



วารสารการพยาบาลและวิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยนครพนม

JOURNAL OF NURSING AND HEALTH SCIENCES NAKHON PHANOM UNIVERSITY

ปีที่ 4 ฉบับที่ 1 มกราคม - มิถุนายน 2569 VOL.4 NO.1 JANUARY - JUNE 2026

วารสารการพยาบาลและวิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยนครพนม

ที่ปรึกษา

อธิการบดีมหาวิทยาลัยนครพนม

คณบดีวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครพนม

รองศาสตราจารย์ ดร.สมจิต แดนสีแก้ว

กองบรรณาธิการ

ศาสตราจารย์ นพ.กิตติศักดิ์	สวรวยาวิสุทธ์
ศาสตราจารย์ ดร.จินตนา	วัชรสินธุ์
รองศาสตราจารย์ ดร.จินตนา	ตั้งวรพงศ์ชัย
รองศาสตราจารย์ ดร.ธีรบุษ	ห่านิรติศัย
รองศาสตราจารย์ ดร.จินพิชญ์ชา	สาธิยมาศ
รองศาสตราจารย์ ดร.พวงผกา	คงวัฒนานนท์
รองศาสตราจารย์ ดร.วรรณรัตน์	ลาวัง
รองศาสตราจารย์ ดร.รังสิมันต์	สุนทรไชยา
รองศาสตราจารย์ ดร.นิติกร	ภูสุวรรณ
รองศาสตราจารย์ ดร.พัชรพร	แก้ววิมล
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.โสรัตน์	วงศ์สุทธิธรรม
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.เสาวรส	มีกุล
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.พรพรรณ	ศรีโสภ
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.นุศ	ทิพย์แสนคำ
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สมิตตา	สว่างทุกซ์
ดร.ลักขณา	ไชยนอก
ดร.ศิริณี	อิมน้ำขาว
ผู้ช่วยศาสตราจารย์พัชนี	สมกำลัง
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ดารุณีย์	สวัสดิโชติดี
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ชัยวัฒน์	อินไชยา

วัตถุประสงค์

เพื่อเผยแพร่ความรู้ทางการพยาบาลและวิทยาศาสตร์สุขภาพ

บรรณาธิการ

ดร.รัตติยา ทองอ่อน

ผู้ช่วยบรรณาธิการ

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.เนตรฤทัย ภูนาถ

ฝ่ายจัดการวารสาร

นางพยอม สินธุศิริ
ผู้ช่วยศาสตราจารย์วรรณ ปาพรม
นางสาวนาฏนภา อารยะศิลปธร
นางสาวสุขมาพร พิงผาสุก
นายนรากร พลหาญ
นางสาววาสนา คำสงค์
นายวุฒิชิกรณ ประพัตรวงค์
นางสาวสุภาพร ปัญหาชัย

กำหนดเผยแพร่

ปีละ 2 ฉบับ
ฉบับที่ 1 มกราคม – มิถุนายน
ฉบับที่ 2 กรกฎาคม – ธันวาคม

สำนักงาน

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครพนม
มหาวิทยาลัยนครพนม
92 ตำบลหนองแสง อำเภอเมือง จังหวัดนครพนม
48000
โทรศัพท์ 0 4251 2196 ต่อ 4101
โทรสาร 0 4251 2184
Email : bcnnjournal@gmail.com
พิมพ์ที่ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครพนม
ปีที่พิมพ์ 2569
ISSN 2985-0908 (Online)

บทความที่ได้รับการตีพิมพ์ ผ่านการตรวจสอบความถูกต้องทางวิชาการ โดยผู้ทรงคุณวุฒิ จากหลากหลายสถาบัน จำนวน 3 ท่าน ทำการประเมินแบบ double-blind peer review สำหรับความคิดเห็นภายในบทความ เป็นความคิดเห็นของผู้พิมพ์ จึงมิใช่ความรับผิดชอบของวารสาร

สารจากบรรณาธิการ

วารสารการพยาบาลและวิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยนครพนม ก้าวเข้าสู่ปีที่ 4 ฉบับที่ 1 (มกราคม-มิถุนายน 2569) ด้วยความมุ่งมั่นในการเป็นเวทีเผยแพร่ผลงานวิชาการด้านการพยาบาลและวิทยาศาสตร์สุขภาพที่มีคุณภาพ ภายใต้กระบวนการพิจารณาบทความตามมาตรฐานวิชาการและจริยธรรมการตีพิมพ์ เพื่อส่งเสริมการสร้างองค์ความรู้และการนำผลการวิจัยไปใช้ประโยชน์ในการพัฒนาระบบสุขภาพ การจัดการศึกษา และการปฏิบัติการพยาบาลอย่างมีประสิทธิภาพ

บทความที่ได้รับการตีพิมพ์ในฉบับนี้ สะท้อนให้เห็นถึงความหลากหลายขององค์ความรู้ด้านสุขภาพ ที่ครอบคลุมการดูแลผู้รับบริการในทุกช่วงวัยและทุกระดับของระบบบริการสุขภาพ ประกอบด้วยการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยภายหลังการผ่าตัดจอบประสาทตาหลุดลอก การพัฒนาโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองในผู้ป่วยล้างไตทางช่องท้อง การประยุกต์ใช้โปรแกรมการบำบัดโดยการแก้ปัญหาเพื่อลดภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ตลอดจนกรณีศึกษาที่สะท้อนแนวทางการส่งเสริมสุขภาพและการคงไว้ซึ่งความแข็งแรงของกล้ามเนื้อในผู้สูงอายุวัย 94 ปี

นอกจากนี้ ยังมีบทความที่มุ่งพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วยในประเด็นสำคัญ ได้แก่ การพัฒนารูปแบบการวางแผนดูแลล่วงหน้าอย่างเป็นระบบสำหรับผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคอง การจัดการความปวดในเด็กยุคดิจิทัลโดยผสมผสานเทคโนโลยีกับการพยาบาลด้วยความเอื้ออาทร และกรณีศึกษาการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดปอดที่ได้รับยาระงับความรู้สึกด้วยเทคนิคช่วยหายใจปอดข้างเดียว ซึ่งล้วนเป็นองค์ความรู้ที่สามารถนำไปประยุกต์ใช้ในการพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วยและยกระดับผลลัพธ์ทางสุขภาพได้อย่างเป็นรูปธรรม

กองบรรณาธิการเชื่อมั่นว่าบทความทุกเรื่องในฉบับนี้จะเป็นประโยชน์ต่อพยาบาล นักวิชาการ นักวิจัย บุคลากรด้านสุขภาพ และผู้สนใจทั่วไป ทั้งในด้านการต่อยอดองค์ความรู้ การพัฒนางานวิจัย และการนำหลักฐานเชิงประจักษ์ไปใช้ในการปฏิบัติงาน เพื่อรองรับความท้าทายทางสุขภาพที่เปลี่ยนแปลงไปในปัจจุบัน

ในโอกาสนี้ กองบรรณาธิการขอขอบพระคุณผู้เขียนบทความ ผู้ทรงคุณวุฒิพิจารณาบทความ และผู้อ่านทุกท่าน ที่มีส่วนสำคัญในการสนับสนุนและพัฒนาวารสารให้เติบโตอย่างต่อเนื่อง ความร่วมมือของทุกภาคส่วนเป็นพลังสำคัญในการยกระดับคุณภาพวารสารและส่งเสริมความเข้มแข็งทางวิชาการด้านการพยาบาลและวิทยาศาสตร์สุขภาพ

ท้ายที่สุดนี้ กองบรรณาธิการขอเชิญชวนคณาจารย์ นักวิจัย นักวิชาการ และบุคลากรทางสุขภาพ ร่วมส่งผลงานวิชาการที่มีคุณค่า เพื่อเผยแพร่ในวารสารการพยาบาลและวิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยนครพนม เพื่อร่วมกันสร้างและเผยแพร่องค์ความรู้ที่เป็นประโยชน์ต่อวิชาชีพ สังคม และการพัฒนาระบบสุขภาพของประเทศต่อไป

ดร.รัตติยา ทองอ่อน

บรรณาธิการ

วารสารการพยาบาลและวิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยนครพนม

วารสารการพยาบาลและวิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยนครพนม

ปีที่ 4 ฉบับที่ 1 มกราคม – มิถุนายน 2569

สารบัญ

บทความวิจัย

- ◆ ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยภายหลังการผ่าตัดจอประสาทตาหลุดลอก โรงพยาบาล
มุกดาหาร.....1
Factors Associated with Quality of Life in Patients after Retinal Detachment Surgery at Mukdahan Hospital.

- ◆ ผลของโปรแกรมการจัดการตนเองต่อพฤติกรรมการป้องกันภาวะน้ำเกิน และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยล้างไต
ทางช่องท้อง 11
Effects of a self – management program on volume overload prevention behaviors and quality of life among
peritoneal dialysis patients.

- ◆ ผลของโปรแกรมการบำบัดโดยการแก้ปัญหาต่อภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า 25
The Effect of a Problem-Solving Therapy Program on Depression in Patients with Major Depressive Disorder.

- ◆ 9 ทศวรรษแห่งวิถีชีวิตพลังบวก: กรณีศึกษาผู้สูงอายุวัย 94 ปี กับเส้นทางสู่สุขภาพดีและการคงไว้ซึ่งความแข็งแรง
ของกล้ามเนื้อ 39
9 – Decades of Positive Lifestyle: A Case Study of a 94-Year-Old's Path to Wellness and Muscle Strength
Maintenance.

- ◆ การพัฒนารูปแบบการวางแผนดูแลล่วงหน้าอย่างเป็นระบบในผู้ป่วยระยะท้าย แบบประคับประคอง โรงพยาบาล
อากาศอำนวย.....53
Development Of A Model For Advance Care Planning At Akat Amnuai Hospital.

วารสารการพยาบาลและวิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยนครพนม

ปีที่ 4 ฉบับที่ 1 มกราคม – มิถุนายน 2569

สารบัญ (ต่อ)

บทความวิชาการ

- ◆ การจัดการความปวดในเด็กยุคดิจิทัล: จากเทคโนโลยีและการพยาบาลด้วยความเอื้ออาทรสู่การดูแลแบบแม่นยำ.....67
Pediatric Pain Management in the Digital Era: Integrating Technology and Compassionate Care Toward Precision Nursing.

กรณีศึกษา

- ◆ การพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับยาระงับความรู้สึกแบบเทคนิคช่วยหายใจปอดข้างเดียวในผู้ป่วยผ่าตัดปอด: กรณีศึกษาเปรียบเทียบ 2 ราย.....81
Nursing Care and Anesthesia for One Lung Ventilation (OLV) Technique in Patients Undergoing Pulmonary Surgery: A Comparative Study of 2 Cases

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยภายหลังการผ่าตัด จอประสาทตาหลุดลอก โรงพยาบาลมุกดาหาร

จิราธิป เหลืองรุ่งโรจน์¹

บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นการวิจัยแบบภาคตัดขวาง โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยภายหลังการผ่าตัดจอประสาทตาหลุดลอกในโรงพยาบาลมุกดาหาร กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดจอประสาทตาหลุดลอกที่เข้ารับการติดตามผลในแผนกจักษุวิทยา โรงพยาบาลมุกดาหาร จำนวน 48 คน เก็บรวบรวมข้อมูลระหว่างเดือนกรกฎาคม 2568 ถึงเดือนกันยายน 2568 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบสอบถามการสนับสนุนจากครอบครัว แบบสอบถามความลำบากในการทำกิจกรรม แบบประเมินความวิตกกังวล และแบบประเมินคุณภาพชีวิตด้านการมองเห็นของผู้ป่วยหลังการผ่าตัดรักษาจอประสาทตาหลุดลอก การวิเคราะห์ข้อมูลใช้สถิติเชิงพรรณนาและสถิติอนุมาน ได้แก่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการวิเคราะห์สถิติสหสัมพันธ์เพียร์สัน

ผลการศึกษาพบว่า คะแนนคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยหลังการผ่าตัดจอประสาทตาหลุดลอกโดยภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง ($M = 53.83$, $SD = 13.86$) สำหรับปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยหลังการผ่าตัดจอประสาทตาหลุดลอกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ โรคประจำตัว ($r = -0.134$, $p = 0.05$) และความลำบากในการทำกิจกรรม ($r = 0.531$, $p < 0.001$) ส่วนอายุ การสนับสนุนจากครอบครัว และความวิตกกังวลมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยหลังการผ่าตัดจอประสาทตาหลุดลอกอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ผลการศึกษาแสดงให้เห็นว่าคุณภาพชีวิตด้านการมองเห็นของผู้ป่วยภายหลังการผ่าตัดจอประสาทตาหลุดลอกได้รับอิทธิพลมาจากหลายปัจจัย โดยเฉพาะความลำบากในการทำกิจกรรมและการมีโรคประจำตัว ซึ่งการทำความเข้าใจปัจจัยดังกล่าว จะช่วยให้สามารถพัฒนาแนวทางการดูแลที่มีประสิทธิภาพและเหมาะสมกับบริบทของผู้ป่วยต่อไป

คำสำคัญ: การสนับสนุนจากครอบครัว, ความลำบากในการทำกิจกรรม, ความวิตกกังวล, คุณภาพชีวิต, จอประสาทตาหลุดลอก

วันที่รับบทความ

30 ตุลาคม 2568

วันที่ได้รับบทความฉบับแก้ไข

26 มกราคม 2569

วันที่ตอบรับบทความ

5 กุมภาพันธ์ 2569

โรงพยาบาลมุกดาหาร, ผู้ประสานการส่งบทความต้นฉบับ, จดหมายอิเล็กทรอนิกส์: jirathipkae@gmail.com; โทร. 099-1755217

Factors Associated with Quality of Life in Patients after Retinal Detachment Surgery at Mukdahan Hospital

Jirathip luangrungsrot¹

Abstract

This study was cross-sectional study research aimed at investigating factors associated with quality of life among patients following retinal detachment surgery at Mukdahan Hospital. The sample consisted of patients who underwent retinal detachment surgery and attended follow-up appointments at the Ophthalmology Department, Mukdahan Hospital. Data were collected between July 2025 and September 2025. The research instruments comprised a demographic questionnaire, family support questionnaire, difficulty in performing activities questionnaire, anxiety assessment scale, and vision-related quality of life questionnaire for patients following retinal detachment surgery. Data analysis employed descriptive and inferential statistics, including frequency, percentage, mean, standard deviation, and Pearson's correlation coefficient.

Results showed that the overall vision-related quality of life among patients following retinal detachment surgery was at a moderate level ($M = 53.83$, $SD = 13.86$). Factors that demonstrated statistically significant correlations with postoperative quality of life included underlying diseases ($r = -0.134$, $p = 0.05$) and difficulty in performing activities ($r = 0.531$, $p < 0.001$). Age, family support, and anxiety did not show statistically significant correlations. The study findings indicate that vision-related quality of life among patients following retinal detachment surgery is influenced by multiple factors, particularly difficulty in performing activities and the presence of underlying diseases. Understanding these factors will facilitate the development of effective care approaches that are appropriate to the patients' context.

Keywords: Family support, Difficulty in performing activities, Anxiety, Quality of life, Retinal detachment

Received
30 October 2025

Revised
26 January 2026

Accepted
5 February 2026

¹Mukdahan Hospital, Corresponding author e-mail: jirathipkae@gmail.com; Tel .099-1755217

บทนำ

จอประสาทตาหลุดลอก (Retinal detachment) เป็นภาวะที่ชั้นจอประสาทตาหลุดออกจากชั้นรองรับ ส่งผลทำให้เลือดและสารอาหารไม่สามารถไปเลี้ยง เซลล์รับแสงได้ ซึ่งอาจทำให้การมองเห็นลดลงอย่างรวดเร็ว หรือสูญเสียการมองเห็นอย่างถาวรได้ หากไม่ได้รับการรักษาอย่างทันท่วงที¹ ภาวะนี้แบ่งออกเป็น 3 ประเภท ได้แก่ 1) จอประสาทตาหลุดลอก ชนิดมีรอยฉีกขาด (Rhegmatogenous Retinal Detachment: RRD) ซึ่งเป็นประเภทที่พบได้บ่อย 2) จอประสาทตาหลุดลอกจากแรงดึงรั้ง (Tractional Retinal Detachment: TRD) และ 3) จอประสาทตาหลุดลอกจากของเหลวซึมผ่าน (Exudative/Serous Retinal Detachment: ERD)² อุบัติการณ์ของจอประสาทตาหลุดลอกทั่วโลกปีพ.ศ. 2567 ประเภท RRD พบว่ามีจำนวน 12.17 รายต่อประชากร 100,000 คนต่อปี³ และมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นทุกปี ในขณะที่อุบัติการณ์ในเอเชียพบมีจำนวน 9.78 รายต่อประชากร 100,000 คนต่อปี⁴ สำหรับในประเทศไทย พบความชุกประมาณร้อยละ 0.3 ของประชากรทั่วไป⁵ และจากสถิติของโรงพยาบาลมุกดาหารย้อนหลัง ปีพ.ศ.2564–2566 มีผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดโรคจอประสาทตาหลุดลอก จำนวน 46 ราย 56 ราย และ 67 ราย ตามลำดับ⁶

คุณภาพชีวิตถือเป็นประสบการณ์ที่เป็นเอกลักษณ์ส่วนบุคคล มีแนวคิดที่ครอบคลุมหลายมิติ สะท้อนถึงการรับรู้ของแต่ละคนต่อสถานะของตนเอง โดยคุณภาพชีวิตด้านการมองเห็น (Vision-Related Quality of Life: VRQoL) เป็นแนวคิดถึงผลกระทบของการมองเห็นต่อความสามารถในการดำเนินชีวิต การทำงาน การเข้าร่วมกิจกรรมสังคม และสภาวะทางอารมณ์ การศึกษาที่ผ่านมา พบว่าผู้ที่เป็นเบาหวานขึ้นจอประสาทตาภายหลังการผ่าตัดจอประสาทตาหลุดลอก มีคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับปานกลาง ($M = 62.86$, $SD = 11.51$)⁷ อีกทั้งการศึกษาค้นคว้าชีวิตด้านการมองเห็นของผู้สูงอายุโรคต้อหิน พบว่ามี

คุณภาพชีวิตด้านการมองเห็นอยู่ในระดับปานกลาง ($M = 66.54$, $SD = 20.80$)⁸ เช่นกัน สอดคล้องกับการศึกษาในผู้ป่วยที่มีการผ่าตัดรักษาความผิดปกติของจอประสาทตาในประเทศเม็กซิโก ที่พบว่าคุณภาพชีวิตหลังจากการผ่าตัด 3 เดือน ($M = 59.17$, $SD = 19.11$) สูงกว่าก่อนการผ่าตัด ($M = 43.01$, $SD = 18.19$)⁹ อย่างไรก็ตามคุณภาพชีวิตด้านการมองเห็นมีความแตกต่างกันในแต่ละบุคคลขึ้นอยู่กับหลายปัจจัย ได้แก่ อายุ ผู้ที่มีอายุมากกว่า 60 ปี ขึ้นไป มีแนวโน้มคุณภาพชีวิตลดลงมากกว่าผู้ป่วยกลุ่มอายุอื่นๆ อีกทั้งผู้ที่อาศัยอยู่นอกเมือง มีสถานภาพหม้าย รายได้น้อย และไม่มีการศึกษา มีแนวโน้มคุณภาพชีวิตลดลงมากกว่าผู้ป่วยกลุ่มอื่นๆ¹⁰ และด้านสุขภาพจิต การทำกิจกรรมประจำวัน และการขับรถ มีแนวโน้มคุณภาพชีวิตลดลงมากกว่าปกติ¹¹ นอกจากนี้ยังพบว่าการสนับสนุนจากครอบครัว มีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิต⁷

การพยาบาลหลังการผ่าตัดจอประสาทตาหลุดลอกมีความสำคัญในการส่งเสริมการฟื้นฟูการมองเห็นและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย บทบาทของพยาบาลครอบคลุมการให้ความรู้เกี่ยวกับการดูแลตาหลังการผ่าตัด การติดตามอาการแทรกซ้อน การสนับสนุนทางจิตใจ และการช่วยเหลือผู้ป่วยในการปรับตัวกับข้อจำกัดด้านการมองเห็น นอกจากนี้พยาบาลยังต้องประเมินคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเพื่อสามารถจัดการดูแลแบบบูรณาการที่เหมาะสม ซึ่งจะนำไปสู่ผลลัพธ์ด้านการมองเห็นและคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น¹² ดังนั้นการดูแลผู้ป่วยจอประสาทตาหลุดลอกหลังการผ่าตัดยังรวมถึงการจัดการกับอาการแทรกซ้อนต่างๆ เช่น การติดเชื้อ แผลเป็น และการหลุดลอกซ้ำ ซึ่งอาจส่งผลต่อการมองเห็นอีกครั้ง¹³ นอกจากนี้ผู้ป่วยบางคนอาจประสบปัญหาด้านการปรับตัวทางจิตใจ อันเนื่องมาจากความกลัวที่จะเกิดภาวะแทรกซ้อนและความไม่มั่นใจต่อการฟื้นฟูการมองเห็น ดังนั้นการดูแลผู้ป่วยจึงต้องครอบคลุมการติดตามอาการแทรกซ้อนอย่างสม่ำเสมอ การให้

ความรู้เกี่ยวกับการหลีกเลี่ยงกิจกรรมที่มีความเสี่ยง และการส่งเสริมการปรับตัวกับการเปลี่ยนแปลงของการมองเห็น

โรงพยาบาลมุกดาหารเป็นโรงพยาบาลทั่วไป ระดับ S มีการให้บริการแบบบูรณาการครอบคลุมทุกมิติ ได้แก่ การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันควบคุมโรค การตรวจวินิจฉัย การบำบัดรักษา และการฟื้นฟูสภาพอย่างเป็นองค์รวม อีกทั้งยังเป็นศูนย์ความเชี่ยวชาญสาขาจักษุ (ด้านจอประสาทตา) จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่างานวิจัยส่วนใหญ่ศึกษาผลลัพธ์ ทางคลินิกและการมองเห็นหลังการผ่าตัด แต่มีการศึกษาเกี่ยวกับ คุณภาพชีวิตและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ในบริบทของประเทศไทยจำกัดมาก โดยเฉพาะในโรงพยาบาลระดับจังหวัดซึ่งมีลักษณะการให้บริการและบริบทของผู้ป่วยที่แตกต่างจากโรงพยาบาลขนาดใหญ่ ดังนั้นการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตด้านการมองเห็นของผู้ป่วยภายหลังการผ่าตัดจอประสาทตาทะลุลอก จะช่วยให้ได้ข้อมูลจากการวิจัยครั้งนี้จะเป็นประโยชน์ต่อการพัฒนาแนวทางการดูแลพยาบาลผู้ป่วยที่ผ่าตัดจอประสาทตาทะลุลอกให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น โดยเฉพาะในโรงพยาบาลระดับจังหวัดที่มีข้อจำกัดด้านทรัพยากร

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาระดับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย ภายหลังการผ่าตัดจอประสาทตาทะลุลอก
2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล (อายุ) การสนับสนุนจากครอบครัว ความลำบากในการทำกิจกรรม และความวิตกกังวล กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยภายหลังการผ่าตัดจอประสาทตาทะลุลอก

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยแบบภาคตัดขวาง (Cross-sectional Study) ในผู้ป่วยที่เคยได้รับการผ่าตัดจอประสาทตาทะลุลอก ณ โรงพยาบาล

มุกดาหาร ระยะเวลาตั้งแต่เดือน กรกฎาคม 2568 ถึงเดือนกันยายน 2568 ภายหลังรับรองจริยธรรม ผู้วิจัยประสานกับโรงพยาบาลเพื่อขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูล และเข้าพบชี้แจงวัตถุประสงค์ขั้นตอนการวิจัย

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดจอประสาทตาทะลุลอก ทั้งเพศชายและเพศหญิง อายุ 20 ปีขึ้นไป ที่มาเข้ารับการรักษาตามผลในแผนกจักษุวิทยา โรงพยาบาลมุกดาหาร คำนวณกลุ่มตัวอย่างตามสูตรของ Cohen¹⁴ โดยกำหนดค่า effect size 0.25 ระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 และอำนาจการทดสอบ 0.80 ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 44 คน เพื่อป้องกันการสูญหายของกลุ่มตัวอย่างจึงปรับเพิ่มอีกร้อยละ 10 จะได้กลุ่มตัวอย่าง 48 คน คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (purposive sampling) ตามเกณฑ์คัดเข้าและเกณฑ์คัดออกดังนี้

เกณฑ์คัดเข้า (Inclusion criteria)

1. เป็นผู้ที่ได้รับการผ่าตัดจอประสาทตาทะลุลอก ตั้งแต่ 1 เดือน จนถึง 1 ปี
2. มีสติสัมปชัญญะ สามารถสื่อสาร และเข้าใจภาษาไทยได้ดี
3. สามารถอ่านและเขียนภาษาไทยได้
4. ยินยอมเข้าร่วมงานวิจัยความสมัครใจและมีการลงนามอย่างเป็นลายลักษณ์อักษร

เกณฑ์การคัดออก (Exclusion criteria)

1. เป็นโรคจอประสาทตาสีชมพูและโรคต้อหิน
2. มีภาวะแทรกซ้อนร้ายแรงหลังการผ่าตัด เช่น การติดเชื้อ กลุ่มอาการตาแห้งรุนแรง หรือจอประสาทตาทะลุลอกซ้ำ

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาแบ่งเป็น 5 ส่วน ดังนี้ ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วย เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส อาชีพ รายได้ โรคประจำตัว ระยะเวลาที่ผ่าน

มาแล้วหลังการผ่าตัด ตาข้างที่ได้รับการผ่าตัด ชนิด
การผ่าตัด และวัสดุที่ใช้

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามการสนับสนุนจาก
ครอบครัว) พัฒนาและดัดแปลงมาจากแบบสอบถาม
ของ Schaefer¹⁵ ลักษณะของคำถามเป็นแบบ Likert
scale 5 ระดับ แบ่งออกเป็น 3 ระดับ¹⁶ ดังนี้ คะแนน
0 – 17 คือ ระดับต่ำ คะแนน 18 – 35 คือ ระดับ
ปานกลาง และคะแนน 36 – 52 คือ ระดับสูง

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามความลำบากในการทำกิจกรรม ดัดแปลงมาจาก International
Classification of Functioning Disability and Health
(ICF) ของกระทรวงสาธารณสุข¹⁷ ลักษณะของคำถาม
เป็นแบบ Likert scale 5 ระดับ แบ่งออกเป็น 3 ระดับ¹⁶
ดังนี้ คะแนน 0 – 12 คือ ระดับต่ำ คะแนน 13 – 24 คือ
ระดับปานกลาง และคะแนน 25 – 36 คือ ระดับสูง

ส่วนที่ 4 แบบประเมินภาวะวิตกกังวล ผู้วิจัย
ได้ใช้แบบประเมินอาการวิตกกังวลและอาการซึมเศร้า
ฉบับภาษาไทย (Hospital Anxiety and Depression
Scale: Thai HADS) ของรณานิธิชัยโกวิท และคณะ¹⁸
ลักษณะของคำถามเป็นแบบ Likert scale 4 ระดับ
แบ่งออกเป็น 3 ระดับ¹⁸ ดังนี้ คะแนน 0 – 7 คือ ระดับ
ปกติ คะแนน 8 – 10 คือ มีภาวะวิตกกังวลเล็กน้อย
และคะแนน 11 – 21 คือ มีภาวะวิตกกังวล

ส่วนที่ 5 แบบประเมินคุณภาพชีวิตด้านการ
มองเห็น ผู้วิจัยได้นำแบบสอบถาม Thai Visual
Function Questionnaire 28 (VFQ-28) ของชุดิมากรณ์
ไชยสงค์ และคณะ¹⁹ ลักษณะของคำถามเป็นแบบ
คะแนน อยู่ในช่วง 0 ถึง 100 คะแนน แบ่งออกเป็น
4 ระดับ¹⁶ ดังนี้ คะแนน 0 – 25 คือ ระดับต่ำมาก
คะแนน 26 – 50 คือ ระดับต่ำ คะแนน 51 – 75
คือ ระดับปานกลาง และคะแนน 76 – 100
คือ ระดับสูง

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ตรวจสอบเครื่องมือโดยผู้เชี่ยวชาญ จำนวน
3 ท่าน ได้แก่ จักษุแพทย์ 1 ท่าน อาจารย์พยาบาล
1 ท่าน และพยาบาลประจำหอผู้ป่วยจักษุ 1 ท่าน

ได้ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาของแบบสอบถาม
เท่ากับ 0.94, 1.00, 0.86 และ 0.82 ตามลำดับ
จากนั้นนำไปทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คน
คำนวณหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาคได้เท่ากับ
0.90, 0.81, 0.91 และ 0.83 ตามลำดับ

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคล โดยใช้สถิติ
เชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วน
เบี่ยงเบนมาตรฐาน
2. วิเคราะห์ข้อมูลเกี่ยวกับการสนับสนุนจาก
ครอบครัว ความลำบากในการทำกิจกรรม ภาวะวิตก
กังวล และคุณภาพชีวิตด้านการมองเห็น โดยใช้
ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
3. วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปร
ข้อมูลส่วนบุคคล การสนับสนุนจากครอบครัว ความ
ลำบากในการทำกิจกรรม และภาวะวิตกกังวลกับ
คุณภาพชีวิตด้านการมองเห็นของผู้ป่วยหลังการผ่าตัด
จอประสาทตาหลุดลอก โดยใช้สถิติสหสัมพันธ์
เพียร์สัน (Pearson's Correlation)

การพิทักษ์สิทธิ์และจริยธรรมการวิจัย

งานวิจัยนี้ผ่านการพิจารณาการศึกษาวิจัย
ในมนุษย์ จากคณะกรรมการจริยธรรมวิจัยในมนุษย์
โรงพยาบาลมุกดาหาร เลขที่ MEC 53/68 ลงวันที่
23 กรกฎาคม 2568 เพื่อพิทักษ์สิทธิ์ผู้เข้าร่วมการวิจัย
ผู้วิจัยปฏิบัติตามหลักจริยธรรมการวิจัยของ Belmont
report ประกอบด้วย หลักความเคารพในบุคคล
(Respect for Persons) โดยผู้วิจัยได้ให้ข้อมูลที่เพียงพอ
ชัดเจน และเข้าใจเกี่ยวกับวัตถุประสงค์ วิธีการ
ประโยชน์ ความเสี่ยง และสิทธิ์ของผู้เข้าร่วมการวิจัย
และได้รับความยินยอมโดยสมัครใจ (Informed
Consent) จากผู้เข้าร่วมการวิจัย หลักการทำประโยชน์
(Beneficence) โดยผู้วิจัยจะนำผลการวิจัยไปพัฒนา
ความรู้และการปฏิบัติทางการแพทย์เพื่อประโยชน์ของ
สังคม และ หลักความยุติธรรม (Justice) โดยผู้วิจัย
สนับสนุนการเข้าถึงผลการวิจัยและการรักษาที่ได้

จากการวิจัยอย่างเท่าเทียมกันสำหรับผู้เข้าร่วมการวิจัยทั้งหมด

ของผู้ป่วยภายหลังการผ่าตัดจอบประสาทตาหลุดลอก ดังตารางที่ 1

สรุปผลการวิจัย

ตามวัตถุประสงค์ข้อที่ 1 ศึกษาระดับคุณภาพชีวิต

ตารางที่ 1 ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคุณภาพชีวิตด้านการมองเห็น (n=48)

คุณภาพชีวิตด้านการมองเห็น	mean	SD	min	max	ระดับ
- สุขภาพทั่วไปและสุขภาพตา	54.17	16.33	25.00	81.25	ปานกลาง
- ความลำบากในการทำกิจกรรมต่างๆ	55.40	19.23	21.05	94.74	ปานกลาง
- ผลกระทบจากปัญหาสายตา	49.93	11.99	21.88	81.25	ต่ำ
คุณภาพชีวิตด้านการมองเห็นโดยรวม	53.83	13.86	27.42	80.65	ปานกลาง

จากตารางที่ 1 พบว่า คะแนนเฉลี่ยของคุณภาพชีวิตด้านการมองเห็น ด้านสุขภาพทั่วไปและสุขภาพตา โดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ($M = 53.83$, $SD = 13.86$) และเมื่อพิจารณาเป็นรายข้อ พบว่า ส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง เรียงลำดับค่าเฉลี่ยจากมากไปหาน้อยได้ดังนี้ ค่าเฉลี่ยสูงที่สุด ได้แก่ อาการปวดตาหรือรู้สึกไม่สบายตา ($M = 74.48$, $SD = 14.11$) รองลงมา ได้แก่ ความรู้สึกวิตกกังวลเกี่ยวกับการมองเห็น ($M = 54.17$, $SD = 29.77$) การมองเห็นของคุณ ($M = 54.17$, $SD = 29.77$) และค่าเฉลี่ยต่ำสุด ได้แก่ ผลกระทบจากปัญหาสายตา ($M = 39.06$, $SD = 22.42$)

ตามวัตถุประสงค์ข้อที่ 2 ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล (อายุ) การสนับสนุนจากครอบครัว ความลำบากในการทำกิจกรรม และความวิตกกังวล กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยภายหลังการผ่าตัดจอบประสาทตาหลุดลอก

ปัจจัยส่วนบุคคล

ข้อมูลส่วนบุคคล พบว่า ผู้ป่วยหลังการผ่าตัดจอบประสาทตาหลุดลอก ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ร้อยละ 58.3 มีอายุระหว่าง 51 – 60 ปี ร้อยละ 35.4 อายุเฉลี่ย 52.46 ปี ($SD = 9.54$) มีสถานภาพสมรส ร้อยละ 77.1 ส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช. ร้อยละ 33.3 ประกอบอาชีพเกษตรกร ร้อยละ 54.2 มีรายได้น้อยกว่า 10,000 บาท สถานภาพทางเศรษฐกิจ ไม่พอใช้จ่ายและมีหนี้สิน ร้อยละ 39.6 ส่วนใหญ่มีโรคประจำตัว ร้อยละ 72.9 โรคประจำตัวที่พบบ่อย คือ โรคเบาหวาน ร้อยละ 62.5 ระยะเวลาติดตามอยู่ในช่วง 1 เดือน ร้อยละ 72.9 ชนิดของจอบประสาทตาหลุดลอกที่มารับการผ่าตัด คือ ชนิดที่มีรูลักษณะของจอบตาพบมากที่สุด ร้อยละ 54.2 การผ่าตัด คือ การผ่าตัดน้ำวุ้นตามากที่สุด ร้อยละ 70.8 และวัสดุที่ใช้ คือ แก้วมากที่สุด ร้อยละ 83.3

ตารางที่ 2 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของการสนับสนุนจากครอบครัว ความลำบากในการทำกิจกรรม และภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยภายหลังการผ่าตัดจอบประสาทตา (n=48)

ตัวแปร	คะแนน	จำนวน	ร้อยละ	mean	SD	แปลผล
1. การสนับสนุนจากครอบครัว				37.35	6.17	สูง
- ระดับปานกลาง	18-35	17	35.4			
- ระดับสูง	36-52	31	64.6			

ตัวแปร	คะแนน	จำนวน	ร้อยละ	mean	SD	แปลผล
2. ความลำบากในการทำกิจกรรม				21.06	5.91	ปานกลาง
- ระดับต่ำ	0-12	5	10.4			
- ระดับปานกลาง	13-24	30	62.5			
- ระดับสูง	25-36	13	27.1			
3. ภาวะวิตกกังวล				11.31	5.06	ปกติ
- ไม่มีภาวะวิตกกังวล	0-14	37	77.1			
- มีภาวะวิตกกังวลแต่ยังปกติ	15-18	9	18.8			
- มีภาวะวิตกกังวลผิดปกติ	19-42	2	4.1			

จากตารางที่ 2 พบว่า กลุ่มตัวอย่างได้รับการสนับสนุนจากครอบครัวโดยรวมอยู่ในระดับสูง ($M = 37.35$, $SD = 6.17$) ความลำบากในการทำกิจกรรม

โดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ($M = 21.06$, $SD = 5.19$) และภาวะวิตกกังวลโดยรวมอยู่ในระดับปกติ ($M = 11.31$, $SD = 5.06$)

ตารางที่ 3 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สันปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตด้านการมองเห็นของผู้ป่วยภายหลังการผ่าตัดจอประสาทตา ($n=48$)

ปัจจัย	ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน	P-value
- การสนับสนุนจากครอบครัว	0.240	0.100
- ความลำบากในการทำกิจกรรม	0.531	< 0.001*
- ภาวะวิตกกังวล	-0.268	0.066

*ที่ระดับนัยสำคัญ .05

จากตารางที่ 3 พบว่า ความลำบากในการทำกิจกรรมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตด้านการมองเห็นของผู้ป่วยภายหลังการผ่าตัดตาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = 0.531$, $p < 0.001$) ในส่วนของเพศ ระดับการศึกษา การสนับสนุนจากครอบครัว และภาวะวิตกกังวลมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตด้านการมองเห็นของผู้ป่วยภายหลังการผ่าตัดตาอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ

อภิปรายผลการวิจัย

ผู้ป่วยภายหลังการผ่าตัดจอประสาทตาทะลุลอกมีคุณภาพชีวิตด้านการมองเห็นโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ($M = 53.83$, $SD = 13.86$) โดยผู้ป่วยร้อยละ 47.9 โดยด้านที่มีคะแนนเฉลี่ยสูงสุดคือ ความ

ลำบากในการทำกิจกรรมต่าง ๆ และต่ำสุดคือ ผลกระทบจากปัญหาสายตา สะท้อนให้เห็นว่าผู้ป่วยยังคงมีข้อจำกัดในการดำเนินชีวิตประจำวันบางประการ แม้ว่าการผ่าตัดจะช่วยฟื้นฟูการมองเห็นได้ระดับหนึ่ง ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากความเสียหายของเซลล์รับแสงที่ไม่สามารถฟื้นฟูได้อย่างสมบูรณ์ การเกิดแผลเป็นหรือการเปลี่ยนแปลงของเนื้อเยื่อภายในลูกตา รวมถึงภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ที่อาจเกิดขึ้นภายหลังการผ่าตัด สอดคล้องกับศึกษาคุณภาพชีวิตและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ที่เป็นเบาหวานขึ้นจอประสาทตาภายหลังการผ่าตัดจอประสาทตาทะลุลอก พบว่า คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยอยู่ในระดับปานกลาง⁶

เมื่อพิจารณาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตด้านการมองเห็น พบว่า ความลำบากในการทำกิจกรรม พบว่า มีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตด้านการมองเห็นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = 0.531, p < 0.001$) โดยกลุ่มตัวอย่างมีระดับความยากลำบากในการทำกิจกรรมอยู่ในระดับปานกลาง เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างมีความตระหนักถึงข้อจำกัดของตนเอง จึงมีการปรับตัวในการใช้ชีวิตส่งผลให้เมื่อมีความยากลำบากในการทำกิจกรรมแต่ส่งผลเชิงบวกต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย การปรับตัวทำให้เพิ่มความสามารถในการทำกิจกรรมต่าง ๆ ได้ดี มีแนวโน้มที่จะมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น การทำกิจกรรมสามารถสะท้อนการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการมองเห็นและความสามารถในการปรับตัวในชีวิตประจำวัน การทำกิจกรรมประจำวันเป็นหนึ่งในปัจจัยสำคัญที่สะท้อนคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคตา เนื่องจากการมองเห็นเป็นประสาทสัมผัสหลักที่มนุษย์ใช้ในการรับรู้และโต้ตอบกับสิ่งแวดล้อม เมื่อมีข้อจำกัดด้านการมองเห็น กิจกรรมที่เคยทำได้ง่ายขึ้น เช่น การอ่านหนังสือ การทำงานบ้าน การเดินทาง ก็กลายเป็นสิ่งที่ท้าทายและอาจทำให้เกิดความรู้สึกไม่มั่นใจ ขาดความเป็นอิสระ และส่งผลต่อคุณภาพชีวิตโดยรวมสอดคล้องกับการตี จันทร์รัตน์ และทัศนาศูววรรณะ ปกรณ์⁷ ศึกษาคุณภาพชีวิตด้านการมองเห็นของผู้สูงอายุโรคต้อหิน พบว่า ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำกับคุณภาพชีวิตด้านการมองเห็นของผู้สูงอายุโรคต้อหิน

การสนับสนุนจากครอบครัว พบว่า ไม่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตด้านการมองเห็น ทั้งนี้เพราะกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรส ร้อยละ 71.1 และได้รับการสนับสนุนอยู่ในระดับสูงร้อยละ 64.6 (ค่าเฉลี่ย = 37.35, SD = 6.17) จากบริบทสังคมไทยมีครอบครัวขยาย และผู้ป่วยส่วนใหญ่มีคู่สมรส จึงได้รับการสนับสนุนในการใช้ชีวิตจากครอบครัว ทั้งช่วยในการใช้ชีวิตประจำวัน กำลังใจ

และความเห็นอกเห็นใจจากครอบครัว ทำให้การสนับสนุนจากครอบครัวทำให้ไม่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตด้านการมองเห็น สอดคล้องกับการศึกษาของ Xio et al.²⁰ พบว่า ครอบครัวที่ได้รับการสนับสนุนช่วยลดความเครียดและภาวะซึมเศร้า แต่ไม่มีความสัมพันธ์ที่ชัดเจนกับคุณภาพชีวิต

ภาวะวิตกกังวล พบว่า ไม่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตด้านการมองเห็น ทั้งนี้เพราะผู้ป่วยส่วนใหญ่มีระดับความวิตกกังวลอยู่ในระดับปกติ ร้อยละ 95.9 (ค่าเฉลี่ย = 11.31, SD = 5.06) นอกจากนี้จากการสนับสนุนจากครอบครัวอยู่ในระดับสูง ทำให้ผู้ป่วยสามารถปรับตัวทางอารมณ์ได้ดีหลังผ่าตัด รวมทั้งได้รับการสนับสนุนทางจิตใจจากบุคลากรสาธารณสุขอย่างเพียงพอ ทำให้ผู้ป่วยมีความวิตกกังวลเพียงร้อยละ 4.1 จึงไม่พบความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตด้านการมองเห็น สอดคล้องกับการศึกษาของ Xio et al.²⁰ พบว่า ครอบครัวที่ได้รับการสนับสนุนช่วยลดความเครียดและภาวะซึมเศร้า แต่ไม่มีความสัมพันธ์ที่ชัดเจนกับคุณภาพชีวิต

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. ควรเน้นการติดตามและควบคุมโรคร่วมอย่างต่อเนื่อง เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจส่งผลต่อการมองเห็นซ้ำ ลดความเสี่ยงในการกลับมาผ่าตัดซ้ำ และส่งเสริมคุณภาพชีวิตหลังผ่าตัด
2. ควรมีการส่งเสริมการพัฒนาการทำกิจกรรมประจำวัน เน้นการฝึกทักษะการทำกิจกรรมประจำวันของผู้ป่วยที่มีความลำบาก โดยเฉพาะกิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับการรับรู้สีและรายละเอียด การใช้อุปกรณ์ช่วยการมองเห็น และการปรับสภาพแวดล้อมให้เหมาะสม
3. ควรมีการพัฒนาโปรแกรมให้ความรู้แก่ประชาชนเกี่ยวกับอาการเตือนของจอประสาทตาหลุดลอกเพื่อลดระยะเวลาก่อนเข้ารับการรักษา

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษาแบบติดตามผลระยะยาว (longitudinal study) เพื่อดูการเปลี่ยนแปลงของ คุณภาพชีวิตในช่วงเวลาต่างๆ หลังการผ่าตัด

2. ควรศึกษาปัจจัยอื่นที่อาจมีผลต่อคุณภาพ ชีวิตและอำนาจการทำนายของตัวแปรดังกล่าว เช่น ปัจจัยทางจิตสังคมหรือการปรับตัวของผู้ป่วย

ข้อจำกัดในการวิจัย

จากประชากรที่น้อย ส่งผลให้กลุ่มตัวอย่างมี จำนวนน้อย อาจทำให้พบความสัมพันธ์ต่ำ และจำกัด

การตรวจพบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญในบาง ปัจจัย และส่วนใหญ่กลุ่มตัวอย่างที่ได้รับการติดตาม จะได้รับการผ่าตัด 1 เดือน ทำให้ไม่สามารถ ประเมินผลระยะยาวของการฟื้นฟูการมองเห็นและ การปรับตัวของผู้ป่วยได้อย่างครอบคลุม การวิจัยนี้ เป็นการศึกษาเชิงพรรณนาในช่วงเวลาเดียว จึงไม่ สามารถสรุปเชิงเหตุผลได้แน่ชัด ข้อมูลได้จากการ รายงานตนเองของผู้ป่วยอาจมีอคติ และกลุ่มตัวอย่าง จำกัดอยู่ในพื้นที่เฉพาะ จึงไม่สามารถอ้างอิง ผลการวิจัยไปยังผู้ป่วยในบริบทอื่นได้ทั้งหมด

เอกสารอ้างอิง

1. Sultan ZN, Agorogiannis EI, Iannetta D, Steel D, Sandinha T. Rhegmatogenous retinal detachment: a review of current practice in diagnosis and management. *BMJ Open Ophthalmol.* 2020;5(1):e000474.
2. Kashyap A, Sharma KN. Retinal detachment demystified: doctor's secret guide. Virtued Press; 2023.
3. Ge JY, Teo ZL, Chee ML, Tham YC, Rim TH, Cheng CY, et al. International incidence and temporal trends for rhegmatogenous retinal detachment: a systematic review and meta-analysis. *Surv Ophthalmol.* 2024;69(3):330–6.
4. เกษร ฐิริกิจโกศล. การพยาบาลผู้ป่วยจอประสาทตาหลุดลอกที่ได้รับการผ่าตัดน้ำวุ้นตา โรงพยาบาลขอนแก่น: กรณีศึกษา 2 ราย. วารสารอนามัยสิ่งแวดล้อมและสุขภาพชุมชน. 2567;9(5):404–11.
5. โรงพยาบาลมุกดาหาร. รายงานสถิติผู้ป่วยโรคตา ประจำปีงบประมาณ 2568. มุกดาหาร: โรงพยาบาลมุกดาหาร; 2568.
6. จุฑารัตน์ เจริญไพศาล. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ที่เป็นเบาหวานขึ้นจอประสาทตาภายหลัง การผ่าตัดจอประสาทตาหลุดลอก โรงพยาบาลสังกัดกรุงเทพมหานคร. *Nurs Res Inno J.* 2565;29(2):224–35.
7. ภารดี จันทรรัตน์, ทัดนา ชูวรรณะปรกรณ์. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตด้านการมองเห็นของผู้สูงอายุ โรคต้อหิน. วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี กรุงเทพฯ. 2561;34(3):89–99.
8. Márquez-Vergara IS, Ríos-Nequis GJ, Pita-Ortiz IY, Pérez-Cano HJ, Somilleda-Ventura SA. Vision-related quality of life after surgery for vitreoretinal disorders in a Mexican population: an observational study. *Sci Rep.* 2023;13:4885.
9. Ezech EI, Etim BA, Edet B, Ezech RN, Duke RE. The influence of sociodemographic characteristics on vision-related quality of life in visually impaired patients. *Calabar J Health Sci.* 2020;4(1):27–33.
10. Schönfeld S, Kümpfel T, Mehrkens JH, Rehak M, Holz FG, Liakopoulos S. Vision-related quality of life and visual function after retinal detachment surgery. *Retina.* 2020;40(12):2335–42.
11. จันทนา เกิดบางแถม. ปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของแรงงานไทยในเขตพื้นที่ระยองเศรษฐกิจพิเศษ ภาค ตะวันออก [รายงานการวิจัย]. ชลบุรี: มหาวิทยาลัยบูรพา; 2562.

12. Castellano–Santana PR, Cabrera–López F, Martín–Alonso MDN, Flores–Jardo Y, González–Martín JM, Díaz–Ginory AM, et al. The impact of social support on postoperative recovery in retinal detachment surgery. *Medicina (Kaunas)*. 2025;61(2):273.
13. Kang JJ, Lentsch EJ, Rao RC, Derksen PW, Cai F, Miller JB. Post–operative complications and visual outcomes in retinal detachment surgery: a systematic review. *Int Ophthalmol*. 2023;43(5):1825–42.
14. Cohen J. Statistical power analysis for the behavioral sciences. 2nd ed. Hillsdale (NJ): Lawrence Erlbaum Associates; 1988.
15. Schaefer C, Coyne JC, Lazarus RS. The health–related functions of social support. *J Behav Med*. 1981;4:381–406.
16. รัตน์ศิริ ทาโต. การวิจัยทางพยาบาลศาสตร์: แนวคิดสู่การประยุกต์ใช้. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2561.
17. กระทรวงสาธารณสุข. คู่มือมาตรฐานกลางประเมินความสามารถตามประเภทความพิการและให้รหัส ICF. นนทบุรี: สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข; 2555.
18. ธนา นิลชัยโกวิทย์, มาโนช หล่อตระกูล, อุมารณ ไพศาลสุทธิเดช. การพัฒนาแบบสอบถาม Hospital Anxiety and Depression Scale ฉบับภาษาไทยในผู้ป่วยโรคมะเร็ง. *วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย*. 2539;41(1):18–30.
19. ชูติมาภรณ์ ไชยสงค์, นุจรี ประทีปวณิช จอห์น, สมเกียรติ อัครภูริกรณ์. คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ: การประเมินและการนำไปใช้. ขอนแก่น: โรงพิมพ์มหาวิทยาลัยขอนแก่น; 2552.
20. Xia C, Wei T, Tang Q, Zheng H, Sun M, Chen G, Lv J. Anxiety, depression, quality of life, and family support among family caregivers of children with disabilities. *Int J Gen Med*. 2023;16:5063–75.

ผลของโปรแกรมการจัดการตนเองต่อพฤติกรรมการป้องกันภาวะน้ำเกิน และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยล้างไตทางช่องท้อง

อัญญาณี ฮองตัน¹เนาวรัตน์ เสนาไชย²มงคล วารีย์¹นภลัย แสงโพธิ์¹

บทคัดย่อ

ภาวะน้ำเกินเป็นภาวะแทรกซ้อนที่พบบ่อยและเป็นหนึ่งในสาเหตุที่ทำให้ต้องเปลี่ยนวิธีการรักษาด้วยวิธีอื่นในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ล้างไตทางช่องท้อง การวิจัยกึ่งทดลองแบบกลุ่มเดียววัดผลก่อนและหลังการทดลองนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการจัดการตนเองต่อพฤติกรรมการป้องกันภาวะน้ำเกินและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยล้างไตทางช่องท้อง กลุ่มตัวอย่างคือผู้ป่วยล้างไตทางช่องท้องที่มารับบริการ ณ โรงพยาบาลวานรนิวาส จำนวน 30 คน คัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยได้แก่ โปรแกรมการจัดการตนเองระยะเวลา 8 สัปดาห์ ประกอบด้วยการติดตามตนเอง การประเมินตนเอง และการให้แรงเสริมตนเอง เครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูลได้แก่แบบประเมินพฤติกรรมการจัดการตนเองและแบบประเมินคุณภาพชีวิต 9-THAI ซึ่งผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา เท่ากับ 0.98 และค่าความเชื่อมั่นสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ 0.83 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนาและเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยโดยใช้สถิติ Paired t-test

ผลการวิจัยพบว่า ภายหลังได้รับโปรแกรม กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการจัดการตนเองสูงขึ้น ($\bar{X} = 187.73$, $SD = 8.15$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 38.23$, $p < .01$) เมื่อเปรียบเทียบกับก่อนได้รับโปรแกรม ($\bar{X} = 118.9$, $SD = 7.71$) และคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตโดยรวมภายหลังได้รับโปรแกรม ($\bar{X} = 89.69$, $SD = 15.08$) สูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรม ($\bar{X} = 32.10$, $SD = 35.69$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 8.99$, $p < .01$)

โปรแกรมการจัดการตนเองสามารถช่วยส่งเสริมทักษะการจัดการตนเองในการป้องกันภาวะน้ำเกินและยกระดับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยล้างไตทางช่องท้องได้อย่างมีประสิทธิภาพ

คำสำคัญ: การจัดการตนเอง, ภาวะน้ำเกิน, การล้างไตทางช่องท้อง, คุณภาพชีวิต

วันที่รับบทความ

13 มกราคม 2569

วันที่ได้รับบทความฉบับแก้ไข

2 เมษายน 2569

วันที่ตอบรับบทความ

22 เมษายน 2569

โรงพยาบาลวานรนิวาส จังหวัดสกลนคร

²วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครพนม มหาวิทยาลัยนครพนม, ผู้ประสานการส่งบทความต้นฉบับ, จดหมายอิเล็กทรอนิกส์;

naovarot.se@gmail.com; โทร. 086-4097402

Effects of a self – management program on volume overload prevention behaviors and quality of life among peritoneal dialysis patients

Anyanee Hongton¹

Naovarat Senachai²

Mongkhon Waree¹

Napalai Sangpho¹

Abstract

Fluid overload is a common complication which its one of the major causes of peritoneal dialysis technique failure, leading to the need to transition to alternative renal replacement therapies. This quasi – experimental study employed a one–group pretest–posttest design to evaluate the effects of a self–management program on volume overload prevention behaviors and quality of life (QoL) among PD patients. The sample consisted of 30 PD patients at Wanorn Niwat Hospital, selected through purposive sampling. The 8–week self–management program comprised three components: self–monitoring, self–evaluation, and self–reinforcement. Data collection instruments included a self–management behavior assessment and the 9–THAI QoL questionnaire, with a content validity index of 0.98 and a Cronbach’s alpha coefficient of 0.83 Data analysis was performed using descriptive statistics and paired t–test.

The results revealed that the mean scores for self–management behaviors ($\bar{X}$ = 187.73, SD = 8.15) were significantly higher than baseline ($\bar{X}$ = 118.9, SD = 7.71) (t = 38.23, p < .01). Additionally, the mean score of QoL increased significantly from $\bar{X}$ = 32.10 (SD = 35.69) at baseline to $\bar{X}$ = 89.69 (SD = 15.08) after participating in the program (t = 8.99, p < .01).

