

ประสบการณ์ชีวิตของผู้ป่วยที่มีนิ่วในท่อน้ำดีซ้ำภายหลังจากผ่าตัดถุงน้ำดี Life Experiences of Patients with Recurrent Common Bile Duct Stones Following Cholecystectomy

เสาวลักษณ์ เนตรชัง¹, จิราพร ศรีพลากิจ^{1*}

Saowaluk Netchang¹, Jiraporn Sripalakich^{1*}

¹วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี้อุดรดิตถ์ คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก

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

(Received: March 27, 2026; Revised: July 1, 2026; Accepted: July 15, 2026)

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงคุณภาพแบบปรากฏการณ์วิทยาเชิงพรรณานี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อบรรยายประสบการณ์ชีวิตของผู้ป่วยที่มีนิ่วในท่อน้ำดีซ้ำภายหลังจากผ่าตัดถุงน้ำดี ผู้ให้ข้อมูลจำนวน 12 คนคัดเลือกแบบเจาะจงตามคุณสมบัติที่กำหนด คือ ได้รับการยืนยันทางรังสีวิทยาหรือ ERCP ว่ามีนิ่วในท่อน้ำดีซ้ำภายหลังจากผ่าตัดถุงน้ำดีอย่างน้อย 1 ครั้ง มีอายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป สามารถสื่อสารภาษาไทยได้ และยินดีเข้าร่วมการวิจัย เก็บรวบรวมข้อมูลโดยการสัมภาษณ์เชิงลึกด้วยแนวคำถามกึ่งโครงสร้าง ณ สถานที่ที่ผู้ให้ข้อมูลสะดวกและมีความเป็นส่วนตัว วิเคราะห์ข้อมูลตามแนวทางของ Colaizzi 7 ขั้นตอน และตรวจสอบความน่าเชื่อถือด้วยการตรวจสอบสามเส้า การทำ Member Checking และการรักษา Audit Trail ตลอดกระบวนการวิจัย ผลวิจัยพบว่า

ข้อค้นพบ 4 ประเด็นหลัก ได้แก่ ประเด็นที่ 1 ความตกใจและความสับสนเมื่อทราบว่าเกิดนิ่วซ้ำ ซึ่งครอบคลุมความไม่เชื่อต่อการวินิจฉัย ความกลัวต่อการรักษาที่ต้องเผชิญซ้ำ และการตั้งคำถามต่อสาเหตุของการเกิดซ้ำ ประเด็นที่ 2 ผลกระทบที่ทอดยาวในทุกมิติของชีวิต ครอบคลุมความเจ็บปวดและข้อจำกัดทางร่างกาย ภาระทางจิตใจและความไม่แน่ใจในอนาคต และผลกระทบต่อครอบครัวและภาระค่าใช้จ่าย ประเด็นที่ 3 การค้นหาหนทางและการปรับตัวเพื่ออยู่ร่วมกับโรค ครอบคลุมการปรับพฤติกรรมสุขภาพด้วยตนเอง การพึ่งพาแรงสนับสนุนทางสังคมและจิตใจ และการแสวงหาข้อมูลเกี่ยวกับโรคและการรักษา และประเด็นที่ 4 ความต้องการการดูแลที่มองเห็นตัวตนและต่อเนื่อง ครอบคลุมความต้องการข้อมูลที่ชัดเจนและเข้าใจง่าย การสนับสนุนทางอารมณ์อย่างแท้จริงจากบุคลากรสุขภาพ และระบบติดตามดูแลต่อเนื่องหลังจำหน่าย

ผลการวิจัยนี้ชี้ให้เห็นว่าการกลับมาเป็นนิ่วซ้ำในท่อน้ำดีก่อให้เกิดประสบการณ์ที่ซับซ้อนในลักษณะวงจรแห่งความไม่แน่นอนที่วนซ้ำ ซึ่งไม่สามารถแก้ไขได้ด้วยการรักษาทางการแพทย์เพียงอย่างเดียว พยาบาลจึงมีบทบาทสำคัญในการพัฒนาการดูแลแบบองค์รวมที่ตอบสนองต่อทุกมิติของประสบการณ์ชีวิต รวมถึงการสร้างระบบการดูแลต่อเนื่องที่เชื่อมโยงโรงพยาบาลกับชุมชนอย่างมีประสิทธิภาพ

คำสำคัญ: ประสบการณ์ชีวิต นิ่วในท่อน้ำดีซ้ำ การผ่าตัดถุงน้ำดี ปรากฏการณ์วิทยา การพยาบาล

*ผู้ให้การติดต่อ (Corresponding e-mail: jiraporn@unc.ac.th)

Abstract

This descriptive phenomenological study aimed to describe the lived experiences of patients with recurrent common bile duct (CBD) stones following cholecystectomy. Twelve participants were purposively recruited based on the following inclusion criteria: a) radiological imaging or endoscopic retrograde cholangiopancreatography (ERCP) confirmation of recurrent CBD stones occurring at least once after cholecystectomy, b) age 18 years or older, c) ability to communicate in Thai, and d) willingness to participate in the study. Data were collected through semi-structured in-depth interviews, conducted in a private setting chosen by each participant. Data were analyzed using Colaizzi's seven-step phenomenological method. The trustworthiness of the findings was ensured through methodological triangulation, member checking, and maintaining a comprehensive audit trail throughout the research process. The result showed that:

Four major themes emerged from the analysis. Theme 1: Shock and confusion upon learning of stone recurrence, disbelief regarding the diagnosis, fear of undergoing repeated treatment, and questioning the causes of recurrence. Theme 2: Prolonged impacts across all dimensions of life, including physical pain and functional limitations, psychological distress and uncertainty about the future, as well as the impacts on family life and financial burden. Theme 3: Seeking ways to cope and adapt to living with the disease as manifestations of participants' efforts to modify their health behaviors, to rely on social and emotional support, and to actively seek information about the disease and its treatment. Theme 4: The need for person-centered and continuous care highlights the need for clear and comprehensible information, genuine emotional support from healthcare professionals, and continuous follow-up care after hospital discharge through an effective healthcare system.

The findings demonstrate that recurrent common bile duct (CBD) stones create a complex experience characterized by a recurring cycle of uncertainty that cannot be addressed solely through medical treatment. Nurses play a pivotal role in developing holistic, person-centered care that responds to the physical, psychological, social, and informational dimensions of patients' lived experiences. Furthermore, establishing an effective continuum of care linking hospitals and community-based services is essential to improving long-term patient outcomes.

Keywords: Lived Experiences, Recurrent Common Bile Duct Stones (CBD), Cholecystectomy, Phenomenology, Nursing

บทนำ

โรคนิ่วในถุงน้ำดีและท่อทางเดินน้ำดีเป็นปัญหาสาธารณสุขที่มีความสำคัญระดับโลก จากการศึกษาอย่างเป็นระบบและการวิเคราะห์ห่อถิมาณ ซึ่งรวบรวมข้อมูลจาก 115 การศึกษา และผู้เข้าร่วมกว่า 32 ล้านคนทั่วโลก พบว่าความชุกของนิ่วในถุงน้ำดีอยู่ที่ร้อยละ 6.10 โดยพบในเพศหญิงมากกว่าเพศชาย (ร้อยละ 7.60 และ 5.40 ตามลำดับ) และมีแนวโน้มสูงขึ้นตามอายุที่เพิ่มขึ้น (Qi, Chen, Han, Li, Shu, Hu, 2024) ในจำนวนผู้ป่วยโรคนิ่วในถุงน้ำดีทั้งหมดพบว่าร้อยละ 5 – 30 มีนิ่วในท่อทางเดินน้ำดีร่วมด้วย ซึ่งถือเป็นภาวะแทรกซ้อนที่นำไปสู่การเจ็บป่วยรุนแรง เช่น ภาวะดีซ่าน ท่อน้ำดีอักเสบเฉียบพลัน ตับอ่อนอักเสบ และการติดเชื้อในกระแสเลือด ซึ่งล้วนส่งผลโดยตรงต่อคุณภาพชีวิตและความปลอดภัยของผู้ป่วย (Wu, Xu, Xu, 2021) การรักษามาตรฐานสำหรับนิ่วในท่อทางเดินน้ำดีในปัจจุบัน

คือการส่องกล้องร่วมกับการใช้รังสีเอกซ์ (Endoscopic Retrograde Cholangiopancreatography: ERCP) ซึ่งมีอัตราความสำเร็จในการกำจัดนิ่วสูงถึงร้อยละ 95 อย่างไรก็ตาม แม้จะรักษาสำเร็จ ผู้ป่วยยังคงมีความเสี่ยงต่อการเกิดนิ่วซ้ำ (Recurrent Common Bile Duct Stones: Recurrent CBDS) ซึ่งถูกนิยามว่าเป็นนิ่วที่ตรวจพบตั้งแต่ 6 เดือนขึ้นไป หลังจากการรักษาด้วย ERCP จนกระทั่งท่อทางเดินน้ำดีปลอดนิ่ว (Mansour, Kluger, Khuri, 2022) จากการทบทวนอย่างเป็นระบบและวิเคราะห์ห่อภิณภพที่รวบรวม 37 การศึกษา ครอบคลุมผู้ป่วยจำนวน 12,952 ราย พบว่าอัตราการเกิดนิ่วซ้ำในท่อทางเดินน้ำดีอยู่ที่ร้อยละ 12.60 (95% CI: 11.2–13.9) โดยปัจจัยเสี่ยงสำคัญที่สุดคือ ขนาดเส้นผ่านศูนย์กลางของท่อทางเดินน้ำดีที่กว้างตั้งแต่ 15 มิลลิเมตรขึ้นไป รวมถึงการมีนิ่วหลายก้อน การมี Periapillary Diverticulum และประวัติการผ่าตัดถุงน้ำดี (Kozyk, Giri, Harindranath, Trivedi, Strubchevska, Barik et al., 2023) ผลการศึกษายังระบุว่าผู้ป่วยบางรายเผชิญกับการเกิดนิ่วซ้ำหลายครั้งในระยะเวลาอันสั้น ซึ่งข้อมูลเกี่ยวกับปัจจัยทำนายในกลุ่มนี้ยังมียังอยู่อย่างจำกัด

การเกิดนิ่วซ้ำในท่อทางเดินน้ำดีภายหลังการผ่าตัดถุงน้ำดีมิใช่เพียงปัญหาทางการแพทย์ที่ซับซ้อนเท่านั้น หากแต่ยังก่อให้เกิดผลกระทบอย่างลึกซึ้งต่อชีวิตประจำวันของผู้ป่วยในหลายมิติ ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และเศรษฐกิจ ในด้านร่างกาย ผู้ป่วยมักเผชิญกับความเจ็บปวดที่เกิดขึ้นซ้ำและควบคุมได้ยาก ส่งผลต่อความสามารถในการทำงานและดำเนินชีวิตประจำวัน ในด้านจิตใจ ความไม่แน่นอนว่าโรคจะกลับมาเมื่อใดก่อให้เกิดความวิตกกังวล เรือรังและกระทบต่อคุณภาพการนอนหลับและสุขภาพจิตโดยรวม ในด้านสังคมและเศรษฐกิจ การเข้ารับการรักษาซ้ำหลายครั้งนำมาซึ่งค่าใช้จ่ายที่สะสม การสูญเสียรายได้ในช่วงพักฟื้น และความรู้สึกเป็นภาระต่อครอบครัวผู้ดูแล หลักฐานจากการวิจัยยืนยันว่าผู้ป่วยที่เกิดเหตุการณ์ทางระบบทางเดินน้ำดีซ้ำมีระยะเวลานอนโรงพยาบาลที่ยาวนานกว่า ค่าใช้จ่ายที่สูงกว่า และมีอัตราการผ่าตัดแบบเปิดสูงกว่าอย่างมีนัยสำคัญ (Bergeron, Doyon, Manière, Désilets, 2023) นอกจากนี้ การวิจัยเชิงคุณภาพในกลุ่มผู้ป่วยโรคระบบทางเดินน้ำดีและตับอ่อนยังพบว่า ผู้ป่วยเผชิญกับความยากลำบากในการเปลี่ยนบทบาท ภาระทางจิตใจจากความไม่แน่ใจในโรค การขาดความรู้ความเข้าใจที่เพียงพอ และความกดดันทางเศรษฐกิจอย่างมีนัยสำคัญ (Liu, Ye, Chang, Wu, Yuan, Wang et al., 2025) ซึ่งสอดคล้องกับหลักฐานที่ยืนยันว่าภาวะแทรกซ้อนภายหลังการรักษาโรคระบบทางเดินน้ำดีส่งผลต่อคุณภาพชีวิตในทุกมิติ ทั้งด้านข้อจำกัดทางร่างกาย ความเจ็บปวด และการทำงานด้านจิตใจ (Hashem, Fouad, Abd-Elhaleem, Youssif, El-Aziz, 2025)

