

JOURNAL OF THAILAND NURSING AND MIDWIFERY COUNCIL

JTNMC

Vol. 40 No. 01 (2025) ISSN 2985 - 0894 (Online)

วารสารสภาการพยาบาล

ปีที่ 40 ฉบับที่ 1 มกราคม - มีนาคม 2568 ISSN 2985 - 0894 (Online)





วารสารสภาการพยาบาล

Journal of Thailand Nursing and Midwifery Council

ที่ปรึกษา	ศาสตราจารย์เกียรติคุณ ดร. วิจิตร ศรีสุพรรณ รองศาสตราจารย์ ดร. ทศนา บุญทอง ศาสตราจารย์เกียรติคุณ ดร. สมจิต หนองเจริญกุล รองศาสตราจารย์ ดร. สุจิตรา เหลืองอมรเลิศ ศาสตราจารย์ ดร. นพวรรณ เปียเชื้อ	นายกสภาการพยาบาล โรงเรียนพยาบาลรามาธิบดี คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคลธัญบุรี คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ University of North Carolina at Chapel Hill School of Nursing, Chapel Hill, North Carolina, United States University of Wollongong School of Nursing, Wollongong, Australia University of Washington School of Nursing, Seattle, Washington, United States นักวิชาการอิสระ คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันการจัดการปัญญาภิวัฒน์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยรัตนบัณฑิต นักวิชาการอิสระ นักวิชาการอิสระ นักวิชาการอิสระ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย โรงเรียนพยาบาลรามาธิบดี คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล นักวิชาการอิสระ นักวิชาการอิสระ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ สถาบันการพยาบาลศรีสวรินทิรา สภากาชาดไทย คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล โรงเรียนพยาบาลรามาธิบดี คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล โรงเรียนพยาบาลรามาธิบดี คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
บรรณาธิการ	ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สุภาพร วรรณสันทัด	
ผู้ช่วยบรรณาธิการ	อ.ดร.วันลดา ทองใบ Professor Gwen Sherwood, PhD, RN, FAAN Professor Patricia Davidson, PhD, MEd, RN, FAAN Professor Basia Belza, PhD, RN, FAAN, FGSA	
International Editorial Board Members		
กองบรรณาธิการ	ศาสตราจารย์ ดร. ศิริพร จิรวัฒน์กุล ศาสตราจารย์ ดร. วิภาดา คุณาวิฑิตกุล ศาสตราจารย์ ดร. มรยาท รุจิวิชัย ศาสตราจารย์ ดร. รุจา ภูไพบูลย์ ศาสตราจารย์ ดร. วารณี ฟองแก้ว ศาสตราจารย์ ดร. วิณา จีระแพทย์ ศาสตราจารย์ ดร. จินตนา วัชรสินธุ์ ศาสตราจารย์ ดร. รัตนศิริ ทาไธ ศาสตราจารย์ ดร. สุภาพ อารีเอื้อ รองศาสตราจารย์ ดร. วรรณภา ศรีชัยรัตน์ รองศาสตราจารย์ ดร. สุจิตรา เทียนสวัสดิ์ รองศาสตราจารย์ ดร. ชีรนุช ห่านรัตติย รองศาสตราจารย์ ดร. จอนเฝะจง เพ็งจาด รองศาสตราจารย์ ดร. กัญญาดา ประจักษ์ศิลป รองศาสตราจารย์ ดร. ประณิต สังวัฒนา รองศาสตราจารย์ ดร. ทศนี ประสบกิตติคุณ รองศาสตราจารย์ ดร. อัจฉราพร สีหิรัญวงศ์ รองศาสตราจารย์ ดร. มณี อาภานันท์กุล	
ผู้เชี่ยวชาญด้านสถิติ	รองศาสตราจารย์ ดร. พิศมัย อรทัย	
วัตถุประสงค์	รองศาสตราจารย์ ดร. เพชรสนธิ์ ทั้งเจริญกุล 1. เผยแพร่บทความวิชาการและผลงานวิจัยทางการพยาบาลและการผดุงครรภ์ 2. เป็นแหล่งเสนอผลงานวิชาการสำหรับบุคลากรในวิชาชีพการพยาบาล และที่เกี่ยวข้อง 3. เป็นสื่อกลางในการแลกเปลี่ยนความรู้และประสบการณ์ทางวิชาการ	
กำหนดออกวารสารสภาการพยาบาล: ราย 3 เดือน (ปีละ 4 ฉบับ)	มกราคม-มีนาคม เมษายน-มิถุนายน กรกฎาคม-กันยายน ตุลาคม-ธันวาคม	
ผู้จัดการ	นางกรปภัทร ศิลปวิทย์	
ผู้ช่วยผู้จัดการ	นางสาวนัฐพรพรรณ ขวัญอยู่	
สำนักงาน	สภาการพยาบาล กระทรวงสาธารณสุข ถนนติวานนท์ อาคารนครินทร์ศรี ต.ตลาดขวัญ อ.เมือง จังหวัดนนทบุรี 11000 โทรศัพท์ 0-2596-7500 โทรสาร 0-2589-7121	
จัดทำโดย	บริษัท จดทอง จำกัด เลขที่ 219 ถนนลาดพร้าว 53 แขวงสะพานสอง เขตวังทองหลาง กทม 10310 โทรศัพท์ 095-661-5996 email: goldenpoints@yahoo.com	

ทุกบทความที่ตีพิมพ์ในวารสารสภาการพยาบาลนี้ ผ่านการพิจารณาถ้อยแถลงจากผู้ทรงคุณวุฒิที่มีความเชี่ยวชาญในเรื่องนั้น ๆ จำนวน 3 ท่าน

ความคิดเห็นหรือข้อความใด ๆ ในทุกบทความที่ตีพิมพ์ในวารสารสภาการพยาบาลเป็นของผู้เขียนและถือเป็นความรับผิดชอบของผู้เขียนเท่านั้น บรรณาธิการและสภาการพยาบาลไม่จำเป็นต้องเห็นด้วยและไม่มีส่วนรับผิดชอบแต่อย่างใด

สารบัญ	
ปีที่ 40 ฉบับที่ 1 มกราคม-มีนาคม 2568	
บทความวิชาการ	
บทบาทของผู้ปฏิบัติการพยาบาลชั้นสูงในการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะลำไส้สั้น: กรณีศึกษา	1
ธีราพร ชมภูแสง	
รายงานวิจัย	
ประสิทธิผลของโปรแกรมพัฒนาศักยภาพผู้ดูแลคนพิการทางการเคลื่อนไหว	18
ตติยา พันธสระคู ลัทธิ ปิยะบัณฑิตกุล	
การพัฒนารูปแบบของโปรแกรมการสร้างเสริมความเข้มแข็งทางใจเพื่อลดความเครียดของนักศึกษาพยาบาล	31
ทวีศักดิ์ กลิลล ชนิกา เจริญจิตต์กุล	
ประสิทธิผลของโปรแกรมการส่งเสริมความรอบรู้ในการป้องกันมะเร็งลำไส้ใหญ่ผ่าน mHealth ในกลุ่มเสี่ยงเขตเมือง	47
อรวรรณ สุระทด	
ประสิทธิผลของโปรแกรมบำบัดโรคซึมเศร้าด้วย	62
ชู่หงษ์ ดีเสมอ วันทนา มณีศรีวงศ์กุล	
การเจริญสติตระหนักรู้ความคิด: การทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ	
เกษราภรณ์ เคนบุปผา วิจิตรา จิตรักษ์	
อัญชลี จิตะสาร อรดี โชคสวัสดิ์	
ชัชวาลย์ ศิลปกิจ เจริญศักดิ์ อ่ากลิ่น	
ผลของการเรียนรู้โดยใช้ผู้ป่วยจิตเวชจำลองต่อความรู้และความมั่นใจในการสื่อสารเพื่อการบำบัดของนักศึกษาพยาบาล: การศึกษานำร่อง	82
อำพร เนื่องจากนาค	
ปัจจัยทำนายคุณภาพการเตรียมลำไส้ใหญ่ในพระสงฆ์ที่เข้ารับการส่องกล้องลำไส้ใหญ่ทางทวารหนัก	102
นุจิรา วงศ์อินทร์ เกศศิริ วงษ์คงคำ	
วัลย์ลดา ฉันท์เรืองวณิชย์ อวยพร เค้าสมบัติวัฒนา	
ความสัมพันธ์ระหว่างกิจกรรมทางกาย การรับรู้แรงสนับสนุนทางสังคม และความเหนื่อยล้าในผู้สูงอายุโรคมะเร็งปอด	118
พัชรพร มนต์กันภัย	
ปัจจัยทำนายภาวะสุขภาพจิตของพยาบาลที่ปฏิบัติงานในสถานการณ์การระบาดของโรคโควิด 19	131
สุธาทิพย์ เย็นศิริ	
ประสิทธิผลของการสอนบริหารการหายใจด้วยเครื่องบริหารปอด Incentive spirometry ร่วมกับการใช้กระดาษเช็ดหน้าในผู้ป่วยสูงอายุกระดูกสะโพกหัก	150
จิตชญา บุญนันท์ ลัดดาวัลย์ หิมคุณ	
จรรยา วงศ์หวน วรารัตน์ บุญผด	
ธีรภูมิ ธรรมวิบูลย์ศรี วิลาวรรณ ธีรภัทรพงศ์	

Content	
Vol. 40 No.1 January-March 2025	
Academic Articles	
Roles of Advanced Practice Nurses in Caring for Patients with Short Bowel Syndrome: A Case Study	1
Teeraporn Chompoosaeng	
Research Articles	
Effectiveness of a Capacity Development Program for Caregivers of People with Mobility Disability	18
Tatiya Phansakhoo Lukawee Piyabanditkul	
Model Development of a Resilience Promotion Program to Reduce Stress in Nursing Students	31
Taweesak Kasiphol Chanika Jaroenjittkul	
Effectiveness of Program Promoting Colorectal Cancer Prevention Literacy via mHealth in Risk Groups in Urban Communities	47
Orawan Suratod	
The Effectiveness of Mindfulness-based Cognitive Therapy for Depression: A Systematic Review	62
Suhong Deesamer Wantana Maneesriwongul	
Kedsaraporn Kenbubpha Wichittra Chittrak	
Anchalee Thitasan Oradee Choksawat	
Chatchawan Silpakit Chareonsak Umklin	
Effects of Learning via Psychiatric Standardized Patients on Nursing students' Knowledge and Self – Confidence in Therapeutic Communication: A pilot Study	82
Amporn Nueangjaknak	
Factors Predicting Quality of Bowel Preparation in Monks Undergoing Colonoscopy	102
Juthamas Thongpradab Nantapuk Chanapan	
Nujira Wong-in Kessiri Wongkongkam	
Wallada Chanruangvanich Uayporn Kaosombatwattana	
The Relationships between Physical Activity, Perceived Social Support, and Fatigue in Older Adults with Lung Cancer	118
Patcharaporn Monkanphai	
Factors Predicting the Mental Health Status of Registered Nurses during the COVID-19 Pandemic	131
Supreeda Mongkong Mukda Detprapon	
Suthatip Yensiri	
Effectiveness of Teaching Breathing Exercise with Incentive Spirometry Combined with Facial Tissue Use in Elderly Patients with Hip Fracture	150
Yajai Sitthimongkol Nopporn Vongsirimas	
Jitchaya Boonnunn Laddawan Himkhun	
Janya Wongwoon Wararat Boonnasa	
Theerawoot Tharmviboonsri Wilawan Thirapatarapong	

สารจากบรรณาธิการ

สวัสดีปีใหม่สมาชิกทุกท่านค่ะ วารสารสภาการพยาบาลฉบับที่ 1 (มกราคม-มีนาคม) เป็นฉบับแรกของปี พ.ศ. 2568 เป็นปีที่สภาการพยาบาลครบรอบ 40 ปี วารสารสภาการพยาบาลได้เข้าร่วมโครงการพัฒนาคุณภาพวารสารไทยเพื่อเตรียมเข้าสู่ฐานข้อมูล Scopus 2023-2025 โดยศูนย์ดัชนีการอ้างอิงวารสารไทย (Thai Journal Citation Index-TCI) และสำนักงานคณะกรรมการส่งเสริมวิทยาศาสตร์ วิจัยและนวัตกรรม (สกสว.) สถาบันนโยบายวิทยาศาสตร์เทคโนโลยีและนวัตกรรม มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีพระจอมเกล้าธนบุรี และศูนย์เทคโนโลยีอิเล็กทรอนิกส์และคอมพิวเตอร์แห่งชาติ ในฉบับนี้เราจึงได้เพิ่มการนำเสนอบทคัดย่อกราฟิก (Graphical abstract) เพื่อสรุปสาระสำคัญของบทความ และปรับเพิ่มเนื้อหาบทคัดย่อขยายถึง 800 คำโดยประมาณ นอกจากนี้ยังได้รับเกียรติจากผู้ทรงคุณวุฒินานาชาติร่วมเป็นที่ปรึกษาของวารสาร คือ Professor Gwen Sherwood, PhD, RN, FAAN; Professor Patricia Davidson, PhD, MEd, RN, FAAN และ Professor Basia Belza, PhD, RN, FAAN, FGSA

วารสารฉบับนี้เป็นบทความวิชาการ 1 เรื่อง บทความวิจัย 9 เรื่องที่น่าสนใจและเป็นประโยชน์ต่อการพยาบาลและการดูแลสุขภาพทั้งในคลินิก ชุมชนและสถาบันการศึกษาที่มุ่งเน้นการขับเคลื่อนสู่เป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน

วารสารสภาการพยาบาลขอประชาสัมพันธ์การส่งบทความวิจัยและบทความวิชาการทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษเพื่อตีพิมพ์เผยแพร่ โดยสามารถเข้าถึงคำแนะนำเตรียมต้นฉบับและรูปแบบการอ้างอิงได้ที่ <https://he02.tci-thaijo.org/index.php/TJONC> และสอบถามรายละเอียดเพิ่มเติมได้ที่คุณกรภัทร ศิลปวิทย์ Email: kornpapat3@gmail.com โทร. 081-955-6655 หรือคุณนัฐพรณ ขวัญอยู่ Email: nutthaparn.tnmc@gmail.com โทร. 02-596-7521 ในนามของวารสารสภาการพยาบาล ขอขอบคุณสมาชิกผู้อ่านทุกท่านจากหลากหลายสถาบันที่ให้ความสนใจส่งบทความวิจัยและบทความวิชาการเข้ามาอย่างต่อเนื่องค่ะ

ศาสตราจารย์ ดร. นพวรรณ เปียชื่อ
บรรณาธิการวารสารสภาการพยาบาล

Editor's note

Happy New Year to all our members and readers! The first issue of Journal of Thailand Nursing and Midwifery Council (JTNMC) for the year 2025 (January–March) marks the beginning of a special year, as the Nursing Council celebrates its 40th anniversary.

The JTNMC has joined the Thai Journal Quality Development Project (2023–2025) in preparation for submission for the Scopus database. This initiative is led by the Thai Journal Citation Index (TCI), in collaboration with the National Science, Research, and Innovation Policy Council (NRCT), King Mongkut's University of Technology Thonburi, and the National Electronics and Computer Technology Center (NECTEC).

In this issue, we have introduced Graphical Abstracts to summarize key content visually and have extended the extended abstracts to approximately 800 words. Additionally, we are honored to have distinguished international experts as advisors for our journal: Professor Gwen Sherwood, PhD, RN, FAAN; Professor Patricia Davidson, PhD, MEd, RN, FAAN; and Professor Basia Belza, PhD, RN, FAAN, FGSA.

This issue features one academic article and nine research articles, all offering valuable insights into nursing and healthcare across clinical, community, and educational institutions, with a strong emphasis on targeting Sustainable Development Goals (SDGs).

The JTNMC invites submissions of manuscripts in both Thai and English for publication. For submission guidelines and journal citation formats, please visit <https://he02.tci-thaijo.org/index.php/TJONC>. For further inquiries, please contact Ms. Kornpapat Silapavit at kornpapat3@gmail.com or call 081–955–6655, or Ms. Nutthaparn Kwanyoo at nutthaparn.tnmc@gmail.com or call 662–596–7521. On behalf of the JTNMC, we sincerely appreciate all our members and readers from various institutions' ongoing interest in submitting research and review articles to the journal.

Professor Dr. Noppawan Piaseu
Editor-in-Chief

บทบาทของผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงในการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะลำไส้สั้น : กรณีศึกษา

ธีราพร ชมภูแสง วพย. (การพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ)¹

บทคัดย่อขยาย

ภาวะลำไส้สั้นเป็นภาวะที่ผู้ป่วยสูญเสียความยาวหรือการทำงานของลำไส้อย่างมีนัยสำคัญ ส่งผลให้เกิดการดูดซึมที่ผิดปกติ โดยลำไส้มีความยาวน้อยกว่า 180–200 เซนติเมตรในผู้ใหญ่ ภาวะนี้มักเกิดจากการผ่าตัดลำไส้หรือภาวะลำไส้เน่า การให้อาหารทางหลอดเลือดดำผ่านสายสวนหลอดเลือดดำส่วนกลางเป็นวิธีการรักษามาตรฐานในการจัดการภาวะลำไส้สั้นทุกระยะ อย่างไรก็ตามการรักษาในโรงพยาบาลเป็นเวลานานเพื่อรับสารอาหารทางหลอดเลือดดำเป็นความท้าทายเนื่องจากข้อจำกัดเรื่องจำนวนเตียงในโรงพยาบาล จึงเกิดการพัฒนาระบบการให้อาหารทางหลอดเลือดดำที่บ้าน

บทความนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อนำเสนอบทบาทของผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงในการจัดการดูแลทางโภชนาการของผู้ป่วยที่มีภาวะลำไส้สั้น โดยเฉพาะผู้ที่รู้สึกหมดหนทางในการรักษา โดยใช้ทฤษฎีความพร้อมในการดูแลตนเองของโอเร็ม เพื่อช่วยแนะนำและสร้างแรงจูงใจในการดูแลตนเองให้ผู้ป่วยสามารถจัดการให้สารอาหารทางหลอดเลือดดำด้วยตนเองที่บ้านได้อย่างมีประสิทธิภาพและปลอดภัย

กรณีศึกษาเป็นผู้ป่วยชายไทยอายุ 39 ปีได้รับการวินิจฉัยว่ามีภาวะลำไส้สั้นหลังเกิดภาวะแทรกซ้อนรุนแรงจากการฉีกขาดที่บริเวณหลอดเลือดแดงใหญ่และการขาดเลือดที่ลำไส้ ผู้ป่วยได้รับการผ่าตัดลำไส้เล็กส่วนปลายออก แล้วนำลำไส้เล็กส่วนกลางต่อเข้ากับลำไส้ใหญ่ ลำไส้ที่เหลือมีความยาวเพียง 100 เซนติเมตร และยังมีลำไส้ขาดเลือดที่แพทย์พิจารณาไม่ตัดออกเนื่องจากมีความเสี่ยงที่จะเป็นอันตรายถึงชีวิต ทำให้ผู้ป่วยเกิดปัญหาการถ่ายเหลวและลำไส้ดูดซึมสารอาหารที่จำเป็นต่อร่างกายไม่เพียงพอ รับประทานอาหารทางปากได้น้อย จำเป็นต้องได้รับสารอาหารทางหลอดเลือดดำระยะยาวที่บ้าน จากการประเมินผู้ป่วยพบว่า 1) มีความรู้สึกหมดหนทางช่วยเหลือ พร่องการดูแลตนเอง มีภาวะซึมเศร้าและขาดแรงจูงใจในการดูแลตนเอง 2) มีภาวะไม่สมดุลของสารน้ำและอิเล็กโทรไลต์เนื่องจากถ่ายเหลวจากลำไส้ดูดซึมไม่มีประสิทธิภาพ 3) มีความเสี่ยงต่อการได้รับสารอาหารและวิตามินไม่เพียงพอต่อความต้องการของร่างกาย และ 4) มีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการได้รับอาหารทางหลอดเลือดดำส่วนกลางที่บ้าน

ผู้เขียนเป็นผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงที่ได้ประยุกต์ทฤษฎีความพร้อมในการดูแลตนเองของโอเร็มเป็นกรอบแนวคิดในการดูแล เพื่อฟื้นฟูแรงจูงใจของผู้ป่วย ในระยะแรกผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงได้ตรวจเยี่ยมผู้ป่วยทุกวัน ให้การดูแลสภาพอารมณ์และการดูแลทุกด้าน โดยให้การพยาบาลระบบทดแทนทั้งหมด หลังจาก 1 สัปดาห์ ผู้ป่วยเริ่มพูดคุยมากขึ้น มีความหวัง และสนใจดูแลตนเองมากขึ้น จึงให้การดูแลระบบทดแทนบางส่วน ให้การสนับสนุนทั้งด้านอารมณ์ ให้ความรู้และแรงจูงใจเพื่อให้ผู้ป่วยสามารถดูแลจัดการตนเองได้ ผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงได้พัฒนาแผนการดูแลผู้ป่วยที่มุ่งเน้นการให้สารอาหารทางหลอดเลือดดำที่บ้านเพื่อให้มั่นใจถึงความปลอดภัยและลดภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วย โดยกิจกรรมการพยาบาลมุ่งเน้นที่ความสามารถของผู้ป่วยในการจัดการตนเองโดยได้รับความช่วยเหลือบางส่วน

¹พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ หน่วยโภชนบำบัดทางพยาบาล โรงพยาบาลราชวิถี กรุงเทพมหานคร

ซึ่งปรับเปลี่ยนจากระบบการพยาบาลที่ทดแทนทั้งหมดเป็นระบบการพยาบาลที่ทดแทนบางส่วนผ่านการสนับสนุนและการให้ความรู้ รวมถึงการสอนผู้ป่วยและญาติผู้ดูแลเกี่ยวกับเทคนิคปลอดภัย การดูแลสายสวน การเตรียมสารอาหารทางหลอดเลือดดำ และการจัดการด้านโภชนาการ

ผลลัพธ์การดูแล แบ่งเป็น ผลลัพธ์ด้านผู้ป่วย ด้านทีมดูแลสุขภาพและด้านคุณภาพการดูแล ผลลัพธ์ด้านผู้ป่วยพบว่า ผู้ป่วยฟื้นฟูความสามารถในการดูแลตนเองและมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น สามารถกลับไปทำงานและทำกิจกรรมในชีวิตประจำวันได้อย่างปกติ อีกทั้งสามารถจัดการการให้สารอาหารทางหลอดเลือดดำที่บ้านได้โดยไม่มีภาวะแทรกซ้อน หลังได้รับสารอาหารทางหลอดเลือดดำที่บ้านเป็นเวลา 6 เดือน ผู้ป่วยสามารถหยุดการเยี่ยมชมทางหน้าท้องและเริ่มรับประทานอาหารทางปากได้ตามปกติ หลังจาก 1 ปี ผู้ป่วยสามารถหยุดการได้รับสารอาหารทางหลอดเลือดดำ หยุดยารักษาโรคซึมเศร้าได้ และไม่มีอาการกลับเป็นซ้ำในระยะ 1 ปีที่ติดตามอาการผู้ป่วย ส่วนผลลัพธ์ด้านทีมดูแลสุขภาพ ผู้ปฏิบัติการพยาบาลชั้นสูงสามารถใช้สมรรถนะ ทั้งการดูแลผู้ป่วยโดยตรง การประสานงานกับทีมสหสาขาวิชาชีพ การนำหลักฐานเชิงประจักษ์มาใช้ในการดูแลผู้ป่วย การเป็นที่ปรึกษาให้กับพยาบาลประจำหอผู้ป่วย ให้คำแนะนำและให้ความรู้กับผู้ป่วยและญาติ และการเป็นผู้นำการเปลี่ยนแปลง กรณีศึกษานี้เน้นให้เห็นบทบาทสำคัญของผู้ปฏิบัติการพยาบาลชั้นสูงในการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะลำไส้สั้น การส่งเสริมการดูแลแบบองค์รวมช่วยลดระยะเวลาการนอนโรงพยาบาล ลดค่าใช้จ่าย และเพิ่มประสิทธิภาพการดูแลผู้ป่วย สำหรับผลลัพธ์ด้านคุณภาพการดูแล โรงพยาบาลยังไม่มีระบบการให้โภชนาการทางหลอดเลือดดำที่บ้านในขณะนั้น ดังนั้นผู้เขียนจึงได้พัฒนาแนวทางการให้สารอาหารทางหลอดเลือดดำส่วนกลางที่บ้าน โดยผู้ป่วยเป็นกรณีศึกษาของโรงพยาบาล ซึ่งนำไปสู่การพัฒนากระบวนการที่เป็นประโยชน์ต่อผู้ป่วยที่มีภาวะลำไส้สั้น หรือกลุ่มผู้ป่วยอื่นที่ต้องการโภชนาการทางหลอดเลือดดำส่วนกลางที่บ้าน

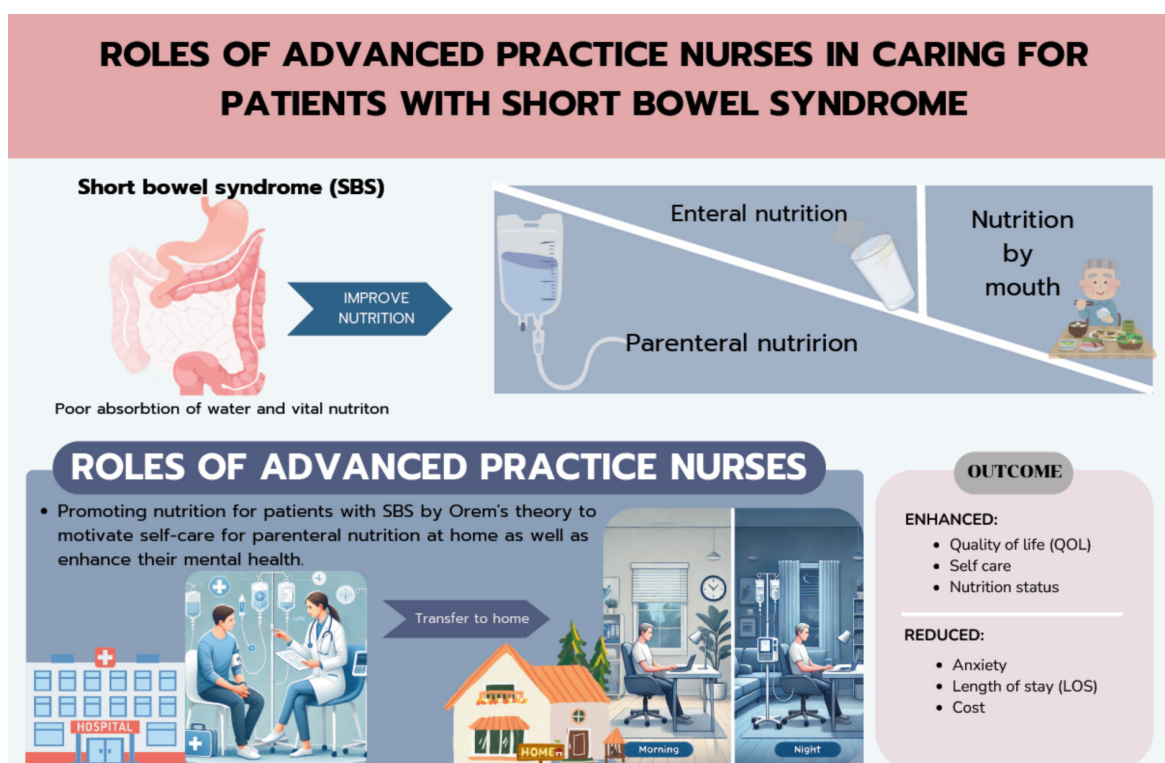
โดยสรุป บทบาทของผู้ปฏิบัติการพยาบาลชั้นสูงมีความสำคัญในการจัดการดูแลผู้ป่วยภาวะลำไส้สั้นที่มีความซับซ้อน โดยการประยุกต์ทฤษฎีความพร้อมในการดูแลตนเองของโอเร็ม ผู้ปฏิบัติการพยาบาลชั้นสูงสามารถให้การดูแลที่มุ่งเน้นทั้งด้านร่างกายและจิตใจของผู้ป่วย ส่งเสริมการดูแลตนเองอย่างเป็นองค์รวม และเพิ่มคุณภาพชีวิตตลอดจนผลลัพธ์ของผู้ป่วย บทความนี้นำเสนอกรณีศึกษาที่นำไปสู่การพัฒนาแนวทางการให้สารอาหารทางหลอดเลือดดำที่บ้านให้เกิดผลในทางปฏิบัติและนำไปใช้ได้จริงในระบบสุขภาพ ชี้ให้เห็นถึงความเป็นไปได้และประโยชน์ที่เกิดขึ้น

คำสำคัญ ทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเร็ม ภาวะลำไส้สั้น ผู้ปฏิบัติการพยาบาลชั้นสูง การให้อาหารทางหลอดเลือดดำ

วันที่ได้รับ 5 พ.ค. 67 วันที่แก้ไขบทความเสร็จ 20 ส.ค. 67 วันที่รับตีพิมพ์ 3 ม.ค. 68

Roles of Advanced Practice Nurses in Caring for Patients with Short Bowel Syndrome: A Case Study

Teeraporn Chompoosaeng, Dip, APAGN¹



Extended Abstract

Short bowel syndrome (SBS) is a medical condition characterized by significant loss of bowel length or function, leading to malabsorption of nutrients, reducing the bowel length to less than 180–200 centimeters (cms) in adults. This condition is frequently associated with massive intestinal resection and necrotizing enterocolitis. Parenteral nutrition (PN), administered via central venous catheters, is the standard treatment for all stages of SBS management. However, long-term hospitalization to receive PN is challenging due to bed availability constraints, prompting the development of home parenteral nutrition (HPN) systems.

This article aims to describe the roles of advanced practice nurses (APNs) in managing the nutritional needs of patients with SBS, particularly those experiencing helplessness about their treatment. By applying Orem's self-care deficit nursing theory (SCDNT), this article seeks to guide and motivate patients to achieve self-care, enabling them to manage home parenteral nutrition safely and effectively.

The case study was a male patient aged 39 years old, diagnosed with short bowel syndrome following severe complications from descending aortic dissection and subsequent intestinal ischemia. The patient underwent multiple surgeries, including jejunocolonic anastomosis, leaving only about

¹Registered Nurse, Professional Level, Nutrition Nurse Unit, Rajavithi Hospital, Bangkok, Thailand

100 cms of functional bowel. Besides, the patient also has bowel ischemia, which the doctors decided not to remove due to the risk of life-threatening complications. This anatomical and functional loss resulted in diarrhea and severe malabsorption. The patient can consume very little food orally and requires long-term parenteral nutrition. From the initial assessment, the patient exhibited: 1) signs of helplessness, self-care deficits, and depression, adversely impacting his motivation to take care of himself; 2) symptoms of fluids and electrolytes imbalance due to diarrhea and inefficient nutrient absorption from the intestines; 3) risk of insufficient intake of nutrients and vitamins for the body's needs; and 4) risks of complications from receiving total parenteral nutrition (TPN) at home.

As an advanced practice nurse (APN), the author intervened using Orem's self-care deficit theory as a framework to address the patient's self-care deficits and restore the patient's motivation. Initially, the APN visited the patient daily and provided emotional support and care in all aspects, using the wholly compensatory nursing system. After one week, the patient began to talk more, showed more hope, and took more interest in self-care. The APN then provided partly compensatory nursing care, offering emotional support, education, and motivation for self-care management. The APN also developed a tailored care plan focusing on PN administration at home while ensuring patient safety and minimizing complications. The intervention emphasized the patient's ability to self-manage with partial assistance, transitioning from wholly compensatory nursing systems to partly compensatory nursing systems by supportive and educative strategies. This involved teaching the patient and family caregivers about aseptic techniques, catheter care, PN preparation, and nutrition management.

The outcomes of care are divided into patient outcomes, care provider outcomes, and quality of care outcomes. Regarding patient outcomes, it was found that the patient regained the ability to take care of himself and had an improved quality of life. The patient was able to return to work and perform daily activities typically. Additionally, the patient was able to manage total parenteral nutrition (TPN) at home without complications. After receiving TPN at home for 6 months, the patient was able to close the abdominal stoma and began eating by mouth normally. After 1 year, the patient was able to stop receiving TPN, discontinue antidepressant medication, and showed no relapse within the 1-year follow-up period. As for the care provider outcomes, the advanced practice nurse utilized competencies, including providing direct care, collaborating with interdisciplinary teams, applying evidence-based practices in patient care, serving as the consultant for ward nurses, offering guidance and education to patients and families, and being change agents. The case study highlighted the important role of advanced practice nurses in caring for patients with short bowel syndrome. The promotion of holistic care helped reduce the length of hospital stays, reduce healthcare costs, and improve the efficiency of patient care. In terms of the quality of care outcomes, the hospital had no existing system for home-based parenteral nutrition. Therefore, the author developed a protocol for home-based central parenteral nutrition, with the patient serving as the first model case at the hospital. This led to the development of a system that benefits patients with short bowel syndrome or other groups of patients who require central parenteral nutrition at home.

In conclusion, the role of APNs is instrumental in managing SBS patients with complexity. By applying Orem's Self Care Deficit Nursing Theory, APNs can address both physical and psychological aspects of care, fostering holistic self-care and improving the patient's quality of life and overall patient outcomes. This article presents a case study that led to developing a practical and feasible home-based parenteral nutrition within the healthcare system, highlighting its feasibility and benefits.

Journal of Thailand Nursing and Midwifery Council 2025; 40(1) 1-17

Keywords Orem's self-care theory/ short bowel syndrome/ advanced practice nurses/ parenteral nutrition

Received 5 May 2024, Revised 20 August 2024, Accepted 3 January 2025

บทนำ

ภาวะลำไส้สั้น (short bowel syndrome) คือ ภาวะที่ลำไส้มีความยาวสั้นลงหรือถูกทำลาย ส่งผลต่อการทำหน้าที่ในการย่อยและดูดซึมสารอาหารและน้ำ ได้ไม่เพียงพอต่อความต้องการของร่างกาย¹ มักเกิดในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดลำไส้ (ร้อยละ 15) โดยตำแหน่งของลำไส้ที่ถูกตัดออกไปมีความยาวเหลือน้อยกว่า 200 เซนติเมตร การไม่มีหูรูดไอลีโอซีคัล (ileocecal valve) หรือการทำงานของลำไส้ที่ลดลงจึงจำเป็นต้องได้รับโภชนาบำบัด¹ ความชุกของภาวะลำไส้สั้นจากข้อมูลของศูนย์ให้อาหารทางหลอดเลือดดำส่วนกลางที่บ้าน 65 ศูนย์ใน 22 ประเทศ พบว่าผู้ป่วยที่ได้รับสารอาหารทางหลอดเลือดดำส่วนกลางที่บ้านร้อยละ 64.3 มีสาเหตุมาจากภาวะลำไส้สั้น² ระยะเวลาของการได้รับสารอาหารทางหลอดเลือดดำขึ้นกับความยาวของลำไส้เล็กที่เหลืออยู่ มีผลต่อระยะเวลาการได้รับสารอาหารทางหลอดเลือดดำปีที่ 1, 5, 10 และ 15 คิดเป็นร้อยละ 83, 63, 59 และ 48 ปี ตามลำดับ และมีอัตราการรอดชีวิตร้อยละ 93, 71, 59 และ 28 อยู่ที่ 1, 5, 10 และ 20 ปี ตามลำดับ³

โรงพยาบาลรามาธิบดี เป็นผู้ริเริ่มระบบการให้สารอาหารทางหลอดเลือดดำส่วนกลางที่บ้าน ตั้งแต่ปีพ.ศ. 2545 และเป็นต้นแบบให้กับโรงพยาบาลที่มีความสนใจนำไปพัฒนาต่อยอดในการดูแลผู้ป่วยที่มีความจำเป็นต้องได้รับสารอาหารทางหลอดเลือดดำเป็นระยะเวลานาน ปัจจุบันโรงพยาบาลในประเทศไทยเริ่มนำระบบการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับสารอาหารทางหลอดเลือดดำส่วนกลางที่บ้านไปใช้มากขึ้น เพื่อตอบสนองนโยบายการดูแลผู้ป่วยที่บ้านที่มีมาตรฐาน การดูแลเทียบเคียงกับผู้ป่วยในโรงพยาบาล โดยยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางและคำนึงถึงความปลอดภัยของ

ผู้ป่วยเป็นสำคัญ และดูเหมือนว่าการให้สารอาหารทางหลอดเลือดดำส่วนกลางที่บ้าน เป็นบริการที่มีค่าใช้จ่ายสูงกว่าการให้สารอาหารทางหลอดเลือดดำส่วนกลางในโรงพยาบาล ข้อมูลการศึกษาการประเมินต้นทุนอรรถประโยชน์ (cost-utility analysis: CUA) การให้สารอาหารทางหลอดเลือดดำส่วนกลางที่บ้านพบว่า มีต้นทุนที่ประหยัดกว่าการให้สารอาหารทางหลอดเลือดดำส่วนกลางในโรงพยาบาล และเป็นการเพิ่มปีสุขภาวะที่ดี (quality-adjusted-life-year: QALY) 3.3 ปี ซึ่งชี้ให้เห็นว่าผู้ป่วยจะมีคุณภาพชีวิตที่ดี ร่วมกับการมีชีวิตที่ยืนยาวขึ้น⁴ พยาบาลจึงมีบทบาทสำคัญในการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะลำไส้สั้น ให้ได้รับสารอาหารทางหลอดเลือดดำส่วนกลางที่บ้านได้อย่างมีประสิทธิภาพ ลดการเกิดภาวะแทรกซ้อน

บทความนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อนำเสนอกรณีศึกษาเกี่ยวกับบทบาทของผู้ปฏิบัติการพยาบาลชั้นสูงในการดูแลผู้ป่วยภาวะลำไส้สั้นที่ไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้เนื่องจากผู้ป่วยรู้สึกสูญเสียในการควบคุมสถานการณ์ที่เกิดขึ้นกับตนเอง เมื่อรับรู้ว่าต้องกลับไปเสียชีวิตที่บ้านจากการขาดสารอาหาร ส่งผลต่อความสามารถในการดูแลตนเอง ผู้เขียนปฏิบัติงานที่หน่วยโภชนาบำบัดทางพยาบาล ได้พบกับความท้าทายในการสร้างแรงจูงใจผู้ป่วยที่หมดหวังจากการรักษาให้กลับมาสนใจในการดูแลตนเอง จึงได้ประยุกต์ทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเร็มในการดูแลผู้ป่วยให้สามารถดูแลตนเองและได้พัฒนาแนวทางการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับสารอาหารทางหลอดเลือดดำส่วนกลางที่บ้านโดยนำร่องจากกรณีศึกษาเป็นรายแรก

ทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเร็ม

โอเร็มอธิบายว่าการดูแลตนเองเป็นการปฏิบัติกิจกรรมที่บุคคลริเริ่มและกระทำเพื่อให้เกิดประโยชน์

แก่ตนเองในการดำรงไว้ซึ่งชีวิต สุขภาพ และสวัสดิภาพของตนเอง หากบุคคลไม่สามารถดูแลตนเองได้ย่อมต้องการความช่วยเหลือจากบุคคลอื่น⁵ ซึ่งแนวคิดของโอเร็มประกอบด้วย 6 มโนทัศน์หลัก ได้แก่ 1) การดูแลตนเอง (self-care) 2) ความต้องการการดูแลตนเองทั้งหมด (therapeutic self-care demand) 3) ความสามารถในการดูแลตนเอง (self-care agency) 4) ความพร่องในการดูแลตนเอง (self-care deficit) 5) ความสามารถทางการพยาบาล (nursing agency) และ 6) ปัจจัยเงื่อนไขพื้นฐาน (basic conditioning factors) จากการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ⁶ พบว่าทฤษฎีความพร่องในการดูแลตนเองมีความสำคัญในการช่วยให้ผู้ป่วยสามารถพัฒนาความสามารถในการดูแลตนเอง หรือพัฒนาความสามารถของญาติในการดูแลผู้ป่วย โดยพยาบาลเป็นผู้ประเมินความพร่องในการดูแลตนเองของผู้ป่วยและใช้บทบาทของพยาบาลทำกิจกรรมการดูแลแทนผู้ป่วย แบ่งได้เป็น 3 ระบบ ได้แก่ 1) ระบบทดแทนทั้งหมด (wholly compensatory nursing system) 2) ระบบทดแทนบางส่วน (partly compensatory nursing system) และ 3) ระบบสนับสนุนให้ความรู้ (educative supportive nursing system) โดยทั้ง 3 ระบบเป็นกิจกรรมที่พยาบาลและผู้ป่วยต้องมีปฏิสัมพันธ์กันเพื่อตอบสนองความต้องการการดูแลตนเองทั้งหมด ประกอบด้วย 5 วิธี ได้แก่ 1) การกระทำให้หรือการกระทำแทน (acting for or doing for) 2) การชี้แนะ (guiding another) 3) การสนับสนุน (supporting another) 4) การสอน (teaching) และ 5) การสร้างสิ่งแวดล้อมที่ส่งเสริมให้บุคคลได้พัฒนาความสามารถที่จะสนองตอบต่อความต้องการการดูแลตนเอง (providing an environment)⁷ การศึกษาส่วนใหญ่พบว่าสามารถเพิ่มคุณภาพชีวิต เพิ่มความสามารถในการดูแลตนเอง เพิ่มการรับรู้ความสามารถในการดูแลตนเอง ลดความรู้สึก

วิตกกังวลและภาวะซึมเศร้าได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ⁸

พยาธิสรีรวิทยาของภาวะลำไส้สั้น

ภาวะลำไส้สั้นเป็นกลุ่มอาการทางคลินิกที่สำคัญ การวินิจฉัยภาวะลำไส้สั้นพิจารณาจากความยาวของลำไส้เล็กส่วนที่เหลือน้อยกว่า 200 ซม.⁹ โดยแบ่งตามกายวิภาคได้ 3 ลักษณะคือ⁹

1. end-jejunosomy ผู้ป่วยกลุ่มนี้จะถูกตัดลำไส้ส่วนไอเลียม (ileum) และลำไส้ใหญ่ (colon) ออกทั้งหมด ยังคงเหลือลำไส้ส่วนเจจูนัม (jejunum) ทำหน้าที่เป็นส่วนปลายของลำไส้แทน เนื่องจากลำไส้ส่วนไอเลียมเมื่อถูกตัดออก และไม่มียาลำไส้ใหญ่ช่วยในการดูดซึมน้ำ ทำให้เกิดความเสี่ยงสูงต่อการสูญเสียน้ำและเกลือแร่ออกจากร่างกาย รวมถึงการขาดวิตามินบี 12 และเกลือแร่ดี โดยเฉพาแมกนีเซียม ผู้ป่วยกลุ่มนี้อาจจำเป็นต้องได้รับสารอาหารทางหลอดเลือดดำส่วนกลางระยะยาว

2. jejunocolonic anastomosis ผู้ป่วยกลุ่มนี้จะสูญเสียลำไส้ส่วนไอเลียมที่ถูกตัดออกไปทั้งหมดหรือบางส่วนและนำลำไส้ส่วนเจจูนัมไปต่อกับลำไส้ใหญ่ โดยตัดหูดไส้โอสึคัลออก ความผิดปกติของการดูดซึมขึ้นกับความยาวของลำไส้เล็กส่วนเจจูนัมและลำไส้ใหญ่ที่เหลืออยู่ เนื่องจากลำไส้ส่วนเจจูนัมไม่สามารถทำหน้าที่ในการดูดซึมสารอาหารที่จำเพาะได้เหมือนลำไส้ส่วนไอเลียม และไม่สามารถปรับตัวในการทำหน้าที่แทนได้ ส่งผลให้ผู้ป่วยมีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะท้องเสีย (diarrhea) และสูญเสียน้ำได้มาก รวมทั้งการขาดวิตามินที่ละลายในไขมัน ได้แก่ วิตามิน เอ ดี อี เค

3. jejuno-ileal anastomosis ผู้ป่วยกลุ่มนี้จะถูกตัดลำไส้ส่วนเจจูนัมออกและต่อกับลำไส้ส่วนไอเลียมที่เหลือมากกว่า 10 ซม. โดยลำไส้ใหญ่ยังคงอยู่เหมือน

ปกติลำไส้ส่วนเจริญัมที่ถูกตัดออกไปนั้น ไม่ได้ทำหน้าที่ในการดูดซึมสารอาหารมากนัก จึงทำให้ผู้ป่วยกลุ่มนี้ไม่ค่อยมีปัญหาเรื่องการดูดซึมสารอาหารและเกลือแร่

ภาวะแทรกซ้อนจากภาวะลำไส้สั้น

ภาวะลำไส้สั้นนำไปสู่การเกิดภาวะลำไส้ล้มเหลวได้ ความรู้เกี่ยวกับภาวะแทรกซ้อนเหล่านี้เป็นสิ่งสำคัญสำหรับผู้ดูแลผู้ป่วย การดูแลไม่เพียงแต่รักษาภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นแต่ยังป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่พบได้บ่อย^{10,11} ดังนี้

1. ท้องเสีย (diarrhea) และความไม่สมดุลของสารน้ำและอิเล็กโทรไลต์ (fluid and electrolyte imbalance) อาการท้องเสียเป็นอาการที่พบได้บ่อยที่สุดในผู้ป่วยกลุ่มภาวะลำไส้สั้น อาจทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนที่สำคัญ โดยเฉพาะภาวะไตวายเฉียบพลัน (acute kidney injury) หากได้รับการดูแลไม่เหมาะสมจะนำไปสู่การเกิดโรคไตเรื้อรัง (chronic kidney disease) บางรายอาจจำเป็นต้องได้รับการล้างไตหรืออาจต้องเข้ารับการรักษารักษาหลังจำหน่ายกลับบ้านด้วยเรื่องของภาวะขาดน้ำ¹² ภาวะโซเดียมโพแทสเซียม และฟอสเฟตในเลือดต่ำเป็นสิ่งที่พบได้บ่อยในผู้ป่วยภาวะลำไส้สั้น การขาดแมกนีเซียมส่งผลต่อการทำงานของระบบประสาทและกล้ามเนื้อและหลอดเลือดหัวใจ การดูดซึมแมกนีเซียมส่วนใหญ่เกิดขึ้นในลำไส้เล็กส่วนปลาย ทำให้ควบคุมได้ยาก โดยเฉพาะในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดลำไส้เล็กส่วนปลายหรือการผ่าตัด end-jejunostomy

2. การขาดวิตามิน (vitamin deficiencies) การดูดซึมวิตามินในผู้ป่วยภาวะลำไส้สั้น ขึ้นอยู่กับลักษณะทางกายวิภาคของลำไส้ที่เหลืออยู่เป็นหลัก ในผู้ป่วยที่มีการผ่าตัดลำไส้เล็กส่วนปลายยาวกว่า 60 ซม. ต้องการเสริมวิตามินบี 12 ตลอดชีวิต การขาดวิตามินที่ละลายในไขมัน และกรดไขมันจำเป็นเป็นสิ่งที่

พบได้ในผู้ป่วยภาวะลำไส้สั้น ซึ่งนำไปสู่ภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ การติดตามและให้วิตามินเหล่านี้เสริมเป็นประจำถือเป็นส่วนสำคัญในการดูแลป้องกันภาวะแทรกซ้อนได้^{10, 13}

3. โรคไตอักเสบ (nephrolithiasis) ภาวะลำไส้สั้นสามารถพบการเกิดนิ่วในไตชนิดแคลเซียมออกซาเลต (calcium oxalate stone) และนิ่วกรดยูริก (uric acid stone) โดยแคลเซียมออกซาเลตพบได้ถึงร้อยละ 25 ในผู้ป่วยลำไส้สั้นที่ยังเหลือลำไส้ใหญ่อยู่ เนื่องจากการดูดซึมออกซาเลต ในลำไส้ใหญ่จะเพิ่มขึ้นจากการย่อยและดูดซึมไขมันไม่ดีทำให้แคลเซียมที่ปกติจะจับกับออกซาเลต ไปจับกับกรดไขมันที่ร่างกายไม่สามารถดูดซึมได้ ทำให้เหลือออกซาเลตอิสระดูดซึมในลำไส้ใหญ่มากขึ้น ระดับออกซาเลตในกระแสเลือดสูงมากขึ้น ร่วมกับผู้ป่วยภาวะลำไส้สั้นอาจได้รับสารน้ำไม่เพียงพอต่อความต้องการของร่างกาย ทำให้เกิดแคลเซียมออกซาเลตตกตะกอนเป็นนิ่วในระบบทางเดินปัสสาวะได้¹⁴

4. ภาวะจุลินทรีย์ในลำไส้เล็กเจริญเติบโตมากเกินไปผิดปกติ (small bowel bacterial overgrowth: SBBO)¹⁰ ผู้ป่วยภาวะลำไส้สั้นที่มีลำไส้ใหญ่เหลืออยู่ มีโอกาสเกิดภาวะจุลินทรีย์ในลำไส้เล็กเจริญเติบโตมากเกินไปผิดปกติพบได้บ่อยในผู้ป่วยที่ถูกตัดหูดอิลีโอซีคัล ทำให้มีการย้อนกลับของแบคทีเรียในลำไส้ใหญ่เข้าไปในลำไส้เล็ก และการบีบตัวของลำไส้ในการจัดแบคทีเรียในลำไส้ลดลง เกิดแบคทีเรียสะสมในลำไส้มากขึ้นกว่าปกติ และการที่น้ำย่อยในระบบทางเดินอาหารที่ไปทำลายเชื้อแบคทีเรียลดลงจากการผ่าตัด หรือการได้รับยากลุ่มลดการบีบตัวของลำไส้หรือยาลดกรด ส่งผลทำให้เกิดอาการตั้งแต่ไม่มีอาการจนถึงมีอาการ เช่น ท้องอืดแน่น น้ำหนักลดลง อาการถ่ายเหลว หรืออาการขาดสารอาหาร เป็นต้น

5. โรคตับเกิดจากการคั่งของน้ำดี (cholestatic liver disease) ผู้ป่วยที่มีภาวะลำไส้สั้น มีความเสี่ยงเพิ่มขึ้นในการเกิดโรคระบบทางเดินน้ำดีและนิ่วในถุงน้ำดี มีการศึกษาย้อนหลังในผู้ป่วยภาวะลำไส้สั้นพบการเกิดภาวะคั่งของน้ำดีหลังการวินิจฉัยภาวะลำไส้สั้น 10 ปี ร้อยละ 20.9 ปัจจัยที่ส่งเสริมให้เกิดการคั่งของน้ำดี คือ การตัดลำไส้ส่วนไอเลียม

การให้โภชนบำบัดในผู้ป่วยที่มีภาวะลำไส้สั้น

หลังการผ่าตัด ควรแนะนำผู้ป่วยให้เริ่มรับประทาน อาหารทางปากทันทีเมื่อไม่มีข้อห้าม ลักษณะของอาหาร ที่แนะนำขึ้นอยู่กับส่วนของลำไส้เล็กที่เหลืออยู่และ ลำไส้ใหญ่ยังมีการเชื่อมต่อโดยอาหารจำพวกคาร์โบไฮเดรต และไขมันมีผลต่อปริมาณการขับถ่าย การดูดซึมโปรตีน ได้รับผลกระทบน้อย จึงไม่จำเป็นต้องได้รับอาหารที่มี สูตรโปรตีนที่ได้รับการย่อยแล้ว เช่น เปปไทด์และ กรดอะมิโน ขณะเดียวกันอาหารจะกระตุ้นให้ลำไส้มีการย่อยและการดูดซึมในระบบทางเดินอาหารมากขึ้น

กรณีศึกษา

ชายไทย อายุ 39 ปี สิทธิการรักษาประกันสังคม การศึกษาระดับปริญญาตรี อาชีพ พนักงานบริษัท สถานภาพ โสด เชื้อชาติไทย ศาสนาพุทธ น้ำหนักเดิม 90 กก. น้ำหนักปัจจุบัน 79.5 กก. ส่วนสูง 185 ซม. ดัชนีมวลกาย 23.2 กก./ม² (น้ำหนักลดลง 10 กก. ใน 1 เดือน) มีประวัติเป็นโรคเก๊าท์ ประมาณ 5 เดือน รับประทานทานยา Colchicine 0.6 มก. 1 เม็ด หลัง อาหารเช้า- เย็น Allopurinol 100 มก. 1 เม็ดวันละครั้ง หลังอาหารเช้ารับประทานยาสม่ำเสมอซื้อยารับประทาน ทานเองเมื่อยาหมด ไม่มีประวัติแพ้อาหารและยา ไม่ดื่มเหล้า ไม่สูบบุหรี่ สมาชิกในครอบครัวไม่มีประวัติ การเจ็บป่วยร้ายแรง พักอาศัยในคอนโดเพียงลำพัง บิดามารดาอาศัยอยู่ต่างจังหวัด เป็นคนเงียบ พูดน้อย

หากไม่สนิท มีการใช้เหตุและผลในการตัดสินใจหา ต่าง ๆ อยู่เสมอ จึงดูเหมือนเครียดง่าย ไม่ค่อยบอก ความรู้สึกให้ผู้อื่นทราบ เป็นคนที่มีการคิดรอบคอบ ก่อนการตัดสินใจทุกครั้งเชื่อมั่นในความคิดของตนเอง

อาการสำคัญที่มาโรงพยาบาล มีอาการปวด บริเวณหน้าอกกว้างไปหลัง 6 ชั่วโมงก่อนมาโรงพยาบาล ปวดบริเวณท้องและหน้าอกมากขึ้นจึงมาตรวจที่ห้องฉุกเฉิน ผลการถ่ายภาพรังสีทางช่องท้อง สงสัยภาวะ ของลำไส้ขาดเลือด (bowel ischemia) ผลการตรวจ ช่องท้องด้วยเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ (computerized tomography whole abdomen) พบว่ามีภาวะของ หลอดเลือดแดงใหญ่ฉีกขาดที่บริเวณ descending aorta (aortic dissection type B) และกระจายไปส่วนปลาย ของหลอดเลือดแดงใหญ่ในช่องท้องที่เลี้ยงลำไส้ (abdominal aorta) ได้แก่ celiac artery (CA) ส่วน superior mesenteric artery (SMA) และ inferior mesenteric artery (IMA) ไม่พบการบวมของผนังลำไส้ (bowel swelling) ไม่พบน้ำหรือลมในช่องท้อง (no free air no free fluid) แพทย์พิจารณาทำผ่าตัดสอดใส่หลอดเลือดเทียมชนิด ขดลวดหุ้มกราฟต์ผ่านทางหลอดเลือดแดง (thoracic endovascular aneurysm repair: TEVAR) หลังผ่าตัด 2 สัปดาห์ผู้ป่วยมีอาการดีขึ้น สามารถรับประทานอาหาร ได้ปกติ ลูกเดินช่วยเหลือตัวเองได้ หลังผ่าตัดสัปดาห์ที่ 3 เริ่มมีไข้ ปวดแน่นท้องมากขึ้นบริเวณท้องน้อยด้านขวา ตรวจร่างกายโดยการกดหน้าท้องลงไปแล้วปล่อยมือ ออกโดยเร็วบริเวณตำแหน่งหน้าท้องส่วนล่างด้านซ้าย และขวา ผู้ป่วยรู้สึกเจ็บมากจนสะดุ้ง (rebound tenderness positive at LLQ และ RLQ) เมื่อแพทย์ส่งตรวจช่องท้อง ด้วยเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ พบลำไส้มีการขาดเลือด และมีการฉีกขาดบริเวณลำไส้เล็กตั้งแต่บริเวณ ligament of treitz จนถึงบริเวณหูดุโวลีไอซีคัล และบริเวณ ลำไส้ใหญ่ด้านซ้ายยาวประมาณ 90 ซม. แพทย์จึงทำ

ผ่าตัด เพื่อตัดลำไส้เล็กและลำไส้ใหญ่ด้านขวา (Rt hemicolectomy) และเปิดทวารเทียมหน้าท้องด้านซ้าย ชนิด ileostomy (explore lap with small bowel resection with abdominal toilet with retention suture with double barrel ostomy at LUQ) หลังผ่าตัด 2 สัปดาห์ ผู้ป่วยยังคงมีอาการปวดท้อง ประเมินความปวดโดยใช้ numeric pain scale ได้ 10 คะแนน อาการปวดยังไม่ทุเลา ร่วมกับการมีไข้สูง 37.5-39 องศาเซลเซียส จำนวนเม็ดเลือดขาว 20,760 / μ L สังเกตช่องท้องด้วยเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ พบลักษณะมีลมเข้าไปอยู่ในผนังของลำไส้ (pneumatosis intestinalis of 2nd point duodenum along small bowel) ซึ่งเป็นลักษณะของลำไส้ขาดเลือดและมีการตายของเนื้อเยื่อลำไส้ (mesenteric ischemia gangrenous bowel) แพทย์พิจารณาไม่ทำผ่าตัดเนื่องจากมีความเสี่ยงสูงต่อการเสียชีวิตขณะทำการผ่าตัด จึงแจ้งญาติมารับทราบข้อมูล และวางแผนให้การดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองที่บ้าน ผู้เขียนได้รับการปรึกษาเรื่องแนวทางการดูแลผู้ป่วยด้านโภชนาการผู้ป่วยที่มีภาวะลำไส้สั้นและเตรียมจำหน่ายกลับบ้าน จึงได้รวบรวมข้อมูลจากการสัมภาษณ์ผู้ป่วยและญาติ พบว่าผู้ป่วยมีความรู้สึกหมดหนทางช่วยเหลือต่อความเจ็บป่วย ทำให้เกิดความพ้อในการดูแลตนเอง ความสามารถในการดูแลตนเองลดลง จึงไม่เพียงพอในการตอบสนองต่อความต้องการ การดูแลตนเองขาดแรงจูงใจในการที่จะกระทำการดูแลตนเอง ระหว่างอยู่โรงพยาบาลผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่ามีภาวะซึมเศร้า ได้รับการรักษาด้วยยา Escitalopram 20 มก. 1 เม็ด เย็น Trazodone 1/2-1 เม็ด เมื่อจำเป็น Clonazepam 0.5 มก. 1 เม็ด ก่อนนอน ileostomy ถ่ายอุจจาระเป็นน้ำมากกว่าเนื้อประมาณ 2,000-2,500 มล./วัน รับประทานอาหารทางปากได้ 1/3 ของปริมาณที่โรงพยาบาลจัดให้ ดื่มน้ำได้ประมาณ 1,000 มล./วัน

บทบาทผู้ปฏิบัติการพยาบาลชั้นสูง ในการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะลำไส้สั้น

ผู้เขียนได้ใช้สมรรถนะการเป็นพยาบาลปฏิบัติงานด้านโภชนาบำบัดประจำโรงพยาบาลและสมรรถนะการเป็นผู้ปฏิบัติการพยาบาลชั้นสูงตามข้อกำหนดของสภาการพยาบาล¹⁵ มาประยุกต์ใช้ร่วมกับทฤษฎีการพยาบาลของโอเร็มในการดูแลผู้ป่วยภาวะลำไส้สั้นที่มีปัญหาด้านโภชนาการ เพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยได้รับพลังงานและสารอาหารเพียงพอต่อความต้องการของร่างกาย โดยเฉพาะกลุ่มผู้ป่วยที่มีความจำเป็นต้องได้รับสารอาหารทางหลอดเลือดดำเป็นระยะเวลานาน เพื่อการปรับตัวของลำไส้ ผู้เขียนได้นำข้อมูลทั้งหมดของผู้ป่วยปรึกษาแพทย์ด้านโภชนาบำบัด และได้ประชุมร่วมกับทีมเพื่อหาแนวทางการดูแลผู้ป่วย จึงตัดสินใจวางแผนการให้สารอาหารทางหลอดเลือดดำ ตามแนวปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะลำไส้สั้น และวางแผนการให้สารอาหารทางหลอดเลือดดำต่อที่บ้าน ผู้เขียนได้ให้การดูแลจัดการปัญหาตามประเด็นต่าง ๆ โดยใช้ทฤษฎีการพยาบาลของโอเร็มในการดูแลผู้ป่วย รายนี้ตามการประเมินความพร้อมในการดูแลตนเองของผู้ป่วย เพื่อเตรียมตัวผู้ป่วยกลับบ้าน ดังต่อไปนี้

1. มีภาวะของความรู้สึหมดหนทางช่วยเหลือ

วิเคราะห์ปัญหา ความรู้สึหมดหนทางช่วยเหลือ (helplessness) ในผู้ป่วยรายนี้ เกิดจากการอยู่ในสถานการณ์เจ็บป่วยที่รุนแรง ไม่สามารถควบคุมอาการต่าง ๆ ได้⁶ เช่น ความเจ็บปวดทุกข์ทรมาน ปัญหาเรื่องการดูดซึมสารอาหารของระบบทางเดินอาหาร อาการเบื่ออาหาร รับประทานอาหารได้น้อย หลังอาหารจะมีอาการคลื่นไส้มาก บางครั้งอาเจียนทันที ไม่สามารถควบคุมการขับถ่ายด้วยตนเอง ไม่สามารถเคลื่อนไหวตัวเองได้อย่างตั้งใจ และพยาบาลกระตุ้นให้ช่วยเหลือ

ตัวเองให้มากที่สุด เป็นต้น เป็นเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นทุกวัน รวมทั้งบุคลิกของผู้ป่วยเป็นคนพูดน้อย ไม่อยากขอความช่วยเหลือจากพยาบาล ทำให้อาการเจ็บป่วยไม่ได้รับการแก้ไขที่เหมาะสม และการที่ผู้ป่วยได้ข้อมูลจากแพทย์ว่าถูกตัดลำไส้ออกไปเหลือประมาณ 100 ซม. ไม่สามารถดูดซึมสารอาหารมาใช้อย่างเพียงพอต่อความต้องการของร่างกาย อาจทำให้มีภาวะขาดสารอาหารและเสียชีวิตในที่สุด แพทย์ได้เชิญบิดามารดามาดูคุยถึงแผนการรักษาแบบประคับประคอง และตัดสินใจไม่ให้มีการทำหัตถการเพื่อยื้อชีวิตหากมีเหตุการณ์ฉุกเฉิน ผู้ป่วยอยากให้แพทย์ให้ยานอนหลับเพื่อให้ตนเองจากไปอย่างสงบในวาระท้ายของชีวิต แสดงให้เห็นว่าผู้ป่วยขาดแรงจูงใจในการที่จะมีชีวิตอยู่ จึงให้แพทย์เป็นผู้ตัดสินใจในการรักษาแทนตนเอง ซึ่งส่งผลกระทบต่อความสามารถในการดูแลตนเอง ทำให้เกิดความพร่องในการดูแลตนเอง อีกทั้งผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่ามีภาวะซึมเศร้า ได้รับยา Escitalopram 20 มก. 1 เม็ด เย็น Trazodone ½-1 เม็ดเมื่อจำเป็น Clonazepam 0.5 มก. 1 เม็ด ก่อนนอน ซึ่งภาวะซึมเศร้าอาจส่งผลให้มีพฤติกรรมเปลี่ยนแปลงได้ เช่น ไม่ให้ความร่วมมือในการดูแลตนเอง การรับประทานอาหารไม่เพียงพอ เป็นต้น¹⁷

กิจกรรมการพยาบาล ผู้เขียนได้ตรวจเยี่ยมผู้ป่วยทุกวันเพื่อให้การดูแลด้านต่าง ๆ ร่วมด้วย โดยให้การพยาบาลระบบทดแทนทั้งหมด เช่น การทำแผลผ่าตัดกลางหน้าท้อง การทำแผลบริเวณที่แทงสายสวนหลอดเลือดดำส่วนกลาง และร่วมกับพยาบาลออลดีมีในการดูแลทวารเทียมทางหน้าท้อง การจัดการความไม่สุขสบายจากอาการปวด เช่น ดูแลให้ได้ยาแก้ปวดตามแผนการรักษา การจัดทำนอนเพื่อบรรเทาอาการปวด เป็นต้น ดูแลให้ได้รับยาจิตเวช Escitalopram 20 มก. 1 เม็ด เย็น, Trazodone ½-1 เม็ดเมื่อจำเป็น ซึ่งเป็น

ยารักษาโรคซึมเศร้าที่ออกฤทธิ์ต่อสารสื่อประสาท (selective serotonin reuptake inhibitors: SSRIs) โดยเฉพาะยา Escitalopram เมื่อนำมาใช้กับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจขาดเลือดที่มีภาวะซึมเศร้าจะพบอาการไม่พึงประสงค์ต่อระบบหัวใจและหลอดเลือดน้อย เช่น อาการนอนไม่หลับ คลื่นไส้อาเจียน อ่อนเพลีย และน้ำหนักลด เป็นต้น และยังพบว่ายากลุ่ม SSRIs อาจมีฤทธิ์ต้านการเกาะกลุ่มของเกล็ดเลือด (antiplatelet effect) ซึ่งเป็นประโยชน์ในผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือด¹⁷ ผู้เขียนสังเกตว่าเมื่อผ่านไป 1 สัปดาห์ ผู้ป่วยเริ่มพูดคุยกักถามข้อมูลมากขึ้น และให้การยอมรับในการเข้ามาดูแลผู้ป่วย ผู้ป่วยอยากอยู่กับครอบครัวเป็นครั้งสุดท้าย อยากพูดคุยกับบิดามารดา เพื่อไม่ให้มีสิ่งค้างคาใจเมื่อต้องจากไป ผู้เขียนได้ดำเนินการให้ผู้ป่วยและญาติได้มีโอกาสอยู่ด้วยกันในห้องพิเศษเดี่ยวเพื่อให้ผู้ป่วยได้อยู่กับครอบครัวอย่างใกล้ชิด และเข้าเยี่ยมผู้ป่วยอย่างสม่ำเสมอ เพื่อให้ผู้ป่วยไว้วางใจ รู้สึกว่าไม่ถูกทอดทิ้ง ให้ข้อมูลผู้ป่วยทุกครั้ง รวมทั้งการให้คำชมเชย เพื่อเสริมพลังบวกให้เกิดแรงจูงใจในการดูแลตนเอง ซึ่งแรงจูงใจถือเป็นปัจจัยสำคัญหนึ่งในสิบของพลังความสามารถที่จะทำให้บุคคลปฏิบัติการดูแลตนเองได้อย่างจงใจ⁷

ผลลัพธ์การดูแล จากการพูดคุยกับผู้ป่วยพบว่า มุมมองต่อเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นเปลี่ยนไปในทางที่มีความหวังมากขึ้น มองเห็นพยาบาลมีส่วนช่วยในการลดความรู้สึกหมดหนทางช่วยเหลือ และเริ่มให้ความสนใจในการดูแลตนเองมากขึ้น ระยสนี้พยาบาลให้การดูแลระบบทดแทนบางส่วนโดยพยาบาลและผู้ป่วยร่วมกันรับผิดชอบในการสนองตอบความต้องการการดูแลตนเองทั้งหมดของผู้ป่วย โดยตั้งเป้าหมายร่วมกันกับผู้ป่วยทำให้ผู้ป่วยสามารถควบคุมอาการ/กิจกรรม เช่น ความปวด การทำกายภาพบำบัด การลุกนั่งด้วยตนเอง การรับประทานอาหารที่ตนเองชอบ การดูแลทวาร

เทียมหน้าท้อง เป็นต้น รวมทั้งส่งเสริมให้บิดามารดาให้กำลังใจผู้ป่วย ทำให้ผู้ป่วยมีกำลังใจและอาการทางกายดีขึ้น ไม่มีไข้ คะแนนความปวด 4 คะแนน รับประทานอาหารได้ตามแผนการรักษา แม้จะมีถ่ายอุจจาระเป็นน้ำออกทางหน้าท้องวันละ 1,500 – 2,000 มล. แต่ผู้ป่วยสามารถบริหารจัดการได้ด้วยตนเอง โดยมีบิดาเป็นผู้ช่วยและปฏิบัติตามคำแนะนำของทีมดูแลสุขภาพ

2. มีภาวะไม่สมดุลของสารน้ำและอิเล็กโทรไลต์เนื่องจากถ่ายเหลวจากลำไส้ดูดซึมไม่มีประสิทธิภาพ

วิเคราะห์ปัญหาผู้ป่วยรายนี้ได้รับการผ่าตัดลำไส้ประเภท Jejunocolonic anastomosis มี ileostomy หน้าท้องด้านซ้าย ถ่ายอุจจาระมีไขมันปนออกมา (steatorrhea) เป็นน้ำมากกว่าเนื้อประมาณ 2,000–2,500 มล./วัน เนื่องจากลำไส้ส่วนไอเลียมทำหน้าที่ในการดูดกลับเกลือน้ำดี ร่างกายจึงไม่สามารถย่อยและดูดซึมไขมันได้ รวมถึงวิตามินที่ละลายในไขมันด้วยเช่นกัน การลดลงของการหลั่งเกลือน้ำดี และการเปลี่ยนแปลงกลไกการตอบสนองฮอร์โมน ได้แก่ ฮอร์โมนเปปไทด์ YY (peptide YY) กลูคากอน ไลค์ เปปไทด์-1 (glucagon-like-peptide: GLP-1) และลำไส้เล็กที่มีอาหารผ่านยังกระตุ้นการสร้างกลูคากอน ไลค์ เปปไทด์-2 (glucagon-like-peptide: GLP-2) มีฤทธิ์ในการยับยั้งการบีบตัวของกระเพาะอาหาร (gastric emptying) และลำไส้ลดปริมาณสารคัดหลั่งเข้าสู่ระบบทางเดินอาหาร ส่งผลต่อระยะเวลาของอาหารที่อยู่ในระบบทางเดินอาหารนานขึ้น เมื่อลำไส้ถูกตัดออกทำให้เกิดความเสี่ยงสูงต่อการสูญเสียน้ำและเกลือแร่จากร่างกาย⁹ โดยอาจเกิดขึ้นในระยะเวลา 6–12 เดือนจากการประเมินพบว่าผู้ป่วยได้รับสารน้ำไม่เพียงพอต่อความต้องการของร่างกาย ระดับครีเอตินิน (creatinine) ที่เพิ่มขึ้นจาก 1.16 มก./ดล. eGFR 79 ml/min/1.73 M² เป็น 1.80 มก./ดล. eGFR 46 ml/min/1.73M² ปริมาณ

ปัสสาวะ 1,000–1,500 มล./วัน ระดับโพแทสเซียม (potassium) 3.00–3.25 มิลลิกรัม/ลิตร

กิจกรรมการพยาบาล ผู้เขียนได้ใช้การดูแลระบบพยาบาลสนับสนุนและให้ความรู้ (educative supportive nursing system) โดยการชี้แนะ การสอน และให้ข้อมูลผู้ป่วยอย่างสม่ำเสมอ เรื่องอาการปัจจุบัน แนวทางการรักษา และคำแนะนำการดูแลตนเอง เพื่อป้องกันภาวะขาดน้ำ โดยแนะนำให้เลี่ยงการดื่มน้ำร่วมกับมื้ออาหาร แนะนำจิบน้ำหรือรับประทานอาหารเหลวระหว่างมื้อแทนการรับประทานอาหารประเภทของแข็งพร้อมกันเพื่อช่วยให้มีการดูดซึมดีขึ้น¹³ แนะนำดื่มเกลือแร่ทดแทนโดยชนิดของเกลือแร่ที่เหมาะสมในผู้ป่วยกลุ่มนี้คือ glucose-saline replacement solution (ORS) จิบน้ำเกลือแร่อย่างน้อย 1–2 ลิตรต่อวัน การเริ่มรับประทานอาหารทางปากควรหลีกเลี่ยงอาหารประเภทรสหวานมาก เช่น น้ำอัดลม น้ำหวาน น้ำผลไม้ เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ และเครื่องดื่มเกลือแร่ที่ผสมน้ำตาลที่วางขายในท้องตลาด เนื่องจากทำให้มีการสูญเสียน้ำและโซเดียมทางลำไส้ เป็นสาเหตุของของเหลวออกทางทวารเทียมมากขึ้น¹⁸ ร่วมกับดูแลให้ไดยา Loperamide 2 มก. วันละ 3 ครั้งหลังอาหาร ซึ่งช่วยลดการบีบตัวของลำไส้ (antimotility drug) และยับยั้งการหลั่งกรด (antisecretory drug) ปรับขนาดยาตามปริมาณอุจจาระที่ออกมา ร่วมกับดูแลให้ได้รับสารน้ำ 0.9 % NSS + KCL 40 มิลลิกรัม/ลิตร ทางหลอดเลือดดำอัตรา 80 มล./ชั่วโมง และติดตามผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการตามแผนการรักษา โดยปรับอัตราไหลตามปริมาณอุจจาระทางหน้าท้องและปริมาณปัสสาวะที่ออก

ผลลัพธ์การดูแล ติดตามการรักษาก่อนจำหน่ายกลับบ้าน พบว่าผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองในการจัดการปริมาณน้ำที่ดื่มเพื่อให้สมดุลกับปริมาณสารน้ำที่ออกจาก

ร่างกายได้ส่งผลให้ระดับครีเอตินินในปัสสาวะลดลง จาก 1.80 มก./ดล. eGFR 46 ml/min/1.73M² เป็น 1.48 มก./ดล. eGFR 59 ml/min/1.73M² ปริมาณปัสสาวะออก 1,500 – 2,000 มล./วัน ระดับโพแทสเซียมอยู่ในเกณฑ์ปกติ และไม่ได้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ

หลังจำหน่ายกลับบ้าน 2 สัปดาห์ พบว่าผู้ป่วยดื่มน้ำได้ประมาณวันละ 2,000 มล. อุจจาระทางหน้าท้องออกวันละ 2,000 – 3,000 มล./วัน ตวงปัสสาวะไม่สม่ำเสมอออกประมาณ 1,000 – 1,250 มล./วัน ระดับครีเอตินินในปัสสาวะสูงขึ้นจาก 1.48 มก./ดล. eGFR 59 ml/min/1.73M² เป็น 1.91 มก./ดล. eGFR 43 ml/min/1.73M² รู้สึกกระหายน้ำเป็นบางครั้ง และริมฝีปากแห้ง จากการสอบถามพบว่าผู้ป่วยเริ่มทำกิจกรรมนอกบ้านบ่อยมากขึ้น เช่น การไปทำงาน ไปท่องเที่ยว และไปงานเลี้ยงกับเพื่อน ทำให้วิตกกังวลเกี่ยวกับการเหลืงขับถ่าย จึงดื่มน้ำน้อยลงเมื่ออยู่นอกบ้าน ผู้เขียนได้ชี้ให้เห็นถึงความสำคัญของการดูแลให้ร่างกายได้รับน้ำอย่างเพียงพอต่อความต้องการ เน้นย้ำการจิบน้ำระหว่างวันบ่อย ๆ ร่วมกับการได้สารน้ำ 1,000 มล. ใน 3 ชั่วโมง ระหว่างช่วงกลางวันทางสายสวนหลอดเลือดดำส่วนกลางวันละครั้ง และแนะนำให้ทำการบันทึกปริมาณน้ำดื่ม ปริมาณอุจจาระ ปัสสาวะ ทุกวัน หรือทุกครั้งที่มีการเทของเสียทิ้ง เมื่อติดตามอาการผู้ป่วย สัปดาห์ที่ 4 หลังจำหน่ายกลับบ้าน พบว่าระดับครีเอตินินในปัสสาวะลดลงจาก 1.91 มก./ดล. eGFR 43 ml/min/ 1.73M² เป็น 1.59 มก./ดล. eGFR 54 ml/min/ 1.73M² ปัสสาวะออกประมาณ 2,000 มล./วัน

3. เสี่ยงต่อการได้รับสารอาหารและวิตามิน
ไม่เพียงพอต่อความต้องการของร่างกาย

วิเคราะห์ปัญหา จากการประเมินภาวะโภชนาการ โดยใช้แบบประเมิน Nutrition Alert Form พบว่า

ผู้ป่วยมีภาวะทุพโภชนาการระดับรุนแรง (NAF C) จึงวางแผนการให้โภชนาบำบัด โดยคำนวณความต้องการพลังงานและสารอาหาร¹⁹ จากน้ำหนักผู้ป่วย 79.5 กิโลกรัม x 30 กิโลแคลอรี จะได้พลังงานที่ต้องการ 2,385 กิโลแคลอรีต่อวัน และความต้องการโปรตีน จากน้ำหนักผู้ป่วย 79.5 กิโลกรัม x 1.5 กรัม (โปรตีน) จะได้โปรตีนที่ต้องการ 120 กรัมต่อวัน การให้อาหารทางระบบทางเดินอาหารนั้นเป็นทางเลือกที่ดีที่สุดโดยสูตรอาหารพิจารณาตามลักษณะของลำไส้ที่เหลืออยู่ ผู้ป่วยรายนี้ได้รับการผ่าตัดลำไส้ประเภท Jejunocolonic anastomosis ในระยะการปรับตัวของลำไส้หลังการผ่าตัด อาจใช้เวลาประมาณ 1-2 ปี ดังนั้นสามารถเริ่มการให้อาหารในระบบทางเดินอาหารควบคู่กับการได้รับสารอาหารทางหลอดเลือดดำเพื่อกระตุ้นการดูดซึมของลำไส้ได้ทันที²⁰ นอกจากนี้ยังเสี่ยงต่อการสูญเสียตัวรับวิตามิน บี 12 ดังนั้นผู้ป่วยจึงจำเป็นต้องได้วิตามินบี 12 เสริม การตัดลำไส้ส่วนไอลิเยมออกทำให้การดูดซึมเกลือแร่ต่ำลง การดูดซึมไขมันและวิตามินที่ละลายในไขมันลดลง รวมทั้งการขาดแมกนีเซียม เนื่องจากบริเวณไอลิเยมเป็นบริเวณที่มีการดูดซึมแมกนีเซียมมากที่สุด¹⁰ ก่อนจำหน่ายกลับบ้านผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการอยู่ในเกณฑ์ปกติ ระดับโพแทสเซียม 3.96 มิลลิอิลลิวาเลนซ์/ลิตร ระดับแมกนีเซียม 2.2 มก./ดล.

