



วารสารศาสตร์สุขภาพ และการศึกษา

Journal of Health Sciences
and Pedagogy

ปีที่ 6 ฉบับที่ 1 มกราคม - เมษายน 2569
Vol. 6 No.1 January - April 2026

Online ISSN : 2985-1602



JNSP

Boromarajonani College of Nursing,
Nakhon Si Thammarat





วารสารศาสตร์สุขภาพและการศึกษา
JHSP : Journal of Health Sciences and Pedagogy

ปีที่ 6 ฉบับที่ 2 พฤษภาคม - สิงหาคม 2569

วัตถุประสงค์

1. เพื่อเผยแพร่ผลงานวิจัย บทความทางวิชาการของคณะอาจารย์/บุคลากรวิทยาลัยพยาบาลในสังกัดสถาบันพระบรมราชชนก สถาบันการศึกษาต่าง ๆ บุคลากรทางการแพทย์ นักวิชาการ นักสุขภาพ ผู้ปฏิบัติงานในศาสตร์ที่เกี่ยวข้องตลอดจนศิษย์เก่าและผู้สนใจ
2. เพื่อเผยแพร่ผลงานวิจัย บทความทางวิชาการของคณะอาจารย์/บุคลากรวิทยาลัยพยาบาลในสังกัดสถาบันพระบรมราชชนก สถาบันการศึกษาต่าง ๆ บุคลากรทางการแพทย์ นักวิชาการ นักสุขภาพ ผู้ปฏิบัติงานในศาสตร์ที่เกี่ยวข้องตลอดจนศิษย์เก่าและผู้สนใจ ในด้านศิลปะการสอน การศึกษาในด้านการพยาบาล การสาธารณสุข การแพทย์ และสาขาอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง หรือขึ้นอยู่กับการพิจารณาของบรรณาธิการ
3. เพื่อสร้างเครือข่ายทางวิชาการทั้งในเครือข่ายวิทยาลัยสังกัดสถาบันพระบรมราชชนก และสถาบันวิชาชีพที่เกี่ยวข้อง และตอบสนองพันธกิจหลักในการสร้างองค์ความรู้ และการเผยแพร่ผลงานวิชาการ รวมทั้งงานวิจัยของวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครศรีธรรมราช

ขอบเขตสาขาวิชาที่รับ

ด้านการพยาบาล ได้แก่

- การพยาบาลเด็กและวัยรุ่น
- การพยาบาลมารดา ทารก และการผดุงครรภ์
- การพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ
- การพยาบาลอนามัยชุมชน
- การพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต

ด้านสาธารณสุข ได้แก่

- สาขอนามัยสิ่งแวดล้อม
- สาขาอาชีวอนามัยและความปลอดภัย
- สาขาส่งเสริมสุขภาพ
- สาขาวิทยาศาสตร์สุขภาพ
- สาขาสุขศึกษา
- สาขอนามัยชุมชน
- สาขาการบริหารโรงพยาบาล

ด้านการศึกษา

- ด้านศิลปะการสอน และการศึกษาในสาขาวิชาวิทยาศาสตร์สุขภาพ หรือสาขาอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง เช่น การแพทย์ หรือขึ้นอยู่กับการพิจารณาของบรรณาธิการ

สำนักงาน

กองบรรณาธิการวารสารศาสตร์สุขภาพและการศึกษา
วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครศรีธรรมราช
เลขที่ 11 ถนนพัฒนาการคูขวาง ตำบลในเมือง
อำเภอเมือง จังหวัดนครศรีธรรมราช 80000
โทร. 075-446059 โทรสาร 0-7431-2562
E-mail: journal.bcnakhon@gmail.com

วารสารศาสตร์สุขภาพและการศึกษา วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครศรีธรรมราช เป็นวารสารที่มีผู้ทรงคุณวุฒิ ตรวจสอบ
เนื้อหาบทความเพื่อลงตีพิมพ์จำนวน 2 - 3 ท่านต่อบทความ ขึ้นอยู่กับการพิจารณาของบรรณาธิการ และบทความหรือ
ข้อคิดเห็นใด ๆ ที่ปรากฏในวารสารศาสตร์สุขภาพและการศึกษาที่เป็นวรรณกรรมของบรรณาธิการ หรือบุคลากรในวิทยาลัย
พยาบาลบรมราชชนนี นครศรีธรรมราช หรือวิทยาลัยในสังกัดสถาบันพระบรมราชชนก ไม่จำเป็นต้องเห็นด้วย

ที่ปรึกษา

อาจารย์สุทัศน์ เหมทานนท์

ผู้อำนวยการ

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครศรีธรรมราช

บรรณาธิการ

ผู้ช่วยศาสตราจารย์วัลลภา ดิษสระ

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครศรีธรรมราช

กองบรรณาธิการ

ศาสตราจารย์ ดร.เพชรน้อย สิงห์ช่างชัย

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยคริสเตียน

ศาสตราจารย์ ดร.บุญทิพย์ ศิริธรรงศรี

สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์

มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช

(เกษียณอายุราชการ)

รองศาสตราจารย์ ดร.ศิริพันธุ์ ศิริพันธุ์

คณะพยาบาลศาสตร์

มหาวิทยาลัยนราธิวาสราชนครินทร์

รองศาสตราจารย์ ดร.วรางคณา จันทรวง

สาขาวิทยาศาสตร์สุขภาพ

มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช

รองศาสตราจารย์ ดร.โยธิน แสงวงศ์

สถาบันวิจัยประชากรและสังคม

มหาวิทยาลัยมหิดล (เกษียณอายุราชการ)

รองศาสตราจารย์ ดร. สุรชาติ ณ หนองคาย

คณะสาธารณสุขศาสตร์

มหาวิทยาลัยมหิดล (เกษียณอายุราชการ)

รองศาสตราจารย์ ดร.บุญญพัฒน์ ไชยเมล์

คณะวิทยาการสุขภาพและการกีฬา

มหาวิทยาลัยทักษิณ

รองศาสตราจารย์ ดร.สมเกียรติยศ วรเดช

คณะวิทยาการสุขภาพและการกีฬา

มหาวิทยาลัยทักษิณ

รองศาสตราจารย์ ดร.นพรัตน์ ส่งเสริม

คณะสาธารณสุขศาสตร์

มหาวิทยาลัยราชภัฏอุบลราชธานี

รองศาสตราจารย์ ดร.รัชนี สรรเสริญ

สำนักวิชาวิทยาศาสตร์สุขภาพ

มหาวิทยาลัยแม่ฟ้าหลวง

รองศาสตราจารย์ ดร.เอกรินทร์ สังข์ทอง

คณะศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

รองศาสตราจารย์ ดร.ปราณีต ส่งวัฒนา

คณะพยาบาลศาสตร์

มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

รองศาสตราจารย์ ดร.สงวน ลือเกียรติบัณฑิต

คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

รองศาสตราจารย์ ดร.จอม สุวรรณโณ

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยวลัยลักษณ์

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ประภาศ ปานเจียง

คณะศึกษาศาสตร์และศิลปศาสตร์

มหาวิทยาลัยหาดใหญ่

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.กุลวดี อภิชาติบุตร

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สุรชาติ สนิวรรณ

คณะวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี

มหาวิทยาลัยสวนดุสิต

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.วรรณรัตน์ ลาวั

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.พรชัย จุลเมตต์
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ปรียศ กิตติธีระศักดิ์
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ทพญ.จันทร์พิมพ์ หินเทาว์

ดร.ภาวดี เหมทานนท์
ดร.นงษา สิงห์วีธรรม
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.รัถยานภิศ รัชตะวรรณ
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.เบญจวรรณ ถนอมชัยวัช
ดร.ชุติมา รักษ์บางแหลม
ดร.บุญธิดา เทือกสุบรรณ
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.กิตติพร เนาว์สุวรรณ
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.พยางค์ เทพอักษร
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.รุ่งนภา จันทรา
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.จามจุรี แซ่หลู่
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.จารุวรรณ สอนองญาติ
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.เนติยา แจ่มทิม
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.มาสริน ศุภลปักษ์
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.เมทนี ระดาบุตร
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.บุศริน เอี้ยวสีหยก
ดร.ขจิต บุญประดิษฐ์
ดร.จตุพร ตันตะโนกิจ
ดร.จรรยารัตน์ รอดเนียม
Mr.Patrick Wauters

กองจัดการ

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ จันทิมา ช่วยชุม
นางสาวธนพรรณ จอมบดินทร์
นายวิชัย จิรวินกุลชัย

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์
คณะทันตแพทยศาสตร์
มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยทักษิณ
คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
นักวิชาการอิสระ (ข้าราชการเกษียณอายุ)
นักวิชาการอิสระ (ข้าราชการเกษียณอายุ)
นักวิชาการอิสระ (ข้าราชการเกษียณอายุ)
นักวิชาการอิสระ (ข้าราชการเกษียณอายุ)
วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สงขลา
วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดตรัง
วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุราษฎร์ธานี
วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครศรีธรรมราช
วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุพรรณบุรี
วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุพรรณบุรี
วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นนทบุรี
วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นนทบุรี
วิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี
วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครศรีธรรมราช
วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครศรีธรรมราช
นักวิชาการอิสระ (English Language Editor)
นักวิชาการอิสระ (English Language Editor)

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครศรีธรรมราช
วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครศรีธรรมราช
วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครศรีธรรมราช

กำหนดออก ปีละ 3 ฉบับ ดังนี้

ฉบับที่ 1 มกราคม – เมษายน

ฉบับที่ 2 พฤษภาคม – สิงหาคม

ฉบับที่ 3 กันยายน – ธันวาคม

เจ้าของ

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครศรีธรรมราช

บรรณาธิการวารสารแถลง

วารสารศาสตร์สุขภาพและการศึกษา (Journal of Health Sciences and Pedagogy) ได้ตีพิมพ์เผยแพร่บทความวิจัย/บทความวิชาการ ด้านการพยาบาล ด้านสาธารณสุข ด้านศิลปการสอน และการศึกษาในสาขาวิชาวิทยาศาสตร์สุขภาพ หรือสาขาอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง ผลงานที่เผยแพร่ทุกเรื่องต้องผ่านการประเมินคุณภาพและความถูกต้องจากผู้ทรงคุณวุฒิที่เป็นผู้เชี่ยวชาญในแต่ละสาขานั้น ๆ อย่างน้อยจำนวน 2 ท่าน เพื่อเผยแพร่ผลงานวิชาการที่มีประโยชน์ในพัฒนาการพยาบาล การสาธารณสุข และการเรียนการสอนแก่บุคลากรด้านสุขภาพด้านการศึกษาประชาชนทั่วไป และผู้ที่สนใจ วารสารศาสตร์สุขภาพและการศึกษา ได้ผ่านการรับรองคุณภาพและอยู่ในฐานข้อมูล Thai-Journal Citation Index (TCI) กลุ่มที่ 2 รอบที่ 5 ตั้งแต่วันที่ 1 มกราคม 2568 ถึงวันที่ 31 ธันวาคม 2572 โดยวารสารฉบับนี้ได้ตีพิมพ์เผยแพร่เป็นปีที่ 6 ฉบับที่ 1 มีการนำเสนอบทความวิจัย 11 บทความ บทความวิชาการ 1 บทความ

กองบรรณาธิการวารสารวิจัย ขอขอบคุณผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่านที่สละเวลาเวลาอันมีค่าของท่านเพื่อประเมินคุณภาพของบทความ และให้ข้อเสนอแนะที่เป็นประโยชน์ต่อวารสารที่จะนำมาซึ่งประโยชน์ต่อผู้อ่านและผู้มีส่วนได้เสียในการทำวิจัยครั้งนี้ และขอขอบคุณผู้สนับสนุนทุกท่านที่อนุญาตให้ตีพิมพ์เผยแพร่บทความวิชาการอันทรงคุณค่าของท่านในวารสาร ก่อให้เกิดประโยชน์ในการพัฒนานักวิชาการ นักวิจัย ให้มีคุณภาพสูงขึ้น

ทางวารสารจะพัฒนางานให้มีคุณภาพต่อไปท้ายสุดนี้ วารสารขอขอบคุณผู้อ่านทุกท่านที่ให้ความสนใจติดตามวารสารผ่านทาง <https://he02.tci-thaijo.org/index.php/JHSP> หากมีข้อเสนอแนะประการใดกรุณาส่งมาได้ที่บรรณาธิการวารสารวิทยาศาสตร์สุขภาพและการศึกษา เพื่อจะนำไปปรับปรุงและพัฒนาวารสารให้มีมาตรฐานยิ่งขึ้นต่อไป

ผู้ช่วยศาสตราจารย์วัลลภา ดิษสระ

บรรณาธิการ

สารบัญ

เรื่อง	หน้า
วัตถุประสงค์ ที่ปรึกษาและกองบรรณาธิการ บรรณาธิการวารสารแถลง บทความวิจัย (Original Article)	
1. ผลของโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพจิตตามหลัก 3 อ. 3 ลด ต่ระดับความเครียด ของนักศึกษาพยาบาลศาสตรบัณฑิต ชั้นปีที่ 1 วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสราษณ์ The Effect of a Mental Health Promotion Program Based on the 3A–3R Principle on Stress Levels Among First-Year Bachelor of Nursing Science Students at Boromarajonani College of Nursing, Surat Thani อติทยา ลิปลับ, รัตนา มานะขำนิ, ศศิกานต์ ไทยพิทักษ์, ไหมมูเนาะห์ วาปี และปนิดา พุ่มพุท Athitaya LipLap, Rattana Manachamni, Sasikarn Thaipitak, Maimunah Wapee, and Panida Pumput	e279816
2. ความชุก ความรุนแรง และการจัดการอาการตาแห้งในผู้สูงอายุ Prevalence, Severity, and Management of Day Eye In Older Adults เมชารินทร์ ชิงกุลเหื่อม, สุปรีดา มั่นคง และมุกดา เดชประพนธ์ Maycharin Seeknglueam, Supreeda Monkong and Mukda Detprapon	e280525
3. การพัฒนาแนวทางการดูแลผู้ป่วยหลังรับยาระงับความรู้สึกในห้องพักฟื้น โรงพยาบาล สะเดา จังหวัดสงขลา The Development of Post-Anesthesia Care Guideline in the Recovery Room Sadao Hospital, Songkhla Province สุชญา ลีลาเจริญทอง และ กิตติพร เนาว์สุวรรณ Suchaya Leelajaroenthong and Kittiporn Nawsuwan	e281063
4. การพัฒนารูปแบบการจัดส่งยาถึงบ้านสำหรับผู้ป่วยโรคเรื้อรังในเขตชุมชนชนบท อำเภอบ้านหมอ จังหวัดสระบุรี Development of a Home Drug Delivery Model for Chronic Disease Patients in Rural Communities, Ban Mo District, Saraburi Province. ลักขณา วงศ์เสาร์ Lakkana Wongsao	e281086

สารบัญ (ต่อ)

5. ผลของโปรแกรมการจัดการกับอาการด้วยการบริหารกายจิตแบบชี่กงวิถีไทย
ต่ออาการนอนไม่หลับในผู้ที่เป็นมะเร็งระยะท้าย e281564
Effects of a Symptom Management Program with Thai-Style Qigong Exercise on
Insomnia Among Persons with End-Stage Cancer
ปวริศา เนตรวีระ และ สุรีพร ชนศิลป์ Pawarisa Netweera and Sureeporn Thanasilp
6. ทักษะของผู้ใช้บัณฑิตเกี่ยวกับคุณลักษณะที่พึงประสงค์ของบัณฑิตพยาบาล:
การวิจัยเชิงคุณภาพ Employers' Perceptions of the Desirable Characteristics of
Nursing Graduates: A Qualitative Study e281661
ศิลปชัย ฝั้นพะยอม, ฐิติพร แสงพลอย และ นิสาชล คำนุช
Sillapachai Fhunpayom, Thitiporn Saengploy and Nisachon Khamnuch
7. ผลของโปรแกรมการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพต่อความรู้ด้านสุขภาพและ
พฤติกรรมการดูแลตนเองของเด็กวัยเรียนโรคไตเนโฟรติก e281782
Effects of the Health Literacy Program on Health Literacy and Self-Care Behaviors
of School-aged Children with Nephrotic Syndrome
เบญจวรรณ ช่วยแก้ว, เพ็ญนภา เพ็ชรเล็ก และอัคริย์ พิชัยรัตน์
Benjawan Chuaykaew, Pennapa Petchlek, and Aussaree Pichairat
8. ประสบการณ์และความท้าทายของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท
ที่มีการใช้สารเสพติดร่วม ในบริบทพหุวัฒนธรรม Experiences and Challenges of Nurses
in Caring for Patients with Schizophrenia and Co-Occurring Substance Use in a
Multicultural Context e281951
ศุภวรรณ สีแสงแก้ว, วานีตา สามะ และ นูร์โอนี คลายนา
Suphawan Sisaengkaeo, Waneeta Samoh and Noorinee Klayna

สารบัญ (ต่อ)

9. ความเป็นไปได้และการยอมรับเทคโนโลยีของการสนับสนุนการให้นมแม่ผ่าน LINE Official Account ในมารดาที่มีทารกแรกเกิดป่วยที่เข้ารับการรักษาในหออภิบาลทารกแรกเกิด: การศึกษานำร่อง Feasibility and Technology Acceptance of Breastfeeding Support Through LINE Official Account Among Mothers of Sick Newborns Admitted to the Neonatal Intensive Care Unit: A Pilot Study. e282336
กิงทิพย์ ผาสุกถ้อย และกฤษฎาภรณ์ ลบบำรุง
Kingtip Phasuktoy and Kritsadaporn Lobbamrung
10. การประเมินสัญญาณเริ่มต้นของภาวะหายใจล้มเหลวระหว่างการใช้อุปกรณ์ให้ออกซิเจน อัตราไหลสูงผ่านสายสวนจมูกในผู้ป่วยเด็ก: การทบทวนวรรณกรรมแบบกำหนดขอบเขต Early Identification of Respiratory Failure During High-Flow Nasal Cannula Therapy in Pediatric Patients: A Scoping Review e282493
ศิริวรรณ ชูกำเนิด, ณัฏฐินี ชัวชมเกต และวรรณลี ยอดรักษ์
Siriwan Chukumnird, Nattinee Chuachomket and Wanlee Yodrak
11. การใช้แอมเฟตามีนในหญิงตั้งครรภ์และภาวะความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์: การทบทวนวรรณกรรมแบบกำหนดขอบเขต e282702
Amphetamine Exposure in Pregnant Women and Hypertensive Disorders of Pregnancy: A Scoping Review
นฤมล ทองหนัก และจณิศาร์ นามไส
Narumol Thongnak and Janisa Namsai
- บทความวิชาการ
- เบื้องหลังการติดเชื้อ: ความจริงที่ซ่อนอยู่ในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่ล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่อง e280464
The Hidden Realities Behind Peritonitis Incidence in Chronic Kidney Disease Patients Undergoing Continuous Ambulatory Peritoneal Dialysis
พิมพรรณ เรืองพุทธ1 และ อิศรา ปรีชา Pimpawan Rueangphut and Itsara Preecha

สารบัญ (ต่อ)

บทความวิชาการ

การทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการควบคุมระดับความดัน
โลหิตในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง (Factors Associated with Blood Pressure Control in
Patients with Hypertension: A Systematic Review) e278151
อัยุทธิ์ ระหังภัย และกิตติพงษ์ สอนล่อม (Ayut Rahangphai and Kittipong Sornlorm)

ผลของโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพจิตตามหลัก 3 อ. 3 ลด ต่อดัชนีความเครียด
ของนักศึกษาพยาบาลศาสตรบัณฑิต ชั้นปีที่ 1 วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสราษฏร์ธานี
The Effect of a Mental Health Promotion Program Based on the 3A-3R
Principle on Stress Levels Among First-Year Bachelor of Nursing Science
Students at Boromarajonani College of Nursing, Surat Thani

อติยา ลิปลับ, รัตนา มานะขำนิ, ศศิกานต์ ไทยพิทักษ์, ไหมมูเนาะห์ วาปี และปณิดา พุ่มพุด*
Athitaya LipLap, Rattana Manachamni, Sasikarn Thaipitak, Maimunah Wapee,
and Panida Pumput*

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสราษฏร์ธานี, คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก
Boromrajonnani College of Nursing, Surat Thani, Faculty of Nursing, Praboromarajchanok Institute

(Received: January 11, 2026, Revised: May 16, 2026, Accepted July 22, 2026)

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงกึ่งทดลองแบบกลุ่มเดียววัดก่อนและหลังการทดลอง มีวัตถุประสงค์ เพื่อเปรียบเทียบระดับคะแนนความเครียดของนักศึกษาพยาบาลศาสตรบัณฑิต วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสราษฏร์ธานี ชั้นปีที่ 1 ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพจิตตามหลัก 3 อ. 3 ลด กลุ่มตัวอย่างเป็นนักศึกษาพยาบาลศาสตรบัณฑิต ชั้นปีที่ 1 จำนวน 31 คน โดยใช้การสุ่มตัวอย่างแบบง่าย และผ่านเกณฑ์การคัดเลือก เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 1) แบบประเมินความเครียดสวนปรง ชุด 20 ข้อ (SPST-20) ซึ่งมีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .91 2) โปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพจิตตามหลัก 3 อ. 3 ลด มีค่าความตรงตามเนื้อหา (CVI) เท่ากับ 1.00 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนาและสถิติทดสอบค่าที (t-test)

ผลการวิจัยพบว่า ภายหลังการเข้าร่วมโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพจิตตามหลัก 3 อ. 3 ลด นักศึกษาพยาบาลมีระดับความเครียดลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($t = 8.31, p < .001$) โดยก่อนการทดลองมีคะแนนความเครียดเฉลี่ยเท่ากับ 33.61 (S.D. = 4.24) และภายหลังการทดลองมีคะแนนความเครียดเฉลี่ยลดลงเหลือ 26.16 (S.D. = 4.84)

ผลการวิจัยครั้งนี้สะท้อนให้เห็นว่า โปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพจิตตามหลัก 3 อ. 3 ลด มีประสิทธิผลในการลดระดับความเครียดและส่งเสริมสุขภาพจิตของนักศึกษาพยาบาลในช่วงเริ่มต้นของการศึกษาระดับอุดมศึกษา ซึ่งเป็นช่วงวัยที่ต้องเผชิญกับการเปลี่ยนแปลงทั้งด้านการเรียน การปรับตัวทางสังคม และความรับผิดชอบที่เพิ่มขึ้น นอกจากนี้ โปรแกรมยังช่วยเสริมสร้างความสามารถในการจัดการความเครียด การปรับตัวต่อสถานการณ์กดดัน และการดำเนินชีวิตประจำวันได้อย่างเหมาะสม อันจะเอื้อต่อการพัฒนาคุณภาพชีวิตและประสิทธิภาพในการเรียนรู้ของนักศึกษาพยาบาลในระยะยาว

คำสำคัญ: โปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพจิตตามหลัก 3 อ. 3 ลด, ความเครียด, นักศึกษาพยาบาล

*ผู้ให้การติดต่อ (Corresponding e-mail: bpanida@bcnsurat.ac.th)

Abstract

This quasi-experimental study employed a one-group pretest–posttest design to examine the effect of a mental health promotion program based on the 3A–3R Principle on stress levels among first-year Bachelor of Nursing Science students at Boromarajonani College of Nursing, Surat Thani. The sample consisted of 31 first-year nursing students selected through simple random sampling who met the inclusion criteria. The research instruments included: (1) the Suan Prung Stress Test-20 (SPST-20), which demonstrated a reliability coefficient of .91; and (2) the Mental Health Promotion Program Based on the 3A–3R Principle, which achieved a Content Validity Index (CVI) of 1.00. Data were analyzed using descriptive statistics and paired t-test.

The results revealed that, following participation in the program, students exhibited significantly lower stress levels compared with their pre-intervention scores ($t = 8.31$, $p < .001$). The mean stress score decreased from 33.61 (SD = 4.24) before the intervention to 26.16 (SD = 4.84) after the intervention.

The findings indicate that the Mental Health Promotion Program Based on the 3A–3R Principle was effective in reducing stress levels among first-year nursing students. The program enhanced students' ability to manage stress, adapt to academic and social challenges, and maintain healthy lifestyle practices. These findings suggest that the program may be an effective strategy for promoting mental well-being and facilitating successful adjustment to university life, thereby contributing to improved quality of life and academic performance among nursing students.

Keywords: Mental Health Promotion Program Based on the 3A–3R Principle, Stress, Nursing Students

บทนำ

สุขภาพจิตเป็นองค์ประกอบพื้นฐานที่สะท้อนถึงศักยภาพของบุคคลในการคิด รับรู้อารมณ์ และปรับตัวต่อสภาวะแวดล้อมหรือแรงกดดันต่าง ๆ ได้อย่างเหมาะสม สัมพันธ์โดยตรงกับการดำเนินชีวิตอย่างสมดุลและสัมพันธ์กับผู้อื่น บุคคลที่มีสุขภาพจิตดีย่อมสามารถบริหารจัดการปัญหาและใช้ชีวิตได้อย่างมีความสุข ในทางตรงกันข้าม "ความเครียด" เป็นปัจจัยเสี่ยงสำคัญที่บั่นทอนสุขภาพจิต โดยมักเกิดขึ้นเมื่อเผชิญแรงกดดัน หรือความคาดหวังที่เกินขีดความสามารถในการปรับตัว หากขาดการจัดการที่เหมาะสม ความเครียดอาจส่งผลเสียรุนแรงทั้งทางร่างกายและจิตใจ เช่น อาการปวดศีรษะ นอนไม่หลับ พฤติกรรมแยกตัว ซึ่งหากสะสมเรื้อรังอาจนำไปสู่ภาวะซึมเศร้า วิตกกังวล หรือความเสี่ยงในการทำร้ายตนเองได้ (World Health Organization, 2022) สาเหตุของความเครียดเกิดจากปัจจัยกระตุ้นในหลายมิติ ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม โดยเฉพาะในกลุ่มวัยรุ่นและเยาวชน โดยอาการจะแตกต่างกันตามพื้นฐานอารมณ์และความสามารถในการปรับตัว จากรายงานสถานการณ์สุขภาพจิตปี 2565 และข้อมูลโครงการ Mental Health Check-in (2563–2567) พบแนวโน้มความเครียดในเยาวชนไทยสูงขึ้นถึงร้อยละ 24.83 ซึ่งถือว่าเป็นข้อมูลที่สำคัญ และสะท้อนแนวโน้มปัญหาสุขภาพจิตในวัยรุ่นที่เพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง (กรมสุขภาพจิต, 2567)

จากการศึกษาพบว่านักศึกษาพยาบาลศาสตรบัณฑิตชั้นปีที่ 1 อยู่ในช่วงวัยรุ่นตอนปลาย จัดเป็นกลุ่มที่มีความเปราะบาง อีกทั้งนักศึกษาพยาบาลที่เรียนอยู่ในชั้นปีต่ำจะมีระดับความเครียดสูงที่สุดมากกว่าชั้นปีอื่นๆ (พรรณภา เรื่องกิจ และคณะ, 2562) เนื่องด้วยต้องเผชิญภาวะเปลี่ยนผ่าน เข้าสู่ชีวิตมหาวิทยาลัย ทั้งด้านสังคม การปรับตัว การรับผิดชอบตนเองมากขึ้น และระบบการเรียนที่เข้มข้น ปัจจัยเหล่านี้ล้วนเป็นตัวกระตุ้นให้เกิดความเครียดเป็นอย่างมาก การเปลี่ยนแปลงที่อยู่อาศัยจากบ้านมาอยู่หอพัก การขาดเสรีภาพหรือความเหงาล้วนส่งผลต่อสุขภาพจิตและพฤติกรรมได้ จากการศึกษาในระดับความเครียดของนักศึกษาพยาบาล ชั้นปีที่ 1 วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ชลบุรี (กัญญาวีร์ โหมขาว และคณะ, 2564) พบว่า ส่วนใหญ่มีความเครียดระดับสูง ร้อยละ 39.64 และระดับปานกลาง ร้อยละ 38.74 โดยปัจจัยที่สัมพันธ์กับความเครียดอย่างมีนัยสำคัญ ได้แก่ ความคาดหวังต่อตนเอง การมองโลกในแง่ดี ความเข้มแข็งทางจิตใจ เจตคติต่อวิชาชีพ ความสัมพันธ์กับผู้อื่น และสภาพแวดล้อม ปัจจัยเกี่ยวข้องกับบุคลิกภาพ สุขภาพ และภาระการเรียน ส่งผลให้นักศึกษาต้องพักการเรียนหรือลาออกจาก (พรรณภา เรื่องกิจ และคณะ, 2562) เมื่อเกิดความเครียดในระดับระดับสูง โดยเฉพาะเครียดเป็นเวลานาน จะยิ่งส่งผลต่อสุขภาพกายและสุขภาพจิตตามมา ปัญหาความเครียดเหล่านี้หากไม่ได้รับการจัดการจะส่งผลกระทบต่อประสิทธิภาพการเรียนการสอน อัตราการคงอยู่ของนักศึกษา ส่งผลกระทบต่อพันธกิจของวิทยาลัยในการผลิตกำลังคนด้านสุขภาพที่มีคุณภาพสู่ระบบสาธารณสุขไทย จึงจำเป็นต้องมีการสนับสนุน และการจัดการสุขภาพจิตตั้งแต่เริ่มต้นการศึกษา เพื่อช่วยให้นักศึกษาพยาบาลมีการปรับตัวต่อความเครียดได้ดีขึ้น

จากการทบทวนวรรณกรรม การจัดการความเครียดที่มีประสิทธิภาพสามารถทำได้หลายวิธี การรับประทานอาหารในปริมาณที่มากตามอารมณ์ที่เกิดขึ้นจะช่วยผ่อนคลายความเครียดเพียงแค่วินาที แต่กลับจะมีผลเพิ่มความเสี่ยงต่อโรคอ้วนตามมา (พัชรา สิริวัฒนเกตุ และคณะ, 2559) การฝึกสติออนไลน์ช่วยลดความเครียดเฉลี่ยร้อยละ 45 (ทยาวิร์ จันทรวินธุ์ และสุหทัย โตสังวาลย์, 2564) และการออกกำลังกายมากกว่า 2 ครั้ง /สัปดาห์ มีผลช่วยลดความเครียดได้ (จิราวัฒน์ ขจรศิลป์ และ Yuan, 2562) และการได้รับอาหารที่มีคุณค่าทางโภชนาการดี มีความสัมพันธ์กับระดับฮิควสูง และส่งผลให้ความเครียดอยู่ในระดับต่ำ อีกทั้งยังพบว่าผู้ที่เลิกบุหรี่ที่ได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมร้อยละ 30 สามารถจัดการความเครียดได้ดีขึ้น (รัชตะ รอดสูงเนิน และคณะ, 2564) รวมทั้งการป้องกันการใช้แอลกอฮอล์ช่วยเพิ่มความรู้และลดพฤติกรรมการใช้แอลกอฮอล์ (Kumar et al., 2022) อย่างไรก็ตามจากการศึกษางานวิจัยที่ผ่านมาพบว่ามีวิธีการเผชิญกับความเครียดหรือการลดความเครียด ส่วนใหญ่เป็นเพียงการศึกษาที่มุ่งเน้นรูปแบบของกิจกรรมที่ลดความเครียดเพียงแค่อีกกิจกรรมในกิจกรรมหนึ่งเท่านั้น ซึ่งอาจไม่เพียงพอต่อการช่วยลดความเครียดของนักศึกษาพยาบาล จึง

ควรมีการบูรณาการทั้งการฝึกสติ การออกกำลังกาย โภชนาการ ในการช่วยลดความเครียดที่เกิดขึ้นให้กับ นักศึกษาพยาบาล

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุราษฎร์ธานี ได้ให้ความสำคัญกับประเด็นดังกล่าว จึงจัดให้มีการคัดกรอง สุขภาพจิตเบื้องต้นในนักศึกษาพยาบาลศาสตรบัณฑิตชั้นปีที่ 1 พบข้อมูลที่น่าสนใจว่านักศึกษามีความเครียดอยู่ในระดับน้อย และระดับปานกลาง ซึ่งแม้ว่ากลุ่มนี้จะไม่แสดงอาการรุนแรงทางจิตเวช แต่ในทางจิตวิทยานั้น กลุ่มที่มีความเครียดระดับร้อยละปานกลาง หากไม่ได้รับการดูแลช่วยเหลือ หรือฝึกทักษะการเผชิญความเครียด แบบเชิงรุกอย่างทันทั่วทั้งที่ ระดับความเครียดสะสมจากภาระการเรียนพยาบาลที่เพิ่มมากขึ้นในระยะยาวเมื่อ ศึกษาอยู่ในระดับชั้นปีที่สูงขึ้น อาจส่งผลให้กลุ่มนี้พัฒนาไปสู่ภาวะความเครียดระดับรุนแรง โรคซึมเศร้า หรือ เกิดภาวะหมดไฟในการเรียน (Burnout) ซึ่งจะส่งผลกระทบต่อผลสัมฤทธิ์ทางการเรียน และอัตราการคง อยู่ของนักศึกษา ในทางตรงกันข้าม หากทางวิทยาลัยฯ สามารถเข้ามาดูแลช่วยเหลือนักศึกษาตั้งแต่ในระยะ เริ่มแรกนี้ได้ จะเป็นการป้องกันการเกิดปัญหาสุขภาพจิตที่รุนแรงได้อย่างมีประสิทธิภาพสูงสุด และช่วยเหลือกลุ่ม นักศึกษาที่มีความเสี่ยงให้เปลี่ยนมาเป็นกลุ่มที่มีความเข้มแข็งทางจิตใจได้เร็วยิ่งขึ้น ที่ผ่านมาทางวิทยาลัยฯ ได้มี การดูแลนักศึกษาครอบคลุมทั้งสุขภาพกาย สุขภาพจิตและพฤติกรรม โดยให้อยู่ในความดูแลของอาจารย์ที่ ปรีกษาและอาจารย์ประจำชั้น ซึ่งเมื่อนักศึกษามีปัญหาทางด้านสุขภาพจิต สามารถติดต่อขอรับความช่วยเหลือ และมีระบบส่งต่อผู้เชี่ยวชาญทางด้านสุขภาพจิตและจิตเวชตามความเหมาะสม อีกทั้งมีจัดกิจกรรมส่งเสริมการ ปรับตัว เช่น กิจกรรมแนะแนวการใช้ชีวิต กิจกรรมกลุ่มสัมพันธ์ และกิจกรรมสร้างสัมพันธ์ภาพระหว่างนักศึกษา กับอาจารย์ อย่างไรก็ตาม กิจกรรมดังกล่าวยังเน้นการให้คำปรึกษาแบบเชิงรับรายบุคคล และการจัดกิจกรรม สันทนาการทั่วไป ซึ่งยังขาดรูปแบบโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพจิตเชิงรุกที่เป็นระบบองค์รวม และจำเพาะ เจาะจงในการพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพ เพื่อส่งผลต่อจัดการความเครียด โดยเฉพาะในกลุ่มที่มีความเครียดระดับ น้อยถึงปานกลางที่มักถูกมองข้ามจากระบบการส่งต่อทางจิตเวชทั่วไป

ดังนั้น ผู้วิจัยจึงพัฒนาโปรแกรมแนวทางการส่งเสริมสุขภาพจิต โดยนำแนวคิด “3 อ. 3 ลด” ของสถาบัน พระบรมราชชนก (สบช.โมเดล) (วิชัย เทียนถาวร, 2556) มาประยุกต์และบูรณาการพัฒนารูปแบบโปรแกรมการ ส่งเสริมสุขภาพจิตแบบองค์รวม เพื่อเป็นแนวทางในการช่วยลดระดับความเครียดที่เกิดขึ้นของนักศึกษาพยาบาล ชั้นปีที่ 1 อย่างเป็นระบบ ประกอบด้วยหลัก 3 อ. ได้แก่ อาหาร (ให้ความรู้โภชนาการด้านความเครียด) ออก กกำลังกาย (แบบแอโรบิก) และอารมณ์ (ฝึกสติเพื่อความมั่นคงทางใจ) ควบคู่กับหลัก 3 ลด ได้แก่ ลดเหล้า ลดบุหรี่ และลดอ้วน (ลดปัจจัยเสี่ยงทางพฤติกรรม) ผ่านกระบวนการเรียนรู้ด้วยสื่อวีดิทัศน์ และการฝึกลงมือปฏิบัติจริง มุ่งหวังให้เกิดผลลัพธ์เชิงรูปธรรมในการช่วยลดระดับความเครียด เสริมสร้างทักษะการปรับตัวให้นักศึกษา พยาบาลอยู่ในสังคม และสภาพแวดล้อมของสถาบันการศึกษาระดับอุดมศึกษาได้อย่างมีความสุข ทั้งยังเป็นการ วางรากฐานการมีสุขภาพจิตที่ดีอย่างยั่งยืน อันจะเป็นกำลังสำคัญในการผลิตพยาบาลที่มีคุณภาพสู่สังคมต่อไป

วัตถุประสงค์วิจัย

เพื่อเปรียบเทียบระดับความเครียดของนักศึกษาพยาบาลศาสตรบัณฑิต วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุราษฎร์ธานี ชั้นปีที่ 1 ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพจิตตามหลัก 3 อ. 3 ลด

สมมติฐาน

หลังการเข้าร่วมโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพจิตตามหลัก 3 อ. 3 ลด นักศึกษาพยาบาลศาสตรบัณฑิต วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุราษฎร์ธานี ชั้นปีที่ 1 มีระดับคะแนนความเครียดลดลง

กรอบแนวคิดการวิจัย

กรอบแนวคิดในการศึกษาครั้งนี้พัฒนาขึ้นมาจากการทบทวนวรรณกรรมโดยการประยุกต์ใช้แนวคิด “3 อ. 3 ลด” ของสถาบันพระบรมราชชนก (สบช.โมเดล) (วิชัย เทียนถาวร, 2556) ซึ่งประกอบด้วย การรับประทาน อาหารที่เหมาะสม การออกกำลังกายแบบแอโรบิก และการมีอารมณ์มั่นคงโดยการฝึกสมาธิ พร้อมทั้งลด พฤติกรรมเสี่ยง 3 ด้าน คือ ลดการดื่มแอลกอฮอล์ ลดการสูบบุหรี่ และควบคุมน้ำหนัก นำไปสู่การส่งเสริม สุขภาพจิตและลดระดับความเครียดอย่างมีประสิทธิภาพและยั่งยืน ซึ่งโปรแกรมประกอบด้วยกิจกรรมทั้งหมด 6 กิจกรรม ดังรูปภาพ 1

โปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพจิตตามหลัก 3 อ. 3 ลด

- กิจกรรมที่ 1 อารมณ์: Breathe & Be หายใจลึกพักใจช้า
- กิจกรรมที่ 2 ออกกำลังกาย: Step ลด Stress ขยับลดเครียด
- กิจกรรมที่ 3 อาหาร: Eat Smart ฉลาดกิน ลดเครียด
- กิจกรรมที่ 4 ลดบุหรี่: No Smoke! No Stress! ลดบุหรี่ ลดเครียด
- กิจกรรมที่ 5 ลดเหล้า: Alcohol & Stress Decode ลดเหล้า เบาเครียด
- กิจกรรมที่ 6 ลดอ้วน: Stress Out! ลดอ้วน ลดเครียด



ระดับความเครียด

ภาพ 1 กรอบแนวคิดของการวิจัย

ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการวิจัยเชิงกึ่งทดลองแบบกลุ่มเดียววัดก่อนและหลังการทดลอง (quasi-experimental research, one-group pretest-posttest)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการวิจัยนี้ คือ นักศึกษาพยาบาลศาสตรบัณฑิตชั้นปีที่ 1 ทั้งเพศชายและหญิง ในวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสราษฏร์ธานี จำนวน 150 คน กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาในครั้งนี้ คือ นักศึกษาพยาบาลศาสตรบัณฑิตชั้นปีที่ 1 ทั้งเพศชายและหญิง ในวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสราษฏร์ธานี จำนวน 150 คน คำนวณโดยวิเคราะห์อำนาจทดสอบ (Power analysis) ได้คำนวณค่า Effect size อ้างอิงจากงานวิจัยของผลของโปรแกรมการเสริมสร้างความแข็งแกร่งในชีวิตต่อการปรับตัวของนักศึกษาคณะพยาบาลศาสตร์ รุ่นที่ 1 มหาวิทยาลัยราชภัฏบุรีรัมย์ มาคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้โปรแกรม G* Power กำหนดระดับความเชื่อมั่นที่แอลฟา เท่ากับ 0.05 อำนาจการทดสอบเท่ากับ 0.85 ได้กลุ่มตัวอย่าง 31 คน และใช้การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างคำนวณโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป G*power กำหนดค่าขนาดอิทธิพลระดับปานกลาง (medium effect) 0.5 (Gray, Grove, & Sutherland, 2017) ค่าอำนาจการทดสอบ (power) 0.85 และค่าแอลฟา (alpha) 0.05 ได้กลุ่มตัวอย่าง 31 ราย

เกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง (inclusion criteria)

1. เป็นนักศึกษาพยาบาลศาสตรบัณฑิตชั้นปีที่ 1 ในวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสราษฏร์ธานี
2. ไม่เคยมีประวัติได้รับการรักษาและกำลังรักษาภาวะเจ็บป่วยทางจิตเวช หรือโรคประจำตัวที่ส่งผลต่อระดับความเครียด
3. มีระดับค่าคะแนนจากการใช้แบบประเมินความเครียด SPST-20 ที่มีความเครียดอยู่ในระดับน้อยถึงปานกลาง ซึ่งความเครียดระดับนี้ สามารถใช้วิธีการผ่อนคลายความเครียดด้วยการทำกิจกรรม เช่น ออกกำลังกาย เล่นกีฬา ทำสิ่งที่สนุกสนานเพลิดเพลิน ฟังเพลง อ่านหนังสือ ทำงานอดิเรก หรือพูดคุยระบายความไม่สบายใจกับผู้ที่ไว้วางใจ ซึ่งเป็นระดับความเครียดที่ยังไม่ต้องเข้ารับขอคำปรึกษาจากผู้เชี่ยวชาญเฉพาะทางจิตเวช

เกณฑ์การคัดออกกลุ่มตัวอย่าง (exclusion criteria)

1. มีโรคประจำตัวทางกายที่อาจได้รับผลกระทบจากการออกกำลังกาย เช่น โรคหัวใจ, โรคหอบหืดรุนแรง หรือปัญหาเกี่ยวกับกระดูกและข้อที่ทำให้ไม่สามารถออกกำลังกายได้ตามโปรแกรม
2. ต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลเนื่องจากอุบัติเหตุระหว่างการวิจัย
3. กำลังใช้ยาที่มีผลต่อระบบประสาทส่วนกลางหรือยาทางจิตเวช
4. มีข้อจำกัดด้านเวลาหรือไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมทั้งหมดในโปรแกรมได้อย่างครบถ้วนตามที่กำหนด
5. ไม่สนใจหรือไม่สามารถให้ข้อมูลที่ถูกต้องตามความเป็นจริงได้ตลอดระยะเวลาการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยหรือรวบรวมข้อมูลในการวิจัยครั้งนี้ มีทั้งหมด 2 เครื่องมือ ประกอบด้วย

- 1) แบบประเมินความเครียด SPST-20 เป็นเครื่องมือที่ใช้สำหรับประเมินระดับความเครียดของบุคคล ซึ่งพัฒนาโดยกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข อ้างอิง ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 20 ข้อ โดยแปลผลกลุ่มคะแนนความเครียดเป็น 4 ระดับดังนี้

ระดับคะแนน 0 – 23 คะแนน หมายถึง มีความเครียดในระดับน้อย

ระดับคะแนน 24 – 41 คะแนน หมายถึง มีความเครียดในระดับปานกลาง

ระดับคะแนน 42 – 61 คะแนน หมายถึง มีความเครียดในระดับสูง

ระดับคะแนน 62 คะแนนขึ้นไป หมายถึง มีความเครียดในระดับรุนแรง

- 2) โปรแกรมส่งเสริมสุขภาพจิตตามหลัก 3 อ. 3 ลด ซึ่งผู้วิจัยได้พัฒนาขึ้นตามแนวคิดของ สบช.โมเดล ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรม โดยมีวัตถุประสงค์ เพื่อเปรียบเทียบระดับความเครียดของนักศึกษาพยาบาล ศาสตรบัณฑิต วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุราษฎร์ธานี ชั้นปีที่ 1 ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพจิตตามหลัก 3 อ. 3 ลด. ซึ่งนำไปสู่ระดับความเครียดที่ลดลง และการปรับตัวในการใช้ชีวิตในวิทยาลัยได้ดียิ่งขึ้น ซึ่งโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพจิตตามหลัก 3 อ. 3 ลด ประกอบด้วยกิจกรรมทั้งหมด 6 กิจกรรม

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

แบ่งออกเป็น 2 ส่วน ดังนี้

1.การตรวจสอบความเชื่อมั่น (Reliability)

แบบประเมินความเครียด SPST-20 (Suanprung Stress Test-20) ได้รับการพัฒนาและตรวจสอบคุณภาพโดยนักวิจัยในประเทศไทย โดยมีค่าความเชื่อมั่น (Cronbach's Alpha Coefficient) เท่ากับ 0.91 ซึ่งสูงกว่าเกณฑ์มาตรฐานที่กำหนดไว้ที่ 0.70 แสดงว่าเครื่องมือนี้มีความเชื่อมั่นอยู่ในระดับสูง

2. การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content Validity Index: CVI) โปรแกรมการส่งเสริม

สุขภาพจิตตามหลัก 3 อ. 3 ลด นำแบบสอบถามที่ได้ออกแบบให้ผู้เชี่ยวชาญที่เกี่ยวข้องประเมิน จำนวน 3 ท่าน ประกอบด้วย อาจารย์สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช 2 ท่าน และอาจารย์พยาบาลที่มีความเชี่ยวชาญด้านการพัฒนาโปรแกรม ตรวจสอบความตรงเกี่ยวกับความเหมาะสมของวัตถุประสงค์กับกิจกรรม ความเหมาะสมของแนวคิดกับกิจกรรม ความเหมาะสมของระยะเวลาเกี่ยวกับกิจกรรม ความเหมาะสมของวิธีการดำเนินการกับกิจกรรม จากผลการประเมิน พบว่า กิจกรรมทั้ง 6 กิจกรรมในโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพจิตตามหลัก 3 อ. 3 ลด พบว่ากิจกรรมทั้งหมด 6 กิจกรรม มีค่า CVI เท่ากับ 1.00 ซึ่งสูงกว่าเกณฑ์มาตรฐาน 0.80 แสดงว่า โปรแกรมส่งเสริมสุขภาพจิตตามหลัก 3 อ. 3 ลด มีความตรงตามเนื้อหาทั้งฉบับอยู่ในระดับดีมาก มีความเหมาะสมที่จะนำไปใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล จากนั้นทดลองใช้โปรแกรมกับนักศึกษาที่มีลักษณะใกล้เคียงกลุ่มตัวอย่างจำนวน 10 คน พบว่าโปรแกรมมีความเป็นไปได้ มีความน่าสนใจของเนื้อหา และความเหมาะสมของระยะเวลาในการดำเนินกิจกรรม จากนั้นนำไปใช้จริงกับนักศึกษาที่ผ่านเกณฑ์คัดเลือก

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1.ขั้นก่อนการทดลอง

- 1.1 ผู้วิจัยจัดทำหนังสือขอร้องการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากสำนักงานคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุราษฎร์ธานี และได้รับการอนุมัติให้ดำเนินการวิจัย
- 1.2 หลังได้รับการรับรองจริยธรรม ผู้วิจัยขออนุญาตจากผู้อำนวยการวิทยาลัยฯ เพื่อดำเนินการเก็บข้อมูลวิจัย

1.3 ผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์ ประโยชน์จากการเข้าร่วมโครงการวิจัย ตลอดจนการพิทักษ์สิทธิ์ให้กับกลุ่มตัวอย่างได้รับทราบ พร้อมลงลายมือชื่อยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย

1.4 ผู้วิจัยอธิบายกระบวนการวิจัยขั้นตอนการทำกิจกรรมตามโปรแกรมให้กับกลุ่มตัวอย่างได้รับทราบ พร้อมสอบถามและตอบข้อสงสัย หากกลุ่มตัวอย่างมีข้อคำถาม

2. **ขั้นการทดลอง** ผู้วิจัยเริ่มดำเนินกิจกรรมกับกลุ่มตัวอย่างตามแผนของโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพจิตตามหลัก 3 อ. 3 ลด ทั้งหมด 6 กิจกรรม ระยะเวลา 3 สัปดาห์ โดยผู้วิจัยมีการติดตามการเข้าร่วมกิจกรรมผ่านช่องทางแอปพลิเคชันไลน์ เพื่อยืนยันว่ากลุ่มตัวอย่างได้รับเข้าร่วมกิจกรรมครบถ้วนตามเงื่อนไขที่โปรแกรมกำหนดดังตารางต่อไปนี้

ตาราง 1 การเก็บรวบรวมข้อมูลในขั้นทดลอง

สัปดาห์ที่	วันที่ปฏิบัติในแต่ละกิจกรรม	ชื่อกิจกรรม	รายละเอียด	ระยะเวลา
1 – 3 (สัปดาห์ที่ 2 และ 3 ทำ กิจกรรม ซ้ำ เหมือน สัปดาห์ที่ 1)		ปฐมนิเทศ กิจกรรมก่อน เริ่มทดลอง	1. ผู้วิจัย แนะนำตัว เพื่อให้ผู้เข้าร่วมโปรแกรมวิจัยทราบ 2.แนะนำชื่อโปรแกรมวิจัยและอธิบายความสำคัญตามแนวคิดหลัก (3 อ. 3 ลด: อาหาร ออกกำลังกาย อารมณ์ ลดเหล้า ลดบุหรี่ ลดอ้วน) 3. การชี้แจงวัตถุประสงค์ของโปรแกรมวิจัย และวิธีการเข้าร่วม ชี้แจงกำหนดการ และเวลาในแต่ละสัปดาห์ของกิจกรรมทั้ง 6 กิจกรรม ตลอดระยะเวลา 3 สัปดาห์	1 ชั่วโมง
	จันทร์ พุธ ศุกร์ (กิจกรรมที่ 1 และ 2)	กิจกรรมที่ 1 อารมณ์ : Breathe & Be หายใจลึก พัก ใจช้า	1. ทำนั่งฝึกสมาธิ นศ ต้องนับถือศาสนาพุทธ หรือไม่ ควรนั่ง ทำขัดสมาธิ เท้าขาพับบนเท้าซ้ายเอามือซ้ายวางบนหน้าหน้าตักเท้าขวา แล้วเอามือข้างขวาทับบนมือซ้าย นั่งตัวตรง ปล่อยวาง ความรู้สึกนึกคิดให้ว่าง 2. กำหนดลมหายใจเข้าออกพร้อมทั้งนึกในใจว่า “เข้า” เมื่อหายใจเข้า และ “ออก” เมื่อหายใจออกจนจิตสงบ 3. การติดตามลมหายใจ เป็นการใช้สติประคองจิตให้อยู่กับลมหายใจเข้าออก โดยสังเกตที่จุดกระทบ เช่น ปลายจมูกหรือทรวงอก หายใจตามธรรมชาติและ	15 นาที

สัปดาห์ที่	วันที่ปฏิบัติ ในแต่ละ กิจกรรม	ชื่อกิจกรรม	รายละเอียด	ระยะ เวลา
			กำหนดรู้ทุกครั้ง เพื่อให้จิตอยู่กับปัจจุบันอย่างต่อเนื่อง การเสริมด้วยดนตรีบรรเลงช่วยสร้างบรรยากาศที่มีความผ่อนคลาย ช่วยลดความตึงเครียด และเพิ่มสมาธิ ดนตรีทำหน้าที่เป็นสิ่งคำจูงทางอารมณ์ ทำให้ผู้ปฏิบัติ เกิดความสงบและจดจ่อตามลมหายใจได้ง่ายขึ้น	
		กิจกรรมที่ 2 ออกกำลังกาย: Step ลด Stress	1. เริ่มด้วยการ Warm up ระยะเวลา 5 นาที เช่น เดินช้า หมุนข้อ และยืดกล้ามเนื้อเบาๆ 2. เต้นแอโรบิก ต่อเนื่อง ระยะเวลา 20 นาที 3. Cool Down ระยะเวลา 5 นาที ด้วยการยืดเหยียดกล้ามเนื้อ	30 นาที
	อังคาร พฤหัสบดี (กิจกรรมที่ 3,4,5 และ 6)	กิจกรรมที่ 3 อาหาร : Eat Smart ลดเครียด	ชมสื่อวิดีโอที่ให้ความรู้เกี่ยวกับความสัมพันธ์ระหว่างความเครียดกับพฤติกรรมการกินอาหาร โดยอธิบายถึงภาวะความเครียดทำให้ร่างกายหลั่งฮอร์โมนคอร์ติซอล ซึ่งส่งผลให้เกิดความอยากอาหารที่มีรสหวานและไขมันสูง นำไปสู่การกินตามอารมณ์และการกินโดยไม่รู้ตัว จนเกิดปัญหาการบริโภคเกินความจำเป็น และน้ำหนักตัวเพิ่มขึ้น กลายเป็นวงจรที่ส่งผลเสียต่อสุขภาพทั้งกายและใจ โดยการรับชมวิดีโอซึ่งได้เสนอข้อมูลเกี่ยวกับอาหารที่มีส่วนช่วยในการบรรเทาความเครียดและส่งเสริมสุขภาพจิต	ชมสื่อ วิดีโอ สัปดาห์ ละ 2 ครั้ง
		กิจกรรมที่ 4 ลดเหล้า: Alcohol & Stress Decode	ชมสื่อวิดีโอที่อธิบายถึงความเข้าใจเกี่ยวกับแอลกอฮอล์ ว่าช่วยคลายเครียดได้เพียงระยะสั้นๆ เท่านั้น ซึ่งแท้จริงแล้วแอลกอฮอล์มีผลต่อระบบสมองที่ควบคุมความเครียดทำงานผิดปกติในระยะยาว โดยจะเน้นที่การทำงานของสารสื่อประสาท GABA ที่ลดลงจากการดื่มเป็นประจำ ซึ่งเป็นสาเหตุของอาการขาดสุราที่รุนแรงกว่าเดิม และสรุปด้วยการกระตุ้นให้ผู้เข้าร่วมโปรแกรมตระหนักว่าการดื่มแอลกอฮอล์ไม่ใช่ทางออกที่ยั่งยืนสำหรับความเครียด	ชมสื่อ วิดีโอ สัปดาห์ ละ 2 ครั้ง
		กิจกรรมที่ 5 ลดบุหรี่: No Smoke	ชมสื่อวิดีโอที่อธิบายถึงการใช้บุหรี่ ที่ส่งผลต่อความเครียด โดยกระตุ้นสมองให้หลั่งโดปามีนและสารสื่อประสาท ทำให้รู้สึกผ่อนคลายชั่วคราว แต่เมื่อ	ชมสื่อ วิดีโอ

สัปดาห์ที่	วันที่ปฏิบัติ ในแต่ละ กิจกรรม	ชื่อกิจกรรม	รายละเอียด	ระยะ เวลา
		No Stress	ฤทธิ์ของนิโคตินหมด ระดับสารเหล่านี้จะต่ำกว่าปกติ ทำให้เกิดการถอน เช่น หงุดหงิด วิตกกังวล และความต้องการสูบบุหรี่ ทำให้เกิดวงจรความเครียด-การสูบบุหรี่ มีผลให้ประสิทธิภาพในการต้านความเครียดลดลง เมื่อเทียบกับผู้ที่ไม่สูบบุหรี่ และสรุปด้วยการกระตุ้นให้ผู้เข้าร่วมโปรแกรม ตระหนักว่าการสูบบุหรี่ไม่ใช่ทางออกที่ดีสำหรับการจัดการกับความเครียด	สัปดาห์ ละ 2 ครั้ง
		กิจกรรมที่ 6 ลดอ้วน: Stress Out ลดอ้วน ลด เครียด	สื่อวีดิทัศน์นำเสนอละครสั้น เล่าเกี่ยวกับนักศึกษาพยาบาลที่กังวลว่าตนเองอ้วนขึ้น จนได้เรียนรู้จากภาวะอ้วนกระตุ้นการอักเสบในร่างกาย และการทำงานของภาวะอ้วนกระตุ้น แกนประสาน ไฮโปทาลามัส ต่อมใต้สมอง ต่อมหมวกไต ทำให้คอร์ติซอลสูง ส่งผลต่อสมอง และร่างกาย อารมณ์แปรปรวน เกิดวงจร “ความอ้วน ความเครียด” จึงเกิดความเครียดเรื้อรัง วิดีทัศน์ได้นำเสนอแนวทางแก้ไข ได้แก่ การออกกำลังกาย การนอนหลับพักผ่อนให้เพียงพอ การเลือกรับประทานอาหารที่มีประโยชน์ และการจัดการความเครียดอย่างเหมาะสม เพื่อปรับสมดุลฮอร์โมนคอร์ติซอลและลดความเสี่ยงจากความอ้วนและความเครียด ส่งผลให้ผู้เข้าร่วมโปรแกรมมีทางออกที่ดีสำหรับการลดอ้วน และลดเครียด	ชมสื่อ วีดิทัศน์ สัปดาห์ ละ 2 ครั้ง

3.ขั้นหลังการทดลอง

ภายหลังสิ้นสุดโปรแกรม ผู้วิจัยประเมินระดับความเครียดของกลุ่มตัวอย่างอีกครั้ง ด้วยแบบประเมิน SPST-20 และเก็บรวบรวมข้อมูล เพื่อนำไปวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลด้วยการใช้สถิติเชิงพรรณนา ใช้ในการอธิบายลักษณะทั่วไปของข้อมูล และแสดงระดับความเครียดของกลุ่มตัวอย่างก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรม โดยคำนวณค่าต่าง ๆ ได้แก่ ค่าร้อยละ (Percentage), ค่าเฉลี่ย (Mean) และ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation: SD) และทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นโดยใช้สถิติ Kolmogorov - Smirnov Test พบว่าการแจกแจงแบบปกติ ($p > .05$) ผู้วิจัยจึงวิเคราะห์ข้อมูล โดยใช้สถิติ Paired Samples t-test เพื่อเปรียบเทียบระดับความเครียดของกลุ่มตัวอย่างเดียวกันก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรม

จริยธรรมวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ผ่านการรับรองการทำวิจัยในมนุษย์จากสำนักงานคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ เลขที่ 2025/34 วันที่ 22 กันยายน 2568 วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุราษฎร์ธานี โดยก่อนการเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยได้ทำการชี้แจงรายละเอียดและขอความยินยอมโดยสมัครใจ (Informed Consent) จากกลุ่มตัวอย่างในการให้ข้อมูลครั้งนี้ก่อนการเข้าร่วมโครงการ และอธิบายให้กลุ่มตัวอย่างทราบว่าคำตอบหรือข้อมูลส่วนบุคคลทุกอย่างของผู้เข้าร่วมวิจัยจะปกปิดเป็นความลับจะไม่มีการเปิดเผยชื่อและข้อมูลส่วนบุคคลให้ผู้ที่ไม่เกี่ยวข้องทราบผลการศึกษานำเสนอในภาพรวมเท่านั้น โดยกลุ่มตัวอย่างสามารถถอนตัวจากการเข้าร่วมการศึกษาได้ตลอดเวลา และหากมีข้อสงสัยสามารถสอบถามผู้วิจัยได้โดยก่อนการสัมภาษณ์มีการให้ลงชื่อเข้าร่วมการวิจัย

ผลการวิจัย

1. กลุ่มตัวอย่างเป็นนักศึกษาพยาบาลศาสตรบัณฑิตชั้นปีที่ 1 ที่กำลังศึกษาในหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิตของวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุราษฎร์ธานี จำนวนทั้งสิ้น 31 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง จำนวน 28 คน คิดเป็นร้อยละ 90.32 และเพศชาย จำนวน 3 คน คิดเป็นร้อยละ 9.68

2. ระดับคะแนนความเครียดของกลุ่มตัวอย่างก่อนการทดลองใช้โปรแกรม ส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลางจำนวน 30 คน คิดเป็น ร้อยละ 96.77 และมีคะแนนความเครียดอยู่ในระดับน้อย จำนวน 1 คน คิดเป็นร้อยละ 3.23 และหลังการทดลองใช้โปรแกรม พบว่า สัดส่วนของกลุ่มตัวอย่างมีการเปลี่ยนแปลงในทิศทางที่ดีขึ้นอย่างชัดเจน กลุ่มตัวอย่างมีระดับความเครียดลดลง คือ อยู่ในระดับปานกลางจำนวน 19 คน คิดเป็นร้อยละ 61.29 และมีจำนวนกลุ่มตัวอย่างที่มีระดับความเครียดอยู่ในระดับน้อยเพิ่มขึ้นเป็น 12 คน คิดเป็นร้อยละ 38.71 ดังตาราง 2

ตาราง 2 แสดงเปรียบเทียบจำนวนและร้อยละของนักศึกษาพยาบาลศาสตรบัณฑิตชั้นปีที่ 1 วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุราษฎร์ธานี จำแนกตามระดับความเครียดก่อนและหลังการทดลองใช้โปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพจิต (n=31)

ระดับคะแนนความเครียด	ก่อนทดลอง		หลังทดลอง	
	จำนวน (คน)	ร้อยละ(%)	จำนวน (คน)	ร้อยละ (%)
ระดับน้อย	1	3.23	12	38.71
ระดับปานกลาง	30	96.77	19	61.29
ระดับสูง	0	-	-	-
ระดับรุนแรง	0	-	-	-
รวม	31	100	31	100

3. ผลการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความเครียดก่อนและหลังการทดลอง

ตาราง 3 เปรียบเทียบคะแนน ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของระดับความเครียดก่อนและหลังการทดลองใช้โปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพจิตตามหลัก 3 อ. 3 ลด ของของนักศึกษาพยาบาลศาสตรบัณฑิต ชั้นปีที่ 1 วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุราษฎร์ธานี ($n = 31$)

ตัวแปร	ก่อนทดลอง		หลังทดลอง		t	df	p-value
	$\bar{X}$	S.D.	$\bar{X}$	S.D.			
ระดับความเครียด	33.61	4.24	26.16	4.84	8.31	30	< 0.001*

* $p < .05$

จากตาราง 3 พบว่าคะแนนความเครียดหลังการทดลอง ค่าเฉลี่ย (Mean) = 26.16, ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.) = 4.84 ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เมื่อเทียบกับก่อนการทดลอง ค่าเฉลี่ย (Mean) = 33.61, ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.) = 4.24 โดยมีค่าสถิติ t -test = 8.31 ค่าสถิติ $df = 30$ และค่าความน่าจะเป็น $p = .001$ ($p < .05$) แสดงให้เห็นว่าโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพจิตตามหลัก 3 อ. 3 ลด มีผลทำให้นักศึกษามีความเครียดลดลงอย่างแท้จริง

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล พบว่า หลังการทดลองใช้โปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพจิตตามหลัก 3 อ. 3 ลด เป็นเวลา 3 สัปดาห์ นักศึกษาพยาบาลกลุ่มทดลองมีระดับความเครียดลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 เมื่อเปรียบเทียบกับก่อนการทดลอง แสดงให้เห็นว่าโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพจิตตามหลัก 3 อ. 3 ลด มีประสิทธิภาพในการช่วยลดระดับความเครียดของนักศึกษาพยาบาลศาสตรบัณฑิตชั้นปีที่ 1 ได้อย่างชัดเจน และสามารถนำไปประยุกต์ใช้เป็นแนวทางในการส่งเสริมสุขภาพจิตของนักศึกษาพยาบาลในสถาบันการศึกษาระดับอุดมศึกษาได้อย่างเหมาะสม

การอภิปรายผล

ผู้วิจัยอภิปรายผลตามวัตถุประสงค์การวิจัย ดังนี้

1. เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพจิตตามหลัก 3 อ. 3 ลด ที่มีต่อระดับความเครียดของนักศึกษาพยาบาลศาสตรบัณฑิต ชั้นปีที่ 1 วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุราษฎร์ธานี ผลการวิจัยพบว่า ภายหลังการเข้าร่วมโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพจิตตามหลัก 3 อ. 3 ลด นักศึกษาพยาบาลศาสตรบัณฑิต ชั้นปีที่ 1 มีระดับความเครียดลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ผลลัพธ์นี้สะท้อนให้เห็นถึงประสิทธิภาพของโปรแกรมที่มีจุดเด่นสำคัญในการส่งเสริมสุขภาพจิตแบบองค์รวม (Holistic Approach) ซึ่งไม่ได้มุ่งเน้นเพียงวิธีการลดความเครียด ด้วยการบำบัดทางจิตใจเพียงอย่างเดียว หรือมุ่งเน้นกิจกรรมเพียงแค่งิจกรรมเดียว เช่น การเน้นเพียงการฝึกสติ หรือการออกกำลังกายเพียงเท่านั้น เนื่องด้วยความเครียดของนักศึกษาพยาบาลมีสาเหตุที่ซับซ้อน ดังนั้นการแก้ปัญหาด้วยวิธีเดียวจึงไม่ยั่งยืนเท่ากับการปรับพฤติกรรมสุขภาพแบบองค์รวม (Holistic) ที่มีการบูรณาการตามหลัก 3 อ. 3 ลด ผสมผสานกิจกรรมต่างๆ ทั้งการฝึกสติ เพื่อความมั่นคงทางจิตใจ อาหาร การออกกำลังกาย และลดปัจจัยเสี่ยงทางพฤติกรรม ได้แก่ ลดเหล้า ลดบุหรี่ และลดอ้วน ผ่านกระบวนการเรียนรู้ด้วยสื่อวีดิทัศน์ และการฝึกลงมือปฏิบัติจริง จึงช่วยให้ผู้เข้าร่วมโปรแกรม มีความรู้ ความเข้าใจ และตระหนักถึงการดูแลสุขภาพกายที่ส่งผลต่อสุขภาพจิตของตนเองเพิ่มมากขึ้น สามารถนำไปประยุกต์ใช้

ในชีวิตประจำวันได้อย่างเหมาะสม ควบคุมอารมณ์และผ่อนคลายจากความเครียดที่เกิดขึ้นได้อย่างมีประสิทธิภาพ สร้างความแข็งแรงทางกายและเกราะป้องกันทางจิตใจ เกิดสมดุลของชีวิตทั้งสุขภาพกายและจิต จากโปรแกรมที่มีความครอบคลุมของงานวิจัยนี้ ผลการวิจัยนี้สอดคล้องกับแนวคิด “3 อ. 3 ลด” ของสถาบันพระบรมราชชนก โดย วิชัย เทียนถาวร (2556) ซึ่งเป็นแนวทางการส่งเสริมสุขภาพแบบองค์รวมที่มุ่งเน้นการดูแลสุขภาพทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และอารมณ์ ควบคู่กับการลดพฤติกรรมเสี่ยง ได้แก่ การลดอ้วน การลดบุหรี และการลดสุรา อันเป็นปัจจัยที่ช่วยลดระดับความเครียดและส่งเสริมสุขภาพจิตที่ดีได้อย่างยั่งยืน และสอดคล้องกับการศึกษาของ ปภาสินี แซ่ตั่ว และคณะ (2568) พบว่า การลดน้ำหนักหรือการลดอ้วนมีความสัมพันธ์กับการควบคุมอารมณ์เป็นอย่างดี ความเครียดเป็นปัจจัยกระตุ้นให้เกิดพฤติกรรมรับประทานอาหาร เพื่อเป็นการระบายอารมณ์ หรือที่เรียกว่า ภาวะ “ยิ่งเครียด ยิ่งกิน” หรือ “จิตเป็นนาย กายเป็นบ่าว” ฉะนั้นการที่ผู้เข้าร่วมโปรแกรมสามารถควบคุมอารมณ์ได้ จึงเป็นการลดวงจรการความเครียด มีผลต่อการควบคุมน้ำหนักหรือลดอ้วนด้วย ทำให้เกิดผลลัพธ์ที่ดีทั้งทางด้านจิตใจและร่างกาย ผ่อนคลายอารมณ์และความเครียด จึงสะท้อนให้เห็นว่ารูปแบบการผสมผสานกิจกรรมที่ใช้ในการลดความเครียด จะได้ผลดีกว่าการมุ่งเน้นให้เพียงแค่งิจกรรมใดกิจกรรมหนึ่งเพียงอย่างเดียวเท่านั้น

2. เพื่อเปรียบเทียบระดับความเครียดก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพจิตตามหลัก 3 อ. 3 ลด ของนักศึกษาพยาบาลศาสตรบัณฑิต ชั้นปีที่ 1 ผลการวิจัยพบว่า หลังการทดลองใช้โปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพจิตตามหลัก 3 อ. 3 ลด เป็นระยะเวลา 3 สัปดาห์ กลุ่มตัวอย่างมีระดับความเครียดลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 เมื่อเทียบกับก่อนการเข้าร่วมโปรแกรม ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานของผู้วิจัย การลดลงของระดับความเครียดนี้เกิดจากการเข้าร่วมกิจกรรมทั้ง 6 กิจกรรมภายใต้หลักการ 3 อ. 3 ลด ซึ่งออกแบบให้ตอบสนองต่อปัจจัยหลายมิติของความเครียด ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และพฤติกรรม โดยใช้กระบวนการถ่ายทอดความรู้ผ่านสื่อวีดิทัศน์ เช่น Eat Smart ฉลาดกิน ลดเครียด, No Smoke! No Stress! ลดบุหรี ลดเครียด, Alcohol & Stress Decode ลดเหล้า เบาเครียด, และ Stress Out! ลดอ้วน ลดเครียด ที่มีเนื้อหาชัดเจน เข้าใจง่าย และน่าสนใจ อีกทั้งการใช้สื่อวีดิทัศน์ช่วยลดข้อจำกัดเรื่องเวลาและสถานที่ ซึ่งสอดคล้องกับวิถีชีวิตของนักศึกษาพยาบาลที่มีตารางเรียนแน่น สื่อที่เป็นรูปภาพและเสียงช่วยให้เกิดการจดจำเนื้อหา และกระตุ้นความสนใจได้ดีกว่าบรรยายเพียงอย่างเดียว ส่งผลให้เกิดความตระหนักรู้และเข้าใจกลไกของความเครียด นำไปสู่การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมจัดการกับความเครียดได้อย่างเหมาะสมและถูกวิธี สอดคล้องกับการศึกษาของปิยะณัฐ อักษรดี และธีราภรณ์ พลายเล็ก (2564) ว่าผลการใช้สื่อวิดีโอแบบมีปฏิสัมพันธ์ สามารถช่วยเพิ่มความเข้าใจและพัฒนาผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สื่อที่เป็นวิดีโอจะช่วยให้เชื่อมโยงเนื้อหากับประสบการณ์ของผู้เรียนได้อย่างเป็นรูปธรรมโดยองค์ประกอบของโปรแกรม 3 อ. มีบทบาทสำคัญในการแก้ปัญหาความเครียดได้แก่

ด้าน อ อาหาร การให้ความรู้เรื่องโภชนาการและสุขภาพจิตผ่านกลไก Gut-Brain Axis ช่วยให้เข้าใจว่า การรับประทานอาหารที่มีสารอาหารที่ดีต่อระบบประสาท เช่น โพรไบโอติก หรือสารต้านอนุมูลอิสระในซ็อกโกแลตเข้มข้น สามารถช่วยลดความเครียดได้ สอดคล้องกับการศึกษาพบว่า การบริโภคโพรไบโอติก Lactobacillus plantarum P-8 ช่วยลดอาการวิตกกังวล (Ma et al.,2021) และพบว่าโพลีฟีนอลในดาร์กช็อกโกแลตช่วยรักษาสมรรถนะทางการรู้คิดภายใต้ภาวะเครียดได้อย่างมีประสิทธิภาพ (Sasaki et al.,2024)

ด้าน การจัดกิจกรรม Breathe & Be หายใจลึกพักใจช้า ช่วยให้ผู้เรียนฝึกการหายใจลึกและการผ่อนคลายกล้ามเนื้อ ซึ่งเป็นเทคนิคที่ช่วยลดการกระตุ้นของระบบประสาทซิมพาเทติกและเพิ่มสมาธิ ทำให้สามารถจัดการอารมณ์ได้ดีขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาผลการฝึกควบคุมอารมณ์ว่าช่วยพัฒนาความฉลาดทางอารมณ์และลดความเครียดได้จริง (ภัทรวดี ศรีนวล, 2562)

ด้าน อ ออกกำลังกาย กิจกรรม Step ลด Stress ขยับลดเครียด กระตุ้นให้ผู้เรียนเคลื่อนไหวร่างกายสม่ำเสมอ ซึ่งส่งผลให้เกิดการหลั่งสารเอ็นดอร์ฟินและโดปามีนที่ช่วยสร้างความสุขและลดความวิตกกังวล

สอดคล้องกับการศึกษาพบว่าการออกกำลังกาย โดยเฉพาะแบบแอโรบิก มีผลต่อการลดความเครียดและเพิ่มความยืดหยุ่นทางอารมณ์ (Pascoe et al.,2021)

สำหรับองค์ประกอบ “3 ลด” พบว่าช่วยแก้ปัญหาพฤติกรรมที่เป็นปัจจัยกระตุ้นความเครียดได้อย่างตรงจุด ได้แก่

ลดเหล้า สอดคล้องกับการศึกษาพบว่าโปรแกรมป้องกันการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ช่วยเพิ่มความรู้และเจตคติที่ถูกต้องเกี่ยวกับการบริโภค ลดการดื่ม และลดปัญหาทางอารมณ์ที่ตามมา (Kumar et al.,2022)

ลดบุหรี่ สอดคล้องกับการศึกษาของ Ren et al. (2024) พบว่าการสูบบุหรี่ก่อให้เกิดวงจรความเครียด-การสูบบุหรี่ซ้ำ การให้ความรู้และสร้างความตระหนักช่วยให้ผู้เรียนเข้าใจผลกระทบทางระบบประสาท โดยเฉพาะการขัดขวางการหลั่งฮอร์โมนออกซิโทซิน ซึ่งเป็นฮอร์โมนสำคัญที่ช่วยลดความวิตกกังวลและเพิ่มความยืดหยุ่นทางอารมณ์ (Takayanagi & Onaka, 2022)

ลดอ้วน สอดคล้องกับการศึกษาพบว่าความเครียดและภาวะอ้วนมีความสัมพันธ์กันแบบสองทาง การจัดการความเครียดช่วยลดพฤติกรรมการกินจากอารมณ์ (Emotional Eating) และควบคุมน้ำหนักได้อย่างมีประสิทธิภาพ (Kumar et al.,2022)

สรุป โปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพจิตตามหลัก 3 อ. 3 ลด มีประสิทธิผลอย่างยิ่งในการแก้ไขและลดระดับความเครียดของนักศึกษาพยาบาล เนื่องจากการบูรณาการแนวทางส่งเสริมสุขภาพแบบองค์รวมที่อิงหลักฐานเชิงประจักษ์กับกระบวนการถ่ายทอดความรู้ที่เข้าใจง่ายและเข้าถึงได้ ครอบคลุมทั้งด้านกาย จิตใจ และพฤติกรรม ส่งผลให้นักศึกษาสามารถปรับตัว พัฒนาทักษะการจัดการความเครียด และส่งเสริมสุขภาพจิตของตนเองได้อย่างมีประสิทธิภาพตามวัตถุประสงค์ของการวิจัย

การนำผลการวิจัยไปใช้

ควรนำผลการศึกษานี้ไปประยุกต์ใช้จริงในกิจกรรมพัฒนานักศึกษา และจัดกิจกรรมเชิงนโยบายที่สนับสนุนโปรแกรม เช่น ด้านอาหาร ประสานงานคณาจารย์ในวิทยาลัยให้มีเมนูสุขภาพ หรืออาหารที่ช่วยลดความเครียด ด้านออกกำลังกายมีการจัดพื้นที่และช่วงเวลา “Happy Hour” ให้กับนักศึกษาพยาบาล และมีการใช้แบบประเมิน SPST -20 เป็นเครื่องมือคัดกรองสุขภาพจิตพื้นฐาน สำหรับนักศึกษาทุกคนก่อนเริ่มภาคการศึกษา เพื่อส่งเสริมสุขภาพจิตของนักศึกษาพยาบาลในทุกชั้นปีอย่างต่อเนื่อง

ข้อเสนอแนะในวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการติดตามผลระดับความเครียดของนักศึกษาหลังการเข้าร่วมโปรแกรมในระยะยาว เช่น 1 เดือน 3 เดือน และ 6 เดือน เพื่อประเมินประสิทธิผลของโปรแกรมในระยะต่อเนื่อง
2. ควรขยายการศึกษาไปยังนักศึกษาพยาบาลชั้นปีอื่น หรือสถาบันอื่น เพื่อเปรียบเทียบผลของโปรแกรมในบริบทที่แตกต่างกัน และเพิ่มความน่าเชื่อถือของผลการวิจัย
3. ควรมีการศึกษาต่อในรูปแบบการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) เพื่อปรับปรุงและพัฒนาโปรแกรมให้มีความเหมาะสมและสามารถประยุกต์ใช้ได้จริงในระยะยาว
4. ควรศึกษาปัจจัยอื่นๆ ที่อาจมีอิทธิพลต่อระดับความเครียด เช่น การสนับสนุนทางสังคม ทักษะการเผชิญปัญหา หรือความฉลาดทางอารมณ์ เพื่อใช้ในการออกแบบกิจกรรมเสริมเพิ่มเติมให้โปรแกรมมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

เอกสารอ้างอิง

- กัญญาวิณัฏฐ์ โมกขขาว, วรพนิต ศุภระแพทย์, และวลัยนารี พรหมลา. (2564). ผลของโปรแกรมการจัดการความเครียดต่อระดับความเครียดและความสามารถในการจัดการความเครียดของนักศึกษาพยาบาล. *วารสารพยาบาลทหารบก*, 22(2), 355–363.
- กรมสุขภาพจิต. (2567). รายงานสถานการณ์สุขภาพจิตคนไทยผ่านระบบ *Mental Health Check-in* (พ.ศ. 2563–2567). กระทรวงสาธารณสุข. <https://checkin.dmh.go.th>.
- จิราวัฒน์ ขจรศิลป์ และ Fang Yuan. (2562). การเปรียบเทียบการออกกำลังกายกับการลดความเครียดทางจิตของนักศึกษาที่ศึกษาในต่างประเทศ–กรณีศึกษานักศึกษาจีน ณ มหาวิทยาลัยบูรพา. *วารสารวิชาการสถาบันการพลศึกษา*, 11(1), 235–242.
- ณรงกรณ์ ชัยวงศ์ และณิชาภัทร มณีพันธ์. (2563). ผลของโปรแกรมการเสริมสร้างความแข็งแกร่งในชีวิตต่อการปรับตัวของนักศึกษาคณะพยาบาลศาสตร์ รุ่นที่ 1 มหาวิทยาลัยราชภัฏบุรีรัมย์. *วารสารการแพทย์โรงพยาบาลอุดรธานี*, 28(3), 315–325.
- ทยาวิรุ จันทรวินัฏฐ์ และสุหทัย โตสังวาลย์. (2564). ผลของโปรแกรมการเจริญสติเป็นฐานออนไลน์ต่อระดับความเครียดและระดับสติในนักศึกษาพยาบาล. *วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต*, 35(3), 42–56.
- ปภาสินี แซ่ด้ว, ธนิดา ทีปะपाल, กฤตติยา สุปันตี, ปวีณา เพชรหิรัญ, ชนิษฐา ขำนุรักษ์, รัชยากร รอดศรีนาค, และณัฏฐิมา เพชรพอง. (2568). ผลของการสร้างเสริมสุขภาพตามหลัก 3 อ. ของนักศึกษาพยาบาลศาสตรบัณฑิต วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสราษณ์บุรีรัมย์ ชั้นปีที่ 1 ที่มีภาวะน้ำหนักตัวเกิน. *วารสารวิจัยและนวัตกรรมทางสุขภาพ*, 8(1), e274675.
- ปิยะณัฐ อักษรดี และธีรารณณ์ พลายเล็ก. (2564). การสร้างสื่อการเรียนรู้ผ่านวิดีโอแบบมีปฏิสัมพันธ์เพื่อช่วยให้นักเรียนสามารถจำการใช้คำประกอบการสนทนาภาษาอังกฤษ สำหรับนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 6 โรงเรียนมัธยมวัดเบญจมบพิตร. *วารสาร Roi Kaensarn Academi*, 7(7), 330–341.
- พัชรา สิริวัฒนเกตุ, ธนรัช สุขกาย และประวิทย์ ทองไชย. (2559). ปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการกินตามอารมณ์ของเด็กวัยรุ่น. *วารสารโรงพยาบาลเจริญกรุงประชารักษ์*, 12(2), 91–106.
- ภัทรวดี ศรีนวล. (2562). ผลของโปรแกรมการจัดการความเครียดต่อความเครียดของนักศึกษาพยาบาล. *วารสารวิจัยและนวัตกรรมทางสุขภาพ*, 2(1), 187–196.
- รัชตะ รอดสูงเนิน, ธนากร เสถียรพูนสุข, สาธิต สีแสนสุข, วัชรกร หวังหุ่นกลาง, และวันฉัตร โสฬส. (2564). แนวทางการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการเลิกบุหรี่. *วารสารวิทยาลัยนครราชสีมา (สาขามนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์)*, 15(2), 362–363.
- วิทวัส สุดเพาะ, นฤมล สีนสุพรรณ, และชนะพล ศรีฤทธา. (2566). ประสิทธิภาพของโปรแกรมการป้องกันการตีมีเครื่องตีมีแอลกอฮอล์โดยการประยุกต์ใช้ทฤษฎีพฤติกรรมตามแผนร่วมกับการสนับสนุนทางสังคม เพื่อป้องกันการตีมีเครื่องตีมีแอลกอฮอล์นักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลาย. *วารสารวิชาการสาธารณสุขชุมชน*, 9(2), 96–107.
- วิชัย เทียนถาวร. (2556). *ระบบการเฝ้าระวัง ควบคุม ป้องกัน โรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูงในประเทศไทย: นโยบายสู่การปฏิบัติ*. กองสุศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข.
- ศิวพร ตันติกลชาญ, ปรียา ลิ้มกุล, ประดิษฐ์ โพธิกลาง, และณฤพล ทองสุข. (2564). ภาวะโภชนาการกับความฉลาดทางอารมณ์ของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนต้นในโรงเรียนประจำ. *ในการประชุมวิชาการระดับชาติ ครั้งที่ 18 มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์ วิทยาเขตกำแพงแสน* (หน้า 3101–3113).
- Kumar, R., Rizvi, M. R., & Saraswat, S. (2022). Obesity and stress: A contingent paralysis. *International Journal of Preventive Medicine*, 13, 95. https://doi.org/10.4103/ijpvm.IJPVM_427_20

- Ma, T., Jin, H., Kwok, L.-Y., Sun, Z., Liong, M.-T., & Zhang, H. (2021). Probiotic consumption relieved human stress and anxiety symptoms possibly via modulating the neuroactive potential of the gut microbiota. *Neurobiology of Stress*, 14, 100294. <https://doi.org/10.1016/j.ynstr.2021.100294>
- Pascoe, M. C., Bailey, A. P., Craike, M., Carter, T., Patten, R. K., Stepto, N. K., & Parker, A. G. (2021). Single session and short-term exercise for mental health promotion in tertiary students: A scoping review. *Sports Medicine - Open*, 7, 72. <https://doi.org/10.1186/s40798-021-00358-y>
- Ren, J., Zhang, Y., Song, H., Gou, H., Zhao, Q., Hong, W., Piao, Y., Chen, Y., Chen, Y., Wen, S., Du, Z., Li, C., Qiu, B., Ma, Y., Zhang, X., & Wei, Z. (2024). The interaction of oxytocin and nicotine addiction on psychosocial stress: An fMRI study. *Translational Psychiatry*, 14(1), 348. <https://doi.org/10.1038/s41398-024-03016-5>
- Sasaki, A., Mizuno, K., Morito, Y., Oba, C., Nakamura, K., Natsume, M., Watanabe, K., Yamano, E., & Watanabe, Y. (2024). The effects of dark chocolate on cognitive performance during cognitively demanding tasks: A randomized, single-blinded, crossover, dose-comparison study. *Heliyon*, 10(3), e24430. <https://doi.org/10.1016/j.heliyon.2024.e24430>
- Takayanagi, Y., & Onaka, T. (2022). Essential roles of oxytocin in the regulation of stress response, allostasis, and resilience. *International Journal of Molecular Sciences*, 23(1), 150. <https://doi.org/10.3390/ijms22052320>
- World Health Organization. (2022). *Mental health: strengthening our response*. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-strengthening-our-response>

ความชุก ความรุนแรง และการจัดการอาการตาแห้งในผู้สูงอายุ Prevalence, Severity, and Management of Dry Eye In Older Adults

เมชารินทร์ ชิงกุลเหื่อม, สุปรีดา มั่นคง* และมุกดา เดชประพนธ์

Maycharin Seekngulueam, Supreeda Monkong* and Mukda Detprapon

คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล

Faculty of Medicine, Ramathibodi Hospital, Mahidol University

(Received: January 20, 2026, Revised: June 4, 2026, Accepted: July 22, 2026)

บทคัดย่อ

การศึกษาเชิงพรรณนาแบบตัดขวางนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความชุก ความรุนแรง และการจัดการอาการตาแห้งในผู้สูงอายุ ประชากรคือผู้ที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไปที่เข้ารับบริการ ณ หน่วยตรวจโรคอายุรกรรมผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลตติยภูมิในจังหวัดกรุงเทพมหานคร จำนวน 1 แห่ง ระหว่างเดือนพฤศจิกายน พ.ศ. 2564 ถึงเดือนพฤษภาคม พ.ศ. 2565 กลุ่มตัวอย่างจำนวน 185 ราย คำนวณขนาดตัวอย่างด้วยสูตรของ Cochran $n_0 = Z^2pq / e^2$ โดยอ้างอิงสัดส่วนความชุกร้อยละ 14.2 ($p = 0.142$) และกำหนดความเชื่อมั่นที่ร้อยละ 95 ดำเนินการคัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจงตามเกณฑ์คัดเข้า คือ สื่อสารภาษาไทยได้และไม่มีภาวะการรู้คิดบกพร่อง และเกณฑ์คัดออกคือผู้ที่มีภาวะตาบอดทั้งสองข้าง เก็บข้อมูลโดยการคัดกรองอาการตาแห้งด้วย 1) แบบประเมินสมรรถภาพการรู้คิด 6 ข้อ (6CIT) 2) แบบสัมภาษณ์ข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลสุขภาพ (CVI = 0.9) 3) แบบประเมินอาการตาแห้ง (OSDI) ฉบับภาษาไทยที่ประเมิน 3 ด้าน ได้แก่ อาการทางตา ผลกระทบต่อการมองเห็น และปัจจัยกระตุ้น (Cronbach's $\alpha = 0.92$) และ 4) แบบสัมภาษณ์การจัดการอาการตาแห้ง (CVI = 0.9) วิเคราะห์ข้อมูลโดยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

ผลการศึกษาพบความชุกของอาการตาแห้ง พบว่าในผู้สูงอายุร้อยละ 11.4 ($n = 21$) โดยพบในเพศหญิงมากกว่าเพศชายร้อยละ 7.6 และ 3.8 ตามลำดับ ความรุนแรงของอาการตาแห้งส่วนใหญ่อยู่ในระดับน้อยคิดเป็นร้อยละ 11.4 โดยมีคะแนน OSDI เฉลี่ย 13.8 ($SD = 4$) อาการที่พบมากที่สุดคือ ตาสู้แสงจ้า (ร้อยละ 37.3) รู้สึกมีตา (ร้อยละ 25.4) และรู้สึกว่าการมองเห็นแย่ง (ร้อยละ 23.8) สำหรับการจัดการอาการตาแห้งที่พบมากที่สุดจะสอดคล้องกับระดับความรุนแรงตามเกณฑ์การจัดการอาการตาแห้งคือ ไม่ได้ทำอะไรและรอให้อาการหายเอง (ร้อยละ 37.8) รองลงมาคือหลับตาเมื่อมีอาการ (ร้อยละ 4.3) และใช้น้ำตาเทียม (ร้อยละ 1.1) ตามลำดับ

จากผลการศึกษา พยาบาลและบุคลากรทางการแพทย์ควรให้ความสำคัญกับการคัดกรองผู้มีอาการตาแห้งในระยะแรก และให้คำแนะนำการดูแลจัดการอาการตาแห้งที่ถูกต้องเหมาะสม เช่น การประคบอุ่น และการกะพริบตาอย่างถูกวิธี เพื่อนำผู้สูงอายุเข้าสู่กระบวนการรักษาและป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น

คำสำคัญ: อาการตาแห้ง, ความชุก, ระดับความรุนแรง, การจัดการอาการ, ผู้สูงอายุ

*ผู้ให้การติดต่อ (Corresponding e-mail: maycharin.may@gmail.com)

Abstract

This descriptive cross-sectional study aimed to examine the prevalence, severity, and management of dry eye symptoms among older adults. The study population comprised individuals aged 60 years and older who attended the outpatient internal medicine clinic of a tertiary hospital in Bangkok, Thailand, between November 2021 and May 2022. A total of 185 participants were recruited using purposive sampling. The sample size was calculated using Cochran's formula ($n_0 = Z^2pq/e^2$), based on a reported prevalence of 14.2% ($p = 0.142$) and a 95% confidence level. Inclusion criteria were the ability to communicate in Thai and the absence of cognitive impairment, while individuals with bilateral blindness were excluded. Data were collected using: (1) the Six-Item Cognitive Impairment Test (6CIT); (2) a demographic and health information questionnaire (CVI = 0.90); (3) the Thai version of the Ocular Surface Disease Index (OSDI), which assesses ocular symptoms, vision-related function, and environmental triggers (Cronbach's alpha = 0.92); and (4) a dry eye symptom management interview form (CVI = 0.90). Data were analyzed using frequency, percentage, mean, and standard deviation.

The results revealed that the prevalence of dry eye symptoms among older adults was 11.4% ($n = 21$). Dry eye symptoms were more common among females (7.6%) than males (3.8%). Most participants with dry eye symptoms experienced mild severity (11.4%), with a mean OSDI score of 13.8 (SD = 4.0). The most frequently reported symptoms were sensitivity to bright light (37.3%), gritty sensation in the eyes (25.4%), and worsening vision (23.8%). Regarding symptom management, the most common response, consistent with the mild severity of symptoms, was taking no action and waiting for symptoms to resolve spontaneously (37.8%), followed by closing the eyes when symptoms occurred (4.3%) and using artificial tears (1.1%).

The findings suggest that nurses and healthcare professionals should prioritize early screening for dry eye symptoms and provide appropriate education on symptom management, such as warm compresses and proper blinking techniques. Early identification and management may facilitate timely treatment and help prevent potential complications among older adults.

Keywords: Dry Eye Symptoms, Prevalence, Severity, Symptom Management, Older Adults

บทนำ

ปัจจุบันโครงสร้างประชากรทั่วโลก รวมถึงประเทศไทยกำลังก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุอย่างสมบูรณ์ ส่งผลให้จำนวนประชากรผู้สูงอายุมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง อาการตาแห้ง (Dry eye disease หรือ Dry eye syndrome [DES]) จัดเป็นโรคเรื้อรังของดวงตาและผิวหนังตาที่มีสาเหตุมาจากหลายปัจจัยที่ทำให้สูญเสียสมดุลของน้ำตา (Chhadva et al., 2017) นอกจากนี้ยังพบว่าโรคทางภูมิคุ้มกันไซเกรน (Sjogren's Syndrome) ภาวะไทรอยด์เป็นพิษ โรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง และภาวะซึมเศร้า ล้วนมีความสัมพันธ์กับผู้ที่มีการตาแห้ง (Alanazi et al., 2019; Dana et al., 2019; Kitazawa et al., 2018) เมื่อสัดส่วนประชากรสูงวัยเพิ่มขึ้น ปัญหาอาการตาแห้งจึงมีแนวโน้มที่จะทวีความรุนแรงและพบได้บ่อยครั้งขึ้นในระบบบริการสุขภาพ

สาเหตุของอาการตาแห้งในผู้สูงอายุมีความซับซ้อนและเกิดจากพยาธิสภาพเฉพาะที่สัมพันธ์กับวัย ปัจจัยเสี่ยงที่ไม่สามารถหลีกเลี่ยงได้คืออายุที่เพิ่มมากขึ้น โดยการศึกษาพบว่าอาการตาแห้งจะเพิ่มขึ้นทุกปีหลังจากอายุ 50 ปี (Paiva, 2017) ผู้สูงอายุจะมีการเปลี่ยนแปลงในระบบภูมิคุ้มกันและการอักเสบ เกิดความเสื่อมสภาพของเซลล์ที่ส่งผลกระทบต่อการทำงานของต่อมน้ำตา ต่อมมัยโบเมียน และเซลล์ก๊อบเล็ต (Goblet cells) ทำให้เกิดความไม่สมดุลของปริมาณน้ำตา ยิ่งไปกว่านั้น ผู้สูงอายุยังมีความเสี่ยงในการเกิดโรคร่วม นำไปสู่ปัญหาการใช้ยาหลายชนิดเพื่อรักษาโรค ซึ่งยาบางกลุ่มส่งผลให้เกิดอาการตาแห้งได้ เช่น ยาต้านฮิสตามีน และยาลดความดันโลหิตกลุ่ม Beta blocker หรือ Alpha agonist (Tunay et al., 2016) รวมไปถึงการมีโรคทางตาเดิม เช่น ต้อกระจก หรือการใช้ยาหยอดตาที่มีสารกันเสีย (Tupanich et al., 2019) ตลอดจนประวัติการผ่าตัดต่อกระจกที่เพิ่มความเสี่ยงของอาการตาแห้งหลังการผ่าตัดได้เช่นกัน (Toda, 2018)

อาการตาแห้งเป็นสาเหตุของความผิดปกติทางการมองเห็นที่ทำให้สุขภาพตาเสื่อมสภาพ ผู้ป่วยอาจเผชิญกับอาการระคายเคือง แสบตา และมองเห็นไม่ชัดเจน ซึ่งส่งผลกระทบต่อการทำกิจกรรมในชีวิตประจำวัน เช่น การขับรถ (Wang et al., 2017) การอ่านหนังสือ (Karakus et al., 2018; Mathews et al., 2017) และการใช้หน้าจอดิจิทัล อาการอาจแย่ลงเมื่อเผชิญกับสภาพแวดล้อม เช่น ลมแรง อากาศร้อนจัดหรือเย็นจัด หรือห้องที่มีเครื่องปรับอากาศ (Setten et al., 2016) การศึกษาพบว่าผู้ที่มีอาการตาแห้งรุนแรงจะมีความหนาของกระจกตาบางลง เพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดแผลหลุมที่กระจกตา การติดเชื้อ และการสูญเสียการมองเห็น ซึ่งเป็นปัญหาใหญ่สำหรับผู้สูงอายุที่มีข้อจำกัดด้านการมองเห็นตามวัยอยู่แล้ว (Benitez-Del-Castillo et al., 2017) อย่างไรก็ตาม ตลาดการรักษาตาแห้งทั่วโลกที่กำลังพัฒนาเพื่อตอบสนองความต้องการการศึกษาเกี่ยวกับอาการตาแห้งในประเทศไทยยังมีจำกัดเมื่อเทียบกับความสำคัญของปัญหาและการขยายตัวอย่างรวดเร็วของผู้ป่วย (Phrueksaodomchai et al., 2020)

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า ความชุกของโรคตาแห้งในประเทศไทยในกลุ่มประชากรทั่วไปสูงถึงร้อยละ 50.6 (Jongkhajornpong et al., 2025) และในกลุ่มประชากรผู้สูงอายุพบร้อยละ 14.2 (Kasetsuwan et al., 2012) อย่างไรก็ตาม ความชุกดังกล่าวยังขึ้นอยู่กับเกณฑ์การวินิจฉัยของแต่ละการศึกษา ปัจจุบันประเทศไทยยังไม่พบการศึกษาที่ปฏิบัติตามแนวทางการวินิจฉัยของ Tear Film & Ocular Surface Society Dry Eye Workshop II (TFOS DEWS II) (Craig et al., 2017) ในการจัดระดับความรุนแรงและคัดกรองผู้ป่วยอย่างเต็มรูปแบบ การขาดการประเมินตามมาตรฐานนี้ ทำให้เกิดปัญหาการคัดกรองที่คลาดเคลื่อน ผู้ป่วยอาจถูกวินิจฉัยสับสนกับโรคผิวหนังอื่นๆ หรือไม่ได้รับการตรวจพบตั้งแต่ระยะแรกเริ่ม ส่งผลให้ผู้ป่วยไม่ได้รับการรักษาที่ถูกต้องและตรงจุด

เนื่องจากการจัดการอาการตาแห้งมีหลายระดับและต้องอาศัยแนวทางการรักษาแบบเฉพาะบุคคล (Personalized management) (Jones et al., 2017) แนวปฏิบัติสากลจึงได้วางกรอบการดูแลรักษาเป็นลำดับขั้น (Stepwise approach) ตามระดับความรุนแรง โดยเริ่มต้นจากการจัดการขั้นพื้นฐาน เช่น การปรับพฤติกรรม การประคบอุ่น และการทำความสะอาดเปลือกตา ไปจนถึงการใช้ยาหยอดตาเทียมและหัตถการทางการแพทย์ (TFOS DEWS III Management and Therapy Subcommittee, 2025) อย่างไรก็ตาม ข้อมูลเชิงสถิติเกี่ยวกับความชุกและระดับความรุนแรงของอาการตาแห้งในผู้สูงอายุไทยที่อ้างอิงตามเกณฑ์มาตรฐานสากล TFOS DEWS II ยังคงมี

อยู่อย่างจำกัด ผนวกกับองค์ความรู้ด้านพฤติกรรมการจัดการอาการด้วยตนเองของผู้สูงอายุเมื่อเผชิญกับสภาวะดังกล่าวยังไม่ได้รับการศึกษาอย่างครอบคลุม การศึกษานี้จึงมีวัตถุประสงค์เพื่อสำรวจความชุก ความรุนแรง และรูปแบบการจัดการอาการตาแห้ง เพื่อใช้เป็นฐานข้อมูลเชิงประจักษ์ในการพัฒนาแนวทางการดูแลรักษาที่เหมาะสม อันจะนำไปสู่การลดความเสี่ยงในการเกิดภาวะแทรกซ้อนทางตาในผู้สูงอายุต่อไป

วัตถุประสงค์วิจัย

1. เพื่อศึกษาความชุกของอาการตาแห้งในผู้สูงอายุ
2. เพื่อศึกษาความรุนแรงของอาการตาแห้งในผู้สูงอายุ
3. เพื่อศึกษาการจัดการกับอาการตาแห้งของผู้สูงอายุ

ระเบียบการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive research)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป que เข้ารับบริการ ณ หน่วยตรวจโรคอายุรกรรมผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลตติยภูมิ สังกัดมหาวิทยาลัย จำนวน 1 แห่ง คำนวณขนาดตัวอย่างด้วยสูตรของ Cochran $n_0 = Z^2pq / e^2$ โดยอ้างอิงสัดส่วนความชุกร้อยละ 14.2 จากการศึกษาที่ผ่านมา (Kasetsuwan, et al., 2012) กำหนดค่าความคลาดเคลื่อนที่ระดับ 0.05 ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้น 185 ราย เกณฑ์การคัดเข้า (Inclusion Criteria): 1) อายุ 60 ปีขึ้นไป 2) ไม่มีภาวะการรับรู้คิดบกพร่อง โดยมีคะแนนคัดกรอง 6CIT ≤ 7 คะแนน 3) สื่อสารภาษาไทยได้ และ 4) ยินยอมเข้าร่วมการวิจัย เกณฑ์การคัดออก (Exclusion Criteria): 1) มีภาวะตาบอด (ระดับการมองเห็น $< 20/400$ ทั้งสองข้าง)

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วยแบบสอบถาม 4 ส่วน ดังนี้:

1. แบบประเมินสมรรถภาพการรู้คิด 6 ข้อ ฉบับภาษาไทย (The 6-Item Cognitive Function Test: 6CIT): ใช้สำหรับคัดกรองสมรรถภาพการรู้คิดเบื้องต้น (การประเมินความจำและสมาธิ) เพื่อให้มั่นใจว่ากลุ่มตัวอย่างสามารถให้ข้อมูลที่ถูกต้อง แบบประเมินมีคะแนนรวม 28 คะแนน การแปลผลคือ ผู้ที่ได้คะแนน 0–7 คะแนน ถือว่าไม่มีความบกพร่องทางการรู้คิด หากคะแนนมากกว่า 7 คะแนน (8–28 คะแนน) หมายถึง มีแนวโน้มความบกพร่องทางการรู้คิด เครื่องมือฉบับภาษาไทยนี้ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content validity) ความตรงตามสภาพ (Concurrent validity) ที่มีความสัมพันธ์กับแบบประเมินมาตรฐานอื่นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และมีความเที่ยงแบบทดสอบซ้ำ (Test-retest reliability) ในระดับสูง (Aree-Ue & Youngcharoen, 2020)

2. แบบสัมภาษณ์ข้อมูลทั่วไปและข้อมูลสุขภาพ: เป็นแบบสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้างที่ผู้วิจัยสร้างและพัฒนาขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม ประกอบด้วยข้อมูลส่วนบุคคล ข้อมูลสุขภาพ พฤติกรรมสุขภาพ และการบันทึกผลการตรวจตาภายนอก ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content Validity Index: CVI) จากผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน ได้ค่าเท่ากับ 0.9

3. แบบสัมภาษณ์อาการตาแห้ง (Ocular Surface Disease Index: OSDI) ฉบับภาษาไทย: ประเมินครอบคลุม 3 ด้าน ได้แก่ อาการทางตา ผลกระทบต่อการมองเห็น และปัจจัยกระตุ้น รวม 12 ข้อ คำนวณคะแนนโดยนำคะแนนรวมคูณ 25 และหารด้วยจำนวนข้อที่ตอบ (0–100 คะแนน) แปลผลตามเกณฑ์ TFOS DEWS II ได้แก่ ปกติ (0–12) ระดับน้อย (13–22) ระดับปานกลาง (23–32) และระดับรุนแรง (33–100) เครื่องมือนี้อ้างอิงฉบับภาษาไทยโดย Puangsricharn et al. (2011) ซึ่งมีความเที่ยงตรงสูงและมีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ 0.92

4. แบบสอบถามเกี่ยวกับการจัดการอาการตาแห้ง: เครื่องมือนี้ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นเองจากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับการจัดการอาการตาแห้ง โดยประยุกต์ใช้สถานการณ์และกิจกรรมที่เสี่ยงต่อการเกิดอาการจำนวน 12 ข้อ ตามกรอบของแบบประเมิน OSDI มาใช้เป็นแนวทางในการสร้างข้อคำถาม เพื่อสำรวจพฤติกรรมการดูแลตนเองและวิธีการรับมือของผู้สูงอายุเมื่อเผชิญกับปัญหาใน 3 ด้าน ได้แก่ 1) เมื่อมีอาการไม่สบายทางตา 2) เมื่อได้รับผลกระทบต่อการมองเห็นขณะทำกิจกรรม และ 3) เมื่อถูกระคายจากปัจจัยสิ่งแวดล้อม เครื่องมือนี้ได้รับการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content Validity Index: CVI) จากกลุ่มผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 ท่าน ประกอบด้วยจักษุแพทย์ 1 ท่าน และอาจารย์พยาบาล 2 ท่าน โดยมีค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาเท่ากับ 0.9

ขั้นตอนการวิจัย

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยดำเนินการเก็บข้อมูล โดยภายหลังได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี และขออนุญาตเก็บข้อมูลตามระเบียบแล้ว ได้ประสานพยาบาลประจำหน่วยตรวจ เพื่อช่วยคัดกรองผู้ป่วยตามเกณฑ์เบื้องต้น จากนั้นผู้วิจัยได้ชี้แจงรายละเอียดโครงการและพิกัดสิทธิหากผู้สูงอายุยินยอมเข้าร่วมวิจัย (Informed consent) จะดำเนินการคัดกรองด้วยแบบประเมิน 6CIT ผู้ที่ผ่านเกณฑ์จะได้รับการสัมภาษณ์ข้อมูลส่วนบุคคล ประเมินอาการตาแห้งด้วย OSDI ฉบับภาษาไทย และสอบถามการจัดการอาการ พร้อมตรวจประเมินตาภายนอก โดยใช้เวลาประมาณ 20 นาทีต่อราย ภายใต้มาตรการป้องกันโรคโควิด-19 อย่างเคร่งครัด ทั้งนี้ ข้อมูลจะถูกตรวจสอบความถูกต้องและสมบูรณ์ทันทีหลังการสัมภาษณ์เสร็จสิ้นเพื่อเตรียมวิเคราะห์ทางสถิติต่อไป

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistics) ประกอบด้วย การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เพื่ออธิบายข้อมูลส่วนบุคคล ข้อมูลสุขภาพ ระดับความรุนแรงของอาการตาแห้ง และวิธีการจัดการอาการตาแห้งของผู้สูงอายุ

จริยธรรมวิจัย

ผู้วิจัยนำโครงการวิจัยและเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยเสนอต่อคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคนของคณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล และได้รับการอนุมัติแล้ว เอกสารรับรองเลขที่ COA. MURA2021/217 ลงวันที่ 23 มีนาคม พ.ศ. 2564 และได้รับการต่ออายุการรับรองเมื่อวันที่ 23 มีนาคม พ.ศ. 2565 (วันที่หมดอายุ 22 มีนาคม พ.ศ. 2566)

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลส่วนบุคคล ข้อมูลสุขภาพ และพฤติกรรมสุขภาพ การศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างไว้ที่ 185 คน ตามการคำนวณสูตรของ Cochran อย่างไรก็ตาม ในขั้นตอนการเก็บข้อมูลจริงผู้สูงอายุที่ได้รับการประเมินเบื้องต้นจำนวน 189 ราย โดยพบผู้ที่ไม่ผ่านเกณฑ์การคัดเข้าเนื่องจากมีคะแนนคัดกรอง 6CIT เกิน 7 คะแนน จำนวน 4 ราย มีคะแนนสมรรถภาพการรู้คิด (6CIT) เกิน 7 คะแนน ซึ่งไม่เป็นไปตามเกณฑ์การคัดเข้า ผู้วิจัยจึงได้คัดออกและดำเนินการเก็บข้อมูลเพิ่มเติมจนได้กลุ่มตัวอย่างสุทธิตามจำนวน 185 ราย สำหรับนำมาวิเคราะห์ผลทางสถิติ โดยกลุ่มตัวอย่างดังกล่าวมีคะแนน 6CIT เฉลี่ย 2.84 (SD = 0.108) ซึ่งสะท้อนถึงความสามารถในการให้ข้อมูลการวิจัยได้อย่างมีประสิทธิภาพ โดยกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงร้อยละ 57.3 มีอายุเฉลี่ย 70.2 ปี (SD = 7.25) ส่วนใหญ่สำเร็จการศึกษาระดับปริญญาตรีขึ้นไป (ร้อยละ 57.8) และไม่ได้ประกอบอาชีพหรือเป็นแม่บ้าน (ร้อยละ 51.4) ในด้านพฤติกรรมสุขภาพพบว่า ส่วนใหญ่ไม่สูบบุหรี่ (ร้อยละ 84.3) และไม่ใช้สมาร์ทโฟน (ร้อยละ 57.3) สำหรับประวัติสุขภาพ พบผู้ที่เคยได้รับการผ่าตัดตาร้อยละ 27.0 และ

มีโรคร่วมที่พบมากที่สุด 3 อันดับแรก คือ โรคความดันโลหิตสูง (ร้อยละ 66.5) โรคเบาหวาน (ร้อยละ 41.1) และโรคไตเรื้อรัง (ร้อยละ 40.0) สำหรับการประเมินเบ้าตาและลูกตา (Orbit/Globe) พบว่าอยู่ในเกณฑ์ปกติทุกราย (ร้อยละ 100) รูม่านตาตอบสนองต่อแสงเป็นปกติและระบบน้ำตาทั้งสองข้างทำงานปกติร้อยละ 100 ระดับการมองเห็น (Visual acuity) ส่วนใหญ่อยู่ที่ระดับ 20/30 (ตาขวาร้อยละ 86.5, ตาซ้ายร้อยละ 85.9) แม้ภาพรวมจะปกติ แต่ยังพบความเสื่อมตามวัยบางประการ เช่น ภาวะหนังตาหย่อน (Dermatochalasis) และภาวะต้อเนื้อ ซึ่งมีลักษณะคล้ายคลึงกับพยาธิสภาพในกลุ่มผู้มีอาการตาแห้ง

2. ความชุกของอาการตาแห้งในผู้สูงอายุ จากการประเมินด้วยคะแนน OSDI พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ย 3.13 คะแนน (n=185) ส่วนใหญ่อยู่ในเกณฑ์ปกติหรือไม่มีอาการตาแห้งร้อยละ 88.6 (n = 164) อย่างไรก็ตาม พบความชุกของผู้ที่มีอาการตาแห้งร้อยละ 11.4 (n = 21) โดยมีความแตกต่างระหว่างเพศอย่างชัดเจน คือพบความแตกต่างระหว่างเพศอย่างชัดเจน โดยส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงร้อยละ 66.7 (n=21) ในขณะที่เพศชายพบร้อยละ 33.3 (n=21) ผู้ที่มีอาการตาแห้งส่วนใหญ่อยู่ในช่วงอายุ 60-70 ปี (อายุเฉลี่ย 62.3 ปี) ทั้งนี้ในกลุ่มผู้มีอาการตาแห้ง (n = 21) มีสถานภาพสมรสคู่ร้อยละ 76.2 และเป็นโสดร้อยละ 23.8 ด้านการศึกษาพบว่าส่วนใหญ่สำเร็จการศึกษาระดับปริญญาตรีร้อยละ 76.2 รองลงมาคือระดับประกาศนียบัตรวิชาชีพชั้นสูง (ปวส.) ร้อยละ 14.3 และระดับประถมศึกษาและปริญญาโทในสัดส่วนที่เท่ากันคือร้อยละ 4.8 ลักษณะการทำงานพบว่าในกลุ่มผู้เกษียณอายุมากที่สุดร้อยละ 57.1 รองลงมาคือประกอบธุรกิจส่วนตัวร้อยละ 19.0 รับจ้างร้อยละ 14.3 และไม่ได้ประกอบอาชีพร้อยละ 9.5 กลุ่มผู้ที่มีอาการตาแห้งเกือบทั้งหมดทำงานในพื้นที่ร่ม (ร้อยละ 95.2) และทำงานนอกอาคารเพียงร้อยละ 4.8 ด้านสถานะทางการเงิน ส่วนใหญ่ระบุว่าไม่มีรายได้เพียงพอสำหรับการดำรงชีวิต (ร้อยละ 90.5) และมีเงินออม (ร้อยละ 9.5)

