



แพทยสารทหารอากาศ

Royal Thai Air Force Medical Gazette

ISSN 2774-0536 (Online)

ปีที่ 71 ฉบับที่ 2 กรกฎาคม - ธันวาคม 2568 Vol. 71 No.2 July - December 2025

Original Articles (นิพนธ์ต้นฉบับ)

1. การพัฒนาเครื่องมือแบบสอบถามความผูกพันของมารดาต่อทารกแรกเกิดสำหรับมารดาที่คลอดบุตรและรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤตทารกแรกเกิด
ชนัญชิตา จุลเกาะ, ผศ.ดร.สุรศักดิ์ ตรีนัย
2. ผลของโปรแกรมการฝึกทักษะที่มุ่งสร้างความสุขแบบผสมผสานต่อภาวะสั่นย่นในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า
ร.อ.หญิง ประภาลักษณ์ แสนล้อม, ผศ.ดร.สุดาพร สติยทุทธการ
3. ประสพการณ์อาการและคุณภาพชีวิตในสตรีที่มีภาวะหมดประจำเดือนในระยะแรกหลังผ่าตัด
ณัฐชญา สง่าอารีย์กุล, รัชนี นามจันทร์, ชนิดฐา ชาญประสิทธิ์คำ
4. ปัจจัยคัดสรรที่สัมพันธ์กับความกระตือรือร้นในการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบ
รัฐศิริ ขำเข้ม, ศกุนตลา อนุเรือง, เพ็ญพักตร์ อุทิศ
5. คุณภาพการจัดการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บหลายระบบที่เข้ารับการรักษาในหน่วยงานอุบัติเหตุฉุกเฉินในโรงพยาบาลตติยภูมิแห่งหนึ่งในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข
นิรมล ผาเวช, ผศ.ดร.วารินทร์ บินโฮเซ็น, ผศ.ดร.น้ำอ้อย รักดีวงศ์
6. การศึกษารูปแบบการจัดบริการมินิธัญญารักษ์ในประเทศไทย
มินา ชูใจ, ภิรมย์ ลีสุวรรณ, รัชนี ครองระวะ
7. ผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังด้านการเสพยาบ้าแบบครอบครัวผ่านโมบายแอปพลิเคชันต่อการเสพยาบ้าของวัยรุ่นเสพติดยาบ้าที่ได้รับการบำบัดแบบผู้ป่วยนอก
สุภาวดี เชื้อมีแรง
8. ความชุกของความผิดปกติทางสายตาในเด็กชั้นอนุบาล 3 โรงเรียนอนุบาลฤทธิยะวรรณาลัย
ร.อ.หญิง วัลย์ลีภา ปัตมะมะ, น.ต.หญิง ศศิธร บุญกลสินธ์, น.อ.หญิง กรรณียการ์ วรรณวิมลสุข
9. การศึกษาหลักฐานแนวคิดการให้วัคซีนขนาดต่ำ: ChAdOx1-S SARS-CoV-2 Vaccine ขนาด 1/5 ส่วนทางผิวหนังให้ภูมิคุ้มกันเทียบเท่าการฉีดกล้ามเนื้อ โดยมีอาการข้างเคียงน้อยกว่า
สุมิช อริยวงศ์สกุล, วิญญู จันทรสุนทรกุล, รัชนีกร ถิรตันตยาภรณ์, ชูชาติ นิจวัฒนา

Review Article (บทความฟื้นฟูวิชาการ)

10. บทบาทของพยาบาล: ผู้จัดการรายกรณีเมื่อผู้ป่วยเบาหวานหมดไฟในการดูแลตนเอง
ร.อ.หญิง เกวลิน เพ็งสลด



ที่ปรึกษากิตติมศักดิ์

พลอากาศโท ชัยยา จันทรีใส

กรมแพทย์ทหารอากาศ

ที่ปรึกษา

1. พลอากาศตรี นคร บุญมี
2. พลอากาศตรี วัฒนศักดิ์ เพิ่มทรัพย์
3. พลอากาศตรี ชำรงค์ประวัติ เชิดเกียรติกุล
4. พลอากาศตรีหญิง จุฬารัตน์ เมฆมัลลิกา
5. พลอากาศตรี นพดน้อย ชัยสมบูรณ์
6. นาวาอากาศเอกหญิง ผู้ช่วยศาสตราจารย์ วัลลภา อันทรา
7. นาวาอากาศเอกหญิง อาทิม บุญวรรณ

กรมแพทย์ทหารอากาศ
กรมแพทย์ทหารอากาศ
กรมแพทย์ทหารอากาศ
กรมแพทย์ทหารอากาศ
กรมแพทย์ทหารอากาศ
กรมแพทย์ทหารอากาศ
กรมแพทย์ทหารอากาศ

บรรณาธิการ

นาวาอากาศเอก พงศธร คชเสนี

กรมแพทย์ทหารอากาศ

ผู้ช่วยบรรณาธิการ

1. นาวาอากาศโทหญิง ดร. ละอองดาว วรรณฤทธิ์
2. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. แพทย์หญิง ปรีญาพร จิระกิตติกุลย์

วิทยาลัยพยาบาลทหารอากาศ
คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล

ผู้จัดการ

นาวาอากาศเอกหญิง วรวรรณ ชัยลิ้มมนตร์

กรมแพทย์ทหารอากาศ

ผู้ช่วยผู้จัดการ

นาวาอากาศเอก วิทยา จักรเพชร

กรมแพทย์ทหารอากาศ

กองบรรณาธิการภายใน

1. นาวาอากาศเอก อนันต์ เชื้อสุวรรณ
2. นาวาอากาศเอกหญิง ปิยะพร ประมุขสสรค์
3. นาวาอากาศโทหญิง วีรศิริ สกุลรัตน์
4. นาวาอากาศโทหญิง วราลี อภินิเวศ
5. นาวาอากาศโทหญิง กนกพร สีสเทพินทร์
6. นาวาอากาศโทหญิง ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. จิรภิญญา คำรัตน์
7. นาวาอากาศโทหญิง ปาลิตา จิตตินันท์
8. นาวาอากาศโท วรากร จำเริญ
9. นาวาอากาศตรีหญิง คณางค์ ทองแย้ม
10. เรืออากาศโทหญิง กวิตา จินตนาปราโมทย์

โรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช
โรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช
โรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช
โรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช
โรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช
วิทยาลัยพยาบาลทหารอากาศ
โรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช
โรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช
โรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช
โรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช

กองบรรณาธิการภายนอก

1. พลอากาศตรี วิญญู จันทรสุทรกุล
2. นาวาอากาศเอกหญิง ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. วัชรภรณ์ เปาโลทัย
3. นาวาอากาศเอกหญิง ดร. คณิน อนุโรจน์
4. พันเอกหญิง ดร. นัยนา วงศ์สายตา
5. ศาสตราจารย์ นายแพทย์ นเรศร สุขเจริญ

โรงพยาบาลวชิระภูเก็ต
ข้าราชการบำนาญกองทัพอากาศ
วิทยาลัยป้องกันราชอาณาจักร สถาบันป้องกันประเทศ
ประจำสำนักงานเลขาธิการกองทัพบก
ภาควิชาสถิติศาสตร์ในเรือวิทยา คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

กองบรรณาธิการภายนอก

6. รองศาสตราจารย์ ดร. ศัจฉา วัฒนวิเชียร

7. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ แพทย์หญิง จุฑาทิพย์ ลิ้มคุณากุล

8. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. เพ็ญมา แดงต่อมยุทธ์

9. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ชนกร จิตปัญญา

10. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. นรลักษณ์ เอื้อกิจ

11. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ แพทย์หญิง ฐิติพร ศุภสิทธิ์ธารัง

12. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ แพทย์หญิง นิศาตร์ณ์ เจริญศรี

13. นาวาโทหญิง ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. กนกเลขา สุวรรณพงษ์

14. นาวาโทหญิง ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. อรารอน ฝ่องต่อ

15. พันตำรวจโท ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. อภิสิทธิ์ ตามสัตย์

16. เรืออากาศเอกหญิง ดร. จีวรรณ อินคัม

17. ดร. นายแพทย์ สุภานต์ เดชะพงศ์ธร

18. ดร. เกสกรหญิง กมลภัทร ไชยทิศโสภณ

ภาควิชาวิทยาศาสตร์ประยุกต์และสังคมวิทยา เทคโนโลยีอุตสาหกรรม

มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีพระจอมเกล้าพระนครเหนือ

มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ภาควิชาจิตเวช คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

โรงพยาบาลเจริญกรุงประชารักษ์

ภาควิชาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ วิทยาลัยพยาบาลกองทัพเรือ

ภาควิชาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวชศาสตร์ วิทยาลัยพยาบาลกองทัพเรือ

วิทยาลัยพยาบาลตำรวจ

ภาควิชาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

ภาควิชาศัลยศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช

ภาควิชาเภสัชกรรมชุมชน มหาวิทยาลัยศิลปากร

วัตถุประสงค์

เป็นวารสารทางวิชาการของกรมแพทย์ทหารอากาศ

1. เพื่อเผยแพร่ผลงานทางวิชาการ กิจการสายแพทย์ทั่วไป และวิชาการที่มีความสัมพันธ์กับวิชาแพทย์
2. เพื่อเป็นสื่อกลางรายงานความก้าวหน้าผลงานด้านการวิจัย
3. เพื่อแลกเปลี่ยนแนวความคิด ความรู้ที่เกี่ยวข้องกับงานวิชาการด้านวิทยาศาสตร์ และสาขาที่เกี่ยวข้อง

ขอบเขต

วารสารแพทย์ทหารอากาศ จัดทำขึ้นตามวัตถุประสงค์ข้างต้น โดยส่งในรูปแบบบทความ ซึ่งบทความทุกเรื่องจะต้องผ่านการพิจารณาจากผู้ทรงคุณวุฒิและกองบรรณาธิการ ผลการประเมินเห็นชอบให้ตีพิมพ์อย่างน้อย 2 จาก 3 คน โดยบทความจะต้องเป็นผลงานที่ใหม่ และไม่มี การคัดลอกผลงานจากผู้อื่น

สถานที่ติดต่อ

สำนักงาน กองวิทยาการ กรมแพทย์ทหารอากาศ ถนนพหลโยธิน แขวงคลองถนน เขตสายไหม กรุงเทพฯ ๑ 10220

โทรศัพท์ 0-2534-4328

E-mail medicalgazette@gmail.com, www.medicalgazette.rtaf.mi.th

https://www.tci-thaijo.org/index.php/rtafm

ออกแบบปก

ร.ต.กิตติศักดิ์ บุญเสริม

แพทย์ทหารอากาศ กำหนดออกปีละ 2 ฉบับ
ความคิดเห็นที่ปรากฏในแพทย์ทหารอากาศฉบับนี้ไม่เกี่ยวข้องกับส่วนราชการใด ๆ ทั้งสิ้น

Honour Advisors

AM Chaiya Chansai	Directorate of Medical Service
-------------------	--------------------------------

Advisors

AVM Nakorn Boonme	Directorate of Medical Service
AVM Thumronkprawat Cherdkiadtikul	Directorate of Medical Service
AVM Watthanasak Permsapaya	Directorate of Medical Service
AVM Jutarat Mekmullica	Directorate of Medical Service
AVM Nopdanai Chaisomboon	Directorate of Medical Service
Gp.Capt. Asst. Prof. Wallapha Undara	Directorate of Medical Service
Gp.Capt. Atima Boonwan	Directorate of Medical Service

Editor

Gp.Capt. Pongsathorn Gojaseni	Directorate of Medical Service
-------------------------------	--------------------------------

Assistant Editor

Wg.Cdr. Dr. La-ongdao Wannarit	Royal Thai Air Force Nursing College
Asst. Prof. Dr. Preeyaporn Jirakittidul	Faculty of Medicine Siriraj Hospital, Mahidol University

Journal Manager

Gp.Capt. Worawon Chailimamontree	Directorate of Medical Service
----------------------------------	--------------------------------

Assistant Journal Manager

Gp.Capt. Wittaya Jakpet	Directorate of Medical Service
-------------------------	--------------------------------

Editorial Team

1. Gp.Capt. Anan Chuasuwan	Bhumibol Adulyadej Hospital
2. Gp.Capt. Piyaporn Pramuksun	Bhumibol Adulyadej Hospital
3. Wg.Cdr. Veasiri Skunlatana	Bhumibol Adulyadej Hospital
4. Wg.Cdr. Varalee Aphinives	Bhumibol Adulyadej Hospital
5. Wg.Cdr. Kanokporn Leelartapin	Bhumibol Adulyadej Hospital
6. Wg.Cdr. Asst. Prof. Dr. Jirapinya Khamrath	Bhumibol Adulyadej Hospital
7. Wg.Cdr. Palita Chittinandana	Bhumibol Adulyadej Hospital
8. Wg.Cdr. Warakorn Jaseanchiun	Bhumibol Adulyadej Hospital
9. Sqn.Ldr. Khanang Thongyaem	Bhumibol Adulyadej Hospital
10. Flg.Off. Kavita Jintanapramote	Bhumibol Adulyadej Hospital

External Editor

1. AVM Winyoo Jantrasoontragul	Vachira Phuket Hospital
2. Gp.Capt. Asst. Prof. Dr. Watcharaporn Paorohit	Royal Thai Air Force
3. Gp.Capt. Dr. Khanuengnich Anuroj	National Defence College
4. Col. Dr. Naiyana Wongsaita	Secretary-General's Office of The Royal Thai Army
5. Prof. Nares Sukcharoen	Department of Obstetrics and Gynecology, Faculty of Medicine, Chulalongkorn University
6. Assoc. Prof. Dr. Sageemas Na-Wichian	Department of Applied Science and Society, College of Industrial Technology, King Mongkut's University of Technology North Bangkok
7. Asst. Prof. Chutatip Limkunakul	Srinakharinwirot University
8. Asst. Prof. Dr. Pennapa Dangdomyouth	Faculty of Nursing, Chulalongkorn University

External Editor

9. Asst. Prof. Dr. Chanokporn Chitpanya	Faculty of Nursing, Chulalongkorn University
10. Asst. Prof. Dr. Noraluk Ua-Kit	Faculty of Nursing, Chulalongkorn University
11. Asst. Prof. Thitiporn Supasitthumrong	Department of Psychiatry, Faculty of Medicine Chulalongkorn University
12. Asst. Prof. Nisarath Charoensri	Charoenkrung Pracharak Hospital
13. Cdr. Asst. Prof. Dr. Kanoklekha Suwannapong	Department of Adult and Geriatric Nursing, Royal Thai Navy Nursing College
14. Cdr. Asst. Prof. Dr. Orrawan Khongtor	Department of Mental Health and Psychiatric Nursing, Royal Thai Navy Nursing College
15. Pol.Lt.Col. Asst. Prof. Dr. Aphisit Tamsat	Police Nursing College
16. Flt.Lt. Dr. Jirawan Inkoom	Department of Adult and Geriatric Nursing, Faculty of Nursing Srinakharinwirot University
17. Dr. Suphakarn Techapongsatorn	Department of Surgery, Faculty of Medicine Vajira Hospital, Navamindradhiraj University
18. Dr. Kamolpat Chaiyakittisophon Pharm D.	Faculty of Pharmacy, Silpakorn University

Objective

1. Contribute academic article related to general medicine and scholar medicine related.
2. To be mediated of research report available to the public freely.
3. To exchange idea and knowledge related to science and health related.

Scope

Royal Thai Air Force Medical Gazette is created according to the objectives above. Submission every scholar article must be passed evaluation by experts and editors. The evaluated article for publication must be approved by 2 from 3 experts. The article must be new invention without copy from others.

Address

Office : Technical division, Directorate of Medical Services Phaholyothin Road,
Khleng Thanon, Saimai, Bangkok, 10220

Tel : 0-2534-4328,

E-mail medicalgazette@gmail.com, www.medicalgazette.rtaf.mi.th
<https://www.tci-thaijo.org/index.php/rtafmg>

Cover designed by

Plt.Off Kitisk Boonserm

RTAF Medical Gazette is issued two time a year

The opinions contained in RTAF Medical Gazette are published independently from the government.

Royal Thai Air Force Medical Gazette

แพทยสารทหารอากาศ

ปีที่ ๗๑ ฉบับที่ ๒ กรกฎาคม - ธันวาคม ๒๕๖๔

Vol. 71 No. 2 July - December 2025

Content

บทบรรณาธิการ (Editorial)

Original Articles (นิพนธ์ต้นฉบับ)

- การพัฒนาเครื่องมือแบบสอบถามความผูกพันของมารดาต่อทารกแรกเกิดสำหรับมารดาที่คลอดบุตรและรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤตทารกแรกเกิด 1
(The Development of The Mother-To-Infant Attachment Questionnaire (MIAQ) For Newborns' Mothers
Admitted to The Neonatal Intensive Care Unit (NICU))
๐ ทนุญชิตา จุลเกาะ ๐ ผศ.ดร. สุรศักดิ์ ตรีนัย
ผลของโปรแกรมการฝึกทักษะที่มุ่งสร้างความสุขแบบผสมผสานต่อภาวะสิ้นยินดีในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า 13
(The Effect of Integrated Anticipatory Pleasure Skills Training Program on Anhedonia of Persons with Major Depressive Disorder)
๐ ร.อ.หญิง ประภาลักษณ์ แสงล้อม ๐ ผศ.ดร. สุดาพร สถิตยยุทธการ
ประสบการณ์อาการและคุณภาพชีวิตในสตรีที่มีภาวะหมดประจำเดือนในระยะแรกหลังผ่าตัด 25
(Symptom Experiences and Quality of Life in Early Surgical Menopause Women)
๐ ณัฐชญา ส่งอารีย์กุล ๐ รัชนี้ นามจันทร์ ๐ ชนิตรา หาญประสิทธิ์คำ
ปัจจัยคัดสรรที่สัมพันธ์กับความกระตือรือร้นในการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบ 39
(Selected Factors Related to Patient Activation Among Ischemic Stroke Patients)
๐ วัชรศิริ ขำเข้ม ๐ ศกุนตลา อนุเรือง ๐ เพ็ญพัทธ์ อุทิศ
คุณภาพการจัดการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บหลายระบบที่เข้ารับการรักษาในหน่วยงานอุบัติเหตุฉุกเฉินในโรงพยาบาลตติยภูมิแห่งหนึ่ง ในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข 51
(Quality of Care Management among Persons with Multiple Trauma at Emergency Department in a
Tertiary Care Hospital under the Ministry of Public Health)
๐ นรมล ผาเวช ๐ ผศ.ดร. วารินทร์ บินโยเซ็น ๐ ผศ.ดร. น้อยน้อย รักดีวงศ์
การศึกษารูปแบบการจัดบริการมินิธันยารักษ์ในประเทศไทย (The Study of the Mini-Thanyarak Service Model in Thailand) 67
๐ มินา ชูใจ ๐ ภิรมย์ ถัสวรรณ ๐ รัชนี้ ครองระวะ
ผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังต้านการเสพติดแบบครอบครัวผ่านแอปพลิเคชันต่อการเสพยาบ้าของวัยรุ่นและพฤติกรรมที่เสี่ยงต่อการบาดเจ็บ 81
(The Effect of Family Resilience Enhancement Program Through Mobile Applications on Amphetamine
Consumption in Adolescents with Amphetamine Dependence Receiving Outpatient Treatment)
๐ สุภาวดี เข็มมีแรง
ความชุกของความผิดปกติทางสายตาในเด็กชั้นอนุบาล 3 โรงเรียนอนุบาลฤทธิยะวรรณาลัย 100
(Prevalence of Refractive Error Among Kindergarten Level 3 at Rittiyawannalai Kindergarten School)
๐ ร.อ.หญิง วลัยลิกา บัตตะมะ ๐ น.ต.หญิง ศศิธร บุญกลิ่น ๐ น.อ.หญิง กรรณียการ์ วรรณวิมลสุข
การศึกษาหลักฐานแนวคิดการให้วัคซีนขนาดต่ำ: ChAdOx1-S SARS-CoV-2 Vaccine ขนาด 1/5 ส่วนทางผิวหนังให้ภูมิคุ้มกัน 106
เทียบเท่าการฉีดกล้ามเนื้อโดยมีอัตราการข้างเคียงน้อยกว่า
(A Proof-of-Concept Study for an Intradermal Dose-Sparing Strategy: Non-Inferior Immunogenicity and Improved Systemic
Tolerability of Fractional-Dose ChAdOx1-S SARS-CoV-2 Vaccine Compared to Intramuscular Administration)
๐ สุมิข อริยวงศ์สกุล ๐ วิญญู จันทระสุนทรกุล
๐ รัชนิกร ถิระตันตยาภรณ์ ๐ ชุชาติ นิจวัฒนา
Review Article (บทความพื้นฟูวิชาการ)
บทบาทของพยาบาล: ผู้จัดการรายกรณีเมื่อผู้ป่วยเบาหวานหมดไฟในการดูแลตนเอง 118
(Nurse's Role: The Nurse Case Manager in Empowering Patients Facing Diabetes Burnout)
๐ ร.อ.หญิง เกวลิน เพ็งสลด



บทบรรณาธิการ

แพทยสารทหารอากาศ ฉบับที่ 2 ประจำเดือน กรกฎาคม ถึง ธันวาคม พ.ศ. 2568 ฉบับนี้ประกอบไปด้วยบทความวิชาการ-งานวิจัย ที่มีคุณภาพมากมายจากหลากหลายสถาบัน สามารถเรียกได้ว่าเป็นการเปลี่ยนผ่านเข้าสู่ยุคใหม่ของวารสารอย่างแท้จริง ซึ่งจะเป็นยุคที่มุ่งเน้นคุณภาพของวารสารมาเป็นลำดับแรก และหวังว่าในอนาคตอันใกล้วารสารแพทยสารทหารอากาศจะเป็นหนึ่งในวารสารทางการแพทย์ที่สามารถดึงดูดบทความวิชาการด้านการแพทย์ จากผู้นิพนธ์ที่มีชื่อเสียงมากยิ่งขึ้นต่อไป ทั้งนี้ต้องขอบคุณผู้ทรงคุณวุฒิหลายท่านที่ทำหน้าที่ตรวจสอบคุณภาพและปรับแก้ไขบทความกันอย่างเต็มที่ ตลอดจนกองบรรณาธิการและทีมงาน ที่รับผิดชอบด้านกระบวนการตีพิมพ์ที่ต้องทำงานหนักเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยที่ทุกคนได้ทำงานอย่างเต็มความสามารถเพื่อที่จะบรรลุวัตถุประสงค์ในการทำให้วารสารแพทยสารทหารอากาศ เป็นที่เชื่อถือและยอมรับในวงกว้างมากขึ้น

ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2569 เป็นต้นไป ทางวารสารจะทำการปรับเพิ่มจำนวน volume เป็น 3 ฉบับต่อปี เพื่อที่จะรองรับจำนวนบทความวิชาการที่ได้ส่งเข้ามาในระบบเป็นจำนวนมากได้อย่างเพียงพอ จึงขอประชาสัมพันธ์ให้ผู้สนใจสามารถส่งผลงานเข้าระบบได้อย่างมั่นใจว่าระยะเวลาในการพิจารณาและตีพิมพ์บทความจะเหมาะสม ไม่นานจนเกินไป

บรรณาธิการ

ธ.ค.68

(Original Article)

The Development of The Mother-To-Infant Attachment Questionnaire (MIAQ) For Newborns' Mothers Admitted to The Neonatal Intensive Care Unit (NICU)

**Chananchita Chunko, Asst. **Prof.Dr. Surasak Treenai*

**Master of Nursing Science student, Pediatric Nursing, Faculty of Nursing, **Faculty of Nursing, Advisor,
Chulalongkorn University, Bangkok, Thailand*

Correspondence to : chananchita.ch@buu.ac.th

(Received : 15 July 25, Revised : 29 July 25, Accepted : 29 July 25)

Abstract

This developmental study aimed to develop the Mother-to-Infant Attachment Questionnaire (MIAQ) and to assess its appropriateness and basic measurement qualities for evaluating maternal attachment among mothers whose newborns were admitted to a Neonatal Intensive Care Unit (NICU). The research was conducted in two phases: (1) questionnaire development and content validation by five experts, and (2) preliminary testing with 30 mothers selected through convenience sampling based on pre-defined criteria. The results showed that the developed questionnaire demonstrated high content validity and acceptable reliability, with a Cronbach's alpha coefficient of 0.88 for all 26 items. The alpha coefficients when each item was deleted ranged from 0.87 to 0.88, and item-total correlations ranged from 0.30 to 0.58. The MIAQ was found to be appropriate for contexts where mothers are unable to provide continuous care for their infants, such as in NICU settings with time and health-related constraints. By reflecting maternal perceptions and emotions directly, this tool can offer preliminary insight into maternal-infant attachment and provide a foundation for supporting early bonding between mothers and their newborns.

Keywords: *mother-to-infant attachment, questionnaire, neonatal intensive care unit*

Royal Thai Air Force Medical Gazette, Vol. 71 No. 2 July - December 2025

(นิพนธ์ต้นฉบับ)

การพัฒนาเครื่องมือแบบสอบถามความผูกพันของมารดาต่อทารกแรกเกิด สำหรับมารดาที่คลอดบุตรและรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤตทารกแรกเกิด*

*ชนัญชิตา จุลเกาะ, **ผศ.ดร.สุรศักดิ์ ตรีนัย

*นิสิตหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลเด็ก, คณะพยาบาลศาสตร์, **คณะพยาบาลศาสตร์,

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, อาจารย์ที่ปรึกษาหลัก

*การศึกษาครั้งนี้เป็นส่วนหนึ่งของวิทยานิพนธ์เรื่อง ผลของโปรแกรมการพึงเลี้ยงของมารดาต่อการตอบสนอง
ของทารกแรกเกิดและความผูกพันของมารดาต่อทารกในหอผู้ป่วยวิกฤตทารกแรกเกิด

บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นการวิจัยเชิงพัฒนา มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาแบบสอบถามความผูกพันของมารดาต่อทารกแรกเกิด (Mother-to-Infant Attachment Questionnaire: MIAQ) และศึกษาความเหมาะสมรวมถึงคุณสมบัติเบื้องต้นของเครื่องมือสำหรับใช้ประเมินระดับความผูกพันของมารดาที่คลอดบุตรและมีทารกแรกเกิดเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤตทารกแรกเกิด (NICU) การดำเนินการวิจัยแบ่งเป็น 2 ขั้นตอน ได้แก่ (1) การพัฒนาแบบสอบถามและตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา โดยผู้ทรงคุณวุฒิ 5 คน และ (2) การทดสอบคุณภาพของเครื่องมือในกลุ่มตัวอย่างมารดาที่มีทารกอยู่ในหอผู้ป่วยวิกฤตทารกแรกเกิด (NICU) จำนวน 30 คน โดยวิธีการสุ่มแบบสะดวกตามเกณฑ์ที่กำหนด ผลการศึกษพบว่าแบบสอบถามที่พัฒนาขึ้นมีความตรงเชิงเนื้อหาในระดับสูง และมีความเชื่อถือได้ในระดับที่ยอมรับได้ โดยค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคจากข้อคำถามจำนวน 26 ข้อ เท่ากับ 0.88 ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคกรณีลบข้อคำถามที่ละข้ออยู่ในช่วง 0.87 ถึง 0.88 ค่าความสัมพันธ์ระหว่างข้อคำถามแต่ละข้อกับคะแนนรวมอยู่ในช่วง 0.30 ถึง 0.58 แบบสอบถาม MIAQ จึงเหมาะสำหรับบริบทที่มารดาไม่สามารถดูแลทารกได้อย่างต่อเนื่อง เช่น ในหอผู้ป่วย NICU ซึ่งมีข้อจำกัดด้านเวลาและสุขภาพของทารก ด้วยการประเมินจากความรู้สึกของมารดาโดยตรงช่วยสะท้อนระดับความผูกพันเบื้องต้น และเป็นแนวทางในการส่งเสริมสายสัมพันธ์แม่-ลูกได้อย่างเหมาะสม

คำสำคัญ: ความผูกพันมารดา-ทารกแรกเกิด, แบบสอบถาม, หอผู้ป่วยวิกฤตทารกแรกเกิด

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ความผูกพัน (attachment) คือความสัมพันธ์ที่แสดงออกถึงความรัก ความเอาใจใส่ และความห่วงใยซึ่งก่อตัวขึ้นอย่างลึกซึ้งระหว่างบุคคลสองคน⁽¹⁾ โดย Bowlby⁽²⁾ อธิบายว่าความผูกพันของมารดา คือสายสัมพันธ์ที่อบอุ่นมั่นคงและต่อเนื่องกับทารก ซึ่งมีรากฐานมาจากความรู้สึกภายในและการเชื่อมโยงทางอารมณ์อย่างลึกซึ้ง⁽³⁾ องค์ประกอบของความผูกพันซึ่งสะท้อนจากความรู้สึกและประสบการณ์ส่วนบุคคลของมารดา 4 ด้าน ได้แก่ ความสุขเมื่อได้อยู่ใกล้ชิดกับทารก การยอมรับพฤติกรรมของทารกแม้จะไม่สมบูรณ์ ความปรารถนาในการเข้าใจทารก และความต้องการปกป้องดูแลด้วยความรัก ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยเกี่ยวกับการประเมินความผูกพันของมารดาต่อทารกแรกเกิด (motheral-

to-infant attachment)⁽⁴⁾ และข้อสรุปองค์ความรู้เกี่ยวกับความผูกพันระหว่างมารดาและทารก และงานที่เน้นบทบาทของประสบการณ์ส่วนบุคคลหลังคลอดในกระบวนการสร้างความผูกพัน⁽⁵⁾ ซึ่งความผูกพันแม่-ทารกเป็นปรากฏการณ์เชิงอารมณ์ที่ซับซ้อน ซึ่งควรได้รับการประเมินอย่างรอบด้านตั้งแต่ระยะแรกของความสัมพันธ์

ในการศึกษานี้ ความผูกพันของมารดาต่อทารกแรกเกิดได้ถูกกำหนดในรูปของนิยามเชิงปฏิบัติการ (operational definition) เพื่อใช้ในการพัฒนาแบบสอบถามความผูกพันของมารดาต่อทารกแรกเกิด โดยเฉพาะในบริบทของหอผู้ป่วยวิกฤตทารกแรกเกิด หมายถึง “การแสดงออกของมารดาที่เกี่ยวข้องกับความรู้สึก ความคิดเห็นและประสบการณ์ส่วนตัวที่เกิดขึ้นเมื่อมารดาเห็นภาพเคลื่อนไหวของทารกเกิดก่อนกำหนด”

นิยามนี้เป็นผลจากการประยุกต์องค์ความรู้เชิงทฤษฎีด้านความผูกพัน^(1,2) ร่วมกับองค์ประกอบของความผูกพันที่สามารถประเมินได้จากมุมมองและประสบการณ์ของมารดาหลังคลอด^(4,5) มาสู่การออกแบบข้อคำถามที่สามารถวัดได้จริงในสถานการณ์ทางคลินิก โดยมุ่งเน้นการสะท้อนมิติทางอารมณ์ การรับรู้ และการตอบสนองของมารดาในช่วงเวลาที่ไม่สามารถดูแลทารกอย่างใกล้ชิดได้อย่างต่อเนื่อง ทั้งนี้แนวทางดังกล่าวยังสอดคล้องกับโครงสร้างของแบบสอบถามความผูกพันของมารดา (Maternal Attachment Inventory: MAI) ที่พัฒนาโดย Müller⁽⁶⁾ ซึ่งเป็นเครื่องมือวัดความผูกพันจากการรับรู้ของมารดาและได้รับการยอมรับในวงการวิชาการพยาบาลทารกและครอบครัว

ในกรณีที่ทารกต้องเข้ารับการรักษานในหอผู้ป่วยวิกฤตทารกแรกเกิด (Neonatal Intensive Care Unit: NICU) มักมีข้อจำกัดหลายประการที่ส่งผลกระทบต่อการสร้าง ความผูกพันระหว่างมารดาและทารกอย่างมีนัยสำคัญ ไม่ว่าจะเป็นการแยกจากกันทางกายภาพ ความวิตกกังวลของมารดาหรือข้อจำกัดในการสัมผัสและดูแลทารกโดยตรง อุปสรรคเหล่านี้ล้วนลดทอนโอกาสในการสร้างความสัมพันธ์ที่แน่นแฟ้นในช่วงเริ่มต้นของชีวิตทารก การประเมินระดับความผูกพันในบริบทนี้จึงมีความสำคัญอย่างยิ่ง เนื่องจากการแยกจากกันในระยะหลังคลอดอาจส่งผลกระทบในระยะยาว ทั้งต่อพัฒนาการของทารก สุขภาพจิตของบิดามารดา และความมั่นคงในบทบาทการเป็นพ่อแม่^(7,8) นอกจากนี้มีรายงานว่าพ่อแม่ที่มีบุตรอยู่ในหอผู้ป่วยวิกฤตทารกแรกเกิด (Neonatal Intensive Care Unit: NICU) มักประสบกับประสบการณ์ที่ซับซ้อน เปรียบเสมือนการนั่งรถไฟเหาะที่มีทั้งช่วงเวลาแห่งความใกล้ชิดและการแยกจากกัน ซึ่งส่งผลต่ออารมณ์และความสัมพันธ์กับทารกอย่างมาก ผู้ปกครองจึงจำเป็นต้องปรับตัวและได้รับการสนับสนุนจากบุคลากรทางการแพทย์ที่เหมาะสม เพื่อเสริมสร้างความผูกพันและโอกาสในการใช้เวลาอยู่ร่วมกันในฐานะครอบครัว⁽⁹⁾

การเฝ้าระวังปัจจัยที่อาจนำไปสู่ความบกพร่องทางอารมณ์และสังคมในช่วงปีแรกของชีวิตทารกถือเป็นเรื่องสำคัญ โดยเฉพาะการดูแลของมารดาในระยะแรกหลังคลอดที่มีบทบาทในการลดความเสี่ยงต่อปัญหาในระยะยาว เช่น พฤติกรรมก้าวร้าว พัฒนาการการเคลื่อนไหวที่ไม่สมดุล หรือภาวะถดถอยทางสังคม ซึ่งในบริบทของการพยาบาลเด็ก

ที่ให้ความสำคัญกับสุขภาวะของทั้งเด็กและครอบครัว การส่งเสริมพัฒนาการด้านความผูกพันจึงมีความสำคัญอย่างยิ่ง อย่างไรก็ตามหอผู้ป่วยวิกฤตทารกแรกเกิด เป็นบริบทที่เต็มไปด้วยข้อจำกัดในการสร้างปฏิสัมพันธ์ระหว่างมารดาและทารก ทั้งจากสภาวะสุขภาพของทารกที่ต้องได้รับการดูแลอย่างใกล้ชิดและจากการแยกห่างของมารดาในช่วงต้นของชีวิตทารก ซึ่งอาจส่งผลกระทบต่อความผูกพันระหว่างกันอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ สะท้อนให้เห็นถึงความจำเป็นในการพัฒนาและปรับปรุงเครื่องมือให้เหมาะสมกับบริบททางวัฒนธรรมและกลุ่มประชากรเป้าหมายอย่างต่อเนื่องผู้วิจัยจึงได้พัฒนาแบบสอบถามเพื่อประเมินระดับความผูกพันของมารดาในบริบทเฉพาะนี้ขึ้น โดยใช้แบบสอบถาม MAI ของ Müller⁽⁶⁾ ซึ่งได้รับอนุญาตจากเจ้าของสิทธิ์มาแปลและปรับใช้ให้เหมาะสมกับวัฒนธรรมไทยผ่านกระบวนการแปลอย่างเป็นระบบ และตรวจสอบความถูกต้องทางภาษาและความสอดคล้องของเนื้อหาโดยผู้เชี่ยวชาญ จากนั้นนำแบบสอบถามไปทดลองใช้เบื้องต้นกับกลุ่มมารดาหลังคลอดที่มีทารกอยู่ในหอผู้ป่วยวิกฤตทารกแรกเกิด (Neonatal Intensive Care Unit: NICU) เพื่อประเมินความเข้าใจ ความชัดเจนของข้อความ และการตีความเนื้อหาเพื่อให้สามารถส่งเสริมความสัมพันธ์แม่ลูกได้อย่างเหมาะสมตั้งแต่วัยแรก ผู้วิจัยจึงเห็นความจำเป็นในการพัฒนาแบบสอบถามความผูกพันของมารดาต่อทารกแรกเกิดที่สอดคล้องกับบริบทดังกล่าว โดยนำแบบสอบถามต้นฉบับ⁽⁶⁾ มาดัดแปลงให้เหมาะสมกับวัฒนธรรมไทย ผ่านกระบวนการแปล ตรวจสอบภาษา และความสอดคล้องของเนื้อหาโดยผู้เชี่ยวชาญ ก่อนนำไปทดลองใช้กับกลุ่มมารดาหลังคลอดที่มีทารกอยู่ในหอผู้ป่วยวิกฤตทารกแรกเกิด เพื่อประเมินความเข้าใจ ความชัดเจนของข้อความ และความเหมาะสมของเนื้อหา อันเป็นขั้นตอนสำคัญในการปรับเครื่องมือให้สามารถสะท้อนระดับความผูกพันของมารดาในบริบทเฉพาะได้อย่างเหมาะสมและมีประสิทธิภาพ

แบบสอบถามความผูกพันของมารดาต่อทารกแรกเกิดในการศึกษานี้พัฒนาขึ้นภายใต้รูปแบบการวิจัยเชิงพัฒนา (developmental research)^(9,10) ซึ่งเน้นการออกแบบพัฒนา และประเมินเครื่องมือหรือกระบวนการใหม่ให้สอดคล้องกับบริบทการใช้งาน จึงเป็นแนวทางการวิจัยที่เหมาะสมกับการพัฒนาแบบสอบถามความผูกพันของมารดาต่อทารกแรกเกิดสำหรับมารดาที่คลอดบุตรและรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤตทารก

แรกเกิดที่เป็นบริบทเฉพาะ แบบสอบถามนี้มีบทบาทสำคัญในการประเมินความรู้สึก ความเข้าใจ และพฤติกรรมของมารดาเกี่ยวกับความผูกพันที่มีต่อทารก ทั้งยังสามารถนำผลการประเมินไปใช้เป็นแนวทางในการส่งเสริมการดูแลที่ตอบสนองต่อความต้องการของทั้งมารดาและทารกได้อย่างเหมาะสม

วัตถุประสงค์

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาแบบสอบถามความผูกพันของมารดาต่อทารกแรกเกิด (Mother-to-Infant Attachment Questionnaire: MIAQ) และเพื่อศึกษาความเหมาะสมและคุณสมบัติของเครื่องมือสำหรับมารดาที่คลอดบุตรและบุตรรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤตทารกแรกเกิด (NICU)

กรอบแนวคิดการวิจัย

การพัฒนาแบบสอบถามความผูกพันของมารดาต่อทารกแรกเกิด (Mother-to-Infant Attachment Questionnaire: MIAQ) ในครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับแนวคิดความผูกพันอย่างเป็นระบบ⁽¹⁻⁵⁾ เพื่อใช้เป็นพื้นฐานในการสร้างข้อคำถามที่สอดคล้องกับทฤษฎีและประสบการณ์ของมารดาหลังคลอดในบริบทหอผู้ป่วยวิกฤตทารกแรกเกิด (NICU) โดยโครงสร้างหลักของแบบสอบถามอ้างอิงจากแบบสอบถามความผูกพันของมารดา (Maternal Attachment Inventory: MAI) ซึ่งพัฒนาโดย Müller⁽⁶⁾

โดยให้ความสำคัญกับ ความรู้สึก ความคิดเห็น และประสบการณ์ส่วนตัวที่เกิดขึ้นเมื่อมารดาเห็นภาพเคลื่อนไหวของทารกเกิดก่อนกำหนด ที่เป็นจุดเน้นถึงความรู้สึกรักใคร่ผูกพันของมารดาที่มีต่อทารกและเป็นหัวใจสำคัญของการปรับตัวสู่บทบาทความเป็นแม่ โดยกระบวนการนี้เริ่มต้นตั้งแต่ช่วงตั้งครรภ์และดำเนินต่อเนื่องหลังคลอด⁽¹¹⁾ ความผูกพันดังกล่าวเป็นคุณลักษณะเชิงจิตใจที่สามารถรับรู้ได้จากมารดาเอง และควรได้รับการประเมินผ่านความรู้สึกและทัศนคติของมารดาโดยตรง แบบสอบถามนี้ยังได้รับการพัฒนาให้เหมาะสมกับบริบททางคลินิกของประเทศไทย โดยมุ่งเน้นการประเมินความผูกพันของมารดาในลักษณะ “ความผูกพันแบบทางเดียว” (unidirectional maternal-infant attachment)^(11,12) ที่สะท้อนถึงความรู้สึกของมารดาที่มีต่อทารก ความรัก ความห่วงใย

ความใกล้ชิด และการให้คุณค่าทารกจากมุมมองของมารดาเป็นหลัก โดยไม่เน้นการตอบสนองจากทารกหรือปฏิสัมพันธ์ที่ต้องเกิดขึ้นจากการเลี้ยงดูอย่างใกล้ชิดต่อเนื่อง ซึ่งอาจเป็นไปได้ยากในสถานการณ์ที่มารดาไม่สามารถอยู่ใกล้ชิดกับทารกได้ตลอดเวลา เช่น ในหอผู้ป่วยวิกฤตทารกแรกเกิด

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงพัฒนา (developmental research) ที่มุ่งเน้นการพัฒนาเครื่องมือในการวัดความผูกพันระหว่างมารดากับทารกแรกเกิดในหอผู้ป่วยวิกฤตทารกแรกเกิด (NICU) โดยใช้แบบสอบถามความผูกพันของมารดาต่อทารกแรกเกิด (Mother-to-Infant Attachment Questionnaire: MIAQ) ซึ่งได้รับการดัดแปลงจากแบบสอบถามต้นฉบับ The Maternal Attachment Inventory (MAI) ของ Müller⁽⁶⁾ ให้เหมาะสมกับบริบทของประเทศไทยและกลุ่มเป้าหมายที่อยู่ในสถานการณ์เฉพาะของการดูแลทารกในภาวะวิกฤต ดำเนินการศึกษาตั้งแต่ 6 มกราคม ถึง เดือน 15 กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2567

ประชากร คือ มารดาหลังคลอดที่มีทารกแรกเกิดเข้ารับการดูแลในหอผู้ป่วยวิกฤตทารกแรกเกิด (NICU) ณ สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี

กลุ่มตัวอย่าง คือ มารดาจำนวน 30 คน ซึ่งคัดเลือกโดยวิธีการสุ่มแบบสะดวก (Convenience sampling) ตามเกณฑ์คุณสมบัติที่กำหนด ได้แก่ เป็นมารดาอายุระหว่าง 18-45 ปี ที่สามารถอ่านและตอบแบบสอบถามได้ และไม่มีประวัติความผิดปกติทางจิตเวช ผู้ที่ไม่เข้าใจแบบสอบถามไม่สามารถตอบแบบสอบถามได้ หรือไม่ให้ความยินยอมจะถูกคัดออกจากการวิจัย

การเลือกขนาดกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คน มีความเหมาะสมสำหรับการวิจัยในระยะเริ่มต้นเพื่อทดสอบคุณภาพของเครื่องมือ โดยเฉพาะการวิเคราะห์ค่าความเชื่อมั่นด้วยค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha) ซึ่งนักสถิติแนะนำว่าควรมีขนาดกลุ่มตัวอย่างอย่างน้อย 30 คน เพื่อให้ค่าที่ได้มีเสถียรภาพ และสามารถสะท้อนความสอดคล้องภายในของแบบสอบถามได้อย่างแม่นยำ^(13,14) อีกทั้งขนาดดังกล่าวยังสอดคล้องกับแนวคิดของทฤษฎีการแจกแจงแบบปกติ (central limit theorem) ซึ่งระบุว่าถ้าการมีตัวอย่างตั้งแต่ 30 หน่วยขึ้นไป จะทำให้ข้อมูลมีลักษณะใกล้เคียงกับ

การแจกแจงแบบปกติ ส่งผลให้เหมาะสมต่อการวิเคราะห์ทางสถิติในขั้นต้น⁽¹⁵⁾

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. แบบสอบถามความผูกพันของมารดาต่อทารก (Mother-to-Infant Attachment Questionnaire: MIAQ) เป็นแบบประเมินความรู้สึกผูกพันของมารดาโดยตรงผ่านแบบสอบถามจำนวน 26 ข้อ ประกอบไปด้วย การรับรู้หน้าตาของทารก ความสนใจและความผูกพันต่อกัน การสัมผัสทางการยอมรับความเป็นบุคคลของทารก และการยอมรับตนเอง โดยมีเกณฑ์การเลือกตอบแบบสอบถาม ดังนี้

บ่อยที่สุด หมายถึง ข้อความนั้นตรงกับความรู้สึกความคิดเห็นของท่านมากที่สุด

บ่อยครั้ง หมายถึง ข้อความนั้นตรงกับความรู้สึกความคิดเห็นของท่านเป็นบางส่วน

นานๆ ครั้ง หมายถึง ข้อความนั้นตรงกับความรู้สึกความคิดเห็นของท่านเพียงเล็กน้อย

ไม่เคยเลย หมายถึง ข้อความนั้นไม่ตรงกับความรู้สึกความคิดเห็นของท่านเลย

Mother-to-Infant Attachment Questionnaire (MIAQ) มีเกณฑ์การให้คะแนนข้อคำถามที่วัดความรู้สึกและทัศนคติของมารดาที่มีต่อทารกโดยใช้การวัดแบบ 4 ระดับ (Likert scale) ดังนี้ บ่อยที่สุด (almost Always) เท่ากับ 4 คะแนน บ่อยครั้ง (often) เท่ากับ 3 คะแนน นานๆ ครั้ง (sometimes) เท่ากับ 2 คะแนน และไม่เคยเลย (almost Never) เท่ากับ 1 คะแนน มีคะแนนรวมอยู่ระหว่าง 26-104 คะแนน คะแนนสูงหมายถึงความผูกพันของมารดาทารกที่สูงกว่า

จริยธรรมการวิจัย

การศึกษานี้ครั้งนี้ ผู้วิจัยตระหนักถึงการรักษาสิทธิของบุคคลที่เข้าร่วมวิจัย โดยโครงการวิจัยนี้ได้รับการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์เลขที่ REC. 097/2566 อนุมัติเมื่อวันที่ 20 พฤศจิกายน 2566 จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี โดยข้อมูลที่ได้ผู้วิจัยเก็บเป็นความลับและใช้เลขที่ของแบบสอบถามเป็นรหัสแทนชื่อ-นามสกุลของผู้เข้าร่วมวิจัย การเข้าร่วมวิจัยไม่ส่งผลกระทบต่อการใช้บริการ และ

ผู้วิจัยเก็บข้อมูลไว้อย่างดี โดยไม่มีการรั่วไหลของข้อมูล ผู้ที่สามารถเข้าถึงข้อมูลได้มีเพียงผู้วิจัยเท่านั้น ผลการศึกษาต่างๆ ผู้วิจัยเผยแพร่เพื่อประโยชน์ในทางวิชาการเท่านั้น

ขั้นตอนการพัฒนาและทดสอบคุณภาพของเครื่องมือ

ขั้นตอนการพัฒนาและตรวจสอบคุณภาพของแบบสอบถาม MIAQ แบ่งออกเป็น 2 ขั้นตอนหลัก ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 การพัฒนาแบบสอบถามและการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา ผู้วิจัยได้ดำเนินการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องทั้งในด้านทฤษฎีความผูกพัน และงานวิจัยเชิงประยุกต์⁽¹⁻⁵⁾ อย่างเป็นระบบ เพื่อดึงแนวคิดและองค์ประกอบที่เหมาะสม จากนั้นได้นำแบบสอบถามความผูกพันของมารดา MAI⁽⁶⁾ มาปรับแก้ไขให้เหมาะกับบริบทไทยและบริบทการดูแลในหอผู้ป่วยวิกฤตทารกแรกเกิด เหตุผลที่เลือกใช้แนวทางนี้เพราะว่า MAI เป็นเครื่องมือที่ผ่านการใช้งานในงานวิจัยหลายครั้ง และมีความนิยมในสาขาการพยาบาลทารก และการพยาบาลครอบครัว การดัดแปลงพื้นฐานของ MAI จึงช่วยให้เครื่องมือใหม่มีรากฐานทฤษฎีและมีความสอดคล้องกับประสบการณ์ของมารดาไทย นอกจากนี้การตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาของเนื้อหาไทยโดยผู้ทรงคุณวุฒิช่วยยืนยันว่าแบบสอบถามสะท้อนองค์ความรู้เชิงวิชาการและความรู้สึกที่แท้จริงของประชากรเป้าหมาย

จากนั้นจึงนำแบบสอบถามที่ได้พัฒนาขึ้นไปตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (content validity) โดยผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน ซึ่งประกอบด้วย แพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านทารกแรกเกิด 1 ท่าน อาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญ 1 ท่าน พยาบาลวิชาชีพในหอผู้ป่วยทารกแรกเกิดวิกฤต 2 ท่าน และหัวหน้าหอผู้ป่วย 1 ท่าน เพื่อประเมินความสอดคล้องของข้อคำถามกับวัตถุประสงค์ของแบบสอบถามโดยใช้เกณฑ์ดัชนีความตรงของแต่ละข้อ (Item-Content Validity Index: I-CVI) โดยพิจารณาค่าที่มากกว่า 0.78 เป็นเกณฑ์ที่ยอมรับได้⁽¹⁷⁾ พร้อมปรับปรุงแบบสอบถามตามข้อเสนอแนะ

ผลการประเมินพบว่า ข้อคำถาม 25 จาก 26 ข้อ ได้รับคะแนนความเห็นระดับสูงจากผู้เชี่ยวชาญทุกท่าน ซึ่งแสดงถึงความตรงเชิงเนื้อหาในระดับดีเยี่ยม (I-CVI อยู่ในช่วง 0.80-1.00) สำหรับข้อคำถามลำดับที่ 22 ได้รับข้อเสนอแนะให้ปรับถ้อยคำจาก “ฉันคิดว่าฉันมีความสำคัญต่อลูกน้อย” เป็น “ฉันคิดว่าฉันมีความสำคัญต่อลูก” เพื่อความกระชับและเหมาะสมยิ่งขึ้น

ขั้นตอนที่ 2 การทดสอบคุณภาพของเครื่องมือ

ภายหลังการปรับปรุงแบบสอบถามตามคำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิ ผู้วิจัยดำเนินการเก็บข้อมูลจากกลุ่มมารดาหลังคลอดที่มีทารก อยู่ใน NICU จำนวน 30 คน โดยคัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง ตามเกณฑ์ที่กำหนด วิเคราะห์คุณภาพของเครื่องมือด้านความ เชื่อมั่น (reliability) ด้วยค่าความสอดคล้องภายใน (Cronbach's alpha) และสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่าง ข้อกับคะแนนรวม (corrected item-total correlation) แบ่งการดำเนินการเป็น 2 ขั้นตอน ดังนี้

1. การทดลองใช้เครื่องมือ (Try-out) เครื่องมือ

ที่ผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาเรียบร้อยแล้ว ได้นำ ไปทดลองใช้กับกลุ่มมารดาจำนวน 30 คน ณ หอผู้ป่วยวิกฤต ทารกแรกเกิด (NICU) ซึ่งมีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง ที่ใช้ในการวิจัย เพื่อประเมินความชัดเจนของภาษา ความเหมาะสมของถ้อยคำในการตอบแบบสอบถาม และ ความครอบคลุมของเนื้อหาในแบบสอบถามความผูกพัน ของมารดาต่อทารกแรกเกิดทั้งนี้มารดาจะได้รับแบบสอบถาม เพื่อทำการตอบแบบสอบถามก่อนเข้าเยี่ยมบุตร โดยใช้เวลา ตอบแบบสอบถามประมาณ 20 นาที

2. การตรวจสอบความเชื่อมั่น (Reliability testing) ความเที่ยงของเครื่องมือวิจัยในครั้งนี้ประเมินโดยใช้วิธีหา สัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ซึ่งเป็นการทดสอบว่าข้อคำถามแต่ละข้อมีความ สอดคล้องกันภายในแบบสอบถามหรือไม่ โดยค่าความเที่ยงที่ ยอมรับได้ควรมีค่า >0.80 ⁽¹²⁾

ผลการตรวจสอบความเชื่อมั่นในครั้งนี้ ได้ค่า สัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคโดยรวม (Cronbach's coefficient of Alpha) เท่ากับ 0.88 แสดงให้เห็นว่า แบบสอบถามมีความเที่ยงในระดับดี สำหรับค่าสัมประสิทธิ์ สหสัมพันธ์ (Corrected item-total correlation) มีค่า อยู่ระหว่าง 0.3-0.58 โดยได้แสดงค่า Cronbach's Alpha if Item Deleted หรือค่าครอนบาคอัลฟาเมื่อข้อคำถามนั้น ถูกลบออกไปมีค่าอยู่ระหว่าง 0.87 ถึง 0.88

การวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติ

1. การวิเคราะห์เชิงพรรณนา เพื่ออธิบายคุณลักษณะ ของประชากรโดยใช้สถิติร้อยละ (percentile) ค่าเฉลี่ย

(mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (standard deviation)

2. การวิเคราะห์ความเชื่อมั่นของแบบสอบถาม ความผูกพันของมารดาต่อทารก โดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟา ของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) เพื่อวัด ความสอดคล้องภายในของข้อคำถาม และใช้ดัชนีความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับวัตถุประสงค์ (I-CVI) ในการ ประเมินความตรงเชิงเนื้อหา

ผลการวิจัย

ลักษณะส่วนบุคคลของมารดาในการศึกษา พบว่า มารดาส่วนใหญ่อยู่ในช่วงอายุ 26-35 ปี จำนวน 13 คน (ร้อยละ 43.33) ระดับการศึกษาส่วนใหญ่อยู่ในระดับ ปริญญาตรี จำนวน 10 คน (ร้อยละ 33.33) สถานภาพสมรส ส่วนใหญ่สมรสและอยู่ด้วยกัน จำนวน 22 คน (ร้อยละ 73.33) รายได้ครอบครัวต่อเดือนส่วนใหญ่อยู่ในช่วง 10,001-20,000 บาท จำนวน 10 คน (ร้อยละ 33.33) และอายุครรภ์เมื่อคลอด ส่วนใหญ่อยู่ระหว่าง 32-36 สัปดาห์ จำนวน 16 คน (ร้อยละ 53.33) ดังแสดงในตารางที่ 1

ผลการศึกษาพบว่าแบบสอบถามความผูกพัน ของมารดาต่อทารก (MIAQ) ทั้ง 26 ข้อ มีค่าความสัมพันธ์ ระหว่างคะแนนของแต่ละข้อกับคะแนนรวม (corrected item-total correlation) อยู่ในช่วงระหว่าง 0.30 ถึง 0.58 แสดงถึงความเชื่อมโยงของข้อคำถามกับแบบสอบถามโดยรวม ในระดับที่เหมาะสม ซึ่งสะท้อนว่าแต่ละข้อมุ่งวัดเนื้อหาที่ เกี่ยวข้องกับแนวคิดเดียวกัน ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค หากลบข้อคำถามทีละข้อ (Cronbach's alpha if item deleted) อยู่ในช่วงระหว่าง 0.87-0.88 ซึ่งใกล้เคียงกับค่าสัมประสิทธิ์ แอลฟาของครอนบาครวม (0.88) แสดงให้เห็นว่าไม่มี ข้อคำถามใดที่ลดความเที่ยงของแบบสอบถามในภาพรวม อย่างมีนัยสำคัญ และการคงไว้ซึ่งข้อคำถามทั้งหมดมีความ เหมาะสมในการวัดความผูกพันของมารดาต่อทารกในบริบท ของการศึกษาดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามคุณลักษณะส่วนบุคคล (n=30 คน)

คุณลักษณะส่วนบุคคล	จำนวน (คน)	ร้อยละ
อายุของมารดา		
18-25 ปี	8	26.67
26-35 ปี	13	43.33
36-45 ปี	9	30.00
Mean = 31.3 SD = 6.1		
ระดับการศึกษา		
ประถมศึกษา	2	6.67
มัธยมศึกษา	9	30.00
อนุปริญญา/ปวส.	6	20.00
ปริญญาตรี	10	33.33
สูงกว่าปริญญาตรี	3	10.00
สถานภาพสมรส		
สมรสอยู่ด้วยกัน	22	73.33
สมรสแยกกันอยู่/หย่าร้าง	8	26.67
รายได้ครอบครัวต่อเดือน		
น้อยกว่า 10,000 บาท	5	16.67
10,001-20,000 บาท	10	33.33
20,001-30,000 บาท	7	23.33
มากกว่า 30,000 บาท	8	26.67
Mean = 21,000 SD = 9,500		
อายุครรภ์เมื่อคลอด		
น้อยกว่า 28 สัปดาห์	4	13.33
28-31 สัปดาห์	10	33.33
32-36 สัปดาห์	16	53.33
Mean = 32.9 SD = 3.1		

ตารางที่ 2 ความเที่ยงเชิงสอดคล้องภายในรายข้อของแบบสอบถามความผูกพันของมารดาต่อทารกจำแนกตามมิติ (n=30 คน)

ข้อคำถาม	Corrected Item- Total Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
1. ฉันรู้สึกรักลูกของฉัน	0.416	0.874
2. ฉันรู้สึกอบอุ่นและมีความสุขเมื่อได้เห็นลูกตื่น ลืมตา มีดวงตาที่สดใส ยิ้ม ทำท่าดูดปาก ขยับแขนขา กำมือ	0.481	0.873
3. ฉันต้องการใช้เวลาพูดคุยกับลูกเป็นพิเศษ	0.527	0.871
4. ฉันเฝ้ารอคอยเวลาที่จะได้พูดคุยกับลูก	0.415	0.874
5. เพียงแค่ฉันเห็นลูกตื่น ลืมตา ขยับแขนขา ยิ้ม ก็ทำให้ฉันมีความสุขดี	0.464	0.873
6. ฉันรู้ว่าลูกต้องการฉันเมื่อฉันเห็นลูกตื่น ลืมตา กำมือของฉัน	0.485	0.872
7. ฉันคิดว่าลูกของฉันน่ารัก	0.344	0.876
8. ฉันดีใจที่เด็กคนนี้เป็นลูกของฉัน	0.376	0.875
9. ฉันรู้สึกพิเศษเมื่อเห็นลูกยิ้มตอบ	0.529	0.871
10. ฉันรู้สึกชอบมองดวงตาที่สดใสของลูก	0.557	0.870
11. ฉันรู้สึกมีความสุขที่ลูกสามารถสัมผัสมือ หรือกำมือของฉัน	0.567	0.871
12. ฉันรู้สึกอยากเฝ้าดูลูกน้อยนอนหลับ ดวงตาปิดสนิท ไม่มีการพวา	0.412	0.874
13. ฉันรู้สึกอยากให้อายุใกล้เคียงกับฉัน	0.402	0.874
14. ฉันเล่าเรื่องลูกของฉันให้คนอื่นฟัง	0.399	0.875
15. ฉันคิดว่าสิ่งที่ฉันได้อยู่ใกล้ลูกเป็นเรื่องที่มีความสุข	0.459	0.873
16. ฉันรู้สึกมีความสุขเมื่อลูกกำนิ้วมือของฉัน	0.317	0.877
17. ฉันรู้สึกชื่นชมลูกของฉันเมื่อลูกสามารถลืมตา จับมือของฉันได้	0.411	0.874
18. ฉันชอบที่จะเห็นลูกน้อยของฉันมีการตอบสนอง ที่ดี เช่น ตื่นลืมตา มีดวงตาสดใส กำมือ สัมผัสมือ ไม่มีการพวา หรือนอนหลับสนิท ไม่ร้องไห้	0.454	0.873
19. ฉันคิดถึงลูกน้อยตลอดเวลา	0.435	0.873
20. ฉันคิดว่าฉันเข้าใจนิสัยของลูกจากการแสดงสีหน้า การร้องไห้ การเคลื่อนไหวร่างกาย การหลับ การตื่น ของลูก	0.431	0.874
21. ฉันรู้สึกอยากให้อายุใกล้เคียงกับฉัน	0.363	0.875
22. ฉันคิดว่าฉันมีความสำคัญต่อลูก	0.303	0.877

ตารางที่ 2 (ต่อ)

ข้อคำถาม	Corrected Item- Total Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
23. ฉันเข้าใจความต้องการของลูกจากท่าทางของเขา	0.575	0.869
24. ฉันเอาใจใส่ลูกของฉันเป็นพิเศษ	0.464	0.873
25. ฉันปล่อยโยนลูกอย่างนุ่มนวลเวลาลูกร้องไห้	0.419	0.874
26. ฉันคิดว่าการแสดงความรักกับลูกเป็นสิ่งที่ทำได้ง่าย	0.429	0.874

การอภิปรายผล

เครื่องมือแบบสอบถามความผูกพันของมารดาต่อทารกแรกเกิด (MIAQ) ที่ได้รับการพัฒนาขึ้นมีความสำคัญอย่างยิ่งต่อการประเมินความผูกพันระหว่างมารดาและทารกแรกเกิดโดยเฉพาะในช่วงเวลาที่ทารกต้องเข้ารับการดูแลในหอผู้ป่วยวิกฤตทารกแรกเกิด (NICU) ซึ่งเป็นช่วงเวลาที่มารดาเผชิญกับความวิตกกังวล ความไม่แน่นอน รวมถึงความยากลำบากจากการถูกแยกจากทารกเป็นระยะเวลาหนึ่ง

ผลการศึกษาพบว่าเครื่องมือแบบสอบถามความผูกพันของมารดาต่อทารกแรกเกิด (MIAQ) มีความตรงเชิงเนื้อหาในระดับสูง โดยจากการประเมินข้อคำถามจำนวน 26 ข้อ พบว่า 25 ข้อได้รับคะแนนความเห็นในระดับสูง (3-4 คะแนน) จากผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่าน เมื่อนำมาคำนวณค่าดัชนีความตรงของแต่ละข้อ (I-CVI) ปรากฏว่าค่าอยู่ในช่วง 0.80-1.00 ซึ่งชี้ให้เห็นถึงความตรงเชิงเนื้อหาในระดับดีเยี่ยม⁽¹⁷⁾ สำหรับข้อคำถามลำดับที่ 22 ที่ได้รับข้อเสนอแนะให้ปรับเปลี่ยนถ้อยคำจาก “ฉันคิดว่าฉันมีความสำคัญต่อลูกน้อย” เป็น “ฉันคิดว่าฉันมีความสำคัญต่อลูก” นั้น มีเหตุผลที่สอดคล้องกับหลักการทางภาษาศาสตร์และจิตวิทยาการวัดอย่างชัดเจน โดยคำว่า “ลูกน้อย” แม้จะมีความหมายเชิงความอ่อนโยนและความรักใคร่ แต่ในบริบทของแบบสอบถามที่มุ่งวัดความรู้สึกผูกพันอย่างเป็นทางการ ถ้อยคำบางคำอาจก่อให้เกิดความกำกวมในการตีความโดยเฉพาะคำว่า “น้อย” ซึ่งอาจสร้างความรู้สึกเปรียบเทียบหรือจำกัดความหมายส่งผลต่อความสม่ำเสมอในการตอบแบบสอบถามของกลุ่มตัวอย่าง การตัดคำดังกล่าวออกช่วยเพิ่มความกระชับ ชัดเจน และลดความคลุมเครือในการตีความซึ่งส่งเสริมความแม่นยำของการวัด

และความเที่ยงตรงของเครื่องมือตามหลักการพัฒนาเครื่องมือที่ดีควรมีการใช้ถ้อยคำที่ชัดเจน ไม่ตีความได้หลายทาง เพื่อให้สามารถวัดตัวแปรได้ตรงตามเป้าหมาย^(11,17)

สำหรับความเชื่อมั่นของเครื่องมือพบว่าค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคสำหรับข้อคำถามทั้ง 26 ข้อเท่ากับ 0.88 ซึ่งอยู่ในระดับสูงและบ่งชี้ถึงความน่าเชื่อถือที่ดีเยี่ยม⁽¹⁶⁾ นอกจากนี้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคในการลบข้อคำถามที่ละข้ออยู่ในช่วง 0.87 ถึง 0.88 แสดงให้เห็นว่าข้อคำถามแต่ละข้อมีความสัมพันธ์และสนับสนุนความน่าเชื่อถือโดยรวมของเครื่องมืออย่างมั่นคง ขณะเดียวกันค่าความสัมพันธ์ระหว่างข้อคำถามแต่ละข้อกับคะแนนรวมอยู่ในช่วง 0.30 ถึง 0.58 ซึ่งบ่งชี้ว่าแต่ละข้อมีความสัมพันธ์เหมาะสมกับตัวแปรรวมและสามารถแยกแยะได้ในระดับที่ยอมรับได้^(16,17) มีความสอดคล้องกับแบบสอบถามฉบับดั้งเดิมพัฒนาโดย Muller และเมื่อนำไปใช้กับมารดาหลังคลอดจำนวน 196 ราย พบว่ามีค่าสัมประสิทธิ์ความเที่ยงเท่ากับ 0.85 จากนั้นเมื่อทดสอบซ้ำกับกลุ่มมารดาหลังคลอดอีก 148 ราย แบ่งเป็นมารดาหลังคลอด 4 เดือน (62 ราย) และ 8 เดือน (86 ราย) พบว่ามีค่าสัมประสิทธิ์ความเที่ยงเท่ากับ 0.75 และ 0.85 ตามลำดับสำหรับแสดงถึงความสม่ำเสมอและความน่าเชื่อถือของเครื่องมือ

เมื่อพิจารณาผลการศึกษาในบริบทวัฒนธรรมอื่นพบว่า Shin และ Kim⁽¹⁸⁾ พบว่าค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามความผูกพันของมารดาต่อทารกแรกเกิด (MIAQ) ฉบับแปลเป็นภาษาเกาหลีอยู่ในช่วงระหว่าง 0.65 ถึง 0.94 แสดงให้เห็นว่าเครื่องมือมีความสอดคล้องภายในในระดับที่หลากหลายแต่ยังคงอยู่ในเกณฑ์ที่ยอมรับได้ในบริบททางวัฒนธรรมที่แตกต่างกัน ในทำนองเดียวกัน Chen และคณะ⁽¹⁹⁾

ศึกษาความเชื่อมั่นของแบบประเมิน MIAQ ฉบับภาษาจีน โดยพบว่าค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาครวมเท่ากับ 0.94 ซึ่งอยู่ในระดับดีมาก นอกจากนี้ยังรายงานค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สันระหว่างแบบประเมิน Chinese version of the MAI (CMAI) กับแบบวัด Maternal-Fetal Attachment Inventory (MFAI) และ Maternal-Infant Attachment Inventory (MLAI) เท่ากับ 0.38 และ 0.50 ตามลำดับ ซึ่งสะท้อนถึงความสัมพันธ์ในระดับปานกลางถึงสูงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ⁽¹⁹⁾ แสดงให้เห็นถึงความตรงตามโครงสร้าง (construct validity) และความเหมาะสมของแบบประเมินในการนำไปใช้ในกลุ่มประชากรที่มีความหลากหลายทางวัฒนธรรม และจากการศึกษาบทวนของ Wittkowski และคณะ⁽²⁰⁾ พบว่าเครื่องมือวัดความผูกพันระหว่างมารดาและทารกในรูปแบบรายงานตนเองจำนวนมาก มีความแตกต่างกันในด้านความน่าเชื่อถือและความตรงตามโครงสร้างทางจิตวิทยา นอกจากนี้การประเมินคุณสมบัติทางจิตวิทยาเชิงลึก เช่น การวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยัน (CFA) และการทดสอบความสม่ำเสมอภายใน (internal consistency) เป็นสิ่งสำคัญเพื่อยืนยันความน่าเชื่อถือและความถูกต้องของเครื่องมือวัดในแต่ละบริบทการใช้งาน⁽²¹⁾

นอกจากนี้ ผลการศึกษาครั้งนี้ สอดคล้องกับลักษณะเฉพาะของกลุ่มทารกคลอดก่อนกำหนด (preterm infants) ซึ่งมีความเปราะบางทั้งทางด้านการพัฒนาระบบประสาทสัมผัส และการควบคุมสภาวะตนเอง (self-regulation) โดยเฉพาะเมื่ออยู่ในบริบทของหอผู้ป่วยวิกฤตทารกแรกเกิด (NICU) ที่มีสิ่งรบกวนสิ่งแวดล้อมและข้อจำกัดด้านการสัมผัสจากมารดา การที่มารดาไม่สามารถโอบกอดหรือมีปฏิสัมพันธ์กับทารกได้อย่างใกล้ชิดในช่วงแรกของชีวิต ส่งผลให้ความผูกพันระหว่างมารดาและทารกอาจเกิดขึ้นได้ช้าหรือมีระดับต่ำกว่าปกติ^(22,23) ดังนั้นการใช้เครื่องมือแบบสอบถามความผูกพันของมารดาต่อทารกแรกเกิด (MIAQ) ในกลุ่มตัวอย่างที่เป็นมารดาทารกคลอดก่อนกำหนดจึงช่วยสะท้อนภาพความสัมพันธ์ในบริบทที่มีความซับซ้อน และช่วยให้สามารถวิเคราะห์ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการส่งเสริมความผูกพันในช่วงวิกฤตได้อย่างมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น โดยเฉพาะเมื่อพิจารณาพร้อมกับผลการตอบสนองของทารกหลังการได้รับการกระตุ้นหรือการแทรกแซงที่เน้นความสัมพันธ์แม่-ลูก

แม้ว่าขนาดกลุ่มตัวอย่างในการศึกษาจะอยู่ที่ 30 คน ซึ่งอาจถือว่าไม่มากเมื่อเปรียบเทียบกับการศึกษาเชิงปริมาณในระดับกว้าง แต่จำนวนดังกล่าวถือว่าเพียงพอสำหรับการศึกษาระยะเริ่มต้น (initial developmental study) ที่มุ่งประเมินความเหมาะสมและความเชื่อถือได้เบื้องต้นของแบบสอบถามที่พัฒนาใหม่ ซึ่งให้ข้อมูลอันมีค่าในการปรับปรุงข้อคำถามและยืนยันศักยภาพของเครื่องมือในบริบทเฉพาะ เช่น หอผู้ป่วยวิกฤตทารกแรกเกิด ผลการศึกษาที่นี้มีบทบาทสำคัญ ในการปูพื้นฐานสู่การวิจัยในระยะถัดไป โดยเฉพาะการขยายกลุ่มตัวอย่าง ให้ครอบคลุมประชากรที่หลากหลายยิ่งขึ้น เพื่อรองรับการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงสำรวจและองค์ประกอบเชิงยืนยัน ซึ่งจะส่งเสริมความแม่นยำและความน่าเชื่อถือของเครื่องมือนี้ให้สูงขึ้นในระดับประชากรเป้าหมายที่กว้างกว่า⁽²⁴⁻²⁶⁾

สรุป

เครื่องมือแบบสอบถามความผูกพันของมารดาต่อทารกแรกเกิด (Mother-to-Infant Attachment Questionnaire: MIAQ) ที่ได้รับการประเมินในครั้งนี้มีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคจากข้อคำถามจำนวน 26 ข้อ เท่ากับ 0.88 ซึ่งระดับความเชื่อมั่นอยู่ในเกณฑ์ดี และมีความเหมาะสมในการนำไปใช้ประเมินความผูกพันระหว่างมารดาและทารกแรกเกิดในบริบทของหอผู้ป่วยวิกฤตทารกแรกเกิด (NICU) ซึ่งเป็นบริบทเฉพาะที่ทารกต้องการการดูแลอย่างใกล้ชิด และสนับสนุนด้านจิตสังคมอย่างต่อเนื่อง ทั้งนี้เครื่องมือดังกล่าวสามารถนำไปประยุกต์ใช้ได้อย่างมีประสิทธิภาพทั้งในงานวิจัยและการประเมินผลทางคลินิก แบบสอบถาม MIAQ เป็นเครื่องมือที่มีคุณค่าอย่างยิ่งในการสะท้อนความรู้สึกผูกพันของมารดาในเชิงอัตวิสัย โดยเฉพาะอย่างยิ่งเมื่อใช้ควบคู่กับข้อมูลทางคลินิกอื่นๆ เช่น ระยะเวลาที่มารดาสามารถอยู่ร่วมกับทารก พฤติกรรมการสัมผัส การให้นมและระดับความวิตกกังวลในระยะหลังคลอด⁽²¹⁾ ซึ่งช่วยให้การประเมินความผูกพันมีความครอบคลุมและลึกซึ้งมากขึ้นในบริบทของหอผู้ป่วยวิกฤตทารกแรกเกิด (NICU) การประเมินความผูกพันระหว่างมารดาและทารกจำเป็นต้องพิจารณาปัจจัยแวดล้อมเฉพาะ เช่น สถานะสุขภาพของทารก ระยะเวลาการพักรักษาตัว และโอกาสที่มารดาจะมีส่วนร่วมในการดูแลลูก

ของตนอย่างแท้จริง การใช้แบบสอบถาม MIAQ ร่วมกับเครื่องมืออื่นหรือการสัมภาษณ์เชิงลึก จึงเป็นแนวทางที่ช่วยให้เข้าใจภาพรวมและมิติเชิงลึกของความผูกพันในกลุ่มมารดาที่มีทารกในภาวะวิกฤตได้อย่างรอบด้าน ความเข้าใจเชิงลึกนี้จะช่วยส่งเสริมการวางแผนการดูแลที่ตอบสนองความต้องการทั้งทางกายและใจของมารดาและทารกได้อย่างเหมาะสมพร้อมส่งเสริมความผูกพันและสภาวะที่ยั่งยืนในอนาคต

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

เครื่องมือแบบสอบถามความผูกพันของมารดาต่อทารกแรกเกิด (Mother-to-Infant Attachment Questionnaire: MIAQ) ที่พัฒนาขึ้นสามารถนำไปประยุกต์ใช้ในการประเมินระดับความผูกพันระหว่างมารดากับทารกแรกเกิดในบริบทที่มารดาและทารกจำเป็นต้องแยกจากกัน ไม่จำกัดเฉพาะในหอผู้ป่วยวิกฤตทารกแรกเกิด (NICU) เท่านั้น อาทิ กรณีที่ทารกเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล หรือมารดาไม่สามารถอยู่ร่วมกับทารกได้ในระยะเริ่มต้น การนำเครื่องมือนี้ไปใช้จะช่วยช่วยให้บุคลากรทางสุขภาพสามารถประเมินภาวะทางจิตสังคมมารดาที่คลอดบุตรและบุตรรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤตทารกแรกเกิด (NICU) ได้อย่างเหมาะสมวางแผนการดูแล และให้การสนับสนุนที่ตอบสนองต่อความต้องการของมารดาและทารกได้อย่างมีประสิทธิภาพ

กิตติกรรมประกาศ

การศึกษานี้ได้รับทุนสนับสนุนจากทุน 90 ปี จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กองทุนรัชดาภิเษกสมโภช ซึ่งมีส่วนสนับสนุนที่สำคัญต่อความสำเร็จของงานวิจัยฉบับนี้

เอกสารอ้างอิง

1. Damato EG. Predictors of prenatal attachment in mothers of twins. J Obstet Gynecol Neonatal Nurs [Internet]. 2004;33(4):436-5. Available from: <http://dx.doi.org/10.1177/0884217504266894>
2. Bowlby J. Attachment and loss: Vol. 1. Attachment. 2nd ed. New York: Basic Books; 2014.
3. Johnson K. Maternal-infant bonding: a review of literature. Int J Childbirth Educ. 2013;28(3).
4. Gulesen A, Yildiz D. Investigation of maternal-infant attachment in the early postpartum period with evidence based practice. TAF Prev Med Bull [Internet]. 2013;12(2):177. Available from: <http://dx.doi.org/10.5455/pmb.1-1336130426>
5. Bicking Kinsey C, Hupcey JE. State of the science of maternal-infant bonding: a principle-based concept analysis. Midwifery [Internet]. 2013; 29(12):1314-20. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.midw.2012.12.019>
6. Muller ME. A questionnaire to measure mother-to-infant attachment. J Nurs Meas [Internet]. 1994 Winter;2(2):129-41. Available from: <http://dx.doi.org/10.1891/1061-3749.2.2.129>
7. Flacking R, Lehtonen L, Thomson G, Axelin A, Ahlqvist S, Moran VH, et al. Closeness and separation in neonatal intensive care: Closeness and separation. Acta Paediatr [Internet]. 2012; 101(10):1032-7. Available from: <http://dx.doi.org/10.1111/j.1651-2227.2012.02787.x>
8. Makela H, Axelin A, Feeley N, Niela-Vilen H. Clinging to closeness: The parental view on developing a close bond with their infants in a NICU. Midwifery [Internet]. 2018;62:183-8. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.midw.2018.04.003>
9. Richey RC, Klein JD. Developmental research methods: Creating knowledge from instructional design and development practice. J Comput High Educ [Internet]. 2005;16(2):23-38. Available from: <http://dx.doi.org/10.1007/bf02961473>
10. Striano T. Doing developmental research: A practical guide. New York, NY: Guilford Publications; 2016.
11. Tommaso Trombetta et al. Pre-natal attachment and parent-to-infant attachment: A systematic review. Front Psychol. 2021;12:620942.
12. Rowan, C. (2017). Maternal-infant attachment. In *The social context of birth* (pp. 157-167). Routledge

13. Bujang MA, Baharum N. Sample size guideline for correlation analysis. *World J Soc Sci Res* [Internet]. 2016;3(1):37. Available from: <http://dx.doi.org/10.22158/wjssr.v3n1p37>
14. Zijlmans EAO, Tijmstra J, Sijtsma K. Item-score reliability as a selection tool in test construction. *Front Psychol*. 2018;9:2298.
15. Boateng GO, Neilands TB, Frongillo EA, Melgar-Quinonez HR, Young SL. Best practices for developing and validating scales for health, social, and behavioral research: A primer. *Front Public Health* [Internet]. 2018;6. Available from: <http://dx.doi.org/10.3389/fpubh.2018.00149>
16. Tavakol M, Dennick R. Making sense of Cronbach's alpha. *Int J Med Educ* [Internet]. 2011;2:53-5. Available from: <http://dx.doi.org/10.5116/ijme.4dfb.8dfd>
17. DeVellis RF, Thorpe CT. Scale development: Theory and applications. Sage publications; 2021 Sep 16.
18. Shin H, Kim YH. Maternal Attachment Inventory: Psychometric evaluation of the Korean version. *J Adv Nurs*. 2007;59(3):299-307.
19. Chen CJ, Sung HC, Chen YC, Chang CY, Lee MS. The development and psychometric evaluation of the Chinese version of the maternal attachment inventory. *J Clin Nurs*. 2013;22(19-20):2687-95.
20. Wittkowski A, Vatter S, Muhinyi A, Garrett C, Henderson M. Measuring bonding or attachment in the parent-infant-relationship: A systematic review of parent-report assessment measures, their psychometric properties and clinical utility. *Clin Psychol Rev*. 2020;82:101906.
21. Lutkiewicz K, Bieleninik, Cieślak M, Bidzan M. Maternal-infant bonding and its relationships with maternal depressive symptoms, stress and anxiety in the early postpartum period in a Polish sample. *Int J Environ Res Public Health*. 2020;17(15):5427.
22. Flacking R, Ewald U, Nyqvist KH, Starrin B. Trustful bonds: A key to "becoming a mother" and to reciprocal breastfeeding. *Birth*. 2012; 39(1):21-9.
23. Feldman R, Eidelman AI. Maternal postpartum behavior and the emergence of infant-mother and infant-father synchrony in preterm and full-term infants: The role of neonatal vagal tone. *Dev Psychobiol*. 2007;49(3):290-302.
24. Bryman A. Social research methods. 5th ed. Oxford: Oxford University Press; 2016.
25. Field A. Discovering statistics using IBM SPSS statistics. London: Sage Publications; 2024.
26. Boateng GO, Neilands TB, Frongillo EA, Melgar-Quinonez HR, Young SL. Best practices for developing and validating scales for health, social, and behavioral research: A primer. *Front Public Health*. 2018;6:149.