These findings suggest that the self–management program effectively improves volume overload prevention behaviors and enhances the quality of life among PD patients

Keywords: Self–management, Volume Overload, Peritoneal Dialysis, Quality of Life

Received
13 January 2026

Revised
2 April 2026

Accepted
22 April 2026

¹Wanorn Niwat Hospital, Sakon Nakhon Province.

²Boromarajonani College of Nursing, Nakhon Phanom, Nakhon Phanom University, Corresponding author e–mail: naovarat.se@gmail.com; Tel .086–409740

บทนำ

การล้างไตทางช่องท้อง (Peritoneal Dialysis: PD) เป็นวิธีการบำบัดทดแทนไต (Renal Replacement Therapy: RRT) อีกวิธีหนึ่งที่ได้รับการนิยมน้อยกว่าหลายในปัจจุบันของผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายเพื่อยืดอายุให้ยืนยาวขึ้นและเพื่อบรรเทาความทุกข์ทรมานจากอาการคุกคามต่างๆ การล้างไตทางช่องท้องมี 2 วิธี ได้แก่การล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่อง (Continuous Ambulatory Peritoneal Dialysis: CAPD) และการล้างไตทางช่องท้องโดยใช้เครื่องอัตโนมัติ (Automated Peritoneal Dialysis: APD)¹ ข้อดีของวิธีการนี้คือ สามารถกำจัดของเสียออกจากร่างกาย ผู้ป่วยและญาติสามารถดำเนินการได้เองที่บ้าน ประหยัดค่าเดินทาง ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันและปฏิบัติงานได้ตามปกติ ไม่ต้องพึ่งเครื่องมือพิเศษจึงสามารถเดินทางไปในที่ต่าง ๆ ได้ สามารถรับประทานอาหารได้เกือบเหมือนคนปกติ เพราะมีการล้างของเสียออกตลอดเวลา ส่วนข้อจำกัดของวิธีการนี้คือ ผู้ป่วยที่มีปัญหาในช่องท้องหรือขาดผู้ดูแล² เนื่องจาก ผู้ป่วยหรือญาติต้องเปลี่ยนน้ำยาล้างไตเองที่บ้าน หากขาดการดูแลที่ถูกต้องมักนำไปสู่ภาวะแทรกซ้อนที่สำคัญคือเยื่อช่องท้องอักเสบจากการติดเชื้อหรือภาวะน้ำเกิน³ ซึ่งเป็นปัญหาทางคลินิกที่พบบ่อยและมีความรุนแรงส่งผลต่อการเสียชีวิต

ภาวะน้ำเกิน (Volume Overload) เป็นสาเหตุสำคัญของการเจ็บป่วยและการสิ้นสุดการล้างไตทางช่องท้องรองจากภาวะติดเชื้อเยื่อช่องท้อง ซึ่งเป็นภาวะที่ปริมาตรนํ้านอกเซลล์เพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว⁴ สาเหตุหลักเกิดจากการได้รับโซเดียมและน้ำเกินความจำเป็น ไตสูญเสียความสามารถในการขจัดนํ้าส่วนเกินเนื่องจากการดำเนินโรค และปัจจัยสำคัญด้านพฤติกรรมคือความไม่ร่วมมือในการรักษา (Non-adherence) เช่น การใส่นํ้ายาล้างไตในช่องท้องนานเกิน 8 ชั่วโมง ส่งผลให้เกิดการ

ดูดซึมนํ้ากลับเข้าสู่ร่างกาย รวมถึงการไม่จำกัดอาหารรสเค็มและน้ำดื่มตามแผนการรักษา⁵⁻⁶ ภาวะน้ำเกินที่เรื้อรังจะนำไปสู่ความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ ภาวะหัวใจล้มเหลว และภาวะน้ำท่วมปอด ซึ่งส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตทั้งด้านร่างกายและจิตใจ รวมถึงเป็นสาเหตุของความล้มเหลวทางเทคนิค (Technical Failure) ที่บีบบังคับให้ผู้ป่วยต้องเปลี่ยนไปฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมแทน⁷⁻⁸

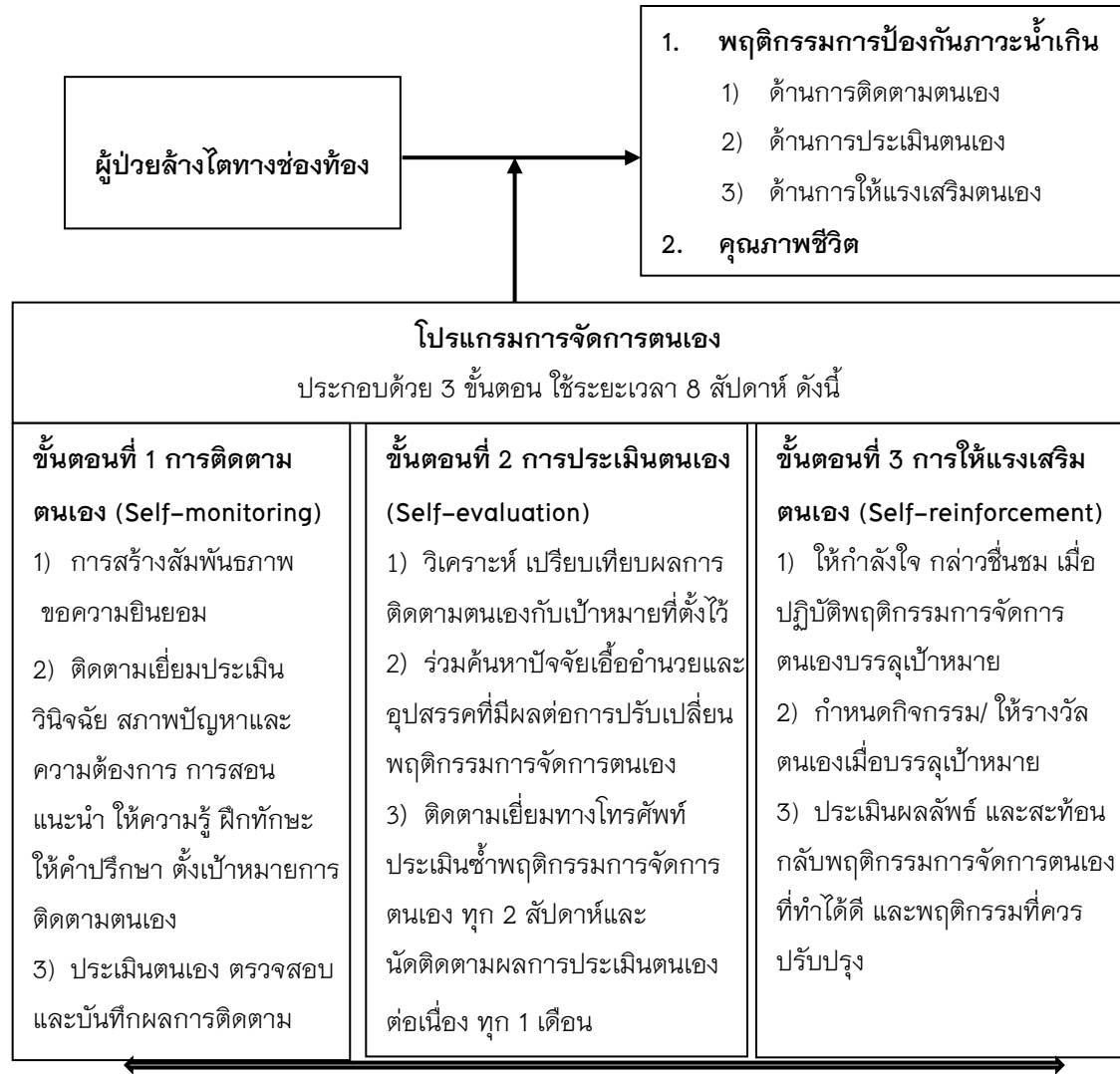
จากการศึกษาในต่างประเทศพบภาวะน้ำเกินในผู้ป่วยล้างไตทางช่องท้องร้อยละ 48-53⁹⁻¹⁰ สำหรับประเทศไทยพบว่าภาวะน้ำเกินสูงถึงร้อยละ 65¹¹ สำหรับข้อมูลหน่วยไตเทียม โรงพยาบาลวชิรพยาบาล ปี 2564 – 2566 มีผู้ป่วยล้างไตทางช่องท้องมารับบริการ จำนวน 39, 27 และ 59 ราย ตามลำดับ ผู้ป่วยมีภาวะน้ำเกินจำนวน 5, 3 และ 2 ราย ตามลำดับ ส่วนผู้ป่วยนอกที่เข้ารับการติดตามการรักษาต่อเนื่องทุกเดือน พบภาวะน้ำเกินเล็กน้อย จำนวน 10, 7 และ 7 ราย ตามลำดับ มีประวัติใช้นํ้ายาล้างไตที่มีความเข้มข้นของนํ้าตาล 4.25 % อย่างน้อย 1 รอบ/ วัน นํ้ายาที่ปล่อยออกมามีกลิ่นปนทำให้เกิดปัญหาการไหลเข้า – ออกของนํ้ายาล้างไตช้ากว่าปกติ ขาดสมดุลของนํ้ายาต่อวัน และมักพบอุบัติเหตุการเกิดภาวะน้ำเกินร่วมกับเกิดการติดเชื้อเยื่อช่องท้อง ส่วนใหญ่เป็นผู้ป่วยที่มีประวัติการล้างไตทางช่องท้องนานเกิน 2 ปีขึ้นไป ซึ่งมักขาดความตระหนักในการจัดการสุขภาพตนเอง ขาดการประเมินและสังเกตอาการบวม ไม่บันทึกข้อมูลความสมดุลสารนํ้าประจำวัน ไม่ทราบปริมาณนํ้าที่ควรดื่มต่อวัน ขาดการชั่งนํ้าหนักเมื่อนํ้ายาล้างไตไหลออกช้า หรือขาดความสมดุลจนเกิดภาวะน้ำเกิน นํ้ายาล้างไตขาดสมดุลมากขึ้นผู้ป่วยและครอบครัวไม่สามารถประเมินได้ ไม่ขอความช่วยเหลือจากเจ้าหน้าที่ ไม่ทราบวิธีจัดการตนเองให้ถูกต้อง ปรับเปลี่ยนปริมาตรและความเข้มข้นของนํ้ายาล้างไตเอง จนเกิดภาวะน้ำเกินระดับรุนแรง นํ้าหนักตัวเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว มีอาการหายใจเหนื่อย นอนราบ

ไม่ได้ ครอบครัวตัดสินใจเข้ารับการรักษาล่าช้า และมักได้รับการรักษาในหอผู้ป่วยหนัก ใช้ระยะเวลารักษาในโรงพยาบาลนาน ผู้ป่วยและครอบครัวเกิดความเครียดกังวลเกี่ยวกับการเจ็บป่วย กลัวเสียชีวิต หากผลการรักษาไม่ตอบสนองต่อยา มักได้รับการส่งต่อการรักษาไปโรงพยาบาลที่มีศักยภาพสูงกว่า จนกระทั่งต้องยุติการรักษาด้วยการล้างไตทางช่องท้อง และเปลี่ยนวิธีการบำบัดรักษาด้วยการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมแทน¹ แม้โรงพยาบาลจะมีการติดตามอย่างต่อเนื่องแต่ข้อจำกัดด้านบุคลากรเฉพาะทางและความซับซ้อนของโรคยังคงเป็นอุปสรรคสำคัญในการดูแล

การจัดการตนเอง (Self-management) เป็นความรับผิดชอบของบุคคลต่อพฤติกรรมสุขภาพตนเอง พยาบาลมีบทบาทสำคัญในการช่วยส่งเสริมให้ผู้ป่วยเกิดกระบวนการเรียนรู้ โดยเน้นการพัฒนากระบวนการคิด การรับรู้และทัศนคติของผู้ป่วยในการประเมินสถานการณ์ปัญหา เรียนรู้และยอมรับที่จะเผชิญและแก้ไขปัญหาด้วยตนเอง แนวคิดการจัดการตนเองของแคนเฟอร์และกาลิค-บายส์¹² ประกอบด้วยกระบวนการ 3 ขั้นตอน ได้แก่ 1) การติดตามตนเอง (Self-monitoring) เพื่อตรวจสอบพฤติกรรม ได้แก่ การบันทึกสมุดจดน้ำยารายวัน การล้างไตทางช่องท้อง การใช้ยา และการบริโภคอาหารรสเค็ม 2) การประเมินตนเอง (Self-evaluation) เพื่อเปรียบเทียบกับเป้าหมายที่ตั้งไว้ ได้แก่ ผลการบันทึกสมุดจดน้ำยา ผลการประเมินอาการและอาการแสดงของภาวะน้ำเกิน และ 3) การให้แรงเสริมตนเอง (Self-reinforcement) เพื่อกระตุ้นให้เกิดพฤติกรรมปฏิบัติที่ถูกต้องให้คงไว้อย่างต่อเนื่องและปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่ไม่ถูกต้อง

ดังนั้นผู้วิจัยโดยเน้นการพัฒนาทักษะการวินิจฉัยภาวะน้ำเกินเบื้องต้น การควบคุมโซเดียม และการคำนวณปริมาณน้ำดื่มที่เหมาะสมต่อวัน (ปริมาณน้ำ 500 มิลลิลิตร บวกปัสสาวะ 24 ชั่วโมง และบวกลบกำไรรายา)¹³

จากการทบทวนวรรณกรรมและปัญหาที่พบในหน่วยงาน พบว่าการศึกษาส่วนใหญ่มุ่งเน้นการป้องกันการติดเชื้อทั่วไป ยังขาดความเฉพาะเจาะจงต่อการจัดการภาวะน้ำเกิน และมุ่งเน้นการให้ความรู้มากกว่าการฝึกทักษะการตัดสินใจในภาวะวิกฤต ผู้วิจัยจึงพัฒนาโปรแกรมการจัดการตนเองโดยประยุกต์ใช้แนวคิดการจัดการตนเองของแคนเฟอร์ และกาลิค-บายส์ ในการสนับสนุนให้ผู้ป่วยล้างไตทางช่องท้องได้เสริมสร้างทักษะการจัดการตนเองในการป้องกันภาวะน้ำเกิน การประเมินและคำนวณสารน้ำ สามารถสังเกตและประเมินภาวะน้ำเกินด้วยตนเองจากอาการบวม น้ำหนักตัวที่เพิ่มขึ้น ระดับความดันโลหิต และสามารถจัดการตนเองในการแก้ไขภาวะน้ำเกินเบื้องต้นได้ถูกต้อง และปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการป้องกันการเกิดภาวะน้ำเกิน เช่น การจำกัดน้ำดื่มและอาหารที่มีเกลือโซเดียม การปรับความเข้มข้นของน้ำยาล้างไตเพื่อปรับสมดุลของสารน้ำในร่างกายให้เหมาะสม การขอความช่วยเหลือและสนับสนุนด้านต่างๆ จากบุคลากร นอกจากการให้ความรู้ในการป้องกันการติดเชื้อเยื่อช่องท้อง เพื่อช่วยส่งเสริมความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันได้ตามภาวะสุขภาพ มีคุณภาพชีวิตที่ดี ลดอัตราการเจ็บป่วยที่ต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ลดค่าใช้จ่ายในการรักษา และลดอัตราการเสียชีวิต โดยมีการอบแนวคิดในการศึกษาดังแผนภาพที่ 1



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมการป้องกันภาวะน้ำเกินของผู้ป่วยล้างไตทางช่องท้องก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการจัดการตนเอง
2. เพื่อเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยล้างไตทางช่องท้องก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการจัดการตนเอง

สมมติฐานการวิจัย

1. ภายหลังได้รับโปรแกรมการจัดการตนเอง ผู้ป่วยล้างไตทางช่องท้องมีค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการป้องกันภาวะน้ำเกินสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรม
2. ภายหลังได้รับโปรแกรมการจัดการตนเอง ผู้ป่วยล้างไตทางช่องท้องมีค่าเฉลี่ยคะแนนคุณภาพชีวิตสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรม

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษานี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) แบบกลุ่มเดียววัดผลก่อนและหลังการทดลอง (One-group pretest-posttest design) โดยประชากรคือผู้ป่วยล้างไตทางช่องท้องที่อาศัยอยู่ในเขตอำเภовารนาฬิก จังหวัดสกลนคร ณ โรงพยาบาลวารนาฬิก จังหวัดสกลนคร กลุ่มตัวอย่างคือผู้ป่วยล้างไตทางช่องท้องที่เข้ามารับบริการที่หน่วยไตเทียม โรงพยาบาลวารนาฬิก ในช่วงเดือนมีนาคม ถึง กรกฎาคม 2568 จำนวน 30 ราย คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive sampling) โดยมีคุณสมบัติตามเกณฑ์กำหนด (Inclusion criteria) ดังนี้ 1) อายุ 20 ปีขึ้นไป 2) ผู้ป่วยล้างไตทางช่องท้อง 6 เดือนขึ้นไป อยู่ในเขตอำเภовารนาฬิก จังหวัดสกลนคร 3) เป็นผู้ที่ไม่เคยได้รับการรักษาภาวะติดเชื้อเยื่อช่องท้อง หรือ ภาวะน้ำเกิน ภายในระยะเวลา 1 เดือนที่ผ่านมา 4) มีสติสัมปชัญญะดี สามารถอ่าน พูด ฟังและสื่อสารให้ข้อมูลได้ 5) สม่ครใจและยินยอมเข้าร่วมการศึกษา

เกณฑ์การคัดออก (Exclusion criteria) คือ 1) ไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมตลอดการวิจัยจนครบทุกขั้นตอน 2) มีการเจ็บป่วยรุนแรง หรือมีโรคติดต่อที่มีผลต่อการรักษา เช่น การติดเชื้อเยื่อช่องท้อง โรคโควิด-19 วัณโรค หรือโรคเมะเร็งระยะสุดท้าย 3) ผู้ป่วยล้างไตทางช่องท้อง ที่ไม่อยู่ในเขตอำเภовารนาฬิก จังหวัดสกลนคร

เกณฑ์การยกเลิกจากการศึกษา (Discontinuation Criteria) คือ 1) ผู้ที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้องขอยกเลิกการเข้าร่วมการศึกษาในภายหลัง 2) ผู้ที่เปลี่ยนวิธีการรักษา หรือเสียชีวิตในระหว่างดำเนินการศึกษา 3) ผู้ที่ย้ายออกจากพื้นที่การวิจัย คำนวณกลุ่มตัวอย่างจากโปรแกรม G* power เลือก means: difference from constant (one sample case) เลือกการทดสอบทางเดียว กำหนดค่าอิทธิพล (effect size) จากค่ามาตรฐานกลาง

ได้เท่ากับ 0.50 ค่าความคลาดเคลื่อน (α) เท่ากับ 0.05 และค่ากำลังการทดสอบ (power) เท่ากับ 0.80 ได้กลุ่มตัวอย่าง 27 คน และเพื่อป้องกันการถอนตัว (Drop-out) ของกลุ่มตัวอย่างระหว่างการทดลอง ผู้วิจัยจึงกำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่างเพิ่มขึ้นอีกร้อยละ 10 (2.7 คน) รวมเป็นกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 30 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ ประกอบด้วย เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล และเครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย ดังนี้

1. เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย

ประกอบด้วย โปรแกรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยล้างไตทางช่องท้อง และคู่มือการป้องกันภาวะน้ำเกิน ดังนี้

1.1) โปรแกรมการจัดการตนเอง เป็น

กระบวนการพัฒนาทักษะ ความรู้ ความสามารถในการจัดการสุขภาพตนเองเพื่อป้องกันภาวะน้ำเกินของผู้ป่วยล้างไตทางช่องท้อง โดยประยุกต์ใช้แนวคิดการจัดการตนเอง ของแคนเฟอร์ และ กาลิค บายส์ โปรแกรมการจัดการตนเองมีระยะเวลา 8 สัปดาห์ โดยจัดกิจกรรมทุก 2 สัปดาห์ ครั้งละ 60 นาที กิจกรรมโปรแกรมการจัดการตนเองประกอบด้วย 3 ขั้นตอนดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 การติดตามตนเอง (Self - monitoring) ได้แก่ 1) การสร้างสัมพันธภาพ ขอความยินยอม (สัปดาห์ที่ 1 ระยะเวลา 30 นาที) 2) ติดตามเยี่ยมประเมิน วินิจฉัย สภาพปัญหาและความต้องการ แนะนำ สอนให้ความรู้เกี่ยวกับอาหาร น้ำดื่ม เกลือ โซเดียม ยา น้ำหนัก ขั้นตอนการเปลี่ยนน้ำยาล้างไตทางช่องท้อง และการฝึกทักษะ ทบทวนการบันทึกสมุดจด น้ำยาและการบันทึกสมดุลของน้ำยา ให้คำปรึกษา และตั้งเป้าหมายการติดตามตนเอง (สัปดาห์ที่ 2 ระยะเวลา 40 นาที) 3) ฝึกทักษะการประเมินตนเอง ตรวจสอบและบันทึกผลการติดตามตนเองตามแบบบันทึก (สัปดาห์ที่ 2 ระยะเวลา 20 นาที)

ขั้นตอนที่ 2 การประเมินตนเอง (Self – evaluation) ได้แก่ 1) วิเคราะห์ เปรียบเทียบผลการติดตามตนเองกับค่าเป้าหมายที่ตั้งไว้ (สัปดาห์ที่ 4,6,8 ระยะเวลา 10-15 นาที) 2) ร่วมค้นหาปัจจัยที่มีผลต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมจัดการตนเอง (สัปดาห์ที่ 4,6,8 ระยะเวลา 10-15 นาที) 3) ติดตามเยี่ยมทางโทรศัพท์ ประเมินซ้ำพฤติกรรมจัดการตนเอง ทุก 2 สัปดาห์ และนัดติดตามผลการประเมินตนเอง ต่อเนื่องทุก 1 เดือน ในสัปดาห์ที่ 4 และสัปดาห์ที่ 8 ระยะเวลา 5-15 นาที

ขั้นตอนที่ 3 การให้แรงเสริมตนเอง (Self – reinforcement) ได้แก่ 1) การเสริมสร้างแรงจูงใจ ให้กำลังใจ กล่าวชื่นชม เมื่อปฏิบัติพฤติกรรมจัดการตนเองบรรลุเป้าหมาย (สัปดาห์ที่ 4,6,8 ระยะเวลา 10 นาที) 2) กำหนดกิจกรรม/ ให้รางวัลตนเองเมื่อบรรลุเป้าหมายตามความคาดหวังตนเอง (สัปดาห์ที่ 4,6,8 ระยะเวลา 5-10 นาที) 3) ประเมินผลลัพธ์ และสะท้อนกลับพฤติกรรมจัดการตนเองที่ทำได้ดี และพฤติกรรมที่ควรปรับปรุง (สัปดาห์ที่ 4,6,8 ระยะเวลา 10 นาที)

1.2) คู่มือการจัดการตนเองเพื่อป้องกันภาวะน้ำเกินของผู้ป่วยล้างไตทางช่องท้อง เป็นคู่มือที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม เนื้อหาประกอบด้วย กิจกรรมที่ 1) การติดตามตนเอง เกี่ยวกับการบันทึกข้อมูลสมดุลดื่มน้ำและการบันทึกสมดุลน้ำยาต่อวัน กิจกรรมที่ 2) การประเมินตนเองเกี่ยวกับภาวะน้ำเกิน อาการผิดปกติ การแก้ไขปัญหาเบื้องต้น และช่องทางการขอความช่วยเหลือ และกิจกรรมที่ 3) การให้แรงเสริมตนเองเกี่ยวกับการตั้งเป้าหมายและการให้รางวัลตนเองเมื่อบรรลุเป้าหมาย

2. เครื่องมือที่ใช้เก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย
แบบประเมินพฤติกรรมป้องกันภาวะน้ำเกินของผู้ป่วยล้างไตทางช่องท้อง โดยใช้แบบประเมินก่อน

การศึกษาในสัปดาห์ที่ 1 และหลังการศึกษาในสัปดาห์ที่ 8 แบ่งออกเป็น 3 ส่วน ได้แก่

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป ประกอบด้วยข้อมูลเกี่ยวกับ เพศ อายุ สถานภาพสมรส สถานะในครอบครัว ระดับการศึกษา ศาสนา อาชีพ สิทธิการรักษา รายได้เฉลี่ยของครอบครัว โรคประจำตัว อื่น ๆ ระยะเวลาการล้างไต รูปแบบการล้างไต ประวัติการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลด้วยภาวะน้ำเกิน ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน และ ผู้ทำหน้าที่เปลี่ยนถ่ายน้ำยา

ส่วนที่ 2 แบบประเมินพฤติกรรมจัดการตนเองเพื่อป้องกันภาวะน้ำเกิน ซึ่งผู้วิจัยพัฒนาขึ้น โดยประยุกต์ใช้แนวคิดการจัดการตนเองของแคนเฟอร์ และกาลิค-บายส์ โดยใช้แบบประเมินก่อนการศึกษาในสัปดาห์ที่ 1 และหลังการศึกษาในสัปดาห์ที่ 8 การให้คะแนนโดยภาพรวม แบบประเมินมีลักษณะคำตอบ 5 ระดับ ได้แก่ ประจำ = 5 คะแนน บ่อยครั้ง = 4 คะแนน ปานกลาง = 3 คะแนน บางครั้ง = 2 คะแนน และไม่เคย = 1 คะแนน เกณฑ์การแบ่งคะแนนเป็นแบบอิงเกณฑ์ 3 ระดับ ได้แก่ ระดับดี (ร้อยละ 80 ขึ้นไป) ปานกลาง (ร้อยละ 60-79) และต่ำ (น้อยกว่าร้อยละ 60) แบบประเมินพฤติกรรมจัดการตนเองเพื่อป้องกันภาวะน้ำเกินประกอบด้วย

1) แบบสัมภาษณ์พฤติกรรมจัดการตนเองด้านการติดตามตนเองโดยรวม จำนวน 25 ข้อ ประกอบด้วย 1) การบันทึกสมดุลดื่มน้ำรายวัน จำนวน 5 ข้อ 2) การล้างไตทางช่องท้อง จำนวน 5 ข้อ 3) การใช้ยา จำนวน 5 ข้อ และ 4) การบริโภคอาหารรสเค็มในชีวิตประจำวัน จำนวน 10 ข้อ ลักษณะคำตอบมี 5 ระดับ ได้แก่ ประจำ บ่อยครั้ง ปานกลาง บางครั้ง และไม่เคย

2) แบบสัมภาษณ์พฤติกรรมจัดการตนเองด้านการประเมินตนเอง พัฒนาโดยผู้วิจัย จำนวน 15 ข้อ แบ่งเป็น 2 ส่วนย่อย ได้แก่ ผลการบันทึกสมดุลดื่มน้ำ จำนวน 5 ข้อ เป็นแบบเลือกตอบ ถูก = 1 คะแนน

ไม่ถูก = 0 คะแนน แบ่งช่วงคะแนนเป็น 3 ระดับ ได้แก่ ระดับต่ำ (น้อยกว่าร้อยละ 60) ปานกลาง (ร้อยละ 60-79) และดี (ร้อยละ 80 ขึ้นไป) และผลการประเมินอาการ/อาการแสดงของภาวะน้ำเกิน จำนวน 10 ข้อ ลักษณะคำตอบมี 5 ระดับ ได้แก่ ประจำ บ่อยครั้ง ปานกลาง บางครั้ง และไม่เคย

3) แบบประเมินพฤติกรรมการจัดการตนเอง ด้านการให้แรงเสริมตนเอง จำนวน 10 ข้อ ลักษณะคำตอบมี 5 ระดับ ได้แก่ ประจำ บ่อยครั้ง ปานกลาง บางครั้ง และไม่เคย

ส่วนที่ 3 แบบประเมินคุณภาพชีวิต 9-THAI พัฒนาโดยวิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียร และคณะ มีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคที่ 0.80¹⁴ จำนวน 9 ข้อ ลักษณะคำตอบ มี 5 ระดับ ได้แก่ ไม่มีเลย เล็กน้อย ปานกลาง รุนแรง และ รุนแรงมาก แบ่งเป็น ข้อที่ 1 - 4 ประเมินด้านสุขภาพกาย และ ข้อ 5 - 7 ประเมินด้านสุขภาพใจ ข้อ 8-9 ประเมินคุณภาพโดยรวม ค่าคะแนนที่ได้นำไปเปรียบเทียบกับตารางแปลงคะแนนรวมเป็นคะแนนมาตรฐานสุขภาพกายและสุขภาพใจโดยแบ่งค่าคะแนนมาตรฐานตามเพศและอายุ

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ผู้วิจัยนำเครื่องมือที่ผ่านการตรวจสอบโครงสร้างของเนื้อหา สอดคล้องของข้อคำถาม กับทฤษฎีหรือนิยามเชิงปฏิบัติการ ความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน มาปรับปรุงแก้ไขตามคำแนะนำ ได้แก่ โปรแกรมฯ แบบสอบถามพฤติกรรมกรรมการจัดการตนเองและแบบประเมินคุณภาพชีวิต 9-Thai ได้ค่าความตรงตามเนื้อหา (Content Validity Index: CVI) เท่ากับ 0.98 แล้วนำไปทดลองใช้กับผู้ป่วยที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้องที่มีคุณสมบัติใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 15 คน เพื่อประเมินความเป็นไปได้ด้านความหมาย สำนวนภาษา ความเข้าใจคำถามแต่ละข้อ ก่อนนำไปใช้จริง นำคะแนนที่ได้มาคำนวณหาค่าความเที่ยง โดยใช้

สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ .83

ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล (Data Collection Procedures)

ผู้วิจัยดำเนินการเก็บข้อมูลโดยมีขั้นตอนดังนี้

1. ขั้นเตรียมการ

ผู้วิจัยศึกษาข้อมูลและทบทวนวรรณกรรม เขียนโครงร่างการวิจัย ยื่นแบบเสนอขอรับการพิจารณาด้านจริยธรรมในมนุษย์ต่อคณะกรรมการวิจัยมนุษย์จังหวัดสกลนคร หลังจากผ่านการอนุมัติแล้วผู้วิจัยเข้าพบผู้อำนวยการโรงพยาบาล หัวหน้ากลุ่มการพยาบาลเพื่อชี้แจงรายละเอียดการวิจัย และขออนุญาตดำเนินการวิจัย เตรียมผู้ช่วยวิจัย 2 คน ในการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยอธิบายวัตถุประสงค์การวิจัย ขั้นตอนและวิธีการเก็บข้อมูล วิธีการใช้เครื่องมือและทำความเข้าใจก่อนเก็บข้อมูล และคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามคุณลักษณะที่กำหนด

2. ขั้นตอนดำเนินการและการเก็บรวบรวม

ข้อมูล ผู้วิจัยสร้างสัมพันธภาพ ชี้แจงวัตถุประสงค์และรายละเอียดของขั้นตอนการดำเนินการวิจัยให้กลุ่มตัวอย่าง และลงนามยินยอมเข้าร่วมการวิจัย ผู้ช่วยวิจัยบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล ประเมินพฤติกรรมกรรมการป้องกันภาวะน้ำเกิน และคุณภาพชีวิตตามแบบประเมิน หลังจากนั้นผู้วิจัยดำเนินการตามโปรแกรมฯ โดยมีรายละเอียดดังนี้

สัปดาห์ที่ 1 ประเมินสภาพปัญหาและความ

ต้องการของผู้ป่วยที่คัดเลือกผู้เข้าร่วมวิจัยที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้ ชี้แจงวัตถุประสงค์ ประเมินสถานการณ์ปัญหาและความต้องการรายบุคคล ก่อนการทดลอง โดยใช้แบบประเมินคุณภาพชีวิต 9 - Thai และ แบบประเมินพฤติกรรมกรรมการป้องกันภาวะน้ำเกินของผู้ป่วยล้างไตทางช่องท้องที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น ได้แก่ แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป แบบสัมภาษณ์พฤติกรรมกรรมการจัดการตนเองในการป้องกันภาวะน้ำเกิน เก็บรวบรวม

ข้อมูลด้วยวิธีการสอบถาม การสนทนา การสัมภาษณ์ และการสังเกตพฤติกรรมใช้เวลาในการประเมิน รายละเอียดไม่เกิน 60 นาที

สัปดาห์ที่ 2 ร่วมวิเคราะห์ผลการประเมินสะท้อนข้อมูลที่ได้จากการประเมินก่อนการศึกษา วางแผนและปฏิบัติตามโปรแกรมการจัดการตนเอง เพื่อให้ผู้ป่วยมีทักษะความรู้ ความสามารถ ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมจัดการตนเองที่บ้านได้ถูกต้องเหมาะสม โดยดำเนินกิจกรรมตามโปรแกรมการจัดการตนเองตามขั้นตอนที่ 1, 2 และ 3 ทุก 2 สัปดาห์ ใช้เวลา 60 นาที

สัปดาห์ที่ 4 ติดตามการรักษาต่อเนื่องที่โรงพยาบาล ประเมินสถานการณ์ปัญหาความต้องการสถานะสุขภาพและผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการสะท้อนผลการจัดการตนเองที่บ้านจากแบบบันทึกปฏิบัติการพยาบาลด้วยการสอน ให้ข้อมูลความรู้ ให้คำปรึกษาแนะนำ สนับสนุนการมีส่วนร่วมของครอบครัว เสริมสร้างแรงจูงใจ ให้กำลังใจ กล่าวชื่นชม ร่วมตั้งเป้าหมายการจัดการตนเองใหม่ ส่งเสริมการพัฒนาทักษะ ความรู้ความสามารถในการจัดการตนเองเรื่องอาหาร เกลือโซเดียม น้ำ ยา การบันทึกสมุดจดน้ำยา และการบันทึกสมุดของน้ำยา ให้บรรลุเป้าหมายยิ่งขึ้น ใช้เวลาไม่เกิน 60 นาที

สัปดาห์ที่ 6 กำกับติดตามประเมินสถานการณ์ปัญหาความต้องการ ติดตามเยี่ยมทางโทรศัพท์ ปฏิบัติการพยาบาลเพื่อให้การปรึกษาและแก้ไขปัญหาการพัฒนาทักษะ ความรู้ความสามารถในการจัดการตนเอง ให้การดูแลช่วยเหลือตามสถานการณ์ปัญหาของแต่ละบุคคล ให้กำลังใจ เสริมสร้างแรงจูงใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมให้เหมาะสม ใช้เวลาไม่เกิน 10 นาที

สัปดาห์ที่ 8 การติดตามประเมินผลลัพธ์หลังได้รับโปรแกรมการจัดการตนเอง โดยใช้แบบประเมินคุณภาพชีวิต 9 – Thai และ แบบประเมินพฤติกรรมการป้องกันภาวะน้ำเกินของผู้ป่วยล้างไตทางช่องท้อง ที่ได้

จากการสอบถาม การสัมภาษณ์ การเยี่ยมทางโทรศัพท์ ยุติการปฏิบัติการพยาบาล นำข้อมูลที่ได้มาสรุปและวิเคราะห์ผลลัพธ์ทั้งเชิงคุณภาพและเชิงปริมาณต่อไป ใช้เวลาไม่เกิน 60 นาที

ผู้ช่วยวิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลหลังการศึกษาในสัปดาห์ที่ 8 เมื่อการเก็บข้อมูลสิ้นสุดลง ผู้วิจัยกล่าวขอบคุณและยุติสัมพันธภาพ

การวิเคราะห์ข้อมูล (Data Analysis)

วิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป

1. ข้อมูลทั่วไปและพฤติกรรมจัดการตนเองวิเคราะห์โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมป้องกันภาวะน้ำเกิน และคุณภาพชีวิตก่อนและหลังได้รับโปรแกรม วิเคราะห์โดยใช้สถิติ Paired t-test หลังผ่านการทดสอบข้อตกลงเบื้องต้น ซึ่งการกระจายของข้อมูลเป็นแบบปกติ และกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05

3. ข้อมูลเชิงคุณภาพที่ได้จากการสัมภาษณ์ การติดตามทางโทรศัพท์ ผู้วิจัยนำมารวบรวมและวิเคราะห์ข้อมูลเชิงเนื้อหา โดยนำมาจัดเป็นกลุ่มหรือประเด็นสำคัญตามข้อมูลที่ได้มา

จริยธรรมการวิจัย (Ethical Considerations)

การศึกษานี้ได้ผ่านการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ จังหวัดสกลนคร เอกสารรับรองเลขที่ SKN REC 2025-019 ผู้วิจัยพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่างโดยชี้แจงวัตถุประสงค์และให้ลงนามยินยอม (Informed consent) ข้อมูลจะถูกเก็บเป็นความลับและนำเสนอในภาพรวมกลุ่มตัวอย่างมีสิทธิ์ถอนตัวจากการวิจัยได้ตลอดเวลาโดยไม่มีผลกระทบต่อสิทธิการรักษาพยาบาล ผู้วิจัยจะเก็บรักษาข้อมูลไว้ในกล่องที่ปิดผนึกเรียบร้อยและผู้ไม่

สิทธิไม่สามารถเข้าถึงข้อมูลได้และจะทำลายภายหลัง
การศึกษาเสร็จสิ้นเรียบร้อย 5 ปี

สรุปผลการวิจัย

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 60 เพศชาย ร้อยละ 40 อายุเฉลี่ย 53.13 ปี (SD.=12.29ปี) อายุระหว่าง 60–74 ปี ร้อยละ 40 มีสถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 76.7 สถานะเป็นหัวหน้าครอบครัว ร้อยละ 43.3 และสมาชิกครอบครัว ร้อยละ 53.3 การศึกษาจบระดับประถมศึกษา ร้อยละ 83.3 นัถือศาสนาพุทธ ร้อยละ 93.3 ประกอบอาชีพเกษตรกรรม ร้อยละ 83.3 ใช้สิทธิบัตรประกันสุขภาพ ร้อยละ 93.3 รายได้ครอบครัวต่อเดือนน้อยกว่า 5,000 บาท ร้อยละ 53.3 มีประวัติการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังคือ โรคความดันโลหิตสูง ร้อย

ละ 60 ระยะเวลาการล้างไต 3–5 ปี ร้อยละ 40 ล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่อง (CAPD) ร้อยละ 63.3 สามารถทำกิจวัตรประจำวัน พึ่งตนเองได้ ร้อยละ 86 ผู้ป่วยดูแลตนเอง ร้อยละ 70

ส่วนที่ 2 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการจัดการตนเองของกลุ่มตัวอย่างก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการจัดการตนเอง พบว่าหลังจากเข้าร่วมโปรแกรมการจัดการตนเอง กลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยพฤติกรรมการจัดการตนเองโดยรวมสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t=38.23, p<.01$) และมีค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมรายด้าน (การติดตามตนเอง การประเมินตนเอง และการให้แรงเสริมตนเอง) สูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<.01$) ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการจัดการตนเองของกลุ่มตัวอย่างก่อนและหลังได้รับโปรแกรม

พฤติกรรมจัดการตนเอง	ค่าเฉลี่ยคะแนน (n=30)				Mean Dif.	SD dif	df	t	p-value
	ก่อน	(SD)	หลัง	(SD)					
1.ด้านการติดตามตนเอง									
การบันทึกน้ำยา	13.40	(1.75)	24.57	(.94)	11.17	1.78	29	34.31	.000*
การล้างไต	13.23	(2.08)	23.40	(1.25)	10.17	2.02	29	27.59	.000*
การใช้ยา	13.33	(1.94)	24.8	(.76)	11.47	1.83	29	34.26	.000*
การบริโภคเค็ม	19.20	(3.22)	37.53	(3.79)	18.33	4.80	29	20.91	.000*
2. ด้านการประเมินตนเอง									
การประเมินสมดุสน้ำ	3.77	(.50)	5.0	(.00)	1.23	.54	29	13.40	.000*
การประเมินอาการ	32.03	(3.44)	34.97	(3.94)	2.93	2.7	29	5.94	.000*
3.ด้านการให้แรงเสริมตนเอง	23.93	2.69	37.47	(4.88)	13.53	5.05	29	14.68	.000*
4. พฤติกรรมโดยรวม	118.9	7.71	187.73	(8.15)	68.83	9.86	29	38.23	.000*

*($p<.01$)

ส่วนที่ 3 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคุณภาพชีวิตของกลุ่มตัวอย่างก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการจัดการตนเอง พบว่า หลังจากเข้าร่วมโปรแกรมการจัดการตนเอง กลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยคะแนน

คุณภาพชีวิตด้านกาย ด้านใจและคุณภาพชีวิตโดยรวมสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t=8.99, p<.01$) ซึ่งอยู่ในเกณฑ์ของคนปกติสุขภาพดี ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคุณภาพชีวิตของกลุ่มตัวอย่างก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการจัดการตนเอง

คุณภาพชีวิต	ค่าเฉลี่ยคะแนน (n=30)				Mean	SD	df	t	p-value
	ก่อน	(SD)	หลัง	(SD)	Dif.	dif			
1.ด้านกาย (PHS)	12.29	(24.17)	46.53	(11.43)	3.42	26.88	29	6.98	.000*
2. ด้านใจ (MHS)	19.81	15.88)	42.66	(8.66)	2.28	14.52	29	8.62	.000*
3. คุณภาพชีวิตโดยรวม	32.10	(35.69)	89.19	(15.08)	57.09	34.77	29	8.99	.000*

*(p<.01)

ข้อมูลเชิงคุณภาพ ที่ได้จากการติดตามและสัมภาษณ์ผู้ป่วยทางโทรศัพท์ สามารถสรุปประเด็นสำคัญได้ 4 ประเด็นหลัก ดังนี้

Themes	Key finding/ sub-themes
1.การเฝ้าระวังและการรับรู้อาการ	การประเมินภาวะบวมด้วยตนเอง และการติดตามสมดุลน้ำแบบวันต่อวัน
2.การตัดสินใจแก้ปัญหาเชิงรุก	การปรับความเข้มข้นน้ำยา (4.25% Dextrose) ตามสถานการณ์และการจัดการอุปสรรคทางเทคนิค (สายปั๊ม/ ทานอน) เพื่อเพิ่มการดื่มน้ำ
3.การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและข้อจำกัด	การควบคุมโซเดียม (เล็กกินเค็มกินน้อย) และเพิ่มโปรตีน (ไข่ขาว) โดยพบอุปสรรคด้านเศรษฐกิจที่ส่งผลต่อคุณภาพโภชนาการในการจัดหาไข่ขาว
4.การสร้างพลังอำนาจและการเข้าถึงระบบสนับสนุน	การเห็นคุณค่าในตนเองเมื่อจัดการปัญหาได้สำเร็จ ร่วมกับการเข้าถึงคำปรึกษาจากทีมสุขภาพผ่านทางโทรศัพท์ ทำให้ใช้ชีวิตประจำวันได้ง่ายขึ้น ไม่ต้องมาโรงพยาบาลบ่อย

อภิปรายผลการวิจัย

1) พฤติกรรมการป้องกันภาวะน้ำเกิน พบว่าภายหลังได้รับโปรแกรมการจัดการตนเอง ค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการจัดการตนเองเพื่อป้องกันภาวะน้ำเกิน สูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .01$) เนื่องจากโปรแกรมการจัดการตนเองใช้เวลาครั้งละ 60 นาที มีการติดตามเยี่ยมทางโทรศัพท์ต่อเนื่อง ทุก 2 สัปดาห์ มีกระบวนการ 3 กระบวนการประกอบด้วย 1) การติดตามตนเองเพื่อตรวจสอบพฤติกรรม 2) การประเมินตนเองเพื่อเปรียบเทียบกับเป้าหมายที่ตั้งไว้ และ 3) การให้แรงเสริมตนเองเพื่อกระตุ้นให้เกิดพฤติกรรมการปฏิบัติที่ถูกต้องให้คงไว้อย่างต่อเนื่อง และปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่ไม่ถูกต้อง

โปรแกรมการจัดการตนเองมุ่งเน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง ช่วยเปลี่ยนบทบาทผู้ป่วยจากผู้รับบริการมาเป็นผู้จัดการสุขภาพตนเอง โดยการให้ผู้ป่วยบันทึกสมดุลน้ำรายวัน การล้างไตทางช่องท้อง การชั่งยา การบริโภคอาหารเค็มในชีวิตประจำวัน นอกจากนี้การประเมินตนเองถือเป็นจุดเปลี่ยนสำคัญที่ทำให้กลุ่มตัวอย่างเกิดการเรียนรู้และกระบวนการคิดวิเคราะห์เพื่อหาสาเหตุและแนวทางแก้ไข จากการติดตามทางโทรศัพท์ผู้ป่วยสามารถสังเกตและประเมินภาวะบวมด้วยตัวเองและจัดการแก้ไขปัญหาลำบากเบื้องต้นได้ด้วยการปรับความเข้มข้นของน้ำยาเพื่อเพิ่มการดื่มน้ำ การควบคุมปริมาณโซเดียมและเพิ่มไข่ขาว ซึ่งสอดคล้องกับการการศึกษาของ Lorig และคณะ¹⁵ ที่ระบุว่าทักษะการติดตามตนเองการ

ประเมินผลลัพธ์เทียบกับเป้าหมายเป็นกลไกสร้างทักษะการแก้ไขปัญหา ซึ่งเป็นสิ่งสำคัญในการจัดการโรคเรื้อรัง นอกจากนี้ยังเป็นการสร้างความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเองดังการศึกษาของ Kauric-Klein¹⁶ ที่พบว่าผู้ป่วยโรคไตที่สามารถประเมินและเห็นความสำเร็จของตนเองในการควบคุมความดันโลหิตและน้ำหนักตัว จะมีแรงจูงใจในการคงไว้ซึ่งพฤติกรรมสุขภาพที่ดีในระยะยาว การประเมินตนเองในการศึกษาครั้งนี้มีการติดตามทางโทรศัพท์ซึ่งผู้วิจัยจะเป็นผู้ให้ข้อมูลย้อนกลับช่วยให้ผู้ป่วยประเมินตนเองได้อย่างถูกต้อง สอดคล้องกับการศึกษาของ สมลักษณ์และคณะ¹⁷ ที่พบว่า การประเมินพฤติกรรมตนเองอย่างสม่ำเสมอโดยมีเป้าหมายที่ชัดเจนช่วยให้ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังสามารถหลีกเลี่ยงอาหารที่มีโซเดียมสูงและจำกัดการดื่มน้ำได้อย่างมีประสิทธิภาพ นอกจากนี้การใช้สมุดบันทึก การกำกับตนเองและการติดตามอย่างต่อเนื่องจากผู้วิจัยช่วยให้ผู้ป่วยล้างไตทางช่องท้องสามารถควบคุมภาวะน้ำเกินได้ดีกว่าการได้รับคำแนะนำตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ อย่างไรก็ตามเนื่องด้วยข้อจำกัดด้านเศรษฐกิจทำให้ผู้ป่วยบางส่วนไม่สามารถจัดหาโปรตีนจากไข่ขาวได้ ซึ่งเป็นความท้าทายในการจัดการกับประเด็นปัญหาดังกล่าวต่อไป

2) คุณภาพชีวิต ภายหลังได้รับโปรแกรมการจัดการตนเอง ค่าเฉลี่ยคะแนนคุณภาพชีวิตโดยรวมสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 8.99, p < .01$) เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนด้านกายและด้านใจโดยรวมอยู่ในเกณฑ์ของคนปกติสุขภาพดี ซึ่งสามารถอธิบายได้ว่าเมื่อพฤติกรรมจัดการตนเองดีขึ้นย่อมส่งผลให้อาการแทรกซ้อนจากภาวะน้ำเกินเช่น อาการหอบเหนื่อย นอนราบไม่ได้หรือภาวะบวมลดลง ทำให้ผู้ป่วยมีสมรรถภาพทางกายในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้มากขึ้น ทำให้กลุ่มตัวอย่างไม่ต้องมาโรงพยาบาลบ่อย จะช่วยให้สามารถทำงานหารายได้ทั้งของผู้ป่วยและผู้ดูแล จากการศึกษา

ครั้งนี้ชี้ให้เห็นว่าระดับเศรษฐกิจและการศึกษาอาจไม่ใช่พรหมแดนของการเรียนรู้ หากได้รับโปรแกรมที่เหมาะสมและการระบบการสนับสนุนที่เพียงพอ เมื่อเกิดปัญหาดัดสามารถโทรศัพท์ปรึกษาผู้วิจัยได้ตลอดเวลา ทำให้เกิดความมั่นใจในการแก้ปัญหา และเกิดความภาคภูมิใจในตัวเองเมื่อสามารถแก้ไขปัญหาได้ สร้างเสริมความสามารถในการพึ่งพาตัวเองและการมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น ตามบริบทของแต่ละคน สอดคล้องกับการศึกษาของ Liu และคณะ¹⁸ ที่ศึกษาในผู้ป่วยล้างไตทางช่องท้องพบว่าโปรแกรมการจัดการตนเองที่เน้นการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมช่วยลดความเครียดและเพิ่มระดับความพึงพอใจในชีวิตได้ อย่างไรก็ตามเมื่อพิจารณารายบุคคลตามเกณฑ์ของ อาวีวรรณ เชี่ยวชาญวัฒนา¹⁹ พบว่าความแตกต่างระหว่างบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง ยังมีค่าคะแนนทางกายและทางใจต่ำกว่าค่าเฉลี่ยเกิน 2 เท่าของส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน จำนวน 2 คนและ 6 คนตามลำดับ ซึ่งจำเป็นต้องได้รับการดูแลช่วยเหลือในการพัฒนาคุณภาพชีวิตอย่างเร่งด่วนต่อไป สอดคล้องกับการศึกษาของ นิศาชล และคณะ²⁰ ที่พบว่าปัจจัยด้านเศรษฐกิจ สภาพจิตใจก่อนเข้าสู่การล้างไตและความเปราะบางทางสังคมเป็นอุปสรรคสำคัญที่ทำให้ผู้ป่วยบางรายไม่สามารถเข้าถึงเป้าหมายของโปรแกรมการจัดการตนเองได้ ซึ่งเป็นกลุ่มที่จำเป็นต้องได้รับการจัดการรายกรณีร่วมกับการสนับสนุนจากสหวิชาชีพและครอบครัวต่อไป

ข้อจำกัด

- 1.ขนาดกลุ่มตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้มีขนาดเล็ก
- 2.พื้นที่ในการศึกษาแห่งเดียว ซึ่งอาจมีลักษณะทางภูมิภาค สังคม วัฒนธรรมที่ต่างกัน

ข้อเสนอแนะ

- 1.หน่วยงานบริการสุขภาพที่เกี่ยวข้องนำโปรแกรม เครื่องมือและผลการวิจัยไปประยุกต์ใช้เพื่อ

ช่วยให้ผู้ป่วยสามารถจัดการตนเองในการป้องกันภาวะน้ำเกินและเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยล้างไตทางช่องท้องที่มีบริบทใกล้เคียงกัน รวมถึงระบบสนับสนุนการให้คำปรึกษาทางโทรศัพท์ที่ช่วยให้ผู้ป่วยมั่นใจขึ้น ลดช่องว่างการเข้าถึงบริการสำหรับผู้ที่อยู่ห่างไกลจากสถานพยาบาล

2. ควรมีการศึกษาเปรียบเทียบกับกลุ่มควบคุมและติดตามผลระยะยาว (Longitudinal study) มากกว่า 8 สัปดาห์ เพื่อประเมินประสิทธิภาพของโปรแกรมและความคงอยู่ของพฤติกรรมจัดการตนเอง และทดสอบในกลุ่มที่มีความเสี่ยงสูง

3. สามารถนำผลการศึกษาไปอุปสรรคด้านเศรษฐกิจและต่อโภชนาการ ในประเด็นของโปรตีน ไข่ขาว หน่วยงานประสานกับหน่วยงานปกครองท้องถิ่นในการสนับสนุนกองทุนอาหารโปรตีน สำหรับผู้ป่วยโรคไตที่มีรายได้น้อยในชุมชน

4. ความคุ้มค่าเชิงระบบในการเปลี่ยนบทบาทผู้ป่วยจากผู้รับบริการ มาเป็นผู้จัดการสุขภาพเชิงรุก ซึ่งช่วยลดอุปสรรคในการเข้าพักรักษาตัวในโรงพยาบาล ช่วยชะลอการเปลี่ยนผ่านไปสู่การฟอกไตด้วยเครื่องไตเทียม ที่สำคัญผู้ป่วยเกิดความภาคภูมิใจในตัวเอง สามารถพึ่งพาตนเองได้ภายใต้ข้อจำกัดทางเศรษฐกิจ

เอกสารอ้างอิง

1. เกลิงศักดิ์ กาญจนบุษย์, บรรณาธิการ. แนวปฏิบัติการล้างไตทางช่องท้อง พ.ศ. 2560. กรุงเทพฯ: เฮลท์ เวิร์ด พลัส จำกัด; 2560.
2. สมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย. คำแนะนำสำหรับการล้างไตทางช่องท้อง ปี พ.ศ. 2560. กรุงเทพฯ: เท็กซ์ แอนด์ เจอร์นัล พับลิเคชั่น; 2560.
3. ขวัญใจ อำนาจสัตย์, จริยพร สุวรรณชาติ, ศิริลักษณ์ ฤทธิทอง. การเสริมสร้างพลังอำนาจของผู้ป่วยไตวายเรื้อรังที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่อง. วารสารพยาบาลสาธารณสุข. 2564;35(2):1-15.
4. Zheng S, Auguste BL. Five things to know about volume overload in peritoneal dialysis. Can J Kidney Health Dis. 2023;10:1-3.
5. เกลิงศักดิ์ กาญจนบุษย์, วรพจน์ เจริญมตรการผล. Management of common non-infectious complications in peritoneal dialysis. กรุงเทพฯ: ศิริวัฒนาอินเตอร์พริ้นท์; 2556. p. 213-49.
6. ดอนคำ แก้วบุญเสริม, เพ็ญศรี อุทโยธา. ลักษณะเสี่ยงของการเกิดภาวะน้ำเกินในผู้ป่วยไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ล้างไตทางช่องท้อง โรงพยาบาลพะเยา. เชียงรายเวชสาร. 2561;10(1):123-32.
7. วรวิสา สำราญเนตร, นิตยา กออิสรานุกาพ, เพชรลดา จันทศรี. การจัดการตนเองเพื่อป้องกันภาวะน้ำเกินของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม. วารสารวิจัยและพัฒนาด้านสุขภาพ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา. 2563;6(2):5-20.
8. มานะ บัณฑิตแก้ว, พรณี บัญชรหัตถกิจ. การจัดการเพื่อป้องกันภาวะน้ำเกินในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม: การทบทวนอย่างเป็นระบบ. วารสารโรงพยาบาลสิงห์บุรี. 2566;32(3):B40-55. Available from: <https://he01.tci-thaijo.org/index.php/shj/article/view/267304>

9. Van Biesen W, Verger C, Heaf J, et al. Evolution over time of volume status and PD-related practice patterns in an incident peritoneal dialysis cohort. *Clin J Am Soc Nephrol*. 2019;14(6):882–93.
doi:10.2215/CJN.11590918
10. Ye H, Liu R, Cao P, et al. Peritoneal protein clearance, fluid overload, and cardiovascular events in patients undergoing peritoneal dialysis: a prospective cohort study. *Ren Fail*. 2025;47(1):2461676.
doi:10.1080/0886022X.2025.2461676
11. Thuanman J, Sangthawan P, Thinkhamrop K, et al. Effect of time interval and frequency of hospitalization because of fluid overload on survival in peritoneal dialysis: Thailand experience. *Kidney360*. 2024;5(11):1675–82. doi:10.34067/KID.0000000576
12. Kanfer FH, Gaelick-Buys L. Self-management methods. In: Kanfer FH, Goldstein AP, editors. *Helping people change: a textbook of methods*. New York: Pergamon Press; 1991. p. 305–60.
13. สมาคมนักกำหนดอาหารแห่งประเทศไทย. คู่มืออาหารสำหรับผู้ป่วยล้างไตทางช่องท้อง. กรุงเทพฯ: แบ็กซ์เตอร์ เฮลท์แคร์ (ประเทศไทย); 2565.
14. วิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียร, อารีวรรณ เชี่ยวชาญวัฒนา, จุฬารัตน์ ลิ้มวัฒนานนท์, และคณะ. รายงานสถานะสุขภาพคนไทย: การวิเคราะห์ข้อมูลจากการสำรวจอนามัยและสวัสดิการ พ.ศ. 2546. นนทบุรี: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข; 2546.
15. Lorig K, Holman H, Sobel D, Laurent D, Gonzalez V, Minor M. *Self-management of long-term health conditions: a 4th-generation approach*. 4th ed. Boulder (CO): Bull Publishing Company; 2020.
16. Kauric-Klein Z. Improving blood pressure control in end stage renal disease through a supportive educative self-management intervention. *J Nurs Educ Pract*. 2019;9(7):11–20.
17. สมลักษณ์ แสงรัตน์, วรวรรณ ทิพย์วงศ์, ประณีต ส่งวัฒนา. ผลของโปรแกรมการจัดการตนเองต่อพฤติกรรมการควบคุมน้ำและเกลือแร่ในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง. *วารสารสภาการพยาบาล*. 2565;37(2):89–105.
18. Liu Y, Wang J, Tan J, et al. Effects of self-management interventions on quality of life in patients undergoing peritoneal dialysis: a systematic review and meta-analysis. *Int J Nurs Stud*. 2023;138:104415.
19. อารีวรรณ เชี่ยวชาญวัฒนา. ใน: เถลิงศักดิ์ กาญจนบุษย์, บรรณาธิการ. *ตำราแนวปฏิบัติการล้างไตทางช่องท้อง*. กรุงเทพฯ: ศิริวัฒนาอินเตอร์พรีนท์; 2556. p. 757–99.
20. นิศาชล มนสรินทร์, จิระภา ศิริวัฒนเมธานนท์, พรทิพย์ มาลาธรรม. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยล้างไตทางช่องท้องในเขตภาคตะวันออกเฉียงเหนือ. *วารสารการพยาบาลและสุขภาพ*. 2566;17(1):45–58.

