่อเซลล์ปกติของร่างกายบริเวณข้างเคียงด้วย สำหรับโรงพยาบาลวชิระภูเก็ต ในปี พ.ศ. 2564 – 2566 มีผู้ป่วยรายใหม่ 972 1,194 และ 1,196 ราย ตามลำดับ³ ผู้ป่วยมะเร็งได้รับรังสีรักษามีจำนวน , และรายตามลำดับ

ปัจจุบันการรักษาโรคมะเร็งมีหลากหลายวิธี รังสีรักษาเป็นการรักษาหนึ่งที่มีประสิทธิภาพและเหมาะสมกับผู้ป่วยระยะที่ลุกลาม รังสีรักษาจะช่วยควบคุมไม่ให้มะเร็งแพร่กระจายไปยังอวัยวะอื่นๆ หรือเพื่อบรรเทาอาการทุกข์ทรมานจากตัวโรคเป็นการรักษาแบบประคับประคองอาการการใช้รังสีรักษาในการรักษาโรคมะเร็งอาจมีผลข้างเคียงได้เพราะเซลล์ที่เป็นโรคมะเร็งมักเกิดปะปนอยู่กับเซลล์เนื้อเยื่อปกติ การให้รังสีรักษาอาจส่งผลกระทบต่อปฏิกิริยาการแตกตัวของรังสีซึ่งมีผลต่อชีววิทยาของสิ่งมีชีวิต จึงมีผลต่อเซลล์เนื้อเยื่อปกติที่อยู่ปะปนหรือใกล้เคียงกับเซลล์ที่เป็นโรคมะเร็ง ในการรับรังสีรักษาโดยการฉายรังสีวันละ 1.8–2.0 เกรย์ (Gray) ติดต่อกัน 5 วัน คือวันจันทร์ถึงวัน ศุกร์หรือใน 1 สัปดาห์จะมีรังสีสะสมในร่างกายเท่ากับ 9–10 เกรย์รังสีรักษาจึงส่งผลโดยตรงกับ

มะเร็ง ภายในเวลาไม่กี่นาทีจนอาจนำไปสู่ความผิดปกติจากการได้รับรังสีสูงแบบเฉียบพลัน (Acute Radiation Syndrome) หรือที่เรียก พืชจากรังสี (Radiation toxicity)⁴ ซึ่งความรุนแรงของอาการนั้นขึ้นอยู่กับปริมาณรังสีที่ร่างกายสัมผัสเข้าไป และทำให้เกิดความเสียหายต่อเนื้อเยื่อของอวัยวะในร่างกายได้ ดังนั้นผู้ป่วยจึงต้องได้รับการเตรียมความพร้อมทั้งด้านความรู้และความพร้อมด้านร่างกายจิตใจ⁵ ซึ่งความรู้มีความสำคัญต่อผู้ป่วยที่จะเข้ารับรังสีรักษา กล่าวคือจะช่วยลดภาวะแทรกซ้อนจากการทำรังสีรักษาและเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็ง⁵

ผู้ป่วยมะเร็งที่จะเข้ารับรังสีรักษามักจะมีความกลัว วิดกกังวล ไม่อยากเข้ารับรังสีรักษา บางรายปฏิเสธการรักษา บางรายต้องการเข้ารับการรักษาให้เร็วขึ้น ซึ่งจากการรวบรวมข้อมูลพบว่าผู้ป่วยกังวลในเรื่องกระบวนการรักษา ผลลัพธ์ของการรักษา ภาวะแทรกซ้อน สภาพร่างกายหลังได้รับรังสีรักษา โดยพฤติกรรมการแสดงออกมักจะเป็นแบบอัตโนมัติที่พบได้บ่อยคือหงุดหงิด โมโหง่าย หรือนิ่งเฉย นอนไม่หลับ ไม่สนใจสิ่งแวดล้อมไม่ให้ความร่วมมือในการทำกิจกรรมซึ่งกิจกรรมนั้นเป็นประโยชน์แก่ตัวเอง ดังนั้นความวิตกกังวลที่มากเกินไปจึงส่งผลเสียต่อผู้ป่วย โดยเฉพาะผู้ป่วยมะเร็งที่อยู่ในกระบวนการรักษา เช่น การรับเคมีบำบัด การรับรังสีรักษา เป็นต้น⁶

ผู้วิจัยในฐานะพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานที่ศูนย์ส่งต่อผู้ป่วยมะเร็ง แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลวชิระภูเก็ต ได้เล็งเห็นปัญหาดังกล่าวจึงพัฒนาโปรแกรมการเตรียมความพร้อมสำหรับผู้ป่วยที่จะเข้ารับรังสีรักษาตามกรอบแนวคิดทฤษฎี Information motivation behavioral skill: IMB Model ของ Fisher & Fisher⁷ ประกอบด้วย การให้ข้อมูล การสร้างแรงจูงใจ และการสอนทักษะที่จำเป็นแก่ผู้ป่วยหลังได้รับรังสีรักษา เครื่องมือประกอบไปด้วย วิดีโอเกี่ยวกับขั้นตอนการได้รับรังสีรักษา คู่มือการดูแลตนเองก่อนและหลังได้รับรังสีรักษา โปรแกรมประกอบด้วย 3 กิจกรรม

1) การให้ข้อมูลความรู้ (Information) โดยให้ชมวีดีโอเกี่ยวกับการรับรังสีรักษา ภาวะแทรกซ้อน การเตรียมตัวก่อนและการปฏิบัติตัวหลังได้รับรังสีรักษา 2) การสร้างแรงจูงใจ (motivation) โดยการนัดหมายติดตามเยี่ยมประเมินผลกลุ่มตัวอย่างในวันก่อนเข้ารับรังสีรักษาจำนวน 1 ครั้ง และหลังได้รับรังสีรักษาอีก 1 ครั้ง และการโทรศัพท์ติดตาม 3) การสอนสาธิตและสาธิตย้อนกลับ (behavioral skill) เทคนิคการผ่อนคลาย ทั้งนี้เพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีความรู้และลดความวิตกกังวลจากการจะเข้ารับรังสีรักษา ลดภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ที่กล่าวมา ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตที่ดีต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนความรู้ของผู้ป่วยมะเร็งที่จะได้รับรังสีรักษา ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการเตรียมความพร้อม
2. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนความวิตกกังวลของผู้ป่วยมะเร็งที่จะได้รับรังสีรักษา ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการเตรียมความพร้อม

ขอบเขตของการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) แบบหนึ่งกลุ่มวัดผลก่อนและหลังการทดลอง (One group pre – posttest design) เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการเตรียมความพร้อมต่อความรู้และความวิตกกังวล กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยมะเร็งที่จะเข้ารับรังสีรักษา จำนวน 43 ราย แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลวชิระภูเก็ต ระหว่างเดือน ธันวาคม 2567 ถึงเดือน กุมภาพันธ์ 2568 โดยการสุ่มกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง

วิธีดำเนินการวิจัย

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ป่วยมะเร็งที่จะเข้ารับรังสีรักษาผ่านทางศูนย์ส่งต่อผู้ป่วยมะเร็ง แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลวชิระภูเก็ต ระหว่างเดือน ธันวาคม 2567 ถึงเดือน กุมภาพันธ์ 2568

เกณฑ์การคัดเข้า (Inclusion criteria) คุณสมบัติการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง คือ 1) เป็นผู้ป่วยมะเร็งทุกชนิดที่จะได้รับรังสีรักษา และมาใช้บริการศูนย์ส่งต่อผู้ป่วยมะเร็ง แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลวชิระภูเก็ต 2) มีอายุ 40 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป 3) สามารถเข้าใจภาษาไทยได้ 4) ยินดีเข้าร่วมเป็นกลุ่มตัวอย่างและให้ความร่วมมือในการทำกิจกรรมในโปรแกรมวิจัย

เกณฑ์การคัดออก (Exclusion criteria)

1. กลุ่มตัวอย่างไม่สามารถเข้าร่วมโปรแกรมการเตรียมความพร้อมได้ครบถ้วน
2. กลุ่มตัวอย่างมีอาการเจ็บป่วยรุนแรงมากขึ้น อ่อนเพลียมาก ระดับความรู้สึกลดลง

คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างใช้โปรแกรม G*power กำหนดค่า power = 0.95, α = 0.05 และใช้โปรแกรม G*power ในการคำนวณค่า effect size ในระดับปานกลางของ Cohen⁸ เท่ากับ 0.5 ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่างเท่ากับ 43 ราย

จริยธรรมการวิจัย

งานวิจัยนี้ได้คำนึงถึงประเด็นการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์โดยยึดหลักประโยชน์ เสมอภาค ความเป็นบุคคลของบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยได้ดำเนินการวิจัยโดยชี้แจงวัตถุประสงค์ และกระบวนการวิจัยโดยละเอียดก่อนที่จะให้กลุ่มตัวอย่างลงนามยินยอมเข้าร่วม การเก็บรักษาความลับของกลุ่มตัวอย่าง การแปลผลในภาพรวม กลุ่มตัวอย่างสามารถออกจากกระบวนการวิจัยได้ตลอดเวลาโดยอิสระ การป้องกันความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้น และได้เสนอขอการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของโรงพยาบาลวชิระภูเก็ต และได้รับการรับรองโครงการวิจัย VPHREC069/2024 วันที่รับรอง 6 พฤศจิกายน 2567

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย แบ่งออกเป็น

2 ประเภท ดังนี้

1. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง คือ โปรแกรมการเตรียมความพร้อมของผู้ป่วยที่จะเข้ารับรังสีรักษา ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมและกรอบแนวคิด

ทฤษฎี Information motivation behavioral skill: IMB Model ของ Fisher & Fisher⁷ ประกอบด้วย การให้ข้อมูล การสร้างแรงจูงใจ และการสอนทักษะที่จำเป็นแก่ผู้ป่วย หลังได้รับรังสีรักษา เครื่องมือประกอบไปด้วย วิดีโอเกี่ยวกับขั้นตอนการได้รับรังสีรักษา คู่มือการดูแลตนเอง ก่อนและหลังได้รับรังสีรักษา โปรแกรมประกอบด้วย 3 กิจกรรม 1) การให้ข้อมูลความรู้ (Information) โดยให้ชมวิดีโอเกี่ยวกับการรับรังสีรักษา ภาวะแทรกซ้อน การเตรียมตัวก่อนและการปฏิบัติตัวหลังได้รับรังสีรักษา ใช้เวลา 10 นาที 2) การสร้างแรงจูงใจ (motivation) โดยการนัดหมายติดตามเยี่ยมประเมินผลกลุ่มตัวอย่าง ในวันก่อนเข้ารับรังสีรักษาจำนวน 1 ครั้ง และหลังได้รับรังสีรักษาอีก 1 ครั้ง และการโทรศัพท์ติดตาม 3) การสอนสาธิตและสาธิตย้อนกลับ (behavioral skill) เทคนิคการผ่อนคลาย ใช้เวลา 20 นาที

2. เครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย

1) แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส อาชีพ ระดับการศึกษา รายได้เฉลี่ยของครอบครัว และผู้ดูแลภายหลังได้รับรังสีรักษา 2) แบบมาตรวัดความวิตกกังวลโดยการประเมินค่าด้วยสายตา (visual analogue scale) ของ Gaberson⁹ ที่มีลักษณะเป็นเส้นตรงมีความยาว 100 มิลลิเมตร/10 เซนติเมตร วิธีการประเมินคือ ให้ผู้ป่วยกากบาท ตรงตำแหน่งบนเส้นที่แสดงถึงระดับความวิตกกังวล รู้สึกไม่สุขสบายใจ หวาดหวั่น ตึงเครียดในขณะนั้นมีหน่วยเป็นเซนติเมตรมีคะแนน 0-10 คะแนน ตำแหน่งปลายสุดทางซ้ายมือจะตรงกับความรู้สึกไม่มีความวิตกกังวลและเพิ่มมากขึ้นไปทางขวามือ 3) แบบประเมินความรู้ที่เกี่ยวข้องกับการได้รับรังสีรักษา จำนวน 20 ข้อ เป็นแบบถูกผิด ตอบถูกแปลค่าเป็น 1 คะแนน ตอบผิดแปลค่าเป็น 0 คะแนน ประกอบด้วย ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับรังสีรักษา จำนวน 5 ข้อ การปฏิบัติตัวของญาติและผู้ดูแล จำนวน 3 ข้อ การรับประทานอาหาร จำนวน 3 ข้อ การสวมใส่เสื้อผ้าและเครื่องประดับ จำนวน 3 ข้อ การดูแลความสะอาดของร่างกายและผิวหนัง จำนวน 6 ข้อ

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

การทดสอบความตรงตามเนื้อหา (content validity) ผู้วิจัยนำโปรแกรมการเตรียมความพร้อมไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิที่มีความเชี่ยวชาญด้านการดูแลผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับรังสีรักษา จำนวน 3 ท่าน ประกอบด้วยรังสีแพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านการวัดและประเมินผล 1 ท่าน และพยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านการดูแลผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับรังสีรักษาจำนวน 1 ท่าน จากนั้นจึงนำเครื่องมือทั้งหมดมาปรับปรุงก่อนนำไปทดสอบความเป็นปรนัยต่อไป

การตรวจสอบความเป็นปรนัย (objectivity) หลังได้ปรับปรุงแก้ไขโปรแกรมการวิจัย ตามคำแนะนำจากผู้ทรงคุณวุฒิเรียบร้อยแล้ว ผู้วิจัยนำโปรแกรมที่สร้างขึ้นนี้ไปทดลองใช้กับผู้ป่วยที่มีคุณลักษณะเหมือนกลุ่มตัวอย่างจำนวน 20 รายโดยทีมผู้วิจัยเพื่อให้โปรแกรมที่สร้างขึ้นมีความเป็นไปได้ในการนำไปใช้ในทุกขั้นตอนได้เองทุกขั้นตอนได้จริง

ด้านความตรงตามเนื้อหาของ (content validity) ของแบบประเมินความรู้ ตรวจสอบโดยผู้ทรงคุณวุฒิที่ได้ตรวจสอบโปรแกรมการทดลองทั้ง 3 ท่านดังกล่าว โดยมีค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (content validity index: CVI) เท่ากับ 0.85 การหาความเชื่อมั่น (reliability) ทดสอบความเชื่อมั่นด้วยวิธีของ คูเดอร์ริชาร์ดสัน (Kuder-Richardson) KR-20 เท่ากับ .76

การทดสอบค่าสัมประสิทธิ์ สหสัมพันธ์กับแบบประเมินความวิตกกังวล State Trait anxiety Inventory (STAI) ของ Spielberger พบว่าแบบแบบมาตรวัดความวิตกกังวลโดยการประเมินค่าด้วยสายตา (visual analogue scale) ของ Gaberson มีความสัมพันธ์สูงกับ STAI ในกลุ่มผู้ป่วยมะเร็ง ($r=.84$ $p=.001$)

วิธีการรวบรวมข้อมูล

เก็บรวบรวมข้อมูลก่อนและหลังการทดลองระหว่างเดือน ธันวาคม 2567 ถึงเดือน กุมภาพันธ์ 2568 โดยใช้แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบ

ประเมินการความรู้เกี่ยวกับการรับรังสีรักษา และแบบประเมินความวิตกกังวล โดยมีขั้นตอน ดังนี้

1. ขั้นตอนเตรียมการทดลอง

1. นำเสนอโครงร่างวิจัย เพื่อขออนุญาตดำเนินการวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมวิจัยโรงพยาบาลวชิระภูเก็ต

2. ทำหนังสือขออนุญาตเก็บข้อมูลในพื้นที่รับผิดชอบโรงพยาบาลวชิระภูเก็ต ภายหลังได้รับอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมวิจัยโรงพยาบาลวชิระภูเก็ต

3. ชี้แจงขั้นตอนการดำเนินงานวิจัยให้แก่ผู้เกี่ยวข้องและกลุ่มตัวอย่างทราบ ดำเนินการขอความยินยอมในการเข้าร่วมวิจัยของกลุ่มตัวอย่าง โดยจัดทำหนังสือยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัยเพื่อให้กลุ่มตัวอย่างได้รับการพิทักษ์สิทธิ ข้อมูลที่ได้จากการทดลองจะเก็บเป็นความลับโดยไม่มีการเปิดเผยรายชื่อกลุ่มตัวอย่าง นำเสนอผลการวิจัยเป็นภาพรวมเท่านั้น กลุ่มตัวอย่างมีสิทธิ์ที่จะถอนตัวจากการวิจัยได้ตลอดเวลาโดยไม่ผลกระทบบางอย่างทั้งสิ้น

4. ใช้เกณฑ์คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติ เข้าร่วมได้ทุกกิจกรรมของโครงการวิจัยจำนวน 43 คน

2. ขั้นตอนดำเนินการทดลอง

1. รวบรวมข้อมูลของกลุ่มตัวอย่างโดยใช้แบบประเมินความรู้และแบบวัดความวิตกกังวลก่อนการเข้าร่วมโปรแกรม ในวันที่ผู้ป่วยมาพบแพทย์ครั้งแรกและทราบว่าต้องได้รับรังสีรักษา

2. ดำเนินการทดลองในวันที่ผู้ป่วยมาตามนัดจำนวน 1 ครั้ง 1) การให้ข้อมูลความรู้ (Information) โดยให้ ชมวีดีโอเกี่ยวกับการรับรังสีรักษา

ภาวะแทรกซ้อน การเตรียมตัวก่อนและการปฏิบัติตัวหลังได้รับรังสีรักษา 2) การสร้างแรงจูงใจ (motivation) โดยการนัดหมายติดตามเยี่ยมประเมินผลกลุ่มตัวอย่างในวันก่อนเข้ารับรังสีรักษาจำนวน 1 ครั้ง และหลังได้รับรังสีรักษาอีก 1 ครั้ง และการโทรศัพท์ติดตาม 3) การสอนสาธิตและสาธิตย้อนกลับ (behavioral skill) เทคนิคการผ่อนคลาย โดยการฝึกการหายใจ ร่วมกับดนตรีบำบัด

3. ระยะเวลาหลังทดลอง ประเมินความรู้และวัดความวิตกกังวลหลังการเข้าร่วมโปรแกรม

การวิเคราะห์และแปลผลข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน วิเคราะห์เปรียบเทียบความรู้เกี่ยวกับการรับรังสีรักษาและความวิตกกังวลของกลุ่มตัวอย่างก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรมด้วยสถิติการทดสอบค่าทีแบบสัมพันธ์ (Paired t-test)

สรุปผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

ข้อมูลทั่วไป พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 88.37 มีอายุระหว่าง 50- 59 ปี คิดเป็นร้อยละ 65.1 มีสถานะภาพสมรสคู่ ร้อยละ 76.7 ประกอบอาชีพส่วนตัว ร้อยละ 48.8 มีรายได้ต่อเดือนมากกว่า 10,000 บาท ร้อยละ 48.9 ส่วนใหญ่มีระดับการศึกษาต่ำกว่าปริญญาตรี ร้อยละ 79.1 ไม่มีโรคประจำตัว ร้อยละ 74.4 พบเป็นมะเร็งในระบบสืบพันธุ์และเต้านมมากที่สุด ร้อยละ 48.8 ระยะเวลาที่ได้รับการวินิจฉัย ตั้งแต่ 6 เดือนถึง 1 ปี ร้อยละ 62.8

ผลการวิจัยตามวัตถุประสงค์การวิจัย

1.1 ความรู้เกี่ยวกับรังสีรักษาของกลุ่มตัวอย่างก่อนและหลังการได้รับโปรแกรม

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบคะแนนความรู้เกี่ยวกับรังสีรักษาของกลุ่มตัวอย่างก่อนและหลังการได้รับโปรแกรมรายด้าน

การรับรู้	ก่อนได้รับโปรแกรม		หลังได้รับโปรแกรม		t	p-value
	Mean	SD.	Mean	SD.		
1. ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับรังสีรักษา	4.14	.82	4.95	.21	4.58	.001
2. การปฏิบัติตัวของญาติและผู้ดูแล	1.41	.55	2.88	.39	0.41	.001
3. การรับประทานอาหารที่เหมาะสม	1.33	.47	1.53	.5	3.87	.001
4. การสวมใส่เสื้อผ้าและเครื่องประดับ	2.58	.66	2.95	.21	3.45	.001
5. การดูแลความสะอาดของร่างกายและผิวหนัง	3.60	1.24	5.65	.52	4.68	.001

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบคะแนนความรู้เกี่ยวกับรังสีรักษาของกลุ่มตัวอย่างก่อนและหลังการได้รับโปรแกรมโดยรวม

การรับรู้	Mean	SD.	t	p-value
ก่อนได้รับโปรแกรม	13.79	2.51	17.18	.000*
หลังได้รับโปรแกรม	18.98	.82		

*p<.001

จากตารางที่ 1 และ 2 พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีคะแนนความรู้เกี่ยวกับรังสีรักษา เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (t= 17.18 p<0.001) หลังการได้รับโปรแกรมการเตรียมความพร้อมโดยมีคะแนนก่อนได้รับโปรแกรมทั้งรายด้านและโดยรวม ($\bar{X}$ = 13.79

SD.= 2.51) และมีคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับรังสีรักษาหลังได้รับโปรแกรม ($\bar{X}$ = 18.98 SD. = .82) และเมื่อพิจารณารายด้านพบว่า คะแนนเฉลี่ยความรู้ทุกด้านเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p<0.001)

2.2 ความวิตกกังวลของกลุ่มตัวอย่างก่อนและหลังการได้รับโปรแกรม

ตารางที่ 3 ความวิตกกังวลของกลุ่มตัวอย่างก่อนและหลังการได้รับโปรแกรม (n=43)

คะแนนความวิตกกังวล	Mean (SD)	t	p-value
ก่อนได้รับโปรแกรม	7.07 (1.26)	36.51	.000*
หลังได้รับโปรแกรม	2.77 (1.19)		

*p<.001

จากตาราง 3 พบว่ากลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมโปรแกรมเตรียมความพร้อมมีคะแนนความวิตกกังวลลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (t=36.51 p<0.001) หลังได้รับโปรแกรมการเตรียมความพร้อม ก่อนได้รับโปรแกรมคะแนนอยู่ในระดับมาก ($\bar{X}$ = 7.07 SD.=

1.26) และหลังได้รับโปรแกรมคะแนนอยู่ในระดับน้อย ($\bar{X}$ = 2.77 SD. = 1.19)

อภิปรายผลการวิจัย

1. ความรู้เกี่ยวกับรังสีรักษา ก่อนและหลังการได้รับโปรแกรม

กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนความรู้เกี่ยวกับรังสีรักษา เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 17.18$ $p < 0.001$) โดยมีคะแนนก่อนได้รับโปรแกรมโดยรวมเพิ่มขึ้นจาก 13.79 คะแนน ($\bar{X} = 13.79$ $SD. = 2.51$) เป็น 18.98 คะแนน ($\bar{X} = 18.98$ $SD. = .82$) และเมื่อพิจารณารายด้านพบว่า คะแนนเฉลี่ยความรู้ทุกด้านเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) เห็นได้ว่าโปรแกรมเตรียมความพร้อมเป็นการพัฒนาคุณภาพบริการนอกเหนือการบริการในระบบตามปกติ ส่งเสริมคุณภาพชีวิตและสร้างความพึงพอใจให้กับผู้รับบริการเพิ่มมากขึ้นเนื่องจากผู้ป่วยมะเร็งที่จะเข้ารับรังสีรักษาได้มีความรู้ความเข้าใจในสิ่งที่ตนจะเผชิญในอนาคตอย่างครบถ้วน ได้แก่ ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับรังสีรักษา การปฏิบัติตัวของญาติและผู้ดูแล การรับประทานอาหาร การสวมใส่เสื้อผ้าและเครื่องประดับ การดูแลความสะอาดของร่างกายและผิวหนัง ตลอดจนเทคนิคการผ่อนคลายความเครียด ความวิตกกังวล สอดคล้องกับผลการศึกษาของจันทร์จิรา เกื้อกาญจน์¹⁰ ที่พบว่าผลของโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองด้านโภชนาการในผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับรังสีรักษา ทำให้กลุ่มตัวอย่าง มีความรู้เพียงพอต่อการจัดการตนเองด้านโภชนาการทำให้ความเหนื่อยล้าต่ำกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 4.54$, $p < .001$) และต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = -4.64$, $p < .001$) เช่นเดียวกับสุวิมล สอนศรี, วาริณี เอี่ยมสวัสดิกุล, และชินจิตร์ โพธิ์พิทสุข¹¹ ที่พบว่าโปรแกรมส่งเสริมการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกสตรีกลุ่มเสี่ยง อำเภอเสลภูมิ จังหวัดร้อยเอ็ด ช่วยให้อายุมากขึ้น มีการรับรู้เกี่ยวกับมะเร็งปากมดลูก ได้แก่ การรับรู้โอกาสเสี่ยงและความรุนแรงของมะเร็งปากมดลูก การรับรู้ประโยชน์ของการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรม และมีการรับรู้อุปสรรคของการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกต่ำกว่าก่อนได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่

ระดับ .05 เมื่อเป็นดังนั้นแล้วจึงทำให้มีความตั้งใจมาตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกเพิ่มมากขึ้น

ที่เป็นเช่นนี้เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างได้รับโปรแกรมการเตรียมความพร้อม ที่ออกแบบตามทฤษฎี Information motivation behavioral skill: IMB Model ของ Fisher & Fische⁷ ประกอบด้วย การให้ข้อมูล การสร้างแรงจูงใจ และการสอนทักษะที่จำเป็นแก่ผู้ป่วยหลังได้รับรังสีรักษา กิจกรรมประกอบไปด้วย การดูวิดีโอเกี่ยวกับขั้นตอนการได้รับรังสีรักษา การใช้คู่มือการดูแลตนเองก่อนและหลังได้รับรังสีรักษา คำแนะนำเกี่ยวกับภาวะแทรกซ้อน การเตรียมตัวก่อนและการปฏิบัติตัวหลังได้รับรังสีรักษา การสร้างแรงจูงใจ (motivation) ตลอดจนการติดตามเยี่ยมกลุ่มตัวอย่างจึงเกิดการเปลี่ยนแปลงความรู้และทักษะที่ดีขึ้น สอดคล้องตาม IMB Model ที่กล่าวว่า การพัฒนาความรู้และทักษะ (Behavioral skill) ควรเป็นทักษะที่เฉพาะเจาะจงกับพฤติกรรมนั้นและต้องมีความเชื่อมั่นที่จะกระทำพฤติกรรม และกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง 50-59 ปี กลุ่มตัวอย่างที่มีอายุมากขึ้นจะมีกิจกรรมในครอบครัวและสังคมลดน้อยลง ยอมรับและเรียนรู้การเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นจากการเจ็บป่วยได้ดีกว่าผู้ที่มีอายุน้อย¹² ช่วงวัยกลางคนนี้ ยังส่งผลต่อประสบการณ์ และความสามารถกล่าวคือประสบการณ์ในชีวิตจะช่วยให้ผู้ป่วยสามารถปรับตัวตามบทบาทและเกิดความชำนาญในการเรียนรู้และปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ ได้¹³ นอกจากนี้ กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงมีสถานภาพสมรสคู่ ดังนั้นจึงมีบทบาท การเป็นแม่ หรือการเป็นภรรยา รวมอยู่ด้วย อิทธิพล ห้านิรติชัย¹⁴ และสุตารัตน์ เลียบเลิศศิริ¹⁵ พบว่าบทบาทเหล่านี้นำไปสู่แรงกดดัน ความเครียดทางอารมณ์ของผู้ป่วยได้ คาดหวังผลทางบวกในการรักษา ส่งผลต่อความตั้งใจในการเรียนรู้และปฏิบัติตามคำแนะนำในโปรแกรมมากขึ้นได้ คะแนนความรู้จึงเพิ่มสูงขึ้นทั้งรายได้และโดยรวม

2. ความวิตกกังวลของกลุ่มตัวอย่างก่อนและหลังการได้รับโปรแกรม

กลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมโปรแกรมเตรียมความพร้อมมีคะแนนความวิตกกังวลลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t=36.51$ $p<0.001$) ก่อนได้รับโปรแกรมคะแนนอยู่ในระดับมาก ($\bar{X} = 7.07$ $SD.= 1.26$) และหลังได้รับโปรแกรมคะแนนอยู่ในระดับน้อย ($\bar{X} = 2.77$ $SD. = 1.19$) สอดคล้องกับการศึกษาของกนกวรรณ เหล่าสาร มณฑิชา รักศิลป์ และชวนชัย เชื้อสาธุชน¹⁶ที่พบว่าโปรแกรมการพยาบาลที่ออกแบบขึ้นมีผลต่อระดับความวิตกกังวลของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่เข้ารับการรักษาด้วยการผ่าตัด เช่นเดียวกับ Li & Zhu¹⁷ ที่พบว่าโปรแกรมการพยาบาลผู้ป่วยโรคหัวใจที่มาจากการประยุกต์ใช้ motivation behavior skill (IMB) model ส่งผลให้การทำงานของหัวใจของกลุ่มตัวอย่างดีขึ้นอย่างเด่นชัด และการฟื้นฟูจากอาการคุกคามของโรคยอมทำให้คลายความวิตกกังวลได้ ซึ่งความวิตกกังวลเป็นสิ่งที่ผู้ป่วยมะเร็งที่จะเข้ารับการรักษาแสงต้องเผชิญทุกคนยากที่จะหลีกเลี่ยง เพราะความวิตกกังวลเป็นปฏิกิริยาที่เกิดขึ้นกับบุคคลที่มีความเครียดอย่างใดอย่างหนึ่ง เป็นความรู้สึกหวาดระแวง หรือความหวาดกลัวต่อเหตุการณ์ที่กำลังจะเกิดขึ้น เช่น ผลของการเจ็บป่วย ผลจากการกระบวนการรักษาด้วยรังสี เป็นต้น แม้ภัยดังกล่าวจะยังไม่คุกคามในปัจจุบันก็ตาม ความวิตกกังวลยังส่งผลต่อสุขภาพ การนอนหลับ ระบบภูมิคุ้มกัน ระบบย่อยอาหาร ระบบหัวใจและหลอดเลือด ระบบสืบพันธุ์ตามมา จากการศึกษาในครั้งนี้ก็เช่นเดียวกันพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีความวิตกกังวลในระดับมากก่อนได้รับโปรแกรมการเตรียมความพร้อม แต่เมื่อผ่านการเข้าร่วมโปรแกรมตามแนวคิดของ IMB Model นั้นความวิตกกังวลของผู้ป่วยลดลงอย่างเห็นได้ชัด ทั้งนี้เพราะในโปรแกรมประกอบด้วยกิจกรรมการให้ข้อมูลอย่างเฉพาะเจาะจง การที่ผู้ป่วยมีความรู้อย่างแน่ชัดในสิ่งที่ตนกำลังจะเผชิญ ทำให้ผู้ป่วยคลายความวิตกกังวลจากความไม่รู้ ความไม่แน่ใจลงได้ เช่นการศึกษา

ของปัทมาภรณ์ คงขุนทดอังสนา วิศรุตเกษพงศ์และปาลิตา โพธิ์ตา¹⁸ ที่พบว่าโปรแกรมการเตรียมความพร้อมที่มุ่งให้ความรู้ที่เฉพาะเจาะจงและเกี่ยวข้องโดยตรงต่อสิ่งที่กำลังจะเผชิญแก่กลุ่มตัวอย่างสามารถลดความวิตกกังวลลงได้ นอกจากนี้ในโปรแกรมยังมีการฝึกทักษะการผ่อนคลายต่างๆเช่นการทำสมาธิ (Meditation) ซึ่งเป็นกิจกรรมที่ทำให้ผู้ป่วยเกิดการกำกับตนเองให้จดจ่ออยู่กับการใส่ใจและตระหนักรู้ เกิดความสงบแน่นอน มีสมาธิและมีความคิดที่คมชัด¹⁹ ซึ่งผลจากการศึกษาวิจัยพบว่า ยิ่งบุคคลมีการทำสมาธิ นานยิ่งส่งผลต่อการลดความเครียด ความวิตกกังวลได้มาก²⁰

ข้อเสนอแนะ

1. กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยมะเร็งมีคะแนนความรู้เฉลี่ยเกี่ยวกับรังสีรักษาเพิ่มขึ้นและมีความวิตกกังวลลดลงอย่างชัดเจน ดังนั้นจึงควรสนับสนุนให้นำโปรแกรมการเตรียมความพร้อมไปใช้อย่างต่อเนื่องกับผู้ป่วยอื่นๆ ที่อยู่ในขอบเขตความรับผิดชอบ เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการฉายแสงตามเกณฑ์ที่กำหนดตลอดจนมีคุณภาพชีวิตที่ดีตลอดระยะเวลาที่ได้รับรังสีรักษา
2. การจัดกิจกรรมที่นอกเหนือการบริการในระบบตามปกติส่งเสริมคุณภาพชีวิตและสร้างความพึงพอใจให้กับผู้รับบริการเพิ่มมากขึ้น ดังนั้นเพื่อเพิ่มคุณภาพการดูแล สร้างความพึงพอใจให้กับผู้รับบริการอย่างต่อเนื่อง จึงต้องมีการประเมินความต้องการบริการ ข้อเสนอแนะต่างๆจากผู้รับบริการตลอดจนออกแบบกิจกรรมที่สอดคล้องกับข้อมูลที่ได้รับการประเมินจากผู้รับบริการอย่างต่อเนื่อง
3. กลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมโครงการวิจัยในครั้งนี้ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ดังนั้นเพื่อให้ได้องค์ความรู้ที่สามารถอธิบายปรากฏการณ์ได้อย่างครอบคลุมต่อการนำไปใช้ ครั้งต่อไปจึงควรศึกษาในกลุ่มตัวอย่างที่เป็นเพศชายหรือกลุ่มหลากหลายทางเพศ
4. การประเมินผลโปรแกรมในครั้งนี้นับเป็นการศึกษาผลลัพธ์ที่เกิดกับกลุ่มตัวอย่างจำนวนจำกัด

และเป็นการประเมินผลในระยะเวลาอันสั้น ดังนั้นในการศึกษาวิจัยในครั้งต่อไปควรออกแบบการศึกษาเพื่อประเมินผลลัพธ์ในระยะยาว

5. สถานบริการควรสนับสนุนในด้านนโยบายและการนำไปใช้เพื่อประโยชน์เชิงเศรษฐศาสตร์ การลดภาระค่าใช้จ่ายด้านการสาธารณสุข เนื่องจากการวิจัยสะท้อนให้เห็นว่าโปรแกรมการเตรียมความพร้อม

สามารถเพิ่มคุณภาพการดูแลผู้ป่วยมะเร็งที่จะเข้ารับรังสีรักษาอย่างชัดเจน ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตผู้ป่วยที่จะเชื่อมโยงกับการปฏิบัติตัวที่เหมาะสม การป้องกันภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ได้

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization. Global cancer burden growing, amidst mounting need for services [Internet]. 2024 Feb 1 [cited 2025 Mar 26]. Available from: <https://www.who.int/news/item/01-02-2024-global-cancer-burden-growing--amidst-mounting-need-for-services>
2. สถาบันมะเร็งแห่งชาติ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. ทะเบียนมะเร็งระดับโรงพยาบาล พ.ศ. 2563. กรุงเทพฯ: บริษัท นวัตกรรมดาการพิมพ์ จำกัด; 2563.
3. โรงพยาบาลวชิระภูเก็ต. ข้อมูลเวชระเบียนผู้ป่วยโรงพยาบาลวชิระภูเก็ต ปี 2563-2566. 2566.
4. โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย. การฉายรังสีสำหรับผู้ป่วยมะเร็ง: สาขารังสีรักษาและมะเร็งวิทยา ฝ่ายรังสีวิทยา โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย [Internet]. 2562 [cited 2025 Mar 26]. Available from: <https://chulalongkornhospital.go.th/kcmh/dept/>
5. ชลันดา จดจำ, คะนิงนิจ พงศ์ถาวรกุล, ศศิมา กุสุมา ณ อยุธยา. ผลของโปรแกรมให้ความรู้และระดับประคองจิตใจต่อคุณภาพชีวิตในสตรีมะเร็งปากมดลูกที่ได้รับรังสีรักษา. J Nurs Sci. 2559;34(1):143-55. Available from: <https://he02.tci-thaijo.org/index.php/ns/article/view/77377/62068>
6. พวงทอง จินดากุล, อัมภพร นามวงศ์พรหม, น้ำอ้อย รักดีวงศ์. ประสิทธิผลของโปรแกรมการสนับสนุนและให้ความรู้ต่อความสามารถในการดูแลตัวเอง การรับรู้ความรุนแรงของอาการข้างเคียงจากเคมีบำบัด และความวิตกกังวลในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมระยะแรกที่ได้รับการรักษาเสริมด้วยเคมีบำบัด. วารสารโรคมะเร็ง. 2561;38(3):105-16.
7. Fisher JD, Fisher WA. Changing AIDS-risk behavior. Psychol Bull. 1992;111(3):455-74. Available from: <https://doi.org/10.1037/0033-2909.111.3.455>
8. Cohen J. Statistical power analysis for the behavioral sciences. 2nd ed. Hillsdale (NJ): Lawrence Erlbaum Associates; 1988.
9. Gaberson KB. The effect of humorous distraction on preoperative anxiety: A pilot study. AORN J. 1991;54(6):1258-64.
10. จันทรจิรา เกื้อกาญจน์. ผลของโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองด้านโภชนาการต่อความเหนื่อยล้าในผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับรังสีรักษา. วารสารสภาการพยาบาล. 2558;30(2):20-32.
11. สุวิมล สอนศรี, วาริณี เขียมสวัสดิกุล, ชื่นจิตร์ โพธิ์พิพัทธ์สุข. ผลของโปรแกรมส่งเสริมการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกสตรีกลุ่มเสี่ยง อำเภอเสลภูมิ จังหวัดร้อยเอ็ด. วารสารพยาบาล. 2564;70(3):11-9.

12. เพ็ญฟ้า สีสวย, พวงสร้อย วรกุล. คุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์. จุฬาลงกรณ์เวชสาร. 2551;52(ฉบับพิเศษ):15-28.
13. Orem DE, Taylor SG, Repenning KM. Nursing: Concepts of practice. St. Louis (MO): Mosby Year Book; 2001.
14. ชีรนุช ห่านิรติศัย, ปริญญา แร่ทอง. การรับรู้ความพร้อมของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง. วารสาร วิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี. 2556;21(7):634-9.
15. สุดาวัฒน์ เลียบเลิศศิริ. ผลของโปรแกรมการฝึกการแก้ปัญหาต่อความเครียดในการดูแลของผู้ดูแลในครอบครัว ผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง [วิทยานิพนธ์ปริญญาโท]. กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2557.
16. กนกวรรณ เหล่าสาร, มณฑิชา รักศิลป์, ชวนชัย เชื้อสาธุชน. ผลของโปรแกรมการพยาบาลองค์กรร่วมที่มีต่อการ ลดความวิตกกังวลในผู้ป่วยผ่าตัดมะเร็งเต้านม. วารสารวิจัยสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏ อุบลราชธานี. 2563;9(2):125-35.
17. Li M, Zhu H. Application of intervention of information motivation behavior skill (IMB) model in the cardiac rehabilitation of patients with coronary heart disease. Pak J Med Sci. 2022;38(6):1627-32. doi: 10.12669/pjms.38.6.5721. PMID: 35991234; PMCID: PMC9378367.
18. ปัทมาภรณ์ คงขุนทด, อังสนา วิศรุตเกษพงศ์, ปาลิตา โพธิ์ตา. ผลของโปรแกรมเตรียมความพร้อมต่อความรู้ ความเครียดและสมรรถนะการปฏิบัติการพยาบาลของนักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 4 ในการพยาบาลสตรี ตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยงสูงในระยะคลอด. The Southern College Network Journal of Nursing and Public Health. 2564;8(3):173-84.
19. Shapiro SL, Schwartz GE, Bonner G. Effects of mindfulness-based stress reduction on medical and premedical students. J Behav Med. 1998;21:581-99. Available from: <https://doi.org/10.1023/A:1018700829825>
20. Breedvelt JJS, et al. The effects of meditation, yoga, and mindfulness on depression, anxiety, and stress in tertiary education students: A meta-analysis. Front Psychiatry. 2019;10:1-15. Available from: <https://doi.org/10.3389/fpsy.2019.00193>

การพัฒนารูปแบบการส่งต่อผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง อำเภอคำชะอี จังหวัดมุกดาหาร

บุษบา แสนสุข¹

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) ตามแนวคิดของ Kemmis & Mc Taggart ประกอบด้วย 1. การวางแผน (planning) 2. การลงมือทำ (Action) 3. การสังเกต (Observe) 4. การสะท้อนผลการปฏิบัติการดำเนินงาน (Reflect) โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) ศึกษาสภาพปัญหาและเปรียบเทียบผลการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ก่อน-หลัง การพัฒนารูปแบบ 2) ประเมินผลระดับความรู้และทักษะของพยาบาลวิชาชีพในการดูแลและส่งต่อผู้ป่วยโรคหลอดเลือด สมอง โรงพยาบาลคำชะอี จ. มุกดาหาร 3) ประเมินผลระดับความพึงพอใจของญาติผู้ป่วย กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ พยาบาล วิชาชีพ จำนวน 32 ราย และผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง จำนวน 40 ราย แบ่งเป็นระยะศึกษาสภาพปัญหา จำนวน 20 ราย และระยะหลังการใช้รูปแบบ จำนวน 20 ราย เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ 1) แบบรวบรวมข้อมูลการดูแลผู้ป่วยโรค หลอดเลือดสมองจากเวชระเบียน 2) แบบประเมินความรู้และทักษะของพยาบาลในการดูแลและส่งต่อผู้ป่วยโรคหลอดเลือด สมอง 3) แบบประเมินความพึงพอใจของญาติผู้ป่วยต่อการดูแลและส่งต่อผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง วิเคราะห์ ข้อมูลโดย ความถี่ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน วิเคราะห์เนื้อหา (Content analysis) วิเคราะห์ความแตกต่างก่อนหลัง การพัฒนารูปแบบด้วย Independent t-test

ผลการวิจัยพบว่า 1) รูปแบบการส่งต่อโรคหลอดเลือดสมอง ประกอบด้วย การคัดกรองผู้ป่วย Stroke เพื่อประเมินความรุนแรงด่วน และการดูแลก่อนส่งต่อตามความรุนแรงด่วน หลังการพัฒนารูปแบบการส่งต่อผู้ป่วยโรคหลอดเลือด สมอง พบว่ามี Stroke Fast Tract เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ .05 และระยะเวลาที่ใช้ดูแลผู้ป่วยก่อนส่งต่อลดลง ดังนี้ ก่อนพัฒนารูปแบบใช้เวลา 42.45 นาที หลังพัฒนารูปแบบใช้เวลา 27.75 นาที ซึ่งใช้เวลาลดลง 14.75 นาทีอย่างมี นัยสำคัญที่ระดับ .05 2) ระดับความรู้และทักษะของพยาบาลโรงพยาบาลคำชะอี ในการดูแลและส่งต่อผู้ป่วยโรคหลอดเลือด สมองเท่ากับร้อยละ 82.87 อยู่ในระดับดีเยี่ยม 3) ระดับความพึงพอใจของญาติผู้ป่วยต่อการพยาบาลการดูแลและ ส่งต่อผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง อยู่ในระดับดีมาก ข้อเสนอแนะจากการวิจัยคือ โรงพยาบาลควรเพิ่มความรู้และทักษะ ของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองอย่างต่อเนื่อง

คำสำคัญ: โรคหลอดเลือดสมอง, การพัฒนารูปแบบ, การส่งต่อผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง, การวิจัยเชิงปฏิบัติการ

วันที่รับบทความ

20 เมษายน 2568

วันที่ได้รับบทความฉบับแก้ไข

17 มิถุนายน 2568

วันที่ตอบรับบทความ

8 กรกฎาคม 2568

โรงพยาบาลคำชะอี จังหวัดมุกดาหาร, ผู้ประสานการส่งบทความต้นฉบับ, จดหมายอิเล็กทรอนิกส์: Ticojung@gmail.com

โทร. 080-4175449

The Development of stroke patient referral model Khamcha-i Hospital, Mukdahan Province.

Budsaba Sansuk¹

Abstract

This study utilized an action research design guided by the framework of Kemmis and McTaggart, which comprises four iterative phases: (1) Planning, (2) Action, (3) Observation, and (4) Reflection. The objectives of the study were to: (1) examine existing problems and compare stroke patient care outcomes before and after the implementation of a care and referral model; (2) evaluate the knowledge and skills of registered nurses in caring for and referring stroke patients at Kamcha-i Hospital, Mukdahan Province; and assess the satisfaction levels of patients' family members regarding stroke care and referral services. The sample consisted of 32 registered nurses and 40 stroke patients, with 20 patients in the pre-intervention phase and 20 in the post-intervention phase. Research instruments included: a data collection form for stroke patient care retrieved from medical records, a knowledge and skills assessment tool for nurses involved in stroke care and referral, and a satisfaction survey for patients' relatives regarding the quality of stroke care and referral services. Data analysis was conducted using descriptive statistics, content analysis, and independent t-tests to compare outcomes before and after implementation.

The results were shown 1) developed stroke referral model consisted of screening stroke patients to assess urgency and providing pre-referral care based on urgency level. After implementation, the number of patients referred through the Stroke Fast Track system increased significantly ($p < .05$), and the average time spent on pre-referral care decreased significantly from 42.45 minutes to 27.75 minutes—a reduction of 14.75 minutes ($p < .05$)., 2) the nurses' average knowledge and skills score in stroke care and referral was 82.87%, indicating an excellent level, and 3) The satisfaction level of patients' relatives regarding stroke care and referral was rated as very high.

It is recommended that all nursing departments and relevant healthcare organizations conduct annual training and refresher sessions on stroke care and referral protocols. Additionally, the effectiveness of the referral model should be reviewed and evaluated every three months to ensure continued quality improvement and patient safety.

