



# วารสารการปฏิบัติการพยาบาลและการผดุงครรภ์ไทย

Thai Journal of Nursing and Midwifery Practice

## กองบรรณาธิการที่ปรึกษา

ศาสตราจารย์เกียรติคุณ ดร.สมจิต หนูเจริญกุล  
รองศาสตราจารย์ ดร.ทัศนาศรี บุญทอง  
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.เรณู พุกบุญมี

## บรรณาธิการ

รองศาสตราจารย์ ดร.วรรณภา ศรีชัยรัตน์

## ผู้ช่วยบรรณาธิการ

รองศาสตราจารย์ ดร.พนินฐา พานิชานิชะกุล  
รองศาสตราจารย์ ดร.ภัทราภรณ์ ทุ่งปันคำ

## กองบรรณาธิการ

รองศาสตราจารย์ ดร.สุกัญญา ปริสัชญกุล  
รองศาสตราจารย์ ดร.ลินจง ไปริบาล  
รองศาสตราจารย์ ดร.ศิริพร ชัมภลลิขิต  
รองศาสตราจารย์ ดร.ยาใจ สิทธิมงคล  
รองศาสตราจารย์ ดร.สุวรรณา จันทร์ประเสริฐ  
รองศาสตราจารย์ ดร.ศิริอร สิ้นธุ  
รองศาสตราจารย์ ดร.วิลาวัลย์ พิเชียรเสถียร

## เจ้าของ

สมาคมผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง (ประเทศไทย)

## ผู้พิมพ์ – ผู้โฆษณา

นางกรปภัทร ศิลปวิทย์

## พิมพ์ที่

บริษัท จุดทอง จำกัด  
โทร 0-2931-7095-6 โทรสาร 0-2538-9909

สำนักงาน : สมาคมผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง  
(ประเทศไทย)

อาคารนครินทร์ศรี ในกระทรวงสาธารณสุข  
ตำบลตลาดขวัญ อำเภอเมือง  
จังหวัดนนทบุรี 11000  
โทรศัพท์ (02) 1495635  
โทรสาร (02) 9510150

## วัตถุประสงค์

1. เป็นแหล่งรวบรวมและตีพิมพ์เผยแพร่ผลงานทางวิชาการที่ได้จากการปฏิบัติการพยาบาลและการวิจัยเชิงพัฒนาคุณภาพของการพยาบาลและการผดุงครรภ์ เช่น กรณีศึกษา วิธีการปฏิบัติใหม่ๆ นวัตกรรม การบริหารจัดการ การจัดการเชิงระบบ การบริหารความเสี่ยงและงานวิจัยเพื่อปรับปรุงการปฏิบัติ
2. เป็นศูนย์กลางการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ การสร้างความร่วมมือและเชื่อมโยงเครือข่ายการพัฒนานวัตกรรมและการปฏิบัติตามหลักฐานความรู้เชิงประจักษ์ของพยาบาลในระดับชาติและนานาชาติ

## กำหนดออกวารสารสภาการปฏิบัติการพยาบาลและการผดุงครรภ์ไทย: ราย 6 เดือน (ปีละ 2 ฉบับ)

มกราคม-มิถุนายน  
กรกฎาคม-ธันวาคม

## อัตราค่าสมาชิก

สมาชิกสมาคมผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง (ประเทศไทย) และหรือสมาชิกวิทยาลัยพยาบาลและผดุงครรภ์ขั้นสูงแห่งประเทศไทย

- |                |                            |
|----------------|----------------------------|
| 1 ปี 300 บาท   | บุคคลทั่วไป 1 ปี 400 บาท   |
| 3 ปี 800 บาท   | บุคคลทั่วไป 3 ปี 1,000 บาท |
| 5 ปี 1,200 บาท | บุคคลทั่วไป 5 ปี 1,500 บาท |



บทบรรณาธิการ

บทความรับเชิญ

ความร่วมมือระหว่างอาจารย์พยาบาล กับพยาบาลผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง: ความสำเร็จของวิชาชีพ	5
สมจิต หนูเจริญกุล	

บทความต้นฉบับ

ประสบการณ์การพัฒนาบทบาทพยาบาล ผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง สาขาการพยาบาล จิตเวชและสุขภาพจิตในโรงพยาบาลเฉพาะทาง	18
สกาวรัตน์ พวงลัดดา	

การให้ยาระงับความรู้สึกแบบ one lung ventilation (OLV) ในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดทรวงอก : บทบาทของวิสัญญีพยาบาล	25
วรรณพร ทองประมูล นันทนวล มั่นตราภรณ์	

การพยาบาลผู้ป่วยที่เกิดภาวะลิ่มเลือดอุดตัน ที่ปอดขณะได้รับการผ่าตัดข้อสะโพกภายใต้ การให้ยาระงับความรู้สึกทางไขสันหลัง: กรณีศึกษา	41
นวลจันทร์ ดิเรกวุฒิกุล	

การสร้างเสริมความเข้มแข็งของชุมชน ในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชโดยใช้รูปแบบโฮมสเตย์	51
วิราวรรณ ประยูรสวัสดิ์เดช วันดี สุทธิรังษี	

การสังเคราะห์งานวิจัยเกี่ยวกับการบริหารร่างกาย ด้วยโยคะในผู้ที่มีภาวะปวดหลังส่วนล่าง	60
ธิดารัตน์ ลาลาด แสงทอง อีระทองคำ ประคอง อินทรสมบัติ	

ปกิณกะ

การดูแลข้ามวัฒนธรรม	73
อาภรณ์ ตีนาน	

Editorial

Invited Article

Collaboration among nursing faculties and advanced practice nurses: The professional success	5
Somchit Hanucharurnkul	

Original Articles

Role development experiences of psychiatric and mental health advanced practice nurse in a psychiatric specialized hospital	18
Skaorat Puangladda	

One lung ventilation (OLV) anesthesia in patient who undergone thoracotomy: Role of nurse anesthetist	25
Wannaporn Thongpramoon Nimnual Muntraporn	

Nursing care for patient undergone total hip arthroplasty with pulmonary embolism under spinal anesthesia: A case study	41
Nuanchan Dirhekwuttikul	

Strengthening community in caring for psychiatric persons : Homestay model	51
Wirawan Prayoosawadidech Wandee Suttharangsee	

A research synthesis, yoga exercise, persons with low back pain	60
Tidarat Lalad Sangthong Terathongkum Prakong Intarasombut	

Miscellaneous

Transcultural Nursing	73
Arporn Deenan	

# บทบรรณาธิการ

## วารสารการปฏิบัติการพยาบาลและการผดุงครรภ์ไทย

วารสารการปฏิบัติการพยาบาลและการผดุงครรภ์ไทย ปี พ.ศ. 2558 ปีที่ 2 ฉบับที่ 2 นี้ เป็นฉบับที่สามของการออกวารสารนี้ เนื้อหาในฉบับ ประกอบด้วย บทความวิจัย เรื่อง ความร่วมมือระหว่างอาจารย์พยาบาลกับพยาบาลผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง: ความสำเร็จของวิชาชีพ ซึ่งได้รับการตีพิมพ์ครั้งแรกในหนังสือที่ระลึกวาระอายุครบ 6 รอบ (72 ปี) ของ ศาสตราจารย์เกียรติคุณ ดร. สมจิต หนูเจริญ กุลการ จัดพิมพ์โดย โรงเรียนพยาบาลรามาธิบดี คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล วารสารฯ ของเราได้รับอนุญาตให้ตีพิมพ์ในครั้งนี้ จากทั้งท่านอาจารย์เองและจากผู้อำนวยการโรงเรียนพยาบาลรามาธิบดีฯ เพื่อการเผยแพร่แนวคิดในวงกว้างมากขึ้น กองบรรณาธิการฯ ขอกราบขอบพระคุณไว้ ณ ที่นี้

สำหรับ บทความต้นนิพนธ์ ในฉบับนี้ ประกอบด้วย เรื่อง ประสบการณ์การพัฒนาศูนย์พยาบาลผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง สาขาการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต ในโรงพยาบาลเฉพาะทาง (สภาวรัตน์ พวงลัดดา) การให้ยาระงับความรู้สึกแบบ one lung ventilation (OLV) ในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดทรวงอก: บทบาทของวิสัญญีพยาบาล (วรรณพร ทองประมูล และ นิ่มนวล มั่นตราภรณ์) การพยาบาลผู้ป่วยที่เกิดภาวะลิ้มเลือดอุดตันที่ปอดขณะได้รับการผ่าตัดข้อสะโพกภายใต้การให้ยาระงับความรู้สึกทางช่องน้ำไขสันหลัง: กรณีศึกษา (นวลจันทร์ ดิเรกอุทัยกุล) การสร้างเสริมความเข้มแข็งของชุมชนในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชโดยใช้รูปแบบโฮมสเตย์ (จิราวรรณ ประยูรสวัสดิ์เดช และวันดี สุทธิรังสี) การสังเคราะห์งานวิจัยเกี่ยวกับการบริหารร่างกายด้วยโยคะในผู้ที่มีภาวะปวดหลังส่วนล่าง (ธิดารัตน์ ลาลาด แสงทอง ธีระทองคำ และประคอง อินทรสมบัติ) และในท้ายเล่ม ยังมีบทความ ปกิณกะ เรื่อง การดูแลข้ามวัฒนธรรม (อาภรณ์ ตีนาน) อีกด้วย กองบรรณาธิการวารสารฯ พร้อมจะสนับสนุนและยกระดับผลงานของพยาบาลวิชาชีพผู้ปฏิบัติการที่ยังต้องการความช่วยเหลือด้านการเขียนถ่ายทอดประสบการณ์ทางคลินิกให้มีคุณภาพยิ่งขึ้น

วรรณภา ศรีธัญรัตน์

พนิชฐา พานิชชีวะกุล

บรรณาธิการ

วารสารการปฏิบัติการพยาบาลและการผดุงครรภ์ไทย

# ความร่วมมือระหว่างอาจารย์พยาบาลกับผู้ปฏิบัติการพยาบาลชั้นสูง: ความสำเร็จของวิชาชีพ<sup>1</sup>

สมจิต หนูเจริญกุล<sup>2</sup> RN, Ph.D. (Nursing) อพย. (การพยาบาลอายุรศาสตร์-ศัลยศาสตร์)

**บทคัดย่อ:** บทความนี้กล่าวถึง ความจำเป็นของการมีผู้ปฏิบัติการพยาบาลชั้นสูง สมรรถนะของผู้ปฏิบัติการพยาบาลชั้นสูง ความสำเร็จหรือประโยชน์และอุปสรรคของการใช้และพัฒนาผู้ปฏิบัติการพยาบาลชั้นสูง ความจำเป็นในความร่วมมือกันระหว่างผู้ปฏิบัติการพยาบาลชั้นสูงและอาจารย์พยาบาล บทบาทของอาจารย์พยาบาล การปฏิบัติทางคลินิกของอาจารย์ ประโยชน์และอุปสรรคของการปฏิบัติทางคลินิกของอาจารย์ รูปแบบของการปฏิบัติทางคลินิกของอาจารย์ ตัวอย่างนวัตกรรมบริการสุขภาพ จากความร่วมมือระหว่างผู้ปฏิบัติการพยาบาลชั้นสูงและอาจารย์พยาบาล การเปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างหลักสูตร วุฒิบัตร กับ หลักสูตรปริญญาเอก Ph.D./D.N.S. และหลักการความร่วมมือกันระหว่างอาจารย์และผู้ปฏิบัติการพยาบาลชั้นสูง

วารสารการปฏิบัติการพยาบาลและการผดุงครรภ์ไทย 2558; 2 (2) 05-17

**คำสำคัญ** ผู้ปฏิบัติการพยาบาลชั้นสูง อาจารย์พยาบาล ความร่วมมือระหว่างกัน ปัจจัยความสำเร็จ ปัญหาอุปสรรค

<sup>1</sup>บทความนี้ได้รับการตีพิมพ์ครั้งแรกในหนังสือที่ระลึกงานมุทิตาจิต ครบรอบ 72 ปี ของศาสตราจารย์เกียรติคุณ ดร. สมจิต หนูเจริญกุล และได้รับอนุญาตจากผู้เขียนและจากผู้อำนวยการโรงเรียนพยาบาลรามาธิบดี คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดลให้ตีพิมพ์ซ้ำ ในวารสารการปฏิบัติการพยาบาลและการผดุงครรภ์ไทยในครั้งนี้ได้

<sup>2</sup>ศาสตราจารย์เกียรติคุณ โรงเรียนพยาบาลรามาธิบดี คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล ประธานคณะกรรมการบริหารวิทยาลัยพยาบาลและผดุงครรภ์ชั้นสูงแห่งประเทศไทย สภาการพยาบาล (วาระ พ.ศ. 2556 - 2558)

## บทนำ

ระบบสุขภาพกำลังเผชิญกับปัญหาที่ท้าทายหลายอย่างตั้งแต่การเปลี่ยนแปลงระบอบการแพทย์และประชากรที่มีผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วร่วมกับวิถีชีวิตที่เปลี่ยนแปลงทำให้จำนวนผู้เป็นโรคเรื้อรังเพิ่มขึ้นเป็นอย่างมาก พยาบาลต้องทำงานกับทั้งผู้ป่วยและระบบที่ซับซ้อนในโรงพยาบาลต้องตัดสินใจในภาวะวิกฤติที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วยหนัก ผู้ป่วยที่เปราะบาง และใช้เครื่องเทคโนโลยีช่วยชีวิตขั้นสูงต้องจัดการให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาตามแผนการรักษาของแพทย์ และบูรณาการการดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวม ส่วนในชุมชนพยาบาลต้องรับบทบาทการดูแลด้านหน้าตั้งแต่การตรวจคัดกรอง รักษาโรคเบื้องต้นและส่งต่อเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาที่ถูกต้อง ทันเวลา ในผู้ป่วยเรื้อรังต้องช่วยเหลือผู้ป่วยในการจัดการกับโรคและการรักษา ป้องกันการเกิดภาวะเฉียบพลัน และชะลอไม่ให้โรคเลวลง นอกจากนี้ยังต้องสร้างเสริมสุขภาพ ป้องกันความเจ็บป่วยและการบาดเจ็บ การฟื้นฟูสภาพ การดูแลผู้พิการ ตลอดจนผู้ที่อยู่ในวาระท้ายของชีวิตซึ่งจะเห็นความต้องการการดูแลของผู้ป่วยและประชาชนมีมากมาย ในขณะที่มีการขาดแคลนพยาบาลจากการผลิตไม่ทันกับการสูญเสีย จากอายุการทำงานของพยาบาลที่สั้นคือเพียง ๒๒.๕๕ ปีเท่านั้น<sup>1</sup> การขาดแคลนพยาบาลทำให้พยาบาลทั้งฝ่ายบริการและการศึกษาต้องทำงานหนักมากขึ้น อีกทั้งระบบการพยาบาลนั้นแยกการบริการและการศึกษาออกจากกันจึงขาดการประสานพลังร่วมกันทำงานเพื่อช่วยให้วิชาชีพสามารถตอบสนองความต้องการด้านสุขภาพของประชาชน โดยเฉพาะอย่างยิ่งในเรื่องการปฏิบัติการพยาบาลชั้นสูงซึ่งเป็นการขยายขอบเขตตามปัญหาและความต้องการด้านสุขภาพ

ของประชาชน ดังนั้น บทความนี้จึงมีวัตถุประสงค์เพื่อชี้ให้เห็นถึง ความจำเป็นและสมรรถนะของผู้ปฏิบัติการพยาบาลชั้นสูง การปฏิบัติทางคลินิกของอาจารย์ ความแตกต่างของการเตรียมผู้ปฏิบัติการพยาบาลชั้นสูงและอาจารย์และการความร่วมมือระหว่างอาจารย์พยาบาลกับผู้ปฏิบัติการพยาบาลชั้นสูงเพื่อสุขภาพและคุณภาพชีวิตที่ดีของประชาชน ซึ่งถือเป็นความสำเร็จของวิชาชีพ

## ความจำเป็นของการมีผู้ปฏิบัติการพยาบาลชั้นสูง

พยาบาลเป็นบุคลากรสุขภาพที่มีความสำคัญในการช่วยให้ประชาชนเข้าถึงบริการสุขภาพที่ปลอดภัย มีประสิทธิภาพ เป็นวิชาชีพที่มีความใกล้ชิดและมีโอกาสดูแลผู้รับบริการมากที่สุด มีความเข้าใจในมนุษย์ การปฏิบัติการพยาบาลจึงต้องเชื่อมโยงการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การรักษาพยาบาล การฟื้นฟูสภาพ รวมทั้งการดูแลประคับประคองในระยะสุดท้ายของชีวิต เนื่องจากขอบเขตของการปฏิบัติการพยาบาลกว้างขวางและลึกซึ้ง การเตรียมผู้นำทางคลินิกที่มีพื้นฐานระดับปริญญาตรีจึงไม่เพียงพอ จำเป็นต้องขยายการศึกษาและการฝึกอบรมที่เน้นทางคลินิกในระดับหลังปริญญาด้วยเหตุผลดังต่อไปนี้

๑. การขยายความรู้เชิงวิทยาศาสตร์การแพทย์และเทคโนโลยีรวมทั้งหลักฐานเชิงประจักษ์ ต้องการพยาบาลผู้นำทางคลินิกที่มีความรู้และทักษะสูงในการแปลและบูรณาการความรู้เหล่านี้เพื่อให้บริการกับผู้ป่วย/ผู้ใช้บริการอย่างมีประสิทธิภาพ

๒. ระบบบริการสุขภาพ ความต้องการและปัญหาสุขภาพของประชาชนที่มีความสลับซับซ้อนเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องดังกล่าว ต้องการพยาบาลผู้นำทางคลินิกที่รู้จักใช้ระบบสารสนเทศ และรูปแบบการ

บริการใหม่ๆ เพื่อปรับปรุงคุณภาพ ประสิทธิภาพและ ความปลอดภัยของผู้ป่วย/ผู้ใช้บริการ

๓. การปฏิรูประบบสุขภาพได้เน้นถึงความ สำคัญของการทำงานร่วมกันของสหสาขาวิชาชีพ พยาบาลจึงต้องมีความสามารถในการทำงานร่วมกับ ทีมสหสาขาวิชาชีพเพื่อให้เกิดผลลัพธ์ที่ดีที่สุดกับ ผู้ป่วย/ผู้ใช้บริการ การส่งเสริมให้พยาบาลมีระดับการ ศึกษาที่ใกล้เคียงกับวิชาชีพอื่น ๆ จะช่วยให้การติดต่อ สื่อสารมีประสิทธิภาพและเกิดบรรยากาศของการ ทำงานที่มีการยอมรับนับถือซึ่งกันและกันดีขึ้น

๔. การมีผู้ปฏิบัติการพยาบาลชั้นสูงซึ่งเป็น ผู้เชี่ยวชาญเฉพาะทางหรือกลุ่มเป้าหมาย จะช่วยให้ เข้าใจสถานการณ์ปัญหาและการตอบสนองความ ต้องการผู้ใช้บริการมีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น เป็นการ ขยายโอกาสการเข้าถึงบริการสุขภาพที่มีคุณภาพของ ประชาชน

๕. การศึกษาอบรมเพื่อเป็นผู้ปฏิบัติการ พยาบาลชั้นสูงที่มีความเชี่ยวชาญเฉพาะทางการ พยาบาลและการผดุงครรภ์ยังเป็นช่องทางในการเพิ่ม จำนวนอาจารย์พยาบาลที่มีความรู้ ความเชี่ยวชาญใน การปฏิบัติการพยาบาลซึ่งเป็นหัวใจสำคัญของการ สอนพยาบาลทางคลินิกทั้งระดับปริญญาตรี และ ปริญญาโท การมีเฉพาะอาจารย์ที่สำเร็จการศึกษา ปริญญาเอกที่เน้นเฉพาะวิชาการและวิจัยอย่างเดียว ยังไม่เพียงพอที่จะทำให้คุณภาพของการศึกษา พยาบาลดีขึ้นได้ โดยเฉพาะการเรียนการสอนทาง คลินิก เนื่องจากวิชาชีพการพยาบาลเป็นวิชาชีพที่ต้อง มีการปฏิบัติ

๖. พยาบาลจำเป็นต้องมีผู้นำทางคลินิกเพื่อ ร่วมกำหนดนโยบายและพัฒนาระบบบริการให้มี ประสิทธิภาพและเกิดประโยชน์สูงสุดแก่ผู้ป่วย/ผู้ใช้ บริการ เนื่องจากพยาบาลเป็นผู้ที่ปฏิบัติงานอย่าง

ใกล้ชิดกับผู้ป่วย/ผู้ใช้บริการ จึงทราบปัญหาและ ความต้องการของประชาชนเหล่านั้นเป็นอย่างดี ซึ่งจะ ช่วยให้เห็นนโยบายและระบบบริการสามารถนำไปปฏิบัติ ได้อย่างมีประสิทธิภาพ

๗. เป็นการดึงดูดพยาบาลในคลินิกที่ใฝ่รู้และ ต้องการศึกษาในระดับสูงขึ้นไปให้หันมาศึกษาใน หลักสูตรวุฒิปัตรา แทนที่จะศึกษาต่อในสาขาอื่น ซึ่ง จะช่วยให้การศึกษาต่อในระดับที่สูงขึ้นเกิดประโยชน์ กับการปฏิบัติงานโดยตรงและเป็นการธำรงรักษา พยาบาลที่มีความเชี่ยวชาญ ไว้ในระบบบริการ พยาบาลให้ยาวนานที่สุด จึงเป็นการช่วยแก้ปัญหาการ ขาดแคลนพยาบาลในระยะยาว

๘. เป็นการจัดการฝึกอบรมขั้นสูงสุดในวิชาชีพ ให้กับผู้ที่สนใจและต้องการความรู้และทักษะในการ ปฏิบัติขั้นสูงที่ต้องการความเชี่ยวชาญทางคลินิก เช่น อาจารย์ที่สนใจและสอนภาคปฏิบัติผู้ปฏิบัติการ พยาบาลชั้นสูง หรือ นักบริหารการพยาบาล เป็นต้น

๙. เป็นการให้คุณค่ากับการบริการพยาบาล โดยตรง นับเป็นทางหนึ่งในการสร้างอุดมการณ์ให้ พยาบาลรักการปฏิบัติวิชาชีพที่ก่อให้เกิดผลลัพธ์ โดยตรงกับผู้ป่วย/ผู้ใช้บริการ

### สมรรถนะของผู้ปฏิบัติการพยาบาลชั้นสูง

สภาการพยาบาล<sup>3</sup> ได้กำหนดสมรรถนะของ ผู้ปฏิบัติการพยาบาลชั้นสูงไว้ดังนี้

๑. มีพื้นฐานความรู้ทางด้านพยาบาลศาสตร์ ความรู้ทางการแพทย์ การสาธารณสุข แนวคิด และ ทฤษฎีที่เกี่ยวข้องเป็นอย่างดี และสามารถนำมา ประยุกต์ในการออกแบบและปฏิบัติการดูแลโดยตรง (Direct care) ในกลุ่มเป้าหมายได้อย่างเชี่ยวชาญ

๒. มีความรู้ความเข้าใจในเรื่องนโยบายและ ระบบสุขภาพ การเงินการคลังของระบบบริการ

สุขภาพ โดยเฉพาะอย่างยิ่งที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วย/ผู้ใช้บริการในสาขาที่เชี่ยวชาญ และสามารถนำมาประยุกต์ในการร่วมกำหนดนโยบาย พัฒนาและบริหารจัดการระบบบริการได้อย่างเหมาะสม

๓. มีความสามารถเป็นผู้นำในองค์กรและระบบ สามารถใช้ระบบสารสนเทศ และเทคโนโลยีในการปรับปรุงคุณภาพการดูแล ริเริ่มโครงการต่าง ๆ จัดการกับความเสี่ยงและภาวะคุกคามต่อสุขภาพ และประเมินผลลัพธ์ของการบริการสุขภาพได้

๔. มีความรู้ความเข้าใจและสามารถประเมินเทคโนโลยีทางการแพทย์ และการพยาบาลที่ทันสมัย เพื่อนำมาใช้ในระบบการดูแลผู้ป่วย/ผู้ใช้บริการในสาขาที่เชี่ยวชาญได้อย่างเหมาะสม

๕. มีความสามารถในการทำงานร่วมกับบุคลากร เจ้าหน้าที่สุขภาพ และผู้ที่เกี่ยวข้องในการร่วมดำเนินการเพื่อปรับปรุงผลลัพธ์การดูแล และยกระดับสุขภาวะของคนในชาติ

๖. มีความสามารถในการสอน ชี้แนะ กำกับ เป็นพี่เลี้ยงในการปฏิบัติและให้การปรึกษาแก่ผู้ใช้บริการ/ครอบครัว นักศึกษา และเจ้าหน้าที่ในทีมสุขภาพตามความเหมาะสม

๗. มีความสามารถเชิงวิชาการ คิดเชิงวิเคราะห์ อย่างเป็นระบบ การใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ การวิจัย การสร้างความรู้จากการปฏิบัติ และสามารถนำเสนอรายงานทั้งในรูปแบบที่เป็นทางการและไม่เป็นทางการ ผ่านสิ่งตีพิมพ์ทางวิชาการตลอดจนสื่ออื่น ๆ

๘. มีคุณธรรม จริยธรรม เป็นตัวแทนผู้ใช้บริการเพื่อให้เกิดนโยบายทางสุขภาพที่มีความยุติธรรม ความเท่าเทียม สามารถชี้นำความถูกต้อง และสื่อความคิดที่ตงามด้านสุขภาพให้กับสังคม

๙. เป็นผู้ที่มีความใฝ่รู้ ศึกษาค้นคว้า สามารถวิเคราะห์ปัญหาด้วยตนเอง

ความสำเร็จจากผลการวิจัยชี้ให้เห็นประโยชน์ของการมี ผู้ปฏิบัติการพยาบาลชั้นสูงในระบบสุขภาพของประเทศในทุกด้านตั้งแต่ ผู้ป่วย/ผู้ใช้บริการ องค์กรบริการสุขภาพ และตัวผู้ประกอบวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์ ซึ่งผลการวิจัยสอดคล้องกับงานวิจัยในประเทศต่าง ๆ ทั่วโลก ที่พบว่า การมี ผู้ปฏิบัติการพยาบาลชั้นสูงช่วยปรับปรุงการเข้าถึง บริการสุขภาพของผู้ป่วย/ผู้ใช้บริการ สามารถจัดการ การดูแลผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพทั้งผู้ป่วยเรื้อรัง ที่ซับซ้อน และวิกฤติ เป็นที่ยอมรับของผู้ป่วย/ผู้ใช้ บริการ และวิชาชีพอื่น สามารถให้บริการที่ได้คุณภาพสูง ลดค่าใช้จ่าย นอกจากนี้การมี ผู้ปฏิบัติการพยาบาล ชั้นสูงจะช่วยแก้วิกฤติระบบสุขภาพในเรื่องการขาดแคลนพยาบาลในระยะยาว เพราะเป็นการสร้าง บันไดความก้าวหน้าให้กับผู้ปฏิบัติการพยาบาล โดยตรง เป็นการบำรุงรักษาพยาบาลที่มีคุณภาพให้ ปฏิบัติการพยาบาลโดยตรงให้ยาวที่สุด ทำให้เพิ่ม พยาบาลที่มีความรู้และทักษะในการแก้ไขปัญหาของ ผู้ป่วยที่ยุ่งยากซับซ้อน และขยายบทบาทเพื่อบรรเทา ภาระ และการขาดแคลนแพทย์ ทำให้พยาบาลทั่วไป หรือพยาบาลจบใหม่ มีความรู้และทักษะเพิ่มขึ้นช่วยลด ความเครียดและการขาดความมั่นใจในการปฏิบัติงาน ซึ่งจะมีผลให้เพิ่มความพึงพอใจในงานและ การคงอยู่ของพยาบาลในวิชาชีพ ซึ่งเป็นแนวทางหนึ่ง ในการแก้ไขปัญหาการขาดแคลนในระยะยาว นอกจากนี้ ผู้ปฏิบัติการพยาบาลชั้นสูงยังเป็นต้นแบบที่ดีในการปฏิบัติงาน<sup>4</sup>

อุปสรรคการใช้และพัฒนาผู้ปฏิบัติการพยาบาลชั้นสูงยังมีข้อจำกัด เนื่องจากไม่มีกรอบอัตรา กำลังและตำแหน่งรองรับ ทำให้การพัฒนาของ ผู้ปฏิบัติการพยาบาลชั้นสูงไม่เป็นระบบ ผู้ปฏิบัติการพยาบาลชั้นสูง ต้องใช้ศักยภาพและพลังอย่างมากใน



การพัฒนางานซึ่งจะสำเร็จได้มากน้อยเพียงใดขึ้นอยู่กับ การให้โอกาสของผู้บริหารเป็นสำคัญไม่มีคำตอบแทนในงานที่ได้ปฏิบัติซึ่งเป็นงานที่ยุ่งยาก ซับซ้อน<sup>4</sup> ผลงานวิจัยสะท้อนให้เห็นถึงผู้บริหารและ ผู้กำกับนโยบายขาดความเข้าใจ และขาดการให้คุณค่า กับงานพยาบาลที่นอกเหนือจากงานประจำที่เป็น ธรรมเนียมปฏิบัติโดยที่มุ่งเน้นการกระทำกิจกรรม ต่าง ๆ เป็นศูนย์กลาง (Task oriented) แทนมุ่งเน้น ผู้ป่วยและครอบครัวเป็นศูนย์กลางของการบริการ (Patient center oriented) ผู้ที่ปฏิบัติงานในบทบาท ที่นอกเหนือจากที่เคยทำกันมา จะไม่มีที่ยืนในระบบ และโครงสร้างขององค์กร ทั้ง ๆ ที่ในระบบสุขภาพ ขาดผู้ที่มีสมรรถนะในการประสานพลังและทำงานร่วมทีม กับเจ้าหน้าที่สุขภาพและทุกฝ่ายที่มีส่วนเกี่ยวข้อง และ ผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงมีความสามารถที่จะรับ บทบาทนี้ ดังที่แพทย์หญิงเคน<sup>5</sup> กล่าวว่า

“ผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงมาทันเวลาพอดีที่ พวกเรากำลังหาทางที่จะเผชิญกับภาวะวิกฤต ใน ระบบสุขภาพ จากโรคและภาวะเรื้อรัง ซึ่งผลงานได้ พิสูจน์แล้วว่าผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงเหล่านี้ สามารถที่จะจัดการได้ ดังนั้นอย่ามองผู้ปฏิบัติการ พยาบาลขั้นสูงง่าย ๆ ว่าทำหน้าที่แทนแพทย์แต่การมี ผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงนับเป็นนวัตกรรมใหม่ใน ระบบสุขภาพ พยาบาลเหล่านี้เป็นกุญแจสำคัญในการ ให้บริการในรูปแบบใหม่ที่ได้พัฒนาขึ้นเพื่อแก้ปัญหา สุขภาพ และตอบสนองความต้องการของประชาชนที่ เปลี่ยนแปลงไป”

รูปแบบการบริการเหล่านี้ต้องใช้ระบบชุมชน เป็นฐาน ในรูปของการดูแลที่บ้านหรือคลินิกที่ สามารถช่วยให้ประชาชนเข้าถึงบริการได้สะดวก ใน ขณะเดียวกันสามารถช่วยลดการที่ผู้ป่วยต้องกลับมา รักษาในโรงพยาบาลซ้ำ พยาบาลเหล่านี้เป็นทั้ง

ผู้จัดตั้งคลินิกและให้บริการ ที่ลดค่าใช้จ่ายได้มากกว่า การให้บริการโดยแพทย์<sup>6</sup> พื้นฐานที่แข็งแกร่งของ วิชาชีพการพยาบาลในการดูแลแบบองค์รวม เมื่อ ผวนกับความรู้อะเอียดและทักษะทางคลินิก ทำให้ผู้ปฏิบัติ การพยาบาลขั้นสูงเป็นผู้ที่เหมาะสมในการจัดการกับ ความท้าทายจากโรคเรื้อรัง เพราะปัจจัยที่จะช่วยให้ ประสบความสำเร็จในการดูแลผู้ป่วยเรื้อรังเหล่านี้คือ การให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมอย่างแข็งขันในการดูแลตนเอง การประสานและร่วมทำงานเป็นทีมเพื่อการดูแลแบบ บูรณาการ ซึ่งผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงได้ชื่อว่าเป็น ผู้ที่มีความสามารถในเรื่องเหล่านี้มากที่สุด ตัวอย่าง ในประเทศไทย เช่น คลินิกการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายที่ โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชปัว รูปแบบการดูแล ผู้ป่วยเรื้อรังและผู้พิการที่โรงพยาบาลท่าวังผา จังหวัด น่าน เป็นต้น

อย่างไรก็ตามด้วยข้อจำกัดต่าง ๆ ดังกล่าว ร่วมกับการขาดแคลนพยาบาลทำให้ระบบสุขภาพ ไม่ได้ใช้ผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงอย่างเต็มที่ ดังจะเห็นได้จากงานวิจัยที่ศึกษาการใช้หลักฐาน เชิงประจักษ์ในผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง จำนวน ๕๖๖ คน พบว่าทำงานในบทบาทพยาบาลผู้ปฏิบัติการ ขั้นสูง ควบคุมไปกับการทำบทบาทพยาบาลประจำ หอผู้ป่วยร้อยละ ๓๗.๕ และทำบทบาทพยาบาล ผู้ปฏิบัติการขั้นสูง ควบคุมไปกับงานบริหาร ร้อยละ ๒๗.๙ ทั้งนี้มีเพียงจำนวน ๕๑ ราย หรือ ร้อยละ ๙ ของกลุ่มตัวอย่างที่ปฏิบัติงานตามกรอบงานของการ ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง<sup>7</sup>

ดังนั้นการพัฒนาการปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง นอกจากต้องการการสนับสนุนในเชิงนโยบายแล้ว ยังต้องการการศึกษาวิจัยเพื่อพัฒนารูปแบบของการ ใช้ผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง โครงสร้าง กระบวนการ และผลลัพธ์ของผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง รวมทั้ง

การถอดบทเรียนจากการปฏิบัติที่ดี หรือเป็นเลิศ การเขียนและเผยแพร่ความรู้จากการปฏิบัติ ซึ่งต้องการการทำงานร่วมกับอาจารย์พยาบาลที่ได้รับการเตรียมในเรื่องการวิจัยชั้นสูง แต่น่าเสียดายที่ความร่วมมือระหว่างผู้บริหารพยาบาลชั้นสูง และอาจารย์พยาบาลยังถือว่าน้อยมากในประเทศไทยและต้องการทำให้เข้มแข็งและเป็นจริง ซึ่งทั้งสองฝ่ายจะได้ประโยชน์ซึ่งกันและกัน และที่สำคัญคือ ประโยชน์สูงสุดจะตกอยู่กับ นักศึกษาพยาบาลทุกระดับ ผู้ป่วย ประชาชน และวิชาชีพ ทั้งนี้อาจารย์พยาบาลต้องมุ่งมั่นที่จะใช้วิชาการลงสู่การปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิก

### บทบาทของอาจารย์พยาบาลในศตวรรษที่ ๒๑

อาจารย์ในมหาวิทยาลัยถูกคาดหวังให้ทำการศึกษาค้นคว้าวิจัยนอกเหนือจากการสอน โดยเฉพาะมหาวิทยาลัยวิจัย ซึ่งการจะเป็นมหาวิทยาลัยวิจัยได้นั้น จำเป็นต้องจัดการศึกษาในระดับบัณฑิตศึกษา ทั้งปริญญาโท และเอกเพื่อสร้างองค์ความรู้ หรือศาสตร์ของแต่ละสาขา อย่างไรก็ตามศาสตร์ทางการพยาบาลเป็นศาสตร์ของวิชาชีพที่มีการปฏิบัติ ในขณะที่การเรียนการสอนต้องผลิตพยาบาลให้สามารถทำงานในระบบสุขภาพที่ซับซ้อนในปัจจุบันและอนาคต อาจารย์พยาบาลจำเป็นต้องสอนการปฏิบัติ ด้วยและได้พยายามบูรณาการ การเรียนการสอน การปฏิบัติ และการวิจัย ไปด้วยกัน ซึ่งไม่ใช่กระทำได้ง่ายนัก ในระบบสุขภาพที่ซับซ้อน และระบบของวิชาชีพพยาบาลที่แยกการบริการ และการศึกษาออกจากกัน ซึ่งถ้าหากขาดระบบประสานความร่วมมือระหว่างทั้งสองฝ่ายอย่างจริงจัง ช่องว่างจะยิ่งห่างออกไป ผลที่เกิดขึ้นคือคุณภาพของทั้งบัณฑิตพยาบาล การบริการ และงานวิจัยที่ตอบโจทย์ปัญหาสุขภาพของผู้ป่วยและสามารถนำไปใช้ในการปฏิบัติการพยาบาล โดยเฉพาะ

อย่างยิ่งถ้าอาจารย์ไม่มีความเชี่ยวชาญทางคลินิก ดังนั้นการมีส่วนร่วมของอาจารย์ในการปรับปรุงคุณภาพบริการทั้งการปฏิบัติทางคลินิก การบริหารจัดการ และการวิจัยจึงเป็นสิ่งจำเป็น

### การปฏิบัติทางคลินิกของอาจารย์

การปฏิบัติทางคลินิกของอาจารย์หมายถึง การมีปฏิสัมพันธ์กับผู้ป่วย หรือผู้ใช้บริการเป็นการร่วมมือกันระหว่างอาจารย์ที่ปฏิบัติในสถาบันการศึกษา กับอาจารย์หรือพยาบาลที่อยู่ในคลินิก เป็นการบูรณาการบทบาทของผู้ปฏิบัติการพยาบาลชั้นสูง และการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ (ทั้งทักษะ ความรู้ และการวิจัย) ให้นักศึกษาระดับบัณฑิตศึกษาหรือ วุฒิปริญญาตรีได้เห็นเป็นแบบอย่าง<sup>๘</sup> เป็นการปฏิบัติเชิงวิชาการ ซึ่งมีลักษณะดังนี้

๑. เป็นกลไกการศึกษาค้นคว้าเชิงวิชาการ และพัฒนาทักษะ และความเชี่ยวชาญทางคลินิก
๒. เชื่อมโยงทฤษฎีและการปฏิบัติ เพื่อแก้ปัญหาจริงที่เกิดขึ้น
๓. การปฏิบัตินั้นจะต้องเกินกว่าการดูแลผู้ป่วยโดยตรง คือจะต้องสร้างความรู้จากการปฏิบัติ นำใช้และเผยแพร่งานวิจัย
๔. การปฏิบัติกับผู้ป่วย โดยตรงทำให้เกิดความพยายาม และเกิดทักษะในการแก้ปัญหา และตอบคำถามต่างๆ ที่เกิดขึ้นมากมาย เกิด ปัญญาปฏิบัติ หรือ Practical wisdom และเกิดความรู้จากการปฏิบัติ (Practical knowledge)
๕. การปฏิบัติทางคลินิกของอาจารย์ตั้งอยู่บนฐานความเชื่อว่า “ไม่มีสิ่งแวดล้อมใด ๆ วิเศษไปกว่า สถานที่ปฏิบัติงานกับผู้ป่วย / ผู้ใช้บริการในการสร้างคำถาม และดำเนินการวิจัยเพื่อตอบปัญหาที่เป็นจริง ในบริบทของการบริการ และการแก้ปัญหาสุขภาพของประเทศ”