ในบริบทของประเทศไทย แม้โรคนี้ในถุงน้ำดีจะเป็นปัญหาที่พบได้บ่อยในเวชปฏิบัติ โดยเฉพาะในภาคเหนือ ซึ่งมีปัจจัยเสี่ยงด้านพฤติกรรมบริโภคอาหารและลักษณะทางพันธุกรรมที่เอื้อต่อการเกิดนิ่ว แต่ข้อมูลเกี่ยวกับขนาดและความสำคัญของปัญหาการเกิดนิ่วซ้ำในท่อทางเดินน้ำดีภายหลังการผ่าตัดถุงน้ำดีในบริบทไทยยังมีอยู่อย่างจำกัด งานวิจัยส่วนใหญ่ที่มีอยู่ในประเทศไทยมุ่งเน้นไปที่การศึกษาทางคลินิก เช่น ปัจจัยเสี่ยง อัตราการเกิดซ้ำ และผลลัพธ์การรักษา ในขณะที่มิติด้านประสบการณ์และความต้องการของผู้ป่วยยังไม่ได้รับการศึกษาอย่างเพียงพอ แม้ว่าการวิจัยในระดับนานาชาติจะให้ความสนใจต่อปัจจัยเสี่ยง กลไกการเกิดซ้ำ และการพัฒนาแบบจำลองทำนายทางคลินิกอย่างกว้างขวาง แต่เมื่อพิจารณาองค์ความรู้ที่มีอยู่ทั้งในและต่างประเทศ พบว่ายังขาดงานวิจัยที่มุ่งสำรวจ "ประสบการณ์ที่มีชีวิต" (Lived Experiences) ของผู้ป่วยที่เกิดนิ่วซ้ำในท่อทางเดินน้ำดีจากมุมมองของผู้ป่วยเอง โดยตรง โดยเฉพาะในบริบทของระบบสุขภาพไทยซึ่งมีลักษณะเฉพาะด้านวัฒนธรรม วิถีชีวิต และโครงสร้างการดูแลสุขภาพที่แตกต่างจากบริบทตะวันตก ช่องว่างทางความรู้นี้เป็นอุปสรรคสำคัญต่อการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลที่สอดคล้องกับความต้องการที่แท้จริงของผู้ป่วยในเชิงองค์รวม การเข้าใจว่าผู้ป่วยรับรู้ ตีความ รับมือ และแสวงหาความหมายของประสบการณ์การกลับมาเป็นนิ่วซ้ำอย่างไร จึงเป็นสิ่งจำเป็นอย่างยิ่งในการสร้างพื้นฐานสำหรับการดูแลที่เน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางและตอบสนองต่อบริบทชีวิตของผู้ป่วยอย่างแท้จริง การวิจัยเชิงคุณภาพโดยใช้ระเบียบวิธีปรากฏการณ์วิทยาจึงเหมาะสมที่สุดสำหรับการสำรวจแก่นสาระของประสบการณ์ดังกล่าว เนื่องจากช่วยให้ผู้วิจัยสามารถเข้าถึงความหมายของประสบการณ์จากมุมมองของผู้ที่เผชิญกับสถานการณ์นั้นจริง ๆ ได้อย่างลึกซึ้ง โดยไม่ตีกรอบความเข้าใจด้วยสมมติฐานหรือทฤษฎีที่มีอยู่ก่อน สิ่งที่ได้จากการวิจัยในลักษณะนี้จะเป็น

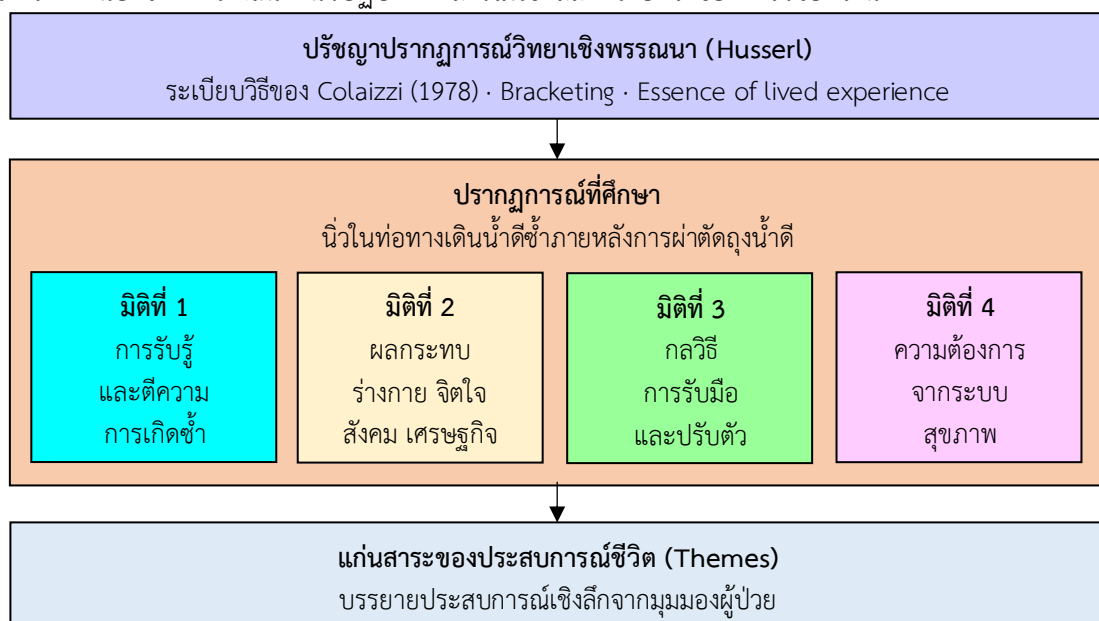
องค์ความรู้ที่ช่วยให้พยาบาลและบุคลากรสุขภาพเข้าใจผู้ป่วยได้อย่างรอบด้านมากขึ้น และนำไปสู่การพัฒนาแนวทางการพยาบาลผู้ป่วยศัลยกรรมทางเดินน้ำดีที่ตอบสนองต่อชีวิตจริงของผู้ป่วยในระบบสุขภาพไทยต่อไป

วัตถุประสงค์วิจัย

เพื่อบรรยายประสบการณ์ชีวิตของผู้ป่วยที่มีนิ่วในท่อทางเดินน้ำดีซ้ำภายหลังการผ่าตัดถุงน้ำดี

กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ยึดรากฐานทางปรัชญาปรากฏการณ์วิทยาเชิงพรรณนาของ Husserl (1970) ซึ่งมีแนวคิดหลักว่าการเข้าใจประสบการณ์ของมนุษย์อย่างแท้จริงนั้น ต้องเริ่มจากการมองสิ่งที่เกิดขึ้นผ่านสายตาของผู้ที่อยู่ในประสบการณ์นั้นโดยตรง ไม่ใช่การนำกรอบความรู้หรือทฤษฎีที่มีอยู่ก่อนมาตีความทับ กระบวนการที่ทำให้สิ่งนี้เป็นไปได้คือการ "วางวงเล็บ" (Bracketing) หรือที่เรียกว่า Epoché ซึ่งผู้วิจัยจะบันทึกและรับรู้ถึงความเชื่อ ทศนคติ และประสบการณ์ทางคลินิกของตนเองที่มีต่อปรากฏการณ์ที่ศึกษา แล้ววางสิ่งเหล่านั้นไว้ก่อน เพื่อเปิดรับความหมายของประสบการณ์จากมุมมองของผู้ป่วยอย่างเต็มที่ แนวคิดนี้นำมาสู่การปฏิบัติผ่านระเบียบวิธีวิเคราะห์ข้อมูล 7 ขั้นตอนของ Colaizzi (1978) ซึ่งได้รับการยอมรับและใช้กันอย่างแพร่หลายในการวิจัยทางการแพทย์ เนื่องจากช่วยให้ผู้วิจัยสามารถถอดรหัสความหมายของประสบการณ์ชีวิตออกมาเป็นแก่นสาระ (Themes) ที่ลึกและครอบคลุมได้อย่างเป็นระบบ ปรากฏการณ์ที่เป็นจุดสนใจของการวิจัยครั้งนี้ คือ การกลับมาเป็นนิ่วในท่อทางเดินน้ำดีซ้ำภายหลังการผ่าตัดถุงน้ำดี โดยการสำรวจประสบการณ์ชีวิตของผู้ป่วยครอบคลุม 4 มิติ ซึ่งสะท้อนความเป็นองค์รวมของการเผชิญกับความเจ็บป่วยซ้ำ ได้แก่ มิติที่หนึ่ง การรับรู้และตีความการเกิดซ้ำ ซึ่งเกี่ยวกับว่าผู้ป่วยเข้าใจและให้ความหมายกับการเกิดซ้ำอย่างไร มิติที่สอง ผลกระทบต่อชีวิตในด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และเศรษฐกิจ มิติที่สาม กลวิธีการรับมือและการปรับตัวเพื่ออยู่ร่วมกับโรค และมิติที่สี่ ความต้องการจากระบบการดูแลสุขภาพ การสังเคราะห์ประสบการณ์จากทั้ง 4 มิตินี้จะนำไปสู่การบรรยายแก่นสาระของประสบการณ์ชีวิต (Themes) ซึ่งเป็นผลลัพธ์หลักของการวิจัยที่จะเป็นประโยชน์ต่อการพัฒนาการพยาบาลผู้ป่วยศัลยกรรมทางเดินน้ำดีในบริบทของระบบสุขภาพไทยต่อไป ภาพ 1 แสดงกรอบแนวคิดการวิจัย ประกอบด้วยส่วนหลัก 3 ส่วน ได้แก่ ฐานปรัชญาปรากฏการณ์วิทยาเชิงพรรณนาของ Husserl และระเบียบวิธีของ Colaizzi ปรากฏการณ์ที่ศึกษาซึ่งครอบคลุม 4 มิติ และแก่นสาระของประสบการณ์ชีวิตที่ได้จากการวิเคราะห์ โดยได้ตัดกล่อง "แนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยศัลยกรรมทางเดินน้ำดี" ออกจากภาพ เนื่องจากการพัฒนาแนวปฏิบัติดังกล่าวไม่ใช่ผลลัพธ์โดยตรงของการวิจัยครั้งนี้



ภาพ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

ระเบียบวิธีวิจัย

รูปแบบการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพโดยใช้ระเบียบวิธีปรากฏการณ์วิทยาเชิงพรรณนา (Descriptive Phenomenological Research) ซึ่งมีรากฐานมาจากปรัชญาของ Husserl (1970) ที่มุ่งเข้าถึงแก่นสาระของประสบการณ์ที่มีชีวิต (Essence of Lived Experience) โดยการศึกษาปรากฏการณ์จากมุมมองของผู้ที่อยู่ในประสบการณ์นั้นจริง ๆ โดยไม่นำกรอบความรู้หรือสมมติฐานที่มีอยู่ก่อนมาตีความทับ แนวคิดนี้นำมาสู่การปฏิบัติผ่านระเบียบวิธีวิเคราะห์ข้อมูล 7 ขั้นตอนของ Colaizzi (1978) ซึ่งเป็นที่ยอมรับในการวิจัยทางการแพทย์อย่างกว้างขวาง