Key words: Stroke, Develop model, Stroke patient referral, Action Research

Received
20 April 2024

Revised
17 June 2025

Accepted
8 July 2025

¹Khamcha-i Hospital, Mukdahan Province, Corresponding author e-mail: Ticojung@gmail.com; Tel. 080-4175449

บทนำ

โรคหลอดเลือดสมอง (Stroke) เป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของโลกและประเทศไทย องค์การโรคหลอดเลือดสมองโลก (World Stroke Organization: WSO) รายงานว่า โรคหลอดเลือดสมองเป็นสาเหตุสำคัญอันดับ 2 ของการการเสียชีวิต และอันดับ 3 ของความพิการของประชากรทั่วโลก และมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นทุกปี สถานการณ์โรคหลอดเลือดสมอง ในปี พ.ศ. 2562 ทั่วโลกพบผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมากกว่า 101 ล้านคน เป็นผู้ป่วยรายใหม่ 12 ล้านคน (ทุก 3 วินาที พบผู้ป่วยรายใหม่ 1 คน) และเสียชีวิตมากถึง 6.5 ล้าน 1 ใน 4 ของประชากรที่มีอายุมากกว่า 25 ปีขึ้นไปเป็นโรคหลอดเลือดสมอง สำหรับประเทศไทยมีรายงานจากผลการสำรวจของกองยุทธศาสตร์ และแผนงานกระทรวงสาธารณสุข¹ พบอัตราการเสียชีวิตด้วยโรคหลอดเลือดสมองในปี พ.ศ. 2563 ถึง 2566 ดังนี้ 52.8, 55.5, 58.0 และ 55.64 คนต่อแสนประชากรตามลำดับ ซึ่งเป็นสาเหตุการเสียชีวิตเป็นอันดับที่ 2 ของการเสียชีวิตในประเทศไทยรองจากโรคมะเร็งทุกชนิด สำหรับภาคตะวันออกเฉียงเหนือในปี พ.ศ. 2565 มีอัตราการเสียชีวิตด้วยโรคหลอดเลือดสมองเท่ากับ 54.0 คนต่อแสนประชากร (กองยุทธศาสตร์และแผนงาน, 2565) และในพื้นที่จังหวัดมุกดาหารพบว่ามีผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในปี พ.ศ. 2563-2566 เท่ากับ 794, 696, 559 และ 920 ราย จำนวนผู้ป่วยเสียชีวิต 16, 13, 14 และ 24 รายตามลำดับ

โรคหลอดเลือดสมองเป็นความผิดปกติของการไหลเวียนเลือดไปเลี้ยงสมองไม่เพียงพอ ทำให้สมองส่วนนั้นขาดเลือด ถ้าเกิดขึ้นในสมองส่วนที่ควบคุมร่างกายส่วนใดก็จะทำให้ส่วนนั้นเกิดอาการอ่อนแรง ไม่สามารถทำหน้าที่ได้เหมือนเดิม ซึ่งจะเกิดขึ้นทันทีหรือมีอาการแสดงนานเกิน 24 ชั่วโมง ถือว่าเป็นภาวะฉุกเฉินที่ต้องได้รับการช่วยเหลือเร่งด่วนเนื่องจากสมองที่ถูกทำลายในระยะเวลาสั้นจะทำให้

เกิดความพิการต่อผู้ป่วย² โดยพบผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่เกิดจากภาวะสมองขาดเลือด (Ischemic Stroke) ร้อยละ 80 และผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่เกิดจากเลือดออกในสมอง (Hemorrhagic Stroke) ร้อยละ 20 ความรุนแรงขึ้นอยู่กับลักษณะการทำลายของเนื้อสมอง เช่น ผู้ป่วยที่มีภาวะสมองขาดเลือดจะมีอาการแขนขาอ่อนแรง พูดไม่ชัด มึนงง เดินเซ การทรงตัวไม่ดี ผู้ป่วยที่มีภาวะเลือดออกในสมองจะซึมหรือหมดสติจากการเปลี่ยนแปลงความดันในกะโหลกอย่างรวดเร็ว อาการแสดงที่ตามมาได้แก่ ปวดศีรษะ วิงเวียน อาเจียน เป็นต้น³ การรักษาผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจะมุ่งเน้นการรักษาแบบ Fast Track เน้นการประเมินคัดกรองที่แม่นยำ รวดเร็ว เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับยาละลายลิ่มเลือด rt-PA ภายในเวลา 270 นาที ตั้งแต่เริ่มมีอาการ⁴

อย่างไรก็ตามการศึกษาวิจัยที่ผ่านมาของวรรณา บุญสวยขวัญ และอมรรัตน์ กลักรอด⁵ พบว่า ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมาทันเวลาร้อยละ 61.63 โดยเวลาที่มาถึงโรงพยาบาลหลังจากมีอาการเตือนเท่ากับ 231.95 นาที ดังนั้นจึงควรให้ความรู้แก่ประชาชนทั่วไปและกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมองให้ตระหนักและเฝ้าระวังอาการฉุกเฉิน และต้องรีบนำผู้ป่วยส่งโรงพยาบาลเพื่อรับการรักษารวดเร็วทันเวลา และลดความรุนแรงของโรคและลดความพิการ

รูปแบบการดูแลและส่งต่อผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่เหมาะสมจึงมีความสำคัญจำเป็นในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้ จากการทบทวนงานวิจัยที่ผ่านมาพบว่ามีการศึกษาที่มีการพัฒนาแนวทางต่างๆ และวิปฏิบัติที่ดีในการพัฒนารูปแบบการส่งต่อผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองดังการศึกษาของสถาพร ไร่ไร่⁶ ศึกษาการพัฒนาและประสิทธิผลของรูปแบบการส่งต่อผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โรงพยาบาลวังสามหมอ จังหวัดอุดรธานี พบว่าการใช้กระบวนการวิจัย 4 ระยะคือ ระยะการวิเคราะห์สถานการณ์ปัญหาและความต้องการ ระยะการออกแบบและพัฒนารูปแบบ

ระยการทดลองใช้รูปแบบ และระยประเณผลการ
ใช้รูปแบบการส่งต่อผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง
ผลการวิจัยพบว่าก่อนการทดลองผู้ป่วยใช้เวลาอยู่
รักษาในห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉิน 44 นาที หลังการ
ทดลองใช้เวลา 31 นาที สรุปได้ว่ารูปแบบการส่งต่อ
ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่พัฒนาขึ้นช่วยเพิ่ม
ประสิทธิภาพการบริการและลดระยเวลารอคอย
โดยมีการดำเนินงานอย่างเป็นระบบ วาสนา นาชัยเริ่ม
และปิยะพร ทิพวงศ์⁷ ศึกษาวิจัยการพัฒนารูปแบบ
การส่งต่อผู้ป่วยหลอดเลือดสมอง โรงพยาบาลกมล
ไสย พบว่าการใช้แนวปฏิบัติการส่งต่อผู้ป่วยหลอดเลือด
สมองที่เป็นกลุ่มเป้าหมาย ผู้ป่วยได้รับการ
พยาบาลตามแนวปฏิบัติทั้ง 7 หมวดได้ครบทุกหมวด
ร้อยละ 100 ความพึงพอใจของบุคลากรสหสาขา
วิชาชีพ ในการให้บริการอยู่ในระดับมากทั้งโดยรวม
และรายด้าน และความพึงพอใจของญาติเกี่ยวกับการ
ส่งต่อผู้ป่วยหลอดเลือดสมองอยู่ในระดับมาก ทั้ง
โดยรวมและรายด้าน สรภัส เพชรอรุณ⁸ ศึกษา
ประสิทธิผลการพัฒนาระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน
เพื่อให้บริการผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในจังหวัด
นครราชสีมา พบว่าการให้บริการตามแนวทาง “Care
model” มุ่งเน้นการให้บริการทั้งเชิงรับในชุมชน เพื่อให้
ชุมชนรับรู้และเข้าถึงข้อมูลข่าวสารที่จำเป็นพร้อมกับ
ได้รับบริการการแพทย์ฉุกเฉินอย่างทันทเวลา และ
มุ่งเน้นการพัฒนาระบบเชิงตั้งรับที่โรงพยาบาล ได้แก่
การพัฒนาระบบการให้ความช่วยเหลือและส่งต่อ
ผู้ป่วย Stroke กรณีฉุกเฉินและการพัฒนาระบบ
บริการ Stroke Fast Track โรงพยาบาลแม่ข่ายและ
โรงพยาบาลลูกข่าย พร้อมทั้งสร้างศักยภาพภาพทิม
ปฏิบัติงานทางการแพทย์ทุกระดับ ได้แก่ ทีม
Advanced Life Support (ALS) , Basic Life Support
(BLS) และ First Responder (FR) ซึ่งทีมดังกล่าวถือเป็น
ส่วนหนึ่งที่ช่วยส่งเสริมให้เกิดการเข้าถึงบริการ
ด้านการแพทย์ฉุกเฉินให้แก่ประชาชน โดยเฉพาะ
ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ต้องการความช่วยเหลือ
ทางด้านการแพทย์อย่างเร่งด่วน สามารถตอบสนอง

ความต้องการของประชาชนได้เป็นอย่างดี ภายใต้
นโยบายการพัฒนาระบบความเป็นเลิศทางด้านการให้
บริการและการพัฒนาระบบบริการทางสุขภาพ ตามที่
รัฐบาลกำหนด

โรงพยาบาลคำชะอี จังหวัดมุกดาหาร
เป็นโรงพยาบาลขนาด 30 เตียง ไม่มีแพทย์เฉพาะทาง
ไม่มีเครื่อง CT Scan ไม่สามารถให้ยาละลายลิ่มเลือด
ได้ การรักษาผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจึงต้องส่งต่อ
โรงพยาบาลแม่ข่าย โดยมีหน่วยงานอุบัติเหตุฉุกเฉิน
เป็นหน่วยงานแรกที่ทำหน้าที่คัดกรองให้การ
รักษาพยาบาลเบื้องต้น และส่งต่อผู้ป่วยไปรับการ
รักษาที่โรงพยาบาลแม่ข่าย จากสถิติที่ผ่านมาในปี
พ.ศ. 2562 – 2566 พบจำนวนผู้ป่วยโรคหลอดเลือด
สมองจำนวน 46, 55 , 67, 80, 110 รายตามลำดับ
มีอัตราการเข้าถึงระบบ Stroke Fast Track ร้อยละ
26.68 ,27.27, 38.81, 37.70 และ 31.82 ตามลำดับ
อัตรา refer ภายใน 30 นาที คิดเป็นร้อยละ 29.30,
31.45., 33.25, 38.09, 40.25 และ 48..61 ตามลำดับ
และใช้เวลาในการประเมิน การดูแลรักษาและส่งต่อ
โรงพยาบาลแม่ข่ายใช้เวลาเร็วสุด 35 นาที และช้าสุด
52 นาที จากข้อมูลดังกล่าวผู้วิจัยจึงมีความสนใจ
ศึกษาวิจัยเกี่ยวกับการพัฒนารูปแบบการส่งต่อผู้ป่วย
โรคหลอดเลือดสมอง โรงพยาบาลคำชะอี โดยเป็น
การวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) ตามแนวคิด
ของ Kemmis & Mc Taggart ประกอบด้วย 1) การ
วางแผน (planning) 2) การลงมือทำ (Action) 3) การ
สังเกต (Observe) 4) การสะท้อนผลการปฏิบัติการ
ดำเนินงาน (Reflect) เพื่อศึกษาสถานการณ์สภาพ
ปัญหาในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง แล้วนำ
ข้อมูลมาวางแผนพัฒนารูปแบบการส่งต่อผู้ป่วยโรค
หลอดเลือดสมอง (Stroke) ทดลองนำไปใช้ ประเณผล
และนำข้อมูลมาปรับปรุงรูปแบบให้มีประสิทธิภาพ
และเหมาะสมยิ่งขึ้น

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาสภาพปัญหาและเปรียบเทียบผลการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โรงพยาบาลคำชะอี จ.มุกดาหาร ก่อน-หลังการพัฒนารูปแบบ
2. เพื่อศึกษาประเมินผลระดับความรู้และทักษะของพยาบาลวิชาชีพในการดูแลและส่งต่อผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โรงพยาบาลคำชะอี จ. มุกดาหาร
3. เพื่อศึกษาประเมินผลระดับความพึงพอใจของญาติผู้ป่วยต่อการพยาบาลการดูแลและส่งต่อผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โรงพยาบาลคำชะอี จ. มุกดาหาร

ขอบเขตการวิจัย

1. ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ ได้แก่ พยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลคำชะอี จำนวน 32 ราย และผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง จำนวน 40 ราย แบ่งเป็นระยะศึกษาสภาพปัญหา จำนวน 20 ราย และระยะหลังการใช้รูปแบบ จำนวน 20 ราย ได้รับการคัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง
2. สถานที่ศึกษา ได้แก่ ห้องอุบัติเหตุฉุกเฉิน และนิเวศ โรงพยาบาลคำชะอี
3. ระยะเวลาการศึกษา เดือนมกราคม - กันยายน 2567

กรอบแนวคิดการวิจัย

การศึกษาวิจัยในครั้งนี้ผู้วิจัยใช้ขบวนการ PAOR มาใช้ในการพัฒนารูปแบบการส่งต่อผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ตามขั้นตอนวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) ของ Kemmis & Mc Taggart⁹ ประกอบด้วย 1)การวางแผน (planning) 2) การลงมือทำ (Action) 3) การสังเกต (Observe) 4) การสะท้อนผลการปฏิบัติการดำเนินงาน (Reflect) โดยแบ่งขั้นตอนการศึกษาวิจัยออกเป็น 3 ระยะ ดังนี้

ระยะที่ 1 การศึกษาสถานการณ์และสภาพปัญหาการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โดยศึกษาข้อมูลจากเวชระเบียน การสังเกต การประชุมพยาบาล

เพื่อสอบถามปัญหาในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

ระยะที่ 2 การออกแบบและพัฒนารูปแบบการส่งต่อผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (Planning) โดยประชุมพยาบาลนำเสนอร่างรูปแบบการส่งต่อผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

ระยะที่ 3 ทดลองใช้รูปแบบและประเมินผลการใช้รูปแบบการส่งต่อผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (Action, Observe, Reflect)

วิธีดำเนินการวิจัย

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ ได้แก่ พยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลคำชะอี จำนวน 32 ราย และผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง จำนวน 40 ราย แบ่งเป็นระยะศึกษาสภาพปัญหา จำนวน 20 ราย และระยะหลังการใช้รูปแบบ จำนวน 20 ราย ได้รับการคัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจงเพื่อให้ได้กลุ่มตัวอย่างครบตามระยะการวิจัยที่กำหนด

การคำนวณหาขนาดของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

ผู้วิจัยใช้โปรแกรม G Power¹⁰ ในการคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างสำหรับการทดสอบ Independent t-test โดยมีขั้นตอนการใช้โปรแกรม ดังนี้

1. เลือก Test เป็น Mean Two Independent group
2. เลือก statistical test เป็น Mean Difference between two Independent Means (Two Group)
3. เลือก Type of power analysis เป็น A priori: Compute required sample size – given α , power and effect size
4. ใส่ค่าต่างๆ ในการวิจัยนี้กำหนดค่า effect size สำหรับกลุ่มตัวอย่างขนาดใหญ่ เท่ากับ 0.80 ค่า p-value เท่ากับ 0.05 ค่าอำนาจการทดสอบ Power ($1-\beta$) เท่ากับ 0.80 (มาจากกำหนดค่า β ร้อยละ 20

ได้ค่า Power ร้อยละ 80)

5. กดปุ่ม calculate ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่าง 40 ราย ในการเปรียบเทียบข้อมูลระยะก่อน-หลังการพัฒนารูปแบบฯต้องมีขนาดกลุ่มตัวอย่างเท่ากัน ผู้วิจัยจึงนำขนาดกลุ่มตัวอย่างที่คำนวณได้แบ่งเป็นกลุ่มระยะศึกษาสภาพปัญหา จำนวน 20 ราย และหลังการพัฒนารูปแบบและนำไปใช้ จำนวน 20 ราย

คุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่างที่เลือกเข้าศึกษา (Inclusion Criteria)

- 1) เวชระเบียนผู้ป่วยที่มีการวินิจฉัยแรกรับ (Principle Diagnosis) ระบุ ICD-10 = I64
- 2) พยาบาลที่มีประสบการณ์ในการปฏิบัติงานดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โรงพยาบาลคำชะอี ตั้งแต่ 1 ปีขึ้นไป
- 3) ญาติและผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มารักษาที่โรงพยาบาล ที่มีความสามารถรับการให้ข้อมูลจากผู้วิจัยได้

เกณฑ์การคัดออกของกลุ่มตัวอย่าง (Exclusion Criteria)

- 1) กลุ่มตัวอย่างไม่เข้าร่วมสนทนากลุ่ม
- 2) ญาติและผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ไม่สามารถรับการให้ข้อมูลจากผู้วิจัยได้ทั้งคู่ เช่น มีความพิการด้านการได้ยินเสียง

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1) เครื่องมือที่ใช้เก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่

1.1) แบบรวบรวมข้อมูลการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจากเวชระเบียน ได้แก่ เพศ อายุ ประเภท Stroke ระยะเวลารอแพทย์ตรวจ ระยะเวลาที่ใช้ดูแลก่อนส่งต่อ

1.2) แบบประเมินความรู้และทักษะของพยาบาลในการดูแลและส่งต่อผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง เป็นคำถามเกี่ยวกับความรู้และทักษะในการคัดกรองตามหลัก BEFAST 6 ข้อ ความรู้และทักษะในการดูแลและส่งต่อผู้ป่วย Stroke Fast Tract จำนวน 9 ข้อ และ Non Stroke Fast Tract จำนวน 9 ข้อ คำถาม

ให้เลือกตอบ ใช่ และ ไม่ใช่ ตอบผิดได้ 0 คะแนน ตอบถูกได้ 1 คะแนน แปลผลคะแนน⁷ ดังนี้

คะแนนต่ำกว่าร้อยละ 60 หมายถึง ระดับความรู้ต่ำ

คะแนนร้อยละ 60-79 หมายถึง ระดับความรู้ปานกลาง

คะแนนร้อยละ 80-100 หมายถึง ระดับความรู้สูง/ดีเยี่ยม

1.3) แบบประเมินความพึงพอใจของญาติผู้ป่วยต่อการดูแลและส่งต่อผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง เป็นคำถามจำนวน 6 ข้อ กำหนดเป็นแบบประมาณค่า 5 ระดับ (rating scale)¹¹ กำหนดเกณฑ์การแปลผลตามช่วงคะแนนค่าเฉลี่ยไว้ดังนี้

ค่าเฉลี่ย 4.51 – 5.00 หมายถึง มีความพึงพอใจมากที่สุด

ค่าเฉลี่ย 3.51 – 4.50 หมายถึง มีความพึงพอใจมาก

ค่าเฉลี่ย 2.51 – 3.50 หมายถึง มีความพึงพอใจปานกลาง

ค่าเฉลี่ย 1.51 – 2.50 หมายถึง มีความพึงพอใจน้อย

ค่าเฉลี่ย 1.00 – 1.50 หมายถึง มีความพึงพอใจน้อยที่สุด

2) เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ได้แก่ รูปแบบการส่งต่อผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โรงพยาบาลคำชะอี

4. การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

4.1 การตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) โดยนำ 1) ร่างรูปแบบการส่งต่อผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง 2) แบบรวบรวมข้อมูลการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง 3) แบบประเมินความรู้และทักษะของพยาบาลในการดูแลและส่งต่อผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง 4) แบบประเมินความพึงพอใจของญาติผู้ป่วยต่อการดูแลและส่งต่อผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ให้ผู้ทรงคุณวุฒิเชี่ยวชาญ 3 ท่าน ตรวจสอบเนื้อหาให้ตรงกับวัตถุประสงค์ ตอบใช่=1

คะแนน ไม่ใช่=0 นำผลรวมที่ได้แต่ละข้อมารวมกันและหาร 3 จะได้ค่า IOC และนำผลรวมทุกข้อมารวมกันและหาค่าเฉลี่ยจะได้ค่า CVI ผลการตรวจสอบได้ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content Validity Index : CVI) รูปแบบการส่งต่อผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเท่ากับ 0.79 แบบรวบรวมข้อมูลการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเท่ากับ 0.86 แบบประเมินความรู้และทักษะของพยาบาลในการดูแลและส่งต่อผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเท่ากับ 0.92 แบบประเมินความพึงพอใจของญาติผู้ป่วยต่อการดูแลและส่งต่อผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง เท่ากับ 0.92

4.2 การตรวจสอบความเชื่อมั่นของเครื่องมือ (Reliability) โดย

4.2.1 การหาความตรงของการบันทึก (Inter-Rater Reliability) โดยนำแบบประเมินรวบรวมข้อมูลการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมาหาความตรงของการบันทึกที่ระหว่างผู้บันทึก 2 คน คือผู้วิจัยกับพยาบาลที่เชี่ยวชาญการปฏิบัติ ทำการบันทึกข้อมูลจากเวชระเบียนผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง จำนวน 5 ราย แล้วใช้สูตรคำนวณจำนวนการบันทึกที่ตรงกันและหารด้วยผลบวกของการบันทึกที่ตรงกันกับจำนวนการบันทึกที่ต่างกัน พบว่ามีความเชื่อมั่นเท่ากับ 1

4.2.2 ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาครอนบาคของแบบสอบถาม โดยนำแบบประเมินความรู้และทักษะของพยาบาลในการดูแลและส่งต่อผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง และแบบประเมินความพึงพอใจของญาติไปทดลองใช้ จำนวน 8 คน วิเคราะห์หาค่าความเชื่อมั่น ได้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาครอนบาคเท่ากับ 0.88 และ 0.83 ตามลำดับ

5. การเก็บรวบรวมข้อมูล

หลังจากได้รับอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมุกดาหาร ผู้วิจัยทำการเก็บรวบรวมข้อมูล ณ โรงพยาบาลคำชะอี โดยมีขั้นตอนในการเก็บรวบรวมข้อมูลดังนี้

1. ขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูลจากผู้อำนวยการโรงพยาบาลคำชะอี

2. ระยะเวลาศึกษาสภาพปัญหาในการดูแลส่งต่อผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลจากสถิติโรงพยาบาล การทบทวนเวชระเบียนผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในระหว่างเดือนมกราคม ถึง มีนาคม 2567 โดยพิทักษ์สิทธิผู้ป่วยด้วยการไม่ระบุชื่อผู้ป่วย

3. ระยะเวลาทดลองใช้รูปแบบฯและประเมินผล โดยผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลจากสถิติโรงพยาบาล การทบทวนเวชระเบียนผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในระหว่างเดือนกรกฎาคม ถึง กันยายน 2567 โดยพิทักษ์สิทธิผู้ป่วยด้วยการไม่ระบุชื่อผู้ป่วย

4. รวบรวมข้อมูลการตอบแบบสอบถามแบบประเมินความรู้และทักษะของพยาบาลในการดูแลและส่งต่อผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง และแบบประเมินความพึงพอใจของญาติผ่าน google form

6. การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

ในการวิจัยครั้งนี้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมุกดาหาร เลขที่ 55.0033.2567 เมื่อวันที่ 1 กรกฎาคม 2567 เมื่อผ่านการพิจารณาแล้วผู้วิจัยได้ขออนุมัติรวบรวมข้อมูลจากผู้อำนวยการโรงพยาบาลคำชะอี หลังจากได้รับอนุมัติแล้วผู้วิจัยพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง โดยผู้วิจัยแนะนำตนเองพร้อมทั้งอธิบายวัตถุประสงค์และวิธีการดำเนินการวิจัยให้กลุ่มตัวอย่างทราบ และอธิบายถึงสิทธิในการตอบรับหรือปฏิเสธในการเข้าร่วมการวิจัย และสามารถยกเลิกการเข้าร่วมวิจัยโดยไม่ต้องชี้แจงเหตุผล การตอบรับหรือปฏิเสธการวิจัยจะไม่มีผลต่อการรักษา หรือการปฏิบัติงานและข้อมูลที่ได้จะนำเสนอในภาพรวมของงานวิจัยและใช้ประโยชน์ในทางวิชาการเท่านั้น โดยแบบฟอร์มการเก็บข้อมูลของกลุ่มตัวอย่างผ่านการหา การหาความตรงของการบันทึก (Inter-Rater Reliability) ระหว่างผู้บันทึก 2 คน คือผู้วิจัยกับพยาบาลที่เชี่ยวชาญการปฏิบัติ

ทำการบันทึกข้อมูลจากเวชระเบียนผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง จำนวน 5 ราย แล้วใช้สูตรคำนวณจำนวนการบันทึกที่ตรงกันและหารด้วยผลบวกของการบันทึกที่ตรงกัน กับจำนวนการบันทึกที่ต่างกัน พบว่ามีความเชื่อมั่นเท่ากับ 1 และข้อมูลของกลุ่มตัวอย่างจะเก็บเป็นความลับ ปกปิดแหล่งที่มาของข้อมูลอย่างเคร่งครัด ผู้ที่สามารถเข้าถึงข้อมูลต้องมีรหัสผ่าน และข้อมูลจะถูกทำลายภายใน 1 ปี เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินยอมเข้าร่วมการวิจัย ผู้วิจัยขอให้กลุ่มตัวอย่างเซ็นชื่อยินยอมเข้าร่วมวิจัยและดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล และกลุ่มตัวอย่างสามารถยุติการเข้าร่วมโครงการวิจัยได้ทุกเมื่อที่ต้องการ

7. การวิเคราะห์ข้อมูล

1. การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณของการประเมินรูปแบบการส่งต่อผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โดยใช้สถิติ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย (Mean) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.)

2. เปรียบเทียบผลการพัฒนาแบบการส่งต่อผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ก่อนและหลังการพัฒนาแบบด้วย Independent t-test

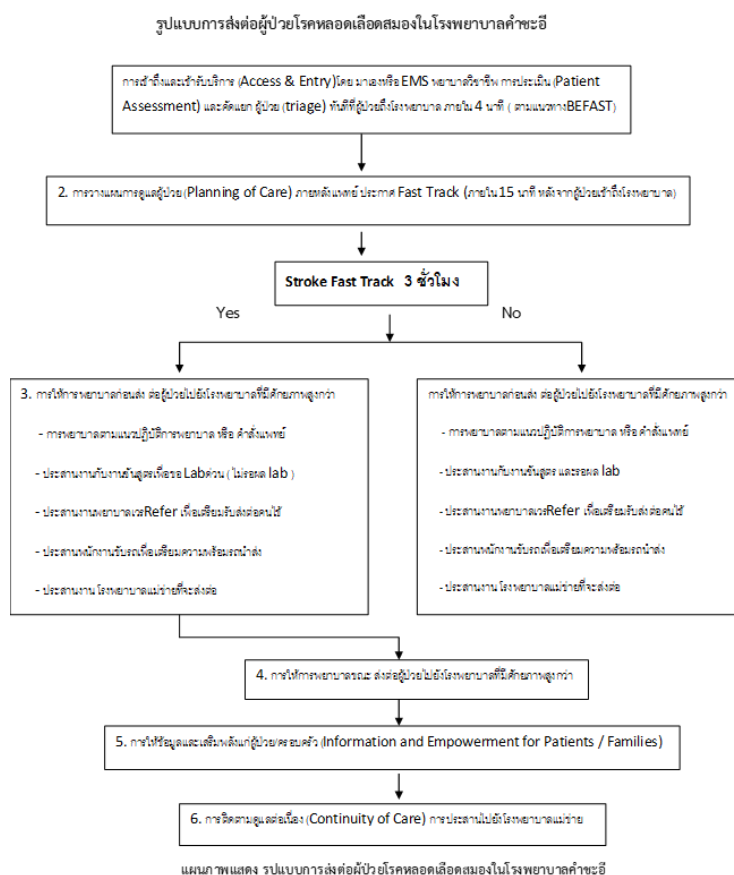
3. วิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ จากการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content Analysis)

สรุปผลการวิจัย

ผลการวิจัยตามระยะการวิจัย ดังนี้

ระยะที่ 1 ระยะศึกษาสภาพปัญหา ผู้วิจัยค้นพบสภาพปัญหาในการดูแลและส่งต่อผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ได้แก่ กลุ่ม Fast Tract ร้อยละ 55.0 ระยะเวลารอแพทย์ 19.09 นาที ระยะเวลาที่ดูแลก่อนส่งต่อ 42.45 นาที

ระยะที่ 2 การพัฒนาแบบการส่งต่อรูปแบบการพัฒนาการส่ง ประกอบด้วย การประเมินผู้ป่วย การวางแผนดูแลผู้ป่วยกลุ่ม Fast Tract การดูแลก่อนส่งต่อ การให้ข้อมูลญาติผู้ป่วย และการติดตามผล



แผนภาพแสดง รูปแบบการส่งต่อผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในโรงพยาบาลคำชะอี

ระยะที่ 3 ประเมินผลการใช้รูปแบบการส่งต่อ ผู้วิจัยใช้การประเมินจากเวชระเบียนการดูแลรักษา และการตอบแบบสอบถามแบบประเมินความรู้และทักษะของพยาบาลในการดูแลและส่งต่อผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง และแบบประเมินความพึงพอใจของญาติ ดังรายละเอียดผลการวิจัย ดังนี้

1. ผลการใช้รูปแบบการส่งต่อผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โรงพยาบาลคำชะอี จากการรวบรวมข้อมูลเวชระเบียนผู้ป่วยและเปรียบเทียบก่อนพัฒนารูปแบบ (N=20) และหลังการพัฒนารูปแบบ (N=20) ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 แสดงข้อมูลผลลัพธ์จากการใช้รูปแบบการส่งต่อผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โรงพยาบาลคำชะอี จากการรวบรวมข้อมูลเวชระเบียนผู้ป่วยและเปรียบเทียบก่อนพัฒนารูปแบบ (N=20) และหลังการพัฒนารูปแบบ (N=20)

ข้อมูล	ระยะก่อนพัฒนา		ระยะหลังพัฒนา		t-test	p-value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
จำนวนผู้ป่วยกลุ่ม Fast Tract	11	55.00	15	75.00	1.32	0.024
จำนวนผู้ป่วยกลุ่ม Non Fast Tract	9	45.00	5	25.00		
เพศ ชาย	13	65.00	20.000	100.00	3.19	0.00
หญิง	7	35.00				
อายุเฉลี่ย	Mean=68.25 S.D=11.33		Mean=66.30 S.D=7.95		0.630	0.042
เวลาที่ใช้ในกลุ่ม Fast Tract (นาทีก่อนส่งต่อ)						
ระยะเวลารอแพทย์	Mean=19.09 S.D=18.17		Mean=9.55 S.D=4.55		1.68	0.050
ระยะเวลาที่ดูแลก่อนส่งต่อ	Mean=42.45 S.D=19.99		Mean=27.72 S.D=6.72		2.24	0.046
เวลาที่ใช้ในกลุ่ม Non Fast Tract						
ระยะเวลารอแพทย์	Mean=21.55 S.D=3.13		Mean=18.71 S.D=8.42		0.715	0.224
ระยะเวลาที่ดูแลก่อนส่งต่อ	Mean=44.85 S.D=2.67		Mean=51.57 S.D=6.82		-2.24	0.155

P-value < .05

จากตารางที่ 3 แสดงข้อมูลผลลัพธ์จากการใช้รูปแบบการส่งต่อผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โรงพยาบาลคำชะอี จากการรวบรวมข้อมูลจากเวชระเบียนผู้ป่วยและเปรียบเทียบก่อนพัฒนารูปแบบ (N=20) และหลังการพัฒนารูปแบบ (N=20) ด้วยสถิติ Independent t-test พบว่าหลังจากใช้รูปแบบการส่งต่อผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่พัฒนาขึ้น มีจำนวนผู้ป่วยกลุ่ม Stroke Fast Tract เพิ่มขึ้นและมีระยะเวลาที่ใช้ในการดูแลก่อนส่งต่อแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ .05 โดยพบว่าระยะเวลารอแพทย์ลดลงจาก 19.09

นาทีก่อนส่งต่อ เป็น 9.55 นาทีก่อนส่งต่ออย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (t=1.68 , p=.05) และระยะเวลาในการดูแลก่อนส่งต่อลดลงจาก 42.45 นาทีก่อนส่งต่อ เป็น 27.72 นาทีก่อนส่งต่ออย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (t=6.72 , p=.046) สำหรับผู้ป่วยกลุ่ม Stroke Non Fast Tract มีระยะเวลาที่ใช้ในการดูแลก่อนส่งต่อและหลังการพัฒนารูปแบบการส่งต่อไม่แตกต่างกัน

2. ผลการประเมินความรู้และทักษะการดูแลและส่งต่อผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลคำชะอี ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 แสดงข้อมูลผลการประเมินความรู้และทักษะของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลคำชะอี (N=32) ในการส่งต่อผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

หัวข้อการประเมินความรู้	คะแนนที่ได้	ร้อยละ	Mean	S.D	ระดับ
1. การคัดกรองผู้ป่วยสงสัย Stroke ใช้หลักการประเมิน BEFAST	172	89.6	0.89	0.14	ดีเยี่ยม
2. การดูแลและส่งต่อ Stroke Fast Track ภายในเวลา 3 ชั่วโมง	274	95.14	0.95	0.14	ดีเยี่ยม
3. การดูแลและส่งต่อ Stroke Non Fast Track	184	63.88	0.64	0.40	ปานกลาง
รวม	630	82.87			ระดับดีเยี่ยม

จากตารางที่ 2 พบว่าความรู้และทักษะการดูแลและส่งต่อผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองโดยรวม อยู่ในระดับดีเยี่ยม (630คะแนน คิดเป็นร้อยละ 82.87) ด้านการคัดกรองผู้ป่วยสงสัย Stroke ใช้หลักการ BEFAST และด้านการดูแลส่งต่อ Stroke Fast Track ภายในเวลา 3 ชั่วโมงอยู่ในระดับดีเยี่ยม ส่วนการดูแล

และส่งต่อ Stroke Non Fast Track อยู่ในระดับปานกลาง

3. แสดงผลการประเมินความพึงพอใจของญาติผู้ป่วยต่อรูปแบบการส่งต่อผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่พัฒนาขึ้น ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 แสดงผลการประเมินความพึงพอใจของญาติผู้ป่วยต่อการพยาบาลการดูแลและส่งต่อผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่พัฒนาขึ้น (N=20)

รายการ	$\bar{x}$	S.D	แปลผล
1. ด้านขั้นตอนการให้บริการส่งต่อผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง	4.40	0.66	มีความพึงพอใจมาก
2. ด้านความเหมาะสมของระยะเวลาให้บริการ	4.12	0.61	มีความพึงพอใจมาก
3. ด้านข้อมูลสำหรับการให้บริการ/การดูแลรักษา	4.18	0.64	มีความพึงพอใจมาก
4. การให้บริการของเจ้าหน้าที่/พฤติกรรมในการให้บริการ	4.15	0.57	มีความพึงพอใจมาก
5. ด้านการพิทักษ์สิทธิผู้ป่วย	4.28	0.68	มีความพึงพอใจมาก
6. ความพึงพอใจในภาพรวม	4.12	0.66	มีความพึงพอใจมาก

จากตารางที่ 3 ผลการประเมินความพึงพอใจของญาติผู้ป่วยต่อการรูปแบบการส่งต่อผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่พัฒนาขึ้น พบว่าญาติผู้ป่วยมีความพึงพอใจในระดับดีมากทุกข้อ โดยข้อที่มีคะแนนสูงสุดคือ ด้านขั้นตอนการให้บริการ ข้อที่มีคะแนนน้อยที่สุดคือ ด้านความเหมาะสมของระยะเวลาให้บริการ

อภิปรายผลการวิจัย

1. ระดับความรู้และทักษะของพยาบาลโรงพยาบาลคำชะอี ในการดูแลและส่งต่อผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองอยู่ในในภาพรวมอยู่ในระดับดีเยี่ยม แต่ในการวิเคราะห์รายด้านพบว่า การดูแลและส่งต่อ Stroke Non Fast Track มีคะแนนความรู้อยู่ในระดับปานกลาง (ร้อยละ 63.88) จึงควรได้รับการส่งเสริมจัดประชุมวิชาการให้แก่พยาบาล เรื่องการดูแลและส่ง

ต่อผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองให้เป็นแนวทางเดียวกันทั้งหมด เพื่อให้การดูแลและส่งต่อผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีประสิทธิภาพมากที่สุด ซึ่งสถาบันประสาทวิทยา ชมรมพยาบาลโรคระบบประสาทแห่งประเทศไทย¹² เสนอแนะไว้ว่าพยาบาลที่อยู่ในห้องฉุกเฉินหรือพยาบาลที่แผนกผู้ป่วยนอก จำเป็นต้องมีความรู้ในการคัดกรองผู้ป่วยที่มีอาการสงสัยว่าน่าจะเป็นโรคหลอดเลือดสมอง ทั้งนี้ เพื่อให้ได้รับการวินิจฉัยที่ถูกต้อง การรักษาที่รวดเร็วเพื่อลดอัตราการตาย ความพิการและภาวะแทรกซ้อนต่างๆ

2. ผลลัพธ์จากการใช้รูปแบบการดูแลและส่งต่อผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โดยการรวบรวมข้อมูลจากเวชระเบียนผู้ป่วยและเปรียบเทียบก่อนพัฒนารูปแบบ (N=20) และหลังการพัฒนารูปแบบ (N=20) ด้วยสถิติ Independent t-test หลังจากใช้รูปแบบการส่งต่อผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่พัฒนาขึ้น มีจำนวนผู้ป่วยกลุ่ม Stroke Fast Tract เพิ่มขึ้นและมีระยะเวลาที่ใช้ในการดูแลก่อนส่งต่อแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ .05 โดยก่อนพัฒนารูปแบบพบว่าใช้เวลาในการดูแลก่อนส่งต่อ 42.45 นาที หลังการพัฒนารูปแบบใช้เวลาในการดูแลก่อนส่งต่อ 27.72 นาที ซึ่งใช้เวลาลดลง 14.73 นาที ซึ่งมีความสอดคล้องกับการศึกษาของ สถาพร ไร่ไธวัช⁶ ที่พบว่าการพัฒนาและประสิทธิผลของรูปแบบการส่งต่อผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โรงพยาบาลวังสามหมอ จังหวัดอุดรธานี สามารถลดเวลาอยู่รักษาผู้ป่วยในห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉินได้จากใช้เวลา 44 นาที เป็นการใช้เวลา 31 นาที สรุปได้ว่ารูปแบบการส่งต่อผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่พัฒนาขึ้นช่วยเพิ่มประสิทธิภาพการบริการและช่วยให้ส่งต่อผู้ป่วยได้เร็วขึ้น โดยมีการดำเนินงานอย่างเป็นระบบ

3. ผลการประเมินความพึงพอใจของญาติผู้ป่วยต่อการดูแลและส่งต่อผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองอยู่ในระดับดีมาก โดยข้อที่มีคะแนนน้อยที่สุดคือด้านความเหมาะสมของระยะเวลาให้บริการ ผลการวิจัยแสดงให้เห็นว่าสิ่งที่ญาติผู้ป่วยต้องการคือระยะเวลาการให้บริการที่รวดเร็วและข้อมูลการให้บริการ สอดคล้องกับ สมศักดิ์ เทียมเก่า⁴ กล่าวว่าการทำงานเริ่มเมื่อผู้ป่วยมาถึงห้องฉุกเฉิน ทีมต้องกำหนดแนวทางการทำงานเป็นขั้นตอนอย่างละเอียดว่ากิจกรรมใด ทำช่วงเวลาใด ทำอะไรก่อนหลัง บางอย่างสามารถทำเตรียมรอผู้ป่วยก่อนจะมาถึงโรงพยาบาล เช่น การซักประวัติคนไข้ การแจ้งแพทย์และทีมรักษาว่าจะมีผู้ป่วย Acute stroke มาที่ห้องฉุกเฉิน การเตรียมห้อง CT ให้พร้อม เป็นต้น และการประสานงานกับญาติผู้ป่วยสายตรงในกรณี que ที่ผู้ป่วยไม่รู้สีกตัว พูดไม่ได้ การอธิบายให้ญาติผู้ป่วยทราบโดยละเอียดได้ล่วงหน้า จะทำให้เกิดการตัดสินใจที่ดีและรวดเร็ว ไม่เสียเวลา

ข้อเสนอแนะ

1. พยาบาลวิชาชีพทั้งในห้องอุบัติเหตุฉุกเฉิน แผนกผู้ป่วยนอก แผนกผู้ป่วยใน ควรได้รับการพัฒนาบทบาทหน้าที่ และสมรรถนะด้านองค์ความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองในทุกมิติเพื่อให้เกิดการดูแลที่มีประสิทธิภาพและเกิดผลลัพธ์ที่ดีต่อผู้รับบริการ

2. ควรมีการประเมินผลการดูแลและส่งต่อผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองโดยทีมสหสาขาวิชาชีพอย่างต่อเนื่องเป็นประจำทุก 6 เดือน

เอกสารอ้างอิง

1. กองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. สถิติสาธารณสุข [อินเทอร์เน็ต]. 2565 [เข้าถึงเมื่อ 10 ก.ค. 2567]. เข้าถึงได้จาก: <https://spd.moph.go.th>
2. ชิดารัตน์ อภิญญา, นิตยา พันธุเวทย์. ประเด็นสารรณรงค์อัมพาตโลกปี 2556. กรุงเทพฯ: สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข; 2556.
3. สงบ บุญทองโท, นิสากร วิบูลชัย, อุ่น บุตรบ้านเขว้า. การพัฒนาระบบบริการช่องทางด่วนผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โรงพยาบาลวาปีประทุมและเครือข่ายบริการ. วารสารโรงพยาบาลมหาสารคาม. 2560;14(3):100-13.
4. สมศักดิ์ เทียมเก่า. การพัฒนาเครือข่าย STROKE FAST TRACK [อินเทอร์เน็ต]. 2556 [เข้าถึงเมื่อ 10 ก.ค. 2567]. เข้าถึงได้จาก: <https://cimjournal.com/confer-update/system-stroke-fast-track>
5. วรณา บุญสวยขวัญ, อมรรัตน์ กลับริด. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อระยะเวลาการมารับการรักษาของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในระยะเฉียบพลัน งานอุบัติเหตุฉุกเฉิน โรงพยาบาลเชียรใหญ่. วารสารวิทยาลัยบรมราชชนนี นครศรีธรรมราช. 2565;2(2):61-75.
6. สถาพร ไธโส. การพัฒนาและประสิทธิผลของรูปแบบการส่งต่อผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โรงพยาบาลวังสามหมอ จังหวัดอุดรธานี [อินเทอร์เน็ต]. 2566 [เข้าถึงเมื่อ 10 ก.ค. 2567]. เข้าถึงได้จาก: <file:///C:/Users/HP/Downloads/pdf>
7. วาสนา นาชัยเริ่ม, ปิยะพร ทิพวงศ์. การพัฒนารูปแบบการส่งต่อผู้ป่วยหลอดเลือดสมองโรงพยาบาลกมลาไสย. วารสารสุขภาพและสิ่งแวดล้อมศึกษา. 2565;5(4):36-43.
8. สรภัส เพชรอรุณ. ประสิทธิภาพการพัฒนาระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินเพื่อให้บริการผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในจังหวัดนครราชสีมา. วารสารวิจัยและพัฒนาด้านสุขภาพ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา. 2563;7(1):256-75.
9. Kemmis S, McTaggart R. *The action research planner*. 3rd ed. Geelong: Deakin University; 1988.
10. นิพัทธ์พนธ์ สนิทเหลือ, วัชรพร สาตร์เพชร, ญาดา นภาอารักษ์. การคำนวณขนาดตัวอย่างด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป G*POWER. วารสารวิชาการสถาบันเทคโนโลยีแห่งสุวรรณภูมิ. 2562;5(1):498-507.
11. บุญชม ศรีสะอาด. *การวิจัยเบื้องต้น*. พิมพ์ครั้งที่ 10. กรุงเทพฯ: สุวีริยาสาส์น; 2560.
12. สถาบันประสาทวิทยา. *คู่มือโรคหลอดเลือดสมอง (อัมพาต อัมพฤกษ์) สำหรับประชาชน*. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพฯ: กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข; 2556.

ผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อระดับน้ำตาลในเลือดชนิด HbA1C ของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 1 ห้องตรวจเบาหวาน โรงพยาบาลสกลนคร

พัฒนสรณ์ การุญ¹

บทคัดย่อ

การวิจัยกึ่งทดลอง แบบกลุ่มเดียววัดผลก่อนและหลังทำการทดลองนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบค่าน้ำตาลเฉลี่ยสะสมในเลือด (Hb A1C) ของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 1 ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจ เนื่องจากมีผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 1 เพิ่มขึ้นในโรงพยาบาลสกลนคร และมีค่าน้ำตาลเฉลี่ยสะสมในเลือด (Hb A1C) เกินเกณฑ์ที่กำหนด ทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนและค่าใช้จ่ายในการรักษา กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 1 จำนวน 34 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ 1) เครื่องมือทดลอง คือ โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจ 2) เครื่องมือในการรวบรวมข้อมูล คือ แบบสอบถามข้อมูลค่าน้ำตาลเฉลี่ยสะสมในเลือด (HbA1C) ผ่านการหาความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหา เท่ากับ .95 และการทดสอบความเชื่อมั่นด้วยสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .91 วิเคราะห์ข้อมูลเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยโดยใช้สถิติ Paired t-test

ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีค่าน้ำตาลเฉลี่ยสะสมในเลือด (HbA1C) หลังการได้รับโปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 3.904, p < 0.001$) โดยมีค่าน้ำตาลเฉลี่ยสะสมในเลือด (HbA1C) ก่อนได้รับโปรแกรม ($\bar{X} = 11.12$ S.D. = 2.82) และมีค่าน้ำตาลเฉลี่ยสะสมในเลือด (HbA1C) หลังได้รับโปรแกรม ($\bar{X} = 9.94$ S.D. = 2.28)

โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจสามารถช่วยลดค่าน้ำตาลเฉลี่ยสะสมในเลือด (Hb A1C) ในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 1 ได้ ดังนั้นจึงควรสนับสนุนให้นำโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจ ไปใช้อย่างต่อเนื่องกับผู้ป่วยเบาหวานกลุ่มอื่นๆ ที่อยู่ในเขตความรับผิดชอบ เพื่อเป็นการขยายผลการดำเนินการต่อไป

คำสำคัญ: เบาหวานชนิดที่ 1, การเสริมสร้างพลังอำนาจ, น้ำตาลเฉลี่ยสะสมในเลือด

วันที่รับบทความ

9 กรกฎาคม 2568

วันที่ได้รับบทความฉบับแก้ไข

25 สิงหาคม 2568

วันที่ตอบรับบทความ

29 สิงหาคม 2568

โรงพยาบาลสกลนคร, ผู้ประสานการส่งบทความต้นฉบับ, จดหมายอิเล็กทรอนิกส์: patsorn_the3karun@hotmail.com;

โทร. 081-060-5137

The Effects of the empowerment program on HbA1C level of patients with type I diabetes mellitus at DM Clinic, Sakon Nakhon Hospital

Patsorn Karun¹

Abstract

The quasi-experimental study employed a one-group pretest-posttest design to evaluate the effect of an empowerment program on glycosylated hemoglobin (HbA1C) levels among patients with type 1 diabetes mellitus. The study was undertaken in response to the increasing number of patients at Sakon Nakhon Hospital whose HbA1C levels exceed recommended thresholds, thereby elevating the risk of complications and treatment costs. A total of 34 patients with type 1 diabetes mellitus were enrolled. Research instruments comprised (1) the empowerment program and (2) data collection tools including a general information questionnaire and HbA1C laboratory results. Content validity of the instruments was confirmed with a validity index of 0.95. Reliability testing using Cronbach's alpha yielded a coefficient of 0.91. Data were analyzed using paired t-test to compare pre- and post-intervention HbA1C levels.

The findings demonstrated a statistically significant reduction in HbA1C levels following intervention ($t = 3.904$, $p < .01$). The mean HbA1C level decreased from 11.12 (SD = 2.80) prior to the program to 9.94 (SD = 2.28). After program participation.

The results indicate that the empowerment program is effective in reducing HbA1C levels in patients with type 1 diabetes mellitus. Continued implementation and expansion of the program to other diabetes populations within the hospital's catchment area are recommended to strengthen glycemic control and improve long-term clinical outcomes.

Keywords: Type 1 diabetes mellitus, empowerment program, glycosylated hemoglobin (HbA1C).

Received

9 July 2025

Revised

24 August 2025

Accepted

29 August 2025

¹Sakon Nakhon Hospital, Corresponding author e-mail; patsorn_the3karun@hotmail.com; Tel. 081-060-5137

บทนำ

ปัจจุบันผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 1 มีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นทั่วโลกตลอดสามทศวรรษ¹ ในปี พ.ศ 2564 มีผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 1 ทั้งหมด 8.4 ล้านคน โดยแบ่งเป็นผู้ป่วยที่มีอายุน้อยกว่า 20 ปี 1.5 ล้านคน อายุระหว่าง 20-59 ปี จำนวน 5.4 ล้านคน และพบผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 1 ที่มีอายุมากกว่า 60 จำนวน 1.6 ล้านคน² ถึงแม้โรคจะเริ่มต้นในช่วงอายุน้อยแต่โดยรวมจำนวนผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 1 ที่เป็นผู้ใหญ่มีจำนวนมากกว่าผู้ที่เป็เด็ก โดยทั่วไปมีสัดส่วนประมาณร้อยละ 5-10 ของผู้ที่เป็นเบาหวานทั้งหมด

โรคเบาหวานชนิดที่ 1 เกิดจากเบต้าเซลล์ในตับอ่อนถูกทำลายจนตับอ่อนไม่สามารถสร้างอินซูลินได้³ หรือสร้างได้น้อยกว่าร้อยละ 20 % ของปริมาณปกติ ทำให้ระดับน้ำตาลในเลือดสูง⁴ ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 1 จึงจำเป็นต้องฉีดอินซูลิน เป้าหมายการรักษาโรคเบาหวานชนิดที่ 1 เหมือนกับการรักษาโรคเบาหวานชนิดที่ 2 คือการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้เหมาะสม การรักษาหลักคือ การฉีดอินซูลิน ร่วมกับการรับประทานอาหารและการออกกำลังกายอย่างเหมาะสม การที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้นั้นจะส่งผลให้เกิดภาวะแทรกซ้อนของโรคทั้งในระยะเฉียบพลัน คือภาวะระดับน้ำตาลในเลือดต่ำและภาวะระดับน้ำตาลในเลือดสูง ซึ่งถ้ามีระดับน้ำตาลในเลือดสูงเป็นระยะเวลานานปริมาณกลูโคสอยู่ในกระแสเลือดมากจะไปจับกับหลอดเลือดและเนื้อเยื่อต่างๆ ทำให้เกิดการเสื่อมสภาพและเกิดภาวะแทรกซ้อนต่างๆ เช่น ทำให้เกิดจอประสาทตาเสื่อม ไตเสื่อมจนเกิดภาวะไตวาย ขาปลายมือปลายเท้าทำให้ไม่รู้สึกรีบปวดเมื่อเหยียบของมีคม แผลเรื้อรังติดเชื้อและเป็นสาเหตุสำคัญในการตัดอวัยวะ (Amputation) เกิดภาวะโรคหัวใจขาดเลือด ถ้ามีการอุดตันมากขึ้นทำให้เกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายได้ และเป็นสาเหตุการตายที่สำคัญในอันดับต้นๆทั่วโลก นอกจากนี้ยังทำให้เกิดภาวะโรคหลอดเลือดสมอง ทำให้ผู้ป่วยเป็นอัมพาต ภาวะคีโตนคั่งใน

กระแสเลือด ซึ่งพบได้บ่อยในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 1 ทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิตได้ นอกจากนี้ภาวะคีโตนคั่งในกระแสเลือดในวัยรุ่นยังมีผลทำให้พัฒนาการด้านร่างกายช้า เช่น ตัวเล็ก ผอม ทำให้วัยรุ่นที่เป็นเบาหวานชนิดนี้รู้สึกเครียดมีปมด้อย วิตกกังวล ท้อแท้หมดหวังและอาจแสดงพฤติกรรมต่อต้านการรักษา⁵

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 1 มีเพียงร้อยละ 12-16⁶ ที่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลได้ตามเป้าหมาย ส่วนสาเหตุที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้ปกติได้เกิดจากการฉีดยาอินซูลินไม่ถูกต้อง ไม่มีการควบคุมอาหาร การดื่มสุรา การสูบบุหรี่ ไม่ตรวจระดับน้ำตาลในเลือด⁷⁻⁹ เป็นการเจ็บป่วยเรื้อรังที่ต้องการการดูแลอย่างต่อเนื่องตลอด 24 ชั่วโมงในแต่ละวัน ต้องใช้เวลาในการรักษายาวนาน ผู้ป่วยเหล่านี้ต้องต่อสู้กับโรค เผชิญกับความเครียดเป็นเวลานาน ต้องได้รับการรักษาหรือการพยาบาลตลอดชีวิต¹⁰ทำให้เกิดผลกระทบต่อการพัฒนาการทั้งร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคม ส่งผลให้ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองลดลง เนื่องจากวัยรุ่นเป็นวัยที่เอาใจใส่มากกับการเปลี่ยนแปลงของร่างกาย ต้องการอิสระ ต้องการการยอมรับจากเพื่อน สนใจเพศตรงข้าม เมื่อต้องมาป่วยเป็นโรคเบาหวานจึงทำให้เกิดความกังวลที่ตนเองไม่เหมือนเพื่อน เด็กบางคนมีการเดิบบโตช้า หรือมีร่างกายซูบผอมก็อาจจะมองภาพลักษณ์ของตนเองว่าเป็นคนอ่อนแอ สู้เพื่อนไม่ได้ เกิดภาพพจน์ต่อตนเองไม่ดี (Poor self-image) และยิ่งถ้าได้รับการเลี้ยงดูแบบปกป้องมากเกินไปจนไม่ได้ช่วยตนเอง หรือไม่สามารทำกิจกรรมได้เหมือนคนอื่นก็จะยิ่งขาดความภาคภูมิใจในตนเอง (Low self-esteem) และอาจเกิดความขัดแย้งในจิตใจระหว่างการพึ่งพาผู้อื่นและความเป็นตัวของตัวเอง มองการควบคุมอาหารและการต้องพึ่งอินซูลินเป็นการสูญเสียความเป็นตัวของตัวเอง¹¹ทำให้เกิดการสูญเสียพลังอำนาจส่งผลให้มีระดับน้ำตาลในเลือดสูงได้ ซึ่งแนวทางการเสริมสร้างพลังอำนาจมีพื้นฐานความเชื่อที่มุ่งเน้นการนำศักยภาพทาง

สติปัญญาและพลังในบุคคลมาใช้ให้เกิดประโยชน์สูงสุด โดยพลังอำนาจเป็นแหล่งทรัพยากรของการดำรงชีวิตเป็นความสามารถที่มีอิทธิพลต่อสิ่งใดก็ตามที่เกิดขึ้นกับบุคคลนั้นและเป็นความรู้สึกถึงความสามารถในการควบคุมสถานการณ์ที่ส่งผลกระทบต่อชีวิตได้¹²

การเสริมสร้างพลังอำนาจเป็นกลวิธีหนึ่งที่จะช่วยให้ผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 1 สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ โดยการสนับสนุนให้แหล่งพลังอำนาจเข้มแข็งขึ้นหรือเกิดสมดุลของแหล่งพลังอำนาจอย่างเพียงพอ จะช่วยให้ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 1 ตระหนักถึงพลังอำนาจของตนเองมากขึ้น คือรู้สึกมีความสามารถในการแก้ไขสถานการณ์ที่ทำให้มีระดับน้ำตาลในเลือดสูง สามารถตัดสินใจเลือกเพื่อจัดการกับปัญหา มีความนับถือตนเอง (self-esteem) มีความสามารถในการควบคุมการดำเนินชีวิต (personal control) เพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด มีความสามารถในตนเอง มีความเข้มแข็งของพลังอำนาจที่ใช้ในการฟื้นฟูสภาพทางกาย มีการปรับเปลี่ยนความคิด ความเชื่อ และความหวัง ส่งผลให้มีสุขภาพะทางด้านร่างกายและจิตใจที่ดีขึ้น¹²