กิจกรรมพยาบาล ผู้เขียนได้ใช้การดูแลระบบพยาบาลสนับสนุนและให้ความรู้ (educative supportive nursing system) โดยการชี้แนะ การสอน ผู้ป่วยและญาติ ในการให้สารอาหารทางหลอดเลือดดำที่บ้าน ควบคู่กับการรับประทานอาหารทางปาก เพื่อเตรียมตัวกลับไปดูแลตนเองที่บ้าน ดังนี้

1. ผู้ป่วยได้รับสารอาหารทางหลอดเลือดดำ ส่วนกลาง ชนิด 3 in 1 สูตร SMOF kabiven 2,200 กิโลแคลอรี + addamel 1 amp + soluvit 1 amp +

vitalipid 1 amp หยดเข้าทางหลอดเลือดดำทางสายสวนหลอดเลือดดำส่วนกลางชนิด Hickman catheter ที่บ้าน และนัดรับสารอาหารทางหลอดเลือดดำทุก 2 สัปดาห์ และทบทวนแนวทางการให้สารอาหารทางหลอดเลือดดำ โดยกำหนดช่วงเวลาที่ให้ประมาณ 18.00 น. – 06.00 น. รวมเวลา 12 ชั่วโมง เพื่อให้ช่วงกลางวันผู้ป่วยสามารถปฏิบัติภารกิจประจำวันได้อย่างปกติ

2. แนะนำการรับประทานอาหารทางปากเพื่อกระตุ้นระบบทางเดินอาหารให้ปรับตัวกลับมาดูดซึมสารอาหารได้ดีขึ้น ดังนี้

การรับประทานอาหารกลุ่มคาร์โบไฮเดรตเชิงซ้อน ได้แก่ ธัญพืช ข้าว มันฝรั่ง เป็นต้น ซึ่งจะช่วยในเรื่องของความสมดุลของน้ำในร่างกาย โยอาหารที่เหลือยังสามารถเปลี่ยนเป็นพลังงานประมาณ 1,000 กิโลแคลอรีต่อวันที่บริเวณลำไส้ใหญ่ อาหารกลุ่มนี้ยังช่วยลดปริมาณของอุจจาระที่ออกทางทวารเทียมได้ ควรหลีกเลี่ยงอาหารประเภทรสหวานมาก เช่น น้ำอัดลม น้ำหวาน น้ำผลไม้ เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ และเครื่องดื่มเกลือแร่ที่ผสมน้ำตาลที่วางขายในท้องตลาด เนื่องจากจะกระตุ้นทำให้มีการถ่ายอุจจาระเพิ่มมากขึ้น

การได้รับโปรตีนที่ได้จากธรรมชาติมีคุณภาพสูง (high biological value) เช่น เนื้อปลา เนื้อไก่ ไข่ขาว เป็นต้น¹³ รวมถึงโปรตีนจากพืช เพื่อเพิ่มการได้รับกรดอะมิโนที่จำเป็นทั้งหมด

การแนะนำการรับประทานอาหารกลุ่มไขมันให้น้อยลง เลือกรับประทานไขมันที่มีคุณภาพสูง ได้แก่ ไข่ปลา อะโวคาโด เนยถั่ว และน้ำมัน เลือกชนิดของไขมันที่มีกรดไขมันจำเป็นซึ่งส่วนใหญ่พบในน้ำมันพืช เช่น น้ำมันถั่วเหลือง น้ำมันคาโนล่า เป็นต้น โดยรับประทานร้อยละ 20–30 ของพลังงานที่ควรได้รับ เนื่องจากการได้รับไขมันจำนวนมากเกินไปส่งผลให้ผู้ป่วยมีอาการ

ถ่ายเหลวเป็นมันลอยมากขึ้น ทำให้เสี่ยงต่อการขาดสารอาหารมากขึ้น^{11, 13}

การดูแลให้ได้รับวิตามินบี12 1,000 ไมโครกรัม ฉีดเข้ากล้ามเนื้อตามแผนการรักษา และ Calciferol (20,000) 1 แคปซูล รับประทานทุกวันจันทร์ พุธ และศุกร์ เมื่อจำหน่ายกลับบ้าน

การทบทวนการผสมวิตามิน และเกลือแร่ ในสารอาหารทางหลอดเลือดดำ ติดตามผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการทุก 1 เดือน

การแนะนำการรับประทานวิตามินที่มีส่วนผสมของวิตามินที่ละลายในไขมัน พร้อมมื้ออาหาร เพื่อช่วยให้การดูดซึมวิตามิน และแร่ธาตุได้ดีขึ้น¹⁰

3. แนะนำการรับประทานอาหารปริมาณที่มากกว่าร่างกายต้องการต่อวันเพิ่มขึ้นร้อยละ 150 เป็นสิ่งจำเป็น อาจแนะนำการเพิ่มปริมาณอาหาร โดยแบ่งเป็น 5–6 มื้อต่อวัน ซึ่งเป็นวิธีการที่ช่วยให้สามารถลดการอาเจียน อาการอึดแน่นท้อง ในผู้ป่วยที่มีปัญหาระบบทางเดินอาหาร แต่อาจต้องมีการควบคุมคุณภาพของอาหาร ขนาดของมื้ออาหาร ความถี่ และเวลาในการรับประทานอาหารเฉพาะราย เพื่อให้ได้รับอาหารอย่างเหมาะสม และได้รับพลังงานเพิ่มขึ้น²¹

ผลลัพธ์การดูแล ระหว่างผู้ป่วยกลับปศุสถานเอง ต่อที่บ้านไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการได้รับสารอาหารทางหลอดเลือดดำ โดยเฉพาะไม่เกิดการติดเชื้อที่สายสวนหลอดเลือดดำส่วนกลาง ทำให้สามารถได้รับพลังงานและสารอาหารได้อย่างต่อเนื่อง พบระดับแคลเซียมแมกนีเซียม และฟอสฟอรัสอยู่ในเกณฑ์ปกติ ผลตรวจระดับอัลบูมินเพิ่มขึ้นจาก 2.2 กรัม/ดล. เป็น 3.3 กรัม/ดล. น้ำหนักตัวมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นจาก 88 กก. เป็น 92 กก. ดัชนีมวลกาย 29.88 กก./ม² ผู้เขียนได้ปรึกษาแพทย์แนะนำให้ปรับลดสารอาหารทางหลอดเลือดดำเป็นการให้ 6 วันต่อสัปดาห์และแนะนำการออกกำลังกาย

เพื่อเพิ่มกล้ามเนื้อ โดยให้ออกกำลังกายแบบการใช้แรงต้าน (resistance exercise) ซึ่งพบว่าสามารถช่วยลดน้ำหนักลดไขมันในร่างกายและในหลอดเลือด รวมทั้งยังช่วยลดการสูญเสียมวลกล้ามเนื้อระหว่างการลดน้ำหนักด้วย²² เมื่อติดตามอาการผู้ป่วยสัปดาห์ที่ 4 หลังจำหน่ายกลับบ้านพบว่า มีระดับโพแทสเซียมต่ำ 3.28 มิลลิอิควิวเลนซ์/ลิตร แพทย์พิจารณาให้เพิ่มโพแทสเซียมคลอไรด์ 40 มิลลิอิควิวเลนซ์/ลิตร ผสมในสารอาหารทางหลอดเลือดดำวันละครั้ง จึงแนะนำการบริหารยาความเสี่ยงสูงให้กับผู้ดูแล โดยเน้น 1) ตรวจสอบขนาดยาให้ตรงตามคำสั่งแพทย์ 2) การให้ยาต้องผสมกับสารอาหารทางหลอดเลือดดำเท่านั้น ห้ามให้โดยตรง 3) ขณะให้สารอาหารทางหลอดเลือดดำที่ผสมโพแทสเซียม ควรบริหารผ่านเครื่องควบคุมหยดน้ำเพื่อให้ได้จำนวนสารละลายที่ถูกต้อง 4) รับประทานอาหารที่มีโพแทสเซียมสูง ได้แก่ ทุเรียน ถั่วลิสง ถั่วเหลือง พืชตระกูลถั่ว ผักใบเขียว ผักต้ม ผักสด ผลไม้รสเปรี้ยว เช่น ส้ม ฝรั่ง เป็นต้น เฝ้าระวังภาวะระดับโพแทสเซียมสูง ได้แก่ อาการท้องเสีย คลื่นไส้ อาเจียน อ่อนเพลีย ท้องอืด ปัสสาวะบ่อย หัวใจเต้นช้า เป็นต้น เมื่อติดตามอาการ 2 สัปดาห์ต่อมา ระดับโพแทสเซียมในเลือดเป็นปกติ 4.25 มิลลิอิควิวเลนซ์/ลิตร

ระดับแมกนีเซียมต่ำ 1.3 มิลลิกรัม/เดซิลิตร ซึ่งพบได้ในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดลำไส้เล็ก แพทย์แนะนำให้รับประทานยา magnesium oxide (140 มก.) ครั้งละ 1 แคปซูล วันละ 3 ครั้ง หลังอาหาร แนะนำการรับประทานอย่างสม่ำเสมอ หากมีการรับประทานยาอื่น ร่วมด้วย แนะนำให้ทานห่างกับยา magnesium oxide 2 ชั่วโมง พบว่าระดับแมกนีเซียมอยู่ในเกณฑ์ปกติ 2.2-2.8 มก./ดล.

4. มีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการได้รับ
อาหารทางหลอดเลือดดำส่วนกลางที่บ้าน

วิเคราะห์ปัญหา การติดเชื้อเป็นภาวะแทรกซ้อนที่พบได้บ่อยในผู้ป่วยลำไส้สั้นที่ได้รับการใส่สายสวนหลอดเลือดดำส่วนกลางระยะยาว โดยพบอัตราการติดเชื้อจากการใส่สายสวนหลอดเลือดดำส่วนกลาง (CRBSI) ประมาณ 1.47 ครั้ง/1,000 วันใส่สายสวนหลอดเลือดดำส่วนกลาง ดังนั้นการดูแลที่ถูกต้องเป็นสิ่งสำคัญ ผู้ป่วยรายนี้ได้รับการใส่สายสวนหลอดเลือดดำส่วนกลางชนิด Hickman catheter ซึ่งเหมาะกับการใส่ในระยะยาว

กิจกรรมการพยาบาล พยาบาลใช้การดูแลระบบ พยาบาลสนับสนุนและให้ความรู้ (educative supportive nursing system) โดยการชี้แนะ การสอน สาธิต และ ทวนกลับของผู้ป่วยและญาติ เริ่มด้วยการอธิบาย ให้เข้าใจถึงความจำเป็นในการได้รับสารอาหารทาง หลอดเลือดดำ ความเสี่ยง และประโยชน์ที่จะได้รับ เพื่อให้ผู้ป่วยและญาติให้ความร่วมมือที่ดี จากนั้นได้ ประเมินความพร้อม และความสามารถของบิดา และ มารดาผู้ป่วยในการจัดการระบบการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน เรื่องสิ่งแวดล้อม ความสะอาด ผู้เขียนได้สอนสาธิต เทคนิคต่าง ๆ ในการให้สารอาหารทางหลอดเลือดดำ ส่วนกลาง และให้บิดาและมารดาสาธิตย้อนกลับ รวมทั้ง การแก้ไขข้อบกพร่องต่าง ๆ จนเกิดความมั่นใจ ก่อน จำหน่ายกลับบ้าน 2 สัปดาห์ การปฏิบัติเช่นนี้ทำให้บิดา และมารดา รวมถึงผู้ป่วยเองรู้สึกเหมือนได้ทำเองเมื่อ อยู่ที่บ้าน การให้สารอาหารทางหลอดเลือดดำที่บ้านจำเป็นต้องเตรียมทักษะต่าง ๆ ให้กับผู้ดูแลผู้ป่วย 4 ประการ คือ²³

- 1) เทคนิคการดูแลแบบสะอาดปราศจากเชื้อ (aseptic technique)
- 2) เทคนิคการเตรียมและให้สารอาหารทาง หลอดเลือดดำ
- 3) เทคนิคการป้องกันสายสวนหลอดเลือดดำ ส่วนกลางอุดตัน
- 4) เทคนิคการทำความสะอาดผิวหนัง

การสอนการดูแลสายสวนหลอดเลือดดำส่วนกลางโดยทำแผลด้วยน้ำยา 70% alcohol เช็ดผิวหนังรอบสาย โดยเริ่มจากโคนสาย วนออกรอบนอกรัศมีประมาณ 3 นิ้ว เพื่อเช็ดคราบสกปรกออก และใช้สำลีอีก 1 ก้อน เช็ดจากโคนสายออกไปทางปลายสายประมาณ 3-4 นิ้ว และรอให้น้ำยาแอลกอฮอล์แห้ง จากนั้นปิดแผลด้วย transparent dressing ชนิด CHG เปิดทำแผลทุก 7 วัน²⁴

การสอนสาธิตและทวนกลับของผู้ป่วยและญาติเกี่ยวกับการผสมวิตามิน และเกลือแร่ในสารอาหารทางหลอดเลือดดำ การใช้หลัก push-pause technique และ positive pressure technique ก่อนและหลังการให้สารอาหารทางหลอดเลือดดำส่วนกลาง เพื่อป้องกันสายอุดตัน²⁵ การตั้งค่าเครื่องควบคุมหยดอาหาร และการแก้ไขปัญหาลำไส้

ผลลัพธ์การดูแล ผู้ป่วยไม่มีภาวะติดเชื้อบริเวณที่แทงสายสวนหลอดเลือดดำส่วนกลางขณะอยู่บ้าน และปฏิบัติได้อย่างถูกต้องโดยการสอบถามทวนวิธีการดูแลสายให้อาหาร และการให้สารอาหารทางหลอดเลือดดำ

สรุปผลลัพธ์ในการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะลำไส้สั้น

ผลลัพธ์ด้านผู้ป่วย เนื่องจากผู้ป่วยรายนี้มีภาวะหมดหนทางช่วยเหลือ ทำให้เกิดความพร่องในการดูแลตนเองจากการขาดแรงจูงใจในการดูแลตนเอง การรับฟังและพยายามเข้าใจถึงความต้องการของผู้ป่วยที่แท้จริง ส่งเสริมให้เกิดทัศนคติในทางบวกกับการดูแลช่วยเหลือตนเอง และมีแรงจูงใจในการที่จะดูแลตนเองมากขึ้น ส่งผลให้ผู้ป่วยสามารถสนองต่อความต้องการในการดูแลตนเองได้มากขึ้น และสามารถดำเนินชีวิตได้เหมือนปกติในระหว่างการรักษาด้วยการให้สารอาหารทางหลอดเลือดดำ เช่น ไปทำงาน มีรายได้เป็นของตนเอง ไปเที่ยวกับครอบครัวและเพื่อน ๆ หลังจากได้รับสารอาหารทางหลอดเลือดดำส่วนกลางที่บ้าน 6 เดือน

ผู้ป่วยสามารถปิดทวารเทียมทางหน้าท้องและรับประทานอาหารทางปากได้ปกติ รวมทั้งหยุดการให้สารอาหารทางหลอดเลือดดำได้ในระยะเวลา 1 ปี หยุดยารักษาโรคซึมเศร้าได้ และไม่มีการกลับเป็นซ้ำในระยะ 1 ปี ที่ติดตามอาการผู้ป่วย

ผลลัพธ์ด้านผู้ดูแลสุขภาพ ในฐานะผู้ปฏิบัติการพยาบาลชั้นสูงสามารถใช้สมรรถนะ 9 ด้านในการดูแลผู้ป่วยคือ การดูแลผู้ป่วยโดยตรง (direct care) ในผู้ป่วยกลุ่มภาวะลำไส้สั้นที่มีปัญหาด้านโภชนาการและการประสานงาน (collaboration) กับทีมสหสาขาวิชาชีพ เพื่อให้การดูแลผู้ป่วยอย่างมีประสิทธิภาพ การนำหลักฐานเชิงประจักษ์ (evidence-based practice) มาใช้ในการดูแลผู้ป่วย เรื่องการให้สารอาหารทางหลอดเลือดดำส่วนกลางที่บ้าน เป็นที่ปรึกษา (consultant) ให้กับพยาบาลประจำหอผู้ป่วย เป็นที่ปรึกษาและให้ความรู้ (educator) ให้กับผู้ป่วยและญาติ เพื่อให้ผ่านพ้นภาวะหมดหนทางช่วยเหลือของผู้ป่วย หันกลับมามีแรงจูงใจในการมีชีวิตอยู่และการดูแลตนเอง และเป็นบทบาทของการเป็นผู้นำการเปลี่ยนแปลง (change agent) ในการพัฒนาระบบการให้สารอาหารทางหลอดเลือดดำส่วนกลางที่บ้านในโรงพยาบาลซึ่งไม่เคยมีการปฏิบัติมาก่อนในหน่วยงาน เป็นการพัฒนาทักษะของผู้เขียนเอง และเป็นการพัฒนาองค์กรในด้านการให้บริการ

ผลลัพธ์ด้านคุณภาพการดูแล โรงพยาบาลที่ผู้เขียนปฏิบัติงานอยู่ ยังไม่มีระบบการดูแลการให้สารอาหารทางหลอดเลือดดำส่วนกลางที่บ้าน ผู้เขียนจึงได้พัฒนาแนวทางการให้สารอาหารทางหลอดเลือดดำส่วนกลางที่บ้าน โดยมีผู้ป่วยเป็นต้นแบบรายแรกในโรงพยาบาล ทำให้เกิดการพัฒนาระบบที่เป็นประโยชน์ต่อผู้ป่วยที่มีภาวะลำไส้สั้น หรือผู้ป่วยกลุ่มอื่น ๆ ต่อไปในการให้สารอาหารทางหลอดเลือดดำส่วนกลางที่บ้าน

ข้อคิดเห็นและข้อเสนอแนะ

ทฤษฎีความพร้อมในการดูแลตนเองของโอเร็มสามารถนำมาเป็นกรอบในการปฏิบัติงานของพยาบาลผู้ปฏิบัติการพยาบาลชั้นสูง โดยสามารถใช้ในการประเมินความสามารถและคุณสมบัติขั้นพื้นฐานของผู้ป่วย หากพบว่าผู้ป่วยขาดคุณสมบัตินี้ย่อมทำให้ขาดความสามารถในการกระทำกิจกรรมอย่างจริงจังและมีเป้าหมาย ดังนั้นการที่จะทำให้ผู้ป่วยหันมาดูแลตนเองมากขึ้น พยาบาลจะต้องช่วยให้ผู้ป่วยเกิดแรงจูงใจในการดูแลตนเองกลับมาอีกครั้ง โดยการให้ข้อมูลที่เป็นจริง และแนวทางแก้ไขที่เป็นไปได้ และให้ผู้ป่วยร่วมตัดสินใจในการเลือกแนวทางการรักษา จากนั้นจึงใช้ระบบการพยาบาลเข้าไปช่วยเหลือด้วยวิธีการสอน การชี้แนะ และการสนับสนุนให้ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองได้อย่างถูกต้อง เช่น การดูแลเพื่อให้ได้รับสารอาหารทางหลอดเลือดดำที่บ้านได้อย่างปลอดภัย สามารถกลับไปใช้ชีวิตได้เหมือนปกติ

References

1. Pironi L, Arends J, Baxter J, Bozzetti F, Peláez RB, Cuerda C, et al. ESPEN endorsed recommendations. Definition and classification of intestinal failure in adults. Clin Nutr. 2015;34(2):171–80. <https://doi.org/10.1016/j.clnu.2014.08.017> PMID: 25311444
2. Pironi L, Konrad D, Brandt C, Joly F, Wanten G, Agostini F, et al. Clinical classification of adult patients with chronic intestinal failure due to benign disease: an international multicenter cross-sectional survey. Clin Nutr. 2018;37(2):728–38. <https://doi.org/10.1016/j.clnu.2014.08.017> PMID: 28483328
3. Dibb M, Soop M, Teubner A, Shaffer J, Abraham A, Carlson G, et al. Survival and nutritional dependence on home parenteral nutrition: three decades of experience from a single referral centre. Clin Nutr. 2017;36(2):570–6. <https://doi.org/10.1016/j.clnu.2016.01.028> PMID: 26972088
4. Arhip L, Serrano-Moreno C, Romero I, Cambor M, Cuerda C. The economic costs of home parenteral nutrition: systematic review of partial and full economic evaluations. Clin Nutr. 2021;40(2):339–49. <https://doi.org/10.1016/j.clnu.2020.06.010> PMID: 32631611
5. Yip JYC. Theory-based advanced nursing practice: A practice update on the application of Orem's Self-Care Deficit Nursing Theory. SAGE Open Nurs. 2021;7:23779608211011993. <https://doi.org/10.1177/23779608211011993> PMID: 33959682
6. Nasiri M, Jafari Z, Rakhshan M, Yarahmadi F, Zonoori S, Akbari F, et al. Application of Orem's theory-based caring programs among chronically ill adults: a systematic review and dose-response meta-analysis. Int Nurs Rev. 2023;70(1):59–77. <https://doi.org/10.1111/inr.12808> PMID: 36418147
7. Tanaka M. Orem's nursing self-care deficit theory: A theoretical analysis focusing on its philosophical and sociological foundation. Nurs Forum. 2022; 57(3):480–5. <https://doi.org/10.1111/nuf.12696> PMID: 35037258
8. Pironi L. Definition, classification, and causes of short bowel syndrome. Nutr Clin Pract. 2023; 38 Suppl 1: S9–S16. <https://doi.org/10.1002/ncp.10955> PMID: 37115031
9. Tappenden KA. Pathophysiology of short bowel syndrome: considerations of resected and residual anatomy. JPEN J Parenter Enteral Nutr. 2014; 38(1 Suppl): 14S–22S. <https://doi.org/10.1177/0148607113520005> PMID: 24500909

10. Bering J, DiBaise JK. Short bowel syndrome: complications and management. *Nutr Clin Pract.* 2023; 38 Suppl 1:S46–s58. <https://doi.org/10.1002/ncp.10978> PMID: 37115034
11. Carroll RE, Benedetti E, Schowalter JP, Buchman AL. Management and complications of short bowel syndrome: an updated review. *Curr Gastroenterol Rep.* 2016;18(7):40. <https://doi.org/10.1007/s11894-016-0511-3> PMID: 27324885
12. Liu C, Bhat S, Sharma P, Yuan L, O’Grady G, Bissett I. Risk factors for readmission with dehydration after ileostomy formation: a systematic review and meta-analysis. *Colorectal Dis.* 2021; 23(5):1071–82. <https://doi.org/10.1111/codi.15566> PMID: 33539646.
13. Roberts K, Shah ND, Parrish CR, Wall E. Navigating nutrition and hydration care in the adult patient with short bowel syndrome. *Nutr Clin Pract.* 2023;38 Suppl 1:S59–S75. <https://doi.org/10.1002/ncp.10951> PMID: 37115029
14. Adler M, Millar EC, Deans KA, Torreggiani M, Moroni F. Dietary Management of chronic kidney disease and secondary hyperoxaluria in patients with short bowel syndrome and type3 intestinal failure. *Nutrients.* 2022;14(8):1646. <https://doi.org/10.3390/nu14081646> PMID: 35458207
15. Hanucharurnkul S, Panpakdee O. Advanced practice nursing: Integrated practice. Bangkok: Joodthong; 2010. (in Thai)
16. Yessick LR, Salomons TV. The chronic disease helplessness survey: developing and validating a better measure of helplessness for chronic conditions. *Pain Rep.* 2022; 7(2):e991. <https://doi.org/10.1097/PR9.0000000000000991> PMID: 35311028
17. Sathienluckana T. Pharmacotherapy of depression in patients with chronic medical illness. *Isan Journal of Pharmaceutical Sciences.* 2017;13(3):1–13. <https://doi.org/10.14456/ijps.2017.15> (in Thai)
18. Binder HJ. Development and pathophysiology of oral rehydration therapy for the treatment for diarrhea. *Dig Dis Sci.* 2020; 65(2):349–54. <https://doi.org/10.1007/s10620-019-05881-3> PMID: 31659613
19. van Zanten ARH, De Waele E, Wischmeyer PE. Nutrition therapy and critical illness: practical guidance for the ICU, post-ICU, and long-term convalescence phases. *Crit Care.* 2019; 23(1):368. <https://doi.org/10.1186/s13054-019-2657-5> PMID: 31752979
20. Massironi S, Cavalcoli F, Rausa E, Invernizzi P, Braga M, Vecchi M. Understanding short bowel syndrome: current status and future perspectives. *Dig Liver Dis.* 2020; 52(3):253–61. <https://doi.org/10.1016/j.dld.2019.11.013> PMID: 31892505
21. Dashti HS, Mogensen KM. Recommending small, frequent meals in the clinical care of adults: a review of the evidence and important considerations. *Nutr Clin Pract.* 2017; 32(3):365–77. <https://doi.org/10.1177/0884533616662995> PMID: 27589258
22. Bellicha A, van Baak MA, Battista F, Beaulieu K, Blundell JE, Busetto L, et al. Effect of exercise training on weight loss, body composition changes, and weight maintenance in adults with overweight or obesity: an overview of 12 systematic reviews and 149 studies. *Obes Rev.* 2021; 22 Suppl 4(Suppl 4): e13256. <https://doi.org/10.1111/obr.13256> PMID: 33955140
23. Pichitchaipitak O. Clinical nursing practice guideline for home parenteral nutrition via central venous catheter. Bangkok: Beyond Enterprise; 2015. (in Thai)
24. Selby LM, Rupp ME, Cawcutt KA. Prevention of central-line associated bloodstream infections: 2021 update. *Infect Dis Clin North Am.* 2021; 35(4):841–56. <https://doi.org/10.1016/j.idc.2021.07.004> PMID: 34752222
25. Pironi L, Boeykens K, Bozzetti F, Joly F, Klek S, Lal S, et al. ESPEN guideline on home parenteral nutrition. *Clin Nutr.* 2020;39(6):1645–66. <https://doi.org/10.1016/j.clnu.2020.03.005> PMID: 32359933

ประสิทธิผลของโปรแกรมพัฒนาศักยภาพผู้ดูแลคนพิการทางการเคลื่อนไหว¹

ตติยา พันธุ์สระคู พย.ม.²

ลัทธิวิ ปิยะบัณฑิตกุล Ph.D.(Nursing)³

บทคัดย่อขยาย

บทนำ คนพิการทางการเคลื่อนไหวจำเป็นต้องได้รับการดูแลจากผู้ดูแลที่มีความรู้และทักษะเพิ่มเติมจากญาติผู้ดูแลเพื่อให้การฟื้นฟูสมรรถภาพทางร่างกาย จิตใจ สิ่งแวดล้อม และสิทธิประโยชน์/สวัสดิการได้อย่างมีประสิทธิภาพ แม้มีการอบรมผู้ดูแลตามหลักสูตรของกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข แต่ในปัจจุบันการดูแลยังไม่ครอบคลุมถึงความรู้และทักษะเฉพาะที่จำเป็นสำหรับการดูแลคนพิการ จึงเป็นช่องว่างที่สำคัญในระบบการดูแลระยะยาว ทำให้ผู้ดูแลขาดความมั่นใจในการจัดการดูแลคนพิการทางการเคลื่อนไหวได้อย่างเหมาะสม

วัตถุประสงค์ของการวิจัย เพื่อประเมินประสิทธิผลของโปรแกรมพัฒนาศักยภาพผู้ดูแลคนพิการทางการเคลื่อนไหวในชุมชนแห่งหนึ่งของจังหวัดทางภาคตะวันออกเฉียงเหนือ วัตถุประสงค์เฉพาะ ได้แก่ 1) เพื่อเปรียบเทียบความรู้ของผู้ดูแลคนพิการทางการเคลื่อนไหว ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมฯ และ 2) เพื่อเปรียบเทียบทักษะของผู้ดูแลคนพิการทางการเคลื่อนไหว ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมฯ

การออกแบบการวิจัย การวิจัยแบบกึ่งทดลอง ชนิดกลุ่มเดียววัดก่อนและหลังการทดลอง กรอบแนวคิดของการศึกษาค้นคว้าพัฒนาขึ้นจากทฤษฎีการเรียนรู้เชิงประสบการณ์ของโคลบ์ โปรแกรมพัฒนาศักยภาพผู้ดูแลคนพิการทางการเคลื่อนไหว ประกอบด้วย 4 ขั้น 5 กิจกรรมคือ 1) ขั้นประสบการณ์ เพื่อนำเอาประสบการณ์เดิมไปสู่การเรียนรู้และเพิ่มทักษะของผู้ดูแล (กิจกรรมที่ 1 ล้อมวง เล่าเรื่อง) 2) ขั้นสะท้อนความคิดและอภิปราย เพื่อทบทวน สะท้อนความคิด และวิเคราะห์ประสบการณ์ที่ผ่านมา (กิจกรรมที่ 2 ช่วยกันคิด พิชิตความพิการ) 3) ขั้นความคิดรวบยอด เพื่อสรุปผลการเรียนรู้จากการสะท้อนคิด การแลกเปลี่ยนเรียนรู้ประสบการณ์ และอภิปรายร่วมกันและสรุปเป็นแนวทางวิธีการใหม่ในการเสริมสร้างทักษะของผู้ดูแล (กิจกรรมที่ 3 รวบรวมคิด ผลิตแนวใหม่) และ 4) ขั้นการทดลอง และประยุกต์แนวคิด เพื่อนำแนวทางและวิธีการใหม่ไปทดลองปฏิบัติ เพื่อสร้างความรู้และทักษะของผู้ดูแล ผ่านการเรียนรู้จากประสบการณ์ ทำให้เกิดความมั่นใจและเกิดพลังสู่ความต่อเนื่องยั่งยืน (กิจกรรมที่ 4 รู้แล้ว ต้องฝึกฝน และ กิจกรรมที่ 5 เติมพลัง สู่ความยั่งยืน)

วิธีดำเนินการวิจัย กลุ่มตัวอย่าง ประกอบด้วย ผู้ดูแล 30 คน ที่ผ่านการอบรมหลักสูตรการดูแลผู้สูงอายุ 70 ชั่วโมง ของกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข และปฏิบัติงานในเขตรับผิดชอบของศูนย์แพทย์ชุมชน การเลือกตัวอย่างเป็นแบบเฉพาะเจาะจงตามเกณฑ์คัดเข้าคือ 1) อายุไม่ต่ำกว่า 18 ปี 2) สามารถสื่อสารภาษาไทยได้ดี ทั้งการพูด การอ่าน และการเขียน และ 3) ยินดีเข้าร่วมกิจกรรมตลอดการวิจัย เครื่องมือการวิจัย ได้แก่ 1) โปรแกรมพัฒนาศักยภาพผู้ดูแลคนพิการทางการเคลื่อนไหว 2) บัญชีไลงานอย่างเป็นทางการ “ซักถามเบ่งแยง ADL” 3) คู่มือการส่งเสริมฟื้นฟูการทำกิจวัตรประจำวัน

¹วิทยาลัยพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

²นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

³ผู้ประพันธ์บรรณกิจ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ สาขาวิชาการพยาบาลครอบครัวและชุมชน คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

E-mail: plukaw@kku.ac.th

4) วิดีโอ “ฮักแพง เบ็งแยง ADL” 5) แบบประเมินความรู้ของผู้ดูแลคนพิการทางการเคลื่อนไหว และ 6) แบบประเมินทักษะของผู้ดูแลคนพิการทางการเคลื่อนไหว ดัชนีความตรงตามเนื้อหาของโปรแกรมเท่ากับ .94 ค่าความเชื่อมั่นโดยสัมประสิทธิ์ของคูเดอร์ริชาร์ดสัน-20 ของแบบประเมินความรู้เท่ากับ .82 สัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคของแบบประเมินทักษะของผู้ดูแลเท่ากับ .91 เก็บรวบรวมข้อมูลตั้งแต่เดือนมกราคม ถึงมีนาคม 2567 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา และการทดสอบที่คู่

ผลการวิจัย กลุ่มตัวอย่างทั้งหมดเป็นเพศหญิง อายุเฉลี่ย 55.67 ปี (ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน 5.82) ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสคู่ (ร้อยละ 76.67) ระดับการศึกษาอยู่ในระดับประถมศึกษาและมัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวส. เท่ากัน (ร้อยละ 36.67) ส่วนใหญ่มีประสบการณ์เป็นผู้ดูแลและเคยอบรมการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการทางการเคลื่อนไหว (ร้อยละ 83.33) ผลการศึกษาพบว่า หลังเข้าร่วมโปรแกรมฯ ผู้ดูแลคนพิการมีคะแนนเฉลี่ยความรู้ ($M = 18.73$, $SD = 1.72$) มากกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมฯ ($M = 12.73$, $SD = 3.04$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 16.716$, $p < .001$) เมื่อเปรียบเทียบทักษะพบว่า หลังเข้าร่วมโปรแกรมฯ ผู้ดูแลคนพิการมีคะแนนเฉลี่ยทักษะ ($M = 55.03$, $SD = 4.85$) มากกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมฯ ($M = 36.60$, $SD = 7.53$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 10.087$, $p < .001$) เมื่อพิจารณารายด้านพบว่า หลังเข้าร่วมโปรแกรมฯ ผู้ดูแลมีทักษะทุกด้าน ได้แก่ ด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านครอบครัว ด้านสิ่งแวดล้อม และด้านสิทธิประโยชน์/สวัสดิการ มากกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 11.556$, $p < .001$; $t = 7.837$, $p < .001$; $t = 7.900$, $p < .001$; $t = 6.816$, $p < .001$; $t = 12.976$, $p < .001$ ตามลำดับ) ผลการศึกษานี้ชี้ให้เห็นถึงประสิทธิผลของโปรแกรมพัฒนาศักยภาพผู้ดูแลคนพิการทางการเคลื่อนไหวในการส่งเสริมความรู้และทักษะของผู้ดูแล อย่างไรก็ตามในการศึกษาครั้งนี้มีข้อจำกัดคือ ผู้วิจัยเป็นผู้ประเมินทักษะของผู้ดูแลคนพิการ จึงอาจเกิดอคติจากความไม่ตั้งใจได้ อีกทั้งเป็นการศึกษาที่มีตัวอย่างกลุ่มเดียว เป็นข้อจำกัดของการออกแบบวิจัย

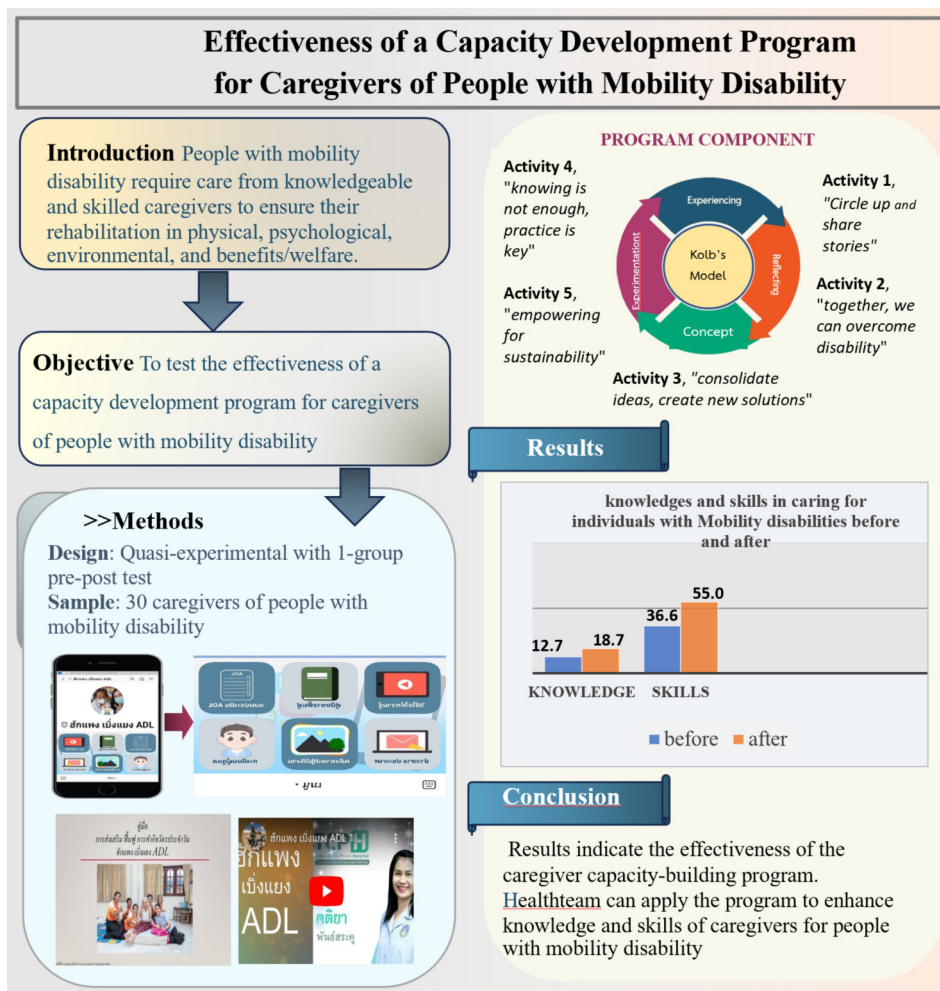
ข้อเสนอแนะ พยาบาลชุมชนและทีมสุขภาพสามารถนำโปรแกรมพัฒนาศักยภาพผู้ดูแลคนพิการทางการเคลื่อนไหวในการศึกษาครั้งนี้ไปประยุกต์ใช้ส่งเสริมความรู้และทักษะของผู้ดูแลคนพิการทางการเคลื่อนไหวที่มีลักษณะคล้ายกลุ่มตัวอย่าง การศึกษาครั้งต่อไปควรออกแบบการวิจัยเป็นเชิงทดลองโดยมีกลุ่มควบคุม และติดตามประเมินทักษะของผู้ดูแล รวมทั้งผลลัพธ์ของคนพิการ

คำสำคัญ การพัฒนาศักยภาพ ผู้ดูแล คนพิการทางการเคลื่อนไหว ทักษะการดูแล ความรู้ในการดูแล วันที่ได้รับ 25 ก.ค. 67 วันที่แก้ไขบทความเสร็จ 19 ก.ย. 67 วันที่รับตีพิมพ์ 19 ก.ย. 67

Effectiveness of a Capacity Development Program for Caregivers of People with Mobility Disability¹

Tatiya Phansakhoo, M.N.S.(Community Nurse Practitioner)²

Lukawee Piyabanditkul, Ph.D.(Nursing)³



Extended Abstract

Introduction People with mobility disability require care from knowledgeable and skilled caregivers in addition to their family members to effectively ensure their rehabilitation in terms of physical, psychological, environmental, and benefits/welfare. Although Thailand's long-term care system mandates caregiver training by the Department of Health, Ministry of Health, this training

¹Thesis, Master of Nursing Science Program in Community Nurse Practitioner, Faculty of Nursing, Khon Kaen University, Khon Kaen, Thailand

²Student, Master of Nursing Science Program in Community Nurse Practitioner, Faculty of Nursing, Khon Kaen University, Khon Kaen, Thailand

³Corresponding author, Assistant Professor, Department of Family and Community Nursing, Faculty of Nursing Khon Kaen University, Khon Kaen, Thailand E-mail: plukaw@kku.ac.th

currently does not adequately address the specific knowledge and skills necessary for caring for people with disabilities, leading to a significant gap in the long-term care system. Consequently, caregivers often lack confidence in properly managing care for those with mobility disability.

Objectives This study aimed to investigate the effectiveness of a capacity development program for caregivers of people with mobility disability in a community in a northeastern province of Thailand. Specific objectives included: 1) To compare the knowledge of caregivers of people with mobility disability before and after participating in the program, and 2) To compare the skills of caregivers of people with mobility disability before and after participating in the program.

Design This study employed a quasi-experimental design with a one-group pretest and posttest. The Kolb's experiential learning theory was used to develop the study's conceptual framework. The caregiver capacity-building program for people with mobility disability consisted of four phases with five activities: 1) Experience: drawing on previous experiences to facilitate learning and enhance the caregivers' skills (Activity 1: Circle Up and Share Stories); 2) Reflection and Discussion: reviewing, reflecting on, and analyzing past experiences (Activity 2: Together, We Can Overcome Disability); 3) Concept: summarizing the lessons learned from reflection, sharing experiences, and group discussions, and developing new strategies to strengthen caregivers' skills (Activity 3: Consolidate Ideas, Create New Solutions); and 4) Experimentation and Application: applying the new strategies and methods in practice to build caregivers' knowledge and skills through experiential learning, leading to increased confidence and sustained empowerment (Activity 4: Knowing is Not Enough, Practice is Key and Activity 5: Empowering for Sustainability).

Methods The participants consisted of 30 caregivers who completed a 70-hour elderly care training course by the Department of Health, Ministry of Health, and were working within the jurisdiction of a Community Medical Center. Through purposive sampling, the participants were selected based on the following inclusion criteria: 1) age at least 18 years old, 2) proficiency in Thai speaking, reading, and writing, and 3) willingness to participate in all activities throughout the study. The research tools included 1) the 8-week caregiver capacity-building program; 2) the Line's official account, "Love and Care for Activities of Daily Living"; 3) the daily living activities promotion and rehabilitation manual; 4) the "Love and Care for Activities of Daily Living" video; 5) the knowledge assessment tool for caregivers of people with mobility disability, and 6) the skills assessment tool for caregivers of people with mobility disability. The content validity index of the program was .94. The reliability of the knowledge assessment tool revealed a Kuder-Richardson-20 (KR-20) of .82 while Cronbach's alpha coefficient of the skills assessment tool was .91. Data were collected from January to March 2024. Data were then analyzed using descriptive statistics and the Paired t-test.

Results The participants were all female, with a mean age of 55.67 years (SD = 5.82). Most of them were married (76.67%) and obtained primary education equal to high school/vocational certificate (36.67%). Most had experiences as caregivers and were trained for rehabilitation for people with mobility disability (83.33%). The research findings revealed that the participants had mean scores for knowledge after participating in the program ($M = 18.73$, $SD = 1.72$) higher than before the program ($M = 12.73$, $SD = 3.04$) with statistical significance ($t = 16.716$, $p < .001$). Also, after participating in the program, the participants had skills in caring for people with mobility disability ($M = 55.03$, $SD = 4.85$) higher than before the program ($M = 36.60$, $SD = 7.53$) with statistical significance ($t = 10.087$, $p < .001$). When considering skill dimensions, it was found that after participating in the program, the participants had skills in physical, psychological, environmental, and benefits/welfare higher than before participating in the program with statistical significance ($t = 11.556$, $p < .001$; $t = 7.837$, $p < .001$; $t = 7.900$, $p < .001$; $t = 6.816$, $p < .001$; $t = 12.976$, $p < .001$, respectively). The study results indicate the effectiveness of the caregiver capacity-building program in enhancing the caregivers' knowledge and skills. However, this study has some limitations. The researcher assesses the caregivers' skills, which may introduce unconscious bias. Additionally, the research design with a single group is a limitation.

Recommendation Community health nurses and the healthcare team can apply the caregiver skill development program from this study to enhance the knowledge and skills of caregivers for people with mobility disability who are similar to the study participants. A future study should be designed as experimental research with a control group, and should include follow-up assessments of caregiver skills as well as the outcomes for those with disability.

Journal of Thailand Nursing and Midwifery Council 2025; 40(1) 18-30

Keywords capacity development/ caregivers/ mobility disability/ caring skills/ caring knowledge
Received 25 July 2024, Revised 19 September 2024, Accepted 19 September 2024

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

สถานการณ์คนพิการในปี พ.ศ. 2564 คนพิการในประเทศไทย คิดเป็นร้อยละ 3.2 ของประชากรทั้งหมด โดยเป็นความพิการทางการเคลื่อนไหวมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 50.2 ของคนพิการทั้งหมด¹ สอดคล้องกับจังหวัดหนองคาย ที่มีคนพิการคิดเป็นร้อยละ 3.1 เป็นความพิการทางการเคลื่อนไหวมากที่สุดเช่นกัน คิดเป็นร้อยละ 44.3 ของคนพิการทั้งหมด² สำหรับตำบลท่าบ่อ ซึ่งเป็นพื้นที่ในการวิจัย มีคนพิการร้อยละ 2.3 โดยเป็นความพิการทางการเคลื่อนไหวและทางกายร้อยละ 58.1³ ในกลุ่มนี้มีผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงร้อยละ 45.2 ติดบ้านร้อยละ 38.7 ติดเตียงร้อยละ 10.7 และเป็นผู้ป่วยโรคเรื้อรังร้อยละ 56.5 บุคคลที่มีความพิการมีข้อจำกัดในการทำกิจวัตรประจำวันและการเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม เนื่องจากความบกพร่องทางการเคลื่อนไหว การมองเห็น การได้ยิน การสื่อสาร พฤติกรรม และอารมณ์จิตใจ ซึ่งจำเป็นต้องได้รับการช่วยเหลือจากผู้ดูแลในการดำรงชีวิต

ความพิการทางการเคลื่อนไหวส่งผลกระทบในหลายด้านต่อตัวคนพิการทั้งด้านร่างกาย เช่น การเกิดแผลกดทับ การติดเชื้ทางเดินปัสสาวะ ข้อติดแข็ง และด้านจิตใจ เช่น อารมณ์และการปรับตัวทางจิตสังคมที่ไม่ดี ด้วยข้อจำกัดในการเคลื่อนไหว ภาวลักษณะที่เปลี่ยนไป ความรู้สึกคุณค่าในตนเองลดลง และการสูญเสียอำนาจ⁴⁻⁵ เป็นภาระของครอบครัวที่ต้องดูแลคนพิการส่งผลให้ครอบครัวต้องเผชิญกับความเครียดและความกังวล⁶ ต้องรับมือกับปัญหาทางการเงิน โดยเฉพาะค่าใช้จ่ายในการดูแลและฟื้นฟูสุขภาพที่สูง ทำให้เกิดข้อจำกัดในการใช้ชีวิตประจำวัน กิจกรรมครอบครัว⁷ และกิจกรรมทางสังคม ส่งผลต่อความสัมพันธ์ทางสังคมกับบุคคลอื่นลดลง⁸

การดูแลคนพิการทางการเคลื่อนไหว มีความซับซ้อนมากกว่าที่จะให้ญาติผู้ดูแลให้การดูแลโดยลำพังผู้ดูแล (caregiver) จึงเป็นบุคคลอีกกลุ่มที่มีบทบาทสำคัญในการดูแลคนพิการทางการเคลื่อนไหวในชุมชน ตามนโยบายการดูแลบุคคลที่มีภาวะพึ่งพิง ในระบบการดูแลระยะยาว (long term care) ของประเทศไทย โดยการสนับสนุนจากสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ แม้ว่าผู้ดูแลกลุ่มนี้จะผ่านการอบรมตามหลักสูตรการดูแลผู้สูงอายุ 70 ชั่วโมงของกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข แต่หลักสูตรยังไม่ครอบคลุมความรู้และทักษะเฉพาะที่จำเป็นสำหรับการดูแลคนพิการที่มีปัญหาด้านการเคลื่อนไหว ซึ่งความรู้และทักษะเฉพาะที่จำเป็น คือ การดูแลคนพิการทางการเคลื่อนไหวทั้ง 5 ด้าน ได้แก่ ร่างกาย จิตใจ ครอบครัวยุติธรรม และสิทธิประโยชน์/สวัสดิการ และผู้ดูแลส่วนใหญ่ผ่านการอบรมมาเป็นเวลานาน⁹⁻¹⁰ จึงจำเป็นต้องได้รับการเสริมความรู้ ทักษะ และความมั่นใจในการดูแลฟื้นฟูคนพิการทางการเคลื่อนไหว

การพัฒนาศักยภาพผู้ดูแลคนพิการทางการเคลื่อนไหว จำเป็นต้องมีโปรแกรมการอบรมที่เหมาะสมกับบริบทและความจำเป็นของผู้เข้าร่วมจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องพบว่าโปรแกรมพัฒนาศักยภาพมีการดำเนินการหลากหลายรูปแบบ เช่น การให้ความรู้ การสอนสาธิต การฝึกปฏิบัติ และการแลกเปลี่ยนประสบการณ์¹¹⁻¹³ ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้นำการเรียนรู้เชิงประสบการณ์ตามรูปแบบของโคลบ (Kolb's model)¹⁴ มาเป็นกรอบแนวคิดในการวิจัย เป็นการเรียนรู้จากประสบการณ์โดยเน้นผู้เรียนเป็นศูนย์กลางโดยมีความเชื่อว่าการเรียนรู้เกิดจากประสบการณ์จริงผู้เรียนสามารถเป็นผู้สร้างความรู้ใหม่เริ่มจากการได้รับความรู้ คิดหาแนวทางแก้ไข ลงมือปฏิบัติจนเกิดประสบการณ์ เกิดการปรับเปลี่ยนความรู้เดิมให้เป็น

ความรู้ใหม่ สามารถนำไปใช้ประโยชน์ได้จริงในชีวิตประจำวัน ทำให้มีประสบการณ์ในการคิดและการปฏิบัติ จนก่อให้เกิดการเรียนรู้จากประสบการณ์และปรับเปลี่ยนความรู้เดิมให้เป็นความรู้ใหม่สามารถนำไปใช้ประโยชน์ได้อย่างมีประสิทธิภาพ การศึกษาครั้งนี้จึงมุ่งเน้นการพัฒนาและประเมินประสิทธิผลของโปรแกรมพัฒนาศักยภาพผู้ดูแลคนพิการทางการเคลื่อนไหวในตำบลท่าบ่อ จังหวัดหนองคาย อันจะนำไปสู่การพัฒนาคุณภาพชีวิตของคนพิการและครอบครัวในชุมชน

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

วัตถุประสงค์ทั่วไป เพื่อศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมพัฒนาศักยภาพผู้ดูแลคนพิการทางการเคลื่อนไหว ตำบลท่าบ่อ อำเภอท่าบ่อ จังหวัดหนองคาย

วัตถุประสงค์เฉพาะ

1. เพื่อเปรียบเทียบความรู้ของผู้ดูแลคนพิการทางการเคลื่อนไหว ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมฯ
2. เพื่อเปรียบเทียบทักษะของผู้ดูแลคนพิการทางการเคลื่อนไหว ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมฯ

สมมติฐานการวิจัย

1. ความรู้ของผู้ดูแลคนพิการทางการเคลื่อนไหว หลังเข้าร่วมโปรแกรมฯ มากกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมฯ
2. ทักษะของผู้ดูแลคนพิการทางการเคลื่อนไหว หลังเข้าร่วมโปรแกรมฯ มากกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมฯ

กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยนี้ใช้แนวคิดการเรียนรู้เชิงประสบการณ์ของโคลบ (Kolb's model)¹⁴ เป็นกรอบในการพัฒนาโปรแกรมพัฒนาศักยภาพผู้ดูแลคนพิการทางการเคลื่อนไหว ซึ่งเป็นการเรียนรู้ที่ผู้ดูแลเป็นศูนย์กลาง

เพราะการเรียนรู้ของคนเป็นกระบวนการสร้างความรู้ และทักษะด้วยตนเองผ่านการเรียนรู้จากประสบการณ์ เน้นการมีส่วนร่วมวิธีการจัดการเรียนรู้¹⁵ ประกอบไปด้วย 4 ขั้นคือ 1) ขั้นประสบการณ์ (experience) เพื่อนำเอาประสบการณ์เดิมไปสู่การเรียนรู้และเพิ่มทักษะของผู้ดูแล 2) ขั้นสะท้อนความคิดและอภิปราย (reflection and discussion) เพื่อทบทวน สะท้อนความคิด และวิเคราะห์ประสบการณ์ที่ผ่านมา 3) ขั้นความคิดรวบยอด (concept) เพื่อสรุปผลการเรียนรู้จากการสะท้อนคิด การแลกเปลี่ยนเรียนรู้ประสบการณ์ และอภิปรายร่วมกันและสรุปเป็นแนวทางวิธีการใหม่ในการเสริมสร้างทักษะของผู้ดูแล และ 4) ขั้นการทดลอง และประยุกต์แนวคิด (experimentation and application) เพื่อนำแนวทางและวิธีการใหม่ไปทดลองปฏิบัติ เพื่อสร้างความรู้และทักษะของผู้ดูแลผ่านการเรียนรู้จากประสบการณ์ทำให้เกิดความมั่นใจและเกิดพลังสู่ความต่อเนื่องยั่งยืน

ผู้วิจัยนำแนวคิดการเรียนรู้เชิงประสบการณ์ของโคลบมาประยุกต์ใช้ในการพัฒนาโปรแกรมพัฒนาศักยภาพผู้ดูแลคนพิการทางการเคลื่อนไหว ใช้ระยะเวลา 8 สัปดาห์ประกอบด้วย 5 กิจกรรม คือ 1) ล้อมวงเล่าเรื่อง (circle up and share stories), 2) ช่วยกันคิด พิชิตความพิการ (together, we can overcome disability), 3) รวบรวมคิด ผลิตแนวใหม่ (consolidate ideas, create new solutions), 4) รู้แล้ว ต้องฝึกฝน (knowing is not enough, practice is key) และ 5) เติมพลังสู่ความยั่งยืน (empowering for sustainability) ส่งผลต่อศักยภาพของผู้ดูแล (caregivers' capacity) ได้แก่ ความรู้ (knowledge) เกี่ยวกับความพิการและการดูแล และทักษะ (skills) ในการดูแลคนพิการทางการเคลื่อนไหว 5 ด้าน ได้แก่ ร่างกาย จิตใจ ครอบครัวยุติธรรม และสิทธิประโยชน์/สวัสดิการ (Figure 1)

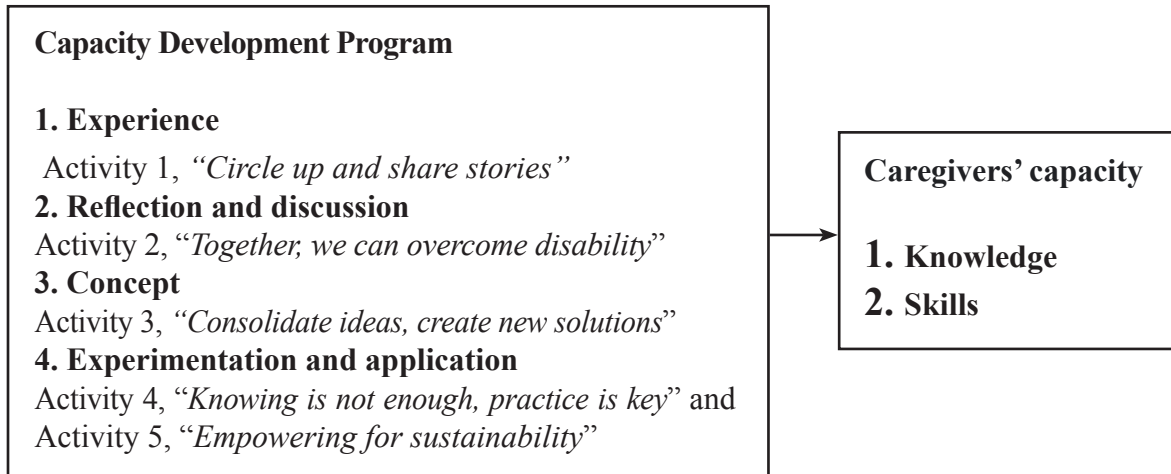


Figure 1 Conceptual framework

วิธีดำเนินงานวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นแบบกึ่งทดลองชนิดกลุ่มเดียว วัดก่อน-หลัง (Quasi – experimental design with one-group pretest and posttest)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้ดูแลที่ผ่านการอบรมหลักสูตร การดูแลผู้สูงอายุ 70 ชั่วโมง ของกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข ปฏิบัติงานในเขตรับผิดชอบศูนย์แพทย์ชุมชนตำบล โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชตำบล ตำบลตำบล อำเภอตำบล จังหวัดหนองคาย

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ดูแลที่ผ่านการอบรม หลักสูตรการดูแลผู้สูงอายุ 70 ชั่วโมง ของกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข จำนวน 30 คน ที่ปฏิบัติงานใน เขตรับผิดชอบศูนย์แพทย์ชุมชนตำบล โรงพยาบาล สมเด็จพระยุพราชตำบล ตำบลตำบล อำเภอตำบล จังหวัดหนองคายในเดือนมกราคม-มีนาคม พ.ศ. 2567

การเลือกตัวอย่าง เป็นแบบเฉพาะเจาะจง (purposive sampling) ที่มีคุณสมบัติเป็นไปตาม เกณฑ์คัดเข้าคือ 1) อายุไม่ต่ำกว่า 18 ปี 2) สามารถสื่อสาร ภาษาไทยได้ดี ทั้งการพูด การอ่าน และการเขียน และ 3) ยินดีเข้าร่วมกิจกรรมตลอดการวิจัย

การกำหนดขนาดตัวอย่างใช้โปรแกรมสำเร็จรูป

G*Power version 3.1.9.7 โดยกำหนดสมมติฐาน แบบทางเดียวขนาดอิทธิพล 0.543 อ้างอิงจากงานวิจัย ที่ผ่านมา¹² ระดับนัยสำคัญ .05 อำนาจการทดสอบ .80 ตัวอย่าง 23 คน ผู้วิจัยเพิ่มขนาดตัวอย่างประมาณ ร้อยละ 30 ในกรณีที่มีการสูญหายของตัวอย่างได้ตัวอย่าง จำนวนทั้งสิ้น 30 คน

เครื่องมือวิจัย พัฒนาขึ้นโดยผู้วิจัย แบ่งเป็น 2 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง

1.1 โปรแกรมพัฒนาศักยภาพผู้ดูแล คนพิการทางการเคลื่อนไหวพัฒนาขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม และการประยุกต์แนวคิดการเรียนรู้เชิงประสบการณ์ของโคลบ (Kolb's model)¹⁴ ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน 5 กิจกรรมใช้ระยะเวลา 8 สัปดาห์ ได้แก่ 1) ขั้นตอนแลกเปลี่ยนประสบการณ์ กิจกรรมที่ 1 “ล้อมวงเล่าเรื่อง” เพื่อให้ผู้ดูแลแลกเปลี่ยนประสบการณ์ ในการดูแลคนพิการทางการเคลื่อนไหว ปัญหาอุปสรรค ที่เกิดขึ้นระหว่างการดูแล ทบทวนความรู้เกี่ยวกับ ความพิการทางการเคลื่อนไหว การประเมินความ สามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน และวิธีการดูแล

คนพิการทางการเคลื่อนไหว 2) ขั้นตอนสะท้อนความคิด และอภิปราย กิจกรรมที่ 2 “ช่วยกันคิด พิชิตความพิการ” เพื่อให้ผู้ดูแลได้แลกเปลี่ยนและเทคนิคในการเข้าถึงคนพิการและครอบครัววิเคราะห์เทียบเคียงวิธีการดูแลคนพิการทางการเคลื่อนไหวระหว่างประสบการณ์ที่ผ่านมากับความรู้ใหม่ที่ได้เรียนรู้กับกลุ่มและผู้วิจัย 3) ขั้นตอนความคิดรวบยอดกิจกรรมที่ 3 “รวบรวมคิดผลิตแนวใหม่” เพื่อให้ผู้ดูแลร่วมกันออกแบบแนวทางการดูแลคนพิการทางการเคลื่อนไหวในชุมชนที่สอดคล้องกับปัญหาและความต้องการของคนพิการและครอบครัว 4) ขั้นตอนการทดลองและประยุกต์แนวคิด กิจกรรมที่ 4 “รู้แล้ว ต้องฝึกฝน” เพื่อให้ผู้ดูแลสามารถประยุกต์ใช้ความรู้และฝึกทักษะในการดูแลคนพิการทางการเคลื่อนไหวได้อย่างถูกต้องผ่านการเยี่ยมบ้าน และกิจกรรมที่ 5 “เติมพลังสู่ความยั่งยืน” เพื่อเสริมพลังและความมั่นใจให้กับผู้ดูแลในการดูแลคนพิการทางการเคลื่อนไหว

1.2 วิดีโอ “ฮักแพง เบ่งแยง ADL” เป็นสื่อการเรียนรู้วิธีการประเมินความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน

1.3 คู่มือการส่งเสริมฟื้นฟูการทำกิจวัตรประจำวัน ประกอบด้วยเนื้อหาเกี่ยวกับวิธีการดูแลและส่งเสริมฟื้นฟูการทำกิจวัตรประจำวันในส่วนที่ไม่สามารถทำได้

1.4 บัญชีไลน์อย่างเป็นทางการ (Line official account) “ฮักแพง เบ่งแยง ADL” ใช้เป็นช่องทางการสื่อสารระหว่างผู้วิจัยและผู้ดูแลนอกจากนี้ผู้ดูแลยังสามารถเข้าไปทบทวนความรู้ในวิดีโอ “ฮักแพง เบ่งแยง ADL” และคู่มือการส่งเสริมฟื้นฟูการทำกิจวัตรประจำวันและสามารถใช้แบบประเมินความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน (Barthel Activity of Daily Living Index: ADL) ผ่านออนไลน์ สำหรับผู้ดูแลเมื่อออกเยี่ยมบ้านในชุมชน

ส่วนที่ 2 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

2.1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแล ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพหลัก รายได้ครอบครัวต่อเดือน ความพอเพียงของรายได้ โรคประจำตัว ระยะเวลาการปฏิบัติงานเป็นผู้ดูแลและการเข้ารับการฝึกอบรมเกี่ยวกับการดูแลคนพิการทางการเคลื่อนไหวจากหน่วยงานอื่น จำนวน 10 ข้อ

2.2 แบบประเมินความรู้เกี่ยวกับคนพิการทางการเคลื่อนไหว ได้แก่ ความหมาย ประเภท สาเหตุ ระดับความพิการ ปัญหาและผลกระทบ การดูแลคนพิการทางการเคลื่อนไหว 5 ด้าน คือ 1) ด้านร่างกาย 2) ด้านจิตใจ 3) ด้านครอบครัว 4) ด้านสิ่งแวดล้อม 5) ด้านสิทธิประโยชน์ จำนวน 20 ข้อ ตอบถูกได้ 1 คะแนน ตอบผิด ได้ 0 คะแนน การแปลผลแบ่งเป็น 3 ระดับ คือ ความรู้ระดับมาก (16 – 20 คะแนน) ความรู้ระดับปานกลาง (12 – 15 คะแนน) และความรู้ระดับน้อย (0 – 11 คะแนน)

2.3 แบบประเมินทักษะการดูแลคนพิการทางการเคลื่อนไหวของผู้ดูแล 5 ด้าน ได้แก่ 1) ด้านร่างกาย 2) ด้านจิตใจ 3) ด้านครอบครัว 4) ด้านสิ่งแวดล้อม 5) ด้านสิทธิประโยชน์ จำนวน 20 ข้อ ลักษณะการตอบมี 3 ตัวเลือก คือ สามารถดูแลคนพิการทางการเคลื่อนไหวได้ (3 คะแนน) สามารถดูแลคนพิการทางการเคลื่อนไหวได้บางส่วน (2 คะแนน) และสามารถดูแลคนพิการทางการเคลื่อนไหวได้เล็กน้อยหรือไม่ได้เลย (1 คะแนน) การแปลผลแบ่งเป็น 3 ระดับ คือ มีทักษะระดับสูง (48 – 60 คะแนน) ทักษะระดับปานกลาง (36 – 47 คะแนน) และทักษะระดับน้อย (20 – 35 คะแนน)

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

เครื่องมือวิจัยได้ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 ท่าน คือ 1) แพทย์ด้านเวชศาสตร์ฟื้นฟู 2) แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว

3) อาจารย์พยาบาล 4) พยาบาลวิชาชีพผู้รับผิดชอบงานคนพิการ และผ่านการอบรมผู้จัดการระบบ (care manager) จำนวน 2 ท่าน โปรแกรมพัฒนาศักยภาพฯ ถูกปรับแก้ตามข้อเสนอแนะ ได้ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (content validity index: CVI) เท่ากับ .94 ค่าความเชื่อมั่นโดยมีค่าสัมประสิทธิ์ของคูเดอร์ริชาร์ดสัน (Kuder-Richardson, KR-20) ของแบบประเมินความรู้ เท่ากับ .82 ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ของแบบประเมินทักษะ เท่ากับ .91