3. ระดับความรุนแรงและลักษณะอาการตาแห้ง ระดับความรุนแรงของอาการในกลุ่มผู้มีภาวะตาแห้ง (n = 21) ส่วนใหญ่อยู่ในระดับน้อยโดยมีคะแนน OSDI เฉลี่ยเท่ากับ 13.8 (SD = 4) เมื่อพิจารณาคะแนนรายด้านและสถานการณ์ที่กระตุ้นให้เกิดอาการ พบรายละเอียดดังตาราง 1

ตาราง 1 คะแนนเฉลี่ยรายด้านและร้อยละอาการที่พบบ่อยที่สุดตามแบบประเมิน OSDI (n = 21)

ด้านที่ประเมิน	คะแนนเฉลี่ย Mean (SD)	อาการ/ปัจจัยกระตุ้นที่พบมากที่สุด	ร้อยละ
อาการทางตา (Ocular Symptoms)	5.86	ตาสู้แสงจ้าไม่ได้ (Light sensitivity)	37.3
ผลกระทบต่อกรมองเห็น (Vision Function)	3.95	รู้สึกฝืดตา/เหมือนมีฝุ่นในตา (Grittiness)	25.4
ปัจจัยกระตุ้นสิ่งแวดล้อม (Triggers)	3.95	การมองเห็นแยลง (Blurred vision)	23.8

4.การจัดการอาการตาแห้ง พบว่าวิธีที่ผู้สูงอายุใช้จัดการกับอาการตาแห้งมากที่สุดคือการไม่ดำเนินการใดๆ และรอให้อาการดีขึ้นเอง ร้อยละ 37.8 เมื่อพิจารณาเฉพาะกลุ่มผู้ที่มีอาการตาแห้ง (n = 21) พบว่าพฤติกรรมการจัดการยังคงเน้นการปล่อยทิ้งไว้และรองจนกว่าอาการจะดีขึ้น ร้อยละ 33.3 ถึง 100 ในบางสถานการณ์ โดยมีเพียงร้อยละ 4.8 เท่านั้นที่เลือกใช้น้ำตาเทียม และไม่พบผู้สูงอายุรายใดเลยที่ใช้วิธีประคบอุ่นหรือทำความสะอาดเปลือกตาตามมาตรฐานสากลรายละเอียดดังตาราง 2

ตาราง 2 พฤติกรรมการจัดการอาการตาแห้งของผู้สูงอายุ

วิธีการจัดการอาการ	กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด (n=185) ร้อยละ (%)	เฉพาะกลุ่มผู้มีอาการตาแห้ง (n=21) ร้อยละ (%)
ไม่ดำเนินการใดๆ และรอให้หายเอง	37.8	33.3 - 100.0
หยอดตาเพื่อพักสายตาเมื่อมีอาการ	4.3	4.8 - 33.3
การใช้น้ำตาเทียม	1.1	4.8
การพบจักษุแพทย์/ประคบอุ่น/ล้างเปลือกตา	0.0	0.0

อภิปรายผล

กลุ่มตัวอย่างในการศึกษานี้มีอายุเฉลี่ย 70.2 ปี จัดอยู่ในกลุ่มผู้สูงอายุตอนต้น ความแตกต่างด้านเพศพบว่าผู้ที่มีอาการตาแห้งส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง สอดคล้องกับงานวิจัย (Borrelli et al., 2021; Stang et al., 2024) ซึ่งอธิบายได้ด้วยกลไกทางพยาธิวิทยาของฮอร์โมน โดยการลดลงของแอนโดรเจนและการเพิ่มขึ้นของเอสโตรเจนส่งผลโดยตรงต่อความผิดปกติของต่อมเมย์โบเมียน (Meibomian gland dysfunction) ซึ่งเป็นสาเหตุหลักที่ทำให้ น้ำตาระเหยเร็วผิดปกติ (Golebiowski et al., 2017) นอกจากนี้ ปัจจัยด้านพฤติกรรม เช่น การใช้เครื่องสำอางบริเวณรอบดวงตาในเพศหญิง ยังอาจกระตุ้นให้เกิดการอักเสบและภาวะตาแห้งได้มากขึ้น (Yazdani et al., 2022)

ด้านวิถีชีวิต พบว่าร้อยละ 57.3 ของกลุ่มตัวอย่างไม่ได้ใช้สมาร์ทโฟน ซึ่งต่างจากกลุ่มวัยทำงานที่มีการใช้เครื่องมือดิจิทัลอย่างหนัก (Tawonkasiwattanakun et al., 2021) การที่กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่ได้ประกอบอาชีพและไม่สูบบุหรี่ (พบเพียงร้อยละ 2.7) อาจเป็นปัจจัยบวกที่ช่วยลดการสัมผัสปัจจัยเสี่ยงจากความเครียดออกซิเดทีฟ (Oxidative stress) และการสูญเสียเซลล์ก๊อบเล็ต (Goblet cells) ที่ทำหน้าที่ผลิตเมือกในน้ำตา (Choi et al., 2018) อย่างไรก็ตาม ประวัติการผ่าตัดตาที่พบสูงถึงร้อยละ 27.0 ถือเป็นประเด็นที่น่าสนใจ เนื่องจากกระบวนการผ่าตัดอาจส่งผลกระทบต่อเส้นประสาทกระจกตาและลดประสิทธิภาพการผลิตน้ำตา (Garg et al., 2020) สอดคล้องกับโรคร่วมที่พบมากคือ ความดันโลหิตสูงและเบาหวาน ซึ่งยาที่ใช้รักษาโรคกลุ่มนี้บางประเภทมีผลข้างเคียงที่ทำให้ปริมาณน้ำตาลดลงได้ (Bhandarkar et al., 2024; Yu et al., 2024)

จากการศึกษาประเมินทางจักษุส่วนใหญ่อยู่ในเกณฑ์ปกติ แม้ระดับการมองเห็นเฉลี่ยอยู่ที่ 20/30 แต่ถือเป็นระดับที่ยอมรับได้สำหรับผู้สูงอายุเนื่องจากความเสื่อมตามวัย (Szczotka-Flynn et al., 2019) ภาวะที่พบบ่อยและสัมพันธ์กับอายุคือ หนังตาหย่อน (Dermatochalasis) ร้อยละ 12.4 ซึ่ง Wu & Chang (2022) ระบุว่า เป็นสัญญาณสำคัญที่สัมพันธ์กับความผิดปกติของต่อมเมย์โบเมียน รวมถึงภาวะวงแหวนกระจกตา (Arcus Senilis) ที่พบ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Munjal & Kaufman (2023) ที่พบว่า arcus senilis พบได้สูงถึง 80% ในผู้ที่อายุ >60 ปี โดยเกิดจากการรั่วของ lipoprotein จากหลอดเลือด limbal เข้าสู่ corneal stroma แม้ภาวะเหล่านี้จะไม่ใช่วิธีโรคที่รุนแรง แต่เป็นปัจจัยเสริมที่ทำให้สุขภาพพื้นผิวตาโดยรวมอ่อนแอลง

จากการศึกษาประเมินทางจักษุส่วนใหญ่อยู่ในเกณฑ์ปกติ แม้ระดับการมองเห็นเฉลี่ยอยู่ที่ 20/30 แต่ถือเป็นระดับที่ยอมรับได้สำหรับผู้สูงอายุเนื่องจากความเสื่อมตามวัย (Szczotka-Flynn et al., 2019) ภาวะที่พบบ่อยและสัมพันธ์กับอายุคือ หนังตาหย่อน (Dermatochalasis) ร้อยละ 12.4 ซึ่ง Wu & Chang (2022) ระบุว่า

เป็นสัญญาณสำคัญที่สัมพันธ์กับความผิดปกติของต่อมมัยโบเมียน รวมถึงภาวะวงแหวนกระจกตา (Arcus Senilis) ที่พบ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Munjal & Kaufman (2023) ที่อธิบายว่า arcus senilis มีความชุกเพิ่มขึ้นตามอายุ โดยพบได้เกือบ 100% ในผู้ชายที่มีอายุมากกว่า 80 ปี เกิดจากการเพิ่มขึ้นของการซึมผ่านของหลอดเลือด limbal ทำให้ lipoprotein สะสมอยู่ใน corneal stroma แม้ภาวะเหล่านี้จะไม่ใช้โรคที่รุนแรงแต่เป็นปัจจัยเสริมที่ทำให้สุขภาพพื้นผิวตาโดยรวมอ่อนแอลง

ด้านความชุกและระดับความรุนแรงของอาการตาแห้งจากการศึกษานี้พบความชุกของอาการตาแห้งร้อยละ 11.4 ซึ่งต่ำกว่าความชุกทั่วโลกและรายงานล่าสุดจาก TFOS DEWS III Digest Subcommittee (2025) ที่ระบุว่าความชุกอาจสูงถึงร้อยละ 62.9 ในบางประชากร ความแตกต่างนี้อาจเกิดจากเกณฑ์การวินิจฉัยและสภาพภูมิอากาศในช่วงที่เก็บข้อมูล (Yu et al., 2024) ความแตกต่างนี้สามารถอธิบายได้เมื่อนำข้อมูลส่วนบุคคลและพฤติกรรมมาร่วมพิจารณา โดยกลุ่มตัวอย่างมีอายุเฉลี่ย 70 ปี ส่วนใหญ่ไม่ได้ประกอบอาชีพ และร้อยละ 57.3 มีพฤติกรรมไม่ใช้สมาร์ทโฟน ซึ่งการลดการใช้หน้าจอดิจิทัลช่วยลดความไม่เสถียรของฟิล์มน้ำตาและลดความเครียดออกซิเดทีฟ (Choi et al., 2018) รวมถึงมีอัตราการสูบบุหรี่และการใช้คอนแทคเลนส์ที่ต่ำมาก จึงช่วยชะลอการเกิดอาการได้ดีกว่าประชากรวัยอื่น อย่างไรก็ตาม ในกลุ่มที่พบความชุกของโรคพบความรุนแรงของอาการส่วนใหญ่อยู่ในระดับน้อยโดยมีคะแนน OSDI เฉลี่ยเพียง 11.4 คะแนน อย่างไรก็ตาม คะแนน OSDI ที่ต่ำอาจไม่สะท้อนถึงสุขภาพพื้นผิวตาที่แท้จริงเสมอไป เนื่องจากผู้สูงอายุอาจมี “สัญญาณทางคลินิก” (Signs) ที่รุนแรงแต่กลับแสดง “อาการ” (Symptoms) ออกมาน้อยลง (Yu et al., 2024) ดังนั้น การปรับใช้เกณฑ์ใหม่ตามมาตรฐาน TFOS DEWS III เช่น แบบประเมิน OSDI-6 ร่วมกับการวัดค่าเวลาการแตกตัวของฟิล์มน้ำตา (NIBUT) จะช่วยให้การคัดกรองในอนาคตมีความแม่นยำและรวดเร็วยิ่งขึ้น (Perez et al., 2026)

ด้านการจัดการอาการตาแห้ง พฤติกรรมที่ผู้สูงอายุใช้มากที่สุดคือการรอให้อาการดีขึ้นเอง ซึ่งอธิบายได้จากกระบวนการปรับตัวเมื่อเผชิญกับความเสื่อมทางร่างกาย ผู้สูงอายุบางรายมองว่าอาการระคายเคืองตาเป็นเรื่องธรรมชาติที่เกิดขึ้นตามวัย ตราบใดที่ยังทำกิจกรรมได้จึงไม่พิจารณาว่าเป็นปัญหาที่ต้องไปพบแพทย์ (Gan et al., 2022; Sangboon et al., 2019) แม้การปล่อยให้หายเองหรือการหลับตาพักสายตา (ร้อยละ 4.3) จะช่วยแก้ปัญหาได้ชั่วคราว แต่ไม่สามารถหยุดการดำเนินของโรคได้ ประเด็นที่น่ากังวลคือ มีผู้ใช้ น้ำตาเทียมเพียงร้อยละ 1.1 และไม่มีผู้สูงอายุรายใดเลยที่จัดการอาการด้วยวิธีประคบอุ่น (Warm compression) หรือทำความสะอาดเปลือกตา (Lid hygiene) ซึ่งขัดแย้งกับแนวทางการรักษาของ TFOS DEWS III Management and Therapy Subcommittee (2025) ที่เน้นย้ำความสำคัญของการดูแลเปลือกตาขั้นพื้นฐานอย่างยิ่ง การที่ผู้สูงอายุไม่ได้นำวิธีการดูแลที่ถูกต้องมาใช้ในพฤติกรรมชีวิตประจำวัน แสดงให้เห็นถึงการขาดความรู้ด้านสุขภาพ (Health literacy) อย่างมีนัยสำคัญ ซึ่งเป็นช่องว่างที่บุคลากรทางการแพทย์ต้องเร่งให้คำแนะนำและฝึกทักษะการกะพริบตาและการทำความสะอาดดวงตาที่เหมาะสมต่อไป

การนำผลการวิจัยไปใช้

1. จากข้อค้นพบที่ว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่มักปล่อยให้อาการตาแห้งหายเองโดยไม่ได้รับการจัดการที่ถูกต้อง พยาบาลเวชปฏิบัติและบุคลากรทางการแพทย์ในหน่วยตรวจโรคผู้ปวยนอก ควรบูรณาการการประเมินอาการตาแห้งเบื้องต้นเข้ากับการซักประวัติสุขภาพ และให้คำแนะนำเกี่ยวกับการจัดการอาการที่ถูกต้อง ควบคู่ไปกับการดูแลรักษาโรคเรื้อรังอื่นๆ เพื่อให้ผู้สูงอายุได้รับการตระหนักรู้และเข้าสู่ระบบการดูแลตั้งแต่ระยะเริ่มต้น

2.ควรจัดกิจกรรมส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพ (Health literacy) และฝึกทักษะการดูแลดวงตาเบื้องต้น เช่น การกะพริบตาอย่างถูกวิธี การทำความสะอาดเปลือกตา และการประคบอุ่น ให้แก่ผู้สูงอายุ ครอบครัว และผู้ดูแลอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้มีความมั่นใจและสามารถจัดการอาการตาแห้งด้วยตนเองได้อย่างถูกต้องและปลอดภัย

ข้อจำกัดในการวิจัย

1. การศึกษานี้เลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจงในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิเขตกรุงเทพมหานคร ผลการศึกษาจึงอาจไม่สามารถอ้างอิง (Generalize) ถึงประชากรผู้สูงอายุในบริบทหรือภูมิภาคอื่นที่มีสภาพแวดล้อมแตกต่างกันได้
2. เป็นการศึกษาแบบตัดขวาง (Cross-sectional study) ในช่วงที่มีการระบาดของโรคโควิด-19 ซึ่งความผันผวนของสภาพอากาศและปัจจัยสิ่งแวดล้อมในแต่ละช่วงเวลาอาจส่งผลกระทบต่ออาการตาแห้งได้
3. การประเมินความรุนแรงอ้างอิงจากความรู้สึของผู้ป่วยผ่านแบบสอบถาม OSDI (Subjective symptoms) โดยไม่ได้ประเมินอาการแสดงทางคลินิกพร้อมด้วย (Objective signs) เช่น TBUT ดังนั้น อาการตาแห้งที่พบอาจมีสาเหตุซ้อนทับมาจากโรคทางตาอื่นๆ

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรศึกษาปัจจัยอื่นๆ ที่มีผลต่อการจัดการอาการตาแห้ง เช่น ความรู้ด้านสุขภาพ และควรนำเครื่องมือทางคลินิกที่ได้รับการแนะนำตามแนวปฏิบัติสากลล่าสุด (เช่น การวัดค่าเวลาการแตกตัวของฟิลมน้ำตา) มาประเมินร่วมกับแบบสอบถามอาการ
2. ควรศึกษาวิจัยเชิงกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) เพื่อทดสอบประสิทธิผลของโปรแกรมการจัดการทางโรงพยาบาลหรือสื่อการสอน ในการส่งเสริมพฤติกรรมการป้องกันและดูแลอาการตาแห้งด้วยตนเองอย่างยั่งยืน

รายการอ้างอิง

- Alanazi, S. A., Alomran, A. A., Abusharha, A., Fagehi, R., Al-Johani, N. J., & El-Hiti, G. A. (2019). *An assessment of the ocular tear film in patients with thyroid disorders*. Clinical Ophthalmology, 13, 1019-1026.
- American Optometric Association. (2024). *Low vision and vision rehabilitation*.
<https://www.aoa.org/healthy-eyes/caring-for-your-eyes/low-vision-and-vision-rehab?sso=y>
- Arita, R., Kawashima, M., & Morishige, N. (2018). Clinical impression of the efficacy of eyelid warming or lid hygiene as treatment for meibomian gland dysfunction. Journal of Clinical and Experimental Ophthalmology, 9, 5-9.
- Benítez-Del-Castillo, J., Labetoulle, M., Baudouin, C., Rolando, M., Akova, Y. A., Aragona, P., et al. (2017). *Visual acuity and quality of life in dry eye disease: Proceedings of the OCEAN group meeting*. Ocular Surface, 15(2), 169-178.
- Bhandarkar, N. S., Shetty, K., Narendra, P., Kiran, A., Shetty, R., & Shetty, K. B. (2024). A review on drug-induced dry eye disease. Indian Journal of Ophthalmology, 72(10), 1412-1423.
- Borrelli, M., Frings, A., Geerling, G., & Finis, D. (2021). Gender-specific differences in signs and symptoms of dry eye disease. Current Eye Research, 46(3), 294-301.
- Bradley, J. L., Özer Stillman, I., Pivneva, I., Guerin, A., Evans, A. M., & Dana, R. (2019). Dry eye disease ranking among common reasons for seeking eye care in a large US claims database. Clinical Ophthalmology, 13, 225-232.
- Chhadva, P., Goldhardt, R., & Galor, A. (2017). *Meibomian gland disease: The role of gland dysfunction in dry eye disease*. Ophthalmology, 124(11S).
- Choi, J. H., Li, Y., Kim, S. H., Jin, R., Kim, Y. H., Choi, W., et al. (2018). *The influences of smartphone use on the status of the tear film and ocular surface*. PLoS One, 13(10), e0206541.
- Craig, J. P., Nelson, J. D., Azar, D. T., Belmonte, C., Bron, A. J., Chauhan, S. K., et al. (2017). TFOS DEWS II Report Executive Summary. Ocular Surface, 15(4), 802-812.
- Dana, R., Bradley, J. L., Guerin, A., Pivneva, I., Stillman, I. Ö., Evans, A. M., et al. (2019). Estimated prevalence and incidence of dry eye disease based on coding analysis of a large, all-age United States health care system. American Journal of Ophthalmology, 202, 47-54.
- Gan, J., Wang, N., Li, S., Wang, B., Kang, M., Wei, S., et al. (2022). *Effect of age and refractive error on local and global visual perception in Chinese children and adolescents*. Frontiers in Human Neuroscience, 16, 1-8.
- García Posadas, L., Contreras-Ruiz, L., Soriano-Romani, L., Dartt, D. A., & Diebold, Y. (2016). *Conjunctival goblet cell function: effect of contact lens wear and cytokines*. Eye & Contact Lens, 42(2), 83-90.
- Garg, P., Gupta, A., Tandon, N., & Raj, P. (2020). Dry eye disease after cataract surgery: study of its determinants and risk factors. Turkish Journal of Ophthalmology, 50(3), 133-142.
- Golebiowski, B., Badarudin, N., Eden, J., You, J., Hampel, U., & Stapleton, F. (2017). Does endogenous serum oestrogen play a role in meibomian gland dysfunction in postmenopausal women with dry eye. British Journal of Ophthalmology, 101(2), 218-

222.

- Jones, L., Downie, L. E., Korb, D., Benitez-Del-Castillo, J. M., Dana, R., Deng, S. X., et al. (2017). TFOS DEWS II Management and therapy report. *Ocular Surface*, 15(3), 575-628.
- Jongkhajornpong, P., Lekhanont, K., Anothaisintawee, T., Rattanasiri, S., McKay, G., Attia, J., & Thakkestian, A. (2025). Prevalence of dry eye disease and its association with sleep quality and depression: a hospital-based survey in Thai population. *BMJ Open*, 15(6), e094046. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2024-094046>
- Karakus, S., Mathews, P. M., Agrawal, D., Henrich, C., Ramulu, P. Y., & Akpek, E. K. (2018). Impact of dry eye on prolonged reading. *Optometry and Vision Science*, 95(12).
- Kim, K. I., Park, Y. S., Kim, R. H., & Kim, J. H. (2019). Factors associated with dry eye symptoms in elderly Koreans: the fifth Korea national health and nutrition examination survey 2010-2012. *Korean Journal of Family Medicine*, 40(1), 22-30.
- Kitazawa, M., Sakamoto, C., Yoshimura, M., Kawashima, M., Inoue, S., Mimura, M., et al. (2018). The relationship of dry eye disease with depression and anxiety: A naturalistic observational study. *Translational Vision Science & Technology*, 7(6), 35.
- Kojima, T. (2018). Contact lens-associated dry eye disease: recent advances worldwide and in Japan. *Investigative Ophthalmology & Visual Science*, 59(14).
- Mathews, P. M., Ramulu, P. Y., Swenor, B. S., Utine, C. A., Rubin, G. S., & Akpek, E. K. (2017). Functional impairment of reading in patients with dry eye. *British Journal of Ophthalmology*, 101(4), 481.
- Munjal, A., & Kaufman, E. J. (2023). Arcus senilis. In StatPearls [Internet]. StatPearls Publishing. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK554370/>
- Paiva, C. S. (2017). Effects of aging in dry eye. *International Ophthalmology Clinics*, 57(2), 47-64.
- Perez, V. L., Chen, W., Craig, J. P., Dogru, M., Jones, L., Stapleton, F., et al. (2026). TFOS DEWS III: Executive Summary. *American Journal of Ophthalmology*, 282, 135-145.
- Setten, G. V., Labetoulle, M., Baudouin, C., & Rolando, M. (2016). Evidence of seasonality and effects of psychrometry in dry eye disease. *Acta Ophthalmologica*, 94(5), 499-506.
- Shanti, Y., Shehada, R., Bakkar, M. M., & Qaddumi, J. (2020). Prevalence and associated risk factors of dry eye disease in 16 northern west bank towns in Palestine: a cross-sectional study. *BMC Ophthalmology*, 20(1), 26.
- Stang, A., Schmidt, B., Schramm, S., et al. (2024). *Synergism between coexisting eye diseases and sex in increasing the prevalence of the dry eye syndrome*. Scientific Reports, 14, 314.
- Stapleton, F., Alves, M., Bunya, V. Y., Jalbert, I., Lekhanont, K., Malet, F., et al. (2017). TFOS DEWS II Epidemiology report. *Ocular Surface*, 15(3), 334-365.
- Szczotka-Flynn, L. B., Maguire, M. G., Ying, G. S., Lin, M. C., Bunya, V. Y., Dana, R., et al. (2019). Impact of dry eye on visual acuity and contrast sensitivity: dry eye assessment and management study. *Investigative Ophthalmology & Visual Science*, 96(6), 387-396.
- Tan, L. L., Morgan, P., Cai, Z. Q., & Straughan, R. A. (2015). Prevalence of and risk factors for symptomatic dry eye disease in Singapore. *Clinical and Experimental Optometry*, 98(1), 45-53.
- TFOS DEWS III Digest Subcommittee. (2025). TFOS DEWS III: Digest. American Journal of

Ophthalmology.

TFOS DEWS III Management and Therapy Subcommittee. (2025). TFOS DEWS III: Management and Therapy. American Journal of Ophthalmology.

Toda, I. (2018). Dry eye after LASIK. *Investigative Ophthalmology & Visual Science*, 59(14), 109-115.

Tunay, Z. O., Ozdemir, O., Acar, D. A., Cavkaytar, S., & Ersoy, E. (2016). Dry eye findings worsen with anticholinergic therapy in patients with urge incontinence. *International Urogynecology Journal*, 27(6), 919-922.

Wang, Y., Lv, H., Liu, Y., Jiang, X., Zhang, M., Li, X., et al. (2017). Characteristics of symptoms experienced by persons with dry eye disease while driving in China. *Eye*, 31(11), 1550-1555.

Wu, W.-L., & Chang, S.-W. (2022). Dermatochalasis aggravates meibomian gland dysfunction related dry eyes. *Journal of Clinical Medicine*, 11(9), 2379.

Yazdani, M., Elgstoen, K. B. P., & Utheim, T. P. (2022). Eye make-up products and dry eye disease: a mini review. *Current Eye Research*, 47(1), 1-11.

Yu, K., Bunya, V., Maguire, M., Asbell, P., & Ying, G. S. (2024). Association between systemic medication use and severity of dry eye signs and symptoms in the Dry eye assessment and management (DREAM) study. *The Ocular Surface*, 32, 13-25.

การพัฒนาแนวทางการดูแลผู้ป่วยหลังรับยาระงับความรู้สึกในห้องพักฟื้น โรงพยาบาลสะเดา
จังหวัดสงขลา

The Development of Post-Anesthesia Care Guideline in the Recovery Room

Sadao Hospital, Songkhla Province

สุชญา ลีลาเจริญทอง^{1*} และ กิตติพร เนาว์สุวรรณ²

Suchaya Leelajaroenthong¹ and Kittiporn Nawsuwan²

¹โรงพยาบาลสะเดา จังหวัดสงขลา, ²วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สงขลา คณะพยาบาลศาสตร์

สถาบันพระบรมราชชนก

¹Sadao Hospital, Songkhla Province, ²Boromrajonani College of Nursing, Faculty of Nursing,

Praboromarachanok institute

(Received: January 11, 2026, Revised: May 16, 2026, Accepted: August 22, 2026)

บทคัดย่อ

การวิจัยและพัฒนานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัญหาและความต้องการของวิสัญญีพยาบาล พัฒนาแนวทาง และศึกษาประสิทธิผลของแนวทางการดูแลผู้ป่วยหลังได้รับยาระงับความรู้สึกในห้องพักฟื้น โรงพยาบาลสะเดา จังหวัดสงขลา ดำเนินการ 3 ขั้นตอน ได้แก่ (1) ศึกษาปัญหาและความต้องการด้วยการวิจัยเชิงคุณภาพร่วมกับการวิเคราะห์เอกสาร (2) พัฒนาแนวทางจากผลการศึกษาและการทบทวนวรรณกรรม ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน ผ่านการประชาพิจารณ์และทดลองใช้โดยวิสัญญีพยาบาล 27 คน และ (3) ศึกษาประสิทธิผลด้วยการวิจัยกึ่งทดลองแบบกลุ่มควบคุมวัดก่อนและหลัง กลุ่มตัวอย่างประกอบด้วยวิสัญญีพยาบาล 3 คน และผู้ป่วย 2 กลุ่ม กลุ่มละ 27 คน โดยกลุ่มควบคุมเป็นข้อมูลย้อนหลังปี 2567 และกลุ่มทดลองเป็นผู้ป่วยปี 2568 เครื่องมือ ได้แก่ แนวทางการดูแล แบบประเมินผลลัพธ์ และแบบประเมินความพึงพอใจ ซึ่งมีค่า CVI และ IOC เท่ากับ 1 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนาและ Independent-samples t-test

ผลการวิจัยพบว่า (1) ปัญหาสำคัญ ได้แก่ การขาดแนวทางปฏิบัติที่เป็นมาตรฐานเดียวกัน การสื่อสารข้อมูลผู้ป่วยที่ไม่มีประสิทธิภาพ และสภาพแวดล้อมที่มีอุณหภูมิต่ำในห้องผ่าตัด (2) ได้แนวทางการดูแลผู้ป่วยหลังรับยาระงับความรู้สึกในห้องพักฟื้น ประกอบด้วย การประเมินสัญญาณชีพและอาการ การประเมินระดับความรู้สึกตัวและความปวด การเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อน การตรวจสอบอุปกรณ์ การวางแผนจำหน่าย และการติดตามบันทึกข้อมูล และ (3) หลังใช้แนวทาง วิสัญญีพยาบาลมีความรู้และการปฏิบัติเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) มีความพึงพอใจระดับมากที่สุด ($M = 4.99$, $SD = 0.04$) ผู้ป่วยมีความพึงพอใจระดับมากที่สุด คะแนนความปวดลดลง ($p < .001$) และอัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อนลดลงอย่างมีนัยสำคัญ ($p < .05$) โดยเฉพาะภาวะความดันโลหิตต่ำ หายใจสั้น และคลื่นไส้อาเจียน ส่งผลให้ไม่พบภาวะแทรกซ้อนภายใน 24 ชั่วโมงหลังผ่าตัดในกลุ่มทดลอง

แนวทางการดูแลผู้ป่วยหลังรับยาระงับความรู้สึกในห้องพักฟื้น ช่วยยกระดับมาตรฐานการดูแลผู้ป่วยหลังได้รับยาระงับความรู้สึกในห้องพักฟื้น เพิ่มคุณภาพการปฏิบัติงานของวิสัญญีพยาบาล และส่งเสริมความปลอดภัยของผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ

คำสำคัญ: การพัฒนาแนวทาง, ยาระงับความรู้สึก, การเกิดภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด

*ผู้ให้การติดต่อ (Corresponding e-mail: suchayaleela@gmail.com)

Abstract

This research and development study aimed to examine the problems and needs of nurse anesthetists, develop a guideline, and evaluate the effectiveness of a post-anesthesia care guideline in the recovery room at Sadao Hospital, Songkhla Province. The study was conducted in three phases: (1) identifying problems and needs through qualitative research combined with document analysis; (2) developing the guideline based on the study findings and literature review, verifying content validity with three experts, and refining it through public hearings and a pilot trial with 27 nurse anesthetists; and (3) evaluating effectiveness using a quasi-experimental, post-test-only control group design. The sample consisted of 3 nurse anesthetists and two patient groups of 27 patients each, with the control group drawn from retrospective 2024 data and the experimental group from 2025 patients. The instruments included the care guideline, an outcome assessment form, and a satisfaction assessment form, all of which had CVI and IOC values of 1. Data were analyzed using descriptive statistics and an independent-samples t-test.

The results showed that: (1) the key problems identified were the lack of a standardized practice guideline, ineffective communication of patient information, and a low-temperature environment in the operating room; (2) the resulting post-anesthesia care guideline for the recovery room comprised assessment of vital signs and symptoms, assessment of consciousness level and pain, surveillance for complications, equipment checks, discharge planning, and documentation and follow-up; and (3) after implementation of the guideline, nurse anesthetists showed a statistically significant increase in knowledge and practice ($p < .05$) and reported the highest level of satisfaction ($M = 4.99$, $SD = 0.04$). Patients also reported the highest level of satisfaction, pain scores decreased significantly ($p < .001$), and the complication rate decreased significantly ($p < .05$), particularly for hypotension, shivering, and nausea/vomiting - resulting in no complications within 24 hours post-operatively in the experimental group.

The post-anesthesia care guideline for the recovery room helps raise the standard of care for patients following anesthesia, enhances the quality of nurse anesthetists' practice, and effectively promotes patient safety.

Keywords: Guideline Development, Anesthesia, Postoperative Complications

บทนำ

งานบริการในห้องฟักฟื้นเป็นงานที่อยู่ในความรับผิดชอบของวิสัญญีพยาบาล ซึ่งมีหน้าที่ในการดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัดที่ได้รับการระงับความรู้สึกที่รอสังเกตอาการก่อนย้ายกลับหอผู้ป่วย (เสาวภา ไพศาลพันธุ์, 2560) โดยเฉพาะในช่วง 1 ชั่วโมงแรกหลังการผ่าตัดและหลังรับยาระงับความรู้สึก เป็นระยะที่ผู้ป่วยอยู่ในภาวะวิกฤติ ควรได้รับการดูแล เฝ้าระวังอย่างใกล้ชิด (กรรณิการ์ วามานนท์, 2561) ซึ่งผู้ป่วยอยู่ในระยะวิกฤติของชีวิต เสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ ดังนี้ 1) ผลต่อระบบทางเดินหายใจ อาจเกิดการอุดตันทางเดินหายใจ 2) ผลต่อระบบหัวใจและระบบไหลเวียนโลหิต 3) ผลต่อระดับความรู้สึกตัว ผู้ป่วยที่ยังตื่นไม่ตี กลไกการป้องกัน การไอถูกกด 4) ผลต่อระบบประสาทและกล้ามเนื้อจากฤทธิ์ของยาผสมสลบ (เสาวภา ไพศาลพันธุ์, 2560) ดังนั้นวิสัญญีพยาบาลที่มีความรู้ ความสามารถ และหน่วยงานที่มีความพร้อมของสถานที่ เครื่องมือ อุปกรณ์ในห้องฟักฟื้น ตลอดจนการประสานงาน การสื่อสารที่มีประสิทธิภาพระหว่างทีมผู้ให้บริการ จะส่งผลให้ผู้ป่วยได้รับการที่มีคุณภาพ พยาบาลวิสัญญี มีบทบาทสำคัญในการจัดการบริการพยาบาลวิสัญญีให้มีประสิทธิภาพ ปลอดภัยได้มาตรฐาน ได้ตระหนักถึงปัญหาการดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัดและการระงับความรู้สึก ที่มีความเสี่ยง เกิดภาวะแทรกซ้อนได้ (ดวงแก้ว พรหมพราว และนงเยาว์ มีเทียน , 2563)

โรงพยาบาลสะเดา เป็นหนึ่งในโรงพยาบาลชุมชน ได้มีการพัฒนาห้องผ่าตัดใหญ่ตามแนวนโยบายของกระทรวงสาธารณสุขและสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสงขลา ให้มีบริการการผ่าตัดในพื้นที่อำเภอสะเดา ผู้รับบริการสามารถเข้าถึงบริการในโรงพยาบาลชุมชนได้ ดังนั้นโรงพยาบาลสะเดาจึงได้ดำเนินการเปิดห้องผ่าตัดใหญ่เพื่อให้ผู้รับบริการสามารถเข้าถึงการรับบริการตามนโยบายดังกล่าว ปีงบประมาณ 2567 โรงพยาบาลสะเดาได้ดำเนินการเปิดห้องผ่าตัดใหญ่ เมื่อวันที่ 4 ตุลาคม 2566 เป็นต้นมา ปัจจุบันให้บริการทางด้านสูติ-นรีเวช หัตถการที่ทำ ได้แก่ ผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง ทำหมัน ขูดมดลูก ผ่าตัดเปิดช่องท้อง ทางด้านศัลยกรรม หัตถการที่ทำ ได้แก่ Scrub burn , การตกแต่งแผลติดเชื้อ, การตัดฝังฝังใต้ลิ้น เป็นต้น เฉลี่ยประมาณ 5-10 ราย/เดือน ผู้ป่วยทุกรายที่รับการผ่าตัดจะได้รับยาระงับความรู้สึก และต้องได้รับการติดตามอาการอย่างใกล้ชิดในห้องฟักฟื้นจากการดำเนินการที่ผ่านมา ในปีงบประมาณ 2567 ตั้งแต่เดือนตุลาคม 2566 – กันยายน 2567 พบภาวะแทรกซ้อนและอุบัติการณ์ความเสี่ยง เช่นอาการปวดแผลหลังผ่าตัด ร้อยละ 20 , อาการหนาวสั่น (Shivering) ร้อยละ 10 , ความดันโลหิตสูงร้อยละ 6 เป็นต้น

จากการทบทวนอุบัติการณ์ความเสี่ยงการดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัดในห้องฟักฟื้นที่ผ่านมาในด้านแนวทางการดูแลปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยหลังได้รับยาระงับความรู้สึก พบว่า มีเกณฑ์ การประเมินผู้ป่วยแรกรับเข้าห้องฟักฟื้นที่ไม่ครบถ้วน เกณฑ์การประเมินผู้ป่วยก่อนจำหน่ายและการส่งต่ออาการไม่ครบถ้วน ส่งผลให้เกิดภาวะแทรกซ้อนต่อการดูแลผู้ป่วย ขณะเดียวกับที่ปัจจุบันงานวิสัญญีพยาบาลประสบปัญหาขาดแคลนอัตราากำลัง ซึ่งหากมีแนวทางการดูแลให้พยาบาล ที่ถูกต้องตามมาตรฐาน ส่งผลให้ผู้ป่วยฟื้นตัวหลังการผ่าตัดเร็วขึ้น อัตราการครองเตียงและค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลลดลง ดังนั้นส่งผลให้เกิดการพัฒนาแนวทางการดูแลผู้ป่วยหลังรับยาระงับความรู้สึกในห้องฟักฟื้น เพื่อให้ผู้ป่วยมีความปลอดภัยและลดภาวะแทรกซ้อนรวมถึงอุบัติการณ์ความเสี่ยงดังกล่าวการพัฒนาแนวทางปฏิบัตินี้ ได้บูรณาการแนวคิดมาตรฐานการดูแลผู้ป่วยหลังการระงับความรู้สึกของ American Society of Anesthesiologists (ASA) ร่วมกับแนวทางปฏิบัติงานในห้องฟักฟื้นของราชวิทยาลัยวิสัญญีแพทย์แห่งประเทศไทย (แสงจันทร์ วรณศรี, 2561) โดยนำมาปรับปรุงให้มีความชัดเจนและเหมาะสมกับบริบทของโรงพยาบาล (ชุดิมา ภูวดล, 2562) การใช้มาตรฐาน ASA Standards for Post anesthesia Care ที่เน้นการดูแลอย่างต่อเนื่อง ครอบคลุม และเป็นระบบ ตั้งแต่แรกรับจนถึงการจำหน่ายผู้ป่วย ช่วยให้บุคลากรในห้องฟักฟื้น (PACU) เข้าใจขั้นตอนการปฏิบัติงานได้ง่ายขึ้น ลดความคลาดเคลื่อนในการบริการ

และสามารถเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนในระยะแรกได้อย่างตรงจุด ซึ่งช่วยลดอัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดได้อย่างมีประสิทธิภาพ (ดวงแก้ว พรหมพราว และนงเยาว์ มีเทียน, 2563) นอกจากนี้การเลือกใช้เครื่องมือประเมินความปวด การบันทึกข้อมูลอย่างเป็นระบบยังช่วยให้สามารถติดตามผลย้อนหลังเพื่อนำข้อมูลมาใช้ในการพัฒนาคุณภาพการบริการอย่างต่อเนื่อง (สุชาติพิทย์ แสงขาว, 2562)

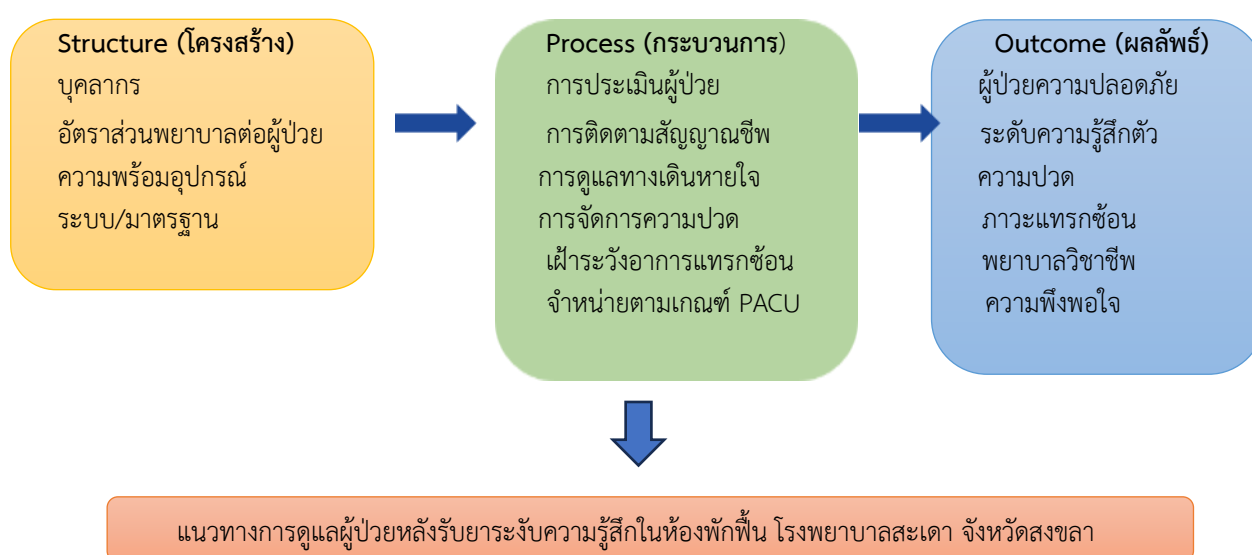
จากประเด็นดังกล่าว ผู้วิจัยในฐานะวิสัญญีพยาบาลและมีบทบาทเป็นหัวหน้าทีมในการให้การระงับความรู้สึก จึงสนใจที่จะพัฒนาแนวทางดูแลผู้ป่วยหลังรับยาระงับความรู้สึกในห้องพักรฟื้น เพื่อให้วิสัญญีพยาบาลผู้ปฏิบัติได้มีแนวทางการปฏิบัติงาน ใช้ในการตัดสินใจในการดูแลผู้ป่วยรับบริการได้อย่างปลอดภัย (อรฉัตร จันทร์กระจำง, 2561) ป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนดังกล่าว และวิสัญญีพยาบาลรู้สึกพึงพอใจที่ให้การพยาบาลได้ตามมาตรฐานวิชาชีพอย่างมีประสิทธิภาพ

วัตถุประสงค์วิจัย

1. เพื่อศึกษาปัญหาและความต้องการของวิสัญญีพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยหลังรับยาระงับความรู้สึกในห้องพักรฟื้น โรงพยาบาลสะเดา
2. เพื่อพัฒนาแนวทางการดูแลผู้ป่วยหลังรับยาระงับความรู้สึกในห้องพักรฟื้น โรงพยาบาลสะเดา
3. เพื่อศึกษาประสิทธิผลของแนวทางการดูแลผู้ป่วยหลังรับยาระงับความรู้สึกในห้องพักรฟื้น โรงพยาบาลสะเดา

กรอบแนวคิดการวิจัย

ผู้วิจัยได้ทำการศึกษาจากกรอบแนวคิดตามมาตรฐานของ American Society of Anesthesiologists (ASA) ในการดูแลผู้ป่วยหลังการระงับความรู้สึก โดยประกอบด้วยองค์ประกอบด้านโครงสร้าง กระบวนการและผลลัพธ์ ซึ่งมีความสัมพันธ์กัน โดยโครงสร้างที่เหมาะสมส่งผลต่อกระบวนการดูแล และนำไปสู่ผลลัพธ์ด้านความปลอดภัยของผู้ป่วย เพื่อให้วิสัญญีพยาบาลที่ปฏิบัติงานในห้องพักรฟื้น มีแนวทางการดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัดที่ได้รับยาระงับความรู้สึกในห้องพักรฟื้นที่เป็นไปในทิศทางเดียวกัน ระดับความปวดหลังได้รับการจัดการความปวดน้อยกว่า 4 และไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการประเมินผู้ป่วยใน PACU เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการดูแลและลดอัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อน ดังภาพ 1



ภาพ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

ระเบียบวิธีการวิจัย การวิจัยนี้เป็นการวิจัยและพัฒนา (Research and Development) ดำเนินการวิจัยเป็น 3 ขั้นตอนดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 ศึกษาปัญหาและความต้องการของวิสัญญีพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยหลังรับยาระงับความรู้สึกในห้องฟักฟื้น โรงพยาบาลสะเตา ใช้วิธีเชิงคุณภาพ มีขั้นตอนดังนี้

วิธีเชิงคุณภาพ

ผู้ให้ข้อมูล

ผู้ให้ข้อมูล ได้แก่ วิสัญญีแพทย์และวิสัญญีพยาบาลในโรงพยาบาลชุมชน จำนวน 9 คน ประกอบด้วย วิสัญญีพยาบาลปฏิบัติงานในโรงพยาบาลสะเตา จำนวน 2 คน วิสัญญีแพทย์และวิสัญญีพยาบาลปฏิบัติงานในโรงพยาบาลชุมชน จำนวน 7 คน โดยเลือกผู้ให้ข้อมูลแบบเจาะจง (Purposive Sampling) โดยกำหนดคุณสมบัติ คือ 1) ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลชุมชนที่เปิดห้องผ่าตัดใหญ่ 2) มีประสบการณ์ทำงานเป็นวิสัญญีพยาบาล ไม่น้อยกว่า 2 ปี 3) ผ่านการฝึกอบรมหลักสูตรวิสัญญีพยาบาลหลักสูตร 1 ปี และได้รับการรับรองจากราชวิทยาลัยวิสัญญีแพทย์แห่งประเทศไทย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. แนวทางคำถามในการสัมภาษณ์วิสัญญีพยาบาลในโรงพยาบาลสะเตาและในโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดสงขลา ในการดูแลผู้ป่วยหลังรับยาระงับความรู้สึกในห้องฟักฟื้น แนวคำถามจำนวน 2 ข้อ ได้แก่ 1) ปัญหาการดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัดและหลังรับยาระงับความรู้สึกมีอะไรบ้าง 2) ความต้องการในการพัฒนาแนวทางในการดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัดและหลังรับยาระงับความรู้สึกในห้องฟักฟื้น เป็นอย่างไร

2. เครื่องบันทึกเสียง และสมุดจดบันทึก สำหรับจดข้อมูล

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือวิจัย

ผู้วิจัยได้นำแนวคำถามที่สร้างขึ้นไปตรวจสอบคุณภาพโดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 คน ประกอบด้วยผู้เชี่ยวชาญด้านวิจัย 1 ท่าน วิสัญญีแพทย์ 1 ท่าน และวิสัญญีพยาบาล 1 คน จากนั้นนำไปทดลองใช้ (Try Out) กับวิสัญญีพยาบาลที่รับผิดชอบในการดูแลผู้ป่วยในห้องฟักฟื้น จำนวน 3 คน เพื่อตรวจสอบความชัดเจนและความเข้าใจตรงกันในประเด็นคำถามก่อนนำไปใช้จริง

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลเชิงคุณภาพด้วยการสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth Interview) จากวิสัญญีพยาบาลในโรงพยาบาลสะเตาและโรงพยาบาลชุมชนเครือข่าย โดยใช้แนวคำถามแบบกึ่งโครงสร้าง (Semi-structured Interview) จำนวน 2 ข้อ การสัมภาษณ์ดำเนินการโดยการสนทนาโดยตรงเฉพาะบุคคล หรือผ่านทางโทรศัพท์ในกรณีที่ผู้ให้ข้อมูลไม่สะดวกเรื่องเวลาหรือการเดินทาง การสัมภาษณ์แต่ละครั้งใช้เวลาประมาณ 30 - 60 นาที และได้รับการขออนุญาตบันทึกเสียงสนทnal่วงหน้าหลังจากเสร็จสิ้นการสัมภาษณ์ ผู้วิจัยได้ทำการถอดเทปบันทึกเสียงแบบคำต่อคำ (Verbatim Transcription) แล้วจึงทำการสรุปใจความสำคัญเพื่อส่งกลับไปให้ผู้ให้ข้อมูลตรวจสอบความถูกต้อง (Member Checking) อีกครั้ง เพื่อยืนยันความตรงของข้อมูลเชิงคุณภาพ

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพด้วยการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content Analysis) โดยนำข้อมูลจากการสัมภาษณ์มาทำการจำแนก รหัส (Coding) และจัดกลุ่มประเด็นหลัก (Thematic Analysis) เกี่ยวกับปัญหาและความต้องการของวิสัญญีพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัดและหลังรับยาระงับความรู้สึกในห้องฟักฟื้น เพื่อบรรยายสรุปและเชื่อมโยงความสัมพันธ์ในประเด็นที่ศึกษาอย่างเป็นระบบ

ขั้นตอนที่ 2: การพัฒนาแนวทางการดูแลผู้ป่วยหลังรับยาระงับความรู้สึกในห้องฟักฟื้น โรงพยาบาลสะเตา จังหวัดสงขลา มีขั้นตอนการดำเนินงานดังนี้

1. ผู้วิจัยทำการศึกษา วิเคราะห์ และสังเคราะห์ข้อมูลจากเอกสาร ตำรา และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับแนวคิดมาตรฐานการดูแลผู้ป่วยหลังการระงับความรู้สึกของ American Society of Anesthesiologists (ASA) และราชวิทยาลัยวิสัญญีแพทย์แห่งประเทศไทย

2. ผู้วิจัยนำผลการวิเคราะห์วรรณกรรมในข้อ 1 มาบูรณาการร่วมกับข้อมูลปัญหาและความต้องการที่ได้จากการสัมภาษณ์วิสัญญีพยาบาลในขั้นตอนที่ 1 เพื่อนำมาจัดทำและยกร่างแนวทางการดูแลผู้ป่วยหลังรับยาระงับความรู้สึกในห้องพักฟื้น โรงพยาบาลสะเดา ให้มีความเฉพาะเจาะจงและสอดคล้องกับบริบทของพื้นที่

3. ผู้วิจัยได้นำร่างแนวทางการดูแลผู้ป่วยหลังรับยาระงับความรู้สึกในห้องพักฟื้น ไปให้ผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 ท่านตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) ประกอบด้วย วิสัญญีแพทย์ 1 ท่าน หัวหน้าวิสัญญีพยาบาล 1 ท่าน และวิสัญญีพยาบาลผู้ปฏิบัติงาน 1 ท่านโดยผู้เชี่ยวชาญมีข้อเสนอแนะเชิงคลินิกที่สำคัญคือ ควรเพิ่มการประเมินระดับความรู้สึกตัวโดยใช้เกณฑ์การประเมินระดับการได้รับยาสลบ/ยาระงับความรู้สึก (Sedative Score) ร่วมด้วย และในส่วนของการเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อน หากผู้ป่วยมีอาการหนาวสั่น (Shivering) ควรจัดให้มีการวัดอุณหภูมิร่างกายร่วมด้วยในกรณีที่สงสัยว่ามีภาวะไข้หรืออุณหภูมิร่างกายต่ำ ทั้งนี้ผู้วิจัยได้นำข้อเสนอแนะดังกล่าวมาปรับปรุงแนวทางปฏิบัติให้มีความสมบูรณ์ยิ่งขึ้นก่อนนำไปทดลองใช้

4. ผู้วิจัยได้นำร่างแนวทางการดูแลผู้ป่วยหลังรับยาระงับความรู้สึกในห้องพักฟื้น โรงพยาบาลสะเดา ฉบับสมบูรณ์ ไปประเมินความเหมาะสม ความเป็นไปได้ และประโยชน์ต่อผู้รับบริการ โดยกลุ่มตัวอย่างคือวิสัญญีพยาบาลที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลทั่วไป เขตสุขภาพที่ 12 จำนวน 27 คน ซึ่งเป็นขนาดกลุ่มตัวอย่างที่คำนวณโดยใช้โปรแกรม G*Power จากนั้นนำผลคะแนนการประเมินมาวิเคราะห์เปรียบเทียบกับเกณฑ์ค่าเฉลี่ยที่กำหนดไว้ที่ 3.50 ด้วยการทดสอบค่าทีกลุ่มเดียว (One-sample t-test) ผลการวิจัยพบว่า แนวทางปฏิบัติที่พัฒนาขึ้นมีความเหมาะสม ความเป็นไปได้ และประโยชน์ต่อผู้รับบริการ สูงกว่าเกณฑ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ($p < .001$)

5. นำแนวทางการดูแลผู้ป่วยหลังรับยาระงับความรู้สึกในห้องพักฟื้น โรงพยาบาลสะเดา ฉบับสมบูรณ์ ไปใช้ทดลองในขั้นตอนที่ 3

ขั้นตอนที่ 3 ศึกษาประสิทธิผลของแนวทางการดูแลผู้ป่วยหลังรับยาระงับความรู้สึกในห้องพักฟื้น โรงพยาบาลสะเดา ขั้นตอนนี้ใช้รูปแบบการวิจัยเชิงทดลองแบบกึ่งทดลอง (Quasi-Experimental Research) ชนิดกลุ่มเดียววัดก่อนและหลังการทดลอง (One-Group Pretest-Posttest Design)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดและได้รับยาระงับความรู้สึก และเข้ารับการดูแลในห้องพักฟื้น โรงพยาบาลสะเดา ในปี พ.ศ. 2568 ซึ่งเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive Sampling) ตามเกณฑ์ที่กำหนด จำนวนทั้งหมด 27 ราย โดยแบ่งเป็นกลุ่มก่อนและหลังใช้แนวทางปฏิบัติ เกณฑ์การคัดเข้า (Inclusion Criteria) 1.ผู้ป่วยที่ได้รับการเยี่ยมประเมินก่อนการผ่าตัดและก่อนได้รับยาระงับความรู้สึก 2.ผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลในห้องพักฟื้น (PACU) โรงพยาบาลสะเดา 3. ผู้ป่วยหรือญาติสายตรงโดยชอบธรรมยินยอมเข้าร่วมการวิจัย เกณฑ์การคัดออก (Exclusion Criteria) 1.ผู้ป่วยที่เกิดภาวะแทรกซ้อนรุนแรงในห้องผ่าตัดจนต้องย้ายไปรักษาต่อที่หอผู้ป่วยวิกฤต (ICU) ทันที โดยไม่ได้เข้ารับการดูแลในห้องพักฟื้น 2.ผู้ป่วยที่ปฏิเสธการเข้าร่วมโครงการวิจัยในภายหลัง หรือส่งต่อเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดและได้รับยาระงับความรู้สึกในห้องพักฟื้นโรงพยาบาลสะเดา จังหวัดสงขลา ระหว่างเดือนมีนาคม - มิถุนายน พ.ศ. 2568 ผู้วิจัยคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้โปรแกรม G*Power Analysis (Faul, Erdfelder, Lang, & Buchner, 2007) โดยเลือกค่าตั้ง Test family เป็น t-tests และ Statistical test เป็น Means: Differences between two dependent means (matched pairs) กำหนดค่าขนาดอิทธิพลในระดับปานกลาง (Effect Size $d = 0.50$) ตามข้อเสนอแนะของ Cohen (1988) ที่ระบุว่าการทดสอบกลุ่มตัวอย่างแบบไม่อิสระต่อกันสามารถกำหนดค่าอิทธิพลในระดับปานกลางถึงระดับสูงได้ พร้อมทั้งกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติ (Alpha) เท่ากับ .05 และอำนาจการทดสอบ (Power) เท่ากับ 0.80 ซึ่ง

คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างขั้นต่ำได้จำนวน 27 คนในการนี้ ผู้วิจัยดำเนินการเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (Purposive Sampling) จากผู้ป่วยที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์คัดเข้า (Inclusion Criteria) และเกณฑ์คัดออก (Exclusion Criteria) ที่กำหนดไว้

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง คือ แนวทางการดูแลผู้ป่วยหลังรับยาระงับความรู้สึกในห้องฟักฟื้น โรงพยาบาลสะเดา จังหวัดสงขลา หรือ "SAFETY Model" ซึ่งเป็นแนวทางปฏิบัติที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นในขั้นตอนที่ 2 โดยบูรณาการมาตรฐานสากลร่วมกับบริบทของพื้นที่ ประกอบด้วย 6 องค์ประกอบหลัก ดังนี้ S: Signs and Symptoms Monitoring – การประเมินสัญญาณชีพและอาการแสดงเชิงคลินิก A: Alertness and Pain Assessment – การประเมินระดับความรู้สึกตัว (Sedation Score) และระดับความปวด (NRS) F: Follow-up for Complications – การเฝ้าระวังและจัดการภาวะแทรกซ้อน (เช่น อาการหนาวสั่น หรือคลื่นไส้อาเจียน) E: Equipment Verification – การตรวจสอบความพร้อมของอุปกรณ์และสายระบายต่าง ๆ ที่ติดตัวมาอยู่กับผู้ป่วย T: Transfer and Discharge Planning – การวางแผนเกณฑ์การจำหน่ายและการส่งต่อผู้ป่วยไปยังหอผู้ป่วยอย่างปลอดภัย Y: Yield Documentation – การบันทึกข้อมูลการพยาบาลอย่างเป็นระบบเพื่อการติดตามและประเมินผลผลลัพธ์การดูแล

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

2.1 แบบประเมินระดับความรู้สึกตัว (Sedation Score) ผู้วิจัยเลือกใช้แบบประเมินระดับความรู้สึกตัวและง่วงซึมมาตรฐานสากล (Sedation Score) โดยประยุกต์ใช้ตามแนวทางปฏิบัติของ ศรัณญา จุฬาริ (2560) เพื่อเฝ้าระวังระดับความรู้สึกตัวของผู้ป่วยหลังรับยาระงับความรู้สึกในห้องฟักฟื้น เกณฑ์การประเมินแบ่งออกเป็น 5 ระดับ ตามลักษณะอาการเชิงคลินิก ดังนี้ คะแนน 0 หมายถึง ผู้ป่วยตื่นดี ไม่ง่วงซึม และตื่นสติขึ้น คะแนน 1 หมายถึง ผู้ป่วยมีอาการง่วงซึมเล็กน้อย แต่สามารถเรียกปลุกให้ตื่นได้ง่าย คะแนน 2 หมายถึง ผู้ป่วยมีอาการง่วงซึมปานกลาง ง่วงบ่อยหรือตลอดเวลา แต่ยังปลุกตื่นได้ง่าย คะแนน 3 หมายถึง ผู้ป่วยมีอาการง่วงซึมรุนแรง หลับลึก และปลุกตื่นยากคะแนน S หมายถึง ผู้ป่วยนอนหลับตามปกติ (Normal sleep) ทั้งนี้ ผู้วิจัยได้นำเกณฑ์ดังกล่าวมาใช้เป็นเครื่องมือหลักในการประเมินความปลอดภัยร่วมกับสัญญาณชีพ ก่อนทำการจำหน่ายผู้ป่วยออกจากห้องฟักฟื้น

2.2 แบบประเมินระดับความปวด (Numeric Rating Scale: NRS) ผู้วิจัยเลือกใช้แบบประเมินระดับความปวดมาตรฐานสากลชนิดมาตรวัดตัวเลข (Numeric Rating Scale: NRS) โดยประยุกต์ใช้ตามแนวทางของ ศรัณญา จุฬาริ (2560) เครื่องมือมีลักษณะเป็นเส้นตรงที่มีชุดตัวเลขตั้งแต่ 0 ถึง 10 คะแนน เพื่อให้ผู้ป่วยประเมินระดับความรุนแรงของอาการปวดด้วยตนเองในการใช้งาน ผู้วิจัยหรือพยาบาลประจำห้องฟักฟื้นจะอธิบายให้ผู้ป่วยเข้าใจเกณฑ์คะแนนก่อนการประเมิน โดยกำหนดให้คะแนน 0 หมายถึง ไม่มีอาการปวดเลย คะแนน 1 ถึง 3 หมายถึง มีอาการปวดเล็กน้อย คะแนน 4 ถึง 6 หมายถึง มีอาการปวดปานกลาง และคะแนน 7 ถึง 10 หมายถึง มีอาการปวดรุนแรงที่สุด ทั้งนี้ เครื่องมือ NRS เป็นมาตรวัดมาตรฐานสากลที่มีความตรงเชิงเนื้อหาและมีความไวสูงในการประเมินความเจ็บปวดเชิงคลินิก

2.3 แบบประเมินภาวะแทรกซ้อน โดยผู้วิจัยสร้างขึ้นเอง ได้แก่ อาการหนาวสั่น (Shivering) และอาการคลื่นไส้อาเจียน (Nausea/Vomiting) โดยทำการประเมินทุก ๆ 5 นาที

2.4 แบบประเมินความพึงพอใจ เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเอง จำนวน 6 ข้อถามเกี่ยวกับขั้นตอนการปฏิบัติงานที่สะดวก มีแนวทางที่ชัดเจน ตลอดจนการแก้ปัญหาที่ถูกต้อง และรวดเร็ว ลักษณะคำถามเป็นแบบประมาณค่า 5 ระดับ จากมากที่สุดให้ 5 คะแนนถึงน้อยที่สุดให้ 1 คะแนน

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ผู้วิจัยได้นำแบบประเมินแนวทางการดูแลผู้ป่วยหลังรับยาระงับความรู้สึกในห้องพักฟื้น ไปตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) โดยนำเสนอต่อผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน ประกอบด้วย วิทยาลัยแพทยหัวหน้ากลุ่มงานวิสัญญีวิทยา โรงพยาบาลสงขลา, วิสัญญีพยาบาล โรงพยาบาลสงขลา และหัวหน้าวิสัญญีพยาบาล โรงพยาบาลหาดใหญ่ ผลการประเมินได้ค่าดัชนีความสอดคล้อง (IOC) เท่ากับ 1.00 ทุกข้อคำถาม จากนั้น ผู้วิจัยได้นำแบบประเมินดังกล่าวไปทดลองใช้ (Try-out) กับวิสัญญีพยาบาลที่มีบริบทใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 27 คน เพื่อหาความเชื่อมั่น (Reliability) ของเครื่องมือ พบว่าได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) เท่ากับ .86 ซึ่งแสดงว่าเครื่องมือมีความเชื่อมั่นในระดับสูงและสามารถนำไปใช้ในการวิจัยจริงได้

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ขั้นก่อนการทดลอง (Pre-intervention Phase)

1. ผู้วิจัยดำเนินการเสนอโครงการวิจัยเพื่อขอรับการพิจารณาอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ จากโรงพยาบาลสะเดา สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสงขลา เลขที่ SDK 1/2567 ลงวันที่ 29 พฤษภาคม 2567

2. เมื่อได้รับการรับรองจริยธรรมการวิจัยแล้ว ผู้วิจัยจึงทำเรื่องขอหนังสืออนุญาตเข้าเก็บรวบรวมข้อมูลอย่างเป็นทางการจากผู้อำนวยการโรงพยาบาลสะเดา เพื่อประสานงานกับหัวหน้าห้องผ่าตัดและห้องพักฟื้นในลำดับถัดไป

3. ผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่าง (ผู้ป่วย) ที่ตรงตามเกณฑ์คัดเข้าเพื่อแนะนำตัว ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย ขั้นตอนการปฏิบัติตัว และการพิทักษ์สิทธิความลับข้อมูล โดยให้กลุ่มตัวอย่างหรือญาติสายตรงโดยชอบธรรมลงนามในใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัย (Informed Consent) ด้วยความสมัครใจผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลในระลอกการทดลอง (Pre-test) โดยบันทึกอัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อน ระดับความปวด และระดับความรู้สึกตัวของผู้ป่วยในห้องพักฟื้นที่ได้รับการดูแลตามรูปแบบเดิม (Routine Care) จำนวน 27 คน เพื่อใช้เป็นฐานข้อมูลในการเปรียบเทียบผลลัพธ์

ขั้นการทดลอง(Intervention Phase)

SAFETY Model คือแนวทางการดูแลผู้ป่วยหลังรับยาระงับความรู้สึกในห้องพักฟื้น (Post-Anesthesia Care Unit: PACU) ที่ช่วยให้วิสัญญีพยาบาลสามารถประเมิน เฝ้าระวัง และส่งต่อผู้ป่วยได้อย่างปลอดภัยและมีประสิทธิภาพสูงสุดองค์ประกอบหลักทั้ง 6 ประการของ SAFETY Model มีรายละเอียดการปฏิบัติและเป้าหมายการพยาบาลดังนี้

1. S - Signs and Symptoms Monitoring (การประเมินสัญญาณชีพและอาการแรกเริ่ม) วัตถุประสงค์: ตรวจวัดความดันโลหิต ชีพจร อัตราการหายใจ และความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือด (SpO_2) ทันทีที่ผู้ป่วยมาถึงห้องพักฟื้นความถี่ในการประเมิน วัดซ้ำทุก 5-15 นาทีตามมาตรฐาน หรือตามสภาวะความคงตัวของผู้ป่วยสังเกตระบบทางเดินหายใจ: ดูลักษณะการหายใจ สีผิว และการทำงานของกล้ามเนื้อช่วยหายใจเพื่อป้องกันภาวะทางเดินหายใจอุดกั้น

2. A - Alertness and Pain Assessment (การประเมินระดับความรู้สึกตัวและระดับความปวด) ประเมินระดับความรู้สึกตัว ใช้เครื่องมือมาตรฐาน เช่น Aldrete Score เพื่อดูการฟื้นตัวจากยาสลบหรือยาระงับความรู้สึกประเมินระดับความปวด สอบถามและให้ผู้ป่วยประเมินความเจ็บปวดด้วยเครื่องมือ เช่น Visual Analog Scale (VAS) หรือ Numerical Rating Scale (NRS) การจัดการความปวด: ให้ยาแก้ปวดตามแผนการรักษาของวิสัญญีแพทย์อย่างเหมาะสมก่อนที่ผู้ป่วยจะตื่นเต็มที่ เพื่อลดความกระสับกระส่าย

3. F - Follow up for complications (การประเมินและเฝ้าระวังอาการแทรกซ้อน) ระบบทางเดินหายใจ เฝ้าระวังภาวะทางเดินหายใจอุดกั้น (Airway Obstruction) ภาวะออกซิเจนในเลือดต่ำ (Hypoxemia) หรือภาวะหยุดหายใจระบบไหลเวียนโลหิต สังเกตอาการความดันโลหิตต่ำ ความดันโลหิตสูง หรือหัวใจเต้นผิด

จังหวะอาการทั่วไป เฝ้ารวังและแก้ไขอาการคลื่นไส้อาเจียนหลังผ่าตัด (PONV) อาการหนาวสั่น (Shivering) และภาวะอุณหภูมิร่างกายต่ำกว่าปกติ (Hypothermia)

4. E - Equipment Verification (การตรวจสอบอุปกรณ์ที่มากับผู้ป่วย)ท่อและสายระบาย ตรวจสอบตำแหน่ง การทำงาน และปริมาณสิ่งคัดหลั่งหลังจากสายระบายต่างๆ (เช่น ICD, Foley catheter, Surgical drain) สารน้ำทางหลอดเลือดดำ ตรวจสอบชนิด อัตราการไหล และตำแหน่งของเข็มน้ำเกลือให้อยู่ในสภาพพร้อมใช้งาน และไม่มีการรั่วซึมออกนอกเส้นเลือด เครื่องมือพิเศษ ตรวจสอบเครื่องควบคุมการให้ยาแก้ปวด (PCA) หรือเครื่องให้ออกซิเจนว่าตั้งค่าถูกต้องตามแผนการรักษา

5. T - Transfer Planning (การวางแผนการจำหน่าย)ประเมินเกณฑ์การย้ายออกจากห้องพักฟื้น ผู้ป่วยต้องมีคะแนน Aldrete Score ≥ 9 คะแนน (หรือตามเกณฑ์ของสถานพยาบาล) สัญญาณชีพคงที่ และระบบทางเดินหายใจทำงานได้ปกติการประสานงานตักผู้ป่วย ติดต่อยางงานอาการผู้ป่วยกับพยาบาลประจำหอผู้ป่วย (Ward) เพื่อเตรียมเตียง อุปกรณ์ และออกซิเจนให้พร้อมรับช่วงต่อการส่งข้อมูล (Handover) ใช้รูปแบบการสื่อสารที่เป็นสากลและปลอดภัย เช่น SBAR (Situation, Background, Assessment, Recommendation) ในการส่งต่อข้อมูล

6. Y - Yield Documentation (การติดตามและบันทึกข้อมูล)บันทึกอย่างต่อเนื่อง จดบันทึกสัญญาณชีพ สัญญาณเตือน วิกฤต อาการเปลี่ยนแปลง และการพยาบาลที่ให้ตลอดช่วงเวลาที่อยู่ในห้องพักฟื้นบันทึกการบริหารยา ลงบันทึกชนิดของยาระงับปวด ยาแก้อาเจียน หรือสารน้ำที่ผู้ป่วยได้รับในห้องพักฟื้นอย่างละเอียดและแม่นยำความสมบูรณ์ของเอกสาร ตรวจสอบความถูกต้องของใบบันทึกทางการแพทย์และการลงนาม เพื่อเป็นหลักฐานทางกฎหมายและข้อมูลอ้างอิงในการดูแลรักษาต่อไป

ขั้นหลังการทดลอง (Post-intervention Phase)

ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลระยะหลังการทดลอง (Post-test) ในกลุ่มตัวอย่างที่ได้รับการดูแลตามแนวทางปฏิบัติ SAFETY Model จำนวน 27 คน โดยประเมินระดับความรู้สึกตัว ระดับความปวด และการเกิดภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยในห้องพักฟื้น พร้อมทั้งให้สัญญาณพยาบาลผู้ร่วมปฏิบัติงานทำแบบสอบถามความพึงพอใจหลังสิ้นสุดการทดลอง

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์ข้อมูลคุณลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง และข้อมูลระดับความพึงพอใจของวิสัญญีพยาบาล โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics) ได้แก่ การแจกแจงความถี่ (Frequency) ร้อยละ (Percentage) ค่าเฉลี่ย (Mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation)

2. วิเคราะห์เปรียบเทียบคะแนนความปวดของผู้ป่วยหลังรับยาระงับความรู้สึกในห้องพักฟื้น ระหว่างก่อนและหลังการใช้แนวทางปฏิบัติ SAFETY Model โดยดำเนินการทดสอบการแจกแจงแบบปกติของข้อมูลด้วยสถิติ Shapiro-Wilk Test ล่วงหน้า หากข้อมูลมีการแจกแจงเป็นโค้งปกติ จะเลือกใช้สถิติทดสอบค่าทีชนิดกลุ่มตัวอย่างไม่เป็นอิสระต่อกัน (Dependent t-test) หากข้อมูลมีการแจกแจงไม่เป็นโค้งปกติ จะเลือกใช้สถิติ Wilcoxon Signed-Ranks Test (Hair, Black, Babin, & Anderson, 2019)

3. วิเคราะห์ระดับความรู้สึกตัว และอัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยในห้องพักฟื้น โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

ผลการวิจัย

1. ปัญหาและความต้องการของวิสัญญีพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยหลังรับยาระงับความรู้สึกในห้องพักฟื้นจากการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content Analysis) พบว่า ปัญหาและความต้องการของวิสัญญีพยาบาลในโรงพยาบาลสละและโรงพยาบาลชุมชนเครือข่าย สามารถจำแนกออกเป็นประเด็นหลักที่สำคัญได้ดังนี้ประเด็นที่ 1: ข้อจำกัดเชิงระบบ ด้านอัตราค่าจ้าง บุคลากร และโครงสร้างพื้นฐานพบปัญหาเรื่องสถานที่ในห้องพักฟื้นมีความคับแคบ ครุภัณฑ์และอุปกรณ์ทางการแพทย์ไม่เพียงพอต่อการปฏิบัติงาน รวมถึงจำนวนวิสัญญีพยาบาลที่

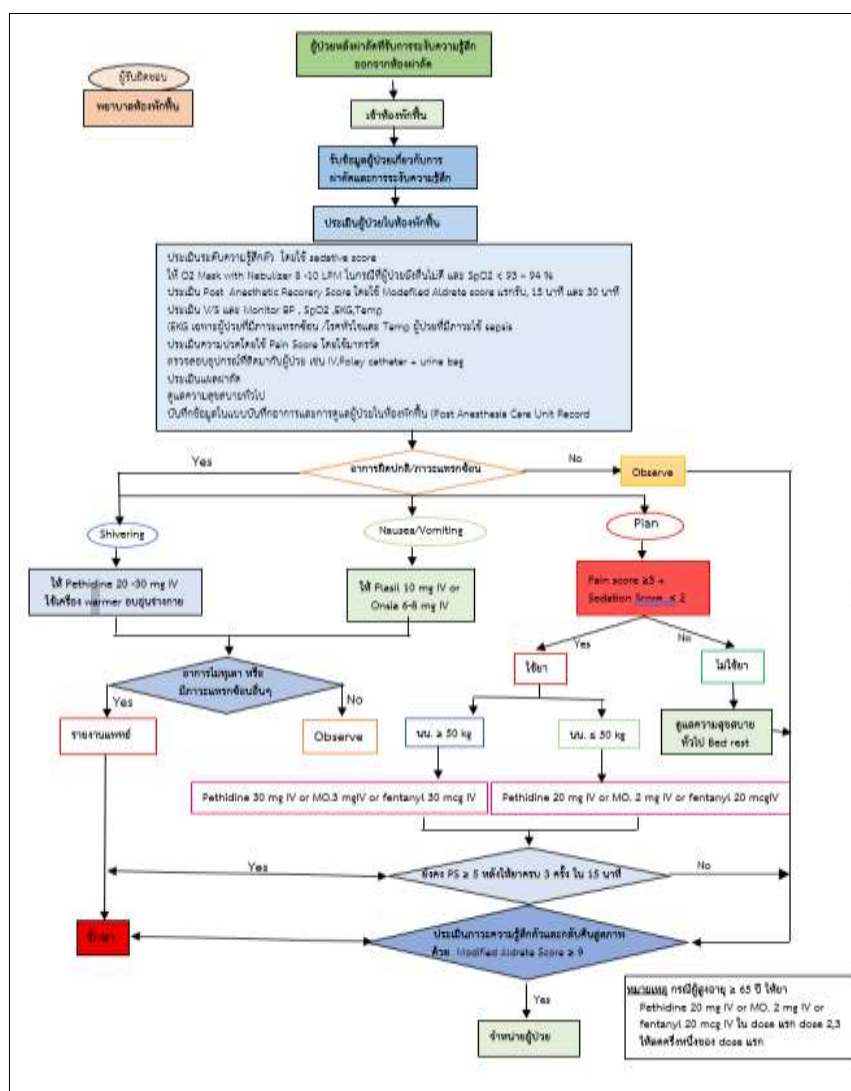
ต้องดูแลผู้ป่วยมีจำกัด ไม่สอดคล้องกับภาระงานทั้งในระยะก่อน หลังผ่าตัด และในห้องพักฟื้น ดังคำพูดของประชากรตัวอย่างที่ว่า: “วิสัญญีพยาบาลมีจำนวนจำกัดไม่เพียงพอกับคนไข้ที่ต้องดูแล เพราะพยาบาลต้องเยี่ยมก่อน หลังผ่าตัด” ประเด็นที่ 2: ความต้องการพัฒนาทักษะเชิงคลินิกและการสื่อสารวิสัญญีพยาบาลยังขาดความมั่นใจ ทักษะ และประสบการณ์เชิงลึกในการจัดการดูแลผู้ป่วยเฉพาะจุด เช่น การจัดทำทางที่เหมาะสมหลังผ่าตัด เพื่อส่งเสริมความสบาย และทักษะการสื่อสารเพื่อให้ผู้ป่วยเข้าใจแผนการดูแลหลังรับยาระงับความรู้สึก ดังสะท้อนในคำพูดที่ว่า: “การจัดทำนอนหลังผ่าตัดหรือหลังให้ยาระงับความรู้สึกเพื่อให้ผู้ป่วยผ่อนคลาย การสื่อสารให้ผู้ป่วยเข้าใจในการดูแลหลังผ่าตัดและหลังให้ยาระงับความรู้สึก” ประเด็นที่ 3: ขาดแนวทางที่ชัดเจนในการจัดการความปวดและภาวะแทรกซ้อนบุคลากรหน้างานสะท้อนความต้องการแนวปฏิบัติที่เป็นระบบในการประเมินผู้ป่วย โดยเฉพาะความไม่มั่นใจในการบริหารขนาดยาแก้ปวด การกำหนดระยะเวลาเริ่มต้นการให้ยา และแนวทางการเฝ้าระวังจัดการภาวะแทรกซ้อนสำคัญ เช่น อาการหนาวสั่น คลื่นไส้อาเจียน และภาวะเลือดออกหลังผ่าตัด ดังคำพูดที่ว่า: “การดูแลความปวด ไม่ค่อยมั่นใจในการให้ยาแก้ปวด ว่าจะให้ได้ขนาดยาแค่ไหน ต้องเริ่มให้เมื่อไหร่หลังจากดมยา ภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้น เช่น อาการหนาวสั่น (shivering) อาการคลื่นไส้อาเจียน และภาวะเลือดออกในระยะหลังผ่าตัด”

2. ผลการพัฒนาแนวทางการดูแลผู้ป่วยหลังรับยาระงับความรู้สึกในห้องพักฟื้น โรงพยาบาลสะเดา จังหวัดสงขลาจากการศึกษาปัญหาหน้างานและบูรณาการมาตรฐานสากลร่วมกัน ผู้วิจัยได้พัฒนาแนวทางปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยหลังรับยาระงับความรู้สึกในห้องพักฟื้น โรงพยาบาลสะเดา จังหวัดสงขลา ภายใต้ชื่อ “SAFETY Model” ซึ่งประกอบด้วย 6 องค์ประกอบหลักที่ประสานเชื่อมโยงกันอย่างเป็นระบบ ดังนี้ S: Signs and Symptoms Monitoring หมายถึง การประเมินสัญญาณชีพและอาการแสดงเชิงคลินิกของผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง ตามเกณฑ์มาตรฐาน A: Alertness and Pain Assessment หมายถึง การประเมินระดับความรู้สึกตัว (Sedation Score) และการประเมินระดับความปวด (NRS / Wong-Baker FACES) F: Follow-up for Complications หมายถึง การเฝ้าระวังและจัดการภาวะแทรก

ซ้อนหลังผ่าตัด เช่น อาการหนาวสั่น (Shivering) หรืออาการคลื่นไส้อาเจียน (PONV) E: Equipment Verification หมายถึง การตรวจสอบความพร้อมและความเรียบร้อยของอุปกรณ์ สารน้ำ และสายระบายต่าง ๆ ที่ติดตัวมาผู้ป่วย T: Transfer and Discharge Planning หมายถึง การวางแผนและการประเมินความพร้อมก่อนการส่งต่อหรือจำหน่ายผู้ป่วยออกจากห้องพักฟื้น (Modified Aldrete Score / PADSS) Y: Yield Documentation หมายถึง การบันทึกข้อมูลการพยาบาลวิสัญญีอย่างเป็นระบบเพื่อการติดตาม ประเมินผลลัพธ์ และส่งต่อข้อมูลการดูแลอย่างต่อเนื่อง



ภาพ 2 แนวทางการดูแลผู้ป่วยหลังรับยาระงับความรู้สึกในห้องพักฟื้น โรงพยาบาลสะเดา จังหวัดสงขลา



ภาพ 3 แผนภูมิแนวทางการดูแลผู้ป่วยหลังรับยาระงับความรู้สึกในห้องพักฟื้น โรงพยาบาลสะเดา

3.ประสิทธิภาพของแนวทางการดูแลผู้ป่วยหลังรับยาระงับความรู้สึกในห้องพักฟื้น โรงพยาบาลสะเดา
ตาราง 1 แสดงข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย (n = 27)

ปัจจัยข้อมูลทั่วไป	จำนวน (ราย)	ร้อยละ
1. เพศ		
ชาย	3	11.11
หญิง	24	88.89
2. อายุ (ปี)		
20 - 40	17	62.96
41 - 60	6	22.22
มากกว่า 60 ขึ้นไป	4	14.81
3. วิธีการให้ยาระงับความรู้สึก		
GA (General Anesthesia)	20	74.07
SB (Spinal Block)	7	25.93

ตาราง 2 เปรียบเทียบระดับความรู้สึกตัวก่อนและหลังใช้แนวทางการดูแลผู้ป่วยหลังรับยาระงับความรู้สึกในห้องฟักฟื้น (n = 27)

ระดับความรู้สึกตัว	จำนวน (ราย)	ร้อยละ
ก่อนพัฒนาแนวทาง		
รู้สึกตัวดี (0)	23	85.19
ง่วงซึม (1-3)	4	14.81
หลังพัฒนาแนวทาง		
รู้สึกตัวดี (0)	27	100.00
ง่วงซึม (1-3)	-	-

จากตาราง 2 การเปรียบเทียบข้อมูลระหว่างกลุ่มก่อนและหลังการพัฒนาแนวทางฯ พบความสอดคล้องอย่างมีนัยสำคัญเชิงคลินิกระดับความรู้สึกตัวของผู้ป่วย โดยพบว่าผู้ป่วยในกลุ่มหลังพัฒนาแนวทางฯทุกคน (ร้อยละ 100.00) มีระดับความรู้สึกตัวดี ไม่ปรากฏอาการง่วงซึม (ร้อยละ 0.00) ในขณะที่กลุ่มก่อนพัฒนาแนวทางฯ ยังคงพบผู้ป่วยที่มีอาการง่วงซึมร้อยละ 14.81

ตาราง 3 เปรียบเทียบประเภทการเกิดภาวะแทรกซ้อนก่อนและหลังใช้แนวทางการดูแลผู้ป่วยหลังรับยาระงับความรู้สึกในห้องฟักฟื้น ในระยะแรก รับ ระยะจำหน่าย และ 24 ชั่วโมงหลังผ่าตัด (n = 27)

ระยะและประเภทภาวะแทรกซ้อน	กลุ่มก่อนพัฒนาแนวทาง จำนวน (ร้อยละ)	กลุ่มหลังพัฒนาแนวทาง จำนวน (ร้อยละ)	p-value
ระยะแรก			
- ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน	19 (70.37)	24 (88.89)	0.175
- เกิดภาวะแทรกซ้อน	8 (29.63)	3 (11.11)	
• คลื่นไส้อาเจียน	4 (14.81)	2 (7.41)	
• หนาวสั่น	3 (11.11)	1 (3.70)	
• ความดันโลหิตสูง	1 (3.70)	0 (0.00)	
ระยะจำหน่ายออกจากห้องฟักฟื้น			
- ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน	23 (85.19)	26 (96.30)	0.351
- เกิดภาวะแทรกซ้อน	4 (14.81)	1 (3.70)	
• คลื่นไส้อาเจียน	2 (7.41)	1 (3.70)	
• หนาวสั่น	1 (3.70)	0 (0.00)	
• ความดันโลหิตสูง	1 (3.70)	0 (0.00)	
ระยะ 24 ชั่วโมงหลังผ่าตัด			
- ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน	25 (92.59)	27 (100.00)	0.491
- เกิดภาวะแทรกซ้อน	2 (7.41)	0 (0.00)	
• คลื่นไส้อาเจียน	1 (3.70)	0 (0.00)	
• หนาวสั่น	1 (3.70)	0 (0.00)	
• ความดันโลหิตสูง	0 (0.00)	0 (0.00)	

(p < .05)

หมายเหตุ : ผู้ป่วย 1 รายอาจพบภาวะแทรกซ้อนมากกว่า 1 อาการ

จากตาราง 3 การเปรียบเทียบประเภทรูปการเกิดภาวะแทรกซ้อนก่อนและหลังใช้แนวทางฯ ในระยะแรกรับ ระยะจำหน่าย และ 24 ชั่วโมงหลังผ่าตัด พบความสอดคล้องอย่างมีนัยสำคัญเชิงคลินิกในด้านความปลอดภัยของผู้ป่วย โดยในระยะแรกรับ กลุ่มหลังพัฒนาแนวทางฯ มีอัตราการไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 88.89 (จากเดิมร้อยละ 70.37) และควบคุมอาการความดันโลหิตสูงจนเหลือร้อยละ 0.00 ระยะจำหน่ายออกจากห้องพักรักษา กลุ่มหลังพัฒนาแนวทางฯ มีอัตราไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนสูงถึงร้อยละ 96.30 โดยอาการหนาวสั่นและความดันโลหิตสูงลดลงจนเหลือศูนย์ เหลือเพียงอาการคลื่นไส้อาเจียนร้อยละ 3.70 (1 ราย) ระยะ 24 ชั่วโมงหลังผ่าตัด กลุ่มหลังพัฒนาแนวทางฯ ประสบความสำเร็จอย่างสมบูรณ์ โดยไม่พบภาวะแทรกซ้อนเลย (ร้อยละ 100.00) ขณะที่กลุ่มเดิมยังคงพบอาการคลื่นไส้อาเจียนและหนาวสั่นอยู่

ตาราง 4 เปรียบเทียบคะแนนความปวดระหว่างก่อนและหลังใช้แนวทางการดูแลผู้ป่วยหลังรับยาระงับความรู้สึกในห้องพักรักษาโรงพยาบาลสะดา

คะแนนความปวด	<i>n</i>	$\bar{x}$	<i>SD</i>	<i>t</i>	<i>df</i>	<i>P-value</i> (1-tailed)
	27	5.22	2.97	8.555	26	<.001
	27	1.30	1.10			

จากตาราง 4 พบว่า ผลการเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนความปวดก่อนและหลังการใช้แนวทางฯ พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนความปวดเฉลี่ยก่อนใช้แนวทางฯ ($\bar{x} = 5.22$ *SD* = 2.97) และมีคะแนนความปวดเฉลี่ยหลังใช้แนวทางฯ ($\bar{x} = 1.30$ *SD* = 1.10) เมื่อทดสอบความแตกต่างด้วยสถิติ *t*-test แบบกลุ่มตัวอย่างไม่เป็นอิสระต่อกัน (Dependent *t*-test) พบว่า คะแนนความปวดหลังใช้แนวทางฯ ลดลงต่ำกว่าก่อนใช้แนวทางฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 (*t* = 8.555, *df* = 26, *p* < .001)

ตาราง 5 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการแปลผลระดับความพึงพอใจ (*n* = 27)

ประเด็น	ระดับความพึงพอใจ		
	$\bar{x}$	<i>SD</i>	แปลผล
1.มีขั้นตอนไม่ยุ่งยากและง่ายต่อการนำไปใช้	5.00	0.00	มากที่สุด
2.มีความชัดเจนของแนวทางการดูแลผู้รับบริการ	4.97	0.27	มากที่สุด
3.มีความถูกต้องตามหลักวิชาการต่อการนำไปใช้ในหน่วยงาน	5.00	0.00	มากที่สุด
4.แนวทางการแก้ปัญหาและเกิดผลดีต่อผู้รับบริการ	5.00	0.00	มากที่สุด
5.รวดเร็ว ลดต้นทุนกำลังคนและ เวลา	5.00	0.00	มากที่สุด
6.มีความเป็นไปได้ในทางปฏิบัติที่จะนำไปใช้ในหน่วยงาน	5.00	0.00	มากที่สุด
ภาพรวม	4.99	0.04	มากที่สุด

จากตาราง 5 พบว่า ความพึงพอใจต่อการใช้นโยบายการดูแลผู้ป่วยหลังรับยาระงับความรู้สึกในห้องพักรักษาในภาพรวมอยู่ในระดับมากที่สุด ($\bar{x} = 4.99$, *SD* = 0.04) เมื่อพิจารณารายข้อพบว่า เกือบทุกข้อมีค่าเฉลี่ยเต็ม ($\bar{x} = 5.00$, *SD* = 0.00) ซึ่งอยู่ในระดับมากที่สุดเช่นเดียวกัน ยกเว้นในข้อ มีความชัดเจนของแนวทางการดูแลผู้รับบริการ ที่มีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุดคือ 4.97 (*SD* = 0.27) แต่เมื่อแปลผลแล้วยังคงจัดอยู่ในระดับมากที่สุด

Meperidine/Pethidine หรือ Tramadol ในขนาดต่ำ) สำหรับผู้ป่วยที่มีอาการสั่นรุนแรงจนส่งผลต่อการใช้ออกซิเจนของร่างกาย 3. การควบคุมภาวะความดันโลหิตสูง (Postoperative Hypertension) ปัญหาเดิม: ความดันโลหิตสูงจากโรคประจำตัว หรือกระตุ้นจากความเจ็บปวดหลังผ่าตัด ซึ่งเสี่ยงต่ออันตรายถึงชีวิตการแก้ไขด้วย SAFETY (S - Signs and Symptoms Monitoring): Root Cause Assessment: ประเมินหาสาเหตุร่วม เช่น ความปวด, ภาวะพร่องออกซิเจน, หรือการมีปัสสาวะเต็มกระเพาะปัสสาวะ (Urinary retention) เพื่อแก้ที่ต้นเหตุ Target-Directed Care: กำหนดเกณฑ์เฝ้าระวังวิกฤต (Trigger limits) เช่น หาก SBP > 160 mmHg หรือ DBP > 100 mmHg ต่อเนื่องกัน 2 ครั้ง ต้องรายงานวิสัญญีแพทย์เพื่อพิจารณาให้ยาลดความดันโลหิต หรือปรับยาโรคประจำตัวอย่างทันที่ 4. การอุดช่องว่างด้านการสื่อสารและข้อจำกัดเชิงระบบปัญหาเดิม: ข้อมูลไม่ละเอียด ขาดแคลนบุคลากร และขาดการควบคุมคุณภาพ (สอดคล้องกับงานวิจัยของ กรรณิการ์ วามานนท์, 2561) การแก้ไขด้วย SAFETY (E - Equipment, T - Transfer, Y - Yield): Workload Reduction: ตัวแบบ SAFETY ทำหน้าที่เป็น "Checklist" ช่วยลดความจำและขั้นตอนการทำงานของวิสัญญีพยาบาล แม้ในสถานะที่ภาระงานสูงหรือบุคลากรจำกัด Structured Handover (T): บังคับใช้การส่งต่อข้อมูลแบบมีโครงสร้าง (เช่น SBAR) ร่วมกับบอร์ด ทำให้ข้อมูลการผ่าตัด สัญญาณชีพ และภาวะแทรกซ้อนถูกส่งต่ออย่างครบถ้วน ไม่ตกหล่น Quality Control (Y): การบันทึกข้อมูลอย่างเป็นระบบ (Yield Documentation) ช่วยให้หน่วยงานสามารถนำข้อมูลไปทำสถิติ ทบทวนเคส (Audit) และควบคุมคุณภาพการบริการให้เป็นไปตามมาตรฐานได้อย่าง

3. หลังใช้แนวทางดูแลผู้ป่วยหลังรับยาระงับความรู้สึกในห้องฟักฟื้น โรงพยาบาลสะเตาสะท้อนให้เห็นถึงประสิทธิภาพของแนวทางฯเชิงประจักษ์อย่างชัดเจน ผลการศึกษาประสิทธิผล หลังนำแนวทางการดูแลผู้ป่วยหลังรับยาระงับความรู้สึกในห้องฟักฟื้นมาใช้ พบว่า ด้านผู้ปฏิบัติงาน (วิสัญญีพยาบาล) หลังการพัฒนาแนวทางฯ พบว่าวิสัญญีพยาบาลมีความรู้เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) และสามารถปฏิบัติงานตามแนวทางใหม่ได้อย่างถูกต้องเพิ่มขึ้น โดยมีความพึงพอใจต่อการใช้แนวทางดังกล่าวในภาพรวมอยู่ในระดับมากที่สุด ($M = 4.99$, $SD = 0.04$) ด้านผู้รับบริการและผลลัพธ์ทางคลินิก: ผู้รับบริการมีความพึงพอใจในระดับมากที่สุด โดยในส่วนของผลลัพธ์ทางคลินิกมีความสอดคล้องอย่างมีนัยสำคัญเชิงคลินิกในด้านความปลอดภัยอย่างชัดเจน กล่าวคือ คะแนนความปวดเฉลี่ยของผู้ป่วยหลังใช้แนวทางฯ ลดลงกว่าก่อนใช้แนวทางฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ ($p < .001$) ความแม่นยำในการดูแลสอดคล้องกับงานวิจัยของ เสาวนิตย์ กมลวิทย์, ปิ่นอนงค์ รัตนปทุมวงศ์.(2557). กล่าวว่า การใช้เครื่องมือในการประเมินความปวดแบบตัวเลขในการประเมินผู้ป่วย มีการอธิบายให้ผู้ป่วยเข้าใจและสามารถบอกคะแนนความปวดได้ มีเครื่องมือประเมินความปวดหลายอย่าง ทำให้สะดวกในการเลือกใช้ให้เหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละประเภทได้ และอัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อนในภาพรวมลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) การเกิดภาวะแทรกซ้อนและการฟื้นตัวในแต่ละระยะ: ระยะแรก: กลุ่มหลังพัฒนาแนวปฏิบัติมีอัตราการไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 88.89 (จากเดิมร้อยละ 70.37) และสามารถควบคุมอาการความดันโลหิตสูงจนเหลือร้อยละ 0.00 ได้สำเร็จ สอดคล้องกับระดับความรู้สึกตัวของผู้ป่วยที่ฟื้นหายอยู่ในระดับรู้สึกตัวดีเต็มร้อยละ 100.00 ไม่ปรากฏอาการง่วงซึมตกค้าง (ร้อยละ 0.00) ซึ่งแตกต่างจากกลุ่มก่อนพัฒนาอย่างเห็นได้ชัดระยะจำหน่ายออกจากห้องฟักฟื้น: อัตราการไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนเพิ่มสูงขึ้นถึงร้อยละ 96.30 โดยอาการหนาวสั่นและความดันโลหิตสูงลดลงจนเหลือศูนย์ คงเหลือเพียงอาการคลื่นไส้อาเจียนร้อยละ 3.70 (1 ราย) ระยะ 24 ชั่วโมงหลังผ่าตัด: กลุ่มหลังพัฒนาแนวทางประสบความสำเร็จอย่างสมบูรณ์ โดยไม่พบภาวะแทรกซ้อนใด ๆ เลย (ร้อยละ 100.00) ในขณะที่

กลุ่มเดิมยังคงพบอาการคลื่นไส้อาเจียนและหนาวสั่นอยู่ ผลลัพธ์ดังกล่าวสอดคล้องกับงานวิจัยของ เสาวภา ไพศาลพันธุ์ (2560) ที่ศึกษาการพัฒนาแบบแผนการดูแลผู้ป่วยหลังได้รับยาระงับความรู้สึกในห้องฟักฟื้น และพบว่าการประเมินและเฝ้าระวังอาการแทรกซ้อนที่ครอบคลุมภายใต้มาตรฐานที่ทันสมัย ส่งผลให้การปฏิบัติงานในห้องฟักฟื้นมีความถี่และความครอบคลุมในการประเมินสภาวะผู้ป่วยเพิ่มมากขึ้น ซึ่งการติดตามอย่างใกล้ชิดและเป็นระบบตามตัวแบบ SAFETY Model นี้เอง ที่เป็นปัจจัยสำคัญในการดักจับสัญญาณเตือนและควบคุมภาวะแทรกซ้อนได้อย่างมีประสิทธิภาพ จนทำให้อัตราความคงตัวของผู้ป่วยและระบบความปลอดภัยในห้องฟักฟื้นของโรงพยาบาลสะเตาเพิ่มสูงขึ้นอย่างชัดเจน สำหรับผลลัพธ์ในด้านผู้ให้บริการ พบว่าระดับความพึงพอใจของวิสัญญีพยาบาลต่อการใช้นโยบายการดูแลผู้ป่วยในภาพรวมอยู่ในระดับมากที่สุด โดยเกือบทุกประเด็นมีค่าเฉลี่ยคะแนนเต็ม (Mean = 5.00) ยกเว้นในข้อประเด็นความชัดเจนของแนวทางการดูแลผู้รับบริการที่มีคะแนนรองลงมาเล็กน้อย สอดคล้องกับการวิจัยของ แสงจันทร์ วรณศรี (2561) เรื่องการพัฒนาระบบบริการการดูแลผู้ป่วยหลังรับยาระงับความรู้สึกในห้องฟักฟื้น ซึ่งระบุว่าเมื่อนำระบบบริการที่พัฒนาขึ้นใหม่มาใช้ในการปฏิบัติงาน วิสัญญีพยาบาลมีความคิดเห็นต่อแนวปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยในระดับเหมาะสมมากที่สุด (รองลงมาคือด้านบุคลากรและด้านโครงสร้างที่อยู่ในระดับมาก) และมีความพึงพอใจต่อภาพรวมของระบบที่พัฒนาขึ้นมากกว่าร้อยละ 80 ปรากฏการณ์นี้ชี้ให้เห็นว่า แนวปฏิบัติที่สร้างขึ้นจากหลักฐานเชิงประจักษ์ไม่ได้เพียงแค่ยกระดับความปลอดภัยของผู้ป่วยเท่านั้น แต่ยังช่วยสร้างความมั่นใจ ลดความคลุมเครือในการทำงาน และสร้างความพึงพอใจให้แก่ผู้ปฏิบัติงาน ซึ่งเป็นรากฐานสำคัญของการพัฒนาคุณภาพการพยาบาลวิสัญญีอย่างยั่งยืน

การนำผลการวิจัยไปใช้

1. นำคู่มือหรือแนวทางปฏิบัติ SAFETY Model นี้ โดยวิสัญญีพยาบาลสามารถนำไปใช้กับผู้ป่วยโรงพยาบาลสะเตาที่เปิดบริการห้องผ่าตัดใหญ่ แต่ยังขาดแนวทางดูแลผู้ป่วยในห้องฟักฟื้น ทั้งนี้เพื่อสร้างระบบและมาตรฐานการพยาบาลวิสัญญีที่เป็นไปในทิศทางเดียวกัน
2. ส่งเสริมให้มีการนำแนวทางการดูแลผู้ป่วยหลังรับยาระงับความรู้สึกในห้องฟักฟื้นไปใช้อย่างต่อเนื่อง มีการติดตามผลลัพธ์ของการใช้แนวทางดูแลผู้ป่วยหลังรับยาระงับความรู้สึกและมีการทบทวนแนวทางดูแลผู้ป่วยเป็นระยะตามหลักฐานเชิงประจักษ์ใหม่ๆอย่างสม่ำเสมอ รวมถึงวิเคราะห์ปัญหาและอุปสรรคในการปฏิบัติตามแนวทางการดูแลผู้ป่วย เพื่อพัฒนาระบบต่อไป

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษาและติดตามผลในระยะยาว (เช่น 6 เดือน หรือ 1 ปี) เพื่อประเมินความยั่งยืน และความสำเร็จในการปฏิบัติตามแนวทาง SAFETY Model ของวิสัญญีพยาบาล หลังจากที่เกิดความคุ้นชินกับระบบแล้ว
2. ควรมีการศึกษาเพื่อพัฒนาแนวทางดูแลผู้ป่วย SAFETY Model นี้ให้อยู่ในรูปแบบแอปพลิเคชันบนสมาร์ทโฟน หรือบูรณาการเข้ากับระบบบันทึกทางการแพทย์อิเล็กทรอนิกส์ ช่วยให้สามารถจัดเก็บข้อมูลสำคัญในการเฝ้าระวังผู้ป่วยได้อย่างครอบคลุมและเป็นระบบยิ่งขึ้น
3. ควรปรับปรุงแนวทางให้รองรับการดูแลผู้ป่วยที่รับยาระงับความรู้สึกที่มีความซับซ้อนในระดับสูง (ASA ระดับ 3 ขึ้นไป) พร้อมทั้งเชื่อมโยงระบบการดูแลต่อเนื่องไปจนถึงระยะแรกรับที่หอผู้ป่วยใน

รายการอ้างอิง

- กรรณิการ์ วามานนท์. (2561). การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัดและระงับความรู้สึกในห้องพักฟื้นในเวลาราชการ ของกลุ่มงานการพยาบาลวิสัญญี โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสว่างแดนดิน จังหวัดสกลนคร. *วารสารการพยาบาล สุขภาพ และการศึกษา*, 1(3), 17-25.
- ชุติมา ภูวดล. (2562). การพยาบาลผู้ป่วยหลังการให้ยาสลบในห้องพักฟื้น. *วารสารพยาบาลศาสตร์*, 37(3), 45-56.
- ดวงแก้ว พรณพราว, และนางเยาว์ มีเทียน. (2563). การพัฒนาแบบบันทึกการดูแลผู้รับบริการหลังได้รับยาระงับความรู้สึกในห้องพักฟื้น โรงพยาบาลมหาสารคาม. *วารสารโรงพยาบาลมหาสารคาม*, 17(2), 85-93.
- เสาวภา ไพศาลพันธุ์. (2560). การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยหลังได้รับยาระงับความรู้สึกในห้องพักฟื้น กลุ่มงานการพยาบาลวิสัญญี โรงพยาบาลชัยภูมิ. *วารสารวิชาการแพทย์*, 37(2), 49-58.
- แสงจันทร์ วรรณศรี. (2561). การพัฒนาระบบบริการการดูแลผู้ป่วยหลังรับยาระงับความรู้สึกในห้องพักฟื้น. *วารสารการแพทย์โรงพยาบาลศรีสะเกษ สุรินทร์ บุรีรัมย์*, 27(1), 24-32.
- เสาวนิตย์ กมลวิทย์, และปิ่นอนงค์ รัตน์ปทุมวงศ์. (2557). การพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิกด้านการจัดการความปวดในผู้ป่วยหลังผ่าตัด โรงพยาบาลระนอง. *วารสารกองการพยาบาล*, 41(2), 23-40.
- สุธาทิพย์ แสงขาว. (2562). การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยหลังได้รับยาระงับความรู้สึกใน PACU. *วารสารวิชาการพยาบาล*, 21(2), 22-32.
- ศรัญญา จุฬาริ. (2560). การพัฒนาแนวปฏิบัติทางการพยาบาลเพื่อลดความปวดหลังผ่าตัดในห้องพักฟื้น. *วิสัญญีสาร ราชวิทยาลัยวิสัญญีแพทย์แห่งประเทศไทย*, 43(3), 173-182.
- อรฉัตร จันทร์กระจ่าง. (2562). การพัฒนาแนวปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยระยะหลังผ่าตัดในห้องพักฟื้น โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพศูนย์อนามัยที่ 5 ราชบุรี. *วารสารศูนย์อนามัยที่ 5 ราชบุรี*, 13(25), 148-163.
- American Society of Anesthesiologists. (2024). Standards for postanesthesia care. [asahq.org](https://www.asahq.org)
- Chyun, D. A., et al. (2021). Postanesthesia care: Evidence-based practice. *Journal of PeriAnesthesia Nursing*, 36(2), 113-120. [doi.org](https://doi.org/10.1016/j.pan.2021.01.001)

การพัฒนาแบบการจัดส่งยาถึงบ้านสำหรับผู้ป่วยโรคเรื้อรังในเขตชุมชนชนบท
อำเภอบ้านหมอ จังหวัดสระบุรี

Development of a Home Drug Delivery Model for Chronic Disease Patients in
Rural Communities, Ban Mo District, Saraburi Province.

ลักขณา วงศ์เสาร์

Lakkana Wongsao

โรงพยาบาลบ้านหมอ อำเภอบ้านหมอ จังหวัดสระบุรี

Ban Mo Hospital Ban Mo District Saraburi Province.

(Received: March 25, 2026, Revised: July 13, 2026, Accepted: August 22, 2026)

บทคัดย่อ

การวิจัยและพัฒนามีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาและประเมินแบบการจัดส่งยาถึงบ้านแบบบูรณาการสำหรับผู้ป่วยโรคเรื้อรังในพื้นที่ชนบท อำเภอบ้านหมอ จังหวัดสระบุรี ใช้ระเบียบวิธีวิจัยแบบผสมผสาน (mixed-methods) ดำเนินการ 3 ระยะ ระหว่าง มิถุนายน 2568 ถึง มกราคม 2569 ระยะที่ 1 ศึกษาสถานการณ์ ปัญหา และความต้องการในการเข้าถึงบริการยา โดยสัมภาษณ์เชิงลึกผู้ให้ข้อมูลสำคัญ 45 ราย ได้แก่ บุคลากรทางการแพทย์ 15 คน ผู้นำชุมชนและอาสาสมัครสาธารณสุข 10 คน และผู้ป่วยและญาติ 20 คน ผลการศึกษาพบว่าผู้ป่วยใช้เวลาเดินทางมารับยาเฉลี่ย 2-3 ชั่วโมงต่อครั้ง ขาดนัดรับยาร้อยละ 18.50 และพบการใช้ยาผิดวิธีร้อยละ 12.30 ระยะที่ 2 พัฒนารูปแบบบริการร่วมกับคณะทำงานสหวิชาชีพ และระยะที่ 3 ประเมินประสิทธิภาพและประสิทธิผลของรูปแบบในกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคเรื้อรัง 214 ราย ซึ่งคัดเลือกจากผู้ป่วยที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์คัดเลือกด้วยวิธีเฉพาะเจาะจง (purposive sampling) ก่อน แล้วสุ่มอย่างเป็นระบบ (systematic random sampling) จากกลุ่มที่มีคุณสมบัติครบ เพื่อให้ได้ขนาดตัวอย่าง ตามที่คำนวณ เครื่องมือวิจัยประกอบด้วยระบบจัดส่งยาอัจฉริยะ (Health Rider) บริการเภสัชกรรมทางไกลแบบเรียลไทม์ แบบสำรวจความพึงพอใจ แบบบันทึกข้อมูลการจัดส่งยา และแบบสัมภาษณ์เชิงลึก ตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือเชิงปริมาณ (แบบสำรวจความพึงพอใจ) ได้ค่าดัชนีความสอดคล้อง (CVI) เท่ากับ 0.89 และค่าความเชื่อมั่นสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ 0.92 วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณด้วยสถิติเชิงพรรณนา McNemar's test และ Binary Logistic Regression วิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพด้วยการวิเคราะห์เนื้อหา

ผลการวิจัยพบว่า รูปแบบที่พัฒนาขึ้นประกอบด้วย 3 องค์ประกอบหลัก ได้แก่ ระบบจัดส่งยาอัจฉริยะ (Health Rider) สำหรับการวางแผนเส้นทางและติดตามสถานะแบบอัจฉริยะ บริการเภสัชกรรมทางไกลแบบเรียลไทม์ และกลไกการมีส่วนร่วมของชุมชน ผลการดำเนินงานในกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด (n=214) มีอัตราความสำเร็จ ในการจัดส่งร้อยละ 100.00 ใช้เวลาเฉลี่ย 15-20 นาทีต่อราย ผู้รับบริการกลุ่มย่อยที่ตอบแบบสำรวจ ความพึงพอใจครบถ้วน (n=64 จาก 81 ราย) มีความพึงพอใจโดยรวมอยู่ในระดับมากที่สุด (M=4.98, SD=0.08) การติดตามพฤติกรรมการใช้ยาผิดวิธีในกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด (n=214) พบว่าลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติจากร้อยละ 12.15 เป็นร้อยละ 2.34 (McNemar's test with continuity correction, $\chi^2=17.39$, $p<0.001$) และการได้รับบริการเภสัชกรรมทางไกลมีความสัมพันธ์กับการลดความเสี่ยงของการใช้ยาผิดวิธีอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (OR=0.18; 95% CI: 0.06-0.51; $p=0.001$)

คำสำคัญ: การจัดส่งยาถึงบ้าน, โรคเรื้อรัง, เภสัชกรรมทางไกล, ชุมชนชนบท, ระบบจัดส่งยาอัจฉริยะ

*ผู้ให้การติดต่อ (Corresponding e-mail: Laknaws789@gmail.com)

Abstract

This research and development study aimed to develop and evaluate an integrated home drug delivery model for chronic disease patients in rural communities, of Ban Mo District, Saraburi Province. A mixed-methods research design was used, conducted in three phases between June 2025 and January 2026. Phase 1 examined the current situation, problems, and needs related to access to medication services through in-depth interviews with 45 key informants, comprising 15 healthcare personnel, 10 community leaders and village health volunteers, and 20 patients and their relatives. The findings showed that patients spent an average of 2–3 hours traveling per visit to receive medication, 18.50% missed their medication appointments, and 12.30% engaged in medication misuse. Phase 2 involved developing the service model together with a multidisciplinary working team, and Phase 3 evaluated the efficiency and effectiveness of the model in a sample of 214 chronic disease patients, who were selected using purposive sampling based on inclusion criteria, followed by systematic random sampling from the eligible pool to achieve the calculated sample size. The research instruments included a smart medication delivery system (Health Rider), a real-time telepharmacy service, a satisfaction survey, a medication delivery record form, and an in-depth interview guide. Quality testing of the quantitative instrument (satisfaction survey) yielded a Content Validity Index of 0.89 and a Cronbach's alpha reliability coefficient of 0.92. Quantitative data were analyzed using descriptive statistics, McNemar's test, and binary logistic regression, while qualitative data were analyzed using content analysis.

The results showed that the developed model comprised three main components: a smart medication delivery system (Health Rider) for intelligent route planning and status tracking, a real-time telepharmacy service, and a community participation mechanism. Across the entire sample ($n = 214$), the delivery success rate was 100.00%, with an average delivery time of 15–20 minutes per case. Among the subgroup of recipients who fully completed the satisfaction survey ($n = 64$ of 81), overall satisfaction was at the highest level ($M = 4.98$, $SD = 0.08$). Monitoring of medication misuse incidents across the entire sample ($n = 214$) showed a statistically significant decrease from 12.15% to 2.34% (McNemar's test with continuity correction, $\chi^2 = 17.39$, $p < 0.001$), and receiving telepharmacy services was significantly associated with a reduced risk of medication misuse ($OR = 0.18$; 95% CI: 0.06–0.51; $p = 0.001$).

The integrated drug delivery model developed in this study has the potential to increase access to services and medication safety among chronic disease patients in rural areas. However, because this was a quasi-experimental study without a control group, the findings should be confirmed through randomized controlled studies before the model is scaled up to other areas with similar contexts.