โรงพยาบาลสกลนคร มีผู้ป่วยที่เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 1 ที่มารับการรักษาที่คลินิกเบาหวานสถิติย้อนหลัง 3 ปี พ.ศ. 2565–2567 มีจำนวนทั้งสิ้น 27 คน 30 คน และ 34 คน ตามลำดับสำหรับปี พ.ศ. 2567 จำแนกตามช่วงอายุได้ดังนี้ อายุต่ำกว่า 20 ปี จำนวน 16 คน อายุระหว่าง 20 – 22 ปี จำนวน 5 คน และอายุมากกว่า 22 ปี จำนวน 13 คน¹³ มีเพียง 2–3 รายที่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดตามเกณฑ์ ส่วนใหญ่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ จากการให้บริการพบว่า ผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 1 บางคนไม่ร่วมมือในการตรวจระดับน้ำตาลในเลือด หรือการฉีดอินซูลิน รับประทานอาหารไม่เหมาะสม ทั้งชนิดและปริมาณ ไม่ออกกำลังกาย ไม่มาพบแพทย์ตามนัด รู้สึกต่อต้าน ไม่สนใจคำแนะนำ ซึ่งส่งผลทำให้มีระดับน้ำตาลในเลือดสูง

ดังนั้นในฐานะพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในห้องตรวจเบาหวานผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อค่าน้ำตาลเฉลี่ยสะสมในเลือด (Hb A1C) ของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 1 ห้องตรวจเบาหวาน โรงพยาบาลสกลนคร

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อเปรียบเทียบค่าน้ำตาลเฉลี่ยสะสมในเลือด (Hb A1C) ของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 1 ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจ

คำถามการวิจัย

โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจมีผลต่อค่าน้ำตาลเฉลี่ยสะสมในเลือด (Hb A1C) ของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 1 เป็นอย่างไร

สมมติฐานการวิจัย

ค่าน้ำตาลเฉลี่ยสะสมในเลือด (Hb A1C) ของผู้ป่วยหลังได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจต่ำกว่าก่อนได้รับโปรแกรม

ขอบเขตของการวิจัย

วิจัยในครั้งนี้เป็นการศึกษาในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 1 ที่มีอายุตั้งแต่ 15 ปี ขึ้นไป ที่เข้ารับการรักษาที่คลินิกเบาหวาน โรงพยาบาลสกลนคร ระหว่างเดือนมกราคม 2568 ถึงเดือน เมษายน 2568

ตัวแปรต้น คือ โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจ

ตัวแปรตาม คือ ค่าน้ำตาลเฉลี่ยสะสมในเลือด (Hb A1C)

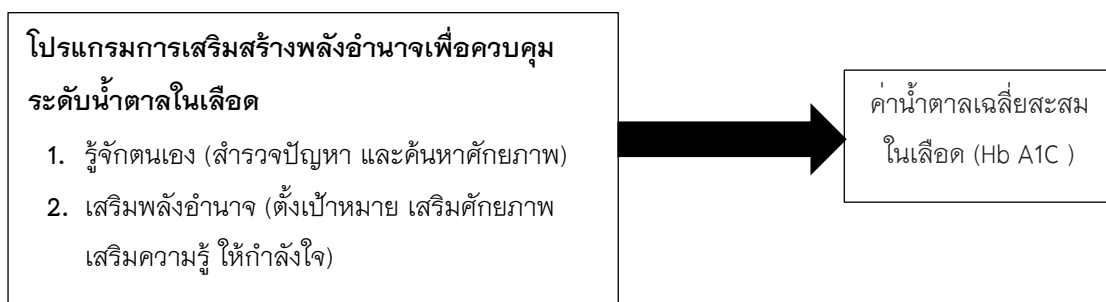
กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ใช้กรอบแนวคิดทฤษฎีในการเสริมสร้างพลังอำนาจของ Anderson, et al.¹⁴ ในการพัฒนาโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจ ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรม ซึ่งช่วยให้บุคคลพัฒนาความสามารถและสร้างพลังอำนาจให้กับตนเอง เพื่อให้บุคคลสามารถพึ่งพาตนเองได้ และมี

ความสามารถในการดูแลตนเองและใช้ชีวิตอยู่กับโรคเบาหวานโดยปราศจากหรือชะลอการเกิดภาวะแทรกซ้อนได้ ซึ่งแนวคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจประกอบด้วยกระบวนการ 5 ขั้นตอน คือ 1) การสำรวจปัญหาของผู้ป่วยตามแหล่งพลังอำนาจ โดยให้ผู้ป่วยประเมินแหล่งพลังอำนาจทั้ง 7 ด้าน เพื่อวินิจฉัยแหล่งพลังอำนาจรายบุคคล 2) การวิเคราะห์ปัญหาของผู้ป่วยตามแหล่งพลังอำนาจ ผ่านกิจกรรมกลุ่มเพื่อระบุนสาเหตุของปัญหา 3) การสร้างพลังอำนาจในการแก้ไขปัญหาและตั้งเป้าหมายพร้อมแนวทางในการแก้ไขตามแหล่งพลังอำนาจ โดยกหนดกลุ่มเพื่อสร้างแรงจูงใจในการตั้งเป้าหมายควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด กิจกรรมให้ความรู้เกี่ยวกับสาเหตุ การรักษา ภาวะแทรกซ้อนและผลกระทบของการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ 4) การเสริมสร้างพลังอำนาจตามแหล่งพลังอำนาจ โดยฝึกทักษะในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด ได้แก่ การฉีดอินซูลิน การควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย และการเจาะระดับน้ำตาลในเลือด 5) การเสริมสร้างความมั่นใจและคงไว้ซึ่งพลังอำนาจตามแหล่งพลังอำนาจ โดยให้ผู้ป่วยสาธิตย้อนกลับทักษะที่จำเป็นทั้ง

4 ทักษะ หากผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 1 มีความเข้มแข็งขึ้น การรับรู้แหล่งพลังอำนาจนี้เองจะเป็นปัจจัยที่ช่วยให้ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 1 มีระดับน้ำตาลในเลือดลดลงได้ โดยโปรแกรมมุ่งเน้นให้ผู้ผู้ป่วยได้รับการดูแลทั้ง 5 ด้าน ได้แก่ การควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย การฉีดอินซูลิน การเจาะตรวจระดับน้ำตาลในเลือด และการดื่มสุราการสูบบุหรี่

โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจประกอบด้วย 2 ส่วน ได้แก่ การรู้จักตนเองและการเสริมสร้างพลังอำนาจ การรู้จักตัวเองเป็นการค้นหาปัญหาและอุปสรรคในการควบคุมเบาหวานของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 1 รวมทั้งการค้นหาคำปรึกษา สำหรับการเสริมสร้างพลังอำนาจ เป็นการตั้งเป้าหมายร่วมกัน การเสริมสร้างความพลังอำนาจในการควบคุมโรค การเสริมความรู้หรือแหล่งข้อมูลเพิ่มเติมเกี่ยวกับการควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย การฉีดอินซูลิน การตรวจระดับน้ำตาลในเลือด และการลดปัจจัยเสี่ยงต่างๆ เช่นการสูบบุหรี่ การดื่มสุรา เป็นต้น รวมทั้งการให้กำลังใจและโทรเยี่ยมติดตาม ดังแผนภาพที่ 1



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 1 ที่เข้ารับการรักษาที่คลินิกเบาหวาน โรงพยาบาลสกลนคร จำนวน 34 ราย

การวิจัยครั้งนี้ศึกษาจากประชากรทั้งหมดคือผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 1 ที่เข้ารับการรักษาที่คลินิกเบาหวาน โรงพยาบาลสกลนครระหว่างเดือนมกราคม 2568 ถึงเดือน เมษายน 2568 โดยเลือก

แบบเฉพาะเจาะจง (Purposive sampling) และกำหนด
คุณสมบัติ (Inclusion Criteria) ดังนี้

- 1) ผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคเบาหวาน
ชนิดที่ 1
- 2) อายุตั้งแต่ 15 ปีขึ้นไป
- 3) มีระดับน้ำตาลสะสมในเลือด มากกว่า
7% ไม่เกิน 6 เดือน
- 4) สามารถสื่อสารภาษาไทยได้เข้าใจ
- 5) ยินดีเข้าร่วมและให้ความร่วมมือในการ
ทำวิจัย

สำหรับเกณฑ์ในการยุติการวิจัย (Termination
Criteria) ได้แก่

- 1) ผู้ป่วยที่มีภาวะแทรกซ้อนรุนแรง เช่น
ภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำหรือสูงเฉียบพลัน
(Hypoglycemia, DKA) เส้นเลือดในสมองตีบหรือแตก
กล้ามเนื้อหัวใจตาย หรือมีภาวะไตวาย

ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้
โปรแกรมสำเร็จรูป G*Power version 3.1 ในการ
คำนวณ ใช้ Test of Mean, Difference between two
dependent means (matched pairs) โดยกำหนดขนาด
อิทธิพล (Effect size) ขนาดปานกลางเท่ากับ 0.50
อำนาจการทดสอบ (Power of test, $1-\beta$) เท่ากับ 0.80
และกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติ (α) ที่ระดับ 0.05
ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างจำนวน 27 ราย เพื่อป้องกันการ
สูญหายหรืออัตราการออกจากการวิจัย (Attrition)
ของกลุ่มตัวอย่างจึงมีการเพิ่มขนาดกลุ่มตัวอย่างร้อยละ
10 (เท่ากับ 2.7 ดังนั้นเพิ่มขนาดตัวอย่างอีก 3 ราย)
ดังนั้นจำนวนของกลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้
ทั้งหมด 30 รายเป็นจำนวนที่สามารถยอมรับได้ในการ
วิจัยทั้งทดลอง¹⁵ และเพิ่มเกณฑ์การหลุดออก ร้อยละ
10 ประกอบกับจำนวนประชากรทั้งหมดที่มารับ
บริการมีทั้งสิ้น 34 คน จึงนำมาเข้าร่วมโครงการวิจัย
ทั้งหมด

จริยธรรมการวิจัย

งานวิจัยนี้ได้คำนึงถึงประเด็นการจริยธรรม
การวิจัยในมนุษย์โดยยึดหลักประโยชน์ เสนอภาค
ความเคารพในความเป็นบุคคลของกลุ่มตัวอย่างจัดทำ
หนังสือยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัยเพื่อให้กลุ่ม
ตัวอย่างได้รับการพิทักษ์สิทธิ์ ข้อมูลที่ได้จากการ
ทดลองจะเก็บเป็นความลับโดยไม่มีการเปิดเผยรายชื่อ
กลุ่มตัวอย่าง นำเสนอผลการวิจัยเป็นภาพรวมเท่านั้น
กลุ่มตัวอย่างมีสิทธิ์ที่จะถอนตัวจากการวิจัยได้ตลอด
โดยไม่มีผลกระทบใดๆ ทั้งสิ้น และได้เสนอขอการ
พิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยใน
มนุษย์ของโรงพยาบาลสกลนคร และได้รับการรับรอง
โครงการวิจัย SKNH REC NO.034/2567 วันที่ 31
ตุลาคม 2567

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย แบ่งออกเป็น 2

ประเภท ดังนี้

1. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง
ประกอบด้วย โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจ
แผนการสอน และสื่อในการเรียนการสอน ผู้วิจัยได้
ประยุกต์ใช้แนวทางการเสริมสร้างพลังอำนาจของ
Anderson, et al.¹⁴ ร่วมกับการศึกษาตำรา เอกสารและ
งานวิจัยที่เกี่ยวข้องในการพัฒนาโปรแกรมการ
เสริมสร้างพลังอำนาจ ซึ่งแนวคิดการเสริมสร้างพลัง
อำนาจประกอบด้วยกระบวนการ 5 ขั้นตอน คือ 1)
การสำรวจปัญหาของผู้ป่วยตามแหล่งพลังอำนาจ 2)
การวิเคราะห์ปัญหาของผู้ป่วยตามแหล่งพลังอำนาจ
3) การสร้างพลังอำนาจในการแก้ไขปัญหาและ
ตั้งเป้าหมายพร้อมแนวทางในการแก้ไขตามแหล่งพลัง
อำนาจ 4) การเสริมสร้างพลังอำนาจตามแหล่งพลัง
อำนาจ และ 5) การเสริมสร้างความมั่นใจและคงไว้ซึ่ง
พลังอำนาจตามแหล่งพลังอำนาจ ซึ่งหากวัยรุ่นที่เป็น
โรคเบาหวานชนิดที่ 1 มีความเข้มแข็งขึ้น ซึ่งการรับรู้
แหล่งพลังอำนาจนี้เองจะเป็นปัจจัยที่ช่วยให้ผู้ป่วย
เบาหวานชนิดที่ 1 มีระดับน้ำตาลในเลือดลดลงได้ โดย
โปรแกรมมุ่งเน้นให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลทั้ง 5 ด้าน
ได้แก่ การควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย การฉีด

อินซูลิน การเจาะตรวจระดับน้ำตาลในเลือด และการดื่มสุราการสูบบุหรี่ โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจประกอบด้วย 2 ส่วน ได้แก่ 1) การรู้จักตนเองเป็นกิจกรรมในการค้นหาปัญหาและอุปสรรคในการควบคุมเบาหวานของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 1 โดยใช้เทคนิคการสะท้อนคิด การอภิปราย อธิบาย และตั้งใจฟังในสิ่งที่ผู้ป่วยเล่า โดยมุ่งเน้นปัญหาและอุปสรรคในด้าน การควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย การฉีดอินซูลิน การเจาะตรวจระดับน้ำตาลในเลือด และการดื่มสุราการสูบบุหรี่ รวมทั้งการค้นหาศักยภาพสำหรับการเสริมสร้างพลังอำนาจ เพื่อใช้ในการตั้งเป้าหมายร่วมกัน 2) การเสริมสร้างความพลังอำนาจในการควบคุมโรค การเสริมความรู้หรือแหล่งข้อมูลเพิ่มเติมเกี่ยวกับการควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย การฉีดยาอินซูลิน การตรวจระดับน้ำตาลในเลือด และการลดปัจจัยเสี่ยงต่างๆ เช่นการสูบบุหรี่ การดื่มสุรา เป็นต้น รวมทั้งการให้กำลังใจและโทรเยี่ยมติดตาม

1.2 แผนการสอน ประกอบด้วย เนื้อหาเกี่ยวกับ ความหมาย สาเหตุ การรักษาและภาวะแทรกซ้อนของเบาหวานชนิดที่ 1 กลยุทธ์ในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด อาหารสำหรับเบาหวาน การนับคาร์บ การฉีดยาอินซูลิน การออกกำลังกาย และการลดปัจจัยเสี่ยงต่างๆ เช่นการสูบบุหรี่ การดื่มสุรา

1.3 สื่อในการเรียนการสอน ประกอบด้วย โมเดลอาหาร สื่อในการฉีดยาอินซูลิน

2. เครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย

2.1 แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วย อายุ เพศ ศาสนา ระดับการศึกษา บุคคลในครอบครัวที่เป็นเบาหวาน ปัจจุบันอาศัยอยู่กับใคร รายได้ ภาวะเจ็บป่วยร่วม และค่าระดับน้ำตาลในเลือดในอดีต

2.2 แบบบันทึกระดับน้ำตาลในเลือด (HbA1C)

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

การทดสอบความตรงตามเนื้อหา (content validity) ผู้วิจัยนำโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจและสื่อการสอนที่สร้างขึ้น แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล และแบบบันทึกค่าน้ำตาลเฉลี่ยสะสมในเลือด (Hb A1C) ไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิที่มีความเชี่ยวชาญด้านการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวาน 3 ท่าน ประกอบด้วย แพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านโรคเบาหวาน 1 ท่าน พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านโรคเบาหวาน 1 ท่าน และอาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านการเสริมสร้างพลังอำนาจ 1 ท่าน โดยผู้ทรงคุณวุฒิด้านเนื้อหาพิจารณาความตรงเชิงเนื้อหา ความถูกต้องเหมาะสมของเนื้อหา รูปแบบและความเหมาะสมของกิจกรรมตลอดจนการจัดลำดับเนื้อหา ดูความเหมาะสมของสื่อ จากนั้นจึงนำข้อคิดเห็นและข้อเสนอแนะมาปรับปรุงโดยถือเกณฑ์ผู้ทรงคุณวุฒิที่มีความเห็นตรงกันทั้ง 3 ท่าน มาแก้ไข แล้วนำไปทดลองใช้ (Try out) กับผู้ป่วยที่เป็นเบาหวานชนิดที่ 1 ที่มีคุณสมบัติใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 3 คน ที่ห้องตรวจเบาหวาน โรงพยาบาลประจำจังหวัดแห่งหนึ่ง เพื่อประเมินสื่อการสอนก่อนนำไปใช้จริง ตรวจสอบความตรงของแบบสอบถามข้อมูลทั่วไป แหล่งพลังอำนาจและระดับน้ำตาลในเลือด หาค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (content validity index: CVI) เท่ากับ 0.95 หาความเชื่อมั่น (reliability) ของแบบสอบถามข้อมูลทั่วไป แหล่งพลังอำนาจและระดับน้ำตาลในเลือด โดยการทดสอบความเชื่อมั่นด้วยสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .91

วิธีการรวบรวมข้อมูล

เก็บรวบรวมข้อมูลก่อนและหลังการทดลอง โดยใช้แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล และแบบบันทึกค่าน้ำตาลเฉลี่ยสะสมในเลือด (Hb A1C) โดยมีขั้นตอนดังนี้

1. ขั้นตอนเตรียมการทดลอง

1. นำเสนอโครงร่างวิจัย เพื่อขออนุญาตดำเนินการวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมวิจัยโรงพยาบาลสกลนคร

2. หนังสือขออนุญาตเก็บข้อมูลในพื้นที่รับผิดชอบโรงพยาบาลสกลนคร ภายหลังได้รับอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมวิจัยโรงพยาบาลสกลนคร

3. ชี้แจงขั้นตอนการดำเนินงานวิจัยให้แก่ผู้เกี่ยวข้องและกลุ่มตัวอย่างทราบ ดำเนินการขอความยินยอมในการเข้าร่วมวิจัยของกลุ่มตัวอย่าง โดยจัดทำหนังสือยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัยเพื่อให้กลุ่มตัวอย่างได้รับการพิทักษ์สิทธิ์ ข้อมูลที่ได้จากการทดลองจะเก็บเป็นความลับโดยไม่มีการเปิดเผยรายชื่อกลุ่มตัวอย่าง นำเสนอผลการวิจัยเป็นภาพรวมเท่านั้น กลุ่มตัวอย่างมีสิทธิ์ที่จะถอนตัวจากการวิจัยได้ตลอดเวลาโดยไม่มีผลกระทบใดๆ ทั้งสิ้น

4. ใช้เกณฑ์คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติ ดังนี้ เป็นผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 1 อายุตั้งแต่ 15 ปีขึ้นไป มีระดับน้ำตาลสะสมในเลือด มากกว่า 7% ไม่เกิน 6 เดือน สามารถสื่อสารภาษาไทยได้เข้าใจ ยินดีเข้าร่วมและให้ความร่วมมือในการทำวิจัย จำนวน 34 คน

2. ขั้นตอนการทดลอง

1. รวบรวมข้อมูลของกลุ่มตัวอย่างโดยใช้แบบสอบถามก่อนการเข้าร่วมโปรแกรม

2. ดำเนินการทดลองโดยจะนัดมาเข้าร่วมโปรแกรมในวันพุธ จำนวน 2 ครั้ง

2.1 ผู้วิจัยพิจารณาคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามคุณสมบัติตามเกณฑ์ โดยพิจารณาผลการตรวจระดับน้ำตาลสะสมในเลือดในช่วง 6 เดือนที่ผ่านมาจากเวชระเบียน กลุ่มตัวอย่างที่ผ่านเกณฑ์จะได้รับการเชิญชวนด้วยวาจาจากผู้วิจัย สร้างสัมพันธภาพด้วยการกล่าวทักทาย แนะนำตัว กิจกรรมนันทนาการ เมื่อผู้ร่วมวิจัยยินดีเข้าร่วมและลงนามยินยอม ผู้วิจัยเก็บข้อมูลพื้นฐานก่อนเริ่มโปรแกรม (Pretest) โดย

กลุ่มตัวอย่างตอบแบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล ใช้เวลาประมาณ 1-2 นาที

2.2 ผู้วิจัยซักถามกลุ่มตัวอย่าง ใช้คำถามปลายเปิด และเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้อธิบาย อภิปราย และสะท้อนคิด ในการค้นหาปัญหาและอุปสรรคเกี่ยวกับพฤติกรรม การดูแลตนเองเกี่ยวกับโรคเบาหวาน เรื่องอาหาร การออกกำลังกาย การฉีดอินซูลิน ปัจจัยเสี่ยงต่างๆ รวมทั้งการค้นหาคำถามในตัวเอง ใช้เวลาประมาณ 5-10 นาที

2.3 ผู้ป่วยจะได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจร่วมกับการพยาบาลตามปกติจากพยาบาลวิชาชีพและบุคลากรอื่น ๆ ตามมาตรฐานของคลินิกเบาหวาน แผนกผู้ป่วยนอก ได้แก่ การให้คำแนะนำเกี่ยวกับแผนการรักษาของแพทย์ การปฏิบัติตัวในการดูแลตนเองเมื่อเป็นเบาหวาน ผู้วิจัยได้ประยุกต์ใช้แนวทางการเสริมสร้างพลังอำนาจของ Anderson, et al.¹⁴ ร่วมกับการศึกษาตำรา เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องในการพัฒนาโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจ ซึ่งแนวคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจประกอบด้วยกระบวนการ 5 ขั้นตอน คือ 1) การสำรวจปัญหาของผู้ป่วยตามแหล่งพลังอำนาจ 2) การวิเคราะห์ปัญหาของผู้ป่วยตามแหล่งพลังอำนาจ 3) การสร้างพลังอำนาจในการแก้ไขปัญหาและตั้งเป้าหมายพร้อมแนวทางในการแก้ไขตามแหล่งพลังอำนาจ 4) การเสริมสร้างพลังอำนาจตามแหล่งพลังอำนาจ และ 5) การเสริมสร้างความมั่นใจและคงไว้ซึ่งพลังอำนาจตามแหล่งพลังอำนาจ โดยโปรแกรมมุ่งเน้นให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลทั้ง 5 ด้าน ได้แก่ การควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย การฉีดอินซูลิน การเจาะตรวจระดับน้ำตาลในเลือด และการดื่มสุรา การสูบบุหรี่ โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจประกอบด้วย 2 ส่วน ได้แก่ การรู้จักตนเองและการเสริมสร้างพลังอำนาจ

สัปดาห์ที่ 1 ณ คลินิกเบาหวาน (10-15 นาที)

ผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่างและดำเนินการวิจัยตามแผนที่วางไว้ โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อเพิ่มความรูู้

ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคเบาหวาน และการจัดการตนเองในเรื่องอาหารที่เหมาะสมสำหรับผู้ป่วยเบาหวาน และเพิ่มทักษะการดูแลตนเองในเรื่องอาหาร การออกกำลังกาย การฉีดอินซูลินที่เหมาะสมสำหรับผู้ป่วยเบาหวานดังนี้

ผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่างเป็นรายบุคคลในห้องแยกที่เงียบสงบ อากาศถ่ายเทสะดวก ปราศจากเสียงรบกวน กล่าวคำทักทาย สร้างสัมพันธภาพ จากนั้นผู้วิจัยซักถามกลุ่มตัวอย่าง ใช้คำถามปลายเปิด และเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้อธิบาย อภิปราย และสะท้อนคิด ในการค้นหาปัญหาและอุปสรรคเกี่ยวกับพฤติกรรมดูแลตนเองเกี่ยวกับโรคเบาหวาน เรื่องอาหาร การออกกำลังกาย การฉีดอินซูลิน ปัจจัยเสี่ยงต่างๆ รวมทั้งการค้นหาคำถามในตัวเอง ใช้เวลาประมาณ 5-10 นาที

สัปดาห์ที่ 2-7

1. ผู้วิจัยและกลุ่มตัวอย่างตั้งเป้าหมายร่วมกัน ในการดูแลตนเองเกี่ยวกับโรคเบาหวาน เรื่องอาหาร การออกกำลังกาย การฉีดอินซูลิน ปัจจัยเสี่ยงต่างๆ เมื่ออยู่ที่บ้าน ใช้เวลาประมาณ 2-3 นาที

2. การเสริมสร้างความพลังอำนาจในการควบคุมโรค การเสริมความรู้หรือแหล่งข้อมูลเพิ่มเติมเกี่ยวกับการควบคุมอาการ การออกกำลังกาย การฉีดอินซูลิน การตรวจระดับน้ำตาลในเลือด และการลดปัจจัยเสี่ยงต่างๆ เช่น การสูบบุหรี่ การดื่มสุรา เป็นต้น รวมทั้งการให้กำลังใจและโทรเยี่ยมติดตามใช้เวลาประมาณ 3-5 นาที

3. ผู้วิจัยนัดหมายเพื่อโทรเยี่ยมติดตามในสัปดาห์ที่ 8 ตามวันเวลาที่ผู้ป่วยสะดวก

สัปดาห์ที่ 8 โทรเยี่ยมติดตาม (3-5 นาที)

เพื่อติดตามการดูแลตนเองในช่วงที่ผ่านมา ปัญหาอุปสรรคและแนวทางแก้ไข และเสริมสร้างพลังอำนาจและให้กำลังใจในการดูแลตนเอง

สัปดาห์ที่ 12 ณ คลินิกเบาหวาน (5-10

นาที) ผู้วิจัยพบกลุ่มตัวอย่าง ณ คลินิกเบาหวาน แผนกผู้ป่วยนอก กล่าวทักทาย สอบถามถึงการเข้าร่วมกิจกรรมตลอดโปรแกรมที่ผ่านมา จากนั้นจะได้รับการเก็บตัวอย่างเลือดจำนวน 3-5 ซีซี และส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการ โดยเจ้าหน้าที่ห้องปฏิบัติการ (LAB) แจ้งผลการตรวจทางห้องปฏิบัติให้กับกลุ่มตัวอย่างรับทราบ พร้อมให้กำลังใจและให้คงไว้ซึ่งพฤติกรรมสุขภาพที่ดี หลังจากนั้นผู้วิจัยแจ้งสิ้นสุดการวิจัยและการเป็นกลุ่มตัวอย่าง พร้อมทั้งกล่าวแสดงความขอบคุณ

การวิเคราะห์และแปลผลข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ทดสอบความแตกต่างของค่าเฉลี่ย และแบบบันทึกน้ำตาลเฉลี่ยสะสมในเลือด (Hb A1C) ก่อนและหลังการได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจด้วยสถิติการทดสอบค่าที่แบบสัมพันธ์ (Paired t-test)

สรุปผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

ข้อมูลทั่วไป พบว่ามากกว่าครึ่งเป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 61.8 มีอายุระหว่าง 15- 19 ปีคิดเป็นร้อยละ 47.1 มีสถานะภาพสมรสโสด ร้อยละ 85.3 นับถือศาสนาพุทธ ร้อยละ 91.2 เป็นนักเรียนนักศึกษา ร้อยละ 50.0 มีรายได้ต่อเดือนน้อยกว่า 10,000 บาท ร้อยละ 79.4 มีบุคคลในครอบครัวเป็นเบาหวาน ร้อยละ 82.4 อาศัยอยู่กับครอบครัว ร้อยละ 88.2 มีโรคร่วม ร้อยละ 8.8

2. เปรียบเทียบและแบบบันทึกค่า

น้ำตาลเฉลี่ยสะสมในเลือด (Hb A1C) ของกลุ่มตัวอย่างก่อนและหลังการได้รับโปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจ

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบค่าน้ำตาลเฉลี่ยสะสมในเลือด (Hb A1C) ของกลุ่มตัวอย่างก่อนและหลังการได้รับโปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจ

ระดับน้ำตาลในเลือดชนิด HbA1C	Mean	S.D.	t	p-value
ก่อนใช้โปรแกรม	11.12	2.82	3.904	.000*
หลังใช้โปรแกรม	9.94	2.28		

*p<.001

จากตารางที่ 1 พบกลุ่มตัวอย่างมีค่าน้ำตาลเฉลี่ยสะสมในเลือด (Hb A1C) หลังการได้รับโปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจ ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 3.904$, $p < 0.001$) โดยมีค่าน้ำตาลเฉลี่ยสะสมในเลือด (Hb A1C) ก่อนได้รับโปรแกรม ($\bar{X} = 11.12$ S.D.= 2.82) และมีค่าน้ำตาลเฉลี่ยสะสมในเลือด (Hb A1C) หลังได้รับโปรแกรม ($\bar{X} = 9.94$ S.D. = 2.28)

อภิปรายผลการวิจัย

เปรียบเทียบค่าน้ำตาลเฉลี่ยสะสมในเลือด (HbA1C) ของกลุ่มตัวอย่างก่อนและหลังการได้รับโปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจ

กลุ่มตัวอย่างมีค่าน้ำตาลเฉลี่ยสะสมในเลือด (HbA1C) หลังการได้รับโปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) โดยมีค่าน้ำตาลเฉลี่ยสะสมในเลือด (HbA1C) ก่อนได้รับโปรแกรม ($\bar{X} = 11.12$ S.D.= 2.82) และมีค่าน้ำตาลเฉลี่ยสะสมในเลือด (HbA1C) หลังได้รับโปรแกรม ($\bar{X} = 9.94$ S.D. = 2.28) สอดคล้องกับเพียร์มสออน หมิ่นห่อ¹⁶ ที่พบว่าโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจมีผลต่อค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลสะสมในเลือดของผู้ป่วยเบาหวาน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.01$) เช่นเดียวกับศิรินทร์ยา สมแสนและสุรศักดิ์ ตรีนิย¹⁷ ที่พบว่าโปรแกรมการใช้สื่อความรู้ร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมมีผลต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพและระดับฮีโมโกลบินเอวันซี ของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 1 กล่าวคือ กลุ่มตัวอย่างคือผู้ป่วยวัยรุ่นโรคเบาหวานชนิดที่ 1 อายุ 12 – 18 ปี ที่เข้ารับการรักษาคลินิก

เบาหวาน สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี จำนวน 25 คน มีความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน จากการเรียนรู้ผ่านสื่อวีดิทัศน์ภาพการ์ตูนเคลื่อนไหว ร่วมกับการติดตามทางโทรศัพท์และส่งข้อความทาง Social media เพิ่มความรู้ของผู้ป่วยวัยรุ่นโรคเบาหวานชนิดที่ 1 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ส่งผลให้พฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยวัยรุ่นโรคเบาหวานชนิดที่ 1 ดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ ผู้ป่วยที่เข้าร่วมโปรแกรมสามารถควบคุมระดับฮีโมโกลบินเอวันซีได้ดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญระดับฮีโมโกลบินเอวันซีเฉลี่ยก่อนการเรียนรู้คือ 10.69 และหลังการเรียนรู้ลดลงเป็น 9.67 หรือลดลงถึง 1.02 พฤติกรรมการดูแลตนเอง การติดตามผลการบันทึกระดับน้ำตาล การนับคาร์โบไฮเดรต การฉีดยาอินซูลิน และการรับประทานอาหาร พบว่าพฤติกรรมของผู้ป่วยที่เข้าร่วมโปรแกรมมีในเกณฑ์ที่ดีถึงดีมาก

ที่เป็นเช่นนี้เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างได้รับโปรแกรมส่งเสริมพลังอำนาจแนวทางการเสริมสร้างพลังอำนาจของ Anderson, et al.¹⁴ ประกอบด้วย การสำรวจปัญหาของผู้ป่วยตามแหล่งพลังอำนาจ การวิเคราะห์ปัญหาของผู้ป่วยตามแหล่งพลังอำนาจ การสร้างพลังอำนาจในการแก้ไขปัญหาและตั้งเป้าหมายพร้อมแนวทางในการแก้ไขตามแหล่งพลังอำนาจ การเสริมสร้างพลังอำนาจตามแหล่งพลังอำนาจ และการเสริมสร้างความมั่นใจและคงไว้ซึ่งพลังอำนาจตามแหล่งพลังอำนาจ เมื่อผู้ที่เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 1 รับรู้แหล่งพลังอำนาจจะเป็นปัจจัยที่ช่วยให้ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 1 มีระดับน้ำตาลในเลือดลดลงได้ โดยโปรแกรมมุ่งเน้นให้ผู้ผู้ป่วยได้รับการดูแลทั้ง 5 ด้าน

ได้แก่ การควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย การฉีดอินซูลิน การเจาะตรวจระดับน้ำตาลในเลือด และการดื่มสุรา การสูบบุหรี่ โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจ ทำให้ผู้ป่วยรู้จักตนเอง ค้นหาปัญหาและอุปสรรคในการควบคุมระดับน้ำตาล โดยใช้เทคนิคการสะท้อนคิด การอภิปราย อธิบาย และตั้งใจฟังในสิ่งที่ผู้ป่วยเล่า โดยมุ่งเน้นปัญหาและอุปสรรคในด้านการควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย การฉีดอินซูลิน การเจาะตรวจระดับน้ำตาลในเลือด และการดื่มสุรา การสูบบุหรี่ รวมทั้งการค้นหาศักยภาพ สำหรับการเสริมสร้างพลังอำนาจ เพื่อใช้ในการตั้งเป้าหมายร่วมกัน นอกจากนี้โปรแกรมยังมีการเสริมสร้างพลังอำนาจในการควบคุมโรค การเสริมความรู้หรือแหล่งข้อมูลเพิ่มเติมเกี่ยวกับการควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย การฉีดอินซูลิน การตรวจระดับน้ำตาลในเลือด และการลดปัจจัยเสี่ยงต่างๆ เช่นการสูบบุหรี่ การดื่มสุรา เป็นต้น รวมทั้งการให้กำลังใจและโทรเยี่ยมติดตาม มีแผนการสอน ที่มีเนื้อหาเกี่ยวกับความหมาย สาเหตุ การรักษาและภาวะแทรกซ้อนของเบาหวานชนิดที่ 1 กลยุทธ์ในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด อาหารสำหรับเบาหวาน การนับคาร์บ การฉีดอินซูลิน การออกกำลังกาย และการลดปัจจัยเสี่ยงต่างๆ เช่นการสูบบุหรี่ การดื่มสุรา ผ่านสื่อในการเรียนการสอน ประกอบด้วย โมเดลอาหาร สื่อในการฉีดอินซูลิน จึงทำให้กลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมโปรแกรมสามารถลดระดับน้ำตาลในเลือดได้

โปรแกรมหากล่าวมาเป็นการเพิ่มพลังอำนาจให้กับกลุ่มตัวอย่าง กล่าวคือ เพิ่มคุณลักษณะที่แสดงถึงความสามารถ ความมีอิทธิพลหรือมีอำนาจในการควบคุมและตัดสินใจในเรื่องต่างๆ พลังอำนาจเป็นสิ่งสำคัญและจำเป็นต่อชีวิตของบุคคล การมีพลังอำนาจเป็นพลังผลักดันที่ก่อให้เกิดการแสวงหา หรือกระทำสิ่งที่ดีที่สุดในความสามารถและศักยภาพ ส่งผลให้บุคคลเกิดการพัฒนาตนเองในทุกๆ ด้าน รู้สึกมีความหวัง มีพลังในตนเอง ไม่ท้อถอย สามารถจัดการและควบคุมตนเอง ตลอดจนสามารถมีชีวิตอยู่ได้อย่าง

มีศักดิ์ศรีท่ามกลางปัญหาและอุปสรรคที่เกิดขึ้น ประกอบด้วย ความแข็งแรงด้านร่างกาย (Physical strength & Reserve) ความเข้มแข็งทางจิตใจ และแหล่งสนับสนุนทางสังคม (Psychological stamina & Social support)¹² ความรู้และความเข้าใจ (Knowledge) การรับรู้เกี่ยวกับตนเองด้านบวก (Positive self-concept) พลังงาน (Energy) แรงจูงใจ (Motivation) ความเชื่อ (Belief system)

จะเห็นได้ว่า แหล่งพลังอำนาจทั้ง 7 มีความสำคัญต่อพลังอำนาจในผู้ป่วยเบาหวานที่จะจัดการกับความเจ็บป่วยเพื่อให้เกิดความผาสุกในชีวิต แม้จะมีข้อจำกัดอันเนื่องมาจากความเจ็บป่วยซึ่งเป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้ผู้ป่วยสูญเสียพลังอำนาจ การเจ็บป่วย ความรู้สึกท้อแท้ ความเครียด การขาดความรู้ ข้อมูลเกี่ยวกับโรคและทักษะในการดูแลตนเอง ส่งผลต่อความรู้สึกไม่แน่นอนต่อการเจ็บป่วยของผู้ป่วย และพฤติกรรมของเจ้าหน้าที่สุขภาพ ที่สำคัญคือการแสดงออกทางด้านคำพูดและการแสดงออกถึงท่าทีของเจ้าหน้าที่สุขภาพ ก็สามารถเสริมสร้างพลังอำนาจได้อีกทางหนึ่ง

ข้อเสนอแนะ

1. กลุ่มตัวอย่างมีค่าน้ำตาลเฉลี่ยสะสมในเลือด (HbA1c) ลดลงหลังได้รับโปรแกรมส่งเสริมพลังอำนาจ ดังนั้น จึงควรสนับสนุนให้นำโปรแกรมไปใช้อย่างต่อเนื่องกับกลุ่มผู้ป่วยเบาหวานคนอื่นๆ ที่อยู่ในเขตความรับผิดชอบ เพื่อเพิ่มคุณภาพชีวิตให้กับผู้ป่วยและผู้ดูแล

2. การจัดกิจกรรมที่นอกเหนือการบริการในระบบตามปกติ ได้แก่ การฝึกทักษะที่จำเป็นจนผู้ป่วยเกิดความมั่นใจ การสาธิตย้อนกลับ การสนทนากลุ่ม และเปลี่ยนเรียนรู้กับผู้ให้บริการและผู้ป่วยเบาหวานคนอื่นๆ สร้างความพึงพอใจให้กับผู้รับบริการเพิ่มมากขึ้น ดังนั้นเพื่อเพิ่มคุณภาพการดูแล สร้างความพึงพอใจให้กับผู้รับบริการอย่างต่อเนื่อง จึงต้องมีการประเมินความต้องการบริการ ข้อเสนอแนะต่างๆ จาก

ผู้รับบริการ ตลอดจนออกแบบกิจกรรมที่สอดคล้องกับข้อมูลที่ได้รับการประเมินจากผู้รับบริการอย่างต่อเนื่อง

ปริมาณและเชิงคุณภาพในประเด็นดังกล่าวเพื่อหาคำตอบให้กับปรากฏการณ์นี้

3. ค่าน้ำตาลเฉลี่ยสะสมในเลือด (HbA1C) ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติหลังได้รับโปรแกรมการส่งเสริมพลังอำนาจ อย่างไรก็ตามยังพบว่ายังมีระดับน้ำตาลที่สูงเกินเกณฑ์มาตรฐาน ยังต้องการการศึกษาเชิงวิชาการมากขึ้น ดังนั้นจึงต้องการการวิจัยทั้งในเชิง

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization. Diabetes [Internet]. 2024 [cited 2025 May 15]. Available from: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/diabetes>
2. Gregory GA, Robinson TIG, Linklater SE, Wang F, Colagiuri S, de Beaufort C, et al. Global incidence, prevalence, and mortality of type 1 diabetes in 2021 with projection to 2040: a modelling study. *Lancet Diabetes Endocrinol.* 2022;10(10):741–60.
3. World Health Organization. Classification of diabetes mellitus. Geneva: World Health Organization; 2019.
4. Saberzadeh-Ardestani B, Karamzadeh R, Basiri M, Hajizadeh-Saffar E, Farhadi A, Shapiro AMJ, et al. Type 1 Diabetes Mellitus: Cellular and Molecular Pathophysiology at A Glance. *Cell J.* 2018;20(3):294–301.
5. Grover M, Ashraf AP, Bowden SA, Calabria A, Diaz-Thomas A, Krishnan S, et al. Invited mini-review: Metabolic bone disease of prematurity: Overview and practice recommendations. *Horm Res Paediatr.* 2024;98(1):40–50.
6. สมาคมโรคเบาหวานแห่งประเทศไทยในพระราชูปถัมภ์สมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมารี. แนวทางเวชปฏิบัติสำหรับโรคเบาหวาน 2566. กรุงเทพฯ: บริษัทศรีเมืองการพิมพ์จำกัด; 2566. p.1–282.
7. Azar S, Alolayyan MN, Alyahya M. Exploring the intentions of hospital managers to use evidence-based management in decision-making process. *Int J Healthc Manag.* 2024;17(3):541–8.
8. Foster NC, Beck RW, Miller KM, Clements MA, Rickels MR, DiMeglio LA, et al. State of type 1 diabetes management and outcomes from the T1D Exchange in 2016–2018. *Diabetes Technol Ther.* 2019;21(2):66–72.
9. Naomi R, Teoh SH, Halim S, Embong H, Hasain Z, Bahari H, et al. Unraveling Obesity: Transgenerational Inheritance, Treatment Side Effects, Flavonoids, Mechanisms, Microbiota, Redox Balance, and Bioavailability—A Narrative Review. *Antioxidants.* 2023;12(8):1549.
10. Khadiolkar A, Oza C, Mondkar SA. Insulin Resistance in Adolescents and Youth with Type 1 Diabetes: A Review of Problems and Solutions. *Clin Med Insights Endocrinol Diabetes.* 2023;16:11795514231206730.

11. Tareen RS, Tareen K. Psychosocial aspects of diabetes management: dilemma of diabetes distress. *Transl Pediatr.* 2017;6(4):383–96.
12. Miller JF. *Coping with chronic illness: overcoming powerlessness.* 3rd ed. Philadelphia: F.A. Davis Company; 2000. p.1–450.
13. ห้องตรวจเบาหวาน โรงพยาบาลสกลนคร. ข้อมูลผู้มาใช้บริการที่ห้องตรวจเบาหวานชนิดที่ 1 โรงพยาบาลศูนย์สกลนคร. 2567.
14. Anderson RM, Funnell MM, Butler PM, Arnold MS, Fitzgerald JT, Feste CC. Patient empowerment: Results of a randomized controlled trial. *Diabetes Care.* 1995;18(7):943–9.
15. Gray JR, Grove SK, Sutherland S. Burns and Grove's the practice of nursing research: appraisal, synthesis, and generation of evidence. 8th ed. Philadelphia: Elsevier; 2016. p.1–852.
16. เพียรมะสอน หมิ่นหอ. ผลของการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองและระดับน้ำตาลสะสมในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ [Internet]. 2568 [cited 2568 Jun 15]. Available from: <https://so06.tci-thaijo.org/index.php/hej/article/view/278530/188205>
17. ศิรินทรยา สมแสน, สุรศักดิ์ ตรีนัย. ผลของการใช้สื่อความรู้ร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพและระดับฮีโมโกลบินเอวันซี ของผู้ป่วยวัยรุ่นโรคเบาหวานชนิดที่ 1 [Internet]. 2567 [cited 2568 Jun 18]. Available from: <https://www.childrenhospital.go.th/download/effects-of-using-educational-media-combined-with-social-support-on-health-care-behaviors-and-hemoglobin-a1c-levels-of-adolescent-patients-with-type-1-diabetes/>

ผลของโปรแกรมสร้างเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนร่วมกับการสนับสนุนทางสังคมผ่านไลน์แอปพลิเคชันต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกที่ได้รับรังสีรักษาในสถาบันมะเร็งแห่งชาติ

นัฏฐการณ สงวนแก้ว¹

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินผลของโปรแกรมสร้างเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนร่วมกับการสนับสนุนทางสังคมผ่านแอปพลิเคชัน LINE ต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกที่ได้รับรังสีรักษา ณ สถาบันมะเร็งแห่งชาติ การวิจัยใช้รูปแบบกึ่งทดลอง กลุ่มเดียววัดก่อนและหลังการทดลอง กลุ่มตัวอย่างคือผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกระยะที่ 2-3 จำนวน 34 คน ที่เข้ารับรังสีรักษาระหว่างวันที่ 16 ธันวาคม 2567 ถึง 30 สิงหาคม 2568 เครื่องมือประกอบด้วยโปรแกรมสร้างเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนและการสนับสนุนทางสังคมผ่าน LINE และแบบสอบถามที่ผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (IOC = 0.78) และความเชื่อมั่น (α = 0.73) วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา และ Dependent t-test ที่ระดับนัยสำคัญ 0.05 ผลการวิจัยพบว่า หลังการทดลอง กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนการรับรู้สมรรถนะแห่งตนเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) การได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมเพิ่มขึ้น ($p < 0.005$) และพฤติกรรมการดูแลตนเองดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ ($p < 0.001$) ผู้ป่วยมีความพึงพอใจต่อโปรแกรมในระดับสูง โดยร้อยละ 92.5 พึงพอใจด้านเนื้อหาและการมีส่วนร่วม และร้อยละ 82.4 พึงพอใจต่อประโยชน์โดยรวม โปรแกรมนี้จึงมีศักยภาพในการส่งเสริมการดูแลตนเอง ลดความเสี่ยงภาวะแทรกซ้อน และยกระดับคุณภาพชีวิตผู้ป่วย เหมาะต่อการนำไปประยุกต์ใช้ในงานบริการรังสีรักษา และพิจารณาขยายผลในสถานบริการสุขภาพอื่น

คำสำคัญ: มะเร็งปากมดลูก, รังสีรักษา, การดูแลตนเอง, การรับรู้สมรรถนะแห่งตน, การสนับสนุนทางสังคม, แอปพลิเคชัน LINE

วันที่รับบทความ

30 มิถุนายน 2568

วันที่ได้รับบทความฉบับแก้ไข

4 ตุลาคม 2568

วันที่ตอบรับบทความ

17 ตุลาคม 2568

¹สถาบันมะเร็งแห่งชาติ, ผู้ประสานการส่งบทความต้นฉบับ, จดหมายอิเล็กทรอนิกส์: rossy.igot7@gmail.com; โทร. 086-8677472

The Effects of a Self-Efficacy Enhancement Program Combined with Social Support via the LINE Application on Self-Care Behaviors among Cervical Cancer Patients Receiving Radiotherapy at the National Cancer Institute

Nanthakarn Sa-nguankaew¹

Abstract

This study aimed to evaluate the effects of a self-efficacy enhancement program combined with social support through the LINE application on self-care behaviors among cervical cancer patients receiving radiotherapy at the National Cancer Institute of Thailand. A quasi-experimental one-group pretest-posttest design was employed. The sample consisted of 34 cervical cancer patients in stages II–III who underwent radiotherapy between December 16, 2024 and August 30, 2025. The intervention included a self-efficacy enhancement and social support program delivered via LINE. Data were collected using questionnaires with established content validity (IOC = 0.78) and reliability ($\alpha = 0.73$). Descriptive statistics and Dependent t-tests were used for data analysis at a significance level of 0.05. The results showed a significant increase in self-efficacy scores after the intervention ($p < 0.001$). Social support scores also improved significantly ($p < 0.005$), and self-care behavior scores increased significantly ($p < 0.001$). Participants expressed high satisfaction with the program, with 92.5% satisfied with program content and participation, and 82.4% satisfied with overall benefits. These findings suggest that integrating self-efficacy enhancement with social support via a digital platform can effectively promote self-care behaviors, reduce potential treatment-related complications, and improve the quality of life among cervical cancer patients. This program has potential for implementation in radiotherapy services and could be expanded to other healthcare settings to strengthen patient self-management.