การพิทักษ์สิทธิผู้เข้าร่วมวิจัย

การศึกษาครั้งนี้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการวิจัยในมนุษย์มหาวิทยาลัยขอนแก่น เลขที่ HE662270 เมื่อวันที่ 4 มกราคม 2567 ผู้วิจัยได้ดำเนินการวิจัยภายหลังได้รับอนุมัติโดยชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการเก็บข้อมูล ประโยชน์ ความเสี่ยง และการดูแลช่วยเหลือกรณีมีปัญหาระหว่างการวิจัย โดยคำนึงถึงหลักการเข้าร่วมวิจัยด้วยความสมัครใจ เปิดโอกาสให้ซักถามข้อสงสัย และตัดสินใจเข้าร่วมอย่างอิสระ และขอความยินยอมเข้าร่วมวิจัยเป็นลายลักษณ์อักษร โดยมีผู้ประสานเป็นผู้ดูแล เพราะเป็นผู้ที่ไม่มีส่วนเกี่ยวข้องกับการวิจัย ผลการวิจัยนำเสนอในภาพรวม ไม่ระบุชื่อ เอกสารจะถูกทำลายเมื่อผลงานได้รับการตีพิมพ์เผยแพร่

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ภายหลังได้รับอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์มหาวิทยาลัยขอนแก่น ผู้วิจัยได้เข้าพบหัวหน้ากลุ่มงานเวชกรรมสังคม โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชท่าบ่อ เพื่อชี้แจงรายละเอียดวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการวิจัย การพิทักษ์สิทธิ รวมทั้งขออนุญาตใช้สถานที่ในการดำเนินกิจกรรม

2. ประชุมชี้แจงวัตถุประสงค์ของการศึกษา ขั้นตอนการเก็บข้อมูล และประโยชน์ที่อาสาสมัครจะ

ได้รับจากการวิจัยนี้ พร้อมนัดหมายวัน เวลา สถานที่ ในการขอคำยินยอมเข้าร่วมวิจัย หลังจากผู้ดูแลได้ยินยอมเข้าร่วมวิจัยโดยลงลายมือชื่อเป็นลายลักษณ์อักษร ผู้วิจัยได้ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลก่อนเข้าร่วมโปรแกรมฯ (pre-test) โดยให้ผู้ดูแลทำแบบประเมินความรู้ ส่วนการประเมินทักษะ ผู้ดูแล ผู้วิจัยทำการประเมินขณะเยี่ยมบ้านคนพิการร่วมกับผู้ดูแลรายบุคคล ก่อนเข้าร่วมโปรแกรมฯ

3. ผู้วิจัยดำเนินการกิจกรรมตามโปรแกรมการพัฒนาศักยภาพผู้ดูแลคนพิการทางการเคลื่อนไหวใช้เวลา 8 สัปดาห์ ดังนี้

สัปดาห์ที่ 1-3 การแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ทบทวนความรู้สะท้อนความคิดและอภิปรายนำเสนอแลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกันออกแบบหาแนวทางการดูแล และสรุปสิ่งที่ได้รับทั้ง 3 สัปดาห์

สัปดาห์ที่ 4 ฝึกการเยี่ยมบ้านคนพิการโดยการเข้าฐานเรียนรู้ 5 ฐาน ได้แก่ 1) ด้านร่างกาย 2) ด้านจิตใจ 3) ด้านครอบครัว 4) ด้านสิ่งแวดล้อม 5) ด้านสิทธิประโยชน์

สัปดาห์ที่ 5-7 ผู้ดูแลลงพื้นที่เยี่ยมบ้านคนพิการทางการเคลื่อนไหว โดยแบ่งเป็น 5 กลุ่มๆ ละ 6 คน ด้วยการจับสลากเพื่อให้ได้รับประสบการณ์ที่หลากหลาย โดยให้ผู้ดูแลปฏิบัติการดูแลทั้ง 5 ด้าน ในระหว่างการปฏิบัติการเยี่ยมบ้าน ผู้วิจัยประเมินทักษะตามแบบประเมินทักษะ หลังเข้าร่วมโปรแกรมฯ

สัปดาห์ที่ 8 ผู้ดูแลทำแบบประเมินความรู้ (post test) เข้ากลุ่มเล่าความประทับใจหลังเข้าร่วมกิจกรรม และผู้วิจัยเสริมแรงให้กำลังใจ นำความรู้ที่ได้รับไปใช้ในการพัฒนาตนเอง ให้เกิดความมั่นใจดูแลคนพิการทางการเคลื่อนไหวในชุมชนต่อเนื่อง และยั่งยืน

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง ใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าสูงสุดและค่าต่ำสุด การเปรียบเทียบความแตกต่างของความรู้และทักษะ ในการดูแลคนพิการทางการเคลื่อนไหว ก่อนและหลัง เข้าร่วมโปรแกรมฯ ใช้สถิติ Paired t – test กำหนด นัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 การตรวจสอบข้อตกลง เบื้องต้นพบว่าข้อมูลมีการแจกแจงแบบปกติ

ผลการวิจัย

ผู้ดูแลคนพิการทางการเคลื่อนไหวจำนวน 30 คน ทั้งหมดเป็นเพศหญิง อายุ 51-60 ปี มากที่สุด (ร้อยละ 66.33) อายุเฉลี่ย 55.67 (SD = 5.82) ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสคู่ (ร้อยละ 76.67) การศึกษา อยู่ในระดับประถมศึกษา เท่ากับมัธยมศึกษาตอนปลาย/

ปวส. (ร้อยละ 36.67) และมัธยมศึกษาตอนต้น/ปวช. (ร้อยละ 16.67) อาชีพแม่บ้าน/ไม่มีอาชีพ (ร้อยละ 33.33) รายได้ครอบครัว/ต่อเดือนน้อยกว่า 5,000 บาท (ร้อยละ 46.67) กลุ่มตัวอย่างครึ่งหนึ่ง (ร้อยละ 50.00) มีรายได้พอใช้ไม่มีเก็บ มีโรคประจำตัว คือ โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูงและไขมันในเลือดสูง (ร้อยละ 28.57) ทุกคนปฏิบัติงานเป็นผู้ดูแลและมีประสบการณ์ในการดูแล คนพิการทางการเคลื่อนไหว 5-6 ปี ส่วนใหญ่เคยเข้ารับการฝึกอบรมเกี่ยวกับการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการ ทางการเคลื่อนไหว (ร้อยละ 83.33)

เมื่อเปรียบเทียบความรู้ของผู้ดูแลคนพิการพบว่า หลังเข้าร่วมโปรแกรมฯ มีคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับสูง (M = 18.73, SD = 1.72) และมากกว่าก่อนเข้าร่วม โปรแกรมฯ ซึ่งอยู่ในระดับปานกลาง (M = 12.73, SD = 3.04) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (t = 16.716, p < .001) (Table 1)

Table 1 Comparisons of caregivers' knowledge before and after the program using Paired t-test (n=30)

Knowledge Levels	Before			After			t	p
	n (%)	M (SD)	Min - Max	n (%)	M (SD)	Min -Max		
		12.73 (3.04)	7 - 16		18.73 (1.72)	15 - 20	16.716	<.001
High	5 (16.67)			28 (93.33)				
Medium	19 (63.33)			2 (6.67)				
Low	6 (20.00)			0 (0.00)				

เมื่อเปรียบเทียบทักษะของผู้ดูแลคนพิการ พบว่า หลังเข้าร่วมโปรแกรมฯ คะแนนเฉลี่ยทักษะ อยู่ในระดับสูง (M = 36.60, SD = 7.53) และ มากกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมฯ ซึ่งอยู่ในระดับน้อย (M = 55.03, SD = 4.85) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (t = 10.087, p < .001) เมื่อพิจารณารายด้านพบว่า หลังเข้าร่วมโปรแกรมฯ ผู้ดูแลมีทักษะทุกด้าน ได้แก่

ด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านครอบครัว ด้านสิ่งแวดล้อม และด้านสิทธิประโยชน์/สวัสดิการ มากกว่าก่อนเข้าร่วม โปรแกรมฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (t = 11.556, p < .001; t = 7.837, p < .001; t = 7.900, p < .001; t = 6.816, p < .001; t = 12.976, p < .001 ตามลำดับ) (Table 2)

Table 2 Comparisons of caregivers' skills before and after the program using Paired t-test (n=30)

Skill levels	Before			After			t	p
	n (%)	M (SD)	Min - Max	n (%)	M (SD)	Min - Max		
Overall		36.60 (7.53)	28 - 52		55.03 (4.85)	45-59	10.087	<.001
High	4 (13.33)			24 (80.00)				
Medium	8 (26.67)			6 (20.00)				
Low	18 (60.00)			0 (0.00)				
Physical		10.93 (1.51)	8 - 14		13.83 (1.34)	11-15	11.556	<.001
High	12 (40.00)			27 (90.00)				
Medium	17 (56.67)			3 (10.00)				
Low	1 (3.33)			0 (0.00)				
Psychological		8.40 (2.97)	6 - 13		13.67 (1.37)	11-15	7.837	<.001
High	9 (30.00)			26 (86.66)				
Medium	1 (3.33)			4 (13.33)				
Low	20 (66.67)			0 (0.00)				
Family		4.73 (1.85)	3 - 8		8.20 (1.13)	6-9	7.900	<.001
High	4 (13.33)			25 (83.33)				
Medium	11 (36.67)			5 (16.66)				
Low	15 (50.00)			0 (0.00)				
Environmental		5.53 (2.15)	4 - 9		8.26 (0.94)	6-9	6.816	<.001
High	9 (30.00)			28 (93.33)				
Medium	3 (10.00)			2 (6.66)				
Low	18 (60.00)			0 (0.00)				
Benefits/ Welfare	7.00 (1.01)		5 - 9		11.10 (1.21)	8 - 12	12.976	
High	2 (6.67)			29 (80.00)				
Medium	17 (56.67)			1 (20.00)				
Low	11 (36.67)			0 (0.00)				

การอภิปรายผล

ผลการศึกษาครั้งนี้แสดงให้เห็นว่า ภายหลังเข้าร่วมโปรแกรมฯ ผู้ดูแลคนพิการทางการเคลื่อนไหวมีความรู้เพิ่มขึ้น อธิบายได้จากการที่ผู้ดูแลเกิดการเรียนรู้เชิงประสบการณ์ ตามแนวทางการเรียนรู้ของโคลบ¹⁴ ที่ผู้วิจัยนำมาประยุกต์ใช้ในการพัฒนาโปรแกรมฯ โดยมุ่งเน้นการส่งเสริมความรู้ในการดูแลคนพิการทางการเคลื่อนไหว ผ่านประสบการณ์ที่ผ่านการวิเคราะห์สะท้อนคิดจากผลการให้การดูแลที่ผ่านมา เช่น ความพึงพอใจของคนพิการและการยอมรับของญาติ ผนวกกับการแลกเปลี่ยนเรียนรู้กับผู้ดูแลคนอื่น วิทยากร และผู้วิจัย โดยใช้สื่อในรูปแบบต่างๆ

ได้แก่ (1) วิดีโอ “ฮักแพงเบ่งแยง ADL” ที่ผู้ดูแลสามารถใช้ทบทวนและเรียนรู้ได้ด้วยตัวเอง (2) Line official account “ฮักแพงเบ่งแยง ADL” ใช้ในการประเมิน ADL แบบออนไลน์และมีวิธีการดูแลคนพิการและผู้มีภาวะพึ่งพิงพร้อมภาพประกอบที่ส่งเสริมความเข้าใจ และคู่มือการส่งเสริมฟื้นฟูการทำกิจวัตรประจำวัน ดังนั้น เมื่อนำประสบการณ์เดิมร่วมกับความรู้ใหม่ที่ได้จากวิทยากรและสื่อต่างๆ ทำให้ผู้ดูแลคนพิการสามารถจดจำความรู้ในการดูแลคนพิการได้ดีขึ้น

นอกจากนี้การที่ผู้ดูแลได้รับความรู้ในการดูแลคนพิการทั้ง 5 ด้าน ผ่านการเรียนรู้โดยการทบทวน

ความรู้ วิเคราะห์เทียบเคียงเทคนิคการเข้าถึงและวิธีการดูแลคนพิการทางการเคลื่อนไหวที่ผ่านมากับความรู้ที่ได้รับ และแลกเปลี่ยนร่วมกับเพื่อนสมาชิก อีกทั้งยังได้รับการเตรียมความพร้อมจากผู้วิจัยในการฝึกการวางแผนการดูแลคนพิการในหลายรูปแบบจากสถานการณ์สมมติ ก่อนการฝึกประสบการณ์การเยี่ยมบ้านคนพิการในชุมชน โดยมีผู้วิจัยเป็นผู้เลี้ยงให้คำแนะนำระหว่างให้การดูแลคนพิการและเสริมพลังใจอย่างต่อเนื่อง และผู้ดูแลยังได้มีโอกาสแลกเปลี่ยนเทคนิควิธีการร่วมกับผู้อื่น ตลอดจนการปฏิบัติ รวมถึงระยะเวลาในการปฏิบัติที่นานเพียงพอที่จะทำให้ผู้ดูแลคนพิการมีทักษะและเกิดความมั่นใจในการดูแลคนพิการเพิ่มขึ้น ส่งผลต่อทักษะที่ดีขึ้นของผู้ดูแลคนพิการทางการเคลื่อนไหวในการศึกษาครั้งนี้

ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาที่พัฒนาศักยภาพของอาสาสมัครประจำครอบครัวในการดูแลผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง¹² และการศึกษาที่ใช้รูปแบบการดูแลร่วมกับจิตอาสาเครือข่ายบริการสุขภาพในการดูแลผู้พิการทางการเคลื่อนไหวที่บ้าน¹⁶ รวมทั้งการเสริมสร้างความเข้มแข็งโดยพัฒนาศักยภาพให้กับอาสาสมัครชุมชนในการดูแลคนพิการ¹⁷ การศึกษาครั้งนี้แสดงให้เห็นถึงประสิทธิผลของโปรแกรมพัฒนาศักยภาพผู้ดูแลคนพิการทางการเคลื่อนไหวในการส่งเสริมความรู้และทักษะของผู้ดูแลอย่างไรก็ตาม มีข้อจำกัดดังนี้ การศึกษาครั้งนี้ไม่มีผู้ช่วยวิจัย ผู้วิจัยเป็นผู้ประเมินทักษะของผู้ดูแลคนพิการ จึงอาจเกิด unconscious bias ได้ อีกทั้งเป็นการศึกษาที่มีตัวอย่างกลุ่มเดียว โดยไม่มีกลุ่มควบคุม

ข้อเสนอแนะจากผลการวิจัย

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้พยาบาลและทีมสุขภาพสามารถนำโปรแกรมพัฒนาศักยภาพผู้ดูแลคนพิการทางการเคลื่อนไหวในการศึกษาครั้งนี้ไปประยุกต์ใช้ส่งเสริมความรู้และทักษะของผู้ดูแลคน

พิการทางการเคลื่อนไหวในชุมชนที่ผ่านการอบรมหลักสูตรการดูแลผู้สูงอายุ 70 ชั่วโมง

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป การศึกษาครั้งต่อไปควรออกแบบการวิจัยเป็นเชิงทดลองโดยมีกลุ่มควบคุม และติดตามประเมินทักษะของผู้ดูแลรวมทั้งผลลัพธ์ของคนพิการ

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบคุณคณาจารย์สาขาวิชาการพยาบาลครอบครัวและชุมชน คณะพยาบาลศาสตร์มหาวิทยาลัยขอนแก่น ศูนย์แพทย์ชุมชนท่าบ่อ โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชท่าบ่อ และผู้เข้าร่วมวิจัยในการศึกษาครั้งนี้

References

1. Department of Promotion and Development of Quality of Life for Persons with Disabilities. Report on the situation of people with disabilities in Thailand, 2022. Available from: https://dep.go.th/images/upload/uploads/files/Situation_dep64.pdf (in Thai)
2. Nong Khai Provincial Public Health Office. Report on the results of public health operations. Nong Khai Provincial; 2022. Available from: https://www.nko.moph.go.th/main_new. (in Thai)
3. Tha Bo District Public Health Office. Report on the results of public health operations CUP Tha Bo. Nong Khai Province; 2021. Available from: <https://www.thaboph.org/index.htm>. (in Thai)
4. Saensompert P. Effect of rehabilitation program on ability to perform activities of daily living and quality of life of physically disabled persons. [dissertation]. Thailand: Chiang Mai University; 2017. Available from: <https://cmudc.library.cmu.ac.th/> (in Thai)
5. Srijai P, Narin R, Aungwattana S. Effect of the Empowerment Program on Muscle Exercise Practicing for Physical Disability Person Among the Village Health Volunteers. Nursing Journal CMU [Internet]. 2020 Dec. 8;47(4):129–42. Available from: <https://he02.tci-thaijo.org/index.php/cmunursing/article/view/247932> (in Thai)

6. Shapin Ibne Sayeed, Oakman J, Dillon MP, Stuckey R. Disability, economic and work-role status of individuals with unilateral lower-limb amputation and their families in Bangladesh, post-amputation, and pre-rehabilitation: A cross-sectional study. 2022. <https://doi.org/10.3233/WOR-211064>
7. Pushpalatha R. Economic burden and psychological wellbeing among parents of children with autism and learning disability. The International Journal of Indian Psychology[Internet]. 2020 Jun. 25;8(2):895-903. Available from: <https://ijip.in/wp-content/uploads/2020/06/18.01.106.20200802.pdf>.
8. Tough H, Siegrist J, Fekete C. Social relationships, mental health and wellbeing in physical disability: A systematic review. BMC Public Health[Internet] 2017;17(1);1-18 Available from: <https://doi.org/10.1186/s12889-017-4308-6> PMID: 28482878
9. Kamjorn A. A Study of Elderly Caregiver's potential after 420 hours of caregiver training for Elderly Health Care Center The Thai Red Cross Society. PHJ BUU [Internet]. 2021 Dec. 23 [cited 2024 Dec. 4];16(2): 122-35. Available from: <https://he02.tci-thaijo.org/index.php/phjbuu/article/view/245087> (in Thai)
10. Sae Tiew P, Jintakanaphan C, Rueangsawat S., Thipapal T. Study of the potential of Caregiver for the Elderly after 70 hours of Elderly Care Program Of Boromarajonani College of Nursing, Surat Thani. J Royal Thai Army Nurses [Internet]. 2019 Apr. 24 [cited 2024 Dec. 5];20(1):300-1. Available from: <https://he01.tci-thaijo.org/index.php/JRTAN/article/view/185123> (in Thai)
11. Chairin A, Piyabanditkul L. The Effectiveness of Competencies Development Program for School Age Children on Caring Hypertensive Patients in Their Family. J Royal Thai Army Nurses[Internet]. 2023 Sep. 1;24(2):180-9. Available from: <https://he01.tci-thaijo.org/index.php/JRTAN/article/view/256244> (in Thai)
12. Cherdsuntia V, Pichayapinyo P, Lagampan S. Capacity Building for Family Volunteers in Caring for the Dependency. KJN [Internet]. 2021 Jun. 15 [cited 2024 Dec. 5];28(1):33-44. Available from: <https://he01.tci-thaijo.org/index.php/kcn/article/view/188076> (in Thai)
13. Kwanloi P, Piyabanditkul L. Effectiveness of Village Health Volunteer's Competency Development Program for Stroke Prevention Among Hypertensive Patients in Sa Pradu Subdistrict Wichian Buri District Phetchabun Province. Romphruek Journal of the Humanities and Social Sciences[Internet]. 2021 Nov 27; 39(3):101-125. Available from: <https://so05.tci-thaijo.org/index.php/romphruekj/article/view/253029> (in Thai)
14. Kolb DA. (2015). Experiential Learning: Experience as the Source of Learning and Development (2nd ed.). Pearson FT Press. Suapumee N, Naksrisang W, Singhasem P. Management of Experiential Learning in Nursing Education. NJPH (Journal of P.S.) [Internet]. 2017 Apr. 27 [cited 2024 Dec. 5];27(1):12-21. Available from: <https://he02.tci-thaijo.org/index.php/tnaph/article/view/84953> (in Thai)
15. Chainet M, Kawila R. Effects of caring for physically disabled at home compared with volunteer spirit health care network, Mae Lao District, Chiang Rai Province. Chiang Rai Medical Journal 2017;9(1):99-111. Available from: https://www.crhospital.org/cmj/article/FULL_20170927154823.pdf (in Thai)
16. Pilayon B, Nuntaboot K. Strengthening Community volunteers in caring for people with disabilities. Suranaree Journal of Science and Technology [Internet]. 2017 Oct. 20 ;24(3):343-353. Available from: <https://www.thaiscience.info/Journals/Article/SJST/10988521.pdf>

การพัฒนารูปแบบของโปรแกรมการสร้างเสริมความเข้มแข็งทางใจ เพื่อลดความเครียดของนักศึกษาพยาบาล

ทวีศักดิ์ กลีผล ประ.ด. (วิทยาศาสตร์การแพทย์)¹
ชนิกา เจริญจิตต์กุล ศศ.ม. (จิตวิทยาพัฒนาการ)²

บทคัดย่อขยาย

บทนำ ความเครียดในนักศึกษาพยาบาลเป็นปัญหาสุขภาพจิตที่สำคัญ โดยเฉพาะในสังคมยุคดิจิทัลที่มีการเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็ว นักศึกษาพยาบาลต้องเผชิญกับภาระการเรียนรู้ที่เข้มข้นทั้งในภาคทฤษฎีและภาคปฏิบัติ รวมถึงการฝึกงานที่มักมีความกดดันสูง ทำให้เกิดความเครียดในระหว่างการศึกษา อีกทั้งการปรับตัวเข้าสู่วิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยเป็นปัจจัยสำคัญที่เพิ่มความเครียด การขาดประสบการณ์ในสถานการณ์จริงและความคาดหวังจากผู้ปกครอง ปัจจัยด้านการจัดการเรียนการสอน สัมพันธภาพกับเพื่อนและอาจารย์ อาจทำให้ความเครียดยิ่งทวีความรุนแรง ระบบการดูแลนักศึกษาที่มีอยู่ อาจไม่สามารถช่วยลดความเครียดได้ตลอดเวลา แนวทางหนึ่งที่จะช่วยนักศึกษาให้สามารถเผชิญกับสถานการณ์ความเครียดได้ คือ การสร้างความเข้มแข็งทางใจร่วมกับแนวคิดการเจริญสติ จึงเป็นที่มาในการพัฒนาโปรแกรมการสร้างเสริมความเข้มแข็งทางใจเพื่อลดความเครียดของนักศึกษาพยาบาล เพื่อเป็นแนวทางของการสร้างเสริมสุขภาพอันจะนำไปสู่การมีสุขภาวะที่ดี

วัตถุประสงค์ของการวิจัย 1) เพื่อศึกษาสถานการณ์ความเครียดของนักศึกษาพยาบาลและพัฒนา
รูปแบบโปรแกรมการสร้างเสริมสร้างความเข้มแข็งทางใจเพื่อลดความเครียดของนักศึกษาพยาบาล และ
2) เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมฯ ต่อความเครียดของนักศึกษาพยาบาล สมมติฐานการวิจัย ได้แก่
1) ความเครียดของนักศึกษากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมแตกต่างกันอย่างน้อย 1 คู่ 2) ความเครียด
ของนักศึกษาก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมฯ แตกต่างกัน และ 3) ปฏิสัมพันธ์ระหว่างเวลาและโปรแกรมฯ
มีผลต่อความเครียดของนักศึกษา

การออกแบบการวิจัย การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยและพัฒนา โดยประยุกต์แนวคิดความเข้มแข็ง
ทางใจของกรอทเบอร์เกอร์ คือ “I have I am I can” และการฝึกสติด้วยการทำสมาธิเป็นฐานของคาบาชิน
โดยการพัฒนารูปแบบการสร้างเสริมความเข้มแข็งทางใจเพื่อลดความเครียดของนักศึกษาพยาบาล ผู้วิจัย
ศึกษาสถานการณ์ความเครียดของนักศึกษาพยาบาลบูรณาการร่วมกับแนวคิดทฤษฎีความเข้มแข็ง
ทางใจ และแนวคิดการเจริญสติและสมาธิ ประกอบด้วย 3 โมดูล ได้แก่ การเตรียมความรู้ การเตรียมจิตใจ
และการสร้างเสริมความเข้มแข็งทางใจ เมื่อต้องเผชิญกับปัญหาที่เริ่มก่อให้เกิดความเครียด ซึ่งส่งผลให้
นักศึกษาสามารถผ่านพ้นช่วงวิกฤตจากปัญหาที่เกิดขึ้นทำให้เกิดความเครียดให้ลดลงได้

การดำเนินการวิจัย กลุ่มตัวอย่างเป็นนักศึกษาพยาบาล ชั้นปีที่ 1 – 4 ภาคการศึกษาที่ 2 ปีการศึกษา
2566 มหาวิทยาลัยเอกชนแห่งหนึ่ง สังกัดสำนักงานการอุดมศึกษาเอกชน ระหว่างเดือนกุมภาพันธ์ ถึง
มิถุนายน พ.ศ. 2567 เลือกแบบเฉพาะเจาะจง กำหนดขนาดตัวอย่างโดยใช้โปรแกรม G* Power แบ่งเป็น
2 ช่วง คือ 1) การศึกษาสถานการณ์ความเครียดของนักศึกษาพยาบาล จำนวนตัวอย่าง 141 คน และ
2) การนำรูปแบบของโปรแกรมที่พัฒนาขึ้นไปทดลองใช้ในผู้ที่มีความเครียดอยู่ในระดับปานกลางถึงสูง
จำนวนตัวอย่าง 30 คน จัดเข้ากลุ่มทดลอง 15 คน และกลุ่มควบคุม 15 คน โดยการจับคู่ เครื่องมือวิจัย ได้แก่
1) แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป 2) แบบวัดความเครียดของสวนปรุง ที่มีการตรวจสอบความเที่ยง
ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ .90 3) แบบสอบถามปลายเปิดเกี่ยวกับสาเหตุของความเครียด
และการจัดการความเครียด และ 4) โปรแกรมการสร้างเสริมความเข้มแข็งทางใจเพื่อลดความเครียดของ
นักศึกษาพยาบาล ประกอบด้วย คู่มือการใช้โปรแกรม คลิปวิดีโอการฝึกสติด้วยการทำสมาธิ และใบงาน
ของกิจกรรม 3 โมดูล มีค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหาของโปรแกรม เท่ากับ .89 การเก็บรวบรวมข้อมูลแบ่งเป็น
3 ระยะ ได้แก่ ระยะที่ 1 การศึกษาสถานการณ์ความเครียดของนักศึกษาพยาบาล และแนวคิดทฤษฎี
การพัฒนาโปรแกรมการสร้างเสริมความเข้มแข็งทางใจเพื่อลดความเครียดของนักศึกษาพยาบาล ผู้วิจัยสำรวจ
ความเครียดของกลุ่มตัวอย่างโดยใช้แบบวัดความเครียดของสวนปรุง รวมทั้งสาเหตุของความเครียด และ
วิธีการจัดการกับความเครียดของนักศึกษาพยาบาล ด้วยแบบสอบถามสาเหตุของความเครียดและวิธี

¹ผู้ประพันธ์บรรณกิจ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ สมุทรปราการ E-mail: taweessukk@gmail.com

²ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ สมุทรปราการ

การจัดการกับความเครียด ผ่าน QR code ระยะที่ 2 การพัฒนารูปแบบของโปรแกรมการสร้างเสริมความเข้มแข็งทางใจเพื่อลดความเครียดของนักศึกษาพยาบาล ประกอบด้วย 1) วางแผนการพัฒนาโปรแกรมฯ โดยนำข้อมูลสำรวจได้จากระยะที่ 1 บูรณาการร่วมกับการฝึกสติด้วยการทำสมาธิเป็นฐาน และศึกษางานวิจัยที่เกี่ยวข้อง 2) จัดทำคู่มือและเอกสารประกอบกิจกรรม 3 โมดูล ได้แก่ การเตรียมความพร้อมทางด้านความรู้ การเตรียมจิตใจ และการสร้างเสริมความเข้มแข็งทางใจ และระยะที่ 3 การนำโปรแกรมที่พัฒนาขึ้นไปทดลองใช้ โดยนักศึกษากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมตอบแบบสอบถามข้อมูลทั่วไปและแบบวัดความเครียดส่วนประจักษ์ย่อยมอบหมายไปงาน คู่มือและเอกสารประกอบกิจกรรมให้กับกลุ่มทดลองเพื่อเตรียมพร้อมในการเข้าร่วมกิจกรรมทั้ง 3 โมดูล จากนั้นจัดกิจกรรมตามโปรแกรมฯ โดยเน้นการฝึกสติ รวม 6 กิจกรรม ใช้เวลา 6 สัปดาห์ ๆ ละ 1 ครั้ง ๆ ละ 90 นาที ในขณะที่กลุ่มควบคุมได้รับการดูแลในระบบให้คำปรึกษาตามปกติ จากนั้นประเมินความเครียดหลังสิ้นสุดโปรแกรมทันที และติดตามหลังสิ้นสุดโปรแกรม 1 เดือน วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา การวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบสองทางวัดซ้ำ และสถิติ Bonferroni

ผลการวิจัย กลุ่มตัวอย่างระยะที่ 1 จำนวน 141 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 95.7) ศึกษาในชั้นปีที่ 3 มากที่สุด (ร้อยละ 30.5) มีความสัมพันธ์กับครอบครัว โดยสมาชิกในครอบครัวสามารถแสดงความคิดเห็นได้อย่างเต็มที่ (ร้อยละ 54.6) ความสัมพันธ์กับเพื่อนส่วนใหญ่เป็นแบบสนับสนุนให้ความช่วยเหลือ (ร้อยละ 34.8) ความสัมพันธ์กับอาจารย์เมื่อเผชิญกับปัญหาพบว่าเป็นแบบต้องการความช่วยเหลือจากอาจารย์ แต่ไม่กล้าเข้าหามากที่สุด (ร้อยละ 48.9) กลุ่มตัวอย่างมีความเครียดอยู่ในระดับรุนแรงมากที่สุด (ร้อยละ 54.6) รองลงมาคือระดับมาก (ร้อยละ 34.1) ระดับปานกลาง (ร้อยละ 9.9) และระดับต่ำ (ร้อยละ 1.4) ตามลำดับ สาเหตุของความเครียดที่พบมากที่สุดคือด้านภาระเรียน (ร้อยละ 72.3) การจัดการกับความเครียดพบว่า นักศึกษาเลือกวิธีการจัดการกับความเครียดโดยเริ่มต้นเองมากที่สุด (ร้อยละ 44.7) รองลงมาคือปรึกษาครอบครัว (ร้อยละ 29.8) และปรึกษาบุคคลภายนอกที่ไม่ใช่ครอบครัว (ร้อยละ 25.5) ตามลำดับ ในระยะที่ 2 ได้รูปแบบโปรแกรมการสร้างเสริมความเข้มแข็งทางใจเพื่อลดความเครียดของนักศึกษาพยาบาล รวมกิจกรรม 6 ครั้ง ประกอบด้วย 1) การเรียนรู้และเข้าใจความหมายและความสำคัญของความเข้มแข็งทางใจ เรียนรู้การฝึกสติ รวมทั้งสร้างสัมพันธภาพ 2) การสำรวจปัญหาที่ก่อให้เกิดความเครียด และผลของอารมณ์ด้านลบที่เกิดขึ้น 3) การวางแผน/กำหนดเป้าหมายและวิธีการสร้างเป้าหมายชีวิต 4) การสนทนาแลกเปลี่ยนและใช้คำถามเชิงลึกเพื่อค้นหาความรู้ที่รับฟังและเป็นผู้ที่สนับสนุนให้นักศึกษาสามารถรับมือกับปัญหาหรือลดผลกระทบต่อยุติใจจากเหตุการณ์วิกฤตให้ก้าวผ่านไปได้ 5) การทบทวนความสัมพันธ์รวมทั้งอภิปรายในประเด็นการสื่อสารทั้งวาจาและท่าทางที่อาจเป็นเชิงลบ และการปรับแนวทางการสื่อสารให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น และ 6) การสร้างความเข้มแข็งทางใจภายใต้การมีสติรับรู้ต่อสถานการณ์ต่าง ๆ รวมทั้งการยอมรับ เข้าใจ และสามารถเตรียมตัวเองให้พร้อมเสมอที่จะรับมือกับสถานการณ์นั้น ระยะที่ 3 ผลของการนำรูปแบบโปรแกรมการสร้างเสริมความเข้มแข็งทางใจของนักศึกษาไปใช้ พบว่า กลุ่มควบคุมมีความเครียดก่อนทดลองอยู่ในระดับสูง ($M = 49.1, SD = 8.8$) หลังสิ้นสุดการทดลองทันที ($M = 50.0, SD = 8.8$) และหลังสิ้นสุดการทดลอง 1 เดือนยังคงอยู่ในระดับสูง ($M = 51.4, SD = 8.7$) ในขณะที่กลุ่มทดลองมีความเครียดก่อนทดลองอยู่ในระดับสูง ($M = 45.7, SD = 6.8$) หลังสิ้นสุดการทดลองทันที ($M = 41.3, SD = 4.9$) และหลังสิ้นสุดการทดลอง 1 เดือนอยู่ในระดับปานกลาง ($M = 41.5, SD = 5.1$) ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบ 2 ทางวัดซ้ำ พบว่า ความเครียดก่อนการทดลอง หลังสิ้นสุดการทดลองทันที และหลังสิ้นสุดการทดลอง 1 เดือนภายในกลุ่มไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($F = 1.167, p = .304$) อย่างไรก็ตาม ปฏิสัมพันธ์ระหว่างช่วงเวลาและโปรแกรมมีผลต่อความเครียดของนักศึกษาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($F = 4.413, p = .032$) เมื่อวิเคราะห์ระหว่างกลุ่มพบว่า ความเครียดของกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุมแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($F = 9.936, p = .004$) ผลการวิเคราะห์ความแตกต่างของค่าเฉลี่ยเป็นรายคู่พบว่ากลุ่มทดลองมีความเครียดแตกต่างจากกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ในระยะหลังสิ้นสุดโปรแกรมทันที (Mean difference, $MD = -8.733, p = .002$) และในระยะ 1 เดือนหลังสิ้นสุดโปรแกรม ($MD = -9.933, p = .001$)

ข้อเสนอแนะ ผลการศึกษาครั้งนี้ชี้ให้เห็นถึงประสิทธิผลของโปรแกรม ดังนั้นอาจารย์ผู้รับผิดชอบหลักสูตรและผู้เกี่ยวข้องควรนำโปรแกรมไปปรับใช้เพิ่มเติมจากระบบการให้คำปรึกษานักศึกษาที่มีอยู่เดิม และควรมีการศึกษาติดตามในระยะยาวเพื่อให้เห็นผลอย่างต่อเนื่อง และนำไปขยายผลต่อไป

คำสำคัญ การสร้างเสริมความเข้มแข็งทางใจ ความเครียด การพัฒนารูปแบบ นักศึกษาพยาบาล

วันที่ได้รับ 27 ก.ย. 67 วันที่แก้ไขบทความเสร็จ 11 ธ.ค. 67 วันที่รับตีพิมพ์ 3 ม.ค. 68

Model Development of a Resilience Promotion Program to Reduce Stress in Nursing Students

Taweesak Kasiphol Ph.D. (Medical Science)¹

Chanika Jaroenjittkul M.S. (Development Psychology)²

Model Development of a Resilience Promotion Program to Reduce Stress in Nursing Students

This Research and Development aimed to 1) describe stress and develop a resilience promotion program to reduce stress in nursing students, and 2) examine the effects of the program on stress in nursing students



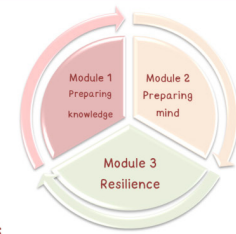
Phase 1
Exploring the stress situation in nursing students and exploring the relevant theories



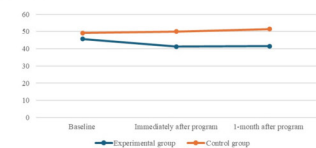
Phase 2
Developing a 6-week resilience promotion program to reduce stress in nursing students



Phase 3
Implementing the program and testing its effectiveness



Results



Recommendation Findings indicate that the program is effective in reducing stress in nursing students. The curriculum coordinator could integrate this program into existing student support systems and conduct long-term follow-up studies.

Extended Abstract

Introduction Stress in nursing students is a significant mental health problem, particularly in the digital age, where rapid societal changes can exacerbate its impact. Nursing students experience intense academic pressures in theoretical and practical courses and high levels of stress during clinical practice. Additionally, adjusting to professional roles in patient care is a key factor contributing to stress. The lack of real-life experience and external pressures, such as expectations from family members, can further elevate stress levels. Teaching and learning process, relationships with peers and instructors, and other factors may amplify these stressors. The existing student support systems may not always be sufficient to mitigate stress effectively. One potential approach to helping students manage stressful situations is the development of resilience and mindfulness practices. This study aims to develop a resilience promotion program to reduce stress among nursing students, contributing to their well-being.

Objectives 1) To describe stress and develop a resilience promotion program to reduce stress in nursing students, and 2) To examine effects of the program on stress in nursing students. The research hypotheses are: 1) There is a difference in stress between the experimental and control groups, 2) There is a difference in stress before and after participating in the program, and 3) The interaction between time and the program affects the stress in nursing students.

¹Corresponding author, Assistant Professor, Hua-Cheiw Chalermprakeit University. Samut prakarn province, Thailand, E-mail: taweessukk@gmail.com

²Assistant Professor, Faculty of Nursing, Hua-Cheiw Chalermprakeit University. Samut prakarn province, Thailand

Design This Research and Development used Grothberg's "I have, I am, I can" concept of resilience and Kabat-Zinn's mindfulness practice through meditation. The researchers developed the program by exploring the stress situation in nursing students and exploring the concepts of resilience and mindfulness through meditation. The program included three modules: preparing knowledge, preparing mind, and resilience. This approach helped students navigate crises that led to stress reduction.

Methodology The participants consisted of first-year to fourth-year nursing students at a private university under the Office of the Higher Education Commission, enrolled in the second semester of the 2023–2024 academic year, from February to June 2024. Participants were selected through purposive sampling. The sample size was calculated using the G* Power program, consisting of two parts: 1) Exploring the stress situation in 141 nursing students and 2) Developing and testing the program in 30 students experiencing moderate to high stress, divided into an experimental group (15 students) and a control group (15 students) using a matched-pair design. The research tools included: 1) a demographic questionnaire, 2) The Suanprung Stress Scale with a Cronbach's alpha coefficient of .90, 3) An open-ended questionnaire regarding stressors and stress management, and 4) The resilience promotion program, including a program manual, mindfulness meditation training videos, and activity worksheets for three modules. The program's content validity index (CVI) was .89. Data were collected in three phases: **Phase 1:** The stress levels of nursing students were assessed, and the causes and coping strategies were identified through a stress questionnaire and open-ended questions distributed via QR codes. **Phase 2:** The resilience promotion program was developed based on findings from Phase 1, integrating with mindfulness meditation and reviewing relevant research. The program consisted of three main modules: preparing knowledge, preparing mind, and resilience. **Phase 3:** The developed program was implemented with the experimental group, while the control group received regular counseling services. The program consisted of six activities over six weeks, each lasting 90 minutes. The stress levels of both groups were measured immediately after the program and one month later. Data analysis employed Descriptive statistics, Two-way repeated measures ANOVA, and Bonferroni.

Results In Phase 1, 141 nursing students participated, with 95.7% female. The highest proportion (30.5%) was in the third year. Most students reported positive relationships with their families (54.6%) and supportive friendships (34.8%), while 48.9% felt they needed help from their instructors but were reluctant to approach them. Stress was most commonly severe (54.6%) and associated primarily with academic demands (72.3%). Strategies to manage stress were mostly self-initiated (44.7%), followed by consulting family members (29.8%) and non-family external sources (25.5%). In Phase 2, a six-session program was developed to promote resilience, covering understanding resilience, identifying stressors, setting goals, fostering supportive relationships, improving communication skills, and building resilience through mindfulness. In Phase 3, the control group revealed high-stress levels before and after the intervention ($M = 49.1$, $SD = 8.8$ and $M = 50.0$, $SD = 8.8$, respectively), with levels remaining high one month after the program ($M = 51.4$, $SD = 8.7$). The experimental group showed significantly lower stress levels, from high levels before the program ($M = 45.7$, $SD = 6.8$) to moderate levels after the program ($M = 41.5$, $SD = 5.1$) one month later. Two-way repeated measures ANOVA revealed no significant differences in time within group ($F = 1.167$, $p = .304$). However, interaction between time and program significantly affected stress ($F = 4.413$, $p = .032$). Analysis between groups also found significant differences ($F = 9.936$, $p = .004$), with the experimental group showing a statistically significant reduction in stress immediately after the program ($MD = -8.733$, $p = .002$) and one month later ($MD = -9.933$, $p = .001$).

Recommendation The findings indicate that the resilience promotion program effectively reduces stress among nursing students. It is recommended that the curriculum coordinator and relevant stakeholders integrate this program into existing student support systems and conduct long-term follow-up studies to assess its sustained impact. Further research could extend the application of this program to other educational contexts.

Journal of Thailand Nursing and Midwifery Council 2025; 40(1) 31–46

Keywords resilience promotion/ stress/ model development/ nursing students

Received 27 September 2024, Revised 11 December 2024, Accepted 3 January 2025

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ความเครียดในวัยรุ่นเป็นปัญหาสุขภาพจิตที่สำคัญในสังคมยุคดิจิทัลที่มีการเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็วทั้งในด้านเศรษฐกิจ สังคม การเมือง และวัฒนธรรม ปัจจุบันเป็นปัญหาสาธารณสุขที่พบได้ในทุกภูมิภาคทั่วโลกโดยเป็นหนึ่งในสาเหตุหลักของปัญหาสุขภาพในวัยรุ่น¹ นักศึกษาพยาบาลส่วนใหญ่อยู่ในช่วงวัยรุ่น ความเครียดจึงเป็นปัญหาที่มีความรุนแรงเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องในปัจจุบัน ประกอบกับการที่นักศึกษาพยาบาลต้องเผชิญกับภาระการเรียนรู้ที่มีความเข้มข้นทั้งในภาคทฤษฎีและปฏิบัติ รวมถึงการฝึกงานในสถานพยาบาลที่มักมีความกดดันสูง ส่งผลให้เกิดความเครียดทั้งจากการเรียนและความรับผิดชอบในบทบาทที่ให้การดูแลผู้ป่วยการศึกษาที่ผ่านมาในนักศึกษาพยาบาลระดับอุดมศึกษาพบว่า มีความเครียดระดับสูงในระหว่างการศึกษา²⁻⁴ สำหรับประเทศไทยพบว่า นักศึกษาพยาบาลมากกว่าครึ่งหนึ่งประสบปัญหาความเครียดในระหว่างการเรียนอยู่ในระดับสูงถึงร้อยละ 51.70 และมีอัตราความเครียดในระดับรุนแรงสูงถึงร้อยละ 20.0⁵

ความเครียดของนักศึกษาพยาบาลจึงเป็นปัญหาสำคัญที่อาจารย์ผู้สอนและผู้ที่เกี่ยวข้อง รวมทั้งสถาบันการศึกษาควรตระหนักและให้ความสำคัญ แม้ว่าจะมีระบบอาจารย์ที่ปรึกษาหรืออาจารย์นิเทศประจำแหล่งฝึกภาคปฏิบัติที่เข้มงวดและให้คำแนะนำในการเผชิญความเครียด อย่างไรก็ตามนักศึกษาต้องประสบกับเหตุการณ์ที่มีการเปลี่ยนแปลงค่อนข้างมาก อีกทั้งการที่นักศึกษาต้องปรับตัวเข้าสู่การเป็นนักศึกษาพยาบาล ส่งผลต่อสุขภาพจิต โดยเฉพาะความเครียด⁶ การเผชิญกับความเครียดที่ไม่ได้รับการจัดการอย่างเหมาะสมอาจนำไปสู่ปัญหาสุขภาพจิตอื่น ๆ เช่น ภาวะซึมเศร้าและความวิตกกังวล⁷ ซึ่งอาจส่งผลกระทบต่อการเรียนรู้และการทำงานในอนาคตของนักศึกษาพยาบาล

ความเครียดที่พบในนักศึกษาพยาบาลเกิดขึ้นได้จากหลายปัจจัย ได้แก่ การปรับตัวต่อการเรียนการสอนที่มีลักษณะเฉพาะทางวิชาชีพด้านสุขภาพซึ่งมีรูปแบบการเรียนภาคทฤษฎีเพื่อนำความรู้ไปประยุกต์ในภาคปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยที่คลินิก⁸ นักศึกษาพยาบาลจึงต้องมีความรับผิดชอบสูงต่อชีวิตมนุษย์และอุทิศเวลาในการเรียนการสอนของหลักสูตรจึงพบความเครียดสูงในช่วงการฝึกปฏิบัติการพยาบาลในคลินิก⁹ อีกทั้งการที่นักศึกษายังไม่มีประสบการณ์การฝึกปฏิบัติงานบนหอผู้ป่วยโดยเฉพาะในช่วงแรกที่ต้องเผชิญสถานการณ์ใหม่ ความกลัวทำงานผิดพลาด และไม่มั่นใจในความสามารถของตนในการดูแลผู้ป่วย การมีความรู้ที่จำกัด ตลอดจนความคาดหวังของผู้ปกครองต่อผลการเรียน ล้วนเป็นปัจจัยที่ทำให้เกิดความเครียด^{8,10} นอกจากนี้ปัจจัยด้านการจัดการเรียนการสอน วิธีการสอนของอาจารย์ สถานที่ฝึกปฏิบัติงาน สิ่งแวดล้อม สัมพันธภาพกับเพื่อนและอาจารย์มีความสัมพันธ์กับความเครียดของนักศึกษาพยาบาล¹¹ นักศึกษาพยาบาลจึงมีความเครียดสูงกว่านักศึกษาที่ไม่ใช่สาขาด้านสุขภาพ ระบบการดูแลนักศึกษาที่มีอยู่ อาจไม่สามารถช่วยลดความเครียดได้ตลอดเวลา⁸

แนวทางหนึ่งที่จะช่วยนักศึกษาพยาบาลให้สามารถเผชิญกับสถานการณ์ความเครียดได้ คือ การสร้างความเข้มแข็งทางใจ โดยการพัฒนาทักษะของบุคคลในการเผชิญและการจัดการกับความกดดันในชีวิตหรือสถานการณ์ที่เลวร้ายในชีวิต ถือว่าเป็นความสามารถในการปรับตัวด้านบวกที่ทำให้บุคคลยังคงภาวะสุขภาพจิตที่ดีได้¹² การฝึกความเข้มแข็งทางจิตใจด้วยการฝึกสติเป็นวิธีการหนึ่งที่จะช่วยให้นักศึกษาเผชิญกับความเครียดและสามารถลดความเครียดได้ การฝึกสติเป็นโปรแกรมที่มีการเตรียมความพร้อมทางด้านจิตใจให้มีความแข็งแกร่งในชีวิต มีความสามารถที่จะเผชิญสถานการณ์ต่าง ๆ

อย่างมั่นใจและอดทนในการเผชิญปัญหาได้¹³ การฝึกสติ จึงนับว่าเป็นจุดเริ่มต้นของการปล่อยวาง ไม่ตัดสินว่า ถูกหรือผิด ยอมรับปัญหาและเปลี่ยนแปลงให้เกิด พฤติกรรมที่สอดคล้องกับความเป็นจริง¹⁴ แนวคิดเกี่ยวกับ สติ (mindfulness)¹⁵ ให้ความหมายของการเจริญสติไว้ว่า เป็นกระบวนการของการเรียนรู้ที่จะมองเข้าไป อย่างลึกในตัวตนและเข้าใจตนเองอย่างถ่องแท้ จากประสบการณ์ต่าง ๆ โดยไม่มีการตัดสิน มิติของ การฝึกสติประกอบด้วย การสะท้อนคิดเกี่ยวกับตนเอง (self reflection) การยอมรับ (acceptance) การดูแล ตนเอง การพัฒนาแหล่งสนับสนุนในการดูแลตนเอง และการเผชิญกับความยากลำบาก อุปสรรคต่าง ๆ โดย ไม่หลีกเลี่ยง การฝึกสติเป็นการนำไปสู่การเปิดใจ คุณภาพ ของความเห็นอกเห็นใจมีเมตตาและความเอื้ออาทร จะเกิดขึ้น จากการฝึกสมาธิ¹⁵

ดังนั้นจึงมีความจำเป็นที่ต้องพัฒนาโปรแกรม การสร้างเสริมสุขภาพจิตด้วยการสร้างเสริมความเข้มแข็ง ทางด้านจิตใจร่วมกับการฝึกสติด้วยการทำสมาธิ เพื่อลด ความเครียด และเพิ่มศักยภาพในการจัดการกับปัญหา ทางจิตใจที่พร้อมจะเกิดขึ้นได้กับนักศึกษาพยาบาล เป็น แนวทางของการสร้างเสริมสุขภาพด้านความเข้มแข็งทางใจ อันจะนำไปสู่การมีสุขภาวะที่ดีทั้งร่างกายและจิตใจ และ เรียนรู้อย่างมีความสุขในระหว่างการศึกษาตลอดหลักสูตร พยาบาลศาสตรบัณฑิต

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาสถานการณ์ความเครียดของ นักศึกษาพยาบาลและพัฒนารูปแบบโปรแกรม การเสริมสร้างความเข้มแข็งทางใจเพื่อลดความเครียด ของนักศึกษาพยาบาล
2. เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมฯต่อความเครียด ของนักศึกษาพยาบาล

สมมติฐานการวิจัย

1. ความเครียดของนักศึกษาในกลุ่มทดลองและ กลุ่มควบคุมแตกต่างกันอย่างน้อย 1 คู่
2. ความเครียดของนักศึกษา ก่อนและหลังเข้าร่วม โปรแกรมฯ แตกต่างกัน
3. ปฏิสัมพันธ์ระหว่างเวลาและโปรแกรมฯ มีผล ต่อความเครียดของนักศึกษา

กรอบแนวคิดในการวิจัย

ผู้วิจัยพัฒนารูปแบบการสร้างเสริมความเข้มแข็ง ทางใจเพื่อลดความเครียดของนักศึกษาพยาบาล โดยใช้ แนวคิดทฤษฎีของกรอทเบอร์ก (Grothberg) ที่กล่าวว่า การพัฒนาทักษะของบุคคลในการเผชิญและการจัดการ กับความกดดันหรือสถานการณ์ที่เลวร้ายในชีวิต เป็นความสามารถในการปรับตัวด้านบวกที่ทำให้บุคคล ยังคงภาวะสุขภาพจิตที่ดี¹² โดยการพัฒนาแบบฯ ในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ใช้ข้อมูลจากการศึกษาสถานการณ์ ความเครียดของนักศึกษาพยาบาล (exploring the stress situation of nursing students) บูรณาการร่วมกับแนวคิด ทฤษฎีความเข้มแข็งทางใจ (exploring the concepts and theories of resilience) และ แนวคิดการเจริญสติและ สมาธิ (exploring the concept of mindfulness through meditation) ประกอบด้วย 3 โมดูล (6 กิจกรรม) ได้แก่ โมดูล 1 การเตรียมความรู้ (preparing knowledge) มี 1 กิจกรรมหลัก คือการเรียนรู้ความเข้มแข็งทางใจ การเจริญสติ ความเข้าใจความเครียด เข้าใจและยอมรับ ตนเอง โมดูล 2 การเตรียมจิตใจ (preparing mind) มี 4 กิจกรรมหลักประกอบด้วย กิจกรรมที่ 2 การสำรวจ ปัญหาที่ทำให้ตนเองเกิดความเครียด และผลของอารมณ์ ด้านลบที่เกิดขึ้น กิจกรรมที่ 3 การกำหนดเป้าหมายและ วิธีการสร้างเป้าหมายในชีวิต กิจกรรมที่ 4 ค้นหาความรู้ใจ ช่วยผ่อนคลายทุกข์ได้ และกิจกรรมที่ 5 การทบทวน

สัมพันธภาพและการปรับการสื่อสารให้ดีขึ้น โมดูล 3 การสร้างเสริมความเข้มแข็งทางใจ (resilience) มีกิจกรรมหลักคือ กิจกรรมที่ 6 การแลกเปลี่ยนเรียนรู้รูปแบบในการแก้ไขปัญหาด้วยตนเอง โดยประยุกต์แนวคิดความเข้มแข็งทางใจของกรอทเบอร์คคือ “I have I am I can” มาใช้เมื่อต้องเผชิญกับปัญหาที่เริ่มก่อให้เกิดความเครียด และส่งผลให้นักศึกษาสามารถผ่านพ้นช่วงวิกฤตจากปัญหาที่เกิดขึ้นทำให้เกิดความเครียดให้ลดลงได้ (stress reduction) โดยกิจกรรมทั้ง 3

โมดูลมุ่งเน้นการฝึกสติเพื่อเพิ่มสมาธินำพาให้รู้จักตนเองอย่างถ่องแท้เพิ่มพลังอิสระในการคิดเรียนรู้ที่จะพึ่งร่างกายตนเองจากการสะท้อนคิดเกี่ยวกับตนเอง การยอมรับตนเอง การดูแลตนเองและเผชิญกับความยากลำบาก อุปสรรคต่าง ๆ โดยไม่หลีกเลี่ยง¹³ ทั้งนี้เพื่อเข้าสู่กระบวนการสร้างเสริมความเข้มแข็งทางใจและนำไปทดลองใช้ (Research: R2) ซึ่งจะนำไปสู่การปรับปรุงพัฒนารูปแบบฯ (Development: D2) ต่อไป (Figure 1)

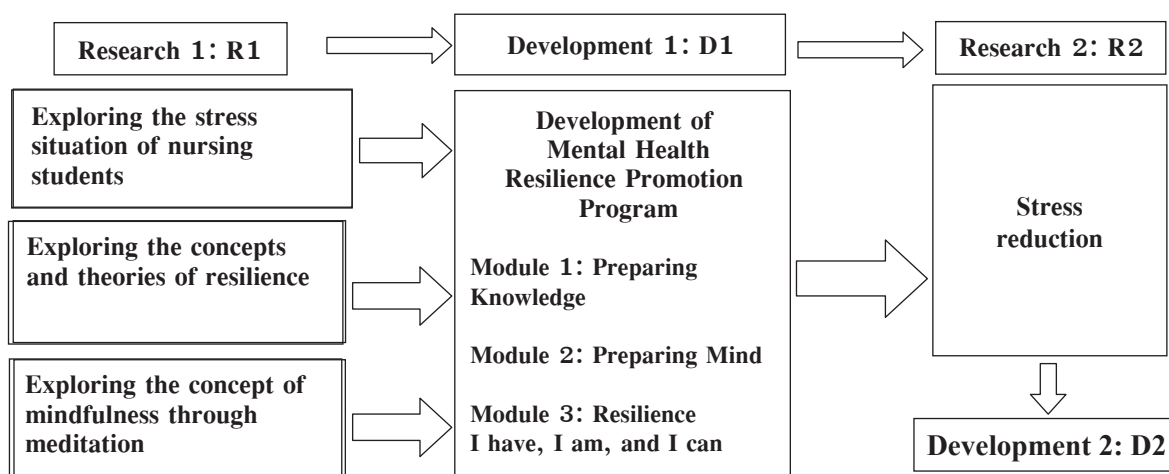


Figure 1 Conceptual framework of the study

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษานี้เป็นการวิจัยและพัฒนา (Research and Development)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร เป็นนักศึกษาคณะพยาบาลศาสตร์ของมหาวิทยาลัยเอกชนแห่งหนึ่ง สังกัดสำนักงานการอุดมศึกษาเอกชน (สสอท.)

กลุ่มตัวอย่าง เป็นนักศึกษาคณะพยาบาลศาสตร์ ชั้นปีที่ 1- 4 ภาคการศึกษาที่ 2 ปีการศึกษา 2566 จำนวน 141 คนของมหาวิทยาลัยเอกชน แห่งหนึ่ง สังกัด

สสอท. ระหว่างเดือนกุมภาพันธ์ถึง มิถุนายน พ.ศ. 2567 แบ่งตามระยะของการศึกษาดังนี้

1. ระยะศึกษาสถานการณ์ความเครียดของนักศึกษาพยาบาล (R1)

การสำรวจความเครียดของนักศึกษาพยาบาล เลือกตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง คำนวณขนาดตัวอย่างโดยใช้โปรแกรม G*Power¹⁶ โดยกำหนดระดับนัยสำคัญ .05 อำนาจการทดสอบ .80 ขนาดอิทธิพล 0.56 อ้างอิงจากการศึกษาที่ผ่านมา¹⁷ ที่ศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อความเครียดของนักศึกษาพยาบาลสถาบันเอกชนแห่งหนึ่ง กรุงเทพมหานคร ได้ขนาดตัวอย่างจำนวน 117 คน ผู้วิจัย

เพิ่มตัวอย่างร้อยละ 20 ในกรณีที่ได้อัปเดตข้อมูลไม่สมบูรณ์ ได้ขนาดตัวอย่างรวม 141 คน

2. ระยะการนำรูปแบบของโปรแกรมที่พัฒนาขึ้นไปทดลองใช้จริง (R2)

เลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจงตามเกณฑ์การคัดเลือก คือ 1) คะแนนความเครียดอยู่ในระดับปานกลางถึงสูง (24-61 คะแนน) 2) ไม่มีอาการป่วยทางจิตเวช และ 3) สามารถเข้าร่วมโครงการวิจัยได้ครบทุกครั้ง คำนวณขนาดตัวอย่างโดยใช้โปรแกรม G* Power โดยกำหนดอำนาจการทดสอบ .80¹⁶ ระดับนัยสำคัญ .01 ขนาดอิทธิพล 0.80 อ้างอิงจากการศึกษาที่ผ่านมา¹⁷ ได้ขนาดตัวอย่าง 24 คน เพื่อป้องกันการสูญหายของตัวอย่าง ผู้วิจัยได้เพิ่มตัวอย่างอีกประมาณร้อยละ 20 ได้ตัวอย่างจำนวน 30 คน จัดเข้ากลุ่มทดลอง 15 คน และกลุ่มควบคุม 15 คน โดยการจับคู่ (matched pair) ระดับความเครียดและเกรดเฉลี่ยสะสมในปีการศึกษา 2565

เครื่องมือวิจัย ประกอบด้วย 2 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

1. แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างพัฒนาขึ้นโดยผู้วิจัย ได้แก่ เพศ อายุ ชั้นปีที่ศึกษา ความสัมพันธ์กับครอบครัว ความสัมพันธ์กับเพื่อน ความสัมพันธ์กับอาจารย์ค่าใช้จ่ายต่อเดือนเพื่อการศึกษา ความพอเพียงของรายได้ และการเลือกรูปแบบในการเผชิญกับปัญหา

2. แบบวัดความเครียดของสวนปรุง ที่พัฒนาขึ้นโดยกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข เป็นเครื่องมือมาตรฐาน ประกอบด้วยข้อคำถาม 20 ข้อ สอบถามความรู้สึกต่อเหตุการณ์หรืออาการที่เกิดขึ้นในระยะ 6 เดือนที่ผ่านมา ลักษณะการตอบและการให้คะแนนแบ่งเป็น 5 ระดับ ตั้งแต่ไม่รู้สึกเครียด (1 คะแนน)

รู้สึกเครียดเล็กน้อย (2 คะแนน) รู้สึกเครียดปานกลาง (3 คะแนน) รู้สึกเครียดมาก (4 คะแนน) และรู้สึกเครียดมากที่สุด (5 คะแนน) การแปลผลแบ่งเป็น 3 ระดับ คือ ความเครียดระดับต่ำ (23 คะแนนหรือต่ำกว่า) ความเครียดระดับปานกลาง (24-41 คะแนน) ความเครียดระดับสูง (42-61 คะแนน) และความเครียดระดับรุนแรง (62 คะแนนขึ้นไป)

3. แบบสอบถามปลายเปิดเกี่ยวกับสาเหตุของความเครียด พัฒนาขึ้นโดยผู้วิจัย ประกอบด้วยข้อคำถามปลายเปิด 6 ด้าน ได้แก่ 1) สาเหตุด้านการเรียน 2) ด้านส่วนตัว 3) ด้านครอบครัว 4) ด้านสังคม 5) ด้านสิ่งแวดล้อมและ 6) ด้านการเงิน รวมทั้งด้านอื่น ๆ สามารถตอบเพิ่มเติมได้

4. แบบสอบถามปลายเปิดเกี่ยวกับการจัดการความเครียด พัฒนาขึ้นโดยผู้วิจัยประกอบด้วยเนื้อหา 3 ด้าน ได้แก่ 1) การจัดการด้วยตนเอง 2) การจัดการร่วมกับครอบครัว และ 3) การจัดการทางสังคม รวมทั้งด้านอื่น ๆ สามารถตอบเพิ่มเติมได้

การตอบแบบสอบถามทั้ง 4 ชุด ใช้การ SCAN QR CODE

ส่วนที่ 2 เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง คือ โปรแกรมการสร้างเสริมความเข้มแข็งทางใจเพื่อลดความเครียดของนักศึกษาพยาบาลที่พัฒนาขึ้นโดยผู้วิจัยและคณะ ประกอบด้วย

1. คู่มือการใช้โปรแกรมการสร้างเสริมความเข้มแข็งทางใจเพื่อป้องกันและลดความเครียดของนักศึกษาพยาบาล

2. คลิปวิดีโอการฝึกสติด้วยการทำสมาธิ

3. ใบงานของกิจกรรม 3 โมดูล ดังนี้

3.1 โมดูล 1 การเตรียมความพร้อมทางด้านความรู้ (preparing knowledge) ประกอบด้วยกิจกรรมที่ 1 การเรียนรู้ความเข้มแข็งทางใจ การเจริญสติ การเข้าใจและยอมรับตนเอง (ใช้ระยะเวลา 1 สัปดาห์)

3.2 โมดูล 2 การเตรียมจิตใจ (preparing mind) ประกอบด้วย กิจกรรมที่ 2-5 ได้แก่ กิจกรรมที่ 2 สำรวจปัญหาที่ทำให้ตนเกิดความเครียด และผลของอารมณ์ด้านลบที่เกิดขึ้น กิจกรรมที่ 3 การกำหนดเป้าหมายในชีวิต และวิธีการสร้างเป้าหมายในชีวิต กิจกรรมที่ 4 การค้นหาความรู้ใจ ช่วยคลายทุกข์ได้ และ กิจกรรมที่ 5 ทบทวนความสัมพันธ์การปรับการสื่อสารให้ดีขึ้น (ใช้ระยะเวลา 4 สัปดาห์)

3.3 โมดูล 3 การสร้างความเข้มแข็งทางใจ (resilience) ได้แก่ กิจกรรมที่ 6 การแลกเปลี่ยนเรียนรู้รูปแบบใหม่ในการแก้ปัญหาด้วยตนเอง และการให้กำลังใจตนเอง (ใช้ระยะเวลา 1 สัปดาห์)

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ที่มีความเชี่ยวชาญด้านการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช ได้ค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา (content validity index, CVI) ของโปรแกรมฯ เท่ากับ .89 และการตรวจสอบความเที่ยงของแบบวัดความเครียดในนักศึกษาพยาบาล มหาวิทยาลัยเอกชนแห่งหนึ่งที่ไม่ใช่มหาวิทยาลัย ที่ทำการศึกษาจำนวน 30 คน ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha) เท่ากับ .90

การพิทักษ์สิทธิ์ผู้เข้าร่วมวิจัย

การศึกษานี้ได้รับการรับรองจริยธรรมจาก คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยของมหาวิทยาลัย หั้วเฉียวเฉลิมพระเกียรติ เลขที่ HCU-EC1455/2567 โดยมีระยะเวลาในการรับรองตั้งแต่เดือนกุมภาพันธ์ พ.ศ. 2567 ถึงกุมภาพันธ์ พ.ศ. 2569 กลุ่มตัวอย่างลงนามยินยอมตนก่อนเข้าร่วมการวิจัยด้วยความสมัครใจ สามารถขอถอนตัวได้ตลอดเวลาโดยไม่มีผลกระทบใด ๆ

การนำเสนอผลการวิจัยทำในภาพรวม ภายหลังสิ้นสุดการศึกษา ผู้วิจัยได้ดำเนินการจัดกิจกรรมตามโปรแกรมฯ ให้กับกลุ่มควบคุม

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ภายหลังได้รับอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย ผู้วิจัยประชาสัมพันธ์โครงการวิจัยไปยังนักศึกษาแต่ละชั้นปี หลังจากที่นักศึกษาสมัครใจเข้าร่วมการวิจัย จึงดำเนินการโดยแบ่งเป็น 3 ระยะ ดังนี้

ระยะที่ 1 การศึกษาสถานการณ์ความเครียดของนักศึกษาพยาบาล และแนวคิดทฤษฎีการพัฒนาโปรแกรมการสร้างเสริมความเข้มแข็งทางใจเพื่อลดความเครียดของนักศึกษาพยาบาล ดำเนินการในช่วงปลายเดือนกุมภาพันธ์ ถึง ต้นเดือนมีนาคม พ.ศ. 2567 มีขั้นตอนดังนี้

1) สำรวจความเครียดของกลุ่มตัวอย่าง นักศึกษาพยาบาล 141 คน โดยใช้แบบวัดความเครียดของสวนปรุง รวมทั้งสาเหตุของความเครียด และวิธีการจัดการกับความเครียดของนักศึกษาพยาบาล ด้วยแบบสอบถามสาเหตุของความเครียดและวิธีการจัดการกับความเครียด ผ่าน QR code

2) ทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ แนวคิดและทฤษฎีการสร้างเสริมความเข้มแข็งทางใจของกรอทเบอร์ก (Grothberg) การฝึกสติด้วยการทำสมาธิเป็นฐานของคาบาตซิน (Kabat-Zinn)¹³ และศึกษางานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ระยะที่ 2 การพัฒนารูปแบบของโปรแกรมการสร้างเสริมความเข้มแข็งทางใจเพื่อลดความเครียดของนักศึกษาพยาบาล ดำเนินการในช่วงกลางเดือนมีนาคม พ.ศ. 2567 มีขั้นตอนดังนี้

1) วางแผนการพัฒนาโปรแกรมฯ โดยนำข้อมูลที่สำรวจได้จากระยะที่ 1 การฝึกสติด้วย

การทำสมาธิเป็นฐานของ Kabat-Zinn และศึกษางานวิจัยที่เกี่ยวข้อง เพื่อนำมาร่วมบูรณาการในการออกแบบการพัฒนาโปรแกรมการสร้างเสริมความเข้มแข็งทางใจของนักศึกษาพยาบาล

2) จัดทำคู่มือและเอกสารประกอบกิจกรรม 3 โมดูล ได้แก่ โมดูล 1 การเตรียมความพร้อมทางด้านความรู้ (preparing knowledge) โมดูล 2 การเตรียมจิตใจ (preparing mind) และโมดูล 3 การสร้างความเข้มแข็งทางใจ (resilience)

ระยะที่ 3 การนำโปรแกรมฯ ที่พัฒนาขึ้นไปทดลองใช้และการประเมินผลเพื่อปรับรูปแบบของโปรแกรมต่อไป ดำเนินการในช่วงปลายเดือนมีนาคมถึง มิถุนายน พ.ศ. 2567 ดังนี้

1) ขั้นเตรียมการ ผู้วิจัยประสานงานเพื่อขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูล เตรียมทีมผู้วิจัยและคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง 30 คนตามเกณฑ์คัดเข้าแบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมกลุ่มละ 15 คน โดยการจับคู่ให้ข้อมูลสิทธิของผู้เข้าร่วมวิจัย วัตถุประสงค์และขั้นตอนการวิจัยโดยละเอียด เปิดโอกาสให้ซักถามและลงนามยินยอมตนเข้าร่วมการวิจัยพร้อมแนบหมายการเก็บรวบรวมข้อมูล

2) ขั้นทดลอง

2.1) ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลตั้งแต่วันที่ 1 มีนาคม - พฤษภาคม พ.ศ. 2567 โดยทีมผู้วิจัยซึ่งเป็นอาจารย์ผู้สอนและมีประสบการณ์สอนสาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช นักศึกษากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมตอบแบบสอบถามข้อมูลทั่วไปและแบบวัดความเครียดสวนปรง ผู้วิจัยมอบหมายใบงาน คู่มือและเอกสารประกอบกิจกรรมให้กับกลุ่มทดลองเพื่อเตรียมพร้อมในการเข้าร่วมกิจกรรมทั้ง 3 โมดูล จากนั้นจัดกิจกรรมตามโปรแกรมฯ โดยเน้นการฝึกสติ รวม 6 กิจกรรม ใช้เวลา 6 สัปดาห์ ๆ ละ 1 ครั้ง ๆ ละ 90 นาที

2.2) ประเมินความเครียดหลังสิ้นสุดโปรแกรมทันที และติดตามหลังสิ้นสุดโปรแกรม 1 เดือน

2.3) นำเสนอผลการศึกษาและข้อเสนอแนะของการพัฒนารูปแบบของโปรแกรมการสร้างเสริมความเข้มแข็งทางใจเพื่อลดความเครียดของนักศึกษาพยาบาล และนำไปใช้เป็นแนวทางในการลดความเครียดของนักศึกษาพยาบาล

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปและความเครียดของกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา (descriptive statistics) ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. วิเคราะห์ผลของโปรแกรมต่อความเครียดของกลุ่มตัวอย่างโดยใช้การวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบสองทางที่มีการวัดซ้ำ (Two-way ANOVA with repeated measures) และการเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยรายคู่ด้วยสถิติ Bonferroni ข้อมูลผ่านการตรวจสอบข้อตกลงเบื้องต้น ได้แก่ การแจกแจงของข้อมูลเป็นแบบปกติ ความแปรปรวนของความเครียดและความแปรปรวนร่วมของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมไม่แตกต่างกัน (homogeneity of variance) และความสัมพันธ์ของความเครียดที่วัดซ้ำไม่แตกต่างกัน และความแปรปรวนของความเครียดในการวัดซ้ำแต่ละครั้งไม่แตกต่างกัน (compound symmetry) ทดสอบด้วย Mauchly's test of Sphericity

ผลการวิจัย

ระยะที่ 1 กลุ่มตัวอย่างจำนวน 141 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 95.7) ศึกษาอยู่ชั้นปีที่ 3 มากที่สุด (ร้อยละ 30.5) รองลงมาคือ ชั้นปีที่ 2 (ร้อยละ 26.2) ชั้นปีที่ 4 (ร้อยละ 22.0) และชั้นปีที่ 1 (ร้อยละ 21.3)