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่ามีนิ่วในท่อทางเดินน้ำดีซ้ำภายหลังการผ่าตัดถุงน้ำดี ที่เข้ารับการรักษานาน โรงพยาบาลอุดรดิตถ์ ซึ่งเป็นโรงพยาบาลศูนย์ที่ให้บริการผู้ป่วยในเขตบริการสุขภาพที่ 2 และพื้นที่ใกล้เคียง

เกณฑ์คัดเข้า (Inclusion Criteria) ผู้ให้ข้อมูลต้องมีคุณสมบัติครบทุกข้อ ดังนี้

1. ได้รับการยืนยันทางรังสีวิทยาหรือ ERCP ว่ามีนิ่วในท่อทางเดินน้ำดีซ้ำอย่างน้อย 1 ครั้ง
2. นิ่วที่เกิดขึ้นต้องตรวจพบหลังจากการรักษาครั้งแรกไม่น้อยกว่า 6 เดือน
3. มีอายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป
4. สามารถสื่อสารภาษาไทยได้
5. ยินดีเข้าร่วมการวิจัยโดยลงนามในใบยินยอม

เกณฑ์คัดออก (Exclusion Criteria) ผู้ที่มีภาวะสับสน ไม่สามารถสื่อสารได้อย่างต่อเนื่อง มีโรคประจำตัวรุนแรงที่กำลังอยู่ในระยะวิกฤต หรืออยู่ระหว่างการรักษาแบบฉุกเฉิน

การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างและขนาดตัวอย่าง

คัดเลือกผู้ให้ข้อมูลด้วยวิธีการเลือกแบบเจาะจง (Purposive Sampling) โดยผู้วิจัยประสานงานกับพยาบาลผู้ปฏิบัติงานในหน่วยศัลยกรรมและคลินิกศัลยกรรมนอกโรงพยาบาลอุดรดิตถ์ เพื่อช่วยในการคัดกรองผู้ป่วยที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนด การเก็บข้อมูลดำเนินการต่อเนื่องจนกระทั่งถึงจุดอิ่มตัวของข้อมูล (Data Saturation) กล่าวคือ เมื่อการสัมภาษณ์รายใหม่ไม่ทำให้ข้อมูลประเด็นหรือความหมายใหม่เพิ่มเติมอีกต่อไป ซึ่งในการวิจัยครั้งนี้ได้ผู้ให้ข้อมูลทั้งสิ้น 12 คน จึงถือว่าข้อมูลเข้าสู่ภาวะอิ่มตัว สอดคล้องกับหลักการวิจัยเชิงคุณภาพแนวปรากฏการณ์วิทยาที่มักใช้ผู้ให้ข้อมูลประมาณ 10 – 15 คน (Shorey, Ng, 2022)

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ในการวิจัยเชิงคุณภาพ ผู้วิจัยถือเป็นเครื่องมือหลักที่สำคัญที่สุด ผู้วิจัยในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้เป็นพยาบาลวิชาชีพที่มีประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยศัลยกรรมทางเดินน้ำดีมากกว่า 5 ปี มีความรู้ด้านการวิจัยเชิงคุณภาพ และผ่านการฝึกอบรมทักษะการสัมภาษณ์เชิงลึก ก่อนเริ่มเก็บข้อมูล ผู้วิจัยได้ดำเนินการ Bracketing อย่างเป็นระบบและทบทวนแนวคิดเรื่องปรากฏการณ์วิทยากับผู้เชี่ยวชาญ เพื่อให้มั่นใจว่าสามารถรับฟังและรับรู้ประสบการณ์ของผู้ให้ข้อมูลได้อย่างเปิดกว้างและเป็นกลาง

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วย 3 ส่วน

ส่วนที่ 1 คือแบบบันทึกข้อมูลทั่วไปของผู้ให้ข้อมูล ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ สถานภาพสมรส ระยะเวลาหลังผ่าตัดถุงน้ำดี จำนวนครั้งที่เกิดนิ่วซ้ำ และวิธีการรักษาที่ได้รับ

ส่วนที่ 2 คือแนวคำถามสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้าง (Semi-structured Interview Guide) ที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมและประสบการณ์ทางคลินิก ประกอบด้วยคำถามหลักและคำถามสำรวจเพิ่มเติมครอบคลุมประสบการณ์ของผู้ป่วยตั้งแต่การรับรู้ว่าเกิดนิ่วซ้ำ ผลกระทบต่อชีวิตในมิติต่าง ๆ กลวิธีการรับมือ ตลอดจนความต้องการการสนับสนุนจากบุคลากรสุขภาพ ตัวอย่างคำถามหลัก เช่น "ขอให้ท่านเล่าถึงประสบการณ์ที่เผชิญ

ตั้งแต่แรกที่ทราบว่าฉันมีนิวกลับมาอีกครั้งได้ไหมคะ" และ "การเป็นนิวซ้ำครั้งนี้ส่งผลต่อชีวิตประจำวันของท่านอย่างไรบ้าง" ส่วนคำถามสำรวจ เช่น "ท่านรู้สึกอย่างไรในตอนนั้น" และ "ช่วยเล่าให้ฟังเพิ่มเติมได้ไหมคะ"

ส่วนที่ 3 คือสมุดบันทึกภาคสนาม (Field Notes) สำหรับบันทึกภาษากาย บรรยายการสัมภาษณ์ และข้อสังเกตเพิ่มเติมของผู้วิจัย

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

แนวคำถามสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้างผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) โดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน ได้แก่ ผู้เชี่ยวชาญด้านการพยาบาลศัลยกรรม ผู้เชี่ยวชาญด้านวิจัยเชิงคุณภาพ แนวปรากฏการณ์วิทยา และอายุรแพทย์หรือศัลยแพทย์ที่เชี่ยวชาญด้านโรคทางเดินน้ำดี ผู้ทรงคุณวุฒิทั้ง 3 ท่านได้ให้ข้อเสนอแนะเกี่ยวกับความครอบคลุมของเนื้อหา ความชัดเจนของภาษา และความเหมาะสมของลำดับคำถาม ซึ่งผู้วิจัยได้นำข้อเสนอแนะดังกล่าวมาปรับปรุงแนวคำถามก่อนนำไปทดลองใช้ จากนั้นนำคำถามที่ปรับปรุงแล้วไปทดลองสัมภาษณ์กับผู้ป่วยที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างแต่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่างจริง จำนวน 2 คน เพื่อตรวจสอบความชัดเจนของภาษา ความเหมาะสมของลำดับคำถาม และระยะเวลาที่ใช้ในการสัมภาษณ์ ก่อนนำมาปรับปรุงครั้งสุดท้าย

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ในฐานะที่ผู้วิจัยเป็นพยาบาลวิชาชีพที่มีประสบการณ์ทางคลินิกในการดูแลผู้ป่วยศัลยกรรมทางเดินน้ำดี ผู้วิจัยจึงดำเนินการ Bracketing ก่อนเริ่มเก็บข้อมูล โดยบันทึกทัศนคติ ความเชื่อ และประสบการณ์ทางคลินิกของตนเองที่ติดต่อปรากฏการณ์ที่ศึกษาไว้ในสมุดบันทึกสะท้อนคิด (Reflexive Journal) อย่างละเอียด การดำเนินการดังกล่าวช่วยให้ผู้วิจัยตระหนักถึงอคติที่อาจเกิดขึ้น และเปิดรับความหมายของประสบการณ์จากมุมมองของผู้ให้ข้อมูลได้อย่างแท้จริง

2. ผู้วิจัยดำเนินการเก็บข้อมูลด้วยตนเองทุกราย โดยนัดหมายสัมภาษณ์ ณ สถานที่ที่ผู้ให้ข้อมูลสะดวกและมีความเป็นส่วนตัว ได้แก่ บ้านพักของผู้ให้ข้อมูล ห้องพักรักษาหรือห้องให้คำปรึกษาของคลินิกศัลยกรรม หรือสถานที่ส่วนตัวอื่นที่ผู้ให้ข้อมูลเลือก

3. ก่อนเริ่มการสัมภาษณ์แต่ละครั้ง ผู้วิจัยใช้เวลาสร้างสัมพันธภาพกับผู้ให้ข้อมูลผ่านการพูดคุยอย่างเป็นกันเอง เพื่อให้ผู้ให้ข้อมูลรู้สึกไว้วางใจและพร้อมที่จะเล่าประสบการณ์อย่างเปิดเผย จากนั้นผู้วิจัยอธิบายวัตถุประสงค์และขั้นตอนการวิจัย ให้ผู้ให้ข้อมูลลงนามในใบยินยอม และขอความยินยอมในการบันทึกเสียง ระหว่างการสัมภาษณ์ ผู้วิจัยรักษาท่าทีการรับฟังอย่างตั้งใจ (Active Listening) และระมัดระวังไม่นำความเชื่อหรือประสบการณ์ของตนเองไปชี้นำคำตอบของผู้ให้ข้อมูล

4. การสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth Interview) ดำเนินการครั้งละ 45–90 นาที โดยผู้วิจัยใช้คำถามปลายเปิดเป็นหลัก และใช้คำถามสำรวจ (Probing Questions) เพื่อขยายความเข้าใจ ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้ให้ข้อมูลจำนวน 3 ราย ได้รับการนัดสัมภาษณ์ครั้งที่ 2 เพื่อยืนยันและขยายความข้อมูลในประเด็นที่ยังไม่ชัดเจน

5. สำหรับการสัมภาษณ์ที่ดำเนินการในห้องพักรักษาหรือห้องให้คำปรึกษาของคลินิกศัลยกรรม ผู้วิจัยพบว่าบางครั้งมีเสียงรบกวนจากภายนอกและผู้ให้ข้อมูลบางรายรู้สึกไม่สะดวกใจที่จะพูดในสถานที่ทางการ ซึ่งผู้วิจัยแก้ไขด้วยการย้ายไปพูดคุยในบริเวณที่เงียบและเป็นส่วนตัวมากขึ้น และใช้เวลาสร้างความไว้วางใจเพิ่มเติมก่อนเริ่มสัมภาษณ์จริง

6. ผู้วิจัยถอดความบันทึกเสียงเป็นลายลักษณ์อักษร (Verbatim Transcription) ภายใน 24 – 48 ชั่วโมงหลังสัมภาษณ์ เพื่อรักษาความสมบูรณ์ของข้อมูล และบันทึกข้อสังเกตเพิ่มเติมในสมุดบันทึกภาคสนามควบคู่กันไป

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลตาม 7 ขั้นตอนของ Colaizzi (1978) ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 ผู้วิจัยอ่านข้อมูลการสัมภาษณ์ถอดความทั้งหมดซ้ำหลายรอบ เพื่อทำความเข้าใจภาพรวม (Read All Descriptions) ขั้นตอนที่ 2 สกัดข้อความหรือประโยคที่มีความหมายสำคัญต่อปรากฏการณ์ที่ศึกษา (Extract Significant Statements) ขั้นตอนที่ 3 กำหนดความหมายจากข้อความสำคัญแต่ละข้อ (Formulate

Meanings) ขั้นตอนที่ 4 จัดกลุ่มความหมายที่เกี่ยวข้องกันเป็นประเด็นหรือกลุ่มประเด็น (Organize into Theme Clusters) ขั้นตอนที่ 5 พัฒนาคำอธิบายโดยละเอียดที่ครอบคลุมประสบการณ์ทั้งหมด (Develop Exhaustive Description) ขั้นตอนที่ 6 กำหนดโครงสร้างพื้นฐานของประสบการณ์ (Identify Fundamental Structure) และขั้นตอนที่ 7 ตรวจสอบความถูกต้องของผลการวิเคราะห์กลับไปให้ผู้ให้ข้อมูล (Member Checking) โดยนำเสนอประเด็นที่ได้กลับไปให้ผู้ให้ข้อมูลยืนยันว่าสะท้อนประสบการณ์ของตนได้อย่างถูกต้องครบถ้วน