Keywords: cervical cancer, radiotherapy, self-care, self-efficacy, social support, LINE application

Received
30 June 2025

Revised
4 October 2025

Accepted
17 October 2025

¹National Cancer Institute, Corresponding author e-mail; rossy.igot7@gmail.com; Tel. 086-8677472

บทนำ

มะเร็งปากมดลูกพบ 1 ใน 4 ของมะเร็งในสตรีที่พบได้ทั่วโลก¹ ในปี พ.ศ.2566 พบอุบัติการณ์ผู้ป่วยรายใหม่กว่า 660,000 คน และเสียชีวิตปีละ 350,000 คน และพบในประเทศกำลังพัฒนาเป็นส่วนใหญ่² ประเทศไทยมีอุบัติการณ์มะเร็งปากมดลูกสูงเป็นอันดับสองรองจากมะเร็งเต้านม คิดเป็น 11.1 รายต่อประชากรหญิงแสนคน³ โดยสาเหตุหลักเกิดจากการติดเชื้อไวรัส Human Papilloma virus (HPV) ประมาณร้อยละ 86-95 ของจำนวนผู้ป่วยใหม่ทั้งหมด⁴ มะเร็งปากมดลูกยังเป็นปัญหาสาธารณสุขสำคัญของไทย โดยโรคมีการดำเนินอย่างช้าใช้เวลาประมาณ 5-7 ปีกว่าจะปรากฏอาการ ส่งผลให้ผู้ป่วยส่วนใหญ่มาพบแพทย์เมื่ออยู่ในระยะที่ 2-3 ซึ่งต้องได้รับการรักษาที่ซับซ้อน โดยเฉพาะรังสีรักษาซึ่งเป็นแนวทางมาตรฐาน ใช้ระยะเวลา 6-8 สัปดาห์⁵ โรคนี้พบได้ตั้งแต่อายุน้อยกว่า 20 ปี และพบมากที่สุดในช่วงอายุ 35-45 ปี⁶ ส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิต การทำงาน และสร้างภาระต่อระบบสุขภาพ องค์การอนามัยโลกจึงกำหนดเป้าหมายการกำจัดมะเร็งปากมดลูก ได้แก่ การให้วัคซีน HPV ครอบคลุม $\geq 90\%$ การตรวจคัดกรองสตรีอายุ ≥ 35 ปี ครอบคลุม $\geq 70\%$ และการรักษาผู้ป่วยรายใหม่ให้ได้ $\geq 90\%$ ⁷ โดยการรักษามะเร็งปากมดลูกขึ้นอยู่กับระยะของการดำเนินโรคครอบคลุมการผ่าตัด การใช้รังสีรักษา การใช้เคมีบำบัด การให้ภูมิคุ้มกันบำบัด การใช้เซลล์บำบัดและการใช้หลากหลายวิธีผสมผสานกัน วิธีการรังสีรักษาเป็นหนึ่งในวิธีการรักษาที่สำคัญสำหรับการรักษามะเร็งปากมดลูก โดยในปัจจุบันมี 3 วิธีหลักได้แก่ External beam therapy (EBRT), Intensity-moderated radiotherapy และ Brachy therapy (Internal RT)⁸ โดยวิธี External beam therapy เป็นหนึ่งในวิธีที่นิยมใช้กันมากโดยการใช้เครื่องฉายรังสีส่งผ่านคลื่นรังสีจากแหล่งกำเนิดภายนอกเข้าสู่บริเวณเนื้อเยื่อมะเร็งโดยตรงและรังสีจะทำลายและหยุดยั้งการเจริญและแพร่กระจายของเซลล์และเนื้อเยื่อ

มะเร็ง⁹ ถึงแม้การใช้รังสีรักษาจะมีประโยชน์มากในการรักษาแต่ผู้ป่วยก็ได้รับผลข้างเคียงและอาการไม่พึงประสงค์จากรังสีมากเช่นกัน เช่น การมีปัญหาท้องร่วง การเกิดการหดเกร็งของกล้ามเนื้อหน้าท้อง การเจ็บปวดในอุ้งเชิงกราน การเกิดผลต่อผิวหนัง เช่น การไหม้ แห้ง แฉก รวมทั้งกระทบต่อเนื้อเยื่อและต่อมน้ำเหลืองและส่งผลให้เกิดปัญหาด้านสมรรถนะทางเพศลดลง¹⁰ ทำให้ผู้ป่วยมีอัตราการรักษาครบตามแผนลดลงเหลือเพียงร้อยละ 68.3 เท่านั้น¹¹ ดังนั้นการแสวงหาแนวทางในการส่งเสริมให้ผู้ป่วยรับการฉายรังสีและจัดการตนเองในการรับมือกับอาการไม่พึงประสงค์และสร้างความพร้อมด้านร่างกายและจิตใจจึงเป็นสิ่งสำคัญและมีความจำเป็นอย่างยิ่งต่อผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกที่ได้รับรังสีรักษา ซึ่งจะทำให้เกิดการรักษาต่อเนื่องและครบตามแผนการรักษาซึ่งจะมีผลต่อการควบคุมหยุดยั้งการแพร่กระจาย หายจากโรค และมีความคุณภาพชีวิตในระยะยาวได้ โดย Stake-Nilsson และคณะ¹² และ อรดี ชูพันธุ์¹³ ได้สรุปขอบเขตการดูแลตนเองของผู้ป่วยมะเร็งที่เข้ารับรังสีรักษาได้แก่ การดูแลผิวหนัง บริเวณฉายรังสี การหลีกเลี่ยงการแกะเกาผิวหนังที่ระคายเคืองจากการฉายรังสี การไม่บีบรัดบริเวณฉายรังสี การดูแลผิว การส่งเสริมสุขภาพ การดูแลวัยเจริญพันธุ์ การดูแลด้านจิตใจ การไม่สูบบุหรี่และไม่ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ซึ่งพฤติกรรมในการดูแลตนเองเหล่านี้จะส่งเสริมให้ผู้ป่วยแข็งแรงและสามารถรับมือกับอาการข้างเคียงจากการรับการฉายรังสีได้ดี

การดูแลตนเอง (Self-care) คือพฤติกรรมที่บุคคลกระทำเพื่อคงไว้ซึ่งชีวิต สุขภาพ ความผาสุก และคุณภาพชีวิต¹⁴ แนวคิดนี้ครอบคลุมการส่งเสริมสุขภาพ การลดพฤติกรรมเสี่ยง และการฟื้นฟูร่างกายเพื่อให้บรรลุภาวะสุขภาพที่ดี¹⁵ จึงเป็นกลยุทธ์สำคัญในการส่งเสริมผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกที่ได้รับรังสีรักษาให้สามารถจัดการตนเองและดำเนินการตามแผนการรักษาได้อย่างมีประสิทธิภาพ¹⁶ อย่างไรก็ตาม หลักฐานวิจัยชี้ว่าผู้ป่วยมะเร็งส่วนใหญ่ยังมียกระดับการดูแลตนเองต่ำ¹² เช่น งานวิจัยทั้งในประเทศและ

ต่างประเทศรวมถึงอินเดียพบว่าผู้ป่วยมีพฤติกรรมการดูแลตนเองเพียงระดับปานกลางถึงต่ำ¹⁷ ปัจจัยสำคัญที่มีผลต่อการดูแลตนเอง ได้แก่ ปัจจัยทางจิตวิทยาและสังคม โดยเฉพาะการรับรู้สมรรถนะแห่งตนและแรงสนับสนุนทางสังคม^{18,19,20} งานวิจัยหลายชิ้นยืนยันว่าการเสริมสร้างความเชื่อมั่นในตนเองและการสนับสนุนทางสังคมผ่านโปรแกรมสุขภาพศึกษาและกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพสามารถเพิ่มพฤติกรรมการดูแลตนเองในผู้ป่วยมะเร็งได้อย่างมีประสิทธิภาพ²¹

ปัจจุบันเทคโนโลยีดิจิทัลและระบบสื่อสารออนไลน์ เช่น LINE มีบทบาทสำคัญในการพัฒนาบริการสุขภาพและส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพ เนื่องจากเป็นช่องทางสื่อสารสองทางที่สามารถแลกเปลี่ยนข้อมูล ข้อความ ภาพ วิดีโอ และลิงก์ความรู้ที่เชื่อถือได้ อีกทั้งสามารถสอบถามและตอบกลับแบบทันทีทำให้เกิดการสนับสนุนและให้คำแนะนำต่อเนื่อง²² งานวิจัยหลายชิ้นพบว่า การใช้แอปพลิเคชันสมาร์ตโฟนในการส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนสามารถเพิ่มพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยมะเร็งได้อย่างมีนัยสำคัญ²³ LINE ยังถูกใช้เพื่อให้ความรู้ด้านโภชนาการ การป้องกันการติดเชื้อ และการจัดการอารมณ์ ช่วยให้ผู้ป่วยเข้าถึงข้อมูลได้ตลอดเวลา ลดความเครียด และสนับสนุนคุณภาพชีวิต²⁴ การสร้างกลุ่ม LINE สำหรับผู้ป่วยหรือผู้ดูแลช่วยส่งเสริมกำลังใจ ความรู้สึกเป็นส่วนหนึ่งของกลุ่ม และแรงจูงใจในการดูแลตนเอง นอกจากนี้ยังสามารถใช้เป็นเครื่องมือบันทึกและติดตามพฤติกรรมสุขภาพ เพื่อวางแผนปรับการดูแลให้เหมาะสมได้อย่างต่อเนื่อง^{25,26}

สถาบันมะเร็งแห่งชาติให้บริการรังสีรักษาผู้ป่วยมะเร็งประมาณ 200 รายต่อปี โดยเป็นมะเร็งปากมดลูกประมาณ 30 ราย (ร้อยละ 15) อย่างไรก็ตาม พบว่าผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกจำนวนหนึ่งยังมีพฤติกรรมการดูแลตนเองที่ไม่เหมาะสมระหว่างการฉายรังสี ส่งผลให้ผู้ป่วย 8 รายไม่สามารถรักษาต่อเนื่องตามแผนได้²⁷ จากการสัมภาษณ์พบว่าปัญหาสำคัญคือผู้ป่วยขาดความเชื่อมั่นในการปฏิบัติ

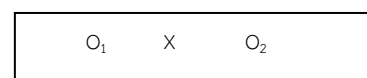
ตนที่ถูกต้อง และขาดช่องทางสื่อสารสองทางที่สะดวกกับทีมพยาบาล ทำให้การติดตามและให้คำแนะนำเมื่อเกิดอาการข้างเคียงทำได้ไม่ต่อเนื่อง รูปแบบการให้ความรู้เดิม เช่น วิดีโอหรือแผ่นพับ ยังไม่เพียงพอในการเสริมสมรรถนะแห่งตน พร้อมทั้งผู้ป่วยส่วนใหญ่ใช้สมาร์ตโฟนและ LINE ในการสื่อสาร ดังนั้นผู้วิจัยจึงพัฒนาโปรแกรมเสริมสร้างการรับรู้สมรรถนะตนเองร่วมกับการสนับสนุนทางสังคมผ่าน LINE ประกอบด้วยวิดีโอ 12 ตอน วิดีโอสนับสนุนทางสังคม 7 ตอน และสมุดการบ้าน คาดว่าจะช่วยเพิ่มพฤติกรรมการดูแลตนเองและคุณภาพชีวิตผู้ป่วยระหว่างการรักษา

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมสร้างเสริมการรับรู้สมรรถนะตนเองร่วมกับการสนับสนุนทางสังคมผ่านไลน์ แอปพลิเคชันต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกที่ได้รับรังสีรักษาในสถาบันมะเร็งแห่งชาติ

วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัย การวิจัยนี้เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลองแบบมีกลุ่มเปรียบเทียบวัดก่อนและหลังการทดลอง (A quasi experimental, one group pre-test post-test design) หน่วยศึกษาได้แก่ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับการรังสีรักษาในสถาบันมะเร็งแห่งชาติ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข ระหว่างวันที่ 16 ธันวาคม 2567–30 สิงหาคม 2568 และอยู่ในเกณฑ์ที่จะคัดเลือกเข้าร่วมในการศึกษา มีรูปแบบการวิจัยดังนี้



ภาพที่ 1 แผนการดำเนินการวิจัย

โดยที่:

O₁ = วัดตัวแปรก่อนการทดลอง

O₂ = วัดตัวแปรหลังการทดลอง

X = โปรแกรมสร้างเสริมการรับรู้สมรรถนะตนเอง และให้แรงสนับสนุนทางสังคมผ่านไลน์แอปพลิเคชัน

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

1. ประชากร ได้แก่ ผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกที่ได้รับรังสีรักษาในสถาบันมะเร็งแห่งชาติ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข ระหว่างวันที่ 16 ธันวาคม-30 สิงหาคม 2568 จำนวน 34 คน

2. กลุ่มตัวอย่าง

เกณฑ์คัดเข้า (Inclusion criteria)

1. ผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกระยะที่ 2 และ 3 ที่ได้รับการรักษาด้วยวิธีรังสีรักษาทุกคนที่เข้ารับการสถาบันมะเร็งแห่งชาติ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข ระหว่างวันที่ 16 ธันวาคม-30 สิงหาคม 2568

2. พัง พูด อ่าน เขียนและสื่อสารภาษาไทยได้

3. มีและสามารถใช้โทรศัพท์มือถือเพื่อสื่อสารและใช้สังคมออนไลน์ได้

4. ยินยอมเป็นตัวอย่างเข้าร่วมในการวิจัย

5. ไม่เคยมีประสบการณ์ในการรับรังสีรักษามาก่อน

เกณฑ์คัดออก (Exclusion criteria)

1. ไม่สามารถเข้าร่วมโครงการได้ครบตามกิจกรรมที่วางแผนไว้ในโปรแกรมร้อยละ 80

2. ไม่สามารถให้ข้อมูลในการวัดตัวแปรได้ครบถ้วน และขาดความสมบูรณ์เพียงพอที่จะวิเคราะห์ผลการวิจัยได้

3. มีปัญหาสุขภาพจิต หรือภาวะแทรกซ้อน หรือเจ็บป่วยอื่นๆ ระหว่างร่วมกิจกรรม

4. ไม่สมัครใจร่วมเป็นอาสาสมัครในการวิจัยต่อเนื่อง

ขนาดตัวอย่าง (Sample size calculation)

การคำนวณขนาดตัวอย่างดำเนินการเพื่อให้สามารถตรวจพบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติของค่าคะแนนเฉลี่ยระดับพฤติกรรม的自我ดูแลตนเองของผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกที่รับรังสีรักษาเฉลี่ย 18.7 คะแนน และมีความแปรปรวนรวมเท่ากับ 5.2 คะแนน¹⁵ กำหนดอำนาจทดสอบ (Power of test) ที่ร้อยละ 80 ที่ระดับนัยสำคัญ 0.05 และกำหนดค่า Effect size เท่ากับ 0.05

โดยการคำนวณขนาดตัวอย่างเพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ย 2 กลุ่มที่ไม่อิสระต่อกัน²⁸ โดยใช้โปรแกรม G*Power ในการคำนวณได้ขนาดตัวอย่าง 34 คน เพียงพอที่จะตรวจพบความแตกต่างของค่าคะแนนเฉลี่ยที่ต้องการในระยะก่อนและหลังการทดลอง

การสุ่มตัวอย่าง

ใช้วิธีเลือกตัวอย่างโดยคัดเลือกแบบเจาะจง (Purposive sampling selection) โดยเก็บตัวอย่างที่มารับบริการที่อยู่ในเกณฑ์คัดเลือกและยินยอมเข้าร่วมในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ได้แก่ โปรแกรมสร้างเสริมการรับรู้สมรรถนะตนเองเพิ่มแรงสนับสนุนทางสังคมผ่านไลน์แอปพลิเคชันต่อพฤติกรรม的自我ดูแลตนเองของผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกที่ได้รับรังสีรักษาในสถาบันมะเร็งแห่งชาติ หมายถึง ชุดกิจกรรมสร้างเสริมการรับรู้สมรรถนะตนเองผ่านวิดีโอสั้น 3-5 นาที สาธิตการดูแลตนเองที่ถูกต้องหลังการรับรังสีรักษาจำนวน 12 เรื่อง ครอบคลุม 1) การเตรียมความพร้อมทางกายและจิตใจในการรับรังสีรักษา 2) รูปแบบการ自我ดูแลตนเองที่ถูกต้องในผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกที่รับรังสีรักษา 3) แลกเปลี่ยนประสบการณ์การปฏิบัติตัวเพื่อ自我ดูแลตนเองที่เหมาะสมจากผู้ที่เคยรับรังสีรักษา 4) การมุ่งใจให้ปฏิบัติตนที่เหมาะสมหลังได้รับรังสีรักษา และสมุดการบ้านมีกิจกรรมบันทึกต่อไปนี้ได้แก่ 1) ความเชื่อในตนเองต่อการปฏิบัติที่ถูกต้อง 2) ความคาดหวังในการ自我ดูแลตนเอง 3) การตั้งเป้าหมายในการ自我ดูแลตนเอง 4) การจดบันทึกประสบการณ์การ自我ดูแลตนเอง 5) การเขียนการปฏิบัติที่ได้ดำเนินการ 6) การมุ่งใจตนเองในการปฏิบัติ และบันทึกผลลัพธ์ตามความคาดหวังและความเชื่อมั่นในการปฏิบัติที่เกิดขึ้น โดยวิดีโอทั้งหมดจะส่งผ่านกลุ่มแอปพลิเคชันไลน์และกำหนดแผนการจัดกิจกรรมผ่านกลุ่มไลน์ทุกสัปดาห์ ละ 1 ครั้ง จำนวน 12 สัปดาห์ และส่วนสมุดการบ้านจะมอบให้กลุ่มตัวอย่างในวันชี้แจงโครงการและปฐมนิเทศกลุ่มตัวอย่าง

ส่วนกิจกรรมการเพิ่มแรงสนับสนุนทางสังคมผ่านแอปพลิเคชันไลน์ ประกอบด้วยกิจกรรมนักวิจัยพบปะกลุ่มตัวอย่างในวันปฐมนิเทศโครงการวิจัยและจะสนับสนุนทางสังคมผ่านกลุ่มไลน์แอปพลิเคชันตลอดระยะเวลาการทดลองเมื่อมีการตั้งคำถาม ข้อเสนอหรือการตอบสนองของกลุ่มไลน์ ได้แก่ 1) วิดีโอการสนับสนุนความเข้มแข็งด้านจิตใจ การเข้าอกเข้าใจและให้ความห่วงใยจำนวน 1 เรื่อง 2) การสนทนาและสนับสนุนความเข้าใจอารมณ์และการปรับอารมณ์ 3) วิดีโอสนับสนุนข้อมูลข่าวสารใหม่ๆ เกี่ยวกับการดูแลตนเองของผู้รับรังสีรักษาจำนวน 6 ตอน และตอบข้อสงสัยจากกลุ่มตัวอย่าง รวมสื่อทั้งหมดจำนวน 12 ตอน รวม 60 นาที และวิดีโอสนับสนุนทางสังคม 7 ตอน รวม 35 นาที ใช้ระยะเวลาในการทดลอง 3 เดือน

เครื่องมือที่ใช้ในการวัดข้อมูล

สำหรับการวัดข้อมูลจะใช้แบบสอบถามชนิดถามตอบด้วยตัวเอง (Self-administered questionnaire) แบ่งเป็น 3 ส่วนมีรายละเอียดดังนี้

1) ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปส่วนบุคคลของผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกที่เข้ารับรังสีรักษา ครอบคลุมปัจจัยด้านประชากร เศรษฐกิจและสังคมครอบคลุม อายุ ภูมิฐานะ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส อาชีพ รายได้ ลักษณะครอบครัว การมีโรคประจำตัว น้ำหนัก ส่วนสูง ข้อมูลการเจ็บป่วย จำนวนครั้งที่รับรังสีรักษา ความวิตกกังวลเกี่ยวกับร่างกายและการเจ็บป่วย สถานะสุขภาพและการช่วยเหลือตนเอง การใช้สมาร์ทโฟน ประสบการณ์เคยรับรังสีรักษา รวมทั้งหมด 16 ข้อ

2) ส่วนที่ 2 แบบประเมินการรับรู้สมรรถนะตนเองในการดูแลตนเองของผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกที่เข้ารับรังสีรักษา โดยผู้วิจัยใช้แนวคิดการประเมินการรับรู้สมรรถนะตนเองของ Bandura²⁹ และปรับข้อคำถามตามแนวทางการดูแลตนเองในผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกที่เข้ารับรังสีรักษาของ (12) โดยมีข้อคำถามทั้งหมด 16 ข้อ มีเกณฑ์ในการให้คะแนนดังนี้

เป็นจริงมากที่สุด	ให้ 5 คะแนน
เป็นจริงมาก	ให้ 4 คะแนน
เป็นจริงปานกลาง	ให้ 3 คะแนน
เป็นจริงน้อย	ให้ 2 คะแนน
ไม่เป็นความจริง	ให้ 1 คะแนน

3) ส่วนที่ 3 แบบประเมินการได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมของผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกที่เข้ารับรังสีรักษา ของเข้ารับรังสีรักษาครอบคลุมแนวทางการดูแลตนเองของผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกที่ได้รับรังสีรักษา ตามแนวทางของ Stake-Nilsson และคณะ¹² โดยผู้วิจัยปรับเป็นแนวทางการสนับสนุนการปฏิบัติดังกล่าวครอบคลุมตามแนวทางการสนับสนุนของ Cobb³⁰ ใน 3 ด้านได้แก่ การสนับสนุนด้านจิตใจ อารมณ์ และด้านข้อมูลข่าวสารกระตุ้นเตือนการปฏิบัติ โดยสร้างเป็นข้อคำถามรวม 16 ข้อ มีเกณฑ์ให้คะแนนดังนี้

ได้รับการสนับสนุนมากที่สุด	ให้ 5 คะแนน
ได้รับการสนับสนุนมาก	ให้ 4 คะแนน
ได้รับการสนับสนุนปานกลาง	ให้ 3 คะแนน
ได้รับการสนับสนุนน้อย	ให้ 2 คะแนน
ได้รับการสนับสนุนน้อยที่สุด	ให้ 1 คะแนน

4) ส่วนที่ 4 แบบประเมินพฤติกรรมในการดูแลตนเองของผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกที่เข้ารับรังสีรักษาในสถาบันมะเร็งแห่งชาติ ผู้วิจัยพัฒนาแนวทางการดูแลตนเองของผู้ป่วยตามแนวคิดของการดูแลตนเอง Orem¹⁴ และนำมาสร้างข้อคำถามตามแนวทางการดูแลตนเองของผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกที่เข้ารับรังสีรักษา ตามแนวทางของ Stake-Nilsson และคณะ¹² มีข้อคำถามครอบคลุมพฤติกรรมในการดูแลตนเองของผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกที่เข้ารับรังสีรักษา จำนวน 16 ข้อ มีเกณฑ์การให้คะแนนดังนี้

ปฏิบัติเป็นประจำทุกวัน	ให้ 5 คะแนน
ปฏิบัติเป็นส่วนใหญ่เกือบทุกวัน	ให้ 4 คะแนน
ปฏิบัติเป็นบางวันในรอบสัปดาห์	ให้ 3 คะแนน
ปฏิบัติเป็นบางครั้งเป็นสัปดาห์น้อย	ให้ 2 คะแนน
ปฏิบัตินานครั้งในรอบ 1 เดือน	ให้ 1 คะแนน

5) ส่วนที่ 5 แบบประเมินความพึงพอใจในการเข้าร่วมโปรแกรม สร้างเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนร่วมกับการสนับสนุนทางสังคมผ่านไลน์แอปพลิเคชันต่อพฤติกรรม การดูแลตนเองของผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกที่ได้รับรังสีรักษาในสถาบันมะเร็งแห่งชาติผู้วิจัยสร้างแบบประเมินความพึงพอใจตามการเข้าร่วมกิจกรรมในขั้นตอนการดำเนินกิจกรรมในโปรแกรมและความพึงพอใจต่อการรับรู้ประโยชน์ที่ได้รับในภาพรวมของการเข้าร่วมโปรแกรมนี้ จำนวน 10 ข้อ มีเกณฑ์การให้คะแนนดังนี้

พึงพอใจมากที่สุด	ให้ 5 คะแนน
พึงพอใจมาก	ให้ 4 คะแนน
พึงพอใจปานกลาง	ให้ 3 คะแนน
พึงพอใจน้อย	ให้ 2 คะแนน
ไม่พึงพอใจ	ให้ 1 คะแนน

การสร้างเครื่องมือวิจัย

1. ผู้วิจัยศึกษาทบทวนทฤษฎี งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง กำหนดกรอบแนวคิดในการวิจัยตั้งวัตถุประสงค์และ ดำเนินการสร้างเครื่องมือตามวัตถุประสงค์โดยนำไป พัฒนาแผนการจัดกิจกรรมตามที่กำหนดไว้และร่าง แบบสอบถาม

2. การพิมพ์เครื่องมือตามร่างที่ได้จัดทำไว้

3. นำไปทดสอบกับกลุ่มตัวอย่าง และนำมาปรับ ข้อความให้สอดคล้องสละ สลวยและเข้าใจง่าย เพื่อให้ เหมาะสม อ่านง่ายและสามารถดึงข้อมูล ข้อเท็จจริงจาก ผู้ตอบให้ได้มากที่สุด

4. จัดพิมพ์เพื่อเตรียมใช้ในขั้นตอนการวิจัยต่อไป

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือวิจัย

1. โปรแกรมที่ใช้ในการทดลอง ผู้วิจัยใช้วิธีส่งชุดการจัดโปรแกรมและสื่อวีดิทัศน์ให้ผู้เชี่ยวชาญด้านพฤติกรรม ศาสตร์ ด้านการพยาบาลรังสีวิทยา และแพทย์สาขาสถิตินรี เวชกรรมจำนวน 3 ท่าน ประเมินความตรงด้านเนื้อหา (Content validity) และให้ข้อเสนอแนะ โดยใช้แบบประเมิน ดัชนีความตรง (Index of Congruence: IOC.) โดยผลการ

ประเมินได้นำมาปรับปรุงและประเมินใหม่และได้ค่าดัชนี ความตรงเท่ากับ 0.78

2. การประเมินความตรงเชิงเนื้อหาของแบบสอบถาม ชุดเครื่องมือตรวจสอบโดยส่งให้ผู้เชี่ยวชาญด้านพฤติกรรม ศาสตร์ ด้านการพยาบาลสาขารังสีวิทยา และแพทย์สาขา สตินรีเวชกรรมจำนวน 3 ท่าน ประเมินความตรงด้าน เนื้อหาและให้เสนอแนะ โดยใช้แบบประเมินดัชนีความตรง จากนั้นนำมาปรับปรุงตามข้อเสนอแนะจนค่าดัชนีความ ตรงมีค่าตั้งแต่ 0.7 ขึ้นไป³¹ ผลการประเมินคุณภาพพบว่า แบบประเมินการรับรู้สมรรถนะแห่งตนมีค่าดัชนีความตรง 0.72 แบบประเมินการได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมมีดัชนี ความตรง 0.71 และแบบประเมินพฤติกรรม การดูแลตนเอง มีค่าดัชนีความตรง 0.74 แบบประเมินความพึงพอใจ มีค่า ดัชนีความตรง 0.75 ซึ่งเครื่องมือทั้งหมดมีค่าดัชนีความ ตรง 0.73

3. การประเมินค่าความเที่ยงของแบบสอบถาม (Reliability) ในส่วนการวัดตัวแปรด้านการรับรู้สมรรถนะ ตนเองด้านการดูแลตนเองของผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกที่เข้า รับรังสีรักษา พฤติกรรม การดูแลตนเอง การได้รับแรง สนับสนุนทางสังคม พร้อมแบบประเมินความพึงพอใจต่อ โปรแกรม ผู้วิจัยดำเนินการโดยนำแบบสอบถามไปทดสอบ แบบสอบถามกับกลุ่มผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกที่ได้รับรังสี รักษาที่ศูนย์รังสีรักษาและมะเร็งวิทยา โรงพยาบาลศูนย์ ราชบุรี จำนวน 30 คน จากนั้นจะนำคะแนนที่ได้จากการ ทดสอบแบบสอบถามมาวิเคราะห์ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟา ของครอนบาค (Cronbach' alpha coefficient: α) ซึ่งค่า ความเที่ยงของแบบสอบถามในแต่ละชุดควรมีค่า สัมประสิทธิ์แอลฟา 0.70 ขึ้นไป ในกรณีที่ยังไม่ได้ตาม เกณฑ์ผู้วิจัยจะนำมาพิจารณาปรับปรุงเพิ่มเติมหรือตัด ออกเพื่อให้เป็นไปตามเกณฑ์ตามต้องการ ผลการพัฒนา และประเมินพบว่า แบบประเมินการรับรู้สมรรถนะแห่งตน มีค่าความเที่ยง 0.78 แบบประเมินการได้รับแรงสนับสนุน ทางสังคมมีค่าความเที่ยง 0.75 และแบบประเมินความพึง พอใจมีค่าความเที่ยง 0.72 ซึ่งเกิน 0.70 ดังนั้นจึงมีค่า

ความเที่ยงอยู่ในเกณฑ์น่าเชื่อถือที่สามารถนำไปใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลได้

ขั้นตอนการวิจัย

1. ผู้ช่วยนักวิจัยได้รับการฝึกอบรมการเก็บข้อมูลและแนวทางปฏิสัมพันธ์กับผู้ให้ข้อมูลเป็นเวลา 1 วัน

2. ทำหนังสือประสานงานกับสถาบันมะเร็งแห่งชาติ เพื่ออำนวยความสะดวกในการเก็บข้อมูล

3. ผู้ช่วยนักวิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์ สิทธิในการเข้าร่วม และเก็บข้อมูลเบื้องต้น ใช้เวลาประมาณ 30-45 นาที ต่อราย

4. ก่อนการทดลอง 1 วัน ตัวอย่างที่เข้าร่วมวิจัยจะได้รับการชี้แจงรายละเอียดของการเข้าร่วมโครงการและเซ็นชื่อในใบยินยอมเข้าร่วมโครงการ นักวิจัยและผู้ช่วยจะเก็บข้อมูลตามชุดเครื่องมือในการวิจัย ทดสอบตรวจสอบความสมบูรณ์และบันทึกข้อมูลให้ครบถ้วน

5. ในระหว่างการทดลองตัวอย่างที่เข้าร่วมวิจัยจะได้รับการปฐมนิเทศ ชี้แจงประโยชน์และขั้นตอนเข้าร่วมในกระบวนการวิจัย จากนั้นจะได้รับการเชิญชวนเข้าร่วมกลุ่มไลน์ การอธิบายวัตถุประสงค์และขั้นตอนการมีส่วนร่วมในการปฏิสัมพันธ์ในกลุ่มไลน์ ตามกระบวนการดำเนินการวิจัย และได้รับการแจกสมุดการบ้านและอธิบายการใช้สมุดการบ้านควบคู่ไปกับการปฏิสัมพันธ์ในกลุ่มไลน์ รวมทั้งการอธิบายสื่อวิทัศน์จำนวน 12 เรื่อง และการรวมกลุ่มเพื่อสื่อสารและรับฟังการสนับสนุนข้อมูลและการปรึกษาหรือขอข้อมูลเพิ่มเติมในกลุ่มไลน์ และวิดีโอสนับสนุนทางสังคมสั้นๆ 3-5 นาที จำนวน 7 เรื่อง รวมทั้งหมด 21 เรื่อง และมีกระบวนการสอบถามเพิ่มเติมทางช่องทางไลน์แอปพลิเคชัน รายละเอียดดังนี้

6. ดำเนินการประเมินผล ก่อนเริ่มโครงการกลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมวิจัยจะได้รับการประเมินโดยการให้ตอบแบบสอบถามก่อนโครงการ (Pre-test) 30-40 นาทีและหลังครบระยะดำเนินกิจกรรมสิ้นสุดลง และจะประเมินหลังโครงการ (Post-test) 30-40 นาที โดยนักวิจัยและผู้ช่วยจะเก็บข้อมูลตามชุดเครื่องมือในการวิจัย บันทึกผล

การทดสอบตรวจสอบความสมบูรณ์และบันทึกข้อมูลให้ครบถ้วน

7. ในกรณีที่เกิดปัญหาระหว่างการเก็บข้อมูล ผู้ช่วยนักวิจัยหรือผู้ตอบคำถามสามารถสอบถามนักวิจัยทางโทรศัพท์หรือกลุ่มไลน์ได้ตลอดเวลา

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. หลังการสัมภาษณ์และตอบแบบสอบถาม นักวิจัยและผู้ช่วยตรวจสอบความครบถ้วนของข้อมูลในทุกข้อ และดำเนินการติดตามเพื่อขอข้อมูลเพิ่มเติมในกรณีที่ข้อมูลไม่สมบูรณ์

2. มีการตรวจสอบและลงรหัสข้อมูลตามคู่มือการบันทึกข้อมูลที่กำหนดไว้ เพื่อให้การบันทึกข้อมูลสอดคล้องกันระหว่างนักวิจัยและผู้ช่วยนักวิจัย

3. มีการตรวจสอบและลงรหัสข้อมูลตามคู่มือการบันทึกข้อมูลที่กำหนดไว้ เพื่อให้การบันทึกข้อมูลสอดคล้องกันระหว่างนักวิจัยและผู้ช่วยนักวิจัย

การวิเคราะห์ข้อมูลและการประมวลผล

1. ข้อมูลเชิงพรรณนาวิเคราะห์ด้วยจำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน สำหรับข้อมูลประชากรและตัวแปรศึกษา

2. การทดสอบสมมติฐาน ดำเนินการตรวจสอบการกระจายตัวของข้อมูลด้วยสถิติ Shapiro-Wilk ที่ระดับนัยสำคัญ 0.05

3. หากข้อมูลมีการกระจายปกติ ใช้สถิติ Dependent t-test เปรียบเทียบค่าก่อนและหลังการทดลอง แต่หากข้อมูลไม่เป็นปกติ ใช้ Wilcoxon matched-pairs signed ranks test ที่ระดับนัยสำคัญ 0.05

การวิจัยนี้จะขอรับการอนุมัติจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สถาบันมะเร็งแห่งชาติ เลขที่รับรอง 038_2024RC_IN865 เวลารับรองระหว่าง 16 ธันวาคม 2567-16 ธันวาคม 2569

สรุปผลการวิจัย

ผลการวิจัยสรุปได้ดังนี้ ตัวอย่างในการวิจัยส่วนใหญ่อาศัยอยู่จังหวัดกาญจนบุรีมากที่สุดร้อยละ 38.2 รองลงมาได้แก่ กรุงเทพมหานคร ร้อยละ 32.4 อยู่ในกลุ่มอายุระหว่าง 57-64 ปี มากที่สุดร้อยละ 26.5 ร้อยละ 94.1 มีสถานภาพสมรสคู่ การศึกษาชั้นประถมศึกษาขึ้นมาที่สุดร้อยละ 47.0 ส่วนใหญ่ร้อยละ 50.0 ประกอบอาชีพเกษตรกรรม รายได้ต่อเดือนอยู่ระหว่าง 5,000-7,500 บาทมากที่สุดร้อยละ 73.6 ตัวอย่างทั้งหมดมีและใช้สมาร์ทโฟน ระยะเวลาที่ป่วยเป็นมะเร็งปากมดลูกอยู่ระหว่าง 1-4 ปี ทั้งหมดไม่เคยมีประสบการณ์รับรังสีรักษา หลังการรับรังสีรักษามีอาการผิดปกติ 2 ราย

ผลของโปรแกรมพบว่า คะแนนการรับรู้สมรรถนะแห่งตน การได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมและพฤติกรรม การดูแลตนเองทั้งก่อนและหลังการทดลอง จากการทดสอบการกระจายของข้อมูลด้วยสถิติ Shapiro-wilk test พบว่าข้อมูลทุกชุดมีการกระจายปกติ ($p>0.001$) โดยคะแนนเฉลี่ยการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการดูแลตนเองของผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับรังสีรักษาในระยะหลังการทดลองเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติเฉลี่ย 3.0 คะแนน (mean difference 2.2-3.7, $t=8.49$, $p<0.001$) คะแนนเฉลี่ยการได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมในการดูแลตนเองในระยะหลังการทดลองเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติเฉลี่ย 0.59 คะแนน (mean difference 0.11-0.75, $t=2.97$, $p<0.005$) และคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมในการดูแลตนเองในระยะหลังการทดลองเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ 1.52 คะแนน (mean difference 0.97-2.17, $t=4.96$, $p<0.001$) กลุ่มตัวอย่างมีความพึงพอใจด้านเนื้อหา การมีส่วนร่วมในการปฏิบัติกิจกรรมทางไลน์แอปพลิเคชันมากที่สุดร้อยละ 92.5 รองลงมาได้แก่ ความพึงพอใจต่อความสามารถในการสร้างความเข้าใจของโปรแกรมและกิจกรรมทางไลน์แอปพลิเคชัน ร้อยละ 82.5 และมีความพึงพอใจต่อการได้รับประโยชน์ในภาพร้อยละ 82.4

อภิปรายผลการวิจัย

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินผลโปรแกรมสร้างเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนร่วมกับการสนับสนุนทางสังคมผ่านไลน์แอปพลิเคชันต่อพฤติกรรม การดูแลตนเองของผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกที่ได้รับรังสีรักษา ผลวิจัยพบว่าโปรแกรมมีผลเชิงบวกอย่างมีนัยสำคัญต่อการเพิ่มขึ้นของการรับรู้สมรรถนะแห่งตนเฉลี่ย 3.0 คะแนน การได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมและส่งผลต่อการเพิ่มขึ้นเฉลี่ย 0.59 คะแนน และพฤติกรรม การดูแลตนเองเพิ่มขึ้นเฉลี่ย 1.52 คะแนน สามารถอภิปรายผลได้ดังนี้

1. ตามแนวคิดของ Bandura การรับรู้สมรรถนะแห่งตนเป็นปัจจัยสำคัญที่กำหนดพฤติกรรมสุขภาพ โดยหมายถึงความเชื่อมั่นของบุคคลในการปฏิบัติให้บรรลุเป้าหมายที่ต้องการ²⁹ บุคคลที่มีความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเองสูงจะสามารถจัดการพฤติกรรมให้สอดคล้องกับเป้าหมายด้านสุขภาพได้อย่างมีประสิทธิภาพ การรับรู้สมรรถนะแห่งตนเกิดจากประสบการณ์ตรง การสังเกตแบบอย่าง การแลกเปลี่ยนกับบุคคลอื่น และการได้รับการชื่นชม ผลการทดลองครั้งนี้สอดคล้องกับทฤษฎีดังกล่าว โดยโปรแกรมสร้างเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนผ่าน LINE ซึ่งประกอบด้วยการเรียนรู้ผ่านวิดีโอตัวแบบ การฝึกปฏิบัติ การแลกเปลี่ยนกับนักวิจัย และการได้รับการสะท้อนและชื่นชม ช่วยเสริมสร้างความเชื่อมั่นของผู้ป่วยในการดูแลตนเอง ระหว่างการรับรังสีรักษา ผู้ป่วยมีโอกาสเรียนรู้จากตัวแบบฝึกปฏิบัติ และได้รับ feedback ทำให้เกิดความมั่นใจและสามารถนำความรู้ไปประยุกต์ใช้ในการจัดการอาการไม่พึงประสงค์ได้ เช่น อ่อนเพลีย ระบายเคืองผิวหนัง และความเครียดทางจิตใจ ส่งผลให้มีการปฏิบัติตามคำแนะนำทางสุขภาพได้ดีขึ้นและลดความเสี่ยงการเกิดภาวะแทรกซ้อน

ผลลัพธ์นี้สอดคล้องกับงานวิจัยของ Liu และคณะ³² ที่พบว่าการเสริมสร้างสมรรถนะแห่งตนผ่านการให้ความรู้และฝึกทักษะช่วยเพิ่มพฤติกรรมการดูแลตนเองในผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอ รวมถึงงานวิจัยของ Wang และคณะ³³ ซึ่งชี้ว่าการสนับสนุนทางสังคมร่วมกับการเสริมสร้างสมรรถนะแห่งตนช่วยเพิ่มคุณภาพชีวิตและลดภาวะแทรกซ้อน นอกจากนี้ Chen และคณะ³⁴ ยังพบว่าผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับโปรแกรมพัฒนาสมรรถนะแห่งตนมีการปฏิบัติตามคำแนะนำสุขภาพอย่างต่อเนื่อง และ Zhao และคณะ³⁵ รายงานว่าผู้ป่วยที่มีระดับการรับรู้สมรรถนะแห่งตนสูงสามารถจัดการอาการและปรับตัวทางอารมณ์ได้ดีกว่า ดังนั้น การเพิ่มการรับรู้สมรรถนะแห่งตนผ่านการให้ความรู้ การฝึกปฏิบัติจริง การสะท้อนผล และการสนับสนุนทางออนไลน์มีบทบาทสำคัญต่อการส่งเสริมพฤติกรรมการดูแลตนเองในผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกที่รับรังสีรักษา ช่วยให้ปรับตัวต่อผลข้างเคียงได้ดี ลดความเสี่ยงภาวะแทรกซ้อน และสนับสนุนผลลัพธ์สุขภาพที่ดีในระยะยาว

2. โปรแกรมนี้ได้เสริมแรงสนับสนุนทางสังคมโดยให้ญาติหรือผู้ดูแลร่วมส่งเสริมการดูแลตนเองของผู้ป่วยผ่านการให้กำลังใจ กระตุ้นเตือน และชื่นชมเมื่อผู้ป่วยปฏิบัติได้ถูกต้อง ส่งผลให้ผู้ป่วยมีแรงจูงใจและความต่อเนื่องในการดูแลตนเองเพิ่มขึ้น แรงสนับสนุนทางสังคมถือเป็นปัจจัยสำคัญที่ส่งผลโดยตรงต่อพฤติกรรมสุขภาพ³⁰ โดยเฉพาะในผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกที่ได้รับรังสีรักษา ซึ่งมักเผชิญผลข้างเคียงทางกาย เช่น การอักเสบของอวัยวะสืบพันธุ์ ปัสสาวะผิดปกติ และผลกระทบทางจิตใจ เช่น ความวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้า การได้รับการสนับสนุนจากครอบครัว เพื่อน และบุคลากรทางการแพทย์ช่วยให้ผู้ป่วยสามารถปรับตัวต่ออาการเหล่านี้และปฏิบัติตามคำแนะนำด้านสุขภาพได้อย่างต่อเนื่อง ผลการศึกษาในครั้งนี้สอดคล้องกับงานของ Chen และคณะ³⁴ ที่พบว่าผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมมีพฤติกรรมการดูแลตนเองเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ

เช่น การปฏิบัติตามคำแนะนำด้านสุขอนามัยและโภชนาการ เช่นเดียวกับงานของ Wang และคณะ³³ ที่ระบุว่า การสนับสนุนจากครอบครัวช่วยเพิ่มความมั่นใจในการจัดการภาวะแทรกซ้อนจากรังสีรักษา อีกทั้งงานของ Zhang และคณะ³⁶ และ Liu และคณะ³² ยังรายงานว่า การมีส่วนร่วมในกลุ่มสนับสนุนทั้งแบบตัวต่อตัวและออนไลน์ช่วยลดความวิตกกังวลและเพิ่มความสามารถในการควบคุมตนเอง ขณะทำงานของ Kim และคณะ³⁷ ยืนยันว่าการสนับสนุนทางสังคมร่วมกับเทคนิคด้านจิตใจ เช่น การฝึกสมาธิ ช่วยลดความเครียดและเพิ่มความพึงพอใจในการรักษา ดังนั้น การส่งเสริมแรงสนับสนุนทางสังคมควบคู่กับการเสริมสร้างการรับรู้สมรรถนะแห่งตนจึงเป็นกลยุทธ์ที่มีประสิทธิภาพในการสนับสนุนพฤติกรรมการดูแลตนเองในผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกที่ได้รับรังสีรักษา ช่วยลดอาการแทรกซ้อน เพิ่มคุณภาพชีวิต และส่งเสริมผลลัพธ์ด้านสุขภาพในระยะยาว ซึ่งควรนำไปปรับใช้ในระบบบริการสุขภาพเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการดูแลต่อไป

3. ด้านความพึงพอใจของตัวอย่างผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกที่ได้รับรังสีรักษาต่อโปรแกรมการดูแลตนเองผ่านระบบแอปพลิเคชันไลน์แบบไลน์แอปพลิเคชันสามารถสร้างความพึงพอใจและคุณภาพชีวิตผู้ป่วยในระหว่างการรักษาได้ในระดับสูงอย่างมีนัยสำคัญ ทั้งนี้การให้ความรู้ด้านสุขภาพและการสนับสนุนการดูแลตนเองผ่านระบบออนไลน์มีความสะดวก ง่ายต่อการสื่อสารและเป็นส่วนตัวในการขอคำปรึกษาและแลกเปลี่ยนกับนักวิจัย ทำให้เกิดการเรียนรู้ต่อเนื่อง รวมทั้งสามารถสื่อสาร สอบถามข้อมูลย้อนกลับกับนักวิจัยได้โดยตรง ก่อเกิดความไว้วางใจและเชื่อมั่น การให้ความรู้ด้านสุขภาพที่ถูกต้องแบบเฉพาะผ่านระบบออนไลน์นี้สัมพันธ์กับการเพิ่มขึ้นของความพึงพอใจในระดับสูง เนื่องจากนักวิจัยซึ่งเป็นพยาบาลผู้รับผิดชอบในการส่งเสริมการดูแลตนเองของผู้ป่วยที่เป็นตัวอย่างสามารถติดตามอาการผ่านระบบออนไลน์ในระหว่างการรักษาฉายรังสีและพบว่าได้รับการตอบรับที่ดี สอดคล้องกับงานวิจัยที่ใช้แพลตฟอร์มออนไลน์ที่ดำเนินการใน

ลักษณะนี้ที่พบว่าผู้ป่วยกว่า 92% รายงานว่าสามารถเข้าถึงคำปรึกษาและสอบถามข้อมูลออนไลน์ได้ง่าย สะท้อนถึงศักยภาพของแพลตฟอร์มออนไลน์ในการสนับสนุนการมีส่วนร่วมของผู้ป่วยและเพิ่มความพึงพอใจให้สูงขึ้น³⁸

ข้อเสนอแนะการนำผลการวิจัยไปใช้ประโยชน์

ข้อเสนอแนะในการนำไปใช้

1. โปรแกรมเสริมสร้างการรับรู้สมรรถนะแห่งตน ร่วมกับการสนับสนุนทางสังคมผ่านแอปพลิเคชัน LINE ควรนำไปใช้เป็นทางเลือกในการส่งเสริมพฤติกรรม การดูแลตนเองของผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกที่ได้รับรังสีรักษาในสถาบันมะเร็งแห่งชาติ เพื่อเพิ่มความต่อเนื่องในการรักษา ลดภาวะแทรกซ้อน และส่งเสริมคุณภาพชีวิตในระยะยาว
2. ควรขยายการใช้โปรแกรมนี้ไปยังหน่วยบริการรังสีรักษาอื่นที่มีบริบทการดูแลคล้ายคลึงกัน เพื่อส่งเสริมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การดูแลตนเองและยกระดับคุณภาพการดูแลผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกอย่างต่อเนื่อง

เอกสารอ้างอิง

1. Bhatla N, Aoki D, Sharma DN, Sankaranarayanan R. Cancer of the cervix uteri: 2021 update. *Int J Gynaecol Obstet.* 2021;155(Suppl 1):28–44.
2. World Health Organization (WHO). Cervical cancer [Internet]. 2023 [cited 2023 Oct 12]. Available from: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/cervical-cancer>
3. National Cancer Institute. Hospital-based cancer registry 2021 [Internet]. 2021 [cited 2024 Oct 12]. Available from: https://nci.go.th/e_book/hosbased_2564/index.html
4. Chichareon S, Herrero R, Muñoz N, Bosch FX, Jacobs MV, Deacon J, et al. Risk factors for cervical cancer in Thailand: a case-control study. *J Natl Cancer Inst.* 1998;90:50–7.
5. Chino J, Annunziata CM, Beriwal S, Bradfield L, et al. Radiation therapy for cervical cancer: executive summary of an ASTRO clinical practice guideline. *Clin Pract Guidel.* 2020;10(4):220–34.

ข้อเสนอแนะในการวิจัย

1. ควรดำเนินการวิจัยโดยมีกลุ่มเปรียบเทียบเพื่อประเมิน ประสิทธิภาพของโปรแกรมกับวิธีการส่งเสริมการดูแลตนเองรูปแบบอื่น และตรวจสอบความคงอยู่ของผลลัพธ์ในระยะยาว

2. ควรศึกษาเปรียบเทียบต้นทุนและความคุ้มค่าทางเศรษฐศาสตร์บริการสุขภาพระหว่างโปรแกรมนี้กับรูปแบบการให้บริการอื่น เพื่อสนับสนุนการตัดสินใจเชิงนโยบายด้านการดูแลผู้ป่วยรังสีรักษา

ข้อจำกัดในการวิจัย

งานวิจัยนี้มีข้อจำกัดด้านการออกแบบวิจัยกลุ่มเดียวรวมทั้งไม่ได้คำนวณต้นทุนต้นทุนผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นจึงมีข้อจำกัดในการเปรียบเทียบประสิทธิผลและประสิทธิภาพกับวิธีปฏิบัติเดิมได้อย่างเหมาะสม

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณผู้อำนวยการสถาบันมะเร็งแห่งชาติ คณะเจ้าหน้าที่งานรังสีรักษา และตัวอย่างที่ยินยอมเข้าร่วมในการวิจัย ครอบครัวและผู้มีส่วนเกี่ยวข้องอื่นๆ ที่สนับสนุนงานวิจัยนี้สำเร็จลุล่วงลงด้วยดี

6. Wongpratate M, Bumrungthai S. Cervical cancer in Thailand: 2023 update. *Obstet Gynecol Sci.* 2024;67(3): 261–9.
7. World Health Organization (WHO). Cervical Cancer Elimination Initiative [Internet]. 2022 [cited 2023 Oct 1]. Available from: <https://www.who.int/initiatives/cervical-cancer-elimination-initiative>
8. Burmeister CA, Khan SF, Schafer G, Mbatani N, et al. Cervical cancer therapies: current challenges and future perspectives. *Tumour Virus Res.* 2022;13(200238):e1–13.
9. Johnson C, James D, Marzan A, Armaos M. Cervical cancer: an overview of pathophysiology and management. *Oncol Nurs.* 2019;12(1):12–8.
10. Wang K, Tepper JE. Radiation therapy–associated toxicity: etiology, management, and prevention. *Cancer J Clin.* 2021;71(3):25–32.
11. Moreno–Acosta P. Biomarkers of resistance to radiation therapy: a prospective study in cervical carcinoma. *Radiat Oncol.* 2017;12:35–42.
12. Stake–Nilsson K, Gustafsson S, Tödt K, Fransson P, Efverman A. A study of self–care practice in routine radiotherapy care: identifying differences between practitioners and non–practitioners in sociodemographic, clinical, functional, and quality–of–life–related characteristics. *Integr Cancer Ther.* 2022;16:1–13.
13. อรดี ชูพันธุ์. ผลของการประยุกต์การพยาบาลระบบสนับสนุนและให้ความรู้ต่อการดูแลตนเองของผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกที่ได้รับรังสีรักษา [วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต (สาธารณสุขศาสตร์)]. กรุงเทพมหานคร: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล; 2544.
14. Orem DE, Taylor SG, Renpenning KM. *Nursing: Concepts of practice*. 6th ed. St. Louis: Mosby; 2001.
15. Söderhamn O. Phenomenological perspectives on self–care in aging. *Clin Interv Aging.* 2013;8:605–8.
16. Haase KR, Sattar S, Hall S, et al. Systematic review of self–management interventions for older adults with cancer. *Psychooncology.* 2021;30:989–1008.
17. Koshy B, Avudaiappan SL, Anand AS. Self–care behaviour of patients with breast cancer in the management of side effects of chemotherapy. *Cureus.* 2023;15(9):e44589.
18. Wu F, Howell D, Fang Q, Chen J, Yuan C. Trajectory patterns and factors influencing self–management behaviors in Chinese patients with breast cancer. *Cancer Nurs.* 2020;43:e105–12.
19. Sivakumar VP, Susila C. Effectiveness of self–care measures on knowledge, self–efficacy and performance status among cancer patients. *J Caring Sci.* 2021;10(1):1–8.
20. Yasemin Yildirim Usta. Importance of social support in cancer patients. *Asian Pac J Cancer Prev.* 2012;13:3569–72.
21. Rakhshani T, Najafi S, Javady F, Taghian Dasht Bozorg A, Mohammadkhah F, Khani Jeihooni A. The effect of Orem–based self–care education on improving self–care ability of patients undergoing chemotherapy: a randomized clinical trial. *BMC Cancer.* 2022;22(770):e10.1186/s12885–022–09881–x.

22. Bentsen L, Hanghøj S, Hjerding M, Bergmann MB, Thycosen M, Borup A, et al. Development of quality of life in adolescents and young adults with cancer using a patient support smartphone app: pre–post interventional study. *JMIR Cancer*. 2023;9:e49735.
23. Abd El Fatah NA, El Messierey MS, Awade AR. Effect of mobile–based educational program through WhatsApp on self–efficacy and psychological distress among female geriatric patients with breast cancer undergoing chemotherapy. *Int Egypt J Nurs Sci Res*. 2023;4(1):328–51.
24. Kardosod A, Bawornthip P, Conlon L. Effectiveness of self–management eHealth intervention for psychological adjustment for health–related quality of life in cancer survivors: a systematic review. *Pac Rim Int J Nurs Res*. 2023;27(2):351–67.
25. Yunis R, Fonda SJ, Aghae S, Kubo A, Davis SW, Liu R, et al. Mobile app activity engagement by cancer patients and their caregivers informs remote monitoring. *Sci Rep*. 2024;14(1):3375.
26. Derksen ME, Jaspers MWM, Kunst AE, Fransen MP. Usage of digital, social and goal–setting functionalities to support health behavior change: a mixed methods study among disadvantaged women during or after pregnancy and their healthcare professionals. *Int J Med Inform*. 2023;170:104981.
27. งานวิจัยศึกษา. รายงานการบริการวิจัยศึกษา สถาบันมะเร็งแห่งชาติ. กรุงเทพมหานคร: สถาบันมะเร็งแห่งชาติ; 2567.
28. Chow SC, Shao J, Wang H, Lokhnygina Y. *Sample size calculations in clinical research*. 3rd ed. New York: Chapman and Hall/CRC; 2017.
29. Bandura A. Self–efficacy: Toward a unifying theory of behavioral change. *Psychol Rev*. 1977;84(2):191–215.
30. Cobb S. Social support as a moderator of life stress. *Psychosom Med*. 1976;38(5):300–14.
31. Chitpin S, Wang C. Developing and validating an instrument for teacher decision–making. *Int J Educ Methodol*. 2021;7(3):503–17.
32. Liu H, Zhang X, Li F. The role of self–efficacy in self–management behaviors among head and neck cancer patients undergoing radiotherapy: a randomized controlled trial. *J Cancer Educ*. 2023;38(2):398–406.
33. Wang S, Zhang Q, Yu Y. Psychosocial support and self–efficacy interventions improve self–care and quality of life in radiotherapy patients. *Psychooncology*. 2021;30(4):564–72.
34. Chen Y, Liu L, Chen X, Wang J. Effects of a self–efficacy enhancement program on self–care behaviors among breast cancer patients undergoing radiotherapy. *Support Care Cancer*. 2022;30(5):4371–8.
35. Zhao Y, Liu X, Zhang Q. Association between self–efficacy and self–care behavior among cancer patients receiving radiotherapy: a cross–sectional study. *Asia Pac J Oncol Nurs*. 2020;7(3):296–302.
36. Zhang Q, Li X, Zhou Y. Group–based self–care intervention with social support improves self–management behaviors and psychological outcomes in cervical cancer patients. *J Cancer Educ*. 2023;38(1):145–52.
37. Kim J, Lee E, Park S. The effect of mindfulness and social support on self–efficacy and self–care behaviors in cancer patients receiving radiotherapy. *Eur J Oncol Nurs*. 2021;52:e101980.