(Original Article)

The Effect of Integrated Anticipatory Pleasure Skills Training Program on Anhedonia of Persons with Major Depressive Disorder

*Flt.Lt. Prapaluk Sanlom, Asst.Prof.Dr. Sudaporn Stithyudhakarn**Faculty of Nursing, Chulalongkorn University**Correspondence to : pond_49prapaluk@hotmail.com**(Received : 24 June 25, Revised : 26 July 25, Accepted : 29 July 25)*

Abstract

This quasi-experimental research employed a two-group pretest-posttest design and aimed to examine the effect of integrated anticipatory pleasure skills training program on anhedonia of persons with major depressive disorder. The sample consisted of 64 male and female patients aged between 20 and 59 years who were receiving outpatient treatment at the psychiatric clinic of a tertiary hospital in Bangkok. Participants were randomly assigned to either the experimental group or the control group, with 32 individuals in each group. The experimental group received the integrated anticipatory pleasure skills training program, while the control group received standard nursing care. Research instruments included The Integrated Anticipatory Pleasure Skills Training program, the Anhedonia Assessment Scale and the Temporal Experience Pleasure Scale (for intervention monitoring). All instruments were validated for content validity by experts. The content validity index (CVI) of the Anhedonia Assessment Scale and the Temporal Experience Pleasure Scale were 1.00 and 0.98, respectively. The reliability coefficients (Cronbach's alpha) were 0.94 and 0.87, respectively. Data were analyzed using descriptive statistics, paired t-tests, and independent t-tests.

The results revealed that the mean anhedonia score of patients with major depressive disorder in the experimental group significantly decreased after participating in the integrated anticipatory pleasure skills training program ($p < 0.05$). Additionally, the mean anhedonia score of the experimental group after participating in the integrated anticipatory pleasure skills training program was significantly lower than that of the control group ($p < 0.05$). These findings indicated that the nursing intervention involving integrated anticipatory pleasure skills training can effectively reduce anhedonia in patients with major depressive disorder.

Keywords: *anhedonia, major depressive disorder, the integrated anticipatory pleasure skills training program, future event specificity training*

Royal Thai Air Force Medical Gazette, Vol. 71 No. 2 July - December 2025

(นิพนธ์ต้นฉบับ)

ผลของโปรแกรมการฝึกทักษะที่มุ่งสร้างความสุขแบบผสมผสานต่อภาวะสั่นยืนดิ ในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า

ร.อ.หญิง ประภาลักษณ์ แสนล้อม, ผศ.ดร.สุตาพร สติยยุทธการ

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลองแบบสองกลุ่มวัดก่อนและหลังการทดลอง มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการฝึกทักษะที่มุ่งสร้างความสุขแบบผสมผสานต่อภาวะสั่นยืนดิในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า กลุ่มตัวอย่าง คือผู้ป่วยโรคซึมเศร้าเพศชายและเพศหญิง อายุระหว่าง 20-59 ปี ที่เข้ารับการรักษาในคลินิกจิตเวช แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลระดับตติยภูมิแห่งหนึ่ง จังหวัดกรุงเทพมหานคร จำนวน 64 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 32 คน กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการฝึกทักษะที่มุ่งสร้างความสุขแบบผสมผสาน ขณะที่กลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติ เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย โปรแกรมการฝึกทักษะที่มุ่งสร้างความสุขแบบผสมผสาน แบบประเมินภาวะสั่นยืนดิ และแบบวัดการมุ่งสร้างความสุขสำหรับการกำกับการทดลอง เครื่องมือทั้งหมดผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา โดยผู้ทรงคุณวุฒิ โดยแบบประเมินภาวะสั่นยืนดิและแบบวัดการมุ่งสร้างความสุข มีค่าความตรงเชิงเนื้อหาเท่ากับ 1.00 และ 0.98 ตามลำดับ นอกจากนี้ตรวจสอบความเที่ยงได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ 0.94 และ 0.87 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงบรรยาย และสถิติทดสอบที

ผลการวิจัยพบว่า คะแนนเฉลี่ยภาวะสั่นยืนดิของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าในกลุ่มทดลองหลังเข้าร่วมโปรแกรมการฝึกทักษะที่มุ่งสร้างความสุขแบบผสมผสานต่ำกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมการฝึกทักษะที่มุ่งสร้างความสุขแบบผสมผสานอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และคะแนนเฉลี่ยภาวะสั่นยืนดิของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าในกลุ่มทดลองที่เข้าร่วมโปรแกรมการฝึกทักษะที่มุ่งสร้างความสุขแบบผสมผสานต่ำกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ 0.05 งานวิจัยนี้แสดงให้เห็นว่าการบำบัดทางการพยาบาลโดยการฝึกทักษะที่มุ่งสร้างความสุขแบบผสมผสาน สามารถช่วยให้ภาวะสั่นยืนดิในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าลดลงได้

คำสำคัญ: ภาวะสั่นยืนดิ, โรคซึมเศร้า, โปรแกรมการฝึกทักษะที่มุ่งสร้างความสุขแบบผสมผสาน, การฝึกจินตนาการ
เหตุการณ์เฉพาะในอนาคต

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคซึมเศร้าเป็นโรคทางจิตเวชที่จัดอยู่ในกลุ่มโรคความผิดปกติทางอารมณ์ เกิดขึ้นได้ทุกเพศทุกวัย โดยเฉพาะวัยผู้ใหญ่ เป็นสาเหตุของการเจ็บป่วยและการไร้ความสามารถในการดำรงสภาวะที่สำคัญของทุกประเทศทั่วโลก จากการศึกษาค้นคว้า Global Burden of Disease Study ระหว่างปี ค.ศ. 1990-2021 พบว่าโรคซึมเศร้าจัดเป็นโรคที่มีภาวะทางสุขภาพจิตสูงอันดับต้นๆ ของโลก และเป็นหนึ่งในโรคทางจิตเวชที่มี Disability-Adjusted Life Years (DALYs) สูงที่สุดในปี ค.ศ. 2021⁽¹⁾ ทั่วโลกพบผู้ป่วยโรคซึมเศร้าสูงราว 280 ล้านคน

คิดเป็นร้อยละ 3.8 ของประชากรโลก และมากกว่า 700,000 คน เสียชีวิตจากการฆ่าตัวตายทุกปี⁽²⁾ ในประชากรแถบเอเชียช่วงปี ค.ศ. 2000-2020 มีประชากรวัยผู้ใหญ่ป่วยด้วยโรคซึมเศร้า ร้อยละ 1.7 ถึง 37.35^(3,4) ในประเทศไทยจากรายงานการฆ่าตัวตายของกรมสุขภาพจิต ปี พ.ศ. 2565 พบว่าคนไทยป่วยด้วยโรคซึมเศร้าจำนวน 1.5 ล้านคน เป็นผู้หญิงมากกว่าผู้ชาย และในปี พ.ศ. 2564 มีรายงานอัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จเพิ่มสูงขึ้นเป็น 7.38 ต่อแสนประชากร ถือเป็นสาเหตุการตายอันดับต้นๆ ของประเทศ และเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของไทย โดยพบในกลุ่ม

วัยทำงานช่วงอายุ 20-59 ปี มากเป็นอันดับต้นๆ⁽³⁾ จากการศึกษาในกลุ่มประเทศแถบยุโรป พบว่าผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มีภาวะสิ้นยินดีในแผนกผู้ป่วยนอกมีจำนวน 1,428 คน คิดเป็นร้อยละ 86.2⁽⁵⁾ ในประเทศไทยพบภาวะสิ้นยินดีในแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลจิตเวช เป็นกลุ่มวัยผู้ใหญ่จำนวน 90 คน คิดเป็นร้อยละ 62.5⁽⁶⁾ และในโรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช กรมแพทย์ทหารอากาศ จากการสำรวจสถิติจำนวนผู้ป่วยโรคซึมเศร้า (F32.0-32.9) วัยผู้ใหญ่ที่เข้ารับการรักษา ปี พ.ศ. 2562-2566 พบว่ามีจำนวน 764, 861, 824, 997 และ 2,617 คน ตามลำดับ โดยพบว่า พ.ศ. 2565-2566 เป็นผู้ป่วยโรคซึมเศร้าระดับปานกลางถึงรุนแรง (F32.1-32.2) จำนวน 109 และ 270 คน ตามลำดับ⁽⁷⁾ ซึ่งมีการศึกษาพบว่าภาวะซึมเศร้าที่ระดับปานกลางถึงรุนแรง มีความสัมพันธ์ทางบวกกับระดับภาวะสิ้นยินดีที่เพิ่มขึ้น และสามารถทำนายการพยากรณ์โรคที่เลวลงได้^(6,8,9) ซึ่งผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่เข้ารับการรักษาอยู่นั้นอยู่ในระยะการกลับเป็นซ้ำ และมีความรุนแรงของโรคซึมเศร้าอยู่ในระดับปานกลางถึงรุนแรง โดยผู้ป่วยยังคงมีภาวะสิ้นยินดีหลงเหลืออยู่

ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มีภาวะสิ้นยินดี หากไม่ได้รับการบำบัดรักษาอาจส่งผลกระทบต่ออาการพยากรณ์โรคที่จะแย่ลง ผู้ป่วยจะขาดประสบการณ์ความสุข ขาดความสนใจต่อกิจกรรมต่างๆ ขาดแรงจูงใจ ไม่มีความหวัง ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตและกิจวัตรประจำวันลดลง⁽¹⁰⁾ รวมถึงส่งผลกระทบต่อสมรรถภาพและความพยายามในการทำงานให้สำเร็จ การปรับตัวต่อสถานการณ์เครียดต่างๆ ไม่สามารถอยู่ร่วมกับผู้อื่นได้ ไม่สามารถประกอบการทำงานให้สำเร็จได้ด้วยตนเอง^(10,11) ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองต่ำลง แยกตัวจากสังคม ภาวะซึมเศร้ารุนแรงขึ้นและทำร้ายตนเองในที่สุด⁽¹¹⁾ นอกจากนี้ยังส่งผลกระทบต่อครอบครัวของผู้ป่วย สมาชิกในครอบครัวอาจต้องออกจากงานหรือการเรียน สมาชิกในครอบครัวต้องรับภาระเพิ่มในการดูแล จนอาจเกิดปัญหาเศรษฐกิจในครอบครัว

ภาวะสิ้นยินดี (anhedonia) หมายถึง การไม่สามารถหรือความสามารถที่ลดลงอย่างมากในการรับรู้ความพึงพอใจจากกิจกรรมที่โดยปกติเป็นที่น่าพอใจ ทั้งในมิติของความพึงพอใจที่ลดลงในกิจกรรมปัจจุบัน (consummatory pleasure) และการคาดหวังความสุขจากกิจกรรมในอนาคต (anticipatory pleasure)⁽¹²⁾ ผู้ป่วยจะแสดงความสนใจหรือความเพลินใจในสิ่งต่างๆ ลดลง เบื่อและหมดความสนใจ

ในสิ่งต่างๆ กิจกรรมที่เคยชอบก็ไม่สนใจเหมือนเดิม ความรู้สึกทางเพศลดลง⁽¹³⁾ และภาวะสิ้นยินดียังมีความสัมพันธ์ทางบวกกับระดับความรุนแรงของภาวะซึมเศร้าและการสูญเสียหน้าที่ทางสังคม⁽⁹⁾ ทั้งนี้ภาวะสิ้นยินดีเป็นอาการหลักที่ถูกนำมาใช้เป็นเกณฑ์การวินิจฉัยโรคซึมเศร้าตามหลักการจำแนกโรคระหว่างประเทศ ฉบับที่ 10 (International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems, 10th Revision: ICD-10)

ปัจจัยที่มีผลต่อภาวะสิ้นยินดีในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าประกอบด้วย 1) ปัจจัยด้านชีวภาพ ได้แก่ ความผิดปกติของวงจรการตอบสนองความสุขในสมองและความบกพร่องในการทำหน้าที่ของสารโดปามีน รวมถึงอายุของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า โดยผู้ป่วยที่มีอายุมากกว่าจะเกิดภาวะสิ้นยินดีได้ในอัตราที่สูงขึ้น ซึ่งเกี่ยวข้องกับพยาธิสรีรวิทยาที่เปลี่ยนแปลงก่อให้เกิดความบกพร่องในการตอบสนองทางอารมณ์^(12,14) 2) ปัจจัยด้านจิตใจ ได้แก่ ความบกพร่องของการรับรู้ต่อการให้รางวัล และการรับรู้การตอบสนองอารมณ์⁽¹⁵⁾ ความบกพร่องในการจินตนาการเหตุการณ์ในอนาคต (episodic future thinking) เชิงบวก⁽¹⁶⁾ อาการย้ำคิดย้ำทำ ความวิตกกังวล และภาวะซึมเศร้า⁽⁶⁾ 3) ปัจจัยด้านจิตสังคม ได้แก่ เหตุการณ์ความเครียดในชีวิต และความบกพร่องในการทำหน้าที่ทางสังคม ซึ่งเป็นความสามารถในการปฏิบัติหน้าที่และบทบาททางสังคมในชีวิตประจำวัน⁽⁶⁾

จากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับการบำบัดที่ทำให้ภาวะสิ้นยินดีลดลง พบว่าในประเทศไทยมีการศึกษาการฝึกทักษะที่มุ่งสร้างความสุขต่อภาวะสิ้นยินดีในผู้ป่วยโรคจิตเภทที่มีอาการทางลบ⁽¹⁷⁾ และการฝึกทักษะที่มุ่งสร้างความสุขในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าแผนกผู้ป่วยใน โรงพยาบาลจิตเวช⁽¹⁵⁾ ในต่างประเทศ พบว่ามีการศึกษาการฝึกทักษะการมุ่งสร้างความสุขในผู้ป่วยโรคจิตเภท⁽¹⁸⁾ การฝึกอารมณ์เชิงบวกเพื่อลดภาวะสิ้นยินดีในผู้ป่วยจิตเภท⁽¹⁹⁾ การฝึกอารมณ์เชิงบวกในผู้ป่วยจิตเภท⁽²⁰⁾ การฝึกจินตนาการเหตุการณ์ในอนาคตของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า⁽²¹⁾ และการฝึกจินตนาการเหตุการณ์เฉพาะในอนาคตของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มีภาวะสิ้นยินดี⁽²²⁾ ผลการศึกษาพบว่าส่งผลให้ภาวะสิ้นยินดีลดลง

จากการศึกษาแนวทางการบำบัดทางจิตสังคมของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มีภาวะสิ้นยินดีที่ผ่านมา พบว่าการมุ่งสร้างความสุขด้วยการใช้กลยุทธ์การควบคุมอารมณ์ของ Favrod

และคณะ⁽¹⁸⁾ เป็นการฝึกการรับรู้ประสบการณ์ความสุข เพิ่มการคาดหวังและคงไว้ซึ่งอารมณ์เชิงบวก แต่พบว่ายังไม่เป็นรูปธรรมมากนัก รวมทั้งจากการศึกษาของ Favrod และคณะ⁽²⁰⁾ ก็ยังพบว่าผู้ป่วยมีความสุขในการเข้าร่วมกิจกรรมที่สนุกสนานที่เป็นปัจจุบันเพิ่มขึ้น แต่ความสุขจากการคาดหวังกิจกรรมในอนาคตนั้นยังไม่พบความแตกต่างอย่างชัดเจน อีกทั้งการศึกษาที่ผ่านมาในประเทศไทยได้จัดกระทำกับปัจจัย ด้านความบกพร่องของการรับรู้ต่อการให้รางวัลและการรับรู้ การตอบสนองอารมณ์ของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าแผนกผู้ป่วยในเท่านั้น⁽¹⁵⁾ นอกจากนี้ยังพบว่าผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มีภาวะสิ้นยินดีมีความยากลำบากในการจินตนาการเหตุการณ์หรือคาดหวังเหตุการณ์ความสุขในอนาคตของตนเอง และปัจจุบันยังไม่พบการศึกษาที่จะกระทำกับปัจจัยความบกพร่องในการสร้างจินตนาการเหตุการณ์ในอนาคตเชิงบวกในประเทศไทย

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยจึงได้พัฒนาโปรแกรมการฝึกทักษะที่มุ่งสร้างความสุขแบบผสมผสานขึ้น ตามแนวคิดของ Favrod และคณะ⁽¹⁹⁾ ร่วมกับแนวคิดของ Hallford และคณะ⁽²²⁾ ซึ่งเป็นโปรแกรมที่ฝึกให้ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มีภาวะสิ้นยินดีมีความสามารถในการรับรู้และสัมผัสกับประสบการณ์ความสุขที่ชัดเจนและเฉพาะเจาะจง คงไว้ซึ่งอารมณ์สุขนั้นของตนเองและสามารถสร้างจินตนาการเหตุการณ์เฉพาะในอนาคตเชิงบวกได้นำไปสู่การคาดหวังภาพเหตุการณ์ความสุขในอนาคตของตนเองที่ชัดเจนมากขึ้น เกิดแรงจูงใจในการลงมือปฏิบัติ และมีพฤติกรรมที่นำไปสู่เป้าหมายตามที่คาดหวังไว้ ส่งผลให้ระดับของภาวะสิ้นยินดีลดลงได้

วัตถุประสงค์

1. เปรียบเทียบภาวะสิ้นยินดีของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการฝึกทักษะที่มุ่งสร้างความสุขแบบผสมผสาน
2. เปรียบเทียบภาวะสิ้นยินดีของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการฝึกทักษะที่มุ่งสร้างความสุขแบบผสมผสานกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

คำถามการวิจัย

1. ภาวะสิ้นยินดีของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการฝึกทักษะที่มุ่งสร้างความสุขแบบผสมผสานแตกต่างกันหรือไม่

2. ภาวะสิ้นยินดีของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่ได้รับโปรแกรมการฝึกทักษะที่มุ่งสร้างความสุขแบบผสมผสานแตกต่างจากกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติหรือไม่

สมมุติฐานการวิจัย

1. ภาวะสิ้นยินดีของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าหลังเข้าร่วมโปรแกรมการฝึกทักษะที่มุ่งสร้างความสุขแบบผสมผสานต่ำกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมการฝึกทักษะที่มุ่งสร้างความสุขแบบผสมผสาน
2. ภาวะสิ้นยินดีของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่เข้าร่วมโปรแกรมการฝึกทักษะที่มุ่งสร้างความสุขแบบผสมผสานต่ำกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

กรอบแนวคิดการวิจัย

ปัจจัยสำคัญที่ส่งผลต่อภาวะสิ้นยินดีในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ได้แก่ ความบกพร่องของกระบวนการรับรู้ต่อการได้รับรางวัลหรือความสุขที่มุ่งหวัง^(12,23) รวมถึงความบกพร่องต่อการสร้างจินตนาการเหตุการณ์ในอนาคตเชิงบวกทั้งในด้านรายละเอียด/ความชัดเจนของเหตุการณ์ (detail/vividness) และการจินตภาพเหตุการณ์ (mental imagery)⁽¹⁶⁾ ซึ่งส่งผลต่อความสามารถในการวางแผนในอนาคตของผู้ป่วยและเพื่อจัดการกับปัจจัยดังกล่าว ผู้วิจัยได้นำแนวคิดการมุ่งสร้างความสุข ด้วยการใช้กลยุทธ์การควบคุมอารมณ์ของ Favrod และคณะ⁽¹⁹⁾ มาประยุกต์ใช้ ซึ่งมีองค์ประกอบหลัก 4 ประการ ได้แก่ 1) การรับรู้ประสบการณ์ของความสุขในปัจจุบันหรืออดีต 2) การแสดงอารมณ์โดยการเพิ่มการแสดงออกทางพฤติกรรม 3) การใช้ประโยชน์สูงสุดจากประสบการณ์เชิงบวก 4) การคาดหวังช่วงเวลาแห่งความสุขบูรณาการร่วมกับแนวคิดการฝึกจินตนาการเหตุการณ์เฉพาะในอนาคต (future event specificity training) ของ Hallford และคณะ⁽²²⁾ เพื่อเพิ่มการคาดหวังเหตุการณ์ความสุขในอนาคตแบบเฉพาะเจาะจงยิ่งขึ้นจำเป็นต้องส่งเสริมให้ผู้ป่วยสามารถสร้างจินตนาการเหตุการณ์เฉพาะในอนาคตเชิงบวกโดยมีองค์ประกอบ 3 ประการ ได้แก่ 1) ความเฉพาะเจาะจงของเหตุการณ์ (specificity) 2) รายละเอียดและความชัดเจนของเหตุการณ์ (detail/vividness) 3) การจินตภาพเหตุการณ์ (mental imagery) ดังนั้น โปรแกรมการฝึกทักษะที่มุ่งสร้างความสุขแบบผสมผสานที่ผู้วิจัยได้พัฒนาขึ้นตามแนวคิด

ดังกล่าว จะช่วยส่งเสริมให้ผู้ป่วยเกิดการรับรู้และสัมผัสกับประสบการณ์ความสุขแบบเฉพาะเจาะจง สามารถคงไว้ซึ่งอารมณ์สุขนั้น และสามารถสร้างจินตนาการเหตุการณ์เฉพาะในอนาคตเชิงบวกได้ นำไปสู่การคาดหวังภาพเหตุการณ์ความสุขในอนาคตของตนที่ชัดเจนมากขึ้น เกิดแรงจูงใจที่มากพอในการทำกิจกรรม นำไปสู่พฤติกรรมตามเป้าหมายที่คาดหวังไว้ และส่งผลให้ระดับของภาวะสิ้นยินดีลดลงได้

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (quasi experimental research) ใช้แบบแผนการวิจัยแบบศึกษา กลุ่มตัวอย่างสองกลุ่มวัดผลก่อนและหลัง (the pretest-posttest control group design)

ประชากร คือ ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ ตามเกณฑ์ ICD-10 ว่าเป็นโรคซึมเศร้าหลัก (major depressive disorder: F32.0-F32.9) และเข้ารับการรักษาในคลินิกจิตเวช แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช กรมแพทย์ทหารอากาศ

กลุ่มตัวอย่าง ผู้ป่วยเพศชายและเพศหญิง อายุ 20-59 ปี ที่ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ตามเกณฑ์ ICD-10 ว่าเป็นโรคซึมเศร้าหลัก (major depressive disorder: F32.0-F32.9) และเข้ารับการรักษาที่คลินิกจิตเวช แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช กรมแพทย์ทหารอากาศ โดยมีเกณฑ์การคัดเลือก (inclusion criteria) ได้แก่ 1) มีคะแนนภาวะสิ้นยินดีทั้ง 3 ด้าน อยู่ในระดับเล็กน้อยถึงค่อนข้างรุนแรง (2-4 คะแนน) โดยแบบประเมินภาวะสิ้นยินดี 2) มีความสามารถด้านการรับรู้และความจำ โดยประเมินจากแบบทดสอบสภาพสมองของไทย (TMSE) มีคะแนนระหว่าง 24-30 คะแนน 3) ได้รับยากลุ่มยาค้านเศร้า ตามแผนการรักษาของแพทย์ เป็นระยะเวลาตั้งแต่ 6 สัปดาห์ขึ้นไป 4) มีความสามารถในการสื่อสาร ฟัง พูด อ่าน เขียนภาษาไทยได้ดี และเกณฑ์การคัดออก (exclusion criteria) ได้แก่ 1) มีโรคร่วมจิตเวชอื่นหรือความผิดปกติทางสมอง 2) อยู่ระหว่างการเข้าร่วมโปรแกรมหรือการวิจัยอื่น

การกำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่าง

คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้หลักการ power analysis โดยกำหนดค่านัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 กำหนดค่าอำนาจทดสอบที่ 0.80 และกำหนดค่าขนาดอิทธิพล

ที่ 0.80 ตามเกณฑ์ large effect size ของ Cohen (1988) ผลการคำนวณด้วยโปรแกรม G*Power ได้กลุ่มตัวอย่าง 52 คน และเพื่อป้องกันการสูญหายของข้อมูลระหว่างการทดลอง จึงเพิ่มกลุ่มตัวอย่างอีกร้อยละ 20 ตามข้อเสนอแนะของ Pilot & Beck คิดเป็น 12 คน ดังนั้น ได้กลุ่มตัวอย่างรวม 64 คน โดยแบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 32 คน และกลุ่มควบคุม 32 คน

การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง

งานวิจัยนี้ผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการศูนย์วิจัยและพัฒนาสิ่งประดิษฐ์คิดค้นทางการแพทย์ ของโรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช กรมแพทย์ทหารอากาศ และอนุมัติให้ดำเนินการวิจัย เมื่อวันที่ 31 มีนาคม 2568 (IRB No.28/68) ซึ่งกลุ่มตัวอย่างทุกรายมีคุณสมบัติตามเกณฑ์การคัดเลือกและยินยอมเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้ ด้วยความสมัครใจ ผู้วิจัยได้แนะนำตนเองและอธิบายวัตถุประสงค์การวิจัย รายละเอียดการเก็บรวบรวมข้อมูล พร้อมทั้งแจ้งว่าการตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมจะไม่กระทบต่อการดูแลรักษาข้อมูลจะได้รับการรักษาความลับ และนำเสนอเป็นภาพรวม กลุ่มตัวอย่างมีสิทธิ์ถอนตัวจากการวิจัยได้ตลอดเวลาโดยไม่จำเป็นต้องชี้แจงเหตุผล หากยินยอมเข้าร่วมจึงลงนามในเอกสารยินยอม และสามารถสอบถามข้อสงสัยจากผู้วิจัยได้ตลอดระยะเวลาการศึกษา

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. โปรแกรมการฝึกทักษะที่มุ่งสร้างความสุขแบบผสมผสานที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นตามแนวคิดของ Favrod และคณะ⁽¹⁹⁾ และ Hallford และคณะ⁽²²⁾ ได้รับการตรวจสอบและประเมินคุณภาพของโปรแกรมและคู่มือโดยผู้ทรงคุณวุฒิ เพื่อตรวจสอบความถูกต้องของเนื้อหา จำนวน 5 ท่าน ได้แก่ จิตแพทย์ผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 1 ท่าน อาจารย์พยาบาลสาขาการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต จำนวน 2 ท่าน และพยาบาลผู้ได้รับวุฒิบัตรผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง สาขาการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต จำนวน 2 ท่าน จากนั้นนำมาปรับปรุงแก้ไขเพื่อให้โปรแกรมมีความชัดเจนและถูกต้อง ผลการตรวจสอบได้ค่าความตรงเชิงเนื้อหา (Index of Item-Objective Congruence: IOC) เท่ากับ 0.92 หลังจากนั้นนำไปทดลองใช้ (try-out) กับผู้ป่วยที่มีคุณสมบัติใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 3 คน ก่อนนำไปใช้จริง ซึ่งเมื่อนำมาใช้ผู้วิจัยดำเนินการเป็นรายกลุ่ม กลุ่มละ 7-9 คน

ดำเนินกิจกรรมทั้งหมด 6 ขั้นตอน (13 กิจกรรม) สัปดาห์ละ 1 ครั้งๆ ละ 60 นาทีต่อเนื่องกัน 6 สัปดาห์ และมีขั้นตอนการดำเนินการวิจัย ดังนี้

สัปดาห์ที่ 1 “ลบความคิดที่ลึ้มเหลว เริ่มการสัมผัสประสบการณ์เรียนรู้ในปัจจุบัน ประกอบด้วย กิจกรรมที่ 1 สร้างสัมพันธภาพ กิจกรรมที่ 2 การประเมินความคิด และความเชื่อที่ลึ้มเหลวหรือสิ้นหวัง (defeatist thinking) กิจกรรมที่ 3 การฝึกรับรู้ประสบการณ์ความสุขในปัจจุบันแบบเฉพาะเจาะจง

สัปดาห์ที่ 2 “สัมผัสอารมณ์สุขและแบ่งปันความสุขกับเพื่อน” ประกอบด้วย กิจกรรมที่ 4 การเน้นย้ำอารมณ์สุขด้วยการแสดงออกทางพฤติกรรม กิจกรรมที่ 5 การแลกเปลี่ยนประสบการณ์ความสุขกับผู้อื่นแบบเฉพาะเจาะจง

สัปดาห์ที่ 3 “สัมผัสความทรงจำที่รื่นรมย์ในอดีต” ประกอบด้วย กิจกรรมที่ 6 การให้ความรู้เรื่องการรับรู้ประสบการณ์ความสุขในอดีตแบบเฉพาะเจาะจง กิจกรรมที่ 7 การฝึกรับรู้ประสบการณ์ความสุขที่เกิดขึ้นในอดีตแบบเฉพาะเจาะจง

สัปดาห์ที่ 4 “คาดหวังความรื่นรมย์ ด้วยการจินตนาการเหตุการณ์เฉพาะในอนาคต ช่วงที่ 1” ประกอบด้วย กิจกรรมที่ 8 การให้ความรู้เรื่องการจินตนาการเหตุการณ์เฉพาะในอนาคตและความสัมพันธ์ระหว่างความทรงจำที่เป็นสุขในอดีตกับการจินตนาการเหตุการณ์ในอนาคตที่เป็นสุขตามที่คาดหวัง กิจกรรมที่ 9 การฝึกสร้างจินตนาการเหตุการณ์เฉพาะในอนาคต

สัปดาห์ที่ 5 “คาดหวังความรื่นรมย์ ด้วยการจินตนาการเหตุการณ์เฉพาะในอนาคต ช่วงที่ 2” ประกอบด้วย กิจกรรมที่ 10 ทบทวนการบ้าน กิจกรรมที่ 11 การให้ความรู้เรื่องความแตกต่างของการจินตนาการเหตุการณ์เฉพาะในอนาคตเพื่อคาดหวังความสุขแบบทั่วไปและแบบเฉพาะเจาะจง กิจกรรมที่ 12 การฝึกสร้างจินตนาการเหตุการณ์เฉพาะในอนาคตที่มุ่งเน้นอารมณ์เชิงบวกอย่างต่อเนื่อง

สัปดาห์ที่ 6 “มาทบทวนกัน” ประกอบด้วย กิจกรรมที่ 13 ทบทวนทักษะทั้งหมด

2. แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วย เพศ สถานภาพสมรส อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ งานอดิเรก/กิจกรรมที่ชอบทำยามว่าง ประวัติการใช้สารเสพติด ระยะเวลาการเจ็บป่วย

3. แบบประเมินภาวะสิ้นยินดี ผู้วิจัยได้ขออนุญาตใช้เครื่องมือของ จิราภา บุญศิลป์, วิภา จีระแพทย์ และเพ็ญพักตร์ อุทิศ (2559) ซึ่งได้แปลมาจากแบบประเมิน the brief negative symptom scale⁽²⁴⁾ มีข้อความถามด้านภาวะสิ้นยินดี จำนวน 3 ข้อ ตัวเลือกตอบแบบ Likert scale 7 ระดับ มีช่วงคะแนนอยู่ระหว่าง 0-18 คะแนน คะแนนเฉลี่ยเต็ม 6 คะแนน การแปลผลคะแนนโดยคะแนนที่สูงหมายถึง มีภาวะสิ้นยินดีสูง และคะแนนที่ต่ำ หมายถึง มีภาวะสิ้นยินดีต่ำ มีเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้ คะแนน 0 หมายถึง ระดับปกติ และคะแนน 6 หมายถึง ระดับรุนแรงมาก ตรวจสอบพบค่าความตรงเชิงเนื้อหา (CVI) เท่ากับ 1.00 และนำไปทดลองใช้กับผู้ป่วยที่มีคุณสมบัติใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คน เพื่อกำหนดค่าความเที่ยงก่อนนำไปใช้จริง และหาค่าความเที่ยงโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ได้ค่าความเที่ยงของเครื่องมือเท่ากับ 0.95

4. แบบวัดการมุ่งสร้างความสุข ผู้วิจัยได้ขออนุญาตใช้เครื่องมือของ จิราภา บุญศิลป์, วิภา จีระแพทย์ และเพ็ญพักตร์ อุทิศ (2559) ซึ่งแปลมาจากแบบประเมิน temporal experience of pleasure scale (TEPS)⁽²⁵⁾ มีข้อความถามทั้งหมด 18 ข้อ แบ่งเป็นด้านการประเมินความสุข/ความเพลิดเพลินในระดับปกติ ซึ่งเกิดขึ้นโดยตรงจากการทำกิจกรรมที่สนุกสนาน (consummatory pleasure: TEPS-CON) จำนวน 8 ข้อ และการประเมินความสุข/ความเพลิดเพลินเกี่ยวกับการทำกิจกรรมในอนาคต (anticipatory pleasure: TEPS-ANT) จำนวน 10 ข้อ ตัวเลือกตอบแบบ Likert scale 6 ระดับ โดยคะแนนเฉลี่ยมากกว่าหรือเท่ากับ 3 คะแนน ถือเป็นเกณฑ์ผ่านการทำกับการทดลอง⁽¹⁷⁾ ตรวจสอบพบค่าความตรงเชิงเนื้อหา (CVI) เท่ากับ 0.98 และนำไปทดลองใช้กับผู้ป่วยที่มีคุณสมบัติใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คน เพื่อกำหนดค่าความเที่ยงก่อนนำไปใช้จริง และหาค่าความเที่ยงโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ได้ค่าความเที่ยงของเครื่องมือ เท่ากับ 0.88

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ภายหลังจากที่ได้รับการอนุมัติให้ดำเนินการวิจัย ผู้วิจัยประสานงานกับพยาบาลคลินิกจิตเวช เพื่อขออนุญาตสำรวจข้อมูลรายชื่อผู้ป่วยโรคซึมเศร้าจากเวชระเบียน และ

คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์การคัดเลือกที่กำหนดเข้าร่วมโครงการวิจัย ซึ่งเจตนาวัตถุประสงค์ ประโยชน์ที่ได้รับ ความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้น และสิทธิของผู้ป่วยหากยินยอมมาเข้าร่วมในการศึกษา ให้ลงลายมือเป็นลายลักษณ์อักษร และให้เอกสารชี้แจงโครงการวิจัย ผู้วิจัยคัดเลือกกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมให้มีความใกล้เคียงกันมากที่สุด เพื่อป้องกันตัวแปรแทรกซ้อน โดยการจับคู่ด้านอายุ⁽¹²⁾ และระดับความรุนแรงของภาวะเส้นยืนตี⁽²⁶⁾ และสุ่มเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมด้วยโปรแกรม create a blocked randomization list เพื่อป้องกันอคติในการจัดกลุ่ม เก็บรวบรวมข้อมูลกลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่ม โดยกลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการฝึกทักษะที่มุ่งสร้างความสุขแบบผสมผสาน ดำเนินการเป็นรายกลุ่มมีกิจกรรมทั้งหมด 6 ขั้นตอน (รวม 13 กิจกรรม) สัปดาห์ละ 1 ครั้งๆ ละ 60 นาที ต่อเนื่องกัน 6 สัปดาห์ และกลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติ เมื่อสิ้นสุดโปรแกรมในสัปดาห์ที่ 6 ผู้วิจัยประเมินภาวะเส้นยืนตีอีกครั้งในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม และประเมินแบบวัดการมุ่งสร้างความสุขอีกครั้งในกลุ่มทดลอง

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป SPSS Statistics ซึ่งข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างนำมาวิเคราะห์โดยใช้สถิติเชิงบรรยาย ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และเปรียบเทียบข้อมูลด้วยสถิติ independent samples test โดยเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนภาวะเส้นยืนตีในกลุ่มทดลองก่อนและหลังการทดลอง ใช้สถิติ Paired samples t-test และเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนภาวะเส้นยืนตีระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุมก่อนและหลังการทดลอง ใช้สถิติ independent t-test โดยกำหนดค่าระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ มีจำนวนผู้ที่ไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมได้อย่างครบถ้วนตลอดระยะเวลาของโปรแกรม เนื่องจากติดธุระไปราชการที่ต่างจังหวัด 1 คน เจ็บป่วยด้วยโรคทางกาย 1 คน และติดต่อไม่ได้ 4 คน รวมทั้งสิ้น 6 คน

ซึ่งเป็นกลุ่มทดลอง 3 คน และกลุ่มควบคุม 3 คน ภายหลังจากการคัดออกจึงเหลือกลุ่มตัวอย่างเข้าร่วมการวิจัยจำนวน 58 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 29 คน และกลุ่มควบคุม 29 คน และผลการวิจัยมีดังนี้

1. ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง

พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 65.5) โดยพบในกลุ่มทดลองร้อยละ 72.4 และ กลุ่มควบคุมร้อยละ 58.6 มีอายุเฉลี่ยเท่ากับ 31.12 ปี โดยในกลุ่มทดลองอายุเฉลี่ยเท่ากับ 30.79 ปี และกลุ่มควบคุมอายุเฉลี่ยเท่ากับ 31.45 มีสถานภาพโสด (ร้อยละ 53.4) พบในกลุ่มทดลองร้อยละ 55.2 และกลุ่มควบคุมร้อยละ 51.7 มีระดับการศึกษาสูงสุดปริญญาตรี (ร้อยละ 58.6) พบในกลุ่มทดลองร้อยละ 55.2 และกลุ่มควบคุมร้อยละ 62.1 ประกอบอาชีพรับราชการ/รัฐวิสาหกิจ (ร้อยละ 58.6) พบในกลุ่มทดลองร้อยละ 62.1 และกลุ่มควบคุมร้อยละ 55.2 มีรายได้เพียงพอแต่ไม่เหลือเก็บ (ร้อยละ 46.6) พบในกลุ่มทดลองร้อยละ 44.8 และกลุ่มควบคุมร้อยละ 48.3 มีงานอดิเรก/กิจกรรมที่ชอบทำ ยามว่างสูงสุด คือกิจกรรมผ่อนคลายและพักผ่อน ได้แก่ เล่นกับสัตว์เลี้ยง ฟังเพลง ท่องเที่ยวต่างจังหวัด นอนเล่น ดูแลตน์ไม้ (ร้อยละ 48.3) พบในกลุ่มทดลองร้อยละ 48.3 และกลุ่มควบคุมร้อยละ 48.3 และมีระยะเวลาการเจ็บป่วยเฉลี่ยเท่ากับ 3.56 ปี โดยกลุ่มทดลองมีระยะเวลาการเจ็บป่วยเฉลี่ยเท่ากับ 3.69 ปี และกลุ่มควบคุมมีระยะเวลาการเจ็บป่วยเฉลี่ยเท่ากับ 3.42 ปี ทั้งนี้ จากการวิเคราะห์ลักษณะส่วนบุคคลทางสถิติของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มีภาวะเส้นยืนตีทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมไม่แตกต่างกัน

2. เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยภาวะเส้นยืนตีก่อนและหลังการทดลองของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ก่อนการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยภาวะเส้นยืนตีของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมภายหลังการทดลอง ผู้วิจัยได้ทำการทดสอบการแจกแจงของข้อมูล พบว่าข้อมูลมีการแจกแจงแบบปกติ จึงใช้สถิติ dependent t-test ในการทดสอบ ผลการทดสอบพบว่ากลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยภาวะเส้นยืนตีภายหลังการทดลองต่ำกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยภาวะสัณยิตก่อนและหลังการทดลองของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

คะแนนเฉลี่ยภาวะสัณยิต	Mean	SD	df	t	P-value
กลุ่มทดลอง (n=29)					
ก่อนการทดลอง	10.68	1.79	28	15.854	<0.001
หลังการทดลอง	4.72	2.34			
กลุ่มควบคุม (n=29)					
ก่อนการทดลอง	10.24	1.80	28	1.826	0.079
หลังการทดลอง	9.58	2.73			

3. เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยภาวะสัณยิตระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ก่อนการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยภาวะสัณยิตของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมภายหลังการทดลอง ผู้วิจัยได้ทำการทดสอบการแจกแจงของข้อมูล พบว่าข้อมูลมีการ

แจกแจงแบบปกติ จึงใช้สถิติ independent t-test ในการทดสอบผลการทดสอบพบว่าหลังการทดลอง พบว่าคะแนนเฉลี่ยภาวะสัณยิตในกลุ่มทดลองต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยภาวะสัณยิตระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม (N=58)

คะแนนเฉลี่ยภาวะสัณยิต	N	Mean	SD	df	t	P-value
ก่อนการทดลอง						
กลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรม	29	10.68	1.79	56	.948	0.347
กลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ	29	10.24	1.80			
หลังการทดลอง						
กลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรม	29	4.72	2.34	56	-7.274	<0.001
กลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ	29	9.58	2.73			

การอภิปรายผล

1. คะแนนเฉลี่ยภาวะสัณยิตก่อนและหลังการทดลองของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มีภาวะสัณยิตในกลุ่มทดลอง แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($p < 0.001$, $t = 15.854$) โดยคะแนนเฉลี่ยภาวะสัณยิตหลังการทดลองต่ำกว่าก่อนการทดลอง ($\bar{X} = 10.68$, $SD = 1.79$ และ $\bar{X} = 4.72$, $SD = 2.34$ ตามลำดับ) ทั้งนี้ผลการประเมินด้วยแบบวัดการมุ่งสร้างความสุข ซึ่งแปลเป็นภาษาไทยโดย จิราภา บุญศิลป์, วิภา จีระแพทย์ และเพ็ญพักตร์ อุทิศ (2559) ของกลุ่มทดลองพบว่าคะแนนเฉลี่ยก่อนการทดลองเท่ากับ

3.37 ($\bar{X} = 3.37$, $SD = 0.52$) และคะแนนเฉลี่ยหลังสิ้นสุดการทดลองเพิ่มขึ้นเป็น 4.31 ($\bar{X} = 4.31$, $SD = 0.69$) ซึ่งสอดคล้องกับคะแนนเฉลี่ยของภาวะสัณยิตที่ลดลง แสดงให้เห็นว่าผู้ป่วยสามารถรับรู้ประสบการณ์ความสุขจากการทำกิจกรรมในปัจจุบัน (consummatory pleasure) และความสุขที่คาดหวังจากกิจกรรมในอนาคต (anticipatory pleasure) ได้ดีขึ้น นอกจากนี้โปรแกรมการฝึกทักษะที่มุ่งสร้างสุขแบบผสมผสานมีส่วนช่วยให้ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มีภาวะสัณยิตพัฒนาทักษะในการรับรู้ประสบการณ์หรือเหตุการณ์ความสุขของตนเองอย่างเฉพาะเจาะจง สามารถ

เอาชนะความคิดและความเชื่อที่มีแนวโน้มลึ้มเหลวหรือสิ้นหวังของตนเอง ด้วยการฝึกกลยุทธ์การควบคุมอารมณ์เชิงบวก (positive emotion regulation) ที่เน้นการเพิ่มการคาดหวังและการคงไว้ซึ่งอารมณ์เชิงบวกนั้น จะช่วยเพิ่มความถี่ ความเข้ม และระยะเวลาของประสบการณ์อารมณ์เชิงบวก⁽²⁷⁾ ประกอบด้วย การรับรู้ประสบการณ์ความสุขในปัจจุบันหรืออดีต การแสดงอารมณ์โดยการเพิ่มการแสดงออกทางพฤติกรรม การใช้ประโยชน์สูงสุดจากประสบการณ์เชิงบวก และการคาดหวังช่วงเวลาแห่งความสุข⁽¹⁹⁾ ร่วมกับการเพิ่มการคาดหวังประสบการณ์ความสุขในอนาคตด้วยการจินตนาการเหตุการณ์ความสุขในอนาคตที่เฉพาะเจาะจงของตนเอง ก่อให้เกิดภาพทางใจที่มีรายละเอียด มีความชัดเจน และมีความเฉพาะเจาะจงของเหตุการณ์ โดยเริ่มต้นจากการให้ผู้ป่วยได้ประเมินความคิดและความเชื่อในเชิงลบที่เกี่ยวข้องกับความลึ้มเหลวหรือความสิ้นหวังของตนเอง พร้อมทั้งจัดการปรับความคิดและความเชื่อเหล่านั้น ซึ่งเป็นกระบวนการสำคัญ เนื่องจากความคิดความเชื่อเชิงลบมีส่วนกระตุ้นให้เกิดภาวะลึ้มยั้งดีและลดการทำหน้าที่ในชีวิตประจำวัน การจัดการด้านความคิดเช่นนี้มีส่วนสำคัญในการรักษาเพื่อที่จะทำให้ผลลัพธ์ดีขึ้น⁽²⁸⁾ หลังจากนั้นผู้ป่วยได้ฝึกการรับรู้ประสบการณ์ความสุขในปัจจุบันแบบเฉพาะเจาะจง โดยใช้สื่อภาพหรือวิดีโอที่กระตุ้นอารมณ์เชิงบวก⁽¹⁸⁾ ผู้วิจัยตั้งคำถามเพื่อกระตุ้นให้ผู้ป่วยสังเกตความรู้สึกของตนเองอย่างมีสติ และตระหนักถึงประสบการณ์ที่น่าพึงพอใจในขณะนั้น โดยพบว่าผู้ป่วยสามารถแสดงอารมณ์ ความรู้สึก บอกความเฉพาะเจาะจง และรายละเอียดของภาพได้อย่างชัดเจน นอกจากนี้กิจกรรมการเลียนแบบสีหน้าและท่าทางที่แสดงอารมณ์เชิงบวกแบบเฉพาะเจาะจงยังช่วยส่งเสริมให้ผู้ป่วยเกิดการรับรู้อารมณ์เชิงบวกได้ชัดเจนยิ่งขึ้น เมื่อผู้ป่วยได้แลกเปลี่ยนประสบการณ์ความสุขในกลุ่มยังส่งเสริมการเข้าถึงอารมณ์เชิงบวกที่ลึกซึ้งผ่านกระบวนการสะท้อนความรู้สึกและการรับฟังเชิงสนับสนุนจากผู้อื่น ยิ่งไปกว่านั้นประสบการณ์ที่แลกเปลี่ยนกันในกลุ่มที่มีความเฉพาะเจาะจงและลงลึกในรายละเอียดของเหตุการณ์ยังทำให้ผู้ป่วยสามารถรับรู้อารมณ์เชิงบวกได้อย่างชัดเจนยิ่งขึ้น ซึ่งสังเกตได้จากภาษากาย เช่น การผ่อนคลายใบหน้า การยิ้ม และการมีส่วนร่วมในการสนทนาอย่างกระตือรือร้นมากขึ้น กระบวนการดังกล่าวส่งผลให้ผู้ป่วยสามารถรับรู้และเชื่อมโยง

กับประสบการณ์ความสุขแบบเฉพาะเจาะจง เกิดอารมณ์เชิงบวก และคงไว้ซึ่งอารมณ์ความเพลิดเพลินไว้ได้ รวมถึงการได้ฝึกจินตนาการถึงเหตุการณ์ความสุขในอนาคตแบบเฉพาะเจาะจง ซึ่งช่วยส่งเสริมแรงจูงใจในการแสวงหากิจกรรมความสุขในชีวิตประจำวันได้ชัดเจนมากขึ้น นำไปสู่การลงมือปฏิบัติที่เป็นไปตามเป้าหมาย และส่งผลให้ระดับของภาวะลึ้มยั้งดีลดลง สอดคล้องกับผลการวิจัยของ Favrod และคณะ⁽²⁰⁾ ที่ได้ศึกษาการมุ่งสร้างความสุข ด้วยการฝึกกลยุทธ์การควบคุมอารมณ์เชิงบวก มีวัตถุประสงค์เพื่อเพิ่มการรับรู้อารมณ์เชิงบวกในผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการทางลบ เพิ่มการคาดหวังและคงไว้ซึ่งอารมณ์เชิงบวก และเพื่อลดภาวะลึ้มยั้งดีและอารมณ์เฉยเมย ซึ่งส่งผลให้ระดับของภาวะลึ้มยั้งดีลดลง นอกจากนี้ยังสอดคล้องกับการวิจัยในประเทศไทยที่ศึกษาการฝึกทักษะที่มุ่งสร้างความสุขในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มีภาวะลึ้มยั้งดีแผนกผู้ป่วยใน โรงพยาบาลจิตเวช⁽¹⁵⁾ ผลการศึกษาพบว่าผู้ป่วยมีระดับของภาวะลึ้มยั้งดีลดลงเช่นกัน

2. ภายหลังการทดลอง พบว่าคะแนนเฉลี่ยภาวะลึ้มยั้งดีของกลุ่มทดลอง ซึ่งได้รับโปรแกรมการฝึกทักษะที่มุ่งสร้างความสุขแบบผสมผสานแตกต่างกับคะแนนเฉลี่ยภาวะลึ้มยั้งดีของกลุ่มควบคุมซึ่งได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($p < 0.001$, $t = -7.274$) โดยคะแนนเฉลี่ยภาวะลึ้มยั้งดีภายหลังการทดลองในกลุ่มทดลองต่ำกว่ากลุ่มควบคุม ($\bar{X} = 4.72$, $SD = 2.34$ และ $\bar{X} = 9.58$, $SD = 2.73$ ตามลำดับ) อาจเป็นผลเนื่องมาจากกลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการฝึกทักษะที่มุ่งสร้างความสุขแบบผสมผสานทั้ง 6 ขั้นตอน (รวม 13 กิจกรรม) ซึ่งแต่ละกิจกรรมทำให้ผู้ป่วยได้ฝึกการรับรู้ประสบการณ์ความสุขแบบเฉพาะเจาะจงของตนเองทั้งในปัจจุบัน อดีต และอนาคต โดยเฉพาะกิจกรรมคาดหวังความรื่นรมย์ด้วยการจินตนาการเหตุการณ์เฉพาะในอนาคต ซึ่งถือเป็นสิ่งที่ท้าทายสำหรับผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มีภาวะลึ้มยั้งดี เพราะผู้ป่วยกลุ่มนี้จะมีความยากลำบาก ในการคาดหวังเหตุการณ์ในอนาคตและคาดหวังต่อสิ่งต่างๆ ลดลง กิจกรรมนี้จึงเน้นให้ผู้ป่วยได้ฝึกการรับรู้ประสบการณ์ความสุขของตนเองในอดีต และเชื่อมโยงไปสู่ภาพเหตุการณ์ความสุขของตนเองในอนาคต โดยเฉพาะการฝึกสร้างจินตนาการเหตุการณ์เฉพาะในอนาคตเชิงบวกที่มีความเฉพาะเจาะจงของเหตุการณ์ มีรายละเอียด/ความชัดเจน

ของเหตุการณ์และการจินตภาพเหตุการณ์⁽²²⁾ จะยิ่งเพิ่มความทุกข์ในการคาดหวังเหตุการณ์นั้นให้มากขึ้น ทั้งนี้หากมีรายละเอียด/ความชัดเจนของภาพเหตุการณ์ความสุขในอนาคตจำนวนมากเพียงใด ยิ่งเพิ่มความเป็นไปได้ของเหตุการณ์เหล่านั้นให้เกิดขึ้นจริงในอนาคตและส่งผลให้ภาวะสิ้นยินดีลดลง สอดคล้องกับผลการศึกษาที่พบว่าการสร้างจินตนาการเหตุการณ์ในอนาคต ด้วยการเพิ่มเติมรายละเอียดความชัดเจนและจินตภาพถึงเหตุการณ์ ช่วยทำให้ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มีภาวะสิ้นยินดีมีความสุขจากการคาดหวังเหตุการณ์เฉพาะที่กำลังจะเกิดขึ้นได้ในอนาคตมากขึ้น⁽²¹⁾ นอกจากนี้ยังสอดคล้องกับงานวิจัยที่พบว่าการฝึกสร้างภาพจินตนาการเชิงบวกอย่างต่อเนื่องสามารถลดภาวะสิ้นยินดีได้ดีกว่าการใช้ข้อความเชิงบวกเพียงอย่างเดียว⁽²⁹⁾ โดยผู้ป่วยที่จินตนาการถึงเหตุการณ์เชิงบวกมีพัฒนาการด้านอารมณ์ที่ดีกว่าอย่างชัดเจน สะท้อนให้เห็นถึงศักยภาพของการจินตนาการเชิงบวกในการฟื้นฟูความสามารถในการรับรู้และตอบสนองต่อความสุขในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า จากกิจกรรมนี้สังเกตได้ว่าผู้ป่วยสามารถเล่าถึงเหตุการณ์ในอนาคตที่ตนเองอยากทำได้อย่างชัดเจนมากขึ้น และภายหลังการได้รับการบำบัดผู้ป่วยลงมือทำกิจกรรมที่ได้จินตนาการไว้และเชื่อมโยงกับความสุขส่วนตน เช่น ผู้ป่วยกล่าวว่า “หนูได้กลับมาเริ่มใส่บาตรอีกครั้งหนึ่งแล้วนะคะวันนี้เป็นวันแรกเลย หนูดีใจมากค่ะ” “ผมได้ไปซื้อเค้กให้ผมชอบกินประจำในสมัยก่อนแล้วนะครับ รู้สึกดีมากเลยครับ อร่อยเหมือนเดิม แต่มีความสุขเพิ่มขึ้นเลยครับ” อีกคนกล่าวว่า “ดิฉันเตรียมชุดสำหรับจะใส่ไปวัดในวันวิสาขบูชาแล้วนะคะ เป็นชุดกระโปรงสีขาวยาวถึงกลางหน้าแข้ง รีดไว้แล้วเรียบร้อย รอถึงวันแค่นั้นเองค่ะ” คำบอกเล่าเหล่านี้สะท้อนให้เห็นว่า ผู้ป่วยสามารถนำภาพจินตนาการเหตุการณ์ในอนาคตที่มีความสุขของตนเองไปฝึกปฏิบัติในชีวิตจริง ส่งผลให้เกิดการคาดหวังว่าจะสามารถมีความสุขแบบนั้นได้อีกครั้งในอนาคต จึงเกิดแรงจูงใจภายในที่ส่งเสริมให้แสวงหาเหตุการณ์ความสุข นำไปสู่พฤติกรรมที่เป็นไปตามเป้าหมายที่คาดหวังไว้ และช่วยลดภาวะสิ้นยินดีในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าลงได้

ข้อจำกัดของการวิจัย

1. การวิจัยครั้งนี้ดำเนินการโดยผู้วิจัยเพียงผู้เดียว ไม่มีผู้ช่วยวิจัย จึงอาจเกิดอคติบางประการระหว่างกระบวนการเก็บรวบรวมข้อมูล แม้ว่าผู้วิจัยจะได้อธิบายแก่ผู้ป่วยทุกคน

ถึงวัตถุประสงค์ของแบบสอบถาม และขอความร่วมมือให้ตอบตามความรู้สึกและความคิดเห็นของตนเองในปัจจุบันอย่างตรงไปตรงมาแล้วก็ตาม อย่างไรก็ตามการที่ไม่มีผู้ช่วยวิจัยอาจส่งผลต่อความเป็นกลางของข้อมูลในบางประเด็น

2. โปรแกรมการฝึกทักษะที่มุ่งสร้างความสุขแบบผสมผสานในงานวิจัยนี้ ออกแบบมาเพื่อใช้กับผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่รับบริการในคลินิกจิตเวช แผนกผู้ป่วยนอกโดยเฉพาะ จึงไม่สามารถอ้างอิงผลลัพธ์ครอบคลุมถึงผู้ป่วยกลุ่มอื่น เช่น ผู้ป่วยในหรือประชากรที่มีลักษณะแตกต่างจากกลุ่มตัวอย่างได้ (generalization) นอกจากนี้การออกแบบมาเพื่อใช้กับผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่รับบริการในแผนกผู้ป่วยนอก ยังมีเงื่อนไขด้านระยะเวลา สภาพแวดล้อม และการใช้ชีวิตประจำวันที่แตกต่างกันจากกลุ่มผู้ป่วยอื่น เช่น ผู้ป่วยในหรือผู้ที่อยู่ในสถานพยาบาลแบบควบคุม จึงอาจไม่สามารถนำโปรแกรมนี้ไปใช้กับประชากรกลุ่มอื่นได้โดยตรง

สรุป

การวิจัยครั้งนี้แสดงให้เห็นว่าโปรแกรมการฝึกทักษะที่มุ่งสร้างความสุขแบบผสมผสานมีประสิทธิภาพในการลดภาวะสิ้นยินดีในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าได้อย่างมีนัยสำคัญ โปรแกรมนี้ช่วยให้ผู้ป่วยเกิดการรับรู้ประสบการณ์ความสุขแบบเฉพาะเจาะจง สามารถสร้างจินตนาการเหตุการณ์เฉพาะในอนาคตเชิงบวกได้ และเพิ่มความคาดหวังความสุขต่อเหตุการณ์ในอนาคตส่งผลให้ภาวะสิ้นยินดีลดลงได้

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษาเพื่อติดตามผลลัพธ์ของโปรแกรมการฝึกทักษะที่มุ่งสร้างความสุขแบบผสมผสานในระยะยาว โดยมีการประเมินประสิทธิผลอย่างต่อเนื่องในช่วงเวลา 3 เดือน 6 เดือน และ 1 ปี เพื่อสะท้อนผลลัพธ์ที่ยั่งยืนของการบำบัดรักษา

2. ควรนำโปรแกรمدังกล่าวไปประยุกต์ใช้กับกลุ่มผู้ป่วยอื่นที่มีภาวะสิ้นยินดี เช่น ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มีระดับความรุนแรงต่างกัน ผู้ป่วยโรคไบโพลาร์ระยะซึมเศร้า ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ผู้สูงอายุในสถานดูแล ผู้ดูแลผู้ป่วย หรือผู้ต้องขังในเรือนจำ เพื่อขยายขอบเขตการใช้ประโยชน์ของโปรแกรมในประชากรที่หลากหลายยิ่งขึ้น

3. ควรพัฒนาและบูรณาการโปรแกรมดังกล่าวร่วมกับแนวคิดหรือแนวทางการดูแลอื่นๆ ให้เหมาะสมกับปัญหาและบริบทของผู้ป่วยที่มีภาวะลึนยิดในสถานการณ์ที่เปลี่ยนแปลง เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการดูแลและตอบสนองต่อความต้องการเฉพาะราย

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอแสดงความขอบคุณอย่างสูงต่อ ผศ.ดร.สุดาพร สถิตยทุทธการ อาจารย์ที่ปรึกษาหลัก คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย รวมถึงคณะผู้ทรงคุณวุฒิทั้ง 5 ท่าน สำหรับคำแนะนำ ข้อเสนอแนะ และการสนับสนุนที่เป็นประโยชน์อย่างยิ่งต่องานวิจัยฉบับนี้ ตลอดจนขอขอบพระคุณคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช กรมแพทย์ทหารอากาศ ที่อนุมัติและเอื้อต่อการดำเนินการวิจัย และขอขอบคุณทุกภาคส่วนที่มีส่วนร่วมในการสนับสนุนการวิจัยครั้งนี้ด้วยความเคารพอย่างสูง

เอกสารอ้างอิง

1. Fan Y, Yang X, Chen H, Li T, Lian M, Zhou X, et al. Global burden of mental disorders in 204 countries and territories, 1990-2021: results from the Global Burden of Disease Study 2021. *BMC Psychiatry*. 2025;25(1):486.
2. World Health Organization. Depression and Other Common Mental Disorders: Global Health Estimates [Internet]. Geneva: WHO; 2017 [cited 2024 Jan 15]. Available from: <https://www.who.int/publications/i/item/depression-global-health-estimates>
3. กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. รายงานประจำปี กรมสุขภาพจิต ปีงบประมาณ 2565 [Internet]. กรุงเทพฯ: กรมสุขภาพจิต; 2565 [cited 2566 Sep 5]. Available from: <https://www.dmh.co.th/report/suicide>
4. Nour MO, Alharbi KK, Hafiz TA, et al. Prevalence of Depression and Associated Factors among Adults in Saudi Arabia: Systematic Review and Meta-Analysis (2000-2022). *Depression and Anxiety*. 2023;2023:1-18.
5. Llorca P, Gourion D. Management of Anhedonia and Depressive Symptoms in Depressed Outpatients: Benefit for Functioning. *European Psychiatry*. 2015;30:364.
6. วนิตา อาแว, รัชเนกร อุปเสน. ปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับภาวะลึนยิดของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าเขตภาคใต้. *วารสารพยาบาลทหารบก*. 2561;19 (ฉบับพิเศษ):333-342.
7. แผนกทะเบียนเวชสถิติ โรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช กรมแพทย์ทหารอากาศ. สถิติจำนวนผู้ป่วยนอกโรคซึมเศร้าปี 2562 - 2566. โรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช กรมแพทย์ทหารอากาศ; 2566.
8. Wong S, Le GH, Phan L, Rhee TG, Ho R, Meshkat S, et al. Effects of anhedonia on health-related quality of life and functional outcomes in major depressive disorder: a systematic review and meta-analysis. *J Affect Disord*. 2024;356:684-98.
9. Gourion D, Vinckier F, Mouchabac S. A longitudinal study of the Relationships between anhedonia and functioning in a large cohort of depressed patients treated by general practitioners. *European Neuropsychopharmacology*. 2015;25(2):393-4.
10. Wong S, Le GH, Phan L, Rhee TG, Ho R, Meshkat S, et al. Effects of anhedonia on health-related quality of life and functional outcomes in major depressive disorder: A systematic review and meta-analysis. *J Affect Disord*. 2024;356:684-98.
11. Luca A, Luca M, Kasper S, Pecorino B, Zohar J, Souery D, et al. Anhedonia is associated with a specific depression profile and poor antidepressant response. *Int J Neuropsychopharmacol*. 2024;27(12):pyae055.
12. Klein DF. Depression and anhedonia. In: Clark DC, Fawcett J, editors. *Anhedonia and affect deficit states*. New York: PMA Publishing; 1987. p.1-14.

13. สมภพ เรืองตระกูล และคณะ. คู่มือจิตเวชศาสตร์. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์เรือนแก้ว; 2557.
14. Lin J, Su Y, Rizvi SA, Jagoda J, Li J, Wu Y, Dai Y, Zhang Y, Kennedy SH, Si T. Define and characterize the anhedonia in major depressive disorder: An explorative study. *J Affect Disord*. 2022;313:235-242.
15. จิรวัดน์ เติรียาภิรมย์, สกาวรัตน์ เทพประสงศ์. ผลของโปรแกรมการฝึกทักษะที่มุ่งสร้างความสุขต่อภาวะสิ้นยินดีในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า. *วารสารวิจัยการพยาบาลและการสาธารณสุข*. 2564;1(2):1-13.
16. Hallford DJ, Barry TJ, Austin DW, Raes F, Takano K, Klein B. Impairments in episodic future thinking for positive events and anticipatory pleasure in major depression. *J Affect Disord*. 2020;260:536-43.
17. จิราภา บุญศิษฐ์, วิภา จีระแพทย์, เพ็ญพัทธ์ อุทิศ. ผลของโปรแกรมการฝึกทักษะที่มุ่งสร้างความสุขต่อภาวะสิ้นยินดีในผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการทางลบ. *The Journal of Baromrajonani College of Nursing, Nakhonratchasima*. 2559;20(1):6-21.
18. Favrod J, Giuliani F, Ernst F, Bonsack C. Anticipatory pleasure skills training: a new intervention to reduce anhedonia in schizophrenia. *Perspect Psychiatr Care*. 2010;46(3):171-81.
19. Favrod J, Nguyen A, Fankhauser C, et al. Positive Emotions Program for Schizophrenia (PEPS): a pilot intervention to reduce anhedonia and apathy. *BMC Psychiatry*. 2015;15(1):231.
20. Favrod J, Nguyen A, Chaix J, et al. Improving Pleasure and Motivation in Schizophrenia: A Randomized Controlled Clinical Trial. *Psychotherapy and Psychosomatics*. 2019;84-95.
21. Hallford DJ, Sharma MK, Austin DW. Increasing Anticipatory Pleasure in Major Depression through Enhancing Episodic Future Thinking: a Randomized Single-Case Series Trial. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*. 2020;42(4):751-64.
22. Hallford DJ, Rusanov D, Yeow JJE, et al. Reducing Anhedonia in Major Depressive Disorder with Future Event Specificity Training (FEST): A Randomized Controlled Trial. *Cognitive Therapy and Research*. 2023;47:20-37.
23. Shankman SA, Katz AC, DeLizza AA, Sarapas C, Gorka SM, Campbell ML. The different facets of anhedonia and their associations with different psychopathologies. In: Ritsner MS, editor. *Anhedonia: A comprehensive handbook volume I: conceptual issues and neurobiological advances*. Dordrecht: Springer; 2014. p.3-22.
24. Kirkpatrick B, Strauss GP, Nguyen L, Fischer BA, Daniel DG, Cienfuegos A, et al. The Brief Negative Symptom Scale: Psychometric properties. *Schizophrenia Bulletin*. 2011;37(2):300-5.
25. Gard DE, Gard MG, Kring AM, John OP. Anticipatory and consummatory components of the experience of pleasure: A scale development study. *Journal of Research in Personality*. 2006;40(6):1086-2.
26. Lin J, Su Y, Rizvi SA, Jagoda J, Li J, Wu Y, Dai Y, Zhang Y, Kennedy SH, Si T. Define and characterize the anhedonia in major depressive disorder: An explorative study. *J Affect Disord*. 2022;313:235-42.
27. LaFreniere LS, Newman MG. Savoring, worry, and positive emotion duration in generalized anxiety disorder: Assessment and interventional experiment. *J Anxiety Disord*. 2023;97:102724.
28. Culpepper L. Cognitive impairment in patients with depression: awareness, assessment, and management. *J Clin Psychiatry*. 2022;83(5):IN21078AH1C.
29. Blackwell SE, Rolver A, Margraf J, Woud ML. The effect of positive mental imagery versus positive verbal thoughts on anhedonia. *Appl Psychol Health Well Being*. 2024;17(1):e12626.

(Original Article)

Symptom Experiences and Quality of Life in Early Surgical Menopause Women

Nutchaya Sa-ngaareekul, **Rachanee Namjuntra, **Kanitha Hanprasitkam*Master of Nursing Program in adult Nursing, Rangsit University****Assistant Professor, School of Nursing, Rangsit University**Correspondence to : nutchaya@5200gmail.com**(Received : 24 June 25, Revised : 13 Aug 25, Accepted : 22 Aug 25)*

Abstract

This prospective descriptive study focused on the symptoms experienced and quality of life in early surgical menopause women. The Symptom Management Model (Dodd et al., 2001) was used as a research framework. The sample consisted of 52 women who had surgical menopause and were receiving outpatient services at Siriraj Hospital. Data were collected during August 2023 to April 2024 through 3-time follow-ups, 10-14 days, 4-8 weeks, and 12-16 weeks after surgery. Research instruments included a personal and health data recording form, a symptom experience questionnaire, and quality of life of menopausal women (Thai MENQOL). Data were analyzed using descriptive statistics.

The research results found that the 5 common symptoms for all 3-time follow-ups were hot flashes, night sweats, insomnia, dry skin, and irritability. During 10-14 days after surgery, the severity of almost all symptoms was low. The severity of most symptoms was gradually increase during 4-8 weeks after surgery and were in moderate levels during 12-16 weeks after surgery. As for the quality of life of women with surgical menopause, it was found that autonomic nervous system symptoms had the highest impact on quality of life in all 3 periods. Symptoms that had the greatest impact on quality of life in the period 10-14 days 4-8 weeks and 12-16 weeks after surgery were bloating, insomnia and hot flashes, respectively. The results provide data for improving health care for women undergoing surgical menopause.