ในระหว่างกระบวนการวิเคราะห์ ผู้วิจัยพบว่าความท้าทายหลักคือการรักษาสมดุลระหว่างการตีความที่ลึกซึ้งกับการคงความหมายดั้งเดิมของผู้ให้ข้อมูลไว้ ผู้วิจัยแก้ไขปัญหานี้ด้วยการกลับไปอ่านข้อมูลต้นฉบับซ้ำและปรึกษาร่วมกับผู้เชี่ยวชาญด้านการวิจัยเชิงคุณภาพในทุกขั้นตอนสำคัญ

การตรวจสอบความน่าเชื่อถือของข้อมูล

การตรวจสอบความน่าเชื่อถือของข้อมูลดำเนินการตามเกณฑ์ 4 ประการของ Lincoln และ Guba (1985) โดยในแต่ละประการ ผู้วิจัยดำเนินการดังนี้

1. ความน่าเชื่อถือ (Credibility) ผู้วิจัยใช้การตรวจสอบสามเส้า (Triangulation) ทั้งด้านแหล่งข้อมูล โดยเก็บข้อมูลจากผู้ให้ข้อมูลหลายราย และด้านวิธีการโดยใช้ทั้งการสัมภาษณ์เชิงลึกและการบันทึกภาคสนาม ร่วมกับการทำ Member Checking โดยนำเสนอผลการวิเคราะห์กลับไปให้ผู้ให้ข้อมูลยืนยันความถูกต้อง และการปรึกษาร่วมกับผู้เชี่ยวชาญในทุกขั้นตอนสำคัญ

2. ความสามารถในการถ่ายโอน (Transferability) ผู้วิจัยบรรยายบริบทของผู้ให้ข้อมูลและสถานการณ์การวิจัยอย่างละเอียดในตาราง 1 เพื่อให้ผู้อ่านสามารถพิจารณาได้ว่าข้อค้นพบสามารถนำไปประยุกต์ใช้ในบริบทอื่นที่มีลักษณะใกล้เคียงกันได้หรือไม่

3. ความสม่ำเสมอ (Dependability) ผู้วิจัยบันทึกกระบวนการวิจัยอย่างเป็นระบบตลอดทุกขั้นตอน ตั้งแต่การออกแบบการวิจัย การเก็บข้อมูล ไปจนถึงการวิเคราะห์ เพื่อให้กระบวนการวิจัยสามารถตรวจสอบและทำซ้ำได้

4. การยืนยันได้ (Confirmability) ผู้วิจัยรักษา Audit Trail ของกระบวนการวิเคราะห์ทุกขั้นตอน โดยเก็บรักษาข้อมูลดิบ บันทึกการถอดความ บันทึกการวิเคราะห์ และการตัดสินใจในแต่ละขั้นตอนไว้อย่างครบถ้วน เพื่อให้ผู้ตรวจสอบภายนอกสามารถติดตามเส้นทางการได้มาซึ่งข้อสรุปได้

จริยธรรมวิจัย

การวิจัยนี้ผ่านการพิจารณาและรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยเกี่ยวกับมนุษย์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี้อุดรดิตถ์ เลขที่ BCNUT REC No. 003/2569 วันที่รับรอง 20 มกราคม 2569

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไป

ตาราง 1 จำนวนและร้อยละข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน (คน)	ร้อยละ
เพศ		
หญิง	8	66.67
ชาย	4	33.33
อายุ (ปี)		
40 – 49	3	25.00
50 – 59	5	41.67
60 – 71	4	33.33
$M = 57.30, SD = 8.60$		

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ระดับการศึกษา		
ประถมศึกษา-มัธยมศึกษา	8	66.67
อนุปริญญา-ปริญญาตรีขึ้นไป	4	33.33
สถานภาพสมรส		
แต่งงาน	10	83.33
โสด/หม้าย/หย่าร้าง	2	16.67
อาชีพ		
เกษตรกร	5	41.67
รับจ้างทั่วไป	4	33.33
ค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว	2	16.67
แม่บ้าน/ไม่ได้ประกอบอาชีพ	1	8.33
จำนวนครั้งที่เกิดนิ่วซ้ำ		
1 ครั้ง	8	66.67
2 ครั้งขึ้นไป	4	33.33
ระยะเวลาหลังผ่าตัดถุงน้ำดี		
น้อยกว่า 2 ปี	3	25.00
2-5 ปี	6	50.00
มากกว่า 5 ปี	3	25.00
วิธีการรักษาที่ได้รับครั้งล่าสุด		
ERCP	10	83.33
ผ่าตัดสำรวจท่อทางเดินน้ำดี	2	16.67

จากตาราง 1 ผู้ให้ข้อมูลจำนวนทั้งสิ้น 12 คน เป็นเพศหญิง 8 คน (ร้อยละ 66.67) และเพศชาย 4 คน (ร้อยละ 33.33) อายุอยู่ในช่วง 42 – 71 ปี อายุเฉลี่ย 57.30 ปี ระดับการศึกษาส่วนใหญ่อยู่ในระดับประถมศึกษาถึงมัธยมศึกษา จำนวน 8 คน (ร้อยละ 66.67) สถานภาพสมรสส่วนใหญ่แต่งงานแล้ว จำนวน 10 คน (ร้อยละ 83.33) อาชีพหลักคือเกษตรกรและรับจ้างทั่วไป ระยะเวลาหลังการผ่าตัดถุงน้ำดีอยู่ในช่วง 1 – 9 ปี วิธีการรักษาที่ได้รับส่วนใหญ่คือ ERCP จำนวน 10 คน (ร้อยละ 83.33) และผ่าตัดเปิดท่อทางเดินน้ำดีซ้ำ 2 คน (ร้อยละ 16.67)

2. ประสบการณ์ชีวิตของผู้ป่วยที่มีนิ่วในท่อทางเดินน้ำดีซ้ำภายหลังการผ่าตัดถุงน้ำดี จากการวิเคราะห์ข้อมูลตามแนวทางของ Colaizzi (1978) พบประเด็นหลัก (Themes) จำนวน 4 ประเด็น และประเด็นย่อย (Sub-themes) จำนวน 12 ประเด็น โดยประเด็นทั้ง 4 สะท้อนให้เห็นประสบการณ์ชีวิตของผู้ป่วยอย่างครอบคลุมทั้ง 4 มิติ ได้แก่ มิติการรับรู้และตีความการเกิดซ้ำ มิติผลกระทบต่อชีวิตในด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และเศรษฐกิจ มิติกลวิธีการรับมือ และการปรับตัว และมิติความต้องการจากระบบการดูแลสุขภาพ ดังรายละเอียดต่อไปนี้

2.1 การรับรู้และตอบสนองเมื่อทราบว่าเกิดนิ่วซ้ำ ผู้ให้ข้อมูลทุกรายแสดงออกถึงความรู้สึกตกใจและไม่เชื่อเมื่อแพทย์แจ้งว่ามีนิ่วเกิดขึ้นอีกครั้ง เนื่องจากส่วนใหญ่เข้าใจว่าการผ่าตัดถุงน้ำดีจะช่วยขจัดปัญหานี้ออกไปอย่างถาวร ความรู้สึกดังกล่าวแบ่งออกเป็น 3 ประเด็นย่อย ได้แก่

2.1.1 ความไม่เชื่อและการตั้งคำถามต่อการวินิจฉัย ผู้ให้ข้อมูลส่วนใหญ่รายงานว่าเมื่อทราบผลการตรวจ รู้สึกสับสนและไม่แน่ใจว่าตนเข้าใจถูกต้องหรือไม่ บางรายถึงขั้นขอให้แพทย์อธิบายซ้ำหลายครั้ง และบางรายขอผลการตรวจด้วยตนเอง เพราะไม่อาจยอมรับได้น่าจะกลับมาได้อีกหลังจากที่ผ่าตัดถุงน้ำดีออกไปแล้ว ผู้ให้ข้อมูลรายหนึ่งบรรยายว่า

"ผ่าตัดเอาถุงน้ำดีออกไปแล้วนะคะ แล้วจะมีนิ่วได้ยังไงอีก ตอนหมอบอกก็ยังไม่ค่อยเชื่อเลย คิดว่าตัวเองได้ยืนผิดหรือเปล่า" (ผู้ให้ข้อมูลที่ 2)

นอกจากนี้ ผู้ให้ข้อมูลอีกรายได้สะท้อนให้เห็นถึงความรู้สึกไม่เชื่อที่ชัดเจนยิ่งขึ้นว่า

"หมอบอกแล้วก็ไม่เชื่อ ขอดูฟิล์มเอง ขอให้หมออธิบายอีกรอบ อีกรอบ จนหมอบอกว่าเห็นชัดมาก นี้อยู่ในท่อ ถึงจะยอมรับได้" (ผู้ให้ข้อมูลที่ 8)

2.1.2 ความกลัวต่อการรักษาที่ต้องเผชิญซ้ำและสิ่งที่ทำให้ยังคงตัดสินใจเข้ารับการรักษา เมื่อผ่านพ้นความสับสนแรกเริ่ม ผู้ให้ข้อมูลเริ่มตระหนักว่าต้องเข้ารับการรักษาอีกครั้งและเกิดความกลัวต่อขั้นตอนการรักษา โดยเฉพาะการส่องกล้อง ERCP ที่ผู้ให้ข้อมูลหลายรายเคยมีประสบการณ์ที่ไม่สบายมาก่อน ความไม่สบายที่ผู้ให้ข้อมูลกล่าวถึงครอบคลุมทั้งความเจ็บปวดระหว่างทำหัตถการ อาการท้องอืดและไม่สบายท้องที่คงอยู่นานหลายชั่วโมง หลังการส่องกล้อง รวมถึงความกังวลเรื่องภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น ผู้ให้ข้อมูลรายหนึ่งกล่าวว่า

"กลัวมากครับ ครั้งที่แล้วทำแล้วมันเจ็บ ท้องอืดทั้งคืน ตอนรู้งานต้องทำอีกก็นึกถึงตอนนั้นเลย ไม่อยากไป" (ผู้ให้ข้อมูลที่ 7)

อย่างไรก็ตาม แม้จะกลัว ผู้ให้ข้อมูลทุกรายยังคงตัดสินใจเข้ารับการรักษาโดยปัจจัยสำคัญที่ทำให้ตัดสินใจ ได้แก่ ความรุนแรงของอาการที่ทนไม่ไหว การที่ครอบครัวคอยผลักดันและพาไปโรงพยาบาล รวมถึงความห่วงใยต่อสุขภาพระยะยาวของตนเอง ผู้ให้ข้อมูลที่เกิดนิ่วซ้ำครั้งที่ 2 หรือมากกว่านั้น รายงานว่าตัดสินใจได้เร็วกว่าครั้งแรก เพราะรู้แล้วว่าถ้าไม่รักษาอาการจะแย่ลง

"ครั้งแรกถึงเลยอยู่นาน แต่พอเป็นครั้งที่สองก็รู้งานแล้วว่าต้องไป ไม่มีทางเลือกอื่น ปวดจนทำอะไรไม่ได้ สุดท้ายก็ต้องยอมรักษา" (ผู้ให้ข้อมูลที่ 3)

2.1.3 การตั้งคำถามต่อสาเหตุและการโทษตนเอง ผู้ให้ข้อมูลส่วนใหญ่พยายามค้นหาสาเหตุของการเกิดนิ่วซ้ำ โดยโยงไปถึงพฤติกรรมกินอาหาร การทำงาน หรือสิ่งที่ตนเองปฏิบัติหลังผ่าตัด ผู้ให้ข้อมูลรายหนึ่งสะท้อนว่า