ตามลำดับ ความสัมพันธ์กับครอบครัวพบว่า สมาชิกในครอบครัวสามารถแสดงความคิดเห็นได้อย่างเต็มที่ (ร้อยละ 54.6) ความสัมพันธ์กับเพื่อนพบว่า ส่วนใหญ่เป็นแบบสนับสนุนให้ความช่วยเหลือ (ร้อยละ 34.8) ความสัมพันธ์กับอาจารย์เมื่อเผชิญกับปัญหาพบว่าเป็นแบบต้องการความช่วยเหลือจากอาจารย์แต่ไม่กล้าเข้าหามากที่สุด (ร้อยละ 48.9) ค่าใช้จ่ายเพื่อการศึกษา 4,000-8,000 บาท/เดือน (ร้อยละ 44.7) ส่วนใหญ่มีความพอเพียงของรายได้ (ร้อยละ 67.4) และเลือกรูปแบบมุ่งจัดการกับปัญหาโดยใช้ความสามารถของตนเอง (ร้อยละ 73.0)

กลุ่มตัวอย่างมีความเครียดอยู่ในระดับรุนแรงมากที่สุด (ร้อยละ 54.6) รองลงมาคือระดับมาก (ร้อยละ 34.1) ระดับปานกลาง (ร้อยละ 9.9) และระดับต่ำ (ร้อยละ 1.4) ตามลำดับ สาเหตุของความเครียดที่พบมากที่สุดคือด้านการเรียน (ร้อยละ 72.3) โดยเฉพาะอย่างยิ่งบางรายวิชา เช่น พื้นฐานวิชาชีพทางการพยาบาล นักศึกษาให้ข้อมูลว่า “เรียนไม่รู้เรื่องไม่เข้าใจบทเรียน อ่านเองแล้วก็ยังไม่เข้าใจ สอบถามเพื่อน ๆ ก็ไม่เข้าใจ ไม่รู้จะทำอย่างไรดี ส่งผลให้ไม่อยากเรียน หรือไม่เข้าเรียนในชั่วโมงหรือหวั่นข้อถัดไป ทำให้เรียนไม่ทัน ส่งผลให้ผลการสอบออกมาก็ไม่ผ่านด้วยเช่นกัน เกิดภาวะคับข้องใจไม่รู้จะหาทางปรึกษาใคร” รองลงมาเป็นสาเหตุส่วนตัว (ร้อยละ 14.9) มาจากการปรับตัวที่ยังไม่ดีพอกับปัญหาต่าง ๆ ที่ตนเองต้องเผชิญ เช่น การปรับตัวต่อการเป็นนักศึกษาที่ต้องดำเนินชีวิตในมหาวิทยาลัยด้วยตนเองเป็นหลัก อาจจะยังไม่มีประสบการณ์ต่อการวางแผนตนเองกับการใช้ชีวิตในมหาวิทยาลัย รวมถึงเพื่อน ๆ ที่มาจากต่างโรงเรียนที่ต่างสถาบัน และรุ่นพี่ที่ยังไม่คุ้นเคยกัน แม้ว่าทางคณะพยาบาลศาสตร์และมหาวิทยาลัยจะมีหน่วยงานที่ให้บริการหรือให้คำปรึกษาก็ตาม นักศึกษาบางคนยังรู้สึกอึดอัดต่อการดำเนินชีวิตของตนเองในมหาวิทยาลัย สำหรับสาเหตุด้านการเงิน พบร้อยละ 12.8 โดยเฉพาะเมื่อถึงเวลาที่ต้องลงทะเบียนตามที่มหาวิทยาลัยกำหนด เนื่องจากครอบครัวประสบปัญหาทางการเงิน ส่งผลให้เกิดความวิตกกังวลและไม่มีสมาธิในการเรียน

ทำให้เกิดเป็นความเครียดที่สะสมอยู่ตลอดเวลาแม้ว่าจะหางานพิเศษทำนอกเวลาเรียนก็ตาม บางครั้งก็ทำให้คิดที่จะลาออก

การจัดการกับความเครียดพบว่า นักศึกษาเลือกวิธีการจัดการกับความเครียดโดยเริ่มที่ตนเองมากที่สุด (ร้อยละ 44.7) รองลงมาคือปรึกษาคครอบครัว (ร้อยละ 29.8) และปรึกษาบุคคลภายนอกที่ไม่ใช่ครอบครัว (ร้อยละ 25.5) ตามลำดับ โดยนักศึกษาให้ข้อมูลจากคำถามปลายเปิดว่า “ศึกษาหาความรู้เพิ่มเติมให้เวลามากขึ้นถ้าไม่เข้าใจเนื้อหา พยายามลืมปัญหา และพยายามยอมรับปัญหาต่าง ๆ ที่ไม่สามารถแก้ไขได้เพื่อให้สบายใจ” แนวทางการจัดการกับความเครียดร่วมกับครอบครัว ได้แก่ ปรึกษากับครอบครัว ระบายให้ครอบครัวฟัง และ ขอให้บุคคลในครอบครัวช่วยสำหรับแนวทางการจัดการกับความเครียดทางสังคม ได้แก่ ระบายปัญหาให้เพื่อนฟัง ขอให้ผู้อื่นที่ไม่ใช่ครอบครัวช่วยแก้ไขปัญหาและปรึกษาอาจารย์ที่ปรึกษา

ระยะที่ 2 รูปแบบโปรแกรมการสร้างเสริมความเข้มแข็งทางใจเพื่อลดความเครียดของนักศึกษาพยาบาล ที่พัฒนาขึ้นในการศึกษาครั้งนี้ ประกอบด้วย 3 โมดูล รวมกิจกรรม 6 ครั้ง ใช้เวลาครั้งละ 90 นาที โดยโมดูล 1 คือ กิจกรรมครั้งที่ 1 โมดูล 2 ได้แก่ กิจกรรมครั้งที่ 2-5 และโมดูล 3 คือ กิจกรรมครั้งที่ 6 ดังนี้

ครั้งที่ 1 เป็นการเรียนรู้และเข้าใจความหมายและความสำคัญของความเข้มแข็งทางใจ เรียนรู้การฝึกสติ รวมทั้งสร้างสัมพันธ์ภาพ

ครั้งที่ 2 เป็นการสำรวจปัญหาที่ทำให้เกิดความเครียด และผลของอารมณ์ด้านลบที่เกิดขึ้น นักศึกษาร่วมแลกเปลี่ยนประสบการณ์เกี่ยวกับเหตุการณ์วิกฤตที่ผ่านมา วิธีการจัดการกับปัญหา และจุดแข็งในตนเองที่ทำให้ผ่านพ้นวิกฤตได้โดยส่วนใหญ่เป็นความเครียด เกี่ยวกับการเรียน

ครั้งที่ 3 เป็นการวางแผน/กำหนดเป้าหมาย และวิธีการสร้างเป้าหมายชีวิตโดยนึกถึงภาพของตนเอง ในอนาคตที่เป็นไปได้ มีความหมาย มีความหวัง และมีทิศทาง ซึ่งสามารถปรับเปลี่ยนได้

ครั้งที่ 4 เป็นการสนทนาแลกเปลี่ยนและใช้คำถามเชิงลึกเพื่อค้นหาความรู้สึกที่รับฟังและเป็นผู้ที่สนับสนุนให้นักศึกษาสามารถรับมือกับปัญหาหรือลดผลกระทบต่องิตใจจากเหตุการณ์วิกฤตให้ก้าวผ่านไปได้ เช่น เหตุการณ์ความขัดแย้งภายในครอบครัว เหตุการณ์ทะเลาะกับเพื่อน เป็นต้น

ครั้งที่ 5 เป็นการทบทวนความสัมพันธ์รวมทั้งอภิปรายในประเด็นการสื่อสารทั้งวาจาและท่าทางที่อาจเป็นเชิงลบ และการปรับแนวทางการสื่อสารให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น

ครั้งที่ 6 เป็นการสร้างความเข้มแข็งทางใจในบริบทของสถานศึกษาภายใต้การมีสติตื่นรู้ต่อสถานการณ์ต่าง ๆ รวมทั้งการยอมรับเข้าใจ และสามารถเตรียมตัวเองให้พร้อมเสมอที่จะรับมือกับสถานการณ์นั้น กิจกรรมนี้เป็นการบูรณาการแนวคิดของกรอทเบอร์ก 3 องค์ประกอบคือ I have, I am, I can จากสิ่งที่นักศึกษามีอยู่เป็นอยู่และสามารถทำได้เพื่อให้สามารถเผชิญความเครียดและผ่านพ้นช่วงวิกฤตได้แก่

องค์ประกอบที่ 1: I have (ฉันมี) เมื่อนักศึกษาเริ่มเผชิญกับปัญหาหรือเผชิญกับปัญหาแล้ว นักศึกษามีแหล่งสนับสนุนภายนอกที่จะช่วยให้ความเข้มแข็งทางจิตใจ เช่น มีคนในครอบครัวหรือที่ไม่ใช่ครอบครัวที่ไว้วางใจหรือเชื่อถือได้มีผู้ให้การสนับสนุน มีตัวอย่างที่ดีมีผู้ที่พร้อมให้กำลังใจและสนับสนุน มีแหล่งที่ได้รับความช่วยเหลือและความปลอดภัย และ/หรือ มีครอบครัวและชุมชนที่มั่นคง เป็นต้น

องค์ประกอบที่ 2: I am (ฉันเป็น) เมื่อเริ่มเผชิญกับปัญหาหรือวิกฤติหรือเผชิญปัญหาแล้ว

นักศึกษาพิจารณาในสิ่งที่ตนเองเป็นอยู่ว่ามีความเข้มแข็งภายในตนเองแค่ไหน เช่น เป็นผู้ที่มีความภาคภูมิใจในตนเอง มีพื้นฐานอารมณ์ที่ดี เป็นที่รักของผู้อื่น เป็นผู้ที่รู้จักเห็นอกเห็นใจ แสดงความห่วงใยคนรอบข้าง พร้อมที่จะยอมรับและยกย่องผู้อื่น รับผิดชอบในการกระทำของตน มีความเชื่อว่สิ่งต่าง ๆ จะเปลี่ยนแปลงไปในทางที่ดีขึ้น และมีที่ยึดเหนี่ยวจิตใจ เป็นต้น

องค์ประกอบที่ 3: I can (ฉันสามารถ) เป็นปัจจัยด้านทักษะในการจัดการกับปัญหา และสัมพันธภาพระหว่างบุคคล ที่นักศึกษาใช้พิจารณาเมื่อเริ่มเผชิญปัญหาหรือเผชิญปัญหาแล้วว่าสามารถทำได้หรือไม่ เช่น จัดการกับปัญหาในสถานการณ์ต่าง ๆ ได้อย่างเหมาะสม หาทางออกหรือวิธีการใหม่ ๆ มุ่งมั่นในการทำงานที่ทำอยู่จนกว่าจะสำเร็จสามารถบอกผู้อื่นได้เกี่ยวกับความรู้สึกของตนเองว่ามีอารมณ์ขันหรือผ่อนคลายได้ สามารถขอความช่วยเหลือจากผู้อื่นได้ ในเวลาที่ต้องการ และรู้จักหว่าเวลา กาลเทศะ เป็นต้น

ขั้นตอนการทดลองใช้รูปแบบของโปรแกรมการสร้างเสริมความเข้มแข็งทางใจที่พัฒนาขึ้น โดยในแต่ละกิจกรรมทั้ง 3 โมดูล ในการฝึกปฏิบัติ มีการชี้แจงวัตถุประสงค์แนะนำตนเอง อธิบายแนวคิดของแต่ละกิจกรรม พร้อมทั้งมอบหมายใบความรู้และใบงานตามวัตถุประสงค์ของกิจกรรมนั้น รวมทั้งการฝึกสติด้วยการทำสมาธิทุกครั้ง มีคลิปวิดีโอที่เกี่ยวกับแต่ละกิจกรรมช่วยเสริมสร้างการเรียนรู้ร่วมกัน รวมถึงการมอบหมายการบ้านเพื่อทบทวนการฝึกสติด้วยการทำสมาธิต่อที่บ้านหรือหอพักนักศึกษา นอกจากนี้ ในแต่ละกิจกรรมมีใบความรู้และใบงานให้ทุกครั้งเพื่อนำไปทบทวนและฝึกฝนได้ตลอดเวลาโดยใช้ระยะเวลาในการฝึกทั้งหมด 6 ครั้ง สัปดาห์ละ 1 ครั้ง ๆ ละ 90 นาทีโดยประมาณ

ระยะที่ 3 ผลของการนำรูปแบบโปรแกรมการสร้างเสริมความเข้มแข็งทางใจของนักศึกษาไปใช้ กลุ่มตัวอย่างนักศึกษาจำนวน 30 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 15 คน และกลุ่มควบคุม 15 คน ข้อมูลส่วนบุคคลของทั้ง 2 กลุ่มได้แก่ชั้นปีที่ศึกษา ระดับของความเครียดเกรตเฉลี่ยสะสมไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ยกเว้นเพศโดยกลุ่มทดลองเป็นเพศหญิงทั้งหมด ส่วนกลุ่มควบคุมเป็นเพศหญิงร้อยละ 93.3 กลุ่มควบคุม

มีค่าเฉลี่ยความเครียดก่อนทดลองอยู่ในระดับสูง ($M = 49.1$, $SD = 8.8$) หลังสิ้นสุดการทดลองทันที ($M = 50.0$, $SD = 8.8$) และหลังสิ้นสุดการทดลอง 1 เดือนยังคงอยู่ในระดับสูง ($M = 51.4$, $SD = 8.7$) ในขณะที่กลุ่มทดลองมีความเครียดก่อนทดลองอยู่ในระดับสูง ($M = 45.7$, $SD = 6.8$) หลังสิ้นสุดการทดลองทันที ($M = 41.3$, $SD = 4.9$) และหลังสิ้นสุดการทดลอง 1 เดือนอยู่ในระดับปานกลาง ($M = 41.5$, $SD = 5.1$) (Figure 2)

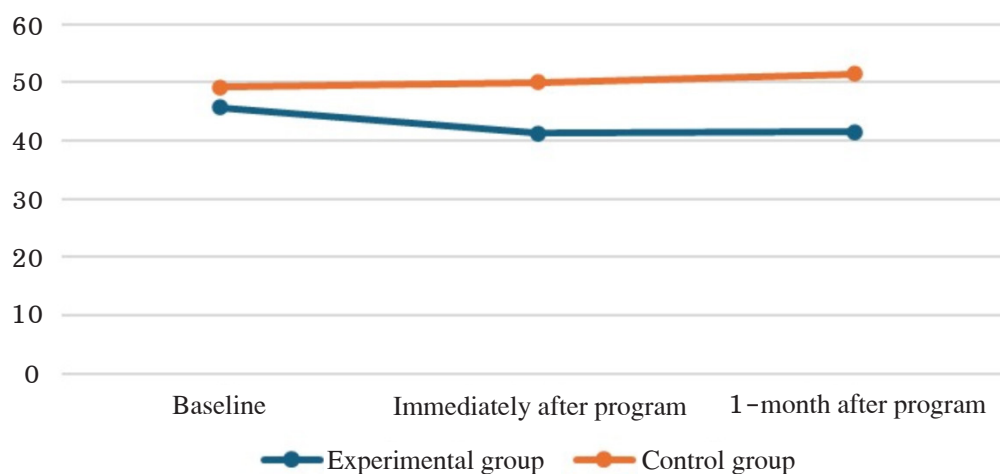


Figure 2 Description of stress in the experimental and control groups

ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวน 2 ทางแบบวัดซ้ำพบว่า ความเครียดก่อนการทดลอง หลังสิ้นสุดการทดลองทันที และหลังสิ้นสุดการทดลอง 1 เดือนไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($F = 1.167$, $p = .304$) โดยมีขนาดอิทธิพล (Partial η^2) เท่ากับ 0.040 อย่างไรก็ตาม ปฏิสัมพันธ์ระหว่างช่วงเวลาและโปรแกรมฯ มีผลต่อ

ความเครียดของนักศึกษาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($F = 4.413$, $p = .032$) ขนาดอิทธิพลเท่ากับ 0.136 เมื่อวิเคราะห์ผลระหว่างกลุ่มพบว่า ความเครียดระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุมแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($F = 9.936$, $p = .004$) ขนาดอิทธิพลเท่ากับ 0.262 (Table 1)

Table 1 Two-way ANOVA with repeated measures analysis of stress ($n=30$)

Source of variation	SS	df	MS	F	p	Partial η^2
Within						
Time	46.956	1.356	34.640	1.167	.304	0.040
Group* Time	177.489	1.356	130.936	4.413	.032	0.136
Error	1126.222	37.955	29.673			
Between						
Group	1224.711	1	1224.711	9.936	.004	0.262
Error	194509.511	1	194509.511	1,578.120	.000	0.983

ผลการเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยความเครียดเป็นรายคู่ โดยใช้สถิติ Bonferroni พบว่า ในระยะหลังสิ้นสุดโปรแกรมทันที กลุ่มทดลองมีความเครียดแตกต่างจากกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Mean difference, MD = -8.733, $p = .002$) และในระยะ 1 เดือนหลังสิ้นสุดโปรแกรม กลุ่มทดลองมีความเครียดแตกต่างจากกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (MD = -9.933, $p = .001$)

การอภิปรายผล

ผลการศึกษาสถานการณ์ความเครียดของกลุ่มตัวอย่างนักศึกษาพยาบาลพบว่ามากกว่าครึ่งมีความเครียดอยู่ในระดับรุนแรง ส่วนใหญ่มีสาเหตุจากการเรียน นักศึกษาเลือกวิธีการจัดการกับความเครียดโดยเริ่มที่ตนเองมากที่สุด เป็นข้อมูลสำคัญที่ผู้วิจัยนำมาใช้ในการพัฒนารูปแบบโปรแกรมการสร้างเสริมความเข้มแข็งทางใจเพื่อลดความเครียดของนักศึกษาพยาบาล ที่บูรณาการร่วมกับแนวคิดความเข้มแข็งทางใจของกรอทเบิร์ก ประกอบด้วยการเรียนรู้ในการเข้าใจตนเอง ความเข้มแข็งทางใจ และการฝึกสติได้เตรียมความพร้อมด้านความรู้ตลอดจนการสร้างสัมพันธภาพระหว่างเพื่อน ทำให้นักศึกษาได้รู้จักกันยิ่งขึ้นโดยนักศึกษาระเมินว่า “กิจกรรมนี้ได้ช่วยให้กลับมามองตัวเองและรู้จักตัวเองทั้งส่วนที่ตัวเองรู้และไม่รู้เพิ่มขึ้น” นอกจากนี้ นักศึกษายังได้สำรวจปัญหาที่ทำให้เกิดความเครียด และผลของอารมณ์ด้านลบที่เกิดขึ้น โดยได้แลกเปลี่ยนเหตุการณ์วิกฤตที่ผ่านมาวิธีการที่ได้ใช้จัดการกับปัญหา และจุดแข็งของตนเองที่ทำให้ผ่านพ้นวิกฤตได้ซึ่งพบว่านักศึกษาต่างเคยผ่านเหตุการณ์วิกฤตในชีวิตที่มีผลกระทบต่อจิตใจ เช่น เหตุการณ์ความขัดแย้งภายในครอบครัว เหตุการณ์ทะเลาะกับเพื่อน เป็นต้น ซึ่งบางครั้งเหตุการณ์มีความรุนแรงจนทำให้นักศึกษารู้สึกว่าจะไม่สามารถรับมือกับปัญหาได้ แต่เมื่อได้ทบทวนพบว่า สามารถผ่านพ้นเหตุการณ์ต่าง ๆ ได้ในที่สุดโดยใช้แนวทางจัดการปัญหาที่สาเหตุและได้แลกเปลี่ยนการจัดการความรู้สึกหรืออารมณ์ลบที่เกิดขึ้น รวมทั้งการจัดการความเครียด การกำหนดเป้าหมายและการสร้างเป้าหมายในชีวิต ทำให้นักศึกษาเห็นตนเองและเป้าหมายที่ชัดเจนขึ้น

และสอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาเกี่ยวกับผลของโปรแกรมเสริมสร้างความเข้มแข็งทางใจในวัยรุ่นประเทศไอร์แลนด์ที่พบว่า หลังการทดลอง วัยรุ่นมีความวิตกกังวลลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ¹⁸ และการศึกษาที่พบว่าผู้ที่มีความเข้มแข็งทางใจสูงมีแนวโน้มที่จะมีความเครียดน้อย¹⁹

การที่นักศึกษากลุ่มทดลองที่เข้าร่วมโปรแกรมฯ มีความเครียดลดลงเมื่อเทียบกับกลุ่มควบคุม สามารถอธิบายได้จากรูปแบบโปรแกรมฯ 6 สัปดาห์ที่พัฒนาขึ้นในครั้งนี้ ที่ได้บูรณาการข้อมูลการสำรวจสถานการณ์ความเครียดของนักศึกษาและแนวคิดความเข้มแข็งทางใจของกรอทเบิร์ก ประกอบด้วยการเรียนรู้ในการเข้าใจตนเอง ความเข้มแข็งทางใจ และการฝึกสติได้เตรียมความพร้อมด้านความรู้ตลอดจนการสร้างสัมพันธภาพระหว่างเพื่อน ทำให้นักศึกษาได้รู้จักกันยิ่งขึ้นโดยนักศึกษาระเมินว่า “กิจกรรมนี้ได้ช่วยให้กลับมามองตัวเองและรู้จักตัวเองทั้งส่วนที่ตัวเองรู้และไม่รู้เพิ่มขึ้น” นอกจากนี้ นักศึกษายังได้สำรวจปัญหาที่ทำให้เกิดความเครียด และผลของอารมณ์ด้านลบที่เกิดขึ้น โดยได้แลกเปลี่ยนเหตุการณ์วิกฤตที่ผ่านมาวิธีการที่ได้ใช้จัดการกับปัญหา และจุดแข็งของตนเองที่ทำให้ผ่านพ้นวิกฤตได้ซึ่งพบว่านักศึกษาต่างเคยผ่านเหตุการณ์วิกฤตในชีวิตที่มีผลกระทบต่อจิตใจ เช่น เหตุการณ์ความขัดแย้งภายในครอบครัว เหตุการณ์ทะเลาะกับเพื่อน เป็นต้น ซึ่งบางครั้งเหตุการณ์มีความรุนแรงจนทำให้นักศึกษารู้สึกว่าจะไม่สามารถรับมือกับปัญหาได้ แต่เมื่อได้ทบทวนพบว่า สามารถผ่านพ้นเหตุการณ์ต่าง ๆ ได้ในที่สุดโดยใช้แนวทางจัดการปัญหาที่สาเหตุและได้แลกเปลี่ยนการจัดการความรู้สึกหรืออารมณ์ลบที่เกิดขึ้น รวมทั้งการจัดการความเครียด การกำหนดเป้าหมายและการสร้างเป้าหมายในชีวิต ทำให้นักศึกษาเห็นตนเองและเป้าหมายที่ชัดเจนขึ้น

ยิ่งกว่านั้นการค้นหาค้นรู้ใจที่พร้อมรับฟังและอยู่เคียงข้างช่วยให้สามารถผ่านพ้นปัญหาได้ ประกอบกับการมีสติในการสื่อสารทั้งคำพูดและภาษาท่าทาง และการสร้างความเข้มแข็งทางใจ ส่งผลให้นักศึกษาเกิดความเข้มแข็งทางใจและในที่สุดความเครียดลดลง²⁰

ข้อเสนอแนะจากผลการวิจัย

ผลการศึกษาค้นพบว่าโปรแกรมการสร้างเสริมความเข้มแข็งทางใจช่วยลดความเครียดของนักศึกษาพยาบาล และปฏิสัมพันธ์ระหว่างช่วงเวลาและโปรแกรมามีผลช่วยลดความเครียดของนักศึกษาในระยะหลังสิ้นสุดโปรแกรมทันทีและในระยะ 1 เดือนหลังสิ้นสุดโปรแกรมชี้ให้เห็นถึงประสิทธิผลของโปรแกรม ดังนั้นอาจารย์ผู้รับผิดชอบหลักสูตรและผู้เกี่ยวข้องควรนำโปรแกรมฯ ไปปรับใช้เพิ่มเติมจากระบบการให้คำปรึกษานักศึกษาที่มีอยู่เดิม และควรมีการศึกษาติดตามในระยะยาวเพื่อให้เห็นผลอย่างต่อเนื่อง และนำไปใช้ขยายผลต่อไป

กิตติกรรมประกาศ

คณะผู้วิจัยขอขอบคุณกลุ่มตัวอย่างนักศึกษาพยาบาล และขอบคุณ ศาสตราจารย์ ดร.นพวรรณ เปียชื่อ ที่ปรึกษาโครงการวิจัย ตลอดจนคณาจารย์จากสภาการพยาบาล ในโครงการอบรมสมรรถนะผู้นำทางการพยาบาล เพื่อพัฒนาระบบบริการพยาบาล

References

1. Odgers CL, Jensen MR. Annual Research Review: Adolescent mental health in the digital age: facts, fears, and future directions. *J Child Psychol Psychiatry*. 2020;61(3):336–48. <https://doi.org/10.1111/jcpp.13190>. PMID: 31951670.
2. Ganesan Y, Talwar P, Fauzan N, Oon YB. A study on stress level and coping strategies among undergraduate students. *Journal of Cognitive Sciences and Human Development*. 2018;3(2):37–47. <https://doi.org/10.33736/jcshd.787.2018>
3. Karyotaki E, Cuijpers P, Albor Y, Alonso J, Auerbach RP, Bantjes J, et al. Sources of stress and their associations with mental disorders among college students: Results of the World Health Organization World Mental Health Surveys International College Student initiative. *Front Psychol*. 2020 2020;11:1–11. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2020.01759> PMID: 32849042
4. Mackie SA, Bates GW. Contribution of the doctoral education environment to PhD candidates' mental health problems: A scoping review. *Higher Education Research & Development*. 2019;38(3):565–78. <https://doi.org/10.1080/07294360.2018.1556620>
5. Sirisup S, Fuangdee N, Yanaram N, Noinang N, Anai N, Boonchuan T, et al. Factors Causing to stress of Nursing Students ,Ubon Ratchathani University. *Journal of Health Sciences and Wellness*. 2018;21(42):93–106. Available from: http://110.164.147.155/kmhealth_new/Document/psychiatry/adult/P1.2.13.pdf (in Thai)
6. Wiramon, G, Suprawee, K. (2022). Effects of a mental health promotion and prevention program on stress and depression among first-year nursing students. *Journal of Nursing Siam University*, 23(44), 36–48. Available from: <https://he01.tci-thaijo.org/index.php/nursingsiamjournal/article/view/255599/173859> (in Thai)
7. Russell G, Lightman S. The human stress response. *Nat Rev Endocrinol*. 2019;15(9):525–34. <https://doi.org/10.1038/s41574-019-0228-0> PMID: 31249398

8. Limthongkul M, Aree-Ue S. Sources of stress, coping strategies, and outcomes among nursing students during their initial practice. *Nursing Research and Innovation Journal*. 2009;15(2):193–205. Available from: <https://he01.tci-thaijo.org/index.php/unc/article/view/111726/87190> (in Thai)
9. Moscaritolo LM. Interventional strategies to decrease nursing student anxiety in the clinical learning environment. *Journal of Nursing Education*. 2009; 48(1):17–23 PMID: 19227751
10. Soontonmalai K. Factors predicting and stress reduction guidelines for maternal–newborn nursing and midwifery practicum 1 of police nursing students at the Police Nursing College. *Journal of the Police Nurse*. 2017;9(2):128–38. Available from: <https://he01.tci-thaijo.org/index.php/policenurse/article/view/107962/85605> (in Thai)
11. Liu J, Yang Y, Chen J, Zhang Y, Zeng Y, Li J. Stress and coping styles among nursing students during the initial period of the clinical practicum: A cross–section study. *Int J Nurs Sci*. 2022 Mar 2;9(2):222–29. <https://doi.org/10.1016/j.ijnss.2022.02.004>. PMID: 35509703
12. Grotberg EH. *Resilience for Today: Gaining Strength from Adversity*. Westport (CT): Praeger Publishers; 2003. 240 p. ISBN: 0–275–97984–9. Available from: https://api.pageplace.de/preview/DT0400.9780313057519_A47347797/preview-9780313057519_A47347797.pdf
13. Kabat-Zinn J. Mindfulness–based interventions in context: Past, present, and future. *Clinical Psychology: Science and Practice*. 2003;10:144–56. <http://dx.doi.org/10.1093/clipsy/bpq016>
14. Luthans F, Youssef CM. Emerging positive organizational behavior. *Journal of Management*. 2007;33:321–49.
15. Panthong K, Dangdomyouth P. The effectiveness of a resilience quotient emphasizing a mindfulness–based program on depression in older persons with major depressive disorder. *Kuakarun Journal of Nursing*. 2018;25(2):105–18. Available from: <https://he01.tci-thaijo.org/index.php/kcn/article/view/161090/116165> (in Thai)
16. Boonchai Srisatidnarakul. Effect size, power analysis, and appropriate sample size calculation using G*Power. Bangkok: Chulalongkorn University Press. 2020. p. 193–6.
17. Kochakom Thammanamsil, Supranee Noitung, Kanchana Panyaphet, Warisara Soraj. Factors Affecting to stress among Nursing Students at a Private Nursing College, Bangkok. *Journal of Health and Health Management*. 2021;7(1):60–75. Available from: https://www.nur.psu.ac.th/researchdb/file_warasarn/15449journal225640909193756.pdf (in Thai)
18. Rodgers A, Dunsmuir S. A controlled evaluation of the ‘FRIENDS for Life’ emotional resiliency programme on overall anxiety levels, anxiety subtype levels and school adjustment. *Child and Adolescent Mental Health*. 2015;20(1):13–9. <https://doi.org/10.1111/camh.12030>. PMID: 32680330.
19. Hjemdal O, Vogel PA, Solem S, Hagen K, Stiles TC. The relationship between resilience and levels of anxiety, depression, and obsessive–compulsive symptoms in adolescents. *Clinical Psychology and Psychotherapy*. 2011;18(4):314–21. <https://doi.org/10.1002/cpp.719>. PMID: 20806419.
20. Garaigordobil M, Dura A, Perez JI. Psychopathological symptoms, behavioural problems, and self–concept/self–esteem: A study of adolescents aged 14 to 17 years old. *Annuary of Clinical and Health Psychology*. 2005; 1:53–63.

ประสิทธิผลของโปรแกรมการส่งเสริมความรอบรู้ในการป้องกัน มะเร็งลำไส้ใหญ่ผ่าน mHealth ในกลุ่มเสี่ยงเขตเมือง¹

อรรวรรณ สุระทด, พย.ม. (การพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน)²

ชูพงษ์ ดีเสมอ, Ph.D. (Nursing)³

วันทนา มณีศรีวงศ์กุล, D.N.Sc (Primary Care)⁴

บทคัดย่อขยาย

บทนำ โรคมะเร็งลำไส้ใหญ่มีอุบัติการณ์สูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง เป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับที่ 2 ของประชากรทั่วโลก ส่วนใหญ่มีแนวโน้มอาการในระยะแรก กระทรวงสาธารณสุขได้กำหนดมาตรการป้องกันโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่ โดยวางยุทธศาสตร์ในการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันและลดปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพ ผ่านการสร้างความรู้สุขภาพซึ่งจะส่งผลต่อความสามารถในการเข้าถึง เข้าใจ และใช้ข้อมูลด้านสุขภาพ ตลอดจนการตัดสินใจในการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรค ร่วมกับการตรวจคัดกรองจะช่วยค้นหาโรคในระยะเริ่มแรกและลดอัตราการเสียชีวิตจากโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่ แม้ประชาชนสามารถเข้าถึงบริการสุขภาพได้ แต่อาจมีข้อจำกัดที่ต้องลางานและสูญเสียรายได้โดยเฉพาะในเขตเมือง การประยุกต์ระบบติดตามดูแลสุขภาพผ่านอุปกรณ์สื่อสารเคลื่อนที่ (mHealth) จึงเป็นแนวทางหนึ่งที่ส่งเสริมการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพได้โดยเฉพาะอย่างยิ่งในกลุ่มเสี่ยง

วัตถุประสงค์ของการวิจัย 1) เพื่อเปรียบเทียบความรอบรู้ด้านโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่ทั้งโดยรวมและรายด้านของกลุ่มตัวอย่างในระยะก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม และ 2) เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่ของกลุ่มตัวอย่างในระยะก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม

การออกแบบการวิจัย การศึกษาครั้งนี้เป็นวิจัยแบบกึ่งทดลอง ชนิดกลุ่มเดียวควบคุมในตนเอง โดยประยุกต์ทฤษฎีความรู้สุขภาพของนัทปัมในการพัฒนาโปรแกรมส่งเสริมความรอบรู้ในการป้องกันโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่ผ่าน mHealth โดยมุ่งเน้นการส่งเสริมความรู้สุขภาพทั้ง 3 ระดับในกลุ่มเสี่ยง คือ 1) ความรอบรู้สุขภาพขั้นพื้นฐาน 2) ความรอบรู้สุขภาพขั้นการมีปฏิสัมพันธ์ และ 3) ความรอบรู้สุขภาพขั้นวิจารณ์ญาณ ประกอบด้วย 4 กิจกรรม ได้แก่ 1) “รู้สู้โรคมะเร็งลำไส้ใหญ่” 2) “ขยับสัณทิต พิชิตโรคมะเร็ง” 3) “ความเสี่ยง ที่เสี่ยงได้” และ 4) “รู้ทัน ป้องกันได้” ซึ่งส่งผลให้เกิดความรอบรู้ในการป้องกันโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่ และนำไปสู่พฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่

วิธีดำเนินการวิจัย กลุ่มตัวอย่าง เป็นประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่ที่มีอายุ 20 ปีขึ้นไป จำนวน 32 คน อาศัยอยู่ใน 8 ชุมชนเขตกรุงเทพมหานคร ที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์การคัดเลือก ดังนี้ 1) ผลการประเมินโอกาสการเกิดโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่ด้วยตนเองพบมีความเสี่ยงปานกลาง 2) มีประวัติบุคคลในครอบครัวลำดับแรกเป็นโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่ 3) มีอาการผิดปกติอย่างใดอย่างหนึ่งของระบบการขับถ่าย 4) สามารถสื่อสารภาษาไทย 5) มีโทรศัพท์แบบสมาร์ทโฟน สามารถเข้าถึงสัญญาณอินเทอร์เน็ตและสามารถใช้แอปพลิเคชันไลน์และกูเกิลฟอรม์ได้ และ 6) ไม่มีประวัติการป่วยหรือไม่ทราบว่าเป็น

¹ได้รับทุนสนับสนุนการวิจัยบางส่วนจากบัณฑิตวิทยาลัย และสมาคมศิษย์เก่าบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล

²นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน โรงเรียนพยาบาลรามาธิบดี คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล

³ผู้ประพันธ์บรรณกิจ อาจารย์ โรงเรียนพยาบาลรามาธิบดี คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล

E-mail: Suhong.dee@mahidol.ac.th

⁴รองศาสตราจารย์ โรงเรียนพยาบาลรามาธิบดี คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล

โรคมะเร็งลำไส้ใหญ่ กำหนดขนาดตัวอย่างเป็นไปตามหลักการของการวิเคราะห์อำนาจการทดสอบ โดยใช้โปรแกรม G*Power เครื่องมือวิจัยแบ่งเป็น 3 ส่วน คือ 1) เครื่องมือคัดกรองโอกาสการเกิดโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่ด้วยตนเองและเครื่องมือคัดกรองภาวะสมองเสื่อม 2) เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบประเมินความรอบรู้ในการป้องกันมะเร็งลำไส้ใหญ่ และแบบสอบถามพฤติกรรม การดูแลตนเองเพื่อป้องกันการเกิดโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่ และ 3) โปรแกรมการส่งเสริมความรอบรู้ในการป้องกันโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่ผ่าน mHealth ประกอบด้วย แผ่นพับ วิดีทัศน์ เอกสารประกอบการบรรยายและอินโฟกราฟิก แบบประเมินกิจกรรมทางกายและกิจกรรมฝึกทักษะเพื่อพัฒนาความรอบรู้ ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลระหว่างวันที่ 1 เมษายน ถึง 30 มิถุนายน 2566 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติ บรรยาย สถิติ Friedman test และเปรียบเทียบรายคู่โดยใช้สถิติ Bonferroni

ผลการวิจัย กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 78.1) อายุเฉลี่ย 60.59 ปี (SD = 10.64) ครึ่งหนึ่งศึกษาระดับประถมศึกษา (ร้อยละ 50.0) ไม่มีประวัติญาติสายตรงป่วยเป็นโรคมะเร็ง (ร้อยละ 56.3) ส่วนใหญ่ไม่สูบบุหรี่ (ร้อยละ 81.2) ไม่ดื่มเครื่องดื่มที่มีส่วนผสมของแอลกอฮอล์ (ร้อยละ 68.7) และไม่เคยเข้ารับการตรวจคัดกรองโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่ (ร้อยละ 96.9) ผลการวิเคราะห์ความรอบรู้ด้านโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่โดยรวม พบว่า ระยะก่อนให้การพยาบาลปกติ ($M = 164.75$, $SD = 24.63$) และ หลังให้การพยาบาลปกติ ($M = 167.65$, $SD = 25.75$) ความรอบรู้อยู่ในระดับดี ระยะหลังเข้าโปรแกรม อยู่ในระดับดีมาก ($M = 188.96$, $SD = 22.08$) ซึ่งแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($\chi^2 = 21.39$, $p < .001$) เช่นเดียวกับผลการเปรียบเทียบความรอบรู้รายด้าน ยกเว้นด้านทักษะการสื่อสารที่พบว่า ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ผลการวิเคราะห์พฤติกรรม การดูแลตนเองเพื่อป้องกันการเกิดโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่ พบว่า ระยะก่อนให้การพยาบาลปกติเท่ากับ 34.06 ($SD = 8.55$) ระยะหลังให้การพยาบาลปกติมีค่าเฉลี่ย 35.84 ($SD = 9.34$) และระยะหลังเข้าโปรแกรม 41.09 ($SD = 6.97$) ซึ่งแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($\chi^2 = 16.05$, $p < .001$) เมื่อเปรียบเทียบรายคู่พบว่า ระยะก่อนให้การพยาบาลปกติกับระยะหลังให้การพยาบาลปกติ ไม่แตกต่างกัน ($p > .05$) ในขณะที่ ระยะก่อนให้การพยาบาลปกติ กับระยะหลังเข้าโปรแกรม และระยะหลังให้การพยาบาลปกติกับระยะหลังเข้าโปรแกรม แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .017$)

ข้อเสนอแนะ ผลการศึกษาครั้งนี้ชี้ให้เห็นถึงประสิทธิผลของโปรแกรมการส่งเสริมความรอบรู้ในการป้องกันและคัดกรองโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่ผ่าน mHealth พยาบาลเวชปฏิบัติชุมชนและทีมสุขภาพสามารถนำโปรแกรมไปปรับใช้ในการส่งเสริมความรอบรู้และการดูแลตนเองในการป้องกันและคัดกรองโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่ของกลุ่มเสี่ยงในเขตเมือง รวมทั้งปรับปรุงแบบของโปรแกรมที่ส่งเสริมความรอบรู้ด้านทักษะการสื่อสารเพิ่มขึ้น ตลอดจนปรับสื่อออนไลน์ให้เหมาะสมกับกลุ่มเป้าหมาย และทำการทดสอบและติดตามผลของโปรแกรมในการวิจัยครั้งต่อไป

คำสำคัญ โปรแกรมส่งเสริมความรอบรู้ พฤติกรรมการดูแลตนเอง มะเร็งลำไส้ใหญ่ ระบบติดตามดูแลสุขภาพผ่านอุปกรณ์สื่อสารเคลื่อนที่ กลุ่มเสี่ยง

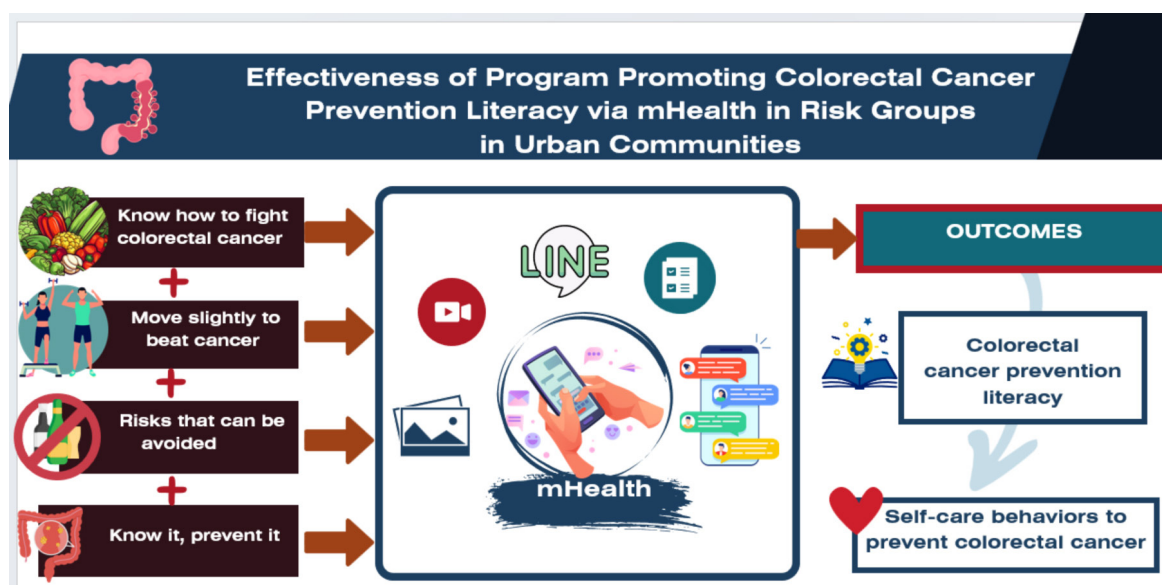
วันที่ได้รับ 6 ส.ค. 67 วันที่แก้ไขบทความเสร็จ 26 พ.ย. 67 วันที่รับตีพิมพ์ 13 ม.ค. 68

Effectiveness of Program Promoting Colorectal Cancer Prevention Literacy via mHealth in Risk Groups in Urban Communities

Orawan Suratod, RN, M.N.S²

Suhong Deesamer, Ph.D. (Nursing)³

Wantana Maneesriwongul, D.N.Sc (Primary Care)⁴



Extended Abstract

Introduction The incidence of colorectal cancer continues to increase and is the second leading cause of death globally. Early-stage colorectal cancer is often asymptomatic. The Ministry of Public Health has established measures to prevent colorectal cancer by implementing strategies focused on health promotion, prevention, and reducing health risk factors through health literacy. This strategy improves people's ability to access, comprehend, and utilize health information, influencing their decisions to take preventive behaviors. When combined with screening, early detection can help reduce colorectal cancer mortality rates. While people have access to health services, limitations such as taking time off work and losing income, particularly in urban areas, remain. The integration of mobile health (mHealth) systems offers a promising approach to enhancing access to health information, especially for those at high risk.

Objectives This study aimed to 1) compare overall colorectal cancer prevention literacy and subscales before and after participating in the program and 2) compare self-care behaviors to prevent colorectal cancer before and after participating in the program.

¹Partially funded by the Faculty of Graduate Studies and the Alumni Association of the Graduate School, Mahidol University

²Master student, Community Nurse Practitioner Program, Ramathibodi School of Nursing, Faculty of Medicine, Ramathibodi Hospital, Mahidol University

³Corresponding author, Instructor, Ramathibodi School of Nursing, Faculty of Medicine, Ramathibodi Hospital, Mahidol University, Bangkok, Thailand; E-mail: suhong.dee@mahidol.ac.th

⁴Nursing instructor, Ramathibodi School of Nursing, Faculty of Medicine, Ramathibodi Hospital, Mahidol University, Bangkok, Thailand

Design This study employed a one-group quasi-experimental design with self-control, applying Nutbeam's health literacy theory to develop a program promoting colorectal cancer prevention literacy via mHealth. The program focused on promoting health literacy at all three levels for risk groups: 1) Functional health literacy (FHL), 2) Interactive health literacy (IHL), and 3) Critical health literacy (CHL). The program consisted of four activities: 1) "Know how to fight colorectal cancer," 2) "Move slightly to beat cancer," 3) "Risks that can be avoided," and 4) "Know it, prevent it." These activities improve colorectal cancer prevention literacy and lead to self-care behaviors to prevent colorectal cancer.

Methodology This study consisted of 32 participants aged 20 years or older at risk for colorectal cancer, residing in 8 communities within the Bangkok metropolitan area. The participants met the following inclusion criteria: 1) Self-assessment results indicating a moderate risk for developing colorectal cancer, 2) A family history of first-degree relatives with colorectal cancer, 3) Experiencing any abnormal symptoms related to the digestive system, 4) Ability to communicate in Thai, 5) Having a smartphone with internet access and the ability to use the Line application and Google forms, and 6) No history of colorectal cancer or unknown diagnosis of colorectal cancer. The sample size was determined according to the principles of power analysis, using the G*Power program. The research instruments were divided into three sections: 1) A screening tool for self-assessment of colorectal cancer risk and a screening tool for dementia, 2) Tools for data collection, including an assessment of colorectal cancer prevention literacy and a questionnaire on self-care behaviors to prevent colorectal cancer, and 3) A program promoting colorectal cancer prevention literacy via mHealth, which included pamphlets, videos, lecture materials, and infographics. The program also featured assessments of physical activity and skill-training activities to enhance literacy. Data collection was conducted from April 1 to June 30, 2023, and data were analyzed using descriptive statistics, the Friedman test, and multiple comparisons using Bonferroni statistics.

Results The majority of the participants were female (78.1%), with the mean age of 60.59 years (SD = 10.64). Half of the participants had completed primary education (50.0%) and 56.3% had no family history of cancer. Most participants did not smoke (81.2%), did not consume alcoholic beverages (68.7%), and had never undergone colorectal cancer screening (96.9%). The analysis of overall colorectal cancer prevention literacy revealed that before usual care, the mean score was 164.75 (SD = 24.63), and after usual care, it was 167.65 (SD = 25.75), indicating a good literacy level. After the program, the score was 188.96 (SD = 22.08), which was significantly different ($\chi^2 = 21.39$, $p < .001$), reaching a very good level. When comparing literacy in subscales, all showed significant differences, except for communication skills, where no statistically significant difference was found. The analysis of self-care behaviors to prevent colorectal cancer showed a mean score of 34.06 (SD = 8.55) before usual care, 35.84 (SD = 9.34) after usual care, and 41.09 (SD = 6.97) after the program, with statistically significant differences ($\chi^2 = 16.05$, $p < .001$). Multiple comparisons revealed no significant difference between before usual care and after usual care ($p > .05$). However, significant differences were found between before usual care and after the program, as well as between after usual care and after the program ($p < .017$).

Recommendation: This study's results indicate the program's effectiveness in promoting colorectal cancer prevention literacy via mHealth. Community nurse practitioners and health teams can apply this program to enhance literacy and self-care behaviors to prevent and screen colorectal cancer among risk groups in urban areas. The program can also be modified to focus more on improving communication skills, literacy, and improving online materials to suit the target population better. Additionally, further testing and follow-up of the program should be conducted in future research.

Journal of Thailand Nursing and Midwifery Council 2025; 40(1) 47-61

Keywords literacy promotion program/ self-care behaviors/ colorectal cancer/ mHealth/ risk groups

Received 6 August 2024, Revised 26 November 2024, Accepted 13 January 2025

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคมะเร็งลำไส้ใหญ่มีอุบัติการณ์สูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง เป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับที่ 2 ของโลก¹ สำหรับประเทศไทย ข้อมูลจากสถาบันมะเร็งแห่งชาติ ปี พ.ศ. 2564 พบอุบัติการณ์ของโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่เป็นอันดับ 2 ในเพศชาย คิดเป็นร้อยละ 19.0 และเป็นอันดับ 3 ในเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 10.1 ของผู้ป่วยโรคมะเร็งรายใหม่ทั้งหมด และพบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่เข้ารับการรักษาระยะท้ายของโรค คิดเป็นร้อยละ 72.7 ของผู้ป่วยโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่รายใหม่ทั้งหมด² เนื่องจากโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่มักจะไม่มีอาการในระยะแรก การส่งเสริมให้ประชาชนมีความตระหนักรู้ในการหลีกเลี่ยงและลดปัจจัยเสี่ยง จึงเป็นสิ่งสำคัญ แม้ว่าสาเหตุของการเกิดโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่จะยังไม่ทราบแน่ชัด แต่พบว่ามี 2 ปัจจัย ที่เพิ่มความเสี่ยงของการเกิดโรค ดังนี้ 1) ปัจจัยส่วนบุคคล ซึ่งเป็นปัจจัยเสี่ยงที่ไม่สามารถเปลี่ยนแปลงได้ ได้แก่ อายุ เพศ เชื้อชาติ ประวัติทางพันธุกรรม การอักเสบของระบบทางเดินอาหารเรื้อรัง มีติ่งเนื้อในลำไส้ใหญ่และโรคเบาหวาน และ 2) ปัจจัยด้านพฤติกรรม ซึ่งเป็นปัจจัยเสี่ยงที่สามารถเปลี่ยนแปลงได้ ได้แก่ การรับประทานอาหารประเภทเนื้อแดงและอาหารแปรรูป การรับประทานอาหารที่มีกากใยไม่เพียงพอ การได้รับวิตามินดีและแคลเซียมไม่เพียงพอ การออกกำลังกายไม่เพียงพอ ภาวะน้ำหนักเกิน หรืออ้วน การสูบบุหรี่ และการดื่มแอลกอฮอล์การส่งเสริมให้ประชาชนปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตร่วมกับการตรวจหาโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่ระยะเริ่มแรกจะช่วยลดอุบัติการณ์เพิ่มการรอดชีวิตและลดอัตราการเสียชีวิตจากโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่ได้³

กระทรวงสาธารณสุขได้กำหนดมาตรการป้องกันโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่ โดยวางยุทธศาสตร์ในการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันและควบคุมโรค รวมถึงการลด

ปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพผ่านการสร้างความรอบรู้สุขภาพเพื่อส่งเสริมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและลดความเสี่ยงต่อการเกิดโรค ความรอบรู้ด้านสุขภาพส่งผลต่อความสามารถในการเข้าถึง เข้าใจ และใช้ข้อมูลด้านสุขภาพ ตลอดจนการตัดสินใจในการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรค ประชาชนที่มีระดับความรู้ด้านสุขภาพต่ำ มักมีอัตราการเข้ารับการตรวจคัดกรองโรคมะเร็งต่ำกว่าประชาชนที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพเพียงพอ⁴ การสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพจึงเป็นแนวทางสำคัญในการส่งเสริมให้ประชาชนปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อลดปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่ช่วยเสริมสร้างศักยภาพของประชาชนในระดับบุคคล ส่งเสริมความสามารถเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมด้านสุขภาพได้อย่างยั่งยืน และสามารถจัดการพฤติกรรมสุขภาพเพื่อป้องกันตนเองจากโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่ได้อย่างถูกต้อง⁵⁻⁶

แม้ประชาชนในเขตเมืองจะสามารถเข้าถึงบริการสุขภาพได้ง่าย แต่การใช้บริการเหล่านี้มักถูกมองว่าเป็นภาระ เพราะอาจต้องสูญเสียรายได้จากการขาดงาน⁷ การใช้เทคโนโลยี Mobile Health (mHealth) จึงเป็นแนวทางที่ช่วยลดอุปสรรคในการเข้ารับบริการสำหรับประชาชนในเขตเมือง⁸⁻¹⁰ จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า โปรแกรมป้องกันโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่ที่มีอยู่ในปัจจุบันมีการศึกษาในกลุ่มบุคลากรทางการแพทย์ที่มีอายุ 45 ปีขึ้นไป โดยใช้ทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพเป็นฐานในการพัฒนาโปรแกรมและจัดกิจกรรมให้ความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่แบบออนไลน์อย่างไรก็ตามยังขาดการศึกษาในประชาชนที่เป็นกลุ่มเสี่ยงในเขตเมือง ผู้วิจัยจึงมีความสนใจในการศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมการส่งเสริมความรู้ในการป้องกันและคัดกรองโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่ผ่าน mHealth ในกลุ่มเสี่ยงเขตเมือง ที่มีอายุตั้งแต่ 20 ปีขึ้นไป เพื่อให้สอดคล้องกับบริบทของกลุ่มตัวอย่าง การพัฒนาโปรแกรมในครั้งนี้จึงประยุกต์ใช้เทคโนโลยีระบบติดตามดูแลสุขภาพผ่าน

อุปกรณ์สื่อสารเคลื่อนที่ (mHealth) ดังนั้นการศึกษานี้จะเป็นประโยชน์ต่อการวางแผนและพัฒนาแนวทางในการส่งเสริมสุขภาพด้านการคัดกรองและการป้องกันโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่โดยเฉพาะในกลุ่มประชาชนเขตเมืองที่มีอุปสรรคในการเข้าถึงบริการสุขภาพในอนาคต

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

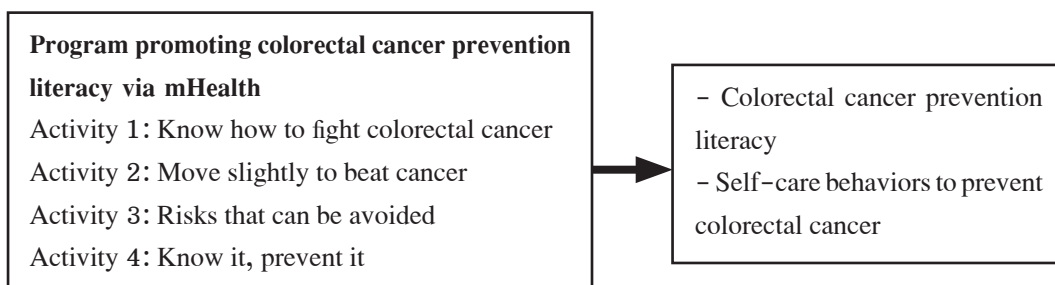
1. เพื่อเปรียบเทียบความรอบรู้ด้านโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่ทั้งโดยรวมและรายด้านของกลุ่มตัวอย่างในระยะก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม
2. เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่ของกลุ่มตัวอย่างในระยะก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม

สมมติฐานการวิจัย

1. หลังเข้าร่วมโปรแกรม กลุ่มตัวอย่างมีความรอบรู้ด้านโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่ทั้งโดยรวมและรายด้าน สูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม
2. หลังเข้าร่วมโปรแกรม กลุ่มตัวอย่างมีความรอบรู้พฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่สูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม

กรอบแนวคิดของการวิจัย

การศึกษานี้ประยุกต์ทฤษฎีความรู้สุขภาพของ Don Nutbeam¹¹ เพื่อพัฒนาโปรแกรมส่งเสริมความรอบรู้ในการป้องกันโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่ผ่าน mHealth (Program promoting colorectal cancer prevention literacy via mHealth) โดยมุ่งเน้นการส่งเสริมความรู้สุขภาพทั้ง 3 ระดับในกลุ่มเสี่ยง คือ 1) ความรอบรู้สุขภาพขั้นพื้นฐาน (Functional health literacy: FHL) 2) ความรอบรู้สุขภาพขั้นการมีปฏิสัมพันธ์ (Interactive health literacy: IHL) และ 3) ความรอบรู้สุขภาพขั้นวิจารณ์ญาณ (Critical health literacy: CHL)¹¹ ประกอบด้วย 4 กิจกรรม ได้แก่ 1) “รู้สู้โรคมะเร็งลำไส้ใหญ่” (Know how to fight colorectal cancer) 2) “ขยับสัณทิตพิชิตโรคมะเร็ง” (Move slightly to beat cancer) 3) “ความเสี่ยงที่เลี่ยงได้” (Risks that can be avoided) และ 4) “รู้ทัน ป้องกันได้” (Know it, prevent it) ซึ่งส่งผลให้เกิดความรอบรู้ในการป้องกันโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่ (Colorectal cancer prevention literacy) และนำไปสู่พฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันมะเร็งลำไส้ใหญ่ (Self-care behaviors to prevent colorectal cancer) (Figure 1)



วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษานี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลองแบบกลุ่มเดียวควบคุมในตนเอง (Quasi-experimental design with one group self-control)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่ที่มีอายุ 20 ปีขึ้นไปในเขตกรุงเทพมหานคร กลุ่มตัวอย่าง คือประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่ที่มีอายุ 20 ปีขึ้นไปในชุมชนเขตเมือง 8 แห่ง

ของกรุงเทพมหานคร เลือกแบบเฉพาะเจาะจง (purposive sampling) ตามเกณฑ์คัดเข้า (inclusion criteria) ดังนี้ 1) มีคะแนนจากการประเมินโดยใช้แบบประเมินโอกาส การเกิดโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่ด้วยตนเองตั้งแต่ 3 คะแนน ขึ้นไปซึ่งถือว่ามีความเสี่ยงปานกลาง¹² 2) มีประวัติบุคคล ในครอบครัวลำดับแรกเป็นโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่ (พ่อแม่ พี่และน้อง) 3) มีอาการผิดปกติอย่างใดอย่างหนึ่งของ ระบบการขับถ่าย ได้แก่ ถ่ายบ่อยหรือน้อยกว่าปกติ ท้องผูก ปวดเบ่งถ่ายไม่สุด ถ่ายอุจจาระเป็นมูกเลือดหรือ เป็นเลือดแดงสด ถ่ายอุจจาระลำบากหรือลำอุจจาระ มีขนาดเล็ก 4) สามารถอ่าน เขียน และเข้าใจภาษาไทย 5) มีโทรศัพท์แบบ Smartphone สามารถเข้าถึงสัญญาณ อินเทอร์เน็ตและสามารถใช้แอปพลิเคชันไลน์ (Line application) และกูเกิลฟอร์ม (Google form) ได้ และ 6) ไม่มีประวัติการป่วยหรือไม่ทราบว่าป่วยเป็นโรคมะเร็ง ลำไส้ใหญ่

กำหนดขนาดตัวอย่างโดยใช้โปรแกรม G*Power version 3.1.9.4 วิเคราะห์ขนาดอิทธิพล (effect size) 0.30 จากการศึกษาที่ผ่านมา¹³ กำลังการทดสอบ (power of the test) .95 ความคลาดเคลื่อนชนิดที่ 1 (α) .05 ได้ขนาดตัวอย่าง 31 คน ผู้วิจัยเพิ่มกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 20 เพื่อป้องกันการสูญหายของตัวอย่าง ได้ตัวอย่างรวม 35 คน ในการศึกษาครั้งนี้มีกลุ่มตัวอย่างสมัครใจเข้าร่วม การศึกษาวิจัย 32 คน

เครื่องมือวิจัย แบ่งเป็น 3 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 เครื่องมือที่ใช้ในการคัดกรองกลุ่ม ตัวอย่าง ได้แก่

1) แบบประเมินโอกาสการเกิดโรคมะเร็ง ลำไส้ใหญ่ด้วยตนเอง พัฒนาขึ้นโดย ฌบภัช โพธิ์พรหม¹² ใช้ในการคัดกรองและระบุกลุ่มเสี่ยงในชุมชน มีจำนวน 6 ข้อ กำหนดเกณฑ์การให้คะแนนดังนี้ เพศ: ชาย (1.5 คะแนน) หญิง (0 คะแนน) ประวัติครอบครัว

ในการตรวจพบมะเร็งลำไส้ใหญ่: มี (1 คะแนน) ไม่มี (0 คะแนน) การออกกำลังกาย: มี (1.5 คะแนน) ไม่มี (0 คะแนน) อาการถ่ายเป็นเลือดเรื้อรัง: มี (2 คะแนน) ไม่มี (0 คะแนน) อาการปวดท้องเรื้อรัง: มี (1 คะแนน) ไม่มี (0 คะแนน) และภาวะน้ำหนักลด: มี (2 คะแนน) ไม่มี (0 คะแนน) คะแนนที่เป็นไปได้ 0 – 9 คะแนน การ แปลผลแบ่งเป็น 4 ระดับ ได้แก่ ความเสี่ยงต่ำ (น้อยกว่า 3 คะแนน) ความเสี่ยงปานกลาง (3.0 – 3.5 คะแนน) ความเสี่ยงสูง (3.6 – 5.0 คะแนน) และความเสี่ยงสูงมาก (มากกว่า 5.0 คะแนน)

2) แบบประเมินภาวะสมองเสื่อมโดยแบบ ประเมินสภาพจิตจุฬา (Chulamental test: CMT) พัฒนาขึ้น โดยสุทธิชัย จิตะพันธ์กุล และคณะ¹⁴ ประกอบด้วยข้อ คำถาม 13 ข้อใหญ่ (19 ข้อย่อย) มีเกณฑ์การให้คะแนน คือตอบถูก 1 คะแนน และตอบผิด 0 คะแนน รวมคะแนน ที่เป็นไปได้ คือ 0 – 19 คะแนน การแปลผล คือ ปกติ (16 คะแนนขึ้นไป) และผิดปกติ (0-15 คะแนน)

ส่วนที่ 2 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่

1) แบบประเมินความรู้ในการป้องกัน โรคมะเร็งลำไส้ใหญ่ พัฒนาขึ้นโดยชลธิรา กาวไธสง และ คณะ¹⁵ รวม 72 ข้อ แบ่งเป็น 6 ด้าน ได้แก่ (1) ด้านความรู้ ความเข้าใจเรื่องโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และการตรวจคัดกรอง จำนวน 32 ข้อ เป็นข้อคำถามแบบเลือกตอบ ได้แก่ ใช่ (1 คะแนน) ไม่ใช่ (0 คะแนน) ไม่ทราบ (0 คะแนน) มีเกณฑ์การแปลผล ดังนี้ ไม่ดี (0.00-19.19 คะแนน) พอใช้ (19.20-22.39 คะแนน) ดี (22.40-25.59 คะแนน) และ ดีมาก (25.60-32.00 คะแนน) (2) ด้านการเข้าถึง ข้อมูลและบริการเกี่ยวกับโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และ การตรวจคัดกรอง จำนวน 10 ข้อ ลักษณะการตอบเป็น มาตรฐานแบบลิเกิร์ต 5 ระดับ มีเกณฑ์การแปลผล ดังนี้ ไม่ดี (10.00-29.99 คะแนน) พอใช้ (30.00-34.99 คะแนน)

ดี (35.00-39.99 คะแนน) และ ดีมาก (40.00-50.00 คะแนน) (3) ด้านทักษะในการสื่อสารเกี่ยวกับโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และการตรวจคัดกรองจำนวน 11 ข้อ ลักษณะการตอบเป็นมาตรแบบลิเกิร์ต 5 ระดับ มีเกณฑ์การแปลผล ดังนี้ ไม่ดี (11.00-32.99 คะแนน) พอใช้ (33.00-38.49 คะแนน) ดี (38.50-43.99 คะแนน) และ ดีมาก (44.00-55.00 คะแนน) (4) ด้านการจัดการตนเองในการป้องกันโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่จำนวน 8 ข้อ ลักษณะการตอบเป็นมาตรแบบลิเกิร์ต 5 ระดับ มีเกณฑ์การแปลผล ดังนี้ ไม่ดี (8.00-23.99 คะแนน) พอใช้ (24.00-27.99 คะแนน) ดี (28.00-31.99 คะแนน) และ ดีมาก (32.00-40.00 คะแนน) (5) ด้านการรู้เท่าทันสื่อที่ให้ข้อมูลเกี่ยวกับโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และการตรวจคัดกรองจำนวน 5 ข้อ ลักษณะการตอบเป็นมาตรแบบลิเกิร์ต 5 ระดับ มีเกณฑ์การแปลผล ดังนี้ ไม่ดี (5.00-14.99 คะแนน) พอใช้ (15.00-17.49 คะแนน) ดี (17.50-19.99 คะแนน) และ ดีมาก (20.00-25.00 คะแนน) และ (6) ด้านทักษะการตัดสินใจในการเข้ารับการตรวจคัดกรองโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่รวม 6 ข้อ ลักษณะการตอบเป็นมาตรแบบลิเกิร์ต 5 ระดับ มีเกณฑ์การแปลผล ดังนี้ ไม่ดี (6.00-17.99 คะแนน) พอใช้ (18.00-20.99 คะแนน) ดี (21.00-23.99 คะแนน) และ ดีมาก (24.00-30.00 คะแนน) คะแนนที่เป็นไปได้ของความรอบรู้ด้านโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่โดยรวมทั้ง 6 ด้าน คือ 40-232 คะแนน มีเกณฑ์การแปลผล ดังนี้ ความรอบรู้ไม่ดี หรือมีความรอบรู้ด้านสุขภาพไม่เพียงพอต่อการปฏิบัติตน (0.00 - 139.19 คะแนน) ความรอบรู้พอใช้ หรือมีความรอบรู้ด้านสุขภาพที่เพียงพอและอาจจะมีการปฏิบัติตนได้ถูกต้องบ้าง (139.20 - 162.39 คะแนน) ความรอบรู้ดี หรือมีความรอบรู้ด้านสุขภาพดีเพียงพอและมีการปฏิบัติตนตามได้ถูกต้อง (162.40 - 185.59 คะแนน) และ ความรอบรู้ดีมาก หรือมีความรอบรู้ด้านสุขภาพที่มาก

เพียงพอและมีการปฏิบัติตนตามได้ถูกต้องและสม่ำเสมอจนเป็นสุขนิสัย (185.60-232.00 คะแนน)

2) แบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่ พัฒนาขึ้นโดย สุทธิมาศ สุขอัมพร และวลัยนารี พรหมลา¹⁶ จำนวน 10 ข้อ ลักษณะการตอบเป็นมาตรประมาณค่า 5 ระดับ ได้แก่ ปฏิบัติมากที่สุดเป็นประจำ (5 คะแนน) ปฏิบัติมาก สัปดาห์ละ 4 - 5 วัน (4 คะแนน) ปฏิบัติปานกลาง สัปดาห์ละ 3 วัน (3 คะแนน) ปฏิบัติน้อย สัปดาห์ละ 1 - 2 วัน (2 คะแนน) และไม่ปฏิบัติเลย (1 คะแนน) คะแนนที่เป็นไปได้คือ 1-50 คะแนน คะแนนมากหมายถึง มีพฤติกรรมการดูแลตนเองดี

ส่วนที่ 3 เครื่องมือดำเนินการวิจัย คือ โปรแกรมการส่งเสริมความรอบรู้ในการป้องกันโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่ผ่าน mHealth ในกลุ่มเสี่ยงเขตเมือง ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากทฤษฎีความรอบรู้สุขภาพของ Nutbeam ประกอบด้วย

1) สื่อที่ใช้ส่งเสริมความรอบรู้สุขภาพขั้นพื้นฐาน ได้แก่ (1) แผ่นพับการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่จัดทำโดยสถาบันมะเร็งแห่งชาติ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข (2) สื่อประกอบการบรรยายและอินโฟกราฟิก (infographics) ผ่านแอปพลิเคชันไลน์เรื่อง “รู้สู้โรคมะเร็งลำไส้ใหญ่” มีเนื้อหาเกี่ยวกับโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่ สาเหตุหรือปัจจัยเสี่ยง และการป้องกันหรือลดความเสี่ยง (3) เอกสารประกอบการบรรยายและอินโฟกราฟิกในรูปแบบออนไลน์เรื่อง “ขยับสัณนิท พิษิตโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่” มีเนื้อหาเกี่ยวกับความสำคัญของกิจกรรมทางกายและการควบคุมน้ำหนัก การประเมินดัชนีมวลกายและน้ำหนักที่เหมาะสม และการออกกำลังกายเพื่อกระตุ้นระบบขับถ่าย (4) สื่อวีดิทัศน์เรื่อง “ความเสี่ยงที่เสี่ยงได้” มีเนื้อหาเกี่ยวกับเรื่องโทษของบุหรี่ยาสูบและแอลกอฮอล์เลิกบุหรี่และแอลกอฮอล์

และแหล่งประโยชน์ที่เกี่ยวข้อง (5) เอกสารประกอบการบรรยายเรื่อง “รู้ทันป้องกันได้” ความสำคัญของการตรวจคัดกรอง อาการและอาการแสดง และการรักษาโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และ (6) วัตถุประสงค์เรื่องการตรวจหาเลือดแฝงในอุจจาระด้วยชุดตรวจ Fecal immunochemical test (FIT test) และวิธีการเก็บอุจจาระสำหรับประชาชนจัดทำโดยสถาบันมะเร็งแห่งชาติ

2) กิจกรรมส่งเสริมความรู้สุขภาพขั้นปฏิสัมพันธ์และชั้นวิจารณ์ญาณ ได้แก่ (1) การฝึกทักษะการสืบค้นข่าวปลอมที่เผยแพร่ผ่านสื่อออนไลน์ และการรู้เท่าทันข่าว การฝึกทักษะการคิดวิเคราะห์ และการสืบค้นข่าวปลอมที่เผยแพร่ผ่านสื่อออนไลน์ในรูปแบบออนไลน์ (2) แบบประเมินสถานการณ์การมีกิจกรรมทางกายโดยการประเมิน วางแผนและปรับเปลี่ยนกิจกรรมทางกายของตนเอง ผ่าน Jort form ซึ่งสามารถระบุคะแนนและรวมคะแนนในแต่ละข้อได้เมื่อสิ้นสุดการตอบแบบสอบถาม และ (3) ข้อคำถามและแบบสำรวจความเสี่ยงเพื่อป้องกันการเกิดโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่ของตนเองโดยกลุ่มตัวอย่างวิเคราะห์ปัจจัยเสี่ยงของตนเองและตัดสินใจในการลดปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่ของตนเอง ผ่าน Zoho form ซึ่งสามารถรับข้อมูลทั้งที่เป็นข้อความและภาพ

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

เครื่องมือวิจัยผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของ (content validity) โดยผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน ได้แก่ 1) อาจารย์พยาบาล 3 ท่านที่เชี่ยวชาญด้านความรู้ด้านสุขภาพ ด้านการส่งเสริมสุขภาพ และโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่ 2) พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่ และ 3) แพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านศัลยศาสตร์มะเร็งระบบทางเดินอาหารและกล้องส่องตรวจ ได้ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (content

validity index: CVI) ของแบบประเมินความรู้โรคมะเร็งลำไส้ใหญ่แบบสอบถามพฤติกรรม การดูแลตนเองเพื่อป้องกันโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่ ความตรงเชิงเนื้อหาของสื่อกับกรอบทฤษฎี และความครอบคลุมของเนื้อหาของสื่อกับกรอบทฤษฎี ได้ค่า CVI เท่ากับ .90, .90, 1.0 และ .90 ตามลำดับ การตรวจสอบความเที่ยง (reliability) กับผู้ที่มีลักษณะคล้ายกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ของแบบประเมินความรู้สุขภาพโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และแบบสอบถามพฤติกรรม การดูแลตนเองเพื่อป้องกันโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่ได้ค่า เท่ากันคือ .90