Keywords: *early surgical menopause, quality of life, symptom experiences*

Royal Thai Air Force Medical Gazette, Vol. 71 No. 2 July - December 2025

(นิพนธ์ต้นฉบับ)

ประสบการณ์อาการและคุณภาพชีวิตในสตรีที่มีภาวะหมดระดูในระยะแรกหลังผ่าตัด

*ณัฐญา ส่องอารีย์กุล, **รัชนี นามจันทร์, **ชนิตรา หาญประสิทธิ์คำ,
*นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ มหาวิทยาลัยรังสิต
**คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยรังสิต

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงพรรณนาแบบติดตามไปข้างหน้า มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาประสบการณ์อาการ และคุณภาพชีวิตในสตรีที่มีภาวะหมดระดูในระยะแรกหลังผ่าตัด โดยใช้กรอบแนวคิดการจัดการอาการของดอตต์และคณะ กลุ่มตัวอย่างเป็นสตรีที่มีภาวะหมดระดูจากการผ่าตัด จำนวน 52 คน ที่มารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลศิริราช เก็บรวบรวมข้อมูลระหว่างเดือนสิงหาคม พ.ศ. 2566 ถึง เดือนเมษายน พ.ศ. 2567 ติดตามเก็บข้อมูล 3 ครั้ง ในระยะ 10-14 วัน 4-8 สัปดาห์ และ 12-16 สัปดาห์หลังผ่าตัด ด้วยแบบสอบถาม 3 ส่วน คือ 1) ข้อมูลทั่วไปและข้อมูลสุขภาพ 2) ประสบการณ์อาการ และ 3) คุณภาพชีวิตของสตรีที่มีภาวะหมดระดูฉบับภาษาไทย (Thai-MENQOL) วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงบรรยาย

ผลการวิจัยพบว่า อาการที่พบบ่อย 5 อันดับแรกในสตรีที่มีภาวะหมดระดูจากการผ่าตัดทั้ง 3 ระยะ ได้แก่ นอนไม่หลับ ผิวน้ำแห้ง ร้อนวูบวาบ เหงื่อออกกลางคืน และหงุดหงิด ในระยะ 10-14 วันหลังผ่าตัด เกือบทุกอาการมีความรุนแรงอยู่ในระดับน้อย ในระยะ 4-8 สัปดาห์หลังผ่าตัด อาการส่วนใหญ่มีระดับความรุนแรงสูงขึ้น และในระยะ 12-16 สัปดาห์หลังผ่าตัด อาการส่วนใหญ่มีความรุนแรงอยู่ในระดับปานกลาง ส่วนคุณภาพชีวิตของสตรีที่มีภาวะหมดระดูจากการผ่าตัด พบว่าอาการทางด้านระบบประสาทอัตโนมัติมีผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตสูงที่สุดทั้ง 3 ระยะ อาการที่มีผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตมากที่สุดในระยะ 10-14 วัน 4-8 สัปดาห์ และ 12-16 สัปดาห์ หลังผ่าตัด ได้แก่ ท้องอืด นอนไม่หลับ และร้อนวูบวาบ ตามลำดับ ผลการศึกษารังนี้ เป็นข้อมูลสำหรับการพัฒนาการดูแลสุขภาพสตรีที่มีภาวะหมดระดูจากการผ่าตัด

คำสำคัญ: ภาวะหมดระดูระยะแรกหลังผ่าตัด, คุณภาพชีวิต, ประสบการณ์อาการ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ภาวะหมดระดูจากการผ่าตัด (surgical menopause) หมายถึง การหมดระดูทันทีจากการผ่าตัดรังไข่ทั้งสองข้าง ก่อนวัยหมดระดูตามธรรมชาติ ไม่ว่าจะมีการตัดมดลูกร่วมด้วยหรือไม่ก็ตาม ทำให้สตรีขาดฮอร์โมนเอสโตรเจนอย่างทันทีทันใดจากการไม่มีรังไข่ และฟอลลิเคิล สติมิวเลติง ฮอร์โมน (follicle stimulating hormone: FSH) ในกระแสโลหิตสูงขึ้นประมาณ 2-4 เท่าของสตรีทั่วไปตั้งแต่วัยแรกๆ หลังผ่าตัด ทำให้ความรุนแรงของภาวะหมดระดูรุนแรงกว่าการหมดระดูตามธรรมชาติ สตรีที่มีภาวะหมดระดูจากการผ่าตัดมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น เนื่องจากปัญหาทางนรีเวชที่เพิ่มขึ้น เช่น ภาวะน้ำหรือเนื้องอกรังไข่ ภาวะเยื่อเมดูลาเจริญผิดปกติ และยังมีอาการปวดเอว รังไข่ทั้งสองข้างเพื่อป้องกันการเกิดมะเร็งรังไข่เพิ่มขึ้น อุบัติการณ์ของการผ่าตัดรังไข่ทั้งสอง เท่ากับร้อยละ 2.8-9.2

สตรีที่ได้รับการตัดมดลูกจะได้รับการตัดรังไข่ทั้งสองข้างร่วมด้วย ร้อยละ 55 โดยเป็นสตรีที่มีอายุน้อยกว่า 45 ปี ร้อยละ 38⁽¹⁾

ภาวะหมดระดูจากการผ่าตัดทำให้เกิดอาการได้ตั้งแต่วัยแรกหลังผ่าตัด การศึกษาอาการแบบภาคตัดขวางในระยะ 3 เดือนแรกหลังผ่าตัด พบการเกิดอาการมากถึงร้อยละ 69.9 โดยพบอาการร้อนวูบวาบ เหงื่อออกมากตอนกลางคืน เหงื่อออกง่าย หงุดหงิดง่าย ไม่มีสมาธิ นอนไม่หลับ หลงลืมง่าย และผิวน้ำแห้ง โดยกลุ่มอาการที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตของสตรีมากที่สุด คือ กลุ่มอาการของระบบประสาทอัตโนมัติ ได้แก่ อาการร้อนวูบวาบ เหงื่อออกมากตอนกลางคืน และเหงื่อออกง่าย สตรีที่เกิดอาการรุนแรงมากจะส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตต่ำลง⁽²⁾ คุณภาพชีวิตของสตรีกลุ่มนี้จะมีการเปลี่ยนแปลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ในช่วง 3 เดือนแรก

หลังผ่าตัด⁽³⁾ เนื่องจากการขาดฮอร์โมนเอสโตรเจนทันทีทันใด หลังการผ่าตัดส่งผลให้เกิดอาการต่างๆ จากการขาดฮอร์โมนจากรังไข่ทันทีทันใดโดยเฉพาะกลุ่มอาการของระบบประสาทอัตโนมัติ⁽¹⁾ สำหรับการศึกษาเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตของสตรีที่มีภาวะหมดประจำเดือนจากการผ่าตัดยังไม่มาก การศึกษาที่ผ่านมาเป็นการศึกษาคุณภาพชีวิตของสตรีที่มีภาวะหมดประจำเดือนโดยธรรมชาติหรือศึกษาโดยภาพรวมในสตรีที่มีภาวะหมดประจำเดือนโดยธรรมชาติและหมดประจำเดือนจากการผ่าตัด⁽⁴⁻⁶⁾ การศึกษาเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตของสตรีที่มีภาวะหมดประจำเดือนจากการผ่าตัดและสตรีที่มีภาวะหมดประจำเดือนโดยธรรมชาติ พบว่าสตรีที่มีภาวะหมดประจำเดือนจากการผ่าตัดมีคุณภาพชีวิตต่ำกว่าสตรีที่มีภาวะหมดประจำเดือนโดยธรรมชาติ^(7,8) เนื่องจากภาวะหมดประจำเดือนจากการผ่าตัดมีการเปลี่ยนแปลงของฮอร์โมนเพศอย่างรวดเร็วและมีการหยุดทำงานของรังไข่อย่างกะทันหัน ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในระบบต่างๆ ทางด้านร่างกาย ได้แก่ ระบบประสาทส่วนกลาง ระบบประสาทควบคุมกล้ามเนื้อ ระบบหัวใจและหลอดเลือด ระบบกระดูก ระบบทางเดินปัสสาวะ และระบบสืบพันธุ์ และผลกระทบทางด้านจิตใจและอารมณ์ มีภาวะซึมเศร้า เสี่ยงต่อการเกิดภาวะสมองเสื่อม⁽¹⁾ ดังนั้นภาวะหมดประจำเดือนจากการผ่าตัดจึงส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของสตรีมากกว่าการหมดประจำเดือนโดยธรรมชาติ

คลินิกต่อมไร้ท่อทางนรีเวชและวัยทอง โรงพยาบาลศิริราช เปิดให้บริการการดูแลรักษาผู้ป่วยนอก เป็นคลินิกเฉพาะและเน้นการดูแลสตรีวัยใกล้หมดประจำเดือน ถึงวัยหลังหมดประจำเดือน พบว่าสตรีที่มีภาวะหมดประจำเดือนจากการผ่าตัดที่เข้ามารับการรักษาที่คลินิกต่อมไร้ท่อทางนรีเวชและวัยทองมากขึ้นเป็นลำดับที่ 2 ใน 5 กลุ่มโรคทางนรีเวช และสถิติจำนวนผู้ป่วยกลุ่มนี้เพิ่มขึ้นจากจำนวน 140 คน ในปี พ.ศ. 2564 เป็น 321 คน ในปี พ.ศ. 2566 การศึกษาเชิงพรรณนาแบบภาคตัดขวาง พบว่าสตรีกลุ่มนี้เกิดอาการของภาวะหมดประจำเดือนได้ตั้งแต่วัย 3 เดือนแรกหลังผ่าตัดและมีผลกระทบต่อคุณภาพชีวิต^(2,3) ระยะแรกหลังผ่าตัดจึงถือเป็นช่วงเปลี่ยนผ่าน เป็นช่วงที่อาการทางระบบประสาทอัตโนมัติ รวมถึงการเปลี่ยนแปลงด้านอารมณ์ มักเกิดขึ้นชัดเจนรุนแรงขึ้นและมีผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตสูง⁽⁹⁾ ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาติดตามเป็นระยะๆ ว่าในระยะแรกหลังผ่าตัด สตรีที่ได้รับการผ่าตัดรังไข่ออกทั้ง 2 ข้าง มีการเปลี่ยนแปลงของอาการภาวะหมดประจำเดือนจากการผ่าตัดและคุณภาพชีวิตอย่างไร

สตรีเกิดอาการของภาวะหมดประจำเดือนไบบ้าง รุนแรงเพียงใด และส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตมากน้อยเพียงใด โดยทำการติดตาม 3 ครั้ง เมื่อสตรีมาตรวจตามนัดหลังผ่าตัดคือ ระยะ 10-14 วัน 4-8 สัปดาห์ และ 12-16 สัปดาห์หลังผ่าตัด ความเข้าใจเกี่ยวกับประสบการณ์อาการ และคุณภาพชีวิตในสตรีที่มีภาวะหมดประจำเดือนจากการผ่าตัด จะเป็นข้อมูลสำคัญในการส่งเสริมสุขภาพ และส่งเสริมคุณภาพชีวิตของสตรีกลุ่มนี้ต่อไป

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาประสบการณ์อาการ ความรุนแรงของอาการ และคุณภาพชีวิตในสตรีที่มีภาวะหมดประจำเดือนจากการผ่าตัดในระยะ 10-14 วัน 4-8 สัปดาห์ และ 12-16 สัปดาห์หลังผ่าตัด

วิธีดำเนินการวิจัย

ประชากรที่ศึกษา คือ สตรีที่มีภาวะหมดประจำเดือนจากการผ่าตัด ที่มารับบริการที่หน่วยต่อมไร้ท่อทางนรีเวช และหน่วยตรวจโรคนรีเวช โรงพยาบาลศิริราช กลุ่มตัวอย่าง คือ สตรีที่มีภาวะหมดประจำเดือนจากการผ่าตัด ที่มาตรวจติดตามอาการภายหลังการผ่าตัดภายใน 1-2 สัปดาห์ ที่หน่วยต่อมไร้ท่อทางนรีเวช และหน่วยตรวจโรคนรีเวช โรงพยาบาลศิริราช คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจงตามคุณสมบัติ คือ ได้รับการผ่าตัดรังไข่ออกทั้งสองข้าง สามารถพูด อ่าน เขียนภาษาไทยได้ เกณฑ์การคัดออกคือ ได้รับการรักษาด้วยยาจิตเวช มีภาวะเจ็บป่วยรุนแรง ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นมะเร็ง และไม่สามารถมาตรวจติดตามได้ครบ 3 ครั้ง

การคำนวณหาขนาดกลุ่มตัวอย่าง

$$n = \frac{NZ^2_{\infty/2}P(1-P)}{[e^2(N-1)] + [Z^2_{\infty/2}P(1-P)]}$$

ในการศึกษานี้ประมาณสัดส่วนการเกิดอาการจากการศึกษาของมฤตติ ประสิทธิ์⁽⁹⁾ ที่พบอาการร้อนวูบวาบในสตรีที่มีภาวะหมดประจำเดือนจากการผ่าตัด ร้อยละ 70.7⁽⁹⁾ (P=0.7) โดยมี 95 % confidence interval (CI) เท่ากับ 0.7±0.1 (error, e=0.1) และจำนวนผู้ป่วยที่มารับบริการปี พ.ศ. 2564 จำนวน 140 คน (N=140) ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่าง 52 คน กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามได้ครบถ้วนสมบูรณ์ทั้ง 52 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย 3 ส่วน

ส่วนที่ 1 แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลของสตรีที่มีภาวะหมดระดูจากการผ่าตัด ประกอบด้วย ข้อคำถาม 8 ข้อ ได้แก่ อายุ สถานภาพสมรส การศึกษา อาชีพ รายได้ โรคประจำตัว การวินิจฉัยโรค และการได้รับยาฮอร์โมนทดแทน

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามประสบการณ์อาการในสตรีที่มีภาวะหมดระดูจากการผ่าตัด ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นตามแบบจำลองการจัดการอาการของดอดด์ และคณะ⁽¹⁰⁾ ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรม ประกอบด้วย 1) การเกิดอาการ ได้แก่ อาการร้อนวูบวาบ เหงื่อออกกลางคืน หงุดหงิด นอนไม่หลับ ช่องคลอดแห้ง ปวดข้อกล้ามเนื้อ ปวดศีรษะ อ่อนเพลีย/เหนื่อยง่าย เจ็บเวลามีเพศสัมพันธ์ ผิวหนังแห้ง ปัสสาวะบ่อย/ปัสสาวะเล็ดกลั้นไม่อยู่ และผมร่วง โดยให้ผู้ป่วยเลือกว่ามีอาการหรือไม่มีอาการ และ 2) ความรุนแรงของอาการ ลักษณะคำตอบเป็นมาตราประมาณค่า 3 ระดับ ตั้งแต่มีอาการน้อย (1 คะแนน) ปานกลาง (2 คะแนน) และมาก (3 คะแนน) แบ่งความรุนแรงของอาการเป็น 3 ระดับตามอันตรภาคขั้นของคะแนนเฉลี่ย ดังนี้ 1.00-1.66 ความรุนแรงของอาการอยู่ในระดับน้อย 1.67-2.33 ความรุนแรงของอาการอยู่ในระดับปานกลาง และ 2.34-3.00 ความรุนแรงของอาการอยู่ในระดับมาก

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามคุณภาพชีวิตของสตรีวัยหมดระดู ฉบับภาษาไทย (Thai Menopause-Specific Quality of Life Questionnaire: Thai MENQOL) ซึ่งแปลมาจากแบบสอบถามคุณภาพชีวิตของสตรีวัยหมดระดู (MENQOL) โดยอังคณา ผาติโรจน์ และคณะ⁽¹¹⁾ ซึ่งผู้วิจัยได้รับอนุญาตให้สามารถนำเครื่องมือวิจัยนี้มาใช้ในการวิจัยครั้งนี้ มีจำนวนข้อคำถาม 29 ข้อ ประกอบด้วย ข้อคำถามวัดคุณภาพชีวิต 4 มิติ ได้แก่ 1) ด้านระบบประสาทอัตโนมัติจำนวน 3 ข้อ 2) ด้านจิตสังคม จำนวน 7 ข้อ 3) ด้านร่างกาย จำนวน 16 ข้อ และ 4) ด้านเพศสัมพันธ์ จำนวน 3 ข้อ ลักษณะข้อคำถามให้เลือกตอบว่าในช่วงที่ผ่านมามีอาการเหล่านี้หรือไม่ และอาการนั้นๆ มีผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตมากน้อยเพียงใด ถ้าไม่มีอาการหรือไม่มีปัญหานั้นๆ เกิดขึ้นให้ตอบ “ไม่มี” แล้วทำข้อต่อไป ถ้ามีอาการหรือปัญหานั้นๆ ให้ตอบ “มี”

แล้วเลือกตอบว่าอาการนั้นมีผลกระทบต่อชีวิตมากน้อยเพียงใด แบ่งเป็น 7 ระดับ ตั้งแต่ระดับ 0 หมายถึง ไม่มีผลกระทบต่อคุณภาพชีวิต ถึง 6 หมายถึง มีผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตมากที่สุด การให้คะแนนแต่ละอาการ คะแนน 1 บ่งบอกถึงไม่มีอาการ คะแนน 8 บ่งบอกถึงอาการนั้นมีผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตมากที่สุด การแปลผลแต่ละอาการและแต่ละมิติใช้ค่าเฉลี่ย ค่าเฉลี่ยยิ่งน้อยบ่งบอกถึงคุณภาพชีวิตที่ดีกว่า

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

ผู้วิจัยตรวจสอบความตรง (Validity) ของแบบสอบถามประสบการณ์อาการในสตรีที่มีภาวะหมดระดูจากการผ่าตัด โดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ได้แก่ แพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านสตรีที่มีภาวะหมดระดูจากการผ่าตัด 1 ท่าน อาจารย์พยาบาลที่มีความเชี่ยวชาญการพยาบาลผู้ป่วยนรีเวช 1 ท่าน และพยาบาลผู้เชี่ยวชาญการพยาบาลสตรีทางนรีเวช 1 ท่าน ได้คำดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity Index) ของแบบสอบถามเท่ากับ 1.000 การตรวจสอบความเชื่อมั่น (Reliability) ของแบบสอบถามประสบการณ์อาการในสตรีที่มีภาวะหมดระดูจากการผ่าตัดจากกลุ่มตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้ ซึ่งมีการประเมิน 3 ครั้ง ได้ค่า Cronbach Alpha coefficient เท่ากับ 0.793, 0.808 และ 0.792 ตามลำดับ

สำหรับแบบสอบถามคุณภาพชีวิตของสตรีวัยหมดระดูฉบับภาษาไทย (Thai MENQOL) ได้ผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาและความเชื่อมั่นซึ่งแสดงว่าเครื่องมือมีคุณภาพ⁽⁹⁾ มีการนำไปใช้ในการศึกษาเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตของสตรีไทยที่มีภาวะหมดระดูจำนวนมาก^(2,4,11,12) นอกจากนั้นแบบสอบถามนี้ได้ใช้ในการประเมินคุณภาพชีวิตของสตรีวัยหมดระดู เพื่อติดตามผลการรักษาในหน่วยต่อมไร้ท่อทางนรีเวช โรงพยาบาลศิริราช ผู้วิจัยจึงไม่ได้ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาของแบบสอบถามนี้ การตรวจสอบความเชื่อมั่น (Reliability) ของแบบสอบถามคุณภาพชีวิตจากกลุ่มตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้ ซึ่งมีการประเมิน 3 ครั้ง ได้ค่า Cronbach Alpha coefficient เท่ากับ 0.942, 0.948 และ 0.949 ตามลำดับ

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

โครงการวิจัยนี้ได้ผ่านการรับจริยธรรมการวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคนของมหาวิทยาลัย

รังสิต วันที่ 30 กรกฎาคม 2566 ตามเอกสารเลขที่ COA. No. RSUERB2023-213 และคณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล วันที่ 11 สิงหาคม 2566 ตามเอกสารเลขที่ COA no. Si 615/2023 เมื่อได้รับอนุมัติให้ดำเนินการวิจัยในโรงพยาบาลศิริราชแล้ว ผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์ขั้นตอนของการทำวิจัย สิทธิในการตอบรับหรือปฏิเสธในการให้ข้อมูลและเข้าร่วมการวิจัย ข้อมูลที่ได้รับจากกลุ่มตัวอย่างจะถือว่าเป็นความลับ และใช้ประโยชน์เพื่อการวิจัยเท่านั้น ไม่มีการระบุชื่อหรือที่อยู่ของกลุ่มตัวอย่าง และการตัดสินใจในการเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้หรือไม่ จะไม่มีผลกระทบใดๆ ต่อการบริการรักษาพยาบาลที่กลุ่มตัวอย่างจะได้รับแต่อย่างใด รวมทั้งสิทธิของกลุ่มตัวอย่างที่จะยุติการให้ข้อมูลได้ตลอดเวลาโดยไม่เสียค่าใช้จ่าย รวมทั้งเปิดโอกาสให้กลุ่มตัวอย่างซักถามข้อสงสัยเพิ่มเติม และทบทวนตัดสินใจในการเข้าร่วมการวิจัยตามความสมัครใจ เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินยอมเข้าร่วมการวิจัย จึงเห็นว่ายินยอมเข้าร่วมการวิจัย

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ภายหลังได้รับอนุญาตให้ทำการวิจัยจากคณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล โรงพยาบาลศิริราชแล้ว ผู้วิจัยประสานงานขอความร่วมมือไปยังบุคคลและหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ หัวหน้างานการพยาบาลสูติศาสตร์นรีเวช หน่วยต่อมไร้ท่อทางนรีเวช และหน่วยตรวจโรคทางนรีเวช เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์การทำวิจัย และรายละเอียดการดำเนินการวิจัย พยาบาลประจำหน่วยประชาสัมพันธ์โครงการวิจัยโดยย่อแก่ผู้ป่วยที่มาตรวจติดตามการรักษาหลังผ่าตัดภายใน 10-14 วัน และสอบถามความสนใจ หากผู้ป่วยยินดีเข้าร่วมโครงการวิจัย พยาบาลประจำหน่วยจึงแนะนำผู้วิจัยแก่ผู้ป่วย ผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่างหลังผู้ป่วยพบแพทย์ แนะนำตัวเอง สร้างสัมพันธภาพ ชี้แจงวัตถุประสงค์และขั้นตอนของการวิจัย และแจ้งสิทธิของกลุ่มตัวอย่างในการตัดสินใจเข้าร่วมการวิจัย

หากกลุ่มตัวอย่างยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย ให้เห็นว่ายินยอมเข้าร่วมการวิจัย ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามข้อมูลทั่วไป ประสิทธิภาพการและคุณภาพชีวิตของสตรีวัยหมดระดู (Thai MENQOL) โดยใช้เวลาในการตอบแบบสอบถามประมาณ 15-30 นาที และนัดหมายครั้งต่อไปเมื่อผู้ป่วยมาตรวจติดตามหลังผ่าตัด 4-8 สัปดาห์ และ 12-16 สัปดาห์ หลังจากพบแพทย์ ให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามประสิทธิภาพการและคุณภาพชีวิตของสตรีวัยหมดระดู

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

ผลการวิจัย

กลุ่มตัวอย่างเป็นสตรีที่มีภาวะหมดระดูจากการผ่าตัด จำนวน 52 คน มีอายุระหว่าง 34-50 ปี มีอายุ 46-50 ปี มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 69.3 มีอายุเฉลี่ย 46 ปี (SD. = 3.99) ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 61.54 จบการศึกษาระดับสูงกว่าปริญญาตรีมากที่สุด ร้อยละ 34.61 ส่วนใหญ่ประกอบอาชีพ ร้อยละ 86.53 รับราชการ/รัฐวิสาหกิจมากที่สุด ร้อยละ 44.44 รายได้เฉลี่ยต่อเดือน 31,325 บาท (SD = 19,030) มีเพียงพอใช้จ่ายและเหลือเก็บ ร้อยละ 51.92 กึ่งหนึ่ง ร้อยละ 50 มีโรคประจำตัว โดยเป็นโรคความดันโลหิตสูงมากที่สุด ร้อยละ 34.61 การวินิจฉัยโรคที่พบมากที่สุดคือ adenomyosis ร้อยละ 34.61 และไม่ได้รับยาฮอร์โมนทดแทนหลังผ่าตัดในระยะ 10-14 วัน 4-8 สัปดาห์ และ 12-16 สัปดาห์ หลังผ่าตัด ร้อยละ 84.61, 67.31 และ 59.61 ตามลำดับ (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 ลักษณะกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามข้อมูลส่วนบุคคล (n=52)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
อายุ Min-max = 34-50 ปี Mean = 46 ปี SD = 3.99		
น้อยกว่า 40 ปี	8	15.38
41-45 ปี	8	15.38
46-50 ปี	36	69.23
สถานภาพสมรส		
โสด	16	30.76
คู่/อยู่ด้วยกัน	32	61.54
แยกกันอยู่/หม้าย/หย่าร้าง	4	7.69
ระดับการศึกษา		
ประถมศึกษา	8	15.38
มัธยมศึกษา/ปวช.	9	17.31
อนุปริญญา/ปวส.	4	7.69
ปริญญาตรี	13	25.00
สูงกว่าปริญญาตรี	18	34.61
อาชีพ		
ไม่ได้ประกอบอาชีพ/แม่บ้าน	7	13.46
ประกอบอาชีพ	45	86.53
- รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ	20	44.44
- ค้าขาย/ประกอบธุรกิจส่วนตัว	11	24.60
- รับจ้าง	13	28.88
- เกษตรกรรม (ทำไร่/ทำนา/ทำสวน)	1	2.22
รายได้ (บาท/เดือน) Min-max 3,000-70,000 Mean = 31,325 SD = 19,030 (n=42)		
ไม่เพียงพอต่อการใช้จ่าย	4	7.69
เพียงพอใช้จ่ายแต่ไม่เหลือเก็บ	21	40.38
เพียงพอใช้จ่ายและเหลือเก็บ	27	51.92
โรคประจำตัว		
ไม่มีโรคประจำตัว	26	50.00
มีโรคประจำตัว (สตรีบางคนมีมากกว่า 1 โรค)	26	50.00
ความดันโลหิตสูง	9	34.61
ไขมันในเลือดสูง	4	15.38
มะเร็งเต้านม	8	30.76
เบาหวาน	3	11.53
ไทรอยด์	3	11.53

ตารางที่ 1 (ต่อ)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ	
หลุดเลือดหัวใจอุดตัน	2	7.69	
อื่นๆ	6	23.07	
การวินิจฉัยโรค			
Adenomyosis	18	34.61	
Endometriosis at ovary	15	28.84	
Myoma uteri	15	28.84	
Adenomyosis with endometrial cyst	2	3.84	
Ovarian tumor	2	3.84	
การได้รับยาฮอร์โมนทดแทนหลังผ่าตัด			
ในระยะเวลา 10-14 วันแรก	ไม่ได้รับยาฮอร์โมน	44	84.61
	ได้รับยาฮอร์โมน	8	15.38
ในระยะเวลา 4-8 สัปดาห์	ไม่ได้รับยาฮอร์โมน	35	67.31
	ได้รับยาฮอร์โมน	17	32.69
ในระยะเวลา 12-16 สัปดาห์	ไม่ได้รับยาฮอร์โมน	31	59.61
	ได้รับยาฮอร์โมน	21	40.38

ประสบการณ์อาการในสตรีที่มีภาวะหมดประจำเดือนจากการผ่าตัดในระยะ 10-14 วัน หลังผ่าตัด พบว่าการรับรู้การเกิดอาการที่พบมาก 5 ลำดับแรก ได้แก่ อาการนอนไม่หลับ (ร้อยละ 55.76) ผิวหนังแห้ง (ร้อยละ 51.92) ร้อนวูบวาบ และเหงื่อออกกลางคืน (ร้อยละ 50.00) และหงุดหงิด (ร้อยละ 48.07) ในระยะ 4-8 สัปดาห์หลังผ่าตัด พบว่าการรับรู้การเกิดอาการที่พบมาก 5 ลำดับแรก ได้แก่ อาการร้อนวูบวาบ (ร้อยละ 71.15) เหงื่อออกกลางคืน (ร้อยละ 67.30) นอนไม่หลับ (ร้อยละ 63.46) ผิวหนังแห้ง (ร้อยละ 61.53) หงุดหงิด (ร้อยละ 51.92) และอ่อนเพลีย/เหนื่อยง่าย (ร้อยละ 51.92) และในระยะ 12-16 สัปดาห์หลังผ่าตัด พบว่าการรับรู้การเกิดอาการที่พบมาก 5 ลำดับแรก ได้แก่ ร้อนวูบวาบ (ร้อยละ 73.07) เหงื่อออกกลางคืน และผิวหนังแห้ง (ร้อยละ 65.38) นอนไม่หลับ (ร้อยละ 63.46) หงุดหงิด และปวดข้อกล้ามเนื้อ (ร้อยละ 51.92) (ตารางที่ 2) ความรุนแรงของ

อาการในระยะ 10- 14 วัน หลังผ่าตัด มีค่าเฉลี่ยระหว่าง 1.33-1.75 เกือบทุกอาการมีความรุนแรงของอาการอยู่ในระดับน้อย ยกเว้นอาการผม่ว่งที่มีความรุนแรงอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 1.75 \pm 0.96$) การติดตามในระยะ 4-8 สัปดาห์ หลังผ่าตัด ค่าเฉลี่ยความรุนแรงของอาการอยู่ในระหว่าง 1.38-2.33 ความรุนแรงของอาการอยู่ในระดับน้อยถึงปานกลาง อาการส่วนใหญ่มีค่าเฉลี่ยความรุนแรงสูงขึ้น และการติดตามในระยะ 12-16 สัปดาห์หลังผ่าตัด ค่าเฉลี่ยความรุนแรงของอาการอยู่ระหว่าง 1.25-2.40 ความรุนแรงของอาการอยู่ในระดับน้อยถึงมาก อาการผม่ว่งมีค่าเฉลี่ยความรุนแรงสูงสุดอยู่ในระดับมาก ($\bar{X} = 2.40 \pm 0.54$) อาการส่วนใหญ่มีระดับความรุนแรงปานกลาง ได้แก่ ร้อนวูบวาบ เหงื่อออกกลางคืน ผิวหนังแห้ง นอนไม่หลับ และปัสสาวะบ่อย/กลั้นไม่อยู่ (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 ร้อยละของกลุ่มตัวอย่างที่เกิดอาการ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับของความรุนแรงของอาการ ภาวะหมดระดูจากการผ่าตัดในระยะ 10-14 วัน (ครั้งที่ 1) 4-8 สัปดาห์ (ครั้งที่ 2) และ 12-16 สัปดาห์ (ครั้งที่ 3) หลังผ่าตัด (n=52)

อาการ	การเกิดอาการ (ร้อยละ)			ความรุนแรงของอาการ					
	ครั้งที่ 1	ครั้งที่ 2	ครั้งที่ 3	ครั้งที่ 1		ครั้งที่ 2		ครั้งที่ 3	
				(SD)	ระดับ	(SD)	ระดับ	(SD)	ระดับ
1. นอนไม่หลับ	55.76	63.46	63.46	1.55(.57)	น้อย	1.79(.86)	ปานกลาง	1.70(.77)	ปานกลาง
2. ผิวน้ำแห้ง	51.92	61.53	65.38	1.56(.64)	น้อย	1.60(.71)	น้อย	1.85(.74)	ปานกลาง
3. ร้อนวูบวาบ	50.00	71.15	73.07	1.46(.65)	น้อย	1.62(.76)	น้อย	1.95(.77)	ปานกลาง
4. เหงื่อออกกลางคืน	50.00	67.30	65.38	1.50(.65)	น้อย	1.72(.74)	ปานกลาง	1.85(.78)	ปานกลาง
5. หงุดหงิด	48.07	51.92	51.92	1.40(.65)	น้อย	1.52(.56)	น้อย	1.56(.70)	น้อย
6. อ่อนเพลีย/ เหนื่อยง่าย	44.23	51.92	38.46	1.48(.67)	น้อย	1.74(.66)	ปานกลาง	1.60(.60)	น้อย
7. ปัสสาวะบ่อย/ กลั้นไม่อยู่	38.46	40.38	32.69	1.40(.68)	น้อย	1.38(.50)	น้อย	1.70(.69)	ปานกลาง
8. ปวดศีรษะ	36.53	46.15	34.61	1.37(.60)	น้อย	1.42(.65)	น้อย	1.56(.70)	น้อย
9. ปวดข้อกล้ามเนื้อ	25.00	50.00	51.92	1.38(.65)	น้อย	1.62(.64)	น้อย	1.67(.67)	ปานกลาง
10. ช่องคลอดแห้ง	23.07	28.84	36.53	1.50(.67)	น้อย	1.47(.74)	น้อย	1.31(.58)	น้อย
11. ผอมร่าง	7.69	5.76	9.61	1.75(.96)	ปานกลาง	2.33(.58)	ปานกลาง	2.40(.54)	มาก
12. เจ็บเวลามี เพศสัมพันธ์	5.76	5.76	7.69	1.33(.58)	น้อย	2.33(.58)	ปานกลาง	1.25(.50)	น้อย

คุณภาพชีวิตของสตรีที่มีภาวะหมดระดูจากการผ่าตัดโดยรวม ในระยะ 10-14 วัน 4-8 สัปดาห์ และ 12-16 สัปดาห์หลังผ่าตัด มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.10 ± 1.05 , 2.34 ± 1.18 และ 2.31 ± 1.17 ตามลำดับ คุณภาพชีวิตรายด้าน ด้านระบบประสาทอัตโนมัติมีค่าเฉลี่ยสูงสุด ซึ่งแสดงว่ามีผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตมากที่สุด โดยมีค่าเฉลี่ยในระยะ 10-14 วันหลังผ่าตัด 2.58 ± 1.74 และสูงขึ้นในระยะ 4-8 สัปดาห์ และ 12-16 สัปดาห์หลังผ่าตัด เป็น 3.28 ± 1.93 และ 3.56 ± 1.90 ตามลำดับ รองลงมาเป็นด้านร่างกาย มีค่าเฉลี่ย 2.18 ± 1.08 , 2.41 ± 1.20 , 2.36 ± 1.29 ตามลำดับ ด้านจิตสังคมมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 1.97 ± 1.34 , 2.09 ± 1.41 , 2.01 ± 1.38 ตามลำดับ ด้านเพศสัมพันธ์ มีค่าเฉลี่ยต่ำสุดเท่ากับ 1.46 ± 1.01 , 1.65 ± 1.52 , 1.53 ± 1.14 ตามลำดับ

เมื่อพิจารณาคุณภาพชีวิตของสตรีที่มีภาวะหมดระดูจากการผ่าตัดเป็นรายข้อ พบว่าในระยะ 10-14 วันหลังผ่าตัด อาการหึ่งอึดมีผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตมากที่สุด ($\bar{X} = 3.08 \pm 1.97$) รองลงมาเป็นอาการนอนหลับยากหรือนอนไม่หลับ ($\bar{X} = 2.96 \pm 2.21$) และอาการร้อนวูบวาบ รู้สึกร้อนและร้อนผิวกายไปจากปกติ คนทั่วไป ($\bar{X} = 2.83 \pm 1.93$) ในระยะ 4-8 สัปดาห์หลังผ่าตัด อาการนอนหลับยากหรือนอนไม่หลับ มีผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตมากที่สุด ($\bar{X} = 3.71 \pm 2.28$) รองลงมาเป็นอาการร้อนวูบวาบ ($\bar{X} = 3.37 \pm 1.97$) และผิวน้ำแห้ง ($\bar{X} = 3.35 \pm 2.21$) และในระยะเวลา 12-16 สัปดาห์หลังผ่าตัด อาการร้อนวูบวาบ รู้สึกร้อนและร้อนผิวกายไปจากปกติคนทั่วไป มีผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตมากที่สุด ($\bar{X} = 3.90 \pm 2.15$) รองลงมาเป็นผิวน้ำแห้ง ($\bar{X} = 3.63 \pm 2.12$) และนอนหลับยากหรือนอนไม่หลับ ($\bar{X} = 3.58 \pm 2.17$) ดังรายละเอียดในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคุณภาพชีวิตในสตรีที่มีภาวะหมดประจำเดือนจากการผ่าตัดในการติดตามครั้งที่ 1 (10-14 วันหลังผ่าตัด) ครั้งที่ 2 (4-8 สัปดาห์หลังผ่าตัด) และครั้งที่ 3 (12-16 สัปดาห์หลังผ่าตัด)

คุณภาพชีวิต	ครั้งที่ 1 (SD)	ครั้งที่ 2 (SD)	ครั้งที่ 3 (SD)
ด้านระบบประสาทอัตโนมัติ	2.58 (1.74)	3.28 (1.93)	3.56 (1.90)
1. ร้อนวูบวาบ รู้สึกหนาวและร้อนผัดไปจากปกติคนทั่วไป	2.83 (1.93)	3.37 (1.97)	3.90 (2.15)
2. เหงื่อออกเวลากลางคืน	2.38 (1.82)	3.15 (2.00)	3.29 (2.01)
3. เหงื่อออกง่าย	2.52 (2.03)	3.31 (2.22)	3.50 (2.08)
ด้านจิตสังคม	1.97 (1.34)	2.09 (1.41)	2.01 (1.38)
4. รู้สึกไม่พึงพอใจในชีวิตส่วนตัว	1.73 (1.62)	1.94 (1.75)	1.77 (1.71)
5. รู้สึกวิตกกังวล หรือหงุดหงิดง่าย	2.63 (1.93)	2.88 (2.06)	2.77 (2.06)
6. ความจำเสื่อม	2.04 (1.60)	2.06 (1.85)	1.75 (1.63)
7. ประสบความสำเร็จน้อยกว่าที่เคยเป็น (น้อยลงกว่าเดิม)	1.69 (1.42)	1.63 (1.37)	1.62 (1.44)
8. ซึมเศร้า ไม่รื่นเริง จิตใจห่อเหี่ยว	1.87 (1.60)	1.90 (1.60)	1.92 (1.67)
9. ใจร้อน โกรธง่าย ขาดความอดทนต่ออื่น	1.92 (1.63)	2.27 (1.88)	2.40 (1.96)
10. รู้สึกต้องการอยู่คนเดียว	1.88 (1.75)	1.90 (1.73)	1.81 (1.63)
ด้านร่างกาย	2.18 (1.08)	2.41 (1.20)	2.36 (1.29)
11. จุกแน่นลิ้นปี่ มีลมในกระเพาะอาหาร	1.62 (1.90)	2.83 (1.85)	1.77 (1.49)
12. ปวดตามกล้ามเนื้อและข้อ	2.27 (1.92)	2.85 (2.14)	3.02 (2.24)
13. รู้สึกเหนื่อยง่าย	2.48 (1.96)	2.88 (2.13)	2.81 (2.14)
14. นอนหลับยากหรือนอนไม่หลับ	2.96 (2.21)	3.71 (2.28)	3.58 (2.17)
15. ปวดต้นคอ	1.88 (1.65)	2.46 (2.18)	2.44 (1.94)
16. ความแข็งแรงของร่างกายลดลง	2.19 (1.68)	2.65 (2.14)	2.15 (1.85)
17. ความทรหดอดทนน้อยลง	1.98 (1.66)	2.23 (1.93)	2.01 (1.74)
18. รู้สึกหมดเรี่ยวแรง	2.03 (1.84)	2.42 (2.07)	2.37 (1.97)
19. ผิวหนังแห้ง	2.65 (1.90)	3.35 (2.12)	3.63 (2.12)
20. น้ำหนักเพิ่ม	1.46 (1.16)	1.82 (1.37)	2.08 (1.67)
21. ขนบริเวณใบหน้าเพิ่มขึ้น	1.27 (1.05)	1.21 (0.82)	1.27 (1.12)
22. ลักษณะผิวหนัง ความเต่งตึง หรือสีผิวเปลี่ยนไป	1.65 (1.45)	1.92 (1.66)	2.03 (1.89)
23. ท้องอืด	3.08 (1.97)	2.40 (1.96)	1.92 (1.80)
24. ปวดหลังบริเวณบั้นเอว	2.06 (1.80)	2.46 (1.88)	2.63 (2.16)
25. ถ่ายปัสสาวะบ่อย	2.67 (1.87)	2.63 (1.97)	2.46 (2.19)
26. ไอ จาม หรือหัวเราะแล้วมีปัสสาวะเล็ด ราด	1.67 (1.32)	1.33 (1.08)	1.60 (1.14)
ด้านเพศสัมพันธ์	1.46 (1.01)	1.65 (1.52)	1.53 (1.14)
27. ความต้องการทางเพศเปลี่ยนไป	1.42 (1.16)	1.83 (1.74)	1.50 (1.24)
28. ช่องคลอดแห้งขณะมีเพศสัมพันธ์	1.23 (1.17)	1.46 (1.53)	1.35 (1.00)
29. หลีกเลียงความสัมพันธ์ทางเพศ	1.72 (1.73)	1.63 (1.71)	1.73 (1.70)
คุณภาพชีวิตโดยรวม	2.10 (1.05)	2.34 (1.18)	2.31 (1.17)

การอภิปรายผล

ผลการศึกษาประสบการณ์อาการในสตรีที่มีภาวะหมดประจำเดือนในระยะแรกหลังผ่าตัด พบว่าอาการที่พบมากที่สุด 3 ระยะคือ ระยะ 10-14 วัน 4-8 สัปดาห์ และ 12-16 สัปดาห์หลังผ่าตัด ได้แก่ ร้อนวูบวาบ เหงื่อออกกลางคืน นอนไม่หลับ ผิวหนังแห้ง และหงุดหงิด ซึ่งอภิปรายผลดังนี้

ร้อนวูบวาบ เป็นอาการที่พบมากที่สุด พบได้ตั้งแต่ระยะ 10-14 วันหลังผ่าตัด (ร้อยละ 50.00) โดยอัตราการเกิดอาการสูงขึ้นและสูงกว่าอาการอื่นๆ ในระยะ 4-8 สัปดาห์ และ 12-16 สัปดาห์หลังผ่าตัด (ร้อยละ 71.15 และ 73.07 ตามลำดับ) สตรีที่มีภาวะหมดประจำเดือนจากการผ่าตัด ซึ่งผ่าตัดเอารังไข่ออกทั้งสองข้าง ทำให้ระดับของฮอร์โมนเอสโตรเจนลดระดับลงอย่างเฉียบพลัน ทำให้เกิดการกระตุ้นประสาทอัตโนมัติที่ต่อมไฮโปทาลามัส ซึ่งเป็นศูนย์กลางของการควบคุมอุณหภูมิของร่างกาย เกิดการเปลี่ยนแปลงของระบบประสาทควบคุมกล้ามเนื้อผนังหลอดเลือด ทำให้เกิดอาการร้อนวูบวาบ หนาวๆ ร้อนๆ ตามตัว⁽¹³⁾ อาการร้อนวูบวาบจึงพบได้ตั้งแต่ระยะแรกหลังผ่าตัด และระดับความรุนแรงของอาการสูงขึ้นตามระยะเวลาจนถึงระยะ 12-16 สัปดาห์หลังผ่าตัด ผลการศึกษาสอดคล้องกับรายงานผลการศึกษาที่ผ่านมา ที่พบว่าอาการร้อนวูบวาบเป็นอาการที่พบได้มากที่สุดในสตรีที่มีภาวะหมดประจำเดือนจากการผ่าตัด โดยพบร้อยละ 68 ถึง 70.7^(2,9,14)

เหงื่อออกกลางคืน เป็นอาการที่พบได้ตั้งแต่ระยะ 10-14 วันหลังผ่าตัด (ร้อยละ 50.00) โดยอัตราการเกิดอาการสูงขึ้นในระยะ 4-8 สัปดาห์หลังผ่าตัด (ร้อยละ 67.30) และค่อนข้างคงที่ในระยะ 12-16 สัปดาห์หลังผ่าตัด (ร้อยละ 65.38) ระดับความรุนแรงของอาการจะสูงขึ้นตามระยะเวลาหลังผ่าตัด จากมีความรุนแรงน้อยในระยะ 10-14 วันหลังผ่าตัด สูงขึ้นอยู่ในระดับปานกลาง ในระยะ 4-8 สัปดาห์ และ 12-16 สัปดาห์หลังผ่าตัด ($\bar{X}=1.72$ และ $\bar{X}=1.85$ ตามลำดับ) อาการเหงื่อออกกลางคืนเกิดจากการลดลงของระดับฮอร์โมนเอสโตรเจนจากการผ่าตัดรังไข่ออกหมดทั้งสองข้าง ทำให้มีการเพิ่มขึ้นของ hypothalamic norepinephrine ซึ่งเป็นสารสื่อประสาท (neurotransmitter) ที่สามารถกระตุ้นประสาทอัตโนมัติที่ต่อมไฮโปทาลามัส ซึ่งเป็นศูนย์กลางของการควบคุมอุณหภูมิในร่างกาย ทำให้เกิดอาการเหงื่อออกท่วมตัวและเหงื่อออกกลางคืน อาการเหงื่อออกกลางคืนเป็นอาการที่พบ

ได้บ่อยในสตรีที่มีภาวะหมดประจำเดือน และมักเกิดร่วมกับอาการร้อนวูบวาบ หนาวๆ ร้อนๆ เหงื่อออกท่วมตัว⁽¹³⁾

นอนไม่หลับ เป็นอาการที่สตรีที่มีภาวะหมดประจำเดือนจากการผ่าตัดเกิดมากที่สุดในระยะ 10-14 วันหลังผ่าตัด (ร้อยละ 55.76) และอัตราการเกิดอาการสูงขึ้นเท่ากันในระยะ 4-8 สัปดาห์ และ 12-16 สัปดาห์หลังผ่าตัด (ร้อยละ 63.46) อัตราการเกิดอาการนอนไม่หลับใกล้เคียงกับผลการศึกษานี้ของ Butts และคณะ⁽¹⁵⁾ ที่พบร้อยละ 61.20 ซึ่งอาการนอนไม่หลับเป็นอาการที่สัมพันธ์กับอาการทางระบบประสาทควบคุมกล้ามเนื้อผนังหลอดเลือด (vasomotor symptoms) ได้แก่ อาการร้อนวูบวาบและเหงื่อออกกลางคืน⁽¹⁷⁾ ซึ่งเป็นอาการที่พบมากในสตรีในกลุ่มตัวอย่างของการศึกษานี้ สตรีที่มีภาวะหมดประจำเดือนจากการผ่าตัดจะมีปัญหาการนอนไม่หลับมากกว่าสตรีที่มีภาวะหมดประจำเดือนตามธรรมชาติ 2.13 เท่า⁽¹⁸⁾ อาจเนื่องมาจากการขาดฮอร์โมนอย่างฉับพลัน และเกิด vasomotor symptoms ที่รวดเร็วและรุนแรงกว่าการหมดประจำเดือนตามธรรมชาติ^(1,18) ผลการศึกษานี้พบว่าอาการนอนไม่หลับมีอัตราการเกิดสูงสุด (ร้อยละ 55.76) ในระยะ 10-14 วันหลังผ่าตัด อาจเนื่องจากความไม่สบายที่เป็นภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด เช่น อาการปวดแผลผ่าตัด และท้องอืดซึ่งเป็นอาการทางด้านร่างกายที่มีผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของสตรีในกลุ่มตัวอย่างมากที่สุด ระดับความรุนแรงของอาการนอนไม่หลับสูงขึ้น ตามระยะเวลาภายหลังผ่าตัด จากระดับน้อย ($\bar{X}=1.46$) ในระยะ 10-14 วันหลังผ่าตัด และสูงขึ้นอยู่ในระดับปานกลาง ในระยะ 4-8 สัปดาห์ และ 12-16 สัปดาห์หลังผ่าตัด ($\bar{X} = 1.79$ และ $\bar{X} = 1.70$ ตามลำดับ) ความรุนแรงของอาการนอนไม่หลับเพิ่มขึ้นตามอัตราการเกิดและความรุนแรงของอาการร้อนวูบวาบ และเหงื่อออกกลางคืนที่เพิ่มขึ้น ซึ่งเป็นอาการที่รบกวนการนอนหลับ สตรีที่มีอาการร้อนวูบวาบมากจะมีปัญหาการนอนไม่หลับมากกว่าสตรีที่มีอาการน้อย⁽¹³⁾

ผิวหนังแห้ง เป็นการเปลี่ยนแปลงของผิวหนัง โดยพบว่าผิวหนังจะบางลง แห้ง หมอง ความเต่งตึงจะหายไป มีรอยเหี่ยวย่น การเปลี่ยนแปลงมีผลมาจากการเสื่อมถอยของผิวหนังตามอายุและการขาดฮอร์โมน และเป็นอาการทางด้านร่างกายของสตรีที่มีภาวะหมดประจำเดือน⁽¹⁰⁾ การศึกษานี้พบอัตราการเกิดอาการผิวหนังแห้งเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ ตามระยะเวลาหลังผ่าตัด ระยะ 10-14 วัน, 4-8 สัปดาห์ และ 12-16

สัปดาห์หลังผ่าตัด พบการเกิดผิวหนังแห้งร้อยละ 51.92, 61.53 และ 65.38 ตามลำดับ ไกล่เคียงกับการศึกษาในสตรีที่มีภาวะหมดระดูทั้งจากการผ่าตัดและตามธรรมชาติ และมีช่วงระยะเวลาของการหมดระดูที่หลากหลาย ตั้งแต่ระยะแรกจนมากกว่า 5 ปี ผลการศึกษาพบว่าอัตราการเกิดผิวหนังแห้งสามารถเกิดขึ้นได้ ร้อยละ 57.9-64⁽⁴⁾

ผลการศึกษาพบว่าสตรีที่มีภาวะหมดระดูจากการผ่าตัดประมาณกึ่งหนึ่ง (ร้อยละ 48.07-51.92) เกิดอาการหงุดหงิดในระดับน้อย ทั้ง 3 ระยะหลังผ่าตัด โดยพบค่าเฉลี่ยของอาการเพิ่มขึ้นเล็กน้อย ซึ่งอาการหงุดหงิดเป็นอาการในกลุ่มอาการของระบบประสาทส่วนกลาง และเป็นการเปลี่ยนแปลงด้านจิตใจและอารมณ์ ฮอร์โมนเพศในร่างกายมีผลต่อการเปลี่ยนแปลงของสารสื่อประสาท (neurotransmitter) ในสมองที่มีผลต่ออารมณ์ และจิตใจ การตัดรังไข่ออกทั้งสองข้างทำให้มีการลดลงของฮอร์โมนเอสโตรเจน ส่งผลให้มีการเปลี่ยนแปลงทางจิตใจและอารมณ์ เกิดอาการหงุดหงิดได้ อย่างไรก็ตาม มดลูกและรังไข่ถือว่าเป็นอวัยวะที่มีความสำคัญต่อสตรี เมื่อถูกตัดออก สตรีจะเกิดความรู้สึกกลัวความเป็นหญิงของตนไม่สมบูรณ์ วิตกกังวลเกี่ยวกับภาพลักษณ์ที่เปลี่ยนไป นอกจากนี้ทำให้สตรีมีความต้องการทางเพศลดลง และกลัวว่าสามีจะไปมีความสัมพันธ์กับหญิงอื่น ทำให้แสดงพฤติกรรมและอารมณ์ที่เปลี่ยนแปลงไป เช่น อาการหงุดหงิด โมโหง่าย เป็นต้น⁽¹³⁾ นอกจากนี้ อาการหงุดหงิดยังอาจเกิดจากการนอนไม่หลับซึ่งพบมากตั้งแต่ระยะแรกหลังผ่าตัด จนถึงระยะ 12-16 สัปดาห์หลังผ่าตัด อาจมาจากมีเหงื่อออกเวลากลางคืน ส่งผลให้สตรีเกิดอาการหงุดหงิดได้^(9,13) อัตราการเกิดอาการหงุดหงิดในการศึกษาครั้งนี้มีความใกล้เคียงกับการศึกษาของ Rathnayake และคณะ⁽⁶⁾ ในสตรีประเทศศรีลังกาที่มีภาวะหมดระดู ซึ่งพบร้อยละ 41.3 อย่างไรก็ตามการศึกษานี้พบว่าระดับความรุนแรงของอาการหงุดหงิดทุกระยะหลังผ่าตัดของสตรีกลุ่มตัวอย่างอยู่ในระดับน้อย

ผลการศึกษาคุณภาพชีวิตของสตรีที่มีภาวะหมดระดูจากการผ่าตัด พบว่าในระยะเวลา 10-14 วันหลังผ่าตัด สตรีที่มีคุณภาพชีวิตดีกว่าระยะอื่น โดยมีคะแนนเฉลี่ย ($\bar{X}$ =2.24) น้อยกว่าระยะ 4-8 สัปดาห์ และ 12-16 สัปดาห์หลังผ่าตัด ($\bar{X}$ =2.34 และ 2.31 ตามลำดับ) อธิบายได้ว่า ในระยะ 10-14

วันหลังผ่าตัด สตรีมีอัตราการเกิดอาการต่างๆ น้อยกว่าระยะอื่น โดยเฉพาะอาการร้อนวูบวาบและเหงื่อออกกลางคืน ซึ่งเป็นอาการด้านระบบประสาทอัตโนมัติที่พบว่าเป็นกลุ่มอาการที่มีผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตมากที่สุด⁽²⁾ นอกจากนี้ ความรุนแรงของอาการต่างๆ เกือบทุกอาการในระยะ 10-14 วันหลังผ่าตัด อยู่ในระดับน้อย ในขณะที่ระยะ 4-8 สัปดาห์ และ 12-16 สัปดาห์หลังผ่าตัด อาการส่วนใหญ่มีระดับความรุนแรงมากขึ้น ความรุนแรงของอาการมากจะส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตต่ำลงด้วย^(2,5,6) ส่วนคุณภาพชีวิตของสตรีในระยะ 4-8 สัปดาห์ และ 12-16 สัปดาห์ มีระดับความรุนแรงของอาการหลายประการสูงกว่าระยะ 4-8 สัปดาห์หลังผ่าตัด แต่คุณภาพชีวิตไม่ได้ต่ำลง อาจเป็นผลจากการปรับตัวของสตรีต่ออาการต่างๆ ของภาวะหมดระดูจากการผ่าตัด โดยสตรีได้เรียนรู้วิธีการจัดการอาการที่เกิดขึ้นมาแล้วระยะหนึ่งด้วยตนเองและจากคำแนะนำของแพทย์และพยาบาล ประกอบกับในระยะ 12-16 สัปดาห์หลังผ่าตัด สตรีที่ได้รับฮอร์โมนทดแทนมีร้อยละ 40.38 มากกว่าระยะ 4-8 สัปดาห์หลังผ่าตัดที่ได้รับฮอร์โมนทดแทน ร้อยละ 32.69 การได้รับฮอร์โมนทดแทนช่วยลดการเกิดอาการของภาวะหมดระดู และส่งเสริมคุณภาพชีวิตของสตรีที่มีภาวะหมดระดูจากการผ่าตัดได้⁽¹¹⁾

ผลการศึกษาคุณภาพชีวิตรายด้าน พบว่าอาการของภาวะหมดระดูจากการผ่าตัดส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตด้านระบบประสาทอัตโนมัติมากที่สุด และมากขึ้นตามระยะเวลาหลังผ่าตัด ($\bar{X}$ =2.83, 3.37 และ 3.90 ตามลำดับ) แสดงว่าคุณภาพชีวิตด้านระบบประสาทอัตโนมัติต่ำสุด อธิบายได้ว่า อาการร้อนวูบวาบและเหงื่อออกกลางคืน เป็นอาการทางด้านระบบประสาทอัตโนมัติ มีอัตราการเกิดสูงสุดในระยะ 4-8 สัปดาห์ และ 12-16 สัปดาห์หลังผ่าตัด และมีระดับความรุนแรงสูงกว่าอาการอื่นๆ ในระยะ 12-16 สัปดาห์หลังผ่าตัด โดยระดับความรุนแรงของอาการเพิ่มสูงขึ้นตามระยะเวลาหลังผ่าตัด จึงมีผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตด้านระบบประสาทอัตโนมัติมากที่สุด สอดคล้องกับผลการศึกษาที่พบว่าความรุนแรงของอาการมีผลกระทบต่อทำให้คุณภาพชีวิตของสตรีที่มีภาวะหมดระดูจากการผ่าตัดต่ำลง และอาการร้อนวูบวาบ รู้สึกหนาวและร้อนผึบไปจากปกติคนทั่วไป มีผลทำให้คุณภาพชีวิตของสตรีที่มีภาวะหมดระดูจากการผ่าตัดต่ำลง^(2,5,6) สำหรับคุณภาพ

ชีวิตด้านเพศสัมพันธ์ทั้ง 3 ระยะหลังผ่าตัด มีคะแนนเฉลี่ยต่ำสุด ($\bar{X}$ =1.46, 1.64, 1.52 ตามลำดับ) แสดงว่าอาการช่องคลอดแห้งขณะมีเพศสัมพันธ์ ความต้องการทางเพศเปลี่ยนไป และหลีกเลี่ยงความสัมพันธ์ทางเพศ ไม่กระทบคุณภาพชีวิตของสตรีที่มีภาวะหมดประจำเดือนจากการผ่าตัด อธิบายได้ว่าสตรีกลุ่มตัวอย่างเกิดอาการด้านเพศสัมพันธ์น้อย และส่วนใหญ่มีความรุนแรงของอาการอยู่ในระดับน้อย ผลกระทบของอาการต่อคุณภาพชีวิตจึงน้อย นอกจากนั้น ในระยะ 4-8 สัปดาห์แรกหลังผ่าตัด ผู้ป่วยได้รับคำแนะนำให้งดการมีเพศสัมพันธ์ จึงมีผลให้การรับรู้การเกิดอาการด้านเพศสัมพันธ์ต่ำ และสตรีได้รับคำแนะนำการจัดการอาการและสามารถจัดการอาการช่องคลอดแห้งได้ด้วยตนเอง โดยการใช้เจลหล่อลื่นช่องคลอดขณะมีเพศสัมพันธ์ รวมถึงสตรีส่วนหนึ่ง ร้อยละ 15.38-40.38 ได้รับฮอร์โมนทดแทนหลังผ่าตัด ทำให้กลุ่มอาการด้านเพศสัมพันธ์มีผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตไม่มาก

เมื่อพิจารณาผลกระทบของอาการต่อคุณภาพชีวิตแยกเป็นรายข้อ พบว่าอาการท้องอืดมีผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตในระยะ 10-14 วันหลังผ่าตัดมากที่สุด ($\bar{X}$ =3.08) และค่อยๆ ลดลงในระยะ 4-8 สัปดาห์ และ 12-16 สัปดาห์หลังผ่าตัด ($\bar{X}$ =2.40, 1.92 ตามลำดับ) อธิบายได้ว่าอาการท้องอืดเป็นภาวะแทรกซ้อนที่สามารถพบได้มากในระยะแรกหลังผ่าตัด เนื่องจากการทำงานของลำไส้ลดลง ยาที่ใช้ระงับความรู้สึกระหว่างการผ่าตัดมีฤทธิ์ทำให้ลำไส้มีการเคลื่อนไหวลดลง⁽⁹⁾ และส่งผลทำให้เกิดความไม่สุขสบาย รบกวนการนอนหลับ ซึ่งพบมากที่สุดในระยะนี้ จึงส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตมาก ในระยะ 4-8 สัปดาห์ และ 12-16 สัปดาห์หลังผ่าตัด อาการที่มีผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของสตรีที่มีภาวะหมดประจำเดือนจากการผ่าตัดมากที่สุด 5 อาการ ได้แก่ ร้อนวูบวาบรู้สึกหนาว และร้อนผึบไปจากปกติคนทั่วไป เหงื่อออกเวลากลางคืน เหงื่อออกง่าย นอนหลับยากหรือนอนไม่หลับ และผิวแห้งเหี่ยว โดยมีความเสี่ยงผลกระทบต่อคุณภาพชีวิต ใน 2 ระยะนี้ เท่ากับ 3.15-3.71 และ 3.29-3.90 ตามลำดับ อธิบายได้ว่า อาการทั้ง 5 อาการเป็นอาการที่พบมากในระยะ 4-8 สัปดาห์ และระยะ 12-16 สัปดาห์หลังผ่าตัด จึงมีผลต่อคุณภาพชีวิตของสตรีมาก อาการนอนไม่หลับมีผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของสตรีมากที่สุดในระยะ 4-8 สัปดาห์หลังผ่าตัด และอาการร้อนวูบวาบ รู้สึกหนาวและ

ร้อนผึบไปจากปกติคนทั่วไป มีผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของสตรีมากที่สุดในระยะ 12-16 สัปดาห์หลังผ่าตัดซึ่งสอดคล้องกับระดับความรุนแรงของอาการที่พบว่าอาการนอนไม่หลับและอาการร้อนวูบวาบมีคะแนนเฉลี่ยความรุนแรงของอาการสูงกว่าอาการอื่นในระยะ 4-8 สัปดาห์ และ 12-16 สัปดาห์หลังผ่าตัดตามลำดับ ผลการศึกษาสอดคล้องกับการศึกษาของมฤดี ประสิทธิ์ และคณะ⁽⁹⁾ ที่พบว่าระดับความรุนแรงของอาการภาวะหมดประจำเดือนมีผลให้คุณภาพชีวิตของสตรีลดลง โดยอาการร้อนวูบวาบเป็นอาการของภาวะหมดประจำเดือนจากการผ่าตัดที่พบบ่อยที่สุด ทำให้คุณภาพชีวิตของสตรีลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

สรุป

การศึกษาประสบการณ์อาการในสตรีที่มีภาวะหมดประจำเดือนจากการผ่าตัดในระยะ 10-14 วัน 4-8 สัปดาห์ และ 12-16 สัปดาห์หลังผ่าตัด พบว่าอาการที่พบมากที่สุด 3 ระยะ ได้แก่ อาการร้อนวูบวาบ เหงื่อออกกลางคืน นอนไม่หลับ ผิวแห้งเหี่ยว และหงุดหงิด การเกิดอาการและความรุนแรงของอาการสูงขึ้นในสัปดาห์ที่ 4-8 และความรุนแรงของอาการมีแนวโน้มสูงขึ้นอีกในสัปดาห์ที่ 12-16 หลังผ่าตัด ยกเว้นอาการนอนไม่หลับที่มีความรุนแรงใกล้เคียงเดิม สำหรับคุณภาพชีวิตพบว่าโดยรวมสตรีที่มีภาวะหมดประจำเดือนจากการผ่าตัดได้รับผลกระทบจากอาการเพิ่มขึ้นในระยะ 4-8 และ 12-16 สัปดาห์ อาการด้านระบบประสาทอัตโนมัติ ได้แก่ ร้อนวูบวาบ เหงื่อออกกลางคืน และเหงื่อออกง่าย กระทบคุณภาพชีวิตของสตรีมากที่สุด

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะสำหรับการปฏิบัติกรพยาบาล ควรมีการประเมินการเกิดอาการ ความรุนแรงของอาการ และคุณภาพชีวิตจากผลกระทบของอาการในสตรีที่มีภาวะหมดประจำเดือนจากการผ่าตัดทุกรายที่มารับการรักษาโดยเฉพาะในระยะ 4 สัปดาห์หลังผ่าตัดขึ้นไป โดยติดตามเป็นระยะๆ และให้ข้อมูลแก่สตรีที่มีภาวะหมดประจำเดือนจากการผ่าตัดเกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงของร่างกายและการเกิดอาการต่างๆ ที่พบบ่อยซึ่งมีโอกาสเกิดมากขึ้น และรุนแรงมากขึ้นในระยะตั้งแต่ 4 สัปดาห์หลังการผ่าตัดขึ้นไป ควรมีการส่งเสริมการฟื้นฟูสภาพโดยเร็วภายหลังผ่าตัด

แก่สตรี เพื่อลดปัญหาการเกิดภาวะท้องอืดภายหลังผ่าตัดและควรให้ความรู้เกี่ยวกับวิธีการจัดการอาการที่ช่วยบรรเทาอาการที่จะเกิดขึ้นได้

ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัย ควรพัฒนาแนวปฏิบัติในการจัดการอาการนอนไม่หลับ อาการร้อนวูบวาบ และเหงื่อออกกลางคืน ซึ่งเป็นอาการที่พบมากและมีความรุนแรงมากในสตรีที่มีภาวะหมดประจำเดือนในระยะแรกหลังผ่าตัด และทดสอบประสิทธิผลของแนวปฏิบัติที่พัฒนาขึ้น

เอกสารอ้างอิง

- กิตติรัตน์ เตชะไตรศักดิ์. ภาวะหมดประจำเดือนจากการผ่าตัด. กรุงเทพฯ : เรือนแก้วการพิมพ์, 2561.
- จรรยา จันทร์พ่อง, กิตติรัตน์ เตชะไตรศักดิ์ และณัฐญา ส่องอารีย์กุล. ปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตสตรีที่มีภาวะหมดประจำเดือนในระยะแรกหลังจากผ่าตัด. วารสารพยาบาลศาสตร์. 2567;42(2):89-104.
- Gumussoy S, Gumussoy M, Hortu I, Ergenoglu AM. The effect of surgical menopause after bilateral oophorectomy on hormonal changes, mucociliary clearance, and quality of life. Eur Arch Otorhinolaryngol. 2020;277(10):2793-800.
- Panichkul S, Wongwananuruk T, Boonyanurak P, Wiriyasirivaj B, Wanichsetakul P, Pongsatha S, et al. Menopause-related symptom and quality of life in peri- and postmenopausal women in Thailand: A multicenter study. Asian Biomed. 2017;10(11):207-16.
- Prajapati LM, Shrestha GK, Sanjel S. Quality of life of menopausal women in Majhifeda VDC, Kavrepalanchok, Nepal. Kathmandu University Medical Journal. 2018;16(64):311-6.
- Rathnayake N, Lenora J, Alwis G, Lekamwasam S. Prevalence and severity of menopausal symptoms and the quality of life in middle-aged women: A study from Sri Lanka. Nurs Res Pract. 2019;2019:2081507.
- Bhattacharya SM, Jha AA. comparison of health-related quality of life (HROOL) after natural and surgical menopause. Maturitas. 2010;66(4):431-4.
- Mahajan N, Kumar D, Fareed P. Comparison of menopausal symptoms and quality of life after natural and surgical menopause. International Journal of Scientific Study. 2016;3(11):74-7.
- มฤดี ประสิทธิ์, ชวนชม สกนธวัฒน์, เกสร เหล่าอรณะ, สุกรี สุนทราภา, ครีนารี แก้วฤดี, วรลักษณ์ สมบูรณ์พร และเพียงจิตต์ ธารไพโรสาณท์. อาการของสตรีวัยหมดประจำเดือนที่มาใช้บริการที่คลินิกวัยหมดประจำเดือน โรงพยาบาลศรีนครินทร์. ศรีนครินทร์เวชสาร. 2550; 22(3):267-4.
- Dodd M, Janson S, Facione N, Faucett J, Froelicher Es, Humphreys J, et al. Advancing the science of symptom management. Journal of Advanced Nursing. 2001 Mar; 33(5):668-76.
- อังคณา พงศ์ผาติโรจน์, มานิต ศรีประโมทย์, กฤต วานิชวัฒนาทอง. ผลของฮอร์โมนทดแทนต่อคุณภาพชีวิตของสตรีวัยหมดประจำเดือน. วชิรเวชสาร. 2544;45(1):1-11.
- Somsak T, Lemanakul V. Quality of life assessment in menopausal women: Comparison between hormone replacement users and non-users [Online], 2020 Jul 28. <URL>: www.thaihp.org/index.php?option=orther_datail&lang=th&id=29&sub=26
- พวงผกา คงวัฒนานนท์. การส่งเสริมสุขภาพผู้หญิงวัยทอง. กรุงเทพฯ: เอ็มแอนด์เอ็มเลเซอร์พรีน มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์, 2561.
- Sangamam R, Sreelakshmy K. Health concerns and quality of life in surgical menopause. Indian J Obstet Gynecol Res. 2017;4(3):292-6.
- Butts S, Johnson L, Digovanni L, Voong C, Chan J, Senapati S, et al. Poor sleep quality after surgical menopause: complex associations between mood, vasomotor symptoms, and medications. Fertil Steril. 2041;102(3):e44.

16. Kim MJ, Yim G, Park HY. Vasomotor and physical menopausal symptoms are associated with sleep quality. PLoS One. 2018;13(2): e0192934.
17. Cho NY, Kim S, Nowakowski S, Shin C, Suh S. Sleep disturbance in women who undergo surgical menopause compared with women who experience natural menopause. Menopause. 2019;26(4):357-64.
18. Australasian Menopause Society, Surgical menopause, {online}, 2022 Jul 28. <https://www.menopause.org.au/>
19. อรพรรณ พานดอกไม้. การพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับการตัดมดลูก ท่อนำไข่และรังไข่ทั้งหมดเนื่องจากมีเนื้องอกในมดลูก: กรณีศึกษา 2 ราย. วารสารคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา. 2567;32(1): 101-13.

(Original Article)

Selected Factors Related to Patient Activation Among Ischemic Stroke Patients

Rattasiri Kamkem, Sakuntala Anurung, Penpaktr Uthis

Faculty Of Nursing Chulalongkorn University

Correspondence to : sakuntala.a@chula.ac.th

(Received : 14 June 25, Revised : 18 July 25, Accepted : 24 July 25)

Abstract

Background: Ischemic stroke is a chronic condition that requires complex and continuous care. In the recovery process, patients play a central role not only as care recipients but as active participants in their own rehabilitation. Low levels of patient activation have been associated with increased disease severity and higher rates of hospital readmission. Patient activation is closely related to health behaviors among individuals with ischemic stroke.

Objectives: The purpose of this study was to investigate the level of patient activation among patients with ischemic stroke and to study the relationships between selected factors including age, perceived health status, self-efficacy, social support, comorbid conditions, and depression with patient activation.

Methods: This descriptive correlational study included a sample of 104 patients with ischemic stroke who had completed the acute phase of treatment for at least two weeks. Participants were between 18 and 59 years of age and received care at the outpatient department of three tertiary hospitals. The sample was selected using simple random sampling. The research instruments included a personal information questionnaire, the Perceived Health Status Scale, the Self-Efficacy in Self-Care Scale, the Social Support Questionnaire, the Comorbidity Index, the Depression Scale, and the Patient Activation Measure (PAM).

Results: The majority of participants with ischemic stroke demonstrated a high level of patient activation (Level 4), indicating their ability to adopt new health behaviors and maintain them even under pressure, accounting for 96.2%. Statistically significant positive correlations were found between patient activation and perceived health status ($r=0.46$, $p<0.001$), as well as self-efficacy ($r=0.50$, $p<0.001$). In contrast, comorbid conditions ($r=-0.34$, $p<0.001$) and depression ($r=-0.27$, $p=0.004$) were significantly and negatively correlated with patient activation. No significant correlations were found between patient activation and age ($r=0.02$, $p=0.635$) or social support ($r=0.17$, $p=0.074$).

Conclusion: The findings of this study indicate that perceived health status, self-efficacy, depression, and comorbid conditions are significantly associated with patient activation in self-care among individuals with ischemic stroke. In contrast, age and social support were not found to be associated with patient activation.

Keywords: patient activation, ischemic stroke, correlation factors

Royal Thai Air Force Medical Gazette, Vol. 71 No. 2 July - December 2025

(นิพนธ์ต้นฉบับ)

ปัจจัยคัดสรรที่สัมพันธ์กับความกระตือรือร้นในการดูแลตนเอง ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบ

รัฐศิริ ขำเข้ม, ศกุนตลา อนุเรือง, เพ็ญพัทธ์ อุทิศ
คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

บทคัดย่อ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา: โรคหลอดเลือดสมองตีบ (ischemic stroke) เป็นโรคเรื้อรังซึ่งต้องการการดูแลที่ซับซ้อน ผู้ป่วยเป็นผู้ที่ต้องมีบทบาทสำคัญ และเป็นผู้ที่มีส่วนร่วมในกระบวนการฟื้นฟูของโรค ผู้ที่มีความกระตือรือร้นในการดูแลตนเองระดับต่ำ มีความเกี่ยวข้องกับการที่โรคทวีความรุนแรงเพิ่มขึ้นและการกลับเข้ารับการรักษาซ้ำ ซึ่งความกระตือรือร้นในการดูแลตนเอง มีความเกี่ยวข้องกับการปฏิบัติตามการดูแลสุขภาพของผู้ที่เป็นโรคหลอดเลือดสมอง

วัตถุประสงค์: เพื่อศึกษาความกระตือรือร้นในการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบ และศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรร ได้แก่ อายุ การรับรู้ภาวะสุขภาพ การรับรู้สมรรถนะแห่งตน การสนับสนุนทางสังคม ภาวะโรคร่วม ภาวะซึมเศร้า กับความกระตือรือร้นในการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบ

วิธีการวิจัย: การศึกษานี้เป็นการศึกษาแบบเชิงพรรณนาสหสัมพันธ์ โดยเก็บข้อมูลจากผู้ป่วย โรคหลอดเลือดสมองตีบ จำนวน 104 คน ที่ได้รับการรักษาจนพ้นภาวะวิกฤติแล้ว 2 สัปดาห์ อายุระหว่าง 18-59 ปี ที่เข้ารับการรักษาในแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลตติยภูมิ 3 แห่ง คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างด้วยวิธีการสุ่มอย่างง่าย เครื่องมือที่ใช้คือ แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบประเมินการรับรู้ภาวะสุขภาพ แบบวัดการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการดูแลตนเอง แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม แบบประเมินโรคร่วม แบบประเมินภาวะซึมเศร้า และแบบสอบถามคะแนนความกระตือรือร้นในการดูแลตนเอง

ผลการศึกษา: กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบ ส่วนใหญ่มีคะแนนความกระตือรือร้นอยู่ในระดับสูง (ระดับ 4) คือ มีการปรับตัวแสดงพฤติกรรมใหม่ และคงไว้แม้อยู่ในสภาวะกดดัน เป็นร้อยละ 96.2 และพบว่าปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความกระตือรือร้นในการดูแลตนเองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ การรับรู้ภาวะสุขภาพ ($r=0.46$, $p<0.001$) และการรับรู้สมรรถนะแห่งตน ($r=0.50$, $p<0.001$) ส่วนปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ทางลบกับความกระตือรือร้นในการดูแลตนเองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติได้แก่ ภาวะโรคร่วม ($r=-0.34$, $p<0.001$) และภาวะซึมเศร้า ($r=-0.27$, $p=0.004$) และปัจจัยที่ไม่มีความสัมพันธ์กับความกระตือรือร้นในการดูแลตนเองของผู้ที่เป็นโรคหลอดเลือดสมองตีบ คือ อายุ ($r=0.02$, $p=0.635$) และการสนับสนุนทางสังคม ($r=0.17$, $p=0.074$)

สรุป: จากการศึกษาพบว่าปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความกระตือรือร้นในการดูแลตนเอง คือ การรับรู้ภาวะสุขภาพ การรับรู้สมรรถนะแห่งตน ภาวะซึมเศร้า และภาวะโรคร่วม ส่วนอายุและการสนับสนุนทางสังคมไม่มีความสัมพันธ์กับความกระตือรือร้นในการดูแลตนเอง

คำสำคัญ: ความกระตือรือร้นในการดูแลตนเอง, โรคหลอดเลือดสมองตีบ, ปัจจัยสัมพันธ์

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคหลอดเลือดสมองตีบ (Ischemic Stroke) พบได้กว่าร้อยละ 80 ของโรคหลอดเลือดสมองทั้งหมด เป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญและเป็นสาเหตุการเสียชีวิตของประชากรทั่วโลก โดยความเสี่ยงของการเกิดโรคหลอดเลือดสมองเพิ่มขึ้นตามอายุ และยังสามารถเกิดขึ้นได้ในทุกช่วงอายุ สถานการณ์โรคหลอดเลือดสมองในประเทศไทย พบว่าโรคหลอดเลือดสมองเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับ 5 ของประชากรอายุมากกว่า 15-59 ปี⁽¹⁾ โรคหลอดเลือดสมองตีบเป็นปัญหาที่เพิ่มมากขึ้นเนื่องจากอุบัติการณ์ที่สูงขึ้น ผู้ที่เป็นโรคหลอดเลือดสมองตีบแล้วพบว่าสถิติการกลับเข้ามารับการรักษาและโรคหัวใจความรุนแรงมากขึ้น ยังคงเป็นปัญหาต่อเนื่องของทั้งโลกรวมทั้งประเทศไทย หากผู้ป่วยไม่เห็นถึงความสำคัญของการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ จะนำไปสู่การเกิดภาวะแทรกซ้อนและการกลับเข้ามารับการรักษาซ้ำด้วยโรคที่หัวใจความรุนแรงมากยิ่งขึ้น ส่งผลกระทบเป็นวงกว้าง

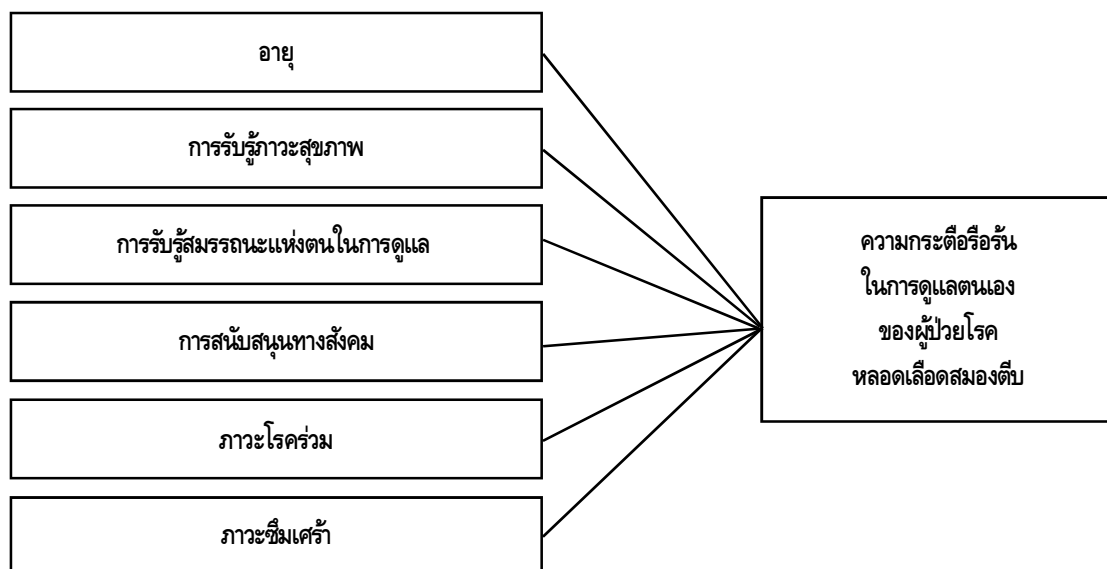
โรคหลอดเลือดสมองตีบ เป็นโรคเรื้อรัง ซึ่งต้องการการดูแลที่ซับซ้อน การที่ผู้ป่วยสามารถที่จะกลับมาใช้ชีวิตได้อย่างใกล้เคียงปกติมากที่สุด ผู้ป่วยเป็นผู้ที่ต้องมีบทบาทสำคัญ และเป็นผู้ที่มีส่วนร่วมในกระบวนการฟื้นฟูของโรค⁽²⁾ พบว่าผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองวัยทำงาน มีพฤติกรรมดูแลสุขภาพอยู่ในระดับต่ำจนถึงปานกลาง⁽³⁾ พบปัญหาด้านพฤติกรรมบริโภคอาหารไม่เหมาะสมที่มีผลต่อการควบคุมความดันโลหิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง การไม่ไปตรวจตามนัด และพฤติกรรมออกกำลังกายไม่สม่ำเสมอ ซึ่งมีความสำคัญต่อการควบคุมสภาวะของโรคหลอดเลือดสมอง⁽⁴⁾ หากผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมดูแลสุขภาพที่ไม่เหมาะสมย่อมส่งผลให้ผู้ป่วยมีภาวะสุขภาพที่เสื่อมถอยลงเกิดภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ตามมา เกิดการเจ็บป่วยเรื้อรังที่มากขึ้น ผู้ป่วยที่มีความกระตือรือร้นในการดูแลตนเองระดับต่ำเกี่ยวข้องกับการกลับเข้ารับการรักษาลงออกจากโรงพยาบาลโดยไม่ได้วางแผน หากผู้ที่เป็นโรคหลอดเลือดสมองตีบ สามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพให้เหมาะสมและสอดคล้องกับการดำเนินชีวิต เช่น ออกกำลังกายเพื่อการฟื้นฟู การปฏิบัติตามคำแนะนำของแพทย์ การควบคุมอาหาร การจัดการอารมณ์ และการป้องกันไม่ให้โรคกลับเป็นซ้ำ ซึ่งความกระตือรือร้นในการดูแลตนเองของผู้ที่เป็นโรคหลอดเลือดสมองตีบ มีความเกี่ยวข้องกับ

พฤติกรรมดูแลสุขภาพ หากผู้ป่วยขาดความกระตือรือร้นในการดูแลตนเอง ขาดการติดตามรักษา ไม่ไปพบแพทย์สม่ำเสมอ หรือรับประทานยาไม่ต่อเนื่อง ขาดการฟื้นฟูสภาพร่างกายอย่างต่อเนื่อง และกลับไปมีพฤติกรรมเสี่ยง เช่น สูบบุหรี่ ดื่มสุรา ทำงานหนัก พักผ่อนไม่เพียงพอ ก็จะทำให้โรคหลอดเลือดสมองทวีความรุนแรงเพิ่มขึ้นและเกิดโรคหลอดเลือดสมองกลับเป็นซ้ำ ทำให้ผู้ป่วย ครอบครัว และประเทศชาติ จะต้องสูญเสียรายได้ และมีรายจ่ายด้วยการใช้ทรัพยากรสูงมาก เพื่อดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเหล่านี้ให้มีคุณภาพชีวิตที่ดี

ความกระตือรือร้นในการดูแลตนเองของผู้ป่วย (patient activation) มีการศึกษาในประเทศไทย โดยการแปลจากคำศัพท์ patient activation เป็น “ความรับผิดชอบของผู้ป่วย” หมายถึง มีความรู้ มีทักษะและความมั่นใจจากการทบทวนวรรณกรรม ผู้วิจัยให้ความหมายของ patient activation เป็นความกระตือรือร้นในการดูแลตนเองของผู้ที่เป็นโรคหลอดเลือดสมองตีบ ตามแนวคิดของ Hibbard et al. (2004) หมายถึง การที่ผู้ป่วยเข้าใจ และมีความเต็มใจในการมีส่วนร่วมในการดูแลตนเองอย่างแข็งขัน บุคคลมีความรู้ ทักษะ และความมั่นใจที่จะดูแลตนเอง ให้ความร่วมมือกับผู้ให้บริการ ประกอบด้วย 3 องค์ประกอบที่สำคัญ คือ 1) ความรู้ 2) ทักษะ 3) ความมั่นใจ ที่ผู้ป่วยจะมีส่วนร่วมอย่างแข็งขันในการดูแลสุขภาพของตนเอง ซึ่งความกระตือรือร้นในการดูแลตนเองแบ่งเป็น 4 ระดับคือ ระดับ 1 หมายถึง ระดับที่ผู้ป่วยยังไม่เข้าใจบทบาทและรู้สึกว่าจะไม่สามารถทำหน้าที่ดูแลสุขภาพตนเองได้ ยังขาดความรู้ในการดูแลตนเอง ระดับ 2 หมายถึง ระดับที่ผู้ป่วยเริ่มเข้าใจบทบาทของตนเองในการดูแลสุขภาพ แต่ยังขาดความรู้และมั่นใจในการดูแลตนเอง ระดับ 3 หมายถึง ระดับที่ผู้ป่วยเข้าใจในบทบาทของตนเอง มีการปฏิบัติการดูแลสุขภาพ มีทักษะการจัดการตนเอง มีเป้าหมายในการจัดการตนเอง แต่ยังขาดความมั่นใจและทักษะในการดูแลตนเอง ระดับ 4 หมายถึง ระดับที่ผู้ป่วยเข้าใจบทบาทของตนเอง มีความรู้ มีความมั่นใจและมีพฤติกรรมในการดูแลสุขภาพของตน และสามารถลงมือซึ่งพฤติกรรมเหล่านั้นเมื่อเผชิญสถานการณ์ดังเครียด โดยความกระตือรือร้นในการดูแลตนเองนั้นเป็นแนวคิดเชิงพฤติกรรม สัมพันธ์กับพฤติกรรมจัดการตนเองของผู้ป่วยที่ดีขึ้น⁽⁵⁾

ผู้วิจัยศึกษาปัจจัยจากการทบทวนวรรณกรรมที่มีความสัมพันธ์กับความกระตือรือร้นในการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเรื้อรังทั้งในประเทศไทยและต่างประเทศ ข้อมูลปี 2012-2023 พบการศึกษาเกี่ยวกับความกระตือรือร้นของผู้ป่วยหลากหลายกลุ่มรวมทั้งกลุ่มผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองและปัจจัยต่างๆ ที่มีความสัมพันธ์กับความกระตือรือร้นของผู้ป่วย โดยพบปัจจัยดังนี้ 1) อายุ พบว่า อายุ มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญกับความกระตือรือร้นในการดูแลตนเอง ($\beta=0.19, p<0.01$)⁽⁶⁾ 2) การรับรู้ภาวะสุขภาพ มีความสัมพันธ์กับความกระตือรือร้นในการดูแลตนเอง ($r=0.21, p=0.003$)⁽⁷⁾ 3) การสนับสนุนทางสังคม พบว่าการสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์กับความกระตือรือร้นในการดูแลตนเอง ($r=0.547, p<0.01$)⁽⁸⁾ 4) การรับรู้สมรรถนะแห่งตน พบว่าการรับรู้สมรรถนะแห่งตนมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความกระตือรือร้นในการดูแลตนเอง ($r=0.59, p<0.01$)⁽⁹⁾ 5) ภาวะโรคร่วม พบว่าภาวะโรคร่วมมีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญกับความกระตือรือร้นในการดูแลตนเอง ($OR=2.1, 95\%CI: 1.6-3.9$)⁽⁷⁾ 6) ภาวะซึมเศร้า พบว่าภาวะซึมเศร้ามีความสัมพันธ์กับความกระตือรือร้นในการดูแลตนเอง ($r=-0.43, p<0.01$)⁽¹¹⁾