๖. การปฏิบัติทางคลินิกของอาจารย์พยาบาล เป็นการให้บริการแก่ชุมชนที่เห็นได้ชัด ทำให้สถาบัน การศึกษาเป็นที่รู้จักของสังคม และประชาชนเห็น ประโยชน์ของสถาบัน เป็นการส่งเสริมให้มหาวิทยาลัย ทำงานร่วมกับชุมชน

### ประโยชน์ที่ได้จากการปฏิบัติทางคลินิกของ อาจารย์

๑. มีหลักฐานสนับสนุนว่าการปฏิบัติทางคลินิก ของอาจารย์ทำให้การสอนมีประสิทธิภาพมากขึ้น<sup>๑</sup>

๒. ประสบการณ์การปฏิบัติทางคลินิกช่วยลด ช่องว่าง ระหว่างทฤษฎีกับการปฏิบัติในการสอนใน ชั้นเรียน เป็นการนำความเป็นจริงทางคลินิกมาสู่ ห้องเรียนเป็นการเชื่อมระหว่างทฤษฎีลงสู่การปฏิบัติ โดยการทำให้มีทัศนคติที่เป็นนามธรรม มีความหมาย และมีชีวิตชีวามากขึ้น

๓. การให้ตัวอย่างจากการปฏิบัติ ช่วยให้นักศึกษาได้เรียนรู้วิธีการแก้ปัญหาจากกรณีศึกษาจริง เป็นการสร้างสิ่งแวดล้อมให้นักศึกษาสนใจ มีส่วนร่วม ในการเรียนรู้ด้วยตนเอง

๔. การปฏิบัติทางคลินิกของอาจารย์ เป็นห้อง ทดลองที่สามารถช่วยให้นักศึกษาประยุกต์ใช้ความรู้ ที่เรียนในห้องเรียนภายใต้คำแนะนำของอาจารย์ที่มีความเชี่ยวชาญทางคลินิก

๕. เป็นเวทีที่อาจารย์ได้แสดงแบบอย่างของ การปฏิบัติในชั้นสูง และยังเป็นการสอนที่ไม่ต้อง เตรียม

๖. อาจารย์พยาบาลที่มีประสบการณ์ในฐานะ ผู้ปฏิบัติ จะทำให้ศาสตร์ของการปฏิบัติก้าวหน้า เพื่อ การวิจัยและวิชาการ

๗. ในสหรัฐอเมริกาอาจารย์พยาบาลมีส่วนใน การสร้างนวัตกรรม และการปฏิบัติเชิงวิชาการ

ทั่วประเทศ แต่ความพยายาม และรูปแบบของการ ปฏิบัติจะแตกต่างกันไปตามแต่ละสถาบัน แต่สิ่งที่ เหมือนกันนั่นคือ คุณภาพของการปฏิบัติ<sup>๑</sup>

๘. อาจารย์พยาบาลได้ติดตามความก้าวหน้า และแนวโน้มของการปฏิบัติ และมีทักษะทางคลินิกที่ ทันสมัย

๙. เป็นโอกาสที่จะสร้างความร่วมมือกับวิชาชีพ อื่นในด้านการศึกษา ซึ่งขณะนี้ถือเป็นความต้องการ อย่างยิ่งที่จะให้นักศึกษาสาขาสุขภาพทั้งหมดได้เรียน รู้ในเรื่องการทำงานเป็นทีม

๑๐. ประโยชน์ต่อวิชาชีพโดยการปฏิบัติทาง คลินิกของอาจารย์ผู้สอนให้ การปฏิบัติเชิงวิชาชีพ ปรากฏชัด ผู้คนจะเข้าใจ บทบาทของพยาบาล ที่แท้จริงมากขึ้นเป็นแบบอย่างของการปฏิบัติที่ สะท้อนเอกสิทธิ์และการควบคุมตนเองของวิชาชีพ ซึ่งจะต้องบูรณาการความรู้ เชิงวิทยาศาสตร์ การวิจัย จริยธรรม กฎหมาย ในการปฏิบัติกับผู้ป่วยและ ครอบครัว และการติดต่อกับวิชาชีพอื่น

### อุปสรรคของการปฏิบัติทางคลินิกของอาจารย์

๑. การให้ความหมายของ “วิชาการ” ใน มหาวิทยาลัยค่อนข้างแคบ และไม่ให้คุณค่าของการ ปฏิบัติเชิงวิชาการ ทำงานวิจัย หรือการสอน

๒. ไม่มีการประเมินและการให้รางวัลในระบบ มหาวิทยาลัย

๓. การผสมผสานบทบาทของการปฏิบัติใน บทบาทพยาบาลวิชาชีพ กับการศึกษาและการวิจัย ทำได้ยากมาก เพราะมหาวิทยาลัยต้องการงานวิจัย งานสอน เป็นหลัก

๔. ไม่มีเวลาปฏิบัติ งานล้นมือ หมดแรงที่ พยายามทำทุกอย่าง ไม่สามารถรับมือกับความ ต้องการในทุกด้าน ทั้งการปฏิบัติงานวิชาการ และวิจัย

## รูปแบบของการปฏิบัติทางคลินิกของอาจารย์

การปฏิบัติทางคลินิกของอาจารย์มีหลากหลายรูปแบบตามแต่ละบริบทของแต่ละสถาบัน รูปแบบที่พบบ่อยได้แก่

๑. Unification model เป็นรูปแบบที่ผู้บริหารสูงสุดของทั้งฝ่ายการศึกษาและฝ่ายบริการเป็นคนเดียวกัน อาจารย์เป็นทั้งผู้ปฏิบัติ และสอนนักศึกษาพยาบาลทั้งภาคทฤษฎีและการปฏิบัติในคลินิก ร่วมรับผิดชอบในคุณภาพของการบริการซึ่งในประเทศไทยรูปแบบนี้เป็นรูปแบบของโรงเรียนพยาบาลและภาควิชาพยาบาลศาสตร์คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี ซึ่งประสบความสำเร็จอย่างมากในยุคแรก ๆ ทำให้อาจารย์มีความเชี่ยวชาญทางคลินิกและพยาบาลที่สำเร็จจากสถาบันนี้มีความเข้มข้นในการปฏิบัติวิชาชีพเชิงวิชาการ มีผลงานหนังสือการพยาบาลทางคลินิกที่พยาบาลทั่วประเทศใช้เป็นแหล่งอ้างอิง และมีนวัตกรรมเกี่ยวกับรูปแบบการพยาบาลใหม่ๆ เกิดขึ้น เช่น รูปแบบของผู้ปฏิบัติการพยาบาลชั้นสูง ในโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยแห่งแรกในประเทศ การดูแลผู้ป่วยที่บ้าน การดูแลระบบการพยาบาลเจ้าของไข้ รูปแบบหอผู้ป่วยที่บูรณาการการเรียนการสอน การวิจัย และการสร้างความรู้จากการปฏิบัติ เป็นต้น

๒. Collaborative model เป็นรูปแบบที่ผู้บริหารสถานบริการ และการศึกษาเป็นคนละคน แต่มีระบบการทำงานร่วมกัน อาจารย์พยาบาลมีบทบาทที่ฝ่ายการศึกษาเป็นหลักและอาจจะถูกแต่งตั้งให้รับผิดชอบในคลินิกด้วย

๓. Integrated model เป็นรูปแบบบูรณาการที่อาจารย์และนักศึกษาในหลักสูตรหลังปริญญาในระดับปริญญาโทหรือเอกทางการปฏิบัติการพยาบาล

(Doctor of Nursing Practice) ร่วมรับผิดชอบในการดูแลผู้ป่วย

๔. Entrepreneurial model คืออาจารย์พยาบาล การเปิดคลินิกหรือสถานบริการและให้บริการด้วยตนเอง

ตัวอย่าง นวัตกรรมบริการสุขภาพ (The Institute for Health Care Innovation: IHCI)<sup>10</sup> เกิดจากพันธกิจของคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยชิคาโก ในการสร้างนวัตกรรมการบูรณาการ การสอน การปฏิบัติ และการวิจัยเข้าด้วยกัน จึงเปิดสถาบันนี้ขึ้นในรูปแบบเชิงธุรกิจ คณะพยาบาลศาสตร์แห่งนี้เป็นที่ยอมรับว่าเป็นผู้นำ และเชี่ยวชาญในเรื่องการจัดการศึกษาและการเงินการคลัง เปิดสอนและฝึกอบรมวิชาการใช้หลักสูตรเชิงประจักษ์ให้กับพยาบาลและผู้ปฏิบัติการพยาบาลชั้นสูง ซึ่งพยาบาลและอาจารย์มีโอกาสที่จะประยุกต์ความรู้สู่การปฏิบัติในสถานบริการที่ปฏิบัติจริง และยังสามารถหารายได้จากทำให้คำปรึกษาผู้บริหารของ IHCI และผู้อำนวยการศึกษาต่อเนื่อง การปฏิบัติทางคลินิกของอาจารย์ การบริการให้คำปรึกษา และการริเริ่มนโยบายเป็นอาจารย์ของคณะพยาบาลศาสตร์ทั้งหมด

กล่าวโดยสรุป การปฏิบัติทางคลินิกของอาจารย์ เป็นความต้องการของวิชาชีพ เพื่อรักษาสมรรถนะทางคลินิกที่จะช่วยการสอนทางคลินิกแก่นักศึกษา และเป็นความคาดหวังของคณะพยาบาลศาสตร์ทั้งหลาย หากต้องการให้เกิดขึ้นได้จริงจะต้องสร้างคุณค่าระบบ และการตอบแทน หรือเป็นส่วนหนึ่งของงาน ซึ่งจะประสบความสำเร็จได้ จะต้องร่วมมือกับฝ่ายการพยาบาล และต้องบูรณาการเข้าไปในวัฒนธรรมการให้คุณค่าขององค์กร จนกลายเป็นธรรมเนียมการปฏิบัติให้ได้

ประเทศไทยได้เตรียมผู้ปฏิบัติการพยาบาล  
ชั้นสูงในหลักสูตรฝึกอบรมพยาบาลชั้นสูงระดับ  
วุฒิปัตร์ซึ่งใช้ระบบเดียวกับวิชาชีพ แพทย์ ทันตแพทย์  
และเภสัชกร ด้วยความมุ่งหวังให้พยาบาลเหล่านี้มี  
ความรู้และความเชี่ยวชาญในการปฏิบัติอย่างแท้จริง  
และสามารถเทียบเท่าปริญญาเอก ได้เช่นเดียวกับ  
วิชาชีพข้างเคียงเพื่อสามารถจะปฏิบัติงานได้ทั้งการ  
บริการ และการศึกษา ในอนาคตอาจารย์พยาบาล  
ส่วนใหญ่สำเร็จการศึกษาระดับปริญญาเอกที่เน้นการ  
วิจัยและวิชาการ แต่ยังคงขาดความเชี่ยวชาญทางคลินิก  
ซึ่งความแตกต่างของหลักสูตรมีรายละเอียดดังนี้

### หลักสูตรวุฒิปัตร์

เป้าหมาย เพื่อผลักดันความก้าวหน้าในการ  
ปฏิบัติการพยาบาล และปรับปรุงผลลัพธ์ของการ  
บริการสุขภาพหลักสูตรเตรียมผู้นำทางการพยาบาล  
ในการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ทั้งในการปฏิบัติการ  
พยาบาล และในบทบาทของผู้บริหาร การวิจัยเพื่อ  
ปรับปรุงการปฏิบัติ และสร้างความรู้จากการปฏิบัติ  
ดังนั้นจึงต้องมีสมรรถนะในการแปลงผลงานวิจัยลงสู่  
การปฏิบัติการประเมินหลักฐานเชิงประจักษ์การ  
ประยุกต์งานวิจัยในการตัดสินใจ การนำนวัตกรรม  
ทางคลินิกไปใช้ รูปแบบ และระบบใหม่ ๆ เพื่อการ  
เปลี่ยนแปลงการปฏิบัติในทางที่ดีขึ้น

### หลักสูตรปริญญาเอก Ph.D./D.N.S.

เป้าหมาย เพื่อผลักดันความก้าวหน้า ของ  
องค์ความรู้เกี่ยวกับศาสตร์ทางการพยาบาลและการ  
บริการสุขภาพหลักสูตรนี้ เตรียมนักวิชาการทางการ  
พยาบาล (Nurse scientist) เพื่อทำวิจัยสร้างองค์  
ความรู้ หรือทฤษฎี ที่เป็นพื้นฐานในการปฏิบัติและ  
การบริการสุขภาพ คุชฌีบัณฑิตมักทำงานในตำแหน่ง  
อาจารย์ และนักวิจัย ซึ่งการที่วิชาชีพการพยาบาลมี  
บทบาทสำคัญในการทำให้ประชาชนมีสุขภาพดี  
พ้นภัยจากความเจ็บป่วย มีคุณภาพชีวิตที่ดีแม้มี  
ข้อจำกัดจากความเจ็บป่วยได้นั้นเราต้องมั่นใจว่า  
นักวิจัยของวิชาชีพสร้างความรู้ที่มีคุณภาพที่จะเป็น  
พื้นฐานในการปฏิบัติการพยาบาลและผู้บริหารจัดการ  
ทั้งการศึกษาและการบริการพยาบาลมีองค์ความรู้ที่  
แข็งแกร่งในการตัดสินใจ และกำหนดนโยบาย รวมทั้ง  
ได้รับการเตรียมให้มีความรู้เพียงพอในการบริหาร  
จัดการและการใช้ความรู้และการวิจัยในการปฏิบัติใน  
บทบาท

อย่างไรก็ตามอาจารย์พยาบาลผู้สอนทาง  
คลินิกถูกคาดหวังให้ มีความรู้และทักษะความ  
เชี่ยวชาญทางคลินิก และสามารถนำความรู้และผลการ  
วิจัยในการปฏิบัติจึงทำได้ยากและ ในขณะเดียวกัน  
ประชาชนต้องการผู้ปฏิบัติที่เชี่ยวชาญที่สามารถ  
จัดการการบริการแบบองค์รวมให้ได้คุณภาพ ใน  
ทุกระยะของความเจ็บป่วยจึงจำเป็นต้องมีหลักสูตร  
วุฒิปัตร์ความแตกต่างระหว่างสองหลักสูตรดัง  
แสดงใน ตารางที่ ๑

ตารางที่ ๑ เปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างหลักสูตรวุฒิปัตร กับ หลักสูตรปริญญาเอก Ph.D./D.N.S.

หลักสูตรวุฒิปัตร	หลักสูตร Ph.D./D.N.S.
<p><b>วัตถุประสงค์</b></p> <p>เตรียมพยาบาลในระดับสูงสุดของการปฏิบัติการพยาบาลซึ่งจะเป็นผู้นำในการแปลและนำใช้ผลการวิจัยสู่การปฏิบัติสร้างความรู้จากการปฏิบัติ (Practical knowledge)</p> <p><b>สมรรถนะ</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- ความรู้และทักษะ แปลและนำใช้ผลการวิจัยสู่การปฏิบัติเป็นผู้นำ เผยแพร่ และเชื่อมโยงความรู้ใหม่สู่องค์กร และระบบสุขภาพ</li> <li>- เป็นผู้นำในการปฏิบัติการพยาบาลชั้นสูง หรือผู้นำในระบบบริการ เช่น ตำแหน่งผู้บริหาร</li> </ul> <p><b>การเตรียม</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- ฝึกประสบการณ์ทำงานกับอาจารย์หรือพยาบาลผู้เชี่ยวชาญ (APN) ทางคลินิก</li> </ul>	<p><b>วัตถุประสงค์</b></p> <p>เตรียมพยาบาลในระดับสูงสุดของศาสตร์ทางการพยาบาลในการทำวิจัยเพื่อสร้างองค์ความรู้ ทฤษฎี และหลักฐานเชิงประจักษ์ เพื่อเป็นพื้นฐานทางการพยาบาล และระบบสุขภาพ</p> <p><b>สมรรถนะ</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- ความรู้และทักษะ เชิงทฤษฎี วิธีการและการวิเคราะห์ เพื่อแสวงหาความรู้ และวิธีการในการใช้ความรู้ในการพยาบาลและระบบสุขภาพ</li> <li>- นักวิจัย นักวิชาการในสถาบันการศึกษา หรือสถาบันวิจัยเน้นการทำวิจัย</li> </ul> <p><b>การเตรียม</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- ฝึกประสบการณ์ทำงานกับอาจารย์ที่ทำวิจัยโดยได้รับทุนเป็นชุดโครงการ</li> </ul>

พยาบาลที่ถูกเตรียมจากหลักสูตรสองประเภทเป็นผู้ที่ได้รับการศึกษาสูงสุดในวิชาชีพ ด้วยเป้าหมายที่แตกต่างกัน แต่เสริมซึ่งกันและกัน ดังนั้นจะต้องร่วมมือกัน ที่จะช่วยให้พันธกิจของวิชาชีพ ทั้ง การศึกษา การบริการ และการวิจัยประสบผลสำเร็จ และบังเกิดประโยชน์ต่อสุขภาพ และคุณภาพชีวิตของประชาชน

**ความร่วมมือระหว่างอาจารย์และผู้ปฏิบัติการพยาบาลชั้นสูง**

ความร่วมมือนั้นเป็นความร่วมมือ ทั้งการปฏิบัติการสอน การวิจัย และวิชาการ โดยมีหลักการว่าทุกคนจะได้ประโยชน์จากการประสานพลังทำงานร่วมกัน ดังนี้

๑. อาจารย์พยาบาลสามารถปฏิบัติงานในคลินิก หรือ สถานบริการที่มีผู้ปฏิบัติการพยาบาลชั้นสูง โดยแต่ละฝ่ายจะมีผู้ป่วยที่อยู่ในความรับผิดชอบและสามารถปฏิบัติงานทดแทนกันได้

๒. ผู้ปฏิบัติการพยาบาลชั้นสูง สามารถสอนเป็นพี่เลี้ยง และกำกับผู้เข้าฝึกอบรมในหลักสูตรวุฒิปัตร หรือนักศึกษาระดับปริญญาโททางคลินิกได้เป็นอย่างดี และนักศึกษาเหล่านี้จะเป็นผู้ช่วยผู้ปฏิบัติการพยาบาลชั้นสูง และอาจารย์ในการดูแลผู้ป่วย

๓. วิจัยและวิชาการ จะเห็นว่าอาจารย์ได้รับการเตรียมมาอย่างดีในเรื่องการวิจัยชั้นสูงที่มีทั้งความรู้และทักษะทั้งเชิงปริมาณ และเชิงคุณภาพ ซึ่งจะช่วยให้การวิจัยทางคลินิกมีความแข็งแกร่ง และลุ่มลึก

มากขึ้น ส่วนผู้ปฏิบัติการพยาบาลชั้นสูง ที่ทำงานในคลินิกจะทราบปัญหาที่ควรศึกษาวิจัย นอกจากนั้นการถอดบทเรียนของความสำเร็จ หรือ Best practice ของผู้ปฏิบัติการพยาบาลชั้นสูง ต้องการผู้ที่มีความรู้และทักษะในการวิจัยเชิงคุณภาพ

๔. ร่วมมือในการปรับปรุงคุณภาพการพยาบาล โดยใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ และขยายไปถึงการศึกษา กลวิธีที่นำไปใช้ ในระบบสุขภาพที่ซับซ้อน

๕. เผยแพร่ผลงานวิจัย และความรู้จากการปฏิบัติ การเขียนผลงานวิจัยและวิชาการ ตีพิมพ์ในวารสารที่เป็นที่ยอมรับ ต้องการคนที่มีทักษะในเรื่องการเขียน อาจารย์ที่สำเร็จปริญญาเอกและมีผลงาน จะมีส่วนช่วยเป็นอย่างมาก แต่ต้องเป็นผลงานร่วมกัน

๖. อาจารย์พยาบาลที่สำเร็จการศึกษาระดับปริญญาเอกจะมีความรู้ความเข้าใจในหลักปรัชญา และทฤษฎีในศาสตร์ทางการพยาบาล และศาสตร์ที่เกี่ยวข้อง ซึ่งทฤษฎีเหล่านี้ให้แนวคิด แต่ขาดความรู้เชิงปฏิบัติ ส่วนผู้ปฏิบัติการพยาบาลชั้นสูง จะมีความรู้เชิงปฏิบัติ (Practical knowledge) แต่มีข้อจำกัดในความรู้เชิงทฤษฎีที่ลึกซึ้ง เพราะฉะนั้นถ้าร่วมกันทำงานจะสามารถสร้างความรู้เชิงปฏิบัติได้เป็นอย่างดี ซึ่งจะช่วยให้การใช้ทฤษฎีมีความหมายและมีชีวิตชีวา มากขึ้น

กล่าวโดยสรุป วิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์จำเป็นต้องขยายขอบเขตของวิชาชีพเพื่อตอบสนองความต้องการด้านสุขภาพของประชาชนที่เปลี่ยนแปลงตามลักษณะประชากร ระบาดวิทยาของโรค ความเจริญก้าวหน้าทางด้านเทคโนโลยี และความซับซ้อนของระบบสุขภาพ การพัฒนาทั้งด้านการศึกษา การปฏิบัติ และการวิจัยให้ได้คุณภาพนั้นเป็นภารกิจที่สำคัญของวิชาชีพ และไม่สามารถทำได้สำเร็จโดยปราศจากความร่วมมือระหว่าง

ทั้งฝ่ายการศึกษา และฝ่ายบริการ โดยเฉพาะอย่างยิ่งความร่วมมือระหว่างอาจารย์พยาบาลและผู้ปฏิบัติการพยาบาลชั้นสูง ที่จะต้องขยายบทบาทการปฏิบัติเชิงวิชาชีพ และเชิงวิชาการ ซึ่งแตกต่างจากบทบาทที่เคยเป็นธรรมเนียมปฏิบัติที่เน้นเทคนิค วิธีการ โดยปราศจากความเข้าใจในภาพรวมและระบบการวิจัยทางคลินิกเพื่อแสวงหาความรู้ในการปรับปรุงการปฏิบัติ และการเร่งรัดพัฒนา และผลิตผู้ปฏิบัติการพยาบาลชั้นสูงที่มีความเชี่ยวชาญทางคลินิก ซึ่งจะช่วยให้วิชาชีพประสบความสำเร็จในการปรับปรุงสุขภาพ และคุณภาพชีวิตของประชาชน

### เอกสารอ้างอิง

1. กฤษดา แสงดี. สถานการณ์กำลังคนพยาบาลวิชาชีพในประเทศไทย. วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข 2551; 2(1): 40-6.
2. American Association of College of Nursing. **Nurse residency program** [Internet]. Washington, DC; 2008 [cited 2015 Nov 6]. Available from: [https://www.google.co.th/search?q=AACN+nurse+retention&ie=utf-8&oe=utf-8&gws\\_rd=cr&ei=1R18VqqTLIW2mAWG7LbgDQ](https://www.google.co.th/search?q=AACN+nurse+retention&ie=utf-8&oe=utf-8&gws_rd=cr&ei=1R18VqqTLIW2mAWG7LbgDQ).
3. สมจิต หนูเจริญกุล, อรสา พันธุ์ภักดี, บรรณาธิการ. **การปฏิบัติการพยาบาลชั้นสูง: บูรณาการสู่การปฏิบัติ**. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ: บริษัทจุดทอง; 2555.
4. สมจิต หนูเจริญกุล, อรสา พันธุ์ภักดี, ประคอง อินทรสมบัติ, พิกุล นันทชัยพันธ์, สุภามาศ ผาติประจักษ์ และคณะ. **ประสิทธิภาพและความคุ้มค่าของผู้ปฏิบัติการพยาบาลชั้นสูงในระบบสุขภาพไทย**. กรุงเทพฯ: สำนักงานเลขาธิการวุฒิสภา; 2554.
5. Kane R. The advanced practice nurse: An answer to the primary care challenge. **Clinical Scholars Review** 2009; 2(2):37-8.

6. Hanucharunkul S, Leucha Y, Chutungkorn P, Chantraprasert S, Athasari S, Noonill N. Cost-effectiveness of primary care services provided by nurses' private clinics in Thailand. *Contemp Nurse*. 2002; 13(2-3): 259-70.
7. ภัทธาภรณ์ ทุ่งปั่นคำ, สมจิต หนูเจริญกุล, วรณภา ศรีธัญรัตน์. การปฏิบัติตามหลักฐานความรู้เชิงประจักษ์ของพยาบาลผู้ปฏิบัติการชั้นสูงในประเทศไทย. นนทบุรี: สภาการพยาบาล; 2558.
8. Keough VA. Faculty practice acts of courage in a time of crisis and confusion. *Advanced Emergency Nursing Journal* 2006; 28: 226-33.
9. Becker KL, Dang D, Jordan E, Kub J, Welch A, Smith CA, et al. An evaluation framework for faculty practice. *Nursing Outlook* 2007; 55(1):44-54.
10. Institute for Health Care Innovation (IHCI). **Faculty practice** [Internet]. Chicago [cited 2015 Nov 6]. Available from: <https://www.nursing.uic.edu/faculty-practice#overview>.
11. The Organization National of Nurse Practitioner Faculties (NONPF). **Nurse practitioner faculty practice** [Internet]. 2015 [cited 2015 Nov 6]. Available from: <https://www.google.co.th/search?q=nursing+faculty+practice&ie=utf-8&oe=utf->



## Collaboration among nursing faculties and advanced practice nurses: The professional success<sup>1</sup>

Somchit Hanucharurnkul<sup>2</sup> RN, PhD, Dip. APMSN

**Abstract:** This article presents needs and competencies of advanced practice nurse (APN), key success and barrier factors to the development and uses of APNs, needs of collaborations among APNs and nursing faculties, roles of nursing faculties, faculty practice, usefulness and obstacles of faculty practice, faculty practice model, and example of innovative health service resulting from the collaboration among APNs and nursing faculties. Comparisons of the APN certification programs and Ph.D./D.N.S. programs as well as the principles of collaborations among APNs and nursing faculties are also included.

*Thai Journal of Nursing and Midwifery Practice 2015; 2(2) 05-17*

**Keywords:** advanced practice nurse, nursing faculty, collaboration, key success factors, obstacles/ barriers

---

<sup>1</sup>This invited article was first published in the memorable book devoted for 72 years anniversary of Emeritus Professor Dr. Somchit Hanucharurnkul. The author as well as the director of Ramathibodi School of Nursing, Faculty of Medicine, Ramathibodi Hospital, Mahidol university have given permission to the Thai Journal of Nursing and Midwifery Practice to reprint this paper.

<sup>2</sup>Emeritus Professor, Ramathibodi School of Nursing, Faculty of Medicine, Ramathibodi Hospital, Mahidol University

# ประสบการณ์การพัฒนาบทบาทพยาบาลผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง สาขาการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต ในโรงพยาบาลเฉพาะทาง

สกาวรัตน์ พวงลัดดา พย.ม. อพย. (การพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต)<sup>1</sup>

**บทคัดย่อ:** บทความนี้นำเสนอประสบการณ์การพัฒนาบทบาทพยาบาลผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง สาขาการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต ในโรงพยาบาลเฉพาะทาง แบ่งออกเป็น 4 ระยะ คือ 1) ระยะก่อนเป็นพยาบาลผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง จะมีแรงบันดาลใจในการพัฒนาตนเองเพื่อให้เติบโตในสายปฏิบัติการพยาบาล 2) ระยะพัฒนาบทบาทพยาบาลผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง เป็นช่วงมุ่งมั่นสร้างงาน 3) ระยะเป็นพยาบาลผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง เป็นระยะพัฒนางานอย่างต่อเนื่อง และ 4) ระยะปัจจุบันและอนาคตของการเป็นพยาบาลผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง เป็นช่วงที่เริ่มมีความก้าวหน้าในการกำหนดตำแหน่งพยาบาลผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงที่ชัดเจน

*วารสารการปฏิบัติการพยาบาลและการผดุงครรภ์ไทย 2558; 2 (2) 18-24*

**คำสำคัญ:** บทบาทผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง, การพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต, โรงพยาบาลเฉพาะทางด้านจิตเวช

---

<sup>1</sup>พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลศรีธัญญา

## บทนำ

“สุขภาพ” ได้รับการนิยาม ว่าเป็น ภาวะของบุคคลทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ ปัญญา และสังคม ที่เชื่อมโยงกันอย่างเป็นองค์รวม ดังนั้น สุขภาพกายและสุขภาพจิต จึงส่งผลซึ่งกันและกัน ภาวะสุขภาพทั้งสองนี้ไม่สามารถแยกออกจากกันได้<sup>1, 2</sup> องค์การอนามัยโลก ได้กำหนดปัญหาสุขภาพจิตว่า หมายถึง โรคทางจิตเวช โรคระบบประสาท และความผิดปกติทางพฤติกรรม การเสพสุรา สารเสพติด พบว่า ผู้ที่เข้าไม่ถึงการรักษา มีมากกว่า ร้อยละ 75 ในหลายประเทศ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในประเทศที่มีรายได้ต่ำและรายได้ปานกลางถึงค่อนข้างต่ำ<sup>3</sup> การศึกษาทางระบาดวิทยา ด้านการเข้าถึงบริการของผู้ป่วยจิตเวชในประเทศไทย พบว่า ในภาพรวม ผู้มีปัญหาทางจิตเวชของประเทศไทย เข้าถึงการรักษา เพียงร้อยละ 8 เท่านั้น<sup>4</sup> สอดคล้องกับ ข้อมูลการมีจิตแพทย์และพยาบาลจิตเวชที่ไม่เพียงพอ เมื่อเปรียบเทียบกับค่าเฉลี่ยขององค์การอนามัยโลก<sup>5</sup> ที่ควรจะมีจิตแพทย์ ประมาณ 4 คนต่อแสนประชากร และพยาบาลจิตเวช ประมาณ 13 คนต่อแสนประชากร ซึ่งกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข มีความพยายามจะแก้ปัญหาดังกล่าว โดยการสนับสนุนให้มีพยาบาลวิชาชีพปฏิบัติงานในโรงพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลเฉพาะทางได้มีโอกาสศึกษาต่อระดับปริญญาโท พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต เพื่อเป็นกำลังหลักสำคัญในการบริการด้านสุขภาพจิตและจิตเวชในระบบสุขภาพของประเทศไทย ในบทความนี้ ผู้เขียนกล่าวถึงประสบการณ์การพัฒนาระบบสุขภาพพยาบาลผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง สาขาการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต ในโรงพยาบาลเฉพาะทางซึ่งผู้มีปัญหา

ด้านจิตเวชที่มีปัญหายุ่งยากซับซ้อน ถูกส่งต่อมารับการรักษา

การพัฒนาบทบาทพยาบาลผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง จากประสบการณ์การพัฒนาระบบสุขภาพของผู้เขียน ซึ่งแบ่งเป็น 4 ระยะ คือ

1. ระยะก่อนเป็นพยาบาลผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง จุดเริ่มต้นสำคัญในการตัดสินใจเข้าศึกษาต่อระดับปริญญาโท ที่คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น มาจากคำบอกเล่าของอาจารย์ที่พำนักศึกษามาฝึกปฏิบัติงาน ในปี พ.ศ. ๒๕๔๐ ว่า “สภากาพยาบาลกำลังจะพัฒนาความก้าวหน้าสำหรับผู้ปฏิบัติการพยาบาล หรือ APN” เมื่อจบการศึกษาในปี พ.ศ. ๒๕๕๓ ยังไม่มีระบบการปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงอย่างชัดเจน ทำให้ภายหลังสำเร็จการศึกษา การปฏิบัติจริงไม่ได้มีอะไรแตกต่างจากผู้ปฏิบัติการพยาบาลคนอื่น ผู้เขียนได้แต่ตั้งคำถามกับตนเองว่า “แล้วเรามีอะไรแตกต่างจากพยาบาลที่ไม่ได้จบระดับปริญญาโทบ้าง” จนกระทั่งได้รับคำตอบจากผู้บริหารท่านหนึ่งว่า “คุณเป็นพยาบาลที่ไม่เหมือนพยาบาลคนอื่น เพราะผมรักษามา ๑๐ ปี ไม่เคยได้รับการช่วยเหลือแบบนี้มาก่อน” ตอกย้ำด้วยคำพูดของพี่พยาบาลที่ทำงานด้วยกันว่า “น้องเป็นพยาบาลที่ทำงานแตกต่างจากพยาบาลคนอื่น มีการประเมินผลลัพธ์การพยาบาลอย่างเป็นรูปธรรมตลอด” แม้จะไม่มีระบบรองรับ ทั้งสองสถานการณ์ช่วยกระตุ้นให้เกิดแรงบันดาลใจ เริ่มพัฒนาตนเองเข้าสู่บทบาทพยาบาลผู้ปฏิบัติการขั้นสูง สาขาการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต โดยวางแผนร่วมกับหัวหน้าและพยาบาลในหอผู้ป่วยเพื่อพัฒนางานในหอผู้ป่วยโดยเป็นผลงานร่วมกันของทุกคน เพียงแต่ผู้เขียนเป็นผู้นำในการเปลี่ยนแปลงครั้งนั้น เนื่องจากมีการเปลี่ยนแปลงในชีวิตจึงต้องย้ายสถานที่ทำงานจาก

โรงพยาบาลเฉพาะทางขนาดกลาง ไปทำงานที่โรงพยาบาลเฉพาะทางขนาดใหญ่ขึ้น

2. ระยะพัฒนาบทบาทพยาบาลผู้ปฏิบัติการขั้นสูง แม้ว่าจะจบการศึกษาระดับปริญญาโทมาแล้ว แต่ความรู้ไม่มีวันหยุดนิ่ง ต้องพัฒนาตนเองให้ทันสมัยอยู่เสมอ ดังเช่น ในระหว่างการศึกษาต่อระดับปริญญาโทมีการศึกษาวิชาการนำผลการวิจัยไปใช้ในการปฏิบัติการพยาบาล แต่เมื่อผ่านไปห้าปีมีการกล่าวถึง การนำหลักฐานเชิงประจักษ์มาใช้ในการปฏิบัติการพยาบาล ความรู้ที่ทันสมัย จะช่วยสนับสนุนการสร้างงานได้เป็นอย่างดี ดังนั้น การฝึกอบรม การอ่านเอกสารงานวิจัยอย่างสม่ำเสมอ จึงเป็นเรื่องจำเป็นในการสนับสนุนการพัฒนาบทบาทพยาบาลผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง นอกจากเรื่องการเตรียมตัวในด้านความรู้แล้วการสร้างงานดูเหมือนจะเป็นอีกหนึ่งอย่างที่ต้องระลึกรวบรวม เพราะในสถานการณ์จริงของการปฏิบัติงานเราไม่สามารถกำหนดได้ว่า “ฉันเป็น APN ต้องมอบหมายงานที่เกี่ยวข้องเท่านั้น” การมอบหมายให้ปฏิบัติงานมีการเปลี่ยนแปลงได้เสมอ ถึงแม้จะเปลี่ยนแปลงอย่างไร APN ก็ต้องรักษาสมดุลของงานที่ได้รับมอบหมาย กับงานในบทบาทพยาบาลผู้ปฏิบัติการขั้นสูงเสมอ เช่น การย้ายมาปฏิบัติงานในโรงพยาบาลเฉพาะทางขนาดใหญ่ได้รับมอบหมายให้ปฏิบัติงานที่กลุ่มการพยาบาล โดยมีหน้าที่สนับสนุนงานด้านวิชาการด้านการพยาบาลจิตเวช และนิเทศการพยาบาลทางคลินิกร่วมกับผู้บริหารการพยาบาล

3. ระยะเป็นพยาบาลผู้ปฏิบัติการขั้นสูง เนื่องจากยังไม่มีระบบการปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงรองรับ ผู้เขียนพยายามหาโอกาสพัฒนาบทบาทการปฏิบัติการโดยตรง (direct care) ของตนเอง โดยขออนุญาตร่วมเป็นทีมพัฒนาคลินิกพิเศษโรคซึมเศร้า

หรือคลินิกคลายเศร้า ซึ่งเป็นกลุ่มที่มีภาวะโรคสูงและที่สำคัญ คือ เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายสำเร็จได้สูง โดยเกิดมีผลลัพธ์สำคัญขึ้น คือ ผู้ป่วยโรคซึมเศร้ามีอาการซึมเศร้าลดลงและมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น<sup>6</sup> และด้วยความคาดหวังที่จะเห็นการทำงานของพยาบาลที่เป็นรูปธรรม จึงพัฒนาต่อยอดเป็นการพัฒนารูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยโรคซึมเศร้าแบบผู้ป่วยนอก การปฏิบัติการพยาบาลที่สำคัญ คือ การสอน การแนะนำ และการให้คำปรึกษา กรณีที่มีปัญหาขัดแย้งภายในจิตใจ จะมีการส่งปรึกษาเพื่อทำจิตบำบัด ในกรณีที่มีเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายสูงและไม่มาตามนัดจะมีการติดตามเยี่ยมทางโทรศัพท์ เป็นต้น<sup>7</sup> นอกจากนี้ มีการพัฒนาและใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อลดภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าเป็นแนวปฏิบัติการพยาบาลที่พัฒนามาจากหลักฐานเชิงประจักษ์<sup>8</sup> จากผลงานดังกล่าว ทำให้มีโอกาสเป็นพี่เลี้ยง เป็นที่ปรึกษา และเป็นผู้สอนในหัวข้อการพัฒนาบทบาทพยาบาลผู้ปฏิบัติการขั้นสูงแก่นักศึกษาระดับปริญญาโท สาขาการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต ผลงานที่พัฒนาต่อยอดทั้งสองเรื่องนำเสนอในการประชุมวิชาการและได้รับรางวัลทั้งสองเรื่อง

เกิดการเปลี่ยนแปลงอีกครั้งเมื่อได้รับมอบหมายให้ไปปฏิบัติงานที่แผนกการพยาบาลผู้ป่วยนอก ถึงเวลาที่จะตั้งคำถามกับตนเองเช่นเคยว่า “เราจะอยู่ตรงไหนและจะทำอะไร” ใช้เวลาไม่นานในการปรับตัวระหว่างนั้นก็ศึกษาสถานการณ์การให้บริการพยาบาลแบบผู้ป่วยนอกไปด้วย เมื่อพบช่องว่างของการบริการพยาบาล จึงพัฒนารูปแบบการพยาบาลด้านจิตสังคมสำหรับผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ผลลัพธ์การพยาบาลพบว่า ผู้ป่วยโรคซึมเศร้ามีอาการซึมเศร้าลดลงและมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น<sup>9</sup> ปัจจุบันทีมสหวิชาชีพดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้านำไปปรับปรุงและ

ขยายผลดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้าแบบผู้ป่วยใน<sup>10</sup> ในระหว่างปี พ.ศ. ๒๕๕๔-๒๕๕๕ ผู้เขียนได้รับมอบหมายให้ปฏิบัติงานที่สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพจิตแห่งชาติ เพื่อรับผิดชอบพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชครบวงจร<sup>4</sup> โดยมีเป้าหมายให้ผู้ป่วยจิตเวชที่เป็นโรคสำคัญ คือ จิตเภท ซึมเศร้า สุราและสารเสพติด เข้าถึงบริการเพิ่มมากขึ้น ลักษณะการทำงานเปลี่ยนเป็นให้คำปรึกษาและสนับสนุนแก่หน่วยงาน และการประสานงานร่วมกับสหวิชาชีพของโรงพยาบาลระดับปฐมภูมิ ระดับทุติยภูมิ มากกว่าการปฏิบัติการพยาบาลโดยตรง รวมถึงการพัฒนาคู่มือการดูแลผู้ป่วยจิตเวชอย่างไรก็ตามผู้เขียนก็ยังจัดสรรเวลาปฏิบัติงานที่คลินิกคลายเศร้าทุกสัปดาห์ เพราะความเชี่ยวชาญในคลินิกจะเกิดได้ต้องมีการปฏิบัติเท่านั้น ไม่สามารถเกิดขึ้นได้จากการศึกษาเอกสารงานวิจัยหรือตำราเท่านั้น

**4. ปัจจุบันและอนาคตของการเป็นพยาบาลผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง** ในปี พ.ศ. 2558 ความชัดเจนของบันไดความก้าวหน้าของพยาบาลผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงมีมากขึ้น สำนักงานข้าราชการพลเรือน (ก.พ.) กำหนดเงื่อนไขการกำหนดตำแหน่งให้สูงขึ้น โดยให้ดำเนินการตามหนังสือสำนักงาน ก.พ.ที่ นร.1008 /ว 2 ลงวันที่ 19 กุมภาพันธ์ 2558 กำหนดหลักเกณฑ์การกำหนดตำแหน่งประเภทวิชาการ ระดับชำนาญการพิเศษ ตำแหน่งสำหรับผู้ปฏิบัติงานที่มีประสบการณ์ว่า “ตำแหน่งในสายงานด้านวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี ที่มีลักษณะงานเกี่ยวกับการวิจัยและพัฒนา หรืองานลักษณะอื่น ที่มีคุณค่างานเทียบได้กับลักษณะงานวิจัยและพัฒนาซึ่งต้องใช้ความรู้ความสามารถในการสร้างสรรค์สิ่งใหม่หรือวิธีการใหม่ให้กำหนดตำแหน่งในลักษณะกรอบระดับตำแหน่ง เป็นตำแหน่งระดับปฏิบัติการ หรือ

ชำนาญการ หรือชำนาญการพิเศษได้ทุกตำแหน่ง” เมื่อพิจารณาเกณฑ์ตามหนังสือเวียนของสำนักงาน ก.พ. ดังกล่าว ตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพเป็นสายงานด้านวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี กลุ่มงานวิทยาศาสตร์สุขภาพและการแพทย์ ในกลุ่มงานนี้มีลักษณะงานอยู่สองลักษณะคือ 1) บริการวิชาการหรือวิชาชีพ 2) วิจัยและพัฒนาโดยงานนี้ต้องมีการปฏิบัติงานวิจัยและพัฒนาไม่น้อยกว่าร้อยละ ๖๐ ของการปฏิบัติงานประจำ ความก้าวหน้าตามเกณฑ์นี้ไม่ต้องมีการยุบรวมตำแหน่ง มีกระบวนการและขั้นตอนในการขอกำหนดตำแหน่งตามระเบียบต่อไป นอกจากนี้ สำนักงานข้าราชการพลเรือน ยังมีมติอนุมัติหลักเกณฑ์และเงื่อนไขการกำหนดตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาล สังกัดกระทรวงสาธารณสุขตามหนังสือสำนักงาน ก.พ. ที่ นร. 1008.3.3/148. ลงวันที่ 18 พฤษภาคม พ.ศ. 2558 กำหนดให้มีตำแหน่งพยาบาลผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง (APN) ได้สาขาระยะ 1 คน แต่ไม่เกิน 3 คน ความก้าวหน้าตามเกณฑ์นี้ต้องมีการยุบรวมตำแหน่ง ซึ่งอยู่ระหว่างการทำงานของผู้มีส่วนเกี่ยวข้องต่อไป

สำหรับมุมมองของผู้เขียนเกณฑ์ที่มีความเป็นไปได้และเหมาะสมกับบทบาทของพยาบาลผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง คือ ตำแหน่งสำหรับผู้ปฏิบัติงานที่มีประสบการณ์ ที่มีลักษณะเป็นงานวิจัยและพัฒนา โดยมีการปฏิบัติงานวิจัยและพัฒนาไม่น้อยกว่าร้อยละ 60 หรือ 3 วัน ต่อสัปดาห์ ส่วนอีกร้อยละ 40 หรือ 2 วันต่อสัปดาห์ เป็นการปฏิบัติการพยาบาลในกลุ่มผู้ป่วยที่มีความยุ่งยาก ซับซ้อนที่ตนเองดูแล จึงเสนอแผนการดำเนินงานนี้ต่อผู้บริหารระดับสูงของกลุ่มการพยาบาล และนำเสนอต่อคณะกรรมการบริหารโรงพยาบาล ให้มีงานวิจัยและพัฒนาทางการพยาบาลในโครงสร้างกลุ่มการพยาบาลตั้งแต่

ปีงบประมาณ พ.ศ. 2559 เป็นต้นมา และดำเนินโครงการพัฒนาคลินิกเฉพาะทางการพยาบาลจิตเวช เพื่อเป็นคลินิกสำหรับปฏิบัติการพยาบาลโดยตรงในผู้ป่วยกลุ่มเป้าหมายต่อไป

5. วิเคราะห์สรุป ประสบการณ์การพัฒนาบทบาทพยาบาลผู้ปฏิบัติการพยาบาลชั้นสูง ของผู้เขียน นำเสนอปัจจัยเงื่อนไขความสำเร็จ และอุปสรรค ดังนี้

5.1 มุ่งมั่นสร้างงาน แม้ว่าจะไม่มีโครงสร้างตำแหน่งที่ชัดเจน แต่พยายามปฏิบัติงานโดยคงไว้ซึ่งบทบาทหน้าที่ของพยาบาลผู้ปฏิบัติการพยาบาลชั้นสูง และงานตามที่ได้รับมอบหมาย สิ่งที่คุณเขียนได้เรียนรู้ที่สำคัญอีกประเด็น คือ ต้องมีการกำหนดเป้าหมายที่ชัดเจนว่าเราจะพัฒนาการพยาบาลอย่างต่อเนื่องในกลุ่มผู้ป่วยที่เราดูแลอย่างไร และผลลัพธ์ที่สำคัญของการพัฒนาคืออะไร

5.2 สร้างเครือข่าย เป็นการสร้างความร่วมมือกับทีมพยาบาลอื่น ๆ หรือกับพยาบาลผู้ปฏิบัติการพยาบาลชั้นสูงสาขาเดียวกัน หรือระหว่างพยาบาลผู้ปฏิบัติการชั้นสูงสาขาอื่น ๆ เพื่อส่งต่อหรือปรึกษาดูแลผู้ป่วยที่มีปัญหาเกี่ยวเนื่องกัน เช่น ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มีปัญหาโรคร่วมทางกาย คือ โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง เป็นต้น รวมถึงการสร้างความร่วมมือกับฝ่ายการศึกษาในการพัฒนาบทบาทผู้ปฏิบัติการชั้นสูง การเป็นวิทยากรและพี่เลี้ยง (Preceptor) นักศึกษาปริญญาโทสาขาการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต ในการฝึกปฏิบัติการพัฒนาบทบาทผู้ปฏิบัติการพยาบาลชั้นสูง ส่วนช่องทางสำคัญอีกช่องทางหนึ่งที่จะช่วยให้พยาบาลผู้ปฏิบัติการชั้นสูงมีเครือข่าย คือ การเป็นสมาชิกขององค์กรพยาบาลที่เกี่ยวข้อง เช่น การสมัครเป็นสมาชิกวิทยาลัยพยาบาลและผดุงครรภ์ชั้นสูงแห่งประเทศไทย และสมาคมผู้ปฏิบัติการพยาบาลชั้นสูง (ประเทศไทย)

รวมถึงการเข้าร่วมประชุมวิชาการของสมาคมผู้ปฏิบัติการพยาบาลชั้นสูง ที่มีการจัดประชุมวิชาการเป็นประจำทุกปี เพื่อติดตามความรู้ในการสนับสนุนการปฏิบัติการพยาบาลชั้นสูงต่อไป

5.3 การเผยแพร่ผลงาน เป็นเรื่องสำคัญเช่นเดียวกับการสร้างงานและพัฒนาเครือข่ายของผู้ปฏิบัติการพยาบาลชั้นสูง การเผยแพร่ผลงานเป็นการบอกเล่าให้คนได้ทราบว่า ผู้ปฏิบัติการพยาบาลชั้นสูงได้พัฒนางานอะไรบ้างและมีผลลัพธ์จากการพัฒนางานอย่างไร การเผยแพร่ทำได้ทั้งรูปแบบการนำเสนอผลงานด้วยวาจา (oral presentation) การนำเสนอด้วยโปสเตอร์ (poster presentation) เช่น การประชุมวิชาการกระทรวงสาธารณสุข การประชุมวิชาการกรมสุขภาพจิต การประชุมวิชาการสมาคมพยาบาลจิตเวชแห่งประเทศไทย เป็นต้น นอกจากนี้การตีพิมพ์ในวารสารวิชาการ โดยเฉพาะวารสารที่มีผู้ทบทวนผลงาน (peer review) เพื่อให้สามารถนำผลงานมาใช้ในการสอบอนุเมตริเตอร์ ตามเกณฑ์ของวิทยาลัยพยาบาลและผดุงครรภ์ชั้นสูงแห่งประเทศไทยต่อไป

5.4 ปัญหาอุปสรรค ถึงแม้จะมีอุปสรรคเรื่องการไม่มีโครงสร้างของผู้ปฏิบัติการพยาบาลชั้นสูง แต่ถือว่าเป็นโอกาสที่ทำให้ผู้เขียนสามารถสร้างผลงานและพัฒนางานให้ดีขึ้น เพราะถ้าผู้เขียนหยุดพัฒนางานเมื่อไหร่โอกาสของการมีโครงสร้างก็ยิ่งน้อยลงเท่านั้น

6. ข้อเสนอแนะ ผู้เขียนมีข้อเสนอแนะต่อผู้เกี่ยวข้อง ดังนี้

6.1 ข้อเสนอแนะต่อพยาบาลผู้ปฏิบัติการชั้นสูง และพยาบาลวิชาชีพ จากประสบการณ์ของผู้เขียน จะเห็นได้ว่าตลอดระยะเวลาสิบปีของการเป็นพยาบาลผู้ปฏิบัติการชั้นสูง สาขาการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิตในโรงพยาบาลจิตเวชนั้น ลักษณะการ

ทำงานที่ได้รับมอบหมายมีการเปลี่ยนแปลงตลอด แต่สิ่งสำคัญที่ผู้เขียนยึดเป็นหลักไว้คือ ต้องไม่ทิ้งหน้าที่หลักในฐานะพยาบาลผู้ปฏิบัติการชั้นสูง หัวใจสำคัญคือการกำหนดกลุ่มผู้ป่วยที่รับผิดชอบดูแล และรักษาสมดุลในการทำงานตามหน้าที่ที่ได้รับมอบหมายจากผู้บังคับบัญชาให้บรรลุตามเป้าหมายขององค์กร และที่สำคัญพยาบาลวิชาชีพหรือพยาบาลผู้ปฏิบัติการชั้นสูงทุกคนเป็นพยาบาลที่มีความสำคัญเหมือนกัน เพียงแต่มีการกำหนดสมรรถนะที่แตกต่างกันตามบทบาท

**6.2 ข้อเสนอแนะต่อผู้บริหารทางการพยาบาล** พยาบาลผู้ปฏิบัติการชั้นสูงมีเส้นทางการเติบโตทางวิชาชีพแตกต่างกัน การมอบหมายหน้าที่และความรับผิดชอบให้ตรงกับสมรรถนะ จะช่วยส่งเสริมให้เกิดความก้าวหน้าในบันไดอาชีพ รวมถึงการพัฒนาบทบาทและพัฒนาวิชาชีพพยาบาลให้มีความก้าวหน้ายิ่งขึ้นไป

**6.3 ข้อเสนอแนะต่อสภาการพยาบาล วิทยาลัยพยาบาลและผดุงครรภ์ชั้นสูงแห่งประเทศไทย และสมาคมผู้ปฏิบัติการพยาบาลชั้นสูง (ประเทศไทย)** การสนับสนุนให้มีการกำหนดตำแหน่งโครงสร้างพยาบาลผู้ปฏิบัติการชั้นสูงในโรงพยาบาลทุกระดับอย่างชัดเจน จะส่งเสริมให้เกิดความก้าวหน้าของพยาบาลผู้ปฏิบัติการชั้นสูง และของวิชาชีพพยาบาลต่อไป

### เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization. **Mental Health Atlas 2005** [Internet]. 2005 [cited 2015/01/25]. Available from: [http://www.who.int/mental\\_health/evidence/mhatlas05/en/index.html](http://www.who.int/mental_health/evidence/mhatlas05/en/index.html).

2. Prince M, Patel V, Saxena S, Maj M, Maselko J, Phillips MR, et al. No health without mental health. **The Lancet**. 2007; 370(9590): 859–77.
3. World Health Organization. **Mental Health Global Action Programme: mhGAP**. Geneva: World Health Organization; 2002.
4. เบ็ญจมาส พฤษกานนท์, อีระ ศิริสมุต, สุรเดช ดวงทิพย์ สิริกุล, สกาวรัตน์ พวงลัดดา, กนกวรรณ สุดศรีวิไล. ระบาดวิทยาปัญหาสุขภาพจิตและจิตเวชโครงการบริการสุขภาพจิตครบวงจร. นนทบุรี: กรมสุขภาพจิต; 2556.
5. กองแผนงาน กรมสุขภาพจิต. **จำนวนจิตแพทย์พยาบาลจิตเวชในประเทศไทย** [อินเทอร์เน็ต]. 2553 [เข้าถึงเมื่อ 2015/01/25]. เข้าถึงได้จาก: <http://www.plan.dmh.go.th>.
6. สมรัก ชวานิชวงศ์, สกาวรัตน์ พวงรัตน์, ละเอียต ปานนาค, นารี เครือช้ำ, นิตยาภรณ์ มงคล, พัชรินทร์ ภักดีนวล, และคณะ. **วิจัยประเมินผลโครงการคลินิกพิเศษโรคซึมเศร้า**. นนทบุรี: โรงพยาบาลศรีธัญญา; 2548.
7. ละเอียต ปานนาค, สกาวรัตน์ พวงลัดดา. การพัฒนารูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยโรคซึมเศร้าแผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลศรีธัญญา. **วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต** 2552; 23: 66–78.
8. ละเอียต ปานนาค, สกาวรัตน์ พวงลัดดา, นารี เครือช้ำ, พัชรินทร์ ภักดีนวล. ผลของการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อลดภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า. **วารสารวิชาการสาธารณสุข** 2553; 19: 447–56.
9. สกาวรัตน์ พวงลัดดา, ชนกานต์ เนตรสุนทร, สุจินต์ จิตพิเชษฐกุล, จันทร์ ยี่สุนศรี. การพัฒนารูปแบบการพยาบาลด้านจิตสังคมสำหรับผู้ป่วยโรคซึมเศร้า: กรณีศึกษาผู้ป่วยนอก. **วารสารสมาคมพยาบาลจิตเวช** 2556; 27: 126–142.
10. นันทน์ภัส พรหมแก้ว, รัตนาภรณ์ ตรงคุณารัตน์, นัยนา ธนุนาจารย์, สกาวรัตน์ พวงลัดดา. การใช้แนวปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้า. **วารสารโรงพยาบาลศรีธัญญา** 2554; 11: 18–23.

## Role development experiences of psychiatric and mental health advanced practice nurse in a psychiatric specialized hospital

*Skaorat Puangladda, MN.S., Dip. (PMHN)<sup>1</sup>*

**Abstract:** This paper presents role development experiences of psychiatric and mental health advanced practice nurses (APN) in a psychiatric specialized hospital in 4 phases: 1) Pre APN role development phase, having motivation for self development in advanced practice nurse' roles; 2) APN role development phase, trying to produce work outcomes; 3) Becoming an APN, continuing work outcomes; 4) Present and future of APN role, advancing career development in APN role.

*Thai Journal of Nursing and Midwifery Practice 2015; 2(2) 18-24*

**Keywords:** psychiatric and mental health nursing, advanced practice nurses, psychiatric specialized hospital

---

<sup>1</sup>Diplomate, Thai Board of Advanced Practice in Psychiatric and Mental Health Nursing



# การให้ยาระงับความรู้สึกแบบ One Lung Ventilation (OLV) ในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดทรวงอก : บทบาทของวิสัญญีพยาบาล

วรรณพร ทองประมูล<sup>1</sup> RN, Dip. APNA.

นันทนวล มั่นตราภรณ์<sup>2</sup> RN, MPA, Dip. APNA., อพย. (การพยาบาลด้านการให้ยาระงับความรู้สึก)

**บทคัดย่อ:** การให้ยาระงับความรู้สึกแบบ one lung ventilation (OLV) ในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดทรวงอก (Thoracotomy) เป็นกรณีศึกษาที่พบได้ค่อนข้างน้อยในโรงพยาบาลต่างจังหวัด และเป็นเหตุการณ์ที่ต้องมีเทคนิคการดูแลพิเศษวิสัญญีพยาบาลมีบทบาทสำคัญทั้งในการเตรียมผู้ป่วยก่อนและหลังให้ยาระงับความรู้สึก การเตรียมเครื่องมือ อุปกรณ์ต่างๆ การใส่ท่อหายใจ การเฝ้าระวัง การยุบปอด จึงต้องมีความรู้ ความสามารถในการบริหารจัดการและให้บริการงานวิสัญญีแก่ผู้ป่วย และสนับสนุนให้คัลยแพทย์ทำผ่าตัดได้อย่างมีประสิทธิภาพ และช่วยให้ผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อน จึงมีข้อเสนอแนะให้หน่วยงานจัดทำแนวทางการให้ยาระงับความรู้สึกแบบ OLV ในผู้ป่วยที่ต้องได้รับการผ่าตัดทรวงอก เพื่อใช้ในโรงพยาบาล และเผยแพร่ผลงานวิชาการโดยการนำเสนอผลงานในกลุ่มงานวิสัญญีวิทยาของโรงพยาบาลด้วย

วารสารการปฏิบัติการพยาบาลและการผดุงครรภ์ไทย 2558; 2 (2) 25-40

**คำสำคัญ:** การผ่าตัดทรวงอก การให้ยาระงับความรู้สึกแบบ one lung ventilation (OLV)

<sup>1</sup>พยาบาลวิชาชีพระดับชำนาญการ โรงพยาบาลนครนายก

<sup>2</sup>พยาบาลวิชาชีพระดับชำนาญการพิเศษ เลขานุการคณะกรรมการบริหารวิทยาลัยพยาบาลและผดุงครรภ์ ชั้นสูงแห่งประเทศไทย (วาระ พ.ศ. 2558-2560) และประธานอนุกรรมการฝึกอบรมและสอบความรู้ ความชำนาญเฉพาะทาง สาขาการพยาบาลด้านการให้ยาระงับความรู้สึก

## บทนำ

การผ่าตัดทรวงอก (Thoracotomy) เป็นภาวะจำเป็นเร่งด่วนในผู้ประสบอุบัติเหตุหรือผู้ป่วยที่มีการบาดเจ็บที่ทรวงอก (chest injury) โดยเฉพาะผู้ที่มีการบาดเจ็บที่ทรวงอกชนิดมีแผลทะลุ ต้องได้รับการรักษาโดยการผ่าตัดเปิดทรวงอก<sup>1</sup> ในประเทศไทยพบมีรายงาน สถิติการผ่าตัดทรวงอกของโรงพยาบาลศิริราช ในปี พ.ศ. 2552 มีรายงานการผ่าตัดทรวงอกจำนวน 318 ราย เป็นการผ่าตัดปอด 217 ราย การผ่าตัดบริเวณ mediastinum 64 ราย การผ่าตัดเยื่อหุ้มปอด 24 รายและการผ่าตัดบริเวณผนังทรวงอก 13 ราย<sup>2</sup>

ผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดทรวงอก (thoracotomy) และโดยเฉพาะต้องให้ยาระงับความรู้สึก แบบ one lung ventilation (OLV) เป็นกรณีศึกษาที่พบได้ค่อนข้างน้อยในโรงพยาบาลต่างจังหวัด ดังเช่นกรณีศึกษาของโรงพยาบาลนครนายก ในปี พ.ศ. 2556 พบมีรายงาน การผ่าตัดทรวงอก จำนวนเพียง 2 ราย<sup>3</sup> เป็นกรณีฉุกเฉิน (emergency case) นอกเวลาราชการ 1 ราย มีวิสัญญีพยาบาลเป็นผู้ใส่ endotracheal tube แบบธรรมดา และอีก 1 ราย เป็นกรณีพิเศษ (elective case) ในเวลาราชการมีวิสัญญีแพทย์เป็นผู้ใส่ double – lumen endotracheal tube (DLTs) โดยใช้เทคนิค One Lung Ventilation (OLV) และมีวิสัญญีพยาบาลให้การพยาบาลผู้ป่วยตลอดจนสิ้นสุดการดูแล

การผ่าตัดทรวงอกและการให้ยาระงับความรู้สึกในการผ่าตัด เป็นการผ่าตัดใหญ่ที่เสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนของระบบหายใจ หัวใจ หลอดเลือด เกิดภาวะพร่องน้ำ/เลือดในขณะและหลังผ่าตัด การให้ยาระงับความรู้สึกในการผ่าตัดปอดมีเทคนิคเฉพาะคือ การยุบปอดเพื่อให้ศัลยแพทย์

ทำงานได้สะดวกรวดเร็ว และผู้ป่วยปลอดภัย วิสัญญีพยาบาลมีบทบาทสำคัญในการให้ยาระงับความรู้สึกและดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดทรวงอกโดยการสนับสนุนการทำงานของศัลยแพทย์ให้สามารถดำเนินการผ่าตัดได้อย่างราบรื่นและมีประสิทธิภาพ ดังนั้นจึงต้องมีความรู้เบื้องต้นที่จำเป็นในการดูแลผู้ป่วยและมีความสามารถในการให้การดูแลตามบทบาทของวิสัญญีพยาบาลได้อย่างเหมาะสม

## ความรู้เบื้องต้นที่จำเป็นในการดูแลผู้ป่วย

วิสัญญีพยาบาลจำเป็นต้องมีความรู้เบื้องต้นที่จำเป็นในการดูแลผู้ป่วยเกี่ยวกับ สาเหตุ พยาธิสรีรวิทยาของการบาดเจ็บทรวงอก แนวทางการรักษาโดยการผ่าตัดเปิดทรวงอก สรีรวิทยาในการทำผ่าตัดทรวงอก แนวทางการรักษาโดยการผ่าตัดเปิดทรวงอกดังต่อไปนี้

สาเหตุของการบาดเจ็บทรวงอก<sup>4</sup> แบ่งออกเป็น

1) การบาดเจ็บทรวงอกจากแรงกระแทก (blunt chest injury) เกิดจากมีแรงกระแทกโดยไม่มีบาดแผลทะลุเข้าทรวงอกมีผลทำให้อวัยวะภายในทรวงอกชำรุดฉีกขาดได้ และ 2) การบาดเจ็บทรวงอกชนิดมีบาดแผลทะลุ (penetrating chest injury) เป็นการบาดเจ็บที่มีบาดแผลทะลุผ่านเข้าไปในทรวงอก เช่น ถูกยิง ถูกแทง เป็นต้น ซึ่งอวัยวะภายในทรวงอกอาจจะถูกทำลายมากหรือน้อยขึ้นกับความแรงและมวลของวัตถุ

พยาธิสรีรวิทยาของการบาดเจ็บทรวงอก: ที่สำคัญได้แก่

1. การเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นในช่องเยื่อหุ้มปอด การบาดเจ็บทรวงอกทำให้มีรูติดต่อระหว่างภายในช่องเยื่อหุ้มปอดกับบรรยากาศภายนอก ทำให้มีอากาศแทรกเข้าไปอยู่ในช่องเยื่อหุ้มปอด มีผลให้

ความดันในช่องเยื่อหุ้มปอดเป็นบวกเท่ากับความดันในบรรยากาศ ทำให้ปอดแฟบ (atelectasis) ได้ และช่อง mediastinum จะเลื่อนมาทางทรวงอกข้างปกติ เมื่อผู้ป่วยหายใจเข้าความดันในทรวงอกข้างที่ปกติมีค่าเป็นลบมากขึ้น รวมทั้งความดันบวกที่เกิดจากการสะสมของลมรั่วหรือจากเลือด และของเหลว ที่เข้าไปในช่องเยื่อหุ้มปอดจะเพิ่มมากขึ้นเรื่อยๆ จึงดัน mediastinum ให้เลื่อนไปด้านตรงข้าม

2. การเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นกับ mediastinum เกิดจากความดันในทรวงอกสูงกว่าอีกข้างหนึ่ง เช่น tension pneumothorax, massive hemorrhage ทำให้เกิดการเบียด mediastinum ไปฝั่งตรงข้ามกับปอดข้างที่บาดเจ็บ อาจมีผลทำให้หลอดเลือดขนาดใหญ่ในทรวงอกคดงอหรือพับได้ ส่งผลให้เลือดไหลกลับสู่หัวใจไม่สะดวกทำให้ cardiac output ลดลง

3. การเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นในช่องเยื่อหุ้มหัวใจ ภายในช่องเยื่อหุ้มหัวใจจะมีของเหลวอยู่ประมาณ 5-20 ซีซี ถ้าได้รับบาดเจ็บที่ทรวงอก อาจเกิดการฉีกขาดของหลอดเลือด เกิดมีน้ำหรือเลือดภายในช่องเยื่อหุ้มหัวใจในปริมาณมากทำให้ pericardial pressure สูงขึ้นมากกว่าความดันในหลอดเลือดดำ เลือดดำไหลกลับสู่หัวใจลำบาก cardiac output, cardiac contraction ลดลง

**แนวทางการรักษาโดยการผ่าตัดเปิดทรวงอก**  
การผ่าตัดช่องทรวงอก (Thoracotomy) เป็นการผ่าตัดเปิดเข้าไปในช่องทรวงอกเพื่อการรักษา และวินิจฉัยโรค เช่น การผ่าตัดเพื่อหยุดเลือด การซ่อมแซมเนื้อเยื่อปอดฉีกขาด การตัดเนื้อปอดออก เป็นต้น สามารถทำได้ 3 แนวทาง คือ

1. การผ่าตัดเปิดทรวงอกเป็นแนวจากด้านข้างไปด้านหลัง (posterolateral thoracotomy) เป็นการผ่าตัดระหว่างซี่โครงที่ 4, 5 และ 6 จากด้านข้างลำตัวไปทางด้านหลัง นิยมใช้ในการตัดปอด หัวใจ เพราะสามารถเข้าถึงอวัยวะต่างๆ ภายในได้อย่างกว้างขวาง

2. การผ่าตัดเปิดทรวงอกเป็นแนวจากด้านหน้าระดับต่ำกว่าเต้านมไปด้านหลังตามแนวซี่โครงที่ 4, 5

3. การผ่าตัดเปิดทรวงอกเป็นแนวที่กระดูกอก (median sternotomy) เป็นแนวจาก sternal notch ถึง xyphoid นิยมใช้ในการผ่าตัดหัวใจ อวัยวะภายในส่วนหน้า

**ข้อบ่งชี้ในการให้ยาระงับความรู้สึกด้วยเทคนิคแบบ one lung ventilation (OLV)**

ในการผ่าตัดทรวงอก มีข้อบ่งชี้ในการให้ยาระงับความรู้สึกแบบ one lung ventilation (OLV) ทั้งแบบ absolute และ แบบ relative<sup>2</sup> (ดังตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 ข้อบ่งชี้ในการทำแบบ absolute และ แบบ relative<sup>2</sup>

ข้อบ่งชี้ในการทำแบบ absolute	ข้อบ่งชี้ในการทำแบบ relative
1. การป้องกันปอดข้างที่ตีจากหนอง เชื้อโรค หรือเลือด	1. การผ่าตัด aorta ไปงพงระดับอก
2. การช่วยหายใจเฉพาะปอดปกติได้แก่	2. การผ่าตัดปอดออก 1 ข้าง
2.1 Bronchopleural fistular	3. การผ่าตัดปอดทั่วไป
2.2 Bronchopleural cutaneous fistular	4. การผ่าตัดก้อนบริเวณ mediastinum
2.3 Cyst ขนาดใหญ่	5. การผ่าตัดทางรอยแผล median sternotomy
2.4 มีการฉีกขาดของหลอดลม ถุงลมปอด	6. การผ่าตัดหลอดอาหาร
2.5 การผ่าตัดหลอดลมขนาดใหญ่	
2.6 โรคที่เป็นเฉพาะปอดด้านเดียวที่ก่อให้เกิด ภาวะ	
ขาดออกซิเจนอย่างรุนแรง	
3. การล้างปอด เช่น ผู้ป่วยโรค pulmonary alveolar	
orsteinosis	
4. การผ่าตัดด้วยเทคนิค video-assisted thoracoscopic	
surgery (VATS)	

วิสัญญีพยาบาล จะต้องมีความรู้ถึงกายวิภาคของหลอดลมที่แตกต่างกันทั้งด้านซ้ายและขวา ดังนี้ คือ ด้านขวา (right bronchus) จะทำมุม 30 องศา กับแนวกึ่งกลาง มีเส้นผ่าศูนย์กลาง 16 mm. ความยาวเฉลี่ย 19-22 mm. ในขณะที่ ด้านซ้าย (left bronchus)

ทำมุม 45 องศา กับแนวกึ่งกลาง มีเส้นผ่าศูนย์กลาง 13 mm. ความยาวเฉลี่ย 48 mm. และต้องคำนึงถึงกายวิภาคของหลอดลมหรือความยาวของหลอดลมที่แตกต่างกันระหว่างเพศชายและหญิงและตามเชื้อชาติของผู้ป่วย (ดังตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 กายวิภาคของหลอดลม (ความยาวของ trachea) ในผู้ป่วยที่มีเชื้อชาติและเพศสภาพที่แตกต่างกัน

เชื้อชาติ	เพศ	ความยาวเฉลี่ยหลอดลม จาก vocal cord – carina (ซม.)
คนต่างชาติ	ชาย	12.7
	หญิง	12.1
คนไทย	ชาย	12.3± 1.76
	หญิง	11.79±1.32

สรีรวิทยาในการทำผ่าตัดทรวงอก วิชาสูติพยาบาล จะต้องมีความรู้ถึงการจัดทำในการผ่าตัดทรวงอก โดยการจัดท่า แบบ lateral decubitus เมื่อจัดทำผู้ป่วยนอนตะแคง ปอดล่างจะเรียกว่า dependent lung ปอดบนจะเรียกว่า nondependent lung และมีลักษณะดังนี้

1. เมื่อผู้ป่วยหายใจเอง ใน closed chest
  - Blood flow: dependent lung > non-dependent lung
  - Ventilation: non-dependent lung > dependent lung
  - Diaphragm of dependent lung push higher & stretched
2. เมื่อผู้ป่วยดมยาสลบ: spontaneous breathing & closed chest
  - Dependent lung better perfuse, but less compliance
  - Non-dependent lung more compliance, increase in shunt & dead space ventilation
  - FRC decrease both lung
3. เมื่อผู้ป่วยดมยาสลบ: paralyzed mechanically ventilator & closed chest
  - Dependent lung better perfuse
  - Ventilation to nondependent lung > dependent lung
  - Mechanically ventilator obviates effect of dependent lung diaphragm contraction
  - Weigh of abdomen content physically restricts expansion of dependent lung

## บทบาทวิชาสูติพยาบาล ในการให้ยาระงับความรู้สึกแบบ one lung ventilation (OLV)

วิชาสูติพยาบาลจะต้องมีความรู้ และทักษะขั้นสูง ใน 3 ระยะ คือ 1) ระยะก่อนผ่าตัดหรือก่อนให้ยาระงับความรู้สึก 2) ระยะระหว่างการผ่าตัดหรือระหว่างการให้ยาระงับความรู้สึก และ 3) ระยะหลังผ่าตัดหรือภายหลังให้ยาระงับความรู้สึก โยมีการดำเนินการในแต่ละระยะดังนี้ คือ

### ระยะที่ 1 การเยี่ยมและประเมินสภาพผู้ป่วยในระยะก่อนผ่าตัด

การเยี่ยมและประเมินสภาพผู้ป่วยในระยะก่อนผ่าตัด มีวัตถุประสงค์ เพื่อ 1) ประเมินสภาพร่างกาย และจิตใจของผู้ป่วยก่อนผ่าตัด โดยการนำผลการเยี่ยมผู้ป่วยมาใช้วางแผนการให้ยาระงับความรู้สึกได้อย่างถูกต้องและมีประสิทธิภาพ และ 2) เพื่อบรรเทาความวิตกกังวลและความกลัวของผู้ป่วย ในระยะก่อนผ่าตัด และ หลังผ่าตัด

การเยี่ยมผู้ป่วยก่อนผ่าตัด จะทำให้ผู้ป่วยมีความคุ้นเคย อบอุ่นใจ และมั่นใจในความช่วยเหลือจากวิชาสูติพยาบาล ขณะเยี่ยมควรเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยซักถามข้อข้องใจต่างๆ ตอบข้อสงสัยเกี่ยวกับโรค การผ่าตัด การให้ยาระงับความรู้สึก สภาพห้องผ่าตัด และสิ่งที่ต้องประสบภายหลังผ่าตัด ผู้ป่วยจะเกิดความเชื่อมั่นว่าได้รับข้อมูลจากผู้ที่มีความรู้ ความสามารถจริง

การประเมินสภาพด้านร่างกายและจิตใจผู้ป่วย<sup>2</sup> วิชาสูติพยาบาล จะมีบทบาทในการประเมินสภาพผู้ป่วยก่อนผ่าตัด ดังนี้ คือ

ด้านร่างกาย ได้แก่ การชักประวัติ อาการเจ็บป่วยปัจจุบัน และ โรคประจำตัวที่เป็น เช่น โรคเบาหวาน อาการเจ็บหน้าอก หัวใจ หอบหืด และ myocardial infarction ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต ประวัติยาสลบและการผ่าตัดที่เคยได้รับ รวมทั้งภาวะแทรกซ้อนที่เกิด เช่น คลื่นไส้ อาเจียน พื่นจากยาสลบซ้ำ ประวัติการแพ้ยา เป็นต้น เพื่อหลีกเลี่ยงไม่ให้เกิดปัญหาซ้ำอีก ประวัติการใช้ยาและอาการแพ้ยาที่เคยใช้รักษา เช่น ยาโรคเบาหวาน ยาลดความดันโลหิตสูง การได้รับยา corticosteroid เพราะยาเหล่านี้อาจทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลง หรือมีปฏิกิริยา (drug interaction) กับยาที่ใช้ในการระงับความรู้สึก อาการแสดงว่า มีพยาธิสภาพของระบบทางเดินหายใจ เช่น หายใจลำบาก ไอเรื้อรัง เสมหะมาก หอบเหนื่อย และประวัติสูบบุหรี่จัด อาการแสดงว่า มีพยาธิสภาพของระบบหัวใจและหลอดเลือด เช่น เจ็บหน้าอกด้านซ้ายแบบ angina ใจสั่น เป็นลมบ่อย หอบเหนื่อยเมื่อทำงานตามปกติ หรือ ออกกำลังกาย และนอนราบไม่ได้ เป็นต้น

การตรวจร่างกาย ที่สำคัญ คือ การตรวจวัดสัญญาณชีพค่าชีพจรดู ทั้งอัตราและจังหวะ การตรวจช่องปากและทางเดินหายใจ เพื่อประเมินว่า ผู้ป่วยมีโอกาใส่ท่อหายใจยากหรือไม่ ดังนั้น จึงควรตรวจศีรษะและทางเดินหายใจส่วนบน ตาม Mallampati Classification ซึ่งประเมินโดย การให้ผู้ป่วยนั่งอยู่ในท่านั่งตรง ศีรษะอยู่ในท่า Neutral อ้าปากให้กว้างเท่าที่จะทำได้ และยื่นลิ้นออกมามากที่สุด ผู้ประเมินมองโครงสร้างด้านหลังของ pharynx ดังนี้ คือ

Class I มองเห็นเพดานอ่อน ลิ้นไก่ และบริเวณ tonsillar pillars

Class II มองเห็นเพดานอ่อน แต่ไม่สามารถเห็น tonsillar pillars

Class III มองเห็นเฉพาะเพดานอ่อนและโคนลิ้นไก่

Class IV มองเห็นเฉพาะเพดานแข็ง (ผู้ป่วยตั้งแต่ Class III และ IV พิจารณาว่า ใส่ท่อช่วยหายใจยาก)

- ระบบหายใจอาการแสดงระบบหายใจอุดกั้น หรือ มีการติดเชื้อ เช่น หอบ หายใจเร็ว ฟังปอดได้เสียงปกติ เช่น wheeze, rhonchi, crepitation ต้องให้การรักษาที่ถูกต้องก่อน เพื่อลดอาการข้างเคียงจากการให้ยาระงับความรู้สึก

- ระบบไหลเวียนโลหิตและหัวใจ หัวใจเต้นไม่เป็นจังหวะ หอบ นอนราบไม่ได้ หลอดเลือดที่คอโป่ง หรือ แน่นหน้าอก และความดันโลหิตต่ำหรือสูง

- ภาวะโภชนาการ ภาวะขาดอาหาร ภาวะพร่องน้ำพร่องเลือด เช่น อ่อนเพลีย ซีดริมฝีปากแห้ง ความตึงตัวของผิวหนังลดลง สังเกตอาการของผู้ป่วยที่มีการเปลี่ยนแปลงของค่าอิเล็กโตรลัยท์ เช่น กล้ามเนื้ออ่อนแรง กระหายน้ำ คลื่นไส้ อาเจียน หัวใจเต้นผิดจังหวะ

การตรวจทางห้องปฏิบัติการ การตรวจที่สำคัญ ได้แก่ ดูผลการตรวจเลือด ระดับ hemoglobin, hematocrit, platelets count, PT, PTT, INR แสดงถึงภาวะโลหิตจาง หรือเม็ดเลือดแดงสูง การตรวจหมู่เลือด และการสังจงเลือด ผลการตรวจปัสสาวะ ความถ่วงจำเพาะ ความเป็นกรดเป็นด่าง proteinuria ดูผล blood chemistry ดูหน้าที่ของตับ ไต ได้แก่ BUN, creatinine, electrolyte, LFT, coagulogram ดูภาพถ่ายรังสีทรวงอก ผลการตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ

