

การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลในห้องพักฟื้นสำหรับผู้ป่วยจิตเวชที่ได้รับการรักษาด้วยไฟฟ้า ชนิดใช้ยาระงับความรู้สึก โรงพยาบาลศรีธัญญา

Development of Nursing Practice Guidelines in the Recovery Room for Psychiatric Patients Undergoing Modified Electroconvulsive Therapy at Srithanya Hospital

กันตรัตน์ เชาว์ทัศน์¹, อัจฉรา คำมะতিย์^{2*}

Kantarat Chaothat¹, Adchara Khammathit^{2*}

¹โรงพยาบาลศรีธัญญา, ²วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครอุดรธานี คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก

¹Srithanya Hospital, ²Boromarajonani College of Nursing Udonthani, Faculty of Nursing, Praboromarajanok Institute

(Received: July 7, 2026; Revised: September 22, 2026; Accepted: September 24, 2026)

บทคัดย่อ

การวิจัยและพัฒนาครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาและศึกษาผลของการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลในห้องพักฟื้น สำหรับผู้ป่วยจิตเวชที่ได้รับการรักษาด้วยไฟฟ้าชนิดใช้ยาระงับความรู้สึก โรงพยาบาลศรีธัญญา กลุ่มตัวอย่างประกอบด้วย พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง จำนวน 10 คน และผู้ป่วยจิตเวชที่เข้ารับการรักษาด้วยไฟฟ้าจำนวน 34 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยคือ แนวปฏิบัติการพยาบาลที่พัฒนาขึ้นตามหลักฐานเชิงประจักษ์ซึ่งผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา โดยผู้ทรงคุณวุฒิ แบบวัดความรู้ของพยาบาล แบบประเมินทักษะการปฏิบัติการพยาบาล แบบประเมินคุณภาพแนวปฏิบัติ และแบบสอบถามความเป็นไปได้ของการนำแนวปฏิบัติการพยาบาลไปใช้ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา และเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนสมรรถนะก่อนและหลังการใช้แนวปฏิบัติด้วยสถิติ Wilcoxon Signed Rank Test ผลการวิจัยพบว่า

1. แนวปฏิบัติการพยาบาลในห้องพักฟื้นสำหรับผู้ป่วยจิตเวชที่ได้รับการรักษาด้วยไฟฟ้าชนิดใช้ยาระงับความรู้สึกประกอบด้วยมาตรฐาน 5 ด้าน ได้แก่ 1) การเตรียมความพร้อมก่อนรับผู้ป่วย 2) การรับส่งต่อข้อมูลผู้ป่วย 3) การประเมินผู้ป่วย 4) การติดตามอาการ และ 5) การพิจารณาจำหน่ายผู้ป่วย
2. ภายหลังการนำแนวปฏิบัติการพยาบาลไปใช้ พยาบาลวิชาชีพมีคะแนนเฉลี่ยความรู้เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ($M = 14.50, SD = 0.53$) และมีคะแนนทักษะการปฏิบัติงานเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($M = 3.84, SD = 0.18$) ในด้านทัศนคติ พยาบาลมีความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วยอยู่ในระดับสูงที่สุด ($M = 4.90, SD = 0.31$) และประเมินว่าแนวปฏิบัติมีความเหมาะสมด้านความง่ายต่อการปฏิบัติ ในระดับสูงที่สุด ($M = 4.87, SD = 0.34$) สำหรับผลลัพธ์ในกลุ่มผู้ป่วยพบว่า ผู้ป่วยร้อยละ 23.53 ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนใด ๆ ส่วนภาวะแทรกซ้อนที่พบมากที่สุดคือ อาการปวดศีรษะ (ร้อยละ 29.41) ซึ่งอยู่ในระดับที่ไม่รุนแรงและสามารถจัดการได้ตามแนวปฏิบัติ

สรุปได้ว่า แนวปฏิบัติการพยาบาลที่พัฒนาขึ้นมีคุณภาพและสามารถช่วยยกระดับมาตรฐานการพยาบาลในห้องพักฟื้นได้อย่างมีประสิทธิภาพ

คำสำคัญ: การวิจัยและพัฒนา แนวปฏิบัติการพยาบาล การรักษาด้วยไฟฟ้า(ECT) ยาระงับความรู้สึก สมรรถนะพยาบาล

*ผู้ให้การติดต่อ (Corresponding e-mail: adcharakham@bcnu.ac.th)

Abstract

This Research and Development (R&D) study aimed to develop and evaluate the implementation of clinical practice guidelines (CPG) for nursing care in the recovery room for psychiatric patients undergoing anesthetized electroconvulsive therapy (ECT) at Srithanya Hospital. The participants consisted of 10 professional nurses working in the ECT unit and 34 psychiatric patients receiving ECT. The research instruments included the evidence-based CPG, which was validated for content validity by experts, a nursing knowledge assessment scale, a clinical nursing skill evaluation form, a CPG quality assessment form, and a feasibility questionnaire. Data were analyzed using descriptive statistics, and the differences in competency scores before and after implementation were compared using the Wilcoxon Signed-Rank Test. The findings revealed that:

1. These guidelines established standardized protocols across five domains: 1) Pre-admission preparation, 2) Patient handover and information transfer, 3) Patient assessment, 4) Symptom monitoring, and 5) Discharge criteria.

2. Regarding the outcome, after the implementation of the CPG, professional nurses' mean knowledge scores increased significantly at the .01 level ($M = 14.50$, $SD = 0.53$). Clinical nursing skill scores also improved significantly at the .05 level ($M = 3.84$, $SD = 0.18$). Regarding attitudes, nurses reported the highest level of confidence in patient care ($M = 4.90$, $SD = 0.31$) and rated the feasibility of the guidelines, particularly in terms of transferability, at the highest level ($M = 4.87$, $SD = 0.34$). Among the 34 patients, 23.53% experienced no post-treatment complications. The most frequent complication was headache (29.41%), which was non-serious and manageable under the established guidelines.

In conclusion, the developed clinical practice guidelines are effective and can significantly enhance nursing standards and patient safety in the recovery room.

Keywords: Research and Development (R&D), Clinical Practice Guidelines (CPG), Electroconvulsive Therapy (ECT), Anesthesia, Nursing Competence

บทนำ

การรักษาด้วยไฟฟ้า (Electroconvulsive Therapy: ECT) เป็นการรักษาทางการแพทย์ชนิดหนึ่งโดยใช้กระแสไฟฟ้ากระตุ้นสมองของผู้ป่วยเพื่อเหนี่ยวนำให้เกิดการชัก และส่งผลให้อาการทางจิตเวชดีขึ้น (Dai, Zhang, Deng, Tang, Zhao, 2024; Maixner, Hermida, McDonald, 2021) การรักษาด้วยไฟฟ้ามีประสิทธิภาพในการรักษาโรคทางจิตเวชที่รุนแรงและดื้อต่อการรักษา เช่น ผู้โรคซึมเศร้ารุนแรง โรคซึมเศร้าที่มีอาการทางจิตร่วม (Dai, Zhang, Deng, Tang, Zhao, 2024; Mishra, Sin Fai Lam, Calcia, McMullen, 2021; Saitua, Schneider, Libuy, 2021) โรคจิตเภท และ โรคอารมณ์สองขั้ว (Dai, Zhang, Deng, Tang, Zhao, 2024; Sinclair, Zhao, Qi, Nyakyoma, Kwong, Adams, 2019; Stojanović, Simić, Tepšić Ostojić, Gojković, Petković Ćurčin, 2024)

การรักษาด้วยไฟฟ้าแบ่งเป็น 2 แบบ ได้แก่ การรักษาด้วยไฟฟ้าแบบไม่ใช้ยาระงับความรู้สึก (Unmodified ECT) และแบบใช้ยาระงับความรู้สึก (Modified ECT) (Dai, Zhang, Deng, Tang, Zhao, 2024; Narayan, Deepanshu, 2022) เมื่อเปรียบเทียบ Modified ECT กับ Unmodified ECT พบว่า Modified ECT จะมีอาการไม่พึงประสงค์ (Adverse Effect) ที่น้อยกว่าเช่น ความจำ ภาวะสับสน อาการปวดศีรษะ อาการปวดกล้ามเนื้อ (Thirthalli, Sinha, Sreeraj, 2023) องค์การอนามัยโลกจึงมีข้อเสนอแนะให้ใช้ Modified ECT มากกว่า Unmodified

ECT เพราะปลอดภัย มีอัตราการเสียชีวิตต่ำและมีความคุ้มค่าคุ้มทุน (World Health Organization & Office of the High Commissioner for Human Rights, 2023; Dai, Zhang, Deng, Tang, Zhao, 2024)

สำหรับบุคลากรวิชาชีพที่เกี่ยวข้องกับการรักษาด้วยไฟฟ้าประกอบด้วย 1) จิตแพทย์ 2) วิศวณิแพทย์ และหรือพยาบาลวิสัญญี 3) พยาบาลวิชาชีพที่ได้รับการฝึกอบรมการรักษาด้วยไฟฟ้า ซึ่งพยาบาลมีบทบาทในการดูแลผู้ป่วยในทุกกระยะ (Ahn, Shin, Joung, 2024; Taha Abd El-Raof, Abd El Hameed Loutfi, Elias Abdel-Aziz, 2022) ได้แก่ การตรวจสอบสัญญาณชีพ การตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ (ECG) การประเมินระดับความรู้สึกตัว อาการกระสับกระส่าย ภาวะสับสน เพื่อ และการดูแลที่ช่วยเหลือสำหรับอาการแพ้ สับสน การประเมินทางเดินหายใจ การหายใจ การให้ออกซิเจน การประเมินการไหลเวียนโลหิต การวัดออกซิเจนในเลือด การประเมินและจัดการความปวด การเฝ้าระวังและจำแนกระดับ ความรุนแรงของภาวะแทรกซ้อน การตัดสินใจรายงานแพทย์ หรือส่งต่ออย่างทันทั่วทั้งที่ ตลอดจนการพิจารณาย้ายผู้ป่วยตามเกณฑ์การจำหน่ายออกจากห้องฟักฟื้น Thirthalli, Sinha, Sreeraj, 2023) ดังนั้นพยาบาลจึงจำเป็นต้องได้รับการฝึกทักษะและมีแนวปฏิบัติในการปฏิบัติงานที่เป็นมาตรฐานสากล