"นึกแล้วนึกอีกว่าทำอะไรผิดไหม กินอะไรที่ไม่ควรกินไหม ก็ไม่รู้จะโทษใครได้นอกจากตัวเอง" (ผู้ให้ข้อมูลที่ 5)

2.2 ผลกระทบที่ทอดยาวในทุกมิติของชีวิต การกลับมาเป็นนิ่วซ้ำส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยอย่างครอบคลุมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคมและครอบครัว และเศรษฐกิจ โดยผู้ให้ข้อมูลรายงานผลกระทบเหล่านี้ส่งสมและขยายใหญ่ขึ้นทุกครั้งที่เกิดซ้ำ ประกอบด้วย 3 ประเด็นย่อย ดังนี้

2.2.1 ความเจ็บปวดและข้อจำกัดทางร่างกายที่ควบคุมไม่ได้ ผู้ให้ข้อมูลทุกรายบรรยายถึงความเจ็บปวดในช่องท้องด้านขวาบนที่กลับมาซ้ำเป็นอาการนำ บางรายมีอาการคลื่นไส้ อาเจียน และเบื่ออาหาร ซึ่งรบกวนการใช้ชีวิตประจำวันอย่างมาก อาการเหล่านี้ส่งผลต่อความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันอย่างชัดเจน ผู้ให้ข้อมูลรายหนึ่งกล่าวว่า

"ปวดขึ้นมาแบบไม่รู้ตัว บางทีกำลังทำนาอยู่ก็ต้องหยุดนอนลงกับพื้น ทำอะไรต่อไม่ได้เลย" (ผู้ให้ข้อมูลที่ 4)

ผลกระทบต่อกิจวัตรประจำวันยังครอบคลุมถึงการไม่สามารถยกของหนัก ทำงานบ้าน หรือออกไปทำงาน นอกบ้านได้ในช่วงที่มีอาการกำเริบ ซึ่งสร้างความลำบากให้กับผู้ให้ข้อมูลส่วนใหญ่เป็นเกษตรกรและรับจ้างที่ต้องพึ่งพารายได้รายวัน

"ตอนปวดมากเดินไปห้องน้ำยังต้องให้คนพยุง ทำอะไรเองไม่ได้เลย ทำนาก็ทำไม่ได้ รายได้ก็หยุด แต่ค่าใช้จ่ายยังวิ่งอยู่" (ผู้ให้ข้อมูลที่ 6)

2.2.2 ภาระทางจิตใจ ความหมดหวัง และความไม่แน่นอนในอนาคต ผู้ให้ข้อมูลหลายรายแสดงออกถึงความวิตกกังวลอย่างต่อเนื่อง ความรู้สึกหมดหวังที่รู้สึกว่าการนี้คงไม่หายขาด และความกลัวว่าจะเกิดซ้ำอีกในอนาคต โดยไม่สามารถคาดเดาได้ว่าจะเกิดขึ้นเมื่อใด ความไม่แน่นอนนี้ส่งผลกระทบต่อคุณภาพการนอนหลับและสภาพอารมณ์โดยรวม ผู้ให้ข้อมูลรายหนึ่งเล่าว่า

"กลัวตลอดว่าจะเป็นอีก บางคืนนอนไม่หลับ คิดวนเวียนอยู่ว่าถ้าเป็นอีกจะทำยังไง ลูกจะดูแลได้ไหม" (ผู้ให้ข้อมูลที่ 9)

ความรู้สึกหมดหวังปรากฏชัดเจนในผู้ให้ข้อมูลที่เกิดนิ่วซ้ำมากกว่า 2 ครั้ง ซึ่งเริ่มรู้สึกว่าไม่ว่าจะรักษาที่ครั้งใดก็ต้องวนซ้ำแบบนี้ไปเรื่อย ๆ

"เป็นสามครั้งแล้ว ก็รู้สึกว่ามันคงไม่หายหรอก รักษาไปก็เป็นอีก แคนึกถึงก็เหนื่อยแล้ว บางทีก็ถามตัวเองว่า รักษาไปทำไม แต่ก็ต้องรักษา จะทำยังไงได้" (ผู้ให้ข้อมูลที่ 12)

2.2.3 ผลกระทบต่อครอบครัวและภาระค่าใช้จ่ายที่สะสม ผู้ให้ข้อมูลทุกรายกล่าวถึงความรู้สึกเป็นภาระต่อครอบครัว ทั้งในด้านการต้องพึ่งพาการดูแลและค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้นซ้ำซาก รวมถึงการขาดรายได้ในช่วงพักฟื้น ผู้ให้ข้อมูลรายหนึ่งสะท้อนว่า

"รู้สึกผิดมากที่ต้องให้ลูกพาไปโรงพยาบาลที่ไร้ค่าใช้จ่าย ลูกก็ต้องหยุดงานมาดูแล อยากหายให้เร็ว ๆ จะได้ไม่เป็นภาระ" (ผู้ให้ข้อมูลที่ 11)

ผู้ให้ข้อมูลที่เกิดนิวซ้ำหลายครั้งรายงานว่าค่าใช้จ่ายสะสมเป็นปัญหาหนักมาก บางรายต้องกู้ยืมเงินหรือขายทรัพย์สินเพื่อจ่ายค่ารักษา ในขณะที่บางรายเริ่มลังเลว่าจะรักษาต่อหรือไม่เพราะกังวลเรื่องภาระที่ตกอยู่กับลูกหลาน

"ครั้งนี้เป็นครั้งที่สามแล้ว ค่าใช้จ่ายก็สามเท่าของครั้งแรก ลูกไม่ได้บ่นนะ แต่เราเห็นเองว่าเขาลำบาก อยากบอกหมอว่าขอไม่รักษาได้ไหม แต่ก็รู้ว่าถ้าไม่รักษาจะเป็นอันตราย" (ผู้ให้ข้อมูลที่ 4)

2.3 การค้นหาหนทางและการปรับตัวเพื่ออยู่ร่วมกับโรค แม้ผู้ให้ข้อมูลจะเผชิญกับความยากลำบาก แต่ทุกรายแสดงให้เห็นถึงความพยายามในการปรับตัวและค้นหาวิธีการรับมือที่หลากหลายประกอบด้วย 3 ประเด็นย่อย ดังนี้

2.3.1 การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพด้วยตนเองและความไม่แน่ใจในสิ่งที่ปฏิบัติ ผู้ให้ข้อมูลส่วนใหญ่รายงานว่าหลังจากทราบว่าเกิดนิวซ้ำ ได้พยายามปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการกินอาหาร หลีกเลี่ยงอาหารมัน ของทอด และเครื่องในสัตว์ รวมถึงพยายามดื่มน้ำให้มากขึ้น อย่างไรก็ตาม ผู้ให้ข้อมูลหลายรายระบุว่าไม่แน่ใจว่าสิ่งที่ปฏิบัติอยู่ถูกต้องหรือไม่ เนื่องจากไม่ได้รับข้อมูลที่ชัดเจนจากบุคลากรสุขภาพ ผู้ให้ข้อมูลรายหนึ่งกล่าวว่า

"ก็พยายามระวังอาหารนะ ไม่กินของมัน ไม่กินหมูสามชั้น แต่ก็กลัวว่าพอไหม ใครบอกอะไรก็เชื่อหมด เพราะไม่รู้จริง ๆ ว่าต้องทำอะไร" (ผู้ให้ข้อมูลที่ 3)

เมื่อเปรียบเทียบระหว่างสองกลุ่ม พบว่าผู้ที่เกิดนิวซ้ำครั้งแรกมักปรับพฤติกรรมอย่างเข้มงวดมากแต่ขาดทิศทางที่ชัดเจน ในขณะที่ผู้ที่เกิดนิวซ้ำครั้งที่ 2 ขึ้นไปมีประสบการณ์มากกว่าแต่บางรายเริ่มรู้สึกเหนื่อยและผ่อนปรนกฎที่ตนวางไว้ลงบ้าง เพราะพบว่าแม้จะระวังมากแค่ไหนก็ยังเกิดซ้ำได้อยู่ดี

"ครั้งแรกก็งดหมดเลย ไม่กินของมันเลยสักนิด แต่ก็ยังเป็นอีก พอครั้งที่สองก็คิดว่าระวังพอประมาณ ก็น่าจะพอ เพราะงดหมดก็ยังไม่ได้อยู่ดี" (ผู้ให้ข้อมูลที่ 10)

2.3.2 การพึ่งพาแรงสนับสนุนทางสังคม จิตใจ และศาสนา ผู้ให้ข้อมูลส่วนใหญ่ระบุว่าครอบครัว โดยเฉพาะคู่สมรสและบุตร เป็นแหล่งกำลังใจหลักในการเผชิญกับความเจ็บป่วย ผู้ให้ข้อมูลรายหนึ่งบอกเล่าว่า

"ถ้าไม่มีสามีคอยพาไปโรงพยาบาล คอยให้กำลังใจ คงสู้ไม่ได้หรอก ทุกครั้งที่ปวดก็โทรหาเขาก่อนเลย" (ผู้ให้ข้อมูลที่ 6)

นอกจากครอบครัวแล้ว ผู้ให้ข้อมูลหลายรายยังพึ่งพาหลักธรรมทางศาสนาพุทธในการเผชิญกับความไม่แน่นอน โดยมองว่าสิ่งที่เกิดขึ้นเป็นส่วนหนึ่งของกรรม ซึ่งช่วยให้ยอมรับสถานการณ์ได้ง่ายขึ้น บางรายยังพึ่งพาการพูดคุยกับผู้ป่วยรายอื่นที่เคยเผชิญประสบการณ์คล้ายกัน ซึ่งให้ทั้งข้อมูลและกำลังใจที่รู้สึกว่าจะเข้าใจกันได้มากกว่า

"ทำบุญตักบาตรทุกวัน ขอให้หายป่วย ก็รู้สึกใจเย็นขึ้น คิดว่าทำดีที่สุดแล้ว ที่เหลือก็แล้วแต่บุญกรรม" (ผู้ให้ข้อมูลที่ 7)

"มีเพื่อนที่เป็นเหมือนกัน คุยกันแล้วรู้สึกดีขึ้น เพราะเข้าใจกัน ไม่ต้องอธิบายมาก เขาก็บอกว่าเขาก็เป็นอยู่เนี่ย ก็ยังผ่านมาได้" (ผู้ให้ข้อมูลที่ 2)

2.3.3 การแสวงหาข้อมูลและการตัดสินใจเกี่ยวกับการรักษา ผู้ให้ข้อมูลหลายรายรายงานว่าพยายามแสวงหาข้อมูลเกี่ยวกับโรคและการรักษาจากแหล่งต่าง ๆ ได้แก่ สื่อออนไลน์ การซักถามแพทย์และพยาบาล และการพูดคุยกับผู้ป่วยรายอื่น อย่างไรก็ตาม ผู้ให้ข้อมูลบางรายรายงานว่าข้อมูลที่ได้รับความขัดแย้งกัน ทำให้เกิดความสับสนและยากต่อการตัดสินใจ ผู้ให้ข้อมูลรายหนึ่งกล่าวว่า

"ค้นในโทรศัพท์ก็มีข้อมูลเยอะมาก บางทีก็สับสนว่าจะเชื่ออะไร บางเว็บบอกกินได้ บางเว็บบอกห้ามกิน อยากให้หมอหรือพยาบาลบอกตรง ๆ ว่าต้องทำอะไรบ้าง" (ผู้ให้ข้อมูลที่ 1)

2.4 ความต้องการการดูแลที่มองเห็นตัวตนและต่อเนื่อง ผู้ให้ข้อมูลทุกรายแสดงออกถึงความต้องการการดูแลจากบุคลากรสุขภาพที่เกินกว่ามิติการรักษาทางกาย ประกอบด้วย 3 ประเด็นย่อย ดังนี้