การตรวจการทำงานของปอด ได้แก่

1. การหายใจ (respiratory mechanic) ได้แก่ การตรวจสมรรถภาพของปอด (pulmonary function test: PFT) เพื่อใช้ประเมินความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด

2. การแลกเปลี่ยนก๊าซของปอดประเมินจากค่า arterial blood gas ดู  $\text{PaO}_2 > 60 \text{ mmHg}$ . และ  $\text{PaCO}_2 < 45 \text{ mm.Hg}$

3. ประเมินการทำงานร่วมกันระหว่างระบบไหลเวียนเลือดและระบบหายใจของผู้ป่วย (cardio-respiratory interaction) ประเมินจากการขึ้นบันได การเดินสายพานและวัดปริมาณการใช้ออกซิเจนสูงสุด

การตรวจระบบไหลเวียนเลือด ในผู้ป่วยที่สูบบุหรี่มานานและเป็นโรค COPD จะมีภาวะ pulmonary hypertension เกิด cor pulmonale มีอาการชาวมจากภาวะหัวใจด้านขวาล้มเหลว หรือมี coronary artery disease: CAD อาจเกิดภาวะแทรกซ้อน หลังผ่าตัดในวันที่ 3 จาก  $\text{PaO}_2$  ต่ำ & pain หรือ carotid artery stenosis ควรตรวจ carotid bruit ทุกรายในผู้สูงอายุและผู้มีประวัติสูบบุหรี่

การให้คำแนะนำในการปฏิบัติตัวแก่ผู้ป่วยก่อนการผ่าตัด วิทยาลัยพยาบาล จะต้องให้คำแนะนำในการปฏิบัติตัวแก่ผู้ป่วยก่อนให้ยาระงับความรู้สึกและผ่าตัด ได้แก่

1. การหยุดสูบบุหรี่เป็นเวลา 4-6 สัปดาห์เพื่อลด risk postoperative complication การหยุดสูบบุหรี่เป็นเวลา 12-48 ชม. จะช่วยลดระดับ carboxyhemoglobin และเพิ่ม hemoglobin ในการนำ  $\text{O}_2$  สู่นเนื้อเยื่อได้ง่ายขึ้น

2. การงดน้ำและอาหาร ก่อนการผ่าตัด 6 - 8 ชั่วโมง เพื่อป้องกันการสำลักอาหารเข้าปอด

3. การได้รับการใส่ท่อช่วยหายใจและการใช้เครื่องช่วยหายใจ เพื่อให้ปอดขยายได้เต็มที่หลังผ่าตัด เมื่อไม่มีอาการเนื้อเยื่อขาดออกซิเจนจึงจะได้รับ การถอดท่อช่วยหายใจ

4. การให้คำแนะนำ เรื่องการปฏิบัติตนหลังผ่าตัด เมื่อมีอาการเจ็บปวด วิธีการประเมินความเจ็บปวด

5. การรักษาความสะอาดของร่างกายก่อนและหลังผ่าตัด เพื่อความสบายของผู้ป่วย

6. การ early ambulation หลังผ่าตัด 24-48 ชั่วโมง

7. สอนและแนะนำวิธีการไออย่างมีประสิทธิภาพ (effective cough)<sup>4</sup> และการหายใจเข้าออกยาว ๆ ลึก ๆ (deep breathing) แนะนำให้เริ่มทำทันทีที่รู้สึกตัวหลังผ่าตัดโดยทำทุก 2 ชั่วโมง<sup>5</sup> เพื่อช่วยลดภาวะแทรกซ้อนต่าง โดยให้ผู้ป่วยนอนศีรษะสูงเล็กน้อย ใช้มือสองข้างประสานบริเวณแผลผ่าตัดเพื่อช่วยประคองแผลผ่าตัด จากนั้นหายใจเข้าลึก ๆ ซ้ำ ๆ ผ่านทางจมูกและหายใจออกทางปากทำ 3 ครั้งและครั้งสุดท้ายให้กลืนหายใจไว้นาน 3 วินาทีให้ผู้ป่วยอ้าปากและไอออกมาจากส่วนลึกของลำคอทำประมาณ 3 ครั้งเพื่อช่วยขับเสมหะ

8. การบริหารข้อไหล่และแขนทั้งสองข้าง เพื่อให้กล้ามเนื้อทรงอกที่ได้รับบาดเจ็บจากการผ่าตัดแข็งแรงขึ้นสามารถทำงานได้ตามปกติ

การประเมินสภาพด้านจิตใจ การประเมินสภาวะจิตใจ อารมณ์ และสังคมเป็นสิ่งสำคัญ เนื่องในระยะก่อนผ่าตัด ผู้ป่วยจะมีความวิตกกังวล และความกลัวเกี่ยวกับโรคที่จะเป็น วิตกกังวลในสิ่งที่จะต้องเผชิญในระยะผ่าตัดและหลังผ่าตัด ดังนั้น ขณะเยี่ยมผู้ป่วยก่อนผ่าตัด ต้องสังเกตพฤติกรรมของผู้ป่วย เพราะความกังวลของผู้ป่วย มักไม่แสดงออกทางคำพูด แต่จะแสดงออกทางสีหน้า แววตาและพฤติกรรมบางอย่างที่แสดงออกมา

การลงนามในใบยินยอมการผ่าตัด (informed consent) ก่อนที่ผู้ป่วยจะลงชื่อยินยอมในการได้รับยา

ระงับความรู้สึกแบบทั้งตัว (general anesthesia) ผู้ป่วยควรได้รับคำอธิบายถึงขบวนการให้ยาระงับความรู้สึก ภาวะแทรกซ้อนที่พบบ่อย ภาวะแทรกซ้อนรุนแรงที่อาจเกิดขึ้นได้ ขั้นตอนที่เกิดขึ้น เช่น การ pre oxygenation ต้องครอบ mask ให้แนบสนิทกับหน้า ให้ oxygen 100% เป็นเวลา 3 – 5 นาทีเพื่อเป็นกำลังสำรองในขณะหยุดหายใจ ระยะใส่ท่อหายใจ การใส่ท่อช่วยหายใจและการใช้เครื่องช่วยหายใจ เพื่อให้ปลอดภัยได้เต็มที่หลังผ่าตัด อาการระคายเคืองหลังถอดท่อช่วยหายใจ อาการปวด อาการคลื่นไส้ อาเจียน เป็นต้น

**การจำแนกผู้ป่วยและความเสี่ยงต่อการให้ยาระงับความรู้สึก** การจำแนกผู้ป่วยออกเป็นระดับต่างๆ ตามปัญหาและโรคที่เป็นอยู่ก่อน ตาม American Society of Anesthesiologists: ASA<sup>2</sup> แบ่งเป็น ดังนี้

**กลุ่มที่ 1** ผู้ป่วยมีสุขภาพดี ไม่มีความผิดปกติทางชีวเคมี พยาธิวิทยา หรือจิตใจ นอกจากพยาธิสภาพที่ต้องรับการผ่าตัด ซึ่งต้องเป็นพยาธิสภาพเฉพาะที่ไม่ทำให้เกิดความผิดปกติในระบบอื่นของร่างกาย

**กลุ่มที่ 2** ผู้ป่วยมีพยาธิสภาพของร่างกายเล็กน้อย ผู้ป่วยสูงอายุ โรคความดันโลหิตระยะเริ่มแรก โรคหัวใจ โรคเบาหวาน และผู้ป่วยอ้วน

**กลุ่มที่ 3** ผู้ป่วยที่มีพยาธิสภาพขั้นรุนแรงขึ้น เป็นอุปสรรคต่อการดำเนินชีวิตของผู้ป่วย เช่น โรคปอดขณะพักยังมีอาการหอบ โรคเบาหวานที่มีผลแทรกซ้อน ซึ่งภาวะดังกล่าวเป็นปัญหาอย่างมากในการให้ยาระงับความรู้สึก

**กลุ่มที่ 4** ผู้ป่วยมีพยาธิสภาพของร่างกายรุนแรงมาก และไม่สามารถรักษาให้กลับสู่สภาวะปกติโดยยาหรือการผ่าตัด เช่น โรคต่อมไทรอยด์ โรคไต โรคตับ หรือ โรคหัวใจ ที่มีพยาธิสภาพและสูญเสียหน้าที่อย่างมาก

**กลุ่มที่ 5** ผู้ป่วยที่มีชีวิตอยู่ได้ใน 24 ชั่วโมง ไม่ว่าจะรักษาด้วยยาหรือการผ่าตัด

ผู้ป่วยกลุ่ม 3 และ 4 จะมีอัตราตายจากยาสลบสูงกว่าผู้ป่วยในกลุ่ม 1 ประมาณ 4 – 5 เท่า ถ้าผู้ป่วยทั้ง 5 กลุ่ม มารับการผ่าตัด หรือ ใ้ยาระงับความรู้สึก ในภาวะฉุกเฉิน (emergency) จะใช้อักษร E ตามกลุ่มดังกล่าว เช่น ผู้ป่วยมารับการผ่าตัดไส้เลื่อนอย่างรีบด่วน เนื่องจากไม่สามารถดันไส้เลื่อนกลับคืนสู่ช่องท้องได้ จะกำหนดให้ เป็นกลุ่ม 1E เป็นต้น

**การเลือกชนิดและวิธีการให้ยาระงับความรู้สึก** การเลือกวิธีการให้ยาระงับความรู้สึก ในการผ่าตัด thoracotomy โดยใช้วิธี general anesthesia & balance

**การเตรียมก่อนให้ยาระงับความรู้สึก** การเตรียมก่อนให้ยาระงับความรู้สึกอย่างมีคุณภาพและมีประสิทธิภาพนั้น จะต้องเตรียมทั้งตัวผู้ให้ยาระงับความรู้สึก ผู้ป่วย ยา อุปกรณ์ และเครื่องมือเครื่องใช้ต่างๆ ให้พร้อม

**ตัวผู้ให้ยาระงับความรู้สึก** วิสัญญีพยาบาล จำเป็นต้องเตรียมตัวให้พร้อมเสมอที่ โดยการนำความรู้ ความสามารถในการให้ยาระงับความรู้สึกทุกชนิดมาใช้กับผู้ป่วยโดยต้องสอดคล้องกับการผ่าตัด เพื่อให้การผ่าตัดดำเนินไปด้วยดี มีผลเสียต่อผู้ป่วยน้อยที่สุด และสามารถแก้ไขภาวะวิกฤติที่อาจเกิดขึ้นได้ตลอดเวลา

**การเตรียมอุปกรณ์เครื่องมือก่อนให้ยาระงับความรู้สึก** เมื่อตรวจเยี่ยมผู้ป่วยก่อนผ่าตัด และวางแผนว่าจะให้ยาระงับความรู้สึกแก่ผู้ป่วยโดยวิธี General anesthesia จะต้องจัดเตรียมอุปกรณ์เครื่องมือต่างๆ ให้พร้อมใช้ ดังนี้

1. ตรวจสอบวงจรการทำงานของเครื่องดมยาสลบ เตรียมพร้อมใช้งานได้อย่างมีประสิทธิภาพ



2. เตรียมเครื่องมือใส่ท่อช่วยหายใจ laryngo-  
scope ทดสอบว่า ไฟสว่างดี blade No. 3 และ 4 ท่อช่วย

3. ท่อช่วยหายใจ endotracheal tube และ  
เครื่องดูดเสมหะพร้อมดูด ดังนี้

- Double- lumen endotracheal tube เตรียม  
สำหรับ ผู้หญิง คือ เบอร์ 35 และ ผู้ชาย เบอร์ 37

- Endotracheal tube แบบธรรมดา เบอร์  
8.0, 7.5 และ 7.0 พร้อม stylet ในกรณีอาจใส่ท่อ  
ช่วยหายใจได้ยาก

4. Face mask และ oropharyngeal airway  
ขนาดพอเหมาะกับผู้ป่วย

5. Stethoscope สำหรับฟังเสียง breath sound  
เพื่อตรวจสอบตำแหน่งท่อช่วยหายใจ

6. Syringe blow cuff, clamp สำหรับหนีบสาย  
tracheal tube และ lubrication jelly สำหรับหล่อลื่น  
ท่อหายใจ

7. พลาสเตอร์สำหรับยึดติดท่อช่วยหายใจ  
ป้องกันการเลื่อนหลุด

การเตรียมอุปกรณ์เฝ้าระวังก่อนให้ยาระงับ  
ความรู้สึก อุปกรณ์ที่จำเป็น ได้แก่

1. Pulse oximetry เป็นเครื่องมือวัดค่าความ  
อิ่มตัวของออกซิเจนของฮีโมโกลบินในเม็ดเลือดดำ

2. Capnograph เป็นเครื่องมือวัดค่า  
คาร์บอนไดออกไซด์ในลมหายใจออก

3. EKG (คลื่นไฟฟ้าหัวใจ) ใช้ดูความผิดปกติ  
ของจังหวะการเต้นของหัวใจ วินิจฉัยความผิดปกติ  
ของ conduction วินิจฉัยภาวะกล้ามเนื้อหัวใจ  
ขาดเลือด ระหว่างผ่าตัดเฝ้าระวัง lead 2 เนื่องจากเห็น  
P wave ชัดเจน

4. NIBP (non invasive blood pressure)  
เครื่องวัดความดันโลหิตโดยอ้อม

5. Esophageal stethoscope สำหรับฟังเสียง  
หัวใจและเสียงหายใจ

6. การวัดความดันเลือดส่วนกลาง (central  
venous pressure: CVP) ควรทำในผู้ป่วยที่มีโรค  
ประจำตัว เช่น โรคไตวายเรื้อรัง

ระยะที่ 2 ระยะระหว่างการผ่าตัดหรือ  
ระหว่างการให้ยาระงับความรู้สึก

การพยาบาลผู้ป่วยในขั้นตอนการให้ยาระงับ  
ความรู้สึก ประกอบไปด้วย ขั้นตอนการนำสลบและ  
ใส่ท่อช่วยหายใจ ขั้นตอนการรักษาระดับความรู้สึก  
และขั้นตอนการถอดท่อช่วยหายใจ แต่ละขั้นตอน  
มีข้อควรระวัง คือ ก่อนการให้ยาระงับความรู้สึก  
ทุกครั้ง ต้องเตรียมความพร้อมในการใช้ standard  
monitoring ได้แก่ ECG, NIBP, SPO<sub>2</sub>, E<sub>t</sub>CO<sub>2</sub> ควร  
monitor ก่อนเริ่มให้ยาระงับความรู้สึก และบันทึกไว้  
เป็น base line ของผู้ป่วยไว้ด้วย และในการให้ยา  
premedication ควรให้ยาที่ผู้ป่วยเคยได้รับจนถึงเช้า  
ของวันผ่าตัด

การนำสลบและใส่ท่อช่วยหายใจ มีขั้นตอน คือ

การให้ Midazolam 0.1-0.4 mg/kg และ  
Morphine 0.1-0.2 mg/kg เป็น pre - medication  
ในห้องผ่าตัด และ Pre - oxygenation ด้วย การให้  
Oxygen ผ่านทาง Mask ที่ครอบแนบสนิท และให้  
ผู้ป่วยสูดหายใจเข้าออกยาว ๆ ลึก ๆ 4 - 5 ครั้ง หรือ  
หายใจแบบ tidal volume (TV) นาน 3-5 นาที  
สามารถเพิ่มปริมาณออกซิเจนสำรองในร่างกายได้  
เพียงพอ นำสลบด้วย Thiopental 3-5 มก/กก จะ  
หลับภายใน 30 วินาที hold mask & ventilation ได้  
ดีจึงให้ใส่ท่อช่วยหายใจด้วย Succinylcholine 1.5  
mg/kg hold mask & ventilation เมื่อกล้ามเนื้อหย่อน  
ตัวดีจึงใส่ท่อช่วยหายใจ โดยวิสัญญีแพทย์เป็นผู้ทำ  
หัตถการใส่ท่อช่วยหายใจชนิด double lumen  
endotracheal tube สำหรับผู้หญิง คือ เบอร์ 35 และ  
ผู้ชาย คือ เบอร์ 37

เนื่องจากท่อมีขนาดใหญ่ต้องใส่สารหล่อลื่นเสมอ โดยทำ laryngoscopy เมื่อเห็นสายเสียงให้สอด DLT ผ่านเข้าไปและหมุน 90 องศาในทิศตามเข็มนาฬิกาสำหรับท่อด้านขวา และหมุนทวนเข็มนาฬิกาสำหรับท่อด้านซ้าย และดึง stylet ออก ค่อยๆ เลื่อนท่อลึกลงตามความเหมาะสมเช่นผู้ป่วยสูง 170 ซม. ควรใส่ท่อลึก 29 ซม. และเปลี่ยนแปลงทุก 1 ซม. ต่อความสูงทุก 10 ซม.<sup>6</sup> และตรวจสอบดังนี้ คือ

วิธีตรวจสอบ ตำแหน่งที่เหมาะสมของท่อ double – lumen endobronchial tube โดยการฟัง<sup>2</sup>

ขั้นที่ 1 ได้ยินเสียงลมหายใจเข้า – ออกปอด ทั้ง 2 ข้าง

ขั้นที่ 2 เมื่อหนีบท่อ Tracheal lumen และเปิดให้ลมออกจากปลายท่อได้ จากนั้น blow bronchial cuff 1-2 ซีซี ฟังเสียงลมหายใจผ่าน bronchial cuff เพียงแค่นี้ไม่ให้ลมรั่วเข้าไปทาง tracheal lumen ฟังเสียงลมหายใจเข้า

ขั้นที่ 3 เปิดให้ลมเข้า tracheal lumen และฟังเสียงลมหายใจจะได้ยินเสียงลมหายใจเข้า – ออกปอด ทั้ง 2 ข้าง ติดพลาสติกเอนโดทราเคออล endotracheal tube ให้แน่น ป้องกันการเคลื่อนหรือหลุด เข้า-ออก

การใส่ท่อหายใจชนิดปกติเข้าหลอดลมข้างใดข้างหนึ่งโดยวิสัญญีพยาบาล

ในการทำ OLV โรงพยาบาลนครนายก มีวิสัญญีแพทย์ในเวลาราชการ และในเวลานอกเวลาราชการ จะมีวิสัญญีพยาบาล 2 คน อยู่เวร การทำ OLV จะใช้ endotracheal tube แบบธรรมดา ขนาดเล็กเส้นผ่าศูนย์กลางภายใน 7.5 มม. และ ยาว 32 ซม. โดยเทคนิคปกติจะใส่ท่อเข้าหลอดลมขวาสำเร็จทุกครั้ง แต่การใส่เข้าหลอดลมซ้ายต้องหันหน้าผู้ป่วยไปทางขวาและหมุนท่อหายใจไปทางซ้าย 90 องศา ซึ่งจะประสบความสำเร็จ ได้ร้อยละ 92<sup>2</sup>

วิธีการยุบปอด ให้หนีบท่อ tracheal lumen ข้างที่จะยุบปอด (nondependent lung) และเปิดให้ลมออกจากปลายท่อ ventilation dependent lung

ขั้นตอนการรักษาระดับความรู้สึก (Maintenance)

- การใช้ balance anesthesia ประกอบด้วย O<sub>2</sub> คิดเป็นร้อยละ 100 และ volatile anesthetic agent เช่น Sevoflurane 1 – 1.5% ยาหย่อนกล้ามเนื้อ Non – depolarizing ได้แก่ pancuronium (pavulon) 0.08 mg/kg และขนาดยาครั้งต่อไปให้ 1 ใน 4 ของขนาดแรก เผื่อระวังให้ผู้ป่วยปลอดภัย ร่วมกับการ control ventilation

- ไม่ให้มีภาวะขาดออกซิเจนหรือเกิดการคั่งของคาร์บอนไดออกไซด์ ส่งเสริมให้ปอดทำหน้าที่ได้พอเหมาะ รักษาทางเดินหายใจให้โล่ง โดยการช่วยหายใจระหว่างยุบปอด 1 ข้าง ควรลด tidal volume เหลือ 5-6 cc/ kg ปรับอัตราหายใจเป็น 12-20 ครั้ง/นาที คงระดับ PaCO<sub>2</sub> 35-45 mmHg ระวังแรงดันของทางเดินหายใจให้ < 35 mmHg การใช้ tidal volume 10 cc/kg อาจทำให้เกิดภาวะ acute lung injury ในระยะหลังผ่าตัดได้ โดยเฉพาะในผู้ป่วยตัดปอดออกหนึ่งข้าง โดย

- ก่อนยุบปอดให้ออกซิเจน 100% จะช่วยยุบปอดได้เร็วขึ้น และเมื่อเกิดภาวะออกซิเจนในเลือดต่ำระหว่างการยุบปอดควรทำ

- positive end expiratory pressure (PEEP) in dependent lung จะช่วยเพิ่ม FRC ที่ลดลงจากการนอนตะแคงเพราะอวัยวะในช่องท้องจะดันกะบังลม อวัยวะใน mediastinum จะกดปอด PEEP จะช่วยป้องกันถุงลมปอดแฟบและเปิดง่ายขณะหายใจเข้าซึ่งจะช่วยเพิ่มออกซิเจนในเลือด

- continuous positive airway pressure (CPAP) 5-10 ซม.น้ำ ใน nondependent lung จะช่วย

เปิดถุงลมปอดและมีการแลกเปลี่ยนก๊าซ การช่วยหายใจปอดที่แฟบเป็นครั้งคราวก็สามารถช่วยเพิ่มออกซิเจนได้

- ถ้าไม่สามารถทำ CPAP & PEEP ได้อาจช่วยหายใจปอดที่แฟบเป็นครั้งคราวโดยวิธี recruitment คือ การช่วยหายใจให้แรงดันของทางเดินหายใจประมาณ 35 ซม.น้ำ นาน 30-60 วินาที<sup>2</sup>

#### การจัดท่า lateral decubitus

ในขณะดมยาสลบ เป็นอีกบทบาทและหน้าที่หนึ่งที่สำคัญของวิสัญญีพยาบาล ทำให้ความดันเลือดต่ำลงเนื่องจากหลอดเลือดดำไม่ตีบตัวสนองต่อการเปลี่ยนแปลงของท่า ฉะนั้นก่อนและหลังจัดท่าต้องสำรวจความเรียบร้อยของผู้ป่วย ดังนี้ คือ

1. ตรวจสอบ oxygenation ว่าเป็นอย่างไร
2. ตรวจสอบการหายใจของผู้ป่วย
3. ตรวจสอบไหลเวียนเลือด
4. ตรวจสอบสายน้ำเกลือและ arterial line
5. ตรวจสอบอุปกรณ์ monitor ต่าง ๆ

6. เฝาระวังและป้องกันภาวะ nerve injury โดยการสอดผ้าม้วนที่บริเวณใต้สะบักผู้ป่วย ไม่ใช่ใต้รักแร้ ไม่กางแขนไปด้านหลังมากเกินไปท่าปกติ หรืองอมาด้านหน้าเกิน 90 องศา หรือเอนคอไปด้านตรงข้ามมากเกินไป เพราะจะทำให้เกิด suprascapular injury ถูกดึงรั้งทำให้ผู้ป่วยปวดลึก ๆ บริเวณด้านหลังและด้านล่างของไหล่ หมอนรองศีรษะต้องสูงพอดี ป้องกันการเกิดอาการ whiplash ขาของผู้ป่วยด้านล่างควรงอเล็กน้อยและรองใต้เข่าด้วยผ้าป้องกัน peroneal nerve injury ที่ nerve ทอดผ่านด้านข้างของหัวกระดูก fibular ถูกกด และไม่ควรถึงสะโพกแน่นจะกด sciatic nerve ของขาที่อยู่ด้านบน แนวของกระดูกสันหลังส่วนคอ - ออกควรอยู่แนวเดียวกัน

7. ตรวจสอบว่าตาปิดสนิทดี ไม่กดทับ

#### 8. ตรวจสอบว่าไบฮูดด้านล่างไม่พับงอ

วิสัญญีพยาบาลผู้ดูแลและเฝาระวังต้องให้ผู้ป่วยปลอดภัย ร่วมกับการ control ventilation ไม่ให้มีภาวะขาดออกซิเจนหรือเกิดการคั่งของคาร์บอนไดออกไซด์ ส่งเสริมปอดทำหน้าที่ได้พอเหมาะ รักษาทางเดินหายใจให้โล่ง ในภาวะที่ผู้ป่วยไม่รู้สึกรู้สีกตัว การช่วยเหลือในเรื่องการดูแลและการให้สารน้ำทางหลอดเลือดให้เพียงพอ

ในภาวะผู้ป่วยรู้สึกตัวสามารถดูแลตนเองในเรื่องการหายใจ การรับประทานอาหาร เมื่อผู้ป่วยได้รับยาระงับความรู้สึกชนิด general anesthesia & balance ผู้ป่วยจะมีความพร่องในการดูแลตนเอง (self care deficit) ไม่สามารถดูแลตนเองได้ ทั้งในเรื่องการหายใจ การรับประทานอาหาร น้ำ ซึ่งต้องใช้การให้สารน้ำทางหลอดเลือด การขับถ่ายจำเป็นต้องได้รับการสวนสายปัสสาวะ ดังนั้น วิสัญญีพยาบาลจะมีบทบาทเป็น nursing agency ในการให้การพยาบาลและดูแลผู้ป่วยในการควบคุมการหายใจ โดยใช้ ventilator การให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ ช่วยระดับประคองและปกป้องผู้ป่วยให้ปลอดภัย<sup>7</sup>

การให้สารน้ำในการดมยาสลบแบบ One Lung Ventilation<sup>2</sup>

การให้สารน้ำระหว่างผ่าตัด ต้องระมัดระวังภาวะน้ำเกิน เพราะจะเพิ่ม shunt และเกิดน้ำท่วมปอดในปอดข้างที่ช่วยหายใจ โดยการให้สารน้ำระหว่างผ่าตัด มีหลักการ ดังนี้

1. ทดแทนเฉพาะ deficit & maintenance ไม่ต้องคำนวณ third space loss
2. สารน้ำส่วนเกินต้องไม่มากกว่า 20 ซีซีต่อกิโลกรัม ภายใน 24 ชั่วโมง
3. สำหรับผู้ใหญ่ควรจำกัดสารน้ำไม่เกิน 3,000 ซีซี ภายใน 24 ชั่วโมง

4. นิยมใช้สารน้ำชนิด crystalloid มากกว่าชนิด colloid

5. ดูจำนวนปัสสาวะที่ออกต่อชั่วโมงไม่จำเป็นต้องมากกว่า 0.5 ซีซีต่อกิโลกรัม

6. ถ้าระบบไหลเวียนไม่ดีควร ประเมินค่า CVP อย่างต่อเนื่อง และพิจารณาใช้ยา inotropes มากกว่าการให้สารน้ำในปริมาณมาก

ภาวะ hypothermia มีผลให้กลไก hypoxic pulmonary vasoconstriction (HPV) จะถูกยับยั้ง ดังนั้นควรใช้ผ้าห่มอุ่นชนิดลมร้อนบริเวณส่วนล่างของร่างกายและอุ่นสารน้ำที่ให้ทางหลอดเลือดดำ

การทดสอบความมั่นคงของแผลที่หลอดลมและปอด ก่อนการผ่าตัดเสร็จสิ้น ศัลยแพทย์จะทำการทดสอบโดยใส่น้ำอุ่นลงในช่องทรวงอก พร้อมกับให้วิสัญญีพยาบาลช่วยหายใจด้วยความดัน 30-40 ซม.น้ำ โดยคลายตัวหนีบท่อ tracheal lumen และปิดฝาปลายท่อ tracheal lumen ข้างที่ยูบปอด สังเกตว่าไม่มีลมรั่วตามรอยเย็บ เมื่อเสร็จสิ้นการผ่าตัดควรดูดเลือด/เสมหะออกจากท่อ DLT จน clear หลังจากนั้นจึงบีบลมเพื่อขยายปอดสองข้าง บางครั้งอาจต้องใช้ความดันสูงช่วยเปิดถุงลมปอดที่แฟบ ภายหลังการผ่าตัดผู้ป่วยทุกรายควรได้รับการถอดท่อช่วยหายใจและควรสามารถหายใจได้เอง

ขั้นตอนการถอดท่อช่วยหายใจ เมื่อผู้ป่วยตื่นดีหรือ มีกลไก ป้องกันการดูดกลับกลั้วกลับมา เช่น การกลืน การไอ ทำตามสั่งได้ สามารถควบคุมความจุของปอดได้ มี vital capacity เท่ากับหรือมากกว่า 10 ซีซีต่อกิโลกรัม ค่า peak voluntary negative inspiratory pressure มากกว่า 20 cmH<sub>2</sub>O ค่า tidal volume มากกว่า 6 ซีซีต่อกิโลกรัม<sup>8</sup> ให้ยาแก้ฤทธิ์ยาหย่อนกล้ามเนื้อ nondepolarizer ได้แก่ Neostigmine ขนาดยา 0.07 มก./กก. นิยมให้ 2.5 มก. ในผู้ใหญ่ ซึ่งมีฤทธิ์

ยับยั้ง acetylcholinesterase ที่มี neuromuscular junction autonomic ganglia และ ปลายประสาท cholinergic ทำให้ระดับ acetylcholine เพิ่มขึ้น เป็นผลให้กล้ามเนื้อกลับหดตัวได้ดี ผลดังกล่าวจัดเป็นฤทธิ์ nicotinic นอกจากนี้ Neostigmine ยังมีฤทธิ์ muscarinic ด้วย คือ ทำให้หัวใจเต้นช้า หลอดลมหดตัว ต่อมน้ำลาย และเมือกหลัง secretion เพิ่มขึ้น กระเพาะอาหารและลำไส้บีบตัวมากขึ้น ฤทธิ์เหล่านี้สามารถป้องกันได้ โดยการให้ยาพวก anti muscarinic ร่วมไปด้วย ได้แก่ Atropine ในขนาด 0.02 มก./กก. เมื่อผู้ป่วยรู้สึกตัวดี หายใจดี จึงถอดท่อ endotracheal ออกได้

ระยะที่ 3 ระยะหลังผ่าตัดหรือภายหลังให้ยาระงับความรู้สึก

การพยาบาลผู้ป่วยระยะหลังผ่าตัดหรือ ภายหลังให้ยาระงับความรู้สึก การดูแลผู้ป่วยหลังได้รับยาระงับความรู้สึกจำเป็นต้องได้รับการดูแลและเฝ้าระวังอย่างใกล้ชิด ในการเคลื่อนย้ายผู้ป่วยออกจากห้องผ่าตัดไปยังห้องพักฟื้น ควรให้ความสำคัญกับทางเดินหายใจและการหายใจของผู้ป่วย ผู้ป่วยที่ถอดท่อทางเดินหายใจออกแล้ว ควรให้สูดดมออกซิเจน 30 - 40% ในขณะที่เคลื่อนย้ายเสมอ เนื่องจากพบว่า ผู้ป่วยที่หายใจ room air หลังให้ยาระงับความรู้สึก มีการขาดออกซิเจนแบบ transient ได้ถึงร้อยละ 35 เมื่อมาถึงห้องพักฟื้น วิสัญญีพยาบาลจะต้องแจ้งข้อมูลแก่พยาบาลผู้ดูแลในห้องพักฟื้น (ซึ่งส่วนใหญ่จะเป็นวิสัญญีพยาบาล) ด้วย ชื่อ - สกุล อายุ ผู้ป่วย การผ่าตัดที่ได้รับ ระยะเวลาการผ่าตัด สภาพของผู้ป่วยและยาที่ได้รับในช่วงก่อนและระหว่างการผ่าตัด เทคนิคการให้ยาสลบ ปริมาณเลือดที่สูญเสียระหว่างการผ่าตัดและสารน้ำที่ให้ทดแทน การประเมินสภาวะของผู้ป่วยทางเดินหายใจและ

ความพอเพียง ระดับการรู้สึกตัว ตำแหน่งของท่อช่วยหายใจ จังหวะและอัตราการเต้นของหัวใจ เป็นต้น

ผู้ป่วยภายหลังการผ่าตัดและได้รับยาระงับความรู้สึก อาจมีอาการเปลี่ยนแปลง หรือ เกิดภาวะแทรกซ้อนได้ง่าย ต้องการการพยาบาลอย่างใกล้ชิด ซึ่งแบ่งออกเป็น ดังนี้ คือ 1) การพยาบาลผู้ป่วยในห้องพักฟื้น และ 2) การเยี่ยมผู้ป่วยที่หอผู้ป่วย

1. การพยาบาลผู้ป่วยในห้องพักฟื้น ผู้ป่วยทุกรายจะได้รับการประเมินภาวะความรู้สึกตัว การหายใจ ชีพจร ความดันโลหิต บันทึกข้อมูลทุก 5-15 นาทีจนอาการคงที่ จัดทำนอนให้ทางเดินหายใจเปิดโล่ง ให้  $O_2$  เสริมเพื่อให้  $SpO_2$  94-98% หรือ 88-92% ในผู้ป่วยโรคถุงลมโป่งพองจนรู้สึกตัวดีและหายใจได้เต็มที่โดยมีเกณฑ์แสดงการฟื้นตัวจากยาระงับความรู้สึกก่อนส่งผู้ป่วยจากห้องพักฟื้นกลับหอผู้ป่วย: PAR score  $\geq 9$  ซึ่งตัดแปลงจาก Modified Aldrete Score<sup>9</sup>

2. การเยี่ยมผู้ป่วยที่หอผู้ป่วย การพยาบาลผู้ป่วยภายหลังได้รับยาระงับความรู้สึกที่หอผู้ป่วย การเยี่ยมผู้ป่วย คือ ในระยะ 24, 48 และ 72 ชั่วโมงหลังผ่าตัด เพื่อประเมินผลการเยี่ยมผู้ป่วยตั้งแต่ระยะก่อนผ่าตัด ผลการให้ยาระงับความรู้สึก ให้การพยาบาลและคำแนะนำแก่ผู้ป่วย โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินผลการเยี่ยมผู้ป่วยตั้งแต่ระยะก่อนผ่าตัด เพื่อประเมินผลการให้ยาระงับความรู้สึก และ เพื่อศึกษาปัญหาของผู้ป่วยหลังผ่าตัด เพื่อให้การพยาบาลและให้คำแนะนำแก่ผู้ป่วย เป็นต้น

วิสัญญีพยาบาล จะติดตามดูแลผู้ป่วยเพื่อทราบอาการและให้การดูแลแก้ไขตามสภาพปัญหา ซึ่งการพยาบาลผู้ป่วยในระยะหลังผ่าตัดนี้ จะต้องครอบคลุมด้านร่างกายและจิตใจ เช่นเดียวกับในระยะก่อนผ่าตัด สำหรับปัญหาทางการพยาบาลในระยะหลังผ่าตัดที่สำคัญและพบได้บ่อย คือ<sup>4</sup>

1. เสี่ยงต่อเนื้อเยื่อร่างกายได้รับออกซิเจนไม่เพียงพอเนื่องจากการแลกเปลี่ยนก๊าซลดลง จากพื้นที่ในการแลกเปลี่ยนก๊าซลดลงจากการตัดเนื้อปอด ออกบางส่วนหรือมีสารเหลว หรือเลือดคั่งค้างในช่องเยื่อหุ้มปอด หรือเนื่องจากความสามารถในการทำทางเดินหายใจให้โล่งลดลงจากมีเสมหะคั่งค้างจำนวนมาก และประสิทธิภาพการไหลลดลงจากอาการปวดแผลผ่าตัด

2. ไม่สามารถพักผ่อนได้เพียงพอหรือรบกวนแบบแผนการนอนหลับ เนื่องจากอาการปวดแผลผ่าตัด

3. เสี่ยงต่อการติดเชื้อบริเวณแผลผ่าตัด แผลที่ใส่ท่อระบายทรวงอก

4. เสี่ยงต่อการสูญเสียหน้าที่ของข้อไหล่ข้างที่ทำผ่าตัดหรือข้อไหล่ติด เนื่องจากผู้ป่วยมีการเคลื่อนไหวแขนข้างที่ทำผ่าตัดน้อย

การพยาบาลในระยะหลังผ่าตัด คือ

1. การประเมินอาการและอาการแสดงของภาวะเนื้อเยื่อร่างกายได้รับออกซิเจนไม่เพียงพอได้แก่

1.1 การหายใจ มีการเปลี่ยนแปลงอัตราเร็วและความแรงของการหายใจ

1.2 การเปลี่ยนแปลงของระบบประสาทและกล้ามเนื้อ จะพบว่าผู้ป่วยมีอาการกระวนกระวาย กระสับกระส่าย อารมณ์ไม่ปกติเปลี่ยนแปลงง่าย

1.3 การเปลี่ยนแปลงของการทำงานของหัวใจ และหลอดเลือด ได้แก่ หัวใจเต้นเร็วขึ้น และความดันโลหิตสูง ซึ่งเป็นอาการเริ่มแรกที่ประเมินได้ในภาวะร่างกายขาดออกซิเจนและระยะต่อมาเมื่อภาวะร่างกายขาดออกซิเจนไม่ได้รับการแก้ไข หรือยังคงดำเนินต่อไปจะพบว่าการเต้นของหัวใจและความดันโลหิตจะลดลง

1.4 อาการทางระบบทางเดินอาหาร ได้แก่ อาการเคลื่อนไหวช้า อาเจียน หรือ ชัย้อนอาหาร เป็นต้น

1.5 อาการเขียวคล้ำ มักจะพบอาการเขียวคล้ำของผิวหนัง บริเวณปลายมือ ปลายเท้า เยื่อบุตา ลิ้น กระพุ้งแก้ม หรือริมฝีปากดำใน

2. การประเมินสัญญาณชีพทุก 15 นาที ในระยะ 2-3 ชั่วโมง แรกหลังผ่าตัด จนกระทั่งสัญญาณชีพคงที่ แล้วทำการประเมินสัญญาณชีพทุก 30 นาที ต่ออีก 2 ชั่วโมง และประเมินสัญญาณชีพทุก 1 ชั่วโมง จนกว่าสัญญาณชีพมีค่าคงที่ หลังจากนั้นควรทำการประเมินทุก 4 ชั่วโมง ในระยะ 1-2 วัน แรกหลังผ่าตัด

3. การกระตุ้นให้ผู้ป่วยไออย่างมีประสิทธิภาพ เพื่อขับเสมหะออกจากทางเดินหายใจ สำหรับในรายที่ไม่สามารถไอเพื่อขับเสมหะออกมาได้ ควรช่วยดูแลทางเดินหายใจให้โล่ง โดยการดูดเสมหะ (suction) ให้ผู้ป่วยด้วยเทคนิคสะอาด ปราศจากเชื้อ

4. การจัดท่านอนให้ผู้ป่วยอยู่ในท่าศีรษะสูง 30 - 40 องศา เพื่อให้ปอดสามารถขยายตัวได้เต็มที่ การพลิกตัวผู้ป่วยให้อยู่ในท่านอนตะแคง จะช่วยทำให้มีการกระจายของการระบาย อากาศหายใจในถุงปอด และทำให้ปริมาณเลือดที่ผ่านเข้ามายังปอดเพิ่มขึ้น โดยการจัดท่านอนตะแคง ก็ควรจัดให้อยู่ในท่าศีรษะสูง เช่นกัน

