

ประสบการณ์และมุมมองของผู้ดูแลต่อการจัดการแผลกดทับ ในผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงสูง: การศึกษาเชิงคุณภาพเพื่อพัฒนารูปแบบการพยาบาลต่อเนื่อง

ลำยอง นกหงษ์, พย.ม.^{1*}

บทคัดย่อ

แผลกดทับยังคงเป็นตัวชี้วัดที่สำคัญของคุณภาพการพยาบาลและความปลอดภัยของผู้ป่วย แม้จะมีแนวปฏิบัติทางคลินิกและอุปกรณ์ลดแรงกด แต่ในสังคมผู้สูงอายุที่มีจำนวนผู้ป่วยเพิ่มสูงขึ้น ประกอบกับช่องว่างของการดูแลต่อเนื่องระหว่างโรงพยาบาลและชุมชน ล้วนเป็นปัจจัยที่ทำให้เกิดแผลกดทับซ้ำอยู่บ่อยครั้ง นอกจากนี้ ญาติผู้ดูแลมักต้องเผชิญภาวะทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ และเศรษฐกิจ โดยขาดการสนับสนุนที่เหมาะสม การวิจัยเชิงคุณภาพแบบพรรณานี้จึงมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาประสบการณ์และมุมมองของพยาบาลและญาติผู้ดูแลเกี่ยวกับการจัดการแผลกดทับเพื่อพัฒนารูปแบบการพยาบาลต่อเนื่องที่สอดคล้องกับบริบทของโรงพยาบาลพנסินคม และประเมินผลตามตัวชี้วัดของโรงพยาบาล ผู้ให้ข้อมูลหลักจำนวน 22 คน ประกอบด้วยพยาบาลวิชาชีพ 14 คน และญาติผู้ดูแล 8 คน คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลผ่านการสนทนากลุ่ม การสัมภาษณ์เชิงลึก และการบันทึกภาคสนาม ระยะเวลาเดือน กุมภาพันธ์ ถึง พฤษภาคม 2569 การวิเคราะห์เนื้อหาและวิเคราะห์แก่นสาระ

ผลการศึกษาพบ 4 Themes หลัก ได้แก่ 1) ความท้าทายเชิงระบบระหว่างมาตรฐานวิชาชีพกับข้อจำกัดหน้างาน 2) ภาระหลากหลายของผู้ดูแลทั้งกาย อารมณ์ และเศรษฐกิจ 3) ความรู้และการปฏิบัติที่คลาดเคลื่อน และ 4) ความต้องการระบบสนับสนุนและการพยาบาลต่อเนื่องที่ไร้รอยต่อ ผู้วิจัยได้สังเคราะห์สู่การสร้างพินัสโมเดลโดยเน้นการขับเคลื่อนผ่าน 5 องค์ประกอบหลัก: การเป็นหุ้นส่วนร่วมการดูแล ระบบการประเมินแบบครบวงจร เครือข่ายการดูแลต่อเนื่อง การใช้ประโยชน์จากทรัพยากร การสนับสนุนแบบองค์รวมซึ่งเป็นรูปแบบที่เสนอจากผลการศึกษาและอาจนำไปประเมินความเหมาะสมในบริบทที่ใกล้เคียงต่อไป

คำสำคัญ: แผลกดทับ ผู้ดูแล การพยาบาลต่อเนื่อง การวิจัยเชิงคุณภาพ

¹ กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลพנסินคม จังหวัดชลบุรี

* ผู้เขียนหลัก e-mail: lumyong518@gmail.com

Experiences and Perspectives of Nurses and Family Caregivers in Managing Pressure Injuries Among High-Risk Patients: A Qualitative Study for the Development of a Continuing Care Nursing Model

Lumyong Nokhong, M.N.S.^{1*}

Abstract

Pressure Injuries remain a critical indicator of nursing quality and patient safety. Despite the availability of clinical practice guidelines and pressure-relieving devices, an aging society with an increasing number of highly dependent patients, coupled with the gap in continuity of care between hospitals and the community, are all factors that frequently lead to recurrent pressure ulcers. Furthermore, family caregivers often face physical, psychological, and economic burdens without appropriate support. Therefore, this descriptive qualitative research aimed to study the experiences and perspectives of nurses and family caregivers regarding pressure Injuries management, to develop a continuity of care model suitable for the context of Phanat Nikhom Hospital, and to evaluate the outcomes based on hospital indicators. There were 22 key informants, consisting of 14 registered nurses and 8 family caregivers, selected through purposive sampling. Data collection was conducted through focus group discussions, in-depth interviews, and field notes from February to May 2026. Data were analyzed using content and thematic analysis.

The study results revealed 4 main themes: 1) Systemic challenges between professional standards and frontline constraints; 2) Multidimensional burdens of caregivers encompassing physical, emotional, and economic aspects; 3) Inaccurate knowledge and practices; and 4) The need for support systems and seamless continuity of care. The researcher synthesized these findings to create the Panat Model, driven by 5 core components: Care partnership, Comprehensive assessment system, Continuity of care network, Resource utilization, and Holistic support. This model is proposed based on the study's findings and may be further evaluated for appropriateness in similar contexts.

Key words: Pressure Injuries, Caregiver, Continuity of care, Qualitative research

¹ Outpatient Nursing Section, Phanat Nikhom Hospital, Chonburi, Thailand

* Corresponding author e-mail: lumyong518@gmail.com

บทนำ

ปัญหาแผลกดทับ (Pressure Injury) มิใช่เพียงภาวะแทรกซ้อนทางผิวหนัง แต่เป็นดัชนีชี้วัดเชิงระบบที่สะท้อนถึงเป้าหมายความปลอดภัยของผู้ป่วย (Patient Safety Goals) คุณภาพการพยาบาล และความยั่งยืนของระบบสาธารณสุข ในสังคมผู้สูงอายุอย่างสมบูรณ์ การเพิ่มขึ้นของกลุ่มผู้ป่วยภาวะพึ่งพิงสูงที่มีข้อจำกัดด้านการเคลื่อนไหว ภาวะทุพโภชนาการ และโรคเรื้อรังที่ซับซ้อน ล้วนเป็นปัจจัยเร่งให้เกิดพยาธิสภาพของแผลกดทับที่รุนแรงและลุกลามเร็วกว่าปกติ (Lei et al., 2025; Han & Yang, 2024)

กลไกสำคัญเกิดจากแรงกด (Pressure) บริเวณปุ่มกระดูกอย่างต่อเนื่อง ขัดขวางการไหลเวียนโลหิตจนเนื้อเยื่อขาดออกซิเจนและสารอาหาร นำไปสู่ภาวะเนื้อเยื่อตาย (Juntaramano et al., 2025) ร่วมกับแรงเฉือน (Shear) ที่ทำลายหลอดเลือด แรงเสียดทาน (Friction) และความชื้น (Moisture) ที่เร่งให้ผิวหนังเปื่อยยุ่ย หากไม่ได้รับการจัดการตั้งแต่ระยะรอยแดงที่ไม่อาจหาย (Stage 1) การลุกลามสู่เนื้อเยื่อชั้นลึกจะเพิ่มความเสี่ยงต่อภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด ขยายระยะเวลาการนอนโรงพยาบาล และก่อภาระค่าใช้จ่ายมหาศาล (Han & Yang, 2024)

ในบริบทของโรงพยาบาลพנסินคม ขนาด 200 เตียง พบอุบัติการณ์แผลกดทับมีแนวโน้มสูงขึ้นในหอผู้ป่วยหนักและอายุรกรรม แม้จะมีการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิก (CPG) และอุปกรณ์ลดแรงกดทับมาตรฐาน ข้อมูลเบื้องต้นจากการสนทนากลุ่มของพยาบาลวิชาชีพ 14 คน ชี้ชัดว่าอุปสรรคสำคัญมิใช่การขาดความรู้ แต่เกิดจากความต่อเนื่องของกระบวนการพยาบาล (Continuity of Care) ภายใต้อำนาจหน้าที่ที่ทับซ้อนกัน การประสานงาน และช่องว่างการดูแลช่วงรอยต่อสู่ชุมชน ขณะที่ญาติผู้ดูแลต้องรับบทบาทหลักโดยขาดทักษะ มีความเชื่อคลาดเคลื่อน และแบกรับภาระทางจิตสังคม โดยขาดระบบสนับสนุนที่เข้าถึงได้ (Chen et al., 2025; Somsukjeerawat, 2021)