- 38.Ma Z, Hou Y, Li T, Ji J, Lu S, Zhang Y, Sun W. Web-based symptom monitoring program for patients receiving radiation therapy: a prospective feasibility study. *J Med Internet Res.* 2022;24(7):e36872.

การพัฒนาแนวปฏิบัติทางการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน ที่มีภาวะคลื่นหัวใจเอสทียกสูง ในงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลศรีสงคราม อำเภอศรีสงคราม จังหวัดนครพนม

วรชยา ธิปะกะ¹

บทคัดย่อ

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาแนวปฏิบัติทางการพยาบาลสำหรับดูแลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิด ST-segment elevation myocardial infarction (STEMI) ในงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลศรีสงคราม จังหวัดนครพนม ก่อนการส่งต่อไปยังโรงพยาบาลศูนย์สกลนครเพื่อทำการหัตถการหลอดเลือดหัวใจ โดยใช้แนวคิด Iowa Model of Evidence-Based Practice เพื่อประยุกต์หลักฐานเชิงประจักษ์ พบว่าผู้ป่วย STEMI มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น และแม้จะมีการใช้ระบบการรักษารักษาทางไกลแต่อัตราการเสียชีวิตยังสูง จึงจำเป็นต้องพัฒนาแนวปฏิบัติทางการพยาบาลที่เน้นความรวดเร็วและปลอดภัย แนวปฏิบัติถูกพัฒนาจากการสังเคราะห์หลักฐาน 16 เรื่อง โดยเน้นบทบาทสำคัญของพยาบาลในทุกกระยะ ผลการทดลองใช้กับผู้ป่วย 10 ราย พบว่าทุกคนรอดชีวิต และสามารถส่งต่อเพื่อทำการหัตถการได้ภายในเวลาเฉลี่ย 90.2 นาที พยาบาลมีความพึงพอใจต่อแนวปฏิบัติสูงร้อยละ 82.1 และสามารถนำไปใช้จริง ซึ่งเป็นผลจากการตรวจ ECG ภายใน 10 นาที การให้ fibrinolysis และการประสานงานแบบ real-time มีส่วนช่วยลดระยะเวลาในการรักษาและเพิ่มโอกาสรอดชีวิต ข้อเสนอแนะ ได้แก่ การกำหนดแนวปฏิบัติเป็นนโยบาย การพัฒนาเครื่องมือช่วยปฏิบัติ การอบรมทักษะการตีความ ECG และการให้ fibrinolysis รวมถึงการติดตามดูแลผู้ป่วยต่อเนื่อง งานวิจัยนี้สะท้อนถึงความสำเร็จของการนำหลักฐานเชิงประจักษ์มาใช้ในการพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วย STEMI ในโรงพยาบาลชุมชน

คำสำคัญ: แนวปฏิบัติทางการพยาบาล, STEMI, การส่งต่อผู้ป่วย

วันที่รับบทความ

4 ตุลาคม 2568

วันที่ได้รับบทความฉบับแก้ไข

26 พฤศจิกายน 2568

วันที่ตอบรับบทความ

17 ธันวาคม 2568

โรงพยาบาลศรีสงคราม, ผู้ประสานการส่งบทความต้นฉบับ, จดหมายอิเล็กทรอนิกส์: noi-rut@hotmail.com; โทร. 081-7398591

The Development of nursing practice guidelines for caring acute coronary syndrome patients with ST segment elevation (STEMI) in accident–emergency department of Sri Songkhram Hospital, Sri Songkhram District, Nakhon Phanom Province.

Warachaya Theepaka¹

Abstract

This study aimed to develop nursing practice guidelines for the care of patients with ST–segment elevation myocardial infarction (STEMI) in the accident and emergency department of Srisongkhram Hospital, Nakhon Phanom Province, before transferring them to Sakon Nakhon Regional Hospital for percutaneous coronary intervention (PCI). The Iowa Model of Evidence–Based Practice was used to integrate evidence into practice. It was found that the number of STEMI patients has increased, and despite the use of teleconsultation, the mortality rate remains high. Therefore, it is necessary to develop guidelines emphasizing rapid and safe care. The guidelines were developed based on the synthesis of 16 evidence–based studies, emphasizing the critical role of nurses at every stage. Implementation in 10 patients revealed that all survived and underwent PCI within an average time of 90.2 minutes. Nurses showed high satisfaction with the guidelines, with 82.1% agreeing that they were practical and consequence from ECG within 10 minutes, administering fibrinolysis, and real–time coordination significantly reduced treatment time and improved survival rates. Recommendations include establishing these guidelines as standard policy, developing supportive tools, training nurses in ECG interpretation and fibrinolysis administration, and continuous follow–up care. This study reflects the success of applying evidence–based practice to enhance the quality of STEMI patient care in community hospitals and serves as a model for further adaptation in other healthcare settings.

Keywords: Nursing practice guidelines, STEMI, patient transfer

Received
4 October 2025

Revised
25 November 2025

Accepted
17 December 2025

¹Srisongkhram Hospital, Corresponding author e-mail; noi-rut@hotmail.com; Tel. 081–7398591

บทนำ

โรคหัวใจและหลอดเลือด (Cardiovascular disease: CVD) เป็นสาเหตุการเสียชีวิตก่อนวัยอันควรของผู้คนทั่วโลก โดยในปี ค.ศ.2021 เป็นสาเหตุการตายก่อนวัยอันควรของประชากรโลกถึง 20.5 ล้านคนหรือคิดเป็นร้อยละ 32 ของการตายในประชากรโลก¹ โดยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด (Ischemic heart disease: IHD) เป็นโรคสำคัญในกลุ่มโรคนี้ที่เป็นสาเหตุการตายก่อนวัยอันควรดังกล่าวในกว่า 146 ประเทศทั่วโลก² สอดคล้องกับข้อมูลขององค์การอนามัยโลกที่พบว่า จำนวนผู้ป่วยและเสียชีวิตกว่า 3 ใน 4 ของทั่วโลกเกิดขึ้นในประเทศกำลังพัฒนา และ 4 ใน 5 ของผู้เสียชีวิตจากโรคหลอดเลือดหัวใจเกิดจากภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดและภาวะหลอดเลือดสมองแตก อุดตันหรือตีบตัน³ และเกิดจากปัญหาหลอดเลือดหัวใจทำให้สูญเสียชีวิตปีละ 7.3 ล้านคนหรือร้อยละ 45 ของการเสียชีวิตจากปัญหาโรคหัวใจและหลอดเลือดและคาดว่าจะสร้างความสูญเสียต่อชีวิตประชากรโลกสูงถึง 23.3 ล้านคนภายในปี ค.ศ.2530⁴ สร้างความสูญเสียทางเศรษฐกิจเฉพาะในสหภาพยุโรปกว่าปี 282 ล้านล้านเหรียญสหรัฐ⁵ ประเทศไทยเป็นหนึ่งในประเทศกำลังพัฒนาที่กำลังได้รับผลกระทบจากปัญหาโรคหัวใจและหลอดเลือด จากสถิติจากระบบข้อมูลรายงานสุขภาพของกระทรวงสาธารณสุขพบว่าในปี พ.ศ.2566 ประเทศไทยมีผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือดสะสมถึง 614,182 คน ในจำนวนนี้เสียชีวิตถึง 15,966 คน คิดเป็นสัดส่วนการตายร้อยละ 2.66 โดยมีแนวโน้มผู้ป่วยรายใหม่เพิ่มมากขึ้นจากปีละ 13,906 คน ในปี พ.ศ.2564 เป็น 13,916 คน ในปี พ.ศ.2565 และ 14,142 คน ในปี พ.ศ.2566⁶ จากรายงานตัวชี้วัดกระทรวงสาธารณสุขพบว่าผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือดมีการสูญเสียชีวิตจากภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิดคลื่นไฟฟ้าหัวใจเอสทียกสูง (ST elevation Myocardial infarction: STEMI) ในปี พ.ศ.2566 พบจำนวน 2,574 ราย เสียชีวิตถึง 259 ราย คิดเป็นร้อยละ 10.06 โดยในจำนวนนี้ได้รับการรักษาและให้ยา

ละลายลิ่มเลือดในเวลาที่กำหนดเพียงร้อยละ 51.7 เท่านั้น และได้รับการทำหัตถการหลอดเลือดหัวใจ (Primary percutaneous coronary intervention: Primary PCI) ภายในระยะเวลาที่กำหนดเพียงร้อยละ 55.9 เท่านั้น⁷ ซึ่งจะเห็นได้ว่าระบบการดูแลและช่วยเหลือผู้ป่วยหลอดเลือดและหัวใจ โดยเฉพาะปัญหาหลอดเลือดหัวใจขาดเลือดและมีแนวโน้มที่จะเพิ่มขึ้นในอนาคตกำลังประสบปัญหาด้านการจัดการเมื่อเผชิญกับภาวะการเจ็บป่วยของผู้รับบริการ

ภาวะหลอดเลือดหัวใจตีบรุนแรงหรืออุดตันเฉียบพลันเป็นสาเหตุของภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน (Acute Coronary Syndrome: ACS) ซึ่งมีอาการเกิดขึ้นทันทีและมีความเสี่ยงเสียชีวิตสูง ประกอบด้วย Unstable angina และ กล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน (MI) โดยจำแนกเป็น STEMI และ NSTEMI ตามลักษณะคลื่นไฟฟ้าหัวใจ⁸ ผู้ป่วยภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน (Acute Coronary Syndrome: ACS) ต้องได้รับการวินิจฉัยและรักษาอย่างเร่งด่วนเพื่อลดภาวะแทรกซ้อนและอัตราการเสียชีวิต ความรุนแรงขึ้นอยู่กับขนาดของกล้ามเนื้อหัวใจที่ตาย ซึ่งการขาดเลือดเกิน 30 นาทีทำให้กล้ามเนื้อหัวใจเริ่มตายและมักตายหมดภายใน 4-6 ชั่วโมง ส่งผลให้เกิดภาวะหัวใจล้มเหลวและเพิ่มความเสี่ยงต่อการเสียชีวิต⁹⁻¹⁰ จากสถานการณ์ผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดชนิดเอสทียกสูงที่ยังได้รับการรักษาไม่ทันตามเป้าหมาย จึงทำให้ผู้ป่วยมีความเสี่ยงต่อการเสียชีวิตสูงและเป็นประเด็นที่ระบบบริการต้องเร่งพัฒนาอย่างจริงจัง

โรงพยาบาลศรีสงคราม อำเภอศรีสงคราม จังหวัดนครพนม เป็นโรงพยาบาลชุมชนขนาด 60 เตียงและให้บริการรักษาพยาบาลแก่ประชาชนทั่วไปครอบคลุมประชากรอำเภอศรีสงครามจำนวน 69,551 คน และสถานการณ์ผู้ป่วยหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน (Acute Coronary Syndrome) ในอำเภอศรีสงครามมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น โดยระหว่างปี พ.ศ.2564 มีจำนวน 13 คน ได้รับการส่งต่อ 11 คน พ.ศ.2565 จำนวน 10 คน ส่งต่อ 8 คน

ปี พ.ศ.2566 จำนวน 12 คน ส่งต่อ 8 คน โดยระบบการให้บริการผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดที่มีภาวะคลื่นไฟฟ้าหัวใจเอสทียกสูงนั้นดำเนินการขั้นต้นผ่านการให้บริการของกลุ่มงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โดยทีมสหสาขาวิชาชีพ ประกอบด้วย แพทย์ พยาบาลและเภสัชกร รับผิดชอบจัดทำแนวทางปฏิบัติการดูแลรักษาและส่งต่อตั้งแต่ผู้ป่วยครอบคลุมการตรวจคัดกรองวินิจฉัย แยกโรค ให้ยาละลายลิ่มเลือดและประสานงานส่งต่อไปยังโรงพยาบาลศูนย์สกลนครภายใต้ตัวชี้วัดที่กำหนดขึ้นมาเพื่อป้องกันมาตรฐานและคุณภาพบริการที่จะให้บริการได้มาตรฐาน ทันเวลา ลดภาวะแทรกซ้อนและเสียชีวิต โดยหลักการสำคัญ ได้แก่ การระบุระยะเวลาที่ผู้ป่วยจะต้องได้รับการตรวจ EKG เมื่อมาถึงโรงพยาบาล ภายในเวลา 10 นาที และให้มีการรายงานผล EKG ให้แพทย์ทราบทันทีภายใน 5 นาที หลังได้ผล EKG ผู้ป่วยได้รับการตรวจ Troponine T ที่ ER ทุกรายและได้กำหนดระยะเวลาในการให้ยาละลายลิ่มเลือด (Thrombolytic Agents) แก่ผู้ป่วยที่มีผลคลื่นไฟฟ้าหัวใจ คือ ST elevation MI (STEMI) โดยระยะเวลาตั้งแต่ผู้ป่วยมารับการรักษาที่แผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉินจนกระทั่งได้รับยาละลายลิ่มเลือด (Thrombolytic agent) ภายในระยะเวลาที่กำหนด (Door to Needle) 30 นาที และส่งต่อถึงการทำการหัตถการหลอดเลือดหัวใจภายใน 120 นาที¹¹ แต่จากผลการดำเนินการที่ผ่านมาระหว่างปีงบประมาณ 2564-2566 พบว่าระยะเวลาที่ผู้ป่วยได้รับยา เฉลี่ยเท่ากับ 225, 107 และ 112 นาที ซึ่งไม่เป็นไปตามเกณฑ์ที่กำหนดภาพรวมทั้งหมดของการได้รับยาละลายลิ่มเลือดคือ 30 นาที ก่อนที่จะส่งผู้ป่วยไปรับบริการหัตถการหลอดเลือดหัวใจต่อที่โรงพยาบาลศูนย์สกลนครจากการวิเคราะห์สาเหตุของการปฏิบัติพบว่าการรักษาที่งานอุบัติเหตุและฉุกเฉินพยาบาลปฏิบัติการมีการประเมินและดูแลผู้ป่วยล่าช้า รวมทั้งการรายงานแพทย์ การประเมินปรึกษาและตัดสินใจในการให้ยาละลายลิ่มเลือดของแพทย์ ซึ่งยังขาดการจัดระบบการพยาบาลและการ

ดูแลรักษาให้เป็นแนวปฏิบัติที่ชัดเจนว่าจะทำกิจกรรมใดเวลาใด ระยะเวลาเท่าใดในแต่ละขั้นตอน และภาพรวมที่ทันเวลาจะดำเนินการอย่างไรบ้าง รวมทั้งแนวปฏิบัติที่จะดำเนินการขณะมีผู้ป่วยฉุกเฉินประเภทอื่นๆ ที่เข้ามารับบริการในงานอุบัติเหตุและฉุกเฉินในเวลาเดียวกันซึ่งจะต้องมีการวางแผนและจัดการแนวปฏิบัติให้เกิดความชัดเจน ซึ่งนอกจากจะทำให้ทั้งผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันได้รับการที่มีคุณภาพและลดอัตราการเสียชีวิตและพิการและผู้ป่วยอื่นๆ ได้รับการตามมาตรฐาน เกิดคุณภาพและปลอดภัยแล้วจะสามารถเพิ่มประสิทธิภาพการบริการในโรงพยาบาลศรีสงคราม และเป็นแนวปฏิบัติที่ดีในการพัฒนาระบบบริการอื่นๆ ได้ด้วย

ดังนั้นผู้วิจัยซึ่งเป็นพยาบาลวิชาชีพประจำหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลศรีสงครามจึงได้จัดทำโครงการวิจัยนี้ขึ้น เพื่อพัฒนาแนวปฏิบัติทางการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน (Acute Coronary Syndrome) ที่มีคลื่นไฟฟ้าหัวใจพบ ST segment elevation (ST elevation acute coronary syndrome:STEMI) ในงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลศรีสงคราม ซึ่งคาดว่าแนวปฏิบัติที่ได้จะสามารถนำไปใช้ในการให้บริการผู้ป่วยให้มีคุณภาพมากยิ่งขึ้นและเกิดมาตรฐานการปฏิบัติที่ชัดเจนในการดูแลผู้ป่วยฉุกเฉินในหน่วยงานและลดผลกระทบดังที่กล่าวมาลงในอนาคต

วัตถุประสงค์

เพื่อพัฒนาและประเมินผลแนวปฏิบัติทางการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันที่มีคลื่นไฟฟ้าหัวใจเอสทียกสูงในงานอุบัติเหตุและฉุกเฉินโรงพยาบาลศรีสงคราม อำเภอศรีสงคราม จังหวัดนครพนม

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ เพื่อพัฒนาแนวปฏิบัติทางการพยาบาลโดยใช้หลักฐานเชิงประจักษ์และนำแนวปฏิบัติไปทดลองใช้กับผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิดคลื่นไฟฟ้าหัวใจส่วนเอสที่ยกสูงในฝ่ายอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลศรีสงคราม ดำเนินการระหว่างวันที่ 30 ตุลาคม 2567-30 กันยายน 2568

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มผู้เข้าร่วมการวิจัยแบ่งเป็น 3 กลุ่มดังนี้

1. ทีมพัฒนา เป็นบุคลากรที่จะเข้าร่วมเป็นทีมพัฒนาแนวปฏิบัติทางการพยาบาลประกอบไปด้วย แพทย์ 1 คน และพยาบาล 7 คน เภสัชกร 1 คน ดังนี้ อายุรแพทย์โรคหัวใจ จำนวน 1 คน พยาบาลชำนาญการพิเศษ งานการพยาบาลผู้ป่วยฉุกเฉิน จำนวน 1 คน พยาบาลชำนาญการ งานการพยาบาลผู้ป่วยวิกฤต จำนวน 1 คน พยาบาลวิชาชีพ งานการพยาบาลแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน จำนวน 5 คน และทีมผู้ปฏิบัติตามแนวปฏิบัติที่พัฒนาขึ้น ได้แก่ พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติหน้าที่ที่งานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลศรีสงคราม จำนวน 5 คน

เกณฑ์คัดเลือกอาสาสมัครเพื่อเข้า วิจัยกลุ่มที่ 1 และ กลุ่มที่ 2 มีดังนี้

1) เป็นแพทย์ พยาบาลและเภสัชกร โรงพยาบาลศรีสงคราม และเกี่ยวข้องกับการให้บริการรักษาพยาบาลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดและงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ในโรงพยาบาลศรีสงคราม อย่างน้อย 1 ปี

2) ไม่มีโรคประจำตัวที่เป็นข้อห้ามหรืออุปสรรคต่อการร่วมกิจกรรมในโครงการ

3) ฟัง พูด อ่าน เขียนและเข้าใจภาษาไทย

4) ยินยอมเข้าร่วมในโครงการวิจัย

เกณฑ์การแยกอาสาสมัครวิจัยออกจากโครงการ

1) เข้าร่วมกิจกรรมในโครงการไม่ถึงร้อยละ 80

2) สูญหาย ไม่สามารถติดตามได้

3) สิ้นใจออกจากการทดลอง

4) เจ็บป่วยหรือเกิดผลกระทบทางจิตใจจนไม่สามารถร่วมกิจกรรมได้ครบถ้วน

เกณฑ์การให้เลิกจากการศึกษา ประกอบด้วย

1) อาสาสมัครหรือผู้ปกครองเห็นว่าถูกคุกคามหรือรบกวนภาวะจิตใจและร่างกาย

2) อาสาสมัครเจ็บป่วยหรือเกิดสถานการณ์ที่ไม่สามารถร่วมโครงการวิจัยจนครบตามเกณฑ์ได้

เกณฑ์การพิจารณาเลิกหรือยุติการศึกษาทั้งโครงการ

1) อาสาสมัครเข้าร่วมโครงการน้อยกว่าร้อยละ 80

เลือกตัวอย่างแบบเจาะจง (Purposive sampling)

ผู้ปฏิบัติงานในงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลศรีสงคราม ตามเกณฑ์ดังกล่าว

2. ผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดที่มีภาวะคลื่นหัวใจเอสที่ยกสูงทั้งเพศชายและเพศหญิงที่มาใช้บริการระหว่างเดือน 30 ตุลาคม 2567-30 กันยายน 2568 จำนวน 10 คน (โดยประมาณ) โดยได้จากการประชาสัมพันธ์โครงการในหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉินและเชิญชวนเข้าร่วมเป็นอาสาสมัครในการร่วมดำเนินการวิจัยและให้ข้อมูลในการวิจัย

เกณฑ์การคัดเลือกอาสาสมัครวิจัยเข้าร่วมโครงการผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดที่มีภาวะคลื่นหัวใจเอสที่ยกสูงทั้งเพศชายและเพศหญิงที่มาใช้บริการระหว่างเดือน 30 ตุลาคม 2567-30 กันยายน 2568 ดังนี้

1) และไม่มีข้อห้ามหรืออุปสรรคในการเข้าร่วมกิจกรรมในโครงการ

2) ฟัง พูด อ่าน เขียนและเข้าใจภาษาไทย

3) ให้ความยินยอมเข้าร่วมในโครงการวิจัย

เกณฑ์การแยกอาสาสมัครวิจัยออกจากโครงการ

1) เข้าร่วมกิจกรรมในโครงการไม่ถึงร้อยละ 80

2) สูญหาย ไม่สามารถติดตามได้

3) สิ้นใจออกจากการทดลอง

4) เจ็บป่วยรุนแรงมากขึ้นหรือเกิดผลแทรกซ้อนทางร่างกายหรือจิตใจจนไม่สามารถร่วมกิจกรรมได้ครบถ้วน

เกณฑ์การให้เลิกจากการศึกษา ประกอบด้วย

1) เกณฑ์ให้อาสาสมัครวิจัยเลิกจากการศึกษา

1.1) อาสาสมัครหรือผู้ปกครองเห็นว่าถูกคุกคามหรือรบกวนภาวะจิตใจและร่างกาย

1.2) อาสาสมัครเจ็บป่วยหรือเกิดสถานการณ์ที่ไม่สามารถร่วมโครงการวิจัยจนครบตามเกณฑ์ได้

2) เกณฑ์การพิจารณาเลิกหรือยุติการศึกษาทั้งโครงการ

2.1) อาสาสมัครเข้าร่วมโครงการน้อยกว่าร้อยละ 80 สุ่มอย่างง่ายโดยเก็บตัวอย่างสะสมไปเรื่อยๆ จนกว่าจะครบ โดยเก็บอาสาสมัครเป็นผู้ป่วยที่มารับบริการและยินยอมเป็นอาสาสมัครและถูกสุ่มเข้าศึกษาจนกว่าครบตามจำนวนในระยะเวลาที่กำหนดไว้สำหรับการดำเนินการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้เป็นแนวปฏิบัติทางพยาบาลเพื่อการดูแลผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิดคลื่นไฟฟ้าหัวใจส่วนเอสทียกสูง งานอุบัติเหตุและฉุกเฉินโรงพยาบาลศรีสงคราม ก่อนการส่งต่อโรงพยาบาลศูนย์สกลนคร คือ แนวปฏิบัติทางพยาบาลเพื่อการดูแลผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิดคลื่นไฟฟ้าหัวใจส่วนเอสทียกสูง งานอุบัติเหตุและฉุกเฉินโรงพยาบาลศรีสงคราม ที่ผู้ศึกษาร่วมกับทีมพัฒนา แนวปฏิบัติพัฒนาขึ้นตามขั้นตอนการพัฒนาของ The Iowa Model of Evidence-Based Practice to Promote Quality Care¹²⁻¹³ โดยเนื้อหาของแนวปฏิบัติได้มาจากการทบทวนหลักฐานเชิงประจักษ์ที่ผ่านการประเมินคุณภาพ และวิเคราะห์ระดับความน่าเชื่อถือของหลักฐาน และการแสดงความคิดเห็นร่วมกันของทีมพัฒนาแนวปฏิบัติ เพื่อหาข้อสรุปให้เป็นแนวปฏิบัติที่ดีและเหมาะสมที่จะใช้ในแนวปฏิบัติทางพยาบาลเพื่อการดูแลผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิดคลื่นไฟฟ้าหัวใจส่วนเอสทียกสูง ในงาน

อุบัติเหตุและฉุกเฉินโรงพยาบาลศรีสงคราม ก่อนการส่งต่อโรงพยาบาลศูนย์สกลนคร

2. เครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วยแบบสอบถามความคิดเห็นเกี่ยวกับการใช้แนวปฏิบัติทางพยาบาลเพื่อการดูแลผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิดคลื่นไฟฟ้าหัวใจส่วนเอสทียกสูง ในงานอุบัติเหตุและฉุกเฉินโรงพยาบาลศรีสงคราม ก่อนส่งต่อโรงพยาบาลศูนย์สกลนครเพื่อทำหัตถการจำนวน 1 ชุด และแบบประเมินการปฏิบัติตามแนวปฏิบัติทางพยาบาลเพื่อการดูแลผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิดคลื่นไฟฟ้าหัวใจส่วนเอสทียกสูง ในห้องงานอุบัติเหตุและฉุกเฉินโรงพยาบาลศรีสงคราม ก่อนส่งต่อโรงพยาบาลศูนย์สกลนครเพื่อทำหัตถการ จำนวน 1 ชุด ดังนี้

2.2.1 แบบสอบถามความคิดเห็นเกี่ยวกับการใช้แนวปฏิบัติทางพยาบาลเพื่อการดูแลผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิดคลื่นไฟฟ้าหัวใจส่วนเอสทียกสูง ในงานอุบัติเหตุและฉุกเฉินโรงพยาบาลศรีสงคราม ก่อนส่งต่อโรงพยาบาลศูนย์สกลนครเพื่อทำหัตถการ ประกอบด้วย 2 ส่วน คือ

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป เป็นแบบสอบถามเกี่ยวกับ เพศ อายุ ระดับ การศึกษา ประสบการณ์การทำงานในแผนกผู้ป่วยอุบัติเหตุ-ฉุกเฉินของทีมผู้ปฏิบัติ

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามความคิดเห็นเกี่ยวกับการใช้แนวปฏิบัติทางพยาบาลเพื่อการดูแลผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิดคลื่นไฟฟ้าหัวใจส่วนเอสทียกสูงในงานอุบัติเหตุและฉุกเฉินโรงพยาบาลศรีสงคราม ก่อนส่งต่อโรงพยาบาลศูนย์สกลนครเพื่อทำหัตถการ โดยผู้ศึกษาได้ใช้แบบสอบถามความคิดเห็นเกี่ยวกับการใช้แนวปฏิบัติทางพยาบาลทางคลินิก¹⁴ ซึ่งแบบสอบถามนี้ ส่วนมากนิยมใช้ในการประเมินแนวปฏิบัติที่พัฒนาขึ้นมามีความเหมาะสมในการนำไปใช้ โดยมีค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามเท่ากับ 0.95 มีเนื้อหา ดังนี้ (1) ความยากง่ายในการนำไปใช้งาน

(2) ความสะดวกในการนำไปใช้ (3) ความสามารถนำมาใช้ในทีมได้ (4) ความสามารถใช้ได้จริงในการดูแลผู้ป่วย (5) ประหยัดค่าใช้จ่าย (6) ความพึงพอใจในการใช้ (7)ความเป็นไปได้ในการนำไปปฏิบัติจริง

ระดับความคิดเห็นของแบบสอบถามแบ่งเป็น Rating scale 5 ระดับ คือ เห็นด้วยมากที่สุด 5 คะแนน เห็นด้วยมาก 4 คะแนน เห็นด้วยปานกลาง 3 คะแนน เห็นด้วยน้อย 2 คะแนน เห็นด้วยน้อยที่สุด 1 คะแนน

เกณฑ์การแปลผลความคิดเห็นของผู้ปฏิบัติใช้ระดับคะแนน โดย คิดคะแนนเฉลี่ย เทียบบัญญัติไตรยางเป็นร้อยละกับคะแนนเต็มในภาพรวมอยู่ระหว่างร้อยละ 0-100 และวิเคราะห์ความถี่ของการเห็นด้วยในแต่ละประเด็นและสรุปในภาพรวม

2.2.3 แบบบันทึก checklist การปฏิบัติการพยาบาลตามแนวปฏิบัติทางการพยาบาลผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดที่มีคลื่นไฟฟ้าเอสทียกสูง รายข้อตามลิสต์ที่จะการปฏิบัติตามแนวปฏิบัติ ใช้บันทึกการปฏิบัติการพยาบาลต่อผู้ป่วย 1 คน ต่อ 1 เซตลิสต์การปฏิบัติ มีเกณฑ์ในการให้คะแนนดังนี้

ปฏิบัติ หมายถึง ได้ปฏิบัติตามแนวปฏิบัติ

ไม่ปฏิบัติ หมายถึง ไม่ปฏิบัติตามแนวปฏิบัติ

ไม่เป็นไปตามเกณฑ์ หมายถึง การอยู่ในเกณฑ์ ยกเว้นการปฏิบัติตามแนวปฏิบัติ และสรุปร้อยละการได้รับการปฏิบัติในภาพรวมต่อผู้ป่วยทั้งหมด

การสร้างและพัฒนาเครื่องมือวิจัย

1. ผู้วิจัยศึกษาทบทวนทฤษฎี งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง กำหนดกรอบแนวคิดในการวิจัยตั้งวัตถุประสงค์และดำเนินการสร้างเครื่องมือตามวัตถุประสงค์โดยนำไปพัฒนาแผนการจัดกิจกรรมตามที่กำหนดไว้และร่างแบบสอบถาม

2. การพิมพ์เครื่องมือตามร่างที่ได้จัดทำไว้

3. นำไปทดสอบกับกลุ่มตัวอย่าง และนำมาปรับข้อความให้สอดคล้องสละสลวยและเข้าใจง่าย เพื่อให้

เหมาะสม อ่านง่ายและสามารถดึงข้อมูล ข้อเท็จจริงจากผู้ตอบให้ได้มากที่สุด

4. จัดพิมพ์เพื่อเตรียมใช้ในขั้นตอนการวิจัยต่อไป

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือวิจัย

1. ความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) ผู้วิจัยส่งแนวปฏิบัติและชุดเครื่องมือให้ผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน ได้แก่ แพทย์อายุรกรรมโรคหัวใจ พยาบาลชำนาญการพิเศษด้านโรคหัวใจและด้านการพยาบาลวิกฤติ-ฉุกเฉิน อาจารย์พยาบาล และเภสัชกร ประเมินความสอดคล้องของเนื้อหาโดยใช้ดัชนีความสอดคล้อง (IOC) ผลการประเมินหลังปรับปรุงให้ค่าดัชนีความตรง 0.75 และ 0.78 ตามลำดับ ถือว่าอยู่ในเกณฑ์ดี

2. ความเที่ยงของแบบสอบถาม (Reliability) แบบสอบถามประเมินความคิดเห็นต่อการใช้แนวปฏิบัติทดสอบกับพยาบาลแผนกฉุกเฉินจาก 4 โรงพยาบาล รวม 30 คน และคำนวณค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค ได้ค่า 0.76 แสดงว่าแบบสอบถามมีความเที่ยงในระดับน่าเชื่อถือ

ขั้นตอนการวิจัย

การพัฒนาแนวปฏิบัติทางการพยาบาลเพื่อการดูแลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิดคลื่นไฟฟ้าหัวใจส่วนเอสทียกสูง (STEMI) ในงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลศรีสงคราม จังหวัดนครพนม ก่อนการส่งต่อไปโรงพยาบาลศูนย์สกลนคร ได้ดำเนินการโดยประยุกต์ใช้กรอบแนวคิด Iowa Model of Evidence-Based Practice to Promote Quality of Care เพื่อให้การพัฒนามีความเป็นระบบและอิงหลักฐานเชิงประจักษ์อย่างเหมาะสม แบ่งออกเป็น 7 ขั้นตอนหลัก ได้แก่

ขั้นตอนที่ 1 การกำหนดประเด็นปัญหาศึกษาในครั้งนี้อาศัยสิ่งกระตุ้น 2 ประเภท ได้แก่ สิ่งกระตุ้นที่เกิดจากปัญหา และสิ่งกระตุ้นที่เกิดจากความรู้ ผลการวิเคราะห์ข้อมูลผู้รับบริการและความเสี่ยงทางคลินิกโดยคณะกรรมการที่มำทางคลินิกอายุรกรรมพบว่า ผู้ป่วย

โรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิดคลื่นไฟฟ้าหัวใจส่วนเอสทียกสูง (STEMI) มีอัตราการเสียชีวิตสูง โดยเฉพาะกรณีที่ได้รับการทำหัตถการหลอดเลือดหัวใจล่าช้า จึงได้รับการระบุเป็นปัญหาทางคลินิกสำคัญที่ต้องเร่งพัฒนา ทำให้ทีมนำระดับโรงพยาบาลมอบหมายให้ทีมอุบัติเหตุ-ฉุกเฉินร่วมกับแพทย์อายุรกรรมหาแนวทางปรับปรุงคุณภาพการดูแล ผู้ศึกษาซึ่งเป็นกรรมการทีมอุบัติเหตุ-ฉุกเฉิน ได้ร่วมวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปัญหา เช่น การทบทวนเวชระเบียน อุบัติการณ์ความเสี่ยง และข้อมูลจากการสังเกตและสัมภาษณ์เจ้าหน้าที่ห้องฉุกเฉิน ซึ่งสะท้อนความล่าช้าและช่องว่างในระบบบริการ ขณะเดียวกัน การทบทวนองค์ความรู้และความก้าวหน้าทางเทคโนโลยีด้านการดูแล STEMI ซึ่งว่ามีหลักฐานเชิงประจักษ์เพียงพอสำหรับการพัฒนาแนวปฏิบัติใหม่ได้ จากผลการประเมินทั้งสองด้าน คณะกรรมการทีมนำระดับโรงพยาบาลจึงกำหนดให้ STEMI เป็น “เข็มมุ่ง” ในการพัฒนาคุณภาพบริการ และจัดตั้งทีมพัฒนาแนวปฏิบัติ โดยผู้ศึกษาร่วมประชุมและประสานงานกับผู้เกี่ยวข้องในหน่วยงาน เพื่อเริ่มกระบวนการพัฒนาแนวปฏิบัติทางการพยาบาลสำหรับการดูแลผู้ป่วย STEMI ในงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ก่อนการส่งต่อไปโรงพยาบาลศูนย์สกลนคร ดังนี้

ขั้นตอนที่ 2 ผู้ศึกษาเข้าร่วมประชุมทีมนำทางคลินิกอายุรกรรม แนวปฏิบัติทางพยาบาลเพื่อการดูแลผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิดคลื่นไฟฟ้าหัวใจส่วนเอสทียกสูง งานอุบัติเหตุและฉุกเฉินโรงพยาบาลศรีสงคราม ก่อนการส่งต่อโรงพยาบาลศูนย์สกลนคร ในเดือน มีนาคม 2567 ซึ่งทีมนำได้มีข้อตกลงที่จะพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิดคลื่นไฟฟ้าหัวใจส่วนเอสทียกสูงในหลายประเด็น เช่น การพัฒนาการดูแลผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิดคลื่นไฟฟ้าหัวใจส่วนเอสทียกสูงในห้องตรวจฉุกเฉินก่อนการทำหัตถการหลอดเลือดหัวใจที่ประชุมร่วมกันวิเคราะห์ปัญหาการดูแลผู้ป่วย เพื่อหา

โอกาสพัฒนา และพบว่าการดูแล การให้การพยาบาล มีความหลากหลาย ขึ้นอยู่กับประสบการณ์ของพยาบาลแต่ละคน เนื่องจากยังไม่มีแนวทางการดูแลผู้ป่วยในห้องตรวจฉุกเฉิน ก่อนการส่งต่อโรงพยาบาลศูนย์สกลนครเพื่อทำหัตถการหลอดเลือดหัวใจที่จะให้พยาบาลใช้เป็นแนวทางในการให้การพยาบาลผู้ป่วย ทีมนำทางฝ่ายอุบัติเหตุและฉุกเฉิน จึงได้นำเสนอให้พัฒนาแนวปฏิบัติทางการพยาบาลขึ้น เพื่อใช้เป็นแนวทางในการให้การพยาบาลผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิดคลื่นไฟฟ้าหัวใจส่วนเอสทียกสูงเป้าประสงค์เพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อน และสามารถส่งต่อเพื่อทำหัตถการหลอดเลือดหัวใจได้ภายในระยะเวลา ลดอัตราการเสียชีวิต โดยกำหนดให้ตั้งทีมพัฒนาแนวปฏิบัติ ซึ่งบุคลากรที่จะเข้าร่วมเป็นทีมพัฒนาแนวปฏิบัติที่ได้รับการเสนอ ประกอบไปด้วย แพทย์ 1 คน และพยาบาล 7 คน เภสัชกร 1 คน และผู้ป่วยที่มีประสบการณ์เคยใช้บริการ 5 คน ดังรายละเอียดที่กล่าวมาแล้ว

ขั้นตอนที่ 3 ผู้ศึกษาได้เข้าพบหัวหน้าฝ่ายการพยาบาลและหัวหน้างานอุบัติเหตุ-ฉุกเฉิน โรงพยาบาลศรีสงคราม เพื่อขออนุญาตดำเนินการศึกษา พร้อมชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการวิจัย และบทบาทของสมาชิกทีมพัฒนา รวมทั้งบทบาทของพยาบาลผู้ปฏิบัติเมื่อมีผู้ป่วย STEMI เข้ารับบริการ ทีมพัฒนามีส่วนร่วมในกระบวนการ ดังนี้ 1) ร่วมระบุและวิเคราะห์ประเด็นปัญหาในการให้การพยาบาลผู้ป่วย STEMI 2) วิเคราะห์อุปสรรค ประเมินผลการปฏิบัติที่ผ่านมา และร่วมรวบรวมหลักฐานเชิงประจักษ์ 3) ให้ข้อเสนอแนะในการยกร่างแนวปฏิบัติ 4) ร่วมทดลองใช้แนวปฏิบัติฉบับร่าง 5) ร่วมปรับปรุงเนื้อหาหลังการทดลองใช้ และ 6) ประเมินความเป็นไปได้และความเหมาะสมของการนำแนวปฏิบัติไปใช้จริงในห้องฉุกเฉิน

ขั้นตอนที่ 4 การรวบรวมหลักฐานเชิงประจักษ์ ภายหลังการคัดเลือกประเด็นปัญหาและการจัดตั้งทีมพัฒนาแนวปฏิบัติแล้ว ขั้นตอนต่อมาคือการรวบรวม

หลักฐานเชิงประจักษ์เพื่อใช้ในการพัฒนาแนวปฏิบัติ ประกอบด้วยกิจกรรมสำคัญดังนี้

1. การสืบค้นและประเมินหลักฐานเชิงประจักษ์ ผู้ศึกษาดำเนินการสืบค้นงานวิจัยและเอกสารวิชาการที่เกี่ยวข้องจากฐานข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์และห้องสมุดมหาวิทยาลัย รวมทั้งฐานข้อมูลของมหาวิทยาลัยนครพนม โดยคัดเลือกหลักฐานตามเกณฑ์ที่กำหนด วิเคราะห์คุณภาพ และสังเคราะห์ข้อมูลหลักฐานทั้งหมดเพื่อใช้เป็นองค์ความรู้สำหรับพัฒนาแนวปฏิบัติ ทั้งนี้ ทีมพัฒนาแนวปฏิบัติได้มีส่วนร่วมในการประเมินคุณภาพหลักฐานและอภิปรายผลการสังเคราะห์ข้อมูลร่วมกัน

2. การสัมภาษณ์ ผู้ป่วยที่เคยใช้บริการ ผู้ศึกษาทำการสัมภาษณ์ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจอุดตันที่มีภาวะเฮลิทียกสูง จำนวน 5 คน ซึ่งเคยมารับบริการที่งานอุบัติเหตุ-ฉุกเฉิน โรงพยาบาลศรีสงคราม และได้รับการส่งต่อไปทำหัตถการหลอดเลือดหัวใจจนรอดชีวิต ทั้งนี้ เพื่อเก็บข้อมูลประสบการณ์ การรับรู้ และข้อเสนอแนะจากมุมมองผู้ป่วย เพื่อนำมาประกอบการพัฒนาแนวปฏิบัติให้ครอบคลุมและสอดคล้องกับบริบทจริง

ขั้นตอนที่ 5 การยกร่างแนวปฏิบัติและกำหนดตัวชี้วัด ในการประเมิน หลังจากการสืบค้น ประเมินคุณภาพ และสังเคราะห์หลักฐานเชิงประจักษ์แล้ว ทีมพัฒนาได้คัดเลือกหลักฐานที่มีความทันสมัย เหมาะสม และเพียงพอต่อการสนับสนุนการพัฒนาแนวปฏิบัติทางการพยาบาลเพื่อการดูแลผู้ป่วย STEMI ก่อนการส่งต่อไปทำหัตถการหลอดเลือดหัวใจ จากนั้นดำเนินการยกร่างแนวปฏิบัติและกำหนดตัวชี้วัดตามขั้นตอนดังนี้

1) การกำหนดตัวชี้วัดผลลัพธ์ ทีมพัฒนาแนวปฏิบัติร่วมประชุมเพื่อกำหนดตัวชี้วัดที่ต้องการประเมินผล การใช้แนวปฏิบัติ จำนวน 3 ตัวชี้วัด ได้แก่

1.1 ร้อยละของผู้ป่วย STEMI ที่ได้รับการดูแลตามแนวปฏิบัติ ก่อนทำหัตถการหลอดเลือดหัวใจ

1.2 ร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับการส่งต่อและทำ

หัตถการหลอดเลือดหัวใจภายใน 90 นาที

1.3 ระดับความเป็นไปได้ ความเหมาะสม และประโยชน์ของแนวปฏิบัติ เพื่อใช้ในหน่วยงาน

2) การรวบรวมข้อมูลพื้นฐานก่อนดำเนินการ ผู้ศึกษาดำเนินการรวบรวมและตรวจสอบข้อมูลเดิมตามตัวชี้วัด เพื่อใช้เป็นข้อมูลเปรียบเทียบก่อนและหลังการใช้แนวปฏิบัติทางการพยาบาล

3) การยกร่างแนวปฏิบัติและพัฒนาเครื่องมือประกอบ ผู้ศึกษาทำการร่างแนวปฏิบัติและจัดทำเครื่องมือสนับสนุน โดยทีมพัฒนาให้ข้อเสนอแนะและปรับปรุงเนื้อหาให้เหมาะสม เครื่องมือที่จัดทำ ได้แก่

3.1 ร่างแนวปฏิบัติทางการพยาบาลสำหรับการดูแลผู้ป่วย STEMI ในงานอุบัติเหตุ-ฉุกเฉิน โรงพยาบาลศรีสงคราม ก่อนส่งต่อไปโรงพยาบาลศูนย์สกลนคร

3.2 แบบบันทึกการใช้แนวปฏิบัติทางการพยาบาลสำหรับผู้ป่วย STEMI

3.3 แบบสอบถามประเมินความเป็นไปได้ของแนวปฏิบัติ เมื่อจัดทำร่างแล้ว ผู้ศึกษานำเสนอให้ทีมพัฒนาร่วมตรวจสอบและปรับปรุงเนื้อหา จากนั้นส่งให้ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่านตรวจสอบความตรงของเนื้อหา และปรับแก้ตามข้อเสนอแนะ

ขั้นตอนที่ 6 มีการทดลองใช้แนวปฏิบัติทางการพยาบาลสำหรับการดูแลผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิดคลื่นไฟฟ้าหัวใจส่วนเฮลิทียกสูง (STEMI) ที่เข้ารับการรักษานในหออุบัติเหตุ-ฉุกเฉิน โรงพยาบาลศรีสงคราม ก่อนการส่งต่อไปโรงพยาบาลศูนย์สกลนคร เพื่อทำหัตถการหลอดเลือดหัวใจ ระหว่างวันที่ 30 ตุลาคม 2567 ถึง 30 กันยายน 2568

ขั้นตอนที่ 7 ขึ้นสรุปผล ให้ข้อเสนอแนะและปรับปรุงแนวปฏิบัติเพื่อนำไปใช้ในการปฏิบัติงานประจำ

การวิเคราะห์ข้อมูลและการประมวลผล

1) ข้อมูลเชิงคุณภาพ วิเคราะห์ข้อมูลโดยการวิเคราะห์เนื้อหา (Conceptual content analysis)

2) การวิเคราะห์ข้อมูลจากการทดลองใช้แนวปฏิบัติ

2.1) วิเคราะห์ความถี่และร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของข้อมูลกลุ่มผู้ป่วยและผู้เข้าร่วมในการวิจัยตามลักษณะข้อมูลส่วนบุคคลด้านประชากร เศรษฐกิจและสังคม

2.2) วิเคราะห์ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานคะแนนความคิดเห็นเกี่ยวกับการใช้แนวปฏิบัติทางพยาบาล

2.3) วิเคราะห์ความถี่และร้อยละผู้ป่วยที่ได้รับการทำหัตถการหลอดเลือดหัวใจภายใน 90 นาที

2.4) วิเคราะห์ความถี่ ร้อยละของการบันทึกการใช้แนวปฏิบัติทางการพยาบาล เพื่อการดูแลผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิดคลื่นไฟฟ้าหัวใจส่วนเอสที่ยกสูง ในห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลศรีสงครามก่อนส่งต่อเพื่อทำหัตถการที่โรงพยาบาลศูนย์สกลนคร

จริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

การวิจัยนี้ได้รับการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครพนม เลขที่ OEC NO.089/67, REC 050/67 ครอบคลุมระยะเวลา 30 ตุลาคม 2567-29 ตุลาคม 2568 ผู้เข้าร่วมจะให้ข้อมูลโดยการตอบแบบสอบถาม โดยผู้ช่วยนักวิจัยอธิบายวัตถุประสงค์ ขั้นตอน และสิทธิในการเข้าร่วมก่อนขอหนังสือยินยอมเป็นลายลักษณ์อักษร ทั้งนี้ ผู้เข้าร่วมมีสิทธิถอนตัวจากการวิจัยได้ตลอดเวลา หากเห็นว่าการเข้าร่วมกระทบสิทธิหรือความเป็นส่วนตัวของตน

สรุปผลการวิจัย

การศึกษานี้มุ่งพัฒนาแนวปฏิบัติทางการพยาบาลสำหรับการดูแลผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิด ST-segment elevation myocardial infarction (STEMI) ในแผนกอุบัติเหตุ-ฉุกเฉิน โรงพยาบาลศรีสงคราม ก่อนส่ง

ต่อเพื่อทำหัตถการหลอดเลือดหัวใจที่โรงพยาบาลศูนย์สกลนคร โดยใช้ Iowa Model of Evidence-Based Practice เป็นกรอบแนวคิดในการประยุกต์หลักฐานเชิงประจักษ์เพื่อปรับปรุงคุณภาพการพยาบาลอย่างเป็นระบบและเหมาะสมกับบริบทจริงการวิเคราะห์ข้อมูลย้อนหลัง 3 ปี พบว่า จำนวนผู้ป่วย STEMI มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง ได้แก่ ปี 2566 จำนวน 22 ราย ปี 2567 จำนวน 25 ราย และปี 2568 (ข้อมูลถึงไตรมาส 3) จำนวน 29 ราย แม้จะมีการพัฒนาระบบการดูแลและการใช้ teleconsultation ร่วมกับโรงพยาบาลศูนย์นครพนม แต่อัตราการเสียชีวิตยังคงอยู่ในระดับสูง สะท้อนถึงความจำเป็นในการพัฒนาแนวปฏิบัติที่ลดความล่าช้าในการดูแลและการส่งต่อ รวมถึงเพิ่มประสิทธิภาพการพยาบาลในทุกกระยะของการดูแล

การสืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์ดำเนินการตามกรอบ PICO จากฐานข้อมูลที่เชื่อถือได้ ได้แก่ PubMed, Cochrane, ScienceDirect, ProQuest, CINAHL และการสืบค้นด้วยมือจากวิทยานิพนธ์และบทความวิจัยใน Thailis โดยคัดเลือกงานวิจัยคุณภาพสูงระดับ 1-3 เช่น systematic reviews, meta-analyses, randomized controlled trials และ clinical practice guidelines รวมทั้งหมด 16 เรื่อง

ผลการสังเคราะห์หลักฐานชี้ให้เห็นว่า บทบาทของพยาบาลเป็นปัจจัยสำคัญ ในการดูแลผู้ป่วย STEMI ครอบคลุมทั้งระยะก่อนถึงโรงพยาบาล (pre-hospital), ระยะในโรงพยาบาล (in-hospital) และระยะส่งต่อ (transport phase) ซึ่งล้วนมีผลต่อความรวดเร็ว ความปลอดภัย และผลลัพธ์ทางคลินิกของผู้ป่วย

ผลการวิจัยพบว่า pharmacoinvasive strategy (การให้ยา fibrinolysis ตามด้วย PCI) เป็นแนวทางที่เหมาะสมในพื้นที่ที่มีข้อจำกัดด้านการเข้าถึงหัตถการ โดยให้ผลลัพธ์ใกล้เคียงกับ primary PCI ทั้งนี้ การประเมินและแปลผล ECG อย่างรวดเร็ว การให้ยาต้านเกล็ดเลือด การเตรียมและบริหารยา การเฝ้าระวังอาการไม่พึงประสงค์ และการ

ประสานงานแบบ real-time เป็นกิจกรรมสำคัญที่ช่วยลดเวลาการรักษา เพิ่มโอกาสรอดชีวิต และลดภาวะแทรกซ้อน

การบูรณาการ telemedicine และการเฝ้าระวังสัญญาณ ECG ล่วงหน้าเพื่อสื่อสารกับทีมสหวิชาชีพ ช่วยลด door-to-balloon time และเพิ่มความรวดเร็วในการเข้าถึงบริการรักษา ทีมพัฒนาแนวปฏิบัติประกอบด้วยอายุรแพทย์โรคหัวใจ พยาบาลชำนาญการพิเศษ พยาบาลวิชาชีพ และเภสัชกร ร่วมกันกำหนดโครงสร้างแนวปฏิบัติเป็น 3 ช่วงเวลา ได้แก่ 1) นาที่ที่ 1-10: การประเมิน วินิจฉัย และเตรียมการเบื้องต้น 2) นาที่ที่ 11-30: การรักษา การให้ยา และการเตรียมส่งต่อ และ 3) นาที่ที่ 31-90 หรือ 120: การประสานงานและการส่งต่อ