Keywords: Home Drug Delivery, Chronic Disease, Telepharmacy, Rural Community, Smart Medication Delivery System

บทนำ

โรคไม่ติดต่อเรื้อรังเป็นปัญหาสาธารณสุขสำคัญของโลก โดยองค์การอนามัยโลก รายงานว่าโรคไม่ติดต่อเรื้อรังเป็นสาเหตุการเสียชีวิตมากกว่า 43 ล้านคน ในปี 2021 คิดเป็นประมาณร้อยละ 75 ของการเสียชีวิตที่ไม่เกี่ยวข้องกับโรคระบาด และการเสียชีวิตก่อนวัยอันควรจากโรคกลุ่มนี้ร้อยละ 82 เกิดในประเทศที่มีรายได้ต่ำและปานกลาง (World Health Organization, 2025) สถานการณ์ดังกล่าว สะท้อนภาวะของโรคที่ยังคงเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง และส่งผลโดยตรงต่อระบบบริการสุขภาพ โดยเฉพาะการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่จำเป็นต้องได้รับยาอย่างต่อเนื่อง (กองโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค, 2567) ในบริบทชนบทของไทย การติดตามอาการสม่ำเสมอ และการสื่อสารกับบุคลากรสุขภาพ อย่างใกล้ชิดยังเผชิญข้อจำกัดจากระยะทาง การเดินทางหลายขั้นตอน และความแออัดในสถานบริการ (Shrivastava, Bobhate, & Wibawa, 2025) นอกจากนี้ พื้นที่ชนบทไทยยังเผชิญข้อจำกัดกำลังคน ด้านเภสัชกรรมที่รุนแรงกว่าเขตเมืองอย่างชัดเจน เนื่องจากอัตราเภสัชกรต่อประชากร ในพื้นที่ชนบทต่ำกว่าเขตเมืองอย่างมาก และเภสัชกรหนึ่งคนมักต้องรับผิดชอบครอบคลุมหลายหน่วยบริการ ทำให้เวลาที่ใช้ในการให้คำปรึกษาด้านยาแก่ผู้ป่วยแต่ละรายมีจำกัด ข้อจำกัดเหล่านี้ล้วนส่งผลต่อ ความต่อเนื่องในการรักษาและความปลอดภัยในการใช้ยา (National Rural Health Association, 2024) ในบริบทของพื้นที่ศึกษา อำเภอบ้านหมอ จังหวัดสระบุรี มีผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่ลงทะเบียน รับการรักษาที่โรงพยาบาลบ้านหมอมากถึง 3,542 ราย (ข้อมูล ณ เดือนมิถุนายน 2568) ซึ่งสะท้อนภาระงานด้านการจัดบริการยาที่มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง และตอกย้ำความจำเป็น เชิงประจักษ์ในการพัฒนารูปแบบบริการที่เหมาะสมกับบริบทของพื้นที่

จากการทบทวนวรรณกรรมในช่วงที่ผ่านมา พบแนวโน้มสอดคล้องกันว่า รูปแบบการรับยา ที่ลดการเดินทางของผู้ป่วย เช่น การกระจายยาผ่านหน่วยบริการใกล้บ้าน การจัดส่งยา หรือระบบที่ช่วยให้ผู้ป่วย ได้รับยานอกโรงพยาบาล มีส่วนช่วยเพิ่มการเข้าถึงบริการ ลดเวลารอคอย และเพิ่มความพึงพอใจของผู้รับบริการ (Diaz et al., 2026) ขณะเดียวกันงานด้านเภสัชกรรมทางไกลส่วนใหญ่รายงานผลในทิศทางเดียวกันว่า ช่วยให้ผู้ป่วยโรคเรื้อรังเข้าถึงคำปรึกษาเรื่องยาได้สะดวกขึ้น (Hussain & Bowen, 2024) สนับสนุนความร่วมมือในการใช้ยา และช่วยคงความต่อเนื่องของการดูแล (Al-Aqeel et al., 2025) โดยเฉพาะในพื้นที่ห่างไกลหรือช่วงที่การเดินทางมารับบริการทำได้ยาก (He et al., 2022) อย่างไรก็ตาม แม้งานวิจัยเดิมจะชี้ประโยชน์ของการจัดส่งยา หรือเภสัชกรรมทางไกลอย่างชัดเจน แต่ยังมีข้อจำกัดสำคัญหลายประการ ได้แก่ การศึกษาจำนวนมากมุ่งประเมินเพียงบริการใดบริการหนึ่ง แยกจากกัน การออกแบบระบบมักเน้นบริบทเมืองหรือระบบบริการที่มีทรัพยากรพร้อมกว่า การประเมินผลจำนวนมากมุ่งที่ความพึงพอใจหรือความเป็นไปได้ในการดำเนินงานมากกว่าผลลัพธ์ด้านความปลอดภัยในการใช้ยา (Buathong et al., 2024) นอกจากนี้ยังพบอุปสรรคด้านโครงสร้างพื้นฐานดิจิทัล ความพร้อมของบุคลากร กฎระเบียบ และความเหลื่อมล้ำด้านการเข้าถึงเทคโนโลยี ซึ่งทำให้การประยุกต์ใช้ ในพื้นที่ชนบทจริงยังมีข้อจำกัด งานวิจัยที่ผ่านมาในระบบกระจายยาผ่านเครือข่ายชุมชนสะท้อนว่า แม้การเข้าถึงและความพึงพอใจดีขึ้น แต่ยังขาดการออกแบบระบบที่เชื่อมโยงการติดตามสถานะการส่งยา การสื่อสารกับเภสัชกรแบบทันเวลา และกลไกชุมชนเข้าไว้ในรูปแบบเดียวกันอย่างเป็นระบบ

รูปแบบบูรณาการที่พัฒนาขึ้นในงานวิจัยนี้อาศัยแนวคิดการบริการสุขภาพแบบไร้รอยต่อ (seamless care) ซึ่งเชื่อมโยงการจัดการคำสั่งยา การวางแผนเส้นทางและติดตามการจัดส่งแบบอัจฉริยะ การให้คำปรึกษาเภสัชกรรมทางไกลแบบเรียลไทม์ และการมีส่วนร่วมของชุมชนไว้ในระบบเดียว แนวคิดนี้มีหลักฐานสนับสนุนบางส่วนจากงานวิจัยก่อนหน้านี้พบว่า การบูรณาการบริการหลายรูปแบบเข้าด้วยกัน เช่น ระบบติดตามยาอัจฉริยะร่วมกับการมีส่วนร่วมของครอบครัว มีศักยภาพเพิ่มประสิทธิภาพ ด้านความปลอดภัยในการใช้ยาได้

มากกว่าการให้บริการเดี่ยว (He et al., 2022) และการผนวก เภสัชกรรมทางไกลเข้ากับการติดตามผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องช่วยเพิ่มความคุ้มค่าของบริการ (Al-Aqeel et al., 2025) อย่างไรก็ตาม ยังไม่พบการศึกษาที่น่าองค์ประกอบทั้งสามมาบูรณาการอย่างเป็นระบบ และประเมินผลครบทั้งด้านการดำเนินงาน การเข้าถึงบริการ และความปลอดภัยในการใช้ยา ในบริบทชุมชนชนบทไทยมาก่อน

ดังนั้น ช่องว่างสำคัญขององค์ความรู้จึงไม่ใช่เพียงคำถามว่าการส่งยาถึงบ้านทำได้หรือไม่ หรือเภสัชกรรมทางไกลมีประโยชน์หรือไม่ แต่คือการหากรอบแบบบริการแบบบูรณาการที่ออกแบบ เฉพาะสำหรับบริบทชุมชนชนบทไทย งานวิจัยนี้จึงดำเนินการให้สอดคล้องกับวัตถุประสงค์เฉพาะ 3 ข้อ ได้แก่ 1) ศึกษาสถานการณ์ ปัญหา และความต้องการในพื้นที่จริงเพื่อเป็นฐานของการพัฒนารูปแบบ (สอดคล้องวัตถุประสงค์เฉพาะข้อ 1) 2) พัฒนารูปแบบบริการแบบบูรณาการที่รวมระบบจัดส่งยาอัจฉริยะ (Health Rider) กับบริการเภสัชกรรมทางไกลแบบเรียลไทม์และกลไกชุมชนบนฐานปัญหาจริง ของพื้นที่อำเภอบ้านหมอ จังหวัดสระบุรี (สอดคล้องวัตถุประสงค์เฉพาะข้อ 2) และ 3) ประเมินผลทั้งด้านการดำเนินงาน การเข้าถึงบริการ และความปลอดภัยในการใช้ยา (สอดคล้องวัตถุประสงค์เฉพาะข้อ 3) ซึ่งช่วยเติมเต็มช่องว่างการวิจัยจากงานวิจัยเดิมที่มักศึกษาแยกส่วน และยังไม่แสดงภาพของระบบบริการที่เชื่อมต่อครบวงจรในบริบทชนบทไทย ผลการศึกษาจึงคาดว่าจะให้ทั้งองค์ความรู้เชิงวิชาการและต้นแบบเชิงปฏิบัติสำหรับการขยายผลไปยังพื้นที่ที่มี บริบทใกล้เคียงต่อไป

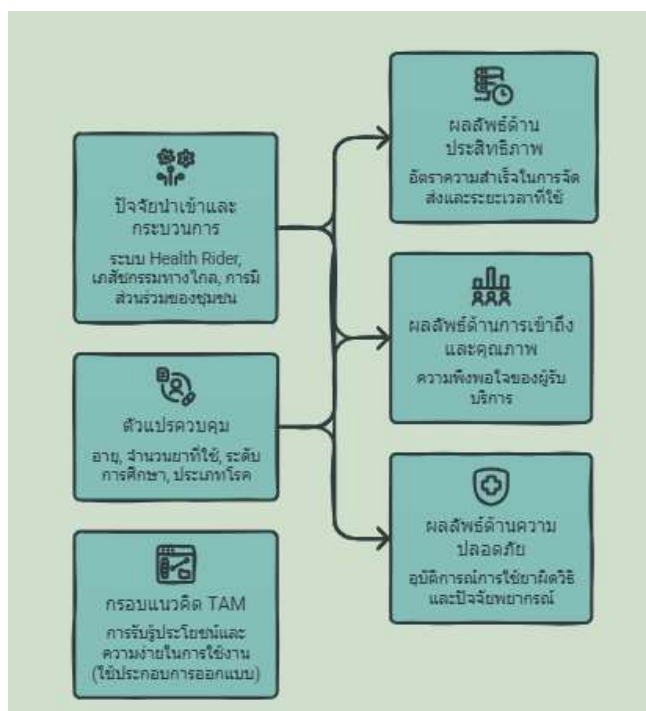
วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาสถานการณ์ ปัญหา และความต้องการในการเข้าถึงบริการยาในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ในพื้นที่ชนบท (ระยะที่ 1) โดยมีตัวชี้วัด ได้แก่ ระยะเวลาและค่าใช้จ่ายในการเดินทางมารับยา อัตราการขาดนัดรับยา อุบัติการณ์การใช้ยาผิดวิธี ระดับความรู้และความเข้าใจในการใช้ยา และประเด็นปัญหาจากผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย
2. เพื่อพัฒนารูปแบบการจัดส่งยาถึงบ้านแบบบูรณาการที่เหมาะสมกับบริบทชุมชนชนบท (ระยะที่ 2) โดยมีผลลัพธ์ ได้แก่ องค์ประกอบของรูปแบบการให้บริการ ความเป็นไปได้ในการนำไปใช้ และความเหมาะสมของรูปแบบตามความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญ (ประเมินด้วยแบบประเมินความเหมาะสมเชิงคุณภาพ)
3. เพื่อประเมินประสิทธิภาพและประสิทธิผลของรูปแบบการจัดส่งยาถึงบ้านแบบบูรณาการ (ระยะที่ 3) ในด้านประสิทธิภาพการดำเนินงาน การเข้าถึงและคุณภาพบริการ และความปลอดภัยในการใช้ยา

กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยนี้พัฒนารอบแนวคิดเชิงความสัมพันธ์ (conceptual framework) เพื่ออธิบายความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยนำเข้า กระบวนการ และผลลัพธ์ของรูปแบบการจัดส่งยาถึงบ้านแบบบูรณาการในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง โดยกำหนดให้ระบบจัดส่งยาอัจฉริยะ (Health Rider) บริการเภสัชกรรมทางไกลแบบเรียลไทม์ และการมีส่วนร่วมของชุมชน เป็นตัวแปรต้น (input/process) ที่ส่งผลต่อตัวแปรตาม 3 ด้าน ซึ่งเป็นตัวแปรที่วัดและรายงานผลจริงในการศึกษานี้ ได้แก่ (1) ประสิทธิภาพการดำเนินงาน วัดจากอัตราความสำเร็จในการจัดส่งและระยะเวลาที่ใช้ (2) การเข้าถึงและคุณภาพบริการ วัดจากความพึงพอใจของผู้รับบริการ และ (3) ความปลอดภัยในการใช้ยา วัดจากอุบัติการณ์การใช้ยาผิดวิธีก่อนและระหว่างเข้าร่วมโครงการ และปัจจัยพยากรณ์จาก Binary Logistic Regression แนวคิดทฤษฎีการยอมรับเทคโนโลยี (Technology Acceptance Model: TAM; Davis, 1989) ถูกใช้เป็นกรอบเชิงแนวคิดในการออกแบบระบบจัดส่งยาอัจฉริยะ (Health Rider) ให้คำนึงถึงการรับรู้ประโยชน์ และการรับรู้ความง่ายในการใช้งานของผู้ใช้ตั้งแต่ขั้นพัฒนารูปแบบ (ระยะที่ 2) อย่างไรก็ตาม การศึกษานี้ยังไม่ได้

วัดตัวแปรการรับรู้ประโยชน์ (perceived usefulness) และการรับรู้ความง่ายในการใช้งาน (perceived ease of use) ด้วยเครื่องมือมาตรฐานโดยตรงในระยะประเมินผล (ระยะที่ 3) ดังนั้น TAM จึงทำหน้าที่เป็นกรอบเชิงแนวคิด (conceptual lens) ที่ใช้ประกอบการออกแบบรูปแบบ มิใช่ตัวแบบที่ได้รับการทดสอบเชิงประจักษ์อย่างสมบูรณ์ในงานวิจัยนี้ ข้อจำกัดนี้ได้รับไว้ในหัวข้อข้อจำกัดของการวิจัย และเป็นข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยครั้งต่อไป นอกจากนี้ การวิจัยยังควบคุมตัวแปรพื้นฐานของผู้ป่วย ได้แก่ อายุ จำนวนยาที่ใช้ ระดับการศึกษา และประเภทโรค



ภาพ 1 กรอบแนวคิดการวิจัยเชิงความสัมพันธ์ของรูปแบบการจัดส่งยาถึงบ้านแบบบูรณาการ

ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยและพัฒนา (Research and Development) ใช้ระเบียบวิธีวิจัย แบบผสมผสาน(mixed-methods) ดำเนินการใน 3 ระยะ โดยแต่ละระยะออกแบบให้สอดคล้องโดยตรง กับวัตถุประสงค์เฉพาะแต่ละข้อ ดังรายละเอียดต่อไปนี้

ระยะที่ 1 การศึกษาสถานการณ์และความจำเป็น (สอดคล้องวัตถุประสงค์เฉพาะข้อ 1) มิถุนายน-กรกฎาคม 2568 เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาสถานการณ์ปัญหาและความต้องการ ในการเข้าถึงบริการยาของผู้ป่วยโรคเรื้อรังในพื้นที่ชนบท ผู้ให้ข้อมูลสำคัญจำนวน 45 ราย คัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง (purposive sampling) ประกอบด้วยบุคลากรทางการแพทย์ 15 คน (แพทย์ เภสัชกร พยาบาล) ผู้นำชุมชนและอาสาสมัครสาธารณสุข 10 คน และผู้ป่วยและญาติ 20 คน เก็บข้อมูลด้วยแบบสัมภาษณ์เชิงลึกแบบมีโครงสร้างกึ่งโครงสร้าง ร่วมกับการสังเกตการณ์ แบบมีส่วนร่วมในคลินิกผู้ป่วยโรคเรื้อรังและในชุมชน วิเคราะห์ข้อมูลด้วยการวิเคราะห์เนื้อหา (content analysis) เพื่อสรุปประเด็นปัญหาหลักและความต้องการ ซึ่งใช้เป็นฐานในการกำหนดองค์ประกอบ ของรูปแบบในระยะที่ 2 ผลการศึกษาในระยะนี้แสดงไว้ในหัวข้อผลการวิจัย ลำดับที่ 2

ระยะที่ 2 การพัฒนารูปแบบการจัดส่งยาแบบบูรณาการ (สอดคล้องวัตถุประสงค์เฉพาะข้อ 2) สิงหาคม-กันยายน 2568 คณะทำงานสหวิชาชีพ ประกอบด้วยแพทย์ เภสัชกร พยาบาล นักวิชาการคอมพิวเตอร์ และผู้แทนชุมชน ร่วมออกแบบองค์ประกอบของรูปแบบโดยใช้ผลการวิเคราะห์จากระยะที่ 1 เป็นฐาน ผ่านการประชุมเชิงปฏิบัติการ 3 ครั้ง เพื่อกำหนดองค์ประกอบ กิจกรรม และเทคโนโลยีที่ใช้ในแต่ละองค์ประกอบ (รายละเอียดกิจกรรมแสดงในตาราง 2) จากนั้นนำร่างรูปแบบไปให้ผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน ซึ่งมีความเชี่ยวชาญด้านเวชศาสตร์ครอบครัว เภสัชศาสตร์คลินิก และเทคโนโลยีสารสนเทศด้านสุขภาพ ตรวจสอบความเหมาะสมและความเป็นไปได้ในการนำไปใช้ โดยใช้แบบประเมินความเหมาะสมเชิงคุณภาพซึ่งทำให้ผู้เชี่ยวชาญแสดงความเห็นและข้อเสนอแนะเป็นรายข้อและภาพรวมของรูปแบบ มิใช่การให้คะแนนเชิงตัวเลขแบบดัชนีความสอดคล้อง (IOC) ผลการประเมินความเหมาะสมของรูปแบบ โดยผู้เชี่ยวชาญ แสดงไว้ในหัวข้อผลการวิจัย ลำดับที่ 3.1 หลังปรับปรุงตามข้อเสนอแนะของผู้เชี่ยวชาญแล้ว นำรูปแบบไปทดลองใช้กับกลุ่มนำร่อง 30 ราย ในเดือนกันยายน 2568 เพื่อตรวจสอบความเป็นไปได้ในการดำเนินงานก่อนนำไปใช้จริงในระยะที่ 3

ระยะที่ 3 การประเมินผลรูปแบบ (สอดคล้องวัตถุประสงค์เฉพาะข้อ 3) ตุลาคม 2568-มกราคม 2569 เป็นการวิจัยเชิงปริมาณ ออกแบบเป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (quasi-experimental) ลักษณะ pre-post design ในกลุ่มเดียว เพื่อประเมินประสิทธิภาพและประสิทธิผลของรูปแบบที่พัฒนาขึ้นในระยะที่ 2

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรในการวิจัยคือผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่ลงทะเบียนรักษาที่โรงพยาบาลบ้านหมอ จำนวน 3,542 ราย การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างดำเนินการ 2 ขั้นตอนตามลำดับ ดังนี้ ขั้นที่ 1 คัดกรองผู้ป่วย ที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์การคัดเข้าด้วยวิธีเฉพาะเจาะจง จากทะเบียนผู้ป่วยทั้งหมด เพื่อให้ได้กรอบกลุ่มตัวอย่าง ของผู้ที่มีคุณสมบัติครบ ขั้นที่ 2 สุ่มอย่างเป็นระบบ จากกรอบกลุ่มตัวอย่างดังกล่าวจนได้ขนาดตัวอย่างตามที่คำนวณ การดำเนินการเช่นนี้สอดคล้องกับแนวปฏิบัติของการสุ่มแบบมีเงื่อนไข ซึ่งใช้ในกรณีที่ประชากรทั้งหมดไม่สามารถเข้าร่วมได้ทุกราย จึงมิได้เป็นการสุ่มแบบเฉพาะเจาะจง และสุ่มอย่างเป็นระบบในความหมายที่ขัดแย้งกันทางทฤษฎี แต่เป็นการใช้สองวิธีในสองขั้นตอนที่ต่อเนื่องกัน ขนาดกลุ่มตัวอย่างคำนวณโดยใช้สูตร Cochran (1977) ที่ระดับความเชื่อมั่น 95% ($z=1.96$) จากสัดส่วน $p=0.5$ และความคลาดเคลื่อนที่ยอมรับได้ $e = 0.065$ (ร้อยละ 6.5) ที่กำหนด ได้ขนาดตัวอย่างเบื้องต้น (n_0) เท่ากับ 228 ราย แล้วปรับด้วยสูตรประชากรจำกัด (finite population correction) จากประชากร $N=3,542$ ราย ได้ขนาดตัวอย่างสุดท้าย $n=214$ ราย

เกณฑ์การคัดเข้า ได้แก่ ผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่รับประทานยาต่อเนื่องอย่างน้อย 3 เดือน มีภาวะโรคคงที่อาศัยในพื้นที่รับผิดชอบของโรงพยาบาล และยินยอมเข้าร่วมโครงการ

เกณฑ์การคัดออก ได้แก่ ผู้ป่วยที่มีภาวะสมองเสื่อมหรือความบกพร่องทางการรู้คิดที่ไม่สามารถสื่อสารหรือยินยอมได้ด้วยตนเอง ผู้ป่วยที่ไม่มีผู้ดูแลหรือสมาชิกในครัวเรือน ที่สามารถรับยาแทน ได้ในกรณีผู้ป่วยไม่สามารถรับด้วยตนเอง และผู้ป่วยที่อาศัยอยู่นอกเขตพื้นที่รับผิดชอบของโรงพยาบาล ในช่วงเก็บข้อมูล

กลุ่มตัวอย่างที่ได้รับการประเมินผลในระยะที่ 3 มีจำนวน 214 ราย โดยมีการจัดส่งยาเกิดขึ้นจริงทั้งหมด 214 ครั้งในช่วงเวลาที่ใช้เป็นหน่วยวิเคราะห์หลักของการศึกษานี้ทั้งนี้ตัวเลข 214 ครั้งดังกล่าวหมายถึงการจัดส่งยาครั้งแรกของผู้ป่วยแต่ละรายที่ใช้เป็นหน่วยวิเคราะห์หลักด้านประสิทธิภาพการดำเนินงาน (ตาราง 3) มิใช่จำนวนการจัดส่งยาทั้งหมดที่เกิดขึ้นจริงตลอดโครงการ เนื่องจากผู้ป่วยแต่ละรายยังคงได้รับการจัดส่งยา

ต่อเนื่องในรอบถัด ๆ ไปตามรอบนัดรับยาปกติ (ดังจะเห็นได้จากการประเมินความพึงพอใจที่ดำเนินการภายหลังผู้ป่วยได้รับบริการครบ 2 รอบการจัดส่ง)

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือวิจัยประกอบด้วย (1) โปรแกรม ระบบการจัดส่งยาอัจฉริยะ (Health Rider) ประกอบด้วยระบบลงทะเบียนผู้ป่วยแบบดิจิทัล ระบบจัดการคำสั่งยาอัตโนมัติ ระบบวางแผนเส้นทางอัจฉริยะ ระบบติดตามสถานะแบบเรียลไทม์พร้อมระบบติดตามพิกัด และระบบเชื่อมโยงกับเภสัชกรรมทางไกล ซึ่งเป็นระบบปฏิบัติงาน (operational system) มิใช่เครื่องมือเก็บข้อมูลแบบสอบถาม จึงไม่มีการตรวจสอบค่าความเชื่อมั่นแบบสัมประสิทธิ์แอลฟา (2) แบบสำรวจความพึงพอใจของผู้รับบริการ ซึ่งเป็นเครื่องมือเชิงปริมาณที่ผ่านการตรวจสอบ CVI และ Cronbach's alpha ดังรายละเอียดในหัวข้อต่อไป (3) แบบบันทึกข้อมูลการจัดส่งยาและการให้บริการเภสัชกรรมทางไกล เป็นแบบบันทึกเชิงปริมาณที่ไม่ใช่แบบสอบถามมาตรฐาน และ (4) แบบสัมภาษณ์เชิงลึก เป็นเครื่องมือเชิงคุณภาพที่ผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้เชี่ยวชาญเช่นกัน แต่ไม่มีการรายงานค่าความเชื่อมั่นเชิงตัวเลขเนื่องจากเป็นแนวคำถามปลายเปิด

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน ได้แก่ ผู้เชี่ยวชาญด้านเวชศาสตร์ครอบครัว ผู้เชี่ยวชาญด้านเภสัชศาสตร์คลินิก และผู้เชี่ยวชาญด้านเทคโนโลยีสารสนเทศด้านสุขภาพ ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา ของแบบสำรวจความพึงพอใจและแบบสัมภาษณ์เชิงลึก ได้ค่าดัชนีความสอดคล้อง (Content Validity Index: CVI) ของแบบสำรวจความพึงพอใจเท่ากับ 0.89 และทดสอบความเชื่อมั่นของแบบสำรวจความพึงพอใจ กับกลุ่มผู้ป่วยที่มีลักษณะใกล้เคียงกลุ่มตัวอย่าง (มิใช่กลุ่มตัวอย่างจริง) จำนวน 30 ราย (คนละกลุ่มกับกลุ่มนักร้อง 30 รายที่ใช้ในการทดลองใช้รูปแบบในระยะที่ 2) ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha) เท่ากับ 0.92 ค่า CVI และค่าแอลฟาดังกล่าวเป็นค่าของแบบสำรวจความพึงพอใจเพียงฉบับเดียว มิใช่ค่ารวมของเครื่องมือทุกชิ้นในการวิจัย

การเก็บรวบรวมข้อมูล

เก็บรวบรวมข้อมูลเชิงปริมาณโดยบันทึกข้อมูลการจัดส่งยาทุกครั้งผ่านระบบการจัดส่งยาอัจฉริยะ (Health Rider) และบันทึกข้อมูลการให้บริการเภสัชกรรมทางไกลทุกครั้งที่เกิดขึ้น สำหรับการสำรวจความพึงพอใจ ดำเนินการทางโทรศัพท์ภายหลังผู้ป่วยได้รับบริการครบ 2 รอบการจัดส่ง (ระยะเวลาประมาณ 1-2 เดือนหลังเข้าร่วมโครงการ) โดยสุ่มเลือกผู้รับบริการกลุ่มย่อยจำนวน 81 ราย จากกลุ่มตัวอย่างหลัก 214 ราย ด้วยวิธีสุ่มอย่างง่าย และได้รับการตอบกลับครบถ้วน 64 ราย คิดเป็นอัตราการตอบกลับร้อยละ 79.01 ผู้ทำการสำรวจเป็นเจ้าหน้าที่ที่ไม่มีส่วนเกี่ยวข้อง โดยตรงกับการจัดส่งยาหรือการให้บริการเภสัชกรรมทางไกลแก่ผู้ป่วยรายนั้น เพื่อลดความเสี่ยงจากอคติ ด้านการตอบตามความคาดหวังทางสังคม ส่วนข้อมูลเชิงคุณภาพในระยะที่ 1 เก็บรวบรวมผ่านการสัมภาษณ์เชิงลึกกับกลุ่มผู้ให้ข้อมูลสำคัญ 45 ราย การสังเกตการณ์แบบมีส่วนร่วม และการประชุมคณะทำงาน

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ใช้ McNemar's test แบบแก้ความต่อเนื่อง (continuity correction) เพื่อเปรียบเทียบอุบัติการณ์การใช้ยาผิดวิธีก่อนและระหว่างเข้าร่วมโครงการ (ข้อมูลจับคู่รายบุคคล) และใช้ Binary Logistic Regression

เพื่อหาปัจจัยพยากรณ์อุบัติการณ์การใช้ยาผิดวิธี วิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ ด้วยการวิเคราะห์เนื้อหา (content analysis)

จริยธรรมวิจัย

การวิจัยนี้ผ่านการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์โดยคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสระบุรี เลขที่โครงการวิจัย EC 074/2568 ผู้ป่วยทุกรายได้รับการอธิบายวัตถุประสงค์ และให้ความยินยอมเป็นลายลักษณ์อักษรก่อนเข้าร่วมโครงการ ข้อมูลส่วนบุคคลได้รับการปกปิด และเก็บรักษาอย่างเป็นความลับ

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างในการประเมินรูปแบบจำนวน 214 ราย ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง 142 ราย ร้อยละ 66.36 มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป 124 ราย ร้อยละ 57.94 ใช้สิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า 210 ราย ร้อยละ 98.13 และโรคหลักที่พบบ่อยที่สุดคือโรคความดันโลหิตสูง 98 ราย ร้อยละ 45.79 รองลงมาคือโรคเบาหวาน 56 ราย ร้อยละ 26.17 รายละเอียดดังตาราง 1

ตาราง 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง (n = 214)

ลักษณะ	จำนวน(คน)	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	72	33.64
หญิง	142	66.36
อายุ (ปี)		
40-59 ปี	90	42.06
มากกว่าเท่ากับ 60 ปี	124	57.94
สิทธิรักษา		
หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า	210	98.13
อื่น ๆ	4	1.87
โรคหลัก		
โรคความดันโลหิตสูง	98	45.79
โรคเบาหวาน	56	26.17
โรคไขมันในเลือดสูง	38	17.76
อื่น ๆ	22	10.28

จากตาราง 1 พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 66.36) อายุ 60 ปีขึ้นไป (ร้อยละ 57.94) ใช้สิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (ร้อยละ 98.13) และมีโรคหลักเป็นความดันโลหิตสูง (ร้อยละ 45.79)

2. ผลการศึกษาสถานการณ์ ปัญหา และความต้องการในการเข้าถึงบริการยา

การศึกษาสถานการณ์และความจำเป็นในการพัฒนารูปแบบดำเนินการในระยะที่ 1 ระหว่างเดือนมิถุนายนถึงกรกฎาคม 2568 โดยการสัมภาษณ์เชิงลึกผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย 45 ราย พบประเด็นสำคัญ 5 ประการ

ได้แก่ 1) ผู้ป่วยใช้เวลาเดินทางมารับยาเฉลี่ย 2-3 ชั่วโมงต่อครั้ง และมีค่าใช้จ่าย 150-300 บาทต่อครั้ง 2) มีความแออัดในห้องยา โดยเฉพาะช่วงเช้า 3) มีการขาดนัดรับยาร้อยละ 18.50 เนื่องจากไม่สะดวกในการเดินทาง 4) พบการใช้ยาผิดวิธีร้อยละ 12.30 จากการประเมินเชิงคุณภาพโดยผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในระยะที่ 1 และ 5) ผู้สูงอายุมีข้อจำกัดด้านความเข้าใจเมื่อมีการเปลี่ยนแปลงรายการยา ผลการศึกษาทั้ง 5 ประเด็นนี้ถูกใช้เป็นฐานในการกำหนดองค์ประกอบของรูปแบบในระยะที่ 2

ความสัมพันธ์ระหว่างปัญหาที่พบ ความต้องการ และแนวทางพัฒนารูปแบบ

1) ปัญหา: เดินทางมารับยา 2-3 ชั่วโมง ค่าใช้จ่าย 150-300 บาทต่อครั้ง → ความต้องการ: ลดภาระการเดินทางและค่าใช้จ่าย → แนวทาง: ระบบจัดส่งยาถึงบ้านอัจฉริยะ (Health Rider)

2) ปัญหา: ความแออัดในห้องยาช่วงเช้า → ความต้องการ: ลดความแออัดและเวลารอคอย → แนวทาง: จัดส่งยาถึงบ้านเพื่อลดจำนวนผู้มารับยาที่โรงพยาบาล

3) ปัญหา: ขาดนัดรับยาร้อยละ 18.50 → ความต้องการ: ระบบเตือนนัดและติดตามสถานะ → แนวทาง: การแจ้งเตือนและติดตามสถานะแบบเรียลไทม์ผ่าน Health Rider

4) ปัญหา: ใช้ยาผิดวิธีร้อยละ 12.30 → ความต้องการ: คำปรึกษาเรื่องยาที่เข้าถึงง่ายและทันเวลา → แนวทาง: บริการเภสัชกรรมทางไกลแบบเรียลไทม์

5) ปัญหา: ผู้สูงอายุเข้าใจรายการยาจำกัดเมื่อมีการเปลี่ยนแปลง → ความต้องการ: การสื่อสารที่เข้าใจง่ายและการติดตามต่อเนื่อง → แนวทาง: เทคนิคสอนกลับ (teach-back) ในบริการเภสัชกรรมทางไกลร่วมกับบทบาทอาสาสมัครสาธารณสุขในการติดตามอาการเบื้องต้น

3. ผลการพัฒนารูปแบบการจัดส่งยาถึงบ้านแบบบูรณาการ

การพัฒนารูปแบบในระยะที่ 2 ดำเนินการระหว่างเดือนสิงหาคมถึงกันยายน 2568 โดยคณะทำงานสหวิชาชีพ ผ่านการประชุมเชิงปฏิบัติการ 3 ครั้ง รูปแบบประกอบด้วย 3 องค์ประกอบหลัก ได้แก่ 1) ระบบจัดส่งอัจฉริยะ ซึ่งครอบคลุมกิจกรรมตั้งแต่การลงทะเบียนผู้ป่วยในระบบดิจิทัล การจัดการคำสั่งยาอัตโนมัติเชื่อมกับห้องยา การวางแผนเส้นทางด้วยอัลกอริทึม ที่คำนึงถึงระยะทางและเวลาที่ผู้ป่วยสะดวกรับยา และการติดตามสถานะการจัดส่งแบบเรียลไทม์ผ่าน GPS 2) บริการเภสัชกรรมทางไกล ครอบคลุมการให้คำปรึกษาเรื่องยาก่อนและหลังการปรับเปลี่ยนรายการยา การสาธิตวิธีใช้ยาผ่านวิดีโอคอลหรือโทรศัพท์ และการติดตามอาการไม่พึงประสงค์ และ 3) การมีส่วนร่วมของชุมชน ครอบคลุมบทบาทของอาสาสมัครสาธารณสุขในการประสานงานนัดหมาย ติดตามอาการเบื้องต้นของผู้ป่วยระหว่างรอบการจัดส่ง และรายงานปัญหากลับสู่ทีมสหวิชาชีพ ความใหม่ของรูปแบบนี้เมื่อเทียบกับงานวิจัยก่อนหน้านี้ที่มักประเมินบริการจัดส่งยาหรือเภสัชกรรมทางไกลแยกจากกันคือการเชื่อมต่อทั้งสามองค์ประกอบเข้าด้วยกันเป็นระบบเดียว ที่มีการส่งต่อข้อมูลระหว่างกัน กล่าวคือ ข้อมูลสถานะการจัดส่งจากระบบ Health Rider จะถูกใช้เป็นจุดเริ่มของการให้คำปรึกษาทางเภสัชกรรมทางไกลเมื่อพบการปรับเปลี่ยนรายการยา และอาสาสมัครสาธารณสุขในพื้นที่จะได้รับแจ้งสถานะเพื่อติดตามผู้ป่วยต่อ ซึ่งแตกต่างจากการให้บริการแบบเดี่ยวที่ไม่มีการเชื่อมโยงข้อมูลระหว่างหน่วยบริการ

ตาราง 2 องค์ประกอบและกิจกรรมของรูปแบบการจัดส่งยาถึงบ้านแบบบูรณาการ

องค์ประกอบ	กิจกรรมหลัก	เครื่องมือ/เทคโนโลยี
1. ระบบจัดส่งอัจฉริยะ	ลงทะเบียนผู้ป่วยดิจิทัล จัดการ คำสั่งยาอัตโนมัติ วางแผนเส้นทาง ด้วยอัลกอริทึม ติดตามสถานะแบบเรียลไทม์	Health Rider, GPS tracking
2. เภสัชกรรมทางไกล	ให้คำปรึกษาก่อน/หลังปรับยา สาธิตวิธีใช้ยา ติดตามอาการไม่พึงประสงค์และผลการรักษา	โทรศัพท์, Line, Video call
3. การมีส่วนร่วมชุมชน	ประสานนัดหมาย ติดตามอาการเบื้องต้น ระหว่างรอจัดส่ง รายงานปัญหา ทีมสหวิชาชีพ	อสม., ผู้นำชุมชน

จากตาราง 2 รูปแบบที่พัฒนาขึ้นมี 3 องค์ประกอบหลักที่เชื่อมโยงข้อมูลระหว่างกัน นอกจากนี้ได้มีการทดลองใช้รูปแบบกับกลุ่มนำร่องจำนวน 30 ราย ในเดือนกันยายน 2568 ก่อนนำไปใช้จริงในระยะประเมินผล

ด้านเงื่อนไขความปลอดภัยของยาและข้อมูลส่วนบุคคล รูปแบบกำหนดให้ผู้จัดส่งยา ต้องยืนยันตัวตนผู้รับยาก่อนส่งมอบทุกครั้ง ยาที่ต้องควบคุมอุณหภูมิระหว่างขนส่ง จะบรรจุในกล่องควบคุมอุณหภูมิเฉพาะ และข้อมูลสถานการณ์จัดส่งที่บ้านที่ผ่านระบบการจัดส่งยาอัจฉริยะ (Health Rider) รวมถึงข้อมูลสุขภาพส่วนบุคคลของผู้ป่วยจะถูกเข้าถึงได้เฉพาะบุคลากรที่เกี่ยวข้อง และเก็บรักษาเป็นความลับ ตามหลักจริยธรรมการวิจัย ดังรายละเอียดในหัวข้อจริยธรรมวิจัย

3.1 ผลการประเมินความเหมาะสมของรูปแบบโดยผู้เชี่ยวชาญ

ผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน ตรวจสอบความเหมาะสมและความเป็นไปได้ในการนำรูปแบบไปใช้จริง โดยประเมินทั้งรายองค์ประกอบและภาพรวมของรูปแบบด้วยแบบประเมินความเหมาะสมเชิงคุณภาพแบบปลายเปิด ซึ่งให้ผู้เชี่ยวชาญแสดงความเห็นและข้อเสนอแนะเป็นรายข้อ มิใช่การให้คะแนนเชิงตัวเลขแบบดัชนีความสอดคล้อง (IOC) ผลการประเมินพบว่าผู้เชี่ยวชาญทั้ง 3 ท่านมีความเห็นสอดคล้องกันว่าองค์ประกอบทั้งสามของรูปแบบ ได้แก่ ระบบการจัดส่งยาอัจฉริยะ (Health Rider) บริการเภสัชกรรมทางไกล และการมีส่วนร่วมของชุมชน มีความเหมาะสมและมีความเป็นไปได้ในการนำไปใช้จริงในบริบทพื้นที่ชนบท โดยข้อเสนอแนะสำคัญที่ได้รับจากผู้เชี่ยวชาญ ได้แก่ การเพิ่มความชัดเจนของขั้นตอนการส่งต่อข้อมูลระหว่างระบบ Health Rider กับเภสัชกร และการกำหนดบทบาทของอาสาสมัครสาธารณสุขให้ชัดเจนยิ่งขึ้น ซึ่งคณะทำงานได้นำไปปรับปรุงรูปแบบก่อนนำไปทดลองใช้กับกลุ่มนำร่อง 30 ราย

4. ผลการประเมินประสิทธิภาพและประสิทธิผลของรูปแบบ

การประเมินผลในระยะที่ 3 ดำเนินการระหว่างเดือนตุลาคม 2568 ถึงมกราคม 2569 ในผู้รับบริการ 214 ราย และมีการให้บริการเภสัชกรรมทางไกล 115 ครั้ง คิดเป็นร้อยละ 53.74 ของการจัดส่งทั้งหมด

4.1 ประสิทธิภาพการดำเนินงาน

ผลการดำเนินงานพบว่า การจัดส่งยาสำเร็จ 214 ครั้ง คิดเป็นร้อยละ 100.00 ใช้เวลาเฉลี่ย 15-20 นาทีต่อราย และระบบสามารถลดระยะทางการเดินทางได้ร้อยละ 35.00 เมื่อเทียบกับแนวทางเดิม ของการเดินทางมารับยาด้วยตนเอง โดยคำนวณจากระยะทางตามเส้นทางการจัดส่งจริงที่บ้านที่ผ่านระบบติดตามพิกัด (GPS) ของ

Health Rider เปรียบเทียบกับระยะทางตามเส้นทางสัญญาณจริงจากบ้านผู้ป่วยมายังโรงพยาบาลที่บันทึกไว้ในระบบลงทะเบียนผู้ป่วย รายละเอียดดังตาราง 3

ตาราง 3 ประสิทธิภาพการดำเนินงานของรูปแบบ

ตัวชี้วัด	ผลการประเมิน
จำนวนการจัดส่งทั้งหมด (ครั้ง)	214
อัตราความสำเร็จในการจัดส่ง (ร้อยละ)	100
ระยะเวลาเฉลี่ยในการจัดส่ง (นาทิต/ราย)	15-20
เวลาเดินทางเดิมของผู้ป่วย (ก่อนใช้รูปแบบ) (นาทิต/ราย)	120-180
การลดลงของระยะทาง (ร้อยละ)	35

จากตาราง 3 พบว่า รูปแบบสามารถจัดส่งยาได้ครบทุกครั้ง และใช้เวลาเฉลี่ยต่อรายน้อยกว่าระยะเวลาก่อนเดินทางมารับยาด้วยตนเองก่อนใช้รูปแบบอย่างชัดเจน

4.2 การเข้าถึงบริการและความพึงพอใจของผู้รับบริการ

การประเมินความพึงพอใจดำเนินการในกลุ่มย่อย 81 ราย ที่สุ่มเลือกจากกลุ่มตัวอย่างหลัก 214 ราย ด้วยวิธีสุ่มอย่างง่าย มีผู้ตอบแบบสอบถามครบถ้วน 64 ราย คิดเป็นอัตราการตอบกลับร้อยละ 79.01 ผลความพึงพอใจที่รายงานต่อไปนี้สะท้อนเฉพาะกลุ่มย่อยนี้ มีใช้กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 214 ราย ความพึงพอใจโดยรวมอยู่ในระดับมากที่สุด ค่าเฉลี่ย 4.98 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.08 รายละเอียดดังตาราง 4

ตาราง 4 ความพึงพอใจของผู้รับบริการ (n = 64)

รายการ	Mean	SD
ความรวดเร็วในการจัดส่ง	5.00	0.00
ความเป็นมิตรของเจ้าหน้าที่	5.00	0.00
มารยาทของผู้จัดส่ง	5.00	0.00
คุณภาพการบรรจุหีบห่อ	4.97	0.18
ความสะดวกในการติดต่อสื่อสาร	4.91	0.29
รวม	4.98	0.08

จากตาราง 4 พบว่า ความพึงพอใจโดยรวมของกลุ่มย่อยที่ตอบแบบสอบถาม (n=64) อยู่ใน ระดับมากที่สุด (M=4.98, SD=0.08) โดยด้านความรวดเร็วในการจัดส่ง ความเป็นมิตรของเจ้าหน้าที่ และมารยาทของผู้จัดส่งมีค่าเฉลี่ยสูงสุดเท่ากัน (M=5.00)

4.3 ผลการให้บริการเภสัชกรรมทางไกล

มีการให้บริการเภสัชกรรมทางไกลทั้งสิ้น 115 ครั้ง คิดเป็นร้อยละ 53.74 ของการจัดส่งทั้งหมด ใช้เวลาเฉลี่ย 9.8 ± 2.4 นาที ผู้ป่วยที่ได้รับการเภสัชกรรมทางไกลเป็นกลุ่มที่มีการปรับเปลี่ยน รายการยาในการจัดส่งนั้นตามดุลยพินิจทางคลินิกของเภสัชกร มีใช้การสลับแบ่งกลุ่ม ประเภทการให้บริการที่พบมากที่สุดคือการปรับเปลี่ยนขนาดยา ร้อยละ 43.48 รองลงมาคือการเพิ่มยาตัวใหม่ ร้อยละ 28.70 การจัดการอาการไม่พึงประสงค์ ร้อยละ 16.52 และคำถามทั่วไป ร้อยละ 11.30 ทั้งนี้การประเมินความเข้าใจด้วยวิธีสอนกลับ (teach-back) พบว่าผู้ป่วยร้อยละ 95.40 มีความเข้าใจวิธีใช้ยาที่เปลี่ยนแปลงได้ถูกต้อง รายละเอียดดังตาราง 5

ตาราง 5 ผลการให้บริการเภสัชกรรมทางไกล

ประเภทบริการ	จำนวน (ครั้ง)	ร้อยละ
ปรับเปลี่ยนขนาดยา	50	43.48
เพิ่มยาตัวใหม่	33	28.70
จัดการอาการไม่พึงประสงค์	19	16.52
คำถามทั่วไป	13	11.30
รวม	115	100

หมายเหตุ: เวลาเฉลี่ย 9.8 ± 2.4 นาที

จากตาราง 5 พบว่า การให้บริการเภสัชกรรมทางไกลส่วนใหญ่เป็นการปรับเปลี่ยนขนาดยา (ร้อยละ 43.48) และผู้ป่วยมีความเข้าใจในการใช้ยาที่ถูกต้องสูง (ร้อยละ 95.40)

5. ผลลัพธ์ด้านความปลอดภัยในการใช้ยา

5.1 การเปรียบเทียบอุบัติการณ์การใช้ยาผิดวิธีก่อนและระหว่างเข้าร่วมโครงการ

การเปรียบเทียบอุบัติการณ์การใช้ยาผิดวิธีในกลุ่มตัวอย่าง 214 ราย (ข้อมูลจับคู่รายบุคคลก่อน-ระหว่างเข้าร่วมโครงการ) พบว่า อุบัติการณ์ก่อนเข้าร่วมโครงการมี 26 ราย (ร้อยละ 12.15 ซึ่งเป็นข้อมูลคนละชุดกับอุบัติการณ์การใช้ยาผิดวิธีร้อยละ 12.30 ที่พบจากการประเมินเชิงคุณภาพในระยะที่ 1) และระหว่างเข้าร่วมโครงการมี 5 ราย (ร้อยละ 2.34) ผลการทดสอบ McNemar's test แบบแก้ความต่อเนื่อง (continuity correction) จากตารางจับคู่ 2×2 พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($\chi^2 = 17.39$, $p < 0.001$) รายละเอียดดังตาราง 6

ตาราง 6 ตารางจับคู่ 2×2 เพื่อการทดสอบ McNemar's test ของอุบัติการณ์การใช้ยาผิดวิธี

ก่อนเข้าร่วม \ ระหว่างเข้าร่วม	มีอุบัติการณ์ (ระหว่าง)	ไม่มีอุบัติการณ์ (ระหว่าง)	รวม
มีอุบัติการณ์ (ก่อน)	a = 4	b = 22	26
ไม่มีอุบัติการณ์ (ก่อน)	c = 1	d = 187	188
รวม	5	209	214

จากตาราง 6 พบว่าอุบัติการณ์การใช้ยาผิดวิธีระหว่างเข้าร่วมโครงการต่ำกว่าก่อนเข้าร่วมโครงการอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($\chi^2 = 17.39$, $p < 0.001$) คิดเป็นการลดลงของจำนวนผู้มีอุบัติการณ์ร้อยละ 80.77 (จาก 26 ราย เหลือ 5 ราย)

5.2 ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการเกิดอุบัติการณ์การใช้ยาผิดวิธี

ผลการวิเคราะห์ Binary Logistic Regression พบว่า การได้รับบริการเภสัชกรรมทางไกล มีความสัมพันธ์กับการลดความเสี่ยงของการใช้ยาผิดวิธีอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($OR = 0.18$, 95% CI: 0.06-0.51, $p = 0.001$) และการใช้น้อยกว่า 5 รายการมีความสัมพันธ์กับการลดความเสี่ยงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($OR = 0.35$, 95% CI: 0.15-0.82, $p = 0.016$) ส่วนอายุ 65 ปีขึ้นไป และระดับการศึกษาตั้งแต่มัธยมศึกษาปีที่ 6 ขึ้นไป ไม่พบความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ รายละเอียดดังตาราง 7

ตาราง 7 ผลการวิเคราะห์ Binary Logistic Regression ของปัจจัยพยากรณ์การใช้ยาผิดวิธี

ปัจจัยพยากรณ์	B	SE	Wald χ^2	p-value	OR	95% CI
ได้รับเภสัชกรรมทางไกล	-1.715	0.532	10.40	0.001	0.18	0.06-0.51
จำนวนยา <5 รายการ	-1.050	0.435	5.83	0.016	0.35	0.15-0.82
อายุ ≥ 65 ปี	0.682	0.398	2.94	0.087	1.98	0.91-4.31
การศึกษา ≥ 6	-0.524	0.421	1.55	0.213	0.59	0.26-1.36
ค่าคงที่	-2.103	0.646	10.60	0.001	0.12	-

หมายเหตุ: Nagelkerke $R^2 = 0.42$; Hosmer-Lemeshow $\chi^2 = 6.32$, $p = 0.611$; Classification accuracy = 88.30%

จากตาราง 7 พบว่า ตัวแปรที่มีความสัมพันธ์กับการใช้ยาผิดวิธีอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ การได้รับบริการเภสัชกรรมทางไกล (OR=0.18) และจำนวนยาที่ใช้น้อยกว่า 5 รายการ (OR=0.35) ส่วนอายุและระดับการศึกษาไม่พบความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญ โมเดลมีความสามารถทำนายได้ร้อยละ 88.30 และค่า Nagelkerke $R^2 = 0.42$ บ่งชี้ว่าตัวแปรในโมเดลสามารถอธิบายความแปรปรวนของการเกิด อุบัติการณ์ได้ร้อยละ 42 อย่างไรก็ตาม เหตุการณ์การใช้ยาผิดวิธีระหว่างเข้าร่วมโครงการมีเพียง 5 ราย ขณะที่โมเดลใส่ตัวแปรพยากรณ์ถึง 4 ตัว ซึ่งต่ำกว่าเกณฑ์ทั่วไปที่แนะนำให้มีย่าน้อย 10 เหตุการณ์ต่อตัวแปรพยากรณ์ 1 ตัว (events per variable, EPV) ค่า OR ที่ได้จึงมีความเสี่ยงที่จะไม่เสถียรและเกิด overfitting ผลการวิเคราะห์นี้จึงควรถือเป็นข้อมูลเชิงสำรวจเบื้องต้น และควรได้รับการยืนยันด้วยขนาดตัวอย่างที่มีจำนวนเหตุการณ์มากขึ้นในการวิจัยครั้งต่อไป

อภิปรายผล

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาและประเมินรูปแบบการจัดส่งยาถึงบ้านแบบบูรณาการสำหรับผู้ป่วยโรคเรื้อรังในพื้นที่ชนบท โดยผลการศึกษาสามารถอภิปรายตามลำดับวัตถุประสงค์เฉพาะทั้ง 3 ข้อ ดังนี้ อภิปรายตามวัตถุประสงค์เฉพาะข้อ 1: สถานการณ์ ปัญหา และความต้องการ

ผลการศึกษาในระยะที่ 1 พบปัญหาหลัก 5 ประการ ได้แก่ ระยะเวลาและค่าใช้จ่ายในการเดินทาง ความแออัดในท้องยา การขาดนัดรับยา การใช้ยาผิดวิธี และข้อจำกัดด้านความเข้าใจของผู้สูงอายุ ซึ่งสอดคล้องกับข้อจำกัดด้านการเข้าถึงบริการสุขภาพในพื้นที่ชนบทที่รายงานไว้ในวรรณกรรมก่อนหน้า (Shrivastava et al., 2025; National Rural Health Association, 2024) ผลการศึกษานี้ยืนยันว่า ปัญหาด้านการเข้าถึงบริการยาในบริบทอำเภอบ้านหมอมีสถานการณ์ใกล้เคียงกับพื้นที่ชนบทอื่น แต่มีความเฉพาะเจาะจงในประเด็นความแออัดของท้องยาในช่วงเช้าและข้อจำกัดด้านความเข้าใจของผู้สูงอายุเมื่อมีการเปลี่ยนแปลงรายการยา ซึ่งเป็นข้อมูลสำคัญที่นำไปสู่การกำหนดองค์ประกอบของรูปแบบในระยะที่ 2 โดยเฉพาะการให้ความสำคัญกับการสื่อสารแบบสอนกลับ (teach-back) ในบริการเภสัชกรรมทางไกล

อภิปรายตามวัตถุประสงค์เฉพาะข้อ 2: การพัฒนารูปแบบ การพัฒนารูปแบบในระยะที่ 1-2 ที่อาศัยการวิเคราะห์สถานการณ์ และความต้องการ ของผู้มีส่วนได้ส่วนเสียสอดคล้องกับกรอบการวิจัยและพัฒนาของ Borg and Gall (1983) ซึ่งเน้นการพัฒนานวัตกรรมจากบริบทจริง การบูรณาการการมีส่วนร่วมของชุมชน โดยเฉพาะอาสาสมัครสาธารณสุข เป็นกลไกสำคัญที่ช่วยเชื่อมโยงระบบบริการกับผู้ป่วยในระดับพื้นที่ ส่งผลให้รูปแบบที่พัฒนาขึ้นมีความสอดคล้องกับบริบทและสามารถนำไปใช้ได้จริง ผลการประเมินความเหมาะสมของ

รูปแบบโดยผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน (หัวข้อผลการวิจัย 3.1) ยืนยันความเหมาะสมของการบูรณาการองค์ประกอบทั้งสามก่อนนำไปทดลองใช้กับกลุ่มนักร้อง

ในด้านแนวคิดการยอมรับเทคโนโลยีของ Davis (1989) การออกแบบระบบ Health Rider ให้คำนึงถึงการรับรู้ประโยชน์และความง่ายในการใช้งานตั้งแต่ขั้นพัฒนา มีส่วนช่วยให้ รูปแบบได้รับการตอบรับที่ดีในทางปฏิบัติ ดังสะท้อนจากอัตราความสำเร็จในการจัดส่งร้อยละ 100.00 และความพึงพอใจในระดับสูงของผู้รับบริการ อย่างไรก็ตาม เนื่องจากการศึกษานี้ ไม่ได้วัดตัวแปรการรับรู้ประโยชน์และการรับรู้ความง่ายในการใช้งานด้วยเครื่องมือมาตรฐานโดยตรง การอ้างว่า TAM ได้รับการพิสูจน์อย่างสมบูรณ์ในการศึกษานี้จึงเป็นการตีความที่เกินกว่าหลักฐานที่มี ผลการศึกษาจึงควรตีความว่าการออกแบบที่อิงแนวคิด TAM นำไปสู่ผลลัพธ์เชิงพฤติกรรมที่ดี (การใช้งานจริง ความพึงพอใจ) มากกว่าการยืนยันกลไกการรับรู้ตามทฤษฎีโดยตรง

อภิปรายตามวัตถุประสงค์เฉพาะข้อ 3: ประสิทธิภาพการเข้าถึงบริการและความปลอดภัยในการใช้ยา ด้านประสิทธิภาพการดำเนินงาน รูปแบบที่พัฒนาขึ้นสามารถจัดส่งยาสำเร็จร้อยละ 100.00 และลดระยะทางการเดินทางได้ร้อยละ 35.00 ผลการศึกษานี้มีอัตราความสำเร็จสูงกว่าการศึกษาของ Diaz et al. (2026) ที่รายงานอัตราความสำเร็จร้อยละ 92-95 ในบริบทเขตเมือง อย่างไรก็ตาม การเปรียบเทียบดังกล่าวควรกระทำด้วยความระมัดระวัง เนื่องจากบริบท (ชนบทเทียบกับเขตเมือง) รูปแบบการศึกษา (การศึกษาของ Diaz et al. เป็นการทบทวนหลักฐานจากการทดลองแบบสุ่มมีกลุ่มควบคุม ขณะที่การศึกษานี้เป็นแบบกึ่งทดลองไม่มีกลุ่มควบคุม) และนิยามของ “ความสำเร็จในการจัดส่ง” อาจแตกต่างกันอย่างมาก อัตราความสำเร็จร้อยละ 100.00 ในการศึกษาบางส่วนนี้อาจเป็นผล จากการไม่มีกลุ่มควบคุมและการนับเฉพาะการจัดส่งที่ดำเนินการสำเร็จเป็นหน่วยวิเคราะห์ มิใช่ดัชนีที่บ่งชี้ว่ารูปแบบนี้เหนือกว่ารูปแบบในบริบทเมืองอย่างแท้จริง ผู้วิจัยจึงควรหลีกเลี่ยงการสรุปอ้างประสิทธิภาพที่เกินกว่าข้อมูลสนับสนุน (overclaim) และเสนอแนะให้มีการศึกษาเปรียบเทียบ ในบริบทเดียวกันหรือใช้รูปแบบการวิจัยที่มีกลุ่มควบคุมในอนาคต

ด้านการเข้าถึงบริการและคุณภาพบริการ ผู้รับบริการกลุ่มย่อยที่ตอบแบบสำรวจ (n=64) มีความพึงพอใจโดยรวมอยู่ในระดับสูงมาก ($M=4.98$, $SD=0.08$) ซึ่งสอดคล้องกับแบบจำลองคุณภาพการบริการ SERVQUAL ของ Parasuraman et al. (1988) ผลการศึกษานี้มีค่าความพึงพอใจสูงกว่าการศึกษาของ Shrivastava et al. (2025) ที่รายงานค่าเฉลี่ย 4.2 ในบริการเภสัชกรรมทางไกลแบบเดิม แสดงให้เห็นว่าการบูรณาการบริการจัดส่งยาเข้ากับเภสัชกรรมทางไกลมีศักยภาพในการยกระดับคุณภาพบริการในเชิงระบบ ทั้งนี้ผลความพึงพอใจดังกล่าวมาจากกลุ่มย่อยเพียง 64 ราย จากกลุ่มตัวอย่างหลัก 214 ราย จึงควรตีความด้วยความระมัดระวังในประเด็นการเป็นตัวแทนของกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด นอกจากนี้ ค่าเฉลี่ยความพึงพอใจที่สูงมากและค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานที่ต่ำมาก ($M=4.98$, $SD=0.08$) อาจบ่งชี้ถึงภาวะ ceiling effect กล่าวคือ มาตรการวัดอาจไม่สามารถแยกแยะระดับความพึงพอใจที่แท้จริงได้อย่างละเอียดเพียงพอ และอาจเกิดจากอคติในการตอบแบบสอบถามทางโทรศัพท์ (social desirability bias) เนื่องจากผู้ตอบอาจลังเลที่จะให้คะแนนต่ำกับบริการที่ให้โดยหน่วยงานเดียวกับที่ดูแลรักษาตนเอง ผลการศึกษาด้านความพึงพอใจจึงควรตีความด้วยความระมัดระวัง และการวิจัยครั้งต่อไปอาจพิจารณา ใช้มาตรวัดที่มีความละเอียดมากขึ้นหรือให้บุคคลภายนอกเป็นผู้เก็บข้อมูล

ด้านประสิทธิผลของบริการเภสัชกรรมทางไกล พบว่าผู้ป่วยมีความเข้าใจในการใช้ยาที่ถูกต้องร้อยละ 95.40 ซึ่งสะท้อนประสิทธิภาพของการสื่อสารแบบสองทางและการใช้เทคนิคสอนกลับ (teach-back) สอดคล้องกับการศึกษาของ Hussain and Bowen (2024) และสูงกว่าการศึกษาของ Al-Aqeel et al. (2025) ที่พบการ

เพิ่มขึ้นของความรู้ในระดับปานกลาง แสดงให้เห็นว่าการบูรณาการ การให้คำปรึกษาเข้ากับบริบทการใช้ยาจริง บ้านผู้ป่วยสามารถเพิ่มประสิทธิภาพของการสื่อสารด้านยาได้ อย่างไรก็ตาม บริการเภสัชกรรมทางไกลให้บริการเพียงร้อยละ 53.74 ของการจัดส่งทั้งหมด โดยพิจารณาจากดุลยพินิจทางคลินิกกว่ามีการปรับเปลี่ยนรายการยาในรอบนั้นหรือไม่ (มิใช่การสับเปลี่ยนกลุ่ม) ดังนั้นผู้ป่วยที่ได้รับเภสัชกรรมทางไกลอาจเป็นกลุ่มที่มีความซับซ้อนของการใช้ยามากกว่าอยู่แล้วโดย เกณฑ์การคัดเลือก (confounding by indication) การตีความค่า $OR=0.18$ ในตาราง 7 ว่าเป็นผลของ บริการเภสัชกรรมทางไกลที่ลดความเสี่ยงการใช้ยาผิดวิธีโดยตรง จึงควรกระทำด้วยความระมัดระวัง และควรมีการศึกษาเพิ่มเติมที่ควบคุมปัจจัยกวนดังกล่าวเพื่อยืนยันความสัมพันธ์เชิงเหตุผล

ด้านความปลอดภัยในการใช้ยา พบว่าอุบัติการณ์การใช้ยาผิดวิธีในกลุ่มตัวอย่าง 214 ราย ลดลงจากร้อยละ 12.15 เป็นร้อยละ 2.34 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) ผลดังกล่าวสะท้อนว่า การบูรณาการระบบติดตามผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องร่วมกับการให้คำปรึกษาแบบเรียลไทม์สามารถลด ความคลาดเคลื่อนในการใช้ยาได้อย่างมีประสิทธิภาพ สอดคล้องกับการศึกษาของ Buathong et al. (2024) ที่ระบุปัจจัยสำคัญของการใช้ยาผิดวิธีในพื้นที่ชนบทคือการขาดความรู้และการติดตามเมื่อมีการเปลี่ยนแปลงยา ทั้งนี้เนื่องจากการศึกษาไม่มีกลุ่มควบคุม การลดลงของอุบัติการณ์ดังกล่าวอาจมีปัจจัยแทรกซ้อนอื่นร่วมด้วย เช่น ผลของการถูกติดตามอย่างใกล้ชิด (Hawthorne effect) ซึ่งควรนำมาพิจารณาประกอบการตีความ

เมื่อเชื่อมโยงผลเชิงปริมาณข้างต้นกับข้อค้นพบเชิงคุณภาพจากระยะที่ 1 พบว่ากลไก ที่ทำให้รูปแบบดำเนินการได้จริงในพื้นที่สอดคล้องกับปัญหาที่ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียสะท้อนไว้ กล่าวคือ บทบาทของอาสาสมัครสาธารณสุขในการประสานนัดหมายและติดตามอาการเบื้องต้นระหว่างรอบการจัดส่งช่วยสร้างความเชื่อมั่นและความคุ้นเคยของผู้ป่วยต่อระบบบริการในระดับพื้นที่ ขณะที่ข้อจำกัดด้านความเข้าใจของผู้สูงอายุเมื่อมีการเปลี่ยนแปลงรายการยาที่พบในระยะที่ 1 ได้ถูกนำมาออกแบบเป็นการใช้เทคนิคสอนกลับ (teach-back) ในบริการเภสัชกรรมทางไกล ซึ่งสะท้อนให้เห็นในอัตราความเข้าใจการใช้ยาที่ถูกต้องสูงถึงร้อยละ 95.40 การเชื่อมโยงดังกล่าวชี้ให้เห็นว่าความสำเร็จเชิงปริมาณของรูปแบบมิได้เกิดจากองค์ประกอบทางเทคโนโลยีเพียงลำพัง แต่อาศัยกลไกทางสังคมและความสัมพันธ์ในชุมชนเป็นฐานสำคัญร่วมด้วย

ความปลอดภัยของระบบจัดส่งยา แม้รูปแบบจะกำหนดขั้นตอนยืนยันตัวตนตัวตนผู้รับยา การควบคุมอุณหภูมิระหว่างขนส่ง และการจำกัดการเข้าถึงข้อมูลส่วนบุคคลไว้ตั้งแต่ขั้นออกแบบรูปแบบ (ดังกล่าวในหัวข้อผลการวิจัย ลำดับที่ 3) แต่การศึกษานี้ยังไม่ได้รายงานผลการทดสอบ ประสิทธิภาพของมาตรการเหล่านี้เชิงประจักษ์ เช่น อัตราความคลาดเคลื่อนในการยืนยันตัวตน หรือเหตุการณ์ข้อมูลรั่วไหล จึงเป็นข้อจำกัดที่ควรได้รับการประเมินอย่างเป็นระบบในการวิจัยครั้งต่อไป เพื่อยืนยันว่ารูปแบบมีความปลอดภัยเพียงพอสำหรับการขยายผลในวงกว้าง

สรุปผลการวิจัย

รูปแบบการจัดส่งยาถึงบ้านแบบบูรณาการที่พัฒนาขึ้นจากการวิเคราะห์สถานการณ์ปัญหาจริงในพื้นที่ และผ่านการตรวจสอบความเหมาะสมโดยผู้เชี่ยวชาญ มีประสิทธิภาพในการดำเนินงาน เพิ่มการเข้าถึงบริการ และสัมพันธ์กับการลดอุบัติการณ์การใช้ยาผิดวิธีอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในบริบทที่ศึกษา สะท้อนให้เห็นถึงศักยภาพของการบูรณาการเทคโนโลยีสุขภาพร่วมกับกลไกชุมชนในการยกระดับคุณภาพ การดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังในพื้นที่ชนบท อย่างไรก็ตาม เนื่องจากข้อจำกัดด้านรูปแบบการวิจัย ที่ไม่มีกลุ่มควบคุมและประเด็นปัจจัย

กวนที่ระบุไว้ข้างต้น ผลการศึกษานี้จึงควรถือเป็นหลักฐานเบื้องต้น (preliminary evidence) ที่ควรได้รับการยืนยันด้วยการศึกษาที่มีความเข้มงวดทางระเบียบวิธีมากขึ้น ก่อนขยายผลในวงกว้าง

ข้อจำกัดในการวิจัย การวิจัยครั้งนี้มีข้อจำกัดที่ควรพิจารณา ได้แก่ (1) การศึกษาในระยะที่ 3 เป็นแบบกึ่งทดลอง (pre-post design) ที่ไม่มีกลุ่มควบคุม อาจมีปัจจัยแทรกซ้อนที่ไม่สามารถควบคุมได้ รวมถึงผล Hawthorne effect (2) การดำเนินการในพื้นที่เดียวอาจจำกัดการอ้างอิงทั่วไปไปยังบริบทอื่น (3) การประเมินผล ส่วนหนึ่งอาศัยข้อมูลจากการรายงานของผู้ป่วยในกลุ่มย่อยเพียง 64 จาก 214 ราย ซึ่งอาจเกิดอคติจากการเลือกกลุ่มตอบและอคติจากการตอบตามความคาดหวังทางสังคม (4) การกำหนดว่าผู้ป่วยรายใดได้รับการเภสัชกรรมทางไกลอาศัยดุลยพินิจทางคลินิก มิใช่การสุ่ม ทำให้การตีความความสัมพันธ์เชิงเหตุผลระหว่างเภสัชกรรมทางไกลกับการลดอุบัติการณ์การเข้ายาคีมี ข้อจำกัดจากปัจจัยกวนโดยข้อบ่งชี้ (5) การศึกษาไม่ได้วัดตัวแปรการรับรู้ประโยชน์และการรับรู้ความง่าย ในการใช้งานตามทฤษฎี TAM โดยตรง และ (6) ระยะเวลาติดตามผลยังไม่เพียงพอในการประเมิน ผลลัพธ์ทางคลินิกระยะยาว เช่น การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดหรือความดันโลหิต

การนำผลการวิจัยไปใช้

1. จัดทำคู่มือการดำเนินงานเพื่อให้โรงพยาบาลอื่นนำไปปรับใช้ โดยคำนึงถึงบริบทพื้นที่ และทรัพยากรที่มีอยู่
2. กระทรวงสาธารณสุขควรพัฒนานโยบายเภสัชกรรมทางไกลและการจัดส่งยาถึงบ้านให้ชัดเจน สอดคล้องกับแผนยุทธศาสตร์โรคไม่ติดต่อเรื้อรังระดับชาติ
3. เสนอขอเพิ่มอัตราค่าจ้างเภสัชกรอย่างน้อย 1 ตำแหน่ง เพื่อรองรับภาระงานที่เพิ่มขึ้น พร้อมทั้งจัดอบรมบุคลากรสาธารณสุขและอาสาสมัครสาธารณสุขให้มีความรู้พื้นฐานด้านยาและการจัดส่งยา ข้อเสนอแนะนี้ควรได้รับการสนับสนุนด้วยข้อมูลภาระงานเชิงปริมาณ เช่น สัดส่วนเภสัชกรต่อจำนวนผู้ป่วยที่ลงทะเบียน 3,542 ราย เทียบกับเกณฑ์มาตรฐานอัตราค่าจ้าง และควรมีการวิเคราะห์ต้นทุน-ประโยชน์ (cost-benefit analysis) เปรียบเทียบต้นทุนการจ้างเภสัชกรเพิ่มกับประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับการลดอุบัติการณ์การเข้ายาคีมีและการลดภาระการเดินทางของผู้ป่วย ก่อนเสนอของบประมาณจริง

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ดำเนินการวิจัยในลักษณะ Randomized Controlled Trial (RCT) หรือเพิ่มกลุ่มเปรียบเทียบ เพื่อควบคุมปัจจัยแทรกซ้อนและเพิ่มความน่าเชื่อถือของผลการศึกษา โดยเฉพาะเพื่อยืนยันบทบาทของ บริการเภสัชกรรมทางไกลต่อการลดอุบัติการณ์การเข้ายาคีมีอย่างเป็นอิสระจากปัจจัยกวนโดยข้อบ่งชี้ และควรขยายการศึกษาไปยังหลายพื้นที่ (multi-site study) ที่มีบริบทแตกต่างกัน เพื่อทดสอบความสามารถในการนำรูปแบบไปประยุกต์ใช้ในบริบทอื่นนอกเหนือจากอำเภอบ้านหมอ
2. ศึกษาติดตามผลระยะยาวอย่างน้อย 1 ปี เพื่อประเมินความยั่งยืนและผลกระทบต่อการควบคุมโรค เช่น ค่า HbA1c และความดันโลหิต อัตราการนอนโรงพยาบาลซ้ำ (hospital readmission) และความร่วมมือในการใช้ยา (medication adherence)
3. วัดตัวแปรการรับรู้ประโยชน์และการรับรู้ความง่ายในการใช้งานตามทฤษฎีการยอมรับเทคโนโลยี (TAM) ด้วยเครื่องมือมาตรฐาน เพื่อทดสอบกรอบแนวคิดเชิงทฤษฎีอย่างสมบูรณ์

4. พัฒนาระบบการแพทย์ทางไกลแบบบูรณาการที่รวมการจัดส่งยา การตรวจวินิจฉัยทางไกล และการให้คำปรึกษาทางการแพทย์

5. วิเคราะห์ความคุ้มค่าทางเศรษฐศาสตร์สุขภาพ (cost-effectiveness analysis) และผลกระทบ ต่อสิ่งแวดล้อม เช่น การลดการปล่อยก๊าซเรือนกระจกจากการเดินทางของผู้ป่วย

รายการอ้างอิง

กองโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค. (2567). รายงานสถานการณ์โรคไม่ติดต่อในประเทศไทย พ.ศ. 2567.

สมาคมโรคไม่ติดต่อแห่งประเทศไทย.

Al-Aqeel, S., Mutlaq, A., Alkhalifa, N., Alnassar, D., Alghanim, R., Algarni, W., & Alshammari, S.

(2025). Pharmacists' interventions in virtual diabetes clinics: Cost-effectiveness feasibility study. *Healthcare (Basel)*, 13(17), 2130.

<https://doi.org/10.3390/healthcare13172130>

Borg, W. R., & Gall, M. D. (1983). *Educational research: An introduction* (4th ed.). Longman.

Buathong, N., Naruephai, S., Wanichanon, W., Rodkitvitthaya, K., Thananinkul, P., Jankaew, N., Wessamanon, P., Khaotrakul, S., Boonmak, R., Choo-eard, N., Nintap, T., Sarakitphan, T., Kaewchuay, P., Naruephai, K., & Chaison, M. (2024). Exploring symptoms perception and barriers to medication adherence among Thai Muslim patients with non-communicable diseases in a rural community in southern Thailand: A mixed-methods study. *BMJ Open*, 14(12), e089301. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2024-089301>

Cochran, W. G. (1977). *Sampling techniques* (3rd ed.). John Wiley & Sons.

Davis, F. D. (1989). Perceived usefulness, perceived ease of use, and user acceptance of information technology. *MIS Quarterly*, 13(3), 319-340. <https://doi.org/10.2307/249008>

Diaz, R. R., Satheesh, G., Moran, A. E., Perel, P., Rodgers, A., & Schutte, A. E. (2026). Delivery models to improve adherence to medicines for chronic diseases in primary care. *The Lancet Primary Care*, 2(1), 100074. <https://doi.org/10.1016/j.lanprc.2025.100074>

He, J., Chen, J., Li, Q., Yang, Z., Liang, H., Wang, L., Sun, Z., & Zhao, H. (2022). Application of family-involved smart medication management system in rural-dwelling middle-aged and older adult participants with chronic diseases. *Medicine (Baltimore)*, 101(45), e31662. <https://doi.org/10.1097/MD.00000000000031662>

Hussain, A., & Bowen, A. M. (2024). Exploring pharmacist roles in telepharmacy for chronic disease management in New York State. *Cureus*, 16(6), e62982. <https://doi.org/10.7759/cureus.62982>

National Rural Health Association. (2024). *Impacts of telehealth on rural health care access*. <https://www.ruralhealth.us/nationalruralhealth/media/documents/nrha-impact-of-telehealth-policy-on-rural-health-access-2024.pdf>

- Parasuraman, A., Zeithaml, V. A., & Berry, L. L. (1988). SERVQUAL: A multiple-item scale for measuring consumer perceptions of service quality. *Journal of Retailing*, 64(1), 12-40.
- Shrivastava, S. R. B. L., Bobhate, P. S., & Wibawa, A. (2025). Facilitating access to pharmaceutical care in rural and remote communities by strengthening telepharmacy. *Nigerian Postgraduate Medical Journal*, 32(1), 68-70. https://doi.org/10.4103/npmj.npmj_23_25
- World Health Organization. (2025). *Noncommunicable diseases: Fact sheet*. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/noncommunicable-diseases>

ผลของโปรแกรมการจัดการกับอาการด้วยการบริหารกายจิตแบบชี่กงวิถีไทย
ต่ออาการนอนไม่หลับในผู้ที่เป็นมะเร็งระยะท้าย

Effects of a Symptom Management Program with Thai-Style Qigong Exercise on
Insomnia Among Persons with End-Stage Cancer

ปาวริศา เนตรวีระ* และ สุรีพร ธนศิลป์

Pawarisa Netweera* and Sureporn Thanasilp

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

Faculty of Nursing Chulalongkorn University

(Received: April 12, 2026, Revised: July 15, 2026, Accepted: August 22, 2026)

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง เพื่อเปรียบเทียบอาการนอนไม่หลับของผู้ที่เป็นมะเร็งระยะท้าย ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการจัดการอาการด้วยการบริหารกายจิตแบบชี่กงวิถีไทย และอาการนอนไม่หลับของผู้ที่เป็นมะเร็งระยะท้ายระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการจัดการอาการด้วยการบริหารกายจิตแบบชี่กงวิถีไทยกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคมะเร็งระยะที่ 4 อายุ 18 ปีบริบูรณ์ขึ้นไปทั้งเพศชายและเพศหญิง ที่มารับบริการที่กลุ่มงานหน่วยตรวจเคมีบำบัด ณ โรงพยาบาลตติยภูมิแห่งหนึ่ง คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนด โดยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (Purposive sampling) แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 22 คน และกลุ่มควบคุม 22 คน โดยกลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติ ส่วนกลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมจัดการอาการด้วยการบริหารกายจิตแบบชี่กงวิถีไทยซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นโดยการนำแนวคิดการจัดการอาการของ Dodd และคณะ (2001) และแนวคิดการออกกำลังกายแบบชี่กงวิถีไทยของ สุรีพร ธนศิลป์ (2557) เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูล คือ แบบสอบถามอาการนอนไม่หลับของ Morin (1993) ฉบับที่แปลเป็นภาษาไทยโดย พัทธิญา แก้วแพง (2547) มีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาคเท่ากับ .90 เป็นเวลา 6 สัปดาห์ ในระหว่างเดือนสิงหาคม 2568 ถึง เดือนพฤศจิกายน 2568 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย Paired sample t-test และ Independent sample t-test

ผลการวิจัยพบว่า อาการนอนไม่หลับในกลุ่มทดลองหลังได้รับโปรแกรมจัดการอาการด้วยการบริหารกายจิตแบบชี่กงวิถีไทยต่ำกว่าก่อนได้รับโปรแกรมฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และอาการนอนไม่หลับหลังการทดลองของกลุ่มทดลองต่ำกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 พยาบาลวิชาชีพหรือหน่วยงานที่เกี่ยวข้องสามารถนำผลการวิจัยไปใช้ในปฏิบัติการพยาบาลในผู้ที่เป็นมะเร็งระยะท้ายที่มีอาการนอนไม่หลับให้สามารถจัดการอาการนอนไม่หลับได้อย่างมีประสิทธิภาพ ส่งผลให้ผู้ป่วยมีอาการนอนไม่หลับลดลง

คำสำคัญ: การจัดการอาการ, การบริหารกายจิตแบบชี่กงวิถีไทย, อาการนอนไม่หลับ, ผู้ที่เป็นมะเร็งระยะท้าย

*ผู้ให้การติดต่อ (Corresponding e-mail: Pawarisa.netw@gmail.com)

Abstract

This quasi-experimental study aimed to compare insomnia symptoms among persons with end-stage cancer before and after receiving a symptom management program based on Thai-style qigong mind-body exercise, and to compare insomnia symptoms between a group receiving the Thai-style qigong symptom management program and a group receiving standard nursing care. The sample consisted of persons diagnosed with stage 4 cancer, aged 18 years or older, of both sexes, who received services at the chemotherapy unit of a tertiary care hospital. Eligible participants meeting the specified criteria were selected using purposive sampling and divided into an experimental group (n = 22) and a control group (n = 22). The control group received standard nursing care, while the experimental group received the symptom management program with Thai-style qigong mind-body exercise, which the researcher developed by integrating Dodd et al.'s (2001) symptom management concept with Sureeporn Thanasilp (2014) Thai-style qigong exercise concept. The data collection instrument was Morin's (1993) Insomnia Questionnaire, translated into Thai by Pattarieya Keawphang (2004), with a Cronbach's alpha coefficient of .90. The study was conducted over 6 weeks, from August 2025 to November 2025. Data were analyzed using percentage, mean, paired-samples t-test, and independent-samples t-test.

The results showed that insomnia symptoms in the experimental group after receiving the Thai-style qigong symptom management program were significantly lower than before receiving the program, at the .05 level. In addition, post-intervention insomnia symptoms in the experimental group were significantly lower than those in the control group, at the .05 level.

Professional nurses or related agencies can apply these findings to nursing practice for persons with end-stage cancer experiencing insomnia, enabling more effective management of insomnia symptoms and thereby reducing patients' insomnia.

Keywords: Symptom Management, Thai-Style Qigong Mind-Body Exercise, Insomnia, Persons with End-Stage Cancer

บทนำ

จากข้อมูลสถิติโรคเมอเร็งของประเทศไทย ปีพ.ศ. 2568 โดยสถาบันเมอเร็งแห่งชาติ มีรายงานว่าแต่ละปีจะมีจำนวนผู้ป่วยเมอเร็งรายใหม่ประมาณ 140,789 คน หรือคิดเป็นประมาณ 386 คนต่อวัน โดยโรคเมอเร็งที่พบมาก 3 อันดับแรกในคนไทย ได้แก่ เมอเร็งตับและท่อน้ำดี เมอเร็งเต้านม เมอเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง นอกจากนี้ อาการปวดเรื้อรัง น้ำหนักลด และอาการนอนไม่หลับเป็นอาการที่มักพบในผู้ป่วยเมอเร็ง เนื่องจากความผิดปกติของสารเมแทบอลิต์และเนื้องอกที่เจริญเติบโตโดยตรงเข้าไปในเนื้อเยื่อข้างเคียง ก่อให้เกิดผลกระทบทางสรีรวิทยาและระบบการเผาผลาญพลังงาน (สมชาย ธนะสิทธิชัย และคณะ, 2563) นอกจากนี้อาการที่พบได้บ่อยในผู้ป่วยเมอเร็งระยะท้าย คือ อาการอ่อนล้า หายใจลำบาก นอนไม่หลับ และอาการปวดในระหว่างวัน (สุริพร ธนศิลป์, 2563) ซึ่งปัญหาการนอนไม่หลับนี้สามารถพบได้ในผู้ป่วยเมอเร็ง โดยพบถึงร้อยละ 30-50 (Savard & Morin, 2001; วันเพ็ญ เทศวิริช, 2557) จะเห็นได้ว่าโรคเมอเร็งส่งผลกระทบมากมายต่อผู้ป่วยทั้งทางด้านร่างกาย ด้านจิตอารมณ์ ด้านจิตวิญญาณ และด้านจิตสังคมตั้งแต่แรกที่ได้รับการวินิจฉัยจนกระทั่งเข้าสู่ระยะท้ายของโรค ซึ่งผลกระทบของโรคเมอเร็งมีความแตกต่างกันทั้งจากระยะของโรค ชนิดของโรค การรักษาที่ได้รับ ความเชื่อความศรัทธาที่มี และสภาพสิ่งแวดล้อม เมื่อเข้าสู่ระยะท้ายผู้ป่วยมักประสบกับผลกระทบทั้งด้านร่างกาย จิตอารมณ์ และจิตสังคม ซึ่งโรคเมอเร็งระยะท้ายจะส่งผลกระทบด้านร่างกาย โดยระบบร่างกายจะถูกกระทบและแปรปรวนจากโรคเมอเร็ง และจากอาการข้างเคียงของการรักษา เช่น ยาเคมีบำบัด หรือรังสีรักษา ทำให้เกิดความไม่สุขสบายและความทุกข์ทรมานจากอาการต่าง ๆ รุนแรงมากขึ้น และการทำหน้าที่ของร่างกายลดลง (สุริพร ธนศิลป์, 2563) รวมถึงการนอนไม่หลับ ซึ่งการนอนไม่หลับสามารถส่งผลกระทบต่อความสามารถในการทำหน้าที่และประสิทธิภาพในการทำงาน (ประภาพรณ สุคนธจิตต์ และคณะ, 2559) ดังนั้นการลดปัญหาการนอนไม่หลับของผู้ป่วยจึงเป็นบทบาทสำคัญของพยาบาล

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า การบริหารกายจิตแบบชี่กงวิถีไทยนั้นจะเพิ่มประสิทธิภาพการหายใจ การทำงานของหัวใจและปอด ช่วยลดความดันเลือด ช่วยให้การทรงตัวดีขึ้น เพิ่มพลังกำลังและการเคลื่อนไหว ช่วยให้ความแข็งแรงของร่างกายเพิ่มขึ้น และถนอมร่างกายไม่ให้เกิดการบาดเจ็บเมื่อเทียบกับการออกกำลังกายแบบอื่น ๆ เพิ่มภูมิคุ้มกันของร่างกาย และเพิ่มความต้านทานโรค มีผลทำให้อาการแพ้ภูมิแพ้ดีขึ้น ทำให้ผ่อนคลายเหมาะกับผู้ป่วยเรื้อรัง และลดระดับฮอร์โมนแห่งความเครียด บรรเทาอาการของโรคที่เกิดจากความเครียด ความวิตกกังวลซึมเศร้า ซึ่งเป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้เกิดความเหนื่อยล้า ซึ่งการบริหารกายจิตแบบชี่กงวิถีไทยนั้นเป็นการบริหารกาย บริหารจิต และบริหารลมปราณ ผสมผสานกับแนวคิดทางพระพุทธศาสนา ทำให้เกิดพลังชีวิตไหลเวียนไปทั่วร่างกาย เพิ่มการหลั่งสาร Endorphin เพิ่มการหลั่งสาร Serotonin ส่งผลให้การนอนหลับดีขึ้น แม้มีหลักฐานว่าการบริหารกายจิตแบบชี่กงวิถีไทยสามารถลดความเครียดและส่งเสริมการนอนหลับในผู้ป่วยเรื้อรังบางกลุ่ม แต่ยังมีหลักฐานจำกัดในผู้ป่วยเมอเร็งระยะท้าย โดยเฉพาะในบริบทการพยาบาลไทยและการดูแลแบบประคับประคอง จึงมีความจำเป็นที่จะต้องศึกษาผลของโปรแกรมดังกล่าวต่ออาการนอนไม่หลับในผู้ป่วยกลุ่มนี้ โดยใช้แนวคิดการจัดการอาการของ Dodd และคณะ เป็นแนวคิดที่อาศัยการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วยกับพยาบาลที่คำนึงถึงความเป็นปัจเจกของบุคคลสามารถใช้ทำความเข้าใจ และประเมินการจัดการอาการจึงสามารถช่วยจัดการกับอาการที่มีความหลากหลายและแตกต่างกันในแต่ละบุคคลได้อย่างเหมาะสม โดยผู้วิจัยคาดหวังว่า ผู้ที่เป็นเมอเร็งระยะท้ายที่ได้รับโปรแกรมดังกล่าว น่าจะมีอาการนอนไม่หลับน้อยกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมและน้อยกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1) เพื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยอาการนอนไม่หลับของผู้ป่วยเมอเร็งระยะท้ายในกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการจัดการอาการร่วมกับการบริหารกายจิตแบบชี่กงวิถีไทย

2) เพื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยอาการนอนไม่หลับหลังการทดลอง ภายหลังการทดลองระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการจัดการอาการด้วยการบริหารกายจิตแบบชี่กงวิถีไทยกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

สมมติฐาน

1) คะแนนเฉลี่ยอาการนอนไม่หลับของกลุ่มทดลอง หลังได้รับโปรแกรมจัดการอาการด้วยการบริหารกายจิตแบบชี่กงวิถีไทยต่ำกว่าก่อนได้รับโปรแกรม

2) คะแนนเฉลี่ยอาการนอนไม่หลับของกลุ่มทดลอง ที่ได้รับโปรแกรมจัดการอาการด้วยการบริหารกายจิตแบบชี่กงวิถีไทยต่ำกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

กรอบแนวคิดการวิจัย

สำหรับโปรแกรมจัดการอาการด้วยการบริหารกายจิตแบบชี่กงวิถีไทยต่ออาการนอนไม่หลับในผู้ที่เป็นมะเร็งระยะท้ายผู้วิจัยได้นำกรอบแนวคิดการจัดการอาการของ Dodd และคณะ มาประยุกต์ใช้ในการออกแบบโปรแกรม ประกอบด้วย 5 ขั้นตอน ดังนี้

ประสบการณ์การมีอาการ (symptom experience)

ขั้นตอนที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพ มีกิจกรรมดังนี้ คือ ผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์ของโปรแกรกดังกล่าว อธิบายการพิทักษ์สิทธิ์ การดำเนินการวิจัย และระยะเวลาในการเก็บรวบรวมข้อมูลในสัปดาห์ที่ 1

กลยุทธ์การจัดการอาการ (symptom management strategies)

ขั้นตอนที่ 2 การปรับการรับรู้โดยให้ความรู้เรื่องสุขภาพดีด้วยชี่กงวิถีไทย มีกิจกรรมดังนี้ คือ ปรับการรับรู้โดยให้ความรู้เรื่องสุขภาพดีด้วยชี่กงวิถีไทย และให้ความรู้เกี่ยวกับการบริหารกายจิตแบบชี่กงวิถีไทยที่ผลทำให้นอนหลับในสัปดาห์ที่ 1

ขั้นตอนที่ 3 การฝึกทักษะการบริหารกายจิตแบบชี่กงวิถีไทย มีกิจกรรมดังนี้ คือ ฝึกทักษะการบริหารกายจิตแบบชี่กงวิถีไทย โดยใช้วิดีโอคลิปวิธีการบริหารกาย-จิตแบบชี่กงวิถีไทยและคู่มือการบริหารกาย-จิตแบบชี่กงวิถีไทย หลังจากชมการสาธิตในวิดีโอคลิปวิธีการบริหารกาย-จิตแบบชี่กงวิถีไทยให้ผู้ทำการฝึกไปพร้อม ๆ กับผู้วิจัยด้วยตนเอง ซึ่งประกอบไปด้วย 9 ขั้นตอน ดังนี้ 1. การประเมินพลังชี่ 2.การบริหารการหายใจ 3. การกระตุ้นจุดทวารทั้งหก ได้แก่ ก้นกบ สะดือ ทรวงอก คอหอย หว่างคิ้ว และกระหม่อม 4. การบริหารชี่กง 4 ท่า ได้แก่ ท่าที่ 1 ท่าปรับลมปราณ ท่าที่ 2 ท่ายืดอกขยายทรวง ท่าที่ 3 ท่าอินทรีหยะยานฟ้า ท่าที่ 4 ท่าลมปราณชานกายา 5. การปั่นพลังชี่ 6. การเก็บพลังชี่ 7. การทำสมาธิ 8. การแผ่เมตตา 9. การขอพรจากพระพุทธรูปบูชา โดยในผู้ที่เป็นมะเร็งระยะท้ายบางท่านไม่สามารถยืน หรือย่อในการทำการบริหารกายจิตแบบชี่กงวิถีไทยได้ ดังนั้นจึงต้องมีความระมัดระวังเป็นพิเศษ ทั้งนี้ผู้ที่เป็นมะเร็งระยะท้ายสามารถปฏิบัติตามการบริหารกายจิตแบบชี่กงวิถีไทยในท่านั่ง ท่านอน หรือปฏิบัติเฉพาะท่าที่สามารถปฏิบัติได้ โดยการทำการบริหารกายจิตแบบชี่กงวิถีไทยดังกล่าว ต้องมีการบริหารกายจิตแบบชี่กงวิถีไทยที่ครอบคลุมทั้งด้านร่างกาย ด้านจิตใจ และการหายใจตามหลักของชี่กง แนะนำให้ผู้ที่เป็นมะเร็งระยะท้ายบันทึก แบบบันทึกการบริหารกายจิตแบบชี่กงวิถีไทย ได้แก่ วันเดือนปี เวลาที่ใช้ในการฝึก และความรู้สึกลหลังการฝึก ซึ่งผู้ที่เป็นมะเร็งระยะท้ายต้องบริหารกายจิตแบบชี่กงวิถีไทยที่บ้านตลอดระยะเวลา 6 สัปดาห์ อย่างน้อยสัปดาห์ละ 3 ครั้ง ครั้งละ 30 นาที และแนะนำการนำไปฝึกปฏิบัติต่อด้วยตนเองที่บ้านในสัปดาห์ที่ 1 จำนวน 1 ครั้ง

ขั้นตอนที่ 4 การติดตามผ่านทางโทรศัพท์กับผู้ที่เป็นมะเร็งระยะท้าย มีกิจกรรมดังนี้ คือ กระตุ้นเตือนเรื่อง การฝึกทักษะการบริหารกายจิตแบบชี่กงวิถีไทยที่บ้าน โดยติดตามผ่านทางโทรศัพท์และวิดีโอคอล โดยให้ผู้ที่เป็นมะเร็งระยะท้ายปฏิบัติตามการบริหารกายจิตแบบชี่กงวิถีไทยให้ดูทางวิดีโอคอล เพื่อประเมินติดตามหากพบว่าไม่ถูกต้องผู้วิจัยจะได้สามารถให้คำแนะนำแก้ไขได้ และสอบถามปัญหาที่เกิดขึ้นเมื่อนำไปปฏิบัติขณะอยู่บ้าน ผู้วิจัยให้การช่วยเหลือและให้คำแนะนำตามปัญหาที่เกิดขึ้นและส่งเสริมกำลังใจผู้ที่เป็นมะเร็งระยะท้ายปฏิบัติอย่างต่อเนื่องในสัปดาห์ที่ 2-5

ผลลัพธ์การจัดการอาการ (outcomes)

ขั้นตอนที่ 5 การติดตามประเมินผลการปฏิบัติโปรแกรมดังกล่าว มีกิจกรรมดังนี้ คือ สอบถามปัญหา ให้คำปรึกษาในการฝึกทักษะการบริหารกายจิตแบบชี่กงวิถีไทย พร้อมร่วมกันหาแนวทางแก้ไข ให้กลุ่มตัวอย่างประเมินแบบบันทึกการบริหารกายจิตแบบชี่กงวิถีไทยไม่ต่ำกว่าเกณฑ์ร้อยละ 80 ในสัปดาห์ที่ 6

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า เวลาที่เหมาะสมและมีประสิทธิภาพสูงสุดต่อเป้าหมายต่าง ๆ อยู่ที่ 50-60 นาที ต่อการออกกำลังกายแบบชี่กงในแต่ละครั้ง แต่ไม่ควรเกิน 60 นาทีต่อครั้ง โดยจากผลการศึกษาพบว่า ผลลัพธ์ทางบวกจะเริ่มสามารถชี่วัดได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติหลังจากทำการฝึกต่อเนื่อง 8 10 12 และ 16 สัปดาห์ขึ้นอยู่กับประเภทของชี่กง เวลาที่ใช้ฝึกในแต่ละครั้ง ตัวชี้วัด ชนิดของผลลัพธ์ และประเภทของผู้เข้าร่วม รวมทั้งมีการศึกษานำร่องหลายงานในหลายประเทศ ที่ระบุผลทางบวกจากการฝึกชี่กงต่อการนอน เช่น การฝึกออกกำลังกายแบบชี่กง 6 สัปดาห์ช่วยทำให้การดีขึ้น (เพ็ญภพ พันธุ์เสือ, 2560) ซึ่งโปรแกรมศึกษาผลของโปรแกรมจัดการอาการด้วยการบริหารกายจิตแบบชี่กงวิถีไทยต่ออาการนอนไม่หลับในผู้ที่เป็นมะเร็งระยะท้ายนี้ จะใช้ระยะเวลาทั้งสิ้น 6 สัปดาห์ ดังภาพ

โปรแกรมจัดการอาการด้วยการบริหารกายจิตแบบชี่กงวิถีไทยต่ออาการนอนไม่หลับในผู้ที่เป็นมะเร็งระยะท้าย

โดยนำแนวคิดการจัดการอาการของ Dodd และคณะ (2001) มาประยุกต์ใช้ในการออกแบบโปรแกรม กับแนวคิดการออกกำลังกายแบบชี่กงวิถีไทยของ สุริพร ธนศิลป์ (2564) ประกอบด้วย 5 ขั้นตอน ดังนี้

ประสบการณ์การมีอาการ (symptom experience)

ขั้นตอนที่ 1 สร้างสัมพันธภาพ ชี้แจงวัตถุประสงค์

กลยุทธ์การจัดการอาการ (symptom management strategies)

ขั้นตอนที่ 2 ปรับการรับรู้โดยให้ความรู้เรื่องสุขภาพดีด้วยชี่กงวิถีไทยและให้ความรู้เกี่ยวกับการบริหารกายจิตแบบชี่กงวิถีไทยที่มีผลทำให้นอนหลับ

ขั้นตอนที่ 3 การพัฒนาทักษะการบริหารกายจิตแบบชี่กงวิถีไทย ประกอบไป การฝึกทักษะการบริหารกายจิตแบบชี่กงวิถีไทย และการนำไปฝึกปฏิบัติต่อด้วยตนเองที่บ้านโดยผู้ป่วยต้องฝึกการบริหารกายจิตแบบชี่กงวิถีไทยที่บ้านอย่างน้อยสัปดาห์ละ 3

ขั้นตอนที่ 4 การติดตามโดยการโทรศัพท์กับผู้ที่เป็นมะเร็งระยะท้าย อย่างน้อยจำนวน 4 ครั้ง และกระตุ้นเตือนการบริหารกายจิตแบบชี่กงวิถีไทยที่บ้าน สอบถามปัญหาที่เกิดขึ้นเมื่อนำไปปฏิบัติขณะอยู่บ้าน ผู้วิจัยให้การช่วยเหลือและให้คำแนะนำตามปัญหาที่เกิดขึ้นและส่งเสริมกำลังใจผู้ป่วยปฏิบัติอย่างต่อเนื่อง

ผลลัพธ์การจัดการอาการ (outcomes)

ขั้นตอนที่ 5 การติดตามประเมินการปฏิบัติโปรแกรม สอบถามปัญหาให้คำปรึกษาในการบริหารกายจิตแบบชี่กงวิถีไทยที่บ้าน พร้อมร่วมกันหาแนวทางแก้ไข

อาการนอนไม่หลับ

ภาพ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

ระเบียบวิธีวิจัย

การศึกษานี้เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง (Quasi-experimental) แบบสองกลุ่มวัดก่อนและวัดหลังการทดลอง

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้ที่มีอายุ 18 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป ทั้งเพศชายและเพศหญิง ที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคมะเร็งระยะที่ 4

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ที่มีอายุ 18 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป ทั้งเพศชายและเพศหญิง ที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคมะเร็งระยะที่ 4 ณ โรงพยาบาลตติยภูมิแห่งหนึ่ง ในจังหวัดอุบลราชธานี จำนวน 44 คน โดยแบ่งเป็นสองกลุ่ม คือ กลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม จำนวน 22 คนเท่ากัน คัดเลือกโดยการศึกษาประวัติผู้ป่วยจากเวชระเบียน

เกณฑ์ในการคัดเลือกเข้ากลุ่มตัวอย่าง (Inclusion criteria)

- 1) เป็นผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคมะเร็งระยะที่ 4 มีคะแนน Palliative Performance Scale (PPS) แรกเข้าไม่น้อยกว่าร้อยละ 50 สามารถเคลื่อนไหวร่างกายโดยการนั่ง นอน หรือเคลื่อนไหวร่างกายได้ปกติ
- 2) ไม่มีอาการปวด อาการหายใจลำบาก และอาการกล้ามเนื้ออ่อนแรง
- 3) ยินดีและให้ความร่วมมือในการเข้าร่วมวิจัยครั้งนี้
- 4) ไม่มีปัญหาทางการได้ยิน การมองเห็น สามารถอ่านเขียน เข้าใจภาษาไทย

เกณฑ์ในการคัดกลุ่มตัวอย่างออก (Exclusion criteria)

- 1) กลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมโปรแกรมไม่ครบตามที่กำหนด
- 2) ขอลถอนตัวจากการวิจัย

การคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างอำนาจการทดสอบ (Power of test) ที่ .80 ขนาดอิทธิพล (Effect size) ที่ 0.5 และกำหนดระดับนัยสำคัญเท่ากับ .05 (Polit & Beck, 2010) จากการเปิดตาราง Statistical Power Table ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่าง 22 คน ผู้วิจัยจึงทำการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนด โดยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (Purposive sampling) ดังนั้นกลุ่มที่ต้องศึกษาครั้งนี้จึงต้องศึกษากลุ่มละ 22 คน แบ่งเป็นกลุ่มควบคุม 22 คน และกลุ่มทดลอง 22 คน รวมเป็น 44 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย

แบบประเมินอาการนอนไม่หลับของ Morin (1993) ฉบับแปลเป็นภาษาไทยโดย พัทริญา แก้วแพง (2547) เป็นเครื่องมือมาตรฐานสากลที่ใช้ประเมินความรุนแรงของอาการนอนไม่หลับ เป็นเครื่องมือที่มีการนำมาใช้ในกลุ่มมะเร็งชาวไทยอย่างแพร่หลาย นอกจากนี้แบบประเมินดังกล่าวมีค่าความเที่ยงของเครื่องมือ โดยการหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) มีค่าเท่ากับ 0.82 คะแนนสอดคล้องกับในการศึกษาของ นางลักขณ์ กลิ่นพุดตาล, ชนกพร จิตปัญญา และ ปชานันธุ์ ตันติโกสุม (2559) ได้นำแบบแบบสอบถามอาการนอนไม่หลับของ Morin (1993) ฉบับที่แปลเป็นภาษาไทยโดย พัทริญา แก้วแพง (2547) หาความเชื่อมั่นโดยการคำนวณหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) เท่ากับ .90 ทั้งนี้แบบประเมินอาการนอนไม่หลับของ Morin (1993) ฉบับแปลเป็นภาษาไทยโดย พัทริญา แก้วแพง เป็นแบบประเมินที่ประเมินอาการนอนไม่หลับด้วยตัวเองเกี่ยวกับระดับความรุนแรงของอาการนอนไม่หลับที่เกิดขึ้นในระยะ 1 เดือนที่ผ่านมาโดยประเมินอาการนอนไม่หลับทั้งด้าน 4 ได้แก่

- 1) ด้านการเข้าสู่การนอนหลับยาก (Difficulty in initialing sleep) หมายถึง ภาวะที่ผู้ป่วยเริ่มล้มตัวลงนอนจนกระทั่งหลับใช้เวลานานกว่า 30 นาที คือ คำถามข้อที่ 1 (รวม 1 ข้อ)
- 2) ด้านการไม่สามารถนอนหลับอย่างต่อเนื่อง (Difficulty in maintaining sleep) หมายถึง ภาวะที่ผู้ป่วยนอนหลับไปแล้ว มีการตื่นบ่อยในตอนกลางคืนและหลับต่อยาก คือ คำถามข้อที่ 2 (รวม 1 ข้อ)
- 3) ด้านการตื่นเช้ากว่าปกติและไม่สามารถหลับต่อได้ (Early morning awakening) หมายถึง ภาวะที่ผู้ป่วยตื่นนอนเร็วกว่าปกติในตอนเช้า และไม่สามารถนอนหลับต่อได้ ทำให้รู้สึกง่วงนอน ไม่สดชื่นในตอนเช้า คือ คำถามข้อที่ 3 (รวม 1 ข้อ)

4) ด้านมีผลกระทบต่อการดำเนินชีวิตประจำวัน หมายถึง ภาวะที่ผู้ป่วยมีความพึงพอใจในแบบแผนการนอนหลับของตนเองลดลง เกิดความวิตกกังวล หรือเกิดความทุกข์ทรมานจากอาการนอนไม่หลับ อีกทั้งอาการนอนไม่หลับยังส่งผลกระทบต่อชีวิตประจำวันของตนเอง หรือผู้อื่นสังเกตเห็นอาการบางอย่างได้ คือ คำถามข้อที่ 4-7 (รวม 4 ข้อ)

เกณฑ์การให้คะแนนแบบประเมินความรุนแรงของอาการนอนไม่หลับ มีข้อคำถามเป็นมาตรวัดแบบลิเคิร์ท (Likert scale) มีคะแนนตั้งแต่ 0 คะแนนถึง 4 คะแนน โดย 0 คะแนน หมายถึงไม่มีเลย และ 4 คะแนน หมายถึงมากที่สุด คะแนนรวมทั้งหมดอยู่ในช่วง 0-28 คะแนน

คะแนนรวม	ความหมาย
0-7 คะแนน	ผู้ป่วยไม่มีอาการนอนไม่หลับเลย (No clinically significant insomnia)
8-14 คะแนน	ผู้ป่วยอยู่ในระยะเริ่มของการมีอาการนอนไม่หลับ (Subthreshold insomnia)
15-21 คะแนน	ผู้ป่วยมีอาการนอนไม่หลับระดับปานกลาง (Clinical insomnia, moderate severity)
22-28 คะแนน	ผู้ป่วยมีอาการนอนไม่หลับระดับรุนแรง (Clinical insomnia, severe)

เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง

โปรแกรมจัดการอาการด้วยการบริหารกายจิตแบบชี่กงวิถีไทยต่ออาการนอนไม่หลับในผู้ที่เป็นมะเร็งระยะท้าย หมายถึง กิจกรรมที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นโดยนำกรอบแนวคิดการจัดการอาการของ Dodd และคณะ มาประยุกต์ใช้ในการออกแบบโปรแกรม ประกอบด้วย 5 ขั้นตอน ดังนี้ ขั้นตอนที่ 1 สร้างสัมพันธภาพ ชี้แจงวัตถุประสงค์ ใช้เวลา 30 นาที ขั้นตอนที่ 2 ปรับการรับรู้โดยให้ความรู้เรื่องสุขภาพดีด้วยชี่กงวิถีไทย และให้ความรู้เกี่ยวกับการบริหารกายจิตแบบชี่กงวิถีไทย ที่มีผลทำให้นอนหลับ ใช้เวลา 30 นาที ขั้นตอนที่ 3 ฝึกทักษะการบริหารกายจิตแบบชี่กงวิถีไทย และการนำไปฝึกปฏิบัติด้วยตนเองที่บ้าน อย่างน้อยสัปดาห์ละ 3 ครั้ง ครั้งละ 30 นาที จำนวน 1 ครั้ง ใช้เวลา 45 นาที ขั้นตอนที่ 4 การติดตามผ่านทางโทรศัพท์และวิดีโอคอลกับผู้ที่เป็นมะเร็งระยะท้าย โดยกระตุ้นเตือนการบริหารกายจิตแบบชี่กงวิถีไทยที่บ้าน สอบถามปัญหาที่เกิดขึ้นเมื่อนำไปปฏิบัติขณะอยู่บ้านผู้วิจัยให้การช่วยเหลือและให้คำแนะนำตามปัญหาที่เกิดขึ้นและส่งเสริมกำลังใจผู้ป่วยปฏิบัติอย่างต่อเนื่อง ใช้เวลา 20 นาที ขั้นตอนที่ 5 การติดตามประเมินการปฏิบัติโปรแกรมสอบถามปัญหาให้คำปรึกษาในการฝึกปฏิบัติบริหารกายจิตแบบชี่กงวิถีไทย พร้อมร่วมกันหาแนวทางแก้ไข ใช้เวลา 20 นาที โดยโปรแกรมฯ ดังกล่าวได้รับการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน

สื่อที่ใช้ในโปรแกรม ประกอบด้วย วิดีโอสาธิตคลิปวิธีการบริหารกาย-จิตแบบชี่กงวิถีไทย ใช้ประกอบในการบริหารกายจิตแบบชี่กงวิถีไทยที่บ้าน

เครื่องมือกำกับการทดลอง ประกอบด้วย แบบบันทึกการออกกำลังกายด้วยชี่กงวิถีไทย ซึ่งได้แก่ วันเดือนปี เวลาที่ใช้ในการฝึก ความรู้สึกก่อน-หลังการฝึก ปัญหาและอุปสรรค ใช้บันทึกหลังทำการบริหารกายจิตแบบชี่กงวิถีไทยที่บ้าน

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ความตรงตามเนื้อหา (Content Validity Index: CVI) แบบประเมินอาการนอนไม่หลับของ Morin (1993) ฉบับที่แปลเป็นภาษาไทยโดย พัทรีญา แก้วแพง (2547) เป็นเครื่องมือมาตรฐานสากลที่ใช้ประเมินความรุนแรงของอาการนอนไม่หลับ และเป็นเครื่องมือที่มีการนำมาใช้ในกลุ่มมะเร็งชาวไทยอย่างแพร่หลายจึงไม่ได้หาความตรงของเนื้อหาซ้ำ

การหาความเชื่อมั่น (Reliability) แบบประเมินอาการนอนไม่หลับของ Morin (1993) ฉบับที่แปลเป็นภาษาไทยโดยพัทธยา แก้วแพง (2547) ผู้วิจัยตรวจสอบความเที่ยงโดยนำไปทดลองใช้กับผู้ที่เป็นมะเร็งระยะท้ายที่มีคุณสมบัติใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างในหน่วยตรวจเคมีบำบัดจำนวน 30 คน แล้วนำแบบสอบถามอาการนอนไม่หลับทั้ง 7 ข้อ มาคำนวณหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ได้มีค่าความเชื่อมั่น เท่ากับ .90

การเก็บรวบรวมข้อมูล

กลุ่มควบคุม

ผู้วิจัยดำเนินการรวบรวมข้อมูล โดยกลุ่มควบคุม ดำเนินการรวบรวมข้อมูลดังนี้

1) ผู้วิจัยพบกลุ่มตัวอย่างในสัปดาห์ที่ 1 แนะนำตนเอง สร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วย อธิบายวัตถุประสงค์ของการวิจัย ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย ระยะเวลาในการเข้าร่วมการวิจัย รวมทั้งการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง หากกลุ่มตัวอย่างยินยอมเข้าร่วมวิจัย ผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างลงนามในหนังสือแสดงการยินยอมเข้าร่วมการวิจัย (Informed Consent) ใช้เวลา 30 นาที ภายหลังการลงนามแสดงการยินยอม ผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามส่วนบุคคล และแบบประเมินอาการนอนไม่หลับ ของ Morin (1993) ฉบับที่แปลเป็นภาษาไทย โดย พัทธยา แก้วแพง (2547) จากนั้นกลุ่มตัวอย่างได้รับการพยาบาลตามปกติ คือ การปฏิบัติกรพยาบาลดูแลผู้ป่วยมะเร็งที่มีอาการนอนไม่หลับ ประกอบด้วย การให้คำแนะนำเพื่อส่งเสริมการนอนหลับ ได้แก่ แนะนำการเข้านอนและตื่นนอนเป็นเวลาทุกวัน แนะนำหลีกเลี่ยงการดื่มเครื่องดื่มที่มีส่วนผสมของคาเฟอีนก่อนเข้านอน แนะนำดื่มน้ำเพียงเล็กน้อยหลังมีอาการหรือก่อนเข้านอน เพื่อลดการตื่นมาปัสสาวะในตอนกลางคืน แนะนำการจัดสิ่งแวดล้อมภายในห้องนอนให้มืด และเงียบสงบ

3) การเก็บรวบรวมข้อมูลหลังทดลองในสัปดาห์ที่ 6 ผู้วิจัยประเมินผลโดยให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบประเมินอาการนอนไม่หลับของ Morin (1993) ฉบับที่แปลเป็นภาษาไทยโดย พัทธยา แก้วแพง (2547) ใช้เวลา 30 นาที

กลุ่มทดลอง

การดำเนินการในกลุ่มทดลอง มีดังนี้

1) ผู้วิจัยพบกลุ่มตัวอย่างในสัปดาห์ที่ 1 โดยสร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วย ชี้แจงวัตถุประสงค์ อธิบายการพิทักษ์สิทธิ การดำเนินการวิจัย ระยะเวลาการเก็บรวบรวมข้อมูล เพื่อขอความร่วมมือในการเข้าร่วมวิจัยของกลุ่มทดลอง และให้กลุ่มทดลองตอบแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบประเมินอาการนอนไม่หลับของ Morin (1993) ฉบับที่แปลเป็นภาษาไทยโดย พัทธยา แก้วแพง (2547) ใช้เวลา 30 นาที

2) ผู้วิจัยดำเนินการตามโปรแกรมการจัดการอาการร่วมกับการบริหารกายจิตแบบชิ่งกวีไทยต่ออาการนอนไม่หลับในผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะท้าย ดังนี้

สัปดาห์ที่ 1

1) ผู้วิจัยเข้าพบผู้ป่วยที่กลุ่มงานหน่วยตรวจเคมีบำบัด สร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วย ชี้แจงวัตถุประสงค์ วิธีการดำเนินการวิจัย ระยะเวลาในการเก็บรวบรวมข้อมูล เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยซักถามข้อมูล ประเมินอาการนอนไม่หลับโดยใช้แบบประเมินอาการนอนไม่หลับของ Morin (1993) หากกลุ่มทดลองยินยอมเข้าร่วมวิจัยให้กลุ่มทดลองลงนามในใบยินยอม ใช้เวลา 30 นาที

2) การพัฒนาทักษะการบริหารกายจิตแบบชิ่งกวีไทย ประกอบไปด้วย ปรึการรับรู้โดยให้ความรู้เรื่องสุขภาพดีด้วยชิ่งกวีไทย ให้ความรู้เกี่ยวกับการออกกำลังกายแบบชิ่งกวีไทยที่มีผลทำให้นอนหลับ ใช้เวลา 30 นาที

