



# วารสารพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยคริสเตียน

## Journal of Nursing Science Christian University of Thailand

ปีที่ ๖ ฉบับที่ ๒ กรกฎาคม – ธันวาคม ๒๕๖๒ Vol. 6 No. 2 July - December 2019 ISSN 2408-0934

### บทความวิจัย

- † คุณภาพชีวิตของประชาชนในตำบลหนองแวง อำเภอวัฒนานคร จังหวัดสระแก้ว
- † ภาวะสุขภาพด้านร่างกาย จิตใจ และสังคมสู่การทำเกษตรปลอดภัย ของเกษตรกรชาวสวน จังหวัดนครปฐม

### บทความวิชาการ

- † บทบาทพยาบาลในการผ่าตัดลิ้นหัวใจไมทรัลผ่านกล้องวิดีโอทัศนในระยะผ่าตัด
- † Internationalization of Nursing Education: English-Medium Instruction by and for Non-native English Speakers
- † การพยาบาลระยะฉุกเฉินในผู้ป่วย Fascicular Ventricular Tachycardia : รายงานกรณีศึกษา

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยคริสเตียน  
College of Nursing Christian University of Thailand



**วารสารพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยคริสเตียน**  
Journal of Nursing Science Christian University of Thailand

ปีที่ ๖ ฉบับที่ ๒ กรกฎาคม - ธันวาคม ๒๕๖๒ Vol.6 No.2 July - December 2019 ISSN 2408-0934

**เจ้าของ :** มหาวิทยาลัยคริสเตียน

**กองบรรณาธิการ ที่ปรึกษา :**

ศาสตราจารย์ ดร. เพชรน้อย	สิงห์ช่างชัย
ศาสตราจารย์ ดร. อะเคื้อ	อุณหเลขกะ
รองศาสตราจารย์ ดร. พัชรามารณ์	อารีย์
รองศาสตราจารย์ ดร. พิมพ์สุรางค์	เดชะบุญเสริมศักดิ์
รองศาสตราจารย์ ดร. อุษาวดี	อัศดรวิเศษ
อาจารย์ ดร. เสาวนีย์	กานต์เดชารักษ์

**บรรณาธิการ :** ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ศากุล ช่างไม้

**กองบรรณาธิการ**

ศาสตราจารย์ ดร. บุญทิพย์	สิริรังศรี	มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช
ศาสตราจารย์ ดร. รุจา	ภูไพบูลย์	มหาวิทยาลัยมหิดล
ศาสตราจารย์ ดร. วิธมา	จีระแพทย์	จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
รองศาสตราจารย์ ดร. นงนุช	บุญยัง	มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์
รองศาสตราจารย์ ดร. วันเพ็ญ	ภิญโญภาสกุล	มหาวิทยาลัยมหิดล
รองศาสตราจารย์ ดร. สุรินทร	กัลมพากร	มหาวิทยาลัยมหิดล
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ทศพร	คำผลศิริ	มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ทศนีย์	รวีวรกุล	มหาวิทยาลัยมหิดล
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ชีรนันท์	วรรณศิริ	มหาวิทยาลัยคริสเตียน
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. เนตรชนก	ศรีหุ้มมา	มหาวิทยาลัยคริสเตียน
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. พันเอกหญิงนงพิมล	นิมิตรอานันท์	มหาวิทยาลัยคริสเตียน
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. พรทิพย์	มาลาธรรม	มหาวิทยาลัยมหิดล
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ศศิธร	รุจนเวช	มหาวิทยาลัยคริสเตียน
อาจารย์ ดร. ปุณยนุช	พิมพ์ใจใส	มหาวิทยาลัยคริสเตียน

## วัตถุประสงค์ (Aims)

1. เผยแพร่บทความวิจัยของ สาขาพยาบาลศาสตร์และสาขาอื่นที่เกี่ยวข้องกับการพยาบาล
2. เผยแพร่บทความวิชาการของ สาขาพยาบาลศาสตร์และสาขาอื่นที่เกี่ยวข้องกับการพยาบาล
3. เป็นแหล่งข้อมูลทางวิชาการด้านพยาบาลศาสตร์และด้านสุขภาพ

## ขอบเขต (Scope)

วารสารพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยคริสเตียน รับผิดชอบตีพิมพ์บทความวิจัย (Research article) และบทความวิชาการ (Academic article) ในสาขาพยาบาลศาสตร์และสาขาอื่นที่เกี่ยวข้องกับการพยาบาล บทความที่ส่งมาตีพิมพ์จะต้องไม่เคยตีพิมพ์เผยแพร่ในวารสารใดมาก่อน และไม่อยู่ระหว่างการพิจารณาตีพิมพ์ในวารสารอื่น บทความทุกเรื่องที่ได้ตีพิมพ์ในวารสารจะได้รับบทวิจารณ์จากบรรณาธิการ กองบรรณาธิการ และผ่านการประเมินคุณภาพโดยผู้ทรงคุณวุฒิ (Peer review) กระบวนการประเมินคุณภาพนี้ ทั้งผู้ทรงคุณวุฒิจะไม่ทราบว่าเป็นใคร และผู้แต่งจะไม่ทราบว่าใครเป็นผู้ประเมินบทความของตน แบบ Double - blinded peer review โดยผู้ทรงคุณวุฒิทั้งภายในและภายนอกสถาบันที่ตรงสาขาหรือเกี่ยวข้องกับสาขาวิชาไม่น้อยกว่า 2 ท่าน

## นโยบาย (Open access policy)

วารสารพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยคริสเตียน มีนโยบายในการเปิดให้ผู้อ่านวารสารทุกคนเข้าถึงบทความที่ตีพิมพ์เผยแพร่ได้ทันทีเมื่อวารสารแต่ละฉบับจัดทำเสร็จสมบูรณ์ เพื่อให้สาธารณชนได้ใช้ประโยชน์ และเป็นการเผยแพร่ความรู้ในวงกว้าง สืบค้นอ่านบทความวิจัยและบทความวิชาการฉบับเต็ม (Full text) ได้จากเว็บไซต์วารสารที่ [http://library.christian.ac.th/CUT\\_Nursejournal/main.php](http://library.christian.ac.th/CUT_Nursejournal/main.php)

## จริยธรรมในการตีพิมพ์และจัดทำวารสาร (Publication ethics)

### หน้าที่ของผู้เขียน

1. ผู้เขียนต้องรับรองว่าบทความที่ส่งมาตีพิมพ์เป็นผลงานของผู้เขียนและผู้เขียนร่วมตามที่ชื่อปรากฏที่ระบุไว้จริง
2. หากเป็นบทความวิจัยที่ได้รับทุนสนับสนุนการวิจัย ผู้เขียนต้องระบุแหล่งสนับสนุนการทำวิจัยไว้ในบทความ
3. บทความวิจัยที่เกี่ยวข้องกับมนุษย์หรือสัตว์ทดลอง ผู้เขียนต้องมีหลักฐานยืนยันว่าได้ผ่านการพิจารณาการรับรองจริยธรรมจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์หรือสัตว์ทดลองแล้ว
4. ผู้เขียนต้องรับรองความถูกต้องของเนื้อหาและรับผิดชอบความคิดเห็นหรือข้อสรุปในบทความที่ได้รับการตีพิมพ์

### หน้าที่ของบรรณาธิการ

1. บรรณาธิการและกองบรรณาธิการ ไม่มีส่วนได้ส่วนเสียกับผู้เขียนหรือผู้ประเมิน และไม่นำวารสารหรือบทความไปใช้ประโยชน์ในเชิงธุรกิจ
2. พิจารณาคัดเลือกบทความตีพิมพ์ในวารสาร รวมทั้งพิจารณาบทความที่ผ่านกระบวนการประเมินบทความแล้วโดยพิจารณาเนื้อหาของบทความที่สอดคล้องกับวัตถุประสงค์และขอบเขตของวารสาร
3. ต้องไม่เปิดเผยข้อมูลของผู้เขียนและผู้ทรงคุณวุฒิที่ประเมินบทความแก่บุคคลอื่นๆ ในทุกกรณี
4. รักษามาตรฐานของวารสาร และพัฒนาวารสารให้มีคุณภาพ และทันสมัยอยู่เสมอ

### หน้าที่ของผู้ประเมิน

1. พิจารณาคุณภาพของบทความโดยอาศัยความรู้ ความเชี่ยวชาญของตนเอง ภายใต้หลักการและเหตุผลทางวิชาการ โดยปราศจากอคติหรือความคิดเห็นส่วนตัว
2. ต้องไม่เปิดเผยข้อมูลของบทความที่ส่งตีพิมพ์หรือข้อมูลผู้เขียนแก่บุคคลอื่นใดที่ไม่เกี่ยวข้องในช่วงระยะเวลาประเมินบทความ
3. ต้องไม่มีส่วนได้ส่วนเสียหรือผลประโยชน์ทับซ้อนกับผู้เขียน

### กำหนดการออกวารสาร (Publication frequency)

วารสารพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยคริสเตียน กำหนดออกปีละ 2 ฉบับ ราย 6 เดือน

ฉบับที่ 1 เดือนมกราคม - มิถุนายน

ฉบับที่ 2 เดือนกรกฎาคม - ธันวาคม

**สถานที่ติดต่อ** : เลขานุการ คณะกรรมการจัดทำวารสารพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยคริสเตียน  
(นางธัญญรัตน์ หวานแท้)

144 หมู่ 7 ตำบลดอนยายหอม อำเภอเมืองนครปฐม จังหวัดนครปฐม 73000

**โทรศัพท์** : 034 - 388-555 ต่อ 3101 - 04 โทรสาร 034 - 274 - 500

**e-mail** : nursejournal@christian.ac.th

**Website** : [http://library.christian.ac.th/CUT\\_Nursejournal/main.php](http://library.christian.ac.th/CUT_Nursejournal/main.php)

**จัดรูปเล่ม** : ฝ่ายวิชาการ มหาวิทยาลัยคริสเตียน

**ออกแบบปก** : ฝ่ายสื่อสารองค์กรและการตลาด มหาวิทยาลัยคริสเตียน

**พิมพ์ที่** : บริษัท จามจรีโปรดักส์ จำกัด 26 ซอยพระราม 2 ที่ 83 ถนนพระราม 2 แขวงสามตำบล  
เขตบางขุนเทียน กรุงเทพฯ 10150  
โทรศัพท์ - โทรสาร 02 - 415 - 8320 - 1

**ผู้ทรงคุณวุฒิประเมินบทความทางวิชาการ  
(Peer Reviewer)**

1. ศาสตราจารย์ ดร. เพชรน้อย	สิงห์ช่างชัย	มหาวิทยาลัยคริสเตียน
2. รองศาสตราจารย์ ดร. กนิษฐา	จำรูญสวัสดิ์	มหาวิทยาลัยมหิดล
3. รองศาสตราจารย์ ดร. กัญญดา	ประจุกิลป์	จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
4. รองศาสตราจารย์ ดร. จินตนา	อาจสันเทียะ	วิทยาลัยเซนต์หลุยส์
5. รองศาสตราจารย์ ดร. บำเพ็ญจิต	แสงชาติ	มหาวิทยาลัยขอนแก่น
6. รองศาสตราจารย์ ดร. ผ่องศรี	ศรีมรกต	มหาวิทยาลัยมหิดล
7. รองศาสตราจารย์ สุรีย์พร	กฤษเจริญ	มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์
8. รองศาสตราจารย์ ดร. แสงทอง	ธีระทองคำ	มหาวิทยาลัยมหิดล
9. รองศาสตราจารย์ ดร. อาภาพร	เผ่าวัฒนา	มหาวิทยาลัยมหิดล
10. รองศาสตราจารย์ ดร. อารี	ชีวเกษมสุข	มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช
11. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. จันทวรรณ	เจริญสันติ	มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
12. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. นงคราญ	วิเศษกุล	มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
13. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. นฤมล	ปทุมรักษ์	มหาวิทยาลัยคริสเตียน
14. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ปรัชญานันท์	เที่ยงจรรยา	มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์
15. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. รัชนี	นามจันทรา	มหาวิทยาลัยรังสิต
16. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ศรีมณา	นิยมคำ	มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
17. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. อูมาพร	บุญญโสพรรณ	มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์
18. อาจารย์ ดร. กิตติพร	เนาว์สุวรรณ	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสงขลา
19. อาจารย์ ดร. ปราโมทย์	ทองสุข	มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

## บทบรรณาธิการ

วารสารพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยคริสเตียน ปีที่ 6 ฉบับที่ 2 มีเนื้อหาสาระทางวิชาการด้านสุขภาพ และการพยาบาล ทั้งงานวิจัยเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตของประชาชน และภาวะสุขภาพด้านร่างกาย จิตใจและสังคม การทำเกษตรปลอดภัย รวมถึงบทความวิชาการเรื่อง การผ่าตัดลิ้นหัวใจไม่ท้อ การใช้ภาษาอังกฤษเพื่อการศึกษากายการพยาบาล และการพยาบาลในระยะฉุกเฉิน โดยบทความวิจัยและบทความวิชาการเหล่านี้ ผู้อ่านสามารถนำไปใช้ประโยชน์ในวิชาชีพการพยาบาล ทั้งด้านการศึกษา การจัดการเรียนการสอนและการดูแลสุขภาพได้

สำหรับวารสารฉบับนี้ เป็นฉบับสุดท้ายของ พ.ศ. 2562 ได้มีปรับปรุงข้อมูลของ กองบรรณาธิการที่ปรึกษา กองบรรณาธิการ วัตถุประสงค์ (Aims) ขอบเขต (Scope) นโยบาย (Open access policy) จริยธรรม ในการตีพิมพ์และการจัดทำวารสาร (Publication ethics) การปรับปรุงข้อมูลดังกล่าวทางกองบรรณาธิการ ให้ความสำคัญยิ่ง เพื่อพัฒนาคุณภาพวารสารวิชาการให้ได้รับการยอมรับมากขึ้นตามเกณฑ์การประเมินคุณภาพวารสารของศูนย์ดัชนีการอ้างอิงวารสารไทย

ท้ายนี้ กองบรรณาธิการ ขอขอบพระคุณผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่าน ที่ได้กรุณาประเมินคุณภาพของบทความวิจัย และบทความวิชาการ ก่อนการตีพิมพ์ทุกฉบับและขอขอบคุณผู้เขียนบทความ ที่ส่งบทความมาตีพิมพ์เผยแพร่ ด้วยดีตลอดมา ผู้เขียนที่สนใจจะส่งบทความตีพิมพ์ในวารสารพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยคริสเตียนสามารถศึกษา คำแนะนำได้จากเว็บไซต์ [http://library.christian.ac.th /CUT\\_Nursejournal/main.php](http://library.christian.ac.th /CUT_Nursejournal/main.php)

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ศากุล ช่างไม้  
บรรณาธิการ

## สารบัญ

---

### บทบรรณาธิการ

#### Editor's Message

---

### บทความวิจัย

---

- ◇ คุณภาพชีวิตของประชาชนในตำบลหนองแวง อำเภอวัฒนานคร จังหวัดสระแก้ว      เสาวพงษ์ ยมาพัฒน์      68  
Saowapong Yamaphat
- Quality of Life of People in Nongwang Sub-district, WattananaKhon District, Sakaeo Province
- 
- ◇ ภาวะสุขภาพด้านร่างกาย จิตใจ และสังคมสู่การทำเกษตรปลอดภัย ของเกษตรกรชาวนวน จังหวัดนครปฐม      ชีรนนท์ วรรณศิริ      84  
Theranun Wannasiri
- Physical, Mental and Social Health Status for Good Agricultural Practice of Farmers: A Condition of Agriculturist in Nakhon Pathom Province
- 

### บทความวิชาการ

---

- ◇ บทบาทพยาบาลในการผ่าตัดลิ้นหัวใจไมทรัลผ่านกล้องวิดีโอทัศนในระยษผ่าตัด      กมลทิพย์ สกุลกันบัณฑิต      95  
Kamonthip Skulgunbundit
- Role of Perioperative Nurse in Minimally Invasive Mitral Valve Surgery (MIMVS)
- 
- ◇ Internationalization of Nursing Education: English-Medium Instruction by and for Non-native English Speakers      Vincent Isilen Gattud      113
- ความเป็นสากลของการศึกษาทางการพยาบาล: การใช้ภาษาอังกฤษเป็นสื่อการสอนโดยผู้สอนและผู้เรียนไม่ได้เป็นเจ้าของภาษา
- 
- ◇ การพยาบาลระยะฉุกเฉินในผู้ป่วย Fascicular Ventricular tachycardia: รายงานกรณีศึกษา      พรทิพย์ จอกระจาย      124  
Porntip Jokkrajai
- Emergency Nursing Care of Fascicular Ventricular Tachycardia: Case Study Report
-

## คุณภาพชีวิตของประชาชนในตำบลหนองแวง อำเภอวัฒนานคร จังหวัดสระแก้ว

เสาวพงษ์ ยมาพัฒน์\* สุปราณี แดงวงษ์\*\* ธนัชมนต์ เมตตารยศิริ\*\*\* พิมพ์ตะวัน จันทัน\*\*\*\*  
 วิทยุคุณ อยู่โนศิลา\*\*\*\*\* จิตรา ดุษฎีเมธา\*\*\*\*\*

### บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงพรรณานี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาคุณภาพชีวิตของประชาชน และเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตของประชาชนในตำบลหนองแวง อำเภอวัฒนานคร จังหวัดสระแก้ว จำแนกตามปัจจัยส่วนบุคคล กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา คือ ประชาชนที่มีอายุ 15 ปีขึ้นไป จำนวน 282 คน ใช้การสุ่มอย่างง่าย เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูลคือ แบบสอบถามคุณภาพชีวิต นำมาหาค่าความเชื่อมั่นทางสถิติด้วยสูตรคำนวณสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha Coefficient) ได้ค่าความเชื่อมั่น 0.88 สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูลคือ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน การทดสอบที และการวิเคราะห์ความแปรปรวนทางเดียว

ผลการวิจัย พบว่า คุณภาพชีวิตโดยรวมของประชาชนในตำบลหนองแวง อำเภอวัฒนานคร จังหวัดสระแก้ว อยู่ในระดับดี ปัจจัยส่วนบุคคลด้านอายุ อาชีพ และโรคประจำตัวแตกต่างกันมีคุณภาพชีวิตแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ส่วนเพศ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา และรายได้ที่แตกต่างกันมีคุณภาพชีวิตไม่แตกต่างกัน

**คำสำคัญ :** คุณภาพชีวิต, สุขภาพ

Journal of Nursing Science Christian University of Thailand. 2019; 6(2), 68-83

\*อาจารย์ประจำ คณะบริหารธุรกิจและรัฐประศาสนศาสตร์ มหาวิทยาลัยเนชั่น

\*\*ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยคริสเตียน

\*\*\*นักวิชาการอิสระ

\*\*\*\*อาจารย์ประจำ คณะสังคมศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

\*\*\*\*\*อาจารย์ประจำ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

Corresponding author, e-mail: saowapongy@gmail.com, Tel.081-6499617

วันที่รับบทความ: 17 ตุลาคม 2562, วันที่แก้ไขบทความเสร็จ: 17 ธันวาคม 2562,

วันที่ตอบรับบทความ: 13 มกราคม 2563

---

## Quality of Life of People in Nongwang Sub-district, WattanaKhon District, Sakaeo Province

Saowapong Yamaphat\*, Supranee Tangwong\*\*, Thanatchamon Mettarayasiri\*\*\*, Pimtawan Jantan\*\*\*\*, Wiyawut Yoonisil\*\*\*\*\*, Jitra Dussadeematha\*\*\*\*\*

### Abstract

The objectives of this research were to study people's quality of life and compare the quality of life of the people in Nongwang Sub-district, Wattananakhon District, Sakaeo Province, according to personal factors. Two hundred and eighty-two people, who were 15 years old and over, were randomly selected by simple random sampling method. The questionnaire were used quality of life, the Cronbach's alpha reliability coefficient was 0.88. The statistics were percentages, mean, standard deviation. The hypotheses were tested by t-test and One-way Analysis of Variance.

The results revealed that the quality of life of people in Nongwang Sub-district, Wattananakhon District, Sakaeo Province was generally good. When each aspect of the quality of life was individually investigated, all aspects were also considered good. The priority was environment and relationship with other people aspects, activity aspects, self-reliance aspects, the fourth and the fifth rank have the same average score, namely economic aspects, and health aspects. The comparisons of the people's quality of life in Nongwang Sub-district, Wattananakhon District, Sakaeo Province, according to personal factors, showed that people of different age, career, and chronic sickness had different quality of life at the statistically significant levels of .01. However, the people who had different sex, marital status, educational level, and income had no different quality of life.

**Keywords:** Quality of Life, Health

Journal of Nursing Science Christian University of Thailand. 2019; 6(2), 68-83

---

\* Instructor, Faculty of Business and Public Administration, Nation University

\*\*Asst.Prof., College of Nursing, Christian University of Thailand

\*\*\*Independent scholar

\*\*\*\* Instructor, Faculty of Social Sciences, Srinakharinwirot University

\*\*\*\*\*Instructor, Graduate School, Srinakharinwirot University

Corresponding author, e-mail: (saowapongy@gmail.com) Tel. 081-6499617

Received: 17 October 2019, Revised: 17 December 2019, Accepted: 13 January 2020

### ความสำคัญของปัญหาการวิจัย

การพัฒนาคุณภาพชีวิตมีความสำคัญเป็นอย่างมาก เพื่อให้สามารถพัฒนาตนเองและสังคมไปสู่เป้าหมายที่พึงปรารถนา ทั้งในส่วนบุคคล ครอบครัว จึงต้องมีการพัฒนาในด้านการศึกษา เพื่อให้มีแนวคิดเจตคติที่ดี รู้จักการบริหารตนเอง การเอื้ออาทรต่อบุคคลอื่น มีความคิดสร้างสรรค์ มีทัศนคติที่รับผิดชอบต่อสังคม มีอาชีพและรายได้ที่พอเพียงต่อการดำรงชีวิต มีคุณธรรม ศีลธรรม ถ้าหากปฏิบัติได้เช่นนี้เท่ากับเป็นการยกระดับทั้งตนเองและสังคม ทำให้มีคุณค่า มีความเจริญงอกงาม ปัญหาต่างๆ ในสังคมลดน้อยลง เช่น ปัญหาครอบครัว ปัญหาอาชญากรรม ปัญหามลภาวะเป็นพิษ เป็นต้น ประเทศต่างๆ จึงพยายามอย่างเต็มที่ในการพัฒนาและปรับปรุงคุณภาพชีวิตของประชาชนให้มีคุณภาพชีวิตที่สูงขึ้น เพื่อช่วยให้สมาชิกทุกคนในสังคมกินดีอยู่ดี มีความสุขสมบูรณ์ ประโยชน์ของการพัฒนาคุณภาพชีวิต มีดังนี้ 1) ช่วยทำให้บุคคลสามารถดำเนินชีวิตอยู่ในสังคมโดยมีแนวทาง ในการดำรงชีวิตที่ดีขึ้น ซึ่งส่งผลให้สังคมมีความสงบสุขไปด้วย 2) กระตุ้นให้บุคคลและสังคมเกิดความกระตือรือร้นคิดที่จะปรับปรุงตนเอง สังคม และสิ่งแวดล้อมให้ดีขึ้นอยู่เสมอ 3) การพัฒนาคุณภาพชีวิตทำให้บุคคลรู้จักใช้ปัญญา มีเหตุผล มีคุณธรรม จริยธรรม หลักการบริหาร เพื่อมาแก้ไข ปัญหาต่างๆ ที่เกิดขึ้นกับตนเองและสังคม 4) ทำให้บุคคลและสังคมอยู่ร่วมกันด้วยความสมานฉันท์ ช่วยลดปัญหาความขัดแย้ง และปัญหาสังคม 5) ทำให้บุคคลและสังคมที่มีความรู้ความเข้าใจอยู่ร่วมกันอย่างสันติสุข เกิดความร่วมมือ ร่วมใจ ในการส่งเสริมศิลปวัฒนธรรม ประเพณี และค่านิยมที่ดีงามให้เกิดขึ้นในสังคม ดังจะเห็นได้ว่าหากคนมีคุณภาพชีวิตที่ดี ได้รับการส่งเสริมสนับสนุนให้มีคุณภาพที่ดี ย่อมนำไปสู่การพัฒนาประเทศชาติให้เจริญก้าวหน้าต่อไปได้ (สำราญ จุช่วย สลักจิตกร หิรัญสลั และสุนทรีย์ สองเมือง, 2556)

ประเทศไทยเป็นประเทศกำลังพัฒนาที่ต้องอาศัยทรัพยากรมนุษย์เป็นแรงขับเคลื่อนในการพัฒนาประเทศ การพัฒนาประเทศจำเป็นต้องทำการศึกษาคุณภาพชีวิตของประชาชน เพื่อนำไปสู่การวางนโยบาย

ให้สอดคล้องกับปัญหาและวัตถุประสงค์ โดยแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 12 (พ.ศ. 2560 - 2564) ยึด "คนเป็นศูนย์กลางการพัฒนา" มุ่งสร้างคุณภาพชีวิตและสุขภาวะที่ดีสำหรับคนไทยพัฒนาคนให้มีความเป็นคนที่สมบูรณ์มีวินัย ใฝ่รู้ มีความรู้ มีทักษะ มีจริยธรรมและคุณธรรม พัฒนาคนทุกช่วงวัยและเตรียมความพร้อมเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุอย่างมีคุณภาพ รวมถึงการสร้างคนให้ใช้ประโยชน์และอยู่กับสิ่งแวดล้อมอย่างเกื้อกูล อนุรักษ์ฟื้นฟู ใช้ประโยชน์ทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อมอย่างเหมาะสม (สุภารัตน์ สุดสมบูรณ์, 2557) ในขณะเดียวกันประเทศไทยก็มีความเสี่ยงจากการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากรที่จะส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิต ศักยภาพทางเศรษฐกิจ และสภาพทางสังคมในด้านต่างๆ โครงสร้างประชากรไทยได้เปลี่ยนแปลงเข้าสู่สังคมสูงวัยมากขึ้นตามลำดับและจะเข้าสู่สังคมสูงวัยอย่างสมบูรณ์เมื่อสิ้นสุดแผนพัฒนาฉบับที่ 12 โดยที่สัดส่วนผู้สูงอายุจะเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 19.80 ของจำนวนประชากรทั้งหมด ในขณะที่จำนวนประชากรวัยแรงงานได้เริ่มลดลงมาตั้งแต่ปี 2558 เป็นต้นมา ส่งผลให้เกิดการขาดแคลนแรงงานในภาวะที่ผลิตภาพแรงงานไทยยังต่ำ เนื่องจากปัญหาคุณภาพแรงงาน ความล่าช้าในการพัฒนาเทคโนโลยี และปัญหาการบริหารจัดการจึงเป็นข้อจำกัดในการเพิ่มขีดความสามารถในการแข่งขันและศักยภาพการเจริญเติบโตทางเศรษฐกิจของประเทศ รวมทั้งการสร้างรายได้และการยกระดับคุณภาพชีวิตของประชาชนด้วย และเมื่อประกอบกับคุณภาพคนที่ยังต่ำในทุกช่วงวัยที่จะส่งผลกระทบต่อเนื่องกันก็จะยิ่งเป็นอุปสรรคสำหรับการพัฒนาประเทศ ตั้งแต่พัฒนาการไม่สมวัยในเด็กปฐมวัย ผลลัพธ์ทางการศึกษาของเด็กวัยเรียนค่อนข้างต่ำ การพัฒนาความรู้และทักษะของแรงงานไม่ตรงกับตลาดงาน ขณะที่ผู้สูงอายุมีปัญหาสุขภาพและมีแนวโน้มอยู่คนเดียวสูงขึ้น รวมทั้งการเลื่อนไหลของวัฒนธรรมต่างชาติที่เข้ามาในประเทศไทยผ่านสังคมยุคดิจิทัลโดยที่คนไทยจำนวนไม่น้อยยังไม่สามารถคัดกรองและเลือกรับ

วัฒนธรรมได้อย่างเหมาะสม ส่งผลต่อวิกฤตการณ์ ยาม ทัศนคติและพฤติกรรมในการดำเนินชีวิต (ประสงค์ ชาญช่าง, 2554) การพัฒนาคุณภาพชีวิตให้เข้มแข็งนั้น จำเป็นต้องอาศัยการร่วมมือกันในทุกฝ่ายทั้งภาครัฐ เอกชน และคนในชุมชนในการให้คนในชุมชนได้มีส่วนร่วม ในการพัฒนาคุณภาพชีวิตร่วมกัน เพื่อให้คนใน ชุมชนได้เกิดความรักในท้องถิ่น เข้าใจถึงปัญหาและ ความต้องการ เพื่อนำไปสู่การแก้ไขปัญหาและการตอบ สอนองความต้องการที่แท้จริงของชุมชน

ตำบลหนองแวงขึ้นอยู่กัเขตการปกครอง ของตำบลโคกสูง อำเภอตาพระยา จังหวัดปราจีนบุรี และเมื่อ พ.ศ. 2518 แยกจากตำบลโคกสูง เป็นตำบล หนองแวง เหตุที่ใช้ชื่อหนองแวงเป็นชื่อตำบลเพราะบ้าน หนองแวงเป็นชุมชนเก่าดั้งเดิม และหมู่บ้านมีหนองน้ำ ขนาดใหญ่ และมีต้นกกซึ่งคนท้องถิ่น เรียกว่า "ต้นแวง" อยู่มากจึงเรียกว่าหนองแวงจนถึงปัจจุบัน ตำบลหนองแวง มีเนื้อที่ประมาณ 76.96.35 ตารางกิโลเมตร หรือประมาณ 48,100 ไร่ สภาพพื้นที่ตำบลหนองแวง พื้นที่เป็นที่ราบสูง ลาดไปทางทิศตะวันออกไปสู่ประเทศกัมพูชา สภาพดิน ส่วนใหญ่เป็นดินร่วนปนทราย โดยทิศเหนือ มีอาณาเขต ติดกับตำบลตาพระยา อำเภอตาพระยา จังหวัดสระแก้ว ทิศใต้ มีอาณาเขตติดกับตำบลโคกสูง อำเภอโคกสูง จังหวัดสระแก้ว ทิศตะวันออก มีอาณาเขตติดกับ ประเทศกัมพูชา ทิศตะวันตก มีอาณาเขตติดกับตำบล หนองม่วง อำเภอโคกสูง จังหวัดสระแก้ว ตำบลหนองแวง มีโรงเรียนระดับประถมศึกษา จำนวน 3 แห่งที่อ่าน หนังสือพิมพ์ประจำหมู่บ้าน 2 แห่ง ศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก 1 แห่ง วัด 5 แห่ง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล 3 แห่ง ประชากรส่วนใหญ่ในตำบลหนองแวง ประกอบ อาชีพทางเกษตร คือ ทำนา ทำสวนผลไม้ เลี้ยงสัตว์ และรับจ้างทั่วไป ในปี พ.ศ. 2549 องค์การบริหารส่วน ตำบลหนองแวงได้กำหนดวิสัยทัศน์ "เป็นตำบลน่าอยู่ มุ่ง สู่เกษตรผสมผสาน การศึกษาดี มีคุณธรรม นำพัฒนา ยั่งยืน" และได้มีโครงการพัฒนาคุณภาพชีวิตต่างๆ เกิดขึ้น เช่น 1) โครงการรณรงค์การสร้างจิตสำนึกในการทิ้งขยะ 2) โครงการจิตอาสาพัฒนาวัดในตำบลหนองแวง

3) โครงการเยาวชนรุ่นใหม่ห่างไกลยาเสพติด 4) โครงการ รณรงค์และป้องกันโรคไข้เลือดออก 5) มีกลุ่มจิตอาสา "ทำเพื่อน้อง" 6) โครงการอำเภอยิ้ม..เคลื่อนที่ เพื่อให้ ความรู้ ให้คำปรึกษา ตลอดจนหาแนวทางในการแก้ไข ปัญหาของประชาชนในเขตพื้นที่ 7) การแข่งขันกีฬา ด้านยาเสพติด หนองแวงคัพ 8) โครงการส่งเสริมการ มีส่วนร่วมของประชาชนกิจกรรมจิตอาสา "เราทำดีด้วย หัวใจ" 9) โครงการส่งเสริมและสนับสนุนกิจกรรมฝึก อาชีพและพัฒนาอาชีพ 10) โครงการอนุรักษ์ศิลป วัฒนธรรมท้องถิ่นจังหวัดสระแก้ว 11) โครงการประชุม เชิงปฏิบัติการเพื่อขับเคลื่อนการบริหารการจัดการขยะ มูลฝอย 12) โครงการกำจัดผักตบชวาและกำจัดวัชพืช ในคูคลองห้วยพรมโหด โดยใช้ ชีวภัณฑ์ย่อยสลาย วัชพืช สูตรเผาไหม้ ฉีดไล่วัชพืชทำให้เหี่ยวเฉาและให้ ย่อยสลายไปเอง 13) โครงการปลูกไม้ผลยืนต้น ไม้ บริโภคภายในครัวเรือน เป็นต้น (องค์การบริหารส่วน ตำบลหนองแวง, 2562) หลังจากที่ได้รับ การสนับสนุน ส่งเสริมจากองค์การบริหารส่วนตำบลหนองแวงในการ ดำเนินโครงการพัฒนาคุณภาพชีวิตในด้านต่างๆ มาเป็น ระยะเวลา 12 ปี การดำเนินโครงการพัฒนาคุณภาพ ชีวิตจะส่งผลต่อระดับคุณภาพชีวิตของคนในชุมชน มากน้อยเพียงใด คณะผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษา คุณภาพชีวิตของประชาชนที่อาศัยอยู่ในตำบลหนองแวง อำเภอวัฒนานคร จังหวัดสระแก้ว เพื่อเป็นแนวทางการ พัฒนาคุณภาพชีวิต หรือเสริมแนวทางการพัฒนา คุณภาพชีวิตให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้นต่อไป

### วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาคุณภาพชีวิตของประชาชนใน ตำบลหนองแวง อำเภอวัฒนานคร จังหวัดสระแก้ว
2. เพื่อเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตของประชาชน ในตำบลหนองแวง อำเภอวัฒนานคร จังหวัดสระแก้ว จำแนกตามปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ และ โรคประจำตัว

### นิยามศัพท์เฉพาะ

1. **คุณภาพชีวิต** หมายถึง ความพึงพอใจในการดำเนินชีวิตและการมีความสุขในชีวิตของประชาชนที่อาศัยอยู่ในตำบลหนองแวง อำเภอวัฒนานคร จังหวัดสระแก้ว ประกอบด้วยองค์ประกอบที่สำคัญ 5 ด้าน คือ ด้านสภาพเศรษฐกิจ ด้านสุขภาพ ด้านสภาพแวดล้อม และการมีสัมพันธภาพกับบุคคลอื่น ด้านการพึ่งพาตนเอง และด้านการทำกิจกรรม

1.1 **ด้านสภาพเศรษฐกิจ** หมายถึง ความรู้สึกพึงพอใจที่ประชาชนที่อาศัยอยู่ในตำบลหนองแวง อำเภอวัฒนานคร จังหวัดสระแก้ว รับรู้และประเมินด้วยตนเองต่อรายได้สำหรับซื้ออาหาร ซื้อเครื่องนุ่งห่ม ค่ารักษาพยาบาล ค่าใช้จ่ายภายในบ้าน ช่วยเหลือผู้อื่นที่เดือดร้อน

1.2 **ด้านสุขภาพ** หมายถึง ความรู้สึกพึงพอใจที่ประชาชนที่อาศัยอยู่ในตำบลหนองแวง อำเภอวัฒนานคร จังหวัดสระแก้ว รับรู้และประเมินด้วยตนเองต่อสมรรถนะในการทำหน้าที่ของอวัยวะต่างๆ ได้แก่ สายตา หู การรับประทานอาหาร การขับถ่ายอุจจาระปัสสาวะ การหายใจ ระบบประสาท การนอนหลับ การควบคุมอารมณ์ และสามารถเคลื่อนไหวร่างกายได้ปกติ

1.3 **สภาพแวดล้อมและการมีสัมพันธภาพกับบุคคลอื่น** หมายถึง ความรู้สึกพึงพอใจที่ประชาชนที่อาศัยอยู่ในตำบลหนองแวง อำเภอวัฒนานคร จังหวัดสระแก้ว รับรู้และประเมินด้วยตนเองต่อการมีน้ำดื่มที่สะอาด แสงสว่างเพียงพอ ห้องน้ำที่เหมาะสม ชุมชนมีสภาพแวดล้อมที่ดี การคมนาคมสะดวก ปลอดภัย สถานพยาบาลเพียงพอ สัมพันธภาพในครอบครัว และการเป็นที่พึ่งให้กับคนในครอบครัว

1.4 **การพึ่งพาตนเอง** หมายถึง ความรู้สึกพึงพอใจที่ประชาชนที่อาศัยอยู่ในตำบลหนองแวง อำเภอวัฒนานคร จังหวัดสระแก้ว รับรู้และประเมินด้วยตนเองต่อการดำเนินชีวิต ได้แก่ มีที่ดินทำกินเป็นของตนเอง สามารถแก้ไขปัญหาด้วยตนเอง สามารถทำงานบ้านเล็กๆ น้อยๆ ได้ สามารถดูแลตนเองและไม่เป็นภาระแก่ครอบครัวและผู้อื่น

1.5 **การทำกิจกรรม** หมายถึง ความรู้สึกพึงพอใจที่ประชาชนที่อาศัยอยู่ในตำบลหนองแวง อำเภอวัฒนานคร จังหวัดสระแก้ว รับรู้และประเมินด้วยตนเองต่อการทำกิจกรรมต่างๆ มีโอกาสพบปะ พูดคุยกับญาติพี่น้องในเทศกาลต่างๆ การออกกำลังกาย การเข้าร่วมกิจกรรมของชุมชน เช่น งานบวช งานแต่งงาน งานศพ

2. **เพศ** หมายถึง ลักษณะในเชิงสังคมและจิตวิทยาสังคมที่ใช้เป็นพื้นฐานในการแบ่งแยกกลุ่มมนุษย์ว่าเป็นหญิงหรือเป็นชาย