แนวปฏิบัติยังเสริมด้วยแบบฟอร์มบันทึกและ checklist เพื่อสนับสนุนการปฏิบัติอย่างครบถ้วนและเป็นมาตรฐาน โดยผ่านการตรวจสอบเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน ซึ่งเสนอให้เพิ่มเติมรายละเอียดด้านการประเมินภาวะพร่องออกซิเจน การระบุชนิดออกซิเจน การเฝ้าระวัง adverse events กิจกรรม bed rest และการสอนเทคนิคการหายใจ ผ่อนคลายเพื่อลดอาการเจ็บหน้าอก เมื่อนำแนวปฏิบัติไปใช้จริงกับผู้ป่วย STEMI จำนวน 10 ราย (พฤศจิกายน-มิถุนายน 2568) พบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นเพศชาย (80%) อายุ 51-60 ปี (50%) การตรวจ ECG ภายใน 10 นาที สำเร็จ 90% การปฏิบัติภายใน 1-30 นาทีทำได้ครบถ้วนตามแนวปฏิบัติ ระยะเวลาส่งต่อเฉลี่ย 90.2 นาที และผู้ป่วยทั้งหมดรอดชีวิต (100%) สะท้อนถึงศักยภาพของแนวปฏิบัติในการลดระยะเวลา เพิ่มโอกาสรอดชีวิต และลดภาวะแทรกซ้อน

สำหรับการประเมินความคิดเห็นของพยาบาลผู้ปฏิบัติจำนวน 5 คน พบว่าแม้ยังไม่เคยผ่านการอบรมด้าน ECG มาก่อน แต่ทั้งหมดมีประสบการณ์ในแผนกฉุกเฉิน 4-9 ปี พยาบาลร้อยละ 80.2 มีความพึงพอใจมาก ร้อยละ 80.5 เห็นว่าสามารถนำไปใช้ได้จริง และร้อยละ 82.0 เห็นว่า

แนวปฏิบัติช่วยประหยัดค่าใช้จ่าย โดยได้คะแนนเฉลี่ย 28.5 จาก 35 คะแนน (82.1%) แสดงถึงการยอมรับและความเหมาะสมในการนำไปใช้ในหน่วยงาน

การวิเคราะห์กิจกรรมการพยาบาลพบว่า การซักประวัติ ประเมินอาการเจ็บ การให้ยา การเฝ้าระวังสัญญาณชีพ และการติดตาม ECG ดำเนินได้ครบถ้วนในผู้ป่วยทุกราย สอดคล้องกับเป้าหมายของแนวปฏิบัติที่เน้นการดูแลแบบเร่งด่วน ลดความล่าช้า และเพิ่มความปลอดภัย นอกจากนี้ ตัวชี้วัดผลลัพธ์ เช่น ร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลครบถ้วนก่อนส่งต่อ และร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับ PCI ภายใน 120 นาที สามารถทำได้ตามเกณฑ์ที่กำหนด

อภิปรายผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้มุ่งเน้นการพัฒนาแนวปฏิบัติทางการพยาบาลเพื่อดูแลผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิด ST-segment elevation myocardial infarction (STEMI) ในแผนกฉุกเฉิน โรงพยาบาลศรีสงคราม ก่อนการส่งต่อไปยังโรงพยาบาลศูนย์สกลนครเพื่อทำการตัดการหลอดเลือดหัวใจ (PCI) โดยใช้แนวคิด Iowa Model of Evidence-Based Practice เพื่อการพัฒนาคุณภาพการดูแลและลดอัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วย STEMI ผลการศึกษาแสดงให้เห็นว่าการพัฒนาแนวปฏิบัติที่เน้นความรวดเร็วและการจัดการตามหลักฐานเชิงประจักษ์ สามารถลดเวลาการดูแลในห้องฉุกเฉินและเพิ่มอัตราการรอดชีวิตได้อย่างมีนัยสำคัญ โดยเฉพาะการเน้นการตรวจ ECG ภายใน 10 นาที และการให้ fibrinolysis ในกรณีที่ไม่สามารถทำ PCI ได้ภายในเวลา 120 นาที สอดคล้องกับแนวทาง European Society of Cardiology (ESC) ที่แนะนำให้ลด door-to-balloon time ให้ไม่เกิน 90 นาที¹⁵ ผลการวิจัยนี้พบว่า การใช้ pharmacoinvasive strategy หรือการให้ยา fibrinolysis ตามด้วยการทำ PCI ภายใน 3-24 ชั่วโมง สามารถลดอัตราการตายและภาวะแทรกซ้อน

เช่น ภาวะ reinfarction และ stroke ได้ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Armstrong และคณะ¹⁶ และ Claessen และคณะ¹⁷ ที่ชี้ว่า pharmacoinvasive strategy เป็นทางเลือกที่ปลอดภัยและได้ผลลัพธ์ใกล้เคียงกับ primary PCI ในพื้นที่ที่เข้าถึงการทำ PCI ได้ยาก บทบาทของพยาบาลในแนวปฏิบัติที่พัฒนาขึ้นมีความสำคัญยิ่ง โดยพยาบาลมีหน้าที่ในการซักประวัติการประเมินความเสี่ยง การตีความ ECG เบื้องต้น การบริหารการให้ยาต้านเกล็ดเลือดและ fibrinolysis ตลอดจนการเฝ้าระวัง adverse events และการประสานงานส่งต่อมีผลต่อการลดระยะเวลาในการดูแลและช่วยให้ส่งต่อผู้ป่วยไปหน่วยหัตถการหลอดเลือดได้เร็วยิ่งขึ้น ช่วยลดอัตราการเสียชีวิตได้มากขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาของ Choudhury และคณะ¹⁸ ที่ระบุว่า การขาดการประสานงาน การตีความ ECG ล่าช้า และความไม่พร้อมของระบบส่งต่อเป็นปัจจัยสำคัญที่เพิ่มอัตราการตายของผู้ป่วย STEMI ในชนบทเอเชีย นอกจากนี้ การการประยุกต์ใช้การประสานงานอาการและความก้าวหน้าขณะส่งต่อเป็นรูปแบบหนึ่งของการประยุกต์ใช้ telemedicine เพื่อประสานการจัดการอาการและติดตามความก้าวหน้าของผู้ป่วยผ่านการสังเกตและแปลผล ECG แบบ real-time มีส่วนช่วยลดระยะเวลาในการเปิดหลอดเลือดหัวใจ (time to reperfusion) เพราะจะเป็นการเพิ่มความพร้อมของทีม PCI ในโรงพยาบาลศูนย์ การศึกษาของ Kim และคณะ¹⁹ สนับสนุนผลลัพธ์นี้ โดยระบุว่า การใช้ pre-hospital ECG transmission ช่วยลดอัตราการตาย (mortality rate) ลงได้ อย่างชัดเจน ผลการวิจัยนี้ยังพบว่าพยาบาลมีความพึงพอใจในแนวปฏิบัติสูงถึงร้อยละ 82.1 และเห็นว่าแนวปฏิบัติสามารถนำไปใช้จริงได้จริง ซึ่งสอดคล้องกับ Welsh และคณะ²⁰ ที่ยืนยันว่า การมีแนวทางที่เป็นระบบ ชัดเจน และใช้งานง่าย ช่วยเสริมความมั่นใจและลดความผิดพลาดในการดูแลผู้ป่วย

ในส่วนของผลลัพธ์ทางคลินิก พบว่าผู้ป่วยทั้งหมดรอดชีวิต 100% และสามารถเข้าถึงการทำ PCI ได้ภายใน 90.2 นาทีโดยเฉลี่ย ซึ่งเร็วกว่าข้อแนะนำมาตรฐาน สะท้อนให้เห็นว่าแนวปฏิบัติที่พัฒนาขึ้นสามารถลด delay ในทุกช่วงของกระบวนการรักษา การลดเวลาการดูแลถือเป็นปัจจัยสำคัญต่อการลด infarct size และการป้องกันภาวะหัวใจล้มเหลวภายหลัง สอดคล้องกับงานวิจัยของ Hougaard และคณะ²¹ และ Yadav และคณะ²² ที่เน้นย้ำถึงประโยชน์ของการรักษาที่เน้นความเร็วและความต่อเนื่อง นอกจากนี้ การใช้วิธีการรัดแขนและคลายเป็นระยะ (remote ischemic conditioning (RIC)) ระหว่างการส่งต่อสามารถช่วยลดขนาดของบริเวณกล้ามเนื้อหัวใจที่ขาดเลือดลงได้ (infarct size) และเพิ่มการไหลเวียนเลือดในกล้ามเนื้อหัวใจได้มากขึ้น สอดคล้องกับผลการศึกษาของ Zhang และคณะ²³ และ Yellon & Hausenloy²⁴ ที่พบว่าการบีบรัดแขนหรือขาซ้ำๆ สามารถลดความเสียหายของกล้ามเนื้อหัวใจได้จริง แนวปฏิบัติของงานวิจัยนี้จึงได้รวมกิจกรรม RIC ระหว่างส่งต่อผู้ป่วยเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการป้องกัน ischemia-reperfusion injury นอกจากนี้ การเน้นบทบาทของพยาบาลในฐานะผู้ประสานงานหลัก ทำให้สามารถจัดการกับผู้ป่วย STEMI ได้แบบองค์รวม การศึกษา Terkelsen และคณะ²⁵ พบว่าการมี nurse coordinator ในระบบ STEMI ช่วยลดความเหลื่อมล้ำทางการรักษาระหว่างพื้นที่เมืองและชนบท ซึ่งเป็นสิ่งจำเป็นสำหรับบริบทของประเทศไทยที่ยังมีความแตกต่างด้านการเข้าถึงการรักษา การประเมินความเห็นของพยาบาลที่มีต่อแนวปฏิบัติ แสดงถึงการยอมรับที่สูงเนื่องจากแนวปฏิบัติถูกออกแบบมาให้ง่ายต่อการใช้งานครอบคลุมกิจกรรมทุกขั้นตอน และสามารถนำไปปรับใช้ในสถานการณ์จริงได้ ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับผลการวิจัยของ Masoudi และคณะ²⁶ ที่ชี้ว่าการมีแนวทางปฏิบัติที่ชัดเจน ช่วยเพิ่มความมั่นใจ ลดความเครียด และช่วยให้ทีมพยาบาลสามารถจัดการกับสถานการณ์ฉุกเฉิน

ได้ดียิ่งขึ้น สรุปได้ว่า แนวปฏิบัติทางการพยาบาลที่พัฒนาขึ้นครั้งนี้ เป็นตัวอย่างของการนำหลักฐานเชิงประจักษ์มาประยุกต์ใช้ในบริบทจริงของโรงพยาบาลชุมชน ซึ่งประสบผลสำเร็จทั้งในด้านเวลา คุณภาพการดูแล และผลลัพธ์ทางคลินิก รวมถึงเพิ่มความพึงพอใจทั้งในส่วน of บุคลากรและผู้ป่วย อีกทั้งยังสามารถนำไปปรับใช้หรือพัฒนาในหน่วยงานอื่นที่มีข้อจำกัดด้านทรัพยากรได้

ข้อเสนอแนะการนำผลการวิจัยไปใช้ประโยชน์

1. ควรกำหนดแนวปฏิบัติเป็นนโยบายการดูแลผู้ป่วย STEMI ในห้องฉุกเฉิน และมีการนิเทศติดตามอย่างสม่ำเสมอ
2. ควรจัดทำรูปแบบแนวปฏิบัติที่ใช้งานง่าย เช่น แผ่นสรุปติดไว้ในห้องฉุกเฉิน เพื่อใช้เป็นคู่มือระหว่างปฏิบัติงาน
3. การขยายใช้แนวปฏิบัติไปยังโรงพยาบาลอื่น ควรประเมินความเหมาะสมตามบริบทแต่ละแห่ง
4. ควรพัฒนาศักยภาพพยาบาลด้านการประเมินอาการ STEMI การอ่าน ECG การให้ยา และการประสานงานเร่งด่วน เพื่อให้การใช้แนวปฏิบัติมีประสิทธิภาพสูงสุด

เอกสารอ้างอิง

1. Lindstrom M, DeCleeve N, Dorsey H et al. Global Burden of Cardiovascular Diseases and Risks Collaboration. Am Coll Cardiol. 2022;80(25):2372–425.
2. World Heart Federation. World heart report 2023. Geneva: World Heart Federation; 2023.
3. WHO. Cardiovascular diseases (CVDs) [Internet]. 2021 [cited 2021 Jan 12]. Available from: [https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/cardiovascular-diseases-\(cvds\)](https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/cardiovascular-diseases-(cvds))
4. NCD Alliance. Cardiovascular Diseases (CVD) [Internet]. 2023 [cited 2024 Mar 2]. Available from: <https://ncdalliance.org/>
5. Luengo-Fernandez R, Walli-Attaei M, Gray A, Torbica A et al. Economic burden of cardiovascular diseases in the European Union: a population-based cost study. Eur Heart J. 2023;44(45):4752–67.
6. ระบบสารสนเทศด้านการแพทย์และสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข. รายงานสถานะสุขภาพ [Internet]. 2567. Available from: https://medinfo.dms.go.th/public-health/sta_report.php

5. ควรเตรียมความพร้อมบุคลากรทั้งด้านทัศนคติต่อการเปลี่ยนแปลง และการพัฒนาความรู้เกี่ยวกับการอ่าน-แปลผล ECG โรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน การรักษาด้วยหัตถการหลอดเลือดหัวใจและภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น

6. ควรเก็บข้อมูลเพื่อติดตามผลระยะยาวของการใช้แนวปฏิบัติ โดยนำผลลัพธ์มาประเมินประสิทธิผลและปรับปรุงแนวปฏิบัติให้เหมาะสมอย่างต่อเนื่อง

7. ควรพัฒนาต่อยอดแนวปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือดให้ครอบคลุมตั้งแต่การสังเกตอาการเริ่มแรก การเข้าถึงบริการฉุกเฉิน การรักษาและการส่งต่อ ไปจนถึงการให้คำแนะนำและติดตามอาการที่บ้าน โดยเน้นการมีส่วนร่วมของผู้ป่วย ญาติ และทีมสหวิชาชีพ

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณผู้อำนวยการ แพทย์ พยาบาลและบุคลากรโรงพยาบาลศรีสงคราม จังหวัดนครพนมและอาสาสมัครที่ยินยอมเข้าร่วมในการวิจัยและผู้มีส่วนเกี่ยวข้องที่สนับสนุนงานวิจัยนี้สำเร็จลงด้วยดี

7. Health KPI. KPI กระทรวงสาธารณสุข [Internet]. 2567. Available from: <http://healthkpi.moph.go.th/kpi2/kpi-list/search/?KpiListSearch%5Btitle%5D=STEMI>
8. อัมพัน รุจนเสรี, ตรึงตา พูลผลอำนวย, ชนิกานต์ จารุพฤตพิงศ์ (บรรณาธิการ). โรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิดเอสทียกสูง (ST-elevation myocardial infarction: STEMI) ความรู้สำหรับผู้ปฏิบัติการด้านการแพทย์ฉุกเฉิน. นนทบุรี: อัลติเมท พรินติ้ง; 2564.
9. Ghafoor M, Kama M, Nadeem U, Husain AN. Educational Case: Myocardial Infarction: Histopathology and Timing of Changes. Acad Pathol. 2020;7:1–6.
10. Jenca D, Melenovsky V, Stehlik J, Stanek V. Heart failure after myocardial infarction: incidence and predictors. ESC Heart Fail. 2021;8(1):222–37.
11. Ibanez B, James S, Mahaffey KW, van 't Hof A, Bueno H. 2023 ESC Guidelines for the management of acute coronary syndromes in patients presenting without persistent ST-segment elevation. Eur Heart J. 2023;44(30):2513–625.
12. Buckwalter KC, Cullen L, Hanrahan K, Kleiber C, McCarthy AM, Rakel B, et al. Iowa Model of Evidence-Based Practice to Promote Quality Care: An illustrated example in oncology nursing. Clin J Oncol Nurs. 2020;24(6):655–62.
13. Melnyk BM, Fineout-Overholt E, Gallagher-Ford L, Stillwell SB. Evidence-based practice, step by step: The seven steps of evidence-based practice. Am J Nurs. 2021;121(1):51–3.
14. White KR, Dudley-Brown S, Terhaar MF. Translation of evidence into nursing and health care practice: Implementation science. 3rd ed. NY: Springer Publishing Company; 2021.
15. Kristensen SD. Antiplatelet therapy in STEMI. Eur Heart J Suppl. 2020;22 (Suppl):M22–28.
16. Armstrong PW. Fibrinolysis or primary PCI in STEMI. N Engl J Med. 2020;382(15):1420–30.
17. Claessen BE. Pharmacoinvasive strategy versus primary PCI: meta-analysis. Eur Heart J. 2022;43(6):481–91.
18. Choudhury R. Delays in rural STEMI care: Asian perspective. Int J Cardiol. 2021;337:9–16.
19. Kim HK. Pre-hospital ECG transmission and STEMI mortality. J Electrocardiol. 2023;74:25–32.
20. Welsh RC. Pharmacoinvasive vs. primary PCI: Update. J Am Heart Assoc. 2021;10(5):1312–9.
21. Hougaard M. Outcomes in STEMI patients after early intervention. J Am Coll Cardiol. 2023;81(15):1405–17.
22. Yadav M. Telemedicine and pre-hospital ECG in STEMI. Eur Heart J Digit Health. 2022;3(1):61–9.
23. Zhang Y. Effectiveness of RIC during transport in STEMI. Circ Res. 2022;131(2):134–45.
24. Yellon DM, Hausenloy DJ. Remote ischemic conditioning: Mechanisms and clinical applications. Nat Rev Cardiol. 2021;18(6):389–400.
25. Terkelsen CJ. Pre-hospital strategies for STEMI: Time to treatment. Heart. 2021;107(16):1312–9.
26. Masoudi F A. EMS systems and STEMI survival. Circulation. 2022;145(10):765–77.

การพยาบาลผู้ป่วยที่มีการอักเสบติดเชื้อของคอส่วนลึก (Ludwig's angina) ที่เป็นเบาหวานและคอฟอกเป็นพิษ: การศึกษาเปรียบเทียบ

ปรียานาถ วงศ์กาฬสินธุ์¹

บทคัดย่อ

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อวิเคราะห์องค์ความรู้เชิงลึกเกี่ยวกับการพยาบาลผู้ป่วยที่มีการอักเสบติดเชื้อของคอส่วนลึก การศึกษาผู้ป่วยที่มีโรคร่วมจำนวน 2 ราย คือคอฟอกเป็นพิษ และคอฟอกเป็นพิษร่วมกับเบาหวาน โดยศึกษาข้อมูลจากเวชระเบียนผู้ป่วย

ผลการศึกษาพบว่า การศึกษาทั้ง 2 ราย ได้รับการรักษาพยาบาลที่เกี่ยวข้องกับพยาธิสภาพการอักเสบติดเชื้อของคอส่วนลึก ได้แก่ การป้องกันการอุดตันทางเดินหายใจ เฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนเป็นพิษ การแก้ไขภาวะการติดเชื้อและเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนของการติดเชื้อ การบรรเทาอาการปวด และมีการรักษาพยาบาลที่ความแตกต่างกันได้แก่ การเฝ้าระวังความผิดปกติของระดับน้ำตาลในผู้ป่วยคอฟอกเป็นพิษและเบาหวาน ภายใต้การสื่อสารอย่างมีประสิทธิภาพ การส่งเสริมการมีส่วนร่วมของครอบครัว ผู้ป่วยปลอดภัยและจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลได้ทั้งสองราย

ข้อเสนอแนะ การอักเสบติดเชื้อของคอส่วนลึก การศึกษาผู้ป่วยที่มีคอฟอกเป็นพิษและเบาหวานเป็นโรคร่วมหากไม่ได้รับการรักษาพยาบาลที่เหมาะสมจะส่งผลให้ผู้ป่วยเผชิญกับภาวะวิกฤติของทางเดินหายใจ การติดเชื้อที่รุนแรง ภาวะแทรกซ้อนเป็นพิษ และความผิดปกติของระดับน้ำตาล พยาบาลมีบทบาทสำคัญในการประเมินภาวะสุขภาพที่ครอบคลุม การเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนจากพยาธิสภาพของโรคร่วม การกำหนดกิจกรรมการพยาบาลที่สอดคล้องกับสภาพปัญหา ตลอดจนการติดตามผลการรักษา การวางแผนการจำหน่ายที่มีประสิทธิภาพ

คำสำคัญ: การพยาบาลการอักเสบติดเชื้อของคอส่วนลึก, คอฟอกเป็นพิษ, เบาหวาน

วันที่รับบทความ

26 มกราคม 2567

วันที่ได้รับบทความฉบับแก้ไข

24 ธันวาคม 2568

วันที่ตอบรับบทความ

26 ธันวาคม 2568

โรงพยาบาลสกลนคร, ผู้ประสานการส่งบทความต้นฉบับ, จดหมายอิเล็กทรอนิกส์; pree_prena@hotmail.com; โทร. 081-9757461

Nursing care for patients with Ludwig's angina, diabetes, and toxic goiter: A comparative study

Preeyanart Wongkalasin¹

Abstract

This comparative case study aims to analyze in-depth knowledge regarding nursing care for patients with deep pharyngeal inflammation and infection. The case study focuses on two patients with comorbidities: toxic goiter and toxic goiter with diabetes. Data was collected from the patients' medical records.

The study results showed that both case studies received medical care related to the pathology of deep pharyngeal infection, including prevention of airway obstruction, monitoring for hyperthyroidism, managing the infection and monitoring for infectious complications, and pain relief. There were also differences in the medical care, specifically monitoring for blood sugar abnormalities in patients with toxic goiter and diabetes. Under effective communication and the promotion of family involvement, both patients were safe and discharged from the hospital.

Recommendations: Deep pharyngeal infection in patients with toxic goiter and diabetes mellitus, if not properly treated, can lead to respiratory crisis, severe infection, hyperthyroidism, and blood sugar abnormalities. Nurses play a crucial role in comprehensive health assessment, monitoring for complications from comorbidities, determining appropriate nursing activities, tracking treatment outcomes, and planning for effective discharge.

Keywords: Nursing care with Ludwig's angina, Toxic goiter, Diabetes

Received
26 January 2024

Revised
24 December 2025

Accepted
26 December 2025

¹Sakon Nakhon Hospital, Corresponding author e-mail; pree_prena@hotmail.com; Tel. 081-9757461

บทนำ

การอักเสบติดเชื้อรุนแรงของเนื้อเยื่อโพรงใต้คางนี้ เป็นการติดเชื้อที่พบบ่อยในงานทันตกรรม จนบางครั้งผู้ป่วยบางคนจะเลยกับปัญหานี้ อย่างไรก็ตามการละลายปัญหาเหล่านี้จะนำไปสู่การติดเชื้อบริเวณใบหน้า ขากรรไกร และลำคอที่รุนแรงได้ ลูดวิก แองไจน่า (Ludwig's angina) เป็นการติดเชื้อบริเวณใบหน้า ขากรรไกรชนิดหนึ่งที่มีสาเหตุมาจากฟันทำให้เกิดการติดเชื้อที่รุนแรง แพร่กระจายไปยังเยื่อหุ้มปอดและเยื่อหุ้มหัวใจได้ อาจส่งผลให้ผู้ป่วยเสียชีวิตได้ หากไม่ได้รับการวินิจฉัยรักษาที่ถูกต้องและทันท่วงที¹

หอผู้ป่วยโสต ศอ นาสิก โรงพยาบาลสกลนคร ให้บริการรักษาพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อรุนแรงของเนื้อเยื่อโพรงใต้คาง ซึ่งจากสถิติปี 2560-2565 พบว่า มีจำนวน 165, 111, 207, 225, 231, 241 รายต่อปี ตามลำดับ² ซึ่งจะเห็นว่ามีจำนวนเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ ในหอผู้ป่วยโสต ศอ นาสิก

ในการดูแล การวินิจฉัยรักษาและให้การพยาบาลผู้ป่วย พบภาวะแทรกซ้อนคือญาติและผู้ป่วยมีความวิตกกังวลกับการผ่าตัดที่ต้องมีแผลทะลุและการได้รับการผ่าตัดที่ต้องนอนโรงพยาบาล สูญเสียรายได้และมีภาวะเศรษฐกิจที่ต้องหาเลี้ยงชีพ รวมทั้งความรู้ในการดูแลตนเอง การดูแลจากญาติใกล้ชิดเพื่อป้องกันการกลับมารักษาซ้ำด้วยโรคที่ป้องกันได้ จึงต้องมีทีมงานที่มีความรู้ความสามารถที่จะรักษาและดูแลให้การพยาบาล รวมทั้งการให้สุขศึกษาแก่ผู้ป่วยและญาติในการดูแลและการปฏิบัติตัวอย่างถูกต้อง รวมทั้งการสังเกตอาการผิดปกติที่ควรพบแพทย์ก่อนนัดอย่างทันท่วงที สามารถใช้ชีวิตที่บ้านอย่างปลอดภัย อาการกลับสู่สภาพปกติมากที่สุด โดยเฉพาะปัจจุบันมีผู้ป่วยที่มีโรคร่วมเพิ่มมากขึ้น เช่น เบาหวาน³ คอพอกเป็นพิษ จะทำให้เพิ่มความยุ่งยากในการรักษาพยาบาลและยังไม่มีกำหนดแนวทางปฏิบัติที่ชัดเจนในกรณีดังกล่าว ด้วยเหตุนี้จึงจำเป็นต้อง วิเคราะห์องค์ความรู้เชิงลึกเกี่ยวกับการพยาบาลผู้ป่วยที่มีการอักเสบติดเชื้อ

ของคอส่วนลึก กรณีศึกษาผู้ป่วยที่มีโรคร่วม เพื่อเป็นแนวทางในการดูแลผู้ป่วยให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

วัตถุประสงค์

วิเคราะห์องค์ความรู้เชิงลึกเกี่ยวกับการพยาบาลผู้ป่วยที่มีการอักเสบติดเชื้อของคอส่วนลึก กรณีศึกษาผู้ป่วยที่มีโรคร่วม

วิธีดำเนินการศึกษา

1. รวบรวมข้อมูลจากการปฏิบัติงาน สถิติจากงานเวชระเบียน แผนกโสต ศอ นาสิก โรงพยาบาลสกลนคร โดยเลือกกรณีศึกษา 2 รายที่มีคุณสมบัติใกล้เคียงกัน
2. นำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์จากกรณีศึกษา 2 ราย เปรียบเทียบพยาธิสภาพ สาเหตุ อาการ การรักษาข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล
3. ศึกษาข้อมูลวิชาการ และเอกสารที่เกี่ยวข้องเปรียบเทียบและนำทฤษฎีต่างๆ มาประยุกต์ใช้ในการวางแผนการพยาบาล ตรงกับปัญหาที่ได้รับการประเมินอย่างครอบคลุม
4. ศึกษาและปรึกษากับผู้ที่มีความรู้โดยเฉพาะผู้เชี่ยวชาญหรือผู้มีประสบการณ์
5. วิเคราะห์ข้อมูล สรุปผลการศึกษาและเผยแพร่ผลงาน

พยาธิสภาพ การรักษาและการพยาบาลที่สำคัญ

ลูดวิก แองไจน่า เป็นการติดเชื้อที่รุนแรงในบริเวณขากรรไกรล่างที่ลุกลามครอบคลุมเนื้อเยื่อใต้ขากรรไกร (Submandibular space) เนื้อเยื่อใต้ฐานของลิ้น (Sublingual space) และเนื้อเยื่อใต้คาง (Submental space) ทั้งสองข้างของขากรรไกรล่าง ทำให้เนื้อเยื่อใต้ขากรรไกรและเนื้อเยื่อใต้คางมีลักษณะบวม แฉ่ง (Brawny swelling) มีการบวมของเนื้อเยื่อพื้นช่องปาก ทำให้ลิ้นถูกดันให้สูงขึ้นทำให้เกิดหายใจลำบาก ส่งผลทำให้เกิดทางเดินหายใจส่วนบนอุดตัน⁴ อาจทำให้เกิดการติดเชื้อลุกลามเข้าช่องอกและภาวะช็อกจากการติดเชื้อได้ พบได้บ่อยในกลุ่มผู้ป่วยที่มีภูมิคุ้มกันต่ำ เช่น ผู้ป่วยเบาหวานที่อาจพบการติดเชื้อที่รุนแรง ระยะเวลา

ในการนอนพักรักษาตัวในโรงพยาบาลนาน และอาจเกิดภาวะแทรกซ้อนได้ง่ายกว่ากลุ่มผู้ป่วยปกติ

สาเหตุของการติดเชื้อลุดวิก แองไจน่าส่วนใหญ่มาจากฟัน แต่ก็มีสาเหตุอื่นๆ ที่ทำให้เกิดการติดเชื้อชนิดนี้ได้เช่นกัน ได้แก่ การได้รับบาดเจ็บ เกิดบาดแผลบริเวณเนื้อเยื่อใต้ลิ้น, กระดูกอักเสบของขากรรไกร (Osteomyelitis of jaw), ภาวะอักเสบของหูชั้นกลาง (Otitis media), ต่อมน้ำลายอักเสบ (Sialadenitis), นิ่วในต่อมน้ำลาย (Sialolithiasis of submandibular gland) เป็นต้น⁵

อาการและอาการแสดง มีไข้ เจ็บคอมาก ร้าวไปที่หู กลืนลำบาก อ้าปากลำบาก มีน้ำลายและเยื่อเมือกคั่งค้างมากภายในลำคอ การอักเสบมีทั้งแบบฝีหนอง (abscess) และไม่มีหนอง⁶

การวินิจฉัย ประวัติฟันผุ เนื้อเยื่อใต้คางมีลักษณะบวม แฉก ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการพบเม็ดเลือดขาว มากกว่า 10,000 cell/mm³

การรักษา ป้องกันทางเดินหายใจอุดตัน โดยการใส่ท่อช่วยหายใจ (airway safety) การเจาะคอให้ยาปฏิชีวนะ (antibiotic treatment) และการผ่าตัดระบายหนอง (surgical drainage)

ขั้นตอนการรักษา Ludwig's angina⁷ ได้

ดังนี้ 1) **Early diagnosis** เป็นสิ่งจำเป็น เพราะว่าการวินิจฉัยล่าช้า อาจจะทำให้เกิดการติดเชื้อลุกลามรุนแรง ไปยัง parapharyngeal space แล้วเข้าสู่ mediastinum ทำให้เกิด mediastinitis ได้ ผู้ป่วยเหล่านี้จะมีปัญหาทางเดินหายใจได้ ดังกล่าวแล้วในตอนต้น

2) **Maintenance airway** ผู้ป่วยควรได้รับการดูแลทางเดินหายใจให้ดี ถ้าผู้ป่วยเริ่มมีอาการแสดงถึงการอุดกั้นทางเดินหายใจ ควรได้รับการเจาะคอโดยเร็ว เพราะถ้าการติดเชื้อลงมาถึงบริเวณคอ จะทำให้การเจาะคอเป็นไปได้โดยยากลำบาก จาก การบวม

3) **Incision and drain (I & D)** โดยการระงับความรู้สึกผ่านทางท่อเจาะคอ (Tracheostomy tube) เพื่อป้องกันการแตกของหนองที่บริเวณ pasapharyngeal space abscess และเกิด aspiration ของหนองเข้าสู่ปอดได้ การทำ blind endotracheal intubation และการทำ early surgical drainage เป็นสิ่งจำเป็น และควรพิจารณาถอนฟันที่เป็นสาเหตุออกไปด้วย เพื่อป้องกัน recurrent infection

4) **Antibiotic** นั้น Penicillin ยังคงเป็นอันดับต้นๆ ในการรักษาการติดเชื้อบริเวณใบหน้าและช่องปาก หรืออาจจะให้ Penicillin ร่วมกับยาปฏิชีวนะตัวอื่นๆ ที่เป็น Combination ก็ได้ แต่อย่างไรก็ตามคงต้องเลือกใช้ยา Antibiotic ตามผลการเพาะเชื้อ (Culture and Sensitivity)

5) **Hydration therapy** สภาพผู้ป่วยที่มาพบนั้นมักจะอ่อนเพลีย มีไข้สูง รับประทานอาหารหรือดื่มน้ำลำบาก ผู้ป่วยอยู่ในสภาพ dehydration เพราะฉะนั้นจึงควรเริ่มให้ fluid แก่ผู้ป่วยเพื่อเป็นการ hydration

การเปรียบเทียบข้อมูลการดำเนินของโรคกรณีศึกษา 2 ราย โดยมีรายละเอียด ดังตาราง 1

ตาราง 1 เปรียบเทียบและวิเคราะห์กรณีศึกษา 2 ราย

กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2	การวิเคราะห์
ข้อมูลทั่วไป เพศหญิง 44 ปี ไม่เคยป่วยาประวัติฟันผุ มีโรคประจำตัว ไทรอยด์ ต่อมสุรา ไม่สูบบุหรี่	ข้อมูลทั่วไป เพศหญิง 55 ปี ประวัติฟันผุ มีโรคประจำตัว ไทรอยด์ ร่วมกับเบาหวาน ไม่สูบบุหรี่ ไม่ดื่มสุรา จบการศึกษาชั้นประถมศึกษา	ผู้ป่วยทั้ง 2 ราย มีโรคประจำตัวคือ ไทรอยด์เป็นพิษ และเบาหวานทำให้เกิดการติดเชื้อได้ง่ายจากภาวะภูมิคุ้มกันทำงานผิดปกติ

กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2	การวิเคราะห์
ประวัติการเจ็บป่วยในปัจจุบัน 3 วันก่อนมา ปวดบวมบริเวณใต้คาง ได้รับยาจากคลินิก อาการไม่ดีขึ้นจึงมาโรงพยาบาล	ประวัติการเจ็บป่วยในปัจจุบัน 5 วันก่อนมา เจ็บคอ กลืนลำบาก รับประทานยาที่ได้จากแผนกผู้ป่วยนอก อาการไม่ดีขึ้น จึงเข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาล	ผู้ป่วยทั้งสองรายล้วนได้รับยา Antibiotic ที่ไม่ได้มาจากผลการตรวจเพาะเชื้อ ทำให้ไม่สามารถยับยั้งการลุกลามของเชื้อได้
การวินิจฉัย Ludwig's Angina	การวินิจฉัย Ludwig's Angina	การวินิจฉัย จากประวัติฟันผุ อาการ ปวดบวมบริเวณใต้คางเจ็บคอกลิ้นลำบาก ประกอบกับผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการพบเม็ดเลือดขาว 16,240 cell/mm ³ และ 15,840 cell/mm ³ ทำให้สามารถวินิจฉัยได้ทันเวลาที่
การรักษา 1. ผ่าตัดระบายหนอง (I & D) 2. ให้ยาปฏิชีวนะ Augmentin 1.2 gm (V) q 8 hrs	การรักษา 1. ผ่าตัดระบายหนอง (I & D) 2. ให้ยาปฏิชีวนะ Clindamycin 600 mg (V) q 6 hr และ Ceftriaxone 2 gm (V) drip OD 3. ถอนฟัน 4 ซี่	การรักษา เป็นไปเพื่อป้องกันทางเดินหายใจอุดตัน โดยให้ยาปฏิชีวนะ (antibiotic treatment) เพื่อลดการบวมที่มาจากกระบวนการอักเสบติดเชื้อ และการผ่าตัดระบายหนอง (surgical drainage)

ตาราง 2 เปรียบเทียบข้อมูลตามกรอบแนวคิดแบบแผนสุขภาพของมาจอร์ กอร์ดอน⁸

ข้อมูลแบบแผนสุขภาพ	กรณีศึกษา 1	กรณีศึกษา 2
1. การรับรู้ภาวะสุขภาพและการดูแลสุขภาพ	มีพฤติกรรมเสี่ยง ดื่มสุรา สูบบุหรี่ เป็นโรคไทรอยด์เป็นพิษ มีฟันผุแต่ไม่ได้รับการรักษาอย่างถูกต้อง คิดว่าการผ่าตัดบริเวณคออันตรายต่อการหายใจ ไม่มีความรู้และทักษะในการดูแลตนเองเมื่อกลับบ้าน	มีความรู้เรื่องโรคที่ตนเองเป็นอยู่ เบาหวาน รับประทานต่อเนื่อง เป็น อสม. แต่มีอาการปวดแล้วไม่มาโรงพยาบาล ซ้ำยามารับประทานเอง มีการอักเสบลิ้นบวม ฟันผุ
2. โภชนาการและการเผาผลาญสารอาหาร	รับประทานอาหารครบทุกมื้อ ชอบอาหารรสจัดและครบ 5 หมู่ และปัจจุบันมีอาการปวดและบวมใต้คาง	รับประทานอาหาร ระวังของหวาน กลืนลำบาก รับประทานได้น้อยลง
3. การขยับถ่าย	ขยับถ่ายอุจจาระ ปัสสาวะปกติทุกวัน	ขยับถ่ายอุจจาระ ปัสสาวะปกติทุกวัน
4. กิจกรรมและ	สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้เอง	สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้เอง

ข้อมูลแบบแผนสุขภาพ	กรณีศึกษา 1	กรณีศึกษา 2
การออกกำลังกาย	ไม่ออกกำลังกาย Bathel Activities of Daily Living Index 18 คะแนน	ไม่ออกกำลังกาย Bathel Activities of Daily Living Index 17 คะแนน
5. การพักผ่อนนอนหลับ	พักผ่อนเพียงพอ เข้านอน 22.30 น. ตื่น 06.30 น. ไม่นอนกลางวัน	พักผ่อนเพียงพอ เข้านอน 20.30 น. ตื่น 05.30 น. นอนกลางวัน 1 ชั่วโมง
6. สถิติปัญหาและการรับรู้	จบประถมศึกษาปีที่ 6 รับรู้อาการปวด บวมบริเวณใต้คาง มีฟันผุ มีปวดฟัน เล็กน้อย 3/10 คะแนน บอกประวัติ ถูกต้อง รับรู้รสชาติ กลิ่นและเสียง ปกติ	จบประถมศึกษาปีที่ 4 รับรู้ตัวตนเอง กลืนลำบาก พูดลำบาก ปวดคอ 6/10 คะแนน และลิ้นบวม มีฟันผุ รับรู้รสชาติ กลิ่นและเสียง ปกติ
7. การรับรู้ตนเองและอัตมโนทัศน์	การเจ็บป่วยของตนเอง ทำให้ครอบครัวลำบาก ขาดรายได้และครอบครัวต้องมาดูแลลำบาก	เข้าใจการเจ็บป่วยของตนเป็นภาระครอบครัวที่ต้องมาดูแล เป็นหัวหน้าครอบครัว บุตรหลานเคารพรัก นับถือ
8. บทบาทและสัมพันธภาพ	ครอบครัวรักกันดี มีบุตร 2 คน ครอบครัวรักใคร่กัน	เป็นหัวหน้าครอบครัว บุตรหลานเคารพรักนับถือผู้ป่วย มีบุตร 4 คน ครอบครัวรักใคร่กัน
9. เพศและการเจริญพันธุ์	สถานภาพคู่ ไม่มีปัญหาความสัมพันธ์ ประจำเดือนมาสม่ำเสมอ ไม่มีประวัติความผิดปกติของมดลูก และอวัยวะสืบพันธุ์	สถานภาพคู่ ไม่มีปัญหาความสัมพันธ์หมดประจำเดือนเมื่ออายุ 50 ปี
10. การปรับตัวและการทบทวนกับความเครียด	ประเมินความเครียดโดยใช้ ST - 5 ได้ 7 คะแนน	ประเมินความเครียดโดยใช้ ST - 5 ได้ 6 คะแนน
11. คุณค่าและความเชื่อ	นับถือศาสนาพุทธ เข้าวัด ดื่กบาตร เชื่อเรื่องบุญกรรม	นับถือศาสนาพุทธ มีธรรมะเป็นที่ยึดเหนี่ยว

การวางแผนการพยาบาล⁹

การวางแผนการพยาบาลที่สำคัญสำหรับกรณีศึกษา 3 ระยะ ดังนี้

1. ระยะก่อนผ่าตัด

1.1 ป้องกันการอุดตันของช่องทางเดินหายใจ และส่งเสริมให้ได้รับออกซิเจนที่เพียงพอ โดยวัดสัญญาณชีพประเมินภาวะขาดออกซิเจน เพื่าระวังภาวะทางเดินหายใจอุดกั้น เช่น หายใจลำบาก (Dyspnea) มีเสียงดัง หายใจเร็ว ตื่น หน้าอกบวม เหนื่อย หอบ ชีพจรเร็วผิดปกติ รายงานแพทย์ทันที เพื่อแก้ไขภาวะการหายใจถูกกด (Airway distress) อาจต้องใส่ท่อช่วยหายใจหลอดลม (Endotracheal

intubation) หรือเจาะหลอดลมคอ (Tracheotomy) ถ้ามีเสมหะมากให้ดูดออกด้วยเครื่องดูดเสมหะ จัดให่นอนศีรษะสูงเพื่อลดบวมและช่วยระบายสารคัดหลั่ง ให้ยาลดการบวมตามแผนการรักษา ติดตามผลการตรวจพิเศษต่างๆ เพื่อประเมินความก้าวหน้าของโรค

1.2 บรรเทาความเจ็บปวดและการใช้ โดยการประเมินสัญญาณชีพ ประเมินระดับความปวดให้ยา ตามแผนการรักษา หากไม่งดน้ำงดอาหาร ให้รับประทานอาหารอ่อนที่กลืนง่าย เช็ดตัวลดไข้ จัดสิ่งแวดล้อมเพื่อส่งเสริมการพักผ่อนได้เต็มที่

1.3 เตรียมความพร้อมก่อนผ่าตัด ระบายหนอง I & D ดังนี้ 1) ตรวจสอบความสะอาดบริเวณ

ใบหน้าลงมาถึงลำคอทั้ง 2 ข้าง 2) ให้ NPO ตั้งแต่วันรับใหม่ 3) ควบคุมให้ผู้ป่วยได้รับ 0.9% NSS 1000 ml iv 120 ml/hr 4) ประสานทีมห้องผ่าตัดและวิสัญญีเพื่อส่งต่อข้อมูลผู้ป่วยอย่างละเอียด 5) ติดตามผล CBC, BUN, Cr, Electrolytes, Blood Sugar, Anti-HIV ให้ได้ก่อนเข้าห้องผ่าตัด 6) วัดสัญญาณชีพ O₂ Saturation และเจาะ DTX ก่อนเข้าห้องผ่าตัด 7) อธิบายให้ผู้ป่วยและภรรยาเข้าใจแผนการดูแลความจำเป็นของการผ่าตัดอย่างละเอียด 8) เปิดโอกาสให้ซักถามข้อมูลอย่างเพียงพอ และให้ผู้ป่วยลงนามยินยอมผ่าตัด สามีลงนามเป็นพยาน 9) ตรวจสอบความพร้อมของเวชระเบียนต่างๆ ให้ครบถ้วน 10) ในระหว่างไปห้องผ่าตัด ดูแลให้ O₂ mask with bag ตลอดทาง พยาบาลนำผู้ป่วยไปส่งอย่างปลอดภัย

2. ระยะหลังผ่าตัด

2.1 อาจเกิดภาวะเนื้อเยื่อพร่องออกซิเจนหลังผ่าตัด ประเมินการหายใจและภาวะพร่องออกซิเจน ดูแลติดตามผลเอกซเรย์ และผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ จัดท่านอน High fowler's position ประเมินระดับความรู้สึกตัว อาการกระสับกระส่าย การหายใจเร็ว และเสียงหายใจดัง ประเมินสัญญาณชีพ และ O₂ Saturation ทุก 1 ชั่วโมง จนกว่าสัญญาณชีพจะคงที่ จัดท่า High fowler's position ให้ปอด 2 ข้าง ขยายตัวได้เต็มที่ ให้ O₂ mask with bag 10 lit/min ตลอดเวลา ประเมินภาวะ Peripheral และ Central cyanosis โดยประเมินจากปลายมือปลายเท้าเขียวริมฝีปากเขียว ประเมิน Capillary refill time ทุก 2 ชั่วโมง

2.2 เสี่ยงต่อการติดเชื้อในกระแสเลือดจากการติดเชื้อในช่องเยื่อหุ้มคอชั้นลึก ประเมินระดับความรู้สึกตัว กระสับกระส่าย ลับสน ซึมลง วัดสัญญาณชีพ และ O₂ saturation ทุก 1 ชั่วโมง Resuscitate volume เปิดเส้นด้วย IV catheter ขนาดเบอร์ 18 ควบคุมให้ 0.9% NSS 1000 ml iv 120 ml/hr โดยใช้ Infusion pump เฝ้าระวังภาวะน้ำเกิน โดยการฟัง Breath sound ทุก 4 ชั่วโมง สังเกตอาการเหนื่อยหอบ นอนราบไม่ได้

และเสมหะเป็นฟองสีชมพู ส่งตรวจ Hemoculture 2 ขวด ตามมาตรฐาน ให้ยาปฏิชีวนะตามแผนการรักษา Clindamycin 600 mg (V) q 6 hrs และ Ceftriaxone 2 gm (V) drip OD บันทึกรับน้ำเข้า-ปัสสาวะออก ทุก 1 ชั่วโมง หากปัสสาวะออกน้อยกว่า 30 ซีซีต่อชั่วโมง รายงานแพทย์

2.3 ปวดแผลบริเวณคอหลังผ่าตัด อธิบายให้ผู้ป่วยเข้าใจถึงสาเหตุของความปวด รวมถึงวิธีการจัดการความปวด ทำแผลตามมาตรฐาน ให้ยาลดปวด Paracetamol (500 mg) 1 tab (C) pm q 4-6 hrs ประเมิน Numerical Rating Scale ทุก 8 ชั่วโมง

2.3 อาจเกิดการติดเชื้อใต้คางซ้ำ ล้างมือก่อนและหลังให้การพยาบาล แนะนำผู้ป่วยและญาติ เรื่อง Hand hygiene ทำแผลด้วยวิธี Aseptic technique วันละ 2 ครั้ง และเมื่อมีสารคัดหลั่งซึมจนถึงวันที่ 29 มิถุนายน 2565 เริ่ม Short drain วันละ 1 ครั้ง เนื่องจากมีหนองซึมน้อยลง ประเมินลักษณะของบาดแผล สี กลิ่นของสารคัดหลั่งที่ออกมา วัดสัญญาณชีพ ทุก 4 ชั่วโมง ดูแลให้ยาปฏิชีวนะตามแผนการรักษา Clindamycin 600 mg (V) q 6 hrs. และ Ceftriaxone 2 gm (V) drip OD บริหารยาอย่างถูกต้อง ตรงเวลา ประเมินผลข้างเคียงท้องยา เช่น ผื่นขึ้น ตัวแดง ติดตามผลการตรวจ CBC ประเมินค่า WBC และ Neutrophil

2.4 ผู้ป่วยและญาติมีความวิตกกังวล อธิบายสาเหตุของโรค อาการแสดง ผลการผ่าตัด แผนการดูแลรักษาในทุกขั้นตอน ตลอดระยะเวลาที่นอนรักษาตัวในโรงพยาบาล เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและญาติซักถามและมีส่วนร่วมในการทำกิจกรรมการพยาบาล เช่น กำหนดระยะเวลาดูแผล ทำแผล พลิกตะแคงตัว เตรียมความพร้อมก่อนกลับบ้าน โดยแนะนำการปฏิบัติตัวทุกเรื่อง รวมทั้งเปิดโอกาสให้ซักถามและประเมินความเข้าใจของผู้ป่วยและญาติ โดยการตั้งคำถามย้อนกลับและให้ผู้ป่วยตอบ

2.5 ผู้ป่วยอาจเกิดภาวะน้ำตาลในเลือดสูงและน้ำตาลในเลือดต่ำ ประเมินระดับความรู้สึกตัว

กระชับกระสาย สับสน ซึ่ม ประเมิน DTX (ก่อนเข้าห้องผ่าตัด) 208 mg% ดูแลให้ Regular Insulin (RI) ตาม Scale ระยะหลังให้ RI นาน 15-30 นาที เพื่ารักษาภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ ได้แก่ หน้ามืด ใจสั่น เหงื่อออก ตัวเย็น ซึ่มลง หากน้ำตาลในเลือดสูงจะมีการปัสสาวะออกมาก และน้ำตาลในเลือดสูง ได้แก่ ซึ่ม ปากแห้ง อ่อนเพลีย อ่อนแรง คลื่นไส้ ปวดท้อง หายใจลึก

2.6 บทพร่องในการสื่อสาร เนื่องจากอาการบวมปวดบริเวณแก้ม คอ และคาง จากการอักเสบและมีแผลผ่าตัด พยาบาลควรสังเกตพฤติกรรมและประเมินความสามารถในการสื่อสาร แนะนำให้ดการใช้เสียงชั่วคราว ใช้วิธีการสื่อสารช่องทางอื่น เช่น การใช้กิริยาท่าทาง การเขียนหนังสือ หรือใช้รูปภาพ/สัญลักษณ์ต่างๆ ส่งเสริมสัมพันธภาพที่ดีระหว่างผู้ป่วยกับครอบครัว หรือบุคลากรทีมสุขภาพ

3. การเตรียมผู้ป่วยกลับบ้าน ตามหลัก D-METHOD

D= Disease คำแนะนำเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดหัวใจ (Ludwig's angina) เบาหวาน คอพอกเป็นพิษ

การรักษา การผ่าตัดที่ได้รับ การจัดการความปวด การสังเกตอาการผิดปกติที่ควรมาพบแพทย์ก่อนวันนัด

M= Medication คำแนะนำเกี่ยวกับยาที่ต้งรับประทานต่อที่บ้านทั้งวิธีใช้ วิธีเก็บรักษา การแพ้ระวังอาการไม่พึงประสงค์จากยา การแก้ไขเบื้องต้น

E= Environment การเตรียมสภาพแวดล้อมที่บ้านให้เหมาะสมกับสภาพของผู้ป่วยหลังผ่าตัด

T= Treatment ให้ คำ น า เ น น ำ ก า ร รักษาพยาบาลที่ต้องทำเมื่อกลับบ้านอย่างต่อเนื่อง เช่น การทำแผลผ่าตัด การตัดไหม การปฏิบัติตัวเฉพาะโรค

H= Health ให้ คำแนะนำการดูแลสุขภาพทั่วไป ได้แก่ การทำความสะอาดช่องปากและฟัน เพื่อป้องกันการติดเชื้อ

O= Outpatient referral แนะนำการมาตรวจตามนัด การสังเกตอาการผิดปกติ ซึ่งจำเป็นต้องมาพบแพทย์ก่อนนัด เช่น ไข้สูง แผลผ่าตัดติดเชื้อ เป็นต้น