ผลของโปรแกรมการบำบัดโดยการแก้ปัญหาต่อภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า

โชติกา รัตนพลแสน¹พจนีย์ ขูลีลัง²พรณัณิกา ไชยผง²

บทคัดย่อ

งานวิจัยนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง มีวัตถุประสงค์เพื่อ 1)ศึกษาผลของโปรแกรมการบำบัดโดยการแก้ปัญหาต่อระดับภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า 2)เปรียบเทียบระดับภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการบำบัดโดยการแก้ปัญหา กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยนอกจิตเวช โรงพยาบาลมหาสารคามตามเกณฑ์การวินิจฉัยของ ICD-10 ทั้งชายและหญิง มีอายุ 20-59 ปี จำนวน 40 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมกลุ่มละ 20 คน โดยใช้วิธีจับคู่(Matched paired) เพื่อควบคุมตัวแปรเกิน ตามเพศและคะแนนซึมเศร้า แล้วสุ่มเข้ากลุ่มทดลองและควบคุมกลุ่มทดลองได้รับโปรแกรม PST ตามแนวคิด Five Factors Model จำนวน 6 ครั้ง ครั้งละ 45-90 นาที ห่างกัน 3 วัน ส่วนกลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติ เครื่องมือที่ใช้ ได้แก่ โปรแกรม PST (Problem-Solving Therapy) และแบบประเมินภาวะซึมเศร้า 9คำถาม(9Q) วิเคราะห์ข้อมูลด้วย 1)วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้สถิติเชิงบรรยายได้แก่ การแจกแจงความถี่ หาค่าเฉลี่ยร้อยละ 2)เปรียบเทียบระดับภาวะซึมเศร้าของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ในระยะก่อนและหลังการได้รับโปรแกรมบำบัดโดยการแก้ปัญหา โดยใช้สถิติทดสอบ t (Dependent t -test) กำหนดค่าที่ระดับนัยสำคัญ 0.05

ผลการวิจัยพบว่า ผู้ป่วยที่ได้รับโปรแกรม PST มีระดับภาวะซึมเศร้ามลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และมีคะแนนซึมเศร้าน้อยกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 สรุปได้ว่าโปรแกรมการบำบัดโดยการแก้ปัญหามีประสิทธิผลในการลดภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าได้อย่างชัดเจน

คำสำคัญ: การบำบัดโดยการแก้ปัญหา, ระดับคะแนนซึมเศร้า, ผู้ป่วยโรคซึมเศร้า

วันที่รับบทความ

24 ธันวาคม 2568

วันที่ได้รับบทความฉบับแก้ไข

23 เมษายน 2569

วันที่ตอบรับบทความ

19 พฤษภาคม 2569

¹โรงพยาบาลมหาสารคาม, ผู้ประสานการส่งบทความต้นฉบับ, จดหมายอิเล็กทรอนิกส์; chotika@gmail.com

²โรงพยาบาลมหาสารคาม

The Effect of a Problem–Solving Therapy Program on Depression in Patients with Major Depressive Disorder

Chotika Rattanaponsan¹

Potjanee Kuleelung²

Punnipa Chaiyaphong²

Abstract

This study employed a quasi–experimental design with the following objectives: 1) to examine the effects of a Problem–Solving Therapy (PST) program on depression levels among patients with depressive disorder, 2) to compare depression levels before and after receiving the PST program. The sample consisted of 40 psychiatric outpatients diagnosed with depression according to ICD–10 criteria at Mahasarakham Hospital, including both males and females aged 20–59 years. Participants were divided into an experimental group and a control group, with 20 individuals in each group. A matched–pair technique was used to control extraneous variables, specifically gender and depression scores, before randomly assigning participants to the experimental and control groups. The experimental group received the PST program based on the Five Factors Model, consisting of 6 sessions, each lasting 45–90 minutes, with a 3–day interval between sessions. The control group received usual nursing care. Research instruments included the PST program and the 9–item depression assessment questionnaire (9Q). Data were analyzed using: 1) descriptive statistics for personal data, including frequency, mean, and percentage, 2) comparison of depression levels before and after the intervention between groups using the dependent t–test, with the level of statistical significance set at 0.05.

The results indicated that patients who received the PST program showed a statistically significant reduction in depression levels. Furthermore, their depression scores were significantly lower than those of the control group receiving usual care at the 0.05 level of significance. In conclusion, the Problem–Solving Therapy program is effective in significantly reducing depression among patients with depressive disorder.

Keywords: Problem–Solving Therapy, depression scores, patients with depressive disorder

Received
24 December 2025

Revised
23 April 2026

Accepted
19 May 2026

¹ Mahasarakham Hospital, Corresponding author e–mail: chotika@gmail.com

² Mahasarakham Hospital

บทนำ

โรคซึมเศร้า (Major Depressive Disorder) ความหมายคือภาวะทางจิตใจที่ทำให้คนรู้สึกเศร้า หดหู่ หรือหมดความสนใจในสิ่งต่าง ๆ อย่างต่อเนื่อง ไม่ใช่แค่ความเศร้าธรรมดาที่เกิดขึ้นชั่วคราว แต่เป็นอาการที่ส่งผลต่อความคิด อารมณ์ และการใช้ชีวิตประจำวันสาเหตุของโรคซึมเศร้า มักไม่ได้เกิดจากปัจจัยเดียว แต่เป็นผลจากหลายด้านร่วมกัน ทั้งทางร่างกาย จิตใจ และสิ่งแวดล้อม ได้แก่ 1) ปัจจัยทางชีวภาพคือ ความไม่สมดุลของสารเคมีในสมอง เช่น เซโรโทนิน (serotonin) และโดพามีน (dopamine) ความผิดปกติของฮอร์โมน โครงสร้างหรือการทำงานของสมองบางส่วนเปลี่ยนแปลง 2) พันธุกรรม ซึ่งหากมีคนในครอบครัวเคยเป็นโรคซึมเศร้า จะมีความเสี่ยงสูงขึ้น แต่ไม่ได้หมายความว่าต้องเป็นเสมอไป 3) ปัจจัยด้านจิตใจและอารมณ์ เช่น ความเครียดสะสม การสูญเสีย (เช่น คนรักเสียชีวิต หรือเลิกงาน) การถูกกดดัน หรือมีประสบการณ์รุนแรงในชีวิต (trauma) 4) ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมและสังคมเช่น ปัญหาการเงิน การงาน หรือความสัมพันธ์ การอยู่ในสภาพแวดล้อมที่ไม่สนับสนุน ความโดดเดี่ยว ขาดการช่วยเหลือ 5) ปัจจัยด้านสุขภาพเช่นโรคเรื้อรัง เช่น เบาหวาน หรือโรคหัวใจ การใช้สารเสพติดหรือแอลกอฮอล์ ผลข้างเคียงจากยาบางชนิดจะเห็นได้ว่าโรคซึมเศร้าเกิดจาก “หลายปัจจัยร่วมกัน” ไม่ใช่ความอ่อนแอของจิตใจ และสามารถรักษาได้หากได้รับการดูแลที่เหมาะสม

จากสถิติทั่วโลกพบว่าผู้ป่วยจิตเวชเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายสูงถึงร้อยละ 45 โดยเฉพาะโรคซึมเศร้า โรคอารมณ์สองขั้วโรคจากสารเสพติดหรือแอลกอฮอล์ จะเสี่ยงการฆ่าตัวตายสูงมากขึ้นจากข้อมูลระบบเฝ้าระวังผู้พยายามทำร้ายตนเอง และจากข้อมูลระบบเฝ้าระวังผู้พยายามทำร้ายตนเองในประเทศไทย มีจำนวนผู้ฆ่าตัวตายสำเร็จปี พ.ศ. 2563, 2564 และ 2565 จำนวน 442 คน, 1,762คนและ 3,906 คน ตามลำดับในประเทศไทยมีจำนวนผู้ป่วยอายุ 15 ปีขึ้นไปมีภาวะซึมเศร้าสะสม ปีงบประมาณ 2563 2564และ 2565

มีจำนวน 1,170,766 คน 1,230,764 คนและ1,324,720 คนตามลำดับ แสดงให้เห็นว่ามีจำนวนผู้ป่วยซึมเศร้ามีปริมาณเพิ่มขึ้นในทุก ๆ ปี ถ้าแยกตามปัจจัยกระตุ้นพบมากที่สุด คือประสบปัญหาในชีวิตหรือภาวะวิกฤติ จากข้อมูลระบบเฝ้าระวังผู้พยายามทำร้ายตนเองพบว่าจังหวัดมหาสารคามมีจำนวนผู้ป่วยฆ่าตัวตายสำเร็จ พ.ศ. 2565 และ 2566 จำนวน 7 คน, 39 คน ตามลำดับ และในอำเภอเมืองมหาสารคาม มีจำนวนผู้ป่วยฆ่าตัวตายสำเร็จ พ.ศ. 2564, 2565 และ 2566 จำนวน 3 ราย, 3 ราย และ 5 ราย ตามลำดับ ซึ่งจากสถิติดังกล่าวจะเห็นว่าผู้ป่วยฆ่าตัวตายสำเร็จเพิ่มมากขึ้น ดังนั้นจึงสมควรต้องได้รับการวางแผนและการดูแลที่เหมาะสม เพื่อลดจำนวนการฆ่าตัวตายของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า

ผู้ป่วยโรคซึมเศร้ามีการมองปัญหาและวิธีการแก้ปัญหาที่เป็นทางลบ ทำให้ไม่สามารถควบคุมความคิด ความรู้สึกและพฤติกรรมของตัวเองได้ จึงทำให้เกิดภาวะซึมเศร้า การศึกษาพบว่า การแก้ปัญหาของผู้ใหญ่อายุ 17 ปีขึ้นไป สามารถทำนายภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าร้อยละ 10¹ ความสามารถในการแก้ปัญหาเป็นปัจจัยหนึ่งที่ส่งผลให้เกิดภาวะซึมเศร้า² เพราะเมื่อบุคคลประสบกับเหตุการณ์ ความเครียดและไม่สามารถจัดการกับปัญหาที่เกิดขึ้นได้ มองเห็นปัญหาเป็นภาพรวมไม่สามารถมองเห็นปัญหาเป็นส่วนๆ หรือพิจารณาว่าปัญหาใดเป็นปัญหาเร่งด่วนที่ต้องได้รับการแก้ไขเป็นอันดับแรก ไม่สามารถที่จะใช้กระบวนการความคิดในการไตร่ตรองถึงผลดีและผลเสียของแนวทางในการแก้ปัญหา ทำให้มองไม่เห็นศักยภาพของตน ปฏิเสธและหลีกเลี่ยงปัญหา มองไม่เห็นจุดมุ่งหมายที่แท้จริงในการแก้ปัญหา เมื่อบุคคลขาดทักษะในการจัดการกับปัญหาทำให้ปัญหาสะสมมากขึ้นและส่งผลกระทบต่อความรู้สึกหมดหวังรวมถึงรู้สึกว่าไม่มีใครสามารถช่วยเหลือตนเองได้ ทำให้มีโอกาสเจ็บป่วยด้วยโรคซึมเศร้าและมีปัญหาทางด้านสุขภาพจิตอื่นๆ นอกจากเหตุการณ์ที่ก่อให้เกิดความเครียดในชีวิตจะเป็นสาเหตุสำคัญที่กระตุ้นให้เกิดอารมณ์ซึมเศร้าครั้งแรกแล้วยังเป็นตัวกระตุ้นให้กลับเป็นซ้ำ³ หากบุคคล

มองตนเองไม่มีความสามารถในการแก้ปัญหา ทำอะไรด้วยตนเองไม่ได้ ซึ่งเป็นการมองตนเองในด้านลบก็จะทำให้เกิดอาการซึมเศร้าตามมา⁴ ดังนั้นการบำบัดด้วยการแก้ปัญหา (PST) เป็นเครื่องมือที่มีประสิทธิภาพในการลดภาวะซึมเศร้า เพิ่มทักษะการแก้ปัญหา และลดความเสี่ยงต่อพฤติกรรมฆ่าตัวตาย ผู้ป่วยสามารถฟื้นตัวและกลับไปดำเนินชีวิตประจำวันได้อย่างมีคุณภาพมากขึ้น

จากการทบทวนวรรณกรรมในประเทศไทย มีการศึกษาบทบาทพยาบาลในการลดอาการซึมเศร้าโดยการบำบัดด้วยการแก้ปัญหาในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าของ น.ท.หญิงรัตติกาล ศรีงาม บทความนี้ กล่าวถึงโรคซึมเศร้า อาการซึมเศร้า การดำเนินโรคของโรคซึมเศร้า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับอาการซึมเศร้า ผลกระทบของอาการซึมเศร้าบทบาทของพยาบาลจิตเวชในการบำบัดรักษาผู้ป่วยโรคซึมเศร้าการบำบัดทางจิตสังคมเพื่อลดอาการซึมเศร้าโดยเฉพาะอย่างยิ่งบทบาทของพยาบาลจิตเวชในการลดอาการซึมเศร้าโดยการบำบัดด้วยการแก้ปัญหา เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยพัฒนาทักษะการเผชิญปัญหาอย่างเหมาะสมส่งผลให้อาการซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคซึมเศร้ามลดลงนอกจากนี้การบำบัดด้วยการแก้ปัญหาเป็นการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องและครอบคลุมในทุกมิติจะช่วยให้ผู้ป่วยสามารถฟื้นตัวและดำเนินชีวิตได้ตามปกติ⁵ และจากการศึกษาของธวัชชัย พละศักดิ์ เรื่องผลของโปรแกรมการบำบัดด้วยการแก้ปัญหาต่อภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า พบว่าโปรแกรมการบำบัดด้วยการแก้ปัญหาสามารถทำให้ภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคซึมเศร้ามลดลงได้ในผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้าน้อยและปานกลาง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ⁶

จากผลการศึกษาข้างต้นทำให้ผู้วิจัยที่ปฏิบัติงานในแผนกผู้ป่วยนอกจิตเวช โรงพยาบาลมหาสารคาม มีความสนใจที่จะพัฒนาการดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้าซึ่งยังไม่เคยมีการนำโปรแกรมบำบัดโดยการแก้ปัญหามาใช้จึงได้นำรูปแบบการบำบัดด้วยการแก้ปัญหาของโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ที่ใช้กับผู้ป่วยจิตเวชที่มีความคิดและพฤติกรรมฆ่าตัว

ตายภายใต้แนวคิดของ Five Factors Model D’Zurilla&Nezu⁷ มาประยุกต์ใช้เป็นรูปแบบการบำบัดโดยการแก้ปัญหาคือการบำบัดภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าเพื่อให้เหมาะสมกับบริบทของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าของงานผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลมหาสารคาม และเป็นการช่วยพัฒนาทักษะการเผชิญปัญหาและการแก้ปัญหายอย่างเหมาะสม ช่วยลดระดับความซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ช่วยให้ผู้ป่วยสามารถฟื้นตัวและดำเนินชีวิตได้อย่างปกติ

การศึกษาเชิงระบาดวิทยาพบว่าผู้ป่วยโรคซึมเศร้ามีความชุกตลอดชีวิต คือร้อยละ 13-17 ส่วนใหญ่มีอาการในช่วงอายุระหว่าง 19-44 ปี⁸ ส่งผลต่อการสูญเสียความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวัน ประสิทธิภาพในการทำงานลดลง ไม่สามารถทำหน้าที่ต่างๆ ได้ตามบทบาทในครอบครัวและสังคม จึงมีผลกระทบต่อทั้งผู้ป่วย ครอบครัว ทำให้คนในครอบครัวเศร้าหมองต้องใช้เวลาในการดูแลผู้มีภาวะซึมเศร้า เสียเวลาในการทำงาน ทำให้สูญเสียรายได้และยังเป็นภาระของครอบครัวเพิ่มขึ้นจากค่ายา และค่าใช้จ่ายในการดูแลรักษา รวมทั้งส่งผลกระทบต่อสังคมประเทศ⁹

ในประเทศไทย มีการศึกษาวิจัยเกี่ยวกับโรคซึมเศร้าและปัจจัยที่สัมพันธ์กับการแก้ปัญหา¹⁰ ซึ่งการศึกษาวิจัยเกี่ยวกับโรคซึมเศร้าในประเทศไทยได้ให้ความสำคัญทั้งในด้านการวิเคราะห์ปัจจัยเสี่ยงและแนวทางการรักษา โดยเน้นการใช้วิธีการต่างๆ ทั้งการใช้ยา การบำบัดทางจิต การสนับสนุนจากครอบครัวและสังคม รวมถึงการนำเทคนิคการฝึกสมาธิมาใช้ในการรักษาผู้ป่วยซึมเศร้า การศึกษาทั้งหมดนี้ช่วยให้เข้าใจวิธีการและการแก้ปัญหาที่มีประสิทธิภาพในบริบทของประเทศไทยมากยิ่งขึ้น โดยผู้ป่วยบางรายอาจต้องใช้หลายวิธีร่วมกัน เช่น การใช้ยาและการบำบัดทางจิตวิทยา หรือในบางกรณีอาจใช้การรักษาด้วยเทคโนโลยีช่วยเสริมร่วมด้วย¹¹

ในต่างประเทศ พบว่ามีโปรแกรมบำบัดด้วยการแก้ปัญหาคือ D’Zurilla and Nezu¹² เป็นการบำบัดที่มุ่งเน้นการปรับปรุงทักษะในการแก้ปัญหของผู้ป่วย

ซึ่งได้รับการพัฒนาและนำมาใช้ในการรักษาผู้ป่วยโรคซึมเศร้า โดยเฉพาะในบริบทที่มีความเครียดหรือความวิตกกังวลสูง การบำบัดนี้เรียกว่า Problem-Solving Therapy (PST) หรือ การบำบัดด้วยการแก้ปัญหา ซึ่งได้รับการพิสูจน์แล้วว่ามีประสิทธิภาพในการรักษาผู้ป่วยที่มีอาการซึมเศร้าโดยมีขั้นตอนหลัก ๆ ดังนี้

- 1) การกำหนดปัญหาที่ต้องการแก้ไข (Problem Definition) โดยผู้ป่วยจะได้รับการช่วยเหลือในการระบุและแยกแยะปัญหาหลักที่เป็นสาเหตุของความรู้สึกซึมเศร้า โดยการทำให้ผู้ป่วยสามารถมองเห็นปัญหาที่แท้จริงในชีวิตของตนเอง
- 2) การสร้างทางเลือก (Generating Alternatives) โดยผู้ป่วยจะได้รับการสนับสนุนในการคิดและพัฒนาทางเลือกที่หลากหลายในการแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้น วิธีนี้ช่วยให้ผู้ป่วยไม่รู้สึกติดกับปัญหาหรือมองไม่เห็นทางออก
- 3) การประเมินทางเลือก (Decision Making) โดยในขั้นตอนนี้ ผู้ป่วยจะประเมินและเลือกทางเลือกที่ดีที่สุดในการแก้ไขปัญหาของตนเอง การตัดสินใจนี้จะช่วยให้ผู้ป่วยมั่นใจในวิธีการที่เลือกและสามารถดำเนินการได้
- 4) การวางแผนและดำเนินการ (Implementation and Action) โดยผู้ป่วยจะได้วางแผนการดำเนินการในการแก้ปัญหาตามทางเลือกที่เลือก ซึ่งรวมถึงการตั้งเป้าหมายระยะสั้นและระยะยาว
- 5) การประเมินผลและการปรับเปลี่ยน (Evaluation and Feedback) หลังจากการดำเนินการแก้ปัญหาแล้ว ผู้ป่วยจะทำการประเมินผลการดำเนินการเพื่อดูว่าผลลัพธ์เป็นไปตามที่คาดหวังหรือไม่ และหากจำเป็นต้องปรับเปลี่ยนวิธีการเพื่อให้ได้ผลลัพธ์ที่ดีขึ้น

การบำบัดด้วยการแก้ปัญหาของ D’Zurilla and Nezu¹² ได้รับการปรับใช้ในหลายประเทศ รวมถึงประเทศไทย ซึ่งมีการทดลองใช้ในกรณีของผู้ป่วยซึมเศร้าร่วมกับการสนับสนุนจากครอบครัวและชุมชน ผลการศึกษาแสดงให้เห็นว่าการฝึกทักษะการแก้ปัญหาช่วยเพิ่มความมั่นใจให้กับผู้ป่วยและสามารถลดอาการซึมเศร้าได้ในระยะยาว การบำบัดโดยการแก้ปัญหา คือ วิธีการบำบัดทางจิตสังคมเพื่อให้ผู้รับการบำบัดได้ทำความเข้าใจกับปัญหา การแก้ปัญหา

และวิธีการแก้ปัญหาในมุมมองใหม่ ทำให้มีพลังใจในการที่จะหาทางออกของปัญหาโดยการกำกับตนเอง ค้นหาวิธีการแก้ปัญหาให้หลากหลายมากขึ้น ลดการแก้ปัญหาแบบหลีกเลี่ยงปัญหา หรือแบบหุนหันพลันแล่น ไม่ระมัดระวัง และช่วยให้ผู้รับการบำบัดเพิ่มทักษะการแก้ปัญหาโดยใช้เหตุผลให้มากขึ้นจะช่วยลดภาวะซึมเศร้า เพิ่มทักษะการแก้ปัญหา และเสริมสร้างการปรับตัวเชิงบวก เพื่อปรับมุมมองในการแก้ปัญหาและหาวิธีในการแก้ปัญหาโดยใช้เหตุผลและการวางแผนที่ดีจนสามารถลดภาวะซึมเศร้า เพิ่มทักษะการแก้ปัญหา และเสริมสร้างการปรับตัวเชิงบวก

ดังนั้นผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะประยุกต์ใช้โปรแกรมบำบัดด้วยการแก้ปัญหาของ D’Zurilla and Nezu ในการแก้ปัญหของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า มาใช้บำบัดผู้ป่วยโรคซึมเศร้าในผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลมหาสารคาม เพื่อพัฒนาความสามารถในการแก้ปัญหาของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าให้ดีขึ้น โดยผู้วิจัยได้ปรับลดระยะเวลาเพื่อความเหมาะสมกับบริบทของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าในผู้ป่วยนอกจิตเวช โรงพยาบาลมหาสารคาม แต่ยังคงเนื้อหาครบถ้วนตามแนวคิดของ D’Zurilla & Nezu ตามคู่มือของโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ โปรแกรมที่ใช้ในการศึกษาคครั้งนี้ เน้นให้ความรู้เกี่ยวกับ อาการ อาการแสดง การจัดการกับตัวกระตุ้นที่ทำให้อาการกำเริบ รวมถึงช่วยให้ผู้ป่วยสามารถ วิเคราะห์ปัญหาและวางแผนเกี่ยวกับการแก้ปัญหาของตนเองให้ดีขึ้น และยังช่วยให้ผู้ป่วยมีความรู้ และทักษะในการดูแลตนเองทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม เกิดความมั่นคงทางอารมณ์ และมีความรู้เกี่ยวกับโรค การรักษา การรับประทานยารักษาโรค การดูแลตนเองอย่างถูกวิธี รวมถึงการพัฒนาทักษะการจัดการกับตัวกระตุ้นที่เป็นสาเหตุของการกำเริบของโรค มีเป้าหมายเพื่อเพิ่มทักษะการแก้ปัญหา ลดความคิดและพฤติกรรมฆ่าตัวตายในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการบำบัดด้วยการแก้ปัญหาต่อระดับภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า

2. เพื่อเปรียบเทียบระดับภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการบำบัดโดยการแก้ปัญหา

สมมติฐานของการวิจัย

1. กลุ่มทดลองหลังได้รับโปรแกรมการบำบัดโดยการแก้ปัญหามีระดับภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า

มีค่าคะแนนระดับซึมเศร้ามลดลงจากก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

2. ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่ได้รับโปรแกรมการบำบัดโดยการแก้ปัญหา มีระดับภาวะซึมเศร้าหลังการทดลอง ต่ำกว่ากลุ่มที่ไม่ได้รับโปรแกรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

กรอบแนวคิดในการวิจัย

โปรแกรมการบำบัดโดยการแก้ปัญหามีต่อภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า

ครั้งที่ 1 ขั้น Problem Orientation (การมองปัญหาอย่างสร้างสรรค์): ส่งเสริมการรับรู้และยอมรับปัญหาโดยไม่โทษตนเอง เพื่อสร้างทัศนคติที่ดีต่อการเริ่มต้นแก้ปัญหาครั้งที่ 2 ขั้น Problem Definition and Formulation (การนิยามและทำความเข้าใจกับปัญหา)ครั้งที่ 3 พิจารณาเปลี่ยนแปลงมุมมองต่อปัญหา พิจารณาเป้าหมายในการแก้ปัญหาที่ตรงกับความเป็นจริงและฝึกสร้างทางเลือกในการแก้ปัญหาฝึกการตัดสินใจและฝึกแก้ปัญหาครั้งที่ 4 การฝึกการแก้ปัญหาและตรวจสอบผลการแก้ปัญหาครั้งที่ 5 การฝึกลงมือแก้ปัญหาและตรวจสอบผลการแก้ปัญหาครั้งที่ 6 สรุปผลการแก้ปัญหา คงไว้ซึ่งทักษะในการแก้ปัญหา-ยุติการบำบัด



ระดับคะแนนภาวะซึมเศร้า

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยนี้ เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-Experimental Research Design) มีวัตถุประสงค์ เพื่อเปรียบเทียบการแก้ปัญหามีต่อภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการบำบัดโดยการแก้ปัญหามีต่อภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า และเปรียบเทียบการแก้ปัญหามีต่อภาวะซึมเศร้า ระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการบำบัดการแก้ปัญหามีต่อภาวะซึมเศร้า กับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ ระยะเวลา ช่วงดำเนินการวิจัย พฤศจิกายน 2566 ถึง ตุลาคม 2567

กลุ่มเป้าหมายและผู้ร่วมวิจัย

ผู้วิจัยมีการกำหนดกลุ่มตัวอย่างที่เหมาะสมของการทดลองแบบทดลองนั้นคือ กลุ่มตัวอย่างควรมีอย่างน้อย 30 คนแบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 15 คน และกลุ่มควบคุม 15 คน หากมีการเปรียบเทียบระหว่างกลุ่ม เนื่องจากในการวิจัยแบบกึ่งทดลองจำนวนกลุ่มตัวอย่างควรจะมีมากที่สุดเท่าที่จะเป็นไปได้เพื่อให้ข้อมูล

ที่ได้จากการทดลองมีการกระจายเป็นโค้งปกติและสามารถอ้างอิงไปยังกลุ่มประชากรได้ดีที่สุด เพื่อให้มีการกระจายของข้อมูลใกล้เคียงหรือเป็นโค้งปกติมากที่สุด¹³ ดังนั้นในการวิจัยครั้งนี้กลุ่มตัวอย่างคือผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ว่าเป็นโรคซึมเศร้า ตามเกณฑ์การวินิจฉัยโรคของ ICD-10¹⁴ ที่เข้ารับบริการแผนกผู้ป่วยนอกจิตเวช โรงพยาบาลมหาสารคาม จำนวน 40 คน จับคู่ตามลักษณะที่คล้ายกัน ได้แก่ เพศ อายุ และระดับภาวะซึมเศร้า แล้วสุ่มแยกเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 20 คน ผู้วิจัยมีการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างจากผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ คือเป็นผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ว่าเป็นโรคซึมเศร้ารระดับ Major Depression Mild, Moderate ตามเกณฑ์การวินิจฉัยโรคของ ICD-10 ที่เข้ารับบริการแผนกผู้ป่วยนอกจิตเวช โรงพยาบาลมหาสารคามมีอายุระหว่าง 20-59 ปี ทั้งเพศชายและเพศหญิง เป็นผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่ได้รับการประเมินความรุนแรงของอาการ โดยพิจารณาจากแบบประเมินซึมเศร้าโดยใช้แบบประเมินโรคซึมเศร้า

9 คำถาม(9Q)¹⁵ ที่มีคะแนนอยู่ในช่วง 7-18 คะแนน ซึ่งเป็นโรคซึมเศร้าระดับเล็กน้อยถึงปานกลาง สามารถพูดและฟังภาษาไทยรู้เรื่อง ไม่มีปัญหาในการพูด การอ่าน การเขียน การได้ยิน และการมองเห็นไม่เคยได้รับการบำบัดแบบการแก้ปัญหา หรือได้รับสุขภาพจิตศึกษาแบบมีโครงสร้างสำหรับผู้ป่วยโรคซึมเศร้ามาก่อน และยินยอมเข้าร่วมวิจัยเมื่อจับคู่กลุ่มตัวอย่างที่กล่าวไปแล้วข้างต้นจนครบ 20 คู่แล้ว ผู้วิจัยทำการจับฉลากชื่อของผู้ป่วยแต่ละคู่ โดยชื่อที่จับได้เป็นชื่อใครจะให้เข้ากลุ่มทดลอง ส่วนที่เหลือเข้ากลุ่มควบคุม กลุ่มละ 20 คน ซึ่งมีเกณฑ์ในการคัดออกจากกลุ่มตัวอย่าง (Exclusion criteria)¹⁶ มีดังนี้ 1)กลุ่มตัวอย่างถอนตัวออกจากการวิจัยในระหว่างดำเนินการศึกษา 2)กลุ่มตัวอย่างมีอาการทางจิตกำเริบอย่างรุนแรงระหว่างการดำเนินการวิจัยหรือมีภาวะแทรกซ้อนด้านร่างกาย

ขั้นตอนการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง

1.ผู้วิจัยทำหนังสือถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาลมหาสารคาม เพื่อขอจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ ซึ่งได้รับการอนุมัติวันที่ 15 พฤศจิกายน 2566 และขออนุญาตเก็บข้อมูลจากผู้อำนวยการโรงพยาบาลมหาสารคามซึ่งได้รับอนุญาตในการเก็บข้อมูลในวันเดียวกัน

2.ผู้วิจัยทำการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้วิธีคัดเลือกตัวอย่างแบบเจาะจง ที่แผนกผู้ป่วยนอกจิตเวช โรงพยาบาลมหาสารคาม จังหวัดมหาสารคาม โดยพิจารณาตามคุณสมบัติตามเกณฑ์ในการคัดเข้ากลุ่มตัวอย่าง

3.ผู้วิจัยติดต่อประสานงานกับหัวหน้าฝ่ายการพยาบาล และหัวหน้าแผนกผู้ป่วยนอกจิตเวช เพื่อขออนุญาตในการทดลองใช้เครื่องมือ (Try out) กับผู้ป่วยโรคซึมเศร้าจำนวน 5 คน และทดลองใช้โปรแกรมกับผู้ป่วยจำนวน 40 คน โดยได้ทดลองใช้เครื่องมือระหว่างเดือน มกราคม 2567- มิถุนายน 2567

4.คัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง โดยผู้วิจัยร่วมปฏิบัติงานที่แผนกผู้ป่วยนอกจิตเวช โรงพยาบาลมหาสารคาม โดยคัดกรองผู้ป่วยที่แพทย์วินิจฉัยว่าเป็น

โรคซึมเศร้าระดับน้อยและปานกลาง ที่แพทย์นัดมาตรวจในแต่ละวัน ติดตามเครื่องหมายที่แฟ้มประวัติผู้ป่วย เพื่อให้จุดนัดแจ้งผู้ป่วยว่าให้มาพบผู้วิจัยหลังพบแพทย์

5.หากผู้วิจัยพบกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนด ผู้วิจัยจะให้ข้อมูลเกี่ยวกับการดำเนินการวิจัย การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง และขอความร่วมมือในการเข้าร่วมการวิจัย โดยหากกลุ่มตัวอย่างยินดีเข้าร่วมการวิจัย และให้ลงชื่อในใบยินยอมของประชากรตัวอย่างหรือ ผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย ได้ทำการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง ระหว่างเดือน มกราคม 2567- มิถุนายน 2567

6.ผู้วิจัยทำการควบคุมอิทธิพลของตัวแปรเกินที่อาจส่งผลกระทบต่องานวิจัย โดยการจับคู่กลุ่มตัวอย่างที่มีลักษณะคล้ายคลึงกัน (Matched- Paired) ในการดำเนินการวิจัยในครั้งนี้ได้แก่ 1) เพศ พบว่าโรคซึมเศร้า¹⁷ สามารถเกิดขึ้นได้ในทุกเพศและทุกวัย แต่จากการศึกษาพบว่าโดยทั่วไปแล้วโรคซึมเศร้าจะพบมากในเพศหญิงมากกว่าเพศชาย โดยมีปัจจัยที่เกี่ยวข้องหลายประการ เช่น ฮอร์โมน, ความเครียดจากชีวิตประจำวัน, และภาวะทางสังคมที่มีผลต่อความรู้สึกของแต่ละเพศ นอกจากนี้ผู้หญิงมักมีแนวโน้มที่จะพูดถึงความรู้สึกและขอความช่วยเหลือเมื่อมีอาการซึมเศร้ามากกว่าเพศชาย ซึ่งอาจทำให้การวินิจฉัยและการรักษามีความชัดเจนมากขึ้นในผู้หญิง 2)ระดับคะแนนความซึมเศร้าเลือกเฉพาะผู้ป่วยที่มีความรุนแรงของอาการในระดับปานกลาง เนื่องจากความรุนแรงของอาการนั้นส่งผลต่อความสามารถในการเรียนรู้ของผู้ป่วย

7.เมื่อจับคู่กลุ่มตัวอย่างตามที่กล่าวไปแล้วข้างต้นจนครบ 20 คู่แล้ว ผู้วิจัยทำการจับฉลากชื่อของผู้ป่วยแต่ละคู่ ชื่อที่จับได้เป็นชื่อใครจะให้เข้ากลุ่มทดลอง ส่วนที่เหลือจะให้เข้ากลุ่มควบคุม กลุ่มละ 20 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1.เครื่องมือทดลอง ได้แก่ 1.1 โปรแกรมบำบัดการแก้ปัญหา(Problem -Solving Therapy)ซึ่งผู้วิจัยพัฒนาขึ้น โดยประยุกต์ใช้แนวคิดการบำบัดการ

แก้ปัญหาของ D'Zurilla และ Nezu โปรแกรมนี้ผ่านการตรวจสอบความตรงของเนื้อหา ความถูกต้องชัดเจน ควบคุมความเหมาะสมของภาษาที่ใช้ รูปแบบความเหมาะสมของกิจกรรมของกิจกรรม การจัดลำดับของเนื้อหาและความเหมาะสมของเวลาในแต่ละกิจกรรม โดยผู้ทรงคุณวุฒิด้านการพยาบาลสุขภาพจิตจำนวน 3 คน ประกอบด้วย จิตแพทย์จำนวน 1 คน อาจารย์ผู้เชี่ยวชาญจำนวน 1 คน พยาบาลผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงสาขาการพยาบาลสุขภาพจิต จิตเวชจำนวน 1 คน โปรแกรมการบำบัดโดยการแก้ปัญหาเพื่อลดภาวะซึมเศร้า เป็นการบำบัดทางจิตสังคมรายกลุ่ม โดยจะใช้เวลาครั้งละประมาณ 45–90 นาที จำนวน 6 ครั้งห่างกัน 3 วันดังนี้ ครั้งที่ 1 ขั้น Problem Orientation (การมองปัญหาอย่างสร้างสรรค์) : ส่งเสริมการรับรู้และยอมรับปัญหาโดยไม่โทษตนเอง เพื่อสร้างทัศนคติที่ดีต่อการเริ่มต้นแก้ปัญหา ครั้งที่ 2 ขั้น Problem Definition and Formulation (การนิยามและทำความเข้าใจกับปัญหา) ครั้งที่ 3 ฝึกปรับเปลี่ยนมุมมองต่อปัญหา ฝึกตั้งเป้าหมายในการแก้ปัญหาที่ตรงกับความเป็นจริงและฝึกสร้างทางเลือกในการแก้ปัญหาฝึกการตัดสินใจและฝึกแก้ปัญหาครั้งที่ 4 การฝึกการแก้ปัญหาและตรวจสอบผลการแก้ปัญหาครั้งที่ 5 การฝึกลงมือแก้ปัญหาและตรวจสอบผลการแก้ปัญหา ครั้งที่ 6 สรุปผลการแก้ปัญหา คงไว้ซึ่งทักษะในการแก้ปัญหา ยุติการบำบัด 1.2 แบบประเมินภาวะซึมเศร้า 9Q เป็นเครื่องมือมาตรฐานของประเทศไทย ที่มีการพัฒนาและรับรองโดยกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข ใช้กันอย่างกว้างขวางในสถานพยาบาลทุกระดับ ใช้คัดกรองและประเมินภาวะซึมเศร้าซึ่งประกอบด้วยคำถาม 9 ข้อ ตามเกณฑ์วินิจฉัยโรคซึมเศร้าใน DSM-IV / ICD-10 ครอบคลุมทั้งด้านอารมณ์ ความคิด พฤติกรรม และร่างกายซึ่งง่าย รวดเร็ว และเหมาะสมกับบริบทไทย และใช้เวลาประเมินไม่นาน (ประมาณ 5 นาที) มีภาษาที่เข้าใจง่าย เหมาะกับผู้ป่วยทั่วไป สามารถใช้ได้ทั้งบุคลากรสุขภาพจิตและบุคลากรสาธารณสุขทั่วไป ช่วยวัดความรุนแรงของอาการซึมเศร้า มีการให้คะแนนรวมและการแปลผลออกเป็นระดับ (ไม่มี–เล็กน้อย–ปาน

กลาง–รุนแรง) โดยแบบวัดประเมินภาวะซึมเศร้า 9 คำถาม (9Q) โดยแต่ละข้อมีค่าลำดับคะแนนเป็น 0, 1, 2, 3 คะแนน โดยคิดคะแนนโดยรวมคะแนนทุกข้อคำถาม หลังจากนั้นนำคะแนนมารวมกันและวิเคราะห์ค่าคะแนนซึ่งมีคะแนนอยู่ระหว่าง 0–27 คะแนน สามารถแปลผลคะแนนดังนี้คะแนน 7–12: ภาวะซึมเศร้าระดับน้อย (Major Depression, Mild), 13–18: ภาวะซึมเศร้าระดับปานกลาง (Major Depression, Moderate), ≥19 ภาวะซึมเศร้าระดับรุนแรง (Major Depression, Severe) หลังประเมิน 9Q ให้ดำเนินการตามแนวทางการจัดการและดูแลรักษาตามระดับความรุนแรงของโรคซึมเศร้า

2. เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล

แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลเป็นเครื่องมือที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเองจากการทบทวนวรรณกรรม ประกอบด้วย เพศ อายุ การศึกษา สถานภาพสมรส อาชีพ อายุที่เริ่มเจ็บป่วยและระยะเวลาการนอนหลับ สำหรับการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ปรับแก้ตามผู้ทรงคุณวุฒิ ภายใต้การดูแลของอาจารย์ที่ปรึกษางานวิจัย

จริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

โครงการวิจัยนี้ ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์โรงพยาบาลมหาสารคาม เลขที่โครงการ MSKH_REC 66-01-147 ลงวันที่ 15 พฤศจิกายน 2566 ผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอน ประโยชน์และความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นแก่ผู้เข้าร่วมวิจัย พร้อมทั้งให้สิทธิในการตัดสินใจเข้าร่วมหรือปฏิเสธโดยสมัครใจ การถอนตัวสามารถทำได้ทุกเมื่อโดยไม่ส่งผลกระทบต่อการรักษาพยาบาล ผู้เข้าร่วมลงนามในเอกสารยินยอมก่อนเริ่มเก็บข้อมูล ข้อมูลส่วนบุคคลถูกเก็บเป็นความลับ โดยใช้รหัสแทนชื่อ เก็บเอกสารในตู้ที่ล็อก และไฟล์ข้อมูลมีรหัสผ่านจำกัดเฉพาะผู้วิจัย การรายงานผลนำเสนอในภาพรวมเท่านั้น เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยโรคซึมเศร้า หากพบว่าผู้เข้าร่วมมีภาวะเครียดหรือเสี่ยงต่อการทำร้ายตนเองระหว่างการศึกษาก็จะได้รับการประเมินและ

ส่งต่อพบจิตแพทย์หรือพยาบาลจิตเวชทันทีเพื่อความปลอดภัย

ขั้นตอนในการทดลอง

1.ขั้นเตรียมการทดลองช่วงเดือนพฤศจิกายน 2566-ธันวาคม 2566 1.1) เตรียมความพร้อมของผู้ศึกษา โดยการศึกษาค้นคว้าจากตำรา เอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้องและฝึกประสบการณ์ในการทำกลุ่มจิตบำบัด โดยการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างที่มีลักษณะคุณสมบัติเหมือนกลุ่มทดลอง แต่ไม่ใช้กลุ่มทดลองจำนวน 3 คนเพื่อทดลองการใช้โปรแกรมบำบัดการแก้ปัญหาต่อภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นเพื่อเสริมสร้างความมั่นใจ และนำมาปรับใช้กับกลุ่มทดลองจริง 1.2) เตรียมเครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย พร้อมเสนอโครงร่างวิจัยฉบับสมบูรณ์ที่ผ่านความเห็นชอบจากคณะกรรมการบริหารพิจารณาจริยธรรมวิจัยในมนุษย์ของโรงพยาบาลมหาสารคาม 1.3) ประสานงานกับผู้อำนวยการโรงพยาบาลมหาสารคาม เพื่อขอความร่วมมือในการทำวิจัย 1.4) คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์ที่กำหนด พร้อมทั้งดำเนินการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง หากกลุ่มตัวอย่างยินดีเข้าร่วมการวิจัยโดยความสมัครใจ ให้ลงมือชื่อในเอกสารแสดงความยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

2.ขั้นดำเนินการทดลองมกราคม 2567 – มิถุนายน 2567 2.1) ผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลและประเมินระดับภาวะซึมเศร้า 2.2) ในการดำเนินการทดลอง ผู้วิจัยจับคู่กลุ่มตัวอย่างตัวใช้ เพศ คะแนนอาการซึมเศร้า จับฉลากคู่กลุ่มตัวอย่างแต่ละคู่ เข้ากลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองกลุ่มละ 20 คน โดย

กลุ่มควบคุม จะได้รับการพยาบาลตามปกติจากพยาบาลวิชาชีพ 2 ครั้ง ในแผนกผู้ป่วยนอกจิตเวชโรงพยาบาลมหาสารคาม

กลุ่มทดลอง จะได้รับการบำบัดด้วยโปรแกรมบำบัดการแก้ปัญหาต่อภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า โดยกิจกรรม ทั้งหมด 6 ครั้งๆละ 45-90 นาที ทุก 3 วัน

3. ขั้นเก็บรวบรวมข้อมูลกรกฎาคม 2567 – ตุลาคม 2567 3.1) ผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างทั้ง กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ตอบแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล และประเมินระดับภาวะซึมเศร้า 3.2) ผู้วิจัยกำกับการทดลอง ด้วยประเมินระดับภาวะซึมเศร้าหลังการทดลองในกลุ่มทดลอง หลังจบกิจกรรมครั้งที่ 6 และประเมินระดับภาวะซึมเศร้ากับกลุ่มควบคุม ในสัปดาห์ที่ 4 ที่มีการนัดพบแพทย์ตามปกติ

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

การตรวจสอบความตรงของเนื้อหา โดยให้ผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ได้แก่ จิตแพทย์ 1 คน พยาบาลจิตเวช 1 คน อาจารย์ผู้เชี่ยวชาญด้านการบำบัด 1 คน ตรวจสอบว่ากิจกรรมในแต่ละครั้งสอดคล้องกับวัตถุประสงค์ มีเนื้อหาเหมาะสมกับกลุ่มเป้าหมาย (ผู้ป่วยโรคซึมเศร้า) ใช้ภาษาที่เข้าใจง่าย เหมาะสมกับระดับการศึกษาและวัฒนธรรมของผู้เข้าร่วม โดยคำนวณดัชนีความตรงของเนื้อหา (Index of Item-Objective Congruence; IOC)¹⁸ โดยเกณฑ์ที่ยอมรับได้คือ ≥ 0.50 มีการตรวจสอบความเที่ยงตรงเชิงโครงสร้าง โดยตรวจสอบว่าแนวคิดหรือทฤษฎีของโปรแกรมสอดคล้องกับวัตถุประสงค์ เช่น ยึดตามแนวทางการบำบัดแบบการแก้ปัญหา ของ D'Zurilla and Nezu และใช้วิธีการวิจัยเชิงคุณภาพ¹⁹ เช่น การสัมภาษณ์ผู้เชี่ยวชาญ และการตรวจสอบความสอดคล้องของเนื้อหาและโครงสร้างโปรแกรมกับกรอบทฤษฎี มีการตรวจสอบความเหมาะสมและความเป็นไปได้ โดยทดลองใช้โปรแกรมกับกลุ่มเล็กๆ ของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า 3 คน ผลประเมินว่า 1.ผู้เข้าร่วมสามารถทำกิจกรรมได้จริง 2.ระยะเวลาในการทำแต่ละกิจกรรมเพียงพอเหมาะสม ด้านการตรวจสอบความเชื่อมั่นของกระบวนการ²⁰ โดยผู้วิจัย และผู้ดำเนินการ(พยาบาลวิชาชีพ) ได้ใช้คู่มือโปรแกรมอย่างถูกต้องและเหมือนกัน และได้ตรวจสอบความสอดคล้องของการดำเนินโปรแกรมระหว่างผู้บำบัด โดยใช้แบบประเมินความสม่ำเสมอของการบำบัด ด้านการตรวจสอบประสิทธิผลเบื้องต้น (Pilot Effectiveness)²¹ ได้ประเมินผลลัพธ์ก่อน-หลังการทดลองใช้ เช่น คะแนนแบบ

ประเมินภาวะซึมเศร้า (9Q) และผลลัพธ์เป็นไปในทิศทางที่ดี ซึ่งแสดงว่าโปรแกรมมีคุณภาพและน่าเชื่อถือ

ขั้นตอนดำเนินการวิจัย

ผู้วิจัยดำเนินการวิจัยโดยแบ่งการทดลองออกเป็น 3 ระยะ คือ ระยะเตรียมการวิจัย ระยะดำเนินการวิจัย และระยะเก็บรวบรวมข้อมูล เพื่อให้สามารถดำเนินการทดลองได้อย่างถูกต้องและได้ผลการวิจัยที่มีความน่าเชื่อถือ ผู้วิจัยดำเนินการวิจัยโดยมีรายละเอียดดังนี้

1.ขั้นเตรียมการทดลอง 1.1) เตรียมความพร้อมของผู้ศึกษา โดยการศึกษาค้นคว้าจากตำรา เอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้องและฝึกประสบการณ์ในการทำกลุ่มจิตบำบัด โดยการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างที่มีลักษณะคุณสมบัติเหมือนกลุ่มทดลอง แต่ไม่ใช้กลุ่มทดลองจำนวน 3 คนเพื่อทดลองการใช้โปรแกรมบำบัดการแก้ปัญหาต่อภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นเพื่อเสริมสร้างความมั่นใจ และนำมาปรับใช้กับกลุ่มทดลองจริง 1.2) เตรียมเครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย พร้อมเสนอโครงร่างวิจัยฉบับสมบูรณ์ที่ผ่านความเห็นชอบจากคณะกรรมการบริหารพิจารณาจริยธรรมวิจัยในมนุษย์ของโรงพยาบาลมหาสารคาม 1.3) ประสานงานกับผู้อำนวยการโรงพยาบาลมหาสารคาม เพื่อขอความร่วมมือในการทำวิจัย 1.4) คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์ที่กำหนด พร้อมทั้งดำเนินการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง²² หากกลุ่มตัวอย่างยินดีเข้าร่วมการวิจัยด้วยความสมัครใจ ให้ลงมือชื่อในเอกสารแสดงความยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

2.ขั้นดำเนินการทดลอง 2.1) ผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลและประเมินระดับภาวะซึมเศร้า 9 คำถาม (9Q) 2.2) ในการดำเนินการทดลอง ผู้วิจัยจับคู่กลุ่มตัวอย่างตัวใช้ เพศ คะแนนอาการซึมเศร้า จับฉลากคู่กลุ่มตัวอย่างแต่ละคู่ เข้ากลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง กลุ่มละ 20 คน โดย

กลุ่มควบคุม จะได้รับการพยาบาลตามปกติจากพยาบาลวิชาชีพ 2 ครั้ง ในแผนกผู้ป่วยนอกจิตเวชโรงพยาบาลมหาสารคาม

กลุ่มทดลอง จะได้รับการบำบัดด้วยโปรแกรมบำบัดการแก้ปัญหาต่อภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า โดยกิจกรรม ทั้งหมด 6 ครั้งๆละ 45-90 นาที ทุก 3 วัน

3.ขั้นเก็บรวบรวมข้อมูล 3.1) ผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างทั้ง กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ตอบแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล และประเมินระดับภาวะซึมเศร้า 9 คำถาม (9Q) 3.2) ผู้วิจัยกำกับการทดลองโดยประเมินระดับภาวะซึมเศร้าหลังการทดลองในกลุ่มทดลอง หลังจบกิจกรรมครั้งที่ 6 และประเมินระดับภาวะซึมเศร้ากับกลุ่มควบคุม ในสัปดาห์ที่ 4 ที่มีการนัดพบแพทย์ตามปกติ

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยมีการวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป ซึ่งข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างนำมาวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงบรรยาย²³ มีการเปรียบเทียบระดับภาวะซึมเศร้าระยะก่อนและหลังการได้รับโปรแกรมบำบัดการแก้ปัญหา โดยใช้สถิติทดสอบ t (Dependent t-test)²⁴ และเปรียบเทียบระดับภาวะซึมเศร้าระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมบำบัดการแก้ปัญหากับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ โดยใช้สถิติทดสอบ t มีการกำหนดค่าระดับนัยสำคัญทางสถิติระดับ 0.05

สรุปผลการวิจัย

ผลวิเคราะห์ข้อมูลในรูปแบบตาราง ประกอบคำบรรยาย โดยนำเสนอรายละเอียดตามลำดับ ดังนี้

ตอนที่ 1 ผลของโปรแกรมการบำบัดโดยการแก้ปัญหาต่อระดับภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบระดับภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ระหว่างก่อนและหลังได้รับโปรแกรมบำบัดโดยการแก้ปัญหา (n=20)

การแก้ปัญหของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า	$\bar{X}$	SD	Level	t	df	p-value
ก่อนการทดลอง	12.6	1.93	บกพร่อง	7.07	19	< .001
หลังการทดลอง	8	2.18	ปกติ			