3. **อายุ** หมายถึง เวลาที่ดำรงชีวิตอยู่ เป็นช่วงเวลานับตั้งแต่เกิดหรือมีมาจนถึงเวลาที่กล่าวถึง โดยนับเป็นจำนวนปี และหากอายุเกิน 6 เดือนให้นับเป็น 1 ปี

4. **สถานภาพสมรส** หมายถึง ความผูกพันระหว่างชายกับหญิงในการเป็นสามีภรรยา แบ่งเป็น โสด สมรสหม้าย/หย่า/แยกกันอยู่

5. **ระดับการศึกษา** หมายถึง การศึกษาที่ประชาชนที่อาศัยอยู่ในตำบลหนองแวง อำเภอวัฒนานคร จังหวัดสระแก้วได้รับ แบ่งเป็นไม่ได้เรียนหนังสือ ประถมศึกษามัธยมศึกษาตอนต้น มัธยมศึกษาตอนต้นปลาย/ปวช.อนุปริญญา/ปวส.ปริญญาตรี และสูงกว่าปริญญาตรี

6. **อาชีพ** หมายถึง การทำงานซึ่งมีผลตอบแทนออกมาในรูปของรายได้เพื่อบุคคลนำไปดำรงชีพทั้งของตนเองและครอบครัวแบ่งเป็นไม่ได้ประกอบอาชีพ รับจ้างเกษตรกรรม ค้าขายรับราชการ/รัฐวิสาหกิจ และเจ้าของกิจการ

7. **รายได้** หมายถึง ผลตอบแทนที่ได้รับเป็นจำนวนเงินจากการประกอบอาชีพ

8. **โรคประจำตัว** หมายถึง โรคที่ผู้สูงอายุ ระบุว่าตนเองเป็นอยู่และต้องได้รับการดูแลรักษาสุขภาพที่แตกต่างไปจากภาวะสุขภาพปกติ

### สมมติฐานการวิจัย

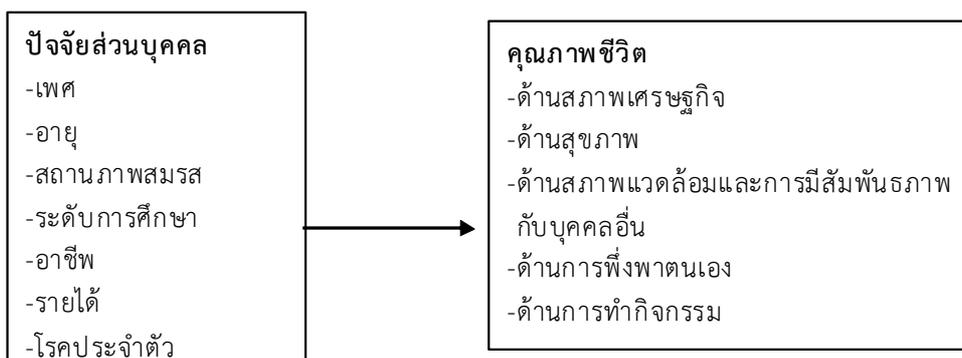
ประชาชนในตำบลหนองแวง อำเภอวัฒนานคร จังหวัดสระแก้วที่มีปัจจัยส่วนบุคคลต่างกัน มีคุณภาพชีวิตแตกต่างกัน

### กรอบแนวคิดการวิจัย

จากการศึกษาค้นคว้าวรรณกรรมต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิตเพื่อใช้เป็นแนวทางในการเก็บรวบรวมข้อมูล ให้เป็นไปตามวัตถุประสงค์ของการวิจัย ผู้วิจัยพบว่าแนวคิดคุณภาพชีวิตของเบอร์กฮอร์นและคณะ (Berghorn, et al., 1981) สามารถนำมาประยุกต์ใช้วัดคุณภาพชีวิตของประชาชนในตำบลหนองแวง อำเภอวัฒนานคร จังหวัดสระแก้ว เพราะสอดคล้องกับบริบทและวัฒนธรรมของสังคมไทยกล่าวคือคุณภาพชีวิต หมายถึง ความพึงพอใจในการดำเนินชีวิตและมีความสุขในชีวิตของแต่ละบุคคล ประกอบด้วยองค์ประกอบที่สำคัญ 5 ด้าน คือ 1) ด้านสภาพเศรษฐกิจ หมายถึง ความรู้สึกพึงพอใจต่อรายได้สำหรับซื้ออาหาร ซื้อเครื่องนุ่งห่ม ค่ารักษาพยาบาล ค่าใช้จ่ายภายในบ้าน ช่วยเหลือผู้อื่นที่เดือดร้อน 2) ด้านสุขภาพ หมายถึง ความรู้สึกพึงพอใจต่อสมรรถนะในการทำหน้าที่ของอวัยวะต่างๆ ได้แก่ สายตา หู การรับประทานอาหาร การขับถ่าย อุจจาระ ปัสสาวะ การหายใจ ระบบประสาท การนอนหลับ การควบคุมอารมณ์ และสามารถเคลื่อนไหวร่างกายได้ปกติ 3) ด้านสภาพแวดล้อมและการมีสัมพันธภาพ

กับบุคคลอื่น หมายถึง ความรู้สึกพึงพอใจต่อการมีน้ำดื่มที่สะอาด แสงสว่างเพียงพอ ห้องน้ำที่เหมาะสม ชุมชนมีสภาพแวดล้อมที่ดี การคมนาคมสะดวกปลอดภัย สถานพยาบาลเพียงพอ สัมพันธภาพในครอบครัว และการเป็นที่พึ่งให้กับคนในครอบครัว 4) ด้านการพึ่งพาตนเอง หมายถึง ความรู้สึกพึงพอใจต่อการดำเนินชีวิตได้แก่ มีที่ดินทำกินเป็นของตนเอง สามารถแก้ไขปัญหาด้วยตนเอง สามารถทำงานบ้านเล็กๆ น้อยๆ ได้ สามารถดูแลตนเองและไม่เป็นภาระแก่ครอบครัวและผู้อื่นและ 5) ด้านการทำกิจกรรม หมายถึง ความรู้สึกพึงพอใจต่อการทำกิจกรรมต่างๆ มีโอกาสพบปะ พูดคุยกับญาติพี่น้องในเทศกาลต่างๆ การออกกำลังกาย การเข้าร่วมกิจกรรมของชุมชน เช่น งานบวช งานแต่งงาน งานศพ

ผู้วิจัยจึงสนใจทำการศึกษาค้นคว้าคุณภาพชีวิตของประชาชนในตำบลหนองแวง อำเภอวัฒนานคร จังหวัดสระแก้ว ในแต่ละด้านและในภาพรวม และเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตของประชาชนในตำบลหนองแวง อำเภอวัฒนานคร จังหวัดสระแก้วจำแนกตามปัจจัยส่วนบุคคลตามแผนภาพกรอบแนวคิดของการวิจัยดังต่อไปนี้



แผนภาพกรอบแนวคิดการวิจัย

### วิธีดำเนินการวิจัย

งานวิจัยเรื่อง คุณภาพชีวิตของประชาชนในตำบลหนองแวง อำเภอวัฒนานคร จังหวัดสระแก้วเป็นการวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive Research) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาคุณภาพชีวิตของประชาชน และเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตของประชาชนในตำบลหนองแวง อำเภอวัฒนานคร จังหวัดสระแก้ว มีรายละเอียดในวิธีดำเนินการวิจัย ดังนี้

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้คือ ประชาชนที่มีอายุ 15 ปีขึ้นไปอาศัยอยู่ในครัวเรือนในตำบลหนองแวง อำเภอวัฒนานคร จังหวัดสระแก้ว จำนวน 920 ครัวเรือน ประกอบด้วย 7 หมู่บ้านได้แก่ หมู่ 1 หนองแวง จำนวน 99 ครัวเรือน หมู่ 2 บุกะลัง จำนวน 100 ครัวเรือน หมู่ 3 บุกะลัง จำนวน 131 ครัวเรือน หมู่ 4 หนองหล่ม จำนวน 237 ครัวเรือน หมู่ 5 หนองแวง จำนวน 126 ครัวเรือน หมู่ 6 หนองหมู จำนวน 151 ครัวเรือน และ หมู่ 7 น้อยนาคำ จำนวน 76 ครัวเรือน (องค์การบริหารส่วนตำบลหนองแวง, 2562)

กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ ประชาชนที่มีอายุ 15 ปีขึ้นไปเป็นต้นไปอาศัยอยู่ในครัวเรือนในตำบลหนองแวง อำเภอวัฒนานคร จังหวัดสระแก้ว จำนวน 282 ครัวเรือน โดยวิธีเปิดตารางเครซี่และมอร์แกน (Krejcie & Morgan, 1970 อ้างถึงใน บุญชม ศรีสะอาด, 2554) โดยเก็บข้อมูลจากหมู่ 1 หนองแวง จำนวน 34 ครัวเรือน หมู่ 2 บุกะลัง จำนวน 30 ครัวเรือน หมู่ 3 บุกะลัง จำนวน 39 ครัวเรือน หมู่ 4 หนองหล่ม จำนวน 70 ครัวเรือน หมู่ 5 หนองแวง จำนวน 38 ครัวเรือน หมู่ 6 หนองหมู จำนวน 45 ครัวเรือน และหมู่ 7 น้อยนาคำ จำนวน 27 ครัวเรือนและผู้วิจัยใช้การสุ่มอย่างง่าย (Simple Random Sampling) โดยใช้วิธีการจับสลากจากจำนวนครัวเรือนในแต่ละหมู่บ้านเพื่อให้ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 282 ครัวเรือน

### เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ประกอบด้วยแบบสอบถาม 2 ส่วน ได้แก่ ส่วนที่ 1 แบบสอบถามปัจจัยส่วนบุคคล ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ และโรคประจำตัว

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามคุณภาพชีวิต พัฒนาโดยผู้วิจัยจากการประยุกต์แนวคิดคุณภาพชีวิตของเบอร์กฮอร์น และคณะ (Berghorn, et al., 1981) ประกอบด้วย 5 ด้าน คือ สภาพเศรษฐกิจ สุขภาพ สภาพแวดล้อม และการมีสัมพันธภาพกับบุคคลอื่น ทั้งหมด 33 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Likert scale) มีตัวเลือก 5 ระดับ จากไม่จริงเลย ให้ 1 คะแนน ถึง เป็นจริงมากที่สุด ให้ 5 คะแนน

การแปลค่าคะแนน แปลผลคะแนนรายข้อ และโดยรวม โดยพิจารณาตามเกณฑ์ของเบลท์ (องอาจ นัยวัฒน์, 2553) โดยการใช้สูตรคำนวณพิสัยหารด้วยช่วงชั้นที่ต้องการดังนั้นการแปลผลตามหลักเกณฑ์ จึง

ระดับคะแนน 1.00 - 2.33 คะแนน หมายถึง การมีคุณภาพชีวิตที่ไม่ดี

ระดับคะแนน 2.34 - 3.67 คะแนน หมายถึง การมีคุณภาพชีวิตปานกลาง

ระดับคะแนน 3.68 - 5.00 คะแนน หมายถึง การมีคุณภาพชีวิตที่ดี

### การหาคุณภาพของเครื่องมือ

มีการหาคุณภาพของเครื่องมือเป็นการหาความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) โดยให้ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน ได้แก่ อาจารย์พยาบาลที่เชี่ยวชาญเกี่ยวกับแนวคิดคุณภาพชีวิตจำนวน 1 ท่าน อาจารย์พยาบาลสาขาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชนจำนวน 1 ท่าน และพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในการดูแลบุคคลและครอบครัวในชุมชน จำนวน 1 ท่าน ตรวจสอบเครื่องมือวิจัยพร้อมทั้งให้ข้อเสนอแนะ และนำ

วารสารพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยคริสเตียน  
ปีที่ ๖ ฉบับที่ ๒ กรกฎาคม - ธันวาคม ๒๕๖๒

ข้อมูลจากผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบมาวิเคราะห์คำนวณค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity Index [CVI]) พบว่าค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหาของข้อความเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตทั้งชุดมีความสอดคล้องกับนิยามคุณภาพชีวิต เท่ากับ 0.86 และนำแบบสอบถามไปสอบถามประชาชนที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างแต่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คน มาหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค (Cronbach's alpha Coefficient) ซึ่งแบบสอบถามคุณภาพชีวิตมีค่าสัมประสิทธิ์ เท่ากับ 0.88

### การพิทักษ์สิทธิ

ผู้วิจัยขอหนังสือรับรองจริยธรรมในการทำวิจัย จากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย มหาวิทยาลัยคริสเตียน เลขที่ บ. 25/2561 และทำการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่างโดยผู้วิจัยชี้แจงให้กลุ่มผลกระทบใดๆ หากกลุ่มตัวอย่างยินดียอมรับร่วมในการวิจัย ผู้วิจัยจะให้ลงนามในใบยินยอมเข้าร่วมในการวิจัย ทั้งนี้กลุ่มตัวอย่างมีสิทธิยุติการให้ข้อมูลได้ตลอดเวลาโดยไม่ต้องแจ้งล่วงหน้า ข้อมูลที่ได้จากกลุ่มตัวอย่างจะถูกเก็บรักษาไว้เป็นความลับและนำมาใช้ในการรายงานผลการวิจัยในภาพรวมเท่านั้นขณะให้ข้อมูล หากกลุ่มตัวอย่างมีอาการไม่สบายจากภาวะสุขภาพ ผู้วิจัยจะยุติการสัมภาษณ์และให้การดูแลช่วยเหลือตามขอบเขตและมาตรฐานของวิชาชีพการพยาบาลจนอาการดีขึ้น และประเมินความพร้อมและความสมัครใจในการให้ข้อมูลของกลุ่มตัวอย่างต่อไป

### การเก็บรวบรวมข้อมูล

การเก็บรวบรวมข้อมูลในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้ขอความร่วมมือจากผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองแวง ประสานงานแจ้งเจ้าหน้าที่อาสาสมัครสาธารณสุขตำบลหนองแวง เพื่ออำนวยความสะดวกให้กับคณะผู้วิจัยในการเก็บข้อมูลในแต่ละครัวเรือนของแต่ละหมู่บ้าน ซึ่งคณะผู้วิจัยเป็นผู้เก็บรวบรวมด้วยตนเอง โดยใช้แบบสอบถามที่ได้ผ่านการทดสอบคุณภาพเครื่องมือแล้วไปแจกให้กับกลุ่มตัวอย่างและเมื่อได้แบบสอบถามครบแล้วก็นำมาตรวจสอบความถูกต้องและความสมบูรณ์ของข้อมูลหลังจากนั้นนำไป

วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูปการวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลสำหรับการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้ดำเนินการ ดังนี้

1. วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปเกี่ยวกับปัจจัยส่วนบุคคล โดยใช้สถิติพรรณนา ได้แก่ ความถี่ และร้อยละ
2. วิเคราะห์คุณภาพชีวิตของประชาชนในตำบลหนองแวง อำเภอวัฒนานคร จังหวัดสระแก้ว โดยใช้ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
3. วิเคราะห์เปรียบเทียบคุณภาพชีวิตของประชาชนในตำบลหนองแวง อำเภอวัฒนานคร จังหวัดสระแก้ว โดยการทดสอบค่าที (t-test) และการวิเคราะห์ความแปรปรวนทางเดียว (One-way ANOVA) หากพบมีความแตกต่างกันจะทดสอบต่อรายคู่ด้วยวิธีของเชฟเฟ และผู้วิจัยได้ทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นในการใช้สถิตินี้ โดยตรวจสอบว่าข้อมูลดังนี้ 1) เป็นระดับ Interval Scale และ Ratio Scale 2) มี Distribution เป็นโค้งปกติ (Normal Curve) โดยพิจารณาจากค่า Z-test และ 3) ประชากรแต่ละกลุ่มที่นำมาศึกษาต้องมีความแปรปรวน (Variance) เท่ากัน

### ผลการวิจัย

#### ปัจจัยส่วนบุคคล

กลุ่มตัวอย่างที่เป็นประชาชนในตำบลหนองแวง อำเภอวัฒนานคร จังหวัดสระแก้ว ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 67.70 เพศชาย คิดเป็นร้อยละ 32.30 อายุ ส่วนใหญ่อยู่ระหว่าง 46-55 ปี คิดเป็นร้อยละ 28.40 รองลงมาคืออายุระหว่าง 56-65 ปี คิดเป็นร้อยละ 24.8 และน้อยที่สุดมีอายุน้อยกว่า 25 ปี คิดเป็นร้อยละ 5.70 ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสคู่ คิดเป็นร้อยละ 73.80 ส่วนระดับการศึกษาส่วนใหญ่จบชั้นประถมศึกษา คิดเป็นร้อยละ 56.00 รองลงมาคือ ระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย ปวช. คิดเป็นร้อยละ 18.10 ส่วนใหญ่มีอาชีพทำนา ทำสวน ทำไร่ เลี้ยงสัตว์ คิดเป็นร้อยละ 50.71 รองลงมา เป็นอาชีพรับจ้าง คิดเป็นร้อยละ 25.89 รายได้ ส่วนใหญ่อยู่ระหว่าง 5,001-10,000 บาท คิดเป็นร้อยละ 38.70

รองลงมาอยู่ระหว่าง 1,001–5,000 บาท คิดเป็นร้อยละ 35.80 กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่มีโรคประจำตัว คิดเป็นร้อยละ 67.00 และร้อยละ 33.00 มีโรคประจำตัว ส่วนโรคประจำตัวที่พบมากที่สุด 5 อันดับแรก ได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง คิดเป็นร้อยละ 11.35 รองลงมาเป็นโรคเบาหวาน คิดเป็นร้อยละ 9.93 อันดับ ที่ 3 ได้แก่ โรคระบบทางเดินหายใจ คิดเป็นร้อยละ 5.32 อันดับ ที่ 4 ได้แก่ ไชมันในเลือดสูง คิดเป็นร้อยละ 3.55 และอันดับที่ 5 ได้แก่ โรคหัวใจ คิดเป็นร้อยละ 2.13

### คุณภาพชีวิตของประชาชนที่อาศัยอยู่ในตำบลหนองแวง

ตารางที่ 1 คุณภาพชีวิตของประชาชนที่อาศัยอยู่ในตำบลหนองแวง

คุณภาพชีวิต	$\bar{X}$	S.D.	แปลผล
โดยภาพรวม	3.86	0.37	ดี
ด้านสภาพเศรษฐกิจ	3.68	0.71	ดี
ด้านสุขภาพ	3.68	0.45	ดี
ด้านสภาพแวดล้อมและการมีสัมพันธภาพกับบุคคลอื่น	4.07	0.43	ดี
ด้านการพึ่งพาตนเอง	3.97	0.62	ดี
ด้านการทำกิจกรรม	4.05	0.55	ดี

ผลการวิเคราะห์คุณภาพชีวิตในภาพรวมพบว่า อยู่ในระดับดี ( $\bar{X}$  =3.86, S.D.=0.37) เมื่อพิจารณารายด้านพบว่า คุณภาพชีวิตของประชาชนในตำบลหนองแวง อำเภอพัฒนานคร จังหวัดสระแก้ว มีคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับดีทุกด้านค่าเฉลี่ยเรียงตามลำดับจากมากไปหาน้อยได้ดังนี้ ด้านสภาพแวดล้อมและการมีสัมพันธภาพกับบุคคลอื่น ( $\bar{X}$  =4.07, S.D.=0.43) รองลงมาคือด้านการทำกิจกรรม ( $\bar{X}$  =4.05, S.D.=0.55) อันดับสามคือ ด้านการพึ่งพาตนเอง ( $\bar{X}$  =3.97, S.D.=0.62) อันดับสี่และอันดับห้ามีค่าคะแนนเฉลี่ยเท่ากัน คือด้านสภาพเศรษฐกิจ ( $\bar{X}$  =3.68, S.D.=0.71) และด้านสุขภาพ ( $\bar{X}$  =3.68, S.D.=0.45)

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบคุณภาพชีวิตโดยรวมจำแนกโดยเพศ

คุณภาพชีวิต	เพศ	n	$\bar{X}$	S.D.	t	Sig.
คุณภาพชีวิตโดยรวม	ชาย	91	3.93	.33	2.345	.127
	หญิง	191	3.83	.38		

ผลการเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตโดยรวม จำแนกโดยเพศ พบว่า ค่าเฉลี่ยคุณภาพชีวิตโดยรวมของเพศชายเท่ากับ 3.93 และค่าเฉลี่ยคุณภาพชีวิตโดยรวมของเพศหญิง เท่ากับ 3.83 เมื่อนำค่าเฉลี่ยมาทดสอบค่าความแตกต่างด้วย (t-test) พบว่าไม่แตกต่าง (Sig=.127)

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบคุณภาพชีวิตโดยรวมจำแนกโดยอายุ

คุณภาพชีวิต	อายุ	n	$\bar{X}$	S.D.	t	Sig.
คุณภาพชีวิตโดยรวม	น้อยกว่า 25 ปี	16	3.54	.53	3.09	.010*
	อายุ 26-35 ปี	26	3.87	.42		
	อายุ 36-45 ปี	55	3.90	.37		
	อายุ 46-55 ปี	80	3.92	.34		
	อายุ 56-65 ปี	70	3.82	.32		
	อายุมากกว่า 65 ปี	35	3.86	.32		

ผลการเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตโดยรวมจำแนกโดยอายุพบว่า ค่าเฉลี่ยของอายุน้อยกว่า 25 ปี เท่ากับ 3.54 ค่าเฉลี่ยของอายุ 26-35 ปี เท่ากับ 3.87 ค่าเฉลี่ยของอายุ 36-45 ปี เท่ากับ 3.90 ค่าเฉลี่ยของอายุ 46-55 ปี เท่ากับ 3.92 ค่าเฉลี่ยของอายุ 56-65 ปี เท่ากับ 3.82 และค่าเฉลี่ยของอายุมากกว่า 65 ปี เท่ากับ 3.86 เมื่อนำค่าเฉลี่ยมาทดสอบค่าความแตกต่างด้วย (One Way ANOVA) พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญที่ 0.05 (Sig=0.10)

ตารางที่ 4 การทดสอบความแตกต่างรายคู่คุณภาพชีวิตโดยรวม จำแนกโดยอายุ

อายุ	คุณภาพชีวิตโดยรวม	อายุ					
		น้อยกว่า 25 ปี	อายุ 26-35 ปี	อายุ 36-45 ปี	อายุ 46-55 ปี	อายุ 56-65 ปี	อายุมากกว่า 65 ปี
	$\bar{X}$	3.54	3.87	3.90	3.92	3.82	3.86
น้อยกว่า 25 ปี	3.84			.036*	.015*		
อายุ 26-35 ปี	3.87						
อายุ 36-45 ปี	3.90	.036*					
อายุ 46-55 ปี	3.92	.015*					
อายุ 56-65 ปี	3.82						
อายุมากกว่า 65 ปี	3.86						

ผลการทดสอบความแตกต่างรายคู่ คุณภาพชีวิตโดยรวมจำแนกตามอายุ พบว่า ค่าเฉลี่ยของอายุน้อยกว่า 25 ปี เท่ากับ 3.54 ค่าเฉลี่ยของอายุ 26-35 ปี เท่ากับ 3.87 ค่าเฉลี่ยของอายุ 36-45 ปี เท่ากับ 3.90 ค่าเฉลี่ยของอายุ 46-55 ปี เท่ากับ 3.92 ค่าเฉลี่ยของอายุ 56-65 ปี เท่ากับ 3.82 และค่าเฉลี่ยของอายุมากกว่า 65 ปี เท่ากับ 3.86 เมื่อนำค่าเฉลี่ยมาทดสอบค่าความแตกต่างรายคู่ด้วยวิธีของเชฟเฟ (Scheffe) พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญที่ 0.05 จำนวน 3 คู่ ได้แก่ อายุน้อยกว่า 25 ปี มีคุณภาพชีวิตต่ำกว่าอายุ 46-55 ปี อวสุ-45 ปี มีคุณภาพชีวิตต่ำกว่าอายุ 46-55 ปี และอายุ 46-55 ปี มีคุณภาพชีวิตสูงกว่าอายุ 36-45 ปี

ตารางที่ 5 เปรียบเทียบคุณภาพชีวิตโดยรวมจำแนกโดยสถานภาพ

คุณภาพชีวิต	สถานภาพ สมรส	n	$\bar{X}$	S.D.	t	Sig.
คุณภาพชีวิตโดยรวม	โสด	31	3.74	.34	.654	.086
	สมรส	208	3.89	.38		
	หม้าย/ หย่า/ แยกกันอยู่	43	3.83	.30		

ผลการเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตโดยรวม จำแนกโดยสถานภาพสมรส พบว่า ค่าเฉลี่ยของสถานภาพโสดเท่ากับ 3.74 ค่าเฉลี่ยของสถานภาพสมรสเท่ากับ 3.89 และค่าเฉลี่ยของสถานภาพหม้าย/หย่า/แยกกันอยู่เท่ากับ 3.83 เมื่อนำค่าเฉลี่ยมาทดสอบค่าความแตกต่างด้วย (One Way ANOVA) พบว่าไม่มีความแตกต่าง (Sig= .086)

ตารางที่ 6 เปรียบเทียบคุณภาพชีวิตโดยรวมจำแนกโดยระดับการศึกษา

คุณภาพชีวิต	ระดับการศึกษา	n	$\bar{X}$	S.D.	t	Sig.
คุณภาพชีวิตโดยรวม	ไม่ได้เรียน	6	3.76	.10	1.661	.119
	ประถมศึกษา	158	3.85	.33		
	มัธยมศึกษาตอนต้น	31	3.95	.35		
	มัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช.	51	3.78	.46		
	อนุปริญญา/ปวส.	16	3.89	.30		
	ปริญญาตรี	14	3.89	.47		
	สูงกว่าปริญญาตรี	4	4.25	.42		
	อื่นๆ	2	4.24	.42		

ผลการเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตโดยรวม จำแนกโดยระดับการศึกษา พบว่า ค่าเฉลี่ยของผู้ที่ไม่ได้เรียนเท่ากับ 3.76 ค่าเฉลี่ยของผู้ที่มีระดับการศึกษาประถมศึกษาเท่ากับ 3.85 ค่าเฉลี่ยของผู้ที่มีระดับการศึกษามัธยมศึกษาตอนต้นเท่ากับ 3.95 ค่าเฉลี่ยของผู้ที่มีระดับการศึกษามัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช.เท่ากับ 3.78 ค่าเฉลี่ยของผู้ที่มีระดับการศึกษานุปริญญา/ปวส.เท่ากับ 3.89 ค่าเฉลี่ยของผู้ที่มีระดับการศึกษานุปริญญา/ปวส.เท่ากับ 3.89 ปริญญาตรี เท่ากับ 3.89 ค่าเฉลี่ยของผู้ที่มีระดับการศึกษาสูงกว่าปริญญาตรีเท่ากับ 4.25 และค่าเฉลี่ยของผู้ที่มีระดับการศึกษาอื่นๆ เท่ากับ 4.24 เมื่อนำค่าเฉลี่ยมาทดสอบค่าความแตกต่างด้วย (One Way ANOVA) พบว่าไม่มีความแตกต่าง (Sig=.119)

ตารางที่ 7 เปรียบเทียบคุณภาพชีวิตโดยรวมจำแนกโดยอาชีพ

คุณภาพชีวิต	อาชีพ	n	$\bar{X}$	S.D.	t	Sig.
คุณภาพชีวิตโดยรวม	ไม่ได้ประกอบอาชีพ	20	3.65	.38	3.997	.000*
	รับจ้าง	73	3.84	.34		
	ทำนา ทำสวน ทำไร่ เลี้ยงสัตว์	143	3.87	.34		
	ค้าขาย	25	3.85	.35		
	รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ	12	4.14	.39		
	เจ้าของกิจการ	9	4.28	.16		

ผลการเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตโดยรวม จำแนกโดยอาชีพ พบว่า ค่าเฉลี่ยของผู้ที่ไม่ได้ประกอบอาชีพเท่ากับ 3.65 ค่าเฉลี่ยของผู้ที่มีอาชีพรับจ้างเท่ากับ 3.84 ค่าเฉลี่ยของผู้ที่มีอาชีพทำนา ทำสวน ทำไร่ เลี้ยงสัตว์เท่ากับ 3.87 ค่าเฉลี่ยของผู้ที่มีอาชีพค้าขายเท่ากับ 3.85 ค่าเฉลี่ยของผู้ที่มีอาชีพรับราชการ/รัฐวิสาหกิจเท่ากับ 4.14 และค่าเฉลี่ยของผู้ที่เป็นเจ้าของกิจการเท่ากับ 4.28 เมื่อนำค่าเฉลี่ยมาทดสอบค่าความแตกต่างด้วย (One Way ANOVA) พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญที่ 0.01 (Sig=0.00) ดังนั้น ผู้ที่มีระดับอาชีพที่แตกต่างกันมีผลทำให้คุณภาพชีวิตโดยรวมแตกต่างกัน

ตารางที่ 8 การทดสอบความแตกต่างรายคู่คุณภาพชีวิตโดยรวม จำแนกโดยอาชีพ

อาชีพ	คุณภาพชีวิตโดยรวม	อาชีพ					
		ไม่ได้ประกอบอาชีพ	รับจ้าง	ทำนา ทำสวน ทำไร่ เลี้ยงสัตว์	ค้าขาย	รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ	เจ้าของกิจการ
	$\bar{X}$	3.65	3.84	3.87	3.85	4.14	4.28
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	3.65					.039*	.019*
รับจ้าง	3.84						
ทำนา ทำสวน ทำไร่ เลี้ยงสัตว์	3.87						
ค้าขาย	3.85						
รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ	4.14	.039*					
เจ้าของกิจการ	4.28	.019*					

ผลการทดสอบความแตกต่างรายคู่คุณภาพชีวิตโดยรวมจำแนกตามอาชีพ พบว่า ค่าเฉลี่ยของผู้ที่ไม่ได้ประกอบอาชีพเท่ากับ 3.65 ค่าเฉลี่ยของผู้ที่มีอาชีพรับจ้างเท่ากับ 3.84 ค่าเฉลี่ยของผู้ที่มีอาชีพทำนา ทำสวน ทำไร่ เลี้ยงสัตว์ เท่ากับ 3.87 ค่าเฉลี่ยของผู้ที่มีอาชีพค้าขายเท่ากับ 3.85 ค่าเฉลี่ยของผู้ที่มีอาชีพรับราชการ/รัฐวิสาหกิจเท่ากับ 4.14 และค่าเฉลี่ยของผู้ที่เป็นเจ้าของกิจการเท่ากับ 4.28 เมื่อนำค่าเฉลี่ยมาทดสอบค่าความแตกต่างรายคู่ด้วย วิธีของเซฟเฟ (Scheffe) พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญที่ 0.05 จำนวน 3 คู่ ได้แก่ ผู้ที่ไม่ได้ประกอบอาชีพมีคุณภาพชีวิตต่ำกว่าอาชีพรับราชการ/รัฐวิสาหกิจ และผู้ที่เป็นเจ้าของกิจการมีคุณภาพชีวิตสูงกว่าผู้ที่มีอาชีพรับราชการ/รัฐวิสาหกิจ

#### ตารางที่ 9 เปรียบเทียบคุณภาพชีวิตโดยรวมจำแนกโดยรายได้

คุณภาพชีวิต	รายได้	n	$\bar{X}$	S.D.	t	Sig.
คุณภาพชีวิตโดยรวม	ต่ำกว่า 1,000 บาท	30	3.79	.28	1.994	.096
	1,001-5,000 บาท	101	3.87	.35		
	5,001-10,000 บาท	109	3.82	.41		
	10,001-15,000 บาท	18	3.99	.28		
	สูงกว่า 15,000 บาท	24	4.00	.38		

ผลการเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตโดยรวม จำแนกโดยรายได้ พบว่า ค่าเฉลี่ยของผู้ที่มีรายได้ต่ำกว่า 1,000 บาท เท่ากับ 3.79 ค่าเฉลี่ยของผู้ที่มีรายได้ 1,001-5,000 บาท เท่ากับ 3.87 ค่าเฉลี่ยของผู้ที่มีรายได้ 5,001-10,000 บาท เท่ากับ 3.82 ค่าเฉลี่ยของผู้ที่มีรายได้ 10,001-15,000 บาท เท่ากับ 3.99 และค่าเฉลี่ยของผู้ที่มีรายได้สูงกว่า 15,000 บาท เท่ากับ 4.00 เมื่อนำค่าเฉลี่ยมาทดสอบค่าความแตกต่างด้วย (One Way ANOVA) พบว่า ไม่มีความแตกต่าง (Sig= .096)

#### ตารางที่ 10 เปรียบเทียบคุณภาพชีวิตโดยรวมจำแนกโดยโรคประจำตัว

คุณภาพชีวิต	โรคประจำตัว	n	$\bar{X}$	S.D.	t	Sig.
คุณภาพชีวิตโดยรวม	ไม่มี	189	3.86	.39	5.500	.020
	มี	93	3.87	.32		

ผลการเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตโดยรวม จำแนกโดยโรคประจำตัว พบว่า ค่าเฉลี่ยคุณภาพชีวิตโดยรวมของผู้ที่ไม่มีโรคประจำตัว เท่ากับ 3.86 และค่าเฉลี่ยคุณภาพชีวิตโดยรวมของผู้ที่มีโรคประจำตัว เท่ากับ 3.87 เมื่อนำค่าเฉลี่ยมาทดสอบค่าความแตกต่างด้วย (t-test) พบว่าไม่มีแตกต่าง (Sig=.020)

### สรุปผลการวิจัยและข้อเสนอแนะ

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยสรุปผลการวิจัยได้ดังนี้

1. ปัจจัยส่วนบุคคล ผลการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ผู้ตอบแบบสอบถามส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง อายุอยู่ระหว่าง 46-55 ปี มีสถานภาพสมรส ระดับการศึกษาระดับประถมศึกษา มีอาชีพทำนา ทำสวน ทำไร่ เลี้ยงสัตว์ มีรายได้อยู่ระหว่าง 5,001-10,000 บาท และไม่มีโรคประจำตัว

2. ผลการวิเคราะห์คุณภาพชีวิตในภาพรวมพบว่า อยู่ในระดับดี เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่าคุณภาพชีวิตของประชาชนในตำบลหนองแวง อำเภอวัฒนานคร จังหวัดสระแก้ว มีคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับดีทุกด้าน ค่าเฉลี่ยเรียงตามลำดับจากมากไปหาน้อยได้ดังนี้ ด้านสภาพแวดล้อมและการมีสัมพันธภาพกับบุคคลอื่น รองลงมา คือ ด้านการทำกิจกรรม อันดับสาม คือ ด้านการพึ่งพาตนเอง อันดับสี่และอันดับห้ามีค่าคะแนนเฉลี่ยเท่ากัน คือ ด้านสภาพเศรษฐกิจ และด้านสุขภาพ

3. ผลการทดสอบสมมติฐาน ผลการวิเคราะห์พบว่าปัจจัยส่วนบุคคลด้านอายุ อาชีพ และโรคประจำตัวแตกต่างกันมีคุณภาพชีวิตที่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ส่วนเพศ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา และรายได้ที่แตกต่างกันมีคุณภาพชีวิตไม่แตกต่างกัน พิจารณาแยกแต่ละปัจจัยได้ดังนี้

3.1 ประชาชนตำบลหนองแวง อำเภอวัฒนานคร จังหวัดสระแก้ว ที่มีอายุแตกต่างกันมีคุณภาพชีวิตแตกต่างกัน โดยพบว่าประชาชนที่มีอายุ 46-55 ปี มีคุณภาพชีวิตดีกว่าประชาชนที่มีอายุ 36-45 ปี และ 56-65 ปี ทั้งนี้เนื่องจากวัยดังกล่าวเป็นวัยที่ผ่านการทำงานมากได้ระยะหนึ่งแล้ว ซึ่งเป็นกรผ่านการใช้ชีวิตในหลายๆ รูปแบบจึงทำให้สามารถปรับตัวและใช้ชีวิตได้ดีกว่าผู้ที่อยู่ในวัย 36-45 ปี ซึ่งเป็นวัยที่กำลังสร้างครอบครัว และดีกว่าช่วงอายุ 56-65 ปี ที่เริ่มมีความวิตกกังวลกับการใช้ชีวิตในวัยเกษียณหรือวัยสูงอายุ ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาริชิตาร์ตัน นงศ์ทอง และพิมพ์พิมา ขจรธรรม (2559) ที่ศึกษาเรื่องคุณภาพชีวิต

ของคนพิการรุนแรงทางร่างกายและการเคลื่อนไหว ผลการวิจัยพบว่าปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตคือ อายุและยังสอดคล้องกับการศึกษาของอภิเชษฐ์ จำเนียรสุข และคณะ (2560) ที่ศึกษาเรื่องคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรังในอำเภอสีชมพูจังหวัดขอนแก่น ผลการวิจัยพบว่า อายุเป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรัง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p\text{-value} < 0.05$ )

3.2 ประชาชนตำบลหนองแวง อำเภอวัฒนานคร จังหวัดสระแก้ว ที่มีอาชีพแตกต่างกันมีคุณภาพชีวิตแตกต่างกัน โดยพบว่าประชาชนที่อาชีพทำนา ทำสวน ทำไร่ เลี้ยงสัตว์มีคุณภาพชีวิตดีกว่าประชาชนที่มีอาชีพรับจ้างและอาชีพอื่นๆ ทั้งนี้เนื่องจากอาชีพทำนา ทำสวน ทำไร่ เลี้ยงสัตว์ เป็นอาชีพที่ทำอยู่ในภูมิถิ่นของตนเอง เป็นอาชีพของบรรพบุรุษที่สืบทอดกันมาอย่างยาวนาน ทำให้ประชาชนเกิดความภาคภูมิใจในอาชีพดั้งเดิมของตนเอง ส่วนอาชีพรับจ้างเป็นอาชีพที่ต้องแข่งกับเวลา มีรายได้ไม่แน่นอนเป็นงานที่เคร่งเครียดไม่ค่อยมีเวลาได้พักผ่อนเนื่องจากมีวันหยุดไม่แน่นอน ซึ่งแตกต่างกับอาชีพทำนา ทำสวน ทำไร่ เลี้ยงสัตว์ ที่สามารถหยุดได้ตามความต้องการ และเป็นงานที่มีอิสระมากกว่า ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาของชุดิเดช เจียนดอน (2555) ศึกษาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในชนบท อำเภอวังน้ำเขียว จังหวัดนครราชสีมา พบว่าอาชีพมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุทางด้านร่างกาย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p\text{-value} < 0.01$ )