ทั้งนี้ ความกระตือรือร้นในการดูแลตนเอง มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมในด้านการดูแลสุขภาพที่ดี สำหรับภาวะโรคเรื้อรังต่างๆ เป็นปัจจัยสำคัญต่อผลลัพธ์ทางด้านสุขภาพที่พึงประสงค์ของผู้ป่วยโรคเรื้อรังรวมถึงผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบ โดยเกี่ยวข้องกับบทบาทของพยาบาลในด้านการจัดการให้ความรู้ ทักษะ และส่งเสริมความมั่นใจ เพื่อผลลัพธ์ที่ดีทางสุขภาพ จากการทบทวนวรรณกรรมยังไม่พบความชัดเจนในเรื่องปัจจัยที่สัมพันธ์กับความกระตือรือร้นในการดูแลตนเองของกลุ่มผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ยังไม่พบการศึกษาแนวคิดความกระตือรือร้นในกลุ่มผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง อีกทั้งยังไม่พบการศึกษาตัวแปรและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความกระตือรือร้นในการดูแลตนเอง การศึกษาระดับความกระตือรือร้นในการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบรวมถึงปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับตัวแปรนี้ เพื่อเป็นการเติมเต็มช่องว่างทางองค์ความรู้ในประเทศไทย ซึ่งจะนำไปสู่การวางแผนทางการพยาบาลที่มุ่งส่งเสริมให้ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบมีความกระตือรือร้นในการดูแลตนเอง



รูปที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาระดับความกระตือรือร้นในการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบ
2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่าง อายุ การรับรู้ภาวะสุขภาพ การสนับสนุนทางสังคม การรับรู้สมรรถนะแห่งตน ภาวะโรคร่วม ภาวะซึมเศร้ากับความกระตือรือร้นในการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบ

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยนี้ เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา (descriptive research) ในลักษณะของการศึกษาเชิงสหสัมพันธ์ (correlational study)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้ที่มีอายุระหว่าง 18-59 ปีบริบูรณ์ ทั้งเพศชายและเพศหญิงที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคหลอดเลือดสมองตีบ และมารับการรักษาที่โรงพยาบาลระดับตติยภูมิของรัฐ ในเขตกรุงเทพมหานคร การคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้โปรแกรม G*Power กำหนดสถิติการทดสอบ Pearson's Correlation Coefficient อำนาจทดสอบ 0.80 ใช้ขนาดอิทธิพลที่ระดับกลาง 0.30 Polit & Beck et al. (2017) กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่าง 84 คน และเพื่อป้องกันการสูญหายของข้อมูลหรือกลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามไม่สมบูรณ์จึงเพิ่มกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 20 Dillman et al. (2000) ดังนั้นจึงได้จำนวนกลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้น 104 คน กลุ่มตัวอย่างคัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจงตามเกณฑ์คัดเข้า (Inclusion criteria) ได้แก่ 1) เป็นโรคหลอดเลือดสมองตีบทั้งชนิดอุดตันและตีบที่ได้รับการรักษาจนพ้นภาวะวิกฤต เป็นระยะเวลาตั้งแต่ 2 สัปดาห์เป็นต้นไป 2) สามารถสื่อสารและเข้าใจภาษาไทย 3) ยินดีให้ความร่วมมือในการวิจัย เกณฑ์คัดออก คือมีอาการผิดปกติและจำเป็นต้องได้รับการรักษาในระดับที่สูงขึ้น เช่น ปวดศีรษะ กล้ามเนื้ออ่อนแรง อาการชัก หมดสติ

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วย 7 ส่วน ได้แก่

- 1) แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล
- 2) แบบประเมินการรับรู้ภาวะสุขภาพ
- 3) แบบวัดการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการดูแลตนเอง
- 4) แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม
- 5) แบบประเมินโรคร่วม
- 6) แบบสอบถามสุขภาพผู้ป่วย และ
- 7) แบบสอบถามคะแนนความกระตือรือร้น ซึ่งมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ ใช้แบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น จำนวน 8 ข้อ ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา จำนวนสมาชิกในครอบครัว ศาสนา รายได้เฉลี่ยของครอบครัว ความเพียงพอของรายได้ ชนิดของโรคหลอดเลือดสมอง ระยะเวลาการเกิดโรค

ส่วนที่ 2 แบบประเมินการรับรู้ภาวะสุขภาพ ผู้วิจัยปรับปรุงจากแบบประเมินการรับรู้ภาวะสุขภาพของ นันทวัลย์ไชยสวัสดิ์ (2560)⁽¹¹⁾ แบบประเมินการรับรู้ภาวะสุขภาพมีจำนวน 10 ข้อ ลักษณะคำถามเป็นมาตรวัดประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับ เครื่องมือมีความเชื่อมั่น Cronbach's alpha coefficient 0.96

ส่วนที่ 3 แบบวัดการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการดูแลตนเอง ผู้วิจัยปรับปรุงจากแบบสอบถามของสุภัทรา ผิขาว (2559)⁽¹²⁾ สร้างตามกรอบทฤษฎีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของ Bandura (1986) โดยครอบคลุมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนทั้ง 3 ด้าน ดังนี้ 1) ขนาดหรือระดับการรับรู้ความสามารถตามความยากง่ายของพฤติกรรม 2) ระดับความมั่นใจในความสามารถที่จะกระทำพฤติกรรม และ 3) ระดับความสามารถที่จะถ่ายโยงประสบการณ์อื่นๆ มาใช้ในสถานการณ์ใหม่ ประกอบด้วยข้อคำถามทั้งหมด 9 ข้อ การตอบแบบสอบถามแบ่งเป็นมาตราส่วนแบบประมาณค่า 4 ระดับ การแปลผล คะแนนเฉลี่ย 3.1-4 หมายถึง มีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนอยู่ในระดับสูง คะแนนเฉลี่ย 2.1-3 หมายถึง มีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนอยู่ในระดับปานกลาง คะแนนเฉลี่ย 1-2 หมายถึง มีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนอยู่ในระดับต่ำ โดยมีค่าสัมประสิทธิ์ Cronbach's alpha coefficient เท่ากับ 0.87

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม ผู้วิจัยปรับปรุงจากแบบสอบถามแรงสนับสนุนของครอบครัว หรือ The Family Support Questionnaire ของ ภูมิพร หุ่นคำ (2015)⁽¹³⁾ โดยแบบสอบถามนี้สร้างขึ้นโดยอ้างอิง

ตามแนวความคิดการสนับสนุนทางสังคมของ House, Umberson, and Landis (1988) มีข้อคำถามทั้งหมดมี 20 ข้อ จัดกลุ่มค่าคะแนน เป็น 3 ระดับ ดังนี้ ระดับสูง (มากกว่า 86 คะแนน) หมายถึง มีการสนับสนุนทางสังคมสูง ระดับกลาง (54-86 คะแนน) หมายถึง มีการสนับสนุนทางสังคมปานกลาง ระดับต่ำ (น้อยกว่า 54 คะแนน) หมายถึง มีการสนับสนุนทางสังคมต่ำ มีค่าความเชื่อมั่น Cronbach's alpha coefficient เท่ากับ 0.96

ส่วนที่ 5 แบบประเมินโรคร่วม (Co-morbidity) แบบประเมินโรคร่วมของ Charlson Comorbidity Index (CCI) (1987) ฉบับภาษาไทย โดย Sarunya Kositamongkol (2011)⁽¹⁴⁾ เป็นการให้คะแนน ทั้งหมด 5 กลุ่มโรค โดยคะแนน 0 หมายถึงไม่มีโรค ที่กำหนดไว้ กลุ่มโรคที่ให้คะแนน 1 ซึ่งมีทั้งหมด 10 โรค กลุ่มโรคที่ให้คะแนน 2 มีทั้งหมด 6 โรคกลุ่ม โรคที่ให้คะแนน 3 มีทั้งหมด 1 โรค และกลุ่มโรคที่ให้คะแนน 6 มีทั้งหมด 2 โรค คะแนนรวมทั้งชุดของแบบประเมินโรคร่วมอยู่ระหว่าง 0-34 คะแนน เครื่องมือมีความเชื่อมั่น Cronbach's alpha coefficient เท่ากับ 0.86

ส่วนที่ 6 แบบประเมินสุขภาพผู้ป่วย (PHO-9) แปลเป็นภาษาไทยโดย ศ.นพ.มานิช หล่อตระกูล Lotrakul et al. (2008)⁽¹⁵⁾ แบบประเมินประกอบด้วยข้อคำถาม 9 ข้อ คะแนนของข้อคำถามแต่ละข้อมี 4 ระดับ โดยผู้ที่ให้คะแนนรวมตั้งแต่ 9 ขึ้นไปถือว่าเป็นโรคซึมเศร้า แบ่งระดับความรุนแรงได้เป็น 5 ระดับ คือ 0-4 คะแนน อยู่ในเกณฑ์ปกติ 5-8 คะแนน มีอาการซึมเศร้าเล็กน้อย ไม่ถึงขั้นเป็นโรคซึมเศร้า 9-14 คะแนน เป็นโรคซึมเศร้าระดับเล็กน้อย หรือโรคซึมเศร้าเรื้อรัง 15-19 คะแนน เป็นโรคซึมเศร้าระดับปานกลาง 20 คะแนนขึ้นไป เป็นโรคซึมเศร้าระดับรุนแรง เครื่องมือมีความเชื่อมั่น Cronbach's alpha coefficient 0.90

ส่วนที่ 7 แบบสอบถามคะแนนความกระตือรือร้น Patient Activation Measure (PAM) โดย Hibbard และคณะ (2004) แปลโดย สิรินันท์ ชูเชิด (2559)⁽¹⁶⁾ เครื่องมือถูกพัฒนาขึ้นภายใต้แนวความคิดการจัดการโรคเรื้อรัง ที่เน้นการมีส่วนร่วมของผู้ป่วยทั้งด้าน ความรู้ ทักษะ ความเชื่อและพฤติกรรม ข้อคำถามมีจำนวน 13 ข้อ ลักษณะของข้อคำถามแต่ละข้อประกอบด้วยคำตอบที่เป็นมาตราส่วน ประเมินค่า (Likert scale) 4 ระดับ แปลผลระดับคะแนน

โดยมีระดับคะแนน คือ 0-100 คะแนน แบ่งออกเป็น 4 ระดับ คือ ระดับที่ 1 (คะแนน <47) ระดับที่ 2 (คะแนน 47.1-55.1) ระดับที่ 3 (คะแนน 55.2-67.0) ระดับที่ 4 (คะแนน 67.1-100) เครื่องมือมีความเชื่อมั่น Cronbach's alpha coefficient 0.93

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การศึกษานี้ดำเนินการเห็นชอบจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ และได้รับการอนุมัติให้เก็บรวบรวมข้อมูลจากโรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช กรมแพทย์ทหารอากาศ ในวันที่ 19 มิถุนายน พ.ศ. 2566 (รหัสโครงการ IRB No.52/67) สถาบันประสาท ในวันที่ 11 กรกฎาคม 2567 (รหัสโครงการ 041/2567) และโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทยในวันที่ 17 ตุลาคม 2567 (รหัสโครงการ No. COA No. 1411/2024) และได้เริ่มเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเองตั้งแต่วันที่ 20 กรกฎาคม 2567 ถึงวันที่ 1 มีนาคม 2568 โดยกลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมการวิจัยนี้ได้รับการชักชวนให้เข้าร่วมด้วยความสมัครใจ ซึ่งผู้วิจัยแนะนำตัวเอง ชี้แจงวัตถุประสงค์ในการทำวิจัย ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูลกับกลุ่มตัวอย่างทุกราย รวมทั้งขอความร่วมมือในการรวบรวมข้อมูล และชี้แจงให้ทราบสิทธิต่างๆ อย่างเป็นขั้นตอนตามมาตรฐาน

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลระหว่างวันที่ 20 กรกฎาคม 2567 ถึงวันที่ 1 มีนาคม 2568 กลุ่มตัวอย่างเข้ารับการรักษาที่ห้องตรวจโรคผู้ป่วยนอก ของโรงพยาบาลทั้ง 3 แห่ง ตามลำดับการได้รับความเห็นชอบจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของแต่ละสถาบัน มีขั้นตอน ดังนี้

1. ผู้วิจัยขอให้เจ้าหน้าที่สำรวจรายชื่อ และศึกษาประวัติผู้ป่วยจากแฟ้มประวัติของผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลด้วยโรคหลอดเลือดสมองตีบ ที่มาตรวจตามนัด และคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามคุณสมบัติที่กำหนดไว้
2. ในวันที่เก็บข้อมูลผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่าง กล่าวแนะนำตัวเพื่อสร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วยที่ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูลและขอความร่วมมือในการวิจัย พร้อมทั้งพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

ในการเข้าร่วมวิจัยโดยการสอบถามความสมัครใจในการเข้าร่วมในการวิจัย

3. เมื่อกลุ่มตัวอย่างเข้าร่วมการวิจัยด้วยความสมัครใจ ผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างอ่านรายละเอียดข้อมูลสำหรับกลุ่มประชากร/ผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย (patient/ participant information sheet) จนเข้าใจ จึงให้กลุ่มตัวอย่างลงนามในหนังสือแสดงความยินยอมเข้าร่วมการวิจัยเป็นลายลักษณ์อักษร

4. ผู้วิจัยดำเนินการเก็บข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างครั้งละ 1 คน โดยให้กลุ่มตัวอย่างนั่งอยู่ในห้องหรือในบริเวณที่มีความเป็นส่วนตัว จากนั้นผู้วิจัยอธิบายให้กลุ่มตัวอย่างทราบรายละเอียดแบบประเมิน พร้อมอธิบายวิธีการตอบแบบประเมิน จากนั้นให้กลุ่มตัวอย่างทำแบบประเมินด้วยตนเอง

5. เมื่อกลุ่มตัวอย่างทำแบบสอบถามเรียบร้อยแล้ว ผู้วิจัยตรวจสอบความถูกต้องครบถ้วนของคำถาม หากกลุ่มตัวอย่างตอบไม่ครบ ผู้วิจัยแจ้งให้ทราบและชักถามเพิ่มเติม เมื่อสิ้นสุดการตอบแบบสอบถาม ผู้วิจัยกล่าวขอบคุณกลุ่มตัวอย่างที่ให้ความร่วมมือในการเข้าร่วมวิจัยในครั้งนี้

วิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติ

วิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป SPSS/PC for window (statistical package for the social science for window personal computer) และกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 วิเคราะห์ข้อมูลเพื่อการบรรยายตัวแปร ได้แก่ เพศ สถานภาพการสมรส ระดับการศึกษา จำนวนสมาชิกในครอบครัว ศาสนา รายได้เฉลี่ยต่อเดือน ชนิดของโรคหลอดเลือดสมอง ความเพียงพอของรายได้ ระยะเวลาการเกิดโรค วิเคราะห์โดยการแจกแจงค่าความถี่ วิเคราะห์ข้อมูลเพื่อทดสอบ

สมมติฐานการวิจัย ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างอายุ การรับรู้ภาวะสุขภาพ การสนับสนุนทางสังคม การรับรู้สมรรถนะแห่งตน ด้วยสถิติสหสัมพันธ์เพียร์สัน (Pearson's correlation) และวิเคราะห์ภาวะโรคร่วมและภาวะซึมเศร้า ด้วยสถิติสเปียร์แมน (Spearman rank correlation)

ผลการวิจัย

1. กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบจำนวน 104 คน โดยส่วนใหญ่เป็นเพศชาย จำนวน 59 คน (ร้อยละ 56.7) ผู้ป่วยร้อยละ ร้อยละ 59.6 มีสถานภาพสมรสเป็นคู่ ส่วนใหญ่มีระดับการศึกษาปริญญาตรี จำนวน 28 คน (ร้อยละ 26.9) จำนวนสมาชิกในครอบครัว พบว่ามีจำนวน 2-4 คน จำนวน 71 คน ร้อยละ 68.3 ส่วนใหญ่นับถือศาสนาพุทธ จำนวน 100 คน (ร้อยละ 96.2) และมีรายได้เฉลี่ยมากกว่า 10,000 บาท จำนวน 45 คน (ร้อยละ 43.3) ส่วนใหญ่มีรายได้เพียงพอ จำนวน 90 คน (ร้อยละ 86.5)

2. ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบมีความกระตือรือร้นในการดูแลตนเองอยู่ในช่วง 67.3-100 คะแนน (ระดับ 4) มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 91.06 โดยผู้ป่วยโรคสมองตีบส่วนใหญ่สามารถปรับตัวแสดงพฤติกรรมใหม่และสามารถถ่วงไว้ซึ่งพฤติกรรมนั้นเมื่อเผชิญความเครียดหรือสถานการณ์ฉุกเฉิน (ระดับ 4) จำนวน 100 คน เป็นร้อยละ 96.2 ซึ่งผู้ป่วยที่มีเป้าหมายหลักและเริ่มมีพฤติกรรมการแสดงออกแต่ขาดความมั่นใจและทักษะการเริ่มพฤติกรรมใหม่ (ระดับ 3) จำนวน 3 คน หรือร้อยละ 2.9 และมีผู้ป่วยที่ยังขาดความรู้พื้นฐานหรือไม่สามารถเข้าใจถึงปัญหาสุขภาพหรือคำแนะนำเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพ (ระดับ 2) มีเพียง 1 คน หรือร้อยละ 0.9 เท่านั้น ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ผลการวิเคราะห์ความกระตือรือร้นในการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบ (n=104)

ความกระตือรือร้น	จำนวน	ร้อยละ	พิสัย	ค่าเฉลี่ย	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
- บุคคลยังไม่เข้าใจถึงบทบาทหน้าที่สำคัญในการดูแลสุขภาพของตนเอง (ระดับที่ 1)	-	-	-	-	-
- ยังขาดความรู้พื้นฐานหรือไม่สามารถเข้าใจถึงปัญหาสุขภาพหรือคำแนะนำเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพ (ระดับที่ 2)	1	1	53.8	53.85	-
- มีเป้าหมายหลักและเริ่มมีพฤติกรรมแสดงออกแต่ขาดความมั่นใจและทักษะการเริ่มพฤติกรรมใหม่ (ระดับที่ 3)	3	2.9	55.8-61.5	58.33	2.94
- สามารถปรับตัวแสดงพฤติกรรมใหม่ แต่ไม่สามารถคงไว้ซึ่งพฤติกรรมนั้นเมื่อเผชิญความเครียดหรือสถานการณ์ฉุกเฉิน (ระดับที่ 4)	100	96.2	67.3-100	91.06	10.64
โดยรวม	104	100	53.8-100	89.76	12.32

3. ปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับความกระตือรือร้นในการดูแลตนเองของผู้ที่เป็นโรคหลอดเลือดสมองตีบ ได้แก่ การรับรู้ภาวะสุขภาพ ($r=0.46$, $p<0.001$), การรับรู้สมรรถนะแห่งตน ($r=0.50$, $p<0.001$), ภาวะโรคร่วม ($r=-0.34$, $p<0.001$), และภาวะซึมเศร้า ($r=-0.27$, $p=0.004$) ตามลำดับ ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ผลการวิเคราะห์ปัจจัยความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรร ได้แก่ อายุ การรับรู้ภาวะสุขภาพ การรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการดูแลตนเอง การสนับสนุนทางสังคมต่อความกระตือรือร้นในการดูแลตนเอง ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบ ด้วยสถิติ Pearson's product moment correlation

ตัวแปร	ความกระตือรือร้น		
	สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์	p-value	การแปลผล
อายุ	0.027	0.635	ไม่มีความสัมพันธ์
การรับรู้ภาวะสุขภาพ	0.469	<0.001	ความสัมพันธ์ทางบวก
การรับรู้สมรรถนะแห่งตน	0.509	<0.001	ความสัมพันธ์ทางบวก
การสนับสนุนทางสังคม	0.176	0.074	ไม่มีความสัมพันธ์
ภาวะโรคร่วม	-0.346	<0.001	ความสัมพันธ์ทางลบ
ภาวะซึมเศร้า	-0.279	0.004	ความสัมพันธ์ทางลบ

อภิปรายผล

การศึกษาปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับความกระตือรือร้นในการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบในครั้งนี้ ผู้วิจัยของอภิปรายผลการวิจัยและนำเสนอตามวัตถุประสงค์การวิจัย ดังนี้

ข้อที่ 1. เพื่อศึกษาระดับความกระตือรือร้นในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบ

จากผลการศึกษาพบว่าผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบ ทั้งเพศหญิงและเพศชาย อายุระหว่าง 18-59 ปี พบระดับความกระตือรือร้นร้อยละ 96.1 โดยรวมแล้วระดับความกระตือรือร้นของกลุ่มตัวอย่างคือระดับสูง (ระดับ 4) ซึ่งหมายความว่ากลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบ เข้าใจบทบาทของตนเอง มีความรู้ มีความมั่นใจและมีพฤติกรรมในการดูแลสุขภาพของตน และสามารถคงไว้ซึ่งพฤติกรรมเหล่านั้นเมื่อเผชิญสถานการณ์ที่เครียด เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นวัยผู้ใหญ่ อายุ 50-59 ปี ร้อยละ 53.8 สภาพร่างกายมีความแข็งแรง และสติปัญญาต่างๆ ยังคงดี และมีระดับความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมองเล็กน้อย ซึ่งอธิบายได้ว่ายังสามารถช่วยเหลือตัวเองได้ดี การรับรู้ยังมีประสิทธิภาพ กลุ่มตัวอย่างยังคงมีสภาพความแข็งแรงทางร่างกาย จิตใจ และสติปัญญา จึงทำให้ยังคงสามารถช่วยเหลือตัวเองในการทำกิจวัตรประจำวัน และมีความรู้ ความเข้าใจในการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพได้อย่างเหมาะสม และกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับปริญญาตรี (ร้อยละ 26.9) ทำให้มีความรู้ความสามารถในการสืบค้นข้อมูลในการที่จะปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมกับโรคหลอดเลือดสมองได้เป็นอย่างดีในด้านต่างๆ เช่น ด้านพฤติกรรมกรรมการรับประทานอาหารที่เหมาะสมกับโรคหลอดเลือดสมอง มีพฤติกรรมกรรมการรับประทานยาได้ตามแผนการรักษาของแพทย์ มีความรับผิดชอบในการจัดการดูแลตนเอง และจากการที่กลุ่มตัวอย่างส่วนมากมีคู่สมรส ทำให้มีการช่วยเหลือซึ่งกันและกัน มีการพึ่งพากัน และคอยส่งเสริมในการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมกับโรคหลอดเลือดสมอง จากเหตุผลดังกล่าวจึงทำให้กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีระดับความกระตือรือร้นในการดูแลตนเองระดับสูง

ข้อที่ 2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรร

ได้แก่ อายุ การรับรู้ภาวะสุขภาพ การสนับสนุนทางสังคม การรับรู้สมรรถนะแห่งตน ภาวะโรคร่วม ภาวะซึมเศร้า

ต่อความกระตือรือร้นในการดูแลตนเองของผู้ที่เป็นโรคหลอดเลือดสมองตีบ

2.1 การรับรู้ภาวะสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความกระตือรือร้นในการดูแลตนเองของผู้ที่เป็นโรคหลอดเลือดสมองตีบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r=0.46$, $p<0.001$) การรับรู้ ภาวะสุขภาพ เป็นกระบวนการทางด้านความคิด ความรู้และความเข้าใจของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบที่มีต่อสุขภาพของตนเอง ที่แปลความหมายหรือประเมินเกี่ยวกับสุขภาพของตนเองทั้งในด้านภาวะสุขภาพดีและภาวะเจ็บป่วยตามสภาพของร่างกายที่ดำเนินไป การรับรู้ภาวะสุขภาพเมื่อการรักษาดำเนินไป และผู้ป่วยรับรู้และปรับตัวได้แล้วความกระตือรือร้นในการดูแลตนเองจะเพิ่มขึ้น มีผลทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพและพฤติกรรมดูแลตนเอง ผลการศึกษาที่ได้ในครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาของ Schmaderer et al. (2016)⁽⁷⁾ พบว่าการรับรู้ภาวะสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความกระตือรือร้นในผู้ป่วยที่มีภาวะโรคร่วม และจากการศึกษาของ Paukkonen et al. (2022)⁽¹⁷⁾ พบว่าผู้ที่มีการรับรู้ภาวะสุขภาพต่ำ ความกระตือรือร้นในการดูแลตนเองจะต่ำ

2.2 การรับรู้สมรรถนะแห่งตนมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความกระตือรือร้นในการดูแลตนเองของผู้ที่เป็นโรคหลอดเลือดสมองตีบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r=0.50$, $p<0.001$) โดยการเรียนรู้สมรรถนะแห่งตน คือ การที่บุคคลมีการรับรู้ความสามารถในการรับรู้ทักษะและเสริมแรงกระตุ้นให้บุคคลมีการกระทำพฤติกรรม เป็นการช่วยสร้างพลังให้กับตนเองทำให้เกิดความรู้สึกรับรู้ว่าบุคคลนั้นจะดำเนินพฤติกรรมนั้นให้สำเร็จได้ ซึ่งเป็นสิ่งสำคัญในการเปลี่ยนแปลงความกระตือรือร้นในการดูแลตนเอง ในด้านความรู้ ทักษะ และความมั่นใจ ในการดูแลตนเอง ซึ่งจากผลการวิจัยพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้สมรรถนะแห่งตนระดับสูงเป็นร้อยละ 88.5 (SD=0.24) อยู่ในระดับมาก ซึ่งผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีคะแนนการรับรู้สมรรถนะแห่งตนที่สูงขึ้น จะมีคะแนนความกระตือรือร้นในการดูแลตนเองสูงขึ้น สอดคล้องกับงานวิจัยของ Mirmazhari et al. (2022)⁽¹⁸⁾ ศึกษาผู้ป่วยโรคหัวใจล้มเหลวที่ได้รับการวินิจฉัยโรคหัวใจล้มเหลวก่อนกลับบ้าน NYHA Class II ถึง IV พบว่าที่มีคะแนนการรับรู้สมรรถนะแห่งตนสูงขึ้นจะมีระดับความกระตือ

รื้อร้นในการดูแลตนเองสูงขึ้น และส่งผลให้มีความกระตือรือร้นในการดูแลตนเองในด้านการออกกำลังกาย การควบคุมอาหาร และให้ความร่วมมือในการรับประทานยา

2.3 ภาวะโรคร่วมมีความสัมพันธ์เชิงลบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติต่อความกระตือรือร้นในการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r=-0.34$, $p<0.001$) โดยพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีโรคร่วมระดับปานกลางร้อยละ 19.2 การมีโรคร่วมมีส่วนทำให้ประสิทธิภาพการทำงานของร่างกายแย่ลง มีผลกระทบในเชิงลบต่อการฟื้นฟูสมรรถภาพ (rehabilitation) และส่งผลต่อการรอดชีวิต รวมถึงระยะเวลาที่อยู่ในโรงพยาบาล⁽¹⁹⁾ สอดคล้องกับการศึกษาของ Dammary et al. (2023)⁽²⁰⁾ พบว่าผู้ที่โรคเรื้อรังตั้งแต่หนึ่งโรคขึ้นไปมีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญกับระดับความกระตือรือร้นต่ำ (ระดับ 1 หรือ 2)

2.4 ภาวะซึมเศร้ามีความสัมพันธ์ทางลบกับความกระตือรือร้นในการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r=-0.27$, $p=0.004$) ผู้ที่เป็นโรคหลอดเลือดสมองตีบที่มีคะแนนภาวะซึมเศร้าสูงขึ้นจะมีคะแนนความกระตือรือร้นในการดูแลตนเองต่ำ เนื่องด้วยภาวะซึมเศร้าส่งผลต่อการดำเนินชีวิตประจำวัน เป็นผลกระทบทางร่างกายจากการป่วยเป็นโรคหลอดเลือดสมอง ทำให้มีข้อจำกัดการทากิจวัตรประจำวันและการช่วยเหลือตนเองจากการเปลี่ยนแปลงไปของร่างกายและความสามารถเหล่านี้ มีผลต่อการรับรู้ตัวลักษณะ อัตมโนทัศน์และค่านิยมส่วนบุคคลของบุคคล ทำให้ท้อแท้ สิ้นหวังไร้ค่า จึงมีความกระตือรือร้นในการดูแลตนเองลดลง สอดคล้องกับการศึกษาของ Ahn et al. (2015)⁽²¹⁾ ในผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมที่มีอายุตั้งแต่ 40 ปีขึ้นไป โดยพบว่าผู้ที่มีความซึมเศร้าสูงมีแนวโน้มความกระตือรือร้นในการดูแลอยู่ในระดับต่ำ

2.5 อายุไม่มีความสัมพันธ์กับความกระตือรือร้นในการดูแลตนเองในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบ ($r=0.02$, $p=0.635$) ลักษณะของกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา จำนวน 104 คน กลุ่มตัวอย่างมีอายุระหว่าง 50-59 ปี จำนวน 56 คน ระหว่าง 40-49 ปี จำนวน 41 คน และ น้อยกว่า 40 ปี จำนวน 7 คน ซึ่งอาจมีความแตกต่างของช่วงอายุที่น้อย และทั้งนี้อาจเนื่องมาจากช่วงอายุของกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่อยู่ในวัยทำงานที่มีรูปแบบการดำเนินชีวิตที่รีบเร่งและมีภาระต้องรับผิดชอบด้าน

เศรษฐกิจ และให้เวลากับครอบครัวมากกว่าตนเอง จึงทำให้มีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองในระดับที่ไม่แตกต่างกัน ส่งผลให้ระดับความกระตือรือร้นไม่แตกต่างกัน และสอดคล้องกับงานวิจัยที่พบว่าอายุเป็นปัจจัยเสี่ยงที่ป้องกันไม่ได้เมื่ออายุมากขึ้นหลอดเลือดก็จะเสื่อมตามไปด้วย และจากการศึกษาพบว่าผู้ที่เป็นโรคหลอดเลือดสมองหลังจากเกิดพยาธิสภาพที่สมอง ระดับของความกระตือรือร้นในการดูแลตนเองหลังจากเกิดโรคหลอดเลือดสมองแตกต่างกันไปขึ้นอยู่กับปัจจัยหลายประการ ซึ่งงานวิจัยที่สอดคล้องของ Tschila et al. (2025)⁽²²⁾ ที่พบว่าอายุไม่มีความสัมพันธ์กับความกระตือรือร้นในการดูแลตนเอง

2.6 การสนับสนุนทางสังคมไม่มีความสัมพันธ์กับความกระตือรือร้นในการดูแลตนเองของผู้ที่เป็นโรคหลอดเลือดสมองตีบ ($r=0.17$, $p=0.074$) โดยจากข้อมูลพบว่ากลุ่มตัวอย่างได้รับการรักษาที่สถานพยาบาลระดับตติยภูมิ รวมถึงได้รับความรู้และการส่งเสริมสุขภาพจากบุคลากรทางการแพทย์ ทีมสหสาขาวิชาชีพในมาตรฐานเดียวกันเป็นประจำอย่างต่อเนื่อง จึงอาจทำให้มีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพที่ไม่แตกต่างกัน ทำให้ระดับความกระตือรือร้นในการดูแลตนเองไม่ต่างกัน ซึ่งในประเทศไทยยังไม่พบการศึกษาในเรื่องของการสนับสนุนทางสังคมที่เกี่ยวข้องกับความกระตือรือร้นในการดูแลตนเองแต่พบการศึกษาที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคเรื้อรังต่างๆ ของอ่อนอุษา ชันธรักษา (2564)⁽²³⁾ ที่พบว่าการสนับสนุนทางสังคมโดยรวมไม่มีความสัมพันธ์ทางสถิติกับพฤติกรรมการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดในผู้ป่วยโรคเบาหวาน และในต่างประเทศ พบว่าการสนับสนุนทางสังคมไม่มีความสัมพันธ์กับความกระตือรือร้นในการจัดการตนเองของผู้ที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง Korpershoek et al. (2016)⁽²³⁾

สรุป

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความกระตือรือร้นในการดูแลตนเอง คือ การรับรู้ภาวะสุขภาพ การรับรู้สมรรถนะแห่งตน ภาวะซึมเศร้า และภาวะโรคร่วม ส่วนอายุและการสนับสนุนทางสังคม ไม่มีความสัมพันธ์กับความกระตือรือร้นในการดูแลตนเองของผู้ที่เป็นโรคหลอดเลือดสมองตีบ

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

การวิจัยครั้งถัดไป ควรมีการศึกษาปัจจัยทำนายความกระตือรือร้นในการดูแลตนเองของผู้ที่เป็นโรคหลอดเลือดสมองตีบ และพัฒนารูปแบบโปรแกรมที่ช่วยเสริมสร้างความกระตือรือร้นในการดูแลตนเอง โดยพัฒนาเป็นโปรแกรมที่เสริมสร้างความรู้ การเพิ่มทักษะ และส่งเสริมความมั่นใจ

รายการอ้างอิง

- World Stroke Organization. [Internet]. [cited 2024 June9]. Available from: <https://www.world-stroke.org/world-stroke-day-campaign/previous-world-stroke-days/world-stroke-day-2017>.
- Winstein CJ, Stein J, Arena R, Bates B, Cherney LR, Cramer SC, et al. Guidelines for Adult Stroke Rehabilitation and Recovery. *Stroke*. 2016;47(6):e98-e169.
- Boonsonthi N, Soiyong P, Techaudomdetch J. Factors Related to Health Behaviors Among Persons with Transient Ischemic Attack. *Nursing Journal CMU* [;47(2):262-73. available at: <https://he02.tci-thaijo.org/index.php/cm nursing/article/view/241818>
- Khumsa-ard S, Thiangtham W, Suwan-ampai P. BEHAVIOR FACTORS RELATED TO RECURRENT STROKE. *J Pub Health Nurse* [internet]. 2017 Oct. 8 [cited 2025 Jul. 15];31:13-26. available from: <https://he01.tcthaijo.org/index.php/phn/article/view/100844>
- Hibbard JH, Stockard J, Mahoney ER, Tusler M. Development of the Patient Activation Measure (PAM): conceptualizing and measuring activation in patients and consumers. *Health services research*. 2004 Aug;39(4p1):1005-26.
- Alexander, J. A., Hearld, L. R., Mittler, J. N., & Harvey, J. (2012). Patient-physician role relationships and patient activation among individuals with chronic illness. *Health services research*, 47(3pt1), 1201-3.
- Schmaderer MS, Zimmerman L, Hertzog M, Pozehl B, Paulman A. Correlates of patient activation and acute care utilization among multimorbid patients. *Western journal of nursing research*. 2016 Oct;38(10):1335-53.
- Tang T, Dou B, Zha HX, Tao LS, Gu ZJ, Liu KY, Xie WP. Factors related to activation in Chinese patients with Chronic obstructive pulmonary disease: A cross-sectional survey study.; 30(3): e209.doi: 10.1097 jnr.0000000000000491. PMID: 35471203.
- Zhu Y, Song Y, Wang Y, Ji H, Wang D, Cai S, Wang A. Relationships among patient activation, social support and online health information seeking of community? dwelling older adults living with coronary heart disease. *Journal of Advanced Nursing*. 2023Jan;79(1):161-9.
- Tang X, Huang J, Wang W, Su X, Yu Z. Predictors of activation among persons with spinal cord injury during hospitalization: A cross-sectional study. *Japan Journal of Nursing Science*. 2023Jul;20(3):e12532.
- Chaisawat N, Jindawong S. Factor Relative to Perceived Self-Care with Stroke Krassaesin Hospital for Songkhla. *Princess of Naradhiwas University Journal*. 2017 Sep 15;9(3):70-82.
- Piewkho S, Jitpanya C, Preechawong S. (2560). Relationships among Coping, Social Support, Perceived Self-efficacy and Health Related-Quality of Life in First-Time Stroke Patients *Journal of Health Sciences and Wellness*, 21(41), 123-36.
- Numkham L, Piaseu N, Panpakdee O, Cunningham SL, Chansatitporn N. Predictors of Albuminuria and Uncontrolled Blood Pressure in People with Hypertension in The Community. *Pacific Rim International Journal of Nursing Research*. 2015 May 20;19(2):135-49.

14. Koositamongkol S, Sindhu S, Pinyopasakul W, Nilanont Y, Redman RW. Factors influencing functional recovery in patients with acute ischemic stroke. *Collegian*. 2013 Dec 1;20(4):207-13.
15. Lotrakul M, Sutida S, Saipanish R. Reliability and validity of the Thai version of the PHQ-9. *BMC Psychiatry* 2008;8:46.
16. Choocherd S, Wanitkun N, Danaidusadeekul S, Yottasurodom C. Relationships among health literacy, severity of disease, patient engagement, perception of person-centred care and quality of life in patients with coronary artery bypass graft surgery. *J Nurs Sci*. 2016;34(2):94-106.
17. Paukkinen L, Oikarinen A, Kahkonen O, Kaakinen P. Patient activation for self-management among adult patients with multimorbidity in primary healthcare settings. *Health science reports*. 2022 Jul;5(4):e735.
18. Mirmazhari R, Ghafourifard M, Sheikhalipour Z. Relationship between patient activation and self-efficacy among patients undergoing hemodialysis: a cross-sectional study. *Ren Replace Ther*;8(1):1-11.
19. P. Appelros, M. Materne, G. Jarl and M. Arvidsson-Lindvall *Journal of Stroke and Cerebrovascular Diseases* 2021 Vol. 30 Issue 10 Pages 106000
20. Dammery G, Vitangcol K, Ansell J, Ellis LA, Smith CL, Carrigan A, Braithwaite J, Zurynski Y. The Patient Activation Measure (PAM) and the pandemic: Predictors of patient activation among Australian health consumers during the COVID-19 pandemic. *Health Expectations*. 2023 Jun;26(3):1107-17.
21. Ahn YH, Kim BJ, Ham OK, Kim SH. Factors associated with patient activation for self-management among community residents with osteoarthritis in Korea. *Journal of Korean Academy of Community Health Nursing*. 2015 Sep 1;26(3):303-11.
22. L. Tsihla, E. Patelarou, E. Detorakis, M. Tsilibaris, A. Patelarou, A. Christodoulakis, et al. *Clin Pract* 2025 Vol. 15 Issue 2 Accession Number: 39996694 PMCID: PMC11853808
23. Korpershoek YJ, Bos-Touwen ID, de Man-Van Ginkel JM, Lammers JW, Schuurmans MJ, Trappenburg JC. Determinants of activation for self-management in patients with COPD. *International journal of chronic obstructive pulmonary disease*. 2016 Aug 1:1757-66.

(Original Article)

Quality of Care Management among Persons with Multiple Trauma at Emergency Department in a Tertiary Care Hospital under the Ministry of Public Health

**Niramon Phawet, **Assist.Prof.Varin Binhosen, **Assist.Prof.Nam-oy Pakdevong,*

**Master of nursing science program in adult and gerontological nursing, Rangsit university*

***School of Nursing, Rangsit university, Pathum Thani Province, Thailand*

Correspondence to: varin.b@rsu.ac.th

(Received : 24 June 25, Revised : 14 Aug. 25, Accepted : 22 Aug. 25)

Abstract

This descriptive research aimed to study the quality of care for multiple trauma patients in the emergency and accident department using the Donabedian model as a conceptual framework. The sample consisted of 83 medical records of multiple trauma patients and 32 professional nurses. The data collection tools were divided into three aspects: structure, process, and outcome. Data were analyzed using descriptive statistics and inferential statistics with the Mann-Whitney U test.

The results showed that, in terms of patient characteristics, the majority were male, with an average age of 38.52 years (SD=14.94), and most injuries resulted from traffic accidents. Regarding healthcare providers, most nurses were female, with an average age of 32.19 years (SD=1.40), held a bachelor's degree (96.88 %), and had an average work experience of 8.28 years (SD=7.68). Overall, their knowledge of multiple trauma patient care was at a high level (62.50 %), and there was no significant difference in knowledge of care management among persons with multiple trauma between those who had attended specialized training and those who had not ($p>0.05$).

For the process of care, during the pre-hospital care phase, emergency response teams took less than 2 minutes to respond, and patients had a Glasgow Coma Score (GCS) of ≤ 8 (58.62 %). In the in-hospital care phase, (100 %) received activated fast track trauma protocols, and approximately half did not experience hemorrhagic shock. In the definitive care phase, most patients underwent surgery within 30 minutes (63.64 %) and were transferred to critical care units, with an average emergency room stay of 290.83 minutes (SD=153.02).

In terms of outcomes, 89.15 % of patients survived. Among those with a low probability of survival ($P_s<0.25$), 77.78 % died, while 16.67 % of patients in the preventable death group ($P_s 0.51-0.74$) did not survive. The findings reflect a certain level of quality in the care provided to multiple trauma patients. However, further development of care protocols is recommended to improve the survival rates of patients whose deaths could potentially be prevented.

Keywords: *quality of care, multiple trauma patients, emergency department*

Royal Thai Air Force Medical Gazette, Vol. 71 No. 2 July - December 2025

(นิพนธ์ต้นฉบับ)

คุณภาพการจัดการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บหลายระบบที่เข้ารับการรักษาในหน่วยงาน อุบัติเหตุฉุกเฉิน ในโรงพยาบาลตติยภูมิแห่งหนึ่งในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข

*นิรมล ผาเวช, **ผศ.ดร.วารินทร์ บินโฮเซ็น, **ผศ.ดร.น้ำอ้อย ภักดีวงศ์

*หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ, มหาวิทยาลัยรังสิต

**คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยรังสิต

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงบรรยายครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาคุณภาพการจัดการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บหลายระบบในหน่วยงานอุบัติเหตุฉุกเฉิน โดยใช้แนวคิด Donabedian model เป็นกรอบแนวคิด กลุ่มตัวอย่างประกอบด้วย เวชระเบียนผู้ป่วยบาดเจ็บหลายระบบ 83 ราย และ พยาบาลวิชาชีพ 32 ราย เครื่องมือที่ใช้เก็บรวบรวมข้อมูลแบ่งออกเป็น 3 ส่วน ได้แก่ ด้านโครงสร้าง ด้านกระบวนการ และด้านผลลัพธ์ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงบรรยายและสถิติเชิงอ้างอิง Mann-Whitney U test

ผลการวิจัยพบว่า โครงสร้างด้านผู้ป่วย ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย อายุเฉลี่ย 38.52 ปี (SD=14.94) และบาดเจ็บจากอุบัติเหตุจราจร โครงสร้างด้านผู้ให้บริการพบว่าพยาบาลส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง อายุเฉลี่ย 32.19 ปี (SD=1.40) มีวุฒิการศึกษาระดับปริญญาตรี (ร้อยละ 96.88) และมีประสบการณ์การทำงานเฉลี่ย 8.28 ปี (SD=7.68) ความรู้ในการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บหลายระบบโดยรวมอยู่ในระดับสูง (ร้อยละ 62.50) โดยกลุ่มที่เคยและไม่เคยอบรมเฉพาะทางมีความรู้ในการจัดการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บหลายระบบไม่แตกต่าง ($p>.05$) ด้านกระบวนการพบว่าระยะการดูแล ณ จุดเกิดเหตุ (Pre hospital care) การออกปฏิบัติงานใช้เวลาไม่น้อยกว่า 2 นาที และผู้ป่วยมีค่า Glasgow Coma Score ≤ 8 (ร้อยละ 58.62) ระยะการดูแลในโรงพยาบาล (in hospital care) พบว่าผู้ป่วย (ร้อยละ 100) ได้รับการ activated fast track trauma และไม่เกิดภาวะช็อกจากการเสียเลือด (ร้อยละ 56.63) ระยะจำหน่ายไปยังหน่วยงานที่เหมาะสม (definitive care) ได้รับการผ่าตัดภายใน 30 นาที (ร้อยละ 63.64) และถูกส่งต่อไปยังหอผู้ป่วยวิกฤต และมีระยะเวลาเฉลี่ยอยู่ในห้องฉุกเฉิน 290.83 นาที (SD=153.02) ด้านผลลัพธ์ พบว่าผู้ป่วยรอดชีวิตร้อยละ 89.15 โดยกลุ่มที่มีโอกาสรอดชีวิตต่ำ ($P<0.25$) เสียชีวิตร้อยละ 77.78 ขณะที่กลุ่มที่สามารถป้องกันการเสียชีวิตได้ ($P<0.51-0.74$) เสียชีวิตร้อยละ 16.67 ผลการวิจัยสะท้อนให้เห็นถึงคุณภาพการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บหลายระบบที่มีมาตรฐานในระดับหนึ่ง อย่างไรก็ตามควรพัฒนาแนวทางการดูแลเพิ่มเติมเพื่อเพิ่มอัตราการรอดชีวิตของผู้ป่วยที่สามารถป้องกันการเสียชีวิตได้

คำสำคัญ: คุณภาพการดูแลผู้ป่วย, ผู้ป่วยบาดเจ็บหลายระบบ, หน่วยงานอุบัติเหตุฉุกเฉิน

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

การบาดเจ็บหลายระบบ (multiple trauma) เป็นปัญหาสำคัญของสาธารณสุขทั่วโลก⁽¹⁾ เนื่องจากอุบัติเหตุก่อให้เกิดการบาดเจ็บหลายระบบและมักมาจากการได้รับบาดเจ็บที่รุนแรงต่ออวัยวะที่สำคัญ เช่น สมอง หัวใจ ปอด ไต และตับ ทำให้ผู้ป่วยบาดเจ็บเสียชีวิตเป็นจำนวนมาก ช็อกหมดสติ ขาดออกซิเจน ระบบไหลเวียนเลือดและหายใจล้มเหลวในที่สุด และอาจก่อให้เกิดความพิการ⁽²⁾ ส่งผลกระทบทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และเศรษฐกิจ⁽³⁻⁷⁾ โดยส่วนมากมักเกิดจากอุบัติเหตุบนท้องถนน ในกลุ่มประเทศทางยุโรปผู้ป่วยบาดเจ็บ

หลายระบบ มีอัตราการเสียชีวิตเพิ่มขึ้น โดยอันดับหนึ่งคือภาคตะวันออกของยุโรปเพิ่มขึ้นจาก 71 เป็น 89 ต่อประชากร 100,000 คน รองลงมาคือภาคกลางของยุโรปเพิ่มขึ้นจาก 34 เป็น 42 ต่อประชากร 100,000 คน และลำดับสุดท้ายคือภาคตะวันตกของยุโรปเพิ่มขึ้นจาก 25 เป็น 28 ต่อประชากร 100,000 คน ภายในปี 2000-2019⁽⁸⁾ จากการรายงานขององค์การอนามัยโลก พบว่าในทวีปแอฟริกาอัตราการเสียชีวิตเท่ากับ 26.6 ต่อประชากร 100,000 คน หรือเทียบเท่า 3 เท่าของยุโรป⁽¹⁾ ประเทศไทยมีอัตราการเสียชีวิตของประชาชนจากอุบัติเหตุบนท้องถนนเป็นลำดับ 5 ของประเทศ พบมี

แนวโน้มอัตราการเสียชีวิตต่อประชากรหนึ่งแสนคนเพิ่มขึ้น ในปี 2564 ถึง 2566 จาก 25.5 คน เป็น 26.0 คน ซึ่งเป็นการเสียชีวิตที่เกิดจากอุบัติเหตุทางท้องถนน⁽⁹⁾

ผลกระทบจากการเกิดการบาดเจ็บหลายระบบ ส่งผลกระทบทางร่างกายทั้งเฉียบพลันและเรื้อรัง คุณภาพชีวิต ด้านสุขภาพโดยรวมของผู้บาดเจ็บหลายระบบอยู่ในระดับ ไม่ดี พบว่าเพียงร้อยละ 36.8 ของกลุ่มตัวอย่างสามารถ กลับมาทำงานได้อย่างสมบูรณ์ ขณะที่ร้อยละ 29.3 ไม่สามารถ กลับมาทำงานได้⁽¹⁰⁾ คณะกรรมการอุบัติเหตุของวิทยาลัยแพทย์ แห่งสหรัฐอเมริกา จึงได้พัฒนาและกำหนดมาตรฐานการดูแล ผู้ได้รับบาดเจ็บหลายระบบตาม Advanced Trauma Life Support (ATLS) แบ่งการดูแลเป็น 3 ระยะ ได้แก่ การดูแล ณ จุดเกิดเหตุ (Pre hospital care) การดูแลผู้บาดเจ็บใน โรงพยาบาล (In hospital care) และการจำหน่ายไปยัง หน่วยงานที่เหมาะสม (Definitive care) ในการดูแลผู้ป่วย ชับซ้อน การดูแลช่วยเหลือต้องมีคุณภาพ จากแนวคิดของ Donabedian⁽¹¹⁾ เป็นการประเมินคุณภาพการให้บริการ ต้องพิจารณาองค์ประกอบ เป็น 3 ด้าน ประกอบด้วย มาตรฐาน เชิงโครงสร้าง หมายถึง คุณลักษณะ คุณสมบัติที่ตั้งขึ้นมา เพื่อใช้ในการให้บริการ มาตรฐานเชิงกระบวนการ หมายถึง กิจกรรมที่เกิดขึ้นจริงในการดูแลสุขภาพ รวมทั้งด้านการ รักษาพยาบาล การป้องกันโรค การฟื้นฟูสภาพการสอน แนะนำผู้ป่วย มาตรฐานเชิงผลลัพธ์ หมายถึง ผลที่เกิดขึ้นกับ ผู้ป่วยและเป็นผลที่มาจากการดูแล รวมถึงการเปลี่ยนแปลง ด้านสุขภาพ การเปลี่ยนแปลงของระดับความรู้ หรือความเชื่อ ต่างๆ ด้านสุขภาพ ความพึงพอใจในการรับบริการของผู้ป่วย และญาติ เพื่อการให้บริการการพยาบาลดังกล่าวสู่คุณภาพที่ ยั่งยืน

จากการทบทวนงานวิจัย พบว่าด้านการคัดกรอง ผู้ป่วยและการรักษาพยาบาลเร่งด่วนฉุกเฉิน พบว่าพยาบาล วิชาชีพที่คัดกรองผู้ป่วยบาดเจ็บ ต้องรอคำสั่งจากแพทย์ ประกอบกับความแออัดของผู้ป่วย ทำให้ผู้ป่วยบางราย ไม่ได้รับการช่วยเหลือเร่งด่วนตั้งแต่ต้น การผลัดเปลี่ยน หมุนเวียนของแพทย์ใช้ทุน ในกรณีผู้ป่วยบาดเจ็บหลายระบบ ไม่มีแผนการดูแลที่เป็นไปในแนวทางเดียวกัน ทำให้ล่าช้า ในการตัดสินใจแก้ปัญหา⁽¹²⁾ แต่หลังจากได้พัฒนาระบบให้มี รูปแบบการจัดกรการรายกรณีผู้ป่วยบาดเจ็บหลายระบบ พบว่า พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการพยาบาลร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพ

ตามแนวทางที่กำหนดได้มากกว่าร้อยละ 80 ความพึงพอใจ ของพยาบาลวิชาชีพโดยรวมอยู่ในระดับ มาก (ค่าเฉลี่ย = 4.67, SD=0.48) และผลลัพธ์ ตัวชี้วัดคุณภาพการรักษายาบาล พบว่าผ่านเกณฑ์ตามเป้าหมายที่กำหนดไว้ร้อยละ 80.00 แต่ยังมีอัตราการเสียชีวิตสูงกว่าเกณฑ์ที่ตั้งไว้ถึงร้อยละ 11.39 เนื่องจากการที่ไม่มีแผนการรักษาที่ต่อเนื่อง การคัดกรอง ผู้บาดเจ็บตามทักษะและประสบการณ์ของพยาบาล ประกอบกับ การรักษาต้องรอคำสั่ง ส่งผลทำให้การปฏิบัติการรักษาของ ทีมดูแลผู้บาดเจ็บล่าช้า และขาดผู้ติดตามให้ทีมสหวิชาชีพ ปฏิบัติตามแผนการดูแลอย่างต่อเนื่อง⁽¹²⁾ นอกจากนี้ยังมีการพัฒนารูปแบบการพยาบาลผู้บาดเจ็บรุนแรงหลายระบบ ของโรงพยาบาลกระบี่ ตั้งแต่จุดเกิดเหตุจนกระทั่งจำหน่าย ประกอบด้วยการดูแล 3 ระยะคือการดูแล ณ จุดเกิดเหตุ การดูแลที่ห้องอุบัติเหตุฉุกเฉิน การดูแลในระยะต่อเนื่อง และติดตามหลังจำหน่าย ผลลัพธ์การดูแลพบว่าผู้บาดเจ็บ ซึ่งถูกคัดแยกเป็นสีแดงอยู่ในห้องอุบัติเหตุฉุกเฉินน้อยกว่า 2 ชั่วโมงเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 76.51 เป็นร้อยละ 97.06 ได้รับเลือด ภายใน 30 นาที เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 69.56 เป็นร้อยละ 88.75 ผู้บาดเจ็บที่มีภาวะ penetrating abdominal trauma with shock ได้รับการผ่าตัดใน 30 นาที เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 77.26 เป็นร้อยละ 81.47 ผู้บาดเจ็บที่มีค่าโอกาสการรอดชีวิตร้อยละ 75 (Ps 0.75) เสียชีวิตลดลงจากร้อยละ 9.52 เหลือร้อยละ 4.04 ส่งผลให้พยาบาลวิชาชีพมีความพึงพอใจต่อการใช้นวปฏิบัติเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 78.36 เป็นร้อยละ 85.68⁽¹³⁾

สถานการณ์ในพื้นที่ที่ศึกษา เป็นหน่วยงานอุบัติเหตุ ฉุกเฉินเป็นโรงพยาบาลระดับตติยภูมิแห่งหนึ่ง พบสถิติผู้ป่วย ที่เข้ารับบริการในหน่วยงานอุบัติเหตุฉุกเฉินปีงบประมาณ 2566 มีจำนวนผู้เข้ารับบริการมากถึง 45,298 ราย ในจำนวนนี้เป็น ผู้ป่วยอุบัติเหตุจำนวน 15,371 ราย เป็นผู้ป่วยบาดเจ็บหลาย ระบบที่เข้าสู่กระบวนการ activated fast track trauma จำนวน 127 ราย มีอัตราการเสียชีวิตในหน่วยงานอุบัติเหตุฉุกเฉิน ใน 24 ชั่วโมง จำนวน 17 ราย คิดเป็นร้อยละ 13 ซึ่งสูงกว่า ตัวชี้วัดที่กำหนดไว้น้อยกว่าร้อยละ 12 จากการดำเนินงาน ในพื้นที่ศึกษาได้นำแนวปฏิบัติในการช่วยชีวิตผู้บาดเจ็บขั้นสูง (Advanced Trauma Life Support) มาใช้ในการปฏิบัติงาน เริ่มมีการนำมาใช้ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2554 ยังไม่มีการติดตามและ เก็บรวบรวมข้อมูลอย่างเป็นระบบ ตลอดจนยังไม่มีการติดตาม ผลลัพธ์ จึงยังไม่ทราบว่าขั้นตอนใดที่ยังต้องพัฒนาเพื่อให้

เป็นไปตามมาตรฐานการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บหลายระบบ ดังนั้น ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาคุณภาพการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บหลายระบบที่เข้ารับบริการในหน่วยงานอุบัติเหตุฉุกเฉิน เพื่อนำข้อมูลมาปรับปรุง ในส่วนของโครงสร้างและกระบวนการให้มีคุณภาพ และส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นต่อไป

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาคุณภาพด้านโครงสร้าง ได้แก่ การเปรียบเทียบความรู้ในการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บหลายระบบของพยาบาลที่ปฏิบัติงานในหน่วยงานอุบัติเหตุฉุกเฉิน

2. เพื่อศึกษาคุณภาพของกระบวนการการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บหลายระบบในระยการดูแล ณ จุดเกิดเหตุ (Pre-hospital care) ระยะการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บในโรงพยาบาล (In hospital care) ระยะจำหน่ายไปยังหน่วยงานที่เหมาะสม (Definitive care)

3. เพื่อศึกษาผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บหลายระบบที่เข้ารับบริการในหน่วยงานอุบัติเหตุฉุกเฉิน

โครงสร้างของการดูแลบุคลากร - ความรู้พยาบาลในการดูแลผู้ป่วย	กระบวนการของการดูแล 1. Pre-hospital care - ศูนย์สั่งการรับแจ้งเหตุ - ประเมินอาการทางโทรศัพท์ - สั่งการให้ทีมออกช่วยเหลือ - การปฏิบัติการ - ทีม ALS ออกช่วยเหลือ - ผู้บาดเจ็บ ณ จุดเกิดเหตุ - ให้การดูแลตาม Primary Survey / Secondary Survey / Re-evaluation / Record 2. In hospital care - การดูแลที่ห้องฉุกเฉิน - Preparation / Triage / Primary Survey / Resuscitate / Adjuncts / Consider Need For Patient Transfer 3. การดูแลในระยะ Definitive Care - OR / ICU / Ward / Refer / Discharge	ผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วย ผลลัพธ์ ด้านกระบวนการ 1. Pre hospital care - Dispatch time ภายใน 2 นาที ร้อยละ ≥ 90 - Response time ภายใน 10 นาที ร้อยละ ≥ 30 2. In hospital care - ผู้ป่วยอุบัติเหตุที่ผ่านการ Triage ได้รับ Activate Fast Tract Trauma ร้อยละ 100 - ผู้บาดเจ็บหลายระบบได้รับการใส่ท่อช่วยหายใจ ถ้า GCS ≤ 8 ร้อยละ ≥ 80 - ผู้บาดเจ็บหลายระบบได้รับการ Protect c-spine ร้อยละ ≥ 80 - ผู้ป่วย Hypovolemic Shock หลังได้ Crystalloid 2,000 cc. และได้รับเลือดถุงแรกทันที ร้อยละ ≥ 80 - ระยะเวลาเฉลี่ยในการเตรียมผู้ป่วยผ่าตัด < 30 นาที ร้อยละ ≥ 80 - ผู้ป่วยบาดเจ็บหลายระบบอยู่ในห้องฉุกเฉินไม่เกิน 2 ชั่วโมง ร้อยละ ≥ 60 ผลลัพธ์ด้านผู้ป่วย - โอกาสรอดชีวิต - ร้อยละของการเสียชีวิต
--	--	--

รูปที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีการดำเนินการวิจัย

งานวิจัยครั้งนี้เป็นงานวิจัยเชิงพรรณนาเปรียบเทียบ (descriptive comparative) แบบ retrospective study เพื่อศึกษาคุณภาพการจัดการดูแลผู้บาดเจ็บหลายระบบ ที่เข้ารับการรักษาในหน่วยงานอุบัติเหตุฉุกเฉินในโรงพยาบาล ตติยภูมิแห่งหนึ่ง

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรเข้าถึง (accessible population) เป็น พยาบาลวิชาชีพ และเวชระเบียนของผู้ที่เข้ารับการรักษา ที่แผนกอุบัติเหตุฉุกเฉิน ที่แพทย์วินิจฉัยว่าเป็น fast track trauma และได้เข้าสู่ระบบ fast track trauma ได้รับการดูแลที่แผนกอุบัติเหตุฉุกเฉิน ระหว่างวันที่ 1 ตุลาคม 2565 ถึง 30 กันยายน 2566

เกณฑ์ในการเลือกกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างเลือกจากประชากรเข้าถึงแบบเฉพาะเจาะจง โดยมีเกณฑ์คัดเข้า (inclusion criteria) 2 กลุ่ม ดังนี้

1. กลุ่มตัวอย่างที่เป็นพยาบาลวิชาชีพ

1.1 เป็นพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานประจำในแผนกอุบัติเหตุฉุกเฉินที่ได้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บหลายระบบที่มีอายุงานตั้งแต่ 1 ปีขึ้นไป

1.2 ยินดีและสมัครใจเข้าร่วมโครงการวิจัย

2. กลุ่มตัวอย่างที่เป็นเวชระเบียนของผู้ที่เข้ารับการรักษาที่แผนกอุบัติเหตุฉุกเฉินเข้าสู่ระบบ fast track trauma

2.1 ผู้ป่วยที่แพทย์วินิจฉัยว่าเป็น fast track trauma และได้รับการดูแลที่แผนกอุบัติเหตุฉุกเฉินในปีงบประมาณ 2566 ตั้งแต่วันที่ 1 ตุลาคม 2565 ถึง 30 กันยายน 2566

2.2 เป็นผู้ป่วย fast track trauma ที่ได้รับการดูแลที่แผนกอุบัติเหตุฉุกเฉินจนถึงจำหน่ายออกจากแผนกอุบัติเหตุฉุกเฉิน โดยการเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยในของโรงพยาบาลพื้นที่ศึกษา รวมถึงการส่งต่อไปรักษาที่โรงพยาบาลอื่น

2.3 มีอายุ 18 ปีขึ้นไป

2.4 มีข้อมูลที่ต้องการศึกษาในเวชระเบียน

ครบถ้วน

ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง

1. กลุ่มตัวอย่างที่เป็นพยาบาลวิชาชีพที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ จำนวน 32 คน

2. กลุ่มตัวอย่างที่เป็นเวชระเบียน จำนวนจากขนาดของประชากร 127 คน กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติ (level of significant) = 0.05, sample size for precision $\pm 10\%$ ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่าง 83 ราย (Norwood, 2000)

พื้นที่ที่ศึกษา

หน่วยงานอุบัติเหตุฉุกเฉินและกู้ชีพ โรงพยาบาล ตติยภูมิแห่งหนึ่ง

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยและคุณภาพของเครื่องมือ

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย 3 ส่วน โดยให้ผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา 3 ท่าน ได้แก่ แพทย์เวชศาสตร์ฉุกเฉิน อาจารย์พยาบาล และพยาบาลชำนาญการพิเศษด้านพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉิน ดังนี้

1. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลด้านโครงสร้าง ได้แก่

1.1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของพยาบาลวิชาชีพ ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส การอบรมเฉพาะทาง ตำแหน่งงาน ระยะเวลาการทำงาน ค่า CVI=1.0 ขอแนบเอกสารการคำนวณค่า CVI

1.2 แบบทดสอบความรู้ในการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บหลายระบบของพยาบาลวิชาชีพ โดยผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม แบ่งเป็น 3 ระยะ ได้แก่ 1) ระยะการดูแล ณ จุดเกิดเหตุ จำนวน 10 ข้อ 2) ระยะการดูแลผู้บาดเจ็บในโรงพยาบาล จำนวน 28 ข้อ และ 3) ระยะจำหน่ายไปยังหน่วยงานที่เหมาะสม จำนวน 2 ข้อ รวมจำนวน 40 ข้อ เป็นคำถามแบบปรนัย มีคำตอบให้เลือกตอบ 4 ตัวเลือก มีคำตอบที่ถูกต้องเพียงข้อเดียว ตอบถูกได้ 1 คะแนน ตอบผิดได้ 0 คะแนน ช่วงค่าพิสัยของคะแนนอยู่ระหว่าง 0-40 คะแนน ค่า CVI=0.94 หาค่าความเชื่อมั่นชนิดความสอดคล้องภายใน (internal consistency reliability) ด้วยค่า Kuder-Richardson 20 (KR-20) กลุ่มที่น่าไปทดลอง มีค่าเท่ากับ 0.79 และกลุ่มตัวอย่างจริงมีค่าเท่ากับ 0.73

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลด้านกระบวนการ ได้แก่

2.1 แบบบันทึกการกระบวนการณ์ในระยะ การดูแล ณ จุดเกิดเหตุ (Pre hospital care) ที่ผู้วิจัย พัฒนาขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม ประกอบด้วย 1) ร้อยละ ของการปฏิบัติการภายใน 2 นาที 2) ร้อยละของเวลา การออกจากโรงพยาบาลถึงจุดเกิดเหตุน้อยกว่า 10 นาที 3) ร้อยละของผู้ป่วยบาดเจ็บหลายระบบได้รับการใส่ท่อ ช่วยหายใจถ้า GCS น้อยกว่าหรือเท่ากับ 8 4) ร้อยละของ ผู้ป่วยบาดเจ็บหลายระบบได้รับการ Protect C-Spine โดย ศึกษาข้อมูลจากเวชระเบียน ค่า CVI=1.0

2.2 แบบบันทึกการกระบวนการณ์ในระยะ การดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บในโรงพยาบาล (In hospital care) ที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม ประกอบด้วย 1) ร้อยละของผู้ป่วยอุบัติเหตุที่ผ่านการ triage ได้รับ activate fast track trauma 2) ร้อยละของผู้ป่วย hypovolemic shock หลังได้ Crystalloid 2,000 cc. และได้รับเลือด ฉุกเฉินทันที 3) ร้อยละของผู้บาดเจ็บหลายระบบได้รับการ ใส่ท่อช่วยหายใจถ้า GCS น้อยกว่าเท่ากับ 8 และ 4) ร้อยละ ของผู้ป่วยบาดเจ็บหลายระบบได้รับการ Protect c-spine โดย ศึกษาข้อมูลจากเวชระเบียน ค่า CVI=1.0

2.3 แบบบันทึกการกระบวนการณ์ในระยะ จำหน่ายไปยังหน่วยงานอื่น (Definitive care) ที่ผู้วิจัย พัฒนาขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม ประกอบด้วย 1) ร้อยละ ระยะเวลาเฉลี่ยในการเตรียมผู้ป่วยผ่าตัดน้อยกว่า เท่ากับ 30 นาที และ 2) ร้อยละผู้ป่วยบาดเจ็บหลายระบบ อยู่ในห้องฉุกเฉินไม่เกิน 2 ชั่วโมง โดยศึกษาข้อมูลจาก เวชระเบียน ค่า CVI=1.0

3. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลด้าน ผลลัพธ์ ได้แก่

3.1 แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วย ได้แก่ เพศ อายุ อาชีพ สถานภาพสมรส โรคประจำตัว สาเหตุของการบาดเจ็บ กลไกการบาดเจ็บ ประเภทของการ นำส่งโรงพยาบาล อวัยวะที่ได้รับบาดเจ็บ การคัดแยกระดับ ความรุนแรงของการบาดเจ็บ ค่า CVI=1.0 ขอแนบเอกสาร การคำนวณค่า CVI

3.2 แบบบันทึกโอกาสรอดชีวิต (Ps) ของผู้ป่วยบาดเจ็บหลายระบบที่มีค่า Ps score 0.75-1, <1 % ซึ่งคำนวณโดย TRISS methodology ประกอบด้วย

การให้ค่าการตอบสนองของร่างกายหลังการบาดเจ็บ (revised trauma score) และความรุนแรงของการบาดเจ็บ (injury severity score) ค่า CVI=1.0

3.3 แบบบันทึกอัตราการเสียชีวิต คือ ผู้เสียชีวิตจากจำนวนผู้ป่วยบาดเจ็บหลายระบบที่ศึกษา คิดเป็น ร้อยละ ค่า CVI=1.0

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการ วิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยรังสิต ตามเอกสารรับรองเลขที่ COA. No. RSUERB2024-067 ลงวันที่ 19 เมษายน 2567 และโรงพยาบาลพรัตนราชธานี เลขที่ 9/2567 ลงวันที่ 8 พฤษภาคม 2567 โดยผู้วิจัยยึดหลักการด้านจริยธรรม การวิจัยในคนดังต่อไปนี้

1. กลุ่มตัวอย่างที่เป็นพยาบาลวิชาชีพ

หลักการเคารพความเป็นบุคคล (respect for persons) โดยเคารพในการขอความยินยอม ผู้วิจัยให้ข้อมูล อย่างครบถ้วน และให้ผู้เข้าร่วมวิจัยตัดสินใจอย่างอิสระ ปราศจากการบังคับข่มขู่ หรือให้สินจ้าง เคารพในความเป็นส่วนตัว ของผู้เข้าร่วมวิจัย (respect for privacy) โดยใช้เวลาทำ แบบทดสอบ ให้ความเป็นส่วนตัว เคารพในการเก็บรักษาความลับ ของข้อมูลส่วนบุคคลของผู้เข้าร่วมวิจัย แบบบันทึกข้อมูล (care respect form) ใบยินยอม (consent form) แบบทดสอบ ผู้วิจัยจะเก็บรักษาไว้เป็นความลับ โดยเก็บไว้ในตู้ที่มี กุญแจล็อก และให้การบันทึกเป็นรหัส (code) แทนชื่อเก็บ เอกสารไว้จนกว่าจะครบกำหนดทำลาย หลักคุณประโยชน์ (beneficence) กลุ่มตัวอย่างที่เป็นพยาบาลจะยังไม่ ได้ รับประโยชน์ในทันที แต่จะได้รับประโยชน์หลังจากทำการวิจัย ลึ้นสุด และจะได้ทราบถึงคุณภาพการจัดการดูแลผู้ป่วย บาดเจ็บหลายระบบของตนเอง และสามารถพัฒนาความ สามารถของตนเองในการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บหลายระบบ เพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น และหลักยุติธรรม (justice) ในการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง (selected for subjects) มีการกำหนดเกณฑ์การคัดเลือกตามคุณสมบัติที่ กำหนดอย่างชัดเจน ผู้วิจัยไม่มีอคติ (selection bias) ภายใต้ ความยินยอมของผู้เข้าร่วมวิจัย จึงให้ลงนามในหนังสือยินยอม การเข้าร่วมวิจัย ผู้ที่ยินยอมเข้าร่วมวิจัยหรือไม่ยินยอมเข้าร่วม วิจัยจะไม่มีผลกระทบใดๆ ต่อการปฏิบัติงานในหน่วยงาน

2. กลุ่มตัวอย่างที่เป็นเวชระเบียนของผู้บาดเจ็บหลายระบบ ที่ได้รับการรักษาที่แผนกอุบัติเหตุฉุกเฉินเข้าสู่ระบบ fast track trauma

หลักการเคารพความเป็นบุคคล (respect for persons) การสืบค้นข้อมูลจากเวชระเบียน การเข้าถึงเพิ่มข้อมูลผู้ป่วย ซึ่งผู้วิจัยจะได้รับความยินยอมในการเข้าถึงข้อมูลผู้ป่วยจากหัวหน้างานเวชระเบียน และทำการบันทึกข้อมูล โดยทำการบันทึกข้อมูลที่ห้องเวชระเบียน และกระทำโดยผู้วิจัยและจำกัดเฉพาะข้อมูลที่เกี่ยวข้องภายในระยะเวลาที่กำหนดที่ทำการศึกษาวิจัยเท่านั้น การบันทึกข้อมูลจะทำการเปลี่ยนแปลงหมายเลขประจำตัวผู้ป่วย (hospital number: HN) เป็นหมายเลขการศึกษาวิจัย (case number) เก็บเอกสารไว้จนกว่าจะครบกำหนด 3 ปี และทำลายด้วยการย่อยเอกสาร จะไม่มีการบันทึกหมายเลขประจำตัวผู้ป่วยลงในแบบบันทึกข้อมูลเพื่อเป็นการรักษาความลับของผู้ป่วย ข้อมูลที่ผู้เข้าร่วมวิจัยได้เปิดเผยแล้วจะยังเก็บรักษาไว้เป็นความลับ ประกอบด้วย 3 ขั้นตอน คือ 1) ใช้การบันทึกที่เป็นรหัส (Code) แทนชื่อของกลุ่มตัวอย่าง 2) เก็บเอกสารไว้ในตู้ที่มีกุญแจล็อกและเข้าถึงได้เฉพาะผู้วิจัยเท่านั้น 3) เอกสารจะถูกเก็บไว้จนครบ 3 ปี และจะทำลายโดยการย่อยเอกสารข้อมูลส่วนตัวจะถูกเก็บรวบรวมไว้และนำมาใช้เพื่อวัตถุประสงค์ทางการวิจัย โดยจะไม่มีการอ้างอิงถึงชื่อของผู้เข้าร่วมวิจัยในรายงานหรือวารสารใดๆ หลักคุณประโยชน์ (beneficence) ผู้บาดเจ็บหลายระบบที่เป็นเจ้าของเวชระเบียนอาจยังไม่ได้รับประโยชน์โดยตรงจากการเก็บข้อมูลครั้งนี้ แต่ข้อมูลที่ได้จากการศึกษาจะนำไปสู่การปรับปรุงการจัดการดูแลผู้บาดเจ็บหลายระบบที่เข้ารับการรักษาในหน่วยงานอุบัติเหตุฉุกเฉินและกู้ชีพได้มีประสิทธิภาพมากขึ้นและหลักยุติธรรม (justice) ในการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง (selection of subjects) มีการกำหนดเกณฑ์การคัดเลือกตามคุณสมบัติที่กำหนดอย่างชัดเจน

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. การเก็บรวบรวมข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างที่เป็นพยาบาลวิชาชีพ ขอเก็บข้อมูลในวันที่มีการประชุมประจำเดือนของหน่วยงานอุบัติเหตุฉุกเฉิน

2. การเก็บข้อมูลจากเวชระเบียนของผู้บาดเจ็บหลายระบบที่เข้ารับการรักษาที่หน่วยงานอุบัติเหตุฉุกเฉินในระหว่างเดือน ตุลาคม พ.ศ. 2565 ถึงเดือน กันยายน

พ.ศ. 2566 จำนวน 83 ราย เมื่อผู้วิจัยได้ทำการสืบค้นข้อมูลจากเวชระเบียนเรียบร้อยแล้ว ผู้วิจัยจะทำการบันทึกข้อมูลในแบบบันทึกข้อมูล

3. ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้ทั้งหมดไปวิเคราะห์ตามวิธีการทางสถิติ

การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลส่วนบุคคลของพยาบาลวิชาชีพ ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วย กระบวนการในระหว่างการดูแล ณ จุดเกิดเหตุ (Pre hospital care) กระบวนการในระหว่างการดูแลผู้บาดเจ็บในโรงพยาบาล (In hospital care) กระบวนการในระยะจำหน่ายไปยังหน่วยงานอื่น (Definitive care) ค่าโอกาสรอดชีวิต (Ps) ของผู้บาดเจ็บหลายระบบที่ค่า Ps score 0.75-1, <1 % ซึ่งคำนวณโดย TRISS methodology และอัตราการรอดชีวิตวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ส่วนเปรียบเทียบความรู้ในการดูแลผู้บาดเจ็บหลายระบบของพยาบาลวิชาชีพ ระหว่างกลุ่มที่ไม่เคยผ่านการอบรมกับกลุ่มที่เคยผ่านการอบรมระยะสั้นเกี่ยวกับ EMS nurse วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติ Mann-Whitney U Test เนื่องจากทดสอบการกระจายของคะแนนความรู้ไม่เป็นลักษณะโค้งปกติ

ผลการวิจัย

ผลการศึกษาประกอบด้วย 3 ส่วนคือ คุณภาพการจัดการดูแลผู้บาดเจ็บหลายระบบด้านโครงสร้างกระบวนการ และผลลัพธ์ ดังนี้

ส่วนที่ 1 คุณภาพการจัดการดูแลผู้บาดเจ็บหลายระบบด้านโครงสร้าง

กลุ่มตัวอย่างที่เป็นพยาบาลวิชาชีพ จำนวน 32 ราย เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 90.63) มีอายุระหว่าง 23-50 ปี เฉลี่ย 32.19 ปี (SD=1.40) โดยมีอายุระหว่าง 20-35 ปี มากที่สุด (ร้อยละ 71.88) เกือบทั้งหมดมีการศึกษาในระดับปริญญาตรี (ร้อยละ 96.88) มีสถานภาพสมรสโสด (ร้อยละ 75.00) มีตำแหน่งงานเป็นพยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการมากที่สุด (ร้อยละ 59.38) มีระยะเวลาปฏิบัติงานระหว่าง 1-31 ปี มากที่สุด 4-6 ปี (ร้อยละ 34.38) เฉลี่ย 8.28 ปี (SD=7.68) และ (ร้อยละ 46.88) เคยมีประสบการณ์การอบรมระยะสั้นมากกว่า 1 ปีที่ผ่านมา

กลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้ป่วยบาดเจ็บหลายระบบ จำนวน 83 ราย (ร้อยละ 86.75) เป็นเพศชาย มีอายุระหว่าง 19-88 ปี โดยมีอายุเฉลี่ย 38.52 ปี (SD=14.94) ร้อยละ 51.81 มีอายุระหว่าง 18-35 ปี มีสถานภาพสมรสโสด ร้อยละ 54.22 มีอาชีพเป็นผู้ใช้แรงงานร้อยละ 43.37 สาเหตุของการบาดเจ็บมาจากการจราจรร้อยละ 74.70 และถูกนำส่งโดยชุดปฏิบัติการระดับสูงและระดับต้น อยู่ในปริมาณที่ใกล้เคียงกัน (ร้อยละ 34.94 และ 30.12 ตามลำดับ)

ความรู้ในการจัดการการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บหลายระบบที่เข้ารับการรักษาในหน่วยงานอุบัติเหตุฉุกเฉินของพยาบาลวิชาชีพโดยรวม มีคะแนนระหว่าง 23-37 คะแนน (คะแนนเต็ม 40 คะแนน) คะแนนเฉลี่ย 31.34 คะแนน (SD=4.44) เมื่อแบ่งระดับคะแนนความรู้ พบว่าร้อยละ 62.50 มีคะแนนความรู้อยู่ในระดับมาก