การวิจัยเชิงคุณภาพนี้จึงมุ่งศึกษาประสบการณ์และมุมมองเชิงลึกของพยาบาลวิชาชีพและญาติผู้ดูแล เพื่อระบุจุดบอดเชิงระบบและสังเคราะห์รูปแบบการพยาบาลต่อเนื่องที่สอดคล้องกับบริบท โดยประยุกต์ใช้กรอบแนวคิดทฤษฎีระบบของ Betty Neuman ในการสร้างแนวป้องกัน 3 ระดับ 1) การป้องกันระดับปฐมภูมิ (Primary Prevention): ขจัดปัจจัยเสี่ยงก่อนเกิดแผล เช่น การพลิกตัว การดูแลผิวหนัง และโภชนาการ เพื่อเสริมสร้างแนวป้องกันปกติ (Normal line of defense) 2) การป้องกันระดับทุติยภูมิ (Secondary Prevention) ตรวจพบความผิดปกติแต่เนิ่น ๆ และให้การดูแลทันทีเพื่อจำกัดความเสียหายและเสริมสร้างแนวต้านทาน (Lines of resistance) 3) การป้องกันระดับตติยภูมิ (Tertiary Prevention) ฟื้นฟูสภาพและป้องกันการกลับเป็นซ้ำ เพื่อให้ผู้ป่วยคืนสู่ภาวะสมดุล (Reconstitution) และมีคุณภาพชีวิตที่ดี

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาและวิเคราะห์ประสบการณ์ ทักษะคิด และมุมมองของผู้ดูแล ซึ่งครอบคลุมทั้งบุคลากรพยาบาลและญาติผู้ดูแล ต่อกระบวนการจัดการแผลกดทับในผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงสูง
2. เพื่อพัฒนารูปแบบการพยาบาลต่อเนื่อง (Continuity of Care Model) สำหรับการป้องกันและจัดการแผลกดทับที่มีความเหมาะสมกับบริบทของโรงพยาบาลพנסินคม
3. เพื่อประเมินความเป็นไปได้และแนวทางการนำรูปแบบการพยาบาลต่อเนื่องไปสู่การปฏิบัติในหน่วยงานและชุมชนอย่างยั่งยืน

กรอบแนวคิด

การทำความเข้าใจประสบการณ์และข้อจำกัดของผู้ดูแลอย่างลึกซึ้ง (Input) → นำไปสู่การออกแบบระบบและแนวปฏิบัติร่วมกัน (Process) → เกิดเป็นรูปแบบการพยาบาลต่อเนื่อง (Output) → ยกระดับคุณภาพชีวิตผู้ป่วยและประสิทธิภาพการทำงานขององค์กรอย่างยั่งยืน (Outcome)

วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัย

การวิจัยเชิงคุณภาพแบบพรรณนา (Qualitative Descriptive Design) เพื่อรวบรวมข้อมูลเชิงลึกเกี่ยวกับประสบการณ์และมุมมองของผู้ดูแลต่อการจัดการแผลกดทับในผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงสูง

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

คัดเลือกแบบเจาะจง (Purposive Sampling) จำนวน 22 คน พยาบาลวิชาชีพต้องมีประสบการณ์ในการปฏิบัติงานคลินิกและการดูแลผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงสูงอย่างต่อเนื่องไม่น้อยกว่า 2 ปี ญาติผู้ดูแลหลัก ประกอบด้วยผู้ที่เป็นบุคคลสำคัญที่สุดในการตัดสินใจและลงมือปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลพื้นฐานให้แก่ผู้ป่วยที่มีภาวะพึ่งพิงสูงตลอด 24 ชั่วโมง หรือเป็นผู้รับผิดชอบหลักในการดูแลป้องกันแผลกดทับให้แก่ผู้ป่วยที่มีคะแนนความเสี่ยง Braden Scale ในระดับต่ำกว่า 12 ถึง 14 คะแนนและดูแลต่อเนื่องภายหลังการจำหน่ายกลับบ้านไปแล้วอย่างน้อย 2 สัปดาห์ถึง 1 เดือน

บุคลากรพยาบาล 14 คน จาก ICU (2), อายุรกรรม (4), ผู้ป่วยนอก (3), การพยาบาลชุมชน (2), ศัลยกรรม/กระดูก (1), ผู้ป่วยในพิเศษ/ทั่วไป (2) มีประสบการณ์ 3–31 ปี ระดับการศึกษาปริญญาตรีทั้งหมด ตำแหน่งครอบคลุมปฏิบัติการถึงชำนาญการพิเศษ

ญาติผู้ดูแลหลัก 8 คน ระดับการศึกษาหลากหลายตั้งแต่ประถมถึงปริญญาโท ระยะเวลาดูแล 2 สัปดาห์ถึง 2 ปี ผู้วิจัยยึดหลักความอิ่มตัวของข้อมูล (Data Saturation) หรือไม่มี code, category หรือ theme ใหม่เกิดขึ้นในการสัมภาษณ์ต่อเนื่อง สัมภาษณ์จนไม่พบข้อมูลใหม่เป็นเกณฑ์ยุติการเก็บข้อมูล

เครื่องมือวิจัย

1. แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลและบริบทการดูแล
2. แนวคำถามสนทนากลุ่ม (FGD Guide) และการสัมภาษณ์เชิงลึกสำหรับพยาบาล ครอบคลุม 4 มิติ: ทศนคติต่ออุบัติการณ์, อุปสรรคหน้างาน, อิทธิพลภาระงานต่อความสม่ำเสมอในการจัดการแรงกด, และข้อเสนอแนะเชิงนวัตกรรม/นโยบาย FGD ใช้เพื่อสำรวจ ประสบการณ์ของพยาบาลวิชาชีพและปัญหาเชิงระบบของพยาบาล
3. แนวคำถามสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth Interview Guide) สำหรับญาติผู้ดูแล มุ่งค้นหาประสบการณ์ช่วงรอยต่อเปลี่ยนผ่านบริการ, ความเชื่อคลาดเคลื่อน, ภาระทางอารมณ์/กาย/เศรษฐกิจ, และความต้องการระบบสนับสนุนเหมาะสมกับประสบการณ์ส่วนตัว ภาวะทางอารมณ์ และประเด็นส่วนตัวของ Family caregivers
4. แบบบันทึกภาคสนาม (Field Notes) เพื่อบันทึกทิวทัศน์ภาษา บริบทแวดล้อม และพลวัตการสนทนา

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

แนวคำถามได้รับการทบทวนโดยผู้เชี่ยวชาญด้านความเหมาะสมของเนื้อหา ความชัดเจนของภาษา ครอบคลุมของประเด็น และความเหมาะสมของบริบท การทดลองใช้มีวัตถุประสงค์เพื่อปรับการใช้ถ้อยคำ (Wording), ลำดับคำถามที่ต่อเนื่องตามเหตุและผล (Logical sequence) และคำถามเชิงลึก (Probing questions) เพื่อการสืบค้นข้อมูลเชิงลึก ทั้งนี้ ข้อมูลที่รวบรวมได้ระหว่างขั้นตอนการทดลองใช้ไม่ได้ถูกนำมารวมในการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพขั้นสุดท้ายของการศึกษาการเก็บรวบรวมข้อมูล

ดำเนินการหลังได้รับอนุมัติจริยธรรมวิจัยในมนุษย์ บันทึกเสียงและถอดความแบบคำต่อคำ (Verbatim Transcription) ดำเนินการสนทนากลุ่ม (60-90 นาที) 1 ครั้ง จำนวนผู้เข้าร่วม 8 คน เป็นพยาบาลวิชาชีพ (ID) และสัมภาษณ์เชิงลึกในกลุ่มพยาบาลวิชาชีพ (ID) จำนวน 14 คน และผู้ดูแล caregiver (CG) จำนวน 8 คน ผู้วิจัยดำเนินการสัมภาษณ์/จดบันทึกในพื้นที่ส่วนตัว ใช้เทคนิค Member Check/Triangulation เพื่อตรวจสอบความถูกต้องโดยตรวจสอบ summary หรือ preliminary themes กับผู้ให้ข้อมูลเป็น Method triangulation