จากตารางที่ 1 พบว่า คะแนนเฉลี่ยการแก้ปัญหของผู้ป่วยโรคซึมเศร้ามก่อนและหลังการทดลองพบว่ากลุ่มที่ได้รับโปรแกรมบำบัดการแก้ปัญหแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยค่าคะแนนเฉลี่ยของระดับภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า หลังการทดลองต่ำกว่าก่อนการ

ทดลอง และหลังการทดลองระดับ 9Q มีคะแนนซึมเศร้ามลดลง สอดคล้องกับสมมุติฐานการวิจัยข้อที่ 1 ที่ว่า การแก้ปัญหของผู้ป่วยซึมเศร้า หลังได้รับโปรแกรมบำบัดการแก้ปัญหสามารถลดอาการซึมเศร้าและแก้ปัญหในชีวิตได้ดีขึ้น

ตอนที่ 2 เปรียบเทียบระดับภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ระหว่างกลุ่มที่ได้รับการบำบัดโดยการแก้ปัญหากับ กลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบระดับภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคซึมเศร้ามระหว่างกลุ่มที่ได้รับการบำบัดการแก้ปัญหากับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

ระดับระดับภาวะซึมเศร้า	$\bar{X}$	SD	Level	t	df	p-value
ก่อนการทดลอง						
-กลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ	12.2	2.16	บกพร่อง	0.62	38	> .05
-กลุ่มที่ได้รับการบำบัดการแก้ปัญห	12.6	1.93	บกพร่อง			
หลังการทดลอง						
-กลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ	13.95	3.07	บกพร่อง	7.08	38	< .001
-กลุ่มที่ได้รับการบำบัดการแก้ปัญห	8	2.17	ปกติ			

จากตารางที่ 2 พบว่าระดับภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคซึมเศร้ามก่อนการทดลองระหว่างกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติและกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมบำบัดโดยการแก้ปัญหไม่แตกต่างกัน มีคะแนนเฉลี่ยการแก้ปัญหเท่ากับ 12.2 กับ 12.6 ตามลำดับ ซึ่งอยู่ในระดับบกพร่อง แต่ภายหลังการทดลองพบว่าระดับภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าทั้ง 2 กลุ่มแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยคะแนนเฉลี่ยการระดับภาวะซึมเศร้าของกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมบำบัดการแก้ปัญหสูงกว่ากลุ่ม

ควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ โดยมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 13.95 และ 8 ตามลำดับสอดคล้องกับสมมุติฐานข้อที่ 2 ที่ว่าระดับภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคซึมเศร้ามกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมบำบัดโดยการแก้ปัญหดีกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

อภิปรายผลการวิจัย

จากการศึกษาผลของโปรแกรมบำบัดการแก้ปัญหต่อภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า พบว่า

ผลการวิจัยครั้งนี้สนับสนุนสมมติฐานการวิจัยที่ตั้งไว้ ทั้ง 2 ข้อ มีรายละเอียดดังนี้

สมมติฐานข้อที่ 1 คือกลุ่มทดลองหลังได้รับโปรแกรมการบำบัดโดยการแก้ปัญหาต่อระดับภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคซึมเศร้ามีค่าคะแนนระดับภาวะซึมเศร้าลดลง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Pim Cuijpers และคณะ ซึ่งเป็นการวิเคราะห์หอยกิมาน พบว่า PST สามารถ ลดอาการซึมเศร้าได้อย่างมีนัยสำคัญ และมีประสิทธิผลใกล้เคียงกับการบำบัดทางจิตรูปแบบอื่นและการใช้ยา²⁵ และสอดคล้องกับการศึกษาของ Bell AC และ D'Zurilla TJ ที่พบว่า PST มีประสิทธิภาพดีกว่ากลุ่มที่ไม่ได้รับการรักษา²⁶ การบำบัดโดยการแก้ปัญหานี้ เน้นการฝึกทักษะการวางแผนเกี่ยวกับการแก้ปัญหาของผู้ป่วย สามารถ แลกเปลี่ยนประสบการณ์กันได้ ทำให้ผู้ป่วยเกิดความมั่นใจในตนเองในการแก้ปัญหา พร้อมทั้งสนับสนุนและส่งเสริมให้ผู้ป่วยเล็งเห็นคุณค่าในตัวเอง ซึ่งการดำเนินการดังกล่าวส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดความไว้วางใจ และเชื่อมั่นในตนเองพร้อมปรับกระบวนการคิดในการแก้ปัญหาเมื่อเผชิญปัญหาไปทางบวกมากกว่าทางลบ

สมมติฐานข้อที่ 2 คือผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่ได้รับโปรแกรมการบำบัดโดยการแก้ปัญหา มีระดับภาวะซึมเศร้าหลังการทดลอง ต่ำกว่ากลุ่มที่ไม่ได้รับโปรแกรม มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ 0.05 ผลการศึกษาส่งเสริมให้เห็นว่าโปรแกรมบำบัดโดยการแก้ปัญหาต่อภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า มีประสิทธิภาพทั้งหมด 5 ด้าน ได้แก่ 1.ช่วยให้ผู้ป่วยเปลี่ยนมุมมองมองปัญหาอย่างมีเหตุผล 2.ลดความรู้สึกลิ้นหวัง 3. พัฒนาทักษะการตัดสินใจ 4.ลดความเครียดสะสม 5.เพิ่มประสิทธิภาพของการบำบัดอื่น ๆ เช่น PST สามารถใช้ร่วมกับการบำบัดอื่น เช่น CBT (การบำบัดทางพฤติกรรมความคิด (Cognitive Behavioral Therapy)²⁷ หรือการใช้ยาและการมีทักษะการแก้ปัญหาช่วยให้ผู้ป่วยตอบสนองต่อการรักษาได้ดีขึ้นสรุปได้ว่าผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่เข้าร่วม

โปรแกรม PST มีอาการดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญเมื่อเทียบกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

ข้อจำกัดของงานวิจัย

1. ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง เนื่องจากการศึกษา นี้มีกลุ่มตัวอย่างจำนวนน้อย ซึ่งอาจส่งผลต่ออำนาจการทดสอบทางสถิติ ทำให้การตรวจพบความสัมพันธ์หรือความแตกต่างของตัวแปรในบางประเด็นอาจไม่เด่นชัดเท่าที่ควร

2. การสรุปอ้างอิงไปยังประชากร ผลการวิจัย นี้มาจากการศึกษาในบริบทเฉพาะและกลุ่มตัวอย่าง จำกัด ดังนั้นการนำผลการวิจัยไปปรับใช้ กับประชากรกลุ่มอื่นหรือในสภาพแวดล้อมที่แตกต่างออกไป ควรทำด้วยความระมัดระวัง

ข้อเสนอแนะ

1. ด้านการพยาบาล ส่งเสริมบทบาทของการพยาบาลในการใช้โปรแกรมบำบัดการแก้ปัญหา เพื่อนำไปใช้ในกระบวนการดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้า บูรณาการโปรแกรมบำบัดการแก้ปัญหาเข้ากับกระบวนการพยาบาล เช่น การประเมิน การวางแผน และการดำเนินการพยาบาล มีการใช้เครื่องมือประเมินภาวะซึมเศร้าที่เหมาะสม (เช่น 9Q,8Q) ร่วมกับการประเมินความสามารถในการแก้ปัญหา เพื่อวางแผนการบำบัดที่ตรงจุด ส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในกิจกรรมของโปรแกรม อาจดำเนินการร่วมกับสหสาขาวิชาชีพ เพื่อให้การดูแลมีความครอบคลุม และส่งเสริมให้พยาบาลมีทักษะด้านจิตวิทยาเบื้องต้น ซึ่งควรจัดอบรมหรือพัฒนาศักยภาพพยาบาลในด้านการสื่อสาร การให้คำปรึกษาเบื้องต้น และทักษะการให้กำลังใจ เพื่อให้สามารถนำโปรแกรมไปใช้ได้อย่างเหมาะสม

2. ด้านการศึกษา บรรจุเนื้อหาเกี่ยวกับโปรแกรมบำบัดการแก้ปัญหาในหลักสูตรควรเพิ่มเนื้อหาเกี่ยวกับทฤษฎีและกระบวนการของการบำบัดการแก้ปัญหา ในหลักสูตรพยาบาลศาสตร์ จิตวิทยา และสาธารณสุข พัฒนาองค์ความรู้ด้านการดูแลผู้ป่วยซึมเศร้า โดยใช้ผลการวิจัยเป็นกรณีศึกษาใน

การเรียนการสอน มีการฝึกปฏิบัติจริงในสถานการณ์จำลอง

3.ด้านการวิจัย ควรเพิ่มจำนวนผู้เข้าร่วมวิจัยให้มากขึ้น และคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างจากหลายพื้นที่หรือหลายสถานพยาบาล เพื่อเพิ่มความสามารถในการอ้างอิงผลการวิจัยไปสู่ประชากรกลุ่มกว้างขึ้น ควรมีการติดตามผลระยะยาวหลังสิ้นสุดโปรแกรม เช่น 3 เดือน หรือ 6 เดือน เพื่อประเมินผลต่อเนื่องของโปรแกรมในการลดภาวะซึมเศร้า เปรียบเทียบประสิทธิภาพของโปรแกรมบำบัดการโดยการแก้ปัญหา กับโปรแกรมบำบัดอื่น ๆ เช่น CBT หรือการบำบัดด้วยสติ (Mindfulness-Based Therapy)²⁸ ควรประเมินผลด้วยวิธีหลากหลายใช้เครื่องมือวัดหลายประเภท เช่น แบบสอบถามที่ผ่านการทดสอบทางสถิติ การสัมภาษณ์เชิงลึก หรือการสังเกตพฤติกรรม เพื่อให้ได้ข้อมูลทั้งเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ ศึกษาปัจจัยแวดล้อมที่มีผลต่อผลลัพธ์

ศึกษาปัจจัยร่วมที่อาจส่งผลกระทบต่อภาวะซึมเศร้า เช่น การสนับสนุนจากครอบครัว ภาวะเศรษฐกิจส่วนบุคคล หรือโรคร่วมทางกาย ศึกษาผลของโปรแกรมในกลุ่มเฉพาะ เช่น วัยรุ่น ผู้สูงอายุ ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง หรือผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย เพื่อความเหมาะสม และปรับโปรแกรมให้ตรงกลุ่มเป้าหมาย พัฒนาโปรแกรมให้หลากหลายรูปแบบ แนะนำให้ทดลองใช้โปรแกรมในรูปแบบต่าง ๆ เช่น โปรแกรมออนไลน์ แอปพลิเคชัน หรือโปรแกรมแบบสั้น เพื่อเพิ่มความสะดวกในการเข้าถึงและนำไปใช้จริง ควรใช้การวิจัยเชิงทดลองแบบสุ่ม (Randomized Controlled Trial:RCT)²⁹ เพื่อเพิ่มความน่าเชื่อถือทางวิทยาศาสตร์ และลดอคติที่อาจเกิดขึ้นในการวิจัย

4.ด้านนโยบาย ควรเสนอให้บรรจุ PST ใน Clinical Practice Guideline และควรเสนอให้ใช้เป็นโปรแกรมมาตรฐานใน OPD Psychiatric

เอกสารอ้างอิง

1. Dixon A. Problem-solving approach and depression: Evidence for a recovery model. J Couns Dev. 2000;78(1):45–50.
2. D’Zurilla TJ, Maydeu-Olivares A. Conceptual and methodological issues in social problem-solving assessment. Behav Ther. 1995;26(3):409–32.
3. กรมสุขภาพจิต. รายงานประจำปีกรมสุขภาพจิต ปีงบประมาณ 2554. กรุงเทพฯ: กรมสุขภาพจิต; 2554.
4. Nezu AM, Nezu CM, Perri MG. Problem-solving therapy for depression: Theory, research and clinical guidelines. New York: Wiley; 1989.
5. รัตติกาล ศรีงาม. บทบาทพยาบาลในการลดอาการซึมเศร้าโดยการบำบัดด้วยการแก้ปัญหาในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า. วารสารแพทยสารทหารอากาศ. 2568;71(1):9–20.
6. ธวัชชัย พลศักดิ์. ผลของโปรแกรมการบำบัดโดยการแก้ปัญหาต่อภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า [วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต]. กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2560.
7. โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์. คู่มือโปรแกรมบำบัดโดยการแก้ปัญหาในผู้ป่วยจิตเวชที่มีความคิดและพฤติกรรมฆ่าตัวตาย. ขอนแก่น: โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์; ม.ป.ป.
8. ธวัชชัย พลศักดิ์, และคณะ. ผลของโปรแกรมการบำบัดโดยการแก้ปัญหาต่อภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า. วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต. 2560;31(1):60–74.
9. ราตรี โชติกพงษ์. การวิเคราะห์สถานการณ์การดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่มีภาวะซึมเศร้า ที่มารับบริการในโรงพยาบาลโกรกพระ จังหวัดนครสวรรค์ [วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต]. เชียงใหม่: มหาวิทยาลัยเชียงใหม่; 2552.

10. จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย. หลักการกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างในการวิจัย. กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2559.
11. โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์. ผลของโปรแกรมการบำบัดด้วยการแก้ปัญหาต่อผู้ป่วยโรคซึมเศร้า. ขอนแก่น: โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์; 2563.
12. D’Zurilla TJ, Nezu AM. Problem solving therapy: A positive approach to clinical intervention. 3rd ed. New York: Springer Publishing; 2007.
13. กรมสุขภาพจิต. แนวทางการวิจัยและการประเมินผู้ป่วยจิตเวชในประเทศไทย. กรุงเทพฯ: กรมสุขภาพจิต; 2562.
14. Lotrakul M, Saipanish R. การประยุกต์ใช้ ICD-10 ในการวินิจฉัยภาวะซึมเศร้าในประชากรไทย. วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย. 2549;51(2):123-31.
15. กรมสุขภาพจิต. แบบประเมินความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย 9 คำถาม (9Q). กรุงเทพฯ: กรมสุขภาพจิต; 2564.
16. กรมสุขภาพจิต. คู่มือการวินิจฉัยและการประเมินโรคจิตเวชในประเทศไทย (DSM-IV). กรุงเทพฯ: กรมสุขภาพจิต; 2552.
17. กรมสุขภาพจิต. โรคซึมเศร้า (Depression). กรุงเทพฯ: กรมสุขภาพจิต; 2563.
18. มหาวิทยาลัยมหิดล. การประเมินความตรงของเครื่องมือวิจัยด้วยดัชนี IOC. นครปฐม: มหาวิทยาลัยมหิดล; 2558.
19. มหาวิทยาลัยมหิดล. แนวทางการวิจัยเชิงคุณภาพในงานพยาบาลและสุขภาพ. นครปฐม: มหาวิทยาลัยมหิดล; 2560.
20. มหาวิทยาลัยมหิดล. แนวทางการตรวจสอบความเชื่อมั่นของกระบวนการวิจัยเชิงคุณภาพและเชิงปริมาณ. นครปฐม: มหาวิทยาลัยมหิดล; 2560.
21. มหาวิทยาลัยมหิดล. แนวทางการทำวิจัยนำร่องและการประเมินประสิทธิผลเบื้องต้นในงานพยาบาลและสุขภาพ. นครปฐม: มหาวิทยาลัยมหิดล; 2560.
22. โรงพยาบาลมหาสารคาม. แนวทางการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยกับผู้ป่วยในโรงพยาบาลมหาสารคาม. มหาสารคาม: โรงพยาบาลมหาสารคาม; 2563.
23. มหาวิทยาลัยมหิดล. คู่มือการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงสถิติสำหรับงานวิจัยพยาบาลและสุขภาพ. นครปฐม: มหาวิทยาลัยมหิดล; 2560.
24. มหาวิทยาลัยมหิดล. คู่มือการใช้สถิติในการวิจัยพยาบาลและสุขภาพ. นครปฐม: มหาวิทยาลัยมหิดล; 2560.
25. Cuijpers P, van Straten A, Warmerdam L. Problem-solving therapy for adult depression: An updated meta-analysis. Eur Psychiatry. 2007;22(1):9-15.
26. Bell AC, D’Zurilla TJ. Problem-solving therapy for depression: A meta-analysis. Clin Psychol Rev. 2009;29(4):348-53.
27. กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. แนวทางการบำบัดด้วย Cognitive Behavioral Therapy สำหรับผู้ป่วยซึมเศร้า. กรุงเทพฯ: กระทรวงสาธารณสุข; 2561.
28. กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. แนวทางการใช้ Mindfulness-Based Therapy ในการดูแลผู้ป่วยจิตเวช. กรุงเทพฯ: กระทรวงสาธารณสุข; 2562.
29. สำนักงานคณะกรรมการวิจัยแห่งชาติ. คู่มือการวิจัยเชิงทดลองและการออกแบบการศึกษาแบบสุ่มในประเทศไทย. กรุงเทพฯ: สำนักงานคณะกรรมการวิจัยแห่งชาติ; 2560.

9 ทศวรรษแห่งวิถีชีวิตพลังบว: กรณีศึกษาผู้สูงอายุวัย 94 ปี กับเส้นทางสู่สุขภาพดีและการคงไว้ซึ่งความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ

กัญญา จันทร์พล¹วรวิสา ลูวิระ²

บทคัดย่อ

การสูงวัยอย่างมีสุขภาพและการคงไว้ซึ่งความแข็งแรงของกล้ามเนื้อเป็นประเด็นสำคัญในการป้องกันภาวะมวลกล้ามเนื้อน้อย การวิจัยเชิงคุณภาพรูปแบบกรณีศึกษาเดี่ยวและแนวคิดการวิจัยเล่าเรื่องนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อสำรวจวิถีปฏิบัติด้านการดำเนินชีวิต ปัจจัยหล่อหลอม และประสบการณ์ชีวิตของผู้สูงอายุชายไทยวัย 94 ปี ที่มีสมรรถภาพทางกายดีเยี่ยมและเป็นนักกีฬาอาวุโสเหรียญทองระดับชาติ ภายใต้กรอบแนวคิดวิถีชีวิต 6 เสาหลัก เก็บรวบรวมข้อมูลด้วยการสัมภาษณ์เชิงลึกกึ่งโครงสร้าง ข้อมูลเชิงบริบทจากครอบครัว บ้านที่ภาคสนาม และการประเมินองค์ประกอบร่างกายด้วยเครื่อง Bioelectrical Impedance Analysis (BIA) วิเคราะห์ข้อมูลด้วยการวิเคราะห์แก่นสาระเชิงธีมและการตีความเชิงเล่าเรื่อง โดยตรวจสอบความน่าเชื่อถือผ่านวิธีสามเฒ่าและการตรวจสอบข้อมูลกลับไปยังผู้ให้ข้อมูล

ผลการศึกษาพบว่า การคงไว้ซึ่งสมรรถภาพทางกายในวัยสูงอายุมักสัมพันธ์กับการสะสมต้นทุนสุขภาพตลอดช่วงชีวิต โดยมีปัจจัยสำคัญ 6 ด้าน ได้แก่ 1) การมีกิจกรรมทางกายและการออกกำลังกายอย่างต่อเนื่องจนเป็นอัตลักษณ์ สะท้อนจากค่าดัชนีมวลกล้ามเนื้อโครงร่าง 7.1 กิโลกรัมต่อตารางเมตร และอายุเมตาบอลิซึม 69 ปี 2) แบบแผนการบริโภคอาหารพื้นบ้านธรรมชาติที่เน้นโปรตีนและเลี้ยงอาหารแปรรูป 3) วินัยการนอนหลับสม่ำเสมอ 8 ชั่วโมงต่อวัน 4) เครือข่ายสนับสนุนที่เข้มแข็งจากครอบครัวและสังคม 5) ความยืดหยุ่นทางอารมณ์และมีความหมายในการดำเนินชีวิต และ 6) การงดสูบบุหรี่และแอลกอฮอล์ตั้งแต่วัยกลางคนโดยมีคุณค่าครอบครัวเป็นสิ่งที่หล่อหลอม

การศึกษานี้ชี้ให้เห็นว่า การสูงวัยอย่างมีสุขภาพเกิดจากปฏิสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมสุขภาพระยะยาว ความยืดหยุ่นทางอารมณ์ และบริบทสังคมที่สนับสนุน ข้อค้นพบนี้เป็นหลักฐานเชิงคุณภาพที่สามารถนำไปใช้พัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพระดับชุมชน เพื่อคงไว้ซึ่งความแข็งแรงของกล้ามเนื้อและป้องกันภาวะมวลกล้ามเนื้อน้อยในผู้สูงอายุต่อไป

คำสำคัญ: เวชศาสตร์วิถีชีวิต, ผู้สูงอายุต้นแบบ, การวิจัยเล่าเรื่อง, ความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ

วันที่รับบทความ

1 มีนาคม 2569

วันที่ได้รับบทความฉบับแก้ไข

21 เมษายน 2569

วันที่ตอบรับบทความ

21 พฤษภาคม 2569

¹ศูนย์อนามัยที่ 7 ขอนแก่น, ผู้ประสานการส่งบทความต้นฉบับ, จดหมายอิเล็กทรอนิกส์; kanyajanpol@gmail.com

²คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

9 – Decades of Positive Lifestyle: A Case Study of a 94-Year-Old's Path to Wellness and Muscle Strength Maintenance

Kanya Janpol ¹

Varisara Luvira ²

Abstract

Healthy aging and the maintenance of physical performance are critical public health priorities, particularly in preventing sarcopenia. Grounded in the six pillars of Lifestyle Medicine, this qualitative study utilized a single-case study and narrative inquiry design to explore the lifestyle practices, shaping factors, and lived experiences of a 94-year-old Thai male. The participant was selected through purposive sampling as an exceptional case due to his extraordinary physical capacity and status as a national master-athlete gold medalist. Data collection involved semi-structured in-depth interviews, family contextual data, field notes, and body composition evaluation via Bioelectrical Impedance Analysis (BIA). Data were analyzed using thematic analysis and narrative interpretation. Methodological trustworthiness was rigorously established through data triangulation, member-checking, researcher reflexive journaling, and the maintenance of an audit trail to ensure consistency.

The findings revealed that preserving physical fitness into advanced old age is deeply linked to the lifelong accumulation of health capital across six interconnected dimensions: (1) continuous physical activity sustained as a core personal identity, objectively reflected by a skeletal muscle mass index (SMI) of 7.1 kg/m² and a metabolic age of 69 years; (2) nutritional patterns emphasizing traditional whole foods and protein intake while avoiding ultra-processed products; (3) disciplined sleep hygiene averaging 8 hours daily; (4) robust social connection anchored in family and community networks; (5) stress management achieved through emotional resilience and a clear purpose in life; and (6) midlife cessation of smoking and alcohol, heavily reinforced by family values.

This study suggests that healthy aging is determined by the intersection of long-term health behaviors, psychological resilience, and supportive social environments. These qualitative insights offer empirical evidence to guide community-based health promotion models aimed at sustaining muscle strength and preventing sarcopenia in aging populations.

Keywords: Healthy Aging, Lifestyle Medicine, Narrative Inquiry, Sarcopenia Prevention, Skeletal Muscle Mass Index

Received
1 March 2026

Revised
21 April 2026

Accepted
21 May 2026

¹ Regional Health Promotion Centre 7 Khonkaen, Corresponding author e-mail: kanyajanpol@gmail.com

² Faculty of Medicine, Khon Kaen University

บทนำ

การเพิ่มขึ้นของประชากรสูงอายุเป็นประเด็นที่ทั่วโลกให้ความสำคัญ โดยองค์การอนามัยโลก (WHO) ระบุว่าภายในปี พ.ศ. 2573 สัดส่วนประชากรที่มีอายุมากกว่า 60 ปีจะเพิ่มขึ้นเป็น 1 ใน 6 ของประชากรโลก¹ สำหรับประเทศไทย ข้อมูลจากสำนักงานสถิติแห่งชาติ (2565) พบว่าไทยได้ก้าวเข้าสู่ "สังคมสูงวัยระดับสมบูรณ์" (Complete Aged Society) เรียบร้อยแล้ว และกำลังมุ่งสู่การเป็นสังคมสูงวัยระดับสุดยอด (Super-Aged Society)² การเปลี่ยนแปลงนี้ส่งผลกระทบต่อทั้งในมิติทางเศรษฐกิจ สังคม และโดยเฉพาะอย่างยิ่งระบบสาธารณสุข เนื่องจากอายุขัย (Lifespan) ที่ยืนยาวขึ้นไม่ได้หมายถึงการมีสุขภาพดี (Health span) เสมอไปแนวคิดเรื่อง "การสูงวัยอย่างมีคุณภาพ" จึงกลายเป็นเป้าหมายหลักในการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุไทย ซึ่งประกอบด้วยมิติสำคัญสองประการ คือ มิติเชิงวัตถุวิสัย (Objective Well-being) อันได้แก่ ความแข็งแรงทางกาย การปราศจากโรค และมิติเชิงจิตวิสัย (Subjective Well-being) คือความสุข ความพึงพอใจในชีวิต และการเห็นคุณค่าในตนเอง³⁻⁴ อย่างไรก็ตาม อุปสรรคสำคัญที่ขัดขวางการสูงวัยอย่างมีคุณภาพคือ ภาวะความเสื่อมถอยทางชีวภาพ โดยเฉพาะ "ภาวะมวลกล้ามเนื้อน้อย" (Sarcopenia) และภาวะเปราะบาง (Frailty) ซึ่งพบความชุกสูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญในผู้สูงอายุไทยกลุ่มอายุ 80 ปีขึ้นไป ส่งผลให้เกิดความเสี่ยงต่อการหกล้ม ภาวะพึ่งพิง และคุณภาพชีวิตที่ถดถอย⁵⁻⁶

ในปัจจุบัน เวชศาสตร์วิถีชีวิต (Lifestyle Medicine) ได้รับการยอมรับว่าเป็นแนวทางสำคัญในการชะลอความเสื่อมและป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCDs) ผ่าน 6 เสาหลัก ได้แก่ โภชนาการ การเคลื่อนไหวร่างกาย การนอนหลับ การจัดการความเครียด การหลีกเลี่ยงสารอันตราย และความสัมพันธ์ทางสังคม⁷ แม้จะมีหลักฐานเชิงประจักษ์มากมายเกี่ยวกับประสิทธิภาพของวิถีชีวิตเหล่านี้ ช่องว่างสำคัญของวรรณกรรมเดิมมิได้อยู่ที่การขาด

งานวิจัยเกี่ยวกับผู้สูงอายุโดยรวม แต่คือการขาดงานเชิงคุณภาพที่อธิบายประสบการณ์ชีวิต⁸ และเส้นทางสุขภาพของผู้สูงอายุนับสูงมากที่ยังคงสมรรถภาพทางกายและความแข็งแรงของกล้ามเนื้อได้ดี โดยเฉพาะในบริบทไทย งานที่ผ่านมาให้ความเข้าใจเกี่ยวกับ healthy ageing, active ageing และวิถีชีวิตของผู้สูงอายุในภาพรวม แต่ยังมีหลักฐานจำกัดเกี่ยวกับการบูรณาการมุมมองตลอดช่วงชีวิต กรอบแนวคิดวิถีชีวิต 6 เสาหลัก การวิจัยเล่าเรื่อง และข้อมูลเชิงวัตถุเกี่ยวกับองค์ประกอบร่างกาย เช่น BIA เพื่ออธิบายการคงไว้ซึ่งความแข็งแรงของกล้ามเนื้อในผู้สูงอายุอายุ 90 ปีขึ้นไป

ด้วยเหตุนี้ ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาเชิงลึกในกรณีของ "นายชาย" (นามสมมติ) ชายไทยวัย 94 ปี อดีตข้าราชการครูในจังหวัดขอนแก่น ซึ่งเป็นกรณีศึกษาที่โดดเด่น ในฐานะนักกีฬาอาวุโสเหรียญทองที่มีสุขภาพกายแข็งแรงกว่าคนในวัยเดียวกันอย่างมาก ผลการตรวจองค์ประกอบร่างกายด้วย Bioelectrical impedance analysis (BIA) พบว่านายชายมีค่าดัชนีมวลกล้ามเนื้อ (SMI) สูงถึง 7.1 กก./ม.² และมีอายุเมตาบอลิซึมเพียง 69 ปี ซึ่งสะท้อนถึงการมีวิถีชีวิตที่ทรงพลังเกินขีดจำกัดของอายุจริง⁹ การวิจัยเชิงคุณภาพรูปแบบการวิเคราะห์เรื่องเล่า (Narrative Inquiry) ครั้งนี้จึงมุ่งหวังที่จะถอดรหัสวิถีชีวิตของนายชาย เพื่อสร้าง "พิมพ์เขียว" และแรงบันดาลใจเชิงประจักษ์ในการเตรียมตัวเข้าสู่การเป็นผู้สูงอายุที่แข็งแรงและมีความสุขอย่างยั่งยืนในสังคมไทย¹⁰⁻¹¹

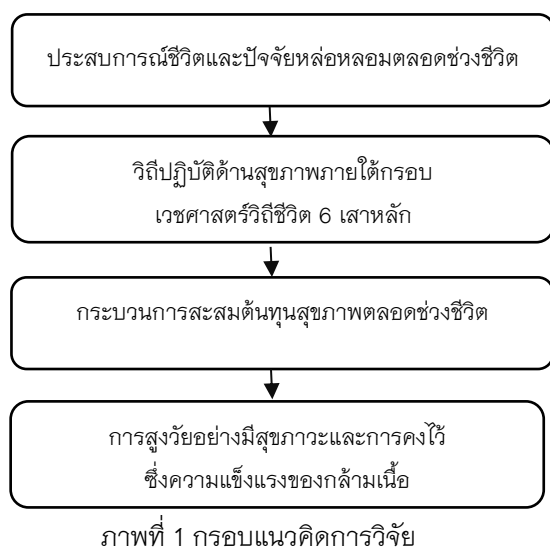
คำถามการวิจัย

ปัจจัยตลอดช่วงชีวิต วิถีปฏิบัติด้านสุขภาพ และบริบทครอบครัว สังคม วัฒนธรรม และจิตใจมีส่วนสนับสนุนการสูงวัยอย่างมีสุขภาพและการคงไว้ซึ่งความแข็งแรงของกล้ามเนื้อในผู้สูงอายุวัย 94 ปีอย่างไร

วัตถุประสงค์

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อทำความเข้าใจเชิงลึกเกี่ยวกับประสบการณ์ชีวิต ปัจจัยหล่อหลอม

ตลอดช่วงชีวิต วิธีปฏิบัติด้านสุขภาพภายใต้กรอบแนวคิดเวชศาสตร์วิถีชีวิต 6 เสาหลัก และบริบทครอบครัว สังคม วัฒนธรรม และจิตใจ ที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับการสูงวัยอย่างมีสุขภาวะและการคงไว้ซึ่งความแข็งแรงของกล้ามเนื้อในผู้สูงอายุชายไทยวัย 94 ปี โดยใช้การวิจัยเชิงคุณภาพรูปแบบกรณีศึกษาเดี่ยวร่วมกับการวิจัยเล่าเรื่อง เพื่อสร้างความเข้าใจเชิงลึกที่สามารถนำไปใช้เป็นข้อมูลประกอบการพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันภาวะมวลกล้ามเนื้อน้อยในผู้สูงอายุระดับชุมชน



วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัย : การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพ (Qualitative Research) ที่ประยุกต์ใช้ระเบียบวิธีวิจัยสองรูปแบบ ได้แก่ กรณีศึกษา (Single-Case Study) และการวิจัยเล่าเรื่อง (Narrative Inquiry) เพื่อให้เข้าใจอย่างลึกซึ้งถึงวิถีชีวิต ปัจจัย และประสบการณ์ของบุคคลต้นแบบท่านเดียวที่เป็นผู้สูงอายุวัย 94 ปี ซึ่งมีความโดดเด่นด้านสุขภาพกาย สมรรถภาพทางกาย และการคงไว้ซึ่งความกระฉับกระเฉง การวิจัยเล่าเรื่องจะมุ่งเน้นการรวบรวมและตีความเรื่องราวชีวิตที่ผู้ให้ข้อมูลสร้างขึ้น เพื่อค้นหาความหมายและแก่นสำคัญที่อยู่เบื้องหลังความสำเร็จในการมีคุณภาพชีวิตที่ดี ในขณะที่กรณีศึกษาจะช่วยให้สามารถพรรณนาและวิเคราะห์

บริบทต่างๆ ของปัจจัยด้านสุขภาพได้อย่างรอบด้านและเชิงลึก

การเข้าถึงแหล่งข้อมูล

แหล่งข้อมูลเป็นผู้สูงอายุที่อยู่ในชมรมผู้สูงอายุเป้าหมาย เข้าถึงได้โดยทำการสำรวจข้อมูลจากหน่วยงานราชการที่เกี่ยวข้องคือโรงพยาบาลที่เป็นหน่วยให้การสนับสนุนกิจกรรมการดำเนินงานของชมรม โดยกลุ่มเป้าหมายคือผู้สูงอายุที่มีอายุมากกว่า 90 ปี ไม่จำกัดเพศ มีศักยภาพในการดำรงชีวิต เป็นผู้มีความแข็งแรง ช่วยเหลือตัวเองได้ ไม่มีหรือมีโรคประจำตัวซึ่งเป็นไปตามวัย เช่น โรคความดันโลหิตสูง เบาหวาน ไขมันในเลือดสูง ปวดเข่า และปวดกระดูก เป็นต้น สามารถให้ข้อมูลได้และเต็มใจที่จะให้ข้อมูลหลังจากได้ข้อมูลเบื้องต้นจากเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบผู้วิจัยลงพื้นที่ตามข้อมูลเบื้องต้นเพื่อพบกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุ ที่มีอายุเกิน 90 ปี และประสานงานครอบครัวกลุ่มตัวอย่างดังกล่าวล่วงหน้าเพื่อนัด วัน เวลา การสัมภาษณ์ เพื่อให้ได้ข้อมูลที่มีคุณภาพ

ผู้ให้ข้อมูลหลักในการวิจัยนี้คือคือ “นายชาย” นามสมมติ เพศชาย อายุ 94 ปี อาศัยอยู่ในจังหวัดขอนแก่น เป็นอดีตข้าราชการครู ได้รับการคัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจงร่วมกับการคัดเลือกแบบกรณีพิเศษ เนื่องจากเป็นผู้สูงอายุวัยมากกว่า 90 ปีที่ยังคงมีสมรรถภาพทางกายดี สามารถช่วยเหลือตนเองได้ มีประวัติการมีกิจกรรมทางกายและการออกกำลังกายต่อเนื่อง และมีข้อมูลประกอบจากการประเมินองค์ประกอบร่างกายด้วยเครื่อง Bioelectrical Impedance Analysis กรณีศึกษานี้จึงถือเป็น information-rich case และ critical case ตามกระบวนการทำการวิจัยเชิงคุณภาพ

เกณฑ์การคัดเลือกผู้ให้ข้อมูลหลัก ได้แก่ 1) เป็นผู้สูงอายุไทยอายุ 90 ปีขึ้นไป 2) สามารถสื่อสารและถ่ายทอดประสบการณ์ชีวิตได้ชัดเจน 3) มีสุขภาพและสมรรถภาพทางกายอยู่ในระดับดีเมื่อเทียบกับวัย 4) สามารถช่วยเหลือตนเองและทำกิจวัตรประจำวันได้ 5) มีหรือไม่มีโรคประจำตัวตามวัยแต่สามารถควบคุมอาการได้ และ 6) ยินยอมเข้าร่วมการวิจัยด้วยความ

สมัครใจ เกณฑ์การคัดออก ได้แก่ มีภาวะเจ็บป่วยเฉียบพลัน มีข้อจำกัดด้านการรับรู้หรือการสื่อสารที่เป็นอุปสรรคต่อการให้ข้อมูล หรือประสงค์ถอนตัวจากการวิจัย

นอกจากผู้ให้ข้อมูลหลักแล้ว ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลจากผู้ให้ข้อมูลเสริมจำนวน 4 คน ได้แก่ บุตรสาว 1 คน เพื่อนร่วมชมรมผู้สูงอายุ 2 คน และเจ้าหน้าที่สุขภาพที่เกี่ยวข้อง 1 คน เพื่อให้ข้อมูลเชิงบริบทเกี่ยวกับประวัติชีวิต กิจกรรมประจำวัน พฤติกรรมสุขภาพ การออกกำลังกาย การบริโภคอาหาร การนอนหลับ ความสัมพันธ์ในครอบครัว การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม และเหตุการณ์สำคัญในชีวิตของผู้ให้ข้อมูลหลัก ข้อมูลดังกล่าวใช้ประกอบการตรวจสอบสามเส้าร่วมกับข้อมูลสัมภาษณ์ บันทึกภาคสนาม และผลการประเมินองค์ประกอบร่างกายด้วย BIA

การศึกษาแบบกรณีศึกษาเดียวนี้ไม่ได้มุ่งอ้างอิงทั่วไปเชิงสถิติไปยังผู้สูงอายุทั้งหมด แต่เน้นการทำความเข้าใจเชิงลึกต่อกรณีที่มีลักษณะเฉพาะและให้ข้อมูลเชิงบริบทสูง เพื่อสร้างข้อเรียนรู้ที่อาจถ่ายโอนไปใช้เชิงแนวคิดในบริบทผู้สูงอายุที่มีลักษณะใกล้เคียงกันได้ ข้อมูลวิจัยทั้งหมดจะถูกปกปิดตัวตน ใช้รหัสหรือนามสมมติแทนชื่อจริง จัดเก็บในระบบที่มีรหัสผ่านหรือในตู้เอกสารที่ล็อกได้ จำกัดการเข้าถึงเฉพาะคณะผู้วิจัยและเก็บรักษาเป็นระยะเวลา 5 ปีหลังสิ้นสุดการวิจัยหรือหลังการตีพิมพ์ ก่อนทำลายอย่างปลอดภัยตามแนวทางจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

ข้อพิจารณาทางจริยธรรม

ผู้วิจัยแนะนำตนเองกับผู้ให้ข้อมูล ชี้แจงวัตถุประสงค์และขั้นตอนของงานวิจัย แจ้งสิทธิให้ผู้ให้ข้อมูล โดยผู้ร่วมวิจัยสามารถถอนตัวจากการเข้าร่วมการวิจัยได้ทุกเมื่อหากไม่สะดวกใจ และหากมีการอ้างชื่อในงานวิจัยจะใช้นามสมมติแทนชื่อจริงของความสมัครใจในการเข้าร่วมวิจัย เปิดโอกาสให้ผู้ให้ข้อมูลซักถามข้อมูลเพิ่มเติม และให้เวลาในการตัดสินใจ เมื่อผู้ให้ข้อมูลยินดีเข้าร่วมการวิจัยและยินดีให้สัมภาษณ์ โดยลงนามในใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัยโดยสมัครใจแล้ว ผู้วิจัยทำการนัดหมาย วัน เวลา สถานที่ในการ

สัมภาษณ์ตามความสะดวกของผู้ให้ข้อมูลโดยการสัมภาษณ์เจาะลึกตามแนวทางการสัมภาษณ์ที่สร้างขึ้น พร้อมขออนุญาตในการบันทึกเทปก่อนการสัมภาษณ์ และการรักษาเทปเสียงเป็นความลับ และงานวิจัยนี้ผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ ศูนย์อนามัยที่ 7 ขอนแก่น (รหัสโครงการวิจัย 143) เมื่อวันที่ 9 ตุลาคม 2568

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ในการวิจัยเชิงคุณภาพนี้ ผู้วิจัยเป็นเครื่องมือหลักในการเก็บรวบรวมและวิเคราะห์ข้อมูล โดยมีเครื่องมือและแนวทางประกอบการเก็บข้อมูลดังนี้:

1. แนวคำถามสำหรับการสัมภาษณ์เชิงลึก (Semi-structured Interview Guide): ถูกพัฒนาขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง โดยครอบคลุมประเด็นหลักเกี่ยวกับวิถีชีวิตประจำวัน พฤติกรรมบริโภคอาหาร การออกกำลังกาย การจัดการความเครียด ความสัมพันธ์ทางสังคม ลักษณะการนอนหลับ และประวัติชีวิตตั้งแต่วัยเด็กจนถึงปัจจุบัน ทั้งนี้ คำถามจะมีความยืดหยุ่นและพร้อมปรับเปลี่ยนไปตามบริบทและประเด็นที่เกิดขึ้นระหว่างการสนทนา

2. แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล: เป็นแบบฟอร์มสำหรับเก็บข้อมูลทั่วไปของผู้ให้ข้อมูล อาทิ เพศ อายุ ระดับการศึกษา ประวัติการเจ็บป่วย รวมถึงข้อมูลเชิงปริมาณที่ใช้ประกอบการวิเคราะห์ ได้แก่ ผลตรวจองค์ประกอบของร่างกายด้วยเครื่อง BIA (Bioelectrical Impedance Analysis) และผลการประเมินสมรรถภาพทางกาย

3. เครื่องบันทึกเสียง/วิดีโอ (Audio/Video Recorder): ใช้สำหรับบันทึกการสัมภาษณ์ เพื่อให้สามารถถอดเทปข้อมูลได้อย่างแม่นยำและครบถ้วน

4. สมุดบันทึกภาคสนาม (Field Notes): ใช้สำหรับจดบันทึกสิ่งที่สังเกตเห็น บรรยายากศ น้ำเสียง ท่าทาง และความรู้สึกของผู้วิจัย รวมถึงข้อคิดเห็นหรือประเด็นสำคัญที่เกิดขึ้นระหว่างการเก็บข้อมูล

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลระหว่างเดือน ตุลาคม – ธันวาคม 2568 ณ ชมรมผู้สูงอายุในพื้นที่ โดยคำนึงถึงความเป็นส่วนตัว ความสะดวก ความปลอดภัย และสภาพร่างกายของผู้ให้ข้อมูลหลักเป็นสำคัญ การเก็บข้อมูลประกอบด้วยการสัมภาษณ์เชิงลึกถึงโครงสร้าง การสังเกตแบบไม่มีส่วนร่วม การบันทึกภาคสนาม การสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูลเสริม และการประเมินองค์ประกอบร่างกายด้วยเครื่อง Bioelectrical Impedance Analysis

ผู้ให้ข้อมูลหลักได้รับการสัมภาษณ์จำนวน 3 ครั้ง ครั้งละประมาณ 60 นาที ส่วนผู้ให้ข้อมูลเสริมจำนวน 4 คน ได้แก่ บุตรสาว 1 คน เพื่อนร่วมชมรมผู้สูงอายุ 2 คน และเจ้าหน้าที่สุขภาพที่เกี่ยวข้อง 1 คน ได้รับการสัมภาษณ์เพื่อให้ข้อมูลเชิงบริบทเกี่ยวกับประวัติชีวิต กิจกรรมประจำวัน พฤติกรรมสุขภาพ และการเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมของผู้ให้ข้อมูลหลัก

แนวคำถามสัมภาษณ์ครอบคลุมประเด็นสำคัญ ได้แก่ ประสบการณ์ชีวิตตลอดช่วงวัย วิธีปฏิบัติด้านสุขภาพ การออกกำลังกาย โภชนาการ การนอนหลับ ความสัมพันธ์ทางครอบครัวและสังคม การจัดการอารมณ์ ความหมายของการสูงวัย และปัจจัยที่สนับสนุนการคงไว้ซึ่งสุขภาพและความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ การเก็บข้อมูลสิ้นสุดเมื่อข้อมูลมีความเพียงพอต่อการตอบคำถามการวิจัย โดยพิจารณาจากการไม่พบประเด็นใหม่จากการสัมภาษณ์ครั้งหลัง ความชัดเจนของแก่นสาระหลัก และความสอดคล้องของข้อมูลจากผู้ให้ข้อมูลหลัก ผู้ให้ข้อมูลเสริม บันทึกภาคสนาม และผล BIA

ความน่าเชื่อถือของงานวิจัย

ความน่าเชื่อถือของงานวิจัยพิจารณาตามเกณฑ์ของ Lincoln และ Guba ได้แก่ credibility, transferability, dependability และ confirmability โดย credibility ได้รับการเสริมผ่านการตรวจสอบสามเส้าด้านข้อมูล ได้แก่ ข้อมูลสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูลหลัก ข้อมูลจากผู้ให้ข้อมูลเสริม 4 คน บันทึกภาคสนาม การสังเกต และผล BIA รวมทั้งการตรวจสอบข้อมูลกับผู้ให้ข้อมูล

หรือ member checking ส่วน transferability สนับสนุนด้วยการอธิบายบริบทกรณีศึกษาอย่างละเอียด dependability สนับสนุนด้วยการจัดทำ audit trail ของกระบวนการวิจัย และ confirmability สนับสนุนด้วยการบันทึกสะท้อนคิดของผู้วิจัยและการใช้ข้อมูลหลายแหล่งเพื่อลดอคติในการตีความ

การวิเคราะห์ข้อมูล

การศึกษานี้ใช้การวิเคราะห์เชิงเล่าเรื่องเป็นแนวทางหลัก เพื่อทำความเข้าใจลำดับเหตุการณ์ชีวิต จุดเปลี่ยนสำคัญ และความหมายของประสบการณ์ชีวิตของผู้ให้ข้อมูลหลัก ร่วมกับการวิเคราะห์แก่นสาระเชิงธีมเป็นแนวทางเสริม เพื่อจัดกลุ่มประเด็นสำคัญตามกรอบเวชศาสตร์วิถีชีวิต 6 เสาหลักและการคงไว้ซึ่งความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ ข้อมูลที่วิเคราะห์ประกอบด้วยบทสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูลหลัก ข้อมูลจากผู้ให้ข้อมูลเสริม 4 คน บันทึกภาคสนาม การสังเกต และผลการประเมิน BIA

ข้อมูลเสี่ยงถูกถอดเทปแบบคำต่อคำ และจัดการข้อมูลด้วย Microsoft Word และ Microsoft Excel เพื่อจัดระบบบทถอดความ รหัส หมวดหมู่ ธีม และบันทึกการวิเคราะห์ ผู้วิจัยอ่านข้อมูลซ้ำหลายรอบจัดทำลำดับเหตุการณ์ชีวิต เข้ารหัสข้อมูลแบบเปิด จัดกลุ่มรหัสเป็นหมวดหมู่ และสังเคราะห์เป็นธีมหลักก่อนนำธีมกลับไปเชื่อมโยงกับเส้นเรื่องชีวิตและกรอบแนวคิดของการศึกษา

เนื่องจากผู้วิจัยหลักเป็นผู้เข้ารหัสข้อมูลเพียงคนเดียว จึงไม่ได้คำนวณ inter-coder agreement อย่างไรก็ตาม ความเข้มแข็งของการวิเคราะห์ได้รับการเสริมด้วยการจัดทำ codebook, audit trail, reflexive memo, การตรวจสอบข้อมูลหลายแหล่ง และการอภิปรายรหัสหมวดหมู่ และธีมกับอาจารย์ที่ปรึกษาซึ่งเป็นผู้ร่วมวิจัยและผู้ทรงคุณวุฒิด้านการวิจัยเชิงคุณภาพ เพื่อทบทวนความสมเหตุสมผลของการตีความและลดอคติของผู้วิจัยหลัก

ผลการศึกษา

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลจากการสัมภาษณ์เชิงลึก ผู้ให้ข้อมูลหลัก ข้อมูลจากผู้ให้ข้อมูลเสริม บันทึกภาคสนาม การสังเกตบริบทการดำเนินชีวิต และข้อมูลจากการประเมินองค์ประกอบร่างกายด้วยเครื่อง Bioelectrical Impedance Analysis พบว่า การสูงวัยอย่างมีสุขภาพและการคงไว้ซึ่งความแข็งแรงของกล้ามเนื้อในผู้สูงอายุวัย 94 ปีรายนี้ สัมพันธ์กับการสะสมพฤติกรรมสุขภาพอย่างต่อเนื่องตลอดช่วงชีวิต มากกว่าการเกิดจากพฤติกรรมสุขภาพเฉพาะในวัยสูงอายุเท่านั้น ผู้ให้ข้อมูลหลัก คือ “ตาชาย” นามสมมติ อายุ 94 ปี อดีตข้าราชการครู อาศัยอยู่ในจังหวัดขอนแก่น มีประวัติการทำกิจกรรมทางกายตั้งแต่วัยเด็กวัยทำงาน และหลังเกษียณ สามารถช่วยเหลือตนเองได้ มีบทบาททางสังคมในชมรมผู้สูงอายุ และมีประวัติเป็นนักกีฬาอาวุโสระดับชาติ ข้อมูลเชิงวัตถุจากการ

ประเมินสมรรถภาพทางกายและองค์ประกอบร่างกายพบว่า ผู้ให้ข้อมูลหลักมีผลการทดสอบสมรรถภาพทางกายในเกณฑ์ดีหลายด้าน เช่น Time Up and Go Test 11 วินาที งอแขนยกน้ำหนัก 29 ครั้งใน 30 วินาที ลูกนั่งเก้าอี้ 17 ครั้ง และยืนยกเข่าขึ้นลง 98 ครั้งใน 2 นาที รวมทั้งมีค่าดัชนีมวลกล้ามเนื้อโครงร่าง 7.1 กก./ม² และอายุเมตาบอลิซึม 69 ปี

จากการวิเคราะห์เชิงเล่าเรื่องร่วมกับการวิเคราะห์แก่นสาระเชิงธีม สามารถสังเคราะห์ผลการวิจัยได้เป็น 6 ธีมหลัก ได้แก่ 1) กิจกรรมทางกายที่ก่อรูปเป็นอัตลักษณ์ชีวิต 2) โภชนาการพื้นบ้านที่เอื้อต่อสุขภาพและการคงไว้ซึ่งกล้ามเนื้อ 3) วินัยการนอนหลับและกิจวัตรประจำวันที่สม่ำเสมอ 4) เครือข่ายครอบครัวและสังคมที่สนับสนุนการสูงวัยอย่างมีสุขภาพ 5) ความยืดหยุ่นทางอารมณ์และความหมายในการดำเนินชีวิต และ 6) การหลีกเลี่ยงพฤติกรรมเสี่ยงที่ขับเคลื่อนด้วยคุณค่าครอบครัว ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 สรุปผลการวิเคราะห์ธีมและหลักฐานจากข้อมูล

Theme	Sub-theme	Codes / Evidence	Evidence quotes
1. กิจกรรมทางกายที่ก่อรูปเป็นอัตลักษณ์ชีวิต	การเคลื่อนไหวสะสม	เดินไปโรงเรียน 5-6 กม.	“ที่ตาแข็งแรงมาได้ทุกวันนี้ มันไม่ได้เกิดจาก
	ตั้งแต่วัยเด็กและวัยทำงาน	ปั่นจักรยานไปสอน 10 กม. ทำนา ออกวิ่งตอนเช้า	เมื่อวานหรือวันก่อน แต่มันเป็นการสะสมความแข็งแรงมาตั้งแต่เด็ก”
	การออกกำลังกายสูงอายุน	วิ่งตอนเช้า แข่งขันกีฬาอาวุโส เหยี่ยุทธของระดับชาติ	“อยากวิ่งไปเรื่อย ๆ จนกว่าจะหมดลมหายใจหรือไม่ไหว”
	ผลลัพธ์ด้านสมรรถภาพและกล้ามเนื้อ	TUGT 11 วินาที Arm curl 29 ครั้ง Chair stand 17 ครั้ง 2-minute step 98 ครั้ง SMI 7.1 กก./ม ² metabolic age 69 ปี	ผล BIA และการทดสอบสมรรถภาพทางกายสนับสนุนข้อมูลจากการสัมภาษณ์เกี่ยวกับการคงไว้ซึ่งสมรรถภาพทางกายในวัยสูงอายุมาก
2. โภชนาการพื้นบ้านที่เอื้อต่อสุขภาพและการคงไว้ซึ่งกล้ามเนื้อ	แบบแผนอาหารพื้นบ้าน	อาหารหนึ่ง ต้ม ย่าง อาหารอีสาน ผักลวก ปั่น แจ่ว	“ตาชอบกินหนึ่ง กินต้ม กินย่าง ไม่ชอบกินผัด ๆ มัน ๆ ทอด ๆ ชอบกินอาหารอีสานบ้านเรานี้แหละ”
	การบริโภคโปรตีนและการหลีกเลี่ยงอาหารเสี่ยง	ไข่วันละ 4 ฟอง นมวันละ 1 ถ้วย น้ำมากกว่า 8 แก้ว ลดหวาน มัน เค็ม ไม่ใช้ผงชูรส	ข้อมูลจากการสัมภาษณ์สะท้อนรูปแบบโภชนาการที่เน้นอาหารธรรมชาติและโปรตีน ซึ่งอาจเกี่ยวข้องกับการคงไว้ซึ่งมวลกล้ามเนื้อ

ตารางที่ 1 สรุปผลการวิเคราะห์ธีมและหลักฐานจากข้อมูล (ต่อ)