เมื่อพิจารณาเป็นรายด้าน พบว่าความรู้ในระยะดูแล ณ จุดเกิดเหตุ มีคะแนนระหว่าง 5-10 คะแนน (คะแนนเต็ม 10 คะแนน) คะแนนเฉลี่ย 8.41 คะแนน (SD=1.52)

เมื่อแบ่งระดับคะแนนความรู้พบว่า (ร้อยละ 75.00) มีคะแนนความรู้อยู่ในระดับมาก ความรู้ในระยะดูแลในโรงพยาบาล มีคะแนนระหว่าง 15-25 คะแนน (คะแนนเต็ม 25 คะแนน) คะแนนเฉลี่ย 20.94 คะแนน (SD=3.19) เมื่อแบ่งระดับคะแนนความรู้พบว่า (ร้อยละ 46.88) มีคะแนนอยู่ในระดับปานกลาง ความรู้ในระยะจำหน่ายจาก ER มีคะแนนระหว่าง 0-2 คะแนน (คะแนนเต็ม 2 คะแนน) คะแนนเฉลี่ย 2.00 คะแนน (SD=0) เมื่อแบ่งระดับคะแนนความรู้ พบว่าร้อยละ 100 มีคะแนนอยู่ในระดับมาก

เมื่อนำคะแนนความรู้ในการจัดการการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บหลายระบบที่เข้ารับการรักษาในหน่วยงานอุบัติเหตุฉุกเฉินของพยาบาลวิชาชีพ มาทดสอบความแตกต่างด้วยสถิติ Mann -Whitney U test ระหว่างกลุ่มตัวอย่างที่เคยอบรมเฉพาะทางกับกลุ่มที่ยังไม่เคยอบรมเฉพาะทางพบว่าไม่แตกต่างกัน ทั้งโดยรวมและรายด้านในระยะระยะดูแล ณ จุดเกิดเหตุ ระยะดูแลในโรงพยาบาล ($p=0.401, 0.505, 0.504$ ตามลำดับ) รายละเอียดดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบคะแนนและระดับความรู้ ในการจัดการการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บหลายระบบที่เข้ารับการรักษาในหน่วยงานอุบัติเหตุฉุกเฉินพยาบาลวิชาชีพระหว่างกลุ่มที่ไม่เคยผ่านการอบรมกับกลุ่มที่เคยผ่านการอบรมระยะสั้นเกี่ยวกับ EMS nurse ด้วยสถิติ Mann-Whitney U test ($n=32$)

ระดับความรู้	พยาบาลวิชาชีพ			สถิติ	p-value
	ไม่เคยอบรม	เคยอบรม	รวม		
	(n=14)	(n=18)	(n=32)		
	n (%)	n (%)	n (%)		
โดยรวม					
ระดับน้อย	1 (7.14)	2 (11.11)	3 (9.38)		
ระดับปานกลาง	4 (28.57)	5 (27.78)	9 (28.13)		
ระดับมาก	9 (64.29)	11 (61.11)	20 (62.50)		
ค่าต่ำสุด-สูงสุด	23-37	23-37	23-37		
$\bar{X} \pm SD$	31.71 $\pm$ 5.03	31.06 $\pm$ 4.05	31.34 $\pm$ 4.44		
Mean Rank	18.07	15.28		Z=-.840	.401
Sum of Rank	253.00	275.00			

ตารางที่ 1 (ต่อ)

ระดับความรู้	พยาบาลวิชาชีพ			สถิติ	p-value
	ไม่เคยอบรม	เคยอบรม	รวม		
	(n=14)	(n=18)	(n=32)		
	n (%)	n (%)	n (%)		
ระยะดูแล ณ จุดเกิดเหตุ					
ระดับน้อย	-	1 (5.56)	1 (3.13)		
ระดับปานกลาง	3 (21.43)	4 (22.22)	7 (21.88)		
ระดับมาก	11 (78.57)	13 (72.22)	24 (75.00)		
ค่าต่ำสุด-สูงสุด	6-10	5-10	5-10		
$\bar{X} \pm SD$	8.57 $\pm$ 1.56	8.28 $\pm$ 1.53	8.41 $\pm$ 1.52		
Mean Rank	17.71	15.56		Z=-.666	.505
Sum of Rank	248.00	280.00			
ระยะดูแลในโรงพยาบาล					
ระดับน้อย	2 (14.29)	3 (16.67)	5 (15.63)		
ระดับปานกลาง	5 (35.71)	10 (55.56)	15 (46.88)		
ระดับมาก	7 (50.00)	5 (27.78)	12 (37.50)		
ค่าต่ำสุด-สูงสุด	15-25	15-25	15-25		
$\bar{X} \pm SD$	21.14 $\pm$ 3.68	20.78 $\pm$ 2.86	20.94 $\pm$ 3.19		
Mean Rank	17.75	15.53		Z=-.669	.504
Sum of Rank	248.50	279.50			
ระยะจำหน่ายจาก ER					
ระดับน้อย	-	-	-		
ระดับปานกลาง	-	-	-		
ระดับมาก	14	18	32		
	(100.00)	(100.00)	(100.00)		
ค่าต่ำสุด-สูงสุด	2	2	2	-	-
$\bar{X} \pm SD$	2.00 $\pm$ 0.00	2.00 $\pm$ 0.00	2.00 $\pm$ 0.00		

ส่วนที่ 2 คุณภาพการจัดการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บหลายระบบ
ด้านกระบวนการ

ระยะการดูแล ณ จุดเกิดเหตุ (Pre hospital care) กลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้ป่วยบาดเจ็บหลายระบบ ที่มาโรงพยาบาล ด้วยชุดปฏิบัติการระดับสูง (advance) นำส่งเข้ารับการรักษ ในหน่วยงานอุบัติเหตุฉุกเฉิน มีจำนวนทั้งหมด 29 ราย ที่ได้รับการดูแลตามกระบวนการการดูแลในระยะการดูแล ณ จุดเกิดเหตุ (Pre hospital care) พบว่าทุกราย (ร้อยละ 100.00) ใช้ระยะเวลาในการออกปฏิบัติงาน ตั้งแต่รับแจ้งเหตุจนถึงเวลาที่แจ้งชุดปฏิบัติการฉุกเฉินทางแพทย์ออกให้บริการ (dispatch time) ภายในระยะเวลาน้อยกว่าหรือเท่ากับ 2 นาที โดยใช้เวลา

ระหว่าง 1-2 นาที เวลาเฉลี่ย 1.03 นาที (SD=0.19) (ร้อยละ 51.72) ใช้ระยะเวลาตั้งแต่รับแจ้งจนชุดปฏิบัติการฉุกเฉินทาง การแพทย์ถึงจุดเกิดเหตุ (response time) มากกว่าเท่ากับ 10 นาที โดยใช้เวลาระหว่าง 1-24 นาที เวลาเฉลี่ย 9.59 (SD=5.15) กลุ่มตัวอย่าง (ร้อยละ 58.62) มีค่าคะแนน Glasgow Coma Score น้อยกว่าเท่ากับ 8 และได้รับการใส่ท่อช่วยหายใจ ทุกราย (ร้อยละ 100.00) และทุกราย (ร้อยละ 100.00) ได้รับการ Protect C-spine ส่วนใหญ่ (ร้อยละ 75.86) ได้รับการใส่ชนิด Collar with long spinal board รายละเอียด ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 บันทึกกระบวนการในระยะการดูแล ณ จุดเกิดเหตุ (Pre hospital care) (n=29)

กระบวนการในระยะการดูแล ณ จุดเกิดเหตุ (Pre hospital care)	จำนวน	ร้อยละ
ระยะเวลาการออกปฏิบัติงาน น้อยกว่าเท่ากับ 2 นาที	29	100.00
ระยะเวลาการออกปฏิบัติงานต่ำสุด-สูงสุด	1-2	
$\bar{X} \pm SD$	1.03±0.19	
ระยะเวลาการออกจากโรงพยาบาลถึงจุดเกิดเหตุ มากกว่าเท่ากับ 10 นาที	15	51.72
ระยะเวลาการออกจากโรงพยาบาลถึงจุดเกิดเหตุต่ำสุด-สูงสุด	1-24	
$\bar{X} \pm SD$	9.59±5.15	
คะแนน GCS		
น้อยกว่าหรือเท่ากับ 8	17	58.62
ใส่ท่อช่วยหายใจ	17	100.00
ผู้ป่วยบาดเจ็บหลายระบบได้รับการ Protect C-Spine		
ใช่	29	100.00
Collar with long spinal board	22	75.86

ระยะการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บในโรงพยาบาล (In hospital care) กลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้ป่วยบาดเจ็บหลายระบบที่เข้ารับการ รักษาในหน่วยงานอุบัติเหตุฉุกเฉิน จำนวนทั้งหมด 83 ราย ได้รับการดูแลตามกระบวนการในระยะการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บ ในโรงพยาบาล (In hospital care) พบว่าแรกรับผู้ป่วยบาดเจ็บ หลายระบบที่ได้ผ่านการคัดกรองและประเมินของพยาบาล วิชาชีพ (ร้อยละ 100.00) ได้รับการ activated fast track trauma (ร้อยละ 56.63) ไม่เกิดภาวะช็อกจากการเสียเลือด (ร้อยละ 98.78) ได้รับสารน้ำทดแทนประเภท crystalloid

ปริมาณ 2,000 มล. และหลังจากได้รับ crystalloid (ร้อยละ 68.67) ยังไม่ได้รับเลือดถุงแรกทันที และกลุ่มตัวอย่าง (ร้อยละ 77.11) ได้รับการ protect C-spine

ในกลุ่มที่ยังไม่ได้รับการใส่ท่อช่วยหายใจจากระยะ การดูแล ณ จุดเกิดเหตุ (Pre hospital) จำนวน 54 ราย (ร้อยละ 66.67) มีคะแนน Glasgow Coma Score มากกว่า 8 คะแนน ได้รับการใส่ท่อช่วยหายใจเพียง 1 ราย (ร้อยละ 2.78) รายละเอียดดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 บันทึกกระบวนการในระหว่างการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บในโรงพยาบาล (In hospital care) (n=83)

กระบวนการในระหว่างการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บในโรงพยาบาล (In hospital care)	จำนวน	ร้อยละ
ผู้ป่วยอุบัติเหตุที่ผ่านการ Triage ได้รับ Activate Fask Track Trauma	83	100.00
ไม่เกิด Hypovolemic shock	47	56.63
ได้ Crystalloid 2,000 มล.	82	98.78
ได้ Crystalloid และยังไม่ได้รับเลือดฉุกเฉินทันที	57	68.67
คะแนน GCS (คนที่ยังไม่ได้ใส่ท่อจาก pre hospital care) (n=54)		
มากกว่า 8 คะแนน	36	66.67
ใส่ท่อช่วยหายใจ	1	2.78
ผู้ป่วยบาดเจ็บหลายระบบได้รับการ Protect C-Spine	64	77.11

ระยะจำหน่ายไปยังหน่วยงานอื่น (Definitive care) กลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้ป่วยบาดเจ็บหลายระบบตามกระบวนการในระยะจำหน่ายไปยังหน่วยงานอื่น (Definitive care) ที่เหมาะสม มีจำนวน 83 ราย เป็นผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัด 11 ราย (13.25) พบว่า (ร้อยละ 63.64) ได้รับการผ่าตัดและใช้ระยะเวลาเฉลี่ยในการเตรียมผู้ป่วยผ่าตัดน้อยกว่าเท่ากับ 30 นาที อยู่ระหว่าง 20-88 นาที โดยเฉลี่ย 41.00 นาที (SD=21.91) ซึ่ง 4 ราย ที่ใช้

ระยะเวลาในการเตรียมผ่าตัดนานมากกว่า 30 นาที เนื่องจากห้องผ่าตัดไม่ว่างจึงต้องรอผ่าตัดเป็นรายถัดไป เป็นผู้ป่วยที่ย้ายไปหอผู้ป่วย ICU ศัลยกรรม จำนวน 40 ราย (ร้อยละ 48.19) ย้ายไปโรงพยาบาลอื่น จำนวน 6 ราย (ร้อยละ 7.23) ร้อยละ 89.16 ของผู้ป่วยบาดเจ็บหลายระบบใช้ระยะเวลาอยู่ในห้องฉุกเฉินมากกว่า 2 ชั่วโมง อยู่ระหว่าง 24-725 นาที โดยเฉลี่ย 290.83 (SD=153.02) รายละเอียดดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 บันทึกกระบวนการในระยะจำหน่ายไปยังหน่วยงานอื่น (Definitive care)

กระบวนการในระยะจำหน่ายไปยังหน่วยงานอื่น (Definitive care)	จำนวน	ร้อยละ
ระยะเวลาผู้ป่วยบาดเจ็บหลายระบบอยู่ในห้องฉุกเฉิน (n=83)		
- มากกว่า 120 นาที	74	89.16
ระยะเวลาผู้ป่วยบาดเจ็บหลายระบบอยู่ในห้องฉุกเฉินต่ำสุด-สูงสุด (นาที)	24-725	
$\bar{X} \pm SD$	290.83 $\pm$ 153.02	
หอผู้ป่วยหลังออกจากห้องฉุกเฉิน (n=83)		
ICU ศัลยกรรม	40	48.19
Refer ไปโรงพยาบาลอื่น	6	7.23
ระยะเวลาเฉลี่ยในการเตรียมผู้ป่วยผ่าตัด (n=11)		
น้อยกว่าเท่ากับ 30 นาที	7	63.64
ระยะเวลาเฉลี่ยในการเตรียมผู้ป่วยผ่าตัดต่ำสุด-สูงสุด (นาที)		
$\bar{X} \pm SD$	20-88	
	41.00 $\pm$ 21.91	

ส่วนที่ 3 คุณภาพการจัดการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บหลายระบบด้านผลลัพธ์

ค่าโอกาสรอดชีวิต (Ps) และการเสียชีวิต กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 83 ราย หลังได้รับการจัดการดูแล พบว่าส่วนใหญ่ 74 ราย (ร้อยละ 89.15) รอดชีวิต มีกลุ่มตัวอย่างที่เสียชีวิต จำนวน 9 ราย (ร้อยละ 10.84) เมื่อพิจารณา ค่าโอกาสการรอดชีวิต (Ps) พบว่าอยู่ในกลุ่มมีโอกาสรอดชีวิตสูง ($Ps \geq 75$) จำนวน 62 คน (ร้อยละ 74.70) ส่วนกลุ่มตัวอย่างที่เสียชีวิต จำนวน 9 คน มีค่าโอกาสการรอดชีวิต (Ps) ดังนี้ 1) กลุ่มที่ไม่สามารถป้องกันการเสียชีวิตได้ ($Ps < 25$)

เสียชีวิต 7 ราย คิดเป็นร้อยละ 77.78 2) กลุ่มที่มีแนวโน้มป้องกันการเสียชีวิตได้ ($Ps .25 - .50$) เสียชีวิต 1 ราย คิดเป็นร้อยละ 16.67 เสียชีวิตเนื่องจากผู้ป่วยมีภาวะช็อกจากการเสียเลือด ได้รับการดูแลรักษาโดยการให้สารน้ำและเลือดแล้วแต่ยังไม่สามารถหยุดเลือดจากอวัยวะภายในได้ 3) กลุ่มที่ป้องกันการเสียชีวิตได้ ($Ps .51-.74$) เสียชีวิต 1 ราย คิดเป็นร้อยละ 16.67 เสียชีวิตเนื่องจากผู้ป่วยมีการบาดเจ็บที่ศีรษะอย่างรุนแรง อาการทรุดลงหลังจากจำหน่ายไปยังหน่วยงานที่เหมาะสม ถึงแม้ว่าจะได้รับการดูแลรักษาภาวะคุกคามต่อชีวิตที่ห้องฉุกเฉินแล้ว (เสียชีวิตใน 24 ชั่วโมง) รายละเอียด ดังตารางที่ 5

ตารางที่ 5 ผลลัพธ์ด้านการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บหลายระบบที่เข้ารับการรักษาในหน่วยงานอุบัติเหตุฉุกเฉิน (n=83)

ผลลัพธ์	จำนวน	ร้อยละ
รอดชีวิต	74	89.15
เสียชีวิต	9	10.84
โอกาสรอดชีวิตจำแนกตามค่า Ps		
มีโอกาสรอดชีวิตสูง ($Ps \geq 0.75$)	62	74.70
เสียชีวิต	0	0.00
รอดชีวิต	62	100.00
Ps น้อยกว่า 0.75	21	25.30
ป้องกันการเสียชีวิตได้ ($Ps 0.51-0.74$)	6	7.23
เสียชีวิต	1	16.67
รอดชีวิต	5	83.33
มีแนวโน้มป้องกันการเสียชีวิตได้ ($Ps 0.25-0.50$)	6	7.23
เสียชีวิต	1	16.67
รอดชีวิต	5	83.33
ไม่สามารถป้องกันการเสียชีวิตได้ ($Ps < 0.25$)	9	10.84
เสียชีวิต	7	77.78
รอดชีวิต	2	22.22

การอภิปรายผล

1. ด้านโครงสร้าง

1.1 โครงสร้างด้านผู้ป่วย อธิบายได้ว่ากลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้ป่วยบาดเจ็บหลายระบบ ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย เนื่องจากพฤติกรรมการขับขี่ที่มีความเสี่ยงสูง ซึ่งสาเหตุของการบาดเจ็บ

หลายระบบส่วนใหญ่มาจากการจราจร ผลงานวิจัยสอดคล้องกับงานวิจัยของ Anghele et al.⁽¹⁴⁾ ศึกษาในเมืองกาลัตส์ ประเทศโรมาเนีย พบว่าผู้ป่วยบาดเจ็บมีอายุเฉลี่ย 29.94 ปี ($SD=14.27$) ส่วนใหญ่ร้อยละ 72.70 เป็นเพศชาย และสาเหตุของการบาดเจ็บส่วนใหญ่ร้อยละ 68.09 เกิดจากอุบัติเหตุ

ทางการจราจร นอกจากนี้ผลการวิจัยยังพบว่ากลุ่มตัวอย่างถูกนำส่งโดยชุดปฏิบัติการระดับสูง และระดับต้น อยู่ในปริมาณที่ใกล้เคียงกัน อธิบายได้ว่า โรงพยาบาลตติยภูมิในพื้นที่ศึกษาอยู่ในเขตกรุงเทพมหานคร พื้นที่โซน 6 มีขอบเขตพื้นที่ความรับผิดชอบที่กว้าง จำนวนประชากรและประชากรแฝงมีปริมาณมาก เพื่อให้ประชาชนเข้าถึงบริการของระบบการแพทย์ฉุกเฉินได้ง่าย จึงมีชุดปฏิบัติการระดับต้นที่ได้รับการอบรมเฉพาะทางหลักสูตรเจ้าหน้าที่กู้ชีพขั้นพื้นฐาน (EMT-B) เข้าช่วยเหลือก่อนเบื้องต้น บางครั้งอาจมีการประเมินระดับความฉุกเฉินวิกฤตต่ำกว่าความจริงของชุดปฏิบัติการระดับต้น จึงนำส่งผู้ป่วยบาดเจ็บไปยังโรงพยาบาลปลายทางเอง ยังไม่พบผลการวิจัยของงานวิจัยที่ศึกษาในประเด็นเดียวกับงานวิจัยนี้

1.2 โครงสร้างด้านผู้ให้บริการ ด้านความรู้ในการจัดการการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บหลายระบบของพยาบาลวิชาชีพพบว่าส่วนใหญ่มีความรู้ในระดับมาก เมื่อพิจารณาเป็นรายด้านพบว่าความรู้ในระยะดูแล ณ จุดเกิดเหตุ มีคะแนนความรู้อยู่ในระดับมาก ความรู้ในระยะดูแลในโรงพยาบาล พบว่าเกือบครึ่งหนึ่ง มีคะแนนอยู่ในระดับปานกลาง ซึ่งอาจสะท้อนถึงความซับซ้อนของการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บหลายระบบในโรงพยาบาลที่ต้องอาศัยความร่วมมือจากทีมสหวิชาชีพ และการตัดสินใจเชิงคลินิกที่แม่นยำ ความรู้ในระยะจำหน่ายจาก ER ทั้งหมด (ร้อยละ 100) มีคะแนนอยู่ในระดับมาก อธิบายได้ว่าเมื่อมีพยาบาลใหม่เข้ามาทำงานในหน่วยงานจะจัดให้คู่กับพยาบาลพี่เลี้ยงที่มีประสบการณ์ในการทำงานมากกว่า 5 ปี คอยดูแล โดยมีการสอนการทำงานเชิงระบบการประเมินและการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บ สอดคล้องกับงานวิจัยของ วราภรณ์ สมบัติ และคณะ⁽¹⁵⁾ พบว่าประสบการณ์ทำงาน บรรยากาศขององค์กร การอบรมศึกษาเพิ่มเติมส่งผลให้สมรรถนะในการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บหลายระบบอยู่ในระดับสูง แต่เมื่อทดสอบการทดสอบความแตกต่างของคะแนนความรู้ระหว่างพยาบาลที่เคยได้รับการอบรมเฉพาะทางกับพยาบาลที่ยังไม่เคยอบรม พบว่าไม่มีความแตกต่างกัน ทั้งโดยรวมและในแต่ละระยะของการดูแล ($p>0.05$) อาจเป็นไปได้ว่าแม้ว่าการอบรมเฉพาะทางจะมีบทบาทสำคัญในการเพิ่มพูนความรู้ แต่ประสบการณ์จริงในภาคสนาม อาจเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความสามารถของพยาบาลมากกว่า

2. ด้านกระบวนการ

2.1 ระยะการดูแล ณ จุดเกิดเหตุ (Pre hospital care) พบว่าทุกรายใช้ระยะเวลาในการออกปฏิบัติงาน ตั้งแต่รับแจ้งเหตุจนถึงเวลาที่แจ้งชุดปฏิบัติการฉุกเฉินทางการแพทย์ออกให้บริการ (dispatch time) ภายในระยะเวลาน้อยกว่าหรือเท่ากับ 2 นาที ประมาณครึ่งหนึ่ง ใช้ระยะเวลาตั้งแต่รับแจ้งจนชุดปฏิบัติการฉุกเฉินทางการแพทย์ถึงจุดเกิดเหตุ (response time) มากกว่าเท่ากับ 10 นาที ผลการวิจัยนี้สอดคล้องกับงานวิจัยของ รพี อุดมทรัพย์⁽¹⁶⁾ ที่พบว่าระยะทางส่งผลต่อเวลาตอบสนองการบริการทางการแพทย์ฉุกเฉิน สอดคล้องกับปริชญา พลอาสา และคณะ⁽¹⁷⁾ ที่พบว่าสิ่งแวดล้อมระยะจากหน่วยไปยังจุดเกิดเหตุ มีผลต่อความล่าช้าในการช่วยเหลือผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉิน ณ จุดเกิดเหตุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สอดคล้องกับ Jafari et al.⁽¹⁸⁾ ที่พบว่าระยะทางและการจราจรมีผลต่อความล่าช้าในการตอบสนองของทีมปฏิบัติการ นอกจากนี้ยังพบว่ามากกว่าครึ่งหนึ่งมีคะแนน Glasgow Coma Score (GCS) ≤ 8 ทุกรายได้รับการใส่ท่อช่วยหายใจ ผลการวิจัยนี้สอดคล้องกับงานวิจัยของ เสาวรส จันทมาศ และคณะ⁽¹⁹⁾ พบว่าผู้ป่วยบาดเจ็บหลายระบบที่มีระดับความรู้สึกตัว (GCS) น้อยกว่า 9 ร้อยละ 100 ได้รับการใส่ท่อช่วยหายใจภายใน 10 นาที และทุกรายได้รับการ Protect C-spine โดยส่วนใหญ่ใช้ Collar with long spinal board สอดคล้องกับงานวิจัยของ รัชนี้ สะตะ และคณะ⁽²⁰⁾ พบว่าร้อยละ 98.96 ใส่เสื้อพยุงคอชนิดแข็ง (cervical collar)

2.2 ระยะการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บในโรงพยาบาล (In hospital care) พบว่าแรกรับผู้ป่วยบาดเจ็บหลายระบบที่ได้ผ่านการคัดกรองและประเมินของพยาบาลวิชาชีพ ทุกรายได้รับการ activated fast track trauma ผลการวิจัยแสดงให้เห็นว่า เป็นไปตามแนวทาง Advanced Trauma Life Support (ATLS) ที่แนะนำให้ผู้ป่วยบาดเจ็บหลายระบบได้รับการประเมินและรักษาอย่างรวดเร็วเพื่อลดอัตราการเสียชีวิต⁽²¹⁾ นอกจากนี้ประมาณครึ่งหนึ่ง ไม่เกิดภาวะช็อกจากการเสียเลือด เกือบทุกรายได้รับสารน้ำทดแทนประเภท crystalloid ปริมาณ 2,000 มล. และหลังจากได้รับ crystalloid ส่วนใหญ่ยังไม่ได้รับเลือดทดแทนทันที ซึ่งแสดงให้เห็นว่าการให้สารน้ำทดแทนมีประสิทธิภาพ

ในกลุ่มที่ไม่ได้ใส่ท่อช่วยหายใจจากระยะก่อนถึงโรงพยาบาล (54 ราย) ส่วนใหญ่มี GCS>8 จากการวิจัยพบว่ามี 1 ราย ที่ได้รับการใส่ท่อช่วยหายใจ แม้ว่าจะมี GCS>8 เกิดจาก ผู้ป่วยได้รับการบาดเจ็บที่ใบหน้าอย่างรุนแรง เลือดไปอุดตัน ทางเดินหายใจ ส่งผลให้เกิดภาวะการหายใจล้มเหลว

2.3 ระยะจำหน่ายไปยังหน่วยงานอื่น (Definitive care) เป็นผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัด 11 ราย พบว่าส่วนใหญ่ ได้รับการผ่าตัดและใช้ระยะเวลาเฉลี่ยในการเตรียมผู้ป่วย ผ่าตัดน้อยกว่าเท่ากับ 30 นาที ผลการวิจัยสอดคล้องกับ งานวิจัยของ จารุพัทธ์ ภัฏจินตานนท์ และคณะ⁽¹³⁾ พบว่า ร้อยละ 81.47 ผู้บาดเจ็บที่มีภาวะ penetrating abdominal trauma with shock ได้รับการผ่าตัด ภายใน 30 นาที นอกจากนี้ส่วนมาก (ร้อยละ 89.16) ผู้ป่วยบาดเจ็บหลายระบบ ใช้ระยะเวลาอยู่ในห้องฉุกเฉินมากกว่า 2 ชั่วโมง หรือ 120 นาที อธิบายได้ว่าผู้ป่วยบาดเจ็บหลายระบบ ได้ผ่านกระบวนการรักษา แพทย์เฉพาะทางแผนกต่างๆ และในบางรายแพทย์พิจารณา ให้ทำ CT scan ระยะเวลาในการรอผลอ่านอยู่ที่ 1-2 ชั่วโมง และ ยังมีผู้ป่วยบาดเจ็บที่อาการคงที่แล้วต้องติดต่อประสานงาน ส่งตัวไปรักษาต่อยังโรงพยาบาลตามสิทธิการรักษา ซึ่งระยะเวลาในการรอการตอบรับจากโรงพยาบาลปลายทาง ขึ้นอยู่กับ โรงพยาบาลนั้นๆ ผลการวิจัยแตกต่างจากงานวิจัยของ ดาวเรือง ช่มเมืองปักษ์ และ รัตนาลังสนอน⁽²²⁾ ที่ศึกษาใน โรงพยาบาลระดับตติยภูมิแห่งหนึ่ง พบว่าส่วนใหญ่ของผู้บาดเจ็บ ใช้เวลาอยู่ในห้องฉุกเฉิน 97 นาที

3. ด้านผลลัพธ์

จากผลการวิจัย พบว่าอัตราการรอดชีวิตของผู้ป่วย บาดเจ็บหลายระบบเท่ากับร้อยละ 89.15 ขณะที่อัตราการ เสียชีวิตเท่ากับร้อยละ 10.84 ผลการวิจัยสอดคล้องกับ เสารัส จันทมาศ และคณะ⁽¹⁹⁾ ที่พบว่าผู้ป่วยบาดเจ็บหลายระบบ มีการเสียชีวิต ร้อยละ 10.75 ภายใน 24 ชั่วโมงหลังเข้ารับ การรักษาที่แผนกฉุกเฉิน ผลการวิจัยพบอัตราการรอดชีวิต ของผู้ป่วยบาดเจ็บหลายระบบในงานวิจัยนี้ อยู่ในระดับที่ดี โดยเฉพาะในกลุ่มที่มีค่า Ps สูง ซึ่งสะท้อนถึงประสิทธิภาพ ของกระบวนการจัดการดูแล ตั้งแต่ระยะ Pre hospital care, In hospital care และ Definitive care การเสียชีวิต

ส่วนใหญ่ (ร้อยละ 77.78) เกิดขึ้นในกลุ่มที่มีค่า Ps ต่ำ (<0.25) ซึ่งสะท้อนว่าการพยากรณ์อัตราการรอดชีวิตของกลุ่มนี้แม่นยำ และการเสียชีวิตเป็นสิ่งที่เลี่ยงไม่ได้ อย่างไรก็ตามยังพบ ผู้เสียชีวิตในกลุ่ม Ps 0.25-0.74 ซึ่งมีแนวโน้มป้องกันได้ แสดงให้เห็นว่ายังมีโอกาสปรับปรุงแนวทางการดูแลเพื่อเพิ่ม อัตราการรอดชีวิต ผลการวิจัยสอดคล้องกับงานวิจัยของ ศจี พานวัน และคณะ⁽²³⁾ พบว่าร้อยละ 3.88 กลุ่มตัวอย่างที่มี Ps score>0.5 ยังมีการเสียชีวิต ดังนั้นการปฏิบัติตามแนวปฏิบัติ ที่มีรายละเอียดที่ชัดเจน ช่วยระบุนการบาดเจ็บที่คุกคามชีวิต ซึ่งต้องการการดูแลรักษาที่รวดเร็วและมีประสิทธิภาพ

สรุป

จากการศึกษาวิจัยด้านโครงสร้าง กระบวนการและ ผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บหลายระบบที่เข้ารับการรักษา ในหน่วยงานอุบัติเหตุฉุกเฉินในโรงพยาบาลตติยภูมิแห่งหนึ่ง พบว่าการจัดการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บหลายระบบ ตั้งแต่ระยะ ก่อนถึงโรงพยาบาลจนถึง Definitive care มีประสิทธิภาพสูง สอดคล้องกับมาตรฐานสากล อัตราเสียชีวิตของผู้บาดเจ็บหลายระบบอยู่ในเกณฑ์ที่กำหนด อย่างไรก็ตาม กลุ่มผู้ป่วย ที่มีค่าโอกาสรอดชีวิตระดับกลางยังมีโอกาสเสียชีวิต แสดงว่า ควรปรับปรุงการดูแลในบางจุดเพื่อเพิ่มโอกาสรอดชีวิต

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. มีการศึกษาติดตามคุณภาพชีวิตของผู้รอดชีวิต ในระยะเวลา 6 เดือนหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล
2. ควรพัฒนาแนวทางการดูแลเพิ่มเติมเพื่อเพิ่ม อัตราการรอดชีวิตของผู้ป่วยที่สามารถป้องกันการเสียชีวิตได้

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบพระคุณ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.วรินทร์ บินโฮเซ็น ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.น้ำอ้อย ภักดีวงศ์ ที่ให้ความช่วยเหลือสนับสนุน ให้คำแนะนำปรึกษาและบุคลากร ในหน่วยงานอุบัติเหตุฉุกเฉินและกู้ชีพที่คอยให้กำลังใจ สนับสนุน และเข้าร่วมงานวิจัยครั้งนี้

เอกสารอ้างอิง

- World Health Organization. Global status report on road safety, Geneva, 2018:1-404.
- Ke W, Zhang L. Influence of blood hemodynamics on the treatment outcomes of limited fluid resuscitation in emergency patients with traumatic hemorrhagic shock. 2023.
- นิชาภัทร บุชมงคล, ชัยคณเฑร์ แพรขาว. ความสัมพันธ์ระหว่างระดับความรุนแรงของการบาดเจ็บและผลลัพธ์การพยาบาลในผู้ป่วยบาดเจ็บ. วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ 2560;35(1):110-8.
- Mommsen P, Clausen JD, Blossey R, Krettek C, Winkelmann M. Long-term outcome and quality of life after multiple trauma. Journal of Translational Science. 2018;4(4):1-2.
- Wilhelm I, Azza Y, Brennwald K, Ehrt-Schafer Y, Seifritz E, Kleim B. Investigating the effect of a nap following experimental trauma on analogue PTSD symptoms. Scientific Report. 2021;4710.
- Leijdesdorff HA, Krijnen P, Rooyen LV, Marang-van de Mheen P, Rhemrev S, Schipper IB. Reduced Quality of Life, Fatigue, and Societal Participation After Polytrauma. International surgery. 2018;103:158-66.
- Kaske S, Lefering R, Trentzsch H, Driessen A, Bouillon B, Maegele M. Quality of life two years after severe trauma: A single centre evaluation. Journal care injured. 2014;455:100-5.
- Haagsma JA, Charalampous P, Ariani F, et al. The burden of injury in Central, Eastern, and Western European sub-region: a systematic analysis from the Global Burden of Disease 2019 Study. Arch Public Health. 2022;80(142).
- กองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. สถิติสาธารณสุข พ.ศ. 2566. 2566;1-156.
- วิไลวรรณ แสงเนียม, และ ชนกพร จิตปัญญา. ความสัมพันธ์ระหว่างความสามารถในการฟื้นหลังการเผชิญปัญหาความรุนแรงของการบาดเจ็บ และคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยบาดเจ็บหลายระบบ. วารสารพยาบาลสภากาชาดไทย. 2561;11(2):132-52.
- Donabedian, A. The quality of care how can it be assessed?. IAMA. 1988;260(12):1743-8.
- ณัฏคณันท์ ยุวดี, จินดา ผุดผ่อง, นพพรพงศ์ ว่องวิทย์กร และ นฤมล จันทร์สุข. การพัฒนารูปแบบการจัดกรรการกรณีผู้ป่วยบาดเจ็บหลายระบบ โรงพยาบาลอุทัยธานี. วารสารสมาคมเวชศาสตร์ป้องกันแห่งประเทศไทย. 2562;9(3):280-95.
- จารุพัทธ์ ภัฏจินตนาพันธ์, สุชาติ วิภาวณต์, และ รัตนาพรหมบุตร. การพัฒนารูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยบาดเจ็บหลายระบบ โรงพยาบาลกระบี่. วารสารพยาบาลทหารบก. 2562;20(1):339-50.
- Anghele M, Marina V, Anghele AD, Moscu CA, Dragomir L. Negative Factors Influencing Multiple-Trauma Patients. Clinics and Practice. 2024;14(4):1562-70.
- วราภรณ์ สมบัติ, เยวรัตน์ มัชฌิม และ บวรลักษณ์ ทองทวี. สมรรถนะพยาบาลวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บหลายระบบในระยะวิกฤตและปัจจัยที่เกี่ยวข้อง (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารการศึกษาด้านการพยาบาล). กรุงเทพมหานคร: มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์; 2565.
- รพี อุดมทรัพย์. การศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อเวลาตอบสนองการบริการทางการแพทย์ฉุกเฉินกรณีศึกษา 3 เขตพื้นที่ทางตอนเหนือของกรุงเทพมหานคร. วารสารปัญญาภิวัฒน์. 2566;15(1):177-90.
- ปรีชญา พลอาสา และ พรนภา ศุกรเวทย์ศิริ. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อความล่าช้าในการช่วยเหลือผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉิน ณ จุดเกิดเหตุ ในเขตอำเภอเมืองบุรีรัมย์. สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 7 ขอนแก่น. 2561;25(2):79-89.
- Jafari M, Mahmoudian P, Ebrahimipour H, Vafae-Nezhad R, Vafae-Najar A, Hosseini S, et al. Response Time and Causes of Delay in Prehospital Emergency Missions in Mashhad, 2015. Medical journal of the Islamic Republic of Iran. 2021;35(142).

19. เสาวรส จันทมาศ, กัญญา ปุกคำ, สุมาลี พลจรัส และ ประณีต ส่งวัฒนา. การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บหลายระบบในห้องฉุกเฉิน โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยธรรมราช. วารสารพยาบาลสงขลานครินทร์. 2565;42(3):25-39.
20. รัชนี้ สะตะ และ ชัจฉณณ์ แพรชาว. การศึกษาผลลัพธ์การพยาบาลผู้ป่วยบาดเจ็บ ณ จุดเกิดเหตุ ที่ได้รับการบริการโดยหน่วยบริการการแพทย์ฉุกเฉิน โรงพยาบาลตติยภูมิแห่งหนึ่งในจังหวัดขอนแก่น. วารสารประสาทวิทยาศาสตร์ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ. 2563;16(2):30-9.
21. American College of Surgeons. Advanced Trauma Life Support (ATLS) Course Manual; 2022.
22. ดาวเรือง ช่มเมืองปักษ์ และ รัตนา สังข์สอน. ประสิทธิภาพการประเมินโอกาสรอดชีวิตของผู้บาดเจ็บในห้องฉุกเฉิน โดยพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลเครือข่ายเฝ้าระวังการบาดเจ็บของประเทศไทย. วารสารการแพทย์โรงพยาบาลอุดรธานี. 2566;31(1):72-85.
23. ศจี พานวัน และ ปิยธิดา บวรสุธาธิ. การพัฒนารูปแบบการพยาบาลช่องทางด่วนผู้ป่วยบาดเจ็บหลายระบบงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี. วารสารวิชาการแพทย์เขต 11. 2565;36(1):32-49.

(Original Article)

The Study of the Mini-Thanyarak Service Model in Thailand

*Meena Choojai, **Pirom Leesuwan, **Ratchanee Krongrawa

*Health Administration Division, Ministry of Public Health

**Boromarajonani College of Nursing, Chakriraj, Faculty of Nursing, Praboromarajchanok Institute, Bangkok, Thailand

Correspondence to: mchoojai@gmail.com

(Received : 15 July 25, Revised : 31 Aug. 25, Accepted : 1 Sep. 25)

Abstract

This research aims to conduct a developmental evaluation to assess the efficiency and improve the service model of Mini-Thanyarak facilities in Thailand. The study identified a total of 147 service establishments with 1,844 beds, comprising 112 intermediate care facilities and 35 long-term care facilities. Health District 10 demonstrated the highest service capacity with 254 beds, while Health District 3 had the least at 23 beds. In intermediate care, there were 2,298 service users, equating to a service rate of 220.96%, whereas long-term care recorded 340 users, with a service rate of 42.29 %. The majority of patients were found to be using methamphetamines (1,802 individuals), particularly in Health District 8, which had the highest number of service recipients at 376. The evaluation identified significant risks associated with service delivery, including unauthorized exits from facilities and altercations among patients. Additionally, a lack of resources and shortages of specialized personnel were critical limitations. Various training programs for staff were noted, emphasizing holistic rehabilitation activities for physical, mental, and social recovery, with a treatment duration of 1 to 3 months. The assessment results indicated budget constraints and limited facility capacity, recommending increased investment in infrastructure, personnel, and technology to enhance the quality of patient rehabilitation.

Keywords: *Mini-Thanyarak, drugs treatment, arrangement of service term care*

Royal Thai Air Force Medical Gazette, Vol. 71 No. 2 July - December 2025

(นิพนธ์ต้นฉบับ)

การศึกษารูปแบบการจัดบริการมินิธัญญารักษ์ในประเทศไทย

มีนา ชูใจ, "กฤษฎิ์ ลีสุวรรณ, "รัชณี ครองระวะ

กองบริหารการสาธารณสุข สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข, "วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี จักรวรรดิ

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้เป็นการประเมินผลเชิงพัฒนา เพื่อประเมินประสิทธิภาพและพัฒนารูปแบบการจัดบริการมินิธัญญารักษ์ในประเทศไทย พบว่ามีสถานบริการทั้งหมด 147 แห่ง รวม 1,844 เตียง แบ่งเป็นบริการระยะกลาง 112 แห่ง และระยะยาว 35 แห่ง เขตสุขภาพที่มีศักยภาพสูงสุดคือ เขต 10 (254 เตียง) ขณะที่เขต 3 มีบริการน้อยที่สุด (23 เตียง) โดยในบริการระยะกลางมีผู้รับบริการ 2,298 ราย (อัตราการใช้บริการร้อยละ 220.96) และระยะยาวมีผู้รับบริการ 340 ราย (อัตราการใช้บริการร้อยละ 42.29) พบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่ใช้สารเสพติดกลุ่มยาบ้า/ยาไอซ์ (1,802 ราย) โดยเฉพาะเขต 8 ซึ่งมีผู้รับบริการมากที่สุด (376 ราย) การให้บริการมีความเสี่ยงรวมถึงการลักลอบออกจากสถานพยาบาลและการทะเลาะวิวาท การขาดแคลนทรัพยากรและบุคลากรที่เกี่ยวข้องเป็นข้อจำกัดสำคัญ การฝึกอบรมบุคลากรมีหลายหลักสูตร โดยการบำบัดรักษาผู้ป่วยเน้นกิจกรรมฟื้นฟูทั้งร่างกาย จิตใจ และสังคม ใช้ระยะเวลาบำบัด 1-3 เดือน ผลการประเมินชี้ให้เห็นถึงปัญหาทางประมาณและสถานที่ที่จำกัดควรเพิ่มการลงทุนในโครงสร้างพื้นฐาน บุคลากร และเทคโนโลยีเพื่อปรับปรุงคุณภาพการฟื้นฟูผู้ป่วย

คำสำคัญ: มินิธัญญารักษ์, การบำบัดยาเสพติด, การจัดบริการ

บทนำ

ปัญหาและสารเสพติดเป็นปัญหาสาธารณสุขที่มีขนาดและความรุนแรงเพิ่มขึ้นเป็นเหตุการณ์วิกฤติที่มีผลกระทบต่อสังคมและสุขภาพของประชาชนทั่วโลก โดยเฉพาะอย่างยิ่งในประเทศไทย ซึ่งสถานการณ์การแพร่ระบาดของยาเสพติดได้ทวีความรุนแรงขึ้นอย่างต่อเนื่อง จากรายงานของสำนักงานว่าด้วยยาเสพติดและอาชญากรรมแห่งสหประชาชาติ (UNODC) พบว่าในปี 2564 ประชากรกว่า 296 ล้านคนทั่วโลกใช้ยาเสพติด ซึ่งหมายความว่าประมาณ 1 ใน 17 ของประชากรในกลุ่มวัย 15-64 ปี มีการใช้สารเสพติด นอกจากนี้การใช้ยาเสพติดยังเพิ่มขึ้นถึงร้อยละ 23 เมื่อเทียบกับสิบปีที่ผ่านมา^(1,2) ปัญหาที่ส่งผลกระทบต่ออย่างกว้างขวางทั้งในด้านสุขภาพ เศรษฐกิจ และสังคม รวมถึงการเกิดภาวะเสพติดทั้งทางร่างกายและจิตใจที่ต้องได้รับการรักษาอย่างต่อเนื่อง ประเทศไทยมีสถิติผู้ใช้ยาเสพติดที่เพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วในปี 2565 ซึ่งจำนวนผู้ใช้ยาเสพติดสูงถึง 1.9 ล้านคน แต่การเข้าถึงการบำบัดรักษา ยังคงมีข้อจำกัด เนื่องจากจำนวนสถานบริการและทรัพยากรที่ไม่เพียงพอต่อความต้องการ ผู้ป่วยที่ต้องการการบำบัดรักษาจำนวนมากยังต้องเผชิญกับการรอคอยที่ยาวนาน การเพิ่ม

โอกาสในการเข้าถึงบริการ จึงเป็นความท้าทายที่ต้องได้รับการแก้ไขอย่างเร่งด่วน^(6,7) ประเทศไทยมีจำนวนเตียงสำหรับรองรับผู้ป่วยยาเสพติดรวมทั่วประเทศไม่เพียงพอกับจำนวนผู้ป่วยที่มีแนวโน้มสูงขึ้น และไม่ครอบคลุมทุกเขตบริการสุขภาพ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขมีนโยบายขยายพื้นที่บริการเพิ่มการเข้าถึงบริการสาธารณสุขของผู้ใช้ยาและสารเสพติด ลดความแออัดในโรงพยาบาลเฉพาะทาง โดยมุ่งเน้นให้ผู้ป่วยยาและสารเสพติดที่มีอาการทางจิตเวชได้รับการบำบัดรักษาและดูแลอย่างต่อเนื่อง ไร้รอยต่อ พร้อมกับการลดอันตรายที่เกิดจากการใช้ยาและสารเสพติด พัฒนาคุณภาพชีวิตเพื่อให้สามารถอยู่ร่วมกันในสังคมได้อย่างปกติสุข^(5,6) ด้วยความร่วมมือจากกรมการแพทย์ โดยสถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี (สบยช.) และโรงพยาบาลธัญญารักษ์ภูมิภาคทั้ง 6 แห่ง กรมสุขภาพจิต และกองบริหารการสาธารณสุข สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข จึงร่วมกันพัฒนารูปแบบการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาและสารเสพติดรูปแบบ "มินิธัญญารักษ์" ซึ่งเป็นการพัฒนารูปแบบการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาและสารเสพติดระยะยาวในโรงพยาบาลชุมชน^(5,18,19) โดยใช้แนวคิดเดียวกับ

การดำเนินงานร้านสะดวกซื้อที่ผู้ป่วยในชุมชนสามารถเข้าถึงได้ง่าย ซึ่งได้ขยายการดูแลรักษาผู้ป่วยยาเสพติดของ รพ.ธัญญารักษ์ ลงในโรงพยาบาลชุมชน สังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ที่มีศักยภาพและความพร้อมให้บริการดูแลผู้เข้ายาและสารเสพติดที่มีอาการทางจิตเวชระยะเฉียบพลัน กึ่งเฉียบพลัน (acute/subacute care) การบำบัดรักษาระยะกลาง (intermediate care) และการบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพระยะยาว (long-term care) ซึ่งจะช่วยให้ผู้ป่วยเข้าถึงบริการได้มากขึ้น สะดวกต่อการเดินทาง ลดระยะเวลาและค่าใช้จ่าย แก้ปัญหาเตียงไม่พอ เพื่อลดความแออัดสำหรับผู้ป่วยที่เข้ารับการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพระยะยาวในโรงพยาบาลเฉพาะทาง ซึ่งมีจำนวนเตียงไม่เพียงพอ⁽¹⁸⁾

มินิธัญญารักษ์เป็นศูนย์บำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดที่มีการจัดการบริการแบบเข้าถึงง่ายใกล้ชิดประชาชน และลดความแออัดและระยะเวลารอคอยในการเข้ารับการบำบัดรักษาในโรงพยาบาลศูนย์ ได้รับการสนับสนุนจากรัฐบาลไทยภายใต้แนวนโยบายด้านการแก้ไขปัญหายาเสพติดแบบบูรณาการในระดับพื้นที่ จัดตั้งขึ้นในโรงพยาบาลชุมชนที่ชุมชนมีปัญหายาเสพติดสูง และมีความพร้อมในการจัดการบริการ ได้รับการสนับสนุนงบประมาณจากรัฐและสนับสนุนการดำเนินงานจากภาคีเครือข่าย^(6,19) โดยมีกระบวนการบำบัดรักษาที่ประกอบด้วย การประเมินความเหมาะสมของการบำบัด มีการใช้ยาและให้คำปรึกษาด้านจิตวิทยาเพื่อฟื้นฟูสมรรถภาพทั้งผู้ป่วยและครอบครัว ตลอดจนมีการติดตามผลการบำบัดรักษาอย่างต่อเนื่อง 1 ปี เมื่อจำหน่ายผู้ป่วยกลับสู่ชุมชนอย่างน้อย 4 ครั้ง เพื่อลดอัตราการกลับมาเสพติดซ้ำของผู้ป่วย^(18,19)

การพัฒนาารูปแบบการจัดการบริการมินิธัญญารักษ์ ซึ่งเป็นการให้บริการบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติดในรูปแบบระยะกลางและระยะยาวในโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ถือเป็นหนึ่งในแนวทางสำคัญในการขยายการเข้าถึงบริการให้กับผู้ป่วยที่มีปัญหาการใช้สารเสพติด การบริการในรูปแบบนี้ไม่เพียงแต่ช่วยลดปัญหาการขาดแคลนเตียงในสถานพยาบาลใหญ่ๆ แต่ยังสามารถให้บริการผู้ป่วยในพื้นที่ต่างๆ ทั่วประเทศ ได้มากขึ้น โดยไม่ต้องเดินทางไกล และลดระยะเวลาในการรอรับบริการ ซึ่งจะส่งผลให้ผู้ป่วยได้รับการบำบัดรักษาอย่างมีประสิทธิภาพและต่อเนื่อง^(6,18,19)

การศึกษารูปแบบการจัดการบริการมินิธัญญารักษ์ในประเทศไทย จึงเป็นงานวิจัยเชิงพัฒนาเพื่อยกระดับระบบการบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติดให้สามารถตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยในบริบทที่หลากหลาย ทั้งในด้านพื้นที่และสภาพสังคม^(19,22) นอกจากนี้ยังมีบทบาทในการสนับสนุนนโยบายและกลยุทธ์ระดับชาติเพื่อพัฒนาระบบบริการบำบัดรักษาและสร้างความร่วมมือระหว่างหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เพื่อให้บริการมีคุณภาพครอบคลุมและยั่งยืน^(6,21,23)

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษารูปแบบการดำเนินงานการจัดการบริการมินิธัญญารักษ์ในประเทศไทย
2. เพื่อประเมินผลการดำเนินงานในรูปแบบมินิธัญญารักษ์ในประเทศไทยตามบริบท ปัจจัยนำเข้า กระบวนการ และผลลัพธ์

คำถามการวิจัย

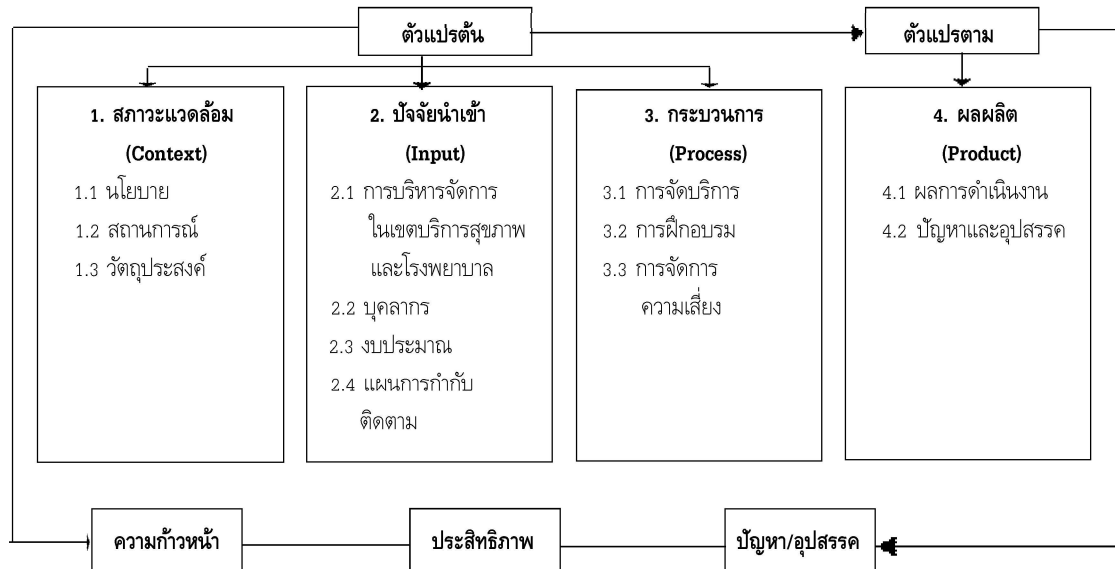
1. การจัดการบริการมินิธัญญารักษ์ในโรงพยาบาลสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขมีรูปแบบการบริการเป็นอย่างไร
2. บริบท ปัจจัยนำเข้า กระบวนการ และผลลัพธ์ของแต่ละพื้นที่มีผลต่อการจัดการบริการหรือไม่ อย่างไร

กรอบแนวคิดการวิจัย

กรอบแนวคิดสำหรับการประเมินนี้อ้างอิงกรอบการประเมินโครงการที่เรียกว่า CIPP model ซึ่งประกอบด้วยประเด็นการประเมิน 4 กลุ่ม ดังนี้ (รูปที่ 1) 1) ประเมินบริบทของโครงการ (Context evaluation; C) โดยพิจารณาความจำเป็นของโรงพยาบาลในการจัดการบริการมินิธัญญารักษ์สถานการณ์ปัญหาผู้ติดยาเสพติดในพื้นที่และวัตถุประสงค์ในการดำเนินงาน 2) ประเมินปัจจัยนำเข้า (Input evaluation; I) ได้แก่ การบริหารจัดการในเขตสุขภาพและโรงพยาบาล การพิจารณาความเหมาะสมและความพอเพียงของบุคลากร งบประมาณและแผนการกำกับติดตามการดำเนินงานในโรงพยาบาล 3) ประเมินกระบวนการ (Process evaluation; P) ได้แก่ การประเมินกระบวนการจัดการบริการในโรงพยาบาล การฝึกอบรมบุคลากร และการจัดการ

ความเสี่ยงที่เกิดขึ้นในระหว่างการจัดบริการ 4) การประเมินผลที่ได้รับ (Product evaluation; P) เป็นการประเมินเพื่อเปรียบเทียบผลผลิต/ผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นตามวัตถุประสงค์หรือเป้าหมาย

ที่วางไว้ โดยในแต่ละกระบวนการพิจารณาปัญหาอุปสรรคที่เกิดขึ้น และปัจจัยที่เกี่ยวข้อง รวมไปถึงโอกาสการพัฒนาในอนาคต^(14,16)



รูปที่ 1 กรอบแนวคิดการประเมินการจัดการบริการมินิธัญธารักษ์

นอกจากนี้ การประเมินยังครอบคลุมการศึกษาระบบอภิบาล (governance) ได้แก่ แนวทางหรือรูปแบบที่ชัดเจนเป็นระบบในการตัดสินใจนำไปปฏิบัติ ในประเด็นการพัฒนาและการถ่ายทอดนโยบายแผนปฏิบัติการ การสร้างความร่วมมือและการติดตามประเมินผล

ระเบียบวิธีวิจัย

รูปแบบการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยประเมินผล (evaluation research) เพื่อศึกษาผลการดำเนินงานการจัดการบริการมินิธัญธารักษ์ ในโรงพยาบาลสังกัด สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ประเทศไทยทุกแห่ง ครอบคลุมทุกจังหวัดใน 12 เขตบริการสุขภาพ โดยมุ่งเน้นไปที่การประเมินและวิเคราะห์รูปแบบการจัดการบริการมินิธัญธารักษ์ ซึ่งเป็นรูปแบบการบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติดในประเทศไทยที่ให้บริการในโรงพยาบาลต่างๆ ในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ทั่วประเทศ เพื่อทำความเข้าใจประสิทธิภาพ อุปสรรค ปัญหา และแนวทาง

ในการปรับปรุงระบบการจัดการให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น โดยใช้ระยะเวลาศึกษาเอกสารตั้งแต่สิงหาคม-ธันวาคม 2567 โดยใช้รูปแบบซิปโมเดล (CIPP model) ของ สตีฟเฟิลบีม^(3,14,16) เก็บข้อมูลด้วยแบบสอบถาม ในระหว่างวันที่ 27 ธันวาคม-15 มกราคม 2568

ประชากรที่ศึกษา

ใช้วิธีการเลือกแบบเจาะจง (purposive sampling) โดยกลุ่มตัวอย่างที่เลือกเป็นไปตามวัตถุประสงค์ของการวิจัย และตามเกณฑ์ที่กำหนด ได้แก่ บุคลากรที่มีประสบการณ์ตรงเกี่ยวกับการจัดการบริการมินิธัญธารักษ์ ปฏิบัติงานด้านสุขภาพจิตและยาเสพติดมาไม่น้อยกว่า 2 ปี และมีความสนใจในการให้ข้อมูล รวมทั้งสามารถให้ข้อมูลการจัดการบริการมินิธัญธารักษ์ได้อย่างครบถ้วน และเป็นผู้รับผิดชอบหลักในการจัดการบริการมินิธัญธารักษ์ในโรงพยาบาลสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ประเทศไทย ที่ได้เปิดให้บริการในรูปแบบมินิธัญธารักษ์ ในระหว่างวันที่ 1 สิงหาคม 2566-31 มกราคม 2567 ซึ่งมี 149 แห่ง แบ่งละ 1 คน รวม 149 คน

เกณฑ์ในการคัดเลือก คือ

1) เป็นพยาบาลจิตเวชที่ปฏิบัติหน้าที่เป็นผู้ประสานงานในการจัดบริการมินิธัญญารักษ์ในโรงพยาบาล สังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขที่เปิดให้บริการมินิธัญญารักษ์มาแล้วไม่น้อยกว่า 3 เดือน

2) ปฏิบัติงานด้านสุขภาพจิตและยาเสพติดมาไม่น้อยกว่า 2 ปี

3) มีความสนใจในการให้ข้อมูล รวมทั้งสามารถให้ข้อมูลการจัดบริการมินิธัญญารักษ์ได้อย่างครบถ้วน

เกณฑ์การคัดออก คือ

ไม่ผ่านการอบรมหลักสูตรผู้ประสานงานการจัดบริการมินิธัญญารักษ์ และไม่ได้ปฏิบัติงานในช่วงระยะเวลาของการศึกษาที่กำหนดในการวิจัย

กลุ่มตัวอย่างในการศึกษา

ใช้วิธีการเลือกแบบเจาะจง (purposive sampling) โดยกลุ่มตัวอย่างที่เลือก เป็นไปตามวัตถุประสงค์ของการวิจัย และตามเกณฑ์ที่กำหนด ได้แก่ พยาบาลจิตเวชที่มีประสบการณ์ตรงเกี่ยวกับการจัดบริการมินิธัญญารักษ์ปฏิบัติงานด้านสุขภาพจิตและยาเสพติดมาไม่น้อยกว่า 2 ปี และมีความสนใจในการให้ข้อมูล รวมทั้งสามารถให้ข้อมูลการจัดบริการมินิธัญญารักษ์ได้อย่างครบถ้วน และเป็นผู้รับผิดชอบหลักในการจัดบริการมินิธัญญารักษ์ ในโรงพยาบาลสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ประเทศไทยที่เปิดให้บริการในรูปแบบมินิธัญญารักษ์ ในระหว่างวันที่ 1 สิงหาคม 2566-31 มกราคม 2567 รวม 147 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

การศึกษครั้งนี้ใช้เครื่องมือ คือ แบบสอบถามที่ผู้วิจัยพัฒนาตามกรอบแนวคิด เป็นลักษณะคำถามปลายเปิด ให้เติมคำตอบ แบ่งออกเป็น 5 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของโรงพยาบาล ได้แก่ ชื่อโรงพยาบาล วันที่จัดตั้งมินิธัญญารักษ์ และที่ตั้งของมินิธัญญารักษ์ จำนวน 3 ข้อ

ส่วนที่ 2 ประเภทสถานพยาบาลยาเสพติด เป็นคำถามเกี่ยวกับประเภทสถานพยาบาลที่สังกัด จำนวนเพียงในแต่ละประเภทการบำบัด (acute care, intermediate care และ long-term care) ลักษณะเป็นจำนวน 2 ข้อ

ส่วนที่ 3 ข้อมูลเกี่ยวกับผู้ป่วย เป็นคำถามเกี่ยวกับจำนวนผู้ป่วยสะสมตั้งแต่เริ่มเปิดดำเนินการและประเภทผู้ป่วยขณะแรกรับ ตามระดับความรุนแรง 5 ระดับ ได้แก่

- 1) ผู้ป่วยที่มีอาการทางจิตเวชร่วมด้วย (ประเมิน OAS):
- 2) กลุ่มสีแดง: ผู้ป่วยที่อาละวาด/คลุ้มคลั่ง
- 3) กลุ่มสีส้ม: ผู้ป่วยที่มีอาการกำเริบ
- 4) กลุ่มสีเหลือง: ผู้ป่วยที่อาการสงบลงแล้ว
- และ 5) กลุ่มสีเขียว: ผู้ป่วยที่ไม่มีอาการทางจิตเวชร่วมด้วย จำนวน 2 ข้อ โดยให้ตอบจำนวนผู้ป่วยในแต่ละกลุ่ม

ส่วนที่ 4 ข้อมูลบุคลากรและการฝึกอบรม เป็นคำถามบุคลากรที่ปฏิบัติงานในมินิธัญญารักษ์แยกตามสาขาวิชาชีพและหลักสูตรที่ได้รับการอบรม จำนวน 2 ข้อ

ส่วนที่ 5 ความเสี่ยงที่เคยเกิดขึ้นและวิธีจัดการความเสี่ยงในมินิธัญญารักษ์ บัญหาอุปสรรคในการจัดบริการมินิธัญญารักษ์ แบ่งเป็น 4 ด้าน ได้แก่ ด้านบุคลากร ด้านสถานที่ ด้านงบประมาณ และด้านระบบงาน ลักษณะเป็น คำถามปลายเปิด

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ผู้วิจัยได้ส่งแบบสอบถามให้ผู้เชี่ยวชาญที่มีประสบการณ์ในการดำเนินงานจิตเวชและยาเสพติด จำนวน 3 ท่าน ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (content validity) ได้ค่า IOC เท่ากับ 0.90 ทั้งฉบับซึ่งอยู่ในเกณฑ์ที่เหมาะสมสำหรับการใช้ในงานวิจัย^(10,13) และแบบสอบถามผ่านเกณฑ์ในทุกข้อคำถาม

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ผู้วิจัยได้ประสานงานกับกลุ่มตัวอย่าง เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์การศึกษา ขั้นตอนและระยะเวลาในการเก็บรวบรวมข้อมูล จากนั้นได้ส่งแบบสอบถามผ่านแพลตฟอร์ม Google Drive ในช่องทางไลน์ (Line) รูปแบบ อะซิงโครนัส (asynchronous or bulletin online focus group) เนื่องจากผู้เข้าร่วมตอบแบบประเมินอยู่คนละสถานที่ และเข้าร่วมการสนทนาคนละเวลา ใช้ระยะเวลาในการเก็บรวบรวมข้อมูลประมาณ 1-2 เดือน โดยผู้วิจัยทำการจำกัดการเข้าถึงไฟล์เอกสารให้แก่ผู้วิจัยสามารถเข้าถึงได้เท่านั้น เพื่อความปลอดภัยและปกป้องข้อมูลส่วนตัวและเป็นความลับของการวิจัย^(19,22)

2. นำข้อมูลที่ได้จากการตอบแบบสอบถามมาตรวจสอบความถูกต้องสมบูรณ์ของคำตอบ เพื่อวิเคราะห์ตามวิธีการทางสถิติ หากพบว่าแบบประเมินฉบับใดไม่สมบูรณ์ ผู้วิจัยจะติดต่อไปยังผู้ให้ข้อมูลเพื่อเพิ่มเติมให้ครบถ้วน

3. ผู้วิจัยดำเนินการเก็บข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างในลักษณะกลุ่มสนทนา (focus group) จำนวน 3 ครั้ง ในประเด็นปัญหาและมุมมองต่อกระบวนการให้บริการ ได้แก่ การจัดทรัพยากร เช่น บุคลากร งบประมาณและเครื่องมือในการดำเนินการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ เช่น ปัญหาอุปสรรคของการจัดบริการ ความเสี่ยงในการจัดบริการ และแผนการจัดบริการ ใช้การวิเคราะห์เชิงเนื้อหา โดยการจัดกลุ่มเนื้อหา (categorization) และการวิเคราะห์หัวข้อหลัก (thematic analysis)⁽¹³⁾ ข้อมูลเชิงปริมาณวิเคราะห์โดยใช้การแจกแจงความถี่ ร้อยละและค่าเฉลี่ย วิเคราะห์ข้อมูล

จริยธรรมวิจัย/การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยขออนุมัติจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี จักรีนช ไบรร์รองเลขที่ P007/2567 เมื่อวันที่ 26 ธันวาคม 2567 ภายหลังผ่านการรับรองดำเนินการขออนุญาตหน่วยงานและขอความร่วมมือในการดำเนินการวิจัยตามหลักการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง โดยผู้วิจัยจะไม่เปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ให้ข้อมูล และจะนำเสนอผลการประเมินในภาพรวมเท่านั้น ผู้วิจัยมีกระบวนการบริหารจัดการรักษาข้อมูลตั้งแต่กระบวนการเก็บข้อมูล การจัดการข้อมูล การวิเคราะห์และการรายงานผล

ผลการวิจัย

1. สภาพแวดล้อม (Context) และ ระบบอภิบาล (Governance)

1.1 นโยบาย

จากการแก้ไขพระราชบัญญัติฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด พ.ศ. 2545 กำหนดให้ “ผู้เสพคือ ผู้ป่วย” ซึ่งจัดเป็นการปรับเปลี่ยนนโยบายเพิ่มการเข้าถึงบริการของผู้ป่วยยาเสพติด จากจำนวนผู้เสพยาประมาณ 1 ล้านคน เพียงบำบัดผู้เสพยาเพียง 6,500 เพียง ซึ่งคาดว่ารับผู้ป่วยยาเสพติดได้ประมาณ 2 แสนคน ดังนั้นการพัฒนาพันธัญญารักษ์จัดเป็นนโยบายในการแก้ไขปัญหายาเสพติดอย่างบูรณาการในระบบการบำบัด รักษา ฟื้นฟู โดยกำหนดให้ทุกจังหวัดเปิดบริการพันธัญญารักษ์ จังหวัดละ 1 แห่ง พร้อมทั้งได้วางแนวทางการเปิดบริการให้โรงพยาบาลนำไป

ปฏิบัติได้อย่างชัดเจน ในกรณีหน่วยงานที่เกี่ยวข้องมีประเด็นสงสัยเกี่ยวกับการดำเนินงานให้ติดต่อสอบถามผ่านผู้รับผิดชอบที่กองบริหารการสาธารณสุข

1.2 สถานการณ์และวัตถุประสงค์

กระทรวงสาธารณสุขได้กำหนดรูปแบบการจัดบริการพันธัญญารักษ์ออกเป็น 2 รูปแบบ ตามเป้าหมายการบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้เสพยาและสารเสพติดคือการบำบัดรักษาผู้เสพยาเสพติดระยะกลาง (intermediate care) และการบำบัดรักษาระยะยาว (long-term care) โดยมุ่งเน้นโรงพยาบาลให้จัดบริการในรูปแบบการบำบัดรักษาระยะกลางจากการศึกษาข้อมูลพบว่าโรงพยาบาล 147 แห่ง เปิดให้บริการในลักษณะการบำบัดระยะกลาง 112 แห่ง จำนวน 1,040 เตียง พบสูงสุดที่เขตบริการสุขภาพที่ 5, 6 และเขตบริการสุขภาพที่ 1 มีจำนวน 17, 15 และ 11 แห่ง ตามลำดับ และมีจำนวน 35 โรงพยาบาลเปิดให้บริการในรูปแบบระยะยาวจำนวน 804 เตียง โดยเขตบริการสุขภาพที่ 8 และ 10 จัดบริการในรูปแบบนี้สูงสุดจำนวน 7 แห่ง และเขตบริการสุขภาพที่ 6 จัดบริการสูงเป็นอันดับ 2 จำนวน 6 แห่ง สำหรับเขตบริการสุขภาพที่ 1 และ 3 ไม่จัดบริการพันธัญญารักษ์ในรูปแบบการดูแลระยะยาว

2. การประเมินปัจจัยนำเข้า (Input evaluation)

2.1 การจัดบริการพันธัญญารักษ์

จากการศึกษาและวิเคราะห์ข้อมูลเกี่ยวกับการจัดบริการพันธัญญารักษ์ในประเทศไทยมีจำนวนสถานบริการทั้งหมด 147 แห่ง และมีจำนวนเตียงรวม 1,844 เตียง โดยแบ่งการให้บริการออกเป็นสองรูปแบบหลัก คือ intermediate care (การดูแลระยะกลาง) และ long-term care (การฟื้นฟูสมรรถภาพระยะยาว) โดยเขตบริการสุขภาพที่ 6 จำนวน 20 โรงพยาบาล จำนวน 230 เตียง คิดเป็นร้อยละ 13.42 ของการให้บริการทั้งหมด ในทางกลับกันเขตบริการสุขภาพที่ 3 มีการจัดบริการน้อยที่สุด เพียง 4 แห่ง รวม 23 เตียง คิดเป็นร้อยละ 2.68 เขตสุขภาพที่มีศักยภาพสูง ได้แก่ เขต 10 ซึ่งมีจำนวนเตียงรวมมากที่สุด 254 เตียง รองลงมาคือเขต 8 (245 เตียง) และเขต 7 (225 เตียง) แสดงให้เห็นถึงความพร้อมในการให้บริการทั้ง intermediate care และ long-term care ในขณะที่เขตสุขภาพที่ 3 มีจำนวนบริการและเตียงน้อยที่สุด ซึ่งชี้ให้เห็นถึงปัญหาการขาดแคลนทรัพยากรและการพัฒนาที่ไม่เพียงพอ

การจัดบริการมินิธัญญารักษ์ระยะกลาง (intermediate care) มีทั้งหมด 112 แห่ง แบ่งเป็นหอผู้ป่วย (ward) 56 แห่ง และ corner 56 แห่ง รวมเตียงทั้งหมด 1,040 เตียง เขตสุขภาพที่มีจำนวนเตียงมากที่สุด ได้แก่ เขต 1 (170 เตียง) เขต 6 (126 เตียง) และเขต 10 (103 เตียง) อย่างไรก็ตาม เขตสุขภาพที่ 3 ไม่มีบริการในรูปแบบ ward เลย สะท้อนถึงปัญหาการขาดแคลนทรัพยากรและการพัฒนาที่ไม่เพียงพอในพื้นที่ ในขณะที่เขตสุขภาพที่ 5 โดดเด่นในรูปแบบ corner

ด้วยจำนวน 13 แห่ง ซึ่งแสดงให้เห็นถึงการให้บริการที่มีความต่อเนื่องและทั่วถึงในพื้นที่ การจัดบริการมินิธัญญารักษ์ระยะยาว (long-term care) จัดบริการทั้งหมด 35 แห่ง แบ่งเป็นหอผู้ป่วย (ward) 32 แห่ง และ corner 3 แห่ง รวมจำนวนเตียงทั้งสิ้น 804 เตียง เขตสุขภาพที่มีจำนวนเตียงมากที่สุด ได้แก่ เขต 7 (163 เตียง) เขต 10 (151 เตียง) และเขต 8 (150 เตียง) และพบว่าหลายเขตสุขภาพ เช่น เขต 3, 4, และ 5 ไม่มีการให้บริการในรูปแบบ corner รายละเอียดดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 แสดงข้อมูลจำนวนเตียงตามรูปแบบการจัดบริการจำแนกรายเขตบริการสุขภาพ

เขตบริการ	รูปแบบการจัดบริการ (แห่ง)							รวม
สุขภาพ	Intermediate Care			Long-Term Care			มินิธัญญารักษ์ (แห่ง)	จำนวน เตียง
	ward	corner	จำนวน เตียง	ward	corner	จำนวน เตียง		
1	10	1	170	0	0	0	11	170
2	6	2	72	1	0	20	9	92
3	0	4	23	0	0	0	4	23
4	3	5	63	1	0	16	9	79
5	4	13	76	1	0	30	18	106
6	4	11	126	4	1	104	20	230
7	2	6	62	6	0	163	14	225
8	7	1	95	6	0	150	14	245
9	3	4	89	2	2	44	11	133
10	7	2	103	5	0	151	14	254
11	6	2	70	3	0	70	11	140
12	4	5	91	3	0	56	12	147
รวม	56	56	1,040	32	3	804	147	1,844

การจัดบริการมินิธัญญารักษ์ในแต่ละเขตสุขภาพพบว่า อัตราการให้บริการมีความแตกต่างกันในแต่ละพื้นที่ ซึ่งสะท้อนถึงความสามารถในการรองรับผู้ป่วยและสถานการณ์ปัญหาที่หลากหลาย จากข้อมูลการจัดบริการมินิธัญญารักษ์ระยะกลาง (intermediate care) มีจำนวนเตียงรวม 1,040 เตียง รองรับผู้ป่วยทั้งหมด 2,298 ราย คิดเป็นอัตราการให้บริการเฉลี่ยร้อยละ 220.96 เขตสุขภาพที่มีอัตราการให้บริการ

สูงสุด ได้แก่ เขต 8 ซึ่งมีอัตราสูงถึงร้อยละ 506.32 รองรับผู้ป่วย 481 ราย จากจำนวนเตียง 95 เตียง เขตสุขภาพที่มีอัตราการให้บริการต่ำสุด ได้แก่ เขต 7 ซึ่งรองรับผู้ป่วยเพียง 11 ราย จากจำนวนเตียง 62 เตียง คิดเป็นร้อยละ 17.74 และเขตสุขภาพที่ 9 ไม่มีผู้ป่วยในระบบ intermediate care แม้จะมีเตียงรองรับ 89 เตียง การจัดบริการมินิธัญญารักษ์ระยะฟื้นฟู (long-term care) มีจำนวนเตียงรวม 804 เตียง

รองรับผู้ป่วย 340 ราย คิดเป็นอัตราการให้บริการเฉลี่ยร้อยละ 42.29 เขตสุขภาพที่มีอัตราการให้บริการสูงสุด ได้แก่ เขต 10 ซึ่งมีอัตราสูงถึงร้อยละ 129.14 รองรับผู้ป่วย 195 ราย จากจำนวนเตียง 151 เตียงและพบว่าเขตสุขภาพที่ 5, 6, และ 7 ไม่มีผู้ป่วยในระบบ long-term care แม้จะมีเตียงรองรับ

ระดับความรุนแรงของผู้ป่วยตามเกณฑ์ OAS (Opioid Addiction Severity)

แบ่งออกเป็น 4 ระดับ ได้แก่ สีแดง (วิกฤต), สีส้ม (รุนแรง), สีเหลือง (ปานกลาง), และสีเขียว (เล็กน้อย)

จากการศึกษา พบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่อยู่ในระดับสีเหลือง (916 ราย) และสีเขียว (799 ราย) สะท้อนถึงการที่ผู้ป่วยส่วนใหญ่มักยังอยู่ในระดับที่สามารถจัดการได้ในชุมชน พบว่าเขตสุขภาพที่มีผู้ป่วยในระดับสีแดงมากที่สุด ได้แก่ เขต 8 (188 ราย) และเขต 10 (150 ราย) ซึ่งแสดงถึงความท้าทายในการจัดการผู้ป่วยที่อยู่ในสถานการณ์วิกฤต เขตสุขภาพที่มีผู้ป่วยระดับสีเขียวมากที่สุด ได้แก่ เขต 1 (202 ราย) และเขต 2 (201 ราย) ตามตารางที่ 2

ตารางที่ 2 แสดงข้อมูลการเข้ารับบริการจำแนกตามระดับความรุนแรง Overt Aggression Scale: OAS

เขตบริการสุขภาพ	อัตราการให้บริการมินิธัญรักษ์						ระดับความรุนแรง ตาม OAS (ราย)			
	Intermediate Care			Long Term Care			สีแดง	สีส้ม	สีเหลือง	สีเขียว
	จำนวนเตียง	จำนวนผู้ป่วย (ราย)	ร้อยละ	จำนวนเตียง	จำนวนผู้ป่วย (ราย)	ร้อยละ				
1	170	284	167.06	0	0	0	5	43	56	202
2	72	238	330.56	20	20	100	0	2	55	201
3	23	20	86.97	0	0	0	0	1	14	5
4	63	101	160.32	16	9	56.25	4	57	43	6
5	76	30	39.47	30	0	0	67	71	131	8
6	126	163	129.37	104	0	0	3	9	96	65
7	62	11	17.74	163	0	0	0	2	7	2
8	95	481	506.32	150	34	22.67	188	63	189	75
9	89	0	0	44	25	56.82	4	8	9	4
10	103	214	207.77	151	195	129.14	150	87	32	140
11	70	121	172.86	70	25	35.71	43	28	25	50
12	91	388	426.37	56	0	0	41	47	259	41
รวม	1,040	2,298	220.96	804	340	42.29	505	418	916	799

2.2 บุคลากรที่ให้บริการ ข้อมูลการเปิดให้บริการมินิธัญรักษ์ 147 แห่งทั่วประเทศ พบว่าเขตบริการสุขภาพที่ 5 มีแพทย์ประจำมากที่สุดคือ 13 คน สะท้อนถึงการกระจายทรัพยากรบุคลากรที่ไม่สม่ำเสมอในแต่ละเขตบริการสุขภาพ นอกจากนี้มีสถานพยาบาลจำนวน 87 แห่ง ที่มีพยาบาล

ประจำแบบ Full-time ซึ่งช่วยให้สามารถดูแลผู้รับบริการได้อย่างต่อเนื่องและมีประสิทธิภาพ ขณะที่สถานพยาบาลอื่นๆ ต้องอาศัยพยาบาลจากหอผู้ป่วยหมุนเวียนมาดูแลผู้รับบริการในมินิธัญรักษ์ ส่งผลต่อความต่อเนื่องในการดูแลผู้ป่วย

3. การประเมินด้านกระบวนการ (Process evaluation)