การวิเคราะห์ข้อมูล

ใช้การวิเคราะห์เนื้อหา (Content Analysis) ใช้ในการพัฒนา code/categories ร่วมกับการวิเคราะห์แก่นสาระ (Thematic Analysis) ใช้ในการสังเคราะห์ overarching theme ผ่านขั้นตอน: 1) การจัดการข้อมูลดิบภายหลังการรวบรวมข้อมูลเสร็จสิ้น ผู้วิจัยดำเนินการนำข้อมูลจากการบันทึกเสียงในทุกรอบการสนทนากลุ่มและการสัมภาษณ์เชิงลึกมาถอดความเป็นตัวอักษรแบบคำต่อคำ หรือ Verbatim Transcription 2) การสร้างรหัสข้อมูล หรือ Coding ผู้วิจัยใช้วิธีการอ่านทบทวนข้อมูลทีละข้อความมาแล้วหลายครั้งเพื่อให้เกิดความคุ้นเคยกับข้อมูลในระดับลึก หรือ Data Familiarization ผู้วิจัยทำการคัดเลือกประโยคหรือข้อความที่มีความหมายสำคัญและเกี่ยวข้องกับวัตถุประสงค์การวิจัยเกี่ยวกับการจัดการแผลกดทับ จากนั้นจึงให้รหัสข้อมูลในลักษณะการตั้งชื่อรหัสเบื้องต้น หรือ Open Coding 3) การจัดหมวดหมู่ข้อมูลและการวิเคราะห์แก่นสาระ หรือ Categorization and Thematic Analysis ผู้วิจัยนำรหัสข้อมูลที่มีความหมายใกล้เคียงกันมาจัดกลุ่มเข้าด้วยกัน 4) สังเคราะห์ขึ้นเป็นหมวดหมู่ใหญ่ที่สะท้อนถึงแก่นของข้อมูล หรือ Themes โดยเชื่อมโยงกับมิติด้านประสบการณ์และมุมมองของผู้ดูแลตามกรอบแนวคิดที่กำหนดไว้ 5) การนำเสนอประเด็นสาระที่สังเคราะห์ได้ทั้งหมดมาสรุปและบูรณาการเพื่อเป็นฐานข้อมูลเชิงประจักษ์ในการพัฒนารูปแบบการพยาบาลต่อเนื่อง หรือ Panus Model

การตรวจสอบความน่าเชื่อถือ

ยึดเกณฑ์ Lincoln and Guba: ความตรง (Credibility) ผ่าน Member Check และ Triangulation, ความสามารถในการถ่ายทอด (Transferability) ผ่าน Thick Description, ความคงเส้นคงวา (Dependability) ผ่าน Audit Trail, และความเที่ยงธรรม (Confirmability) ผ่าน Reflexive Journaling

การตรวจสอบสามเส้าด้านแหล่งข้อมูล (Data-source triangulation) ดำเนินการโดยการเปรียบเทียบมุมมองของพยาบาลและผู้ดูแลในครอบครัว ในขณะที่การตรวจสอบสามเส้าด้านวิธีวิทยา (Method triangulation) ใช้การสนทนากลุ่ม (FGDs) การสัมภาษณ์เชิงลึก และบันทึกภาคสนาม

การตรวจสอบความถูกต้องโดยผู้ให้ข้อมูล (Member checking) ดำเนินการโดยการนำบทสรุปสังเคราะห์ของข้อค้นพบ เริ่มเบื้องต้น และคำอธิบายเชิงการตีความ ไปแลกเปลี่ยนร่วมกับผู้เข้าร่วมวิจัยหลัก (ทั้งพยาบาลและผู้ดูแลในครอบครัว) เพื่อยืนยันความถูกต้อง ความสอดคล้องตรงกัน และความน่าเชื่อถือของข้อมูล

จริยธรรมการวิจัย

ขออนุมัติคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ จากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชลบุรี เลขที่โครงการวิจัย CBO Rec 2569-001 วันที่รับรอง 12 มกราคม 2569 ถึงวันที่ 11 มกราคม 2570 การเก็บรวบรวมข้อมูลอธิบายวัตถุประสงค์โดยละเอียด รับสมัครด้วยความสมัครใจ รับรองสิทธิในการถอนตัวโดยไม่กระทบต่อการรักษา ปกปิดตัวตนด้วยรหัสสมมติ เก็บข้อมูลในระบบปลอดภัย และเตรียมการประทับประคองทางจิตใจหากผู้ให้ข้อมูลมีความเครียดระหว่างการสัมภาษณ์

ผลการศึกษา

1. ลักษณะทั่วไปและบริบทเชิงลึกของผู้ให้ข้อมูลหลัก

การศึกษาค้นคว้านี้ได้รับข้อมูลเชิงลึกจากผู้ให้ข้อมูลหลัก 2 กลุ่มสำคัญ ได้แก่ บุคลากรพยาบาลวิชาชีพ (ID) จำนวน 14 คน และญาติผู้ดูแลหลัก (CG) จำนวน 8 คน รวมทั้งหมด 22 คน โดยผู้วิจัยใช้เกณฑ์ความอิ่มตัวของข้อมูล (Data Saturation) เป็นหลักในการยุติการเก็บข้อมูล ลักษณะทางประชากรศาสตร์และบริบทการดูแลของผู้ให้ข้อมูลสะท้อนถึงความหลากหลายและความซับซ้อนของระบบการพยาบาลต่อเนื่องในบริบทโรงพยาบาลระดับตติยภูมิขนาดกลาง

ตารางที่ 1 ลักษณะทั่วไปของบุคลากรพยาบาล (n = 14)

รหัส	อายุ (ปี)	เพศ	การศึกษา	ตำแหน่ง	หน่วยงาน	ประสบการณ์ (ปี)	การอบรมแปล กตทัพบ
ID1	44	หญิง	ปริญญาตรี	พยาบาลวิชาชีพ ชำนาญการ	ผู้ป่วยในตึกพิเศษ เมตตา 4-5	23	อบรมที่รพ.จัด ภายในรพ.
ID2	40	หญิง	ปริญญาตรี	พยาบาลวิชาชีพ ชำนาญการ	อายุรกรรมหญิง	14	ไม่เคย
ID3	52	หญิง	ปริญญาตรี	พยาบาลวิชาชีพ ชำนาญการพิเศษ	งานการพยาบาล ชุมชน	31	อบรมใน หน่วยงานจัด
ID4	28	หญิง	ปริญญาตรี	พยาบาลวิชาชีพ ปฏิบัติการ	ศัลยกรรมและ กระดูก	5	อบรมในรพ.
ID5	50	หญิง	ปริญญาตรี	พยาบาลวิชาชีพ ชำนาญการ	การพยาบาล ชุมชน	ไม่ระบุ	ไม่ระบุ
ID6	47	หญิง	ปริญญาตรี	พยาบาลวิชาชีพ ชำนาญการพิเศษ	ผู้ป่วยหนัก (ICU)	25	ประมาณ 3-5 ครั้ง
ID7	27	หญิง	ปริญญาตรี	พยาบาลวิชาชีพ ปฏิบัติการ	ผู้ป่วยหนัก (ICU)	6	ประมาณ 2-3 ครั้ง
ID8	39	หญิง	ปริญญาตรี	พยาบาลวิชาชีพ ชำนาญการ	อายุรกรรมชาย	17	ไม่เคย
ID9	42	หญิง	ปริญญาตรี	พยาบาลวิชาชีพ ชำนาญการ	อายุรกรรมชาย	20	ไม่เคย
ID10	39	หญิง	ปริญญาตรี	พยาบาลวิชาชีพ ชำนาญการ	ผู้ป่วยนอก (NCD Clinic)	15	ยังไม่เคย
ID11	33	หญิง	ปริญญาตรี	พยาบาลวิชาชีพ ชำนาญการ	ผู้ป่วยนอก	10	1 ครั้ง ที่โรงพยาบาล พนัสนิคม
ID12	55	หญิง	ปริญญาตรี	พยาบาลวิชาชีพ ชำนาญการพิเศษ	อายุรกรรมหญิง	2	อบรมที่รพ. มานานแล้ว
ID13	48	หญิง	ปริญญาตรี	พยาบาลวิชาชีพ	ผู้ป่วยใน	28	ไม่เคย
ID14	25	หญิง	ปริญญาตรี	พยาบาลวิชาชีพ ชำนาญการ	ผู้ป่วยนอก	3	1 ครั้ง ที่โรงพยาบาล พนัสนิคม