D= Diet แนะนำการรับประทานอาหารอ่อน เลี่ยงอาหารรสจัด กลืนลำบาก

ตาราง 3 เปรียบเทียบข้อวินิจฉัยและการพยาบาลที่ได้รับ

ข้อวินิจฉัยการพยาบาล	กรณีศึกษา
1. ระยะก่อนผ่าตัด	ผู้ป่วยทั้งสองรายมีข้อวินิจฉัยที่ไม่แตกต่างกัน ได้แก่ 1) มีการติดเชื้อบริเวณช่องเยื่อหุ้มคอส่วนลึกในโพรงใต้คาง 2) ไม่สุขสบายเนื่องจากมีอาการ ปวด บวมใต้คาง พุดลำบาก 3) วิดกกังวลกลัวการผ่าตัด
2. ระยะหลังผ่าตัด	ผู้ป่วยทั้งสองรายมีข้อวินิจฉัยที่เหมือนและแตกต่างกันดังนี้ ส่วนที่เหมือนกัน ได้แก่ 1) อาจเกิดภาวะเนื้อเยื่อพร่องออกซิเจนหลังผ่าตัด 2) เสี่ยงต่อการติดเชื้อในกระแสเลือดเนื่องจากการติดเชื้อในช่องเยื่อหุ้มคอส่วนลึก 3) อาจติดเชื้อใต้คางซ้ำ 4) ผู้ป่วยและญาติมีความวิตกกังวล 5) การสื่อสารลำบาก/บทพร่อง เนื่องจากอาการบวมปวดบริเวณแก้ม คอ และคาง จากการอักเสบและมีแผลผ่าตัดส่วนที่ต่างกัน คือ อาจเกิดภาวะน้ำตาลในเลือดสูง และน้ำตาลในเลือดต่ำ กรณีผู้ป่วยมีโรคร่วมเป็นไทรอยด์เป็นพิษ ร่วมกับเบาหวาน
3. การเตรียมผู้ป่วยกลับบ้าน	ผู้ป่วยทั้งสองรายมีข้อวินิจฉัยที่ไม่แตกต่างกัน ได้แก่ ขาดความรู้ในการปฏิบัติตัวเมื่อกลับบ้าน

เปรียบเทียบอาการ อาการแสดงและการรักษาที่ได้รับ

กรณีศึกษา รายที่ 1 ผู้ป่วยอายุ 44 ปี มาโรงพยาบาลด้วยอาการสำคัญ คือปวด บวมบริเวณใต้คาง เป็นมา 3 วัน ให้ประวัติว่าเป็นไทรอยด์มา 4 ปี รับประทานยาที่คลินิกเอกชน คือ PTU 1 เม็ด 3 เวลา หลังอาหาร แกร็บอนุทมิ 36.5 องศาเซลเซียส ชีพจร 100 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 20 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 130/80 มิลลิเมตรปรอท น้ำหนัก 65 กิโลกรัม ส่วนสูง 160 เซนติเมตร ดัชนีมวลกาย 25.4 kg/m² (อ้วนกว่าปกติเล็กน้อย) แพทย์ให้นอนพักรักษาตัวในหอผู้ป่วยโรคต่อ ตอ นาลิก ตรวจร่างกายพบมีอาการปวดและบวมบริเวณใต้คาง ปวด 3/10 คะแนน ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการพบว่ามีโปรตีนในปัสสาวะ 2.8 mmol/L คลอไรด์ 100 mmol/L T3 = 2.07 ng/dL Free T4 2.40 ng/dL ตรวจ SARS Covid -2 (RT-PCR) Negative White Blood Cell Count 16,240 cell/mm³ Lymphocyte 18% ต่ำ มีแผนการรักษาหลังได้ผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ คือ Elixir KCl 30 ml 3 dose และติดตามผลการตรวจซ้ำ แพทย์ set ผ่าตัดทำ I & D ในวันถัดมา โดยให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ 5% DN/2 1,000 ml 120 ml/hr และให้ยาปฏิชีวนะทางหลอดเลือดดำ Augmentin 1.2 gm 8 hrs ได้รับการผ่าตัด I & D under GA ขณะผ่าตัดสัญญาณชีพอยู่ในเกณฑ์ปกติ ใช้เวลาผ่าตัด 10 นาที กลับจากห้องผ่าตัดผู้ป่วยรู้สึกตัวดี ไม่คลื่นไส้ อาเจียน มีแผลใต้คาง และ Penrose drain ปิด gauze ไว้ ไม่ซึม On 5% DN/2 1,000 ml 80 ml/hr

กรณีศึกษา รายที่ 2 ผู้ป่วยหญิงอายุ 55 ปี มาโรงพยาบาลด้วยอาการสำคัญ คือ เจ็บคอ กลืนอาหารลำบาก เป็นมา 5 วัน ให้ประวัติว่า 1 สัปดาห์ก่อนมาโรงพยาบาลมีอาการปวดศีรษะ เจ็บคอ กลืนลำบาก เคยมาโรงพยาบาลได้รับยาไปกิน อาการไม่ดีขึ้นจึงมาพบแพทย์โรงพยาบาลวันนี้ มีประวัติเป็นเบาหวานมา 10 ปี เคยได้รับการผ่าตัดไทรอยด์ ยาที่ได้รับต่อเนื่อง คือ Glipizide 5 mg รับประทาน 2 เม็ด

วันละ 1 ครั้ง ก่อนอาหารเช้า Metformin 500 mg รับประทาน 1 เม็ด วันละ 3 ครั้ง หลังอาหารเช้า-เย็น Ploglitazone 30 mg รับประทาน 1 เม็ด วันละ 1 ครั้ง หลังอาหารเช้า Simvastatin 10 mg รับประทาน 2 เม็ด วันละ 1 ครั้ง ก่อนนอน

แรกรับอุณหภูมิ 37.2 องศาเซลเซียส ชีพจร 104 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ 120/60 มิลลิเมตรปรอท น้ำหนัก 42 กิโลกรัม ส่วนสูง 150 เซนติเมตร BMI 18.7 ปกติ พูดลำบาก เจ็บคอ ลิ้นบวม กลืนลำบาก คะแนนความปวด 6/10 คะแนน ผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ พบเม็ดเลือดขาว 15,840 cell/mm³ Neutrophil 80% Lymphocyte 10% Sodium 135 mmol/L คลอไรด์ 98 mmol/L ต่ำ แพทย์ให้พักรักษาตัวในโรงพยาบาล ให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ 0.9% NSS 1,000 ml 60 ml/hr งดน้ำงดอาหารและเจาะน้ำตาล DTX 8 ชม. Keep 80-200 mg% ให้ยาปฏิชีวนะทางหลอดเลือดดำ คือ ceftriaxone 2 gm OD, Clindamycin 600 mg. 8 hrs และ Set I & D Under GA ก่อนผ่าตัดมีค่า DTX 208 mg% ให้ RI sc ตาม Scale ระหว่างผ่าตัด สัญญาณชีพอยู่ในระดับปกติ Blood Loss Minimal หลังผ่าตัด I & D ดีขึ้น กินได้ ให้ Dexamethasone 4 mg 8 hrs, Tramal 50 mg 8 hrs และทำแผล bid, Soft DM Diet เจาะน้ำตาล Premeal hs Keep 80-200 mg% ให้ RI Scale เดิม และให้ยาปฏิชีวนะเดิมต่อเนื่อง รับประทานยาเดิมได้ทั้งหมด แผลใต้คาง ปิด gauze ไว้ แผลไม่ซึม

สรุปผลการศึกษา

เปรียบเทียบผู้ป่วยทั้ง 2 ราย ที่มีการอักเสบของเยื่อหุ้มชั้นลึกในโพรงใต้คาง ตำแหน่งที่มักพบการติดเชื้อหลัก คือ Submandibular space ผู้ป่วยทั้งสองได้รับยาปฏิชีวนะครอบคลุมเชื้อ ได้รับการผ่าตัด I & D พบหนองทั้ง 2 ราย เพื่อส่งเพาะเชื้อ พบเชื้อ staphylococcus aureus ซึ่งเกิดจากฟันผุ และผู้ป่วยรายที่ 1 มีโรคประจำตัวไทรอยด์และมีฟันผุ ผู้ป่วยราย

ที่ 2 มีโรคประจำตัว คือ เบาหวาน แต่การดูแลตนเองยังขาดความระมัดระวัง โรคทางช่องปาก ทำให้เกิดฟันผุจนอักเสบรุนแรง และมีฟันผุ 4 ซี่ ซึ่งแพทย์มีแผนการรักษา คือ ถอนฟัน 4 ซี่ ซึ่งกรณีศึกษาทั้ง 2 รายนี้ได้รับการประเมินแรกนับตั้งแต่วันแรก วินิจฉัยได้ถูกต้องและรวดเร็ว ได้รับการพยาบาลที่ครอบคลุม ปัญหาทำให้ผู้ป่วยปลอดภัย จำหน่ายกลับบ้านได้

อภิปรายผลการศึกษา

การติดเชื้อในช่องคอส่วนลึก (Ludwig's angina) เป็นการติดเชื้อที่ต้องได้รับการรักษาอย่างรวดเร็ว เนื่องจากเกิดการติดเชื้อและภาวะแทรกซ้อนได้แก่ การติดเชื้อในกระแสเลือด และทางเดินหายใจส่วนบนอุดตัน ที่อาจเป็นอันตรายถึงชีวิต อาการเริ่มแรกที่พบได้บ่อย คือ ปวด บวมที่ลำคอ ส่วนใหญ่เกิดจากการติดเชื้อที่ฟัน การรักษา นอกจากต้องให้ยาปฏิชีวนะที่ครอบคลุมเชื้อ Aerobe bacteria แล้ว ยังครอบคลุม Anaerobe bacteria และการส่งเสริมการดูแลความสะอาดในช่องปาก อาจช่วยป้องกันภาวะการติดเชื้อในช่องเยื่อหุ้มคอชั้นลึกได้

ผู้ขอรับการประเมินได้รับประสบการณ์จากการศึกษา 2 กรณีศึกษา คือ พบว่า ทั้ง 2 รายมีสุขภาพทั่วไปแข็งแรงดี สามารถประกอบอาชีพได้ปกติ และยังรับหน้าที่เป็น อสม. แต่การดูแลตนเองที่ยังขาดความระมัดระวัง โรคทางช่องปากและฟันทำให้เกิดการติดเชื้อจนอักเสบรุนแรง ถึงต้องทำให้ได้รับการรักษาโดยการผ่าตัด I & D ทั้ง 2 ราย ซึ่งหากมีการพัฒนาโดยกำหนดจุดมุ่งหมาย ที่จะเผยแพร่ความรู้ในการดูแลตนเองและส่งเสริมอนามัยช่องปากและฟันของประชาชนหรือผู้ป่วยที่ยังขาดความรู้เรื่องโรคนี้ ดังที่ได้นำเสนอสถิติข้อมูลดังกล่าวพบว่า จำนวนผู้ป่วย Ludwig's Angina ที่เพิ่มมากขึ้นทุกปีตั้งแต่ปี พ.ศ. 2560-2565 จึงมีการวางแผนเผยแพร่ความรู้แก่ประชาชนเพื่อให้เกิดวิธีปฏิบัติที่ถูกต้อง เหมาะสม ป้องกันการเกิดการติดเชื้อในช่องปากและฟัน อันก่อให้เกิดภาวะแทรกซ้อนรุนแรงจนอาจถึงแก่ชีวิตได้

โอกาสพัฒนาและเผยแพร่ความรู้ความเข้าใจเพื่อป้องกัน Ludwig Angina ในประชาชนทั่วไป โดยมีขั้นตอนการดำเนินการดังนี้ คือ

1. ประชุมประสานงานกับทีมทันตกรรม เพื่อเตรียมข้อมูลวิชาการเรื่องการติดเชื้อจากฟันสู่ Ludwig Angina

2. จัดทำแผ่นพับ สื่อโฆษณา เรื่อง Ludwig Angina โดยเผยแพร่ Facebook YouTube line TikTok โดยมี QR Code สแกนสำหรับผู้สนใจด้วย

3. ประสานงานกับทีม รพ.สต., อสม., รพ.ชุมชน และหน่วยแพทย์อนามัยโรงเรียน เพื่อจัดการออกหน่วย ให้ความรู้แก่เยาวชน และประชาชนวัยทำงาน รวมทั้งส่วนราชการที่เกี่ยวข้องและสนใจ

4. เนื้อหาที่จัดทำ ได้แก่ โรค สาเหตุของโรค อาการที่พบ อาการที่เฝ้าระวัง การรักษาที่ได้รับการผ่าตัด I & D (วีดีโอภาพการผ่าตัด) รวมทั้งอาการแทรกซ้อนหลังผ่าตัดที่อาจพบได้

เพื่อให้เกิดประโยชน์สูงสุดต่อวิชาชีพและประชาชน จากประสบการณ์ตรงในการดูแลผู้ป่วยจริงจึงสามารถ นำเป็นแนวทางปฏิบัติได้เป็นอย่างดี แก่บุคลากรและทีมงานสหสาขาวิชาชีพ สู่ชุมชนต่อไป

ข้อเสนอแนะ

ควรมีการพัฒนาการเผยแพร่ความรู้ ความเข้าใจเพื่อป้องกัน Ludwig's angina ในประชาชนทั่วไป โดยมีขั้นตอนชัดเจนจากทีมสหสาขา คือ กลุ่มงานทันตกรรม, สื่อมวลชน รวมทั้งโรงพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และหน่วยแพทย์อนามัยโรงเรียน เพื่อจัดการออกหน่วยให้ความรู้แก่เยาวชนเชิงรุก และประชาชนวัยทำงาน รวมทั้งส่วนราชการที่เกี่ยวข้องและผู้สนใจเพื่อให้เกิดประโยชน์สูงสุดต่อวิชาชีพและประชาชน รวมทั้งลดจำนวนผู้ป่วย Ludwig's angina ในโรงพยาบาลสกลนครได้ต่อไป

เอกสารอ้างอิง

1. Barakate MS, Jensen MJ, Hemli JM, Graham AR. Ludwig's angina: report of a case and review of management issues. *Ann Otol Rhinol Laryngol*. 2001;110:453–6.
2. กลุ่มงานโสต ศอ นาสิก โรงพยาบาลสกลนคร. รายงานสถิติผู้ป่วยประจำปี พ.ศ. 2560–2565. สกลนคร: โรงพยาบาลสกลนคร; 2565.
3. อัศวิน เรืองมงคลเลิศ. การอักเสบติดเชื้อในช่องเยื่อหุ้มคอชั้นลึกของโรงพยาบาลนครพนม. 2560;4(3):5–15.
4. Han X, An J, Zhang Y, Gong X, He Y. Risk factors for life-threatening complications of maxillofacial space infection. *J Craniofac Surg*. 2016;27:385–90.
5. Trakarnchansiri J. Factors leading to complications in treating patients with deep neck infection (DNI) at the Chaophya Abhaibhubejhr Hospital in Prachinburi, Thailand. *Bu J Med*. 2022;10(1):38–53.
6. พิมวิธญา ชื่นทรงธรรม, สุพจน์ เจริญสมบัติอมร, จิระพงษ์ อังคะรา. การอักเสบติดเชื้อของลำคอชั้นลึกในคณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช. *วชิรเวชสารและวารสารเวชศาสตร์เขตเมือง*. 2561;62(5):364–73.
7. Yale SH, Tekiner H, Yale ES. Terminological insights in Ludwig angina: evaluating pseudo tongue, double tongue, and Ludwig sign. *Am J Med*. 2024;137(4):e79.
8. พรสิริ พันธลี. การพยาบาลและแบบแผนสุขภาพ: การประยุกต์ใช้ทางคลินิก. พิมพ์ครั้งที่ 27. กรุงเทพฯ: พิมพ์อักษร; 2565. p.1–334.
9. วิจิตรา กุสุมภ์, สุลี ทองวิเชียร. ข้อวินิจฉัยการพยาบาลและการวางแผนการพยาบาล: กรณีศึกษา. กรุงเทพฯ: พี.เค.เค. พรินต์; 2562. p.1–174.

การพยาบาลผู้ป่วยภาวะหัวใจเต้นเร็วผิดปกติชนิด AVNRT ที่ได้รับการระงับความรู้สึกในการรักษาด้วยการจี้ไฟฟ้าหัวใจด้วยคลื่นความถี่วิทยุ : กรณีศึกษาเปรียบเทียบ 2 ราย

ปณณดา จิตรดามา¹

บทคัดย่อ

ภาวะหัวใจเต้นเร็วผิดปกติชนิด AVNRT เป็นภาวะฉุกเฉินที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิต การรักษาด้วยการจี้ไฟฟ้าหัวใจด้วยคลื่นความถี่วิทยุ (Radiofrequency ablation) ให้ผลดีแต่มีโอกาสดังกล่าวแทรกซ้อนที่รุนแรงได้ การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบการพยาบาลผู้ป่วยภาวะหัวใจเต้นเร็วผิดปกติชนิด AVNRT ที่ได้รับการระงับความรู้สึกในการรักษาด้วยการจี้ไฟฟ้าหัวใจ จำนวน 2 ราย

รูปแบบการศึกษา: ศึกษาเปรียบเทียบกรณีศึกษา 2 ราย แบบเฉพาะเจาะจง ณ โรงพยาบาลสกลนครระหว่างเดือนสิงหาคม-ตุลาคม 2566 เครื่องมือที่ใช้ได้แก่ แบบบันทึกข้อมูลจากเวชระเบียน นำมาวิเคราะห์ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลโดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีการพยาบาลของโอเรม เพื่อวางแผนและประเมินผลลัพธ์ทางการพยาบาล

ผลการศึกษา กรณีศึกษาทั้ง 2 รายมีความแตกต่างทั้งด้านอายุ และปัจจัยเสี่ยงของการเกิดโรคที่แตกต่างกัน ได้รับการรักษาเบื้องต้นจนอาการคงที่ และได้รับการส่งต่อเพื่อรับการรักษาดังกล่าวด้วยการจี้ไฟฟ้าหัวใจด้วยคลื่นความถี่วิทยุ

กรณีศึกษาที่ 1 ไม่พบ ภาวะแทรกซ้อนขณะให้การรักษ

กรณีศึกษาที่ 2 เกิดภาวะแทรกซ้อนขณะจี้ไฟฟ้าหัวใจคือหัวใจเต้นเร็วผิดปกติ Atrial fibrillation ได้รับการแก้ไขภาวะแทรกซ้อนและทำหัตถการต่อจนสำเร็จตามแผนการรักษา ไม่มีภาวะแทรกซ้อนจากการให้ยาระงับความรู้สึก ผู้ป่วยปลอดภัยได้รับการพยาบาลครอบคลุมตั้งแต่ ระยะก่อนทำหัตถการ ขณะทำหัตถการ และหลังทำหัตถการ ตลอดจนการวางแผนจำหน่าย

สรุป วิสัยทัศน์พยาบาลมีบทบาทสำคัญในการช่วยให้การระงับความรู้สึก เฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนทั้งจากการระงับความรู้สึกและจากการทำหัตถการ จึงต้องมียุทธศาสตร์ความรู้เกี่ยวกับโรคและแนวทางการรักษาและนำข้อมูลของผู้ป่วยมา วางแผนการพยาบาลได้อย่างครอบคลุมทุกระยะ เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาได้อย่างปลอดภัยและมีประสิทธิภาพ

คำสำคัญ: ภาวะหัวใจเต้นเร็วผิดปกติชนิด AVNRT, การจี้ไฟฟ้าหัวใจด้วยคลื่นวิทยุความถี่สูง, การระงับความรู้สึก

วันที่รับบทความ

26 มกราคม 2567

วันที่ได้รับบทความฉบับแก้ไข

24 ธันวาคม 2568

วันที่ตอบรับบทความ

26 ธันวาคม 2568

โรงพยาบาลสกลนคร, ผู้ประสานการส่งบทความต้นฉบับ, จดหมายอิเล็กทรอนิกส์: punnadaci@gmail.com; โทร.081-9640972

Nursing Care of Patients with Cardiac Arrhythmia AVNRT Type Who Treated with Radio-frequency Catheter Ablation : This study will compare two cases.

Punnada Jitdapha¹

Abstract

Tachyarrhythmia is a common medical emergency that significantly impacts patients' quality of life. While Radiofrequency Ablation (RFA) is an effective and widely accepted treatment, it carries risks of potentially life-threatening complications.

Objective: This study aimed to compare the nursing care of two patients with Atrioventricular Nodal Reentrant Tachycardia (AVNRT) undergoing RFA under anesthesia.

Methodology: A comparative case study was conducted using purposive sampling of two patients at Sakon Nakhon Hospital between August and October 2023. Data were collected from medical records. Nursing diagnoses and care plans were developed by applying Orem's Nursing Theory to evaluate nursing outcomes.

Results: The two cases differed in age and risk factors. Both received initial stabilization before being referred for RFA.

Case 1: No complications occurred during the procedure.

Case 2: Developed Atrial Fibrillation during RFA, which was promptly managed, allowing the procedure to be successfully completed.

Neither case experienced complications related to anesthesia. Both patients remained safe and received comprehensive nursing care across the preoperative, intraoperative, and postoperative phases, including discharge planning.

Conclusion: Nurse anesthetists play a vital role in providing anesthesia and monitoring for complications arising from both the anesthesia and the procedure itself. Comprehensive knowledge of the disease and treatment protocols, combined with patient-centered care planning, is essential to ensure patient safety and effective treatment outcomes.

Keywords: AVNRT type of Cardiac arrhythmia, Radiofrequency ablation, Anesthesia

Received
26 January 2024

Revised
24 December 2025

Accepted
26 December 2025

¹Sakon Nakhon Hospital, Corresponding author, e-mail: punnadaci@gmail.com; Tel.081-9640972

บทนำ

ภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะ (Cardiac arrhythmia) คือ ภาวะที่เกิดความผิดปกติในการนำไฟฟ้าหัวใจ หัวใจอาจเต้นเร็วหรือช้ากว่าปกติความผิดปกติที่พบได้บ่อยในเวชปฏิบัติคือ หัวใจเต้นเร็วผิดจังหวะ¹ การรักษาหัวใจเต้นเร็วผิดจังหวะขึ้นอยู่กับชนิดของหัวใจเต้นผิดจังหวะ สาเหตุ ความรุนแรงของโรคและโรคประจำตัวผู้ป่วย ปัจจุบันการศึกษาวิทยวิทยาไฟฟ้าหัวใจ (Electrophysiology study: EPS) และการรักษา ด้วยการจี้ไฟฟ้าหัวใจด้วยคลื่นความถี่วิทยุผ่านสายสวน (Radiofrequency catheter ablation: RFCA) เป็นที่นิยมและได้รับการยอมรับ เนื่องจากเป็นการรักษาที่สาเหตุโดยตรง อัตราความสำเร็จของการทำหัตถการสูง ให้ผลในการรักษาได้ดีถึงดีมาก (80-95%)² ผู้ป่วยใช้ระยะเวลาในการพักฟื้นไม่นาน โอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนน้อย หลังการรักษาผู้ป่วยสามารถหยุดยาต้านการเต้นหัวใจผิดจังหวะ มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

โรงพยาบาลสกลนครเป็นโรงพยาบาลตติยภูมิเปิดให้บริการศึกษาวิทยวิทยาไฟฟ้าหัวใจและรักษาด้วยการจี้ไฟฟ้าหัวใจด้วยคลื่นความถี่วิทยุ เริ่มให้บริการเมื่อปี พ.ศ. 2561 จนถึงปัจจุบัน มีจำนวน ผู้รับบริการทั้งสิ้น 1,148 ราย จากสถิติพบว่าผู้ป่วยที่มาใช้บริการส่วนมากเป็นหัวใจเต้นเร็วผิดจังหวะชนิด AVNRT (Atrioventricular nodal reentrant tachycardia) และมีแนวโน้มมากขึ้นตามสถิติย้อนหลัง 3 ปี คือ ปี พ.ศ. 2564-2566 จำนวนผู้ป่วยที่เข้ารับบริการเป็นจำนวน 108, 206 และ 271 รายตามลำดับ³ ในการรักษาด้วยการจี้ไฟฟ้าหัวใจ วิทยาลัยแพทยจะพิจารณาชนิดการให้ยาระงับความรู้สึกตามความเหมาะสมจากพยาธิสภาพของผู้ป่วยและความยากง่ายของหัตถการ การทำหัตถการรักษาดังกล่าวจี้ไฟฟ้าหัวใจแม้จะมีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนได้น้อย แต่ภาวะแทรกซ้อนบางอย่างอาจมีความรุนแรงสูงเป็นอันตรายถึงแก่ชีวิต อีกทั้งยังเป็นการให้บริการทางวิสัญญีนอกห้องผ่าตัด (Non operating room anesthesia)

ซึ่งมีบริบทและความแตกต่างจากการทำงานในหน่วยงาน⁴ จึงต้องมีการเตรียมความพร้อมของอุปกรณ์ให้การระงับความรู้สึก ยาและเวชภัณฑ์ให้เพียงพอ วิทยาลัยพยาบาลจะต้องมีความรู้ความชำนาญและความรวดเร็วในการประเมินความผิดปกติ มีทักษะในการช่วยชีวิตขั้นสูง เผื่อระงับและ แก้ไขภาวะแทรกซ้อนได้อย่างทันท่วงทีเข้าใจในบทบาทหน้าที่ ขั้นตอนกระบวนการรักษา ทำงานร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพได้อย่างสอดคล้องและมีประสิทธิภาพ

ผู้จัดทำได้เล็งเห็นความสำคัญ จึงสนใจที่จะศึกษาเชิงลึก โดยทำการศึกษาเปรียบเทียบในผู้ป่วย 2 ราย เพื่อให้เกิดความรู้ความเข้าใจ วางแผนให้การพยาบาลอย่างครอบคลุม เป็นแนวทางในการดูแลที่ได้มาตรฐานเป็นประโยชน์ในการพัฒนาคุณภาพต่อไป

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาเปรียบเทียบกรณีศึกษาการพยาบาลผู้ป่วยภาวะหัวใจเต้นเร็วผิดปกติจังหวะชนิด AVNRT ที่ได้รับการระงับความรู้สึกในการรักษาด้วยการจี้ไฟฟ้าหัวใจด้วยคลื่นความถี่วิทยุ

วิธีดำเนินการศึกษา

1. เลือกกรณีศึกษาแบบเฉพาะเจาะจงในผู้ป่วยหัวใจเต้นเร็วผิดจังหวะชนิด AVNRT ที่ได้รับการระงับความรู้สึกในการรักษาด้วยการจี้ไฟฟ้าหัวใจ ที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลสกลนคร ตั้งแต่วันที่ 1 สิงหาคม 2566-31 ตุลาคม 2566 ศึกษาเปรียบเทียบ 2 ราย

2. รวบรวมข้อมูลจากเวชระเบียน ประกอบด้วย ข้อมูลทั่วไป ข้อมูลภาวะสุขภาพ ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ ผลการตรวจพิเศษ

3. นำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์ วางแผนให้การพยาบาลอย่างครอบคลุมทุกระยะ ทั้งก่อนระยะก่อน ทำหัตถการ ระยะทำหัตถการ ระยะหลังทำหัตถการ และระยะเตรียมจำหน่ายกลับบ้าน ตามมาตรฐาน

การพยาบาลวิสัญญีและทฤษฎีทางการพยาบาลของ
ไอเรม

พยาธิสภาพ การรักษาและการพยาบาลที่สำคัญ

ภาวะหัวใจห้องบนเต้นเร็วผิดปกติ หมายถึง ภาวะ
ที่หัวใจเต้นเร็วมากกว่า 100 ครั้งต่อนาที มักอยู่ในช่วง
150-250 ครั้งต่อนาที มีจังหวะการเต้นของหัวใจที่เร็ว
และสม่ำเสมอเกิดขึ้นและหายเองได้อย่างรวดเร็ว
(abrupt onset and termination)⁵

สาเหตุและปัจจัยเสี่ยง⁶ สามารถสรุปออกเป็น 3 กลุ่ม ได้แก่

1. ปัจจัยที่ไม่สามารถหลีกเลี่ยงได้ ได้แก่ ปัจจัย
ด้านเพศและอายุ ซึ่งพบมากในเพศหญิงที่อายุน้อย
วัยผู้ใหญ่และวัยสูงอายุที่มีความผิดปกติของหัวใจร่วม
ด้วย

2. ปัจจัยที่เกิดจากหัวใจมักเกิดจากความผิดปกติ
ของลักษณะทางโครงสร้างและการทำงานของหัวใจ
ได้แก่ ภาวะกล้ามเนื้อหัวใจโต ภาวะหัวใจล้มเหลว
โรคหลอดเลือดหัวใจ และความผิดปกติของลิ้นหัวใจ

3. ปัจจัยอื่นที่ไม่ได้เกิดจากหัวใจ แบ่งออกเป็น
ปัจจัยภายใน (internal factors) ซึ่งเกิดจากความผิดปกติ
อื่นในร่างกาย ได้แก่ โรคของต่อมไทรอยด์ โดยเฉพาะใน
กลุ่มที่มีการหลั่งฮอร์โมนมาก Chronic lung disease เช่น
โรคหอบหืด ภาวะปอดอุดกั้นเรื้อรัง โรคภูมิแพ้ ภาวะใช้
สูงภาวะขาดน้ำ การตั้งครรภ์ความผิดปกติของจิตใจ
ความเครียดและความวิตกกังวล และอาการนอน
ไม่หลับ และปัจจัยภายนอก มักเกิดขึ้นจากการกระตุ้น
ได้แก่ การสูบบุหรี่ หรือดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์
การดื่มกาแฟ การได้รับยาบางชนิดในขนาดสูง และการ
ออกกำลังกายอย่างหักโหม เป็นต้น

แนวทางในการรักษา⁸

1. รักษาโดยการให้ยา ได้แก่ การฉีดยาไดโนซิน,
ยาในกลุ่ม dihydropyridine calcium channel blocker,
beta blocker, amiodarone

2. รักษาด้วยการช็อกไฟฟ้า โดยจะมีการใช้
เครื่องกระตุ้นหัวใจ มาส่งกระแสไฟฟ้าเข้าที่หน้าอกและ
มีการใช้ยานอนหลับให้กับผู้ป่วยก่อนทำการรักษาด้วย
การช็อกไฟฟ้า

3. รักษาด้วยการจี้ไฟฟ้าหัวใจด้วยคลื่นวิทยุผ่าน
สายสวน (radiofrequency catheter ablation หรือ RF
ablation) คือ การใช้สายสวนชนิดพิเศษใส่ไปในตำแหน่ง
ที่มีการเต้นของหัวใจผิดปกติ และใช้กระแสไฟฟ้าที่มี
ความถี่สูงเท่ากับคลื่นวิทยุจี้ยังตำแหน่งที่มีความผิดปกติ

ภาวะแทรกซ้อนจากการจี้ไฟฟ้าหัวใจ⁹

1. Atrioventricular block หรือ Complete heart
block อาจพบได้ในการทำ RF ablation บริเวณ Mid
septum หรือ Anteroseptal accessory pathway ซึ่งอาจ
ต้องให้การรักษาภาวะ AV block ที่เกิดขึ้น ด้วยการใส่
permanent pacemaker ต่อไป

2. ภาวะแทรกซ้อนเกี่ยวกับหลอดเลือด อาจเกิด
ภาวะเลือดออกบริเวณที่แทงหลอดเลือด หรือพบมี
Groin hematoma หรืออาจเกิดภาวะหลอดเลือดดำ
อักเสบร่วมกับมีลิ่มเลือด (Acute thrombophlebitis) และ
อาจเกิดภาวะเลือดคั่งขึ้นในหลอดเลือดดำส่วนลึก
เป็นต้น

3. อาการเจ็บหน้าอก ภายหลังการทำ RF
ablation อาจจะมีอาการเจ็บเสียวในหน้าอกได้ถึง 3 วัน
ซึ่งอาจหายได้เอง หรือต้องรับประทานยาแก้ปวดเพื่อ
ช่วยให้อาการเจ็บทุเลาลง

4. หัวใจทะลุ เป็นภาวะแทรกซ้อนที่ร้ายแรงทำให้
เกิด Cardiac tamponade มักพบในรายที่มีการจี้เพื่อ
เปลี่ยนทิศทางของ Ablation catheter มากๆ เป็น
เวลานาน ในรายที่ทำค่อนข้างยาก หรืออาจเกิดเพราะ
การทำ RF ablation เข้าที่ผนังของ Coronary sinus
ซึ่งค่อนข้างบาง หรือผู้ป่วยมีผนังห้องหัวใจบางอยู่แล้ว
หรือเป็นข้อแทรกซ้อนของการทำ Transeptal approach

5. Cardiac arrhythmia เช่น Polymorphic VT เป็น
ต้น พบได้น้อยแต่ควร Monitor ผู้ป่วยหลังทำ RF Ablation

ใน 24-48 ชั่วโมง เพราะมีโอกาสที่จะเกิด Arrhythmia ได้ มีรายงานว่าผู้ป่วยที่ทำ RF ablation อาจทำให้เกิด Complete AV block ในการรักษา Atrial fibrillation (AF) ที่ควบคุมอาการด้วยยาไม่ได้ผล มีโอกาสที่ผู้ป่วยจะเกิด Sudden death ตามมาได้ในระยะเวลา 2-3 สัปดาห์หลังได้รับการทำ RF ablation

6. การเกิดลิ่มเลือด เช่น Pulmonary embolism (PE), systemic embolism และ Peripheral embolism อาจเกิดขึ้นได้จากการทำหัตถการเป็นเวลานาน หรือกรณีที่ไม่ได้ให้ยา Heparin ในระหว่างการทำ RF ablation ที่ต้องเข้าไปในห้องหัวใจด้านซ้าย

7. Vasovagal reaction ขณะทำการจี้ไฟฟ้าหัวใจ โดยเฉพาะการจี้ ไฟฟ้าหัวใจเพื่อรักษาภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะชนิด Ventricular tachycardia อาจเกิด Vasovagal reaction ซึ่งทำให้ความดันโลหิตและอัตราการเต้นของหัวใจลดลง

8. โรคสมองขาดเลือดมาเลี้ยงชั่วคราว (Transient ischemic attack หรือ TIA) อาจเกิดจากการที่มีลิ่มเลือด

ตารางที่ 1 ข้อมูลการดำเนินของโรค

ข้อมูลทั่วไป	กรณีศึกษา รายที่ 1	กรณีศึกษา รายที่ 2
ปัจจัยเสี่ยง (Risk factors)	เพศหญิง อายุ 22 ปี คีฬาแพ คีฬาแอลกอฮอล์ พักผ่อนไม่เป็นเวลา ไข้หวัดความอ้วน	เพศหญิง อายุ 60 ปี โรคประจำตัว เบาหวาน ความดันโลหิตสูง ไขมันในเลือดสูง
อาการสำคัญ (Chief complain)	ผู้ป่วยนัดมารับการรักษาภาวะหัวใจเต้นเร็วผิดปกติด้วย การจี้ไฟฟ้าหัวใจด้วยคลื่นความถี่วิทยุ 3 เดือนก่อน ผู้ป่วย เข้ารับการรักษาที่ โรงพยาบาลชุมชนด้วยอาการ ใจสั่น แน่นหน้าอกเล็กน้อยก่อนมาโรงพยาบาล 2 ชั่วโมง EKG เป็น SVT ได้รับการรักษาด้วยยา Adenosine 6 mg. 12 mg, 12 mg. Amiodarone 150 mg. IV drip in 30 min EKG : regular narrow QRS rate 130 bpm. ได้ Amiodarone 900 mg. IV drip in 24hr. EKG: NSR rate 90 bpm. ส่งตัวมารับการรักษา ต่อที่โรงพยาบาลสกลนคร	ผู้ป่วยนัดมารับการรักษาภาวะหัวใจเต้นเร็วผิดปกติด้วย การจี้ไฟฟ้าหัวใจด้วยคลื่นความถี่วิทยุ 5 เดือนก่อน ผู้ป่วย เข้ารับการรักษาที่ โรงพยาบาลชุมชนด้วยอาการ ใจสั่น แน่นหน้าอก ก่อนมาโรงพยาบาล 1 ชั่วโมง EKG เป็น SVT สัญญาณชีพแรกพบ HR 180 bpm. Blood pressure 80/50 mmHg. Respiratory rate 22 bpm. ได้รับการรักษาด้วยการทำ Synchronize Cardioversion EKG : NSR rate 88 bpm. ส่งตัวมา รับการรักษาต่อที่โรงพยาบาลสกลนคร
ระยะเวลาที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล	3 วัน (29 กันยายน – 1 ตุลาคม 2566)	3 วัน (29 กันยายน – 1 ตุลาคม 2566)
การตรวจทางห้องปฏิบัติการและการตรวจพิเศษ	– Hematology ปกติ – Blood chemistry ปกติ – CXR ปกติ – EKG ปกติ	– Hematology ปกติ – Blood chemistry ปกติ, BS 82 mg% – CXR : mild cardiomegaly, EKG ปกติ – Echocardiogram : mild MR

จากหัวใจขนาดเล็กหลุดมาอุดหลอดเลือดในสมอง ในขณะที่ทำหัตถการ RF ablation โดยผู้ป่วยอาจมีอาการแขน ขา อ่อนแรง ด้านใดด้านหนึ่งของร่างกาย ปากเบี้ยว หลิบทาไม่สนิท พูดไม่ชัด พูดลำบาก มองเห็นไม่ชัด หรือมองเห็นภาพซ้อน เป็นต้น

เทคนิคการระงับความรู้สึกผู้ป่วยภาวะหัวใจเต้นเร็วผิดปกติ

โดยทั่วไปสามารถทำได้ 2 วิธีหลักๆ คือ monitored anesthesia care ร่วมกับการให้ยาทางหลอดเลือดดำ เพื่อลดความวิตกกังวล และการให้ยาระงับความรู้สึกแบบทั่วตัว การเลือกวิธีการระงับความรู้สึก ขึ้นกับสภาวะของผู้ป่วย ความยากง่ายของหัตถการและระยะเวลาในการทำหัตถการ ในผู้ป่วยทั้ง 2 รายระดับความรู้สึกตัวดี สื่อสารได้เข้าใจ วิสัยทัศน์แพทย์จึงวางแผนให้ยาคลายกังวลและยาระงับปวดในการทำหัตถการ

ข้อมูลทั่วไป	กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2
การวินิจฉัย	AVNRT	AVNRT
การรักษา	EPS with RFCA	EPS with RFCA
ชนิดยาระับความรู้สึกที่ได้รับ	ยาระับประสาท (Monitoring Anesthetic care)	ให้การระับความรู้สึกแบบทั่วตัว (General Anesthesia)
ระยะเวลาการรักษา	1 ชั่วโมง 15 นาที	1 ชั่วโมง 45 นาที

จากตารางที่ 1 พบว่า กรณีศึกษารายที่ 1 มีพฤติกรรมการดื่มคาเฟอีน แอลกอฮอล์และรับประทานยาลดความอ้วน นอนหลับพักผ่อนไม่เป็นเวลา ซึ่งเป็นปัจจัยที่ทำให้เกิดโรคและเป็นกลุ่มหัวใจเต้นผิดจังหวะชนิด AVNRT ที่พบได้มากที่สุดในเพศหญิงที่มีอายุน้อย (ร้อยละ 50-60)¹⁰ กรณีศึกษารายที่ 2 ปัจจัยเสี่ยงในการเกิดโรคมาจากปัจจัยด้านสูงอายুর่วมกับมีโรคประจำตัว จากการศึกษาประวัติการรักษาและผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการพบว่า มีผลน้ำตาลในเลือดและความดันโลหิตอยู่ในเกณฑ์ปกติ ผู้ป่วยทั้ง

2 รายมาด้วยอาการแสดงที่เหมือนกัน ได้รับการรักษาในภาวะฉุกเฉินแตกต่างกันตามสภาพอาการของผู้ป่วย เมื่ออาการคงที่ได้รับการส่งตัวเพื่อเข้ารับการรักษาภาวะหัวใจเต้นเร็วผิดจังหวะด้วยการจี้ไฟฟ้าหัวใจ

ข้อมูลที่ได้จากการเก็บรวบรวม นำมากำหนดข้อวินิจฉัยการพยาบาล แบ่งเป็น 3 ระยะ คือ ระยะก่อนทำหัตถการ ระยะก่อนทำหัตถการ และระยะหลังทำหัตถการ

ตารางที่ 2 การวิเคราะห์ข้อวินิจฉัยการพยาบาลและปฏิบัติการพยาบาล

1. ระยะก่อนทำหัตถการ การพยาบาลโดยประยุกต์ทฤษฎีทางการพยาบาลของโอเรม¹¹ กรณีศึกษาทั้ง 2 ราย

ข้อวินิจฉัยการพยาบาล	ทฤษฎีของโอเรมและการพยาบาล	การประเมินผลและการวิเคราะห์
กรณีศึกษารายที่ 1 และ 2 วินิจฉัยทางการพยาบาลข้อที่ 1 : ผู้ป่วยขาดความรู้ในการปฏิบัติตัวก่อนและหลังการทำหัตถการ ข้อมูลสนับสนุน: กรณีศึกษารายที่ 1 และ 2 S : ผู้ป่วยบอกกลัวการจี้ไฟฟ้าหัวใจ O : ผู้ป่วยสับสนวิตกกังวล O : ผู้ป่วยทั้ง 2 รายไม่เคยได้รับการผ่าตัดมาก่อน	ประยุกต์ทฤษฎีการพยาบาลโอเรมมาใช้ในการให้การพยาบาลผู้ป่วยทั้ง 2 ราย โดยใช้ทฤษฎีระบบการพยาบาล ระบบดูแลสนับสนุนให้ความรู้ กิจกรรมการพยาบาล 1. ชักถามประเมินความรู้ความเข้าใจของผู้ป่วยและญาติเกี่ยวกับขั้นตอนการปฏิบัติตัวก่อนทำหัตถการจี้ไฟฟ้าหัวใจ เปิดโอกาสให้ซักถามข้อสงสัย 2. ให้ข้อมูลและคำแนะนำเกี่ยวกับการปฏิบัติตนในการทำหัตถการและการระับความรู้สึก อธิบายให้ผู้ป่วยและญาติเข้าใจถึง	ประเมินผล : 1. ผู้ป่วยให้ความร่วมมือในการรักษา 2. ผู้ป่วยสามารถบอกวิธีปฏิบัติตัวได้อย่างถูกต้อง กรณีศึกษารายที่ 1 และ 2 ผลจากการนำทฤษฎีระบบการพยาบาลระบบดูแลสนับสนุนให้ความรู้ เข้ามาใช้ในการดูแลให้คำแนะนำ สนับสนุนให้ความรู้ และให้ผู้ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติตัวได้อย่างถูกต้อง ให้ ความร่วมมือในการปฏิบัติตนและเตรียมความพร้อมในการรักษาได้อย่างเหมาะสม

ข้อวินิจฉัยการพยาบาล	ทฤษฎีของโอเรมและการพยาบาล	การประเมินผลและการวิเคราะห์
วัตถุประสงค์ : ผู้ป่วยมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวและเกี่ยวกับการรักษาด้วยการจี้ไฟฟ้าหัวใจ เกณฑ์การประเมิน: 1. ผู้ป่วยสามารถบอกขั้นตอนการปฏิบัติตัวที่ถูกต้องได้ 2. ผู้ป่วยและญาติสามารถตอบคำถามเกี่ยวกับการทำหัตถการจี้ไฟฟ้าหัวใจได้ถูกต้อง 3. ผู้ป่วยให้ความร่วมมือในการเตรียมความพร้อมก่อนรับการรักษา และปฏิบัติตัวก่อนทำหัตถการจี้ไฟฟ้าหัวใจได้ถูกต้อง	ขั้นตอนต่าง ๆ ที่ผู้ป่วยจะได้รับขณะอยู่ในห้องทำหัตถการ ได้แก่ การจัดท่าในการทำหัตถการ การติดอุปกรณ์เพื่อตรวจวัดสัญญาณชีพ วิธีการได้รับยาคลายกล้ามเนื้อหรือยาระงับความรู้สึก ระยะเวลาที่ใช้ในการทำหัตถการ ตำแหน่งแผลจากการแทงหลอดเลือดแดงและหลอดเลือดดำที่ขาหนีบ 3. สอบถามเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวก่อนทำหัตถการ เพื่อประเมินความรู้ความเข้าใจของผู้ป่วยและญาติ	

2. การพยาบาลขณะทำหัตถการ : การเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนการเฝ้าระวังเป็นสิ่งสำคัญมากที่จะช่วยให้เกิดความปลอดภัยแก่ผู้ป่วยจากภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ เพราะการทำหัตถการและการระงับความรู้สึกอาจทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงที่มีผลต่อระบบสรีระที่สำคัญของร่างกาย และมีภาวะแทรกซ้อนที่อาจจะ

เกิดขึ้น การพยาบาลผู้ป่วยในระยะทำหัตถการนี้ สิ่งที่สำคัญคือการดูแลให้ผู้ป่วยปลอดภัย แพทย์สามารถทำหัตถการได้อย่างราบรื่น เมื่อเกิดภาวะแทรกซ้อนขณะทำหัตถการสามารถให้การช่วยเหลือผู้ป่วยได้อย่างทันท่วงที ข้อวินิจฉัยการพยาบาลดังต่อไปนี้

ตารางที่ 3 การวิเคราะห์ข้อวินิจฉัยการพยาบาลและปฏิบัติการพยาบาล

2. ระยะขณะทำหัตถการ การพยาบาลโดยประยุกต์ทฤษฎีทางการพยาบาลของโอเรม¹¹ กรณีศึกษาทั้ง 2 ราย

ข้อวินิจฉัยการพยาบาล	ทฤษฎีของโอเรมและการพยาบาล	การประเมินผลและการวิเคราะห์
กรณีศึกษารายที่ 1 และ 2 วินิจฉัยทางการพยาบาลข้อที่ 1 : เสี่ยงต่อภาวะพร่องออกซิเจนเนื่องจากผู้ป่วยได้รับยาสงบประสาทและยาระงับความรู้สึก ข้อมูลสนับสนุน : 0 : ผู้ป่วยได้รับยาระงับประสาทและยาระงับความรู้สึกในการทำหัตถการ วัตถุประสงค์ : ผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะพร่องออกซิเจน	กรณีศึกษารายที่ 1 ใช้ทฤษฎีระบบทางการพยาบาลระบบทดแทนบางส่วน กรณีศึกษารายที่ 2 ใช้ทฤษฎีระบบทางการพยาบาลระบบทดแทนทั้งหมด การพยาบาล: 1. ให้ยาระงับประสาทตามแนวทางการรักษาของวิสัญญีแพทย์ ประเมินระดับความรู้สึกของการระงับความรู้สึกที่เหมาะสม กรณีศึกษารายที่ 1 ได้รับยา Fentanyl 50 ไมโครกรัม และ Midazolam 2 มิลลิกรัมทางหลอดเลือดดำ ให้ Oxygen cannula 3 ลิตรต่อนาที กรณีศึกษาที่ 2 ได้รับยา Fentanyl 50 ไมโครกรัมและ Midazolam 2 มิลลิกรัมทางหลอดเลือดดำ ให้ Oxygen cannula 3 LPM	ประเมินผล : 1. กรณีศึกษาทั้ง 2 ราย อัตราการหายใจอยู่ในช่วง 16- 20 ครั้งต่อนาที 2. ระดับความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือด (SpO2) มากกว่าร้อยละ 95 3. ไม่มีภาวะปลายมือปลายเท้าเขียวจากการพร่องออกซิเจน การวิเคราะห์ทฤษฎีกับการพยาบาล : การพยาบาลเมื่อผู้ป่วยได้รับยาคลายกล้ามเนื้อและยาระงับปวดเพื่อทำหัตถการ สิ่งที่สำคัญคือการประเมินระดับความรู้สึกตัว ระดับความรู้สึกของการได้รับยา เพื่อให้การผ่าตัดราบรื่น ในการทำหัตถการผู้ป่วยจะต้องอยู่นิ่ง ยังรู้สึกตัวและสามารถสื่อสารได้ จึง

ข้อวินิจฉัยการพยาบาล	ทฤษฎีของโอบริเยนและการพยาบาล	การประเมินผลและการวิเคราะห์
วินิจฉัยทางการพยาบาลข้อที่ 1 : (ต่อ) เกณฑ์การประเมิน : 1. สัญญาณชีพปกติ อัตราการหายใจอยู่ในช่วง 16– 20 ครั้งต่อนาที 2. ระดับความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือด (SpO2) มากกว่าร้อยละ 95 3. ไม่มีภาวะปลายมือปลายเท้าเขียวจากการพร่องออกซิเจน	ต่อมามีภาวะทำการรักษา เกิดภาวะแทรกซ้อนคือ หัวใจเต้นเร็วผิดปกติชนิด Atrial fibrillation วิสัญญีแพทย์พิจารณาให้การระงับความรู้สึกแบบทั่วตัวให้ Propofol 50 มิลลิกรัมทางหลอดเลือดดำ แพทย์ด้านโรคหัวใจให้การรักษาดูแลด้วย Synchronized cardioversion 50 จูลให้ Oxygen mask ดูแลทางเดินหายใจให้โล่งสังเกตการเคลื่อนไหวของทรวงอกเพื่อสังเกตการหายใจและภาวะอุดกั้นทางเดินหายใจ สังเกตอาการเขียวตามปลายมือปลายเท้าจากภาวะพร่องออกซิเจน 2. เผ้ารวัง เฝ้าติดตาม และบันทึกสัญญาณชีพอย่างใกล้ชิด ทุก 5 นาที	ประยุกต์ใช้ทฤษฎีระบบทางการพยาบาลระบบทดแทนบางส่วน กรณีศึกษารายที่ 2 ได้รับการเปลี่ยนแปลงวิธีการระงับความรู้สึกเป็นแบบทั่วตัว เมื่อเกิดภาวะแทรกซ้อนขณะจี้ไฟฟ้าหัวใจ จึงใช้ทฤษฎีระบบทางการพยาบาลระบบทดแทนทั้งหมดในการให้การดูแล ติดตามการเปลี่ยนแปลง และปรับแผนการพยาบาลให้เหมาะสม ทำให้สามารถดูแลผู้ป่วยได้ปลอดภัย
กรณีศึกษารายที่ 1 และ 2 วินิจฉัยทางการพยาบาลข้อที่ 2 : ผู้ป่วยมีโอกาสเกิดภาวะกล้ำเนื้อหัวใจถูกบีบอัด (Cardiac tamponade) ข้อมูลสนับสนุน : 0 : ผู้ป่วยได้รับการทำหัตถการจี้ไฟฟ้าหัวใจด้วยคลื่นความถี่วิทยุ วัตถุประสงค์ : ผู้ป่วยปลอดภัย ได้รับการเผ้ารวังและประเมินอาการแสดงได้อย่างทันทั่วถึง ไม่เกิดภาวะกล้ำเนื้อหัวใจถูกบีบอัด (Cardiac tamponade) เกณฑ์การประเมิน : 1. สัญญาณชีพอยู่ในเกณฑ์ปกติ ได้แก่ อัตราการเต้นของหัวใจ 60–100 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ 16–20 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 120–80/140–100 มิลลิเมตรปรอท 2. การลดลงของ Systolic blood pressure ไม่เกิน 10 มิลลิเมตรปรอท จาก Systolic blood pressure เดิมในขณะหายใจเข้า 3. ระดับความรู้สึกตัวดี ไม่มีอาการหอบเหนื่อย แน่นหน้าอก หรือกระสับกระส่าย	กรณีศึกษารายที่ 1 และ 2 ใช้ทฤษฎีระบบทางการพยาบาลระบบทดแทนทั้งหมดระบบ กิจกรรมการพยาบาล 1. เผ้ารวัง เฝ้าติดตาม และบันทึกสัญญาณชีพ คลื่นไฟฟ้าหัวใจ อัตราการเต้นของหัวใจ อัตราการหายใจ และวัดความดันโลหิตทุก 5 นาที หากสังเกตได้ว่าเริ่มมีการเปลี่ยนแปลงของสัญญาณชีพต้องรีบรายงานให้แพทย์ทราบทันที 2. เตรียมเครื่องตรวจหัวใจด้วยคลื่นสะท้อนความถี่สูง ให้พร้อมใช้เพื่อประเมินภาวะ Pericardial effusion และปริมาณ Pericardial fluid ที่อาจเกิดขึ้นได้ 3. เตรียมอุปกรณ์สำหรับทำการระบาย pericardial fluid โดยการเจาะช่องเยื่อหุ้มหัวใจ (pericardiocentesis) ให้ครบถ้วนและพร้อมใช้งานได้ทันที 4. ประเมินระดับความรู้สึกตัว อาการหอบเหนื่อย อาการแน่นหน้าอก และอาการกระสับกระส่าย หากพบว่ามีคามผิดปกติต้องรีบรายงานแพทย์ทันที	ประเมินผล : 1. กรณีศึกษาทั้ง 2 ราย สัญญาณชีพอยู่ในเกณฑ์ปกติ ได้แก่ อัตราการเต้นของหัวใจอยู่ในช่วง 60–100 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ 16–20 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 120–80/140–100 มิลลิเมตรปรอท 2. การลดลงของ Systolic blood pressure ไม่เกิน 10 มิลลิเมตรปรอท จาก Systolic blood pressure เดิมในขณะหายใจเข้า 3. รู้สึกตัวดี ไม่มีอาการหอบเหนื่อย แน่นหน้าอก หรือกระสับกระส่าย การวิเคราะห์ทฤษฎีกับการพยาบาล : การเผ้ารวังภาวะแทรกซ้อนการเผ้ารวังเป็นสิ่งสำคัญมากที่จะช่วยให้เกิดความปลอดภัยแก่ผู้ป่วยจากภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ เพราะการทำหัตถการและการระงับความรู้สึกอาจทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงที่มีผลต่อระบบสรีระที่สำคัญของร่างกาย ในกรณีศึกษารายที่ 2 ได้รับการระงับความรู้สึก ทำให้ไม่สามารถประเมินภาวะแทรกซ้อนได้จากอาการแสดงจึงต้องใช้การพิจารณาร่วมกับสัญญาณชีพและการถ่ายภาพรังสีทรวงอกขณะทำหัตถการ