ในประเทศไทยการรักษาด้วยไฟฟ้าเริ่มนำมาใช้ตั้งแต่ปี 2488 เป็นต้นมา จากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่าส่วนมากร้อยละ 94.20 การรักษาด้วยไฟฟ้าในผู้ป่วยจิตเวช ดำเนินการโดยไม่ใช้ยาระงับความรู้สึก เนื่องจากขาดอุปกรณ์ บุคลากรและวิสัญญีแพทย์ (Chanpattana, Kramer, 2004) การรักษาด้วยไฟฟ้าพบว่าผู้ป่วยมักพบอาการไม่พึงประสงค์ คือ อาการปวดศีรษะ ผลกระทบต่อการรู้คิด และปวดกล้ามเนื้อ โรคทางจิตเวชที่รักษาด้วยไฟฟ้ามากที่สุด คือ โรคจิตเภท รองลงมาคือโรคอารมณ์สองขั้ว และโรคซึมเศร้า ข้อบ่งชี้ของการรักษาด้วยไฟฟ้า คือ การต่อต้านการรักษาด้วยยา ความเสี่ยงในการฆ่าตัวตายสูง พฤติกรรมก้าวร้าว มีประวัติการตอบสนองที่ต่อการรักษาด้วยไฟฟ้า ไม่ร่วมมือในการรับประทานยา และการแพ้ยา (Kittayarak, Ittasakul, 2022)

จากการวิเคราะห์สถานการณ์ การรักษาด้วยไฟฟ้าด้วยยาระงับความรู้สึก โรงพยาบาลศรีธัญญา ให้การรักษาด้วยไฟฟ้าแก่ผู้ป่วยทั้งแบบใช้ยาระงับความรู้สึกและไม่ใช้ยาระงับความรู้สึก ผลการดำเนินงานที่ผ่านมาพบว่าการรักษาด้วยไฟฟ้าแบบไม่ใช้ยาระงับความรู้สึก มีการเกิดอาการที่ไม่พึงประสงค์ มากกว่าการรักษาด้วยไฟฟ้าแบบใช้ยาระงับความรู้สึก เช่น ปวดหลัง เวียนศีรษะ ปวดเมื่อยกล้ามเนื้อ และปวดศีรษะ เป็นต้น แต่อย่างไรก็ตาม การรักษาด้วยไฟฟ้าแบบใช้ยาระงับความรู้สึก ก็ยังก่อให้เกิดอาการที่ไม่พึงประสงค์ได้เช่นเดียวกัน แต่สามารถหายได้ใน 2 - 24 ชั่วโมง (Mukhtar, Regenold, Lisanby, 2023) จากข้อมูลดังกล่าว เป็นพื้นฐานของนโยบายในโรงพยาบาลศรีธัญญา ในการปรับเปลี่ยนการรักษาด้วยไฟฟ้าเป็นการรักษาด้วยไฟฟ้าแบบใช้ยาระงับความรู้สึกทั้งหมด

สำหรับการรักษาด้วยไฟฟ้า โรงพยาบาลศรีธัญญา มีการพัฒนาอย่างต่อเนื่องตั้งแต่คู่มือการใช้และแบบบันทึกการให้บริการรักษาด้วยไฟฟ้าชนิดใช้ยาระงับความรู้สึก การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยจิตเวชที่ได้รับการรักษาด้วยไฟฟ้าชนิดใช้ยาระงับความรู้สึก ซึ่งเป็นการพยาบาลก่อนการรักษาด้วยไฟฟ้าเพื่อลดความกลัวและวิตกกังวล รวมถึงความปลอดภัยของผู้ป่วยและใช้เป็นแนวทางการพยาบาลมาจนถึงปัจจุบัน (สันติชัย ฉ่ำจิตรชื่น, สว่างจิตร์ วสุวัต และ กันตรัตน์ เชาว์ทัศน์, 2567) ต่อมามีการพัฒนาแนวปฏิบัติการรักษาด้วยไฟฟ้าแบบใช้ยาระงับความรู้สึกเพื่อเป็นต้นแบบในการให้บริการ โดยมีแนวปฏิบัติสำหรับทีมที่เกี่ยวข้องกับการรักษาด้วยไฟฟ้าทั้งระยะก่อนระหว่าง และหลังการรักษาด้วยไฟฟ้า (สันติชัย ฉ่ำจิตรชื่น, สว่างจิตร์ วสุวัต และ กันตรัตน์ เชาว์ทัศน์, 2567) จากการประเมินผลการใช้แนวปฏิบัติเดิมพบว่า ขั้นตอนการดูแลหลังการรักษาด้วยไฟฟ้าที่ห้องฟักฟื้นโดยพยาบาลวิชาชีพ ยังไม่ครอบคลุมตามมาตรฐานการพยาบาลห้องฟักฟื้นตามหลักฐานเชิงประจักษ์ เช่น การประเมินความปวด โดยใช้แบบประเมินความปวด (Pain Score) เพราะพบอุบัติการณ์ความเสี่ยงเรื่องความปวดมากถึงร้อยละ 15.00 มีการประเมินความสับสน แต่ไม่มีการระบุระดับความสับสน เป็นเพียงการตรวจสอบว่ามีความสับสนหรือไม่ ซึ่งส่งผลต่อการวางแผนการพยาบาลในแต่ละระดับความสับสนแตกต่างกัน และยังพบภาวะแทรกซ้อนหลังการรักษาด้วยไฟฟ้าในระดับ E ขึ้นไป(ภาวะแทรกซ้อนที่ต้องได้รับการรักษา) ได้แก่ อาการคลื่นไส้ อาเจียน อาการปวด อาการสับสนหลังชัก หัวใจเต้นผิดจังหวะ ภาวะความดันโลหิตสูงหลังทำ ได้รับการประเมินและมีการรักษาที่ล่าช้า (Delay Treatment) มากถึงร้อยละ 20.00 ประกอบกับ พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในห้องฟักฟื้น

เป็นพยาบาลวิชาชีพที่หมุนเวียนมาปฏิบัติงาน ไม่มีทีมจิตแพทย์ วิทยาลัยพยาบาล เหมือนก่อนและระหว่างทำการรักษาด้วยไฟฟ้า จึงอาจส่งผลกระทบต่อสมรรถนะสำคัญในการพยาบาลที่ห้องพักฟื้น

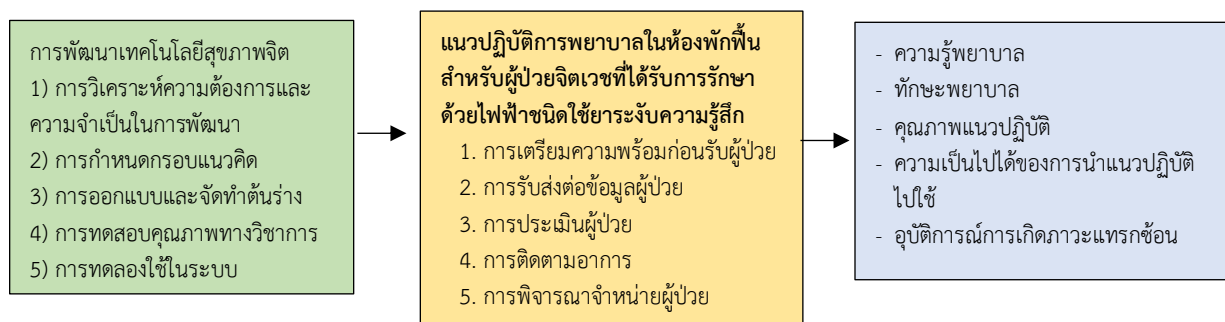
จากโอกาสพัฒนาดังกล่าว กลุ่มงานการพยาบาลวิสัญญี มีบทบาทสำคัญในการจัดการบริการรักษาด้วยไฟฟ้า เพื่อให้การพยาบาลที่มีประสิทธิภาพ และปลอดภัยได้มาตรฐาน จึงได้ทบทวนแนวปฏิบัติการพยาบาลในห้องพักฟื้นสำหรับผู้ป่วยจิตเวชที่ได้รับการรักษาด้วยไฟฟ้าโดยใช้ระยะจับความรู้สึก โดยมีวัตถุประสงค์ในการทบทวนและพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลในห้องพักฟื้นสำหรับผู้ป่วยจิตเวชที่ได้รับการรักษาด้วยไฟฟ้าโดยใช้ระยะจับความรู้สึก และประเมินผลแนวปฏิบัติการพยาบาลที่พัฒนาขึ้น เพื่อช่วยให้เกิดทางเลือก และวิธีการใหม่ ๆ ช่วยให้การปฏิบัติการพยาบาลในห้องพักฟื้น มีประสิทธิภาพและผู้ป่วยปลอดภัยตามมาตรฐานผลลัพธ์การพยาบาลต่อไป

วัตถุประสงค์วิจัย

1. เพื่อพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลในห้องพักฟื้นสำหรับผู้ป่วยจิตเวชที่ได้รับการรักษาด้วยไฟฟ้าชนิดใช้ระยะจับความรู้สึก
2. ประเมินผลการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลในห้องพักฟื้นสำหรับผู้ป่วยจิตเวชที่ได้รับการรักษาด้วยไฟฟ้าชนิดใช้ระยะจับความรู้สึก
 - 2.1 เพื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้ของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่ได้รับการรักษาด้วยไฟฟ้าชนิดใช้ระยะจับความรู้สึกในระยะพักฟื้นระหว่างก่อนและหลังการใช้นโยบาย
 - 2.2 เพื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยทักษะของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่ได้รับการรักษาด้วยไฟฟ้าชนิดใช้ระยะจับความรู้สึกในระยะพักฟื้นระหว่างก่อนและหลังการใช้นโยบาย
 - 2.3 เพื่อศึกษาระดับคุณภาพของแนวปฏิบัติการพยาบาลในห้องพักฟื้นสำหรับผู้ป่วยจิตเวชที่ได้รับการรักษาด้วยไฟฟ้าชนิดใช้ระยะจับความรู้สึก
 - 2.4 เพื่อศึกษาระดับความคิดเห็นต่อความเป็นไปได้ของการนำแนวปฏิบัติการพยาบาลในห้องพักฟื้นสำหรับผู้ป่วยจิตเวชที่ได้รับการรักษาด้วยไฟฟ้าชนิดใช้ระยะจับความรู้สึกไปใช้ในการปฏิบัติ
 - 2.5 เพื่อศึกษาอุบัติการณ์ความเสี่ยงการเกิดภาวะแทรกซ้อนหลังรักษาด้วยไฟฟ้าในห้องพักฟื้นสำหรับผู้ป่วยจิตเวชที่ได้รับการรักษาด้วยไฟฟ้าชนิดใช้ระยะจับความรู้สึกหลังการนำนโยบายไปใช้