กลุ่มบุคลากรพยาบาล มีอายุกระจายระหว่าง 25-55 ปี มีประสบการณ์ปฏิบัติงานคลินิกตั้งแต่ 3-31 ปี ทั้งหมดเป็นเพศหญิง (ร้อยละ 100) ตำแหน่งตั้งแต่พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ (ร้อยละ 14.3) พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ (ร้อยละ 64.3) และพยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ (ร้อยละ 21.4) ปฏิบัติงานครอบคลุมหอผู้ป่วยหนัก (ICU) หอผู้ป่วย

อายุรกรรม แผนกผู้ป่วยนอก การพยาบาลชุมชน หอผู้ป่วยศัลยกรรมกระดูก และหอผู้ป่วยพิเศษ ร้อยละ 64.3 เคยผ่านการอบรมเฉพาะทางด้านการป้องกันแผลกดทับ ขณะที่ร้อยละ 35.7 ยังไม่เคยรับการอบรมเชิงลึก

ตารางที่ 2 ลักษณะทั่วไปของญาติผู้ดูแล (n = 8)

รหัส	อายุ (ปี)	เพศ	การศึกษา	ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย
CG1	43	หญิง	มัธยมปีที่ 3	หลานสะใภ้
CG2	38	หญิง	ปริญญาตรี	บุตรสาว
CG3	46	หญิง	ปริญญาตรี	บุตรสาว
CG4	43	หญิง	ปวส.	บุตรสาว
CG5	58	หญิง	ปริญญาโท	บุตรสาว
CG6	67	หญิง	ประถมปีที่ 3	คู่สมรส
CG7	43	ชาย	ปวส.	บุตรชาย
CG8	52	หญิง	ประถมปีที่ 6	บุตรสาว

กลุ่มญาติผู้ดูแล มีอายุระหว่าง 38-67 ปี ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 87.5) ระดับการศึกษาตั้งแต่ ประถมศึกษาปีที่ 3 ถึงปริญญาโท โดยร้อยละ 62.5 มีความสัมพันธ์เป็นบุตร/บุตรสาว รองลงมาเป็นคู่สมรสและ หลานสะใภ้ ระยะเวลาดูแลต่อเนื่องอยู่ที่ 2 เดือนถึง 2 ปี บริบททางเศรษฐกิจและสภาพที่อยู่อาศัยมีความแตกต่างกันชัดเจน บางครอบครัวสามารถจัดหาที่นอนลมและอุปกรณ์ทำแผลได้เอง ขณะที่บางครอบครัวต้องพึ่งพาพยาบาลหรือ ใช้อุปกรณ์ทดแทนในท้องถิ่น

2. การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ

จากผลการวิเคราะห์ข้อมูลพบ 4 อิมหลักที่มีความเชื่อมโยงเชิงระบบดังนี้

คำพูดที่สะท้อนบริบท (Representative quotations) → รหัส (Codes) → ประเด็นย่อย (Subthemes) → สี่ประเด็นหลัก Four themes → ความต้องการการดูแล / ช่องโหว่ของระบบ (Identified care needs/system gaps) → องค์ประกอบของรูปแบบ PANUS components

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลพบ 4 Themes หลัก ได้แก่ 1) ความท้าทายเชิงระบบในการปฏิบัติงานตามมาตรฐาน (system challenges) 2) ประสพการณ์และภาระหลักมิติของผู้ดูแล (caregiver burden) 3) ความรู้และการปฏิบัติ ที่คลาดเคลื่อน (knowledge/practice gaps) และ 4) ความต้องการระบบสนับสนุนและการพยาบาลต่อเนื่อง (support/continuity needs)

Theme 1: ความท้าทายเชิงระบบในการปฏิบัติงานตามมาตรฐาน Theme นี้เผยให้เห็นช่องว่างเชิงโครงสร้าง (Structural Gap) ระหว่างกรอบแนวปฏิบัติทางคลินิกกับสภาพความเป็นจริงของหน่วยงาน ซึ่งแบ่งย่อยเป็น 3 ประเด็นสำคัญ

1.1 ความไม่สอดคล้องระหว่าง CPG อุดมคติกับข้อจำกัดทรัพยากร: ผู้ให้ข้อมูลสะท้อนว่าข้อจำกัด ด้านอัตราค่าจ้าง ภาระงาน และทรัพยากรทำให้การปฏิบัติตาม CPG อย่างสม่ำเสมอเป็นไปได้ยากในบริบทจริง

“CPG ในปัจจุบันเขียนขึ้นบนพื้นฐานอุดมคติ แต่ในความเป็นจริง เมื่อสัดส่วนพยาบาลต่อผู้ป่วยสูงเกินเกณฑ์ การปฏิบัติตาม CPG แบบ 100% ทำได้ยากมาก โดยเฉพาะในหอผู้ป่วยที่ผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นกลุ่มพึ่งพิงสมบูรณ์” (ID4)

“ในหอผู้ป่วยอายุรกรรมที่มีผู้ป่วยจำนวนมากและมีกลุ่มเสี่ยงสูง แนวปฏิบัติเรื่องการพลิกตะแคงตัวทุก 2 ชม อาจจะทำได้ไม่ถี่ทุกตัวทุก 2 ชม ตามเวลา เนื่องจากขาดอัตราค่าจ้าง” (ID12)

การขาดผู้ช่วยการพยาบาล และอัตราค่าจ้างที่ไม่สอดคล้องกับความซับซ้อนของผู้ป่วย ทำให้การปฏิบัติตามมาตรฐานกลายเป็นเรื่องที่ยากในทางปฏิบัติ โดยเฉพาะในหอผู้ป่วยอายุรกรรมที่มีผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงสูงหนาแน่น

1.2 ความไม่ต่อเนื่องในการพลิกตัวและการจัดลำดับความสำคัญทางคลินิก: การพลิกตัวทุก 2 ชั่วโมง ซึ่งการจัดทำหรือพลิกตัวตามระยะเวลาที่เหมาะสมตามการประเมินความเสี่ยงและสภาพทางคลินิกของผู้ป่วยในการป้องกันแผลกดทับ มักถูกขัดจังหวะโดยภาระงานทับซ้อน (Work Overload) และภาวะวิกฤตแทรกซ้อน พยาบาลต้องตัดสินใจจัดลำดับความสำคัญระหว่างการป้องกันแผลกดทับกับการรักษาภาวะฉุกเฉิน

“เคย ในสถานการณ์แบบนั้น คงเลือกที่จะต้องแก้ไขภาวะวิกฤตก่อนที่มีผลต่ออัตราการเสียชีวิต ถ้าพ้นจากภาวะวิกฤต โดยประเมินจากสัญญาณชีพผู้ป่วย อาการ ที่สามารถพอที่จะพลิกตะแคงตัวได้ ค่อยทำ” (ID6)

การตัดสินใจทางคลินิกภายใต้ความกดดันนี้สะท้อนถึง Trade-off ระหว่างมาตรฐานการป้องกันกับความปลอดภัยเฉียบพลัน ซึ่งหากขาดระบบสนับสนุน จะนำไปสู่ช่องว่างในการจัดการแรงกด (Pressure Management Gap) อย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้