3.3 ประชาชนตำบลหนองแวง อำเภอวัฒนานคร จังหวัดสระแก้ว ที่มีโรคประจำตัวแตกต่างกันมีคุณภาพชีวิตแตกต่างกันโดยพบว่าประชาชนตำบลหนองแวง อำเภอวัฒนานคร จังหวัดสระแก้ว ส่วนใหญ่ไม่มีโรคประจำตัวซึ่งการที่ไม่มีโรคประจำตัว ทำให้ประชาชนสามารถดำเนินชีวิตได้อย่างปกติสุข แต่ถ้าหากมีโรคประจำตัวแล้ว่อมทำให้คนคนนั้นมีคุณภาพชีวิตที่ลดลงได้ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของมูทิตา วรรณชาติ (2558) พบว่า คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรังมีคุณภาพชีวิตในภาพรวมในระดับปานกลาง ร้อยละ 52.2

และยังสอดคล้องกับการศึกษาของจิราภรณ์ ทองดี และคณะ (2555) ที่ศึกษาเรื่องภาวะสุขภาพและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในจังหวัดชายแดนภาคใต้ ผลการวิจัยพบว่าคุณภาพชีวิตโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 51.60

### ข้อเสนอแนะและการนำผลการวิจัยไปใช้

ในการวิจัยครั้งนี้พบว่าปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ อายุ อาชีพ และโรคประจำตัวแตกต่างกันมีคุณภาพชีวิตที่แตกต่างกันผู้วิจัยจึงมีข้อเสนอแนะซึ่งได้จากการวิจัยดังต่อไปนี้

1. การศึกษาครั้งนี้พบว่า อายุแตกต่างกันมีคุณภาพชีวิตที่แตกต่างกัน ดังนั้นหน่วยงาน ที่เกี่ยวข้อง ที่ดูแลด้านสุขภาพของประชาชนในชุมชน เช่น โรงพยาบาล ส่งเสริมสุขภาพตำบล องค์การบริหารส่วนท้องถิ่น เป็นต้น ควรมีการส่งเสริมสุขภาพให้กับประชาชนตั้งแต่วัยหนุ่มสาว โดยให้คนวัยหนุ่มสาวเห็นความสำคัญของการส่งเสริมสุขภาพตั้งแต่เนิ่นๆ เพื่อป้องกันไม่ให้เกิดโรคที่สามารถป้องกันโรค เช่น โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคหัวใจ เป็นต้น

2. การศึกษาครั้งนี้พบว่าอาชีพแตกต่างกันมีคุณภาพชีวิตที่แตกต่างกัน ดังนั้นหน่วยงานต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง ควรมีการส่งเสริมปัจจัยเกื้อหนุนการมีอาชีพ และการสร้างรายได้จากอาชีพให้กับประชาชนในพื้นที่ เพื่อเป็นการเพิ่มพูนรายได้ มีการจัดตั้งกลุ่มออมทรัพย์ภายในหมู่บ้านหรือชุมชนโดยมีสถาบันการเงินในพื้นที่

เช่น ธนาคารออมสิน หรือธนาคารเพื่อการเกษตรและสหกรณ์เป็นที่ปรึกษาในการดำเนินการ เพื่อให้ประชาชนได้รู้จักวางแผนทางการเงิน

3. การศึกษาครั้งนี้พบว่า โรคประจำตัวแตกต่างกันมีคุณภาพชีวิตที่แตกต่างกัน ดังนั้นควรส่งเสริมให้ประชาชนรักสุขภาพให้มากขึ้น โดยหน่วยงานทางด้านสาธารณสุขควรเข้ามาส่งเสริมสุขภาพในพื้นที่ เช่น การส่งเสริมการออกกำลังกาย การตรวจคัดกรองสุขภาพประจำปีให้กับประชาชนและให้คำแนะนำทางด้านสุขภาพกับประชาชน รวมทั้งต้องใส่ใจกับปัญหาสิ่งแวดล้อมโดยเฉพาะปัญหาด้านฝุ่นละออง เพราะเป็นสาเหตุที่ทำให้เกิดโรคของระบบทางเดินหายใจที่ส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของประชาชน

### ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของประชาชน โดยค้นหาปัจจัยอื่นๆ เพิ่มเติมจากการศึกษาครั้งนี้ เช่น การดำเนินชีวิตตามแนวทางเศรษฐกิจพอเพียง การปรับตัวของประชาชน เป็นต้น
2. การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงปริมาณ ดังนั้นข้อมูลและเนื้อหาที่ได้จึงเป็นไปในเชิงปริมาณ หากแต่ไม่สามารถลงรายละเอียดเชิงลึกได้ ในการวิจัยครั้งต่อไปควรทำการวิจัยเชิงคุณภาพในการเก็บ รวบรวมข้อมูล และนำข้อมูลได้มาวิเคราะห์ เพื่อให้ได้ข้อมูลที่มีความสมบูรณ์และเป็นประโยชน์มากยิ่งขึ้น โดยอาจใช้วิธีการสัมภาษณ์ การสนทนากลุ่ม

### เอกสารอ้างอิง

- คณะกรรมการอำนวยการงานพัฒนาคุณภาพชีวิตของประชาชน. (2557). ข้อมูลการสำรวจคุณภาพชีวิตของคนไทยปี 2557 จากข้อมูลความจำเป็นพื้นฐาน. กรุงเทพฯ: กรมการพัฒนาชุมชน.
- จิราภรณ์ ทองดี ดาราวรรณ รองเมือง และฉันทนา นาคฉัตรีย์. (2555). ภาวะสุขภาพและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในจังหวัดชายแดนภาคใต้. *วารสารพยาบาลและกระทรวงสาธารณสุข*, 2(3), 88-99.
- ชุตติเดช เจียนดอน. (2555). คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในชนบท อำเภอวังน้ำเขียว จังหวัดนครราชสีมา. *วารสารสาธารณสุขศาสตร์*, 4(3), 229-39.
- ธิดารัตน์ นงค์ทอง และพิมพ์ ขจรธรรม. (2560). คุณภาพชีวิตของคนพิการรุนแรงทางร่างกายและการเคลื่อนไหว. *วารสารพัฒนาลังคม*, 19(2), 113-131.
- บุญชม ศรีสะอาด. (2554). การวิจัยเบื้องต้น. (พิมพ์ครั้งที่ 9). กรุงเทพฯ: สุวีริยาสาส์น
- ประสงค์ ช่างช่าง. (2554). การเสริมสร้างคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในกรุงเทพมหานคร. *วารสารวิชาการมหาวิทยาลัยปทุมธานี*, 3(3), 66-78.
- มุกิตา วรรณชาติ. (2558). คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรัง ในจังหวัดอุบลราชธานี. *วารสารสาธารณสุขศาสตร์*, 45(1), 18-29.
- ศรีสุตา มีชำนาญ สมชาย ลักขณานุรักษ์. (2553). คุณภาพชีวิตของประชาชนในอำเภอนครชัยศรี จังหวัดนครปฐม. *วารสารศิลปการศึกษาศาสตร์วิจัย*, 1(2), 269-281.
- สำราญ จุช่วย สลักจิตร หิรัญสาส์ และสุนทรีย์ สองเมือง. (2556). คุณภาพชีวิตนักศึกษาวิทยาลัยราชพฤกษ์ : กรณีศึกษานักศึกษาเข้าใหม่ปีการศึกษา 2555. รายงานวิจัย. วิทยาลัยราชพฤกษ์.
- สุดารัตน์ สุดสมบูรณ์. (2557). สวัสดิการสังคมของผู้สูงอายุในประเทศไทย. *วารสารเทคโนโลยีภาคใต้*, 7(1), 73-82.
- อภิเชษฐ์ จำเนียรสุข และคณะ. (2560). คุณภาพชีวิตผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรังในอำเภอลิขมพู่ จังหวัดขอนแก่น. *องค์การบริหารส่วนตำบลหนองแวง*. (2562). *ข้อมูลประชากรในตำบลหนองแวง*. เอกสารเผยแพร่.
- องอาจ นัยพัฒน์. (2553). การวัดประเมินผลในชั้นเรียน : วิวัฒนาการและแนวคิดใหม่เพื่อพัฒนาการเรียนรู้. *ศรีนครินทรวิโรฒวิจัยและพัฒนา*, 2(3), 1-12.
- Berghorn, F.S., et al. (1981). *The Dynamics of Aging :original essays on the process and experiences of growing old*. Boulder : Westview Press .
- Cummins, R.A. (1998). *The comprehensive quality of life scale*. (Fifth edition). Proceeding of the First International Conference on Quality of Life in Cities, Singapore, 4-6 March: 68.
- Meeberg, G.A. (1993). Quality of Life :A Concept Analysis. *Journal of Advanced Nursing*, 18(2), 13 - 18.
- The WHOQOL GROUP. (1995). The World Health Organization Quality of Life Assessment (WHOQOL): position paper from the World Health Organization. *Social Sciences Medicine*, 41(10), 1403-1409.
- UNESCO. (1978). *Indicators of Environmental Quality and Quality of Life*. Paris: UNESCO.
- Zhan, L. (1992). Quality of Life :Conceptual and measurement issues. *Journal of Advanced Nursing*, 17(1), 795-800.



## ภาวะสุขภาพด้านร่างกาย จิตใจ และสังคมสู่การทำเกษตรปลอดภัย ของเกษตรกรชาวสวน จังหวัดนครปฐม

ธีรพันธ์ วรรณศิริ\*, บำเพ็ญ พงศ์เพชรดิถ\*\*, อัจฉรา อ่วมเครือ\*\*\*

### บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงสำรวจ มีวัตถุประสงค์ เพื่อ 1) ศึกษาภาวะด้านร่างกาย จิตใจ และสังคมของเกษตรกร และ 2) วิเคราะห์การรับรู้ภาวะสุขภาพและการเจ็บป่วยสู่การทำเกษตรปลอดภัย กลุ่มตัวอย่างได้แก่ เกษตรกรสวนส้มโอ ตำบลบางเตยและไร่ขิง จังหวัดนครปฐม เลือกตามเกณฑ์ ได้ 25 คน เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ 1) แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล และ 2) แบบวัดภาวะสุขภาพด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม ผลการวิจัยพบว่าเกษตรกรส่วนใหญ่เป็นเพศชาย (76%) อายุ 40-49 ปี (40%) จบประถมศึกษา (40%) ประเมินตนเองว่าสุขภาพกายแข็งแรง (80%) แม้ประมาณครึ่งหนึ่ง (48%) มีโรคประจำตัวและทุกคนมีปัญหาสุขภาพพบการเจ็บป่วยที่รุนแรงในครอบครัว คือป่วยเป็นโรคมะเร็ง และทารกเสียชีวิตหลังคลอด (28%) เคยได้รับการตรวจสารเคมีในเลือด (64%) ส่วนใหญ่ปกติ (80%) หลังการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืช ทุกคนมีอาการผิดปกติ ด้านสุขภาพจิตเห็นด้วยในทุกประเด็นที่สารเคมีเกี่ยวข้องกับสุขภาพ เช่น รู้สึกกลัวเมื่อใช้สารเคมีเพราะเสี่ยงต่อการเจ็บป่วย ด้านสังคมเห็นด้วยในข้อที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ แต่ไม่แน่ใจในประเด็นสารเคมีทำให้คนในชุมชนเจ็บป่วย เกษตรกรรับรู้โอกาสเสี่ยงการเกิดโรค รับรู้ความรุนแรงของโรค แต่การปรับเปลี่ยนสู่การทำเกษตรปลอดภัยยังขึ้นอยู่กับความรู้ด้านอื่นอีก ได้แก่ การรับรู้อุปสรรค เช่น ประสิทธิภาพของวิธีการใหม่ และความสะดวก รวมถึงการรับรู้ความสามารถของตนเอง และมีสิ่งกระตุ้นที่จะทำสิ่งนั้นได้ ผู้ให้บริการสุขภาพจึงควรให้คำแนะนำแก่ประชาชนซึ่งส่วนใหญ่เป็นเกษตรกรให้ทำการเกษตรแบบปลอดภัย

**คำสำคัญ** : เกษตรกร, ภาวะสุขภาพ, การรับรู้การเจ็บป่วย, เกษตรปลอดภัย

Journal of Nursing Science Christian University of Thailand. 2019; 6(2), 84-94

\*ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยคริสเตียน

\*\*อาจารย์ประจำ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยคริสเตียน

\*\*\*อาจารย์พิเศษ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ราชบุรี

Corresponding author, e-mail:wtranun@hotmail.com, Tel 092-2838382

วันที่รับบทความ: 17 ตุลาคม 2562, วันที่แก้ไขบทความเสร็จ: 17 ธันวาคม 2562,

วันที่ตอบรับบทความ: 13 มกราคม 2563

---

## **Physical, Mental and Social Health Status for Good Agricultural Practice of Farmers: A Condition of Agriculturist in Nakhon Pathom Province**

Theranun Wannasiri\*, Bampen Phongphetdit\*\*, Ajchara Oumkrua\*\*\*

### **Abstract**

The objectives of this survey research were to study the physical, mental and social health status of agriculturist and analyze their perception on health status and illness toward good agricultural practice. Twenty-five pomelo agriculturists at Bang-Toey and Rai-Khing district, Nakhon Pathom Province were purposively. The research tool included questionnaires on 1) personal data and 2) physical, mental and social health status. The research results showed that most agriculturists were male (76%) aged 40-49 years (40%) and have completed primary education (40%). Most of them (80%) felt good on physical health though almost half (48%) had chronic diseases. There were severe illnesses in their family like carcinoma and perinatal mortality (28%). Sixty-four percent of them received farmer's blood test and showed normal screening (80%). All had abnormal symptoms after pesticide use. On mental health aspect, they agreed in all items related to health, like "felt worry that pesticide caused illness" as well as on the social aspect, they agreed on items related to health, but they were unsure on the item "pesticide caused illness to the neighborhood". Although they were able to perceive susceptibility and disease severity, behavioral change to be save agriculture still depends on perceived benefits and barriers, and cue to action. Therefore, the health personnel should advice the clients, particularly the farmers, to adopt good agricultural practices.

**Keywords:** Farmers, Health status, Illness perception, Good Agricultural Practice

Journal of Nursing Science Christian University of Thailand. 2019; 6(2), 84-94

---

\* Asst.Prof. , College of Nursing, Christian University of Thailand

\*\* Instructor, College of Nursing, Christian University of Thailand

\*\*\* Special Instructor, Boromarajonani College of Nursing, Ratchaburi

Corresponding author, e-mail: wtranun@hotmail.com, Tel. 092-2838-382

Received: 17 October 2019, Revised 17 December 2019, Accepted 13 January 2020

### ความสำคัญของปัญหาการวิจัย

แม้ประเทศไทยจะมุ่งพัฒนาทางด้านอุตสาหกรรม แต่พื้นที่ส่วนใหญ่ของประเทศก็ยังใช้เป็นพื้นที่เกษตรกรรม ข้อมูลจากศูนย์สารสนเทศ กรมส่งเสริมการเกษตร ระบุ ร้อยละ 47 ของพื้นที่ดินในประเทศไทย เป็นเนื้อที่ถือครองทางการเกษตรร้อยละ 34 เป็นป่าไม้ นอกนั้นเป็นเนื้อที่นอกการเกษตร ในเนื้อที่ถือครองทางการเกษตร ร้อยละ 49.74 เป็นที่นา รองลงมาหลักๆ เป็นพืชไร่ ไม้ผล ไม้ยืนต้น ร้อยละ 21.37 และ 21.35 ตามลำดับ การทำการเกษตรในประเทศไทย มีแนวโน้มการใช้สารเคมีเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ ในขณะที่พื้นที่เพาะปลูกยังเท่าเดิม สารเคมีทางการเกษตรส่งผลกระทบต่อสุขภาพทั้งแบบเฉียบพลัน และเรื้อรัง เช่น คลื่นไส้ อาเจียน ปวดหัว ปวดกล้ามเนื้อ ท้องร่วง หายใจติดขัด และตาพร่า ผลกระทบที่เป็นพิษเรื้อรังเป็นปัจจัยสะสมที่ก่อให้เกิดโรคหรือปัญหาอื่นๆ เช่น มะเร็ง เบาหวาน อัมพฤกษ์ อัมพาต โรคผิวหนังต่างๆ การเป็นหมัน การพิการของทารกแรกเกิด เป็นต้น นอกเหนือจากผลกระทบต่อเกษตรกรโดยตรง การตกค้างของสารเคมีกำจัดศัตรูพืชในอาหารได้เพิ่มความเสี่ยงต่อผู้บริโภค (สาคร ศรีमुख, 2556) จากรายงานผลการเฝ้าระวังโรคจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อม โดยสำนักโรคติดต่อวิทยา กรมควบคุมโรค พบว่า ในรอบ 10 ปีระหว่างปี พ.ศ.2546-2555 มีผู้ป่วยได้รับพิษจากสารเคมีป้องกันกำจัดศัตรูพืช 17,340 ราย เสียชีวิต 1,734 และยังพบในกลุ่มเด็กเล็ก ซึ่งอาจเกิดจากการเก็บสารเคมีในที่ที่ไม่ปลอดภัย หรือทิ้งภาชนะบรรจุไม่ถูกวิธี หรือนำภาชนะบรรจุสารกำจัดศัตรูพืชมาล้างแล้วใช้ใส่อาหารหรือน้ำดื่ม เป็นต้น กระทรวงสาธารณสุขมีการเฝ้าระวังอย่างต่อเนื่อง โดยการเจาะเลือดหาสารเคมีตกค้างในกระแสเลือดของเกษตรกร ผลการตรวจเลือดเกษตรกรในปี 2556 ในพื้นที่ 48 จังหวัด จำนวน 3 แสนกว่าคน พบว่ามีสารป้องกัน-กำจัดศัตรูพืชตกค้างในเกณฑ์ไม่ปลอดภัยร้อยละ 30 จึงคาดการณ์ว่าในเกษตรกรทั่วประเทศที่มี 15 ล้านกว่าคน จะมีกว่า 4 ล้านคนที่มีสารกำจัดศัตรูพืชตกค้างอยู่ในร่างกายโดยไม่รู้ตัว โดยเฉพาะผู้ที่มีการรับประทานยาฆ่าแมลงหรือยากำจัดวัชพืช (เจาะลึกระบบสุขภาพ, 2557) สุขภาพจึงเป็นสิ่งจำเป็น

ที่เกษตรกรต้องตระหนัก โดยการป้องกันตนเองและคำนึงถึงความปลอดภัยของบุคคลที่มีโอกาสสัมผัสและผู้บริโภค เกษตรอินทรีย์หรือการทำเกษตรปลอดภัย (Good Agricultural Practice) จึงเป็นทางออก โดยความสนใจของผู้บริโภคเป็นสิ่งเร้าที่สำคัญทั้งในระดับพื้นที่ ระดับชาติ และระดับโลก (เครือข่ายการแปรรูปอาหารอินทรีย์, 2557) โดยคณะรัฐมนตรีมีมติเห็นชอบยุทธศาสตร์การพัฒนาเกษตรอินทรีย์แห่งชาติ พ.ศ.2560-2564 มีวิสัยทัศน์ให้ "ประเทศไทยเป็นผู้นำในระดับภูมิภาคด้านการผลิต การบริโภค การค้าสินค้า และการบริการเกษตรอินทรีย์ ที่มีความยั่งยืนและเป็นที่ยอมรับในระดับสากล" พร้อมยกระดับกลุ่มเกษตรกรอินทรีย์วิถีพื้นบ้านเพิ่มขึ้นเกษตรกรจึงมีทางเลือกที่ชัดเจน ประกอบการใส่ใจและรับรู้โอกาสเสี่ยงในการเกิดโรคและความรุนแรงของโรคที่ตนเองหรือบุคคลในครอบครัวประสบ จึงเป็นปัจจัยให้เกิดการเปลี่ยนสู่การทำเกษตรปลอดภัย การศึกษาเพื่อทราบภาวะสุขภาพ และการรับรู้ภาวะสุขภาพของเกษตรกรซึ่งจำเป็นในการส่งเสริมให้เกิดการมีวิถีชีวิตที่มีสุขภาพ

### วัตถุประสงค์ของการวิจัย เพื่อ

1. ศึกษาภาวะสุขภาพด้านร่างกาย จิตใจ และสังคมของเกษตรกร
2. วิเคราะห์การรับรู้ภาวะสุขภาพและการเจ็บป่วยสู่การทำเกษตรปลอดภัย

### วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงสำรวจ (Cross-sectional survey) ดำเนินการศึกษาในพื้นที่จังหวัดนครปฐม

1. ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง ประชากร ได้แก่ เกษตรกรที่ปลูกส้มโอในอำเภอสามพราน จังหวัดนครปฐม จำนวน 404 คน กลุ่มตัวอย่าง เจาะจงศึกษาประชากรชาวสวนส้มโอเนื่องจากส้มโอเป็นไม้ผลยืนต้นที่มีการออกดอกออกผลทุกปี และเกษตรกรมีการใช้สารเคมีทางการเกษตรมากและเป็นมีพฤติกรรมที่ปฏิบัติประจำ

วารสารพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยคริสเตียน  
ปีที่ ๖ ฉบับที่ ๒ กรกฎาคม - ธันวาคม ๒๕๖๒

เพราะส้มโอให้ผลผลิตที่มีราคา และเจาะจงเลือกเกษตรกรชาวสวนส้มโอในตำบลทรงคนองและบางเตย จำนวน 25 คน เนื่องจากยังทำการเกษตรแบบเดิม เกณฑ์การคัดเลือก 1) เกษตรกรที่ปลูกส้มโอที่ยังไม่ได้ไปรับรอง GAP (Good agricultural practice) และ 2) ยินดีตอบคำถามวิจัย ส่วนเกณฑ์การคัดออกคือเกษตรกรขอถอนตัวจากการวิจัย

2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ แบบสอบถาม ประกอบด้วย

2.1 ข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา จำนวนสมาชิกในครอบครัว การเป็นสมาชิกในชุมชน

2.2 แบบสอบถามภาวะสุขภาพ โดยถามอาการที่เกิดขึ้นภายใน 24 ชั่วโมงเมื่อใช้สารเคมีโดยให้เลือกรายการที่เคยเกิดขึ้นและเป็นคำถามปลายเปิดที่ระบุอาการที่นอกเหนือจากที่ให้เลือก

2.3 แบบสอบถามความคิดเห็นด้านสุขภาพจิตของเกษตรกรในการใช้สารเคมี โดยให้กลุ่มตัวอย่างแสดงความคิดเห็น เลือกคำตอบเห็นด้วย ไม่แน่ใจ และไม่เห็นด้วย มีทั้งหมด 7 ข้อ

2.4 แบบสอบถามความคิดเห็นด้านสังคมของเกษตรกรในการใช้สารเคมี โดยให้กลุ่มตัวอย่างแสดงความคิดเห็น เลือกคำตอบเห็นด้วย ไม่แน่ใจ และไม่เห็นด้วย มีทั้งหมด 8 ข้อ

3. การทดสอบคุณภาพเครื่องมือวิจัย(Validity, Reliability)

แบบสอบถาม ภาวะสุขภาพด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม และแบบสัมภาษณ์คุณภาพเพื่อศึกษาความเป็นไปได้ในการทำเกษตรปลอดภัยผู้วิจัยสร้างขึ้นโดยการทบทวนวรรณกรรม ทดสอบคุณภาพเครื่องมือโดยผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 ท่าน ได้แก่ด้านการพยาบาล อาชีวอนามัย สิ่งแวดล้อมศึกษา และการพัฒนาชุมชน ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา ตามตัวแปรที่ศึกษา และนำเครื่องมือมาปรับตามข้อเสนอแนะ นำแบบทดสอบความรู้เข้ามาหาค่า KR 20 ได้ .85 และแบบสุขภาพด้านจิตใจและสังคมมาหาค่าความเชื่อมั่นโดยทดสอบด้วยสัมประสิทธิ์แอลฟา ครอนบาค (Cronbach's Alpha)

กับกลุ่มเกษตรกรกลุ่มอื่น จำนวน 30 คน ได้ค่า .82 และ .85 ตามลำดับ ส่วนแบบสัมภาษณ์เมื่อทดสอบความเที่ยงแล้วนำมาทดสอบความเข้าใจกับกลุ่มเกษตรกร 5 คน เพื่อทดสอบความเข้าใจ

เกณฑ์ที่ใช้ในการแปลความหมายข้อมูลสุขภาพด้านจิตใจและสังคมใช้วิธีของ Likert scale แบบจำแนกแต่ละช่วงย่อยต่างกัน แบ่งระดับคะแนนเป็น 3 ระดับ โดยทำการกำหนดช่วงของการวัดได้ดังนี้ (ศิริชัย พงษ์วิชัย, 2551) ระดับ 3 คะแนน ตั้งแต่ 1-1.66 ไม่เห็นด้วย คะแนนระดับ 1.67-2.33 ไม่แน่ใจ คะแนนระดับ 2.34-3.00 หมายถึง เห็นด้วย

4. การเก็บรวบรวมข้อมูลมีดังนี้

4.1 สำรวจรายชื่อ และจำนวนเกษตรกร กลุ่มตัวอย่างกับประธานกลุ่มส้มโอแต่ละตำบล

4.2 อธิบายวัตถุประสงค์ในการเก็บข้อมูล การพิทักษ์สิทธิ์และขอความยินยอมในการวิจัย

4.3 ให้เกษตรกรทำแบบสอบถามด้วยตนเอง ส่วนผู้ที่ไม่สันทัดในการอ่าน ผู้วิจัยจะอ่านให้ฟัง

5. การวิเคราะห์ข้อมูลมีดังนี้

ข้อมูลเชิงปริมาณวิเคราะห์ด้วยความถี่ ร้อยละ และการตีค่าตามเกณฑ์

#### การพิทักษ์สิทธิ์

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่างโดยอธิบายวัตถุประสงค์การวิจัยและขอรับความยินยอมก่อนเก็บข้อมูล กลุ่มตัวอย่างจะขอถอนตัวเมื่อไรก็ได้ ข้อมูลที่ได้จะเสนอเป็นภาพรวม ไม่มีชื่อผู้ตอบแบบสอบถาม และข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์ เทปบันทึกเสียงจะถูกทำลายเมื่อวิจัยเสร็จสมบูรณ์

#### ผลการวิจัย

ผลการวิจัยสุขภาพแบ่งเป็น 3 ส่วน 1) ข้อมูลทั่วไปของเกษตรกร 2) ภาวะสุขภาพด้านร่างกาย จิตใจ และสังคมของเกษตรกรและ 3) ความตระหนักด้านสุขภาพสู่การทำเกษตรอย่างปลอดภัย

**ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของเกษตรกรกลุ่มตัวอย่าง**

กลุ่มตัวอย่างเกษตรกรส่วนใหญ่ (76 %) เป็นเพศชายช่วงอายุมากที่สุดระหว่าง 40-49 ปี 10 คน (40%) รองลงมา คือ 50-59 ปี (28%) จบประถมศึกษา 10 คน (40%) เป็นสมาชิกเกษตรกรกลุ่มส้มโอ และกลุ่มสตรี หรือกลุ่มหมอดินอาสา 17 คน (68 %) ปลูกส้มโอมากกว่า 10 ปี 19 คน (76 %) จำนวนพื้นที่ปลูกมากกว่า 15 ไร่ จำนวน 15 คน (60 %) รายได้ครอบครัวได้มากกว่าเดือนละ 20,000-50,000 บาท/เดือน

**ส่วนที่ 2 ภาวะสุขภาพด้านร่างกาย จิตใจ****และสังคมของเกษตรกร**

2.1 การประเมินและการรับรู้ภาวะสุขภาพด้านร่างกายของตนเอง และการรับรู้การเจ็บป่วยในปัจจุบัน เกษตรกรประเมินตนเองว่าสุขภาพแข็งแรง 20 คน (80%) ไม่มีโรคประจำตัว 13 คน (52%) ในช่วง 1 ปีที่ผ่านมาเคยตรวจสารเคมีในกระแสเลือด 16 คน (64%) มีสารเคมีสูงกว่าปกติ 13 คน (81.25%) ดังตารางที่ 1

**ตารางที่ 1 แสดงข้อมูลการประเมินตนเองด้านสุขภาพ โรคประจำตัว การตรวจสารเคมีในเลือดและผลการตรวจ**

ข้อมูล	จำนวน (คน)	ร้อยละ
การประเมินตนเองทางสุขภาพ		
แข็งแรง	20*	80
ไม่ค่อยสบาย	4	16
อ่อนเพลีย	1	4
โรคประจำตัว		
ไม่มี	13*	52
โรคความดันโลหิตสูง	9	36
โรคความดันโลหิตสูงและเสียงหัวใจ	3	12
ตรวจสารเคมีในเลือดในช่วง 1 ปี		
เคย / ไม่เคย	16 / 9	64 / 36
ผลการตรวจสารเคมีในกลุ่มที่ตรวจสารเคมี		
ปกติ / สูงกว่าปกติ	13* / 3	81.25 / 18.75

\*จากตารางที่ 1 เกษตรกรประเมินและรับรู้ว่าสุขภาพของตนเองแข็งแรง ไม่มีโรคประจำตัว และถึงแม้จะสัมผัสสารเคมีแต่ผลเลือดปกติ

ปัญหาสุขภาพด้านร่างกายของเกษตรกรและสมาชิกในครอบครัว ซึ่งแต่ละคนตอบได้มากกว่า 1 ข้อ ปัญหาที่พบมากที่สุด และรองลงมา ได้แก่ การปวดกระดูก กล้ามเนื้อ 19 ราย (76%) มีโรคเรื้อรังในครอบครัว 15 ราย (60%) มีอาการปวดศีรษะ เวียนศีรษะ 13 ราย (52%) ภายหลังจากใช้สารเคมีมีอาการมึนงง อ่อนเพลีย และปวดศีรษะ จำนวน 11 และ 10 ราย ตามลำดับ (44 % และ 40 %) และมีอาการอื่นๆ ซึ่งถึงแม้จะพบน้อยรายแต่นับว่ารุนแรง เช่น แขนขาอ่อนแรง แน่นหน้าอก หายใจลำบาก ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ปัญหาสุขภาพด้านร่างกายของเกษตรกรและครอบครัวที่ใช้สารเคมี (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

ปัญหาสุขภาพด้านร่างกาย	จำนวน		ร้อยละ	
	มี	ไม่มี	มี	ไม่มี
ปัญหาด้านกระดูก เส้นเอ็น ข้อ ใหญ่ หลัง มากขึ้น	19	6	76	24
โรคเรื้อรังเบาหวาน ความดันโลหิตสูง ไขมันในเลือดสูง	15	10	60	40
ปัญหาปวดศีรษะ วิงเวียนศีรษะ	13	12	52	12
ปัญหาระบบทางเดินหายใจมากขึ้น	7	18	28	72
มีผื่นคันตามผิวหนัง ตุ่ม พุพองเป็นหนอง	7	18	28	72
เจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็ง*	4	21	16	84
ทารกเสียชีวิตหลังคลอด*	3	22	12	88
อาการที่เกิดขึ้นภายหลังการใช้สารเคมีทันที	จำนวน		ร้อยละ	
อ่อนเพลีย	11		44	
อาการมึนงง ปวดศีรษะ	10		10	
ผื่นแดง คัน	6		24	
เหงื่อออกมาก	5		20	
คลื่นไส้ อาเจียน ปัสสาวะมากกว่าปกติ แขนขาไม่มีแรง	4		16	
ท้องเสีย แน่นหน้าอก หายใจลำบาก ความดันโลหิตต่ำ	3		12	

\*จากตารางที่ 2 เกษตรกรทุกคนและสมาชิกในครอบครัวมีปัญหาสุขภาพด้านร่างกาย และมีระดับรุนแรงถึง 7 รายคือ ป่วยด้วยโรคมะเร็งและทารกเสียชีวิตหลังคลอด และอาการที่เกิดขึ้นภายหลังการใช้สารเคมีก็เกิดทุกคน มากน้อยตามปริมาณที่ใช้และสัมผัสสารเคมี

## 2.2 ภาวะสุขภาพจิต

พบมากที่สุดคือรู้สึกท้อแท้จากที่สารเคมีมีต้นทุนสูง (2.65) รองลงมา คือ รู้สึกกลัวเมื่อใช้สารเคมีเพราะเสี่ยงต่อการเจ็บป่วย (2.60) กลัวว่าลูกหลานจะได้รับอันตรายจากการรับประทานพืชผัก หรือผลไม้ที่มีสารเคมีตกค้างในสวน ( $\bar{X}$  = 2.60) ในภาพรวมจะเห็นด้วยกับปัญหาสุขภาพจิตที่เกิดขึ้น ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 แสดงค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและการแปลผลความคิดเห็นด้านสุขภาพจิต

รายการ	ค่าเฉลี่ย ( $\bar{x}$ )	ค่าเบี่ยงเบน มาตรฐาน (S.D.)	แปลผล
1. รู้สึกท้อแท้จากการที่สารเคมีทำให้ต้นทุนการผลิตสูง	2.65	.81	เห็นด้วย
2. รู้สึกขาดความมั่นคงจากภาระหนี้สินมาก	1.64	.95	น้อย
3. รู้สึกไม่สบายใจที่ต้องใช้สารเคมีเพราะทราบถึงพิษภัย*	2.52	.87	เห็นด้วย
4. การใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชทำให้รู้สึกเครียด	2.20	1.0	ไม่แน่ใจ
5. รู้สึกกลัวเมื่อใช้สารเคมีเพราะเสี่ยงต่อการเจ็บป่วย*	2.60	.81	เห็นด้วย
6. กลัวว่าลูกหลานจะได้รับอันตรายจากการรับประทาน พืชผักหรือผลไม้ที่ได้รับสารเคมีที่ตกค้างในสวน*	2.60	.81	เห็นด้วย
7. ไม่สบายใจจากพิษของสารเคมีปลิวเข้าบ้านตนเองและ ใกล้เคียงเกิดการปนเปื้อนในอาหารและสภาพแวดล้อม*	2.52	.87	เห็นด้วย
รวม	2.38	.75	เห็นด้วย

\*จากตารางที่ 3 เกษตรกรส่วนใหญ่เห็นด้วยในประเด็นที่สารเคมีเกี่ยวข้องกับสุขภาพโดยตรง

### 2.3 ภาวะสุขภาพด้านสังคม

เกษตรกรเห็นด้วยมากที่สุด การใช้สารเคมีทำให้การใช้แหล่งน้ำ แม่น้ำ ไม่สามารถนำมาใช้อุปโภคบริโภคได้ ( $\bar{X} = 2.52$ ) รองลงมาได้แก่การฉีดพ่นสารเคมีกำจัดศัตรูพืชใกล้กับโรงเรียนทำให้ครู และนักเรียนได้รับพิษจากสารเคมีกำจัดศัตรูพืช ( $\bar{X} = 2.44$ ) ไม่เห็นด้วยในข้อ 3 การจ้างแรงงานต่างถิ่นเข้ามาพ่นสารเคมีทำให้เกิดปัญหาของสังคม ( $\bar{X} = 1.64$ ) ดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 แสดงค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและการแปลผลความคิดเห็นสุขภาพทางสังคมของเกษตรกร

รายการ	ค่าเฉลี่ย $\bar{x}$	ค่าเบี่ยงเบน มาตรฐาน (S.D.)	การแปลผล
1.กลิ่นเหม็นของสารเคมีทำให้สัมพันธ์ภาพกับเพื่อนบ้านลดลง	1.88	1.01	ไม่แน่ใจ
2. สารเคมีต้นทุนสูงกว่าสารชีวภาพ	2.28	.97	ไม่แน่ใจ
3.แรงงานต่างถิ่นมาพ่นสารเคมีทำให้เกิดปัญหาสังคม	1.64	.95	ไม่เห็นด้วย
4.สารเคมีทำให้น้ำในแม่น้ำ มาใช้อุปโภคบริโภคไม่*	2.52	.87	เห็นด้วย
5.การฉีดพ่นใกล้กับโรงเรียนทำให้ครู และนักเรียน ได้รับพิษ*	2.44	.91	เห็นด้วย
6. ผู้ฉีดพ่นสารเคมีเข้าร่วมกิจกรรมในชุมชนลดลง	1.88	1.01	ไม่แน่ใจ
7. ผู้ฉีดพ่นสารเคมีมีโอกาสเข้าร่วมกิจกรรมในครอบครัวลดลง	1.80	1.01	ไม่แน่ใจ
8. สารเคมีทำให้คนในชุมชนเกิดการเจ็บป่วย*	1.96	1.01	ไม่แน่ใจ

\*จากตารางที่ 4 เกษตรกรเห็นด้วยในข้อที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ ยกเว้นข้อ 8 ที่ไม่แน่ใจ

### ส่วนที่ 3 การรับรู้ด้านสุขภาพผู้การทำเกษตร อย่างปลอดภัย

การรับรู้สถานะสุขภาพของตนเองและการรับรู้โอกาสเสี่ยงการเกิดโรค รับรู้ความรุนแรงของโรค มีผลต่อการทำเกษตรปลอดภัย โดยมีการรับรู้ดังนี้

3.1 เกษตรกรส่วนใหญ่ (80%) รับรู้ว่าตนเองมีสุขภาพแข็งแรง ผลการตรวจสอบสารเคมีในเลือดปกติ (81%) แม้ประมาณครึ่ง (48%) มีโรคประจำตัว ทุกคามมีปัญหาสุขภาพ ดังตารางที่ 1 และ 2

3.2 เกษตรกรรับรู้โอกาสเสี่ยงในการเกิดโรค เกษตรกรทุกคนมีอาการผิดปกติเมื่อสัมผัสสารเคมี ส่วนใหญ่เป็นเล็กน้อย ที่เป็นมากคือ อ่อนเพลีย มีนงง ปวดศีรษะ ดังตารางที่ 2 เกษตรกรเห็นด้วยกับพิษภัยของสารเคมีที่เกิดกับตนเองบุคคลในครอบครัวและสิ่งแวดล้อม ดังตารางที่ 3 และ 4