กรอบแนวคิดการวิจัย

ผู้วิจัยใช้แนวคิดการวิจัยและพัฒนาเทคโนโลยีสุขภาพจิต (เยวานาฏ ผลิตนนท์เกียรติ, พชรินทร์ คุณคำชู, ตริรัตน์ รุจิระชาคร, ศจี แซ่ตั้ง, 2554) ประกอบด้วย 5 ขั้นตอน 1) การวิเคราะห์ความต้องการและความจำเป็นในการพัฒนา (Need Analysis) 2) การกำหนดกรอบแนวคิด (Conceptual Framework) 3) การออกแบบและจัดทำต้นร่าง (Prototype Development) 4) การทดสอบคุณภาพทางวิชาการ (Testing) 5) การทดลองใช้ในระบบ (Pilot Study)



ภาพ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยแบบวิจัยและพัฒนา Research and Development ดำเนินการ 5 ขั้นตอนดังนี้

ขั้นที่ 1 การวิเคราะห์ความต้องการ ความจำเป็นในการพัฒนา (Need Analysis) ศึกษาสถานการณ์การพยาบาลในห้องพักฟื้นสำหรับผู้ป่วยจิตเวชที่ได้รับการรักษาด้วยไฟฟ้าชนิดใช้ยาระงับความรู้สึก มี 3 กิจกรรม คือ

1. ทบทวนเอกสารงานวิจัยเกี่ยวกับการพยาบาลในห้องพักฟื้นสำหรับผู้ป่วยจิตเวชที่ได้รับการรักษาด้วยไฟฟ้าชนิดใช้ยาระงับความรู้สึก ทั้งในประเทศและต่างประเทศ ระยะเวลาไม่เกิน 10 ปี ยกเว้นเป็นเอกสารที่เป็นแนวคิดหลัก

1.1. การสังเกต พยาบาลจิตเวช จำนวน 6 คน ให้การพยาบาลในห้องพักฟื้นสำหรับผู้ป่วยจิตเวชที่ได้รับการรักษาด้วยไฟฟ้าชนิดใช้ยาระงับความรู้สึก สัมภาษณ์ผู้ป่วยจิตเวชที่อาการดีขึ้นหลังจากออกจากห้องพักฟื้น จำนวน 10 คน เพื่อรวบรวมข้อมูลสถานการณ์ ในการให้การพยาบาลผู้ป่วยจิตเวชที่ได้รับการรักษาด้วยไฟฟ้า โดยใช้ยาระงับความรู้สึก

1.2 ประชุมวิเคราะห์ข้อมูลร่วมกับทีมสหวิชาชีพ ประกอบด้วย จิตแพทย์ จำนวน 1 คน วิชาชีพพยาบาล จำนวน 3 คน อาจารย์พยาบาลจิตเวช 1 คน และพยาบาลจิตเวช จำนวน 3 คน รวม 8 คน เพื่อสรุปวิเคราะห์ช่องว่างในการพยาบาลในห้องพักฟื้นสำหรับผู้ป่วยจิตเวชที่ได้รับการรักษาด้วยไฟฟ้าชนิดใช้ยาระงับความรู้สึก รวมถึงปัญหา อุปสรรค ในการปฏิบัติการพยาบาลในห้องพักฟื้น ร่วมกับหลักฐานทางวิชาการที่น่าเชื่อถือที่ได้จากการสืบค้นทั้งในประเทศ และต่างประเทศ

ขั้นตอนที่ 2 การกำหนดกรอบแนวคิด (Conceptual Framework) เป็นการสรุปข้อค้นพบจากการทบทวนเอกสาร และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการพยาบาลในห้องพักฟื้น สำหรับผู้ป่วยจิตเวชที่ได้รับการรักษาด้วยไฟฟ้าชนิดใช้ยาระงับความรู้สึก ข้อมูลที่ได้จากการวิเคราะห์สถานการณ์ในขั้นตอนที่หนึ่ง เพื่อให้ได้ข้อมูลสำคัญในการกำหนดกรอบแนวคิด เพื่อใช้ในการจัดทำต้นร่างของแนวปฏิบัติการพยาบาลในห้องพักฟื้นสำหรับผู้ป่วยจิตเวชที่ได้รับการรักษาด้วยไฟฟ้าชนิดใช้ยาระงับความรู้สึก

ขั้นตอนที่ 3 การออกแบบและจัดทำต้นร่าง (Prototype Development) ประชุมจิตแพทย์ จำนวน 1 คน วิชาชีพพยาบาล จำนวน 3 คน อาจารย์พยาบาลจิตเวช 1 คน และพยาบาลจิตเวช จำนวน 3 คน รวม 8 คน ในการกำหนดรายละเอียด จัดระบบเนื้อหา ออกแบบกระบวนการ กิจกรรม เพื่อจัดทำต้นร่างแนวปฏิบัติการพยาบาลในห้องพักฟื้นสำหรับผู้ป่วยจิตเวชที่ได้รับการรักษาด้วยไฟฟ้าชนิดใช้ยาระงับความรู้สึก

ขั้นตอนที่ 4 การตรวจสอบคุณภาพทางวิชาการ (Testing) เป็นการส่งต้นร่างการพยาบาลในห้องพักฟื้นสำหรับผู้ป่วยจิตเวชที่ได้รับการรักษาด้วยไฟฟ้าชนิดใช้ยาระงับความรู้สึก ที่จัดทำขึ้นให้ผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบคุณภาพของเนื้อหา จำนวน 3 คน ประกอบด้วย จิตแพทย์ที่มีความเชี่ยวชาญเรื่องการรักษาด้วยไฟฟ้า วิชาชีพพยาบาลที่มีความเชี่ยวชาญการพยาบาลผู้ป่วยที่รักษาด้วยไฟฟ้าโดยใช้ยาระงับความรู้สึก 2 คน หลังจากปรับปรุงแก้ไขตามความเห็นของผู้เชี่ยวชาญ ในประเด็นการประเมินผู้ป่วยและการติดตามอาการ ก่อนนำมาทดลองใช้เพื่อประเมินผลการใช้แนวปฏิบัติที่พัฒนาขึ้น ส่งโครงร่างแนวปฏิบัติการพยาบาลในห้องพักฟื้นสำหรับผู้ป่วยจิตเวชที่ได้รับการรักษาด้วยไฟฟ้าชนิดใช้ยาระงับความรู้สึก เพื่อขอรับรองต่อคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลศรีธัญญา ก่อนนำไปทดลองใช้ในกลุ่มผู้ป่วยตามเกณฑ์คัดเข้าและคัดออก

ขั้นตอนที่ 5 การทดลองใช้ในระบบ (Pilot Study) การทดลองใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลในห้องพักฟื้นสำหรับผู้ป่วยจิตเวชที่ได้รับการรักษาด้วยไฟฟ้าชนิดใช้ยาระงับความรู้สึก ที่ได้รับการตรวจสอบคุณภาพทางวิชาการแล้วว่า มีประสิทธิภาพและประสิทธิผลลงดำเนินการเพื่อทดสอบคุณภาพ โดยการออกแบบการศึกษาแบบกลุ่มเดียววัดหลังการทดลอง (One Group Pretest - Posttest Design)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร ประกอบด้วย 2 กลุ่มดังนี้

1. พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในห้องพักฟื้นศูนย์บำบัดรักษาด้วยไฟฟ้า โรงพยาบาลศรีธัญญา จังหวัดนนทบุรี จำนวน 10 คน ที่กำหนดถูกกำหนดโดยภาระงานให้หมุนเวียนมาให้การพยาบาลดูแลผู้ป่วยผู้ป่วยจิตเวชที่ได้รับการรักษาด้วยไฟฟ้าในห้องพักฟื้น กำหนดเกณฑ์คัดเข้าคือ พยาบาลวิชาชีพที่ถูกกำหนดโดยภาระงานให้

หมุนเวียนมาให้การพยาบาลดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่ได้รับการรักษาด้วยไฟฟ้าในห้องพักฟื้น มีประสบการณ์ทำงานในโรงพยาบาลศรีธัญญามากกว่า หรือเท่ากับ 3 ปี สำเร็จการศึกษาหลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทางสุขภาพจิตและจิตเวช และผ่านการอบรมการช่วยชีวิตขั้นพื้นฐาน เกณฑ์การคัดออกคือ พยาบาลวิชาชีพที่ไม่มาตามนัดหมาย 1 ครั้งขึ้นไป

2. บุคคลที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคทางจิตเวช ที่เข้ารับการรักษารักษาด้วยไฟฟ้าโดยใช้ยาระงับความรู้สึก โรงพยาบาลศรีธัญญา ในระหว่าง 1 กันยายน 2568 ถึง 30 พฤศจิกายน 2568 กำหนดเกณฑ์การคัดเลือกคือ ผู้ป่วยจิตเวชที่ได้รับการรักษาด้วยไฟฟ้าชนิดใช้ยาระงับความรู้สึกครั้งนี้ อายุ 20 ปีขึ้นไป ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ ว่าเป็นโรคทางจิตเวช ตามเกณฑ์การวินิจฉัยของระบบการจำแนกโรคขององค์การอนามัยโลก (ICD-10) ได้รับการรักษาด้วยไฟฟ้า ด้วยยาระงับความรู้สึกทั้งรายเก่าและรายใหม่ สามารถฟัง พูด อ่านและเขียนภาษาไทยได้ และยินยอมให้ความร่วมมือในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ เกณฑ์การคัดออกคือกลุ่มผู้ป่วยจิตเวชที่ยกเลิกหรือเลื่อนการรักษาด้วยไฟฟ้า ข้อมูลการประเมินผู้ป่วยไม่ครบถ้วน ผู้ป่วยที่ถูกส่งต่อจากห้องพักฟื้นก่อนการประเมินครบตามกำหนด