3) ฝึกทักษะการบริหารกายจิตแบบชิ่งกวีไทย โดยใช้วิถีโคคลิวิธีการบริหารกาย-จิตแบบชิ่งกวีไทย และคู่มือการบริหารกาย-จิตแบบชิ่งกวีไทย ซึ่งประกอบไปด้วย 9 ขั้นตอน ดังนี้ 1) การประเมินพลัง 2) การบริหารการหายใจ 3) การกระตุ้นจุดทวารทั้งหก ได้แก่ ก้นกบ สะดือ ทรวงอก คอหอย หัวง้าว และกระหม่อม 4) การบริหารชิ่ง 4 ท่า ได้แก่ ท่าที่ 1 ท่าปรับลมปราณ ท่าที่ 2 ท่ายืดอกขยายทรวง ท่าที่ 3 ท่าอินทรีทะยาน

ฟ้า ท่าที่ 4 ท่าลมปราณชานกายา 5) การปั้นพลังซี่ 6) การเก็บพลังซี่ 7) การทำสมาธิ 8) การแผ่เมตตา 9) การขอพรจากพระพุทธรูปไสขย แล้วนำไปฝึกปฏิบัติด้วยตนเองที่บ้านและแนะนำให้ผู้ป่วยบันทึก แบบบันทึกการออกกำลังกายด้วยซี่กงวิทย์ไทย ได้แก่ วันเดือนปี เวลาที่ใช้ในการฝึก และความรู้สึกหลังการฝึก ซึ่งผู้ป่วยต้องฝึกการบริหารกายจิตแบบซี่กงวิทย์ไทย ที่บ้านตลอดระยะเวลา 6 สัปดาห์ อย่างน้อยสัปดาห์ละ 3 ครั้ง ครั้งละ 30 นาที และแนะนำการนำไปฝึกปฏิบัติด้วยตนเองที่บ้านในสัปดาห์ที่ 1 จำนวน 1 ครั้ง ใช้เวลา 45 นาที

สัปดาห์ที่ 2-3

1) ติดตามโดยการโทรศัพท์และวิดีโอคอลตลอดระยะเวลาการดำเนินโปรแกรมฯ อย่างน้อยสัปดาห์ละ 3 ครั้ง โดยให้ผู้ที่เป็นมะเร็งระยะท้ายปฏิบัติการบริหารกายจิตแบบซี่กงวิทย์ไทยให้ดูทางวิดีโอคอล เพื่อประเมินติดตามหากพบว่าไม่ถูกต้องผู้วิจัยจะสามารถให้คำแนะนำแก้ไขได้ และกระตุ้นเตือนการบริหารกายจิตแบบซี่กงวิทย์ไทย ที่บ้าน สอบถามปัญหาที่เกิดขึ้นเมื่อนำไปปฏิบัติขณะอยู่บ้าน ผู้วิจัยให้การช่วยเหลือและให้คำแนะนำตามปัญหาที่เกิดขึ้นและส่งเสริมกำลังใจผู้ป่วยปฏิบัติอย่างต่อเนื่อง และประเมินแบบบันทึกการบริหารกายจิตแบบซี่กงวิทย์ไทย ใช้เวลา 20 นาที

สัปดาห์ที่ 4-5

1) ติดตามโดยการโทรศัพท์และวิดีโอคอลตลอดระยะเวลาการดำเนินโปรแกรมฯ อย่างน้อยสัปดาห์ละ 3 ครั้ง โดยให้ผู้ที่เป็นมะเร็งระยะท้ายปฏิบัติการบริหารกายจิตแบบซี่กงวิทย์ไทยให้ดูทางวิดีโอคอล เพื่อประเมินติดตามหากพบว่าไม่ถูกต้องผู้วิจัยจะสามารถให้คำแนะนำแก้ไขได้ กระตุ้นเตือนการบริหารกายจิตแบบซี่กงวิทย์ไทย ที่บ้านอย่างต่อเนื่องเปิดโอกาสให้ซักถามข้อสงสัย ให้คำปรึกษาในการแก้ไขปัญา และประเมินแบบบันทึกการบริหารกายจิตแบบซี่กงวิทย์ไทย ใช้เวลา 20 นาที

สัปดาห์ที่ 6

ผู้วิจัยพบผู้ป่วยครั้งสุดท้ายเพื่อแจ้งว่าสิ้นสุดการดำเนินโปรแกรม พุดคุย ประเมินปัญหาและอุปสรรคของการปฏิบัติการบริหารกายจิตแบบซี่กงวิทย์ไทยว่า ผู้ที่เป็นมะเร็งระยะท้ายสามารถทำได้หรือไม่ อย่างไร และมีความรู้สึกก่อน-หลังการฝึกอย่างไร จากนั้นประเมินแบบบันทึกการบริหารกายจิตแบบซี่กงวิทย์ไทย ไม่ต่ำกว่าเกณฑ์ร้อยละ 80 ใช้เวลา 20 นาที และผู้วิจัยกล่าวสรุปโครงการ และกล่าวขอบคุณให้กำลังใจ

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยวิเคราะห์ข้อมูล โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป และกำหนดค่านัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .05 ดังนี้

1) ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างนำมาวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และทดสอบความเท่าเทียมกันของข้อมูลกลุ่มควบคุม และกลุ่มทดลองด้วยสถิติไคสแควร์

2) เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยอาการนอนไม่หลับในผู้ที่เป็นมะเร็งระยะท้ายของกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมจัดการอาการด้วยการบริหารกายจิตแบบซี่กงวิทย์ไทยต่ออาการนอนไม่หลับในผู้ที่เป็นมะเร็งระยะท้ายและกลุ่มควบคุมก่อน และหลังได้รับการพยาบาลตามปกติ โดยใช้สถิติที่ที่ไม่เป็นอิสระต่อกัน (dependent-test)

3) เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยอาการนอนไม่หลับในผู้ที่เป็นมะเร็งระยะท้ายของกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมจัดการอาการด้วยการบริหารกายจิตแบบซี่กงวิทย์ไทยต่ออาการนอนไม่หลับในผู้ที่เป็นมะเร็งระยะท้ายและกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ โดยใช้สถิติที่ที่เป็นอิสระต่อกัน (independent t-test)

4) ใช้สถิติ Shapiro-Wilk การวิเคราะห์แจกแจงแบบปกติของคะแนนเฉลี่ยอาการนอนไม่หลับของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการจัดการอาการด้วยการบริหารกายจิตแบบซี่กงวิทย์ไทยพบว่าคะแนนเฉลี่ยอาการนอนไม่หลับในกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการจัดการอาการด้วยการบริหารกายจิตแบบซี่กงวิทย์ไทยมีการแจกแจงแบบปกติที่ระดับนัยสำคัญ .05 ($p > .05$)

จริยธรรมวิจัย/การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

โครงการวิจัยได้รับการพิจารณาจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของโรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ อุบลราชธานีเลขที่ 031/68 C วันที่ 5 สิงหาคม 2568 ถึง 4 สิงหาคม 2569 ผู้วิจัยคำนึงถึงสิทธิมนุษยชนของกลุ่มตัวอย่าง ชี้แจงการพิทักษ์สิทธิของผู้เข้าร่วมวิจัย โดยอธิบายให้ผู้เข้าร่วมวิจัยทราบว่า การตัดสินใจเข้าร่วมเป็นกลุ่มตัวอย่างเป็นไปด้วยความสมัครใจของท่าน ท่านสามารถปฏิเสธที่จะเข้าร่วมหรือขอถอนตัวจากการวิจัยได้ทุกขณะโดยไม่ต้องอธิบายเหตุผล โดยการปฏิเสธที่จะเข้าร่วมการวิจัยไม่มีผลต่อการรักษาพยาบาลและการได้รับการดูแลจากเจ้าหน้าที่แต่ประการใด เมื่อท่านมีความสมัครใจที่จะเข้าร่วมการวิจัยให้ลงนามในเอกสารการยินยอมเข้าร่วมวิจัย (Informed Consent) โดยข้อมูลทุกอย่างถือเป็นความลับและไม่มีการเปิดเผยต่อสาธารณชน สำหรับการนำเสนอข้อมูลจะมีการนำเสนอในภาพรวมและนำมาใช้เพื่อประโยชน์ในการศึกษาเท่านั้น

ผลการศึกษา

กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ที่ได้รับวินิจฉัยว่าเป็นโรคมะเร็งระยะที่ 4 ที่มีการแพร่กระจายของมะเร็งไปยังอวัยวะต่าง ๆ เช่น ตับ สมอง และระบบน้ำเหลือง กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ (ร้อยละ 59.1) เป็นเพศชาย มีอายุระหว่าง 60-69 (ร้อยละ 50.0) มีสถานภาพสมรส (ร้อยละ 90.9) นับถือศาสนาพุทธ (ร้อยละ 100.0) การศึกษาระดับประถมศึกษา (ร้อยละ 54.5) ประกอบอาชีพเกษตรกร (ร้อยละ 36.4) ไม่มีโรคประจำตัว (ร้อยละ 54.5) และมีคะแนน PPS scale 50 คะแนน (ร้อยละ 50.0)

ตาราง 1 แสดงค่าเฉลี่ยอาการนอนไม่หลับของผู้ที่เป็นมะเร็งระยะท้ายในกลุ่มทดลองก่อนและหลังได้รับโปรแกรมจัดการอาการด้วยการบริหารกายจิตแบบชี่กงวิถีไทย

อาการนอนไม่หลับ	Mean	SD	t	df	p-value
ก่อนทดลอง	13.18	4.19	5.521	21	<0.001
หลังทดลอง	9.95	4.81			

จากตาราง 1 พบว่าคะแนนเฉลี่ยอาการนอนไม่หลับของผู้ที่เป็นมะเร็งระยะท้ายในกลุ่มทดลองก่อนและหลังได้รับโปรแกรมจัดการอาการด้วยการบริหารกายจิตแบบชี่กงวิถีไทยเท่ากับ 13.18 และ 9.95 ตามลำดับ

เมื่อนำมาเปรียบเทียบกับสถิติ Paired sample t-test พบว่า ค่าคะแนนเฉลี่ยอาการนอนไม่หลับของผู้ที่เป็นมะเร็งระยะท้ายในกลุ่มทดลองและหลังได้รับโปรแกรมจัดการอาการด้วยการบริหารกายจิตแบบชี่กงวิถีไทยต่ออาการนอนไม่หลับในผู้ที่เป็นมะเร็งระยะท้าย แตกต่างกันโดยหลังการทดลองมีคะแนนต่ำกว่าการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ตาราง 2 แสดงค่าเฉลี่ยอาการนอนไม่หลับของผู้ที่เป็นมะเร็งระยะท้ายระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังการทดลอง

อาการนอนไม่หลับ	Mean	SD	t	df	p-value
ก่อนทดลอง					
กลุ่มควบคุม(n=22)	12.77	4.20	-.323	42	0.748
กลุ่มทดลอง(n=22)	13.18	4.19			
หลังทดลอง					
กลุ่มควบคุม(n=22)	12.95	4.35			

		2.169	42	<0.001
กลุ่มทดลอง(n=22)	9.95	4.81		

จากตาราง 2 พบว่าค่าคะแนนค่าเฉลี่ยอาการนอนไม่หลับของผู้ที่เป็นมะเร็งระยะท้ายหลังการทดลองระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองเท่ากับ 12.95 และ 9.95 ตามลำดับ

เมื่อนำมาเปรียบเทียบกับสถิติ Independent sample t-test พบว่าค่าเฉลี่ยอาการนอนไม่หลับของผู้ที่เป็นมะเร็งระยะท้ายหลังการทดลองระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองแตกต่างกัน โดยมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

อภิปรายผล

จากการศึกษาผลของโปรแกรมจัดการอาการด้วยการบริหารกายจิตแบบชี่กงวิถีไทยต่ออาการนอนไม่หลับในผู้ที่เป็นมะเร็งระยะท้าย สามารถอภิปรายผลการวิจัยตามสมมติฐานได้ดังนี้

ผลการวิจัยสนับสนุนสมมติฐานการวิจัยข้อที่ 1 คือ อาการนอนไม่หลับของกลุ่มทดลอง หลังได้รับโปรแกรมจัดการอาการด้วยการบริหารกายจิตแบบชี่กงวิถีไทยน้อยกว่าก่อนได้รับโปรแกรม และสมมติฐานการวิจัยข้อที่ 2 คือ อาการนอนไม่หลับของกลุ่มทดลอง ที่ได้รับโปรแกรมจัดการอาการด้วยการบริหารกายจิตแบบชี่กงวิถีไทยน้อยกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ เนื่องจากผู้ที่เป็นมะเร็งระยะท้ายจะมีความผิดปกติของสารเมแทบอลิซึมและเนื้องอกที่เจริญเติบโตเข้าไปในเนื้อเยื่อข้างเคียง ส่งผลให้เกิดผลกระทบต่อผู้ที่เป็นมะเร็งระยะท้าย เช่น ทำให้เกิดอาการอ่อนล้า หายใจลำบาก นอนไม่หลับ และอาการปวด ผู้วิจัยจึงพัฒนาโปรแกรมดังกล่าวประกอบไปกับการใช้กระบวนการพยาบาลในการช่วยเหลือผู้ป่วยในการลดและควบคุมอาการนอนไม่หลับไม่ให้นอนหลับมากเกินไป ซึ่งกระบวนการพยาบาลที่ได้นำมาใช้ ได้แก่ การประเมินภาวะสุขภาพ (Health Assessment) การวินิจฉัยการพยาบาล (Nursing Diagnosis) การวางแผนการพยาบาล (Nursing care plan) การปฏิบัติการพยาบาล (Implementation of nursing care plan) และการประเมินผล (Evaluation) ร่วมกับแนวคิดการออกกำลังกายแบบชี่กงวิถีไทยของสุรพร ธนศิลป์ (2564) โดยโปรแกรมจัดการอาการด้วยการบริหารกายจิตแบบชี่กงวิถีไทย ผู้วิจัยได้เน้นเรื่อง การปรับการรับรู้โดยให้ความรู้เรื่องสุขภาพดีด้วยชี่กงวิถีไทย มีการฝึกทักษะการบริหารจิตแบบชี่กงวิถีไทย โดยใช้วิถีโศคลิขิวิธการบริหารกาย-จิตแบบชี่กงวิถีไทยและคู่มือการบริหารกาย-จิตแบบชี่กงวิถีไทย ซึ่งหลักการของชี่กงวิถีไทยในโปรแกรดังกล่าว จะประกอบไปด้วย 1) การบริหารกาย ซึ่งการบริหารกายดังกล่าวจะช่วยให้เกิดการไหลเวียนเลือดไปยังกล้ามเนื้อ ลดการคั่งค้างของกรดแลคติกในกล้ามเนื้อ เกิดการหลั่งสารเอนดอร์ฟิน (Endorphin) ส่งผลให้จิตใจแจ่มใส ลดความทุกข์ทรมานทางจิตใจ และเพิ่มความสามารถในการทำหน้าที่ต่าง ๆ ของร่างกาย 2) การบริหารจิต เป็นการพัฒนาจิตทำให้เกิดสมาธิจดจ่อกับการเคลื่อนไหว ส่งผลให้จิตใจเกิดความสงบ 3) การบริหารลมปราณ คือ การหายใจอย่างมีประสิทธิภาพ ซึ่งการหายใจดังกล่าวนี้จะกระตุ้นการทำงานของระบบประสาทซิมพาเทติกมีการแลกเปลี่ยนก๊าซได้มากขึ้น ส่งผลให้ร่างกายได้รับออกซิเจน และระบบไหลเวียนเลือดดีขึ้น ทำให้อารมณ์เกิดความผ่อนคลาย และ4) การแผ่เมตตาและขอพร เมื่อผู้ที่เป็นมะเร็งระยะท้ายเกิดความสงบในจิตใจ ร่างกายเกิดความผ่อนคลาย และได้นำหลักทางพระพุทธศาสนา คือ การแผ่เมตตาและขอพรมาใช้เมื่อเกิดความทุกข์ทางใจด้วยเจ็บบ่อยด้วยโรคมะเร็ง ส่งผลให้คะแนนเฉลี่ยอาการนอนไม่หลับของผู้ที่เป็นมะเร็งระยะท้ายในกลุ่มทดลองก่อนและหลังได้รับโปรแกรมจัดการอาการด้วยการบริหารกายจิตแบบชี่กงวิถีไทยเท่ากับ 13.18 และ 9.95 ตามลำดับ นอกจากนี้ผู้วิจัยได้ประยุกต์กรอบแนวคิดการจัดการอาการของ Dodd และคณะ มาประยุกต์ใช้ในการออกแบบโปรแกรมฯ พบว่า เมื่อผู้ที่เป็นมะเร็งระยะท้ายเกิดอาการนอนไม่หลับทำให้เกิดการตอบสนองต่ออาการนอนไม่หลับดังกล่าว ผู้ที่เป็นมะเร็งระยะท้ายจึงพยายามหาวิธีในการจัดการอาการนอนไม่หลับโดยการดำเนินการตามโปรแกรมฯ ซึ่งหลังจากปฏิบัติตาม โปรแกรมฯ พบว่าผู้ที่เป็นมะเร็งระยะท้ายมีอาการนอนไม่หลับลดลง (adherence) ทำให้ผู้ที่เป็นมะเร็งระยะท้ายจะปฏิบัติตามโปรแกรมฯ จนครบ 6 สัปดาห์ สอดคล้องกับการศึกษาของ จุติรัตน์ ภูติรักษ์ (2566)

ที่ได้ศึกษาผลของโปรแกรมการให้ความรู้สุขภาพการนอนร่วมกับการออกกำลังกายแบบซิงโครไนซ์ต่ออาการนอนไม่หลับของผู้ป่วยสูงอายุหลังเปลี่ยนข้อเข่าเทียม พบว่า โปรแกรมการให้ความรู้สุขภาพการนอนร่วมกับการออกกำลังกายแบบซิงโครไนซ์ทำให้การนอนไม่หลับลดลง และสอดคล้องกับการศึกษาของอรุณศรีสารธิมา (2566) ที่ได้ศึกษาผลของโปรแกรมการจัดการอาการร่วมกับการบริหารกาย-จิตแบบซิงโครไนซ์ต่ออาการเหนื่อยล้า นอนไม่หลับ และวิตกกังวลในผู้ที่เป็นมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัดแบบเสริม พบว่า โปรแกรมการจัดการอาการร่วมกับการบริหารกาย-จิตแบบซิงโครไนซ์สามารถบรรเทาอาการเหนื่อยล้า นอนไม่หลับ และอาการวิตกกังวลในผู้ที่เป็นมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัดแบบเสริมได้อย่างมีประสิทธิภาพในขณะที่กลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติ คือ การปฏิบัติการพยาบาลดูแลผู้ป่วยมะเร็งที่มีอาการนอนไม่หลับ ประกอบด้วย การให้คำแนะนำเพื่อส่งเสริมการนอนหลับ ได้แก่ แนะนำการเข้านอนและตื่นนอนเป็นเวลาทุกวัน แนะนำหลีกเลี่ยงการดื่มเครื่องดื่มที่มีส่วนผสมของคาเฟอีนก่อนเข้านอน แนะนำดื่มน้ำเพียงเล็กน้อยหลังมีอาการหรือก่อนเข้านอน เพื่อลดการตื่นมาปัสสาวะในตอนกลางคืน แนะนำการจัดสิ่งแวดล้อมภายในห้องนอนให้มืด และเงียบสงบ ทำให้พบว่าการพยาบาลตามปกตินั้นยังไม่สามารถช่วยให้อาการนอนไม่หลับในผู้ที่เป็นมะเร็งระยะท้ายลดลงได้

การนำผลการวิจัยไปใช้

พยาบาลวิชาชีพสามารถฝึกโปรแกรมการจัดการอาการด้วยการบริหารกายจิตแบบซิงโครไนซ์แล้วนำโปรแกรมการจัดการอาการด้วยการบริหารกายจิตแบบซิงโครไนซ์ต่ออาการนอนไม่หลับในผู้ที่เป็นมะเร็งระยะท้ายไปใช้ในปฏิบัติการพยาบาลในผู้ที่เป็นมะเร็งระยะท้ายที่มีอาการนอนไม่หลับในรายที่มีคะแนน Palliative Performance Scale (PPS) ไม่น้อยกว่าร้อยละ 50 สามารถเคลื่อนไหวร่างกายโดยการนั่ง นอน หรือเคลื่อนไหวร่างกายได้ปกติ ไม่มีอาการปวด อาการหายใจลำบาก และอาการกล้ามเนื้ออ่อนแรง เพื่อให้สามารถจัดการอาการนอนไม่หลับในผู้ที่เป็นมะเร็งระยะท้ายได้อย่างมีประสิทธิภาพทำให้ผู้ที่เป็นมะเร็งระยะท้ายมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

ควรมีการศึกษาผลของโปรแกรมการจัดการอาการด้วยการบริหารกายจิตแบบซิงโครไนซ์ต่ออาการนอนไม่หลับในผู้ที่เป็นมะเร็งระยะท้ายอย่างต่อเนื่องในผู้ที่เป็นมะเร็งระยะท้าย และขยายการทดสอบในกลุ่มอาการอื่นๆ เช่น อาการเบื่ออาหาร อาการอ่อนเพลีย อาการซึมเศร้าและวิตกกังวลในผู้ที่เป็นมะเร็งระยะท้ายด้วย

รายการอ้างอิง

- กรรณิกา ชูจิตร, ชนกพร จิตปัญญา และจรรยา ฉิมหลวง. (2561). ผลของโปรแกรมการปรับพฤติกรรม การนอนต่ออาการนอนไม่หลับของผู้ป่วยโรคหัวใจล้มเหลว. *วารสารพยาบาลทหารบก.* 19, 184-191.
- จุฑาทิพย์ เหมบุตร. (2563). ผลของโปรแกรมการปรับสุขวิทยาการนอนหลับต่ออาการนอนไม่หลับในผู้ป่วย มะเร็งเต้านมที่ได้รับยาเคมีบำบัด. *วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ, จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.*
- จุติรัตน์ ภูติรักษ์. (2564). ผลของโปรแกรมการให้ความรู้สุขวิทยาการนอนหลับร่วมกับการออกกำลังกายแบบซิกซ์วิถี ไทยต่ออาการนอนไม่หลับของผู้ป่วยสูงอายุหลังเปลี่ยนข้อเข่าเทียม. *วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ, จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.*
- นงลักษณ์ กลิ่นพุดตาล, ชนกพร จิตปัญญา และ ปชานัญญ์ ตันติโกสม. (2559). ความสัมพันธ์ระหว่าง อาการหายใจลำบาก อาการนอนไม่หลับและภาวะซึมเศร้ากับความเหนื่อยล้าในผู้ป่วยภาวะหัวใจ ล้มเหลว เรื้อรัง. *วารสารพยาบาลตำรวจ.* 8(2). 1-12.
- เบญจมาภรณ์ บุญรัก, อธิษฐา ยินดีสุข และ ดร.ณิ คชพรหม. (2567). การจัดการความเจ็บปวดในผู้ป่วยมะเร็ง ระยะท้าย: การวิจัยเชิงคุณภาพ. *วารสารศูนย์อนามัยที่ 9.* 18(2), 526-536.
- ประภาพรณ สุคนธ์จิตต์ และคณะ. (2559). ประสบการณ์การมีอาการนอนไม่หลับ กลวิธีจัดการกับ อาการนอนไม่หลับ และคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยโรคอดกั้นเรื้อรัง. *Journal of Nursing Science.* 35(2), 100-110.
- ปิติ ชาศรียนุโยค. (2566). การศึกษาผลของการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายแบบประคับประคอง ใน โรงพยาบาลสามพราน จังหวัดนครปฐม. *วารสารสมาคมเวชศาสตร์ป้องกันแห่งประเทศไทย,* 13(1), 60-72.
- พรทิพย์ ปรีชาไชยวิทย์. (2564). การพัฒนาเครื่องมือประเมินคุณภาพชีวิตประจำวันโดยผู้ป่วยหรือผู้ดูแล เพื่อการบริหารผู้ป่วยมะเร็งระยะท้าย. *วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ, จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.*
- เพชรรัตน์ เจริญรอด. (2560). ซึ่กกับการดูแลสุขภาพ. *วารสารพยาบาลสภาวิชาชีพ, 10(1), 44-54.*
- เพ็ญภาพ พันธุ์เสือ. (2560). ประสิทธิภาพของการออกกำลังกายแบบซิกซ์วิถีต่อภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุไทย วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ, จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- วันเพ็ญ เทศวริช. (2557). ปัจจัยทำนายคุณภาพการนอนหลับในผู้ป่วยโรคมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัด. *วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ, สาขาพยาบาลศาสตร์, มหาวิทยาลัยบูรพา.*
- สมชาย ธนะสิทธิชัย และคณะ. (2563). ความปลอดภัยและประสิทธิภาพของการสวดมนต์ทาง การแพทย์เกรดยาตัวแรกของประเทศไทย ในผู้ป่วยมะเร็งระยะท้าย. *วารสารกรมการแพทย์,* 45(3), 116-122.
- สุรพร ธนศิลป์. (2563). การดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายแบบองค์รวม. *สำนักพิมพ์จุฬาลงกรณ์ มหาวิทยาลัย.*
- สุรพร ธนศิลป์. (2564). *สุขภาพดี ด้วยซิกซ์วิถีไทย* (พิมพ์ครั้งที่ 5). ปีทีเค ปรี้นดิ่ง.
- อรุณศรี สารธิมมา. (2568). ผลของโปรแกรมการจัดการอาการร่วมกับการบริหารกาย-จิตแบบซิกซ์วิถีต่ออาการ เหนื่อยล้าอาการนอนไม่หลับและอาการวิตกกังวล ในผู้ที่เป็นมะเร็งเต้านมที่ได้รับยาเคมีบำบัดแบบ เสริม. *วารสารการวิจัยทางการพยาบาล นวัตกรรม และสุขภาพ,* 37(1), 55-69

- Dodd, M., Janson, S., Facione, N., Faucett, J., Froelicher, E. S., Humphreys, J., Lee, K., Miaskowski, C., Puntillo, K., Rankin, S., & Taylor, D. (2001). Advancing the science of symptom management. *Journal of Advanced Nursing*, 33(5), 668-676.
- Morin, C. M., Bootzin, R. R., Buysse, D. J., Edinger, J. D., Espie, C. A., & Lichstein, K. L. (2006). Psychological and behavioral treatment of insomnia: Update of the recent evidence (1998-2004). *Sleep*, 29(11), 1398- 1414.
- Morin, C. M., & Espie, C.A (2003). *Insomnia a clinician's guide to assessment and treatment*. New York: Plenum.
- Polit, D. F., & Beck, C. T. (2004). *Nursing research: Principles and methods* (7th ed.). Lippincott Williams & Wilkins.
- Savard, J., Simard, S., Ivers, H., & Morin, C. M. (2005). Randomized study on efficacy of cognitive behavioral therapy for insomnia secondary to breast cancer, Part I: Sleep and psychological effects. *Journal of Clinical Oncology*, 23(25), 6083-6096.

ทัศนะของผู้ใช้บัณฑิตเกี่ยวกับคุณลักษณะที่พึงประสงค์ของบัณฑิตพยาบาล:
การวิจัยเชิงคุณภาพ

Employers' Perceptions of the Desirable Characteristics of Nursing Graduates:
A Qualitative Study

ศิลปชัย ฝั้นพะยอม, ฐิติพร แสงพลอย* และ นิสาชล คำนุช

Sillapachai Fhunpayom, Thitiporn Saengploy* and Nisachon Khamnuch

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏพิบูลสงคราม

Faculty of Nursing, Pibulsongkram Rajabhat University

(Received: April 17, 2026, Revised: July 13, 2026, Accepted: August 22, 2026)

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงคุณภาพครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาคุณลักษณะที่พึงประสงค์ของบัณฑิตพยาบาลตามทัศนะของผู้ใช้บัณฑิต ผู้ให้ข้อมูลสำคัญ คือ พยาบาลวิชาชีพระดับหัวหน้าหอผู้ป่วย รองหัวหน้าหอผู้ป่วย หรือพยาบาลวิชาชีพที่มีประสบการณ์ดูแลบัณฑิตจบใหม่มากกว่า 5 ปี จำนวน 10 ราย คัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจงเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยการสัมภาษณ์เชิงลึกแบบกึ่งโครงสร้างที่พัฒนาจากกรอบสมรรถนะ 8 ด้านของสภาการพยาบาล (2561) และผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน วิเคราะห์ข้อมูลด้วยการวิเคราะห์แก่นสาระ และตรวจสอบความน่าเชื่อถือด้วยการตรวจสอบสามเส้า การตรวจสอบโดยผู้ให้ข้อมูล และการอภิปรายร่วมกับผู้เชี่ยวชาญ

ผลการวิจัยพบคุณลักษณะที่พึงประสงค์ 10 ประเด็นหลัก โดย 8 ประเด็นสอดคล้องกับกรอบสมรรถนะพยาบาลวิชาชีพ ได้แก่ ด้านจริยธรรม จรรยาบรรณ และกฎหมาย ด้านทักษะการปฏิบัติการพยาบาล ด้านคุณลักษณะเชิงวิชาชีพ ด้านภาวะผู้นำ การจัดการ และการพัฒนาคุณภาพ ด้านวิชาการและการวิจัย ด้านการสื่อสารและสัมพันธภาพ ด้านเทคโนโลยีและสารสนเทศ และด้านความตระหนักทางสังคมและวัฒนธรรม และพบ 2 ประเด็นใหม่นอกกรอบ ได้แก่ ความยืดหยุ่นทางอารมณ์ซึ่งสะท้อนความกังวลว่าบัณฑิตรุ่นใหม่ทนต่อความเครียดได้น้อยลง และความมุ่งมั่นในวิชาชีพซึ่งสะท้อนวิกฤตการคงอยู่ของพยาบาล ข้อค้นพบทั้ง 10 ประเด็นเชื่อมโยงกันเป็นระบบ โดยจริยธรรมเป็นรากฐาน ทักษะการปฏิบัติเป็นแกนหลัก คุณลักษณะเชิงวิชาชีพเป็นตัวเชื่อมประสาน และความยืดหยุ่นทางอารมณ์กับความมุ่งมั่นในวิชาชีพเป็นเงื่อนไขของความยั่งยืน

ผลการวิจัยสามารถใช้เป็นฐานข้อมูลในการกำหนดผลลัพธ์การเรียนรู้ที่คาดหวัง สำหรับหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต และเป็นข้อมูลพื้นฐานในการพัฒนาเครื่องมือวิจัยเชิงปริมาณในระยะถัดไป

คำสำคัญ: คุณลักษณะที่พึงประสงค์; บัณฑิตพยาบาล; ผู้ใช้บัณฑิต; สมรรถนะพยาบาลวิชาชีพ; การวิจัยเชิงคุณภาพ

*ผู้ให้การติดต่อ (Corresponding e-mail: thitiporn.sa@psru.ac.th)

Abstract

This qualitative study aimed to examine the desirable characteristics of nursing graduates from the perspective of employers. Key informants comprised 10 professional nurses holding positions as head nurses, assistant head nurses, or professional nurses with more than 5 years of experience supervising newly graduated nurses, selected through purposive sampling. Data were collected via semi-structured in-depth interviews developed from the Thailand Nursing and Midwifery Council's (2018) eight core competency framework, and the interview guide was verified for content validity by three experts. Data were analyzed using thematic analysis, and trustworthiness was established through triangulation, member checking, and peer debriefing with experts.

The findings identified 10 major themes of desirable characteristics. Eight of these aligned with the professional nursing competency framework: ethics, morality, and law; nursing practice skills; professional attributes; leadership, management, and quality improvement; academic and research competence; communication and relationships; technology and information literacy; and social and cultural awareness. Two additional themes emerged outside the existing framework: emotional resilience, reflecting concerns that new graduates show reduced tolerance for stress, and professional commitment, reflecting the crisis of nurse retention. All 10 findings were systematically interconnected, with ethics serving as the foundation, practical skills as the core, professional attributes as the integrating link, and emotional resilience together with professional commitment as the conditions for sustainability.

These findings can serve as a database for determining expected learning outcomes for Bachelor of Nursing Science curricula, and as foundational data for developing quantitative research instruments in subsequent studies.

Keywords: Desirable Characteristics, Nursing Graduates, Employers, Professional Nursing Competency, Qualitative Research

บทนำ

วิชาชีพพยาบาลเป็นกำลังหลักของระบบบริการสุขภาพทั่วโลก แต่ปัจจุบันกำลังเผชิญกับความท้าทายหลายประการที่ส่งผลกระทบต่อคุณภาพการให้บริการ ทั้งการขาดแคลนบุคลากรพยาบาล อัตราการลาออกที่สูง และช่องว่างระหว่างสมรรถนะของบัณฑิตพยาบาลจบใหม่กับความคาดหวังของสถานบริการสุขภาพ (Theory-Practice Gap) (World Health Organization [WHO], 2020) ในบริบทของประเทศไทย ระบบสุขภาพกำลังเผชิญกับความท้าทายที่ซับซ้อนหลายมิติพร้อมกัน ทั้งการก้าวเข้าสู่สังคมสูงอายอย่างสมบูรณ์ การเปลี่ยนแปลงของรูปแบบโรคจากโรคติดต่อสู่โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง การพัฒนาเทคโนโลยีทางการแพทย์ที่ก้าวหน้าอย่างรวดเร็ว และความคาดหวังของผู้รับบริการที่สูงขึ้น สถานการณ์เหล่านี้ทำให้บทบาทของพยาบาลวิชาชีพมีความซับซ้อนและท้าทายมากกว่าในอดีต พยาบาลในปัจจุบันจึงไม่เพียงต้องมีทักษะทางคลินิกที่แม่นยำ แต่ยังมีทักษะการคิดวิเคราะห์เชิงคลินิก สมรรถนะด้านเทคโนโลยีดิจิทัล ทักษะการสื่อสารข้ามวัฒนธรรม และความสามารถในการปรับตัวท่ามกลางความเปลี่ยนแปลง (สภาการพยาบาล, 2561) สถานการณ์ดังกล่าวทวีความรุนแรงมากยิ่งขึ้นภายหลังการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ซึ่งเร่งให้พยาบาลจำนวนมากออกจากวิชาชีพก่อนเวลาอันควร ส่งผลให้ภาระงานของพยาบาลที่ยังคงปฏิบัติงานเพิ่มสูงขึ้น และตอกย้ำให้เห็นถึงความจำเป็นเร่งด่วนในการพัฒนาบัณฑิตพยาบาลที่มีคุณลักษณะพร้อมปฏิบัติงานได้ตั้งแต่วันแรก (Practice-Ready Graduates)

สภาการพยาบาล (2561) ได้กำหนดกรอบสมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพทั่วไปหรือผู้สำเร็จการศึกษาในระดับปริญญาตรีสาขาพยาบาลศาสตร์ไว้ 8 ด้าน ได้แก่ (1) ด้านจริยธรรม จรรยาบรรณ และกฎหมาย (2) ด้านการปฏิบัติการพยาบาลและการผดุงครรภ์ (3) ด้านคุณลักษณะเชิงวิชาชีพ (4) ด้านภาวะผู้นำ การจัดการ และการพัฒนาคุณภาพ (5) ด้านวิชาการและการวิจัย (6) ด้านการสื่อสารและสัมพันธภาพ (7) ด้านเทคโนโลยีและสารสนเทศ และ (8) ด้านสังคม กรอบสมรรถนะดังกล่าวเป็นแนวทางสำคัญในการจัดการศึกษาพยาบาลและเป็นมาตรฐานที่สถาบันการศึกษาพยาบาลทุกแห่งต้องใช้เป็นเกณฑ์ในการพัฒนาหลักสูตร อย่างไรก็ตาม กรอบสมรรถนะดังกล่าวเป็นกรอบเชิงนโยบาย (Policy-Driven framework) ซึ่งอาจไม่สะท้อนมุมมองเชิงปฏิบัติการ (Practice-Based perspective) ของผู้ใช้บัณฑิตที่ต้องดูแลและพัฒนาบัณฑิตใหม่ในสภาพแวดล้อมการทำงานจริง คำถามสำคัญจึงมีอยู่ว่า คุณลักษณะที่ผู้ใช้บัณฑิตต้องการจริง ๆ นั้นสอดคล้องกับกรอบสมรรถนะที่กำหนดไว้มากน้อยเพียงใด และมีคุณลักษณะใดบ้างที่อยู่นอกกรอบที่ผู้ใช้บัณฑิตให้ความสำคัญ

อย่างไรก็ตาม จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่างานวิจัยที่ศึกษาคุณลักษณะที่พึงประสงค์ของบัณฑิตพยาบาลส่วนใหญ่ใช้ระเบียบวิธีวิจัยเชิงปริมาณด้วยแบบสอบถามสำเร็จรูปที่สร้างจากกรอบสมรรถนะที่กำหนดไว้ล่วงหน้า ซึ่งแม้จะให้ข้อมูลที่สามารถสรุปเป็นภาพรวมและจัดลำดับความสำคัญของคุณลักษณะได้ แต่มีข้อจำกัดสำคัญ คือ การใช้ข้อคำถามที่ตายตัวตามกรอบเดิมทำให้ผู้ตอบถูกจำกัดให้อยู่ในมิติที่ผู้วิจัยกำหนดไว้จึงยากที่จะค้นพบคุณลักษณะใหม่ที่อยู่นอกกรอบสมรรถนะ และการศึกษาส่วนใหญ่ยังไม่ได้เจาะลึกถึงเหตุผลเบื้องหลังและบริบทเชิงประสบการณ์ของผู้ใช้บัณฑิตที่ดูแลและประเมินบัณฑิตจบใหม่ในสภาพแวดล้อมการทำงานจริง ดังนั้น การศึกษาเชิงคุณภาพที่เปิดกว้างให้ผู้ใช้บัณฑิตสะท้อนคุณลักษณะที่ต้องการอย่างอิสระ จะช่วยเติมช่องว่างเพื่อสะท้อนความต้องการที่แท้จริงของผู้ใช้บัณฑิตในบริบทปัจจุบัน โดยเฉพาะอย่างยิ่งในบริบทที่วิชาชีพพยาบาลกำลังเปลี่ยนผ่านอย่างรวดเร็ว คุณลักษณะที่ผู้ใช้บัณฑิตมองว่าจำเป็นอาจเปลี่ยนแปลงไปจากกรอบเดิม ซึ่งการจัดการศึกษาทางการพยาบาลต้องนำความคิดเห็นหรือความต้องการของผู้ใช้บัณฑิตทั้งความต้องการพื้นฐานของวิชาชีพและความต้องการเร่งด่วน โดยข้อมูลดังกล่าวควรมาจากผู้ใช้บัณฑิตภายนอก และควรกำหนดเป็นผลลัพธ์การเรียนรู้ที่คาดหวัง (Expected Learning Outcome) ซึ่งจะทำให้การออกแบบหลักสูตรทั้งด้านของโครงสร้างและเนื้อหา การจัดการเรียนการสอน การวัดผล รวมถึงผลลัพธ์ของบัณฑิตเป็นไปตามที่ผู้ใช้บัณฑิตหรือสังคมต้องการ (ASEAN University Network [AUN], 2020)

ด้วยเหตุผลดังกล่าว การวิจัยครั้งนี้จึงมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาและอธิบายคุณลักษณะที่พึงประสงค์ของบัณฑิตพยาบาลตามทัศนะของผู้ใช้บัณฑิต โดยใช้ระเบียบวิธีวิจัยเชิงคุณภาพ ด้วยการสัมภาษณ์เชิงลึกกับหัวหน้าหอผู้ป่วยและพยาบาลวิชาชีพอาวุโสที่มีประสบการณ์ตรงในการดูแลบัณฑิตพยาบาลจบใหม่ ทั้งนี้ ผู้วิจัยใช้กรอบ

สมรรถนะ 8 ด้านของสภาการพยาบาล (2561) เป็นแนวทางหลักในการตั้งคำถาม แต่เปิดกว้างให้ผู้ให้ข้อมูลสามารถนำเสนอคุณลักษณะอื่น ๆ ที่อยู่นอกกรอบได้ เพื่อค้นพบประเด็นใหม่ที่สะท้อนความต้องการที่แท้จริงของผู้ใช้บัณฑิตในบริบทปัจจุบัน

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาคุณลักษณะที่พึงประสงค์ของบัณฑิตพยาบาลตามทัศนะของผู้ใช้บัณฑิตพยาบาล

กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ใช้กรอบสมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพทั่วไปหรือผู้สำเร็จการศึกษาในระดับปริญญาตรี สาขาพยาบาลตามประกาศของสภาการพยาบาล (2561) เป็นกรอบแนวคิดหลักในการเก็บรวบรวมและวิเคราะห์ อย่างไรก็ตาม เนื่องจากการวิจัยครั้งนี้ใช้ระเบียบวิธีวิจัยเชิงคุณภาพ ผู้วิจัยจึงเปิดกว้างให้ผู้ให้ข้อมูลสามารถนำเสนอคุณลักษณะอื่น ๆ ที่อยู่นอกกรอบได้ เพื่อให้สามารถค้นพบประเด็นใหม่ที่สะท้อนความต้องการที่แท้จริงของผู้ใช้บัณฑิตในบริบทปัจจุบัน

ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ใช้ระเบียบวิธีวิจัยเชิงคุณภาพ (Qualitative Research)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ คือ พยาบาลวิชาชีพ ระดับหัวหน้าหอผู้ป่วย รองหัวหน้าหอผู้ป่วย หรือพยาบาลวิชาชีพอายุงานมากกว่า 5 ปีขึ้นไปที่มีประสบการณ์ในการดูแลพยาบาลจบใหม่ ผู้ให้ข้อมูลสำคัญจำนวน 10 ราย คัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive Sampling) โดยมีเกณฑ์คัดเลือก ได้แก่ (1) ดำรงตำแหน่ง หัวหน้าหอผู้ป่วย รองหัวหน้าหอผู้ป่วย หรือเป็นพยาบาลวิชาชีพที่มีอายุงานมากกว่า 5 ปี (2) มีประสบการณ์ตรงในการดูแลหรือประเมินผลการปฏิบัติงานของพยาบาลจบใหม่อย่างน้อย 1 ปี และ (3) สนใจเข้าร่วมการวิจัย โดยในการเก็บข้อมูลจริงพบว่าข้อมูลเริ่มอึดตัวตั้งแต่รายที่ 8 และเก็บเพิ่มอีก 2 รายเพื่อยืนยันความอึดตัว ผู้ให้ข้อมูลสำคัญเป็นเพศหญิง 9 ราย เพศชาย 1 ราย อายุ 30–52 ปี อายุงานเฉลี่ย 17.2 ปี (พิสัย 8–28 ปี) การศึกษาระดับปริญญาตรี 5 ราย และปริญญาโท 5 ราย ปฏิบัติงานในสถานพยาบาลรวม 6 แห่ง โดยเป็นโรงพยาบาลในสังกัดภาครัฐ 4 แห่ง และโรงพยาบาลเอกชน 2 แห่ง จำแนกตามระดับบริการเป็นโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ 4 แห่ง (6 ราย) และระดับทุติยภูมิ 2 แห่ง (4 ราย) การเลือกผู้ให้ข้อมูลจากสถานพยาบาลหลายระดับและหลายสังกัดเป็นไปตามหลักการเลือกตัวอย่างเพื่อความหลากหลายสูงสุด (Maximum Variation Sampling) เพื่อให้ครอบคลุมมุมมองที่แตกต่างกันตามบริบทของหน่วยงาน อันจะช่วยเพิ่มความเข้มข้นและความน่าเชื่อถือของข้อค้นพบ

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย (1) ตัวผู้วิจัยซึ่งเป็นผู้สัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูลเองทุกคน (2) แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลและแบบสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้าง โดยใช้คำถามปลายเปิด (open-ended interviews) ถามเกี่ยวกับคุณลักษณะที่พึงประสงค์ของบัณฑิตพยาบาลตามกรอบแนวคิดสมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพทั่วไป โดยแนวคำถามในการสัมภาษณ์ผู้วิจัยได้สร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมและผ่านการตรวจสอบความเหมาะสมจากผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน (3) เครื่องบันทึกเสียงและเครื่องโทรศัพท์บันทึกเสียง

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

ผู้วิจัยตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาของแนวคำถามสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้างโดยผู้ทรงคุณวุฒิ คือ อาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านระเบียบวิธีวิจัยเชิงคุณภาพ จำนวน 3 ท่าน เพื่อตรวจสอบความสอดคล้องของข้อคำถามกับวัตถุประสงค์การวิจัย โดยใช้ค่าดัชนีความสอดคล้อง (Index of Item-Objective Congruence: IOC) ผลการตรวจสอบพบว่าข้อคำถามทุกข้อมีค่า IOC ตั้งแต่ 0.67 ขึ้นไป ซึ่งเป็นไปตามเกณฑ์การยอมรับที่ค่า

IOC ตั้งแต่ 0.50 ขึ้นไป (Rovinelli & Hambleton, 1977) ทั้งนี้ผู้วิจัยได้ปรับปรุงถ้อยคำตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิก่อนนำไปใช้จริง จากนั้น นำแบบสัมภาษณ์ไปทดลองสัมภาษณ์กับพยาบาลวิชาชีพ จำนวน 3 คน ที่ปฏิบัติงาน ณ โรงพยาบาลศูนย์ระดับตติยภูมิแห่งหนึ่งในเขตภาคเหนือตอนล่าง สังกัดกระทรวงสาธารณสุขที่มีคุณสมบัติใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง เพื่อตรวจสอบความชัดเจนของคำถาม ความเหมาะสมของลำดับคำถาม และระยะเวลาที่ใช้ในการสัมภาษณ์ ผลการทดลองใช้พบว่าข้อคำถามมีความชัดเจน ผู้ให้สัมภาษณ์สามารถเข้าใจและตอบคำถามได้ตรงประเด็น โดยใช้เวลาในการสัมภาษณ์ประมาณ 45-60 นาทีต่อคน จึงถือว่าแบบสัมภาษณ์มีความเหมาะสมสำหรับนำไปใช้ในการเก็บข้อมูลจริง เนื่องจากการวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพซึ่งใช้ผู้วิจัยเป็นเครื่องมือหลักในการเก็บรวบรวมข้อมูล การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือจึงให้ความสำคัญกับความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) ของแนวคำถาม ควบคู่กับการตรวจสอบความน่าเชื่อถือของข้อมูล (Trustworthiness)

การเก็บรวบรวมข้อมูล

การเก็บรวบรวมข้อมูล ภายหลังโครงการวิจัยได้รับอนุมัติการพิจารณาจริยธรรมแล้ว ผู้วิจัยติดต่อผู้ให้ข้อมูลสำคัญที่คัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจงตามเกณฑ์และคุณสมบัติเป็นรายบุคคล เพื่อสร้างสัมพันธภาพซึ่งกันและกัน ประสงค์ ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล สถิติในการปฏิเสธหรือถอนตัวได้ตลอดเวลาโดยไม่มีผลกระทบใด ๆ การรักษาความลับของข้อมูล ตลอดจนการบันทึกเสียงระหว่างการสัมภาษณ์ เมื่อผู้ให้ข้อมูลสมัครใจเข้าร่วมจึงลงนามในแบบให้ความยินยอม และนัดหมายวัน เวลาสัมภาษณ์ตามความสะดวกของผู้ให้ข้อมูล

ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลระหว่างเดือนพฤศจิกายน พ.ศ. 2568 ถึงเดือนกุมภาพันธ์ พ.ศ. 2569 โดยนัดหมายผู้ให้ข้อมูลเป็นรายบุคคลตามความสะดวก สัปดาห์ละ 1-2 ราย เพื่อให้ผู้วิจัยมีเวลาถอดเทปและบันทึกสะท้อนคิด (Reflexive Memo) ระหว่างการเก็บข้อมูล การสัมภาษณ์ใช้แนวคำถามตามกรอบสมรรถนะ 8 ด้าน จำนวน 8 ข้อ พร้อมคำถามปลายเปิด 5 ข้อ รวม 13 ข้อ ใช้เวลาสัมภาษณ์ครั้งละประมาณ 45-60 นาที ในกรณีที่ข้อมูลยังไม่ครบถ้วนเนื่องจากข้อจำกัดด้านเวลา ผู้วิจัยได้นัดสัมภาษณ์เพิ่มเติมทางโทรศัพท์ จำนวน 2 ราย ครั้งละประมาณ 10-15 นาที

ผู้วิจัยพิจารณาการอิ่มตัวของข้อมูล (Data Saturation) จากการวิเคราะห์ข้อมูลควบคู่ไปกับการเก็บข้อมูลโดยถือว่าข้อมูลอิ่มตัวเมื่อไม่ปรากฏประเด็นย่อยใหม่เพิ่มขึ้นจากผู้ให้ข้อมูลรายถัดไป ทั้งนี้เริ่มพบสัญญาณการอิ่มตัวตั้งแต่ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 8 และเก็บข้อมูลเพิ่มอีก 2 ราย (รายที่ 9 และ 10) เพื่อยืนยันการอิ่มตัว (Confirming Saturation) อนึ่ง การอิ่มตัวในการวิจัยนี้พิจารณาในระดับภาพรวมของชุดข้อมูล (Thematic Saturation) มิใช่การกำหนดจำนวนผู้ให้ข้อมูลที่เท่ากันในทุกประเด็น เนื่องจากความหนาแน่นของแต่ละประเด็นขึ้นอยู่กับบริบทและประสบการณ์เฉพาะของผู้ให้ข้อมูลแต่ละราย

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยทำการวิเคราะห์ข้อมูล โดยใช้การวิเคราะห์แก่นสาระ (Thematic analysis) ประกอบด้วยผู้วิจัยสร้างความคุ้นเคยกับข้อมูล โดยการอ่านบทถอดเทปสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูลแต่ละรายซ้ำหลายๆ ครั้ง แล้วเริ่มต้นตั้งรหัสเปิดจากข้อความสำคัญ นำรหัสเปิดมาจัดกลุ่มตามความหมายและความเชื่อมโยงเพื่อจัดหมวดหมู่นำหมวดหมู่ย่อยมาสังเคราะห์เป็นประเด็นหลักโดยพิจารณาความสัมพันธ์กับกรอบทฤษฎีที่เกี่ยวข้อง

การตรวจสอบความน่าเชื่อถือของข้อมูล (Trustworthiness)

ผู้วิจัยตรวจสอบความน่าเชื่อถือของข้อมูลด้วยวิธีการ Triangulation 3 ลักษณะ ได้แก่ (1) การตรวจสอบสามเส้าด้านแหล่งข้อมูล (Data Source Triangulation) โดยสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูลที่หลากหลายบริบท ทั้งโรงพยาบาลระดับตติยภูมิและทุติยภูมิ ทั้งภาครัฐและเอกชน (2) การตรวจสอบโดยผู้ให้ข้อมูล (Member Checking) โดยนำผลสรุปเบื้องต้นกลับไปให้ผู้ให้ข้อมูล 3 ราย ยืนยันความถูกต้องของการตีความ และ (3) การอภิปรายร่วมกับผู้เชี่ยวชาญ (Peer Debriefing) จำนวน 2 ท่าน

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยดำเนินการเก็บข้อมูลหลังจากได้รับอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สถาบันวิจัยและพัฒนา มหาวิทยาลัยราชภัฏพิบูลสงคราม COA No. : 093/2025 PSRU-EC No.: 2025-046 รับรองวันที่ 25 ตุลาคม 2568 ผู้วิจัยมีความตระหนักถึงจริยธรรมการวิจัย และการพิทักษ์สิทธิผู้ให้ข้อมูลตั้งแต่กระบวนการเก็บข้อมูลจนกระทั่งถึงการเสนอผลการวิจัย ผู้วิจัยรักษาความลับด้วยการลบชื่อเมื่อสิ้นสุดการวิจัย ปกปิดชื่อของผู้ให้ข้อมูล นำเสนอข้อมูล ที่ได้จากการศึกษาในภาพรวม โดยตลอดระยะเวลาในการวิจัยผู้ให้ข้อมูลสามารถปฏิเสธในการตอบคำถามหรือยุติการให้ความร่วมมือในการวิจัยได้ตลอดเวลาโดยมีการลงชื่อเป็นลายลักษณ์อักษรในการเข้าร่วมการวิจัย

ผลการวิจัย

จากการสัมภาษณ์โดยใช้แนวคำถามตามกรอบสมรรถนะ 8 ด้าน จำนวน 8 ข้อ “ท่านมีความคาดหวังอย่างไรต่อบัณฑิตพยาบาลในด้าน...” พร้อมคำถามปลายเปิดที่ถามเกี่ยวกับความคาดหวังต่อบัณฑิตพยาบาลในอนาคต ความต้องการให้หลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิตมุ่งเน้นหรือเพิ่มเติมคุณลักษณะบัณฑิต และคุณลักษณะบัณฑิตพยาบาลในอนาคต จากการวิเคราะห์ข้อมูลการสัมภาษณ์เชิงลึกกับผู้ให้ข้อมูลสำคัญทั้ง 10 ราย พบประเด็นหลักด้านคุณลักษณะที่พึงประสงค์ของบัณฑิตพยาบาล จำนวน 10 ประเด็น ในการนำเสนอผลการวิจัย ผู้วิจัยพิจารณาความหนาแน่นของข้อมูล (Thickness) จากจำนวนรหัสเปิดและจำนวนผู้ให้ข้อมูลที่กล่าวถึงประเด็นนั้น และพิจารณาความหลากหลายของบริบท จากจำนวนหน่วยงาน/แผนกที่ปรากฏในประเด็น ดังนั้น การระบุว่าประเด็นใดมีความหนาแน่นหรือความหลากหลาย ระดับมากที่สุด จึงหมายถึงประเด็นที่มีจำนวนรหัสเปิดหรือจำนวนบริบทที่กล่าวถึงสูงสุดเมื่อเทียบกับประเด็นอื่น

ประเด็นที่ 1: จริยธรรม จรรยาบรรณ และกฎหมาย (Ethics, Professional Conduct, and Law)

ประเด็นนี้มีความหนาแน่นของข้อมูลสูงสุด สะท้อนให้เห็นว่าผู้ให้ข้อมูลทุกรายมองว่าจริยธรรมเป็น “รากฐาน” หรือ “แก่นกลาง” ของความเป็นพยาบาลวิชาชีพ ไม่ใช่เพียงกฎเกณฑ์ที่ต้องปฏิบัติตาม โดยมีประเด็นย่อยที่จัดหมวดหมู่ไว้ 2 หมวด ดังนี้

1.1 ความซื่อสัตย์และความกล้าหาญเชิงจริยธรรม ผู้ให้ข้อมูลเน้นว่าความซื่อสัตย์ต้องแสดงออกผ่านการกระทำ ไม่ใช่เพียงคำพูดทั้งความซื่อสัตย์ต่อตนเอง ต่อการปฏิบัติงาน และต่อผู้รับบริการ โดยเฉพาะเมื่อต้องพิทักษ์สิทธิและความปลอดภัยของผู้รับบริการ รวมถึงการสร้าง Safety Culture ในการรายงานความเสี่ยงหรือความผิดพลาดโดยไม่กลัวถูกตำหนิเมื่อรายงาน

“ดิฉันคาดหวังว่าบัณฑิตพยาบาลจะทำในสิ่งที่ถูกต้อง แม้ไม่มีใครดู do the right thing even when no one is watching นี่คือหัวใจของความเป็นมืออาชีพค่ะ ต้องความซื่อสัตย์ในการปฏิบัติงาน ไม่ปกปิดข้อผิดพลาด”

“บางครั้งแพทย์อาจสั่งยาที่ผิดขนาดหรือผิดเวลา พยาบาลใหม่บางคนไม่กล้าถาม ไม่กล้าตั้งคำถาม กลัวแพทย์โกรธ นี่เป็นเรื่องที่ต้องฝึกให้มี Moral Courage ค่ะ เพราะถ้าไม่กล้าพูด ผู้ป่วยอาจได้รับอันตราย”

1.2 การเคารพสิทธิและความเป็นส่วนตัว ผู้ให้ข้อมูลส่วนใหญ่ให้ความสำคัญกับสิทธิผู้รับบริการที่พยาบาลต้องคำนึงถึง เช่น การขอความยินยอม การขออนุญาตการสัมผัสหรือก่อนทำหัตถการ การเคารพให้ผู้รับบริการโดยไม่เลือกปฏิบัติ การรักษาความลับทางการแพทย์ และการละเมิดสิทธิความเป็นส่วนตัวของผู้รับบริการ

“ผู้ป่วยที่มาห้อง ER ไม่ว่าจะรวยหรือจน คนดีหรือคนไม่ดี พวกเขามาแล้วมาทำร้ายคน เราก็ต้องช่วยรักษาเหมือนกัน นี่คือหัวใจของการพยาบาลค่ะ”

“น้องคนหนึ่ง ไปตรวจมดลูกของมารดาโดยที่ไม่ปิดม่าน ไม่ปิดประตูเลยคะ แล้วก็พูดเสียงดังว่า “อ้ย มดลูกยังหัดไม่ดีเลยนะ” จนมารดาในห้องข้างๆ ก็ได้ยิน มารดาท่านนั้นก็อายมากคะ”

ประเด็นที่ 2: ทักษะการปฏิบัติการพยาบาล (Nursing Practice Skills)

ประเด็นนี้ปรากฏในข้อมูลจากผู้ให้ข้อมูลทุกรายโดยมีรหัสเปิดที่หลากหลายมากที่สุด สะท้อนว่าทักษะปฏิบัติเป็นหัวใจของงานพยาบาลซึ่งผู้ให้บัณฑิตทุกรายให้ความสำคัญ ข้อค้นพบที่โดดเด่นคือผู้ให้ข้อมูลไม่เพียงต้องการให้บัณฑิตมีทักษะพื้นฐาน แต่เน้นถึง Clinical Reasoning ซึ่งเป็นความสามารถในการคิดวิเคราะห์อาการและคาดการณ์ปัญหาล่วงหน้า โดยมีประเด็นย่อยที่จัดหมวดหมู่ไว้ 4 หมวด ได้แก่

2.1 ทักษะพื้นฐานที่แม่นยำ ผู้ให้ข้อมูลเน้นตรงกันว่าทักษะหัตถการ ต้องทำได้ถูกต้อง แม่นยำ และปลอดภัย ตั้งแต่วันแรกของการทำงาน ซึ่งสะท้อนปัญหา Theory-Practice Gap ที่ชัดเจนที่สุด กล่าวคือบัณฑิตมีความรู้แต่ไม่สามารถนำความรู้มาใช้ได้ในสภาพแวดล้อมจริงที่ซับซ้อนและกดดัน

“ในห้องเรียนทุกอย่างมันเรียบร้อย ผู้ป่วยนอนนิ่งๆ ให้ทำหัตถการ แต่ความจริงมันไม่ใช่อย่างนั้นค่ะ ผู้ป่วยดิ้น ไม่ร่วมมือ ญาติโวยวาย มีผู้ป่วยหลายคนพร้อมกัน อุปกรณ์ไม่พอ สิ่งเหล่านี้ไม่มีใครสอนในมหาวิทยาลัย ต้องมาเรียนรู้จากประสบการณ์จริง”

2.2 การประเมินอาการและรายงาน ผู้ให้ข้อมูลกล่าวถึงหมวดนี้ซ้ำกัน โดยทุกรายระบุว่า การประเมินอาการ เป็นสิ่งสำคัญพอ ๆ กับการปฏิบัติหัตถการ โดยผู้ให้ข้อมูลบางรายยกตัวอย่างผลลัพธ์ที่อันตรายจากการที่บัณฑิตใหม่ไม่สามารถสังเกตอาการที่เปลี่ยนแปลงของผู้รับบริการในความดูแลได้

“น้องดูแลทารกที่มีตัวเหลือง แต่สังเกตไม่เห็นว่าการเหลืองมากขึ้น เพราะดูแต่หน้า ไม่ได้ดูหน้าอกและหน้าท้องของทารก พอดิ้นไปดูแล้วเห็นว่าเหลืองมาก ต้องรายงานแพทย์เพื่อทำ Phototherapy ทันที ถ้าช้าอาจจะทำให้สมองเสียหายได้”

2.3 การให้เหตุผลทางคลินิก ผู้ให้ข้อมูลกล่าวว่าในบัณฑิตใหม่ มีความรู้ทางทฤษฎี แต่ไม่สามารถมองภาพรวมของผู้ป่วย หรือ คาดการณ์ปัญหาล่วงหน้า และวางแผนรับมือล่วงหน้า

“ผู้ป่วยหลังผ่าตัดกระดูก บ่นว่าปวดขามาก พยาบาลที่มี Critical Thinking จะไม่ได้ให้แค่ยาแก้ปวด แต่จะประเมิน Neurovascular Status ดูว่ามี Compartment Syndrome หรือเปล่า ตรวจดูสีผิวหนัง อุณหภูมิ Pulse ของขา ถ้าเห็นว่าผิดปกติต้องรีบแจ้งแพทย์ทันที เพราะถ้าช้าอาจเสียขาได้”

2.4 ทักษะเฉพาะทางตามบริบทหน่วยงาน หมวดนี้ผู้ให้ข้อมูลเน้นทักษะเฉพาะหน่วยงานของตน ข้อค้นพบนี้บ่งชี้ว่าหลักสูตรต้องมีทั้ง core skills ที่ทุกคนต้องมี และ specific skills ที่ต้องพัฒนาตามบริบทการทำงานจริง

“สำหรับหอผู้ป่วยเด็กนะคะ มีทักษะเฉพาะทางที่ต้องการเพิ่มเติม เช่น การคำนวณขนาดยาสำหรับเด็ก ตามน้ำหนัก ตามพื้นที่ผิวหนัง ต้องคำนวณได้แม่นยำมาก ๆ ค่ะ ผิดนิดเดียวอันตรายได้ค่ะ”

ประเด็นที่ 3: คุณลักษณะเชิงวิชาชีพ (Professional Attributes)

ประเด็นนี้มีลักษณะเชื่อมโยงกับประเด็นอื่นๆ เกือบทั้งหมด กล่าวคือคุณลักษณะเชิงวิชาชีพทำหน้าที่เป็น "กาวยึด" ที่เชื่อมสมรรถนะต่างๆ เข้าหากัน โดยมีประเด็นย่อยที่จัดหมวดหมู่ไว้ 4 หมวด ได้แก่

3.1 บุคลิกภาพเชิงวิชาชีพ ข้อค้นพบที่โดดเด่นคือผู้ให้ข้อมูลหลายรายแสดงกรอบแนวคิดเพื่ออธิบายคุณลักษณะเชิงวิชาชีพที่พึงประสงค์

“ดิฉันอยากได้พยาบาลที่มี "3H + 3S" ค่ะ 3H คือ Head (ความรู้ดี), Heart (จิตใจรักงานบริการ เห็นอกเห็นใจผู้ป่วย), Hand (ทักษะปฏิบัติที่ดี) และ 3S คือ Smart (ฉลาด คิดวิเคราะห์เป็น), Strong (เข้มแข็ง รับมือกับความกดดันได้), Soft (นุ่มนวล มีมนุษยสัมพันธ์ดีค่ะ”

“3H: HEAD, HANDS, HEART และ 3C: Competence, Commitment, Compassion และเราต้องการพยาบาลที่ไม่ใช่แค่ Worker แต่เป็น Leader ค่ะ มีเสียงในเวทีนโยบาย มีบทบาทในการขับเคลื่อนระบบสุขภาพ”

3.2 ทศนคติต่อวิชาชีพและความภาคภูมิใจ ผู้ให้ข้อมูลมองว่าเป็นแรงขับเคลื่อนที่ขับเคลื่อนคุณลักษณะอื่นทั้งหมด หากทศนคติไม่ดี แม้จะเก่งแค่ไหนก็ทำงานได้ไม่ยาวนานและอาจเป็นอันตรายต่อผู้ป่วย

"ถ้าให้สรุปเป็นหนึ่งอย่าง...ดิฉันคิดว่าคือ 'ใจรักในวิชาชีพ และรักในการดูแลผู้ป่วย' ค่ะ ถ้ามีใจรักจริงๆ ทุกอย่างจะตามมา เราจะกระตือรือร้นเรียนรู้ เราจะพยายามพัฒนาทักษะ เราจะมี Empathy กับผู้ป่วย เราจะไม่ย่อท้อง่ายๆ แต่ถ้าเข้ามาเพราะถูกบังคับ หรือเพราะเงินเดือนดี แต่ไม่มีใจรัก มันจะเหนื่อย จะ Burnout ง่าย และจะส่งผลต่อคุณภาพการดูแลผู้ป่วยด้วย"

3.3 การเรียนรู้ตลอดชีวิต ผู้ให้ข้อมูลสะท้อนหมวดนี้ว่าทัศนคติการเรียนรู้สำคัญกว่าความรู้ที่มีอยู่เพราะงานพยาบาลเปลี่ยนแปลงอยู่ตลอดเวลา

"สิ่งที่ดิฉันให้ความสำคัญมากคือทัศนคติต่อการทำงานค่ะ ต้องมี Growth Mindset ไม่ใช่มาด้วยความคิดว่าตัวเองรู้หมดแล้ว แต่มาด้วยความคิดว่าจะเรียนรู้อะไรใหม่ๆ ได้บ้าง"

"การเรียนรู้ตลอดชีวิต ไม่หยุดนิ่งกับความรู้นี้เดิม ติดตามความรู้ใหม่ๆ เข้าร่วมอบรม สนใจ Clinical Update โดยเฉพาะในศัลยกรรมที่มีเทคนิคใหม่ๆ เกิดขึ้นเรื่อย ๆ"

3.4 วินัยและความรับผิดชอบ ผู้ให้ข้อมูลสะท้อนว่าควรมีวินัยและรับผิดชอบในการทำงาน

"ความเป็นมืออาชีพ (Professionalism) คือมาทำงานตรงเวลา แต่งกายเรียบร้อย พุดจาสุภาพ มีมารยาทในการทำงาน รับผิดชอบต่องานที่ได้รับมอบหมาย ต้องรู้ขอบเขตของตัวเอง รู้ว่าอะไรทำอะไรทำอะไรไม่ได้ ต้องขอความช่วยเหลือ คิดก่อนทำ ไม่ทำอะไรแบบสะเพร่า มีวิจารณญาณ ไม่เชื่ออะไรง่ายๆ"

ประเด็นที่ 4: ภาวะผู้นำ การจัดการ และการพัฒนาคุณภาพ (Leadership, Management, and Quality Improvement)

ประเด็นนี้ผู้ให้ข้อมูลส่วนใหญ่นิยามภาวะผู้นำสำหรับบัณฑิตใหม่ว่าเป็น "ภาวะผู้นำตนเอง" (Self-leadership) ไม่ใช่ภาวะผู้นำเชิงบริหาร ซึ่งสะท้อนการตีความที่แตกต่างจากกรอบดั้งเดิม โดยมีประเด็นย่อยที่จัดหมวดหมู่ไว้ 4 หมวด ได้แก่

4.1 ภาวะผู้นำตนเองและการบริหารเวลา บัณฑิตที่มีภาวะผู้นำตนเองที่ดีจะ มองภาพรวมของหน่วยงาน ไม่ใช่แค่งานของตนเองและทำงานให้เสร็จโดยไม่ต้องให้ใครตามทวงถาม โดยจุดอ่อนที่พบบ่อยในบัณฑิตใหม่คือการทำงานแบบตั้งรับ

"อยากให้เป็นคนที่มีความเป็นผู้นำในตัวเอง ไม่ใช่ต้องเป็นหัวหน้าหอเลย แต่มีความเป็นผู้นำในการดูแลผู้ป่วย การแก้ปัญหา ความเป็นผู้นำในการให้บริการ ไม่ใช่มาโดยการสั่ง"

"คนที่มีภาวะผู้นำดีมักจะเป็น Active Learner ค่ะ ไม่รอให้ใครมาสอน แต่หาความรู้ด้วยตัวเอง แล้วก็เป็นคนที่มี Positive Attitude ไม่บ่น ไม่โทษคนอื่น แต่มองหาโอกาสในการพัฒนา และที่สำคัญคือเป็นคนที่เห็นภาพใหญ่ ไม่มองแค่งานของตัวเอง แต่มองว่างานของตัวเองส่งผลต่อทีมและผู้ป่วยอย่างไร"

4.2 การจัดลำดับความสำคัญ ผู้ให้ข้อมูลบางส่วนระบุว่านี่คือจุดอ่อนที่ "อันตรายที่สุด" ในบัณฑิตใหม่ เนื่องจากการจัดลำดับความสำคัญที่ผิดพลาดส่งผลต่อความปลอดภัยของผู้ป่วยโดยตรง

"ต้องรู้ทันทีว่าอะไรเร่งด่วน มองแวบเดียวรู้ว่าผู้ป่วยคนนี้เป็นอะไร หนักแค่ไหน เด็กจบใหม่ มักจะงง ทำอะไรไม่เป็นระบบ วนวนไปหมด บางทีเอางานไม่สำคัญไปทำก่อน แล้วงานสำคัญค้างไว้ นี่อันตรายค่ะ"

4.3 การพัฒนาคุณภาพและวัฒนธรรมความปลอดภัย หมวดนี้โดยมีประเด็นที่โดดเด่นคือ "วัฒนธรรมความปลอดภัย" ซึ่งผู้ให้ข้อมูลเน้นตรงกันว่าต้องการให้บัณฑิตมองการรายงานความเสี่ยงและอุบัติการณ์ว่าเป็นการเรียนรู้ไม่ใช่การสารภาพความผิด นอกจากนี้ผู้ให้ข้อมูลจากบางโรงพยาบาล ยังเน้นว่าบัณฑิตควรมีส่วนร่วมในกระบวนการพัฒนาคุณภาพ เพราะเป็นช่องทางที่ทำให้เห็นคุณค่าของตนเองในการพัฒนาระบบ ไม่ใช่แค่ทำตามมาตรฐานเพียงอย่างเดียว

"ต้องไม่กลัวถูกตำหนิ เพราะการรายงานมันเป็นการเรียนรู้และป้องกันไม่ให้เกิดซ้ำ เราต้องสร้างวัฒนธรรมความปลอดภัย Safety Culture ไม่ใช่วัฒนธรรมการตำหนิค่ะ"

"Quality Improvement Mindset — มองเห็นปัญหาในกระบวนการทำงาน แล้วคิดหาทางแก้ไข เช่น ถ้าเห็นว่าบางกระบวนการ ล่าช้าตลอด ก็ช่วยคิดระบบใหม่ที่ดีกว่า"

ประเด็นที่ 5: วิชาการและการวิจัย (Academic Knowledge and Research)

ประเด็นนี้มีฉันทามติร่วมกันอย่างชัดเจนว่าไม่คาดหวังให้บัณฑิตระดับปริญญาตรีเป็น "นักวิจัย" แต่ต้องการให้สามารถ "ใช้งานวิจัย" โดยสามารถการเชื่อมโยงงานวิจัยหรือ Evidence-Based Practice กับ การปฏิบัติ โดยมีประเด็นย่อยที่จัดหมวดหมู่ไว้ 2 หมวด ได้แก่

5.1 การปฏิบัติโดยใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ ผู้ให้ข้อมูลส่วนใหญ่คาดหวังให้บัณฑิตสามารถใช้งานวิจัยในการตัดสินใจทางคลินิกและปฏิบัติการพยาบาลได้

“ไม่จำเป็นต้องเป็นนักวิจัยครับ แต่ต้องเข้าใจหลักการ Evidence-Based Practice ครับ รู้ว่าการปฏิบัติต้องมีหลักฐานรองรับ สามารถค้นหาและประเมินคุณภาพของข้อมูลทางวิชาการได้ ไม่ใช่เชื่อทุกอย่างที่อ่านมา”

5.2 ทักษะการรู้สารสนเทศ หมวดนี้พบผู้ให้ข้อมูลสะท้อนว่า บัณฑิตใหม่มักค้นหาข้อมูลได้ดี แต่ขาดความสามารถในการกลั่นกรองว่าข้อมูลที่ได้มานั้นน่าเชื่อถือหรือไม่

“รู้จักค้นหาข้อมูลจากแหล่งข้อมูลที่น่าเชื่อถือ เช่น PubMed, Cochrane Library อ่านบทความวิจัยแล้วประเมินได้ว่าน่าเชื่อถือแค่ไหน มีข้อจำกัดอะไรบ้าง นำมาใช้ได้หรือไม่”

“บางคนเก่ง Google หาข้อมูลได้ดี แต่ไม่ได้กลั่นกรองว่าข้อมูลนั้นน่าเชื่อถือแค่ไหน นี่ต้องสอน Critical Thinking เรื่องการประเมินแหล่งข้อมูลด้วยค่ะ”

ประเด็นที่ 6: การสื่อสารและสัมพันธภาพ (Communication and Interpersonal Relations)

ประเด็นนี้มีความหลากหลายของบริบทมากที่สุด เนื่องจากผู้ให้ข้อมูลแต่ละรายเน้นมิติการสื่อสารที่แตกต่างกันตามหน่วยงาน โดยมีประเด็นย่อยที่จัดหมวดหมู่ไว้ 3 หมวด ได้แก่

6.1 การสื่อสารคือแก่นสารของงานพยาบาล ผู้ให้ข้อมูลสำคัญทุกรายมีความเห็นตรงกันว่า ทักษะการสื่อสารไม่ใช่เพียงทักษะเสริม แต่เป็นหัวใจของวิชาชีพพยาบาล เนื่องจากงานพยาบาลแทบทุกมิติล้วนต้องอาศัยการสื่อสาร ทั้งกับผู้ป่วยบริการ ญาติ เพื่อนร่วมงาน และทีมสหวิชาชีพ

“การสื่อสารเป็น core skill ของพยาบาลค่ะ ใน 23 ปีที่ผ่านมา คิดเห็นว่าปัญหาส่วนใหญ่เกิดจากการสื่อสารที่ไม่ดี และ ต้องสื่อสารด้วยความจริงใจค่ะ ไม่ใช่แค่เทคนิค แต่ต้องมาจากใจจริงๆ”

6.2 ทักษะการสอนผู้รับบริการและญาติ การให้สุศึกษาและการอธิบายข้อมูลทางการแพทย์ เป็นทักษะที่บัณฑิตใหม่ยังขาดอย่างเห็นได้ชัด โดยเฉพาะการปรับภาษาให้เหมาะสมกับผู้รับบริการ

“ต้องรู้จักสอนพ่อแม่ดูแลเด็กที่บ้าน สอนเรื่องยา เรื่องอาหาร เรื่องการป้องกันโรค โดยใช้ภาษาที่พ่อแม่เข้าใจ ไม่ใช่คำศัพท์ยากเกินไป เราต้องรู้จักปรับวิธีการสื่อสารให้เหมาะสมกับวัยค่ะ เช่น เด็กเล็กๆ ใช้ของเล่น ภาพวาด หรือสื่อต่างๆ ช่วย เด็กโต ใช้คำพูดที่เด็กเข้าใจ อธิบายเหตุผล วัยรุ่น ให้ความสำคัญ ฟังความคิดเห็น ไม่ใช่เน้นเสียงสั่งการ”

6.3 การจัดการความขัดแย้งและสถานการณ์ยากลำบาก ผู้ให้ข้อมูลส่วนใหญ่ระบุว่าทักษะนี้เป็นจุดอ่อนที่พบมากที่สุดบัณฑิตใหม่ โดยเฉพาะเมื่อต้องเผชิญกับญาติที่โกรธหรือสถานการณ์ที่ต้องบอกข่าวร้าย รวมถึงมิติของความขัดแย้งภายในทีมงาน

“การจัดการอารมณ์เมื่อผู้ป่วยหรือญาติไม่พอใจ น้องใหม่มักจะตกใจ ไม่รู้จะทำยังไง บางคนร้องไห้เลยค่ะ การแสดงความเข้าใจและความห่วงใยอย่างสุภาพและอบอุ่น นี่ต้องฝึกมาก”

ประเด็นที่ 7: เทคโนโลยีและสารสนเทศ (Technology and Informatics)

ประเด็นนี้มีลักษณะที่น่าสนใจคือผู้ให้ข้อมูลทุกรายยอมรับว่าบัณฑิตรุ่นใหม่มีทักษะเทคโนโลยีพื้นฐานดีกว่ารุ่นพี่ แต่สิ่งที่ต้องพัฒนาเพิ่มเติมคือการใช้เทคโนโลยีอย่างมีประสิทธิภาพและมีจริยธรรม โดยมีประเด็นย่อยที่จัดหมวดหมู่ไว้ 2 หมวด ได้แก่

7.1 ความฉลาดรู้ทางเอไอและด้านสุขภาพดิจิทัล บัณฑิตใหม่มีทักษะทางเทคโนโลยีที่ดี แต่สิ่งที่ต้องการมากกว่าคือความสามารถในการนำเทคโนโลยีไปใช้อย่างมีประสิทธิภาพในบริบทวิชาชีพพยาบาล

"AI และเทคโนโลยีดิจิทัลกำลังเข้ามาในระบบสุขภาพอย่างรวดเร็ว ทั้ง Electronic Health Records ที่ซับซ้อนขึ้น AI-assisted diagnosis Telemedicine และ remote monitoring Robotics ในการช่วยงาน และ Big Data Analytics บัณฑิตพยาบาลต้องไม่กลัวเทคโนโลยี แต่ต้องเข้าใจว่ามันคือเครื่องมือ"

7.2 ความปลอดภัยของข้อมูลและจริยธรรมดิจิทัล ประเด็นนี้ถูกกล่าวถึงโดยผู้ให้ข้อมูลหลายรายโดยระบุว่าเป็นปัญหาที่เกิดขึ้นจริงในการปฏิบัติงาน โดยเฉพาะการละเมิดความเป็นส่วนตัวของผู้รับบริการผ่านสื่อสังคมออนไลน์

"ต้องรักษาความลับของข้อมูลผู้ป่วย ไม่เปิดเผยข้อมูลผู้ป่วยทาง Social Media ห้ามถ่ายรูปผู้ป่วย โพสต์ลง Facebook, Instagram, TikTok ไม่ว่ากรณีใดๆ ห้ามเล่าเรื่องผู้ป่วย แม้จะไม่บอกชื่อ ก็อาจจะระบุตัวตนได้จากบริบท เราเคยมีปัญหารื่องนี้แล้วค่ะ มีพยาบาลโพสต์ภาพผู้ป่วยลง social media โดนร้องเรียนจนถึงสภาการพยาบาล นี่เป็นเรื่องร้ายแรงมากค่ะ"

ประเด็นที่ 8: ความตระหนักรู้ทางสังคมและวัฒนธรรม (Social and Cultural Awareness)

ประเด็นนี้มีลักษณะที่หลากหลายตามบริบทสถานพยาบาล ผู้ให้ข้อมูลจากโรงพยาบาลเอกชนเน้นเรื่อง สมรรถนะเชิงวัฒนธรรมกับผู้ป่วยต่างชาติ ในขณะที่ผู้ให้ข้อมูลจากโรงพยาบาลชุมชนเน้นการเข้าใจปัจจัยทางสังคมที่มีผลต่อสุขภาพ โดยมีประเด็นย่อยที่จัดหมวดหมู่ไว้ 3 หมวด ได้แก่

8.1 การดูแลแบบองค์รวมและความรับผิดชอบต่อสังคม ผู้ให้ข้อมูลมองว่าการดูแลแบบองค์รวมและความรับผิดชอบต่อสังคมเป็นจุดที่แยกวิชาชีพพยาบาลออกจากงานบริการสุขภาพทั่วไป กล่าวคือพยาบาลต้องไม่มองผู้ป่วยเป็นเพียง "โรค" แต่ต้องมองเห็นทั้งบุคคล ครอบครัว และบริบทสังคมที่แวดล้อม

"อยากให้คิดเชิงระบบค่ะ เข้าใจว่าการดูแลผู้ป่วยคนหนึ่งเกี่ยวข้องกับหลายปัจจัย ไม่ใช่แค่โรค แต่มีปัจจัยครอบครัว สังคม เศรษฐกิจ"

8.2 สมรรถนะเชิงวัฒนธรรม ผู้ให้ข้อมูลระบุว่าบัณฑิตพยาบาลต้องมีความสามารถในการดูแลผู้ป่วยที่มีความหลากหลายทางวัฒนธรรม ศาสนา และชาติพันธุ์ได้อย่างเหมาะสม และต้องสามารถปรับแนวทางการดูแลให้สอดคล้องกับบริบทของผู้ป่วยแต่ละราย

"เคารพความแตกต่างทางวัฒนธรรม เราดูแลผู้ป่วยที่มาจากหลากหลายพื้นฐานค่ะ ทั้งชาติพันธุ์ ศาสนา ภาษา ความเชื่อ เช่น ความเชื่อทางศาสนา บางครอบครัวมีสลิมาอาจไม่กินยาบางชนิดเพราะมีส่วนประกอบจากหมู บางคนนับถือพุทธอาจต้องการพระมาเยี่ยม ความเชื่อพื้นบ้าน บางครอบครัวเชื่อเรื่องผี บางคนอาจต้องการทำพิธีกรรมบางอย่าง เราต้องเคารพและหาทางประสานให้ได้ค่ะ"

8.3 ปัจจัยทางสังคมที่มีผลต่อสุขภาพ ผู้ให้ข้อมูลมองว่าพยาบาลต้องมองพ้นจากโรคและอาการที่มองเห็นอยู่ตรงหน้าเพื่อทำความเข้าใจปัจจัยทางสังคมของผู้รับบริการที่มีผลต่อสุขภาพ ไม่ว่าจะเป็นความยากจน การศึกษา ที่อยู่อาศัย หรือระบบสนับสนุนทางสังคม

"พยาบาลต้องเข้าใจว่าปัจจัยสังคมที่ส่งผลต่อสุขภาพครับ เช่น ความยากจน การศึกษา ไม่ใช่มองแค่โรค เช่น ผู้ป่วยเบาหวานที่คุมอาหารไม่ได้ อาจไม่ใช่เพราะดื้อ แต่อาจมีปัจจัยด้านอื่น ๆ พยาบาลต้องมีความไวต่อปัจจัยทางสังคม เช่น ความยากจน การถูกละเมิด สามารถเชื่อมโยงผู้ป่วยไปยังทรัพยากรชุมชนครับ"

ประเด็นที่ 9: ความยืดหยุ่นทางอารมณ์ (Mental Resilience)

ประเด็นที่ 9 เป็นประเด็นที่ค้นพบเพิ่มเติมนอกกรอบสมรรถนะ 8 ด้านของสภาการพยาบาล ปรากฏในข้อมูลจากผู้ให้ข้อมูลทุกราย และมีความหนาแน่นของข้อมูลสูงมาก สะท้อนว่านี่คือปัญหาเร่งด่วนที่ผู้ใช้บัณฑิตทุกประเภทกำลังเผชิญอยู่ และเป็นแนวโน้มที่น่ากังวลในบัณฑิตรุ่นใหม่ โดยเฉพาะอย่างยิ่งด้านความสามารถในการจัดการอารมณ์ ซึ่งนำไปสู่ความเปราะบาง หมดไฟ และลาออกจากวิชาชีพในที่สุด โดยมีประเด็นย่อยที่จัดหมวดหมู่ไว้ 2 หมวด ได้แก่

9.1 การทนต่อความเครียดและการจัดการอารมณ์ ผู้ให้ข้อมูลสำคัญทุกรายระบุตรงกันว่างานพยาบาลมีลักษณะเฉพาะที่ก่อให้เกิดความเครียดสูงอย่างต่อเนื่อง ทั้งจากการเผชิญกับความสูญเสีย ภาวะฉุกเฉิน

และความกดดันจากปริมาณงาน โดยผู้ให้ข้อมูลหลายรายสะท้อนความเป็นห่วงว่าบัณฑิตรุ่นใหม่มีความทนทานต่อความเครียดน้อยกว่ารุ่นก่อนอย่างเห็นได้ชัด

"เด็กรุ่นใหม่เปราะบางกว่าเมื่อก่อนค่ะ ทนความเครียดได้น้อยลง เจอปัญหาหนอยก็ร้องไห้ บางคนมีปัญหาสุขภาพจิต burnout เร็วมากค่ะ อาจเป็นเพราะถูกเลี้ยงมาแบบหวงแหน overprotective แล้วพอมาเจอความจริงของโลกการทำงานก็รับไม่ได้ค่ะ"

9.2 ทักษะด้านการดูแลเยียวยาตนเองและการสมดุลการใช้ชีวิตกับการทำงาน จะช่วยเพิ่มความยืดหยุ่นทางอารมณ์จะช่วยการป้องกัน Burnout

"ต้องรู้จักดูแลสุขภาพจิตของตัวเอง self-care รู้เท่าทันความเครียด stress management รู้จักขอความช่วยเหลือเมื่อจำเป็น มีงานอดิเรก work-life balance แล้วก็ต้องเข้าใจว่าการดูแลสุขภาพจิตไม่ใช่เรื่องน่าอายค่ะถ้าเราไม่ดูแลตัวเอง เราก็ดูแลผู้ป่วยไม่ได้ค่ะ วิชาชีพจะไม่มียั่งยืนถ้าคนทำงานไม่มีความสุข ต้องมี sustainable practice ทำงานแบบที่อยู่ได้นาน ไม่เหนื่อยหมดไฟเร็ว "

ประเด็นที่ 10: ความมุ่งมั่นในวิชาชีพ (Career Commitment)

ประเด็นที่ 10 เป็นประเด็นใหม่ซึ่งค้นพบเพิ่มเติมจากกรอบเดิม สะท้อนให้เห็นวิกฤตการณ์คงอยู่ของพยาบาลที่ใช้บัณฑิตกำลังเผชิญ ปัญหา Turnover Rate และผลกระทบต่อระบบบริการสุขภาพ โดยมีประเด็นย่อยที่จัดหมวดหมู่ไว้ 3 หมวด ได้แก่

10.1 ความรักและหัวใจในวิชาชีพ แรงขับเคลื่อนที่ลึกที่สุดของพยาบาลที่ดีไม่ใช่ทักษะหรือความรู้ แต่คือใจที่รักในวิชาชีพอย่างแท้จริง ซึ่งเป็นสิ่งที่สอนได้ยากและไม่สามารถทดแทนด้วยการฝึกอบรมใดๆ

"สิ่งสำคัญที่สุดคือต้องมี 'ใจ' และ 'ความมุ่งมั่น' ค่ะ ถ้ามี 2 อย่างนี้ ส่วนอื่นสอนได้ค่ะ ต้องมีใจรักในวิชาชีพ ใจเมตตาต่อผู้ป่วย ใจเข้าใจต่อความทุกข์ของผู้อื่น ใจที่อยากช่วยเหลือสังคม เพราะถ้าไม่มี 'ใจ' ความรู้และทักษะทั้งหมดก็ไม่มี ความหมายค่ะ"

10.2 การสร้างอัตลักษณ์ทางวิชาชีพ ผู้ให้ข้อมูลระบุว่า การสร้างอัตลักษณ์ความเป็นพยาบาลวิชาชีพต้องเริ่มตั้งแต่ยังเป็นนักศึกษา ไม่ใช่รอให้เริ่มทำงานก่อนแล้วค่อยปลูกฝัง ความภาคภูมิใจในวิชาชีพและการมองเห็นคุณค่าของตนเองในฐานะวิชาชีพที่สมบูรณ์ ไม่ใช่เพียงแค่ผู้ช่วยแพทย์

"ยุคนี้พยาบาลต้องเป็นวิชาชีพที่สมบูรณ์ครับ หมายถึงมีความรับผิดชอบต่อการตัดสินใจของตนเอง ไม่ใช่แค่ทำตามคำสั่ง ไม่ใช่แค่เป็นผู้ช่วยหมอ แต่เป็น healthcare provider ที่สมบูรณ์ ความภาคภูมิใจในวิชาชีพ และวิสัยทัศน์ในการพัฒนาตนเองค่ะ มีเป้าหมายชัดเจนว่าอยากเป็นอะไร 5-10 ปีข้างหน้า มีจิตสำนึกในการพัฒนาวิชาชีพครับ รู้สึกภาคภูมิใจที่เป็นพยาบาล อยากให้วิชาชีพเราดีขึ้น"

10.3 ความตั้งใจอยู่ระยะยาวและความผูกพันกับองค์กร ประเด็นนี้เป็นสิ่งที่ผู้ให้ข้อมูลในกลุ่มผู้บริหารกล่าวถึงด้วยความกังวลอย่างลึกซึ้ง โดยระบุว่าปัญหา Turnover Rate สูงเป็นความท้าทายที่สุดของวิชาชีพพยาบาลในปัจจุบัน และเป็นปัจจัยที่ส่งผลต่อคุณภาพการดูแลผู้ป่วยในระยะยาว โดยผู้บริหารมองว่าความผูกพันกับองค์กรเริ่มต้นจากการมองเห็นคุณค่าของการทำงานในสถานะนั้น รวมถึงการผูกพันกับเพื่อนร่วมวิชาชีพในฐานะทีม ไม่ใช่เพียงการผูกพันกับองค์กรในเชิงสัญญาและรายได้

"ปัญหาที่ใหญ่ที่สุดของเราตอนนี้คือ turnover rate ที่สูงมาก พยาบาลไม่อยู่นาน ลงทุนพัฒนาไปก็สูญเสียไปแล้วก็ต้องเริ่มใหม่ตลอด การพัฒนาบุคลากรไม่ใช่เรื่องง่าย ใช้เวลา ใช้เงิน ใช้พลังงานมาก ถ้าคนที่เราลงทุนไปแล้วไม่อยู่ มันเป็นการสูญเสียครั้งใหญ่ทั้งต่อหน่วยงาน ต่อวิชาชีพ และต่อผู้ป่วยที่จะได้รับการดูแลค่ะ"

การอภิปรายผล

จากผลการวิจัยเชิงคุณภาพด้วยการสัมภาษณ์เชิงลึกกับผู้ใช้บัณฑิตพยาบาลจำนวน 10 ราย ค้นพบคุณลักษณะที่พึงประสงค์ของบัณฑิตพยาบาลจำนวน 10 ประเด็นหลัก ซึ่ง 8 ประเด็นแรกสอดคล้องกับกรอบสมรรถนะของสภาการพยาบาล (2561) และอีก 2 ประเด็นเป็นข้อค้นพบใหม่ที่อยู่นอกกรอบ ได้แก่ ความยืดหยุ่น

ทางอารมณ์ (Mental Resilience) และความมุ่งมั่นในวิชาชีพ (Career Commitment) ผู้วิจัยอภิปรายผลการวิจัยตามประเด็นที่ค้นพบ ดังต่อไปนี้

1. จริยธรรม จรรยาบรรณ และกฎหมาย ประเด็นนี้สะท้อนว่าผู้ใช้บัณฑิตมองจริยธรรมเป็นรากฐานของวิชาชีพพยาบาล ข้อค้นพบที่โดดเด่นคือผู้ใช้บัณฑิตไม่เพียงต้องการให้บัณฑิตรู้จักกฎหมาย แต่ต้องมีความกล้าหาญเชิงจริยธรรม (Moral courage) กล่าวคือกล้าตั้งคำถามเมื่อเห็นว่าคำสั่งการรักษามีผลพลาดกล่าวรายงานอุบัติการณ์โดยไม่กลัวถูกตำหนิ และยืนหยัดปกป้องสิทธิของผู้ป่วย ผลการวิจัยนี้สอดคล้องกับการทบทวนวรรณกรรมเชิงบูรณาการของ Pajakoski et al. (2021) ที่ระบุว่าความกล้าหาญเชิงจริยธรรมเป็นคุณลักษณะสำคัญที่พยาบาลต้องมีเพื่อปกป้องความปลอดภัยของผู้ป่วย โดยเฉพาะในสถานการณ์ที่ต้องเผชิญกับแรงกดดันจากลำดับชั้นอำนาจในทีมสุขภาพ และยังสอดคล้องกับผลการวิเคราะห์ห่อภิมานของ Li et al. (2024) ที่พบว่าระดับความกล้าหาญเชิงจริยธรรมของพยาบาลอยู่ในระดับปานกลางถึงสูง แต่ยังมีปัจจัยหลายประการที่ส่งผล อาทิ ระดับการศึกษา ประสบการณ์ทำงาน และการอบรมด้านจริยธรรม นอกจากนี้ ข้อค้นพบเรื่องการเคารพสิทธิและความเป็นส่วนตัวของผู้รับบริการยังสะท้อนบริบทร่วมสมัยเรื่องจริยธรรมดิจิทัล ซึ่งสอดคล้องกับพระราชบัญญัติคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคล พ.ศ. 2562 (พระราชบัญญัติคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคล, 2562) ที่กำหนดให้สถานพยาบาลต้องมีระบบคุ้มครองข้อมูลผู้ป่วยอย่างเข้มงวด ซึ่งให้เห็นว่าหลักสูตรพยาบาลจำเป็นต้องบูรณาการเรื่องจริยธรรมดิจิทัลเข้ากับหลักจริยธรรมดั้งเดิมอย่างเป็นระบบ

2. ทักษะการปฏิบัติการพยาบาล ข้อค้นพบที่สำคัญที่สุดของประเด็นนี้คือปรากฏการณ์ช่องว่างระหว่างทฤษฎีและปฏิบัติ (Theory-Practice Gap) โดยผู้ใช้ข้อมูลระบุตรงกันว่าปัญหาของบัณฑิตใหม่ ไม่สามารถนำความรู้ที่มีมาใช้ในการสภาพแวดล้อมจริงที่ซับซ้อนและกดดัน ข้อค้นพบนี้ยังสอดคล้องกับรายงานของ Kavanagh & Sharpnack (2021) ที่พบว่ามีเพียงร้อยละ 8-23 ของบัณฑิตพยาบาลจบใหม่ที่มีสมรรถนะพร้อมปฏิบัติงานในระดับที่ยอมรับได้ สะท้อนว่าวิกฤตด้านความพร้อมในการปฏิบัติงานเป็นปัญหาที่ทวีความรุนแรงขึ้น

3. คุณลักษณะเชิงวิชาชีพ ข้อค้นพบที่โดดเด่นคือคุณลักษณะเชิงวิชาชีพเป็นการผสมผสานของความรู้ ทักษะ และคุณลักษณะส่วนบุคคลอย่างเป็นองค์รวม ซึ่งสอดคล้องกับกรอบสมรรถนะหลักสำหรับการศึกษาระดับวิชาชีพพยาบาลของ AACN (2021) ที่เน้นการบูรณาการโดเมนสมรรถนะทั้งด้านความรู้ ทักษะ และเจตคติไว้อย่างเป็นระบบ สำหรับข้อค้นพบเรื่อง Growth Mindset นั้น สะท้อนบริบทของระบบสุขภาพที่เปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็ว ซึ่งต้องการพยาบาลที่ไม่หยุดพัฒนาตนเอง ซึ่ง Kavanagh & Sharpnack (2021) ชี้ว่าการเปลี่ยนผ่านจากระดับมือใหม่ต้องอาศัยระบบสนับสนุนที่เป็นระบบ

4. ภาวะผู้นำ การจัดการ และการพัฒนาคุณภาพ ข้อค้นพบที่น่าสนใจคือผู้ใช้ข้อมูลนิยามภาวะผู้นำสำหรับบัณฑิตใหม่ว่าเป็น ภาวะผู้นำตนเอง (Self-Leadership) ไม่ใช่ภาวะผู้นำเชิงบริหาร สอดคล้องกับการศึกษาของ Prinsloo (2024) ที่พบว่าพยาบาลใช้ภาวะผู้นำตนเองในการรับมือกับสถานการณ์ที่ท้าทาย เช่น การเสื่อมถอยของอาการผู้ป่วย โดยอาศัยการสังเกตตนเอง การตั้งเป้าหมาย และการให้ข้อมูลย้อนกลับแก่ตนเอง สำหรับข้อค้นพบเรื่องการจัดลำดับความสำคัญที่ผู้ใช้ข้อมูลระบุว่าเป็นจุดอ่อนที่อันตรายที่สุดนั้น สะท้อนปัญหาที่ Benner (1984) อธิบายไว้ว่าผู้ปฏิบัติในระดับ Advanced Beginner ยังไม่สามารถแยกแยะสิ่งที่สำคัญออกจากสิ่งที่ไม่สำคัญได้อย่างมีประสิทธิภาพ เนื่องจากขาดประสบการณ์ที่จะช่วยให้ตัดสินใจได้รวดเร็ว และในส่วนของข้อค้นพบเรื่องวัฒนธรรมความปลอดภัย (Safety Culture) ที่ต้องการให้บัณฑิตมองการรายงานความเสี่ยงว่าเป็นการเรียนรู้ไม่ใช่การตำหนิความผิด สอดคล้องกับแนวคิด Just Culture ขององค์การอนามัยโลก (WHO, 2021) ที่ส่งเสริมวัฒนธรรมความปลอดภัยในระบบบริการสุขภาพ

5. วิชาการและการวิจัย ข้อค้นพบที่โดดเด่นคือฉันทามติร่วมกันอย่างชัดเจนว่าผู้ใช้บัณฑิตไม่คาดหวังให้บัณฑิตระดับปริญญาตรีเป็นนักวิจัยแต่ต้องสามารถใช้งานวิจัยในการตัดสินใจทางคลินิกได้ ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิด Evidence-Based Practice (EBP) ของ Melnyk & Fineout-Overholt (2019) ที่เน้นการบูรณาการหลักฐานเชิงประจักษ์ที่ดีที่สุดเข้ากับความรู้ทางคลินิกและค่านิยมของผู้ป่วย สำหรับข้อค้นพบเรื่องทักษะการรู้สารสนเทศที่พบว่าบัณฑิตใหม่ค้นหาข้อมูลได้ดีแต่ขาดการกลั่นกรองนั้น สะท้อนปัญหาที่

สำคัญในยุคที่ข้อมูลท่วมท้น โดยเฉพาะเมื่อมีเครื่องมือสืบค้นที่ง่ายดาย แต่คุณภาพของข้อมูลที่ได้มายังคงแตกต่างกันมาก ซึ่งให้เห็นว่าหลักสูตรต้องเน้นทักษะ Critical Appraisal ควบคู่กับทักษะการสืบค้น

6. การสื่อสารและสัมพันธภาพ ผลการวิจัยพบว่าผู้ใช้บัณฑิตทุกรายมองทักษะการสื่อสารเป็นหัวใจของวิชาชีพพยาบาล ข้อค้นพบนี้สอดคล้องกับการศึกษาของ Lee & Jang (2023) ที่พบว่าการสื่อสารที่ดีระหว่างพยาบาลกับทีมสุขภาพมีผลโดยตรงต่อวัฒนธรรมความปลอดภัยของผู้ป่วย โดยความเป็นวิชาชีพสภาพแวดล้อมในการทำงาน และคุณภาพการสื่อสารเป็นปัจจัยทำนายที่สำคัญ สำหรับข้อค้นพบเรื่องการจัดการความขัดแย้งที่เป็นจุดอ่อนที่พบมากที่สุดในบัณฑิตใหม่ สะท้อนว่าหลักสูตรอาจยังไม่ได้เตรียมนักศึกษาให้พร้อมเผชิญกับสถานการณ์ยากลำบากทางอารมณ์อย่างเพียงพอ ซึ่งสอดคล้องกับข้อเสนอของ Kavanagh & Sharpnack (2021) ที่เน้นว่านักศึกษาต้องได้รับโอกาสในการฝึกปฏิบัติทักษะที่เรียนรู้ในห้องเรียนในสถานการณ์คลินิกจริงที่ซับซ้อนมากขึ้น

7. เทคโนโลยีและสารสนเทศ ข้อค้นพบที่น่าสนใจคือผู้ให้ข้อมูลยอมรับว่าบัณฑิตรุ่นใหม่มีทักษะเทคโนโลยีพื้นฐานที่ดีแต่สิ่งที่ต้องพัฒนาเพิ่มเติมคือการใช้เทคโนโลยีอย่างมีจริยธรรมและมีวิจารณญาณ โดยเฉพาะประเด็นเรื่องการละเมิดความเป็นส่วนตัวของผู้ป่วยผ่านสื่อสังคมออนไลน์ ซึ่งเป็นปัญหาที่เกิดขึ้นจริงในการปฏิบัติงาน ข้อค้นพบนี้สอดคล้องกับการศึกษาของ Booth et al. (2021) ที่พบว่าการใช้สื่อสังคมออนไลน์อย่างไม่เหมาะสมโดยพยาบาลเป็นปัญหาที่เพิ่มขึ้นทั่วโลกและอาจนำไปสู่การถูกลงโทษทางวิชาชีพ สำหรับข้อค้นพบเรื่อง AI and Digital Health Literacy ซึ่งเห็นว่าพยาบาลต้องสามารถทำงานร่วมกับเทคโนโลยีปัญญาประดิษฐ์ได้อย่างมีประสิทธิภาพ ทั้ง Electronic Health Records ที่ซับซ้อนขึ้น Telehealth และ Remote Monitoring ซึ่งสอดคล้องกับกรอบ Digital Health Competency ของ WHO (2021) ที่กำหนดให้บุคลากรสุขภาพทุกระดับต้องมีสมรรถนะด้านสุขภาพดิจิทัล

8. ความตระหนักทางสังคมและวัฒนธรรม ผลการวิจัยพบว่าประเด็นนี้มีลักษณะหลากหลายตามบริบทสถานพยาบาล ข้อค้นพบเรื่องการดูแลแบบองค์รวมที่พยาบาลต้องไม่มองผู้ป่วยเป็นเพียงโรคแต่ควรมองให้ครอบคลุมทั้งครอบครัวและสังคม สอดคล้องกับมาตรฐานการพยาบาลแบบองค์รวมที่เน้นการดูแลมนุษย์ทั้งกาย จิต สังคม และจิตวิญญาณตามแนวคิดดั้งเดิมของ Watson (2008) ที่เน้นการดูแลมนุษย์ทั้งกาย จิต สังคม และจิตวิญญาณ สำหรับข้อค้นพบเรื่องสมรรถนะเชิงวัฒนธรรมที่ผู้ให้ข้อมูลเน้นการเคารพความแตกต่างทางวัฒนธรรม ศาสนา และชาติพันธุ์ สอดคล้องกับการทบทวนวรรณกรรมของ Červený et al. (2022) ที่สรุปว่าสมรรถนะเชิงวัฒนธรรมเป็นกระบวนการต่อเนื่องที่ต้องพัฒนาผ่านการฝึกอบรมอย่างเป็นระบบ ทั้งแบบเผชิญหน้าและการจำลองสถานการณ์ ในส่วนของข้อค้นพบเรื่องปัจจัยทางสังคมที่มีผลต่อสุขภาพ (Social Determinants of Health) สะท้อนให้เห็นว่าผู้ใช้บัณฑิตต้องการพยาบาลที่มองพ้นจากตัวโรค ซึ่งสอดคล้องกับกรอบปฏิบัติการติดตามปัจจัยทางสังคมที่กำหนดความเป็นธรรมด้านสุขภาพขององค์การอนามัยโลก (WHO, 2024) ที่ชี้ว่าปัจจัยทางสังคม เศรษฐกิจ และสิ่งแวดล้อมมีอิทธิพลต่อสุขภาพมากกว่าการรักษาทางการแพทย์เพียงอย่างเดียว และเรียกร้องให้บุคลากรสุขภาพบูรณาการมุมมองปัจจัยทางสังคมเข้ากับการดูแลผู้ป่วย

9. ความยืดหยุ่นทางอารมณ์ (Mental Resilience) ประเด็นนี้เป็นข้อค้นพบใหม่ สะท้อนว่านี่คือปัญหาเร่งด่วนที่ผู้ใช้บัณฑิตกำลังเผชิญ ข้อค้นพบที่ผู้ให้ข้อมูลสะท้อนว่า "เด็กรุ่นใหม่เปราะบางกว่าเมื่อก่อน" เนื่องจากผู้ให้ข้อมูลสำคัญในการวิจัยนี้เป็นพยาบาลระดับหัวหน้า/รองหัวหน้าหอผู้ป่วยและพยาบาลอาวุโส อายุ 30–52 ปี ในขณะที่บัณฑิตจบใหม่ที่เติบโตในบริบททางสังคม เศรษฐกิจ และเทคโนโลยีที่แตกต่าง ความแตกต่างของค่านิยม รูปแบบการทำงาน และความคาดหวังต่อสมดุลชีวิตกับงานระหว่างรุ่น สอดคล้องกับการศึกษาของ Stevanin et al. (2018) ที่พบว่าพยาบาล Generation Y มีความทนทานต่อความเครียดน้อยกว่ารุ่นก่อนและเสี่ยงต่อภาวะหมดไฟมากกว่า ข้อค้นพบนี้ยังสอดคล้องกับ Meta-synthesis ของ Randall et al. (2023) ที่สังเคราะห์งานวิจัยเชิงคุณภาพเกี่ยวกับ Resilience ในพยาบาลจบใหม่ และพบว่า Resilience สามารถพัฒนาได้ตลอดช่วงเปลี่ยนผ่าน แต่ต้องอาศัยทั้งปัจจัยภายในตัวบุคคลและปัจจัยสนับสนุนจากองค์กร และการศึกษาของ Dwyer et al. (2019) ยังพบว่า Psychological capital ซึ่งประกอบด้วย Self-Efficacy,

Optimism, Hope และ Resilience มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับการรับรู้การเสริมพลังเชิงโครงสร้างและคุณภาพความสัมพันธ์ในที่ทำงาน ส่งผลให้ลดภาวะหมดไฟและลดความตั้งใจลาออก

10. ความมุ่งมั่นในวิชาชีพ (Career commitment) ประเด็นนี้เป็นข้อค้นพบใหม่อีกประเด็นหนึ่งที่สะท้อนวิกฤตการคงอยู่ของพยาบาลที่ผู้ใช้บัณฑิตกำลังเผชิญ โดยผู้ให้ข้อมูลในกลุ่มผู้บริหารกล่าวถึงปัญหา Turnover Rate สูงด้วยความกังวลอย่างลึกซึ้ง ข้อค้นพบนี้สอดคล้องกับรายงานของ International Council of Nurses (2022) ที่ระบุว่าอัตราการลาออกของพยาบาลจบใหม่ทั่วโลกอยู่ระหว่างร้อยละ 25 ถึง 70 และเป็นปัจจัยที่ซ้ำเติมวิกฤตการขาดแคลนพยาบาลทั่วโลก โดยจากการศึกษาของ Yu & Lee (2018) พบว่าความยืดหยุ่นทางอารมณ์และอัตลักษณ์ทางวิชาชีพ มีความสัมพันธ์เชิงลบกับความตั้งใจลาออก กล่าวคือพยาบาลที่มีความยืดหยุ่นทางอารมณ์สูงและมีอัตลักษณ์วิชาชีพที่ชัดเจนมีแนวโน้มที่จะคงอยู่ในวิชาชีพมากกว่า ซึ่งอัตลักษณ์วิชาชีพเป็นกระบวนการต่อเนื่องที่ต้องปลูกฝังตั้งแต่เป็นนักศึกษาพยาบาล

เมื่อพิจารณาผลการวิจัยในภาพรวม ข้อค้นพบ 10 ประเด็นสะท้อนให้เห็น 3 มิติสำคัญ ประการแรก กรอบสมรรถนะ 8 ด้านของสภาการพยาบาลยังคงมีความสอดคล้องกับความต้องการของผู้ใช้บัณฑิต แสดงว่ากรอบดังกล่าวยังคงมีความเหมาะสมในการเป็นแนวทางหลักสำหรับการจัดการศึกษาพยาบาล ประการที่สอง การค้นพบ 2 ประเด็นใหม่นอกกรอบ คือ ความยืดหยุ่นทางอารมณ์ และความมุ่งมั่นในวิชาชีพ ซึ่งให้เห็นว่ากรอบสมรรถนะที่มีอยู่อาจยังไม่ครอบคลุมมิติด้านจิตใจและแรงจูงใจภายในที่เป็นปัจจัยสำคัญต่อการคงอยู่ในวิชาชีพ ซึ่งเป็นประเด็นที่ทวีความสำคัญในบริบทปัจจุบันที่พยาบาลเผชิญกับความเครียดสูงและมีทางเลือกในอาชีพมากขึ้น ประการที่สาม ข้อค้นพบทั้ง 10 ประเด็นมีความเชื่อมโยงกันเป็นระบบ ไม่ใช่สมรรถนะที่แยกขาดจากกัน นอกจากนี้ข้อค้นพบเหล่านี้สามารถใช้เป็นสารสนเทศจากผู้มีส่วนได้ส่วนเสียภายนอกในการกำหนดผลลัพธ์การเรียนรู้ระดับหลักสูตร (PLOs) ตามหลักการจัดวางให้สอดคล้องเชิงโครงสร้าง (Constructive Alignment) ซึ่งสอดคล้องกับเจตนารมณ์ของ AUN-QA v4.0 ที่เน้นการออกแบบหลักสูตรจากความต้องการของผู้ใช้บัณฑิตและตลาดแรงงาน

ข้อจำกัดในการวิจัย

1. การใช้สูตรตัวอย่างแบบจำเพาะเจาะจงทำให้ผู้ให้ข้อมูลส่วนใหญ่อยู่ในจังหวัดภาคเหนือตอนล่าง ซึ่งอาจไม่ครอบคลุมมุมมองจากบริบทอื่น เช่น เขตกรุงเทพมหานครทั้งหมด ภาคใต้ หรือพื้นที่ชายแดน
2. จำนวนผู้ให้ข้อมูล 10 รายในงานวิจัยเชิงคุณภาพนี้เหมาะสมสำหรับการสร้างประเด็น แต่ยังไม่สามารถสรุปอ้างอิงไปยังประชากรกลุ่มใหญ่ เพื่อสะท้อนความต้องการของผู้ใช้บัณฑิตพยาบาล

การนำผลการวิจัยไปใช้

ผลการวิจัยครั้งนี้สามารถนำไปใช้ประโยชน์ได้หลายมิติ ทั้งในระดับหลักสูตร ระดับสถาบัน และระดับสถานพยาบาล ดังนี้

1. ในระดับหลักสูตร สถาบันการศึกษาพยาบาลควรนำผลการวิจัยไปใช้เป็นฐานข้อมูลจากผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในการทบทวนและกำหนด PLOs ตามเกณฑ์ AUN-QA ให้ครอบคลุมทั้ง 10 ประเด็นที่ค้นพบ โดยเฉพาะอย่างยิ่งควรเพิ่มเติมประเด็นความยืดหยุ่นทางอารมณ์และความมุ่งมั่นในวิชาชีพ โดยอาจบรรจุกิจกรรมการเรียนรู้ที่เน้นการพัฒนา Emotional Intelligence, Mindfulness, Reflective Practice และ Self-care ไว้ในหลักสูตรอย่างเป็นระบบ
2. ในด้านการจัดการเรียนการสอน หลักสูตรควรเพิ่มสัดส่วนการเรียนรู้แบบ Simulation-Based Learning ที่จำลองสถานการณ์จริงที่ซับซ้อน เพื่อลดช่องว่างระหว่างทฤษฎีกับการปฏิบัติ ที่ผู้ใช้บัณฑิตทุกรายสะท้อนอย่างชัดเจน รวมถึงจัดให้นักศึกษาได้ฝึกปฏิบัติในโรงพยาบาลชุมชนเพิ่มมากขึ้น เพื่อให้เห็นบริบทที่หลากหลายและเข้าใจข้อจำกัดของการปฏิบัติงานจริง นอกจากนี้ควรบรรจุเนื้อหา Digital Health Literacy จริยธรรมดิจิทัล และการทำงานร่วมกับ AI ในระบบสุขภาพ เพื่อเตรียมบัณฑิตให้พร้อมสำหรับบริบทการทำงานในยุคดิจิทัล

3. ในระดับสถานพยาบาล ผู้บริหารทางการพยาบาลสามารถนำประเด็นทั้ง 10 ประเด็นไปใช้เป็นแนวทางในการออกแบบโปรแกรมปฐมนิเทศ และโปรแกรมพัฒนาศักยภาพพยาบาลจบใหม่ ที่ตรงกับความต้องการของหน่วยงาน รวมถึงใช้เป็นกรอบในการประเมินสมรรถนะบัณฑิตพยาบาลอย่างรอบด้าน

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรขยายขอบเขตพื้นที่เก็บข้อมูลให้ครอบคลุมบริบทที่หลากหลาย เช่น เขตกรุงเทพมหานคร ภาคใต้ หรือพื้นที่ชายแดน เพื่อให้ได้ข้อค้นพบที่สะท้อนภาพรวมระดับประเทศ
2. ควรนำผลการวิจัยเชิงคุณภาพครั้งนี้ไปต่อยอดเป็นการวิจัยเชิงปริมาณกับผู้ใช้บัณฑิตจำนวนมากขึ้น เพื่อให้สามารถสรุปอ้างอิงไปยังประชากรกลุ่มใหญ่และจัดลำดับความสำคัญของคุณลักษณะที่พึงประสงค์แต่ละด้านด้วยข้อมูลเชิงสถิติได้

รายการอ้างอิง

- พระราชบัญญัติคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคล พ.ศ. 2562. (2562, 27 พฤษภาคม). ราชกิจจานุเบกษา, 136(69 ก), 52–95. <https://ratchakitcha.soc.go.th/documents/17082307.pdf>
- สภาการพยาบาล. (2561). ประกาศสภาการพยาบาล เรื่อง สมรรถนะหลักของผู้สำเร็จการศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต. <https://www.tnmc.or.th/images/userfiles/files/004.pdf>
- American Association of Colleges of Nursing. (2021). *The Essentials: Core competencies for professional nursing education*. AACN.
- ASEAN University Network. (2020). *The guide to AUN-QA assessment at programme level version 4.0*. ASEAN University Network.
- Benner, P. (1984). *From novice to expert: Excellence and power in clinical nursing practice*. Addison-Wesley.
- Booth, R. G., Strudwick, G., McBride, S., O'Connor, S., & Solano López, A. L. (2021). How the nursing profession should adapt for a digital future. *The BMJ*, 373, n1190. <https://doi.org/10.1136/bmj.n1190>
- Červený, M., Kratochvilová, I., Hellerová, V., & Tóthová, V. (2022). Methods of increasing cultural competence in nurses working in clinical practice: A scoping review of literature 2011–2021. *Frontiers in Psychology*, 13, Article 936181.
- Dwyer, P. A., Hunter Revell, S. M., Sethares, K. A., & Ayotte, B. J. (2019). The influence of psychological capital, authentic leadership in preceptors, and structural empowerment on new graduate nurse burnout and turnover intent. *Applied Nursing Research*, 48, 37–44. <https://doi.org/10.1016/j.apnr.2019.04.005>
- International Council of Nurses. (2022). The global nursing shortage and nurse retention (ICN Policy Brief). <https://www.icn.ch/>
- Kavanagh, J. M., & Sharpnack, P. A. (2021). Crisis in competency: A defining moment in nursing education. *Online Journal of Issues in Nursing*, 26(1), Manuscript 2.
- Lee, W., & Jang, I. (2023). Effect of nurses' professionalism, work environment, and communication with health professionals on patient safety culture. *Journal of Nursing Management*, 2023, Article 1591128.