1.3 ความเหนื่อยล้าสะสม (Burnout) และผลกระทบต่อความไวในการสังเกต: ภาวะเหนื่อยล้าทางวิชาชีพ ส่งผลกระทบโดยตรงต่อคุณภาพการเฝ้าระวังเชิงรุก ความล้าทางกายและใจลดความละเอียดอ่อนในการประเมินผิวหนัง และบางครั้งนำไปสู่การบันทึกข้อมูลที่ไม่สอดคล้องกับสภาพจริงเพื่อลดภาระงานเชิงเอกสาร

“เมื่อพยาบาลมีเคสดูแลมากขึ้นจะทำให้เกิดความเร่งรีบ หรือใช้ความคุ้นเคยแทนการประเมินผิวหนังจริง ทำให้มองข้ามความเปลี่ยนแปลงเล็กน้อยของผิวหนัง (เช่น รอยแดงจางๆ) ... ข้อมูลที่บันทึกไม่ตรงกับความเป็นจริง” (ID10)

“ความเหนื่อยล้าส่งผลต่อความไวในการสังเกต เมื่อร่างกายล้า จิตใจจะมุ่งไปที่การทำภาระงานให้เสร็จตามหน้าที่ แต่อาจขาดความละเอียดอ่อนในการเฝ้าระวังอุบัติการณ์เชิงรุก” (ID4)

ความเหนื่อยล้าจากภาระงานและผลต่อการเฝ้าระวัง “Work-related fatigue and reduced vigilance”

Theme 2: ประสบการณ์และภาระหลาภมิตของผู้ดูแล ความทุกข์ทางจิตใจ ความรู้สึกผิด ความรู้สึกหมดหนทาง และความกังวลเกี่ยวกับการดูแล

การดูแลผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงสูงมิใช่เพียงภารกิจทางกายภาพ แต่เป็นประสบการณ์ที่ส่งผลกระทบต่อผู้ดูแลในทุกมิติของชีวิต โดยสังเคราะห์ได้เป็น 3 ด้านหลัก

2.1 ภาระทางกายภาพและปรากฏการณ์ “ผู้สูงอายุดูแลผู้สูงอายุ” ผู้ดูแลหลายคนต้องเผชิญกับการใช้แรงกายหนักในการยกตัว พลิกตัว และจัดการของเสีย โดยเฉพาะในครอบครัวที่ผู้ดูแลมีอายุมากหรือมีโรคประจำตัว

“คนที่พลิกตัวอายุมากเป็นพ่อ ยกคนไข้ลำบาก กลางวันต้องนอนพัก ไม่มีคนเปลี่ยน” (CG2)

“พ่อขยับท่อนล่างไม่ได้อายุ 64 ปี พี่ชายเป็น Stroke ขยับแทบไม่ได้... อุปสรรคถ้าผู้ดูแลไปทำงานก็ขาดคนดูแล” (CG7)

ปรากฏการณ์นี้สะท้อนถึงความเปราะบางของระบบการดูแลแบบพึ่งพาครอบครัวเดียวในสังคมผู้สูงอายุไทย ซึ่งขาดกลไกสนับสนุนแรงงานทดแทน หรือระบบ Respite Care ที่ช่วยลดภาระกายภาพอย่างยั่งยืน

2.2 ภาระทางอารมณ์ ความรู้สึกผิด และกลไกการเผชิญปัญหา ผู้ดูแลรายงานถึงภาวะเครียดสะสม ความรู้สึกหมดหนทาง (Helplessness) และความรับผิดชอบส่วนตนเมื่อแผลลุกลาม

“รู้สึกผิดเหมือนเราดูแลได้ไม่ดี จัดการโดยปรึกษากันหาความรู้ทางอินเทอร์เน็ต” (CG5)

“มากที่สุด เพราะเวลาในการดูแลไม่มี คนช่วยดูแลไม่มี ค่าใช้จ่ายในการดูแลไม่มี... รู้สึกมาก ห่วงผู้ป่วย ปรึกษาแพทย์ที่จะทำให้แผลดีขึ้นไวที่สุด” (CG4)

ความรู้สึกผิดนี้สอดคล้องกับแนวคิด Caregiver Burden ในบริบทเอเชียที่ความกตัญญูผูกเชื่อมโยงกับความสำเร็จในการดูแล เมื่อเกิดภาวะแทรกซ้อน ผู้ดูแลมักรับรู้ว่าเป็นความล้มเหลวของตนเอง เกิดความทุกข์ทางจิตใจ ความรู้สึกผิด ความรู้สึกหมดหนทาง และความกังวลเกี่ยวกับการดูแล

2.3 ผลกระทบต่อคุณภาพชีวิต การนอนหลับ และเศรษฐกิจครอบครัว: การดูแลตลอด 24 ชั่วโมง รบกวนวงจรการนอนหลับ และบีบให้ผู้ดูแลลดเวลาทำงานหรือลาออก ส่งผลต่อรายได้และเสถียรภาพทางเศรษฐกิจ

“ต้องคอยตื่นมาดูแล พลิกตัว ดูปัสสาวะ ทำให้นอนพักผ่อนไม่พอ แอบนอนกลางวันบ้าง” (CG2)

“เหนื่อยมาก ทำคนเดียวไม่มีคนเปลี่ยน เรียกว่าป่วยเลย คนดูแลเกิดปอดเป็นฝ้า ต่อมา เป็นเรื่องข้อปวดข้อ...” (CG6)

การที่ผู้ดูแลเกิดปัญหาสุขภาพตามมาส่งผลต่อการพักผ่อน สุขภาพ และเศรษฐกิจ

Theme 3: ความรู้และการปฏิบัติที่คลาดเคลื่อน

Theme นี้เผยให้เห็นความซับซ้อนของการถ่ายทอดความรู้ทางการแพทย์สู่บริบทบ้าน ซึ่งแบ่งเป็น 3 ประเด็น

3.1 ความเข้าใจกลไกการเกิดแผลที่ยังไม่ครบถ้วน ส่งผลต่อการพักผ่อน สุขภาพ และเศรษฐกิจ

“ไม่มารู้แต่ว่านอนมาก ๆ ไม่ขยับตัวแล้วเกิดแผล แต่ไม่รู้ว่ารุนแรงขนาดไหน เริ่มแดงจากการเกาไป-แล้วเริ่มมีหนองเห็นเนื้อขาว...” (CG1)

การขาดความเข้าใจเชิงกลไกทำให้ผู้ดูแลประเมินความรุนแรงต่ำเกินไป และมักตระหนักถึงปัญหาเมื่อแผลลุกลามสู่ระยะลึกแล้ว

3.2 ความเชื่อพื้นบ้านและการปฏิบัติที่อาจเร่งการบาดเจ็บ แม้จะได้รับการอบรมก่อนจำหน่าย ผู้ดูแลบางส่วนยังคงใช้วิธีการดูแลที่ขัดกับหลักวิทยาศาสตร์ เช่น การโรยแป้งฝุ่นหรือการนวดบริเวณปุ่มกระดูก

“เรื่องการใช้แป้งไม่มีใครช่วยอธิบาย ส่วนตัวคิดว่าถ้าเป็นแป้งเย็นช่วยให้ไม่เหนอะ ไม่คันเท่าไร ส่วนมากทาวาสลีนแล้วทาแป้งทับ” (CG1)

“ใช้แป้งโรยตัวอยากให้ตัวแห้ง บริเวณแดงไม่โรย ไม่นวด” (CG8)

ปรากฏการณ์นี้ชี้ให้เห็นว่าการไม่ระบุผู้ดูแลหลักชัดเจน (Caregiver Identification Gap) และขาดการฝึกปฏิบัติพร้อมให้เหตุผลทางคลินิก (Rationale-based Education) ทำให้ผู้ดูแลยังคงยึดติดกับความเชื่อเดิมหรือตีความคำแนะนำคลาดเคลื่อน (Jafari et al., 2021)

3.3 ศักยภาพในการเรียนรู้และการพัฒนาสู่หุ้นส่วนการดูแล ในทางตรงข้าม ผู้ดูแลจำนวนมากแสดงความสามารถในการปรับตัวและพัฒนาทักษะได้อย่างรวดเร็วเมื่อได้รับการฝึกปฏิบัติและ Feedback ที่ชัดเจน