กลุ่มตัวอย่าง

1. พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในห้องพักฟื้นศูนย์บำบัดรักษาด้วยไฟฟ้า โรงพยาบาลศรีธัญญา จังหวัดนนทบุรี จำนวน 10 คน ที่กำหนดถูกกำหนดโดยภาระงานให้หมุนเวียนมาให้การพยาบาลผู้ป่วยจิตเวชที่ได้รับการรักษาด้วยไฟฟ้าในห้องพักฟื้น การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive sample) ตามเกณฑ์การคัดเลือกเข้าของกลุ่มตัวอย่างที่เป็นพยาบาลวิชาชีพ

2. ผู้ป่วยจิตเวชที่ได้รับการรักษาด้วยไฟฟ้าโดยใช้ยาระงับความรู้สึก โรงพยาบาลศรีธัญญา ทั้งเพศชายและเพศหญิง อายุระหว่าง 20 - 59 ปี คัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive Sampling) คำนวณกลุ่มตัวอย่างโดยใช้โปรแกรม G* Power Analysis (Faul, Erdfelder, Lang, Buchner, 2007) ใช้ Test family เลือก T-Test, Statistical test เลือก Mean: Difference within group dependent Means (One Groups) จึงใช้ค่าขนาดอิทธิพลขนาดใหญ่ (Effect Size) เท่ากับ .80 กำหนดค่าความคลาดเคลื่อน (Alpha) = .05 และค่า Power = 0.80 ได้กลุ่มตัวอย่าง 27 คน เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างอาจมีโอกาสดอนตัวจากงานวิจัยในระหว่างเข้าร่วมวิจัยจึงกำหนดกลุ่มตัวอย่างเพิ่มขึ้นอีก ร้อยละ 10 รวมกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 34 คน (อรุณ จิรวัฒนกุล, 2556)

$$n = \frac{27}{(1-0.1)^2}$$

จากผลการคำนวณ ได้กลุ่มตัวอย่างที่เพิ่ม dropout rate 10% = 33.33 คน คิดเป็น 34 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลองคือแนวปฏิบัติการพยาบาลในห้องพักฟื้นสำหรับผู้ป่วยจิตเวชที่ได้รับการรักษาด้วยไฟฟ้าชนิดใช้ยาระงับความรู้สึก โรงพยาบาลศรีธัญญา ประกอบด้วย 4 ขั้นตอนหลัก ได้แก่ (1) การรับส่งต่อข้อมูลผู้ป่วยจากวิสัญญีพยาบาลประจำห้องรักษา (2) การประเมินสภาพแรกรับด้วยเครื่องมือมาตรฐาน Post Anesthetic Recovery (PAR) score หรือ Modified Aldrete Recovery Score (3) การติดตามเฝ้าระวังสัญญาณชีพอย่างต่อเนื่องร่วมกับการประเมินภาวะสับสนและระดับความรู้สึกตัวด้วย Richmond Agitation-Sedation Scale (RASS) และ (4) การประเมินระดับความปวดด้วย Numeric Rating Scale (0-10)

2. เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล

2.1 แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยจิตเวช ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพสมรสระดับการศึกษา อาชีพ ศาสนา ระยะเวลาการเจ็บป่วย จำนวนครั้งที่เคยนอนรักษา

2.2 แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลของพยาบาลวิชาชีพ ประกอบด้วย อายุ ระดับการศึกษา ตำแหน่ง ระยะเวลาการปฏิบัติงานการพยาบาลจิตเวช ประวัติการผ่านการอบรมเรื่องการช่วยฟื้นคืนชีพ ประวัติการผ่านการอบรมการอบรมPG และประสบการณ์การทำงานห้องพักฟื้นในศูนย์บำบัดรักษาด้วยไฟฟ้า

2.3 แบบวัดความรู้ของพยาบาลในการให้การพยาบาลผู้ป่วยจิตเวชที่ได้รับการรักษาด้วยไฟฟ้าชนิดใช้ยาระงับความรู้สึกในระยะพักฟื้น ทีมวิจัยสร้างขึ้นเป็นคำถามถูกผิด จำนวน 15 ข้อ มีเกณฑ์การให้คะแนน คือตอบถูกได้ 1 คะแนน และตอบผิดได้ 0 คะแนน

2.4 แบบประเมินทักษะการปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยจิตเวชที่ได้รับการรักษาด้วยไฟฟ้าชนิดใช้ยาระงับความรู้สึกในระยะพักฟื้น ที่ทีมวิจัยสร้างขึ้น จำนวน 10 ข้อ มีเกณฑ์การให้คะแนน คือ ระดับ 1 - 4 คะแนน จาก 1 คะแนน หมายถึงต้องปรับปรุง ถึง 4 คะแนน หมายถึงปฏิบัติได้ดีมาก

2.5 แบบประเมินคุณภาพแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยจิตเวชที่ได้รับการรักษาด้วยไฟฟ้าชนิดใช้ยาระงับความรู้สึกในระยะพักฟื้น สร้างโดยทีมวิจัย จำนวน 10 ข้อ คือระดับ 1 - 5 คะแนน ได้แก่ คะแนน 1 หมายถึงเห็นด้วยน้อยที่สุด ถึง คะแนน 5 หมายถึงเห็นด้วยมากที่สุด การแปลความหมายคะแนนโดยเทียบอันตรภาคชั้น ดังนี้ ค่าเฉลี่ยคะแนน 1.00 - 2.33 คุณภาพระดับต่ำ ค่าเฉลี่ยคะแนน 2.34 - 3.67 คุณภาพระดับปานกลาง และค่าเฉลี่ยคะแนน 3.68 - 5.00 คุณภาพระดับสูง

2.6 แบบสอบถามความเป็นไปได้ของการนำแนวปฏิบัติการพยาบาลฯ ไปใช้ โดยดัดแปลงจากแบบประเมินความเป็นไปได้ของการนำแนวปฏิบัติการจัดการความปวดจากการผ่าตัดในเด็ก (สุทธิดา ไชยสงคราม, 2558) แบบสอบถามปลายปิด จำนวน 15 ข้อ เพื่อสอบถามความคิดเห็นถึงความเป็นไปได้ (Feasibility) ครอบคลุม 4 ด้าน ต่อไปนี้ 1) ความง่ายในการปฏิบัติ (Transferability) (4 ข้อ) 2) ความเหมาะสมกับทรัพยากรที่มี (Resources) (2 ข้อ) 3) ความพร้อมและความร่วมมือของผู้ที่เกี่ยวข้อง (Readiness) (6 ข้อ) ข้อ 4) ประโยชน์ของผู้ใช้บริการ (Usefulness) (3 ข้อ) โดยข้อคำถามแต่ละข้อจะมีลักษณะให้เลือกตอบเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) คือระดับ 1 - 5 คะแนน ได้แก่ คะแนน 1 หมายถึงเห็นด้วยน้อยที่สุด ถึง คะแนน 5 หมายถึงเห็นด้วยมากที่สุด แปลค่าคะแนนเป็น 3 ระดับ คือ คะแนน 1.00 - 2.33 หมายถึง ระดับต่ำ คะแนน 2.34 - 3.67 หมายถึง ระดับปานกลาง คะแนน 3.68 - 5.00 หมายถึง ระดับสูง

2.7 แบบบันทึกปฏิบัติการณภาวะแทรกซ้อนหลังการรักษาด้วยไฟฟ้าชนิดใช้ยาระงับความรู้สึก

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

1. แนวปฏิบัติการพยาบาลที่พัฒนาขึ้น นำแนวปฏิบัติที่สร้างขึ้นไปตรวจสอบโดยใช้แบบประเมิน AGREE II โดยมีผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน ประกอบด้วย จิตแพทย์ 1 ท่าน วิชาชีพพยาบาล 2 ท่าน ผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) หลังจากนั้นนำเครื่องมือทั้งหมดมาปรับปรุงแก้ไขให้สมบูรณ์ ตามคำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิก่อนนำมาใช้จริง ผลการประเมินด้วย AGREE II พบว่า CNPG มีคุณภาพสูงในทุกด้าน โดยมีคะแนนมาตรฐานระหว่าง 70 - 90% โดยพบว่าประเด็น “ความเข้มงวดในการพัฒนา” ได้คะแนนสูงถึง 82% สะท้อนถึงกระบวนการอิงหลักฐานเชิงประจักษ์ที่น่าเชื่อถือ ผู้เชี่ยวชาญให้คะแนนคุณภาพภาพรวม 6.5 เต็ม 7 คะแนนและมีมติแนะนำให้ให้นำแนวปฏิบัติไปใช้ในโรงพยาบาล

2. แบบวัดความรู้ของพยาบาลฯ แบบประเมินทักษะการปฏิบัติการพยาบาลฯ แบบประเมินคุณภาพแนวปฏิบัติฯ และแบบสอบถามความเป็นไปได้ของการนำแนวปฏิบัติการพยาบาลไปใช้ที่ทีมวิจัยสร้างขึ้น ไปตรวจสอบความตรงของเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน นำผลการตรวจสอบมาวิเคราะห์ ให้ได้ค่า IOCของแต่ละแบบวัดเท่ากับ .67 - 1.00 จากนั้นนำแบบวัดความรู้ของพยาบาลไปทดสอบความเชื่อมั่น (Reliability Test) กับกลุ่มตัวอย่างที่ใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างจริงจำนวน 15 คน ได้ค่า KR-20 = 0.68 ส่วนแบบประเมินทักษะการปฏิบัติการพยาบาลฯ แบบประเมินคุณภาพแนวปฏิบัติฯ และแบบสอบถามความเป็นไปได้ของการนำแนวปฏิบัติการพยาบาลไปใช้ ได้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) เท่ากับ .81, .85 และ .83 ตามลำดับ

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างด้วยสถิติเชิงบรรยาย ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. วิเคราะห์เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยความรู้ และทักษะการปฏิบัติการพยาบาลฯ ในระยะก่อนการทดลองและหลังการทดลอง โดยใช้สถิติ Wilcoxon Signed Rank Test