Theme	Sub-theme	Codes / Evidence	Evidence quotes
2. โภชนาการที่บ้านที่ เอื้อต่อสุขภาพและการ คงไว้ซึ่งกล้ามเนื้อ (ต่อ)	การสนับสนุนจาก ครอบครัวด้านอาหาร	ลูกสาวจัดตารางอาหารราย สัปดาห์	ข้อมูลจากครอบครัวสะท้อนบทบาท ของผู้ดูแลในการคงไว้ซึ่งแบบแผนการ บริโภคที่สม่ำเสมอ
3. วินัยการนอนหลับ และกิจวัตรประจำวัน สม่ำเสมอ	แบบแผนการนอนคงที่	เข้านอน 19.30–20.00 น. ตื่น 04.00–05.00 น. นอนประมาณ 8 ชั่วโมง	ข้อมูลจากผู้ให้ข้อมูลหลักสะท้อนว่าการ นอนหลับเป็นส่วนหนึ่งของวินัย ชีวิตประจำวัน
	การลดสิ่งรบกวนการ นอน	ไม่มีสมาร์ทโฟนหรืออุปกรณ์ดิจิทัล ในชีวิตประจำวัน	ข้อมูลจากการสัมภาษณ์บ่งชี้ว่าการไม่มี อุปกรณ์ดิจิทัลอาจเอื้อต่อรูปแบบการ พักผ่อนที่สม่ำเสมอ
4. เครือข่ายครอบครัว และสังคมที่สนับสนุน สุขภาพ	ครอบครัวเป็นแหล่ง สนับสนุนหลัก	อาศัยกับลูกสาว ลูกหลานพา เดินทาง ความภาคภูมิใจใน ครอบครัว	“ลูกหลานเขามักพาไปเที่ยว เขาพาไป ใส่ ตาไปได้หมด ขึ้นรถลงเรือ ไปเหนือ ล่องใต้ ไปแล้วม่วน และมีความสุข ถ้าเขาแข็งแรง”
	ชมรมผู้สูงอายุเป็น พื้นที่ทางสังคม	สมาชิกชมรมผู้สูงอายุ บทบาทผู้ให้ พรในงานมงคล การมีส่วนร่วมใน กิจกรรม	ข้อมูลสะท้อนว่าบทบาททางสังคมช่วย คงไว้ซึ่งความรู้สึกมีคุณค่าและการมี ส่วนร่วมในชุมชน
5. ความยืดหยุ่นทาง อารมณ์และความหมาย ในการดำเนินชีวิต	การปรับตัวต่อ เหตุการณ์ยากลำบาก	การสูญเสียลูกชาย การยอมรับความจริง ไม่วิตกกังวล	ข้อมูลจากเรื่องเล่าสะท้อน ความสามารถในการปรับตัวต่อความ สูญเสียและการดำรงชีวิตต่อไปอย่างมี ความหมาย
	กิจกรรมด้านจิตใจ และจิตวิญญาณ	สวดมนต์ นั่งสมาธิ ทำบุญตัก บาตร รุ่งเป็นงานอดิเรก	กิจกรรมเหล่านี้สะท้อนกลไกการดูแล จิตใจและการคงไว้ซึ่ง emotional resilience
6. การหลีกเลี่ยง พฤติกรรมเสี่ยงที่ ขับเคลื่อนด้วยคุณค่า ครอบครัว	การงดบุหรี่และสุรา ตั้งแต่วัยกลางคน	เลิกบุหรี่และสุราเมื่ออายุประมาณ 50 ปี ลดค่าใช้จ่ายเพื่อครอบครัว	“เรามีลูกหลายคน ต้องส่งเสริมให้เรียน สูง ๆ ค่าใช้จ่ายเยอะ อันไหนที่ตาพอตัด ได้ก็ต้องตัด”
	คุณค่าครอบครัวเป็น แรงจูงใจ	ความรับผิดชอบต่อบุตร การเสียสละ การควบคุมตนเอง	ข้อมูลสะท้อนว่าพฤติกรรมสุขภาพ บางส่วนเกิดจากแรงจูงใจเชิงคุณค่า มากกว่าการตัดสินใจเพื่อสุขภาพ โดยตรง

1. เรื่องเล่าของชีวิต: เส้นทางจากท้องทุ่ง สู่สนามแข่งขันระดับชาติ

ชีวิตของตาชายเริ่มต้นขึ้นท่ามกลางธรรมชาติ
อันบริสุทธิ์ของท้องทุ่งนาในจังหวัดขอนแก่น เขาเกิดใน
ครอบครัวที่มีอาชีพทำนา ซึ่งวิถีชีวิตที่เรียบง่ายนี้เองที่

หล่อหลอมให้เขามีความอดทนและพร้อมจะเผชิญหน้า
กับความยากลำบากในอนาคต การถูกรับมาเลี้ยงดู
ตั้งแต่ยังจำความไม่ได้โดยคุณพ่อ (ผู้รับมาเลี้ยง)
ที่ปรารถนาอยากมีลูกชายเป็นแรงขับเคลื่อนสำคัญที่
ผลักดันให้เขาได้ก้าวออกจากวิถีชีวิตเดิม ๆ และมุ่งหน้า

สู่การศึกษาในระดับที่สูงขึ้น ซึ่งในสมัยนั้นถือเป็นความหรรษาที่อยากจะเข้าถึงสำหรับเด็กในชนบท เส้นทางการศึกษาของตาชายไม่ได้โรยด้วยกลีบกุหลาบเลย แม้แต่น้อย เขาต้องจากบ้านเกิดไปเป็นเด็กวัด เพื่อจะได้มีโอกาสเข้าเรียนในโรงเรียนชั้นนำของเมืองในขณะนั้น ทุกเช้าตรู่ เขาต้องเดินเท้าบนถนนดินลูกรังที่ทอดตัวยาวกว่า 5-6 กิโลเมตรเพื่อไปเรียน การก้าวแต่ละก้าวบนทางที่เต็มไปด้วยฝุ่นและแสงแดดอันร้อนระอุคือบทเรียนที่สำคัญที่สุดในชีวิตที่สอนให้เขารู้จักความอดทนและวินัยในตนเอง เขาเล่าว่า แม้จะเจ็บปวดจากความยากลำบากเพียงใด แต่เขาก็ไม่เคยคิดที่จะยอมแพ้ เพราะในใจของเขานั้นเต็มไปด้วยความหวังและความฝันที่จะเรียนให้สูงๆ เพื่อให้สมกับความตั้งใจของพ่อ

บททดสอบที่ยิ่งใหญ่ที่สุดในชีวิตวัยเรียนเกิดขึ้นเมื่อเขาต้องเผชิญกับโรคคอตีบ (ชื่อโรคในอีสานสมัยโบราณ อาการคือมีภาวะท้องเสียเรื้อรัง) ที่เกือบพรากชีวิตเขาไป ความเจ็บป่วยครั้งนั้นทำให้เขาต้องหยุดเรียนไปเกือบหนึ่งปีเต็ม จนเพื่อนร่วมชั้นมาแจ้งข่าวว่าครูจะจัดสอบ และการไปสอบครั้งนั้นเองที่ทำให้เขาสอบตกด้วยคะแนน 49/100 ซึ่งขาดไปเพียงคะแนนเดียวเท่านั้นที่จะผ่าน การสอบตกครั้งนี้ไม่ได้สร้างความท้อแท้ให้กับเขาเลยแม้แต่น้อย แต่กลับกลายเป็นแรงผลักดันที่ยิ่งใหญ่ที่ทำให้เขาไม่ยอมแพ้เพราะมีเพื่อนที่ได้ไปโรงเรียนตลอดก็ยังคงสอบตกด้วยกัน 3 คน ตาชายกลับมาเรียนต่อจนสำเร็จการศึกษาในระดับประโยคครูมัธยม (พ.ม.) ซึ่งเป็นวุฒิการศึกษาที่สูงมากในยุคนั้น

หลังจากจบการศึกษา ตาชายได้สานต่อความฝันของครอบครัวด้วยการเป็นครู ซึ่งในยุคนั้นอาชีพครูถือเป็นอาชีพที่มีเกียรติอย่างยิ่ง เส้นทางการทำงานของเขา ยังคงเต็มไปด้วยความท้าทายเช่นเดิม เขาต้องปั่นจักรยานไป-กลับ 10 กิโลเมตรบนถนนที่ทุรกันดารเพื่อสอนหนังสือในแต่ละวัน ซึ่งแสดงให้เห็นถึงความมุ่งมั่นและทุ่มเทอย่างเต็มที่ให้กับอาชีพของเขา การทำงานหนักนี้ไม่เพียงแต่ทำให้เขาเป็นครูที่มีคุณภาพเท่านั้น แต่ยังนำพาเขาให้ได้พบกับคู่ชีวิต คือคุณยายซึ่งเป็นครูเช่นเดียวกัน พวกเขา ร่วมกันสร้างครอบครัวที่อบอุ่น

และสมบูรณ์แบบ มีลูกด้วยกันถึง 4 คน ซึ่งทุกคนเติบโตมาเป็นคนดีและมีอาชีพการงานที่มั่นคง ความสำเร็จในตัวเอง คือรางวัลที่สำคัญที่สุดของการทุ่มเททำงานหนักมาทั้งชีวิต และเป็นความสุขที่ยิ่งใหญ่ที่หล่อเลี้ยงจิตใจของเขาตลอดมา และชีวิตหลังเกษียณคุณตาก็ยังคงทำอาชีพของพ่ออยู่คือทำนา ตาปลูกข้าวกินเอง “ตามีความสุขที่ได้ไปทุ่งนา ไปแล้วได้ทำนั่นทำนี่ ตาไม่ชอบอยู่เฉยๆ”

2.การวิเคราะห์ตามหลักเวชศาสตร์วิถีชีวิต

6 เสาหลัก

เมื่อสอบถามถึงระดับความพึงพอใจต่อสุขภาพในปัจจุบันตาชาย ได้แสดงความพึงพอใจในระดับสูง โดยให้คะแนนตนเองมากถึง 90 จาก 100 คะแนน และกล่าวอย่างมีอารมณ์ขันว่า “ที่เหลือ 10 คะแนนหักไว้ให้อายุ” ตาชายอธิบายว่าความพึงพอใจนี้ มาจากการที่ยังสามารถดำเนินกิจวัตรประจำวันได้อย่างเป็นปกติ ปราศจากอาการเจ็บป่วยที่รบกวนการใช้ชีวิต และปราศจากความวิตกกังวลในจิตใจ การมีชีวิตที่ยืนยาวและมีคุณภาพเช่นนี้ของตาชายในวัย 94 ปี มิได้เป็นเพียงผลลัพธ์ของโชคชะตาหรือพันธุกรรมเพียงอย่างเดียว แต่เป็นบทพิสูจน์ถึงผลลัพธ์ของการปรับใช้พฤติกรรมในชีวิตประจำวันที่สอดคล้องกับหลักเวชศาสตร์วิถีชีวิตทั้ง 6 เสาหลักได้อย่างน่าทึ่ง และต่อเนื่องมาเป็นเวลานาน

Theme 1: กิจกรรมทางกายที่ก่อรูปเป็นอัตลักษณ์ชีวิต

ข้อมูลจากการสัมภาษณ์พบว่า ผู้ให้ข้อมูลหลักมีประสบการณ์กิจกรรมทางกายต่อเนื่องตั้งแต่วัยเด็กวัยทำงาน และหลังเกษียณ เช่น การเดินเท้าไปโรงเรียนระยะทาง 5-6 กิโลเมตร การปั่นจักรยานไปสอนหนังสือวันละประมาณ 10 กิโลเมตร การทำงานนา และการออกวิ่งตอนเช้าในวัยสูงอายุ ผู้ให้ข้อมูลหลักเชื่อมโยงความแข็งแรงในปัจจุบันกับการสะสมความแข็งแรงมาตั้งแต่วัยเด็ก โดยกล่าวว่า “ที่ตาแข็งแรงมาได้ทุกวันนี้ มันไม่ได้เกิดจากเมื่อวานหรือวันก่อน แต่มันเป็นการสะสมความแข็งแรงมาตั้งแต่เด็ก” ข้อมูลเชิง

วัดจากการทดสอบสมรรถภาพทางกายและ BIA สันนิษฐานข้อมูลจากการสัมภาษณ์ โดยพบค่า SMI 7.1 กก./m² และอายุเมตาบอลิซึม 69 ปี รวมทั้งผลการทดสอบสมรรถภาพที่สะท้อนความสามารถด้านการเคลื่อนไหว ความแข็งแรง และความทนทานของกล้ามเนื้อ

การตีความ

เรื่องนี้ชี้ให้เห็นว่า กิจกรรมทางกายไม่ได้เป็นเพียงพฤติกรรมสุขภาพเฉพาะช่วงวัยสูงอายุ แต่เป็นรูปแบบชีวิตที่ก่อตัวต่อเนื่องตลอดช่วงชีวิตจนกลายเป็นอัตลักษณ์ส่วนบุคคล การสะสมกิจกรรมทางกายระยะยาวอาจเป็นกลไกสำคัญที่ช่วยสนับสนุนการคงไว้ซึ่งมวลกล้ามเนื้อ สมรรถภาพทางกาย และความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันในวัยสูงอายุมาก

Theme 2: โภชนาการที่บ้านที่เอื้อต่อสุขภาพและการคงไว้ซึ่งกล้ามเนื้อ

ผู้ให้ข้อมูลหลักมีแบบแผนการบริโภคอาหารที่ค่อนข้างสม่ำเสมอ โดยเน้นอาหารที่บ้าน อาหารธรรมชาติ และวิธีปรุงอาหารประเภทหนึ่ง ต้ม และย่างมากกว่าอาหารทอดหรืออาหารมัน ผู้ให้ข้อมูลกล่าวว่า “ตาชอบกินหนึ่ง กินต้ม กินย่าง ไม่ชอบกินผัด ๆ มัน ๆ ทอด ๆ ชอบกินอาหารอีสานบ้านเราหนึ่งแหละ” นอกจากนี้ยังมีการบริโภคโปรตีนเป็นประจำ เช่น ไข่ วันละ 4 ฟอง นมวันละ 1 กล่อง และดื่มน้ำมากกว่า 8 แก้วต่อวัน รวมถึงลดอาหารหวาน มัน เค็ม และหลีกเลี่ยงผงชูรส ข้อมูลจากครอบครัวสะท้อนว่าลูกสาวมีบทบาทในการจัดตารางอาหารรายสัปดาห์ ซึ่งช่วยให้แบบแผนการบริโภคอาหารของผู้ให้ข้อมูลหลักมีความต่อเนื่อง

การตีความ

เรื่องนี้สะท้อนว่า โภชนาการของผู้ให้ข้อมูลหลักไม่ได้เกิดจากการปฏิบัติตามแนวทางโภชนาการสมัยใหม่โดยตรงเท่านั้น แต่เกิดจากวิถีอาหารที่บ้าน วินัยส่วนบุคคล และการสนับสนุนจากครอบครัว การบริโภคอาหารธรรมชาติและโปรตีนอย่างสม่ำเสมอ

อาจเป็นปัจจัยหนึ่งที่เกี่ยวข้องกับการคงไว้ซึ่งมวลกล้ามเนื้อและสุขภาพโดยรวม

Theme 3: วินัยการนอนหลับและกิจวัตรประจำวันที่สม่ำเสมอ

ข้อมูลจากการสัมภาษณ์พบว่า ผู้ให้ข้อมูลหลักมีแบบแผนการนอนที่สม่ำเสมอ โดยเข้านอนช่วงเวลา 19.30–20.00 น. และตื่นนอนช่วงเวลา 04.00–05.00 น. รวมระยะเวลาอนประมาณ 8 ชั่วโมงต่อคืน ผู้ให้ข้อมูลหลักรายงานว่าหลับสนิท ไม่ตื่นกลางดึก และตื่นขึ้นมาด้วยความสดชื่น นอกจากนี้ยังไม่มีการใช้สมาร์ทโฟนหรืออุปกรณ์ดิจิทัลในชีวิตประจำวัน

การตีความ

เรื่องนี้แสดงให้เห็นว่า ความสม่ำเสมอของการนอนและกิจวัตรประจำวันอาจเป็นองค์ประกอบสำคัญของการดูแลสุขภาพระยะยาว โดยช่วยสนับสนุนการฟื้นฟูร่างกาย พลังงานในชีวิตประจำวัน และความต่อเนื่องของพฤติกรรมสุขภาพอื่น ๆ เช่น การออกกำลังกายและการดำเนินกิจวัตรประจำวัน

Theme 4: เครือข่ายครอบครัวและสังคมที่สนับสนุนสุขภาพ

ข้อมูลจากการสัมภาษณ์พบว่า ครอบครัวมีบทบาทสำคัญต่อการสนับสนุนสุขภาพของผู้ให้ข้อมูลหลัก โดยเฉพาะลูกสาวซึ่งดูแลและสนับสนุนการดำเนินชีวิตประจำวัน ผู้ให้ข้อมูลหลักกล่าวถึงความสุขจากการเดินทางร่วมกับลูกหลานว่า “ลูกหลานเขามักพาไปเที่ยว เขาพาไปไล่ ตาไปได้หมด ขึ้นรถลงเรือ ไปเหนือ ล่องใต้ ไปแล้วม่วน และมีความสุข ถ้าเขาแข็งแรง” นอกจากครอบครัว ผู้ให้ข้อมูลหลักยังมีบทบาทในชมรมผู้สูงอายุและชุมชน เช่น การเข้าร่วมกิจกรรมและการเป็นผู้ให้พรในงานมงคลต่าง ๆ ซึ่งสะท้อนการคงไว้ซึ่งบทบาททางสังคมในวัยสูงอายุมาก

การตีความ

เรื่องนี้ชี้ให้เห็นว่า การสูงวัยอย่างมีสุขภาพะ ไม่ได้เกิดจากพฤติกรรมส่วนบุคคลเพียงลำพัง แต่สัมพันธ์กับบริบทครอบครัวและสังคมที่สนับสนุนสุขภาพ เครือข่ายทางสังคมอาจช่วยส่งเสริมแรงจูงใจ

ความรู้สึกมีคุณค่า และความต่อเนื่องของการมีส่วนร่วมในกิจกรรมต่าง ๆ

Theme 5: ความยืดหยุ่นทางอารมณ์และความหมายในการดำเนินชีวิต

ข้อมูลจากเรื่องเล่าชีวิตสะท้อนว่า ผู้ให้ข้อมูลหลักมีความสามารถในการปรับตัวต่อเหตุการณ์ยากลำบาก โดยเฉพาะการสูญเสียลูกชายอย่างกะทันหัน แม้เหตุการณ์ดังกล่าวเป็นความสูญเสียสำคัญ แต่ผู้ให้ข้อมูลหลักยังคงสามารถดำเนินชีวิตต่อไปได้ และยังคงกล่าวถึงลูกด้วยความภาคภูมิใจ นอกจากนี้ ผู้ให้ข้อมูลหลักยังคงมีกิจกรรมด้านจิตใจและจิตวิญญาณ เช่น การสวดมนต์ นั่งสมาธิ และทำบุญตักบาตร รวมทั้งใช้การวิ่งเป็นกิจกรรมที่ช่วยให้รู้สึกมีพลังและมีเป้าหมายในชีวิต

การตีความ

ธีมนี้สะท้อนว่า ความยืดหยุ่นทางอารมณ์และความหมายในการดำเนินชีวิตเป็นปัจจัยด้านจิตสังคมที่อาจช่วยให้ผู้ให้ข้อมูลหลักรักษาความต่อเนื่องของพฤติกรรมสุขภาพในวัยสูงอายุมาก การมีเป้าหมายการยอมรับความเปลี่ยนแปลง และการมองตนเองว่ายังมีคุณค่า อาจเป็นแรงสนับสนุนสำคัญต่อการคงไว้ซึ่งสภาวะทั้งทางกายและใจ

Theme 6: การหลีกเลี่ยงพฤติกรรมเสี่ยงที่ขับเคลื่อนด้วยคุณค่าครอบครัว

ข้อมูลจากการสัมภาษณ์พบว่า ผู้ให้ข้อมูลหลักงดสูบบุหรี่และเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ตั้งแต่อายุประมาณ 50 ปี โดยแรงจูงใจสำคัญไม่ได้เกิดจากเหตุผลด้านสุขภาพโดยตรง แต่เกิดจากความรับผิดชอบต่อครอบครัวและความต้องการลดค่าใช้จ่ายเพื่อส่งเสียบุตรให้ได้รับการศึกษา ผู้ให้ข้อมูลหลักกล่าวว่า “เรามีลูกหลายคน ต้องส่งเสียให้เรียนสูง ๆ ค่าใช้จ่ายเยอะ อันไหนที่ตาพอตัดได้ก็ต้องตัด”

การตีความ

ธีมนี้แสดงให้เห็นว่า การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพอาจเกิดจากแรงจูงใจเชิงคุณค่าและความรับผิดชอบต่อครอบครัว มากกว่าการรับรู้ความเสี่ยง

ด้านสุขภาพเพียงอย่างเดียว การหลีกเลี่ยงพฤติกรรมเสี่ยงตั้งแต่วัยกลางคนอาจเป็นส่วนหนึ่งของกระบวนการสะสมต้นทุนสุขภาพที่ส่งผลต่อสุขภาพและสมรรถภาพทางกายในวัยสูงอายุมาก

อภิปรายผลการวิจัย

จากการศึกษาเรื่องราวชีวิตและวิถีการดำเนินชีวิตของนายชาย พบประเด็นสำคัญที่สามารถอภิปรายเชื่อมโยงกับหลักฐานทางวิชาการ กรอบแนวคิดเวชศาสตร์วิถีชีวิต และมุมมองตลอดช่วงชีวิตได้อย่างไรก็ตาม เนื่องจากการศึกษานี้เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพรูปแบบกรณีศึกษาเดียว ข้อค้นพบจึงควรตีความในฐานะความเข้าใจเชิงลึกจากกรณีเฉพาะบริบท มากกว่าการสรุปอ้างอิงทั่วไปหรือการพิสูจน์ความสัมพันธ์เชิงเหตุและผลโดยตรง ประเด็นสำคัญสามารถอภิปรายได้ดังนี้

1. การสะสมมวลกล้ามเนื้อตลอดช่วงชีวิต

(Life-course Muscle Capital): นายชายมีค่า SMI ที่สูงถึง 7.1 กก./ม.² ซึ่งเมื่อเปรียบเทียบกับเกณฑ์วินิจฉัยของ AWGS 2025 ที่ระบุว่าผู้ชายควรมีค่า SMI มากกว่า 7.0 กก./ม.² เพื่อป้องกันภาวะมวลกล้ามเนื้อน้อย⁵ ข้อมูลดังกล่าวสะท้อนว่านายชายมีต้นทุนกล้ามเนื้อในระดับที่ดีเมื่อเทียบกับวัยเดียวกัน อย่างไรก็ตาม ไม่ควรตีความว่าค่า SMI ดังกล่าวเป็นผลโดยตรงจากปัจจัยใดปัจจัยหนึ่งเท่านั้น แต่ควรมองว่าอาจเกี่ยวข้องกับการสะสมพฤติกรรมและเงื่อนไขสุขภาพตลอดช่วงชีวิต จากเรื่องเล่าชีวิตพบว่า นายชายมีประสบการณ์กิจกรรมทางกายอย่างต่อเนื่องตั้งแต่วัยเด็ก วัยทำงาน และวัยหลังเกษียณ เช่น การเดินระยะไกล การปั่นจักรยาน การทำงานหนัก และการออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอในวัยสูงอายุ ลักษณะดังกล่าวสอดคล้องกับมุมมองตลอดช่วงชีวิต ซึ่งมองว่าสุขภาพในวัยสูงอายุเป็นผลจากการสะสมปัจจัยส่งเสริมและปัจจัยเสี่ยงอย่างต่อเนื่องตลอดชีวิต มากกว่าการเกิดจากพฤติกรรมในช่วงวัยสูงอายุเพียงช่วงเดียว ข้อค้นพบนี้สอดคล้องกับการศึกษาในกลุ่มศตวรรษที่ 21 ไทยที่พบว่า การเคลื่อนไหวร่างกายในวิถีชีวิตประจำวันเป็น

ปัจจัยหนึ่งที่ช่วยคงสมรรถภาพทางกายในวัยชรา³⁻⁴ อย่างไรก็ตาม ยังมีความเป็นไปได้ของปัจจัยอื่นที่อาจมีอิทธิพลร่วมต่อการคงไว้ซึ่งมวลกล้ามเนื้อและสมรรถภาพทางกายของนายชาย เช่น พันธุกรรม พื้นฐานสุขภาพในวัยเด็ก ลักษณะอาชีพเดิม สภาพแวดล้อมทางกายภาพและสังคม รวมถึงการคัดเลือกโดยธรรมชาติของผู้ที่สามารถมีสุขภาพดีจนถึงวัยสูงอายุมาก ดังนั้น ข้อค้นพบนี้จึงควรตีความว่า กิจกรรมทางกายตลอดช่วงชีวิตอาจมีส่วนสนับสนุนการคงไว้ซึ่งความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ มากกว่าการยืนยันความสัมพันธ์เชิงเหตุและผลอย่างเด็ดขาด

2. โภชนาการและการชะลอความเสื่อมทาง

ชีวภาพ: พฤติกรรมการรับประทานอาหารของนายชายที่เน้นโปรตีนคุณภาพสูง (ใช้วันละ 4 ฟอง) และอาหารพื้นบ้านที่ปรุงง่ายตามแบบอีสาน (หนึ่ง-ต้ม) สอดคล้องกับแนวทางการป้องกันการสลายของกล้ามเนื้อในผู้สูงอายุ ซึ่งต้องการปริมาณโปรตีนคุณภาพสูงมากกว่าคนวัยหนุ่ม¹² อย่างไรก็ตาม การศึกษานี้ไม่สามารถสรุปได้ว่าการบริโภคไข่หรืออาหารรูปแบบใดรูปแบบหนึ่งเป็นสาเหตุโดยตรงที่ทำให้นายชายมีมวลกล้ามเนื้อดี แต่ข้อมูลสะท้อนว่า แบบแผนโภชนาการที่ต่อเนื่อง สอดคล้องกับวิถีวัฒนธรรม และได้รับการสนับสนุนจากครอบครัว อาจเป็นปัจจัยหนึ่งที่ช่วยส่งเสริมสุขภาพและการคงไว้ซึ่งสมรรถภาพทางกายในวัยสูงอายุ

นอกจากนี้ การหลีกเลี่ยงอาหารแปรรูป การลดอาหารหวาน มัน เค็ม และการหลีกเลี่ยงสารปรุงแต่งบางชนิด อาจมีส่วนเกี่ยวข้องกับการลดความเสี่ยงต่อโรคไม่ติดต่อเรื้อรังและภาวะอ้วนเรื้อรังระดับต่ำ ซึ่งเป็นกลไกหนึ่งที่สัมพันธ์กับความเสื่อมของร่างกายในวัยสูงอายุ^{7,9} อย่างไรก็ตาม ค่าอายุเมตาบอลิซึมที่ต่ำกว่าอายุจริงควรตีความอย่างระมัดระวัง เนื่องจากเป็นข้อมูลจากเครื่องมือประเมินองค์ประกอบร่างกายในช่วงเวลาหนึ่ง และไม่สามารถใช้เป็นหลักฐานยืนยันว่าการดำเนินชีวิตสามารถ “เอาชนะ” ความเสื่อมตามวัยได้โดยตรง

3. พลังของ "ความสุขและความพึงพอใจ" :

ผลการศึกษาสະท้อนว่า ความสุข ความพึงพอใจในชีวิตและความสัมพันธ์ภายในครอบครัวมีบทบาทสำคัญต่อการคงไว้ซึ่งพฤติกรรมสุขภาพของนายชาย ประเด็นนี้สอดคล้องกับรายงานวิจัยของศศิพัฒน์ ยอดเพชร และคณะ⁴ ที่ระบุว่า ครอบครัวเป็นศูนย์กลางความสุขของผู้สูงอายุไทย ในกรณีของนายชาย ความสัมพันธ์กับบุตรหลาน ความภาคภูมิใจในครอบครัว และการมีเป้าหมายในการดำเนินชีวิต อาจเป็นแรงสนับสนุนสำคัญที่ช่วยให้เขาดำรงวินัยในการดูแลสุขภาพอย่างต่อเนื่อง การเลิกสูบบุหรี่และเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ตั้งแต่วัยกลางคนของนายชายไม่ได้ถูกอธิบายว่าเกิดจากเหตุผลด้านสุขภาพโดยตรงเท่านั้น แต่เชื่อมโยงกับความรับผิดชอบต่อครอบครัวและความต้องการลดภาระค่าใช้จ่ายเพื่อส่งเสริมอนาคตของบุตรหลาน ประเด็นนี้สะท้อนว่า พฤติกรรมสุขภาพอาจไม่ได้เกิดจากความรู้ด้านสุขภาพเพียงอย่างเดียว แต่เกิดจากคุณค่า แรงจูงใจภายใน และความหมายของชีวิตที่เชื่อมโยงกับครอบครัว

นอกจากนี้ วินัยด้านการนอนหลับ การสวดมนต์ และการดำรงชีวิตอย่างมีแบบแผนอาจมีส่วนช่วยสนับสนุนสุขภาพจิตและอารมณ์^{8,10} อย่างไรก็ตาม ความสัมพันธ์ระหว่างความสุข ความพึงพอใจ และสุขภาพกายในกรณีนี้ควรถูกตีความในฐานะความสัมพันธ์เชิงบริบท ไม่ใช่ข้อสรุปเชิงเหตุและผล เนื่องจากสุขภาพกายที่ดีอาจมีส่วนทำให้เกิดความพึงพอใจในชีวิตได้เช่นกัน

4. การบูรณาการ 6 เสาหลักสู่ชีวิตที่สมดุล:

กรณีของนายชายสะท้อนว่า องค์ประกอบของเวชศาสตร์วิถีชีวิตทั้ง⁶ เสาหลัก ได้แก่ กิจกรรมทางกาย โภชนาการ การนอนหลับ ความสัมพันธ์ทางสังคม การจัดการอารมณ์ และการหลีกเลี่ยงพฤติกรรมเสี่ยง มีลักษณะเชื่อมโยงกันในชีวิตประจำวัน มากกว่าการทำงานแยกส่วนกัน ตัวอย่างเช่น การมีครอบครัวที่สนับสนุนอาจช่วยลดความเครียดและส่งเสริมการคงไว้ซึ่งพฤติกรรมสุขภาพ การนอนหลับที่สม่ำเสมออาจช่วยให้มีพลังในการออกกำลังกาย และการมีบทบาท

ทางสังคมอาจส่งเสริมความรู้สึกมีคุณค่าและแรงจูงใจในการดูแลตนเอง^{7,8,11,13}

สรุปผลการวิจัย

ผลการวิจัยชี้ให้เห็นว่า การสูงวัยอย่างมีสุขภาพและการคงไว้ซึ่งความแข็งแรงของกล้ามเนื้อในกรณีศึกษานี้สัมพันธ์กับการสะสมพฤติกรรมสุขภาพและต้นทุนสุขภาพตลอดช่วงชีวิต ปัจจัยสำคัญไม่ได้จำกัดอยู่ที่พฤติกรรมใดพฤติกรรมหนึ่ง แต่เกิดจากการเชื่อมโยงของกิจกรรมทางกาย โภชนาการพื้นฐาน การนอนหลับที่สม่ำเสมอ การสนับสนุนจากครอบครัวและสังคม ความยืดหยุ่นทางอารมณ์ และการหลีกเลี่ยงพฤติกรรมเสี่ยงตั้งแต่วัยกลางคน ข้อมูลจากหลายแหล่ง รวมถึงข้อมูลสัมภาษณ์ บันทึกภาคสนาม ข้อมูลจากผู้ให้ข้อมูลเสริม และผลการประเมิน BIA สนับสนุนความสอดคล้องของข้อค้นพบ และสะท้อนว่า การคงไว้ซึ่งสมรรถภาพทางกายในวัยสูงอายุมากเป็นผลจากปฏิสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมสุขภาพระยะยาว คุณค่าชีวิต และบริบทครอบครัวและสังคมที่เอื้อต่อสุขภาพ

ข้อจำกัดของการศึกษา

- 1) การศึกษาเป็นการวิจัยเชิงคุณภาพรูปแบบกรณีศึกษาเดียว จึงไม่สามารถนำข้อค้นพบไปสรุปอ้างอิงทั่วไปเชิงสถิติกับผู้สูงอายุทั้งหมดได้ ข้อค้นพบมีเป้าหมายเพื่อสร้างความเข้าใจเชิงลึกในบริบทเฉพาะและอาจนำไปใช้ในลักษณะการถ่ายโอนเชิงแนวคิดหรือเชิงบริบทกับผู้สูงอายุที่มีลักษณะใกล้เคียงกันเท่านั้น
- 2) การเก็บข้อมูลอาศัยการเล่าเรื่องย้อนหลังของผู้สูงอายุวัย 94 ปี จึงอาจมีความเสี่ยงต่อความคลาดเคลื่อนของความทรงจำ หรือ recall bias แม้ว่าผู้วิจัยจะใช้ข้อมูลจากผู้ให้ข้อมูลเสริม บันทึกภาคสนาม และข้อมูลจากการประเมินองค์ประกอบร่างกายเพื่อช่วยตรวจสอบความสอดคล้องของข้อมูล แต่ไม่สามารถขจัดข้อจำกัดดังกล่าวได้ทั้งหมด
- 3) การเลือกกรณีศึกษาที่มีสุขภาพดีและมีความโดดเด่นด้านสมรรถภาพทางกายอาจทำให้เกิด survivorship bias กล่าวคือ การศึกษาอาจสะท้อน

ประสบการณ์ของผู้ที่สามารถคงไว้ซึ่งสุขภาพดีจนถึงวัยสูงอายุมาก มากกว่าประสบการณ์ของผู้สูงอายุทั่วไปหรือผู้ที่มีข้อจำกัดด้านสุขภาพมากกว่า

4) ข้อมูลด้านองค์ประกอบร่างกายและสมรรถภาพทางกายเป็นข้อมูล ณ ช่วงเวลาหนึ่ง จึงไม่สามารถอธิบายการเปลี่ยนแปลงของมวลกล้ามเนื้อหรือสมรรถภาพทางกายตลอดช่วงชีวิตได้โดยตรง การศึกษาในอนาคตที่ใช้รูปแบบหลายกรณีศึกษา การติดตามระยะยาว หรือการใช้ข้อมูลเชิงปริมาณร่วมด้วย จะช่วยเพิ่มความเข้าใจเกี่ยวกับความสัมพันธ์ระหว่างวิถีชีวิตกับการคงไว้ซึ่งกล้ามเนื้อในวัยสูงอายุได้ชัดเจนขึ้น

ข้อเสนอแนะการวิจัย

ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย: หน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรส่งเสริมมุมมองต่อผู้สูงอายุในฐานะบุคคลที่ยังมีศักยภาพและสามารถมีบทบาทในครอบครัวและชุมชนได้ตามบริบทของตนเอง รวมทั้งควรมีนโยบายเชิงรุกในการส่งเสริมกิจกรรมทางกาย โภชนาการที่เพียงพอ และการคัดกรองความเสี่ยงต่อภาวะมวลกล้ามเนื้อน้อยตั้งแต่วัยกลางคนและวัยสูงอายุระดับชุมชน

ข้อเสนอแนะเชิงปฏิบัติและนัยสำคัญ

ต่อการพยาบาล: พยาบาลในระบบบริการปฐมภูมิและพยาบาลชุมชนควรมีบทบาทในการคัดกรองความเสี่ยงต่อภาวะมวลกล้ามเนื้อน้อย ให้คำปรึกษาด้านวิถีชีวิตแบบองค์รวม และส่งเสริมการมีส่วนร่วมของครอบครัวในการสนับสนุนโภชนาการ กิจกรรมทางกาย และแรงจูงใจในการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ ทั้งนี้ การส่งเสริมกิจกรรมทางกาย ควรสอดคล้องกับความสามารถ บริบทวัฒนธรรม และกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุแต่ละราย

ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยในอนาคต:

ควรมีการศึกษาเพิ่มเติมในรูปแบบหลายกรณีศึกษา หรือการวิจัยเชิงคุณภาพร่วมกับข้อมูลเชิงปริมาณในผู้สูงอายุวัยสูงมาก จากบริบทที่หลากหลาย เพื่อเปรียบเทียบประสบการณ์ชีวิต ปัจจัย

ตลอดช่วงชีวิต และวิถีปฏิบัติด้านสุขภาพที่เกี่ยวข้องกับการคงไว้ซึ่งมวลกล้ามเนื้อและสมรรถภาพทางกาย นอกจากนี้ ข้อค้นพบจากการศึกษานี้อาจใช้เป็นข้อมูล

เบื้องต้นในการออกแบบและทดสอบความเป็นไปได้ของโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุที่มีความเสี่ยงต่อภาวะมวลกล้ามเนื้อน้อยต่อไป

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization. Ageing and health [Internet]. Geneva: WHO; 2022 [cited 2024 May 20]. Available from: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/ageing-and-health>
2. สำนักงานสถิติแห่งชาติ. การสำรวจประชากรสูงอายุในประเทศไทย พ.ศ. 2564. กรุงเทพฯ: เทกซ์ แอนด์ เจอร์นัล พับลิเคชั่น; 2565.
3. ชาดิชาย พิมพ์ศรี, สุวีริ ติวะแพทย์. การดำเนินชีวิตของศตวรรษิกชน. วารสารศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น. 2555;35(3):15-22.
4. ศศิพัฒน์ ยอดเพชร, เน้นรุฬพัชร สโรบล, ธนิกันต์ ศักดาพร, กฤษณา พลภักดี. วิถีชีวิตและความสุขของผู้สูงอายุเกิน 100 ปี. กรุงเทพฯ: จรัสสินทวงศ์การพิมพ์; 2568.
5. Chen LK, Hsiao FY, Akishita M, Assantachai P, Lee WJ, Lim WS, et al. A focus shift from sarcopenia to muscle health in the Asian Working Group for Sarcopenia 2025 consensus update. Nat Aging. 2025;5(11):2164-75. doi:10.1038/s43587-025-01004-y.
6. Cruz-Jentoft AJ, Sayer AA. Sarcopenia. Lancet. 2019;393(10191):2636-46.
7. Rippe JM. Lifestyle medicine: the health promoting power of daily habits and practices. Am J Lifestyle Med. 2018;12(6):499-512.
8. Wongsala M. Active ageing among older Thai adults in north-eastern Thailand: implementing the Plan-Do-Study-Act cycle [doctoral dissertation]. Västerås: Mälardalen University; 2023.
9. กรมอนามัย. เกณฑ์มาตรฐานสมรรถภาพทางกายสำหรับผู้สูงอายุไทย พ.ศ. 2562. นนทบุรี: กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข; 2562.
10. Srisatidharakul B. The methodology in nursing research. 5th ed. Bangkok: You & I Group; 2020.
11. Punyakaew A, Lerslip S, Puttinol S. Active ageing level and time use of elderly persons in a Thai suburban community. Occupational Therapy International 2019;1-8.doi:10.1155/2019/7092695.
12. Bauer J, Biolo G, Cederholm T, et al. Evidence-based recommendations for optimal dietary protein intake in older people: a position paper from the PROT-AGE Study Group. J Am Med Dir Assoc. 2013;14(8):542-59.
13. Katz DL. Lifestyle medicine and the age of the super-ager. Am J Lifestyle Med. 2021;15(4):350-55.

การพัฒนารูปแบบการวางแผนดูแลล่วงหน้าอย่างเป็นระบบในผู้ป่วยระยะท้าย แบบระดับประคอง โรงพยาบาลอากาศอำนวย

ยุวภาพร กาญจนบุตร¹

บทคัดย่อ

การวิจัยและพัฒนาในครั้งนี้ เพื่อพัฒนารูปแบบการวางแผนดูแลล่วงหน้าอย่างเป็นระบบในผู้ป่วยระยะท้ายแบบระดับประคอง โรงพยาบาลอากาศอำนวย ดำเนินการในเดือนมีนาคม-กันยายน 2568 กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ 1) ผู้ป่วยระยะสุดท้าย 52 ราย 2) ทีมสหสาขาวิชาชีพ 5 คน เครื่องมือวิจัย ได้แก่ 1) รูปแบบการวางแผนดูแลล่วงหน้าอย่างเป็นระบบในผู้ป่วยระยะท้ายแบบระดับประคอง 2) แบบบันทึกข้อมูลการดูแลผู้ป่วยระยะท้าย 3) แบบประเมินความพึงพอใจของทีมสหสาขาวิชาชีพ 4) แบบประเมินความพึงพอใจของผู้ป่วย/ญาติ วิเคราะห์ข้อมูลโดย ความถี่ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และ Chi-Square

ผลการวิจัยพบว่า 1) ผู้ป่วยและญาติที่ได้รับการดูแลตามรูปแบบฯ ที่พัฒนาขึ้น ได้แก่ การรับรู้ระยะของโรค และเป้าหมายการรักษา ร้อยละ 100 ไม่มีการค้างคาใจร้อยละ 81.00 เลือกสถานที่เสียชีวิตที่บ้าน ร้อยละ 85.70 ได้เสียชีวิตที่บ้าน ร้อยละ 100 2) กิจกรรมการดูแลรักษาในระยะท้าย ที่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ .05 ได้แก่ การใส่ท่อช่วยหายใจ ($\chi^2=5.60$, P-value=.000) การกดนวดหัวใจ($\chi^2=$, 5.53, P-value=.019) การได้รับการยุติ/ถอดเครื่องพุงซีฟ ($\chi^2=35.22$, P-value=.000) การใส่สายยางให้อาหาร ($\chi^2=4.45$, P-value=.038) การเสียชีวิตที่บ้าน/โรงพยาบาล ($\chi^2=13.86$, P-value=.001) 3) ผู้ป่วยและญาติมีความพึงพอใจในระดับมาก (ค่าเฉลี่ย = 4.11 S.D.= 0.34) 3) ทีมสหสาขาวิชาชีพ มีความพึงพอใจต่อรูปแบบฯ ในระดับพึงพอใจมาก (ค่าเฉลี่ย = 4.07 S.D. = 0.27)

ข้อเสนอแนะจากการวิจัยคือ รูปแบบฯ ที่พัฒนาขึ้นช่วยให้ผู้ป่วยระยะท้ายได้รับรู้ระยะของโรค และเป้าหมายการรักษา การตัดสินใจยุติการรักษาที่ไม่ก่อให้เกิดประโยชน์และสร้างความทุกข์ทรมาน ยอมรับการเสียชีวิตได้อย่างมีประสิทธิภาพและเกิดการตายดี

คำสำคัญ: การวางแผนดูแลล่วงหน้าอย่างเป็นระบบ, การดูแลแบบระดับประคอง, ผู้ป่วยระยะท้าย

วันที่รับบทความ

20 มีนาคม 2569

วันที่ได้รับบทความฉบับแก้ไข

28 พฤษภาคม 2569

วันที่ตอบรับบทความ

12 มิถุนายน 2569

โรงพยาบาลอากาศอำนวย จังหวัดสกลนคร, ผู้ประสานการส่งบทความต้นฉบับ, จดหมายอิเล็กทรอนิกส์; audy_yu@hotmail.com

The Development of a Systematic Advance Care Planning Model for End-of-Life Patients Receiving Palliative Care at Akat Amnuay Hospital

Yuwapaporn Kanbut¹

Abstract

This research and development aimed to develop a systematic advance care planning (ACP) model for terminal palliative patients at Akat Amnuay Hospital. Conducted from March to September 2025, the sample included 52 end-of-life patients and 5 multidisciplinary team. Instruments comprised an ACP model, care record forms, and satisfaction assessments, analyzed using frequency, mean, standard deviation, and Chi-Square.

The research results revealed the following findings: 1) Outcomes of Patients and Relatives receiving the developed care model: Awareness of disease stages and treatment goals 100%, Absence of unresolved concerns 81.00%, Preferred place of death at home 85.70%, Actual place of death at home 100%. 2) End-of-life care interventions showed a significant difference at the .05 level including Intubation ($\chi^2 = 5.60$, P-value = .000), Cardiopulmonary resuscitation (CPR) ($\chi^2 = 5.53$, P-value = .019), Termination/withdrawal of life support ($\chi^2 = 35.22$, P-value = .000), Enteral feeding tube ($\chi^2 = 4.45$, P-value = .038), Place of death (home/hospital) ($\chi^2 = 13.86$, P-value = .001) 3) Satisfaction levels of Patients and relatives were highly satisfied (Mean = 4.11, S.D. = 0.34). 4) The multidisciplinary team was highly satisfied with the developed model (Mean = 4.07, S.D. = 0.27).

The developed model facilitates patients' understanding of their illness, disease stage, prognosis, and goals of care, supports decision-making to discontinue non-beneficial and burdensome treatments, and promotes acceptance of death, leading to a good death.

Keywords: Advance care planning, Palliative care, End-of-life patient

Received
20 March 2026

Revised
28 May 2026

Accepted
12 June 2026

¹Akat Hospital, Sakon Nakhon Province, Corresponding author e-mail: audy_yu@hotmail.com

บทนำ

ผู้ป่วยระยะสุดท้ายเป็นผู้ป่วยที่มีการดำเนินของโรคเข้าสู่ระยะสุดท้ายของชีวิต เป็นระยะที่ไม่สามารถรักษาให้หายได้ การทำงานของอวัยวะสำคัญในการดำรงชีวิตจะทรุดลงไปเรื่อย ๆ จนกระทั่งร่างกายไม่สามารถกลับเข้าสู่สภาพปกติได้และเสียชีวิตในที่สุด การดูแลแบบประคับประคองผู้ป่วยระยะสุดท้าย คือการดูแลทางการแพทย์การพยาบาลทุกชนิด รวมถึงการดูแลทางด้านจิตใจ สังคม ตามความต้องการของผู้ป่วย ตลอดจนการดูแลครอบครัวผู้ป่วยจากความโศกเศร้าเนื่องจากต้องสูญเสียผู้ป่วยไป องค์การอนามัยโลกคาดการณ์ว่ามีประชากรประมาณ 56.8 ล้านคนต่อปีต้องการการดูแลในช่วงสุดท้ายของชีวิต แต่มีเพียงร้อยละ 14 เท่านั้นที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง โดยส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุ (ร้อยละ 70) และจากการศึกษาโดยเครือข่ายดูแลประคับประคองแห่งประเทศไทยใน 14 โรงพยาบาลทั่วประเทศ¹ พบความชุกของผู้ป่วยระยะสุดท้ายร้อยละ 18.72 กลุ่มโรคมะเร็งและโรคเรื้อรังอื่นที่ไม่ใช่โรคมะเร็งพบร้อยละ 55.66 และ 44.44 ตามลำดับ ผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่ได้รับการดูแล พบว่ามีการวางแผนดูแลล่วงหน้าร้อยละ 88.7 และมีกลุ่มที่ไม่มีการดูแลประคับประคองร้อยละ 15.7 ผู้ป่วยระยะสุดท้ายจะพบการเปลี่ยนแปลงที่มีผลกระทบต่อสุขภาพหลายด้าน เช่น ความทุกข์ทรมานจากความเจ็บปวด กระวนกระวาย ซึมเศร้า หายใจลำบาก หงุดหงิดและอาการไม่สุขสบายอื่นๆ ถ้าผู้ป่วยไม่มีการวางแผนดูแลล่วงหน้า จะทำให้ได้รับการรักษาที่ไม่ก่อให้เกิดประโยชน์และสร้างความทุกข์ทรมานแก่ผู้ป่วยและครอบครัว องค์การอนามัยโลกจึงได้กำหนดให้มีการส่งเสริมให้ผู้ป่วยได้รับบริการที่มีคุณภาพในช่วงเวลาสุดท้ายของชีวิตที่เหลืออยู่ ให้สามารถเข้าสู่ระยะสุดท้ายของชีวิตได้อย่างมีประสิทธิภาพและเกิดการตายดี (Good death)

สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ² กล่าวว่า การวางแผนการดูแลล่วงหน้า (Advance Care

Planning) คือ กระบวนการวางแผนดูแลสุขภาพที่ทำให้ก่อนผู้ป่วยจะหมดความสามารถในการตัดสินใจหรือเข้าสู่ระยะสุดท้ายของชีวิต เป็นกระบวนการ³ 2/14 ระหว่างผู้ป่วย ครอบครัว หรือผู้ให้การดูแลและตัวแทนทีมสุขภาพที่ให้การดูแลรักษาผู้ป่วยทำความเข้าใจ หรือและวางแผนเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพในอนาคต ซึ่งเป็นแนวทางแก่บุคลากรทางการแพทย์และญาติผู้ป่วยที่ดูแลในช่วงเวลาที่ผู้ป่วยไม่สามารถที่จะตัดสินใจด้วยตนเองหรือไม่อยู่ในสถานะที่สามารถสื่อสารทางเลือกด้านการดูแลสุขภาพตนเองได้ สุรีย์ ลัมมงคล³ กล่าวว่าในการวางแผนล่วงหน้า ผู้ป่วยและครอบครัวต้องทราบว่าโรคที่เป็นอยู่ในขั้นใด มีการพยากรณ์โรคเป็นอย่างไร มี การรักษาอะไรบ้าง อาการอะไรจะเกิดขึ้นกับผู้ป่วยได้บ้าง รูปแบบการเสียชีวิต เป็นต้น จึงต้องการข้อมูลที่เพียงพอและทักษะการสื่อสารที่ดี ไม่ใช่การทำครั้งเดียวแล้วจบ แต่สามารถเปลี่ยนแปลงแผนได้เสมอขึ้นกับสถานการณ์ การบันทึกกิจกรรมการวางแผนการดูแลล่วงหน้าต้องลงวันที่ เพื่อระบุได้ว่าฉบับใดเป็นฉบับล่าสุด และต้องแจ้งผู้เกี่ยวข้องรับทราบ (สำเนา) ได้แก่ ครอบครัว แพทย์ผู้ รักษา ผู้ที่มอบหมาย นันทน์ภัส ประไพ และคณะ⁴ ศึกษาพบว่ารูปแบบการวางแผนการดูแลตนเองล่วงหน้า ในผู้ป่วยเรื้อรังแบบประคับประคองโดยใช้แบบประเมิน Palliative Care Outcome Scale (POS) สำหรับผู้ป่วย ก่อนดูแลและหลังได้รับการดูแลในรายข้อดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < .001$) ความพึงพอใจของผู้ป่วยและญาติ และทีมดูแลรักษาผู้ป่วยอยู่ในระดับมาก ประไพ บุญมรดก และ โสเพ็ญ ชูนวนล⁵ ศึกษาพบว่าผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคองและได้รับการวางแผนดูแลล่วงหน้าอย่างเป็นระบบมีคะแนนเฉลี่ยการตัดสินใจเลือกปฏิเสธการรักษาเพื่อการยืดชีวิตในช่วงสุดท้ายสูงกว่าผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคองตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 และผู้ป่วยกลุ่มทดลองปฏิเสธการใส่ท่อช่วยหายใจ การใช้ยากระตุ้นความดันโลหิต การให้ยา

ปฏิชีวนะหรือสารน้ำที่ไม่ก่อให้เกิดประโยชน์และการใส่สายยางให้อาหารสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 และ .001 และมีผู้ป่วยกลุ่มทดลองต้องการเสียชีวิตที่บ้าน ต้องการยุติเครื่องพยุงชีพที่ก่อให้เกิดความทุกข์ทรมานสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 และ .001 ตามลำดับ นันทพร บุญธรรม⁶ ศึกษาพบว่าผู้ป่วยระยะท้าย ในโรงพยาบาลบ้านผือ ที่ได้รับการวางแผนการดูแลล่วงหน้าร้อยละ 100 ไม่ยินยอมให้ช่วยฟื้นคืนชีพเมื่อหัวใจหยุดเต้นและใส่ท่อช่วยหายใจผ่านทางหลอดลมหรือการเจาะคอ ผู้ป่วยต้องการเสียชีวิตที่บ้านร้อยละ 95.08 และผู้ป่วยได้เสียชีวิตที่บ้านกับโรงพยาบาลตามความประสงค์ ร้อยละ 93.44 แสดงให้เห็นว่าการวางแผนดูแลล่วงหน้าอย่างเป็นระบบทำให้ผู้ป่วยระยะท้ายสามารถเลือกวางแผนการดูแลในช่วงสุดท้ายได้อย่างมีประสิทธิภาพ และมีคุณภาพชีวิตที่ดีตามสภาวะการดำเนินโรคได้อย่างเหมาะสม

โรงพยาบาลอากาศอำนวย มีสถิติผู้ป่วยเสียชีวิตในโรงพยาบาลในปี พ.ศ. 2565–2567 ใน 3 อันดับแรก ได้แก่ 1) มะเร็งและเนื้องอก 2) อุบัติเหตุ 3) ติดเชื้อในกระแสโลหิต จะเห็นได้ว่าโรคมะเร็งและเนื้องอกเป็นสาเหตุการตายอันดับแรกมาอย่างต่อเนื่อง แต่ยังไม่มีการวางแผนการดูแลล่วงหน้า (Advance Care Planning) ที่เป็นระบบ ส่งผลให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาที่สร้างความทุกข์ทรมานไม่เกิดประโยชน์ แต่ต้องทำตามความต้องการของญาติ เช่น การใส่ท่อช่วยหายใจผู้ป่วยระยะสุดท้ายและส่งต่อผู้ป่วยไปรักษาต่อในโรงพยาบาลแม่ข่าย ส่งผลให้เกิดค่าใช้จ่ายในการดูแลรักษาเพิ่มขึ้น ผู้ป่วยมีความทุกข์ทรมานแต่ไม่ช่วยให้ผู้ป่วยรอดชีวิต ถ้าผู้ป่วยและญาติกลุ่มนี้ได้รับการดูแลแบบประคับประคองตั้งแต่ระยะเริ่มแรกของการเจ็บป่วยจนถึงระยะสุดท้ายของชีวิต มีการวางแผนการดูแลล่วงหน้า (Advance Care Planning) ซึ่งเป็นกระบวนการสำคัญที่ช่วยให้ผู้ป่วยเลือกวางแผนการดูแลตนเองในช่วงสุดท้ายได้อย่างเหมาะสม ไม่ต้องรับ

การรักษาที่ไม่ก่อให้เกิดประโยชน์และสร้างความทุกข์ทรมานแก่ผู้ป่วยและครอบครัว ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาการพัฒนารูปแบบการวางแผนดูแลล่วงหน้าอย่างเป็นระบบในผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคองขณะกำลังรักษาตัวที่หอผู้ป่วยใน โรงพยาบาลอากาศอำนวย โดยใช้แนวคิดการวางแผนการดูแลล่วงหน้าของสำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ² และ ศรีเวียง ไพโรจน์กุล⁷ ประกอบด้วย 5 ขั้นตอน คือ 1) การนำสู่หัวข้อสนทนา เป็นการสร้างสัมพันธภาพและประเมินการรับรู้สภาวะโรค 2) การสนทนาอย่างเป็นขั้นตอนเป็นการให้ข้อมูลการดำเนินโรค การพยากรณ์โรค แนวทางการรักษา สิทธิการเลือกรักษาตามพรบ.มาตรา12 แลกเปลี่ยนเป้าหมายการดูแลและการเลือก 3) การบันทึกเจตนา เป็นการบันทึกแผนการดูแลของผู้ป่วยเป็นลายลักษณ์อักษร 4) การทบทวนและปรับปรุง เป็นการทบทวนการตัดสินใจตามที่ได้กำหนดเมื่อผู้ป่วยมีอาการเปลี่ยนแปลง และ 5) ทำตามเจตนาเมื่อผู้ป่วยเข้าสู่ระยะสุดท้ายของชีวิต โดยคาดหวังว่ารูปแบบการวางแผนดูแลล่วงหน้าอย่างเป็นระบบนี้ สามารถใช้เป็นแนวทางในการปฏิบัติงานของทีมนุ้ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยเข้าสู่ระยะสุดท้ายของชีวิตได้อย่างมีประสิทธิภาพและเกิดการตายดี (Good death)