“ช่วงแรกยังงง ๆ อยู่ทำไม่ถูก ดูทั้งแผล ปัสสาวะ อุจจาระ แต่ตอนนี้ชินแล้ว ได้ตัวอย่างที่ดีในการทำแผลก็เลยทำเป็น... ตอนนี้อย่างไรแผลใหม่” (CG6)

“แผลแคบเหลือนิดเดียว ส่วนแผลที่เพิ่มมา รพ.สต. ไปเลาะเนื้อตาย และผู้ดูแลทำแผลต่อ” (CG3)

ข้อมูลนี้ยืนยันว่าผู้ดูแลไม่ใช่ “ภาระ” ข้อมูลสะท้อนว่าผู้ดูแลสามารถพัฒนาความมั่นใจและทักษะในการดูแลได้เมื่อได้รับการฝึกและ feedback ที่เหมาะสม

Theme 4: ความต้องการระบบสนับสนุนและการพยาบาลต่อเนื่อง

Theme นี้สะท้อนความคาดหวังและความต้องการเชิงระบบจากผู้ดูแลและบุคลากรพยาบาล ซึ่งแบ่งเป็น 4 มิติ

4.1 ความต้องการการเยี่ยมบ้านและการสนับสนุนเชิงจิตสังคม ผู้ดูแลส่วนใหญ่ต้องการการติดตามเยี่ยมบ้านอย่างสม่ำเสมอ ไม่เพียงเพื่อตรวจสภาพแผล แต่เพื่อรับกำลังใจและลดความรู้สึกโดดเดี่ยว

“อยากให้ทีมเยี่ยมบ้านไปพูดคุยกับคนไข้บ้าง... อยากให้ไปแนะนำเมื่อคนไข้จะฟังและปฏิบัติตาม” (CG1)

“ดีทั้ง 2 อย่าง เหมือนเรายังมีค่า มีความหมาย ถึงเราจะยากจน แต่เขายังเมตตา เขายังอยากไปดู ไปเยี่ยม ถ้าไปเยี่ยมเมื่อไหร่ อยากหุงข้าวให้กินด้วย เราดีใจ” (CG6)

4.2 ทักษะที่หลากหลายต่อเทคโนโลยีและนวัตกรรมดิจิทัล ผู้ดูแลมีมุมมองต่อเทคโนโลยีแตกต่างกันตามระดับทักษะดิจิทัลและบริบทครอบครัว

“คิดว่าดี จะได้ดูกันโดยตรง... ยินดีค่ะ แอปพลิเคชันหมอพร้อม การรับยาระบบทางไกล เทลลิเมด” (CG2, CG3)

“ไม่เห็นด้วย เพราะแต่ละบ้านการใช้เทคโนโลยีแตกต่างกัน บางบ้านมีแต่ผู้สูงอายุอยู่ด้วยกัน ทำให้เข้าไม่ถึง
ตัวผู้ป่วยได้ 100% การออกเยี่ยมดีที่สุดเข้าถึงผู้ป่วยได้ดีที่สุด” (CG4)

ข้อมูลนี้สอดคล้องกับงานวิจัยของ Vos-Draper et al. (2025) ที่ระบุว่าผู้ดูแลต้องการเทคโนโลยีที่ “ลดภาระ
งานจริง” มากกว่าระบบที่เพียง “แจ้งเตือนเพิ่มภาระ” การออกแบบระบบดิจิทัลจึงต้องคำนึงถึงความพร้อมของผู้ใช้

4.3 ความต้องการทรัพยากร อุปกรณ์ และระบบสนับสนุนทางการเงิน การเข้าถึงอุปกรณ์ลดแรงกดทับและ
วัสดุทำแผลเป็นอุปสรรคสำคัญต่อความต่อเนื่องของการดูแล

“กังวลเรื่องทำแผลมาเบิกอุปกรณ์กับโรงพยาบาลแล้วไม่พอ ขอเบิกเพิ่มมีแผลเพิ่มมาจะไม่พอ ซื้อมือตัวเองบ้าง”
(CG3)

“เครียดมาก เพราะค่าใช้จ่ายสูงมาก รายได้น้อย” (CG4)

บุคลากรพยาบาลจึงเสนอแนะการจัดตั้งกองทุนยืมอุปกรณ์ระดับตำบล เพื่อลดความเหลื่อมล้ำและเพิ่มความ
เป็นธรรมในการเข้าถึง

“ควรมีการจัดตั้ง กองทุนยืมอุปกรณ์ (เช่น ที่นอนลม) ในระดับตำบลที่เข้าถึงง่าย เพื่อให้การป้องกันแผลกดทับ
เกิดขึ้นได้ทันทีโดยไม่ขึ้นข้อจำกัดด้านฐานะของครอบครัว” (ID4)

4.4 ข้อเสนอแนะเชิงระบบ: ผลการศึกษาได้นำเสนอ กลยุทธ์เพื่อปรับปรุงการประสานงานและการจัดการ
ความกดดัน ของบุคลากร โดยผู้วิจัยได้สะท้อนข้อมูลอย่างสมดุล ทั้งใน มุมมองด้านปัจจัยเอื้อ (Facilitating view) ที่ช่วย
สนับสนุนให้กลยุทธ์เกิดขึ้นได้จริง ควบคู่ไปกับ ข้อกังวลด้านความเป็นไปได้ (Feasibility concern) ที่อาจเป็นอุปสรรค
ในการนำไปปฏิบัติ และการเชื่อมโยงข้อมูลไว้รอยต่อ บุคลากรพยาบาลเสนอแนวทางการปฏิรูปกระบวนการทำงานอย่าง
เป็นรูปธรรม โดยเฉพาะการจัดตั้งทีมเฉพาะกิจจัดการแรงกด (Turn Team) และการพัฒนาระบบข้อมูลร่วม

“เป็นแนวคิดที่ดีมาก การมีทีมเฉพาะที่เดินสายพลิกตัวตามเวลาจะช่วยให้มั่นใจได้ว่าคนไข้จะได้รับการดูแล
ตามมาตรฐาน โดยที่พยาบาลเจ้าของไข้สามารถโฟกัสกับงานบริหารยาหรือหัตถการที่ซับซ้อนได้” (ID4)

“สอนญาติให้คล่อง ส่งต่อชุมชนให้ไว มีไลน์ให้ตามงาน สอน ผึกจนญาติทำเป็น (พลิกตัว/เช็กผิว) ส่ง ผ่ากร
รพ.สต. ไปเยี่ยมบ้าน ตาม มีช่องทางให้เค้าถ่ายรูปมาปรึกษาได้ตลอด” (ID4)

ตารางที่ 3 สรุปประเด็นหลัก ความต้องการ/ช่องว่างที่ค้นพบ นำมาเป็นองค์ประกอบพานัสโมเดล

ประเด็นหลัก (Theme)	ความต้องการ / ช่องว่างที่ค้นพบ (Identified Need / Gap)	องค์ประกอบ PANUS ที่สอดคล้อง (PANUS Component)
ความท้าทายระดับระบบ (System-level challenges)	• ความสม่ำเสมอและมาตรฐาน ในการประเมิน • ข้อจำกัดด้านอัตรากำลังและ ทรัพยากรระบบบริการ	A (Assessment) U (Utilization of Resources) N (Network Coordination)
ภาระของผู้ดูแลในหลากหลายมิติ (Multidimensional caregiver burden)	• การมีส่วนร่วมและการเป็น หุ้นส่วนร่วมดูแล • การสนับสนุนด้านอารมณ์ ร่างกาย และจิตใจ	P (Partnership / Empowerment) S (Support System)
ช่องว่างด้านความรู้และการปฏิบัติ (Knowledge/practice gaps)	• การให้สุศึกษาและการเสริม ทักษะการดูแล • การประเมินสมรรถนะและความ พร้อมก่อนกลับบ้าน	P (Partnership & Education) A (Assessment & Competency)

ตารางที่ 3 (ต่อ)