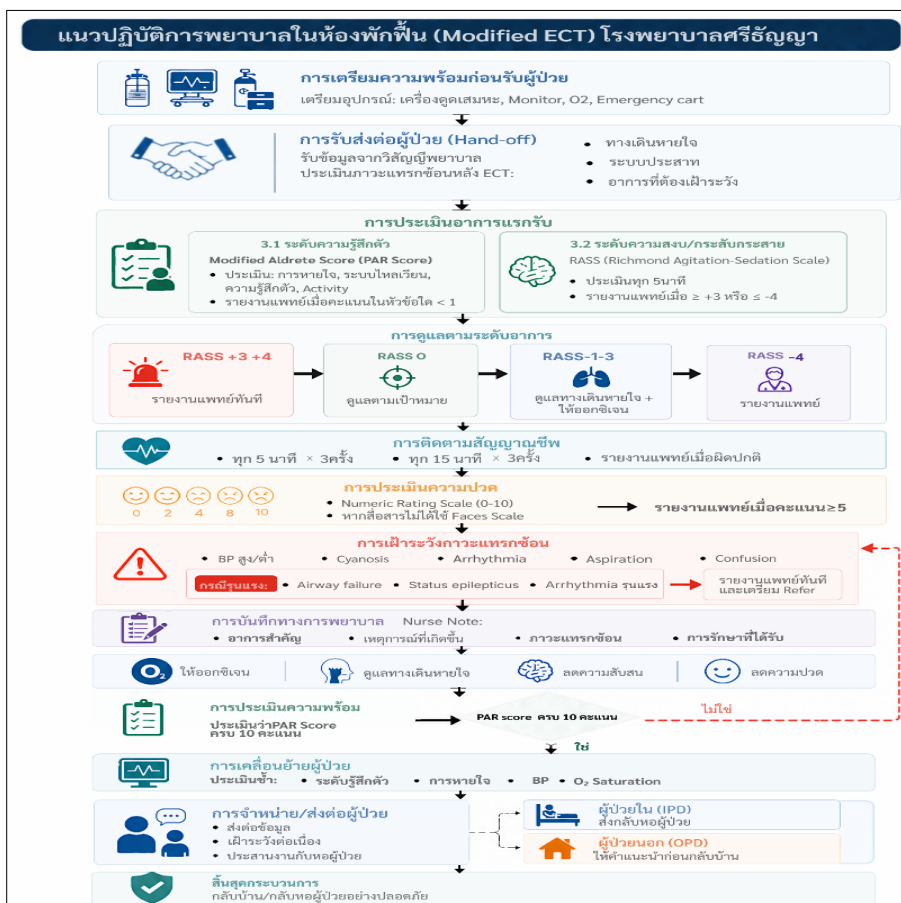
3. วิเคราะห์ข้อมูลคะแนนคุณภาพแนวปฏิบัติฯ และคะแนนความเป็นไปได้ของการนำแนวปฏิบัติการพยาบาลไปใช้ และข้อมูลปฏิบัติการณภาวะแทรกซ้อนหลังการรักษาด้วยไฟฟ้าชนิดใช้ยาระงับความรู้สึก ด้วยสถิติเชิงบรรยาย ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

จริยธรรมวิจัย

การวิจัยนี้ได้รับการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลศรีธัญญา (เลขที่ใบรับรอง STY.COAO30/2568) อนุมัติวันที่ 8 กันยายน 2568 – 29 มิถุนายน 2569

ผลการวิจัย

1. แนวปฏิบัติการพยาบาลในห้องฟักฟีนสำหรับผู้ป่วยจิตเวชที่ได้รับการรักษาด้วยไฟฟ้าชนิดใช้ระยะรับความรู้สึกรู้สึก



ภาพ 2 แนวปฏิบัติการพยาบาลปฏิบัติการพยาบาลในห้องฟักฟีนสำหรับผู้ป่วยจิตเวชที่ได้รับการรักษาด้วยไฟฟ้าชนิดใช้ระยะรับความรู้สึกรู้สึก โรงพยาบาลศรีธัญญา

จากภาพแนวปฏิบัติที่พัฒนาขึ้นประกอบด้วยมาตรฐานการพยาบาล 5 ด้าน ได้แก่

1. การเตรียมความพร้อมก่อนรับผู้ป่วยโดยการเตรียมอุปกรณ์-ยาให้พร้อม
2. การรับส่งต่อข้อมูลผู้ป่วย โดยรับข้อมูลส่งต่อจากห้องให้การรักษาด้วยไฟฟ้า เช่น ภาวะแทรกซ้อนขณะทำ ปัญหาทางเดินหายใจ โรคประจำตัวของผู้ป่วย
3. การประเมินผู้ป่วย โดยประเมินสภาพแรกเริ่มด้วย PAR score/Modified Aldrete score
4. การติดตามอาการโดยเฝ้าระวังอย่างต่อเนื่อง วัดสัญญาณชีพทุก 5 นาที (3 ครั้ง) แล้วทุก 15 นาที (3 ครั้ง) ประเมินระดับความรู้สึกตัว/สับสนด้วย RASS ที่ 5 นาทีหลังทำการรักษาด้วยไฟฟ้า และประเมินระดับความปวด (0 - 10) เสนอรายงานแพทย์ทันที: RASS ≤ -4 หรือ $\geq +3$, Aldrete score แต่ละด้าน < 1, ปวดระดับ ≥ 5 หรือพบภาวะแทรกซ้อนรุนแรง เช่น ทางเดินหายใจล้มเหลว ชักต่อเนื่อง ความดันโลหิตไม่คงที่ ต้องรายงานจิตแพทย์ทันที

5. การพิจารณาจำหน่ายผู้ป่วย เมื่อ Modified Aldrete score = 10 ให้ข้อมูลการดูแลตนเองแก่ผู้ป่วย/ญาติ และประสานส่งต่อหอผู้ป่วยหรือกลับบ้านอย่างปลอดภัย

2. ประเมินผลการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลในห้องฟักฟีนสำหรับผู้ป่วยจิตเวชที่ได้รับการรักษาด้วยไฟฟ้าชนิดใช้ยาระงับความรู้สึก

กลุ่มตัวอย่างที่เป็นพยาบาลเป็นเพศหญิงทั้งหมด อายุเฉลี่ย 39.80 ปี ($SD = 7.54$) ส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับปริญญาตรี ร้อยละ 60 มีประสบการณ์ในการปฏิบัติงานด้านจิตเวชประมาณ 5 - 10 ปี ร้อยละ 50 และผ่านการอบรมการช่วยฟื้นคืนชีพร้อยละ 80 ส่วนในกลุ่มผู้ป่วยพบว่าเป็นเพศชาย ร้อยละ 58.82 อายุเฉลี่ย 43.15 ปี ($SD = 9.93$) จบการศึกษาระดับปริญญาตรี ร้อยละ 50 ได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคจิตเภท ร้อยละ 58.82 และเหตุผลของการรับการรักษาด้วยไฟฟ้าคือ อาการทางจิตรุนแรง ร้อยละ 44.12

2.1 ผลการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้ของพยาบาลและคะแนนทักษะการปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยจิตเวชที่ได้รับการรักษาด้วยไฟฟ้าชนิดใช้ยาระงับความรู้สึกในระยะพักฟื้นระหว่างก่อนและหลังการใช้แนวปฏิบัติการตาราง 1 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้และทักษะการปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยจิตเวชที่ได้รับการรักษาด้วยไฟฟ้าชนิดใช้ยาระงับความรู้สึกในระยะพักฟื้นระหว่างก่อนและหลังการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาล ($n = 10$)

ตัวแปร	<i>n</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>z</i>	<i>p-value</i> (1-tailed)
ความรู้					
ก่อนการใช้แนวปฏิบัติ	10	11.90	1.29	-2.87	.004
หลังการใช้แนวปฏิบัติ	10	14.50	0.53		
ทักษะการปฏิบัติ					
ก่อนการใช้แนวปฏิบัติ	10	2.09	0.56	-2.81	.05
หลังการใช้แนวปฏิบัติ	10	3.84	0.18		

จากตารางพบว่าหลังใช้แนวปฏิบัติ พยาบาลวิชาชีพมีคะแนนความรู้ และคะแนนการปฏิบัติเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ($z = -2.87$, $p\text{-value} = .004$) ($M = 14.50$, $SD = 0.53$) ($M = 11.90$, $SD = 1.29$) ส่วนด้านทักษะการปฏิบัติพบว่า พยาบาลมีคะแนนเฉลี่ยทักษะการปฏิบัติหลังการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาล ($M = 3.84$, $SD = 0.18$) สูงกว่าก่อนการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาล ($M = 2.09$, $SD = 0.56$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($z = -2.81$, $p\text{-value} = .05$)

3. ผลการวิเคราะห์คะแนนคุณภาพแนวปฏิบัติฯ และคะแนนความเป็นไปได้ของการนำแนวปฏิบัติการพยาบาลไปใช้ ($n = 10$)

ตาราง 2 คะแนนเฉลี่ยคุณภาพแนวปฏิบัติฯ และคะแนนเฉลี่ยความเป็นไปได้ของการนำแนวปฏิบัติการพยาบาลไปใช้

หัวข้อ	<i>M</i>	<i>SD</i>	ระดับ
คุณภาพแนวปฏิบัติฯ			
1. ทำให้เกิดความรู้ในการดูแลผู้ป่วยเพิ่มขึ้น	4.80	0.42	สูง
2. ทำให้เกิดทักษะในการดูแลผู้ป่วยเพิ่มขึ้น	4.80	0.80	สูง
3. ทำให้เกิดความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วยเพิ่มขึ้น	4.90	0.31	สูง
4. ทำให้มีมาตรฐานการทำงานมากขึ้น	4.70	0.48	สูง
5. สามารถป้องกันและแก้ไขปัญหาของผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ	4.80	0.42	สูง
6. สามารถนำมาใช้ปฏิบัติงานได้จริง	4.80	0.42	สูง

หัวข้อ	M	SD	ระดับ
7. มีความสะดวกและรวดเร็วในการดูแลผู้ป่วยเพื่อส่งต่อการรักษาอย่างทันที่	4.60	0.51	สูง
8. ความยากง่ายของการนำแนวปฏิบัติไปใช้	4.30	1.05	สูง
9. ความพึงพอใจต่อการใช้นโยบายการพยาบาล	4.70	0.48	สูง
10. ความต้องการในการนำแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกไปใช้ในการปฏิบัติงาน	4.80	0.42	สูง
ความเป็นไปได้ของการนำแนวปฏิบัติการพยาบาลไปใช้			
1. ความยากง่ายในการปฏิบัติ (Transferability)	4.87	0.24	สูง
2. ความเหมาะสมกับทรัพยากรที่มี (Resources)	4.70	0.42	สูง
3. ความพร้อมและความร่วมมือของผู้ที่เกี่ยวข้อง (Readiness)	4.68	0.49	สูง
4. ประโยชน์ของผู้ใช้บริการ (Usefulness)	4.76	0.49	สูง