5. การดูแลการได้รับออกซิเจนอย่างเพียงพอ โดยในระยะแรกหลังผ่าตัดผู้ป่วยอาจต้องใส่ท่อช่วยหายใจ ต่อกับเครื่องช่วยหายใจ ดูแลการทำงานของเครื่องช่วยหายใจให้มีประสิทธิภาพ และไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน

6. การดูแลท่อระบายทรวงอกให้การระบายเป็นไปได้อย่างดี เพื่อช่วยให้ปอดสามารถขยายตัวได้อย่างเต็มที่

7. การประเมินระดับความเจ็บปวดของผู้ป่วย และประเมินอาการและอาการแสดงของการพักผ่อน

หรือนอนหลับไม่เพียงพอ ได้แก่ ผู้ป่วยบ่นนอนหลับยาก หลับ ๆ ตื่น ๆ นอนหลับไม่สนิท รู้สึกไม่สดชื่น ภายหลังการนอนหลับ อารมณ์ไม่แจ่มใส หงุดหงิด โกรธง่าย อ่อนเพลีย เป็นต้น

8. การดูแลการได้รับยาระงับปวดตามแผนการรักษาในระยะแรกหลังผ่าตัด แพทย์จะมีแผนการรักษาให้ยาระงับปวด เช่น morphine หรือ อนุพันธ์ของมอร์ฟีน เพื่อลดความเจ็บปวดแผลผ่าตัด และเพิ่มความทนต่อความเจ็บปวด ทำให้ผู้ป่วยสงบ ร่วง รู้สึกสบายและไม่เจ็บปวด หรือในบางราย จะให้ยาชาเฉพาะที่หรือ narcotic ขนาดน้อย เข้าทาง thoracic epidural catheter ซึ่งจะทำให้ผู้ป่วยมีอาการปวดแผลผ่าตัดเล็กน้อย หรือไม่มีมีอาการปวดเลย สำหรับอาการข้างเคียงของการฉีด narcotic จะพบอาการคลื่นไส้ อาเจียนและคันตามตัว ซึ่งเป็นอาการข้างเคียงที่ไม่รุนแรง

9. การดูแลความสะอาดแผลโดยใช้เทคนิคสะอาดปราศจากเชื้อ (aseptic technique)

10. การดูแลให้ผู้ป่วยได้รับสารอาหารที่เพียงพอกับความต้องการของร่างกาย

11. การติดตามผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการเพื่อประเมินการติดเชื้อในร่างกาย ได้แก่ ผลการตรวจเลือด ผลการเพาะเชื้อ (culture)

12. การแนะนำและกระตุ้นให้ผู้ป่วยทำการบริหารข้อไหล่และแขนทั้งสองข้าง เพื่อทำให้กล้ามเนื้อทรวงอกมีความแข็งแรง ข้อไหล่ไม่ยึดติด

การให้คำแนะนำผู้ป่วยก่อนกลับบ้าน มีดังนี้ คือ

1. การดูแลบาดแผล
2. การดูแลความสะอาดร่างกายทั่วไป
3. การรับประทานอาหาร รับประทานอาหารให้ครบ 5 หมู่

4. การรับประทันยาตามการรักษาของแพทย์
5. การสังเกตอาการผิดปกติของแผลผ่าตัด และสิ่งผิดปกติต้องมาพบแพทย์
6. การพักผ่อน นอนหลับให้เพียงพอกับความ ต้องการของร่างกาย
7. การบริหารข้อไหล่
8. การไม่ซื้อยารับประทานเอง
9. การมาพบแพทย์ตามนัด

#### สรุปและข้อเสนอแนะ

การผ่าตัดทรวงอก (thoracotomy) และการ ให้ยาระงับความรู้สึกในการผ่าตัด แบบ one lung ventilation (OLV) เป็นหัตถการที่ต้องมีเทคนิคการ ดูแลพิเศษ วิทยาลัยพยาบาลมีบทบาทสำคัญในการ ให้ บริการงานวิสัญญีแก่ผู้ป่วย และในการช่วยศัลยแพทย์ ทำการผ่าตัดได้อย่างมีประสิทธิภาพ ผู้ป่วยปลอดภัย จากภาวะแทรกซ้อน จึงมีข้อเสนอแนะให้หน่วยงานที่ มีการผ่าตัดในลักษณะเช่นนี้ ควรจัดทำแนวทางการ ให้ยาระงับความรู้สึกผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดทรวงอก และต้องได้รับยาระงับความรู้สึกในการผ่าตัด แบบ OLV เพื่อใช้ในโรงพยาบาล พร้อมทั้งควรมีการเผยแพร่ผลงานวิชาการโดยการนำเสนอผลงานในกลุ่ม งานวิสัญญีวิทยาทั้งภายในโรงพยาบาลและระหว่าง โรงพยาบาลเครือข่ายด้วย

#### เอกสารอ้างอิง

1. Ali J. *Principle of critical care*. New York: Mc Graw-Hill; 1998.
2. อังกาบ ปราการรัตน์ และ คณะ. ตำราวิสัญญีวิทยา. กรุงเทพฯ: เอ-พลัสปรี๊น; 2556.
3. รายงานสถิติการให้ยาระงับความรู้สึก โรงพยาบาล นครนายก ประจำปีงบประมาณ 2556.
4. วชิราภรณ์ สุนนวงศ์. การพยาบาลผู้ป่วยบาดเจ็บ ทรวงอก. ชลบุรี: ทรีโอ แอดเวอร์ไทซิ่งแอนมีเดีย; 2548.
5. Luckmann J. *Saunders' manual of nursing care*. Philadelphia: W.B. Saunders; 1997.
6. Brodsky JB. et al. **Depth of placement of left double-lumen endotracheal tube**. *Anesth Analg.* 1991; 73:570-2.
7. สมจิต หนูเจริญกุล. การพยาบาล: ศาสตร์ของการ ปฏิบัติ. กรุงเทพฯ: วี เจ พรินติ้ง; 2543.
8. Barash PG. et al. *Clinical anesthesia*. Philadelphia: Wolters Klumer/Lippincott William & Wilkins; 2013.
9. สุวรรณีย์ สุเรศณีวงศ์ และคณะ. ตำราฟิสิกส์ วิสัญญีวิทยา. กรุงเทพฯ: เรือนแก้วการพิมพ์; 2552.

## One lung ventilation (OLV) anesthesia in patient who undergone thoracotomy : Role of nurse anesthetist

Wannaporn Thongpramoon<sup>1</sup> RN, Dip. APNA.

Nimnual Muntraporn<sup>2</sup> RN, CRNA, MPA, Dip. APNA.

**Abstract:** The case of patient who had thoracotomy with one lung ventilation (OLV) anesthesia in the provincial hospital is rare. It requires special technique and care where nurse anesthetists have important roles, including patients' preparation before and after anesthesia, equipment and devices preparation, intubation, closed monitoring and collapsing lung. Nurse anesthetist has to be knowledgeable and manageable in order to provide care for patients and to support surgeon in performing operation successfully and effectively with patients' safety and free from complications. It is suggested that service guidelines for one lung ventilation (OLV) anesthesia should be developed and used as well as to present and share with others in the hospital.

*Thai Journal of Nursing and Midwifery Practice 2015; 2(2) 25-40*

**Keywords:** thoracotomy, one lung ventilation (OLV) anesthesia, role of nurse anesthetist

---

<sup>1</sup>Registered Nurse Senior Professional Level, Nakornnayok Hospital

<sup>2</sup>Registered Nurse Senior Professional Level, the College of Advance Practice Nurse and Midwife Thailand, Nursing and Midwifery Council.



# การพยาบาลผู้ป่วยที่เกิดภาวะลิ่มเลือดอุดตันที่ปอดขณะได้รับการผ่าตัด ข้อสะโพกภายใต้การให้ยาระงับความรู้สึกทางไขสันหลัง: กรณีศึกษา

นวลจันทร์ ติเรกวุฒิกุล<sup>1</sup> พยม., APNA., อพย. (การพยาบาลด้านการให้ยาระงับความรู้สึก)

**บทคัดย่อ:** บทความนี้นำเสนอถึงการพยาบาลในกรณีศึกษาผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดกระดูกต้นขาและเกิดภาวะลิ่มเลือดอุดตันที่ปอดในขณะผ่าตัด และได้รับการระงับความรู้สึกทางช่องน้ำไขสันหลัง โดยกล่าวถึง อุบัติการณ์การเกิดภาวะลิ่มเลือดอุดตันที่ปอดในขณะผ่าตัด การพยาบาลทั้งการประเมินสภาพก่อนผ่าตัด และการดูแลระยะก่อนผ่าตัด ระยะการผ่าตัด การดูแลผู้ป่วยเมื่อมีภาวะวิกฤติจากการมีภาวะลิ่มเลือดอุดตันที่ปอดขณะผ่าตัด การดูแลหลังผ่าตัด และสรุปบทเรียนจากกรณีศึกษาเพื่อเป็นแนวทางสำหรับวิสัญญีพยาบาลในการพยาบาลผู้ป่วยในระยะวิกฤติจากภาวะแทรกซ้อนภาวะลิ่มเลือดอุดตันที่ปอดอย่างเหมาะสมต่อไป

วารสารการปฏิบัติการพยาบาลและการผดุงครรภ์ไทย 2558; 2 (2) 41-50

**คำสำคัญ:** การพยาบาล การระงับความรู้สึกทางไขสันหลัง การผ่าตัดข้อสะโพก ภาวะลิ่มเลือดอุดตันที่ปอด

---

<sup>1</sup>พยาบาลวิชาชีพระดับชำนาญการด้านการพยาบาลระงับความรู้สึก กลุ่มภารกิจทางการพยาบาล โรงพยาบาลสวรรค์ประชารักษ์

## บทนำ

การผ่าตัดกระดูกต้นขาเป็นวิธีหนึ่งที่รักษาภาวะกระดูกต้นขาหักเพื่อให้กระดูกติดเร็วและใกล้เคียงกับปกติมากที่สุดซึ่งผู้ป่วยส่วนใหญ่มักเป็นผู้สูงอายุ การผ่าตัดกระดูกต้นขาเป็นการผ่าตัดที่อยู่ในระดับต่ำกว่าช่องท้องส่วนล่างจากหลักฐานเชิงประจักษ์<sup>1</sup> กรณีไม่มีข้อห้ามวิสัญญีแพทย์จะให้ยาระงับความรู้สึกทางช่องน้ำไขสันหลัง เนื่องจากมีข้อดีคือทำให้กล้ามเนื้อต้นขาหย่อนตัว ศัลยแพทย์ผ่าตัดได้สะดวกกว่า ลดอาการปวดหลังผ่าตัดได้ดีกว่า ฟันตัวได้เร็วกว่า และประหยัดค่าใช้จ่ายมากกว่าการระงับความรู้สึกแบบทั่วร่างกาย อย่างไรก็ตามผลกระทบจากการบาดเจ็บและการผ่าตัดผู้ป่วยอาจจะมีการเสียชีวิตเป็นจำนวนมาก และอาจเกิดภาวะแทรกซ้อนในขณะและหลังการผ่าตัดได้

ภาวะลิ่มเลือดอุดตันที่ปอดขณะได้รับการผ่าตัด (perioperative pulmonary embolism) เป็นภาวะแทรกซ้อนที่พบได้บ่อยในขณะและหลังผ่าตัด โดยเฉพาะ ในผู้ป่วยศัลยกรรมอุบัติเหตุ โรคทางออร์โธปิดิกส์ พบมีอุบัติการณ์เกิดภาวะลิ่มเลือดอุดตันที่ปอดขณะได้รับการผ่าตัด จากการผ่าตัดต้นขาและข้อสะโพก ได้ถึง ร้อยละ 0.7-30<sup>2</sup> เป็นภาวะวิกฤตที่ทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิตในขณะและหลังผ่าตัดได้ กลไกการทำให้เกิดภาวะลิ่มเลือดอุดตัน มี 3 ปัจจัย ได้แก่ 1) การไหลเวียนของเลือดลดลงเกิดจากร่างกายไม่ได้เคลื่อนไหว (immobilization) เป็นเวลานาน 2) ความผิดปกติของเลือดทำให้เกิดลิ่มเลือดได้ง่าย (hyper-coagulable states) 3) ผนังหลอดเลือดดำผิดปกติ ที่เกิดจากมี การบาดเจ็บหรือการอักเสบก่อนลิ่มเลือด ดังกล่าวมีโอกาสที่จะหลุดเข้าหลอดเลือดดำใหญ่ก่อนเข้าหัวใจข้างขวา<sup>3,4</sup> (right ventricle,

RV) และหลุดมาอุดตันที่หลอดเลือดในปอด ทำให้เลือดดำไม่สามารถแลกเปลี่ยนก๊าซออกซิเจนในปอดได้ เกิดภาวะขาดออกซิเจนในเลือด (hypoxia) หากก้อนเลือดมีขนาดใหญ่ จะทำให้เพิ่มแรงเสียดทานของหลอดเลือดในปอดมีผลทำให้แรงดันหัวใจห้องขวาสูงขึ้น และจะมีการเคลื่อนของผนังหัวใจไปด้านซ้าย ปริมาณเลือดที่ไหลมาจากปอดสู่หัวใจห้องซ้ายจะลดลง ทำให้ cardiac output (CO) ลดลง เกิดภาวะช็อกและเสียชีวิตในที่สุดหากได้รับการแก้ไขไม่ทัน ซึ่งอาการของภาวะลิ่มเลือดอุดตันที่ปอด (pulmonary embolism, PE) แบ่งตามระดับความรุนแรง ดังนี้คือ<sup>4</sup>

1. Low risk PE ผู้ป่วยไม่มี hypotension ไม่มี RV dysfunction อัตราการเสียชีวิตน้อยกว่า ร้อยละ 1

2. Submassive PE ผู้ป่วยไม่มี sustain hypotension แต่พบ RV dysfunction พบระดับของ brain natriuretic peptides (BNP) สูงกว่า 90 pg/ml หรือ พบลักษณะ right bundle branch block (RBBB) หรือพบ ST elevation, depress or T inversion ระดับของ cardiac troponin T สูงกว่าปกติ อัตราการเสียชีวิตระยะสั้น ร้อยละ 3-15

3. Massive PE ผู้ป่วยจะมี sustain hypotension (ระดับความดันซิสโตลิกต่ำกว่า 90 mmHg นานกว่า 15 นาทีซึ่งจำเป็นต้องให้ inotropic support หรือมีชีพจรน้อยกว่า 40 ครั้ง/นาทีนานกว่า 15 นาทีจนถึง cardiac arrest อัตราการเสียชีวิตระยะสั้นร้อยละ 15-30 ผู้ป่วยที่ได้รับยาระงับความรู้สึกทางช่องน้ำไขสันหลังและรู้สึกตัวสามารถตรวจพบจาก ภาวะการหายใจลำบาก กระสับกระส่าย ความดันเลือดตก หัวใจเต้นเร็ว ในระยะแรก ค่าความอิ่มตัวออกซิเจนลดลง ส่วนกรณีที่ผู้ป่วยได้รับยาระงับความรู้สึกทั่วร่างกายสามารถตรวจพบจากค่าคาร์บอนไดออกไซด์จากลมหายใจออก (Et CO<sub>2</sub>) ต่ำ อย่างทันทีที่ตรวจวัดสัญญาณชีพไม่คงที่ ในขณะที่หากผู้ป่วยได้รับการ

วินิจฉัยและรักษาที่ถูกต้องและทันท่วงทีอัตราการเสียชีวิตจะลดลงเหลือร้อยละ 2-8<sup>3</sup> การรักษาภาวะลิ่มเลือดอุดตันที่ปอดขณะได้รับการผ่าตัดจะรักษาตามอาการ เช่นความดันเลือดตกก็ให้ vasopressor norepinephrine dopamine ให้ออกซิเจน และให้เลือดและสารน้ำทดแทนอาจให้ pulmonary vasodilators<sup>1</sup> เช่น nitric oxide ในการลดแรงดันหลอดเลือดแดงในปอด (PA) จะสามารถช่วยเพิ่ม cardiac output โดยไม่ทำให้ความดันเลือดซิสโตลิกต่ำได้อย่างมีนัยสำคัญ

จากรายงานอุบัติการณ์ของโรงพยาบาลสวรรค์ประชารักษ์ ระหว่าง เดือน ธันวาคม พ.ศ. 2556 ถึง กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2557 พบอุบัติการณ์ที่อาจเกิดภาวะลิ่มเลือดอุดตันที่ปอดขณะได้รับการผ่าตัด 3 คน โดยทั้ง 3 คนเป็นการผ่าตัดทางออร์โธปิดิกส์ จากกระดูกต้นขาหัก ผู้ป่วยเสียชีวิต 2 คน อีก 1 คนรอดชีวิตและสามารถจำหน่ายกลับบ้านได้ ผู้เขียนในบทบาทของวิสัญญีพยาบาล มีหน้าที่รับผิดชอบในการดูแลผู้ป่วยที่เข้ารับบริการระงับความรู้สึก และได้รับหน้าที่ในการติดตามตัวชี้วัดคุณภาพของหน่วยงาน จึงได้มีการเฝ้าระวังอุบัติการณ์และภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นในกลุ่มงานวิสัญญีโรงพยาบาลสวรรค์ประชารักษ์ดังกล่าว ผู้เขียนจึงได้นำเสนอกรณีศึกษาผู้ป่วยที่รอดชีวิตจากการเกิดภาวะลิ่มเลือดอุดตันที่ปอดขณะได้รับการผ่าตัดมาแนะนำเสนอ เพื่อเป็นบทเรียนรู้สำหรับวิสัญญีพยาบาลในการให้การพยาบาลระงับความรู้สึกในผู้ที่มีภาวะลิ่มเลือดอุดตันที่ปอดขณะได้รับการผ่าตัดข้อสะโพก ในครั้งนี้

### การพยาบาลในการระงับความรู้สึกช่องน้ำไขสันหลัง

การให้ยาระงับความรู้สึกช่องน้ำไขสันหลัง (spinal block) คือ การฉีดยาเข้าช่อง subarachnoid

มีผลทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทางสรีระของระบบต่างๆ ในร่างกาย ยาชาจะออกฤทธิ์ขัดขวางการนำส่งกระแสประสาทที่บริเวณรากประสาทไขสันหลัง ทำให้กล้ามเนื้อหย่อน บล็อกเส้นประสาท sympathetic<sup>5</sup> ทั้งเส้นประสาทรับความรู้สึก ร้อน เย็น ความเจ็บปวด และการสัมผัส จนถึงเส้นประสาทที่ควบคุมการเคลื่อนไหว ทำให้ผู้ป่วยสามารถรับการผ่าตัดบริเวณช่องท้องส่วนล่าง และขาได้ แต่ผลของยาชาจะทำให้ความดันเลือดต่ำจากสาเหตุหลอดเลือดขยาย เลือดไหลกลับหัวใจลดลง ทำให้ cardiac output ลดลง และหัวใจเต้นช้าลงจากระบบ parasympathetic ที่เด่นหากระดับยาชาที่สูงจนกดการทำงานของเส้นประสาท cardiac accelerator (T<sub>1</sub>-T<sub>4</sub>) จะกระตุ้น reflex เช่น baro-receptor reflex, pacemaker stretch ทำให้เส้นประสาท vagus nerve ทำงานเด่นยิ่งขึ้น ส่งผลให้หัวใจเต้นช้าลงจนหยุดเต้นและหัวใจเต้นช้าลง รวมทั้งการทำงานของกล้ามเนื้อทรวงอกมีประสิทธิภาพลดลงผู้ป่วยจะหายใจช้าลง หรือหยุดหายใจได้ ชนิดของยาชาที่มีฤทธิ์นานสำหรับการผ่าตัดกระดูกต้นขาได้ เช่น bupivacaine 0.5 % ซึ่งจะแยกออกเป็น hypobaric isobaric hyperbaric ซึ่งระยะเวลาการออกฤทธิ์นานจากมากไปหาน้อยตามลำดับ การผสมยาชากับกลุ่ม opioid เช่น fentanyl หรือ morphine จะช่วยเสริมฤทธิ์ยาชาทำให้การชานานขึ้น การดูแลเพื่อป้องกันหรือลดการเกิดภาวะแทรกซ้อน ดังนี้

1. ความดันเลือดตก (hypotension) พบได้บ่อย เกิดเร็วและมีอาการรุนแรง การป้องกันให้ปริมาณยาชาที่เหมาะสมกับการผ่าตัด จัดทำผู้ป่วยก่อนและหลังทำให้เหมาะสม เพื่อควบคุมบริเวณที่ชาให้เหมาะสม ให้สารน้ำ isotonic ก่อนให้ยาชา 300-1,000 ml พันชาด้วยผ้ายึดก่อนให้ยาชา รักษาด้วยยาตีบหลอดเลือด ephedrine ครั้งละ 6-10 mg V

การพยาบาลผู้ป่วยที่เกิดภาวะลิ่มเลือดอุดตันที่ปอดขณะได้รับการผ่าตัดข้อสะโพก  
ภายใต้การให้ยาระงับความรู้สึกทางไขสันหลัง: กรณีศึกษา

ในขณะที่ความดันเลือดตกให้สูดดมออกซิเจน และตรวจวัดสัญญาณชีพซ้ำบ่อยๆ ในช่วงครึ่งชั่วโมงแรกหลังได้รับยาชาทุก 1-3 นาที หลังจากนั้นอาจเปลี่ยนทุก 5 นาที กรณีที่สัญญาณชีพคงที่

2. หัวใจเต้นช้า (bradycardia) ถ้าอัตราการเต้นหัวใจไม่ต่ำกว่า 45 ครั้ง/นาที ความดันเลือดปกติให้เฝ้าระวังอย่างใกล้ชิด แต่ถ้าความดันเลือดตกและระดับความรู้สึกตัวลดลงร่วมด้วยให้ atropine 0.6 mg V

3. ระดับการชาที่สูงมาก (high or total spinal block) มีผลเกิด hemodynamic หรือหยุดหายใจ การรักษาแบบประคับประคองให้ยาตีบหลอดเลือด และช่วยหายใจ อาจพิจารณาใส่ท่อช่วยหายใจ

4. อาการปวดหลัง สาเหตุ จากการแทงเข็มหลายครั้ง สาเหตุจากสรีระของร่างกายที่ผิดปกติของผู้ป่วยและจากการจัดทำที่ไม่ถูกต้อง กล้ามเนื้อหย่อนขณะผ่าตัด ทำให้ความเค็งผิดปกติขณะผ่าตัด การใช้หมอนเล็กหนุนหลังจะช่วยลดความรุนแรงได้ การรักษาด้วยการให้ยาคลายกล้ามเนื้อและยาแก้ปวด จะทำให้อาการดีขึ้นได้ใน 1-2 สัปดาห์

5. การถ่ายปัสสาวะไม่ได้ เนื่องจากยาชาขัดขวางการทำงานของ sacral segment ของ spinal cord การติดตามตรวจสอบอาการคั่งค้างของปัสสาวะจึงมีความสำคัญ ผู้ป่วยควรได้ถ่ายปัสสาวะภายใน 6 ชั่วโมง หลังจากได้รับยาชา ถ้าถ่ายไม่ได้ควรพิจารณาสวนปัสสาวะหรือสวนปัสสาวะค้ำไว้ก่อน

6. อาการปวดศีรษะ (Post-dural puncture headache) เกิดจากการลดแรงดันของน้ำไขสันหลัง เพราะน้ำไขสันหลังรั่วออกทางรูทะลุ ลักษณะ คือ จะปวดมากในท่านั่งหรือยืน ปวดมีนร้าบริเวณท้ายทอย และขมับอาจร่วมกับอาการเห็นภาพซ้อน กลัวแสง คลื่นไส้อาเจียน ซึ่งจะตรวจพบ ภายใน 24-

72 ชั่วโมงหลัง block การป้องกันคือ ใช้ขนาดเข็มที่เล็กจัดทำให้เหมาะสม เพื่อหลีกเลี่ยงการแทงซ้ำให้ผู้ป่วยได้รับน้ำ อย่างน้อยวันละ 3,000 ml เพื่อเพิ่มการสร้างน้ำไขสันหลัง และให้ยาแก้ปวด กรณีที่มีอาการมากให้ normal saline ทาง epidural จำนวน 15-25 ml. หรือน้ำเกลือของผู้ป่วย 10-15 ml. เข้าใน epidural space เพื่อปิดรูรั่ว

7. การบาดเจ็บของเส้นประสาท (nerve injury) ปัจจุบันพบน้อยมาก จากการบาดเจ็บปริมาณเลือดที่ไปเลี้ยงน้อยลงหรือพิษของยาชาหรือสารพิษ และเชื้อโรคที่ปนเปื้อนกับยาชา

### การพยาบาลกรณีศึกษา

การพยาบาลกรณีศึกษาผู้ป่วยที่เกิดภาวะลิ่มเลือดอุดตันที่ปอดขณะได้รับการผ่าตัดข้อสะโพกภายใต้การให้ยาระงับความรู้สึกทางช่องน้ำไขสันหลัง ประกอบด้วย กระบวนการดูแล คือ

#### 1. การประเมินสภาพทั่วไปก่อนผ่าตัด

##### 1.1 ข้อมูลทั่วไป

ผู้ป่วยหญิงไทยอายุ 74 ปี น้ำหนัก 70 กก. ความสูง 157 ซม. ดัชนีมวลกาย 28.4 อาชีพข้าราชการบำนาญ รู้สึกตัวดีสามารถสื่อสารได้เป็นปกติ ได้รับการวินิจฉัยเป็น กระดูกต้นขาหัก closed fracture neck of right femur รับเข้ารักษาในโรงพยาบาล วันที่ 28 มกราคม พ.ศ. 2557 ได้รับการผ่าตัด วันที่ 29 มกราคม พ.ศ. 2557

ผู้ป่วยมีสามี และบุตรสาวให้การดูแลในขณะที่มารับการผ่าตัด คำรักษาพยาบาลเบิกค่าใช้จ่ายได้ มีฐานะทางเศรษฐกิจเพียงพอกับการดำรงชีวิตที่ดี

##### 1.2 ภาวะสุขภาพ

1.2.1 ประวัติความเจ็บป่วยในอดีต มีประวัติเป็นโรคความดันโลหิตสูง ไขมันในเลือดสูง ได้รับการรักษาต่อเนื่องเป็นเวลามากกว่า 20 ปี

1.2.2 ประวัติความเจ็บป่วยปัจจุบัน ให้ประวัติว่า 2 วัน ก่อนมาโรงพยาบาลชุมชน ผู้ป่วยมีอาการหน้ามืดแล้วเดินหกล้ม ทำให้มีอาการปวดที่ขาขวา เดินไม่ได้ ญาตินำส่งโรงพยาบาลชุมชน แพทย์ตรวจพบว่า มีกระดูกต้นขาขวาหัก จึงส่งต่อมาที่โรงพยาบาลที่ศึกษา

1.2.3 ประวัติแพ้ยา amlodipine หลังรับประทานมีผื่นคันและบวมตามตัว

1.2.4 ประวัติการผ่าตัด เคยรับการผ่าตัด ต่อกระดูกทั้ง 2 ข้างโดยได้รับยาชาเฉพาะที่ไม่มีอาการแพ้ยาชา ไม่มีปัญหาการมองเห็น

1.2.5 ประวัติครอบครัว ไม่มีญาติพี่น้องเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการรับยาระงับความรู้สึกและการผ่าตัด

1.2.6 ผลตรวจร่างกายแรกรับ

Head : normal shape size, symmetry

Eye: not pale no jaundice

Ears: normal external ears pinna, normal external orditary canal

Nose: nasal septum in midline normal mucosa

Mouse: open > 3cm Mallampati class 2

Throat: not engorgement, thyromental > 6.5 cm, normal atianto occipital extension

Heart: regular pulsation, normal S<sub>1</sub> S<sub>2</sub>, no murmur,

Lung: both lung normal breath sound

Abdomen: no distension bowel sound positive no ecchymosis

Extremity: limit range of motion of hip, intact right leg sensation, on skin traction

1.2.7 ผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ Hct 40.7%, Plt 260,000, INR 1.51, Na 131 mmol/l, K 2.8 mmol/l, Cr 0.93

1.2.8 ผลการตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ normal EKG, normal sinus rhythm

สรุปปัญหา ผู้ป่วยรายนี้ เป็นASA Classes 2, old age with HT, DLP, hyponatremia and hypokalemia มี closed fracture right neck of femur แพทย์วางแผนทำการผ่าตัด ORIF, bipolar prosthesis of right femur

## 2. การดูแลก่อนผ่าตัด ระหว่างการผ่าตัด และภายหลังการผ่าตัด

วิสัญญีพยาบาลมีบทบาทในการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดอย่างใกล้ชิด จากการประเมินภาวะสุขภาพกรณีศึกษาผู้ป่วยรายนี้ในเบื้องต้นนำมาวิเคราะห์ปัญหา พร้อมประสานกับทีมวิสัญญีแพทย์ ศัลยแพทย์ พยาบาลห้องผ่าตัด เพื่อให้การดูแลอย่างเหมาะสม โดยมีเป้าหมายเพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัยตลอดระยะเวลาของการผ่าตัด ทั้งก่อนการผ่าตัด ระหว่างการผ่าตัด และภายหลังการผ่าตัด (ระยะพักฟื้น) ดังต่อไปนี้คือ

### 2.1 การดูแลก่อนผ่าตัด

การประเมินสภาพทั่วไป พบว่าผู้ป่วยมีอาการบาดเจ็บที่กระดูกต้นขาหักตัวดี ช่วยเหลือตัวเองในกิจวัตรประจำวันบางส่วนได้ การพยาบาลระยะนี้เป็นการเตรียมความพร้อมของผู้ป่วยก่อนการผ่าตัด ทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ ดังนี้

2.1.1. การเตรียมความพร้อมด้านจิตใจวิสัญญีพยาบาล ต้องอธิบายถึงความจำเป็นเรื่องการรักษาด้วยการผ่าตัด สอบถามความรู้สึกต่อการผ่าตัดสร้างปฏิสัมพันธ์ระหว่างพยาบาล ผู้ป่วย และญาติที่ให้การดูแล อธิบายวางแผนการให้ยาระงับ

การพยาบาลผู้ป่วยที่เกิดภาวะลิ่มเลือดอุดตันที่ปอดขณะได้รับการผ่าตัดข้อสะโพก  
ภายใต้การให้ยาระงับความรู้สึกทางไขสันหลัง: กรณีศึกษา

ความรู้สึกและความเสี่ยง วิธีการให้ยาระงับความรู้สึก พร้อมแจกเอกสารคำแนะนำแก่ญาติผู้ดูแล

2.1.2. การเตรียมความพร้อมด้านร่างกายวิสัญญีพยาบาลต้องตรวจสอบแผนการเตรียมผู้ป่วยจากรายงานการรักษาของศัลยแพทย์ ได้แก่ การงดน้ำและอาหารหลังเที่ยงคืน การให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ (5% D/N<sub>2</sub>) 1000 ml 30 d/min. การทำความสะอาดบริเวณขาขวา Rt leg G/M 2 unit. การให้ antibiotic prophylaxis (Cefazolin 1 gm.) ทางหลอดเลือดดำ

2.1.3. การเตรียมความพร้อมในการปฏิบัติตัวขณะผ่าตัดและภายหลังการผ่าตัด เช่น การให้ข้อมูลเกี่ยวกับสิ่งที่ผู้ป่วยต้องเผชิญในห้องผ่าตัด การมีอุปกรณ์เฝ้าระวังต่าง ๆ ที่จำเป็นในการดูแลผู้ป่วย การจัดทำให้เหมาะสมกับการให้ยาระงับความรู้สึกและหลังการผ่าตัด การเฝ้าระวังเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากการผ่าตัดและจากการได้รับยาระงับความรู้สึกเป็นต้น

## 2.2. การดูแลระยะผ่าตัด

2.2.1 การตรวจสอบความพร้อมในการผ่าตัด

- ด้านผู้ป่วยวิสัญญีพยาบาลมีการตรวจสอบรายชื่อ พร้อมสร้างปฏิสัมพันธ์กับผู้ป่วย การเตรียมด้านร่างกายตามแผนการรักษาครั้งนี้ การงดน้ำและอาหาร การให้สารน้ำ ตรวจสอบผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการกรณีมีการเปลี่ยนแปลงที่ต้องเฝ้าติดตามผู้ป่วยรายนี้เป็น ค่า Electrolyte: K=2.8 mmol/l ได้รับ KCL elixir 30 ml oral ทุก 4 ชั่วโมง 3 dose เช้าก่อนผ่าตัด K=4.8mmol/l

- ด้านเครื่องมือและอุปกรณ์ยาที่ให้ยาระงับความรู้สึกวิสัญญีพยาบาลจำเป็นต้องเตรียมเครื่องมือยาสลบ อุปกรณ์เฝ้าระวัง และช่วยฟื้นคืนชีพ

และยาที่ใช้ในการระงับความรู้สึกและช่วยเหลือในภาวะวิกฤติให้พร้อมทุกครั้ง

## 2.2.2 การดูแลระหว่างการผ่าตัด

- การช่วยทำหัตถการ วิสัญญีพยาบาล มีบทบาทในการให้ยาระงับความรู้สึกและการเฝ้าระวังขณะได้รับยาระงับความรู้สึกทางช่องน้ำไขสันหลัง คือ การได้รับ 0.5% Isobaric bupivacaine 3.6 ml. ad Morphine 0.2 mg (spinal block) L3-4 needle no. 27 anesthetic level T10, Blood pressure (BP) start (15.00 น.) 157/65 mmHg, pulse rate (PR) =107/min, room air Oxygen saturation (spo<sub>2</sub>) 91% เพื่อส่งเสริมให้ระบบการทำงานของอวัยวะที่สำคัญของร่างกาย สามารถทำงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ ดังนี้ คือ

- การดูแลระบบหายใจโดยสังเกตลักษณะการหายใจและดูแลทางเดินหายใจให้โล่ง ให้ออกซิเจนทาง O<sub>2</sub> mask 6 l/min (spo<sub>2</sub>) 97%

- การดูแลระบบไหลเวียนเลือด หัวใจ สมอง และไตโดยการให้สารน้ำและเลือดที่อุ่น และ Keep warm ด้วยผ้าห่มไฟฟ้า

- การเฝ้าระวังการเกิดภาวะวิกฤติ จากอุบัติเหตุหรือภาวะแทรกซ้อนจากยา หรือ จากผลของการผ่าตัดระหว่างการทำผ่าตัดผ่านช่วงแรกหลังทำ BP = 120/58. mmHg 30 นาทีแรก BP อยู่ในช่วง 90/40 -110/50 mmHg ได้ ephedrine 6 mg 2 dose นาทีที่ 40-55 น. ผู้ป่วยอยู่ในภาวะวิกฤติ BP ลดต่ำลง 80/50 -66/30 mmHg, Pulse rate 95 /min, good conscious, spo<sub>2</sub> 93-97%, EKG แสดงเป็น short run PVC rate 200/min ผลการทำ hematocrit stat. จาก 30% ลดลงเป็น 13%, จึงได้รับ PRC 1 unit และ Dopamine (1:1) drip 15µd/min. และ Nor-epinephrine 4mg in 0.9%NSS 100 mlv drip 10 µd/min., Hydrocortisone 100 mg drip 16.20 น.

- พบ Bradycardia rate 50/min ได้รับการ resuscitate 20 นาที ค่า BP 100/40 -120/60 mmHg. ยังคงให้ Dopamine (1:1) drip 10  $\mu$ d/min. และ Nor-epinephrine 4mg in 0.9% NaCl 100ml iv drip 5  $\mu$ d/min, total volume replacement, Voluven 1,500 ml 0.9% NSS 1,000 ml ได้ Ondansetron 4 mg ก่อนเย็บปิดแผลผ่าตัด

- การผ่าตัดเสร็จในเวลา 16.45น. ระยะเวลารวม 1 ชั่วโมง 45 นาที พบว่า มีภาวะเสียเลือดระหว่างผ่าตัด ประมาณ 500 ml. วิสัญญีพยาบาล ทำการประเมินสภาวะผู้ป่วยเป็นระยะ ๆ พบว่า ผู้ป่วยรู้สึกตัวดีตลอดระยะเวลาของการผ่าตัด การป้องกันการบาดเจ็บต่อระบบประสาทและกล้ามเนื้อ ด้วยการจัดทำโดยมีอุปกรณ์รองรับการกดทับตามแนวโครงสร้างของร่างกาย และตรวจเช็คตำแหน่งที่เสี่ยงต่อการกดทับและการบาดเจ็บ กรณีนี้ผู้ป่วยรู้สึกตัววิสัญญีพยาบาลจะตรวจสอบร่วมกับสอบถามความรู้สึกของผู้ป่วย ระมัดระวังการบาดเจ็บขณะเคลื่อนย้ายผู้ป่วยอยู่เสมอ จึงดำเนินการเคลื่อนย้ายผู้ป่วยมาดูแลต่อเนื่องในห้องพักฟื้นโดยประสานส่งต่อกับพยาบาลห้องพักฟื้นต่อไป

### 2.3 การดูแลและระยะพักฟื้น

การดูแลผู้ป่วยระยะนี้ จะมีความต้องการการดูแลช่วยเหลือทั้งหมด ผู้ป่วยสามารถหายใจได้เองด้วย oxygen mask with bag ผู้ป่วยจะได้รับการตรวจสัญญาณชีพ ให้เลือดและสารน้ำอย่างต่อเนื่อง ได้รับการประเมินตาม Modified Aldrete's post anesthetic score ได้แก่ การประเมิน activity, respiration, circulation, conscious, color (spo<sub>2</sub>) ผู้ป่วยรายนี้ ได้คะแนนรวม 8 คะแนน 6 คะแนน มี tachycardia มีค่า PR อยู่ในช่วง 120-200 ครั้ง/นาที หายใจเร็ว respiratory rate (RR) = 34 ครั้ง/นาที และค่า Spo<sub>2</sub> =

97% วิสัญญีแพทย์ได้ประสานกับศัลยแพทย์ และปรึกษาอายุรแพทย์ให้ร่วมดูแล จากการวินิจฉัยเบื้องต้นว่ามีภาวะลิ่มเลือดอุดตันที่ปอดขณะได้รับการผ่าตัด ผู้ป่วยได้รับการดูแลให้ได้รับ Acetar 1,000 ml., Dopamine (1:1) drip 15  $\mu$ d/min., Nor-epinephrine 4mg in 0.9% NSS 100ml iv drip 10  $\mu$ d/min. Keep BP > 90 /50 mmHg ส่งต่อผู้ป่วยไปแผนกศัลยกรรมอุบัติเหตุ และมีการติดตามอาการผู้ป่วยหลังผ่าตัดอย่างต่อเนื่อง

การติดตามสภาวะผู้ป่วยภายหลังการผ่าตัดที่หอผู้ป่วยในระยะเวลา 3 ชั่วโมงแรก พบว่าผู้ป่วยรู้สึกตัวดี หายใจเร็ว RR = 34 /min., monitor spo<sub>2</sub> (80-82%), ได้รับการใส่ ET tube 7.5 mark 21 cm. on bird respirator เนื่องจากมีภาวะ hypoxia มีค่า PaO<sub>2</sub> 45.5 และผลการตรวจ EKG 12 lead พบเป็น RBBB, พบมี Sinus tachycardia, no ST-change, PR 176-174 ครั้ง/นาที และ S1Q3T3 ผล troponin T 621 ng/l, CK-MB = 21 u/l, มีภาวะ Hypovolemic shock, ได้รับยา Dopamine (1:1) drip 15  $\mu$ d/min. และ Nor epinephrine 4mg. in NSS 100ml iv drip 10  $\mu$ d/min. ได้รับ PRC 2 unit เวลา 18.00น.