3.3 การรับรู้ความรุนแรงของโรค สมาชิกใน

ครอบครัวเกษตรกรป่วยด้วยโรคมะเร็ง และทารกเสียชีวิตหลังคลอด (16% และ 12%) ตามลำดับ

### สรุปผลการวิจัย

สรุปตามวัตถุประสงค์การวิจัยได้ดังนี้

1. เกษตรกรชาวสวนส้มโอซึ่งส่วนใหญ่เป็นเพศชาย อายุ 40-49 ปี ปลูกส้มโอมากกว่า 15 ไร่ ร้อยละ 80 ประเมินว่าตนเองสุขภาพแข็งแรง แม้ประมาณครึ่งหนึ่งมีโรคประจำตัวเป็นความดันโลหิตสูงและความดันโลหิตสูงที่มีความเสี่ยงเป็นโรคหัวใจ เกษตรกรทุกคนมีปัญหาสุขภาพระบบต่างๆ ในร่างกาย ตั้งแต่เล็กน้อยจนกระทั่งป่วยด้วยโรคเรื้อรัง มีคนในบ้านป่วยเป็นมะเร็ง และทารกเสียชีวิตหลังคลอด ในคำถามเกี่ยวกับสุขภาพจิตในทางลบ 7 ข้อ เกษตรกรเห็นด้วยเกือบทุกข้อโดยเฉพาะข้อที่สารเคมีส่งผลเสียโดยตรงต่อสุขภาพและสิ่งแวดล้อม มีเห็นด้วยน้อย

และไม่แน่ใจอย่างละ 1 ข้อ ซึ่งไม่ได้ส่งผลเสียโดยตรงต่อสุขภาพหรือส่งผลกระทบต่อสุขภาพสังคม เห็นด้วยทั้ง 2 ข้อที่เกี่ยวกับสุขภาพ ส่วนข้อที่ไม่เกี่ยวกับสุขภาพเกือบทุกข้อตอบไม่แน่ใจ

2. การรับรู้ด้านสุขภาพสู่การทำเกษตรอย่างปลอดภัย จากคำตอบ เกษตรกรส่วนใหญ่เห็นว่าตนเองมีสุขภาพแข็งแรง แม้ทุกคนจะมีปัญหาสุขภาพ รับรู้โดยเห็นด้วยว่าตนเองและบุคคลในครอบครัวมีโอกาสเสี่ยงต่อการได้รับพิษจากสารเคมี และมีคนในครอบครัวป่วยและเสียชีวิตด้วยโรคและสาเหตุการตายที่รุนแรง

**อภิปรายผลการวิจัย** ตามผลการวิจัยในแต่ละวัตถุประสงค์ ดังนี้

1. **ภาวะสุขภาพของเกษตรกร** เกษตรกรและสมาชิกในครอบครัวเห็นด้วยกับพิษของสารเคมีกำจัดศัตรูพืช ดังนั้นเกษตรกรส่วนใหญ่จึงน่าจะป้องกันตัวเองให้มากที่สุดในการใช้สารเคมี การศึกษาของสุวิทย์วรรณศรี (2552) ศึกษาเรื่องสารเคมีทางการเกษตรและสุขภาพอนามัยของเกษตรกรในจังหวัดเพชรบูรณ์ พบส่วนใหญ่เกษตรกรมีความตระหนักในการใช้สารเคมี และมีความรู้ในการใช้สารเคมีในระดับมาก และระดับสูง (ธีรนนท์ วรรณศิริ, 2559 และคณะ; จารวรรณ ไตรทิพย์สมบัติ และคณะ, 2557)

2. **การรับรู้ด้านสุขภาพสู่การทำเกษตรอย่างปลอดภัย** เกษตรกรรับรู้โอกาสเสี่ยงในการเกิดโรค รับรู้ความรุนแรงของโรค และเกษตรกรมีปัญหาสุขภาพทั้งแบบที่เกิดเฉียบพลันหลังการใช้สารเคมีและที่เป็นปัญหาทางร่างกายที่เรื้อรัง ซึ่งทั้งสองอาจนำไปสู่ความรุนแรงของโรคในอนาคตได้ โดยเฉพาะการเจ็บป่วยที่สร้างความรำคาญ ขัดขวางการดำเนินชีวิตที่ปกติ ก็จะเป็นส่วนหนึ่งที่ผลักดัน (Cue to act) แต่ก็ไม่อาจชี้ชัดได้ว่า

เกษตรกรจะปรับพฤติกรรมสู่การทำเกษตรปลอดภัย เพราะการเปลี่ยนพฤติกรรมยังขึ้นอยู่กับการรับรู้ด้านอื่นอีก ได้แก่ การรับรู้อุปสรรค (Perceived barriers) ในการปรับเปลี่ยน เช่น ประสิทธิภาพของวิธีการใหม่ ความสะดวก หรือเวลาที่ใช้ และการรับรู้ความสามารถของตนเองที่จะทำสิ่งนั้นได้ (Self-efficacy) (Wayne W. LaMorte, 2019)

### ข้อเสนอแนะที่ได้จากการวิจัย

1. เกษตรกรและผู้ที่มีโอกาสสัมผัสสารเคมีกำจัดศัตรูพืช ควรได้รับการตรวจเลือดเพื่อหาสารเคมีตกค้างอย่างน้อยปีละสองครั้ง และเจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการสุขภาพในพื้นที่ ควรแปลผลให้ผู้รับบริการทราบอย่างชัดเจน พร้อมวิธีปฏิบัติตัวที่ถูกสุขลักษณะเพื่อการป้องกันการเจ็บป่วย

2. ในการให้บริการแก่ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง บุคลากรผู้ดูแล ควรให้ความสำคัญกับการซักประวัติการสัมผัสสารเคมีกำจัดศัตรูพืชด้วย และให้คำแนะนำเพื่อเข้าใจถึงอันตรายและการหลีกเลี่ยงการใช้หรือสัมผัส

3. เจ้าหน้าที่สำนักงานเกษตรอำเภอควรประสานงานกับนักวิชาการเกษตรให้ความรู้กับเกษตรกรในชุมชนให้ใช้สารทางเลือกเพื่อทดแทนสารเคมีซึ่งมีอันตรายต่อสุขภาพ

### ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. การศึกษาเปรียบเทียบภาวะสุขภาพของเกษตรกรที่ใช้และไม่ใช้สารเคมีในการเกษตร

2. การสร้างการมีส่วนร่วมของชุมชนในการทำเกษตรเพื่อสุขภาพ

3. การวิจัยเจาะลึกความเข้าใจและแนวทางการสร้างสุขภาพในเกษตรกร

### เอกสารอ้างอิง

- เครือข่ายการแปรรูปอาหารอินทรีย์. (2561) แนวโน้มเกษตรอินทรีย์และอาหารอินทรีย์. (2562) สืบค้นจาก <http://www.organicfood.mju.ac.th/?p=325>
- จารุวรรณ ไตรทิพย์สมบัติ, เพลินพิศ จับกลาง, สุวิมล บุญเกิด, อัญชลี อาบสุวรรณ. (2556). การศึกษาความรู้ทัศนคติ และพฤติกรรมการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชของเกษตรกรบ้านห้วยสามขา ตำบลทัพวัง อำเภอบางบาล จังหวัดนครราชสีมา. คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏนครราชสีมา.
- จิรศักดิ์ เจริญพันธ์ และเฉลิมพล ต้นสกุล. (2549). พฤติกรรมสุขภาพ.(พิมพ์ครั้งที่ 5). มหาสารคาม: มหาวิทยาลัยมหาสารคาม.
- เจาะลึกระบบสุขภาพ. เกษตรกรไทย กว่า 4 ล้านคน เสี่ยงป่วยจาก "พิษสารกำจัดศัตรูพืช". สืบค้นจาก <https://www.hfocus.org/content/2014/05/7145Models>
- ชูเกียรติ โพนแก้ว. (2555). การมีส่วนร่วมของเกษตรกรเพื่อการไม่ใช้สารเคมีทางการเกษตรกรณีศึกษา: เกษตรกรตำบลวังบาล อำเภอลำทะเมนชัย จังหวัดเพชรบูรณ์. เพชรบูรณ์: มหาวิทยาลัยราชภัฏเพชรบูรณ์.
- ธีรนนท์ วรรณศิริ. (2561). ประสบการณ์การใช้สารเคมีของเกษตรกรชาวสวนส้มโอจังหวัดนครปฐม. วารสารวิจัยและพัฒนา วไลยอลงกรณ์ในพระบรมราชูปถัมภ์, 13(1), 199–209.
- พิษภัยสารเคมีเกษตร. (2560). สืบค้นจาก <http://www.greennet.or.th/article/263>
- ยงยุทธ ศรีเกี้ยวฝัน, ธนรัช เมฆขยาย และกฤษดา ภักดี. (2555). การส่งเสริมการทำเกษตรอินทรีย์และการบริหารจัดการศัตรูพืชโดยวิธีผสมผสานของเกษตรกรในอำเภอสันทราย จังหวัดเชียงใหม่. โครงการวิจัยเชิงบูรณาการเพื่อการพัฒนา กลุ่มเกษตรกรอินทรีย์และการจัดการเกษตรอินทรีย์ตามปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียง. เชียงใหม่.
- วัชร ปิ่นทอง. (2543). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อความสำเร็จของเกษตรกรผู้ผลิตผักปลอดสารพิษ ตำบลแม่ทา กิ่งอำเภอมะเอน จังหวัดเชียงใหม่. การค้นคว้าแบบอิสระศึกษาศาสตรมหาบัณฑิต บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- ศูนย์สารสนเทศ กรมส่งเสริมการเกษตร. (2560). เอกสารสถิติการเกษตรของประเทศไทย ปี 2554. สืบค้นจาก [www.agriinfo.doae.go.th](http://www.agriinfo.doae.go.th)
- ศิริชัย พงษ์วิชัย. (2551). การวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติด้วยคอมพิวเตอร์. (พิมพ์ครั้งที่ 19). กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สุวิทย์ วรรณศิริ. (2552). สารเคมีทางการเกษตรและสุขภาพอนามัยของเกษตรกรในจังหวัดเพชรบูรณ์. เพชรบูรณ์: มหาวิทยาลัยราชภัฏเพชรบูรณ์.
- สาคร ศรีมุข. (2556). ผลกระทบจากการใช้สารเคมีทางการเกษตรในประเทศไทย. สืบค้นจาก <http://library.senate.go.th/e-library/web/main.jsp?HMS>
- โสพรรณ เรื่องเจริญ. (2550). การประยุกต์การใช้แนวคิดการมีส่วนร่วมของชุมชนเพื่อลดการใช้สารเคมีในการเกษตร อำเภอนองหาน จังหวัดอุดรธานี. รายงานการศึกษาระดับปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลชุมชน คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- สำนักโรคจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อม กรมควบคุมโรค. (มปป). ผลกระทบต่อสุขภาพจากสารเคมีกำจัดศัตรูพืช. สืบค้นจาก <http://envocc.ddc.moph.go.th/contents/view/106>
- สำนักโรคจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อม. (2014). ผลกระทบต่อสุขภาพจากสารเคมีกำจัดศัตรูพืช. สืบค้นจาก [www.envocc.org](http://www.envocc.org)

อัถ์ อัจฉริยมนตรี. (2557). แนวทางการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของเกษตรกรเพื่อผลิตพืชผักปลอดภัยของชุมชนเมืองแกนพัฒนา อำเภอแม่แตง จังหวัดเชียงใหม่. เชียงใหม่: คณะเทคโนโลยีการเกษตร มหาวิทยาลัยราชภัฏเชียงใหม่.

Jensen H.K. et al. (2011). Pesticide Use and Self-Reported Symptoms of Acute Pesticide Poisoning among Aquatic Farmers in Phnom Penh, Cambodia. *Journal of Toxicology*, 11 : 1-9.

Mahmood, I, Imadi, S.R. Shazadi, K., Hakeem, K.R. (2015). Effects of Pesticides on Environment. Retrieved from <https://www.researchgate.net/publication>

Wayne W. LaMorte. (2019). The Health Belief Model in Behavioral Change Models. Boston University School of Public Health. Retrieved from <http://sphweb.bumc.bu.edu/otlt/MPH-Modules/SB/BehavioralChangeTheories/BehavioralChangeTheories2.html>



## บทบาทพยาบาลในการผ่าตัดลิ้นหัวใจไมทรัลผ่านกล้องวิดีโอทัศนวิสัยในระยะผ่าตัด

กมลทิพย์ สกุลกันบัณฑิต\*, อรวรรณ คำเหล่า\*

### บทคัดย่อ

การผ่าตัดลิ้นหัวใจไมทรัลผ่านแผลเล็ก (Minimally invasive mitral valve surgery; MIMVS) เป็นเทคนิคทางเลือกสำหรับการผ่าตัดซ่อมแซมหรือเปลี่ยนลิ้นหัวใจผ่านกล้องวิดีโอทัศนวิสัยที่มีแผลผ่าตัดขนาดเล็ก ซึ่งเป็นที่นิยมเพิ่มขึ้นและมีประสิทธิภาพมากกว่าการผ่าตัดหัวใจแบบเปิดผ่านกระดูกหน้าอก เนื่องจากมีแผลขนาดเล็ก การบาดเจ็บของผิวหนังและเนื้อเยื่อน้อยกว่า อาการปวดแผลและภาวะแทรกซ้อนจากการผ่าตัดน้อยกว่า ระยะเวลาการพักฟื้นน้อยกว่า มีรอยแผลเป็นเล็กกว่า อย่างไรก็ตามเทคนิคการผ่าตัดลิ้นหัวใจไมทรัลผ่านกล้องวิดีโอทัศนวิสัย ต้องมีอุปกรณ์และเครื่องมือผ่าตัดพิเศษเพิ่มเติม และการฝึกอบรมพิเศษของศัลยแพทย์และพยาบาลเชี่ยวชาญเฉพาะสำหรับการพยาบาลผู้ป่วยในห้องผ่าตัด พยาบาลมีบทบาทอย่างมากในการพัฒนาการดูแลผู้ป่วยเริ่มตั้งแต่การให้การพยาบาลระยะก่อนผ่าตัด ระหว่างผ่าตัด และระยะหลังผ่าตัด

**คำสำคัญ:** การผ่าตัดลิ้นหัวใจไมทรัลผ่านกล้องวิดีโอทัศนวิสัย, การพยาบาลผู้ป่วยที่รับการผ่าตัด

Journal of Nursing Science Christian University of Thailand. 2019; 6(2), 95-112

\*พยาบาลวิชาชีพ หน่วยผ่าตัดหัวใจและทรวงอก ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลศิริราช

คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล

Corresponding author, e-mail: Kamonthip4473@gmail.com Tel. 0829496393

วันที่รับบทความ: 24 สิงหาคม 2562, วันที่แก้ไขบทความเสร็จ: 19 ธันวาคม 2562,

วันที่ตอบรับบทความ: 13 มกราคม 2563

## **Role of Perioperative Nurse in Minimally Invasive Mitral Valve Surgery (MIMVS)**

Kamonthip Skulgunbundit\*, Orawan Khamlao\*

### **Abstract**

Minimally invasive mitral valve surgery (MIMVS) is an alternative technique for the mitral valve surgery. This technique, endoscopic surgery, becomes more favorable and effective than the invasive open heart surgery because of minimal access, less skin and soft tissue trauma, pain and perioperative complication. MIMVS take shorten duration of recovery and hospital stay and also have smaller scars. However, MIMVS needs more special equipments and special training of both surgeons and nurses. Nurses have many roles to improve patient care included preoperativon, perioperation and postoperation.

**Keywords:** Minimally invasive mitral valve surgery, Perioperative nursing care

Journal of Nursing Science Christian University of Thailand. 2019; 6(2), 95-112

---

\*Nurse Cardiovascularthoracic unit, Perioperative Nursing Division, Department of Nursing Siriraj Hospital, Faculty of Medicine Siriraj Hospital, Mahidol University  
Corresponding author, e-mail: Kamonthip4473@gmail.com Tel. 0829496393

Received: 24 August 2019, Revised 19 December 2019,

Accepted 13 January 2020

## บทนำ

โรคลิ้นหัวใจเป็นปัญหาสุขภาพที่คุกคามคุณภาพชีวิตของคนทั่วโลก สำหรับประเทศไทยพบว่ามีประชาชนป่วยเป็นโรคลิ้นหัวใจเพิ่มขึ้นทุกปีโดยเฉพาะโรคลิ้นหัวใจไมทรัล จากสถิติสมาคมศัลยแพทย์ทรวงอกแห่งประเทศไทย พบว่าในปี พ.ศ. 2555 - 2560 จำนวนผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดเกี่ยวกับลิ้นหัวใจทั้งหมดทั่วประเทศมีมากกว่า 4,000 กว่ารายต่อปี และโดยเฉลี่ยในแต่ละปีมีจำนวนเพิ่มขึ้น (สมาคมศัลยแพทย์ทรวงอกแห่งประเทศไทย, 2560) โรคลิ้นหัวใจไมทรัลเป็นหนึ่งในจำนวนที่ต้องผ่าตัดเพิ่มขึ้นเช่นกัน จากการเก็บสถิติหน่วยผ่าตัดหัวใจและทรวงอก โรงพยาบาลศิริราช จำนวนผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดเกี่ยวกับลิ้นหัวใจไมทรัล ในปี พ.ศ.2557-2561 มีจำนวน 112, 109, 71, 84, 90 ราย ตามลำดับ (หน่วยผ่าตัดหัวใจและทรวงอก, 2561) การรักษาด้วยวิธีการผ่าตัดเป็นทางเลือกหนึ่งที่ช่วยชีวิตผู้ป่วย แต่การรักษาด้วยวิธีการผ่าตัดจำเป็นต้องใช้เครื่องมือหัวใจและปอดเทียม โดยต้องมีการหยุดหัวใจขณะที่แพทย์ผ่าตัดซ่อมแซมหรือเปลี่ยนลิ้นหัวใจซึ่งเรียกว่าการผ่าตัดแบบเปิด ซึ่งจะเปิดแผลยาวตรงกึ่งกลางหน้าอก มีการเลื่อยตัดกระดูกหน้าอก และใช้ลวดเย็บปิดกระดูก แผลผ่าตัดมีขนาดใหญ่ จึงทำให้ปวดแผล และต้องใช้เวลาในการหายของแผลรวมถึงการเชื่อมของกระดูกที่ยาวนาน มีการสูญเสียเลือดและต้องมีการเตรียมให้เลือดอย่างเพียงพอ การนอนโรงพยาบาลยาวนาน เสียค่าใช้จ่ายสูง และการฟื้นตัวของผู้ป่วยช้า ปัจจุบันมีการผ่าตัดแบบเปิดแผลเล็กบริเวณใต้ราวนมข้างขวา ที่เรียกว่าการผ่าตัดด้วยวิธี Minimally invasive mitral valve surgery ซึ่งมีข้อดีคือแผลผ่าตัดเล็ก การเจ็บปวดแผลน้อยกว่าและการหายของแผลเร็วขึ้นเนื่องจากไม่ต้องรอให้กระดูกเชื่อมติดกัน โรงพยาบาลศิริราชมีผู้ป่วยผ่าตัดวิธีนี้ทั้งหมด 26 ราย คิดเป็น 5.58% จากสถิติ 5 ปีย้อนหลัง (หน่วยผ่าตัดหัวใจและทรวงอก, 2561)

พยาบาลห้องผ่าตัดมีบทบาทสำคัญที่ช่วยให้การผ่าตัดนั้นราบรื่น ประสบความสำเร็จ และมีประสิทธิภาพ ผู้ป่วยปลอดภัยและไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนขณะผ่าตัด โดยต้องอาศัยความรู้ ทักษะ ความชำนาญเฉพาะในการผ่าตัด ซึ่งเป็นการผ่าตัดที่ยุ่งยากซับซ้อน

## กายวิภาคและสรีรวิทยาลิ้นหัวใจไมทรัล (Mitral valve)

ลิ้นหัวใจไมทรัล (Mitral valve หรือ Bicuspid valve) เป็นลิ้นหัวใจที่มี 2 แฉก มีหน้าที่ให้เลือดผ่านจากหัวใจห้องบนซ้าย (Left atrium) เข้าสู่หัวใจห้องล่างซ้าย (Left ventricle)

## สาเหตุการเกิดโรคลิ้นหัวใจไมทรัล

ลิ้นหัวใจไมทรัล เป็นลิ้นหัวใจที่รับแรงดันสูงกว่าลิ้นหัวใจอื่น คือ เท่ากับ Systolic blood pressure โรคลิ้นหัวใจไมทรัล (Mitral valve disease) แบ่งออกเป็น ลิ้นหัวใจไมทรัลตีบ (Mitral valve stenosis) และลิ้นหัวใจไมทรัลรั่ว (Mitral valve regurgitation) (Dominik, Jan, & Zacek, Pavel, 2010)

**Mitral stenosis** สาเหตุส่วนใหญ่เกิดจากการติดเชื้อสเตรปโตคอคคัส กรุ๊ปเอ (Streptococcus group A) ที่เรียกว่าไข้รูมาติก (Rheumatic fever) ผู้ป่วยจะแสดงอาการภายหลังจากที่มี Rheumatic infection มานานกว่า 10-20 ปี ผู้ป่วยจะมีอาการเหนื่อยขณะออกแรง (Exertional dyspnea) หรือเหนื่อยขณะนอนราบ (Orthopnea) และเหนื่อยเวลากลางคืน (Paroxysmal nocturnal dyspnea) หรือบางครั้งอาจมีอาการไอเป็นเลือด อาการอาจรุนแรงถึงขั้น Pulmonary edema ลิ้นหัวใจตีบที่เกิดอยู่นานอาจก่อให้เกิดภาวะ Pulmonary hypertension แล้วนำไปสู่หัวใจห้องขวาล้มเหลว (Right sided heart failure) ผู้ป่วยจะมีอาการตับโต ท้องบวม ขาบวม เส้นเลือดดำที่คอโป่งพอง (Jugular venous distension) (วรวรงค์ ศลิษฐ์อรรรถกร, 2555)

**Mitral regurgitation หรือ Mitral insufficiency** สาเหตุคือการยื่นลงมาในหัวใจห้องล่างซ้ายของลิ้นหัวใจไมทรัลข้างเดียวหรือทั้งสองข้าง (Mitral valve prolapse) โรคพันธุกรรม ไข้รูมาติก (Rheumatic fever) โรคหัวใจขาดเลือด (Ischemic heart disease) การติดเชื้อที่เยื่อหัวใจ (Endocarditis) เป็นต้น (วรรณคดี ศัลยศาสตร์, 2555)

การผ่าตัดโรคลิ้นหัวใจโดยการผ่าตัดซ่อมแซมลิ้นหัวใจจะเป็นสิ่งที่ดีที่สุด เนื่องจากการรักษาสภาพการทำงานของหัวใจห้องล่างขวา (Left ventricle) และผู้ป่วยอาจไม่ต้องรับประทานยาละลายลิ่มเลือด (Anticoagulant) ไปตลอดชีวิต แต่ถ้าลิ้นหัวใจมีพยาธิสภาพมากจนซ่อมแซมไม่ได้ ผู้ป่วยจะได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจ ซึ่งจะใช้ลิ้นหัวใจชนิดโลหะ (Mechanical valve) หรือเนื้อเยื่อ (Bioprosthetic valve) ขึ้นอยู่กับปัจจัยด้านอายุ เพศ และโรคอื่น รวมทั้งปัจจัยเรื่องการรับประทานยาละลายลิ่มเลือด การผ่าตัดโรคลิ้นหัวใจ จะกระทำผ่านแผลเปิดผ่านกระดูกกลางหน้าอก (Median sternotomy) และอาศัยเครื่องปอดและหัวใจเทียม (Cardio-pulmonary bypass) ช่วยในขณะที่ผ่าตัด อัตราเสียชีวิตจากการผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจประมาณร้อยละ 2-6 และจากการซ่อมแซมลิ้นหัวใจน้อยกว่าคือประมาณร้อยละ 1-2 นอกจากนี้การผ่าตัดซ่อมแซมลิ้นหัวใจจะมีภาวะแทรกซ้อนน้อยกว่าการผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจ (วรรณคดี ศัลยศาสตร์, 2555)

ปัจจุบันการผ่าตัดแบบ Minimally invasive surgery ที่มีเทคโนโลยีทางการแพทย์มาช่วยในการผ่าตัด โดยการมองภาพบริเวณที่ทำผ่าตัดผ่านกล้องวิดีโอ ทำให้แผลผ่าตัดมีขนาดเล็ก และลดภาวะแทรกซ้อนจากการผ่าตัดแบบเปิด จึงเป็นที่นิยมเพิ่มมากขึ้น ซึ่งการผ่าตัดวิธีนี้สามารถนำมาใช้ในการผ่าตัดลิ้นหัวใจได้เช่นกัน

### การผ่าตัด Minimally invasive mitral valve surgery (MIMVS)

เป็นการผ่าตัดที่ใช้เทคโนโลยีการมองภาพบริเวณที่ทำผ่าตัดผ่านกล้องวิดีโอ ช่วยในการผ่าตัดซ่อมแซมหรือเปลี่ยนลิ้นหัวใจไมทรัล เป็นการผ่าตัดแบบเปิดช่องอกขนาดเล็ก (Mini thoracotomy) บริเวณ Inter costal space ประมาณ 4 เซนติเมตร ตำแหน่งใต้บริเวณราวนมข้างขวาโดยไม่ต้องตัดผ่านกระดูกหน้าอก ร่วมกับแผลขนาดเล็ก 5-10 มิลลิเมตร เพื่อใส่กล้องวิดีโอช่วยให้ผู้ช่วยผ่าตัดมองเห็นตำแหน่งรอยโรคผ่านจอรับภาพโดยไม่ต้องเปิดแผลผ่าตัดให้กว้าง การผ่าตัดด้วยวิธีนี้ทำให้แผลผ่าตัดมีขนาดเล็ก ลดโอกาสเสี่ยงต่อการติดเชื้อ การเสียเลือดในระหว่างผ่าตัดน้อย การบอบซ้ำของเนื้อเยื่อน้อยกว่าทำให้เจ็บแผลหลังผ่าตัดน้อยกว่า เกิดอาการหัวใจเต้นผิดจังหวะหลังผ่าตัดน้อยกว่า ผู้ป่วยฟื้นตัวเร็ว ลดระยะเวลาการนอนโรงพยาบาล (Luca F, et al, 2013; Kumar S. & Yuh D, 2017) โดยระยะเวลาการนอนโรงพยาบาลเฉลี่ย ประมาณ 3-5 วัน และการฟื้นตัวหลังการผ่าตัดใช้เวลาเพียง 2-4 สัปดาห์เท่านั้น ในขณะที่การผ่าตัดแบบเดิมใช้เวลาในการฟื้นตัว ถึง 6-8 สัปดาห์ (อัษฎวีณ์ ภาชนะ, 2552)

### ข้อบ่งชี้ในการผ่าตัด

1. ผู้ป่วยกลุ่ม Class 3 และ class 4 (แบ่งตาม New York Heart Association function class)
2. ผู้ป่วย Class 2 ร่วมกับหัวใจโตและ Left ventricle end systolic  $> 50$  ml/m<sup>2</sup>
3. ผู้ป่วย Class 2 ร่วมกับหัวใจโต EF น้อยกว่าปกติ (55-70%)
4. หัวใจวายหลายครั้ง
5. การรั่วของลิ้นหัวใจ (Regurgitation fraction)  $> 50\%$

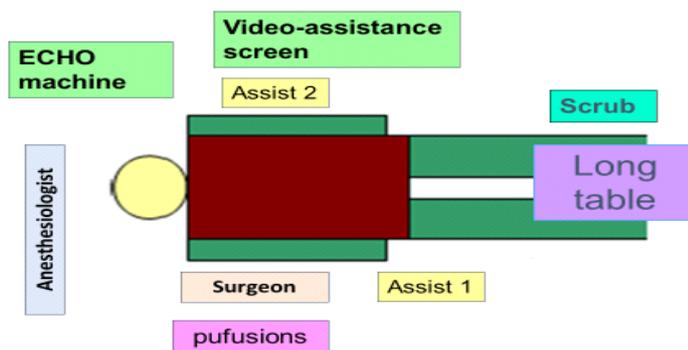
**การให้ยาระงับความรู้สึก** : ระวังความรู้สึกทั่วร่างกาย (General anesthesia) (อังกาบ ปราการรัตน์, 2556)

**การจัดท่าผ่าตัด** : นอนหงายราบ ใช้หมอน Jelly roll ขนาดใหญ่หนุนใต้ไหล่ขวา แขนข้างขวาวางข้างลำตัวโดย

ให้มีช่องว่างห่างจากลำตัวเล็กน้อยเพื่อให้มีพื้นที่ในการเปิดแผลผ่าตัด และใส่ Trocar ใช้ผ้ายึดแขนไว้กับเตียงผ่าตัด แขนข้างซ้ายวางแนบข้างลำตัว (Multimedia manual of cardio-thoracic surgery, 2009)



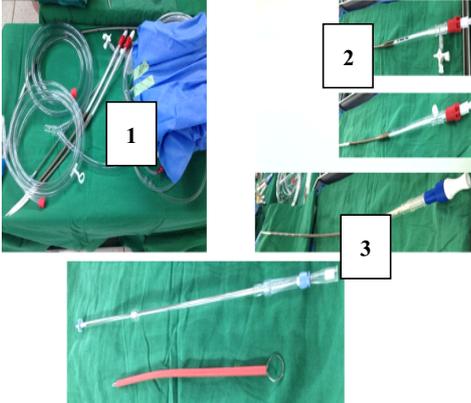
ภาพที่ 1 แสดงการจัดท่าผู้ป่วยผ่าตัด Minimally invasive mitral valve surgery ที่มา ภาพโดยกมลทิพย์ สกลกันบัณฑิต



ภาพที่ 2 แสดงการจัดวางตำแหน่งของเครื่องมือ อุปกรณ์ และทีมผ่าตัด ที่มา เขียนโดยกมลทิพย์ สกลกันบัณฑิต

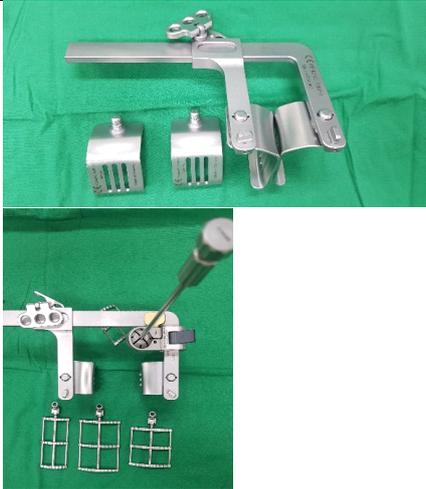
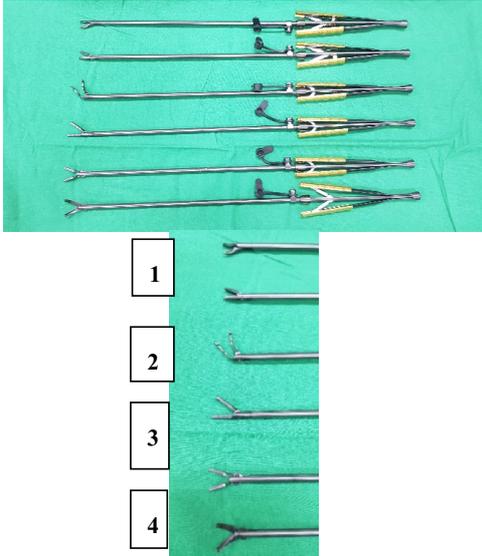
## การเตรียมอุปกรณ์ที่ใช้ในการผ่าตัด

## ตารางที่ 1 แสดงชุดอุปกรณ์และเครื่องมือพิเศษสำหรับการผ่าตัดลิ้นหัวใจไม่พรั่นผ่านกล้องวิดิทัศน์

รูปภาพแสดง	รายการเครื่องมือ
	<p>จอแสดงภาพสำหรับการผ่าตัด (monitor) และเครื่องประมวลผลภาพ</p>
	<p>1. กล้องรับภาพชนิดความละเอียดสูง (camera HD) โดยต่อเข้ากับLens 2. Lens หรือ Telescope ขนาด 10 มิลลิเมตร ชนิด 0 องศา และ 30 องศา ก่อนใช้งานต้องต่อกับสายนำแสงไฟ และกล้องรับภาพ 3. สายนำแสงไฟเบอร์ออปติก (fiber optic light cable)</p>
	<p>โต๊ะอุปกรณ์สำหรับเครื่องปอดและหัวใจเทียม ประกอบด้วย 1. สายขางวนเลือดและสาย cannula 2. arterial cannula, venous cannula 3. เข็ม cardioplegia และลวด snugger</p>

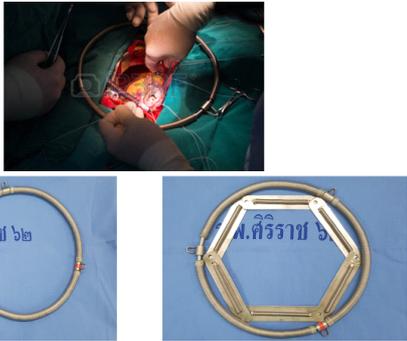
ที่มา ภาพโดยกมลทิพย์ สกุดกันบัณฑิต

ตารางที่ 1 แสดงชุดอุปกรณ์และเครื่องมือพิเศษสำหรับการผ่าตัดลิ้นหัวใจไมทรัลผ่านกล้องวิดีโอ (ต่อ)

รูปภาพแสดง	รายการเครื่องมือ
	Spreader และ mitral valve retractor
	Lens holder ใช้ยึด telescope กับขอบเตียงผ่าตัด
	<p>ชุดเครื่องมือ MIS instruments ประกอบด้วย</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. endo needle holder (curved, straight) ใช้จับเข็มเย็บซ่อมแซม mitral valve</li> <li>2. endo knot pusher ใช้ผูกไหมในที่ลึกที่มีอวัยวะไม่สามารถผูกได้</li> <li>3. endo forceps ใช้จับเนื้อเยื่อของหัวใจ</li> <li>4. endo scissors (curved, straight) ใช้สำหรับตัดเนื้อเยื่อหัวใจ และตัดไหมเย็บ</li> </ol>

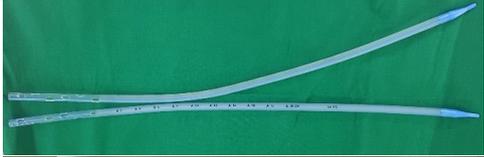
ที่มา ภาพโดยกมลทิพย์ สกุกกันบัณฑิต

ตารางที่ 1 แสดงชุดอุปกรณ์และเครื่องมือพิเศษสำหรับการผ่าตัดลิ้นหัวใจไมทรัลผ่านกล้องวิดีโอทัศน์ (ต่อ)

รูปภาพแสดง	รายการเครื่องมือ
	Aortic cross clamps
	Suture ring สำหรับยึดไหมที่เย็บลิ้นหัวใจไมทรัล ก่อนทำการผูก
	Trocar และ wound retractor
	Asepto syringe สำหรับ test valve โดยประกอบท่อพลาสติก (ซิลิโคน) ขนาดเส้นผ่าศูนย์กลาง 0.5 เซนติเมตร ยาว 10 เซนติเมตร ต่อเพิ่มที่ปลาย Asepto syringe

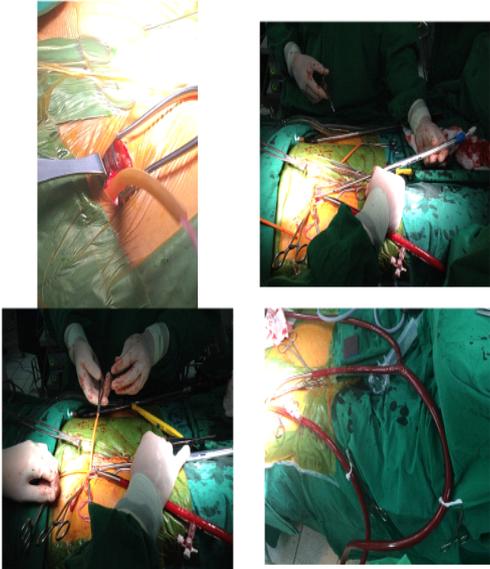
ที่มา ภาพโดยกมลทิพย์ สกุลกันบัณฑิต

ตารางที่ 1 แสดงชุดอุปกรณ์และเครื่องมือพิเศษสำหรับการผ่าตัดลิ้นหัวใจไมทรัลผ่านกล้องวิดีโอ (ต่อ)

รูปภาพแสดง	รายการเครื่องมือ
	<p>ท่อระบาย ใช้ Thoracic catheter ขนาด 28 Fr. และ Jackson Pratt Reservoir 100 มิลลิลิตร กับ Flat Drain ขนาด 10 มิลลิเมตร</p>
	<p>การจัดโต๊ะเครื่องมือพื้นฐาน</p>
	<p>การจัดโต๊ะเครื่องมือพิเศษ เนื่องจากเครื่องมือมี ขนาดยาว 11 นิ้ว มีราคาค่อนข้างสูง ต้อง จัดแยก เพื่อป้องกันเครื่องมือเบียดทับกัน</p>
	<p>ถัง CO<sub>2</sub> ต่อเข้ากับสายยางขนาดเล็กใส่เข้าไป ช่องโพรงผ่าตัด ให้ CO<sub>2</sub> ละลายกับน้ำ ซึ่ง CO<sub>2</sub> จะช่วยให้ฟองอากาศ (Air bubble) ละลายกับน้ำ ได้ดีขึ้น เพื่อลดฟองอากาศ ในระบบ</p>
	<p>ที่มา ภาพโดยกมลทิพย์ สกกุลกันบัณชิต</p>

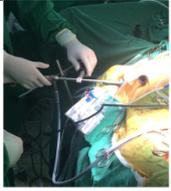
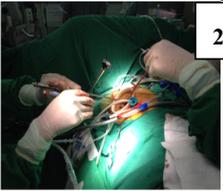
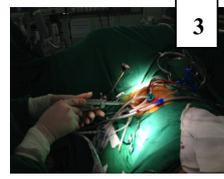
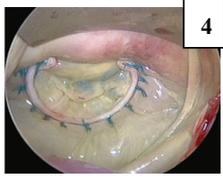
## ขั้นตอนการผ่าตัด