จากตารางพบว่ากลุ่มตัวอย่างประเมินระดับคุณภาพแนวปฏิบัติการพยาบาลในระดับสูงในทุกข้อ โดยข้อแนวปฏิบัติทำให้เกิดความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วยเพิ่มขึ้น มีคะแนนเฉลี่ยสูงสุด ($M = 4.90, SD = 0.31$) และการประเมินความเป็นไปได้ของการนำแนวปฏิบัติไปใช้พบว่าภาพรวมมีความเป็นไปได้ในการนำไปใช้ในระดับสูง โดยพบว่าประเด็นความยากง่ายในการปฏิบัติ (Transferability) มีคะแนนเฉลี่ยสูงสุด ($M = 4.87, SD = 0.24$)

การศึกษาอุบัติการณ์การเกิดภาวะแทรกซ้อนหลังการรักษาด้วยไฟฟ้าทำโดยการสังเกตและประเมินอาการผู้ป่วยภายหลังการรักษาแสดงรายละเอียดดังตารางต่อไปนี้

ตาราง 3 อุบัติการณ์ภาวะแทรกซ้อนหลังการรักษาด้วยไฟฟ้าในห้องฟักฟื้น หลังการใช้แนวปฏิบัติ ($n = 34$)

ภาวะแทรกซ้อน	ระดับความรุนแรง	จำนวน	ร้อยละ
ไม่พบภาวะแทรกซ้อน	n/a	8	23.53
ความดันโลหิตสูง/ต่ำหลังการรักษา	ระดับ B	2	5.88
	ระดับ C	1	2.94
หัวใจเต้นผิดจังหวะ	ระดับ B	2	5.88
	ระดับ C	0	0.00
ภาวะสับสนหรือมึนงง	ระดับ B	1	2.94
	ระดับ C	2	5.88
อาการปวดศีรษะ	ระดับ B	3	8.82
	ระดับ C	10	29.41
อาการคลื่นไส้อาเจียน	ระดับ B	0	0.00
	ระดับ C	1	2.94
อาการปวดกล้ามเนื้อและข้อต่อ	ระดับ B	1	2.94
	ระดับ C	3	8.82

ภาวะแทรกซ้อนระดับ B = เกิดภาวะแทรกซ้อนแต่ไม่มีผลกระทบ, ภาวะแทรกซ้อนระดับ C = เกิดภาวะแทรกซ้อนมีผลกระทบแต่ไม่พบอันตราย

จากผลการศึกษาพบว่าผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยไฟฟ้าได้รับการประเมินภาวะแทรกซ้อนหลังการรักษาโดยพบว่าผู้ป่วยที่ไม่พบภาวะแทรกซ้อนร้อยละ 23.53 และอาการแทรกซ้อนที่พบมากที่สุดคืออาการปวดศีรษะระดับ C ร้อยละ 29.41 ซึ่งถือเป็นอาการข้างเคียงที่เกิดผลกระทบแต่ไม่ใช่อันตรายรุนแรง

การอภิปรายผล

1. แนวปฏิบัติการพยาบาลในห้องพักฟื้นสำหรับผู้ป่วยจิตเวชที่ได้รับการรักษาด้วยไฟฟ้าชนิดใช้ยาระงับความรู้สึกที่พัฒนาขึ้นจากการศึกษานี้เป็นการพัฒนาโดยทีมสหสาขาวิชาชีพที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่ได้รับการรักษาด้วยไฟฟ้า โดยมีกระบวนการพัฒนาที่สอดคล้องกับการศึกษาของ จิตรา จันแสง, อรรพรรณ หนูแก้ว, วนิดาญจน์ คงสุวรรณ (2567) ที่พัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับผู้ป่วยจิตเวชที่ได้รับการรักษาด้วยไฟฟ้าแบบใช้ยาระงับความรู้สึกเช่นกัน ทั้งด้านรูปแบบการพัฒนาและผลลัพธ์การศึกษา ในด้านรูปแบบการพัฒนา ทั้งสองการศึกษาใช้การวิจัยและพัฒนา (R&D) 2 ระยะเช่นเดียวกัน คือ การพัฒนาแนวปฏิบัติจากหลักฐานเชิงประจักษ์ตามกรอบแนวคิดของ NHMRC ร่วมกับกระบวนการพยาบาล และการนำไปทดลองใช้พร้อมประเมินผล ซึ่งสะท้อนว่าเป็นแนวทางที่เป็นระบบและได้รับการยอมรับในการพัฒนาแนวปฏิบัติกลุ่มนี้ ด้านผลลัพธ์ ความรู้และทักษะของพยาบาลที่เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ ความพึงพอใจและความง่ายต่อการปฏิบัติในระดับสูง รวมถึงภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยที่ลดลง สอดคล้องกับผลการศึกษาของ จิตรา จันแสง, อรรพรรณ หนูแก้ว, วนิดาญจน์ คงสุวรรณ (2567) ที่พบคุณภาพตามเกณฑ์มาตรฐานของแนวปฏิบัติ AGREE II สูงถึงร้อยละ 95.63 และความพึงพอใจของพยาบาลในระดับสูงสุด แสดงให้เห็นว่าแนวปฏิบัติที่พัฒนาจากหลักฐานเชิงประจักษ์สามารถยกระดับคุณภาพและความปลอดภัยในการพยาบาลผู้ป่วยจิตเวชที่ได้รับการรักษาด้วยไฟฟ้าในบริบทโรงพยาบาลจิตเวชของไทย

2. ผลการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลในห้องพักฟื้นสำหรับผู้ป่วยจิตเวชที่ได้รับการรักษาด้วยไฟฟ้าชนิดใช้ยาระงับความรู้สึก

2.1 การพัฒนาสมรรถนะด้านความรู้และทักษะการปฏิบัติงานของพยาบาล ผลการวิจัยพบว่า ภายหลังจากการนำแนวปฏิบัติการพยาบาลไปใช้พยาบาลกลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยความรู้เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 และมีคะแนนทักษะการปฏิบัติเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ .05 ซึ่งสะท้อนให้เห็นว่าแนวปฏิบัติการพยาบาล (Clinical Practice Guidelines: CPG) ที่พัฒนาขึ้นจากหลักฐานเชิงประจักษ์มีประสิทธิภาพในการยกระดับสมรรถนะของบุคลากรทางการพยาบาลอย่างชัดเจน ทั้งในมิติของความรู้เชิงทฤษฎีและทักษะการปฏิบัติจริง สอดคล้องกับการศึกษาของ กรรณิการ์ เลื่อมใส, ศิริวิมล กันตา, เกรียงไกร อายุยีน, เชษฐา แก้วพรม (2567) ที่ทำการวิจัยกึ่งทดลองในโรงพยาบาลน่าน โดยพบว่าหลังการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยไฟฟ้าแบบใช้ยาระงับความรู้สึก พยาบาลมีคะแนนเฉลี่ยความรู้เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < .001$) โดยผลการวิจัยระบุว่าการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลถือเป็นเครื่องมือในการพัฒนาความรู้ของพยาบาล เนื่องจากกระบวนการนำแนวปฏิบัติไปใช้ประกอบด้วยการประชุมทำความเข้าใจหลักการดูแลผู้ป่วยการจัดทำโปสเตอร์แสดงขั้นตอนและการปฏิบัติตัวอย่างสม่ำเสมอสามารถกระตุ้นให้พยาบาลเกิดการเรียนรู้และความเข้าใจจากประสบการณ์จริง นอกจากนี้ ผลการวิจัยยังสอดคล้องกับการศึกษาของ Taha Abd El-Raof, Abd El Hameed Loutfi, Elias Abdel-Aziz (2022) ที่ทำการศึกษาศมรรถนะของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยไฟฟ้าในโรงพยาบาลจิตเวช EL-Khanka ประเทศอียิปต์โดยพบว่าพยาบาลที่มีระดับความรู้ดีกว่า และมีสมรรถนะในการปฏิบัติงานสูงกว่ากลุ่มพยาบาลทั่วไปอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = 0.928, p\text{-value} < .001$) ซึ่งให้เห็นถึงความสัมพันธ์ระหว่างความรู้และการปฏิบัติงานของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยไฟฟ้า โดยเฉพาะในประเด็นการเตรียมผู้ป่วยก่อนรักษา การดูแลขณะรักษา และการติดตามในห้องพักฟื้น

ส่วนผลการศึกษาด้านทักษะการปฏิบัติพยาบาลพบว่าแนวปฏิบัติช่วยให้เกิดความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วยสูงสุด สอดคล้องกับผลการทบทวนวรรณกรรมของ Priasmoro และ Lestari (2025) ที่พบว่าพยาบาลที่ได้รับการฝึกอบรมเฉพาะทางด้านการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยไฟฟ้า มีความมั่นใจในการสื่อสารกับผู้ป่วยมากกว่า มีทักษะการอธิบายข้อมูลที่ชัดเจน และสามารถบรรเทาความวิตกกังวลของผู้ป่วยได้ดีกว่า ซึ่งส่งผลโดยตรงต่อความพึงพอใจของผู้ป่วยและคุณภาพการพยาบาล

จากการวิเคราะห์ผลการศึกษานี้กับผลการศึกษาที่ผ่านมาแสดงให้เห็นว่า แนวปฏิบัติที่พัฒนาขึ้นในครั้งนี้มีโครงสร้างที่ชัดเจนซึ่งครอบคลุมทั้งด้านความรู้เชิงกระบวนการ และทักษะการปฏิบัติงาน ซึ่งจะสามารถยกระดับมาตรฐานการดูแลผู้ป่วย จะเพิ่มศักยภาพการทำงานของพยาบาล อย่างมีนัยสำคัญ ยิ่งไปกว่านั้น ความรู้