3.1 การจัดบริการ จากการศึกษาพบว่า กิจกรรมการบำบัดรักษาในมินิธัญญารักษ์มุ่งเน้นการดูแลผู้ป่วยอย่างครอบคลุม ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม สามารถแบ่งออกเป็น 3 ส่วนหลัก ได้แก่ การให้ความรู้ การฝึกทักษะ และกิจกรรมทางเลือก โดยการจัดกิจกรรมดังกล่าวมีเป้าหมายเพื่อฟื้นฟูสมรรถภาพร่างกายและจิตใจของผู้ป่วยให้กลับมาใช้ชีวิตในสังคมได้อย่างปกติ ได้แก่ 1) การให้ความรู้ ถือเป็นส่วนสำคัญในการสร้างความเข้าใจเกี่ยวกับผลกระทบจากการใช้ยาเสพติด เนื้อหาในกิจกรรมนี้ครอบคลุมถึงพิษภัยของยาเสพติด หลักการลดอันตราย (harm reduction) ความเข้าใจเกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงของสมองที่ติดยา และสุขภาพจิตศึกษา 2) การฝึกทักษะ กิจกรรมในส่วนนี้มุ่งเน้นการพัฒนาทักษะที่จำเป็นในการปรับตัวและฟื้นฟูสภาพจิตใจของผู้ป่วย ประกอบด้วย ทักษะการปรับตัว การรู้จักตนเอง ทักษะการเลิกยาในระยะเริ่มต้น การประเมินตนเอง การสร้างแรงจูงใจ และทักษะการปฏิเสธ 3) กิจกรรมทางเลือก เพื่อสนับสนุนการฟื้นฟูทั้งร่างกายและจิตใจ ผู้ป่วยจะได้รับการบำบัดผ่านกิจกรรมหลากหลาย เช่น กายภาพบำบัด การแพทย์แผนไทย ดนตรีบำบัด การดูแลสุขภาพช่องปากและฟัน และการใช้หลักธรรมทางศาสนา (ศาสนบำบัด) โดยกิจกรรมดังกล่าวจัดขึ้นในรูปแบบหอผู้ป่วย (ward) และ หอผู้ป่วยร่วม (corner) ซึ่งมีการปรับใช้ห้องพิเศษสำหรับผู้ป่วยเพื่อให้เหมาะสมกับกระบวนการบำบัด ซึ่งการบำบัดรักษาระยะกลาง ผู้ป่วยจะเข้าร่วมกิจกรรมหมุนเวียนรายสัปดาห์อย่างครบถ้วน โดยใช้ระยะเวลา 1 เดือนในการบำบัด สำหรับการบำบัดรักษาระยะยาว ผู้เสพยาเสพติดจะได้เข้ารับการบำบัดรักษาอย่างต่อเนื่อง 3 เดือน โดยเพิ่มกิจกรรมฝึกอาชีพเพื่อเตรียมความพร้อมสู่การกลับคืนสู่สังคม ส่วนหอผู้ป่วยร่วม (corner) ซึ่งใช้แนวทางการจัด zoning กิจกรรมจะเน้นการบำบัดรักษาทางการแพทย์ เพื่อให้ผู้ป่วยพ้นระยะวิกฤตโดยใช้เวลาเฉลี่ย 7-10 วัน หลังจากนั้นผู้ป่วยจะได้รับการนัดหมาย ติดตามต่อในลักษณะผู้ป่วยนอก เพื่อฝึกทักษะและเข้าร่วมกิจกรรมจนกระบวนการบำบัดเสร็จสิ้นตามเกณฑ์ที่กำหนด

เมื่อจำแนกกลุ่มผู้รับบริการตามประเภทการใช้ยาเสพติดและสารเสพติด พบว่าการใช้สารเสพติดกลุ่มยาบ้า/

ยาไอซ์ มีจำนวนมากที่สุด คือ 1,802 ราย รองลงมาได้แก่ การใช้ยาเสพติดหลายชนิด ใช้สุรา กัญชา กลุ่มฝิ่น/เฮโรอีน กระทั่งมีจำนวน 414, 149, 138, 109 และ 15 ราย ตามลำดับ เมื่อวิเคราะห์รายเขตบริการสุขภาพพบว่า เขตบริการสุขภาพที่ 8 มีจำนวนผู้รับบริการที่ใช้ยาบ้า/ยาไอซ์มากที่สุด คือ 376 ราย ในขณะที่เขตบริการสุขภาพที่ 1 มีจำนวนผู้รับบริการที่ใช้สารเสพติดกลุ่มฝิ่น/เฮโรอีนมากที่สุด คือ 90 ราย การใช้กัญชาพบมากที่สุดในเขตบริการสุขภาพที่ 6 และ 8

3.2 การฝึกอบรมพัฒนาความรู้ความ

สามารถของบุคลากร จากการศึกษาพบว่าประเทศไทยมีการกำหนดหลักสูตรการพัฒนาความรู้ความสามารถของบุคลากรในมินิธัญญารักษ์ทั้งสิ้น 7 หลักสูตร ได้แก่: 1) หลักสูตรมินิธัญญารักษ์ 10 วัน เน้นพื้นฐานการจัดการและดูแลผู้ป่วยในมินิธัญญารักษ์ 2) หลักสูตรเวชศาสตร์ยาเสพติดสำหรับแพทย์ มุ่งเน้นความเชี่ยวชาญด้านเวชศาสตร์ยาเสพติด 3) หลักสูตรเวชศาสตร์พยาบาล 5 วัน/10 วัน สำหรับพยาบาลที่ต้องการความเชี่ยวชาญเฉพาะด้าน 4) หลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทาง 4 เดือน เป็นการพัฒนาศักยภาพด้านการดูแลผู้ป่วยสารเสพติด 5) หลักสูตรเวชศาสตร์ฉุกเฉินและสารเสพติด สำหรับสถานการณ์ฉุกเฉิน 6) หลักสูตร FAST Model มุ่งเน้นการจัดการปัญหาอย่างรวดเร็วและมีประสิทธิภาพ 7) หลักสูตร Matrix การจัดการและบูรณาการการดูแลผู้ป่วย โดยทุกสถานพยาบาลที่เปิดให้บริการมินิธัญญารักษ์ เจ้าหน้าที่ได้รับการอบรมอย่างน้อย 1 หลักสูตร ซึ่งสะท้อนถึงความมุ่งมั่นของระบบสาธารณสุขในการพัฒนาศักยภาพบุคลากร

ข้อมูลสถิติการอบรมบุคลากร พบว่าโรงพยาบาลที่จัดบริการมินิธัญญารักษ์จำนวน 69 แห่ง หรือคิดเป็นร้อยละ 62.73 มีแพทย์เข้ารับการอบรมในหลักสูตรเวชศาสตร์ยาเสพติดสำหรับแพทย์ นอกจากนี้พยาบาลที่ปฏิบัติงานในมินิธัญญารักษ์มีจำนวนทั้งหมด 207 คนโดยในจำนวนนี้ 60 คน (ร้อยละ 28.99) ผ่านการอบรมหลักสูตรมินิธัญญารักษ์ 10 วัน และ 55 คน (ร้อยละ 26.57) ผ่านการอบรมหลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทาง 4 เดือน ในส่วนของนักจิตวิทยาจำนวน 41 คน พบว่ามีผู้เข้ารับการอบรมในหลักสูตร FAST Model และ Matrix อย่างละ 11 คนต่อหลักสูตร คิดเป็นร้อยละ 26.83 สะท้อนถึงการเตรียมพร้อมในการบูรณาการการดูแลด้านจิตวิทยา โดยทุกหน่วยบริการที่เปิดให้บริการมินิธัญญารักษ์มีการจัดทำ

แผนการบำบัดรักษา คู่มือการบำบัดรักษา แผนการดูแลผู้ป่วยตาม care map และ clinical practice guideline (CPG) รวมถึงแนวทางการส่งต่อผู้ป่วยยาเสพติดในเขตบริการสุขภาพอย่างชัดเจน

3.3 การจัดการความเสี่ยง จากการศึกษาพบว่าความเสี่ยงที่เกิดขึ้นจากการให้บริการผู้ป่วยในสถานพยาบาลที่เกี่ยวข้องกับสารเสพติดสามารถจำแนกได้เป็นหลายประเภท โดยความเสี่ยงที่พบมากที่สุดคือ การลักลอบออกไปภายนอกสถานพยาบาล จำนวน 45 รายการ การทะเลาะวิวาท จำนวน 32 รายการ การเข้าและสารเสพติดภายในสถานพยาบาล จำนวน 25 รายการ ซึ่งความเสี่ยงเหล่านี้สะท้อนถึงพฤติกรรมของผู้ป่วยที่ต้องการการดูแลอย่างใกล้ชิดและมาตรการป้องกันความเสี่ยงที่มีประสิทธิภาพ

มาตรการจัดการความเสี่ยง จากการศึกษาพบว่าสถานพยาบาลที่ให้บริการได้ใช้มาตรการหลากหลายรูปแบบในการจัดการความเสี่ยงเพื่อควบคุมและจำกัดพฤติกรรมของผู้ป่วย ดังนี้ การผูกมัดผู้ป่วย ใช้มากที่สุดจำนวน 81 รายการ การเข้าเพื่อควบคุมพฤติกรรม จำนวน 70 รายการ ตามด้วยการใช้ห้องจำกัดพฤติกรรมทางการแพทย์ จำนวน 12 รายการ และการใช้ห้องขัง จำนวน 4 รายการ ซึ่งมาตรการเหล่านี้ถูกเลือกใช้ตามระดับความรุนแรงของสถานการณ์และความจำเป็นทางการแพทย์ โดยคำนึงถึงความปลอดภัยของผู้ป่วย บุคลากร และสิ่งแวดล้อมในสถานพยาบาล

4. การประเมินผลลัพธ์

4.1 ผลลัพธ์ด้านบริการ พบว่าบริการมินิธัญญารักษ์สามารถให้บริการผู้ป่วยทั้งสิ้น 2,638 ราย คิดเป็นร้อยละ 143.06 ของจำนวนเตียง โดยเป็นผู้ป่วย intermediate care จำนวน 2,298 ราย และผู้ป่วย long-term care จำนวน 340 คิดเป็นร้อยละ 220.96 และ 42.29 ตามลำดับ โดยร้อยละ 34.72 เป็นผู้ป่วยกลุ่มอาการ สิ้นเสียง รองลงมาคือผู้รับบริการกลุ่มสีเขียว ร้อยละ 30.29 กลุ่มสีแดง ร้อยละ 19.14 และกลุ่มสีส้ม ร้อยละ 15.85 ตามลำดับ และพบว่าผู้รับบริการเข้ายาบ้า/ยาไอซ์ มีจำนวนมากที่สุด และพบความเสี่ยงจากการให้บริการมินิธัญญารักษ์สูงสุดคือการลักลอบออกไปภายนอกสถานพยาบาล

4.2 ปัญหาและอุปสรรคในการจัดบริการมินิธัญญารักษ์ สามารถจำแนกปัญหาออกเป็น 4 ด้าน ด้าน

บุคลากร เป็นปัญหาที่พบมากที่สุด ได้แก่ การขาดแคลนนั้รากำลังในการปฏิบัติงานประจำ พยาบาลที่ดูแลผู้ป่วยจิตเวชต้องปฏิบัติงานในมินิธัญญารักษ์ร่วมด้วย และบุคลากรในการปฏิบัติงานบางคนไม่ผ่านการอบรมหลักสูตรในการบำบัดผู้เสพยาและสารเสพติด ด้านสถานที่พบว่าไม่มีสถานที่เฉพาะในการจัดบริการ คงจัดบริการร่วมกับผู้ป่วยทั่วไป พื้นที่คับแคบ ไม่มีสถานที่ในการจัดกิจกรรมฟื้นฟูผู้ป่วย ด้านงบประมาณไม่มีงบประมาณเพียงพอในการจัดบริการและไม่สามารถจัดซื้ออุปกรณ์ที่มีความจำเป็นได้ งบประมาณล่าช้า วัสดุอุปกรณ์ในการทำกิจกรรมต่างๆ ไม่เพียงพอ และด้านระบบงาน พบว่าระบบการส่งต่อผู้ป่วยยังไม่มีประสิทธิภาพ

การอภิปรายผล

การศึกษานี้ชี้ให้เห็นถึงความก้าวหน้าของระบบมินิธัญญารักษ์ในประเทศไทย ซึ่งเป็นบริการบำบัดและฟื้นฟูผู้ป่วยยาเสพติดที่มีบทบาทสำคัญในการช่วยเหลือผู้ป่วยในพื้นที่ห่างไกล โดยการจัดตั้งศูนย์บริการในทุกเขตบริการสุขภาพทั้ง 12 เขต ทำให้ผู้ป่วยสามารถเข้าถึงบริการได้มากขึ้น⁽¹⁹⁾ ระบบดังกล่าวได้พัฒนาแนวทางการบำบัดที่ครอบคลุม ตั้งแต่การดูแลระยะกลาง (intermediate care) ไปจนถึงการฟื้นฟูระยะยาว (long-term care) ซึ่งช่วยตอบสนองความต้องการพื้นฐานของผู้ป่วยได้อย่างเหมาะสม อย่างไรก็ตามแม้ว่าระบบจะมีการขยายตัว แต่ยังคงมีข้อจำกัดที่สำคัญในด้านทรัพยากรและบุคลากร โดยเฉพาะในพื้นที่ที่ทรัพยากรมีจำกัด เช่น อาคารสถานที่ อุปกรณ์ทางการแพทย์ และงบประมาณที่จัดสรรไม่เพียงพอ ปัญหาดังกล่าวสอดคล้องกับผลการศึกษาเกี่ยวกับการปฏิรูปด้านบำบัดฟื้นฟูยาเสพติดที่ระบุว่า การขาดแคลนบุคลากรที่มีความเชี่ยวชาญเฉพาะทางยังคงเป็นอุปสรรคสำคัญ⁽²²⁾

ดังนั้น เพื่อตอบสนองความต้องการที่เพิ่มขึ้นของผู้ป่วยระบบมินิธัญญารักษ์ควรให้ความสำคัญกับการลงทุนในโครงสร้างพื้นฐาน เช่น การเพิ่มจำนวนเตียงในพื้นที่ที่มีผู้ยหนาแน่น การจัดหาอุปกรณ์ทางการแพทย์ และการจัดสรรงบประมาณที่เหมาะสม นอกจากนี้การพัฒนาบุคลากรเป็นอีกหนึ่งแนวทางสำคัญที่ควรดำเนินการอย่างต่อเนื่อง ทั้งการฝึกอบรมเฉพาะทาง เช่น การพัฒนาทักษะนั้รบำบัดและผู้นให้คำปรึกษา รวมถึงการส่งเสริมแรงจูงใจ เช่น การเพิ่มค่าตอบแทนสวัสดิการที่เหมาะสม และโอกาสความก้าวหน้าในสายอาชีพ

เพื่อรักษาบุคลากรให้อยู่ในระบบระยะยาว นอกจากนั้นการใช้เทคโนโลยี เช่น ระบบฐานข้อมูลกลาง จะช่วยเพิ่มประสิทธิภาพในการจัดการข้อมูลผู้ป่วยและการประสานงานระหว่างหน่วยงาน ซึ่งจะลดปัญหาการทำงานซ้ำซ้อน และช่วยให้การดูแลผู้ป่วยมีความต่อเนื่องมากขึ้น

แม้ว่าระบบการบำบัดจะมีการพัฒนามากขึ้น แต่ยังคงพบปัญหาในกลุ่มผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงสูง เช่น ผู้ที่มีอาการทางจิตเวชร่วมกับการใช้ยาเสพติด การจัดตั้งศูนย์เฉพาะทางที่มีทีมผู้เชี่ยวชาญจะช่วยเพิ่มประสิทธิภาพในการฟื้นฟูผู้ป่วยกลุ่มนี้ และช่วยลดช่องว่างในการบวนการดูแล⁽²²⁾ การมีส่วนร่วมของผู้ป่วยและครอบครัวในการวางแผนการดูแลยังเป็นปัจจัยสำคัญที่ช่วยให้การบำบัดมีความเหมาะสมกับความต้องการเฉพาะบุคคล และสร้างความเข้าใจระหว่างผู้ป่วยกับผู้ให้บริการ

การนำผลการวิจัยไปใช้

ผลการศึกษานี้มีข้อมูลสำคัญที่สามารถนำไปใช้ในการพัฒนานโยบายและการจัดการบริการด้านสุขภาพ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในการดูแลผู้ป่วยสารเสพติด ซึ่งสามารถนำไปสู่การปรับปรุงและขยายการให้บริการในเขตสุขภาพต่างๆ ให้ตอบสนองความต้องการของประชาชนได้อย่างมีประสิทธิภาพ ข้อมูลที่ได้รับยังชี้ให้เห็นถึงความจำเป็นในการส่งเสริมความตระหนักรู้เกี่ยวกับบริการมินิธัญญารักษ์ในชุมชน เพื่อเพิ่มการเข้าถึงบริการในพื้นที่ที่มีความต้องการสูง

การพัฒนาระบบบริการสุขภาพควรให้ความสำคัญกับการกระจายทรัพยากรและการออกแบบบริการที่เหมาะสมกับลักษณะปัญหาในแต่ละเขต เพื่อรองรับความต้องการของผู้ป่วยสารเสพติดในอนาคต การปรับปรุงรูปแบบการดูแลให้ครอบคลุมและเท่าเทียมจะช่วยลดความเหลื่อมล้ำในการเข้าถึงบริการและยกระดับคุณภาพชีวิตของประชาชนในทุกเขตสุขภาพ การพัฒนาความรู้และทักษะของบุคลากรด้านมินิธัญญารักษ์ถือเป็นกลไกสำคัญในการยกระดับคุณภาพการดูแลผู้ป่วยสารเสพติด ความพยายามในการฝึกอบรมบุคลากรไม่เพียงเพิ่มศักยภาพในการดูแลผู้ป่วย แต่ยังช่วยสร้างมาตรฐานการดูแลที่ตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยอย่างมีประสิทธิภาพ

นอกจากนี้ การจัดการความเสี่ยงในสถานพยาบาลที่ดูแลผู้ป่วยสารเสพติดก็เป็นสิ่งที่ต้องให้ความสำคัญ โดยต้อง

มีการประเมินสถานการณ์อย่างรอบคอบและเลือกใช้มาตรการที่เหมาะสมเพื่อป้องกันความเสี่ยง เช่น การลักลอบออกไปภายนอกและการทะเลาะวิวาท ซึ่งสะท้อนถึงความจำเป็นในการเพิ่มมาตรการป้องกันที่รัดกุม และสร้างสมดุลระหว่างการดูแลผู้ป่วยและการรักษาความปลอดภัยในสถานพยาบาล

สรุป

การวิจัยประเมินผล (evaluation research) เพื่อศึกษาผลการดำเนินงานการจัดบริการมินิธัญญารักษ์ในโรงพยาบาลสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ประเทศไทย โดยใช้แบบจำลองการประเมินแบบชิป (CIPP Model) ของสต๊อฟเฟิลบีม ในการศึกษา ได้มีการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจงเป็นผู้รับผิดชอบหลักในการจัดบริการมินิธัญญารักษ์ในโรงพยาบาลสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ประเทศไทย แห่งละคน จำนวน 147 คน ในโรงพยาบาลทุกระดับ โดยมีจำนวนเตียงบริการรวมทั้งสิ้น 1,804 เตียง แบ่งเป็นระยะกลาง (intermediate care) จำนวน 1,040 เตียง และการฟื้นฟูสมรรถภาพระยะยาว (long-term care) จำนวน 804 เตียง ผู้ป่วยที่เข้ามาใช้บริการทั้งสิ้น 2,638 ราย เป็นผู้ป่วย intermediate care จำนวน 2,298 ราย และ long-term care จำนวน 340 ราย สำหรับประเภทสารเสพติดที่พบมากที่สุดในกลุ่มผู้รับบริการคือ ยาบ้า/ยาไอซ์ มีจำนวนถึง 1,802 ราย รองลงมาคือการใช้สารเสพติดหลายชนิด ควบคู่กับการใช้สุรา กัญชา และฝิ่น/เฮโรอีน โดยเขตบริการสุขภาพที่ 1 มีใช้สารเสพติดกลุ่มฝิ่น/เฮโรอีนมากที่สุด ส่วนเขตบริการสุขภาพที่ 8 ใช้ยาบ้า/ยาไอซ์มากที่สุด ซึ่งสะท้อนถึงปัจจัยทางสังคมและเศรษฐกิจ^(19,21,22)

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

1. กระทรวงสาธารณสุขควรมีการพัฒนานโยบายและกลยุทธ์ในการจัดบริการมินิธัญญารักษ์อย่างมีประสิทธิภาพ ควรมีการขยายและพัฒนาการให้บริการมินิธัญญารักษ์ในเขตสุขภาพที่มีความต้องการสูง โดยเฉพาะในพื้นที่ที่มีจำนวนเตียงและบริการที่จำกัด เพื่อให้สามารถรองรับผู้ป่วยได้อย่างทั่วถึงและมีประสิทธิภาพมากขึ้น เสริมสร้างความสามารถในการดูแลสุขภาพของประชาชนทุกคนในทุกเขตบริการ การกระจาย

บริการในรูปแบบที่เหมาะสมกับปัญหาของแต่ละพื้นที่ที่จะช่วยให้สามารถเข้าถึงบริการได้อย่างเท่าเทียม ทั้งถึงและยั่งยืน

2. ควรมีการทบทวนและปรับปรุงการกระจายทรัพยากรในการให้บริการด้านสุขภาพ โดยคำนึงถึงความจำเป็นของแต่ละพื้นที่และกลุ่มเป้าหมาย เพื่อให้บริการสุขภาพมีความครอบคลุมและเท่าเทียม โดยเฉพาะในพื้นที่ที่มีปัญหาการเข้าถึงบริการที่ยังไม่เพียงพอ

3. ควรมีการฝึกอบรมและพัฒนาทักษะ และความรู้ ของบุคลากรที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยสารเสพติด เพื่อเสริมสร้างความสามารถในการดูแลผู้ป่วยให้มีประสิทธิภาพ และมีมาตรฐานที่เหมาะสม ยกย่องคุณภาพการดูแล

4. เสริมสร้างมาตรการป้องกันและรักษาความปลอดภัยในสถานพยาบาล จัดการความเสี่ยงในสถานพยาบาลอย่างมีประสิทธิภาพ โดยการประเมินสถานการณ์และเลือกใช้มาตรการที่เหมาะสมจะช่วยให้การดูแลผู้ป่วยมีความปลอดภัย และมีประสิทธิภาพสูงสุด

ข้อเสนอแนะเชิงปฏิบัติการ

1. ดำเนินการขยายจำนวนสถานบริการในเขตสุขภาพที่มีความต้องการสูง โดยเพิ่มจำนวนโรงพยาบาลบริการมินิคลินิกในพื้นที่ที่มีความขาดแคลน เพื่อรองรับผู้ป่วยที่มีจำนวนเพิ่มขึ้นในแต่ละปี พร้อมทั้งร่วมมือกับองค์กรชุมชนและหน่วยงานท้องถิ่น ในการส่งเสริมให้ประชาชนมีการเข้าถึงข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับบริการในพื้นที่

2. จัดฝึกอบรมบุคลากรทางการแพทย์และพยาบาลในเรื่องการดูแลผู้ป่วยสารเสพติด โดยเฉพาะในเรื่องของเทคนิคการดูแลผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมเสี่ยง เช่น การควบคุมความรุนแรงหรือการจัดการกับผู้ป่วยที่พยายามหลบหนี สร้างโปรแกรมพัฒนาทักษะเฉพาะทาง เช่น การฟื้นฟูสมรรถภาพและการสนับสนุนจิตใจให้แก่บุคลากรที่ดูแลผู้ป่วยสารเสพติด

3. จัดสรรงบประมาณและทรัพยากรอย่างมีประสิทธิภาพ โดยให้ความสำคัญกับพื้นที่ที่มีปัญหาการขาดแคลนการบริการ และให้ความสำคัญกับการเพิ่มจำนวนเตียงและอุปกรณ์การแพทย์ในพื้นที่เหล่านี้ รวมถึงการออกแบบโปรแกรมการดูแลที่แตกต่างกันตามความต้องการและสถานการณ์ของแต่ละเขตสุขภาพ

4. เพิ่มความเข้มงวดในการรักษาความปลอดภัย เช่น การติดตั้งระบบสัญญาณเตือนภัย การใช้เครื่องตรวจจับโลหะ และการเพิ่มจำนวนเจ้าหน้าที่รักษาความปลอดภัยในสถานพยาบาลที่ดูแลผู้ป่วยสารเสพติด มีการปรับปรุงการจัดการภายในสถานพยาบาล โดยจัดให้มีการตรวจสอบและประเมินสถานการณ์เป็นระยะๆ เพื่อป้องกันเหตุการณ์ที่อาจเกิดขึ้น เช่น การลักลอบออกไปภายนอกและการทะเลาะวิวาท

5. สร้างเครือข่ายการฟื้นฟูสมรรถภาพ โดยการสนับสนุนบริการฟื้นฟูสมรรถภาพในระยะยาวในชุมชนหรือในสถานพยาบาลที่มีความเหมาะสม โดยให้บริการอย่างต่อเนื่องหลังจากการรักษาพร้อมทั้งพัฒนาโปรแกรมการฟื้นฟูที่ครอบคลุม เช่น การบำบัดทางจิตใจ, การฟื้นฟูร่างกาย และการช่วยเหลือในการกลับสู่สังคม

ข้อเสนอแนะเพื่อการวิจัยครั้งต่อไป

1. ศึกษาผลกระทบของการขยายบริการมินิคลินิกในพื้นที่ต่างๆ ต่อการเข้าถึงบริการและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยสารเสพติดรวมถึงการเปรียบเทียบระหว่างเขตที่มีการขยายบริการ และเขตที่ยังมีข้อจำกัดในการให้บริการ

2. ศึกษาแนวทางการจัดการความเสี่ยงในการดูแลผู้ป่วยสารเสพติดที่มีประสิทธิภาพในการจัดการความเสี่ยงที่เกิดจากผู้ป่วยสารเสพติดในสถานพยาบาล เช่น การป้องกันการลักลอบออกไปภายนอกและการทะเลาะวิวาท รวมถึงผลกระทบของมาตรการเหล่านี้ต่อคุณภาพการดูแลและความปลอดภัยของผู้ป่วยและบุคลากร

3. สำรวจความต้องการและการเข้าถึงบริการมินิคลินิกในกลุ่มเป้าหมายในแต่ละพื้นที่เกี่ยวกับบริการมินิคลินิก เพื่อให้สามารถพัฒนาบริการให้ตรงกับความต้องการจริงของผู้ใช้บริการ และศึกษาความพึงพอใจของผู้ป่วยและครอบครัวที่ได้รับการดูแลภายใต้ระบบมินิคลินิก

4. การวิจัยรูปแบบการดูแลที่เหมาะสมในแต่ละเขตสุขภาพ เช่น การให้บริการหออผู้ป่วย, การดูแลในชุมชน, หรือการฟื้นฟูสมรรถภาพในระยะยาว เพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลที่เหมาะสมกับลักษณะปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยในแต่ละพื้นที่

5. การศึกษาผลกระทบของการพัฒนาความตระหนักรู้ในชุมชนต่อการเข้าถึงบริการมีนิจญญารักษ์ และผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น เช่น การเพิ่มจำนวนผู้เข้ารับการดูแล หรือการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม

เอกสารอ้างอิง

- United Nations Office on Drugs and Crime. Prevalence of drug use [Internet]. [cited 2025 Jun 23]. Available from: <https://dataunodc.un.org/dp-drug-use-prevalence-nps>
- United Nations Office on Drugs and Crime. World drug report 2021: Trends in drug use and treatment in Asia-Pacific. Vienna: United Nations Office on Drugs and Crime; 2021.
- World Health Organization. WHO lexicon of alcohol and drug terms [Internet]. [cited 2025 Jun 23]. Available from: http://www.who.int/substance_abuse/terminology/who_lexicon/en/
- World Health Organization. Treatment and care for people with drug use disorders in Asia. Geneva: World Health Organization; 2019.
- กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. แนวทางการคัดกรองการประเมินความรุนแรงการบำบัดรักษาการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติดฯ. นนทบุรี: สถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี; 2565.
- กระทรวงสาธารณสุข. ยุทธศาสตร์การแก้ไขปัญหายาเสพติดแห่งชาติ พ.ศ. 2563-2567. กรุงเทพฯ: สำนักปลัดกระทรวงสาธารณสุข; 2563.
- คณะกรรมการปฏิรูปประเทศด้านสาธารณสุข. รายงานการปฏิรูประบบสุขภาพเพื่อแก้ไขปัญหาเสพติดในชุมชน. กรุงเทพฯ: สำนักงานสานโยบายการพัฒนาประเทศ; 2562.
- นิศาสล ศรีหรั่ง. การประเมินผลการพัฒนาศักยภาพการทำงานตามยุทธศาสตร์สุขภาพ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดราชบุรี ระยะ 2 ปี (ปี 2557-2558). วารสารการแพทย์โรงพยาบาลอุดรธานี. 2559;24(1):84-93.
- ประเสริฐ โพธิ์มี. การประเมินการขับเคลื่อนยุทธศาสตร์การปฏิรูประบบสุขภาพ: ประเด็นการพัฒนาระบบสุขภาพระดับอำเภอ จังหวัดอุทัยธานี. วารสารสถาบันบำราศนราดูร. 2562;13(3):128-36.
- พรพิมล นุชนิยม, และคณะ. การประเมินผลการให้บริการบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติดในระบบ Intermediate Care. วารสารการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก. 2564;19(3):254-68.
- พระราชบัญญัติฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด พ.ศ. 2545. ราชกิจจานุเบกษา. 2545 พ.ย. 11;119(110 ก):30-36. เข้าถึงได้จาก: <https://nih.dmsc.moph.go.th/law/pdf/007.pdf>
- พิศิษฐ์ ศรีประเสริฐ. ปัจจัยแห่งความสำเร็จของการจัดระบบบริการสุขภาพ (Service Plan) เขตบริการสุขภาพที่ 8. วารสารวิชาการสาธารณสุข. 2558;24(4):696-707.
- พันธุ์นา กิตติรัตนไพบูลย์, และคณะ. ความสุขของโรคจิตเวชและปัญหาสุขภาพจิต: การสำรวจระดับจิตเวชสุขภาพจิตของคนไทยระดับชาติ ปี พ.ศ. 2560. วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย. 2560;25(1):1-19.
- รัตน์ บัวสนธิ์. รูปแบบการประเมิน CIPP และ CIPPIEST มโนทัศน์ที่คลาดเคลื่อนและถูกต้องในการใช้. วารสารศิลปการศึกษาศาสตร์วิจัย. 2556;5(2):7-24.
- รัศมี กัลยาศิริ. การเสพยาและผลแทรกซ้อนทางจิตเวช. กรุงเทพฯ: ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2561.
- ศักดิ์ชัย ภูเจริญ. การประเมินผลโครงการ CIPP Model [Internet]. เข้าถึงเมื่อ 3 มิถุนายน 2567. จาก: http://www.kruinter.com/show.php?id_quiz=630&p=1
- ศูนย์ข้อมูลข่าวสารด้านเวชภัณฑ์ กระทรวงสาธารณสุข. รายงานข้อมูลทรัพยากรสาธารณสุข ประจำปี 2566 [Internet]. เข้าถึงเมื่อ 7 มิถุนายน 2567. จาก: <https://dmsic.moph.go.th/index/detail/9504>
- สถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี. เวชศาสตร์ฉุกเฉินสำหรับผู้ป่วยและสารเสพติด. กรุงเทพฯ: บริษัท เดอะกราฟิกซิสเต็มส์ จำกัด; 2563.

19. สุวิทย์ จันทราพิชิต. ความสำเร็จและข้อจำกัดของการดำเนินงานมีนินทรณารักษ์ในประเทศไทย: การวิเคราะห์เชิงระบบ. วารสารสุขภาพชุมชน. 2565;26(1): 13-24.
20. สำนักงานป้องกันและปราบปรามยาเสพติด กระทรวงยุติธรรม. รวมกฎหมายยาเสพติดพร้อมด้วยกฎหมายลำดับรองที่เกี่ยวข้อง. กรุงเทพฯ: ห้างหุ้นส่วนจำกัด บางกอกบล็อก; 2566.
21. สำนักงานคณะกรรมการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด. รายงานสถานการณ์ปัญหาเสพติดในประเทศไทย พ.ศ. 2564. กรุงเทพฯ: สำนักงาน ป.ป.ส.; 2564.
22. อัครพล ศุภศาสตร์. การปฏิรูปด้านบำบัดฟื้นฟูยาเสพติด: แนวทางที่เหมาะสมสำหรับกระทรวงสาธารณสุข. วารสารวิชาการกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ. 2562;15(2):3-12.
23. อัครพล ศุภศาสตร์, จอมขวัญ รุ่งโชติ. การศึกษาการพัฒนาแนวทางการบำบัดฟื้นฟูผู้ใช้สารเสพติด โดยใช้ชุมชนเป็นศูนย์กลาง ขับเคลื่อนสู่การปฏิบัติในระดับพื้นที่. วารสารวิชาการกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ. 2562;15(1):12-9.

(Original Article)

The Effect of Family Resilience Enhancement Program Through Mobile Applications on Amphetamine Consumption in Adolescents with Amphetamine Dependence Receiving Outpatient Treatment

*Supawadee Cheumeerang**Princess Mother National Institute of Drug Abuse Treatment, Bangkok, Thailand**Correspondence to: gungging2577@gmail.com**(Received : 14 June 25, Revised : 18 Sep. 25, Accepted : 18 Sep. 25)*

Abstract

This study is a quasi-experimental two-group repeated measures design. The objectives were to compare: 1) amphetamine consumption in adolescents with amphetamine dependence on who received multidimensional family therapy program (MDFT) measured at pre-test (t1), at end of the intervention (t2), and 2) amphetamine consumption in adolescents with amphetamine dependence on who received multidimensional family therapy program (MDFT) measured at t1, t2 and t3. The sample consisted of 50 adolescents with amphetamine dependence who met the inclusion criteria and received services at the outpatient of Princess Mother National Institute of Drug Abuse Treatment Institute: PMNIDAT. They were matched pairs with scores on severity of dependence and parents' marital status, then randomly assigned to the experimental and control groups, which received regular care. Research instruments for relationship assessment. All instruments were verified for content validity by 5 professional experts. Pearson Correlation reported the reliability of the 2nd instrument as 0.91, and the 3rd instrument had a Cronbach's Alpha Coefficient reliability of 0.91. Descriptive statistics, repeated measures analysis of variance (Repeat ANOVA), and Planned comparisons were used in data analysis.

The study found that adolescents addicted to methamphetamine who participated in the family-based intervention program delivered via a mobile application (experimental group) showed significantly greater improvement in their resistance to methamphetamine addiction compared to the control group, both before and immediately after the intervention ($P < 0.001$). Specifically, the results were statistically significant for the experimental group ($P < 0.001$) and the control group ($P < 0.002$).

After two weeks of receiving the family-based anti-methamphetamine empowerment program via a mobile application, the resistance scores of adolescents in the control group were found to be higher than those in the experimental group; however, the difference was not statistically significant ($P < 0.273$).

Keywords: *resistance to methamphetamine addiction, family-based anti-methamphetamine empowerment program, adolescents addicted.*

(นิพนธ์ต้นฉบับ)

ผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังต้านการเสพติดยาบ้าแบบครอบครัวผ่านโมบายแอปพลิเคชัน ต่อการเสพติดของวัยรุ่นเสพติดยาบ้าที่ได้รับการบำบัดแบบผู้ป่วยนอก

นางสาวดี เชื้อมีแรง

พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ สถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (quasi-experimental research) ศึกษาสองกลุ่มแบบวัดซ้ำ (the two groups repeated measures design) มีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบ 1) พลังต้านการเสพติดยาบ้าในวัยรุ่นเสพติดยาบ้า ที่ได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างพลังต้านการเสพติดยาบ้าแบบครอบครัวผ่านโมบายแอปพลิเคชัน ต่อการเสพติดของวัยรุ่นเสพติดยาบ้า ที่ได้รับการบำบัดแบบผู้ป่วยนอกในระลอกทดลอง หลังการทดลองทันที และหลังการทดลอง 2 สัปดาห์ และ 2) พลังต้านการเสพติดยาบ้าในวัยรุ่นที่เสพติดยาบ้าระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างพลังต้านการเสพติดยาบ้าแบบครอบครัวผ่านโมบายแอปพลิเคชัน ต่อการเสพติดของวัยรุ่นเสพติดยาบ้า ที่ได้รับการบำบัดแบบผู้ป่วยนอกกับกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ ในระลอกทดลอง หลังการทดลองทันที และหลังการทดลอง 2 สัปดาห์ กลุ่มตัวอย่าง วัยรุ่นเสพติดยาบ้า จำนวน 50 คน ซึ่งมีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนดและเข้ารับการบำบัดรักษาที่คลินิกผู้ป่วยนอก ณ สถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี อายุระหว่าง 18-24 ปี ได้รับการประเมินว่าเป็นผู้เสพติดยาบ้าโดยใช้การคัดกรองตามเกณฑ์ บสต. 2 ร่วมกับมีผลการประเมินความรุนแรงการเสพติดยาโดยเครื่องมือ Severity of Dependence Scale (SDS) ที่มีคะแนนตั้งแต่ 4 คะแนนขึ้นไป และยังคงมีพฤติกรรมเสพติดยาอยู่ในระหว่าง 1 เดือนที่ผ่านมา และพ่อ/แม่ของวัยรุ่นที่เสพติดยาบ้าแต่ละครอบครัว แล้วถูกสุ่มเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 25 คน กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างพลังต้านการเสพติดยาบ้าแบบครอบครัวผ่านโมบายแอปพลิเคชัน ต่อการเสพติดของวัยรุ่นเสพติดยาบ้าที่ได้รับการบำบัดแบบผู้ป่วยนอก เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย: ประกอบด้วยเครื่องมือจำนวน 4 ชนิด ได้แก่ 1) โปรแกรมการเสริมสร้างพลังต้านการเสพติดยาบ้าแบบครอบครัวผ่านโมบายแอปพลิเคชัน ต่อการเสพติดของวัยรุ่นเสพติดยาบ้าที่ได้รับการบำบัดแบบผู้ป่วยนอก 2) ประเมินความรุนแรงการเสพติดยาโดยเครื่องมือ Severity of Dependence Scale (SDS) 3) แบบประเมินปริมาณการใช้ยาบ้า time line follows back และ 4) แบบประเมินพลังต้านการเสพติดยาบ้าของวัยรุ่นไทย เครื่องมือทุกชุดผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 คน สำหรับเครื่องมือชุดที่ 2 ตรวจสอบความเที่ยงโดยวิธีทดสอบซ้ำ พบค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สันเท่ากับ 0.91 และเครื่องมือชุดที่ 3 มีค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค เท่ากับ 0.91 วิเคราะห์ข้อมูลโดยการวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบวัดซ้ำ (repeated ANOVA) และทดสอบค่าเฉลี่ยด้วยวิธี planned comparisons กำหนดความมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ผลการศึกษา พบว่าพลังต้านการเสพติดยาบ้าในวัยรุ่นที่เสพติดยาบ้าที่ได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างพลังต้านการเสพติดยาบ้าแบบครอบครัวผ่านโมบายแอปพลิเคชัน ในกลุ่มทดลองมีการพัฒนาด้านการเสริมสร้างพลังต้านการเสพติดยาบ้าสูงกว่ากลุ่มควบคุมทั้งก่อนและหลังการทดลองทันทีอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < 0.001$) (กลุ่มทดลอง = $P < 0.001$) (กลุ่มควบคุม = $P < 0.002$) เมื่อวัดพลังต้านการเสพติดยาบ้าในวัยรุ่นที่เสพติดยาบ้าหลังจากได้รับโปรแกรมเสริมสร้างพลังต้านการเสพติดยาบ้าแบบครอบครัวผ่านโมบายแอปพลิเคชันผ่านไปแล้ว 2 สัปดาห์ พบว่าคะแนนพลังต้านการเสพติดยาบ้าในวัยรุ่นที่เสพติดยาบ้า ของกลุ่มควบคุมสูงกว่ากลุ่มทดลอง ($P < 0.273$)

คำสำคัญ: พลังต้านการเสพติดยาบ้า, การเสริมสร้างพลังต้านการเสพติดยาบ้าแบบครอบครัว, วัยรุ่นเสพติดยาบ้า

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ยาเสพติด โดยเฉพาะยาบ้า เป็นปัญหาสำคัญด้านสุขภาพและสังคมของไทย ส่งผลกระทบต่อบุคคล ครอบครัว และความมั่นคงของชาติ โดยเฉพาะในกลุ่มวัยรุ่นที่มีแนวโน้มการใช้ยาสูงขึ้นจากการเข้าถึงที่ง่ายผ่านสื่อออนไลน์ แม้ว่าประเทศไทยจะมีนโยบายการบำบัดแบบบูรณาการที่เน้นผู้เสพเป็นผู้ป่วย แต่ยังไม่พบอัตราการกลับไปเสพซ้ำสูง โดยเฉพาะในระยะ intensive phase ของการบำบัดแบบผู้ป่วยนอก ซึ่งถือเป็นช่วงวิกฤตที่วัยรุ่นต้องเผชิญกับความอยากยาและสิ่งแวดล้อมที่กระตุ้นการใช้ซ้ำ

การทบทวนวรรณกรรมชี้ว่าปัจจัยภายใน เช่น จิตใจที่ไม่เข้มแข็ง ขาดทักษะการปฏิเสธ และปัจจัยภายนอก เช่น ครอบครัวไม่สนับสนุน เป็นสาเหตุหลักของการเสพซ้ำ ปัจจุบันแม้จะมีโปรแกรมบำบัด เช่น matrix program และ CBT แต่ยังมีข้อจำกัดทั้งด้านเวลา ค่าใช้จ่าย และการมีส่วนร่วมของครอบครัว รวมถึงไม่สอดคล้องกับวิถีชีวิตใหม่

ผู้วิจัยจึงพัฒนาโปรแกรม “การเสริมสร้างพลังด้านการเสพยาบ้าแบบครอบครัวผ่านโมบายแอปพลิเคชัน” โดยใช้แนวคิด adolescent resilience model ของ Haase (2004) มาผสมผสานกับบทบาทครอบครัวในการสนับสนุนวัยรุ่นผ่านเทคโนโลยี web-based application เพื่อส่งเสริมทักษะการต้านยาเสพติด และลดข้อจำกัดด้านเวลา และสถานที่ ทั้งนี้คาดว่าโปรแกรมนี้น่าจะช่วยช่วยให้วัยรุ่นบำบัดได้ครบถ้วน ลดการเสพซ้ำ และเพิ่มประสิทธิภาพการบำบัดในบริบทปัจจุบัน โดยโปรแกรมที่พัฒนานี้มีเป้าหมายเพื่อส่งเสริมทักษะด้านความมั่นคงทางจิตใจ การควบคุมอารมณ์ การตัดสินใจ และการปฏิเสธยาเสพติดของวัยรุ่น รวมทั้งช่วยเพิ่มพลังเครือข่ายครอบครัวให้มีส่วนร่วมอย่างเป็นระบบ ผ่านกิจกรรมและแบบฝึกหัดในแอปพลิเคชัน เพื่อให้เกิดกระบวนการเรียนรู้ร่วมกันระหว่างวัยรุ่นและครอบครัว อันจะนำไปสู่การลดการเสพซ้ำ และเพิ่มอัตราการบำบัดได้สำเร็จอย่างยั่งยืน

วัตถุประสงค์การวิจัย

1) เพื่อเปรียบเทียบระดับพลังด้านการเสพยาบ้าในวัยรุ่นที่เสพยาบ้าที่ได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างพลังด้านการเสพยาบ้าแบบครอบครัวผ่านโมบายแอปพลิเคชัน

ต่อการเสพยาบ้าของวัยรุ่นเสพยาบ้าที่ได้รับการบำบัดแบบผู้ป่วยนอกในระยะก่อน-หลังการทดลอง และหลังการทดลอง 2 สัปดาห์

2) เพื่อเปรียบเทียบระดับพลังด้านการเสพยาบ้าของวัยรุ่นที่เสพยาบ้าซึ่งได้รับการบำบัดแบบผู้ป่วยนอกระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างพลังด้านการเสพยาบ้าแบบครอบครัวผ่านโมบายแอปพลิเคชันกับกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติในระยะก่อน-หลังการทดลอง และหลังการทดลอง 2 สัปดาห์

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (quasi-experimental research) โดยใช้รูปแบบสองกลุ่ม วัดก่อนและหลังการทดลอง (pretest-posttest control group design) ตามแนวทางของ Burns & Grove (2003) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังด้านการเสพยาบ้าแบบครอบครัวผ่านโมบายแอปพลิเคชันต่อพลังด้านการเสพยาบ้าของวัยรุ่นที่เสพยาบ้า ซึ่งเข้ารับการบำบัดแบบผู้ป่วยนอกที่สถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี

ตัวแปรต้น คือ โปรแกรมการเสริมสร้างพลังด้านการเสพยาบ้าแบบครอบครัวผ่านโมบายแอปพลิเคชัน

ตัวแปรตาม คือ พลังด้านการเสพยาบ้าของวัยรุ่น ประชากรวิจัยคือ วัยรุ่นอายุ 18-24 ปี ที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นผู้ติดยาบ้า (amphetamine dependence) ตามเกณฑ์ DSM-V และผ่านการประเมินความรุนแรงของการเสพยาบ้าด้วยเครื่องมือ SDS (คะแนนตั้งแต่ 4 ขึ้นไป) โดยยังมีพฤติกรรมการใช้ยาภายใน 1 เดือนที่ผ่านมา และได้รับการคัดกรองตามเกณฑ์ บสต. ร่วมกับมีผู้ปกครอง (พ่อหรือแม่) เข้าร่วมในโปรแกรม

กลุ่มตัวอย่างประกอบด้วยวัยรุ่นที่เสพยาบ้าทั้งชายและหญิง จำนวน 50 คน และพ่อหรือแม่ของวัยรุ่นแต่ละคน รวมเป็น 50 ครอบครัว โดยทั้งหมดอยู่ระหว่างการบำบัดรักษาแบบผู้ป่วยนอกในระบบสมัครใจที่สถาบันฯ ใช้แบบประเมิน Time Line Follow Back (Sobell & Sobell, 1992) เพื่อยืนยันพฤติกรรมการเสพยาภายในเดือนที่ผ่านมา ก่อนเข้าร่วมการทดลอง

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ประกอบด้วย โปรแกรมการเสริมสร้างพลังต้านการเสพติดแบบครอบครัวผ่านโมบายแอปพลิเคชันต่อการเสพติดยาบ้าของวัยรุ่นเสพติดยาบ้าที่ได้รับการบำบัดแบบผู้ป่วยนอก

2. เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบประเมินความรุนแรงในการติดสารเสพติด Severity of Dependence Scale (SDS) และแบบประเมินการใช้ยาบ้า (Time Line Follow Back; TLFB)

3. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง คือ แบบประเมินพลังต้านการเสพติดยาบ้าของวัยรุ่นไทย ของเพ็ญพักตร์ อุทิศและคณะ (2559)

โปรแกรมการบำบัดมีทั้งหมด 8 กิจกรรม ได้แก่ กิจกรรมที่ 1 สร้างสัมพันธภาพ ปฐมนิเทศ อธิบายความเป็นตัวตนของตนเอง เป็นการบำบัดแบบรายกลุ่ม กิจกรรมที่ 2 “พูดด้วยมิตร ผูกจิตด้วยตา สื่อภาษาด้วยรัก” กิจกรรมที่ 3 “โรคสมองติดต่อกับสิ่งที่ฉันเป็น” กิจกรรมที่ 4 “การจัดการกับความเครียด” กิจกรรมที่ 5 “ต่อมปริต (Hot button) : ความภูมิใจให้ได้ คลายอารมณ์ให้เย็น ชีวิตจะเป็นสุข” กิจกรรมที่ 6 “การพัฒนาทักษะการคิด การตัดสินใจและการแก้ไขปัญห” กิจกรรมที่ 7 “การฝึกทักษะการปฏิเสธ” และ กิจกรรมที่ 8 “จับมือไว้แล้วไปด้วยกัน มุ่งมั่นสู่ความสำเร็จ” ทั้ง 8 กิจกรรม ดำเนินการสัปดาห์ละ 1-2 ครั้ง ครั้งละ 60 นาที ติดต่อกัน 8 สัปดาห์ โดยกิจกรรมที่ 1 และ 8 เป็นกิจกรรมแบบเผชิญหน้า (face-to-face) ส่วนกิจกรรมที่ 2-7 จะดำเนินการในรูปแบบ google classroom ผ่านเว็บไซต์ <https://classroom.google.com> ซึ่งกิจกรรมที่ 2-5 จะดำเนินการกับวัยรุ่นที่เสพติดยาบ้า เป็นรายกลุ่ม กลุ่มละ 12-13 คน จำนวน 2 กลุ่ม ส่วนกิจกรรมที่ 6-7 ดำเนินการเป็นรายกลุ่มซึ่งมีวัยรุ่นและครอบครัวเข้าทำกิจกรรมร่วมกัน กลุ่มละ 25 คน จำนวน 2 กลุ่ม

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยจะทำการตรวจสอบข้อมูลทุกครั้งเพื่อให้มั่นใจว่าข้อมูลที่ได้รับมีความสมบูรณ์ครบถ้วนและน่าเชื่อถือ แล้วนำข้อมูลมาวิเคราะห์โดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป สถิติใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูลการศึกษาค้นคว้านี้ได้แก่

1. วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง นำมาวิเคราะห์ทางสถิติเชิงบรรยาย (descriptive analysis) ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ค่าเฉลี่ย ร้อยละ และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพลังต้านการเสพติดยาบ้า ก่อนและหลังการทดลอง ในแต่ละกลุ่ม โดยใช้สถิติ Pair t-test

3. เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพลังต้านการเสพติดยาบ้า ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมโดยใช้สถิติ Independent t-test

4. กำหนดค่าระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับนัยสำคัญ 0.05

ผลการวิจัย

คะแนนเฉลี่ยพลังต้านการเสพติดยาบ้าของผู้เสพติดยาบ้าที่ได้รับการบำบัดแผนผู้ป่วยนอกในกลุ่มทดลองวัดก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างพลังต้านการเสพติดแบบครอบครัวผ่านโมบายแอปพลิเคชัน ต่อการเสพติดยาบ้าของวัยรุ่นเสพติด ยาบ้าที่ได้รับการบำบัดแบบผู้ป่วยนอกทั้งนี้ มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับน้อยกว่า 0.001 ($\bar{x}=171.56, 163.96, SD=10.79, 17.367$) ตามลำดับ $t=-1.859, P<0.001$) แสดงให้เห็นว่าผลการวิจัยเป็นไปตามสมมุติฐานข้อที่ 1 คือ พลังต้านการเสพติดยาบ้าของผู้เสพติดยาบ้าหลังได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างพลังต้านการเสพติดแบบครอบครัวผ่านโมบายแอปพลิเคชันต่อการเสพติดยาบ้าของวัยรุ่นเสพติดยาบ้าที่ได้รับการบำบัดแบบผู้ป่วยนอกเพิ่มขึ้นเมื่อเปรียบเทียบกับก่อนได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างพลังต้านการเสพติดแบบครอบครัวผ่านโมบายแอปพลิเคชัน ต่อการเสพติดยาบ้าของวัยรุ่นเสพติดยาบ้าที่ได้รับการบำบัดแบบผู้ป่วยนอก

คะแนนเฉลี่ยพลังต้านการเสพติดยาบ้าก่อนการทดลอง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมไม่แตกต่างกัน แต่ภายหลังการทดลอง พบว่าคะแนนเฉลี่ยพลังต้านการเสพติดยาบ้าระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับน้อยกว่า 0.001 ($\bar{x}=127.32, 132.12, SD=11.49, 27.10$) ตามลำดับ $t=0.815, P<0.001$ ซึ่งคะแนนเฉลี่ยพลังต้านการเสพติดยาบ้าหลังการทดลองของกลุ่มทดลองมีค่าเพิ่มขึ้นมากกว่ากลุ่มควบคุม แสดงให้เห็นว่าผลการวิจัยเป็นไป

ตามสมมุติฐานข้อที่ 2 คือ หลังสิ้นสุดการทดลองแล้ว พลังงานด้านการเสพยาบ้าของกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างพลังงานด้านการเสพยาบ้าแบบครบวงจรผ่านโมบายแอปพลิเคชัน ต่อการเสพยาบ้าของวัยรุ่นเสพติดยาบ้าที่ได้รับ การบำบัดแบบผู้ป่วยนอกเพิ่มขึ้นมากกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการดูแลตามปกติ

จากข้อมูลดังกล่าวข้างต้น สรุปได้ว่าโปรแกรมการเสริมสร้างพลังงานด้านการเสพยาบ้าแบบครบวงจรผ่านโมบายแอปพลิเคชัน ต่อการเสพยาบ้าของวัยรุ่นเสพติดยาบ้าที่ได้รับ การบำบัดแบบผู้ป่วยนอก ทำให้ผู้เสพยาบ้ามีพลังงานด้านการเสพยาบ้าเพิ่มขึ้นกว่าก่อนได้รับโปรแกรมฯ และเพิ่มขึ้นมากกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการดูแลตามปกติ

การอภิปรายผล

วัยรุ่นกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมผ่านแอปพลิเคชัน มีพลังงานด้านการเสพยาบ้าเพิ่มขึ้น และลดพฤติกรรมการเสพยาบ้า ได้มากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.002$) หลังการทดลองทันทีและหลังติดตาม 2 สัปดาห์ โปรแกรมนี้ เน้นการเสริมสร้างความสัมพันธ์ในครอบครัว การสื่อสารเชิงบวก การควบคุมอารมณ์ การจัดการกับความเครียด อาการอยากยา และการตัดสินใจแก้ปัญหา โดยมีกิจกรรมทั้งหมด 8 ครั้ง ซึ่งออกแบบให้เหมาะสมกับการบำบัดผู้ป่วยนอกในบริบทยุคใหม่ ผ่าน web application และระบบ Line ส่วนตัวเพื่อให้ คำปรึกษารายบุคคล ทั้งนี้วัยรุ่นและครอบครัวสามารถเรียนรู้ เทคนิคต่างๆ นำไปใช้ในชีวิตจริง และสร้างความร่วมมือที่ยั่งยืน ทำให้การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมมีแนวโน้มที่จะยั่งยืนมากขึ้น เมื่อครอบครัวมีบทบาทสนับสนุนอย่างเหมาะสม

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างผู้เสพยาบ้า จำแนกตาม เพศ อายุ สถานภาพสมรส และระดับการศึกษา

ลักษณะของ กลุ่มตัวอย่าง	กลุ่มควบคุม (n=25)		กลุ่มทดลอง (n=25)		รวม (n=50)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
เพศ						
ชาย	20	80	18	72	38	76
หญิง	4	16	4	16	8	16
LGBTQ	1	4	3	12	4	8
อายุ						
18-20 ปี	11	44	9	44	20	40
21-23 ปี	11	44	12	44	23	46
24-25 ปี	3	12	4	16	7	14
สถานภาพสมรส						
โสด	16	64	14	56	30	60
สมรส	8	32	11	44	19	38
หย่า/แยกกันอยู่	1	4	0	0	1	2
ระดับการศึกษา						
ไม่ได้ศึกษา	1	4	1	4	2	4
ประถมศึกษา	0	0	0	0	0	0
มัธยมศึกษาตอนต้น	2	8	4	16	6	12

ตารางที่ 1 (ต่อ)

ลักษณะของ กลุ่มตัวอย่าง	กลุ่มควบคุม (n=25)		กลุ่มทดลอง (n=25)		รวม (n=50)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
มัธยมศึกษาตอนปลาย	7	28	10	40	17	34
อนุปริญญา	12	48	9	36	21	42
ปริญญาตรี	3	12	1	4	4	8
อายุเริ่มเสพครั้งแรก						
5-10 ปี	0	0	1	4	1	2
11-15 ปี	16	64	13	52	29	58
16-20 ปี	9	36	11	44	20	40
อาชีพ						
ว่างงาน	4	16	5	20	9	18
นักเรียน/นักศึกษา	6	24	7	28	13	26
รับจ้าง	11	44	10	40	21	42
ธุรกิจส่วนตัว	3	12	2	8	1	2
อื่นๆ	1	4	1	4	3	10

ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างผู้เสพยาบ้า จำแนกตามรายได้เฉลี่ยของครอบครัวต่อเดือน ระยะเวลารวมการเสพยาบ้า ความถี่ในการเสพยาบ้า และสัมพันธภาพในครอบครัว

ลักษณะของ กลุ่มตัวอย่าง	กลุ่มทดลอง (n=25)		กลุ่มควบคุม (n=25)		รวม (n=50)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
รายได้						
ไม่มีรายได้	3	12	0	0	3	6
5,000-10,000 บาท/เดือน	4	44	11	44	22	44
10,001-15,000 บาท/เดือน	14	28	7	28	14	28
15,001-20,000 บาท/เดือน	2	8	5	20	7	14
20,001-25,000 บาท/เดือน	1	4	1	4	2	4
25,001-30,000 บาท/เดือน	1	4	1	4	2	4
30,000 บาท ขึ้นไป/เดือน	0	0	0	0	0	0

ระยะเวลารวมการเสพยาบ้ากลุ่มทดลอง ($\bar{x}$ =5.56, SD=2.48)กลุ่มควบคุม ($\bar{x}$ =4.92, SD=2.15)

ตารางที่ 2 (ต่อ)

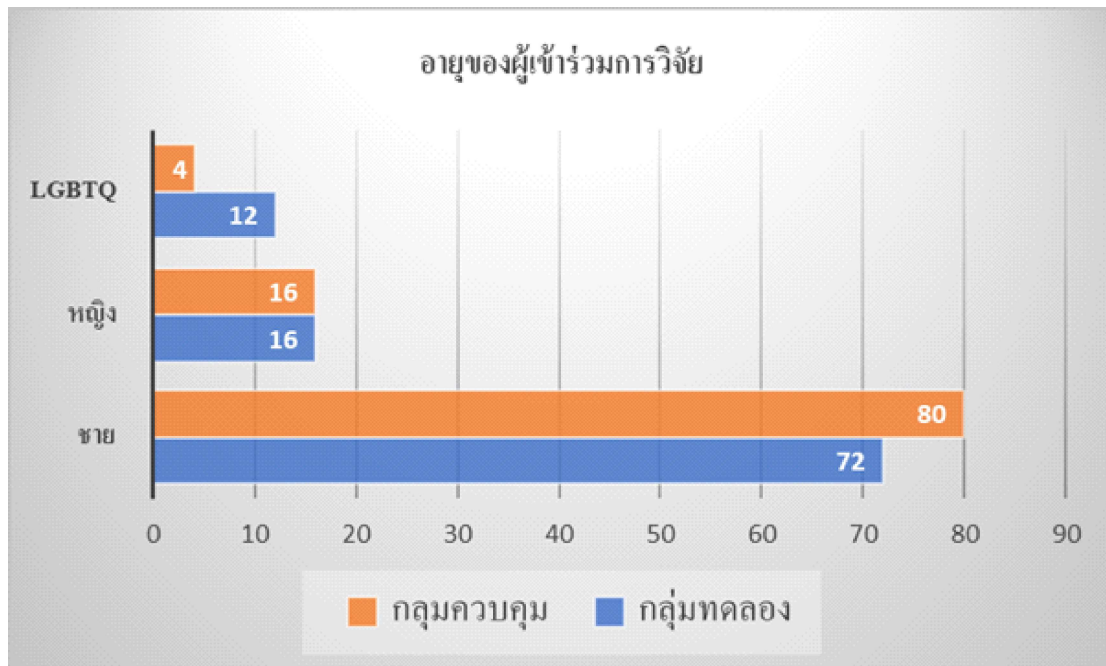
ลักษณะของ กลุ่มตัวอย่าง	กลุ่มทดลอง (n=25)		กลุ่มควบคุม (n=25)		รวม (n=50)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
<1 ปี	0	0	0	0	0	0
2-4 ปี	10	40	14	56	24	48
5-7 ปี	8	32	7	28	16	30
8 ปีขึ้นไป	7	28	4	16	11	22
สาเหตุที่เสพยาบ้า						
ครอบครัว	14	56	13	52	27	54
การเรียน	3	12	3	12	6	12
การเงิน	5	20	6	24	11	22
การงาน	1	4	1	4	2	4
เพื่อน	1	4	1	4	2	4
ความรัก	1	4	1	4	2	4
จำนวนของการบำบัด						
1-3 ครั้ง	14	56	15	60	29	58
4-6 ครั้ง	11	44	10	40	21	42

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบคะแนนพหุปัจจัยด้านการเสพยาบ้าก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และหลังการทดลอง 2 สัปดาห์ ของทั้ง 2 กลุ่ม (กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม)

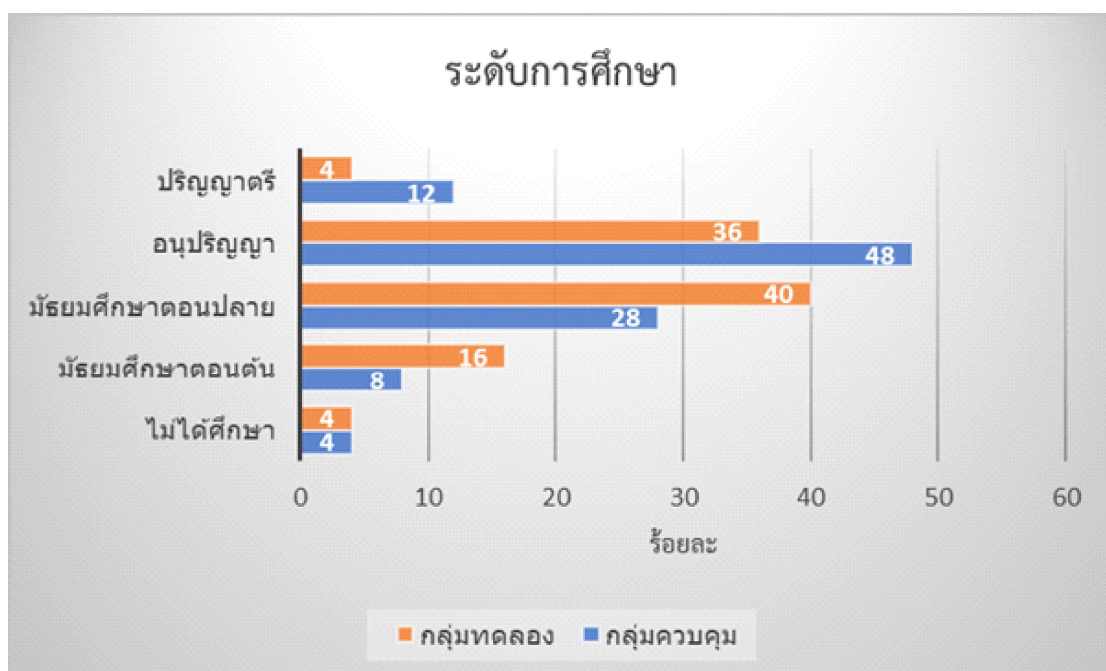
คะแนนพหุปัจจัยด้านการเสพยาบ้า	$\bar{x}$	SD	df	t	p-value
กลุ่มทดลอง (n=25)					
ก่อนการทดลอง	127.32	11.49	48	11.62	<0.001
หลังการทดลอง	171.56	10.79			<0.001
หลังการทดลอง 2 สัปดาห์	155.76	12.94			0.273
กลุ่มควบคุม (n=25)					
ก่อนการทดลอง	132.12	27.10	48	6.96	<0.001
หลังการทดลอง	163.96	17.36			<0.001
หลังการทดลอง 2 สัปดาห์	174.24	20.46			0.273

ตารางที่ 4 คะแนนพลังต้านการเสพยาบ้าก่อนและหลังการทดลอง และผลต่างของคะแนนเป็นรายบุคคล จำแนกตามกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

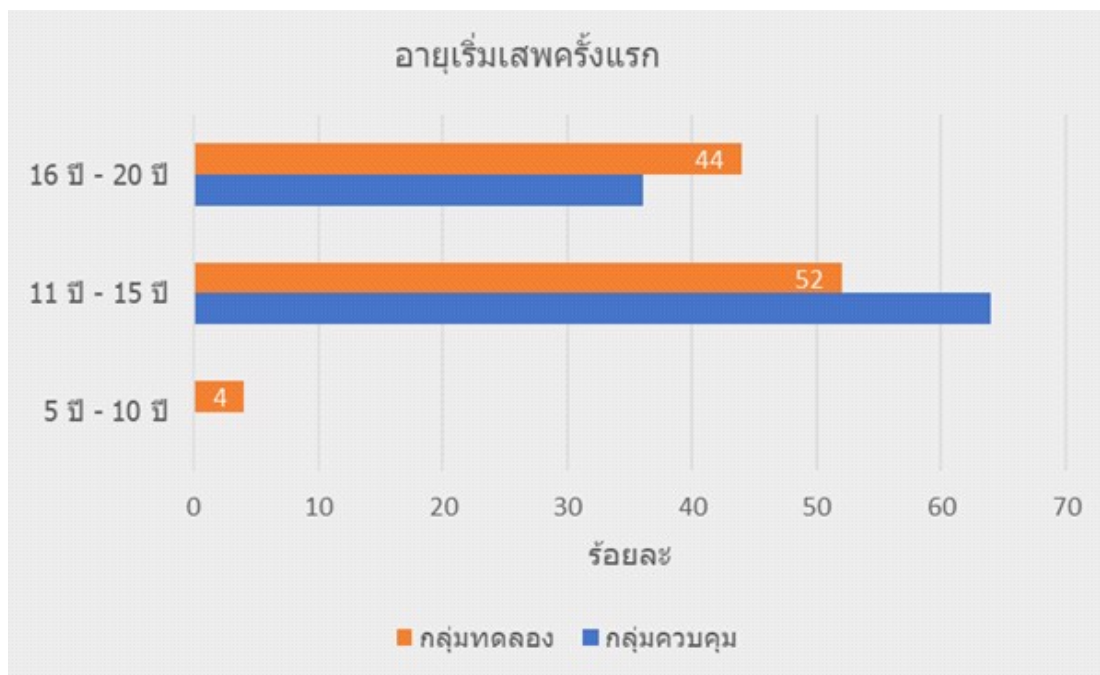
คนที่	คะแนนพลังต้านการเสพยาบ้า						ผลต่างของคะแนนพลังต้านการเสพยาบ้า		
	กลุ่มทดลอง			กลุ่มควบคุม			การเสพยาบ้า		
	ก่อน	หลัง	หลัง 2 สัปดาห์	ก่อน	หลัง	หลัง 2 สัปดาห์	ก่อน	หลัง	หลัง 2 สัปดาห์
1	118	176	180	171	186	160	58	15	20
2	132	156	174	115	138	145	24	23	29
3	142	156	172	171	180	160	14	9	12
4	112	148	168	103	132	156	36	29	36
5	117	178	167	117	145	180	61	28	-13
6	112	159	123	109	143	160	47	34	-37
7	118	178	165	122	148	167	56	26	-2
8	130	186	156	118	145	184	56	27	-28
9	123	174	154	105	165	178	51	60	-24
10	142	168	156	164	176	184	26	12	-28
11	144	180	154	144	176	178	36	32	-24
12	115	167	130	115	178	180	52	63	-50
13	128	176	142	172	184	182	48	12	-40
14	141	165	140	118	187	170	24	69	-30
15	123	168	154	104	154	165	45	50	-11
16	130	168	156	124	145	156	38	21	0
17	140	168	160	132	158	254	28	26	-94
18	136	186	160	145	178	167	50	33	-7
19	142	156	162	163	184	150	14	21	-12
20	132	188	156	186	186	190	56	66	-34
21	113	168	160	178	178	170	55	75	-10
22	119	178	160	156	156	184	59	37	-24
23	106	180	150	165	165	178	74	59	-28
24	132	186	145	156	156	180	54	36	-35
25	136	176	150	156	156	178	40	33	-28
$\bar{x}$	127.32	171.56	155.76	132.12	163.96	174.24	29.90	10.20	-22.08
SD	11.49	10.79	12.94	27.10	17.36	20.46			
t	0.81	3.81	12.02						



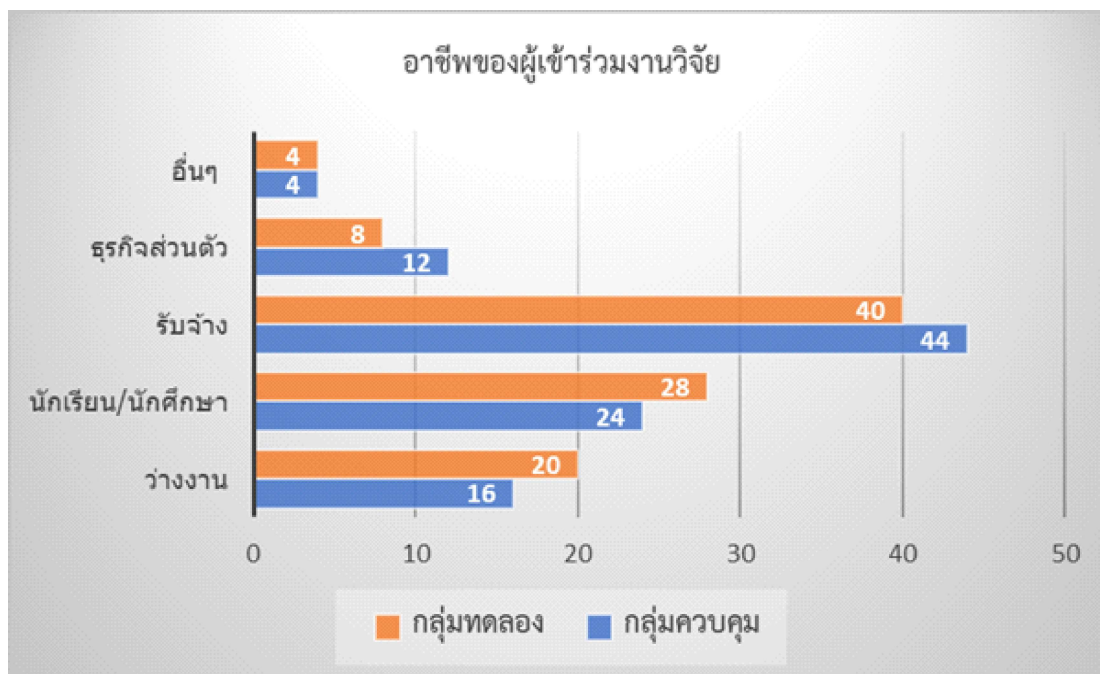
รูปที่ 1 แสดงร้อยละของอายุผู้เข้าร่วมงานวิจัย



รูปที่ 2 แสดงร้อยละของระดับการศึกษาของผู้เข้าร่วมงานวิจัย



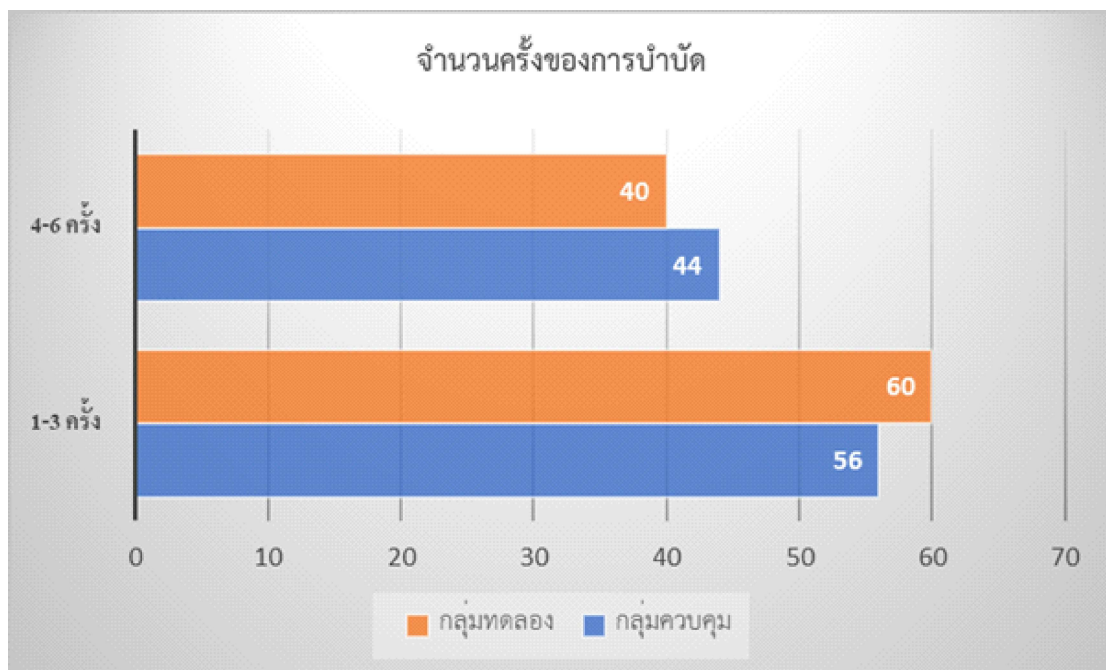
รูปที่ 3 แสดงร้อยละของอายุเริ่มเสพของผู้เข้าร่วมงานวิจัย



รูปที่ 4 แสดงร้อยละของอาชีพของผู้เข้าร่วมงานวิจัย



รูปที่ 5 แสดงร้อยละสาเหตุที่เสพยาบ้าของผู้เข้าร่วมงานวิจัย



รูปที่ 6 แสดงร้อยละของจำนวนครั้งที่ผู้เข้าร่วมงานวิจัยเข้ารับการบำบัดยาเสพติด

ข้อเสนอแนะที่ได้จากการทบทวน

จากการศึกษา ผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังต้านการเสพติดแบบครอบครัวผ่านโมบายแอปพลิเคชัน ต่อการเสพติดของวัยรุ่นเสพติดยาบ้าที่ได้รับการบำบัดแบบผู้ป่วยนอก ที่ได้รับการบำบัดในระยะ intensive phase สามารถสรุปเป็นข้อเสนอแนะ 2 ด้าน ดังนี้

1. ด้านการปฏิบัติการพยาบาล

1.1 การนำโปรแกรมการเสริมสร้างพลังต้านการเสพติดแบบครอบครัวผ่านโมบายแอปพลิเคชัน ต่อการเสพติดของวัยรุ่นเสพติดยาบ้าที่ได้รับการบำบัดแบบผู้ป่วยนอก ไปใช้กับผู้เสพติดยาบ้าที่เข้ารับการบำบัดแบบผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลนั้น พยาบาลหรือผู้บำบัดต้องมีความรู้พื้นฐานด้านการพยาบาลสุขภาพจิตยาเสพติดและการพยาบาลจิตเวช รวมทั้งมีทักษะการทำกิจกรรมกลุ่มบำบัด และมีความรู้พื้นฐานเกี่ยวกับยาบ้าและการฝึกทักษะต่างๆ ที่จำเป็นในการหลีกเลี่ยงการเสพติด มีทักษะการประสานงานเตรียมความพร้อมเพื่อการดำเนินกิจกรรมกลุ่มที่มีประสิทธิภาพ

1.2 ในการดำเนินกิจกรรมในโปรแกรมการเสริมสร้างพลังต้านการเสพติดแบบครอบครัวผ่านโมบายแอปพลิเคชัน ต่อการเสพติดของวัยรุ่นเสพติดยาบ้าที่ได้รับการบำบัดแบบผู้ป่วยนอก พบว่าผู้เสพติดยาบ้าต้องการแสดงความคิดเห็นและแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในกลุ่มให้มากขึ้น ดังนั้นในการดำเนินโปรแกรมการฝึกทักษะชีวิตแบบบูรณาการฯ สามารถปรับเปลี่ยนเวลาตามความเหมาะสมของกลุ่มได้

1.3 ในระบบการทำงานด้านคุณภาพของพยาบาลที่ปฏิบัติงานในการดูแลผู้เสพติดยาบ้าของหน่วยงาน สามารถนำรูปแบบโปรแกรมการเสริมสร้างพลังต้านการเสพติดแบบครอบครัวผ่านโมบายแอปพลิเคชัน ต่อการเสพติดของวัยรุ่นเสพติดยาบ้าที่ได้รับการบำบัดแบบผู้ป่วยนอกนี้ไปพัฒนาเป็นแนวปฏิบัติการพยาบาล (CNPG) เพื่อการดูแลผู้เสพติดยาบ้าได้

1.4 จากการวิจัยพบว่า สื่อที่ใช้ในการสอนในบางกิจกรรม เช่น ภาพที่แสดงเกี่ยวกับอารมณ์ต่างๆ ของบุคคลนั้นมีการแสดงเป็นภาพนิ่ง ทำให้กลุ่มทดลองเข้าใจได้ยาก ต้องมีการอธิบายเพิ่มเติมในการทดลอง ดังนั้นการนำโปรแกรมการเสริมสร้างพลังต้านการเสพติดแบบครอบครัวผ่านโมบายแอปพลิเคชัน ต่อการเสพติดของวัยรุ่นเสพติดยาบ้าที่ได้

รับการบำบัดแบบผู้ป่วยนอก ไปใช้กับผู้เสพติดยาบ้าในช่วงกลุ่มอายุต่างๆ อาจมีการปรับเปลี่ยนสื่อที่ใช้ในกิจกรรมได้ตามความเหมาะสมกับลักษณะของกลุ่มประชากรเพื่อการดำเนินกิจกรรมได้อย่างมีประสิทธิภาพ

1.5 เนื่องจากการวิจัยครั้งนี้พิสูจน์ได้ว่าโปรแกรมฯ นี้จะส่งเสริมให้ผู้เสพติดยาบ้าเกิดพลังต้านการเสพติดเพิ่มขึ้น ดังนั้น พยาบาลที่ให้การดูแลผู้เสพติดยาบ้า ควรพัฒนาให้ผู้เสพติดยาบ้ามีทักษะต่างๆ ตามโปรแกรมฯ เพื่อหลีกเลี่ยงการเสพติดได้อย่างมีประสิทธิภาพ

1.6 เนื่องจากโปรแกรมฯ นี้มีการนำครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแล ที่จะทำให้พลังต้านการเสพติดเพิ่มขึ้น ดังนั้นการจัดกิจกรรมควรนำครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมในการดำเนินกิจกรรมให้กับผู้เสพติดยาบ้าด้วย

1.7 google classroom เป็นโปรแกรมที่ผู้วิจัยควรมีความชำนาญในการใช้ให้มากขึ้น และเป็นรูปแบบการบำบัดแบบใหม่ การเข้าร่วมกิจกรรมเป็นไปด้วยความลำบากในบางครั้ง

1.8 การบำบัดรูปแบบดังกล่าว สัญญาณทางอินเทอร์เน็ตบางครั้งไม่เสถียร ทำให้เกิดอุปสรรคในการเข้าร่วมกิจกรรม

2. ด้านการศึกษา

2.1 ในระบบการศึกษาควรจัดหลักสูตรให้เนื้อหาที่เกี่ยวกับการเสริมสร้างพลังต้านการเสพติด เพื่อให้พยาบาลที่มาอบรมเฉพาะทางยาเสพติดได้มีความรู้ความเข้าใจที่จะช่วยให้ผู้เสพติดยาบ้าหลีกเลี่ยงการเสพติดได้

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ภายหลังจากการดำเนินกิจกรรมโปรแกรมการเสริมสร้างพลังต้านการเสพติดแบบครอบครัวผ่านโมบายแอปพลิเคชัน ต่อการเสพติดของวัยรุ่นเสพติดยาบ้าที่ได้รับการบำบัดแบบผู้ป่วยนอก ควรมีการติดตามผู้เสพติดยาบ้าในด้านทักษะชีวิต การควบคุมตนเอง เพื่อการหลีกเลี่ยงการเสพติด และพลังต้านการเสพติด ภายหลังจากจัดกิจกรรมเสร็จในระยะ 3 เดือน 6 เดือน และ 1 ปี เพื่อดูความคงทนของประสิทธิภาพ โปรแกรมการเสริมสร้างพลังต้านการเสพติดแบบครอบครัวผ่านโมบายแอปพลิเคชัน ต่อการเสพติดของวัยรุ่นเสพติดยาบ้าที่ได้รับการบำบัดแบบผู้ป่วยนอก และวัดผลติดตามการเส

ยาบ้าเข้าร่วมด้วย เพื่อนำมาวางแผนการดูแลผู้ป่วยยาบ้าอย่างเป็นระบบและเพิ่มประสิทธิภาพ หรือปรับปรุงรูปแบบการดูแลผู้ป่วยยาบ้าต่อไป

2. โปรแกรมการเสริมสร้างพลังด้านการเสพยาบ้าแบบครอบครัวผ่านโมบายแอปพลิเคชัน ต่อการเสพยาบ้าของวัยรุ่นเสพยาบ้าที่ได้รับการบำบัดแบบผู้ป่วยนอก ในครั้งนี้ใช้กับผู้เสพยาบ้าในระบบสมัครใจได้อย่างมีประสิทธิภาพ ดังนั้นควรขยายผลในการดูแลผู้เสพยาเสพติดประเภทอื่นด้วยเพื่อการดูแลผู้เสพยาเสพติดที่ครอบคลุมทุกสารเสพติดได้อย่างมีประสิทธิภาพ

3. Google Classroom เป็นเครื่องมือช่วยสนับสนุนการจัดการเรียนการสอนแบบ active learning และเพิ่มศักยภาพของกระบวนการเรียนรู้ที่มีอยู่เดิมไปสู่แหล่งความรู้รูปแบบใหม่ที่ยังเน้นการปลูกฝังและส่งเสริมนิสัยการเรียนรู้ นอกห้องเรียนสามารถเรียนรู้ได้ทุกที่ทุกเวลาส่งเสริมให้ผู้เรียนมีความสนใจใฝ่เรียนรู้สิ่งใหม่ สร้างประสบการณ์ที่แปลกใหม่ เกิดความคิดสร้างสรรค์และมีส่วนร่วมในการเรียนรู้เรื่อง ที่สอดคล้องกับความสามารถและความต้องการของตนเอง ได้เพิ่มมากขึ้น จึงเป็นมิติใหม่ทางด้านสื่อการศึกษา สนับสนุนสภาพแวดล้อมการเรียนรู้แบบดิจิทัลได้เป็นอย่างดี

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จได้อย่างสมบูรณ์ด้วยความกรุณาจากอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ รองศาสตราจารย์ ดร. เพ็ญพักตร์ อุทิศ ที่ท่านได้ทุ่มเทและเสียสละเวลาให้คำแนะนำและคอยชี้แนะแนวทางการแก้ไขปัญหาและอุปสรรคต่างๆ ร่วมกับนิสิตด้วยดีเสมอมา ผู้วิจัยรู้สึกซาบซึ้งในความเมตตาที่ท่านอาจารย์มอบให้โดยตลอด จึงขอกราบขอบพระคุณท่านอาจารย์เป็นอย่างสูง ณ โอกาสนี้

ขอกราบขอบพระคุณรองศาสตราจารย์ ดร. พชรินทร์ นินทจันทร์ ประธานสอบวิทยานิพนธ์ ที่กรุณาให้คำแนะนำและข้อเสนอแนะเพิ่มเติมเพื่อให้วิทยานิพนธ์ฉบับนี้ให้สมบูรณ์ยิ่งขึ้น รวมถึงคณาจารย์คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ที่ช่วยประสิทธิ์ประสาทวิชาและองค์ความรู้ ตลอดจนแนวทางการใช้ชีวิตของการเป็นนิสิตระดับบัณฑิตศึกษาแก่ข้าพเจ้า ซึ่งนับว่ามีประโยชน์แก่ข้าพเจ้า และวิชาชีพการพยาบาลสืบไปและขอขอบพระคุณเจ้าหน้าที่

คณะพยาบาลศาสตร์ทุกท่านที่อำนวยความสะดวกในการติดต่อเอกสารในการดำเนินการวิจัยครั้งนี้

ขอกราบขอบพระคุณกรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข และ นพ.สรายุทธ์ บุญชัยพานิชวัฒนา ผู้อำนวยการสถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติ บรมราชชนนี ที่ให้การสนับสนุนการศึกษาในระดับปริญญาโทบัณฑิตขอกราบขอบพระคุณคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยสถาบันฯ พืเยาวเรศว์ นาคะโยธินสกุล รองผู้อำนวยการด้านการพยาบาล ผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่านที่มีความกรุณาตรวจสอบเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยและให้ข้อเสนอแนะเป็นอย่างดี ตลอดจนกลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยนอก เจ้าหน้าที่คลินิก ลอดันตราจากยาเสพติด และเพื่อนร่วมงานทุกท่านที่เอื้ออำนวยความสะดวกในการดำเนินการวิจัย รวมทั้งขอขอบคุณผู้เข้ารับการบำบัด ผู้ปกครอง ครอบครัวทุกๆ ท่านที่เล็งเห็นความสำคัญและสละเวลาอันมีค่าให้มาร่วมมือในการเก็บข้อมูล

ขอกราบขอบพระคุณบิดา มารดา คุณพ่อเดชา คุณแม่ไพบุลย์ ลือสัตย์ ที่เคารพรัก นายวิเชียร เชื้อมีแรง และครอบครัวที่เป็นกำลังใจและคอยสนับสนุนผู้วิจัยเสมอมา ขอขอบคุณ ดร.เนตรนา วรงค์กัน นักวิเคราะห์นโยบายและแผนชำนาญการ ศูนย์ประสานการปฏิบัติที่ 2 กอ.รมน. ที่ให้ความช่วยเหลือจนกระทั่งวิทยานิพนธ์สำเร็จได้ด้วยดี และขอบคุณเพื่อนนิสิตทุกท่านที่ให้การกำลังใจจนประสบความสำเร็จในครั้งนี้

สุดท้ายนี้ขอขอบคุณตนเองที่มีความมานะ มีพลังกายในการทำวิทยานิพนธ์ฉบับนี้ หากคุณค่าและประโยชน์ใดที่เกิดจากวิทยานิพนธ์เล่มนี้ ผู้วิจัยขอมอบแด่บุพการี คณาจารย์ ผู้ประสิทธิ์ประสาทวิชา และทุกท่าน ที่มีส่วนเกี่ยวข้องในการทำวิจัยครั้งนี้ ขอให้ท่านมีสุขภาพกายที่แข็งแรง มีพลังกายใจที่เข้มแข็งตลอดไป

เอกสารอ้างอิง

1. กฤษฎา ตั้งสุววรรณ์ศรี. (2558). ผลการใช้โปรแกรมประยุกต์การวางแผนพฤติกรรมต่อความตั้งใจไม่เสพยาบ้าซ้ำในจังหวัดกาญจนบุรี. วารสารมหาวิทยาลัยคริสเตียน 22(2):294-307.
2. เกรียงศักดิ์ อุบลใส (2561) “ปัจจัยทางจิตสังคมที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมป้องกันการใช้สารเสพติดของวัยรุ่นไทย: การประยุกต์ใช้การวิเคราะห์ห่อหุ้ม” วารสารพฤติกรรมศาสตร์เพื่อการพัฒนา 10.2:21-40.