ข้อวินิจฉัยการพยาบาล	ทฤษฎีของโอบริเยนและการพยาบาล	การประเมินผลและการวิเคราะห์
กรณีศึกษารายที่ 1 และ 2 วินิจฉัยทางการพยาบาลข้อที่ 3 : เสี่ยงต่อการติดเชื้อ บริเวณทำหัตถการ และในกระแสเลือด ข้อมูลสนับสนุน : O : ผู้ป่วยได้รับการใส่สายสวนเพื่อจี้ไฟฟ้าหัวใจบริเวณขาหนีบ O : กรณีศึกษารายที่ 2 เป็นโรคเบาหวาน เพิ่มความเสี่ยงต่อการติดเชื้อ วัตถุประสงค์ : ผู้ป่วยไม่มีภาวะติดเชื้อบริเวณทำหัตถการ ไม่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด เกณฑ์การประเมินผล : 1. ผู้ป่วยไม่มีอาการปวดบวมแดงบริเวณใส่สายสวนหัวใจ 2. ผู้ป่วยไม่มีอาการไข้หนาวสั่น 3. อุณหภูมิอยู่ในเกณฑ์ปกติ 35.4–37.4 องศาเซลเซียส	ใช้ทฤษฎีระบบทางการพยาบาล ระบบทดแทนทั้งหมด กิจกรรมการพยาบาล 1. ควบคุมโรคประจำตัวให้อยู่ในระดับที่ดี เช่น เบาหวาน 2. ป้องกันการปนเปื้อนในห้องผ่าตัด - ล้างมือให้ถูกวิธีตามหลัก five moment - ควบคุมสภาพแวดล้อมในห้องผ่าตัดให้สะอาดปราศจากเชื้อ - ให้การพยาบาลโดยยึดหลัก Aseptic technique เพื่อป้องกันการติดเชื้อ 3. ดูแลบาดแผลหลังผ่าตัด สังเกตอาการติดเชื้อ เช่น บวม แดง ร้อนปวด หนอง กลิ่นเหม็น 4. วัดสัญญาณชีพ วัดอุณหภูมิ เพื่อประเมินการติดเชื้อ 5. ใหยาปฏิชีวนะตามแผนการรักษา	ประเมินผล : 1. ไม่มีอาการปวดบวมแดงบริเวณใส่สายสวนหัวใจ 2. ไม่มีอาการไข้หนาวสั่น 3. กรณีศึกษาที่ 1 อุณหภูมิ 36.4 องศาเซลเซียส, กรณีศึกษาที่ 2 อุณหภูมิ 36.6 องศาเซลเซียส การวิเคราะห์ทฤษฎีกับการพยาบาล : การใช้ระบบทางการพยาบาล ระบบทดแทนทั้งหมดในการป้องกันการติดเชื้อที่แผลผ่าตัด สิ่งสำคัญคือ การเตรียมความพร้อมทางด้านร่างกายผู้ป่วยตั้งแต่การเตรียมก่อนผ่าตัด ตลอดจนการให้การพยาบาลในการทำหัตถการ ทีมบุคลากรจะต้องปฏิบัติตามมาตรฐานการป้องกันการติดเชื้ออย่างเคร่งครัดเพื่อให้ปลอดภัยจากการติดเชื้อ
ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 4 : ผู้ป่วยมีโอกาสเกิดภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะชนิด Atrioventricular block จากการจี้ไฟฟ้าหัวใจ ข้อมูลสนับสนุน: O: ผู้ป่วยได้รับการรักษาด้วยการจี้ไฟฟ้าหัวใจด้วยคลื่นความถี่วิทยุ วัตถุประสงค์ : ผู้ป่วยปลอดภัยและไม่เกิดภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะชนิด Atrioventricular block จากการจี้ไฟฟ้าหัวใจด้วยคลื่นความถี่วิทยุ 1. P-R interval น้อยกว่า 0.2 วินาที 2. คลื่นไฟฟ้าหัวใจมีลักษณะเป็น Normal sinus rhythm	กรณีศึกษารายที่ 1 และ 2 ใช้ทฤษฎีระบบทางการพยาบาลระบบทดแทนทั้งหมด กิจกรรมการพยาบาล 1. ติดตามและบันทึกคลื่นไฟฟ้าหัวใจ สังเกต ประเมิน และรายงานแพทย์ หากพบว่าระยะห่าง P-R นั้นมีระยะห่างเพิ่มมากขึ้น อาจนำไปสู่การเกิด Third degree AV block หรือ Complete heart block ได้ 2. ใหยาตามแผนการรักษาของแพทย์ ในกรณีที่อัตราการเต้นของหัวใจช้าลงน้อยกว่า 50 ครั้งต่อนาที เช่น Atropine ในรายที่มีอัตราการเต้นของหัวใจช้ามากขึ้นและการให้ยาไม่มีการตอบสนองต้องดูแลเตรียมอุปกรณ์ เพื่อสามารถทำ Transcutaneous temporary Pacemaker	การประเมินผล : คลื่นไฟฟ้าหัวใจมีลักษณะเป็น Normal sinus rhythm การวิเคราะห์ทฤษฎีกับการพยาบาล : การดูแลขณะทำการ ablation การทำให้ผู้ป่วยอยู่นิ่งขณะที่แพทย์ใช้ความร้อนจี้บริเวณเนื้อเยื่อของหัวใจที่เต้นผิดปกติ คือ วัตถุประสงค์หลักของการระงับความรู้สึกและเป็นหัวใจสำคัญของการทำหัตถการ เพราะถ้าหากผู้ป่วยขยับตัวขณะที่แพทย์กำลังจี้ จะทำให้การจี้ นั้นผิดตำแหน่งได้ การเฝ้าระวังติดตามอาการเปลี่ยนแปลงอย่างใกล้ชิดและการเตรียมอุปกรณ์และเครื่องมือให้พร้อมจะทำให้สามารถแก้ไขภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นได้อย่างทันท่วงที

ข้อวินิจฉัยการพยาบาล	ทฤษฎีของโธเรมและการพยาบาล	การประเมินผลและการวิเคราะห์
กรณีศึกษาตอนที่ 2 ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 5: เสี่ยงต่อภาวะHypoglycemia และ Hyperglycemia ข้อมูลสนับสนุน: O : ผู้ป่วยมีโรคประจำตัวคือเบาหวาน O : ผู้ป่วยได้รับการดื่มน้ำดื่มน้ำอาหารหลังเที่ยงคืนก่อนมาทำหัตถการ วัตถุประสงค์ : เพื่อรักษาระดับน้ำตาลในเลือดให้อยู่ในเกณฑ์ปกติ ผู้ป่วยไม่เกิดภาวะ Hypoglycemia และ Hyperglycemia เกณฑ์การประเมินผล: - ผู้ป่วยไม่มีภาวะ Hypoglycemia Hyperglycemia ค่า FBS อยู่ใน ช่วง 70-100 มิลลิกรัม/เดซิลิตร	ใช้ทฤษฎีระบบทางการพยาบาลระบบ ทดแทนทั้งหมด กิจกรรมการพยาบาล 1. ติดตามการตรวจน้ำตาลในเลือดก่อนทำหัตถการ 2. การเฝ้าระวังภาวะ Hypoglycemia - หากระดับน้ำตาลต่ำกว่า 70 มิลลิกรัม/เดซิลิตร ให้ดื่มน้ำตาลทางหลอดเลือดดำ - ติดตามอาการของภาวะน้ำตาลต่ำ เช่น หนาวสั่น เหงื่อออก ซึ่พจรเร็วการเฝ้าระวังภาวะ Hyperglycemia - ให้อินซูลินตามแผนการรักษา หากระดับน้ำตาลสูงกว่า 180 มิลลิกรัม/เดซิลิตร - ติดตามอาการของภาวะน้ำตาลสูง เช่น บัสสาวะบ่อย กระหายน้ำ คลื่นไส้อาเจียน	การประเมินผล: กรณีศึกษาตอนที่ 2 ระดับน้ำตาลในเลือด 82 มิลลิกรัม% ผู้ป่วยไม่มีภาวะ Hypoglycemia และ Hyperglycemia การวิเคราะห์ทฤษฎีกับการพยาบาล: นอกจากการใช้ทฤษฎีระบบทางการพยาบาลระบบทดแทนทั้งหมดในช่วงการเฝ้าระวังในขณะทำหัตถการแล้ว การเฝ้าระวังและควบคุมระดับน้ำตาลอย่างใกล้ชิดระหว่างการผ่าตัดจะช่วยป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากภาวะน้ำตาลผิดปกติ ลดความเสี่ยงและทำให้การผ่าตัดสำเร็จลุล่วงด้วยดี

3. การพยาบาลหลังทำหัตถการ : เป็นการดูแลผู้ป่วยเมื่อย้ายออกมายังห้องสังเกตอาการ วิสัญญีพยาบาลต้องสามารถวางแผนการพยาบาลให้แก่ผู้ป่วยได้อย่างถูกต้องและเหมาะสมกับสถานการณ์ ส่งต่อข้อมูลให้

หรือผู้ป่วย เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่ต่อเนื่องและมีความปลอดภัยภายหลังการทำหัตถการ

ตารางที่ 4 การวิเคราะห์ข้อวินิจฉัยการพยาบาลและปฏิบัติการพยาบาล

3. ระยะหลังทำหัตถการ การพยาบาลโดยประยุกต์ทฤษฎีทางการพยาบาลของโธเรม¹¹ กรณีศึกษาทั้ง 2 ราย

ข้อวินิจฉัยการพยาบาล	ทฤษฎีของโธเรมและการพยาบาล	การประเมินผลและการวิเคราะห์
ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 1 : ผู้ป่วยมีโอกาสเกิดภาวะเลือดออก (Bleeding) หรือมีก้อนเลือด (Hematoma) ตรงตำแหน่งที่แทงหลอดเลือดดำและ/หรือหลอดเลือดแดงที่ขาหนีบ ข้อมูลสนับสนุน : O : มีแผลจากการแทงสายสวนที่เลือดดำและ/หรือหลอดเลือดแดงที่ขาหนีบ วัตถุประสงค์ : ผู้ป่วยปลอดภัยไม่เกิดภาวะเลือดออก (Bleeding) หรือมีก้อนเลือด (Hematoma) ตรงตำแหน่งที่แทงหลอดเลือดดำและ/หรือหลอดเลือดแดงที่ขาหนีบ	ใช้ทฤษฎีระบบทางการพยาบาลระบบ ทดแทนบางส่วน กิจกรรมการพยาบาล 1. สังเกต ประเมิน และบันทึกภาวะ bleeding และ hematoma บริเวณขาหนีบข้างที่แทงหลอดเลือดดำและ/หรือหลอดเลือดแดง 2. ดูแลให้ผู้ป่วยนอนราบบนเตียงหรือนอนในท่าตะแคงไปด้านซ้ายหรือขวา โดยขาข้างที่มีแผลยังคงเหยียดตรงประมาณ 4-6 ชั่วโมงหลังจากนำอุปกรณ์ออกจากขาหนีบและกดแผลห้ามเลือดเสร็จ อธิบายให้ผู้ป่วยเข้าใจและเห็นความสำคัญ เพื่อให้ผู้ป่วยปฏิบัติตามอย่างเคร่งครัด เช่น อธิบายให้ผู้ป่วยทราบว่ากรง	การประเมินผล : กรณีศึกษาทั้ง 2 รายไม่มีเลือดออก (Bleeding) ไม่มีก้อนเลือด (Hematoma) ที่บริเวณขาหนีบที่แทงสายเข้าหลอดเลือดที่ขา การวิเคราะห์ทฤษฎีกับการพยาบาล : ผลจากการประยุกต์ใช้ทฤษฎีระบบทางการพยาบาลระบบทดแทนทั้งหมดในช่วงการเฝ้าระวังหลังทำหัตถการ เนื่องจากผู้ป่วยถูกจำกัดกิจกรรมห้ามงอขาข้างทำหัตถการเพื่อป้องกันการเกิดก้อนเลือด นอกจากการให้การพยาบาลเพื่อ

ข้อวินิจฉัยการพยาบาล	ทฤษฎีของโอรเมและการพยาบาล	การประเมินผลและการวิเคราะห์
เกณฑ์การประเมิน : 1. แผลทางหลอดเลือดที่ขาหนีบไม่มีเลือดออก (Bleeding) 2. แผลทางหลอดเลือดที่ขาหนีบไม่มีก้อนเลือด (hematoma) 3. ไม่มีก้อนนูน กดเจ็บที่ขาหนีบข้างที่แทงหลอดเลือดดำ และ/หรือหลอดเลือดแดง	ขาข้างที่ได้รับการแทงหลอดเลือดจะเป็นการเพิ่มแรงดันของหลอดเลือดอาจทำให้เกิดเลือดออกได้ และที่สำคัญหลอดเลือดบริเวณขาหนีบเป็นหลอดเลือดขนาดใหญ่ จะทำให้มีเลือดออกในปริมาณมาก 3. รายงานให้แพทย์ทราบทันทีหากพบภาวะ Bleeding หรือ Hematoma	ช่วยเหลือกิจกรรมที่ผู้ป่วยไม่สามารถทำได้ การบันทึกเป็นสิ่งสำคัญและจำเป็น ซึ่งเป็นหน้าที่ของวิสัญญีพยาบาล ควรบันทึกสัญญาณชีพ ยาระงับความรู้สึก หรือยาอื่น ๆ การสูญเสียเลือด การให้สารน้ำและเลือดทดแทน ปัญหาที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย การรักษาและผลการรักษาให้ถูกต้องสมบูรณ์
ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 2 : ผู้ป่วยมีโอกาสดังกล่าวจะสมองขาดเลือดชั่วคราว (Transient ischemic attack) ข้อมูลสนับสนุน 1. ระดับความรู้สึกตัวเปลี่ยนแปลง พูดไม่ชัด แขนขาอ่อนแรง 2. มีสายสวนสำหรับจี้ไฟฟ้าหัวใจวางไว้ในหัวใจห้องบนซ้าย (left atrium) ขณะทำการหัตถการ 3. ค่าการแข็งตัวของเลือด (activated clotting time) น้อย วัตถุประสงค์ : ผู้ป่วยปลอดภัยและไม่เกิดภาวะสมองขาดเลือดชั่วคราว (transient ischemic attack) เกณฑ์การประเมิน 1. สัญญาณชีพปกติคือ อัตราการเต้นของหัวใจอยู่ในช่วง 60 –100 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิตเปลี่ยนแปลงน้อยกว่าร้อยละ 20 ของความดันโลหิตเดิม อัตราการหายใจ 16–20 ครั้งต่อนาทีและค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือดแดงมากกว่าร้อยละ 95 2. Glasgow coma scale เท่ากับ 15 3. ผู้ป่วยไม่มีอาการแสดงของภาวะสมองขาดเลือดชั่วคราว เช่น แขนขาอ่อนแรง สูญเสียการมองเห็นชั่วคราว ปากเบี้ยว พูดไม่ชัด พูดลำบาก ซาดครึ่งซีก 4. ค่าการแข็งตัวของเลือด (Activated clotting time) มากกว่า 250 วินาที	ใช้ทฤษฎีระบบทางการพยาบาลพยาบาลระบบทดแทนทั้งหมด กิจกรรมการพยาบาล 1. ติดตามสัญญาณชีพอย่างใกล้ชิด ได้แก่ อัตราการเต้นของหัวใจ อัตราการหายใจ ความดันโลหิต และค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือดแดง ทุก 15 นาที 4 ครั้ง, ทุก 30 นาที 2 ครั้ง, ทุก ชั่วโมง 4 ครั้ง และทุก 4 ชั่วโมง เมื่อมีการเปลี่ยนแปลงต้องรีบรายงานให้แพทย์ทราบทันที 2. ประเมินอาการทางระบบประสาท ทุก 1 ชั่วโมง เพื่อค้นหาอาการเปลี่ยนแปลงซึ่งบ่งชี้ว่าการไหลเวียนเลือดไปเลี้ยงสมองบกพร่อง คือ ผู้ป่วยซึมลง หดสติ 3. ประเมิน motor power ของแขนและขาทั้งสองข้างของผู้ป่วย ทุก 4 ชั่วโมง เพื่อทดสอบอาการอ่อนแรง(Weakness) 4. ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับ Heparin intravenous ขณะทำการหัตถการตามแผนการรักษา และติดตามค่าการแข็งตัวของเลือด (Activated clotting time) ทุก 30 นาที 5. ดูแลให้การไหลเวียนเลือดไปเลี้ยงสมองอย่างเพียงพอ โดยจัดให้ออนศิระษะสูงเล็กน้อย ประมาณ 15–20 องศา 6. ในรายที่มีความดันโลหิตสูงมากต้องรายงานให้แพทย์ทราบทันทีเพื่อให้ได้รับยาลดความดันโลหิต เช่น nitroprusside 7. ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับการส่งตรวจวินิจฉัยตามแผนการรักษาของแพทย์เพิ่มเติม เช่น การตรวจสมองด้วยคอมพิวเตอร์) เป็นต้น	การประเมินผล : กรณีศึกษาทั้ง 2 ราย Glasgow coma scale เท่ากับ 15 สัญญาณชีพปกติ ไม่มีอาการแสดงของภาวะสมองขาดเลือดชั่วคราว เช่น แขนขาอ่อนแรง สูญเสียการมองเห็นชั่วคราว ปากเบี้ยว พูดไม่ชัด พูดลำบาก การวิเคราะห์ทฤษฎีกับการพยาบาล : ในการติดตามอาการทางระบบประสาท (neurological sign) ในระยะแรกหลังให้การระงับความรู้สึก ผู้ป่วยอาจมีอาการง่วง ซึมจากฤทธิ์ของยาระงับความรู้สึกที่ยังคงเหลืออยู่ การสังเกตอาการจึงต้องใช้ข้อมูลหลายส่วนมารวมประเมินความผิดปกติ

ข้อวินิจฉัยการพยาบาล	ทฤษฎีของโอบรมและการพยาบาล	การประเมินผลและการวิเคราะห์
ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 3 : ผู้ป่วยมีความไม่สุขสบายปวดหลังเนื่องจากถูกจำกัดการเคลื่อนไหวและปวดแผลจากการแทงหลอดเลือดที่ขาหนีบ ข้อมูลสนับสนุน S : ผู้ป่วยบอกว่าปวดตึงบริเวณขาหนีบ O : สีหน้าไม่สุขสบาย O : มีแผลแทงหลอดเลือดบริเวณขาหนีบห้ามงอขาข้างที่มีแผลและห้ามลุกขึ้นนั่งเป็นเวลา 4-6 ชั่วโมง วัตถุประสงค์ : ผู้ป่วยมีความสุขสบาย เกณฑ์การประเมิน 1. pain score น้อยกว่าหรือเท่ากับ 3 คะแนน 2. นอนหลับพักผ่อนได้	ใช้ทฤษฎีระบบทางการพยาบาลระบบทดแทนบางส่วน กิจกรรมการพยาบาล 1. ประเมินภาวะไม่สุขสบาย สอบถามความต้องการของผู้ป่วย เพื่อวางแผนให้การพยาบาลได้อย่างเหมาะสม 2. ดูแลจัดท่านอนให้นอนในท่าที่สุขสบาย ห่มผ้าเพื่อเพิ่มความอบอุ่นให้กับผู้ป่วย 3. ดูแลช่วยพลิกตะแคงตัว เพื่อให้ผู้ป่วยได้เปลี่ยนอิริยาบถตามสมควร หรือช่วยจัดทำให้ผู้ป่วยนอนตะแคงโดยที่ขาข้างที่มีรอยแทงหลอดเลือดต้องเหยียดตรงจนกระทั่งครบเวลาห้ามงอขา จึงจะสามารถงอขาข้างที่มีแผลได้ ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับยาแก้ปวดตามแผนการรักษาของแพทย์	ประเมินผล : 1. กรณีศึกษาทั้ง 2 ราย pain score น้อยกว่า 3 คะแนน 2. ไม่มีอาการกระสับกระส่าย 3. นอนหลับพักผ่อนได้ การวิเคราะห์ทฤษฎีกับการพยาบาล : ผลการประยุกต์ใช้ทฤษฎีการพยาบาลของโอบรม ระบบการพยาบาลแบบทดแทนบางส่วนในการดูแลผู้ป่วย กรณีศึกษาทั้ง 2 ราย พบว่าสามารถลดอาการปวดจากการทำหัตถการได้ดี ผู้ป่วยปวดตึงขาหนีบเล็กน้อย นอนหลับพักผ่อนได้
ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 4 : ผู้ป่วยมีโอกาสเกิดอาการคลื่นไส้ อาเจียน ข้อมูลสนับสนุน: O : ผู้ป่วยได้รับยาระงับความรู้สึกและยาระงับประสาท ผลข้างเคียงของยาคลายกั่วงวล อาจทำให้ผู้ป่วยมีอาการคลื่นไส้ อาเจียน วัตถุประสงค์ : ผู้ป่วยไม่เกิดอาการคลื่นไส้ อาเจียน เกณฑ์การประเมิน 1. ไม่มีคลื่นไส้ พะอืดพะอม 2. ไม่มีอาเจียน	ประยุกต์ใช้ทฤษฎีระบบทางการพยาบาลระบบทดแทนบางส่วน กิจกรรมการพยาบาล 1. ประเมินและสังเกตอาการคลื่นไส้อาเจียน ถ้ามีให้รายงานแพทย์เพื่อให้ได้รับยาตามแผนการรักษา 2. เตรียมจัดท่าหงายขณะที่ระงับความรู้สึกสำหรับรองรับอาเจียน จัดให้ผู้ป่วยอยู่ในท่าที่อาเจียนได้สะดวก โดยจัดให้นอนราบ หันศีรษะไปด้านใดด้านหนึ่งหรือจัดให้อยู่ในท่าตะแคง ซึ่งสามารถระบายอาเจียนออกได้ดี 3. หลังอาเจียนควรให้ผู้ป่วยบ้วนปากเพื่อให้เกิดความสบาย ลดกลิ่นที่ไม่พึงประสงค์และลดอาการแสบร้อนภายในปากและคอ	ประเมินผล : กรณีศึกษาทั้ง 2 ราย ไม่มีอาการคลื่นไส้ อาเจียน ทฤษฎีกับการพยาบาล : การให้สารน้ำที่เพียงพอ การดูแลความสะอาดชุ่มชื้นของช่องปาก จะช่วยลดอาการคลื่นไส้อาเจียนลงได้ ในรายที่เคยมีประวัติเวียนศีรษะเมารถง่าย อาจรายงานแพทย์เพื่อพิจารณาให้ยากลุ่ม anti emetic drug เพื่อป้องกันภาวะคลื่นไส้อาเจียน
ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 5 : ผู้ป่วยมีโอกาสเกิดการติดเชื้อเนื่องจากมีแผลเปิดของสายต่อของเครื่องกระตุ้นหัวใจชนิดชั่วคราวทางหลอดเลือดดำ ข้อมูลสนับสนุน: 1. ผู้ป่วยมีแผลเปิดของสายเครื่องกระตุ้นหัวใจชนิดชั่วคราวทางหลอดเลือดดำ	ประยุกต์ใช้ทฤษฎีระบบทางการพยาบาลระบบสนับสนุนให้ความรู้ กิจกรรมการพยาบาล 1. ล้างมือก่อนและหลังให้การพยาบาล ให้คำแนะนำผู้ป่วยและญาติในการล้างมือก่อนและหลังทำกิจกรรมต่างๆ หรือสัมผัสผู้ป่วย เพื่อป้องกันการแพร่กระจายเชื้อโรค	ประเมินผล : กรณีศึกษาทั้ง 2 ราย 1. บริเวณแผลเปิดไม่มีอาการปวด บวม แดง ร้อน ไม่มีสิ่งคัดหลั่งผิดปกติ เช่น เลือดหนอง 2. หลังทำหัตถการ กรณีศึกษารายที่ 1 อุณหภูมิ 36.5 องศาเซลเซียส

ข้อวินิจฉัยการพยาบาล	ทฤษฎีของโธเรมและการพยาบาล	การประเมินผลและการวิเคราะห์
วัตถุประสงค์ : ผู้ป่วยปลอดภัยไม่เกิดการติดเชื้อบริเวณแผลผ่าตัดและการติดเชื้อในร่างกาย เกณฑ์การประเมินผล: 1. บริเวณแผลเปิดไม่มีอาการปวด บวม แดง ร้อน ไม่มีสิ่งคัดหลั่งผิดปกติ เช่น เลือดหนอง 2. อุณหภูมิ 36.5–37.5 องศาเซลเซียส	2. สังเกตอาการติดเชื้อ เช่น บวม แดง ร้อน ปวด หนอง กลิ่นเหม็น หากมีสิ่งคัดหลั่งผิดปกติ รายงานแพทย์เพื่อส่งตรวจและให้ยาปฏิชีวนะ 3. ให้ การพยาบาลโดยยึดหลัก aseptic technique เพื่อป้องกันการแพร่กระจายเชื้อโรค 4. ติดตามอุณหภูมิร่างกายทุก 4 ชั่วโมง เนื่องจากอุณหภูมิที่มากกว่า 37.5 องศาเซลเซียส แสดงถึงการติดเชื้อในร่างกาย	กรณีศึกษาครั้งที่ 2 อุณหภูมิ 36.3 องศาเซลเซียส การวิเคราะห์ทฤษฎีกับการพยาบาล : ในระยะหลังผ่าตัด การพยาบาลควรมีการส่งเสริมการฟื้นฟูสภาพเกี่ยวกับ – ควบคุมระดับน้ำตาล ภาวะโภชนาการที่เหมาะสม – สอนการดูแลแผลผ่าตัด สุขวิทยาส่วนบุคคลและการออกกำลังกายที่เหมาะสม เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองได้อย่างยั่งยืน

การวางแผนจำหน่าย

ให้คำแนะนำในการปฏิบัติตัวและให้ความรู้เฉพาะโรค อาการผิดปกติที่ต้องรีบมาพบแพทย์ การดูแลบริเวณแผลเพื่อป้องกันการติดเชื้อ นอนหลับพักผ่อนให้เพียงพอ แนะนำการรับประทานอาหารเฉพาะโรค การออกกำลังกายที่เหมาะสม การหลีกเลี่ยงปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดเป็นซ้ำเช่น การงดดื่มชา กาแฟ การควบคุมระดับน้ำตาลให้อยู่ในเกณฑ์ปกติ ให้กำลังใจผู้ป่วยและญาติ

สรุปและอภิปรายการศึกษา

กรณีศึกษาทั้ง 2 ราย เข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลชุมชนด้วยอาการใจสั่น แน่นหน้าอกได้รับการวินิจฉัยเป็นภาวะหัวใจเต้นเร็วผิดปกติ PSVT จากการศึกษารวบรวมข้อมูลพบว่าผู้ป่วยมีความแตกต่างทั้งด้านอายุและปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดภาวะหัวใจเต้นผิดปกติ กรณีศึกษาครั้งที่ 1 ตี๋มาเฟื่อน แอลกอฮอล์และรับประทานยาลดความอ้วน นอนหลับพักผ่อนไม่เป็นเวลาเป็นปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดโรค กรณีศึกษาครั้งที่ 2 ปัจจัยเสี่ยงในการเกิดโรคมาจากปัจจัยด้านสูงอายุนอกจากนี้โรคประจำตัว กรณีศึกษาทั้ง 2 ราย ได้รับการรักษาจนพ้นภาวะวิกฤติ เมื่ออาการคงที่ได้ส่งมาได้รับการรักษาต่อที่โรงพยาบาลสกลนคร ได้รับการวินิจฉัยเป็นภาวะหัวใจเต้นเร็วผิดปกติชนิด AVNRT และรักษาด้วย

การฉีไฟฟ้าหัวใจด้วยคลื่นความถี่วิทยุ กรณีศึกษาครั้งที่ 1 ได้รับยาคลายกังวล และยาแก้ปวด การทำหัตถการราบรื่น ไม่มีภาวะแทรกซ้อน กรณีศึกษาครั้งที่ 2 ขณะทำการรักษาเกิดภาวะแทรกซ้อนคือ หัวใจเต้นเร็วผิดปกติชนิด Atrial fibrillation อายุรแพทย์ด้านโรคหัวใจให้การรักษาร่วมด้วยการฉีไฟฟ้าหัวใจ วิทยาลัยแพทยจึงพิจารณาให้การระงับความรู้สึกแบบทั่วตัวเพื่อไม่ให้คนไข้รู้สึกตัว ขณะทำการฉีไฟฟ้าหัวใจ ผู้ป่วยได้รับการฉีไฟฟ้าหัวใจด้วยคลื่นความถี่วิทยุต่อจนสำเร็จตามแผนการรักษา จากนั้นได้ส่งต่อผู้ป่วยไปพักรักษาอาการที่หอผู้ป่วยเพื่อให้การดูแลและการพยาบาลอย่างต่อเนื่อง ผู้ศึกษาได้ใช้มาตรฐานการพยาบาลวิสัญญี ร่วมกับการนำทฤษฎีการพยาบาลของโธเรมนำมาประยุกต์ใช้การดูแลผู้ป่วยตั้งแต่แรกรับจนถึงจำหน่าย ส่งผลให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่ครอบคลุม ป้องกันและแก้ไขภาวะแทรกซ้อนได้อย่างรวดเร็วและปลอดภัย

การสนับสนุนให้ความรู้ผู้ป่วยเกี่ยวกับโรค รวมไปถึงการปฏิบัติตัวที่ถูกต้องและส่งเสริมความสามารถในการดูแลตนเอง จะช่วยลดปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้ผู้ป่วยกลับมาเป็นซ้ำ เพื่อให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

ข้อเสนอแนะ

1. เนื่องจากการการรักษาด้วยการจี้ไฟฟ้าหัวใจ ประกอบไปด้วยสหสาขาวิชาชีพ ควรมีการจัดทำคู่มือ การปฏิบัติงานภายในหน่วยงานเพื่อกำหนดกรอบและ หน้าที่ในการปฏิบัติได้อย่างชัดเจน

2. บุคลากรที่ให้บริการควรได้รับการอบรมและ ฟื้นฟูการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นสูง เพื่อให้สามารถประเมิน ความเสี่ยง และช่วยเหลือผู้ป่วยได้อย่างทันท่วงที เนื่องจากอาจเกิดภาวะแทรกซ้อนขณะทำการหัตถการได้ ตลอดเวลา

เอกสารอ้างอิง

1. โรงพยาบาลศิริราช ปิยมหาราชการุณย์. การรักษาโรคหัวใจเต้นผิดจังหวะด้วยไฟฟ้าคลื่นความถี่สูงผ่านสายสวน [อินเทอร์เน็ต]. 2563 [สืบค้นเมื่อ 10 ธ.ค. 2566]. เข้าถึงได้จาก: <https://www.siphospital.com/th/news/article/share/cardiac-arrhythmias>
2. พัชร ภาวศุทธิกุล. “จี้หัวใจ” รักษาหัวใจเต้นผิดจังหวะด้วยคลื่นเสียงความถี่สูง [อินเทอร์เน็ต]. [สืบค้นเมื่อ 10 ธ.ค. 2566]. เข้าถึงได้จาก: <https://www.nakornthon.com/article/detail/จี้หัวใจ-รักษาหัวใจเต้นผิดจังหวะด้วยคลื่นเสียงความถี่สูง>
3. โรงพยาบาลสกลนคร. สถิติผู้ป่วยงานการพยาบาลวิสัญญี โรงพยาบาลสกลนคร จังหวัดสกลนคร ปี พ.ศ. 2561-2566. สกลนคร: งานการพยาบาลวิสัญญี โรงพยาบาลสกลนคร; 2566.
4. ภูริพงศ์ ทรงอาจ. การระงับความรู้สึกนอกห้องผ่าตัด Nonoperating Room Anesthesia (NORA). ใน: อรรถลักษณ์ รอดอนันต์, เบญจรัตน์ หยกอุบล, นรุตน์ เรือนอนุกุล, งามจิตร์ ภัทรวิทย์, บรรณาธิการ. ตำราฟื้นฟูวิชาการ วิสัญญีมีภูมิหรือยัง. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ: ราชวิทยาลัยวิสัญญีแพทย์แห่งประเทศไทย; 2565. หน้า 217-27.
5. Liuba I, Jonsson A, Safstrom K, Walfridsson H. Gender-related differences in patients with atrioventricular nodal reentry tachycardia. Am J Cardiol. 2006;97(3):384-8.
6. อนุชา ไทยวงษ์, มลฤดี แสนจันทร์, วรณชาติ ตาเลิศ, ศักดา สมพร้อม, รุ่งทิวา แปงใจ. ภาวะหัวใจห้องบนเต้นเร็วผิดปกติ: บทบาทพยาบาลในการประเมินและการดูแล. วารสารโรงพยาบาลมหาสารคาม. 2561;15(2):182-92.
7. Bils L, Levi M, Essebag V. Diagnosis and management of supraventricular tachycardias. CMAJ. 2016;188(17-18):E466-E73.
8. สุนีย์ ศรีสว่าง, จตุพงษ์ พันธุ์ไฉ, ศักดิ์ระพี ชัยอินทริอาจ. อุบัติการณ์การเกิดภาวะแทรกซ้อนทางวิสัญญี โรงพยาบาลประสาทเชียงใหม่. วารสารกรมการแพทย์. 2561;43(1):107-12.
9. รัชณี ผิวผ่อง. การพยาบาลผู้ป่วยผู้ใหญ่แบบองค์รวมที่มีภาวะสุขภาพเปราะบางเกี่ยวกับหัวใจและหลอดเลือด [เอกสารประกอบการสอน]. บุรีรัมย์: คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏบุรีรัมย์; 2564.
10. Orem DE, Taylor SG, Renpenning KM. Nursing: Concepts of practice. 6th ed. St. Louis: Mosby; 2001.

คำแนะนำการเตรียมต้นฉบับบทความสำหรับผู้พิมพ์

วารสารการพยาบาลและวิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยนครพนม จัดทำขึ้นเพื่อส่งเสริม/สนับสนุน การเผยแพร่ผลงานทางวิชาการทางการพยาบาลและด้านวิทยาศาสตร์สุขภาพที่เกี่ยวข้อง ซึ่งผลงานทางวิชาการที่ตีพิมพ์ลงวารสาร ได้แก่ บทความวิจัย บทความวิชาการ หรือบทความปริทัศน์ มีกำหนดการเผยแพร่วารสาร ปีละ 2 ฉบับ มกราคม – มิถุนายน และ กรกฎาคม – ธันวาคม ของทุกปี

การเตรียมต้นฉบับ

1. บทความที่ประสงค์ตีพิมพ์ลงวารสาร ต้องเป็นตัวพิมพ์ โดยใช้แบบอักษร (Font) ชนิดไทยนิรमित (TH Niramit AS)

2. เนื้อหา จัดพิมพ์เป็น 2 คอลัมน์

3. หากมีรูปภาพหรือตารางประกอบ ควรมีภาพที่ชัดเจน ให้จัดพิมพ์แยกออกมาจากเนื้อหา และระบุคำว่า “ภาพที่” จากนั้น ทำการจัดกึ่งกลางหน้ากระดาษและวางไว้ใต้ภาพ และ “ตารางที่” จัดชิดซ้ายของหน้ากระดาษ บนตาราง ตามด้วยหมายเลขกำกับใช้ตัวอักษรขนาด 14 ตัวหนา ใช้คำหรือข้อความที่กระชับ ชัดเจน ส่วนคำอธิบายใช้ตัวอักษรขนาด 14 ตัวปกติ รูปภาพ/ตารางที่นำเสนอ ต้องมีรายละเอียดที่ครบถ้วน สมบูรณ์ อ่านแล้วเข้าใจได้โดยง่าย ทำการระบุลำดับรูปภาพ/ตารางให้ตรงกับเนื้อหาต้นฉบับ

4. พิมพ์หน้าเดียวลงบนกระดาษพิมพ์สีขนาดเอสี่ (A4) ขนาดของตัวอักษรเท่ากับ 14 ส่วนเลขหน้าขนาด 14 และใส่เลขหน้าตั้งแต่ต้นจนจบบทความ ยกเว้นหน้าแรก โดยมีเนื้อหาบทความรวมบรรณานุกรม ไม่เกิน 14 หน้า

5. ทำการจัดกึ่งกลางหน้ากระดาษ ห่างจากขอบกระดาษด้านซ้ายและด้านบน 1 นิ้ว ด้านขวาและด้านล่าง 1 นิ้ว

6. ให้เตรียมต้นฉบับบทความตามรูปแบบ ดังต่อไปนี้

6.1 ชื่อบทความ กรณีภาษาไทย ใช้แบบอักษรขนาด 18 ตัวหนาหนา

6.2 ชื่อบทความ กรณีภาษาอังกฤษ ใช้แบบอักษรขนาด 18 ปกติ

6.3 ชื่อผู้เขียน และผู้ร่วมพิมพ์ ใช้แบบอักษรขนาด 14 ปกติ

6.4 หัวข้อหลัก ใช้แบบอักษรขนาด 16 ตัวหนา

6.5 หัวข้อย่อย ใช้แบบอักษรขนาด 14 ตัวหนา

6.6 เนื้อเรื่อง ใช้แบบอักษรขนาด 14 ปกติ

7. ชื่อเรื่องต้องมีภาษาไทยและภาษาอังกฤษ พิมพ์ไว้หน้าแรกกึ่งกลางหน้ากระดาษ

8. ชื่อผู้เขียน ทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ ใส่ให้ครบทุกคน รูปแบบอักษรขนาด 14 ปกติ จัดชิดกันหน้าขวา และใส่ Footnote เป็นตัวเลขอารบิกต่อท้ายแต่ละชื่อ โดยระบุสังกัด กรณีเป็นมหาวิทยาลัยให้ระบุ คณะ/วิทยาลัย และมหาวิทยาลัย กรณีหน่วยงานราชการอื่น ให้ระบุกรมและกระทรวง กรณีภาคเอกชนให้ระบุบริษัทหรือองค์กร และจังหวัด ให้ตรงกับเครื่องหมายที่กำกับไว้ข้างบน โดยให้ระบุเป็นรายบุคคลภาษาไทยและคันด้วย (;) ก่อนเขียนเป็นภาษาอังกฤษ จากนั้นทำการขึ้นบรรทัดใหม่ ให้ระบุ Corresponding author, e-mail: , Tel. ของผู้พิมพ์หลัก

9. บทความย่อภาษาไทย และ Abstract ภาษาอังกฤษ ทำการเขียนให้กระชับและได้ใจความ และไม่ต้องอ้างอิงเอกสาร บทความย่อประกอบไปด้วย วัตถุประสงค์ วิธีดำเนินการวิจัย ผลการวิจัย ผลการวิจัยนั้นให้สรุปโดยย่อ

และกระชับ ไม่เกิน 300–500 คำ และควรมีคำสำคัญ ไม่เกิน 5 คำ ที่ครอบคลุมชื่อเรื่องวิจัย และจะต้องมีส่วนท้ายของบทคัดย่อภาษาไทยและภาษาอังกฤษ และให้ค้นคำด้วยเครื่องหมายจุลภาค (.)

10. การเรียงลำดับของหัวข้อในบทความ หัวข้อใหญ่ให้พิมพ์ชิดขอบทางด้านซ้าย จากนั้นหัวข้อย่อยให้เว้นระยะห่างจากหัวข้อใหญ่ กำหนดระยะที่ 0.7” และหัวข้อย่อยถัดไป กำหนดระยะย่อหน้า 1.1” ทำการเว้นระยะพิมพ์ 0.5 ของช่วงบรรทัด

องค์ประกอบของบทความ

1. บทความวิจัย กำหนดให้เรียงลำดับของหัวข้อ ดังต่อไปนี้

1.1 บทนำ ควรเขียนให้เห็นภาพและความเป็นมา รวมถึงความสำคัญของปัญหาที่นำมาสู่การวิจัย

1.2 วัตถุประสงค์ ควรเขียนให้เห็นถึงจุดมุ่งหมายของการวิจัย

1.3 วิธีดำเนินการวิจัย ผู้นิพนธ์ควรเขียนและอธิบายถึงรูปแบบของการวิจัย การได้มาซึ่งกลุ่มตัวอย่าง การคำนวณหากลุ่มตัวอย่าง ขั้นตอนการพัฒนาและตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ จริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่าง รวมทั้งการวิเคราะห์ข้อมูล

1.4 สรุปผลการวิจัย ผู้นิพนธ์ควรเขียนตามสิ่งที่ได้ค้นพบตามวัตถุประสงค์การวิจัย

1.5 อภิปรายผลการวิจัย/วิจารณ์ (Discussion) ผู้นิพนธ์ควรเขียนให้มีความเชื่อมโยงกับผลการวิจัย ว่ามีความสอดคล้องและไม่สอดคล้องกับงานวิจัยของใคร เป็นไปตามแนวคิด/ทฤษฎีหรือไม่ และอภิปรายถึงผลการวิจัยดังกล่าว

1.6 ข้อเสนอแนะ ในการนำผลการวิจัยไปใช้ประโยชน์

1.7 กิตติกรรมประกาศ (ถ้ามี) เป็นการกล่าวขอบคุณต่อองค์กร หน่วยงาน หรือบุคคลที่มีส่วนเกี่ยวข้องหรือให้ความช่วยเหลือ/ร่วมมือในการวิจัย รวมทั้งกล่าวขอบคุณแหล่งที่มาของทุน

1.8 เอกสารอ้างอิง รูปแบบการเขียนอ้างอิงเอกสารและบรรณานุกรมใช้แบบแวนคูเวอร์ (Vancouver Style) เมื่อมีการอ้างอิง ให้ใส่เลขยกหลังข้อความหรือหลังชื่อบุคคลเจ้าของข้อความ/เนื้อหา ที่ได้นำมาอ้างอิง โดยใช้หมายเลข 1 สำหรับอ้างอิงแรก และเรียงต่อไปตามลำดับ กรณีมีการอ้างอิงซ้ำให้ใส่หมายเลขเดิมที่อ้างก่อนหน้านี้ ทั้งนี้ การอ้างอิงจะต้องตรงกันกับการอ้างอิงในเนื้อหาทั้งหมด

2. บทความวิชาการ กำหนดให้เรียงลำดับของหัวข้อ ดังต่อไปนี้

2.1 บทนำ ผู้นิพนธ์ควรเขียนแสดงถึงสาระสำคัญที่ต้องการนำเสนอในบทความ และควรเขียนอธิบายเรื่องที่ต้องการนำเสนอมีความสำคัญ มีวัตถุประสงค์ และเค้าโครงของบทความวิชาการนั้น

2.2 เนื้อเรื่อง นิพนธ์ควรเขียนแสดงถึงสาระสำคัญที่ต้องการนำเสนอ กำหนดให้แบ่งเป็นส่วนย่อย ดังนี้

ส่วนย่อยที่ 1 เขียนถึงพื้นฐานของความรู้แก่ผู้อ่านเกี่ยวกับเรื่องที่จะกล่าวถึงก่อนเข้าสู่เนื้อเรื่อง

ส่วนย่อยที่ 2 เขียนถึงการวิเคราะห์ข้อมูล การโต้แย้งข้อเท็จจริง การใช้เหตุผลและผล หรือหลักฐานอื่นที่เกี่ยวข้อง เพื่อให้ข้อมูลเชิงประจักษ์แก่ผู้อ่าน

ส่วนย่อยที่ 3 เขียนให้เห็นถึงการเสนอความคิดเห็น รวมทั้งข้อเสนอแนะของผู้เขียนต่อประเด็นที่ผู้เขียนได้นำเสนอ

2.3 สรุปผล เขียนกล่าวสรุปสาระสำคัญ ทำการยกประเด็นสำคัญ ๆ ของบทความมากล่าวรวมกันไว้โดยสรุปอย่างสั้นๆ ไว้ท้ายบท ผู้เขียนควรเขียนเพิ่มเติมว่า ผลลัพธ์ที่ได้กล่าวมานั้น มีความสำคัญอย่างไร นำไปใช้ประโยชน์อย่างไร

2.4 เอกสารอ้างอิง รูปแบบการเขียนอ้างอิงและบรรณานุกรมใช้แบบแวนคูเวอร์ (Vancouver Style)

3. การเขียนเอกสารอ้างอิง

กำหนดให้เขียนเอกสารอ้างอิง ในรูปแบบแวนคูเวอร์ (Vancouver Style) เมื่อมีการอ้างอิงข้อความหรือชื่อ บุคคล ให้ใส่เลขยกหลังข้อความดังกล่าวที่ได้นำมาอ้างอิง เริ่มต้นด้วยหมายเลข 1 สำหรับอ้างอิงแรก และเรียงต่อไป ตามลำดับ กรณีมีการอ้างอิงซ้ำ ให้ใส่หมายเลขที่ทำการอ้างอิงเดิมที่อ้างก่อนหน้านี้ และการอ้างอิงเอกสารนั้นจะต้อง ตรงกันกับการอ้างอิงเอกสารในเนื้อหาทั้งหมด

3.1 บทความจากวารสาร

ชื่อผู้แต่ง. ชื่อเรื่อง. ชื่อวารสาร. ปีที่พิมพ์; ปีที่: หน้าแรก- หน้าสุดท้าย.

ตัวอย่าง

1. พัทธพงศ์ เชื้อปัญญา, พิเชษฐ เรื่องสุขสุด, ฌติยา พรหมสาขา ณ สกลนคร, จรินทร์ โคตพรม. ปัจจัยทำนายความสุขของบุคลากรวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครพนม มหาวิทยาลัยนครพนม. วารสารพยาบาลทหารบก. 2565; 23: 119-127.
2. ฌญา อ่อนผิว, ประไพรัตน์ แก้วศิริ. ผลของโปรแกรมกระตุ้นน้ำมันต่อระยะเวลาการเริ่มไหลของ น้ำมันและปริมาณน้ำมันของมารดาผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องที่ทารกถูกแยกพักรักษาตัวในหอผู้ป่วย ทารกแรกเกิด. วารสารสภาภาษาไทย. 2565; 15: 108-126.
3. Falk G, Fahey T. C-reactive protein and community-acquired pneumonia in ambulatory care: systematic review of diagnostic accuracy studies. Fam Pract. 2009; 26: 10-21.

3.2 การประชุมวิชาการ

ชื่อบรรณาธิการ, บรรณาธิการ. ชื่อเรื่อง. ชื่อการประชุม; วัน เดือน ปีประชุม; สถานที่จัดประชุม. เมือง ที่พิมพ์: สำนักพิมพ์; ปีที่พิมพ์.

ตัวอย่าง

Association of Surgical Oncologists (Thailand), International College of Surgeon (Thailand Section). Proceeding ASOT 2003: 1 st Scientific Meeting "Cancer management of today from gene to cure"; July 12-14, 2003; Ambassador City Jomtien Hotel, Pattaya. n.p.; 2003.

3.3 เอกสารเผยแพร่บน Internet

ชื่อผู้แต่ง. ชื่อเรื่อง. [ประเภทของสื่อ/วัสดุ]. ปีที่พิมพ์[เข้าถึงเมื่อ วัน เดือน ปี]. เข้าถึงได้จาก: ชื่อเว็บไซต์.

ตัวอย่าง

Faul, F., Erdfelder, E., Lang, A.-G. & Buchner. G*Power 3: A flexible sta-tistical power analysis program for the social, behavioral, and biomedical sciences. Behavior Research Methods. 2007. [15 มีนาคม 2565]. เข้าถึงได้จาก <https://doi.org/10.3758/BF03193146>.

3.4 หนังสือหรือตำรา

ชื่อผู้พิมพ์. ชื่อบท. ใน: ชื่อบรรณาธิการ, บรรณาธิการ. ชื่อหนังสือ. ครั้งที่พิมพ์. เมืองที่พิมพ์: สำนักพิมพ์; ปีที่พิมพ์. หน้าแรก-หน้าสุดท้าย.

ตัวอย่าง

โยธิน เบญจวัง, สัมมน โฉมฉาย, อุดุลย์ บัณชกุล. โรคพิษโลหะหนัก. ใน: อุดุลย์ บัณชกุล, บรรณาธิการ. ตำราอาชีวเวชศาสตร์. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์ราชทัณฑ์; 2554. หน้า 691-725.

3.5 วิทยานิพนธ์/ดุษฎีนิพนธ์

ชื่อผู้แต่ง. ชื่อวิทยานิพนธ์. เมืองที่พิมพ์: มหาวิทยาลัย; ปีที่ตีพิมพ์. จำนวนหน้า.

ตัวอย่าง

สมภาพ บุญทิม. ผลทางไซโตเจเนติกของสารคดีจากไพล (Zingiber cassumunar Roxb.) ต่อโครโมโซมของมนุษย์ที่เตรียมจากลิมโฟไซต์ที่เพาะเลี้ยง. (วิทยานิพนธ์). มหาวิทยาลัยเชียงใหม่; เชียงใหม่: 2553. 75 หน้า

Journal of Nursing and Health Sciences Nakhon Phanom University

*Boromarajonani College of Nursing Nakhon Phanom, Nakhon Phanom University
92 Tambol. Nongsang Mueng nakhon Phanom, Nakhon Phanom Province 48000*

Tel. +66 4251 2196 #4101 Fax. +66 4251 2184

E-mail: bcnnjournal@gmail.com