และทักษะที่เพิ่มขึ้นมีความสำคัญโดยตรงต่อความปลอดภัยของผู้ป่วย เนื่องจากขั้นตอนการรักษาด้วยไฟฟ้าชนิดใช้ยาระงับความรู้สึกเป็นกระบวนการที่มีความซับซ้อนและต้องการการประสานงานอย่างใกล้ชิดระหว่างทีมพยาบาล วิชาชีพแพทย์/วิสัญญีพยาบาล และจิตแพทย์ พยาบาลจำเป็นต้องมีสมรรถนะทั้งด้านความรู้และทักษะเพื่อสามารถเตรียมผู้ป่วยได้อย่างครบถ้วน ติดตามสัญญาณชีพ ประเมินระดับความรู้สึกตัว และจัดการกับภาวะแทรกซ้อนเฉียบพลันที่อาจเกิดขึ้นในระยะพักฟื้น ดังที่ American Psychiatric Association (2024) ระบุว่า การดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยไฟฟ้าควรอยู่ภายใต้มาตรฐานการปฏิบัติที่เป็นลายลักษณ์อักษร โดยบุคลากรที่มีความรู้และทักษะเพียงพอในทุกระยะของการรักษา

2.2 คุณภาพแนวปฏิบัติและความเป็นไปได้ในการนำแนวปฏิบัติไปใช้ในบริบทจริง ผลการประเมินคุณภาพแนวปฏิบัติการพยาบาลและความเป็นไปได้ในการนำแนวปฏิบัติไปใช้พบว่าอยู่ในระดับสูงในทุกด้าน โดยประเด็นความยากง่ายในการปฏิบัติ (Transferability) มีคะแนนเฉลี่ยสูงสุด รองลงมาคือประโยชน์ของผู้ใช้บริการ (Usefulness) ความเหมาะสมกับทรัพยากรที่มี (Resources) และความพร้อมของผู้ที่เกี่ยวข้อง (Readiness) ตามลำดับ ข้อมูลดังกล่าวสะท้อนให้เห็นว่าแนวปฏิบัติที่พัฒนาขึ้นมีความสอดคล้องกับบริบทการทำงาน ทรัพยากรที่มีอยู่ และความพร้อมของบุคลากรในหน่วยงาน ซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้แนวปฏิบัติได้รับการยอมรับและนำไปใช้ได้จริง สอดคล้องกับผลการวิจัยของ กรรณิการ์ เลื่อมใส, ศิริวิมล กันตา, เกรียงไกร อายุยีน, เชษฐา แก้วพรม (2567) ที่พบว่า การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลโดยผ่านการทบทวนวรรณกรรม การปรึกษาผู้ทรงคุณวุฒิ และการประชุมร่วมกับทีมการรักษาจะทำให้แนวปฏิบัติมีความครอบคลุมและตรงกับความต้องการของการปฏิบัติงานจริง ส่งผลให้บุคลากรยอมรับและนำแนวปฏิบัติไปใช้ได้อย่างมีประสิทธิภาพ การที่ความต้องการนำแนวปฏิบัติไปใช้ต่อเนื่องมีค่าสูงสะท้อนว่าแนวปฏิบัตินี้สามารถตอบโจทย์ความต้องการของพยาบาลวิชาชีพในการยกระดับการดูแลผู้ป่วยตามมาตรฐานสากล นอกจากนี้ การประเมินว่าแนวปฏิบัติทำให้เกิดความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วยในระดับสูงที่สุดซึ่งสอดคล้องกับผลการทบทวนวรรณกรรมของ Priasmoro และ Lestari (2025) ที่สรุปว่าพยาบาลที่มีการฝึกอบรมเฉพาะด้านการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยไฟฟ้าที่ดีกว่ามีความรู้มากขึ้น มีทัศนคติเชิงบวกมากขึ้น และสามารถอธิบายให้ผู้ป่วยเข้าใจได้ดีกว่า นำไปสู่ประสบการณ์ที่ดีขึ้นของผู้ป่วย ความสำเร็จในการพัฒนาแนวปฏิบัติดังกล่าวยังสะท้อนให้เห็นถึงความสำคัญของกระบวนการพัฒนาที่มีส่วนร่วมของผู้ปฏิบัติงานจริงและผู้เชี่ยวชาญหลายสาขา สอดคล้องกับแนวทางของ American Psychiatric Association (2024) ที่เน้นย้ำถึงความสำคัญของการมีระเบียบปฏิบัติประจำ (Routine Protocol) ที่ชัดเจนและครอบคลุมในทุกขั้นตอนของการรักษาด้วยไฟฟ้า ตั้งแต่การเตรียมผู้ป่วยก่อนรักษา การดูแลขณะรักษา และการดูแลในระยะพักฟื้น เพื่อความปลอดภัยสูงสุดของผู้ป่วย

3. ประสิทธิภาพของแนวปฏิบัติต่อการจัดการภาวะแทรกซ้อนและผลลัพธ์การรักษา ในส่วนของข้อมูลผู้ป่วย พบว่าส่วนใหญ่เป็นโรคจิตเภท (ร้อยละ 58.82) และได้รับการรักษาด้วยไฟฟ้าเนื่องจากมีอาการทางจิตรุนแรง (ร้อยละ 44.12) เมื่อพยาบาลนำแนวปฏิบัติมาใช้ พบว่าผู้ป่วยถึงร้อยละ 23.53 ไม่พบภาวะแทรกซ้อนเลยหลังการรักษา ซึ่งถือเป็นผลลัพธ์ที่ดีในเชิงความปลอดภัย อย่างไรก็ตาม ภาวะแทรกซ้อนที่พบมากที่สุดคืออาการปวดศีรษะระดับ C (ร้อยละ 29.41) ซึ่งหมายถึงการเกิดผลกระทบแต่ไม่เป็นอันตรายรุนแรง ทั้งนี้ Taha Abd El-Raof, Abd El Hameed Loutfi, Elias Abdel-Aziz (2022) ระบุว่า การที่พยาบาลมีความรู้ระดับดีและมีสมรรถนะการปฏิบัติในระดับสูงจะช่วยให้สามารถประเมินและจัดการภาวะแทรกซ้อนหลังทำการรักษาด้วยไฟฟ้าได้อย่างเป็นระบบ ซึ่งอาการปวดศีรษะเป็นผลข้างเคียงทางสรีรวิทยาที่พบได้บ่อยจากการกระตุ้นไฟฟ้าและการเปลี่ยนแปลงของระบบไหลเวียนเลือดในสมอง โดยการศึกษาดังกล่าวพบว่าพยาบาลที่มีความรู้ระดับดีสามารถวัดสัญญาณชีพก่อนย้ายผู้ป่วยออกจากห้องพักฟื้นสังเกตทางเดินหายใจ สีผิว และชีพจรได้อย่างถูกต้อง ซึ่งมีส่วนสำคัญในการลดความรุนแรงของภาวะแทรกซ้อน

ผลการศึกษาในส่วนนี้ยังสอดคล้องกับการวิจัยของ กรรณิการ์ เลื่อมใส, ศิริวิมล กันตา, เกรียงไกร อายุยีน, เชษฐา แก้วพรม (2567) ที่พบว่าหลังการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาล อุบัติการณ์การเกิดภาวะแทรกซ้อนขณะทำการรักษาลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยเฉพาะในเรื่องภาวะพร่องออกซิเจน (Hypoxia) ความดันโลหิตสูงเกินร้อยละ 30.00 ฟันโยก แผลในช่องปาก คลื่นไฟฟ้าหัวใจ (EKG) ผิดปกติ อีกทั้งยังพบว่าอาการข้างเคียงหลังการรักษาได้แก่ อาการปวดกล้ามเนื้อ คลื่นไส้อาเจียน และสับสน ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติเช่นเดียวกัน โดยผลการศึกษา

ระบุว่าแนวปฏิบัติที่ชัดเจนช่วยให้ทีมพยาบาลสามารถตรวจสอบว่ากล้ามเนื้อทั่วร่างกายของผู้ป่วยมีการคลายตัวเต็มที่ ก่อนการส่งกระแสไฟฟ้า ซึ่งช่วยลดความรุนแรงของการชักกระตุกและปัญหาปวดกล้ามเนื้อหลังการรักษา นอกจากนี้ ยังพบภาวะแทรกซ้อนอื่นในระดับ B และ C ได้แก่ ความดันโลหิตผิดปกติ หัวใจเต้นผิดจังหวะ ภาวะสับสนหรือมีนงง อาการคลื่นไส้อาเจียน และอาการปวดกล้ามเนื้อและข้อต่อ ทั้งหมดนี้ไม่ก่อให้เกิดอันตรายร้ายแรง ซึ่งสอดคล้องกับ แนวทางของ American Psychiatric Association (2024) ที่อธิบายว่าการดูแลผู้ป่วยในระยะพักฟื้นอย่างเป็นระบบ ด้วยทีมที่มีสมรรถนะจะช่วยป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนระดับรุนแรง และทำให้สามารถตรวจจับและจัดการกับ ภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นได้ทันเวลาที่

การวิจัยนี้สรุปได้ว่าเรามีแนวปฏิบัติที่ครอบคลุมและมีมาตรฐานมีความสำคัญเพื่อสนับสนุนให้พยาบาล สามารถปฏิบัติบทบาทเหล่านี้ได้อย่างมีประสิทธิภาพ โดยเฉพาะในบริบทของโรงพยาบาลทั่วไปที่พยาบาลอาจมีความ หลากหลายในด้านประสบการณ์และการฝึกอบรมเฉพาะทาง ดังที่กรณีการ เลื่อมใส, ศิริวิมล กันตา, เกรียงไกร อายุยืน, เชษฐา แก้วพรม (2567) แนะนำว่าควรมีการพัฒนาแนวปฏิบัติที่เหมาะสมกับบริบทของแต่ละหน่วยงาน และทบทวนแนวปฏิบัติเป็นระยะเพื่อให้ครอบคลุมสถานการณ์ที่อาจเปลี่ยนแปลง รวมถึงปัญหาด้านจิตใจของผู้ป่วย เช่น การลดความกลัวและความวิตกกังวลจากการรักษาด้วยไฟฟ้า