3. โกศล วราอัสวดีและคณะ. (2564) ผลของการบำบัด start over and survive (SOS) ต่อการลดการเสพติด. วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย. ผลของการบำบัด start over and survive (SOS) ต่อการลดการเสพติดในผู้ป่วยโรคจิตที่มีปัญหาการใช้สารเสพติดเมทแอมเฟตามีน วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย 30(2):87-99.
4. คณิติน จรโคกรวด, & ลักขณา สรวิวัฒน์. (2022). การพัฒนาแอปพลิเคชันด้านสุขภาพจิต สำหรับการให้การปรึกษารายบุคคลแบบออนไลน์เพื่อลดความเครียดของวัยรุ่น. วารสารชุมชนวิจัย มหาวิทยาลัยราชภัฏ นครราชสีมา, 16(3):222-35.
5. จิราวรรณ พักน้อยและคณะ. (2560). ผลของโปรแกรมการเสริมสร้างทักษะชีวิตต่อการรับรู้สมรรถนะแห่งตนและความคาดหวังในผลลัพธ์ของการหลีกเลี่ยงพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศของนักเรียนหญิงชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น. คณะพยาบาลศาสตร์.มหาวิทยาลัยบูรพา. วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ 35(3):58-68.
6. จุฑารัตน์ หลักรทรัพย์, & รุจิรา ดวงสงค์. (2560). ผลของโปรแกรมสุขศึกษาร่วมกับการใช้แอปพลิเคชัน LINE เพื่อพัฒนาพฤติกรรมในการป้องกันการตั้งครรภ์ในนักเรียนหญิงชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 2 โรงเรียนแห่งหนึ่งในจังหวัดขอนแก่น. วารสารสุขภาพจิต, 40(2):51-63.
7. จุไรรัตน์ ช่างไชยยะ. (2562). ผลของโปรแกรมป้องกันการสูบบุหรี่ร่วมกับการใช้ Facebook ในนักเรียนมัธยมศึกษาปีที่ 2 อำเภอเมือง จังหวัดประจวบคีรีขันธ์. มหาวิทยาลัยมหิดล.
8. ชลอวัฒน์ อินปา, พิศิษฐ์ ศรีประเสริฐ. (2564). ปัจจัยที่ส่งผลต่อการเข้ารับการรักษาครบกำหนดตามเกณฑ์ของผู้ป่วยยาเสพติดในจังหวัดตาก. วารสารสาธารณสุข ล้านนา ปีที่ 17 (2):91-100.
9. ชวนรัตน์ เสถียรกิตติธนา, เพ็ญพัทธ์ อุทิศ. (2016). ผลของโปรแกรมการฝึกทักษะชีวิตแบบบูรณาการ โดยครอบครัวมีส่วนร่วมต่อพลังต้านการเสพติดของผู้เสพติดที่ได้รับการบำบัดในระยะฟื้นฟู. วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต, 30(1):82-96.
10. ลีดินันท์ อ้วนล่า. (2020). บทบาทพยาบาลจิตเวชในการส่งเสริมการทำหน้าที่ของครอบครัวของผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน. วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต, 34(1):1-12.
11. ณัฐพล โชคไมตรีและคณะ. (2565) Handbook of Addiction Psychiatry. คู่มือจิตเวชศาสตร์การเสพติด. ชมรมจิตเวชศาสตร์การเสพติดแห่งประเทศไทย. กรุงเทพฯ
12. ต้นสาย แก้วสว่าง, พงศกร รุ่งวิทยานวัฒน์ (2563) ครอบครัวบำบัดตามแนวทางการบำบัดความคิดและพฤติกรรม: บทความมพันธ์วิชาการ. วารสารมนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์ วไลยอลงกรณ์ในพระบรมราชูปถัมภ์. 15(1):1-13.
13. ตะวันชัย จิระมุขพิทักษ์. (2560) ช่องว่างในการเข้าถึงบริการจิตเวชและภาวะทางเศรษฐศาสตร์: การศึกษาระยะยาวในชุมชน. สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข.
14. ดันติกร ชื่นเกษม. (2562). ความสัมพันธ์ของการเสพติดสื่อสังคมออนไลน์ที่มีต่อการใช้เวลากับครอบครัวของนักเรียนระดับมัธยมศึกษาในเขตประเทศ. วารสารสถาบันวิจัยญาณสังวร ปีที่ 12 ฉบับที่ 2 (กรกฎาคม-ธันวาคม 2564)
15. เทอดศักดิ์ เนียมเปี้ย, วุฒิชัย จริยา. (2020). ผลของโปรแกรมเสริมสร้างพลังต้านการเสพติดต่อความตั้งใจเลิกเสพยาของผู้ต้องขังเรือนจำ จังหวัดพิษณุโลก. วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ, 13(1):700-8.
16. รมลชนก ส่งแสง, & เพ็ญพัทธ์ อุทิศ. (2018). ผลของโปรแกรมการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมแบบเผชิญหน้า ร่วมกับการส่งข้อความผ่านระบบไลน์ต่อการเสพยาในวัยรุ่นที่เสพติดยาบ้า. Journal of Boromarajonani College of Nursing, Surin, 8(2):22-34.
17. ธนยธรรณ สุวรรณหงษ์, อมฤตา ฤทธิภักดี, & พัทธพงษ์ ตริวิริยานภาพ. (2019). โปรแกรมประยุกต์บนมือถือสำหรับวางแผนดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ. NKRAFA JOURNAL OF SCIENCE AND TECHNOLOGY, 15:79-87.
18. นกธร ศิวรัตน์ (2566). การเสริมสร้างการมีส่วนร่วมของชุมชนในการแก้ไขปัญหาเสพติดในครอบครัวที่แตกแยกในกลุ่มจังหวัดร้อยแก่นสารสินธุ์. Interdisciplinary Academic and Research Journal, 3(2):269-80.
19. นรากร สาริเหล (2561). ปัจจัยที่มีผลต่อความตั้งใจในการเลิกสารเสพติดของผู้ติดยาเสพติดที่ได้รับการบำบัดรักษาที่โรงพยาบาลธัญญารักษ์อุดรธานี. วารสารการพยาบาลสุขภาพและการศึกษา, 1(3):35-42.

20. นันทา ชัยพิชิตพันธ์, และคณะ. (2015). การพัฒนารูปแบบการบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพในผู้ป่วยเสพติดยาบ้า: การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (No. 92705). มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์. นิพนธ์ปริญญาดุษฎีบัณฑิต, สาขาวิชาการศึกษานอกระบบโรงเรียน คณะครุศาสตร์
21. นรินทร์ โชติวงกุล. (2021). การพัฒนารูปแบบการเสริมสร้างความร่วมมือกับการบำบัดระบบเมทริกซ์ โปรแกรมในผู้ป่วยยาเสพติดเพื่อป้องกันการเสพยา. วารสารวิชาการแพทย์และสาธารณสุข เขตสุขภาพที่ 3.18(3):203-24.
22. บุรฉัตร จันทร์แดง, (2560). บทวิเคราะห์สถานการณ์ที่ยาเสพติดในครัวเรือน. วารสารสถาบันวิจัยและพัฒนา มหาวิทยาลัยราชภัฏมหาสารคาม , 4(2):37-56.
23. ประกาย ทิพย์พิชัย, & จุฑารัตน์ รุ่งจรัส. (2015). แนวทางเลือกในการพัฒนาโปรแกรมสำหรับการช่วยให้เลิกสูบบุหรี่ในกลุ่มวัยรุ่น. Journal of Humanities and Social Sciences Thonburi University, 9(19):158-69.
24. ปองขวัญ อิ่มสอาด. ปัญหาเสพติดในวัยรุ่นและผลกระทบต่อครอบครัว. งานประชุมรับฟังความคิดเห็นเกี่ยวกับปัญหาและอุปสรรคที่เกิดขึ้นจากการปฏิบัติงานในผู้ปฏิบัติงานด้านยาเสพติดในพื้นที่. ศูนย์ศึกษาปัญหาการเสพติด คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย. พฤษภาคม พ.ศ. 2564.
25. ปิยวรรณ ทศนาญชลี. (2561). กระบวนการไม่เสพยาบ้า: กรณีศึกษาผู้ผ่านการบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติดในระบบบังคับบำบัด. สหศาสตร์ศรีปทุม ชลบุรี. 1(3):36-48.
26. ปิยะรัตน์ โกวิทตรพงศ์, & นักวิจัย. (2009). ปัจจัยสำคัญต่อการพัฒนาและการเชื่อมของสมอง: รายงานวิจัยฉบับสมบูรณ์ (No. 72538). สำนักงานคณะกรรมการส่งเสริมวิทยาศาสตร์วิจัยและนวัตกรรม.
27. ปุณณมา ศรีสมบูรณ์และคณะ (2019). ผลของการใช้โปรแกรมเตรียมความพร้อมด้วย Flipped classroom ก่อนฝึกปฏิบัติงานต่อความเครียดและพฤติกรรมกล้าแสดงออกตามคุณลักษณะวิชาชีพพยาบาลของนักศึกษาพยาบาล. วารสารวิจัยและนวัตกรรมทางสุขภาพ, 2(1): 196-207.
28. พันตรี เกิดโชค และคณะ. (2022). การศึกษารูปแบบความสัมพันธ์ระหว่างวัยรุ่นกับบิดา และมารดาของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนต้นจังหวัดอุบลราชธานี และปัจจัยทางครอบครัวที่เกี่ยวข้อง. Vajira Medical Journal: Journal of Urban Medicine, 66(4):245-56.
29. เพ็ญพัทธ์ อูทิศ. พลังต้านยาเสพติดแนวคิดและข้อมูลหลักฐานเชิงประจักษ์. คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย. 2561. ISBN 978-616-47-4401-1 พิมพ์ครั้งที่ 1.
30. เพ็ญพัทธ์ อูทิศและคณะ. (2018). การศึกษาเปรียบเทียบพลังต้านการเสพยาบ้าของวัยรุ่นที่เสพยาบ้าในสถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติด. Royal Thai Navy Medical Journal, 45(3):476-92.
31. ไพโรจน์ บุญประเสริฐ. (2018). พฤติกรรมหลังผ่านการบำบัดรักษาของผู้เสพยาเสพติด: กรณีศึกษาเขตพื้นที่จังหวัดเชียงราย. วารสารนิเทศศาสตร์และสังคมท้องถิ่น, 2(1):191-212.
32. ไพวัล อาจหาญ, ชมชื่น สมประเสริฐ, (2019). ผลของโปรแกรมการฟื้นฟูสมรรถภาพจิตสังคมต่อคุณภาพชีวิตของผู้ติดยาเสพติด. วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต, 33(2):61-75.
33. ภนิการ์ เพชรเขียวและคณะ. (2020). กระบวนการจัดการความเสี่ยงของวัยรุ่นสัมผัสที่เสพยาเสพติด: กรณีศึกษาในพื้นที่กรุงเทพมหานคร. Journal of Social Science and Buddhist Anthropology, 5(4):395-412.
34. ภาสกร คุ่มศิริ, นฤมล พระใหญ่, นันทชิตลั่นท์ สุกพงศ์, & สิทธิพร ครามานนท์. (2020). การบำบัดครอบครัวเชิงโครงสร้างและจิตวิทยาเชิงบวก. วารสารวิชาการมนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏธนบุรี, 3(2):49-65.
35. มนัส สุนทรโชติ และเพ็ญพัทธ์ อูทิศ. (2556). ปัจจัยคัดสรรที่สัมพันธ์กับพลังต้านการเสพยาบ้าของวัยรุ่นที่เข้ารับการบำบัด แผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลในเขตภาคตะวันออก. วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต, ปีที่ 27 ฉบับที่ 2 (พฤษภาคม-สิงหาคม 2556):85-98.
36. เมธิยา เกิดผล แต่งรัตน. การพัฒนาโปรแกรมการศึกษานอกระบบโรงเรียนเพื่อเสริมสร้างภูมิคุ้มกันทางใจต่อการเสพยาเสพติดของเยาวชนกลุ่มเสี่ยงต่อการเสพยาเสพติดซ้ำ (Doctoral dissertation, จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย).

37. โยธิน ศิรินันท์และคณะ (2023). ประสิทธิผลโปรแกรมการเสริมสร้างแรงจูงใจต่อความพร้อมในการเปลี่ยนแปลงและความต้องการการรักษาของผู้เสพติดแอมเฟตามีนอำเภอสีชมพู จังหวัดขอนแก่น. วารสารวิชาการสาธารณสุขชุมชน, 9(02):159.
38. รัศมีน กัลยาศิริ. (2565) การเสพติดและผลแทรกซ้อนทางจิตเวช. ศูนย์ศึกษาปัญหาการเสพติด (ศศก.) ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
39. รัศมีน กัลยาศิริ. (2565) ข้อเท็จจริงและตัวเลข : สารเสพติดผิดกฎหมายในประเทศไทย ปี พ.ศ. 2564-2565. ศูนย์ศึกษาปัญหาการเสพติด (ศศก.) ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
40. เรืองสิทธิ์ เนตรนวลโย. (2020). กระบวนการเข้าสู่การบำบัดรักษาเพื่อเลิกใช้ยาบ้าด้วยความสมัครใจของเยาวชนไทย. Journal of the Association of Researchers, 19(2):36-44.
41. ลชา เรืองกิจ, ปิยวัฒน์ เกตุวงศา, & ประภา พรธนะเจริญ. (2017). ผลของแรงสนับสนุนทางสังคมที่มีต่อการเข้ารับการดูแลอย่างต่อเนื่องสำหรับผู้ติด Methamphetamine. วารสารโรงพยาบาลมหาสารคาม, 14(1):74-82.
42. วงศ์พันธ์ อมรินทร์เทวา. พลิกหน้ากฎหมายยาเสพติดใหม่เปิดมิติใหม่แห่งการแก้ปัญหายาเสพติดไทย. 2022. <https://www.the101.world/new-narcotic-bills/>
43. วณัญญา แก้วปาน. (2560). สัมพันธภาพครอบครัวกับปัญหาการกระทำความผิดในวัยรุ่น. Veridian E Journal, Silpakorn University. 10(1):361-71.
44. วรณกร พลพิชัย, จันทรา อัยเอ็ง. (2561). การสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัวทักษะทางสังคมและพฤติกรรม การป้องกันตนเองจากยาเสพติดของวัยรุ่นในตำบลไม้ฝาด อำเภอสีดา จังหวัดตรัง.
45. วรณกร พลพิชัย, จันทรา อัยเอ็ง. (2561). การสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัวทักษะทางสังคมและพฤติกรรม การป้องกันตนเองจากยาเสพติดของวัยรุ่นในตำบลไม้ฝาด อำเภอสีดา จังหวัดตรัง.
46. วรณรัตน์ ลาวัง และคณะ (2561) รายงานวิจัยฉบับสมบูรณ์ โครงการพัฒนาแอปพลิเคชัน "สมาร์ตการดูแล" เพื่อสนับสนุนผู้ดูแลคนพิการทางการเคลื่อนไหว. โครงการวิจัยประเภทงบประมาณเงินรายได้ (เงินอุดหนุนจากรัฐบาล). มหาวิทยาลัยบูรพา.
47. วรางคณา โสมะนันท์, คาลอส บุญสุภา, และ พลอยไพลิน กมลนาวัน. (2564). การให้บริการการปรึกษาเชิงจิตวิทยาแบบออนไลน์: มิติใหม่ของการให้บริการปรึกษาเชิงจิตวิทยา. วารสารบัณฑิตศึกษา มหาวิทยาลัยราชภัฏวไลยอลงกรณ์ ในพระบรมราชูปถัมภ์, 15(1):248.
48. วราภรณ์ มั่งคั่งและคณะ. (2559). ปัจจัยครอบครัวที่มีผลต่อการใช้ยาเสพติดของวัยรุ่นชายในศูนย์ฝึกและอบรมเด็กและเยาวชนแห่งหนึ่ง (Family Factors Influencing Substance Abuse in Male Adolescents at a Juvenile Vocational Training Centre). วารสารสาธารณสุข มหาวิทยาลัยบูรพา, 11(2):53-63.
49. วิภากรณ์ ปัญญาดี. (2020). ผลการปรับรูปแบบการบำบัดยาเสพติดแบบจิตสังคมบำบัดต่อการปฏิบัติตามแผนการบำบัดของผู้รับการบำบัดยาเสพติดชนิดเมทแอมเฟตามีน. วารสารวิชาการ วิทยาลัยบริหารศาสตร์, 3(3):107-19.
50. วุฒิไกร คักดีสุรกันต์ (2558) ประสิทธิผลการประยุกต์โปรแกรมทักษะชีวิตเพื่อส่งเสริมพฤติกรรมป้องกันการเสพยาเสพติดของนักเรียนประถมศึกษาปีที่ 6 ในอำเภอเมืองชลบุรี. วารสารการสาธารณสุข, 24:612-20.
51. ศรธรรม ภาษา, ชนะชัย อวนว้าง, & พิชชวัฒน์ เหล่าสุวรรณ. (2020). พฤติกรรมเสี่ยงต่อยาเสพติดของนักเรียนโรงเรียนขยายโอกาสทางการศึกษาอำเภอบ้านแท่น จังหวัดชัยภูมิ. วารสารมจรอุบลปริทรรศน์, 5(3):291-302.
52. ศศิธรณ์ วิวอน, นิตยา ตากวิริยะนันท์, อาจารย์ที่ปรึกษาหลักและคณะ (2564). ผลของการบำบัดด้วยการคิดและปฏิบัติธรรมร่วมกับการให้ความช่วยเหลือทางสังคมต่อการทำหน้าที่ทางสังคมและภาวะสุขภาพจิตของผู้ป่วยที่ป่วยติดสารเสพติดแอมเฟตามีนที่ถูกรักษาเป็นสาเหตุให้เข้าร่วมในสถานบำบัดบำบัดแห่งหนึ่งในปทุมธานี. มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
53. ศิริเพ็ญ ศุภกาญจน์กันติ และคณะ. (2562) โครงการประเมินความสูญเสียทางเศรษฐกิจและสังคมอันเนื่องมาจากยาเสพติดระยะที่ 1 คณะเศรษฐศาสตร์และวิทยาลัยวิทยาศาสตร์สาธารณสุข จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
54. ศิริลักษณ์ แสงส่อง, เพ็ญพักตร์ อุทิศ, สุนิศา สุขตระกูล. (2019). ผลของโปรแกรมครอบครัวบำบัดแบบผสมผสานต่อการเสพยาบ้าในวัยรุ่นที่เสพยาบ้า. วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต, 33(2):76-90.

55. ศุภฤกษ์ นาคดิลก. (2563). อุบัติการณ์ของผู้ป่วยที่ใช้สารเมทแอมเฟตามีนซ้ำในสถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี (สบยช.) วารสารวิชาการเสพติด, 6(1):47-58.
56. สมควร จุลอักษรและคณะ. (2560). ผลของโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัวต่อการทำหน้าที่ของครอบครัวตามการรับรู้ของผู้ป่วยโรคจิตจากสุราหรือยาเสพติด. วารสารการพยาบาลจิตเวช และสุขภาพจิต, 31(3):71-83.
57. สรัญญา วรธนชัยกุล (2022). บทบาทของพยาบาลจิตเวชในการใช้เทคโนโลยีดิจิทัลในการส่งเสริมสุขภาพจิตและป้องกันการเจ็บป่วยทางจิต. Nursing Journal, 49(1):364-78.
58. สวัสดิ์ คุ้มใจ และคณะ. (2560) การประเมินการใช้เมทริกซ์โปรแกรมในการบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติดของโรงพยาบาลสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข 7 จังหวัดภาคตะวันออกเฉียงเหนือตอนบน; วารสารการพัฒนาศาสนาสุขภาพชุมชน มหาวิทยาลัยขอนแก่น; 5(4):661-81.
59. สาวิตรี หลักทอง, นุจรี ไชยมงคล และคณะ (2563). ช่วงเวลาการฟื้นตัวของชีวิต: ประสบการณ์การฟื้นคืนสู่สภาวะในเยาวชนชายที่ได้รับการบำบัดยาเสพติด. วารสารพยาบาลทหารบก.ปีที่ 22 ฉบับที่ 1 มกราคม-เมษายน 2564:370-9.
60. สำนักงานคณะกรรมการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด. แผนปฏิบัติการด้านการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด พ.ศ. 2565. กระทรวงยุติธรรม.
61. สำนักงานคณะกรรมการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด. รายงานผลการดำเนินการป้องกันและปราบปรามยาเสพติดจะจำงบประมาณ พ.ศ. 2564. กระทรวงยุติธรรม. <https://www.oncb.go.th/EBookLibrary/annual%20report%202564.pdf>
62. สำเนา นิลบรรพ์ และคณะ. (2559) ความสัมพันธ์เชิงสาเหตุของปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการเสพยาซ้ำของผู้เสพเมทแอมเฟตามีน. วารสารบัณฑิตศึกษา มหาวิทยาลัยราชภัฏวไลยอลงกรณ์ในพระบรมราชูปถัมภ์, 10(1):195-209.
63. สุกุม่า แสงเดือนฉาย, และคณะ. (2559) ผลของการบำบัดความคิดและพฤติกรรมเพื่อป้องกันการติดยาของผู้ป่วยเมทแอมเฟตามีนที่เข้ารับการบำบัดรักษาแบบผู้ป่วยใน. วารสารวิชาการเสพติด 2559;4(1):1-16.
64. สุทธิชัย ศิริทว. (2557) มาตรการป้องกันการเสพยาซ้ำในกลุ่มผู้ผ่านการบำบัดจังหวัดสุโขทัย (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ). พิษณุโลก: มหาวิทยาลัยนเรศวร.
65. สุนิศา สุขตระกูล, เพ็ญพักตร์ อุทิศ, กงจักร สอนลา, & มะลิ แสงผล. (2018). การศึกษาเปรียบเทียบพลังต้านการเสพยาซ้ำของผู้ป่วยที่เสพยาในสถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติด. Royal Thai Navy Medical Journal, 45(3):476-92.
66. อรรถพล ยิ้มยรรยง, เพ็ญนิภา แดงต่อมยุทธ์ (2564). ผลของการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมอย่างย่อโดยครอบครัวมีส่วนร่วมต่อการเสพยาเมทแอมเฟตามีนของผู้ป่วยติดยาเสพติดเมทแอมเฟตามีนระยะฟื้นฟู. วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี อุดรดิตถ์ ปีที่ 13 (1):71-83.
67. อภาศิริ สุวรรณานนท์ และคณะ. (2550) ปัจจัยด้านบุคคลที่มีผลต่อการติดยาเสพติดซ้ำ. กรุงเทพฯ: สำนักงานคณะกรรมการป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติด.
68. อารี สุภาวงศ์. (2559). ประสิทธิภาพของการบำบัดรักษาผู้ป่วยยาเสพติดตามรูปแบบจิตสังคมบำบัดแบบประยุกต์ โรงพยาบาลทุ่งสง. วารสารพยาบาลสงขลาครินทร์, 36 (พิเศษ), 160-70.
69. Ajzen, I., & Fishbein, M. (1980). Understanding attitudes and prediction social behavior. Englewood Chiffs, N J: Prentice-Hall
70. American Hospital Association. Creating Value by Bringing Hospital Care Home. The Value Initiative. 2020.
71. Anthony, K., Nagel, D. M., & Goss, S. (2010). The use of technology in mental health: Applications, ethics and practice.
72. Arpit Parmar และ Pragya Sharma. 2017 Ecological Momentary Interventions Delivered by Smartphone Apps: Applications in Substance Use Treatment in Indian Scenario.
73. Carr, A. (2000). Drug abuse in adolescence. In Birchwood M., Fowler D., and
74. Chan, G. H. (2020). A comparative analysis of online, offline, and integrated counseling among hidden youth in Hong Kong. Children and Youth Services Review, 114, 105042.

75. Dillon et al. (2007). "Risk, Protective factors and resilience to drug use : identifying.
76. Dillon et al. Risk. (2007). Protective factors and resilience to drug use: identifying family therapy. In Weisz, J. and Kazdin, A. Evidence-based psychotherapies for children and adolescent. pp. 416-432. 2nd. New York: Guilford. Masten, A. S., & Coatsworth, J. D. (1998). The development of competence in favorable and unfavorable environments: Lessons from research on successful children. *American psychologist*, 53(2):205.
77. Forman, G.S., and Kalafat, J. (1998). Substance Abuse and Suicide: Promoting Resilience against Self-Destructive Behavior in Youth. *School Psychology Review*, 27:398-406.
78. Haase, J. E. (2004). The Adolescent Resilience Model as a Guide to Interventions.
79. Haase, J. E., Kintner, E. K., Robb, S. L., Stump, T. E., Monahan, P. O., Phillips, C., Stegenga, K. A., & Burns, D. S. (2017). The Resilience in Illness Model Part 2: Confirmatory Evaluation in Adolescents and Young Adults With Cancer. *Cancer Nursing*, 40(6):454-63.
80. Hodder RK, Freund M, Wolfenden L, Bowman J, Nepal S, Dray J, Kingsland M, Yoong SL, Wiggers J. Systematic review of universal school-based 'resilience' interventions targeting adolescent tobacco, alcohol or illicit substance use: A meta-analysis. *Prev Med*. 2017 Jul; 100:248-68.
81. Hodder RK, Freund M, Wolfenden L, Bowman J, Nepal S, Dray J, Kingsland M, Yoong SL, Wiggers J. Systematic review of universal school-based 'resilience' interventions targeting adolescent tobacco, alcohol or illicit substance use: A meta-analysis. *Prev Med*. 2017 Jul;100: 248-268.
82. Liddle, H. A. (2002). Multidimensional Family Therapy Treatment (MDFT) For adolescent cannabis users: Vol. 5 Cannabis Youth Treatment (CYT) manual series. Rockville, MD: Center for Substance Abuse Treatment, Substance Abuse and Mental Health Services Administration.
83. Liddle, H. A., Dakof, G. A., Turner, R. M., Henderson, C. E., and Greenbaum, P. E.
84. Liddle, H. A., Rowe, C. L., Dakof, G. A., Henderson, C. E. and Greenbaum, P. E. (2009).
85. Liddle, H.A. (2002). Multidimensional Family Therapy: A treatment manual. Rockville, MD: Center for Substance Abuse Treatment.
86. Liddle, H.A. (2010). Treating adolescent substance abuse using multidimensional Methods, pp. 41-72. USA: Humana Press. multidimensional family therapy and cognitive behavior therapy. Addictive Multidimensional Family Therapy for Young Adolescent Substance Abuse:
87. National Institute on Drug Abuse (2018) Principle of drug addiction treatment; a research based guide Published October 1999 and revised in April 2009 (2nd ed). NIH Pub Number,09-4180
88. Rachyla, I., Perez-Ara, M., Mol's, M., Campos, D., Mira, A., Botella, C., & Quero, S. (2018). An internet-based intervention for adjustment disorder (TAO): study protocol for a randomized controlled trial. *BMC Psychiatry*, 18(1):1-10.
89. Results of a Pilot Test of a Self-Administered Smartphone-Based Treatment System for Alcohol Use Disorders: Usability and Early Outcomes Patrick L. Dulin, PhD1, Vivian M. Gonzalez, PhD1, and Kendra Campbell, PhD2 1Department of Psychology, University of Alaska, Anchorage 2San Francisco VA Medical Center Published in final edited form as: *Subst Abus*. 2014;35(2):168-75.

90. Results of a Pilot Test of a Self-Administered Smartphone-Based Treatment System for Alcohol Use Disorders: Usability and Early Outcomes Patrick L. Dulin, PhD1, Vivian M. Gonzalez, PhD1, and Kendra Campbell, PhD2
1Department of Psychology, University of Alaska, Anchorage 2San Francisco VA Medical Center Published in final edited form as: *Subst Abus.* 2014;35(2):168-175.
91. Sansom-Daly, U. M., Wakefield, C. E., Ellis, S. J., McGill, B. C., Donoghoe, M. W., Butow, P., Bryant, R. A., Sawyer, S. M., Patterson, P., Anazodo, A., Plaster, M., Thompson, K., Holland, L., Osborn, M., Maguire, F., O'Dwyer, C., De Abreu Lourenco, R., Cohn, R. J., & Party, T. R. L. W. (2021). Online, Group-Based Psychological Support for Adolescent and Young Adult Cancer Survivors: Results from the Recapture Life Randomized Trial. *Cancers*, 13(10):2460.
92. Sobell, L.C. and Sobell, M.B. (1992). Timeline follow-back: A technique for Social Research.
93. Stjerneklar, S., Hougaard, E., Nielsen, A. D., Gaardsvig, M. M., & Thastum, M. (2018). Internet-based cognitive behavioral therapy for adolescents with anxiety disorders: A feasibility study. *Internet Interventions*, 11:30-40.
94. Weitzel JA, Bernhardt JM, Usdan S, Mays D, Glanz K. Using wireless handheld computers and tailored text messaging to reduce negative consequences of drinking alcohol. *J Stud Alcohol Drugs.* 2007 Jul;68(4):534-7.
95. WHO 2008a. mhGAP : Mental Health Gap Action Programme : scaling up care for mental, neurological and substance use disorders. Geneva: World Health Organization.
96. Xia, Y., Gong, Y., Wang, H., Li, S., & Mao, F. (2022). Family function impacts relapse tendency in substance use disorder: Mediated through self-esteem and resilience. *Frontiers in psychiatry*, 13. ORIGINAL RESEARCH article *Front. Psychiatry*, 14 February 2022 Sec. Addictive Disorders Volume 13-2022 Feb 14;13.

(Original Article)

Prevalence of Refractive Error Among Kindergarten Level 3 at Rittiyawannalai Kindergarten School

Flt.Lt. Wanlikar Pattama O.D., Sqn.Ldr. Sasithorn Boongasin RN., Gp.Capt. Kanyika Wanvimonsuk MD.

Department of Ophthalmology, Bhumibol Adulyadej Hospital, Directorate of Medical Services,

Royal Thai Air Force, Bangkok, Thailand

Correspondence to: Sasithorn.thc@gmail.com

(Received : 28 May 25, Revised : 13 Nov. 25, Accepted : 18 Nov. 25)

Abstract

The visual acuity and refractive error screening project was initiated for kindergarten level 3 at Rittiyawannalai Kindergarten School by the Department of Ophthalmology, Bhumibol Adulyadej Hospital, Directorate of Medical Services, Royal Thai Air Force. The primary objective of this project was to screen for and identify visual abnormalities among these children. Screening results were provided to parents to ensure that children with abnormal visual findings could receive prompt and appropriate treatment, thereby preventing the development of amblyopia (lazy eye). Furthermore, this proactive medical initiative aims to improve the delivery of early ophthalmic care, allowing children to achieve normal or near-normal visual function. During the 5-year implementation period (2016-2024), a total of 1,584 children were screened. Among these, 141 children were found to have visual abnormalities that warranted further examination by an ophthalmologist. Of those referred, 16 children were diagnosed with specific ocular diseases at the Ophthalmology Clinic, Bhumibol Adulyadej Hospital. The diagnoses were as follows myopia 4 cases, hyperopia with astigmatism 4 cases, astigmatism 4 cases, hemangioma 1 case, epiblepharon 1 case, exotropia divergence concomitant strabismus 1 case. Left-eye amblyopia 1 case which was associated with unilateral hyperopia in the left eye and astigmatism in both eyes. The astigmatic error was more pronounced in the left eye.

This project facilitated timely diagnosis and treatment, contributing to improved visual outcomes and overall quality of life for the affected children.

Keywords: *refractive error, amblyopia, kindergarten*

Royal Thai Air Force Medical Gazette, Vol. 71 No. 2 July - December 2025

(นิพนธ์ต้นฉบับ)

ความชุกของความผิดปกติทางสายตาในเด็กชั้นอนุบาล 3

โรงเรียนอนุบาลฤทธิยะวรรณาลัย

ร.อ.หญิง วลัยธิดา บัตะมะ ทศ.บ., น.ต.หญิง ศศิธร บุญกลิ่น พย.บ., น.อ.หญิง กรรณิการ์ วรรณวิมลสุข พบ.
กองจักษุกรรม โรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช กรมแพทย์ทหารอากาศ

บทคัดย่อ

การจัดทำโครงการตรวจระดับการมองเห็นและความผิดปกติทางสายตาในเด็กชั้นอนุบาล 3 โรงเรียนอนุบาลฤทธิยะวรรณาลัย โดยกองจักษุกรรม โรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช กรมแพทย์ทหารอากาศ มีวัตถุประสงค์เพื่อคัดกรองและค้นหาความผิดปกติทางการมองเห็นของเด็กชั้นอนุบาล 3 โรงเรียนอนุบาลฤทธิยะวรรณาลัย โดยส่งผลการตรวจให้ผู้ปกครองเพื่อให้เด็กที่มีสายตาผิดปกติได้เข้ารับการรักษาทันทีทันใด ทันท่วงทีไม่ให้เกิดภาวะสายตาขี้เกียจ รวมทั้งเป็นการพัฒนาระบบการให้บริการทางการแพทย์เชิงรุกช่วยให้เด็กสามารถมีการมองเห็นได้เป็นปกติหรืออาจจะใกล้เคียงปกติได้มากที่สุด พบว่าในช่วงระยะเวลา 5 ปี (2559-2567) ที่จัดทำโครงการมีเด็กได้รับการคัดกรองภาวะสายตาแล้วทั้งสิ้น 1,584 คน มีเด็กสายตาผิดปกติที่ในเกณฑ์ควรพบแพทย์ 141 คน (ร้อยละ 9) และพบว่าเด็กที่มาตรวจรักษาต่อที่ห้องตรวจจักษุกรรม รพ.ภูมิพลอดุลยเดช กรมแพทย์ทหารอากาศ เป็นโรคทางสายตา 16 คน ดังนี้ สายตาสั้น (myopia) จำนวน 4 คน สายตาวาวร่วมสายตาสั้น (hyperopia with astigmatism) จำนวน 4 คน สายตาสั้น (astigmatism) 4 คน เนื้อหลอดเลือดที่ดวงตา (hemangioma) 1 คน ขนตาสามนิ้ว (epiblepharon) 1 คน ตาเข (exotropia divergence concomitant strabismus) 1 คน ตาขี้เกียจขี้ขี้ (amblyopia) 1 คน ซึ่งเกิดจากมีสายตาวาวด้านซ้ายร่วมกับสายตาสั้นทั้งสองข้างโดยตาข้างซ้ายขี้เกียจมากกว่าข้างขวา ซึ่งทำให้เด็กได้รับการรักษาที่ทันที่และมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

คำสำคัญ: ความผิดปกติทางสายตา, ตาขี้เกียจ, เด็กอนุบาล

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

วัยเด็กเป็นช่วงอายุที่มีพัฒนาการทางด้านการมองเห็นและเริ่มต้นเรียนรู้ว่าจะยังไม่เข้าใจการมองเห็นที่ผิดปกติไม่สามารถบอกอาการผิดปกติที่เกิดขึ้นได้อย่างชัดเจน ซึ่งในเด็กเล็กพบว่าร้อยละ 2-5 จะมีความผิดปกติในการมองเห็น เช่น สายตาสั้น สายตาวาว หรือ สายตาสั้น หากไม่ได้รับการรักษาอย่างถูกต้องและรวดเร็วโดยจักษุแพทย์ อาจมีโอกาสเกิดภาวะตาขี้เกียจ (Lazy eye: Amblyopia) ซึ่งพบในเด็กอายุไม่เกิน 7 ปี หากตรวจพบว่าเป็นต้องรีบรักษา เพราะหากอายุเกิน 7 ปีขึ้นไปแล้วการรักษาอาจทำได้ยากหรือไม่สามารถรักษาได้เลย ส่งผลให้มีปัญหาด้านสายตาหรือร้ายแรงถึงขั้นตาบอดไปตลอดชีวิต ถึงแม้จะรักษาอย่างเต็มที่เมื่ออายุมากขึ้นก็ตาม ดังนั้นการคัดกรองและค้นหาความผิดปกติทางการมองเห็นในเด็กเล็กก่อนอายุ 7 ขวบ จึงมี

ความสำคัญเป็นอย่างมาก การตรวจคัดกรองได้อย่างรวดเร็วเป็นหัวใจสำคัญในการค้นหาและส่งต่อให้จักษุแพทย์ตรวจรักษาแก้ไขความผิดปกติได้อย่างทันท่วงทีจะช่วยให้เด็กที่มีความผิดปกติทางสายตาสามารถรักษาให้กลับมามีการมองเห็นได้เป็นปกติหรือใกล้เคียงปกติที่สุดซึ่งส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของเด็กในอนาคต⁽¹⁻⁴⁾

โรงเรียนอนุบาลฤทธิยะวรรณาลัยอยู่ในกำกับดูแลของกรมยุทธศึกษาทหารอากาศ กองทัพอากาศ โดยกองจักษุกรรม รพ.ภูมิพลอดุลยเดช กรมแพทย์ทหารอากาศ เล็งเห็นถึงความสำคัญในการตรวจคัดกรองความผิดปกติในการมองเห็นของวัยเด็กเป็นอย่างมาก จึงได้ให้บริการในการตรวจคัดกรองความผิดปกติในการมองเห็นในเด็กชั้นอนุบาล 3 โรงเรียนอนุบาลฤทธิยะวรรณาลัยอย่างต่อเนื่องเป็นประจำ

วัตถุประสงค์

เพื่อคัดกรองและค้นหาความผิดปกติทางการมองเห็นของเด็กชั้นอนุบาล 3 โรงเรียนอนุบาลวิทยะวรรณาลัย

วิธีดำเนินการ

การตรวจระดับการมองเห็นและการตรวจความผิดปกติทางสายตาในเด็กชั้นอนุบาล 3 โรงเรียนอนุบาลวิทยะวรรณาลัยเป็นการปฏิบัติงานในการดูแลสุขภาพแบบเชิงรุก คือการเข้าไปตรวจวัดระดับการมองเห็นนักเรียนชั้นอนุบาล 3 โรงเรียนอนุบาลวิทยะวรรณาลัย ได้ผ่านการอนุมัติจากเจ้ากรมแพทย์ทหารอากาศ โดยได้ดำเนินงานตั้งแต่ปี 2559 มีเว้นช่วงเมื่อเกิดสถานการณ์โควิด-19 ระบาดเมื่อปี 2563-2565 และได้เริ่มดำเนินงานอีกครั้งในปี 2566 เป็นต้นมา โดยทำการตรวจ 3 วัน โดยมีวิธีการดังนี้

1. จัดทำหนังสือแจ้งข้อมูลโครงการและวัตถุประสงค์ไปยังผู้อำนวยการโรงเรียนอนุบาลวิทยะวรรณาลัย
2. จัดทำหนังสือขออนุญาตให้ทำการตรวจระดับการมองเห็นและการตรวจความผิดปกติทางสายตาถึงผู้ปกครองของเด็ก โดยผ่านครูประจำชั้นเป็นผู้ช่วยประสาน หากผู้ปกครองไม่อนุญาตให้ทำการตรวจระดับการมองเห็นและการตรวจความผิดปกติทางสายตาของเด็กสามารถแจ้งครูประจำชั้นได้
3. จักษุแพทย์ แพทย์ประจำบ้าน นักทัศนมาตร และผู้ช่วยจักษุแพทย์ที่ได้รับการฝึกในการตรวจและประเมินแบบประเมินระดับการมองเห็น (visual acuity) ด้วย Near chart และ Lea Chart เข้าทำการตรวจและประเมินระดับการมองเห็น (visual acuity) ด้วย Near chart ใช้ตรวจในเด็กที่สามารถอ่านตัวเลขได้ หรือ Lea Chart ใช้ในเด็กที่ไม่สามารถอ่านตัวเลขได้ โดยผู้ตรวจจะถือ Near chart หรือ Lea Chart ห่างจากระดับสายตาระยะห่าง 40 เซนติเมตร ซึ่งทำการวัดระยะห่างโดยใช้สายวัดที่มีมาตรวัดชัดเจน ผู้ประเมินทำการตรวจวัดระดับการมองเห็นทีละตา โดยเริ่มจากตาข้างใดข้างหนึ่งก่อนใส่เฟรมลอมแว่นพร้อมที่ปิดตาจะทำให้ง่ายต่อการชี้ตัวเลขหรือสัญลักษณ์ให้เด็กอ่านเกณฑ์การประเมินระดับการมองเห็นแบ่งออกเป็น 3 ระดับ

คือ ปกติ ฝ้าระวัง และควรรพบแพทย์ โดยอ้างอิงเกณฑ์จาก The international classification of disease 11 for distant visual impairment, World Health Organization (2018) ดังตารางที่ 1

4. แจ้งผลการตรวจระดับการมองเห็นและการตรวจความผิดปกติทางสายตาให้ผู้ปกครองเด็กทราบ โดยผ่านครูประจำชั้นเป็นผู้ช่วยประสาน

5. ติดตามผลการตรวจรักษาในเด็กที่มีความผิดปกติทางสายตาที่อยู่ในเกณฑ์ควรรพบแพทย์และมาตรวจรักษาต่อเรื่องที่ห้องตรวจจักษุกรรม รพ.ภูมิพลอดุลยเดช กรมแพทย์ทหารอากาศ

ตารางที่ 1 เกณฑ์การประเมินระดับการมองเห็น

ระดับการมองเห็น	เกณฑ์การประเมิน
20/20	ปกติ
20/25-20/40	ฝ้าระวัง
>20/50	ควรรพบแพทย์

*อ้างอิงเกณฑ์จาก The international classification of disease 11 for distant visual impairment, World Health Organization, (2018)

ผลการดำเนินการ

1. ข้อมูลทั่วไป พบว่าในช่วงระยะเวลา 5 ปี ที่ตรวจคัดกรองมีนักเรียนรวมทั้งสิ้น 1,658 คน โดยในจำนวนนั้นได้รับการคัดกรองภาวะสายตาแล้วทั้งสิ้น 1,584 คน คิดเป็นร้อยละ 95.53 เป็นเพศชาย 822 คน เพศหญิง 762 คน เมื่อพิจารณาในแต่ละปี พบว่าปีที่มีสัดส่วนนักเรียนได้รับการคัดกรองมากที่สุดคือ ปี พ.ศ. 2561 โดยมีนักเรียนได้รับการคัดกรองจำนวน 374 คน จากทั้งหมด 384 คน คิดเป็นร้อยละ 97.39 ในขณะที่ปีที่มีสัดส่วนการคัดกรองน้อยที่สุดคือ ปี พ.ศ. 2562 ร้อยละ 94.54 ทั้งนี้มีนักเรียนที่ไม่ได้รับการคัดกรองมีจำนวนรวมทั้งสิ้น 74 คน หรือคิดเป็นร้อยละ 4.47 ของนักเรียนทั้งหมด ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละ ที่ได้รับการคัดกรองภาวะสายตา จำแนกตามเพศ และ ปี พ.ศ.

ปี พ.ศ.	จำนวนคน ทั้งหมดชาย	จำนวนคนที่ได้รับ การคัดกรอง			จำนวนคนที่ไม่ได้รับ การคัดกรอง	
		ชาย	หญิง	รวม	ร้อยละ	
2559	338	161	162	323	95.56	15
2561	384	200	174	374	97.39	10
2562	348	170	159	329	94.54	19
2566	295	149	131	280	94.91	15
2567	293	142	136	278	94.88	15
รวม	1,658	822	762	1,584	95.53	74

ตารางที่ 3 จำนวนและร้อยละของผลการคัดกรองภาวะสายตาในแต่ละปี (N=1,584)

ปี พ.ศ.	ปกติ n (%)	ผลการคัดกรอง		รวม
		ฝ้าระว่าง n (%)	ควรพบแพทย์ n (%)	
2559	75 (23)	201 (62)	47 (15)	323
2561	61 (16)	283 (76)	30 (8)	374
2562	119 (36)	176 (54)	34 (10)	329
2566	101 (36)	167 (60)	12 (4)	280
2567	128 (46)	132 (47)	18 (7)	278
รวม	484 (30)	959 (61)	141 (9)	1,584

2. ผลการคัดกรองภาวะสายตาโดยแบ่งเกณฑ์การประเมินระดับการมองเห็นแบ่งออกเป็น 3 ระดับคือ ปกติ ฝ้าระว่าง และควรพบแพทย์ในแต่ละปี พบข้อมูลดังแสดงในตารางที่ 3 ดังนี้

2.1. ปี พ.ศ. 2559 จากจำนวนนักเรียนที่ได้รับการคัดกรองทั้งหมด 323 คนพบว่าอยู่ในเกณฑ์ปกติจำนวน 75 คน (ร้อยละ 23) อยู่ในเกณฑ์ฝ้าระว่างจำนวน 201 คน (ร้อยละ 62) และอยู่ในเกณฑ์ควรพบแพทย์จำนวน 47 คน (ร้อยละ 15)

2.2. ปี พ.ศ. 2561 จากนักเรียน 374 คน มีผลการคัดกรองอยู่ในเกณฑ์ปกติจำนวน 61 คน (ร้อยละ 16)

ฝ้าระว่างจำนวน 283 คน (ร้อยละ 76) และควรพบแพทย์จำนวน 30 คน (ร้อยละ 8)

2.3. ปี พ.ศ. 2562 จากนักเรียน 329 คน พบว่าอยู่ในเกณฑ์ปกติจำนวน 119 คน (ร้อยละ 36) ฝ้าระว่าง 176 คน (ร้อยละ 54) และควรพบแพทย์จำนวน 34 คน (ร้อยละ 10)

2.4. ปี พ.ศ. 2566 จากนักเรียนที่ได้รับการคัดกรอง 280 คน พบว่าจำนวน 101 คน (ร้อยละ 36) อยู่ในเกณฑ์ปกติ จำนวน 167 คน (ร้อยละ 60) อยู่ในเกณฑ์ฝ้าระว่าง และจำนวน 12 คน (ร้อยละ 4) อยู่ในเกณฑ์ควรพบแพทย์

2.5 ปี พ.ศ. 2567 จากจำนวนนักเรียน 278 คน พบว่าจำนวน 128 คน (ร้อยละ 46) อยู่ในเกณฑ์ปกติ 132 คน (ร้อยละ 47) อยู่ในเกณฑ์ฝ้าระวัง และ 18 คน (ร้อยละ 7) อยู่ในเกณฑ์ควรพบแพทย์

3. ผลการติดตามการตรวจรักษาในเด็กที่มีความผิดปกติทางสายตาที่อยู่ในเกณฑ์ควรพบแพทย์รวม 141 คน ไปตรวจรักษาต่อที่สถานพยาบาลตามสิทธิการรักษาจำนวน 123 คน และมาตรวจรักษาต่อที่ห้องตรวจจักษุกรรม รพ.ภูมิพลอดุลยเดช กรมแพทย์ทหารอากาศ จำนวน 18 คน พบว่าสายตาปกติ 2 คน มีความผิดปกติทางสายตา 16 คน โดยจำแนกเป็นรายโรคดังนี้ สายตาสั้น (myopia) จำนวน 4 คน สายตายาวร่วมสายตาเอียง (hyperopia with astigmatism) จำนวน 4 คน สายตาเอียง (astigmatism) 4 คน เนื้อหลอดเลือดที่ดวงตา (hemangioma) 1 คน ขนตาล่าง ม้วน (epiblepharon) 1 คน ตาเข (exotropia divergence concomitant strabismus) 1 คน ตาขี้เกียจ (amblyopia) 1 คน โดยพบตาขี้เกียจข้างซ้าย ซึ่งเกิดจากมีสายตายาวด้านซ้าย ร่วมกับสายตาเอียงทั้งสองข้างโดยตาข้างซ้ายเอียงมากกว่า ข้างขวา (ค่าสายตาข้างซ้าย: +0.75-4.50x180 VA 20/30, ค่าสายตาข้างขวา: Plano -0.75x180 VA 20/25) ดังแสดงในตารางที่ 4

ตารางที่ 4 จำแนกภาวะผิดปกติทางสายตาของเด็กที่มารับการตรวจที่โรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช พอ.

ภาวะผิดปกติทางสายตา	จำนวน (คน)
Myopia	4
Hyperopia with astigmatism	4
Astigmatism	4
Hemangioma	1
Epiblepharon	1
Exotropia divergence concomitant strabismus	1
Amblyopia	1

อภิปรายผล

โครงการตรวจระดับการมองเห็นและความผิดปกติทางสายตาในเด็กชั้นอนุบาล 3 โรงเรียนอนุบาลฤทธิ์ยะวรรณาลัย ทำให้ตรวจพบเด็กที่มีสายตาผิดปกติที่อยู่ในเกณฑ์ควรพบแพทย์จำนวน 141 คน (ร้อยละ 9) และมาตรวจรักษาต่อเนื่องจากห้องตรวจจักษุกรรม รพ.ภูมิพลอดุลยเดช กรมแพทย์ทหารอากาศ พบภาวะผิดปกติทางสายตาถึง 16 คน โดยพบเด็กมีภาวะตาขี้เกียจข้างซ้าย (lazy eye: amblyopia) 1 คน ซึ่งเกิดจากมีสายตายาวด้านซ้ายร่วมกับสายตาเอียงทั้งสองข้าง โดยตาข้างซ้ายเอียงมากกว่าข้างขวา (ค่าสายตาข้างซ้าย: +0.75-4.50x180 VA 20/30, ค่าสายตาข้างขวา: Plano -0.75x180 VA 20/25) ไกล่เคียงกับผลการสำรวจระดับการมองเห็นและความผิดปกติทางสายตาในเด็กวัยเรียนของมณฑลมารณ อีรูตัน⁽⁵⁾ ที่สำรวจในเด็กนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 1 ในเขตอำเภอปราสาท จังหวัดสุรินทร์ จำนวนทั้งหมด 1,858 คน ที่พบภาวะผิดปกติทางสายตา 11 คน และใน 11 คนนี้ พบเด็กมีภาวะตาขี้เกียจ 2 คน แบ่งเป็นตาขี้เกียจข้างขวา 1 คน ซึ่งมีสายตาสั้นข้างขวาร่วมด้วย (ค่าสายตาข้างขวา: VA 20/200) และพบตาขี้เกียจข้างซ้าย 1 คน ซึ่งมีสายตาเอียงข้างซ้ายร่วมด้วย (ค่าสายตาข้างซ้าย: VA 20/200) ถึงแม้ว่าจะพบจำนวนเด็กที่มีความผิดปกติทางสายตาจำนวนน้อยแต่การส่งต่อการรักษาเพื่อให้เด็กที่อยู่ในช่วงพัฒนาการทางด้านการมองเห็นได้รับการรักษาที่ทันเวลาและแก้ไขความผิดปกติได้ทันถือเป็นหัวใจสำคัญ เพราะช่วยให้เด็กมีคุณภาพชีวิตทางการมองเห็นที่ดีในอนาคต

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณคณะคุณครูโรงเรียนอนุบาลฤทธิ์ยะวรรณาลัยทุกท่านเป็นอย่างสูง ในการให้ความร่วมมือและประสานงานกับผู้ปกครองของเด็กที่เข้าโครงการตรวจระดับการมองเห็นและความผิดปกติทางสายตาในเด็กชั้นอนุบาล 3 โรงเรียนอนุบาลฤทธิ์ยะวรรณาลัย จนทำให้โครงการสำเร็จด้วยดี

เอกสารอ้างอิง

1. กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. (2557). คู่มือการตรวจคัดกรองระดับการเห็นในเด็กระดับชั้นอนุบาลและชั้นประถมศึกษา. พิมพ์ครั้งที่ 2. โครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ.
2. สุภานัน เลาสุริโยธิน. (2564). โรคเนื้องอกหลอดเลือด (Hemangioma). <https://kcmh.chulalongkornhospital.go.th/line/โรคเนื้องอกหลอดเลือด-hemangioma/>.
3. สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส). (2562). Baby's lazy eye ทำความรู้จักโรคตาขี้เกียจ. <https://www.thaihealth.or.th/babys-lazy-eye-ทำความรู้จักโรคตาขี้-2/>.
4. World Health Organization. (2018). Blindness and vision impairment: the international classification of disease 11 for distant visual impairment. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/blindness-and-visual-impairment>.
5. มันทาภรณ์ อัฐรัตน์. (2560). ผลการสำรวจระดับการมองเห็นและความผิดปกติทางสายตาในเด็กวัยเรียน. วารสารการแพทย์โรงพยาบาลศรีสะเกษ สุรินทร์บุรีรัมย์.

(Original Article)

**A Proof-of-Concept Study for an Intradermal Dose-Sparing Strategy:
Non-Inferior Immunogenicity and Improved Systemic Tolerability of
Fractional-Dose ChAdOx1-S SARS-CoV-2 Vaccine Compared to
Intramuscular Administration**

*Sumit Ariyawongsakul MD., **Winyoo Juntrasoontragul MD.,

Rachaneekorn Tiratuntayaporn RN, *Chuchart Nijwattana MD.

*Gastrointestinal and Liver Center, Phuket, Thailand. **Department of Internal Medicine, Bhumibol Adulyadej Hospital,
Directorate of Medical Services, Royal Thai Air Force, Bangkok, Thailand.

Department of Nursing, Thalang Hospital, Phuket, Thailand, *Chalong Hospital, Phuket, Thailand

Correspondence to: wuc333@gmail.com

(Received : 10 Nov. 25, Revised : 14 Dec. 25, Accepted : 19 Dec. 25)

Abstract

Background: The global shortage of SARS-CoV-2 vaccines and the necessity for repeated booster doses highlight an urgent need for dose-sparing strategies. The intradermal (ID) route, leveraging the skin's rich immune network, is highly attractive due to the high density of antigen-presenting cells (APCs) in the dermis, offering the potential to induce a robust immune response with a reduced antigen dose. This study was conducted to establish a Proof-of-Concept (PoC) for the feasibility of an ID fractional dose strategy.

Objective: This study aimed to establish a proof-of-concept for an ID dose-sparing strategy. Primary objectives were to evaluate the safety, tolerability, and immunogenicity of a fractional ID dose (0.1 mL, 1×10^{10} viral particles) compared to the standard IM dose (0.5 mL, 5×10^{10} viral particles) as a booster in healthy adults.

Methods: This was a comparative, prospective, open-label, volunteer-controlled trial. Healthy adults (18-60 years old) who had previously completed a two-dose regimen of inactivated SARS-CoV-2 vaccine (Sinovac) were assigned to receive the ChAdOx1-S vaccine as a 3rd dose booster. The IM full dose group received 0.5 mL, 5×10^{10} vp, while the ID fractional dose group received 0.1 mL, 1×10^{10} vp. Safety, tolerability, and immunogenicity (Anti-S RBD antibody titers, converted to BAU/mL) were evaluated at Day 0 and Day 14 post-vaccination.

Results: A total of 60 volunteers were included. The Geometric Mean Titer (GMT) of Anti-S RBD antibodies was 10,203 BAU/mL (95%CI: 7,698 to 13,524) in the ID group and 10,337 BAU/mL (95%CI: 8,078 to 13,225) in the IM group. The GMT ratio (ID/IM) was 0.99 (95%CI: 0.77 to 1.27), which exceeded the pre-specified non-inferiority margin (0.67), demonstrating statistical non-inferiority of the fractional ID dose. The ID group demonstrated a favorable safety profile with significantly lower incidence of systemic adverse events (AEs) (e.g., Myalgia 10 % vs. 40 %, Headache 5 % vs. 30 %) compared to the IM group. Local reactions like

erythema (91 % vs. 11.1 %) and swelling (72 % vs. 11.1 %) were more common with ID administration. No serious adverse events were reported.

Conclusion: The ID administration of a one-fifth fractional dose of the ChAdOx1-S vaccine produces a robust, non-inferior immune response with a superior systemic safety profile. This study establishes a vital PoC for a Dose-Sparing strategy using viral vector vaccines. Beyond vaccine scarcity, the demonstrated efficiency of the ID route holds vast potential for future application in anti-cancer immunotherapy, specifically with personalized cancer vaccines.

Keywords: SARS-CoV-2 vaccine, intradermal; dose-sparing; immunogenicity

Royal Thai Air Force Medical Gazette, Vol. 71 No. 2 July - December 2025

(นิพนธ์ต้นฉบับ)

การศึกษาหลักฐานแนวคิดการให้วัคซีนขนาดต่ำ: ChAdOx1-S SARS-CoV-2 Vaccine ขนาด 1/5 ส่วนทางผิวหนังให้ภูมิคุ้มกันเทียบเท่าการฉีดกล้ามเนื้อ โดยมีอาการข้างเคียงน้อยกว่า

*สุมิช อริยวงศ์สกุล พบ., **วิญญู จันทรสุนทรกุล พบ.,

รัชนิกร ถิรตันตยาภรณ์ ส.ม., *ชูชาติ นิจวัฒนา พบ.

*ศูนย์โรคระบบทางเดินอาหารและตับ จังหวัดภูเก็ต, **กองอายุรกรรม โรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช กรมแพทย์ทหารอากาศ,

กลุ่มงานการพยาบาล โรงพยาบาลถลาง จังหวัดภูเก็ต, *โรงพยาบาลฉลอง จังหวัดภูเก็ต

บทคัดย่อ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา: การขาดแคลนวัคซีน SARS-CoV-2 ทั่วโลกและความจำเป็นในการกระตุ้นซ้ำได้เน้นย้ำถึงความต้องการเร่งด่วนสำหรับกลยุทธ์การประหยัดโดส (Dose-Sparing Strategies) การให้ทางผิวหนัง (ID) เป็นทางเลือกที่น่าสนใจเนื่องจากมีความหนาแน่นของเซลล์นำเสนอแอนติเจน (APCS) สูงในชั้นหนังแท้ ซึ่งมีศักยภาพในการกระตุ้นภูมิคุ้มกันที่แข็งแกร่งด้วยปริมาณแอนติเจนที่ลดลง การศึกษานี้จัดทำขึ้นเพื่อสร้างหลักฐานแนวคิด (Proof-of-Concept: PoC) สำหรับความเป็นไปได้ของกลยุทธ์การให้วัคซีน ขนาดเศษส่วนทางผิวหนัง

วัตถุประสงค์: การศึกษานี้มีเป้าหมายเพื่อพิสูจน์แนวคิดของกลยุทธ์การประหยัดวัคซีนทางผิวหนังโดยใช้วัคซีน ChAdOx1-S วัตถุประสงค์หลักคือเพื่อประเมินความปลอดภัย ความทนทาน และการกระตุ้นภูมิคุ้มกันของวัคซีนขนาดเศษส่วนๆ ที่ฉีดผิวหนัง (0.1 มล., 1 X 10¹⁰ VP) เปรียบเทียบกับขนาดมาตรฐานที่ฉีดเข้ากล้ามเนื้อ (0.5 มล., 5 X 10¹⁰ VP) ในฐานะวัคซีนเข็มบูสเตอร์ในผู้ใหญ่สุขภาพดี

ระเบียบวิธีวิจัย: การศึกษานี้เป็นการศึกษาแบบเปรียบเทียบไปข้างหน้าและมีกลุ่มควบคุมกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ใหญ่สุขภาพดี (อายุ 18-60 ปี) ที่เคยได้รับวัคซีนซิโนแวคครบ 2 เข็ม จำนวนรวม 60 คน ได้รับการจัดให้รับวัคซีน ChAdOx1-S เป็นโดสกระตุ้นครั้งที่ 3 โดยกลุ่ม IM เต็มโดส ได้รับ 0.5 มล. ในขณะที่กลุ่ม ID ขนาด เศษส่วน ได้รับ 0.1 มล. มีการประเมินความปลอดภัย ความทนทาน และการสร้างภูมิคุ้มกัน (ระดับแอนติบอดี Anti-S RBD แปลงเป็น BAU/mL) ณ วันที่ 0 และวันที่ 14 หลังการฉีดวัคซีน

ผลการศึกษา: มีอาสาสมัครเข้าร่วมการวิเคราะห์รวม 60 ราย ค่าเฉลี่ยเรขาคณิตของไตเตอร์ (GMT) ในกลุ่ม ID (10,203

BAU/mL) มีค่าไม่ต่ำกว่าทางสถิติ เมื่อเทียบกับกลุ่ม IM (10,337 BAU/mL) GMT Ratio = 0.99 กลุ่ม ID แสดงให้เห็นถึงความปลอดภัยที่ดีกว่า โดยมีอุบัติการณ์ของอาการไม่พึงประสงค์ทางระบบที่ต่ำกว่าอย่างมีนัยสำคัญ (เช่น ปวดเมื่อยกล้ามเนื้อ ร้อยละ 10 เทียบกับร้อยละ 40, ปวดศีรษะร้อยละ 5 เทียบกับร้อยละ 30) ในทางกลับกัน ปฏิกริยาเฉพาะที่ เช่น ผื่นแดง (ร้อยละ 91 เทียบกับร้อยละ 11.1) และบวม (ร้อยละ 72 เทียบกับร้อยละ 11.1) พบบ่อยกว่าในกลุ่ม ID ไม่มีรายงานเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ร้ายแรงในทั้งสองกลุ่ม

สรุป: การให้วัคซีน ChAdOx1-S ขนาดหนึ่งในห้าทางผิวหนัง ให้การตอบสนองทางภูมิคุ้มกันที่สูงอย่างมีประสิทธิภาพและไม่ด้อยกว่า และมีความปลอดภัยต่อระบบอวัยวะของร่างกายที่เหนือกว่า การศึกษานี้ได้สร้าง PoC ที่สำคัญสำหรับกลยุทธ์การประหยัด ขนาดยา โดยใช้แพลตฟอร์มวัคซีนไวรัสเวกเตอร์ นอกเหนือจากการแก้ไขปัญหาการขาดแคลนวัคซีน ประสิทธิภาพของวิธีการ ID ยังมีศักยภาพในอนาคตสำหรับการประยุกต์ใช้ในการบำบัดภูมิคุ้มกันมะเร็ง (Anti-Cancer Immunotherapy) โดยเฉพาะอย่างยิ่งกับวัคซีนมะเร็งเฉพาะบุคคล

คำสำคัญ: วัคซีน SARS-CoV-2, การให้ยาทางผิวหนัง, การประหยัดโดส, การสร้างภูมิคุ้มกัน

Background

The severe acute respiratory syndrome coronavirus-2 (SARS-CoV-2) pandemic causes a heavy burden on the healthcare system especially in developing countries.⁽¹⁾ The new variants of the SARS-CoV-2 virus are associated with a reduced efficacy of some COVID-19 vaccines.⁽²⁾ The probably need for booster vaccine doses will add to the existing worldwide shortage of vaccines.⁽³⁾

The Oxford-AstraZeneca (ChAdOx1-S) SARS-CoV-2 vaccine utilizes an adenovirus vector derived from the chimpanzee, incorporating genetic sequences that instruct cellular machinery to produce the full-length spike protein of SARS-CoV-2 and it has been demonstrated to be effective.^(4,5) This vaccine was approved by World Health Organization (WHO) for emergency use since February 2021.⁽⁶⁾

The intramuscular injection (IM) is the standard route of vaccine administration of this vaccine, but application by the intradermal (ID) route is another option.⁽⁹⁾ Due to the higher density of antigen presenting dendritic cells (APC) in human papillary dermis than muscle tissue and more efficiency of dermal lymphatic system that can transport of

APCs and vascular antigen to the regional lymph nodes.⁽⁹⁾

ID application has been conducted with many vaccines such as those against rabies, influenza, polio and yellow fever. The technique is more demanding but there is the advantage that only 1/5 to 1/10 of standard IM dose are needed.⁽¹⁰⁾ Studies in mice have demonstrated that the total amount of protein produced was higher after ID delivery than IM delivery at the lowest dose of mRNA-LNP. At higher doses, saturation was reached which favored IM delivery.⁽¹¹⁾ In humans, the safety and immunogenicity of the ID administration of H10N8 mRNA-LNP influenza vaccine has been evaluated.⁽¹⁴⁾ The 25 µg ID dose induced hemagglutination inhibition titers >1:40 in 65 % of participants compared with 34 % of participants who received the same dose IM, confirming the high immunogenicity of the ID route at low dose. The most frequently reported adverse reactions after ID injection were: pain (82 %), erythema (76 %) and swelling (38 %) at the injection site, and fatigue (38 %), headache (26 %), myalgia (14 %), nausea (9 %) and arthralgia (3 %). No severe adverse reactions were reported.

According to a recent study conducted in The Netherlands, the use of ID fractional doses of mRNA-1273 SARS-CoV-2 vaccine in healthy adults was safe, associated with few side effects and resulted in a comparable immunogenicity as compared with IM administration.⁽¹⁷⁾

In many parts of the world, a proportion of the population received two doses of inactivated COVID-19 vaccines like Sinovac-CoronaVac or SV. Since the appearance of the delta variant, the efficacy of inactivated COVID-19 vaccines declined.⁽¹²⁾ Clinical trials indicated that the ChAdOx1-S SARS-CoV-2 vaccine is an option for the needed booster dose.⁽¹³⁾ However, we would need large quantities of vaccine for IM booster. To reduce the problem of vaccine shortage and costs, ID application would be an attractive solution.

Objectives:

The primary goal of this study was to evaluate the feasibility of the Intradermal (ID) Dose-Sparing strategy for SARS-CoV-2 vaccine boosters, with the following specific objectives:

1. To evaluate the safety and tolerability of the ID fractional dose 1x10¹⁰ viral particles (vp) administration of the ChAdOx1-S SARS-CoV-2 vaccine in healthy adults.
2. To identify the immunogenicity, measured by anti-S RBD antibody titers, fourteen days after ID ChAdOx1-S vaccine administration as the 3rd dose booster after a complete two doses of Sinovac-CoronaVac.
3. To compare the tolerability and immunogenicity of the ID Dose-Sparing strategy 1x10¹⁰ viral particles (vp) with the standard Intramuscular (IM) full dose 5x10¹⁰ viral particles (vp) delivery of the ChAdOx1-S vaccine in healthy adults.

The study was designed as a non-inferiority trial to test the hypothesis that the immune response induced by the fractional intradermal dose is not inferior to that induced by the standard intramuscular dose.

Method

Study design and participants

The study is a comparative, prospective, open-label, volunteers-controlled vaccine trial conducted at an internal medicine specialty clinic in Phuket, Thailand, from May to August 2021. Participant enrollment and follow-up took place over a period of approximately four months, specifically from May 3rd to August 27th, 2021. The study was approved by the Research Ethics Review Committee, Wachira Phuket Provincial Hospital, Phuket, Thailand. All participants voluntarily received the SARS-CoV-2 vaccination and participated in the study with written informed consent.

We recruited sixty male and female healthy volunteers aged 18-60 years, who previously completed a two dose of Sinovac-CoronaVac or SV regimen in the past 60 to 90 days from the second dose with no history of the COVID-19 infection. The ID group of volunteers could not enter into the 3rd dose of Thai government policy at that time. Similarly in the control IM group, thirty volunteers will get the ChAdOx1-S SARS-CoV-2 as per government policy at the public vaccination sites. Both groups were interviewed by physicians for their medical condition and particularly on completion of two doses of Sinovac-CoronaVac or SV. The final follow-up visit for immunogenicity assessment (Day 14) and long-term adverse effects at least (Day 51) was completed in early September 2021.

Demographics and Clinical Data

Baseline demographics and clinical Data, including age, sex, medical history, current medications used and a history of exposure to the COVID-19 patients were recorded.

Monitoring of safety and tolerability

Both groups of volunteers received the checklist sheet for any effect from vaccine administration and telephone assessment for side effects were conducted on days 2, 4, 6, 8, 10, 12, and 14. All participants were asked to record their temperature and any side effects daily on our checklist sheet. All local and systemic reactions were graded as 1 (mild) to 4 (severe).

Procedures

After a written informed consent was obtained, a rapid chromatographic immunoassay test was conducted using a sample from the nasopharynx swab of the volunteers. Blood samples (3-mL clotted blood) were taken one day before the 3rd dose of ChAdOx1-S SARS-CoV-2 vaccine and the fourteenth day after the injection. The serology was analyzed for anti spike (S) protein receptor binding domain (RBD) by the electrochemiluminescence immunoassay (ECLIA) on Cobas e 411 immunoassay (Roche Diagnostics, Rotkreuz, Switzerland), which also has an emergency use authorization by the US FDA.

The ID volunteers received 0.1 cc, 1x10¹⁰ viral particles (vp) of ChAdOx1-S SAR-CoV2 vaccine, while the control IM volunteers received 0.5 cc, 5x10¹⁰ viral particles (vp) of ChAdOx1-S SAR-CoV2

vaccine intramuscularly at the deltoid region on the government public vaccination site. The ID volunteers were injected 0.1 cc, 1x10¹⁰ viral particles (vp) of ChAdOx1-S SAR-CoV2 vaccine in the deltoid region with the standard ID injection technique; the needle was inserted about 10-degree angle and advance through the epidermis 3 mm. After injection, a tense pale wheal of 5 to 10 mm will appear. The wheal size will be recorded by physicians. The participants were observed 30 minutes after vaccination and then monitored via telephone as the protocol. However, the participants can contact physicians and can visit the clinic any time if they have any adverse effect.