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

การศึกษาครั้งนี้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล (COA. MURA2022/687 วันที่ 27 พฤศจิกายน 2565 และ COA. MURA2024/292 วันที่ 1 พฤษภาคม 2567) ผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์และรายละเอียดของการวิจัย รวมทั้งประโยชน์จากการวิจัย การรักษาความลับ และการนำเสนอผลการศึกษาในภาพรวมไม่มีการระบุชื่อ การเข้าร่วมการศึกษากลับไปโดยสมัครใจ กลุ่มตัวอย่างสามารถถอนตัวจากการวิจัยได้ตลอดเวลาโดยไม่มีผลกระทบใด ๆ

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ภายหลังได้รับการรับรองจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน ผู้วิจัยขออนุญาตผู้อำนวยการเขตราชเทวี ในการเก็บรวบรวมข้อมูลซึ่งดำเนินการในระหว่างวันที่ 1 เมษายน ถึง 30 มิถุนายน 2566 โดยแบ่งเป็น 3 ระยะ ดังนี้

ระยะเตรียมการ ผู้วิจัยนัดหมายและเข้าพบประชาชนที่มีอายุ 20 ปีขึ้นไป ที่อาศัยอยู่ในชุมชนผ่าน

การประชาสัมพันธ์ของผู้นำชุมชนเพื่อให้ข้อมูลวัตถุประสงค์และวิธีการวิจัยกับผู้สนใจ (potential participants) เมื่อตกลงเข้าร่วมวิจัยจึงขอให้ตอบแบบประเมินโอกาสการเกิดโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่ด้วยตนเอง จากนั้นคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์คัดเข้า พร้อมทั้งชี้แจงกติกาของกิจกรรม “ทำได้ห่างไกลโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่ฯ” ซึ่งเป็นการสะสมคะแนนในการทำแบบประเมินในแต่ละครั้งซึ่งเป็นกิจกรรมที่กระตุ้นกลุ่มตัวอย่างให้เข้าร่วมกิจกรรมอย่างต่อเนื่อง และจัดตั้งช่องทางสื่อสารของกลุ่มตัวอย่างโดยใช้แอปพลิเคชันไลน์ของแต่ละชุมชนเพื่อเป็นช่องทางในการสื่อสาร กระตุ้นเตือน ติดตามให้คำปรึกษา และเป็นช่องทางในการเข้าร่วมกิจกรรมผ่านแพลตฟอร์มออนไลน์ ครั้งต่อไป

ระยะควบคุม สัปดาห์ที่ 1-4 เป็นการให้การพยาบาลแบบปกติ มีขั้นตอนดังนี้ 1) การประเมินความรอบรู้โรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และพฤติกรรมการดูแลตนเองฯ และ 2) ให้การพยาบาลแบบปกติโดยให้ข้อมูลเกี่ยวกับโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่ ประกอบด้วย ปัจจัยเสี่ยงของโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่ พฤติกรรมที่เหมาะสมเพื่อป้องกันโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่ การตรวจคัดกรองโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่ อาการของโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่ และการรักษา พร้อมแผ่นพับเรื่องความรู้เรื่องโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่

ระยะทดลอง สัปดาห์ที่ 5-8 เป็นระยะให้โปรแกรมการส่งเสริมความรอบรู้ในการป้องกันโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่ผ่าน mHealth ดังนี้

สัปดาห์ที่ 5 ประกอบด้วย 2 กิจกรรม ดังนี้

กิจกรรมที่ 1 “รู้สู้โรคมะเร็งลำไส้ใหญ่” ส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพขั้นพื้นฐาน โดยบรรยายเรื่องสถานการณ์ของโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่ สาเหตุปัจจัยเสี่ยงของโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่ การป้องกันและการลดความเสี่ยงเพื่อส่งเสริมความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับสาเหตุปัจจัยเสี่ยง

และการป้องกันโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่ ส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพขั้นปฏิสัมพันธ์โดยพัฒนาทักษะการสื่อสาร การใช้คำถาม และไต่ถามผู้รู้ และส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพขั้นวิจารณ์ญาณ โดยส่งเสริมทักษะการคิดวิเคราะห์ในการประเมินปัจจัยเสี่ยงและการตัดสินใจเพื่อลดปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่ของตนเอง ผ่าน Zoho form

กิจกรรมที่ 2 “ขยับสัณนิท พิชิตโรคมะเร็ง”

ส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพขั้นพื้นฐาน โดยบรรยายเรื่องความสำคัญของการควบคุมน้ำหนักที่สัมพันธ์กับการเกิดโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่ การประเมินดัชนีมวลกายและน้ำหนักที่เหมาะสมของตนเอง การออกกำลังกายที่เหมาะสมของแต่ละช่วงวัย การประเมินระดับความหนักในการออกกำลังกายที่เหมาะสมกับตนเอง การออกกำลังกายเพื่อกระตุ้นระบบขับถ่ายในรูปแบบออนไลน์และทบทวนเนื้อหาด้วยการใช้อินโฟกราฟิก ส่งเสริมความรอบรู้สุขภาพขั้นปฏิสัมพันธ์โดยพูดคุยแลกเปลี่ยนเรียนรู้เพื่อทบทวนแนวทางการส่งเสริมกิจกรรมทางกาย ทักษะการสื่อสาร การใช้คำถาม และไต่ถาม ผ่านแอปพลิเคชันไลน์ และส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพขั้นวิจารณ์ญาณ โดยให้กลุ่มตัวอย่างประเมินค่าดัชนีมวลกาย และน้ำหนักที่เหมาะสมของตนเอง ประเมินระดับความหนักในการออกกำลังกายที่เหมาะสมกับตนเอง เลือกประเภทของการออกกำลังกายที่เหมาะสมของตนเอง ประเมินสถานการณ์การมีกิจกรรมทางกายของตนเองและตั้งเป้าหมายของตนเอง และประเมินกิจกรรมทางกายของตนเอง ติดตามการประเมินสถานการณ์การมีกิจกรรมทางกายของกลุ่มตัวอย่างด้วยแบบประเมินสถานการณ์การมีกิจกรรมทางกายของตนเอง ทุกวันอาทิตย์ผ่าน Google form

สัปดาห์ที่ 6

กิจกรรมที่ 3 “ความเสี่ยง ที่เสี่ยงได้” เป็นการส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพขั้นพื้นฐาน ให้ความรู้

เรื่องโทษของบุหรี่และแอลกอฮอล์ต่อการเกิดโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่วิธีการเลิกบุหรี่แอลกอฮอล์และแหล่งประโยชน์ที่เกี่ยวข้องด้วยวิธีทัศน์ผ่านทางแอปพลิเคชันไลน์และกลุ่มตัวอย่างตอบแบบทดสอบการติดบุหรี่สำหรับผู้สูบบุหรี่ เพื่อการสะท้อนให้เห็นถึงความรุนแรงของการติดบุหรี่ของตนเอง การส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพขั้นปฏิสัมพันธ์ โดยพูดคุยแลกเปลี่ยนเรียนรู้เกี่ยวกับแนวทางการลด ละ เลิก การสูบบุหรี่และการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์โดยรวมแสดงความคิดเห็นผ่านแอปพลิเคชันไลน์ผ่านทักษะการสื่อสารและได้ถามและส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพขั้นวิจารณ์ญาณ กระตุ้นให้กลุ่มตัวอย่างวิเคราะห์โทษของบุหรี่และเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และสำรวจความต้องการเลิกบุหรี่และเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของตนเองและบุคคลใกล้ชิดเพื่อส่งต่อข้อมูลให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ผ่าน Google form

สัปดาห์ที่ 8

กิจกรรมที่ 4 “รู้ทัน ป้องกันได้” เป็นการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพขั้นพื้นฐาน จัดกิจกรรมในรูปแบบออนไลน์โดยการบรรยายเรื่องความสำคัญของการตรวจคัดกรองโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่อาการและอาการแสดง การรักษาลักษณะของโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่ การรู้เท่าทันข่าว ส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพขั้นปฏิสัมพันธ์และขั้นวิจารณ์ญาณ โดยกลุ่มตัวอย่างฝึกทักษะการสืบค้นข่าวปลอมที่เผยแพร่ผ่านสื่อออนไลน์ในประเทศไทยพัฒนาทักษะการสื่อสารการใช้คำถามและได้ถามผู้รู้และสาธิตการใช้ชุด FIT test และกลุ่มตัวอย่างสาธิตกลับ และเนื่องจากกลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมวิจัยเป็นกลุ่มเสี่ยง หากมีความต้องการตรวจคัดกรองโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่ด้วยชุดตรวจหาเลือดแฝงในอุจจาระสามารถรับชุดตรวจได้จากผู้วิจัย ผู้วิจัยให้คำแนะนำและช่วยเหลือในการใช้ชุดตรวจอย่างถูกต้อง รวมถึงการแปลผลการตรวจ หากผลการตรวจเป็นบวก ผู้วิจัย

ให้คำแนะนำเพิ่มเติมเกี่ยวกับขั้นตอนการตรวจคัดกรองที่จำเป็นและประสานกับสถานบริการสาธารณสุขเพื่อให้การดูแลอย่างต่อเนื่อง

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคล โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา (descriptive statistics) ได้แก่ ความถี่ (n) ร้อยละ (%) ค่ามัธยฐาน (median) ค่าเฉลี่ย (mean, M) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (standard deviation: SD)
2. เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยความรู้ด้านโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่รายด้านและโดยรวม และเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยพฤติกรรม การดูแลตนเองเพื่อป้องกันการเกิดโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่ ในระยะก่อนให้การพยาบาลปกติ ระยะหลังให้การพยาบาลปกติ และระยะหลังเข้าร่วมโปรแกรม ด้วยสถิติ Friedman test เนื่องจากไม่มีการแจกแจงข้อมูลแบบปกติ และเปรียบเทียบความแตกต่างรายคู่โดยใช้สถิติ Bonferroni

ผลการวิจัย

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 78.1) อายุ 60 ปีขึ้นไป (ร้อยละ 59.4) อายุเฉลี่ย 60.59 ปี (SD = 10.64, Min-Max = 21-76) ครึ่งหนึ่งศึกษาระดับประถมศึกษา (ร้อยละ 50.0) ไม่ได้ประกอบอาชีพ (ร้อยละ 28.1) รองลงมาคือรับจ้าง (ร้อยละ 25.0) มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือน $\leq 5,000$ บาท (ร้อยละ 59.4) ไม่มีประวัติญาติสายตรงป่วยเป็นโรคมะเร็ง (ร้อยละ 56.3) ส่วนใหญ่ไม่สูบบุหรี่ (ร้อยละ 81.2) ไม่ดื่มเครื่องดื่มที่มีส่วนผสมของแอลกอฮอล์ (ร้อยละ 68.7) และไม่เคยเข้ารับการตรวจคัดกรองโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่ (ร้อยละ 96.9)

ผลการวิเคราะห์ความรู้ด้านโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่ โดยรวมพบว่า ระยะก่อนให้การพยาบาลปกติ (M = 164.75, SD = 24.63) และหลังให้การพยาบาลปกติ (M = 167.65, SD = 25.75) ความรอบรู้อยู่ในระดับดี ระยะหลัง

เข้าโปรแกรมอยู่ในระดับดีมาก ($M = 188.96$, $SD = 22.08$) ซึ่งแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($\chi^2 = 21.39, p < .001$) เช่นเดียวกับผลการเปรียบเทียบ

ความรอบรู้รายด้านยกเว้นด้านทักษะการสื่อสารที่พบว่า ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Table 1, Figure 2)

Table 1 Analysis of Colorectal cancer literacy and self-care behaviors using Friedman test ($n = 32$)

Variables	Mean rank			χ^2	p
	Before usual care	After usual care	After program		
Colorectal cancer literacy					
Overall	1.59	1.75	2.66	21.39	<.001
Knowledge and understanding	1.58	1.67	2.75	29.19	<.001
Access to information	1.69	1.78	2.53	14.72	.001
Communication skills	1.77	1.94	2.30	4.97	.083
Self-management skills	1.88	1.78	2.34	6.47	.039
Media literacy	1.86	1.67	2.47	13.16	.001
Decision-making skills	1.80	1.80	2.41	9.75	.008
Self-care behaviors	1.61	1.86	2.53	16.05	<.001

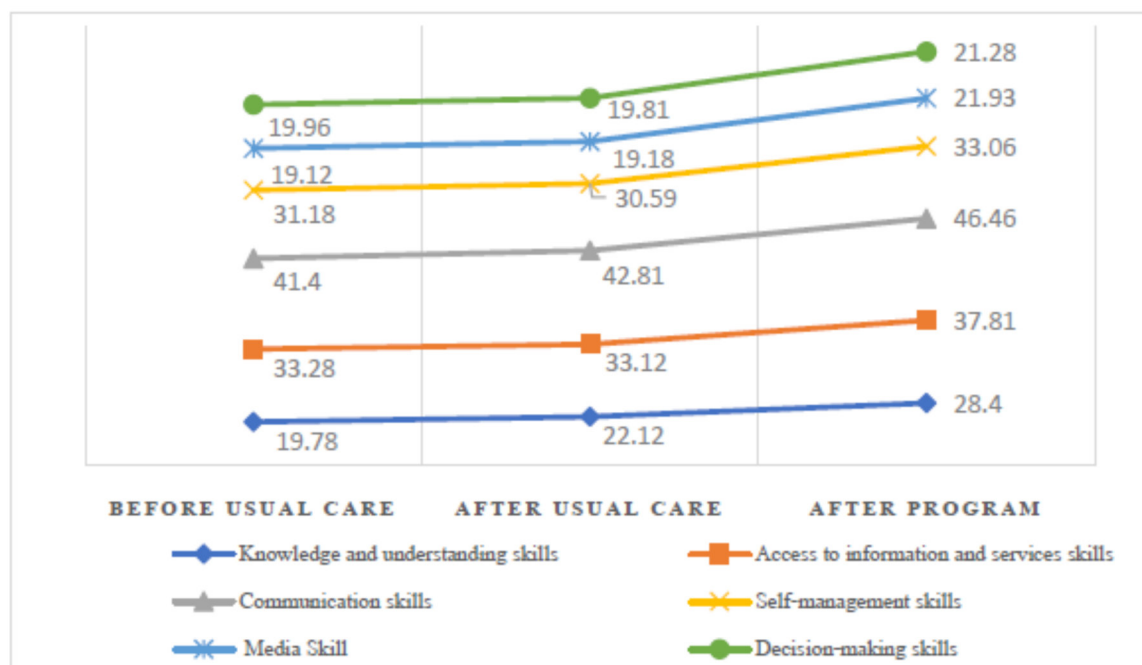


Figure 2 Colorectal cancer literacy subscales by time

ผลการเปรียบเทียบรายคู่พบว่า ในระยะก่อน กับหลังให้การพยาบาลปกติ องค์ประกอบรายด้าน ได้แก่ ด้านความรู้ความเข้าใจ ด้านการเข้าถึงข้อมูลและ บริการ ด้านการจัดการตนเอง ด้านการสื่อสาร ด้านการ

รู้เท่าทันสื่อและด้านทักษะการตัดสินใจในการเข้ารับ การตรวจคัดกรองโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่ไม่แตกต่างกัน ($p > .05$) เมื่อเปรียบเทียบระยะหลังให้การพยาบาลปกติ กับระยะหลังเข้าร่วมโปรแกรม และระยะก่อนให้การ

พยาบาลปกติกับระยะหลังเข้าโปรแกรม พบว่า ความรอบรู้ด้านความรู้ความเข้าใจ ด้านการเข้าถึงข้อมูลและบริการด้านการจัดการตนเอง ด้านการรู้เท่าทันสื่อ และด้านทักษะการตัดสินใจในการเข้ารับการตรวจคัดกรองโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .017$)

ผลการวิเคราะห์พฤติกรรม การดูแลตนเอง เพื่อป้องกันการเกิดโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่ พบว่า ระยะก่อนให้การพยาบาลปกติเท่ากับ 34.06 ($SD = 8.55$) ระยะหลังให้การพยาบาลปกติมีค่าเฉลี่ย 35.84 ($SD = 9.34$) และระยะหลังเข้าโปรแกรม 41.09 ($SD = 6.97$) ซึ่งแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($\chi^2 = 16.05, p < .001$) (Table 1) เมื่อเปรียบเทียบรายคู่พบว่า ระยะก่อนให้การพยาบาลปกติกับระยะหลังให้การพยาบาลปกติไม่แตกต่างกัน ($p > .05$) ในขณะที่ระยะก่อนให้การพยาบาลปกติกับระยะหลังเข้าโปรแกรม และระยะหลังให้การพยาบาลปกติกับระยะหลังเข้าโปรแกรม แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .017$)

การอภิปรายผล

ผลการศึกษาครั้งนี้พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความรอบรู้ด้านโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่โดยรวมและรายด้านภายหลังเข้าร่วมโปรแกรมดีกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สอดคล้องกับสมมติฐานที่ 1 ยกเว้นทักษะการสื่อสารที่พบว่าไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ อธิบายได้จากการที่กลุ่มตัวอย่างเข้าร่วมโปรแกรมกิจกรรมผ่านแพลตฟอร์มออนไลน์ซึ่งมีการใช้สื่อประกอบการบรรยายและอินโฟกราฟิกและมีการให้ความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่สาเหตุและปัจจัยเสี่ยง และการป้องกันหรือลดความเสี่ยงต่อการเกิดโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่เป็นการส่งเสริมความรู้สุขภาพขั้นพื้นฐาน อีกทั้งกลุ่มตัวอย่างได้ประเมินความเสี่ยง ประเมินกิจกรรมทางกายและติดตาม

การทำกิจกรรมทางกายของตนเองผ่าน Jort form เป็นการส่งเสริมความรู้สุขภาพขั้นวิจารณ์ญาณผ่านการคิดวิเคราะห์เกี่ยวกับการมีกิจกรรมทางกายของตนเอง และได้วางแผนและปรับเปลี่ยนการทำกิจกรรมทางกายของตนเอง นอกจากนี้กลุ่มตัวอย่างยังได้รับความรู้ผ่านสื่อวีดิทัศน์เรื่องโทษของบุหรี่และแอลกอฮอล์ต่อการเกิดโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่ วิธีการเลิกบุหรี่และแอลกอฮอล์ที่ถูกต้อง รวมทั้งแหล่งประโยชน์ที่เกี่ยวข้องซึ่งได้มีการประเมินตนเองผ่าน Google form และ Zoho form เป็นการส่งเสริมการเข้าถึงข้อมูลด้านสุขภาพได้ทันทีทุกเวลา

ผลการศึกษาครั้งนี้แสดงให้เห็นว่าโปรแกรมที่พัฒนาขึ้น ช่วยส่งเสริมความสามารถในการเข้าถึงข้อมูล รวมทั้งความรู้ความเข้าใจ การรู้เท่าทันสื่อจากกิจกรรม “รู้ทัน ป้องกันได้” การส่งเสริมการเรียนรู้ถึงแหล่งข้อมูลด้านสุขภาพ การสืบค้นข้อมูลและตรวจสอบความน่าเชื่อถือของข้อมูล ร่วมกับการปฏิบัติจริงและการบูรณาการสุขภาพดิจิทัลที่เหมาะสมกับกลุ่มตัวอย่างสามารถตัดสินใจเข้ารับการตรวจคัดกรองโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่ และนำไปสู่การปฏิบัติในการป้องกันโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่ที่เหมาะสมกับตนเองได้ดียิ่งขึ้น¹⁷⁻¹⁸ ผลการศึกษาครั้งนี้พบว่า พฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่ของกลุ่มตัวอย่างภายหลังเข้าร่วมโปรแกรมที่ดีกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานที่ 2 อธิบายได้จากการที่กลุ่มตัวอย่างได้รับการส่งเสริมพัฒนาขีดความสามารถในระดับบุคคล ทำให้มีความรอบรู้ด้านสุขภาพที่เพียงพอ สามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและส่งผลให้มีพฤติกรรมดูแลตนเองที่เหมาะสม และเข้ารับการตรวจคัดกรองเพื่อป้องกันการเกิดโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่เพิ่มมากขึ้น¹⁹ ความรอบรู้

ด้านโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่จึงมีความสำคัญต่อการเข้ารับการตรวจคัดกรองโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่²⁰ ดังนั้นการส่งเสริมให้กลุ่มเสี่ยงมีความรอบรู้ด้านโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่ จะช่วยเพิ่มการเข้ารับการคัดกรองและอาจลดอุบัติการณ์ของโรคได้

การศึกษาครั้งนี้ชี้ให้เห็นถึงประสิทธิผลของโปรแกรมการส่งเสริมความรอบรู้ในการป้องกันและคัดกรองโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่ผ่าน mHealth ในตัวอย่างกลุ่มเสี่ยงเขตเมือง อย่างไรก็ตาม โปรแกรมนี้มีการใช้อุปกรณ์สื่อสารเคลื่อนที่ อาจเป็นข้อจำกัดโดยเฉพาะในผู้สูงอายุซึ่งมีกว่าครึ่งหนึ่งของตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้ ที่อาจมีข้อจำกัดด้านสายตาหรือการได้ยินและอาจส่งผลต่อความรอบรู้ด้านทักษะการสื่อสารที่พบมาก่อนและหลังโปรแกรมไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ข้อเสนอแนะจากผลการวิจัย

พยาบาลเวชปฏิบัติชุมชนและทีมสุขภาพสามารถนำโปรแกรมไปปรับใช้ในการส่งเสริมความรอบรู้และการดูแลตนเองในการป้องกันและคัดกรองโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่ของประชาชนกลุ่มเสี่ยงในเขตเมือง รวมทั้งปรับรูปแบบของโปรแกรมที่ส่งเสริมความรอบรู้ด้านทักษะการสื่อสารเพิ่มขึ้น ตลอดจนปรับสื่อออนไลน์ให้เหมาะสมกับกลุ่มเป้าหมาย และทำการทดสอบและติดตามผลของโปรแกรมในการวิจัยครั้งต่อไป

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบคุณบัณฑิตวิทยาลัยและสมาคมศิษย์เก่าบัณฑิตวิทยาลัยมหาวิทยาลัยมหิดลที่สนับสนุนทุนวิจัยในครั้งนี้และขอขอบคุณกลุ่มตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้

References

1. Global Cancer Observatory. Estimated Number of New Cases in 2020, All cancers, Both sexes, All ages. 2020. Available from: <https://gco.iarc.fr/today/online-analysis>.
2. National Cancer Institute, Department of Medical Services, Ministry of Public Health. Hospital-based Cancer Registry, 2021 [Internet]. 2021. Available from: https://www.nci.go.th/e_book/hosbased_2563/index.html.
3. National Cancer Institute, Department of Medical Services, Ministry of Public Health. (2019). Strategic Plan of the National Cancer Institute, 2019–2022. Available from: https://www.nci.go.th/th/New_web2024/officer/download/nccp/NCCP_61_65.pdf
4. Yadollahi M, Siavashi E, Mostaghim S. The relationship between health literacy and patient participation in medical decision making among breast cancer patients. *Arch Breast Cancer*. 2018;181–6. doi:10.32768/abc.201854181–186. <https://doi.org/10.32768/abc.201854181–186>
5. Huang Y, Qi F, Wang R, Jia X, Wang Y, Lin P, et al. The effect of health literacy on health status among residents in Qingdao, China: a path analysis. *Environ Health Prev Med*. 2021;26(1):78. <https://doi.org/10.1186/s12199-021-01001-8>
6. Sørensen K, Van den Broucke S, Fullam J, Doyle G, Pelikan J, Slonska Z, Brand H, (HLS-EU) Consortium Health Literacy Project European. Health literacy and public health: a systematic review and integration of definitions and models. *BMC Public Health*. 2012; 12:80. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-12-80>
7. Buranarek S, Thammaraksa P, Kaewchantra K, Khumwong M. Health status and access to health services of the Samsen canal-side community, Ratchathewi district, Bangkok. *Boromarajonani College of Nursing, Bangkok Journal*. 2017;33(2):54–8.

8. Smith B, Magnani JW. New technologies, new disparities: The intersection of electronic health and digital health literacy. *Int J Cardiol.* 2019; 292:280–2. <https://doi.org/10.1016/j.ijcard.2019.05.066>
9. Bhatt S, Isaac R, Finkel M, Evans J, Grant L, Paul B, et al. Mobile technology and cancer screening: Lessons from rural India. *J Glob Health.* 2018;8(2):020421. <https://doi.org/10.7189/jogh.08.020421>
10. Information and Communication Technology Center, Office of the Permanent Secretary Ministry of Public Health. Digital Health Strategy 2021–2025. 2021.
11. Nutbeam D. The evolving concept of health literacy. *Soc Sci Med.* 2008;67(12):2072–8. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2008.09.050>
12. Photphrom N, Wilasrasamee C, Ueanoraseth J, Suwannathamma W, Mongkolsumrit S. Development of a scoring system for colorectal cancer screening: an alternative for accessing health services. *Ramathibodi Medical Journal.* 2016;39(3):155–62.
13. Lee M, Lee MA, Ahn H, Ko J, Yon E, Lee J, et al. Health literacy and access to care in cancer screening among Korean Americans. *Health Lit Res Pract.* 2021;5(4). <https://doi.org/10.3928/24748307-20211104-01>
14. Jitapunkul S, Lailert C, Worakul P, Srikiatkachorn A, Ebrahim S. Chula mental test: A screening test for elderly people in less developed countries. *Int J Geriatr Psychiatry.* 1996;11(8):715–20.
15. Kawthaisong C, Promthet S, Kamsa-Ard S, Duangsong R. Questionnaire validation of colorectal cancer literacy scale among Thai people in Northeastern Thailand. *Asian Pac J Cancer Prev.* 2019;20(2):645–51. <https://doi.org/10.31557/apjcp.2019.20.2.645>
16. Sukumporn S, Pommala W. Effectiveness of Program to Improve Self-Care Behaviors to Prevent Colon and Rectal Cancer of Hospital Personnel. *RHPC9J [Internet].* 2021 Sep. 21 [cited 2024 Aug. 6];15(38):632–44. Available from: <https://he02.tci-thaijo.org/index.php/RHPC9Journal/article/view/252066>
17. Salmani H, Ahmadi M, Shahrokhi N. The impact of mobile health on cancer screening: A systematic review. *Cancer Inform.* 2020;19: 1176935120954191. <https://doi.org/10.1177/1176935120954191>
18. Smith B, Magnani JW. New technologies, new disparities: The intersection of electronic health and digital health literacy. *Int J Cardiol.* 2019;292: 280–2. doi: 10.1016/j.ijcard. 2019.05.066.
19. Koirala R, Gurung N, Dhakal S, Karki S. Role of cancer literacy in cancer screening behaviour among adults of Kaski district, Nepal. *PLoS One.* 2021;16(7). <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0254565>
20. Wittich AR, Shay LA, Flores B, De La Rosa EM, Mackay T, Valerio MA. Colorectal cancer screening: Understanding the health literacy needs of Hispanic rural residents. *AIMS Public Health.* 2019;6(2): 107–20. <https://doi.org/10.3934/publichealth.2019.2.107>

ประสิทธิผลของโปรแกรมบำบัดโรคซึมเศร้าด้วยการเจริญสติตระหนักรู้

ความคิด: การทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ

เกษราภรณ์ เคนบุผา ปร.ด. (การพยาบาล)¹

วิจิตรา จิตรักษ์, พย.ม.²

อัญชลี จิตะสาร, พย.ม.³

อรดี โชคสวัสดิ์, ปร.ด. (การพยาบาล)⁴

ชัชวาลย์ ศิลปกิจ, พ.บ., ปร.ด. (สาขาระบาดวิทยาจิตเวช)⁵

เจริญศักดิ์ อ่ำกลิน, พบ.⁶

บทคัดย่อขยาย

บทนำ Mindfulness-Based Cognitive Therapy (MBCT) เป็นโปรแกรมบำบัดทางจิตวิทยาที่พัฒนาจากการบูรณาการ Mindfulness-Based Stress Reduction (MBSR) ของ Kabat-Zinn และ Cognitive Therapy ของ Beck เพื่อรักษาผู้ป่วยโรคซึมเศร้า โดยมุ่งเน้นการฝึกสติและการปรับเปลี่ยนความคิด ผู้ป่วยโรคซึมเศร้ามักมีความคิดบิดเบือนและเป็นลบ จนส่งผลต่ออารมณ์และพฤติกรรม การใช้โปรแกรม MBCT ช่วยให้ผู้ป่วยตระหนักรู้ความคิดและอารมณ์ในปัจจุบัน ลดการตอบสนองเชิงลบ และปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม โปรแกรม MBCT ถูกนำมาใช้ในการป้องกันการกลับเป็นซ้ำของโรคซึมเศร้าและบรรเทาอาการซึมเศร้าในผู้ที่มีปัญหาเจ็บป่วยเรื้อรัง เช่น ผู้ป่วยเบาหวาน นอกจากนี้ยังช่วยส่งเสริมการตระหนักถึงความผูกพันในชีวิตของบุคคลทั่วไป ทำให้ MBCT เป็นแนวทางที่มีศักยภาพสูงทั้งในการป้องกันและรักษาผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ยังไม่พบการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบถึงประสิทธิผลของ MBCT ต่อการป้องกันการกลับเป็นซ้ำของโรคซึมเศร้าและการลดอาการซึมเศร้าของงานวิจัยในประเทศไทย

วัตถุประสงค์ของการศึกษา เพื่อประเมินประสิทธิผลของโปรแกรมบำบัดโรคซึมเศร้าด้วยการเจริญสติตระหนักรู้ความคิดในการป้องกันการกลับเป็นซ้ำของโรคซึมเศร้าและลดอาการซึมเศร้า

การออกแบบ เป็นการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ

วิธีดำเนินการ การทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบดำเนินการตามหลักของ The Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses (PRISMA) guidelines คำถามการวิจัยคือการบำบัดด้วยการเจริญสติตระหนักรู้ความคิดมีประสิทธิผลในการป้องกันการกลับเป็นซ้ำและลดอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าได้หรือไม่ เกณฑ์ในการคัดเลือกรายงานวิจัยกำหนดตามกรอบ PICO โดย P - Population เป็นผู้ป่วยโรคซึมเศร้าหรือผู้ป่วยที่มีอาการซึมเศร้าหลงเหลือหลังการรักษาหรือผู้ที่มีอาการซึมเศร้า I - Intervention เป็นโปรแกรม Mindfulness-Based Cognitive Therapy ที่ใช้สำหรับบำบัดผู้ป่วยโรคซึมเศร้าหรือผู้ที่มีอาการซึมเศร้า C - Comparison เป็นโปรแกรมอื่น ๆ หรือการพยาบาลที่ปฏิบัติอยู่หรือการรักษาด้วยยาต้านซึมเศร้าอย่างเดียว O - Outcomes ได้แก่ การป้องกันการกลับเป็นซ้ำ/กำเริบซ้ำ และการลดความรุนแรงของอาการซึมเศร้า การสืบค้นงานวิจัย ทำการสืบค้นจากฐานข้อมูลทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ ได้แก่ PubMed, Medline, PsycINFO, CINAHL, Web of Science, Embase, และ ThaiJo

¹อาจารย์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสรรพสิทธิประสงค์ คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก

²ผู้ประพันธ์บรรณกิจ อาจารย์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสรรพสิทธิประสงค์ คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก
E-mail: wichittra@bncsp.ac.th

³⁻⁴อาจารย์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสรรพสิทธิประสงค์ คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก

⁵รองศาสตราจารย์ ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล

⁶จิตแพทย์ โรงพยาบาลพุทธโสธร อ. เมือง จ. ฉะเชิงเทรา

คำสำคัญที่ใช้ในการสืบค้นเอกสาร ได้แก่ mindfulness-based cognitive therapy or MBCT, depression, depressive disorders และการบำบัดความคิดด้วยการฝึกสติ ภาวะซึมเศร้า โรคซึมเศร้า โดยรูปแบบการวิจัยเป็นการวิจัยเชิงทดลองหรือกึ่งทดลอง ที่ตีพิมพ์เผยแพร่เป็นภาษาอังกฤษและภาษาไทย ระหว่างวันที่ 1 มกราคม 2545 - 31 ธันวาคม 2565 การคัดเลือกงานวิจัยที่สืบค้นได้ตามเกณฑ์ที่กำหนดและการประเมินคุณภาพงานวิจัยโดยใช้เครื่องมือประเมินคุณภาพงานวิจัยของสถาบันโจนาบริกส์ ดำเนินการโดยนักวิจัย 3 คน ทำนองอย่างเป็นอิสระต่อกัน กรณีที่ผลการคัดเลือกงานวิจัยหรือการประเมินคุณภาพงานวิจัยมีความแตกต่างกัน จะใช้วิธีการประชุมเพื่อหาข้อสรุปที่เป็นฉันทามติ ข้อมูลเกี่ยวกับชื่อผู้วิจัย ประเทศ ที่ทำการศึกษาลักษณะของโปรแกรมบำบัดและโปรแกรมเปรียบเทียบ การออกแบบการวิจัย กลุ่มตัวอย่าง และผลการวิจัยของงานวิจัยที่คัดเลือกไว้ทบทวนวรรณกรรม ถูกสกัดในตารางเพื่อนำมาสรุปสังเคราะห์เนื้อหาและรายงานผล

ผลการศึกษา จากการทบทวนวรรณกรรมทั้งหมดที่ผ่านการคัดกรองตามเกณฑ์ PICO พบว่ามีงานวิจัยที่เกี่ยวข้องจำนวน 22 เรื่อง โดย 18 เรื่องเป็นงานวิจัยในต่างประเทศ และ 4 เรื่องเป็นงานวิจัยในประเทศไทย ซึ่งส่วนใหญ่เป็นการทดลองแบบสุ่มและมีกลุ่มควบคุม (randomized controlled trials: RCTs) ผลลัพธ์หลัก พบว่า โปรแกรม MBCT มีประสิทธิภาพสูงในการป้องกันการกลับเป็นซ้ำของโรคซึมเศร้า ในกลุ่มผู้ป่วยที่มีประวัติการป่วยซึมเศร้ามาแล้วตั้งแต่ 3 ครั้งขึ้นไป ผู้ป่วยที่ยังมีอาการหลงเหลือหลังการรักษา รวมถึงผู้ป่วยที่มีระยะเวลาเป็นโรคซึมเศร้านานกว่า 2 ปี นอกจากนี้ยังพบว่าโปรแกรม MBCT มีผลต่อผู้ป่วยที่ไม่ตอบสนองต่อการรักษาด้วยยาต้านอาการซึมเศร้า และหญิงตั้งครรภ์ที่มีความเสี่ยงต่อการกลับเป็นซ้ำของโรคในช่วงตั้งครรภ์ ผลลัพธ์เพิ่มเติม ในกลุ่มที่ได้รับโปรแกรม MBCT ร่วมกับยาต้านซึมเศร้า พบว่าอัตราการกลับเป็นซ้ำของอาการซึมเศร้าลดลงอย่างมีนัยสำคัญ เมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มที่ได้รับเพียงยาต้านซึมเศร้าและการบำบัดแบบมาตรฐาน โปรแกรม MBCT ยังมีการประยุกต์ใช้กับผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้าและโรคทางกายเรื้อรัง เช่น มะเร็ง เบาหวาน และกระเพาะอาหารอักเสบ โดยสามารถลดอาการซึมเศร้าและความวิตกกังวลที่สัมพันธ์กับโรคได้ และมีการพัฒนาในการบำบัดจากเดิมแบบกลุ่มบำบัดเป็นแบบรายบุคคล รวมทั้งเริ่มมีการพัฒนาเป็นแบบออนไลน์ โดยมีผู้บำบัดเป็นผู้ช่วยทางออนไลน์มากยิ่งขึ้น

ข้อเสนอแนะ โปรแกรมการบำบัดด้วยการเจริญสติตระหนักรู้ความคิด มีประสิทธิภาพในการป้องกันการกลับเป็นซ้ำของโรคซึมเศร้าและลดอาการซึมเศร้า โดยเฉพาะเมื่อใช้ร่วมกับการรักษาด้วยยาต้านอาการเศร้าหรือการบำบัดอื่น พยาบาลจึงควรนำโปรแกรม MBCT ไปประยุกต์ใช้ในการดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้ากลุ่มต่าง ๆ โดยปรับให้เหมาะสมกับบริบทของผู้ป่วยและมีการคงไว้ของหลักการสำคัญของโปรแกรมการบำบัดด้วยการเจริญสติตระหนักรู้ความคิด คือ การช่วยให้ผู้เข้ารับการบำบัดได้ตระหนักรู้ถึงการอยู่กับปัจจุบันและสามารถมองเห็นตัวเองแยกจากรูปแบบความคิดเก่า ๆ และอารมณ์ความรู้สึกตลอดจนสามารถนำไปใช้ในชีวิตประจำวันเพื่อให้เป็นวิถีชีวิตปกติ และควรนำโปรแกรม MBCT รูปแบบออนไลน์ไปประยุกต์ใช้เพื่อเพิ่มการเข้าถึงของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าหรือการใช้รูปแบบการบำบัดแบบผสมผสาน นอกจากนี้ ควรทำการศึกษาเพื่อประเมินประสิทธิผลของโปรแกรม MBCT ต่อการป้องกันการกลับเป็นซ้ำของโรคซึมเศร้าและลดอาการซึมเศร้า โดยออกแบบการวิจัยเป็นเชิงทดลองแบบสุ่ม ที่มีการเปรียบเทียบกับโปรแกรมการบำบัดอื่น ๆ หรือการรักษาด้วยยาต้านอาการซึมเศร้า และศึกษาในกลุ่มตัวอย่างขนาดใหญ่เพื่อความน่าเชื่อถือในการยืนยันผลการวิจัย

คำสำคัญ การบำบัดด้วยการเจริญสติตระหนักรู้ความคิด โรคซึมเศร้า การทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ

วันที่ได้รับ 10 พ.ย. 66 วันที่แก้ไขบทความเสร็จ 30 เม.ย. 67 วันที่รับตีพิมพ์ 13 ส.ค. 67

The Effectiveness of Mindfulness-based Cognitive Therapy for Depression: A Systematic Review

Kedsaraporn Kenbubpha Ph.D. (Nursing)¹

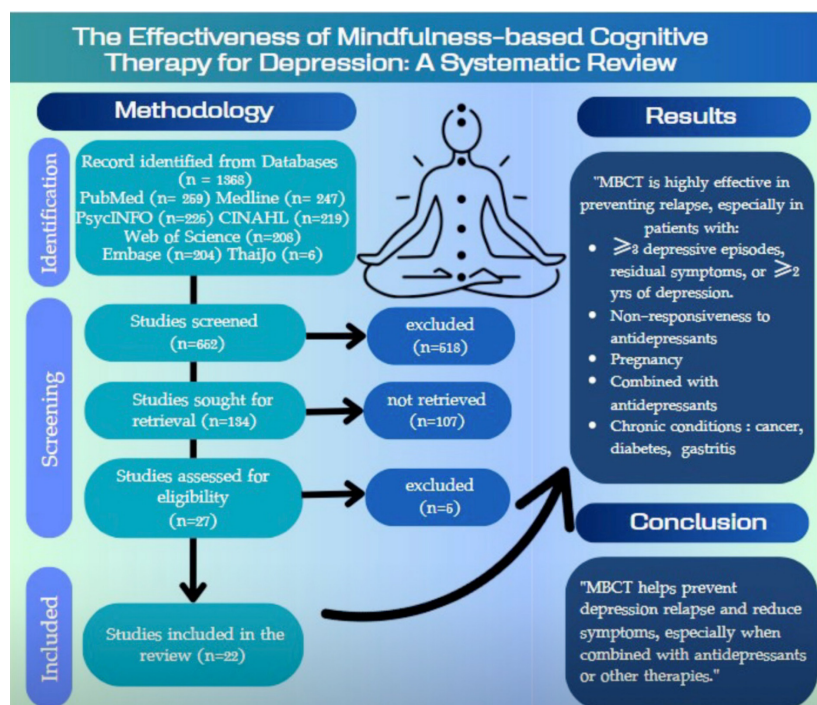
Wichitra Chitrak, M.N.S²

Anchalee Thitasan, M.N.S³

Oradee Choksawat, Ph.D (Nursing)⁴

Chatchawan Silpakit, M.D., Ph.D.(Epidemiological Psychiatry)⁵

Chareonsak Umklin, M.D.⁶



Extended Abstract

Introduction Mindfulness-Based Cognitive Therapy (MBCT) is a psychological intervention developed by integrating Kabat-Zinn's Mindfulness-Based Stress Reduction (MBSR) and Beck's Cognitive Therapy. The therapy targets patients with depression by focusing on mindfulness training and cognitive restructuring. Patients with depression frequently exhibit distorted, negative cognitive processes that influence their affective responses and behaviors. The MBCT facilitates patients' recognition of these thoughts and emotions, thereby reducing maladaptive responses and fostering adaptive behaviors. The MBCT has demonstrated efficacy in preventing depression relapse, alleviating symptoms in patients with chronic conditions, and enhancing

¹Lecturer, Boromarajonani College of Nursing Sanpasithiprasong, Faculty of Nursing, Praboromarajchanok Institute, Ubon Ratchathani Province, Thailand

²Corresponding author, Lecturer, Boromarajonani College of Nursing Sanpasithiprasong, Faculty of Nursing, Praboromarajchanok Institute, Ubon Ratchathani Province, Thailand E-mail: wichitra@bcnsp.ac.th

^{3,4}Lecturer, Boromarajonani College of Nursing Sanpasithiprasong, Faculty of Nursing, Praboromarajchanok Institute, Ubon Ratchathani Province, Thailand

⁵Associate Professor, Department of Psychiatry, Faculty of Medicine Ramathibodi Hospital, Mahidol University, Bangkok, Thailand

⁶Psychiatrist, Buddhasothon Hospital, Muang District, Chachoengsao Province, Thailand

overall psychological well-being, thus presenting a promising approach for both prevention and treatment. However, a systematic review on the effectiveness of MBCT in preventing relapse of depression and reducing depressive symptoms in Thailand has not yet been conducted.

Objective To assess the effectiveness of the mindfulness-based cognitive therapy program in preventing depression relapse and reducing depressive symptoms

Design This study employed a systematic literature review.

Methodology This systematic review was conducted following the principles of the Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses (PRISMA) guidelines. The research question is whether Mindfulness-Based Cognitive Therapy (MBCT) is effective in preventing relapse and reducing depressive symptoms in patients with depression. The inclusion criteria for selecting studies were based on the PICO framework: P-Population included patients diagnosed with depression or those experiencing residual symptoms of depression following treatment or those with ongoing depressive symptoms; I- Intervention involved Mindfulness-Based Cognitive Therapy program used to treat patients with depression or those with depressive symptoms; C- Comparison included other therapeutic programs, current nursing practices, or antidepressant alone; O- Outcomes focused on prevention of relapse/recurrence and reduction of the severity of depressive symptoms. The literature search was conducted using both Thai and English language databases, including PubMed, Medline, PsycINFO, CINAHL, Web of Science, Embase, and ThaiJo. The keywords used for the search included “mindfulness-based cognitive therapy” or “MBCT,” “depression,” “depressive disorders,” and “cognitive therapy with mindfulness practice.” The research studies were confined as experimental or quasi-experimental studies published in English or Thai between January 1, 2002, and December 31, 2022. The studies were selected based on the defined criteria, and the quality of the studies was assessed using the Joanna Briggs Institute’s research quality assessment tools. The review process was conducted independently by three researchers. In cases of discrepancies in study selection or quality assessment were found, discussions were held to reach a consensus. Information regarding the researchers’ names, countries of study, characteristics of the therapeutic and comparison programs, research design, participants, and research outcomes of the selected studies was extracted into tables for synthesis and further reporting.

Results A total of 22 relevant studies were identified through the literature review based on the PICO criteria, with 18 studies from international sources and 4 from Thailand. The majority of the studies were randomized controlled trials (RCTs). The primary findings indicated that the MBCT program demonstrated high efficacy in preventing relapse among patients with a history of three or more episodes of depression, those exhibiting residual symptoms after treatment, and patients with depression persisting for more than two years. Furthermore, MBCT exhibited beneficial effects for patients who were non-responsive to antidepressants and for pregnant women at risk of relapse during gestation. Additional results revealed that the combination of MBCT with antidepressants significantly reduced relapse rates compared to those receiving antidepressants or standard therapy alone. The MBCT was also applied to patients with depression and chronic conditions, such as cancer, diabetes, and gastritis, and was found to attenuate depressive symptoms and anxiety associated with these conditions. The therapeutic approach has evolved from group-based to individual-based therapy, with an increasing trend toward online delivery, wherein therapists provide remote patient assistance.

Recommendation The Mindfulness-Based Cognitive Therapy (MBCT) program is effective in preventing relapse of depression and mitigating depressive symptoms, especially when combined with antidepressants or other forms of therapy. Therefore, nurses should consider applying the MBCT program in the care of patients with depression from diverse populations, adapting it to the specific context of each population while maintaining the core principles of MBCT. These principles include helping patients learn to be mindful of the present moment, enabling them to observe themselves separately from old patterns of thinking and emotions, and integrating these practices into their daily lives as part of a normal lifestyle. Additionally, the online version of the MBCT program should be implemented to increase accessibility for patients with depression or through a combined therapy approach. Further research is also recommended to evaluate the effectiveness of the MBCT program in preventing relapse and reducing depressive symptoms. Future studies should be designed as randomized controlled trials comparing MBCT with other therapeutic programs or antidepressant treatments and involve a large sample size to ensure the credibility of the research findings.

Journal of Thailand Nursing and Midwifery Council 2025; 40(1) 62-81

Keywords mindfulness-based cognitive therapy / depressive disorder / systematic review

Received 10 November 2023, Revised 30 April 2024, Accepted 13 August 2024

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคซึมเศร้าเป็นปัญหาสำคัญที่มีผลกระทบต่อสังคมและเศรษฐกิจทั่วโลก¹ มากกว่าร้อยละ 50 ของผู้ป่วยที่เป็นโรคซึมเศร้าครั้งแรกจะกลับเป็นโรคซึมเศร้าอีกครั้ง และความเสี่ยงในการกลับเป็นซ้ำเพิ่มขึ้นตามระยะเวลา² ผลการศึกษาในประเทศไทยพบว่าผู้ป่วยโรคซึมเศร้ามีโอกาสกลับเป็นซ้ำร้อยละ 38.6³ การกลับเป็นซ้ำและการเกิดใหม่ของโรคซึมเศร้าขึ้นอยู่กับระยะเวลาการติดตาม ยิ่งติดตามนานมากขึ้นโอกาสพบการกลับเป็นซ้ำหรือการเกิดใหม่เพิ่มมากขึ้น การรักษาโรคซึมเศร้าส่วนใหญ่ใช้ยาต้านอาการซึมเศร้าเป็นหลักซึ่งมีผลข้างเคียงและผู้ป่วยโรคซึมเศร้าบางคนไม่สามารถทนต่อผลข้างเคียงจากยาต้านซึมเศร้าได้นาน⁴ ดังนั้นการบำบัดรักษาทางจิตสังคมโดยไม่ใช้ยาหรือการใช้ยาและการบำบัดทางจิตร่วมกันมีความสำคัญและความจำเป็นสำหรับผู้ป่วยโรคซึมเศร้า

ในปีค.ศ. 2002 Segal, Williams และ Teasdale⁵ ได้พัฒนาโปรแกรม Mindfulness-Based Cognitive Therapy (MBCT) ซึ่งเป็นการบำบัดทางจิตวิทยาที่ใช้การฝึกสติและการบำบัดด้วยการพัฒนาจิตใจร่วมกับโปรแกรม Mindfulness-Based Stress Reduction (MBSR) ของ Kabat-Zinn⁶ และการบำบัดทางจิตวิทยาแบบ Cognitive Therapy ของ Beck⁷ ในการรักษาผู้ป่วยโรคซึมเศร้า โดยผู้ป่วยมักขาดความตระหนักรู้ในการคิดที่บิดเบือนซึ่งมักเกิดตามความเคยชินจนกลายเป็นความผิดปกติของความคิด กล่าวคือมีความคิดที่เบี่ยงเบนไปจากความเป็นจริงคิดในทางลบมีความคิดซ้ำซ้อนเกี่ยวกับเหตุการณ์ในอดีตซึ่งทำให้เกิดอารมณ์เศร้าและส่งผลให้เกิดพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมตามมาจึงได้มีการบูรณาการโปรแกรมการบำบัดที่ใช้สติเพื่อลดความเครียดและปรับความคิดและพฤติกรรมซึ่งนำมาใช้ในการรักษาผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่เรียกว่า

MBCT ซึ่งประยุกต์ใช้เพื่อแก้ไขปัญหาคความเครียดและวิตกกังวลในบุคคลทั่วไป รวมถึงการใช้เพื่อให้เกิดการตระหนักถึงความผาสุกในชีวิต^{5,8}

ต่อมาได้มีการนำ MBCT มาบำบัดรักษาผู้ป่วยที่มีการกลับเป็นซ้ำของโรคซึมเศร้าและใช้ในการลดอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยที่มีปัญหาทางร่างกาย⁹ โดยเป็นการบำบัดรายกลุ่มที่มีการปฏิบัติต่อเนื่อง 8 ครั้ง ติดต่อกัน 8 สัปดาห์ ดำเนินการสัปดาห์ละ 1 ครั้ง ในระหว่างสัปดาห์ผู้ป่วยจะได้รับมอบหมายให้ฝึกกิจกรรมต่อเนื่องที่บ้านและนำมาแลกเปลี่ยนประสบการณ์ในกลุ่ม เพื่อให้สมาชิกเรียนรู้ผ่านประสบการณ์ตนเอง การเสริมความแข็งแกร่ง และการให้ความรู้ด้วยเทคนิคของ cognitive therapy เช่น การสนทนากับตนเอง การจินตนาการการทำบทบาทสมมติการเปลี่ยนแปลงกรอบคิด และการปรับเปลี่ยนแบบแผนคิดใหม่ การฝึกสติจะเริ่มต้นด้วยการให้ความรู้เกี่ยวกับการฝึกสมาธิระดับพื้นฐาน ทั้งในสถานะที่ร่างกายเคลื่อนไหวและไม่เคลื่อนไหว สมาชิกจะได้รับการกระตุ้นให้มีความรู้สึกและความตระหนักรู้ในสิ่งที่เกิดขึ้นอย่างรอบคอบ และการสะท้อนความรู้สึกตนเอง¹⁰ ซึ่ง MBCT เป็นแนวคิดการบำบัดที่ผสมผสานระหว่างการฝึกสติและการบำบัดด้วยการพัฒนาจิตใจ เพื่อให้ผู้ป่วยเรียนรู้การเติบโตและบรรเทาอาการผ่านการฝึกฝนและการตระหนักถึงความคิด ความรู้สึก และอารมณ์อย่างต่อเนื่อง เกิดการยอมรับตนเองตามสภาพปัจจุบันโดยไม่ยึดติดกับการตัดสินค่าตามความคิดของตนเอง ทำให้เกิดความตระหนักรู้ความคิดและความรู้สึกที่เกิดขึ้นในแต่ละขณะ เปลี่ยนวิธีการตอบสนองต่อสิ่งเร้าตามสิ่งเร้าที่เกิดขึ้นจริง และสามารถแยกตนเองออกจากความคิดเชิงลบ¹⁰ โดยมุ่งเน้นไปที่การรับรู้ของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าเกี่ยวกับความสัมพันธ์ระหว่างความคิดและความรู้สึก ด้วยการเพิ่มความรับรู้ในแง่ของอภิปัญญา

ซึ่งเป็นระดับความคิด ความรู้สึก หรือความเชื่อ ซึ่งมีประสบการณ์ในรูปแบบการกระทำที่มีสติ (being mode) ในขณะที่เดียวกันลดรูปแบบการกระทำแบบไม่มีสติ (doing mode) คือการดำเนินชีวิตแบบใช้ความคิดอัตโนมัติที่ทำให้พบกับปัญหาอุปสรรคและพยายามหลีกเลี่ยงปัญหาที่ประสบ หรือการคิดแต่เรื่องเดิม ๆ ที่เป็นความคิดแบบเคยชิน^๖ ซึ่งกระบวนการนี้เริ่มจากการที่บุคคลสร้างแนวคิดที่ต้องการให้สิ่งต่าง ๆ เป็นอย่างไรหรือคิดว่าควรจะเป็นอย่างไร จากนั้นบุคคลจะเปรียบเทียบกับสิ่งนั้นกับความคิดของตนเองว่าตอนนี้สิ่งต่าง ๆ เป็นอย่างไร หากมีความแตกต่างระหว่างสิ่งที่เป็นและสิ่งที่ต้องการให้เป็น จะเกิดการสร้างความคิดและการกระทำเพื่อพยายามปิดช่องว่าง และติดตามความคืบหน้าเพื่อดูช่องว่างนั้นมักเกิดขึ้นโดยไม่ตั้งใจ ไม่มีการตระหนักรู้ในที่สุด ความไม่สอดคล้องก็ยังคงอยู่ บุคคลก็วนเวียนอยู่เช่นนี้ กล่าวคือเมื่อประสบกับสถานการณ์ใด บุคคลเคยรับรู้ อย่างไรก็ตามมีแนวโน้มที่จะรับรู้เช่นนั้นอย่างอัตโนมัติหรือตามความเคยชิน เป็นสาเหตุที่นำไปสู่ความรู้สึกไม่พอใจ ดับข้องใจ^๖ ส่วนรูปแบบการกระทำแบบมีสติเป็นสิ่งที่ตรงข้าม คือ “การยอมรับ” และ “การอนุญาต” สิ่งที่เป็นให้เป็นไปโดยไม่มีแรงกดดันที่จะเปลี่ยนแปลง นอกจากอยู่กับปัจจุบัน เปิดรับสิ่งเกิดขึ้น^๖

การกระทำแบบไม่มีสติและมีสติ มีความต่างกัน ในช่วงเวลาที่มุ่งสนใจ กล่าวคือ การกระทำแบบมีสติ บุคคลจะคำนึงถึงผลที่จะเกิดขึ้นจากการกระทำโดยมีการคาดการณ์หากบุคคลไปสู่เป้าหมายและมองย้อนกลับมาในความทรงจำที่เคยเผชิญ แต่ผลของการกระทำแบบไม่มีสติ ทำให้จิตใจเดินไปสู่อนาคตหรือกลับไปสู่อดีตที่ผ่านมา เป็นผลให้จิตใจไม่ได้อยู่กับปัจจุบัน การกระทำแบบมีสติจึงเป็นลักษณะประสบการณ์ที่อยู่กับปัจจุบัน^๖ ซึ่งต้องอาศัยการฝึกสติอย่างจริงจัง เมื่อมีสติเพิ่มขึ้นจะสามารถฝึกสติให้จดจ่ออยู่กับปัจจุบัน พิจารณา

ความคิดด้านลบที่เกิดขึ้น และปฏิกิริยาที่ตอบสนองจากการทำงานของการทำงานแบบไม่มีสติ และค่อย ๆ เรียนรู้ในการตระหนักรู้ตนเองออกมาจากการกระทำแบบไม่มีสติมาสู่รูปแบบการกระทำแบบมีสติ^๖

การบำบัดโรคซึมเศร้าด้วยการเจริญสติตระหนักรู้ความคิดเพื่อลดอาการซึมเศร้าและป้องกันการกลับเป็นซ้ำของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าเป็นส่วนหนึ่งของการบำบัดรักษาโรคซึมเศร้าโดยไม่ใช้ยา มีการพัฒนาและทดสอบประสิทธิภาพในช่วงเวลา 20 ปีพบว่าสามารถลดอาการซึมเศร้าและช่วยป้องกันการกลับเป็นซ้ำของโรค^๖ รวมทั้งการบำบัดดังกล่าวมีผลในการเพิ่มระดับการมีสติและลดความครุ่นคิดต่อเหตุการณ์^๖ อย่างไรก็ตามส่วนใหญ่ งานวิจัยและองค์ความรู้เกี่ยวกับโปรแกรมการบำบัดด้วยการเจริญสติตระหนักรู้ความคิดที่ผ่านมาในต่างประเทศใช้เพื่อป้องกันการกลับเป็นซ้ำของโรคซึมเศร้าและลดอาการซึมเศร้า การศึกษาในประเทศไทยส่วนใหญ่ มักนำแนวคิดของศาสนาพุทธมาประยุกต์ใช้ร่วมกับการให้คำปรึกษาเพื่อช่วยเหลือบุคคลทั่วไปที่มีปัญหาสุขภาพจิตในองค์กร¹¹ อย่างไรก็ตามการบำบัดทางจิตวิทยาแบบ Cognitive Therapy (CT) ของ Beck⁷ และ MBCT ตามแนวทางการบำบัดของ Segal และคณะ^{๖,8} ที่เน้นการผสมผสานเทคนิคการฝึกสติ (mindfulness) เพื่อป้องกันการกลับเป็นซ้ำของโรคซึมเศร้า ยังมีการใช้ค่อนข้างน้อยในกลุ่มผู้ป่วยโรคซึมเศร้าในประเทศไทย ดังนั้นการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบเกี่ยวกับประสิทธิผลของโปรแกรมการบำบัดโรคซึมเศร้าด้วยการเจริญสติตระหนักรู้ความคิด จึงมีความสำคัญและจำเป็นเพื่อเป็นแนวทางในการประยุกต์ใช้โปรแกรมบำบัดโรคซึมเศร้าด้วยการเจริญสติตระหนักรู้ความคิดให้เหมาะสมกับบริบทของคนไทย และขยายผลไปสู่การปฏิบัติในการบำบัดรักษาผู้มีภาวะซึมเศร้าและผู้ป่วยโรคซึมเศร้าในประเทศไทย

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมการบำบัดโรคซึมเศร้าด้วยการเจริญสติตระหนักรู้ความคิดในการป้องกันการกลับเป็นซ้ำของโรคซึมเศร้าและลดอาการซึมเศร้า

วิธีดำเนินการ

การทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบดำเนินการตามหลักของ the Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses (PRISMA) guidelines¹² ประกอบด้วย การตั้งคำถาม การกำหนดเกณฑ์ในการคัดเลือกงานวิจัย การสืบค้นงานวิจัย การคัดเลือกงานวิจัย การวิเคราะห์งานวิจัย ประเมินคุณภาพงานวิจัย การสังเคราะห์ และการนำเสนอผลการทบทวนวรรณกรรม

คำถามการวิจัย การบำบัดด้วยการเจริญสติตระหนักรู้ความคิดมีประสิทธิผลในการป้องกันการกลับเป็นซ้ำและลดอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าได้หรือไม่

เกณฑ์การคัดเลือกงานวิจัย ใช้กรอบ PICO ได้แก่

- 1) Population: ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าหรือผู้ที่มีอาการซึมเศร้า
- 2) Intervention: โปรแกรม Mindfulness-Based Cognitive Therapy ตามแนวคิดของ Segal et.al, 2002⁸ ที่ใช้สำหรับบำบัดผู้ป่วยโรคซึมเศร้าหรือผู้ที่มีอาการซึมเศร้า
- 3) Comparison: โปรแกรมอื่น ๆ หรือการพยาบาลที่ปฏิบัติอยู่ เช่น กลุ่มเปรียบเทียบที่มีการรักษาด้วยยา โปรแกรมการบำบัดความคิดและพฤติกรรม โปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพ
- 4) Outcomes: วัดผลลัพธ์เกี่ยวกับการป้องกันการกลับเป็นซ้ำ/กำเริบซ้ำและการลดอาการซึมเศร้า

เกณฑ์ในการคัดออก ได้แก่ 1) การทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ 2) กรณีศึกษาและบทความย่อในการประชุมวิชาการ 3) คุณภาพงานวิจัยต่ำ 4) กลุ่มตัวอย่างน้อย 5) กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยที่มีความปวดเรื้อรังหรือโรคติดก้นวล

การสืบค้นงานวิจัย เป็นไปตามเกณฑ์ที่กำหนดทั้งที่ตีพิมพ์เผยแพร่เป็นภาษาอังกฤษและภาษาไทย ในระหว่าง 1 มกราคม 2545 – 31 ธันวาคม 2565 โดยสืบค้นจากฐานข้อมูล PubMed, Medline, PsycINFO, CINAHL, Web of Science, Embase, ThaiJo คำสำคัญภาษาอังกฤษที่ใช้สืบค้น ได้แก่ ‘depression’ OR ‘depressive’ AND ‘mindfulness’ OR ‘Mindfulness-Based Cognitive Therapy’ OR ‘MBCT’ OR ‘MBCT’ AND ‘Randomized Control Trial’ OR ‘MBCT’ AND ‘Control Trail’ OR ‘Mindfulness’ AND ‘Randomized Control Trial’ ภาษาไทย ได้แก่ ‘การบำบัดความคิดด้วยการฝึกสติ’ AND ‘ภาวะซึมเศร้า’ OR ‘โรคซึมเศร้า’ OR ‘ผลของโปรแกรม’ OR ‘การทดลองแบบสุ่ม’

การคัดเลือกงานวิจัย คุณภาพของงานวิจัยประเมินโดยใช้แบบประเมินคุณภาพงานวิจัย Joanna Briggs Critical Appraisal Tools ของสถาบันโจแอนนาบริกส์ (The Joanna Briggs Institute: JBI)¹³ การเลือกงานวิจัยตามแนวทาง PRISMA¹² ภายหลังตัดงานวิจัยที่ซ้ำกันออกแล้ว นักวิจัย 3 คน ทำการคัดกรองงานวิจัยโดยยึดตามเกณฑ์การคัดเลือกงานวิจัยและเกณฑ์การคัดออกโดยพิจารณาจากชื่อเรื่อง บทคัดย่อและบทความฉบับเต็ม โดยนักวิจัยแต่ละคนแยกกันอ่านชื่อเรื่องและบทคัดย่อทุกฉบับ แล้วคัดเลือกงานวิจัยถ้าพบคำสำคัญตามที่กล่าวมา กรณีที่ผลการคัดเลือกงานวิจัยของนักวิจัยแต่ละคนมีความแตกต่างกัน ผู้วิจัยประชุมพิจารณาร่วมกันเพื่อให้ได้ข้อสรุปที่เป็นทิศทางเดียวกัน นอกจากนี้เอกสารอ้างอิงที่ปรากฏในงานวิจัยที่ได้รับการคัดเลือกเข้ามา ถูกสืบค้นเพิ่มเติมและคัดกรองต่อไป

การวิเคราะห์ข้อมูล และการประเมินคุณภาพงานวิจัยหรือความเสี่ยงต่ออคติในงานวิจัย งานวิจัยแต่ละเรื่องที่ผู้วิจัยคัดเลือกเข้ามาในการทบทวนวรรณกรรมได้รับการประเมินคุณภาพโดยใช้เครื่องมือของสถาบัน

โจนนาบริกส์¹³ ได้แก่ การประเมินระเบียบวิธีวิจัย เช่น วิธีการจัดตัวอย่างเข้ากลุ่ม การลดอคติการวิจัย การปกปิดข้อมูลสำหรับบำบัดและอาสาสมัคร รวมทั้งการรายงานผลการวิจัยโดยใช้เกณฑ์ใช่ (yes) ไม่ใช่ (no) ไม่แน่ใจ (unclear) และ ไม่มีข้อมูลหรือไม่เกี่ยวข้อง (not available, N/A) การประเมินคุณภาพงานวิจัยทำโดยนักวิจัย 2 คน

อย่างเป็นอิสระ หลังจากนั้นนำผลการประเมินคุณภาพงานวิจัยแต่ละเรื่องมาเปรียบเทียบกัน งานวิจัยใดที่มีข้อมูลไม่เพียงพอที่จะอธิบายการดำเนินการวิจัยที่ถูกต้องและมีอคติต่อผลการศึกษาก็จะถูกคัดออก กรณีที่นักวิจัยทั้ง 2 คน มีความเห็นไม่ตรงกัน งานวิจัยนั้นจะถูกประเมินคุณภาพโดยนักวิจัยคนที่ 3 เพื่อตัดสินใจในขั้นสุดท้าย (Figure 1)

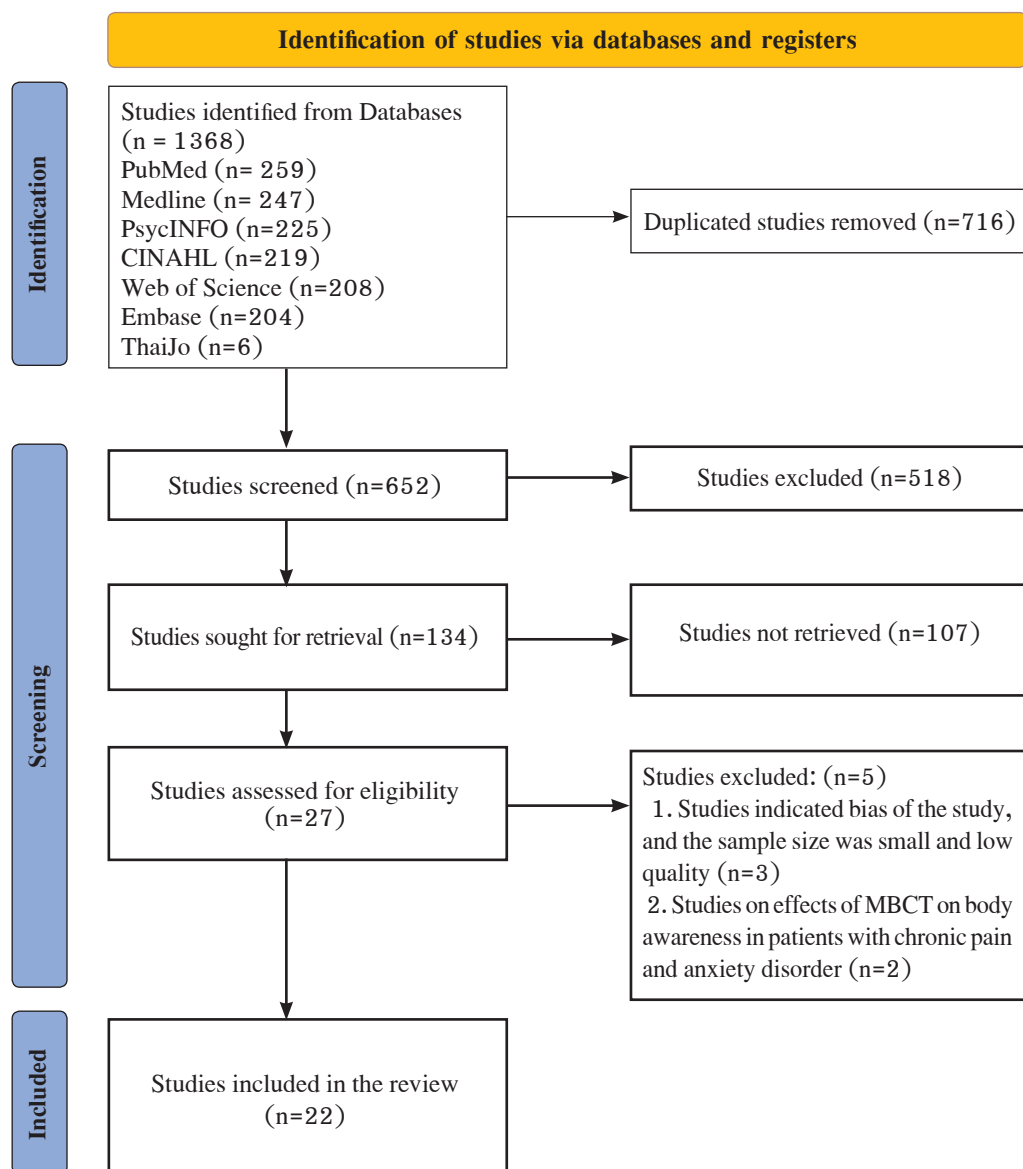


Figure 1 PRISMA¹⁴ flowchart diagram of the article selection process

การสกัดข้อมูล ลักษณะของการศึกษาถูกสกัดจากงานวิจัยโดยบันทึกลงในตาราง ประกอบด้วยคุณลักษณะประชากร ได้แก่ ประเทศที่ทำการศึกษาลักษณะของโปรแกรมบำบัด และโปรแกรมเปรียบเทียบทั้งแบบจิตบำบัดแบบอื่นหรือการรักษาแบบปกติรูปแบบการวิจัย ลักษณะกลุ่มตัวอย่าง ผลลัพธ์หลักของการศึกษา

การสังเคราะห์ข้อมูล การสรุปผลใช้การสังเคราะห์ข้อมูลแบบบรรยาย เนื่องจากความแตกต่างของงานวิจัยโดยวิเคราะห์แยกแยะรูปแบบของโปรแกรมการบำบัดด้วยการเจริญสติตระหนักรู้และประเมินประสิทธิผลของโปรแกรมต่อผลลัพธ์หลักคือ การกลับเป็นซ้ำของโรคซึมเศร้าและจากผลการศึกษาที่นักวิจัยแต่ละเรื่องรายงานไว้

ผลการศึกษา

งานวิจัยที่นำมาประเมินคุณภาพมีจำนวนทั้งหมด 27 เรื่อง ถูกคัดออกไม่สามารถนำมาสังเคราะห์ได้จำนวน 5 เรื่อง เนื่องจากมีคุณภาพต่ำ กลุ่มตัวอย่างมีขนาดเล็ก และผลลัพธ์การศึกษาไม่เกี่ยวกับการป้องกันการกลับเป็นซ้ำของโรคซึมเศร้าและการลดภาวะซึมเศร้า จึงมีงานวิจัยที่นำมาสังเคราะห์จำนวน 22 เรื่อง ศึกษาในประเทศอเมริกา แคนาดา อังกฤษ เยอรมัน เดนมาร์ก นอร์เวย์ เบลเยียม เนเธอร์แลนด์ จีน ฮองกง และอิหร่าน 18 เรื่อง ศึกษาในประเทศไทย 4 เรื่อง โดยเป็นการวิจัยเชิงทดลองแบบสุ่มและมีคุณภาพค่อนข้างดีจำนวน 14 เรื่อง คุณภาพค่อนข้างต่ำ 4 เรื่อง และงานวิจัยแบบกึ่งทดลองและมีคุณภาพค่อนข้างต่ำจำนวน 4 เรื่อง ทุกเรื่องใช้โปรแกรม MBCT ส่วนกลุ่มเปรียบเทียบ ประกอบด้วย การรักษาแบบปกติ มีบางงานวิจัยที่มีการเปรียบเทียบกับการใช้ยาต้านอาการซึมเศร้า รวมทั้งมีการเปรียบเทียบกับการใช้โปรแกรมการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม และโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพ เป็นต้น การสรุป

ประสิทธิผลของโปรแกรม MBCT พิจารณาจาก 2 ผลลัพธ์สำคัญ ประกอบด้วย ผลของโปรแกรม MBCT ในการป้องกันการกลับเป็นซ้ำหรือการเกิดขึ้นครั้งใหม่ของโรคซึมเศร้าและในการลดอาการซึมเศร้า (Table 1)