การนำผลการวิจัยไปใช้

1. ผู้บริหารทางการพยาบาลสามารถนำแนวปฏิบัตินี้ไปกำหนดเป็นมาตรฐานการปฏิบัติงาน (Standard Operating Procedure: SOP) สำหรับการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่ได้รับรักษาด้วยไฟฟ้าชนิดใช้ยาระงับความรู้สึกในระยะ พักฟื้น เพื่อให้เกิดความปลอดภัยสูงสุด
2. แนวปฏิบัติที่พัฒนาขึ้นสามารถใช้เป็นคู่มือในการปฐมนิเทศพยาบาลใหม่หรือจัดอบรมฟื้นฟูความรู้ให้แก่ พยาบาลประจำการ เพื่อยกระดับทักษะการประเมินสัญญาณชีพ การจัดการภาวะแทรกซ้อน
3. ด้านคุณภาพบริการพยาบาลสามารถนำระบบการประเมินและจัดการภาวะแทรกซ้อน เช่น อาการปวด ศีรษะ ความดันโลหิตผิดปกติ หรือภาวะสับสน ตามที่ระบุในงานวิจัยไปใช้ เพื่อสามารถประเมินความรุนแรงและลด อุบัติการณ์ที่นำไปสู่ความรุนแรงของผลข้างเคียงหลังการรักษา

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรเพิ่มการศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยทางจิตใจของผู้ป่วย เช่น การประเมินความพึงพอใจในการรับบริการ หรือการลดความกลัวและความวิตกกังวลจากการรักษาด้วยไฟฟ้า
2. ควรมีการศึกษาเพื่อพัฒนาหรือปรับปรุงแนวปฏิบัติให้เหมาะสมกับบริบทของโรงพยาบาลในระดับต่าง ๆ เนื่องจากความแตกต่างด้านประสบการณ์ของพยาบาลและทรัพยากร
3. ควรวิจัยถึงความยั่งยืนในการใช้แนวปฏิบัติ (Sustainability) และการทบทวนผลลัพธ์เป็นระยะ เพื่อให้ สอดคล้องกับสถานการณ์และเทคโนโลยีทางการแพทย์ที่เปลี่ยนแปลงไป โดยมีการเก็บข้อมูลในระยะยาว ได้แก่ 6 เดือน 1 ปี และมีการประเมินความคิดเห็นของผู้ปฏิบัติเกี่ยวกับการใช้แนวปฏิบัติ หากพบว่ามีปัญหาและอุปสรรค ควรมีการปรับปรุงให้เหมาะกับบริบทเพื่อให้ผู้ใช้งานนำไปใช้ในการทำงานจริง

คำแถลงการณ์การใช้ปัญญาประดิษฐ์

ผู้เขียนขอชี้แจงว่าได้ใช้ปัญญาประดิษฐ์เชิงสร้างสรรค์เพื่อช่วยปรับปรุงสำนวนภาษาและจัดรูปแบบรายการ อ้างอิง และการจัดทำแผนภูมิรูปภาพ (Infographic) เท่านั้นโดยเนื้อหา แนวคิด การวิเคราะห์ การตีความผลการวิจัย และข้อสรุปทั้งหมดเป็นผลงานของผู้เขียน ผู้เขียนได้ตรวจสอบและรับรองความถูกต้องของเนื้อหาทั้งหมดก่อน การเผยแพร่ และรับผิดชอบต่อเนื้อหาในบทความฉบับนี้ตามหลักจริยธรรมทางวิชาการ

ผลประโยชน์ทับซ้อน

ผู้วิจัยขอรับรองว่าไม่มีผลประโยชน์ทับซ้อนใด ๆ ที่เกี่ยวข้องกับการวิจัยและการเผยแพร่บทความฉบับนี้

รายการอ้างอิง

- กรณิการ์ เลื่อนไส, ศิริวิมล กันตา, เกรียงไกร อายุยืน, และ เชษฐา แก้วพรม. (2567). ผลของการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยไฟฟ้าแบบใช้ยาระงับความรู้สึก ในหอผู้ป่วยจิตเวช โรงพยาบาลน่าน. *วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข, 34*(1), 35-47.
<https://he02.tci-thaijo.org/index.php/tnaph/article/view/268976/183275>
- จิตรา จันแสง, อวรรณ หนูแก้ว, และวินิภาญจน์ คงสุวรรณ. (2567). การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลสำหรับผู้ป่วยจิตเวชที่ได้รับการรักษาด้วยไฟฟ้าแบบใช้ยาระงับความรู้สึก. *วารสารวิจัยทางการพยาบาล การผดุงครรภ์และวิทยาศาสตร์สุขภาพ, 44*(2), 16-28.
<https://he02.tci-thaijo.org/index.php/nur-psu/article/view/267176>
- เยวานาฏ ผลิตนนท์เกียรติ, พัทธินทร คุณคำชู, ตรีรัตน์ รุจิระชาคร, และศจี แซ่ตั้ง. (2554). *คู่มือและการวิจัยเทคโนโลยีสุขภาพจิต* (พิมพ์ครั้งที่ 1). สำนักพัฒนาสุขภาพจิต กรมสุขภาพจิต.
- สันติชัย ฉ่ำจิตรชื่น, สว่างจิตร์ วสุวัต, และกันตรัตน์ เขียวทัศน์ (2567). แนวปฏิบัติการรักษาด้วยไฟฟ้าแบบใช้ยาระงับความรู้สึก. *วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย, 32*(3), 189-201.
<https://www.tci-thaijo.org/articles/health01-272563>
- สุทธิดา ไชยสงคราม. (2558). การพัฒนาและประเมินผลแนวปฏิบัติพยาบาลทางคลินิกสำหรับการจัดการความปวดจากการผ่าตัดในเด็กอายุ 1 เดือนถึง 5 ปี. วิทยานิพนธ์หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.
- อรุณ จิรวัฒน์กุล. (2556). *สถิติทางวิทยาศาสตร์สุขภาพเพื่อการวิจัย*. กรุงเทพมหานคร: วิทยาพัฒน์.
- Ahn, S., Shin, S., & Joung, J. (2024). Experiences of mental health nurses in providing care to patients receiving electroconvulsive therapy in South Korea. *International Journal of Mental Health Nursing, e13423*. <https://doi.org/10.1111/inm.13423>
- American Psychiatric Association. (2024). *The Practice of Electroconvulsive Therapy: Recommendations for Treatment, Training, and Privileging* (3rd ed.). American Psychiatric Association Publishing. <https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890427118>
- Chanpattana, W., & Kramer, B. A. (2004). Electroconvulsive therapy practice in Thailand. *The Journal of ECT, 20*(2), 94–98. <https://doi.org/10.1097/00124509-200406000-00004>
- Dai, X., Zhang, R., Deng, N., Tang, L., & Zhao, B. (2024). Anesthetic influence on electroconvulsive therapy: A comprehensive review. *Neuropsychiatric Disease and Treatment, 20*, 1491–1502. <https://doi.org/10.2147/NDT.S467695>
- Faul, F., Erdfelder, E., Lang, A. G., & Buchner, A. (2007). G*Power 3: A flexible statistical power analysis program for the social, behavioral, and biomedical sciences. *Behavior Research Methods, 39*(2), 175–191. <https://doi.org/10.3758/BF03193146>
- Kittayarak, K., & Ittasakul, P. (2022). Electroconvulsive therapy practice in Thailand: A nationwide survey. *Neuropsychiatric Disease and Treatment, 18*, 2477–2484. <https://doi.org/10.2147/NDT.S385598>
- Maixner, D. F., Hermida, A. P., & McDonald, W. M. (2021). Electroconvulsive therapy is an essential procedure. *American Journal of Psychiatry, 178*(5), 381–382. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2020.20111647>

- Mishra, V., Sin Fai Lam, C. C., Calcia, M., & McMullen, I. (2021). Improving facilitation of ECT treatment for patients in an acute medical hospital. *The British Journal of Psychiatry Open*, 7(S1), S42. <https://doi.org/10.1192/bjo.2021.162>
- Mukhtar, F., Regenold, W., & Lisanby, S. H. (2023). Recent advances in electroconvulsive therapy in clinical practice and research. *Faculty Reviews*, 12, 13. <https://doi.org/10.12703/r/12-13>
- Narayan, C. L., & Deepanshu, M. (2022). Electroconvulsive therapy: A closer look into legal provisions in the MHCA, 2017. *Indian Journal of Psychological Medicine*, 44(3), 293–296. <https://doi.org/10.1177/02537176221077309>
- Priasmoro, D. P., & Lestari, R. (2025). The critical role of nurse competence and communication in enhancing the quality of care during electroconvulsive therapy (ECT): A literature review. *Nursing Information Journal*, 5(1), 140–151. <https://doi.org/10.54832/nij.v5i1.1168>
- Saitua, V., Schneider, N., & Libuy, J. (2021). Electroconvulsive therapy practice in a general hospital in Chile. *European Psychiatry*, 64(S1), S493. <https://doi.org/10.1192/j.eurpsy.2021.1318>
- Sinclair, D. J. M., Zhao, S., Qi, F., Nyakyoma, K., Kwong, J. S. W., & Adams, C. E. (2019). Electroconvulsive therapy for treatment-resistant schizophrenia. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2019(3), CD011847. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD011847.pub2>
- Stojanović, Z., Simić, K., Tepšić Ostojić, V., Gojković, Z., & Petković-Ćurčin, A. (2024). Electroconvulsive therapy in the Fourth Industrial Revolution (Review). *Biomedical Reports*, 21(4), Article 1817. <https://doi.org/10.3892/br.2024.1817>
- Taha Abd El-Raof, M., Abd El Hameed Loutfi, Z., & Elias Abdel-Aziz, A. (2022). Nurses' performance regarding care of patients undergoing electroconvulsive therapy. *Egyptian Journal of Health Care*, 13(4), 757–768. <https://doi.org/10.21608/ejhc.2022.265089>
- Thirthalli, J., Sinha, P., & Sreeraj, V. S. (2023). Clinical practice guidelines for the use of electroconvulsive therapy. *Indian Journal of Psychiatry*, 65(2), 258–269. https://doi.org/10.4103/indianjpsychiatry.indianjpsychiatry_491_22
- World Health Organization, & Office of the High Commissioner for Human Rights. (2023). *Mental Health, Human Rights and Legislation: Guidance and Practice*. World Health Organization. Retrieved June 26, 2026 from <https://www.who.int/publications/i/item/9789240080737>