The detection of antibody titers against SARS-CoV-2

The Elecsys is the immunoassay for SARS-CoV-2 total antibodies against the RBD of the S antigen detection, the antibody level is reported as U/mL. Two hundred microliter of serum sample was used following the manufacturer's protocol. The criteria of negative for anti-SARS-Cov-2-S is <0.8 U/mL. For the participants who had the SARS-CoV-2 total antibodies over the maximum measuring range, which is >250 U/mL, 10, 20, 50, 100, 200 folds diluted samples using the Elecsys diluent universal were re-evaluated. The level of anti-SARS-CoV-2 total antibodies measured in U/mL from the Elecsys test was converted to the BAU/mL following the WHO international standard for anti-SARS-CoV-2 immunoglobulin, which 1 U/mL is equivalent to 0.972 BAU/mL.

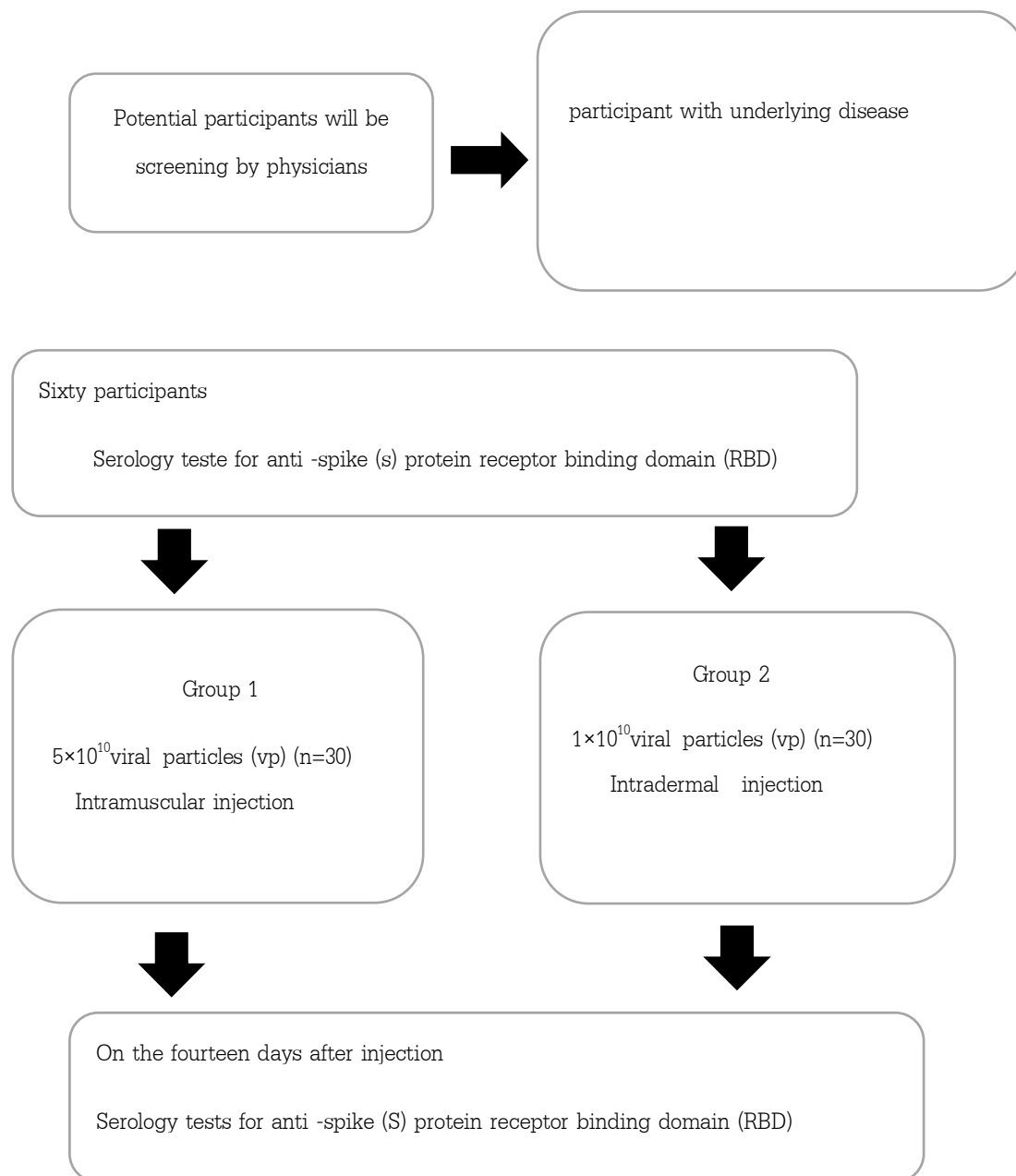


Figure 1: Flow chart of study

Statistical analysis

In the ID group, a Spearman's rank correlation test will be utilized to determine the relationship between the measured wheal diameter

(and induration diameter) and the fold-increase of anti-S RBD antibodies at Day 14. This analysis aims to establish whether the technical quality of the intradermal injection correlates with the magnitude

of the immune response, which is a critical measure for the reproducibility of the ID dose-sparing technique.

The sample size estimation was calculated to be approximately 28 participants per group (n=27.88) based on comparing two independent groups with 95% confidence and 80% power of test. The study ultimately included 30 volunteers in each group.

Sample size calculate formulation:

$$n/gr = \frac{2(Z_{\alpha} + Z_{\beta})^2 \sigma^2}{(\mu_1 - \mu_2)^2}$$

Z_{α} = level of confidence σ^2 = variation

Z_{β} = power of test $\mu_{1, 2}$ = mean of study group 1, 2

Compare between two independent group
From previous trial,⁽¹⁷⁾

ID group, anti spike (S) protein receptor binding domain (RBD) increment 95 % prediction

IM group, anti spike (S) protein receptor binding domain (RBD) increment 86 % prediction variation 12 %

level of confident 95 %

power of test 80 %

$$n/gr = \frac{2(1.96 + .84)^2 12^2}{(95 - 86)^2}$$

Sample size estimation = 27.88

Distribution of variables was evaluated by the Shapiro-Wilk test. Normally distributed data are presented as mean $\pm$ standard deviation (SD), whilst non-normally distributed variables are expressed as

median and interquartile range (IQR). The primary immunogenicity analysis was a non-inferiority comparison of the Geometric Mean Titer (GMT) of anti-S RBD antibodies at Day 14 between the ID and IM groups. Antibody titers were log-transformed for analysis. A pre-specified non-inferiority margin was set at a 1.5-fold difference, which corresponds to a GMT ratio (ID/IM) of 0.67 on the linear scale. Non-inferiority would be declared if the lower bound of the two-sided 95% confidence interval (CI) for the GMT ratio exceeded 0.67. The GMT ratio and its 95%CI were derived from the log-transformed data.

Secondary analyses included between-group comparisons of continuous variables using the Mann-Whitney U test for non-parametric data. A Spearman's rank correlation test was performed to assess the relationship between the technical quality of ID injection (wheal/induration diameter) and the fold-increase in anti-S RBD antibodies.

All analyses were performed using the Statistical Package for Social Science (SPSS Inc., Chicago, IL, USA), version 27.0.

Funding

No funding from external source. All authors have full authority in conducting, data collection, data analysis and writing the report

Results

A total of 60 healthy adults were enrolled and completed the study, with 30 participants in each group (ID and IM). The demographic and baseline characteristics, including age, were comparable between the two groups.

Table 1 Baseline Characteristics

Characteristic	ID Group (N=30)	IM Group (N=30)	p-value
Age, years (mean $\pm$ SD)	42.3 $\pm$ 9.1	43.1 $\pm$ 10.4	0.75
Female, n (%)	18 (60 %)	16 (53 %)	0.60
BMI, kg/m ² (mean $\pm$ SD)	24.1 $\pm$ 3.5	23.8 $\pm$ 4.0	0.80
Days since 2 nd Sinovac (median, IQR)	75 (70-85)	78 (72-88)	0.45
Baseline Anti-S RBD, BAU/mL (median, IQR)	63 (12-124)	59 (8-119)	0.82

Immunogenicity

At baseline (Day 0), the median anti-S RBD antibody titer was 63 BAU/mL (IQR: 12-124) in the ID group and 59 BAU/mL (IQR: 8-119) in the IM group. Following booster vaccination, antibody titers increased rapidly in all participants. At Day 14, the Geometric Mean Titer (GMT) of anti-S RBD antibodies was 10,203 BAU/mL (95%CI: 7,698 to 13,524) in the ID group and 10,337 BAU/mL (95%CI: 8,078 to 13,225) in the IM group. This represents a 60 to 120-fold increase from baseline. The GMT ratio (ID/IM) was 0.99 (95%CI: 0.77 to 1.27). Since the lower bound of the 95%CI (0.77) exceeded the pre-specified

non-inferiority margin of 0.67, the fractional intradermal dose demonstrated statistical non-inferiority to the standard intramuscular dose.

Safety and tolerability

The vaccine was well-tolerated with no serious adverse events reported. As summarized in Table 2 and 3, systemic adverse events were significantly less frequent in the ID group; notably, myalgia (10 % vs. 40 %) and headache (5 % vs. 30 %). In contrast, local injection site reactions (such as erythema and swelling) were more common in the ID group, consistent with the expected profile of the intradermal route.

Table 2 Local Adverse Events

Local Adverse Event	ID Group (N=30)	IM Group (N=30)	p-value
Erythema	27 (90 %)	3 (10 %)	<0.001
Swelling	22 (73 %)	3 (10 %)	<0.001
Itch	7 (23 %)	2 (7 %)	0.149
Pain	2 (7 %)	22 (73 %)	<0.001
Hyperpigmentation	20 (67 %)	1 (3 %)	<0.001
Wheal Formation	30 (100 %)	0 (0 %)	<0.001

Systemic AEs

In the IM group, the most reported systemic AEs were fever (60 %), myalgia (40 %), and headache (30 %). In the ID group, the most reported systemic AE were fever (13 %), myalgia (10 %), and headache (5 %).

Table 3 Systemic Adverse Events

Systemic Adverse Event	ID Group (N=30)	IM Group (N=30)	p-value
Myalgia	3 (10 %)	12 (40 %)	0.009
Headache	2 (7 %)	9 (30 %)	0.021
Fever	4 (13 %)	18 (60 %)	<0.001
Fatigue	8 (27 %)	10 (33 %)	0.581

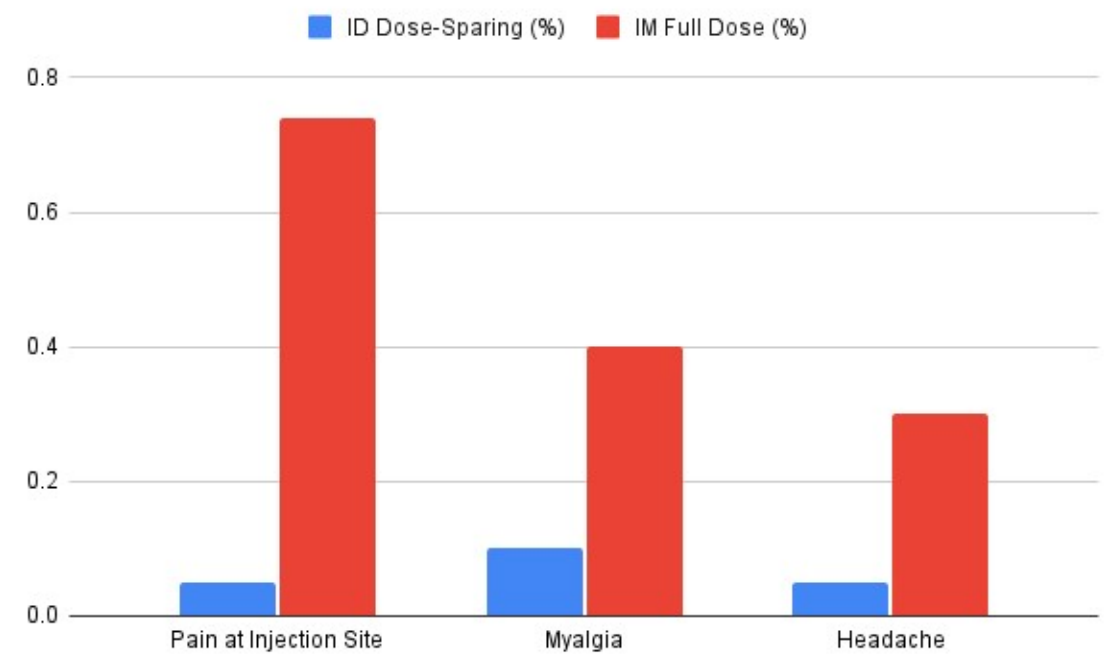


Figure 2: A comparative graph of the prevalence of major side effects, highlights the safety advantages of ID in terms of localized pain (pain) and systemic symptoms (myalgia, headache)

Wheal and induration diameter after intradermal vaccination

The average wheal size after intradermal vaccination with 0.1 cc, 1x10¹⁰ viral particles (vp) of ChAdOx1-S SARS-CoV2 vaccine was 10 mm. (SD 1; range 8-13 mm.). The average induration reaction after two days of ID vaccination was 23 mm. (SD 1; range 16-34 mm.).

Discussion

The study was successfully demonstrated that the intradermal (ID) fractional dose 0.1 ml, 1 x 10¹⁰ viral particles (vp) of the ChAdOx1-S SARS-CoV-2 vaccine induced a rapid and robust humoral immune response. The resulting anti-S RBD antibody titers (Geometric Mean Titer: 10,040 BAU/mL) at Day 14 were statistically non-inferior to the full intramuscular (IM) dose (GMT: 10,774 BAU/mL). Our study successfully met its primary objective, demonstrating through a pre-specified non-inferiority analysis that a one-fifth fractional intradermal dose of the ChAdOx1-S vaccine elicited an antibody response that was statistically non-inferior to the full intramuscular dose.

This finding establishes a crucial Proof-of-Concept (PoC) for a Dose-Sparing strategy using a viral vector platform, utilizing only one-fifth of the standard vaccine volume. A significant finding was the favorable safety profile of the ID route. While local adverse events (AEs), such as erythema and swelling, were more prevalent in the ID group, the incidence of systemic AEs was significantly lower (e.g., Myalgia 10 % vs. 40 %, Headache 5 % vs. 30 %) when compared to the full IM dose. The significant reduction in injection site pain (5 % vs. 78 %) and the universal formation of a wheal and flare (100 %)

further supports the superior systemic tolerability and confirms effective ID technique. This acceptable safety and tolerability profile is vital for the widespread adoption of the ID route. The high magnitude of the binding antibody response observed (60 to 120-fold increase over baseline) is strongly correlated with the induction of functional Neutralizing Antibodies (NAb), suggesting the ID fractional dose is likely to confer meaningful and high-quality protection.^(13,15,16) More profoundly, the biological advantage of the ID route lies in the high density of Antigen-Presenting Cells (APCs) within the dermis.⁽⁹⁾ This unique immunological environment provides a strong anatomical and biological rationale that ID administration is optimally positioned to induce a potent and durable Cell-Mediated Immunity (CMI) (T-cell response).^(7,8)

This successful PoC validates the ID approach as an effective mechanism not only to address vaccine scarcity⁽³⁾ but also to maximize the quality and efficiency of the immune response. This research establishes the ID fractional dose as an indispensable, resource-efficient component of Global Public Health Strategy for vaccine resource optimization and Pandemic Preparedness.⁽³⁾ The robust immune-priming capability of the ID route also holds vast potential for future application in therapeutic immunology, particularly in individualized cancer immunotherapy.

Limitations and future directions:

This study, designed as a rapid Proof-of-Concept during a time of vaccine scarcity, has inherent limitations that define the path for future research. 1. Short Follow-up Period: The longevity of the immune response beyond 14 days was not

investigated. Future trials must prioritize longitudinal follow-up (e.g., at 3 or 6 months) to validate the long-term sustainability of the ID response.

2. Immunological Depth: Due to resource constraints, we did not assess Neutralizing Antibodies (NAb) or Cell-Mediated Immunity (CMI). These advanced immunological endpoints are critical for fully characterizing the quality and duration of protection, and their inclusion in subsequent, larger-scale studies is essential for widespread adoption of the ID strategy.

3. Generalizability: The study included only healthy volunteers aged 18–60 years. The safety and immunogenicity results may not directly apply to vulnerable populations, such as the elderly or those with underlying conditions.

4. Broadening the Clinical Scope: Future studies should explore the direct transfer of this ID dose-sparing technique to the field of personalized medicine, particularly in the administration of individualized cancer vaccines (e.g., neoantigen, mRNA, or dendritic cell platforms).

References

1. Husnain H, Zubia A, Attiya A, et al. Current burden on healthcare systems in low- and middle-income countries: recommendations for emergency care of COVID-19. *Drug & Therapy Perspectives*. 2020;36(7):466-8.
2. Centers for Disease Control and Prevention. SARS-CoV-2 Variant Classifications and Definitions. 2021 Jun 23 [cited 2023 Oct 27]. Available from: <https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/variants/variant-info.html>
3. Moran Re'em (Berwerk) M, Gonen T, Lustig Y, Amit S, Meltzer L, Asraf K, et al. Covid-19 Breakthrough Infections in Vaccinated Health Care Workers. *N Engl J Med*. 2021 Oct 14;385(16):1474-84.
4. Chung YH, Beiss V, Fiering SN, Steinmetz NF. COVID-19 Vaccine Frontrunners and Their Nanotechnology Design. *ACS Nano*. 2020; 14(10):12522-37.
5. Voysey M, Clemens SAC, Madhi SA, et al. Safety and efficacy of the ChAdOx1 nCoV-19 vaccine (AZD1222) against SARS-CoV-2: an interim analysis of four randomized controlled trials in Brasil, South Africa, and the UK. *The Lancet*. 2021;397(10269):99-111.
6. World Health Organization. WHO lists two additional COVID-19 vaccines for emergency use and COVAX roll-out. World Health Organization. 2021 Feb 15 [cited 2023 Oct 27]. Available from: <https://www.who.int/news/item/15-02-2021-who-lists-two-additional-covid-19-vaccines-for-emergency-use-and-covax-roll-out>
7. World Health Organization. WHO lists additional COVID-19 vaccine for emergency use and issues interim policy recommendations. World Health Organization. 2021 May 7 [cited 2023 Oct 27]. Available from: <https://www.who.int/news/item/07-05-2021-who-lists-additional-covid-19-vaccine-for-emergency-use-and-issues-interim-policy-recommendations>
8. Figueroa JP, Hotez P, et al. Urgent needs of low-income and middle-income countries for COVID-19 vaccines and therapeutics. *Lancet*. 2021;397(10274):562-4.
9. Liang F, Lindgren G, Lin A, et al. Efficient targeting and activation of Antigen-Presenting Cells In Vivo administration in Rhesus Macaques. *Molecular Therapy*. 2017;25(12):2635-47.
10. Intradermal Delivery of Vaccines. A review of the literature and the potential for development for use in low- and middle-income countries. 2009.

11. Pardi N, Tuyishime S, Muramatsu H, et al. Expression kinetics of nucleoside-modified mRNA delivered in lipid nanoparticles to mice by various routes. *J Control Release* 2015;217: 345-51.
12. Geers D, Shamier MC, Bogers S, den Hartog G, Gommers L, Nieuwkoop NN, et al. SARS-CoV-2 variants of concern partially escape humoral but not T-cell responses in COVID-19 convalescent donors and vaccinees. *Sci Immunol*. 2021 May 25;6(59):eabj1750.
13. Bernal JL, Andrews N, Gower C, et al. Effectiveness of COVID-19 Vaccines against the B.1.617.2 (Delta) Variant. *N Engl J Med*. 2021;385:585-94.
14. Feldman RA, Fuhr R, Smolenov I, et al. mRNA vaccines against H10N8 and H7N9 influenza viruses of pandemic potential are immunogenic and well tolerated in healthy adults in phase 1 randomized clinical trials. *Vaccine*. 2019;37 (25):3326-34.
15. Premkumar L, Segovia-Chumben B, Jadi R, Martinez DR, Raut R, Markmann AJ, et al. The receptor-binding domain of the viral spike protein is an immunodominant and highly specific target of antibodies in SARS-CoV-2 patients. *Sci Immunol*. 2020 Jun 11;5(48):eabc8413.
16. Salazar E, Kuchipudi SV, Christensen PA, Eagar TN, Yi X, Zhao P, et al. Relationship between Anti-Spike Protein Antibody Titers and SARS-CoV-2 In Vitro Virus Neutralization in Convalescent Plasma. *bioRxiv* [Preprint]. 2020 Jun 9:2020.06.08.138990.
17. Geerts D, Shamier MC, Bogers S, et al. Tolerability, safety and immunogenicity of intradermal delivery of fractional dose mRNA-1273 SARS-CoV-2 vaccine in healthy adults as a dose sparing strategy. *medRxiv* [Preprint]. 2021 Jul 28 [cited 2023 Oct 27].
18. Prompetchara E, Ketloy C, Palaga T. Immune responses in COVID-19 and potential vaccines: Lessons learned from SARS and MERS epidemic. *Asian Pac J Allergy Immunol*. 2020;38(1):1-9.

(Review Article)

Nurse's Role: The Nurse Case Manager in Empowering Patients Facing Diabetes Burnout

Flt.Lt. Kaewrin Pengsalud RN. M.Sc.

Department of Nursing, Bhumibol Adulyadej Hospital, Directorate of Medical Services,

The Royal Thai Air Force, Bangkok, Thailand

Correspondence to: KAEWRINin@hotmail.com

(Received : 24 June 25, Revised : 20 Aug. 25, Accepted : 26 Aug. 25)

Abstract

Diabetes management presents a continuously escalating global health challenge. Beyond the physical demands of management, patients frequently encounter significant emotional and psychological burdens, which can lead to “diabetes burnout”—a condition distinct from general depression. This state manifests across three primary dimensions: emotional exhaustion, depersonalization or cynicism towards self-care, and a diminished sense of personal accomplishment in managing the disease. Various factors contribute to burnout, including the overwhelming burden of self-management, unrealistic expectations, complications and fear, insufficient social support, and co-occurring emotional and mental health issues. Burnout directly compromises glycemic control, increases the risk of complications, and significantly erodes patients' quality of life. This article emphasizes the pivotal role of the “nurse case manager” in addressing diabetes burnout. Utilizing a holistic care approach, nurses coordinate with multidisciplinary teams and employ proactive and reactive strategies to provide individualized support. Key techniques employed by nurses include Motivational Interviewing (MI) and OARS skills (Open-ended questions, Affirmations, Reflections, Summarization) to foster patient awareness and promote sustainable behavioral changes. The article also presents case examples demonstrating the success of nurse case managers in helping patients re-engage with their self-care. Furthermore, routine screening for diabetes distress and depression is crucial, and when severe symptoms are identified, patients should be referred to mental health specialists.

Keywords: *nurse case manager, diabetes burnout, type 2 diabetes, motivational interviewing, holistic care*
Royal Thai Air Force Medical Gazette, Vol. 71 No. 2 July - December 2025

(บทความพินิจวิชาการ)

บทบาทของพยาบาล: ผู้จัดการรายกรณีเมื่อผู้ป่วยเบาหวานหมดไฟในการดูแลตนเอง

ร.อ.หญิง เกวลิน เฟิงสลุต พย.บ., วท.ม.

กองการพยาบาล โรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช กรมแพทย์ทหารอากาศ

บทคัดย่อ

การจัดการเบาหวานเป็นความท้าทายด้านสาธารณสุขทั่วโลกที่มีผู้ป่วยเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง นอกเหนือจากการจัดการทางกายภาพแล้ว ผู้ป่วยยังต้องเผชิญกับภาวะทางอารมณ์และจิตใจที่อาจนำไปสู่ภาวะ “หมดไฟในการดูแลตนเอง (diabetes burnout)” ซึ่งแตกต่างจากภาวะซึมเศร้าทั่วไป ภาวะนี้แสดงออกในสามมิติหลัก ได้แก่ ความเหนื่อยล้าทางอารมณ์ การไม่สนใจหรือเพิกเฉยต่อการดูแลตนเอง และความรู้สึกไร้ความสามารถในการจัดการโรค ปัจจัยที่กระตุ้นภาวะหมดไฟมีหลากหลาย เช่น ภาระความรับผิดชอบในการบริหารจัดการตนเอง ความคาดหวังที่เกิดเลเยความเป็นจริง ภาวะแทรกซ้อนและความกลัว การขาดการสนับสนุนทางสังคม และปัญหาทางอารมณ์และจิตใจอื่น ๆ ที่เกิดขึ้นร่วมกับ ภาวะหมดไฟส่งผลเสียโดยตรงต่อการควบคุมระดับน้ำตาล เพิ่มความเสี่ยงของการเกิดภาวะแทรกซ้อน และบั่นทอนคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย โดยบทความนี้เน้นย้ำถึงบทบาทสำคัญของ “พยาบาลผู้จัดการรายกรณี” ในการรับมือกับภาวะหมดไฟในผู้ป่วยเบาหวาน ซึ่งอาศัยแนวทางการดูแลแบบองค์รวม พยาบาลจะประสานงานกับทีมสหสาขาวิชาชีพและใช้กลยุทธ์เชิงรุกและเชิงรับเพื่อให้เกิดการสนับสนุนรายบุคคล เทคนิคสำคัญที่พยาบาลใช้คือการสัมภาษณ์เพื่อสร้างแรงจูงใจ (Motivational Interviewing - MI) และทักษะ OARS (Open-ended questions, Affirmations, Reflections, Summarization) เพื่อส่งเสริมความตระหนักรู้และการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมไปในทางที่ดีขึ้นและยั่งยืน พร้อมทั้งนำเสนอตัวอย่างกรณีศึกษาที่แสดงให้เห็นถึงความสำคัญของพยาบาล ผู้จัดการรายกรณีในการช่วยให้ผู้ป่วยกลับมามีส่วนร่วมกับการดูแลตนเอง นอกจากนี้ การคัดกรองภาวะเครียดจากเบาหวาน และภาวะซึมเศร้าเป็นประจำถือเป็นสิ่งสำคัญ และเมื่อประเมินแล้วมีอาการรุนแรงควรส่งต่อผู้ป่วยไปยังผู้เชี่ยวชาญด้านสุขภาพจิตต่อไป

คำสำคัญ: พยาบาลผู้จัดการรายกรณี, ภาวะหมดไฟในการดูแลตนเอง, เบาหวาน, แรงจูงใจในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม, การดูแลแบบองค์รวม

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคเบาหวาน เป็นโรคเรื้อรังในปัจจุบันที่มีมาราว 1500 ปีก่อนคริสตกาล อาการที่เกิดขึ้น มักจะมีอาการกระหายน้ำและปัสสาวะมากผิดปกติ ซึ่งถือเป็นอาการที่นำมาของโรคนี้⁽¹⁾ จากข้อมูลล่าสุดองค์การอนามัยโลก (World Health Organization: WHO) ระบุว่าจำนวนผู้ป่วยเบาหวานในปัจจุบันมียอดสะสมของผู้ป่วยเบาหวานทั้งสิ้นเกิน 800 ล้านคน ซึ่งเพิ่มขึ้นมากกว่า 4 เท่าตัว นับตั้งแต่ปี พ.ศ. 2533 (จากประมาณ 200 ล้านคน) และแนวโน้มก็ยังมีเพิ่มขึ้นเรื่อย ๆ⁽²⁾ โดยสมาพันธ์โรคเบาหวานนานาชาติ (International Diabetes Federation: IDF) คาดการณ์ว่าจำนวนผู้ใหญ่ที่ป่วยเป็นเบาหวานจะสูงถึง 853 ล้านคนภายในปี 2593⁽³⁾ นอกจากจำนวนปริมาณที่เพิ่มมากขึ้นแล้ว ความเหลื่อมล้ำใน

การเข้าถึงการรักษา และความจำเป็นเร่งด่วนในการดำเนินการทั้งด้านการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกัน การรักษา และการสร้างระบบสนับสนุนที่ครอบคลุมและยั่งยืน ยังเป็นประเด็นสำคัญที่เกิดช่องว่างในการรักษา ณ ปัจจุบัน⁽²⁾ จากตัวเลขนี้สะท้อนให้เห็นถึงภาระอันมหาศาลที่ผู้ป่วยเบาหวาน ผู้ดูแลบุคลากรทางการแพทย์ และระบบสาธารณสุขทั่วโลกกำลังเผชิญอยู่ และจะต้องเผชิญต่อไปอีกในอนาคต แต่มีสิ่งหนึ่งที่เรามองข้ามไปนั่นก็คือ “มิติทางอารมณ์และจิตใจ” ของผู้ป่วย ภาระในแต่ละวันที่ต้องแบกรับ เศรษฐกิจ สังคม การต้องใช้ชีวิตอยู่ภายใต้ข้อจำกัด การติดตามผล และการรักษาต่อเนื่องยาวนาน ซึ่งจะนำไปสู่ความกดดันและความเหนื่อยล้าสะสม จนเกิดภาวะ “หมดไฟในการดูแลตนเอง (diabetes burnout)” ซึ่งเป็นสภาวะที่ผู้ป่วยรู้สึกท้อแท้

เบื่อหน่าย และหมดกำลังใจที่จะทำตามแผนการรักษา จนอาจละเลยการดูแลสุขภาพของตนเองทั้งในเรื่องของการควบคุมระดับน้ำตาล การรับประทานยา การควบคุมอาหาร หรือการออกกำลังกาย เป็นต้น เมื่อได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคเบาหวาน นั้นไม่ใช่สิ่งที่แสดงถึงจุดสิ้นสุดของการดำรงชีวิต แต่คือจุดเริ่มต้นของการเดินทางที่ต้องอาศัยความมุ่งมั่นตั้งใจและความมีวินัยอย่างสูง ไม่เพียงเท่านั้น ผู้ป่วยเบาหวานหรือผู้ดูแลต้องจัดการกับความท้าทายมากมาย ตั้งแต่การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมมารากิน การออกกำลังกาย การใช้ยา ไปจนถึงการตรวจติดตามอาการอย่างใกล้ชิด⁽⁴⁾ ความพยายามอย่างต่อเนื่องเหล่านี้ แม้จะมีความสำคัญต่อสุขภาพ แต่ก็อาจนำไปสู่ภาวะหมดไฟในการดูแลตนเองได้ ภาวะนี้ไม่ได้เป็นเพียงความรู้สึกเบื่อหน่ายธรรมดา แต่เป็นสภาวะทางอารมณ์ที่ส่งผลกระทบต่อทั้งร่างกายและจิตใจ ทำให้ผู้ป่วยละเลยการดูแลตนเองและเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนมากขึ้น ดังนั้นบทความนี้จึงมีวัตถุประสงค์เพื่อนำเสนอองค์ความรู้เกี่ยวกับภาวะหมดไฟในผู้ป่วยเบาหวาน โดยจะครอบคลุมถึงนิยามและลักษณะเฉพาะของภาวะนี้ กลไกทางจิตใจ ปัจจัยที่เกี่ยวข้อง ผลกระทบทางสุขภาพ การประเมินภาวะหมดไฟ และแนวทางในการจัดการทั้งในระดับบุคคลและระบบบริการสุขภาพ เพื่อให้บุคลากรทางการแพทย์สามารถเข้าใจและตอบสนองต่อปัญหานี้ได้อย่างมีประสิทธิภาพ

ความหมายของ Burnout Syndrome ในผู้ป่วยเบาหวาน

ในแต่ละวันที่ผู้ป่วยโรคเบาหวานจะต้องมีการคิดวิเคราะห์ปัญหาและอุปสรรคต่างๆ ทั้งจากตัวผู้ป่วยเอง บุคคลรอบข้าง และสิ่งแวดล้อม โดยจำแนกออกเป็น 7 เรื่อง ได้แก่ การเผชิญความเครียดและปรับตัว (healthy coping), ตัดสินใจในการเลือกรับประทานอาหาร (healthy eating), การเคลื่อนไหวและออกกำลังกาย (being active), การติดตามภาวะน้ำตาลในเลือด (monitoring), การแก้ปัญหา (problem solving), การใช้ยา (taking medication) และการลดความเสี่ยงต่อการเกิดโรคแทรกซ้อน (reducing risk) กระบวนการนี้เรียกว่า “การจัดการตนเองในผู้ป่วยเบาหวาน” (Diabetes Self-Management Education and Support: DSMEs) ซึ่งต้องมีการจัดการตนเองตลอดชีวิต⁽¹¹⁾

และเกิดขึ้นอย่างต่อเนื่องยาวนานจึงทำให้เกิดความเหนื่อยล้า

Burnout syndrome หรือภาวะหมดไฟ เป็นสภาวะที่เกิดขึ้นจากความเหนื่อยล้าทางร่างกาย จิตใจ และอารมณ์อย่างรุนแรง ซึ่งเกิดจากการเผชิญกับความเครียดเรื้อรัง (chronic stress)⁽⁶⁾ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในบริบทของผู้ป่วยที่อยู่ในวัยทำงาน หรือต้องจัดสรรแบ่งเวลาในการรับผิดชอบตนเอง ซึ่งโรคเบาหวานไม่ได้เป็นเพียงเรื่องของการควบคุมระดับน้ำตาลด้วยยาหรืออาหารเท่านั้น แต่ยังเกี่ยวข้องอย่างลึกซึ้งกับสุขภาพจิตและอารมณ์ของผู้ป่วยด้วย⁽¹²⁾ ปัจจุบันเป็นที่ยอมรับมากขึ้นว่าภาวะหมดไฟสามารถเกิดขึ้นได้กับผู้ป่วยแทบทุกโรคที่ต้องจัดการกับภาระที่หนักหน่วงในชีวิตประจำวัน รวมถึงผู้ป่วยโรคเรื้อรังอย่างเบาหวานด้วย โดยเฉพาะอย่างยิ่งในบริบทของการจัดการโรคที่ต้องทำอย่างต่อเนื่องและไม่มีวันสิ้นสุด (relentless self-management)⁽²⁸⁾

สำหรับผู้ป่วยเบาหวานนั้นการต่อสู้อย่างต่อเนื่องกับโรคและผลกระทบของโรค ส่งผลให้เกิดความรู้สึกทางอารมณ์เชิงลบ เช่น ความท้อแท้, ความโกรธ, ความกลัว, ความหงุดหงิด ซึ่งเกิดจากการจัดการโรคเบาหวานโดยตรง ภาวะนี้แตกต่างจากภาวะซึมเศร้าทางคลินิกตรงที่มักจะเกี่ยวข้องกับปัญหาเกี่ยวกับเบาหวาน เช่น ความรู้สึกผิดจากการกินขนม, ความกังวลเกี่ยวกับระดับน้ำตาลที่ไม่คงที่, ความกังวลในการจัดการตนเองเกี่ยวกับเบาหวาน, ความรู้สึกไม่เข้าใจจากคนรอบข้าง หรือความเหนื่อยหน่ายจากการดูแลตนเอง ภาวะทุกข์ใจนี้เป็นตัวทำนายการควบคุมระดับน้ำตาลที่ไม่ดีได้⁽¹³⁾ โดยเฉพาะความเหนื่อยล้าสะสมจากภาระการจัดการตนเอง มักจะเป็นสาเหตุหลักที่ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกสิ้นหวังและยอมแพ้ต่อการดูแลตนเองเกี่ยวกับเบาหวาน ซึ่งเป็นหัวใจสำคัญของภาวะหมดไฟ รวมถึงภาวะ “psychological insulin resistance” ซึ่งไม่ใช่การดื้ออินซูลินทางกายภาพ แต่เป็นภาวะที่ผู้ป่วยมีความกังวลหรือความกลัวในการฉีดอินซูลิน ทำให้เกิดการหลีกเลี่ยงหรือไม่ทำตามคำแนะนำ ซึ่งเป็นอีกรูปแบบหนึ่งของความเหนื่อยล้าทางจิตใจในการจัดการโรคซึ่งมักพบได้บ่อย⁽⁹⁾ นับว่าเป็นอีกภาวะหนึ่งที่ทำให้ผู้ป่วยเกิดภาวะหมดไฟได้

ลักษณะสำคัญของ burnout syndrome โดยทั่วไปมี 3 มิติหลัก ซึ่งสามารถนำมาประยุกต์ใช้กับผู้ป่วยเบาหวาน ได้ดังนี้

1. ความเหนื่อยล้าทางอารมณ์ (Emotional exhaustion)

1.1 ผู้ป่วยรู้สึกเหนื่อยล้า หดแรงแรง ไม่สามารถรับมือกับการดำเนินโรค รู้สึก “หมดพลัง” ที่จะใช้ในการดูแลตัวเอง

1.2 ผู้ป่วยรู้สึกเบื่อหน่ายกับการวัดระดับน้ำตาล การนับคาร์โบไฮเดรต การฉีดอินซูลิน หรือการไปพบแพทย์ตามนัด

1.3 ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกที่ว่า “ทำไปก็เท่านั้น” หรือ “ห่อหุ้มกับการจัดการ” ทำให้เกิดความเบื่อหน่าย แม้กระทั่งกับกิจกรรมที่เคยทำเป็นกิจวัตรหรือสิ่งที่เคยให้คุณค่า

2. การไม่สนใจหรือเพิกเฉย (Depersonalization/cynicism)

2.1 ผู้ป่วยเริ่มมีทัศนคติเชิงลบ ไม่ตระหนักถึงการดูแลตนเอง และมีความรู้สึกไม่ใส่ใจในความรุนแรงของภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น หรือคิดว่า “จะเป็นอะไรก็ให้มันเป็นไป”

2.2 ผู้ป่วยเริ่มละเลยคำแนะนำจากบุคลากรทางการแพทย์ และอาจเริ่มมองว่าโรคเบาหวานเป็นศัตรูที่เอาชนะไม่ได้

2.3 หลีกเลี่ยงการพูดคุยเกี่ยวกับโรคเบาหวานกับครอบครัว เพื่อน หรือบุคลากรทางการแพทย์

3. ความรู้สึกไร้ความสามารถ/ขาดประสิทธิภาพ (Reduced personal accomplishment/efficacy)

3.1 ผู้ป่วยรู้สึกขาดความเชื่อมั่นในตนเอง ไม่มีความสามารถในการจัดการโรคได้อย่างมีประสิทธิภาพ หรือรู้สึกว่าความพยายามของตนเองไม่ส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในทางที่ดีขึ้น

3.2 ผู้ป่วยรู้สึกว่าการทำงานของตนเองล้มเหลว แม้จะพยายามอย่างเต็มที่แล้ว แต่ระดับน้ำตาลยังคงไม่ดีขึ้น หรือยังเกิดภาวะแทรกซ้อน ซึ่งอาจนำไปสู่การละเลยการดูแลตนเอง หรือเลือกที่จะไม่เข้าร่วมการตรวจรักษาโรคเบาหวานอย่างต่อเนื่อง⁽¹²⁾

สาเหตุที่นำไปสู่ Burnout Syndrome ในผู้ป่วยเบาหวาน

ภาวะหมดไฟในผู้ป่วยเบาหวานไม่ได้เกิดขึ้นเอง แต่มีปัจจัยหลายอย่างที่ส่งเสริมให้เกิดภาวะนี้ อันได้แก่

1) ภาระความรับผิดชอบในการบริหารจัดการตนเอง (Burden of self-management)

1.1 การตัดสินใจรายวันผู้ป่วยต้องตัดสินใจเกี่ยวกับอาหารทุกมื้อ, การปรับขนาดยา/อินซูลิน, การออกกำลังกาย, การตรวจน้ำตาล ซึ่งถือว่าเป็นการใช้พลังงานทางจิตใจอย่างมหาศาล (decision fatigue)

1.2 ความต่อเนื่อง การจัดการโรคเบาหวานเป็นเรื่องที่ต้องทำตลอดชีวิต ไม่มีการพักผ่อน ไม่มีวันหยุด ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกท้อแท้ไม่มีจุดสิ้นสุด

1.3 ความซับซ้อน การทำความเข้าใจและปฏิบัติตามคำแนะนำทางการแพทย์ที่ซับซ้อน เช่น การนับคาร์โบไฮเดรต การแปลผลการตรวจระดับน้ำตาลปลายนิ้ว หรือการปรับยาตามสถานการณ์ ซึ่งอาจเป็นเรื่องยากสำหรับผู้ป่วยหรือผู้ดูแลบางคน

2) ความคาดหวังที่เกินเลยความเป็นจริง (Unrealistic expectations) ทั้งที่เกิดจากตนเอง ครอบครัว หรือบุคลากรทางการแพทย์ ที่คาดหวังให้ระดับน้ำตาลอยู่ในเกณฑ์เป้าหมายเสมอ ซึ่งอาจเป็นไปได้ยากในชีวิตจริง รวมถึงความผิดหวังเมื่อระดับน้ำตาลไม่เป็นไปตามที่ตั้งใจไว้ นำไปสู่ความรู้สึกไร้ประสิทธิภาพ

3) ภาวะแทรกซ้อนและความกลัว (Complications and fear) ความกลัวภาวะน้ำตาลต่ำ (hypoglycemia) หรือสูง (hyperglycemia) ที่รุนแรง ได้แก่ diabetic ketoacidosis (DKA) หรือ hyperosmolar Hyperglycemic State (HHS) และความกังวลเกี่ยวกับความเสี่ยงภาวะแทรกซ้อนระยะยาว เช่น โรคไต, จอประสาทตาเสื่อม, ปลายประสาทเสื่อม ซึ่งเมื่อเกิดภาวะแทรกซ้อนจริง อาจยังเพิ่มความท้อแท้และสิ้นหวังมากขึ้น

4) การขาดการสนับสนุนทางสังคม (Insufficient social support) เช่น การขาดความเข้าใจจากครอบครัวเกี่ยวกับความยากลำบากในการจัดการเบาหวาน ความรู้สึกโดดเดี่ยวในการต่อสู้กับโรค, การถูกตำหนิหรือวิพากษ์วิจารณ์เกี่ยวกับพฤติกรรมกินหรือการดูแลตนเอง และการขาดแหล่งสนับสนุนอุปกรณ์ อาทิ เครื่องเจาะน้ำตาลปลายนิ้ว ปากกาฉีดอินซูลิน

5) ปัญหาทางอารมณ์และจิตใจอื่นๆ (Co-occurring emotional/mental health issues) ภาวะซึมเศร้า (depression) หรือภาวะวิตกกังวล (anxiety) ที่เป็นอยู่เดิม อาจทำให้ผู้ป่วยมีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะหมดไฟมากขึ้น,

ภาวะทุกข์ใจจากเบาหวาน (diabetes distress) ที่ไม่ได้รับการจัดการอย่างเหมาะสม อาจทวีความรุนแรงจนกลายเป็นภาวะหมดไฟได้⁽²⁰⁾

ผลกระทบของ Burnout Syndrome ต่อผู้ป่วยเบาหวาน
เมื่อผู้ป่วยเบาหวานเข้าสู่ภาวะหมดไฟ จะส่งผลกระทบอย่างกว้างขวางต่อการดูแลตนเองและคุณภาพชีวิต ได้แก่

1) การควบคุมระดับน้ำตาลแย่ลง ผู้ป่วยอาจละเลยการตรวจน้ำตาล, ไม่ฉีดอินซูลินตามคำสั่ง, เลือกกินอาหารที่ไม่เหมาะสม, หรือขาดการออกกำลังกาย ส่งผลให้ระดับ HbA1c สูงขึ้นและควบคุมได้ยาก

2) เพิ่มความเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อน เมื่อการควบคุมน้ำตาลไม่ดี ความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนทั้งระยะสั้น (เช่น ภาวะน้ำตาลต่ำ/สูงรุนแรง) และระยะยาว (เช่น โรคไต, จอประสาทตาเสื่อม, ปลายประสาทเสื่อม) ก็จะเพิ่มขึ้น

3) คุณภาพชีวิตลดลง ผู้ป่วยอาจรู้สึกหมดความสุขในชีวิตประจำวัน ไม่สนใจกิจกรรมที่เคยชอบ มีความสัมพันธ์กับผู้อื่นลดลง และอาจส่งผลกระทบต่อการทำงานหรือการเรียน

4) ค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพเพิ่มขึ้น เนื่องจากการควบคุมโรคที่แย่ลง ทำให้ต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลบ่อยขึ้น หรือต้องเผชิญกับค่าใช้จ่ายในการจัดการภาวะแทรกซ้อน

5) ความเสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้า แม้จะแตกต่างกัน แต่ภาวะหมดไฟที่รุนแรงและต่อเนื่องสามารถนำไปสู่ภาวะซึมเศร้าทางคลินิกได้⁽²¹⁾

ความสำคัญของพยาบาลผู้จัดการรายกรณีกับภาวะหมดไฟในผู้ป่วยเบาหวาน

บทบาทพยาบาลผู้จัดการรายกรณีไม่เพียงแต่การประสานงานกับทีมสหสาขาวิชาชีพในการร่วมกันดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องเท่านั้น แต่ยังมีบทบาทที่สำคัญคือการจัดการปัญหาให้กับผู้ป่วยโรคเบาหวานรายบุคคลแบบองค์รวม (holistic care) โดยครอบคลุมทุกมิติ เน้นการใช้ผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางควบคู่ไปกับการบริหารทรัพยากรอย่างคุ้มค่า⁽⁵⁾ ทั้งการเข้าถึงการรับบริการ การรักษาและควบคุมระดับน้ำตาลด้วยยา การจูงใจให้เกิดการปรับพฤติกรรม

การให้ความรู้ในการจัดการตนเอง รวมถึงสะท้อนให้ผู้ป่วยตระหนักถึงความสำคัญในการดูแลสุขภาพตนเอง และตั้งเป้าหมายในการดูแลตนเองเพื่อเข้าสู่เบาหวานระยะสงบ (remission)⁽⁶⁾ นอกจากนั้นแล้วความรู้สึกของผู้ดูแลผู้ป่วยก็เป็นสิ่งที่ไม่ควรมองข้ามในกรณีที่ผู้ป่วยไม่สามารถจัดการตนเองได้ เนื่องจากการดูแลผู้ป่วยเบาหวานมีความซับซ้อนและต้องใช้ความพยายามสูง ทั้งในเรื่องของการจัดยา การควบคุมอาหาร การพาผู้ป่วยไปพบแพทย์ตามนัด การจัดการอารมณ์ของตัวผู้ป่วย เศรษฐฐานะทางการเงิน การขาดการสนับสนุน การขาดการพบปะผู้คน ซึ่งอาจก่อให้เกิดความเครียดและความขัดแย้งในครอบครัวได้⁽⁷⁾

การจัดการกับปัญหาความเหนื่อยล้าจากการตัดสินใจซ้ำๆ ในทุกๆ วันเกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วย โดยเฉพาะเมื่อผลลัพธ์ทางสุขภาพไม่เป็นไปตามเป้าหมายแม้จะมีความพยายามอย่างต่อเนื่อง จนตัวผู้ป่วยเองรู้สึกกังวล ท้อแท้ หงุดหงิด หรือหนักใจซึ่งเป็นสิ่งที่สะท้อนพฤติกรรม หรือปฏิกิริยาทางอารมณ์เชิงลบต่อภาวะและความต้องการในการจัดการโรคเบาหวาน เช่น ความหงุดหงิดที่ต้องคุมอาหารตลอดเวลา, ความกังวลเกี่ยวกับภาวะแทรกซ้อน, ความรู้สึกท้อแท้เมื่อระดับน้ำตาลไม่เป็นไปตามเป้าหมาย⁽⁸⁾ สภาวะนี้อาจค่อยๆ สะสมจนพัฒนาไปเป็นภาวะหมดไฟจากเบาหวาน (diabetes burnout) ซึ่งผู้ป่วยจะเริ่มละเลยการดูแลตนเอง หลีกเลี่ยงการไปพบแพทย์ตามนัด และรู้สึกหมดหวังกับการจัดการโรค ซึ่งภาวะดังกล่าวแตกต่างจากภาวะซึมเศร้าโดยทั่วไป และมีลักษณะเฉพาะที่สัมพันธ์กับความรู้สึกเหนื่อยล้าทางพฤติกรรมและอารมณ์จากการดูแลโรคเรื้อรังมากกว่าความผิดปกติของอารมณ์ ซึ่งเกิดจากความคิดว่าเหตุใดผู้ป่วยเบาหวานจำนวนมากจึงไม่สามารถปฏิบัติตามแผนการรักษาที่แนะนำได้อย่างสม่ำเสมอ โดยจะมีผลอย่างมากในการที่ผู้ป่วยจะปฏิบัติตามคำแนะนำของแพทย์⁽⁹⁾ แม้จะยังไม่มีการวินิจฉัยที่ชัดเจนในระบบรหัสโรค (ICD-10) แต่หลายองค์กร เช่น American Diabetes Association (ADA) และ Juvenile Diabetes Research Foundation (JDRF) เริ่มให้ความสำคัญกับภาวะนี้มากขึ้นในช่วงไม่กี่ปีที่ผ่านมา รวมถึงภาวะวิกฤตการณ์ COVID-19 ที่ผ่านมา และกำลังกลับมาเพิ่มจำนวนผู้ป่วยมากขึ้นอีกครั้งนอกในปี 2568 นี้ ได้กลายเป็นจุดเปลี่ยนสำคัญที่ทำให้ปัญหานี้เด่นชัดขึ้น

ทั้งจากการจำกัดการเข้าถึงบริการบางส่วน การขาดปฏิสัมพันธ์กับทีมดูแลสุขภาพ และภาวะเครียดสะสมจากสถานการณ์ทางเศรษฐกิจและสังคม⁽¹⁰⁾ เมื่อระบบสุขภาพหันไปโฟกัสที่โรคอุบัติใหม่ ส่งผลให้ภาวะ burnout ในผู้ป่วยเบาหวานทวีความรุนแรงเพิ่มมากขึ้น ซึ่งพยาบาลผู้จัดการรายกรณีจะมีบทบาทสำคัญและมีส่วนเกี่ยวข้องในการจัดการปัญหาเหล่านี้ ทั้งในรูปแบบการให้บริการเชิงรุก การให้บริการเชิงรับ การรับปรึกษาแบบเผชิญหน้า การรับปรึกษาจากช่องทางออนไลน์ผ่านโปรแกรมไลน์ รวมถึงการรับปรึกษาเชิงรับในกรณีที่ผู้ป่วยมีการเจ็บป่วยจากการจัดการตนเองเรื่องเบาหวานได้ไม่ดี ในรูปแบบของการนอนโรงพยาบาลและเตรียมจำหน่ายกลับบ้าน

สำหรับเทคนิคที่พยาบาลผู้จัดการรายกรณีใช้ในการพูดคุยกับผู้ป่วยจะเน้นกระบวนการ การสัมภาษณ์เพื่อสร้างแรงจูงใจ (Motivation Interviewing - MI) ซึ่งเน้นการเคารพสิทธิของผู้ป่วยเป็นหลัก ในการให้คำปรึกษา โดยใช้เทคนิค (OARS) ซึ่งใช้ในการนำเข้าสู่การสนทนา หรือให้คำปรึกษาในรูปแบบของการสร้างแรงจูงใจ (motivation interview)⁽¹⁴⁾ โดยใช้ทักษะการสื่อสารพื้นฐานที่สำคัญ 4 อย่าง ได้แก่

1) การใช้คำถามปลายเปิด (Open-ended questions) กระตุ้นให้ผู้รับคำปรึกษาเล่าเรื่องราวและความรู้สึกอย่างละเอียด และนำไปสู่การพูดถึงสิ่งที่นำไปสู่การลงใจเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรม “ที่ผ่านมา คุณควบคุมเบาหวานอย่างไรบ้าง”

2) การยืนยัน (Affirmations) คือการชื่นชมและยอมรับความพยายาม หรือความตั้งใจของผู้รับคำปรึกษา “ฉันเชื่อมั่นว่าคุณทำได้”

3) การสะท้อน (Reflections) การทวนคำพูดหรือความรู้สึกของผู้รับคำปรึกษาเพื่อแสดงความเข้าใจและกระตุ้นผู้รับคำปรึกษาให้คิดต่อ โดยไม่เปลี่ยนแปลงตามความคิดของผู้ให้คำปรึกษา

ผู้รับคำปรึกษา “มาเจาะเลือดวันนี้ กินทุเรียนไปเยอะเลย”

ผู้ให้คำปรึกษา “คุณบอกว่า เจาะเลือด หนึ่งทานทุเรียนไปเยอะเลยหรือคะ”

ผู้รับคำปรึกษา “ใช่ เลยโดนหมอบ่นเลยว่าน้ำตาลมันขึ้น พอดีเพื่อนๆ เขาส่งทุเรียนจากสวนเขาที่จันทบุรีมาให้

ไอ้เราก็เสียดาย ก็กินมันหมดเลย ยังไม่หมดแค่นั้นนะ ยังมีมะม่วง มังคุด สารพัดเลย”

หลังจากนั้น ผู้ให้คำปรึกษาควรใช้คำถามปลายเปิดเพื่อนำเข้าสู่การกระตุ้นให้ผู้รับคำปรึกษาตระหนักถึงผลเสียของพฤติกรรมดังกล่าว และร่วมกันวางแผนในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมต่อ

4) การสรุปความ (Summarization) การสรุปประเด็นสำคัญที่ผู้รับคำปรึกษาพูด เพื่อช่วยให้เห็นภาพรวมและทบทวนความเข้าใจในการนำไปปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ควรสรุปเป็นช่วงๆ ในระหว่างสนทนา และสรุปในภาพรวมหลังการสนทนาอีกครั้ง⁽¹⁸⁾

โดยเทคนิคที่กล่าวจะช่วยในการกระตุ้นให้ผู้ป่วยเกิดความตระหนักรู้ในการเปลี่ยนแปลงตนเอง และวางแผนในการจัดการโรคเบาหวานด้วยตนเองอย่างยั่งยืน⁽¹⁹⁾

ตัวอย่างกรณีผู้ป่วยที่มีภาวะหมดไฟในการดูแลตนเองในบทบาทของพยาบาลผู้จัดการรายกรณี

กรณีที่พบคือ ผู้ป่วยรายหนึ่งเดิมที่ได้รับยาเบาหวานชนิดรับประทานมาโดยตลอด มีการควบคุมอาหาร บางครั้ง ช่วงระยะหลังที่มาหาหมอตามนัด ระดับน้ำตาลสะสมกลับเพิ่มสูงขึ้นเรื่อยๆ สอบถามจากผู้ป่วยบอกว่า ช่วงนี้เพื่อนๆ ชวนสังสรรค์บ่อย ไม่ได้คุมอาหารเลย พอดีมีทุกวันก็เริ่มละเลยการดูแลตนเอง เพราะเข้าใจว่า “ไม่ทานยาสม่ำเสมอก็ไม่เห็นเป็นไรเลย” มีการต่อรองกับแพทย์เจ้าของไข้ ปฏิเสธการรับยาฉีดอินซูลินมาโดยตลอด โดยให้เหตุผลว่า “ผมกลัวเข็ม ไม่อยากฉีดเลย เคยได้ยินมาว่าฉีดแล้วต้องฉีดตลอดชีวิต” ในสถานการณ์เช่นนี้ หากเราบีบบังคับ ผู้ป่วยจะรู้สึกเหมือนถูกกดดัน และยังทำให้ทัศนคติในการควบคุมโรคของผู้ป่วยมีแนวโน้มเป็นไปในทิศทางลบ ซึ่งหากเรามองข้ามภาวะนี้จะส่งผลให้ผู้ป่วยปฏิเสธการดูแลตนเองต่อไป จนกลายเป็นจุดจบของการควบคุมโรค ถึงแม้แพทย์ และบุคลากรทางการแพทย์จะพยายามอธิบายและสอนวิธีคิดอย่างละเอียด แต่ผู้ป่วยก็ยังดื้อลั่นเล ซึ่งวันนั้นเขาอาจจะรับยาฉีดอินซูลินไป แต่ก็ไม่ได้ฉีดตามคำแนะนำ หรือฉีดไม่สม่ำเสมอ โดยอ้างว่า “ลืม” หรือ “ยังไม่อยากเริ่ม” ในกรณีเช่นนี้ พยาบาลผู้จัดการรายกรณี จำเป็นต้องเข้าใจผู้ป่วย ให้การช่วยเหลือโดยการเปิดใจ

รับฟังถึงความกังวลของผู้ป่วย ให้ผู้ป่วยได้ระบายความรู้สึก ไม่ตัดสินความคิด ให้ความรู้ในสิ่งที่ถูกต้อง ส่งเสริมให้กำลังใจ กล่าวชื่นชมในการพยายามเรียนรู้เพื่อจัดการตนเอง และที่สำคัญคือเน้นย้ำถึงประโยชน์ในระยะยาวจากการควบคุมโรค และหากมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ก็มีโอกาสที่จะสามารถหยุดการใช้อินซูลินได้ในการพบแพทย์ในครั้งต่อไป

นอกจากนี้ยังมีอีกกรณีหนึ่งที่แสดงให้เห็นถึงภาวะหมดไฟ เป็นกรณีศึกษาหญิงไทยวัยทำงาน ผู้ป่วยรายนี้เป็นเบาหวานชนิดที่ 2 ประกอบอาชีพขายอาหารตามสั่ง พยายามคุมอาหารเท่าที่มีโอกาส ฝึกยาไม่สม่ำเสมอ ส่วนใหญ่แทบไม่ได้ฉีดเลย บางทีฉีดยาแต่ไม่ได้ทานข้าว รู้สึกน้ำตาลตก หวอไรทานได้ ก็หิบทาน ประเมินระดับการรับรู้ในเกณฑ์ ยังไม่เห็นปัญหา (pre-contemplation) จนกระทั่งระดับน้ำตาลสะสมสูงถึง 11.4 และมีภาวะเบาหวานขึ้นตา แพทย์ได้ตรวจวินิจฉัยและสั่งให้มาเรียนการเจาะน้ำตาลปลายนิ้ว โดยได้รับการสนับสนุนเครื่องจากทางโรงพยาบาล ให้เจาะวันละสองครั้ง และเมื่อมีอาการผิดปกติ หลังจากแนะนำการใช้เครื่องสาคิตการใช้เครื่อง สอนการบันทึกผล และการแปลผล จนผู้ป่วยเข้าใจแล้ว พยาบาลผู้จัดการรายกรณี ได้เน้นย้ำให้ผู้ป่วยตระหนักถึงภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นจากการละเลยการดูแลตนเอง ใช้เทคนิคในการสนทนาเพื่อให้ผู้ป่วยเปิดใจถึงสาเหตุที่เกิดขึ้น พยาบาลคอยรับฟังเคียงข้างไม่ตำหนิ ผู้ป่วยเล่าว่า “บางทีลูกค้ารอ หน้าร้านยุ่ง ไม่มีเวลาไปฉีด” ส่งเสริมการตระหนักรู้และให้กำลังใจเพื่อให้ผู้ป่วยปรับเปลี่ยนพฤติกรรม “ไม่มีใครรักเราเท่าเรารักตัวเอง” ผู้ป่วยน้ำตาคลอ พยกหน้ายอมรับและมีใจที่จะปรับเปลี่ยน หลังจากนั้นมีการติดตามประเมินผลเมื่อผู้ป่วยมาตรวจตามนัด ผู้ป่วยบอกว่าหลังจากกลับไปครั้งนั้น ปรับพฤติกรรมแล้ว ฝึกยาสม่ำเสมอขึ้น เจาะน้ำตาลปลายนิ้วที่บ้านมาให้ แม้น้ำตาลจะยังไม่ได้ตามเป้าหมาย แต่มีแนวโน้มที่ดีขึ้น ประเมินระดับการรับรู้ในเกณฑ์ลงมือปฏิบัติ (action) พยาบาลกล่าวชื่นชมและให้กำลังใจในการพยายามปรับเปลี่ยนพฤติกรรม เน้นย้ำให้ผู้ป่วยรู้สึกว่าเขาไม่ได้โดดเดี่ยว “เรามีทีมที่พร้อมดูแล และเคียงข้างเสมอ” ผู้ป่วยมีสีหน้าคลายกังวลเล็กน้อย บอกว่า “เดือนพฤษภาเดียวเจอกันไหมนะ” เมื่อติดตามครั้งต่อมา ระดับน้ำตาลสะสมลดลงเหลือ 9.5 ผู้ป่วยมีสีหน้ายิ้มแย้ม และบอกพยาบาลว่า “ตอนนี้กลับมารักตัวเองแล้วนะ” จะเห็นได้ว่าการให้ความสำคัญ

กับภาวะหมดไฟในการดูแลตนเองนั้น ส่งผลให้ผู้ป่วยสามารถก้าวผ่านอุปสรรค และประสบผลสำเร็จได้ โดยเป้าหมายก็เพียงเพื่อให้ผู้ป่วยสามารถใช้ชีวิตได้อย่างปกติสุข และอยู่กับโรคได้

จะเห็นได้ว่า ในการติดตามผู้ป่วยที่มีโรคเบาหวาน สำหรับบทบาทพยาบาลผู้จัดการรายกรณี ไม่เพียงแต่การติดตามความก้าวหน้าในการมาพบแพทย์แต่ละครั้ง อาทิเช่น ระดับผลเลือด ความดันโลหิต การประเมินความพร้อมในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม (stage of change)⁽¹⁸⁾ การรับยาโดยแพทย์ในแต่ละครั้ง การจัดการตนเองของผู้ป่วยในแง่พฤติกรรมสุขภาพที่สะท้อนถึงคุณภาพชีวิต การวางแผนเป้าหมายเพื่อให้สามารถดำเนินต่อไปได้ในทุกๆ การนัดหมาย⁽¹⁵⁾ แต่รวมถึงการติดตามเรื่องของภาวะจิตใจอีกด้วย⁽¹⁶⁾ โดยพยาบาลจะต้องคัดกรองภาวะเครียดจากเบาหวานและภาวะซึมเศร้าเป็นประจำ ซึ่งการรับรู้ทั้งในการวัดระดับความเครียด และภาวะซึมเศร้าในกลุ่มผู้ป่วยเบาหวาน โดยใช้เครื่องมือวัดมาตรฐานที่ได้รับการยอมรับในประเทศไทย เช่น แบบประเมินความเครียดสวนปรง, แบบคัดกรองภาวะซึมเศร้า 6 คำถาม 6Q และแบบคัดกรองภาวะซึมเศร้า 9 คำถาม 9Q⁽¹⁶⁾ นอกจากนี้ยังมีการให้ความรู้แก่ผู้ป่วยและครอบครัวเพื่อจัดการกับความรู้สึกท้อแท้ เบื่อหน่าย รวมถึงพร้อมให้คำปรึกษา ทำกลุ่มบำบัดแลกเปลี่ยนเรียนรู้ เพื่อให้ผู้ป่วยจัดการกับความเครียดภาวะซึมเศร้า ซึ่งเป็นรากฐานของการนำไปสู่ภาวะหมดไฟร่วมด้วย การปรึกษาร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพในการปรับแผนการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะเหนื่อยล้าจากภาวะการดูแลตนเอง⁽¹⁶⁾ ซึ่งหากปล่อยไว้ อาจนำไปสู่ภาวะหมดไฟและส่งผลกระทบต่ออย่างร้ายแรงต่อการควบคุมโรคและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยได้ การทำความเข้าใจประเด็นเหล่านี้จะช่วยให้บุคลากรทางการแพทย์สามารถให้การดูแลที่ครอบคลุมและมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

การวินิจฉัยและการจัดการภาวะหมดไฟในผู้ป่วยเบาหวาน

การวินิจฉัยภาวะหมดไฟในผู้ป่วยเบาหวานต้องอาศัยการซักประวัติและสังเกตอาการอย่างละเอียด โดยอาจใช้แบบประเมินเฉพาะทาง เช่น แบบประเมิน Maslach Burnout Inventory (MBI)⁽²²⁾ ที่ปรับใช้สำหรับผู้ป่วยเบาหวาน หรือแบบประเมิน Diabetes Distress Scale (DDS)⁽²³⁾ เพื่อคัดกรองภาวะทุกข์ใจจากเบาหวานซึ่งมักเป็นสารตั้งต้นของภาวะหมดไฟที่สำคัญ เพื่อนำไปใช้สู่การวางแผนการดูแล

ผู้ป่วยเบาหวานต่อไป โดยทั่วไปจะดำเนินการโดยการแปลผลจากคะแนนที่ได้รับตามเกณฑ์ที่บ่งบอกถึงระดับความรุนแรง หลังจากนั้นมีการชักประวัติเพิ่มเติมเพื่อหาสาเหตุที่แท้จริง รวมถึงการประเมินสภาพร่างกายร่วมด้วย ต่อจากนั้นคือการวางแผนให้การดูแล ให้ความรู้ สร้างความตระหนักรู้เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยเข้าใจว่าความเหนื่อยล้าจากการตัดสินใจและ diabetes distress เป็นเรื่องปกติที่เกิดขึ้นได้⁽²⁸⁾ มีใช้ความบกพร่องเฉพาะบุคคล เสริมทักษะการจัดการตนเอง ให้ความรู้ในเรื่องของทักษะการแก้ปัญหา (problem-solving skills) การสนับสนุนทางจิตใจและสังคม (psychological and social support) โดยมีการสนับสนุนพูดคุย เพื่อปรับเปลี่ยนให้เหมาะสมกับผู้ป่วยในแต่ละรายแบบ individual ส่งเสริมการตั้งเป้าหมายที่สมเหตุสมผลและสามารถทำได้จริง (realistic goal setting) ซึ่งเป็นไปตามหลักการ ดูแลแบบองค์รวม (holistic approach)⁽²⁴⁾ หากผู้ป่วยที่มีการประเมินแล้วมีภาวะหมดไฟหรือความทุกข์ใจในระดับรุนแรง หรือมีอาการของภาวะซึมเศร้า/วิตกกังวลที่รุนแรงและไม่ตอบสนองต่อการดูแลเบื้องต้น ควรส่งต่อผู้ป่วยไปยังผู้เชี่ยวชาญ อาทิเช่น นักจิตวิทยาคลินิก ผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง (APN) ในสาขาจิตเวชและสุขภาพจิตหรือจิตแพทย์ เพื่อรับการประเมินและให้การรักษาที่เหมาะสมต่อไป⁽²⁵⁻²⁷⁾ นอกจากนี้ควรมีการติดตามและประเมินผลซ้ำ (monitoring and re-evaluation) โดยการนัดหมายเพื่อติดตามผลเป็นระยะๆ หรืออาจพิจารณาใช้แบบประเมิน MBI หรือ DDS คัดกรองซ้ำตามช่วงเวลาที่เหมาะสม เพื่อดูการเปลี่ยนแปลงของระดับภาวะหมดไฟ จะเห็นได้ว่าการจัดการภาวะหมดไฟและความทุกข์จากโรคเบาหวานเป็นกระบวนการที่ต้องใช้ความอดทนและความเข้าใจ โดยมีเป้าหมายเพื่อช่วยให้ผู้ป่วยสามารถกลับมาดูแลตนเองได้อย่างมีประสิทธิภาพ และมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

จากข้อมูลดังกล่าวข้างต้น ภาวะ “หมดไฟในการดูแลตนเอง (diabetes burnout)” ในผู้ป่วยเบาหวานถือเป็นประเด็นสำคัญที่มักถูกละเลย จากบทความนี้จะแสดงให้เห็นถึงความสำเร็จในการดูแลผู้ป่วย และชี้ให้เห็นถึงลักษณะสำคัญ สาเหตุ และผลกระทบของภาวะดังกล่าว พร้อมทั้งเน้นย้ำบทบาทสำคัญของพยาบาลผู้จัดการรายกรณีในการรับมือกับปัญหาเหล่านี้อย่างเป็นรูปธรรม ผ่านการประยุกต์ใช้เทคนิคการสัมภาษณ์เพื่อสร้างแรงจูงใจ (motivation

interviewing) และทักษะ OARS รวมถึงการนำเสนอตัวอย่างกรณีศึกษาที่ช่วยเสริมความเข้าใจและนำไปปฏิบัติได้จริง ซึ่งบทความนี้มีคุณค่าอย่างยิ่งในการเพิ่มพูนความรู้และเป็นแรงบันดาลใจให้กับบุคลากรทางการแพทย์โดยเฉพาะพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยเบาหวานอย่างเข้าใจและมีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น อีกทั้งยังสามารถต่อยอดให้เกิดการพัฒนาในอนาคต เช่น การขยายผลเชิงปฏิบัติและมติเชิงนโยบายในการจัดการภาวะหมดไฟในการดูแลตนเองในผู้ป่วยเบาหวาน จะเห็นได้ว่าการจัดการผู้ป่วยโรคเบาหวานได้อย่างครอบคลุมทั้งกายและใจ จะช่วยให้ผู้ป่วยสามารถจัดการตนเองได้ ลดการเกิดภาวะแทรกซ้อน และอยู่กับโรคได้อย่างมีความสุข

การจัดการกับความเหนื่อยล้าเป็นสิ่งสำคัญอย่างยิ่งในการดูแลผู้ป่วยเบาหวานที่มีความซับซ้อนและมีผลกระทบอย่างมากต่อสุขภาพและการจัดการโรค ควรมีการตระหนักถึงภาวะนี้และให้การสนับสนุนอย่างเหมาะสม จะสามารถช่วยให้ผู้ป่วยกลับมาใช้ชีวิตและจัดการกับเบาหวานได้อย่างมีประสิทธิภาพและยั่งยืน ในห้วงแห่งความเหนื่อยล้าทางกายและใจที่ผู้ป่วยเบาหวานต้องเผชิญภาวะ “หมดไฟในการดูแลตนเอง” (diabetes burnout) ไม่ได้เป็นเพียงความท้อแท้ชั่วคราว แต่คือเสียงร้องจากเบื้องลึกที่ต้องการความเข้าใจและการเอาใจใส่ ซึ่งในแต่ละวันที่พวกเขาต้องต่อสู้กับการเลือกอาหารสุขภาพ การตรวจน้ำตาลที่มีความถี่ 3-4 ครั้งต่อวัน และการใช้ยาที่ไม่ม้วนล้นสุด ความรับผิดชอบเหล่านี้สามารถบั่นทอนกำลังใจจนนำไปสู่การละเลยการดูแลตนเองที่อาจส่งผลร้ายแรงถึงชีวิต ณ จุดนี้เองที่บทบาทอันสำคัญและเปี่ยมด้วยหัวใจของ “พยาบาลผู้จัดการรายกรณี” จะส่องประกายและเป็นจุดแสงแห่งความหวังที่ขับเคลื่อนใจผู้ป่วย พยาบาลมิได้เป็นเพียงผู้ให้ข้อมูลหรือแนะนำการรักษา แต่คือผู้ที่พร้อมจะรับฟัง เข้าใจ และเป็นแสงนำทางให้ผู้ป่วยได้ค้นพบประกายไฟในตนเองอีกครั้ง ด้วยความเอาใจใส่ ความรู้ และความเชี่ยวชาญ พยาบาลผู้จัดการรายกรณีจะเคียงข้างผู้ป่วยให้ก้าวพ้นจากห้วงแห่งความมืดมิด กลับมาเห็นคุณค่าของการดูแลตนเอง และพร้อมที่จะดูแลสุขภาพของตนเอง ด้วยหัวใจที่เข้มแข็งอีกครั้ง การเดินทางนี้อาจไม่ได้โรยด้วยกลีบกุหลาบ แต่ด้วยการสนับสนุนจากพยาบาลผู้จัดการรายกรณี ผู้ป่วยโรคเบาหวานจะสามารถก้าวผ่านความท้าทายไปได้ อย่างอบอุ่นและมีสุขภาพที่ดีอย่างยั่งยืน

เอกสารอ้างอิง

1. Karamanou M, Protogerou A, Tsoukalas G, et al. Milestones in the history of diabetes mellitus: The main contributors. Arch Hell Med. 2016; 33(5):668-74.
2. World Health Organization. World Diabetes Day 2024: Breaking barriers, bridging gaps [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2024 [cited 2025 May 29]. Available from: <https://www.who.int/srilanka/news/detail/14-11-2024-world-diabetes-day-2024—breaking-barriers—bridging-gaps>
3. International Diabetes Federation. IDF Diabetes Atlas [Internet]. Brussels: International Diabetes Federation; [cited 2025 May 29]. Available from: <https://diabetesatlas.org/resources/idf-diabetes-atlas-2025>
4. มนูญญา ภิรมย์. ความสัมพันธ์ของความเครียดและภาวะซึมเศร้าต่อการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ของศูนย์สุขภาพชุมชนเมืองสามัคคี จังหวัดมหาสารคาม. วารสารโรงพยาบาลมหาสารคาม 2565;19(3):125-36.
5. บัญญัติ ปรากผล. พยาบาลผู้จัดการรายการณีโรคเรื้อรัง. วารสารวิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี 2560;28(1):112-21.
6. กองโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค. แนวทางการดำเนินงานการดูแลผู้เป็นเบาหวานให้เข้าสู่ระยะสงบ (REMISSION SERVICE). กรุงเทพฯ: กองโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค; 2566.
7. Mayo Clinic. Caregiver stress: Tips for taking care of yourself [Internet]. [cited 2025 May 29]. Available from: <https://www.mayoclinic.org/healthy-lifestyle/stress-management/in-depth/caregiver-stress/art-20044784>
8. Fisher L, Glasgow RE, Strycker LA. The relationship between diabetes distress and clinical depression with glycemic control among patients with type 2 diabetes. Diabetes Care. 2010;33(5):1034-6.
9. Polonsky WH, Anderson BJ, Lohrer PA, Aponte JE, Jacobson AM, Cole CL. Why do patients with diabetes fail to follow recommended treatment regimens? A preliminary study of the role of psychological factors. Diabetes Care. 1995;18(5):707-11.
10. Tanenbaum ML, Hutter M, Polonsky WH, Scherer M. Examining the Structure of Diabetes Burnout in Adults With Type 1 Diabetes. Diabetes Care. 2020;43(1):74-80.
11. สมาคมโรคเบาหวานแห่งประเทศไทย ในพระราชูปถัมภ์ สมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมารี. แนวทางเวชปฏิบัติสำหรับโรคเบาหวาน พ.ศ. 2566.
12. Maslach C, Jackson SE, Leiter MP. Maslach Burnout Inventory. 3rd ed. Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press; 1996.
13. Snoek FJ, Skinner TC. Psychological aspects of diabetes. In: Holt RIG, Cockram CS, Goldstein BJ, editors. Clinical Diabetes: Translating Research into Practice. 2nd ed. Chichester, UK: Wiley; 2016. p.411-26.
14. Miller WR, Rollnick S. Motivational Interviewing: Helping People Change. 3rd ed. New York: Guilford Press; 2013.
15. Case Management Society of America (CMSA). Standards of Practice for Case Management [Internet]. Little Rock (AR): Case Management Society of America; [cited 2025 Jun 10]. Available from: <https://cmsa.org/who-we-are/what-is-a-case-manager/standards/>
16. สมพร รุ่งเรืองกลกิจ, ยุพา ถาวรพิทักษ์, วราลักษณ์ กิตติวัฒน์ไพศาล, อิงคณา โคตนารา, เนตรชนก แก้วจันทา. ความชุกและปัจจัยทำนายภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2. วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย 2557;59:287-98.
17. ศิริ เมืองไทย. ความชุกและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มารับบริการที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในเครือข่ายโรงพยาบาลศรีสะเกษ. วารสารการแพทย์ โรงพยาบาลศรีสะเกษ สุรินทร์ บุรีรัมย์ 2556;28:109-20.

18. สมาคมผู้ให้ความรู้โรคเบาหวาน. DSME (Diabetes Self-Management Education and Support). กรุงเทพฯ: บริษัท เรดดี ดีไซน์ เวิร์ม จำกัด; 2566. 216 หน้า.
19. Devis RM, Hitch AD, Salaam MM, Herman WH, Zimmer-Galler IE, Mayer-Devis EJ. Telehealth improves diabetes self-management in an underserved community: diabetes TeleCare. *Diabetes Care*. 2010;33(8):1712-7.
20. Tenreiro K, Hatipoglu B. Mind Matters: Mental Health and Diabetes Management. *J Clin Endocrinol Metab*. 2025;110(Supplement_2): S131.
21. Tsimicali MD, Psyllas GF. Burnout Related to Diabetes Mellitus: A Critical Analysis. *Curr Diabetes Rev*. 2023;19(1):153-62.
22. Maslach C, Jackson SE, Leiter MP. Maslach Burnout Inventory Manual. 3rd ed. Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press; 1996.
23. Polonsky WH, Fisher L, Mullan J, Skaff MM, Polonsky WH. Development of a brief diabetes distress screening instrument. *Diabetes Care*. 2005;28(3):628-34.
24. American Diabetes Association. 5. Facilitating Positive Health Behaviors and Well-being: Standards of Medical Care in Diabetes—2024. *Diabetes Care*. 2024;47(Suppl 1):S88-S110.
25. Rainier Clinical Research Center. Tips for Overcoming Diabetes Burnout [Internet]. [cited 2025 May 29]. Available from: <https://www.rainier-research.com/blog/tips-for-overcoming-diabetes-burnout>
26. Aptiva Medical. Overcoming Diabetes Burnout: Effective Strategies for Better Management [Internet]. [cited 2025 May 29]. Available from: <https://aptivamedical.com/overcoming-diabetes-burnout-effective-strategies-for-better-management/>
27. Breakthrough T1D (ชื่อเดิม JDRF Australia). Type 1 diabetes & burnout: keeping your spirits up [Internet]. [cited 2025 May 29]. Available from: <https://breakthrough1d.org.au/resources/t1d-burnout/>
28. Perrin N, Smith K, Davies MJ, Speight J. The prevalence of diabetes-specific emotional distress in people with Type 2 diabetes: A systematic review and meta-analysis. *Diabet Med*. 2017;34(11):1481-9.