ผลของโปรแกรม MBCT ในการป้องกันการกลับเป็นซ้ำหรือการเกิดขึ้นครั้งใหม่ของโรคซึมเศร้า

การศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมบำบัดด้วยการเจริญสติตระหนักรู้ความคิดในการป้องกันการเป็นซ้ำหรือเกิดขึ้นครั้งใหม่ในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มีประวัติป่วยเป็นโรคซึมเศร้าอย่างน้อย 3 ครั้ง โดยเปรียบเทียบกับการรักษาแบบปกติ พบว่า หลังเข้าร่วมโปรแกรมผู้ป่วยลดการกลับเป็นซ้ำและการเกิดใหม่ ความเสี่ยงที่จะกลับเป็นซ้ำลดลง รวมทั้งความถี่ในการใช้ยาด้านซึมเศร้าลดลง¹⁵ เมื่อเปรียบเทียบประสิทธิผลของโปรแกรม MBCT กับการได้รับยาด้านซึมเศร้าระยะยาวในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มีประวัติการป่วยตั้งแต่ 3 ครั้งขึ้นไปและมีการติดตามผู้ป่วยโรคซึมเศร้ามากกว่า 2 ปี พบว่ากลุ่มที่ได้รับโปรแกรม MBCT และกลุ่มที่ได้รับยาด้านซึมเศร้าไม่มีความแตกต่างกันในระยะเวลาการกลับเป็นซ้ำหรือเกิดขึ้นครั้งใหม่ รวมทั้งไม่มีความแตกต่างในการเกิดผลข้างเคียงที่รุนแรง ดังนั้นการรักษาผู้ป่วยโรคซึมเศร้าในระยะยาวที่ไม่สามารถรับยาด้านซึมเศร้าได้อย่างต่อเนื่องโปรแกรมบำบัด MBCT อาจเป็นทางเลือกในการป้องกันการกลับเป็นซ้ำหรือเกิดขึ้นครั้งใหม่ลดอาการซึมเศร้าที่เหลืออยู่และเพิ่มคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า¹⁶ ส่วนผลลัพธ์ของโปรแกรม MBCT ร่วมกับการได้รับยาด้านซึมเศร้า เปรียบเทียบกับการได้รับยาด้านซึมเศร้าและการพยาบาลปกติในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มีประวัติอาการรุนแรงจากการป่วยเพื่อป้องกันการกลับเป็นซ้ำ พบว่ากลุ่มที่ได้รับ

โปรแกรม MBCT ร่วมกับยาต้านซึมเศร้า มีการกำเริบของโรคซึมเศร้าน้อยกว่าและมีคุณภาพชีวิตดีกว่ากลุ่มที่ได้รับยาต้านซึมเศร้าและการพยาบาลปกติ¹⁷ ดังนั้นโปรแกรม MBCT ที่ใช้ในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มีประวัติการกำเริบซ้ำของโรคตั้งแต่ 3 ครั้งขึ้นไป เมื่อเปรียบเทียบกับการรักษาแบบปกติพบว่ามีประสิทธิภาพป้องกันการกลับเป็นซ้ำของโรคซึมเศร้าได้¹⁸

นอกจากนี้มีการนำโปรแกรม MBCT ไปประยุกต์กับแนวคิดอื่น ทดลองใช้กับกลุ่มที่มีปัญหาซึมเศร้า รวมทั้งเปรียบเทียบกับกำบังบำบัดในรูปแบบต่าง ๆ เช่น นำไปใช้ร่วมกับโปรแกรมการจัดการตนเองด้วยการเจริญสติตระหนักรู้ความคิดโดยประยุกต์จากแนวคิด Segal, Williams, and Teasdale, 2002⁵ และแนวคิดการจัดการตนเอง¹⁹ เพื่อการหายทุเลาและป้องกันการกลับเป็นซ้ำสำหรับผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่รับไว้รักษาแบบผู้ป่วยในของโรงพยาบาลจิตเวชโดยเปรียบเทียบกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลแบบปกติ²⁰ และมีการประยุกต์ใช้โปรแกรม MBCT ในกลุ่มต่าง ๆ ที่มีความสัมพันธ์กับโรคซึมเศร้า เช่น ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่หายทุเลา แต่ยังมีอาการซึมเศร้าหลงเหลืออยู่²¹ และมีการทดลองใช้ในผู้ป่วยซึมเศร้าที่ไม่ตอบสนองต่อการรักษาโดยเปรียบเทียบกับโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพที่ประกอบด้วยการออกกำลังกาย กำบังบำบัดด้วยดนตรี และการให้ความรู้ด้านโภชนาการ ร่วมกับการให้การรักษาทตามปกติร่วมกับการรักษาด้วยยา²² รวมทั้งผลของโปรแกรม MBCT ร่วมกับการรักษาด้วยยาในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มีประวัติการป่วยโรคซึมเศร้าในระยะยาว (dysthymia) อย่างน้อย 2 ปี ที่ได้รับการรักษาด้วยยาอย่างเดียวและไม่เคยได้รับการกำบังบำบัดทางจิตใด ๆ²³ และมีการนำโปรแกรมกำบัง MBCT เพื่อป้องกันการกลับเป็นซ้ำหรือกำเริบของภาวะซึมเศร้าในช่วงตั้งครรภ์ ซึ่งเป็นกลุ่มเสี่ยงในการป่วยเป็นโรคซึมเศร้าในช่วงตั้งครรภ์

มีการปรับโปรแกรมให้เหมาะสำหรับหญิงตั้งครรภ์ (MBCT adapted for perinatal women, MBCT-PD) และทดลองใช้กับหญิงตั้งครรภ์วัยผู้ใหญ่ที่มีประวัติซึมเศร้าโดยเปรียบเทียบกับกลุ่มที่ได้รับการรักษาแบบปกติ²⁴ สรุปผลลัพธ์ของโปรแกรม MBCT นอกจากช่วยป้องกันการกลับมารักษาแบบผู้ป่วยในซ้ำภายใน 3 เดือนและ 6 เดือนแล้ว²⁰ ยังช่วยเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า²¹ ลดความรุนแรงของภาวะซึมเศร้าได้ และตอบสนองต่อการรักษาด้วยยาต้านอาการซึมเศร้าดีขึ้น²² รวมทั้งช่วยลดอาการซึมเศร้าและเพิ่มความสามารถในการควบคุมอารมณ์²³ และหญิงตั้งครรภ์ที่มีความเสี่ยงและได้รับการกำบังด้วยโปรแกรม MBCT-PD มีอาการซึมเศร้าและอัตราการกลับเป็นซ้ำของโรคซึมเศร้ามลดลง และมีระดับความรุนแรงของอาการซึมเศร้ามลดลงระหว่างการกำบัง²⁴

ผลของโปรแกรมกำบังด้วยการเจริญสติตระหนักรู้ความคิดในการช่วยลดอาการซึมเศร้า

ปัจจุบันเริ่มมีการพัฒนาและทดสอบประสิทธิผลของโปรแกรม MBCT ในรูปแบบต่าง ๆ รวมทั้งมีการประยุกต์ใช้ในกลุ่มผู้ป่วยโรคทางกายที่มีภาวะซึมเศร้า โดยมีการวัดผลลัพธ์ที่การลดลงของอาการซึมเศร้าและวิตกกังวล การตอบสนองต่อความเครียด ความเมื่อยล้าของจิตใจและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย โดยมีการเปรียบเทียบกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลปกติหรือโปรแกรมการกำบังความคิดและพฤติกรรม (cognitive behavioral therapy (CBT)) ได้แก่ การศึกษาผลของโปรแกรม MBCT ต่อการตอบสนองทางอารมณ์ต่อความเครียดทางสังคมในผู้ที่มีประวัติเป็นโรคซึมเศร้า²⁵ กลุ่มผู้ป่วยที่มีการอักเสบของระบบทางเดินอาหาร²⁶ โปรแกรม MBCT เป็นแบบออนไลน์สำหรับผู้ป่วยมะเร็งเต้านมและต่อมลูกหมาก²⁷ การศึกษาในผู้ป่วยโรคเครียดที่มีอาการซึมเศร้า วิตกกังวล และความอ่อนล้าของ

จิตใจ²⁸ โปรแกรม MBCT แบบออนไลน์โดยใช้สมุดสำหรับผู้ป่วยโรคซึมเศร้าผสมผสานกับการให้บริการของผู้บำบัดเป็นพี่เลี้ยงโดยใช้โทรศัพท์และการส่งข้อความ²⁹ การศึกษาผลของโปรแกรม MBCT ในหญิงตั้งครรภ์ในระยะ 1-6 เดือนแรก³⁰ และการศึกษาผลของโปรแกรม MBCT ในผู้สูงอายุที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป^{31,32}

นอกจากนี้โปรแกรม MBCT มีผลต่อการลดลงของปัจจัยเสี่ยงและเพิ่มขึ้นของปัจจัยป้องกันที่มีผลต่อการลดอาการซึมเศร้า³³ โดยผลการศึกษาดังกล่าวค่อนข้างสรุปไปในแนวทางเดียวกันว่า หลังเข้าร่วมโปรแกรม MBCT ผู้ป่วยมีการตอบสนองทางอารมณ์ต่อความเครียดดีขึ้น ซึ่งการตอบสนองทางอารมณ์ที่ดีขึ้นนี้เชื่อมโยงกับการดีขึ้นของอาการซึมเศร้า²⁵ ส่งผลให้อาการซึมเศร้าวลดลง และมีระดับความตระหนักรู้ในตัวเองเพิ่มขึ้นซึ่งส่งผลให้ผู้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น²⁶ โปรแกรม MBCT แบบออนไลน์ช่วยให้ผู้ป่วยมะเร็งมีอารมณ์ซึมเศร้าและวิตกกังวลลดลง²⁷ นอกจากนี้ยังพบว่าโปรแกรม MBCT ช่วยให้ผู้ป่วยโรคมะเร็งมีความอ่อนล้าของจิตใจลดลงโดยโปรแกรม CBT ช่วยลดอาการอ่อนล้าได้ดีกว่าโปรแกรม MBCT²⁸ และพบว่าโปรแกรม MBCT แบบออนไลน์นอกจากมีผลช่วยลดอาการซึมเศร้า วิตกกังวลและอาการปวดแล้วยังช่วยเพิ่มระดับของสติในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่ได้รับโปรแกรม MBCT²⁹ นอกจากนี้

โปรแกรม MBCT ยังช่วยลดอาการซึมเศร้าในหญิงตั้งครรภ์ในระยะ 1-6 เดือนแรก³⁰ รวมทั้งเพิ่มระดับความจำอัตโนมัติ ลดความหมกหมุ่นครุ่นคิดต่อเหตุการณ์ และเพิ่มระดับของสติในกลุ่มผู้สูงอายุที่มีอาการซึมเศร้า^{31,32} โดยส่งผลให้อาการซึมเศร้าและลดความวิตกกังวลเนื่องจากมีระดับสติดีขึ้น³² อีกทั้งผลต่อการลดลงของปัจจัยเสี่ยงและการเพิ่มขึ้นของปัจจัยป้องกันที่มีผลต่อการซึมเศร้า โดยมีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมทางด้านความรู้ความคิด และสติปัญญา อารมณ์และการควบคุมตัวเอง และช่วยลดระดับการตัดสินใจตนเองและเพิ่มระดับการเมตตาตัวเอง³³

สำหรับการศึกษาในประเทศไทยเกี่ยวกับประสิทธิผลของโปรแกรมการเจริญสติได้มีการประยุกต์ใช้ร่วมกับโปรแกรมการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม³⁴ และมีการศึกษาผลของโปรแกรมการเจริญสติเพื่อลดอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยเบาหวาน³⁵ รวมทั้งมีการศึกษาผลของโปรแกรม MBCT ในกลุ่มผู้ดูแลหลักของเด็กสมาธิสั้นที่มีภาวะซึมเศร้า³⁶ ซึ่งพบว่าหลังเข้าร่วมโปรแกรมการเจริญสติผู้ป่วยมีการลดลงของอาการซึมเศร้า³⁴ และโปรแกรม MBCT ยังช่วยลดอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคเบาหวานได้³⁵ และช่วยลดอาการซึมเศร้าในกลุ่มผู้ดูแลหลักของเด็กสมาธิสั้นเมื่อเปรียบเทียบกับทำให้สุขภาพจิตศึกษา³⁶

Table 1 Characteristics of Included Studies (n = 22)

Authors (Year), Countries	Intervention/ Comparison	Study Design/ Sample and Sample Size	Outcomes
1. Godfrin and van Heeringen ¹⁵ (2010), Belgium	MBCT + TAU vs TAU alone	- RCT - 106 recovered depressed patients with a history of at least 3 depressive episodes	The MBCT plus TAU showed a significant reduction in both short and longer-term depressive mood and better mood states and quality of life.
2. van Aalderen, Donders ⁹ (2012), Netherlands	MBCT+TAU vs TAU	RCT comparing MBCT+TAU (n=102) with TAU alone (n=103) in depressed patients with 3 or more previous depressive episodes	- MBCT is as effective for patients with recurrent depression who are currently depressed as for patients in remission. - Patients in MBCT+TAU reported fewer depressive symptoms, worry, and rumination and increased levels of mindfulness skills compared to those receiving TAU alone.

Table 1 Characteristics of Included Studies (n = 22) (Cont.)

Authors (Year), Countries	Intervention/ Comparison	Study Design/ Sample and Sample Size	Outcomes
3. Britton, Shahar ²⁵ (2012), USA	MBCT and Waitlist control	- RCT in 52 MDD in the last 5 years and had a lifetime history of at least 3 episodes but were in partial remission over the previous 8 weeks with a varying degree of residual symptoms. - 29 participants were allocated to RCT, and 23 were allocated to the waitlist control group.	- MBCT decreased emotional reactivity to social stress, and waitlist controls showed increased anticipatory (pre-stressor) anxiety, which was absent in the MBCT group. - Reductions in emotional reactivity partially mediate MBCT's effects on depression.
4. Geschwind, Peeters ²¹ (2012), Netherlands	MBCT vs Waitlist	RCT/ Currently non-depressed adults with residual symptoms and a history of depression (£ 2 prior episodes: n = 71; ≥ 3 episodes: n = 59) were randomized to MBCT (n = 64) or a waitlist control (n = 66)	MBCT reduced residual depressive symptoms irrespective of the number of previous episodes of major depression, about 30–35% compared to control reporting only 10%.
5. Batink, Peeters ³² (2013), Netherlands	MBCT vs Waitlist	RCT/ Adults with current residual symptoms after at least 1 episode of major depressive disorder (mean age 43.9 years, SD 9.6; 75% female; all Caucasian) were randomized to MBCT (n=64) or TAU (n=66).	- Changes in mindfulness skills mediate therapeutic effects of MBCT and worry. - Changes in momentary positive and negative affect significantly mediated the efficacy of MBCT and mediated the effect of worry on depressive symptoms. - Patients with a prior history of ≤ 2 episodes of MDD, changes in cognitive and, to a lesser extent, effective processes mediated the effect of MBCT.
6. Williams, Crane ¹⁸ (2014), United Kingdom	MBCT+CPE vs TAU	RCT in 274 participants with a prior history of MDD at least 3 episodes were allocated in the ratio 2:2:1 to MBCT plus TAU, CPE plus TAU, and TAU alone.	MBCT provided significant protection against relapse for participants with increased vulnerability due to history of childhood trauma but showed no significant advantage in comparison to an active control treatment and usual care over the whole group of patients with recurrent depression.
7. Kuyken, Hayes ¹⁶ (2015), United Kingdom	MBCT vs maintenance antidepressants	RCT in adult patients with 3 or more previous major depressive episodes and on a therapeutic dose of maintenance antidepressants. - 424 participants were randomly assigned to either MBCT (n=212) or maintenance antidepressants (n=212), in a 1:1 ratio.	The time to relapse or recurrence of depression did not differ between MBCT and maintenance antidepressants over 24 months (hazard ratio 0.89, 95% CI 0.67–1.18; p=.43), nor did the number of serious adverse events. - Both treatments were associated with enduring positive outcomes regarding relapse or recurrence, residual symptoms, and quality of life.

Table 1 Characteristics of Included Studies (n = 22) (Cont.)

Authors (Year), Countries	Intervention/ Comparison	Study Design/ Sample and Sample Size	Outcomes
8. Schoultz, Atherton ²⁶ (2015), United Kingdom	MBCT vs Wait-list control	Pilot RCT/ Patients with inflammatory bowel disease (IBD) with depression and anxiety were randomly allocated to an MBCT intervention (n = 22) or a waitlist control (n = 22).	Initial estimates of parameters to the proposed outcomes at post-intervention and follow-up showed a significant improvement in MBCT compared to control for depression, trait anxiety, and dispositional mindfulness.
9. Hamidian, Omid ²³ (2016), Iran	MBCT + medication vs Medication	Clinical study with convenient sampling/ 50 participants with dysthymia or double depression, without severe mental disorders, lack of drug or alcohol abuse while taking part in the study and not suffering from depression resulting from a simultaneous physical problem. - MBCT + medication (n = 25) had to attend at least 5-8 treatment sessions - The control group (n=25) received only medication.	- Significant effects were found for both anxiety and depressive symptoms post-intervention. - The effects were maintained at follow-up for anxiety but not for depressive symptoms. - The findings suggest MBCT to be a helpful intervention for cancer survivors suffering from symptoms of anxiety.
10. Dimidjian, Goodman ²⁴ (2016), USA	MBCT-PD vs TAU	Pilot RCT/Pregnant adult women with depression histories were recruited from obstetrics clinics at two sites and randomized to MBCT-PD (n=43) or TAU (n=43).	MBCT can be effective in reducing depressive and anxiety symptoms and in enhancing the use of adaptive emotion regulation strategies and psychological well-being. Improvements in outcomes were maintained for a month.
11. Eisendrath et al, ²² (2016), USA	MBCT vs HEP	RCT/173 participants were over 18 years old, had MDD, and scored 14 or greater on the 17-item Hamilton Depression Rating Scale.	MBCT can lead to a reduction in risk factors of depressive relapse and a strengthening of factors known to be protective of depressive relapse. The most extensive changes were found in the domain of self-relatedness, in the form of large effects on the participant's ability to be less self-judgmental and more self-compassionate.
12. Nissen, O'Connor ²⁷ (2020), Denmark	iMBCT and Waitlist control	RCT/150 breast and prostate cancer survivors were randomized to iMBCT (70%) or waitlist control (30%).	iMBCT and active control programs decrease the severity of depressive symptoms in older adults, but only the iMBCT group showed substantial improvements in autobiographical memory specificity, rumination, and mindfulness.

Table 1 Characteristics of Included Studies (n = 22) (Cont.)

Authors (Year), Countries	Intervention/ Comparison	Study Design/ Sample and Sample Size	Outcomes
13. Zemestani and Fazeli Nikoo ³⁰ (2020), Austria	MBCT 8 wks. vs Control group	RCT/ 38 pregnant women diagnosed with depression and comorbid anxiety disorders were randomly assigned to MBCT or a control group.	- A significant reduction in depression, anxiety, and fatigue scores in CBT and MBCT groups. - A significant difference between both treatment groups with the waitlist group in anxiety and depression, but no significant difference was found between MBCT and CBT groups. - Only a significant difference in fatigue between the CBT and waitlist groups ($p = .01$).
14. Schanche, Vøllestad ³³ (2020), Norway	MBCT 8 wks. vs Waitlist control	RCT/68 patients with recurrent depressive disorder were randomized to MBCT or waitlist control.	- Youth depression can be effectively treated with online CBT-M. - The intervention group included a large subgroup with severe depression ($n=10$), defined as severe by a BD-II score>29, 50% of whom were in remission ($BDI<14$) at the final (6-month) assessment. - Of the 6 participants who exhibited moderate depression, 5 achieved remission, and of the 3 participants with mild depression, 2 achieved remission.
15. Shih, Chan ³¹ (2021), Hong Kong	MBCT 8 wks. vs Active control (exercise and health education)	RCT/57 older adults (mean age, 70 years) with normal cognition and mild to moderate depressive symptoms were randomly allocated to either the MBCT or the active control group	- After 1 year of MBCT, 8 patients experienced recurrence in experimental group (12.31%), and 19 patients experienced recurrence in the control (29.23%) - Experimental and control groups were significantly improved after treatment ($p < .05$). - MBCT significantly impacted the recurrence of MDD ($p=.039$). - MBCT combined with medication therapy can effectively prevent the recurrence of MDD in convalescent patients.
16. Sheikhzadeh, Zanjani ²⁸ (2021), Iran	MBCT 8 wks., CBT, and waitlist group	RCT/60 patients diagnosed with cancer were randomly assigned into 3 groups: MBCT, CBT, and waitlist group.	- After MBCT, experimental group reduced depressive symptoms. - The experimental group had lower depressive symptoms than the control group.

Table 1 Characteristics of Included Studies (n = 22) (Cont.)

Authors (Year), Countries	Intervention/ Comparison	Study Design/ Sample and Sample Size	Outcomes
17. Ritvo, Kn-yahnytska ²⁹ (2021), Canada	Online CBT- M 8 wks. vs active control	RCT/ 45 participants (18-30 years) were diagnosed with major depressive disorder.	- Anxiety and depressive scores decreased significantly after the intervention and 3 months of post-intervention. - The proportion of the risk group decreased to 25% and 11% at 0 and 3 months after the program.
18. Guo, Wang ¹⁷ (2022), China	MBCT + Medication therapy vs Medication therapy	- RCT/130 patients with convalescent MDD were enrolled. - Experimental group received MBCT + medication (n=65); Control group received medication alone (n=65)	- Depression scores at post-test and 1-month follow-up in experimental group significantly differed from the control group. - Depression in experimental group at post-test and 1-month follow-up was significantly lower than pre-test. - MBCT effectively reduced depression among patients with diabetes.
19. Areekit Pornpen ³⁴ (2012), Thailand	CBT+MBCT vs TAU	Quasi-experimental study / 40 patients with depressive disorder were equally divided into the CBT+MBCT (n=20) vs TAU group (n=20)	- Depression in CBT+MBCT group was significantly less than before the program (p<.05). - Depression after CBT+MBCT was significantly less than TAU group (p<.05).
20. Ser-mthongtip, Somjit ³⁵ (2017), Thailand	MBCT vs TAU	Quasi-experimental study / 24 participants with diabetes who met the inclusion criteria. MBCT (n=12) vs TAU (n=12)	- Depression at post-test and 1-month follow-up in MBCT significantly differed from TAU. - Depression in the MBCT at post-test and 1-month follow-up were significantly lower than pre-test. - MBCT effectively reduced depression among patients with diabetes.
21. Panakunakorn N, Tangjittiporn T ³⁶ (2021), Thailand	MBCT vs psychoeducation vs TAU	Quasi-experimental study / 61 participants were randomized into MBCT (n=20), psychoeducation (n=20), and TAU care (n=21).	- HRSD score in the MBCT group declined significantly from 8.20 (SD 4.69) to 5.60 (SD 4.88) (p=.004, d=0.74) at 1 month after intervention, and HRSD score in TAU care (p=.038, d=0.49). - No significant change in HRSD of the psychoeducation group.

Table 1 Characteristics of Included Studies (n = 22) (Cont.)

Authors (Year), Countries	Intervention/ Comparison	Study Design/ Sample and Sample Size	Outcomes
22. Choompubut P, Kenbubpha K ²⁰ (2022), Thailand	Informed MBCT vs TAU	Quasi-experimental study / 40 depressed patients were divided into Informed MBCT and TAU groups.	- Informed MBCT group had significantly reduced in depression after intervention and 3-month follow-up compared to TAU ($p < .05$). - Informed MBCT group significantly decreased ruminative thought post-intervention, and 3-month follow-up compared to TAU ($p < .05$). - Readmission rate at 3 and 6 months of the informed MBCT (0 %) was significantly lower than TAU (20%) ($p < .001$).

Remark: MDD=Major depressive disorder, MBCT=Mindfulness Based Cognitive Therapy, iMBCT=Internet-delivered Mindfulness Based Cognitive Therapy, TAU=Treatment as Usual, CPE=Cognitive Psychological Education, MBCT-PD=Mindfulness Based Cognitive Therapy-Perinatal Depression, HEP=Health Enhancement Program, CBT=Cognitive Behavioral Therapy, Online CBT-M=Online mindfulness-based cognitive behavioral therapy, RCT=Randomized Controlled Trial, Waitlist= Waitlist control, HRSD=Hamilton Rating Scale for Depression

การอภิปรายผล

การทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบในครั้งนี้พบว่า โปรแกรม MBCT ช่วยป้องกันการกลับเป็นซ้ำหรือเกิดขึ้นครั้งใหม่ของโรคซึมเศร้า ช่วยลดอาการซึมเศร้าเมื่อเปรียบเทียบกับ การทำจิตสังคัมบำบัดอื่น เช่น การบำบัดด้วยการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรม โปรแกรมการปรับความคิดทางจิตใจ การให้สุขภาพจิตศึกษา การส่งเสริมสุขภาพจิต การรักษาด้วยยาต้านอาการซึมเศร้า การรักษาแบบปกติทั่วไป รวมทั้งช่วยลดอาการซึมเศร้า ความหมกหมุ่นครุ่นคิดต่อเหตุการณ์ และความคิดในการมองโลกดีขึ้น รวมทั้งส่งผลให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น โดยโปรแกรม MBCT มีการฝึกให้ผู้ป่วยตระหนักรู้อารมณ์และความคิดที่เกิดขึ้นในแต่ละ

ขณะ เพื่อช่วยเปลี่ยนวิธีการตอบสนองทางจิตใจที่เคยเกิดขึ้นโดยอัตโนมัติให้เป็นการตอบสนองที่มีสติและมีการยอมรับความคิดเชิงลบ โดยไม่ต้องเปลี่ยนแปลงความเชื่อเกี่ยวกับความคิดเหล่านั้น

โปรแกรม MBCT ในกลุ่มผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่อยู่ในระยะอาการคงที่⁵ เป็นการบำบัดในรูปแบบกลุ่มที่มีสมาชิก 6-10 คน ซึ่งประกอบด้วย 8 กิจกรรมที่ครอบคลุมถึงการตระหนักรู้กับความคิดที่เกิดขึ้น การยอมรับสิ่งที่ เป็น และการพัฒนาเทคนิคในการดูแลตนเอง โดยโปรแกรมนี้ดำเนินการสัปดาห์ละ 1 ครั้ง ๆ ละ 60-120 นาทีเป็นระยะเวลา 8 สัปดาห์รวมทั้งให้ผู้ป่วยฝึกกิจกรรมระหว่างสัปดาห์¹⁰ การศึกษาติดตามพบว่า โปรแกรม MBCT ช่วยลดอัตราการกลับเป็นซ้ำของผู้ที่

เป็นโรคซึมเศร้า¹⁸ รวมถึงผู้ที่ยังมีการซึมเศร้าหลงเหลืออยู่ ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าเรื้อรังนานมากกว่า 2 ปี²³ ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่ไม่ตอบสนองต่อการรักษาด้วยยาต้านอาการซึมเศร้า²² และหญิงตั้งครรภ์ที่มีประวัติซึมเศร้ามีความเสี่ยงในการกลับเป็นซ้ำหรือกำเริบของภาวะซึมเศร้าในช่วงตั้งครรภ์^{20,26} โดยผู้ป่วยที่ได้รับการบำบัดด้วย MBCT มีคุณภาพชีวิตที่ดีกว่าผู้ป่วยที่ได้รับยาต้านซึมเศร้าเพียงอย่างเดียว¹⁷ และยังพบประสิทธิผลของโปรแกรมในผู้ป่วยโรคลำไส้กลืนเรื้อรัง²² นอกจากนี้ในผู้สูงอายุที่มีอาการซึมเศร้าระดับต่ำและปานกลางพบว่า โปรแกรม MBCT ช่วยเพิ่มระดับความจำอัตโนมัติลดความหมกหมุ่นครุ่นคิดต่อเหตุการณ์ และเพิ่มระดับของสติ²³

ในกลุ่มผู้ป่วยโรคซึมเศร้าซึ่งมีภาวะปวดเรื้อรังหรือโรคกายเรื้อรัง เช่น โรคกระเพาะอาหารอักเสบ หรือ มะเร็งเต้านม โปรแกรม MBCT ก็มีผลดีในการลดอาการซึมเศร้าและวิตกกังวล^{22,25} รวมถึงช่วยเพิ่มระดับสติและความตระหนักรู้ในตัวเอง ส่งผลต่อการรับรู้ความเจ็บปวดและยอมรับได้³³ และคุณภาพชีวิตที่ดีของผู้ป่วย ในขณะที่การพัฒนาโปรแกรม MBCT แบบออนไลน์สำหรับผู้ป่วยมะเร็งเต้านมและต่อมลูกหมาก ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าในกลุ่มอายุ 18-30 ปี ก็พบว่า โปรแกรมออนไลน์นี้มีผลในการลดอาการซึมเศร้าและวิตกกังวล^{23,24} รวมถึงอาการปวดและช่วยเพิ่มระดับของสติ²⁹

ดังนั้น โปรแกรม MBCT จึงมีประสิทธิภาพในการช่วยลดอาการซึมเศร้าและภาวะวิตกกังวล รวมทั้งสามารถนำไปใช้ในการดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้าและผู้ป่วยโรคเรื้อรังอื่น ๆ ได้เป็นอย่างดี นอกจากนี้ยังมีข้อดีในเรื่องความสะดวกในการเข้าถึงโดยเฉพาะในรูปแบบออนไลน์ ซึ่งช่วยประหยัดค่าใช้จ่ายและทำให้สามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ อย่างไรก็ตามยังต้องการการศึกษาและพัฒนาเพิ่มเติมเพื่อให้

โปรแกรมนี้สามารถนำไปใช้ในบริบทต่าง ๆ ได้อย่างเหมาะสม

สำหรับประเทศไทยเริ่มมีรายงานการศึกษาค้นคว้าของโปรแกรม MBCT ตามแนวคิดของ Segal และคณะ⁸ มาตั้งแต่ปี พ.ศ. 2555 มีการเรียกชื่อของโปรแกรมแตกต่างกัน มีงานวิจัยที่เป็นไปตามเกณฑ์คัดเข้า 4 เรื่อง^{17,30-32} ซึ่งยังอยู่ในระยะเริ่มต้นจึงควรมีการศึกษาและพัฒนาโปรแกรม MBCT ให้เหมาะสมกับบริบทของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าด้วยการวิจัยแบบสุ่มและมีการเปรียบเทียบกับวิธีการบำบัดแบบอื่น ๆ เพื่อให้มีประสิทธิผลและคุณภาพมากขึ้น รวมทั้งควรมีการพัฒนาโปรแกรมโดยใช้รูปแบบออนไลน์เพื่อให้สามารถเข้าถึงผู้ป่วยโรคซึมเศร้าและผู้ป่วยโรคเรื้อรังทางกายที่มีอาการซึมเศร้าและวิตกกังวลร่วมด้วยเพื่อให้เกิดประสิทธิภาพในระยะยาวและลดค่าใช้จ่ายของระบบบริการสุขภาพ

ข้อจำกัดของการศึกษา การศึกษาค้นคว้านี้คัดเลือกงานวิจัยเฉพาะที่เผยแพร่ในวารสารวิชาการภาษาอังกฤษและภาษาไทยเท่านั้น และไม่ได้ทำการวิเคราะห์หอคอสมัน (meta-analysis) อย่างไรก็ตามผลการศึกษานี้ชี้ให้เห็นถึงประสิทธิผลของโปรแกรม MBCT ในการลดการกลับเป็นซ้ำและลดอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้า

ข้อเสนอแนะจากผลการวิจัย

พยาบาลควรนำโปรแกรม MBCT ไปประยุกต์ใช้ในการดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้ากลุ่มต่าง ๆ โดยปรับให้เหมาะสมกับบริบทของผู้ป่วยและมีการคงไว้ของหลักการสำคัญของโปรแกรมการบำบัดด้วยการเจริญสติตระหนักรู้ความคิด คือ การช่วยให้ผู้ที่เข้ารับการบำบัดได้ตระหนักรู้ถึงการอยู่กับปัจจุบันและสามารถมองเห็นตัวเองแยกจากรูปแบบความคิดเก่า ๆ และอารมณ์ความรู้สึก ตลอดจนสามารถนำไปใช้ในชีวิตประจำวันเพื่อให้เป็นวิถีชีวิตปกติ และควรศึกษาวิจัยเพื่อประเมินประสิทธิผลของโปรแกรมต่อการป้องกันการกลับเป็นซ้ำ

ของโรคซึมเศร้าและลดอาการซึมเศร้า โดยออกแบบการวิจัยเป็นเชิงทดลองแบบสุ่ม ที่มีการเปรียบเทียบกับโปรแกรมการบำบัดอื่น ๆ หรือการรักษาด้วยยาต้านอาการซึมเศร้า และศึกษาในกลุ่มตัวอย่างขนาดใหญ่

References

1. World Health Organization. Depressive disorder (depression) [internet]. World Health Organization; [updated date 2023 March 31; cited date 2024 July 15]. Available from: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/depression>
2. Kessing LV, Hansen MG, Andersen PK, Angst J. The predictive effect of episodes on the risk of recurrence in depressive and bipolar disorders – a life-long perspective. *Acta Psychiatr Scand*. 2004;109(5): 339–44. <https://doi.org/10.1046/j.1600-0447.2003.00266.x> PMID: 15049770
3. Hiranyatheeb T, Nakawiro D, Wongpakaran T, Wongpakaran N, Bookkamana P, Pinyopornpanish M, et al. The impact of residual symptoms on relapse and quality of life among Thai depressive patients. *Neuropsychiatr Dis Treat*. 2016;12:3175–81. <https://doi.org/10.2147/NDT.S124277>. PMID: 28003753
4. Hollon SD, DeRubeis RJ, Shelton RC, Amsterdam JD, Salomon RM, O' Reardon JP, et al. Prevention of relapse following cognitive therapy vs medications in moderate to severe depression. *Arch Gen Psychiatry*. 2005;62(4):417–22. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.62.4.417> PMID: 15809409
5. Segal ZV, Williams MG, Teasdale JD. Mindfulness-based cognitive therapy for depression: a new approach for preventing relapse. New York: The Guilford Press; 2002.
6. Kabat-Zinn J. Full catastrophe living: using the wisdom of your body and mind to face stress, pain, and illness. New York: Delta: University of Massachusetts Medical Center/Worcester; 1990.
7. Beck AT. Cognitive therapy of depression. New York: Guilford press; 1979.
8. Segal ZV, Williams M, Teasdale JD. Mindfulness-based cognitive therapy for depression. 2nd ed. New York: Guilford Press; 2018.
9. van der Velden AM, Kuyken W, Wattar U, Crane C, Pallesen KJ, Dahlgaard J, et al. A systematic review of mechanisms of change in mindfulness-based cognitive therapy in the treatment of recurrent major depressive disorder. *Clin Psychol Rev*. 2015;37:26–39. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2015.02.001> PMID: 25748559
10. Segal ZV, Williams JMG, Teasdale JD. Mindfulness-based cognitive therapy for depression. 2nd ed. New York: The Guilford Press; 2013.
11. Wongpiromsarn Y. Mindfulness-based therapy and counseling (MBTC) manual. 1st ed. Nonthaburi province: Beyond Publishing; 2016.
12. Page MJ, McKenzie JE, Bossuyt PM, Boutron I, Hoffmann TC, Mulrow CD, et al. The PRISMA 2020 statement: an updated guideline for reporting systematic reviews. *BMJ*. 2021;372:n71. <https://doi.org/10.1136/bmj.n71> PMID: 33782057
13. Joanna Briggs Institute [JBI]. JBI critical appraisal tools [Internet]. 2020 [cited 2021 Sep 7]. Available from: <https://jbi.global/critical-appraisal-tools>
14. Moher D, Liberati A, Tetzlaff J, Altman DG. Preferred reporting items for systematic reviews and meta-analyses: The PRISMA statement. *PLoS Med*. 2009;6(7): e1000097. <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1000097> PMID: 19621072

15. Godfrin KA, van Heeringen C. The effects of mindfulness-based cognitive therapy on recurrence of depressive episodes, mental health and quality of life: a randomized controlled study. *Behav Res Ther.* 2010;48(8):738-46. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2010.04.006>. PMID: 20462570
16. Kuyken W, Hayes R, Barrett B, Byng R, Dalgleish T, Kessler D, et al. Effectiveness and cost-effectiveness of mindfulness-based cognitive therapy compared with maintenance antidepressant treatment in the prevention of depressive relapse or recurrence (PREVENT): a randomized controlled trial. *Lancet.* 2015;386(9988):63-73. [https://doi.org/10.1016/s0140-6736\(14\)62222-4](https://doi.org/10.1016/s0140-6736(14)62222-4) PMID: 25907157
17. Guo HR, Wang JR, Wang YL, Huang BL, Yang XH, Ren YM. The effectiveness of mindfulness-based cognitive therapy combined with medication therapy in preventing recurrence of major depressive disorder in convalescent patients. *Front Psychol.* 2022;13: 882006. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2022.882006> PMID: 36059775
18. Williams JM, Crane C, Barnhofer T, Brennan K, Duggan DS, Fennell MJ, et al. Mindfulness-based cognitive therapy for preventing relapse in recurrent depression: a randomized dismantling trial. *J Consult Clin Psychol.* 2014;82(2):275-86. <https://doi.org/10.1037/a0035036> PMID: 24294837
19. Biesheuvel-Leliefeld KEM, Bosmans JE, Dijkstra-Kersten SMA, Smit F, Bockting CLH, van Schaik DJF, et al. A supported self-help for recurrent depression in primary care; an economic evaluation alongside a multi-center randomized controlled trial. *PLoS One.* 2018;13(12):e0208570. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0208570> PMID: 30566441
20. Choompubut P, Kenbubpha K, Sukhawaha S, Leejongpermpon J, Patipakdee H. Development and the effect of self-management with mindfulness-based cognitive therapy program for preventing relapse among people with major depressive disorder. *The Journal of Psychiatric Nursing and Mental Health.* 2022;36(3): 117-40. Available from: <https://he02.tci-thaijo.org/index.php/JPNMH/article/view/260382/178442> (in Thai)
21. Geschwind N, Peeters F, Huibers M, van Os J, Wichers M. Efficacy of mindfulness-based cognitive therapy in relation to prior history of depression: randomised controlled trial. *Br J Psychiatry.* 2012;201(4):320-5. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.111.104851> PMID: 22878133
22. Eisendrath SJ, Gillung E, Delucchi KL, Segal ZV, Nelson JC, McInnes LA, et al. A randomized controlled trial of mindfulness-based cognitive therapy for treatment-resistant depression. *Psychother Psychosom.* 2016;85(2):99-110. <https://doi.org/10.1159/000442260> PMID: 26808973
23. Hamidian S, Omid A, Mousavinasab SM, Naziri G. The effect of combining mindfulness-based cognitive therapy with pharmacotherapy on depression and emotion regulation of patients with dysthymia: a clinical study. *Iran J Psychiatry.* 2016;11(3):166-72. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27928248/> PMID: 27928248
24. Dimidjian S, Goodman SH, Felder JN, Gallop R, Brown AP, Beck A. Staying well during pregnancy and the postpartum: a pilot randomized trial of mindfulness-based cognitive therapy for the prevention of depressive relapse/recurrence. *J Consult Clin Psychol.* 2016; 84(2):134-45. <https://doi.org/10.1037/ccp0000068> PMID: 26654212
25. Britton WB, Shahar B, Szepsenwol O, Jacobs WJ. Mindfulness-based cognitive therapy improves emotional reactivity to social stress: results from a randomized controlled trial. *Behav Ther.* 2012;43(2):365-80. <https://doi.org/10.1016/j.beth.2011.08.006> PMID: 22440072
26. Schoultz M, Atherton I, Watson A. Mindfulness-based cognitive therapy for inflammatory bowel disease patients: findings from an exploratory pilot randomised controlled trial. *Trials.* 2015;16(1):379. <https://doi.org/10.1186/s13063-015-0909-5> PMID: 26303912

27. Nissen ER, O'Connor M, Kaldø V, Hojris I, Borre M, Zachariae R, et al. Internet-delivered mindfulness-based cognitive therapy for anxiety and depression in cancer survivors: a randomized controlled trial. *Psychooncology*. 2020;29(1):68–75. <https://doi.org/10.1002/pon.5237> PMID: 31600414
28. Sheikhzadeh M, Zanjani Z, Baari A. Efficacy of mindfulness-based cognitive therapy and cognitive behavioral therapy for anxiety, depression, and fatigue in cancer patients: a randomized clinical trial. *Iran J Psychiatry*. 2021;16(3):271–80. <https://doi.org/10.18502/ijps.v16i3.6252> PMID: 34616460
29. Ritvo P, Knyahnytska Y, Pirbaglou M, Wang W, Tomlinson G, Zhao H, et al. Online mindfulness-based cognitive behavioral therapy intervention for youth with major depressive disorders: randomized controlled trial. *J Med Internet Res*. 2021;23(3):e24380. <https://doi.org/10.2196/24380> PMID: 33688840
30. Zemestani M, Fazeli Nikoo Z. Effectiveness of mindfulness-based cognitive therapy for comorbid depression and anxiety in pregnancy: a randomized controlled trial. *Arch Womens Ment Health*. 2020;23(2):207–14. <https://doi.org/10.1007/s00737-019-00962-8> PMID: 30982086
31. Shih VWY, Chan WC, Tai OK, Wong HL, Cheng CPW, Wong CSM. Mindfulness-based cognitive therapy for late-life depression: a randomised controlled trial. *East Asian Arch Psychiatry*. 2021;31(2):27–35. <https://doi.org/10.12809/eaap2075> PMID: 34987115
32. Batink T, Peeters F, Geschwind N, van Os J, Wichers M. How does MBCT for depression work? Studying cognitive and affective mediation pathways. *PLoS One*. 2013;8(8):e72778. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0072778> PMID: 24019881
33. Schanche E, Vøllestad J, Visted E, Svendsen JL, Osnes B, Binder PE, et al. The effects of mindfulness-based cognitive therapy on risk and protective factors of depressive relapse – a randomized wait-list controlled trial. *BMC Psychol*. 2020;8(1):57. <https://doi.org/10.1186/s40359-020-00417-1> PMID: 32527294
34. Ateekit P, Lueboonthavatchai O. The effect of cognitive behavioral therapy and mindfulness on depression in depressive disorder patients. *The Journal of Psychiatric Nursing and Mental Health*. 2012;26(3):71–80. (in Thai)
35. Sermthongtip S, Hengudomsub P, Vatanasin D, Pratoomsri W. The effect of mindfulness-based cognitive therapy program on depression among persons with diabetes. *The Journal of Faculty of Nursing Burapha University*. 2017;25(3):66–75. Available from: <https://he02.tci-thaijo.org/index.php/Nubuu/article/view/101427/78623> (in Thai)
36. Panakunakorn N, Tangjittiporn T, Ularntinon S. The effectiveness of group mindfulness-based cognitive therapy (MBCT) for reducing mild to moderate depressive symptoms in primary caregivers of children with attention deficit hyperactivity disorder (ADHD) at Queen Sirikit National Institute of Child Health. *J Psychiatr Assoc Thailand*. 2021;66(3):277–88. Available from: <https://he01.tci-thaijo.org/index.php/JPAT/article/view/247090/170293> (in Thai)

ผลของการเรียนรู้โดยใช้ผู้ป่วยจิตเวชจำลองต่อความรู้และความมั่นใจในการสื่อสารเพื่อการบำบัดของนักศึกษาพยาบาล: การศึกษานำร่อง¹

อำพร เนื่องจกานาค, วท.ม. (สุขภาพจิต)²
จุฬามาศ ทองประดับ, พย.ม. (การพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต)³
นันทศักดิ์ ชนะพันธ์, พย.ม. (การพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต)⁴

บทคัดย่อขยาย

บทนำ การจัดการเรียนการสอนรายวิชาปฏิบัติการพยาบาลจิตเวชนั้น เป็นรายวิชาที่มีความแตกต่างจากศาสตร์การพยาบาลอื่น ๆ นักศึกษาพยาบาลจำเป็นต้องใช้ตนเองเป็นเครื่องมือบำบัดผ่านการสื่อสารเพื่อการบำบัด เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยจิตเวชได้เข้าใจปัญหาและมีทักษะการวางแผนแก้ไขของตนเอง ทำให้ไม่สามารถเรียนรู้และฝึกทักษะผ่านหุ่นจำลองในห้องปฏิบัติการพยาบาลได้เหมือนการให้การพยาบาลด้านอื่น ๆ การจัดการเรียนรู้โดยใช้ผู้ป่วยจิตเวชจำลอง เป็นรูปแบบหนึ่งของการเรียนการสอนแบบ active learning โดยเป็นการใช้บุคคลที่ได้รับการเตรียมทักษะด้านการแสดงตามบทบาทที่กำหนดให้เสมือนผู้ป่วยจริง เพื่อให้ให้นักศึกษาพยาบาลได้มีการพูดคุยสื่อสารและมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างกัน ซึ่งช่วยกระตุ้นให้นักศึกษาพยาบาลมีความกระตือรือร้นต่อการเรียน มีแรงจูงใจในการแสวงหาความรู้ และสามารถฝึกทักษะการปฏิบัติการสื่อสารเพื่อการบำบัด โดยประยุกต์ใช้ความรู้สู่การปฏิบัติจริงกับผู้ป่วยจิตเวชจำลองที่มีอาการเสมือนผู้ป่วยจริง ภายใต้สถานการณ์ที่ปลอดภัย นักศึกษาพยาบาลสามารถเข้าไปมีส่วนร่วมในกระบวนการเรียนรู้ และปฏิบัติการพยาบาลด้วยตนเอง สามารถฝึกปฏิบัติซ้ำได้หลายครั้งโดยไม่ทำให้เกิดอันตรายต่อผู้ป่วยโดยตรงจนเกิดความมั่นใจในการปฏิบัติการพยาบาล

วัตถุประสงค์การวิจัย การศึกษาครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) เปรียบเทียบความรู้ในการสื่อสารเพื่อการบำบัด และความมั่นใจในการสื่อสารเพื่อการบำบัดของกลุ่มทดลองก่อนและหลังทดลอง 2) เปรียบเทียบความรู้ในการสื่อสารเพื่อการบำบัด และความมั่นใจในการสื่อสารเพื่อการบำบัดระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ 3) เปรียบเทียบความแตกต่างของความรู้ ก่อน-หลังการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ และ 4) เปรียบเทียบความแตกต่างของความมั่นใจ ก่อน-หลังการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ

การออกแบบการวิจัย การศึกษาครั้งนี้เป็นแบบกึ่งทดลอง ชนิดสองกลุ่มวัดผลก่อนและหลังการทดลอง ใช้กรอบแนวคิดทฤษฎีการเรียนรู้จากประสบการณ์ของโคลป์ ที่อธิบายว่ากระบวนการเรียนรู้เกิดจากการเปลี่ยนผ่านของประสบการณ์ 4 ขั้นตอน คือ 1) การปฏิบัติเพื่อสั่งสมประสบการณ์ 2) การสะท้อนคิดจากการสังเกต 3) การสร้างความคิดรวบยอด และ 4) การประยุกต์หลักการไปใช้ในสถานการณ์ใหม่ จนเกิดเป็นวงจรการเรียนรู้ ส่งผลต่อความรู้ในการสื่อสารเพื่อการบำบัดและความมั่นใจในการสื่อสารเพื่อการบำบัด

¹ได้รับทุนสนับสนุนจากทุนส่งเสริมหัวหน้าโครงการวิจัยและนวัตกรรมรุ่นใหม่จากสถาบันการพยาบาลศรีสวรินทิรา สภากาชาดไทย

²อาจารย์ สาขาวิชาการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต สถาบันการพยาบาลศรีสวรินทิรา สภากาชาดไทย

³ผู้ประพันธ์บรรณกิจ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ สถาบันการพยาบาลศรีสวรินทิรา สภากาชาดไทย E-mail: juthamas.t@stin.ac.th

⁴อาจารย์ สถาบันการพยาบาลศรีสวรินทิรา สภากาชาดไทย

วิธีการดำเนินการวิจัย กลุ่มตัวอย่างเป็นนักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 3 จำนวน 60 คน ผ่านการเรียนรู้รายวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช ปีการศึกษา 2566 คัดเลือกตามเกณฑ์การคัดเลือกที่กำหนดแบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบกลุ่มละ 30 คน กลุ่มเปรียบเทียบได้รับการเรียนรู้จากวิดีโอสื่อการสื่อสารเพื่อการบำบัดร่วมกับการสรุปเนื้อหา กลุ่มทดลองได้รับการเรียนรู้โดยใช้ผู้ป่วยจิตเวชจำลองเครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย ได้แก่ 1) แผนการสอนเรื่องการเรียนรู้โดยใช้ผู้ป่วยจิตเวชจำลอง 2) ผู้ป่วยจิตเวชจำลอง 3) แบบประเมินความเชื่อมั่นจริงของผู้ป่วยจิตเวชจำลอง 4) สถานการณ์จำลองสำหรับผู้ป่วยจิตเวชจำลอง 5) แบบสังเกตการสื่อสารเพื่อการบำบัดกับผู้ป่วยจิตเวชจำลอง เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลได้แก่ 1) แบบทดสอบความรู้ในการสื่อสารเพื่อการบำบัด 2) แบบประเมินความมั่นใจในการสื่อสารเพื่อการบำบัด เก็บรวบรวมข้อมูลในกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบพร้อมกันวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติพรรณนา การทดสอบทีคู่ การทดสอบทีอิสระและการทดสอบแมนวิทนี-ยู

ผลการวิจัย กลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 90.00, 93.30) เกรดเฉลี่ยสะสม ($M = 3.19$, $SD = 0.35$; $M = 3.24$, $SD = 0.30$) และเกรดเฉลี่ยรายวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช ($M = 2.62$, $SD = 0.47$; $M = 2.63$, $SD = 0.43$) ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ภายหลังทดลอง กลุ่มทดลองมีความรู้ในการสื่อสารเพื่อการบำบัด ($M = 13.10$, $SD = 2.23$) มากกว่าก่อนการทดลอง ($M = 10.83$, $SD = 1.64$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = -11.949$, $p < .001$) และความมั่นใจในการสื่อสารเพื่อการบำบัด ($M = 20.97$, $SD = 2.87$) มากกว่าก่อนการทดลอง ($M = 13.17$, $SD = 4.11$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = -17.357$, $p < .001$) กลุ่มเปรียบเทียบมีความรู้ในการสื่อสารเพื่อการบำบัด ($M = 14.23$, $SD = 1.83$) มากกว่ากลุ่มทดลอง ($M = 13.10$, $SD = 2.23$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = -2.149$, $p = .036$) อย่างไรก็ตามความแตกต่างของค่าเฉลี่ยความรู้ ก่อน-หลังทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($Z = -1.580$, $p > .05$) กลุ่มทดลองมีความมั่นใจในการสื่อสารเพื่อการบำบัด ($M = 20.97$, $SD = 2.87$) มากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ ($M = 19.17$, $SD = 1.90$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 2.866$, $p = .006$) และมีความแตกต่างของค่าเฉลี่ยความมั่นใจ ก่อน-หลังทดลองมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 4.088$, $p < .001$)

ข้อเสนอแนะ ผลการวิจัยครั้งนี้ชี้ให้เห็นว่า การเรียนรู้โดยใช้ผู้ป่วยจิตเวชจำลองและการใช้วิดีโอร่วมกับการสรุปเนื้อหา มีประสิทธิผลไม่แตกต่างกันในการส่งเสริมความรู้ในการสื่อสารเพื่อการบำบัด แต่การเรียนรู้โดยใช้ผู้ป่วยจิตเวชจำลองมีประสิทธิผลดีกว่าการใช้วิดีโอร่วมกับการสรุปเนื้อหาในการส่งเสริมความมั่นใจในการสื่อสารเพื่อการบำบัดของนักศึกษาพยาบาล ในการจัดการเรียนการสอน อาจารย์พยาบาลและผู้เกี่ยวข้องสามารถใช้ผู้ป่วยจิตเวชจำลองเพื่อช่วยสร้างความมั่นใจในการสื่อสารเพื่อการบำบัดก่อนการฝึกปฏิบัติในสถานการณ์จริงของนักศึกษา

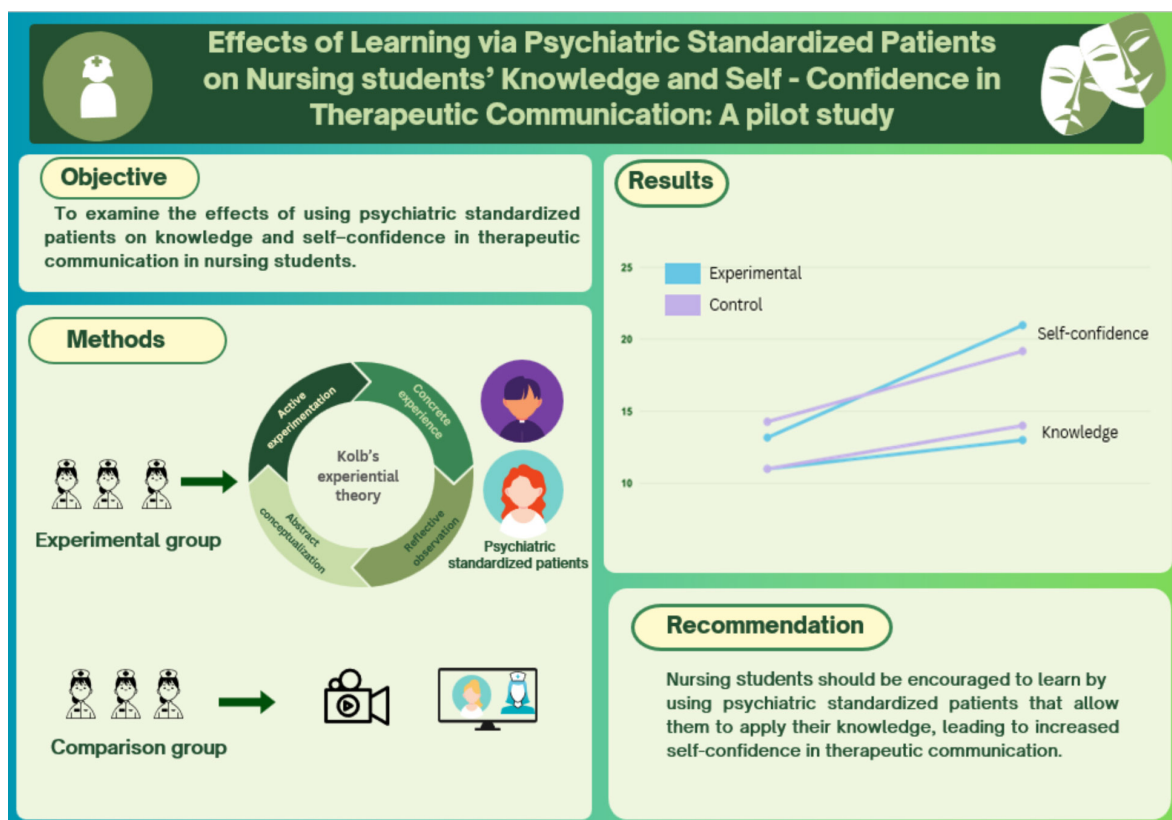
คำสำคัญ ผู้ป่วยจิตเวชจำลอง การสื่อสารเพื่อการบำบัด ความรู้ ความมั่นใจ นักศึกษาพยาบาล
วันที่ได้รับ 16 ก.ค. 67 วันที่แก้ไขบทความเสร็จ 25 ธ.ค. 67 วันที่รับตีพิมพ์ 16 ม.ค. 68

Effects of Learning via Psychiatric Standardized Patients on Nursing students' Knowledge and Self – Confidence in Therapeutic Communication: A pilot Study¹

Amporn Nueangjaknak, M.Sc (Mental Health)²

Juthamas Thongpradab, M.N.S (Psychiatric and Mental Health Nursing)³

Nantapuk Chanapan, M.N.S (Psychiatric and Mental Health Nursing)⁴



Extended Abstract

Introduction The teaching and learning process of practicum courses in mental health and psychiatric nursing is different from other nursing fields. Nursing students need to use themselves as therapeutic tools through therapeutic communication, helping psychiatric patients understand their problems and develop their own problem-solving skills. This makes it impossible to learn and practice these skills through models in the learning resource center of nursing (LRC) like other nursing fields. Learning by using psychiatric standardized patients is an active learning approach. It involves individuals trained in role-playing to act as if they were actual patients, allowing nursing students to engage in communication and interaction with

¹Supported by the STIN's New Principal Investigator fund

²Instructor, Srisavarindhira Thai Red Cross Institute of Nursing, Bangkok, Thailand

³Corresponding author, Assistant Professor, Srisavarindhira Thai Red Cross Institute of Nursing, Bangkok, Thailand

⁴Instructor, Srisavarindhira Thai Red Cross Institute of Nursing, Bangkok, Thailand

them. This approach stimulates students to be enthusiastic about learning, motivates them to pursue knowledge, and enables them to practice therapeutic communication skills. Students apply their knowledge in actual practice with psychiatric standardized patients with symptoms that resemble actual patients in a safe environment. Nursing students can actively participate in the learning process and practice nursing care on their own. They can repeat their practices multiple times without causing harm to actual patients, gradually developing confidence in their nursing practice.

Objectives This study aimed to: 1) compare knowledge and self-confidence in therapeutic communication within the experimental group before and after the program; 2) compare knowledge and self-confidence in therapeutic communication between the experimental group and the comparison group; and 3) compare the mean differences in knowledge and self-confidence in therapeutic communication between the experimental group and the comparison group.

Design This study employed a quasi-experimental design with a two-group pretest and posttest. It was based on Kolb's experiential learning theory, which explains that the learning process involves the transformation of experience through four stages: 1) concrete experience, 2) reflective observation, 3) abstract conceptualization, and 4) active experimentation. These stages develop a learning cycle, which influences both knowledge and self-confidence in therapeutic communication.

Methodology This study comprised 60 undergraduate nursing students who completed the mental health and psychiatric nursing course during the 2023 academic year. According to the inclusion criteria, participants were purposively selected and assigned to either an experimental or comparison group, with each group consisting of 30 students. The comparison group received learning through therapeutic communication videos and content briefs by the instructor, while the experimental group received learning through the use of psychiatric standardized patients. The program included 1) the teaching plan utilizing psychiatric standardized patients, 2) psychiatric standardized patients, 3) the standardized patient reality evaluation form, 4) scenarios for standardized patients, and 5) the observation form for therapeutic communication with psychiatric standardized patient. Data collection instruments included 1) a questionnaire on therapeutic communication knowledge and 2) an assessment of self-confidence in therapeutic communication. Data were collected simultaneously from both the control and experimental groups. The data were then analyzed using descriptive statistics, Paired t-test and Independent t-test, and Mann Whitney U test.

Results Most participants in both the experimental and comparison groups were female (90.00% and 93.30%, respectively). The cumulative GPAs were not significantly different between the experimental ($M = 3.19$, $SD = 0.35$) and comparison group ($M = 3.24$, $SD = 0.30$), and the average GPAs for mental health and psychiatric nursing course were not significantly different ($M = 2.62$, $SD = 0.47$; $M = 2.63$, $SD = 0.43$, respectively). After the program, the experimental group showed knowledge ($M = 13.10$, $SD = 2.23$) higher than before the program ($M = 10.83$, $SD = 1.64$) with a statistical significance ($t = -11.949$, $p < .001$). Additionally, self-confidence in therapeutic communication in the experimental group ($M = 20.97$, $SD = 2.87$) was higher than before the program ($M = 13.17$, $SD = 4.11$) significantly ($t = -17.357$, $p < .001$). After the program, the comparison group had knowledge in therapeutic communication ($M = 14.23$, $SD = 1.83$) higher than the experimental group ($M = 13.10$, $SD = 2.23$) with a statistical significance ($t = -2.149$, $p = .036$); however, the mean difference in knowledge between the experimental and comparison groups was not significantly different ($Z = -1.580$, $p > .05$). After the program, the experimental group had self-confidence in therapeutic communication ($M = 20.97$, $SD = 2.87$) higher than the comparison group ($M = 19.17$, $SD = 1.90$) with a statistical significance ($t = 2.866$, $p = .006$) and the mean difference was greater than the comparison group ($t = 4.088$, $p < .001$).

Recommendation The results of this study indicate that learning with psychiatric standardized patients and using videos along with content briefs are equally effective in promoting knowledge in therapeutic communication. However, learning with psychiatric standardized patients was more effective than using videos with content briefs in enhancing nursing students' confidence in therapeutic communication. In the teaching and learning process, nursing instructors and other related personnel can utilize psychiatric standardized patients to help develop self-confidence in therapeutic communication before practicing in real situations.