- Li, H., Guo, J., Ren, Z., Bai, D., Yang, J., Wang, W., Fu, H., Yang, Q., Hou, C., & Gao, J. (2024). Moral courage level of nurses: A systematic review and meta-analysis. *BMC Nursing*, 23, Article 549.
- Melnyk, B. M., & Fineout-Overholt, E. (2019). *Evidence-based practice in nursing & healthcare: A guide to best practice* (4th ed.). Wolters Kluwer.
- Pajakoski, E., Rannikko, S., Leino-Kilpi, H., & Numminen, O. (2021). Moral courage in nursing – An integrative literature review. *Nursing & Health Sciences*, 23(3), 570–585.
- Prinsloo, C. (2024). Nurses' self-leadership in the face of challenging situations, such as patient deterioration. *SAGE Open Nursing*, 10, 1–11.
- Randall, D. C., De Gagne, J. C., Lee, E., Slack, J., Lee, Y., & Ledbetter, L. (2023). The experience of resilience in newly graduated nurses: A qualitative metasynthesis. *Nurse Education in Practice*, 71, 103713. <https://doi.org/10.1016/j.nepr.2023.103681>
- Singh, B. A., et al. (2024). Barriers and solutions to the gap between theory and practice in nursing services: A systematic review of qualitative evidence. *Nursing Forum*, 2024, Article 7522900
- Stevanin, S., Palese, A., Bressan, V., Vehviläinen-Julkunen, K., & Kvist, T. (2018). Workplace-related generational characteristics of nurses: A mixed-method systematic review. *Journal of Advanced Nursing*, 74(6), 1245–1263. <https://doi.org/10.1111/jan.13538>
- Watson, J. (2008). *Nursing: The philosophy and science of caring* (Rev. ed.). University Press of Colorado.
- World Health Organization. (2020). *State of the world's nursing 2020: Investing in education, jobs and leadership*. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240003279>
- World Health Organization. (2021). *Global patient safety action plan 2021–2030: Towards eliminating avoidable harm in health care*. <https://www.who.int/teams/integrated-health-services/patient-safety/policy/global-patient-safety-action-plan>
- World Health Organization. (2024). *Operational framework for monitoring social determinants of health equity*. WHO.
- Yu, M., & Lee, H. (2018). Impact of resilience and job involvement on turnover intention of new graduate nurses using structural equation modeling. *Japan Journal of Nursing Science*, 15(4), 351–362. <https://doi.org/10.1111/jjns.12210>

ผลของโปรแกรมการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพต่อความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรม การดูแลตนเองของเด็กวัยเรียนโรคไตเนโฟรติก

Effects of the Health Literacy Program on Health Literacy and Self-Care Behaviors of School-aged Children with Nephrotic Syndrome

เบญจวรรณ ช่วยแก้ว, เพ็ญญา เพ็ชรเล็ก* และอัคริย์ พิชัยรัตน์

Benjawan Chuaykaew, Pennapa Petchlek,* and Aussaree Pichairat

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ตรัง คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก

Boromarajonani College of Nursing, Trang, Faculty of Nursing, Praboromrajchanok Institute

(Received: April 17, 2026, Revised: July 13, 2026, Accepted: August 22, 2026)

บทคัดย่อ

การวิจัยกึ่งทดลองนี้ ชนิด 2 กลุ่ม วัดก่อนและหลังการทดลอง มีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมดูแลตนเองของเด็กวัยเรียนโรคไตเนโฟรติกของกลุ่มทดลองก่อนและหลังการได้รับโปรแกรมการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพ กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยเด็กวัยเรียนโรคไตเนโฟรติกทั้งเพศชายและหญิงที่รับการรักษาในโรงพยาบาลศูนย์ตรัง จังหวัดตรัง จำนวน 42 คน เป็นกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 21 คน สุ่มกลุ่มตัวอย่างด้วยการสุ่มอย่างง่าย และควบคุมความเหมือนในเรื่อง เพศ อายุ ระดับชั้นการศึกษา และระยะเวลาการเจ็บป่วยด้วยโรคไตเนโฟรติก กลุ่มควบคุมได้รับการให้สุขศึกษาเกี่ยวกับรู้เท่าทันโรคไตเนโฟรติก กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพ จำนวน 8 สัปดาห์ เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลมี 3 ส่วน คือแบบสอบถามข้อมูลทั่วไป แบบสอบถามความรู้ด้านสุขภาพ และแบบสอบถามพฤติกรรมดูแลตนเองของเด็กวัยเรียนโรคไตเนโฟรติก ผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา โดยแบบสอบถามความรู้ด้านสุขภาพ มีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟา เท่ากับ .80 และแบบสอบถามพฤติกรรมดูแลตนเองของเด็กวัยเรียนโรคไตเนโฟรติกมีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟา เท่ากับ .82 ตามลำดับ การวิเคราะห์ข้อมูลใช้ค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และ Paired t-test

ผลการวิจัยพบว่าหลังได้รับโปรแกรมการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพ ค่าเฉลี่ยความรู้ด้านสุขภาพของกลุ่มทดลอง ($M = 112.19$, $SD = 4.73$) สูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมฯ ($M = 105.90$, $SD = 3.61$) และสูงกว่ากลุ่มควบคุม ($M = 81.66$, $SD = 3.18$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ส่วนค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมดูแลตนเองของเด็กวัยเรียนโรคไตเนโฟรติกของกลุ่มทดลองหลังได้รับโปรแกรม ($M = 67.28$, $SD = 2.98$) สูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมฯ ($M = 61.57$, $SD = 3.48$) และสูงกว่ากลุ่มควบคุม ($M = 56.95$, $SD = 2.95$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 เช่นกัน โปรแกรมการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพสามารถส่งเสริมความรู้และพฤติกรรมดูแลตนเองของเด็กวัยเรียนโรคไตเนโฟรติกได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$)

ผลลัพธ์นี้ ควรนำโปรแกรมนี้นามาประยุกต์ใช้กับเด็กวัยเรียนโรคไตเนโฟรติก และผู้ปกครองเพื่อส่งเสริมพฤติกรรมดูแลตนเองของเด็กวัยเรียนโรคไตเนโฟรติก และสร้างแรงจูงใจให้เด็กวัยเรียนโรคไตเนโฟรติกสามารถดูแลตนเองได้อย่างต่อเนื่อง ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน และมีสุขภาพที่ดีต่อไป

คำสำคัญ: ความรู้ด้านสุขภาพ, พฤติกรรมดูแลตนเอง, เด็กวัยเรียนโรคไตเนโฟรติก

*ผู้ให้การติดต่อ (Corresponding e-mail: pennapape@bcnt.ac.th)

Abstract

This quasi-experimental study, using a two-group pretest-posttest design, aimed to compare the mean scores of health literacy and self-care behaviors of school-aged children with nephrotic syndrome in the experimental group before and after receiving a health literacy promotion program. The sample consisted of school-aged children of both sexes with nephrotic syndrome receiving treatment at Trang Hospital, Trang Province, comprising 42 participants in the experimental group and 21 in the control group. Participants were randomly assigned using simple random sampling, with matching controlled for sex, age, educational level, and duration of illness with nephrotic syndrome. The control group received standard health education on nephrotic syndrome awareness, while the experimental group received the 8-week health literacy promotion program. Data were collected using a three-part instrument: a general information questionnaire, a health literacy questionnaire, and a self-care behavior questionnaire for school-aged children with nephrotic syndrome. All instruments were verified for content validity; the health literacy questionnaire had a Cronbach's alpha of .80, and the self-care behavior questionnaire had a Cronbach's alpha of .82. Data were analyzed using frequency, percentage, mean, standard deviation, and paired t-test.

The results showed that after receiving the health literacy promotion program, the experimental group's mean health literacy score ($M = 112.19$, $SD = 4.73$) was significantly higher than before the program ($M = 105.90$, $SD = 3.61$) and significantly higher than the control group ($M = 81.66$, $SD = 3.18$), at the .05 level. Similarly, the experimental group's mean self-care behavior score after the program ($M = 67.28$, $SD = 2.98$) was significantly higher than before the program ($M = 61.57$, $SD = 3.48$) and significantly higher than the control group ($M = 56.95$, $SD = 2.95$), at the .05 level. The health literacy promotion program significantly improved both health literacy and self-care behaviors among school-aged children with nephrotic syndrome ($p < .05$).

Based on these findings, this program should be applied to school-aged children with nephrotic syndrome and their parents to promote self-care behaviors, and to motivate school-aged children with nephrotic syndrome to sustain continuous self-care, thereby preventing complications and promoting long-term good health.

Keywords: Health Literacy, Self-Care Behaviors, School-Aged Children with Nephrotic Syndrome

บทนำ

โรคไตเนโฟรติก (Nephrotic Syndrome) เป็นโรคไตเรื้อรังที่พบได้บ่อยในเด็ก ในทวีปอเมริกาและยุโรป พบเด็กกลุ่มอาการโรคไตเนโฟรติกประมาณ 1-7 คนต่อเด็ก 100,000 คน และความชุกพบได้สูงสุด 16 คนต่อเด็ก 100,000 คน (Davies & Rutjes, 2011) ประเทศไทยพบอัตราอุบัติการณ์ของโรคไตเนโฟรติกชนิดปฐมภูมิ (Primary Nephrotic Syndrome) อยู่ที่ประมาณ 2 ถึง 7 ราย ต่อประชากรเด็ก 100,000 คนต่อปี โดยในเด็กมักเป็นชนิด Minimal Change Disease (MCD) ซึ่งตอบสนองต่อยากลุ่มสเตียรอยด์ได้ดี (สมาคมโรคไตเด็กแห่งประเทศไทย, 2563) สำหรับผู้ป่วยเด็กโรคไตเนโฟรติกที่ได้รับการตรวจรักษาที่โรงพยาบาลศูนย์ตรัง จังหวัดตรัง พ.ศ. 2565 และ พ.ศ. 2566 จำนวน 78 และ 100 คน ตามลำดับ พบในกลุ่มเด็กวัยเรียนอายุระหว่าง 8-12 ปี มากที่สุด กลุ่มอาการของโรคนี้เกิดจากความเสียหายบริเวณโกลเมอรูลาร์ ส่งผลให้มีลักษณะเด่น 4 ประการ คือ มีโปรตีนรั่วออกมาในปัสสาวะจำนวนมาก มีระดับอัลบูมินในเลือดต่ำ มีอาการบวมกดบวม และมีไขมันในเลือดสูง หากไม่ได้รับการดูแลที่เหมาะสมอย่างต่อเนื่อง อาจนำไปสู่ภาวะแทรกซ้อน เช่น การติดเชื้อได้ง่ายเนื่องจากภูมิคุ้มกันต่ำ หรืออาจเกิดภาวะไตวายได้ในที่สุด สาเหตุของโรคไตในเด็กมีความแตกต่างกันตามช่วงอายุ โดยในเด็กเล็กมักเกิดจากความผิดปกติแต่กำเนิดของโครงสร้างไตหรือระบบทางเดินปัสสาวะ ส่วนในเด็กโตมักมีสาเหตุมาจากภาวะไตอักเสบหลังการติดเชื้อแบคทีเรียหรือโรคเอสแอลอี (SLE) การรักษาโรคนี้จำเป็นต้องใช้ยาสเตียรอยด์เป็นเวลานาน ซึ่งส่งผลข้างเคียงต่อร่างกาย เช่น ทำให้มีใบหน้ากลม (moon face) และยังมีผลกระทบต่อสภาพจิตใจและสถานะทางการเงินของครอบครัว เนื่องจากเป็นโรคเรื้อรังที่ต้องอาศัยการดูแลรักษาที่ยาวนาน และต่อเนื่อง (พรทิพย์ ศิริบุรณพิพัฒน์, 2565).

พฤติกรรม การดูแลตนเองด้านสุขภาพที่ไม่เหมาะสมของเด็กวัยเรียนเป็นปัจจัยหลักที่ทำให้โรคไตเนโฟรติกกำเริบ เช่น การรับประทานอาหารเค็ม อาหารไขมันสูง และจากการวิจัยเกี่ยวกับพฤติกรรม การรับประทาน อาหาร ของเด็กวัยเรียนกลุ่มอาการเนโฟรติก พบว่าอาหารที่รับประทานในโรงเรียนเป็นประเภทอาหารจานเดียว ร้อยละ 72.72 กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมรับประทานอาหารโดยรวมในระดับสูง โดยพบว่า ด้านการเลือกชนิดอาหาร และด้านการหลีกเลี่ยงอาหารที่ไม่ควรรับประทานอยู่ในระดับสูง ด้านการรับประทานอาหารที่เหมาะสมอยู่ในระดับปานกลาง นอกจากนี้ อิทธิพลจากครอบครัวและกลุ่มเพื่อนมีผลอย่างมากต่อการเลือกรับประทานอาหารของเด็ก (กองส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย, 2561) หากเด็กวัยเรียนและครอบครัวขาดความรู้ และความเข้าใจในเรื่องการรับประทานอาหารและผลข้างเคียงของยาสเตียรอยด์ เช่น ภาวะใบหน้ากลม (moon face) อาจทำให้เกิดปัญหาทางด้านจิตใจและการปฏิบัติตัวที่ไม่ถูกต้องตามมา (สมรัตน์ แดงสกุลและคณะ, 2558)

แนวคิดทฤษฎีความรู้ด้านสุขภาพ (Health Literacy) ของ Nutbeam (2008) เป็นการสร้างและพัฒนาขีดความสามารถระดับบุคคลในการดำรงรักษาสุขภาพตนเองอย่างยั่งยืน มีการขึ้นาระบบสุขภาพที่สอดคล้องกับปัญหาและความต้องการของประชาชน มีการแลกเปลี่ยนข้อมูลสุขภาพของตนเองร่วมกับผู้ให้บริการ และสามารถคาดการณ์ความเสี่ยงด้านสุขภาพที่อาจเกิดขึ้นได้ รวมทั้งกำหนดเป้าประสงค์ในการดูแลสุขภาพตนเอง โดยเฉพาะอย่างยิ่งการจัดการโรคเรื้อรังที่กำลังเป็นปัญหาระดับโลก ความรอบรู้ด้านสุขภาพมีองค์ประกอบ 6 ด้าน ดังนี้ 1) ความรู้ความเข้าใจทางสุขภาพ 2) การเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ 3) การสื่อสารเพื่อเพิ่มความเชี่ยวชาญสุขภาพ 4) การจัดการเงื่อนไขทางสุขภาพของตนเอง 5) การรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศ 6) การตัดสินใจเลือกปฏิบัติ ที่ถูกต้อง (พิทยา ไพบูลย์ศิริ, 2561) ความรอบรู้ด้านสุขภาพแบ่งออกเป็น 3 ระดับ ได้แก่ ระดับที่ 1 ความรอบรู้ด้านสุขภาพขั้นพื้นฐาน (Basic/ functional literacy) ระดับที่ 2 ความรอบรู้ด้านสุขภาพขั้นปฏิสัมพันธ์ (Communicative/ interactive literacy) และระดับที่ 3 ความรอบรู้ด้านสุขภาพขั้นวิจารณ์ญาณ (Critical literacy) ผู้ป่วยที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพต่ำ จะมีความสามารถป้องกันและดูแลสุขภาพน้อยกว่า สถานะทางสุขภาพโดยรวมน้อยกว่า ทำให้เกิดโรคเรื้อรังเพิ่มขึ้น และค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพเพิ่มขึ้น (Department of Health, 2018) อาจกล่าวได้ว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพ เป็นเครื่องมือสำคัญที่จะช่วยดูแล

ผู้ป่วยโรคเรื้อรังได้ดี เนื่องจากโรคเรื้อรังเป็นโรคที่แพทย์ไม่ได้อยู่กับผู้ป่วยตลอดเวลา ทฤษฎีความรู้ด้านสุขภาพ ไม่ได้มุ่งเน้นให้ผู้ป่วย "รู้" ว่าเป็นโรคอะไร แต่เน้นพัฒนาทักษะ 3 ระดับที่จำเป็นต่อการใช้ชีวิตประจำวัน เช่นเดียวกับเด็กวัยเรียนโรคไตเนโฟรติก ซึ่งเป็นโรคเรื้อรังสามารถใช้ทฤษฎีความรู้ด้านสุขภาพในการดูแลตนเอง เข้าใจสาเหตุการเจ็บป่วย เข้าถึง ตัดสินใจเลือกปฏิบัติ และนำไปสู่การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมด้วยความเต็มใจ เพื่อส่งเสริมสุขภาพของตนเองได้อย่างยั่งยืน

การจัดการโรคไตเนโฟรติกให้มีประสิทธิภาพอาศัยความร่วมมือระหว่างตัวเด็กและครอบครัว เนื่องจากเป็นโรคที่รักษาไม่หายขาด ความสำคัญของการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพ โดยการใช้โปรแกรมการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพ ผลงานวิจัยส่วนใหญ่แสดงให้เห็นว่า การใช้โปรแกรมการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพโดยใช้กระบวนการต่าง ๆ เช่น กระบวนการกลุ่ม หาความรู้เพิ่มเติมมานำเสนอ สร้างสถานการณ์จำลอง รวมถึงการใช้สื่อหลากหลาย สามารถเพิ่มระดับความรู้ด้านสุขภาพของเด็กวัยเรียนโรคไตเนโฟรติก และก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพในทางที่ดีขึ้น พยาบาลและครอบครัวมีบทบาทสำคัญในการดูแล ประคับประคอง และปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของเด็กวัยเรียนโรคไตเนโฟรติกอย่างเป็นองค์รวม โดยเฉพาะในรายที่ต้องใช้ยาสแตียรอยด์เป็นเวลานานจนเกิดผลข้างเคียงทั้งทางร่างกายและจิตใจ การสร้างเสริมความรู้ด้านสุขภาพ (Health Literacy) ช่วยให้เด็กวัยเรียนโรคไตเนโฟรติกและครอบครัวมีพฤติกรรมดูแลตนเองของเด็กวัยเรียนโรคไตเนโฟรติกอย่างเหมาะสมและมีคุณภาพชีวิตที่ดีต่อไป ลดโอกาสการเกิดภาวะแทรกซ้อน และช่วยชะลอการเสื่อมของไตในระยะยาวเพื่อคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นของเด็กผู้ป่วย

วัตถุประสงค์วิจัย

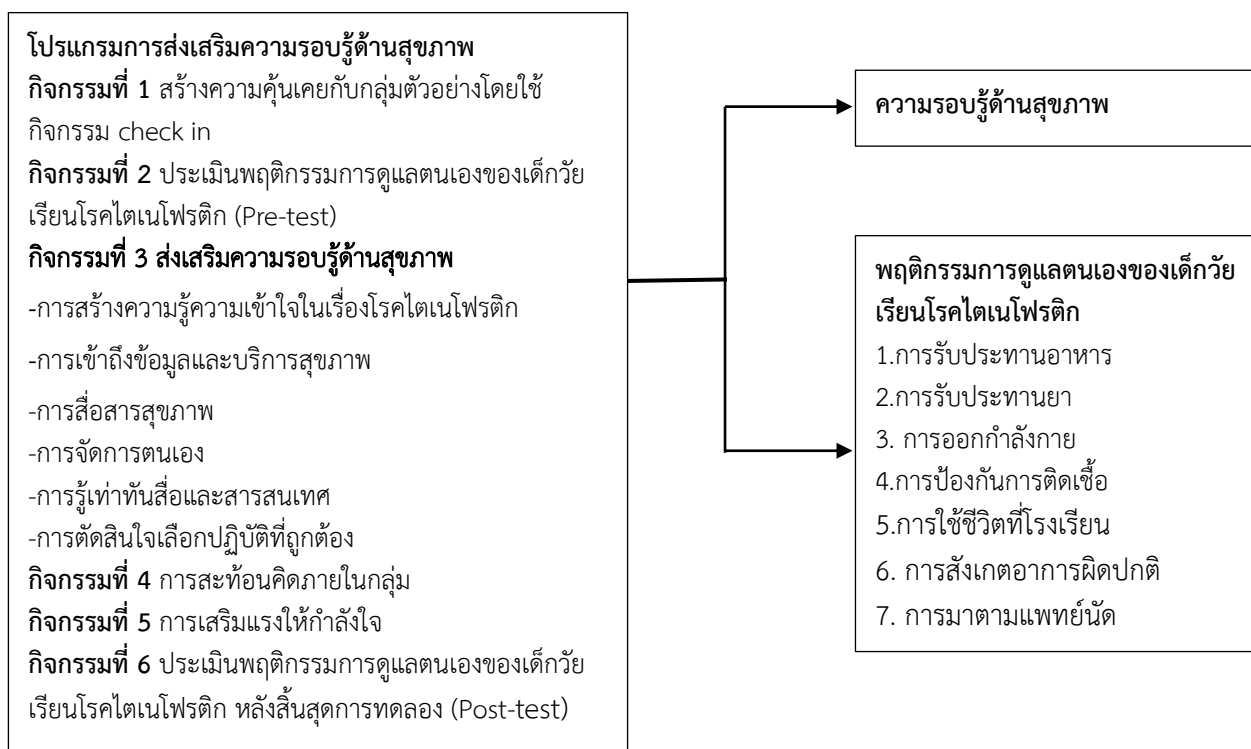
1. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมดูแลตนเองของเด็กวัยเรียนโรคไตเนโฟรติกระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมหลังได้รับโปรแกรมการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพ
2. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมดูแลตนเองของเด็กวัยเรียนโรคไตเนโฟรติก ของกลุ่มทดลองก่อนและหลังการได้รับโปรแกรมการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพ

สมมติฐาน

1. ค่าคะแนนเฉลี่ยความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมดูแลตนเองของเด็กวัยเรียนโรคไตเนโฟรติกของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมหลังได้รับโปรแกรมการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพมีความแตกต่างกัน
2. ค่าคะแนนเฉลี่ยความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมดูแลตนเองของเด็กวัยเรียนโรคไตเนโฟรติกของกลุ่มทดลองหลังได้รับโปรแกรมการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพ

กรอบแนวคิดการวิจัย

จากการทบทวนวรรณกรรม ผู้วิจัยได้นำแนวคิดการทฤษฎีความรู้ด้านสุขภาพ (Health Literacy) ของ Nutbeam (2008) เป็นการสร้างและพัฒนาขีดความสามารถระดับบุคคลในการดำรงรักษาสุขภาพตนเอง อย่างยั่งยืนมีการขึ้นาระบบสุขภาพที่สอดคล้องกับปัญหาและความต้องการของประชาชน มีการแลกเปลี่ยนข้อมูลสุขภาพของตนเองร่วมกับผู้ให้บริการ และสามารถคาดการณ์ความเสี่ยงด้านสุขภาพที่อาจเกิดขึ้นได้ ดังกรอบแนวคิดการวิจัย ภาพ 1



ภาพ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

ระเบียบวิธีวิจัย

รูปแบบการวิจัย การวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-Experimental Research Design) ชนิด 2 กลุ่ม วัดก่อน-หลังการทดลอง (Pretest-Posttest Control Group Design)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้ป่วยเด็กวัยเรียนโรคไตเนโฟรติกทั้งเพศชายและหญิงที่รับการรักษาในโรงพยาบาลศูนย์ตรัง จังหวัดตรัง ในปี.ศ.2566 จำนวน 100 คน

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยเด็กวัยเรียนโรคไตเนโฟรติกทั้งเพศชายและหญิงที่รับการรักษาในโรงพยาบาลศูนย์ตรัง จังหวัดตรัง จำนวน 42 คน แบ่งเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 21 คน คำนวณโดยใช้โปรแกรม G*Power (3.1.9.7) เลือก t-test Means difference between two dependent means (two groups) กำหนดค่าอิทธิพลขนาดใหญ่ (Effect size) = 0.8 ค่าความคลาดเคลื่อน (Alpha) = 0.05 และค่า Power=0.80 ได้กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 42 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 21 คน วิธีการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างผู้วิจัยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างด้วยวิธีเฉพาะเจาะจง จำนวน 42 คน และคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างด้วยวิธี สุ่มอย่างง่ายด้วยการจับฉลาก ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมจะใช้กลุ่มตัวอย่างทั้ง 2 กลุ่มที่มีลักษณะใกล้เคียงกันโดยการจับคู่ (match paired) ให้มีการคล้ายคลึงกันในประเด็น (1) เพศ (2) อายุ (3) ระดับชั้นการศึกษา และ(4) ระยะเวลาการเจ็บป่วยด้วยโรคไตเนโฟรติก

เกณฑ์การคัดเลือกผู้เข้าร่วมการวิจัย (Inclusion criteria)

1. ผู้ป่วยในระยะ remission อายุตั้งแต่ 8-12 ปี ทั้งเพศชายและหญิง
2. ไม่มีการเจ็บป่วยรุนแรงที่เป็นอุปสรรคต่อการเข้าร่วมโปรแกรม ฯ
3. บิดาหรือมารดาหรือผู้ปกครอง อนุญาตให้เข้าร่วมการวิจัย
4. ผู้ป่วยยินยอมเข้าร่วมการวิจัยโดยเป็นผู้ป่วยในระยะ remission

เกณฑ์การคัดออกผู้เข้าร่วมการวิจัย (Exclusion criteria)

1. กลุ่มตัวอย่างไม่ได้มาโรงพยาบาลตามวันนัดในขณะที่ทำวิจัย
2. กลุ่มตัวอย่างมีภาวะแทรกซ้อนขณะทำวิจัย

เกณฑ์การถอนกลุ่มตัวอย่างออกจากโครงการวิจัย (Discontinuation criteria)

1. กลุ่มตัวอย่างเข้าร่วมโปรแกรมการวิจัยไม่ครบถ้วนตลอดการวิจัย
2. กลุ่มตัวอย่างย้ายไปอยู่จังหวัดอื่นหรือติดต่อไม่ได้ในช่วงการดำเนินการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย มี 2 ส่วนคือ

ส่วนที่ 1 เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการทดลอง ได้แก่

โปรแกรมการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพ โดยพัฒนาจากแนวคิดความรู้ด้านสุขภาพของ Nutbeam (2008) ซึ่งในโปรแกรมนี้นักวิจัยได้นำองค์ประกอบ 6 องค์ประกอบที่เกี่ยวกับความรู้ด้านสุขภาพ มาเป็นกิจกรรมในโปรแกรมจำนวน 6 กิจกรรมได้แก่ กิจกรรมที่ 1 ความรู้ความเข้าใจทางสุขภาพ ใช้เวลา 20 นาที, กิจกรรมที่ 2 การเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ ใช้เวลา 20 นาที, กิจกรรมที่ 3 การสื่อสารเพื่อเพิ่มความเชี่ยวชาญสุขภาพ ใช้เวลา 20 นาที, กิจกรรมที่ 4 การจัดการเงื่อนไขทางสุขภาพของตนเอง ใช้เวลา 20 นาที, กิจกรรมที่ 5 การรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศ ใช้เวลา 20 นาที และกิจกรรมที่ 6 การตัดสินใจเลือกปฏิบัติที่ถูกต้อง ใช้เวลา 20 นาที ซึ่งใช้เวลาทั้งหมด 120 นาที ต่อครั้ง โดยกลุ่มตัวอย่าง เข้าร่วมโปรแกรมสัปดาห์ละ 1 ครั้ง เป็นระยะเวลา 2 เดือน

ส่วนที่ 2 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล มี 3 ตอน ได้แก่

ตอนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป ได้แก่ เพศ อายุ น้ำหนัก ระดับการศึกษา ผู้ดูแลหลัก จำนวนสมาชิกในครอบครัว อาหารที่ชอบรับประทาน ระยะเวลาการเจ็บป่วยด้วยโรคไตเรื้อรังและ จำนวนครั้งของการนอนพักรักษาที่โรงพยาบาลใน 1 ปีที่ผ่านมา รวม 9 ข้อ เป็นลักษณะเติมข้อความและลักษณะเลือกตอบ

ตอนที่ 2 แบบสอบถามเกี่ยวกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของเด็กวัยเรียนโรคไตเรื้อรัง จำนวน 20 ข้อ ลักษณะการออกแบบคำถามทั้งทางด้านบวกและด้านลบ ลักษณะ Likert Scale เป็นข้อความด้านบวก 15 ข้อ และข้อความด้านลบ จำนวน 5 ข้อ ผู้วิจัยได้กำหนดให้ผู้เลือกตอบคำถามได้ 4 ตัวเลือก

ประกอบด้วยความถี่ในการปฏิบัติ คือ ไม่เคยเลย (1 คะแนน), เป็นบางครั้ง (2 คะแนน), บ่อยครั้ง (3 คะแนน), เป็นประจำ (4 คะแนน) แบ่งระดับคะแนนออกเป็น 3 ระดับ คือ มีพฤติกรรมการดูแลตนเองในระดับสูง (คะแนนอยู่ในช่วง 56 - 80 คะแนน) ระดับปานกลาง (คะแนนอยู่ในช่วง 28 - 55 คะแนน) และระดับต่ำ (คะแนนอยู่ในช่วง 1- 27 คะแนน)

ตอนที่ 3 แบบสอบถามความรู้ด้านสุขภาพ เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัย ดัดแปลงจากแบบวัดความรู้ด้านสุขภาพ พฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ ของเด็กวัยเรียนวัยรุ่น กรมอนามัย (2563) จำนวน 30 ข้อ แบ่งเป็นด้านละ 5 ข้อ เลือกตอบ 4 ตัวเลือก ประกอบด้วยความถี่ในการปฏิบัติ คือ ไม่เคยเลย (1 คะแนน), เป็นบางครั้ง (2 คะแนน), บ่อยครั้ง (3 คะแนน), เป็นประจำ (4 คะแนน) เกณฑ์การพิจารณาความรู้ด้านสุขภาพ แบ่งเป็น 3 ระดับ คือ ความรู้ด้านสุขภาพอยู่ในระดับต่ำ (คะแนน < 60 %) ความรู้ด้านสุขภาพอยู่ในระดับปานกลาง (คะแนน ≥ 60 - 79 %) และความรู้ด้านสุขภาพอยู่ในระดับสูง (คะแนน ≥ 80 %)

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

1. การหาความตรงของเครื่องมือ (Validity) โดยการตรวจสอบความเที่ยงตรงของเนื้อหา จากแบบสอบถามความรู้ด้านสุขภาพและแบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลตนเองของเด็กวัยเรียนโรคไตเรื้อรัง ที่จัดทำขึ้นมาปรึกษาผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน ได้แก่ อาจารย์พยาบาลที่เชี่ยวชาญในเรื่องโรคไตเรื้อรัง จำนวน 1 ท่าน และอาจารย์พยาบาลที่เชี่ยวชาญเรื่องความรู้ด้านสุขภาพ จำนวน 2 ท่าน คำนวณค่า IOC เป็นรายข้อ โดยแบบสอบถามความรู้ด้านสุขภาพ มีค่า IOC ระหว่าง 0.67-1.00 และแบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลตนเองของเด็กวัยเรียนโรคไตเรื้อรัง มีค่า IOC ระหว่าง 0.67-1.00

2. การหาค่าความเที่ยง (Reliability) ผู้วิจัยนำแบบสอบถามความรอบรู้ด้านสุขภาพและแบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลตนเองของเด็กวัยเรียนโรคไตเนโฟรติก ไปทดลองใช้กับเด็กวัยเรียนโรคไตเนโฟรติก ที่มีคุณสมบัติเช่นเดียวกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 10 คน และนำมาวิเคราะห์หาค่าความเที่ยงด้วยวิธีหาค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Chronbach's coefficient alpha) ซึ่งค่าความเที่ยง ของเครื่องมือวิจัยตามเกณฑ์ที่ยอมรับได้ของเครื่องมือทั่วไป .80 ขึ้นไป (บุญใจ ศรีสถิตนรากร, 2553) แบบสอบถามความรอบรู้ด้านสุขภาพ มีค่าความเชื่อมั่นที่ .80 และแบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลตนเองของเด็กวัยเรียนโรคไตเนโฟรติกมีค่าความเชื่อมั่นที่ .82

การเก็บรวบรวมข้อมูล ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล เดือน มิถุนายน 2566 - เดือน กันยายน 2567

กลุ่มควบคุม

1. ผู้วิจัย ส่งหนังสือขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูลจากวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ตรัง ไปยังโรงพยาบาลศูนย์ตรัง จังหวัดตรัง พร้อมรายละเอียดเกี่ยวกับวัตถุประสงค์ของการวิจัย คำจำกัดความ และกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัย พร้อมตัวอย่างแบบสอบถามทั้งหมดจำนวน 1 ชุด

2. เมื่อได้รับอนุญาตให้ทำการเก็บข้อมูลจากผู้อำนวยการโรงพยาบาลแล้ว ผู้วิจัยประสานกับหัวหน้าแผนกหอผู้ป่วยกุมารเวชกรรม เพื่อขอรายชื่อกลุ่มตัวอย่าง

3. จากนั้นผู้วิจัยส่งหนังสือขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูลและใบยินยอมของกลุ่มตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย (Assent form) ไปยังบิดา มารดา หรือผู้ปกครองของกลุ่มตัวอย่าง พร้อมรายละเอียดเกี่ยวกับวัตถุประสงค์ของการวิจัยและคำจำกัดความ จากนั้นให้กลุ่มตัวอย่างนำมาส่งที่หัวหน้าแผนกหอผู้ป่วยกุมารเวชกรรมที่ประสานไว้

4. ผู้วิจัยเก็บข้อมูลจากแบบสอบถามข้อมูลทั่วไป แบบสอบถามเกี่ยวกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของเด็กวัยเรียนโรคไตเนโฟรติก และแบบสอบถามความรอบรู้ด้านสุขภาพ ในเวลาที่กลุ่มควบคุมว่างและ ไม่กระทบกับชั่วโมงการตรวจของแพทย์

5. ผู้วิจัยเก็บข้อมูลการวิจัยด้วยตนเองโดยใช้เวลาประมาณ 60 นาที ในการตอบแบบสอบถาม

6. หลังจากนั้นผู้วิจัยนัดกลุ่มควบคุมตอบแบบสอบถามทั้ง 3 ตอนอีกครั้งอีก 2 เดือนข้างหน้า

7. หลังได้แบบสอบถามผู้วิจัยตรวจสอบความเรียบร้อยของข้อมูลก่อนนำมาวิเคราะห์ต่อไป

กลุ่มทดลอง

1. ผู้วิจัย ส่งหนังสือขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูลจากวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ตรัง ไปยังโรงพยาบาลศูนย์ตรัง จังหวัดตรัง พร้อมรายละเอียดเกี่ยวกับวัตถุประสงค์ของการวิจัย คำจำกัดความ และกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัย พร้อมตัวอย่างแบบสอบถามทั้งหมดจำนวน 1 ชุด

2. เมื่อได้รับอนุญาตให้ทำการเก็บข้อมูลจากผู้อำนวยการโรงพยาบาลแล้ว ผู้วิจัยประสานกับหัวหน้าแผนกหอผู้ป่วยกุมารเวชกรรม เพื่อขอรายชื่อกลุ่มตัวอย่าง

3. จากนั้นผู้วิจัยส่งหนังสือขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูลและใบยินยอมของกลุ่มตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย (Assent form) ไปยังบิดา มารดา หรือผู้ปกครองของกลุ่มตัวอย่าง พร้อมรายละเอียดเกี่ยวกับวัตถุประสงค์ของการวิจัย และคำจำกัดความ จากนั้นให้กลุ่มตัวอย่างนำมาส่งที่หัวหน้าแผนกหอผู้ป่วยกุมารเวชกรรมที่ประสานไว้

4. ผู้วิจัยเก็บข้อมูลจากแบบสอบถามข้อมูลทั่วไป แบบสอบถามเกี่ยวกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของเด็กวัยเรียนโรคไตเนโฟรติก และแบบสอบถามความรอบรู้ด้านสุขภาพ หลังจากการตรวจของแพทย์

5. ผู้วิจัยเก็บข้อมูลการวิจัยด้วยตนเองโดยใช้เวลาประมาณ 60 นาที ในการตอบแบบสอบถาม

6. จากนั้นผู้วิจัยดำเนินการทดลองโปรแกรมการส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพด้วยตนเองโดยใช้เวลาประมาณ 120 นาที ต่อ 1 ครั้ง สัปดาห์ละ 1 ครั้ง เป็นระยะเวลา 8 สัปดาห์

กิจกรรมที่ 2 check in เป็นการบอกความรู้สึกของตนเองว่าขณะนี้ตนรู้สึกอย่างไร โดยเปรียบเทียบกับห้องฟ้าเช่น วันนี้ท้องฟ้าสดใส มีแสงแดดอ่อน พร้อมสำหรับการมาโรงพยาบาลตามนัด

กิจกรรมที่ 3 ให้ความรู้ความเข้าใจทางสุขภาพ เกี่ยวกับโรคไตเนโฟรติก ใช้เวลา 20 นาที พร้อมชมสื่อทาง youtube 10 นาที

สัปดาห์ที่ 1 กิจกรรมที่ 1 สร้างสัมพันธภาพระหว่างผู้วิจัยและกลุ่มทดลอง

สัปดาห์ที่ 2 กิจกรรมที่ 1 การเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ ใช้เวลา 20 นาที

กิจกรรมที่ 2 การสื่อสารเพื่อเพิ่มความเชี่ยวชาญสุขภาพ ใช้เวลา 20 นาที

สัปดาห์ที่ 3 กิจกรรมที่ 1 การรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศ ใช้เวลา 20 นาที

กิจกรรมที่ 2 การจัดการเงื่อนไขทางสุขภาพของตนเอง ใช้เวลา 20 นาที

สัปดาห์ที่ 4 กิจกรรมที่ 1 การตัดสินใจเลือกปฏิบัติที่ถูกต้อง ใช้เวลา 20 นาที

สัปดาห์ที่ 5 สอบถามปัญหาอุปสรรคพร้อมให้กำลังใจ จากนั้น ทบทวนความรู้เกี่ยวกับโรคไตเนโฟรติก

สัปดาห์ที่ 6 ดำเนินกิจกรรมเหมือนสัปดาห์ที่ 2

สัปดาห์ที่ 7 ดำเนินกิจกรรมเหมือนสัปดาห์ที่ 3

สัปดาห์ที่ 8 ดำเนินกิจกรรมเหมือนสัปดาห์ที่ 4 พร้อมสอบถามปัญหาอุปสรรคและให้กำลังใจ จากนั้นทำกิจกรรม check out โดยสอบถามกลุ่มตัวอย่างว่าเข้าร่วมโครงการวิจัยนี้แล้วรู้สึกเป็นอย่างไรบ้างให้เปรียบเทียบรู้สึกกับสัปดาห์ต่างๆ

7. หลังสิ้นสุดสัปดาห์ที่ 8 ของการเข้าร่วมโปรแกรมการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพ ผู้วิจัยให้กลุ่มทดลองทำแบบสอบถามเกี่ยวกับพฤติกรรม การดูแลตนเองของเด็กวัยเรียนโรคไตเนโฟรติก และแบบสอบถามความรู้ด้านสุขภาพ อีกครั้ง และกล่าวสิ้นสุดการเข้าร่วมโครงการวิจัย

8. หลังได้แบบสอบถามผู้วิจัยตรวจสอบความเรียบร้อยของข้อมูลก่อนนำมาวิเคราะห์ต่อไป

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง วิเคราะห์โดยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ร้อยละ คะแนนเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และทดสอบความแตกต่างของข้อมูลทั่วไประหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมโดยใช้สถิติ Chi-Square

2. เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรม การดูแลตนเองของเด็กวัยเรียนโรคไตเนโฟรติก ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมหลังได้รับโปรแกรมการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพ วิเคราะห์ด้วยสถิติที (Independent t-test) ซึ่งก่อนการวิเคราะห์ข้อมูลได้ผ่านการทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นทางสถิติสำหรับกลุ่มตัวอย่าง 2 กลุ่มที่เป็นอิสระต่อกัน เมื่อทดสอบการแจกแจงข้อมูลเป็นแบบปกติ (Normal Distribution) และความแปรปรวนของประชากรทั้ง 2 กลุ่มเท่ากันโดยใช้สถิติ Levene s test ได้ค่า p-value > 0.05

3. เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรม การดูแลตนเองของเด็กวัยเรียนโรคไตเนโฟรติก ของกลุ่มทดลองก่อนและหลังการได้รับโปรแกรมการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพ วิเคราะห์ด้วยสถิติที (Paired t-test) ซึ่งก่อนการวิเคราะห์ข้อมูลได้ผ่านการทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นทางสถิติ สำหรับกลุ่มตัวอย่าง 2 กลุ่มที่ไม่เป็นอิสระต่อกัน เมื่อทดสอบความสัมพันธ์พบว่ามีความสัมพันธ์กันสูงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ p-value < 0.001 และการแจกแจงข้อมูลปกติ (Normal Distribution)

จริยธรรมการวิจัย

ผู้วิจัยได้รับหนังสือการอนุมัติจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี ตรัง ดังเอกสารหมายเลข 14/2566 ผู้วิจัยดำเนินการวิจัยด้วยตนเอง มีการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง โดยคำนึงถึงความยินยอมและสิทธิของกลุ่มตัวอย่างและผู้ปกครองของกลุ่มตัวอย่างเป็นหลัก กลุ่มตัวอย่างสามารถสิ้นสุดการเข้าร่วมโปรแกรมการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพ และตอบแบบสอบถามได้ทันทีหากไม่ประสงค์จะ

ตอบข้อคำถามอีกต่อไป ข้อมูลต่าง ๆ ที่ได้รับการศึกษาครั้งนี้ถือเป็นความลับ การนำเสนอข้อมูลต่าง ๆ จะนำเสนอในภาพรวม ไม่มีการเปิดเผยชื่อและนามสกุลที่แท้จริง กลุ่มตัวอย่างสามารถแจ้งขอออกจากการวิจัยได้ตลอดเวลา ก่อนที่การวิจัยจะสิ้นสุดลงโดยไม่ต้องให้เหตุผลหรือคำอธิบายใด ๆ โดยไม่มีผลกระทบกับผลการรักษาของกลุ่มตัวอย่างแต่อย่างใด

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ดังตาราง 1

ตาราง 1 แสดงจำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามข้อมูลส่วนบุคคล

ลักษณะกลุ่มตัวอย่าง	กลุ่มทดลอง(n=21)		กลุ่มควบคุม(n=21)		p-value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
เพศ					1.000 ^a
ชาย	14	66.67	14	66.67	
หญิง	7	33.33	7	33.33	
อายุ					1.000 ^a
10 ปี- 10 ปี 11 เดือน	6	28.57	6	28.57	
11 ปี – 11 ปี 11 เดือน	7	33.33	7	33.33	
12 ปี – 12 ปี 11 เดือน	8	38.10	8	38.10	
น้ำหนัก					23.333 ^a
30-40 กก.	14	66.67	13	61.90	
41- 50 กก.	7	33.33	8	38.10	
ระดับการศึกษา					1.000 ^a
ประถมศึกษาปีที่ 4	6	28.57	6	28.57	
ประถมศึกษาปีที่ 5	7	33.33	7	33.33	
ประถมศึกษาปีที่ 6	8	38.10	8	38.10	
ผู้ดูแลหลัก					
บิดาและมารดา	21	100	21	100	
ปู่ย่า หรือตายาย	0	0	0	0	
จำนวนสมาชิกในครอบครัว					
3 คน	7	33.33	7	33.33	
4 คน	6	28.57	8	38.10	
5 คน	8	38.10	6	28.57	
อาหารที่ชอบรับประทาน					
อาหารทอด	2	9.53	6	28.57	
อาหารรสเปรี้ยว	6	28.57	2	9.53	
อาหารรสเผ็ด	6	28.57	8	38.10	
อาหารรสหวาน	7	33.33	5	23.80	
ระยะเวลาที่เป็นโรคไตเนโฟรติก					1.000 ^a
3 ปี 1 วัน – 6 ปี	8	38.10	8	38.10	
6 ปี 1 วัน – 9 ปี	13	61.90	13	61.90	
จำนวนครั้งที่นอนรพ.ใน 1 ปีที่ผ่านมา					2.381 ^a
1 ครั้ง	8	38.10	9	42.86	
2 ครั้ง	13	61.90	12	57.14	

หมายเหตุ : a ใช้สถิติ Chi-Square

จากตาราง 1 พบว่า ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ไม่มีความแตกต่างกัน ($p\text{-value} > .05$) จากการทดสอบด้วยสถิติ Chi-Square โดยกลุ่มทดลอง ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย (ร้อยละ 66.67) อายุเฉลี่ย 11 ปี (ร้อยละ 33.33) น้ำหนักอยู่ระหว่าง 30-40 กิโลกรัม (ร้อยละ 66.67) กำลังศึกษาอยู่ระดับประถมศึกษาชั้นปีที่ 4-6 (ร้อยละ 28.57, 33.33, 38.10 ตามลำดับ) มีบิดามารดาเป็นผู้ดูแลหลัก (ร้อยละ 100) จำนวนสมาชิกครอบครัว 5 คนมากที่สุด (ร้อยละ 38.10) ชอบรับประทานอาหารรสหวานมากที่สุด (ร้อยละ 33.33) ระยะเวลาที่เป็นโรคไตเนโฟรติก คือ 6 ปี 1 วัน- 9 ปี (ร้อยละ 61.90) และนอนโรงพยาบาลใน 1 ปีที่ผ่านมา จำนวน 2 ครั้งมากที่สุด (ร้อยละ 61.90)

กลุ่มควบคุม พบว่า ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย (ร้อยละ 66.67) อายุเฉลี่ย 11 ปี (ร้อยละ 33.33) น้ำหนักอยู่ระหว่าง 30-40 กิโลกรัม (ร้อยละ 61.90) กำลังศึกษาอยู่ระดับประถมศึกษาชั้นปีที่ 4-6 (ร้อยละ 28.57, 33.33, 38.10 ตามลำดับ) มีบิดามารดาเป็นผู้ดูแลหลัก (ร้อยละ 100) จำนวนสมาชิกครอบครัว 4 คนมากที่สุด (ร้อยละ 38.10) ชอบรับประทานอาหารรสเผ็ดมากที่สุด (ร้อยละ 38.10) ระยะเวลาที่เป็นโรคไตเนโฟรติก คือ 6 ปี 1 วัน- 9 ปี (ร้อยละ 61.90) และนอนโรงพยาบาลใน 1 ปีที่ผ่านมา จำนวน 2 ครั้ง มากที่สุด (ร้อยละ 57.14)

2. คะแนนเฉลี่ยความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมการดูแลตนเองของเด็กวัยเรียนโรคไตเนโฟรติกระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมหลังได้รับโปรแกรมการส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพ ดังตาราง 2

ตาราง 2 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมการดูแลตนเองของเด็กวัยเรียนโรคไตเนโฟรติกระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมหลังได้รับโปรแกรมการส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพ

ตัวแปร	กลุ่มทดลอง(n=21)		กลุ่มควบคุม(n=21)		df	t	p-value
	M	S.D.	M	S.D.			
ความรอบรู้ด้านสุขภาพหลังได้รับโปรแกรม	112.19	4.73	81.66	3.18	24.50	40	< .001
พฤติกรรมการดูแลตนเองหลังได้รับโปรแกรม	67.28	2.98	56.95	2.95	11.26	40	< .001

จากตาราง 2 พบว่า กลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพ มีคะแนนเฉลี่ยความรอบรู้ด้านสุขภาพสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < .001$) และคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเองของเด็กวัยเรียนโรคไตเนโฟรติกสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < .001$)

3. คะแนนเฉลี่ยความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมการดูแลตนเองของเด็กวัยเรียนโรคไตเนโฟรติกของกลุ่มทดลองก่อนและหลังการได้รับโปรแกรมการส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพ ดังตาราง 3

ตาราง 3 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมการดูแลตนเองของเด็กวัยเรียนโรคไตเนโฟรติก ของกลุ่มทดลองก่อนและหลังการได้รับโปรแกรมการส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพ

กลุ่มทดลอง	ก่อนการทดลอง		หลังการทดลอง		t	df	p-value
	M	S.D.	M	S.D.			
ความรอบรู้ด้านสุขภาพ	105.90	3.61	112.19	4.73	8.53	20	< .001
พฤติกรรมการดูแลตนเอง	61.57	3.48	67.28	2.98	8.92	20	< .001

จากตาราง 3 พบว่า ก่อนการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความรู้ด้านสุขภาพอยู่ในระดับสูง ($M = 105.90$, $SD = 3.61$) หลังการทดลอง มีคะแนนเฉลี่ยความรู้ด้านสุขภาพอยู่ในระดับสูง ($M = 112.19$, $SD = 4.73$) สูงกว่า ก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 8.53$, $p\text{-value} < .001$) และก่อนการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเองของเด็กวัยเรียนโรคไตเนโฟรติกอยู่ในระดับสูง ($M = 61.57$, $SD = 3.48$) หลังการทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเองของเด็กวัยเรียนโรคไตเนโฟรติกอยู่ในระดับสูง ($M = 67.28$, $SD = 2.98$) สูงกว่า ก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 8.92$, $p\text{-value} < .001$)

อภิปรายผล

ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มทดลองหลังได้รับโปรแกรมการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพมีคะแนนเฉลี่ยความรู้ด้านสุขภาพและคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเองของเด็กวัยเรียนโรคไตเนโฟรติก สูงกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และ กลุ่มทดลองหลังได้รับโปรแกรมการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพมีคะแนนเฉลี่ยความรู้ด้านสุขภาพและคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเองของเด็กวัยเรียนโรคไตเนโฟรติก สูงกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ผลดังกล่าวสามารถอธิบายได้ด้วยแนวคิด Health Literacy ของ Nutbeam(2008) ซึ่งเสนอว่า การพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพไม่ได้จำกัดเพียงการเพิ่มความรู้ แต่เป็นการพัฒนาความสามารถในการ การเข้าถึงข้อมูล การทำความเข้าใจ การสื่อสาร การประเมินข้อมูล และการตัดสินใจ เลือกพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม เมื่อเด็กได้รับกิจกรรมที่ส่งเสริมทักษะทั้ง 6 ด้านอย่างต่อเนื่องจึงทำให้สามารถนำความรู้ไปประยุกต์ใช้ในการรับประทานยา การเลือกอาหาร การสังเกตอาการผิดปกติ และการปฏิบัติตัวตามแผนการรักษา ส่งผลให้พฤติกรรมการดูแลตนเองดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ (วัชรพร เขยสุวรรณ, 2560) อีกทั้งกระบวนการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพผ่านการสอนสุขศึกษาและการใช้สื่อที่หลากหลาย เช่น การแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในกลุ่ม การสะท้อนคิด รวมทั้งการเสริมแรงให้กำลังใจสามารถเพิ่มขีดความสามารถของเด็กวัยเรียนโรคไตเนโฟรติกในการจัดการโรคเรื้อรังได้อย่างยั่งยืน และวัยนี้เป็นช่วงรอยต่อของการพัฒนาทางสมองและพฤติกรรม ซึ่งสมองส่วนลิมบิก (Limbic system) ที่ควบคุมอารมณ์และความประพฤติดังกล่าวยังไม่สมบูรณ์ ส่งผลต่อความสามารถในการควบคุมพฤติกรรมสุขภาพด้วยตนเอง การที่เด็กวัยเรียนโรคไตเนโฟรติกมีการพัฒนาทักษะการเข้าถึงข้อมูล ความเข้าใจ การจัดการตนเอง และตัดสินใจเลือกปฏิบัติที่ถูกต้อง ทำให้เด็กวัยเรียนโรคไตเนโฟรติกมีพฤติกรรมการดูแลตนเองที่ถูกต้อง ช่วยลดความเสี่ยงที่จะต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล และค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพตามมา สอดคล้องกับงานวิจัยของ เสาวลักษณ์ ชาญกันและคณะ(2563) พบว่า กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนสมรรถนะแห่งตนและค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองในผู้ป่วยเด็กวัยเรียนโรคไตกลุ่มอาการเนโฟรติกสูงกว่า ก่อนการทดลอง และสูงกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เช่นเดียวกับ Davin, J.C., & Rutjes, N. W. (2011) และ Seigneux, R., & Martin, P.Y. (2009). และงานวิจัยของ สุวิดา ลิมเริ่มสกุลและคณะ(2565) ที่กล่าวว่ากลุ่มทดลองหลังเข้าร่วมโปรแกรมความรู้ด้านสุขภาพ มีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุเบาหวานชนิดที่ 2 สูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมฯ และสูงกว่าของกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) เช่นเดียวกับ เบญจพร แก้วขอนแก่นและคณะ(2568) พบว่ากลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยหลังผ่าตัดลิ้นโดยรวมอยู่ในระดับมาก และมีค่าเฉลี่ยสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ส่วนงานวิจัยของ อลิสา บัวทอง(2567) พบว่ากลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมน้ำตาลในเลือดไม่ได้ สูงกว่า กลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 ($p\text{-value} = 0.002$) งานวิจัยของเอื้อจิต สุขพูลและคณะ (2563) ผลการวิจัยพบว่าหลังเข้าร่วมโปรแกรมกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความรู้ด้านสุขภาพ และพฤติกรรมสุขภาพสูง กว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมและสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 สามารถกล่าวได้ว่า โปรแกรมความรู้ด้านสุขภาพ สามารถทำให้บุคคลมีพฤติกรรมการดูแลตนเองที่ดีขึ้น พยาบาลจึงมี

บทบาทสำคัญในการเป็นผู้ส่งเสริมให้เด็กวัยเรียนโรคไตเนโฟรติกและผู้ปกครองเกิดความตระหนักและปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ เพื่อชะลอการเกิดภาวะไตวายในอนาคต

การนำผลการวิจัยไปใช้

กลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพ มีคะแนนเฉลี่ยความรู้ด้านสุขภาพ และพฤติกรรมการดูแลตนเองของเด็กวัยเรียนโรคไตเนโฟรติก สูงกว่ากลุ่มควบคุม ดังนั้น การนำโปรแกรมการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพไปใช้ในการดูแลสุขภาพของเด็กวัยเรียนโรคไตเนโฟรติกสามารถป้องกันพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่เหมาะสมซึ่งเป็นปัจจัยหลักที่ทำให้โรคไตเนโฟรติกกำเริบตามมา และอาจจะมีการบูรณาการโปรแกรมการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพในการดูแลผู้ป่วยนอกกุมารเวชกรรมที่เป็นเด็กโรคไตเนโฟรติกด้วย

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรเพิ่มบทบาทของครอบครัว ร่วมกับการใช้โปรแกรมการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพ เพื่อให้เด็กวัยเรียนโรคไตเนโฟรติก มีพฤติกรรมการดูแลตนเองได้อย่างมีประสิทธิภาพ
2. อาจจะมีการเพิ่มสื่อในการสร้างความรู้ความเข้าใจในเรื่องโรคไตเนโฟรติก เช่น แอปพลิเคชัน Tik Tok เพื่อดึงดูดความสนใจของเด็กโรคไตเนโฟรติกมากยิ่งขึ้น
3. ควรมีการติดตามระยะยาว หรือ การศึกษามนหลายโรงพยาบาล หรือพัฒนาเครื่องมือวัดความรู้ด้านสุขภาพเฉพาะสำหรับเด็กโรคไตเนโฟรติก

รายการอ้างอิง

- กองส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย. (2561). *แนวทางการจัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพสำหรับเด็ก*. กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข.
- <https://ssjnonthaburi.moph.go.th/nont/administrator/32ae084812e7127c39c5f56490608544/20240220152401-db51ffe25337f85b1e458fb912af0549.pdf>
- เบญจพร แก้วขอนแก่น, พิชชาดา ประสิทธิ์โชค, และอังศินันท์ อินทรกำแหง.(2568). ผลของโปรแกรมการพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยหลังผ่าตัดลิ้นหัวใจ. *วารสารการวิจัยและนวัตกรรมด้านสาธารณสุข*, 3(2), 15–27.
- พิทยา ไพบูลย์ศิริ.(2561). ความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ 30 2ส ของผู้บริหารภาครัฐ จังหวัดพระนครศรีอยุธยา. *วารสารสมาคมเวชศาสตร์ป้องกันแห่งประเทศไทย*, 8(1), 97–107.
- พรทิพย์ ศิริบุรณ์พิพัฒนา. (2565). *การพยาบาลเด็กเล่ม2* (พิมพ์ครั้งที่ 6). สถาบันพระบรมราชชนก.
- วัชรพร เขยสุวรรณ.(2560). ความรอบรู้ด้านสุขภาพ: แนวคิดและการประยุกต์ใช้ในการปฏิบัติการพยาบาล. *วารสารแพทย์ทหารบก*, 44(3), 183–197.
- สมรัตน์ แดงสกุล, สุธิศา ล่ำมช้าง, และศรีพรรณ กันธวัช.(2558). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการรับประทานอาหารของวัยรุ่นที่เป็นโรคไตเนโฟรติก. *วารสารพยาบาล*, 42(2), 62–71.
- สมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย. (2563). *แนวทางเวชปฏิบัติสำหรับโรคไตเนโฟรติกในเด็ก*.
<https://thaipna.org>
- สุวิดา ลิ่มเริ่มสกุล, จงจิต เสน่หา, ดวงรัตน์ วัฒนกิจไกรเลิศ, และปณิณัฐ บุรณะทรัพย์ขจรลิ่มเริ่มสกุล.(2565). ผลของโปรแกรมการพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2. *วารสารพยาบาลศาสตร์*, 40(1), 84–98.
- เสาวลักษณ์ ชาญกัน, และชลิดา ธนฐิธิกุล. (2563). ผลของโปรแกรมพัฒนาสมรรถนะแห่งตนต่อสมรรถนะแห่งตนและพฤติกรรมการดูแลตนเองในผู้ป่วยเด็กวัยเรียนโรคไตกลุ่มอาการเนโฟรติก. *วารสารพยาบาลศาสตร์และสุขภาพ*, 43(2), 74–84.
- อลิสรา บัวทอง.(2567). ผลของโปรแกรมส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมไม่ได้ในอำเภอพระพรหม จังหวัดนครศรีธรรมราช. *วารสารศาสตร์สุขภาพและการศึกษา*, 5(1), 1–13.
- เอื้อจิต สุขพล, ชลดา กิ่งมาลา, ภาวิณี แพงสุข, ธวัชชัย ยืนยาว, และวัชรวิงศ์ หวังมัน.(2563). ประสิทธิภาพของโปรแกรมการพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพสำหรับประชาชนวัยทำงาน. *วารสารวิทยาศาสตร์สุขภาพ*, 29(3), 419–429.
- Davin, J.C., & Rutjes, N. W. (2011). Nephrotic syndrome in children: From bench to treatment. *International Journal of Nephrology*, 2011, Article 372304.
<https://doi.org/10.4061/2011/372304>
- Nutbeam, D. (2008). Defining, measuring and improving health literacy. *Health Evaluation and Promotion*, 35(4), 447–455.
- Seigneux, R., & Martin, P.Y. (2009). Management of patients with nephrotic syndrome. *Swiss Medical Weekly*, 139(29–30), 416–422.

ประสบการณ์และความท้าทายของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท
ที่มีการใช้สารเสพติดร่วม ในบริบทพหุวัฒนธรรม

Experiences and Challenges of Nurses in Caring for Patients with Schizophrenia
and Co-Occurring Substance Use in a Multicultural Context

ศุภวรรณ สีแสงแก้ว¹, วานีตา สามะ^{1*} และ นูร์โอนี คลายนา²

Suphawan Sisaengkaeo¹, Waneeta Samoh^{1*} and Noorinee Klayna²

¹วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนียะลา คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก, โรงพยาบาลยะลา

¹Boromarajonani College of Nursing, Yala, Faculty of Nursing, Praboromarajchanok Institute

²Yala Hospital

(Received: April 30, 2026, Revised: July 29, 2026, Accepted: August 23, 2026)

บทคัดย่อ

งานวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพแบบพรรณนา มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาประสบการณ์และความท้าทายของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้สารเสพติดร่วม ในบริบทของผู้ป่วยจิตเวช จังหวัดยะลา กลุ่มตัวอย่างเป็นพยาบาลวิชาชีพที่มีประสบการณ์ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้สารเสพติดร่วมอย่างน้อย 1 ปี จำนวน 7 คน ในหอผู้ป่วยจิตเวช โรงพยาบาลยะลา เก็บข้อมูลด้วยการสนทนากลุ่ม โดยใช้แนวคำถามสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้าง 5 ประเด็น วิเคราะห์ข้อมูลด้วยวิธีการวิเคราะห์เนื้อหา

ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างเป็นเพศหญิง ร้อยละ 71.43 มีอายุระหว่าง 35-45 ปี ร้อยละ 71.43 นับถือศาสนาอิสลาม ร้อยละ 85.71 มีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยจิตเวช 2-5 ปี ร้อยละ 57.14 และไม่ได้รับการอบรมเฉพาะทาง ร้อยละ 57.13 ความท้าทายที่สำคัญแบ่งออกเป็น 4 ระยะ ได้แก่ ระยะแรกเริ่มคือความยากลำบากในการคัดกรองเพื่อแยกโรคและสืบค้นประวัติการใช้สารเสพติด ระยะอยู่ในความดูแล คือการเผชิญหน้ากับความรุนแรงในงานและพฤติกรรมเบี่ยงเบนที่มีความซับซ้อนกว่าผู้ป่วยจิตเภททั่วไป ระยะจำหน่ายคือทัศนคติเชิงลบและความวิตกกังวลระดับสูงของครอบครัวและชุมชนต่อมิติความปลอดภัยเมื่อผู้ป่วยกลับคืนสู่สังคม และระยะติดตามผลคืออุปสรรคเชิงโครงสร้างและสภาพแวดล้อมในชุมชนที่เอื้อต่อการกลับไปใช้สารเสพติดซ้ำ ในบริบทพหุวัฒนธรรม พยาบาลเข้าใจอัตลักษณ์เชิงวัฒนธรรม บุคลากรทางศาสนาเพื่อสร้างการยอมรับและส่งเสริมความร่วมมือในการรักษา

ข้อเสนอแนะ พยาบาลต้องการแนวปฏิบัติการพยาบาลเฉพาะทาง (CNPG) ที่สอดคล้องกับบริบทวัฒนธรรม ร่วมกับการพัฒนาความเชี่ยวชาญข้ามวัฒนธรรมโดยประสานมิติทางศาสนาและความเชื่อท้องถิ่น เพื่อลดความขัดแย้งและสร้างความร่วมมือในการรักษา รวมถึงระบบสนับสนุนการดูแลต่อเนื่อง สร้างเครือข่ายความร่วมมือกับผู้นำศาสนาและชุมชน เพื่อเพิ่มความปลอดภัยและประสิทธิภาพในการดูแลผู้ป่วย

คำสำคัญ: ประสบการณ์, พยาบาล, จิตเภทที่ใช้สารเสพติดร่วม, พหุวัฒนธรรม

*ผู้ให้การติดต่อ (Corresponding e-mail: waneeta@bcnyala.ac.th)

Abstract

This descriptive qualitative study aimed to explore the experiences and challenges of nurses in caring for patients with schizophrenia and co-occurring substance use in a psychiatric ward in Yala Province, Thailand. The participants were seven registered nurses who had at least one year of experience in caring for patients with schizophrenia and co-occurring substance use at the Psychiatric Ward of Yala Hospital. Data were collected through focus group discussions using a semi-structured interview guide consisting of five key areas and were analyzed using content analysis.

The findings revealed that 71.43% of the participants were female, 71.43% were aged 35–45 years, 85.71% were Muslim, 57.14% had 2–5 years of experience in psychiatric care, and 57.13% had not received specialized training. The major challenges were categorized into four phases. The admission phase involved difficulties in screening to differentiate diagnoses and obtaining patients' histories of substance use. The inpatient care phase involved managing workplace violence and complex behavioral disturbances that were more challenging than those typically encountered among patients with schizophrenia without co-occurring substance use. The discharge phase involved negative attitudes and high levels of concern among families and communities regarding safety when patients returned to society. The follow-up phase involved structural barriers and community environments that facilitated relapse into substance use. Within the multicultural context, nurses demonstrated an understanding of patients' cultural identities and integrated religious resources to foster acceptance and promote cooperation with treatment.

The findings suggest that nurses need contextually appropriate Clinical Nursing Practice Guidelines (CNPBs) that are responsive to multicultural contexts, together with the development of cross-cultural nursing competencies that integrate religious dimensions and local beliefs to reduce conflicts and promote treatment cooperation. In addition, a comprehensive system of continuing care and collaborative networks involving religious leaders and community stakeholders should be established to enhance patient safety and the effectiveness of care.

Keywords: Experiences, Nurses, Schizophrenia with Co-occurring Substance Use, Multiculturalism

บทนำ

โรคจิตเภทเป็นการเจ็บป่วยทางสุขภาพจิตที่รุนแรงมาก ถูกจัดให้อยู่ใน 15 อันดับแรก ของสาเหตุที่ทำให้เกิดการสูญเสียสุขภาพจากการเจ็บป่วยหรือพิการ และภาระโรคจะยิ่งสูงขึ้นเป็น 2 เท่าในกลุ่ม Dual Diagnosis เนื่องจากเพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดอาการทางจิตกำเริบซ้ำ (Relapse) และการเข้าใช้บริการห้องฉุกเฉิน ผู้ป่วยโรคจิตเภท จะเกิดความผิดปกติด้านความคิด อารมณ์ และการแสดงออกทางพฤติกรรม ทำให้ผู้ป่วยและครอบครัวได้รับความทุกข์ทรมานเป็นอย่างมาก ความเสี่ยงในการเสียชีวิตก่อนวัยอันควรสูงกว่าประชากรทั่วไปถึง 2-3 เท่า โดยมีอัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จในผู้ป่วยโรคจิตเภทตลอดช่วงชีวิตอยู่ที่ประมาณ ร้อยละ 4.5-5.0 และสูงถึง ร้อยละ 20-40 ในกลุ่มที่มีพฤติกรรมพยายามฆ่าตัวตาย (WHO, 2025) ความชุกของโรคจิตเภททั่วโลกมีผู้ป่วยประมาณ 24 ล้านคน หรือคิดเป็น 1 ใน 300 คน (ร้อยละ 0.32) ของประชากรโลก และผู้ป่วยโรคจิตเภทมากกว่า 40-50% มีประวัติหรือกำลังใช้สารเสพติดร่วมด้วย (Substance Use Disorder) โดยสารที่พบบ่อยที่สุด ได้แก่ นิโคติน แอลกอฮอล์ กัญชา และสารกลุ่มแอมเฟตามีน ตามลำดับ (Hunt et al., 2020; Kelkar et al., 2020)

ส่วนในประเทศไทย มีผู้ป่วยจิตเวชรวมทุกกลุ่มที่ได้รับการรักษาสูงเกือบ 3 ล้านคน โดยคาดการณ์ว่า อัตราความชุกของโรคจิตเภทในไทยอยู่ที่ร้อยละ 0.5-1.0 ของประชากร (กองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ, 2024) และอัตราความชุกของการใช้สารเสพติดร่วมในผู้ป่วยจิตเภทสูงถึงร้อยละ 28.4 โดยปัจจัยที่มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญคือ กลุ่มผู้ป่วยเพศชาย กลุ่มประชากรอายุน้อย และกลุ่มที่มีประวัติความรุนแรงในครอบครัว (ทรงพล โดทนงค์, 2566) การใช้สารเสพติดร่วมส่งผลกระทบต่ออาการโรคในเชิงลบและทำให้การพยากรณ์โรคแย่ลง มีงานวิจัยที่ยืนยันว่า การใช้สารกระตุ้นประสาททำให้อาการหวาดระแวง (Paranoid) จนก่อความรุนแรง ทำร้ายร่างกายผู้อื่น ตนเอง หรือข้าวของเพิ่มขึ้นเป็น 4-5 เท่าเมื่อเทียบกับผู้ป่วยจิตเภททั่วไป (ทิพย์วิมล ตั้งชูทวีทรัพย์ และคณะ, 2568)

ในด้านกระบวนการรักษา การพยาบาลผู้ป่วยจิตเภทที่มีการใช้สารเสพติดร่วมมีความยุ่งยากและซับซ้อนกว่าผู้ป่วยกลุ่มอื่นอย่างชัดเจน ผู้ป่วยมักไม่ให้ความร่วมมือในการรับประทานยา เนื่องจากไม่ยอมรับการเจ็บป่วย ใช้ยารักษาอาการทางจิตที่รุนแรงขึ้น เนื่องจากสารเสพติดบางชนิดลดประสิทธิภาพของยาต้านอาการทางจิตทำให้อาการกำเริบมากขึ้น (Alharthi et al., 2025; Kavitha et al., 2022) บางครั้งการใช้สารเสพติดยังสามารถเลียนแบบอาการทางจิตทำให้การวินิจฉัยผิดพลาดได้ นอกจากนี้ ระยะเวลาที่พักรักษาตัวในโรงพยาบาล (Length of stay) สูงกว่าผู้ป่วยจิตเภททั่วไป 2-3 เท่า (Genis & Cosar, 2020) เมื่อจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลมักมีโอกาสสูงที่จะกลับไปใช้สารเสพติดซ้ำ และต้องกลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาลภายใน 28 วัน และภายใน 1 ปี สูงถึงร้อยละ 36.6 (พิชญนันท์ นามวงศ์ และ วิญญู ชะนะกุล, 2561; Alharthi et al., 2025; Hariman et al., 2020) ซึ่งสอดคล้องกับสถิติของหอผู้ป่วยราชพฤกษ์ โรงพยาบาลยะลา ระหว่างปี พ.ศ 2568-2569 ที่พบว่า ผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้สารเสพติดร่วมมีระยะเวลาครองเตียงเฉลี่ย 20-30 วัน ซึ่งสูงกว่าค่าเฉลี่ยของผู้ป่วยจิตเวชทั่วไป และมีอัตราการกลับมารักษาซ้ำภายใน 28 วันถึงร้อยละ 10-15 ในขณะที่กลุ่มผู้ป่วยอื่นไม่มีรายงานการรักษาซ้ำในช่วงเวลาเดียวกัน

จังหวัดยะลา เป็นสังคมพหุวัฒนธรรมเฉพาะตัว โดยประชากรส่วนใหญ่ร้อยละ 80 นับถือศาสนาอิสลาม และใช้ภาษามลายูถิ่นในการสื่อสาร ศาสนาอิสลามมีความเชื่อเรื่องการช่วยเหลือกัน และใช้หลักปฏิบัติ เช่น การละหมาด หรือการขอพร เพื่อยึดเหนี่ยวจิตใจ เป็นต้น (มุฮัมมัด ยะโกะ และคณะ, 2567) ในพื้นที่มีปัญหาความยากจน ส่งผลให้เยาวชนเข้าถึงการศึกษาได้น้อย และบางส่วนถูกชักนำไปใช้สารเสพติด (โดยเฉพาะน้ำกระท่อมและยาบ้า) ได้ง่าย (โรงพยาบาลจิตเวชสงขลาราชนครินทร์, 2568)

พยาบาลเป็นผู้มีบทบาทสำคัญในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้สารเสพติดร่วม ในขณะที่เข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาล การพยาบาลในระยะแรกเริ่ม ระยะอยู่ในความดูแล ระยะจำหน่าย และการติดตามผลหลังจำหน่าย น่าจะช่วยพัฒนาคุณภาพการพยาบาล ทำให้พยาบาลมีความมั่นใจ ในการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้สารเสพติดร่วมมากขึ้น ส่งผลให้ระยะเวลาที่อยู่โรงพยาบาล และกลับมารักษาซ้ำใน 28 วัน ในผู้ป่วยดังกล่าวลด

น้อยลงอย่างไรก็ตาม จากการวิเคราะห์สถานการณ์พบว่า มีการศึกษาประสบการณ์ของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในประเทศกานา (Daliri et al., 2023) และประเทศไทยในโรงพยาบาลเฉพาะทางจิตเวช ซึ่งทรัพยากรและสมรรถนะของบุคลากรในโรงพยาบาลทั่วไป และโรงพยาบาลเฉพาะทางจิตเวช ย่อมมีความแตกต่างกัน รวมทั้งยังมีหลักฐานจำกัดเกี่ยวกับประสบการณ์ของพยาบาลในโรงพยาบาลทั่วไปที่ให้บริการผู้ป่วยโรคจิตเภทที่ใช้สารเสพติดร่วม ในบริบทวัฒนธรรมของจังหวัดชายแดนภาคใต้ ส่วนในบริบทมุสลิมชายแดนใต้ก็ไม่มีการศึกษาการดูแลผู้ป่วยที่มีการใช้สารเสพติดร่วมเช่นเดียวกัน

ดังนั้น ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาประสบการณ์ และความท้าทายของพยาบาลวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้สารเสพติดร่วม ภายใต้บริบทวัฒนธรรมและขีดความสามารถของโรงพยาบาลทั่วไป เพื่อนำข้อมูลที่ได้ไปพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลที่เหมาะสม สอดคล้องกับวิถีชีวิตของผู้ป่วยในพื้นที่จังหวัดยะลา และจังหวัดใกล้เคียง อันจะช่วยให้พยาบาลปฏิบัติงานได้อย่างมีมาตรฐาน มีความมั่นใจ และส่งผลให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่ปลอดภัย มีคุณภาพ และลดการกลับมารักษซ้ำได้อย่างยั่งยืน

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาประสบการณ์และความท้าทายของพยาบาลวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้สารเสพติดร่วม ภายใต้บริบทวัฒนธรรม

กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ประยุกต์ใช้แนวคิดเชิงระบบ (Systems Theory) ของ Imogene M. King (1981) ร่วมกับทฤษฎีการพยาบาลข้ามวัฒนธรรมของ Madeleine Leininger (2002) เพื่ออธิบายปรากฏการณ์ประสบการณ์และความท้าทายของพยาบาลวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้สารเสพติดร่วมในบริบทวัฒนธรรม โดยมีโครงสร้างความสัมพันธ์เชิงระบบแบ่งออกเป็น 4 ส่วนหลัก ดังนี้ 1) ตัวแปรนำเข้า (Input) หมายถึง คุณลักษณะเฉพาะของพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในพื้นที่เฉพาะ (เช่น อายุ ประสบการณ์การทำงาน สมรรถนะวัฒนธรรม และภูมิหลังทางศาสนา) ซึ่งเป็นทุนเดิมที่ส่งผลต่อมุมมองและการทำความเข้าใจตัวผู้ป่วย 2) กระบวนการและความท้าทาย (Process) คือ ประสบการณ์และอุปสรรคในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่มีภาวะใช้สารเสพติดร่วมตลอดเส้นทางการดูแล 4 ระยะ ได้แก่ ระยะแรกรับ ระยะอยู่ในการดูแล ระยะจำหน่าย และระยะติดตามผล 3) บริบทวัฒนธรรม (Context/Intervening Variable): คือ การที่พยาบาลต้องเผชิญกับทัศนคติเชิงลบของท้องถิ่นต่อประเด็นสารเสพติด ส่งผลให้พยาบาลต้องบูรณาการ "ทุนทางศาสนา" และคติความเชื่อในพื้นที่มาเป็นเครื่องมือในการจัดการ ปรับทัศนคติ และสร้างความร่วมมือกับครอบครัวและชุมชน 4) ผลลัพธ์ (Output) คือ ผลลัพธ์ที่เกิดจากประสบการณ์การจัดการของพยาบาล ประกอบด้วย อัตราการกลับมารักษซ้ำภายใน 28 และข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย สมรรถนะข้ามวัฒนธรรม

ระเบียบวิธีวิจัย

วิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพ (Qualitative Research) ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของการพัฒนาแนวปฏิบัติทางการพยาบาลในผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้สารเสพติดร่วม ในบริบทหอผู้ป่วยจิตเวช จังหวัดยะลา

ประชากร คือ พยาบาลที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยจิตเวช โรงพยาบาลยะลา จำนวน 9 คน

ผู้ให้ข้อมูลหลัก คือ พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติงานที่หอผู้ป่วยจิตเวช โรงพยาบาลยะลา จำนวน 7 คน โดยเลือกแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive Sampling) ตามเกณฑ์คือ มีประสบการณ์ดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้อย่างน้อย 1 ปี และไม่ได้เป็นผู้ร่วมวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย: แนวคำถามการสนทนากลุ่มกึ่งโครงสร้าง (Semi-structured Interview) จำนวน 5 ข้อประกอบด้วย ประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้สารเสพติดที่ผ่านมาในระยะ แรกรับ ใน

ความดูแลจำหน่าย และติดตาม ปัญหาอุปสรรคที่พบในขณะให้การดูแล ความแตกต่างระหว่างการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้สารเสพติดร่วมกับผู้ป่วยจิตเภททั่วไป ปัจจัยที่ส่งผลต่อการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้สารเสพติดร่วม และทักษะที่ทันตบุคลากรได้รับการพัฒนา

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ แนวคำถามการสนทนากลุ่มกึ่งโครงสร้าง ผู้วิจัยสร้างขึ้นเองผ่านการทบทวนวรรณกรรมผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา และความเหมาะสมของแนวคำถามโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ประกอบด้วย จิตแพทย์ 1 ท่าน อาจารย์พยาบาล พยาบาลสาขาสุขภาพจิตและจิตเวช 1 ท่าน พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยจิตเวช 1 ท่าน วิเคราะห์ค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา (content validity index, CVI) เท่ากับ 0.80 และนำไปทดสอบกับผู้ร่วมวิจัยจำนวน 2 ท่าน ปรับปรุงตามข้อเสนอแนะเพื่อนำไปใช้ในการเก็บข้อมูลจริง

การเก็บรวบรวมข้อมูล: ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลดังนี้

1. ผู้วิจัยประสานผ่านฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลยะลา และนัดพบกลุ่มตัวอย่าง เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย ขั้นตอนการวิจัย และผู้ให้ข้อมูลเซ็นยินยอมเข้าร่วมการวิจัย
2. นัดพบกลุ่มตัวอย่างเพื่อสนทนากลุ่ม กลุ่มละ 2 ครั้ง ครั้งละ 60-90 นาที จำนวน 2 กลุ่มคือ พยาบาลที่มีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยจิตเวช 1-2 ปี จำนวน 3 ราย และ พยาบาลที่มีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยจิตเวช มากกว่า 2 ปี จำนวน 4 ราย เพื่อส่งเสริมการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ร่วมระหว่างพยาบาล โดยผู้วิจัยหลักซึ่งอาจารย์พยาบาลเป็นผู้ดำเนินการสนทนาทุกครั้ง
3. บันทึกเสียงและจดบันทึกประเด็นสำคัญ และใช้การสัมภาษณ์เชิงลึกเป็นรายบุคคลในรายที่เกี่ยวข้อง จำนวน 1 ครั้งจนได้ข้อมูลอิ่มตัว (Data Saturation) ใช้เวลาประมาณ 40-50 นาที

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลทั่วไปของพยาบาลกลุ่มตัวอย่างแต่ละราย วิเคราะห์ หาค่าเฉลี่ย ร้อยละ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
2. การวิเคราะห์เนื้อหา (Content Analysis) และตรวจสอบคุณภาพของข้อมูล โดยใช้เกณฑ์มาตรฐานของ Lincoln และ Guba (1985) ซึ่งครอบคลุม 4 ด้าน คือ
 - 2.1 ความน่าเชื่อถือของข้อมูล โดยการตรวจสอบข้อมูลแบบสามเส้า และหลังจากการถอดบทสนทนา

สรุปประเด็น ผู้วิจัยได้นำข้อมูลกลับไปให้ผู้ให้ข้อมูลตรวจสอบว่าตรงตามความหมายและความตั้งใจเดิมหรือไม่
 - 2.2 ความคงเส้นคงวาของการดำเนินการวิจัย ผู้วิจัยบันทึกภาคสนาม (Field Notes) ไฟล์บันทึกเสียง ถอดบทสัมภาษณ์ฉบับเต็ม (Transcripts) อ่านข้อมูลซ้ำ กำหนดรหัส จัดหมวดหมู่ สรุปเป็นประเด็นหลัก (Themes) เพื่อให้สามารถตรวจสอบย้อนกลับกระบวนการตีความได้ทุกขั้นตอน
 - 2.3 ความสอดคล้องกัน โดยการรายงานผลการวิจัย ผู้วิจัยจะแสดงคำพูดจริงของผู้ให้ข้อมูล (Direct Quotes) ประกอบการอธิบายความและข้อสรุปในทุกประเด็น เพื่อยึดโยงข้อสรุปเข้ากับข้อมูลดิบอย่างชัดเจน
 - 2.4 ความสามารถในการถ่ายโอนหรือนำไปใช้ โดยผู้วิจัยให้รายละเอียดของบริบทแวดล้อมและคุณลักษณะของผู้ให้ข้อมูลอย่างครบถ้วน เพื่ออำนวยความสะดวกให้ผู้อ่านสามารถประเมินความคล้ายคลึงและนำผลวิจัยไปปรับใช้ได้จริง

จริยธรรมการวิจัย

การศึกษานี้ผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาล ยะลา จังหวัด ยะลา เลขที่ 22/2567 ลงวันที่ 1 สิงหาคม 2567 และผู้วิจัยได้ผ่านการอบรมหลักสูตร แนวทางการปฏิบัติการวิจัยทางคลินิกที่ดี (ICH-GCP:E6(R2)) โดยคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ สาขาแพทยศาสตร์ เมื่อ 16 ตุลาคม 2568 และการเก็บรวบรวมข้อมูลดำเนินการสัมภาษณ์โดยผู้วิจัย

หลักทั้งหมด เพื่อป้องกันอคติในการเก็บข้อมูลอันเนื่องมาจากผู้ร่วมวิจัยเป็นสมาชิกในกลุ่มประชากรที่ทำการศึกษา และผู้ร่วมวิจัยทำหน้าที่ประสานงานพื้นที่และร่วมตรวจสอบความสมเหตุสมผลของข้อสรุปข้อมูลเท่านั้น

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไป

ตาราง 1 จำนวนร้อยละของกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา จำแนกตามข้อมูลทั่วไป (n=7 คน)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
หญิง	5	71.43
ชาย	2	28.57
อายุ (ปี)		
อายุ 35-45	5	71.43
อายุ 46-55	2	28.57
Mean = 41.86, S.D. = 6.01, Min = 37, Max = 51		
ศาสนา		
อิสลาม	6	85.71
พุทธ	1	14.29
ประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยจิตเวช (ปี)		
2-5	4	57.14
6-10	1	14.29
มากกว่า 10	2	28.57
Mean = 6.14, S.D. = 4.95, Min = 2, Max = 13		
ผ่านการอบรมเฉพาะทางด้านการพยาบาลจิตเวช		
การพยาบาลจิตเวชผู้สูงอายุ	1	14.29
การพยาบาลจิตเวชเด็ก	1	14.29
การพยาบาลจิตเวชทั่วไป	1	14.29
ยังไม่ผ่านการอบรมเฉพาะทาง	4	57.13

จากตาราง 1 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลคุณลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง (n = 7) พบว่า ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง และมีอายุอยู่ในช่วง 35–45 ปี ในสัดส่วนที่เท่ากัน (ร้อยละ 71.43) โดยมีอายุเฉลี่ย 41.86 ปี (S.D. = 6.01) ด้านการนับถือศาสนา พบว่าเป็นผู้นับถือศาสนาอิสลามร้อยละ 85.71 ในส่วนของข้อมูลการปฏิบัติงาน กลุ่มตัวอย่างมากกว่าครึ่งหนึ่งมีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชอยู่ระหว่าง 2–5 ปี (ร้อยละ 57.14) มีประสบการณ์เฉลี่ย 6.14 ปี (S.D. = 4.95) และส่วนใหญ่ยังไม่ได้รับการอบรมเฉพาะทาง (ร้อยละ 57.13)

2. ประสบการณ์และความท้าทายของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่มีความผิดปกติของการใช้สารเสพติดร่วม จากการวิเคราะห์เนื้อหา (Content Analysis) สามารถจำแนกประสบการณ์และความท้าทายของพยาบาลวิชาชีพตามระยะของกระบวนการดูแลออกเป็น 4 ระยะ โดยมีรายละเอียดดังนี้

ระยะแรกรับ (Admission Phase)

ในระยะแรกรับผู้ป่วยมักถูกนำส่งสถานพยาบาลด้วยอาการทางจิตเวชในระยะวิกฤตหรือภาวะฉุกเฉิน ประกอบด้วยอาการหลงผิด ประสาทหลอน พฤติกรรมก้าวร้าวคุกคามต่อตนเองและผู้อื่น ตลอดจนการทำลายสิ่งของ นอกจากนี้ผู้ป่วยบางรายยังเผชิญกับภาวะเป็นพิษจากการใช้สารเสพติดในปริมาณมาก (Substance Intoxication) หรือภาวะขาดยา (Substance Withdrawal) อุปสรรคสำคัญในระยะนี้คือ ผู้ป่วย

ส่วนใหญ่ขาดความตระหนักรู้ต่อการเจ็บป่วย (Lack of Insight) และปฏิเสธประวัติการใช้สารเสพติด ส่งผลให้ไม่สามารถให้ข้อมูลที่เที่ยงตรงได้ในช่วง 2-3 วันแรกของการเข้ารับการรักษา พยาบาลจึงจำเป็นต้องเก็บรวบรวมประวัติจากผู้ดูแลหรือผู้มีส่วนเป็นหลัก จากสถานการณ์ดังกล่าว นำมาสู่ประเด็นความท้าทายหลัก คือ ความยากลำบากในการคัดกรองเพื่อแยกโรคและสืบค้นประวัติการใช้สารเสพติด เนื่องจากข้อจำกัดด้านตัวผู้ป่วยและความไม่สมบูรณ์ของข้อมูลที่ได้รับจากครอบครัว ซึ่งสามารถจำแนกเป็นประเด็นย่อยได้ 2 ประเด็น ดังนี้

1) การปกปิดข้อมูลประวัติเนื่องจากตราบาปทางสังคม ข้อบัญญัติทางศาสนา และข้อจำกัดทางกฎหมาย ครอบครัวและผู้ดูแลมักปฏิเสธหรือบิดเบือนข้อมูลเกี่ยวกับการใช้สารเสพติดของผู้ป่วย เนื่องจากความวิตกกังวลต่อผลทางกฎหมาย รวมถึงความรู้สึกอับอายและตราบาป (Stigma) ที่ขัดต่อหลักความเชื่อและจริยธรรมทางศาสนาในบริบทชุมชน สอดคล้องกับคำให้สัมภาษณ์ของกลุ่มตัวอย่างที่ระบุว่า:

“...การซักประวัติจากญาติ บางครั้งญาติไม่ทราบข้อมูลหรือปกปิดข้อมูลพยายามหาเหตุผลอื่น

มาอธิบายอาการของผู้ป่วย... ญาติจะบอกว่าผู้ป่วยไม่ได้ใช้ยาเสพติด แต่พอดูอาการที่แสดงออก และผลการตรวจปัสสาวะมันขัดแย้งกัน” (N1)

2) ความจำเป็นในการใช้สมรรถนะและความเชี่ยวชาญเฉพาะบุคคลในการสังเกตและสัมภาษณ์ขั้นสูง เพื่อให้ได้ข้อมูลที่สะท้อนข้อเท็จจริง พยาบาลต้องบูรณาการทั้งทักษะการสร้างสัมพันธภาพเพื่อการบำบัด เทคนิคการสัมภาษณ์เชิงลึก และความไวในการสังเกตอาการทางคลินิก สอดคล้องกับคำให้สัมภาษณ์ของกลุ่มตัวอย่างที่ระบุว่า:

“ย้ายมาจากแผนก...ในช่วงแรกที่ย้ายมารู้สึกกังวลเมื่อต้อง ซักประวัติ และประเมินอาการ แรกผู้ป่วยจิตเภทสารเสพติดที่มีพฤติกรรมรุนแรง...ผู้ป่วยไม่สามารถให้ข้อมูลได้เพราะไม่ยอมรับการเจ็บป่วย เราต้องถามข้อมูลจากญาติ และสังเกตลักษณะผิดปกติของผู้ป่วย...บางครั้งก็ยากในการคัดกรองว่าเกิดจากอาการทางจิตหรือจากการใช้สารเสพติด”

ระยะอยู่ในความดูแล (Inpatient Care Phase)

ระยะอยู่ในความดูแลเป็นช่วงเวลาที่จะสะท้อนความแตกต่างเชิงคลินิกอย่างชัดเจนที่สุดระหว่างผู้ป่วยโรคจิตเภททั่วไปและผู้ป่วยจิตเภทที่มีความผิดปกติของการใช้สารเสพติดร่วม (Dual Diagnosis) โดยระยะเวลาในการบำบัดรักษาจะผันแปรตามระดับความซับซ้อนและความรุนแรงของโรค ทั้งนี้ ผู้ป่วยกลุ่มภาวะวินิจฉัยร่วมมักเผชิญกับปัญหาที่ทับซ้อนและต้องใช้ระยะเวลาในการควบคุมอาการทางจิตยาวนานกว่าปกติ เช่น อาการพฤติกรรมก้าวร้าว ความคิดหลงผิดและหวาดระแวง อาการประสาทหลอน พฤติกรรมทางเพศที่ไม่เหมาะสม ตลอดจนประเด็นความเสี่ยงทางด้านนิติจิตเวช ส่งผลให้แนวทางการรักษาด้วยยาเพื่อควบคุมอาการทางจิตจำเป็นต้องใช้ยาต้านโรคจิตในขนาดที่สูงขึ้น (High-dose medication) และมีการใช้ยาร่วมกันหลายชนิด (Polypharmacy) จากลักษณะทางคลินิกดังกล่าว นำมาสู่ประเด็นความท้าทายหลัก คือ การเผชิญหน้ากับความรุนแรงหน่วงและพฤติกรรมเบี่ยงเบนที่มีความซับซ้อนกว่าผู้ป่วยจิตเภททั่วไป ซึ่งสามารถจำแนกเป็นประเด็นย่อยได้ 2 ประเด็น ดังนี้

1) ระยะเวลาของความรุนแรงและอาการทางจิตที่ยาวนานและตอบสนองต่อการรักษาได้ยากกว่าปกติ ผู้ป่วยกลุ่มนี้มักแสดงอาการทางจิตที่รุนแรงเฉียบพลันและคงอยู่ยาวนานกว่าเกณฑ์การรักษาทั่วไป ทำให้กระบวนการฟื้นฟูสภาพและระยะเวลาในการจำหน่ายผู้ป่วยต้องทอดยาวออกไป สอดคล้องกับข้อเท็จจริงที่สะท้อนจากกลุ่มตัวอย่างว่า:

“...อาการก้าวร้าวรุนแรงกว่าปกติ บางคนมีพฤติกรรมทางเพศที่ไม่เหมาะสม เช่น การช่วยตัวเองในที่สาธารณะ หรือพยายามรุกรานผู้อื่น...หรือมีความคิดหลงผิด ไม่ยอมรับการเจ็บป่วยจะขัดขวางการให้ยา ... การจัดการต้องใช้ทั้งการผูกมัดและการให้ยาฉีดที่ขนาดสูงขึ้น” (N4)

“...ถ้าเป็นผู้ป่วยยาเสพติดอย่างเดียวจะอยู่ที่ 1-2 อาทิตย์อาการจะดีขึ้น แต่พอมี จิตเภทร่วมด้วย... ต้องปรับยากัน แล้วมี EPS ร่วมด้วยต้องระวังเป็นพิเศษ ...โดยเฉพาะในระยะแรกต้อง complete bed bath และต้องดูแลใกล้ชิดนานกว่าผู้ป่วยรายอื่น และใช้เวลาฟื้นฟูนานกว่า” (N3)

2) ความจำเป็นในการบูรณาการสมรรถนะเฉพาะด้านการจัดการพฤติกรรมก้าวร้าว การสื่อสารเพื่อการบำบัด และเภสัชวิทยาคลินิกขั้นสูง พยาบาลวิชาชีพต้องเผชิญกับข้อจำกัดด้านสิ่งแวดล้อมเพื่อความปลอดภัย เช่น ความไม่เพียงพอของห้องแยกโรค (Isolation room) และสรีระของพยาบาลส่วนใหญ่ที่เป็นเพศหญิง ท่ามกลางความเสี่ยงสูงจากการบริหารยากกลุ่มเสี่ยงสูง (High-alert drugs) และภาวะแทรกซ้อนทางระบบประสาท สอดคล้องกับข้อเท็จจริงที่สะท้อนจากกลุ่มตัวอย่างว่า:

“..ต้องปรับจากยาเดิมและคนไข้ก็เสี่ยงต่อการเกิด EPS ได้ง่ายมาก เราก็ไม่รู้ว่าที่เจอ EPS ที่ง่ายขึ้นมันเกิดจาก overdose หรือ ง่ายจากการใช้ เอมแพตามีน มันหลายอย่าง” (N2)

“มีพฤติกรรมก้าวร้าวมากขึ้น ทำร้ายตนเอง ทำร้ายผู้อื่น บางครั้งทำลายข้าวของ ต้องใช้ห้องแยกมากขึ้น บางครั้งห้องแยกไม่พอ เราต้องมีการเจรจาต่อรองก่อน หากไม่สำเร็จอาจต้องตัดสินใจว่าจะผูกมัดหรือไม่ บางครั้งต้องตามรปภ. มาช่วย เพราะพยาบาลส่วนใหญ่เป็นผู้หญิง” (N3)

“.....พอมียาเสพติตร่วมด้วย ต้องปรับไปใช้ยา clozapine, Seroquel (เป็นยาที่มีราคาแพง) แต่สุดท้ายหมอก็ต้องใช้” (N4)

ระยะจำหน่าย (Discharge Phase)

ระยะจำหน่ายเป็นช่วงเวลาของผู้ป่วยมีอาการทางจิตสงบ (Clinical Remission) สามารถควบคุมอารมณ์และพฤติกรรม ตลอดจนสะท้อนความสามารถในการดูแลตนเองได้ในระดับหนึ่ง ซึ่งแสดงถึงความพร้อมในการเข้าสู่กระบวนการฟื้นฟูสภาพที่บ้านหรือการส่งต่อไปยังสถานบำบัดรักษาสารเสพติดเฉพาะทาง การเตรียมความพร้อมในระยะนี้ จำเป็นต้องอาศัยกระบวนการมีส่วนร่วมและเครือข่ายความร่วมมือแบบพหุภาคี (Multisectoral Collaboration) ตั้งแต่พยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาล พยาบาลชุมชนในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ครอบครัว ชุมชน ตลอดจนฝ่ายปกครองท้องถิ่น โดยเฉพาะอย่างยิ่งในกลุ่มผู้ป่วยที่มีภาวะวินิจฉัยร่วม (Dual Diagnosis) ที่ต้องการระบบสนับสนุนที่เข้มข้นกว่าผู้ป่วยจิตเภททั่วไป เนื่องจากต้องเผชิญกับข้อจำกัดที่ซับซ้อน ทั้งปัญหาเศรษฐกิจระดับครัวเรือน และสิ่งแวดล้อมเชิงลึกในชุมชนที่เอื้อต่อการกลับไปใช้สารเสพติดซ้ำ (Relapse environments) จากข้อจำกัดดังกล่าว นำมาสู่ประเด็นความท้าทายหลัก คือ ทศนคติเชิงลบและความวิตกกังวลระดับสูงของครอบครัวและชุมชนต่อมิตีความปลอดภัยเมื่อผู้ป่วยกลับคืนสู่สังคม ซึ่งสามารถจำแนกเป็นประเด็นย่อยได้ 2 ประเด็น ดังนี้

1) อุปสรรคในการสร้างความพร้อมและการยอมรับของครอบครัวและชุมชนในการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน ครอบครัวและชุมชนมักเกิดภาวะหมดพลังในการดูแล (Caregiver Burden) ร่วมกับความหวาดระแวงและหวาดกลัวต่อพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงที่อาจเกิดขึ้นซ้ำ นำไปสู่การปฏิเสธหรือหลีกเลี่ยงที่จะรับผู้ป่วยกลับเข้าสู่ระบบครอบครัว สอดคล้องกับข้อเท็จจริงที่สะท้อนจากกลุ่มตัวอย่างว่า:

“...ญาติมีความกังวลมาก ไม่อยากรับกลับเพราะกลัวเรื่องความปลอดภัย กลัวว่าคนไข้จะกลับไปใช้ยาเสพติตรอีกแล้วมาทำร้ายคนในบ้าน...” (N5)

“ครอบครัวที่เลือกจะรับคนไข้กลับด้วยความเต็มใจน้อยมาก....บางคนญาติจะรับแต่ว่าชุมชนไม่ได้รับ บางคนญาติไม่เอาเลย...จากที่เคยห่วงใย เลี้ยงดู ก็ไม่อยากจะเลี้ยงดู.....ให้พยาบาลส่งผู้ป่วยไปอยู่ที่อื่น” (N2)

2) ความจำเป็นในการยกระดับสมรรถนะของพยาบาลด้านการให้คำปรึกษาครอบครัวและการประสานงานข้ามเครือข่าย เพื่อทลายกำแพงความกลัวและแก้ปัญหาทางสังคม พยาบาลต้องทำหน้าที่เป็นผู้นำ ประสาน งานหลัก (Case Manager) ในการระดมทรัพยากร ทูตทางสังคม และงบประมาณจากหน่วยงานภายนอกเพื่อสร้างระบบรองรับผู้ป่วย สอดคล้องกับข้อเท็จจริงที่สะท้อนจากกลุ่มตัวอย่างว่า:

“ก่อนผู้ป่วยกลับบ้าน เราต้องเชิญญาติมาหาแนวทางดูแลร่วมกัน ว่ากลับไปจะดูแลอย่างไร ยิ่งคนไข้เป็นจิตเภทที่ใช้สารเสพติตร่วมด้วย ญาติสามารถดูแลได้ไหม ถ้าดูแลไม่ได้อาจจะต้องใช้ทีมมาร่วมมือกันในการหาทางออก หรือให้เครือข่าย เช่น อสม. หรือกำนันผู้ใหญ่บ้านช่วยดูแล” (N1)

“ผู้ป่วยบางรายไม่มีบ้านอยู่ ไม่มีงานทำ ไม่มีรายได้ ญาติก็มีฐานะไม่ดี พยาบาลต้องประสาน หน่วยงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ หรือ อบต. เพื่อของบประมาณสร้างบ้าน หรือเงินทุน เพื่อประกอบอาชีพของผู้ป่วยหรือญาติ หรือประสานเพื่อส่งผู้ป่วยไปสถานสงเคราะห์ในกรณีที่ญาติไม่ยินยอมรับผู้ป่วยกลับไปดูแล” (N4)

ระยะติดตามผล (Follow-up Phase)

ระยะติดตามผลเป็นกระบวนการประเมินผลลัพธ์การรักษาและจัดระบบดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องเมื่อกลับคืนสู่ครอบครัว ในกลุ่มผู้ป่วยจิตเภทที่มีความผิดปกติของการใช้สารเสพติดร่วม (Dual Diagnosis) จิตแพทย์มักกำหนดวันนัดเพื่อติดตามอาการภายใน 2 สัปดาห์หลังจำหน่าย ซึ่งมีความถี่มากกว่ากลุ่มโรคทางจิตเวชทั่วไป ร่วมกับพยาบาลประจำหอผู้ป่วยร่วมกับทีมสหวิชาชีพจะดำเนินการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยเดือนละ 1 ครั้ง หรือประสานงานร่วมกับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ในพื้นที่เพื่อติดตามดูแลอย่างใกล้ชิด อย่างไรก็ตาม อุปสรรคสำคัญในขณะนี้คือความเสี่ยงสูงต่อการกลับไปใช้สารเสพติดซ้ำ (Substance Relapse) ซึ่งพบว่าผู้ป่วยบางรายกลับไปใช้สารเสพติดทันทีภายใน 24 ชั่วโมงหลังจำหน่าย เนื่องจากสภาพแวดล้อมในชุมชนเอื้อต่อการเข้าถึงสารเสพติดได้ง่าย โดยเฉพาะกัญชาและพืชกระท่อม ซึ่งชุมชนมีบรรทัดฐานทางสังคมและทัศนคติที่คลาดเคลื่อนว่าสารดังกล่าวไม่ผิดกฎหมายและสามารถบริโภคได้อย่างเสรี ตลอดจนการที่ผู้ป่วยใช้สารเสพติดด้วยวัตถุประสงค์เพื่อเพิ่มสมรรถภาพในการทำงานและเพิ่มความทนทานในการใช้แรงงาน แม้ว่าในระยะก่อนจำหน่ายพยาบาลจะสามารถควบคุมอาการทางจิตของผู้ป่วยให้อยู่ในระยะสงบได้ แต่เมื่อผู้ป่วยต้องกลับไปเผชิญสภาพแวดล้อมที่มีความเสี่ยงสูงเช่นเดิม ส่งผลให้เกิดภาวะโรคกำเริบเฉียบพลัน (Acute Exacerbation) ร่วมกับมีพฤติกรรมรุนแรง นำไปสู่การกลับเข้ารับการรักษาซ้ำในโรงพยาบาลภายใน 28 วัน (28-Day Readmission) ทั้งในระดับโรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลชุมชนที่มีอัตราแนวโน้มสูงขึ้น จากสถานการณ์ดังกล่าว นำมาสู่ประเด็นความท้าทายหลัก คือ อุปสรรคเชิงโครงสร้างและสภาพแวดล้อมในชุมชนที่เอื้อต่อการกลับไปใช้สารเสพติดซ้ำ ซึ่งสามารถจำแนกเป็นประเด็นย่อยได้ 2 ประเด็น ดังนี้

1) ทัศนคติเชิงบวกและการยอมรับการใช้สารเสพติดท้องถิ่น (กัญชาและพืชกระท่อม) ภายในชุมชน บริบททางสังคมและครอบครัวยังมองว่าการใช้สารเสพติดธรรมชาติเป็นเรื่องปกติของการดำเนินชีวิต ขาดความตระหนักรู้ถึงผลกระทบทางจิตประสาทอันรุนแรง รวมถึงข้อจำกัดของผู้ดูแลที่เป็นผู้สูงอายุทำให้ขาดสมรรถนะในการควบคุมพฤติกรรมผู้ป่วย สอดคล้องกับข้อเท็จจริงที่สะท้อนจากกลุ่มตัวอย่างว่า:

“...ในชุมชนหาง่ายมาก เดินออกจากบ้านก็หายาเสพติดได้แล้ว ทั้งกัญชาและกระท่อม บางครั้งญาติหรือคนในหมู่บ้านนั้นแหละที่เป็นคนขาย... พอกลับไปสภาพแวดล้อมเดิม เขาก็กลับไปใช้ซ้ำอีก” (N7)

“ผู้ดูแลส่วนใหญ่เป็นมารดาที่มีอายุมาก ไม่สามารถควบคุมผู้ป่วยได้....ญาติบางรายเห็นผู้ป่วยใช้สารเสพติด ไม่มีอาการทางจิตกำเริบและทำงาน (รับจ้างตัดทุเรียน) ได้ดีก็ไม่ได้สนใจ จะรู้อีกครั้งเมื่อผู้ป่วยมีอาการทางจิตกำเริบ ทำร้ายตนเองหรือผู้อื่นจึงเริ่มตระหนัก” (N4)

2) ความจำเป็นในการปรับเปลี่ยนกระบวนการทำงานของพยาบาลสู่การพยาบาลชุมชนเชิงรุกและการให้คำปรึกษารอบครัวอย่างเข้มข้น พยาบาลวิชาชีพต้องเปลี่ยนบทบาทจากการพยาบาลเชิงตั้งรับในสถานพยาบาลมาเป็นการขับเคลื่อนระบบสุขภาพในพื้นที่ร่วมกับชุมชน เพื่อจัดการกับพฤติกรรม การขาดความร่วมมือในการรักษา (Non-adherence) และปัญหาในครอบครัวที่มีผู้ป่วยทางจิตเวชทับซ้อน สอดคล้องกับข้อเท็จจริงที่สะท้อนจากกลุ่มตัวอย่างว่า:

“...ตอนนี้เราทำงานแบบเดิมไม่ได้ เราต้องทำงานเชิงรุกให้มากขึ้น การที่ตั้งรับอย่างเดียวจะทำให้การดูแลของเราแทบจะไม่มีประโยชน์ ผู้ป่วยแทบจะ readmit เกือบทุก case ในผู้ป่วยที่ใช้สารเสพติดร่วม” (N1)

“ผู้ป่วยบางรายในครอบครัวป่วยด้วยโรคทางจิตเวชหลายคน กลัวผู้ป่วยอาละวาดและถูกทำร้าย จึงให้เงินไปซื้อจากเสพติดเมื่อผู้ป่วยร้องขอ หรือหากไม่มีเงินซื้อเพื่อนที่ติดยาเสพติดก็เอายาเสพติดมาให้

ร่วมกับการไม่รับประทานยาทางจิตเวชต่อเนื่อง เมื่อ admit ครั้งต่อไป จะมีอาการแยลงเรื่อย การพยากรณ์โรคก็จะแยลง พยาบาลต้องเข้าไปให้คำปรึกษาคอบครัว ชุมชน” (N2)

จากการวิจัยสามารถสรุปความแตกต่างในการดูแลผู้ป่วยจิตเภททั่วไปกับผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้สารเสพติดร่วมได้เป็น 4 ประเด็นดังนี้

ตาราง 2 แสดงความแตกต่างในการดูแลผู้ป่วยจิตเภททั่วไปกับผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้สารเสพติดร่วม

ประเด็น	ผู้ป่วยจิตเภททั่วไป	ผู้ป่วยจิตเภทใช้สารเสพติดร่วม
อาการทางคลินิก	หลงผิด หูแว่ว แต่สงบได้เร็ว	ก้าวร้าวรุนแรง ทำร้ายร่างกาย สงบยาก
การใช้ยารักษาอาการทางจิต	ตอบสนองต่อยาในขนาดปกติ	ต้องการยาขนาดสูง (High dose)
พฤติกรรมทางเพศ	พบน้อยหรือไม่รุนแรง	พบมาก เช่น การช่วยตัวเองหรือรุกรานผู้อื่น
ระยะเวลาการฟื้นตัว	1-2 สัปดาห์	ยาวนานกว่า 1 เดือน หรือสมองถูกทำลายถาวร

จากตารางพบว่าการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้สารเสพติดร่วมมีความซับซ้อน ยุ่งยาก และส่งผลให้เกิดต้นทุนในการดูแลที่สูงกว่ากลุ่มผู้ป่วยโรคจิตเภททั่วไป ทั้งนี้ได้จำแนกทักษะเฉพาะของพยาบาลที่จำเป็นต้องได้รับการพัฒนาออกเป็น 3 ด้านหลักได้แก่

1) ด้านการประเมินทางคลินิกและการสื่อสารเพื่อการบำบัด เพื่อลดข้อจำกัดด้านการคัดกรองและการวินิจฉัยโรค