## ตารางที่ 2 แสดงขั้นตอนการผ่าตัดลิ้นหัวใจไมทรัลผ่านกล้องวิดีโอทัศน

ภาพแสดงขั้นตอน	วิธีการ
	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. ลงมีดแผลผ่าตัดขนาดเล็กบริเวณชายโครงขวา ช่องที่ 3 หรือ 4 (3<sup>rd</sup> or 4<sup>th</sup> intercostal space) ขนาด 3-4 เซนติเมตร</li> <li>2. ลงมีดผ่าตัดเปิดตำแหน่งport ขนาด 5.5 มิลลิเมตร 2 ตำแหน่งสำหรับใส่สาย suction pump สาย CO<sub>2</sub> และใช้ไหมเย็บตรึงเยื่อหุ้มหัวใจ (pericardium) ช่องซี่โครงที่ 2 และ 4 หรือ 5 ส่วน port 10.5 มิลลิเมตรสำหรับใส่ Len</li> </ol>
	<p>เปิดแผลที่ขาหนีบ ขนาด 2-3 เซนติเมตร หา หลอดเลือด (femoral vein and femoral artery) cannulate femoral vein เพื่อนำเลือดจาก Inferior vena cava (IVC) เข้าเครื่องหัวใจและปอดเทียม (heart lung machine) และ cannulate femoral artery เพื่อนำเลือดจากเครื่องหัวใจและปอดเทียม เข้าสู่ร่างกาย</p> <p>(Multimedia manual of cardio-thoracic surgery, 2009; Kumar S &amp; Yuh D, 2017)</p>

ที่มา ภาพโดยกมลทิพย์ สกุณกันบัณฑิต

ตารางที่ 2 แสดงขั้นตอนการผ่าตัดลิ้นหัวใจไมทรัลผ่านกล้องวิดีโอทัศน (ต่อ)

ภาพแสดง	วิธีการ
	<p>1. จัดตำแหน่งเลนส์ โดยใช้ lens holder ยึดกับเตียงผ่าตัด ปรับตำแหน่งให้มองเห็นลิ้นหัวใจไมทรัล (mitral valve) ให้ชัดเจน</p>
	<p>2. เย็บ cannulate cardioplegia</p>
	<p>3. cross clamps aorta ให้สารละลาย cardioplegia ใช้สารนี้ 10.9%NSS เย็น เพื่อปกป้องกล้ามเนื้อหัวใจ และใช้ 0.9%NSS อุณหภูมิปกติคั้นหีบ หลอดเลือดแดงใหญ่</p>
	<p>4. ทำการผ่าตัดซ่อมแซมลิ้นหัวใจไมทรัล (mitral valve) กรณีเย็บซ่อมแซมไม่ได้ อาจต้องเปลี่ยนลิ้นหัวใจเทียม (prosthesis) โดยวัดขนาดลิ้นหัวใจเทียมที่ต้องการ ก่อนเปิดห่อลิ้นหัวใจเทียม วิธีการ test valve โดยการใส่ asepto syringe ที่ต่อปลายด้วยสายยาง ใส่ 0.9%NSS แล้วบีบไล่น้ำ ให้ตรงตำแหน่งลิ้นหัวใจ เสมือนเป็นเลือดที่ผ่านลิ้นหัวใจเพื่อดูการปิดเปิดของลิ้นหัวใจ</p>
	<p>เมื่อเย็บซ่อมแซม หรือเปลี่ยนลิ้นหัวใจไมทรัลเสร็จ เย็บปิดแผลด้วยatraumatic vicryl 2/0 (30 mm.) และ atraumatic vicryl 4/0 (19 mm.) ใส่ท่อระบายทรวงอก (thoracic catheter) ที่ตำแหน่ง port 10.5 มิลลิเมตร และ Jackson patt ที่ตำแหน่ง port 5.5 มิลลิเมตร ช่องซี่โครงช่อง 4 หรือ 5 (Multimedia manual of cardio-thoracic surgery, 2009; Kumar S &amp; Yuh D, 2017)</p>

ที่มา ภาพโดยกมลทิพย์ สกลกันันต์

## บทบาทพยาบาลในการผ่าตัดลิ้นหัวใจไมทรัลผ่านกล้อง วิดิทัศน์ในระยะผ่าตัด

บทบาทพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยผ่าตัดลิ้นหัวใจไมทรัลผ่านกล้องวิดิทัศน์ เป็นการพยาบาลผู้ป่วยแบบองค์รวมอย่างต่อเนื่องโดยใช้กระบวนการพยาบาลมาใช้ในการแก้ปัญหา สามารถแบ่งได้เป็น 3 ระยะ ได้แก่ ระยะก่อนผ่าตัด ระยะผ่าตัด และระยะหลังผ่าตัด (กุลชลี เพ็ชรรัตน์, 2558) บทบาทของพยาบาลผ่าตัดเริ่มตั้งแต่การให้การพยาบาลระยะก่อนผ่าตัด คือระยะตั้งแต่รับผู้ป่วยจากหอผู้ป่วยมาห้องพักรอดูอาการก่อนผ่าตัด ระยะผ่าตัด คือระยะตั้งแต่รับผู้ป่วยจากห้องพักรอดูอาการก่อนผ่าตัดเข้าห้องผ่าตัดเสร็จสิ้นและระยะหลังผ่าตัด คือระยะที่ส่งผู้ป่วยไปห้องพักฟื้นจนส่งผู้ป่วยกลับหอผู้ป่วย แต่สำหรับผู้ป่วยผ่าตัดหัวใจจะส่งผู้ป่วยไปหอผู้ป่วยวิกฤตทันที (งานพยาบาลผ่าตัด, 2561) ในการผ่าตัดลิ้นหัวใจไมทรัลผ่านกล้องวิดิทัศน์พยาบาลต้องเตรียมเครื่องมือผ่าตัดที่มีความยาวที่ใช้เฉพาะการผ่าตัดส่องกล้อง ชุดจอแสดงภาพและประมวลผลเพิ่ม รวมถึงอุปกรณ์อื่นๆ การจัดทำผู้ป่วยมีความแตกต่างจากเดิมคือการหนุนหมอน Jelly roll ใต้ไหล่ขวา และเตรียมบริเวณผ่าตัดตั้งแต่หน้าอกถึงขาหนีบในขณะที่การผ่าตัดเปิดหน้าอกจะไม่เตรียมบริเวณผ่าตัดถึงขาหนีบ ยกเว้นผู้ป่วยที่เคยผ่าตัดเปิดหน้าอกมาแล้ว เนื่องจากมีการสอดสายหลอดเลือดดำ (Venous cannula) และหลอดเลือดแดง (Arterial cannula) ที่ขาหนีบเพื่อต่อกับเครื่องหัวใจและปอดเทียม อีกทั้งแผลมีขนาดเล็กทำให้ผ่าตัดยากกว่า บทบาทพยาบาลในการเตรียมเครื่องมือ อุปกรณ์ให้พร้อม ซึ่งเป็นการทำงานร่วมกันกับทีมสหสาขา ในส่วนของบทบาทพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยดังนี้

### 1. บทบาทพยาบาลระยะก่อนผ่าตัด Minimally invasive mitral valve surgery

พยาบาลมีบทบาทที่สำคัญในการเฝ้าระวังและติดตามอาการผู้ป่วยอย่างใกล้ชิดเนื่องจากการผ่าตัดถือเป็นสาเหตุหนึ่งของภาวะวิกฤตทางอารมณ์ และเป็นเหตุการณ์ที่คุกคามต่อจิตใจที่ต้องเผชิญต่อการผ่าตัด (พรทิพย์ บุญพวง และคณะ, 2541)

ตัวอย่างข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลระยะก่อนผ่าตัด (Nanda health, 2013)

- ผู้ป่วยและญาติหรือครอบครัวมีความวิตกกังวลต่อการผ่าตัด
- ผู้ป่วยเสี่ยงต่อการเกิดอุบัติเหตุพลัดตกเตียง เนื่องจากได้รับยา Pre-medication กลุ่ม Sedative drug ทำให้มีอาการง่วงซึม
- ผู้ป่วยเสี่ยงต่อการเกิดภาวะเนื้อเยื่อได้รับออกซิเจนไม่เพียงพอ เนื่องจากประสิทธิภาพการทำงานของหัวใจลดลง (Low cardiac output)

บทบาทการพยาบาลมีดังนี้

- 1.1 พยาบาลผู้ดูแลต้องให้ความเป็นมิตรมีสัมพันธภาพที่ดี สอบถามความต้องการของผู้ป่วยเป็นระยะขณะนอนรอผ่าตัด หรือให้ญาติอยู่เป็นเพื่อนตาม que ผู้ป่วยต้องการ
- 1.2 ประเมินความพร้อมด้านร่างกาย โดยการวัดสัญญาณชีพ ได้แก่ ความดันโลหิต อัตราการเต้นของหัวใจ การหายใจ และวัดเปอร์เซ็นต์ความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือด เนื่องจากผู้ป่วยมีโอกาสเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจได้รับออกซิเจนไม่เพียงพอ จากการทำงานของลิ้นหัวใจไมทรัลผิดปกติ ไม่สามารถกั้นเลือดได้เต็มที่ พยาบาลดูแลให้ได้รับออกซิเจนอย่างเพียงพอติดตามสัญญาณชีพทุก 15 นาที (กุลชลี เพ็ชรรัตน์, 2558)
- 1.3 ตรวจสอบการให้ยา (Premedication) ได้แก่ยาที่ให้ในเช้าวันผ่าตัด เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยคลายความวิตกกังวล และการหยุดยาลดไข้ลด 7 วันก่อนผ่าตัด เพื่อป้องกันภาวะเลือดออกขณะผ่าตัด
- 1.4 จัดสถานที่ สภาพแวดล้อมขณะอยู่ในห้องพักรอดูอาการที่เงียบสงบ ดูแลให้ความอบอุ่นแก่ร่างกาย หรือปรับอุณหภูมิห้องพักรอดูอาการให้อุ่นขึ้นเพื่อให้ผู้ป่วยได้พักผ่อน ลดการใช้ออกซิเจน
- 1.5 จัดทำอนัตริระสูง เป็นท่าที่ทำให้ทรงอกขยายตัวได้ดีโดยอวัยวะต่างๆ ในช่องท้องเลื่อนต่ำลงไม่กดเบียดคกบังลมทำให้ปอดขยายได้ดีขึ้น
- 1.6 ประเมินปัจจัยเสี่ยงการเกิดแผลกดทับตามแบบประเมินแนวการปฏิบัติเพื่อป้องกันแผลกดทับในห้องผ่าตัด (Pressure injury; PI) ซึ่งผู้ป่วยที่มี

ปัจจัยเสี่ยง ได้แก่ อายุ มากกว่า 62 ปี American Society of Anesthesiologists (ASA) class 3 และระยะเวลาในการผ่าตัดนานมากกว่า 3 ชั่วโมง หากมีปัจจัยเสี่ยง 2 ใน 3 ปัจจัย ถือว่าผู้ป่วยมีความเสี่ยงสูงต่อการเกิดแผลกดทับ ส่งต่อข้อมูลกับพยาบาลในห้องผ่าตัดเพื่อดูแลในระยชขณะผ่าตัดตามแนวปฏิบัติเพื่อป้องกันแผลกดทับในห้องผ่าตัด (งานการพยาบาลผ่าตัด, 2561)

1.7 ตรวจสอบการสำรองเลือดก่อนผ่าตัด เนื่องจากมีความจำเป็นที่ต้องใช้เลือดขณะผ่าตัด

1.8 อธิบายการผ่าตัดแบบกะชับ เข้าใจง่าย ในส่วนห้องผ่าตัด เช่นผู้ป่วยอาจเกิดภาวะอุณหภูมิร่างกายต่ำ (Hypothermia) เนื่องจากมีการลดอุณหภูมิร่างกายผู้ป่วยและต้องใช้เวลาในการเพิ่มอุณหภูมิ พยาบาลเตรียมสารน้ำเย็น น้ำอุ่น วิธีการให้ความอบอุ่นแก่ร่างกายผู้ป่วย มีวิธีการป้องกันการติดเชื้อ มีการใช้เครื่องปอดหัวใจเทียม เป็นต้น

นอกจากนี้พยาบาลมีบทบาทอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง เช่น ตรวจสอบความพร้อมเอกสารยินยอมรับการผ่าตัด รายงานเวชระเบียนให้ครบถ้วน เป็นต้น ดังนั้นพยาบาลมีบทบาทให้การพยาบาลผู้ป่วยตามข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลระยะก่อนผ่าตัด และมีการประเมินผลหลังให้การพยาบาลดังกล่าว (งานการพยาบาลผ่าตัด, 2561)

## 2. บทบาทพยาบาลระยะผ่าตัด Minimally invasive mitral valve surgery

บทบาทพยาบาลในระยะผ่าตัด นอกเหนือจากการให้การพยาบาลผู้ป่วยตามกระบวนการพยาบาล แล้วยังแบ่งลักษณะงานที่ปฏิบัติ คือ พยาบาลส่งเครื่องมือผ่าตัด (Scrub nurse) ทำหน้าที่ส่งเครื่องมือผ่าตัดตามมาตรฐานถูกต้องตามลำดับขั้นตอนด้วยเทคนิคปลอดเชื้อ (Sterile technique) และพยาบาลช่วยเหลือนอกรอบ (Circulating nurse) ดูแลจัดการช่วยเหลือทีมผ่าตัดรอบนอก ได้แก่ ดูแลสิ่งแวดล้อมในห้องผ่าตัดให้สะอาด มีการตรวจสอบชุดเครื่องมือช่วยผ่าตัดโดยใช้กล้องวิดีโอ รวมทั้งเตรียมอุปกรณ์พื้นฐานอื่นๆ อาทิ เครื่องจีไฟฟ้า เครื่อง Suction ให้พร้อมใช้งาน จัดเตรียมชุดเครื่องมือ ชุดเครื่องมือพื้นฐาน

ชุดเครื่องมือพิเศษ และชุดเครื่องมือสำรองใช้เมื่อจำเป็นต้องผ่าตัดแบบเปิดหน้าอก เตรียมไหมเย็บแผล ไหมผูกเส้นเลือด อุปกรณ์ห้ามเลือดต่างๆ เป็นต้น (งานการพยาบาลผ่าตัด, 2561)

ตัวอย่างข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลระยะผ่าตัด (Nanda health, 2013)

- ผู้ป่วยมีโอกาสเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดจากการหยุดหัวใจขณะผ่าตัด

- ผู้ป่วยเสี่ยงต่อการแลกเปลี่ยนก๊าซบกพร่องจากถุงลมปอดมีน้ำซึมผ่านเนื้อเยื่อถุงลมปอด (Alveoli gas exchange)

- ผู้ป่วยเสี่ยงต่อเนื้อเยื่อมีปริมาณเลือดไปเลี้ยงลดลง จากการลดลงของไหลเวียนเลือดส่วนปลายลดลง มีการหยุดการไหลเวียนเลือดแดงและเลือดดำ และจาก Activity ลดลง

บทบาทการพยาบาลมีดังนี้

2.1 ดูแลจัดทำผู้ป่วย โดยนอนหงาย ให้แขนซ้ายแนบลำตัว แขนขวาวางข้างลำตัว ใช้ผ้ายึดแขนไว้กับเตียงผ่าตัด ใช้ Jelly roll ใหญ่หนุนใต้ไหล่ขวา ขาทั้งสองข้างวางเล็กน้อยเพื่อเตรียม Cannulate ที่ขาหนีบ (Multimedia manual of cardio-thoracic surgery, 2009)

2.2 ป้องกันการเกิดแผลกดทับตามแนวการปฏิบัติเพื่อป้องกันแผลกดทับในห้องผ่าตัด (Pressure injury: PI) ดูแลหนุน Jelly roll ใต้ไหล่ขวา ผ้าที่พันยึดแขนไม่ให้มีการไถล รวมถึงตรวจสอบตำแหน่งปุ่มกระดูกต่างๆ และสันเท้าไม่ให้มีการเสียดสี หรือกดทับ รวมทั้งการดูแลควบคุมอุณหภูมิของผู้ป่วยให้ปกติอยู่ระหว่าง 36-37.5 องศาเซลเซียส เพื่อลดปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับ (งานการพยาบาลผ่าตัด, 2561)

2.3 ฝึกระวังภาวะเลือดออกขณะผ่าตัดเนื่องจากผู้ป่วยได้รับยาเฮปาริน (Heparin) ขณะผ่าตัด บทบาทพยาบาลจัดคือเตรียมเครื่องมือ อุปกรณ์ Hemostasis product ต่างๆ ให้พร้อมใช้ในกรณีเกิดภาวะเลือดออก

2.4 ป้องกันภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดจาก

การหยุดหัวใจขณะผ่าตัด หลังจากแพทย์ใช้คีมหนีบ หลอดเลือดแดงใหญ่แล้วเจ้าหน้าที่หัวใจและปอดเทียม ให้นำยาที่ทำให้หัวใจหยุดเต้นและหย่อนกล้ามเนื้อชนิด เข้มข้น (Cardioplegia) พยาบาลใช้สารน้ำ 0.9% NSS เย็นระหว่างผ่าตัดที่อุณหภูมิ 4-8 องศาเซลเซียส (เพิ่มยศ เรื่องศัลยกรรม, 2553)

2.5 ป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากการใช้เครื่อง หัวใจและปอดเทียมขณะผ่าตัด เนื่องจากมีการใช้ท่อ พลาสติกแทนหลอดเลือด และสารน้ำผสมกับเลือดใน ร่างกาย อาจทำให้เม็ดเลือดแดงแตกและเกิดรวมตัวเป็น ลิ่มเลือด รวมถึงการเกิดฟองอากาศในระบบ บัลลแพทย์ส่งสายยางวนเลือดให้เจ้าหน้าที่ปอดและ หัวใจเทียมเพื่อวนเลือดหรือสารน้ำต่างๆในสายยาง ดัง นั้นในขั้นตอนการต่อสายวนเลือดจึงต้องป้องกันไม่ให้ มีอากาศเข้าไปในระบบ พยาบาลสังเกตสายยางร่วมกับ แพทย์ว่ามีฟองอากาศหรือไม่ ติดตามวัดค่าต่างๆทาง ห้องปฏิบัติการ เช่น ฮีมาโตคริต ค่าสมดุลกรดต่าง ค่าความเข้มข้นของการเริ่มมีการแข็งตัวของเลือด (Activated clotting time : ACT) ในเลือด เป็นต้น เพื่อประเมิน และเฝ้าระวังการเกิดภาวะแทรกซ้อน เช่น เกิดลิ่มเลือดอุดตันในปอด (Pulmonary embolism : PE) ฟองอากาศในกระแสเลือด (Air embolism) ลิ่มเลือดอุดตันที่สมอง (ถนงชญา กลางสุข, 2560)

2.6 ป้องกันภาวะอุณหภูมิร่างกายต่ำ (Hypothermia) โดยภายหลังจากขั้นตอนการปลดคีมหนีบหลอดเลือดแดงใหญ่ (Off aortic clamps) พยาบาลเตรียม สารน้ำอุ่นที่ใช้ระหว่างผ่าตัด ดูแลผู้ป่วยทั้ง Passive rewarming และ Active rewarming เพื่อป้องกันการ สูญเสียความร้อนของผู้ป่วย (ฐิติมา จำนงค์เลิศ, 2557)

2.7 ป้องกันการติดเชื้อโดยใช้หลักการปลอดเชื้อ (Sterile technique) ทำความสะอาดผิวหนังด้วย น้ำยาฆ่าเชื้อ ปูผ้าคลุมผ่าตัด ทำการตรวจสอบการให้ ปฏิชีวนะ (Antibiotic prophylaxis) ภายใน 60 นาที ก่อนลงมีด และบันทึกในแบบบันทึก Surgical safety checklist (คณะแพทยพยาบาลศาสตร์ศิริราช, 2558)

2.8 ติดตามการทำงานของเครื่องถ่ายภาพตอด ภาพวีดิทัศน์ให้มีความคมชัดอยู่เสมอ ป้องกันการเกิด ฝ้าจับที่หน้าเลนส์เพื่อให้แพทย์ผ่าตัดเห็นภาพชัดเจน ขณะผ่าตัด

2.9 ตรวจสอบการทำงานของเครื่องมือพิเศษ ก่อนใช้งาน การใช้เครื่องมือพิเศษเฉพาะต้องมีความ ชำนาญ ใช้อย่างถูกต้อง และระมัดระวังปลายเครื่องมือ ไม่ให้เกิดความเสียหายซึ่งมีราคาแพง

2.10 กรณีที่มีการใช้ลิ้นหัวใจเทียม ต้องมี การตรวจสอบความถูกต้องของอวัยวะเทียม ร่วมกันกับ ทีมผ่าตัดโดยการทำ Time out ครั้งที่ 2 ก่อนการ เปิดท่อลิ้นหัวใจเทียม โดยตรวจสอบข้อมูล และขาน ชนิดของลิ้นหัวใจ ขนาดที่ใช้ วันหมดอายุ รวมทั้งวิธี การล้างลิ้นหัวใจชนิดเนื้อเยื่อให้ทีมผ่าตัดรับทราบ

2.11 จัดเตรียมอุปกรณ์ให้การช่วยเหลือ กรณีเกิดภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะหลังจากปล่อยคีม หนีบหลอดเลือดแดงใหญ่ ได้แก่ เครื่อง Internal defibrillation และ Internal paddle, Pacing wire และ เครื่องกระตุ้นกรณีหัวใจเต้นช้าให้พร้อม ใช้งาน

2.12 หากเกิดกรณีที่การผ่าตัดนี้ไม่สำเร็จ จำเป็นต้องเปิดแผลที่หน้าอกปกติ (Convert to open) พยาบาลต้องเตรียมความพร้อมในการจัด เตรียมเครื่องมือแบบเปิดหน้าอกให้พร้อมใช้ หากมีการ จัดทำให้อนองหายราบใหม่ พยาบาลช่วยเหลือรอบนอก จะเป็นผู้จัดทำผู้ป่วยร่วมกับแพทย์ พร้อมทั้งตรวจสอบ ตำแหน่งให้เหมาะสมเพื่อความสบายผู้ป่วย ซึ่ง พยาบาลต้องคำนึงถึงว่าผู้ป่วยไม่รู้สึกรับรู้ขณะผ่าตัด พยาบาลต้องคิดแทนเสมือนว่าเราคือผู้ป่วยว่าต้องการ อะไรเพื่อไม่ให้ได้รับบาดเจ็บ เป็นต้น

2.13 มีการประเมินผลหลังให้การพยาบาลใน ระยะผ่าตัด

### 3. บทบาทพยาบาลระยะหลังผ่าตัด Minimally invasive mitral valve surgery

ภาวะเครียดจากการผ่าตัดและการอยู่โรงพยาบาล มีผลกระทบต่อจิตใจผู้ป่วย และครอบครัวเนื่องจาก

ผู้ป่วยผ่าตัดต้องใช้เวลาทำให้อาการเกิด ความวิตกกังวลได้ ต้องมีการเตรียมความพร้อมของ ผู้ป่วย และครอบครัวตั้งแต่ก่อนผ่าตัด โดยการอธิบาย การผ่าตัด เช่น การผ่าตัดซ่อมแซมลิ้นหัวใจเท่านั้น จึง ไม่ต้องรับประทานยาต้านการแข็งตัวของเลือด ถ้าผู้ป่วย มีภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะ (Atrial fibrillation) จะได้รับ ประทานยาต้านการแข็งตัวของเลือด เป็นต้น อธิบาย ให้ผู้ป่วยทราบว่าการผ่าตัดจะอยู่หอผู้ป่วยวิกฤตก่อน จนกว่าอาการจะดีขึ้น จึงถอดท่อช่วยหายใจออก การ ให้ความรู้ถึงภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น (Kathleen M. Hill, 2009)

ตัวอย่างข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลระยะหลัง ผ่าตัด (Wilson Danilo Lunardi Filho et al., 2010)

- ผู้ป่วยเสี่ยงต่อภาวะช็อกจากการเสียเลือด หรือสารน้ำหลังผ่าตัด ส่งผลให้อวัยวะที่สำคัญ เช่น ไต ขาดเลือด เป็นต้น
- ผู้ป่วยเสี่ยงต่อการแลกเปลี่ยนก๊าซไม่เพียงพอ
- ผู้ป่วยเสี่ยงต่อการบาดเจ็บจากการกดทับ เช่น การผ่าตัดใช้เวลายาวนาน การจัดทำไม่เหมาะสม
- ผู้ป่วยเสี่ยงต่อการเกิดอุณหภูมิกายต่ำ (Hypothermia) หรืออุณหภูมิสูง (Hyperthermia)
- ผู้ป่วยเสี่ยงต่อการปวดแผล ปัญหาที่ยังไม่เกิดในห้องผ่าตัด เนื่องจากผู้ป่วยยังใส่ท่อช่วยหายใจ และยังไม่ตื่น ผู้ป่วยจะรู้สึกตัวเมื่ออยู่หอผู้ป่วยวิกฤต ดังนั้นควรมีการรอสอน หรืออธิบายผู้ป่วยก่อนการผ่าตัด เกี่ยวกับอาการปวดหลังผ่าตัด

- ผู้ป่วยเสี่ยงต่อการติดเชื้อที่แผลผ่าตัด การผ่าตัดหัวใจแบบเปิดเป็นการผ่าตัดใหญ่ที่ค่อนข้าง ซับซ้อน และจำเป็นต้องใช้เครื่องหัวใจและปอดเทียม ร่วมด้วย ซึ่งอาจมีผลกระทบต่อจิตใจ และระบบต่าง ๆ ของร่างกาย เช่น ระบบหัวใจ ระบบประสาท ระบบการทำงานของไต ระบบป้องกันการติดเชื้อของร่างกาย หลังผ่าตัดผู้ป่วย จึงต้องพักที่หอผู้ป่วยวิกฤต เพื่อการเฝ้าระวังติดตาม อาการอย่างใกล้ชิด ภาวะแทรกซ้อนในระบบที่สำคัญ ดังนี้ (Wilson Danilo Lunardi Filho et al., 2010; Charles F Schwartz et al., 2010; จิราพร พวงสมบัติ และคณะ, 2555)

3.1 ระบบหัวใจและการไหลเวียนเลือด เกิดปริมาณ เลือดที่ออกจากหัวใจลดลง ภาวะหัวใจถูกกด กล้ามเนื้อขาด ประสิทธิภาพ และภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะชนิดหัวใจ ห้องบนสั่นพลิ้ว (Atrial fibrillation) หลังผู้ป่วยผ่าตัด เสร็จสิ้น และนำเครื่องหัวใจและปอดเทียมออก พยาบาล ต้องดูแลอย่างใกล้ชิด มีการติดตามผลภาพตรวจทางห้อง ปฏิบัติการ เพื่อประเมินและจัดการปัญหาอย่างทันที่

3.2 ระบบหายใจ ภายหลังการผ่าตัดจะพบ ภาวะแทรกซ้อนของระบบหายใจได้บ่อยเนื่องจากใน ระหว่างการผ่าตัดปอดไม่ได้ขยายตัวอย่างต่อเนื่อง จาก การไหลเวียนเลือดออกนอกช่วงกายขณะใช้เครื่องหัวใจ และปอดเทียม จากการได้รับยาสลบเป็นเวลานาน ใน ห้องผ่าตัดผู้ป่วยจะยังคงคาท่อช่วยหายใจจนกระทั่ง ผู้ป่วยอยู่หอผู้ป่วยวิกฤต ดังนั้นพยาบาลห้องผ่าตัดต้อง ส่งต่อข้อมูลเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นในระยะผ่าตัดที่อาจส่ง ผลถึงระยะผู้ป่วยอยู่หอผู้ป่วยวิกฤต เพื่อให้การ พยาบาลอย่างต่อเนื่องได้ เช่น ระยะเวลาการผ่าตัดที่ ยาวนาน ตำแหน่งของแผลผ่าตัด การยุบปอดขณะ ผ่าตัดเพื่อให้มองเห็นบริเวณที่ผ่าตัด เป็นต้น

3.3 ระบบประสาท ภายหลังการผ่าตัดอาจ พบอาการทางสมองได้ โดยเฉพาะหลอดเลือดสมองตีบ ลิ้มเลือดอุดตันที่สมอง ซึ่งเกิดจากการหนีบหลอดเลือด แดงเอออดาร์ และจากการใช้เครื่องปอดและหัวใจเทียม

3.4 ระบบการทำงานของไต การเกิดภาวะไต วายเฉียบพลันมีความเกี่ยวข้องกับปริมาณเลือดที่ออก จากหัวใจที่ลดลง และขณะใช้เครื่องหัวใจและปอดเทียม เป็นเวลานานยังทำให้เกิดการแตกของเม็ดเลือดแดง ทำให้ มีการขับฮีโมโกลบินออกทางปัสสาวะ โดยเฉพาะอย่างยิ่งผู้ป่วยที่มีโรคความดัน เบาหวาน ผู้สูงอายุซึ่งอาจ ส่งผลกระทบได้ การบันทึกจำนวน และสังเกตุสีของ น้ำปัสสาวะจึงมีความสำคัญมาก

3.5 ระบบป้องกันการติดเชื้อของร่างกาย ผู้ป่วย หลังผ่าตัดหัวใจแบบเปิดอาจเกิดการติดเชื้อจากการใส่ สายหรือเครื่องมือเข้าไปในร่างกาย และจากบาดแผล ผ่าตัด ดังนั้นพยาบาลดูแลหาความสะอาดบริเวณแผล ผ่าตัด และปิดแผลด้วยผ้าก๊อสปอดเชื้อ โดยปิดตาม ความยาวของแผลตามด้วยพลาสติกปิดแผล (นงเยาว์ เกษตรีภิบาล, 2557)

3.6 ระบบควบคุมอุณหภูมิร่างกายผู้ป่วย ไม่ให้เกิดภาวะอุณหภูมิร่างกายต่ำ (Hypothermia) โดยให้ความอบอุ่นร่างกายผู้ป่วย กรณีผู้ป่วยสูงอายุ น้ำหนักตัวน้อย การผ่าตัดมีการเปิดเผยร่างกายผู้ป่วย และห้องผ่าตัดเย็น เมื่อใกล้เสร็จสิ้นการผ่าตัดปรับอุณหภูมิห้องผ่าตัดให้สูงขึ้น 23-25 องศาเซลเซียส ดูแลอุณหภูมิร่างกายให้อยู่ระหว่าง 36-37.5 องศาเซลเซียส โดย Active warming เช่น ท่มผ้าห่มอุ่นลมร้อน เมื่อเสร็จสิ้นการผ่าตัดตลอดจนการเคลื่อนย้ายผู้ป่วยไปหอผู้ป่วยวิกฤต เพื่อป้องกันการสูญเสียความร้อน (จิตติมาจันทร์เลิศ, 2557)

3.7 กรณีที่มีภาวะเลือดออกขณะผ่าตัดมาก และมีความเสี่ยงที่อาจต้องเปิดผ่าตัดซ้ำ พยาบาลห้องผ่าตัดเตรียมสำรองเลือดและส่วนประกอบของเลือดตามแผนการรักษา (ภาควิชาวิสัญญีวิทยา, 2559)

3.8 เตรียมห้องผ่าตัด เครื่องมือ และอุปกรณ์ผ่าตัด รวมทั้งวัสดุห้ามเลือดต่างๆ ให้พร้อมใช้

3.9 ส่งต่อข้อมูลที่สำคัญแก่พยาบาลหอผู้ป่วยวิกฤตเพื่อการดูแลอย่างต่อเนื่อง

## สรุป

การผ่าตัดลิ้นหัวใจไมทรัลผ่านกล้องวิดีโอ (Minimally invasive mitral valve surgery) เป็นการรักษาโดยใช้เทคโนโลยีทางการแพทย์ที่สำคัญที่ช่วยให้ผู้ป่วยมีบาดแผลเล็ก ลดการบาดเจ็บ มีการฟื้นตัวเร็ว และลดระยะเวลาการนอนโรงพยาบาล ทำให้ลดค่าใช้จ่ายได้ การผ่าตัด MIMVS นี้แนวโน้มอนาคตจะมีการใช้เทคโนโลยีทางการแพทย์เพิ่มมากขึ้น การผ่าตัด มักจะมีความยุ่งยากซับซ้อน และทำการผ่าตัดในโรงพยาบาลระดับมหาวิทยาลัย หรือโรงพยาบาลศูนย์ขนาดใหญ่ ทั้งบุคลากรที่เกี่ยวข้อง เช่น ศัลยแพทย์ พยาบาล จำเป็นต้องมีความเชี่ยวชาญเฉพาะด้านการผ่าตัดแผลมีขนาดเล็ก ร่วมกับการใช้กล้องช่วยผ่าตัดมีน้อย ดังนั้นพยาบาลผ่าตัดจึงมีบทบาทสำคัญในทีมสหสาขาที่ช่วยให้การผ่าตัดประสบความสำเร็จ เกิดประสิทธิภาพแล้วนั้น พยาบาลผ่าตัดยังมีบทบาทสำคัญในการเผยแพร่ความรู้ทั้งเรื่องโรค การเตรียมเครื่องมือและอุปกรณ์ที่ยุ่งยากซับซ้อน เกี่ยวกับการผ่าตัดลิ้นหัวใจไมทรัลผ่านกล้องวิดีโอ การจัดทำสำหรับการผ่าตัด และใช้กระบวนการพยาบาลระยะก่อนผ่าตัด ระยะผ่าตัด และระยะหลังผ่าตัดให้มีประสิทธิภาพสูงสุดแก่องค์กรเพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัย ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนต่างๆ

### เอกสารอ้างอิง

- กุลชลี เพ็ชรรัตน์. (2558). การพยาบาลปริศัลยกรรม. ใน ศรีเวียงแก้ว เต็งเกียรติตระกูล และเบญจมาภรณ์ บุตรศรีภูมิ (บ.ก.). *การพยาบาลทางห้องผ่าตัด*. (น. 33-54). กรุงเทพฯ: บริษัทออฟเซ็นพลัส.
- คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล. (2558). *Siriraj Surgical Safety Checklist*. โรงพยาบาลศิริราช คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล.
- งานการพยาบาลผ่าตัด. (2561). *แนวการปฏิบัติเพื่อป้องกันแผลกดทับในท้องผ่าตัด Siriraj Concurrent Trigger Tool: Modify Early Warning Sign For Perioperative Pressure Injury Prevention*. ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลศิริราช คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล.
- งานการพยาบาลผ่าตัด. (2561). *บทบาทหน้าที่และความรับผิดชอบ*. ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลศิริราช คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล.
- จิราพร พวงสมบัติ, ศิริอร ลินธู, อรพรรณ โตสิงห์ และพันธุ์ศักดิ์ ลักษณะบุญส่ง. (2555). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะแทรกซ้อนในผู้ป่วยหลังการผ่าตัดหัวใจแบบเปิดในระยะวิกฤต. *วารสารคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา*. 20(1), 22-32. สืบค้นจาก <https://www.tci-thaijo.org/index.php/Nubuu/article/view/45688>
- ณงนา กลางสุข. (2560). *Clinical Perfusion Practice Protocols 2017*. (พิมพ์ครั้งที่ 1). กรุงเทพฯ: ทริปเพิ้ล กรุ๊ป.
- จิตติมา จ้านงค์เลิศ. (2557). *คู่มือการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดแดงใหญ่ในช่องอกโป่งพองที่ได้รับการผ่าตัดวิธีสอดใส่หลอดเลือดเทียมชนิดขดลวดหุ้มกราฟผ่านทางหลอดเลือดร่วมกับการทำทางเบี่ยงหลอดเลือดในระยะผ่าตัด*. งานการพยาบาลผ่าตัด ฝ่ายการพยาบาลโรงพยาบาลศิริราช คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล.
- นงเยาว์ เกษตร์ภิบาล. (2557). *ระบาดวิทยาและการป้องกันการติดเชื้อที่ตำแหน่งผ่าตัด*. (พิมพ์ครั้งที่ 1). เชียงใหม่: บริษัท โซนาพรีน จำกัด.
- พรทิพย์ บุญพวง, สุธีรา ประดับวงษ์, อาทิตยา แสงบงบาล, และณัฐินี กุลวิฑิต. (2541). การผ่าตัด : สาเหตุหนึ่งของภาวะวิกฤตทางอารมณ์. *วารสารคณะพยาบาลศาสตร์*. 21(1), 15-21.
- เพิ่มยศ เรืองสกุลราช. (2553). การป้องกันกล้ามเนื้อหัวใจ. ใน สุชาติ ไชยโรจน์ (บ.ก.). *Essentials in Cardiothoracic Surgery*. (น. 117-135). กรุงเทพฯ: ไอเดีย อินสแตนท์ พริ้นท์.
- ภาคิวิลาสิญญ์วิทยา. (2559). *แนวทางการให้เลือดและส่วนประกอบของเลือดระหว่างการระับความรู้สึกลูก (Blood Management)*. คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล.
- วรวงศ์ ศลิษฐ์อรธกร. (2555). *Surgery of Acquired Heart Disease*. [เว็บไซต์]. สืบค้นจาก <http://www.si.mahidol.ac.th>
- สมาคมศัลยแพทย์ทรวงอกแห่งประเทศไทย. (2560). *สถิติผ่าตัดหัวใจในประเทศไทย พ.ศ.2544-2560*. [เว็บไซต์]. สืบค้นจาก [http://www.thaists.org/news\\_detail.php?news\\_id=212](http://www.thaists.org/news_detail.php?news_id=212)
- หน่วยผ่าตัดหัวใจและทรวงอก. (2561). *สถิติหน่วยผ่าตัดหัวใจและทรวงอก พ.ศ.2557-2561*. งานการพยาบาลผ่าตัด โรงพยาบาลศิริราช คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล.