Journal of Thailand Nursing and Midwifery Council 2025; 40(1) 82-101

Keywords psychiatric standardized patients/ therapeutic communication/ knowledge/ self – confidence/ nursing students

Received 16 July 2024, Revised 25 December 2024, Accepted 16 January 2025

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ปัจจุบันเป็นยุคแห่งการเรียนรู้ที่เน้นให้ผู้เรียนมีส่วนร่วมและได้รับประสบการณ์ตรง (active learning) เพื่อให้ผู้เรียนสามารถเชื่อมโยงความรู้ด้วยการลงมือปฏิบัติจริง ผ่านสื่อหรือกิจกรรมการเรียนรู้โดยผู้สอน มีหน้าที่ในการออกแบบการเรียนรู้หรือชี้แนะแนวทางการเรียนการสอนให้สอดคล้องกับพื้นฐานความแตกต่างของผู้เรียนแต่ละคน¹ ผู้สอนจะกระตุ้นให้ผู้เรียนคิดวิเคราะห์ ค้นคว้าด้วยตนเอง เน้นการปฏิบัติที่มีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ของผู้เรียนทุกคน ใช้กิจกรรมและสื่อการสอนที่หลากหลายรูปแบบ โดยเฉพาะอย่างยิ่งการเรียนรู้ที่ผ่านการปฏิบัติจริงจะช่วยให้ผู้เรียนเก็บประสบการณ์ที่ได้รับจากการเรียนรู้ในระบบความจำระยะยาวได้ดีกว่าการเรียนรู้แบบ passive learning หากผู้เรียนมีโอกาสได้เรียนรู้ในสถานการณ์จำลอง หรือฝึกปฏิบัติในสถานการณ์จริงจะช่วยกระตุ้นให้ผู้เรียนเกิดทักษะในการคิดวิเคราะห์และเชื่อมโยงกับสถานการณ์ต่าง ๆ ช่วยส่งเสริมประสิทธิภาพในการเรียนรู้ได้ดียิ่งขึ้น²

การจัดการเรียนรู้โดยใช้ผู้ป่วยจิตเวชจำลองเป็นรูปแบบหนึ่งของการเรียนการสอนแบบ active learning โดยเป็นการใช้บุคคลที่ได้รับการเตรียมทักษะด้านการแสดงตามบทบาทที่กำหนดให้เสมือนผู้ป่วยจริง เพื่อให้ผู้เรียนได้มีการพูดคุยสื่อสารและมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างกัน ซึ่งช่วยกระตุ้นให้ผู้เรียนมีความกระตือรือร้นต่อการเรียน มีแรงจูงใจในการแสวงหาความรู้ สอดคล้องกับผลการศึกษาในประเทศสวีเดนและแลนด์ที่พบว่า การจัดการเรียนการสอนแบบการเรียนรู้ด้วยตนเองโดยใช้ผู้ป่วยจิตเวชจำลองในการฝึกทักษะการให้การปรึกษาเพื่อสร้างกลยุทธ์ในการเลืกลูกบุญหรือและการบำบัดรักษาด้วยยาช่วยให้นักศึกษาแพทย์ได้เรียนรู้ด้วยตนเอง ทำให้บรรลุวัตถุประสงค์การเรียนรู้ในรายวิชาและเพิ่มประสิทธิภาพในการรับรู้ความสามารถของตนเอง⁴

และการศึกษาผลการเรียนรู้โดยผู้ป่วยจิตเวชจำลองสำหรับการฝึกทักษะการสื่อสารของนักศึกษาเภสัชกร พบว่าการบรรยายในห้องปฏิบัติการร่วมกับใช้ผู้ป่วยจิตเวชจำลองทำให้นักศึกษามีคะแนนความรู้เรื่องของการบำบัดรักษาและการประเมินทักษะการสื่อสารเพิ่มสูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ⁵ รวมถึงการใช้ผู้ป่วยจิตเวชจำลองในการจัดการเรียนการสอนของนักศึกษาพยาบาล โดยการฝึกทักษะสื่อสารและการประเมินร่างกายผู้ป่วยจิตเวชจำลองด้วยแบบประเมินศีรษะจรดเท้า (head-to-toe assessment) ซึ่งผลการศึกษาพบว่านักศึกษาพยาบาลมีค่าคะแนนการรับรู้ความสามารถในทักษะการสื่อสารเพิ่มขึ้น และมีมุมมองเชิงบวกต่อการใช้ผู้ป่วยจิตเวชจำลองในเรื่องของสภาพแวดล้อมที่มีความปลอดภัยและสมจริง ช่วยทำให้นักศึกษาพยาบาลรับรู้จุดที่ต้องปรับปรุงในทักษะการสื่อสาร ช่วยเตรียมความพร้อมก่อนปฏิบัติกับผู้ป่วยในสถานการณ์จริง อีกทั้งยังช่วยเพิ่มความมั่นใจและสร้างความพึงพอใจต่อการจัดการเรียนการสอนโดยใช้ผู้ป่วยจิตเวชจำลอง⁶

รายวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชเป็นรายวิชาที่มีความแตกต่างจากศาสตร์การพยาบาลพื้นฐานอื่น ๆ เนื่องจากการพยาบาลจิตเวชศาสตร์และสุขภาพจิตต้องอาศัยความเชี่ยวชาญทั้งศาสตร์และศิลป์ในการดูแลผู้ป่วยเพื่อลดตราบาป (stigma) จากสังคม นักศึกษาพยาบาลต้องมีทักษะด้านการสื่อสารเพื่อการบำบัดผ่านการฝึกปฏิบัติโดยใช้ตนเองเป็นผู้บำบัด ทำให้ผู้ป่วยเกิดความไว้วางใจนำไปสู่การร่วมกันวางแผนแก้ไขปัญหของผู้ป่วย จนกระทั่งผู้ป่วยมีวิธีแก้ไขปัญห และสามารถกลับไปใช้ชีวิตอยู่ในสังคมได้อย่างปกติ ดังนั้นในการจัดการเรียนการสอนจึงมุ่งเน้นให้นักศึกษาได้ลงมือปฏิบัติจริงและเรียนรู้ด้วยตนเองผ่านประสบการณ์จริง การเรียนรู้โดยใช้ผู้ป่วยจิตเวชจำลองช่วยพัฒนาพฤติกรรมการเรียนรู้ของนักศึกษา

ในด้านพุทธรพิสัย (cognitive domain)^{7, 8} โดยมีส่วนช่วยให้นักศึกษาเชื่อมโยงความรู้จากรายวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชลงสู่การปฏิบัติการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช การเรียนรู้โดยใช้ผู้ป่วยจิตเวชจำลองกระตุ้นให้นักศึกษามีการทบทวนความรู้ที่เกี่ยวข้องมาล่วงหน้า สร้างแรงจูงใจให้นักศึกษาในการเรียนรู้เกิดเจตคติที่ดีต่อผู้ป่วยจิตเวชและการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช (attitude domain) นักศึกษายังสามารถนำประสบการณ์จากการได้รับความรู้ ความรู้สึก และการมีส่วนร่วมในการเรียนรู้ในสถานการณ์จำลองมาเชื่อมโยงสู่การปฏิบัติจริงได้ และการเรียนรู้โดยใช้ผู้ป่วยจิตเวชจำลองยังช่วยพัฒนาพฤติกรรมการเรียนรู้ด้านทักษะพิสัย (psychomotor domain)⁹ โดยเป็นการฝึกทักษะการปฏิบัติการพยาบาลที่มีคุณภาพ เพิ่มความปลอดภัย และลดความผิดพลาดในการดูแลผู้ป่วย นักศึกษาสามารถเข้าไปมีส่วนร่วมในกระบวนการเรียนรู้ และปฏิบัติการพยาบาลด้วยตนเอง สามารถฝึกปฏิบัติซ้ำได้หลายครั้ง โดยไม่ทำให้เกิดอันตรายต่อผู้ป่วยโดยตรงจนนักศึกษาเกิดความมั่นใจในการปฏิบัติการพยาบาล¹⁰ จากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมาพบว่าการจัดการเรียนรู้โดยใช้ผู้ป่วยจิตเวชจำลองช่วยให้นักศึกษาพยาบาลมีความรู้และรับรู้สมรรถนะในการพยาบาลด้านจิตเวชเพิ่มขึ้น¹¹ ลดความกลัวของนักศึกษาพยาบาล¹² ช่วยส่งเสริมให้นักศึกษาพยาบาลมีเจตคติที่ดีต่อการพยาบาลจิตเวชเพิ่มขึ้น¹³ เพิ่มความมั่นใจในการปฏิบัติพยาบาลจิตเวชมากขึ้น¹² โดยพบว่านักศึกษาพยาบาลที่ผ่านการเรียนรู้ในสถานการณ์จำลองมีความมั่นใจในการปฏิบัติทักษะการสื่อสารเพื่อการบำบัดสูงกว่าก่อนทดลองและสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ^{14, 15} แต่อย่างไรก็ตามการศึกษาส่วนหนึ่งพบว่าความมั่นใจในตนเองไม่แตกต่างกันระหว่างกลุ่มที่เรียนโดยใช้สถานการณ์จำลองเสมือนจริงและการสอนตามปกติ^{16, 17}

ปัจจุบันประเทศไทยยังพบการศึกษาเกี่ยวกับการจัดการเรียนรู้โดยใช้ผู้ป่วยจิตเวชจำลองค่อนข้างน้อย เนื่องจากมีข้อจำกัดทั้งในด้านทรัพยากรและงบประมาณในการจัดการเรียนรู้สถานการณ์จำลองโดยใช้ผู้ป่วยจิตเวช รวมทั้งต้องมีการใช้เครื่องมือในการจัดทำสื่อการสอนที่มีความเฉพาะ เช่น ข้อมูลสถานการณ์ ห้องฝึกปฏิบัติ สถานการณ์จำลองเสมือนจริง อุปกรณ์ที่ใช้ในการเรียนรู้สำหรับผู้ป่วยจิตเวชจำลองซึ่งมีต้นทุนสูง รวมทั้งข้อจำกัดด้านความพร้อมของบุคลากรที่มีความเชี่ยวชาญในการฝึกอบรมผู้ป่วยจิตเวชจำลองให้ได้รับมาตรฐานเดียวกัน ยังมีจำนวนจำกัดและไม่ครอบคลุมทุกสถาบันการศึกษา อีกทั้งต้องใช้ระยะเวลามากในการฝึกอบรมผู้ป่วยจิตเวชจำลองให้มีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคทางจิตเวช เพื่อให้แสดงบทบาทเหมือนกับผู้ป่วยจิตเวชจริง หากมีการจัดการเรียนการสอนโดยใช้ผู้ป่วยจิตเวชจำลองจะช่วยลดข้อจำกัดเรื่องความเสมือนจริงจากการจัดการเรียนการสอนโดยการให้แสดงบทบาทสมมติ (role play) ที่ให้นักศึกษาเป็นผู้แสดงบทบาทสมมติและสลับกันเป็นบทบาทพยาบาลและผู้ป่วย ช่วยให้นักศึกษาได้รับประสบการณ์จากการประยุกต์ใช้ความรู้สู่การลงมือปฏิบัติจริงกับผู้ป่วยจิตเวชจำลองที่มีอาการเสมือนผู้ป่วยจริง ภายใต้สถานการณ์ที่ปลอดภัย ลดความกลัว และเพิ่มความมั่นใจของนักศึกษาได้ นอกจากนี้การพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิตเป็นการดูแลในเรื่องของจิตใจที่เปราะบาง ยากที่จะเข้าถึงหากขาดความเข้าใจ (empathy) ขาดการสร้างควมไว้วางใจ (trust) นักศึกษาพยาบาลจำเป็นต้องใช้ตนเองเป็นเครื่องมือบำบัดผ่านการสื่อสารเพื่อการบำบัด เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยจิตเวชได้เข้าใจปัญหาและมีทักษะการวางแผนแก้ไขของตนเอง ทำให้ไม่สามารถเรียนรู้และฝึกทักษะผ่านหุ่นจำลองในห้องปฏิบัติการพยาบาลได้เหมือนการให้การพยาบาลด้านอื่น ๆ เช่น การฉีดยา ทำแผล ให้อาหาร

ทางสายยาง เป็นต้น ความรู้เกี่ยวกับการสื่อสารเพื่อการบำบัดเป็นทักษะสำคัญในการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิตที่ต้องอาศัยความเข้าใจในหลักการสร้างสัมพันธภาพเพื่อการบำบัด ระยะของสัมพันธภาพเพื่อการบำบัด และเทคนิคการสื่อสารเพื่อการบำบัดที่ความเฉพาะ หากไม่มีพื้นฐานความรู้ที่ดี นักศึกษาพยาบาลอาจไม่สามารถประยุกต์ใช้ทักษะการสื่อสารเพื่อการบำบัดในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชได้อย่างเหมาะสมและปลอดภัย ดังนั้นความรู้จึงเป็นพื้นฐานสำคัญของการพัฒนาทักษะการสื่อสารเพื่อการบำบัดและความมั่นใจเป็นองค์ประกอบสำคัญที่ส่งผลต่อการปฏิบัติจริง โดยเฉพาะในสถานการณ์ที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วยจิตเวช ซึ่งมักมีความซับซ้อนและความท้าทาย หากนักศึกษาพยาบาลขาดความมั่นใจ อาจนำไปสู่การหลีกเลี่ยงการสื่อสารเพื่อการบำบัดหรือการให้การพยาบาลและการดูแลที่ไม่เหมาะสม การเพิ่มความมั่นใจจึงช่วยให้นักศึกษาลงมือปฏิบัติกับผู้ป่วยจิตเวชในสถานการณ์จริงได้ ดังนั้นผู้วิจัยจึงตระหนักถึงความสำคัญของการจัดการเรียนรู้โดยใช้ผู้ป่วยจิตเวชจำลองเพื่อช่วยให้นักศึกษาพยาบาลได้ฝึกการสื่อสารเพื่อการบำบัด เพิ่มพูนความรู้และความมั่นใจในการสื่อสารเพื่อการบำบัดก่อนนำไปประยุกต์ใช้ในการฝึกปฏิบัติจริง

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบความรู้ในการสื่อสารเพื่อการบำบัดและความมั่นใจในการสื่อสารเพื่อการบำบัดของกลุ่มทดลองก่อนและหลังการทดลอง
2. เพื่อเปรียบเทียบความรู้ในการสื่อสารเพื่อการบำบัดและความมั่นใจในการสื่อสารเพื่อการบำบัดระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ
3. เพื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของความรู้ก่อน-หลังการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ

4. เพื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของความมั่นใจก่อน-หลังการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ

สมมติฐานการวิจัย

1. หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีความรู้ในการสื่อสารเพื่อการบำบัดสูงกว่าก่อนทดลอง
2. หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีความมั่นใจในการสื่อสารเพื่อการบำบัดสูงกว่าก่อนทดลอง
3. หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีความรู้ในการสื่อสารเพื่อการบำบัดสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ
4. หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีความมั่นใจในการสื่อสารเพื่อการบำบัดสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ
5. กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยความแตกต่างของความรู้ก่อน-หลังการทดลองสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ
6. กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยความแตกต่างของความมั่นใจก่อน-หลังการทดลองสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ

กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ใช้กรอบแนวคิดทฤษฎีการเรียนรู้จากประสบการณ์ของโคลบ์ (Kolb's experiential theory)¹⁸ ที่อธิบายว่ากระบวนการเรียนรู้เกิดจากการที่ความรู้ถูกสร้างขึ้นจากการเปลี่ยนผ่านของประสบการณ์ (transformation of experience) และสามารถอธิบายได้ด้วย 4 ขั้นตอนหลัก คือ 1) การปฏิบัติเพื่อสั่งสมประสบการณ์ (concrete experience) ผู้เรียนได้เรียนรู้จากประสบการณ์ต่าง ๆ ด้วยตนเอง โดยผู้สอนทำหน้าที่ให้การสนับสนุนช่วยเหลือให้คำแนะนำการปฏิบัติที่ถูกต้อง 2) การสะท้อนคิดจากการสังเกต (reflective observation) เป็นการสะท้อนคิดสิ่งที่สังเกตได้จากการปฏิบัติการเรียนรู้นี้ช่วยให้ผู้เรียนได้สัมผัสประสบการณ์จากผู้อื่นเพื่อสร้างความรู้ความเข้าใจเพิ่มมากขึ้น 3) การสร้างความคิดรวบยอด (abstract conceptualization) เป็นการที่ผู้เรียน

นำความรู้จากการทบทวนเอกสาร การสืบค้นจากฐานข้อมูล ความรู้จากประสบการณ์การปฏิบัติที่ผ่านมา และความรู้จากการสะท้อนคิดการปฏิบัติของกลุ่มผู้เรียนเพื่อเชื่อมโยงสร้างความคิดรวบยอดของประสบการณ์ที่ได้รับ และ 4) การประยุกต์หลักการไปใช้ในสถานการณ์ใหม่ (active experimentation) เป็นการที่ผู้เรียนนำแนวทางหรือองค์ความรู้ที่ได้จากความคิดรวบยอดไปประยุกต์ใช้กับสถานการณ์จริง จนเกิดเป็นวงจรการเรียนรู้ทำให้เกิดการเรียนรู้และการพัฒนาตนเองอย่างต่อเนื่อง

การเรียนรู้โดยใช้ผู้ป่วยจิตเวชจำลอง ผู้เรียนจะได้เรียนรู้ประสบการณ์ในการสื่อสารเพื่อการบำบัดกับผู้ป่วยจิตเวชจำลองอย่างเป็นรูปธรรม จากการได้ลงมือปฏิบัติจริง ซึ่งผู้เรียนต้องนำความรู้ที่ได้มาจากรายวิชา ทฤษฎีการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชมาประยุกต์ใช้ในการปฏิบัติการพยาบาลกับผู้ป่วยจิตเวชจำลอง เมื่อสถานการณ์ดำเนินการจนเสร็จสิ้น ผู้สอนจะเปิดโอกาสให้ผู้เรียนทุกคนแลกเปลี่ยนแสดงความคิดเห็น สะท้อนคิด ในประเด็นที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติการพยาบาลจิตเวช ทั้งการสื่อสารเพื่อการบำบัด อารมณ์ ความรู้สึกขณะให้การพยาบาล ปัญหาอุปสรรคและแนวทางการแก้ไข

เป็นต้น จากกระบวนการสะท้อนคิด อภิปรายและแลกเปลี่ยนความคิดเห็นจะช่วยให้ผู้เรียนเกิดกระบวนการเชื่อมโยงประสบการณ์หรือความรู้ใหม่เข้ากับความรู้เดิมจากทฤษฎี ทำให้เกิดเป็นการสร้างความคิดรวบยอดจากประสบการณ์จริงที่เกิดขึ้นจากการเรียนรู้โดยใช้ผู้ป่วยจิตเวชจำลอง เมื่อผู้เรียนได้ปฏิบัติการพยาบาลจิตเวชกับผู้ป่วยจิตเวชจำลองหรือเมื่อเผชิญกับสถานการณ์จริง ผู้เรียนจะสามารถประยุกต์ใช้ความรู้ที่เกิดจากความคิดรวบยอดไปใช้ในสถานการณ์ใหม่ได้โดยสามารถบอกแนวทางในการนำความรู้ที่ได้จากการเรียนรู้โดยใช้ผู้ป่วยจิตเวชจำลองไปใช้ในการปฏิบัติกับผู้ป่วยบริการจริงหรือปฏิบัติกับผู้ป่วยบริการจริงได้อย่างเหมาะสม เมื่อผู้เรียนเกิดกระบวนการเรียนรู้ตามวงจรการเรียนรู้ของ Kolb จากการปฏิบัติการพยาบาลจิตเวชโดยใช้ผู้ป่วยจิตเวชจำลอง ผู้เรียนจะมีความรู้ในการสื่อสารเพื่อการบำบัด (knowledge in therapeutic communication) มากขึ้น อีกทั้งยังช่วยพัฒนาให้ผู้เรียนเกิดความมั่นใจในการสื่อสารเพื่อการบำบัด (self - confidence in therapeutic communication) เมื่อปฏิบัติการพยาบาลกับผู้ป่วยจริง (Figure 1)

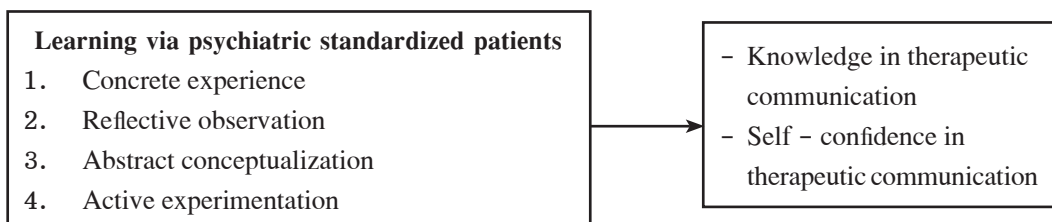


Figure 1 Conceptual Framework

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษานี้เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง ชนิดสองกลุ่มวัดผลก่อนและหลังการทดลอง (quasi - experimental design with two - group pretest and posttest)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ นักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 3 ที่ผ่านรายวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช ปีการศึกษา 2566 สถาบันการพยาบาลศรีสวรินทิรา สภากาชาดไทย จำนวน 202 คน

กลุ่มตัวอย่าง คือ นักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 3 ที่ผ่านการเรียนรายวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช ปีการศึกษา 2566 สถาบันการพยาบาลศรีสวรินทิรา สภากาชาดไทย จำนวน 60 คน

การเลือกตัวอย่างเป็นแบบเฉพาะเจาะจงตามเกณฑ์การคัดเลือก คือ ไม่มีภาวะเจ็บป่วยที่เป็นอุปสรรค ในระหว่างเก็บรวบรวมข้อมูลหรือเข้าร่วมงานวิจัย เกณฑ์การคัดออก คือ ไม่สามารถเข้าร่วมการวิจัย ได้ครบถ้วนตามโปรแกรมที่กำหนด

การกำหนดขนาดตัวอย่าง ผู้วิจัยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป G*Power version 3.1.9.4¹⁹ กำหนดขนาดอิทธิพล (effect size) 0.78 จากการศึกษาที่ผ่านมาเกี่ยวกับ ความมั่นใจในตนเองในการปฏิบัติทักษะ การสื่อสารเพื่อการบำบัดของนักศึกษาพยาบาล¹⁴ โดยอำนาจการทดสอบ (power of test) ที่ .80 ระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 ได้ตัวอย่างกลุ่มละ 27 คน เพื่อป้องกันการสูญหายของตัวอย่าง จึงเพิ่มขนาดตัวอย่างอีกร้อยละ 10²⁰ รวมทั้งสิ้น 60 คน จัดเข้ากลุ่มทดลอง และกลุ่มเปรียบเทียบกลุ่มละ 30 คน โดยการจับคู่ (matched pair) โดยพิจารณาจากเกรดเฉลี่ยสะสม (GPA) ตามเกณฑ์คะแนนระดับสูง (3.01–4.00) ปานกลาง (2.51–3.00) และต่ำ (≤ 2.50) ร่วมกับเกรดรายวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช (ภาคทฤษฎี) ตามเกณฑ์คะแนนระดับสูง (3.01 – 4.00) ปานกลาง (2.01 – 3.00) และต่ำ (1.00 – 2.00)

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง

1.1 แผนการสอนเรื่องการเรียนรู้โดยใช้ผู้ป่วยจิตเวชจำลอง ผู้วิจัยพัฒนาจากการทบทวนวรรณกรรม และทฤษฎีการเรียนรู้จากประสบการณ์ของโคลป์

1.1.1 ขั้นนำหรือการแนะนำก่อนปฏิบัติ (pre – briefing phase) ใช้เวลาทั้งหมด 20 นาที ผู้สอน

ปฐมนิเทศ อธิบายวัตถุประสงค์การเรียนรู้ อธิบายสถานการณ์แจ้งให้ผู้เรียนทราบว่าผู้ป่วยในการเรียนเป็น ผู้ป่วยจิตเวชจำลอง พร้อมทั้งแจ้งบทบาทผู้เรียน จรรยาบรรณ และการเคารพสิทธิผู้ป่วยและศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ จากนั้นเปิดโอกาสให้นักศึกษาซักถามและตอบข้อสงสัย และ briefing ผู้ป่วยจิตเวชจำลองก่อนเข้าสถานการณ์จำลองที่ตนเองได้รับ

1.1.2 ขั้นสอนหรือการปฏิบัติในสถานการณ์จำลองเสมือนจริง (scenario running) ใช้เวลา 30 นาที ผู้สอนมอบหมายให้ผู้เรียนฝึกปฏิบัติการพยาบาลจิตเวช โดยให้ผู้เรียนสื่อสารเพื่อการบำบัดกับผู้ป่วยจิตเวชจำลอง ตามที่ได้รับมอบหมายล่วงหน้าให้เกิดการปฏิบัติเพื่อสั่งสมประสบการณ์ (concrete experience) ผ่านสถานการณ์จำลองเสมือนจริง

1.1.3 ขั้นสรุปหรือการสรุปผลการปฏิบัติ (debriefing phase) ใช้เวลา 20 นาที โดยผู้สอนให้ผู้เรียนบอกความคิดและความรู้สึกที่เกิดขึ้น สร้างบรรยากาศที่ผ่อนคลาย เปิดโอกาสให้ผู้เรียนทุกคนได้สะท้อนคิดเกี่ยวกับการปฏิบัติการพยาบาลจิตเวชอย่างเป็นขั้นตอน (reflection observation) ให้ผู้เรียนอธิบายเหตุผลของการใช้เทคนิคการสื่อสารเพื่อการบำบัด ปัญหาอุปสรรคที่เกิดขึ้น โดยผู้สอนใช้คำถามเชิงบวกในการกระตุ้นให้ผู้เรียนเกิดการคิดวิเคราะห์เกี่ยวกับประเด็นต่าง ๆ ให้ข้อมูลย้อนกลับที่พบเจอจากสถานการณ์จำลองเสมือนจริงจนเกิดเป็นความคิดรวบยอด (abstract conceptualization) ที่สามารถนำสู่การปฏิบัติได้ ผู้สอนกระตุ้นให้นักศึกษาแสดงการสะท้อนคิดและความรู้สึกจากการสร้างความคิดรวบยอดของตนเองรวมถึงบอกแนวทางในการนำความรู้ที่ได้จากการเรียนรู้โดยใช้ผู้ป่วยจิตเวชจำลองไปใช้ในการปฏิบัติในสถานการณ์จำลองเสมือนจริงที่ตนเองจะได้ปฏิบัติและนำไปสู่การประยุกต์ใช้ในการปฏิบัติการพยาบาลกับผู้ป่วยจริง (active experimentation)

1.2 ผู้ป่วยจิตเวชจำลอง จำนวน 8 คน ได้มีการประสานงานกับอาจารย์จากคณะอักษรศาสตร์ สาขาศิลปการละคร จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ในการประชาสัมพันธ์เพื่อรับสมัครนิสิตและศิษย์เก่าที่ผ่านการอบรมการแสดงในบทบาทผู้ป่วยจิตเวชจำลอง ซึ่งมีเกณฑ์การคัดเลือกผู้ป่วยจิตเวชจำลอง ได้แก่ เพศชาย หรือหญิงที่มีอายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป มีประสบการณ์เรียนพื้นฐานการแสดงหรือกำลังศึกษาด้านการแสดงและการละคร และไม่เคยได้รับการวินิจฉัยว่าเจ็บป่วยด้วยอาการ อาการแสดงหรือโรคที่เกี่ยวข้องทางจิตเวช โดยการวิจัยครั้งนี้ มีการฝึกอบรมผู้ป่วยจิตเวชจำลองเป็นระยะเวลา 1 วัน มีการบรรยายเรื่องอาการและอาการแสดงของโรคจิตเวช ได้แก่ โรคจิตเภท (schizophrenia) โรคซึมเศร้า (major depressive disorder) โรคอารมณ์สองขั้ว (bipolar disorder) และโรคจิตจากสารเสพติด (substance induced psychotic disorder) รวมทั้งการทดลองปฏิบัติเป็นผู้ป่วยจิตเวชจำลอง (workshop) ซึ่งได้มอบหมายบทบาทผู้ป่วยจิตเวชจำลองในแต่ละโรคตามความเหมาะสมของบุคลิกภาพ ลักษณะภายนอกของผู้ป่วยจิตเวชจำลองที่สอดคล้องกับข้อมูลสถานการณ์ของกรณีศึกษา โดยผู้ป่วยจิตเวชจำลองได้รับคำตอบแทนในการเป็นผู้ป่วยจำลอง และจะได้รับการให้คำปรึกษารายบุคคลในกรณีที่ไม่สามารถนำบทบาทที่ได้รับออกจากความเป็นตนเองได้หรือบทบาทที่ได้รับมีผลกระทบต่อสุขภาพจิต โดยมีจิตแพทย์จำนวน 1 ท่าน และพยาบาลที่มีความเชี่ยวชาญเฉพาะทางจิตเวชจำนวน 2 ท่าน เป็นผู้ประเมินความเหมือนจริงในเรื่องการแสดงออกทางสีหน้า ท่าทาง อารมณ์ความรู้สึก และพฤติกรรมที่แสดงออกโดยใช้แบบประเมินความเหมือนจริงของผู้ป่วยจิตเวชจำลอง ผู้ที่มีค่าคะแนนรวมของความเหมือนจริงในระดับมาก และระดับมากที่สุดถือว่าผ่านเกณฑ์การคัดเลือกเป็นผู้ป่วยจิตเวชจำลอง ภายหลังได้รับการอบรมผู้ป่วยจิตเวช

จำลองทุกคนได้รับการประเมินความเหมือนจริง โดยทุกคนผ่านเกณฑ์การประเมินความเหมือนจริง

1.3 แบบประเมินความเหมือนจริงของผู้ป่วยจิตเวชจำลอง สร้างขึ้นโดยผู้วิจัยจากการทบทวนวรรณกรรม จำนวน 5 ข้อ ลักษณะการตอบเป็นมาตราประมาณค่า 5 ระดับ คือคะแนนรวมตั้งแต่ 5-25 คะแนน ซึ่งมีการแปลผลดังนี้ มีความเหมือนจริงระดับน้อย (5-10 คะแนน) ระดับปานกลาง (10-15 คะแนน) ระดับมาก (15-20 คะแนน) และระดับมากที่สุด (20-25 คะแนน)

1.4 สถานการณ์จำลองสำหรับผู้ป่วยจิตเวชจำลอง พัฒนาโดยผู้วิจัย เอี่ยมมชัย²¹ ใช้ในการให้รายละเอียดของการดำเนินสถานการณ์จำลองที่เกิดขึ้น (episode) ประกอบด้วย ข้อมูลส่วนบุคคล ภูมิหลัง ประวัติครอบครัว ประวัติการเจ็บป่วยตั้งแต่อดีตถึงปัจจุบัน ประวัติการรักษา เหตุการณ์หรือเรื่องราวที่เกิดขึ้นก่อนเข้าสู่การพยาบาลและการดูแลรักษาของโรคทางจิตเวชให้กับผู้ป่วยจิตเวชจำลอง ซึ่งผู้วิจัยได้พัฒนาแต่งเรื่องราว (plot) ของผู้ป่วยจิตเวชจำลองที่ป่วยด้วยโรคทางจิตเวชจำนวน 4 สถานการณ์ ได้แก่ สถานการณ์ผู้ป่วยโรคจิตเภท (schizophrenia) สถานการณ์ผู้ป่วยโรคซึมเศร้า (major depressive disorder) สถานการณ์ผู้ป่วยโรคอารมณ์สองขั้ว (bipolar disorder) และสถานการณ์ผู้ป่วยโรคจิตจากสารเสพติด (substance induced psychotic disorder) ซึ่งเป็นสถานการณ์เดียวกันกับวิดีโอการสื่อสารเพื่อการบำบัด

1.5 วิดีโอการสื่อสารเพื่อการบำบัดสำหรับกลุ่มเปรียบเทียบ ผู้วิจัยสร้างวิดีโอการสื่อสารเพื่อการบำบัดโดยใช้ผู้ป่วยจิตเวชจำลองและปัญหาทางจิตเวชในโรคที่พบบ่อย ได้แก่ โรคจิตเภท โรคซึมเศร้า โรคอารมณ์สองขั้ว และโรคจิตจากสารเสพติด วิดีโอนี้ยังไม่เคยนำไปใช้เป็นสื่อการเรียนการสอนในรายวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชมาก่อน โดยผู้ป่วยจิตเวชจำลองที่แสดงใน

วิดีโอเป็นนักแสดงจำนวน 4 คนจากผู้ป่วยจิตเวชจำลองที่ใช้ในกลุ่มทดลองและผ่านเกณฑ์การประเมินความเหมือนจริงในการแสดงแล้วทุกคนผู้แสดงเป็นพยาบาลคือทีมผู้วิจัยที่เป็นอาจารย์พยาบาล สาขาวิชาการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต จำนวน 2 คน และพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานที่หอผู้ป่วยจิตเวชจำนวน 2 คน โดยทุกคนมีความเชี่ยวชาญและมีประสบการณ์ในการสื่อสารเพื่อการบำบัดกับผู้ป่วยจิตเวช ก่อนการบันทึกวิดีโอผู้แสดงเป็นพยาบาลทุกคนได้รับการเตรียมความพร้อมโดยการศึกษาทำความเข้าใจประวัติการเจ็บป่วยของผู้ป่วยจิตเวช และทบทวนเทคนิคในการสื่อสารเพื่อการบำบัดมาก่อนล่วงหน้าโดยเนื้อหาในวิดีโอมีทั้งเทคนิคการสื่อสารที่ถูกต้องเหมาะสมและไม่เหมาะสมเพื่อให้กลุ่มเปรียบเทียบได้ฝึกการคิดวิเคราะห์เกี่ยวกับความเหมาะสมของการปฏิบัติการสื่อสารเพื่อการบำบัด

1.6 แบบสังเกตการสื่อสารเพื่อการบำบัดกับผู้ป่วยจิตเวชจำลอง (do well – do difference) พัฒนาโดยวุฒิกัทร เอี่ยมมีชัย²¹ ตามหลักการของ Ross และ Rolheiser²² สำหรับกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบใช้ในการบันทึกการสังเกตการณ์สถานการณ์จำลองเหมือนจริง สะท้อนคิดและทบทวนสิ่งที่ได้เรียนรู้จากสถานการณ์จำลองและการศึกษาวิดีโอการสื่อสารเพื่อการบำบัดด้วยตนเอง (self-assessment) โดยให้ผู้เข้าร่วมกิจกรรมสังเกตสถานการณ์ “do well” คือสิ่งที่นักศึกษาทำได้ดีควรปฏิบัติต่อไปให้เชี่ยวชาญหรือควรมีความมั่นใจในการปฏิบัติ เช่น การใช้คำถามปลายเปิด-ปิด เทคนิคการสื่อสารเพื่อการบำบัด การจัด (setting) ทำนั้ง น้ำเสียง สีหน้า ท่าทาง การประเมินสภาพจิต เป็นต้น “do difference” คือสิ่งที่นักศึกษาต้องการเปลี่ยนแปลงหรือโอกาสที่เป็นไปได้และนำมาอภิปรายแลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกันในขั้นตอนการสรุปผลการปฏิบัติ เพื่อนำไปใช้ในสถานการณ์จริง

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

2.1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล พัฒนาโดยผู้วิจัย ประกอบด้วยข้อคำถาม 3 ข้อ เกี่ยวกับเพศ เกรดเฉลี่ยสะสม เกรดวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช

2.2 แบบทดสอบความรู้ในการสื่อสารเพื่อการบำบัดสร้างขึ้นโดยผู้วิจัยจากการทบทวนวรรณกรรมเป็นข้อสอบปรนัย 4 ตัวเลือก จำนวน 20 ข้อ วัดความรู้ระดับจำ 2 ข้อ เข้าใจ 3 ข้อ นำไปใช้ 12 ข้อ และวิเคราะห์ 3 ข้อ เกณฑ์ให้คะแนน คือ ตอบถูก ให้ 1 คะแนน การแปลผล คือ คะแนนรวมมาก หมายถึง มีความรู้ในการสื่อสารเพื่อการบำบัดมาก

2.3 แบบประเมินความมั่นใจในการสื่อสารเพื่อการบำบัด สร้างขึ้นโดยผู้วิจัยจากการทบทวนวรรณกรรมจำนวน 5 ข้อ เป็นการประเมินการรับรู้ความมั่นใจในการสื่อสารเพื่อการบำบัดของนักศึกษาพยาบาล ลักษณะการตอบเป็นมาตราประมาณค่า 5 ระดับ ตั้งแต่ 1-5 คะแนน คะแนนรวมตั้งแต่ 5-25 คะแนน มีการแปลผลดังนี้ การรับรู้ความมั่นใจในการสื่อสารเพื่อการบำบัดระดับน้อย (5-10 คะแนน) ระดับปานกลาง (10-15 คะแนน) ระดับมาก (15-20 คะแนน) และระดับมากที่สุด (20-25 คะแนน)

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

การตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (content validity) ของเครื่องมือที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น โดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน ได้แก่จิตแพทย์ 1 ท่าน และอาจารย์พยาบาลที่มีความเชี่ยวชาญด้านการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช 2 ท่าน ได้ค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา (content validity index, CVI) ของแผนการสอนเรื่องการเรียนรู้โดยใช้ผู้ป่วยจิตเวชจำลองเท่ากับ .84 แบบทดสอบความรู้ในการสื่อสารเพื่อการบำบัด เท่ากับ .75 และแบบ

ประเมินความมั่นใจในการสื่อสารเพื่อการบำบัด เท่ากับ .87 ผู้วิจัยทำการปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะ เพื่อให้มีความสมบูรณ์ของเนื้อหาเพื่อนำไปใช้จริงกับกลุ่มตัวอย่างสำหรับวิดีโอการสื่อสารเพื่อการบำบัด ผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา ประกอบด้วยจิตแพทย์จำนวน 1 ท่าน พยาบาลที่มีความเชี่ยวชาญด้านการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช จำนวน 1 ท่าน และอาจารย์ที่มีความเชี่ยวชาญด้านศิลปะการแสดง จำนวน 1 ท่าน ได้ค่าดัชนีความสอดคล้องของเนื้อหา (Index of Item-Objective Congruence, IOC) เท่ากับ .87

การตรวจสอบความเที่ยง (reliability) ในนักศึกษาพยาบาลที่มีลักษณะคล้ายกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 5 คน แบบทดสอบความรู้ในการสื่อสารเพื่อการบำบัดมีความเชื่อมั่น Kuder-Richardson Formula 20 (KR-20) เท่ากับ .72 และแบบประเมินความมั่นใจในการสื่อสารเพื่อการบำบัด ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) เท่ากับ .81 ซึ่งยอมรับได้²³

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

โครงการวิจัยนี้ได้รับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน สถาบันการพยาบาลศรีสวรินทิรา สภากาชาดไทย เอกสารรับรองโครงการเลขที่ COA No. 07.1/2023 IRB-STIN 005/66 เมื่อวันที่ 24 เมษายน 2567 – 23 เมษายน 2568 ภายหลังได้รับอนุมัติแล้วผู้วิจัยดำเนินการวิจัยโดยพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง เปิดโอกาสให้ตัดสินใจเข้าร่วมโครงการวิจัยโดยไม่มีผลกระทบต่อการเรียนและการให้คะแนนของรายวิชาใด ๆ การตัดสินใจเข้าร่วมวิจัยเป็นไปโดยสมัครใจโดยการลงนาม การนำเสนอผลการวิจัยทำในภาพรวม ไม่มีการระบุชื่อ

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ภายหลังการได้รับการพิจารณารับรองโครงการวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคนของสถาบันผู้วิจัยทำบันทึกถึงคณบดีสำนักวิชาพยาบาลศาสตร์เพื่อขออนุญาตประชาสัมพันธ์เปิดรับอาสาสมัครและขอความอนุเคราะห์ในการเก็บข้อมูลซึ่งดำเนินการในเดือนมิถุนายน พ.ศ. 2567 จัดกิจกรรมในวันทัศนศึกษาว่างจากการเรียน โดยนักศึกษาในกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้เลือกวันทั้งนี้นักศึกษาได้เสร็จสิ้นการเรียนการสอนและการสอบวัดประเมินผลของรายวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชเรียบร้อยแล้ว และการวิจัยนี้ไม่ได้เป็นส่วนหนึ่งของการเรียนการสอน มีผู้สนใจอาสาสมัครเข้าร่วมการวิจัยจำนวน 60 คน ผู้วิจัยดำเนินการดังนี้

1. เตรียมแนวทางการจัดการเรียนรู้โดยใช้ผู้ป่วยจิตเวชจำลอง แผนการสอน โจทย์สถานการณ์ วิดีโอการสื่อสารเพื่อการบำบัดสำหรับกลุ่มเปรียบเทียบแบบสังเกตการณ์สถานการณ์ผู้ป่วยจิตเวชจำลองสำหรับกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ และมีการประชุมทีมวิจัยอีก 2 คน ซึ่งเป็นอาจารย์พยาบาลสาขาวิชาการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพ ให้เข้าใจแนวทางในการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยและดำเนินการไปในแนวทางเดียวกัน โดยหัวหน้าโครงการวิจัยและผู้ร่วมวิจัยจำนวน 1 คน ทำหน้าที่เก็บรวบรวมของข้อมูลกลุ่มทดลองและผู้ร่วมวิจัยอีก 1 คน ทำหน้าที่เก็บรวบรวมข้อมูลของกลุ่มเปรียบเทียบ และบรรยายสรุปสาระสำคัญของการสื่อสารเพื่อการบำบัด

2. เตรียมกลุ่มตัวอย่างผู้วิจัยชี้แจงให้กลุ่มตัวอย่างทราบถึงวัตถุประสงค์การเรียนรู้ กระบวนการเรียนรู้ทุกขั้นตอนเอกสารตำราที่ควรศึกษาเพื่อหาบทวน ค้นคว้าความรู้ก่อนเข้าเรียน และขอให้ตอบแบบสอบถามด้วยตนเอง (self-report) เกี่ยวกับข้อมูลส่วนบุคคลใช้เวลา

10 นาทีในวันทีกลุ่มตัวอย่างเลือก ซึ่งดำเนินการก่อนการทดลอง 1 สัปดาห์ พร้อมทั้งนัดหมายกลุ่มตัวอย่างเพื่อกำหนดวันในการดำเนินการทดลอง

3. เตรียมสถานที่ผู้วิจัยจัดเตรียมสถานที่ได้แก่ห้องเรียน โดยจัดสภาพแวดล้อมเหมือนการจำลองหอผู้ป่วยจิตเวชที่เน้นบรรยากาศผ่อนคลาย ปลอดภัย เหมือนบ้าน มีมุมสำหรับทำกิจกรรมกลุ่ม มุมพักผ่อน โดยจำลองให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาอยู่ที่หอผู้ป่วยจิตเวชจำลองนี้แล้วจะมีนักศึกษาพาให้การพยาบาลเป็นรายบุคคล (One-to-one relationship)

4. ดำเนินการวิจัยพร้อมกันทั้ง 2 กลุ่ม ในสัปดาห์ถัดมา ช่วงเวลา 13.00 – 17.00 น. ดังนี้

4.1 กลุ่มทดลอง ผู้วิจัยขอให้กลุ่มทดลองตอบแบบทดสอบความรู้ในการสื่อสารเพื่อการบำบัด และแบบประเมินความมั่นใจในการสื่อสารเพื่อการบำบัด ก่อนเข้าร่วมการเรียนรู้โดยใช้ผู้ป่วยจิตเวชจำลอง หลังจากนั้นให้กลุ่มทดลองได้ปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยจิตเวชจำลองในห้องเรียนฝึกปฏิบัติการพยาบาลสถานการณ์จำลองเหมือนห้องผู้ป่วยจิตเวชจริง จำนวน 2 ห้องเรียน โดยแบ่งกลุ่มทดลองเป็น 2 กลุ่ม กลุ่มละ 15 คน ปฏิบัติตามขั้นตอน ดังนี้

4.1.1 การแนะนำกิจกรรม (pre-briefing phase) ใช้เวลา 20 นาที ในการรับฟังการปฐมนิเทศวัตถุประสงค์การเรียนรู้โจทย์สถานการณ์ บทบาทผู้เรียนในการปฏิบัติการสถานการณ์จำลอง จากนั้นเปิดโอกาสให้กลุ่มทดลองได้ซักถามข้อสงสัย และขออาสาสมัครในการเป็นตัวแทนกลุ่มทดลอง 4 คนต่อกลุ่มฝึกปฏิบัติการพยาบาลจิตเวชในการสื่อสารเพื่อการบำบัดรายบุคคลกับผู้ป่วยจิตเวชจำลองโรคจิตเภท โรคซึมเศร้า โรคอารมณ์สองขั้ว และโรคจิตจากสารเสพติด

4.1.2 การปฏิบัติในสถานการณ์จำลองเหมือนจริง (scenario running) ให้ตัวแทนกลุ่มทดลอง

ฝึกปฏิบัติการสื่อสารเพื่อการบำบัดกับผู้ป่วยจิตเวชจำลอง โดยมีขั้นตอนปฏิบัติ ดังนี้ (1) ตัวแทนกลุ่มทดลองเริ่มต้นสนทนากับผู้ป่วยจิตเวชจำลอง โดยใช้ระยะเวลาสถานการณ์ละ 30 นาที (2) กลุ่มทดลองที่เหลือทำหน้าที่เป็นผู้สังเกตการณ์ผ่านห้องกระจกมองด้านเดียว (one – way mirror room) พร้อมกับบันทึกข้อมูลที่สังเกตได้ลงในแบบฟอร์มบันทึกข้อมูลสถานการณ์ ผู้ป่วยจิตเวชจำลองเพื่อใช้ในการแลกเปลี่ยนความคิดเห็นสะท้อนคิดในการสื่อสารเพื่อการบำบัดกับผู้ป่วยจิตเวชจำลอง และ (3) หลังจากการปฏิบัติในสถานการณ์จำลองแต่ละสถานการณ์เสร็จสิ้นลง ผู้วิจัยให้เวลา กลุ่มทดลอง 10 นาที เพื่อเตรียมรวบรวมข้อมูลที่ได้จากประสบการณ์การสังเกตการสื่อสารเพื่อการบำบัดกับผู้ป่วยจิตเวชจำลอง เพื่อนำมาร่วมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ สะท้อนคิดให้เกิดความคิดรวบยอด

4.1.3 การสรุปผลการปฏิบัติ (debriefing phase) ใช้เวลา 20 นาที ให้กลุ่มทดลองทั้งผู้ที่แสดงเป็นพยาบาลและกลุ่มทดลองที่เป็นผู้สังเกตการณ์ที่เหลือทั้งหมด แสดงความคิดและความรู้สึกที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยจิตเวชจำลองและในสถานการณ์จำลองทั้ง 4 สถานการณ์ สะท้อนคิดเกี่ยวกับประสบการณ์การสื่อสารเพื่อการบำบัด การพยาบาลจิตเวชอย่างเป็นขั้นตอน ทั้งในบทบาทของพยาบาลจิตเวชและผู้สังเกตการณ์โดยใช้คำถามกระตุ้นการแลกเปลี่ยนเรียนรู้จากประสบการณ์ที่ได้รับ พร้อมทั้งร่วมกันอภิปรายเหตุผลของการใช้เทคนิคการสื่อสารเพื่อการบำบัดต่าง ๆ ปัญหาอุปสรรคที่เกิดขึ้น การวิเคราะห์เกี่ยวกับประเด็นต่าง ๆ ที่พบเจอจากสถานการณ์จำลอง รวมถึงการพัฒนาเป็นความคิดรวบยอดของแต่ละบุคคล และแนวทางในการนำความรู้ในการสื่อสารเพื่อการบำบัดจากการเรียนรู้โดยใช้ผู้ป่วยจิตเวชจำลองในสถานการณ์จำลองไปใช้ในการปฏิบัติกับผู้ป่วยจิตเวชจริงได้

4.1.4 กลุ่มทดลองฝึกปฏิบัติในสถานการณ์เสมือนจริงจำนวน 4 สถานการณ์ใช้ระยะเวลาในการฝึกปฏิบัติสถานการณ์ละ 60 นาทีและดำเนินการต่อเนื่องกันทั้ง 4 สถานการณ์จนครบ

4.1.5 ผู้วิจัยให้กลุ่มทดลองทำแบบทดสอบความรู้ในการสื่อสารเพื่อการบำบัดและแบบประเมินความมั่นใจในการสื่อสารเพื่อการบำบัดหลังการเรียนรู้โดยใช้ผู้ป่วยจิตเวชจำลองทันที

4.2 กลุ่มเปรียบเทียบผู้วิจัยให้กลุ่มเปรียบเทียบทำแบบทดสอบความรู้ในการสื่อสารเพื่อการบำบัดและแบบประเมินความมั่นใจในการสื่อสารเพื่อการบำบัดก่อนการเข้าร่วมกิจกรรม โดยใช้สถานที่เป็นห้องเรียนปกติ โดยปฏิบัติตามขั้นตอน ดังนี้

4.2.1 ผู้วิจัยขอให้กลุ่มเปรียบเทียบศึกษาวิดีโอการสื่อสารเพื่อการบำบัดกับผู้ป่วยจิตเวชจำลองโรคจิตเภทโรคซึมเศร้าโรคอารมณ์สองขั้วและโรคจิตจากสารเสพติด ซึ่งวิดีโอมีความยาวประมาณ 20-30 นาทีต่อเนื่องกันทั้ง 4 สถานการณ์พร้อมบันทึกข้อมูลที่สังเกตเห็นจากวิดีโอสื่อสารเพื่อการบำบัดลงในแบบสังเกตการสื่อสารเพื่อการบำบัดกับผู้ป่วยจิตเวชจำลอง

4.2.2 หลังจากการศึกษาวีดิโอสื่อสารเพื่อการบำบัดแต่ละสถานการณ์เสร็จสิ้นแล้วกลุ่มเปรียบเทียบจะได้รับเวลา 10 นาทีเพื่อเตรียมรวบรวมข้อมูลที่ได้จากการสังเกตวิดีโอสื่อสารเพื่อการบำบัดเพื่อการบำบัดกับผู้ป่วยจิตเวชจำลอง เพื่อนำมารวบรวมแลกเปลี่ยนเรียนรู้

4.2.3 กลุ่มเปรียบเทียบรับฟังการบรรยายสรุปสาระสำคัญของการสื่อสารเพื่อการบำบัดได้แก่องค์ประกอบที่มีผลต่อการสื่อสารเพื่อการบำบัดทางจิตเทคนิคการสื่อสารเพื่อการบำบัดเทคนิคการสื่อสารที่ไม่ส่งเสริมการบำบัด พร้อมยกตัวอย่างการใช้เทคนิค

การสื่อสารเพื่อการบำบัดต่าง ๆ ที่ได้จากวิดีโอการสื่อสารเพื่อการบำบัด เป็นเวลา 15 นาที และแลกเปลี่ยนแสดงความคิดเห็นและสะท้อนความรู้สึกในสิ่งที่ได้เรียนรู้เป็นเวลา 15 นาที

4.2.4 ผู้วิจัยขอให้กลุ่มเปรียบเทียบตอบแบบทดสอบความรู้ในการสื่อสารเพื่อการบำบัดและแบบประเมินความมั่นใจในการสื่อสารเพื่อการบำบัดหลังการเรียนรู้จากวิดีโอและการบรรยายสรุปสาระสำคัญของการสื่อสารเพื่อการบำบัดเสร็จสิ้นทันที

5. ตรวจสอบความสมบูรณ์ของข้อมูล ลงรหัสข้อมูล และวิเคราะห์ข้อมูลตามวิธีการทางสถิติ

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างใช้สถิติพรรณนา ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานวิเคราะห์ความแตกต่างของข้อมูลส่วนบุคคลโดยใช้ Independent t-test และ Fisher's Exact Probability test

2. เปรียบเทียบความรู้ในการสื่อสารเพื่อการบำบัดและความมั่นใจในการสื่อสารเพื่อการบำบัดก่อนและหลังการเรียนรู้โดยใช้สถิติ Paired t-test และเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบโดยใช้ Independent t-test ผลการตรวจสอบข้อตกลงเบื้องต้นด้วยการทดสอบ Shapiro-Wilk test พบว่าข้อมูลมีการแจกแจงแบบปกติ

3. เปรียบเทียบความแตกต่างของความรู้ก่อน-หลังการทดลอง (mean difference) ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบโดยใช้ Mann Whitney U test เนื่องจากข้อมูลไม่มีการแจกแจงเป็นปกติ

4. เปรียบเทียบความแตกต่างของความมั่นใจก่อน-หลังการทดลอง (mean difference) ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบโดยใช้ Independent t-test

ผลการศึกษา

กลุ่มทดลองส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 90.00) มีเกรดเฉลี่ยสะสม 3.19 (SD = 0.35, Min-Max = 2.25-3.80) และเกรดเฉลี่ยรายวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช 2.62 (SD = 0.47, Min-Max = 2.50-3.50) กลุ่มเปรียบเทียบส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 93.30) มีเกรดเฉลี่ยสะสม 3.24 (SD = 0.30) และเกรดเฉลี่ยรายวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช 2.63 (SD = 0.43) วิเคราะห์ความแตกต่างของข้อมูลส่วนบุคคลระหว่างกลุ่มทดลอง

และกลุ่มเปรียบเทียบพบว่าเพศ เกรดเฉลี่ยสะสม และเกรดเฉลี่ยรายวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ก่อนการทดลองความรู้ในการสื่อสารเพื่อการบำบัดและความมั่นใจในการสื่อสารเพื่อการบำบัดระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ภายหลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีความรู้ในการสื่อสารเพื่อการบำบัดและความมั่นใจในการสื่อสารเพื่อการบำบัดสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = -11.949, p < .001$; $t = -17.357, p < .001$ ตามลำดับ) (Table 1)

Table 1 Comparisons of knowledge and self - confidence in therapeutic communication before and after program in the experimental group using Paired t-test (n = 30)

	before		after		t	p-value
	M	SD	M	SD		
Knowledge	10.83	1.64	13.10	2.23	-11.949	<.001
Self - confidence	13.17	4.11	20.97	2.87	-17.357	<.001

การเปรียบเทียบความรู้ในการสื่อสารเพื่อการบำบัดหลังทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบพบว่ากลุ่มทดลองมีความรู้ในการสื่อสารเพื่อการบำบัดน้อยกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = -2.149, p = .036$) (Table 2) อย่างไรก็ตามเมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบโดยใช้ Mann Whitney U test พบว่า

ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($Z = -1.580, p = .114$)

ภายหลังทดลอง กลุ่มทดลองมีความมั่นใจในการสื่อสารเพื่อการบำบัดมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 2.866, p = .006$) (Table 2) และพบว่า ความแตกต่างของค่าเฉลี่ยของกลุ่มทดลองมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 4.088, p < .001$)

Table 2 Comparisons of knowledge and self-confidence in therapeutic communication between experimental and comparison groups using Independent t-test

	Control group (n = 30)		Experimental group (n = 30)		t	p-value
	M	SD	M	SD		
Knowledge						
before	11.23	1.52	10.83	1.64	-0.978	.332
after	14.23	1.83	13.10	2.23	-2.149	.036
Self - confidence						
before	14.27	2.53	13.17	4.11	-1.021	.312
after	19.17	1.90	20.97	2.87	2.866	.006

การอภิปรายผล

ผลการวิจัยพบว่า หลังการทดลอง กลุ่มทดลอง มีความรู้และความมั่นใจในการสื่อสารเพื่อการบำบัด มากกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เป็นไปตามสมมติฐานที่ 1 และ 2 แสดงให้เห็นว่านักศึกษาพยาบาล กลุ่มทดลองเกิดการเรียนรู้และมีความมั่นใจจากการเรียนรู้โดยใช้ผู้ป่วยจิตเวชจำลอง ซึ่งอธิบายได้จากทฤษฎีการเรียนรู้จากประสบการณ์ของโคลป์ โดยนักศึกษา กลุ่มทดลองได้เรียนรู้เรื่องการสื่อสารเพื่อการบำบัดกับผู้ป่วยจิตเวชจำลองจากประสบการณ์ด้วยตนเองจากการได้ลงมือปฏิบัติจริง (concrete experience) ได้นำความรู้ที่ได้มาจากรายวิชาทฤษฎีการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชมาประยุกต์ใช้ในการปฏิบัติการสื่อสารเพื่อการบำบัดกับผู้ป่วยจิตเวชจำลองได้ และมีโอกาสได้แลกเปลี่ยน แสดงความคิดเห็น สะท้อนคิดในประเด็นที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติ (reflective observation) ทั้งการสื่อสารเพื่อการบำบัด ปัญหาอุปสรรคและแนวทางการแก้ไข ซึ่งการสะท้อนคิดสิ่งที่สังเกตได้จากการปฏิบัติ ช่วยให้กลุ่มทดลองได้ซึมซับประสบการณ์จากผู้อื่น เพื่อสร้างความรู้ความเข้าใจเพิ่มมากขึ้น เกิดกระบวนการเชื่อมโยง ประสบการณ์หรือความรู้ใหม่เข้ากับความรู้เดิมจากทฤษฎี เกิดความคิดรวบยอดจากประสบการณ์จริงที่เกิดขึ้นจากการเรียนรู้โดยใช้ผู้ป่วยจิตเวชจำลอง สามารถนำความรู้จากประสบการณ์การปฏิบัติ และความรู้จากการสะท้อนคิดการปฏิบัติของกลุ่มผู้เรียน เชื่อมโยงสร้างความคิดรวบยอดของประสบการณ์ที่ได้รับ (abstract conceptualization) และผู้เรียนสามารถประยุกต์ใช้ความรู้ที่เกิดจากความคิดรวบยอดไปใช้ในสถานการณ์ใหม่ได้โดยสามารถบอกแนวทางในการนำความรู้ที่ได้จากการเรียนรู้โดยใช้ผู้ป่วยจิตเวชจำลองไปใช้ในการปฏิบัติกับผู้ป่วยบริการจริงได้อย่างเหมาะสม (active experimentation) จึงมีความรู้

ในการสื่อสารเพื่อการบำบัดมากขึ้น สอดคล้องกับข้อมูลเชิงคุณภาพที่ได้จากการบันทึกแบบสังเกตการสื่อสารเพื่อการบำบัดกับผู้ป่วยจิตเวชจำลอง (do well – do difference) ในกลุ่มทดลองที่แสดงให้เห็นถึงการนำความรู้จากรายวิชาทฤษฎีมาประยุกต์ใช้ในการปฏิบัติ เช่น ตัวอย่างที่ 3 กล่าวว่า “รู้สึกว่าได้นำความรู้จากวิชาทฤษฎีมาใช้ในการฝึกคิดวิเคราะห์ตามสถานการณ์จำลอง ขณะสังเกตการณ์ว่าผู้ป่วยโรคจิตเภทพูดมาแบบนี้ เราควรใช้เทคนิคการสื่อสารเพื่อการบำบัดใดเพื่อตั้งคำถามหรือตอบคำถาม ให้บทสนทนาดำเนินต่อไปได้” เช่นเดียวกับตัวอย่างที่ 6 กล่าวว่า “การจัดทำนั่งของเพื่อนขณะสนทนากับผู้ป่วยจิตเวชเหมาะสม การใช้ น้ำเสียงได้สุภาพอ่อนโยน นุ่มนวล เป็นกันเองและมีความเข้าอกเข้าใจ (empathy) ดูเป็น พยาบาลที่เชี่ยวชาญด้านการพยาบาลจิตเวช”

ผลการวิจัยพบว่า หลังการทดลอง กลุ่มเปรียบเทียบ มีความรู้ในการสื่อสารเพื่อการบำบัดมากกว่ากลุ่มทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งไม่เป็นไปตามสมมติฐานที่ 3 อาจเนื่องจากกลุ่มเปรียบเทียบได้รับการเรียนรู้จากวิดีโอ ซึ่งใกล้เคียงกับกลุ่มทดลอง และยังได้รับฟังการบรรยายสรุปสาระสำคัญของการสื่อสารเพื่อการบำบัด และได้แลกเปลี่ยนเรียนรู้กับอาจารย์ก่อนตอบแบบทดสอบ หลังการทดลอง ดังข้อมูลเชิงคุณภาพที่ได้จากการบันทึกแบบสังเกตการสื่อสารเพื่อการบำบัดกับผู้ป่วยจิตเวชจำลอง (do well – do difference) ในกลุ่มเปรียบเทียบ ที่ศึกษาวิดีโอการสื่อสารเพื่อการบำบัดที่แสดงให้เห็นว่า การศึกษาวิดีโอและการบรรยายสรุปสาระสำคัญ ช่วยให้เกิดความเข้าใจเกี่ยวกับการสื่อสารเพื่อการบำบัดมากขึ้น เช่น ตัวอย่างที่ 7 กล่าวว่า “วิดีโอทำให้เห็นวิธีการสื่อสารกับผู้ป่วยจิตเวช และการใช้เทคนิคการสื่อสารต่าง ๆ แต่มีความยาวพอสมควร การมีอาจารย์ช่วยสรุปสาระสำคัญ ให้ทำให้เกิดความเข้าใจมากขึ้น” และ ตัวอย่างที่ 21 กล่าวว่า

“ชอบที่มีการบรรยายสรุปและเปิดโอกาสให้นักศึกษาสอบถามข้อสงสัย ทำให้นักศึกษากล้าสอบถามมากขึ้น ไม่กดดัน” อย่างไรก็ตาม ความรู้ที่เพิ่มขึ้นของกลุ่มเปรียบเทียบไม่แตกต่างจากกลุ่มทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (ไม่เป็นไปตามสมมติฐานที่ 5) ซึ่งให้เห็นว่าวิดีโอการสื่อสารเพื่อการบำบัดและการบรรยายสรุป ส่งผลให้ความรู้เพิ่มขึ้นไม่ต่างจากการใช้ผู้ป่วยจิตเวชจำลองนำไปสู่การเพิ่มขึ้นของความมั่นใจในการสื่อสารเพื่อการบำบัด

หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีความมั่นใจในการสื่อสารเพื่อการบำบัดสูงกว่าและเพิ่มขึ้นมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เป็นไปตามสมมติฐานที่ 4 และ 6 แสดงให้เห็นว่าการเรียนรู้โดยใช้ผู้ป่วยจิตเวชจำลองสามารถเพิ่มความมั่นใจ จากการได้เรียนรู้ผ่านการลงมือปฏิบัติจริง ทั้งประสบการณ์ตรงที่ได้ลงมือปฏิบัติเอง และจากการสังเกตการณ์ซ้ำ ๆ ทำให้กลุ่มทดลองมีความมั่นใจมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบที่ศึกษาจากการดูวิดีโอ โดยนักศึกษาในกลุ่มทดลองที่ได้เป็นตัวแทนในการรับบทบาทเป็นพยาบาลจิตเวชตัวอย่างที่ 13 กล่าวว่า “ตอนแรกรู้สึกกลัวมากถึงแม้ว่าผู้ป่วยจิตเวชจำลอง แค่ได้ยินว่าเป็นผู้ป่วยจิตเวชก็กังวลว่าเราจะคุยกับผู้ป่วยจิตเวชได้หรือเปล่า แต่พอได้คุยกับผู้ป่วยจิตเวชจำลองเหมือนได้คุยกับผู้ป่วยโรคอารมณ์สองขั้วจริง ๆ เห็นความคิดแล่นเร็ว (flight of idea) ตรงกับที่เรียนในรายวิชาทฤษฎีมาเลย ทำให้ความรู้สึกเราเปลี่ยนไปเลยว่าผู้ป่วยจิตเวชไม่ได้น่ากลัวเหมือนที่เราคิดไว้ทำให้รู้สึกอยากช่วยเหลือและให้ข้อมูลเกี่ยวกับการรับประชนาจิตเวชให้ต่อเนื่อง ไม่หยุดยาเอง เพราะช่วยทำให้ควบคุมอาการได้” ตัวอย่างที่ 22 กล่าวว่า “เมื่อได้เป็นพยาบาลตอนแรกกังวลมาก กลัวทำไม่ได้แต่เมื่อได้เห็นเพื่อนทำได้ก็คิดว่าน่าจะทำได้เหมือนกัน เมื่อได้คุยกับผู้ป่วยจิตเวชจำลองแล้วรู้สึกว่

เหมือนคุยกับผู้ป่วยปกติ แต่แค่จะมีอาการหลงผิด (delusion) คิดไม่เหมือนคนปกติ รู้สึกมั่นใจมากขึ้นกว่าก่อนคุยมาก กล้าคุยกับผู้ป่วยจริง เพราะรู้แล้วว่าต้องสื่อสารยังไง” และกลุ่มทดลองที่เป็นผู้สังเกตการณ์ตัวอย่างที่ 3 แสดงความคิดเห็นว่า “การได้เห็นเพื่อนแสดงเป็นพยาบาลช่วยทำให้เห็นภาพชัดเจนขึ้นว่าต้องสื่อสารกับผู้ป่วยจิตเวชอย่างไร เมื่อเห็นเพื่อนทำได้ก็รู้สึกว่าตัวเองก็คงทำได้เหมือนกัน” สอดคล้องกับผลการศึกษาที่พบว่าผู้ป่วยจิตเวชจำลองช่วยให้นักศึกษาได้เตรียมตัวก่อนการฝึกปฏิบัติทางคลินิก ในเรื่องของการซักประวัติ การสัมภาษณ์ ทักษะการสื่อสารเพิ่มความมั่นใจและลดความวิตกกังวลเมื่อต้องเผชิญกับสถานการณ์จริง²⁴ และผลการศึกษาที่พบว่าการใช้ผู้ป่วยจิตเวชจำลองเพิ่มทักษะการสื่อสารเพื่อการบำบัดและความมั่นใจ^{14, 25} จะเห็นได้ว่ากลุ่มทดลองเกิดความมั่นใจในการปฏิบัติการสื่อสารเพื่อการบำบัดกับผู้ป่วยจิตเวชเพิ่มขึ้น

นอกจากนี้จากข้อมูลเชิงคุณภาพยังพบกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบมองว่าการมีสื่อการเรียนรู้ทั้งผู้ป่วยจิตเวชจำลองและวิดีโอการสื่อสารเพื่อการบำบัดเป็นวิธีการเตรียมความพร้อมก่อนการฝึกปฏิบัติจริงที่มีประโยชน์ ช่วยให้นักศึกษามองเห็นภาพและเข้าใจในตัวผู้ป่วยจิตเวชมากขึ้น ลดความกลัวและความวิตกกังวล และเกิดความมั่นใจในการนำความรู้สู่การปฏิบัติจริง เช่น กลุ่มทดลองตัวอย่างที่ 14 กล่าวว่า “เพื่อนเก่งมากที่สามารถพูดคุยกับผู้ป่วยจิตเวชได้ พอได้มาฝึกก่อนรู้สึกว่ามองภาพผู้ป่วยจิตเวชเปลี่ยนไป ไม่ได้น่ากลัวอย่างที่คิด คิดว่าตอนฝึกปฏิบัติน่าจะทำได้” กลุ่มเปรียบเทียบตัวอย่างที่ 29 กล่าวว่า “พยาบาลที่แสดงในวิดีโอแสดงได้ดี มีความเข้าใจในตัวผู้ป่วย เป็นแบบอย่างที่ดีในการดูแลผู้ป่วย สามารถใช้ทบทวนความรู้ก่อนปฏิบัติจริงได้ซ้ำ ๆ”

ข้อเสนอแนะจากผลการศึกษา

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

ผลการวิจัยครั้งนี้ชี้ให้เห็นว่า การเรียนรู้โดยใช้ผู้ป่วยจิตเวชจำลองและการใช้วิดีโอร่วมกับการสรุปเนื้อหา มีประสิทธิผลไม่แตกต่างกันในการส่งเสริมความรู้ในการสื่อสารเพื่อการบำบัด แต่การเรียนรู้โดยใช้ผู้ป่วยจิตเวชจำลองมีประสิทธิผลดีกว่าการใช้วิดีโอร่วมกับการสรุปเนื้อหาในการส่งเสริมความมั่นใจในการสื่อสารเพื่อการบำบัดของนักศึกษาพยาบาล ในการจัดการเรียนการสอน อาจารย์พยาบาลและผู้เกี่ยวข้องสามารถใช้ผู้ป่วยจิตเวชจำลองเพื่อช่วยสร้างความมั่นใจในการสื่อสารเพื่อการบำบัดก่อนการฝึกปฏิบัติในสถานการณ์จริงของนักศึกษา

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

การวิจัยครั้งต่อไปควรออกแบบวิจัยเพื่อทดสอบผลของการเรียนรู้โดยใช้ผู้ป่วยจิตเวชจำลองต่อความรู้ในการสื่อสารเพื่อการบำบัดอย่างชัดเจนยิ่งขึ้น รวมทั้งติดตามผล ตลอดจนศึกษาผลต่อทักษะการปฏิบัติการสื่อสารเพื่อการบำบัดของนักศึกษาพยาบาล

References

1. Onsri P. The instructor's role towards 21st century learning skills. Journal of The Royal Thai Army Nurses. 2016;19(3):8-13. Available from: <https://he01.tci-thaijo.org/index.php/JRTAN/article/view/47564/39429> (in Thai)
2. Pantaewan P. Development of student in the 21st century with active learning in nursing profession. Journal of The Royal Thai Army Nurses. 2016;17(3):17-24. Available from: <https://he01.tci-thaijo.org/index.php/JRTAN/article/view/73072/58764> (in Thai)
3. Norkaeo D. Simulation based learning for nursing education. Journal of Boromarajonani College of Nursing, Bangkok. 2015;31(3):112-22. Available from: <https://he01.tci-thaijo.org/index.php/bcnbangkok/article/view/56415/46992> (in Thai)
4. Humair J-P, Cornuz J. A new curriculum using active learning methods and standardized patients to train residents in smoking cessation. J Gen Intern Med. 2003;18(12):1023-7. <https://doi.org/10.1111/j.1525-1497.2003.20732.x> PMID: 14687261
5. Seybert AL, Kobulinsky LR, McKaveney TP. Human patient simulation in a Pharmacotherapy course. Am J Pharm Educ. 2008;72(2): 1-37. <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC2384212/> PMID: 18483603
6. Ince S. The effects of using standardized patients on nursing students' head, neck and neurological examination skills, self-confidence and satisfaction. Cyprus J Med Sci. 2024; 9(2): 137-144. Available from: <https://doi.org/10.4274/cjms.2021.2021-74>
7. Kanungpiarn T, Mulalin T, Jiramanasawong A, Klaraeng W, Suratawon R. The development of blended learning model in mental health and psychiatric nursing for student nurse. The Journal of Boromrajonani College of Nursing, Suphanburi. 2024;7(1): 147-64. Available from: <https://he02.tci-thaijo.org/index.php/SNC/article/view/269717> (in Thai)
8. Robkob W, Inchaithep S, Thinwang W. Development of learning outcomes based on learning and evaluation redesigned using standardized patient in simulation-based learning (SBL) in mental health and psychiatric nursing courses. Journal of Health Sciences Scholarship. 2022;9(1):229-52. Available from: <https://he01.tci-thaijo.org/index.php/johss/article/view/254666/173144> (in Thai)
9. Jai Z, Balinas JM. Teaching strategies in psychiatric nursing based on bloom's taxonomy of educational objectives. Cureus. 2024;16(4):1-5. <https://doi.org/10.7759/cureus.57759> PMID: 38590977

**ผลของการเรียนรู้โดยใช้ผู้ป่วยจิตเวชจำลองต่อความรู้และความมั่นใจในการสื่อสารเพื่อการบำบัดของนักศึกษาพยาบาล:
การศึกษานำร่อง**

10. Sinthuchai S, Ubolwan K. Fidelity simulation based learning: implementation to learning and teaching management. Journal of The Royal Thai Army Nurses. 2017;18(1):29-38. Available from: <https://he01.tci-thaijo.org/index.php/JRTAN/article/view/85254> (in Thai)
11. Speeney N, Kameg KM, Cline T, Szpak JL, Bagwell B. Impact of a standardized patient simulation on undergraduate nursing student knowledge and perceived competency of the care of a patient diagnosed with schizophrenia. Arch Psychiatr Nurs. 2018;32(6):845-9. <https://doi.org/10.1016/j.apnu.2018.06.009> PMID: 30454626
12. Witt MA, McGaughan K, Smaldone A. Standardized patient simulation experiences improves mental health assessment and communication. Clin Sim Nurs. 2018;23:16-20. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.ecns.2018.08.002>
13. Kameg B, Fradkin D, Lee H. Effect of standardized patient simulation on nursing students' attitudes toward psychiatric nursing and patients with mental health problems. J Psychosoc Nurs Ment Health Serv. 2021;59(8):15-21. <https://doi.org/10.3928/02793695-20210513-01> PMID: 34142918
14. Khamwong M, Kunlaka S, Sirimai W, Noochusuk C. Effect of simulation-based learning on self-confidence in therapeutic communication practice of nursing students. Journal of Health and Nursing Research. 2020;36(1):201-12. Available from: <https://he01.tci-thaijo.org/index.php/bcnbangkok/article/view/241963> (in Thai)
15. Donovan LM, Mullen LK. Expanding nursing simulation programs with a standardized patient protocol on therapeutic communication. Nurse Educ Pract. 2019;38:126-31. <https://doi.org/10.1016/j.nepr.2019.05.015> PMID: 31276971
16. Liaw SY, Scherpbier A, Rethans J-J, Klainin-Yobas P. Assessment for simulation learning outcomes: a comparison of knowledge and self-reported confidence with observed clinical performance. Nurse Educ Today. 2012;32(6):35-9. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2011.10.006> PMID: 22064013
17. Blum CA, Borglund S, Parcells D. High-fidelity nursing simulation: impact on student self-confidence and clinical competence. Int J Nurs Educ Scholarsh. 2010;7(1):1-15. <https://doi.org/10.2202/1548-923x.2035> PMID: 20597857
18. Kolb DA. Experiential learning: Experience as the source of learning and development. New Jersey: Prentice Hall; 1984. Available from: https://www.fullerton.edu/cice/_resources/pdfs/sl_documents/Experiential%20Learning%20-%20Experience%20As%20The%20Source%20Of%20Learning%20and%20Development.pdf
19. Faul F, Erdfelder E, Lang AG, Buchner A. G*power: a flexible statistical power analysis program for the social, behavior, and biomedical sciences. Behav Res Methods. 2007;39(2):175-191. <https://doi.org/10.3758/bf03193146> PMID: 17695343
20. Little R, Rubin D. Statistical analysis with missing data, 3rd ed. Hoboken (NJ): Wiley; 2019.
21. Lammeechai W. Plus-delta framework: workplace-based learning. SHEE J. 2022;3:25-8. Available from: <https://shee.si.mahidol.ac.th/knowledge/ebook/2566/1-66/files/basic-html/page33.html> (in Thai)
22. Becker KL, Rose LE, Berg JB, Park H, Shatzer JH. The teaching effectiveness of standardized patients. J Nurs Educ. 2006;45(4). <https://doi.org/10.3928/01484834-20060401-03> PMID: 16629278
23. Polit DF, Beck CT. The content validity index: are you sure you know what's being reported? Critique and recommendations. Res Nurs Health. 2006;29(5):489-97. <https://doi.org/10.1002/nur.20147> PMID: 16977646

24. Doolen J, Giddings M, Johnson M, Guizado de Nathan G, O Badia L. An evaluation of mental health simulation with standardized patients. *Int J Nurs Educ Scholarsh.* 2014;11(1): 55–62. <https://doi.org/10.1515/ijnes-2013-0075> PMID: 24620017
25. Cahyono BD, Zuhroidah I, Sujarwadi M. Effectiveness of standardized patients and role-play simulation methods in improving self-confidence and therapeutic communication skills of nursing students. *Nurse and Health: Jurnal Keperawatan.* 2020;9(1):9–15. <https://doi.org/10.36720/nhjk.v9i1.128>

ปัจจัยทำนายคุณภาพการเตรียมลำไส้ใหญ่ในพระสงฆ์ที่เข้ารับ การส่องกล้องลำไส้ใหญ่ทางทวารหนัก¹

นุจิรา วงศ์อินทร์ พย.ม.²

เกศศิริ วงษ์คงคำ ปร.ด. (การพยาบาล)³

วัลย์ลดา ฉันทน์เรืองวนิชย์ พย.ด.⁴

อวยพร เค่ำสมบัติวัฒนา พ.บ., ว.ว. (อายุรศาสตร์โรคระบบทางเดินอาหาร)⁵

บทคัดย่อขยาย

บทนำ การส่องกล้องลำไส้ใหญ่เป็นหัตถการที่มีความสำคัญในการตรวจหามะเร็งลำไส้ใหญ่ มีขั้นตอนการเตรียมตัวที่สำคัญ คือ การเตรียมลำไส้ใหญ่ให้สะอาดปราศจากอุจจาระและน้ำอุจจาระ ส่งผลให้การตรวจวินิจฉัยมีความแม่นยำ สามารถถ่ายภาพเยื่อเมือก ตังเนื้อหรือรอยโรคที่เป็นมะเร็งภายในลำไส้ได้อย่างชัดเจนและช่วยลดผลข้างเคียงหรือภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นได้ พระสงฆ์รับบิณฑบาตอาหารที่ประชาชนถวายให้ จึงส่งผลต่อการปรับเปลี่ยนชนิดของอาหารเพื่อเตรียมลำไส้ก่อนการส่องกล้อง คุณภาพของการเตรียมลำไส้ใหญ่เป็นสิ่งที่สำคัญอย่างยิ่ง การเตรียมลำไส้ใหญ่ที่ไม่สะอาด ส่งผลให้กระบวนการส่องกล้องไม่สมบูรณ์และถูกยกเลิก ต้องมีการนัดผู้ป่วยกลับมาตรวจซ้ำ อย่างไรก็ตาม การนัดหมายพระสงฆ์มาเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลล่วงหน้าเพื่อเตรียมลำไส้ใหญ่ก่อนการส่องกล้องทางทวารหนักอาจยังไม่เพียงพอที่จะช่วยให้พระสงฆ์สามารถเตรียมลำไส้ใหญ่ได้อย่างมีคุณภาพ

วัตถุประสงค์ของการวิจัย การศึกษาครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) ศึกษาคุณภาพของการเตรียมลำไส้ใหญ่ในพระสงฆ์ที่เข้ารับการส่องกล้องลำไส้ใหญ่ และ 2) ศึกษาปัจจัยทำนายคุณภาพการเตรียมลำไส้ของ ความเสี่ยง ได้แก่ การเกิดอาการท้องผูก ความเสี่ยงก่อนเข้ารับการผ่าตัด และการรับประทานอาหารที่มีกากใยในพระสงฆ์ที่มารับการส่องกล้องลำไส้ใหญ่

การออกแบบการวิจัย เป็นการวิจัยแบบศึกษาความสัมพันธ์เชิงทำนาย ใช้กรอบแนวคิดการปรับตัวของรอย ในการปรับตัวเพื่อเตรียมลำไส้ใหญ่ก่อนเข้ารับการส่องกล้อง ซึ่งมีกระบวนการประกอบด้วย สิ่งนำเข้าผ่านกระบวนการควบคุมทางสรีรวิทยาเกี่ยวกับกลไกควบคุมการขับถ่ายอุจจาระและมีการปรับตัวด้านโภชนาการในการปรับเปลี่ยนอาหารเพื่อลดกากใยในระบบทางเดินอาหาร ซึ่งกระบวนการทั้งหมดส่งผลต่อคุณภาพของการเตรียมลำไส้

วิธีดำเนินการวิจัย กลุ่มตัวอย่างคือพระสงฆ์ที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลเพื่อเข้ารับการส่องกล้องลำไส้ใหญ่ทางทวารหนัก ระหว่างเดือนเมษายน พ.ศ. 2564 ถึง มกราคม พ.ศ. 2566 จำนวน 199 คน เลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจงตามเกณฑ์คัดเข้า คือ อายุ 20 ปีขึ้นไป เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลเพื่อเข้ารับการส่องกล้องตรวจลำไส้ใหญ่ทั้งกรณีการตรวจคัดกรอง การวินิจฉัยรักษาและการติดตามอาการหลังผ่าตัด หากมีอายุมากกว่า 60 ปี ต้องมีการรู้คิดที่ปกติ หรือได้คะแนน ≥ 3 เมื่อประเมินด้วย

¹ วิทยานิพนธ์หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

² นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

³ ผู้ประพันธ์บรรณกิจ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

E-mail: kessiri.won@mahidol.ac.th

⁴ รองศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

⁵ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล

แบบทดสอบสมรรถภาพสมอง Mini-Cog ไม่เป็นโรคทางจิตเวช ไม่มีประวัติต่อไปนี้ คือ กลืนลำบาก การอุดตันหรือตีบของลำไส้ใหญ่ เลือดออกในระบบทางเดินอาหารส่วนล่าง ประวัติการผ่าตัดลำไส้ หรือ ตัดต่อทางเดินอาหารและมีลักษณะทางกายวิภาคของทางเดินอาหารที่ผิดปกติจากกายวิภาคปกติ เครื่องมือวิจัย ได้แก่ เครื่องมือคัดกรองภาวะพร่องของการรู้คิด (Mini-cog) แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบสอบถามข้อมูลทางคลินิก แบบประเมินความเสี่ยงต่อการเกิดอาการท้องผูก มีค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา เท่ากับ .83 และค่าความเชื่อมั่นโดยมีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ .93 แบบสอบถาม ประเภทของอาหารที่รับประทานก่อนการส่องกล้อง มีดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา เท่ากับ 1 แบบบันทึก ความเสี่ยงก่อนเข้ารับการผ่าตัด (ASA class) และแบบประเมินความสะอาดของลำไส้ (Boston Bowel Preparation Score: BBPS) มีค่าความเชื่อมั่น Inter-Rater Reliability (IRR) เท่ากับ .85 เก็บรวบรวมข้อมูล โดยการสัมภาษณ์แบบมีโครงสร้างและบันทึกข้อมูลจากแฟ้มผู้ป่วย วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติบรรยาย และวิเคราะห์ปัจจัยทำนายคุณภาพของการเตรียมลำไส้ใหญ่ในพระสงฆ์ที่เข้ารับการส่องกล้องลำไส้ใหญ่ ทางทวารหนัก โดยใช้สถิติถดถอยลอจิสติก กำหนดระดับนัยสำคัญที่ .05

ผลการวิจัย กลุ่มตัวอย่างที่ได้รับการส่องกล้องลำไส้ใหญ่ จำนวน 199 คน มีอายุเฉลี่ย 60.8 ปี (SD = 8.9) ส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุ (ร้อยละ 66.8) มีค่าดัชนีมวลกาย อยู่ระหว่าง 23.00 – 24.99 กก./ม² ร้อยละ 40.2 ค่าเฉลี่ย 24.2 กก./ม² (SD = 1.90) มีประวัติการสูบบุหรี่ ร้อยละ 38.2 ระยะเวลาที่สูบบุหรี่ เฉลี่ย 30.00 ปี (SD = 8.47) มีประวัติการดื่มชา ร้อยละ 27.1 ระยะเวลาเฉลี่ย 20.00 ปี (SD = 6.46) มีประวัติการดื่มกาแฟ ร้อยละ 33.2 ระยะเวลาเฉลี่ย 19.00 ปี (SD = 6.72) และออกกำลังกาย ร้อยละ 61.8 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลทางคลินิก พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีโรคประจำตัวร้อยละ 44.7 โดยพบว่า เป็นโรค ความดันโลหิตสูงมากที่สุด (ร้อยละ 25.1) รองลงมาคือ โรคของระบบทางเดินอาหาร (ร้อยละ 18.1) มีประวัติการใช้ยาประจำ (ร้อยละ 37.2) โดยพบว่า มีการใช้ยากลุ่มรักษาโรคความดันโลหิตสูงมากที่สุด (ร้อยละ 23.1) สูตรยาระบายที่เคยได้รับมากที่สุด คือ Polyethylene glycol (PEG) ร้อยละ 98.5 ช่วงเวลาเข้ารับการส่องกล้องลำไส้ใหญ่ในวันที่นัดหมาย คือ ช่วงเช้า (ร้อยละ 90.5)

กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 77.4 มีคะแนนคุณภาพการเตรียมลำไส้ใหญ่ในระดับดี ค่าเฉลี่ย 7.83 คะแนน (SD=1.83) และปัจจัยที่สามารถทำนายคุณภาพของการเตรียมลำไส้ใหญ่ ได้แก่ ความเสี่ยงต่อการเกิด อาการท้องผูก (OR 3.496, 95%CI: 2.575 – 7.046, $p < .01$) ความเสี่ยงก่อนการผ่าตัด (OR 3.766, 95% CI: 3.508 – 7.239, $p < .01$) และการรับประทานอาหารที่มีกากใย (OR 5.461, 95% CI: 4.921 – 8.578, $p < .01$) สามารถร่วมทำนายคุณภาพการเตรียมลำไส้ใหญ่ในผู้ป่วยที่เข้ารับการส่องกล้องตรวจลำไส้ใหญ่ ได้ร้อยละ 71.3 (Nagelkerke $R^2 = .713$, $p < .05$)

ข้อเสนอแนะ พยาบาลสามารถนำผลการศึกษาไปใช้วางแผนในการส่งเสริมการเตรียมลำไส้ของพระสงฆ์ ที่มารับการส่องกล้องลำไส้ใหญ่โดยประเมินความเสี่ยงก่อนเข้ารับการผ่าตัด ความเสี่ยงต่อการเกิดอาการ ท้องผูก และการรับประทานอาหารที่มีกากใยก่อนเข้ารับการส่องกล้องลำไส้ใหญ่ การศึกษาครั้งต่อไป อาจศึกษาปัจจัยอื่นเพิ่มเติม เช่น ลักษณะของอุจจาระระหว่างการเตรียมลำไส้ และยาที่ได้รับเป็นประจำ เป็นต้น และอาจศึกษาการให้คำแนะนำและติดตามประเมิน โดยเฉพาะการรับประทานอาหารที่มีกากใยน้อย ในช่วง 3 วันก่อนเข้ารับไว้ในโรงพยาบาลเพื่อการเตรียมลำไส้ใหญ่ที่มีคุณภาพ

คำสำคัญ การส่องกล้องลำไส้ใหญ่ คุณภาพของการเตรียมลำไส้ การเตรียมลำไส้ พระสงฆ์ วันที่ได้รับ 26 ก.ย. 67 วันที่แก้ไขบทความเสร็จ 9 ม.ค. 68 วันที่รับตีพิมพ์ 27 ม.ค. 68

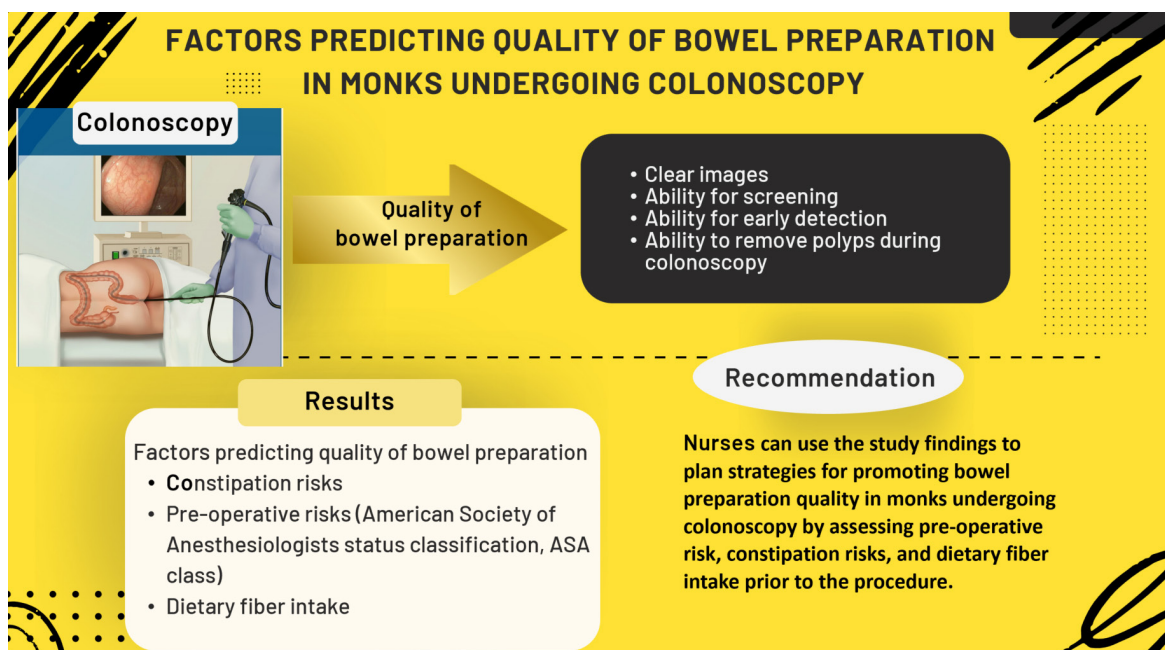
Factors Predicting Quality of Bowel Preparation in Monks Undergoing Colonoscopy¹

Nujira Wong-in, M.N.S.²

Kessiri Wongkongkam, Ph.D. (Nursing)³

Wallada Chanruangvanich, D.N.S.⁴

Uayporn Kaosombatwattana, M.D., (Thai Subspecialty Board of Gastroenterology)⁵



Extended Abstract

Introduction Colonoscopy is an important procedure for diagnosing colorectal cancer. It involves crucial preparation steps, particularly cleaning the colon to free of feces and fecal fluid. This ensures the accuracy of the diagnosis, allowing clear images of the mucosa, polyps, or cancerous lesions inside the colon. Proper preparation also helps minimize potential side effects or complications. Monks receive alms from the public, which can affect the type of food they consume and, consequently, their ability to prepare their colon for the procedure. Quality of bowel preparation is critical, as an inadequate bowel preparation can result in an incomplete procedure and may lead to a rescheduled appointment for a repeat examination. However, simply scheduling monks for hospital stay in advance for bowel preparation may not be sufficient to ensure proper bowel preparation for the colonoscopy.