ผู้ป่วยได้รับการย้ายเข้าแผนกไอซียูศัลยกรรมแพทย์ส่งตรวจ CTA (Computer tomography of pulmonary artery): ผลพบมีภาวะ pulmonary embolism in right pulmonary artery มีภาวะ mild cardio-megaly, RLL atelectasis, No murmur, Legs no edema, ได้รับการวินิจฉัย R/o PE adrenal insufficiency, CAD plan D-diameter 37, 250 mg/ml. ค่าปกติ (0-500) ng/ml (Feu) cortisol level: >119.6 ug/dl ได้รับ PRC 2 units เวลา 18.00น.

วันที่ 30 มกราคม ได้รับการใส่ T-piece

วันที่ 31 มกราคม ได้รับการถอด ET tube

การพยาบาลผู้ป่วยที่เกิดภาวะลิ่มเลือดอุดตันที่ปอดขณะได้รับการผ่าตัดข้อสะโพก  
ภายใต้การให้ยาระงับความรู้สึกทางไขสันหลัง: กรณีศึกษา

ได้รับยาละลายลิ่มเลือด Enoxaparin 0.6 ml sc. ทุก 12 ชั่วโมง และ Wafarin 1x1 hs. พ่นยา Ipratropium Bromide ทุก 6 ชั่วโมง

วันที่ 4 กุมภาพันธ์ (ระยะเวลา 4 วันต่อมา) ผู้ป่วยมีภาวะหัวใจวาย (Congestive heart failure) หายใจเหนื่อยหอบ RR อยู่ระหว่าง 32-32 ครั้ง/นาที ผลการตรวจคลื่นหัวใจ (EKG) พบมี Atrial fibrillation (AF), อัตราการเต้นของหัวใจ HR = 176 ครั้ง/นาที ได้รับการใส่เครื่องช่วยหายใจ (Bird respirator) ได้ 3 วัน เกิด ventilation associated pneumonia (VAP) ได้รับยาปฏิชีวนะ Cef-trimazone 2 gm. OD, ได้รับการใส่ T piece, และถอด ET tube และเริ่มการฟื้นฟูสภาพ (rehabilitation)

วันที่ 17 กุมภาพันธ์ พบมีภาวะ electrolyte imbalance ภายหลังได้รับการแก้ไข พบมีอาการดีขึ้นตามลำดับ จนผู้ป่วยได้รับการจำหน่ายจากโรงพยาบาล ในวันที่ 24 กุมภาพันธ์ หรือเป็นวันนอนในโรงพยาบาลรวม 29 วัน

สรุปกรณีศึกษาผู้ป่วยรายนี้ มีภาวะแทรกซ้อนจากภาวะ hypomagnesemia, ventilation associated pneumonia (VAP), acute respiratory failure, bleeding & pulmonary embolism during surgery, acute pulmonary insufficiency, hyponatremia และ congestive heart failure (CHF) ภายหลังการผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพก (hip replacement)

### สรุปบทเรียนจากกรณีศึกษา

ประเด็นของการเกิดภาวะลิ่มเลือดอุดตันที่ปอดเป็นภาวะแทรกซ้อนที่พบได้น้อยในการผ่าตัดกระดูกต้นขาหัก พบมีเหตุปัจจัยร่วมคือ ผู้ป่วยส่วนใหญ่ มักถูกจำกัดการเคลื่อนไหวร่างกาย อยู่เนานาน ๆ มี

ภาวะชืดจากการสูญเสียเลือดจากการบาดเจ็บ การได้รับซีเมนต์เชื่อมต่อกระดูก และการทำผ่าตัดมีส่วนส่งเสริมทำให้เกิดภาวะช็อก และการเกิดภาวะลิ่มเลือดอุดตันที่ปอดได้ ดังนั้น การพยาบาลโดยการประเมินสภาพและและการเตรียมพร้อมด้านร่างกาย โดยเฉพาะการให้สารน้ำก่อนที่จะมีการให้ยาชาเฉพาะส่วนจึงเป็นสิ่งสำคัญในขณะทำการผ่าตัด นอกจากนี้ การเฝ้าระวังสัญญาณชีพ ค่าความอิ่มตัวออกซิเจนในหลอดเลือด การประเมินภาวะการสูญเสียเลือดและปริมาณปัสสาวะที่ออก หรือการตรวจประเมินค่าความเข้มข้นของเลือดในขณะผ่าตัด เป็นระยะ ๆ รวมถึงการให้เลือดและสารน้ำทดแทนอย่างเพียงพอและอย่างทันท่วงที จะสามารถช่วยให้ผู้ป่วยผ่านพ้นภาวะวิกฤติได้อย่างปลอดภัย ซึ่งวิสัญญีพยาบาล จะมีบทบาทสำคัญอย่างยิ่งในการดูแลผู้ป่วยให้มีความปลอดภัยได้

บทเรียนจากกรณีศึกษานี้ พบว่า กรณีศึกษาการเกิดภาวะลิ่มเลือดอุดตันที่ปอดเป็นภาวะวิกฤติและรุนแรง วิสัญญีพยาบาลจำเป็นต้องเรียนรู้พยาธิสภาพ ติดตามลักษณะของกลุ่มเสี่ยง การวินิจฉัยที่สำคัญ และแนวทางการรักษาในขณะและหลังผ่าตัดอย่างละเอียด เพื่อเพิ่มทักษะในการดูแลผู้ป่วยที่มารับบริการระงับความรู้สึกให้ปลอดภัย การศึกษาอุบัติการณ์การเกิดภาวะแทรกซ้อนในระหว่างผ่าตัดที่พบว่า การเกิดภาวะแทรกซ้อนทางระบบหัวใจและหลอดเลือด ระหว่างได้รับยาระงับความรู้สึกในกลุ่ม physical status 1-3 จะสูงมาก ในกลุ่มที่รับการผ่าตัดทางออร์โธปิดิกส์ จึงควรมีการพัฒนาแนวทางการดูแลเพื่อป้องกันภาวะสัญญาณชีพไม่คงที่ (unstable hemodynamic) และพัฒนาแบบแผนการดูแลในการพยาบาลระงับความรู้สึกที่ร่างกายต่อไป



### เอกสารอ้างอิง

1. Griffiths R. (Chairman), Alper J, Beckingsale A, Gol- dhill D, Heyburn G, Holloway J. , et al. **Management of proximal femoral fractures** in AAGBI SAFETY GUIDELINE The Association of Anaesthetists of Great Britain and Ireland 21 pp.16-17: Portland Place, London, W1B 1PY;2011.
2. Matthew C.Desciak MDC, Martin DE. Perioperative pulmonary embolism: diagnosis and anesthetic management. *J ClinAnesth.* 2011 Mar; 23(2): 153-65
3. ทศพล ลิ้มพิจารณ์กิจ. โรคลิ่มเลือดอุดตันในปอด (Pulmonary Embolism) [homepage on the internet]. [update 3 ธันวาคม 2557;เข้าถึง 9 ธันวาคม 2558. สืบค้นจาก:URL:<http://med.mahidol.ac.th/med/sites/default/files/public/pdf/medicinebook1/Pulmonary%20embolism%20%E0%B8%AD%20%E0%B8%97%E0%B8%A8%E0%B8%9E%E0%B8%A5.pdf>.
4. บุรพา ปุสธรรม. โรคลิ่มเลือดอุดตันในหลอดเลือดปอดเฉียบพลัน (Acute pulmonary embolism). *ศรีนครินทร์ เวชสาร.*2557; 29 (5):485-96.
5. อิศรา เอี่ยมอรุณ การระงับความรู้สึกเฉพาะส่วน (spinal, epidural และ caudal anesthesia) ใน อังกาบปราคารัตน์,วิมลลักษณ์ สนั่นศิลป์,ศิริลักษณ์ สุขสมปอง, ภูมิภาค ตุ่มทอง(บรรณาธิการ) ตำราวิสัญญีวิทยา. พิมพ์ครั้งที่ 4 กรุงเทพฯ: เอกซพลัสพริ้น 2556.

การพยาบาลผู้ป่วยที่เกิดภาวะลิ่มเลือดอุดตันที่ปอดขณะได้รับการผ่าตัดข้อสะโพก  
ภายใต้การให้ยาระงับความรู้สึกทางไขสันหลัง: กรณีศึกษา

## Nursing care for patient undergone total hip arthroplasty with pulmonary embolism under spinal anesthesia: A case study

*Nuanchan Direkwuttikul<sup>1</sup> RN, CRNA, M.SN, Dip. APNA*

**Abstract:** This article presents nursing care for the patient who had pulmonary embolism during total hip arthroplasty under spinal anesthesia. The contents include the prevalence of peri-operative pulmonary embolism, and nursing care comprised of general assessment, nursing care before surgery, during surgery with complication of pulmonary embolism during surgery, and nursing care after surgery. Lessons' learned from the case study has been described in order to be as guidelines for nurse anesthetist to help patient during the critical complications of pulmonary embolism.

*Thai Journal of Nursing and Midwifery Practice 2015; 2(2) 41-50*

**Keywords:** nursing care, spinal anesthesia, total hip arthroplasty, pulmonary embolism

---

<sup>1</sup>Registered Nurse Senior Professional Level, Sawanpracharak Hospital

# การสร้างเสริมความเข้มแข็งของชุมชนในการดูแลผู้ป่วยจิตเวช โดยใช้รูปแบบโฮมสเตย์

วิราวรรณ ประยูรสวัสดิ์เดช<sup>1</sup>, RN, พย.ม., อพย. (การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช)

วันดี สุทธิรังษี<sup>2</sup>, RN, Ph.D. (Nursing), อพย. (การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช)

**บทคัดย่อ:** การศึกษาเพื่อประเมินผลการดำเนินโครงการสร้างเสริมความเข้มแข็งของชุมชนในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชโดยใช้รูปแบบโฮมสเตย์ ประกอบด้วย 1) การคัดเลือกชุมชนเป้าหมาย โดยพิจารณาจากพื้นที่ที่มีผู้ป่วยจิตเวชจำนวนมาก 2) ประชุมชี้แจงแก่เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล รวมทั้งแกนนำชุมชน และวางแผนการดำเนินงานร่วมกันในการสำรวจทัศนคติและความต้องการของชุมชน 3) ทำการสนทนากลุ่มประชาชนในพื้นที่ เพื่อสร้างความเข้าใจในการมีส่วนร่วมดูแลผู้ป่วยจิตเวช 4) สำรวจชุมชนโดยการเยี่ยมบ้าน และเตรียมความพร้อมครอบครัวในการรับผู้ป่วยมาอยู่พักอาศัยที่บ้าน 5) ประชุมทีมงานค่ายกิจกรรม ซึ่งเป็นทีมสหวิชาชีพเครือข่ายสุขภาพจิต จังหวัดสงขลา ประกอบด้วย แพทย์ พยาบาล เภสัชกร นักจิตวิทยา และเจ้าหน้าที่สาธารณสุขประจำ รพ.สต. 6) ดำเนินโครงการตามแผน 7) ติดตามประเมินผล จากผู้ป่วยจิตเวช ผู้ดูแล และชุมชน โดยโครงการนี้มีการดำเนินงานอย่างต่อเนื่อง ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2555 -2556 มีการดำเนินโครงการที่ชุมชนน้อย อำเภอลาดใหญ่ จังหวัดสงขลา ต่อมาปี พ.ศ. 2557-2558 ได้ขยายพื้นที่มายังชุมชนทุ่งตำเสา อำเภอลาดใหญ่ จังหวัดสงขลา ผลการดำเนินโครงการฯ พบว่า ผู้ป่วยจิตเวช ผู้ดูแล และชุมชน มีประสบการณ์ที่ดีในการเข้าร่วมโครงการ เกิดทัศนคติที่ดีต่อการเจ็บป่วย และเรียนรู้ในการใช้ชีวิตร่วมกับผู้ป่วยจิตเวช อัตราการกำเริบซ้ำของผู้ป่วยจิตเวชที่เข้าร่วมโครงการเป็นศูนย์ ผลการศึกษาครั้งนี้ นำสู่การจัดกิจกรรมอย่างต่อเนื่อง และการพัฒนากิจกรรมเพื่อคงไว้ซึ่งผลลัพธ์ที่ดีต่อไป

วารสารการปฏิบัติการพยาบาลและการผดุงครรภ์ไทย 2558; 2 (2) 51-59

**คำสำคัญ:** การเสริมสร้างความเข้มแข็งของชุมชน การดูแลผู้ป่วยจิตเวช รูปแบบโฮมสเตย์

<sup>1</sup>พยาบาลชำนาญการ กลุ่มงานจิตเวช โรงพยาบาลหาดใหญ่ อำเภอลาดใหญ่ จังหวัดสงขลา อีเมล tuetu\_wilawan@hotmail.com

<sup>2</sup>รองศาสตราจารย์ภาควิชาการพยาบาลจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ วิทยาเขตหาดใหญ่ จังหวัดสงขลา

## บทนำ

โรคทางจิตเวช เป็นความผิดปกติด้านความคิด อารมณ์และพฤติกรรม ผู้เจ็บป่วยจะมีบุคลิกภาพเปลี่ยนแปลงขาดความเข้าใจต่อสภาพความเป็นจริง การปฏิบัติหน้าที่การงานบกพร่อง ความสัมพันธ์ทางสังคมเสียไปจะแยกตัว ไม่สนใจตนเองและสิ่งแวดล้อม เนื้อหา มีปัญหาด้านการเรียนและการทำงาน<sup>1</sup> จนกลายเป็นปัญหาเรื้อรังที่ต้องใช้เวลาในการรักษาพยาบาลที่ยาวนาน เพราะถึงแม้ว่าการดำเนินโรคจะสงบลง แต่ความผิดปกติทางจิตบางอย่างยังหลงเหลืออยู่ มีลักษณะการดำเนินโรคที่ยาวนาน เรื้อรังและมีอาการเกิดขึ้นหลายครั้ง ดังเช่น ผู้ที่เป็นโรคจิตเภท พบว่า มากกว่าร้อยละ 50 มีอาการเป็น ๆ หาย ๆ และร้อยละ 25 ไม่ตอบสนองต่อการรักษา ก่อให้เกิดความเสื่อมของความคิด ความรู้สึก อารมณ์ และพฤติกรรม<sup>2</sup>

การเจ็บป่วยเรื้อรังของผู้ป่วยจิตเภท นอกจากส่งผลกระทบต่อตัวผู้ป่วยแล้ว ยังส่งผลกระทบต่อครอบครัวในการใช้ชีวิตอยู่ร่วมกัน ทำให้ครอบครัวเกิดความรู้สึกกลัว เครียด หงุดหงิด โกรธ เป็นห่วง สงสาร วิตกกังวล ท้อแท้ อ่อนล้า หมดกำลังใจ รู้สึกผิด อับอาย เป็นตราบาป<sup>3,4</sup> นอกจากนี้ยังพบว่าระดับความเครียดจะมีความสัมพันธ์ทางลบกับสุขภาพจิตของผู้ดูแลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ<sup>5</sup> ซึ่งสิ่งที่เกิดขึ้นเหล่านี้มีผลกระทบอย่างมากต่อการดำรงชีวิตของผู้ป่วยทั้งในด้านชีวิตประจำวัน สัมพันธภาพกับบุคคลอื่น การประกอบอาชีพ การหาที่พักอาศัย การรักษาพยาบาลเมื่อเจ็บป่วย และสังคมจะพยายามกีดกันผู้ป่วยออกจากกลุ่มของตนเอง จากผลกระทบเหล่านี้ ทำให้ผู้ป่วยพยายามปกปิดอาการของตน ไม่ยอมรับการรักษา ไม่กล้าไปพบจิตแพทย์ ทำให้อาการผู้ป่วยมีแนวโน้ม

รุนแรงมากขึ้น สังคมก็ยิ่งหวาดกลัวและรังเกียจผู้ป่วยมากขึ้น เป็นวงจรเช่นนี้เรื่อยไป ดังนั้นการรักษาผู้ป่วยจิตเวชจึงไม่ควรเน้นเฉพาะการรักษาด้วยยา แต่ควรจะเน้นถึงการฟื้นฟูสมรรถภาพทางสังคม การเตรียมสิ่งแวดล้อมให้เหมาะสมและสร้างความรับผิดชอบของชุมชนต่อผู้ป่วย ให้อยอมรับผู้ป่วยเป็นส่วนหนึ่งของสังคม และให้โอกาสผู้ป่วยจิตเวชได้กลับเข้ามาใช้ชีวิตในสังคมอีกครั้งหนึ่ง

การฟื้นฟูผู้ป่วยจิตเวช มีเป้าหมายเพื่อให้ผู้ป่วยเกิดการยอมรับตนเอง ยอมรับสังคม ปรับทัศนคติที่ผู้ป่วยมีต่อสังคมและให้สังคมเกิดการยอมรับในตัวผู้ป่วย เพราะคนทุกคนอยากมีคุณค่าในตนเอง แม้ว่าคน ๆ นั้น จะเป็นผู้ป่วยจิตเวชก็ตาม การฟื้นฟูศักยภาพของผู้ป่วยให้สามารถทำหน้าที่และบทบาทตามปกติได้ ส่งเสริมสุขภาพ รักษา หรือคงความสมบูรณ์ของสุขภาพไว้ จะช่วยให้ผู้ป่วยสามารถเผชิญกับปัญหาการเจ็บป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น ทำให้ผู้ป่วยมีความคาดหวังต่อการรักษาและมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

ดังนั้น กลุ่มงานจิตเวช โรงพยาบาลหาดใหญ่ จึงได้พัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชแบบค่ายครอบครัวขึ้น เพื่อฟื้นฟูสมรรถภาพทางร่างกายและจิตใจของผู้ป่วยจิตเวชให้สามารถปรับตัวอยู่ร่วมกับผู้อื่นในสังคมได้อย่างเหมาะสม ครอบครัวและชุมชนอยู่ร่วมกันอย่างปกติสุขบนพื้นฐานการมีเจตคติที่ดีร่วมกัน และจากการที่ทีมสหวิชาชีพได้วิเคราะห์ข้อมูลผู้ป่วยนอกของคลินิกจิตเวช พบว่า ผู้ป่วยจิตเวชอาศัยอยู่ในเขตเทศบาลนครหาดใหญ่มากที่สุด รองลงมาคือชุมชนน่าน้อยและทุ่งตำเสาตามลำดับ สำหรับชุมชนน่าน้อยที่ทีมสหวิชาชีพได้ดำเนินการจัดค่ายครอบครัวมาแล้ว 2 ครั้ง ซึ่งพบว่า ชุมชนน่าน้อยมีความรู้ความเข้าใจเรื่องโรคจิตเวชมากขึ้น สามารถ

ดูแลผู้ป่วยที่มีอยู่ในชุมชนได้ อีกทั้งสามารถคัดกรองผู้ป่วยในเบื้องต้นเพื่อการส่งต่อ เพิ่มการเข้าบริการของผู้ป่วยจิตเวช<sup>6</sup> จึงถือว่าชุมชนน้าน้อย เป็นชุมชนต้นแบบด้านสุขภาพจิต การทำให้ชุมชนเกิดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับผู้ป่วยนั้น จะเกิดประโยชน์ทั้งต่อชุมชนและผู้ดูแล ทำให้การดูแลรักษาสามารถทำให้ทั่วถึง ทีมสหวิชาชีพ จึงได้ขยายโครงการเพิ่มขึ้นที่ชุมชนทุ่งตำเสา เพื่อพัฒนาเป็นชุมชนต้นแบบต่อไป และดำเนินการประเมินผลโครงการในครั้งนี้

### วัตถุประสงค์

เพื่อประเมินผลการดำเนินโครงการเสริมสร้างความเข้มแข็งของชุมชน ในการดูแลผู้ป่วยจิตเวช ณ ชุมชนทุ่งตำเสา อำเภอหาดใหญ่ จังหวัดสงขลา

### กรอบแนวคิด

การศึกษานี้ใช้แนวคิดการมีส่วนร่วมของชุมชน ตามแนวคิดของโคเฮนและอัฟฮอฟ<sup>7</sup> ที่อธิบายถึงการเข้ามามีส่วนร่วมของชุมชนตั้งแต่การวางแผน การปฏิบัติ และการประเมินผล ร่วมกับแนวคิดการฟื้นฟูสภาพจิต และตามนโยบายของกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข ในการเพิ่มขีดความสามารถของเครือข่ายเพื่อการดูแลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน<sup>8</sup>

### กลุ่มเป้าหมายที่ศึกษา

กลุ่มเป้าหมายในการศึกษานี้ ประกอบด้วย

1. ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชในครอบครัวและผู้ป่วยจิตเวชที่ออกไปใช้ชีวิตที่บ้าน ครอบครัวละ 3 คน ประกอบด้วยผู้ป่วยจิตเวช 2 คน และผู้ดูแล 1 คน
2. ตัวแทนครอบครัว Home stay ครอบครัวละ 1 - 2 คน และอาสาสมัครในชุมชนที่สนใจเข้าร่วมโครงการ

### วิธีการศึกษา

การศึกษานี้เป็นการประเมินผลโครงการ การสร้างความเข้มแข็งของชุมชนในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชโดยใช้รูปแบบโฮมสเตย์ ซึ่งใช้หลักการการมีส่วนร่วมของชุมชนและการฟื้นฟูสภาพจิต มากำหนดเป็นรูปแบบโฮมสเตย์ ภายใต้ชื่อ “ค่ายครอบครัว ล้อมรั้วด้วยรัก” ซึ่งมีกระบวนการดำเนินการ ดังนี้

1. การคัดเลือกชุมชน โดยคัดเลือกจากชุมชนที่มีจำนวนผู้ป่วยจิตเวชอาศัยอยู่ในพื้นที่เป็นจำนวนมาก โดยปี พ.ศ. 2555 และ พ.ศ. 2556 ได้คัดเลือกชุมชนน้าน้อย เนื่องจาก มีผู้ป่วยจิตเวชเป็นอันดับสองรองจากเทศบาลนครหาดใหญ่ จากนั้นในปี พ.ศ. 2557 ได้คัดเลือกชุมชนทุ่งตำเสา ซึ่งเป็นพื้นที่ที่มีผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน เป็นอันดับ 3 เพื่อเป็นการขยายงานให้กว้างขวางขึ้น หลังจากประสบความสำเร็จในการจัดโครงการที่ชุมชนน้าน้อยมาสองปีซ้อน<sup>6</sup> ทั้งนี้กิจกรรมที่ดำเนินการ เป็นกิจกรรมรูปแบบเดียวกับชุมชนน้าน้อย

2. การประชุมทีม รพ.สต. ทุ่งตำเสา เกี่ยวกับโครงการ ค่ายครอบครัว ล้อมรั้วด้วยรัก แก่เจ้าหน้าที่ รพ.สต. ทุ่งตำเสา พร้อมทั้งสำรวจทัศนคติและการตระหนักถึงปัญหาสุขภาพจิตในพื้นที่จากการประชุมกลุ่ม พบว่า เจ้าหน้าที่รพ.สต. ทุ่งตำเสา เห็นความสำคัญของปัญหาสุขภาพจิตและพร้อมที่จะดำเนินกิจกรรมเพื่อแก้ปัญหาสุขภาพจิตในพื้นที่ของตนเอง จากนั้นทีมงานสุขภาพจิต โรงพยาบาลหาดใหญ่ และ รพ.สต. ทุ่งตำเสา ได้วางแผนการดำเนินงานร่วมกันในการสำรวจทัศนคติและความต้องการของชุมชน

3. การประชุมชาวบ้านในพื้นที่ทุ่งตำเสา ทั้งหมด 4 ครั้ง เพื่อสำรวจทัศนคติและความต้องการของชุมชน โดยใช้กระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชน มี

ผู้เข้าร่วมประชุม 40-60 คน จากการประชุม พบว่าชาวบ้านมีความเข้าใจและสนใจที่จะเข้าร่วมการดูแลผู้ป่วยจิตเวช ทั้งหมด 20 ครอบครัว

4. การสำรวจชุมชน และการประชุมเตรียมความพร้อม คณะทำงานและเจ้าบ้านรวม 20 ครอบครัว พร้อมทั้งประชุมทีมงาน เพื่อกำหนดเกณฑ์ในการคัดเลือกผู้ป่วย ผู้ดูแล และจิตอาสา ที่เข้าร่วมกิจกรรมและจัดแบ่งหน้าที่ความรับผิดชอบในการดำเนินกิจกรรมกลุ่ม ซึ่งประกอบด้วย 10 กิจกรรมครอบคลุมเนื้อหาการพัฒนาความรู้ในการดูแลตนเอง การพัฒนาความมีคุณค่าแห่งตน และการพัฒนาทักษะทางสังคมสู่ชุมชน

5. การดำเนินกิจกรรม เป็นเวลา 3 วัน 2 คืน เริ่มตั้งแต่ กลุ่มสัมพันธ์ครอบครัวชุมชนสัมพันธ์กีฬา สีสานสัมพันธ์บ้านล้อมรั้วแบ่งปันรักรู้จักตนเองฐานสนุกยกกำลัง 4 (จิตสบายเมื่อร่างกายแข็งแรง เรื่องเล่าแห่งความสำเร็จรู้เท่าทันป้องกันได้ ศิลปะฟื้นฟูใจ) ธาราบ่าบัด เบากายเบาใจ แสงเทียนแห่งรัก และคืนแห่งดาว และปิดท้ายด้วยครอบครัวชุมชนอำลา ซึ่งเป็นกิจกรรมในโปรแกรมค่ายครอบครัวล้อมรั้วด้วยรัก ปี พ.ศ. 2556<sup>9</sup>

6. การติดตามประเมินผล ภายหลังจากเสร็จสิ้นโครงการ ระยะเวลา 4 สัปดาห์

### เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูล

เครื่องมือประกอบด้วยโปรแกรมค่ายครอบครัวล้อมรั้วด้วยรัก ซึ่งมีทั้งหมด 10 กิจกรรม พัฒนามาจากการจัดกิจกรรมค่ายสำหรับชุมชนน้ำน้อย ผ่านการตรวจสอบความตรงจากผู้ทรงคุณวุฒิ และภายหลังการนำไปใช้ ได้มีการปรับเปลี่ยนจนออกมาเป็นโปรแกรมค่ายครอบครัวล้อมรั้วด้วยรัก สำหรับการติดตามประเมินผล ผู้ดำเนินโครงการใช้เครื่องมือ

ต่อไปนี้เป็น แบบประเมินความพึงพอใจต่อการเข้าร่วมกิจกรรม ประกอบด้วย 9 ข้อคำถาม เป็นมาตรฐานประมาณค่า ตั้งแต่พึงพอใจน้อยที่สุด ถึงมากที่สุด แบบสัมภาษณ์ ความรู้สึกต่อผู้ป่วยต่อกิจกรรม แบบประเมินทัศนคติของผู้ดูแลต่อผู้ป่วยจิตเวช ประกอบด้วย 10 ข้อคำถาม เป็นมาตรฐานประมาณค่า ตั้งแต่ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง ถึง เห็นด้วยอย่างยิ่ง แบบประเมินตนเองของผู้ดูแลต่อทักษะพื้นฐานในการดำรงชีวิตประจำวันและโปรแกรมค่ายครอบครัวล้อมรั้วด้วยรัก ซึ่งพัฒนาโดยงานจิตเวช โรงพยาบาลหาดใหญ่ ผ่านการหาความตรงเชิงเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ และนำไปใช้กับโครงการที่จัดขึ้น ณ อำเภอน้ำน้อย จากนั้นได้นำมาปรับปรุงใช้ในการศึกษาครั้งนี้

### การวิเคราะห์ข้อมูล

นำข้อมูลจากแบบประเมินมาวิเคราะห์ค่าความถี่ ร้อยละ สำหรับข้อมูลจากการสัมภาษณ์ นำมาวิเคราะห์เนื้อหา เพื่อสรุปประเด็นสำคัญ

### ผลการศึกษา

จากการจัดกิจกรรมค่ายครอบครัวล้อมรั้วด้วยรัก สามารถสรุปผลการประเมินได้ 2 ลักษณะ คือ ข้อมูลเชิงปริมาณ และข้อมูลเชิงคุณภาพ ซึ่งสามารถสรุปได้ดังนี้

#### ข้อมูลเชิงปริมาณ

ผู้เข้าร่วมกิจกรรม มีทั้งหมด 181 คน เป็นผู้ป่วย 64 คน ผู้ดูแล 16 คน อสม./จิตอาสา 6 คน ชาวบ้านทุ่งตำเสา 40 คน เจ้าหน้าที่ 55 คน พบว่าผู้เข้าร่วมกิจกรรมส่วนใหญ่ เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 57) มีอายุในช่วง 31-40 ปี (ร้อยละ 31) จบการศึกษาระดับประถมศึกษา (ร้อยละ 19) อาชีพส่วนใหญ่ว่างงาน (ร้อยละ 25) รองลงมา คือ ทำสวนยาง (ร้อยละ 17)

ความพึงพอใจในการเข้าร่วมกิจกรรม พบว่า โดยส่วนใหญ่ มีความพึงพอใจโดยรวมระดับมากถึงมากที่สุด (ร้อยละ 89) ทั้งนี้ผู้เข้าร่วม มีความพึงพอใจในทุกกิจกรรมระดับมากถึงมากที่สุดเช่นกัน (ร้อยละ 85-90) สำหรับอัตราการกำเริบซ้ำภายใน 3 เดือน

ของผู้ป่วยที่เข้าร่วมโครงการ พบว่า เป็นอัตราเท่ากับ 0 ผู้ป่วยและผู้ดูแลมีความรู้ความเข้าใจเรื่องการเจ็บป่วยทางจิตเวชเพิ่มขึ้น (ร้อยละ 88-100) และมีความรู้พื้นฐานในการดำรงชีวิตประจำวัน (ร้อยละ 100) ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ข้อมูลความสำเร็จของโครงการตามตัวชี้วัด

ข้อมูล ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	5552	6552	7552	2558
- อัตราการกำเริบซ้ำภายใน 3 เดือนของผู้ป่วยจิตเวชที่เข้าร่วมกิจกรรม	≤25%	0	0	0	0
- ผู้ป่วยจิตเวชและครอบครัวมีความพึงพอใจในการเข้าร่วมกิจกรรม	ร้อยละ 80	29	69	69	96
- ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการเจ็บป่วยและการดูแลของผู้ป่วยและผู้ดูแล	ร้อยละ 80	88	09	001	100
ทักษะพื้นฐานในการดำรงชีวิตของผู้ป่วย - จิตเวชที่เข้าร่วมกิจกรรม	ร้อยละ 80	001	001	001	100
จำนวนหลังคาเรือน Home Stay เพิ่มขึ้น - (ปีงบประมาณ 2555-2556 พื้นที่ดำเนินการ ตำบลน้ำน้อย ปีงบประมาณ 2557-2558 (พื้นที่ดำเนินการ ตำบลทุ่งตำเสา	เพิ่มขึ้น	20 หลัง	32 หลัง	02 หลัง	หลัง 30
ทัศนคติด้านบวกของชาวบ้านต่อผู้ป่วย - จิตเวช	เพิ่มขึ้น		72	67	84
	-ก่อนเข้าร่วมโครงการ	-			
	หลังเข้าร่วมโครงการ	-	001	001	100
- ร้อยละของผู้ป่วยโรคจิตเข้าถึงบริการชุมชนน้ำน้อย	ไม่ต่ำกว่า ร้อยละ 45	24	53	34	86
ชุมชนทุ่งตำเสา					

นอกจากนี้ ได้มีการประเมินเจตคติต่อการเจ็บป่วยทางจิตเวชของผู้เข้าร่วมโครงการซึ่งประกอบด้วย อาสาสมัครเจ้าของบ้าน และหัวหน้าชุมชน จำนวน 48

คน โดยประเมินก่อนและหลังเข้าร่วมโครงการ พบว่า ผู้เข้าร่วมโครงการมีเจตคติที่ดีขึ้น ดังตาราง 2

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบเจตคติต่อการเจ็บป่วยทางจิตเวชของผู้เข้าร่วมโครงการ ก่อนและหลังเข้าร่วมโครงการ

ข้อความ	ก่อน	หลัง
1.บุคคลที่เจ็บป่วยทางจิตเวชมีเกียรติ มีศักดิ์ศรีเหมือนบุคคลทั่วไป	เห็นด้วย 62.5%	เห็นด้วยอย่างยิ่ง 70.8%
2.บุคคลที่เจ็บป่วยทางจิตเวชทุกคนถือว่าเป็นบุคคลที่ไร้สมรรถภาพ	ไม่เห็นด้วย 33.3%	ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง 62.5%
3.บุคคลที่เจ็บป่วยทางจิตเวชายังมีคุณค่าต่อครอบครัว	เห็นด้วย 60.4%	เห็นด้วยอย่างยิ่ง 54.2%
4.บุคคลที่เจ็บป่วยทางจิตเวชสามารถเข้าสังคมได้	เห็นด้วย 66.7%	เห็นด้วยอย่างยิ่ง 62.5%
5.บุคคลที่เจ็บป่วยทางจิตเวชสมควรที่จะอยู่ในโรงพยาบาลตลอดไป	ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง 56.3%	ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง 75.0%
6.บุคคลที่เจ็บป่วยทางจิตเวชสามารถทำประโยชน์ให้ครอบครัวได้	เห็นด้วย 64.6%	เห็นด้วยอย่างยิ่ง 58.3%
7.การเจ็บป่วยทางจิตเวชเป็นสิ่งที่น่าอับอาย	ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง 50.0%	ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง 79.2%
8.พฤติกรรมที่ไม่ปกติของการเจ็บป่วยทางจิตเวชเป็นสิ่งที่น่ารังเกียจ	ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง 58.3%	ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง 75.0%
9.บุคคลที่เจ็บป่วยทางจิตเวชต้องการจะมีความสุขเหมือนบุคคลทั่วไป	เห็นด้วย 56.3%	เห็นด้วยอย่างยิ่ง 66.7%
10.บุคคลที่เจ็บป่วยทางจิตเวชไม่สมควรให้ทำงาน	ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง 39.6%	ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง 70.8%

### ข้อมูลเชิงคุณภาพ

จากการสัมภาษณ์ผู้เข้าร่วมโครงการ สรุปได้ว่าโครงการนี้ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงด้านเจตคติ ความเข้มแข็งของชุมชนตั้งเป้าหมาย มีรายละเอียดดังนี้

1. ด้านผู้ป่วยจิตเวช มีประสบการณ์ชีวิตเกิดการแลกเปลี่ยนประสบการณ์การเรียนรู้ร่วมกัน พัฒนาทักษะการดำรงชีวิต และมีเจตคติที่ดี ระหว่าง

ครอบครัว และชุมชนการปรับตัวกับบุคคลและสถานที่ที่ผู้ป่วยไม่คุ้นเคยพบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่สามารถปรับตัวอยู่ร่วมกับครอบครัวจริงที่พักอาศัยอยู่ด้วยได้ทุกคนสิ่งที่ส่งเสริมให้ผู้ป่วยสามารถปรับตัวได้เร็ว เป็นภาพและความรู้สึกที่พวกเขาได้สัมผัส นั่นคือ การต้อนรับที่อบอุ่น ผู้ป่วยได้รับการดูแลเอาใจใส่อย่างดีผู้ป่วยส่วนใหญ่มีความมั่นใจในการอยู่ร่วมกับผู้อื่นมากขึ้น แต่ละคนมีความสนุกสนาน



กล้าแสดงออก ผู้ป่วยเล่าว่า “การได้รับการยอมรับจากครอบครัว เพื่อน ๆ และชาวบ้านทำให้มีกำลังใจมากขึ้น” “รู้สึกไม่โดดเดี่ยว”

2. ด้านผู้ดูแล มีประสบการณ์ชีวิต เกิดการแลกเปลี่ยนประสบการณ์การเรียนรู้ร่วมกัน พัฒนาทักษะการดำรงชีวิต และมีเจตคติที่ดี ระหว่างผู้ป่วยจิตเวช และชุมชนความรัก ความเข้าใจและการให้การยอมรับผู้ป่วย มีความเชื่อมั่นในศักยภาพของผู้ป่วยมากขึ้น จากการบอกเล่าของญาติส่วนใหญ่แล้วว่า ผู้ป่วยอยู่ที่บ้านไม่ค่อยมีสัมพันธภาพกับคนอื่น ไม่สนใจที่จะทำงาน แต่เมื่อมาเข้าค่าย 3 วัน 2 คืน ผู้ป่วยได้เปลี่ยนแปลงไป กล้าที่จะเปิดเผยความรู้สึก ทำให้อาการผู้ป่วยดีขึ้น ดังที่ญาติผู้ป่วยรายหนึ่งเล่าว่า “จากการมาเข้าค่ายครอบครัวรู้สึกอาการของลูกสาวดีขึ้น จากที่ดูแลมา 3 ปี ยังไม่ดีเท่ากับการพาลูกสาวมาเข้าค่าย 3 วัน”

3. ด้านชุมชนมีประสบการณ์ชีวิต เกิดการแลกเปลี่ยนประสบการณ์การเรียนรู้ร่วมกัน พัฒนาทักษะการดำรงชีวิต และมีเจตคติที่ดี ระหว่างผู้ป่วยจิตเวช และครอบครัวภาพติดตาที่มีต่อผู้ป่วยจิตเวช เปลี่ยนแปลงไปในทางที่ดีขึ้น สังเกตได้จาก การให้ความอบอุ่น ทำที่ที่เป็นมิตร การบอกความรู้สึกว่าการอยู่ร่วมกันทำให้รู้ว่าผู้ป่วยจิตเวชเหมือนคนปกติ ไม่น่ากลัวอย่างที่คิดการได้ทำประโยชน์ให้กับผู้อื่น ครอบครัวที่รับผู้ป่วยและญาติไปอยู่ด้วยกันบอกว่า รู้สึกยินดีที่ได้เป็นส่วนหนึ่งบอกว่า “รู้สึกมีความสุขที่ได้เป็นส่วนหนึ่งในการช่วยเหลือผู้ป่วย คิดว่าต่อไปหากช่วยเหลืออะไรได้ก็จะช่วย รู้สึกสงสารเขา เขาก็เหมือนกับเรานี้แหละ” ทำให้ชุมชนลดทัศนคติด้านลบที่มีต่อผู้ป่วยจิตเวชโดยมีการเสนอแนวทางการดูแลผู้ป่วยจิตเวชโดยชุมชน คือ การให้โอกาส ไม่รังเกียจ และไว้วางใจผู้ป่วยให้กำลังใจผู้ป่วย รับฟังปัญหาสอนหรือช่วยแก้ไขเมื่อเกิดปัญหา จัดกิจกรรมสร้าง

เสริมสุขภาพจิตในชุมชน ตลอดจนมีการคัดกรองโรคซึมเศร้า โรคสมองเสื่อม โรคจิตในชุมชน โดยอาสาสมัครหมู่บ้าน

4. ด้านเจ้าหน้าที่เกิดระบบพี่สอนน้อง เห็นความสำคัญของการทำงานเป็นทีมเครือข่ายสุขภาพจิตจังหวัดสงขลา เรียนรู้การทำงานร่วมกับชุมชน มองถึงประโยชน์ของผู้ป่วย ครอบครัวและชุมชนเป็นหลัก นำความรู้ที่ได้รับไปพัฒนากิจกรรมการดูแลผู้ป่วยในพื้นที่รับผิดชอบต่อไป

#### การอภิปรายผล

ผลการศึกษาครั้งนี้ สนับสนุนแนวคิดการมีส่วนร่วมของชุมชนว่า จำเป็นต้องให้ชุมชนได้เข้ามามีส่วนร่วมตั้งแต่การวิเคราะห์ปัญหา ตลอดจนร่วมรับผลประโยชน์ เป็นปัจจัยสำคัญที่จะช่วยให้โครงการในชุมชนดำเนินการได้ด้วยดี การใช้กิจกรรมกลุ่ม เป็นอีกปัจจัยที่นำไปสู่ความสำเร็จ เนื่องจากกระบวนการกลุ่มเป็นการนำบุคคลตั้งแต่ 2 คนขึ้นไปมาทำกิจกรรมร่วมกัน และมีปฏิสัมพันธ์อย่างต่อเนื่อง โดยมีจุดมุ่งหมายเดียวกัน<sup>10</sup> นอกจากนี้จะเห็นว่าการเปลี่ยนทัศนคติ จำเป็นต้องอาศัยกระบวนการให้ความรู้ที่เป็นระบบ และมีการจัดให้ได้พบกับประสบการณ์จริง ซึ่งตรงกับแนวคิดการเรียนรู้จากประสบการณ์จริง (experiential learning)<sup>11</sup> ที่อธิบายว่าผู้เรียนแต่ละคนเรียนรู้สิ่งใหม่ๆ อย่างเป็นกระบวนการ มีการดำเนินกันไปเป็นวงจรซึ่งแต่ละขั้นของการเรียนรู้ก็จะส่งเสริมการเรียนรู้ของขั้นต่อไปด้วย เป็นวิธีการที่เหมาะสมกับผู้เรียนที่เป็นวัยผู้ใหญ่ ผู้เรียนจะได้เรียนรู้จากประสบการณ์ต่างๆ เน้นการใช้ความรู้สึกและยึดถือสิ่งที่เกิดขึ้นจริงตามที่ตนประสบในขณะนั้น ต่อมาก็จะทำได้ทำความเข้าใจความหมายของ ประสบการณ์ที่ได้รับโดยการสังเกตอย่างรอบคอบเพื่อการไตร่ตรอง

พิจารณา มีการนำความรู้มาทดลองใช้จริง เช่นเดียวกับแนวคิดของแบนเนอร์<sup>12</sup> ที่อธิบายว่าบุคคลจะมีการพัฒนาทักษะความสามารถ ตามประสบการณ์ที่ได้สั่งสมมาเป็นระยะ ดังนั้นผู้ดูแล และชุมชนที่เข้าร่วมกิจกรรมครั้งนี้ จะได้ประสบการณ์ตรงที่ให้ผู้ป่วยจิตเวชมาใช้ชีวิตร่วมกันในบ้าน ได้มีโอกาสพูดคุยกับผู้ป่วยโดยตรง ซึ่งส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทัศนคติต่อไป

### ข้อเสนอแนะ

1. ขยายระบบการเสริมสร้างความเข้มแข็งของชุมชนในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชด้วยรูปแบบโฮมสเตย์ ออกสู่ชุมชนใกล้เคียง โดยให้ชุมชนน้ำน้อยและทุ่งตำเสาทำหน้าที่พี่เลี้ยงภายใต้การดูแลของคลินิกจิตเวช โรงพยาบาลหาดใหญ่ ซึ่งเป็นแม่ข่ายของการดูแล

2. มีการติดตามประเมินผลดำเนินงานอย่างสม่ำเสมอ โดยการประชุมที่ทีมงาน และลงพื้นที่อย่างน้อยปีละ 1-2 ครั้ง

### กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณผู้บริหารของโรงพยาบาลหาดใหญ่ ทีมงานจิตเวช เครือข่ายจิตเวชทุกแห่ง ผู้ป่วยจิตเวช ครอบครัวและชุมชนที่มาร่วมโครงการ และช่วยสนับสนุนกิจกรรมในโครงการนี้

### เอกสารอ้างอิง

1. สมภพ เรืองตระกูล. ตำราจิตเวชศาสตร์(ฉบับปรับปรุงตาม DSM-V). กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์เรือนแก้วการพิมพ์; 2557.
2. Sadock BJ, Sadock VA, Kaplan Sadock's synopsis of psychiatry: Behavioral sciences and clinical psychiatry (10<sup>th</sup> Ed.). Philadelphia, PA: Lippincott Williams & Wilkins; 2007.