2) ด้านการจัดการภาวะวิกฤต การสื่อสาร และการบริหารยาความเสี่ยงสูง เพื่อลดอันตรายอันเกิดจากพฤติกรรมก้าวร้าว ตลอดจนป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการใช้ยาทางจิตเวช

3) ด้านการให้คำปรึกษา และการบูรณาการความร่วมมือกับครอบครัวและชุมชน เพื่อลดข้อจำกัดด้านต้นทุนทางสังคม และส่งเสริมความร่วมมือในการรับประทานยาและการรักษาอย่างยั่งยืน

3. อิทธิพลของปัจจัยด้านพหุวัฒนธรรมและความเชื่อในบริบทสังคมจังหวัดยะลา

จากการวิเคราะห์เนื้อหาพบว่า หลักศรัทธาและหลักปฏิบัติทางศาสนาอิสลามและบริบทพหุวัฒนธรรม มีอิทธิพลขับเคลื่อนพฤติกรรมสุขภาพและการบริบาลผู้ป่วยจิตเภทที่มีภาวะวินิจัยร่วมในทุกระยะ โดยสามารถสรุปประเด็นท้าทายและสมรรถนะที่สำคัญได้ 4 มิติหลัก ดังนี้:

1) การสร้างความชอบธรรมเชิงวัฒนธรรมเพื่อลดทอนความผิด (Cultural Neutralization)

ผู้ป่วยกลุ่มวัยรุ่นใช้ช่องว่างความเป็นพิษท้องถิ่นของกัญชาและกระท่อม บิดเบือนหลักศาสนาโดยนิยามความหมายใหม่ให้เป็น "ยาสมุนไพร" เพื่อลดความขัดแย้งในจิตใจและสร้างความชอบธรรมในการเสพติด สอดคล้องกับข้อเท็จจริงที่สะท้อนจากกลุ่มตัวอย่างว่า:

“ผู้ป่วยบางคนเชื่อว่ากัญชามาจากพระเจ้าไม่บาป (มันเป็นต้นไม้ที่ขึ้นมาจากธรรมชาติไม่บาป)”

(N4)

2) การใช้ศาสนกิจเป็นเครื่องมือบำบัดและดัชนีชี้วัดทางคลินิก (Spiritual Therapeutics)

การปฏิบัติศาสนกิจละหมาดวันละ 5 เวลา ถูกนำมาประยุกต์เป็นเกณฑ์เชิงประจักษ์เพื่อประเมินระบบการรู้คิด (Cognitive functioning) และสัญญาณเตือนว่าอาการทางจิตดีขึ้น เนื่องจากการละหมาดมีบทในการขอภัยโทษจากอัลลอฮ์ (เตาบัตตัว) และการขอพรให้ชีวิตดีขึ้น (ดุอาอ์) เวลาผู้ป่วยเริ่มควบคุมอารมณ์ไม่ได้ จะส่งเสริมให้ผู้ป่วยอาบน้ำละหมาด เมื่อได้ละหมาดจะทำให้ผู้ป่วยสงบลง สอดคล้องกับข้อเท็จจริงที่สะท้อนจากกลุ่มตัวอย่างว่า:

“ในขณะที่ส่งเเวร น้องพยาบาลไทยพุทธ จะบอกว่าคนไข้เริ่มละหมาดได้แล้ว เราก็จะถามว่าทิศถูกไหม หรือตรงเวลาไหม แต่ถ้าไม่ถูกแสดงว่าอาการยังไม่ดีขึ้น แต่ถ้าผู้ป่วยให้พยาบาลช่วยเตือนให้ละหมาด เมื่อถึงเวลาก็เป็นเกณฑ์ที่บอกว่าผู้ป่วยมีอาการดีขึ้น” (N1)

“...การยึดเหนี่ยวทางศาสนาจะมีผลมากมายเลย เมื่อผู้ป่วยมีอาการดีขึ้นแล้ว ถ้าผู้ป่วยเริ่มหงุดหงิด จะให้ผู้ป่วยกล่าวถึงพระเจ้า ไปอาบน้ำละหมาด แล้วให้ละหมาด ก็จะสามารถควบคุมอารมณ์ตนเองได้” (N3)

3) แรงขับเคลื่อนทางจริยธรรมชุมชนและการพึ่งพาผู้นำศาสนาในระยะเปลี่ยนผ่าน

สังคมมุสลิมมีความเชื่อว่าการละเลยหรือไม่หิบบนความช่วยเหลือแก่ผู้ที่หลงผิดไปใช้สารเสพติด จะทำให้บุคคลในชุมชนได้รับบาปที่รุนแรงกว่า “ข้อบังคับส่วนรวม” (ฟรฎู กิฟายะฮ์) ที่มองว่าการละเลยผู้หลงผิด เป็นความผิดของชุมชน นำไปสู่การตั้งผู้นำศาสนา (โต๊ะอิหม่าม) เข้ามามีบทบาทเชิงรุกในการปรับทัศนคติ ลดตรา บาป และร่วมวางแผนจำหน่ายเพื่อการดูแลที่ต่อเนื่อง สอดคล้องกับข้อเท็จจริงที่สะท้อนจากกลุ่มตัวอย่างว่า:

“มีหลายรายที่ชุมชนหรือญาติปฏิบัติปฏิเสธการรับผู้ป่วยกลับ เวลาเราจะจำหน่ายผู้ป่วยกลับบ้าน ต้องให้อิหม่ามและผู้นำชุมชนไปคุยกับชุมชนและญาติล่วงหน้า ปรับมุมมอง จากมองผู้ป่วยว่าเป็นภัย เป็นพี่น้องมุสลิมที่กำลังป่วย ต้องช่วยเหลือละเลยไม่ได้ เพื่อให้ชุมชนเปิดใจ ให้อภัย และสร้างข้อตกลงร่วมกันระหว่างผู้ป่วยและชุมชน เช่น การชวนผู้ป่วยมาละหมาดที่มัสยิด เพื่อให้เขามีที่ยึดเหนี่ยวและอยู่ในสายตาของชุมชนตลอดเวลา ” (N6)

4) สมรรถนะข้ามวัฒนธรรมของบุคลากรทางการแพทย์ (Cultural Competence)

ความเข้าใจอย่างลึกซึ้งในวิถีชีวิตและข้อบัญญัติศาสนาอิสลามของพยาบาลต่างศาสนา ถือเป็นสมรรถนะที่จำเป็นในสร้างความไว้วางใจ และส่งเสริมการพยาบาลอย่างเอื้ออาทรในพื้นที่เฉพาะ สอดคล้องกับข้อเท็จจริงที่สะท้อนจากกลุ่มตัวอย่างว่า:

“ที่เป็นพยาบาลพุทธ แต่เราต้องรู้ข้อห้ามศาสนา ทั้งเรื่องการไม่โดนตัวหลังอาบน้ำละหมาด การจัดอาหารและยาฮาลาล หรือแม้แต่การช่วยประสานให้เขาได้กลับบ้านไปกินข้าวกับครอบครัวในวันรายอ พอเราใส่ใจตรงนี้ มันช่วยสร้างความไว้วางใจและทำให้ผู้ป่วยยอมรับการรักษาดีขึ้นมาก” (N4)

อภิปรายผลการวิจัย

จากผลการวิจัยเรื่องประสบการณ์และความท้าทายของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่มีการใช้สารเสพติดร่วมในบริบทพหุวัฒนธรรม มีประเด็นสำคัญที่ควรนำมาอภิปรายผลดังนี้

1. ความท้าทายในการคัดกรองและการวินิจฉัยแรกเริ่ม ผลการศึกษาพบว่า ความท้าทายสำคัญในระยะแรกเริ่ม คือการคัดกรองเพื่อวินิจฉัยแยกโรคจิตเภทกับ โรคจิตเภทที่ใช้สารเสพติดร่วม และการสืบค้นประวัติที่ไม่ครบถ้วน เนื่องจากผู้ป่วยขาดความตระหนักรู้ต่อการเจ็บป่วย ร่วมกับครอบครัวมักปกปิดข้อมูลจากความกลัวทางกฎหมาย ความอับอาย และตราบาปทางสังคม พยาบาลจึงต้องอาศัยการสังเกตอาการทางคลินิก การสัมภาษณ์เชิงลึก และข้อมูลจากหลายแหล่งร่วมกัน ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Ayano (2019) และ Neyra et al. (2024) ที่อธิบายว่าการใช้สารเสพติดเพิ่มความซับซ้อนในการวินิจฉัย และส่งผลให้การวางแผนรักษาในระยะแรกมีความคลาดเคลื่อน

ปรากฏการณ์นี้อธิบายได้ด้วย ทฤษฎีระบบของ King (1981) ว่าความไม่สมดุลของระบบบุคคล คือผู้ป่วยรับรู้ความเจ็บป่วยไม่ตรงกับความเป็นจริง ร่วมกับระบบระหว่างบุคคล คือการขาดความไว้วางใจ ระหว่างบุคคลที่เกี่ยวข้อง จนไม่เกิดการแลกเปลี่ยนข้อมูล (transaction) ในการกำหนดเป้าหมายร่วม (goal attainment) ในขณะเดียวกันทฤษฎีการพยาบาลข้ามวัฒนธรรมของ Leininger (2002) ช่วยอธิบายว่าการปกปิดประวัติเชื่อมโยงกับคุณค่าทางวัฒนธรรม ความเชื่อทางศาสนา และตราบาปที่เกี่ยวข้องกับการใช้สารเสพติดในสังคมมุสลิม การคัดกรองที่มีประสิทธิภาพจึงต้องอาศัยการสื่อสารที่คำนึงถึงบริบทวัฒนธรรม และการสร้างความไว้วางใจมากกว่าแนวทางทางคลินิกเพียงอย่างเดียว

2. ผลของระบบบริการแบบแยกส่วนระหว่างจิตเวชกับสารเสพติด ผลการศึกษาพบว่า แม้ผู้ป่วยจะได้รับ การควบคุมอาการทางจิตจนสามารถจำหน่ายกลับบ้านได้ แต่ยังมีความเสี่ยงสูงต่อการกลับไปใช้สารเสพติดซ้ำและกลับมารักษาซ้ำภายในระยะเวลาอันสั้น จากข้อจำกัดของการให้บริการแบบแยกส่วนระหว่างโรคจิตเภทและโรคที่เกิดจากสารเสพติด ร่วมกับการประสานงานและส่งต่อข้อมูลที่ขาดความต่อเนื่องระหว่างโรงพยาบาล

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล หน่วยงานด้านสังคม ครอบครัว และชุมชน ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ ทิพย์วิมล ตั้งชูทวีทรัพย์ และคณะ (2568) และ Neyra et al. (2024) ที่พบว่าผู้ป่วยโรคจิตเภทที่มีการใช้สารเสพติดร่วมมีความเสี่ยงต่อพฤติกรรมก้าวร้าวและความรุนแรงสูงกว่าผู้ป่วยโรคจิตเภททั่วไป และจำเป็นต้องใช้รูปแบบการดูแลแบบบูรณาการทั้งในโรงพยาบาลและชุมชน เพื่อเพิ่มความร่วมมือและลดการกลับมาซ้ำ

ปรากฏการณ์นี้อธิบายได้ด้วยทฤษฎีระบบของ King (1981) ที่ว่าการดำเนินงานแบบแยกส่วน ทำให้ระบบสังคม ขาดการประสานเป้าหมายร่วม และการแลกเปลี่ยนข้อมูล (transaction) ระหว่างทีมสุขภาพ ทำให้ไม่เกิดการดูแลอย่างต่อเนื่อง ขณะเดียวกัน Leininger (2002) ชี้ให้เห็นว่าการดูแลที่ไม่เชื่อมโยงกับครอบครัว ผู้นำศาสนา และชุมชน ย่อมไม่สอดคล้องกับบริบทสังคมวัฒนธรรมและวิถีชีวิตของผู้ป่วย จึงลดประสิทธิผลการรักษาในระยะยาว

3. ความท้าทายของบริบท ด้านภาษา ศาสนา ตราบาป และวิธีการจัดการของพยาบาล ผลการศึกษาพบว่าปัจจัยด้านภาษา ศาสนา และตราบาปมีอิทธิพลต่อการดูแลผู้ป่วยในทุกระยะ โดยครอบครัวบางส่วนปกปิดประวัติการใช้สารเสพติดจากความอับอาย ขณะที่ผู้ป่วยบางส่วนมองว่ากัญชาและกระท่อมเป็นพืชธรรมชาติที่ไม่ขัดต่อหลักศาสนา อย่างไรก็ตาม พยาบาลไม่ได้ใช้เพียงวิธีการทางการแพทย์แต่ต้องบูรณาการกลยุทธ์ที่สอดคล้องกับบริบทวัฒนธรรม ทั้งการสื่อสารที่เข้าใจง่าย ความร่วมมือของผู้นำศาสนา การส่งเสริมการละหมาดและการขอพรในการฟื้นฟู และการใช้ชุมชนช่วยลดตราบาป เพื่อให้ยอมรับผู้ป่วยกลับคืนสู่สังคม ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ อังคณา วังทอง และคณะ (2025) ที่พบว่าเมื่อนำหลักศาสนาอิสลามมาใช้ในการบำบัด และการมีส่วนร่วมของชุมชน ช่วยลดพฤติกรรมรุนแรง สร้างบรรยากาศที่เอื้อต่อการรักษาและฟื้นฟูสุขภาพจิตแบบองค์รวมที่ชัดเจนมากขึ้น

ปรากฏการณ์นี้อธิบายได้ด้วยทฤษฎีการพยาบาลข้ามวัฒนธรรมของ Leininger (2002) ในการจัดบริการพยาบาลที่สอดคล้องกับบริบทวัฒนธรรมผ่าน 3 แนวทาง ได้แก่ การสงวนและคงไว้ (culture care preservation) โดยสนับสนุนการปฏิบัติศาสนกิจ การปรับประยุกต์ (culture care accommodation) โดยทำงานร่วมกับผู้นำศาสนา และการปรับเปลี่ยนแนวคิด (culture care repatterning) เพื่อปรับความเข้าใจเรื่องสารเสพติด ส่วนในมุมทฤษฎีระบบของ King (1981) การประยุกต์ใช้มิติทางภาษา ศาสนา และผู้นำชุมชน เป็นกลไกสำคัญในการเพิ่มประสิทธิภาพการสื่อสาร สร้างความไว้วางใจ และส่งเสริมการกำหนดเป้าหมายร่วมกัน (goal attainment) ระหว่างพยาบาล ผู้ป่วย และครอบครัว อันเป็นเงื่อนไขสำคัญในการบรรลุผลลัพธ์การดูแลในระยะยาว

4. การประยุกต์ศาสนกิจเป็นดัชนีการฟื้นตัวทางคลินิกในบริบทพหุวัฒนธรรมยะลา ข้อค้นพบที่โดดเด่นของการศึกษาค้นคว้า บริบทพหุวัฒนธรรมของจังหวัดยะลาไม่ได้เป็นเพียงปัจจัยพื้นฐานของการดูแล แต่มีอิทธิพลต่อกระบวนการดูแลในทุกระยะ คุณค่าทางศาสนาไม่ได้เป็นเพียงปัจจัยป้องกัน (protective factor) แต่ถูกประยุกต์ ใช้เป็นเครื่องมือทางคลินิกเช่น การใช้การละหมาดเป็นตัวชี้วัดการฟื้นตัวด้านการรู้คิด การสร้างข้อตกลงร่วม และการเสริมแรงจิตใจในการรักษา ซึ่งเป็นองค์ความรู้ใหม่ในงานวิจัยการพยาบาลผู้ป่วยภาวะวินิจฉัยร่วม

ปรากฏการณ์นี้อธิบายได้ด้วยทฤษฎีระบบของ King (1981) ว่าผู้นำศาสนาและชุมชน ทำหน้าที่เป็นองค์ประกอบ ในระบบสังคม (Social System) ที่สนับสนุนการบรรลุเป้าหมายของการรักษา ส่วนทฤษฎีการพยาบาลข้ามวัฒนธรรมของ Leininger (2002) อธิบายว่าศาสนาและวัฒนธรรมไม่ใช่อุปสรรค หากแต่เป็นทุนทางวัฒนธรรม (cultural resource) ที่นำมาประยุกต์สู่การดูแลที่สอดคล้องกับวิถีชีวิตผู้ป่วย

ดังนั้น ผลการศึกษาครั้งนี้จึงขยายองค์ความรู้จากงานวิจัยเดิม โดยเสนอว่าการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้สารเสพติดร่วมในจังหวัดชายแดนภาคใต้ ควรพัฒนารูปแบบการดูแลแบบบูรณาการที่ผสมผสานการดูแลทางคลินิก การพยาบาลข้ามวัฒนธรรม และการมีส่วนร่วมของผู้นำศาสนาและชุมชนไปพร้อมกัน

การนำผลการวิจัยไปใช้

1. ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้ คือ การพัฒนาแนวปฏิบัติเฉพาะทางการพยาบาล (CNPg) ที่ครอบคลุมการจัดการอาการวิกฤตและความรุนแรงในผู้ป่วยวินิจฉัยร่วม โดยเฉพาะการเฝ้าระวังพฤติกรรมทางเพศที่ไม่เหมาะสมและการใช้ยาขนาดสูง ร่วมกับการบูรณาการความเชี่ยวชาญข้ามวัฒนธรรมที่ส่งเสริมทักษะการให้คำปรึกษาเพื่อสร้างแรงจูงใจ (MI) โดยผสมผสานมิติทางศาสนาและความเชื่อท้องถิ่น เพื่อลดความขัดแย้งและสร้างความร่วมมือในการบำบัดรักษา และระบบสนับสนุนต่อเนื่องโดยการพัฒนาเครือข่ายความร่วมมือกับผู้นำศาสนาและชุมชนเพื่อเป็นระบบเฝ้าระวังหลังจำหน่าย ลดอัตราการกลับไปใช้สารเสพติดซ้ำจากปัจจัยสภาพแวดล้อม

2. ข้อเสนอแนะเชิงนโยบายคือ การบริหารจัดการความเสี่ยงและอัตราค่ารักษา โดยสถานพยาบาลควรจัดสรรอัตราค่ารักษาและระบบความปลอดภัยให้สอดคล้องกับความรุนแรงของโรคในผู้ป่วยกลุ่มนี้ และพัฒนาระบบส่งต่อข้อมูลประวัติการใช้สารเสพติดระหว่างหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เพื่อความรวดเร็วและแม่นยำในการคัดกรองระยะแรกเริ่ม

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

ควรมีการศึกษาเพื่อพัฒนา และประเมินประสิทธิผล ของแนวปฏิบัติการพยาบาลสำหรับผู้ป่วยจิตเภทที่มีความผิดปกติจากการใช้สารเสพติดร่วม โดยบูรณาการบริบทวัฒนธรรมและความเชื่อทางศาสนา เพื่อประเมินผลต่อความปลอดภัยในการดูแล ความสามารถของพยาบาล และอัตราการกลับมารักษาซ้ำ และพัฒนาแนวปฏิบัติการให้บริการผู้ติดสารเสพติด ร่วมกับจิตแพทย์ พยาบาล เภสัชกร นักจิตวิทยา ผู้ป่วย และผู้ดูแล

รายการอ้างอิง

- กองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ. (2567). เผยสถิติคนไทยป่วยจิตเวชพุ่งเกือบ 3 ล้านคน คาด 1 ใน 5 เกียโย่ง ปัจจัยยาเสพติด. ศูนย์บริการข้อมูลดิจิทัล สสส.
<https://dol.thaihealth.or.th/Media/Index/dff4f087-7df0-ee11-8103-00155d1aab6f>
- พรรณนอ กลิ่นกุหลาบ, วิมลพรรณ โชติแสงทอง, อัญชิษฐา นุ่มโต และสมบัติ มากัน. (2563). ประสิทธิภาพของการ พัฒนามาตรฐานการพยาบาลผู้ติดยาและสารเสพติดผู้ป่วยหนัก. *วารสารกรมการแพทย์*, 45(2), 191–199.
<https://he02.tci-thaijo.org/index.php/JDMS/article/view/245627>.
- พิชญนันท์ นามวงษ์, และ วิญญู ชะนะกุล. (2561). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการกลับมารักษาซ้ำใน 28 วันของ ผู้ป่วยโรคจิตเภท สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา. *วารสารสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา*, 12(2), 1–11. <https://he01.tci-thaijo.org/index.php/journalsomdetchaopraya/article/view/188534>
- มุฮัมหมัด ยะโกะ, พรณวดี ศรีวิจิตร, และ ชูชัยละห์ บินมามะ. (2567). อัตลักษณ์ทางภาษาและวัฒนธรรมในพื้นที่ พหุวัฒนธรรมชายแดนใต้. *วารสารมนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์ มหาวิทยาลัยนราธิวาสราชนครินทร์*, 11(1), 45–58.
- ทรงพล โลตหนองค์. (2566). ความชุกและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเปลี่ยนวินิจฉัยเป็นโรคจิตเภทในผู้ที่เป็โรคจิต จากสารเสพติด บริบทชนบทในจังหวัดอุบลราชธานี. *วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย*, 68(4), 412–421. <https://he01.tci-thaijo.org/index.php/JPAT/issue/view/17661/5104>
- ทิพย์วิมล ตั้งชูทวีทรัพย์, พุทธิพร พงศ์นันท์กุลกิจ, และ สุภาพ ขวัญพูล. (2568). การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วย จิตเวชใช้สารเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง โดยกระบวนการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย จังหวัดจันทบุรี. *วารสารพยาบาลทหารบก*, 26(2), 290–299.
- โรงพยาบาลจิตเวชสงขลาราชนครินทร์. (2568). รายงานประจำปีสถานการณ์สุขภาพจิตและผู้ป่วยจิตเวชยาเสพติด เขตสุขภาพที่ 12. กรมสุขภาพจิต.
- อังคณา วังทอง, กิตติพัฒน์ พุติยาสาณ์, ฮาลาวดี สนิหวิ, นครินทร์ สุวรรณแสง, และ สุจิไกร คงกระจำ. (2568). การพัฒนารูปแบบการจัดการรายกรณีตามหลักศาสนาอิสลามด้วยระบบเทคโนโลยีดิจิทัลเพื่อลดระดับ พฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงแก่ผู้ป่วยจิตเวชที่มีอาการป่วยทางจิตขั้นรุนแรงและมีความเสี่ยงสูงต่อการก่อ ความรุนแรง. *วารสารพยาบาล*, 74(4), 41–49.
- Alharthi, M. A., Al-Raddadi, R. M., & Alfakeh, S. A. (2025). Predictors for readmission risk in schizophrenia: Insights from a Saudi Arabian cohort. *Frontiers in Psychiatry*, 16, Article 1593653. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2025.1593653>
- Ayano, G. (2019). Co-occurring medical and substance use disorders in patients with schizophrenia: A systematic review. *International Journal of Mental Health*, 48(1), 62–76. <https://doi.org/10.1080/00207411.2019.1581047>
- Daliri, D. B., Laari, T. T., Abagye, N., & Afaya, A. (2023). Exploring the experiences of mental health nurses in the management of schizophrenia in the Upper East Region of Ghana: A qualitative study. *BMC Nursing*, 22, Article 345. <https://doi.org/10.1186/s12912-023-01509-3>
- Genis, B., & Cosar, B. (2020). Duration of hospital stay in alcohol/substance addictions and psychiatric disorders: A 12-year retrospective analysis. *Hospital Practices and Research*, 5(1), 3–9. <https://doi.org/10.34172/hpr.2020.02>

- Hariman, K., Cheng, K. M., Lam, J., Leung, S. K., & Lui, S. S. Y. (2020). Clinical risk model to predict 28-day unplanned readmission via the accident and emergency department after discharge from acute psychiatric units for patients with psychotic spectrum disorders. *BJPsych Open*, 6(1), Article e13. <https://doi.org/10.1192/bjo.2019.97>
- Hunt, G. E., Large, M. M., Cleary, M., Lai, H. M., & Saunders, J. B. (2020). Prevalence of comorbid substance use in schizophrenia spectrum disorders in outpatient and clinical samples, 1990–2017: A systematic review and meta-analysis. *Drug and Alcohol Dependence*, 212, Article 108061. <https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2020.108061>
- Kavittha, S., Noorthie, N., & Rosdinom, R. (2022). Substance use and its clinical correlates among patients with schizophrenia. *Malaysian Journal of Medicine and Health Sciences*, 18(2), 85–92.
- Kelkar, P., Vankar, G. K., Mishra, K. K., John, S. A. L., & Ghogare, A. S. (2020). Prevalence of substance abuse in patients with schizophrenia. *Journal of Clinical and Diagnostic Research*, 14(10), VC01–VC04. <https://doi.org/10.7860/JCDR/2020/45318.14115>
- King, I. M. (1981). *A theory for nursing: Systems, concepts, process*. John Wiley & Sons.
- Leininger, M. (2002). Culture care theory: A major contribution to advance transcultural nursing knowledge and practices. *Journal of Transcultural Nursing*, 13(3), 189–192. <https://doi.org/10.1177/104365960201300301>
- Neyra, A., Parro-Torres, C., Ros-Cucurull, E., Carrera, I., Echarri, E., & Torrens, M. (2024). Management of schizophrenia and comorbid substance use disorders: Expert review and guidance. *Annals of General Psychiatry*, 23(1), Article 40. <https://doi.org/10.1186/s12991-024-00519-7>
- World Health Organization. (2025). *Schizophrenia*. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/schizophrenia>.

ความเป็นไปได้และการยอมรับเทคโนโลยีของการสนับสนุนการให้นมแม่ผ่าน LINE Official Account ในมารดาที่มีทารกแรกเกิดป่วยที่เข้ารับการรักษาในหออภิบาลทารกแรกเกิด:

การศึกษานำร่อง

Feasibility and Technology Acceptance of Breastfeeding Support Through LINE Official Account Among Mothers of Sick Newborns Admitted to the Neonatal Intensive Care Unit: A Pilot Study

กิงทิพย์ ผาสุกถ้อย และกฤษฎาภรณ์ ลบบำรุง*

Kingtip Phasuktoy and Kritsadaporn Lobbamrung

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สระบุรี คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก

Boromarajonani College of Nursing, Saraburi, Faculty of Nursing, Praboromarajchanok Institute

(Received: May 16, 2026, Revised: August 4, 2026, Accepted: August 26, 2026)

บทคัดย่อ

นมแม่มีความสำคัญอย่างยิ่งต่อทารกป่วย โดยช่วยเสริมสร้างภูมิคุ้มกัน ลดความเสี่ยงต่อการติดเชื้อและภาวะลำไส้เน่า รวมทั้งส่งเสริมการเจริญเติบโตและการพัฒนาการทางระบบประสาท อย่างไรก็ตาม มารดาที่มีทารกแรกเกิดป่วยซึ่งเข้ารับการรักษาในหออภิบาลทารกแรกเกิดมักเผชิญกับความเครียด การแยกจากบุตร และข้อจำกัดในการให้นมแม่ การศึกษานำร่องแบบกลุ่มเดียววัดก่อนและหลังนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินความเป็นไปได้และการยอมรับเทคโนโลยีของการสนับสนุนการให้นมแม่ผ่าน LINE Official Account “ปัมมรักจากแม่สู่ลูก” รวมทั้งสำรวจผลลัพธ์เบื้องต้นด้านปริมาณน้ำนมและความเครียดของมารดา เพื่อใช้ในการพัฒนานวัตกรรมก่อนวิจัยฉบับเต็ม ดำเนินการในมารดาที่มีทารกแรกเกิดป่วยในหออภิบาลทารกแรกเกิด โรงพยาบาลสระบุรี จำนวน 15 ราย เครื่องมือวิจัย ได้แก่ แอปพลิเคชัน LINE Official Account “ปัมมรักจากแม่สู่ลูก” ประกอบด้วยวิธีทัศนให้ความรู้เกี่ยวกับการกระตุ้นและการคงไว้ซึ่งน้ำนม ระบบบันทึกปริมาณน้ำนม และระบบให้คำปรึกษาออนไลน์ แบบสอบถามการยอมรับเทคโนโลยีตามแนวคิด Technology Acceptance Model และแบบประเมินความเครียดฉบับภาษาไทย (Thai Perceived Stress Scale-10: T-PSS-10) วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนาและสถิติที่คู่ ผลการศึกษาพบว่าความเป็นไปได้ในการใช้งานของแอปพลิเคชันอยู่ในระดับดี โดยมีอัตราการคงอยู่ในการศึกษาร้อยละ 93.3 และมารดาร้อยละ 57.1 บันทึกข้อมูลปริมาณน้ำนมผ่านระบบแอปพลิเคชันอย่างน้อย 1 ครั้ง โดยไม่นับรวมข้อมูลการนำส่งน้ำนมที่ผู้วิจัยบันทึกแยกต่างหาก ณ หออภิบาลทารกแรกเกิด การยอมรับเทคโนโลยีโดยรวมอยู่ในระดับมาก (Mean = 3.91, SD = 1.14) ปริมาณน้ำนมมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นในช่วง 7 วันหลังคลอด และความเครียดหลังการทดลองลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = .017$)

ผลการศึกษาสะท้อนว่าแอปพลิเคชัน “ปัมมรักจากแม่สู่ลูก” มีความเป็นไปได้ในการใช้งานและได้รับการยอมรับทางเทคโนโลยีในระดับดีในมารดาที่มีทารกแรกเกิดป่วย อย่างไรก็ตาม ยังพบข้อจำกัดด้านความครบถ้วนของการบันทึกข้อมูล ซึ่งควรนำไปปรับปรุงนวัตกรรมก่อนการศึกษาประสิทธิภาพในระยะต่อไป แอปพลิเคชันนี้อาจเป็นแนวทางหนึ่งในการพัฒนาระบบสนับสนุนการให้นมแม่สำหรับมารดาที่มีทารกแรกเกิดป่วยในอนาคต โดยควรมีการศึกษาต่อยอดในกลุ่มตัวอย่างขนาดใหญ่และมีกลุ่มควบคุมต่อไป

คำสำคัญ: ความเป็นไปได้ในการใช้งาน, การยอมรับเทคโนโลยี, แอปพลิเคชันไลน์ออฟฟิเชียล, มารดาทารกแรกเกิดป่วย, การศึกษานำร่อง

*ผู้ให้การติดต่อ (Corresponding e-mail: kritsadaporn@bcns.ac.th)

Abstract

Breast milk is critically important for sick infants, helping to strengthen immunity, reduce the risk of infection and necrotizing enterocolitis, and promote growth and neurodevelopment. However, mothers of sick newborns admitted to the neonatal intensive care unit (NICU) often face stress, separation from their infants, and barriers to breastfeeding. This one-group pretest-posttest pilot study aimed to evaluate the feasibility and technology acceptance of breastfeeding support delivered through the LINE Official Account "Pump Love from Mother to Child", as well as to explore preliminary outcomes related to milk volume and maternal stress, in order to refine the innovation prior to a full-scale study. The study was conducted with 15 mothers of sick newborns admitted to the NICU at Saraburi Hospital. Research instruments included the LINE Official Account "Pump Love from Mother to Child" application—comprising educational videos on milk stimulation and maintenance, a milk volume recording system, and an online counseling system—a technology acceptance questionnaire based on the Technology Acceptance Model (TAM), and the Thai Perceived Stress Scale-10 (T-PSS-10). Data were analyzed using descriptive statistics and paired t-tests. Results showed that the application's usability/feasibility was rated at a good level, with a study retention rate of 93.3%. A total of 57.1% of mothers recorded milk volume data through the application at least once, not including milk delivery data separately recorded by the researcher at the NICU. Overall technology acceptance was rated at a high level (Mean = 3.91, SD = 1.14). Milk volume tended to increase over the 7 days postpartum, and post-intervention stress decreased significantly ($p = .017$).

These findings suggest that the "Pump Love from Mother to Child" application is feasible to use and achieved a good level of technology acceptance among mothers of sick newborns. However, limitations were found in the completeness of data recording, which should be addressed to refine the innovation before proceeding to an effectiveness study. This application may represent one approach to developing breastfeeding support systems for mothers of sick newborns in the future, and further studies with larger sample sizes and control groups are recommended.

Keywords: Feasibility, Technology Acceptance, LINE Official Account Application, Mothers of Sick Newborns, Pilot Study

บทนำ

การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่เป็นปัจจัยสำคัญต่อสุขภาพ การเจริญเติบโต และพัฒนาการของทารก โดยเฉพาะทารกแรกเกิดป่วยที่ต้องรักษาในหออภิบาลทารกแรกเกิด (Neonatal Intensive Care Unit: NICU) ซึ่งเสี่ยงติดเชื้อและภาวะแทรกซ้อนรุนแรงกว่าทารกทั่วไป นำนมมารดามีสารอาหาร สารภูมิคุ้มกัน และองค์ประกอบทางชีวภาพที่ช่วยเสริมภูมิคุ้มกันและการเจริญของระบบทางเดินอาหาร (Meek & Noble, 2022) และสัมพันธ์กับการลดความเสี่ยงติดเชื้อ ภาวะลำไส้อักเสบเนื้อตาย (necrotizing enterocolitis: NEC) และการเสียชีวิตในทารกกลุ่มเสี่ยง (Patel et al., 2018; Victora et al., 2016) องค์การอนามัยโลก (World Health Organization [WHO], 2023) อย่างไรก็ตาม อัตราการได้รับนมแม่เมื่อจำหน่ายจาก NICU อยู่ที่ร้อยละ 55.5 เทียบกับร้อยละ 76.5 ในทารกทั่วไป และในเอเชียเพียงร้อยละ 14 (Vermont Oxford Network, 2019) ประเทศไทยมีอัตราการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียว 6 เดือนร้อยละ 29 ซึ่งต่ำกว่าเป้าหมายโลกร้อยละ 50 (UNICEF, 2023) และยังพบปัญหาในทารกป่วยที่รักษาใน NICU (Srichalerm et al., 2024) เช่นเดียวกับโรงพยาบาลสระบุรี ซึ่งมีอัตราการได้รับนมมารดาร้อยละ 58.08 ต่ำกว่าเป้าหมายร้อยละ 75 (หน่วยงานหออภิบาลทารกแรกเกิด โรงพยาบาลสระบุรี, 2566)

หออภิบาลทารกแรกเกิด โรงพยาบาลสระบุรี ดำเนินงานตามแนวปฏิบัติบันได 10 ขั้นสู่ความสำเร็จในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ แต่การติดตามการปฏิบัติใน 4 ขั้นแรกยังไม่เป็นรูปธรรม (หน่วยงานหออภิบาลทารกแรกเกิด โรงพยาบาลสระบุรี, 2568) โดยเฉพาะมารดาที่ถูกแยกจากทารกและต้องพึ่งการปั๊มนม ซึ่งมักเผชิญความเครียดและความวิตกกังวล (Holditch-Davis & Miles, 2000) ความเครียดอาจลดการหลั่งออกซิโทซินและโปรแลคติน ทำให้น้ำนมลดลงได้ถึงร้อยละ 30–50 และรบกวนการกระตุ้นการหลั่งน้ำนมในช่วง 7 วันแรกหลังคลอด (Kent et al., 2012; Neville et al., 2023) ซึ่งเป็นช่วงสำคัญต่อการสร้างน้ำนมในระยะยาว (Medina Poeliniz et al., 2025) อีกทั้งมารดาอาจรู้สึกหมดแรงและหมดกำลังใจในการปั๊มนม (Yang et al., 2019) แม้หน่วยงานมีสื่อให้ความรู้ แต่ยังเป็นการสื่อสารทางเดียวและไม่มีช่องทางให้คำปรึกษาอย่างต่อเนื่อง จึงอาจไม่ตอบสนองปัญหาเฉพาะบุคคลได้ทันทั่วถึง

การสนับสนุนแบบเผชิญหน้ามีข้อจำกัดด้านเวลา บุคลากร และการเข้าถึง (Kent et al., 2012; Yang et al., 2019) ขณะที่การสนับสนุนดิจิทัลซึ่งผสมผสานการให้ความรู้ การสนับสนุนเฉพาะบุคคล และคำปรึกษาออนไลน์มีแนวโน้มส่งเสริมการให้นมมารดา (Almohanna et al., 2020; Lau et al., 2016) ตัวอย่าง ได้แก่ MAVINS-NICU ในแคนาดา ซึ่งให้ความรู้และคำปรึกษาผ่านเว็บไซต์ (Rai et al., 2018) และ Neo-MILK ในเยอรมนี ซึ่งให้ข้อมูลและติดตามปริมาณน้ำนม (Schwab et al., 2025) สำหรับประเทศไทย แม้มีการใช้ LINE สนับสนุนมารดาหลังผ่าตัดคลอดและมารดาวัยรุ่น (Chuektong et al., 2023; Kleebpan et al., 2025) แต่ยังขาดระบบเฉพาะสำหรับมารดาที่มีทารกป่วยใน NICU

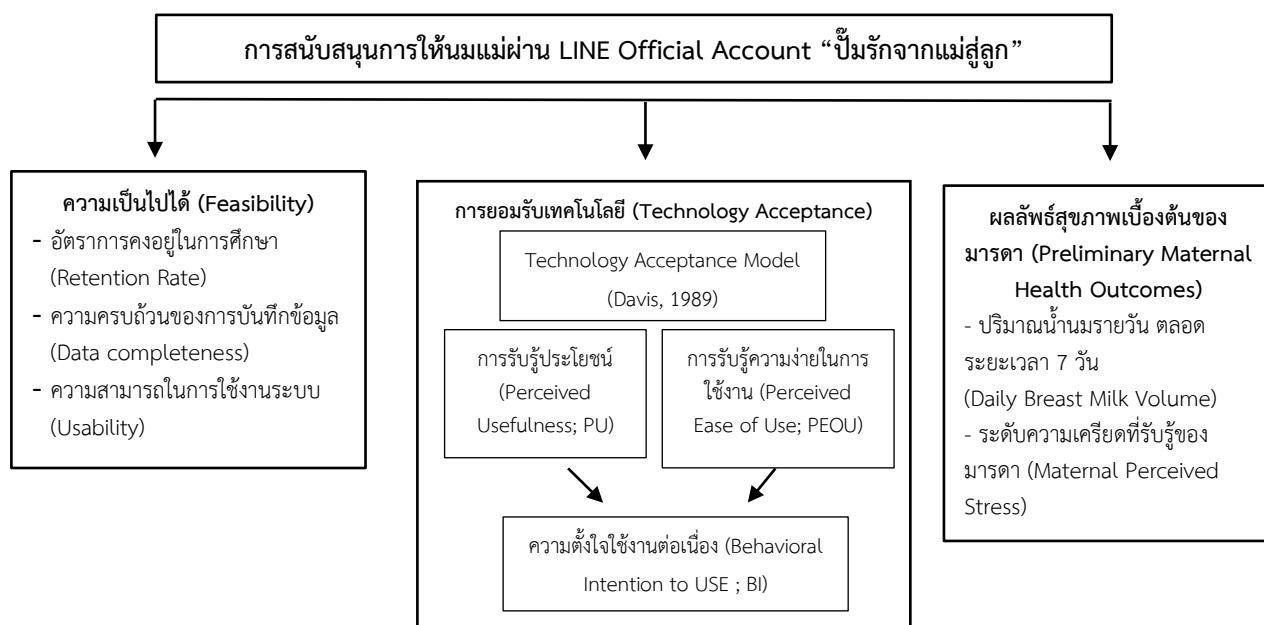
แม้งานวิจัยที่ผ่านมายืนยันประสิทธิผลของโปรแกรมดิจิทัลในการส่งเสริมนมแม่ในมารดาทั่วไป แต่ยังมีช่องว่างความรู้สำคัญ 3 ประการ ได้แก่ (1) ยังขาดแอปพลิเคชันเฉพาะสำหรับมารดาที่มีทารกป่วยใน NICU ในบริบทไทย (2) ยังไม่มีการประเมินความเป็นไปได้และการยอมรับโปรแกรมบน LINE Official Account ในกลุ่มนี้ และ (3) งานวิจัยก่อนหน้ายังขาดกรอบทฤษฎีรองรับการออกแบบและประเมินโปรแกรมอย่างครบวงจร ซึ่ง Almohanna et al. (2020) ระบุว่าเป็นข้อจำกัดสำคัญของงานวิจัยด้านนี้ การศึกษานี้จึงประยุกต์แบบจำลองการยอมรับเทคโนโลยีของ Davis (1989) เพื่อประเมินการรับรู้ประโยชน์ การรับรู้ความง่ายในการใช้งาน และความตั้งใจใช้งานต่อเนื่อง ทั้งนี้ การศึกษานำร่องเป็นขั้นตอนสำคัญในการประเมินความเป็นไปได้ก่อนดำเนินการศึกษาระดับสมบูรณ์ (Thabane et al., 2010) ผู้วิจัยจึงพัฒนา LINE Official Account “ปั๊มรักจากแม่สู่ลูก” เพื่อศึกษาความเป็นไปได้ การยอมรับเทคโนโลยี และผลลัพธ์เบื้องต้นด้านปริมาณน้ำนมและความเครียดของมารดาที่มีทารกแรกเกิดป่วยใน NICU โรงพยาบาลสระบุรี

วัตถุประสงค์วิจัย

1. เพื่อประเมินความเป็นไปได้ในการใช้แอปพลิเคชัน LINE Official Account "ปัมรักจากแม่สู่ลูก" เพื่อสนับสนุนการให้นมแม่ในมารดาที่มีทารกแรกเกิดป่วยเข้ารับการรักษานในหอภิบาลทารกแรกเกิด
2. เพื่อประเมินการยอมรับเทคโนโลยีของแอปพลิเคชัน LINE Official Account "ปัมรักจากแม่สู่ลูก" ในมารดาที่มีทารกแรกเกิดป่วย ตามกรอบแนวคิดแบบจำลองการยอมรับเทคโนโลยี
3. เพื่อสำรวจผลลัพธ์เบื้องต้นด้านปริมาณน้ำนมและระดับความเครียดของมารดา ระหว่างก่อนและหลังการใช้แอปพลิเคชัน LINE Official Account "ปัมรักจากแม่สู่ลูก" ตลอดระยะเวลา 7 วัน

กรอบแนวคิดการวิจัย

การศึกษานี้ประยุกต์แบบจำลอง TAM ของ Davis (1989) ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรม เพื่อพัฒนา LINE Official Account “ปัมรักจากแม่สู่ลูก” ซึ่งประกอบด้วยวิดีโอให้ความรู้ ระบบบันทึกปริมาณน้ำนม และการให้คำปรึกษาออนไลน์ การประเมินครอบคลุม 3 ด้าน ได้แก่ (1) ความเป็นไปได้ พิจารณาจากอัตราการคงอยู่ การบันทึกข้อมูลผ่านระบบ และความสามารถในการใช้งาน (2) การยอมรับเทคโนโลยี ได้แก่ การรับรู้ประโยชน์ การรับรู้ความง่ายในการใช้งาน และความตั้งใจใช้งานต่อเนื่อง และ (3) ผลลัพธ์เบื้องต้น ได้แก่ ปริมาณน้ำนมและความเครียดของมารดา ดังแสดงในภาพ 1



ภาพ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

ระเบียบวิธีวิจัย

การศึกษานี้เป็นการศึกษานำร่องแบบกลุ่มเดียววัดก่อนและหลังการทดลอง (one-group pretest-posttest pilot study) โดยแบ่งการดำเนินการวิจัยออกเป็น 2 ระยะ ได้แก่

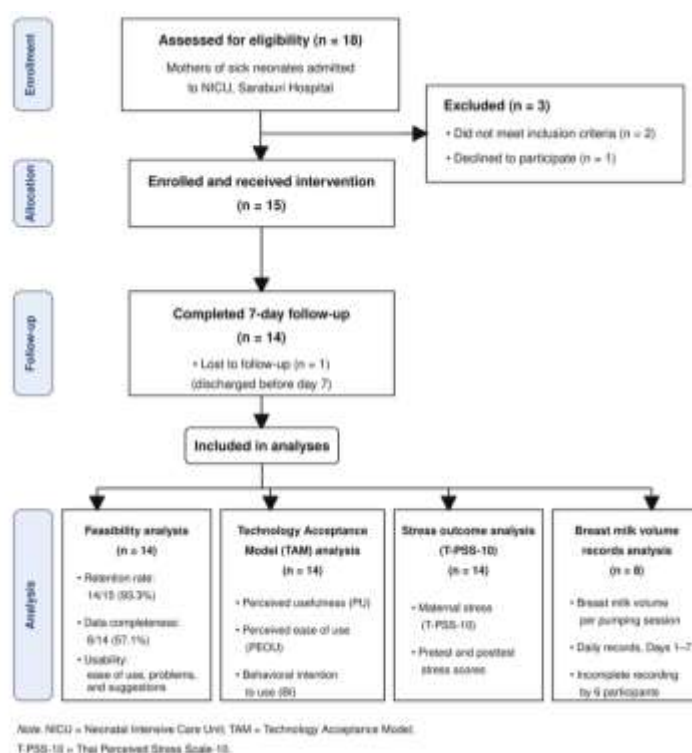
ระยะที่ 1 การพัฒนาแอปพลิเคชัน ผู้วิจัยพัฒนาแอปพลิเคชัน "ปัมรักจากแม่สู่ลูก" บน LINE Official Account โดยวิเคราะห์ความต้องการของมารดากลุ่มเป้าหมาย ออกแบบเนื้อหาและโครงสร้างแอปพลิเคชัน ผลิตสื่อวิดีโอ และตรวจสอบคุณภาพโดยผู้ทรงคุณวุฒิก่อนนำไปทดสอบใช้งานจริง

ระยะที่ 2 การทดสอบความเป็นไปได้ ผู้วิจัยนำแอปพลิเคชันที่พัฒนาแล้วไปทดลองใช้กับมารดาที่มีทารกแรกเกิดป่วยในหอภิบาลทารกแรกเกิด โรงพยาบาลสระบุรี เป็นระยะเวลา 7 วัน พร้อมเก็บข้อมูลความเป็นไปได้ในการใช้งาน การยอมรับเทคโนโลยี ปริมาณน้ำนม และระดับความเครียดของมารดา ก่อนและหลังการทดลอง

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ คือ มารดาที่มีทารกแรกเกิดป่วยเข้ารับการรักษาในหออภิบาลทารกแรกเกิด โรงพยาบาลสระบุรี ในช่วงระหว่างเดือนพฤษภาคม ถึงเดือนกรกฎาคม พ.ศ. 2569 ผู้วิจัยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบต่อเนื่อง (consecutive sampling) โดยเชิญมารดาทุกรายที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์เข้าร่วมการวิจัยตามลำดับจนได้จำนวนที่กำหนด

ขนาดกลุ่มตัวอย่างกำหนดโดยอ้างอิงแนวทางการศึกษานำร่องของ Thabane et al. (2010) ซึ่งเสนอให้การศึกษานำร่องมีกลุ่มตัวอย่างประมาณ 10–30 ราย ผู้วิจัยกำหนดจำนวนกลุ่มตัวอย่างเบื้องต้น 12 ราย และเพิ่มอีกร้อยละ 20 เพื่อรองรับการสูญหายระหว่างการศึกษ จึงกำหนดกลุ่มตัวอย่างจำนวน 15 ราย โดยมีคุณสมบัติตามเกณฑ์คัดเข้า ได้แก่ (1) มารดาที่มีความตั้งใจให้นมแม่แก่ทารก (2) สามารถใช้สมาร์ทโฟนและแอปพลิเคชัน LINE ได้ (3) สามารถสื่อสารและอ่านภาษาไทยได้ และ (4) ทารกมีอาการคงที่และสามารถรับนมแม่ได้ เกณฑ์คัดออก ได้แก่ (1) มารดาไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมหรือปฏิบัติตามขั้นตอนการเก็บข้อมูลตลอดระยะเวลา 7 วัน (2) มารดาขอถอนตัวจากการวิจัย (3) ทารกมีการเปลี่ยนแปลงของภาวะสุขภาพจนไม่สามารถรับนมมารดาได้ หรือจำเป็นต้องย้ายสถานพยาบาล และ (4) ผู้วิจัยพิจารณาว่าการเข้าร่วมต่ออาจส่งผลกระทบต่อความปลอดภัยหรือสวัสดิภาพของมารดาหรือทารก มารดาได้รับการประเมินคุณสมบัติทั้งหมด 18 ราย ในจำนวนนี้ไม่ผ่านเกณฑ์หรือปฏิเสธเข้าร่วมการวิจัย 3 ราย จึงมีผู้เข้าร่วมการวิจัย 15 ราย และติดตามครบระยะเวลา 7 วัน จำนวน 14 ราย คิดเป็นอัตราการคงอยู่ในการศึกษาร้อยละ 93.3 ดังแสดงในภาพ 2



ภาพ 2 ขั้นตอนการคัดเลือก การติดตาม และการวิเคราะห์ข้อมูลของผู้เข้าร่วมวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยและการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วย 4 ส่วน ได้แก่

1. แอปพลิเคชัน LINE Official Account “ปัมมรักจากแม่สู่ลูก” ผู้วิจัยพัฒนาจากการทบทวนวรรณกรรมและความต้องการของมารดากลุ่มเป้าหมาย ประกอบด้วยวิดีโอให้ความรู้ 4 ตอน ระบบบันทึกและติดตามปริมาณน้ำนมพร้อมข้อความแจ้งเตือน และการให้คำปรึกษาออนไลน์โดยพยาบาล ผ่านการตรวจสอบจาก

ผู้ทรงคุณวุฒิด้านเวชศาสตร์ทารกแรกเกิด การพยาบาลมารดาและทารก และเทคโนโลยีสารสนเทศทางการแพทย์ จำนวน 3 ท่าน ได้ค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหาเท่ากับ 1.00 และทดลองใช้กับมารดาที่มีลักษณะใกล้เคียงกลุ่มตัวอย่าง 5 รายก่อนนำไปใช้จริง

2. แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป ผู้วิจัยสร้างขึ้นเพื่อเก็บข้อมูลทั่วไปของมารดาและทารก ได้แก่ อายุ ระดับการศึกษา วิถีคลอด อายุครรภ์ น้ำหนักแรกเกิด และการวินิจฉัยหลัก โดยผ่านการตรวจสอบความเหมาะสมของเนื้อหาและความชัดเจนของภาษาจากผู้ทรงคุณวุฒิก่อนนำไปใช้จริง

3. แบบสอบถามการยอมรับเทคโนโลยี พัฒนาตามกรอบแนวคิด TAM ของ Davis (1989) จำนวน 14 ข้อ ครอบคลุม 3 มิติ ได้แก่ การรับรู้ประโยชน์ (Perceived Usefulness) การรับรู้ความง่ายในการใช้งาน (Perceived Ease of Use) และความตั้งใจในการใช้งานต่อเนื่อง (Behavioral Intention to Use) ใช้มาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ ตั้งแต่ 1 หมายถึง “ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง” ถึง 5 หมายถึง “เห็นด้วยอย่างยิ่ง” เกณฑ์การแปลผล ได้แก่ 1.00–1.80 ระดับต่ำมาก 1.81–2.60 ระดับต่ำ 2.61–3.40 ระดับปานกลาง 3.41–4.20 ระดับสูง และ 4.21–5.00 ระดับสูงมาก แบบสอบถามมีค่าดัชนีความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับวัตถุประสงค์มากกว่า 0.90 ทุกข้อ ผ่านการทดลองใช้กับมารดาที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 5 ราย และมีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคในการศึกษาครั้งนี้เท่ากับ 0.976

4. แบบประเมินความเครียด Thai Perceived Stress Scale-10 (T-PSS-10) ผู้วิจัยใช้แบบประเมินความเครียดที่รับรู้ฉบับภาษาไทยของ Wongpakaran และ Wongpakaran (2010) จำนวน 10 ข้อ เพื่อประเมินการรับรู้ความเครียดในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา คำตอบเป็นมาตราประมาณค่า 5 ระดับ ตั้งแต่ 0 หมายถึง “ไม่เคย” ถึง 4 หมายถึง “บ่อยมาก” โดยข้อ 4, 5, 7 และ 8 เป็นข้อคำถามเชิงบวกและต้องกลับคะแนนก่อนคำนวณคะแนนรวม คะแนนรวมอยู่ระหว่าง 0–40 คะแนน โดยคะแนนสูงแสดงถึงการรับรู้ความเครียดที่สูงขึ้น แบบประเมินฉบับภาษาไทยมีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคโดยรวมเท่ากับ .85 และมีความเชื่อมั่นแบบทดสอบซ้ำในระยะ 4 สัปดาห์ประมาณ .83 (Wongpakaran & Wongpakaran, 2010)

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ภายหลังได้รับการรับรองจริยธรรมการวิจัย ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยซึ่งผ่านการเตรียมความพร้อมเกี่ยวกับขั้นตอนและเครื่องมือวิจัย ดำเนินการเก็บข้อมูลระหว่าง เดือนพฤษภาคม ถึง กรกฎาคม พ.ศ. 2569 ณ หออภิบาลทารกแรกเกิด โรงพยาบาลสระบุรี โดยมีขั้นตอนดังนี้

วันแรก (Day 0) ก่อนเริ่มใช้ LINE Official Account ผู้วิจัยขอความยินยอม เก็บข้อมูลทั่วไป ประเมินความเครียดด้วย T-PSS-10 และสาธิตการใช้ LINE Official Account “ปัมรักจากแม่สู่ลูก” รวมทั้งการบันทึกปริมาณน้ำนมผ่าน Google Sheets

ระหว่างวันที่ 1–7 ผู้เข้าร่วมใช้ LINE Official Account ด้วยตนเอง โดยรับชมวิดีโอให้ความรู้ตามแผนบันทึกปริมาณน้ำนมรายวัน รับข้อความแจ้งเตือนการปั๊มนมและข้อความให้กำลังใจ รวมทั้งขอคำปรึกษาจากพยาบาลผ่านระบบออนไลน์เมื่อมีข้อสงสัย ผู้วิจัยติดตามความครบถ้วนของข้อมูลทุกวัน โดยไม่มีการนัดพบเพิ่มเติม

เมื่อสิ้นสุดการใช้โปรแกรม (Day 7) ผู้วิจัยตรวจสอบความครบถ้วนของข้อมูลปริมาณน้ำนม ประเมินความเครียดหลังใช้โปรแกรม และประเมินการยอมรับเทคโนโลยีด้วยแบบสอบถามตามแบบจำลองการยอมรับเทคโนโลยี นอกจากนี้ ผู้วิจัยรวบรวมความคิดเห็นเกี่ยวกับความสะดวก ปัญหาที่พบ และรวบรวมความคิดเห็นปัญหา และข้อเสนอแนะเกี่ยวกับการใช้งานระบบ

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ผู้วิจัยวิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรม IBM SPSS Statistics เวอร์ชัน 31 โดยตรวจสอบความครบถ้วน ความถูกต้อง และค่าผิดปกติของข้อมูลก่อนดำเนินการวิเคราะห์ ข้อมูลทั่วไปของมารดาและทารกนำเสนอด้วยความถี่และร้อยละสำหรับตัวแปรเชิงกลุ่ม ส่วนตัวแปรต่อเนื่องนำเสนอด้วยค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน หรือค่ามัธยฐานและพิสัยระหว่างควอไทล์ตามลักษณะการกระจายของข้อมูล

2. ความเป็นไปได้ของการศึกษา ได้แก่ อัตราการคงอยู่ในการศึกษา ความครบถ้วนของข้อมูล และความสามารถในการใช้งานระบบ วิเคราะห์ด้วยสถิติ ร้อยละ และการสรุปข้อเสนอนี้จากผู้ใช้งาน ส่วนคะแนนการยอมรับเทคโนโลยีทั้งโดยรวมและรายมิตินำเสนอด้วยค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

3. การเปรียบเทียบคะแนนความเครียดก่อนและหลังใช้โปรแกรมดำเนินการโดยตรวจสอบการแจกแจงปกติของคะแนนผลต่างด้วยสถิติ Shapiro-Wilk หากเป็นไปตามข้อตกลงเบื้องต้นใช้สถิติ paired-samples t-test โดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 สำหรับปริมาณน้ำนม วิเคราะห์เฉพาะผู้ที่มีข้อมูลครบถ้วนด้วยสถิติเชิงพรรณนาและนำเสนอแนวโน้มรายวันตลอด 7 วัน เป็นผลลัพธ์เบื้องต้นเชิงสำรวจ เนื่องจากการศึกษานำร่องนี้ไม่ได้ออกแบบให้มีอำนาจเพียงพอสำหรับทดสอบประสิทธิผล และไม่มีการแทนค่าข้อมูลที่สูญหาย

จริยธรรมการวิจัย

การศึกษานำร่องนี้เป็นส่วนหนึ่งของโครงการวิจัยฉบับเต็ม เรื่อง ผลของการใช้สื่อเทคโนโลยีที่สนับสนุนการให้นมแม่ต่อปริมาณน้ำนมของมารดาทารกแรกเกิดป่วย โรงพยาบาลสระบุรี ซึ่งได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลสระบุรี รหัสโครงการ SRBR68-079 ลงวันที่ 4 กุมภาพันธ์ 2569 โดยผลการศึกษานำร่องในบทความนี้จะถูกนำไปใช้ปรับปรุงแอปพลิเคชันและกระบวนการวิจัยก่อนดำเนินการศึกษาประสิทธิผลในระยะต่อไปตามที่ระบุไว้ในโครงการวิจัยฉบับเต็ม ผู้วิจัยดำเนินการวิจัยตามหลักจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โดยชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอน และสิทธิของผู้เข้าร่วมวิจัยก่อนลงนามในหนังสือแสดงความยินยอมเข้าร่วมการวิจัย ผู้เข้าร่วมวิจัยสามารถถอนตัวได้ตลอดเวลาโดยไม่ส่งผลกระทบต่อการรักษาพยาบาล ข้อมูลทั้งหมดถูกเก็บรักษาเป็นความลับโดยใช้รหัสแทนชื่อ และนำเสนอผลการวิจัยในภาพรวมเพื่อประโยชน์ทางวิชาการเท่านั้น

ผลการวิจัย

1. ลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

ผู้เข้าร่วมการวิจัยทั้งหมด 15 ราย และติดตามครบระยะเวลา 7 วัน จำนวน 14 ราย คิดเป็นอัตราการคงอยู่ในการศึกษาร้อยละ 93.3 การนำเสนอข้อมูลพื้นฐานใช้ข้อมูลของผู้เข้าร่วมทั้ง 15 ราย ดังแสดงในตาราง 1

ตาราง 1 ลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง (n=15)

ข้อมูลทั่วไป	n	ร้อยละ	Mean ± SD
ข้อมูลมารดา			
อายุมารดา (ปี)	-	-	26.5 ± 4.2
ระดับการศึกษา			
ระดับการศึกษามัธยมศึกษา	10	66.7	-
ประถมศึกษา อนุปริญญา หรือปริญญาตรี	5	33.3	-
วิถีคลอด			
ผ่าตัดคลอด	10	66.7	-
คลอดทางช่องคลอด	5	33.3	-
ภาวะแทรกซ้อนระหว่างตั้งครรภ์			
มี	6	40.0	-

ข้อมูลทั่วไป	n	ร้อยละ	Mean $\pm$ SD
ไม่มี	9	60.0	-
ข้อมูลทารก			
อายุครรภ์ (สัปดาห์)	-	-	37.1 $\pm$ 2.9
น้ำหนักแรกเกิด (กรัม)	-	-	2,824 $\pm$ 841
การจำแนกตามอายุครรภ์			
ทารกครบกำหนด	10	66.7	-
ทารกเกิดก่อนกำหนด	5	33.3	-
การวินิจฉัยหลักของทารก			
Respiratory Distress Syndrome	5	33.3	-
Neonatal jaundice	4	26.7	-
Sepsis	3	20.0	-
Transient tachypnea of the newborn	2	13.3	-
อื่น ๆ	1	6.7	-
การได้รับนมมารดาก่อนเริ่มโปรแกรม			
ยังไม่ได้รับนมมารดา	11	73.3	-
ได้รับนมมารดาแล้ว	4	26.7	-

ผลการศึกษาพบว่า ผู้เข้าร่วมการวิจัยทั้งหมด 15 ราย ในจำนวนนี้ติดตามครบระยะเวลา 7 วันจำนวน 14 ราย ข้อมูลพื้นฐานก่อนเริ่มโปรแกรมจึงนำเสนอจากผู้เข้าร่วมทั้ง 15 ราย มารดามีอายุเฉลี่ย 26.5 ปี (SD=4.2) ส่วนใหญ่สำเร็จการศึกษาระดับมัธยมศึกษาและคลอดโดยการผ่าตัด คิดเป็นร้อยละ 66.7 เท่ากัน และร้อยละ 40.0 มีภาวะแทรกซ้อนระหว่างตั้งครรภ์ ทารกมีอายุครรภ์แรกเกิดเฉลี่ย 37.1 สัปดาห์ (SD=2.9) และน้ำหนักแรกเกิดเฉลี่ย 2,824 กรัม (SD=841) โดยร้อยละ 66.7 เป็นทารกครบกำหนด การวินิจฉัยหลักที่พบบ่อยที่สุดคือ respiratory distress syndrome ร้อยละ 33.3 และก่อนเริ่มโปรแกรม ทารกร้อยละ 73.3 ยังไม่ได้รับนมมารดา ดังแสดงในตาราง 1

2. ความเป็นไปได้ในการใช้งานของแอปพลิเคชัน

ความเป็นไปได้ของการดำเนินการวิจัยและการใช้งานแอปพลิเคชันประเมินจาก 3 ด้าน ได้แก่ อัตราการคงอยู่ในการศึกษา ความครบถ้วนของการบันทึกข้อมูลปริมาณน้ำนม และความสามารถในการใช้งานระบบ

ตาราง 2 ผลการประเมินความเป็นไปได้ในการใช้งาน LINE Official Account “ป๋มรักจากแม่สู่ลูก”

ตัวชี้วัดความเป็นไปได้	n	ร้อยละ
อัตราการคงอยู่ในการศึกษา	14/15	93.3
ความครบถ้วนของข้อมูล	8/14	57.1
ความสามารถในการใช้งานระบบ	ประเมินจากความคิดเห็น ปัญหาที่พบ และข้อเสนอแนะของผู้เข้าร่วม	

ผลการประเมินพบว่า ผู้เข้าร่วม 14 จาก 15 รายติดตามครบระยะเวลา 7 วัน คิดเป็นอัตราการคงอยู่ในการศึกษาร้อยละ 93.3 ในจำนวนผู้ที่ติดตามครบ มีมารดาบันทึกข้อมูลปริมาณน้ำนมด้วยตนเองอย่างน้อย 1 ครั้ง

จำนวน 8 จาก 14 ราย คิดเป็นร้อยละ 57.1 ส่วนความสามารถในการใช้งานระบบ ผู้วิจัยประเมินจากความคิดเห็น ปัญหาที่พบ และข้อเสนอแนะของผู้เข้าร่วม เพื่อนำไปปรับปรุงระบบก่อนดำเนินการศึกษาระดับสมบูรณั ดังแสดงในตารางที่ 2

3. การยอมรับเทคโนโลยี (Technology Acceptance)

ผู้วิจัยประเมินการยอมรับเทคโนโลยีของผู้เข้าร่วมตามกรอบแนวคิด TAM ครอบคลุมด้านการรับรู้ประโยชน์ การรับรู้ความง่ายในการใช้งาน และความตั้งใจในการใช้งานต่อเนื่อง

ตาราง 3 ระดับการยอมรับเทคโนโลยีตามกรอบแนวคิด TAM (n = 14)

องค์ประกอบของ TAM	จำนวนข้อ	Mean	SD	Cronbach's α	ระดับ
การรับรู้ประโยชน์	7	4.03	1.17	0.983	มาก
การรับรู้ความง่ายในการใช้งาน	4	3.82	1.15	0.992	มาก
ความตั้งใจในการใช้งานต่อเนื่อง	3	3.76	1.14	0.986	มาก
ภาพรวม	14	3.91	1.14	0.993	มาก

ผลการประเมินพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีคะแนนการยอมรับเทคโนโลยีโดยรวมอยู่ในระดับมาก (Mean = 3.91, SD = 1.14) เมื่อพิจารณาารายด้าน พบว่าการรับรู้ประโยชน์มีคะแนนเฉลี่ยสูงที่สุด (Mean = 4.03) รองลงมา คือการรับรู้ความง่ายในการใช้งาน (Mean = 3.82) และความตั้งใจในการใช้งานต่อเนื่อง (Mean = 3.76) ตามลำดับ โดยทุกองค์ประกอบอยู่ในระดับมากเช่นกัน ดังแสดงในตารางที่ 3

4. ระดับความเครียดก่อนและหลังการทดลอง

เพื่อศึกษาการเปลี่ยนแปลงของระดับความเครียดภายหลังการใช้แอปพลิเคชัน ผู้วิจัยเปรียบเทียบคะแนนความเครียดก่อนและหลังการทดลอง

ตาราง 4 การเปรียบเทียบคะแนนความเครียดก่อนและหลังการทดลอง (n = 14)

ช่วงเวลา	Mean $\pm$ SD	Mean difference (95%CI)	t(df)	p
ก่อนทดลอง	13.88 $\pm$ 5.66	3.56 (0.72, 6.40)	2.674 (13)	.017*
หลังทดลอง	10.31 $\pm$ 5.10			

ผลการเปรียบเทียบคะแนนความเครียดของมารดาจำนวน 14 รายด้วยสถิติ paired-samples t-test พบว่า คะแนนความเครียดเฉลี่ยลดลงจาก 13.88 คะแนน (SD = 5.66) ก่อนการใช้แอปพลิเคชัน เป็น 10.31 คะแนน (SD = 5.10) หลังการใช้แอปพลิเคชัน โดยลดลงเฉลี่ย 3.56 คะแนน (95% CI [0.72, 6.40]) ซึ่งแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p = .017) ดังแสดงในตาราง 4

5. แนวโน้มปริมาณน้ำนม (Exploratory Outcome)

แนวโน้มปริมาณน้ำนมในลักษณะผลลัพธ์เชิงสำรวจ พบว่า มีมารดาจำนวน 8 รายที่บันทึกข้อมูลปริมาณน้ำนมผ่านระบบแอปพลิเคชัน แต่จำนวนมารดาที่มีข้อมูลในแต่ละวันไม่คงที่ อยู่ระหว่าง 3-7 ราย และไม่มีข้อมูลบันทึกในวันที่ 5 (n = 0)

ตาราง 5 แนวโน้มปริมาณน้ำนมจากข้อมูลที่บันทึกได้ในช่วง 7 วันหลังคลอด (Available records, n = 8)

วันหลังคลอด	จำนวนมารดาที่บันทึก (ราย)	ปริมาณน้ำนมเฉลี่ย (มล./ครั้ง) Mean $\pm$ SD
วันที่ 1	5	1.6 $\pm$ 3.6
วันที่ 2	5	4.5 $\pm$ 8.7
วันที่ 3	3	3.3 $\pm$ 5.8
วันที่ 4	4	23.8 $\pm$ 22.1
วันที่ 5	-	-
วันที่ 6	3	39.3 $\pm$ 27.2
วันที่ 7	7	84.1 $\pm$ 37.8

ปริมาณน้ำนมเฉลี่ยในช่วงวันที่ 1–3 หลังคลอดยังอยู่ในระดับต่ำและผันผวน (1.6 $\pm$ 3.6, 4.5 $\pm$ 8.7 และ 3.3 $\pm$ 5.8 มิลลิลิตรต่อครั้ง ตามลำดับ) ก่อนเพิ่มขึ้นอย่างชัดเจนตั้งแต่วันที่ 4 เป็นต้นไป และสูงสุดในวันที่ 7 ที่ 84.1 $\pm$ 37.8 มิลลิลิตรต่อครั้ง สอดคล้องกับแนวโน้มการเพิ่มปริมาณน้ำนมตามธรรมชาติในช่วงสัปดาห์แรกหลังคลอด อย่างไรก็ตาม เนื่องจากจำนวนมารดาที่มีข้อมูลในแต่ละวันมีจำกัดและไม่ครบถ้วนตลอดช่วงเวลา ผลลัพธ์ดังกล่าวจึงนำเสนอในลักษณะสถิติเชิงพรรณนาเพื่ออธิบายแนวโน้มเบื้องต้นเท่านั้น และยังไม่สามารถสรุปประสิทธิภาพของแอปพลิเคชันต่อปริมาณน้ำนมได้อย่างชัดเจน ดังแสดงในตาราง 5

อภิปรายผล

ผลการศึกษาพบว่า LINE Official Account “ปัมรักจากแม่สู่ลูก” มีความเป็นไปได้ด้านการติดตาม โดยมีอัตราการคงอยู่ร้อยละ 93.3 สอดคล้องกับ Lau et al. (2016) ที่พบว่าเทคโนโลยีดิจิทัลช่วยเพิ่มการเข้าถึงข้อมูลและความต่อเนื่องในการติดตาม อย่างไรก็ตาม อัตราดังกล่าวอาจได้รับอิทธิพลจากระยะเวลาศึกษาที่สั้น และการสนับสนุนจากผู้วิจัย จึงยังไม่ยืนยันประสิทธิภาพของแอปพลิเคชัน ในผู้ติดตามครบ 14 ราย มีมารดา 8 ราย (ร้อยละ 57.1) บันทึกปริมาณน้ำนมด้วยตนเองผ่านระบบอย่างน้อย 1 ครั้ง โดยไม่รวมข้อมูลที่ผู้วิจัยบันทึกจากการนำส่งน้ำนม ณ หอผู้ป่วย สะท้อนว่าการบันทึกผ่านระบบยังมีข้อจำกัด อย่างไรก็ตาม เนื่องจากไม่ได้ศึกษาสาเหตุอย่างเป็นระบบ จึงไม่สามารถสรุปปัจจัยที่เกี่ยวข้องได้อย่างชัดเจน

ผู้เข้าร่วมมีการยอมรับเทคโนโลยีในระดับสูงทั้งด้านการรับรู้ประโยชน์ การรับรู้ความง่ายในการใช้งาน และความตั้งใจใช้งานต่อเนื่อง สอดคล้องกับแบบจำลอง TAM ของ Davis (1989) แอปพลิเคชันช่วยให้มารดาเข้าถึงวิดีโอ ข้อความแจ้งเตือน การบันทึกข้อมูล และคำปรึกษาจากพยาบาลได้จากระยะไกล ขณะที่การพัฒนาบน LINE ซึ่งเป็นแพลตฟอร์มที่คุ้นเคยอาจช่วยลดความยุ่งยากในการเรียนรู้ สอดคล้องกับ Chuektong et al. (2023) ที่ใช้ LINE สนับสนุนการให้นมแม่ในมารดาหลังผ่าตัดคลอด อย่างไรก็ตาม ผลการประเมินเป็นข้อมูลจากผู้เข้าร่วมรายงานด้วยตนเอง จึงอาจเกิดอคติจากการตอบในทางที่พึงประสงค์หรือความเกรงใจผู้วิจัย

คะแนนความเครียดของมารดาลดลงอย่างมีนัยสำคัญภายหลังใช้โปรแกรม การได้รับข้อมูล คำปรึกษา และข้อความให้กำลังใจอย่างต่อเนื่องอาจช่วยลดความไม่แน่นอน และความรู้สึกโดดเดี่ยวจากการแยกจากทารก (Holditch-Davis & Miles, 2000) สอดคล้องกับ ชูติมณฑน์ นวลศรี และคณะ (2568) ที่พบว่าทำให้ข้อมูลและการสนับสนุนทางจิตใจผ่าน LINE ช่วยลดความวิตกกังวลของมารดาที่มีทารกแรกเกิดวิกฤต ส่วนปริมาณน้ำนมมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นในช่วง 7 วันแรกจากกระบวนการสร้างน้ำนมตามธรรมชาติร่วมกับการสนับสนุนการกระตุ้นและบีบเก็บน้ำนมระยะแรก (Almohanna et al., 2020; Medina Poeliniz et al., 2025) อย่างไรก็ตาม เนื่องจากข้อมูลไม่ครบถ้วนและไม่มียกเว้นกลุ่มควบคุม ผลลัพธ์ทั้งสองจึงควรตีความเป็นข้อมูลเบื้องต้นเชิงสำรวจ ไม่ใช่หลักฐานยืนยันประสิทธิภาพของโปรแกรม

โดยสรุป การศึกษานี้สนับสนุนความเป็นไปได้ด้านการติดตามผู้เข้าร่วมและแสดงการยอมรับเทคโนโลยีในระดับสูง แต่การบันทึกข้อมูลด้วยตนเองผ่านระบบยังมีข้อจำกัด ก่อนดำเนินการศึกษานี้จำเป็นต้องรวบรวมข้อมูลก่อนการบันทึก เพิ่มระบบแจ้งเตือนและข้อมูลย้อนกลับ รวมทั้งศึกษาสาเหตุของการไม่บันทึกและกำหนดเกณฑ์ความสำเร็จของตัวชี้วัดความเป็นไปได้ไว้ล่วงหน้า

การนำผลการวิจัยไปใช้

LINE Official Account สามารถใช้เป็นช่องทางให้ความรู้ ติดตามข้อมูล และให้คำปรึกษาด้านการให้นมมารดาแก่ผู้ที่มีทารกแรกเกิดป่วยได้ อย่างไรก็ตาม ควรปรับปรุงระบบให้บันทึกปริมาณน้ำนมได้สะดวกและลดจำนวนขั้นตอน เพิ่มการแจ้งเตือนที่เหมาะสม และกำหนดแนวทางติดตามช่วยเหลือผู้ใช้งาน เพื่อเพิ่มความครบถ้วนของข้อมูลก่อนนำไปศึกษาประสิทธิผล แอปพลิเคชันนี้อาจใช้เป็นต้นแบบในโรงพยาบาลที่มีทรัพยากรจำกัด โดยควรพิจารณาความพร้อมของหน่วยงาน การคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคล และภาระงานของพยาบาล รวมทั้งศึกษาประสิทธิผลและผลลัพธ์ระยะยาวก่อนนำไปใช้เป็นบริการประจำ

ข้อจำกัดในการวิจัย

การศึกษานี้เป็นการศึกษานำร่องแบบกลุ่มเดียววัดก่อนและหลัง มีกลุ่มตัวอย่างขนาดเล็กจากโรงพยาบาลแห่งเดียวและไม่มีกลุ่มควบคุม จึงไม่สามารถสรุปความสัมพันธ์เชิงเหตุและผลหรืออ้างอิงผลไปยังประชากรอื่นได้อย่างกว้างขวาง นอกจากนี้ ข้อมูลปริมาณน้ำนมไม่ครบถ้วน และการยอมรับเทคโนโลยีประเมินจากการรายงานตนเองซึ่งอาจเกิดอคติในการตอบ ผลด้านความเครียดและปริมาณน้ำนมจึงควรตีความเป็นผลลัพธ์เบื้องต้นเชิงสำรวจ

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

ควรปรับปรุงระบบบันทึกปริมาณน้ำนมและการแจ้งเตือนให้สะดวกขึ้น ก่อนประเมินประสิทธิผลด้วยการวิจัยแบบสุ่มมีกลุ่มควบคุม ในกลุ่มตัวอย่างขนาดเพียงพอจากหลายโรงพยาบาล ควรติดตามผลระยะยาว เพื่อประเมินความต่อเนื่องของการให้นมแม่ ปริมาณน้ำนม ความเครียดของมารดา และผลลัพธ์สุขภาพของทารก และควรศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการยอมรับเทคโนโลยีและความครบถ้วนของการบันทึกข้อมูล ทั้งนี้เมื่อมีหลักฐานด้านประสิทธิผลเพียงพอ ควรศึกษาต้นทุน ความคุ้มค่า และความเป็นไปได้ในการขยายผลสู่โรงพยาบาลระดับต่าง ๆ เพื่อสนับสนุนนโยบายส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ผ่านเทคโนโลยีดิจิทัล

รายการอ้างอิง

- ชุติมณฑน์ นวลศรี, อรุณรัตน์ ศรีจันทร์นิตย์, และสมสิริ รุ่งอมรรัตน์. (2568). ผลของโปรแกรมการให้ข้อมูลและการสนับสนุนด้านจิตใจผ่านสื่อดิจิทัลต่อความวิตกกังวลของมารดาทารกเกิดก่อนกำหนดในภาวะวิกฤต. *วารสารพยาบาลศาสตร์*, 43(2), 111–125. <https://he02.tci-thaijo.org/index.php/ns/article/view/273104>
- Almohanna, A. A., Win, K. T., & Meedya, S. (2020). Effectiveness of internet-based electronic technology interventions on breastfeeding outcomes: Systematic review. *Journal of Medical Internet Research*, 22(5), e17361. <https://doi.org/10.2196/17361>
- Chuektong, C., Nirattharadorn, M., & Buaboon, N. (2023). Breastfeeding self-efficacy enhancement program with LINE application among mothers with cesarean section: A quasi-experimental study. *Pacific Rim International Journal of Nursing Research*, 27(4), 711–721. <https://doi.org/10.60099/prijnr.2023.262349>
- Davis, F. D. (1989). Perceived usefulness, perceived ease of use, and user acceptance of information technology. *MIS Quarterly*, 13(3), 319–340. <https://doi.org/10.2307/249008>
- Holditch-Davis, D., & Miles, M. S. (2000). Mothers' stories about their experiences in the neonatal intensive care unit. *Neonatal Network*, 19(3), 13–21. <https://doi.org/10.1891/0730-0832.19.3.13>
- Kent, J. C., Prime, D. K., & Garbin, C. P. (2012). Principles for maintaining or increasing breast milk production. *Journal of Obstetric, Gynecologic & Neonatal Nursing*, 41(1), 114–121. <https://doi.org/10.1111/j.1552-6909.2011.01313.x>
- Kleebpan, S., Apartsakun, P., Chaiyanusak, P., & Kitson-Reynolds, E. (2025). The effect of parental enhancing program with mobile application on parental stress and competence among Thai adolescent postpartum women: A quasi-experimental matched control design. *PLOS ONE*, 20(10), e0324318. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0324318>
- Lau, Y., Htun, T. P., Tam, W. S. W., & Klainin-Yobas, P. (2016). Efficacy of e-technologies in improving breastfeeding outcomes among perinatal women: A meta-analysis. *Maternal & Child Nutrition*, 12(3), 381–401. <https://doi.org/10.1111/mcn.12202>
- Medina Poeliniz, C., Hoban, R., Janes, J., & Meier, P. P. (2025). Pumping behaviors of breast pump-dependent mothers of preterm infants in the neonatal intensive care unit (NICU): Importance of the first five postpartum days. *Breastfeeding Medicine*, 20(7), 493–501. <https://doi.org/10.1089/bfm.2024.0396>
- Meek, J. Y., Noble, L., & Section on Breastfeeding. (2022). Policy statement: Breastfeeding and the use of human milk. *Pediatrics*, 150(1), e2022057988. <https://doi.org/10.1542/peds.2022-057988>
- Neville, M. C., Demerath, E. W., Hahn-Holbrook, J., Hovey, R. C., Martin-Carli, J., McGuire, M. A., & Rudolph, M. C. (2023). Parental factors that impact the ecology of human mammary development, milk secretion, and milk composition. *American Journal of Clinical Nutrition*, 117(Suppl 1), S11–S27. <https://doi.org/10.1016/j.ajcnut.2022.11.026>
- Rai, S., da Silva, O., Angelini, M., Christmas, M., & Geoghegan-Morphet, N. (2018). Maternal Virtual Infant Nutrition Support Clinic for the Neonatal Intensive Care Unit (MAVINS-

- NICU): A qualitative study. *Pediatrics & Child Health*, 23(Suppl 1), e28.
<https://doi.org/10.1093/pch/pxy054.072>
- Schwab, I., Ohnhaeuser, T., Rothe, R. L., Dresbach, T., Schmitz, K., Tutzer, N., Dymek, N. G., Köberlein-Neu, J., & Scholten, N. (2025). The Neo-MILK web app as a health technology to support mothers of preterm and sick neonates during lactation: Usability study. *JMIR Pediatrics and Parenting*, 8, e69079. <https://doi.org/10.2196/69079>
- Srichalerm, T., Jacelon, C. S., Sibeko, L., Granger, J., & Briere, C. E. (2024). Thai novice nurses' lived experiences and perspectives of breastfeeding and human milk in the Neonatal Intensive Care Unit (NICU). *International Breastfeeding Journal*, 19, 20.
<https://doi.org/10.1186/s13006-024-00620-5>
- Thabane, L., Ma, J., Chu, R., Cheng, J., Ismaila, A., Rios, L. P., Robbins, L., Gafni, A., Kaczorowski, J., & Goldsmith, C. H. (2010). A tutorial on pilot studies: The what, why and how. *BMC Medical Research Methodology*, 10, 1. <https://doi.org/10.1186/1471-2288-10-1>
- UNICEF Thailand. (2023). *UNICEF finds 1 in 3 mothers in Thailand exclusively breastfeed their babies, far below target*. <https://www.unicef.org/thailand/press-releases/unicef-finds-1-3-mothers-thailand-exclusively-breastfeed-their-babies-far-below>
- Vermont Oxford Network. (2019). *Infants receiving human milk at discharge varies internationally*.
<https://public.vtoxford.org/nicu-by-the-numbers/infants-receiving-human-milk-at-discharge-varies-internationally/>
- Victora, C. G., Bahl, R., Barros, A. J. D., França, G. V. A., Horton, S., Krasevec, J., Murch, S., Sankar, M. J., Walker, N., & Rollins, N. C. (2016). Breastfeeding in the 21st century: Epidemiology, mechanisms, and lifelong effect. *Lancet*, 387(10017), 475–490.
[https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(15\)01024-7](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(15)01024-7)
- World Health Organization. (2023). Infant and young child feeding. Retrieved January 10, 2025, from
<https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/infant-and-young-child-feeding>
- Wongpakaran, N., & Wongpakaran, T. (2010). The Thai version of the PSS-10: An investigation of its psychometric properties. *Biopsychosocial Medicine*, 4, 6.
<https://doi.org/10.1186/1751-0759-4-6>
- Yang, Y., Brandon, D., Lu, H., & Cong, X. (2019). Breastfeeding experiences and perspectives on support among Chinese mothers separated from their hospitalized preterm infants: A qualitative study. *International Breastfeeding Journal*, 14, 45.
<https://doi.org/10.1186/s13006-019-0242-9>

การประเมินสัญญาณเริ่มต้นของภาวะหายใจล้มเหลวระหว่างการใช้อุปกรณ์ให้ออกซิเจนอัตราไหลสูงผ่านสายสวนจมูกในผู้ป่วยเด็ก: การทบทวนวรรณกรรมแบบกำหนดขอบเขต

Early Identification of Respiratory Failure During High-Flow Nasal Cannula

Therapy in Pediatric Patients: A Scoping Review

ศิริวรรณ ชุกำเนิต*, ณัฐธินี ชั่วชมเกต และวรรณลี ยอดรักษ์

Siriwan Chukumnird*, Nattinee Chuachomket and Wanlee Yodrak

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยทักษิณ

Faculty of Nursing, Thaksin University

(Received: May 25, 2026, Revised: August 4, 2026, Accepted: August 23, 2026)

บทคัดย่อ

ภาวะล้มเหลวของการรักษาด้วยอุปกรณ์ให้ออกซิเจนอัตราไหลสูงพบได้ร้อยละ 10–30 ในผู้ป่วยเด็ก การล่าช้าในการยกระดับการรักษาส่งผลต่ออัตราการเจ็บป่วยและเสียชีวิต ปัจจุบันยังขาดการจัดระบบองค์ความรู้ด้านสัญญาณเตือนเริ่มต้นและเกณฑ์มาตรฐานสำหรับการประเมินทางการพยาบาล วัตถุประสงค์ เพื่อ (1) จัดหมวดหมู่สัญญาณเริ่มต้นที่ทำนายภาวะล้มเหลวดังกล่าวในผู้ป่วยเด็ก และ (2) ระบุเครื่องมือ คะแนนทางคลินิก และตัวชี้วัดทางสรีรวิทยาที่ใช้ประเมินสัญญาณเหล่านั้น การทบทวนวรรณกรรมแบบกำหนดขอบเขตตามกรอบ Joanna Briggs Institute รายงานตามแนวทาง PRISMA-ScR สืบค้นเดือนธันวาคม พ.ศ. 2568 จาก PubMed (MEDLINE), CINAHL (EBSCOhost) และ SCOPUS ครอบคลุมงานวิจัย ค.ศ. 2015–2025 ใช้กรอบ Population–Concept–Context ผู้วิจัยสองท่านคัดกรองอย่างอิสระ ประเมินความสอดคล้องด้วย Cohen's Kappa

จากบทความที่ค้นพบ 156 รายการ ผ่านเกณฑ์คัดเข้า 16 บทความ ครอบคลุมผู้ป่วยเด็กอายุ 0–18 ปี ในหอผู้ป่วยวิกฤต หอผู้ป่วยเด็กสามัญ และแผนกฉุกเฉิน อัตราภาวะล้มเหลวอยู่ที่ร้อยละ 11–23 ส่วนใหญ่เกิดภายใน 24 ชั่วโมงแรก สัญญาณเตือนจำแนกได้ 4 กลุ่ม ได้แก่ ตัวชี้วัดการแลกเปลี่ยนก๊าซ (SpO_2/FiO_2 ratio และ ROX index ที่ไม่ดีขึ้นใน 1–4 ชั่วโมงแรก) การตอบสนองของสัญญาณชีพ (อัตราการเต้นของหัวใจและอัตราการหายใจลดลงน้อยกว่าร้อยละ 20 ใน 1–2 ชั่วโมงแรก) คะแนนความรุนแรงทางคลินิก (CRS, Wood–Downes–Ferrés และ p-HACOR) และปัจจัยเสี่ยงพื้นฐาน (อายุน้อยกว่า 3 เดือน คลอดก่อนกำหนด โรคหัวใจพิการแต่กำเนิด พยาธิสภาพนอกระบบทางเดินหายใจ และ FiO_2 มากกว่า 0.6) เครื่องมือที่มีประสิทธิภาพสูงสุดคือ p-HACOR score ที่ 1 ชั่วโมง (AUC = 0.951) ROX index (AUC = 0.716–0.90) และ Clinical Respiratory Score ≥ 6 ที่ 12 ชั่วโมง (AUC > 0.90)

ภาวะล้มเหลวของการรักษาสามารถคาดการณ์ได้ตั้งแต่วะยะเริ่มต้น ผ่านการบูรณาการสัญญาณเตือน 4 กลุ่ม โดยเฉพาะในช่วง 1–2 ชั่วโมงแรก ผลการศึกษาสนับสนุนการพัฒนาแนวทางการประเมินทางการพยาบาลที่เป็นมาตรฐาน

คำสำคัญ: การให้ออกซิเจนอัตราไหลสูง, ภาวะล้มเหลวของการรักษาด้วย HFNC, สัญญาณเตือนเริ่มต้น, ผู้ป่วยเด็ก, การทบทวนวรรณกรรมแบบกำหนดขอบเขต

*ผู้ให้การติดต่อ (Corresponding e-mail: siriwan.c@tsu.ac.th)

Abstract

Treatment failure during high-flow nasal cannula (HFNC) therapy occurs in approximately 10–30% of pediatric patients. Delayed escalation of respiratory support is associated with increased morbidity and mortality. However, there is currently a lack of systematic synthesis of early warning signs and standardized criteria for nursing assessment. The objectives of this study were to 1) categorize early warning signs predictive of HFNC treatment failure in pediatric patients and 2) identify the tools, clinical scores, and physiological indicators used to assess these signs. A scoping review was conducted following the Joanna Briggs Institute (JBI) framework and reported in accordance with the Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses Extension for Scoping Reviews (PRISMA-ScR) guidelines. The literature search was conducted in December 2025 using PubMed (MEDLINE), CINAHL (EBSCOhost), and Scopus, covering studies published from 2015 to 2025. The Population–Concept–Context framework was applied. Two reviewers independently screened the studies, and inter-rater agreement was assessed using Cohen’s kappa.

Of the 156 records identified, 16 articles met the inclusion criteria, covering pediatric patients aged 0–18 years in intensive care units, general pediatric wards, and emergency departments. Treatment failure rates ranged from 11% to 23%, with most failures occurring within the first 24 hours. Early warning signs were categorized into four groups: gas exchange indicators ($\text{SpO}_2/\text{FiO}_2$ ratio and lack of improvement in the ROX index during the first 1–4 hours); vital sign responses (less than 20% reduction in heart rate and respiratory rate during the first 1–2 hours); clinical severity scores (Clinical Respiratory Score [CRS], Wood–Downes–Ferrés score, and pediatric HACOR [p-HACOR] score); and baseline risk factors (age younger than 3 months, prematurity, congenital heart disease, extrapulmonary pathology, and $\text{FiO}_2 > 0.6$). The most effective predictive tools were the p-HACOR score at 1 hour ($\text{AUC} = 0.951$), the ROX index ($\text{AUC} = 0.716\text{--}0.90$), and a Clinical Respiratory Score ≥ 6 at 12 hours ($\text{AUC} > 0.90$).

HFNC treatment failure can be predicted during the early phase by integrating four categories of warning signs, particularly within the first 1–2 hours of therapy. These findings support the development of standardized nursing assessment guidelines for the early identification of HFNC treatment failure in pediatric patients.

Keywords: High-Flow Nasal Cannula, HFNC Treatment Failure, Early Warning Signs, Pediatric Patients, Scoping Review

บทนำ

ภาวะหายใจล้มเหลวเฉียบพลัน (Acute Respiratory Failure: ARF) เป็นหนึ่งในภาวะวิกฤตที่พบบ่อยที่สุดในผู้ป่วยเด็กและเป็นเหตุผลสำคัญของการรับไว้รักษาในหอผู้ป่วยวิกฤต โดยสาเหตุส่วนใหญ่ได้แก่ การติดเชื้อในระบบทางเดินหายใจส่วนล่าง เช่น หลอดลมฝอยอักเสบ ปอดบวม และภาวะหอบหืดกำเริบ ผู้ป่วยหลายรายมีโรคประจำตัวร่วมด้วย ไม่ว่าจะเป็นความผิดปกติของระบบประสาทและกล้ามเนื้อ โรคปอดเรื้อรังจากการคลอดก่อนกำหนด หรือโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด ซึ่งล้วนเพิ่มความซับซ้อนในการดูแลและความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อน หากไม่ได้รับการรักษาที่ทันเวลาที่ ภาวะดังกล่าวอาจนำไปสู่การหยุดหายใจและเสียชีวิตได้ (Miura et al., 2024)

ในช่วงทศวรรษที่ผ่านมา High-Flow Nasal Cannula (HFNC) ได้กลายเป็นทางเลือกหลักสำหรับการช่วยหายใจแบบไม่รุกรานในผู้ป่วยเด็กที่มีภาวะหายใจล้มเหลวระดับเล็กน้อยถึงปานกลาง โดยอาศัยกลไกการลด anatomical dead space ลดแรงต้านในทางเดินหายใจส่วนต้น และสร้างแรงดันต่อเนื่องในทางเดินหายใจเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการแลกเปลี่ยนก๊าซ (Aydin et al., 2021) นอกจากนี้ การให้ออกซิเจนผ่าน HFNC ในรูปแบบที่มีความชื้นและอุณหภูมิเหมาะสมยังช่วยลดการระคายเคืองของเยื่อทางเดินหายใจและเพิ่มความสะดวกสบายให้แก่ผู้ป่วย (Kwon, 2020)

อย่างไรก็ตาม ความสำเร็จของ HFNC ไม่ได้เกิดขึ้นในทุกราย พบรายงานอัตราความล้มเหลวของการใช้ HFNC ในผู้ป่วยเด็กสูงถึงร้อยละ 10–30 (Mikalsen et al., 2016) และยังขาดหลักฐานเชิงคลินิกที่เพียงพอสำหรับการระบุปัจจัยทำนายความล้มเหลวในกลุ่มผู้ป่วยนี้ ปัญหาที่ตามมาคือความล่าช้าในการยกระดับการรักษา ซึ่งสัมพันธ์โดยตรงกับการเพิ่มขึ้นของอัตราการเจ็บป่วยและเสียชีวิต

การทบทวนวรรณกรรมในปัจจุบันพบว่า ตัวชี้วัดที่รายงานสำหรับการประเมิน HFNC failure ในผู้ป่วยเด็กมีความหลากหลายสูง ครอบคลุมทั้งสัญญาณชีพ เช่น อัตราการหายใจและอัตราการเต้นของหัวใจ (Sunkonkit et al., 2022; Aydin et al., 2021) ดัชนีสรีรวิทยาแบบผสม เช่น S/F ratio และ ROX index (Saelim et al., 2022; Yuniar et al., 2024) รวมถึงอาการทางคลินิกที่สังเกตได้โดยตรง เช่น nasal flaring และ chest retraction (Kwon, 2020) ความหลากหลายนี้สะท้อนให้เห็นว่ายังไม่มีแนวทางมาตรฐานที่ชัดเจนสำหรับการประเมินทางคลินิก และองค์ความรู้ในสาขานี้ยังอยู่ในระยะของการรวบรวมหลักฐาน (Mikalsen et al., 2016)

ปัจจุบันพบว่าหลักฐานที่มีอยู่มีลักษณะกระจัดกระจาย ยังไม่พบการรวบรวมและจัดหมวดหมู่สัญญาณเตือนเริ่มต้นของ HFNC failure ในผู้ป่วยเด็ก ทำให้พยาบาลไม่มีภาพรวมของตัวชี้วัดที่มีหลักฐานทางวิชาการรองรับสำหรับใช้ในการเฝ้าระวัง ปัญหาที่ตามมาคือค่าตัดสิน (cut-off) ของตัวชี้วัดชนิดเดียวกันแตกต่างกันมาก ระหว่างการศึกษา เช่น ค่า ROX index ที่รายงานอยู่ระหว่าง 6.50 ถึง 8.8 ขึ้นอยู่กับกลุ่มโรค ช่วงเวลาที่ประเมิน และบริบทของหน่วยบริการ (Yuniar et al., 2024; Nascimento et al., 2024; Santos et al., 2024) ความแตกต่างนี้ทำให้ยังไม่มีเกณฑ์ร่วมที่พยาบาลจะนำไปใช้ได้ทันที และยังไม่มีการประเมินทางคลินิกที่บูรณาการตัวชี้วัดทั้งด้านสรีรวิทยา อาการทางคลินิก และปัจจัยเสี่ยงพื้นฐานเข้าด้วยกัน การทบทวนและสังเคราะห์หลักฐานที่มีอยู่จึงเป็นขั้นตอนที่จำเป็นก่อนการพัฒนาแนวปฏิบัติสำหรับบริบทไทย

ในบริบทของการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับ HFNC พยาบาลเป็นผู้ที่อยู่กับผู้ป่วยต่อเนื่องและเป็นผู้บันทึกสัญญาณชีพ ประเมินลักษณะการหายใจ และสังเกตการตอบสนองต่อการรักษาในทุกช่วงเวลา บทบาทนี้ทำให้พยาบาลอยู่ในตำแหน่งที่เหมาะสมที่สุดในการตรวจพบแนวโน้มการเปลี่ยนแปลงที่บ่งชี้ถึงความล้มเหลวของการรักษา โดยเฉพาะในช่วงชั่วโมงแรกหลังเริ่ม HFNC ซึ่งการเปลี่ยนแปลงมักเกิดขึ้นเร็วและอาจไม่ปรากฏชัดในการประเมินตามรอบปกติ (Kwon, 2020) อย่างไรก็ตาม การประเมินดังกล่าวในปัจจุบันยังไม่มีเกณฑ์อ้างอิงที่เป็นมาตรฐาน พยาบาลจึงต้องอาศัยการตัดสินใจจากประสบการณ์เป็นหลัก ซึ่งอาจทำให้เกิดความแตกต่างของการเฝ้าระวังระหว่างบุคคลและระหว่างหน่วยบริการ

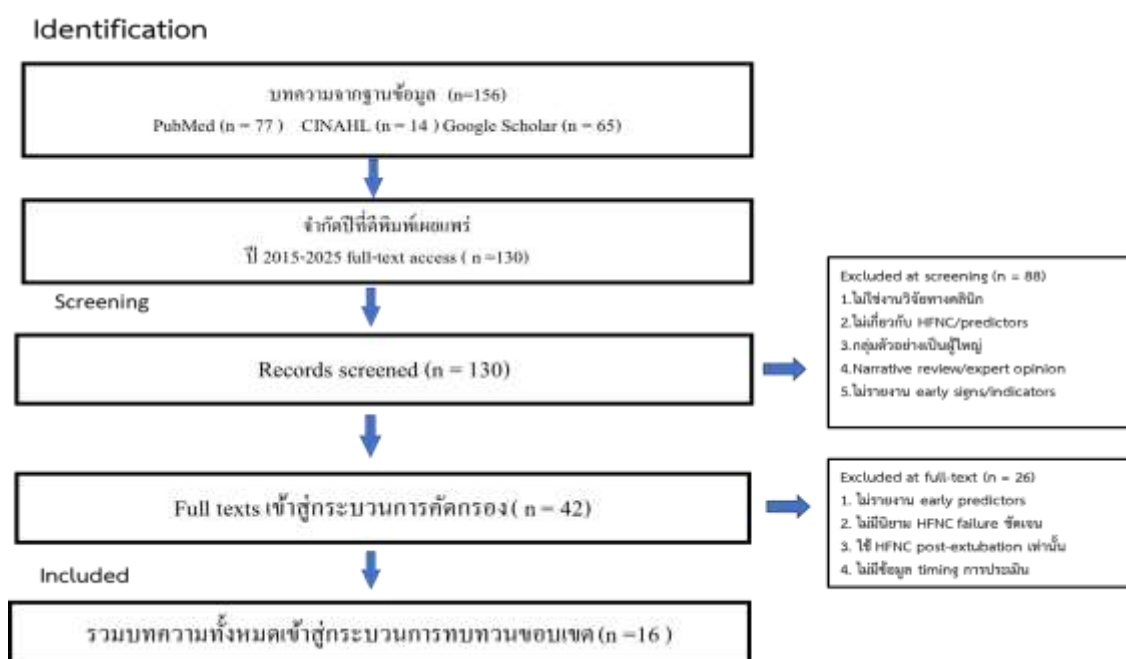
การเลือกรูปแบบการทบทวนวรรณกรรมในการศึกษานี้พิจารณาจากลักษณะของคำถามวิจัยและสภาพของหลักฐานที่มีอยู่ การทบทวนอย่างเป็นระบบ (Systematic Review) ต้องการคำถามที่แคบและกลุ่มการศึกษาที่เทียบเคียงกันได้ในระดับที่เพียงพอสำหรับการสังเคราะห์เชิงปริมาณ ซึ่งไม่สอดคล้องกับหลักฐานด้าน HFNC failure ในผู้ป่วยเด็กที่มีความแตกต่างกันมากทั้งช่วงอายุ กลุ่มโรค บริบทของหน่วยบริการ และนิยามของภาวะล้มเหลว การทบทวนวรรณกรรมแบบกำหนดขอบเขต (Scoping Review) ตามกรอบของ JBI (Peters et al., 2020) จึงเหมาะสมสถานการณ์นี้มากกว่า เนื่องจากออกแบบมาเพื่อสำรวจขอบเขตของหลักฐานที่มีอยู่ จัดหมวดหมู่หัวข้อที่หลากหลาย และรวมงานวิจัยหลายรูปแบบเข้าไว้ด้วยกันอย่างเป็นระบบ ซึ่งตรงกับวัตถุประสงค์ของการศึกษานี้ที่ต้องการทำแผนที่หลักฐานและระบุช่องว่างของความรู้ การรายงานผลดำเนินการตามแนวทาง PRISMA-ScR (Tricco et al., 2018) ซึ่งกำหนดรายการรายงาน 22 ข้อ เพื่อให้กระบวนการทบทวนสามารถตรวจสอบและทำซ้ำได้

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อสำรวจและจัดหมวดหมู่ของสัญญาณเริ่มต้นที่สามารถทำนายความล้มเหลวของการใช้ High-Flow Nasal Cannula (HFNC) ในผู้ป่วยเด็ก
2. เพื่อระบุเครื่องมือ คะแนนทางคลินิก และตัวชี้วัดทางสรีรวิทยาที่ใช้ในการประเมินสัญญาณเริ่มต้นของภาวะล้มเหลวดังกล่าว

กรอบแนวคิดการวิจัย

การทบทวนวรรณกรรมแบบกำหนดขอบเขตครั้งนี้ ดำเนินการตามกรอบแนวทางของ Joanna Briggs Institute (Peters et al., 2020) ซึ่งพัฒนาต่อยอดจากกรอบดั้งเดิมของ Arksey และ O'Malley (2005) ประกอบด้วย 6 ขั้นตอน ได้แก่ (1) การกำหนดคำถามและวัตถุประสงค์การวิจัย (2) การกำหนดเกณฑ์การคัดเข้าและคัดออกโดยใช้กรอบแนวคิด PCC (Population, Concept, Context) (3) การพัฒนากลยุทธ์การสืบค้นอย่างเป็นระบบ (4) การคัดเลือกบทความ (5) การสกัดและบันทึกข้อมูล (data extraction and charting) และ (6) การสังเคราะห์และนำเสนอผลในรูปแบบ narrative synthesis ร่วมกับ evidence mapping โดยรายงานผลตามแนวทาง PRISMA extension for Scoping Reviews (PRISMA-ScR; Tricco et al., 2018)



ภาพ 1 PRISMA-ScR Flow Diagram แสดงขั้นตอนการคัดเลือกบทความวิจัย

ระเบียบวิธีวิจัย

การศึกษานี้ไม่ได้ลงทะเบียนโปรโตคอลไว้ล่วงหน้ากับฐานข้อมูลสาธารณะ อย่างไรก็ตาม ผู้วิจัยได้จัดทำโปรโตคอลการทบทวนเป็นลายลักษณ์อักษรก่อนเริ่มการสืบค้น โดยระบุคำถามวิจัย เกณฑ์การคัดเข้าและคัดออก กลยุทธ์การสืบค้น และวิธีการสังเคราะห์ข้อมูลไว้ครบถ้วน

ขั้นที่ 1 การกำหนดคำถามและวัตถุประสงค์การวิจัย

การพัฒนาคำถามการทบทวนตามกรอบ PCC Framework (Population–Concept–Context) ของ JBI (Peters et al., 2020) ดังนี้

P – Population: ผู้ป่วยเด็กอายุ 0-18 ปี ที่ได้รับ High-Flow Nasal Cannula (HFNC) ในหอผู้ป่วยเด็กสามัญ หน่วยดูแลผู้ป่วยวิกฤตเด็ก และแผนกฉุกเฉิน

C – Concept: สัญญาณเริ่มต้นของภาวะหายใจล้มเหลว (early signs of HFNC failure) เช่น 1) สัญญาณทางสรีรวิทยา (Respiratory Rate (RR), Heart Rate (HR) 2) การแลกเปลี่ยนก๊าซ (SpO_2 , FiO_2 , S/F ratio, P/F ratio) 3) Composite indices เช่น ROX index 4) คะแนนเตือนล่วงหน้า เช่น PEWS สัญญาณทางคลินิก เช่น work of breathing และ 5) แนวโน้ม (trend) เช่น RR ไม่ลดลงใน 1 ชั่วโมง

C – Context: ทุกบริบทของโรงพยาบาล ทั้งในแผนกหอผู้ป่วยเด็กสามัญ หน่วยดูแลผู้ป่วยวิกฤตเด็ก และแผนกฉุกเฉิน

โดยใช้คำถามวิจัยหลัก ได้แก่ 1. มีสัญญาณหรือดัชนีใดบ้างที่ใช้ประเมินความเสี่ยง HFNC failure ในผู้ป่วยเด็ก 2. วิธีการประเมินหรือการวัดตัวชี้วัดทางสรีรวิทยาหรือทางคลินิกและเกณฑ์การประเมินที่รายงานมีลักษณะอย่างไร และ 3. หลักฐานมีช่องว่างใดที่ยังต้องการการศึกษาต่อ

ขั้นที่ 2 การพัฒนาเกณฑ์การรวมและยกเว้นโดยใช้กรอบแนวคิด PCC (Population, Concept, Context)

การกำหนดเกณฑ์การคัดเข้าและเกณฑ์การคัดออกที่เกี่ยวข้อง ประกอบด้วย ประชากร/กลุ่มตัวอย่าง การวิจัย ปรัชญาการค้นพบหรือประเด็นที่สนใจ ผลลัพธ์ที่รายงาน และประเภทของการศึกษาวิจัย เพื่อให้การทบทวนวรรณกรรมครั้งนี้ครอบคลุมประเด็นสำคัญด้าน การประเมินสัญญาณเริ่มต้นของภาวะหายใจล้มเหลวระหว่างการใช้ HFNC ในผู้ป่วยเด็ก สำหรับพยาบาลวิชาชีพ ในหอผู้ป่วยเด็กสามัญ หน่วยดูแลผู้ป่วยวิกฤตเด็ก และแผนกฉุกเฉิน

การศึกษาที่รวบรวมอยู่ในทบทวนครั้งนี้จะต้องมีข้อมูลเกี่ยวกับ สัญญาณหรือดัชนีที่ใช้ทำนายความเสี่ยงของ HFNC failure ในผู้ป่วยเด็ก วิธีการประเมินหรือการวัดตัวชี้วัดทางสรีรวิทยาหรือทางคลินิก และเกณฑ์ผลลัพธ์ที่เกี่ยวข้องกับภาวะหายใจล้มเหลวระหว่างการใช้ HFNC ใน บริบทการดูแลเด็กในหอผู้ป่วยเด็กสามัญ หน่วยดูแลผู้ป่วยวิกฤตเด็ก PICU และแผนกฉุกเฉิน (ED)

นอกจากนี้เกณฑ์การคัดเข้าและเกณฑ์การคัดออกในการศึกษาครั้งนี้ยังรวมถึงช่วงอายุที่ศึกษาวิจัย ภาษาที่ใช้ในการตีพิมพ์เผยแพร่และการเข้าถึงบทความวิจัยฉบับเต็ม ดังแสดงในตาราง 1

ตาราง 1 แสดงเกณฑ์การคัดเลือก เกณฑ์การคัดเข้า และเกณฑ์การคัดออก

เกณฑ์การคัดเลือก	เกณฑ์การคัดเข้า (Inclusion Criteria)	เกณฑ์การคัดออก (Exclusion Criteria)
ช่วงอายุที่ศึกษาวิจัย (Age)	ผู้ป่วยเด็กอายุต่ำกว่า 18 ปี ที่ได้รับ HFNC เนื่องจากภาวะหายใจลำบาก หรือมีภาวะหายใจล้มเหลว เช่น acute respiratory failure, bronchiolitis และ pneumonia เป็นต้น	การศึกษาในผู้ใหญ่
ประเด็นการศึกษา (concept)	รายงานสัญญาณ early signs ของ HFNC failure เช่น การต้องใส่ท่อช่วยหายใจ การเปลี่ยนไปใช้ NIV/CPAP หรือการ escalation ของการรักษา	บทความที่ไม่มีรายงานที่เกี่ยวข้องกับ early signs; บทความที่ไม่มีนิยาม HFNC failure ที่ชัดเจน หรือไม่มีข้อมูลตัวทำนาย

เกณฑ์การคัดเลือก	เกณฑ์การคัดเข้า (Inclusion Criteria)	เกณฑ์การคัดออก (Exclusion Criteria)
เวลาในการประเมิน (Timing)	มีข้อมูลเวลาในการประเมิน early signs อย่างชัดเจน เช่น ที่ baseline, 1–2 ชั่วโมง, 4 ชั่วโมง, 24 ชั่วโมง)	งานวิจัย HFNC เฉพาะช่วง post-extubating หรือใช้เป็น bridging หลังการถอดท่อ ที่ไม่ได้รายงานตัวทำนาย failure ของ HFNC
ชนิดของบทความวิจัย	การศึกษาเชิงปริมาณ เช่น cohort, case-control, retrospective /prospective observational study และ randomized controlled trial	บทความที่ไม่ใช่งานวิจัย เช่น case report, series ขนาดเล็ก, expert opinion, narrative review
ภาษาที่ใช้ในการตีพิมพ์เผยแพร่	บทความวิจัยตีพิมพ์ภาษาอังกฤษหรือภาษาไทย ที่มีทั้งบทคัดย่อและเอกสารฉบับเต็ม	งานตีพิมพ์ภาษาอื่น และบทความที่ไม่สามารถเข้าถึงฉบับเต็มได้

ขั้นที่ 3 การพัฒนากลยุทธ์การสืบค้นอย่างเป็นระบบ

การสืบค้นบทความดำเนินการโดยผู้วิจัยสองท่านอย่างอิสระต่อกัน ในเดือน ธันวาคม 2568 โดยสืบค้นจากฐานข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์ 3 แหล่ง ได้แก่ PubMed (MEDLINE), CINAHL (EBSCOhost) และ SCOPUS กำหนดขอบเขตการสืบค้นครอบคลุมบทความที่ตีพิมพ์ระหว่างปี ค.ศ. 2015 ถึง 2025 โดยเหตุผลสำคัญ 2 ประการ ได้แก่ การที่ HFNC เริ่มได้รับการนำมาใช้อย่างแพร่หลายในผู้ป่วยเด็กตั้งแต่ประมาณปี ค.ศ. 2015 (Mikalsen et al., 2016) และการที่ตัวชี้วัดสำคัญ เช่น ROX index และ SpO₂/FiO₂ ratio ได้รับการพัฒนาและทดสอบในช่วงเวลาดังกล่าว การกำหนดขอบเขตเวลานี้จึงครอบคลุมหลักฐานที่มีความเกี่ยวข้องทางคลินิกและมีความทันสมัยสูงสุด

รูปแบบคำค้นพัฒนาขึ้นโดยใช้กรอบแนวคิด PCC (Population, Concept, Context) ตามแนวทาง JBI สำหรับ Scoping Review ประกอบด้วย 3 กลุ่มคำค้นหลัก ได้แก่ (1) คำค้นที่เกี่ยวกับ High-Flow Nasal Cannula และคำพ้องความหมายครอบคลุม HFNC, HFOT, HHFNC, "Nasal High Flow", "High Flow Nasal Oxygen" และ "heated humidified high-flow" (2) คำค้นที่เกี่ยวกับผู้ป่วยเด็กครอบคลุม child*, pediatric*, infant*, neonate* และ newborn* และ (3) คำค้นที่เกี่ยวกับภาวะล้มเหลวและปัจจัยทำนาย ครอบคลุม predictor*, "early sign*", "early indicator*", escalation, intubation, "mechanical ventilation" และ deterioration กลุ่มคำค้นเชื่อมด้วย Boolean operator "AND" ระหว่างกลุ่ม และ "OR" ภายในกลุ่มเดียวกัน นอกจากนี้ใช้ MeSH terms ร่วมกับ free-text terms [tiab] สำหรับ PubMed และ CINAHL Subject Headings (MH) ร่วมกับ TI,AB สำหรับ CINAHL เพื่อครอบคลุมบทความที่ไม่ได้ระบุ controlled vocabulary ผลการสืบค้นเบื้องต้นได้บทความทั้งสิ้น 156 รายการ จำแนกตามฐานข้อมูล ได้แก่ PubMed 77 รายการ CINAHL 14 รายการ และ SCOPUS 65 รายการ