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาสภาพปัญหา และสถานการณ์การวางแผนดูแลล่วงหน้าอย่างเป็นระบบในผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคอง โรงพยาบาลอากาศอำนวย
2. เพื่อพัฒนารูปแบบการวางแผนดูแลล่วงหน้าอย่างเป็นระบบในผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคอง โรงพยาบาลอากาศอำนวย
3. เพื่อศึกษาผลการใช้รูปแบบการวางแผนดูแลล่วงหน้าอย่างเป็นระบบในผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคอง โรงพยาบาลอากาศอำนวย ได้แก่ การแสดงเจตจำนงของผู้ป่วย การได้รับรู้ข้อมูล

จากทีมสหสาขาวิชาชีพ การมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ และกิจกรรมการดูแลรักษาที่ได้รับ

4. เพื่อศึกษาระดับความพึงพอใจของผู้ป่วย และญาติต่อรูปแบบการวางแผนดูแลล่วงหน้าอย่างเป็นระบบในผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคอง

5. เพื่อศึกษาระดับความพึงพอใจของทีมสหสาขาวิชาชีพต่อรูปแบบการวางแผนดูแลล่วงหน้าอย่างเป็นระบบในผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคอง

ขอบเขตการวิจัย

1. ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ ได้แก่ ผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยใน โรงพยาบาลอากาศอำนวย จำนวน 42 ราย และทีมสหสาขาวิชาชีพที่ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย

จำนวน 5 คน ได้รับการคัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง

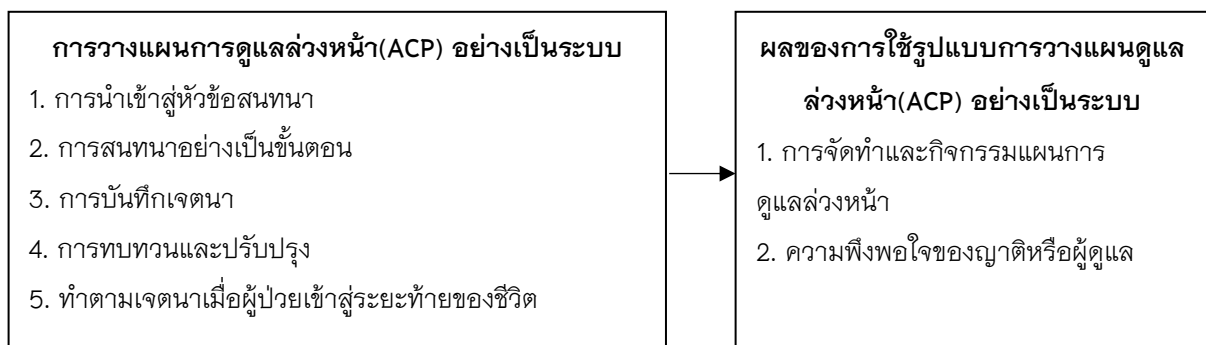
2. สถานที่ศึกษา ได้แก่ หอผู้ป่วยใน โรงพยาบาลอากาศอำนวย

3. ระยะเวลาการศึกษา เดือนมีนาคม – กันยายน 2568

กรอบแนวคิดการวิจัย

ตัวแปรอิสระคือการวางแผนการดูแลล่วงหน้า (ACP) อย่างเป็นระบบ

ตัวแปรตาม คือ การประเมินผลการใช้รูปแบบการวางแผนดูแลล่วงหน้าอย่างเป็นระบบในผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคอง ประกอบด้วย การจัดทำและกิจกรรมแผนการดูแลล่วงหน้าและความพึงพอใจของญาติและผู้ดูแล



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

ขั้นตอนการทำวิจัย ตามรูปแบบการวิจัยและพัฒนา (Research and Development) ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 ศึกษาสถานการณ์และสภาพปัญหา (R1) ดำเนินการดังนี้

1. ศึกษาข้อมูลสภาพปัญหา และวิเคราะห์ระบบการวางแผนดูแลล่วงหน้าในผู้ป่วยระยะท้าย โรงพยาบาลอากาศอำนวย โดยการทบทวนระบบการสื่อสาร ทรพยากร การประสานงาน กระบวนการดูแล และการประเมินผลลัพธ์ตามตัวชี้วัดที่เกี่ยวข้อง (R1) จากเวชระเบียนผู้ป่วยระยะสุดท้ายในโรงพยาบาลและบันทึกผลการเยี่ยมบ้าน จำนวน 21 ราย

2. ทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ รายงานวิจัย บทความ และวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับระบบการวางแผนดูแลล่วงหน้าอย่างเป็นระบบในผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคอง สรุปปัจจัยที่เกี่ยวข้องแล้วนำข้อมูลมาเป็นแนวทางในการพัฒนารูปแบบการวางแผนดูแลล่วงหน้าอย่างเป็นระบบในผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคอง

3. สนทนากลุ่มสหสาขาวิชาชีพ นำข้อมูลที่ได้มาทำร่างรูปแบบการวางแผนดูแลล่วงหน้าอย่างเป็นระบบในผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคอง โรงพยาบาลอากาศอำนวย

ขั้นตอนที่ 2 นำผลการวิจัยระยะที่ 1 มาใช้ในการสร้างต้นแบบนวัตกรรม (D1) ดำเนินการโดยผู้วิจัยจัดทำร่างรูปแบบการวางแผนดูแลล่วงหน้าอย่างเป็นระบบในผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคองโรงพยาบาลอากาศอำนวย

ขั้นตอนที่ 3 การทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่างขนาดเล็ก (R2) โดยนำรูปแบบการวางแผนดูแลล่วงหน้าอย่างเป็นระบบในผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคอง โรงพยาบาลอากาศอำนวย ไปทดลองใช้กับผู้ป่วยระยะสุดท้าย จำนวน 10 คน เก็บรวบรวมปัญหาในการปฏิบัติงานเพื่อปรับปรุงรูปแบบให้มีความเหมาะสม

ขั้นตอนที่ 4 การปรับปรุงต้นฉบับ (D2) โดยการประเมินผลการใช้รูปแบบการวางแผนดูแลล่วงหน้าอย่างเป็นระบบในผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคอง โรงพยาบาลอากาศอำนวย ที่พัฒนาขึ้นและนำเสนอผลลัพธ์ในที่สหสาขาวิชาชีพเพื่อพิจารณาร่วมกันอีกครั้ง จนได้รูปแบบที่เห็นพ้องต้องกันว่าเหมาะสมและใช้ได้จริง

ขั้นตอนที่ 5 (R3) นำรูปแบบการวางแผนดูแลล่วงหน้าอย่างเป็นระบบในผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคอง ที่ปรับปรุงแล้วไปใช้ในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย จำนวน 21 ราย

ขั้นตอนที่ 6 (D3) นำเสนอผลการใช้รูปแบบการวางแผนดูแลล่วงหน้าอย่างเป็นระบบในผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคอง ในการประชุมทีมสหสาขาวิชาชีพและพัฒนาปรับปรุง แล้วนำไปเผยแพร่ต่อไป

กลุ่มตัวอย่าง ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ ได้แก่

- 1) ผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยใน โรงพยาบาลอากาศอำนวย จำนวน 42 ราย
- 2) ทีมสหสาขาวิชาชีพที่ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย จำนวน 5 คน ได้รับการคัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง ประกอบด้วย แพทย์ 1 คน เภสัชกร 1 คน พยาบาลหอผู้ป่วยใน 1 คน พยาบาลผู้ปฏิบัติงาน Palliative 1 คน พยาบาลชุมชน 1 คน

การคำนวณหาขนาดของกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยใช้โปรแกรม G Power ในการคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างสำหรับการศึกษาเปรียบเทียบ โดยใช้ Chi Square ซึ่งมีขั้นตอนการใช้โปรแกรม ตามที่ นิพิฐพนธ์ สนิทเหลือ และคณะ⁸ เสนอไว้ดังนี้ เลือก statistical test เป็น χ^2 test, เลือก Type of power analysis เป็น A priori: Compute required sample size – given α , power and effect size, ใส่ค่าต่างๆ ในการวิจัยนี้กำหนดค่า effect size จากตารางของ Cohen สำหรับอิทธิพลกลุ่มตัวอย่างขนาดใหญ่เท่ากับ 0.50 ค่า p-value เท่ากับ 0.05 ค่าอำนาจการทดสอบ Power ($1-\beta$) เท่ากับ 0.80 (มาจากกำหนดค่า β ร้อยละ 20 ได้ค่า Power ร้อยละ 80) กดปุ่ม calculate ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่าง 52 ราย แบ่งเป็นระยะก่อนการพัฒนารูปแบบฯ จำนวน 26 ราย และระยะหลังการพัฒนารูปแบบฯ จำนวน 26 ราย

คุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่างที่เลือกเข้าศึกษา (Inclusion Criteria)

- 1) ผู้ป่วยที่แพทย์วินิจฉัยเป็นผู้ป่วยระยะสุดท้าย มีการพยากรณ์โรคอยู่ได้น้อยกว่า 1 ปี และเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยใน โรงพยาบาลอากาศอำนวย
- 2) ผู้ป่วยมีสติดี สามารถสื่อสารตอบโต้ได้ หรือญาติ หรือในกรณีที่ผู้ป่วยสื่อสารไม่ได้ ญาติสายตรง หรือผู้รับมอบอำนาจตัดสินใจแทนจะต้องยินยอมและมีส่วนร่วมในการวางแผน
- 3) ทีมสหสาขาวิชาชีพที่มีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย 1 ปีขึ้นไป

เกณฑ์การคัดออกของกลุ่มตัวอย่าง (Exclusion Criteria)

- 1) ผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่มีความพิการทางสมอง
- 2) ผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่มีความผิดปกติด้านการรับรู้ข้อมูล เช่น กลุ่มจิตเวชที่ควบคุมไม่ได้

3) บุคลากรในทีมสหสาขาวิชาชีพที่ไม่ได้ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายอย่างต่อเนื่องในช่วงระยะเวลาการทำวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1) เครื่องมือที่ใช้เก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่

1.1) แบบบันทึกข้อมูลการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ประกอบด้วย 1) ข้อมูลพื้นฐานผู้ป่วย ได้แก่ เพศ อายุ ที่อยู่ โรคที่แพทย์วินิจฉัยเป็นระยะสุดท้าย การจัดการรบกวน 2) ข้อมูลแสดงเจตจำนงขอเขตการรักษาจากการวางแผนล่วงหน้า เลือกตอบ 2 ตัวเลือกคือ ได้จัดทำและไม่ได้จัดทำและผลการปฏิบัติตามเจตจำนงของผู้ป่วย

1.2) แบบประเมินความพึงพอใจของทีมสหสาขาวิชาชีพ

1.3) แบบประเมินความพึงพอใจของผู้ป่วยและญาติ กำหนดเป็นแบบประมาณค่า 5 ระดับ (rating scale) กำหนดเกณฑ์การแปลผลตามช่วงคะแนน ค่าเฉลี่ยไว้ดังนี้

ค่าเฉลี่ย 4.51 – 5.00 หมายถึง มีความพึงพอใจมากที่สุด ค่าเฉลี่ย 3.51 – 4.50 หมายถึง มีความพึงพอใจมาก ค่าเฉลี่ย 2.51 – 3.50 หมายถึง มีความพึงพอใจ ปานกลาง ค่าเฉลี่ย 1.51 – 2.50 หมายถึง มีความพึงพอใจน้อย ค่าเฉลี่ย 1.00 – 1.50 หมายถึง มีความพึงพอใจน้อยที่สุด

2) เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ รูปแบบการวางแผนดูแลล่วงหน้าอย่างเป็นระบบในผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบระดับประคอง โรงพยาบาลอากาศอำนวย ที่พัฒนาขึ้น

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

5.1 การตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) โดยนำเครื่องมือที่พัฒนาขึ้น ได้แก่

1) รูปแบบการวางแผนดูแลล่วงหน้าอย่างเป็นระบบในผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบระดับประคอง โรงพยาบาลอากาศอำนวย 2) แบบบันทึกข้อมูลการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย 3) แบบประเมินความพึงพอใจของทีมสหสาขาวิชาชีพต่อรูปแบบฯ 4) แบบประเมินความพึง

พอใจของผู้ป่วยและญาติต่อรูปแบบฯ ให้ผู้ทรงคุณวุฒิเชี่ยวชาญ 3 ท่านตรวจสอบเนื้อหาให้ตรงกับวัตถุประสงค์ ผลการตรวจสอบได้ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content Validity Index : CVI) รูปแบบการวางแผนดูแลล่วงหน้าอย่างเป็นระบบในผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบระดับประคอง เท่ากับ 0.92 แบบรวบรวมข้อมูลจากเวชระเบียนผู้ป่วยระยะสุดท้าย เท่ากับ 0.81 แบบประเมินความพึงพอใจของทีมสหสาขาวิชาชีพต่อรูปแบบฯ เท่ากับ 0.96 แบบประเมินความพึงพอใจของผู้ป่วยและญาติต่อรูปแบบฯ เท่ากับ 0.82

5.2 การตรวจสอบความเชื่อมั่นของเครื่องมือ (Reliability) โดย

5.2.1 นำแบบประเมินความพึงพอใจของทีมสหสาขาวิชาชีพต่อรูปแบบฯ, แบบประเมินความพึงพอใจของผู้ป่วยและญาติต่อรูปแบบฯ ไปทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่างที่มีลักษณะเดียวกัน จำนวน 30 ราย วิเคราะห์หาค่าความเชื่อมั่นได้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาครอนบาคได้ดังนี้

– แบบประเมินความพึงพอใจของทีมสหสาขาวิชาชีพต่อรูปแบบฯ เท่ากับ 0.85

– แบบประเมินความพึงพอใจของผู้ป่วยและญาติต่อรูปแบบฯ เท่ากับ 0.87

5.2.2 นำแบบบันทึกข้อมูลการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ไปทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่างที่มีลักษณะเดียวกัน จำนวน 30 ราย วิเคราะห์หาค่าความเชื่อมั่นได้ค่า KR 20 เท่ากับ 0.81

การเก็บรวบรวมข้อมูล

หลังจากได้รับอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสว่างแดนดิน ผู้วิจัยทำการเก็บรวบรวมข้อมูล ณ โรงพยาบาลอากาศอำนวย โดยมีขั้นตอนในการเก็บรวบรวมข้อมูลดังนี้

1. ขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูลจากผู้อำนวยการโรงพยาบาลอากาศอำนวย

2. เก็บรวบรวมข้อมูลจากเอกสาร สถิติโรงพยาบาล การทบทวนการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายโดยพิทักษ์สิทธิผู้ป่วยด้วยการไม่ระบุชื่อผู้ป่วย

3. เก็บรวบรวมข้อมูลภาคสนาม จากการสนทนากลุ่มและการสนทนาอย่างไม่เป็นทางการกับทีมสหสาขาวิชาชีพ การใช้แบบสอบถามประเมินผลการใช้รูปแบบฯ และความพึงพอใจต่อการใช้รูปแบบโดยรักษาความลับของข้อมูลทั้งแบบทางการและไม่เป็นทางการของทุกคน

จริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

ในการวิจัยครั้งนี้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสว่างแดนดิน เลขที่ SWDCPH 2025-010 เมื่อผ่านการพิจารณาแล้วผู้วิจัยได้ขออนุมัติรวบรวมข้อมูลจากผู้อำนวยความสะดวกโรงพยาบาลอากาศอำนวย หลังจากได้รับอนุมัติแล้วผู้วิจัยพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง โดยผู้วิจัยแนะนำตนเองพร้อมทั้งอธิบายวัตถุประสงค์และวิธีการดำเนินการวิจัยให้กลุ่มตัวอย่างทราบ และอธิบายถึงสิทธิในการตอบรับหรือปฏิเสธในการเข้าร่วมการวิจัย และสามารถยกเลิกการเข้าร่วมวิจัยโดยไม่ต้องชี้แจงเหตุผล การตอบรับหรือปฏิเสธการวิจัยจะไม่มีผลต่อการรักษา หรือการปฏิบัติงานและข้อมูลที่ได้จะนำเสนอในภาพรวมของงานวิจัยและใช้ประโยชน์ในทางวิชาการเท่านั้น โดยข้อมูลของกลุ่มตัวอย่างจะเก็บเป็นความลับ ปกปิดแหล่งที่มาของข้อมูลอย่างเคร่งครัด ผู้ที่สามารถเข้าถึงข้อมูลต้องมีรหัสผ่าน และข้อมูลจะถูกทำลายภายใน 1 ปี เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินยอมเข้าร่วมการวิจัย ผู้วิจัยขอให้กลุ่มตัวอย่างเซ็นชื่อยินยอมเข้าร่วมวิจัยและดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล และกลุ่มตัวอย่างสามารถยุติการเข้าร่วมโครงการวิจัยได้ทุกเมื่อที่ต้องการ

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณของการวางแผนดูแลล่วงหน้าในผู้ป่วยระยะสุดท้ายโดยใช้สถิติ

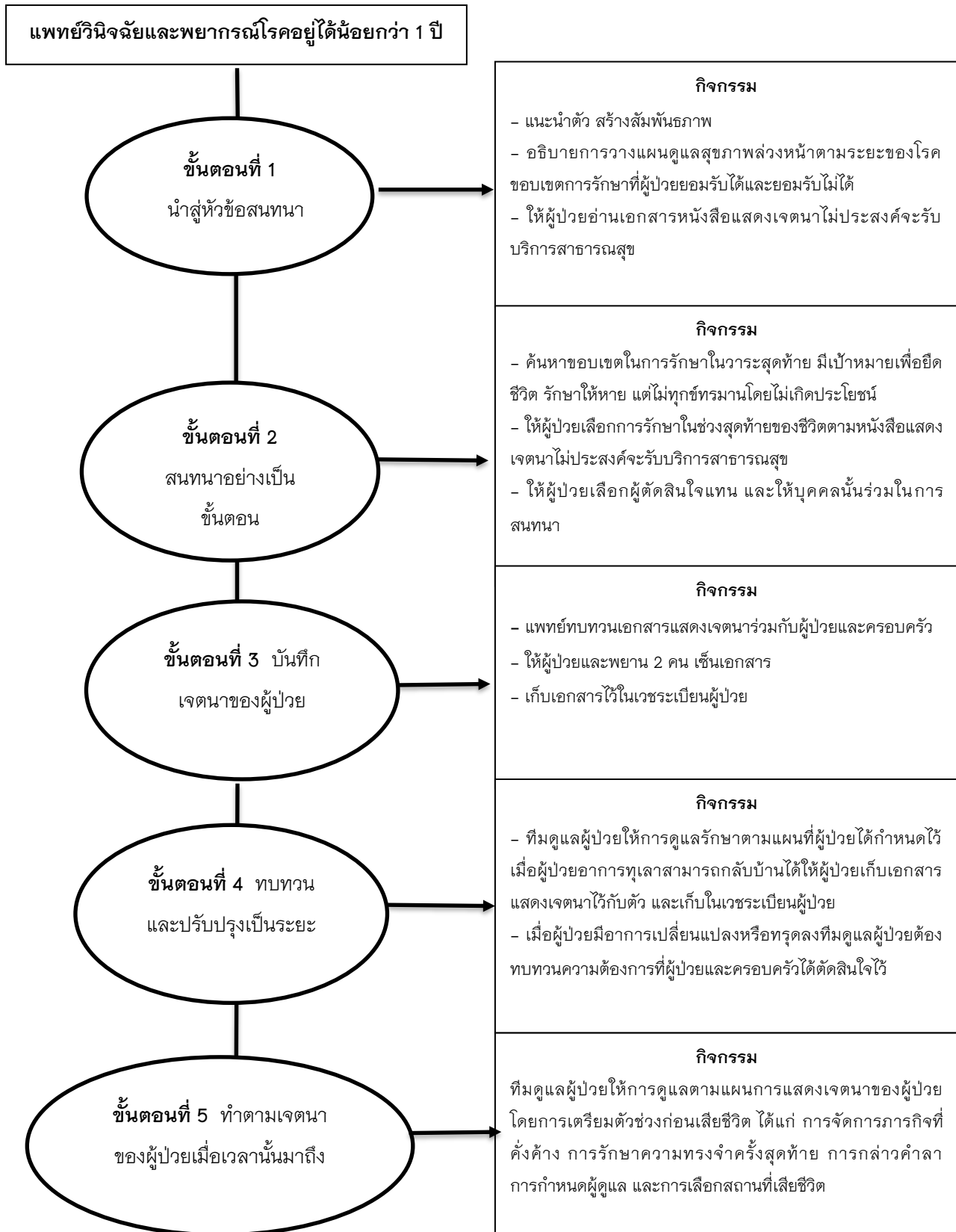
การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ($\bar{x}$) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (SD.)

2. วิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ จากการวิเคราะห์ความตรงเชิงเนื้อหา (Content Analysis)

สรุปผลการวิจัย

1. จากข้อมูลสถิติผู้ป่วยเสียชีวิตในโรงพยาบาลในปี พ.ศ. 2565-2567 ใน 3 อันดับแรก ได้แก่ 1) มะเร็งและเนื้องอก 2) อุบัติเหตุ 3) ติดเชื้อในกระแสโลหิต โรคมะเร็งและเนื้องอกเป็นสาเหตุการตายอันดับแรกมาอย่างต่อเนื่อง พบว่าผู้ป่วยกลุ่มนี้ได้รับการใส่ท่อช่วยหายใจร้อยละ 42.90 เสียชีวิตที่โรงพยาบาลร้อยละ 80.00 ทั้งนี้เนื่องจากการวางแผนการดูแลล่วงหน้า (Advance Care Planning) ในโรงพยาบาลยังไม่มีกระบวนการที่ชัดเจน

2. การพัฒนารูปแบบการวางแผนดูแลล่วงหน้าอย่างเป็นระบบในผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคองโรงพยาบาลอากาศอำนวย จากการศึกษาทบทวนเอกสารทางวิชาการ และการประชุมระดมสมองทีมสหสาขาวิชาชีพ จนได้รูปแบบการวางแผนดูแลล่วงหน้าอย่างเป็นระบบในผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคอง ดังนี้



ภาพที่ 2 รูปแบบการวางแผนดูแลล่วงหน้าอย่างเป็นระบบในผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคอง
โรงพยาบาลอากาศอำนวย

2. ผลการใช้รูปแบบการวางแผนดูแลล่วงหน้า
อย่างเป็นระบบในผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคอง
โรงพยาบาลอากาศอำนวย

2.1 ข้อมูลทั่วไป ของกลุ่มตัวอย่างก่อนและหลังการใช้
รูปแบบการวางแผนดูแลล่วงหน้าอย่างเป็นระบบ
ในผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคอง โรงพยาบาล
อากาศอำนวย ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 แสดงข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างก่อนและหลังการใช้รูปแบบการวางแผนดูแลล่วงหน้าอย่างเป็นระบบ
ในผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคอง

ข้อมูลทั่วไป		ก่อนใช้รูปแบบฯ (n=26)		หลังใช้รูปแบบฯ (n=26)		χ^2	P-value
		จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
1. เพศ	ชาย	16	61.53	13	50.00	.702	.289
	หญิง	10	38.46	13	40.00		
2. อายุเฉลี่ย		$\bar{X} = 71.88$ S.D=2.72		$\bar{X} = 72.50$ S.D=3.39		13.532	.889
3. การวินิจฉัยโรค						6.413	.170
	CA	11	42.30	8	30.80		
	ESRD	13	50.00	10	38.50		
	Stroke	1	3.80	0	0		
	COPD	1	3.80	2	7.70		
	CHF	0	0	3	11.54		
	DM & Pneumonia	0	0	2	7.70		
	AMI	0	0	1	3.84		
4. PPS = 70 %		3	11.53	5	19.23	1.027	.795
PPS = 60 %		9	34.62	10	38.46		
PPS = 50 %		8	30.76	7	26.92		
PPS = 40 %		6	28.60	4	15.38		
5. การจัดการอาการรบกวน							
	ได้รับ	19	73.07	26	100.0	8.089	.004*
	ไม่ได้รับ	7	26.92	0	0		

P-value < .05

พบว่า การเปรียบเทียบสัดส่วนกลุ่มตัวอย่าง
ก่อนการใช้รูปแบบฯ มีจำนวนเพศชายมากกว่าหญิง
อายุและค่า PPS ของกลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่ม
ไม่แตกต่างกัน แต่การจัดการอาการรบกวน พบว่า
กลุ่มตัวอย่างหลังการใช้รูปแบบฯ ได้รับการจัดการ
อาการรบกวนเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 73.07 เป็นร้อยละ
100

2.2 ข้อมูลแสดงเจตจำนงให้มีกิจกรรมการดูแล
รักษาในช่วงสุดท้ายของชีวิตและกิจกรรมที่ได้ระบุไว้
ได้รับการปฏิบัติตามแผนในผู้ป่วยระยะท้ายแบบ
ประคับประคอง ของกลุ่มตัวอย่างหลังการใช้รูปแบบฯ
พบว่า กลุ่มตัวอย่างและผู้ดูแลมีการรับรู้เรื่องโรคระยะ
ของโรค การพยากรณ์โรค และเป้าหมายการรักษา
ทุกราย คิดเป็นร้อยละ 100 กลุ่มตัวอย่างไม่มีการค้าง
คาใจ ร้อยละ 81.00 เลือกลสถานที่เสียชีวิตคือบ้าน

ร้อยละ 85.70 กลุ่มตัวอย่างได้เสียชีวิตที่บ้าน ร้อยละ 100.0 ยังไม่เสียชีวิตร้อยละ 76.20

2.3 การศึกษาเปรียบเทียบข้อมูลกิจกรรมการดูแลรักษาในช่วงสุดท้ายของชีวิตผู้ป่วยระยะท้ายแบบ

ระดับประคอง ก่อนและหลังการใช้รูปแบบการวางแผนดูแลล่วงหน้าอย่างเป็นระบบในผู้ป่วยระยะท้ายแบบระดับประคอง โรงพยาบาลอากาศอำนวย รายละเอียด ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 แสดงการเปรียบเทียบข้อมูลกิจกรรมการดูแลรักษาในช่วงสุดท้ายของชีวิตผู้ป่วยระยะท้ายแบบระดับประคอง ก่อนและหลังการใช้รูปแบบฯ ด้วย Chi Square

ข้อมูล	ก่อนใช้รูปแบบฯ (N=26)		หลังใช้รูปแบบฯ (N=26)		χ^2	P-value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
1. ผู้ป่วยได้รับการใส่ท่อช่วยหายใจ	9	42.90	0	0	15.60	.000*
2. ผู้ป่วยได้รับการกดนวดหัวใจเมื่อหัวใจหยุดเต้น	3	14.30	0	0	5.532	.019*
3. ผู้ป่วยได้รับการใช้ยากระตุ้นความดันโลหิต	7	33.33	6	25.00	.221	1.00
4. ผู้ป่วยได้รับการยุติ/ถอดเครื่องพุงซีฟ	5	55.55	0	0	35.226	.000*
5. ผู้ป่วยได้รับยาปฏิชีวนะหรือสารน้ำ	7	33.33	6	28.60	.361	.382
6. ผู้ป่วยได้รับการใส่สายยางให้อาหาร	8	14.30	2	4.80	4.457	.038*
7. ผู้ป่วยได้รับการฟอกไต	5	38.46	3	30.00	.591	.352
8. เสียชีวิตที่บ้าน	1	20.00	5	100.0	13.868	.001*
10. เสียชีวิตที่โรงพยาบาล	5	80.00	0	0		

P-value < .05

ผลการการศึกษาเปรียบเทียบข้อมูลกิจกรรมการดูแลรักษาในช่วงสุดท้ายของชีวิตผู้ป่วยระยะท้ายแบบระดับประคอง ก่อนและหลังการใช้รูปแบบการวางแผนดูแลล่วงหน้าอย่างเป็นระบบในผู้ป่วยระยะท้ายแบบระดับประคอง โรงพยาบาลอากาศอำนวย พบว่ากิจกรรมการดูแลรักษาในช่วงสุดท้ายที่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ .05 ได้แก่ การใส่ท่อช่วยหายใจ การกดนวดหัวใจ การได้รับการยุติ/ถอดเครื่องพุงซีฟ หลังการใช้รูปแบบฯ ผู้ป่วยระยะท้ายมีการยุติ/ถอดเครื่อง การได้รับได้รับการใส่สายยางให้อาหาร การเสียชีวิตที่บ้าน/โรงพยาบาล

2.4 ผลการศึกษาระดับความพึงพอใจของผู้ป่วยและญาติต่อรูปแบบการวางแผนดูแลล่วงหน้าอย่างเป็นระบบในผู้ป่วยระยะท้ายแบบระดับประคอง

โรงพยาบาลอากาศอำนวย พบว่ามีความพึงพอใจในระดับมากทุกข้อ (Mean= 4.11, S.D.= 0.41)

2.5 ผลการศึกษาระดับความพึงพอใจของทีมนursesวิชาชีพต่อรูปแบบการวางแผนดูแลล่วงหน้าอย่างเป็นระบบในผู้ป่วยระยะท้ายแบบระดับประคอง โรงพยาบาลอากาศอำนวย ในภาพรวมอยู่ในระดับความพึงพอใจมาก (Mean= 4.07, S.D.= 0.27)

อภิปรายผลการวิจัย

1. จากสภาพปัญหาการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายแบบระดับประคอง โรงพยาบาลอากาศอำนวย พบว่าผู้ป่วยได้รับการใส่ท่อช่วยหายใจร้อยละ 42.90 ซึ่งเป็นการรักษาที่ไร้ประโยชน์และให้ความทุกข์

ทราบแก่ผู้ป่วย การเสียชีวิตที่โรงพยาบาลร้อยละ 80.00 เสียชีวิตที่บ้านร้อยละ 20 หลังการพัฒนาผู้ป่วย ได้รับการใส่ท่อช่วยหายใจร้อยละ 0 และการเสียชีวิตที่บ้านตามเจตจำนงของผู้ป่วยระยะท้าย ร้อยละ 100 สอดคล้องกับการศึกษาของ ประไพ บุญมรดก และ โสเพ็ญ ชูมวล⁵ ที่ศึกษาพบว่า ผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคองและได้รับการวางแผนดูแลล่วงหน้าอย่างเป็นระบบมีคะแนนเฉลี่ยการตัดสินใจเลือกปฏิเสธการรักษาเพื่อการยืดชีวิตในช่วงสุดท้าย สูงกว่า ผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคองตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 และมีการปฏิเสธการใส่ท่อช่วยหายใจ การใช้ยากระตุ้นความดันโลหิตให้ยาปฏิชีวนะหรือสารน้ำที่ไม่ก่อให้เกิดประโยชน์และการใส่สายยางให้อาหารสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 และ .001 และมีผู้ป่วยต้องการเสียชีวิตที่บ้าน ต้องการยุติเครื่องพยุงชีพที่ก่อให้เกิดความทุกข์ทรมานสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 และ .001 ตามลำดับ และ นันทพร บุญธรรม⁶ ศึกษาพบว่าหลังจากพัฒนาการวางแผนดูแลล่วงหน้าอย่างเป็นระบบในผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคอง พบว่าผู้ป่วยระยะท้ายได้จัดทำแผนการดูแลล่วงหน้าร้อยละ 81.33 ผู้ป่วยส่วนใหญ่ไม่ยินยอมให้ช่วยฟื้นคืนชีพเมื่อหัวใจหยุดเต้น และใส่ท่อช่วยหายใจผ่านทางหลอดลมหรือการเจาะคอ ร้อยละ 100 รองลงมา คือ ไม่ยินยอมใส่ท่อช่วยหายใจ และพอกเลือดล้างไต ร้อยละ 98.36 กิจกรรมที่ได้ระบุในแผนการดูแลล่วงหน้าได้ปฏิบัติตามแผนร้อยละ 100 ผู้ป่วยต้องการเสียชีวิตที่บ้านร้อยละ 95.08 และผู้ป่วยได้เสียชีวิตที่บ้านกับโรงพยาบาลตามความประสงค์ ร้อยละ 93.44

2. ผลการพัฒนารูปแบบการวางแผนดูแลล่วงหน้าอย่างเป็นระบบในผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคอง โรงพยาบาลอากาศอำนวย พบว่าผู้ป่วยและญาติที่ได้รับการดูแลตามใช้รูปแบบฯ ที่พัฒนาขึ้น มีการรับรู้เรื่องโรคระยะของโรค การ

พยากรณ์โรค และเป้าหมายการรักษา ทุกราย คิดเป็นร้อยละ 100 กลุ่มตัวอย่างไม่มีการค้างคาใจ ร้อยละ 81.00 เลือกสถานที่เสียชีวิตคือบ้าน ร้อยละ 85.70 กลุ่มตัวอย่างได้เสียชีวิตที่บ้าน ร้อยละ 100 เมื่อเปรียบเทียบข้อมูลการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายก่อนและหลังการใช้รูปแบบฯ พบว่า ผู้ป่วยได้รับการใส่ท่อช่วยหายใจลดลง ได้รับยาปฏิชีวนะหรือสารน้ำลดลง ได้รับใส่สายยางให้อาหารลดลง และการเสียชีวิตที่บ้านเพิ่มขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของ นันทา ศิริพูลศักดิ์, กนกกร ราชบงษ์, นภัสภรณ์ แสงสีเขียว และ ชวัญชาย กิติรัตน์⁹ การวางแผนดูแลล่วงหน้า ในด้านการรับรู้เรื่องโรคของผู้ป่วย การรับรู้การพยากรณ์โรคของผู้ป่วย การรับรู้เป้าหมายการรักษาของผู้ป่วย การรับรู้การพยากรณ์โรคของครอบครัว การรับรู้เป้าหมายการรักษาของครอบครัว และการวางแผนการดูแลล่วงหน้าที่ครบตามเกณฑ์ มีความสัมพันธ์กับการตัดสินใจใช้หัตถการเพื่อยืดชีวิตด้วยการใส่ท่อช่วยหายใจ ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 โดยผู้ป่วยที่ได้รับการวางแผนการดูแลล่วงหน้าในแต่ละรายการดังกล่าวมีการตัดสินใจไม่ใช้หัตถการเพื่อยืดชีวิตด้วยวิธีการใส่ท่อช่วยหายใจมากกว่าผู้ป่วยที่ไม่ได้รับการวางแผนการดูแลล่วงหน้าในรายการนั้นๆ

3. ผลการศึกษาเปรียบเทียบข้อมูลการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายก่อนและหลังการใช้รูปแบบฯ พบว่าหลังการใช้รูปแบบฯ ผู้ป่วยระยะท้ายได้รับกิจกรรมการดูแลรักษาในช่วงสุดท้ายที่ไม่แตกต่างจากก่อนใช้รูปแบบที่ระดับนัยสำคัญ .05 ได้แก่ ผู้ป่วยได้รับการใช้ยากระตุ้นความดันโลหิตลดลง ผู้ป่วยได้รับการยุติ/ถอดเครื่องพยุงชีพลดลง การพอกไตลดลง แต่ไม่มีความแตกต่างกันที่ระดับนัยสำคัญ .05 เนื่องจากการใช้ยากระตุ้นความดันโลหิตไม่ทำให้ผู้ป่วยได้รับความทุกข์ทรมานจากการรักษา และการให้ออกซิเจนช่วยทำให้ผู้ป่วยสงบ ลดอาการกระวนกระวายลงได้ สอดคล้องกับ กุลิสรา ชุนพินิจ และ วิยะการ แสงหัวช้าง¹⁰ ที่ศึกษาพบว่า การดูแลแบบประคับประคองใน

ผู้ป่วยที่มีภาวะหายใจล้มเหลวระยะสุดท้ายเป็นงานที่ท้าทายสำหรับพยาบาล การให้การรักษารอบทุกอย่างอาจไม่ได้เป็นวิธีที่เหมาะสมกับผู้ป่วยทุกราย การเลือกการรักษาที่เหมาะสมตรงตามความต้องการของผู้ป่วยอาจเป็นแนวทางการรักษาที่ดีและเหมาะสมกับผู้ป่วย

4. ผลการศึกษาระดับความพึงพอใจของผู้ป่วยและญาติต่อรูปแบบการวางแผนดูแลล่วงหน้าอย่างเป็นระบบในผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคองโรงพยาบาลอากาศอำนวย พบว่าผู้ป่วยและญาติมีความพึงพอใจในระดับมากทุกข้อ สอดคล้องกับการศึกษาของ นันทน์ภัส ประไพ และ นันทิกานต์ หวังจิ⁴ ที่ศึกษาเรื่องการพัฒนารูปแบบการวางแผนดูแลตนเองล่วงหน้าในผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคอง โรงพยาบาลโคกโพธิ์ จังหวัดปัตตานี พบว่าผลการประเมินความพึงพอใจของผู้ป่วยและญาติที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคองอยู่ในระดับพึงพอใจมาก 5. ผลการศึกษาระดับความพึงพอใจของทึมสหสาขาวิชาชีพต่อรูปแบบการวางแผนดูแลล่วงหน้าอย่างเป็นระบบในผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคอง โรงพยาบาลอากาศอำนวย พบว่าความพึงพอใจของทึมสหสาขาวิชาชีพต่อรูปแบบฯ ในภาพรวมอยู่ในระดับความพึงพอใจมาก สอดคล้องกับการศึกษาของ กัลยาณี มูลสี¹¹ ศึกษาประสิทธิภาพของการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกในการส่งเสริมการวางแผนดูแลล่วงหน้าสำหรับผู้ป่วยโรคมะเร็งที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง พบว่าการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกในการส่งเสริมการวางแผนดูแลล่วงหน้า

สำหรับผู้ป่วยโรคมะเร็งที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคองช่วยส่งเสริมให้ผู้ป่วยโรคมะเร็งสามารถวางแผนดูแลล่วงหน้าและบุคลากรผู้ใช้แนวปฏิบัติมีความพึงพอใจต่อแนวปฏิบัติอยู่ในระดับมาก

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. ควรนำรูปแบบการวางแผนดูแลล่วงหน้าอย่างเป็นระบบในผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคองโรงพยาบาลอากาศอำนวย ไปใช้อย่างต่อเนื่องเพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยระยะท้ายได้รับรู้เรื่องโรค ระยะของโรค การพยากรณ์โรค และเป้าหมายการรักษา ไม่ต้องรับการรักษาที่ไม่ก่อให้เกิดประโยชน์และสร้างความทุกข์ทรมานแก่ผู้ป่วยและครอบครัว

2. ทึมสหสาขาวิชาชีพควรทบทวนผลการใช้รูปแบบการวางแผนดูแลล่วงหน้าอย่างเป็นระบบในผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคอง โรงพยาบาลอากาศอำนวย ทุก 1 ปี เพื่อให้สอดคล้องกับความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัว

3. ควรเผยแพร่รูปแบบการวางแผนดูแลล่วงหน้าอย่างเป็นระบบในผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคอง โรงพยาบาลอากาศอำนวย ไปสู่โรงพยาบาลในระดับอื่นๆ

ข้อเสนอแนะสำหรับการศึกษาค้างต่อไป

ควรศึกษาเชิงเปรียบเทียบ 2 กลุ่ม และติดตามผลระยะยาวมากขึ้น เพื่อศึกษาประสิทธิภาพของโปรแกรมให้ชัดเจนยิ่งขึ้น

เอกสารอ้างอิง

1. กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. คู่มือการดูแลแบบประคับประคองและระยะท้าย (สำหรับบุคลากรทางการแพทย์). กรุงเทพฯ: สำนักงานกิจการโรงพิมพ์ องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก ในพระบรมราชูปถัมภ์; 2563.
2. สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ. มาตรฐานการวางแผนการดูแลล่วงหน้าสำหรับประเทศไทย พ.ศ. 2565 [อินเทอร์เน็ต]. นนทบุรี: สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ; 2565 [เข้าถึงเมื่อ 26 มี.ค. 2568]. เข้าถึงได้จาก: https://old.nationalhealth.or.th/sites/default/files/upload_files

3. สุริย์ ลีมงคล. Advance care planning (ACP): nurse roles [PowerPoint slides on the Internet]. 2565 [เข้าถึงเมื่อ 26 มี.ค. 2568]. เข้าถึงได้จาก: <https://thaipalliativenurse.com/MiddleFiles//ActivityIMG//2be005ae-4192-4c35-b3d8-6419c0c5d0a2.pdf>
4. นันทน์ภัส ประไพ, นันทิกานต์ หวังจิ. การพัฒนารูปแบบการวางแผนดูแลตนเองล่วงหน้าในผู้ป่วยระยะท้ายแบบระดับประคอง โรงพยาบาลโคกโพธิ์ จังหวัดปัตตานี. วารสารอนามัยสิ่งแวดล้อมและสุขภาพชุมชน. 2568;10(1):721-30.
5. ประไพ บุญมรดก, โสเพ็ญ ชูนวน. ผลการวางแผนดูแลล่วงหน้าอย่างเป็นระบบในผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการดูแลแบบระดับประคองต่อการตัดสินใจเลือกปฏิเสธการรักษาเพื่อการยื้อชีวิตในช่วงสุดท้าย. Southern College Network Journal of Nursing and Public Health. 2568;9(1):270-82.
6. นันทพร บุญธรรม. การพัฒนาการวางแผนดูแลล่วงหน้าอย่างเป็นระบบในผู้ป่วยระยะท้ายแบบระดับประคอง โรงพยาบาลบ้านผือ จังหวัดอุดรธานี [อินเทอร์เน็ต]. 2567 [เข้าถึงเมื่อ 26 มี.ค. 2568]. เข้าถึงได้จาก: <https://backoffice.udpho.org/openaccess/control/download.php?id=MjUx>
7. ศรีเวียง ไพโรจน์กุล. Training of the trainers in palliative care: module 9 goal setting and advance care planning. ขอนแก่น: ศูนย์การุณรักษ์ โรงพยาบาลศรีนครินทร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น; 2560.
8. นิธิพนธ์ สนิทเหลือ, วชิรพร สาตร์เพชร, ญาดา นภาอารักษ์. การคำนวณขนาดตัวอย่างด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป G*Power. วารสารวิชาการสถาบันเทคโนโลยีแห่งสุวรรณภูมิ. 2560;5(1):498-507.
9. นันทา ศิริพูลศักดิ์, กนกกร ราชปองชนธ์, นภัสภรณ์ แสงสีเขียว, ขวัญชาย กิติรัตน์. ความสัมพันธ์ของการวางแผนการดูแลล่วงหน้ากับการตัดสินใจใช้หัตถการเพื่อยื้อชีวิตเมื่อถึงวาระสุดท้าย คลินิกระดับประคอง โรงพยาบาลหนองคาย [อินเทอร์เน็ต]. 2567 [เข้าถึงเมื่อ 26 มี.ค. 2568]. เข้าถึงได้จาก: <https://nkhospital.moph.go.th/doc/journal/20240826034353.pdf>
10. กุลิสรา ชุนพิณิจ, วิยะการ แสงหัวช้าง. การดูแลแบบระดับประคองในผู้ป่วยที่มีภาวะหายใจล้มเหลวระยะท้าย: กรณีศึกษา. วารสารโรงพยาบาลสิงห์บุรี. 2566;31(3):186-201.
11. กัลยาณี มุลลู้. ประสิทธิผลของการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกในการส่งเสริมการวางแผนดูแลล่วงหน้าสำหรับผู้ป่วยโรคมะเร็งที่ได้รับการดูแลแบบระดับประคอง [วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต]. เชียงใหม่: มหาวิทยาลัยเชียงใหม่; 2563 [เข้าถึงเมื่อ 26 มี.ค. 2568]. เข้าถึงได้จาก: <https://cmudc.library.cmu.ac.th/frontend/Creator/personDc/116228>

การจัดการความปวดในเด็กยุคดิจิทัล: จากเทคโนโลยีและการพยาบาล ด้วยความเชื่ออาทรสู่การดูแลแบบแม่นยำ

พรทิพย์ ศิริบุรณพิพัฒน์¹เพ็ญศิริ ดำรงภคภากร²เนตรฤทัย ภูนาถม³

บทคัดย่อ

ความปวดในเด็กเป็นประสบการณ์เชิงพหุมิติที่มีความซับซ้อน แตกต่างจากผู้ใหญ่ทั้งในระดับกลไกทางประสาทชีววิทยา การแสดงออก และผลกระทบต่อพัฒนาการระยะยาว บทความนี้มุ่งสังเคราะห์องค์ความรู้ร่วมสมัยเกี่ยวกับการจัดการความปวดในเด็กภายใต้บริบทของระบบสุขภาพดิจิทัล โดยให้ความสำคัญกับ กลไกการเกิดความปวดและนัยต่อการพยาบาล ผลกระทบต่อพัฒนาการระยะสั้นและระยะยาว การเปลี่ยนผ่านของการประเมินความปวดจากเครื่องมือมาตรฐานสู่การใช้เทคโนโลยีปัญญาประดิษฐ์ กรอบแนวคิดการประเมินความปวดแบบผสมผสานที่อาศัยการบูรณาการข้อมูลหลายมิติ และบทบาทพยาบาลในการประเมินความปวดในฐานะผู้บูรณาการข้อมูล บทความนำเสนอแนวคิดการจัดการความปวดแบบพหุวิธีบนฐานหลักฐานเชิงประจักษ์ ควบคู่กับการกำหนดบทบาทของพยาบาลกุมารเวชกรรมในฐานะผู้บูรณาการข้อมูลและผู้พิทักษ์ความสุสขบายของเด็กในยุคดิจิทัล พร้อมทั้งเสนอกรอบแนวคิดการจัดการความปวดแบบแม่นยำในเด็กซึ่งผสานข้อมูลเชิงคลินิก เทคโนโลยีดิจิทัล และวิจรณ์ญาณทางการพยาบาลเข้าด้วยกันอย่างเป็นระบบ อย่างไรก็ตาม การประยุกต์ใช้แนวคิดดังกล่าวยังเผชิญข้อจำกัดด้านจริยธรรม ความเป็นส่วนตัวของข้อมูล ความน่าเชื่อถือของอัลกอริทึม และสมรรถนะด้านดิจิทัลของบุคลากร บทความจึงเสนอข้อเสนอแนะเชิงนโยบายและระดับองค์กรเพื่อสนับสนุนการนำไปใช้ ตลอดจนชี้ทิศทางการวิจัยในอนาคต เพื่อสนับสนุนการพัฒนาหลักฐานเชิงประจักษ์ที่มีความน่าเชื่อถือและประยุกต์ใช้ได้จริง

โดยสรุป การจัดการความปวดในเด็กในยุคสุขภาพดิจิทัลจำเป็นต้องอาศัยการบูรณาการองค์ความรู้เทคโนโลยี และการดูแลเชิงมนุษยธรรม เพื่อให้เกิดการดูแลที่มีความแม่นยำ ต่อเนื่อง และยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง

คำสำคัญ:การจัดการความปวดแบบแม่นยำ, การประเมินความปวดแบบผสมผสาน, การพยาบาลกุมารเวชกรรม, ปัญญาประดิษฐ์, สุขภาพดิจิทัล

วันที่รับบทความ

31 มีนาคม 2569

วันที่ได้รับบทความฉบับแก้ไข

27 เมษายน 2569

วันที่ตอบรับบทความ

7 พฤษภาคม 2569

นักวิชาการอิสระ

²คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคลธัญบุรี วิทยาเขตสกลนคร³วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครพนม มหาวิทยาลัยนครพนม, ผู้ประสานการส่งบทความต้นฉบับ, จดหมายอิเล็กทรอนิกส์;

nedruetai@npu.ac.th; โทร. 083-0838846

Pediatric Pain Management in the Digital Era: Integrating Technology and Compassionate Care Toward Precision Nursing

Pornthip Siriboonpipattana¹

Phensiri Dumrongpakapakorn²

Nedruetai Punaglom³

Abstract

Pediatric pain is a complex, multidimensional experience that differs from adult pain in terms of underlying neurobiological mechanisms, behavioral expression, and long-term developmental consequences. This article aims to synthesize contemporary evidence on pediatric pain management within the context of digital health systems. Key areas addressed include pain mechanisms and their implications for nursing practice, short- and long-term developmental impacts, and the transition from conventional assessment tools to artificial intelligence-based technologies. In addition, an integrated pain assessment framework is presented, emphasizing the use of multidimensional data, alongside the evolving role of nurses as data integrators in pain assessment. The article further discusses evidence-based multimodal pain management and delineates the role of pediatric nurses as both data integrators and guardians of comfort in the digital era. A Precision Pediatric Pain Management Framework is proposed, integrating clinical data, digital technologies, and nursing clinical judgment in a systematic manner. However, implementation remains constrained by ethical considerations, data privacy concerns, algorithm reliability, and the digital competencies of healthcare professionals. Policy and organizational recommendations are therefore outlined to support practical implementation, along with directions for future research to strengthen the evidence base.

In conclusion, effective pediatric pain management in the digital health era requires the integration of scientific knowledge, technological innovation, and compassionate care to ensure precise, continuous, and patient-centered outcomes.