2.4.1 ความต้องการข้อมูลที่ชัดเจน เข้าใจง่าย และตรงกับชีวิตจริง ผู้ให้ข้อมูลส่วนใหญ่ระบุว่าต้องการข้อมูลเกี่ยวกับสาเหตุที่เกิดนี้ขึ้นซ้ำ สัญญาณอาการที่ต้องระวัง แนวทางการปฏิบัติตนในชีวิตประจำวัน และข้อบ่งชี้ที่ควรรีบพบแพทย์ โดยต้องการข้อมูลที่เข้าใจง่าย เป็นภาษาพูด และสอดคล้องกับวิถีชีวิตของตนเอง ผู้ให้ข้อมูลรายหนึ่งบอกเล่าว่า

"อยากให้พยาบาลอธิบายให้ฟังแบบง่าย ๆ ว่าต้องกินอะไร ห้ามทำอะไร ไม่ต้องใช้คำยาก แคบอกตรง ๆ ว่าทำอะไรได้ ทำอะไรไม่ได้ก็พอ" (ผู้ให้ข้อมูลที่ 8)

2.4.2 ความต้องการการสนับสนุนทางอารมณ์และการรับฟังอย่างแท้จริง ผู้ให้ข้อมูลหลายรายสะท้อนว่าต้องการให้บุคลากรสุขภาพรับฟังความรู้สึกและความกังวลของตนอย่างจริงจัง ไม่ใช่เพียงตรวจรักษาอาการทางกายเท่านั้น บางรายรู้สึกว่าการพบแพทย์ในแต่ละครั้งสั้นมาก ไม่มีโอกาสได้สอบถามหรือระบาย ผู้ให้ข้อมูลรายหนึ่งกล่าวด้วยน้ำเสียงอ่อนแอว่า

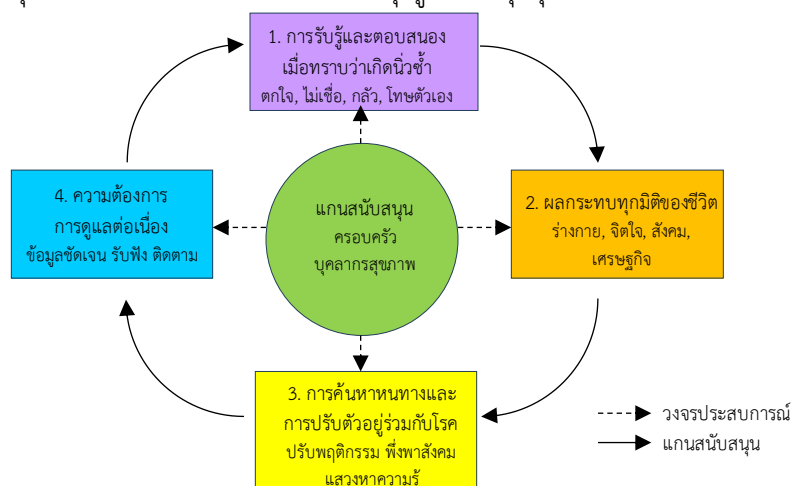
"บางทีก็แค่อยากให้พยาบาลนั่งฟังสักหน่อย ไม่ต้องทำอะไรมาก แครู้ว่ามีคนรับฟังอยู่ก็ดีขึ้นแล้ว ไปหาหมอแต่ละทีก็รีบมาก ไม่กล้าถามอะไร" (ผู้ให้ข้อมูลที่ 10)

2.4.3 ความต้องการระบบการติดตามดูแลต่อเนื่องหลังจำหน่าย ผู้ให้ข้อมูลทุกรายแสดงความต้องการให้มีระบบการติดตามดูแลอย่างต่อเนื่องหลังออกจากโรงพยาบาล ไม่ว่าจะเป็นการโทรศัพท์ติดตาม การนัดหมายที่ชัดเจน หรือช่องทางที่สามารถปรึกษาได้เมื่อมีความกังวล โดยผู้ให้ข้อมูลส่วนใหญ่รายงานว่าปัจจุบันรู้สึกโดดเดี่ยวและไม่รู้ว่าจะติดต่อใครได้เมื่อมีอาการผิดปกติในช่วงที่อยู่ที่บ้าน ผู้ให้ข้อมูลรายหนึ่งกล่าวว่า

"อยากให้มีคนโทรมาถามว่าเป็นยังไงบ้าง หรือมีเบอร์ที่โทรถามได้เลยตอนกังวล ตอนนี้อยู่คนเดียวก็ไม่ได้แต่นอนกังวลอยู่คนเดียว" (ผู้ให้ข้อมูลที่ 12)

สรุปโครงสร้างพื้นฐานของประสบการณ์ชีวิต จากการวิเคราะห์ประสบการณ์ชีวิตของผู้ป่วยที่มีนิวโมโทนาในทางเดินน้ำดีซ้ำภายหลังการผ่าตัดถุงน้ำดีทั้ง 4 ประเด็นหลัก สามารถสรุปโครงสร้างพื้นฐานของประสบการณ์ชีวิต (Fundamental Structure) ได้ว่า ผู้ป่วยเผชิญกับวงจรแห่งความไม่แน่นอนที่วนซ้ำ เริ่มจากความตกใจและสับสนเมื่อทราบว่าเกิดซ้ำ นำไปสู่ผลกระทบที่ส่งผลในทุกมิติของชีวิต แต่ขณะเดียวกันก็แสดงให้เห็นถึงศักยภาพในการปรับตัวและการค้นหาหนทางรับมือ โดยมีครอบครัวและบุคลากรสุขภาพเป็นองค์ประกอบสำคัญในการผ่านพ้นวงจรดังกล่าว

ภาพ 2 แสดงโมเดลวงจรแห่งความไม่แน่นอนที่วนซ้ำ ซึ่งประกอบด้วยองค์ประกอบ 4 ส่วนที่เชื่อมโยงกันเป็นวงจร ได้แก่ การรับรู้เมื่อเกิดซ้ำ ผลกระทบที่สะสม กลวิธีรับมือ และความต้องการที่ยังไม่ได้รับการตอบสนอง โดยครอบครัวและบุคลากรสุขภาพทำหน้าที่เป็นตัวกลางที่ช่วยพยุงผู้ป่วยในทุกจุดของวงจร



ภาพ 2 แสดงโมเดลวงจรแห่งความไม่แน่นอนที่วนซ้ำ

การอภิปรายผล

ผลการวิจัยเผยให้เห็นประสบการณ์ที่ลึกซึ้งและซับซ้อนใน 4 ประเด็นหลัก ซึ่งสะท้อนให้เห็นถึงมิติของชีวิตมนุษย์ที่เชื่อมโยงกันอย่างแยกไม่ออก ดังต่อไปนี้

ประเด็นหลักที่ 1 การรับรู้และตอบสนองเมื่อทราบว่าเกิดนิวซ์้า ผลการวิจัยพบว่าผู้ให้ข้อมูลทุกรายแสดงออกถึงความตกใจ ไม่เชื่อ และสับสนอย่างเห็นได้ชัดเมื่อทราบว่าเกิดนิวซ์้า สิ่งที่น่าสนใจคือปฏิกิริยาเหล่านี้ไม่ได้เกิดจากการไม่รู้จักรโรค หากแต่เกิดจากความเข้าใจที่คลาดเคลื่อนว่าการผ่าตัดถุงน้ำดีจะยุติปัญหานิวซ์้าได้อย่างถาวร เมื่อความเป็นจริงทางคลินิกขัดแย้งกับความเชื่อนี้ ผู้ป่วยจึงต้องเผชิญกับสิ่งที่นักวิจัยด้านปรากฏการณ์วิทยาเรียกว่า "ประสบการณ์ที่ทำลายโลกเดิม" (World-disrupting Experience) ซึ่งหมายถึงเหตุการณ์ที่พังทลายกรอบความหมายและความเข้าใจเดิมของบุคคล ทำให้ต้องเริ่มต้นสร้างความหมายใหม่ให้กับสถานการณ์ที่ไม่คาดคิด ปรากฏการณ์นี้สอดคล้องกับแนวคิดของ Mishel เรื่องความไม่แน่นอนในการเจ็บป่วย (Uncertainty in Illness Theory) ซึ่งอธิบายว่าความไม่แน่นอนเกิดขึ้นเมื่อผู้ป่วยไม่สามารถกำหนดความหมายให้กับเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นได้ชัดเจน โดยเฉพาะเมื่อสัญญาณและอาการของโรคมีลักษณะที่ซับซ้อนและไม่คาดเดาได้ Eppel-Meichlinger และ Mayer (2024) ได้ยืนยันแนวคิดนี้ผ่านการศึกษาระยะยาวในผู้ป่วยที่มีเนื้องอกบริเวณอวัยวะเพศหญิง พบว่าความไม่แน่นอนในการเจ็บป่วยเป็นความเครียดทางจิตสังคมที่ส่งผลเชิงลบต่อการจัดการตนเองและกลวิธีการรับมืออย่างต่อเนื่อง และที่สำคัญคือความไม่แน่นอนนี้ไม่ได้สิ้นสุดลงหลังการรักษา แต่วิธีการกลับมาตลอดเส้นทางของการเจ็บป่วย ซึ่งตรงกับที่ผู้ให้ข้อมูลในการวิจัยครั้งนี้สะท้อนให้เห็นว่าแม้จะรักษาสำเร็จมาแล้วหลายครั้ง ความกลัวว่าจะเกิดซ้ำอีกก็ยังคงอยู่ไม่จางหาย ความกลัวต่อการกระบวนการรักษาซ้ำ โดยเฉพาะ ERCP นั้น ผู้ให้ข้อมูลอธิบายให้เห็นภาพชัดเจนว่าครอบคลุมทั้งความเจ็บปวดระหว่างทำหัตถการ อาการท้องอืดที่คงอยู่นานหลังการส่องกล้อง และความกังวลต่อภาวะแทรกซ้อนที่อาจตามมา สิ่งนี้สอดคล้องกับหลักฐานที่ Romanazzo, Mansueto, Cosci (2022) รายงานจากการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบว่า ผู้ป่วยที่รอรับการผ่าตัดหรือหัตถการทางการแพทย์มักประสบกับความวิตกกังวลอย่างมีนัยสำคัญ และความกลัวนี้มีความสัมพันธ์กับผลลัพธ์หลังการรักษาที่ไม่พึงประสงค์ รวมถึงการฟื้นตัวที่ช้ากว่าและความพึงพอใจต่อการรักษาที่ต่ำกว่า สิ่งที่น่าสนใจเป็นพิเศษในการวิจัยครั้งนี้คือ ผู้ให้ข้อมูลส่วนใหญ่พยายามโยงสาเหตุการกลับมาเป็นซ้ำเข้าหาตนเอง ไม่ว่าจะเป็นพฤติกรรมการกิน การทำงานหนัก หรือการปฏิบัติตนหลังผ่าตัด กลไกการโทษตนเองนี้เป็นปรากฏการณ์ที่พบได้บ่อยในผู้ป่วยโรคเรื้อรังเมื่อต้องเผชิญกับเหตุการณ์ที่ไม่สามารถควบคุมได้ เนื่องจากการมีคำอธิบายใด ๆ แม้จะเป็นคำอธิบายที่โทษตนเอง ยังดีกว่าการต้องอยู่กับความรู้สึกไร้อำนาจในการควบคุมชีวิตของตน (Mishel, 1988; Stanton, Revenson, Tennen, 2007) เมื่อเปรียบเทียบระหว่างสองกลุ่มพบว่าผู้ที่เกิดนิวซ์้าครั้งแรกมีความตกใจและความสับสนในระดับที่รุนแรงกว่า เนื่องจากยังยึดติดกับความเชื่อว่าการผ่าตัดครั้งแรกควรจะแก้ปัญหาได้แล้ว ในขณะที่ผู้ที่เกิดซ้ำครั้งที่ 2 ขึ้นไป แม้ความตกใจจะลดลง แต่กลับมีความรู้สึกสิ้นหวังและยอมแพ้มากกว่า ซึ่งบ่งชี้ว่าการเกิดซ้ำซ้อนมีผลสะสมต่อสุขภาพจิตของผู้ป่วยในลักษณะที่แตกต่างกัน