การสืบค้นครั้งนี้จำกัดเฉพาะฐานข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์หลัก 3 แหล่ง โดยไม่ได้ดำเนินการสืบค้นวรรณกรรมที่ไม่ได้ตีพิมพ์เผยแพร่ในวารสาร (gray literature) เช่น วิทยานิพนธ์ รายงานการประชุมวิชาการ หรือรายงานที่ไม่ได้ตีพิมพ์ในวารสาร และไม่ได้ตรวจสอบรายการอ้างอิงของบทความที่รวบรวมด้วยวิธี hand-searching ซึ่งอาจทำให้พลาดหลักฐานบางส่วน ประเด็นดังกล่าวถือเป็นข้อจำกัดของการศึกษาครั้งนี้

ขั้นที่ 4 การคัดเลือกบทความ

ผู้วิจัยได้ดำเนินการตามขั้นตอนของ Scoping Review ตามกรอบแนวทางของ Joanna Briggs Institute (JBI, 2020) และรายงานตามมาตรฐาน PRISMA-ScR แบ่งได้เป็น 3 ระยะ ได้แก่ (1) การคัดกรองจากชื่อเรื่องและบทคัดย่อ (2) การคัดกรองจากการอ่านบทความฉบับเต็ม (3) การคัดเลือกบทความขั้นสุดท้ายที่ตรงตามเกณฑ์คัดเข้า

หลังจากนั้นผู้วิจัยได้ดำเนินการตามเกณฑ์เบื้องต้น ได้แก่ ช่วงปีตีพิมพ์ ระหว่าง ค.ศ. 2015-2025 การมีบทคัดย่อ และการเข้าถึงบทความฉบับเต็ม คงเหลือบทความ 130 รายการ (PubMed 76 รายการ CINAHL 6 รายการ และ SCOPUS 48 รายการ) ซึ่งเป็นจำนวนที่นำเข้าสู่กระบวนการคัดกรองชื่อเรื่องและบทคัดย่อ

4.1 คัดกรองชื่อเรื่องและบทคัดย่อ (Title/Abstract Screening)

ผู้ประเมิน 2 คน ซึ่งการคัดกรองบทความฉบับเต็มทำอย่างอิสระ และหากมีความเห็นไม่ตรงกัน จะใช้ผู้ประเมินคนที่สามชี้ขาด โดยการศึกษาครั้งนี้ได้ทำการคัดออกเนื่องจาก (1) ไม่ใช่งานวิจัยทางคลินิก (2) ไม่เกี่ยวข้องกับ HFNC หรือ predictors (3) กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ใหญ่ (4) เป็นงานประเภท narrative review หรือ expert opinion และ (5) งานวิจัยที่ไม่ได้รายงาน early signs หรือ indicators

เพื่อประเมินความสอดคล้องในการตัดสินใจ ผู้วิจัยคำนวณค่าความเชื่อมั่นระหว่างผู้ประเมิน โดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์ Kappa ของ Cohen (Cohen's Kappa; **K**) และ percent agreement ในทั้งสองขั้นตอนของการคัดกรอง กำหนดเกณฑ์ขั้นต่ำที่ยอมรับได้ไว้ที่ $K \geq 0.61$ (Substantial agreement) (Landis & Koch, 1977) และ percent agreement $\geq 80\%$ กรณีที่ค่า **K** ต่ำกว่าเกณฑ์ ผู้ประเมินทั้งสองท่านจะทบทวนเกณฑ์การคัดเลือกร่วมกันก่อนดำเนินการขั้นตอนต่อไป โดยหลังคัดกรองในรอบแรก พบว่ามีบทความที่ อาจเกี่ยวข้อง 42 บทความ

4.2 การอ่านฉบับเต็ม (Full-Text Review)

ผู้ประเมินทั้ง 2 คน อ่านบทความฉบับเต็มทั้งหมดที่เกี่ยวข้องจำนวน 42 บทความ อย่างอิสระ และหากมีความเห็นไม่ตรงกัน จะใช้ผู้ประเมินคนที่สามชี้ขาด โดยการศึกษาครั้งนี้ได้ทำการคัดออก 26 บทความ เนื่องจาก (1) ไม่รายงาน early predictors (2) ไม่มีนิยาม HFNC failure ที่ชัดเจน (3) เป็นการใช่ HFNC post-extubation เท่านั้น และ (4) ไม่มีข้อมูล timing ของการประเมิน early signs โดยพบว่าเหลือบทความวิจัยจำนวน 16 บทความเข้าสู่การสกัดข้อมูล (Data charting)

4.3 การรวมบทความในการทบทวนขั้นสุดท้าย

เมื่อพิจารณาคุณภาพ ความเกี่ยวข้อง และความครบถ้วนของข้อมูล สรุปได้ว่า มีบทความที่ตรงตามเกณฑ์คัดเข้าทั้งหมด 16 บทความ ที่ใช้สำหรับ Evidence Mapping และการสังเคราะห์ผลตามวัตถุประสงค์ของการศึกษา

ขั้นที่ 5 การสกัดและบันทึกข้อมูล (data extraction and charting)

การสกัดข้อมูล (Data Extraction) ใช้แบบฟอร์มสกัดข้อมูลตาม JBI ซึ่งประกอบด้วย

1. ข้อมูลพื้นฐานของการศึกษา เช่น ชื่อผู้วิจัย ประเทศ ปีที่ตีพิมพ์ รูปแบบการศึกษา
2. วิธีการนิยามและคัดกรอง HFNC failure เช่น การใส่ท่อช่วยหายใจ การ escalation of respiratory support การเริ่ม NIV/CPAP
3. ตัวชี้วัด/สัญญาณที่ใช้ เช่น HR, RR, ROX index, SpO₂/FiO₂, ratio work of breathing
4. เครื่องมือวัดหรือคะแนนที่ใช้ เช่น PEWS
5. cutoff ที่รายงานสำหรับการทำนาย
6. ผลลัพธ์และความแม่นยำของตัวชี้วัด เช่น OR, RR, AUC, sensitivity, specificity
7. บริบทของการรักษา เช่น หอผู้ป่วยเด็กสามัญ PICU และแผนกฉุกเฉิน โดยแบบฟอร์มได้รับการทดสอบด้วยการสกัดข้อมูลนำร่อง 2-3 บทความก่อนใช้งานจริง (pilot testing)

การทบทวนวรรณกรรมแบบกำหนดขอบเขตครั้งนี้ไม่ดำเนินการประเมินคุณภาพของงานวิจัยแต่ละชิ้น (Critical Appraisal) ซึ่งสอดคล้องกับแนวทางของ JBI (Peters et al., 2020) ที่ระบุว่า Scoping Review มีวัตถุประสงค์เพื่อทำแผนที่หลักฐานและตอบคำถามว่า มีงานวิจัยอะไรอยู่บ้าง ไม่ใช่การตัดสินใจว่างานวิจัยใดมีคุณภาพเพียงพอที่จะนำมาสังเคราะห์เพื่อตอบคำถามเชิงประสิทธิผล ดังนั้น การรวมบทความในการทบทวนครั้งนี้จึงอิงเกณฑ์คัดเข้า-คัดออกที่กำหนดไว้เท่านั้น โดยไม่มีการตัดบทความออกด้วยเหตุผลด้านคุณภาพระเบียบวิธี

ขั้นที่ 6 การสังเคราะห์ข้อมูล (Collating Summarizing and Reporting Results)

การสังเคราะห์ข้อมูลในการศึกษานี้ ใช้แนวทาง narrative synthesis (Popay et al., 2006) และ evidence mapping (Miake-Lye et al., 2016) เนื่องจากลักษณะของงานวิจัยมีความหลากหลายสูง ทั้งด้านประชากร ได้แก่ บริบทของโรคที่เป็น เช่น LRTI, bronchiolitis, Pneumonia เป็นต้น บริบทสถานที่ดูแลรักษา เช่น การดูแลเด็กในหอผู้ป่วยเด็กสามัญ หน่วยดูแลผู้ป่วยวิกฤตเด็ก PICU และแผนกฉุกเฉิน เป็นต้น รวมถึงวิธีที่ใช้จึงไม่เหมาะสมต่อการทำ meta-analysis แต่ใช้การสังเคราะห์เชิงพรรณนาและการสร้าง evidence map ดังนี้

1. จัดหมวดหมู่ประเภทตัวชี้วัด ได้แก่ (1) Clinical signs เช่น work of breathing, nasal flaring, grunting (2) Physiological indices เช่น RR, HR, SpO₂/FiO₂ ratio, ROX index (3) Composite scores เช่น PEWS, PRISM, mRDAI และ (4) Trends เช่น การเปลี่ยนแปลง RR หรือ S/F ภายใน 1-2 ชั่วโมงแรก
2. นำเสนอในรูปแบบตาราง mapping และ thematic summary เช่น ตัวชี้วัดใดใช้บ่อยที่สุด ช่วงเวลาที่รายงานตัวชี้วัด และความแตกต่างของตัวชี้วัดตามบริบท เช่น การดูแลเด็กในหอผู้ป่วยเด็กสามัญ หน่วยดูแลผู้ป่วยวิกฤตเด็ก PICU และแผนกฉุกเฉิน เป็นต้น
3. จัดกลุ่มการศึกษาเป็นคลัสเตอร์ ตาม (1) บริบท (ED vs PICU vs ward), (2) กลุ่มโรคหลัก ได้แก่ bronchiolitis, pneumonia/LRTI และ AHRF และ (3) ประเภทตัวชี้วัดหลัก เช่น S/F, ROX/pROX, HR, RR, PEWS ฯลฯ
4. สรุปช่องว่างของความรู้ เช่น ความไม่สอดคล้องของ cutoff หรือการขาดการศึกษาระยะยาว
5. รายงานผลตาม PRISMA-ScR Checklist เพื่อให้ผลลัพธ์โปร่งใสและตรวจสอบได้
6. สถิติที่ใช้รายงาน ใช้สถิติเชิงพรรณนา (เช่น ค่าเฉลี่ย ช่วง interquartile range, สัดส่วนการ failure) และรายงาน AUC, cut-off และ OR/RR จากแต่ละการศึกษาเพื่อเปรียบเทียบศักยภาพการทำนายของตัวชี้วัด

ตาราง 2 ผลการทบทวนวรรณกรรม

ผู้แต่ง /การออกแบบวิจัย (Study design)	บริบท/กลุ่มตัวอย่าง (Population)	ตัวชี้วัด /ดัชนี (Predictors / Indices)	คำนิยาม HFNC failure / Outcome	ข้อค้นพบที่สำคัญ (Key findings)
Sitthikarnkha et al. (2025) Retrospective	-Ward /PICU; เด็ก อายุ 1 เดือน–18ปี มี LRTI (n=116)	PR (2 ชม.), S/F (4 ชม.), RR ระยะเริ่มต้น, สาเหตุการติดเชื้อ (ไวรัส/แบคทีเรีย), HFNC flow	การเปลี่ยนไปใช้ NIV หรือการใส่ท่อช่วยหายใจเพื่อใช้ Invasive MV	1.อัตรา HFNC failure เท่ากับ 15.5% 2.S/F ratio ที่ 4 ชม. < 238 ทำนาย failure ได้ดีที่สุด (AUC = 0.89, Sensitivity 95.9%, Specificity 73.3%) 3.PR ที่ไม่ลดลง ณ 2 ชม. และ S/F ต่ำ ณ 4 ชม. บ่งชี้ความเสี่ยงสูง 4. การติดเชื้อแบคทีเรียมีความเสี่ยง failure สูงกว่าไวรัสอย่างมีนัยสำคัญ (88.8% vs 5.6%, p=0.002)
Saelim et al. (2022) Prospective	หอผู้ป่วยเด็กและ PICU; เด็ก ARD (n=82)	S/F, pROX, CRS	การใส่ท่อช่วยหายใจหรือใช้ positive pressure ventilation ภายใน 4 ชม.	1.CRS ≥ 6 เป็นตัวทำนายที่ดีที่สุด (AUC > 0.90) 2. S/F ≤ 166 ร่วมกับ pROX < 132 ที่ 12 ชม. ทำนาย failure ได้ระดับปานกลาง 3. การประเมินอาการทางคลินิกร่วมกับดัชนีออกซิเจนช่วยสนับสนุนการตัดสินใจระดับการรักษา (Escalation)
Kim et al. (2021) Retrospective	Ward/PICU; เด็ก AHRF (n=139)	S/F (0–2 ชม.), P/F, HFNC flow/weight, comorbidity	ต้องใส่ท่อช่วยหายใจและใช้ invasive MV	1.S/F < 230 ที่ baseline และ < 200 ภายใน 2 ชม. ทำนาย failure ได้ดี (AUC 0.75, OR = 13) 2.โรคประจำตัวด้านโลหิตวิทยา/มะเร็ง เป็นปัจจัยเสี่ยงอิสระ

ผู้แต่ง /การออกแบบวิจัย (Study design)	บริบท/กลุ่มตัวอย่าง (Population)	ตัวชี้วัด /ดัชนี (Predictors / Indices)	คำนิยาม HFNC failure / Outcome	ข้อค้นพบที่สำคัญ (Key findings)
				3.การใช้ Nomogram (S/F ร่วมกับโรคร่วม) มีความแม่นยำดี (C-index 0.77–0.83) ช่วยลดภาวะ delayed intubation
Aydin et al. (2021) Retrospective	แผนกฉุกเฉินเด็ก; เด็ก ARD (n =243)	pH/PaCO ₂ /Lactate (แรกรับ), HR/RR/SpO ₂ (ก่อน-2 ชม.), โรคประจำตัว	ความล้มเหลวในการคงรักษาด้วย HFNC จนต้องเปลี่ยนไปใช้ NIV หรือใส่ท่อช่วยหายใจ	ภาวะเลือดเป็นกรด (Acidosis) ตั้งแต่แรกรับที่ ER ร่วมกับ HR และ RR ที่ยังคงสูง ณ 2 ชม. หลังเริ่ม HFNC สัมพันธ์กับอัตรา failure ที่สูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ
Onur et al. (2025) cross-sectional	PICU; เด็กอายุ 1 เดือน -18 ปี (n =114)	PRISM III, RDAI/PRESS, HR /RR (1ชม.), S/F- pH-PaCO ₂ - Lactate, โรคร่วม/ ประวัติใส่ท่อ, ต้องการ O ₂	การเปลี่ยนไปใช้ NIV (CPAP/BiPAP) หรือ Invasive MV ภายใน 7 วันหลังเริ่ม HFNC	1.การมีโรคร่วมเป็นปัจจัยทำนาย failure ที่แข็งแกร่งที่สุด (OR = 25.8) 2.คะแนน mRDAI ที่เพิ่มขึ้นใน 1 ชม. แรก และคะแนน PRISM III ที่สูง สัมพันธ์กับความเสี่ยง failure ที่เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ (OR ≈ 2.9 และ 2.1 ต่อคะแนนที่เพิ่มขึ้น ตามลำดับ)
Liu et al.(2022) Case control	PICU; เด็ก ARD (n=348)	PRISM III, P/F, PaCO ₂ /PaO ₂ , S/F, ROX ($\Delta 0-2$ ชม.)	การเปลี่ยนการรักษาจาก HFNC เป็น NIV หรือ Invasive MV ภายใน 24 ชม. แรก	1.PRISM III ก่อนเริ่ม HFNC, อัตราส่วน PaCO ₂ /PaO ₂ และ ROX index สามารถทำนาย failure ได้ภายใน 24 ชม. แรก 2.Dynamic trend: การเปลี่ยนแปลงของดัชนีข้างต้นใน 2 ชม. แรก ใช้เป็นสัญญาณเตือนล่วงหน้าเพื่อจำแนกความเสี่ยงระยะต้นและสนับสนุนการตัดสินใจเพิ่มระดับการหายใจ
Nascimento et al. (2021) retrospective	ED; เด็ก bronchiolitis (n=83)	RR, HR, SpO ₂ , clinical distress	การเปลี่ยนไปใช้ NIV หรือ intubation เนื่องจากอาการทางระบบหายใจทรุดลง	1.กลุ่ม failure ไม่พบการดีขึ้นหรือมีแนวโน้มแย่ลงของ RR, HR และดัชนีออกซิเจน (S/F, P/F) และ ROX index ไม่เพิ่มขึ้น 2.ช่วงเวลาวิกฤตในการประเมินคือ 1-2 ชม. แรก (ไม่เกิน 4 ชม.) หากไม่มีสัญญาณดีขึ้นภายใน 2 ชม. บ่งชี้ความเสี่ยง failure สูง
Westphal et al. (2025) Retrospective	PICU; ทารก bronchiolitis <24 ด. (n=162)	Age, weight, Wood-Downes, initial HFNC flow	การเปลี่ยนใช้ invasive หรือ NIV หลังเริ่ม HFNC	1.อายุน้อย, น้ำหนักตัวต่ำ และอัตราการไหลเริ่มต้นต่ำ (Initial flow ≤ 12 L/min) เป็นตัวทำนาย failure ที่มีประสิทธิภาพในทารก bronchiolitis 2.การตั้งค่า HFNC ที่เหมาะสมร่วมกับการเฝ้าระวังอย่างใกล้ชิดใน 24 ชม.แรก ช่วยลดอัตรา failure
Yuniar et al. (2024) cross-sectional	PICU เด็กอายุ 1 เดือน-18 ปี (n = 102)	ROX/p-ROX, HR/RR /SpO ₂ ระยะเริ่มต้น, S/F และความต้องการ FiO ₂	เปลี่ยนจาก HFNC เป็น NIV หรือทำ intubation	1.ROX index ที่ 60–90 นาที ทำนาย failure ได้ดี แต่ mP-ROX ไม่ได้เพิ่มประสิทธิภาพการทำนาย 2. แนะนำการติดตาม ROX index ใน 1–1.5 ชม. แรก เพื่อเตือนความเสี่ยงและป้องกัน delayed intubation
Nascimento et al. (2024) Prospective	PICU; ทารก bronchiolitis (n≈102)	ROX, S/F, distress score, HR/RR/FiO ₂	การที่ต้องเปลี่ยนจาก HFNC เป็นNIV หรือ invasive MV	1.กลุ่ม failure มี ROX index ที่ 12 ชม. ต่ำกว่ากลุ่มสำเร็จอย่างมีนัยสำคัญ โดยมีจุดตัด (Cut-off) ที่ 6.50–7.18 2.Clinical distress score ที่ 12 ชม. มีประสิทธิภาพทำนายใกล้เคียงกับ ROX index

ผู้แต่ง /การออกแบบวิจัย (Study design)	บริบท/กลุ่มตัวอย่าง (Population)	ตัวชี้วัด /ดัชนี (Predictors / Indices)	คำนิยาม HFNC failure / Outcome	ข้อค้นพบที่สำคัญ (Key findings)
				3.การใช้ดัชนีสรวิทย์าร่วมกับการประเมินทางคลินิกช่วยเพิ่มความแม่นยำสูงสุดในทารก bronchiolitis
Sunkonkit et al. (2022) Retrospective	Pediatric ward และ PICU เด็กอายุ 1 เดือน–15 ปี (n=250)	โรคหัวใจพิการแต่กำเนิด, เอกซเรย์ทรวงอกพบเงาแทรกซึมเฉพาะกลีบ, ความต้องการ FiO ₂ สูงสุด >0.6, HR/RR ลดลง <20% ภายใน 1 ชม.	ภาวะที่ต้องใส่ท่อช่วยหายใจหรือใช้ NIV หลังเริ่ม HFNC	ผู้ป่วยที่อัตราการเต้นของหัวใจและอัตราการหายใจลดลงน้อยกว่าร้อยละ 20 ภายใน 1 ชั่วโมงแรก มีความเสี่ยงต่อภาวะล้มเหลวของการรักษาสูงกว่ากลุ่มที่ตอบสนองดี โดยมีค่า relative risk เท่ากับ 16.69 (95% CI: 3.39–82.27) และ 8.79 (95% CI: 2.47–31.26) ตามลำดับ อย่างไรก็ตาม ช่วงความเชื่อมั่นที่กว้างมากสะท้อนถึงความไม่แน่นอนของค่าประมาณ เนื่องจากจำนวนผู้ป่วยในกลุ่มเปรียบเทียบมีน้อย (n = 4)
Santos et al. (2024) Prospective	ED/PICU; เด็ก <2 ปี bronchiolitis (n=126)	ROX, p-ROX, WDF, S/F	การใส่ท่อช่วยหายใจและใช้ mechanical ventilation หลังเริ่ม HFNC	1.อัตรา HFNC failure เท่ากับ 23% โดยการประเมินที่ 12 ชม. ให้ประสิทธิภาพที่ดีที่สุด 2.คะแนน Wood–Downes–Ferrés ≥ 4.5 มีความแม่นยำสูงสุด ขณะที่ ROX index ≤ 8.8 มีความแม่นยำปานกลาง ส่วน ROX ที่ปรับสำหรับเด็ก (p-ROX) มีประสิทธิภาพต่ำสุด
Vora et al. (2025) Prospective	PICU; เด็ก AHRD (n=146)	p-HACOR, CRS, P/F, S/F, GCS	การใส่ท่อช่วยหายใจภายหลังรักษาด้วย HFNC	1.อัตรา failure เท่ากับ 15.8% โดย 83% เกิดขึ้นภายใน 1–2 ชม. แรก 2.p-HACOR score > 10.5 ที่ 1 ชม. เป็นตัวทำนายระยะเริ่มต้นที่มีประสิทธิภาพและแม่นยำสูงสุด (เหนือกว่า CRS, P/F, S/F และ GCS)
Demir et al. (2022) Retrospective	Pediatric ED; เด็ก RD/RF (n=524)	Venous PCO ₂ , lactate, CRP, CXR, etiology	การยกระดับการรักษา (Escalation) เป็น NIV หรือ Invasive MV	1.อัตรา failure เท่ากับ 11.8% โดยส่วนใหญ่เกิดภายใน 24 ชม. แรก และพบสูงกว่าในกลุ่มพยาธิสภาพนอกระบบหายใจ (Non-respiratory pathology) 2.ภาพรังสีทรวงอกที่ผิดปกติเป็นตัวทำนายที่แรงที่สุด 3. ค่า venous pCO ₂ ต่ำสัมพันธ์กับความเสี่ยงที่ลดลง ส่วนในกลุ่ม non-respiratory พบน้อยสำคัญจากค่า venous lactate ที่สูง
Le Pallec et al. (2025) Retrospective	Ward/IMC; ทารก 0–6 ด. bronchiolitis (n=383)	ROXi, m-WCAS, neuro signs, age/ prematurity	การยกระดับการพองหายใจเป็น PAP/BiPAP, Intubation หรือต้องส่งต่อเข้าหอวิกฤต (PICU)	1. อัตรา failure เท่ากับ 19% ในทารก bronchiolitis 2. อายุ < 3 เดือน, การคลอดก่อนกำหนด, คะแนน m-WCAS ≥ 3 และภาวะกล้ามเนื้ออ่อนปวกเปียก (Hypotonia) เป็นตัวทำนายอิสระที่สำคัญ 3. ROXi (Cut-off 7.6) สัมพันธ์กับ failure ในการวิเคราะห์ตัวแปรเดียวแต่ไม่เสถียรในการวิเคราะห์พหุคูณ จึงไม่ควรใช้เป็นตัวชี้วัดเดี่ยวนอก PICU
Yildizdas et al. (2021) Prospective	Ward/ED/PICU; เด็ก ARF (n=131)	p-ROXi, Δ p-ROX, S/F, RR z-score, HFNC settings; ความ	การยกระดับเป็น NIV /Invasive MV หรือกลับมาใช้ HFNCซ้ำ ภายใน 24 ชม.หลังหยุดยา	1.อัตรา failure เท่ากับ 11.5% 2. Pediatric ROX index (p-ROXi) และการเปลี่ยนแปลงของ p-ROXi ใน 6 ชม. แรก ยังไม่สามารถแยกแยะกลุ่มสำเร็จและล้มเหลวได้ชัดเจน

ผู้แต่ง /การออกแบบวิจัย (Study design)	บริบท/กลุ่มตัวอย่าง (Population)	ตัวชี้วัด /ดัชนี (Predictors / Indices)	คำนิยาม HFNC failure / Outcome	ข้อค้นพบที่สำคัญ (Key findings)
		ต้องการ FiO ₂ และอัตราการไหลของ HFNC)		3. p-ROXI $\leq$ 66.7 ที่ 24 ชม. สามารถทำนาย failure ได้ (Sensitivity 86%, Specificity 79%) เหมาะสำหรับการประเมินระยะหลังมากกว่าระยะเริ่มต้น

S/F = SpO₂/FiO₂ ratio, PR = Pulse Rate, CRS = Clinical Respiratory Score, NIV = Non-invasive ventilation, MV = Mechanical ventilation, CPAP = Continuous positive airway pressure, BiPAP = Bilevel positive airway pressure

จริยธรรมวิจัย

การศึกษานี้ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยทักษิณ เลขที่ 529/68 ลงวันที่ 20 ธันวาคม 2568

ผลการวิจัย

ความสอดคล้องระหว่างผู้ประเมินอยู่ในระดับ almost perfect agreement ตามเกณฑ์ของ Landis และ Koch (1977) ทั้งสองขั้นตอน โดยขั้นตอนการคัดกรองชื่อเรื่องและบทคัดย่อ (n = 130) มีค่า percent agreement เท่ากับ 93.1% (Cohen's Kappa, **K** = 0.843) และมีบทความที่ผู้ประเมินเห็นไม่ตรงกัน 9 รายการ ส่วนขั้นตอนการอ่านฉบับเต็ม (n = 42) มีค่า percent agreement เท่ากับ 92.9% (**K** = 0.855) และเห็นไม่ตรงกัน 3 รายการ ค่าดังกล่าวสูงกว่าเกณฑ์ขั้นต่ำที่กำหนดไว้ที่ **K** $\geq$ 0.61 บทความที่มีความเห็นไม่ตรงกันทั้งหมดได้รับการพิจารณาซ้ำโดยผู้ประเมินท่านที่สาม จากการสังเคราะห์งานวิจัย 16 บทความในผู้ป่วยเด็กอายุ 0–18 ปี ที่ได้รับการรักษาด้วย HFNC ใน 3 บริบทหลัก ได้แก่ PICU หอผู้ป่วยเด็กสามัญ และแผนกฉุกเฉิน พบว่าอัตราการเกิด HFNC failure อยู่ในช่วงร้อยละ 11–23 โดยส่วนใหญ่เกิดขึ้นภายใน 1–24 ชั่วโมงแรกหลังเริ่มการรักษา ซึ่งสอดคล้องกับข้อสังเกตของ Vora et al. (2025) ที่พบว่าร้อยละ 83 ของความล้มเหลวเกิดขึ้นในช่วง 2 ชั่วโมงแรก

ตัวชี้วัดด้านสรีรวิทยาและการแลกเปลี่ยนก๊าซ ตัวชี้วัดที่ถูกรายงานบ่อยที่สุดในบทความที่รวบรวมได้แก่ อัตราส่วน SpO₂/FiO₂, PaO₂/FiO₂ และดัชนีสรีรวิทยาแบบผสม เช่น ROX index และ pediatric-modified ROX index ค่า SpO₂/FiO₂ ที่ต่ำตั้งแต่ระยะเริ่มต้น หรือไม่ปรับตัวดีขึ้นภายใน 2–4 ชั่วโมงแรก มีความสัมพันธ์กับ HFNC failure อย่างมีนัยสำคัญในหลายการศึกษา (Kim et al., 2021; Saelim et al., 2022; Sitthikarnkha et al., 2025) อย่างไรก็ตาม ประสิทธิภาพของดัชนีเหล่านี้มีความแตกต่างกันตามช่วงเวลาและกลุ่มโรค ซึ่งชี้ว่าการใช้ตัวชี้วัดเพียงตัวเดียวอาจไม่เพียงพอในทุกบริบททางคลินิก

การตอบสนองทางสรีรวิทยาในระยะเริ่มต้นต่อการเกิด HFNC failure การตอบสนองของอัตราการหายใจและอัตราการเต้นของหัวใจในช่วง 1–2 ชั่วโมงแรกหลังเริ่ม HFNC เป็นตัวชี้วัดที่มีศักยภาพในทางปฏิบัติ Sunkonkit et al. (2022) พบว่าการที่ HR และ RR ลดลงน้อยกว่าร้อยละ 20 ใน 1 ชั่วโมงแรก สัมพันธ์กับความเสี่ยง failure อย่างมีนัยสำคัญ (RR = 16.69 และ 8.79 ตามลำดับ) แม้ค่าประมาณจะสูง แต่ช่วงความเชื่อมั่นที่กว้างบ่งชี้ว่าควรตีความด้วยความระมัดระวัง

ความสามารถของคะแนนความรุนแรงทางคลินิกในการทำนาย HFNC failure คะแนนความรุนแรงทางคลินิก เช่น Clinical Respiratory Score (CRS), modified RDAI, PRESS และ Wood–Downes–Ferrés score แสดงความสามารถในการทำนาย HFNC failure ได้ดี โดยเฉพาะเมื่อประเมินที่ 12 ชั่วโมงหลังเริ่ม HFNC ในบางการศึกษา CRS $\geq$ 6 มีค่า AUC $>$ 0.90 ซึ่งสูงกว่าดัชนีสรีรวิทยาแบบผสมในประชากรเดียวกัน (Saelim et al., 2022; Santos et al., 2024) ข้อได้เปรียบของคะแนนเหล่านี้คือไม่ต้องอาศัยผลตรวจทางห้องปฏิบัติการหรืออุปกรณ์พิเศษ จึงเหมาะกับการประเมินซ้ำในหอผู้ป่วยสามัญและแผนกฉุกเฉิน

ปัจจัยเสี่ยงพื้นฐานและบริบทของโรคที่สัมพันธ์กับ HFNC failure นอกเหนือจากตัวชี้วัดระหว่างการรักษา การศึกษาหลายเรื่องพบว่าปัจจัยที่ประเมินได้ตั้งแต่แรกรับมีความสำคัญไม่น้อยกว่ากัน ผู้ป่วยที่มีอายุน้อยกว่า 3 เดือน คลอดก่อนกำหนด หรือมีโรคประจำตัว เช่น โรคหัวใจพิการแต่กำเนิด หรือโรคทางโลหิตวิทยา/มะเร็ง มีความเสี่ยงต่อ HFNC failure สูงกว่ากลุ่มอื่นอย่างมีนัยสำคัญ (Le Pallec et al., 2025; Westphal et al., 2025; Onur et al., 2025) เช่นเดียวกับผู้ป่วยที่มีพยาธิสภาพนอกระบบทางเดินหายใจและภาพรังสีทรวงอกที่ผิดปกติ (Demir et al., 2022) การระบุปัจจัยเหล่านี้ตั้งแต่แรกรับจึงช่วยจัดลำดับความเข้มข้นของการเฝ้าระวัง

พารามิเตอร์การตั้งค่า HFNC ความต้องการ FiO_2 สูงกว่า 0.6 และอัตราการไหลเริ่มต้นต่ำกว่ามาตรฐานในทารก มีความสัมพันธ์กับ HFNC failure ในหลายบทความ (Sunkonkit et al., 2022; Westphal et al., 2025) อย่างไรก็ตาม ข้อมูลในด้านนี้ยังมีจำกัด เนื่องจากเกณฑ์การตั้งค่า HFNC ในแต่ละการศึกษาไม่เป็นมาตรฐานเดียวกัน

ช่วงเวลาที่เหมาะสมในการประเมินเพื่อเฝ้าระวัง HFNC failure หลักฐานจากการศึกษาชี้แนะว่าควรมีการประเมินอย่างเป็นระบบใน 3 ช่วงเวลาหลัก ได้แก่ ระยะแรกรับ (baseline), ช่วง 1–2 ชั่วโมงหลังเริ่ม HFNC และที่ประมาณ 12 ชั่วโมง การติดตามแนวโน้มการเปลี่ยนแปลงของตัวชี้วัดตามเวลา มีประโยชน์ในการแยกกลุ่มผู้ป่วยที่มีแนวโน้มล้มเหลวระยะต้นออกจากกลุ่มที่ล้มเหลวในระยะถัดมา (Liu et al., 2022; Nascimento et al., 2024) ซึ่งอาจต้องการแนวทางการดูแลที่แตกต่างกัน

อภิปรายผล

การศึกษานี้ต่อบัณฑิตผู้ประสงค์สองประการ ได้แก่ การสำรวจสัญญาณเริ่มต้นของ HFNC failure และการระบุเครื่องมือที่ใช้ประเมินสัญญาณเหล่านั้นในผู้ป่วยเด็ก ผลที่ได้ชี้ให้เห็นถึงสามประเด็นที่มีนัยสำคัญต่อการปฏิบัติทางการพยาบาล ซึ่งจะอภิปรายตามลำดับดังนี้

ความสำคัญของ "หน้าต่างแห่งโอกาส" (Early Warning Window) ในช่วง 1-2 ชั่วโมงแรก

ผู้ป่วยที่อัตราการเต้นของหัวใจและอัตราการหายใจลดลงน้อยกว่าร้อยละ 20 ภายในชั่วโมงแรกหลังเริ่ม HFNC มีความเสี่ยงต่อความล้มเหลวสูงกว่ากลุ่มที่ตอบสนองดี โดยมีค่า relative risk เท่ากับ 16.69 (95% CI: 3.39–82.27) และ 8.79 (95% CI: 2.47–31.26) ตามลำดับ (Sunkonkit et al., 2022) สอดคล้องกับ Vora et al. (2025) ที่พบว่าความล้มเหลวย้อยละ 83 เกิดขึ้นภายใน 2 ชั่วโมงแรก ผลดังกล่าวเป็นไปตามกลไกของ HFNC ที่ควรลดภาระงานการหายใจและปรับปรุงการแลกเปลี่ยนก๊าซได้ในระยะเวลาดังกล่าว การไม่ตอบสนองในช่วงนี้จึงสะท้อนความรุนแรงของพยาธิสภาพที่เกินศักยภาพของ HFNC ข้อควรระวังคือค่าประมาณดังกล่าวมาจากการศึกษาอื่นหลังที่มีผู้ป่วยในกลุ่มเปรียบเทียบน้อย ทำให้ช่วงความเชื่อมั่นกว้างมาก การนำเกณฑ์ร้อยละ 20 ไปใช้จึงควรถือเป็นสัญญาณเตือนให้ประเมินซ้ำ มากกว่าเป็นเกณฑ์ตัดสินเพื่อยกระดับการรักษาโดยตรง

บทบาทและข้อจำกัดของดัชนีสรีรวิทยาแบบผสม (Composite Physiological Indices)

ดัชนีแบบผสมที่ถูกใช้มากที่สุดในบทความที่รวบรวม คือ ROX index ซึ่งได้รับความนิยมเนื่องจากคำนวณง่ายที่เตียงผู้ป่วย อย่างไรก็ตาม หลักฐานในกลุ่มเด็กยังไม่สนับสนุนการใช้ ROX index เป็นตัวชี้วัดเดียวในระยะแรก เนื่องจากความแม่นยำจะสูงขึ้นเมื่อประเมินที่ 12 หรือ 24 ชั่วโมงมากกว่าในช่วงแรก (Saelim et al., 2022; Nascimento et al., 2024; Santos et al., 2024) และ Le Pallec et al. (2025) พบว่า ROXi ไม่เสถียรในการวิเคราะห์พหุคูณในกลุ่มทารก bronchiolitis นอก PICU ในทางตรงข้าม p-HACOR score ซึ่งประเมิน ณ 1 ชั่วโมง มีความแม่นยำเหนือกว่าทุกดัชนีที่ทดสอบในการศึกษาของ Vora et al. (2025) แม้จะยังต้องการการทดสอบในศูนย์อื่นก่อนนำไปใช้ในวงกว้าง ความแตกต่างด้านประสิทธิภาพระหว่างช่วงเวลาและระหว่างบริบทนี้ชี้ว่า การเลือกดัชนีเพียงตัวเดียวตลอดเวลาอาจไม่เหมาะสม และควรพิจารณาผสานกับการประเมินทางคลินิกโดยตรง

อิทธิพลของปัจจัยเสี่ยงพื้นฐานและโรคร่วม (Baseline Characteristics and Comorbidities)

ในบรรดาปัจจัยที่ประเมินได้ตั้งแต่แรกเริ่ม การมีโรคร่วมเป็นตัวทำนายที่มีน้ำหนักมากที่สุด โดย Onur et al. (2025) รายงานว่าเด็กที่มีโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดหรือโรคทางโลหิตวิทยาที่มีความเสี่ยง failure สูงกว่ากลุ่มอื่นถึง 25.8 เท่า ซึ่งเป็นค่าที่สูงกว่าปัจจัยอื่นทั้งหมดที่พบในการทบทวนครั้งนี้ ปัจจัยรองลงมาคืออายุต่ำกว่า 3 เดือนและน้ำหนักตัวต่ำในทารก bronchiolitis (Le Pallec et al., 2025; Westphal et al., 2025) และภาพรังสีทรวงอกที่แสดง lobar infiltration ร่วมกับพยาธิสภาพนอกระบบทางเดินหายใจ (Demir et al., 2022; Sunkonkit et al., 2022) คำอธิบายที่เป็นไปได้คือเด็กกลุ่มนี้มีความสามารถในการชดเชยทางสรีรวิทยาจำกัดกว่าปกติ จึงเข้าสู่ภาวะล้มเหลวได้เร็วกว่าเมื่อเผชิญภาวะเครียดทางระบบหายใจ (Kwon, 2020) อย่างไรก็ตาม ค่า odds ratio ที่สูงมากเช่นนี้พบในการศึกษาย้อนหลังขนาดเล็ก ช่วงความเชื่อมั่นจึงกว้าง และการนำไปใช้ในบริบทไทยยังต้องคำนึงถึงความแตกต่างของสัดส่วนพยาบาลต่อผู้ป่วยและความพร้อมของหน่วยดูแลผู้ป่วยวิกฤตเด็ก

การนำไปสู่การพัฒนาอัลกอริทึมการประเมินทางการแพทย์พยาบาล

หลักฐานทั้งหมดชี้ไปในทิศทางเดียวกันว่า ค่าของตัวชี้วัดแต่ละชนิดเปลี่ยนไปตามเวลาที่ประเมิน ตัวชี้วัดที่แม่นยำที่สุดในชั่วโมงแรกไม่ใช่ตัวเดียวกับที่แม่นยำที่สุดที่ 12 ชั่วโมง ซึ่งหมายความว่าทางเลือกเครื่องมือประเมินควรขึ้นกับช่วงเวลามากกว่าการกำหนดเครื่องมือเดียวไว้ตายตัว (Liu et al., 2022; Yuniar et al., 2024) ข้อสังเกตนี้เป็นจุดตั้งต้นสำหรับการออกแบบแนวทางการประเมินที่จำแนกตามระยะเวลา ซึ่งต่างจากแนวปฏิบัติที่ใช้อยู่ในปัจจุบันที่มักกำหนดเกณฑ์เดียวสำหรับทุกช่วงเวลา

การนำผลการวิจัยไปใช้

ผลการทบทวนวรรณกรรมแบบกำหนดขอบเขตครั้งนี้สามารถนำไปประยุกต์ใช้ได้ 3 ระดับ ดังนี้

1. ด้านการปฏิบัติทางการแพทย์พยาบาล (Nursing Practice) ควรเพิ่มความถี่การประเมินสัญญาณชีพในช่วง 1–2 ชั่วโมงแรกหลังเริ่ม HFNC ซึ่งเป็นช่วงที่ตรวจพบแนวโน้มความล้มเหลวได้ชัดเจนที่สุด โดยเฉพาะเมื่ออัตราการเต้นของหัวใจและอัตราการหายใจลดลงน้อยกว่าร้อยละ 20 ในชั่วโมงแรก ควรประเมินซ้ำทันที การประเมินควรบูรณาการทั้งการแลกเปลี่ยนก๊าซ (SpO_2/FiO_2 ratio, ROX index) การตอบสนองของสัญญาณชีพ คะแนนความรุนแรงทางคลินิก (CRS, p-HACOR score) และปัจจัยเสี่ยงพื้นฐาน แทนการใช้ดัชนีเดียว โดยเฉพาะ ROX index ที่ไม่ควรใช้เพียงอย่างเดียวในชั่วโมงแรกเพราะความแม่นยำยังต่ำ และควรเฝ้าระวังกลุ่มเสี่ยงสูงอย่างใกล้ชิดตั้งแต่แรกเริ่ม

2. ด้านการศึกษาพยาบาล (Nursing Education) ผลการทบทวนใช้พัฒนาเนื้อหาการสอนวิชาการพยาบาลเด็กและการพยาบาลผู้ป่วยวิกฤตได้ ทั้งในหลักสูตรปริญญาตรีและการอบรมฟื้นฟูวิชาการ ครอบคลุมการประเมินสัญญาณเริ่มต้นของ HFNC failure การแปลผลตัวชี้วัดและดัชนีผสม เช่น S/F ratio, ROX index และ p-HACOR score รวมถึงข้อจำกัดของแต่ละเครื่องมือในแต่ละช่วงเวลา เพื่อให้ผู้เรียนเลือกใช้เครื่องมือได้เหมาะสมกับบริบท

3. ด้านการบริหารการพยาบาลและนโยบาย (Nursing Administration and Policy) ผลการศึกษาใช้สนับสนุนการพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิก สำหรับเฝ้าระวังผู้ป่วยเด็กที่ได้รับ HFNC โดยเพิ่มความถี่การประเมินในชั่วโมงแรกให้ถี่กว่ารอบปกติทุก 4 ชั่วโมง และการกำหนดเกณฑ์รายงานหรือส่งต่อแพทย์เมื่อพบแนวโน้มเสี่ยงสูง ควรจัดอัตรากำลังให้เพียงพอต่อการเฝ้าระวังใกล้ชิดในช่วง 1–2 ชั่วโมงแรก และพัฒนาระบบบันทึกที่แสดงแนวโน้ม (trend) ของตัวชี้วัดตามช่วงเวลาแทนค่าเดี่ยว เพื่อให้ทีมสหวิชาชีพตัดสินใจระดับการรักษได้รวดเร็วขึ้น ทั้งนี้ ควรทดสอบความเหมาะสมในบริบทสถานพยาบาลไทยก่อนนำไปใช้จริง

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

ผลการสังเคราะห์หลักฐานในครั้งนี้นำไปสู่ข้อเสนอแนะสองระดับ ได้แก่ การนำไปประยุกต์ใช้ในการดูแลผู้ป่วย และทิศทางการวิจัยที่ควรดำเนินการต่อ

1. ข้อเสนอแนะสำหรับการนำไปปฏิบัติทางคลินิก (Recommendations for Clinical Practice)

1.1 การมีอยู่ของ "หน้าต่างแห่งโอกาส" ใน 1-2 ชั่วโมงแรก ซึ่งการบันทึกสัญญาณชีพตามรอบปกติทุก 4 ชั่วโมง อาจไม่เพียงพอสำหรับผู้ป่วยที่เริ่มใช้ HFNC สถานพยาบาลจึงควรทบทวนความถี่ของการประเมินในชั่วโมงแรก โดยเน้นแนวโน้มการเปลี่ยนแปลงของ HR, RR และ S/F ratio มากกว่าค่าตัดขาดจากการวัดครั้งเดียว

1.2 หลักฐานที่รวบรวมได้ไม่สนับสนุนการใช้ ROX index เพียงตัวเดียว โดยเฉพาะในชั่วโมงแรกและในผู้ป่วยนอกหน่วย PICU การประเมินจึงควรผสมผสานอาการทางคลินิก เช่น CRS หรือ mRDAI เข้ากับดัชนีสรีรวิทยา ส่วน p-HACOR score แม้จะมีประสิทธิภาพสูงในการศึกษาของ Vora et al. (2025) แต่ยังต้องการการทดสอบในบริบทที่หลากหลายก่อนใช้เป็นมาตรฐาน

1.3 ผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงสูง ได้แก่ ทารกอายุต่ำกว่า 3 เดือน เด็กที่มีโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดหรือโรคทางโลหิตวิทยา และผู้ที่มีภาพรังสีทรวงอกผิดปกติอย่างชัดเจน ควรได้รับการระบุตั้งแต่แรกรับเพื่อวางแผนการเฝ้าระวังที่เข้ม ข้นขึ้น แม้ยังขาดหลักฐานเชิงทดลองยืนยันว่าการแบ่งกลุ่มดังกล่าวช่วยปรับปรุงผลลัพธ์ได้จริง

1.4 การรายงานอาการผู้ป่วยด้วยพารามิเตอร์ที่วัดได้ เช่น ค่า S/F ratio หรือร้อยละการเปลี่ยนแปลงของสัญญาณชีพแทนการอธิบายเชิงคุณลักษณะ น่าจะช่วยให้ทีมแพทย์ตัดสินใจได้เร็วขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับหลักการ SBAR ที่ใช้กันในหลายสถานพยาบาล

2. ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยในอนาคต

2.1 การขยายบริบทการศึกษา ควรมีการศึกษาในหอผู้ป่วยเด็กสามัญและแผนกฉุกเฉินของโรงพยาบาลเพิ่มขึ้น เนื่องจากหลักฐานที่มีอยู่ในปัจจุบันส่วนใหญ่มาจากหน่วยดูแลผู้ป่วยวิกฤต ซึ่งมีอัตราส่วนพยาบาลต่อผู้ป่วยและความพร้อมของอุปกรณ์ที่แตกต่างกัน

2.2 การทดสอบในประเทศไทย ควรมีการวิจัยเพื่อทดสอบความตรงและความเป็นไปได้ของแนวทางการประเมินที่พัฒนาจากหลักฐานชุดนี้ในบริบทของประเทศไทย เนื่องจากลักษณะของโรคและปัจจัยเสี่ยงพื้นฐานของเด็กเอเชียอาจแตกต่างจากประชากรในงานวิจัยที่ตีพิมพ์ส่วนใหญ่

2.3 การออกแบบการวิจัย ควรเก็บข้อมูลแบบไปข้างหน้า (prospective) เพื่อหลีกเลี่ยงข้อจำกัดด้านความครบถ้วนของข้อมูลที่พบในการศึกษาย้อนหลัง ซึ่งเป็นรูปแบบของบทความส่วนใหญ่ที่รวบรวมได้ในการทบทวนครั้งนี้

ข้อจำกัดในการวิจัย

การศึกษานี้มีข้อจำกัดที่สำคัญ ได้แก่ ความหลากหลายของนิยาม HFNC failure และกลุ่มประชากรซึ่งทำให้ไม่สามารถดำเนินการ meta-analysis หรือระบุค่า cutoff สากได้ การศึกษาส่วนใหญ่ดำเนินการในหน่วย PICU ซึ่งจำกัดความสามารถในการนำไปประยุกต์ใช้ในบริบทหอผู้ป่วยสามัญและแผนกฉุกเฉิน ผลการศึกษานี้จึงเป็นหลักฐานสำคัญ (evidence base) สำหรับการพัฒนาแนวทางการประเมินทางคลินิกที่สถานพยาบาลที่เป็นมาตรฐาน และเน้นความจำเป็นเร่งด่วนของการวิจัยเชิงทดลองในอนาคตเพื่อตรวจสอบความตรงของอัลกอริทึมการประเมินที่ครอบคลุมบริบทที่หลากหลายมากขึ้น

นอกจากนี้ การสืบค้นจำกัดเฉพาะฐานข้อมูล PubMed, CINAHL และ SCOPUS โดยไม่มีการสืบค้นวรรณกรรมที่ไม่ได้ตีพิมพ์เผยแพร่ในวารสารและ hand-searching ซึ่งอาจส่งผลให้หลักฐานบางส่วน โดยเฉพาะงานวิจัยในภูมิภาคเอเชียที่ตีพิมพ์ในวารสารท้องถิ่น ไม่ได้ถูกรวมไว้ในการสังเคราะห์ครั้งนี้

รายการอ้างอิง

- Arksey, H., & O'Malley, L. (2005). Scoping studies: towards a methodological framework. *International Journal of Social Research Methodology*, 8(1), 19–32.
<https://doi.org/10.1080/1364557032000119616>
- Aydin, O., Aydin, E. A., Birbilen, A. Z., & Tekşam, Ö. (2021). Predictive factors of high-flow nasal cannula oxygen therapy failure in children with respiratory distress treated in a pediatric emergency department. *The Turkish Journal of Pediatrics*, 63(6), 1012–1019.
<https://doi.org/10.24953/turkjp.2021.06.009>
- Demir, S., Anıl, M., Yalçın, G., Bardak, S., Demir, G., Berksoy, E., Gökalp, G., Kamit, F., Yılmaz, S. B., & Anıl, A. B. (2022). Early predictors of high-flow nasal cannula oxygen treatment failure in patients with respiratory distress admitted to the pediatric emergency department. *The Turkish Journal of Pediatrics*, 64(4), 648–657.
<https://doi.org/10.24953/turkjp.2020.587>
- Joanna Briggs Institute. (2020). *JBI manual for evidence synthesis*.
<https://doi.org/10.46658/JBIMES-20-01>
- Kim, G. E., Choi, S. H., Park, M., Jung, J. H., Lee, M., Kim, S. Y., Kim, M. J., Kim, Y. H., Kim, K. W., & Sohn, M. H. (2021). SpO₂/FiO₂ as a predictor of high flow nasal cannula outcomes in children with acute hypoxemic respiratory failure. *Scientific Reports*, 11(1), Article 13439. <https://doi.org/10.1038/s41598-021-92893-7>
- Kwon, J. W. (2020). High-flow nasal cannula oxygen therapy in children: a clinical review. *Clinical and Experimental Pediatrics*, 63(1), 3–7. <https://doi.org/10.3345/kjp.2019.00626>
- Landis, J. R., & Koch, G. G. (1977). The measurement of observer agreement for categorical data. *Biometrics*, 33(1), 159–174. <https://doi.org/10.2307/2529310>
- Le Pallec, C., Cerasuolo, D., Cauvin, J. C., Agossah, C., Milesi, C., Savy, N., & Brossier, D. W. (2025). Infants with bronchiolitis with high-flow nasal cannula in the paediatric ward: Is there a role for the ROXi (respiratory rate–oxygenation index) in predicting failure of high-flow nasal cannula? *European Journal of Pediatrics*, 184, Article 396.
<https://doi.org/10.1007/s00431-025-06206-5>
- Liu, J., Li, D., Luo, L., Liu, Z., Li, X., & Qiao, L. (2022). Analysis of risk factors for the failure of respiratory support with high-flow nasal cannula oxygen therapy in children with acute respiratory dysfunction: A case-control study. *Frontiers in Pediatrics*, 10, Article 979944. <https://doi.org/10.3389/fped.2022.979944>
- Miake-Lye, I. M., Hempel, S., Shanman, R., & Shekelle, P. G. (2016). What is an evidence map? A systematic review of published evidence maps and their definitions, methods, and products. *Systematic Reviews*, 5, 28. <https://doi.org/10.1186/s13643-016-0204-x>
- Mikalsen, I. B., Davis, P., & Oymar, K. (2016). High flow nasal cannula in children: a literature review. *Scandinavian Journal of Trauma, Resuscitation and Emergency Medicine*, 24, 93. <https://doi.org/10.1186/s13049-016-0278-4>
- Miura, S., Michihata, N., Isogai, T., Matsui, H., Fushimi, K., & Yasunaga, H. (2024). Early predictors of unfavorable outcomes in pediatric acute respiratory failure. *Journal of Intensive Care*, 12(1), 50. <https://doi.org/10.1186/s40560-024-00763-x>

- Nascimento, M. S., Quinto, D. E. R., Zamberlan, G. C., Santos, A. Z., Rebello, C. M., & do Prado, C. (2021). High-flow nasal cannula failure: Can clinical outcomes determine early interruption? *Einstein (São Paulo)*, 19, eAO5846.
https://doi.org/10.31744/einstein_journal/2021AO5846
- Nascimento, M. S., Zólio, B. A., Vale, L. A. P. A., Silva, P. A. L., Souza, T. S., Gonçalves, L. H. R., Fascina, L. P., & do Prado, C. (2024). ROX index as a predictor of failure of high-flow nasal cannula in infants with bronchiolitis. *Scientific Reports*, 14(1), Article 389.
<https://doi.org/10.1038/s41598-024-51214-4>
- Onur, D., Atakul, G., & Işgüder, R. (2025). Predictive factors for failure of high-flow nasal cannula therapy in pediatric intensive care unit. *Journal of Dr. Behcet Uz Children's Hospital*, 15(2), 84–94. <https://doi.org/10.4274/jbuch.galenos.2025.42800>
- Peters, M. D. J., Marnie, C., Tricco, A. C., Pollock, D., Munn, Z., Alexander, L., McInerney, P., Godfrey, C. M., & Khalil, H. (2020). Updated methodological guidance for the conduct of scoping reviews. *JBI Evidence Synthesis*, 18(10), 2119–2126.
<https://doi.org/10.11124/JBIES-20-00167>
- Popay, J., Roberts, H., Sowden, A., Petticrew, M., Arai, L., Rodgers, M., Britten, N., Roen, K., & Duffy, S. (2006). *Guidance on the conduct of narrative synthesis in systematic reviews: A product from the ESRC methods programme*. ESRC.
- Saelim, K., Thirapaleka, B., Ruangnapa, K., Prasertsan, P., & Anuntaseree, W. (2022). Predictors of high-flow nasal cannula failure in pediatric patients with acute respiratory distress. *Clinical and Experimental Pediatrics*, 65(12), 595–601.
<https://doi.org/10.3345/cep.2022.00241>
- Santos, A. C. E. Z., Caiado, C. M., Lopes, A. G. D., França, G. C., Valerio, C. A., Oliveira, D. B. L., de Araujo, O. R., & de Carvalho, W. B. (2024). Comparative analysis of predictors of failure for high-flow nasal cannula in bronchiolitis. *PLOS ONE*, 19(11), e0309523.
<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0309523>
- Sitthikarnkha, P., Uppala, R., Thiraratananukulchai, A., Sirikarn, P., Techasatian, L., Saengnipanthkul, S., & Niamsanit, S. (2025). Predictive factors for failure of high flow nasal cannula among children with lower respiratory tract infection: A single center retrospective observational study. *PLOS ONE*, 20(7), e0328442.
<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0328442>
- Sunkonkit, K., Kungsuwan, S., Seetaboot, S., & Reungrongrat, S. (2022). Factors associated with failure of using high flow nasal cannula in children. *The Clinical Respiratory Journal*, 16(11), 732–739. <https://doi.org/10.1111/crj.13533>
- Tricco, A. C., Lillie, E., Zarin, W., O'Brien, K. K., Colquhoun, H., Levac, D., Moher, D., Peters, M. D. J., Horsley, T., Weeks, L., Hempel, S., Akl, E. A., Chang, C., McGowan, J., Stewart, L., Hartling, L., Aldcroft, A., Wilson, M. G., Garritty, C., Straus, S. E. (2018). PRISMA extension for scoping reviews (PRISMA-ScR): Checklist and explanation. *Annals of Internal Medicine*, 169(7), 467–473. <https://doi.org/10.7326/M18-0850>
- Vora, H., Sarangi, B. U., & Walimbe, A. (2025). Early Prediction of High-flow Nasal Cannula Failure Using Pediatric-modified HACOR Score in Children with Acute Hypoxemic Respiratory

Distress: A Prospective Observational Study. *Indian Journal of Critical Care Medicine: Peer-Reviewed, Official Publication of Indian Society of Critical Care Medicine*, 29(11), 902–906. <https://doi.org/10.5005/jp-journals-10071-25082>

Westphal, P. J., Teixeira, C., Krauzer, J. R. M., Bueno, M. H., Pereira, P. A., Hostyn, S. V., Vieira, M. D., Durante, C., & Bündchen, C. (2025). Predictive factors for high-flow nasal cannula failure in patients with acute viral bronchiolitis admitted to the pediatric intensive care unit. *Critical Care Science*, 37, e20250161. <https://doi.org/10.62675/2965-2774.20250161>

Yildizdas, D., Yontem, A., Iplik, G., Horoz, O. O., & Ekinici, F. (2021). Predicting nasal high-flow therapy failure by pediatric respiratory rate-oxygenation index and pediatric respiratory rate-oxygenation index variation in children. *European Journal of Pediatrics*, 180(4), 1099–1106. <https://doi.org/10.1007/s00431-020-03861-2>

Yuniar, I., Pudjiadi, A. H., Dewi, R., Prawira, Y., Puspaningtyas, N. W., Tartila, T., & Fulki, S. (2024). Respiratory rate oxygenation (ROX) index as predictor of high flow nasal cannula in pediatric patients in pediatric intensive care unit. *BMC Pulmonary Medicine*, 24, Article 220. <https://doi.org/10.1186/s12890-024-03029-2>

การใช้แอมเฟตามีนในหญิงตั้งครรภ์และภาวะความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์:

การทบทวนวรรณกรรมแบบกำหนดขอบเขต

Amphetamine Exposure in Pregnant Women and Hypertensive Disorders of Pregnancy: A Scoping Review

นฤมล ทองหนัก และจณิสรา นามไส*

Narumol Thongnak and Janisa Namsai*

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยทักษิณ

Faculty of Nursing, Thaksin University

(Received: June 4, 2026, Revised: July 29, 2026, Accepted: August 23, 2026)

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อเพื่ออธิบายลักษณะงานวิจัยที่ศึกษา ขอบเขตของข้อมูลงานวิจัยที่ศึกษา สังเคราะห์ผลลัพธ์ของงานวิจัยที่ศึกษา และระบุช่องว่างทางการวิจัยเกี่ยวกับความสัมพันธ์ระหว่างการใช้แอมเฟตามีนในหญิงตั้งครรภ์และภาวะความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ โดยใช้ระเบียบวิธีการทบทวนวรรณกรรมแบบกำหนดขอบเขต (Scoping Review) ตามแนวคิดของ Joanna Briggs Institute (JBI) และรายงานผลตามแนวทาง Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses Extension for Scoping Reviews (PRISMA-ScR) งานวิจัยที่นำมาทบทวนเป็นงานวิจัยปฐมภูมิทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษที่ตีพิมพ์ระหว่างปี พ.ศ. 2558–2569 สืบค้นจากฐานข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์ ได้แก่ CINAHL, PubMed Thai Journals Online (Thai JO) และ Google Scholar โดยใช้กรอบแนวคิด Population–Concept–Context (PCC) ในการกำหนดคำถามการวิจัย กระบวนการคัดเลือก และการสกัดข้อมูลดำเนินการอย่างเป็นอิสระตามแนวทางของ JBI จากนั้นนำข้อมูลมาวิเคราะห์เชิงพรรณนาและสังเคราะห์เชิงประเด็น

ผลการสังเคราะห์พบว่า การได้รับสารกระตุ้นกลุ่มแอมเฟตามีน (amphetamine-type stimulants; ATS) ระหว่างตั้งครรภ์ ครอบคลุม methamphetamine, amphetamine และ prescription psychostimulants มีความสัมพันธ์กับความเสี่ยงที่เพิ่มขึ้นของภาวะความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ โดยเฉพาะ gestational hypertension และ preeclampsia หลักฐานส่วนใหญ่เป็นการศึกษาย้อนหลัง และมีข้อจำกัดด้านการควบคุมปัจจัยกวน ความแตกต่างของวิธีการประเมินการได้รับสาร การขาดข้อมูลเกี่ยวกับขนาดยาและช่วงเวลาของการได้รับสาร รวมทั้งหลักฐานจากประเทศรายได้ต่ำและปานกลางยังมีจำกัด

ผลการศึกษาครั้งนี้สามารถนำไปใช้เป็นข้อมูลการคัดกรองการใช้สาร การประเมินปัจจัยเสี่ยง และการเฝ้าระวังหญิงตั้งครรภ์กลุ่มเสี่ยงโดยทีมสหสาขาวิชาชีพ ทั้งนี้การวิจัยในอนาคตควรมุ่งพัฒนาการศึกษาแบบไปข้างหน้า ที่ใช้วิธีการประเมินการได้รับสารที่เป็นมาตรฐาน มีการควบคุมปัจจัยกวนอย่างเหมาะสม ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างขนาดยาและช่วงเวลาของการได้รับสารกับความเสี่ยงของภาวะความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ และเปรียบเทียบผลกระทบของสารกระตุ้นในกลุ่มแอมเฟตามีนแต่ละชนิด เพื่อเสริมสร้างหลักฐานเชิงประจักษ์สำหรับการพัฒนาแนวทางการดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่มีประสิทธิภาพ

คำสำคัญ: หญิงตั้งครรภ์, การใช้แอมเฟตามีน, ภาวะความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์

*ผู้ให้การติดต่อ (Corresponding e-mail: : janisa.n@tsu.ac.th)

Abstract

This study aimed to describe the characteristics of existing research, determine the scope of the available evidence, synthesize research findings, and identify research gaps concerning the association between amphetamine use during pregnancy and hypertensive disorders of pregnancy. A scoping review methodology was employed based on the Joanna Briggs Institute (JBI) framework and reported in accordance with the Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses Extension for Scoping Reviews (PRISMA-ScR) guidelines. Primary research studies published in Thai and English between 2015 and 2026 were included. Electronic databases, including CINAHL, PubMed, Thai Journals Online (ThaiJO), and Google Scholar, were searched. The Population–Concept–Context (PCC) framework was used to formulate the research question and guide the study selection and data extraction processes. Study selection and data extraction were conducted independently in accordance with JBI guidance. The extracted data were analyzed descriptively and synthesized thematically.

The synthesis indicated that exposure to amphetamine-type stimulants (ATS) during pregnancy, including methamphetamine, amphetamine, and prescription psychostimulants, was associated with an increased risk of hypertensive disorders of pregnancy, particularly gestational hypertension and preeclampsia. Most of the available evidence was derived from retrospective studies and was limited by inadequate control of confounding factors, differences in methods used to assess substance exposure, and insufficient information regarding dosage and timing of exposure. Evidence from low- and middle-income countries also remained limited.

The findings of this review can inform substance use screening, risk assessment, and monitoring of pregnant women at increased risk by multidisciplinary healthcare teams. Future research should focus on prospective cohort studies using standardized methods for assessing substance exposure, appropriate control of confounding factors, investigation of dose–response and exposure-timing relationships with the risk of hypertensive disorders of pregnancy, and comparison of the effects of different amphetamine-type stimulants. Such evidence would strengthen the empirical basis for developing effective care guidelines for pregnant women with amphetamine exposure.

Keywords: Pregnant Women, Amphetamine Use, Hypertensive Disorders of Pregnancy

บทนำ

การใช้สารเสพติดกลุ่มแอมเฟตามีน (amphetamine-type stimulants; ATS) เป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญในระดับโลก องค์การสหประชาชาติว่าด้วยยาเสพติดและอาชญากรรม (United Nations Office on Drugs and Crime, 2022) รายงานว่า ในปี ค.ศ. 2023 มีประชากรทั่วโลกประมาณ 31 ล้านคนที่ใช้สารเสพติดกลุ่มแอมเฟตามีนอายุระหว่าง 15 – 64 ปี คิดเป็นร้อยละ 0.58 ของประชากรในช่วงอายุดังกล่าว โดยพบการใช้ในเพศหญิงประมาณร้อยละ 0.34 และมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องในช่วงทศวรรษที่ผ่านมา โดยภูมิภาคที่มีจำนวนผู้ใช้งานมากที่สุด ได้แก่ เอเชียตะวันออก และเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ รวมถึงอเมริกาเหนือ (United Nations Office on Drugs and Crime, 2025) สำหรับภูมิภาคเอเชียตะวันออก และเอเชียตะวันออกเฉียงใต้มีการใช้เมทแอมเฟตามีนที่เป็นสารเสพติดกลุ่มแอมเฟตามีนมากที่สุด รายงานขององค์การสหประชาชาติว่าด้วยยาเสพติดและอาชญากรรมระบุว่าภูมิภาคนี้มีผู้ใช้แอมเฟตามีนประมาณ 10 ล้านคน ส่วนใหญ่เป็นประเทศไทย (United Nations Office on Drugs and Crime, 2022)

ประเทศไทยยังไม่มีรายงานความชุกของการใช้แอมเฟตามีนในหญิงวัยเจริญพันธุ์โดยตรง แต่มีหลักฐานสนับสนุนหลายด้าน ได้แก่ ประเทศไทยเป็นหนึ่งในประเทศที่มีการใช้ amphetamine-type stimulants (ATS) สูงที่สุดในภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ ผู้ใช้สารเสพติดของไทยจำนวนมากอยู่ในช่วงอายุ 12 – 24 ปี ซึ่งเป็นช่วงเริ่มเข้าสู่วัยเจริญพันธุ์ โดยคิดเป็นประมาณ 29.7% ของผู้ใช้ในช่วง 12 เดือนที่ผ่านมา (United Nations Office on Drugs and Crime, 2025) แม้ว่าจะยังไม่มีฐานข้อมูลระดับประเทศที่รายงานอุบัติการณ์หรือความชุกของการใช้แอมเฟตามีนเฉพาะในหญิงตั้งครรภ์อย่างเป็นระบบ แต่ข้อมูลจากกรมอนามัยระบุว่า ประเทศไทยกำลังเผชิญแนวโน้มหญิงตั้งครรภ์ที่ใช้สารเสพติดเพิ่มขึ้น โดยเฉพาะสารกระตุ้นกลุ่มเมทแอมเฟตามีน และยาไอซ์ ซึ่งสัมพันธ์กับผลลัพธ์การตั้งครรภ์ที่ไม่พึงประสงค์ เช่น การคลอดก่อนกำหนด ทารกน้ำหนักแรกเกิดต่ำ และภาวะถอนยาในทารกแรกเกิด (กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข, 2568) ข้อมูลจากโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ รายงานว่าอัตราหญิงตั้งครรภ์ที่ใช้สารเสพติดเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 0.46 ในปี พ.ศ. 2551 เป็นร้อยละ 1.28 ในปี พ.ศ. 2558 และผู้ใช้สารทั้งหมดเป็นสารกระตุ้นกลุ่มแอมเฟตามีน (ATS) โดยปัจจัยที่สัมพันธ์กับการใช้สาร ได้แก่ การสูบบุหรี่ การตั้งครรภ์ในวัยรุ่น ระดับการศึกษาต่ำ และการฝากครรภ์ไม่เพียงพอ (Homsup et al., 2018) นอกจากนี้รายงานจากโรงพยาบาลศิริราชระบุว่า ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2544 เป็นต้นมา เมทแอมเฟตามีนเป็นสารเสพติดที่ตรวจพบมากที่สุดในการตั้งครรภ์ และเกือบร้อยละ 30 ของหญิงตั้งครรภ์กลุ่มดังกล่าวมีอายุน้อยกว่า 18 ปี ซึ่งสะท้อนว่าการใช้สารกระตุ้นในวัยรุ่นหญิงอาจส่งผลกระทบต่อสุขภาพมารดาและทารกอย่างมีนัยสำคัญ (Chomchai & Manaboriboon, 2012) ส่งผลให้ประชากรกลุ่มวัยรุ่น และวัยเจริญพันธุ์มีความเสี่ยงต่อการได้รับสารเพิ่มขึ้น และอาจนำไปสู่การใช้สารก่อนหรือระหว่างการตั้งครรภ์ได้

หลักฐานทางระบาดวิทยาในช่วงทศวรรษที่ผ่านมาพบว่า การใช้สารเสพติดกลุ่มแอมเฟตามีนระหว่างตั้งครรภ์มีความสัมพันธ์กับผลลัพธ์ที่ไม่พึงประสงค์หลายประการ โดยเฉพาะการเพิ่มขึ้นของอุบัติการณ์ภาวะความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์และครรภ์เป็นพิษ (preeclampsia) รวมถึงภาวะแทรกซ้อนทางสูติกรรมอื่นๆ เช่น placental abruption, severe maternal morbidity และ preterm (Premchit et al., 2021; Hayer et al., 2024) อธิบายสาเหตุทางพยาธิวิทยาได้ว่า สารเสพติดกลุ่มแอมเฟตามีนออกฤทธิ์โดยกระตุ้นระบบประสาทส่วนกลางผ่านการเพิ่มการหลั่ง และยับยั้งการนำกลับของสารสื่อประสาทกลุ่ม catecholamines ได้แก่ dopamine และ norepinephrine ส่งผลให้เกิดการกระตุ้นระบบประสาทซิมพาเทติก เพิ่มอัตราการเต้นของหัวใจ ความดันโลหิต และการหดตัวของหลอดเลือด (vasoconstriction) กลไกดังกล่าวอาจนำไปสู่การทำงานผิดปกติของหลอดเลือด (endothelial dysfunction) และการลดลงของการไหลเวียนเลือดไปยังรก (placental hypoperfusion) ซึ่งเป็นกลไกสำคัญในการเกิด preeclampsia และ hypertensive disorders of pregnancy (Garovic et al., 2022) เนื่องจากสารดังกล่าวออกฤทธิ์กระตุ้นระบบประสาทส่วนกลาง ส่งผลให้เกิดการเพิ่มขึ้นของความดันโลหิต อัตราการเต้นของหัวใจ และความผิดปกติของระบบหัวใจและหลอดเลือด ซึ่งอาจส่งผลกระทบต่อทารกได้

แม้ว่าจะมีหลักฐานที่บ่งชี้ว่าการใช้แอมเฟตามีนระหว่างตั้งครรภ์อาจสัมพันธ์กับภาวะความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ แต่ยังคงขาดการสังเคราะห์อย่างเป็นระบบ จึงไม่สามารถสรุปขอบเขตของหลักฐานได้อย่างชัดเจน ทำให้เกิดความไม่แน่นอนในการแปลผลหลักฐานไปสู่การปฏิบัติ อาจนำไปสู่การคัดกรองการใช้สารเสพติดที่ไม่ครอบคลุม การติดตามอาการของภาวะความดันโลหิตสูงที่ล่าช้า และการส่งต่อเพื่อการดูแลเฉพาะทางที่ไม่ทันเวลา เพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนรุนแรงทั้งในมารดาและทารก นอกจากนี้ ยังเป็นอุปสรรคต่อการพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิกด้านการคัดกรองและดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่ใช้สารเสพติดในระบบบริการฝากครรภ์

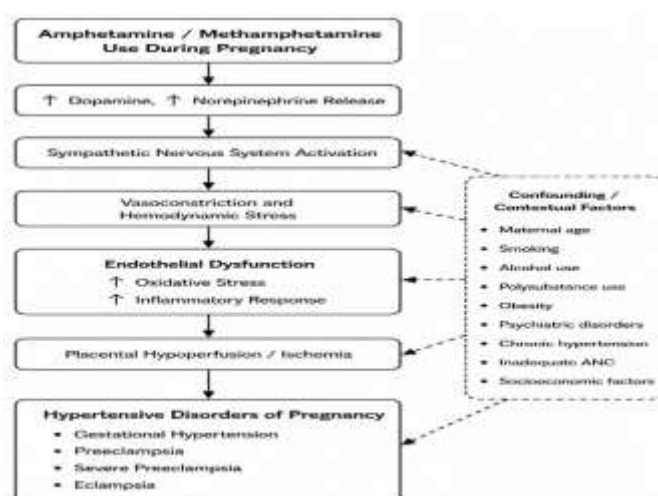
ด้วยเหตุนี้ การทบทวนวรรณกรรมแบบกำหนดขอบเขต (scoping review) จึงเป็นแนวทางที่เหมาะสมในการสำรวจ รวบรวม และสังเคราะห์หลักฐานที่มีอยู่เกี่ยวกับความสัมพันธ์ระหว่างการใช้แอมเฟตามีนในหญิงตั้งครรภ์และภาวะความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์เนื่องจากระเบียบวิธีวิจัย เครื่องมือที่ใช้ และกลุ่มตัวอย่างของการศึกษาที่ผ่านมามีความหลากหลายและบริบทแตกต่างกันมาก (Heterogeneity) การทำ Systematic review และ Meta-analysis อาจจะยังไม่สามารถทำได้ในขณะนี้ การทำ Scoping review เพื่อ "ทำแผนที่" (Map) องค์ความรู้ ลักษณะของการศึกษา และระบุช่องว่างที่มีอยู่ จึงเป็นก้าวแรกที่จำเป็นและเหมาะสมที่สุด

วัตถุประสงค์วิจัย

1. เพื่ออธิบายลักษณะของงานวิจัยที่ศึกษาเกี่ยวกับการใช้แอมเฟตามีนในหญิงตั้งครรภ์และภาวะความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์
2. เพื่อศึกษาขอบเขตของข้อมูลงานวิจัยที่ศึกษาเกี่ยวกับการใช้แอมเฟตามีนในหญิงตั้งครรภ์และภาวะความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์
3. เพื่อสังเคราะห์ผลลัพธ์ของงานวิจัยที่ศึกษาเกี่ยวกับการใช้แอมเฟตามีนในหญิงตั้งครรภ์และภาวะความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์
4. เพื่อระบุช่องว่างทางการวิจัยเกี่ยวกับการใช้แอมเฟตามีนในหญิงตั้งครรภ์และภาวะความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์

กรอบแนวคิดการวิจัย

การทบทวนวรรณกรรมครั้งนี้พัฒนากรอบแนวคิดจากการสังเคราะห์หลักฐานเชิงประจักษ์เกี่ยวข้องกับความสัมพันธ์ระหว่างการใช้แอมเฟตามีนหรือเมทแอมเฟตามีนในหญิงตั้งครรภ์และภาวะความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ โดยอาศัยแนวคิดทางพยาธิสรีรวิทยาของ hypertensive disorders of pregnancy และหลักฐานงานวิจัย (Roberts & Hubel., 2009; ACOG., 2020; Garovic et al., 2022; Hayer et al., (2024) ตามภาพ 1



ภาพ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

ระเบียบวิธีวิจัย

การศึกษานี้เป็นการทบทวนวรรณกรรมแบบกำหนดขอบเขต (Scoping Review) ดำเนินการตามแนวทางของ Joanna Briggs Institute (JBI) สำหรับการทบทวนวรรณกรรมแบบกำหนดขอบเขต (Peters et al., 2020) โดยมีขั้นตอนการดำเนินการประกอบด้วย (1) การกำหนดวัตถุประสงค์และคำถามการวิจัย (2) การกำหนดเกณฑ์การคัดเลือกรายงานวิจัย (3) การพัฒนากลยุทธ์การสืบค้นหลักฐาน (4) การคัดเลือกรายงานวิจัยตามเกณฑ์ที่กำหนด (5) การสกัดข้อมูลด้วยแบบฟอร์มมาตรฐาน (6) การวิเคราะห์และสังเคราะห์ข้อมูลเชิงพรรณนาและเชิงประจักษ์ รวมถึงการจัดทำแผนที่หลักฐาน (evidence mapping) และ (7) การสรุปผลการทบทวนและระบุช่องว่างขององค์ความรู้ เพื่อเสนอแนวทางสำหรับการวิจัยและการพัฒนาแนวทางการดูแล และรายงานผลตามแนวทาง Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses Extension for Scoping Reviews (PRISMA-ScR) (Tricco et al., 2018)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง งานวิจัยครั้งนี้ทบทวนวรรณกรรมจากข้อมูลทุติยภูมิ (Secondary data) คัดเลือกรายงานวิจัยเข้าศึกษาตามเกณฑ์คัดเข้า และเกณฑ์คัดออก ช่วงเวลาการสืบค้นตั้งแต่เดือนกุมภาพันธ์ - เดือนพฤษภาคม พ.ศ. 2569 โดยพิจารณาความสอดคล้องของบทความที่นำมาทบทวนกับขอบเขตการศึกษา คือ ศึกษาเกี่ยวกับการใช้แอมเฟตามีนในหญิงตั้งครรภ์และภาวะความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย เครื่องมือวิจัยได้รับการพัฒนาขึ้นจากการทบทวนแนวทางการดำเนินการทบทวนวรรณกรรมแบบกำหนดขอบเขตของ Joanna Briggs Institute (JBI) (Peters et al., 2020) และเอกสารที่เกี่ยวข้องกับการสกัดข้อมูลในการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ ประกอบด้วยเครื่องมือ 3 ชุด ได้แก่ แบบประเมินงานวิจัยตามเกณฑ์คัดเข้า (Inclusion Criteria Form) แบบรวบรวมข้อมูลงานวิจัย และแบบฟอร์มการสกัดข้อมูล ได้รับการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) โดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน ซึ่งมีความเชี่ยวชาญด้านการวิจัย การทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ และการพยาบาลมารดาและทารก เพื่อพิจารณาความครอบคลุม ความชัดเจน ความเหมาะสมของรายการข้อมูล และความสอดคล้องกับวัตถุประสงค์ของการศึกษา จากนั้นผู้วิจัยได้ปรับปรุงเครื่องมือตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิก่อนนำไปใช้จริง

การเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยดำเนินการทบทวนวรรณกรรมแบบกำหนดขอบเขตตามกรอบแนวคิดของ Arksey และ O'Malley (2005) ประกอบด้วย 5 ขั้นตอน ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 การกำหนดคำถามการวิจัยใช้กรอบแนวคิด Population-Concept-Context (PCC) ตามข้อเสนอของ Joanna Briggs Institute (JBI) (Peters et al., 2020) ประกอบด้วย Population (P) ได้แก่ หญิงตั้งครรภ์ Concept (C) ได้แก่ หลักฐานเกี่ยวกับการใช้แอมเฟตามีน ระหว่างตั้งครรภ์และความสัมพันธ์กับภาวะความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ รวมทั้งลักษณะของการศึกษา ผลลัพธ์ที่รายงาน และช่องว่างขององค์ความรู้ Context (C) ได้แก่ การศึกษาที่ดำเนินการในหญิงตั้งครรภ์ในทุกบริบทของการให้บริการสุขภาพและทุกประเทศ โดยไม่จำกัดรูปแบบการให้บริการหรือระดับของสถานพยาบาล

ขั้นตอนที่ 2 การระบุแหล่งข้อมูลที่เกี่ยวข้อง (Identifying Relevant Studies) ผู้วิจัยดำเนินการทบทวนวรรณกรรมจากฐานข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์สากลทั้งในและต่างประเทศ ค้นหาจากหลากหลายแหล่งข้อมูล เพื่อให้การสืบค้นเอกสารมีความเพียงพอ ครอบคลุม และลดความลำเอียงของการเลือกรายงานวิจัย ได้แก่ PubMed, CINAHL, ThaiJO รวมทั้งแหล่งข้อมูลทั่วไปที่มีขนาดใหญ่ ได้แก่ Google Scholar โดยใช้คำค้นทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ

ขั้นตอนที่ 3 การกำหนดเกณฑ์คัดเลือกรายงานวิจัย (Study Selection Criteria) ผู้วิจัยกำหนดเกณฑ์การคัดเข้าและเกณฑ์คัดออก ดังนี้ เกณฑ์การคัดเข้า ประกอบด้วย Population (P) คือ ศึกษาในประชากรหญิงตั้งครรภ์ Concept (C) คือ ศึกษาการได้รับสารกระตุ้นในกลุ่มแอมเฟตามีน (amphetamine-related stimulants) ระหว่างตั้งครรภ์ ไม่ว่าจะเป็นการใช้สารผิดกฎหมายหรือการใช้ยาตามใบสั่งแพทย์ (prescription stimulants) ได้แก่ methamphetamine, amphetamine, dextroamphetamine, lisdexamfetamine, prescription amphetamines, prescription psychostimulants หรือสารอื่นในกลุ่ม amphetamine-type

stimulants (ATS) Context (C) คือการศึกษาที่รายงานผลลัพธ์เกี่ยวกับ Hypertensive Disorders of Pregnancy โดยเป็นงานวิจัยปฐมภูมิ (Primary research) ที่ใช้ระเบียบวิธีวิจัยเชิงปริมาณ เชิงคุณภาพ หรือแบบผสมผสาน ตีพิมพ์เป็น ภาษาไทยหรือภาษาอังกฤษ สามารถเข้าถึงบทความฉบับเต็ม (full-text article) ได้ และตีพิมพ์ระหว่าง ปี ค.ศ. 2015 – 2026 เกณฑ์การคัดออก ประกอบด้วย Population: ไม่ได้ศึกษาในหญิงตั้งครรภ์ Concept คือ ไม่ได้ศึกษาการได้รับสารกระตุ้นในกลุ่มแอมเฟตามีน (amphetamine-related stimulants) ระหว่างตั้งครรภ์ Context ไม่ได้รายงานผลลัพธ์เกี่ยวกับ Hypertensive Disorders of Pregnancy (HDP) รวมทั้งเป็นบทความที่ซ้ำกับฐานข้อมูลอื่น (duplicate records)

ขั้นตอนที่ 4 การคัดกรองและคัดเลือกงานวิจัย (Study Screening and selection) โดยผู้วิจัย ดำเนินการคัดกรองและคัดเลือกงานวิจัยตามกรอบแนวทางของ Joanna Briggs Institute (Peters et al., 2020) ประกอบด้วย 1) การคัดกรองจากชื่อเรื่องและบทคัดย่อ 2) การคัดกรองจากการอ่านบทความฉบับเต็ม 3) การคัดเลือกบทความขั้นสุดท้ายที่ตรงตามเกณฑ์คัดเข้า แต่ละขั้นตอนจะมีการบันทึกจำนวนเอกสารที่ถูกคัดออก พร้อมเหตุผล การคัดเลือกเอกสารดำเนินการโดยผู้วิจัยอย่างน้อย 2 คน อย่างอิสระ หากมีความคิดเห็นไม่ตรงกัน จะมีการปรึกษาเพื่อหาข้อสรุปหรือให้ผู้ทรงคุณวุฒิที่มีความเชี่ยวชาญด้านการทบทวนวรรณกรรมเป็นผู้ลงมติชี้ขาด และรายงานผลการคัดกรองงานวิจัยตามมาตรฐาน PRISMA-ScR ในรูปแบบ PRISMA flow diagram (Tricco et al., 2018)

ขั้นตอนที่ 5 การสกัดข้อมูลและสังเคราะห์ผล (Charting collecting and summarizing the data) ดำเนินการตามแนวทางของ Joanna Briggs Institute (JBI) (Peters et al., 2020) ดังนี้

5.1 การสกัดข้อมูล ใช้แบบฟอร์มการสกัดข้อมูลของ JBI โดยกำหนดแบบฟอร์มไว้ล่วงหน้า ครอบคลุมข้อมูลสำคัญที่เกี่ยวข้องกับวัตถุประสงค์ของการทบทวนวรรณกรรมแบบกำหนดขอบเขตครั้งนี้ ประกอบด้วย 1)ผู้วิจัยและปีที่พิมพ์ 2)ประเทศ/สถานที่ศึกษา 3)รูปแบบการศึกษา 4)กลุ่มตัวอย่าง 5)ประเภทการใช้สาร 6)วิธีประเมินการได้รับสาร 7)ผลลัพธ์เกี่ยวกับภาวะความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ (HDP) 8)ผลลัพธ์ด้านมารดาอื่น ๆ 9)ผลการศึกษาคำสำคัญ 10)การควบคุมปัจจัยกวน 11)ข้อจำกัดการศึกษา 12)ประเด็นสำคัญ/Theme

5.2 การสังเคราะห์ผล ผู้วิจัยนำข้อมูลจากงานวิจัยที่ผ่านกระบวนการทบทวนวรรณกรรมแบบกำหนดขอบเขตมาวิเคราะห์ข้อมูลลักษณะทั่วไปของงานวิจัย โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ร่วมกับการวิเคราะห์เชิงเนื้อหาเพื่อจัดหมวดหมู่ประเด็นสำคัญจากผลการศึกษา และนำเสนอผลการวิเคราะห์ในรูปแบบตารางและการบรรยายเชิงพรรณนา

จริยธรรมวิจัย

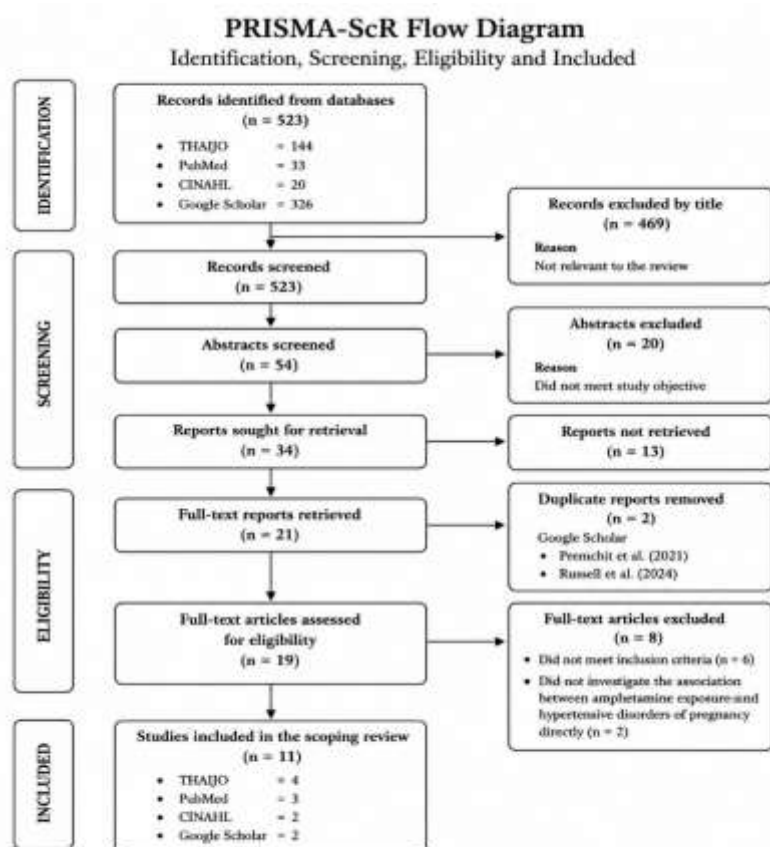
การศึกษานี้เป็นการทบทวนวรรณกรรมแบบกำหนดขอบเขต (Scoping Review) ใช้ข้อมูลทุติยภูมิ (Secondary data) จากงานวิจัยที่ตีพิมพ์เผยแพร่ในฐานข้อมูลวิชาการระดับสากลทั้งในประเทศและต่างประเทศ คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน มหาวิทยาลัยทักษิณ ให้การรับรองการยกเว้นพิจารณาจริยธรรม โครงการวิจัยตามแนวทางหลักจริยธรรมการวิจัยในคนที่เป็นมาตรฐานสากล ได้แก่ Declaration of Helsinki, The Belmont Report, CIOMS Guideline, International Conference on Harmonization in Good Clinical Practice หรือ ICH-GCP และ 45CFR 46.101(b) เลขที่รับรอง COE No.TSU 2026_008 REC No.0008 ลงวันที่ 16 มกราคม 2569

ผลการวิจัย

จากการสืบค้นวรรณกรรมจากฐานข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์ 4 ฐาน ได้แก่ THAIJO, PubMed, CINAHL และ Google Scholar พบระเบียบงานวิจัยทั้งหมด 523 รายการ ประกอบด้วย THAIJO จำนวน 144 รายการ PubMed จำนวน 33 รายการ CINAHL จำนวน 20 รายการ และ Google Scholar จำนวน 326 รายการ

ภายหลังการคัดกรองจากชื่อเรื่อง (Title screening) ได้คัดออกจำนวน 469 รายการ เนื่องจากไม่เกี่ยวข้องกับประเด็นการทบทวน ส่งผลให้เหลือบทความสำหรับการพิจารณาบทคัดย่อจำนวน 54 รายการ จากนั้นได้คัดออกจากการพิจารณาบทคัดย่ออีก 20 รายการ เนื่องจากไม่สอดคล้องกับวัตถุประสงค์ของการศึกษา เหลือบทความที่ดำเนินการสืบค้นฉบับเต็มจำนวน 34 รายการ ในการสืบค้นบทความฉบับเต็ม พบว่าไม่สามารถเข้าถึงบทความได้ฉบับเต็มจำนวน 13 รายการ จึงเหลือบทความฉบับเต็มที่นำมาประเมินคุณสมบัติตามเกณฑ์การคัดเลือกจำนวน 21 รายการ หลังจากนั้นได้ตรวจสอบรายการซ้ำซ้อน พบว่ามีบทความซ้ำจำนวน 2 รายการ ซึ่งเป็นบทความที่พบจากฐานข้อมูล Google Scholar ได้แก่ Premchit et al. (2021) และ Russell et al. (2024)

จากการประเมินบทความฉบับเต็ม ได้คัดออกเพิ่มเติมจำนวน 8 รายการ โดยแบ่งเป็นบทความที่ไม่เป็นไปตามเกณฑ์การคัดเลือก (Inclusion criteria) จำนวน 6 รายการ และบทความที่ไม่ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการได้รับแอมเฟตามีนกับภาวะความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์โดยตรง จำนวน 2 รายการ สุดท้ายจึงมีงานวิจัยที่ผ่านเกณฑ์และนำเข้าสู่การทบทวนวรรณกรรมแบบกำหนดขอบเขต (Scoping Review) จำนวนทั้งสิ้น 11 เรื่อง ประกอบด้วยงานวิจัยจาก THAIJO จำนวน 4 เรื่อง PubMed จำนวน 3 เรื่อง CINAHL จำนวน 2 เรื่อง และ Google Scholar จำนวน 2 เรื่อง ดังแสดงใน Figure 1 PRISMA-ScR Flow Diagram.ตามภาพ 2



ภาพ 2 รายงานผลการคัดเลือกรายงานวิจัยตามแนวทาง PRISMA-ScR (Tricco et al., 2018).

ตาราง 1 ลักษณะทั่วไปของงานวิจัยที่ศึกษา (n=11)

ลักษณะงานวิจัย	ผลการทบทวน (n = 11)
ช่วงปีที่ตีพิมพ์	ค.ศ. 2015 - 2026
ประเทศที่ศึกษา	สหรัฐอเมริกา 6 การศึกษา (54.50%) ประเทศไทย 4 การศึกษา (36.40%) ออสเตรเลีย 1 การศึกษา (9.10%)
รูปแบบการศึกษา	Retrospective cohort study 4 การศึกษา (36.40%) Retrospective descriptive study 3 การศึกษา (27.30%) Population-based cohort study 2 การศึกษา (18.20%) Population-based retrospective cohort study 1 การศึกษา (9.10%) Prospective observational cohort study 1 การศึกษา (9.10%)
ประชากรที่ศึกษา	หญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับ methamphetamine, amphetamine หรือ prescription psychostimulants ระหว่างตั้งครรภ์
ขนาดตัวอย่าง	ตั้งแต่ 51 ราย ถึงมากกว่า 47 ล้านการคลอด โดยการศึกษาส่วนใหญ่ใช้ฐานข้อมูลระดับประเทศ

จากตาราง 1 แสดงลักษณะทั่วไปของงานวิจัยที่ผ่านเกณฑ์การคัดเลือกและนำมาสังเคราะห์จำนวน 11 การศึกษา ซึ่งตีพิมพ์ระหว่างปี ค.ศ.2015 – 2026 เกินครึ่งหนึ่งของงานวิจัยดำเนินการในประเทศสหรัฐอเมริกา (ร้อยละ 54.50) รองลงมา ได้แก่ ประเทศไทย (ร้อยละ 36.40) และประเทศออสเตรเลีย (ร้อยละ 9.1) เมื่อพิจารณารูปแบบการศึกษา พบว่า retrospective cohort study เป็นรูปแบบที่พบมากที่สุด จำนวน 4 การศึกษา (36.4%) รองลงมา ได้แก่ retrospective descriptive study จำนวน 3 การศึกษา (27.3%) ประชากรที่ศึกษาทั้งหมดเป็นหญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับ methamphetamine, amphetamine หรือ prescription psychostimulants ระหว่างตั้งครรภ์ ขนาดตัวอย่างของแต่ละการศึกษาดังแต่ 51 ราย ไปจนถึงฐานข้อมูลระดับประเทศมากกว่า 47 ล้านการคลอด

ตาราง 2 แผนทีหลักฐานของงานวิจัยที่ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการใช้แอมเฟตามีนในหญิงตั้งครรภ์กับภาวะความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์

การศึกษา	ชนิดของสารกระตุ้นกลุ่มแอมเฟตามีน	วิธีประเมินการได้รับสาร	ผลลัพธ์ด้านภาวะความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์	ค่าประมาณความเสี่ยง (OR/RR/aOR)	ข้อค้นพบสำคัญ
Roloff et al. (2015)	เมทแอมเฟตามีนชนิดกฎหมาย	การสัมภาษณ์มารดาและการตรวจสอบสารเสพติดในปัสสาวะ	ความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์, ครรภ์เป็นพิษ, ครรภ์เป็นพิษรุนแรง	✓	การใช้เมทแอมเฟตามีนสัมพันธ์กับความเสี่ยงครรภ์เป็นพิษและผลลัพธ์ของทารกที่ไม่พึงประสงค์เพิ่มขึ้น
Newport et al. (2016)	ยากระตุ้นจิตกระตุ้นตามใบสั่งแพทย์ (amphetamine, dextroamphetamine)	เวชระเบียนและข้อมูลการสั่งยา	ความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์, ครรภ์เป็นพิษ, HELLP syndrome, Eclampsia	✓	การได้รับยาหลังอายุครรภ์ 20 สัปดาห์สัมพันธ์กับความเสี่ยงของ HDP ที่เพิ่มขึ้น และพบความสัมพันธ์ตามขนาดยา
Cohen et al. (2017)	ยากระตุ้นตามใบสั่งแพทย์	ข้อมูลการจ่ายยา	ครรภ์เป็นพิษ	✓	เพิ่มความเสี่ยงของรกลอกตัวก่อนกำหนดและครรภ์เป็นพิษ

การศึกษา	ชนิดของสารกระตุ้นกลุ่ม แอมเฟตามีน	วิธีประเมิน การได้รับสาร	ผลลัพธ์ด้านภาวะ ความดันโลหิตสูง ขณะตั้งครรภ์	ค่าประมาณ ความเสี่ยง (OR/RR/aOR)	ข้อค้นพบสำคัญ
Admon et al. (2019)	สารกลุ่ม แอมเฟตามีน	รหัสวินิจฉัย ICD	ภาวะความดันโลหิต สูงขณะตั้งครรภ์	✓	เพิ่มความเสี่ยงของ ภาวะแทรกซ้อนรุนแรง ของมารดา รวมทั้ง HDP
Premchit et al. (2021)	เมทแอมเฟตามีน	การตรวจสารเสพติด ในปัสสาวะ	ความดันโลหิตสูง ขณะตั้งครรภ์	X	การใช้เมทแอมเฟตามีน สัมพันธ์กับผลลัพธ์ที่ไม่ พึงประสงค์ของมารดา และทารก
อดิศักดิ์ ไชยเชษฐา (2564)	เมทแอมเฟตามีน	เวชระเบียน	ความดันโลหิตสูง ขณะตั้งครรภ์	X	พบภาวะแทรกซ้อนของ มารดา รวมทั้งภาวะ ความดันโลหิตสูงขณะ ตั้งครรภ์
Hayer et al. (2024)	เมทแอมเฟตามีน	รหัสวินิจฉัย ICD	ความดันโลหิตสูง ขณะตั้งครรภ์, ครรภ์ เป็นพิษ	✓	การได้รับเมทแอมเฟตา มินสัมพันธ์กับความเสี่ยง ของ HDP รกลอกตัว ก่อนกำหนด และ ภาวะแทรกซ้อนรุนแรง ของมารดา
Pippard et al. (2024)	สารกลุ่ม แอมเฟตามีน	รหัสวินิจฉัย ICD	ภาวะความดันโลหิต สูงขณะตั้งครรภ์	✓	เพิ่มความเสี่ยงของ ภาวะแทรกซ้อนของ มารดาและ HDP
Russell et al. (2024)	Dextroamphetamine	ข้อมูลการสั่งยา	ภาวะความดันโลหิต สูงขณะตั้งครรภ์	✓	การใช้สารในกลุ่ม dexamphetamine อย่างต่อเนื่องระหว่าง ตั้งครรภ์สัมพันธ์กับความ เสี่ยงของ HDP ที่เพิ่มขึ้น
ไพศิษฐ์ เพชรมะลิ (2568)	เมทแอมเฟตามีน	เวชระเบียน	ความดันโลหิตสูง ขณะตั้งครรภ์	X	รายงานภาวะแทรกซ้อน ของมารดา แต่ไม่ได้ รายงานค่าประมาณ ความเสี่ยง
หรรษา เรืองศิริปิยะกุล (2569)	เมทแอมเฟตามีน	เวชระเบียน	ความดันโลหิตสูงจาก การตั้งครรภ์	X	รายงานภาวะความดัน โลหิตสูงจากการตั้งครรภ์ และกลุ่มอาการถอนยา ในทารกแรกเกิด

จากตาราง 2 แสดงแผนที่องค์ความรู้ของงานวิจัยที่ผ่านเกณฑ์การคัดเลือกจำนวน 11 การศึกษา พบว่างานวิจัยส่วนใหญ่มุ่งศึกษา เมทแอมเฟตามีน (methamphetamine) ในฐานะสารเสพติดผิดกฎหมาย ขณะที่บางการศึกษาประเมินยาในกลุ่มแอมเฟตามีนที่ใช้ทางการแพทย์ (prescription stimulants) เช่น dextroamphetamine และ prescription psychostimulants ในด้านการประเมินการได้รับสาร (exposure assessment) พบความหลากหลายของวิธีการประเมินระหว่างการศึกษ โดยประกอบด้วยการตรวจสารเสพติดในปัสสาวะ การใช้เวชระเบียน ข้อมูลการสั่งจ่าย และฐานข้อมูลรหัสวินิจฉัยโรค (ICD diagnosis codes) เมื่อพิจารณาผลลัพธ์ที่ศึกษา พบว่า ภาวะความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ (Hypertensive Disorders of Pregnancy; HDP) โดยเฉพาะ gestational hypertension และ preeclampsia เป็นผลลัพธ์ที่ได้รับการรายงานมากที่สุด ขณะที่บางการศึกษารายงานผลลัพธ์ที่รุนแรงกว่า ได้แก่ severe preeclampsia, HELLP syndrome, eclampsia และ pregnancy-induced hypertension

ในการรายงานผลเชิงปริมาณ พบว่ามีงานวิจัย 7 การศึกษา ที่รายงานค่าประมาณความเสี่ยง เช่น odds ratio (OR), adjusted odds ratio (aOR) หรือ relative risk (RR) ขณะที่ 4 การศึกษา รายงานผลในลักษณะเชิงพรรณนาโดยไม่ได้คำนวณค่าประมาณความเสี่ยง ทำให้ยังมีข้อจำกัดในการเปรียบเทียบขนาดของความสัมพันธะระหว่างการศึกษโดยตรง อย่างไรก็ตาม เมื่อพิจารณาภาพรวมของหลักฐาน พบแนวโน้มที่สอดคล้องกันว่า การได้รับสารกระตุ้นในกลุ่มแอมเฟตามีนระหว่างตั้งครรภ์สัมพันธ์กับความเสี่ยงที่เพิ่มขึ้นของภาวะความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ แม้ว่าชนิดของสาร วิธีการประเมินการได้รับสาร และรูปแบบการรายงานผลจะแตกต่างกันในแต่ละการศึกษา

โดยสรุป แผนทื่องค์ความรู้แสดงให้เห็นว่าหลักฐานในปัจจุบันครอบคลุมการศึกษาทั้งการใช้เมทแอมเฟตามีนผิดกฎหมายและยาแอมเฟตามีนที่ใช้ทางการแพทย์ โดยผลลัพธ์ที่ได้รับการศึกษาอย่างสม่ำเสมอ ได้แก่ gestational hypertension และ preeclampsia อย่างไรก็ตามยังพบความแตกต่างของวิธีการประเมินการได้รับสารและชนิดสาร

ตาราง 3 การสังเคราะห์เชิงประเด็นการใช้แอมเฟตามีนในหญิงตั้งครรภ์และภาวะความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์

ประเด็นหลัก (Theme)	คำอธิบาย	งานวิจัยสนับสนุน
1. การใช้สารกระตุ้นในกลุ่มแอมเฟตามีนมีความสัมพันธ์กับการเพิ่มขึ้นของความเสี่ยงต่อภาวะความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์	หลักฐานส่วนใหญ่รายงานสอดคล้องกันว่า การได้รับ methamphetamine หรือสารกระตุ้นในกลุ่มแอมเฟตามีนระหว่างตั้งครรภ์สัมพันธ์กับความเสี่ยงที่เพิ่มขึ้นของ gestational hypertension, preeclampsia, severe preeclampsia และภาวะความดันโลหิตสูงที่เกี่ยวข้องกับการตั้งครรภ์ โดยความสัมพันธ์ดังกล่าวพบทั้งในผู้ใช้สารเสพติดผิดกฎหมายและผู้ที่ได้รับยากระตุ้นจิตประสาท (ClinMed Journals)	Roloff et al. (2015), Newport et al. (2016), Premchit et al. (2021), Cohen et al. (2017), Admon et al. (2019), Hayer et al. (2024), Pippard et al. (2024), Russell et al. (2024), อติศักดิ์ ไวเขตการณ์ (2564), ไพศิษฐ์ เพชรมะลิ (2568), ھرรษา เรืองศิริปิยะกุล (2569)
2. การใช้แอมเฟตามีนสัมพันธ์กับภาวะแทรกซ้อนทางสูติกรรมและการเจ็บป่วยของมารดา	นอกจาก HDP แล้ว งานวิจัยจำนวนมากรายงานการเพิ่มขึ้นของ placental abruption, severe maternal morbidity, ความผิดปกติของระบบหัวใจและหลอดเลือด รวมถึงภาวะแทรกซ้อนทางสูติกรรมอื่นๆ โดยเฉพาะในผู้ใช้ methamphetamine ต่อเนื่องระหว่างตั้งครรภ์ (PubMed)	Roloff et al. (2015), Newport et al. (2016), Cohen et al. (2017), Admon et al. (2019), Hayer et al. (2024), Pippard et al. (2024), Premchit et al. (2021)
3. ปัจจัยร่วมด้านพฤติกรรมและสังคมมีบทบาทต่อความเสี่ยงของ HDP	งานวิจัยหลายฉบับระบุว่าผู้ใช้แอมเฟตามีนมักมีปัจจัยร่วม เช่น การสูบบุหรี่ การดื่มแอลกอฮอล์ การใช้สารเสพติดหลายชนิด การฝากครรภ์ไม่เพียงพอ ความผิดปกติทางจิตเวช และปัจจัยทางสังคมเศรษฐกิจ ซึ่งอาจเป็นปัจจัยร่วมที่ส่งผลต่อการเกิด HDP และควรได้รับการควบคุมในการวิเคราะห์ (PubMed)	Premchit et al. (2021), Cohen et al. (2017), Admon et al. (2019), Hayer et al. (2024), Pippard et al. (2024), Russell et al. (2024)
4. ความแตกต่างของชนิดสารและวิธีการประเมินการได้รับสารอาจมีผลต่อการศึกษา	งานวิจัยมีความแตกต่างทั้งในด้านชนิดของสารที่ศึกษา ได้แก่ methamphetamine, amphetamine, dextroamphetamine และ prescription psychostimulants รวมถึงวิธีการประเมินการได้รับสาร เช่น การตรวจปัสสาวะ เวชระเบียน ข้อมูลการสั่งจ่ายยา และรหัสวินิจฉัยโรค (ICD codes) ซึ่งอาจส่งผลต่อความแตกต่างของค่าประมาณความเสี่ยงที่รายงาน (PubMed)	Newport et al. (2016), Cohen et al. (2017), Premchit et al. (2021), Hayer et al. (2024), Russell et al. (2024), อติศักดิ์ ไวเขตการณ์ (2564), ไพศิษฐ์ เพชรมะลิ (2568), ھرรษา เรืองศิริปิยะกุล (2569)

จากตาราง 3 แสดงผลการสังเคราะห์เชิงประจักษ์จากงานวิจัยที่ผ่านเกณฑ์การคัดเลือกจำนวน 11 การศึกษา โดยสามารถสรุปประเด็นสำคัญได้ 4 ประเด็นหลัก (themes) ได้แก่ (1) การใช้สารกระตุ้นในกลุ่มแอมเฟตามีนมีความสัมพันธ์กับการเพิ่มขึ้นของความเสี่ยงต่อภาวะความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ (2) การใช้แอมเฟตามีนสัมพันธ์กับการเกิดภาวะแทรกซ้อนทางสูติกรรมและการเจ็บป่วยของมารดา (3) ปัจจัยร่วมด้านพฤติกรรม สุขภาพ และสังคมมีบทบาทต่อความเสี่ยงของการเกิดภาวะความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ และ (4) ความแตกต่างของชนิดสารและวิธีการประเมินการได้รับสารเป็นปัจจัยที่อาจส่งผลต่อการศึกษา

เมื่อพิจารณาภาพรวมของหลักฐาน พบว่าการศึกษาล้วนส่วนใหญ่รายงานผลในทิศทางเดียวกันว่า การได้รับสารกระตุ้นในกลุ่มแอมเฟตามีนระหว่างตั้งครรภ์สัมพันธ์กับความเสี่ยงที่เพิ่มขึ้นของ gestational hypertension และ preeclampsia รวมทั้งภาวะแทรกซ้อนทางสูติกรรมอื่น ๆ เช่น placental abruption และ severe maternal morbidity นอกจากนี้หลักฐานยังสะท้อนว่าปัจจัยร่วม ได้แก่ การสูบบุหรี่ การใช้สารเสพติดหลายชนิด การฝากครรภ์ไม่เพียงพอ ความผิดปกติทางจิตเวช และปัจจัยทางสังคมเศรษฐกิจ

นอกจากนี้การสังเคราะห์เชิงประจักษ์ยังแสดงให้เห็นว่าหลักฐานที่มีอยู่ครอบคลุมทั้งการใช้ methamphetamine ในฐานะสารเสพติดผิดกฎหมาย และ prescription stimulants เช่น amphetamine, dextroamphetamine และ prescription psychostimulants อย่างไรก็ตามยังมีความแตกต่างของชนิดสาร วิธีการประเมินการได้รับสาร และการนิยามผลลัพธ์ด้านภาวะความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์แต่ละการศึกษา

ตาราง 4 ช่องว่างองค์ความรู้ที่ค้นพบจากการทบทวนวรรณกรรม

ช่องว่างองค์ความรู้	หลักฐานที่พบจากการทบทวน
1. ขาดข้อมูลเกี่ยวกับปริมาณการใช้สาร (Dose-response relationship)	การศึกษาส่วนใหญ่ระบุหรือไม่มีการใช้ methamphetamine/ amphetamine โดยไม่มีข้อมูลปริมาณ และความถี่
2. ขาดข้อมูลเกี่ยวกับช่วงเวลาของการได้รับสารขณะตั้งครรภ์	บางการศึกษาไม่ได้ระบุว่าได้รับสารในไตรมาสใด หรือต่อเนื่องตลอดการตั้งครรภ์
3. ข้อจำกัดในการควบคุมปัจจัยกวน	บางการศึกษาไม่ได้ควบคุมการสูบบุหรี่ ดื่มแอลกอฮอล์ การใช้สารหลายชนิดร่วมกัน หรือปัจจัยทางสังคมและเศรษฐกิจ
4. หลักฐานส่วนใหญ่เป็นการศึกษาแบบย้อนหลัง	งานวิจัยส่วนใหญ่ใช้ retrospective cohort ซึ่งมีข้อจำกัดของข้อมูลและการสรุปความสัมพันธ์เชิงสาเหตุ
5. ขาดหลักฐานจากประเทศกำลังพัฒนาและบริบทเอเชียตะวันออกเฉียงใต้	หลักฐานส่วนใหญ่มาจากประเทศตะวันตก ขณะที่ข้อมูลจากประเทศไทยและภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ยังมีจำนวนจำกัด
6. ขาดการศึกษาเปรียบเทียบผลกระทบของแอมเฟตามีนแต่ละชนิดต่อภาวะความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์	งานวิจัยศึกษา methamphetamine, amphetamine, dextroamphetamine และ prescription psychostimulants แต่ยังไม่มีการเปรียบเทียบโดยตรงระหว่างสารแต่ละชนิดค่อนข้างน้อย ทำให้ยังไม่สามารถสรุปความแตกต่างของระดับความเสี่ยงได้อย่างชัดเจน

จากตาราง 4 แสดงช่องว่างขององค์ความรู้ที่ค้นพบจากการทบทวนวรรณกรรมจำนวน 11 การศึกษา โดยสามารถสรุปได้เป็น 6 ประเด็นสำคัญ ได้แก่ (1) การขาดหลักฐานเกี่ยวกับความสัมพันธ์ระหว่างขนาดการได้รับสารกับความเสี่ยงของภาวะความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ (dose-response relationship) (2) การขาดข้อมูลเกี่ยวกับช่วงเวลาของการได้รับสารระหว่างการตั้งครรภ์ (3) การควบคุมปัจจัยกวนที่ยังไม่ครอบคลุมและไม่สม่ำเสมอระหว่างการศึกษา (4) การที่หลักฐานส่วนใหญ่เป็นการศึกษาย้อนหลังซึ่งมีข้อจำกัดในการอธิบายความสัมพันธ์เชิงเหตุและผล (5) การขาดหลักฐานจากประเทศรายได้ต่ำและปานกลาง และ (6) การขาดการศึกษาเปรียบเทียบผลกระทบของแอมเฟตามีนแต่ละชนิดต่อภาวะความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์โดยตรง

อภิปรายผล

จากการทบทวนวรรณกรรมแบบกำหนดขอบเขตจำนวน 11 การศึกษา ซึ่งครอบคลุมทั้งการใช้เมทแอมเฟตามีนผิดกฎหมายและยากระตุ้นกลุ่มแอมเฟตามีนที่ใช้ตามข้อบ่งชี้ทางการแพทย์ ผลการศึกษาส่วนใหญ่มีทิศทางสอดคล้องกันว่า การได้รับสารกระตุ้นกลุ่มแอมเฟตามีนระหว่างตั้งครรภ์สัมพันธ์กับความเสี่ยงที่เพิ่มขึ้นของภาวะความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ โดยเฉพาะภาวะความดันโลหิตสูงจากการตั้งครรภ์และภาวะครรภ์เป็นพิษ รวมทั้งภาวะแทรกซ้อนทางสูติกรรมที่สำคัญ ได้แก่ รกลอกตัวก่อนกำหนด การเจ็บป่วยรุนแรงของมารดา และภาวะแทรกซ้อนด้านหัวใจและหลอดเลือด