Keywords: precision pain management, integrated pain assessment, pediatric nursing, artificial intelligence, digital health

Received
31 March 2026

Revised
27 April 2026

Accepted
7 May 2026

¹Independent Scholar

²Faculty of Nursing, Rajamangala University of Technology Isan (Sakon Nakhon Campus)

³Boromarajonani College of Nursing, Nakhon Phanom, Nakhon Phanom University, Corresponding author e-mail: nedruetai@npu.ac.th; Tel .083-0838846

บทนำ

ความปวดในเด็กได้รับการยอมรับอย่างกว้างขวางว่าเป็นประสบการณ์เชิงพหุมิติครอบคลุมมิติทางชีวภาพ จิตใจ และสังคม ซึ่งส่งผลกระทบต่อสุขภาพโดยรวมทั้งในระยะสั้นและระยะยาว¹ หลักฐานทางประสาทวิทยาศาสตร์ชี้ชัดว่าการเผชิญความปวดที่ไม่ได้รับการจัดการอย่างเหมาะสมในช่วงวัยเด็กสามารถนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงโครงสร้างและหน้าที่ของระบบประสาทส่วนกลาง ผ่านกระบวนการที่เรียกว่า neuroplasticity ส่งผลให้เกิดภาวะไวต่อความเจ็บปวด (central sensitization) และเพิ่มความเสี่ยงต่อปัญหาสุขภาพจิตในอนาคต²⁻³

แม้ความก้าวหน้าทางการแพทย์และการพยาบาลจะพัฒนาไปอย่างต่อเนื่อง แต่หลักฐานเชิงประจักษ์ยังสะท้อนว่าเด็กจำนวนมากทั่วโลกยังคงได้รับการจัดการความปวดที่ไม่เพียงพอ (under-treated) โดยเฉพาะในกลุ่มทารก เด็กเล็ก หรือเด็กที่ไม่สามารถสื่อสารความรู้สึกได้อย่างชัดเจน⁴⁻⁵ ปัญหาดังกล่าวมีสาเหตุสำคัญจากการประเมินความปวดที่คลาดเคลื่อน ซึ่งเกิดจากข้อจำกัดของเครื่องมือประเมินที่ยังคงอาศัยการสังเกตหรือการรายงานของผู้ประเมิน (observer bias) และการประเมินแบบไม่ต่อเนื่อง (intermittent assessment) ที่ไม่สามารถจับภาพความผันผวนของความปวดได้อย่างแท้จริง⁶

ในขณะเดียวกัน ระบบสุขภาพโลกกำลังก้าวเข้าสู่ยุคดิจิทัลที่มีการนำเทคโนโลยีปัญญาประดิษฐ์ (AI) การวิเคราะห์ข้อมูลขนาดใหญ่ และอุปกรณ์อัจฉริยะมาใช้สนับสนุนการตัดสินใจทางคลินิกอย่างแพร่หลาย⁷ ความก้าวหน้าดังกล่าวเป็นโอกาสสำคัญในการพัฒนาวิธีการประเมินความปวดที่มีความเป็นปรนัยและต่อเนื่องมากขึ้น โดยเฉพาะการวิเคราะห์การแสดงสีหน้าด้วยเทคโนโลยี computer vision⁸ และการติดตามสัญญาณชีวภาพด้วยอุปกรณ์สวมใส่ (wearable sensors)⁹ เทคโนโลยีเหล่านี้มีศักยภาพในการลดข้อจำกัดของการประเมินแบบดั้งเดิมและช่วยให้นักวิชาการสุขภาพเข้าถึงข้อมูลความปวดของเด็กได้อย่าง

แม่นยำและทันเวลาที่¹⁰ ในบทความนี้ “การจัดการความปวดแบบแม่นยำ” หมายถึง แนวทางการดูแลเฉพาะรายที่บูรณาการข้อมูลหลายมิติ เทคโนโลยีดิจิทัล และวิจรรณญาณทางคลินิก เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการตัดสินใจและความต่อเนื่องของการดูแล¹¹

แนวคิดการจัดการความปวดแบบแม่นยำ (precision pain management) จึงเริ่มได้รับความสนใจในฐานะกรอบคิดที่มุ่งเน้นการประเมินและการจัดการที่สอดคล้องกับลักษณะเฉพาะของผู้ป่วยแต่ละราย ผ่านการใช้ข้อมูลทางคลินิก เทคโนโลยีดิจิทัล และระบบสนับสนุนการตัดสินใจ¹¹ อย่างไรก็ตาม การบูรณาการเทคโนโลยีดิจิทัลเข้ากับการดูแลทางการพยาบาลยังคงเป็นประเด็นที่อยู่ระหว่างการพัฒนา โดยเฉพาะในบริบทของการดูแลเด็กที่ต้องการความละเอียดอ่อนและความเข้าใจเชิงลึกเกี่ยวกับพัฒนาการและบริบทครอบครัว⁹

บทความวิชาการนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อสังเคราะห์และวิเคราะห์องค์ความรู้เกี่ยวกับการจัดการความปวดในเด็ก พร้อมทั้งเสนอกรอบแนวคิดการจัดการความปวดแบบแม่นยำในเด็กในฐานะการขยายจากแนวคิดการดูแลแบบดั้งเดิมสู่การดูแลที่ขับเคลื่อนด้วยข้อมูล (data-driven care) โดยเน้นการบูรณาการข้อมูลหลายมิติ เทคโนโลยีดิจิทัล และวิจรรณญาณทางคลินิก เพื่อให้การประเมินและการจัดการความปวดสอดคล้องกับลักษณะเฉพาะของผู้ป่วยแต่ละราย

กลไกการเกิดความปวดในเด็ก: ความแตกต่างจากผู้ใหญ่และนัยสำคัญต่อการพยาบาล

ความเข้าใจกลไกความปวดในเด็กเป็นพื้นฐานสำคัญของการประเมินและการจัดการ เนื่องจากระบบประสาทยังพัฒนาไม่สมบูรณ์ ทำให้การรับรู้และการตอบสนองต่อความปวดแตกต่างจากผู้ใหญ่อย่างมีนัยสำคัญ ดังนี้³

1. กระบวนการรับรู้ความปวด (Nociception) เป็นกลไกทางสรีรวิทยาที่เป็นจุดเริ่มต้นของประสบการณ์ความปวด ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน ได้แก่ การแปลงสัญญาณ (transduction) การส่งสัญญาณ

(transmission) การปรับเปลี่ยนสัญญาณ (modulation) และการรับรู้ (perception) โดยเฉพาะทารกและเด็กเล็ก กระบวนการดังกล่าวมีลักษณะเฉพาะ¹² ในระยะ transduction พบว่าทารกมีความหนาแน่นของ nociceptors สูงและระบบควบคุมการอักเสบยังไม่สมบูรณ์ ส่งผลให้ตอบสนองต่อสิ่งเร้าได้รวดเร็ว และรุนแรง ขณะที่ระยะ transmission แม้เส้นใย A-delta และ C fibers จะพัฒนาแล้วตั้งแต่อ่อนคลอด แต่กลไก modulation ยังไม่สมบูรณ์ ทำให้ขาดการยับยั้งสัญญาณในระดับไขสันหลัง ส่งผลให้สัญญาณความปวดถูกส่งต่ออย่างเข้มข้น¹³ ในขั้น perception การพัฒนาของ thalamus, somatosensory cortex และ limbic system ที่ยังไม่สมบูรณ์ ทำให้ประสบการณ์ความปวดผสมทั้งมิติทางประสาทสัมผัสและอารมณ์ที่ไม่สามารถแยกแยะได้อย่างชัดเจน เช่น ความกลัวและความวิตกกังวล

2. ภาวะไวต่อความปวดของระบบประสาทส่วนกลาง (Central Sensitization) การได้รับความปวดซ้ำโดยไม่ได้รับการจัดการอย่างเหมาะสม โดยเฉพาะในช่วงต้นชีวิต อาจนำไปสู่ภาวะ central sensitization ซึ่งเป็นการเปลี่ยนแปลงเชิงหน้าที่และโครงสร้างของระบบประสาทส่วนกลาง ส่งผลให้เกิดการตอบสนองต่อสิ่งเร้าที่ไวเกิน (hyperalgesia) หรือการรับรู้ความปวดจากสิ่งเร้าที่ปกติไม่ก่อให้เกิดความปวด (allodynia)²⁻³ หลักฐานทางประสาทวิทยาศาสตร์ชี้ว่าประสบการณ์ความปวดในวัยเด็กสัมพันธ์กับการเปลี่ยนแปลงของสมองในบริเวณที่เกี่ยวข้องกับการควบคุมอารมณ์และความเครียด เช่น prefrontal cortex, anterior cingulate cortex และ amygdala ซึ่งอาจเพิ่มความเสี่ยงต่อปัญหาสุขภาพจิตในระยะยาว¹⁴

3. นัยสำคัญต่อการพยาบาล ความแตกต่างเชิงกลไกดังกล่าวมีนัยสำคัญต่อการพยาบาลกุมารเวชกรรม โดยการจัดการความปวดควรมุ่งเชิงป้องกันเพื่อลดการกระตุ้นระบบประสาทและป้องกันภาวะ central sensitization การประเมินความปวดควรดำเนินอย่างต่อเนื่องและครอบคลุมหลายมิติ เนื่องจากการ

แสดงออกของเด็กอาจไม่สอดคล้องกับระดับความปวดที่แท้จริง ขณะเดียวกัน การจัดสิ่งแวดล้อมที่เหมาะสม ร่วมกับการมีส่วนร่วมของครอบครัวมีบทบาทสำคัญในการลดสิ่งกระตุ้นและเสริมความรู้สึกลดภัยของเด็ก¹⁴

โดยสรุป กลไกความปวดในเด็กสะท้อนความเปราะบางของระบบประสาทที่กำลังพัฒนา การจัดการความปวดจึงมิใช่เพียงการบรรเทาอาการเฉียบพลัน แต่เป็นการป้องกันผลกระทบระยะยาวต่อพัฒนาการทางระบบประสาทและสุขภาพจิต

ผลกระทบของความปวดต่อพัฒนาการเด็ก: จากระยะสั้นสู่ระยะยาว

1. ผลกระทบระยะสั้น: วิกฤตทางสรีรวิทยาเฉียบพลัน

เมื่อเด็กประสบกับความปวดเฉียบพลัน (acute pain) ร่างกายจะตอบสนองผ่านการกระตุ้นระบบประสาทอัตโนมัติซิมพาเทติก (sympathetic nervous system activation) และระบบต่อมไร้ท่อหลักที่เชื่อมโยงระหว่างระบบประสาทส่วนกลางกับระบบตอบสนองต่อความเครียด หรือ hypothalamic-pituitary-adrenal axis (HPA) ส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยาที่เป็นอันตรายหากไม่ได้รับการแก้ไข ดังนี้¹⁵

1) ระบบหัวใจและหลอดเลือด: การหลั่ง catecholamines เพิ่มขึ้น ทำให้อัตราการเต้นหัวใจและความดันโลหิตสูงขึ้น หัวใจต้องทำงานหนัก ในเด็กที่มีภาวะหัวใจบกพร่องหรือภาวะวิกฤต การเปลี่ยนแปลงนี้อาจนำไปสู่ภาวะหัวใจล้มเหลวได้

2) ระบบหายใจ: อัตราการหายใจเร็ว (tachypnea) และตื้นขึ้น อาจทำให้เกิดภาวะไม่สมดุลของก๊าซในเลือด โดยเฉพาะในทารกแรกเกิดที่ระบบหายใจยังไม่สมบูรณ์

3) ระบบภูมิคุ้มกัน: การหลั่ง cortisol อย่างต่อเนื่องจะกดการทำงานของระบบภูมิคุ้มกัน เพิ่มความเสี่ยงต่อการติดเชื้อ แผลหายช้า และการฟื้นตัวที่ยืดเยื้อ¹²

4) ระบบการแข็งตัวของเลือด: ภาวะเครียดกระตุ้นให้เกิดเลือดเกาะกลุ่มกันมากขึ้น (platelet aggregation) เพิ่มความเสี่ยงต่อภาวะหลอดเลือดดำอุดตัน⁴

การเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยาดังกล่าวสะท้อนให้เห็นว่า ความปวดในเด็กมิใช่เพียงความรู้สึกไม่สบาย แต่คือภาวะเครียดที่ส่งผลกระทบต่อระบบต่างๆ ของร่างกายอย่างเป็นระบบ พยาบาลจึงจำเป็นต้องเฝ้าระวังสัญญาณเหล่านี้ โดยเฉพาะในเด็กกลุ่มเสี่ยง เช่น ทารกแรกเกิด เด็กที่มีภาวะหัวใจบกพร่อง หรือเด็กวิกฤต และต้องรายงานแพทย์เพื่อพิจารณาการรักษาเพิ่มเติมเมื่อพบความผิดปกติ

2. ผลกระทบระยะยาว: รอยแผลเป็นบนโครงสร้างสมอง

หลักฐานจากการศึกษาภาพถ่ายระบบประสาท (neuroimaging) และ การศึกษาแบบระยะยาว (longitudinal studies) ชี้ให้เห็นว่าผลกระทบของความปวดในวัยเด็กสามารถคงอยู่ยาวนาน ดังนี้¹⁶

1) การเปลี่ยนแปลงโครงสร้างสมอง: ทารกเกิดก่อนกำหนดที่ได้รับหัตถการเจ็บปวดซ้ำๆ จะมีปริมาณเนื้อสมองส่วน white matter และ grey matter ในบริเวณ frontal cortex และ thalamus ลดลง เมื่อเทียบกับทารกที่ได้รับการระงับปวดอย่างเพียงพอ ทั้งนี้ การลดลงของ white matter และ grey matter ในบริเวณดังกล่าวสัมพันธ์กับความบกพร่องของการเชื่อมต่อและการประมวลผลสัญญาณประสาท ส่งผลต่อการทำงานด้านการรู้คิด การควบคุมพฤติกรรม และการรับรู้ความปวด ซึ่งเพิ่มความเสี่ยงต่อความล่าช้าทางพัฒนาการในระยะยาว¹

2) การเปลี่ยนแปลงการประมวลผลความปวด: เด็กที่เผชิญความปวดรุนแรงในช่วงต้นชีวิต จะมีการตอบสนองของสมองต่อสิ่งเร้าความปวดมากกว่าปกติ แม้ในวัยรุ่นหรือผู้ใหญ่ (hyperalgesia)¹⁶

3) ผลกระทบทางจิตสังคม: การศึกษาแบบติดตามระยะยาวพบว่าเด็กที่มีประสบการณ์ความปวดจากหัตถการโดยไม่ได้รับการจัดการอย่างเหมาะสม

มีความเสี่ยงในการเกิดโรควิตกกังวล ภาวะซึมเศร้า และโรคเครียดหลังเหตุการณ์สะเทือนขวัญ (PTSD) เพิ่มมากขึ้นเมื่อเข้าสู่วัยผู้ใหญ่⁴

3. สิทธิมนุษยชนและจริยธรรมวิชาชีพ

การเข้าถึงการระงับปวดที่มีประสิทธิภาพถือเป็น "สิทธิขั้นพื้นฐานของเด็ก" ตามปฏิญญาสากลว่าด้วยสิทธิมนุษยชนและอนุสัญญาว่าด้วยสิทธิเด็ก (UN Convention on the Rights of the Child) สำหรับวิชาชีพการพยาบาล การปล่อยให้เด็กเจ็บปวดโดยที่สามารถจัดการได้นั้นเข้าข่ายการละเลยการดูแล (negligence) และเป็นการละเมิดหลักการไม่ก่ออันตราย (non-maleficence) พยาบาลจึงมีพันธะทางจริยธรรมที่จะต้องพิทักษ์สิทธิเด็กในการได้รับความสุขสบายและการบรรเทาทุกข์¹⁷

การประเมินความปวดในเด็ก: จากเครื่องมือมาตรฐานสู่ปัญญาประดิษฐ์

การประเมินความปวดที่ถูกต้องเป็นหัวใจของการจัดการความปวดแบบแม่นยำ แต่ในเด็กยังมีข้อจำกัดด้านภาษาและพัฒนาการ บทความนี้ได้ดำเนินการทบทวนเครื่องมือประเมินตั้งแต่แบบดั้งเดิมสู่นวัตกรรมดิจิทัล พร้อมวิเคราะห์จุดแข็ง ข้อจำกัด และการประยุกต์ใช้

1. เครื่องมือมาตรฐาน: จุดแข็งและข้อจำกัด

1) การรายงานด้วยตนเอง (Self-report): ในเด็กที่สามารถสื่อสารได้ การประเมินความปวดด้วยตนเองถือเป็นวิธีที่สะท้อนประสบการณ์ความปวดได้ใกล้เคียงที่สุด เครื่องมือที่ใช้แพร่หลาย ได้แก่ Faces Pain Scale-Revised (FPS-R)¹⁸ ซึ่งใช้ภาพใบหน้าแสดงระดับความปวด เหมาะสำหรับเด็กอายุประมาณ 4 ปี ขึ้นไป ซึ่งได้รับการยอมรับว่ามีความเที่ยงตรงและความเชื่อมั่นสูง อย่างไรก็ตาม ในเด็กอายุน้อยกว่า 3 ปี การใช้ภาพใบหน้าอาจมีข้อจำกัดด้านทักษะการรู้คิด¹⁸ จึงควรใช้แนวทาง Simplified Two-step โดยเริ่มจากถามว่า “เจ็บหรือไม่” และหากเจ็บ ให้จำแนกระดับเป็น “เล็กน้อย/ปานกลาง/มาก” ซึ่งสอดคล้องกับพัฒนาการของเด็กก่อนวัยเรียน

2) การประเมินเชิงพฤติกรรม (Behavioral Observation): สำหรับเด็กเล็กหรือเด็กที่ไม่สามารถสื่อสารได้ชัดเจน การประเมินจากพฤติกรรมเป็นวิธีสำคัญ เครื่องมือที่ใช้แพร่หลาย ได้แก่ Face-Legs-Activity-Cry-Consolability (FLACC) scale¹⁹ ซึ่งประเมิน 5 ด้าน ได้แก่ สีหน้า การเคลื่อนไหวของขา กิจกรรมการร้องไห้ และความสามารถในการปลอบโยนสามารถใช้ได้ตั้งแต่วัยทารกถึงวัยรุ่น และเหมาะสำหรับผู้ป่วยหลังผ่าตัดหรือผู้ที่ไม่สามารถสื่อสารได้ในทารกแรกเกิด เครื่องมือที่ใช้บ่อยคือ Neonatal Infant Pain Scale (NIPS)²⁰ ซึ่งประเมินจากพฤติกรรมร่วมกับสัญญาณทางสรีรวิทยา เช่น สีหน้า การร้องไห้ การเคลื่อนไหวของแขนขา และรูปแบบการหายใจ²¹

2. นวัตกรรมดิจิทัล: โอกาสและความท้าทาย

1) การวิเคราะห์การแสดงสีหน้าด้วยปัญญาประดิษฐ์ (AI-based Facial Analysis): แนวคิดนี้อาศัยหลักการว่าการแสดงสีหน้าที่เกี่ยวข้องกับความรู้สึกมีลักษณะร่วมกันในมนุษย์ โดยสะท้อนผ่าน Facial Action Units (AUs) เช่น การขมวดคิ้ว การหลับตาแน่น และการยกริมฝีปากบน⁸ ความก้าวหน้าด้าน computer vision และ machine learning ทำให้สามารถวิเคราะห์การเคลื่อนไหวของกล้ามเนื้อใบหน้าและรูปแบบอารมณ์ได้อย่างละเอียด ช่วยเพิ่มความเป็นปรนัยและความต่อเนื่องของการประเมินความปวดในเด็ก⁷

2) การประเมินความปวดด้วย You Only Look Once version 8: YOLOv8 เป็นโมเดลตรวจจับภาพแบบเรียลไทม์ที่สามารถวิเคราะห์ลักษณะใบหน้าเพื่อประเมินสัญญาณความปวดได้อย่างรวดเร็วและแม่นยำ²² งานวิจัยรายงานว่าโมเดลดังกล่าวให้ค่าความแม่นยำในการตรวจจับ (mean Average Precision: mAP) ในระดับสูง สะท้อนศักยภาพของปัญญาประดิษฐ์ในการสนับสนุนการประเมินความปวดในเด็ก

3) ฐานข้อมูลภาพความปวดในเด็กวิกฤต (Pain Facial Expression of Critically Ill Children dataset: PFECIC dataset): เป็นฐานข้อมูลที่รวบรวมภาพใบหน้าเด็กอายุ 28 วัน-18 ปีใน PICU/CICU จำนวน 6,951

ภาพ ครอบคลุมช่วงก่อน ระหว่าง และหลังหัตถการ ที่ก่อให้เกิดความปวด²³ เพื่อใช้พัฒนาและทดสอบอัลกอริทึมตรวจจับความปวด งานวิจัยรายงานว่าสามารถจำแนกระดับความปวดได้ด้วยความแม่นยำในระดับที่น่าพอใจ สนับสนุนศักยภาพของการประเมินความปวดแบบอัตโนมัติในบริบทคลินิก

4) การติดตามสัญญาณสรีรวิทยาด้วยอุปกรณ์สวมใส่ (Wearable Sensors): เทคโนโลยีนี้สนับสนุนการประเมินความปวดผ่านตัวชี้วัดสรีรวิทยา เช่น อัตราการเต้นของหัวใจ ความแปรปรวนของชีพจร การนำไฟฟ้าผิวหนัง อุณหภูมิ และรูปแบบการเคลื่อนไหว⁹ ซึ่งสะท้อนการตอบสนองต่อความปวดโดยอ้อม การบูรณาการข้อมูลดังกล่าวกับอัลกอริทึมสามารถติดตามอาการได้แบบต่อเนื่องและเรียลไทม์ โดยมีรายงานว่าสามารถจำแนกระดับความปวดในเด็กหลังผ่าตัดได้ด้วยความแม่นยำประมาณ 85-92%

เทคโนโลยีมีบทบาทเป็นเครื่องมือสนับสนุนมิใช่ทดแทนการตัดสินใจของพยาบาล โดยควรใช้เพื่อเฝ้าระวังและยืนยันร่วมกับการประเมินทางคลินิก และข้อมูลจากผู้ปกครอง แม้เครื่องมือมาตรฐานยังเป็นพื้นฐาน แต่มีข้อจำกัดด้านอคติของผู้ประเมิน การตีความพฤติกรรม และการประเมินแบบเป็นช่วงเวลา ซึ่งอาจไม่สะท้อนความผันผวนของอาการ โดยเฉพาะในเด็กบางกลุ่ม หลักฐานชี้ว่าการบูรณาการเครื่องมือดั้งเดิมกับเทคโนโลยีดิจิทัลช่วยเพิ่มความแม่นยำและความต่อเนื่องของการประเมิน รวมทั้งสนับสนุนการตัดสินใจและการเฝ้าระวัง²⁴ อย่างไรก็ตาม การนำไปใช้ต้องคำนึงถึงข้อจำกัดด้านจริยธรรม และเทคนิค เช่น การคุ้มครองข้อมูล ความเป็นส่วนตัว อคติของอัลกอริทึม และสมรรถนะดิจิทัลของบุคลากร

กรอบแนวคิดการประเมินความปวดแบบผสมผสาน (Integrated Pain Assessment Framework)

ข้อจำกัดของแต่ละเครื่องมือชี้ว่า การใช้วิธีเดียวไม่เพียงพอ แนวคิดการประเมินแบบผสมผสานจึงบูรณาการข้อมูลจากผู้ป่วย พฤติกรรม

และเทคโนโลยี เพื่อเพิ่มความแม่นยำและความต่อเนื่อง
7,24–26 สอดคล้องกับ precision pain management^{11,27}
ในลักษณะ “สามารถทำงานร่วมกัน” ดังนี้

ระดับที่ 1 ระดับพื้นฐาน (Foundational Level):
ใช้ในผู้ป่วยทุกราย โดยเลือกเครื่องมือให้เหมาะสมกับ
วัย การรายงานด้วยตนเอง (เช่น FPS-R) เป็นมาตรฐาน
ในเด็กที่สื่อสารได้ ขณะที่การประเมินเชิงพฤติกรรม
(เช่น FLACC, NIPS) เหมาะสำหรับเด็กเล็กหรือผู้ที่ไม่
สามารถสื่อสารได้ ระดับนี้เป็นฐานข้อมูลหลักของ
การประเมิน

ระดับที่ 2 ระดับเสริม (Augmented Level):
ใช้เทคโนโลยี เช่น AI วิเคราะห์สีหน้าและ wearable
sensors เพื่อเสริมข้อมูลเชิงวัตถุวิสัยและต่อเนื่อง
โดยเฉพาะในผู้ป่วยวิกฤตหรือสถานการณ์ที่ต้องเฝ้า
ระวังแบบเรียลไทม์

ระดับที่ 3 ระดับบูรณาการ (Integrative Level):
เชื่อมโยงข้อมูลจากทุกแหล่งผ่านวิจารณญาณทาง
คลินิกของพยาบาล เพื่อการตีความและตัดสินใจ
โดยเฉพาะเมื่อข้อมูลมีความไม่สอดคล้องหรือซับซ้อน

โดยสรุป กรอบแนวคิดนี้เน้นการใช้ทั้งสามระดับ
ร่วมกันอย่างยืดหยุ่น โดยมีการประเมินพื้นฐานเป็นแกน
เทคโนโลยีเป็นตัวเสริม และวิจารณญาณทางคลินิก
เป็นกลไกบูรณาการ เพื่อให้การประเมินมีความแม่นยำ
และสอดคล้องกับผู้ป่วยแต่ละราย ทั้งนี้ ประสิทธิภาพ
ขึ้นอยู่กับความสามารถของพยาบาลในการสังเคราะห์
ข้อมูลและเชื่อมโยงกับบริบทของเด็กและครอบครัว

บทบาทพยาบาลในการประเมินความปวด: จากผู้ประเมินสู่ผู้บูรณาการข้อมูล

การประเมินความปวดในเด็กไม่ใช่เพียงการ
เลือกเครื่องมือให้เหมาะกับวัย แต่เป็นกระบวนการ
บูรณาการข้อมูลหลายแหล่งภายใต้วิจารณญาณ
ทางการพยาบาล โดยเฉพาะเมื่อเทคโนโลยีดิจิทัลเข้า
มามีบทบาท พยาบาลจึงเปลี่ยนจาก “ผู้ใช้เครื่องมือ”
เป็น “ผู้บูรณาการข้อมูล” เพื่อทำความเข้าใจ
ประสบการณ์ความปวดของเด็กอย่างรอบด้าน โดยมี
บทบาทดังนี้

1. การเลือกใช้เครื่องมือประเมินให้สอดคล้อง
กับวัยและพัฒนาการ เช่น FPS-R ในเด็กที่สื่อสารได้
FLACC ในเด็กที่มีข้อจำกัดด้านการสื่อสาร และ NIPS
ในทารก เพื่อหลีกเลี่ยงความคลาดเคลื่อนของผลการ
ประเมิน

2. การสังเกตพฤติกรรมอย่างเป็นระบบ
โดยครอบคลุมการแสดงสีหน้า การเคลื่อนไหว
เสียงร้อง และปฏิสัมพันธ์กับผู้ปกครอง ซึ่งช่วยยืนยัน
และเติมเต็มข้อมูลจากเครื่องมือหรือเทคโนโลยี

3. การบูรณาการข้อมูลจากเทคโนโลยีดิจิทัล
เมื่อมีระบบ AI หรืออุปกรณ์สวมใส่ให้ข้อมูล โดยต้อง
ตรวจสอบความสอดคล้องกับข้อมูลทางคลินิกและการ
สังเกต หากข้อมูลจากเทคโนโลยีขัดแย้งกับข้อมูลอื่น
พยาบาลต้องใช้วิจารณญาณในการตัดสินใจว่าจะ
เชื่อถือข้อมูลใด หรือจำเป็นต้องประเมินซ้ำเพื่อหา
สาเหตุของความแตกต่าง

4. การสื่อสารกับเด็กและครอบครัวเพื่อให้ได้
ข้อมูลที่สมบูรณ์ การสอบถามเด็กโดยตรง (เมื่อทำได้)
และการซักประวัติจากผู้ปกครองยังคงเป็นหัวใจสำคัญ
ของการประเมินความปวด โดยใช้ภาษาที่เข้าใจง่าย
สร้างบรรยากาศที่ปลอดภัย เปิดโอกาสให้เด็ก
และครอบครัวมีส่วนร่วมในการอธิบายประสบการณ์
ความปวด ซึ่งเป็นข้อมูลที่เทคโนโลยีไม่สามารถเข้าถึงได้

5. การบันทึกและส่งต่อข้อมูลอย่างมีคุณภาพ
ข้อมูลการประเมินความปวดต้องถูกบันทึกอย่างเป็น
ระบบ ไม่เพียงแต่ระดับความปวด แต่รวมถึงวิธีการ
ประเมินที่ใช้ ปัจจัยที่เกี่ยวข้อง รวมทั้งการตอบสนอง
ต่อการรักษาและต้องถูกส่งต่อไปยังทีมสุขภาพ
ที่เกี่ยวข้องเพื่อให้การดูแลมีความต่อเนื่อง

บทบาททั้ง 5 ประการสะท้อนว่าพยาบาล
คือหัวใจของการประเมินความปวด โดยเทคโนโลยีเป็น
เพียงเครื่องมือเสริมความแม่นยำและความต่อเนื่อง
ขณะที่การตัดสินใจยังอาศัยพยาบาลผู้เข้าใจบริบทของ
เด็กอย่างลึกซึ้ง ซึ่งเป็นพื้นฐานของการจัดการความ
ปวดอย่างมีประสิทธิภาพในขั้นตอนถัดไป

การจัดการความปวดแบบพหุวิธี: จากหลักฐานเชิงประจักษ์สู่การปฏิบัติ

แนวคิดการจัดการความปวดแบบพหุวิธี (multimodal pain management) มุ่งใช้การรักษาหลายรูปแบบที่ออกฤทธิ์ต่างกลไก เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการระงับปวดและลดผลข้างเคียงของยา ซึ่งได้รับการยอมรับเป็นมาตรฐานในการดูแลเด็กทั้งระยะเฉียบพลันและหลังผ่าตัด^{1,28} การประยุกต์ใช้ต้องบูรณาการการใช้ยา วิธีไม่ใช้ยา และการประเมินต่อเนื่องเพื่อปรับการดูแลให้เหมาะกับผู้ป่วยแต่ละราย

1. การจัดการด้วยยา (Pharmacological Interventions) การรักษาด้วยยายังคงเป็นองค์ประกอบหลักของการจัดการความปวดในเด็ก โดยการเลือกชนิดและขนาดยาควรพิจารณาตามความรุนแรงของความปวด อายุ น้ำหนักตัว ภาวะโรคร่วม และบริบททางคลินิก แนวทางปัจจุบันเน้นการใช้ยาหลายชนิดร่วมกันเพื่อเสริมฤทธิ์และลดการใช้ยาในขนาดสูง

1) แนวทางการใช้ยาแก้ปวดแบบบันไดสองขั้น (WHO 2-Step Strategy for Children): สำหรับความปวดเล็กน้อยถึงปานกลาง แนะนำให้ใช้ non-opioids เช่น paracetamol หรือ ibuprofen ขณะที่ความปวดรุนแรงควรใช้ strong opioids เช่น morphine ร่วมกับ non-opioids และยาเสริม โดยหลีกเลี่ยง weak opioids เช่น codeine และ tramadol เนื่องจากความแปรปรวนของฤทธิ์และความเสี่ยงด้านความปลอดภัย²⁹

2) การใช้ opioid อย่างรับผิดชอบ (Opioid Stewardship): การใช้ opioids ควรอยู่ภายใต้หลัก opioid stewardship โดยเป็นส่วนหนึ่งของการรักษาแบบพหุวิธี เพื่อลดปริมาณยาที่จำเป็น (opioid-sparing effect)⁴ พร้อมการเฝ้าระวังอาการไม่พึงประสงค์อย่างใกล้ชิด เช่น คลื่นไส้ อาเจียน ท้องผูก และภาวะกดการหายใจ³⁰

3) การให้ยาระงับปวดเชิงป้องกัน (Preventive Analgesia): การให้ยาระงับปวดก่อนที่จะเกิดสิ่งเร้าที่ก่อให้เกิดความปวด เพื่อลดการกระตุ้นระบบประสาทและป้องกัน central sensitization

หลักฐานชี้ว่าสามารถลดความรุนแรงของความปวดและความต้องการยาเพิ่มเติม ตัวอย่าง ได้แก่ การใช้ยาชาเฉพาะที่ก่อนหัตถการ การให้ paracetamol ทางหลอดเลือดดำก่อนสิ้นสุดการผ่าตัด และการบล็อกเส้นประสาท³¹

2. การจัดการความปวดโดยไม่ใช้ยา (Non-pharmacological Interventions) การจัดการความปวดโดยไม่ใช้ยาเป็นองค์ประกอบสำคัญของ multimodal pain management มุ่งลดการรับรู้ความปวดผ่านกลไกทางจิตวิทยา พฤติกรรม และสิ่งแวดล้อม มีความปลอดภัยสูง และช่วยลดความวิตกกังวลของเด็กระหว่างการรักษา¹

1) เทคโนโลยีความจริงเสมือน (Virtual Reality – VR): VR ถูกนำมาใช้ในการจัดการความปวดในเด็ก โดยอาศัยกลไกการเบี่ยงเบนความสนใจตามแนวคิด limited capacity theory หลักฐานจาก systematic review และ meta-analysis ชี้ว่าสามารถลดความปวดระหว่างหัตถการได้อย่างมีนัยสำคัญ โดยมักใช้สื่อแบบโต้ตอบ เช่น เกมหรือสภาพแวดล้อมเสมือน (immersive environments) ที่ช่วยเพิ่มการมีส่วนร่วมของเด็ก อย่างไรก็ตาม การใช้งานควรคำนึงถึงความเหมาะสมตามวัย ระยะเวลาหัตถการ และการมีส่วนร่วมของผู้ปกครอง³²

2) การจัดการเชิงพฤติกรรมและจิตใจ: เทคนิคด้านพฤติกรรมและจิตใจมีบทบาทสำคัญในการลดความปวดและความวิตกกังวลในเด็ก วิธีที่ใช้บ่อย ได้แก่ การเบี่ยงเบนความสนใจ (distraction) เช่น ของเล่น เกม หรือสื่อภาพเคลื่อนไหว ซึ่งช่วยลดการรับรู้ความปวดโดยดึงความสนใจออกจากสิ่งเร้าที่ก่อให้เกิดความเจ็บปวด นอกจากนี้ ดนตรีบำบัด และเทคนิคการหายใจหรือการผ่อนคลาย สามารถช่วยลดระดับความเครียดผ่านการกระตุ้นระบบประสาทพาราซิมพาเทติก เช่นเดียวกับกิจกรรมการเล่นง่าย ๆ เช่น การเป่าฟองสบู่หรือการเล่นเกมสั้น ๆ สามารถใช้เป็นเครื่องมือฝึกการหายใจลึกและลดความวิตกกังวลในเด็กเล็กได้อย่างมีประสิทธิภาพ

3) การดูแลแบบครอบครัวเป็นศูนย์กลาง (Family-Centered Care)³³: การมีส่วนร่วมของครอบครัวเป็นองค์ประกอบสำคัญในการลดความทุกข์ทรมานของเด็กในระหว่างการรักษา การสัมผัสปลอบโยนจากพ่อแม่ เช่น การกอดหรือการลูบหลังสามารถช่วยลดความวิตกกังวลและเสริมความรู้สึกปลอดภัยของเด็กได้ นอกจากนี้ การดูแลแบบ kangaroo care ในทารกแรกเกิด โดยให้ทารกนอนแนบอกมารดา ระหว่างหัตถการ สามารถลดการตอบสนองต่อความปวดได้อย่างมีประสิทธิภาพ ขณะเดียวกัน การให้ข้อมูลและเตรียมความพร้อมแก่ผู้ปกครองยังช่วยให้ครอบครัวมีบทบาทในการสนับสนุนเด็ก ระหว่างกระบวนการรักษาได้อย่างมีประสิทธิภาพ

4) The “It Doesn’t Have to Hurt” Approach: แนวทาง “It Doesn’t Have to Hurt” ซึ่งได้รับการสนับสนุนและเผยแพร่ผ่านแนวปฏิบัติของ Canadian Paediatric Society เน้นการลดความปวดจากหัตถการที่เกี่ยวข้องกับเข็มผ่านมาตรการพื้นฐานสี่ประการ ได้แก่ การใช้ยาเฉพาะที่ก่อนหัตถการ การเบี่ยงเบนความสนใจของเด็ก การจัดทำที่ให้ความสบายโดยให้เด็กอยู่ใกล้ชิดผู้ปกครอง และการใช้นมแม่หรือสารละลายน้ำตาลในทารก แนวทางดังกล่าวสะท้อนการบูรณาการวิธีการทางพฤติกรรมและสิ่งแวดล้อมเข้ากับการดูแลทางคลินิก เพื่อช่วยลดประสบการณ์ความปวดของเด็กอย่างมีประสิทธิภาพ³⁴

บทบาทพยาบาลกุมารเวชกรรม: ผู้พิทักษ์ความสุขสบายในยุคดิจิทัล

การพัฒนาเทคโนโลยีดิจิทัลได้เปลี่ยนแปลงการจัดการความปวดในเด็กอย่างมีนัยสำคัญ แม้จะเพิ่มความแม่นยำของการประเมิน แต่พยาบาลกุมารเวชกรรมยังคงมีบทบาทสำคัญในฐานะ “ผู้พิทักษ์ความสุขสบายของเด็กป่วย” ที่บูรณาการข้อมูลกับการดูแลเชิงมนุษยธรรม⁷ พร้อมเชื่อมต่อการดูแลจากโรงพยาบาลสู่บ้านผ่าน telehealth และเครื่องมือดิจิทัลเพื่อสนับสนุนความต่อเนื่องของการดูแล ประกอบด้วย

1. การตัดสินใจทางคลินิกบนฐานข้อมูลหลายมิติ ในยุคดิจิทัล พยาบาลจำเป็นต้องตัดสินใจโดยบูรณาการข้อมูลจาก 3 แหล่งหลัก ได้แก่ ข้อมูลจากเทคโนโลยีดิจิทัลทั้งในโรงพยาบาลและการติดตามที่บ้าน (AI, wearable sensors) ที่ให้ข้อมูลเชิงปรัญและต่อเนื่อง ข้อมูลทางคลินิกจากการสังเกตและการประเมินด้วยเครื่องมือมาตรฐาน และบริบทเฉพาะของเด็กและครอบครัว เช่น อายุ พัฒนาการ ประสบการณ์ความปวดเดิมวัฒนธรรม และความเชื่อ ข้อมูลทั้งสามมิติถูกนำมาสังเคราะห์ภายใต้วิจารณญาณของพยาบาล เพื่อให้การตัดสินใจเหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละราย

2. การเลือกและประสานการใช้วิธีการจัดการความปวดแบบพหุวิธีอย่างเหมาะสม โดยพิจารณาจากระดับความปวด ชนิดของหัตถการ และความต้องการเฉพาะของเด็ก ทั้งนี้ การจัดการควรครอบคลุมประเด็นต่อไปนี้

การใช้ยาตามหลัก WHO 2-Step Strategy: เลือกใช้ยาแก้ปวดอย่างเหมาะสม โดยคำนึงถึงถึงน้ำหนักตัวและภาวะโรคร่วม พร้อมทั้งเฝ้าระวังผลข้างเคียง โดยเฉพาะเมื่อใช้ยากลุ่ม opioids

การจัดการโดยไม่ใช้ยา: เลือกใช้เทคนิคที่เหมาะสมกับวัย เช่น การเบี่ยงเบนความสนใจ การใช้ VR ดนตรีบำบัดหรือการฝึกหายใจ ซึ่งเป็นบทบาทอิสระที่พยาบาลสามารถทำได้ทันทีโดยไม่ต้องรอคำสั่งแพทย์

การดูแลแบบครอบครัวเป็นศูนย์กลาง: ส่งเสริมให้ผู้ปกครองมีส่วนร่วมในการปลอบโยนและช่วยเหลือนระหว่างหัตถการ เพราะการมีพ่อแม่อยู่ข้างกายช่วยลดความวิตกกังวลและเพิ่มความรู้สึกปลอดภัย

3. การประเมินผลและปรับแผนการดูแลอย่างต่อเนื่อง การจัดการความปวดไม่ได้สิ้นสุดเมื่อให้การรักษาไปแล้ว พยาบาลต้องประเมินผลลัพธ์อย่างต่อเนื่องโดยใช้ข้อมูลทั้งจากเทคโนโลยีและการสังเกตทางคลินิก รวมถึงข้อมูลที่ได้จากการติดตามที่บ้านผ่านระบบ telehealth และแอปพลิเคชันสุขภาพ เช่น

electronic pain diary ซึ่งช่วยให้สามารถติดตามอาการแบบ real-time หลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล หากผลลัพธ์ไม่เป็นไปตามเป้าหมาย ต้องปรับแผนการดูแลทันที กระบวนการนี้สอดคล้องกับแนวคิด PDCA (Plan-Do-Check-Act) ที่ทำให้การจัดการความปวดเป็นวงจรคุณภาพที่พัฒนาอย่างต่อเนื่อง

4. การสื่อสารและการให้ความรู้แก่เด็กและครอบครัว พยาบาลมีบทบาทสำคัญในการเตรียมความพร้อมเด็กและครอบครัวก่อนหัตถการ โดยอธิบายขั้นตอนการรักษา วิธีจัดการความปวด และบทบาทที่ผู้ปกครองสามารถช่วยเหลือได้ การสื่อสารที่ดีช่วยลดความกลัวและสร้างความไว้วางใจ ซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญช่วยเพิ่มประสิทธิภาพการจัดการความปวด

5. การพัฒนาสมรรถนะดิจิทัลและการธำรงไว้ซึ่งการดูแลเชิงมนุษยธรรม ในยุคที่เทคโนโลยีเข้ามามีบทบาทมากขึ้น พยาบาลต้องพัฒนาสมรรถนะด้านดิจิทัลเพื่อให้สามารถใช้และตีความข้อมูลจากเทคโนโลยีได้อย่างถูกต้อง ขณะเดียวกันต้องคงไว้ซึ่ง “การดูแลเชิงมนุษยธรรม (compassionate care)” ที่เป็นหัวใจของวิชาชีพพยาบาล การมี AI ช่วยตรวจจับความปวดไม่ได้หมายความว่าพยาบาลจะลดการปฏิสัมพันธ์กับเด็กลง ในทางกลับกัน พยาบาลควรใช้เวลาที่ลดลงจากการประเมินไปเพิ่มคุณภาพของการปลอบโยนและการสร้างสัมพันธภาพเชิงบำบัด

การดำเนินงานอย่างมีประสิทธิภาพในทุกกระดับขึ้นอยู่กับความเข้าใจกลไกความปวด ทักษะการใช้เทคโนโลยี และการธำรงการดูแลเชิงเอื้ออาทรของพยาบาล เพื่อให้การดูแลเด็กป่วยมีความครบถ้วนทั้งเชิงคลินิกและตอบสนองต่อความต้องการของเด็กและครอบครัวอย่างแท้จริง

การสังเคราะห์กรอบแนวคิดการจัดการความปวดแบบแม่นยำในเด็ก

บทความนี้เสนอกรอบการจัดการความปวดแบบแม่นยำในเด็กจากการสังเคราะห์องค์ความรู้ที่เกี่ยวข้อง เพื่อบูรณาการการดูแลในยุคดิจิทัลบน

ฐานข้อมูลหลายมิติ เทคโนโลยีที่เหมาะสม และวิจรรณญาณทางคลินิก^{7,11} โดยประกอบด้วย 5 องค์ประกอบเชิงวงจร ได้แก่

1. การประเมินความปวดแบบหลายมิติ (Multidimensional Pain Assessment): บูรณาการข้อมูลจากการรายงานของเด็ก การสังเกตพฤติกรรม และตัวชี้วัดทางสรีรวิทยา โดยใช้เครื่องมือมาตรฐานร่วมกับเทคโนโลยีดิจิทัลเพื่อเพิ่มความต่อเนื่องและความเป็นปรนัยของข้อมูล³⁵

2. การวิเคราะห์ข้อมูลและการตัดสินใจทางคลินิก (Clinical Interpretation and Decision-Making): พยาบาลพึงตีความข้อมูลผ่านวิจรรณญาณทางคลินิกโดยพิจารณาบริบทของเด็กและครอบครัว เพื่อให้การตัดสินใจมีความเหมาะสมเฉพาะราย⁷

3. การจัดการความปวดแบบพหุวิธี (Multimodal Pain Management): ผสมผสานการใช้ยาและวิธีไม่ใช้ยา โดยยึดแนวทางมาตรฐานควบคู่กับการใช้เทคนิคเสริม เช่น การเบี่ยงเบนความสนใจหรือการสนับสนุนจากครอบครัว เพื่อเพิ่มประสิทธิผลและประสบการณ์การดูแลที่ดี^{1,30}

4. การมีส่วนร่วมของครอบครัวและการดูแลเชิงมนุษยธรรม (Family Engagement and Compassionate Care): ส่งเสริมการมีส่วนร่วมของผู้ปกครองเพื่อเสริมความรู้สึกลดภัย ลดความทุกข์ทรมาน และสนับสนุนการดูแลแบบครอบครัวเป็นศูนย์กลาง¹

5. การประเมินผลและการปรับปรุงอย่างต่อเนื่อง (Continuous Evaluation and Feedback): ติดตามผลและปรับแผนการดูแลอย่างต่อเนื่องผ่านกระบวนการสะท้อนกลับ เพื่อให้การจัดการความปวดมีลักษณะเป็นวงจรการเรียนรู้ทางคลินิก

โดยสรุป กรอบแนวคิดนี้สะท้อนการเปลี่ยนผ่านสู่การดูแลที่ขับเคลื่อนด้วยข้อมูล เทคโนโลยี และความเข้าใจเชิงมนุษยธรรม ซึ่งสนับสนุนการดูแลที่แม่นยำ ครบถ้วน และสอดคล้องกับบริบทสุขภาพดิจิทัลในปัจจุบัน

Precision Pediatric Pain Management Framework



ภาพที่ 1: กรอบการบริหารจัดการความปวดในเด็ก (Precision Pediatric Pain Management Framework)

ข้อจำกัดของแนวคิดการจัดการความปวดแบบแม่นยำในเด็ก

แม้แนวคิดการจัดการความปวดแบบแม่นยำจะมีศักยภาพในการยกระดับคุณภาพการดูแลเด็กในยุคสุขภาพดิจิทัล แต่การนำไปใช้จริงยังคงเผชิญข้อจำกัดหลายประการ ทั้งด้านเทคโนโลยี บุคลากร จริยธรรม และหลักฐานเชิงประจักษ์ โดยในด้านเทคโนโลยี แม้ AI และอุปกรณ์สวมใส่ช่วยเพิ่มความแม่นยำ แต่ยังมีข้อจำกัดด้านความแม่นยำ อดติของข้อมูล และสัญญาณรบกวนที่ถูกรบกวน ซึ่งอาจทำให้การแปลผลคลาดเคลื่อนในบางบริบท ตลอดจนข้อจำกัดด้านโครงสร้างพื้นฐานและงบประมาณสำหรับด้านบุคลากร การประยุกต์ใช้เทคโนโลยีต้องอาศัยสมรรถนะดิจิทัลของพยาบาล³⁶ ซึ่งจำเป็นต้องพัฒนาอย่างต่อเนื่อง และอาจเพิ่มภาระงานหรือก่อให้เกิดแรงต้านในระยะแรกเริ่ม ในกรณีที่ข้อมูลจากเทคโนโลยีไม่สอดคล้องกับอาการทางคลินิก พยาบาลต้องใช้วิจารณญาณทางคลินิกในการตรวจสอบและยืนยันข้อมูลร่วมกับการประเมินตามมาตรฐานเพื่อให้เกิดตัดสินใจมีความเหมาะสมและปลอดภัย ขณะเดียวกัน ประเด็นด้านจริยธรรมและกฎหมาย เช่น ความเป็นส่วนตัวและความปลอดภัยของข้อมูลชีวภาพเด็ก รวมถึงความรับผิดชอบเมื่อระบบประเมินผิดพลาด ยังคงเป็นข้อท้าทายสำคัญ โดยการใช้เทคโนโลยีควรดำเนินการภายใต้กระบวนการขอความยินยอมจากผู้ปกครองและเด็กตามวัย (informed consent/assent) พร้อมการชี้แจงวัตถุประสงค์ ขอบเขตการใช้ข้อมูล

และมาตรการคุ้มครองข้อมูลอย่างชัดเจน นอกจากนี้หลักฐานทางวิชาการยังมีข้อจำกัด โดยส่วนใหญ่เป็นการศึกษาในระยะเริ่มต้นและขาดข้อมูลระยะยาวในบริบททางคลินิกจริง โดยเฉพาะในบริบทเอเชีย³⁷ อีกทั้งเทคโนโลยีอาจไม่เหมาะสมกับเด็กบางกลุ่ม เช่น ผู้ที่มีความบกพร่องทางพัฒนาการหรือผู้ป่วยระยะท้าย^{38,39} รวมถึงข้อจำกัดด้านการเข้าถึงของสถานพยาบาลและครอบครัว ซึ่งอาจนำไปสู่ความเหลื่อมล้ำของคุณภาพการดูแล โดยพยาบาลยังคงมีบทบาทสำคัญในการธำรงมาตรฐานการดูแลผ่านการประเมินและการปฏิบัติตามหลักวิชาชีพ เพื่อให้เด็กทุกกลุ่มได้รับการดูแลอย่างเหมาะสมและมีคุณภาพทัดเทียมกัน ดังนั้นการตระหนักถึงข้อจำกัดดังกล่าวจึงมีความสำคัญเพื่อให้การประยุกต์ใช้แนวคิดนี้เป็นไปอย่างเหมาะสมปลอดภัย และสอดคล้องกับบริบทของระบบสุขภาพ

ข้อเสนอแนะเชิงนโยบายและการพัฒนาองค์กร

จากกรอบแนวคิดและข้อจำกัดที่นำเสนอ องค์กรพยาบาลควรดำเนินการดังนี้

1. ระดับนโยบาย (Policy Level): กำหนดมาตรฐานการประเมินความปวดในเด็กอย่างเป็นระบบ ครอบคลุมความสม่ำเสมอและความเหมาะสมตามวัย พร้อมสนับสนุนโครงสร้างพื้นฐานดิจิทัล งบประมาณสำหรับเทคโนโลยี (เช่น AI และอุปกรณ์สวมใส่) และแนวปฏิบัติด้านจริยธรรมและการคุ้มครองข้อมูลเด็ก

2. ระดับองค์กร (Organizational Level): พัฒนาระบบสารสนเทศเพื่อสนับสนุนการตัดสินใจ โดยบูรณาการข้อมูลจากเทคโนโลยีกับแนวปฏิบัติทาง

คลินิก ควบคู่กับการพัฒนาสมรรถนะดิจิทัลของพยาบาล และการปรับปรุงระบบเอกสารและไฟล์งานให้เอื้อต่อการใช้งานจริง

3. ระดับวิชาชีพ (Professional Level): ส่งเสริมการวิจัยและนวัตกรรมด้าน AI และเทคโนโลยีดิจิทัลในการประเมินความปวดในบริบทไทย สนับสนุนเครือข่ายวิชาชีพ และผลักดันให้การจัดการความปวดในเด็กเป็นตัวชี้วัดคุณภาพสำคัญของการพยาบาล

ทิศทางในอนาคตและข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัย

1. ประเด็นวิจัย: ควรพัฒนา AI บนฐานข้อมูลเด็กไทยเพื่อลดอคติและเพิ่มความแม่นยำ ควบคู่กับการศึกษาระยะยาว การเปรียบเทียบประสิทธิผลและการศึกษาเชิงคุณภาพ เพื่อพัฒนาโมเดลที่สอดคล้องบริบทไทย

2. แนวโน้มเทคโนโลยี: การพัฒนาเทคโนโลยีควรมุ่งสู่ Explainable AI และการบูรณาการข้อมูลหลายมิติ เพื่อเพิ่มความแม่นยำและความโปร่งใส พร้อมทั้งใช้ IoT และ telemedicine สนับสนุนการติดตามความปวดแบบ real-time ทั้งในโรงพยาบาลและที่บ้าน

เอกสารอ้างอิง

- Eccleston C, Fisher E, Howard RF, Slater R, Forgeron P, Palermo TM, et al. Delivering transformative action in pediatric pain: a Lancet Child & Adolescent Health Commission. Lancet Child Adolesc Health. 2021;5(1):47–87.
- Carter M, Manworren RC, Stinson JN. Commentary: Pediatric pain measurement, assessment, and evaluation. Semin Pediatr Neurol. 2023;47:101074.
- Vitayaburananont P, Chotisukarat H. Pediatric pain. Vajira Med J. 2016;60(2):135–45.
- Atefeh S. Barriers and facilitators of pain management in children: a scoping review. BMC Anesthesiol. 2025;25(1):148.
- Karadede H, Gözen D. Postoperative pain management in children and technology-based nursing approaches. CURARE J Nurs. 2025;(9):62–71.
- Lazaridou A, Elbaridi N, Edwards RR, Berde CB. Pain assessment. In: Benzon HT, Raja SN, Fishman SM, Cohen SP, editors. Essentials of pain medicine. 4th ed. Philadelphia: Elsevier; 2018. p. 39–46.
- El-Tallawy SN, Pergolizzi JV, Vasiliu-Feltes I, Ahmed RS, LeQuang JK, Alzahrani T, et al. Innovative applications of telemedicine and other digital health solutions in pain management: a literature review. Pain Ther. 2024;13(4):791–812.

บทสรุป

การจัดการความปวดในเด็กในยุคสุขภาพดิจิทัลจำเป็นต้องบูรณาการองค์ความรู้ด้านประสาทวิทยาศาสตร์ เทคโนโลยีดิจิทัล และการพยาบาลเชิงมนุษยธรรม กรอบแนวคิดการจัดการความปวดแบบแม่นยำช่วยให้การประเมินและการดูแลมีความเฉพาะเจาะจงต่อเด็กแต่ละราย โดยอาศัยข้อมูลจากหลายแหล่งเพื่อสนับสนุนการตัดสินใจทางคลินิก อย่างไรก็ตาม เทคโนโลยีไม่อาจทดแทนบทบาทของพยาบาลกุมารเวชกรรม ซึ่งยังคงเป็นผู้บูรณาการหลักฐานเชิงประจักษ์ วิจัยทางคลินิก ความเข้าใจพัฒนาการของเด็ก และการดูแลอย่างเอื้ออาทร ในอนาคต ควรมุ่งพัฒนาระบบการจัดการความปวดในเด็กโดยบูรณาการเทคโนโลยีดิจิทัล การพัฒนาสมรรถนะบุคลากร การสร้างหลักฐานในบริบทท้องถิ่น และการดูแลแบบครอบครัวเป็นศูนย์กลาง เพื่อยกระดับคุณภาพการดูแลและความสุขสบายของเด็กป่วยอย่างยั่งยืน

8. Aydın Aİ, Özyazıcıoğlu N. Assessment of postoperative pain in children with computer-assisted facial expression analysis. *J Pediatr Nurs*. 2023;71:60–5.
9. Semiz B, Hancioglu ÖK, Şahin RS. Pain assessment and determination methods with wearable sensors: a scoping review. *Med Biol Eng Comput*. 2025:1–18.
10. Zhang M, Zhu L, Lin SY, Herr K, Chi C L, Demir I, et al. Using artificial intelligence to improve pain assessment and pain management: A scoping review. *J Am Med Inform Assoc*. 2023;30(3):570–87.
11. Cascella M, Leoni ML, Shariff MN, Varrassi G. Artificial intelligence-driven diagnostic processes and comprehensive multimodal models in pain medicine. *J Pers Med*. 2024;14(9):983.
12. Chandra SS, Pooja G, Kaur MT, Ramesh D. Current trends in modalities of pain assessment: a narrative review. *Neurol India*. 2024;72(5):951–66.
13. Tong H, Maloney TC, Payne MF, King CD, Ting TV, Kashikar-Zuck S, et al. Processing of pain by the developing brain: evidence of differences between adolescent and adult females. *Pain*. 2022;163(9):1777–89.
14. Korhonen E. Enhancing pain management protocols in pediatric oncology through family-centered care: A comprehensive approach. *J Patient Care Nurs Pract*. 2026;7(1):48–54.
15. Wesson DE, Naik–Mathuria B, Pryor HI II, editors. *Pediatric trauma: Pathophysiology, diagnosis, and treatment*. Boca Raton (FL): CRC Press; 2026.
16. Miró J, Roman–Juan J, Sánchez–Rodríguez E, Solé E, Castarlenas E, Jensen MP. Chronic pain and high impact chronic pain in children and adolescents: a cross-sectional study. *J Pain*. 2023;24(5):812–23.
17. Hammarberg T. The UN Convention on the Rights of the Child—and how to make it work. *Hum Rights Q*. 1990;12(1):97–105.
18. Tsze DS, Hirschfeld G, Dayan PS, Bulloch B, von Baeyer CL. Defining no pain, mild, moderate, and severe pain based on the Faces Pain Scale–Revised and Color Analog Scale in children with acute pain. *Pediatr Emerg Care*. 2018;34(8):537–44.
19. Matsuishi Y, Hoshino H, Shimajo N, Enomoto Y, Kido T, Hoshino T, et al. Verifying the validity and reliability of the Japanese version of the Face, Legs, Activity, Cry, Consolability (FLACC) behavioral scale. *PLoS One*. 2018;13(3):e0194094.
20. Obiedat H, Al–Maaitah EI. Critique of the use of neonatal infant pain scale (NIPS). *Neonat Pediatr Med*. 2020;6(1).
21. Sarkaria E, Gruszfeld D. Assessing Neonatal Pain with NIPS and COMFORT–B: Evaluation of NICU’s Staff Competences. *Pain Res Manag*. 2022;(1): 8545372.
22. Cascella M, Shariff MN, Lo Bianco G, Monaco F, Gargano F, Simonini A, et al. Employing the artificial intelligence object detection tool YOLOv8 for real-time pain detection: a feasibility study. *J Pain Res*. 2024;17:3681–96.
23. Liu D, Cheng D, Houle TT, Chen L, Zhang W, Deng H. Machine learning methods for automatic pain assessment using facial expression information: protocol for a systematic review and meta-analysis. *Medicine (Baltimore)*. 2018;97(49):e13421.