- อังกาบ ปราการรัตน์. (บรรณาธิการ). (2556). *ตำราวิสัญญีวิทยา*. (พิมพ์ครั้งที่ 4). กรุงเทพฯ: ภาควิชาวิสัญญีวิทยา คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล.
- อัญวีณ์ ภาชนะ. (2552). ประสบการณ์การดูงานการผ่าตัดตัดลิ้นหัวใจและทรวงอกแบบ minimally invasive ณ มหาวิทยาลัยเคียวโอ กรุงโตเกียว ประเทศญี่ปุ่น. *วารสารสมาคมพยาบาลห้องผ่าตัดแห่งประเทศไทย*. 2(1), 51-55.
- Kathleen M. H. (2009). Mitral valve repair: A new choice. Retrieved from <https://www.americannursetoday.com/mitral-valve-repair-a-new-choice/>
- Kumar S & Yuh D. (2017). Outcome of minimal access mitral valve surgery in elderly patients. Retrieved from <http://www.heartindia.net/text.asp?2017/5/3/111/214422>
- Dominik J., & Zacek P. (2010). *Heart valve surgery: An Illustrated Guide*. Department of Cardiac Surgery Charles University in Prague Faculty of Medicine in Hradec Kralove University Hospital Hradec Kralove.
- Luca F., Van Garsse, Rao C.M., Parise O., La Meir., Puntrello C. et.al. (2013). *Minimally invasive mitral valve surgery: a systemic review*. Minimally invasive surgery. Retrieved from <https://www.hindawi.com/journals/mis/2013/179569/>
- Multimedia manual of cardio-thoracic surgery. (2009). *Minimally invasive mitral valve surgery via right minithoracotomy*. Retrieved from <https://mmcts.org/tutorial/703>
- Nanda health. (2013). 12 Nursing diagnosis for mitral valve stenosis. Retrieved from <https://nanda-health.blogspot.com/2013/10/12-nursing-diagnosis-for-mitral-stenosis.html>
- Schwartz C.F. Crooke G.A. Grossi E.A. & Calloway A.C. (2010). Acquired heart disease. In Brunicardi F.C, Anderson D.K, Billar T.R, Dunn D.L, Hunter J.G, Matthews J.B, et al. editors. *Schwartz's principles of surgery*. 9<sup>th</sup> ed. New York : McGraw Hill.
- Wilson Danilo Lunardi Filho, Flavia Lamberti Pivoto, Silvana Sidney Costa Santos, Miriam de Abreu Almeida, Rosemary Silva da Silveira. (2010). Nursing diagnosis in patients in the postoperative period of cardiac surgery. Retrieved from [http://www.scielo.php?pid=S0103-21002010000500013&script=sci\\_arttext&lng=en](http://www.scielo.php?pid=S0103-21002010000500013&script=sci_arttext&lng=en)



---

## **Internationalization of Nursing Education: English–Medium Instruction by and for Non–native English Speakers**

Vincent Isilen Gattud\*, Bunyaphak Hengnalen\*, Wilaiwan Treetin\*

### **Abstract**

Internationalization of nursing education has led to unique learning environments. English–medium instruction in itself presents challenges for learners and instructors. There is an added complexity in teaching nursing using English as medium of instruction. This article presents the academic milieu of nursing education as instructed by non–native English speakers to learners of similar background. Non–native English nursing instructors should be aware of their own and students respective English backgrounds, use of nursing jargon, pedagogical methods and innovations to yield better learning outcomes.

**Keywords:** Nursing education, English–medium instruction, Non–native english instructor, International degree programs

Journal of Nursing Science Christian University of Thailand. 2019; 6(2), 113–123

---

\* Instructor, College of Nursing , Christian University of Thailand

Corresponding author, e–mail: vincentgattud@gmail.com Tel. 094–4795046

Received: 2 July 2019, Revised 19 December 2019, Accepted 13 January 2020

## ความเป็นสากลของการศึกษาทางการแพทย์พยาบาล: การใช้ภาษาอังกฤษเป็นสื่อการสอน โดยผู้สอนและผู้เรียนไม่ได้เป็นเจ้าของภาษา

### บทคัดย่อ

ความเป็นสากลของการศึกษาทางการแพทย์พยาบาลนำไปสู่การเรียนรู้ที่มีเอกลักษณ์เฉพาะ กล่าวคือ มีการใช้ภาษาอังกฤษเป็นสื่อการสอนซึ่งเป็นสิ่งที่ทำให้เกิดความท้าทายทั้งผู้เรียนและผู้สอน สิ่งนี้ทำให้การเรียนการสอนทางการแพทย์พยาบาลมีความซับซ้อนเพิ่มมากขึ้น บทความนี้นำเสนอการศึกษาทางการแพทย์พยาบาลโดยผู้สอนซึ่งไม่ใช่เจ้าของภาษาใช้ภาษาอังกฤษเป็นสื่อการสอนแก่ผู้เรียนที่มีข้อมูลพื้นฐานคล้ายคลึงกันสิ่งที่ผู้สอนและผู้เรียนควรคำนึงได้แก่ ภูมิหลังเกี่ยวกับภาษาอังกฤษ การใช้ศัพท์เฉพาะทางการแพทย์พยาบาล และวิธีการสอน ดังนั้นจึงควรมีการนำนวัตกรรมมาใช้เพื่อช่วยให้ผลการเรียนดียิ่งขึ้น

**คำสำคัญ:** การศึกษาทางการแพทย์พยาบาล, การใช้ภาษาอังกฤษเป็นสื่อการสอน, ผู้สอนภาษาอังกฤษที่ไม่ใช่เจ้าของภาษา, หลักสูตรนานาชาติ

Journal of Nursing Science Christian University of Thailand. 2019; 6(2), 113-123

\*อาจารย์ประจำ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยคริสเตียน

Corresponding author, e-mail: vincentgattud@gmail.com Tel. 094-4795046

วันที่รับบทความ: 2 กรกฎาคม 2562, วันที่แก้ไขบทความเสร็จ: 19 ธันวาคม 2562,

วันที่ตอบรับบทความ: 13 มกราคม 2563

วารสารพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยคริสเตียน  
ที่ ๖ ฉบับที่ ๒ กรกฎาคม - ธันวาคม ๒๕๖๒

## Introduction

Changing demographics like ageing population in different countries plays a role in the increasing demand for nurses (Center for Education and Workforce, 2019; International Council of Nurses, 2018) and emphasizes the demand for new nurses. As a medical tourism destination and retirement haven for elderly westerners, it is vital for Thailand to produce nursing staff capable of meeting the market needs. In addition to the local demand, the 976 percent increase of international degree program students in Thailand between 1999 and 2012 simply denotes its strong position as an education destination in the Southeast Asian region (World Education News and Reviews, 2018). Inbound international students as well as local students are both enrolling in international bachelor of nursing degree programs.

Globalization and international migration has since led to the formation of unique experiences and phenomenon in nursing education. The internationalization of education allowed the recruitment nurse educators, visiting professors or special lecturers whose primary language is not English. They may come from within the country, Asia or other non-native English speaking countries. The subsequent mutual recognition of nursing education among the member states Association of Southeast Asian Nations (AJCCN, 2006) also contributed to student and educator international mobilization.

There are a number of factors contributing to this unique academic milieu. The diverse cultural and local language background of both teachers and students who are both non-native English speakers, has to be considered.

## Medium of Instruction: English versus local language

Vinke et.al (as cited in Gotti, 2014) emphasized early on that in the internationalization of higher education, there is importance in adopting a common language as a medium of instruction. With English bridging the cultural and language differences, several factors must be considered to ensure that indeed what is being communicated has the same context and understanding. However, this cannot be necessarily the case as the English background of the teachers and the students may be different from each other. It can be that the expressions and language patterns familiar to one maybe not be familiar to others given the difference in the extent of their English language background.

English as a medium of instructions (EMI) in itself is not without challenges. Chang et.al (2017) acknowledged the increase of EMI courses regardless of student preparedness. There are expected challenges from the students and teacher given their varied English preparation background. Hence, there is still a strong presence for local language for the teachers in EMI programs.

Kim and Tatar (2017) in fact found that it is crucial for social and instructional purposes as well as time management in their roles as instructors and researchers. It has to be noted however, that the said study did not differentiate the teachers whose primary language is the same with the local language and those that do not.

Local language will not be eliminated in EMI programs. While it can offer clarification and understanding for local students it can possibly isolate international students. The use of local language can end up supporting the subject matter content learning for the students while underperforming in the use of English language as noted by Jiang et.al (2019). There is a downside with the decrease of English language use among students within the EMI program. Learner resistance rooted in unhelpful curriculum, pedagogy and context were identified by Huang & Cheng (2018) Despite students favorable attitude towards EMI, examples such as described can be one of the reasons for the literature call to develop policy driven strategies in English medium instruction to address allowing opportunities for language practice (Zhang, 2018; Chang et.al, 2017; Hernandez-Nanclares et.al, 2017).

While there is proven value of local language use as a form of support for local students learning nursing concepts in an international program. It cannot be the same for international students who do not speak the local

primary language. The instructor shifting between the local and English language can also possibly result to loss of valuable time allotted to discuss a specific concept. Further, international teachers who also do not have a command of the local language can end up spending more time clarifying the language rather than dwelling on the concept to be discussed on hand.

In teaching nursing using English as a medium of instruction in a non-English speaking environment, the balance of utilizing local language to facilitate understanding of theoretical context and to the extent of reinforcement of English language is paramount.

#### **Nursing Education in English-Medium Instruction**

In addition to the complexities in coping with EMI instruction given the sociolinguistics of the higher education (Bolton, et al., 2017) learning nursing in an English-medium of instruction environment provides an added challenge to students. Nursing, as a profession of autonomous and collaborative care of person/s in any setting covering a wide spectrum of key roles (ICN, 2013), with its internationalization in the face of changing demographics and climate change impact is a challenge. International teachers and students together with local students and teachers in an international nursing degree program where English is not the primary language.

The nurse instructor must now navigate the challenge of English language background differences using English as medium of instruction in teaching. On the other hand, students must do the same from their local and international instructors. Despite English as a common language, there is still a need to have a common understanding of how terms, idioms and day to day expressions used are the same for everyone given the orientation and extent of English language use. The nature of international degree program places expectations on the nursing instructor to at least reinforce English language in the context of the nursing practice.

However, despite the language limitations, teaching the subject content can still yield positive outcomes. Effective instruction should be maintained while deploying pragmatic strategies at the cost of undermining language gains (Jiang et al., 2019). This illustrates the balance on how educators must facilitate knowledge transfer while encouraging further language gains especially professional terminologies.

#### **Unique Nursing Language in Nursing Education**

The internationally mobilized nurse lecturers share their own professional experiences when they teach students. According to Wolf (as cited by Wohlauer et al., 2012), senior nurses gently guide

inexperienced nurses into the world of nursing when using the nursing terms and language in sharing their nursing experiences. Similarly, nurse educators introduce the nursing profession to students. There is a need for awareness among the instructors that the professional terminologies must be introductory in the context where the students will be encountering their initial clinical experiences. This imply the need for adjustment of the international teachers and students to develop a seamless translation of "nursing jargon" within the area of practice and relate it to their respective home country practice given the unique differences in how technical jargon is often referred to.

The students' use of nursing jargon will be inevitably shaped initially by their respective nursing instructors. Thus, there should be awareness that excessive use of jargon can cause confusion between patient and staff (Mooney, 2009), it can also do the same to nursing students. The universality of the nursing terminology and the context in which it is supposed to be used by nursing students are crucial in their training.

Nurse instructors must be cognizant that the institutional and professional nursing jargon can still have its variations. Hence, the context to which it will be used must be clear when teaching.

To illustrate a nurse in Thailand might be using the term "DTX" while a Philippine nurse might be saying "CBG" in

reference to measuring the capillary blood glucose of the patient. This indicates the different nuances in nursing education when it comes to the internationalization of training. This terminology difference can compound the communication problems in the clinical setting and difficulty with academic writing as seen in nursing students from culturally and linguistically diverse backgrounds (Crawford and Candlin, 2013).

In the students' first exposure in the clinical setting, they will most likely encounter jargon unique to that facility or hospital. Hence, fostering a universal professional nursing language among nursing students is crucial while acknowledging existing institutional and professional use of different jargon. Otherwise correct nursing terms can easily get lost in translation or erroneously get carried over to the students own understanding of different nursing concepts. Teaching methods can help the students discriminate between general nursing terms and institutional use of nursing terms.

### **Choosing Pedagogical Approaches for English-Medium Instruction**

Literature in the pedagogical approaches in effective nursing education in itself is varied and diverse. What can work in the academe of similar learners in another part of the world might not be as effective in another, or even in a specific course of learning in the nursing bachelor's program.

Like the broad aspects of the nursing field, so is the availability of varied pedagogical approaches. There are methods specific and more applicable in the transfer of the theoretical knowledge needed in certain nursing areas. Some are apt to be more responsive in the development of the requisite nursing skills. Certain pedagogical approaches were identified by Sulimana and Tadros (2011) in their investigation of strategies used by nursing students in coping with English as a foreign language medium of instruction. Positive reappraisal, planful problem-solving, self-controlling, as well as seeking confrontive coping and distancing. The importance of pedagogical approach in teaching subject content within the context of an EMI teaching environment is inherently indispensable. Different strategies of narrative pedagogy in nursing (Brown.et.al, 2008) can address the diverse needs of the students. Using tools like visual aids supports application of pedagogy that fosters student participation (Pagnucci, et.al,2015).

In a profession where there is an expectation to continually utilize critical thinking to address patient needs. Methods promoting critical thinking allow students to build their clinical reasoning. Central to developing crucial nursing skill is learning from experiences (Benner,2005). According to Dreyfuss (as cited by Pena Salazar, 2010) experiential learning activities must be developed with the awareness of the

students and situation in mind.

This kind of learning prepares students nurses in the mindset that they should have when they later join the ranks of practicing nurses. Situated learning that has taken place during their nursing education prepares them into other forms of cognitive apprenticeships or mentoring techniques they will be experiencing upon their first placement as nurses (Cope, et.al, 2008)

Thus, learning activities designed must transcend the technical English language differences as well as language limitations while being responsive to the different learning styles of the non native English speaking students. Creation of new and utilization of existing support systems can be crucial in ensuring the process of learning takes place.

#### **Support systems and innovation**

Having to navigate the English language, and nursing concepts with its own set of unique terminologies, students using the English-medium instruction would definitely lead to certain difficulties.

Student support is also crucial in achieving positive student outcomes among nursing students from culturally and linguistically diverse backgrounds (Crawford and Candlin,2013). Language-related solutions; and accountability related solutions from students, instructors and administration foster coping measures among students (Sulimana and Tadros, 2011).

Support needs include collaboration between subject and language specialist to facilitate learning subject knowledge and language (Jiang,et.al 2019).

Instructors themselves can also promote language support through peer learning. Students with better English proficiency can be assigned to work with those who are not. This is already evident in an EMI setting in Korea, wherein Kim & Tatar (2017) found a negative correlation of the local students' performances and the amount of interaction between Korean and international students.

Helping students clarify their own knowledge of the vehicle to which their knowledge is being delivered help determine their success in the English - medium instruction degree program. Institutional support systems would allow the students to have better reinforcement of both the English language and the subject content of the nursing course they have to learn. This has since proven to yield positive outcomes as it decreases.

There are pedagogical approaches specific and more applicable in the transfer of the theoretical knowledge needed in the nursing and some more effective in developing the requisite nursing skills. Benner (2009) encouraged innovative curriculum and pedagogical changes herself while at the same time acknowledging the lack of situated coaching needed to bridge the gap of education and practice.

The call for innovation teaching has paved way for novel ideas. With today technology, flipped classrooms allow the students to access video lectures, read assignments, practice problems, and other resources outside the classroom to facilitate an interactive, group-based, problem-solving activities in the classroom with the instructor (Hawks, 2014). From its beginnings in the basic education level flipped classrooms has since been advocated and made inroads in the nursing education in Asia. Even researches of merging of flipped classrooms with a novel model (Huang & Cheng, 2018) and implementing it in nursing education (Chiou et al 2015) have been documented.

Identification of effective English medium instruction strategies specific in teaching nursing by non native English speakers to students of the same in nursing education has yet to emerge. However, in a Korean study involving a nursing course in a Flipped learning model in the context of English-medium instruction revealed its capability to address the varying learning styles of students (Choi.et.al,2015).

Identification of natural ability and preferred methods to learn initiates the learning process within the students. It can trigger involvement in teacher designed activities. Student involvement is a vital component in effective pedagogical approaches in teaching students in Nursing

when coupled with teacher and school support (Pagnucci, et.al., 2015; James & Pollar, 2011).

Continued innovation of teaching methods often paves the way for students to participate. At the core of this is the instructor and administrators openness to explore novel ideas that can unlock methods that facilitates learning. Different learners, combination of circumstances, varying concerns, and changing environment can create unique learning situations that call for a more nuanced approach.

With what can be describe as complex teaching-learning environment, overcoming barriers and facilitating roles (Starkey,2015) are important processes for nursing instructors teaching nursing in English-medium instruction.

### **Conclusion**

In light of the changing learning environment and expectations ranging from nurse lecturers themselves, students and strategies, there remains the responsibility to adequately prepare the students for their entry to the nursing profession. Nursing instructors must be aware of their own and their students' respective English backgrounds as well as the use of nursing jargon in the most applicable context.

Though much of the literature in this article are not directly pertaining to the specific strategies geared towards teaching nursing in an English-medium instruction for teachers and students

whose primary language is other than English. The strategies where the pedagogy focuses on the learners needs are worth exploring.

There is availability of the myriad different pedagogical approaches and offered optimism from novel strategies. Each holds the possibility of being successfully integrated in teaching nursing by non-native English speakers to students of similar English language familiarity.

Developing a support system and innovative teaching methods could further contribute to the learning process of the international nursing students regardless which country they come from.

With all things considered what should remain as guiding principle for instructors in this unique learning situation should be the continued desire to go after the best outcomes for the student's learning that will eventually cater to the patient's needs.

---

### References

- ASEAN Joint Coordination Committee on Nursing (2006). Nursing Services Retrieved from <https://asean.org/asean-economic-community/sectoral-bodies-under-the-purview-of-aem/services/healthcare-services/nursing-services-ajccn/>
- Benner P. (2005). Using the Dreyfus model of skill acquisition to describe and interpret skill acquisition and clinical judgment in nursing practice and education. *Bull Sci Technol Soc*, 24(3), 188-99.
- Benner P., Sutphen M, Leonard V, Day L. (2009). *Educating nurses: A call for radical transformation*. San Francisco: John Wiley & Sons:Google Scholar.
- Bolton K., Botha W., and Bacon-Shone J. (2017). English-medium instruction in Singapore higher education: policy, realities and challenges, *Journal of Multilingual and Multicultural Development*, DOI: 10.1080/01434632.2017.1304396.
- Brown S., Kirkpatrick M., Mangum D., Avery J. (2008). A review of narrative pedagogy strategies to transform traditional nursing education. *J Nurs Educ*, 47(6),283-6.
- Center for Education and Workforce, (2019) Nursing Supply and Demand through 2020. Retrieved from <https://cew.georgetown.edu/cew-reports/nursingprojections/>
- Chang J., Kim W., & Lee H. (2017). A language support program for English-medium instruction courses: Its development and evaluation in an EFL setting, *International Journal of Bilingual Education and Bilingualism*, 20(5), 510- 528.
- Chiou, S., Su, H., Liu, K., Hwang, H. (2015). Flipped Classroom: A New Teaching Strategy for Integrating Information Technology Into Nursing Education. *Journal of Nursing*, 62, 5-10.

- Choi, H., Kim, J., Bang, K., Park, Y., Lee, N. Kim, C., (2015). *Journal of Korean Academy of Nursing*, 45(6), 939-948.
- Cope, P., Cuthbertson, P., Stoddart, B., (2008). Situated learning in the practice placement, *Journal of Advanced Nursing*. 31(4), Retrieved from <https://doi.org/10.1046/j.1365-2648.2000.01343.x>
- Crawford, T., and Candlin, S. (2013) Investigating the language needs of culturally and linguistically diverse nursing students to assist their completion of the bachelor of nursing programme to become safe and effective practitioners. *Nurse Education Today*, 33(8), 796-801.
- Gotti, M. (2014). Explanatory strategies in university courses taught in ELF. *Journal of English as a Lingua Franca*. 3(2), 337-361.
- Harrington, S., Bosch, M., Schoofs, N., Beel-Bates, C., and Anderson, K., (2015). Quantitative Outcomes for Nursing Students in a Flipped Classroom Nursing Education Perspectives. 36(3), 179-181, MAY 2015 DOI: 10.5480/13-1255
- Hawks, S. (2014) Education News: The Flipped Classroom. *American Association of Nurse Anesthetists Journal*, 82(4), 264-269.
- Hernandez-Nanclares N. & Jimenez-Munoz, A. (2017). English as a medium of instruction: evidence for language and content targets in bilingual education in economics. *International Journal of Bilingual Education and Bilingualism*, 20(7), 883-896.
- Huang, H. Cheng, S. (2018) Application of Flipped Classroom Teaching Strategy in Nursing Education. *The Journal of Nursing*, 65(6), 5-12.
- Huang, Y. (2018). Learner Resistance to English-medium instruction practices: a qualitative case study. *Teaching in Higher Education*, 23(4), 435-449.
- International Council of Nurses (2018) Nursing shortages still a concern in Asia Accessed on 5/15/2562, Retrieved from <https://www.icn.ch/news/nursing-short-ages-still-concern-asia>
- International Council of Nurses (2013). Cultural and Linguistic Competence Position Paper .Retrieved from [https://www.icn.ch/sites/default/files/inline-files/B03\\_Cultural\\_Linguistic\\_Competence.pdf](https://www.icn.ch/sites/default/files/inline-files/B03_Cultural_Linguistic_Competence.pdf)
- James M, Pollard A. (2011). TLRP's ten principles for effective pedagogy: Rationale, development, evidence, argument and impact. *Res Papers Educ*, 26(3), 275-328.
- Jiang, A., Zhang, L., & May, S., (2019). Implementing English-medium instruction (EMI) in China: teachers' practices and perceptions, and students' learning motivation and needs . *International Journal of Bilingual Education and Bilingualism*. 1-13. 10.1080/13670050.2016.1231166.

- Kim, C & Tatar, B. (2017). Nonnative English-Speaking Professors' Experiences of English-Medium Instruction and Their Perceived Roles of the Local Language. *Journal of Language, Identity & Education*, 16(3), 157-171.
- Mooney, H. (2009) Excessive jargon confuses staff and patients. Retrieved from <https://www.nursingtimes.net/excessive-jargon-confuses-staff-and-patients/5002345.article>
- Pagnucci, N., Carnevale, F.A., Bagnasco, A. et al. (2015). A cross-sectional study of pedagogical strategies in nursing education: opportunities and constraints toward using effective pedagogy. *BMC Med Educ.* 15, 138 doi:10.1186/s12909-015-0411-5
- Pena Salazar, A. (2010). The Dreyfus model of clinical problem-solving skills acquisition: a critical perspective. *Medical education online.* 15. 10.3402/meo.v15i0.4846.
- Starkey T. (2015). The critical factors that influence faculty attitudes and perceptions of teaching English as Second Language nursing students: A grounded theory research study. *Nurse Education Today*, 35(5), 718-725.
- Suliman, W., Tadros, A., (2011). Nursing students coping with English as a foreign language medium of instruction. *Nurse Education Today.* 31(4), 402-407
- Wohlauer, W., Arora, V., Horwitz, L., Bass, E., Mahar, S., Philibert, I. (2012) The patient handoff: a comprehensive curricular blueprint for resident education to improve continuity of care. *Acad Med*, 87(4), 411-8.
- World Education News and Reviews (2018). Education in Thailand. Retrieved from <https://wenr.wes.org/2018/02/education-in-thailand-2>
- Zhiguo, Z. (2018). English-medium instruction policies in China: Internationalisation of higher education. *Journal of Multilingual and Multicultural Development*, 39(6), 542-555.



## การพยาบาลระยะฉุกเฉินในผู้ป่วย Fascicular Ventricular Tachycardia : รายงานกรณีศึกษา

พรทิพย์ จอกระกระจาย ,\*จุฑารัตน์ ผู้พิทักษ์กุล ,\*วาสนา สายเสมา \*\*

### บทคัดย่อ

หัวใจเต้นผิดจังหวะ (Arrhythmia) คือภาวะที่คลื่นไฟฟ้าหัวใจทำงานผิดปกติหรือเกิดไฟฟ้าลัดวงจรในห้องหัวใจ ส่งผลให้หัวใจเต้นผิดจังหวะเร็วเกินไปหรือช้าเกินไปทำให้การสูบฉีดเลือดไปยังส่วนต่างๆ ของร่างกายไม่มีประสิทธิภาพเท่าที่ควร อาจพบอาการที่สามารถสังเกตได้ เช่น ใจสั่น เจ็บหน้าอก หายใจหอบ เหงื่อออกมาก วิงเวียน หน้ามืด คล้ายจะเป็นลม เป็นต้น ภาวะหัวใจเต้นเร็วผิดจังหวะอย่างรุนแรง Fascicular Ventricular tachycardia ทำให้หัวใจห้องล่างเต้นเร็วผิดปกติ เป็นสาเหตุทำให้หมดสติและเสียชีวิตกะทันหัน หากไม่ได้รับการรักษาที่ทันเวลา ซึ่งเป็นรูปแบบที่พบบ่อยในผู้ป่วย การศึกษานี้นำเสนอข้อมูลรายละเอียดของเหตุการณ์ของแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน เพื่อชี้ให้เห็นเป้าหมาย บทบาทและกิจกรรมการพยาบาล

**คำสำคัญ:** การพยาบาลระยะฉุกเฉิน, ภาวะหัวใจเต้นผิดปกติ, ภาวะคุกคามต่อชีวิต

Journal of Nursing Science Christian University of Thailand. 2019; 6(2), 124 - 134

\*อาจารย์ประจำ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยคริสเตียน

\*\*พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ หัวหน้ากลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน  
โรงพยาบาลนครปฐม

Corresponding author. e-mail porntipjokk@gmail.com Tel. 097-2140104

วันที่รับบทความ: 23 พฤศจิกายน 2562, วันที่แก้ไขบทความเสร็จ: 30 ธันวาคม 2562,

วันที่ตอบรับบทความ: 13 มกราคม 2563

---

## **Emergency nursing Care of Fascicular Ventricular Tachycardia : Case Study Report**

Porntip Jokkrajai\*, Jutarat Poopitukkul\*, Wasana Saisema\*\*

### **Abstract**

Arrhythmia is a condition in which an abnormal ECG or a short circuit occurs in the heart. Resulting in irregular heartbeats too fast or too slow, causing the pumping of blood to different parts of the body is not as effective as it should be. Symptoms that may be observed due to such as palpitations, chest pain, wheezing, sweating, dizziness, like fainting, etc. Severe tachycardia Fascicular Ventricular Tachycardia the heart will beat unusually fast and not rhythmically. Causing unconsciousness and sudden death, if not received on time treatment This symptom is the least common form Case of patient at emergency department. Study by presenting detailed information of the incidents and emergency department To point out the goal Nursing roles and activities

**Keywords:** Emergency nursing Care, Fascicular ventricular tachycardia, Life-threatening

Journal of Nursing Science Christian University of Thailand. 2019; 6(2), 124 - 134

---

\* Instructor, College of Nursing, Christian University of Thailand

\*\* Registered Nurse. Senior Professional Level. Nakornpathom Hospital.

Corresponding author. e-mail porntipjokk@gmail.com Tel. 097-2140104

Received: 23 November 2019, Revised 30 December 2019, Accepted 13 January 2020

## บทนำ

ผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจห้องล่างเต้นเร็ว (Ventricular tachycardia) เป็นภาวะหัวใจที่เต้นผิดปกติที่เป็นอันตรายถึงชีวิต อาจส่งผลให้หัวใจหยุดเต้นและเสียชีวิตทันทีได้ Fascicular Ventricular Tachycardia คือชนิดหนึ่งของ Idiopathic ventricular tachycardia (IVT) พบได้ทั้งโครงสร้างของหัวใจที่ปกติ และ ผิดปกติ อาจจะมีส่วนน้อยหรือประมาณ 10-15 % ที่พบความผิดปกติของหัวใจ สาเหตุเกิดจาก Reentry คือปรากฏการณ์ที่คลื่นไฟฟ้าหรือ impulse ที่วิ่งอยู่ใน Conducting tissue เกิดแยกออกไปวิ่งวนเป็นวงกลมนอกเส้นทางปกติ เมื่อวิ่งวนข้างนอกไปหนึ่งรอบก็เกิดไฟฟ้ากระตุ้น Conducting tissue ในเส้นทางปกติได้หนึ่งรอบ ทำให้ Conducting tissue ปกติถูกกระตุ้นในอัตราที่สูงมาก กลไก Reentry นี้เกิดขึ้นได้ทุกจุดของระบบ Conducting system เมื่อเกิดขึ้นแล้วจะมีผลให้หัวใจเต้นเร็วมากแต่สม่ำเสมอ (Kapa, 2017) พบในผู้ป่วยวัยรุ่นถึงวัยทำงาน (15-40 ปี) ที่ไม่เคยมีประวัติเป็นโรคหัวใจมาก่อน ปัจจัยกระตุ้นอาจเกิดจากภาวะไข้ ความเครียด ชา กาแฟ หรือแอลกอฮอล์ โดยประมาณ 60-80 % เป็นผู้ชาย การรักษาหัวใจเต้นผิดจังหวะชนิดเต้นเร็วผิดปกติ ขึ้นกับชนิดของหัวใจเต้นผิดจังหวะ สาเหตุ ความรุนแรงของโรค และโรคประจำตัวของผู้ป่วย ทางเลือกในการรักษา มีดังนี้ (สุชาติ อรุณศิริวัฒนา, 2558)

1) การใช้ยา (Medication) หัวใจเต้นผิดจังหวะหลายชนิดสามารถตอบสนองได้ดีต่อการใช้ยา สามารถลดความถี่และความรุนแรงของโรคได้ แต่ไม่สามารถทำให้โรคหายขาดได้ และอาจเกิดผลข้างเคียงของยาหรือการตอบสนองต่อยาผิดปกติทำให้มีหัวใจเต้นผิดจังหวะมากขึ้น

จากการสังเคราะห์งานวิจัยพบผู้ป่วยบางส่วนที่หัวใจเต้นผิดจังหวะชนิด Idiopathic left ventricular tachycardia (ILVT) ตอบสนองด้วยการรักษาด้วยยา verapamil อาจพบ QRS กว้างได้เป็นปกติ ไม่เกิด ventricular tachycardia โดยไม่จำเป็นต้องผ่าตัด

หรือใช้ยาตัวอื่นในการรักษา การค้นพบนี้แสดงให้เห็นว่าในขนาดการรักษาด้วยยา verapamil ในผู้ป่วยที่หัวใจเต้นผิดจังหวะชนิด idiopathic left ventricular tachycardia (ILVT) ส่งผลดีในการรักษาผู้ป่วย (Kawakami, 2018)

และจากการศึกษาใน Yorkshire Ambulance Service ambulance ประเทศอังกฤษโดยทำการศึกษาในผู้ใหญ่ที่มีภาวะหัวใจหยุดเต้น ที่มีภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะชนิด ventricular fibrillation/pulseless ventricular tachycardia มีผู้ป่วยบางกลุ่มที่ไม่ตอบสนองต่อการทำ defibrillation การใช้ amiodarone ช่วยเพิ่มอัตราการรอดชีวิต และช่วยในการตอบสนองต่อการทำ defibrillation ได้ดีขึ้น และรวมถึงความถูกต้องในการวางตำแหน่งในการกระตุ้นไฟฟ้าหัวใจควรต้องถูกต้อง (Pilbery, Lowery-Richardson, & Standen, 2017)

2) การใช้ไฟฟ้ากระตุ้นหัวใจ (Cardioversion) สามารถทำให้หัวใจกลับมาเต้นเป็นจังหวะปกติได้ โดยเฉพาะในรายที่มีความดันโลหิตต่ำขณะมีภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะ ในรายที่ผู้ป่วยยังรู้สึกตัว ผู้ป่วยจะรู้สึกเจ็บจากการใช้ไฟฟ้ากระตุ้นหัวใจ และอาจมีภาวะแทรกซ้อนได้ เช่นลิ่มเลือดจากหัวใจหลุดไปอุดตันเส้นเลือดสมอง

3) การฝังเครื่องกระตุ้นหัวใจ (Automatic implantable cardioverter defibrillator) ในกรณีที่ผู้ป่วยมีหัวใจห้องล่างเต้นเร็วผิดปกติ (Ventricular tachycardia หรือ ventricular fibrillation) เมื่อหัวใจเต้นเร็วในขนาดที่เป็นอันตรายต่อชีวิต เครื่องจะปล่อยพลังงานไฟฟ้า เพื่อกระตุ้นหัวใจให้กลับมาเต้นปกติ ข้อเสียคือต้องผ่าตัดผู้ป่วยเพื่อฝังเครื่องกระตุ้น และต้องมาติดตามการทำงานของเครื่องทุก 3-6 เดือน อายุการทำงานของเครื่องประมาณ 8 ปี หลังจากนั้นต้องมาผ่าตัดเปลี่ยนเครื่อง

4) การรักษาทำลายจุดกำเนิดที่ทำให้หัวใจเต้นผิดจังหวะโดยการผ่านสายสวนหัวใจ (Cardiac catheter ablation) เป็นการสอดสายสวนเข้าไปในหัวใจเพื่อหาตำแหน่งที่ทำให้หัวใจเต้นผิดจังหวะ และ

ทำลายเนื้อเยื่อที่เป็นต้นเหตุ ซึ่งสามารถทำได้ 2 วิธี คือ การใช้คลื่นไฟฟ้าความถี่สูงผ่านสายสวน (Radiofrequency ablation) หรือการจี้ด้วยความเย็น (Cryoablation) สามารถรักษาโรคหัวใจเต้นผิดจังหวะบางชนิดให้หายขาดได้ ภาวะแทรกซ้อนในการรักษาบ่อย

จากการสังเคราะห์งานวิจัย ผลการศึกษา ผลการรักษาผู้ป่วยหัวใจเต้นเร็วผิดจังหวะด้วยไฟฟ้าคลื่นความถี่สูงผ่านสายสวนหัวใจ ในโรงพยาบาลสุราษฎร์ธานีจำนวน 50 ราย แบ่งโรคหัวใจเต้นผิดจังหวะ 5 ชนิด Atrioventricular nodal reentrant tachycardia (AVNRT) โรคหัวใจเต้นผิดจังหวะชนิด Atrioventricular reentrant tachycardia (AVRT) โรคหัวใจเต้นผิดจังหวะชนิด Atrial tachycardia โรคหัวใจเต้นผิดจังหวะชนิด Atrial flutter โรคหัวใจเต้นผิดจังหวะชนิด Fascicular ventricular tachycardia เป็นจำนวน 32, 13, 2, 2, 1 ตามลำดับ การรักษาเบื้องต้นได้ผลสำเร็จ 48 ราย (ร้อยละ 96) ผู้ป่วยทั้งหมดไม่พบภาวะแทรกซ้อนหลังการรักษาหัวใจเต้นผิดจังหวะด้วยไฟฟ้าคลื่นความถี่สูงผ่านสายสวนหัวใจ ในโรงพยาบาลสุราษฎร์ธานีได้ผลสำเร็จและมีความปลอดภัยสูงในการรักษาหัวใจเต้นเร็วผิดจังหวะที่ไม่ตอบสนองต่อยา (สุชาติ อรุณศิริวัฒนา, 2558) สอดคล้องกับงานวิจัยที่ทำการศึกษาในประเทศสหรัฐอเมริกา ทำการวิเคราะห์ข้อมูลในช่วง ค.ศ. 2003-2014 โดยนำข้อมูลคะแนนเปรียบเทียบการรักษาผู้ป่วยมีหัวใจห้องล่างเต้นเร็วผิดปกติชนิด Ventricular tachycardia ที่ไม่ได้เกิดจากกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด ที่รักษาโดยทำลายจุดกำเนิดที่ทำให้หัวใจเต้นผิดจังหวะโดยการผ่านสายสวนหัวใจ (Cardiac catheter ablation) กับ การรักษาโดยการใส่ยา ผลการศึกษาพบว่า การทำ catheter ablation ลดอัตราการตายได้มากกว่าการรักษาด้วยยาในโรงพยาบาล ส่งผลให้มีการนำ catheter ablation มาใช้เพิ่มขึ้นในผู้ป่วยมีหัวใจห้องล่างเต้นเร็วผิดปกติชนิด Ventricular tachycardia ที่ไม่ได้เกิดจากกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด มีข้อเสนอแนะว่า

ควรมีการศึกษาข้อมูลเพิ่มเติมเพื่อสนับสนุนความสำเร็จของการรักษา (Briceño, 2018)

การรักษา

ภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะชนิด Idiopathic fascicular ventricular tachycardia (IFVT) พบได้บ่อย ทั้งโครงสร้างของหัวใจที่ปกติ และผิดปกติ มีแนวโน้มการรักษาโดยการให้ยา verapamil จะตอบสนองการรักษาดีโดยเฉพาะผู้ป่วยที่โครงสร้างของหัวใจปกติ การใส่ยาจะให้ประสิทธิภาพดี ส่วนการทำ ablation มีโอกาสสำเร็จสูงหากทำโดยการตรวจทางสรีรวิทยาไฟฟ้าหัวใจ (electrophysiology study) (Kapa, 2017)

วัตถุประสงค์ : เพื่อศึกษาการดำเนินของโรค การรักษา และการพยากรณ์ผู้ป่วย Fascicular Ventricular Tachycardia

กรณีตัวอย่างเป็นชายไทย เพศ ชาย อายุ 27 ปี เชื้อชาติ ไทย สัญชาติ ไทย ศาสนา พุทธ จบการศึกษาระดับปริญญาตรี อาชีพพนักงานบริษัท สถานภาพ โสด ได้รับการวินิจฉัย Fascicular Ventricular tachycardia และได้รับการรักษาด้วยการทำหัตถการ Synchronize cardioversion ข้อมูลจาก ผู้ป่วย และเพิ่มข้อมูลผู้ป่วย