หลักฐานที่นำเข้าสู่ศึกษามีองค์ประกอบสนับสนุนหลายประการ ประการแรกคือ ความสม่ำเสมอของทิศทางความสัมพันธ์ งานวิจัยทั้งจากกลุ่มผู้ใช้เมทแอมเฟตามีนผิดกฎหมายและผู้ได้รับยากระตุ้นตามใบสั่งแพทย์ต่างรายงานความเสี่ยงของภาวะความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์เพิ่มขึ้น แม้ขนาดของความสัมพันธ์จะแตกต่างกัน ตัวอย่างเช่น Roloff et al. (2015) พบว่าหญิงตั้งครรภ์ที่ใช้เมทแอมเฟตามีนเกิดครรภ์เป็นพิษร้อยละ 34.3 เทียบกับร้อยละ 4.6 ในกลุ่มไม่ใช้สาร โดยมีค่า OR เท่ากับ 10.89 (95% CI [6.99, 16.96]) และมีความเสี่ยงคลอดก่อนกำหนดเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ หลักฐานจากประเทศไทยสนับสนุนทิศทางเดียวกัน โดย Premchit et al. (2021) พบภาวะความดันโลหิตสูงในหญิงตั้งครรภ์ที่ตรวจพบเมทแอมเฟตามีนในปัสสาวะร้อยละ 14.6 เทียบกับร้อยละ 1.0 ในกลุ่มควบคุม คิดเป็น OR เท่ากับ 17.4 นอกจากนี้ กลุ่มที่ได้รับสารยังมีการคลอดก่อนกำหนดและน้ำหนักแรกเกิดเฉลี่ยต่ำกว่ากลุ่มควบคุม ผลดังกล่าวช่วยยืนยันว่าความสัมพันธ์ไม่ได้พบเฉพาะในประเทศตะวันตก แต่พบในบริบทของระบบบริการสุขภาพไทยด้วย

ประการที่สองคือ ความสัมพันธ์ตามลำดับเวลาและช่วงเวลาของการได้รับสาร Newport et al. (2016) ศึกษาหญิงตั้งครรภ์แบบไปข้างหน้าและพบว่า การได้รับยากระตุ้น psychostimulants หลังอายุครรภ์ 20 สัปดาห์สัมพันธ์กับ HDP หลังควบคุมปัจจัยกวน โดยมี OR เท่ากับ 6.11 (95% CI [1.79, 20.9]) และการวิเคราะห์เพิ่มเติมพบแนวโน้มความเสี่ยงเพิ่มขึ้นตามขนาดยากระตุ้นกลุ่มแอมเฟตามีน การพบความสัมพันธ์เมื่อได้รับสารในช่วงหลัง 20 สัปดาห์ ซึ่งเป็นช่วงที่ HDP เริ่มแสดงอาการทางคลินิก ประกอบกับแนวโน้มแบบ dose-response ช่วยเพิ่มน้ำหนักต่อสมมติฐานเชิงสาเหตุ แต่หลักฐานส่วนนี้ยังมาจากผู้ได้รับ psychostimulants จำนวนน้อย จึงควรได้รับการยืนยันจากการศึกษาขนาดใหญ่ที่เก็บข้อมูลขนาดยาและช่วงเวลาการได้รับสารอย่างเป็นระบบ อย่างไรก็ตาม ความสัมพันธ์จากยากระตุ้นตามใบสั่งแพทย์มีขนาดต่ำกว่าที่พบในงานเมทแอมเฟตามีนผิดกฎหมาย Cohen et al. (2017) ศึกษาฐานข้อมูลหญิงตั้งครรภ์เกือบ 1.5 ล้านราย และพบว่า การใช้ยากระตุ้นในระยะแรกของการตั้งครรภ์สัมพันธ์กับความเสี่ยงครรภ์เป็นพิษเพิ่มขึ้นเพียงเล็กน้อย ภายหลังปรับปัจจัยกวนแล้วมี adjusted RR เท่ากับ 1.29 (95% CI [1.11, 1.49]) ส่วนการใช้ amphetamine/dextroamphetamine มี adjusted RR เท่ากับ 1.33 (95% CI [1.12, 1.58]) ผู้วิจัยจึงชี้ว่าความเสี่ยงสัมบูรณ์ที่เพิ่มขึ้นมีขนาดเล็ก อาจจะไม่สามารถตีความว่าสารทุกชนิดในกลุ่มนี้มีความเสี่ยงเท่ากัน และใช้เป็นเหตุผลในการหยุดยาตามแผนการรักษา เนื่องจากมีความแตกต่างระหว่างผลของเมทแอมเฟตามีนผิดกฎหมายกับยาตามใบสั่งแพทย์อาจสัมพันธ์กับขนาดยา ความถี่รูปแบบการใช้ ความบริสุทธิ์ของสาร การใช้สารหลายชนิดร่วมกัน และลักษณะพื้นฐานของประชากร

ประการที่สามคือ ความเป็นไปได้ทางชีววิทยา แอมเฟตามีนและเมทแอมเฟตามีนเพิ่มการทำงานของสารสื่อประสาทกลุ่ม catecholamines โดยเฉพาะ norepinephrine ทำให้เกิดการกระตุ้นระบบประสาทซิมพาทetik การหดตัวของหลอดเลือด การเพิ่มความต้านทานของหลอดเลือดส่วนปลาย และความดันโลหิตสูง ผลดังกล่าวอาจลดการไหลเวียนเลือดระหว่างมดลูกและรก และส่งเสริมภาวะ placental hypoperfusion ซึ่งสอดคล้องกับพยาธิสรีรวิทยาของครรภ์เป็นพิษ การศึกษาของ Roloff et al. (2015) เสนอความเชื่อมโยงระหว่าง การหลั่ง norepinephrine กับ vasospasm และภาวะครรภ์เป็นพิษ ขณะที่การศึกษาของ Newport et al. (2016) พบว่าความเสี่ยงสัมพันธ์กับยาที่กระตุ้นระบบ noradrenergic มากกว่ายาที่ออกฤทธิ์ต่อระบบ serotonergic โดยเฉพาะ จึงสนับสนุนสมมติฐานว่าความไวของหลอดเลือดต่อการกระตุ้นด้วย norepinephrine อาจเป็นกลไกสำคัญ หลักฐานจากฐานข้อมูลขนาดใหญ่ยังช่วยเพิ่มความน่าเชื่อถือของความสัมพันธ์ ภายหลัง

ควบคุมโรคร่วมและปัจจัยสังคมประชากร การศึกษาของ Hayer et al. (2024) พบว่าการใช้เมทแอมเฟตามีนระหว่างตั้งครรภ์สัมพันธ์กับภาวะความดันโลหิตสูงชนิดไม่รุนแรง (aRR = 1.81; 95% CI [1.71, 1.90]) ครรภ์เป็นพิษชนิดรุนแรง (aRR = 3.38; 95% CI [3.14, 3.63]) แต่ยังไม่สามารถขจัด residual confounding ได้ทั้งหมด

จากองค์ประกอบดังกล่าว ทั้งความสม่ำเสมอของผล ความสัมพันธ์ตามลำดับเวลา แนวโน้มตามขนาดยา ความเป็นไปได้ทางชีววิทยา และการคงอยู่ของความสัมพันธ์หลังปรับปัจจัยกวน ล้วนเพิ่มน้ำหนักว่าสารกระตุ้นกลุ่มแอมเฟตามีนอาจมีบทบาทต่อการเกิด HDP อย่างไรก็ตามยังไม่อาจสรุปว่าเป็นสาเหตุโดยตรง เนื่องจากการศึกษาสังเกตการณ์ยังเผชิญกับข้อจำกัดของการจำแนกการได้รับสาร ปัจจัยกวน และความแตกต่างระหว่างการใช้สารผิดกฎหมายกับการใช้ยาตามข้อบ่งชี้

จากการทบทวนวรรณกรรมพบข้อจำกัดของการศึกษา ได้แก่ 1) หลักฐานส่วนใหญ่เป็นการศึกษาย้อนหลัง ที่ผลการศึกษาขึ้นอยู่กับความครบถ้วนของเวชระเบียนและรหัสวินิจฉัย จึงเสี่ยงต่อ information bias และ misclassification bias โดยเฉพาะการใช้รหัส ICD ซึ่งอาจตรวจพบเฉพาะผู้ที่ได้รับการบันทึกการวินิจฉัยหรือมีการใช้สารในระดับที่บุคลากรสุขภาพรับรู้ ขณะที่ผู้ใช้เป็นครั้งคราวหรือไม่เปิดเผยประวัติอาจถูกจัดเป็นกลุ่มไม่สัมผัสสาร 2) วิธีประเมินการได้รับสารยังแตกต่างกันอย่างมาก ตั้งแต่การรายงานตนเอง การตรวจปัสสาวะ เวชระเบียน รหัสวินิจฉัย ไปจนถึงข้อมูลการจ่ายยา การตรวจปัสสาวะสะท้อนการใช้สารในช่วงเวลาจำกัดและไม่สามารถระบุปริมาณหรือรูปแบบการใช้ตลอดการตั้งครรภ์ ขณะที่ข้อมูลการจ่ายยาแสดงว่าผู้ป่วยได้รับยา แต่ไม่ยืนยันว่ารับประทานจริง ส่วนรหัสวินิจฉัยอาจมีความจำเพาะสูงแต่ความไวต่ำ ความแตกต่างดังกล่าวส่งผลให้กลุ่มที่ได้รับสารในแต่ละการศึกษาไม่ได้มีความหมายเหมือนกัน และทำให้เปรียบเทียบขนาดความสัมพันธ์ระหว่างการศึกษาได้ยาก 3) การขาดข้อมูลเกี่ยวกับปริมาณ ความถี่ ระยะเวลา และไตรมาสที่ได้รับสารเป็นข้อจำกัดต่อการประเมิน dose-response และ critical exposure window แม้การศึกษาของ Newport et al. (2016) จะพบแนวโน้มตามขนาดยาและชี้ว่าการได้รับยาหลัง 20 สัปดาห์อาจมีความสำคัญ แต่หลักฐานจากการศึกษาอื่นยังไม่เพียงพอที่จะยืนยันว่าความเสี่ยงเพิ่มตามปริมาณหรือช่วงเวลาของการได้รับสารอย่างไร ช่องว่างนี้ทำให้ยังไม่สามารถกำหนดระดับการได้รับสารที่สัมพันธ์กับความเสี่ยง หรือระบุว่าการหยุดใช้ในช่วงใดจะลดความเสี่ยงได้มากที่สุด 4) ประเด็นการควบคุมปัจจัยกวน (confounding) หญิงตั้งครรภ์ที่ใช้เมทแอมเฟตามีนมักมีความแตกต่างจากกลุ่มไม่ใช้สารหลายด้าน เช่น การสูบบุหรี่ การใช้สารหลายชนิด ภาวะทางจิตเวช โรคเรื้อรัง การฝากครรภ์ไม่เพียงพอ การศึกษาต่ำ และความเปราะบางทางเศรษฐกิจสังคม ตัวอย่างจากฐานข้อมูลขนาดใหญ่พบว่ากลุ่มใช้เมทแอมเฟตามีนมีโรคร่วมมากกว่าและเกือบหนึ่งในสามมีการฝากครรภ์น้อยกว่า 5 ครั้ง แม้แบบจำลองทางสถิติจะปรับตัวแปรบางส่วนแล้ว แต่ข้อมูลเกี่ยวกับความรุนแรงของการใช้สาร โภชนาการ ความเครียด ความรุนแรงในครอบครัว และการเข้าถึงบริการอาจไม่ได้รับการบันทึกอย่างครบถ้วน จึงยังมีโอกาสเกิด residual confounding 5) การรวมเมทแอมเฟตามีนผิดกฎหมายกับ prescription stimulants ภายใต้แนวคิด “amphetamine-related stimulants” ช่วยให้เห็นขอบเขตหลักฐานกว้างขึ้น แต่ก่อให้เกิดความไม่เป็นเนื้อเดียวกันเชิงคลินิก การใช้สารผิดกฎหมายมักมีขนาดและความถี่ไม่แน่นอน อาจใช้ร่วมกับสารอื่น และสัมพันธ์กับความเปราะบางทางสังคม ขณะที่การใช้ยาตามใบสั่งแพทย์มีขนาดยาค่อนข้างแน่นอนและอยู่ภายใต้การติดตามรักษา ดังนั้น ไม่ควรนำค่าประมาณความเสี่ยงจากทั้งสองกลุ่มมาเปรียบเทียบโดยตรงหรือสรุปเป็นค่าความเสี่ยงเดียว 6) ด้านความสามารถในการอ้างอิงไปยังบริบทอื่น มากกว่าครึ่งหนึ่งของการศึกษาดำเนินการในสหรัฐอเมริกา ขณะที่มีการศึกษาจากประเทศไทย 4 เรื่องและออสเตรเลีย 1 เรื่อง แต่ละบริบทจะมีความแตกต่างด้านรูปแบบการใช้สาร ระบบฝากครรภ์ นโยบายยาเสพติด การเข้าถึงบริการ และปัจจัยทางสังคมอาจทำให้ขนาดของความเสี่ยงและผลของมาตรการดูแลแตกต่างกัน การนำผลจากฐานข้อมูลประเทศรายได้สูงมาใช้กับประเทศไทยจึงต้องพิจารณาบริบทอย่างระมัดระวัง

การนำผลการวิจัยไปใช้

ผลการศึกษาครั้งนี้สามารถนำไปประยุกต์ใช้ในการดูแลสุขภาพมารดา ดังนี้

1. ด้านการปฏิบัติการพยาบาลระยะฝากครรภ์ ควรให้ความสำคัญกับการคัดกรองการใช้สารเสพติดในสตรีตั้งครรภ์ตั้งแต่ระยะเริ่มต้นของการฝากครรภ์ เพื่อระบุหญิงตั้งครรภ์กลุ่มเสี่ยงและวางแผนการดูแลเฉพาะราย หญิงตั้งครรภ์ที่มีประวัติการใช้สารแอมเฟตามีนควรมีการติดตามระดับความดันโลหิต อาการแสดงของภาวะครรภ์เป็นพิษ และภาวะแทรกซ้อนที่เกี่ยวข้องตลอดการตั้งครรภ์
2. ด้านการดูแลแบบสหสาขาวิชาชีพ หญิงตั้งครรภ์ที่มีประวัติการใช้แอมเฟตามีนควรได้รับการดูแลแบบบูรณาการจากทีมสหสาขาวิชาชีพ ได้แก่ สูติแพทย์ พยาบาลผดุงครรภ์ จิตแพทย์ นักจิตวิทยา และผู้เชี่ยวชาญด้านการบำบัดสารเสพติด เพื่อช่วยลดการใช้สารซ้ำ ส่งเสริมการเข้าถึงบริการฝากครรภ์อย่างต่อเนื่อง และลดความเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนของมารดา

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษารูปแบบ prospective cohort ที่สามารถเก็บข้อมูลการได้รับสารอย่างละเอียด
2. ควรศึกษาเกี่ยวกับความสัมพันธ์แบบ dose-response และผลการได้รับสารในแต่ละช่วงอายุครรภ์
3. ควรแยกศึกษาผลของ methamphetamine, amphetamine, dextroamphetamine และ prescription psychostimulants เพื่อให้มีข้อมูลที่เพียงพอในการระบุความเสี่ยงของสารแต่ละชนิด
4. ควรศึกษาในประเทศไทยเพิ่มขึ้น เพื่อให้ได้หลักฐานที่สอดคล้องกับบริบทสังคม

รายการอ้างอิง

- กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. (2568). กรมอนามัยเดินหน้าระบบเฝ้าระวัง คัดกรอง และดูแลการใช้สารเสพติดในหญิงตั้งครรภ์แบบบูรณาการ เน้นการดูแลโดยไม่ตีตราและเคารพสิทธิ. เว็บไซต์กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข
- ไพศิษฐ์ เพชรมะลิ. (2568). ผลลัพธ์ทางสูติกรรมของมารดาและทารกในมารดาเสพยาแอมเฟตามีนที่มากลอดโรงพยาบาลท่าศาลา. *วารสารวิชาการแพทย์เขต 11*, 39(1), 55–68.
- อดิศักดิ์ ไวยเขตการณ์. (2564). ผลลัพธ์การตั้งครรภ์ของมารดาและทารกในสตรีตั้งครรภ์ที่เสพยาแอมเฟตามีนระหว่างตั้งครรภ์. *วารสารโรงพยาบาลมหาสารคาม*, 18(2), 105–112.
- หรรษา เรืองศิริปิยะกุล. (2569). ผลกระทบจากการใช้สารเมทแอมเฟตามีนของมารดาขณะตั้งครรภ์และภาวะถอนยาของทารกแรกเกิดในโรงพยาบาลสิรินธร จังหวัดขอนแก่น. *วารสารสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น*, 8(1), e280743.
- Admon, L. K., Bart, G., Kozhimannil, K. B., Richardson, C. R., Dalton, V. K., & Winkelman, T. N. A. (2019). Amphetamine- and opioid-affected births: Incidence, outcomes, and costs, United States, 2004–2015. *American Journal of Public Health*, 109(1), 148–154. <https://doi.org/10.2105/AJPH.2018.304771>
- Arksey, H., & O'Malley, L. (2005). Scoping studies: Towards a methodological framework. *International Journal of Social Research Methodology*, 8(1), 19–32. <https://doi.org/10.1080/1364557032000119616>
- Chomchai, C., & Manaboriboon, B. (2012). Stimulant methamphetamine and dextromethorphan use among Thai adolescents: Implications for health of women and children. *Journal of Medical Toxicology*, 8, 291–294. <https://doi.org/10.1007/s13181-012-0228-0>
- Cohen, J. M., Hernández-Díaz, S., Bateman, B. T., Park, Y., Desai, R. J., Gray, K. J., Paterno, E., Mogun, H., & Huybrechts, K. F. (2017). Placental complications associated with psychostimulant use in pregnancy. *Obstetrics & Gynecology*, 130(6), 1192–1201. <https://doi.org/10.1097/AOG.0000000000002362>
- Garovic, V. D., Dechend, R., Karumanchi, S. A., Baird, S. M., Easterling, T., Magee, L. A., Rana, S., Vermunt, J. V., & August, P. (2022). Hypertension in pregnancy: Diagnosis, blood pressure goals, and pharmacotherapy: A scientific statement from the American Heart Association. *Hypertension*, 79(2), e21–e41. <https://doi.org/10.1161/HYP.0000000000000208>
- Hayer, S., Garg, B., Wallace, J., Prewitt, K. C., Lo, J. O., & Caughey, A. B. (2024). Prenatal methamphetamine use increases risk of adverse maternal and neonatal outcomes. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 231(3), 356.e1–356.e15. <https://doi.org/10.1016/j.ajog.2024.05.033>
- Homsup, P., Phaloprakarn, C., Tangjitgamol, S., & Manusirivithaya, S. (2018). Maternal characteristics and pregnancy outcomes among illicit drug-using women in an urban setting. *Taiwanese Journal of Obstetrics and Gynecology*, 57(1), 83–88. <https://doi.org/10.1016/j.tjog.2017.12.014>

- Newport, D. J., Hostetter, A. L., Juul, S. H., Porterfield, S. M., Knight, B. T., & Stowe, Z. N. (2016). Prenatal psychostimulant and antidepressant exposure and risk of hypertensive disorders of pregnancy. *The Journal of Clinical Psychiatry*, 77(11), 1538–1545. <https://doi.org/10.4088/JCP.15m10506>
- Peters, M. D. J., Godfrey, C., McInerney, P., Munn, Z., Tricco, A. C., & Khalil, H. (2020). Chapter 11: Scoping reviews. In E. Aromataris & Z. Munn (Eds.), *JBIMES-20-12* synthesis. Joanna Briggs Institute. <https://doi.org/10.46658/JBIMES-20-12>
- Pippard, N. S., Bandoli, G., & Baer, R. J. (2024). Trends and adverse pregnancy and birth outcomes associated with stimulant-related disorder diagnosis. *Addiction*, 119(11), 2006–2014. <https://doi.org/10.1111/add.16636>
- Premchit, S., Orungrote, N., Prommas, S., Smachat, B., Bhamarapavatana, K., & Suwannarurk, K. (2021). Maternal and neonatal complications of methamphetamine use during pregnancy. *Obstetrics and Gynecology International*, 2021, Article 8814168. <https://doi.org/10.1155/2021/8814168>
- Roberts, J. M., & Hubel, C. A. (2009). The two-stage model of preeclampsia: Variations on the theme. *Placenta*, 30(Suppl. A), S32–S37. <https://doi.org/10.1016/j.placenta.2008.11.009>
- Roloff, K. A., Stepanyan, G., & Valenzuela, G. (2015). Methamphetamine use increases chances of preeclampsia. *Journal of Family Medicine and Disease Prevention*, 1(3), Article 011. <https://doi.org/10.23937/2469-5793/1510011>
- Russell, D. J., Wyrwoll, C. S., Preen, D. B., & Kelty, E. (2024). Investigating maternal and neonatal health outcomes associated with continuing or ceasing dexamphetamine treatment for women with attention-deficit hyperactivity disorder during pregnancy: A retrospective cohort study. *Archives of Women's Mental Health*, 27(5), 785–794. <https://doi.org/10.1007/s00737-024-01450-4>
- Tricco, A. C., Lillie, E., Zarin, W., O'Brien, K. K., Colquhoun, H., Levac, D., Moher, D., Peters, M. D. J., Horsley, T., Weeks, L., Hempel, S., Akl, E. A., Chang, C., McGowan, J., Stewart, L., Hartling, L., Aldcroft, A., Wilson, M. G., Garritty, C., ... Straus, S. E. (2018). PRISMA extension for scoping reviews (PRISMA-ScR): Checklist and explanation. *Annals of Internal Medicine*, 169(7), 467–473. <https://doi.org/10.7326/M18-0850>
- United Nations Office on Drugs and Crime. (2022). Synthetic drugs in East and Southeast Asia: Latest developments and challenges 2022. United Nations Office on Drugs and Crime.
- United Nations Office on Drugs and Crime. (2025). World drug report 2025: Special points. United Nations Office on Drugs and Crime.

เบื้องหลังการติดเชื้อ: ความจริงที่ซ่อนอยู่ในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่ล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่อง
The Hidden Realities Behind Peritonitis Incidence in Chronic Kidney Disease
Patients Undergoing Continuous Ambulatory Peritoneal Dialysis

พิมพรรณ เรืองพุทธ^{1*} และ อิศรา ปรีชา²

Pimpawan Rueangphut^{1*} and Itsara Preecha²

¹วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครศรีธรรมราช คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก

²โรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช

¹Boromrajonnani College of Nursing, Nakhon Si Thammarat, Faculty of Nursing, Praboromarajchanok Institute

²Maharaj Si Thammarat Hospital

(Received: September 16, 2026, Revised: February 27, 2026, Accepted: July 22, 2026)

บทคัดย่อ

การติดเชื้อเยื่อช่องท้อง (Peritonitis) ยังคงเป็นภาวะแทรกซ้อนที่สำคัญ และเป็นสาเหตุหลักของการเข้าโรงพยาบาลในผู้ป่วยล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่อง (Continuous Ambulatory Peritoneal Dialysis; CAPD) อีกทั้งยังส่งผลต่อคุณภาพชีวิตและอัตราการรอดชีวิตของผู้ป่วย บทความนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อรวบรวมองค์ความรู้และวิเคราะห์ปัจจัยความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะเยื่อช่องท้องอักเสบ (Peritonitis) ในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่อง โดยบูรณาการแนวทางปฏิบัติตามมาตรฐานสากลของสมาคมล้างไตทางช่องท้องนานาชาติ (International Society for Peritoneal Dialysis: ISPD 2022) เข้ากับบริบททางสรีรวิทยาและสภาพแวดล้อมของประเทศไทย บทความเน้นย้ำถึงบทบาทสำคัญของพยาบาลในการสนับสนุนการดูแลตนเองของผู้ป่วยและผู้ดูแล จากประสบการณ์ดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่ติดเชื้อจากการล้างไตทางช่องท้อง จำนวน 16 ราย พบว่ามี "ช่องว่างระหว่างความรู้และวิถีปฏิบัติจริง" ที่นำไปสู่อุบัติการณ์การติดเชื้อซึ่งสามารถจำแนกความเสี่ยงได้เป็น 3 มิติ ได้แก่ 1) มิติด้านพฤติกรรม ที่เกิดจากความคุ้นชิน การละเลยมาตรฐาน และการตีความความสะอาดที่คลาดเคลื่อน 2) มิติด้านสิ่งแวดล้อม จากข้อจำกัดของพื้นที่อยู่อาศัย และการจัดเก็บอุปกรณ์ที่ไม่เหมาะสม และ 3) มิติด้านสังคมและจิตวิทยา อันเกิดจากความเหนื่อยล้าในการรักษาที่ยาวนาน นำไปสู่ความซึมเศร้าและความห่อหุ้มในการป้องกัน องค์ความรู้เหล่านี้ชี้ให้เห็นถึงความจำเป็นในการประเมิน ติดตาม และออกแบบการดูแลที่สอดคล้องกับบริบทความเป็นจริงของผู้ป่วยแต่ละราย เพื่อลดอัตราการติดเชื้อและเพิ่มคุณภาพชีวิตอย่างยั่งยืน

คำสำคัญ: การล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่อง, การติดเชื้อเยื่อช่องท้อง, การดูแลตนเอง, ช่องว่างของการปฏิบัติ

*ผู้ให้การติดต่อ (Corresponding e-mail: pimpawan@bcnnakhon.ac.th)

Abstract

Peritonitis remains a major complication and the leading cause of hospitalization among patients undergoing Continuous Ambulatory Peritoneal Dialysis (CAPD). It also significantly affects patients' quality of life and survival outcomes. This article aims to synthesize existing knowledge and analyze risk factors associated with peritonitis in patients with chronic kidney disease receiving CAPD. The discussion integrates the international practice guidelines of the International Society for Peritoneal Dialysis (ISPD 2022) with the physiological and environmental contexts of Thailand. The article emphasizes the critical role of nurses in supporting self-care practices among patients and caregivers. Drawing upon clinical experiences in caring for 16 chronic kidney disease patients who developed CAPD-related peritonitis, a notable "gap between knowledge and actual practice" was identified as a contributing factor to infection occurrence. The associated risks can be categorized into three dimensions: (1) behavioral factors, including habitual practices, non-adherence to infection prevention standards, and misconceptions regarding cleanliness; (2) environmental factors, including limitations of living spaces and inappropriate storage of dialysis equipment; and (3) social and psychological factors, arising from long-term treatment fatigue, leading to underlying depressive symptoms and reduced vigilance in infection prevention.

These insights highlight the necessity of comprehensive assessment, continuous monitoring, and the design of individualized care strategies that align with the real-life contexts of patients and caregivers. Such approaches are essential for reducing peritonitis incidence and promoting sustainable improvements in patients' quality of life.

Keywords: Continuous Ambulatory Peritoneal Dialysis, Peritonitis, Self-Care, Practice Gap

บทนำ

ภาวะไตเรื้อรังระยะสุดท้าย (End-Stage Renal Disease: ESRD) เป็นวิกฤตการณ์ด้านสาธารณสุขที่ส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตและอัตราการรอดชีพของผู้ป่วยทั่วโลก การล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่อง (Continuous Ambulatory Peritoneal Dialysis: CAPD) ถือเป็นวิธีหลักในการบำบัดทดแทนไต โดยเฉพาะภายใต้นโยบาย "PD First" ของประเทศไทย เนื่องจากเป็นวิธีการที่เอื้อให้ผู้ป่วยสามารถจัดการตนเองได้ที่บ้าน กลไกหลักอาศัยเยื่อช่องท้อง (Peritoneal membrane) เป็นตัวกลางในการแลกเปลี่ยนของเสีย เกลือแร่ และการดึงน้ำส่วนเกินผ่านกระบวนการแพร่ (Diffusion) และการออสโมซิส (Osmosis) โดยใช้น้ำยาล้างไตเป็นตัวทำละลาย แม้ CAPD จะมีประสิทธิภาพสูงในการดำรงไว้ซึ่งสภาวะสมดุลของร่างกาย แต่ประเด็นท้าทายที่เป็นอุปสรรคสำคัญต่อความสำเร็จของการรักษา คือ การติดเชื้อเยื่อช่องท้อง (Peritonitis)

สถานการณ์การติดเชื้อเยื่อช่องท้องในประเทศไทยยังคงมีความผันแปร โดยมีรายงานอุบัติการณ์อยู่ที่ 0.24–0.86 ครั้งต่อราย-ปี (เถลิงศักดิ์ กาญจนบุษย์, 2556) ซึ่งเมื่อเปรียบเทียบกับเกณฑ์มาตรฐานของสมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย และแนวทางปฏิบัติระดับสากลโดยสมาคมล้างไตทางช่องท้องนานาชาติ (International Society for Peritoneal Dialysis: ISPD) ปี 2022 ที่กำหนดเป้าหมายไว้ไม่เกิน 0.4 ครั้งต่อราย-ปี (Li et al., 2022) จะเห็นได้ว่าอุบัติการณ์ในบางพื้นที่ยังคงสูงกว่าเกณฑ์มาตรฐาน ผลกระทบจากการติดเชื้อไม่ได้จำกัดเพียงแค่ความเจ็บปวดทางกาย แต่ยังนำไปสู่ภาวะเยื่อช่องท้องเสื่อมสภาพจนสูญเสียความสามารถในการกรอง ส่งผลให้ผู้ป่วยเผชิญกับภาวะล้มเหลวของการรักษา และจำเป็นต้องเปลี่ยนไปสู่การฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม (Hemodialysis) ซึ่งเพิ่มภาระค่าใช้จ่ายและลดอัตราการรอดชีพในระยะยาว จากการทบทวนวรรณกรรมในระดับสากลช่วงปี ค.ศ.2022–2024 พบว่าทิศทางการศึกษาได้มุ่งเน้นไปที่กลไกเชิงลึกทางจุลชีววิทยาและการบริหารจัดการตามแนวทาง ISPD ใหม่ โดยเฉพาะการแพร่กระจายของเชื้อผ่านผนังลำไส้ (Enteric Peritonitis) ในผู้ป่วยที่มีภาวะท้องผูก และการก่อตัวของจุลินทรีย์ในรูปแบบ ไบโอฟิล์ม (Biofilm) บริเวณสายล้างไต ซึ่งเป็นสาเหตุหลักของการติดเชื้อดื้อยาและติดเชื้อซ้ำ (Sampaio et al., 2016) ขณะที่ในบริบทของประเทศไทย การศึกษาที่ผ่านมาได้มุ่งเน้นไปที่ความสัมพันธ์ของปัจจัยเชิงบุคคลและสิ่งแวดล้อมในเขตร้อน โดยเฉพาะปัจจัยด้านสรีรวิทยาและผลทางห้องปฏิบัติการ อาทิ ภาวะอัลบูมินในเลือดต่ำ (<3.5 g/dL) ซึ่งสัมพันธ์กับภาวะลำไส้บวมน้ำและการแพร่กระจายของแบคทีเรีย (วิชชุดา จำปามาศ, 2568) ภาวะน้ำตาลในเลือดสูง และภาวะโพแทสเซียมในเลือดต่ำ ที่ส่งผลต่อการเคลื่อนไหวของลำไส้ (ทิพวรรณ พงษ์หัสบรรณ และชินฤทัย ยี่เขียน, 2565)

อย่างไรก็ตาม แม้ว่าปัจจัยเสี่ยงทางคลินิก เช่น ระดับอัลบูมิน โพแทสเซียม หรือดัชนีมวลกาย จะได้รับการยืนยันอย่างแพร่หลายว่าเป็นตัวพยากรณ์การเกิดการติดเชื้อ แต่ในทางปฏิบัติกลับพบความย้อนแย้งเชิงสถิติและคลินิก กล่าวคือ แม้อุบัติการณ์การติดเชื้อในภาพรวมจะดูเหมือนมีแนวโน้มคงที่ แต่ในระดับรายบุคคล อัตราการติดเชื้อเยื่อช่องท้องกลับไม่ได้ลดลงอย่างมีนัยสำคัญตามการรับรู้ปัจจัยเสี่ยงเหล่านี้ ประเด็นนี้จำเป็นต้องให้ความสำคัญว่า เหตุใดการระบุปัจจัยเสี่ยงทางการแพทย์เพียงอย่างเดียว จึงไม่สามารถลดอัตราการติดเชื้อในวิถีปฏิบัติจริงได้อย่างยั่งยืน ปรากฏการณ์ดังกล่าวสะท้อนให้เห็นถึง ช่องว่างระหว่างความรู้และวิถีปฏิบัติ ใน 3 มิติหลัก ได้แก่ 1) พลวัตของปัจจัยด้านสรีรวิทยาและพฤติกรรมปัจจัยเสี่ยง เช่น ระดับสารอาหารหรือค่าน้ำตาล เป็นค่าทางห้องปฏิบัติการที่มีความผันแปรสูงตามวิถีชีวิตประจำวัน การประเมินเป็นครั้งคราวที่สถานพยาบาลอาจไม่สะท้อนถึงสภาวะที่แท้จริงของผู้ป่วยขณะอยู่ที่บ้าน ซึ่งเป็นจุดที่เกิดการติดเชื้อจริง 2) ความเหนื่อยล้าจากการรักษา แม้ผู้ป่วยจะมีความรู้เรื่องเทคนิคปลอดเชื้อ แต่การต้องล้างไตต่อเนื่อง 4-5 ครั้งต่อวัน เป็นระยะเวลานานหลายปี ส่งผลให้เกิดความคลาดเคลื่อนในการปฏิบัติ จากความเคยชินหรือความอ่อนล้า ซึ่งปัจจัยด้านจิตสังคมนี้มักถูกละเลยในการประเมินความเสี่ยงเชิงคลินิกแบบดั้งเดิม และ 3) ข้อจำกัดเชิงโครงสร้างและสิ่งแวดล้อม ในบริบทสังคมไทย ความรู้ด้านเทคนิคปลอดเชื้อที่ได้รับจากพยาบาลมักถูกจำกัดด้วยสภาพความเป็นอยู่ที่แท้จริง เช่น ความยากลำบากในการควบคุมความสะอาดของที่พักอาศัยในเขตร้อนชื้น หรือข้อจำกัดด้านเศรษฐกิจสถานะที่ส่งผลต่อคุณภาพอาหารและอุปกรณ์ทำความสะอาด

ดังนั้น การติดเชื้อเยื่อช่องท้องจึงไม่ใช่เพียงผลลัพธ์ของเชื้อจุลินทรีย์หรือค่าเลือดที่ผิดปกติเท่านั้น แต่เป็นอุบัติการณ์ที่เกิดจากปฏิสัมพันธ์อันซับซ้อนระหว่าง ปัจจัยทางสรีรวิทยาที่ควบคุมยาก กับ วิธีการปฏิบัติจริงที่หน้างาน การศึกษารุ่นนี้จึงมุ่งหวังที่จะก้าวข้ามการเพียงแค่วิเคราะห์ปัจจัยเสี่ยง ไปสู่การวิเคราะห์เชิงลึกเพื่อหาจุดเชื่อมโยงที่จะปิดช่องว่างระหว่างความรู้ทางทฤษฎีและข้อจำกัดในทางปฏิบัติ เพื่อสร้างแนวทางการพยาบาลที่สามารถนำไปใช้ได้จริงและลดอุบัติการณ์การติดเชื้อได้อย่างเป็นรูปธรรม

เนื้อเรื่อง

นิยามและอุบัติการณ์ซ่อนเร้นในวิธปฏิบัติ CAPD

ในการพยาบาลผู้ป่วยล้างไตทางช่องท้อง การทำความเข้าใจ "นิยาม" คือจุดเริ่มต้นของการเฝ้าระวัง แต่การมองให้เห็น "เบื้องหลัง" ของความคลาดเคลื่อน คือหัวใจของการป้องกัน โดยอุบัติการณ์ของการติดเชื้อตามมาตรฐาน ISPD 2022 และภาวะแทรกซ้อนที่เกี่ยวข้อง สามารถจำแนกเพื่อการวินิจฉัยที่แม่นยำได้ ดังนี้

1. ภาวะ PD-related peritonitis ต้องปรากฏอย่างน้อย 2 ใน 3 ข้อ คือ ได้แก่ 1) ลักษณะอาการทางคลินิกที่บ่งชี้ว่ามีการอักเสบของเยื่อช่องท้อง เช่น ปวดท้อง และหรือน้ำล้างไตที่ถ่ายออกมามีลักษณะขุ่น 2) ผลตรวจน้ำล้างไตพบจำนวนเม็ดเลือดขาวรวม มากกว่า 100 เซลล์ต่อไมโครลิตร และเม็ดเลือดขาวชนิดนิวโทรฟิล มากกว่าร้อยละ 50 และ 3) ผลตรวจน้ำล้างไตพบเชื้อก่อโรคจากการย้อมสีแกรม หรือการเพาะเชื้อจากน้ำล้างไตเป็นบวก (Li, et al., 2022)

2. ภาวะ Exit site infection คือการพบหนอง และหรือมีอาการแดงของผิวหนังบริเวณปากช่องสายออก ภาวะ tunnel infection คือ พบการอักเสบของอุโมงค์สายจากลักษณะทางคลินิก หรือตรวจพบหนองหรือน้ำในอุโมงค์จากการอัลตราซาวด์

3. ภาวะ Repeat peritonitis คือการติดเชื้อในช่องท้องที่เกิดขึ้นซ้ำหลังจากการสิ้นสุดการรักษาการติดเชื้อครั้งก่อนไปแล้วมากกว่า 4 สัปดาห์ จากเชื้อก่อโรคตัวเดิม

4. ภาวะ Recurrent peritonitis คือการติดเชื้อในช่องท้องที่เกิดขึ้นซ้ำภายใน 4 สัปดาห์หลังจากการสิ้นสุดการรักษาการติดเชื้อครั้งก่อน โดยเชื้อก่อโรคเป็นเชื้อตัวใหม่

5. ภาวะ Refractory peritonitis คือการติดเชื้อในช่องท้องที่ไม่ตอบสนองต่อการรักษาหลังจากได้รับยาปฏิชีวนะที่เหมาะสมไปแล้วเกินกว่า 5 วัน

6. Catheter-relate peritonitis คือการติดเชื้อในช่องท้องที่เกิดร่วมกับ exit site infection และหรือ tunnel infection โดยเชื้อก่อโรคนั้นต้องเป็นเชื้อตัวเดียวกันหรือเพาะเชื้อไม่ขึ้น จากตำแหน่งใดตำแหน่งหนึ่ง

7. Peritonitis-related Death คือการเสียชีวิตในขณะที่มีหรือภายใน 4 สัปดาห์หลังเกิดภาวะ peritonitis หรือในขณะที่เข้ารับรักษาตัวในโรงพยาบาลด้วย peritonitis

จากหลักการนิยาม พยาบาลต้องมองทะลุถึงเบื้องหลังจำแนกประเภทการติดเชื้อ เพื่อระบุต้นตอของปัญหา เช่น การติดเชื้อบริเวณทางออกและอุโมงค์สาย มักเป็นต้นทางของเชื้อเข้าสู่ช่องท้อง การติดเชื้อซ้ำจากเชื้อเดิมภายใน 4 สัปดาห์ สะท้อนถึงประสิทธิภาพการกำจัดเชื้อที่ไม่หมดสิ้น ขณะที่การเปลี่ยนสายพันธุ์เชื้อหรือเกิดซ้ำหลัง 4 สัปดาห์ สะท้อนถึงความบกพร่องในเทคนิคปลอดเชื้ออย่างต่อเนื่อง และภาวะที่ไม่ตอบสนองต่อยาปฏิชีวนะเกิน 5 วัน หรือสัมพันธ์กับตัวสายล้างไต ซึ่งมักนำไปสู่ความล้มเหลวของการรักษาและการเสียชีวิต พยาบาลจึงมีบทบาทสำคัญในการประเมินการรับรู้ และความสามารถในการเรียนรู้ของผู้ป่วยและผู้ดูแล เพื่อนำข้อมูลที่ได้มาใช้อย่างมีประสิทธิภาพในการสอนในผู้ป่วยแต่ละราย และเตรียมความพร้อมด้านร่างกาย จิตใจ เศรษฐกิจ สังคม และความรู้เกี่ยวกับการล้างไตทางช่องท้องของผู้ป่วยและครอบครัว เพื่อปิดช่องว่างของการติดเชื้อเยื่อช่องท้องในผู้ป่วยที่ล้างไตอย่างต่อเนื่อง

บทบาทของพยาบาลในการสนับสนุนการดูแลตนเองของผู้ป่วยล้างไตทางช่องท้อง

ในการสนับสนุนการจัดการดูแลของผู้ป่วยล้างไตทางช่องท้อง พยาบาลต้องทำหน้าที่หลายบทบาทในการสนับสนุนการจัดการตนเองของผู้ป่วย ได้แก่ การร่วมวางแผนและตั้งเป้าหมายในการจัดการตนเอง การสนับสนุนและพัฒนาทักษะที่จำเป็น การส่งเสริมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การเป็นผู้ประสานงานในทีมการดูแล ตลอดจนวางแผนในการติดตามผลของการดูแล โดยมีเป้าหมายคือให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลรับรู้การและการแสดงที่เปลี่ยนแปลงว่ามีความเกี่ยวข้องกันอย่างไร สามารถประเมินอาการเปลี่ยนแปลง เลือกลวิถีการแก้ไข และสามารถนำไปปฏิบัติได้ถูกต้อง การสนับสนุนการเรียนรู้ที่ดี ผู้สอนควรคำนึงถึงความสามารถในการเรียนรู้ของผู้เรียนแต่ละราย ต้องมีการประเมินผลการเรียนรู้ และปรับเปลี่ยนวิธีการสอนและสื่อการสอนให้เหมาะสมกับผู้เรียน ทั้งนี้การให้เหตุผลข้อปฏิบัติในแต่ละขั้นตอนจะทำให้ผู้เรียนเกิดความตระหนักถึงผลกระทบภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นหากไม่ปฏิบัติตามขั้นตอนที่แนะนำ บทบาทของพยาบาลจึงไม่ใช่เพียงผู้ให้ความรู้ แต่เป็นผู้ประเมินความพร้อมในมิติโดยรวม โดยมีจุดวิกฤติที่มักเกิดความผิดพลาด ดังนี้

1. ระยะเตรียมการ ก่อนเริ่มทำการล้างไตทางช่องท้อง การสอนจะเน้นวิธีการปฏิบัติตัวและสังเกตอาการผิดปกติที่ต้องรีบมา รพ. ได้แก่ 1) การตรึงสายล้างช่องท้องให้กระชับกับผนังหน้าท้อง ระมัดระวังให้สายบิดเบี้ยวหรือตึงรั้ง ซึ่งจะทำให้เนื้อเยื่อบาดเจ็บและแผลหายช้าลง 2) ระมัดระวังไม่ให้แผลตื้นแห้งสอดใส่สายล้างช่องท้องเปียกน้ำ ไม่ควรอาบน้ำราดทั้งตัว แต่ให้เช็ดที่ละส่วน หรืออาบน้ำครึ่งตัวโดยมีวัสดุกันน้ำปิดทับแผล 3) จำกัดอาหารโปรตีนสูง เพื่อไม่ให้เกิดของเสียคั่งเพิ่ม 4) จำกัดผัก ผลไม้ที่มีโพแทสเซียมสูง งดอาหารเค็ม จำกัดน้ำดื่มเพื่อป้องกันภาวะน้ำเกิน 5) สังเกตอาการผิดปกติที่ต้องรีบมาพบแพทย์ เช่น แผลติดเชื้อ ขอบแผลบวมแดง มีน้ำเหลืองซึม มีไข้ หายใจหอบเหนื่อย นอนราบไม่ได้ น้ำหนักตัวขึ้น ปัสสาวะลดลง คลื่นไส้อาเจียนเบื่ออาหารมากขึ้น หรือมีเลือดคั่งอยู่ในสาย เป็นต้น

สิ่งที่พยาบาลต้องเฝ้าระวังเป็นพิเศษ จุดวิกฤติที่มักไม่ใช่ตัวขั้นตอน แต่เป็นสภาพแวดล้อมและสรีรวิทยาของผู้ป่วย ได้แก่ 1) การจัดการแผลและสาย การตรึงสายไม่กระชับนำไปสู่การบาดเจ็บของเนื้อเยื่อและการสะสมของเชื้อ 2) ข้อจำกัดด้านโภชนาการ ภาวะอัลบูมินต่ำและการคั่งของโพแทสเซียม ไม่เพียงแต่ทำให้อ่อนเพลีย แต่ส่งผลโดยตรงต่อการเคลื่อนไหวของลำไส้ ซึ่งเป็นช่องทาง "หลังฉาก" ที่เชื้อแบคทีเรียข้ามผนังลำไส้เข้าสู่ช่องท้อง

2. ระยะปฏิบัติการ หลังทำการล้างไตทางช่องท้อง การสอนจะเน้นการให้ความรู้แก่ผู้ป่วยและผู้ดูแลเพื่อให้เข้าใจหลักการรักษาและการปฏิบัติตัวที่ถูกต้อง ได้แก่ หลักการล้างไตทางช่องท้อง ขั้นตอนการเปลี่ยนถ่ายน้ำยา ขั้นตอนการล้างมือและหลักการปลอดเชื้อ ขั้นตอนการทำความสะอาดแผลช่องท้องออกสายล้างไต การสังเกตประจำวัน การลงบันทึกน้ำยาเข้าและออก การดูแลเบื้องต้นเมื่อเกิดภาวะแทรกซ้อน การแก้ไขปัญหาฉุกเฉิน การเก็บรักษาและการกำจัดถุงน้ำยาใช้แล้ว การรับประทานอาหาร และน้ำดื่ม การรับประทานยา การใช้ชีวิตประจำวัน อนามัยสิ่งแวดล้อมในการจัดเก็บน้ำยา อุปกรณ์เปลี่ยนถ่ายน้ำยา หลังจากนั้นให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลฝึกปฏิบัติซ้ำๆจนมีความมั่นใจในการล้างไตทางช่องท้อง สามารถจัดการดูแลตนเองได้อย่างถูกต้องและผ่านเกณฑ์ตามที่หน่วยได้กำหนด

สิ่งที่พยาบาลต้องเน้นย้ำผู้ป่วยและผู้ดูแลในระยะปฏิบัติการเปลี่ยนถ่ายน้ำยาล้างไต คือการติดเชื้อที่มักเกิดจากความประมาท ได้แก่ 1) การล้างมือที่ไม่เคร่งครัดหรือการสวมเครื่องประดับ ซึ่งเป็นแหล่งสะสม Biofilm 2) การมองข้าม "ลมโกรก" และการไม่สวมหน้ากากอนามัยขณะต่อสาย ซึ่งเป็นนาที่วิกฤติของการปนเปื้อนจากทางเดินหายใจ และ 3) การละเลยขั้นตอนการไล่ลมและน้ำยา เพื่อล้างเชื้อที่อาจหลงเหลือบริเวณข้อต่อรูปร่าง Y เข้าสู่ร่างกาย

3. ระยะติดตามประเมินภาวะสุขภาพที่บ้าน การเยี่ยมบ้านมีความจำเป็นและมีประโยชน์ต่อผู้ป่วย และผู้ให้บริการ ซึ่งส่วนใหญ่จะติดตามเยี่ยมบ้านผ่านระบบอินเตอร์เน็ต การใช้โทรศัพท์หรือแอปพลิเคชันไลน์ เพื่อให้ความรู้ที่จำเป็นในการดูแลสุขภาพแก่ผู้ป่วยและผู้ดูแล และเป็นช่องทางสื่อสารกับแพทย์ พยาบาลเมื่อพบปัญหาอาการผิดปกติ

บทบาทของผู้ป่วยและผู้ดูแลเมื่อต้องล้างไตทางช่องท้อง

เนื่องจากการล้างไตทางช่องท้อง เป็นการรักษาที่เน้นการดูแลและปฏิบัติด้วยตนเองที่บ้าน ผู้ป่วยและผู้ดูแลต้องมีความรู้และทักษะในการลงมือปฏิบัติล้างไตด้วยตนเอง การบรรลุผลสำเร็จขึ้นอยู่กับประสิทธิภาพของผู้ป่วยหรือผู้ดูแล ดังนั้นผู้ป่วยและผู้ดูแลจึงบทบาทที่สำคัญ ดังนี้

1. ตั้งใจเรียนรู้และทำความเข้าใจหลักการขั้นตอน และวิธีการปฏิบัติตัว การป้องกันภาวะแทรกซ้อน การตรวจสอบภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นระหว่างการล้างไต หากมีข้อสงสัยให้ซักถามผู้สอน ไม่ดัดแปลงเอาเอง
2. ฝึกปฏิบัติล้างไตทางช่องท้อง ได้แก่ การล้างมือที่ถูวิธี การหีบของโดยใช้เทคนิคปราศจากเชื้อ ฝึกการเปลี่ยนน้ำยาล้างไต การดูแลแผลหน้าท้อง (exit site) การบันทึกน้ำยาล้างไต ในระหว่างช่วงเรียนให้ฝึกปฏิบัติจนเกิดความชำนาญ ทวนสอบความเข้าใจของตนเองว่าเข้าใจถูกต้องและครบถ้วน
3. เมื่อนำไปปฏิบัติที่บ้านต้องปฏิบัติตามขั้นตอนให้ถูกต้อง ครบถ้วนอย่างเคร่งครัด อย่าลดขั้นตอนหรือดัดแปลงขั้นตอนเด็ดขาด เพราะอาจทำให้เกิดการภาวะแทรกซ้อนได้
4. จัดบันทึกการเปลี่ยนถ่ายน้ำยา กำไร ขาดทุน ที่ได้ ช่วงเวลาที่ทำจริง น้ำหนักตัว ปัญหาที่เกิดขึ้นระหว่างการล้างไต บันทึกในสมุดทุกครั้ง และนำติดตัวเมื่อไปพบแพทย์ นอกจากนั้นต้องติดตามความดันโลหิตระดับน้ำตาลปลายนิ้ว
5. ดูแลรักษาความสะอาดส่วนตัว อุปกรณ์เครื่องมือเครื่องใช้ สิ่งแวดล้อม ให้ปฏิบัติตามหลักการปลอดเชื้ออย่างเคร่งครัด ไม่ข้ามขั้นตอนในการเปลี่ยนถ่ายน้ำยา และการทำแผล
6. หลีกเลี่ยงอาหารเค็ม อาหารที่มีฟอสเฟตสูง เน้นรับประทานอาหารโปรตีนตามที่โภชนาการแนะนำ บันทึกรายการอาหารที่รับประทานในแต่ละวัน เพื่อให้แพทย์และนักโภชนาการตรวจสอบ
7. รับประทานยาให้ครบตามแพทย์สั่ง ไม่ปรับยาเอง หรือรับประทานนอกเหนือจากแพทย์สั่ง และหมั่นติดตามข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับการล้างไตทางช่องท้องและการดูแลตนเองอยู่เสมอ
8. ทำจิตใจให้ผ่อนคลาย ไม่กังวลหรือเครียด ใช้หลักการทางศาสนาช่วย

แม้ว่าผู้ป่วยจะได้รับการฝึกทักษะการล้างไตทางช่องท้องตามมาตรฐานจากโรงพยาบาลแล้ว อย่างไรก็ตามความแตกต่างระหว่าง "สิ่งที่ควรเป็น" ในเชิงทฤษฎี กับ "สิ่งที่เป็นจริง" ในบริบทที่บ้าน ยังคงเป็นช่องว่างสำคัญที่นำไปสู่ความเสี่ยงที่คาดไม่ถึง

เบื้องหลังปฏิบัติการการติดเชื้อ

จากประสบการณ์ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่มีการติดเชื้อเยื่อช่องท้องจากการล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่อง จำนวน 16 ราย มีอายุ 31 ปี – 45 ปี จำนวน 5 ราย อายุ 46 ปี – 60 ปี จำนวน 4 ราย อายุ 61 ปี – 73 ปี จำนวน 7 ราย ระยะเวลาล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่อง ตั้งแต่ 6 เดือน ถึง 16 ปี เคยติดเชื้อเยื่อช่องท้องจำนวน 1 ครั้ง ถึง 12 ครั้ง ระยะเวลาต่ำสุดของการติดเชื้อครั้งแรก คือ 1 เดือน ผู้ป่วยเปลี่ยนถ่ายน้ำยาด้วยตนเองจำนวน 10 ราย และอีก 6 รายเป็นผู้ดูแลให้การช่วยเหลือ จากการสะท้อนคิดถึงปัจจัยและสาเหตุการติดเชื้อของผู้ป่วยและผู้ดูแล การติดตามเยี่ยมบ้านเพื่อศึกษาสภาพแวดล้อมตามบริบทที่เป็นจริงของผู้ป่วย และสังเกตการปฏิบัติการล้างไตที่บ้านของผู้ป่วย พบประเด็นที่น่าสนใจที่อาจนำไปสู่การติดเชื้อเยื่อช่องท้อง จำแนกเป็น 3 มิติ ได้แก่ 1) มิติด้านพฤติกรรม 2) มิติด้านสิ่งแวดล้อม และ 3) มิติด้านสังคมและจิตวิทยา ดังนี้

1. มิติด้านพฤติกรรม: ยึดความสะดวกเป็นหลัก

เมื่อกิจกรรมการล้างไตทางช่องท้องกลายเป็นกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยและผู้ดูแล ความรู้สึกตื่นตัวระมัดระวังในการทำจะลดลง ส่งผลให้ความละเลยในการปฏิบัติตามมาตรฐานลดลงตามลำดับ พฤติกรรมละเลยเล็กน้อยที่ทำซ้ำ ๆ จะกลายเป็นระเบิดเวลาซึ่งรอเพียงจังหวะที่ร่างกายอ่อนแอหรือมีเชื้อรุนแรงเข้าสู่ระบบ และผู้ป่วยมักคิดค้นวิธีที่ง่ายกว่า โดยใช้ความประสบการณ์ส่วนตัวเป็นตัวตั้งมากกว่าการยึดหลักปราศจากเชื้อ

(Aseptic technique) จากการวิเคราะห์พฤติกรรมในการเปลี่ยนถ่ายน้ำยาล้างไตของผู้ป่วยและผู้ดูแล สรุปได้ดังนี้

1.1 มีช่องว่างระหว่างความรู้และวิถีปฏิบัติ

ในการเปลี่ยนถ่ายน้ำยาล้างไตทางช่องท้อง ผู้ป่วยและผู้ดูแลจะได้รับการสอนการเปลี่ยนถ่ายน้ำยาล้างไตและการทำความสะอาดผลตามหลักการขั้นตอนที่ถูกต้อง และฝึกปฏิบัติหลายครั้ง เมื่อผ่านการประเมินจากพยาบาลวิชาชีพหน่วยไตเทียมว่าสามารถปฏิบัติด้วยตนเองได้ถูกต้องตามขั้นตอนแล้ว ผู้ป่วยสามารถกลับไปเปลี่ยนถ่ายน้ำยาล้างไตที่บ้านได้ หลังจากที่ผู้ป่วยและผู้ดูแลได้เปลี่ยนถ่ายน้ำยาล้างไตด้วยตนเองผ่านพ้นช่วงระยะเวลาหนึ่ง พบว่า วิถีปฏิบัติในการเปลี่ยนถ่ายน้ำยาล้างไต มีการเปลี่ยนแปลงไปจากแนวปฏิบัติเดิม ได้แก่

1.1.1 มาตรฐานที่ถูกปรับเปลี่ยนตามความสะดวก ซึ่งเป็นการปรับวิถีปฏิบัติที่ได้รับการถ่ายทอดมาให้เข้ากับวิถีชีวิตเดิม เช่น เปลี่ยนถ่ายน้ำยาล้างไตในขณะดูสื่อในมือถือ เปลี่ยนถ่ายน้ำยาล้างไตบริเวณพื้นที่ที่มีคนหรือสัตว์เลี้ยงเดินผ่าน การพูดคุยกันในระหว่างเปลี่ยนถ่ายน้ำยาล้างไต เปิดพัดลมในระหว่างเปลี่ยนถ่ายน้ำยาล้างไต ผู้ป่วยและผู้ดูแลหลายรายไม่สวมผ้าปิดปากปิดจมูกในระหว่างเปลี่ยนถ่ายน้ำยาล้างไตโดยให้เหตุผลว่าร้อน อึดอัด หายใจไม่สะดวก และปฏิบัติเช่นนี้หลายครั้งแล้วยังไม่เห็นเป็นอะไร บางรายใช้กรรไกรตัดพลาสเตอร์ที่หุ้มผ้าก๊อสปิดสายท่อล้างไตแทนการแกะออกด้วยมือ ทำให้สายล้างไตมีน้ำรั่วซึมและเกิดการติดเชื้อในช่องท้อง

1.1.2 การตีความความสะอาดที่ต่างกัน สิ่งที่พยาบาลเรียกว่า "สะอาด" กับสิ่งที่ผู้ป่วยเข้าใจว่า "สะอาด" อาจมีความแตกต่างกัน เนื่องจากความสะอาดในมุมมองของพยาบาลจะมีสิ่งปนเปื้อนคือเชื้อโรคเข้ามาเกี่ยวข้อง ในขณะที่ความสะอาดของผู้ป่วยและผู้ดูแลเป็นเรื่องของพื้นผิวสัมผัสที่ตามองเห็น เช่น การใช้ผ้าเช็ดผิวนิรโรคหลังจากล้างมือ การกวาดเช็ดถูพื้นห้องทุกวัน ซึ่งในความหมายของผู้ป่วยและผู้ดูแล การทำเช่นนี้คือ "สะอาดเพียงพอ" แต่ในความหมายของพยาบาล คือ "สะอาดไม่เพียงพอ" เพราะมีความอับชื้นและเชื้อโรคเข้ามาเกี่ยวข้อง ซึ่งจากการลงพื้นที่เยี่ยมบ้านผู้ป่วยที่มารักษาโรงพยาบาลด้วยการติดเชื้อในช่องท้อง พบประเด็น "ความสะอาดที่แตกต่าง" หลายประเด็น ได้แก่ 1) การใช้ผ้าเช็ดมือ/ผ้าปิดปากปิดจมูก ผืนเดิมซ้ำหลายวันจึงจะเปลี่ยน ผู้ป่วยและผู้ดูแลมองเห็นว่าผ้าเช็ดมือนิรโรคเพราะเช็ดมือหลังจากล้างมือ ขณะที่พยาบาลมองว่าผ้าที่เช็ดมือแล้วจะมีความอับชื้นที่เป็นแหล่งก่อเชื้อโรค การนำมาใช้เช็ดมือซ้ำจึงไม่สะอาดหรือปลอดภัยเท่าที่ควร ส่วนผ้าปิดปากปิดจมูกหลังผู้ป่วยใช้งานเสร็จแล้ว จะยังคงแขวนทิ้งไว้บริเวณที่เปลี่ยนถ่ายน้ำยา เพื่อนำมาใช้ซ้ำในครั้งต่อไป 2) ทำความสะอาดไม่ทั่วถึง โดยส่วนใหญ่ ผู้ป่วยมักจะอาบน้ำ 2 วันต่อครั้ง เนื่องจากต้องใช้อุปกรณ์แผ่นฟิล์มกันน้ำปิดแผลและท่อสายล้างไตขณะอาบน้ำ ราคาอุปกรณ์ 20-50 บาทต่อชิ้น ผู้ป่วยต้องซื้อเอง หากใช้ทุกวันจะสิ้นเปลืองค่าใช้จ่ายมาก ดังนั้นผู้ป่วยจะทำความสะอาดโดยการเช็ดตัวช่วงบนและล้างช่วงล่างของร่างกาย โดยเว้นช่วงบริเวณท้องที่มีสายท่อล้างไตไว้ หากการทำความสะอาดไม่ดีพอ อาจเกิดการสะสมของเชื้อแบคทีเรียบนผิวหนัง และปนเปื้อนบริเวณสายท่อล้างไตเข้าสู่ช่องท้องได้ นอกจากนี้ผู้ป่วยบางรายมีการตัดแปลงพื้นที่วางอุปกรณ์สำหรับเปลี่ยนถ่ายน้ำยาล้างไต โดยใช้ไม้กระดานเป็นโต๊ะสำหรับวางอุปกรณ์และถุงน้ำยาล้างไต ในการเปลี่ยนถ่ายน้ำยาล้างไต พื้นผิวของไม้กระดานมีร่องซึ้มน้ำ ทำให้การเช็ดทำความสะอาดได้ไม่ทั่วถึง อาจเป็นแหล่งสะสมของเชื้อโรคได้

1.1.3 การบริโภคอาหารที่ไม่ปลอดภัย ปัจจัยด้านอาหารเป็นสาเหตุของการติดเชื้อเยื่อช่องท้องจากเชื้อในลำไส้ (Enteric Peritonitis) และเป็นสิ่งที่พบได้ในบริบทของอาหารไทย จากการสัมภาษณ์พบว่าผู้ป่วยบางรายให้ประวัติการรับประทานอาหารที่ไม่สุกหรือมีความเสี่ยงต่อการปนเปื้อนของแบคทีเรียสูง เช่น อาหารที่ปรุงสุกแต่รับประทานไม่หมดได้แต่ตู้เย็นค้างคืนไว้ แล้วนำมาอุ่นด้วยไมโครเวฟก่อนรับประทานซ้ำ เพราะคิดว่าไม่เป็นไร เนื่องจากอาหารผ่านความร้อนแล้ว ผู้ป่วยรายหนึ่งบริโภคแกงหอยขมแล้วเกิดการติดเชื้อในช่องท้อง เนื่องจากไม่ได้คิดว่าหอยขมอาศัยอยู่ในโคลนซึ่งมีการปนเปื้อนของแบคทีเรียแกรมลบ หากปรุงไม่นานพอเชื้อโรคจะไม่ถูกทำลาย เมื่อรับประทานอาหารที่มีเชื้อโรคเข้าไป เชื้อจะทำให้เกิดอาการอาหารเป็นพิษหรือลำไส้อักเสบ เชื้อแบคทีเรียจากอาหารสามารถเคลื่อนย้ายจากภายในลำไส้ทะลุผ่านผนังลำไส้เข้าสู่ช่องท้อง ซึ่งเป็น

ช่องว่างที่สายพอกไต้หวันอยู่ ทำให้เกิดการติดเชื้อโดยตรง และผู้ป่วยหลายรายขอรับประทานผักผลไม้สดที่ผ่านการล้างด้วยน้ำสะอาด ซึ่งอาจไม่เพียงพอในการทำลายเชื้อโรคหรือหนอนพยาธิที่ติดมากับผักและผลไม้

1.2 จากความคุ้นชินกลายเป็นความเสี่ยง

เมื่อผู้ป่วยล้างไตทางช่องท้องมานานหลายปี ผู้ป่วยและผู้ดูแลที่ทำการล้างไตทางช่องท้องทุกวัน วันละ 4 ครั้ง จะมีความมั่นใจในการปฏิบัติที่ทำซ้ำ ๆ ขั้นตอนที่เคยต้องตั้งใจทำจะกลายเป็น "ระบบอัตโนมัติ" ทำให้สมองข้ามรายละเอียดเล็กน้อยไปโดยไม่รู้ตัว จนกลายเป็นพฤติกรรมความคุ้นชินจากการปฏิบัติ ซึ่งนำไปสู่การลดขั้นตอนเพื่อความสะดวกในการปฏิบัติ และเมื่อทำเป็นประจำทุกวัน ความคุ้นชินทำให้ขาดความตระหนักในการระมัดระวัง กลายเป็นความประมาทโดยไม่ตั้งใจ เช่น การนับวินาทีล้างมือที่ไม่ครบจริง การไม่รอให้น้ำยาแห้งสนิทหลังเช็ดด้วยแอลกอฮอล์ การไม่เช็ดเสาที่แขวนถุงน้ำยาและตาชั่ง ไม่ตรวจสอบรอยรั่วซึมของถุงน้ำยาล้างไต และวันหมดอายุของน้ำยาล้างไต เปิดพัดลมในขณะที่เปลี่ยนถ่ายน้ำยาล้างไต นอกจากนี้ผู้ป่วยและผู้ดูแลมักจะประเมินความเสี่ยงต่ำเกินไป มักคิดว่า “ทำแบบนี้มาตั้งนาน ไม่เห็นเป็นอะไร” ซึ่งเป็นประโยชน์อันตรายที่ทำให้ผู้ป่วยเริ่มลดพฤติกรรมความปลอดภัย อีกทั้งผู้ดูแลบางรายไม่ได้รับการสอนขั้นตอนการเปลี่ยนถ่ายน้ำยาล้างไต และการดูแลแผลจากพยาบาล แต่ได้รับการถ่ายทอดจากผู้ดูแลหลักที่ได้รับการสอนจากพยาบาล การปฏิบัติเปลี่ยนถ่ายน้ำยาและล้างทำความสะอาด จึงเน้นประเด็นหลักและละเลยขั้นตอนที่คิดว่าไม่สำคัญ ซึ่งสุดท้ายส่งผลทำให้เกิดการติดเชื้อเยื่อช่องท้อง

2. มิติด้านสิ่งแวดล้อม: เมื่อห้องล้างท้องไม่ใช่ห้องสะอาด

จากการลงพื้นที่เยี่ยมผู้ป่วยที่มีการติดเชื้อเยื่อช่องท้องในชุมชน พบว่าที่อยู่อาศัยของผู้ป่วยมีความหลากหลายตามบริบทของแต่ละพื้นที่ เช่น บ้านอยู่ในพื้นที่ชื้นแฉะมีน้ำท่วมขัง บ้านติดถนนที่มีรถสัญจรตลอดทั้งวัน บ้านที่มีสัตว์เลี้ยงหรือหนูชุกชุม บ้านอยู่ใกล้โรงเลี้ยงเป็ด บ้านที่อยู่ในสวนยาง ซึ่งสภาพแวดล้อมดังกล่าวมีความเสี่ยงต่อการเกิดการติดเชื้อเยื่อช่องท้อง จากปัจจัยต่าง ๆ ดังนี้

2.1 สิ่งปนเปื้อนที่มองไม่เห็น

สภาพบ้านของผู้ป่วยโดยส่วนใหญ่จะเป็นบ้านชั้นเดียว มีฝุ่นละอองพัดจากทิศทางต่างๆ หน้าต่างและประตูบ้านเข้ามาสะสมในพื้นที่ภายในบ้าน ผู้ป่วยและผู้ดูแลไม่ได้ทำความสะอาดพื้นผิวภายในบ้านทุกวัน จึงมีฝุ่นละอองและความชื้นสะสมที่เพดานหรือผนังห้อง มองเห็นไรฝุ่นและเชื้อราบริเวณเพดานห้องและซอกผนังบ้าน ผู้ป่วยรายหนึ่งเปลี่ยนถ่ายน้ำยาล้างไตบริเวณใต้ถุนบ้านที่โล่ง มีลมโกรก ไม่มีห้องหรือฉากกั้น และอยู่ใกล้บริเวณถนน ทุกครั้งที่มีการผ่านจะสังเกตเห็นฝุ่นละอองปลิวตามลมเข้าบริเวณบ้าน ส่วนผู้ป่วยที่มีบ้านยกพื้นสูงจะมีน้ำท่วมขังในฤดูฝนเป็นเวลาหลายวัน ส่งผลทำให้เกิดการหมักหมม ขณะลมพัดจะนำกลิ่นเหม็นและละอองฝอยของสิ่งปฏิกูลเข้าบริเวณพื้นที่ล้างไต ส่งผลให้เกิดการปนเปื้อนเชื้อโรคในขณะที่เปลี่ยนถ่ายน้ำยาล้างไต

2.2 อิทธิพลของสิ่งมีชีวิตในบ้าน

ผู้ป่วยเพียงส่วนน้อยที่เลี้ยงสัตว์เลี้ยงในบ้าน เนื่องจากได้รับคำแนะนำเรื่องความเสี่ยงจากสัตว์เลี้ยง เช่น แมว หรือสุนัข ซึ่งมักจะเข้ามามีส่วนร่วมในพื้นที่ล้างไตโดยที่ผู้ป่วยไม่สามารถควบคุมได้ตลอด 24 ชั่วโมง ส่วนบ้านผู้ป่วยที่เลี้ยงแมวในบ้าน จากสังเกตพบว่าแมวชอบเดินมาคลอเคลียบนตักและขาของผู้ป่วย มีเศษขนแมวปลิวกระจายบริเวณพื้นและที่นั่ง ผู้ป่วยบอกว่าชอบเลี้ยงแมว และพยายามควบคุมไม่ให้แมวเข้าในห้องล้างไต ส่วนบ้านที่เลี้ยงสุนัข ส่วนใหญ่จะเลี้ยงบริเวณลานบ้าน สุนัขจะวิ่งไปมา บางครั้งเข้ามาคลอเคลียที่ขาผู้ป่วย นอกจากนี้ยังพบแมลงสาบ และร่องรอยการกัดแทะของหนูในบริเวณพื้นที่เก็บถังน้ำยาของผู้ป่วย

2.3 ข้อจำกัดด้านพื้นที่และสถาปัตยกรรม

ในการเปลี่ยนถ่ายน้ำยาล้างไตทางช่องท้อง ผู้ป่วยจะได้รับคำแนะนำเรื่องการจัดการพื้นที่บริเวณเปลี่ยนถ่ายน้ำยาควรเป็นห้องที่สะอาด หรือพื้นที่แยกเป็นสัดส่วน ไม่มีลมพัดผ่านจากหน้าต่างหรือช่องทางอื่นๆ ผู้ป่วยส่วนใหญ่จึงมักจัดห้องเล็ก ๆ ไว้สำหรับเป็นที่ล้างไตโดยเฉพาะ ซึ่งจากการสังเกตยังพบฝุ่น หยักใย และคราบเชื้อราบนพื้นผิวเพดานห้องเนื่องจากไม่ได้ทำความสะอาดห้องทุกวันและห้องมีความอับชื้นจากอากาศไม่ถ่ายเท บ้านผู้ป่วยหลายหลังมีพื้นที่จำกัด ผู้ป่วยต้องใช้ห้องนอนเป็นที่ล้างไต ซึ่งบางบ้านพบว่าผู้ป่วยและผู้ดูแล

ใช้พื้นที่ร่วมกันในการใช้ชีวิตประจำวันรวมถึงการล้างไตด้วยเช่นกัน และพื้นที่สำหรับใช้เปลี่ยนถ่ายน้ำยาล้างไตอยู่ใกล้กับห้องน้ำ/ห้องครัว ซึ่งมีโอกาสปนเปื้อนเชื้อโรคสูง นอกจากนี้ ยังพบสภาพบ้านที่อยู่ในพื้นที่ต่ำเมื่อฝนตกหนักมักมีน้ำท่วมขังนาน มีกลิ่นเหม็นเน่าจากการหมักหมมของสิ่งปฏิกูล และลมพัดเข้าทางหน้าต่างบ้านซึ่งเป็นบริเวณที่ผู้ป่วยใช้สำหรับเปลี่ยนถ่ายน้ำยาล้างไต

2.4 การจัดเก็บอุปกรณ์ที่ไม่เหมาะสม

ผู้ป่วยจะได้รับคำแนะนำในการจัดเก็บถังน้ำยาที่เหมาะสม ได้แก่ การจัดเก็บถังน้ำยาควรแยกออกจากพื้นที่บริเวณล้างไตที่ซึ่งไม่มีแมลงหรือสัตว์มากัดแทะถังน้ำยาได้ บริเวณนั้นต้องอยู่ในที่ร่มไม่โดนแสงแดดส่องหรือถูกความเปียกชื้นจากละอองน้ำฝน และควรมีไม้กระดาครอบใต้พื้นกล่องน้ำยาเพื่อป้องกันความเปียกชื้น ไม่ควรวางถังน้ำยาซ้อนเกิน 4 ชั้นเพื่อป้องกันการกดทับอาจทำให้เกิดการรั่วซึมของถุงน้ำยา จากการสังเกตในบริบทพื้นที่บ้านผู้ป่วย พบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่มักเก็บถังน้ำยาไว้ในห้องล้างไตหรือบริเวณใกล้พื้นที่ล้างไตเพื่อความสะดวกในหยิบใช้ บางรายวางถังน้ำยาบริเวณที่มีแสงแดดส่องถึงหรือวางบนพื้นโดยตรง ทำให้เกิดการเสื่อมของน้ำยาหรือเกิดการปนเปื้อนที่บรรจุภัณฑ์ภายนอกก่อนนำมาใช้งาน และมีผู้ป่วยหนึ่งรายที่ถังน้ำยาถูกละอองฝนแล้วแต่ผู้ป่วยยังนำมาใช้ล้างไต จึงเกิดการติดเชื้อเยื่อหุ้มช่องท้อง

3. มิติด้านสังคมและจิตวิทยา : เหนื่อยหน่ายกับสิ่งที่เป็นอย่างอยู่

เมื่อผู้ป่วยกลับบ้าน การล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่อง จะเป็นกิจกรรมที่ผู้ป่วยต้องปฏิบัติทุกวัน วันละหลายรอบ ทำให้ผู้ป่วยไม่สะดวกในการไปกลบ้าน บางรายต้องลาออกจากงานเพราะต้องจัดสรรเวลาสำหรับการล้างไต ส่งผลให้การดำเนินชีวิตมีการเปลี่ยนแปลงไป เกิดเป็นภาระทางจิตใจที่หนักหน่วง ซึ่งในช่วงแรกครอบครัวมักจะช่วยเหลือและดูแลเป็นอย่างดี แต่เมื่อเวลาผ่านไปหลายปี ผู้ช่วยเหลืออาจเริ่มล้าหรือต้องไปทำหน้าที่อื่น ทำให้ผู้ป่วยต้องจัดการทุกอย่างเพียงลำพังในขณะที่ร่างกายและจิตใจเริ่มอ่อนแอลง เกิดภาวะความเหนื่อยล้าในการดูแลตนเองจากการทำซ้ำและการขาดผู้ช่วยเหลือที่สม่ำเสมอ ผู้ป่วยอาจรู้สึกท้อ "ทำดีแค่ไหน ไตก็ไม่หาย" นำไปสู่ภาวะซึมเศร้าแฝง ซึ่งส่งผลโดยตรงต่อความละเอียดรอบคอบในการทำแผลหรือล้างไตทางช่องท้อง เมื่อพลังใจในการรักษาหมดลง ความเข้มงวดจะลดลงตามความเหนื่อยล้าทางจิตใจ ทำให้ละเลยมาตรฐานที่เคยทำได้ดีในวันแรก ผู้ป่วยที่ไม่มีผู้ดูแลมักเกิดการติดเชื้อซ้ำหลายครั้งจากการล้างไตด้วยตนเอง เนื่องจากตาพร่ามัวมองไม่ชัด มือสั่น และมีการปนเปื้อนระหว่างสวมข้อต่อสายท่อล้างไต ผู้ป่วยจะแก้ปัญหาโดยการใช้แอลกอฮอล์พ่นข้อต่อบริเวณที่โดนมือซึ่งไม่เพียงพอในการฆ่าเชื้อ สุดท้ายผู้ป่วยยังคงมาโรงพยาบาลด้วยปัญหาของการติดเชื้อเยื่อหุ้มช่องท้อง

ตาราง 1 เบื้องหลังของความเสียง

ความเสี่ยง	สิ่งที่พบ	สิ่งที่ผู้ป่วยไม่รู้/ไม่ตระหนัก
1. มิติด้านพฤติกรรม		
ยึดความสะดวกเป็นหลัก		
- มีช่องว่างระหว่างความรู้และวิถีปฏิบัติ	- มาตรฐานที่ถูกปรับเปลี่ยนตามความสะดวก (เปิดพัดลม/พัดคุ้ยกัน/ไม่สวมผ้าปิดปากปิดจมูก ในระหว่างเปลี่ยนถ่ายน้ำยา/ใช้กรรไกรตัดพลาสเตอร์ที่หุ้มผ้าก๊อสดึงสายท่อล้างไตแทนการแกะออกด้วยมือ) - การตีความความสะอาดที่ต่างกัน (ใช้ผ้าเช็ดมือซ้ำ/ทำความสะอาดไม่ทั่วถึง)	- เชื้อโรคสะสมบนพื้นผิวสัมผัสและเชื้อโรคในอากาศ ลูกกลิ้งดูดซับเชื่อมต่อสาย - ปะปนกรรไกรบาดสายท่อล้างไตทำให้เชื้อโรคเข้าช่องท้อง

ความเสี่ยง	สิ่งที่พบ	สิ่งที่ผู้ป่วยไม่รู้/ไม่ตระหนัก
- จากความคุ้นชิน กลายเป็นความเสี่ยง	- การบริโภคอาหารที่ไม่ปลอดภัย (อาหารค้าง คืน/แกงหอยขม/ผักผลไม้ที่ปนเปื้อนหรือมี พยาธิ) - ล้างมือไม่ครบขั้นตอน - ไม่ใส่ผ้าปิดปากปิดจมูก - ไม่เช็ดเสาทีแขวนถุงน้ำยาและตาชั่ง - ไม่ตรวจสอบรอยรั่วซึมของถุงน้ำยาล้างไต - สอนวิธีการเปลี่ยนถ่ายน้ำยาล้างไตกันเอง โดย ไม่ได้ผ่านการประเมินจากพยาบาลไตเทียม	- ผ้าขนหนูที่อับชื้นเป็นแหล่ง เพาะพันธุ์เชื้อโรคชั้นดี / เชื้อ โรคมักสะสมบริเวณพื้นผิว - มีเชื้อแบคทีเรียคั่งค้างใน อาหาร ทำให้ลำไส้อักเสบ หรือเชื้อแบคทีเรียทะลุผ่าน ลำไส้เข้าสู่ช่องท้อง - การปนเปื้อนเชื้อจาก ผิวหนัง / น้ำลายของผู้ป่วย/ พื้นผิว สัมผัส สู่ข้อต่อสาย ท่อล้างไต - เชื้อแบคทีเรียจากผิวหนัง และทางเดินหายใจปนเปื้อน - อาจมีการละเลยขั้นตอน หรือมีการปรับเปลี่ยนตาม บริบทของผู้สอน
2. มิติด้านสิ่งแวดล้อม		
เมื่อห้องล้างท้องไม่ใช่ห้อง สะอาด		
- สิ่งปนเปื้อนที่มองไม่เห็น	- การเปิดพัดลมจ่อตัวขณะเปลี่ยนถ่ายน้ำยา - เปลี่ยนถ่ายน้ำยาล้างไตบริเวณใต้ถุนบ้านที่โล่ง แจ้ง มีลมโกรก - ไรฝุ่นและเชื้อราบริเวณเพดานห้อง รอยต่อฝา ผนัง	- เชื้อโรคในอากาศ/เชื้อราฟุ้ง กระจายสู่ข้อต่อสายท่อล้าง ไตเสี่ยงต่อการติดเชื้อราใน ช่องท้อง ซึ่งรักษายาก
- อิทธิพลสิ่งมีชีวิตในบ้าน	- มีแมวหรือสุนัขเดินผ่าน/นอนในห้องขณะล้าง ท้อง หรือมีมด/แมลงใกล้เคียงกับอุปกรณ์ - หนูในบริเวณพื้นที่เก็บถังน้ำยา	- การปนเปื้อนเชื้อแบคทีเรีย จากขนสัตว์และมูลขี้ถ่าย
- ข้อจำกัดด้านพื้นที่และ สถาปัตยกรรม	- บ้านอยู่ริมถนนมีฝุ่นละอองฟุ้งกระจาย/อยู่ใน พื้นที่ลุ่มมีน้ำขัง - ห้องล้างไตมีความอับชื้นจากอากาศไม่ถ่ายเท - ใช้ห้องนอนเป็นที่ล้างไต / ใช้พื้นที่ร่วมกับ ผู้ดูแลในการใช้ชีวิตประจำวันและการล้างไต	- มีโอกาสสูงที่จะเกิดการ ปนเปื้อนของเชื้อโรคใน อากาศ/เชื้อแบคทีเรีย/เชื้อ รา ผ่านพื้นผิวสัมผัส สู่ข้อต่อ สายท่อล้างไต
- การจัดเก็บอุปกรณ์ที่ไม่ เหมาะสม	- เก็บถังน้ำยาไว้ในห้องล้างไต/ซ่อนถังน้ำยาเกิน 4 ชั้น/วางถังน้ำยาบนพื้นโดยตรงไม่มีฐานรอง - ถังน้ำยาโดนแสงแดด/ละอองฝน - บริเวณที่เก็บถังน้ำยามีมด แมลง หนู	- ความอับชื้นจากพื้นผิว/การ รั่วซึมของถุงน้ำยามีโอกาส ปนเปื้อนเชื้อโรคสูง - ปนเปื้อนเชื้อโรคจากมูล สัตว์

ความเสี่ยง	สิ่งที่พบ	สิ่งที่ผู้ป่วยไม่รู้/ไม่ตระหนัก
3. มิติด้านสังคมและจิตวิทยา เหนี่ยวนำกับสิ่งที่เป็นอย่างอยู่	-ทำแบบรีบเร่ง ละเลยการทำตามมาตรฐาน -ปล่อยให้ห้องสกปรก	-โอกาสปนเปื้อนเชื้อโรคสูง -การสะสมของเชื้อโรคใน สิ่งแวดล้อมสูงขึ้น

จากการสัมภาษณ์ผู้ป่วยและผู้ดูแล พบว่า ผู้ป่วยและผู้ดูแลไม่เห็นความสำคัญและขาดความตระหนักในการปฏิบัติตามขั้นตอนที่ได้เรียนรู้จากพยาบาล เมื่อเกิดการติดเชื้อเยื่อหุ้มสมองและได้รับการรักษาหายแล้ว ผู้ป่วยหลายรายไม่ได้สะท้อนคิดถึงปัจจัยและสาเหตุที่ทำให้ตนเองเกิดการติดเชื้อ จึงยังคงมีพฤติกรรมเช่นเดิมซ้ำๆ ส่งผลทำให้เกิดการติดเชื้อเยื่อหุ้มสมองซ้ำหลายครั้ง บางรายระมัดระวังเพิ่มขึ้นในประเด็นที่เป็นสาเหตุทำให้เกิดการติดเชื้อ แต่ละเลยขั้นตอนหรือประเด็นอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง

วิเคราะห์ช่องว่างทางพฤติกรรม: มาตรฐานการล้างไตทางช่องท้องเทียบกับวิถีปฏิบัติจริงของผู้ป่วย

การล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่อง เป็นการบำบัดทดแทนไตที่พึ่งพาการดูแลตนเองของผู้ป่วยและผู้ดูแลเป็นหลัก แม้ผู้ป่วยจะได้รับการฝึกอบรมและประเมินทักษะตามมาตรฐานจากสถานพยาบาลแล้ว แต่พฤติกรรมการติดเชื้อเยื่อหุ้มสมองยังคงเกิดขึ้น ซึ่งจากการวิเคราะห์ประสิทธิภาพและบริบทแวดล้อมของผู้ป่วย พบว่ามีช่องว่างสำคัญระหว่างมาตรฐานที่ควรปฏิบัติกับสิ่งที่เกิดขึ้นจริง ดังนี้

1. ด้านเทคนิคการเปลี่ยนถ่ายน้ำยา และหลักการปลอดเชื้อ (Aseptic Technique)

สิ่งที่ควรปฏิบัติ ผู้ป่วยและผู้ดูแล ต้องปฏิบัติตามขั้นตอนอย่างเคร่งครัด ได้แก่ ล้างมือให้สะอาดตามขั้นตอน สวมผ้าปิดปากและจมูก ปิดหน้าต่างและพัดลมเพื่อป้องกันลมโกรก ทำความสะอาดพื้นที่และอุปกรณ์ด้วยแอลกอฮอล์ ตรวจสอบความสมบูรณ์ของถุงน้ำยา และห้ามดัดแปลงขั้นตอนโดยเด็ดขาด

สิ่งที่ปฏิบัติจริง เมื่อเกิด "ความคุ้นชิน" ผู้ป่วยและผู้ดูแลมักลดทอนความสำคัญของรายละเอียดและลำดับขั้นตอนเพื่อความสะดวก เช่น ล้างมือไม่ครบเวลา ไม่รอให้แอลกอฮอล์แห้งสนิท ไม่สวมผ้าปิดปากและจมูก เนื่องจากรู้สึกอึดอัด เปิดพัดลมหรือพัดลมขณะเปลี่ยนถ่ายน้ำยา บางรายใช้กรรไกรตัดพลาสติกแทนการแกะด้วยมือ รวมถึงมีการถ่ายทอดวิธีการที่ผิดพลาดกันเองระหว่างผู้ดูแลโดยไม่ผ่านการประเมินจากพยาบาล สอดคล้องกับการศึกษาของ ธวัช เทียวโกล และรสสุคนธ์ ตันติวิจิตรเวช (2563) และ เพ็ญจำ เอียดไสย และสุพรรณพรณ์ กิจบรรยงเลิศ (2569) ที่พบว่า การล้างมือบางครั้ง การสวมผ้าปิดปากและจมูกบางครั้ง มีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะติดเชื้อเยื่อหุ้มสมองของผู้ป่วยล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่องอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ทั้งนี้การปฏิบัติที่ถูกต้องในการล้างมือและการสวมผ้าปิดปากปิดจมูกช่วยป้องกันการติดเชื้อในเยื่อหุ้มสมองได้มากกว่าร้อยละ 90 ซึ่ง กาญญา ศรีอุดม และคณะ (2560) ศึกษาการใช้โปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมล้างไตทางช่องท้องของผู้ป่วยโรคไตวายระยะสุดท้าย พบว่าการสร้างความรู้ การส่งเสริมการรับรู้ความสามารถของตนเอง การสาธิตและฝึกปฏิบัติในการล้างมือ การเปลี่ยนถ่ายน้ำยาและการทำแผลช่องท้องออกของสายล้างไตด้วยตนเอง โดยเรียนรู้ผ่านตัวแบบผู้ป่วยจริง สามารถทำให้ผู้ป่วยมีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมล้างไตได้ดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) เช่นเดียวกับ อติยา เทพแพงตา (2567) ที่ใช้โปรแกรมฝึกทักษะการล้างไตทางช่องท้องในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้าย พบว่าพฤติกรรมการเกิดเยื่อหุ้มสมองอักเสบต่ำกว่าก่อนเข้าโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.000$) พยาบาลจึงมีบทบาทสำคัญในการทบทวนความรู้และการปฏิบัติตัวที่ถูกต้องแก่ผู้ป่วยและผู้ดูแลทุกครั้งที่มาพบแพทย์ตามนัด ทั้งนี้ ทะนะศักดิ์ หนูริง และคณะ (2568) ได้กล่าวถึงบทบาทสำคัญของพยาบาลล้างไตทางช่องท้องกับการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ล้างไตทางช่องท้องที่มีปัญหาการติดเชื้อในช่องท้อง ได้แก่ 1) บทบาทในการดูแลรักษาพยาบาลผู้ป่วย ประกอบด้วย การซักประวัติอาการและอาการแสดงในผู้ป่วยที่บ่งบอกภาวะการติดเชื้อในช่องท้อง การค้นหาสาเหตุ การเก็บน้ำยาล้างไตส่งตรวจ การบริหารยาปฏิชีวนะตามแผนการรักษา การติดตามผลทางห้องปฏิบัติการ 2) บทบาทการให้คำปรึกษา เป็นการ

ช่วยให้ผู้ป่วยได้รู้จักตนเอง เข้าใจตนเอง รู้จักการปรับตัว เชื่อมมั่นในตนเอง สามารถวางแผนและแก้ปัญหาที่เกิดขึ้นได้ 3) บทบาทการสอน ผู้ป่วยต้องได้รับการทบทวนความรู้และการปฏิบัติล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่อง ทุก 6 เดือน เพื่อให้ผู้เรียนมีความรู้ ความตระหนัก ทักษะที่ดีต่อการล้างไต เกิดการเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพได้อย่างเหมาะสม 4) บทบาทการประสานงานกับสหวิชาชีพ และหน่วยงานต่าง ๆ ในระบบสุขภาพ เพื่อวางแผนการรักษาผู้ป่วยที่มีการติดเชื้อในช่องท้องให้เป็นไปตามแผนการรักษา สอดคล้องกับ ISPD (2020) ที่แนะนำให้เยี่ยมบ้านหลังจากเริ่มล้างไตภายใน 1-2 สัปดาห์เพื่อคู่วิถีปฏิบัติจริง และต้องมีการประเมินทักษะซ้ำเมื่อเกิดเหตุการณ์เสี่ยง เช่น หลังรักษา peritonitis หาย หรือเมื่อผู้ป่วยมีภาวะเจ็บป่วยอื่นที่กระทบต่อการล้างไต (Li et al., 2022)

2. ด้านสุขอนามัยส่วนบุคคล และการบริโภคอาหาร

สิ่งที่ควรปฏิบัติ ผู้ป่วยต้องระวังไม่ให้แผลบริเวณสายช่องท้อง (Exit site) เปียกน้ำ อาบน้ำโดยใช้สบู่ก้นน้ำปิดแผล ใช้ผ้าเช็ดมือที่แห้งและสะอาด บริโภคอาหารที่ปรุงสุกใหม่ และหลีกเลี่ยงอาหารที่มีความเสี่ยงต่อการปนเปื้อน

สิ่งที่ปฏิบัติจริง ผู้ป่วยมีการตีความ "ความสะอาด" แตกต่างจากบุคลากรทางการแพทย์ โดยมองเพียงความสะอาดทางกายภาพ แต่มองข้ามการสะสมของเชื้อก่อโรค เช่น การใช้ผ้าเช็ดมือผืนเดิมซ้ำๆ หลายวัน การอาบน้ำแบบเช็ดตัวครึ่งท่อนเพื่อประหยัดค่าแผ่นฟิล์มกันน้ำ ทำให้เกิดการสะสมของแบคทีเรียบนผิวหนัง จากการศึกษาความสัมพันธ์พฤติกรรมสุขภาพอนามัยและผลลัพธ์ในผู้ป่วยล้างไตทางช่องท้องของ พัชรธิดา กลิ่นพะยอม (2566) พบว่าผู้ป่วยที่อาบน้ำหรือเช็ดตัวให้แห้งน้อยกว่า 2 ครั้งต่อสัปดาห์ และผู้ป่วยหรือผู้ดูแลที่เปลี่ยนถ่ายน้ำยาที่มีซีลได้เล็บบ่อยหรือเช็ดไม่สะอาด ส่งผลต่อการเกิดการติดเชื้อเยื่อช่องท้องที่เพิ่มมากขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ อาจเนื่องจากการไม่อาบน้ำหรืออาบน้ำไม่สะอาดทำให้มีเชื้อสะสมที่บริเวณเสื้อผ้าและปนเปื้อนตามร่างกาย อีกทั้งบริเวณซอกเล็บและง่ามนิ้วมือที่ไม่สะอาดเป็นที่สะสมของเชื้อโรคและเชื้อราจึงมีโอกาสปนเปื้อนในขณะล้างไตหรือทำแผลช่องทางออกได้ นอกจากนี้ ยังพบพฤติกรรมบริโภคที่เสี่ยงต่อการติดเชื้อจากลำไส้ เช่น การรับประทานอาหารค้างคืนอุ่นซ้ำ การบริโภคอาหารสุกๆ ดิบๆ (เช่น แกงหอยขม) หรือผักผลไม้สดที่ล้างไม่สะอาด ทำให้เกิดอาการท้องเสีย มีไข้ (Gastroenteritis) ซึ่งเพิ่ม "Intestinal Permeability" (ผนังลำไส้ยอมให้สิ่งแปลกปลอมผ่านได้มากขึ้น) แบคทีเรียจึงเคลื่อนย้ายจากลำไส้เข้าสู่ช่องท้องโดยตรง สอดคล้องกับรายงานกรณีศึกษาของ Tsai et al. (2018) ที่พบผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ล้างไตทางช่องท้อง มีภาวะเยื่อช่องท้องอักเสบจากการรับประทานอาหารที่ไม่สะอาด

3. ด้านการจัดการพื้นที่ และสิ่งแวดล้อม

สิ่งที่ควรปฏิบัติ พื้นที่สำหรับล้างไตต้องสะอาด สว่าง แห้ง ไม่อับชื้น เป็นสัดส่วน ปราศจากสัตว์เลี้ยงและแมลง การจัดเก็บถังน้ำยาต้องมีฐานรองรับ ยกสูงจากพื้น ไม่โดนแสงแดด ความชื้น หรือละอองฝน

สิ่งที่ปฏิบัติจริง ข้อจำกัดด้านสถาปัตยกรรมและเศรษฐฐานะทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถจัดสภาพแวดล้อมในอุดมคติได้ พื้นที่ล้างไตมักเป็นห้องนอนหรือพื้นที่ใช้สอยร่วมกันในครอบครัว บางรายทำใต้ถุนบ้านซึ่งมีฝุ่นควันจากถนน บ้านมีสภาพอับชื้น มีไรฝุ่น เชื้อรา รวมถึงการไม่สามารถควบคุมสัตว์เลี้ยง (สุนัข แมว) หรือสัตว์พาหะ (หนู แมลงสาบ) ให้ออกจากพื้นที่ได้ ส่วนการจัดเก็บถังน้ำยา มักเน้นความสะดวกในการหยิบใช้ จึงวางบนพื้นโดยตรง หรือวางในจุดที่โดนแดดและฝน ซึ่งเสี่ยงต่อการปนเปื้อนของบรรจุภัณฑ์ สอดคล้องกับการศึกษาของ ธวัช เตียววิไล และรสสุคนธ์ ดันติวิชิตเวช (2563) ที่พบว่า สถานที่เปลี่ยนน้ำยาล้างไตที่ไม่ได้มาตรฐาน มีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะติดเชื้อเยื่อช่องท้องครั้งแรกของผู้ป่วยล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่อง (OR=4.04, 95% CI=1.45-11.31, p<.05) ส่วนเพ็ญจำ เอียดไสย และสุพรรณพรณ กิจบรรยงเลิศ (2569) อภิปรายผลการวิจัยที่พบว่าการทำความสะอาดบ้านทุกวัน มีโอกาสเกิดการติดเชื้อเยื่อช่องท้องต่ำกว่าการทำความสะอาดบ้านเพียงบางวัน เนื่องจากการทำความสะอาดบ้านเป็นประจำจะช่วยลดปริมาณการสะสมของเชื้อโรค ฝุ่น และลดแหล่งสะสมอาหารของสัตว์นำโรค เช่น หนู แมลงสาบ อีกทั้งการมีสัตว์เลี้ยงในบ้านพบว่ามีอัตราการติดเชื้อสูงกว่าการ

ไม่มีสัตว์เลี้ยง ซึ่งเป็นไปตามกับคำแนะนำของ ISPD (2022) ที่ให้ปฏิบัติตามมาตรการป้องกันโรคติดเชื้อจากสัตว์สู่คน (domestic pet and zoonotic infections) โดยไม่นำสัตว์เลี้ยงเข้ามาในห้องที่ใช้เปลี่ยนถ่ายน้ำยา สถานที่เก็บอุปกรณ์น้ำยาล้างไต หรือบริเวณที่ใช้เครื่องล้างไตอัตโนมัติ

4. ด้านสภาวะทางจิตวิทยา และการตระหนักรู้

สิ่งที่ควรปฏิบัติ ผู้ป่วยและผู้ดูแลควรมีความตระหนักรู้อยู่เสมอ มีวินัยในการจดบันทึกข้อมูล สังเกตอาการผิดปกติ และมีสุขภาพจิตที่พร้อมต่อการดูแลรักษาระยะยาว

สิ่งที่ปฏิบัติจริง การรักษาที่ต้องทำซ้ำๆ ทุกวัน วันละ 4 ครั้ง นำไปสู่ "ความเหนื่อยหน่ายในการดูแล" เกิดความรู้สึกเสียคุณค่าในตนเอง เกิดความพร่องในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน หากผู้ดูแลหลักเสียชีวิตก่อนหรือผู้ป่วยต้องทำด้วยตนเองในขณะที่ร่างกายอ่อนแอ ก็จะเกิดภาวะซึมเศร้าแฝง พลังใจในการรักษาลดลง ส่งผลให้ความเข้มงวดในมาตรฐานลดลงตามไปด้วย ผู้ป่วยมักประเมินความเสี่ยงต่ำเกินไปและใช้ชุดความคิดว่า "ทำแบบนี้มาตั้งนานไม่เห็นเป็นอะไร" ซึ่งเป็นจุดเริ่มต้นของความห่อหุ้มที่นำไปสู่การติดเชื้อซ้ำซาก จากการศึกษาการใช้ชีวิตหลังการได้รับการรักษาโดยการล้างไตทางหน้าท้องในผู้ป่วยไตวายเรื้อรังของ ศิริลักษณ์ เมืองไทย และยุพาวดี ขันทบัลลัง (2567) พบว่า การล้างไตทางช่องท้องเป็นอุปสรรคในการดำเนินชีวิตประจำวัน และส่งผลต่อการเปลี่ยนแปลงทางอารมณ์ หงุดหงิดรำคาญใจที่ไม่สามารถใช้ชีวิตได้เหมือนคนปกติทั่วไป สอดคล้องกับการทบทวนวรรณกรรมสถานการณ์ภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่องทั้งภายในประเทศและต่างประเทศของ อาทิตยา อติวิชยานนท์ (2560) พบว่าโดยเฉลี่ยร้อยละ 50 ของผู้ป่วยล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่องมีภาวะซึมเศร้า ซึ่งสัมพันธ์กับระดับความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันและการสนับสนุนจากครอบครัว ผลกระทบจากภาวะซึมเศร้าอาจทำให้ผู้ป่วยต้องยุติการรักษา เปลี่ยนการรักษาเป็นวิธีอื่น และเสี่ยงต่อการเสียชีวิตสูงขึ้น นอกจากนี้ยังพบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่มีปัญหาค่าใช้จ่ายในการซื้ออุปกรณ์สำหรับเปลี่ยนทำความสะอาด ได้แก่ แผ่นพลาสติกกันน้ำ สอดคล้องกับการศึกษาของ อรอนงค์ วลีขจรเลิศ และคณะ (2561) เกี่ยวกับการการเงินในครัวเรือนของผู้ป่วยไตวายระยะสุดท้ายที่ได้รับการบำบัดทดแทนไต พบว่าผู้ป่วยล้างไตทางช่องท้องที่ไม่มีรายได้ ไม่มีเงินออม มีปัญหาสถานะการเงินและหนี้สินครัวเรือน

สรุป

การก้าวข้ามมาตรฐานสู่บริบทจริงเพื่อความยั่งยืนในการป้องกันการติดเชื้อ จากการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่ล้างไตทางช่องท้อง (CAPD) ทั้งในสภาวะวิกฤตขณะเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล และการติดตามเยี่ยมบ้านเพื่อประเมินวิถีปฏิบัติจริง พบข้อบ่งชี้ที่สำคัญว่าอุปสรรคการติดเชื้อเยื่อช่องท้องไม่ได้มีรากเหง้ามาจากปัจจัยทางเทคนิคเพียงอย่างเดียว แต่เป็นผลรวมของ "พลวัตเชิงพฤติกรรม สิ่งแวดล้อม และจิตสังคม" ที่ถักทอร้อยเรียงอยู่เบื้องหลัง ปรากฏการณ์ "Infection Behind the Scenes" สะท้อนให้เห็นว่าหัวใจสำคัญของบทบาทพยาบาลในยุคใหม่ไม่ใช่เพียงการเป็นผู้ถ่ายทอดความรู้ตามตำรา แต่คือการเป็น "ผู้สร้างความตระหนักรู้เชิงเหตุและผล" ในทุกขั้นตอนการปฏิบัติ เพื่อให้ผู้ป่วยก้าวข้ามการท่องจำไปสู่ความเข้าใจที่หยั่งรากลึก การที่พยาบาลสามารถประเมินความเหนื่อยล้าจากการรักษา และปรับเปลี่ยนสื่อการสอนให้สอดคล้องกับบริบทจริงที่บ้านจะเป็นกุญแจสำคัญในการลดช่องว่างระหว่าง "ความสมบูรณ์แบบทางทฤษฎี" กับ "วิถีชีวิตที่แปรผัน" การสอนทักษะในโรงพยาบาลเพียงอย่างเดียวจึงไม่เพียงพอต่อการเผชิญกับปัจจัยเสี่ยงที่ซ่อนเร้น ทีมสุขภาพจำเป็นต้องตีความ "บริบทเฉพาะตัว" ของผู้ป่วยแต่ละรายให้ออก การเยี่ยมบ้านเชิงรุกและการให้คำปรึกษาที่สอดคล้องกับวิถีชีวิตจริง ไม่เพียงแต่จะช่วยปิดรอยโหว่ของความเสี่ยงที่มองไม่เห็น แต่ยังเป็นการสร้างเกราะป้องกันที่ยั่งยืนช่วยให้ผู้ป่วย CAPD สามารถรักษาคุณภาพชีวิตและดำรงไว้ซึ่งประสิทธิภาพของการบำบัดทดแทนไตได้อย่างยาวนาน

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะ เชิงนโยบายระบบบริการสุขภาพ

1. พัฒนาระบบ "Tele-Home Visit" เพื่อติดตามพฤติกรรมในพื้นที่ส่วนตัวของผู้ป่วยอย่างสม่ำเสมอ และสนับสนุนวัสดุป้องกันการติดเชื้อเป็นชุดสิทธิประโยชน์พื้นฐาน เช่น แผ่นฟิล์มกันน้ำปิดแผลสำหรับอาบน้ำ เพื่อลดการค่าใช้จ่ายของผู้ป่วย ซึ่งจะช่วยแก้ปัญหาพฤติกรรม การทำความสะอาดร่างกายที่ไม่ทั่วถึงอันเป็นสาเหตุของการติดเชื้อสะสม

ข้อเสนอแนะ ด้านบุคลากรสุขภาพ

1. ยกระดับพยาบาล CAPD ให้มีทักษะการเป็น "Health Coach" ที่สามารถวิเคราะห์ปัจจัยทางจิตสังคมและสิ่งแวดล้อม มากกว่าการประเมินเพียงเทคนิคปลอดเชื้อ เน้นการสอนแบบ "Problem-Based Learning" โดยใช้สถานการณ์จำลองที่มักเกิดความผิดพลาดในบ้าน มาเป็นโจทย์ในการฝึกทักษะ และปรับปรุงรูปแบบการให้สุศึกษา ควรเปลี่ยนจากการสอนแบบ "บอกกล่าวทฤษฎี" เป็นการสอนแบบ "อิงบริบท" โดยให้ผู้ผู้ป่วยถ่ายรูปหรือวิดีโอสภาพแวดล้อมจริงที่บ้านมาให้พยาบาลประเมิน เพื่อร่วมกันออกแบบพื้นที่ล้างไตที่ปลอดภัยและเป็นไปได้จริงที่สุดภายใต้ข้อจำกัดของแต่ละครอบครัว

2. การประเมินซ้ำเพื่อลดความคุ้นชิน หน่วยไตเทียมควรมีระบบ "Re-check หรือ Retrain" ทักษะการเปลี่ยนถ่ายน้ำยาเป็นระยะ ทุก 3-6 เดือน แม้ผู้ป่วยจะทำเองมานานแล้วก็ตาม เพื่อสกัดกั้นพฤติกรรมลัดขั้นตอนที่เกิดจากความประมาท

3. การดูแลสุขภาพจิตเชิงรุก ควรมีการประเมินภาวะซึมเศร้าและความเหนื่อยล้าของผู้ป่วยและผู้ดูแลอย่างสม่ำเสมอ การจัดการกับ "ความเหนื่อยหน่าย" อาจเป็นกุญแจสำคัญที่ช่วยลดอัตราการติดเชื้อได้ตีพอๆ กับ การสอนเทคนิคปลอดเชื้อ

ข้อเสนอแนะ ในการวิจัยต่อยอด

1. ควรมีการศึกษาวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) ในการสร้างนวัตกรรมอุปกรณ์จัดเก็บน้ำยาล้างไตราคาประหยัดที่กันความชื้นและแมลง หรือการพัฒนาแอปพลิเคชันแจ้งเตือน และบันทึกข้อมูลที่ลดภาระการจดบันทึกด้วยมือของผู้ป่วย

2. มุ่งเน้นการวิจัยเชิงคุณภาพ เพื่อค้นหาความต้องการหรือความจำเป็นที่ยังไม่ได้รับการตอบสนอง (Unmet Needs) ผ่านระบบบริการสุขภาพ ยา ผลิตภัณฑ์ หรือการดูแลที่มีอยู่ในปัจจุบัน หรืออุปสรรคที่แท้จริงที่ทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถปฏิบัติตามมาตรฐานได้เมื่ออยู่ที่บ้าน

เอกสารอ้างอิง

- กาญจนา ศรีอุดม, ธราดล เก่งการพานิช, มณฑา เก่งการพานิช, และศรินญา เบญจกุล. (2561). โปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การล้างไตทางช่องท้องของผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย. *วารสารสุขภาพศึกษา*, 41(1), 49-61.
- เฉลิมศักดิ์ กาญจนบุษย์ (บก). (2556). แนวปฏิบัติการล้างไตทางช่องท้อง. กรุงเทพฯ: ศิริวัฒนาอินเตอร์พริ้นท์.
- ทองศักดิ์ หนูจริง เพ็ญศิริ ศรีสุนทร และพงศกร มัสตาด. (2568). บทบาทของพยาบาล PD กับการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ล้างไตทางช่องท้องที่มีปัญหาการติดเชื้อในช่องท้อง. *วารสาร Medical R2R e-Journal*, 12(1), <http://doi.org/10.14456/jmu.2025.2>
- ทิพวรรณ พงษ์สัสมรณ และชินฤทัย ยี่เขียน. (2565). ปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดภาวะเยื่อช่องท้องติดเชื้อระยะสั้นมากในผู้ป่วยที่ล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่อง. *วารสารพยาบาลสภาวิชาชีพไทย*, 15(1), 110-126.
- ธวัช เตยวิไล และรสสุคนธ์ ตันติวิชิตเวช. (2563). อุบัติการณ์และปัจจัยเสี่ยงการเกิดภาวะติดเชื้อเยื่อช่องท้องครั้งแรกของผู้ป่วยล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่อง โรงพยาบาลโพธาราม. *วารสารแพทย์เขต 4-5*, 39(1), 51-64.

- ธิติมา สายสุด. (2566). อุบัติการณ์การติดเชื้อและปัจจัยเสี่ยงของการติดเชื้อช่องท้องอักเสบในผู้ป่วยลำไส้ทางช่องท้อง โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชเดชอุดม. *วารสารวิจัยและพัฒนานวัตกรรมทางสุขภาพ*, 4(3), 126-134.
- พัชรดา กลิ่นพยอม. (2566). ความสัมพันธ์ของพฤติกรรมสุขภาพอนามัยและผลลัพธ์ในผู้ป่วยลำไส้ทางช่องท้อง. (วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต). จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
<https://digital.car.chula.ac.th/chulaetd/11791>
- เพ็ญจำ เอียดไสย และสุพรรณพรณ กิจบรรยงเลิศ. (2569). ปัจจัยเสี่ยงต่อการติดเชื้อเยื่อช่องท้องในผู้ป่วยลำไส้ทางช่องท้อง: โรงพยาบาลศิริราช. *วารสารวิจัยทางการแพทย์และวิทยาศาสตร์สุขภาพ*, 46(1), 1-18.
- วิชชุดา จำปามาต. (2568). อุบัติการณ์และปัจจัยเสี่ยงที่สัมพันธ์กับการเกิดการติดเชื้อเยื่อช่องท้องในผู้ป่วยลำไส้ทางช่องท้องในโรงพยาบาลสุพรรณภูมิ. *ศรีนครินทร์เวชสาร*, 40(4), 413-427.
- ศิริลักษณ์ เมืองไทย และยุพาวดี ชันพัลลึง. (2567). การใช้ชีวิตหลังการได้รับการรักษาโดยการล้างไตทางหน้าช่องในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง. *วารสารศูนย์อนามัยที่ 9*, 18(2), 679-694.
- พรรษา คัดเข้ม. (2568). ปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะเยื่อช่องท้องอักเสบในผู้ป่วยที่ล้างไตทางช่องท้องชนิดต่อเนื่อง โรงพยาบาลกันทรลักษณ์ จังหวัดศรีสะเกษ. *ยโสธรเวชสาร*, 27(1), 1-25. YASOHOS_MJ2712479
<https://he04.tci-thaijo.org/index.php/hciyasohos/article/view/3230/2274>
- อรอนงค์ วลีจระเลิศ, ธนรรจ์ รัตนโชติพานิช, สุรัชดา ชนโสภณ, วรรัตน์ อนุสรณ์เสงี่ยม, จันทฤทธิ์ กาญจนศิลป์, อมฤต สุวัฒนศิลป์, ธนชัย พนาพุมิ, ศิริรัตน์ อนุตระกูลชัย, สุกุล ลิ้มพัฒนานนท์, และ จุฬารณย์ ลิ้มพัฒนานนท์. (2561). ภาระการเงินในครัวเรือนของผู้ป่วยไตวายระยะสุดท้ายที่ได้รับการบำบัดทดแทนไต. *วารสารเภสัชศาสตร์อีสาน*, 14(4) : 79-87
- อติยา เทพแพงตา. (2567). ผลของโปรแกรมการฝึกทักษะการล้างไตทางช่องท้องในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่อง (CAPD) ต่อพฤติกรรมการป้องกันเยื่อช่องท้องอักเสบ. *วารสารราชภัฏการพยาบาลและวิทยาศาสตร์สุขภาพ*, 4(1), 14-26.
- Li, PK., Chow, KM., Cho, Y., Fan, S., Figueiredo, AE., Harris, T., Kanjanabuch, T., Kim, YL., Madero, M., Malyszko, J., Mehrotra, R., Okpechi, IG., Perl, J., Piraino, B., Runnerg, N., Teitelbaum, I., Wong, JKW., Yu, X., & Johnson, DW. (2022). ISPD peritonitis guideline recommendations: 2022 update on prevention and treatment. *Perit Dial Int*, 42(2), 110-153.
- Sampaio, J., Machado, D., Gomes, A.M., Machado, I., Santos, C., Lima, N., Carvalho, MJ., Cabrita, A., Rodrigues, A., Martins M. (2016). Deciphering the Contribution of Biofilm to the Pathogenesis of Peritoneal Dialysis Infections: Characterization and Microbial Behaviour on Dialysis Fluids. *PLoS ONE* 11(6):
e0157870.<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0157870>.
- Tsai, S.-m., Yan, Y., Zhao, H.-p., Wu, B., Zuo, L., & Wang, M. (2018). Peritoneal dialysis-related eosinophilic peritonitis: a case report and literature review. *Journal of Peking University (Health Sciences)*, 50(4), 747-751. doi: 10.3969/j.issn.1671-167X.2018.04.032