ประเด็นหลัก (Theme)	ความต้องการ / ช่องว่างที่ค้นพบ (Identified Need / Gap)	องค์ประกอบ PANUS ที่สอดคล้อง (PANUS Component)
ความต้องการความต่อเนื่องและการสนับสนุน (Continuity/support needs)	- ระบบส่งต่อและการประสานงานข้ามหน่วยบริการ - การจัดสรรอุปกรณ์เครื่องมือและระบบดูแลทางไกล (Telehealth/Home visit)	N (Network / Continuity of Care) U (Utilization) S (Support)
ความท้าทาย / มิติปัญหา	ประเด็นสำคัญที่ต้องมุ่งเน้น	องค์ประกอบของรูปแบบ / รหัส
ความท้าทายระดับระบบ	ความสม่ำเสมอในการประเมิน, ข้อจำกัดด้านอัตราค่าจ้างและทรัพยากร	A, U
ภาระของผู้ดูแลในหลากหลายมิติ	การเป็นหุ้นส่วนร่วมดูแล, การสนับสนุนทางอารมณ์และร่างกาย	P, S
ช่องว่างด้านความรู้และการปฏิบัติ	การให้ความรู้, สมรรถนะและการประเมิน	P, A

อภิปรายผล

ผลการศึกษาสະท้อนให้เห็นถึงช่องว่างระหว่างทฤษฎีกับการปฏิบัติ (Theory-Practice Gap) ในระบบบริการสุขภาพ ซึ่งการมีเพียงแนวปฏิบัติทางคลินิก (CPG) ไม่เพียงพอต่อการจัดการแผลกดทับ หากขาดอัตราค่าจ้างและระบบสนับสนุนที่สอดคล้องกับความซับซ้อนของผู้ป่วย ข้อค้นพบนี้สอดคล้องกับการประยุกต์ใช้ทฤษฎีระบบของ Betty Neuman (Osaele, 2024; Chen et al., 2025) ที่เน้นการสร้างแนวป้องกันเพื่อรับมือกับปัจจัยก่อความเครียด (Stressors) ใน 3 มิติ ได้แก่ 1) ปัจจัยภายในบุคคล (Intrapersonal) จากความเปราะบางของผู้ป่วยและภาระความทุกข์ทางกาย จิตใจ และเศรษฐกิจของผู้ดูแล 2) ปัจจัยระหว่างบุคคล (Interpersonal) ที่เกิดจากช่องว่างการสื่อสารจนนำไปสู่ความเชื่อที่คลาดเคลื่อน เช่น การใช้แปรงฟันหรือการนวด และ 3) ปัจจัยภายนอกบุคคล (Extrapersonal) ด้านข้อจำกัดทางทรัพยากรและระบบส่งต่อที่ขาดความเชื่อมโยง

ภาระที่พบยังสะท้อนถึงแนวคิด Caregiver Burden ในสังคมเอเชียที่ครอบครัวเป็นแกนหลัก การขาดการสนับสนุนทางอารมณ์และทรัพยากรทำให้ผู้ดูแลเกิดความรู้สึกผิด หดหนทาง และมีปัญหาสุขภาพตามมา ซึ่งส่งผลกระทบต่อการทำงานและเศรษฐกิจของครอบครัว (Mamom & Daovisan, 2022; Jafari et al., 2021) ปัญหาเหล่านี้ชี้ให้เห็นว่าระบบการดูแลแบบพึ่งพาครอบครัวเดียวในปัจจุบันยังขาดความยั่งยืน จึงจำเป็นต้องมีการประเมินความพร้อมของผู้ดูแล (Caregiver Readiness Assessment) ร่วมกับการคัดกรองผู้ป่วย รวมถึงต้องระบุตัวผู้ดูแลหลักให้ชัดเจนและมีระบบติดตามผล (Feedback Loop) หลังกลับบ้าน ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยที่ระบุว่า การสอนเพียงเทคนิคอย่างเดียวไม่เพียงพอ แต่ต้องบูรณาการการจัดการความปวดและการคัดกรองความพร้อมของผู้ดูแลร่วมด้วย (Thailand Nursing Council, 2019; Jafari et al., 2021)

นอกจากนี้ ความต้องการด้านการเยี่ยมบ้านและเทคโนโลยี ยังสนับสนุนแนวคิดการพยาบาลต่อเนื่องแบบไร้รอยต่อ (Seamless Care) ที่ต้องผสมผสาน High Tech และ High Touch เข้าด้วยกัน การเยี่ยมบ้านไม่เพียงแต่เป็นการให้บริการทางเทคนิค แต่ยังช่วยสร้างความมั่นใจและลดความโดดเดี่ยวทางสังคม ขณะที่เทคโนโลยีก็ควรถูกออกแบบมาเพื่อลดภาระงานจริง ไม่ใช่เพียงระบบแจ้งเตือนที่เพิ่มภาระทางจิตวิทยา (Vos-Draper et al., 2025; Han & Yang, 2024) การนำระบบข้อมูลและแพลตฟอร์มดิจิทัลที่มีอยู่แล้ว (เช่น LINE, หมอพร้อม) มาใช้ จะสามารถเติมเต็มช่องว่างการสื่อสารได้อย่างมีประสิทธิภาพ หากมีการออกแบบที่คำนึงถึงความหลากหลายของทักษะดิจิทัลของแต่ละครอบครัว (Somsukjeerawat, 2021) จากความต้องการและช่องโหว่เชิงระบบทั้งหมด ผู้วิจัยจึงได้นำมาสังเคราะห์เป็นรูปแบบการพยาบาลต่อเนื่อง “Panus Model” ซึ่งประกอบด้วย 5 องค์ประกอบที่เชื่อมโยงกันเป็นวงจร เพื่อเสริมสร้างเสถียรภาพและยกระดับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและผู้ดูแลอย่างยั่งยืน

รูปแบบการพยาบาลต่อเนื่อง (Panus Model)

4 Themes → Identified stressors/care needs → Neuman concepts → PANUS components
ผู้วิจัยสังเคราะห์ข้อมูลเป็น Panus Model บนพื้นฐานทฤษฎีระบบของ Betty Neuman ประกอบด้วย 5 องค์ประกอบ เชื่อมโยงเป็นวงจร

การป้องกันระดับปฐมภูมิ (Primary prevention) → Partnership + Assessment ความร่วมมือ + การประเมิน เน้นที่การค้นหาความเสี่ยง (Risk identification), การให้ความรู้/สุศึกษา (Education) และการป้องกัน (Prevention)

การป้องกันระดับทุติยภูมิ (Secondary prevention) → Assessment + Network + Support การประเมิน + เครือข่าย + การสนับสนุน เน้นที่การตรวจพบความผิดปกติแต่เนิ่น ๆ (Early recognition),

การป้องกันระดับตติยภูมิ (Tertiary prevention) → Network + Utilization + Support เน้นที่การดูแลต่อเนื่อง (Continuing care), การฟื้นฟูสมรรถภาพ (Rehabilitation) และการป้องกันการกลับเป็นซ้ำ (Recurrence prevention)

จากการวิเคราะห์ความสัมพันธ์นำมาสู่การพัฒนารูปแบบการพยาบาลที่ต่อเนื่อง Panut Model

1. P – Partnership (หุ้นส่วนการดูแล): เปลี่ยนบทบาทญาติเป็นหุ้นส่วนการดูแลผ่านการฝึกทักษะจริง สร้างความมั่นใจ และปรับทัศนคติทีมสหวิชาชีพ จากผู้รับบริการสู่ Empowered Partner

2. A – Assessment (ประเมินครบวงจร): ประเมินความเสี่ยงครบทั้ง Braden Scale ปัจจัยสังคมเศรษฐกิจ สภาพบ้าน สมรรถนะผู้ดูแล และระดับความปวด เพื่อวางแผนการดูแลรายบุคคล

3. N – Network (เครือข่ายดูแลต่อเนื่อง): สร้างเครือข่ายไร้รอยต่อระหว่างโรงพยาบาล รพ.สต. อสม. และชุมชน ด้วยระบบข้อมูลเชื่อมโยง ช่องทางปรึกษาออนไลน์ และบทบาทชัดเจนของแต่ละหน่วยบริการ