**อาการสำคัญที่นำมาคือ**

มีไข้มา 2 วัน ก่อนมาโรงพยาบาล ขณะมาตรวจที่แผนกอายุรกรรม พบว่ามีชีพจรเต้นเร็ว 240 ครั้งต่อนาที มีอาการใจสั่น จึงเข้าแผนกฉุกเฉินทันที **ประวัติการเจ็บป่วยในปัจจุบัน**

2 วัน ก่อนมาโรงพยาบาล ผู้ป่วยมีอาการไข้ ไอ เสมหะสีเหลือง มีอาการเหนื่อยเป็นพักๆ เวลาใช้สูง ปฏิเสธประวัติเจ็บแน่นหน้าอก หรือจุกแน่นลิ้นปี่ ไม่มีอาการท้องเสีย ถ่ายเหลว 1 วันก่อนมีอาการอาเจียนมากขึ้น รับประทานอาหารได้น้อย รับประทานยา Paracetamol และยาทิฟฟี วันนี้อาการไม่ดีขึ้น มีไข้สูง จึงมาตรวจที่โรงพยาบาล

**อาการแรกเริ่ม**

แรกเริ่มที่ห้องฉุกเฉินพบว่าผู้ป่วย รูปร่างสมส่วน ตัวใหญ่ รูปร่างดี งามตอบรูปร่าง หายใจสม่ำเสมอ ปนมีอาการใจสั่น แขนขาทั้งสองมีแรงดี

### อาการและการแสดงแรกรับจนถึงปัจจุบันที่ศึกษาผู้ป่วย

ประเมินสัญญาณชีพพบว่ามีไข้ อุณหภูมิ 37.9 องศาเซลเซียส อัตราการหายใจ 20 ครั้งต่อนาที ชีพจรเต้น 206 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 125/84 มิลลิเมตรปรอท วัดความเข้มข้นออกซิเจน 99 เปอร์เซ็นต์ มีอาการใจสั่น ตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ 12 leads พบ Fascicular Ventricular Tachycardia ซึ่งถือเป็นภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะที่เป็นอันตรายต่อชีวิต

### อาการ การรักษา และการพยาบาลที่ต่อเนื่องมาถึงปัจจุบัน

การรักษาที่ได้รับที่ห้องฉุกเฉินคือให้ออกซิเจน 2 ลิตรต่อนาที ให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำเป็น 0.9% NSS 1000 มิลลิลิตร อัตราหยุด 80 มิลลิลิตร ต่อชั่วโมง เจาะเลือดส่งตรวจ ประเมินสัญญาณชีพพบว่ามีไข้ อัตราการหายใจ 20 ครั้งต่อนาที ชีพจรเต้น 193 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 116/60 มิลลิเมตรปรอท วัดความเข้มข้นออกซิเจน 99 เปอร์เซ็นต์ การประเมินสัญญาณทางระบบประสาท ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี มีการรับรู้ปกติ

อีก 14 นาที ต่อมาให้ยา Adenosine 6 mg ทางหลอดเลือดดำ ตามด้วย NSS bolus 20 ml พร้อมยกแขนสูง ใช้ double syringe technique พบว่าไม่ตอบสนองเท่าที่ควร คลื่นไฟฟ้าหัวใจแสดง Ventricular tachycardia อัตรา 196 ครั้งต่อนาที ประเมินสัญญาณชีพพบว่ามีไข้ อัตราการหายใจ 20 ครั้งต่อนาที ชีพจรเต้น 196 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 114/67 มิลลิเมตรปรอท วัดความเข้มข้นออกซิเจน 100 เปอร์เซ็นต์ การประเมินสัญญาณทางระบบประสาท ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี มีการรับรู้ปกติ

อีก 18 นาที ต่อมาจึงให้ยา Adenosine เพิ่มอีก 12 mg ทางหลอดเลือดดำ ตามด้วย NSS bolus 20 ml พร้อมยกแขนสูง ใช้ double syringe technique พบว่าไม่ตอบสนองเท่าที่ควร คลื่นไฟฟ้าหัวใจแสดง Ventricular tachycardia อัตรา 194 ครั้งต่อนาที ประเมินสัญญาณชีพพบว่ามีไข้ อัตราการหายใจ 20 ครั้งต่อนาที ชีพจรเต้น 194 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 111/67 มิลลิเมตรปรอท วัดความเข้มข้นออกซิเจน 100 เปอร์เซ็นต์ การประเมินสัญญาณทางระบบประสาท ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี มีการรับรู้ปกติ

3 นาทีต่อมา จึงเปลี่ยนการให้ออกซิเจนทาง จมูก (O<sub>2</sub> cannula) เป็นเพิ่มความเข้มข้นออกซิเจน เป็น 10 ลิตรต่อนาที โดยผ่านออกซิเจนชนิดหน้ากาก พร้อมถุงลม (O<sub>2</sub> mask with bag) ผู้ป่วยรู้สึกตัว ดีจึงให้ยาแก้ปวด Pethidine 30 mg ทางหลอดเลือดดำ และยานอนหลับ Valium 10 mg ทางหลอดเลือดดำ ก่อนทำ Synchronize cardioversion กระแสไฟฟ้า 150 จูล หลังทำพบว่ายังไม่ตอบสนอง คลื่นไฟฟ้าหัวใจแสดง Ventricular tachycardia 210 ครั้งต่อนาที ประเมินสัญญาณชีพพบว่ามีไข้ อัตราการหายใจ 22 ครั้งต่อนาที ชีพจรเต้น 210 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 101/70 มิลลิเมตรปรอท วัดความเข้มข้นออกซิเจน 100 เปอร์เซ็นต์ การประเมินสัญญาณทางระบบประสาท ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี มีการรับรู้ปกติ

อีก 3 นาทีต่อมา จึงให้ยา Cordarone 600 mg ผสมใน 5% D/W 500 ml หยดทางหลอดเลือดดำภายใน 24 ชั่วโมง ให้ยาแก้ปวด Pethidine 20 mg ทางหลอดเลือดดำทันที และทำ Synchronize cardioversion กระแสไฟฟ้า 200 จูล คลื่นไฟฟ้าหัวใจแสดง Sinus rhythm rate 130 ครั้งต่อนาที ประเมินสัญญาณชีพพบว่ามีไข้ อัตราการหายใจ 28 ครั้งต่อนาที ชีพจรเต้น 130 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 128/64 มิลลิเมตรปรอท วัดความเข้มข้นออกซิเจน 100 เปอร์เซ็นต์ การประเมินสัญญาณทางระบบประสาท ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี มีการรับรู้ปกติ ทำ EKG 12 leads พร้อมปรึกษาแพทย์เฉพาะทางโรคหัวใจ ให้ยาปฏิชีวนะ Ceftriaxone 2 gm หยดทางหลอดเลือดดำภายใน 30 นาที และส่งเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยหนักโรคหัวใจ

เวลา 11.40 น. ในหอผู้ป่วยหนักโรคหัวใจ ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี ถามตอบรู้เรื่อง ทำทางอ่อนเพลีย ให้ออกซิเจนโดยผ่านออกซิเจนชนิดหน้ากากพร้อมถุงลม (O<sub>2</sub> mask with bag) 10 ลิตรต่อนาที อาการใจสั่นทุเลาลง ประเมินสัญญาณชีพพบว่ามีไข้ อัตราการหายใจ 24 ครั้งต่อนาที หัวใจเต้นช้าลงเหลือ 124 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 110/70 มิลลิเมตรปรอท วัดความเข้มข้นออกซิเจน 100 เปอร์เซ็นต์ การประเมินสัญญาณทางระบบประสาท ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี มีการรับรู้ปกติ

### ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต

วัยเด็กอายุประมาณ 6 ปี เคยมีอาการหอบหืด ไปรักษาที่โรงพยาบาล หลังจากเจ็บป่วยครั้งนั้น ไม่เคยมีอาการประวัติการเจ็บป่วยในครอบครัว

ปฏิเสธการเจ็บป่วยร้ายแรงในครอบครัว

### ประวัติการแพ้

แพ้กุ้ง เวลารับประทานแล้วมีอาการปวดท้อง อาเจียน

### ประวัติส่วนตัว

สถานภาพโสด อาศัยอยู่กับบิดาและมารดา ขณะเจ็บป่วยมารดาเป็นผู้ดูแล

### สภาพเศรษฐกิจและสังคม

ทำงานเป็นพนักงานบริษัทไฟแนนซ์ รายได้ ประมาณ 17,000 บาท ฐานะปานกลาง ไม่มีปัญหาด้านการเงินภายในครอบครัว

### ด้านจิตใจ อารมณ์ สังคม

เป็นคนอึดยาคัยดี ยิ้มแย้มแจ่มใส ไม่มีเรื่อง เครียดวิตกกังวล

### แบบแผนการดำเนินชีวิตประจำวัน

การรับประทานอาหาร : รับประทานอาหารครบ 3 มื้อ รับประทานอาหารได้ทุกชนิด ยกเว้นกุ้ง

**การขับถ่าย :** ขับถ่ายอุจจาระปกติทุกวัน อย่างน้อยวันละ 1 ครั้งหลังตื่นนอน และขับถ่ายปัสสาวะทุกวัน อย่างน้อยวันละ 3 ครั้ง สีเหลืองใส

**การพักผ่อนนอนหลับ :** ส่วนใหญ่จะเข้านอนเวลาประมาณ 23.00 น. และตื่นนอนเวลาประมาณ 07.00 น. นอนหลับในช่วงกลางคืนเฉลี่ยวันละ 6-8 ชั่วโมง

**การดูแลสุขภาพ :** เจ็บป่วยเล็กน้อยซื้อยาจากร้านขายยารับประทานเอง เจ็บป่วยรุนแรงเข้ารักษาที่โรงพยาบาล ตามสิทธิประกันสังคม

**การใช้ยาและสารเสพติด :** ไม่สูบบุหรี่ ดื่มเบียร์ หลังออกกำลังกายครั้งละประมาณ 3 กระป๋อง สัปดาห์ละประมาณ 3 - 4 ครั้ง

**การออกกำลังกาย :** เตะฟุตบอลกับเพื่อน สัปดาห์ละประมาณ 3-4 ครั้ง

**การเข้าถึงบริการสาธารณสุข :** สามารถเข้าถึงบริการสาธารณสุขได้ทั้งภาครัฐและภาคเอกชน

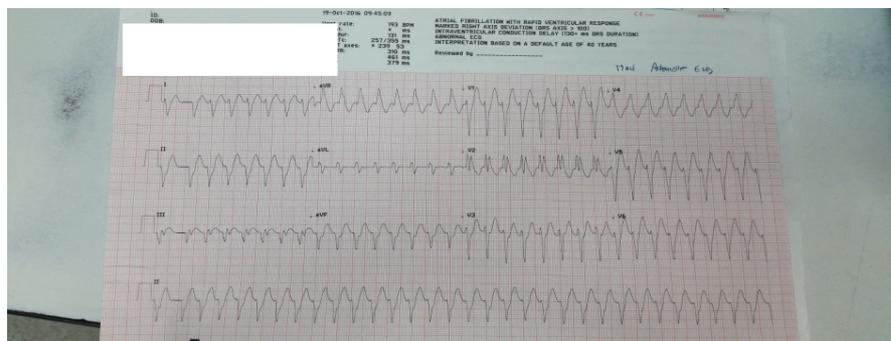
**กิจกรรมทางศาสนาที่ปฏิบัติเป็นประจำ :** ไปทำบุญที่วัดกับมารดาเมื่อมีวันสำคัญทางศาสนา

### แบบแผนด้านจิตใจและอารมณ์

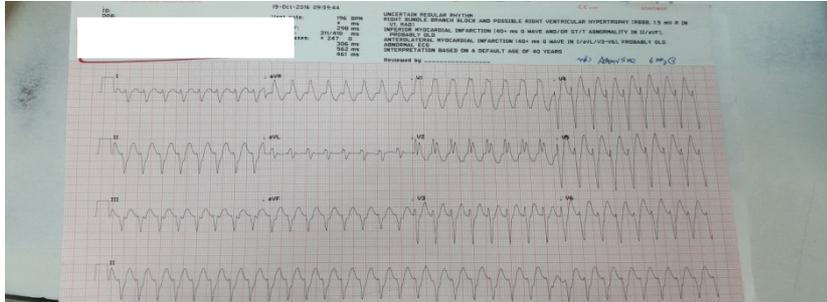
**สภาวะทางอารมณ์และพฤติกรรมที่แสดงออก :** เป็นคนอารมณ์ดี ยิ้มแย้มแจ่มใส และพฤติกรรมที่แสดงออกเหมาะสม

### การตรวจทางห้องปฏิบัติการและการตรวจพิเศษ

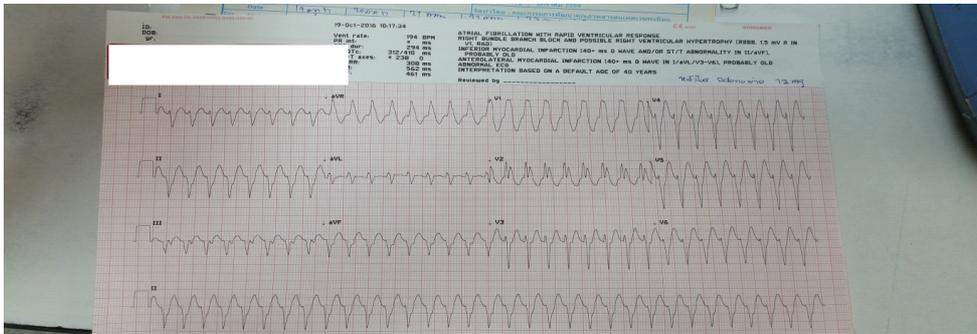
ผล EKG Monitor / EKG 12 leads :



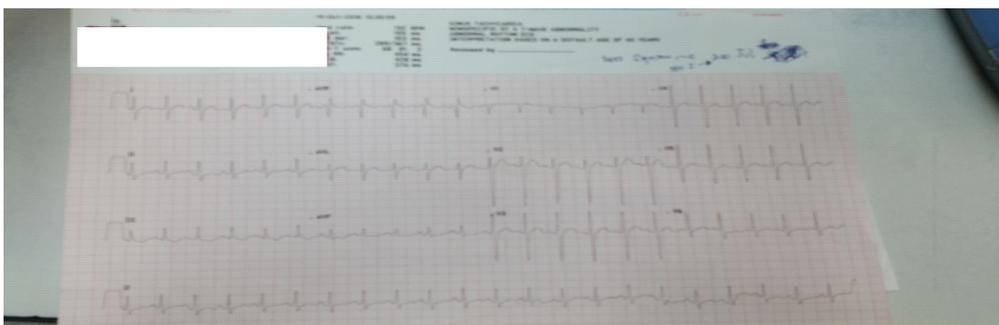
รูปภาพที่ 1 เวลา 09.45 น. ก่อนได้ยา Adenosine EKG 12 leads พบ Fascicular Ventricular tachycardia rate 193/min



รูปภาพที่ 2 เวลา 09.59 น. หลังได้ยา Adenosine 6 mg IV push EKG 12 leads พบ Fascicular Ventricular tachycardia rate 196/min



รูปภาพที่ 3 เวลา 10.17 น. หลังได้ยา Adenosine 12 mg IV push EKG 12 leads พบ Fascicular Ventricular tachycardia rate 194/min



รูปภาพที่ 4 เวลา 10.25 น. หลังได้ทำการรักษาโดยการทำให้ Synchronize cardioversion 200 J EKG shows Sinus rhythm rate 130/min

## การตรวจทางห้องปฏิบัติการพบว่าผลการตรวจที่ผิดปกติคือ

**Complete Blood Count** เวลา 9.50 น. ผลการตรวจเลือดพบว่า WBC Count 11,100/uL สูงกว่าปกติเพื่อป้องกันอันตรายจากการติดเชื้อ โดยการจับกินสิ่งแปลกปลอมที่เล็ดลอดเข้ามา Neutrophil 87% สูงกว่าปกติเพื่อจับกินเชื้อโรค และ Lymphocyte 8% ต่ำ แสดงถึงผู้ป่วยมีภาวะติดเชื้อในร่างกายแบบเฉียบพลัน

**Blood Chemistry** เวลา 9.50 น. ผลการตรวจเลือดพบว่า Sodium 133 mmol/L และ Potassium 3.3 mmol/L ต่ำกว่าค่าปกติเล็กน้อย สาเหตุมี Sequestration ของน้ำนอกเซลล์ จากการชักประวัติผู้ป่วยพบว่ามีอาการหลายครั้งก่อนมาโรงพยาบาล และพบค่า CPK มีค่าสูงผิดปกติ เนื่องจากกล้ามเนื้อหัวใจมีการถูกทำลาย เอนไซม์ ซึ่งอยู่ในกล้ามเนื้อจะถูกปลดปล่อยออกมาในกระแสเลือด เป็นผลให้ระดับ CPK 271 U/L สูงขึ้นในเลือดถ้ากล้ามเนื้อตายมากพอ

## ปัญหาทางการพยาบาลและการอภิปราย

จากการตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ 12 leads พบว่าเป็น Fascicular Ventricular tachycardia มักพบได้บ่อยใน Idiopathic VT ของหัวใจห้องล่างซ้าย ซึ่งจะมาด้วยชีพจรเต้นเร็วกว่าปกติ พบในผู้ป่วยวัยรุ่นถึงวัยทำงานอายุ 15-40 ปี ที่ไม่เคยมีประวัติเป็นโรคหัวใจมาก่อน โดยประมาณ 60-80% เป็นผู้ชาย สาเหตุอาจเกิดขึ้นขณะพัก หรือมีสิ่งกระตุ้น เช่น การออกกำลังกาย ความเครียด การได้รับยา beta agonists ฯลฯ ในผู้ป่วยรายนี้มีภาวะไข้เป็นสิ่งที่กระตุ้นที่ทำให้มีอาการชีพจรเต้นเร็วมาก

## การวิเคราะห์เปรียบเทียบพยาธิสภาพที่พบกับองค์ความรู้ทางทฤษฎีที่เกี่ยวข้องพยาธิสภาพ

Fascicular Ventricular tachycardia คือชนิดของ Idiopathic VT ส่วนมากมักไม่พบความผิดปกติของโครงสร้างของหัวใจ อาจจะมีส่วนน้อยหรือประมาณ 10% ที่พบความผิดปกติของหัวใจ สาเหตุเกิดจาก Reentry คือปรากฏการณ์ที่คลื่นไฟฟ้าหรือ

impulse ที่วิ่งอยู่ใน Conducting tissue เกิดแยกออกไปวิ่งวนเป็นวงกลมนอกเส้นทางปกติ เมื่อวิ่งวนข้างนอกไปหนึ่งรอบก็เกิดไฟฟ้ากระตุ้น Conducting tissue ในเส้นทางปกติได้หนึ่งหน ทำให้ Conducting tissue ปกติถูกกระตุ้นในอัตราที่ถี่มาก กลไก Reentry นี้เกิดขึ้นได้ทุกจุดของระบบ Conducting system เมื่อเกิดขึ้นแล้วจะมีผลให้หัวใจเต้นเร็วมาก แต่อาจสม่ำเสมอ พบในผู้ป่วยวัยรุ่นถึงวัยทำงาน (15-40 ปี) ที่ไม่เคยมีประวัติเป็นโรคหัวใจมาก่อน โดยประมาณ 60-80% เป็นผู้ชาย

ในผู้ป่วย รายนี้พบลักษณะภาพคลื่นไฟฟ้าหัวใจเป็น Stable VT คือ มีสัญญาณชีพพวงที่ และ perfusion ไปส่วนต่างๆ ของร่างกายตามปกติ EKG 12 leads พบ Fascicular Ventricular tachycardia rate 193 /min-206 /min ลักษณะเป็น Monomorphic VT คือ VT ที่ไม่มีความแตกต่างระหว่าง QRS 2 ตัวที่อยู่ติดกัน หัวใจเต้นเร็วมาก แต่อาจจังหวะสม่ำเสมอ ผู้ป่วยวัยทำงาน 27 ปี ไม่เคยมีประวัติเป็นโรคหัวใจมาก่อน สุขภาพร่างกายแข็งแรงดี มาตลอด การเจ็บป่วยครั้งนี้มีการติดเชื้อขึ้นในร่างกาย มาด้วยอาการไข้ เป็นตัวกระตุ้นทำให้มีอาการ

## การวินิจฉัย

Fascicular Ventricular tachycardia สามารถวินิจฉัยได้ยาก มีความผิดปกติที่ narrow QRS complex จากจุดกำเนิดของ ventricular มักวินิจฉัยแยกโรคได้ผิดบ่อยกับ SVT กับความผิดปกติของตัวนำ

## Electrocardiographic Features

- Monomorphic ventricular tachycardia
- QRS duration 100-140 ms-this is narrower than other forms of VT.
- Short RS interval (onset of R to nadir of S wave) of 60-80 ms - the RS interval is usually > 100 ms in other types of VT.
- RBBB Pattern Axis deviation depending on anatomical site of re-entry circuit.

ผู้ป่วยรายนี้ EKG 12 leads พบ Fascicular Ventricular tachycardia rate 193/min-206/min ลักษณะเป็น Monomorphic VT คือ VT ที่ไม่มีความแตกต่างระหว่าง QRS 2 ตัวที่อยู่ติดกันหัวใจเต้นเร็วมากแต่ว่าจังหวะสม่ำเสมอ พบค่า CPK มีค่าสูงผิดปกติ เนื่องจากกล้ามเนื้อหัวใจมีการถูกทำลาย Enzyme ซึ่งอยู่ในกล้ามเนื้อจะถูกปลดปล่อยออกมาในกระแสเลือด เป็นผลให้ระดับ CPK สูงขึ้นในเลือด ถ้ากล้ามเนื้อตายมากพอ มกด้วยอาการใจสั่น (palpitations) โดยมีสิ่งกระตุ้นที่ทำให้มีอาการคือผู้ป่วยพบมีไข้ 2 วัน ก่อนมา โรงพยาบาล ผลการตรวจเลือดพบว่า WBC Count สูงกว่าปกติ และ Neutrophil สูงกว่าปกติ แสดงถึงผู้ป่วยมีการติดเชื้อขึ้นในร่างกาย

#### การรักษา

1. แนวทางการช่วยชีวิต ฉบับ ปี ค.ศ. 2015 ของ American Heart association (AHA) ถ้า QRS ด้วกว้าง (QRS duration  $\geq$  0.12 sec) อาการคงที่ ให้พิจารณาให้ ยา Antiarrhythmic (ปริญา คุณาวุฒิ, นลินาสน์ ขุนคล้าย และบวรวิทย์ชำนัญกุล, 2558) แนะนำให้ใช้ adenosine 6 mg IV เป็น therapeutic diagnosis ในกรณี Regular Monomorphic wide QRS complex tachycardia ที่มีอาการคงที่เพื่อแยกภาวะ SVT with aberrant conduction กับ Ventricular tachycardia โดยให้เตรียมเครื่อง defibrillator ไว้พร้อมสำหรับทำ defibrillation หากเกิด VF หลังฉีดยา adenosine ถ้าสถานพยาบาลนั้นๆ ไม่พร้อมไม่แนะนำให้ฉีดยา adenosine ในกรณี Regular Monomorphic wide QRS complex tachycardia ที่มีอาการคงที่ (โสภณ กฤษณะรังสรรค์, จริยา สันตติอนันต์ และรัชณี แซ่ลี, 2559)

2. Fascicular Ventricular tachycardia การรักษาโดยการให้ยา verapamil มีการตอบสนองได้ดีมาก จนมีคำกล่าว "verapamil sensitive VT" ให้ยา verapamil ทางหลอดเลือดดำในระยะเฉียบพลัน

ให้ยาปรับปรหทานในผู้ป่วยเรื้อรัง ในผู้ป่วยที่มีอาการแพ้ ไม่สามารถรักษาด้วย verapamil ได้ แนะนำให้จี้ไฟฟ้าในการรักษา Reentry ซึ่งการจี้ด้วยไฟฟ้าสามารถรักษาให้หายได้ (Kawakami, 2018) ผู้ป่วยรายนี้ Regular Monomorphic VT wide QRS complex tachycardia ที่มีอาการคงที่ แพทย์ให้ยา หลังได้ยา Adenosine 6 mg IV push เวลา 09.59 น. และยา Adenosine 12 mg IV push เวลา 10.17 น. พบว่าไม่ตอบสนอง EKG 12 leads พบ Fascicular Ventricular tachycardia แพทย์จึงตัดสินใจทำ Synchronize cardioversion 200 J EKG shows Sinus rhythm rate 130/min ผู้ป่วยรายนี้คลื่นไฟฟ้าหัวใจเป็นแบบ Fascicular Ventricular tachycardia การให้ยา Adenosine จึงไม่ตอบสนอง แต่ตอบสนองต่อ Synchronize cardioversion มากกว่า ให้ยา Ceftriaxone 2 gm IV drip in 30 min เพื่อลดการติดเชื้อในผู้ป่วยรายนี้ซึ่งกระตุ้นทำให้หัวใจเต้นเร็ว เมื่อแพทย์โรคหัวใจเข้ามาดูแลให้การรักษาโดยให้ยา Verapamil (240) SR 1x1 pc และนัดจี้กระแสไฟฟ้าหัวใจ

ส่งผลให้สามารถแก้ไขภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะให้กลับมาทำงานได้ปกติและปลอดภัยจากภาวะวิกฤตด้านหัวใจได้ นอกจากนี้ยังได้รับการรักษาปัจจัยสาเหตุซึ่งเกิดจากการติดเชื้อด้วยการให้ยาปฏิชีวนะ ซึ่งเป็นปัจจัยกระตุ้นให้เกิดภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะ

#### ข้อวินิจฉัยการพยาบาล

**ปัญหาที่ 1** มีภาวะปริมาตรเลือดที่ออกจากหัวใจในหนึ่งนาทีลดลง (Low cardiac output) เนื่องจาก หัวใจห้องล่างซ้ายมีการบีบตัวเร็วมาก ทำให้การนำออกซิเจนไปเลี้ยงอวัยวะส่วนต่างๆ ของร่างกายไม่เพียงพอได้ โดยเฉพาะอวัยวะสำคัญคือ หัวใจ สมอง ปอด ไต

SD : - ผู้ป่วยบ่นว่ามีอาการใจสั่น

OD : - EKG 12 leads พบ Fascicular Ventricular tachycardia rate 193/min - 206/min

ผล Lab ค่า CPK = 271 U/L มีค่าสูงผิดปกติ

**วัตถุประสงค์การพยาบาล**

- เพื่อเพิ่มปริมาตรเลือดที่ออกจากหัวใจใน  
หนึ่งนาทีให้พอเพียงไปเลี้ยงส่วนต่างๆ ของร่างกาย

**เกณฑ์การประเมินผล**

- ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี
- ไม่มีอาการใจสั่น (palpitations)
- สัญญาณชีพปกติ
- EKG 12 leads - NSR

**กิจกรรมการพยาบาล**

1. ประเมินระดับความรู้สึกตัวทุก 4 ชั่วโมง โดยสังเกต  
อาการใจสั่น
2. ประเมินสัญญาณชีพ ทุก 4 ชั่วโมง
3. ประเมินลักษณะความเย็นชื้นของผิวหนัง สีผิว และ  
capillary refilled
4. ประเมิน I/O
5. ติดตามและเฝ้าระวังคลื่นไฟฟ้าหัวใจ (monitor EKG)
6. ดูแลให้ O<sub>2</sub> mask with bag 10 LPM
7. Absolute bed rest และจำกัดการทำกิจกรรม
8. ดูแลให้ได้รับยา Adenosine 6 mg IV push  
และยา Adenosine 12 mg IV push, Cordarone  
600 mg + 5% D/W 500 ml IV drip in 24 hr,  
Ceftriaxone 2 gm IV drip in 30 min และ  
Verapamil (240) SR 1x1 pc ตามแผนการรักษา

**การประเมินผล** ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี ไม่มีอาการใจสั่น  
(palpitations) ไม่มีอาการปลายมือเท้าเย็นหรือ เขียวคล้ำ  
สัญญาณชีพปกติ สารน้ำที่เข้าไป 480 มิลลิลิตร ปัสสาวะ  
ออก 210 มิลลิลิตร

**ปัญหาที่ 2** ผู้ป่วยมีความวิตกกังวลเนื่องจากการ  
เจ็บป่วยของตนเอง

**ข้อมูลสนับสนุน**

SD : - ผู้ป่วยบ่นว่ามีอาการใจสั่น ไม่เคยเป็นมาก่อน  
ปกติแข็งแรงดีมาตลอด  
OD : - สีหน้าวิตกกังวล

**วัตถุประสงค์การพยาบาล**

- เพื่อคลายความวิตกกังวล

**เกณฑ์การประเมินผล**

- สีหน้าแสดงความกังวลลดลง
- ให้ความร่วมมือในการรักษา

**กิจกรรมการพยาบาล**

1. ประเมินระดับความวิตกกังวล
2. สร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วยและญาติด้วยวาจาที่เป็น  
สุภาพ อ่อนโยน ท่าทางเป็นมิตร จริงใจ
3. อธิบายให้ผู้ป่วยเข้าใจถึงแผนการรักษาพยาบาล  
พยาธิสภาพ อาการของโรค สาเหตุของอาการใจสั่น  
และการปฏิบัติตัว
4. เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้ซักถามคำถามที่สงสัย พูด  
ระบายความรู้สึก โดยพยาบาลรับฟังด้วยความตั้งใจ
5. เปิดโอกาสให้ครอบครัว ญาติ ได้เข้าเยี่ยมและประดับ  
ประคองจิตใจแก่ผู้ป่วย

**การประเมินผล** ผู้ป่วยรู้สึกกังวลต่อการรักษา อธิบาย  
ให้ผู้ป่วยเข้าใจถึงแผนการรักษาพยาบาล พยาธิสภาพ  
อาการของโรค สาเหตุของอาการใจสั่น และการปฏิบัติตัว  
ผู้ป่วยให้ความร่วมมือดี

**สรุปกรณีศึกษา**

ผู้ป่วยรายนี้มีพื้นฐานการศึกษาดีเอาใจใส่ใน  
การดูแลสุขภาพ ทำให้สังเกตอาการผิดปกติของตนเอง  
ได้รวดเร็วประกอบกับได้รับการวินิจฉัยที่ถูกต้องตั้งแต่  
ที่ห้องฉุกเฉินทำให้ได้รับการดูแลรักษาอย่างรวดเร็วเพื่อ  
แก้ไขภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะให้กลับมาสู่การเต้น  
ปกติภายใน 2 ชั่วโมง ซึ่งนับเป็นช่วงเวลาทอง (golden  
period) ของการช่วยเหลือและช่วยรักษาสุขภาพการ  
ทำงานหัวใจไม่ให้เสียหายจากภาวะขาดออกซิเจนใน  
ขณะที่หัวใจเต้นผิดจังหวะได้ อย่างไรก็ตาม หลังจาก  
การรักษาในภาวะฉุกเฉินแล้ว พยาบาลควรมีการให้  
ความรู้ กับผู้ป่วยและมารดาผู้ดูแล ให้สามารถดูแล  
ตนเองในระยะฟื้นฟูสภาพ และป้องกันอาการเต้นผิด  
จังหวะของหัวใจที่อาจเกิดใหม่ได้หากมีปัจจัยกระตุ้นอีก

### เอกสารอ้างอิง

- ปริญญา คุณาภูมิ, นลินาสน์ ชุนคาลัย และบวร วิทยชานาญกุล. (2558). *สรุปแนวทางปฏิบัติการช่วยชีวิต ปี ค.ศ. 2015*. กรุงเทพฯ : บจก.ปัญญามิตร การพิมพ์.
- ประเสริฐ ธนกิจจารุ. (2555). *อายุรศาสตร์ราชวิถี Evidence-Based Practice in Critical Care Medicine*. กรุงเทพฯ : สำนักพิมพ์กรุงเทพเวชสาร.
- โสภณ กฤษณะรังสรรค์, จริยา สันตติอนันต์ และรัชณี แซ่ลี. (2559). *คู่มือการช่วยชีวิตขั้นสูง สำหรับบุคลากรทางการแพทย์*. กรุงเทพฯ : บจก.ปัญญามิตร การพิมพ์.
- สมเกียรติ วัฒนศิริชัยกุล, ดุจเดือน สีละมาต และกานติษฎ์ ประยงค์รัตน์. (2553). *ตำราเวชศาสตร์ฉุกเฉิน (พิมพ์ครั้งที่ 3)*. สมุทรปราการ : หจก. สันทวีกิจพรีนติงจำกัด.
- สุชาติ อรุณศิริวัฒนา. (2558). การรักษาผู้ป่วยหัวใจเต้นผิดจังหวะด้วยไฟฟ้าคลื่นความถี่สูงผ่านสายสวนหัวใจในโรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี. *วารสารวิชาการแพทย์เขต 11*, 29(1), 137-143.
- Briceño, D. F., Gupta, T., Romero, J., Kolte, D., Khera, S., Villablanca, P. A., ° Di Biase, L. (2018). Catheter ablation of ventricular tachycardia in nonischemic cardiomyopathy: A propensity score?matched analysis of in?hospital outcomes in the United States. *Journal of Cardiovascular Electrophysiology*, 29(5), 771-779. <https://doi.org/10.1111/jce.13452>
- Guidelines for cardiopulmonary resuscitation and emergency cardiac care. (1992). Emergency cardiac care committee and subcommittees, American Heart Association. Part I. Introduction. *JAMA*, 268, 2171-83.
- Kapa, S., Gaba, P., DeSimone, CV., & Asirvatham SJ. (2017). Fascicular Ventricular Arrhythmias: Pathophysiologic Mechanisms, Anatomical Constructs, and Advances in Approaches to Management. *Circulation: Arrhythmia and Electrophysiology*, 10, 1-14. Retrieved from <https://doi.org/10.1161/CIRCEP.116.002476>
- Kawakami, H., Aiba, T., Ishibashi, K., Nakajima, I., Wada, M., Kamakura, T. Kusano, K. (2018). Change in QRS morphology as a marker of spontaneous elimination in verapamil sensitive idiopathic left ventricular tachycardia. *Journal of Cardiovascular Electrophysiology*, 29(3), 446-455. Retrieved from <https://doi.org/10.1111/jce.13403>
- Pilbery, R., Lowery-Richardson, K., & Standen, S. (2017). The management of shock-resistant arrhythmias: a clinical audit. *British Paramedic Journal*, 2(1), 20-24. Retrieved from <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=ccm&AN=137759759&site=ehost-live>



**คำแนะนำการเตรียมและส่งต้นฉบับบทความ  
วารสารพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยคริสเตียน**

วารสารพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยคริสเตียน ยินดีรับบทความวิจัยหรือบทความวิชาการทางการแพทย์มา เพื่อตีพิมพ์เผยแพร่ความรู้และความก้าวหน้าทางวิชาการในวารสารพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยคริสเตียน ทุก เดือน ปีละ 2 ฉบับ โดยบทความที่ส่งมาให้กองบรรณาธิการพิจารณาต้องไม่เคยตีพิมพ์ หรือ อยู่ในระหว่างการพิจารณาตีพิมพ์ในวารสารอื่น ทั้งนี้กองบรรณาธิการขอสงวนสิทธิ์ในการตรวจทานและแก้ไขต้นฉบับ รวมทั้งการจัดลำดับการตีพิมพ์ตามความเหมาะสม

**ประเภทบทความที่รับตีพิมพ์**

1. บทความวิจัย หรือ วิทยานิพนธ์ทางการแพทย์
2. บทความวิชาการทางการแพทย์

**การเตรียมต้นฉบับและการส่งบทความ**

ผู้เขียนหรือผู้พิมพ์จะต้องจัดเตรียมต้นฉบับบทความให้ถูกต้องตามรูปแบบที่กำหนดโดยเฉพาะในส่วนของ Footnote และจริยธรรม ดังนี้

**1. พิมพ์ต้นฉบับ** ในกระดาษ A 4 หน้าเดียว ไม่เว้นบรรทัด (Single spacing) โดยใช้โปรแกรม Microsoft word และตัวพิมพ์ Angsana New ขนาดตัวอักษร 16 มีเลขหน้ากำกับทุกหน้าและมีความยาวของเรื่อง ดังนี้

1.1 บทความวิจัยหรือวิทยานิพนธ์ทางการแพทย์ ความยาว 10-18 หน้า รายการอ้างอิงให้ใส่เฉพาะที่ใช้อ้างอิงในบทความและไม่ควรเกิน 20 รายการ

1.2 บทความวิชาการทางการแพทย์ ความยาว 9-15 หน้า รายการอ้างอิงให้ใส่เฉพาะที่ใช้อ้างอิงในบทความและไม่ควรเกิน 20 รายการ

**2. ชื่อเรื่อง (Title)** ต้องมีทั้งชื่อภาษาไทยและภาษาอังกฤษ พิมพ์ตัวอักษรชนิดตัวหนาขนาด 18 และจัดให้อยู่กึ่งกลางหน้ากระดาษ ชื่อภาษาอังกฤษให้พิมพ์อักษรตัวแรกของทุกคำด้วยตัวพิมพ์ใหญ่

**3. ชื่อผู้เขียนหรือผู้พิมพ์ (Authors)** ให้ใส่ชื่อครบทุกคนทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ ตัวพิมพ์ขนาด 13 จัดชิดด้านขวาและใส่เครื่องหมาย \* ต่อท้าย สำหรับส่วน Footnote ใต้บทคัดย่อหรือ Abstract พิมพ์ชื่อตำแหน่งวิชาการ ชื่อหน่วยงานที่สังกัดเรียงจากหน่วยงานย่อยไปหน่วยงานใหญ่ของแต่ละคนให้ตรงกับเครื่องหมาย \* ที่กำกับไว้ด้านบน ให้ระบุ email ของผู้เขียนหรือผู้พิมพ์หลักไว้ในส่วน Corresponding author และเบอร์โทรศัพท์ ตัวพิมพ์ขนาด 13 (ดังตัวอย่าง)

**4. บทคัดย่อ และ Abstract** ต้องมีทั้งบทคัดย่อภาษาไทยและภาษาอังกฤษ โดยพิมพ์แยกหน้าพร้อม Footnote ตามตัวอย่างและกำหนดความยาวของบทคัดย่อ ดังนี้

4.1 บทความวิจัยหรือวิทยานิพนธ์ทางการแพทย์ ความยาวไม่เกิน 20 บรรทัด และ Abstract ความยาวไม่เกิน 250 คำ