3. ธวัชชัย สีนพพานาจ. การดำเนินโรคและการพยากรณ์โรค. ใน พิเชฐ อุดมรัตน์ และสรยุทธ วาลิกานานนท์. (บรรณาธิการ) หน้า 120-129. สงขลา: ชานเมืองการพิมพ์; 2552.
4. ทัดชญา สมประดิษฐ์ และรัชนีกร เกิดโชค. ปัจจัยทำนายการแสดงออกทางอารมณ์ของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภท. วารสารการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช 2558; 29(2): 89-102.
5. เทียนทอง หาระบุตร และเพ็ญญา แต่งต่อมยุทธ. ปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับพลังสุขภาพจิตของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน. วารสารการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช 2556; 27(3): 113-124.
6. กลุ่มงานจิตเวช โรงพยาบาลหาดใหญ่. รายงานผลดำเนินงานของกลุ่มงานจิตเวช ปี 2556. (เอกสารอัดสำเนา). โรงพยาบาลหาดใหญ่; 2556.
7. Cohen JN & Uphoff NT. Participation's place in rural development: Seeking clarity through specificity. WORLD DEV 1980; 8: 213-235.
8. กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. แผนปฏิบัติการ 4 ปี ของกรมสุขภาพจิต. นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข; 2555.
9. กลุ่มงานจิตเวช โรงพยาบาลหาดใหญ่. โปรแกรมค่ายครอบครัวล้อมรั้วด้วยรัก ปี 2556. (เอกสารอัดสำเนา). โรงพยาบาลหาดใหญ่; 2556.
10. ทิศนา แคมมณี. ศาสตร์การสอน องค์ความรู้เพื่อการจัดกระบวนการเรียนรู้ที่มีประสิทธิภาพ. กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2551.
11. Kolb DA. **Experiential learning: Experience as the source of learning and development.** Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall; 1984.
12. Benner P. Using the Dreyfus model of skill acquisition to describe and interpret skill acquisition and clinical judgement in nursing practice and education. B SCI TECHNOL SOC 2004; 24(3): 188-199.

## Strengthening community in caring for psychiatric persons: Homestay model

Wirawan Prayoosawadidech, RN, MSN (Psychiatric and Mental Health Nursing), Dip APN-Psy  
Wandee Suttharangsee, RN, PhD. (Nursing), Dip APN-Psy

**Abstract:** This study was to evaluate the strengthening community in caring for psychiatric persons using homestay model. The activities consisted of: 1) selecting a target community; 2) setting a meeting of staff and networking; 3) focus group; 4) community survey; 5) staff meeting; 6) implementing the project; 7) evaluating the project. The activities had been implemented since 2012–2013 at the Num–Noy district then extended to Tung–tum–sao community. The result showed that psychiatric persons, caregivers, and community had better attitude and increased experiences in caring for the patients. The relapse rate of target psychiatric persons was 0. There is a need to continue activities in the other communities.

*Thai Journal of Nursing and Midwifery Practice 2015; 2(2) 51–59*

**Keywords:** community strengthening, psychiatric patient care, homestay model

---

<sup>1</sup>Registered nurse, Psychiatric Unit, Hat Yai Hospital, Songkhla

<sup>2</sup>Associate Professor, Department of Psychiatric Nursing, Faculty of Nursing, Prince of Songkla University.

# การสังเคราะห์งานวิจัยเกี่ยวกับการบริหารร่างกายด้วยโยคะ ในผู้ที่มีภาวะปวดหลังส่วนล่าง

ธิดารัตน์ ลาลาด พย.ม. (การพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน)\*

แสงทอง ธีระทองคำ Ph.D. (Nursing), อพย. (การพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน)\*\*

ประคอง อินทรสมบัติ ค.ม. (บริหารการพยาบาล), อพย. (การพยาบาลผู้สูงอายุ)\*\*\*

**บทคัดย่อ:** การสังเคราะห์งานวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาโปรแกรมการบริหารร่างกายด้วยโยคะในผู้ที่มีภาวะปวดหลังส่วนล่าง โดยการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบจากหลักฐานเชิงประจักษ์ทั้งในประเทศและต่างประเทศ ซึ่งตีพิมพ์ตั้งแต่ปี 1999 -2008 จำนวน 10 เรื่อง เป็นงานวิจัยระดับ A (randomized control trial) จำนวน 8 เรื่อง และงานวิจัย ระดับ B (quasi- experimental research) จำนวน 2 เรื่อง ผลการศึกษาพบว่า โปรแกรมการบริหารร่างกายด้วยโยคะส่วนใหญ่ประกอบด้วย การให้ความรู้เกี่ยวกับอาการปวดหลังและการป้องกัน ร่วมกับกิจกรรมการบริหารร่างกายด้วยโยคะ โดยปฏิบัติทุกวัน ประมาณ 30 นาที/ ครั้ง 10 สัปดาห์ ใช้ท่าก้มไปด้านหน้า (Forward Bending or Flexion Posture) จำนวน 8 เรื่อง รองลงมาคือ ท่าก้มไปด้านหลัง (Backward Bending or Extension Posture) หรือ ท่างู (Bhujangasana) และท่าบิดสันหลัง (Twist Pose) จำนวนที่เท่ากันคือ จำนวน 6 เรื่อง ทำให้ลดอาการปวดหลัง และเพิ่มสมรรถนะในการทำหน้าที่ของกล้ามเนื้อหลัง ส่งผลให้ลดการใช้ยาแก้ปวด ผลการศึกษาค้นนี้จะ เป็นแนวทางในการพัฒนาแนวปฏิบัติทางการพยาบาลการบริหารร่างกายด้วยโยคะในการดูแลผู้ที่มีภาวะปวดหลังส่วนล่าง

วารสารการปฏิบัติการพยาบาลและการผดุงครรภ์ไทย 2558; 2 (2) 60-72

**คำสำคัญ:** การสังเคราะห์งานวิจัย การบริหารร่างกายด้วยโยคะ ผู้ที่มีภาวะปวดหลังส่วนล่าง

\*พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลมะการักษ์ จังหวัดกาญจนบุรี สารนิพนธ์ หลักสูตรพยาบาลศาสตร มหาบัณฑิต (การพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน) โรงเรียนพยาบาลรามาธิบดี คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล

\*\* Corresponding author, รองศาสตราจารย์ โรงเรียนพยาบาลรามาธิบดี คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล E-mail: sangthong.ter@mahidol.ac.th

\*\*\* รองศาสตราจารย์ ข้าราชการบำนาญ โรงเรียนพยาบาลรามาธิบดี คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล

## ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

อาการปวดหลังเป็นปัญหาสุขภาพที่พบบ่อยในประชากรทุกอาชีพทั่วโลก และมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นจากปี ค.ศ. 2005 คิดเป็นร้อยละ 40.4 เพิ่มขึ้นร้อยละ 46.3 ในปี ค.ศ. 2013<sup>1</sup> ส่วนใหญ่อายุ 35-55 ปี<sup>2</sup> ซึ่งเป็นวัยทำงาน สอดคล้องกับประเทศสหรัฐอเมริกาพบว่า ผู้ที่มีภาวะปวดหลังในวัยผู้ใหญ่ประมาณ 1 ใน 4<sup>3</sup> สำหรับในประเทศไทย จากรายงานสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุขพบ ผู้ที่มีปัญหาปวดหลังมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 23.79 ในปี พ.ศ. 2550 เพิ่มขึ้นร้อยละ 34.51 ในปี พ.ศ. 2557<sup>4</sup> ส่งผลกระทบต่อสมรรถภาพของร่างกาย ทำให้ความสามารถในการทำงานลดลง และอาจเป็นสาเหตุหนึ่งที่ทำให้ต้องเข้ารับการรักษาพยาบาล และขาดงาน ก่อให้เกิดการสูญเสียทางเศรษฐกิจและสังคม โดยประเทศสหรัฐอเมริกา ต้องเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาประมาณ 5 พันล้านเหรียญสหรัฐ<sup>3</sup>

อาการปวดหลังมีสาเหตุส่วนใหญ่จากการใช้หลังไม่ถูกวิธี การอยู่ในอิริยาบถที่ไม่เหมาะสม น้ำหนักเกินหรืออ้วน ประมาณร้อยละ 70-85<sup>5-6</sup> การรักษาส่วนใหญ่จึงมีจุดมุ่งหมายเพื่อบรรเทาอาการปวดหลังโดยการให้ยา เช่น ยา acetaminophen, non-steroidal anti-inflammatory drugs (NSAIDs) เป็นต้น<sup>5,7</sup> อย่างไรก็ตาม การใช้ยาโดยเฉพาะในกลุ่ม NSAIDs อาจทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อน เช่น เลือดออกในระบบทางเดินอาหาร และการแพ้ยาตั้งแต่ระดับรุนแรงน้อยถึงรุนแรงมาก โดยอาจเกิด anaphylactic shock หรือ angioedema จนถึงแก่ชีวิต<sup>7-8</sup> ดังนั้น บุคคลจึงต้องแสวงหาวิธีการอื่น เช่น การปรับเปลี่ยน

พฤติกรรมในการทำงาน การบำบัดเสริมหรือการบริหารกล้ามเนื้อหลังให้แข็งแรง เพื่อบรรเทาอาการปวดหลัง<sup>7-9</sup>

การบริหารร่างกายด้วยโยคะเป็นศาสตร์หนึ่งของภูมิปัญญาตะวันออก ที่บูรณาการการบริหารร่างกาย การหายใจ และสมาธิ ผลานให้เป็นหนึ่งเดียวกัน ทำให้เพิ่มการไหลเวียนของโลหิตไปเลี้ยงส่วนต่างๆ ของร่างกาย เกิดการผ่อนคลาย กระตุ้นการหลั่งสาร endorphin จากต่อมใต้สมอง ซึ่งออกฤทธิ์เหมือน opioid ทำให้ลดการรับรู้ความรู้สึกเจ็บปวดและการตอบสนองต่อความรู้สึกเจ็บปวดลดลง<sup>10-12</sup> อย่างไรก็ตาม การบริหารร่างกายด้วยโยคะมีท่าที่หลากหลาย และแตกต่างกัน จึงเป็นสิ่งสำคัญและจำเป็นในการ สังเคราะห์งานวิจัยเกี่ยวกับการบริหารร่างกายด้วยโยคะในผู้ที่มีภาวะปวดหลังส่วนล่าง เพื่อประยุกต์เป็นแนวทางในการดูแลผู้ที่มีภาวะปวดหลังส่วนล่าง ส่งผลให้เกิดผลลัพธ์ทางการพยาบาลที่มีคุณภาพต่อไป

## วัตถุประสงค์ของการทบทวนวรรณกรรม

เพื่อวิเคราะห์และสังเคราะห์งานวิจัยเกี่ยวกับโปรแกรม ท่าโยคะ ระยะเวลา และผลลัพธ์ของการบริหารร่างกายด้วยโยคะในผู้ที่มีอาการปวดหลังส่วนล่าง

## การสืบค้นวรรณกรรม

การรวบรวมงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการศึกษาด้วยการสืบค้นงานวิจัยเชิงทดลองหรือกึ่งทดลองที่เกี่ยวข้องกับโปรแกรมการบริหารร่างกายด้วยโยคะในผู้ที่มีอาการปวดหลังส่วนล่าง จากฐานข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์ ได้แก่ ห้องสมุดมหาวิทยาลัยมหิดล มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย PubMed, The Cochrane Library, ScienceDirect, CINAHL, Scopus, NursingConsult และ ProquestNursing โดยมี คำสำคัญคือ yoga relieve and back pain, yoga and chronic back pain, yoga and back pain relieve, yoga postures and back pain, yoga back stretch, yoga and low back pain, yoga exercise and low back pain, yoga and pain management, และ mind-body and low back pain ตีพิมพ์ระหว่าง ค.ศ. 1999 – 2008 ทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ จากคำสำคัญที่กำหนด สามารถสืบค้นงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง จำนวน 154 เรื่อง แต่ที่สามารถนำมาวิเคราะห์และสังเคราะห์ จำนวน 10 เรื่อง

### การประเมินคุณภาพของวรรณกรรม

การประเมินระดับคุณภาพของงานวิจัย คำนึงถึงผลงานวิจัยที่ตรงกับปัญหาทางคลินิกที่ต้องการแก้ไข (clinical relevance) และการวิจัยมีความน่าเชื่อถือเพียงพอที่จะนำไปใช้ในการปฏิบัติ (scientific merit) โดยแบ่งระดับของหลักฐาน (level of evidence) ตามเกณฑ์ของคณะอนุกรรมการ Evidence-Based Medicine & Clinical Practice Guidelines ราชวิทยาลัยอายุรแพทย์แห่งประเทศไทย<sup>13</sup> ออกเป็น 4 ระดับ ดังนี้

ระดับ A หมายถึง หลักฐานที่ได้จากการทบทวนงานวิจัยเชิงทดลองอย่างเป็นระบบ (meta-analysis) หรือ งานวิจัยเชิงทดลอง ที่มีการสุ่มกลุ่มตัวอย่าง (randomized controlled trials)

ระดับ B หมายถึง หลักฐานที่ได้จากงานวิจัยที่มีการทบทวนอย่างเป็นระบบ (meta-analysis) ของงานวิจัยเชิงทดลอง (randomized controlled trial) อย่างน้อย 1 เรื่อง หรือ หลักฐานที่ได้จากงานวิจัยที่มีการออกแบบรัดกุม เป็นงานวิจัยกึ่งทดลอง (quasi-experimental research design) หรืองานวิจัยเชิงทดลองที่ไม่มีการสุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่ม

ระดับ C หมายถึง หลักฐานที่ได้จากงานวิจัยที่เป็นการศึกษาเปรียบเทียบ การศึกษาความสัมพันธ์ (correlation) หรืองานวิจัยเชิงบรรยาย (descriptive study)

ระดับ D หมายถึง หลักฐานที่ได้จากฉันทามติ (consensus) ของกลุ่มผู้เชี่ยวชาญ

### การวิเคราะห์ข้อมูล

การสังเคราะห์งานวิจัยทั้ง 10 เรื่อง ได้กำหนดขอบเขตของการวิเคราะห์ข้อมูล ได้แก่ โปรแกรมท่าโยคะ ระยะเวลา และผลลัพธ์ของการบริหารร่างกายด้วยโยคะในผู้ที่มีอาการปวดหลังส่วนล่าง

### ผลการศึกษา

การสังเคราะห์งานวิจัยเกี่ยวกับการบริหารร่างกายด้วยโยคะในผู้ที่มีภาวะปวดหลังส่วนล่าง จำนวน 10 เรื่อง จากการสืบค้นด้วยคำสำคัญจำนวน 154 เรื่อง พบว่า เป็นงานวิจัยระดับ A (randomized control trial) จำนวน 8 เรื่อง และระดับ B (quasi-experimental research design) จำนวน 2 เรื่อง โดยโปรแกรมการบริหารร่างกายด้วยโยคะส่วนใหญ่ประกอบด้วย การให้ความรู้เกี่ยวกับอาการปวดหลัง และการป้องกันร่วมกับการบริหารร่างกายด้วยโยคะ จำนวน 8 เรื่อง<sup>14-21</sup> รองลงมาคือการบริหารร่างกายด้วยโยคะเพียงอย่างเดียว จำนวน 2 เรื่อง<sup>22-23</sup> ส่วน ท่าโยคะมีจำนวนทั้งสิ้น 42 ท่า พบว่าส่วนใหญ่ใช้ท่าก้มไปด้านหลัง จำนวน 8 เรื่อง<sup>14-19, 21-22</sup> รองลงมาคือท่าก้มไปด้านหลังหรือท่างู<sup>16-20, 22</sup> ซึ่งเท่ากับ ท่าบิดสันหลัง จำนวน 6 เรื่อง<sup>14,16,19-22</sup> ใช้เวลาในการฝึกส่วนใหญ่ตั้งแต่ 10 สัปดาห์ จำนวน 6 เรื่อง<sup>17-19,21-23</sup> ฝึกทุกวัน จำนวน 4 เรื่อง<sup>15,16,19-20</sup> รองลงมาคือ 5 ครั้งต่อสัปดาห์ จำนวน 2 เรื่อง<sup>21-22</sup> ใช้เวลาไม่เกิน 30 นาที/ครั้ง จำนวน 5 เรื่อง<sup>14,17, 21-23</sup> รองลงมาคือใช้เวลา 60 นาที

ขึ้นไปจำนวน 5 เรื่อง<sup>15-16,18-20</sup> ดังตารางที่ 1

สำหรับผลลัพธ์ของการบริหารร่างกายด้วยโยคะอย่างต่อเนื่อง ได้แก่ ระดับความปวดลดลงจำนวน 7 เรื่อง<sup>14-15, 17-21</sup> รองลงมาคือเพิ่มความสามารถในการทำหน้าที่ของกล้ามเนื้อหลัง จำนวน 5 เรื่อง<sup>15-16,19,21,23</sup> เพิ่มความยืดหยุ่นหรือความอ่อนตัวของหลัง จำนวน 3 เรื่อง<sup>14, 16, 20</sup> ซึ่งเท่ากับการใช้ยาบรรเทาอาการปวดหลังลดลง<sup>19-21</sup> และทำให้ความเครียดลดลงและเพิ่มการผ่อนคลาย<sup>16-18</sup> นอกจากนี้ยังพบว่า คุณภาพชีวิตดีขึ้น<sup>18</sup> สามารถควบคุมน้ำหนักและความกลัวการเคลื่อนไหวลดลง<sup>23</sup>

#### ข้อจำกัดของการศึกษา

งานวิจัยที่สืบค้นอาจไม่ครอบคลุมทั้งหมดในช่วงเวลาที่ศึกษา เนื่องจาก ไม่สามารถหางานวิจัยที่เต็มฉบับได้ (Full text) จึงอาจทำให้เกิดข้อจำกัดใน

ผลการศึกษา

#### ข้อเสนอแนะในการนำผลไปใช้

พยาบาลเวชปฏิบัติชุมชนควรพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาล เรื่องการบริหารร่างกายด้วยโยคะ ประกอบด้วย การให้ความรู้เกี่ยวกับภาวะปวดหลังส่วนล่างและการบริหารร่างกายด้วยโยคะด้วยท่าก้มไปด้านหน้า หรือท่าก้มไปด้านหลังหรือท่างู และทำบิดสันหลัง โดยฝึกทุกวัน 30 นาที/ครั้ง เป็นเวลานาน 10 สัปดาห์ นำไปทดลองใช้และติดตามผลลัพธ์ รวมถึงการปรับปรุงเพื่อให้แนวปฏิบัติสอดคล้องกับบริบทของแต่ละชุมชน

ตารางที่ 1 แสดงโปรแกรม กิจกรรม และระยะเวลาของโปรแกรมการบริหารร่างกายด้วยโยคะ

เรื่อง/ผู้แต่ง/ปี	โปรแกรม / ประเภทโยคะ	ผู้สอน:	กิจกรรมในโปรแกรม	เวลา (นาที/ ครั้ง)	ความถี่ (ครั้ง / สัปดาห์)	ระยะเวลา ของ โปรแกรม	เครื่องมือวัดผล	ผลการ ศึกษา
1. Two different techniques in the rehabilitation treatment of low back pain: A randomized controlled trial. (Donzelli et al., 2006)	Pilates Convatech method/ Pilates	นักกายภาพ 1:21	จำนวน ผู้ฝึกหัด คู่มือการ ดูแลหลัง ความรู้เรื่อง ปวดหลัง	60	7	10 วัน	- Visual analog scale เพื่อ ประเมินความปวดมีคะแนน ตั้งแต่ 1 ที่ไม่ปวดจนถึง 10 คือปวดมาก - Oswestry low back pain disability questionnaire (OLBPDQ) เป็นแบบวัด ภาวะจำกัดความสามารถของ หลัง	- ความปวด ลดลง - ภาวะ จำกัดความ สามารถของ หลังลดลง
2. The impact of modified Hatha yoga program on chronic low back pain: A pilot study. (Galantino et al., 2004)	Modified Hatha yoga program / Hatha yoga	ครูโยคะ 2:11	✓	60	7	6 สัปดาห์	- Oswestry disability index (ODI) เพื่อวัดความจำกัด ความสามารถของหลัง - Beck depression inventory (BDI) เพื่อ ประเมินภาวะซึมเศร้า - Function reach (FR), sit and reach test (SR) เพื่อ ทดสอบความอ่อนตัวและ ความยืดหยุ่น ของกล้ามเนื้อ หลัง	- ความซึม เศร้าลดลง - ภาวะ จำกัดความ สามารถของ หลังลดลง - ความ อ่อนตัว และความ ยืดหยุ่นของ หลังเพิ่มขึ้น



ตารางที่ 1 แสดงโปรแกรม กิจกรรม และระยะเวลาของโปรแกรมการบริการร่างกายโยคะ (ต่อ)

เรื่อง/ผู้แต่ง/ปี	โปรแกรม / ประเภทโยคะ	ผู้สอน: จำนวน ผู้ฝึกหัด	กิจกรรมในโปรแกรม การให้ ความรู้เรื่อง ปวดหลัง	เวลา (นาที/ ครั้ง)	ความถี่ (ครั้ง/ สัปดาห์)	ระยะเวลา ของ โปรแกรม	เครื่องมือวัดผล	ผลการ ศึกษา
3. Yoga for veterans with chronic low back pain. (Grossl et al., 2008).	Anusara yoga program / Anusara yoga	นักกายภาพ 1:33	✓	20-30	1	10 สัปดาห์	- Visual numeric scale เพื่อประเมินความปวดของหลัง - Center for epidemiological studies depression scale (CES-D) เพื่อประเมินอาการซึมเศร้า และความอ่อนล้า	- ความปวดลดลง - อาการซึมเศร้า และความอ่อนล้า ลดลง
4. Feasibility of conducting a clinical trial on Hatha yoga for chronic low back pain: Methodological lessons. (Jacobs et al., 2004)	Yoga protocol development / Iyenga yoga	ครูโยคะ 4:28		30	5	12 สัปดาห์	- Visual analog scale เพื่อประเมินความปวด - Roland morris back disability questionnaire เพื่อวัดภาวะจำกัดความสามารถของหลัง - แบบสอบถามข้อมูลการใช้ยา	- ความปวดลดลง - ภาวะจำกัด ความสามารถของหลัง ลดลง - การใช้ยา ลดลง

ตารางที่ 1 แสดงโปรแกรม กิจกรรม และระยะเวลาของโปรแกรมการบริหารร่างกายด้วยโยคะ (ต่อ)

เรื่อง/ผู้แต่ง/ปี	โปรแกรม / ประเภทโยคะ	ผู้สอน:	กิจกรรมในโปรแกรม	เวลา (นาที/ ครั้ง)	ความถี่ (ครั้ง/ สัปดาห์)	ระยะเวลา ของ โปรแกรม	เครื่องมือวัดผล	ผลการศึกษา
5. Rapid stress reduction and anxiously among distressed women as a consequence of a three month intensive yoga program. (Michalsen et al., 2005)	Intensive yoga program/ Iyenga yoga	จำนวน ผู้ฝึกหัด	คู่มือการ ดูแลหลัง ความรู้เรื่อง ปวดหลัง	90	2	12 สัปดาห์	- State - trait anxiety inventory เพื่อประเมินความวิตกกังวล - Cohen perceived stress scale เพื่อประเมินการรับรู้ ความเครียด - Profile of mood state เพื่อ ประเมินการรบกวน ความ เข้มแข็ง ความอ่อนล้า ภาวะ ซึมเศร้า และ ความโกรธ - Center for epidemio- logical studies depression scale : CES-D เพื่อประเมิน พฤติกรรม ซึมเศร้า และ ความอ่อนล้า - The Zerssen Bf-S / Bf-S เพื่อประเมินคุณภาพชีวิต - saliva cortisols	- ความวิตก กังวลและการ รับรู้ ความเครียด ลดลง - อาการ รบกวนจาก ความปวดหลัง และความ ซึมเศร้า อ่อนล้าลดลง - ความโกรธ และ ซึมเศร้า ลดลง - ความเข้ม แข็ง คุณภาพ ชีวิต การนอน หลับ และ ความสดชื่น เพิ่มขึ้น - ฮอริโมน ความเครียด ในน้ำลาย ลดลง

ตารางที่ 1 แสดงโปรแกรม กิจกรรม และระยะเวลาของโปรแกรมการบริหารร่างกายด้วยโยคะ (ต่อ)

เรื่อง/ผู้แต่ง/ปี	โปรแกรม / ประเภทโยคะ	ผู้สอน:	กิจกรรมในโปรแกรม	เวลา (นาที/ ครั้ง)	ความถี่ (ครั้ง/ สัปดาห์)	ระยะ เวลา ของ โปรแกรม	เครื่องมือวัดผล	ผลการศึกษา
6. Worksite yoga program for non- specific low back pain and related symptoms. (Gustavsen et al., 2008).	Worksite yoga Program/ NA	จำนวน ผู้ฝึกหัด N/A	คู่มือการ ดูแลหลัง ปวดหลัง	30	2	10 สัปดาห์	- Short form health survey (SF- 12) เพื่อประเมิน ภาวะคุณภาพ - Fear avoidance behavior questionnaire (FABQ) เพื่อประเมินพฤติกรรมการ ความกลัว -Roland – Morris back disability questionnaire (RM18 ) เพื่อวัดภาวะ จำกัดความสามารถของหลัง	- การควบคุมน้ำหนัก ดีขึ้น - ความสงบ ความอ่อน คลายเพิ่มขึ้น - ความ สามารถใน การทำหน้าที่ ของหลัง เพิ่มขึ้น - ความ กลัวในการ เคลื่อนไหว ลดลง
7. Comparing yoga, exercise and self care book for chronic low back pain. (Sherman et al., 2005)	Yoga program / Vini yoga	ครูโยคะ 1:36	✓	75	7	12 สัปดาห์	- Oswestry Disability Index (ODI) เพื่อวัดภาวะจำกัด ความสามารถของหลัง - Goniometer เพื่อวัด ความยืดหยุ่นของกระดูกสันหลัง (Spinal flexibility) -แบบสอบถามข้อมูลการใช้ยา	-ความปวด ลดลง -ภาวะจำกัด ความสามารถ ของหลังลดลง -การใช้ยา ลดลง

ตารางที่ 1 แสดงโปรแกรม กิจกรรม และระยะเวลาของโปรแกรมการบริหารร่างกายด้วยโยคะ (ต่อ)

เรื่อง/ผู้แต่ง/ปี	โปรแกรม / ประเภทโยคะ	ผู้สอน: จำนวนผู้ฝึกหัด	กิจกรรมในโปรแกรม	เวลา (นาที/ครั้ง)	ความถี่ (ครั้ง/สัปดาห์)	ระยะเวลาของโปรแกรม	เครื่องมือวัดผล	ผลการศึกษา
8. Effect of short-term intensive yoga program on pain, functional disability, and spinal flexibility in chronic low back pain: A randomized control study. (Tekur et al., 2008)	Short-Term Intensive Yoga Program / Tantra yoga	ครูโยคะ 1:40	✓	60	7	7 วัน	- Visual analog scale เพื่อประเมินความปวด - Oswestry Disability Index (ODI) เพื่อประเมินภาวะจำกัดความสามารถของหลัง - Goniometer เพื่อวัดความยืดหยุ่นของกระดูกสันหลัง (Spinal flexibility) - แบบสอบถามข้อมูลการใช้ยา	- ความปวดลดลง - ความยืดหยุ่นของหลังเพิ่มขึ้น - การใช้ยาแก้ปวดลดลง
9. Effect of Iyenga yoga therapy for chronic low back pain. (Williams et al., 2005)	Iyenga yoga therapy / Iyenga yoga	ครูโยคะ 1:20	✓	30	5	16 สัปดาห์	- Visual analog scale เพื่อประเมินความปวด - Pain disability index วัดภาวะจำกัดความสามารถของหลัง - Digital inclinometer เพื่อวัดพิสัยของกระดูกสันหลัง - แบบสอบถามข้อมูลการใช้ยา	-ความปวดลดลง -ภาวะจำกัดความสามารถของหลังลดลง -การใช้ยาลดลง

ตารางที่ 1 แสดงโปรแกรม กิจกรรม และระยะเวลาของโปรแกรมการบริหารร่างกายด้วยโยคะ (ต่อ)

เรื่อง/ผู้แต่ง/ปี	โปรแกรม / ประเภทโยคะ	ผู้สอน:	กิจกรรมในโปรแกรม	เวลา (นาที/ ครั้ง)	ความถี่ (ครั้ง/ สัปดาห์)	ระยะ เวลา ของ โปรแกรม	เครื่องมือวัดผล	ผลการศึกษา
10. การศึกษา โปรแกรมการบริหารร่างกายด้วยโยคะ โดยการใช้ความสามารรถของตนเองต่อ ระดับ ความปวดในผู้ป่วย ปวดหลังส่วนล่าง (จุกรัตน์ คำแพง, 2550)	โปรแกรมการบริหารร่างกายด้วยโยคะ/ หฐะโยคะ	ผู้วิจัย 1:15	คู่มือการ ดูแลหลัง ปวดหลัง	30	3	4 สัปดาห์	- Visual analog scale เพื่อ ประเมินความปวด - กล้องวัดความอ่อนตัว (sit and reach box) เพื่อวัด ความอ่อนตัว	- ความ ปวดลดลง - ความ ยืดหยุ่น ของหลัง เพิ่มขึ้น
รวม			2			8		

## เอกสารอ้างอิง

1. Global Burden of Disease Study 2013 Collaborators. Global, regional, and national incidence, prevalence, and years lived with disability for 301 acute and chronic diseases and injuries in 188 countries, 1990–2013: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2013. *Lancet* 2015 August; 386: 743–800
2. Krömer M, van Tulder M. Strategies for prevention and management of musculoskeletal conditions. Low back pain (non-specific). *Best Pract Res Clin Rheumatol* 2007 February; 21(1): 77–91.
3. Choi BKL, Verbeek JH, Tam WW, Jiang JY. Exercise for prevention of recurrences of low-back pain. *Cochrane Database Syst Rev* 2010 Jan; 20(1): 1–53.
4. สำนักงานนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข. **สรุปรายงานการป่วย. 2557.** [เข้าถึงเมื่อ 17 มีนาคม พ.ศ. 2559] เข้าถึงได้จาก [http://bps.moph.go.th/new\\_bps](http://bps.moph.go.th/new_bps)
5. พรชัย เตชานูนงษ์. ปวดหลังส่วนล่างเรื้อรัง . ใน ไพจิตร อัครนบตี, บรรณาธิการ. *Rheumatology for non – rheumatologist.* กรุงเทพฯ: ซีดีปริ้นท์; 2550. หน้า 210–222.
6. Shiri R, Solovieva S, Husgafvel-Pursiainen K, Taimela S, Saarikoski LA, Uupponen R. The Association between obesity and the prevalence of low back pain in young adults: The cardiovascular risk in Young Finns Study. *Am J Epidemiol* 2008; 167(9): 1110–1119.
7. Chou R, Huffman LH. Non-pharmacologic therapies for acute and chronic low back pain: A review of the evidence for an American Pain Society/ American College of Physicians Clinical Practice Guideline. *Ann Intern Med* 2007; 147(7), 492–504
8. McPhee SJ, Tierney LM, Papadakis MA. **Current medical diagnosis and treatment.** New York: McGraw Hill Medical Print; 2007.
9. Hayden JA, van Tulder MW, Malmivaara A, Koes BW. Exercise therapy for treatment of non-specific low back pain. *Cochrane Database Syst Rev* 2007; (3), 1–70.
10. ละเอียด ศิลาน้อย. **โยคะน้ำพุแห่งตรุณภาพ.** กรุงเทพฯ: ดอกหญ้า; 2537.
11. ลลิตา ธีระสิริ และวัลลี ชุณหสวัสดิกุล. **โยคะรักษาโรค.** พิมพ์ครั้งที่ 13. กรุงเทพฯ: รวมทรงคนธ์; 2548.
12. Groessl EJ, Weingart KR, Aschbacher K, Pada L, Baxi S. Yoga for veterans with chronic low – back pain. *J. Altern. Complement. Med.* 2008; 14(9), 1123–29.
13. คณะอนุกรรมการ Evidence – Based Medicine & Clinical Practice Guidelines (ราชวิทยาลัยอายุรแพทย์แห่งประเทศไทย.. คำแนะนำการสร้าง “แนวทางเวชปฏิบัติ” (Clinical Practice Guidelines). *สารราชวิทยาลัยอายุรแพทย์แห่งประเทศไทย* 2544; 18 (6), 36–47.
14. จุฑารัตน์ คำแพง. **ผลของโปรแกรมการบริหารร่างกายแบบโยคะโดยการประยุกต์ทฤษฎี ความสามารถของตนเองต่อระดับความปวดในผู้ป่วยปวดหลังส่วนล่าง.** วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยขอนแก่น; 2550.
15. Donzelli S, Dominica FDI, Cova AM, Galletti R, Giunta N. **Two different techniques in the rehabilitation treatment of low back pain: A randomized controlled trial.** *Eura Medicophys* 2006; 42(3), 205–10.
16. Galantino ML, Bzdewka TM, Eissler-Russo JI, Holbrook MI, Mogck EP, Geigle P. The impact of modified Hatha yoga on chronic low back pain: A pilot study. *Altern Ther Health Med* 2004; 10(2), 56–59.