ประเด็นหลักที่ 2 ผลกระทบที่ทอดยาวในทุกมิติของชีวิต ผลการวิจัยชี้ให้เห็นอย่างชัดเจนว่าการกลับมาเป็นนิวซ์้าส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยอย่างครอบคลุมทุกมิติ ในด้านร่างกาย ความเจ็บปวดช่องท้องที่เกิดขึ้นกะทันหันและควบคุมไม่ได้ ส่งผลโดยตรงต่อความสามารถในการทำงานและกิจวัตรประจำวัน โดยเฉพาะในผู้ให้ข้อมูลที่ประกอบอาชีพเกษตรกรและรับจ้าง ซึ่งต้องพึ่งพาร่างกายในการหารายได้ การหยุดงานเพียงไม่กี่วันก็ส่งผลกระทบต่อเศรษฐกิจครัวเรือนได้ทันที สิ่งนี้สอดคล้องกับที่ Kozyk, Giri, Harindranath, Trivedi, Strubchevska, Barik et al. (2023) รายงานจากการทบทวนอย่างเป็นระบบในผู้ป่วย 12,952 ราย ว่าการเกิดนิวซ์้าในท่อทางเดินน้ำดีเป็นภาวะแทรกซ้อนระยะยาวที่พบบ่อยที่สุด และส่งผลให้ความพึงพอใจของผู้ป่วยลดลงและการใช้ทรัพยากรสุขภาพเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ ในด้านจิตใจ ผู้ให้ข้อมูลรายงานความวิตกกังวลอย่างต่อเนื่องและความกลัวว่าจะเกิดซ้ำอีกในอนาคต ที่น่าสังเกตคือในกลุ่มที่เกิดนิวซ์้ามากกว่า 2 ครั้ง ความรู้สึกหมดหวังและสิ้นหวังปรากฏขึ้นอย่างชัดเจน ซึ่งเป็นสัญญาณเตือนที่บุคลากรสุขภาพควรให้ความสนใจเป็นพิเศษเพราะอาจนำไปสู่การปฏิเสธการรักษาในที่สุด ผลการวิจัยนี้สอดคล้องกับ Ni Néill, Richards, Hennessey, Ryan, Fortune (2023) ที่ศึกษาความทุกข์ทางจิตใจในผู้ป่วยโรคนิวซ์้าทางเดินปัสสาวะ พบว่าผู้ป่วยมักรายงานความกลัวต่อการกลับมาเป็นซ้ำและความรู้สึกสูญเสียการควบคุมชีวิต ซึ่ง

ส่งผลต่อคุณภาพการนอนหลับและสุขภาพจิตโดยรวมในระยะยาว แม้ว่าจะเป็นการศึกษาในผู้ป่วยนิวตัมระบบ แต่กลไกทางจิตวิทยาที่ผู้ป่วยประสบมีความคล้ายคลึงกันอย่างมีนัยสำคัญ ในด้านสังคมและเศรษฐกิจ ผู้ให้ข้อมูลทุกรายกล่าวถึงความรู้สึกเป็นภาระต่อครอบครัวและค่าใช้จ่ายที่สะสม ที่น่าสังเกตคือความรู้สึกเป็นภาระนี้ไม่ได้เกิดขึ้นเพียงครั้งเดียว แต่ทวีความรุนแรงและลึกซึ้งขึ้นทุกครั้งที่เกิดซ้ำ เนื่องจากผู้ป่วยมองเห็นด้วยตนเองว่าครอบครัวต้องแบกรับภาระทั้งด้านเวลา แรงงาน และการเงินซ้ำแล้วซ้ำเล่า สิ่งนี้สอดคล้องกับที่ Liu, Ye, Chang, Wu, Yuan, Wang et al. (2025) ศึกษาประสบการณ์ของผู้ป่วยโรคทางเดินน้ำดีและตับอ่อนที่ต้องดูแลหาลอดระบายนอกโรงพยาบาล พบว่าภาระค่าใช้จ่ายทางการแพทย์ที่สูงและการต้องพึ่งพิงผู้อื่นก่อให้เกิดความกดดันทางจิตใจอย่างมีนัยสำคัญ และยังส่งผลกระทบต่อเป็นลูกโซ่ต่อรายได้และความสัมพันธ์ภายในครอบครัว ข้อค้นพบเหล่านี้ตอกย้ำให้เห็นว่าการเจ็บป่วยซ้ำไม่ใช่เพียงปัญหาของปัจเจกบุคคล แต่เป็นปัญหาที่กระทบต่อระบบครอบครัวในวงกว้าง

ประเด็นหลักที่ 3 การค้นหาหนทางและการปรับตัวเพื่ออยู่ร่วมกับโรค แม้ผู้ให้ข้อมูลจะเผชิญกับความยากลำบากอย่างมาก แต่ทุกรายก็แสดงให้เห็นถึงศักยภาพในการปรับตัวและค้นหาวิถีรับมือที่หลากหลาย ที่น่าสังเกตคือวิถีรับมือของผู้ที่เกิดนิวซ้ำครั้งแรกกับผู้ที่เกิดซ้ำครั้งที่ 2 ขึ้นไปมีความแตกต่างกันอย่างชัดเจน กลุ่มแรกมักปรับตัวดิ้นรนอย่างขมขื่นแต่ขาดทิศทางที่ชัดเจน เพราะไม่รู้ว่าจะสิ่งที่ทำอยู่ถูกต้องหรือไม่ ในขณะที่กลุ่มหลังมีวิถีที่ชัดเจนกว่าจากประสบการณ์ที่สะสม แต่บางส่วนเริ่มผ่อนคลายการปฏิบัติตนลงเพราะพบว่าแม้จะระวังมากเพียงใดก็ยังเกิดซ้ำได้อยู่ดี อย่างไรก็ตาม ผู้ให้ข้อมูลส่วนใหญ่ระบุว่าไม่แน่ใจว่าสิ่งที่ปฏิบัติอยู่ถูกต้องหรือไม่ เนื่องจากขาดข้อมูลที่ชัดเจนและเชื่อถือได้จากบุคลากรสุขภาพ ช่องว่างนี้สะท้อนให้เห็นปัญหาเชิงระบบที่สำคัญ เพราะเมื่อผู้ป่วยไม่ได้รับข้อมูลที่เชื่อถือได้จากแหล่งที่ควรเชื่อถือได้มากที่สุด คือบุคลากรสุขภาพ พวกเขาหันไปพึ่งแหล่งข้อมูลออนไลน์ที่มีคุณภาพไม่แน่นอน ซึ่งยิ่งสร้างความสับสนและความกังวลเพิ่มขึ้น สิ่งนี้สอดคล้องกับที่ Liu, Ye, Chang, Wu, Yuan, Wang et al. (2025) พบว่าการขาดความรู้ความเข้าใจในโรคของผู้ป่วยก่อให้เกิดความไม่แน่ใจเชิงลบและนำไปสู่กลวิธีการรับมือที่ไม่มีประสิทธิผล ในด้านการพึ่งพาครอบครัวและแหล่งสนับสนุนทางสังคม ผลการวิจัยครั้งนี้สอดคล้องอย่างยิ่งกับการสังเคราะห์งานวิจัยเชิงคุณภาพของ Schulman-Green และ Feder (2021) ที่ศึกษาบทบาทของครอบครัวในการสนับสนุนการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่คุกคามชีวิต พบว่าครอบครัวมีบทบาทหลายมิติ ทั้งการจัดการอารมณ์ การเข้าถึงทรัพยากร และการให้ความหมายต่อประสบการณ์การดูแล ในบริบทของประเทศไทย ซึ่งวัฒนธรรมการพึ่งพาครอบครัวมีความแข็งแกร่ง บทบาทของครอบครัวจึงมีความหนักแน่นและลึกซึ้งกว่าในบริบทตะวันตก สอดคล้องกับที่ Hagedoorn, Paans, Jaarsma, Keers, van der Schans, Luttik (2017) ศึกษาบทบาทของครอบครัวในการสนับสนุนผู้ป่วยโรคเรื้อรังจากมุมมองของพยาบาล พบว่าการที่บุคลากรสุขภาพให้ความสนใจและรับรู้ถึงบทบาทของครอบครัวเป็นสิ่งจำเป็นอย่างยิ่งเพื่อให้การดูแลมีความต่อเนื่องและมีประสิทธิผล นอกจากนี้สิ่งที่ไม่ได้ปรากฏในงานวิจัยต่างประเทศ แต่พบชัดเจนในการวิจัยครั้งนี้คือการพึ่งพาหลักธรรมทางพุทธศาสนาในการประกอบจิตใจ ผู้ให้ข้อมูลหลายรายใช้กรอบความคิดเรื่องกรรมและบุญในการยอมรับสถานการณ์ที่ไม่สามารถควบคุมได้ ซึ่งเป็นกลไกเฉพาะของบริบทวัฒนธรรมไทยที่บุคลากรสุขภาพควรเข้าใจและนำมาประกอบในการให้การดูแล

ประเด็นหลักที่ 4 ความต้องการการดูแลที่มองเห็นตัวตนและต่อเนื่อง ประเด็นนี้เป็นหัวใจสำคัญที่สุดของการวิจัยและมีนัยสำคัญต่อการพัฒนาการพยาบาลโดยตรง ผู้ให้ข้อมูลทุกรายแสดงความต้องการที่ชัดเจนใน 3 ระดับ ได้แก่ ข้อมูลที่เข้าใจง่ายและปฏิบัติได้จริง การรับฟังอย่างแท้จริงจากบุคลากรสุขภาพ และระบบติดตามดูแลต่อเนื่องหลังจำหน่าย ในด้านความต้องการข้อมูล สิ่งที่ผู้ให้ข้อมูลต้องการนั้นชัดเจนมาก คือไม่ใช่ข้อมูลวิชาการที่ซับซ้อน แต่เป็นข้อมูลที่เป็นภาษาชาวบ้าน ปฏิบัติได้จริงในชีวิตประจำวัน และตรงกับวิถีชีวิตของคนในชนบทที่ประกอบอาชีพเกษตรกรรม เช่น กินอะไรได้บ้าง ยกของหนักได้แค่ไหน และเมื่อไหร่ควรรับมาโรงพยาบาล สิ่งนี้สอดคล้องกับที่ Liu, Ye, Chang, Wu, Yuan, Wang et al. (2025) พบว่าการขาดความรู้ความเข้าใจในโรคของผู้ป่วยก่อให้เกิดความไม่แน่ใจเชิงลบและนำไปสู่กลวิธีการรับมือที่ไม่มีประสิทธิผล ในด้านความต้องการระบบติดตามดูแล ผลการวิจัยสอดคล้องกับที่ Ge, Zhang, Fan, Yang, Chu, Zhou et al. (2023) ศึกษาบทบาทของพยาบาลชุมชนในการให้การดูแลต่อเนื่องแก่ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง พบว่าการเชื่อมโยงข้อมูล ความสัมพันธ์ และการจัดการอย่างต่อเนื่องระหว่างโรงพยาบาลและชุมชนเป็นปัจจัยสำคัญในการลดการกลับเป็นซ้ำและเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย นอกจากนี้ Ljungholm, Edin-