4.2 บทความวิชาการทางการแพทย์ ความยาวไม่เกิน 15 บรรทัด และ Abstract ความยาวไม่เกิน 200 คำ

5. **คำสำคัญ และ Keywords** กำหนดคำสำคัญที่เกี่ยวข้องกับบทความ 2-5 คำ โดยใช้เครื่องหมาย, คั่นระหว่างคำ และพิมพ์ชิดซ้ายต่อกับบทคัดย่อ และ Abstract

6. **บทความที่ส่งมาพิจารณาตีพิมพ์** ผู้เขียนหรือผู้พิมพ์ต้องแน่ใจว่า ได้มีการตรวจสอบเนื้อหาสาระของบทความแล้วและไม่มี การคัดลอกเลียนงานวิชาการ (Plagiarism) และได้มีการอ้างอิงแหล่งที่มาตามหลักการที่ถูกต้องครบถ้วน เนื่องจากศูนย์ดัชนีการอ้างอิงวารสารไทย (TCI) ให้ความสำคัญมาก "ในด้านจริยธรรม และจรรยาบรรณวารสารวิชาการไทยในฐานข้อมูล TCI"

7. **บทความที่ส่งมาตีพิมพ์ที่เป็นวิทยานิพนธ์ กรณีของนักศึกษา** จะต้องมีย้ายเซ็นของอาจารย์ที่ปรึกษาหลักเพื่อรับรองว่าได้อ่านและพิจารณาเนื้อหาสาระของบทความผ่านมาแล้วก่อนส่งบทความเสนอให้บรรณาธิการ และกองบรรณาธิการพิจารณาตีพิมพ์เผยแพร่

#### 8. รูปแบบของการเขียนบทความ

##### 8.1 บทความวิจัยหรือวิทยานิพนธ์ทางการพยาบาล ให้เรียงลำดับเรื่องดังนี้

8.1.1 บทคัดย่อภาษาไทยและภาษาอังกฤษ พร้อมทั้งระบุข้อเสนอแนะการนำไปใช้ประโยชน์

8.1.2 คำสำคัญ และ Keywords

8.1.3 ความสำคัญของปัญหาการวิจัย

8.1.4 วัตถุประสงค์ของการวิจัย

8.1.5 กรอบแนวคิดการวิจัย พร้อมระบุที่มาของกรอบแนวคิดการวิจัยพอสังเขป

8.1.6 วิธีการดำเนินการวิจัย ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง วิธีการสุ่มตัวอย่าง การพัฒนาเครื่องมือ

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือวิจัย และวิธีเก็บรวบรวมข้อมูล

8.1.7 การรับรองจริยธรรมการวิจัย ต้องระบุชัดเจนในหมวดวิธีดำเนินการวิจัย หัวข้อการ

พิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่างว่างานวิจัยที่ศึกษาได้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการการจริยธรรมการวิจัยในคนแล้ว ขอให้ระบุหน่วยงานหรือสถาบันที่รับรองและเลข IRB ให้ถูกต้อง

8.1.8 วิธีการวิเคราะห์ข้อมูล

8.1.9 สรุปผลการวิจัย / ข้อค้นพบจากการวิจัย

8.1.10 การอภิปรายผลการวิจัย

8.1.11 ข้อเสนอแนะการนำผลการวิจัยไปใช้ประโยชน์ และการทำวิจัยในครั้งต่อไป

8.1.12 กรณีวิจัยมีรูปภาพ ถ้ามีภาพประกอบควรเป็นภาพขาวดำ หรือภาพสีที่คมชัด จัดกึ่ง

กลางหน้า พิมพ์คำบรรยายไว้ใต้รูปภาพ และระบุแหล่งที่มาอ้างอิงให้ถูกต้อง

8.1.13 รูปแบบตาราง ให้จัดพิมพ์ในรูปแบบตารางปลายเปิดด้านซ้ายและขวา โดยเส้นบนและ

เส้นล่างใช้เส้นคู่ ดังตัวอย่าง ตาราง 1

**ตารางที่ 1** แสดงค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน (r) ระหว่างภาวะในการดูแลผู้ป่วยเรื้อรังทั้ง 4 ด้าน ต่อคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (n=115)

	คุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง	
	r	p-value
ด้านความตึงเครียดส่วนบุคคล	- 0.363*	0.000
ด้านความขัดแย้งในตนเอง	- 0.349*	0.000
ด้านความรู้สึกลึกซึ้ง	- 0.324*	0.000
ด้านเจตคติที่ไม่แน่นอน	- 0.161	0.086
รวมทุกด้าน	- 0.385*	0.000

8.1.14 การเขียนเอกสารอ้างอิง (ใช้ระบบนาม, ปี) ใส่เฉพาะรายการที่มีการอ้างอิงในบทความ และกรุณาตรวจสอบ ชื่อ นามสกุล ปี พ.ศ. ให้ตรงกันทุกแห่งที่อ้างอิง เช่น (ทิพวัลย์ ชีรสิริโรจน์, 2561)

**8.2 บทความวิชาการทางการพยาบาล** ให้เรียงลำดับดังนี้

8.2.1 บทความย่อภาษาไทยและภาษาอังกฤษ

8.2.1 คำสำคัญ และ Keywords

8.2.3 เนื้อหาบทความทางวิชาการ ประกอบด้วย บทนำ เนื้อเรื่อง และบทสรุป

**9. รูปแบบการเอกสารอ้างอิงประเภทต่างๆ** วารสารพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยคริสเตียนใช้ระบบการอ้างอิงแบบ APA (6<sup>th</sup> edition) ดังตัวอย่าง

**9.1 อ้างอิงจากหนังสือทั่วไป**

รูปแบบ	ชื่อ/สกุล./ (ปีที่พิมพ์) /ชื่อหนังสือ. (พิมพ์ครั้งที่) /สถานที่พิมพ์:/สำนักพิมพ์.
ผู้แต่ง 1 คน	เรวดี ธรรมอุปกรณ์. (2530). <i>การใช้ยาบำบัดอาการ</i> . (พิมพ์ครั้งที่3). กรุงเทพมหานคร: ไทยวัฒนาพานิช Polit, D.F. (2010). <i>Statistics and data analysis for nursing research</i> . (2 <sup>nd</sup> ed.). United States of America: Pearson education.
ผู้แต่งเป็นสถาบัน	มหาวิทยาลัยคริสเตียน. (2560). <i>รายงานผลดำเนินงาน ปีการศึกษา 2559</i> . นครปฐม: มหาวิทยาลัยคริสเตียน.
ผู้รวบรวมหรือบรรณาธิการ	พิทยา ว่องกุล. (บรรณาธิการ). (2541). <i>ไทยยุควัฒนธรรมทาส</i> . กรุงเทพมหานคร: โครงการวิถีทรรศน์.

## 9.2 อ้างอิงจากหนังสือในรูปแบบต่างๆ

รูปแบบบทความในหนังสือ	ชื่อ/สกุล/(ปีที่พิมพ์)/ ชื่อบทความ./ใน/ ชื่อบรรณาธิการ/(บ.ก.)/ชื่อหนังสือ/(น./เลขหน้า)/ /////////สถานที่พิมพ์:/ สำนักพิมพ์
ตัวอย่าง	เสาวนีย์ จำเดิมเสด็จศิริ. (2534). การรักษาภาวะจับหัดเฉียบพลันในเด็ก. ใน สมศักดิ์ โส่เลข, ชลรัตน์ ดิเรกวัชชัย และ มนตรี ผู้จินดา(บ.ก.). <i>อิมมูโนวิทยาทางคลินิกและโรคภูมิแพ้</i> (น. 99-103). กรุงเทพมหานคร: วิทยาลัยกุมารแพทย์แห่งประเทศไทย และสมาคมกุมารแพทย์แห่งประเทศไทย.
ตัวอย่าง	Vornstein, M. H., Hahn, C. S., Suwalsky, J. T. D., & Haynes, O. M. (2003). Socioeconomic status, parenting, and child development : The Hollingshead four-factor index of social status and the socioeconomic index of occupations. In M. H. Bornstein & H. B. Robert (Eds). <i>Monographs in parenting series. Socioeconomic status, Parenting, and Child development</i> (pp. 29-82). Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.
รูปแบบหนังสืออิเล็กทรอนิกส์	ชื่อ/สกุล/(ปีที่พิมพ์)/ชื่อเรื่อง./พิมพ์ครั้งที่./สืบค้นจาก/ URL
ตัวอย่าง	เกรียงศักดิ์ ลากจตุรพิท (2558). <i>หมอเจ๊ป</i> . สืบค้นจาก <a href="http://www.ebooks.in.th/ebook/10427/หมอเจ๊ป">http://www.ebooks.in.th/ebook/10427/หมอเจ๊ป</a> (ตัวอย่าง7 ตอน)/ Dahlberg, G., & Moss,P. (2005). <i>Ethics and politics in early childhood education</i> . Retrieved from <a href="https://epdf.tips/ethics-and-politics-in-early-childhood-education-contesting-early-childhood.html">https://epdf.tips/ethics-and-politics-in-early-childhood-education-contesting-early-childhood.html</a>
รูปแบบหนังสือแปล	ชื่อ/สกุล./ (ปีที่พิมพ์)/ชื่อเรื่อง./[ชื่อหนังสือภาษาอังกฤษ]/(ชื่อผู้แปล/ผู้แปล)/พิมพ์ครั้งที่./ /////////สถานที่พิมพ์:/สำนักพิมพ์
ตัวอย่าง	ฮอว์คิงม เอส ดับบลิว. (2552). <i>ประวัติศาสตร์ของกาลเวลา ฉบับภาพประกอบ</i> . [The illustrated: A brief history of time]. (ปิยนุศร นูริค้ำและ อรรถกฤต นัตรภูมิ ผู้แปล). พิมพ์ครั้งที่17. กรุงเทพมหานคร: มิตรชน.

## 9.3 อ้างอิงจากวารสาร

รูปแบบบทความวารสาร	ชื่อ/สกุล/(ปีที่พิมพ์)/ชื่อบทความ./ชื่อวารสาร./ปีที่(ฉบับที่)/ เลขหน้า-เลขหน้า.
ตัวอย่าง	เสาวนีย์ ทรงประโคน. (2560). รูปแบบการดูแลสำหรับวัยรุ่นที่ติดเชื้อเอชไอวี. <i>วารสารพยาบาลศาสตร์และสุขภาพ</i> , 40(4),1-20. Haag, F., Casonato, S., Varela, F., & Firpo, C. (2011). Parents' knowledge of infective endocarditis in children with congenital heart disease. <i>Brazilian journal of Cardiovascular Surgery</i> , 26(3),413-418.
รูปแบบวารสารอิเล็กทรอนิกส์(มีเลข DOI)	ชื่อ/สกุล/(ปีที่พิมพ์)/ ชื่อบทความ./ชื่อวารสาร./ปีที่(ฉบับที่)/เลขหน้า-เลขหน้า. doi:xxx.

ตัวอย่าง	Roger L.C. & Richare, L.H. (2010). Calcium-Permeable AMPA receptor dynamics mediate fear, memory erasure. <i>Science</i> , 330(6007),1108-1112. Doi:10.1126/ science.1195298.
รูปแบบบทความวารสารอิเล็กทรอนิกส์ที่ไม่ปรากฏเลข DOI	ชื่อ/สกุล/(ปีที่พิมพ์)/ชื่อบทความ/ชื่อวารสาร/ปีที่(ฉบับที่)/เลขหน้า-เลขหน้า./URL
ตัวอย่าง	Cadigan, J., Schmitt, P., Shupp, R., & Sworpe, k. (2011). The Holdout problem and urban sprawl: experimental evidence. <i>Journal of Urban Economics</i> . 69(1),72. Retrieved from <a href="http://journals.elsevier.com/00941190/journal-ov-urban-economics/">http://journals.elsevier.com/00941190/journal-ov-urban-economics/</a>

#### 9.4 อ้างอิงจากวิทยานิพนธ์ และวิจัย

รูปแบบ	ชื่อ/สกุล/(ปีที่พิมพ์)/ชื่อวิทยานิพนธ์/(วิทยานิพนธ์ปริญญาคุณวุฒิปริญญาโทหรือวิทยานิพนธ์ปริญญาเอกฉบับพิมพ์)/ชื่อมหาวิทยาลัย/ชื่อเมือง.
ตัวอย่าง	สมหมาย ธีรวิทยาคม. (2547). <i>ประสบการณ์การนอนทำควาหน้าของผู้ป่วยหลังผ่าตัดโรคจอประสาทตาตลอกในโรงพยาบาลเมตตาประชารักษ์ (วัดไร่ขิง)</i> . (วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต). มหาวิทยาลัยคริสเตียนนครปฐม. Sirinoot Teanrunroj. (2005). <i>The Development of an innovative integrated approach to ICI-Mediated learning in science</i> . (Doctoral dissertation). Srinakharinwirot University, Bangkok.
ไทย อังกฤษ	ชื่อ/สกุล/(ปีที่พิมพ์)/ชื่อวิทยานิพนธ์/(วิทยานิพนธ์ปริญญาคุณวุฒิปริญญาโทหรือวิทยานิพนธ์ปริญญาเอกฉบับพิมพ์)/ชื่อมหาวิทยาลัย/สืบค้นจาก/URL  สกุล,/อักษรย่อชื่อ/(ปีที่พิมพ์)/ชื่อวิทยานิพนธ์/(Doctoral Dissertation or Master's thesis)/ชื่อมหาวิทยาลัย)/Retrieved from/URL
ตัวอย่าง	มานพ จันท์เทจ. (2547). <i>การนำเสนอรูปแบบการพัฒนานโยบายของสถาบันราชภัฏ (วิทยานิพนธ์ปริญญาคุณวุฒิปริญญาโท, จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย)</i> . สืบค้นจาก <a href="http://tdc.thailis.or.th/tdc">http://tdc.thailis.or.th/tdc</a> Bruckman, A. (1997). <i>MOOSE crossing: Construction, community, and learning in a networked virtual world for kids</i> (Doctoral dissertation, Massachusetts Institute of Technology). Retrieved from <a href="http://www-static.cc.gatech.edu/-asb/thesis/">http://www-static.cc.gatech.edu/-asb/thesis/</a>

ไทย	ชื่อ/สกุล./(ปีที่เผยแพร่)/ชื่อวิทยานิพนธ์/(วิทยานิพนธ์ปริญญาคุณวุฒิปริญญาโทหรือวิทยานิพนธ์ //////ปริญญาโทบัณฑิต)/สืบค้นจาก/ชื่อฐานข้อมูล/(หมายเลข UMI หรือ เลขลำดับอื่นๆ)
อังกฤษ	สกุล,/อักษรย่อชื่อ/(ปีที่เผยแพร่)/ชื่อวิทยานิพนธ์/(Doctoral Dissertation or Master's //////thesis)/Available from/database's name./(หมายเลข UMI หรือ เลขลำดับอื่นๆ)
ตัวอย่าง	McNiel, D.S. (2006). <i>Meaning through narrative : A personel narrative discussing growing up with an alcoholic mother</i> (Master's thesis). Available from ProQuest Disertations and Theses database. (UMI No. 1434728)
ไทย	สกุล./(ปีที่พิมพ์)/ชื่อเรื่อง/(รายงานผลการวิจัย)/สถานที่พิมพ์:/สำนักพิมพ์.
อังกฤษ	สกุล,/อักษรย่อชื่อ/(ปีที่พิมพ์)/ชื่อเรื่อง/(Research Report)/สถานที่พิมพ์:/สำนักพิมพ์.
ตัวอย่าง	เพ็ญธิดา พงษ์ธานี. (2557). <i>ผลของความรู้ ทักษะคุณค่าจรรยาบรรณและทัศนคติในวิชาชีพที่มีต่อสาธารณะของผู้สอบบัญชีภาษีอากร</i> (รายงานผลการวิจัย). กรุงเทพมหานคร: มหาวิทยาลัยธุรกิจบัณฑิต  Lipsey, M. W., Farran, D. C., & Hofer, K. G. (2015). <i>A randomized control trial of a statewide voluntary prekindergarten program on children's skills and behaviors through Third Grade</i> (Research Report). Nashville, TN: Vanderbilt University, Peabody Research Institute.

#### 9.5 รายงานการประชุมเชิงวิชาการ (Proceeding) ในรูปแบบหนังสือและออนไลน์

รูปแบบ	ชื่อ/สกุล./(ปีที่พิมพ์)/ชื่อเรื่อง./ใน/ชื่อบรรณาธิการ/(บ.ก.)/ชื่อรายงานการประชุมเชิง //////วิชาการ(น./ เลขหน้า)/เมือง,ประเทศ.
ตัวอย่าง	พัชรภา ดันดิฐเว. (2553). การขับเคลื่อนคุณภาพการศึกษาไทย, ใน ศิริรัช กาญจนวาสิ (บ.ก.), <i>การประชุมวิชาการและเผยแพร่ผลงานวิจัยระดับชาติ</i> (น. 97-102). กรุงเทพมหานคร,ประเทศไทย.
ไทย	ชื่อ/สกุล./(ปีที่พิมพ์)/ชื่อเรื่อง./ใน/ชื่อบรรณาธิการ/(บ.ก.)/ชื่อรายงานการประชุมเชิง //////วิชาการ(น./เลขหน้า)/สืบค้นจาก/URL
อังกฤษ	สกุล,/อักษรย่อชื่อ/(ปีที่พิมพ์)/ชื่อเรื่อง./ชื่อบรรณาธิการ/(Ed.หรือEds.)/ชื่อรายงานการประชุมเชิงวิชาการ/(pp./เลขหน้า)/Retrieved from/URL *กรณีมีเลข doi ให้เติม doi:xxx แทนข้อความ สืบค้นจาก/URL หรือ Retrieved from/URL
ตัวอย่าง	Freeman, S., Eddy, S. L., McDonough, M., Smith, M. K., Okoroafor, N., Jordt. H., & Wenderoth, M.P. (2014). Active learning increases student performance in science, engineering, and mathematics. <i>Proceedings of the national academy of sciences</i> , 111(23) (pp.8410-8415). Retrieved form <a href="https://doi.org/10.1073/pnas.1319030111">https://doi.org/10.1073/pnas.1319030111</a>

## 9.6 สารสนเทศอิเล็กทรอนิกส์

### 9.6.1 หนังสืออิเล็กทรอนิกส์ (eBook)

ไทย	ชื่อ/สกุล/(ปีที่พิมพ์)/ชื่อเรื่อง/(พิมพ์ครั้งที่)/สืบค้นจากURL
อังกฤษ	สกุล/อักษรย่อชื่อ/(ปีที่พิมพ์)/ชื่อเรื่อง/(พิมพ์ครั้งที่)/Retrieved from/URL
ตัวอย่าง	กระทรวงศึกษาธิการ. (2560). <i>หลักสูตรการศึกษาปฐมวัย พุทธศักราช 2560 สำหรับเด็กอายุต่ำกว่า 3-5 ปี</i> . สืบค้นจาก <a href="http://drive.google.com/file/d/1HiTwiRh1Er73hVYIMh1cYWzOiaNl_Vc/view">http://drive.google.com/file/d/1HiTwiRh1Er73hVYIMh1cYWzOiaNl_Vc/view</a> Dahlberg, G., & Moss, P. (2005). <i>Ethics and politics in early childhood education</i> . Retrieved from <a href="https://epdf.tips/ethics-and-politics-in-early-childhood-education-contesting-early-childhood.html">https://epdf.tips/ethics-and-politics-in-early-childhood-education-contesting-early-childhood.html</a>

### 9.6.2 บทความจากวารสารอิเล็กทรอนิกส์ที่มีเลข DOI

รูปแบบ	สกุล/อักษรย่อชื่อ/(ปีที่พิมพ์)/ชื่อบทความ/ชื่อวารสาร/ปีที่(ฉบับที่)/เลขหน้า – เลขหน้า. //doi:xxxx.
ตัวอย่าง	Roger L.C. & Richare, L.H. (2010). Calcium-Permeable AMPA receptor dynamics mediate fear, memory erasure. <i>Science</i> , 330(6007),1108-1112. doi:10.1126/science.1195298.

### 9.6.3 บทความจากวารสารอิเล็กทรอนิกส์ที่ไม่ปรากฏเลข DOI

รูปแบบ	สกุล/อักษรย่อชื่อ/(ปีที่พิมพ์)/ชื่อบทความ/ชื่อวารสาร/ปีที่(ฉบับที่)/เลขหน้า-เลขหน้า./ //URL
ตัวอย่าง	Cadigan, J., Schmitt, P., Shupp, R., & Sworpe, k. (2011). The Holdout problem and urban sprawl: experimental evidence. <i>Journal of Urban Economics</i> . 69(1), 72. Retrieved from <a href="http://journals.elsevier.com/00941190/journal-ov-urban-economics/">http://journals.elsevier.com/00941190/journal-ov-urban-economics/</a>

#### 9.6.4 ข้อมูลจาก Website

ไทย	ชื่อ/สกุล/(ปีที่เผยแพร่)/ชื่อบทความ/สืบค้นจาก/URL
อังกฤษ	สกุล/อักษรย่อชื่อผู้เขียน/(ปีที่เผยแพร่)/ชื่อบทความ/Retrieved from/URL
ตัวอย่าง	นิภา พ่องพันธ์ (2552). <i>เปิดโลกทัศน์ให้ผู้สูงอายุ</i> . สืบค้นจาก <a href="http://suanprung.go.th/article-new">http://suanprung.go.th/article-new</a> National Education Goals Panel (NEGP). (1997). <i>Ready schools</i> . Retrieved from <a href="http://govinfo.library.unt.edu/negp/reports/readysch.pdf">http://govinfo.library.unt.edu/negp/reports/readysch.pdf</a>

9.6.5 สารสนเทศประเภท Press Release รายงานประจำปี ไฟล์ประเภท PowerPoint, Web Blog facebook post หรือ Twitter post

รูปแบบ	ชื่อ/สกุล/(ปี,เดือน,วันที่)/ชื่อเนื้อหา/[รูปแบบสารสนเทศอิเล็กทรอนิกส์]. /////สืบค้นจาก/URL
ตัวอย่าง	ชาญณรงค์ ราชบัวน้อย (22 พฤศจิกายน 2561). <i>ศัพท์บัญญัติการศึกษา</i> . [เว็บไซต์]. สืบค้นจาก <a href="http://www.sornor.org/">http://www.sornor.org/</a>

## 10. การส่งบทความ

10.1 ผู้เขียนหรือผู้พิมพ์ที่ต้องการส่งบทความตีพิมพ์ในวารสารพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยคริสเตียน โปรดเตรียมต้นฉบับให้ถูกต้องตามรูปแบบที่กำหนด เพื่อความรวดเร็วในการพิจารณา และหากรูปแบบการพิมพ์ไม่ถูกต้อง จะถือว่ากองบรรณาธิการยังไม่ได้รับบทความ

10.2 ส่งบทความตีพิมพ์ในรูปแบบไฟล์ word และไฟล์ PDF พร้อมแนบไฟล์ "แบบฟอร์มรับรองจริยธรรมการนำเสนอบทความ" ส่งไปอีเมลของวารสาร [nursejournal@christian.ac.th](mailto:nursejournal@christian.ac.th) สำหรับแบบฟอร์มดาวน์โหลดได้จากเว็บไซต์ [http://library.christian.ac.th/CUT\\_Nursejournal/main.php](http://library.christian.ac.th/CUT_Nursejournal/main.php)

## 11. การพิจารณาและการประเมินบทความ

11.1 กองบรรณาธิการจะพิจารณบทความเบื้องต้นเกี่ยวกับเนื้อหาและความถูกต้องของรูปแบบการพิมพ์ หากผ่านการพิจารณาจึงจะเข้าสู่ขั้นตอนการประเมินบทความโดยผู้ทรงคุณวุฒิที่มีความเชี่ยวชาญเนื้อหา ของบทความนั้นมากที่สุด จากผู้ทรงคุณวุฒิ (Peer reviewer อย่างน้อย 2 คน ซึ่งกระบวนการประเมิน จะไม่เปิดเผยให้เจ้าของบทความทราบว่าใครคือผู้ประเมินและผู้ประเมินจะไม่ทราบว่าบทความนั้นเป็นของผู้ใด เพื่อคุณภาพของบทความ การพิจารณาตัดสินการรับตีพิมพ์ หรือ ปฏิเสธการรับตีพิมพ์บทความขึ้นอยู่กับผลการประเมินของผู้ทรงคุณวุฒิทั้งสองคน ส่วนการตัดสินใจขั้นสุดท้ายขึ้นกับบรรณาธิการวารสาร)

11.2 การควบคุมคุณภาพบทความโดยบทความที่เป็นผู้เขียนหรือผู้พิมพ์ภายในสถาบัน กองบรรณาธิการ จะส่งให้ผู้ทรงคุณวุฒิภายนอก 2 คน เป็นผู้ประเมินเท่านั้น

11.3 บทความที่ผ่านการประเมินและมีการแก้ไข ผู้เขียนหรือผู้พิมพ์จะต้องแก้ไขบทความตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิ ใไฮไรท์ส่วนที่ปรับแก้ไขและส่งไฟล์บทความที่ถูกต้องภายหลังปรับแก้ไขเรียบร้อยแล้วที่เมลวารสาร ภายในเวลาที่กำหนด

11.4 กองบรรณาธิการขอสงวนสิทธิ์ ในการตรวจแก้ไขรูปแบบการพิมพ์บทความ ให้เป็นไปตามการจัดรูปแบบของวารสาร การจัดลำดับการตีพิมพ์ก่อนหรือหลัง รวมทั้งสงวนสิทธิ์ในการปฏิเสธการตีพิมพ์บทความที่ได้รับการประเมินแล้วว่าไม่สมควรตีพิมพ์

11.5 บทความที่ได้รับการพิจารณาตีพิมพ์ กองบรรณาธิการมีนโยบายในการเปิดโอกาสให้ทุกคนเข้าถึงบทความฉบับเต็ม (Full text) ได้จากเว็บไซต์วารสาร

11.6 เนื้อหาหรือข้อสรุปในบทความทุกเรื่องที่ได้รับการตีพิมพ์ ถือเป็นผลงานทางวิชาการและเป็นความคิดเห็นส่วนตัวของผู้เขียนหรือผู้พิมพ์ ไม่ใช่ความเห็นของกองบรรณาธิการ หากมีประเด็นทางกฎหมายเกี่ยวกับเนื้อหา ผู้เขียนหรือผู้พิมพ์ จะต้องเป็นผู้รับผิดชอบแต่ผู้เดียว

#### สถานที่ติดต่อ

เลขานุการคณะกรรมการจัดทำวารสารมหาวิทยาลัยคริสเตียน  
144 หมู่ 7 ถนนพระประโทน – บ้านแพ้ว  
ตำบลดอนยายหอม อำเภอเมืองนครปฐม จังหวัดนครปฐม 73000  
โทรศัพท์ 0-3438-8555 ต่อ 3102-04 โทรสาร 0-3427-4500  
E-mail : nursejournal@christian.ac.th

อ่านบทความฉบับเต็ม (Full text)

ได้ที่ Website : [http://library.christian.ac.th/CUT\\_Nursejournal/main.php](http://library.christian.ac.th/CUT_Nursejournal/main.php)

## ตัวอย่างบทความวิจัย

### ผลของโปรแกรมกิจกรรมดนตรีต่อภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง\*

มนีรัตน์ เอี่ยมอนันต์\*\*  
น้ำฝน ปฏิการมณฑล\*\*  
ทินกร จังหาร\*\*  
ประวีณา อินทรวงศ์\*\*\*

#### บทคัดย่อ

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง มีวัตถุประสงค์ เพื่อเปรียบเทียบภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง ก่อนและหลังการทดลอง และเปรียบเทียบภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง ระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมกิจกรรมดนตรีและกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ โดยโปรแกรมนี้ประยุกต์จากแนวคิดดนตรีบำบัดของ Magee, et al. (2006) กลุ่มตัวอย่างคือผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรัง จำนวน 32 คน มีภาวะซึมเศร้าเล็กน้อยถึงปานกลาง โดยแบ่งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมเป็นกลุ่มละ 16 คน ทำการจับคู่ด้าน เพศ อายุ โรคเรื้อรัง ทั้งนี้กลุ่มทดลองเข้าร่วมโปรแกรมครั้งละ 60 นาที 3 ครั้งต่อสัปดาห์ เป็นระยะเวลาทั้งหมด 4 สัปดาห์ กลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลปกติ เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยได้แก่ 1) โปรแกรมกิจกรรมดนตรี ประกอบด้วย คู่มือดำเนินโปรแกรมกิจกรรมดนตรี แผ่น ซีดี 2) แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล โดยผู้วิจัยสร้างขึ้นเอง 3) แบบวัดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ (Thai Geriatric Depression Scale: TGDS) 4) แบบทดสอบสมองเบื้องต้นฉบับภาษาไทย (MMSE Thai 2002) และ 5) แบบประเมินบาร์ธเอลเอดีแอล (Barthel ADL Index) วิเคราะห์ข้อมูลโดยสถิติเชิงพรรณนา สถิติค่าทดสอบเลขคณิต และสถิติทดสอบที

ผลการวิจัยพบว่า 1) ค่าเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง กลุ่มทดลอง หลังได้รับโปรแกรมกิจกรรมดนตรี น้อยกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมกิจกรรมดนตรีอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < .05$ ) 2) ค่าเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุโรคเรื้อรังกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมกิจกรรมดนตรี(กลุ่มทดลอง) ไม่แตกต่างกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ (กลุ่มควบคุม) ( $p > .05$ )

**คำสำคัญ :** กิจกรรมดนตรี, ภาวะซึมเศร้า, ผู้สูงอายุ, ผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง

Journal of Nursing Science Christian University of Thailand. 2019; 6(1),15-26.

\* ได้รับทุนสนับสนุนจากมหาวิทยาลัยคริสเตียน

\*\* อาจารย์ประจำ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยคริสเตียน

\*\*\*พยาบาลเทคนิคประจำ สถานสงเคราะห์คนชรานครปฐม จังหวัดนครปฐม

Corresponding author, e-mail: Maneerat.A@hotmail.com, Tel. 086-0919174

วันที่รับบทความ: 7 พฤษภาคม 2562, วันที่แก้ไขบทความเสร็จ: 22 มิถุนายน 2562, วันที่ตอบรับบทความ: 28 มิถุนายน 2562

## The Effect of Music Activity on Depression in Chronic Elderly Patients\*

Maneerat Aiamanan\*\*  
Namfon Patiganmonthon \*\*  
Thinnakron Jungharn \*\*  
Praveena Intarawong\*\*\*

### Abstract

The purposes of this quasi-experimental research were to compare depression of experimental group before and after received the program and compare depression between experimental group and control group. The participants consisted of 32 chronic elderly patients, the first 16 participants were assigned to the experimental group and the other 16 participants were assigned to control group. Both groups were pair-matched by age, gender, chronic illnesses. The experimental group was scheduled for 60 minutes/day 3 times a week for 4 weeks and control group who received only conventional nursing care. Research instruments were: 1) Music Activity Program for Chronic Illnesses Elderly Patients with Depression, 2) General info of the respondents 3) Thai Geriatric Depression Scale. 4) MMSE (Mini Mental State Examination)-Thai 2002 and 5) Barthel ADL Index The t-test was used in data analysis.

The major findings were as follows: 1) Mean score of depression in experimental group was statistical significance lower than before received the program ( $p < .05$ ). 2) Mean score of depression in experimental group after received the program was not statistical significance between the experimental group and control group ( $p > .05$ )

**Keywords:** Music activity, Depression, Elderly, Chronic elderly patients

Journal of Nursing Science Christian University of Thailand. 2019; 6(1),15-26.

---

\* Funded by Christian University of Thailand

\*\* Instructor, College of Nursing, Christian University of Thailand

\*\*\* Technical Nurse, Nakhonpathom Elderly Home, Nakhonpathom Province

Corresponding author, e-mail: Maneerat.A@hotmail.com, Tel. 083-225-1199

Received: 7 May 2019, Revised 22 June 2019, Accepted 28 June 2019

## ตัวอย่างบทความวิชาการ

### บันทึกทางการแพทย์พยาบาล: การเขียนบันทึกที่ดีและมีคุณภาพ

พัชรพร ตาใจ \*

#### บทคัดย่อ

การเขียนบันทึกทางการแพทย์พยาบาลให้มีความสมบูรณ์ ครบถ้วน และได้คุณภาพตามเกณฑ์มาตรฐาน มีความสำคัญอย่างมากต่อการปฏิบัติงานของพยาบาล เพราะสะท้อนให้เห็นถึงการปฏิบัติตามบทบาทหน้าที่ของพยาบาลในการดูแลรักษา ป้องกันโรค ส่งเสริมและฟื้นฟูสุขภาพร่างกาย ให้แก่ผู้รับบริการอย่างต่อเนื่อง นอกจากนี้ยังใช้ในการสื่อสารระหว่างทีมสุขภาพ ช่วยให้บุคลากรในทีมได้รับทราบข้อมูลปัญหา ความต้องการของผู้รับบริการ และนำข้อมูลดังกล่าวมาวางแผนให้การพยาบาลได้อย่างเหมาะสม ตลอดจนใช้เป็นหลักฐานในการตรวจประเมินคุณภาพการพยาบาลและหลักฐานสำคัญทางกฎหมาย รูปแบบการบันทึกทางการแพทย์พยาบาลที่นิยมใช้มี 6 รูปแบบ ซึ่งมีข้อดีข้อเสียต่างกัน ดังนั้นแต่ละหน่วยงานควรต้องเลือกใช้ให้เหมาะสมกับบริบทของหน่วยงานของตน

**คำสำคัญ :** บันทึกทางการแพทย์พยาบาล, การเขียนบันทึกที่ดี

Journal of Nursing Science Christian University of Thailand. 2019; 6(1), 61-69

\* อาจารย์ประจำ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยคริสเตียน

Corresponding author, e-mail: Patcharaporn.air@gmail.com Tel. 094-7056999

วันที่รับบทความ: 28 พฤษภาคม 2562, วันที่แก้ไขบทความเสร็จ: 25 มิถุนายน 2562, วันที่ตอบรับบทความ: 29 มิถุนายน 2562

## Nursing Documentation: Good Documentation and Quality Record

Patcharaporn Tajai\*

### Abstract

The nursing documentation focus on completion of the standard nursing documentation. Nursing documentation is an integral part of nursing service because it can continuously help in the proficiency and effectiveness of the nurses treatment, prevention and promotion of diseases and health to service recipients. Keeping a mutinous documentation of patients' information facilitates communication among healthcare team and serve as a head-up about the clients medical history and needs. This also serve as a legal documentation of the process of care and supports the evaluation of nursing care. The style of nursing documentation can be divided into ๘ categories. Nursing department can choose appropriate charting with their own context.

**Keywords:** Nursing documentation, Good documentation

Journal of Nursing Science Christian University of Thailand. 2019; ๘(1), 59-67

---

\* Instructor, College of Nursing , Christian University of Thailand  
Corresponding author, e-mail: Patcharaporn.air@gmail.com Tel. 094-7056999  
Received: 28 May 2019 , Revised 25 June 2019 , Accepted 29 June 2019

ใบสมัคร/ต่ออายุ สมาชิกวารสารพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยคริสเตียน

(กรุณาเขียนให้ชัดเจน)

ชื่อ - นามสกุล.....

ที่อยู่ (ที่ต้องการให้ส่งวารสาร).....

มีความประสงค์  สมัครสมาชิกใหม่  ต่ออายุสมาชิก

ประเภท                      สมาชิกรายปี      (2 ฉบับ)      เป็นเงิน 200 บาท  
                                  สมาชิกราย 2 ปี      (4 ฉบับ)      เป็นเงิน 360 บาท  
                                  สมาชิกราย 3 ปี      (6 ฉบับ)      เป็นเงิน 520 บาท

เริ่มฉบับที่  1. (มกราคม - มิถุนายน)       2. (กรกฎาคม - ธันวาคม)

โดยได้ส่งเงินค่าสมาชิกเป็น  เงินสด       ธนาณัติ       ตัวแลกเงินไปรษณีย์  
 โอนผ่านธนาคาร

จำนวนเงิน..... บาท (.....)

ต้องการให้ออกใบเสร็จในนาม.....

ลงชื่อ.....

(.....)

ผู้สมัคร

วันที่.....เดือน.....พ.ศ. ....

หมายเหตุ : 1. การส่งจ่ายทางไปรษณีย์กรุณาส่งจ่าย ปณจ. นครปฐม ในนาม มหาวิทยาลัยคริสเตียน  
2. กรณีส่งเงินโอนผ่านบัญชีธนาคารส่งจ่าย **ชื่อบัญชี** มหาวิทยาลัยคริสเตียน  
ธนาคารไทยพาณิชย์ (มหาชน) บัญชีออมทรัพย์ เลขที่ 404-052839-7  
สาขาพระประโทน (นครปฐม) และให้ส่งใบสมัครพร้อมสำเนาใบโอนเงินไปยัง  
เลขานุการคณะกรรมการจัดทำวารสารพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยคริสเตียน  
144 หมู่ 7 ตำบลคอนยายหอม อำเภอเมืองนครปฐม จังหวัดนครปฐม 73000  
E-mail : nursejournal@christian.ac.th



สำหรับเจ้าหน้าที่ฝ่ายสมาชิก

ใบเสร็จเลขที่.....ลงวันที่.....

วารสารเล่มแรกที่จ่ายไป.....

† มหาวิทยาลัยคริสเตียน  
144 หมู่ 7 ต.ดอนยายหอม  
อ.เมือง จ.นครปฐม  
โทรศัพท์ 0-3438-8555

† ศูนย์ศึกษาสยามคอมเพล็กซ์  
อาคารสำนักงานสภาคริสตจักรในประเทศไทย  
328 ถนนพญาไท เขตราชเทวี กรุงเทพมหานคร  
โทรศัพท์ 0-2214-6303-6

† คณะคริสตศาสนศาสตร์  
71 ซอยวชิรธรรมสาริต 37 ถนนสุขุมวิท101/1  
แขวงบางจาก เขตพระโขนง กรุงเทพมหานคร  
โทรศัพท์ 0-2746-1103-4

[www.christian.ac.th](http://www.christian.ac.th)