17. Groessl EJ, Weingart KR, Aschbacher K, Pada L, Baxi S. Yoga for veterans with chronic low – back pain. **J. Altern. Complement. Med** 2008; 14(9), 1123-129.
18. Michalsen A, Grossman P, Acil A, Langhorst J, Ludtke R, Esch T, et al. Rapid stress reduction and anxiety among distressed women as a consequence of a three month intensive yoga program. **Med Sci Monit** 2005; 11(12), CR555-61.
19. Sherman KJ, Cherkin DC, Erro J, Miglioretti DL, Deyo RA. Comparing yoga, exercise, and a self-care book for chronic low back pain. **Ann Intern Med** 2005; 14(12), 849-56.
20. Tekur P, Singphow C, Nagendra HR, Raguram N. Effect of short-term intensive yoga program on pain, functional disability, and spinal flexibility in chronic low back pain: A randomized control study. **J. Altern. Complement. Med** 2008; 14(6), 637-44.
21. Williams KA, Petronis J, Smith D, Goodrich D, Wu J, Ravi N. Effect of Iyengar yoga therapy for chronic low back pain. **Pain** 2005; 115(1-2), 107-17.
22. Jacobs BP, Mehling W, Goldberg H, Eppel E, Acree M, Lasater J. Feasibility of conducting a clinical trial on Hatha yoga for chronic low back pain: Methodological lessons. **Altern Ther Health Med** 2004; 10(2), 80-3.
23. Gustavesen S, Faghri PD, Tummers N, Leavitt R, Anderson M, Blozie E. Worksite yoga program for non specific low back pain and related symptoms. **Med Sci Sports Exerc** 2008; 40(5), S488-92.

## A research synthesis, yoga exercise, persons with low back pain

*Tidarat Lalad, M.N.S. (Community Nurse Practitioner)\**

*Sangthong Terathongkum, Ph.D. (Nursing), Dip. ACNP\*\**

*Prakong Intarasombut, M.Ed. (Nursing Administration), Dip. APGN\*\*\**

**Abstract:** This research synthesis was conducted to study Yoga Exercise Program in persons with low back pain by systematic review 10 national and international evidence-based practices from electronic databases published between 1999 – 2008 including 8 of which were Level A randomized control trials, and 2 were Level B quasi-experimental research. The findings were shown that most Yoga Exercise Programs consisted of health education of low back pain and prevention along with yoga exercise activities practicing for approximately 30 minutes/time, 7 times/week for 10 weeks. Most yoga types were Iyenga yoga, using the Forward Bending or Flexion Posture 8 papers, the Backward Bending or Extension Posture 6 papers, the Twist Pose 6 papers, to reduce back pain and to increase functional capacity of the back muscles resulting in decrease in analgesic medicine. This study will be a guideline for developing a clinical nursing practice guideline of Yoga Exercise Program for the care of persons with low back pain.

*Thai Journal of Nursing and Midwifery Practice 2015; 2(2) 60-72*

**Keywords:** research synthesis, yoga exercise, persons with low back pain

---

\*Registered Nurse, Makarak Hospital, Kanchanaburi Province, and Thematic Paper in Master Degree of Nursing Science (Community Health Nurse Practitioner), Ramathibodi School of Nursing, Faculty of Medicine Ramathibodi Hospital, Mahidol University

\*\* Corresponding Author, Associate Professor, Ramathibodi School of Nursing, Faculty of Medicine Ramathibodi Hospital, Mahidol University, E-mail: sangthong.ter@mahidol.ac.th

\*\*\* Associate Professor, Retired Government Official, Ramathibodi School of Nursing, Faculty of Medicine Ramathibodi Hospital, Mahidol University



# การดูแลข้ามวัฒนธรรม (Transcultural Nursing)

อาภรณ์ ดีนาน\*

นับตั้งแต่วันที่ 1 มกราคม 2559 ที่ผ่านมา ประเทศไทยเข้าสู่ประชาคมเศรษฐกิจอาเซียนอย่างเป็นทางการตามข้อตกลงของประเทศในประชาคมเศรษฐกิจอาเซียน ไม่ว่าพยาบาลไทยจะเคลื่อนย้ายไปประกอบวิชาชีพในประเทศที่ร่วมลงนามในข้อตกลง หรือจะประกอบวิชาชีพในประเทศไทย พยาบาลไทยก็คงไม่สามารถหลีกเลี่ยงที่จะต้องพบผู้รับบริการที่มาจากต่างประเทศซึ่งจะมีความแตกต่างในด้าน เชื้อชาติ ศาสนา ความเชื่อ ค่านิยม การใช้ชีวิต การเมือง การปกครอง วัฒนธรรมดั้งเดิม ซึ่งอาจเป็นทั้งสิ่งที่ท้าทายและยุ่งยากสำหรับพยาบาลที่ไม่อาจเลือกที่จะให้การพยาบาลเฉพาะกับผู้รับบริการที่เป็นคนไทยอย่างที่พยาบาลเคยคุ้นเคย ไม่สามารถสื่อสารกันด้วยภาษาไทย ไม่สามารถให้บริการพยาบาลบนพื้นฐานของความเชื่อ ค่านิยมวัฒนธรรมและวิถีชีวิตความเป็นอยู่แบบไทย ๆ ที่เข้าใจกันได้ดีทั้งผู้ให้และผู้รับบริการสุขภาพ

ถึงแม้ว่าพยาบาลได้ประยุกต์แนวคิดทฤษฎีต่าง ๆ มาใช้เป็นเครื่องมือในการให้การพยาบาลโดยเฉพาะแนวคิดกระบวนการพยาบาลและแนวคิดการดูแลแบบองค์รวมที่สามารถนำไปใช้ได้กับผู้รับบริการทุกคน แต่ความท้าทายในการให้บริการเพื่อตอบสนองความต้องการของผู้รับบริการที่มีความแตกต่างจากผู้ให้บริการสุขภาพทั้งด้านภาษา ความเชื่อ วัฒนธรรม ฯลฯ อาจเกิดปัญหาและความยุ่งยากที่เกิดขึ้นจาก

ความแตกต่างด้านวัฒนธรรม ดังนั้นการเรียนรู้เกี่ยวกับแนวคิดการดูแลข้ามวัฒนธรรม (Transcultural Nursing) จึงน่าจะเป็นประโยชน์สำหรับพยาบาลในการประเมินภาวะสุขภาพ การวางแผน การให้การพยาบาลและการประเมินผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นเมื่อให้บริการสุขภาพแก่คนต่างชาติ ทั้งอาจรวมไปถึงชาวต่างชาติที่มาจากประเทศในทวีปยุโรป อเมริกาหรือแอฟริกา

การดูแลข้ามวัฒนธรรมได้รับความสนใจในประเทศสหรัฐอเมริกามานานมากกว่า 60 ปี<sup>1, 2</sup> เนื่องจากประชากรของประเทศสหรัฐอเมริกามีความหลากหลายด้านเชื้อชาติ เช่น ยุโรป เอเชีย เม็กซิกัน แอฟริกัน ชนพื้นเมือง เป็นต้น ซึ่งชนแต่ละเชื้อชาติมีความแตกต่างกันในด้านต่าง ๆ เช่น การอยู่ร่วมกันในสังคม ความเชื่อ ค่านิยม พฤติกรรม ฯลฯ สิ่งเหล่านี้ส่งผลกระทบต่อภาวะสุขภาพ ความเจ็บป่วยและการดูแลด้านสุขภาพ<sup>3</sup> การให้บริการสุขภาพบางอย่างของรัฐบาลอาจไม่อาจไม่เหมาะกับคนบางกลุ่ม หรือคนบางกลุ่มอาจเข้าไม่ถึงการให้บริการ ดังนั้นการให้การดูแลคนเฉพาะกลุ่มจึงต้องตระหนักเกี่ยวกับประเด็นหลัก 2 ประการ ได้แก่ การดูแลในมุมมองของความแตกต่างทางวัฒนธรรม (cultural care diversity) และการดูแลในมุมมองของความคล้ายคลึงทางวัฒนธรรม (cultural care universality) ในเรื่องการดูแลสุขภาพ เช่น การให้ความหมาย (meaning)

\*รองศาสตราจารย์ ดร. คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

รูปแบบ (patterns) ค่านิยม (values) วิถีชีวิต (life ways) และสิ่งที่เป็นสัญลักษณ์ (symbols) ของคนในกลุ่มเฉพาะที่สะท้อนออกมาในรูปแบบของการช่วยเหลือ ส่งเสริม สนับสนุนและผลักดันในการจัดการด้านสุขภาพ

การทำความเข้าใจและให้การดูแลผู้ป่วยเฉพาะกลุ่มที่มีความแตกต่างทางวัฒนธรรมอย่างมีประสิทธิภาพนั้น Leininger<sup>1</sup> ได้นำเสนอ Sunrise Model โดยยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางและมีมุมมองเกี่ยวกับวัฒนธรรมว่ามีอิทธิพลมาจากแหล่งต่าง ๆ เช่น ครอบครัวและสังคม ความเชื่อ ศาสนา ค่านิยม วิถีชีวิต การเมือง การปกครอง เศรษฐฐานะ การศึกษา และเทคโนโลยี ที่ส่งผลต่อการดูแลสุขภาพ การเจ็บป่วย ความตายและความผาสุกของบุคคล การให้การดูแลที่มีประสิทธิภาพพยาบาลจะต้องคำนึงถึงวัฒนธรรมดั้งเดิมและการดูแลเชิงวิชาชีพที่จะนำไปสู่การตัดสินใจและให้การพยาบาลในรูปแบบได้แก่ 1) การคงไว้ซึ่งวัฒนธรรมเดิม (cultural care preservation/maintenance) พยาบาลจะต้องประเมินปัญหาทางการพยาบาลที่เชื่อมโยงกับความเชื่อและวัฒนธรรมของผู้รับบริการให้ได้ 2) การดูแลแบบต่อรองเพื่อปรับเปลี่ยน (cultural care accommodation/negotiation) หากพยาบาลค้นพบประเด็นปัญหาที่เชื่อมโยงกับวัฒนธรรมเฉพาะ พยาบาลจะต้องสามารถวิเคราะห์และต่อรองกับผู้ป่วยหรือญาติในการดูแลที่เกิดประโยชน์สูงสุดแก่ผู้ป่วยและ 3) การดูแลแบบปรับเปลี่ยนวัฒนธรรม (cultural care repatterning/restructuring) หากประเด็นของวัฒนธรรมที่พยาบาลค้นพบขัดแย้งกับการดูแลรักษาและอาจเกิดอันตรายต่อผู้ป่วย พยาบาลจะต้องใช้

กลยุทธ์ในการปรับเปลี่ยนความเชื่อหรือปรับเปลี่ยนแนวทางเดิมที่มาจากวัฒนธรรมดั้งเดิมของผู้ป่วยพยาบาลอาจใช้รูปแบบใดรูปแบบหนึ่งหรืออาจบูรณาการทั้งรูปแบบเข้าด้วยกัน เช่น เมื่อพยาบาลพบว่าผู้ป่วยปฏิเสธการรับประทานอาหารที่ทางโรงพยาบาลจัดให้ พยาบาลต้องประเมินปัญหาของผู้ป่วยให้ได้ เช่น ความเชื่อดั้งเดิมเกี่ยวกับอาหารชนิดนั้นเป็นอาหารที่ผู้ป่วยเชื่อว่าเป็นอาหารแสลงในวัฒนธรรมของตนเองใช่หรือไม่ หากใช่แต่เป็นอาหารที่จำเป็นพยาบาลอาจต่อรองและปรับเปลี่ยนความเชื่อให้ผู้ป่วยได้รับประทานอาหารชนิดนั้น แต่หากขัดต่อหลักความเชื่อหรือศาสนา พยาบาลจำเป็นต้องยอมรับในความเชื่อของผู้ป่วย หรือในกรณีของความเชื่อเกี่ยวกับด้านจิตวิญญาณที่ต้องมีการประกอบพิธีกรรมเพื่อบำบัด แต่ถ้าพยาบาลค้นพบว่าขัดกับการดูแลรักษาพยาบาลจะต้องประเมินและหาแนวทางแก้ไขที่เหมาะสมเพื่อให้การดูแลรักษาที่มีประสิทธิภาพและเป็นที่ยอมรับของผู้ป่วยและญาติ เป็นต้น

อย่างไรก็ตามถึงแม้องค์ความรู้เรื่องการดูแลข้ามวัฒนธรรมจะจำเป็นและสำคัญที่พยาบาลจะต้องตระหนักถึงความต้องการที่เฉพาะของผู้ป่วยที่มีความแตกต่างด้านวัฒนธรรม แต่พยาบาลก็ยังคงต้องคำนึงถึงการดูแลผู้ป่วยทุกคนอย่างเท่าเทียมกัน นอกจากนี้แนวคิดในการดูแลข้ามวัฒนธรรมแล้วพยาบาลไทยจะต้องเรียนรู้และพัฒนาสมรรถนะของตนเองด้านภาษาซึ่งอาจเป็นภาษาอังกฤษหรือภาษาที่เป็นที่ยอมรับของคนในอาเซียนเพื่อใช้สื่อสารกับผู้ป่วยหรือผู้รับบริการที่มาจากประเทศในประชาคมเศรษฐกิจอาเซียนและนานาชาติอื่น ๆ ได้อย่างดีเพื่อให้การดูแลมีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น

**เอกสารอ้างอิง**

1. Leininger MM. **Cultural care diversity: A theory of Nursing.** Boston: Jones and Baret Publishers; 2001.
2. Erickson JI, Jones DA., Ditomassi M. **Fostering nurse-led care: Professional practice for the bedside leader from Massachusetts General Hospital.** Indianapolis: The Sigma Theta Tau International; 2013.
3. Gardiner H, Mutter J. Kosmitzki C. **Live across cultures: Cross-cultural human development.** Boston: Allyn & Bacon; 1998.

## คำแนะนำสำหรับผู้เขียน

“วารสารการปฏิบัติการพยาบาลและการผดุงครรภ์ไทย” ได้รับการอนุญาตจาก สภาการพยาบาล โดยนายกสภาการพยาบาล (รศ. ดร. ทศนา บุญทอง) และโดยความเห็นชอบของบรรณาธิการวารสาร (รศ. ดร. สายพิณ เกษมกิจวัฒนา) ให้สามารถใช้แนวทางการจัดทำวารสารตามรูปแบบของ “วารสารสภาการพยาบาล” ได้ ดังนั้นในส่วนของ “คำแนะนำสำหรับผู้เขียน” นี้ จึงเป็นไปตามรูปแบบของวารสารสภาการพยาบาล ดังกล่าว กองบรรณาธิการฯ ใคร่ขอขอบพระคุณมา ณ ที่นี้

### การเตรียมต้นฉบับ

1. ต้นฉบับต้องพิมพ์ด้วยคอมพิวเตอร์ โปรแกรมไมโครซอฟต์เวิร์ดวินโดวส์ใช้ตัวอักษร Angsana UPC ขนาด 16 point และใช้กระดาษพิมพ์ขนาด A4 เว้นห่างจากขอบ 1 นิ้วโดยรอบ ความยาวไม่ควรเกิน 12 หน้า (ไม่รวมเอกสารอ้างอิง) ในหนึ่งหน้ามีความยาวประมาณ 27 บรรทัด การใช้ศัพท์ภาษาอังกฤษในเนื้อหาให้ใช้ตัวเล็กทั้งหมด ยกเว้นชื่อเฉพาะ

2. ชื่อเรื่อง พิมพ์ไว้หน้าแรกตรงกลาง ชื่อผู้เขียนพร้อมทั้งคุณวุฒิอยู่ที่ชื่อเรื่องเยื้องไปทางขวามือ โดยทั้งชื่อเรื่องและชื่อผู้เขียนต้องมีภาษาอังกฤษกำกับ ส่วนตำแหน่งทางวิชาการและสถานที่ทำงานของผู้เขียน และระบุสถานะของรายงานการวิจัย กรณีเป็นส่วนหนึ่งของวิทยานิพนธ์ให้พิมพ์ไว้เป็นเชิงอรรถในหน้าแรกทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ

3. ทั้งบทความทางวิชาการและรายงานการวิจัยต้องมีบทคัดย่อภาษาไทยและภาษาอังกฤษ (จำนวนไม่เกิน 300 คำ) พร้อมทั้งคำสำคัญ (key words) ทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ

4. การลำดับหัวข้อในการเขียนรายงานเพื่อการตีพิมพ์ ให้เรียงหัวข้อตามลำดับดังนี้

#### 4.1 รายงานการวิจัย

4.1.1 บทคัดย่อภาษาไทย

4.1.2 บทคัดย่อภาษาอังกฤษ

4.1.3 ความเป็นมาและความสำคัญ

ของปัญหา

4.1.4 กรอบแนวคิดการวิจัย

4.1.5 วัตถุประสงค์ของการวิจัย

4.1.6 สมมติฐานการวิจัย (ถ้ามี)

4.1.7 วิธีดำเนินการวิจัยประกอบด้วย

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง เครื่องมือการวิจัย วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล และการวิเคราะห์ข้อมูล

4.1.8 ผลการวิจัย

4.1.9 การอภิปรายผล

4.1.10 ข้อเสนอแนะในการนำผล

การวิจัยไปใช้

4.1.11 เอกสารอ้างอิง

#### 4.2 บทความวิชาการ

4.2.1 บทคัดย่อภาษาไทย

4.2.2 บทคัดย่อภาษาอังกฤษ

4.2.3 เนื้อหา

- บทนำ

- เนื้อเรื่อง

- บทสรุป

4.2.4 เอกสารอ้างอิง

#### 4.3 การทบทวนงานวิจัยอย่างเป็นระบบ

4.3.1 บทคัดย่อภาษาไทย

4.3.2 บทคัดย่อภาษาอังกฤษ

4.3.3 ความเป็นมาและความสำคัญ

ของปัญหา

4.3.4 วัตถุประสงค์ของการทบทวน

วรรณกรรม

- 4.3.5 การสืบค้นวรรณกรรม
- 4.3.6 การประเมินคุณภาพของวรรณกรรม
- 4.3.7 การวิเคราะห์ข้อมูล
- 4.3.8 การนำเสนอผล
- 4.3.9 การนำเสนอข้อจำกัดของการศึกษา
- 4.3.10 ข้อเสนอแนะในการนำผลไปใช้
- 4.3.11 เอกสารอ้างอิง
- 4.4 การพัฒนาแนวปฏิบัติทางการพยาบาล
  - 4.4.1 บทคัดย่อภาษาไทย
  - 4.4.2 บทคัดย่อภาษาอังกฤษ
  - 4.4.3 ความสำคัญของปัญหา
  - 4.4.4 เป้าหมายของการสร้างแนวปฏิบัติ
  - 4.4.5 ความเข้มงวดในการสร้างแนวปฏิบัติ
    - การสืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์
    - วิธีการที่ใช้, ใช้ในการสร้าง
    - คุณภาพของหลักฐาน
    - แนวปฏิบัติที่สร้างขึ้น
  - 4.4.6 ข้อเสนอแนะในการนำแนวปฏิบัติไปใช้
  - 4.4.7 ข้อจำกัดในการสร้างแนวปฏิบัติ
  - 4.4.8 เอกสารอ้างอิง

5. จำนวนเอกสารอ้างอิงท้ายบทความ หรือ รายงานการวิจัย ไม่ควรเกิน 20 เรื่อง

6. ถ้ามีตารางหรือแผนภูมิ ควรพิมพ์แยก ตารางละ 1 แผ่นและให้ระบุในเนื้อเรื่องด้วยว่าจะใส่ตารางหรือแผนภูมิไว้ที่ใด

7. ภาพประกอบ ถ้าเป็นภาพลายเส้นให้เขียนด้วยหมึกดำบนกระดาษอาร์ตเส้นขนาดพองาม ถ้า เป็นภาพถ่ายให้ใช้ขนาดโปสการ์ด เขียนหมายเลขลำดับภาพ และลูกศรแสดงด้านบนและด้านล่างของภาพด้วยดินสอที่หลังภาพเบา ๆ ทั้งภาพประกอบเรื่องและตารางต้องแยกไว้ต่างหาก แต่ในเนื้อเรื่องต้องบอกว่าจะใส่รูปและตารางไว้ที่ใด

### การเขียนเอกสารอ้างอิง

การเขียนเอกสารอ้างอิงใช้ตามระบบแนวคูเวอร์ APA ปี 1997 (American Psychological Association, 4th ed.) โปรดสังเกตชนิดของตัวอักษร เครื่องหมายวรรคตอน และช่องไฟของตัวอย่างต่าง ๆ ที่แสดงต่อไปนี้

#### 1. การอ้างอิงจากวารสาร

1.1 การอ้างอิงจากวารสารที่ได้มาตรฐานทั่วไป

##### รูปแบบพื้นฐาน

นามสกุลของผู้เขียน อักษรย่อชื่อผู้เขียน. ชื่อเรื่อง. ชื่อย่อของวารสาร ปี-เดือน-วันที่พิมพ์ ; ลำดับปี (volume) : เลขหน้าแรก-หน้าสุดท้ายของเรื่อง.

##### ตัวอย่าง

1. Vega KJ, Pina I, Krevsky B. Heart transplantation in associated with an increase risk for pancreaticobiliary disease. **Ann Intern Med** 1996; 124(11): 980-3.

1.2 กรณีมีผู้เขียนเกิน 6 คน ให้ใส่รายชื่อของผู้เขียน 6 คนแรก แล้วตามด้วย et al.

##### ตัวอย่าง

2. Parkin DM, Clayton D, Black RJ, Masuyer E, Friedl HP, Lvanov E, et al. Childhood leukemia in Europe after Chemobyl : 5 year follow up. **Br J Cancer** 1996: 1006-12.

## โปรดสังเกต

1. ชื่อของเรื่องจะใช้ตัวพิมพ์เล็กทั้งหมด ยกเว้นอักษรตัวแรกและชื่อเฉพาะ

2. ชื่อวารสารจะใช้เป็นชื่อย่อ โดยต้องเป็นไปตามที่กำหนดไว้ใน index Medicus ซึ่งจะหาได้ตามห้องสมุดใหญ่ทั่วไป เช่น ตามโรงเรียนแพทย์ หรือค้นดูจาก Internet เว็บไซต์ของ National Library of Medicine ที่ <http://www.nlm.nlm.nih.gov>. และไม่มีการใช้เครื่องหมายวรรคตอนกับชื่อย่อของวารสาร

3. ระหว่างชื่อย่อวารสารกับปีที่พิมพ์ ไม่มีเครื่องหมายวรรคตอนใดๆ คั่นอยู่

4. เครื่องหมายวรรคตอนที่ใช้แสดงประกอบด้วย

, ใช้คั่นระหว่างชื่อผู้เขียน

. ใช้หลังคำย่อชื่อผู้เขียน คนสุดท้าย หรือหลังคำว่า et al หลังชื่อเรื่องและท้ายสุดของประโยค

; คั่นระหว่างปี ค.ศ. ที่พิมพ์กับ volume ของหนังสือโดยไม่มีช่องว่างคั่นหน้าหรือหลังเครื่องหมาย

: ใช้คั่นระหว่าง volume กับเลขหน้าโดยไม่มีช่องว่างคั่นหน้าหรือหลังเครื่องหมาย

- ใช้คั่นระหว่างเลขหน้าแรกกับหน้าสุดท้ายของเรื่องที่น่ามาอ้างอิง และไม่มีช่องว่างคั่นหน้า หรือหลังเครื่องหมาย

5. ตัวเลขหน้า ใช้ตัวเต็มสำหรับหน้าแรก และตัวย่อสำหรับหน้าสุดท้าย เช่น 980-3 แทนที่จะเป็น 980-983 หรือเป็น 788-93 แทนที่จะเป็น 788-793

1.3 กรณีผู้เขียนเป็นหน่วยงาน

ตัวอย่าง

3. The Cardiac Society of Australia and New Zealand. Clinical exercise stress testing. Safety and performance guidelines. *Med J Aust* 1996; 164: 282-4.

1.4 กรณีที่ไม่มีชื่อผู้เขียน

ตัวอย่าง

4. Cancer in South Africa [editorial]. *S Africa Med J* 1994; 84: 15.

1.5 กรณีที่เป็นฉบับเสริม

ตัวอย่าง

5. Shen HM, Zhang QF. Risk assessment of nickel carcinogenicity and occupational lung cancer. *Environ Health Perspect* 1994; 102 Suppl 1: 257-82.

1.6 กรณีเอกสารอ้างอิงเป็นฉบับย่อย (issue) ที่มีฉบับเสริม (Supplement)

ตัวอย่าง

6. Payne DK, Sullivan MD, Massie MJ. Womens psychological reactions to breast cancer *Semin Oncol* 1996; 23(1 Suppl 2): 88-97.

1.7 กรณีเอกสารอ้างอิงที่เป็น volume ซึ่งแบ่งเป็นตอน ๆ

ตัวอย่าง

7. Oxben T, Nacitarhan S, Tuncer N. Plasma and urine sialic acid in non-insulin dependent diabetes mellitus. *Ann Clin Biochem* 1995;32(Pt 3): 303-6. (กรณีนี้ถ้าเป็นภาษาไทยก็คงใช้ในวงเล็บว่า (ตอนที่ 3))

1.8 กรณีเอกสารอ้างอิงเป็นฉบับย่อยซึ่งแบ่งเป็นตอน ๆ

ตัวอย่าง

8. Poole GH, Mills SM. One hundred consecutive cases of flap lacerations of the leg in aging patients. *N Z Med J* 1994;107 (986 Pt 1): 377-8.

1.9 กรณีเอกสารอ้างอิงเป็นฉบับย่อย แต่ไม่มี volume

#### ตัวอย่าง

9. Turan I, Wredmark T, Fellander-Tsai L. Arthroscopic ankle arthrodesis in rheumatoid arthritis. **Clin Orthop** 1995; (320): 110-4.

1.10 กรณีเอกสารอ้างอิงเป็นบทความในวารสารที่ไม่แบ่งย่อยเป็นทั้ง volume หรือ issue

#### ตัวอย่าง

10. Browell DA, Lennard TW. Immunologic status of the cancer patient and the effects of blood transfusion on antitumor responses. **Curr Opin Gren Surg** 1993.: 325-33.

1.11 กรณีเอกสารอ้างอิงที่มีเลขหน้าเป็นอักษรโรมัน

#### ตัวอย่าง

11. Fisher GA, Sikic BI. Drug resistance in clinical oncology and hematology. Introduction. **Hematol Oncol Clin North Am** 1995 Apr; 9(2): xi-xii.

1.12 กรณีเอกสารอ้างอิงเป็นคอลัมน์เฉพาะซึ่งไม่จัดเป็นนิพนธ์ต้นฉบับ อาจแสดงชนิดของเอกสาร ได้ตามความจำเป็นภายในเครื่องหมาย [ ] เช่น เป็นบทความบรรณาธิการ จดหมายหรือบทความคัดย่อ:

#### ตัวอย่าง

12. Enzensberger W, Fisher PA. Metronome in Parkinson's diseases [letter]. **Lancet** 1996; 347-1337.

#### ตัวอย่าง

13. Clement J, De Bock R. Hematological complications of hantavirus nephropathy (HVN) [abstract]. **Kidney Int** 1992, 42:1285.

## 2. เอกสารอ้างอิงที่เป็นหนังสือ

2.1 หนังสือที่มีผู้เขียนเป็นส่วนตัว

#### ตัวอย่าง

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

#### ตัวอย่าง

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

2.2 หนังสือที่มีผู้เขียนเป็นหน่วยงานและเป็นผู้พิมพ์

#### ตัวอย่าง

16. Institute of Medicine (US). **Looking at the future of the Medicaid program**. Washington: The Institute; 1992.

#### ตัวอย่าง

2.3 เอกสารอ้างอิงเป็นบทหนึ่งในหนังสือ

#### ตัวอย่าง

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

2.4 เอกสารอ้างอิงที่เป็นหนังสือประกอบการประชุม (Conference proceeding)

#### ตัวอย่าง

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

2.5 เอกสารสรุปผลการประชุม (Conference paper)

#### ตัวอย่าง

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

2.6 เอกสารอ้างอิงที่เป็นรายงานทางวิชาการ (Scientific or technical report)

2.6.1 เอกสารที่จัดพิมพ์โดยหน่วยงานที่จัดทำรายงาน

#### ตัวอย่าง

20. Smith P, Golladay K. **Payment for durable medical equipment billed during skills nursing facility stays**. Final report. Dallas (TX); Dept. of Health and Human Services (US), Office of Evaluation and Inspections; 1994 Oct. Report No: HHSIG-OE169200860.

2.6.2 เอกสารที่จัดพิมพ์โดยหน่วยงานที่จัดทำรายงาน

#### ตัวอย่าง

21. Field MJ, Tranquanda RE, Feasley JC, editors. **Health services research: work force and educational issues**. Washington: National Academy Press; 1995. Contract No.: AHCPR282942008. sponsored by the Agency for Health Care Policy and Research.

2.7 เอกสารอ้างอิงเป็นบทวิทยานิพนธ์

#### ตัวอย่าง

22. Kaplan SJ. **Post-hospital home health care: the elderly access and utilization** [dissertation]. St.Louis (MO): Washington Univ.; 1995.

3. เอกสารอ้างอิงในรูปแบบอื่น

3.1 เอกสารอ้างอิงเป็นบทความในหนังสือพิมพ์

#### ตัวอย่าง

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

3.2 เอกสารอ้างอิงสื่อโสตทัศน

#### ตัวอย่าง

24. **HIV + AIDS: the fact and the future** [videocassette]. St. Louis (MO): Mosby-year Book; 1995.

3.3 เอกสารอ้างอิงเป็นพจนานุกรมต่าง ๆ

#### ตัวอย่าง

25. Stedman's medical dictionary. 26<sup>th</sup> ed. Baltimore: Williams & Wilkins; 1995. Apraxia; p. 119–20.

4. เอกสารอ้างอิงที่ยังไม่มีการตีพิมพ์

4.1 เอกสารอ้างอิงเป็นหนังสือที่รอการตีพิมพ์

#### ตัวอย่าง

26. Leshner AI, Molecular mechanisms of cocaine addiction. *N Eng J Med*. In press 1996.

5. การอ้างอิงจากจากสื่อหรือวัสดุอิเล็กทรอนิกส์

5.1 วารสารในรูปแบบอิเล็กทรอนิกส์

รูปแบบพื้นฐาน

ชื่อผู้แต่ง. ชื่อเรื่อง. ชื่อวารสาร [ประเภทของวัสดุ] ปี เดือน [ปี เดือน วัน ที่อ้างอิง]; volume (issue): [จำนวน screens], ที่มา: address ของแหล่งสารสนเทศ

#### ตัวอย่าง

27. More SS. Factors in the emergence of infectious disease. *Emerg Infect Dis* [serial online] 1995 Jan–Mar [cited 1996 June 5]; 1(1):[24 screens]. Available from: URL: <http://www.cdc.gov/ncidod/EID/eid.htm>.

5.2 Monograph ในรูปแบบอิเล็กทรอนิกส์

#### ตัวอย่าง



28. CDI, clinical dermatology illustrated[monograph on CD-Rom]. Reeves JRT, Maibach HCMFA Multimedia Group, producers. 2<sup>nd</sup> ed. Version 2.0 San Diego: CMEA; 1995

### 5.3 สิ่งอ้างอิงที่เป็น Computer file

#### ตัวอย่าง

29. Hemodynamics ill: the ups and downs of hemodynamic [computer program]. Version 2.2 Orlando (FL): Computerized Educational Systems; 1993..

### 6. สิ่งอ้างอิงที่เป็นภาษาไทย

การเขียนแบบอ้างอิงเช่นเดียวกับต่างประเทศ ยกเว้นจะเริ่มที่ชื่อผู้เขียนและตามด้วยนามสกุล

#### ตัวอย่างภาษาไทย

.....Tension headache การปวดศีรษะเกิดจากความเครียด ปวดทั่ว ๆ ไป หน้าผาก ต้นคออาจปวดไปถึงหัวไหล่ และระหว่างสะบักสองข้าง ทั้งนี้เป็นเพราะกล้ามเนื้อหดเกร็ง<sup>1</sup>

1. สมพร บุชราทิจ. การรักษาโรคประสาทด้วยยา. วารสารผู้สูงอายุ 2548; 8(1): 7-11.

2. ยุคลธร สุภิมาธ. การดูแลเบาหวานที่เท้า. วารสารสภาการพยาบาล 2549; 21(2): 5-16.

3. สุภารัตน์ คงบุญ, ชมชื่น สมประเสริฐ, สายพิณ เกษมกิจวัฒนา. การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันแนวพลัดตกหกล้มในผู้ป่วยจิตเวชสูงอายุระหว่างรับการรักษาในโรงพยาบาล. วารสารสภาการพยาบาล 2549; 21-(2): 63-72

#### หมายเหตุ

- ผู้ที่จะส่งต้นฉบับลงในวารสารฯ จะต้องเป็นสมาชิกวารสารการปฏิบัติการพยาบาลและการผดุงครรภ์ไทย ด้วย

- การพิจารณาผลงานที่ส่งตีพิมพ์ในวารสารการปฏิบัติการพยาบาลและการผดุงครรภ์ไทย กองบรรณาธิการจะส่งผลงานให้ผู้ทรงคุณวุฒิซึ่งเป็นผู้เชี่ยวชาญในสาขานั้นเป็นผู้ประเมินผลงานก่อน

- กรณีที่ได้รับทุนสนับสนุนการทำวิจัยให้ระบุแหล่งให้ทุนสนับสนุนด้วย

- ส่งต้นฉบับ 2 ชุด ไปยังชื่อและที่อยู่ต่อไปนี้

บรรณาธิการวารสารการปฏิบัติการพยาบาลและการผดุงครรภ์ไทย  
สมาคมผู้ปฏิบัติการพยาบาลชั้นสูง (ประเทศไทย)  
อาคารนครินทร์ศรี กระทรวงสาธารณสุข  
ถนนติวานนท์  
อำเภอเมืองนนทบุรี จังหวัดนนทบุรี 11000  
ท่านสามารถส่งต้นฉบับได้ทาง email: apnsthai@gmail.com ได้อีกทางหนึ่งด้วย

ใบสมัครสมาชิก

วารสารการปฏิบัติการพยาบาลและการผดุงครรภ์ไทย

Thai Journal of Nursing and Midwifery Practice

ประเภท ( ) บุคคล (นางสาว/นาง/นาย) ..... นามสกุล ..... เลขที่สมาชิกสมาคม .....  
( ) หน่วยงาน/ บริษัท (ระบุ) .....  
ที่อยู่.....  
e-mail: ..... โทรศัพท์..... มือถือ.....

มีความประสงค์จะสมัครเป็นสมาชิกวารสารการปฏิบัติการพยาบาลและการผดุงครรภ์ไทย ดังนี้

กำหนดวารสารออกวารสาร (ปีละ 2 ฉบับ)

ฉบับที่ 1 ( ) มกราคม-มิถุนายน ฉบับที่ 2 ( ) กรกฎาคม-ธันวาคม

สมัครเป็นสมาชิก มีกำหนด ..... ปี เริ่มตั้งแต่ฉบับที่ .....ปี..... ถึงฉบับที่ .....ปี.....

ค่าสมาชิกสำหรับสมาชิกสมาคม APN /วิทยาลัยพยาบาลและผดุงครรภ์ชั้นสูงแห่งประเทศไทย

( ) 1 ปี 300 บาท ( ) 3 ปี 800 บาท ( ) 5 ปี 1,200 บาท

ค่าสมาชิกสำหรับผู้ไม่ใช่สมาชิกสมาคม APN /วิทยาลัยพยาบาลและผดุงครรภ์ชั้นสูงแห่งประเทศไทย

( ) 1 ปี 400 บาท ( ) 3 ปี 1,000 บาท ( ) 5 ปี 1,500 บาท

ข้าพเจ้าได้ส่งค่าสมาชิกจำนวน ..... บาท มาชำระพร้อมนี้แล้ว โดย

( ) เงินสด (เฉพาะที่ชำระเงินด้วยตนเองที่สภากาชาด)

( ) เงินสด โอนเงินเข้าบัญชีออมทรัพย์ ธนาคารกรุงไทย จำกัด (มหาชน)

ชื่อบัญชี สมาคมผู้ปฏิบัติการพยาบาลชั้นสูง (วารสาร) เลขที่ 142-019768-1

ขอให้ผู้รับผิดชอบจัดส่งวารสารให้ข้าพเจ้าตามที่อยู่ ที่บ้าน หรือ ที่ทำงาน (เลือกอย่างใดอย่างหนึ่ง) ดังนี้

ที่บ้าน

ชื่อ ..... นามสกุล .....

บ้านเลขที่ ..... หมู่ที่ ..... ถนน ..... ตำบล .....

อำเภอ ..... จังหวัด ..... รหัสไปรษณีย์ .....

ที่ทำงาน

ชื่อ ..... นามสกุล ..... หน่วยงาน .....

แผนก..... เลขที่..... หมู่ที่..... ถนน..... ตำบล .....

อำเภอ..... จังหวัด..... รหัสไปรษณีย์.....

ส่งใบสมัครวารสารด้วยตัวเอง หรือส่งทางไปรษณีย์ ที่ สมาคมผู้ปฏิบัติการพยาบาลชั้นสูง (ประเทศไทย) อาคารนครินทร์ศรี  
ในกระทรวงสาธารณสุข อำเภอเมือง จังหวัดนนทบุรี 11000 และสามารถ Download ใบสมัครสมาชิกวารสารและแบบชำระ  
เงินทางธนาคารได้ที่เว็บไซต์ [www.apnthai.org](http://www.apnthai.org) โทรศัพท์ 02-1495635 และโทรสาร 02-9510150

แบบเสนอบทความเพื่อตีพิมพ์ใน “วารสารการปฏิบัติการพยาบาลและการผดุงครรภ์ไทย”

ชื่อบทความ

ภาษาไทย: .....

ภาษาอังกฤษ: .....

ชื่อ-นามสกุลผู้เขียน

ภาษาไทย: .....

ภาษาอังกฤษ: .....

เลขที่บัตรประจำตัวประชาชน ..... โทรศัพท์มือถือ.....

ที่อยู่ .....

หน่วยงาน (สังกัด) (ถ้ามี) .....

วุฒิการศึกษา และวุฒิบัตร/หนังสืออนุมัติแสดงความรู้ความชำนาญเฉพาะทางสาขาต่าง ๆ

ตำแหน่งทางวิชาการ (ถ้ามี)

ตำแหน่งทางการบริหาร (ถ้ามี)

ตัวอย่าง

1) พย.ม. (การพยาบาลผู้ใหญ่), อพย.(การพยาบาลอายุรศาสตร์-ศัลยศาสตร์)

รองศาสตราจารย์ ประจำสาขาวิชาการพยาบาลอายุรศาสตร์-ศัลยศาสตร์ มหาวิทยาลัย.....

2) คม.(การบริหารการศึกษา), อพย. (การพยาบาลผู้สูงอายุ)

อาจารย์ ประจำสาขาวิชาการพยาบาลผู้สูงอายุ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี.....

3) MNS, อพย. (การพยาบาลเด็ก)

พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาล.....อำเภอ.....จังหวัด

4) Ph.D. (Nursing) อพย. (การพยาบาลอายุรศาสตร์-ศัลยศาสตร์)

รองศาสตราจารย์ ประจำสาขาวิชาการพยาบาลอายุรศาสตร์-ศัลยศาสตร์ มหาวิทยาลัย.....

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าบทความดังกล่าวไม่เคยตีพิมพ์ที่ใดมาก่อน และไม่อยู่ระหว่างการเสนอชื่อเพื่อ

พิจารณาตีพิมพ์ในวารสารอื่น

(ลงชื่อ).....

(.....)

วันที่...../เดือน...../พ.ศ. ....