4. U – Utilization (ใช้ทรัพยากรอย่างคุ้มค่า): ใช้ทรัพยากรอย่างคุ้มค่าผ่านกองทุนยืมอุปกรณ์ระดับตำบล นวัตกรรมท้องถิ่น (เช่น ที่นอนยางพารา) และการระดมทุนภาคีเครือข่าย ลดความเหลื่อมล้ำในการเข้าถึงอุปกรณ์

5. S – Support (สนับสนุนองค์กรรวม): ระบบสนับสนุนทั้งเทคนิค อารมณ์ จิตใจ และทรัพยากร มีทีมเฉพาะกิจ (Turn Team) ช่องทางการติดตามหลากหลายรูปแบบ และระบบให้คำปรึกษา 24 ชั่วโมง

โมเดลนี้ถูกออกแบบให้เริ่มในระดับเล็ก ขยายผลตามความพร้อม และปรับใช้กับบริบทที่แตกต่าง โดยเน้นความยั่งยืนผ่านการพัฒนาศักยภาพชุมชนและการบูรณาการเทคโนโลยีกับการดูแลด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์

สรุปและข้อเสนอแนะ

สรุป

การป้องกันแผลกดทับในผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงสูงไม่สามารถแก้ไขด้วยมาตรการทางเทคนิคเพียงอย่างเดียว แต่ต้องอาศัยระบบการดูแลที่ต่อเนื่อง เสริมพลังผู้ดูแล และเชื่อมโยงทรัพยากรระหว่างโรงพยาบาลกับชุมชน ผลการศึกษาชี้ให้เห็นความจำเป็นในการเปลี่ยนมุมมองจากผู้ดูแลเป็น “หุ้นส่วนการดูแล” ที่มีศักยภาพ และพัฒนาระบบสนับสนุนที่ยืดหยุ่นตามบริบทพื้นที่ Panus Model ตอบสนองต่อช่องว่างเชิงระบบที่พบ

ข้อเสนอแนะ

1. **ระดับการปฏิบัติ:** เริ่มโครงการนำร่อง Turn Team ในหอผู้ป่วยวิกฤต พัฒนาโปรแกรมฝึกทักษะผู้ดูแลก่อนจำหน่ายอย่างเป็นระบบ ใช้แพลตฟอร์มดิจิทัลที่มีอยู่ (LINE Official, หมอพร้อม) สำหรับการติดตามภาพแผลและให้คำปรึกษา พัฒนาศักยภาพ อสม. ในการเฝ้าระวังและจัดเยี่ยมบ้านสม่ำเสมอสำหรับกลุ่มเสี่ยงสูง สร้างกลุ่มสนับสนุนผู้ดูแล (Support Group) ในชุมชนเพื่อแลกเปลี่ยนประสบการณ์และลดความโดดเดี่ยว

2. **สำหรับการศึกษาวิจัยต่อเนื่อง** การศึกษาประสิทธิผลของ Panus Model ในการลดอุบัติการณ์แผลกดทับและปรับปรุงคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและครอบครัวเป็นขั้นตอนต่อไปที่จำเป็นเพื่อยืนยันประสิทธิภาพของรูปแบบที่พัฒนาขึ้น การศึกษาควรเป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental study) ที่เปรียบเทียบผลลัพธ์ระหว่างกลุ่มที่ได้รับการดูแลตาม Panus Model กับกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามวิธีมาตรฐาน การวัดผลลัพธ์ควรครอบคลุมทั้งตัวชี้วัดทางคลินิก เช่น อุบัติการณ์การเกิดแผลกดทับ ระยะเวลาการหายของแผล และการเกิดภาวะแทรกซ้อน และตัวชี้วัดทางสังคมและจิตใจ เช่น คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและครอบครัว ความมั่นใจของผู้ดูแล และความพึงพอใจต่อการบริการ

References

- Boonmewiset, W., Sukbua, J., Boonmasri, P., & Nuntana, R. (2022). Development of nursing practice guidelines for pressure injury prevention in the Intensive Care Unit, Loei Hospital. *Chaiyaphum Medical Journal*, 42(2), 118-130.
- Boonta, N. (2025). Development of nursing innovations to prevent pressure ulcers in critically ill infants. *Phetchabun Medical Journal*, 5(2), 35-48.
- Chen, Y., Cai, T., Le, P., Zhang, L., Chen, Y., Wu, L., Chen, K., Yuan, C., & Lu, Y. (2025). Family caregivers' perceptions and challenges in the care of pressure injuries in daily life: A qualitative study. *BMC geriatrics*, 25(1), 490. <https://doi.org/10.1186/s12877-025-06114-1>.
- Chiaprasert, S., Dumsangawad, N., Yok-in, J., Junwin, B. (2020). Pressure sore prevention of person with cerebrovascular disease at home: The caregiver development in Thailand 4.0 era. *The Journal of Faculty of Nursing Burapha University*, 28(1), 108-115.
- Han, C., Yang, F., & Liu, L. (2024). Effectiveness of continuous care interventions in elderly patients with high-risk pressure ulcers. *Alternative Therapies in Health and Medicine*, 30(3), 118-123.
- Jafari, M., Nassehi, A., Rafiei, H., Taqavi, S., Karimi, Y., Ilaghinezhad Bardsiri, T., & Arboledas Bellón, J. (2021). Pressure injury prevention knowledge among family caregivers of patients needing home care. *Home Healthcare Now*, 39(4), 203-210.
- Jakucs, C. (2025). *Wound assessment: Understanding and using the TIMERS tool*. Retrieved from <https://blog.wcei.net/timers-wound-care-strategies-wound-bed->

- Jiamthanopchai, R., & Saenwiangchan, S. (2018). Nursing practice guidelines for the prevention of pressure ulcers. *Thai Journal of Nursing*, 67(4), 53-61. <https://he02.tci-thaijo.org/index.php/TJN/article/view/204018>.
- Juntakam, S., Chaiprom, B., Phosom, W., Taiwong, A., & Phuakphan, W. (2023). Develop an innovative Safety Wheel: which rotates to recognize for enhancing nursing implementation in preventing pressure sores in patients infected with the novel coronavirus disease 2019 Cohort ward, Maha sarakham hospital. *Mahasarakham Hospital Journal*, 20(2), 138-148.
- Juntaramano, S., Nithi-Uthai, B., & Pipattanawong, W. (2025). Development of latex pressure-redistribution mattresses. *Nursing Journal CMU*, 52(4), 334-342.
- Kittipovanon, S., & Prachakul, R. (2022). A model for palliative care through case management. *Journal of Environmental Education, Medicine and Health*, 7(4), 64-74.
- Lei, H., Zhong, K., Chen, Z., Li, P., Chen, J., Li, H., Cheng, B., & Zhou, J. (2026). Global burden of pressure ulcer and contributing factors from 1990 to 2021: A systematic analysis with forecasts to 2035. *Advances in Wound Care*, 15(6), 370-380. <https://doi.org/10.1089/wound.2025.0021>.
- Mamom, J., & Daovisan, H. (2022). Caregiver burden in bedridden elderly care: A comprehensive systematic review. *International Journal of Nursing Sciences*, 9(3), 390-400. <https://doi.org/10.1016/j.ijnss.2022.06.002>
- Osaele, O. E. (2024). *Pressure ulcer prevention among elderly bedridden patient*. Novia University of Applied Sciences.
- Sithichak, P. (2024). API services for classifying pressure ulcer risk levels in bedridden patients. *Journal of Innovative Technology Research*, 8(2), 35-48.
- Somsukjeerawat, P. (2021). *Effects of discharge planning and continuous care for sub-acute stroke patients* [Master's thesis, Chulalongkorn University].
- Development of a 6-stage pressure injury simulation model innovation. *Journal of the Association of Nursing and Health Innovation*, 1(1), e4151.
- Vos-Draper, T., Vinoski Thomas, E., Graybill, E., Morrow, M., Jordan, K. A., Manley, P. R., & Sonenblum, S. E. (2025). Stakeholder Perspectives on mHealth Technologies to Prevent Sitting-Acquired Pressure Injuries in Long-Term Care Facilities: Mixed Methods Study. *JMIR formative research*, 9, e59590. <https://doi.org/10.2196/59590>.