24. Kasundra A, Chanchlani R, Lal B, Thanveeru SK, Ratre G, Ahmad R, et al. Role of artificial intelligence in the assessment of postoperative pain in the pediatric population: a systematic review. *Cureus*. 2025;17(1).
25. จุฑารัตน์ สว่างชัย, ชูลีพร ปิยสุทธิ, ศิริพร แก้วกุลพัฒน์. การจัดการความปวดแบบผสมผสาน: การตั้งเป้าหมายระดับความปวดหลังผ่าตัด. *วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี อุตรดิตถ์*. 256; 11(2): 161–71.
26. International Association for the Study of Pain (IASP). The 2017 IASP global year against pain after surgery [Internet]. 2017 [cited 2026 Mar 29]. Available from: <https://www.iasppain.org/GlobalYear/AfterSurgery>
27. Elzagallaai A, Barker C, Lewis T, Cohn R, Rieder M. Advancing precision medicine in paediatrics: past, present and future. *Camb Prisms Precis Med*. 2023;1:e11.
28. Di Sarno L, Gatto A, Korn D, Pansini V, Curatola A, Ferretti S, et al. Pain management in pediatric age: an update. *Acta Biomed*. 2023;94(4):e2023174.
29. Begum M, Doherty M, Bhuiyan MI, Rahman ATMA, Karim A, Jamal CY. Pain management of pediatric cancer patients at BSMMU and utilization of WHO analgesic ladder. *Cancer J Bangladesh*. 2023;4(2):71–6.
30. Lavingia R, Mondragon E, McFarlane–Johansson N, Sheno RP. Improving opioid stewardship in pediatric emergency medicine. *Pediatrics*. 2021;148(6):e2020039743.
31. Virda M, Panda A, Kataria K. Effect of preemptive analgesia on pain perception in children: a randomized controlled trial. *Int J Clin Pediatr Dent*. 2024;17(8):913.
32. Mantegazza C, Silvera V, Maestri L, Meroni M, Destro F, Cococcioni L, et al. Pain mitigation in pediatric endoscopies using virtual reality and intranasal midazolam. *World J Surg Surg Res*. 2022;5(1):1–8.
33. พันธมนัส กันทวัน. บทบาทพยาบาลในการส่งเสริมการมีส่วนร่วมของผู้ดูแลเพื่อประเมินและจัดการความปวดเฉียบพลันในเด็กที่เข้ารับการผ่าตัด. *วารสารการแพทย์โรงพยาบาลอุตรธานี*. 2565;30(1):163–76.
34. Chambers CT, Dol J, Parker JA, Caes L, Birnie KA, Taddio A, et al. Implementation effectiveness of a parent-directed YouTube video (“It Doesn’t Have to Hurt”) on evidence-based strategies to manage needle pain: descriptive survey study. *JMIR Pediatr Parent*. 2020;3(1):e13552.
35. Manworren RC, Stinson J. Pediatric pain measurement, assessment, and evaluation. *Semin Pediatr Neurol*. 2016;23(3):189–200.
36. Dumrongpakapakorn P, Punaglom N, Prommasaka Na Sakonnakorn N. Navigating the BANI Era in Nursing Education Programs: Aligning Competencies with AUN–QA Criteria for Future–Ready Nursing Professionals. *Pacific Rim Int J Nurs Res*. 2025;29(3):431–42.
37. Plummer K, McCarthy M, Newall F, Manias E. The management of pain during pediatric hematopoietic stem cell transplantation: a qualitative study of contextual factors that influenced pain management practices. *Pediatr Blood Cancer*. 2023;70(11):e30614.
38. Thomas R, Phillips M, Hamilton RJ. Pain management in the pediatric palliative care population. *J Nurs Scholarsh*. 2018;50(4):375–82.
39. เบญจมาภรณ์ บุญรักษ์, อธิรุช ยินดีสุข, ดรฤณี คชพรหม. การจัดการความเจ็บปวดในผู้ป่วยมะเร็งระยะท้าย: การวิจัยเชิงคุณภาพ. *วารสารศูนย์อนามัยที่ 9*. 2567;18(2):526–36.

การพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับยาระงับความรู้สึกแบบเทคนิคช่วยหายใจปอดข้างเดียว ในผู้ป่วยผ่าตัดปอด: กรณีศึกษาเปรียบเทียบ 2 ราย

สุภาลักษณ์ ทิพย์โยธา¹

บทคัดย่อ

บทนำ: การผ่าตัดปอดต้องให้การให้ยาระงับความรู้สึกที่มีความซับซ้อน โดยเฉพาะเทคนิคการช่วยหายใจปอดข้างเดียว (One-Lung Ventilation: OLV) ซึ่งต้องใช้ท่อช่วยหายใจชนิดสองช่อง (Double Lumen Endotracheal Tube) เพื่อแยกการทำงานของปอดและทำให้ปอดข้างที่ผ่าตัดยุบตัว เทคนิคดังกล่าวอาจก่อให้เกิดภาวะแทรกซ้อน เช่น ภาวะออกซิเจนในเลือดต่ำ ความดันโลหิตต่ำ และความไม่สมดุลระหว่างการระบายอากาศกับการไหลเวียนเลือดในปอด

วัตถุประสงค์: เพื่อศึกษาและเปรียบเทียบการพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับยาระงับความรู้สึกด้วยเทคนิค OLV โดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีการพยาบาลของโอเร็ม

วิธีการศึกษา: การศึกษานี้เป็นการศึกษาเชิงพรรณนาแบบกรณีศึกษาเปรียบเทียบในผู้ป่วย 2 ราย ที่ได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคเยื่อหุ้มปอดอักเสบเป็นหนอง และเข้ารับการผ่าตัด Thoracotomy with Decortication โดยใช้เทคนิค OLV ณ โรงพยาบาลสกลนคร เก็บรวบรวมข้อมูลจากเวชระเบียน ได้แก่ ข้อมูลผู้ป่วย โรคประจำตัว ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ การตั้งค่าเครื่องช่วยหายใจ และภาวะแทรกซ้อน

ผลการศึกษา: ผู้ป่วยรายที่ 1 ชายอายุ 64 ปี มีโรคประจำตัวเบาหวานและความดันโลหิตสูง พบภาวะออกซิเจนในเลือดต่ำและความดันโลหิตต่ำระหว่างผ่าตัด ซึ่งได้รับการแก้ไขอย่างทันท่วงที ส่วนผู้ป่วยรายที่ 2 ชายอายุ 51 ปี ไม่มีโรคประจำตัว ไม่พบภาวะแทรกซ้อน ผู้ป่วยทั้งสองรายสามารถถอดท่อช่วยหายใจได้ในห้องพักฟื้นและจำหน่ายในวันที่ 4 หลังผ่าตัด

สรุป: อายุและโรคประจำตัวมีความสัมพันธ์กับความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนในการใช้เทคนิค OLV การประเมินผู้ป่วยก่อนผ่าตัด การเฝ้าระวังอย่างใกล้ชิด และการทำงานร่วมกันของทีมสหสาขาวิชาชีพช่วยเพิ่มความปลอดภัยของผู้ป่วย

คำสำคัญ: การช่วยหายใจปอดข้างเดียว, ท่อช่วยหายใจชนิดสองช่อง, การผ่าตัดปอด, ภาวะแทรกซ้อน, การพยาบาลวิสัญญี

วันที่รับบทความ

26 มกราคม 2567

วันที่ได้รับบทความฉบับแก้ไข

24 ธันวาคม 2568

วันที่ตอบรับบทความ

28 ธันวาคม 2568

โรงพยาบาลสกลนคร, ผู้ประสานการส่งบทความต้นฉบับ, Tipyotha@gmail.com; จดหมายอิเล็กทรอนิกส์; โทร. 087-2324961

Nursing Care and Anesthesia for One Lung Ventilation (OLV) Technique in Patients Undergoing Pulmonary Surgery: A Comparative Study of 2 Cases

Suphalak Tipyotha

Abstract

Background: Lung surgery requires complex anesthetic management, particularly the one-lung ventilation (OLV) technique. This technique requires a double-lumen endotracheal tube to isolate the operative lung and provide optimal surgical exposure. However, OLV may lead to complications such as hypoxemia, hypotension, and ventilation-perfusion mismatch.

Objective: To explore and compare nursing care for patients receiving anesthesia with the OLV technique using Orem's Self-Care Deficit Nursing Theory.

Methods: This comparative descriptive case study included two patients diagnosed with empyema thoracis who underwent thoracotomy with decortication using the OLV technique at Sakon Nakhon Hospital. Data were collected from medical records, including patient characteristics, comorbidities, laboratory findings, ventilator settings, and perioperative complications.

Results: Patient 1 was a 64-year-old male with diabetes mellitus and hypertension who developed intraoperative hypoxemia and hypotension, which were promptly managed. Patient 2 was a 43-year-old male without underlying diseases and experienced no complications. Both patients were successfully extubated in the recovery room and discharged on postoperative day 4.

Conclusion: Age and comorbidities were associated with the risk of complications during OLV. Comprehensive preoperative assessment, close monitoring, and multidisciplinary collaboration are important to enhance patient safety.

Keywords: One-lung ventilation, Double-lumen endotracheal tube, Thoracic surgery, Anesthesia nursing, Complications

Received
26 January 2024

Revised
24 December 2025

Accepted
28 December 2025

¹Sakon Nakhon Hospital, Corresponding author, e-mail: Tipyotha@gmail.com Tel. 087-2324961

บทนำ

โรคเยื่อหุ้มปอดอักเสบเป็นหนอง (Empyema thoracis) เป็นภาวะที่มีหนองสะสมในช่องเยื่อหุ้มปอด มีอัตราการเสียชีวิตสูงถึงร้อยละ 3.3–24¹ จากข้อมูลของโรงพยาบาลสกลนคร ในช่วงปีงบประมาณ 2564 – 2566 พบผู้ป่วย Empyema thoracis จำนวน 122, 178 และ 156 รายตามลำดับ² แสดงให้เห็นว่าโรคนี้จัดเป็นกลุ่มที่มีความเสี่ยงสูงและมีจำนวนผู้ป่วยมากสำหรับผู้ป่วยที่มีความรุนแรงและไม่ตอบสนองต่อการรักษาด้วยยา จำเป็นต้องได้รับการผ่าตัดเปิดทรวงอก (Thoracotomy with Decortication) ซึ่งต้องใช้เทคนิคการช่วยหายใจปอดข้างเดียว (One Lung Ventilation: OLV)¹

ในการดมยาสลบทั่วไป วิชาญญแพทย์จะใช้ท่อช่วยหายใจชนิดรูเดียว แต่สำหรับเทคนิค OLV นั้นจำเป็นต้องใช้ท่อพิเศษชนิด Double Lumen Tube ขนาด 35–41 Fr เพื่อให้สามารถแยกช่วยหายใจแต่ละปอดได้อิสระจากกัน ทำให้ปอดข้างที่ต้องการผ่าตัดยุบตัวลง อย่างไรก็ตาม เทคนิคนี้ทำให้เกิดภาวะ Ventilation/Perfusion mismatch เนื่องจากปอดที่ไม่ได้ช่วยหายใจยังคงมีเลือดไหลผ่าน (Intrapulmonary shunt) ประมาณร้อยละ 20–30 ส่งผลให้ระดับออกซิเจนในเลือดลดลงได้³ เทคนิค OLV มีความซับซ้อนในหลายด้าน ได้แก่ การใส่ท่อช่วยหายใจต้องอาศัยความชำนาญสูง การตรวจสอบตำแหน่งท่อทุกครั้งหลังจากใส่ท่อและเปลี่ยนท่านอนผู้ป่วย และต้องตั้งค่าเครื่องช่วยหายใจตามหลัก lung protective strategy^{3,7} ภาวะแทรกซ้อนที่พบบ่อย ประกอบด้วย Hypoxemia (SpO₂ <90%) พบประมาณร้อยละ 5–8⁴, Hypotension พบประมาณร้อยละ 10–15⁴ และปอดแฟบหรือปอดบวมหลังผ่าตัดพบได้ประมาณร้อยละ 5–8^{5–6} แม้ว่าจะมีรายงานเกี่ยวกับการใช้เทคนิค OLV ในการผ่าตัดทรวงอกจำนวนมาก แต่การศึกษาที่มุ่งเน้นบทบาทการพยาบาลและการประยุกต์ใช้กรอบแนวคิดทางการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับ OLV ยังมีจำกัด โดยเฉพาะในบริบทของการพยาบาล

วิชาญญในประเทศไทย ดังนั้น การศึกษากรณีศึกษาจึงมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับยาระงับความรู้สึกด้วยเทคนิคการช่วยหายใจปอดข้างเดียว โดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีการพยาบาลของโอเร็ม เพื่อวิเคราะห์ปัจจัยที่มีผลต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนและพัฒนาแนวทางการดูแลผู้ป่วยให้มีความปลอดภัยมากยิ่งขึ้น

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาเปรียบเทียบกรณีศึกษาเรื่องการพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับยาระงับความรู้สึกแบบเทคนิคช่วยหายใจปอดข้างเดียวโดยใช้กรอบแนวคิดทฤษฎีการพยาบาลของโอเร็ม
2. เพื่อวิเคราะห์ปัจจัยด้านผู้ป่วยที่มีผลต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนในผู้ป่วยที่ได้รับยาระงับความรู้สึกแบบเทคนิค OLV
3. เพื่อพัฒนาแนวทางในการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดปอดด้วยเทคนิค OLV

วิธีดำเนินการศึกษา

การศึกษานี้เป็นกรณีศึกษาเปรียบเทียบผู้ป่วย 2 ราย ที่เข้ารับการผ่าตัดปอด ด้วยเทคนิค OLV ณ โรงพยาบาลสกลนคร เกณฑ์การคัดเลือก ได้แก่ ผู้ป่วยอายุ 45–65 ปี ได้รับการวินิจฉัยเป็น Empyema thoracis และผ่าตัด Thoracotomy with Decortication ภายใต้เทคนิค OLV โดยใช้ Double Lumen Endotracheal Tube พร้อมยินยอมเข้าร่วมการศึกษา เกณฑ์การคัดออก ได้แก่ ผู้ป่วยที่มีโรคร่วมรุนแรง ไม่สามารถสื่อสารได้ หรือเคยผ่าตัดปอดมาก่อน ผู้ศึกษาใช้กรอบทฤษฎีโอเร็มเพื่อวิเคราะห์ปัญหาทางการพยาบาลการศึกษานี้ได้รับความยินยอมจากผู้ป่วยและญาติโดยลงนามในใบยินยอม พร้อมดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลและรักษาความลับตามหลักจริยธรรมการวิจัย

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล

1. ข้อวินิจฉัยและกิจกรรมทางการพยาบาล: ระยะก่อนให้ยาระงับความรู้สึก

ข้อวินิจฉัย ทางการพยาบาล	ข้อมูลสนับสนุน (S/O Data)	กิจกรรมการพยาบาล	เกณฑ์การประเมินผล
พร้อมความรู้ ในการปฏิบัติตน ก่อน ขณะ และหลังการให้ยาระงับความรู้สึก วิตกกังวล เกี่ยวกับการผ่าตัด และการระงับความรู้สึก	S: ถามซ้ำ ๆ เกี่ยวกับขั้นตอนการผ่าตัด แสดงความกังวล S: ผู้ป่วยพูดว่า "กลัวจะหายใจ ไม่ออก" "กลัวตื่นขณะผ่าตัด" O: ไม่สบายใจ สีหน้าเครียด	1. อธิบายขั้นตอนการผ่าตัดและการระงับความรู้สึก 2. สอนเทคนิคหายใจลึกและไอมีประสิทธิภาพ 3. อธิบายความสำคัญของการงด NPO 1. ให้กำลังใจและเปิดโอกาสให้ซักถาม 2. อธิบายว่าทีมมีประสบการณ์ 3. อธิบายการเฝ้าระวังอย่างใกล้ชิด	ผู้ป่วยสามารถอธิบายขั้นตอนการปฏิบัติตัวได้ถูกต้อง $\geq 80\%$ ผู้ป่วยพูดว่า "รู้สึกสบายใจขึ้น" สีหน้าผ่อนคลาย
เสี่ยงต่อเนื้อเยื่อพร่องออกซิเจน จากสมรรถภาพปอดลดลง	S: ผู้ป่วยหายใจ เหนื่อย นอนราบไม่ได้ (Case 1) O: SpO₂ 92% (RA), RR 24 ครั้ง/นาที, Decreased BS ด้านขวา	1. ให้ออกซิเจน 3–5 L/min via Nasal Cannula 2. จัดท่านอนศีรษะสูง 30–45 องศา 3. Pre-oxygenation plan: O₂ 100% ก่อนเข้าห้องผ่าตัด 3–5 นาที	SpO₂ $\geq 95\%$ ก่อนเข้าห้องผ่าตัด
มีภาวะชืด จากการเจ็บป่วยเรื้อรัง (Case 1)	O: Hb 9.2 g/dL, Hct 27%, ตรวจจรรยาพบเยื่อปูดชืด	1. ให้เลือด Packed Red Cell (PRC) 1 Unit ก่อนผ่าตัด 2. ติดตาม Hb/Hct หลังให้เลือด 3. เฝ้าระวังอาการแพ้เลือด	Hb ≥ 10 g/dL, Hct $\geq 30\%$ ก่อนผ่าตัด

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล	ข้อมูลสนับสนุน (S/O Data)	กิจกรรมการพยาบาล	เกณฑ์การประเมินผล
เสี่ยงต่อภาวะน้ำตาลสูงหรือต่ำ (Case 1)	O: %HbA _{1c} 7.8%, ประวัติเบาหวาน	1. ตรวจ Blood Sugar ก่อนผ่าตัด 2. งดยาเบาหวานชนิด รับประทานเมื่อผู้ป่วย ต้องงด NPO 3. วางแผนการควบคุม ระดับน้ำตาลขณะผ่าตัด	Blood Sugar 100–180 mg/dL

2. ข้อวินิจฉัยและกิจกรรมทางการพยาบาล: ระยะเวลาให้ยาระงับความรู้สึก (Common Risk)

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล	สาเหตุ/ปัจจัย สัมพันธ์	กิจกรรมการพยาบาล	เกณฑ์การประเมินผล
เสี่ยงต่อการบาดเจ็บ ของทางเดินหายใจ จากการใส่ท่อช่วยหายใจ	การใส่ Double Lumen Tube ที่มีขนาดใหญ่	1. เตรียม DLT ขนาดที่เหมาะสม (Case 1: 37French, Case 2: 39French) 2. ใส่ท่อโดยผู้เชี่ยวชาญ 3. ยืนยันตำแหน่งท่อ ช่วยหายใจด้วย Fiberoptic Bronchoscope หลังใส่และหลังจัดทำ	Intubation สำเร็จ ไม่มี Desaturation (SpO ₂ ≥90%), ไม่มีบาดเจ็บ ไม่มีบาดเจ็บใน ช่องปาก/คอ
เสี่ยงต่อเนื้อเยื่อปอด ออกซิเจน จาก Ventilation/Perfusion Mismatch ในเทคนิค OLV	การยุบปอด ข้างหนึ่งทำให้เกิด V/Q Mismatch และ Intrapulmonary Shunt	1. ตรวจสอบตำแหน่ง LT ด้วย Fiberoptic 2. เพิ่ม FiO ₂ เป็น 1.0 (100%) 3. ปรับ Tidal Volume 4–6 mL/kg IBW 4. เพิ่ม PEEP 5–8 cmH ₂ O 5. ใส่ CPAP 5 cmH ₂ O ที่ปอดที่ยุบ (ถ้าจำเป็น) 6. Intermittent Two-Lung Ventilation (ถ้า SpO ₂ <90%)	SpO ₂ ≥95%, ETCO ₂ 35–40 mmHg

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล	สาเหตุ/ปัจจัยสัมพันธ์	กิจกรรมการพยาบาล	เกณฑ์การประเมินผล
เสี่ยงต่อภาวะความดันโลหิตต่ำ จากผลของยาระงับความรู้สึกและการสูญเสียเลือด	ยาสลบขยาย หลอดเลือด, การเสียเลือด, การกดทับหัวใจ	1. เปิด IV line ≥ 2 เส้น 2. ให้สารน้ำ Crystallloid + Blood loss replacement 3. Monitor MAP อย่างต่อเนื่อง 4. เตรียมยา Vasopressor	MAP ≥ 65 mmHg, Urine Output ≥ 0.5 mL/kg/hr
เสี่ยงต่อภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะจากการ กระตุ้นหัวใจและหลอดเลือดใหญ่ ขณะผ่าตัด	ตำแหน่งการผ่าตัดใกล้หัวใจ, การกดเบียด Medastinum	1. ใส่ระวัง ECG อย่างต่อเนื่อง 2. ควบคุม Electrolyte ให้ปกติ 3. เตรียมยา Antiarrhythmic 4. แจ้งศัลยแพทย์ทันทีหากพบ Arrhythmia	ECG: Sinus Rhythm, HR 60–100 bpm
เสี่ยงต่อภาวะอุณหภูมิร่างกายต่ำจากการเปิดช่องทรวงอกเป็นเวลานาน	สูญเสียความร้อนจากการระเหยในการเปิด ช่องทรวงอก, เวลาผ่าตัดนาน	1. Forced–Air Warming Device (Bair Hugger) 2. Fluid Warmer สำหรับสารน้ำและ เลือด 3. เพิ่มอุณหภูมิ ห้องผ่าตัด 20–22°C 4. ปิดคลุมส่วนที่ไม่ได้ผ่าตัด 5. ตรวจวัดอุณหภูมิร่างกายทุก 15 นาที	อุณหภูมิกาย $\geq 36^\circ\text{C}$
เสี่ยงต่อการบาดเจ็บของเส้นประสาทจากการจัดท่า Lateral Decubitus เป็นเวลานาน เสี่ยงต่อการเกิดภาวะปอดแฟบ (Atelectasis)	การกดทับ Brachial Plexus, Axillary, Peroneal Nerve	1. จัดหมอนรองศีรษะให้สูงพอดีกับแนวกระดูกคอ 2. Axillary Roll ได้สะบักเพื่อป้องกันการกด Brachial Plexus 3. แขนบนงอ $<90^\circ$ วางบน Armrest 4. ตรวจสอบจุดกดทับทั้งหมด 5. ตรวจสอบตำแหน่ง DLT อีกครั้ง หลังจัดท่า	ไม่มีรอยกดทับไม่มีอาการชาหลังผ่าตัด

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล	สาเหตุ/ปัจจัยสัมพันธ์	กิจกรรมการพยาบาล	เกณฑ์การประเมินผล
	การใช้ FiO ₂ สูง, การยุบปอดเป็นเวลานาน	1. Lung Recruitment Maneuver: Pressure 40 cmH ₂ O ค้าง 30 วินาที 2. ปรับ PEEP อย่างเหมาะสม 3. ขยายปอดทั้ง 2 ข้างก่อนปิดทรวงอก	ปอดขยายตัวดีจาก Chest X-ray หลังผ่าตัด

3. ข้อวินิจฉัยและกิจกรรมทางการพยาบาล: ระยะเวลาให้ยาระงับความรู้สึก (Specific Risk)

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล	สาเหตุเฉพาะ/ปัจจัยของผู้ป่วย	กิจกรรมการพยาบาลเฉพาะ	เกณฑ์การประเมินผล
Case 1: เสี่ยงต่อการใส่ท่อช่วยหายใจยาก	Mallampati III, คอสั้น (6 cm), อ้วนมี Ascites	1. เตรียม Difficult Airway set 2. Standby ผู้เชี่ยวชาญ 3. Video Laryngoscope พร้อมใช้ 4. เตรียม Bougie และ DLT ขนาดเล็กกว่า (35Fr) สำรอง	Intubation สำเร็จภายใน 2 Attempts, SpO ₂ ไม่ต่ำกว่า 90%
Case 1: มีภาวะขาดออกซิเจนขณะเริ่ม OLV	Hb ต่ำ (9.2 g/dL), Pleural adhesion, Secretion มาก	1. ให้เลือด PRC 1 Unit ระหว่างผ่าตัด 2. Pre-oxygenate นาน 5 นาที 3. ตรวจ DLT ด้วย Fiberoptic ทันทีหลังใส่ 4. Suction Secretion ผ่านทาง DLT 5. เพิ่ม FiO ₂ และ PEEP ตั้งแต่เริ่มต้น	SpO ₂ ≥92%, Hb หลังให้เลือด ≥10 g/dL
Case 1: เสี่ยงต่อภาวะน้ำตาลสูงหรือต่ำ	ประวัติเบาหวาน %HbA _{1c} 7.8	1. ตรวจ Dextrostix (DTX) ก่อนผ่าตัดและทุก 1-2 ชม. 2. เป้าหมาย: Blood Sugar 100-180 mg/dL	Blood Sugar 100-180 mg/dL, ไม่มี Hypo/Hyperglycemia

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล	สาเหตุเฉพาะ/ ปัจจัยของผู้ป่วย	กิจกรรมการพยาบาลเฉพาะ	เกณฑ์การประเมินผล
Case 2: เสี่ยงต่อการ เสียเลือดมาก	Thoracotomy บริเวณ Costophrenic Angle ใกล้หลอดเลือดใหญ่	1. Crossmatch เลือด 2 Units 2. ประเมิน Estimated Blood Loss (EBL) ทุก 15–30 นาที 3. เตรียมให้เลือดทันทีถ้า EBL >500 mL หรือ Hb <8 g/dL 4. Monitor Hemodynamics อย่างใกล้ชิด	Hb หลังผ่าตัด ≥ 10 g/dL, MAP ≥ 65 mmHg, ไม่มี Hypovolemic Shock
เสี่ยงต่อ เนื้อเยื่อพร่อง ออกซิเจน เนื่องจาก มีการ อุดกั้นทางเดิน หายใจหลัง ถอดท่อ ช่วยหายใจ	S: รู้สึกเจ็บคอ (Case 1), ไอ O: RR 20–22 ครั้ง/นาที, มี Secretion, SpO ₂ 93–95% (O ₂ 5 L/min)	1. ประเมินเกณฑ์ถอดท่อ: Modified Aldrete Score ≥ 9 , รู้สึกตัวดี, Airway Protection Reflex ดี, หายใจเองเพียงพอ, SpO ₂ $\geq 92\%$ 2. ถอดท่อ ช่วยหายใจเมื่อครบเกณฑ์ 3. ให้ออกซิเจนทาง Oxygen Mask with Bag 8 L/min เพื่อ keep SpO ₂ $\geq 95\%$ 4. Suction PRN 5. Monitor SpO ₂ , RR อย่างต่อเนื่อง	SpO ₂ $\geq 95\%$, RR 12–20 ครั้ง/นาที, ไม่มี Reintubation, Off O ₂ ได้ภายใน 2–4 ชม.

4. ข้อวินิจฉัยและกิจกรรมทางการพยาบาล: ระยะหลังให้ยาระงับความรู้สึก

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล	ข้อมูลสนับสนุน (S/O Data)	กิจกรรมการพยาบาล	เกณฑ์การประเมินผล
ไม่สุขสบาย เนื่องจาก ปวดแผลผ่าตัด	S: "ปวดมาก" "เจ็บต่อนหายใจ เข้าลึก" O: Pain Score 5–6/10 (Case 1), 5/10 (Case 2), หน้าปึ้ง	1. ประเมิน Pain Score ทุก 1–2 ชม. 2. Multimodal Analgesia: IV PCA หรือ IV Morphine PRN 3. จัดท่า Semi-Fowler's 4. สอนเทคนิคหายใจลึกเพื่อลดปวด	Pain Score $\leq 3/10$ ภายใน 2 ชม., หายใจลึกและไอได้ โดยไม่ปวดมาก
Case 1: มีอาการ เจ็บคอ จากการ ใส่ท่อช่วยหายใจมาก กว่า 1 ครั้ง	S: "คอเจ็บ ตอนกลืน" "เสียงแหบ" O: Pharyngeal erythema, Pain Score 5/10	1. อธิบายสาเหตุและวิธี บรรเทาอาการเจ็บคอ 2. แนะนำให้จิบน้ำอุ่น 3. พักเสียง หลีกเลี่ยงการพูดเสียงดัง 4. ประเมินอาการทุก 4–6 ชม.	อาการเจ็บคอ ลดลง (Pain Score ≤ 3) ภายใน 24 ชม.

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล	ข้อมูลสนับสนุน (S/O Data)	กิจกรรมการพยาบาล	เกณฑ์การประเมินผล
พร่องความรู้ในการปฏิบัติตนหลังการให้ยา รับความรู้สึกและการผ่าตัด	S: ถามซ้ำ "ต้องดูแล ICD ยังไง" "ไออย่างไร" O: ทำกิจกรรมไม่ถูกต้อง เช่น ไอแบบไม่มีประสิทธิภาพ	1. สอนการดูแล Intercostal Drainage (ICD) 2. สอนเทคนิคหายใจลึก: Incentive Spirometry 10 ครั้ง/ชม. 3. สาธิตเทคนิคการหายใจและการไอที่มีประสิทธิภาพ: กอดหมอนประคองแผล หายใจเข้าลึกแล้วไอแรงๆ 4. อธิบายสัญญาณเตือนที่ต้องแจ้งพยาบาล: หายใจลำบาก, เจ็บหน้าอกมากขึ้น, มีไข้ 5. ให้คำแนะนำก่อนจำหน่าย: การดูแลแผลการกินยานัดติดตามแพทย์	ผู้ป่วย/ญาติสามารถอธิบายวิธีการดูแล ICD หายใจและไอ ได้ถูกต้อง

ผลการศึกษา

จากการเปรียบเทียบกรณีศึกษาผู้ป่วย empyema thoracis 2 รายที่ได้รับการผ่าตัดด้วยเทคนิคช่วยหายใจปอดข้างเดียว พบว่าทั้ง 2 รายมีอาการไข้ ไอ เจ็บหน้าอก และต้องการการจัดการตามหลัก lung protective strategy

รายละเอียดผู้ป่วย

ผู้ป่วยรายที่ 1: ชาย 64 ปี น้ำหนัก 60 kg มีโรคประจำตัวเบาหวานและความดันโลหิตสูง เวลาผ่าตัด 2 ชั่วโมง เสียเลือด 50 ml

ภาวะแทรกซ้อน: ใส่ท่อลำบาก, SpO₂ ต่ำสุด 88%, ความดันโลหิตต่ำ, อุณหภูมิร่างกายลดลง 35.2°C

การจัดการ: ใช้ Fiberoptic bronchoscope, ปรับ FiO₂ 100% พร้อม Recruitment maneuver, ให้ Ephedrine และ IV fluid, ใช้ Warmer blanket

ผู้ป่วยรายที่ 2: ชาย 51 ปี น้ำหนัก 65 kg ไม่มีโรคประจำตัว เวลาผ่าตัด 1 ชั่วโมง 20 นาที เสียเลือด 200 ml ไม่พบภาวะแทรกซ้อน

ผลลัพธ์: ผู้ป่วยทั้ง 2 รายถอดท่อช่วยหายใจได้ใน Recovery room หยุดให้ออกซิเจนและถอด ICD ในวันหลังผ่าตัดวันที่ 2–3 (Postoperative day; POD 2–3) จำหน่ายกลับบ้าน POD 4 รวมนอน 12 วัน คะแนนความปวดลดลงภายใน 3 วัน

อภิปรายผลการวิจัย

การศึกษานี้แสดงการประยุกต์ใช้ทฤษฎีโอเร็มในการพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับ OLV ทั้ง 3 ระยะ **ระยะก่อนผ่าตัด** ประเมินข้อจำกัดในการดูแลตนเองและปัจจัยเสี่ยง **ระยะระหว่างผ่าตัด** ใช้ระบบการพยาบาลทดแทนทั้งหมด ดำเนินการใส่ท่อและจัดการระบบหายใจด้วย lung protective strategy **ระยะหลังผ่าตัด** ใช้ระบบสนับสนุนและให้การศึกษา ส่งเสริมการดูแลตนเอง

จากการศึกษา 2 ราย พบปัจจัยด้านผู้ป่วยมีความสัมพันธ์กับภาวะแทรกซ้อน ผู้ป่วยรายที่ 1 (อายุ 64 ปี มีเบาหวานและความดันโลหิตสูง) มีความเสี่ยงสูงกว่ารายที่ 2 (อายุ 51 ปี ไม่มีโรคประจำตัว) สอดคล้อง Lohser และ Slinger³

การเลือกใช้ท่อช่วยหายใจ ผู้ป่วยรายที่ 1 ใช้ Right DLT ขนาด 37 Fr สำหรับการผ่าตัดปอดด้านขวา เพื่อให้การแยกปอดสมบูรณ์และดูดเสมหะได้ทั้งสองข้าง⁷ แต่การใส่มีความยากต้องใช้ FOB ยืนยันตำแหน่ง ในผู้ป่วยรายที่ 2 ใช้ Left DLT เนื่องจากผู้ป่วยผ่าตัดปอดข้างซ้าย การใส่ง่ายกว่าและความเสี่ยงต่อการบาดเจ็บน้อยกว่า⁴

ภาวะแทรกซ้อน ผู้ป่วยรายที่ 1 มีน้ำในช่องเยื่อหุ้มปอด 1,500 มล. เกิด hypoxemia (SpO₂ 88–90%) จัดการด้วยเพิ่ม FiO₂ เป็น 1.0 และ recruitment maneuver ตามแนวทาง Mehrotra และ Jain⁴ ผู้ป่วยรายที่ 2 มีน้ำ 800 มล. ไม่มี hypoxemia อย่างมีนัยสำคัญ แสดงว่าปริมาณน้ำสัมพันธ์กับภาวะแทรกซ้อน

ความคล้ายคลึง ทั้งสองรายใช้ lung protective ventilation (VT 6–8 มล./กก., PEEP 5 ซม.น้ำ) ประเมินตามทฤษฎีโอเร็ม⁸ และทำงานเป็นทีมสหสาขาวิชาชีพทั้งสองจำหน่ายภายใน 12 วัน ไม่มีภาวะแทรกซ้อนระยะยาว แสดงว่าการดูแลตามกรอบทฤษฎีโอเร็มช่วยให้วางแผนเป็นระบบและส่งเสริมผลลัพธ์ที่ดี ข้อจำกัดคือเป็นกรณีศึกษาเพียง 2 ราย ควรศึกษาในผู้ป่วยจำนวนมากขึ้น

สรุป

การศึกษานี้แสดงให้เห็นว่าการประยุกต์ใช้ทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเร็มในการพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับการระบายความรู้สึกแบบเทคนิคช่วยหายใจปอดข้างเดียว (OLV) เป็นกรอบแนวคิดที่เหมาะสมและมีประสิทธิภาพ โดยเฉพาะในผู้ป่วยที่มีภาวะซับซ้อนอย่างเช่นกรณี empyema thoracis การประเมินข้อจำกัดในการดูแลตนเอง การระบุความต้องการ

การดูแลพยาบาล และการเลือกใช้ระบบการช่วยหายใจที่เหมาะสม (nursing systems) ตามกรอบทฤษฎีโอเร็มช่วยให้สามารถวางแผนการดูแลที่ครอบคลุมทั้งในระยะก่อนผ่าตัด ระหว่างผ่าตัด และหลังผ่าตัดได้อย่างเป็นระบบ

จากการศึกษาผู้ป่วย 2 ราย พบว่าปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนใน OLV ได้แก่ อายุ โรคประจำตัว และภาวะน้ำในช่องเยื่อหุ้มปอด การประเมินปัจจัยเสี่ยงเหล่านี้อย่างรอบด้าน การเตรียมผู้ป่วยอย่างเหมาะสม การใช้หลักการ lung protective ventilation strategy และการทำงานเป็นทีมสหสาขาวิชาชีพเป็นปัจจัยสำคัญที่นำไปสู่ความปลอดภัยและผลลัพธ์ที่ดี ผู้ป่วยทั้งสองรายจำหน่ายกลับบ้านภายใน 12 วัน โดยไม่มีภาวะแทรกซ้อนระยะยาว การดูแลตามกรอบทฤษฎีโอเร็มจึงเหมาะสมที่จะนำมาพัฒนาเป็นแนวทางการปฏิบัติการพยาบาล (nursing care guideline) สำหรับผู้ป่วยที่ได้รับการระบายความรู้สึกด้วยเทคนิค OLV โดยเฉพาะในผู้ป่วยผ่าตัดทรวงอก เพื่อเป็นกรอบในการประเมิน วางแผน และดูแลอย่างเป็นระบบ ซึ่งจะช่วยส่งเสริมความปลอดภัย ลดภาวะแทรกซ้อน และพัฒนาคุณภาพการดูแลให้มีมาตรฐาน แม้ในผู้ป่วยที่มีปัจจัยเสี่ยงสูง

ข้อเสนอแนะ

1. ควรพัฒนาแนวทางการประเมินปัจจัยเสี่ยงของผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดด้วยเทคนิคการช่วยหายใจปอดข้างเดียว (One-Lung Ventilation; OLV) อย่างเป็นระบบ เพื่อช่วยให้สามารถคัดกรองผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนและวางแผนการดูแลได้อย่างเหมาะสม

2. ควรส่งเสริมการฝึกอบรมและพัฒนาทักษะของบุคลากรด้านวิสัญญีและพยาบาลวิสัญญีในการใส่ท่อช่วยหายใจชนิดสองช่อง (Double Lumen Endotracheal Tube; DLT) รวมทั้งการใช้เครื่องมือช่วยเช่น Fiberoptic bronchoscope เพื่อเพิ่มความปลอดภัยในการดูแลผู้ป่วย

3. ควรมีการศึกษาวิจัยในกลุ่มตัวอย่างที่มีจำนวนมากขึ้น เพื่อยืนยันผลการศึกษาและเพิ่มความน่าเชื่อถือของผลลัพธ์ รวมทั้งสามารถนำไปใช้พัฒนาแนวทางการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับเทคนิค OLV ได้อย่างมีประสิทธิภาพ

4. ควรพัฒนาเครื่องมือหรือแบบประเมินมาตรฐานสำหรับการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดด้วยเทคนิค OLV เพื่อช่วยให้การประเมิน การวางแผนการพยาบาล และการติดตามผลเป็นไปอย่างเป็นระบบ

เอกสารอ้างอิง

1. โรงพยาบาลสกลนคร. สถิติผู้ป่วยโรคช่องเยื่อหุ้มปอดอักเสบเป็นหนอง ปี 2564–2566. สกลนคร: กลุ่มงานเวชระเบียน; 2567.
2. Shen KR, Bribresco A, Crabtree T, Denlinger C, Eby J, Eiken P, et al. The American Association for Thoracic Surgery consensus guidelines for the management of empyema. *J Thorac Cardiovasc Surg.* 2017; 153(6): e129–e146. doi: 10.1016/j.jtcvs.2017.01.030
3. Lohser J, Slinger P. Lung injury after one–lung ventilation: a review of the pathophysiologic mechanisms affecting the ventilated and the collapsed lung. *Anesth Analg.* 2015; 121(2): 302–318. doi: 10.1213/ANE.0000000000000808
4. Mehrotra M, Jain A. Single–lung ventilation. [Internet]. 2023 [cited 2024 Jan 22]. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK539860/>
5. Lagier D, Zeng C, Fernandez–Bustamante A, Vidal Melo MF. Perioperative pulmonary atelectasis. Part II. Clinical implications. *Anesthesiology.* 2022; 136(1): 206–236. doi: 10.1097/ALN.0000000000004009
6. Della Rocca G, Coccia C. Acute lung injury in thoracic surgery. *Curr Opin Anaesthesiol.* 2013; 26(1): 40–46. doi: 10.1097/ACO.0b013e32835c4ea2
7. Slinger PD, Campos JH. Anesthesia for thoracic surgery. In: Miller RD, editor. *Miller's Anesthesia.* 8th ed. Philadelphia: Elsevier Saunders; 2015. p. 1942–2006.
8. Orem DE. *Nursing: concepts of practice.* 6th ed. St. Louis: Mosby; 2001.

คำแนะนำการเตรียมต้นฉบับบทความสำหรับผู้พิมพ์

วารสารการพยาบาลและวิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยนครพนม จัดทำขึ้นเพื่อส่งเสริม/สนับสนุน การเผยแพร่ผลงานทางวิชาการทางการพยาบาลและด้านวิทยาศาสตร์สุขภาพที่เกี่ยวข้อง ซึ่งผลงานทางวิชาการที่ตีพิมพ์ลงวารสาร ได้แก่ บทความวิจัย บทความวิชาการ หรือบทความปริทัศน์ มีกำหนดการเผยแพร่วารสาร ปีละ 2 ฉบับ มกราคม – มิถุนายน และ กรกฎาคม – ธันวาคม ของทุกปี

การเตรียมต้นฉบับ

1. บทความที่ประสงค์ตีพิมพ์ลงวารสาร ต้องเป็นตัวพิมพ์ โดยใช้แบบอักษร (Font) ชนิตไทยนิรमित (TH Niramit AS)
2. เนื้อหา จัดพิมพ์เป็น 2 คอลัมน์
3. หากมีรูปภาพหรือตารางประกอบ ควรมีภาพที่ชัดเจน ให้จัดพิมพ์แยกออกมาจากเนื้อหา และระบุคำว่า “ภาพที่” จากนั้น ทำการจัดกึ่งกลางหน้ากระดาษและวางไว้ใต้ภาพ และ “ตารางที่” จัดชิดซ้ายของหน้ากระดาษ บนตาราง ตามด้วยหมายเลขกำกับใช้ตัวอักษรขนาด 14 ตัวหนา ใช้คำหรือข้อความที่กระชับ ชัดเจน ส่วนคำอธิบายใช้ตัวอักษรขนาด 14 ตัวปกติ รูปภาพ/ตารางที่นำเสนอ ต้องมีรายละเอียดที่ครบถ้วน สมบูรณ์ อ่านแล้วเข้าใจได้โดยง่าย ทำการระบุลำดับรูปภาพ/ตารางให้ตรงกับเนื้อหาต้นฉบับ
4. พิมพ์หน้าเดียวลงบนกระดาษพิมพ์สีขนาดเอสี่ (A4) ขนาดของตัวอักษรเท่ากับ 14 ส่วนเลขหน้าขนาด 14 และใส่เลขหน้าตั้งแต่ต้นจนจบบทความ ยกเว้นหน้าแรก โดยมีเนื้อหาบทความรวมบรรณานุกรม ไม่เกิน 14 หน้า
5. ทำการตั้งค่าน้ำกระดาษ ห่างจากขอบกระดาษด้านซ้ายและด้านบน 1 นิ้ว ด้านขวาและด้านล่าง 1 นิ้ว
6. ให้เตรียมต้นฉบับบทความตามรูปแบบ ดังต่อไปนี้
 - 6.1 ชื่อบทความ กรณีภาษาไทย ใช้แบบอักษรขนาด 18 ตัวหนาหนา
 - 6.2 ชื่อบทความ กรณีภาษาอังกฤษ ใช้แบบอักษรขนาด 18 ปกติ
 - 6.3 ชื่อผู้เขียน และผู้ร่วมพิมพ์ ใช้แบบอักษรขนาด 14 ปกติ
 - 6.4 หัวข้อหลัก ใช้แบบอักษรขนาด 16 ตัวหนา
 - 6.5 หัวข้อย่อย ใช้แบบอักษรขนาด 14 ตัวหนา
 - 6.6 เนื้อเรื่อง ใช้แบบอักษรขนาด 14 ปกติ
7. ชื่อเรื่องต้องมีภาษาไทยและภาษาอังกฤษ พิมพ์ไว้หน้าแรกกึ่งกลางหน้ากระดาษ
8. ชื่อผู้เขียน ทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ ใส่ให้ครบทุกคน รูปแบบอักษรขนาด 14 ปกติ จัดชิดกันหน้าขวา และใส่ Footnote เป็นตัวเลขอารบิกต่อท้ายแต่ละชื่อ โดยระบุสังกัด กรณีเป็นมหาวิทยาลัยให้ระบุ คณะ/วิทยาลัย และมหาวิทยาลัย กรณีหน่วยงานราชการอื่น ให้ระบุกรมและกระทรวง กรณีภาคเอกชนให้ระบุบริษัทหรือองค์กร และจังหวัด ให้ตรงกับเครื่องหมายที่กำกับไว้ข้างบน โดยให้ระบุเป็นรายบุคคลภาษาไทยและคั่นด้วย (;) ก่อนเขียนเป็นภาษาอังกฤษ จากนั้นทำการขึ้นบรรทัดใหม่ ให้ระบุ Corresponding author, e-mail:, Tel. ของผู้พิมพ์หลัก
9. บทคัดย่อภาษาไทย และ Abstract ภาษาอังกฤษ ทำการเขียนให้กระชับและได้ใจความ และไม่ต้องอ้างอิงเอกสาร บทคัดย่อประกอบไปด้วย วัตถุประสงค์ วิธีดำเนินการวิจัย ผลการวิจัย ผลการวิจัยนั้นให้สรุปโดยย่อ

และกระชับ ไม่เกิน 300–500 คำ และควรมีคำสำคัญ ไม่เกิน 5 คำ ที่ครอบคลุมชื่อเรื่องวิจัย และจะต้องมีในส่วนท้ายของบทคัดย่อภาษาไทยและภาษาอังกฤษ และให้ค้นคำด้วยเครื่องหมายจุลภาค (.)

10. การเรียงลำดับของหัวข้อในบทความ หัวข้อใหญ่ให้พิมพ์ชิดขอบทางด้านซ้าย จากนั้นหัวข้อย่อยให้เว้นระยะห่างจากหัวข้อใหญ่ กำหนดระยะที่ 0.7” และหัวข้อย่อยถัดไป กำหนดระยะย่อหน้า 1.1” ทำการเว้นระยะพิมพ์ 0.5 ของช่วงบรรทัด

องค์ประกอบของบทความ

1. บทความวิจัย กำหนดให้เรียงลำดับของหัวข้อ ดังต่อไปนี้

- 1.1 บทนำ ควรเขียนให้เห็นภาพและความเป็นมา รวมถึงความสำคัญของปัญหาที่นำมาสู่การวิจัย
- 1.2 วัตถุประสงค์ ควรเขียนให้เห็นถึงจุดมุ่งหมายของการวิจัย
- 1.3 วิธีดำเนินการวิจัย ผู้นิพนธ์ควรเขียนและอธิบายถึงรูปแบบของการวิจัย การได้มาซึ่งกลุ่มตัวอย่าง การคำนวณหากลุ่มตัวอย่าง ขั้นตอนการพัฒนาและตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ จริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่าง รวมทั้งการวิเคราะห์ข้อมูล
- 1.4 สรุปผลการวิจัย ผู้นิพนธ์ควรเขียนตามสิ่งที่ได้ค้นพบตามวัตถุประสงค์การวิจัย
- 1.5 อภิปรายผลการวิจัย/วิจารณ์ (Discussion) ผู้นิพนธ์ควรเขียนให้มีความเชื่อมโยงกับผลการวิจัย ว่ามีความสอดคล้องและไม่สอดคล้องกับงานวิจัยของใคร เป็นไปตามแนวคิด/ทฤษฎีหรือไม่ และอภิปรายถึงผลการวิจัยดังกล่าว
- 1.6 ข้อเสนอแนะ ในการนำผลการวิจัยไปใช้ประโยชน์
- 1.7 กิตติกรรมประกาศ (ถ้ามี) เป็นการกล่าวขอบคุณต่อองค์กร หน่วยงาน หรือบุคคลที่มีส่วนเกี่ยวข้องหรือให้ความช่วยเหลือ/ร่วมมือในการวิจัย รวมทั้งกล่าวขอบคุณแหล่งที่มาของทุน
- 1.8 เอกสารอ้างอิง รูปแบบการเขียนอ้างอิงเอกสารและบรรณานุกรมใช้แบบแวนคูเวอร์ (Vancouver Style) เมื่อมีการอ้างอิง ให้ใส่เลขยกหลังข้อความหรือหลังชื่อบุคคลเจ้าของข้อความ/เนื้อหา ที่ได้นำมาอ้างอิง โดยใช้หมายเลข 1 สำหรับอ้างอิงแรก และเรียงต่อไปตามลำดับ กรณีมีการอ้างอิงซ้ำให้ใส่หมายเลขเดิมที่อ้างก่อนหน้านี้ ทั้งนี้ การอ้างอิงจะต้องตรงกันกับการอ้างอิงในเนื้อหาทั้งหมด

2. บทความวิชาการ กำหนดให้เรียงลำดับของหัวข้อ ดังต่อไปนี้

- 2.1 บทนำ ผู้นิพนธ์ควรเขียนแสดงถึงสาระสำคัญที่ต้องการนำเสนอในบทความ และควรเขียนอธิบายเรื่องที่ต้องการนำเสนอมีความสำคัญ มีวัตถุประสงค์ และเค้าโครงของบทความวิชาการนั้น
- 2.2 เนื้อเรื่อง นิพนธ์ควรเขียนแสดงถึงสาระสำคัญที่ต้องการนำเสนอ กำหนดให้แบ่งเป็นส่วนย่อย ดังนี้
 - ส่วนย่อยที่ 1 เขียนถึงพื้นฐานของความรู้แก่ผู้อ่านเกี่ยวกับเรื่องที่จะกล่าวถึงก่อนเข้าสู่เนื้อเรื่อง
 - ส่วนย่อยที่ 2 เขียนถึงการวิเคราะห์ข้อมูล การโต้แย้งข้อเท็จจริง การใช้เหตุผลและผล หรือหลักฐานอื่นที่เกี่ยวข้อง เพื่อให้ข้อมูลเชิงประจักษ์แก่ผู้อ่าน
 - ส่วนย่อยที่ 3 เขียนให้เห็นถึงการเสนอความคิดเห็น รวมทั้งข้อเสนอแนะของผู้เขียนต่อประเด็นที่ผู้เขียนได้นำเสนอ
- 2.3 สรุปผล เขียนกล่าวสรุปสาระสำคัญ ทำการยกประเด็นสำคัญ ๆ ของบทความมากล่าวรวมกันไว้โดยสรุปอย่างสั้นๆ ไว้ท้ายบท ผู้เขียนควรเขียนเพิ่มเติมว่า ผลลัพธ์ที่ได้กล่าวมานั้น มีความสำคัญอย่างไร นำไปใช้ประโยชน์อย่างไร
- 2.4 เอกสารอ้างอิง รูปแบบการเขียนอ้างอิงและบรรณานุกรมใช้แบบแวนคูเวอร์ (Vancouver Style)

3. การเขียนเอกสารอ้างอิง

กำหนดให้เขียนเอกสารอ้างอิง ในรูปแบบแวนคูเวอร์ (Vancouver Style) เมื่อมีการอ้างอิงข้อความหรือชื่อบุคคล ให้ใส่เลขยกหลังข้อความดังกล่าวที่ได้นำมาอ้างอิง เริ่มต้นด้วยหมายเลข 1 สำหรับอ้างอิงแรก และเรียงต่อไปตามลำดับ กรณีมีการอ้างอิงซ้ำ ให้ใส่หมายเลขที่ทำการอ้างอิงเดิมที่อ้างก่อนหน้านี้ และการอ้างอิงเอกสารนั้นจะต้องตรงกันกับการอ้างอิงเอกสารในเนื้อหาทั้งหมด

3.1 บทความจากวารสาร

ชื่อผู้แต่ง. ชื่อเรื่อง. ชื่อวารสาร. ปีที่พิมพ์; ปีที่: หน้าแรก- หน้าสุดท้าย.

ตัวอย่าง

1. พัทธพงศ์ เข้มปัญญา, พิเชษฐ เรื่องสุขสุด, ฌติยา พรหมสาขา ณ สกลนคร, จรินทร์ โคตพรม. ปัจจัยทำนายความสุขของบุคลากรวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครพนม มหาวิทยาลัยนครพนม. วารสารพยาบาลทหารบก. 2565; 23: 119-127.
2. ญญา อ่อนผิว, ประไพรัตน์ แก้วศิริ. ผลของโปรแกรมกระตุ้นน้ำมันต่อระยะเวลาการเริ่มไหลของน้ำมันและปริมาณน้ำมันของมารดาผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องที่ทารกถูกแยกพักรักษาตัวในหอผู้ป่วยทารกแรกเกิด. วารสารสภากาชาดไทย. 2565; 15: 108-126.
3. Falk G, Fahey T. C-reactive protein and community-acquired pneumonia in ambulatory care: systematic review of diagnostic accuracy studies. Fam Pract. 2009; 26: 10-21.

3.2 การประชุมวิชาการ

ชื่อบรรณาธิการ, บรรณาธิการ. ชื่อเรื่อง. ชื่อการประชุม; วัน เดือน ปีประชุม; สถานที่จัดประชุม. เมืองที่พิมพ์: สำนักพิมพ์; ปีที่พิมพ์.

ตัวอย่าง

Association of Surgical Oncologists (Thailand), International College of Surgeon (Thailand Section). Proceeding ASOT 2003: 1 st Scientific Meeting “Cancer management of today from gene to cure”; July 12-14, 2003; Ambassador City Jomtien Hotel, Pattaya. n.p.; 2003.

3.3 เอกสารเผยแพร่บน Internet

ชื่อผู้แต่ง. ชื่อเรื่อง. [ประเภทของสื่อ/วัสดุ]. ปีที่พิมพ์[เข้าถึงเมื่อ วัน เดือน ปี]. เข้าถึงได้จาก: ชื่อเว็บไซต์.

ตัวอย่าง

Faul, F., Erdfelder, E., Lang, A.-G. & Buchner. G*Power 3: A flexible statistical power analysis program for the social, behavioral, and biomedical sciences. Behavior Research Methods. 2007. [15 มีนาคม 2565]. เข้าถึงได้จาก <https://doi.org/10.3758/BF03193146>.

3.4 หนังสือหรือตำรา

ชื่อผู้พิมพ์. ชื่อบท. ใน: ชื่อบรรณาธิการ, บรรณาธิการ. ชื่อหนังสือ. ครั้งที่พิมพ์. เมืองที่พิมพ์: สำนักพิมพ์; ปีที่พิมพ์. หน้าแรก-หน้าสุดท้าย.

ตัวอย่าง

โยธิน เบญจวัง, สัมมน โฉมฉาย, อุดลย์ บัณชกุล. โรคพิษโลหะหนัก. ใน: อุดลย์ บัณชกุล, บรรณาธิการ. ตำราอาชีวเวชศาสตร์. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์ราชทัณฑ์; 2554. หน้า 691-725.

3.5 วิทยานิพนธ์/ดุษฎีนิพนธ์

ชื่อผู้แต่ง. ชื่อวิทยานิพนธ์. เมืองที่พิมพ์: มหาวิทยาลัย; ปีที่ตีพิมพ์. จำนวนหน้า.

ตัวอย่าง

สมภาพ บุญทิม. ผลทางไซโตเจเนติกของสารคดีจากไพล (Zingiber cassumunar Roxb.) ต่อโครโมโซมของมนุษย์ที่เตรียมจากลิมโฟไซต์ที่เพาะเลี้ยง. (วิทยานิพนธ์). มหาวิทยาลัยเชียงใหม่; เชียงใหม่: 2553. 75 หน้า

JOURNAL OF NURSING AND HEALTH SCIENCES NAKHON PHANOM UNIVERSITY

BOROMARAJONANI COLLEGE OF NURSING NAKHON PHANOM, NAKHONPHANOM UNIVERSITY

92 TAMBOL. NONGSANG MUENG NAKHON PHANOM, NAKHON PHANOM PROVINCE 48000

TEL. +66 4251 2196 #4101 FAX. +66 4251 2184

E-MAIL: BCNNJOURNAL@GMAIL.COM