Liljegren, Ekstedt, Klinga (2022) ได้ศึกษาความต้องการด้านการดูแลต่อเนื่องจากมุมมองของทีมสหวิชาชีพ พบว่าการดูแลต่อเนื่องที่มีคุณภาพจำเป็นต้องอาศัยการสื่อสารและความโปร่งใสของข้อมูลระหว่างผู้ให้บริการในระดับต่าง ๆ และบทบาทของพยาบาลในการเชื่อมประสานระหว่างระดับบริการถือเป็นแกนกลางที่ขาดไม่ได้ ความต้องการของผู้ให้ข้อมูลที่ต้องการ "มีหมายเลขโทรศัพท์ที่สามารถโทรได้เมื่อมีปัญหา" นั้น สะท้อนให้เห็นช่องว่างที่สำคัญมากในระบบสุขภาพไทย เพราะในความเป็นจริง สิ่งผู้ป่วยต้องการไม่ได้ซับซ้อนเลย เพียงแค่รู้ว่ามีคนที่สามารถติดต่อได้เมื่อมีความกังวล ก็เพียงพอที่จะช่วยลดความโดดเดี่ยวและความวิตกกังวลของผู้ป่วยได้อย่างมีนัยสำคัญ สิ่งนี้สอดคล้องกับที่ Xu, Yang, Chen, Wu, Feng (2023) ศึกษาการเปลี่ยนผ่านการดูแลจากโรงพยาบาลสู่บ้านในผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรังในบริบทของประเทศจีน พบว่าผู้ป่วยต้องการช่องทางติดต่อกับผู้ดูแลทางการแพทย์อย่างต่อเนื่องหลังจำหน่าย เพื่อให้สามารถตอบสนองต่อปัญหาได้ทันเวลา ซึ่งบริบทของจีนมีความใกล้เคียงกับไทยทั้งในด้านวัฒนธรรมการพึ่งพาครอบครัวและโครงสร้างระบบสุขภาพ

ภาพรวมของข้อค้นพบ โดยรวมแล้ว ผลการวิจัยนี้ชี้ให้เห็นถึงโครงสร้างพื้นฐานของประสบการณ์ชีวิตของผู้ป่วยนิวซ์ในหอทางเดินน้ำดีว่าเป็น "วงจรแห่งความไม่แน่นอนที่วนซ้ำ" ซึ่งไม่สามารถแก้ไขได้ด้วยการรักษาทางการแพทย์เพียงอย่างเดียว ที่สำคัญคือวงจรนี้ไม่ได้เป็นแค่การวนซ้ำของอาการทางกาย แต่เป็นการวนซ้ำของประสบการณ์ทางจิตใจและสังคมที่สะสมและเข้มข้นขึ้นทุกครั้ง โดยเฉพาะในผู้ที่เกิดซ้ำหลายครั้ง ซึ่งแสดงให้เห็นว่าระบบการดูแลสุขภาพจำเป็นต้องมีแนวทางที่แตกต่างกันสำหรับสองกลุ่มนี้ ข้อค้นพบนี้สนับสนุนบทบาทของพยาบาลในฐานะผู้ให้การดูแลหลักที่สามารถเชื่อมโยงมิติทางร่างกาย จิตใจ สังคม และข้อมูลเข้าด้วยกันได้อย่างครอบคลุมและต่อเนื่อง ซึ่งการออกแบบรูปแบบการดูแลที่เน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง (Person-centred Care) บนพื้นฐานความเข้าใจประสบการณ์ชีวิตที่ได้จากการวิจัยนี้ จะเป็นจุดเริ่มต้นที่มีความหมายสำหรับการพัฒนาคุณภาพการพยาบาลศัลยกรรมทางเดินน้ำดีในบริบทสุขภาพไทยต่อไป

การนำผลการวิจัยไปใช้

1. ด้านการปฏิบัติการพยาบาล พยาบาลควรประเมินผู้ป่วยแบบองค์รวมครอบคลุมทุกมิติ พัฒนาทักษะการสื่อสารให้ข้อมูลเป็นภาษาพูดที่ปฏิบัติได้จริง ฝึกทักษะการรับฟังอย่างตั้งใจ และพัฒนาระบบติดตามดูแลต่อเนื่องหลังจำหน่าย โดยเฉพาะในกลุ่มที่เกิดนิวซ์ซ้ำมากกว่า 2 ครั้ง ซึ่งมีความเสี่ยงต่อความรู้สึกสิ้นหวังและอาจปฏิเสธการรักษา ควรได้รับการประเมินสุขภาพจิตเป็นพิเศษ
2. ด้านการศึกษาพยาบาล สถาบันการศึกษาควรบูรณาการเนื้อหาจิตสังคมของผู้ป่วยนิวซ์ในหลักสูตรพยาบาลศัลยกรรม และฝึกนักศึกษาให้ดูแลผู้ป่วยที่มีความเจ็บป่วยซ้ำซ้อนอย่างเป็นองค์รวม
3. ด้านการบริหารจัดการบริการสุขภาพ ผู้บริหารควรพัฒนาคลินิกติดตามผู้ป่วยหลังผ่าตัดนิวซ์อย่างเป็นระบบ และจัดสรรเวลาให้พยาบาลมีเวลาเพียงพอในการให้ข้อมูลและสนับสนุนทางอารมณ์แก่ผู้ป่วยและครอบครัว

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ศึกษาประสบการณ์ของผู้ดูแลหลักในครอบครัวเพื่อพัฒนาแนวทางสนับสนุนครอบครัวอย่างครอบคลุม
2. พัฒนาและทดสอบโปรแกรมการดูแลต่อเนื่องที่เน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง โดยออกแบบแตกต่างกันระหว่างกลุ่มที่เกิดซ้ำครั้งแรกกับกลุ่มที่เกิดซ้ำหลายครั้ง
3. ศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองในบริบทชุมชนภาคเหนือของไทย เพื่อระบุจุดแทรกแซงที่เหมาะสมในการป้องกันการกลับมาเป็นซ้ำ

คำแถลงการณ์การใช้ปัญญาประดิษฐ์

ผู้วิจัยใช้ Claude (Anthropic) เป็นเครื่องมือปัญญาประดิษฐ์เพื่อสนับสนุนการสืบค้นวรรณกรรม การตรวจสอบเอกสารอ้างอิง และการแก้ไขภาษา ทั้งนี้เนื้อหาทางวิชาการทั้งหมด การตีความข้อมูล การวิเคราะห์เชิงประเด็น และการตัดสินใจขั้นสุดท้ายเกี่ยวกับต้นฉบับเป็นความรับผิดชอบของผู้วิจัยแต่เพียงผู้เดียว

ผลประโยชน์ทับซ้อน

ไม่มี

รายการอ้างอิง

- Bergeron, E., Doyon, T., Manière, T., & Désilets, É. (2023). Delay for cholecystectomy after common bile duct clearance with ERCP is just running after recurrent biliary event. *Surgical Endoscopy*, 37(12), 9546–9555. <https://doi.org/10.1007/s00464-023-10423-0>
- Colaizzi, P. F. (1978). Psychological Research as the Phenomenologist Views it. In R. S. Valle & M. King (Eds.), *Existential-phenomenological Alternatives for Psychology* (pp. 48–71). New York, NY: Oxford University Press.
- Eppel-Meichlinger, J., & Mayer, H. (2024). From existential uncertainty to a new mindset promoting recovery: Exploring the development of uncertainty experience in women with vulvar neoplasia – A qualitative longitudinal study. *BMC Women's Health*, 24, 35. <https://doi.org/10.1186/s12905-024-02889-4>
- Ge, J., Zhang, Y., Fan, E., Yang, X., Chu, L., Zhou, X., et al. (2023). Community nurses are important providers of continuity of care for patients with chronic diseases: A qualitative study. *INQUIRY: The Journal of Health Care Organization, Provision, and Financing*, 60, 00469580231160888. <https://doi.org/10.1177/00469580231160888>
- Hagedoorn, E. I., Paans, W., Jaarsma, T., Keers, J. C., van der Schans, C., & Luttik, M. L. (2017). Aspects of family caregiving as addressed in planned discussions between nurses, patients with chronic diseases and family caregivers: A qualitative content analysis. *BMC Nursing*, 16, 37. <https://doi.org/10.1186/s12912-017-0231-5>
- Hashem, A. H., Fouad, M. E., Abd-Elhalem, S. S., Youssif, E. H., & El-Aziz, G. M. A. (2025). Effect of high-quality nursing care on postoperative complications and quality of life for patients undergoing common bile duct exploration. *BMC Nursing*, 24, 524. <https://doi.org/10.1186/s12912-025-03119-4>
- Husserl, E. (1970). *The Crisis of European Sciences and Transcendental Phenomenology* (D. Carr, Trans.). Evanston, IL: Northwestern University Press.
- Kozyk, M., Giri, S., Harindranath, S., Trivedi, M., Strubchevska, K., Barik, R. K., et al. (2023). Recurrence of common bile duct stones after endoscopic clearance and its predictors: A systematic review. *DEN Open*, 4(1), e294. <https://doi.org/10.1002/deo2.294>
- Lincoln, Y. S., & Guba, E. G. (1985). *Naturalistic Inquiry*. Beverly Hills, CA: SAGE.
- Liu, J., Ye, X., Chang, S., Wu, Z., Yuan, B., Wang, Q., et al. (2025). Tube-bearing experience of patients with biliary and pancreatic diseases outside the hospital: Based on qualitative study. *BMC Gastroenterology*, 25, 733. <https://doi.org/10.1186/s12876-025-04317-9>
- Ljungholm, L., Edin-Liljegren, A., Ekstedt, M., & Klinga, C. (2022). What is needed for continuity of care and how can we achieve it? – Perceptions among multiprofessionals on the chronic care trajectory. *BMC Health Services Research*, 22, 686. <https://doi.org/10.1186/s12913-022-08023-0>

- Mansour, S., Kluger, Y., & Khuri, S. (2022). Primary recurrent common bile duct stones: Timing of surgical intervention. *Journal of Clinical Medicine Research*, 14(11), 441–448.
<https://doi.org/10.14740/jocmr4826>
- Mishel, M. H. (1988). Uncertainty in illness. *Image: Journal of Nursing Scholarship*, 20(4), 225–232.
<https://doi.org/10.1111/j.1547-5069.1988.tb00082.x>
- Ní Néill, E., Richards, H. L., Hennessey, D., Ryan, E. M., & Fortune, D. G. (2023). Psychological distress in patients with urolithiasis: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Urology*, 209(1), 58–70. <https://doi.org/10.1097/JU.0000000000003032>
- Qi, X., Chen, H., Han, T., Li, W., Shu, X., & Hu, Y. (2024). Global epidemiology of gallstones in the 21st century: A systematic review and meta-analysis. *Clinical Gastroenterology and Hepatology*, 22(8), 1586–1595. <https://doi.org/10.1016/j.cgh.2024.01.051>
- Romanazzo, S., Mansueto, G., & Cosci, F. (2022). Anxiety in the medically ill: A systematic review of the literature. *Frontiers in Psychiatry*, 13, 873126. <https://doi.org/10.3389/fpsyt.2022.873126>
- Schulman-Green, D., & Feder, S. L. (2021). Family caregiver support of patient self-management during chronic, life-limiting illness: A qualitative metasynthesis. *Journal of Family Nursing*, 27(1), 55–72. <https://doi.org/10.1177/1074840720977180>
- Shorey, S., & Ng, E. (2022). A Social–Ecological Model of Grandparenting Experiences: A Systematic Review. *The Gerontologist*, 62, e193–e205.
<https://doi.org/10.1093/geront/gnaa172>
- Stanton, A. L., Revenson, T. A., & Tennen, H. (2007). Health psychology: Psychological adjustment to chronic disease. *Annual Review of Psychology*, 58, 565–592.
<https://doi.org/10.1146/annurev.psych.58.110405.085615>
- Wu, Y., Xu, C. J., & Xu, S. F. (2021). Advances in risk factors for recurrence of common bile duct stones. *International Journal of Medical Sciences*, 18(4), 1067–1074.
<https://doi.org/10.7150/ijms.52974>
- Xu, X., Yang, X., Chen, L., Wu, Q., & Feng, L. (2023). Transition of care from hospital to home for older people with chronic diseases: A qualitative study of older patients' and health care providers' perspectives. *Frontiers in Public Health*, 11, 1128885.
<https://doi.org/10.3389/fpubh.2023.1128885>