Objectives This study aimed to 1) describe the quality of bowel preparation in monks undergoing colonoscopy, and 2) investigate predictive factors of bowel preparation quality in monks undergoing colonoscopy, including the risk of constipation, pre-operative risks (American Society of Anesthesiologists status classification, ASA class), and dietary fiber intake.

¹Master Thesis, Master of Nursing Science Program in Adult and Gerontological Nursing, Faculty of Nursing, Mahidol University.

²Student, Master of Nursing Science Program in Adult and Gerontological Nursing, Faculty of Nursing, Mahidol University.

³Corresponding Author: Assistant Professor, Faculty of Nursing, Mahidol University, Bangkok, Thailand E-mail: kessiri.won@mahidol.ac.th

⁴Associate Professor, Faculty of Nursing, Mahidol University, Bangkok, Thailand

⁵Assistant Professor, Faculty of Medicine, Siriraj Hospital, Mahidol University, Bangkok, Thailand

Design This study employed a predictive correlational design using Roy's Adaptation Model as a conceptual framework for the preparation of colonoscopy. The process involves inputs through physiological control mechanisms related to bowel movement regulation and nutritional adaptation to modify the dietary intake in order to reduce fiber in the gastrointestinal system. This entire process collectively influences the quality of bowel preparation.

Methodology The participants consisted of 199 monks at a hospital for a colonoscopy between April 2021 and January 2023. They were selected using a purposive sampling based on inclusion criteria: being 20 years or older, undergoing colonoscopy for screening, diagnosis, treatment, or post-surgical follow-up. Those 60 years and older must have a normal cognitive function screened with a Mini-Cog score of ≥ 3 . Exclusion criteria included a history of psychiatric disorders, difficulty swallowing, bowel obstruction or occlusion, lower gastrointestinal bleeding, bowel or gastrointestinal resection, and any anatomical abnormalities of the gastrointestinal tract. The research instruments included a Mini-Cog test for screening cognitive impairment, a personal information questionnaire, a clinical information questionnaire, and a constipation risk assessment tool, which had a content validity index (CVI) of .83 and a Cronbach's alpha coefficient of .93. Additionally, there was a food intake questionnaire prior to the colonoscopy, with a CVI of 1.00, an ASA class pre-operative risk assessment form, and the Boston Bowel Preparation Score (BBPS) with an inter-rater reliability (IRR) of .85. Data were collected through structured interviews and medical record reviews. Descriptive statistics were used for data analysis, and logistic regression was employed to analyze predictive factors for bowel preparation quality in monks undergoing colonoscopy, with a significance level set at .05.

Results The participants of 199 monks who underwent colonoscopy had a mean age of 60.8 years (SD = 8.9), with the majority of older adults (66.8%). Approximately 40.2% of them had body mass index (BMI) ranging from 23.00 – 24.99 kg/m², with a mean BMI of 24.2 kg/m² (SD = 1.90). Of the participants, 38.2% had a history of smoking, with a mean smoking duration of 30.00 years (SD = 8.47). Additionally, 27.1% had a history of tea consumption, with a mean duration of 20.00 years (SD = 6.46), while 33.2% had a history of coffee consumption, with a mean duration of 19.00 years (SD = 6.72). Furthermore, 61.8% reported engaging in physical activity. Analysis of clinical data revealed that 44.7% of the 199 participants had underlying medical conditions, with the most common being hypertension (25.1%), followed by gastrointestinal diseases (18.1%). A total of 37.2% had a history of regular medication use, with the most common for antihypertensive medications (23.1%). The most frequently prescribed laxative was Polyethylene Glycol (PEG) at 98.5%. The majority of participants (90.5%) underwent the colonoscopy in the morning on their scheduled appointment day.

According to the BBPS, 77.4 % of them had good quality of bowel preparation at a mean of 7.83 (SD=1.83). Logistic regression analysis showed constipation risk (OR 3.496, 95%CI: 2.575 – 7.046, $p < .01$), ASA class (OR 3.766, 95% CI: 3.508 – 7.239, $p < .01$) and dietary fiber intake (OR 5.461, 95% CI: 4.921 – 8.578, $p < .01$) together predicted quality of bowel preparation in monks undergoing colonoscopy. These factors can jointly predict the quality of bowel preparation among monks undergoing colonoscopy at 71.3% (Nagelkerke $R^2 = .713$, $p < .05$).

Recommendation Nurses can use the study findings to plan strategies for promoting bowel preparation in monks undergoing colonoscopy by assessing pre-operative risk, the risk of constipation, and dietary fiber intake prior to the procedure. Future studies could explore additional factors, such as stool characteristics during bowel preparation and regular medications. Additionally, research could focus on providing guidance and follow-up evaluations, particularly regarding low-fiber diet recommendations during the 3 days prior to hospital admission for effective bowel preparation.

Journal of Thailand Nursing and Midwifery Council 2025; 40(1) 102-117

Keywords colonoscopy / quality of bowel preparation / bowel preparation / monks

Received 26 September 2024, Revised 9 January 2025, Accepted 27 January 2025

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

การส่องกล้องลำไส้ใหญ่ เป็นวิธีการตรวจที่มีความแม่นยำและใช้แพร่หลายทั่วโลก¹ เพื่อตรวจวินิจฉัยและคัดกรองผู้ที่เป็นมะเร็งลำไส้ใหญ่หรือผู้ที่สงสัยว่ามีความผิดปกติเกี่ยวกับลำไส้ใหญ่และทวารหนัก รวมทั้งการเฝ้าระวังในกลุ่มเสี่ยง² ตลอดจนการติดตามการกลับเป็นซ้ำในผู้ป่วยโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักจากการรักษาโดยการผ่าตัด³ ขั้นตอนการเตรียมตัวที่สำคัญ คือ การเตรียมลำไส้ใหญ่⁴ ให้สะอาดปราศจากอุจจาระและน้ำอุจจาระ ช่วยให้แพทย์สามารถตรวจวินิจฉัยได้อย่างแม่นยำและลดผลข้างเคียงที่อาจเกิดขึ้น การศึกษาของ Sulz และคณะ พบว่าการตรวจพบเนื้องอกในระยะแรกลดลง 0.53 เท่าในผู้ที่เตรียมลำไส้ไม่สะอาดเมื่อเทียบกับผู้ที่เตรียมลำไส้สะอาด⁵ การเตรียมลำไส้ใหญ่ที่ไม่สะอาดส่งผลกระทบได้หลายประการ เช่น ทำให้กระบวนการส่องกล้องไม่สมบูรณ์หรือถูกยกเลิก ต้องมีการส่องกล้องซ้ำ เกิดภาระค่าใช้จ่ายกับผู้ป่วยและระบบสุขภาพ เป็นต้น โดยเฉพาะหากเป็นผู้ป่วยในจะส่งผลกับอัตราการครองเตียงเพิ่มขึ้น 1.25 เท่า และค่าใช้จ่ายในระบบสุขภาพเพิ่มมากขึ้นประมาณ 1.31 เท่า เมื่อเปรียบเทียบกับผู้ป่วยที่เตรียมลำไส้สะอาด⁶ ยิ่งไปกว่านั้นอาจส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยตามมาได้ เช่น ใช้ระยะเวลาในการส่องกล้องนานขึ้น⁷ แพทย์ไม่สามารถมองเห็นติ่งเนื้อที่เกิดขึ้นได้ถึงร้อยละ 26 และผู้ป่วยกลุ่มดังกล่าวมีโอกาสที่ติ่งเนื้อจะกลายเป็นมะเร็งได้ร้อยละ 27⁸ ซึ่งเป็นอันตรายต่อผู้ป่วยเองในอนาคต เป็นต้น

การศึกษาที่ผ่านมาพบปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพของการเตรียมลำไส้ไม่สะอาดในประชากรวัยผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ ได้แก่ ภาวะท้องผูก⁹ การรับประทานอาหารที่มีกากใย 24 ชั่วโมงก่อนการส่องกล้อง¹⁰ ความเสี่ยงก่อนเข้ารับการผ่าตัด (American Society of Anesthesiologists status classification, ASA class) 3 ขึ้นไป⁶ ซึ่งสัมพันธ์

กับโรคประจำตัวของผู้ป่วย โดยการมีโรคร่วมเป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคะแนนความเสี่ยงก่อนเข้ารับการผ่าตัด การมีโรคร่วมส่งผลต่อการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยาของร่างกายและอาจมีการใช้ยาหลายชนิดร่วมด้วย ซึ่งยาบางชนิดส่งผลโดยตรงกับการทำงานของลำไส้^{10,11} นอกจากนี้การเตรียมลำไส้ใหญ่ไม่สะอาดยังมีความสัมพันธ์กับการเป็นโรคเบาหวานและการไม่ออกกำลังกาย¹² การรับประทานยาละลายไม่ครบ¹³

พระสงฆ์เป็นประชากรที่อยู่ในวัยผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ ซึ่งเป็นกลุ่มหนึ่งที่ต้องได้รับการส่องกล้องทางทวารหนักเพื่อการตรวจคัดกรอง การวินิจฉัย รักษา และติดตามอาการหลังผ่าตัดลำไส้ใหญ่และทวารหนัก จึงมีความจำเป็นต้องมีการเตรียมลำไส้เพื่อเข้ารับการตรวจส่องกล้องลำไส้ใหญ่ อย่างไรก็ตาม เนื่องจากพระสงฆ์ต้องรับอาหารจากการบิณฑบาตและมีข้อกำหนดด้านพระธรรมวินัยในเรื่องชนิดของอาหารที่นำมาฉัน ขึ้นกับอาหารที่ประชาชนถวายให้จึงส่งผลต่อการปรับเปลี่ยนชนิดของอาหารเพื่อเตรียมลำไส้ก่อนการส่องกล้อง เช่น การงดรับประทานอาหารที่มีกากใย การฉันอาหารอ่อน ย่อยง่าย เป็นต้น อีกทั้งการดำเนินกิจวัตรของพระสงฆ์ต้องอยู่ภายใต้พระธรรมวินัยจากพุทธบัญญัติเพื่อให้พระสงฆ์อยู่ในอาการสำรวม ส่งผลให้พระสงฆ์ไม่สามารถออกกำลังกายเช่นบุคคลทั่วไปได้ จึงเกิดอาการท้องผูกได้ง่าย¹⁴

โรงพยาบาลสงฆ์เป็นสถาบันสุขภาพสงฆ์แห่งชาติที่มีความเชี่ยวชาญด้านการดูแลสุขภาพพระสงฆ์ที่เื้อื่อต่อพระธรรมวินัยขั้นตอนการให้บริการส่องกล้องทางทวารหนักจะนัดหมายให้พระสงฆ์เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลล่วงหน้าเพื่อเตรียมลำไส้ใหญ่ก่อนการส่องกล้องทางทวารหนัก จากสถิติของหน่วยส่องกล้องโรงพยาบาลสงฆ์ระหว่าง พ.ศ. 2565 – 2567 พบว่าพระสงฆ์ที่รับไว้รักษาในโรงพยาบาลล่วงหน้าเพื่อเตรียมลำไส้ใหญ่

ก่อนการส่องกล้องทางทวารหนัก จำนวน 390 รูป ตรวจพบลำไส้ใหญ่ไม่สะอาด จำนวน 56 รูป คิดเป็น ร้อยละ 14.36¹⁵ และ 5 รูปหรือร้อยละ 8.9 ของผู้ที่เตรียม ลำไส้ไม่สะอาดทั้งหมด ไม่สามารถตรวจส่องกล้องทาง ทวารหนักได้สมบูรณ์ ต้องยกเลิกและนัดกลับมาตรวจซ้ำ

จากสถิติดังกล่าวแสดงให้เห็นว่า การนัดหมาย ให้พระสงฆ์มาเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลล่วงหน้า เพื่อเตรียมลำไส้ใหญ่ก่อนการส่องกล้องทางทวารหนัก อาจยังไม่เพียงพอที่จะช่วยให้พระสงฆ์สามารถเตรียม ลำไส้ใหญ่ได้อย่างมีคุณภาพ ซึ่งอาจมีปัจจัยอื่นที่มีผล ต่อคุณภาพการเตรียมลำไส้ใหญ่ของพระสงฆ์จากการ ทบทวนวรรณกรรมยังไม่พบการศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อ คุณภาพของการเตรียมลำไส้ใหญ่ในพระสงฆ์ ดังนั้น ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาว่า ความเสี่ยงต่อการเกิดอาการท้องผูก ความเสี่ยงก่อนเข้ารับการผ่าตัด และการได้รับอาหาร กากใย ส่งผลต่อคุณภาพของการเตรียมลำไส้ใหญ่ก่อน การส่องกล้องในพระสงฆ์ หรือไม่ ทั้งนี้ เพื่อนำข้อมูล ที่ได้ไปใช้ประโยชน์ในการวางแผนการพยาบาลเพื่อ เตรียมพระสงฆ์ในการส่องกล้องตรวจลำไส้ใหญ่และ ทวารหนักที่มีคุณภาพต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาคุณภาพของการเตรียมลำไส้ใน พระสงฆ์ที่เข้ารับการส่องกล้องลำไส้ใหญ่
2. เพื่อศึกษาปัจจัยทำนายคุณภาพการเตรียม ลำไส้ ได้แก่ ความเสี่ยงต่อการเกิดอาการท้องผูก การประเมินความเสี่ยงก่อนเข้ารับการผ่าตัด และ การรับประทานอาหารที่มีกากใยในพระสงฆ์ที่เข้ารับ การส่องกล้องลำไส้ใหญ่

สมมติฐานการวิจัย

1. คุณภาพของการเตรียมลำไส้ในพระสงฆ์ที่ เข้ารับการส่องกล้องลำไส้ใหญ่เป็นอย่างไร

2. ความเสี่ยงต่อการเกิดอาการท้องผูกการประเมิน ความเสี่ยงก่อนเข้ารับการผ่าตัด และการรับประทานอาหาร ที่มีกากใย สามารถร่วมกันทำนายคุณภาพการเตรียม ลำไส้ในพระสงฆ์ที่เข้ารับการส่องกล้องลำไส้ใหญ่ได้

กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ใช้กรอบแนวคิดการปรับตัวของ รอย (Roy's adaptation model)¹⁶ ที่อธิบายว่า บุคคล ซึ่งในการศึกษาครั้งนี้คือพระสงฆ์เป็นระบบเปิดมีปฏิสัมพันธ์ กับสิ่งแวดล้อมทั้งภายในและภายนอกอยู่ตลอดเวลา ทำให้พระสงฆ์ต้องปรับตัวในการเตรียมลำไส้ใหญ่ก่อน เข้ารับการส่องกล้องทางทวารหนัก ซึ่งกระบวนการ ปรับตัวนั้น ประกอบด้วยสิ่งนำเข้า (inputs) ผ่านกระบวนการ ของระบบควบคุมทางสรีรวิทยา กลไกควบคุมการขับถ่าย อูจจาระประกอบด้วย rectum external sphincter และ ศูนย์ควบคุมการถ่ายอุจจาระ¹⁷ มีการปรับตัวด้านสรีรวิทยา ด้านการขับถ่ายและด้านโภชนาการ ในการศึกษาครั้งนี้ เป็นสิ่งเร้าตรง ได้แก่ การฉันทอาหารกากใยและความเสี่ยง ต่อการเกิดอาการท้องผูกซึ่งมีความสัมพันธ์กับหลายปัจจัย เช่น การได้รับสารอาหารที่มีกากใยหรือย่อยยาก การดื่มชา กาแฟ ส่งผลให้ลำไส้เคลื่อนไหวช้าลง และอาจเกี่ยวข้องกับ การได้รับยาที่มีผลต่อระบบการขับถ่าย สภาพพื้นที่ ไม่แข็งแรง หรือจำนวนพื้นที่คงอยู่ในช่องปากที่อาจมีผล ทำให้ผู้ป่วยมีความสามารถในการเคี้ยวอาหารให้ละเอียด ได้ลดลง ทำให้การย่อยอาหารเป็นไปได้น้อย อูจจาระคั่งค้าง ในลำไส้นานไม่สามารถกำจัดออกตามระยะเวลาปกติ จึงส่งผลต่อการเตรียมลำไส้ทำให้เตรียมลำไส้ไม่สะอาด โดยเฉพาะในพระสงฆ์ที่เป็นผู้สูงอายุที่มีกล้ามเนื้อ หน้าท้องและกระบังลมหย่อน ระบบการขับถ่ายอ่อนแอ เป็นการปรับตัวที่ไม่มีประสิทธิภาพซึ่งจะส่งผลต่อคุณภาพ การเตรียมลำไส้ (สิ่งนำออก: outputs) ซึ่งในพระสงฆ์นั้น มีแหล่งที่มาของอาหารจากการบิณฑบาต ซึ่งอาจส่งผลให้ พระสงฆ์ไม่สามารถเลือกประเภทของอาหารที่เหมาะสม กับสุขภาพได้

ความเสี่ยงต่อการเกิดอาการท้องผูกจากการศึกษาของ Moen และคณะ¹⁸ พบว่า ผู้ป่วยที่มีคะแนน Boston Bowel Preparation Scale (BBPS) น้อยกว่า 6 มีผลต่อระยะเวลาในการเคลื่อนผ่านของกากอาหารในลำไส้ทั้งหมด (Total Colonic Transit Times: TCTT) ที่มากกว่า 48 ชั่วโมง ซึ่งมักเกิดในผู้ที่ท้องอืดหรือท้องผูกส่งผลต่อคุณภาพของการเตรียมลำไส้ ภาวะท้องผูกส่งผลให้การเตรียมลำไส้ไม่สะอาดจากระยะเวลาในการเคลื่อนตัวและการดูดกลับของสารน้ำในลำไส้ใหญ่ที่เพิ่มขึ้น¹⁷ และอาจเกี่ยวข้องกับปัจจัยอื่น เช่น ปัจจัยด้านจิตใจ การดื่มชา กาแฟและการดื่มน้ำที่น้อย การรับประทานทนายาระบาย สภาพพื้นที่ไม่แข็งแรงหรือพื้นหัก เคี้ยวอาหารได้ไม่ดี เป็นต้น

ความเสี่ยงก่อนเข้ารับการผ่าตัด จึงเป็นสิ่งเร้าตรงที่ส่งผลต่อกระบวนการควบคุมทางสรีรวิทยาเนื่องจากในผู้ที่มีคะแนนความเสี่ยงก่อนเข้ารับการผ่าตัด (ASA class) ที่สูงมักสัมพันธ์กับโรคประจำตัว โดยพบว่าการมีโรคร่วมเป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคะแนนความเสี่ยงก่อนเข้ารับการผ่าตัดที่สูงขึ้น⁶ ส่งผลต่อการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยาของร่างกายและอาจจะมีการใช้ยาหลายชนิดร่วมด้วย ซึ่งยาบางชนิดส่งผลโดยตรงกับการทำงานของลำไส้ ดังนั้นผู้วิจัยจึงได้ศึกษาความสามารถในการทำนายคุณภาพการเตรียมลำไส้ของความเสี่ยงต่อการเกิดอาการท้องผูก ความเสี่ยงก่อนเข้ารับการผ่าตัด และการได้รับอาหารกากใยของพระสงฆ์ (Figure 1)

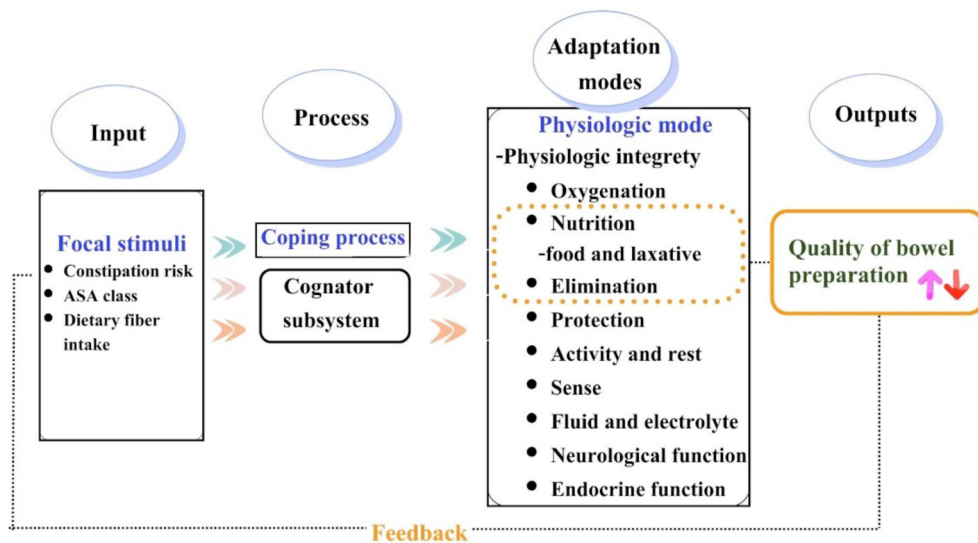


Figure 1 Conceptual framework of the study

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นแบบความสัมพันธ์เชิงทำนาย (Predictive correlational design)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร เป็นพระสงฆ์ที่มีอายุ 20 ปีขึ้นไป ที่เข้ารับการรักษาโดยนัดหมายการส่องกล้องลำไส้ใหญ่ ไร้ล่วงหน้า ในโรงพยาบาลตติยภูมิแห่งหนึ่ง

กลุ่มตัวอย่าง เป็นพระสงฆ์ที่มีอายุ 20 ปีขึ้นไป ที่เข้ารับการรักษาโดยนัดหมายการส่องกล้องลำไส้ใหญ่ ไร้ล่วงหน้า ในโรงพยาบาลตติยภูมิแห่งหนึ่ง ระหว่างเดือนเมษายน 2564 ถึง มกราคม 2566 จำนวน 199 คน เลือกแบบเฉพาะเจาะจงตามเกณฑ์คัดเข้า คือ ได้รับการนัดหมายล่วงหน้าอย่างน้อย 1 วันเพื่อการส่องกล้องตรวจลำไส้ใหญ่ทางทวารหนัก ทั้งกรณีการตรวจคัดกรอง

การวินิจฉัยรักษาและการติดตามอาการหลังผ่าตัด หากมีอายุมากกว่า 60 ปีต้องมีการรู้คิดที่ปกติจากผลการประเมินด้วยแบบทดสอบสมรรถภาพสมอง Mini-Cog โดยมีคะแนน ≥ 3 เกณฑ์คัดออก คือ พระสงฆ์ปฏิบัติที่จะตอบคำถามต่อเนื่องหรือตอบไม่ครบ

การกำหนดขนาดตัวอย่าง ใช้โปรแกรม G* power 3.1.9.2 สำหรับสถิติ Logistic regression โดยกำหนดอำนาจการทดสอบที่ระดับ .80 ระดับนัยสำคัญ .05 ขนาดอิทธิพลได้จากงานวิจัยที่มีลักษณะใกล้เคียงกัน⁹ มีค่า OR = 2.34 ได้ตัวอย่างจำนวน 199 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูล

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ ประกอบด้วย 3 ส่วน ได้แก่

ส่วนที่ 1 เครื่องมือคัดกรองภาวะพร่องของการรู้คิด (Mini-cog) ฉบับภาษาไทย โดย Trongsakul และคณะ¹⁹ ในผู้ที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป ได้คะแนนรวม 3 คะแนนขึ้นไป หมายถึง ไม่มีความพร่องด้านการรู้คิด

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปและข้อมูลทางคลินิก ประกอบด้วย

2.1) แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ อายุ น้ำหนัก ส่วนสูง ดัชนีมวลกาย ระดับการศึกษา พฤติกรรมการสูบบุหรี่ การดื่มชา/กาแฟและการออกกำลังกาย

2.2) แบบสอบถามข้อมูลทางคลินิก ได้แก่ โรคประจำตัว ประวัติการใช้ยา ประวัติการผ่าตัด สูตรยาละลายที่รับประทานช่วงเวลารับการส่องกล้องลำไส้ใหญ่

2.3) แบบประเมินความเสี่ยงต่อการเกิดอาการท้องผูก สร้างขึ้นโดย Hinrichs และ Huseboe²⁰ แปลเป็นภาษาไทยโดยวาสนา บุตรปัญญาและคณะ²¹ จำนวน 16 ข้อ ลักษณะการตอบเป็นการเลือกตอบที่มีคะแนนแตกต่างกันในแต่ละข้อ การแปลผลแบ่งเป็น

2 ระดับ คือ ไม่มีความเสี่ยง (คะแนน -19) และมีความเสี่ยง (คะแนน -18 ถึงมากกว่า +8) เนื่องจากไม่มีข้อมูลความตรงเชิงเนื้อหาของเครื่องมือฉบับภาษาไทย การศึกษาครั้งนี้จึงได้มีการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิซึ่งเป็นแพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านระบบทางเดินอาหารจำนวน 3 ท่าน ได้ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (content validity index, CVI) เท่ากับ .83 และตรวจสอบความเชื่อมั่นในผู้ที่มีลักษณะคล้ายกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คน ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) เท่ากับ .93

2.4) แบบสอบถามประเภทของอาหารที่รับประทาน 2 วันก่อนการส่องกล้อง สร้างขึ้นโดยผู้วิจัยจากการทบทวนวรรณกรรม จำนวน 3 ข้อ มีเนื้อหาเกี่ยวกับชนิดอาหารที่รับประทานก่อนเข้ารับการส่องกล้องลำไส้ใหญ่ การตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน เป็นแพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านระบบทางเดินอาหาร นักโภชนาการและพยาบาลหัวหน้าศูนย์ส่องกล้อง ได้ค่า CVI เท่ากับ 1

ส่วนที่ 3 แบบบันทึกที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลจากแฟ้มประวัติผู้ป่วย ประกอบด้วย

3.1) ความเสี่ยงก่อนเข้ารับการผ่าตัด (ASA class)²² เป็นการประเมินความเสี่ยงของผู้ป่วยก่อนเข้ารับการผ่าตัด แบ่งเป็น 6 ช่วงชั้นความเสี่ยงตามสุขภาพของผู้ป่วย โรคร่วมและความรุนแรงด่วนของการผ่าตัด หากเป็นการผ่าตัดฉุกเฉินจะต่อท้าย ASA class ด้วย "E" โดย ASA 1 คือ ไม่มีโรคร่วม ASA 2 คือ มีโรคร่วมที่สามารถควบคุมได้ดี ASA 3 คือ มีโรคร่วมที่ส่งผลกระทบต่อการดำเนินชีวิตประจำวัน ASA 4 คือ มีโรคร่วมอาการรุนแรงวิกฤต ASA 5 คือ ไม่มีโรคร่วมที่อาจทำให้เสียชีวิตภายใน 24 ชั่วโมง ไม่ว่าจะผ่าตัดหรือไม่ก็ตาม และ ASA 6 คือ มีภาวะสมองตายเป็นผู้บริจาคอวัยวะ การแปลผลแบ่งเป็น 2 ช่วงชั้น ใช้ ASA เป็น

เกณฑ์การประเมิน ได้แก่ มีความเสี่ยงก่อนเข้ารับการผ่าตัด (ASA ≥ 3) และ ไม่มีความเสี่ยงก่อนเข้ารับการผ่าตัด (ASA < 3) โดยแพทย์/พยาบาลวิสัญญีเป็นผู้ทำการประเมินก่อนวันเข้ารับการส่องกล้องลำไส้ และบันทึกไว้ในใบเยี่ยมก่อนผ่าตัดในผู้ป่วยที่เข้ารับการส่องกล้องทุกคน

3.2) แบบประเมินความสะอาดของลำไส้ (BBPS) พัฒนาขึ้นโดย Calderwood และคณะ²³ ใช้ประเมินความสะอาดของลำไส้มีค่าสัมประสิทธิ์แคปปาเท่ากับ .91 ได้รับอนุญาตให้นำมาใช้ในการศึกษาครั้งนี้ ตรวจสอบค่าความเชื่อมั่นโดยแพทย์ผู้ส่องกล้อง 4 ท่านเป็นผู้ประเมินโดยใช้ภาพถ่ายภายในลำไส้ใหญ่ของผู้ป่วยรายเก่าในหน่วยงานที่ได้รับการส่องกล้องและได้มีการบันทึกภาพไว้ จำนวน 10 ภาพที่มีความแตกต่างกันซึ่งไม่มีข้อมูลใดที่จะสามารถระบุตัวตนของผู้ป่วยได้ จากนั้นทำการบันทึกคะแนน ผู้วิจัยนำข้อมูลมาวิเคราะห์ค่าความเชื่อมั่น Inter-Rater Reliability (IRR) = .85 การประเมินคะแนน BBPS ทำโดยแพทย์ผู้ส่องกล้องประกอบด้วยการวัด 3 ตำแหน่ง (Left colon, Transverse colon, Right colon) แต่ละตำแหน่งมีคะแนน 0 – 3 คะแนน นำคะแนนทั้ง 3 ส่วนมารวมกัน คะแนนที่เป็นไปได้คือ 0-9 คะแนน การแปลผล แบ่งเป็น 1) ภายในลำไส้ใหญ่และทวารหนักปราศจากอุจจาระและน้ำอุจจาระสามารถมองเห็นผนังลำไส้ใหญ่ขณะส่องกล้องตรวจลำไส้ใหญ่ทางทวารหนักได้อย่างชัดเจน (≥ 6 คะแนน) และภายในลำไส้ใหญ่และทวารหนักยังคงมีอุจจาระและน้ำอุจจาระบางส่วนไม่สามารถมองเห็นผนังลำไส้ใหญ่ขณะส่องกล้องตรวจลำไส้ใหญ่ทางทวารหนักได้ชัด (< 6 คะแนน)

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน คณะพยาบาลศาสตร์มหาวิทยาลัย

มหิดล (COA No. IRB-NS 2021/612.1604 และ COA No. IRB-NS 2021/612.1604 (Renewal)) และคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน โรงพยาบาลสงฆ์ (เลขที่ 4/2564) โดยผู้วิจัยชี้แจงรายละเอียดเกี่ยวกับโครงการวิจัยและสิทธิของกลุ่มตัวอย่าง รวมถึงขออนุญาตเข้าถึงข้อมูลการรักษาที่บันทึกไว้ในเวชระเบียน หากผู้ป่วยสมัครใจจึงขอให้ลงนามยินยอมเข้าร่วมการวิจัย ซึ่งกลุ่มตัวอย่างสามารถถอนตัวโดยไม่ต้องอธิบายเหตุผล การเก็บข้อมูลเป็นความลับ นำเสนอผลการวิจัยในภาพรวม ไม่มีการระบุชื่อเป็นรายบุคคล

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลในเดือนเมษายน 2564 ถึง มกราคม 2566 ภายหลังได้รับอนุมัติจริยธรรมการวิจัย ผู้วิจัยเข้าพบหัวหน้าพยาบาลห้องผ่าตัดและพยาบาลประจำหอผู้ป่วย เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์และขั้นตอนการวิจัยและขอความร่วมมือพยาบาลในการประชาสัมพันธ์โครงการวิจัย ผู้ป่วยที่สนใจแจ้งผ่านพยาบาลเพื่อประสานผู้วิจัยได้เข้าพบและชี้แจงวัตถุประสงค์ร่วมทั้งขั้นตอนการวิจัย เมื่อได้รับความยินยอม ผู้วิจัยเก็บข้อมูลของกลุ่มตัวอย่าง 2 ครั้ง ครั้งแรกในวันที่กลุ่มตัวอย่างมานอนโรงพยาบาลโดยการสัมภาษณ์แบบมีโครงสร้าง (structured interview) จากแบบสอบถามข้อมูลทั่วไปและข้อมูลทางคลินิก แบบบันทึกประเภทอาหารก่อนการส่องกล้อง แบบประเมินความเสี่ยงต่อการเกิดอาการท้องผูกใช้เวลา 10-15 นาทีแล้วแจ้งให้ตัวอย่างทราบว่าผู้วิจัยจะเก็บข้อมูลความเสี่ยงก่อนเข้ารับการผ่าตัด (ASA class) และคุณภาพของการเตรียมลำไส้ที่บันทึกไว้ในแบบประเมินความสะอาดของลำไส้ (BBPS) โดยแพทย์ผู้ทำการส่องกล้อง จากแฟ้มประวัติของตัวอย่างภายหลังการตรวจส่องกล้องเสร็จสิ้น โดยผู้วิจัยเก็บข้อมูลไว้เป็นความลับ

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยวิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป ดังนี้

1. ข้อมูลส่วนบุคคลและคุณภาพการเตรียมลำไส้วิเคราะห์โดยใช้สถิติบรรยาย ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน และค่ามัธยฐาน

2. วิเคราะห์ความสัมพันธ์ของความเสี่ยงต่อการเกิดอาการท้องผูก ความเสี่ยงก่อนการผ่าตัด และการรับประทานอาหารที่มีกากใยกับคุณภาพการเตรียมลำไส้ในกลุ่มตัวอย่างก่อนได้รับการส่องกล้องลำไส้ใหญ่โดยใช้สถิติสหสัมพันธ์แบบสเปียร์แมน (Spearman rank correlation)

3. วิเคราะห์อำนาจการทำนายคุณภาพการเตรียมลำไส้ของความเสี่ยงต่อการเกิดอาการท้องผูก ความเสี่ยงก่อนการผ่าตัด และการรับประทานอาหารที่มีกากใยต่อในกลุ่มตัวอย่างก่อนได้รับการส่องกล้องลำไส้ใหญ่โดยใช้สถิติถดถอยลอจิสติก (Logistic regression analysis) แบบใส่ข้อมูลเข้าพร้อมกันในขั้นตอนเดียว (Enter method) กำหนดรหัสของคุณภาพการเตรียมลำไส้ คือ สะอาด (0) และไม่สะอาด (1)

ผลการทดสอบพบว่า ไม่ละเมิดข้อตกลงเบื้องต้นโดยตัวแปรอิสระไม่มีความสัมพันธ์พหุร่วมเชิงเส้น (No Multicollinearity) ค่าเฉลี่ยของความคลาดเคลื่อนเป็นศูนย์หรือไม่มีความสัมพันธ์กัน และการวิเคราะห์ความเหมาะสมของโมเดล โดยใช้สถิติ Hosmer and Lemeshow test พบว่าโมเดลมีความเหมาะสม (Chi-square = 6.009, $p > .05$)

ผลการวิจัย

ผลการศึกษา พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่ได้รับการส่องกล้องลำไส้ใหญ่จำนวน 199 คน มีอายุเฉลี่ย 60.8 ปี ($SD = 8.9$) ส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุ (ร้อยละ 66.8) มีค่าดัชนีมวลกาย อยู่ระหว่าง 23.00 - 24.99 กก./ม² ร้อยละ 40.2 ค่าเฉลี่ย 24.2 กก./ม² ($SD = 1.90$) มีประวัติการสูบบุหรี่ ร้อยละ 38.2 ระยะเวลาที่สูบบุหรี่เฉลี่ย 30.00 ปี ($SD = 8.47$) มีประวัติการดื่มชา ร้อยละ

27.1 ระยะเวลาเฉลี่ย 20.00 ปี ($SD = 6.46$) มีประวัติการดื่มกาแฟ ร้อยละ 33.2 ระยะเวลาเฉลี่ย 19.00 ปี ($SD = 6.72$) และออกกำลังกาย ร้อยละ 61.8 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลทางคลินิก พบว่า กลุ่มตัวอย่างจำนวน 199 ราย มีโรคประจำตัวร้อยละ 44.7 โดยพบว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูงมากที่สุด (ร้อยละ 25.1) รองลงมาคือโรคของระบบทางเดินอาหาร (ร้อยละ 18.1) มีประวัติยาที่ใช้ประจำ (ร้อยละ 37.2) โดยพบว่า มีการใช้ยา กลุ่มรักษาโรคความดันโลหิตสูงมากที่สุด (ร้อยละ 23.1) สูตรยาระบายที่เคยได้รับมากที่สุด คือ Polyethylene glycol (PEG) ร้อยละ 98.5 ช่วงเวลาเข้ารับการส่องกล้องลำไส้ใหญ่ในวันทันตหมาย คือ ช่วงเช้า (ร้อยละ 90.5)

กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 77.4 มีคุณภาพของการเตรียมลำไส้อยู่ในระดับดี โดยความสะอาดของลำไส้มีค่าเฉลี่ย 7.83 คะแนน ($SD = 1.83$) และจากการประเมินความสะอาดของลำไส้ภายหลังการส่องกล้องในแต่ละตำแหน่ง พบว่า ตำแหน่ง Left Colon มีค่าเฉลี่ยการเตรียมลำไส้สะอาด เท่ากับ 2.64 ($SD = 0.44$) ส่วนใหญ่อยู่ในระดับดีมาก (ร้อยละ 71.9) รองลงมาคือ ดี (ร้อยละ 20.1) และไม่ดี (ร้อยละ 8.0) ตำแหน่ง Right Colon มีค่าเฉลี่ยการเตรียมลำไส้สะอาด เท่ากับ 2.54 ($SD = 0.54$) ส่วนใหญ่อยู่ในระดับดีมาก (ร้อยละ 70.4) รองลงมาคือ ไม่ดี (ร้อยละ 16.1) และดี (ร้อยละ 13.6) ตำแหน่ง Transverse Colon มีค่าเฉลี่ยการเตรียมลำไส้สะอาด เท่ากับ 2.58 ($SD = 0.49$) ส่วนใหญ่อยู่ในระดับดีมาก (ร้อยละ 69.8) รองลงมาคือ ดี (ร้อยละ 18.1) และไม่ดี (ร้อยละ 12.1)

เมื่อพิจารณาปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพของการเตรียมลำไส้ใหญ่ พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความเสี่ยงต่อการเกิดอาการท้องผูก ร้อยละ 49.7 ซึ่งอยู่ในระดับไม่ดี ร้อยละ 95.6 คะแนนความเสี่ยงก่อนเข้ารับการผ่าตัด ($ASA \geq 3$) ร้อยละ 27.1 ซึ่งอยู่ในระดับไม่ดี ร้อยละ 77.8 และการรับประทานอาหารที่มีกากใย > 8 มก./วัน (ร้อยละ 58.3) ซึ่งอยู่ในระดับไม่ดี ร้อยละ 88.9 (Table 1)

Table 1 Description of factors predicting quality of bowel preparation (n = 199)

Factors	Quality of bowel preparation n (%)	Inadequacy n (%)	Adequacy n (%)
Constipation risks			
No	100 (50.3)	2 (4.4)	98 (63.7)
Yes	99 (49.7)	43 (95.6)	56 (36.3.)
ASA			
< 3	145 (72.9)	10 (22.2)	135 (87.6)
≥ 3	54 (27.1)	35 (77.8)	19 (12.3)
Dietary fiber intake (mg/day)			
8	83 (41.7)	5 (11.1)	78 (50.6)
> 8	166 (58.3)	40 (88.9)	76 (49.4)

การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยที่ศึกษา
กับคุณภาพของการเตรียมลำไส้ในกลุ่มตัวอย่างด้วย
สถิติสหสัมพันธ์แบบสเปียร์แมน (Spearman's Rank
Correlation Coefficient) พบว่า ความเสี่ยงต่อการเกิด
อาการท้องผูก ความเสี่ยงก่อนการผ่าตัด และการ
รับประทานอาหารที่มีกากใยมีความสัมพันธ์กับคุณภาพ
การเตรียมลำไส้ใหญ่ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ
(Table 2)

Table 2 Correlation Matrix of the study variables (n=199)

Variables	1	2	3	4
1. Constipation risks	1			
2. ASA	.495**	1		
3. Dietary fiber intake	.416	.419**	1	
4. Quality of bowel preparation	.495**	.616**	.662**	1

American Society of Anesthesiologists status classification (ASA) ** $p < .01$

ผลการวิเคราะห์อำนาจการทำนายคุณภาพของ
การเตรียมลำไส้ใหญ่ของกลุ่มตัวอย่าง ด้วยสถิติถดถอย
ลอจิสติก พบว่า ความเสี่ยงต่อการเกิดอาการท้องผูก
(OR 3.496, 95%CI: 2.575 – 7.046, $p < .01$) ความเสี่ยง
ก่อนการผ่าตัด (OR 3.766, 95% CI: 3.508 – 7.239,
 $p < .01$) และการรับประทานอาหารที่มีกากใย (OR
5.461, 95% CI: 4.921 – 8.578, $p < .01$) สามารถ
ร่วมทำนายคุณภาพของการเตรียมลำไส้ในกลุ่มตัวอย่าง
ได้ร้อยละ 71.3 (Nagelkerke $R^2 = .713$, $p < .05$)
(Table 3)

Table 3 Factors predicting quality of bowel preparation in monks undergoing colonoscopy (n = 199)

Variables	B	S.E.	Wald	df	p	OR Exp (B)	95% CI	
							Lower	Upper
Constipation risks								
No	(ref.)							
Yes	2.602	.845	9.479	1	.002	3.496	2.575	7.046
ASA								
< 3	(ref.)							
≥ 3	2.622	.570	21.195	1	<.001	3.766	3.508	7.239
Dietary fiber intake (mg/day)								
≤ 8	(ref.)							
> 8	2.738	.584	21.978	1	<.001	5.461	4.921	8.578

Nagelkerke $R^2 = .713$, Predictive correct = 87.0 %, * $p < .05$, ** $p < .01$

การอภิปรายผล

ผลการศึกษาครั้งนี้พบว่า กลุ่มตัวอย่างพระสงฆ์ส่วนใหญ่มีคุณภาพของการเตรียมลำไส้ใหญ่อยู่ในระดับดี (ร้อยละ 77.4) อธิบายได้จากการได้นัดหมายมาโรงพยาบาลเพื่อเตรียมลำไส้ใหญ่ก่อนการตรวจส่องกล้อง ทำให้สามารถปฏิบัติตัวในการเตรียมลำไส้ใหญ่ได้ตามแผนการรักษา โดยเฉพาะอย่างยิ่งในด้านการปรับเปลี่ยนชนิดของอาหารให้เหมาะสม อย่างไรก็ตาม ยังมีพระสงฆ์ที่มีคุณภาพการเตรียมลำไส้ในระดับไม่ดี ร้อยละ 22.6 สอดคล้องกับผลการศึกษาที่ผ่านมา ที่พบผู้มีคุณภาพการเตรียมลำไส้ใหญ่ในระดับไม่ดี ร้อยละ 34.6¹² ด้วยข้อกำหนดด้านพระธรรมวินัยเรื่องชนิดของอาหาร อีกทั้งพระสงฆ์ต้องรับอาหารจากการบิณฑบาตตามที่ประชาชนถวาย¹⁴

ผลการศึกษาครั้งนี้พบว่า ความเสี่ยงต่อการเกิดอาการท้องผูก ความเสี่ยงก่อนการผ่าตัด และการรับประทานอาหารที่มีกากใย สามารถร่วมทำนายคุณภาพการเตรียมลำไส้ในผู้ป่วยที่เข้ารับการส่องกล้องตรวจลำไส้ใหญ่ได้ร้อยละ 71.3 สนับสนุนสมมติฐานการวิจัย อธิบายได้จากแนวคิดการปรับตัวของรอย¹⁶ โดยการลดอาหารที่มีกากใย ลดความเสี่ยงต่อการเกิดอาการท้องผูกและลดความเสี่ยงก่อนเข้ารับการผ่าตัด เป็นสิ่งเร้าให้พระสงฆ์ปรับตัวด้านโภชนาการและการขับถ่าย เพื่อเพิ่มคุณภาพของการเตรียมลำไส้

สอดคล้องกับการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ ทั้งนี้สามารถอธิบายได้ว่า พระสงฆ์ที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดอาการท้องผูกมีโอกาสที่คุณภาพของการเตรียมลำไส้ใหญ่ในระดับไม่ดีได้ประมาณ 3.5 เท่า เมื่อเทียบกับพระสงฆ์ที่ไม่มีภาวะท้องผูก การศึกษาครั้งนี้ พบว่าพระสงฆ์ร้อยละ 49.7 ที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะท้องผูก และมีคุณภาพการเตรียมลำไส้ในระดับไม่ดีร้อยละ 95.6 เนื่องจากภาวะท้องผูกในพระสงฆ์เกิดจากการดำเนินกิจวัตร

ของท่านต้องอยู่ภายใต้พระธรรมวินัย จากพุทธบัญญัติเพื่อให้พระสงฆ์อยู่ในอาการสำรวม ส่งผลให้ไม่สามารถออกกำลังกายเช่นบุคคลทั่วไปได้ พระสงฆ์มากกว่าร้อยละ 50 ออกกำลังกายน้อย ส่วนใหญ่เป็นการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของสงฆ์เท่านั้น โดยเฉพาะอย่างยิ่งในพระสงฆ์ที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป มีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพระดับต่ำ ร้อยละ 86.7²⁴ เนื่องจากมีกิจวัตรด้านการบริหารและปัญหาสุขภาพ ส่งผลให้การเคลื่อนไหวร่างกายลดลง เกิดอาการท้องผูกได้ง่ายขึ้น บางวันขับถ่ายและไม่ขับถ่ายสลับกัน²⁵ สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมา²⁶ ที่พบว่าผู้ที่มีอาการท้องผูกมีโอกาสมีคุณภาพการเตรียมลำไส้ในระดับไม่ดีได้ประมาณ 2.16 เท่า เมื่อเทียบกับผู้ที่ไม่มีอาการท้องผูก อย่างไรก็ตามผลการศึกษาครั้งนี้แตกต่างจากที่ผ่านมา²⁷ ที่พบว่าการเตรียมลำไส้ไม่สะอาดระหว่างกลุ่มที่มีอาการท้องผูกและกลุ่มที่ไม่มีอาการท้องผูกไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ พระสงฆ์ที่มีความเสี่ยงก่อนเข้ารับการผ่าตัดมีโอกาสมีคุณภาพการเตรียมลำไส้ในระดับไม่ดีได้ประมาณ 3.77 เท่า เมื่อเทียบกับพระสงฆ์ที่ไม่มีความเสี่ยงก่อนเข้ารับการผ่าตัด สามารถอธิบายได้ว่า ระดับของความเสี่ยงในการเข้ารับการผ่าตัดจะสูงขึ้นในผู้ป่วยที่มีโรคร่วมหรือมีการใช้ยาโรค²⁸ ส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงหลายระบบในร่างกาย การศึกษาที่ผ่านมา⁶ พบว่า ผู้ที่มีความเสี่ยงก่อนเข้ารับการผ่าตัดมีโอกาสมีคุณภาพของการเตรียมลำไส้ในระดับไม่ดีได้ประมาณ 1.15 เท่า เมื่อเทียบกับผู้ที่ไม่มีความเสี่ยงก่อนเข้ารับการผ่าตัด เนื่องจาก ASA class ที่สูงขึ้นมักสัมพันธ์กับโรคประจำตัว การมีโรคร่วมและการใช้ยา ซึ่งยาบางชนิดส่งผลลดแรงบีบตัวของกล้ามเนื้อ ทำให้ลำไส้เคลื่อนไหวน้อย อาหารถูกขับออกจากลำไส้ใหญ่ช้าลง สอดคล้องกับการศึกษา ที่พบว่าการมีโรคร่วม เช่น โรคเบาหวาน และความจำเสื่อม รวมถึงการใช้ยา tricyclic

antidepressants และ opioids²⁹ การเป็นผู้สูงอายุ เพศชาย¹⁰ และการศึกษาในพระสงฆ์³⁰ ที่พบปัญหาสุขภาพที่สำคัญคือ การบริโภคอาหาร ภาวะไขมันผิดปกติ และโรคอ้วนรวมทั้งการมีโรคร่วมในพระสงฆ์สูงอายุ

ผลการศึกษานี้พบว่า พระสงฆ์ที่มีความเสี่ยงก่อนเข้ารับการผ่าตัด (ASA class ≥ 3) มีการเตรียมลำไส้ไม่สะอาดสูงถึงร้อยละ 77.3 ซึ่งมีโรคประจำตัวเป็นโรคความดันโลหิตสูงมากที่สุดและมีการใช้ยากลุ่มรักษาโรคความดันโลหิตสูงมากที่สุด อย่างไรก็ตามปัจจัยเรื่องอายุหรือโรคร่วมไม่สามารถปรับเปลี่ยนได้จึงควรมุ่งเน้นการเพิ่มคุณภาพของการเตรียมลำไส้³¹ ในกลุ่มนี้

นอกจากนี้พระสงฆ์ที่รับประทานอาหารที่มีกากใยมากกว่า 8 มก./วันมีโอกาสมีคุณภาพการเตรียมลำไส้ในระดับไม่ดี 5.46 เท่า เมื่อเทียบกับพระสงฆ์ที่รับประทานอาหารที่มีกากใยน้อยกว่า 8 มก./วัน สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมา³² พบว่า การรับประทานอาหารที่มีส่วนผสมของธัญพืชก่อนวันที่เข้ารับการตรวจส่องกล้องลำไส้ใหญ่มีความสัมพันธ์กับการเตรียมลำไส้ไม่สะอาด อย่างไรก็ตามไม่สอดคล้องกับการศึกษา^{33,34} ที่ไม่พบความแตกต่างดังกล่าว

ข้อจำกัดของการศึกษา

ในการศึกษานี้ไม่ได้มีการประเมินลักษณะของอุจจาระระหว่างการเตรียมลำไส้ที่ต้องรับประทานยาาระบายต่างชนิดกัน จึงทำให้ไม่เห็นความแตกต่างของลักษณะอุจจาระของผู้ป่วยในขณะเตรียมลำไส้ นอกจากนี้การเก็บรวบรวมข้อมูลใช้เวลาค่อนข้างนานเนื่องจากจำนวนพระสงฆ์มีค่อนข้างน้อย

ข้อเสนอแนะจากผลการศึกษา

พยาบาลสามารถนำผลการศึกษาไปใช้วางแผนในการส่งเสริมการเตรียมลำไส้ของพระสงฆ์ที่มารับการส่องกล้องลำไส้ใหญ่โดยประเมินความเสี่ยงก่อนเข้ารับ

การผ่าตัด ความเสี่ยงต่อการเกิดอาการท้องผูก และการรับประทานอาหารที่มีกากใยก่อนเข้ารับการส่องกล้องลำไส้ใหญ่ การศึกษาครั้งต่อไป อาจศึกษาปัจจัยอื่นเพิ่มเติม เช่น ลักษณะของอุจจาระระหว่างการเตรียมลำไส้และยาที่ได้รับเป็นประจำ เป็นต้น และอาจศึกษาการให้คำแนะนำและติดตามประเมิน โดยเฉพาะการรับประทานอาหารที่มีกากใยน้อยในช่วง 3 วันก่อนเข้ารับไว้ในโรงพยาบาลเพื่อการเตรียมลำไส้ใหญ่ที่มีคุณภาพ

References

1. Bechtold ML, Mir F, Puli SR, Nguyen DL. Optimizing Bowel Preparation for Colonoscopy: A Guide to Enhance Quality of Visualization. *Ann Gastroenterol.* 2016;29(2):137-46. <https://doi.org/10.20524/aog.2016.0005> PMID: 27065725
2. American Cancer Society. Colorectal Cancer Facts and Figures 2017-2019. American Cancer Society [internet]. 2017 [cited 2022 Feb 10]. Available from: <https://www.cancer.org/content/dam/cancer-org/research/cancer-facts-and-statistics/colorectal-cancer-facts-and-figures/colorectal-cancer-facts-and-figures-2017-2019.pdf>
3. Kahi CJ, Boland CR, Dominitz JA, Giardiello FM, Johnson DA, Kaltenbach T, et al. Colonoscopy Surveillance After Colorectal Cancer Resection: Recommendations of the US Multi-society Task Force on Colorectal Cancer. *Gastrointest Endosc.* 2016;83:489-98.e10. <https://doi.org/10.1053/j.gastro.2016.01.001> PMID: 26892199
4. Hassan C, East J, Radaelli F, Spada C, Benamouzig R, Bisschops R, et al. Bowel Preparation for Colonoscopy: European Society of Gastrointestinal Endoscopy (ESGE) Guideline Update 2019. *Endoscopy.* 2019;51(8):775-94. <https://doi.org/10.1055/a-0959-0505> PMID: 31295746

5. Sulz MC, Kröger A, Prakash M, Manser CN, Heinrich H, Misselwitz B. Meta-analysis of the Effect of Bowel Preparation on Adenoma Detection: Early Adenomas Affected Stronger than Advanced Adenomas. *PLoS One*. 2016;11(6):e0154149. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0154149> PMID: 27257916
6. Yadlapati R, Johnston ER, Gregory DL, Ciolino JD, Cooper A, Keswani RN. Predictors of Inadequate Inpatient Colonoscopy Preparation and Its Association with Hospital Length of Stay and Costs. *Dig Dis Sci*. 2015;60:3482–90. <https://doi.org/10.1007/s10620-015-3761-2> PMID: 26093612
7. Hsu CM, Lin WP, Su MY, Chiu CT, Ho YP, Chen PC. Factors that Influence Cecal Intubation Rate During Colonoscopy In Deeply Sedated Patients. *J Gastroenterol Hepatol*. 2012;27:76–80. <https://doi.org/10.1111/j.1440-1746.2011.06795.x> PMID: 21649720
8. Lebowitz B, Kastrinos F, Glick M, Rosenbaum AJ, Wang T, Neugut AI. The Impact of Suboptimal Bowel Preparation on Adenoma Miss Rates and The Factors Associated with Early Repeat. *Gastrointest Endosc*. 2011;73:1207–14. <https://doi.org/10.1016/j.gie.2011.01.051> PMID: 21481857
9. Fang J, Fu HY, Ma D, Wang D, Liu YP, Wang YF, et al. Constipation, Fiber Intake and Non-compliance Contribute to Colonoscopy Bowel Preparation: A Prospective Cohort Study. *J Dig Dis*. 2016;17:458–63. <https://doi.org/10.1111/1751-2980.12376> PMID: 27356275
10. Mahmood S, Farooqui SM, Madhoun MF. Predictors of Inadequate Bowel Preparation for Colonoscopy: A Systematic Review and Meta-analysis. *Eur J Gastroenterol Hepatol*. 2018;30:819–26. <https://doi.org/10.1097/meg.0000000000001175> PMID: 29847488
11. Almadi MA, Alharbi O, Azzam N, Altayeb M, Thaniah S, Aljebreen A. Bowel Preparation Quality Between Hospitalized Patients and Outpatient Colonoscopies. *Saudi J Gastroenterol*. 2018;24:93–9. https://doi.org/10.4103/sjg.SJG_485_17 PMID: 29637916
12. Zhang Y, Wang L, Wu W, Zhang S, Zhang M, She W, et al. Predictors of Inadequate Bowel Preparation in Older Patients Undergoing Colonoscopy: A Review and Meta-analysis. *Int.J.Nurs.Stud*. 2024;149:104631. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2023.104631> PMID: 37963423.
13. Bhanthumkomol P, Siramolpiwat S, Vilaichone RK. Incidence and Predictors of Inadequate Bowel Preparation Before Elective Colonoscopy in Thai Patients. *Asian Pac J Cancer Prev*. 2014;15:10763–8. <https://doi.org/10.7314/apjcp.2014.15.24.10763> PMID: 25605172
14. Attaworakun S, Ngamdee N, Cherdsumtira V. Monk's Health in Urban Area: The Problem that Should be Considered. *Vajira Med J [Internet]*. 2017 [cited 2022 Feb 10]; S177–S184. Available from: <https://he02.tci-thaijo.org/index.php/VMED/article/view/204684> (in Thai)
15. Ministry of Public Health. Department of Medical Services. Priest Hospital. Anesthetic Record Statistics: Priest Hospital. 2023.
16. Roy C, Whetsell MV, Frederickson K. The Roy Adaptation Model and Research. *Nurs Sci Q*. 2009;22(3):209–211. <https://doi.org/10.1177/0894318409338692> PMID: 19694080
17. Sharma A, Rao S. Constipation: Pathophysiology and Current Therapeutic Approaches. *Handb Exp Pharmacol*. 2017;239:59–74. https://doi.org/10.1007/164_2016_111 PMID: 28185025
18. Moen S, Vuik FER, Voortman T, Kuipers EJ, Spaander MCW. Predictors of Gastrointestinal Transit Times in Colon Capsule Endoscopy. *Clin Transl Gastroenterol*. 2022;13(6):e00498. <https://doi.org/10.14309/ctg.0000000000000498> PMID: 35584543

19. Trongsakul S, Lambert R, Clark A, Wongpakaran N, Cross J. Development of the Thai Version of Mini-Cog, A Brief Cognitive Screening Test. *Geriatr Gerontol* [internet]. 2015 [cited 2020 Feb 10]; 15(5): 594–600. <https://doi.org/10.1111/ggi.12318> PMID: 25155468
20. Hinrichs M, Huseboe J, Tang JH, Titler MG. Research-based Protocol: Management of Constipation. *J Gerontol Nurs*. 2001;27(2):17–28. <https://doi.org/10.3928/0098-9134-20010201-11> PMID: 11915262
21. Budpanya W, Putwatana P, Wongvatuny S, Khwanruan P. Effect of a Constipation Prevention Program for Neurological Patients [Dissertation]. Bangkok: Mahidol University; 2012 (in Thai)
22. Doyle DJ, Hendrix JM, Garmon EH. American Society of Anesthesiologists Classification. In: StatPearls. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing [Internet]. 2023 [cited 2024 Feb 10]. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK441940/>
23. Calderwood AH, Schroy PC 3rd, Lieberman DA, Logan JR, Zurfluh M, Jacobson BC. Boston Bowel Preparation Scale Scores Provide a Standardized Definition of Adequate for Describing Bowel Cleanliness. *Gastrointest Endosc*. 2014;80(2):269–76. <https://doi.org/10.1016/j.gie.2014.01.031> PMID: 24629422
24. Kittiyannetee P, Subraungthong W, Suksumraj S. Promoting Holistic Health Care of The monks in Lopburi. *RJPJ* [Internet]. 2019 [cited 2022 Feb 10]. Available from: Promoting Holistic Health Care of The monks in Lopburi | Rajapark Journal (tci-thaijo.org) (in Thai)
25. Tunsakul C, Pumrew R, Rojanawipak P. Self-care and Food Consumption Behavior of the Monks in Taweewattana District, JPHC [Internet]. 2017 [cited 2022 Feb 10];38(1). Available from: Factors Related to Health Behaviors of Monks in Fang District, Chiangmai | Journal of Nurses Association of Thailand Northern Office (tci-thaijo.org) (in Thai)
26. Fuccio L, Frazzoni L, Spada C, Mussetto A, Fabbri C, Manno M, et al. Factors that Affect Adequacy of Colon Cleansing for Colonoscopy in Hospitalized Patients. *Clin Gastroenterol Hepatol*. 2021;19(2):339–48. e7. <https://doi.org/10.1016/j.cgh.2020.02.055> PMID: 32200083
27. Pereyra L, Cimmino D, González Malla C, et al. Colonic Preparation Before Colonoscopy in Constipated and Non-constipated Patients: A Randomized Study. *World J Gastroenterol*. 2013;19(31):5103–5110. <https://doi.org/10.3748/wjg.v19.i31.5103> PMID: 23964144
28. Beran A, Aboursheid T, Ali AH, Albunni H, Mohamed MF, Vargas A, et al. Risk Factors for Inadequate Bowel Preparation in Colonoscopy: A Comprehensive Systematic Review and Meta-analysis. *Am J Gastroenterol*. 2024. <https://doi.org/10.14309/ajg.0000000000003073> PMID: 39225554
29. Gandhi K, Tofani C, Sokach C, Patel D, Kastenber D, Daskalakis C. Patient Characteristics Associated With Quality of Colonoscopy Preparation: A Systematic Review and Meta-analysis. *Clin Gastroenterol Hepatol*. 2018;16(3):357–69.e10. <https://doi.org/10.1016/j.cgh.2017.08.016> PMID: 28826680
30. Ko-amornsap W, Siriussawakul A, Aosangdeeku K, Preedachitkul R, Srinonprasert V, Somnuek P, Muangpaian W, Petchthai P, Kitnarong N. Health Survey of Monks Residing in Urban Areas: The Bangkok Noi Model. *Siriraj Med J* [Internet]. 2024. [cited 2024 Dec 7]; 76(11):746–57. Available from: <https://doi.org/10.33192/smj.v76i11.269296>
31. Hassan C, Fuccio L, Bruno M, Pagano N, Spada C, Carrara S, et al. A Predictive Model Identifies Patients Most likely to have Inadequate Bowel Preparation for Colonoscopy. *Clin Gastroenterol Hepatol*. 2012;10: 501–6. <https://doi.org/10.1016/j.cgh.2011.12.037> PMID: 22239959
32. Nam SJ, Kim YJ, Keum B, Lee JM, Kim SH, Choi HS, et al. Impact of Diet Restriction on Bowel Preparation for Colonoscopy. *Medicine (Baltimore)*. 2018;97:e12645. <https://doi.org/10.1097/md.00000000000012645> PMID: 30313052

33. Chen E, Chen L, Wang F, Zhang W, Cai X, Cao G. Low-residue Versus Clear Liquid Diet Before Colonoscopy: An Updated Meta-analysis of Randomized, Controlled Trials. *Medicine (Baltimore)*. 2020;99(49):e23541. <https://doi.org/10.1097/md.00000000000023541> PMID: 33285772
34. Avalos DJ, Sussman DA, Lara LF, Sarkis FS, Castro FJ. Effect of Diet Liberalization on Bowel Preparation. *South. Med J*. 2017;110(6):399-407. <https://doi.org/10.14423/smj.0000000000000662> PMID: 28575897

ความสัมพันธ์ระหว่างกิจกรรมทางกาย การรับรู้แรงสนับสนุนทางสังคม และความเหนื่อยล้าในผู้สูงอายุโรคมะเร็งปอด¹

พัชรพร มนต์กันภัย พย.ม. (การพยาบาลเวชปฏิบัติผู้สูงอายุ)²

สุปรีดา มั่นคง Ph.D. (Gerontological Nursing)³

มุกดา เดชประพนธ์ ปร.ด. (การพยาบาล)⁴

บทคัดย่อขยาย

บทนำ ความเหนื่อยล้าเป็นความรู้สึกไม่มีแรงทั่วร่างกายที่ไม่หายด้วยการพักผ่อน ส่งผลต่อสมรรถภาพทางกาย ความจำ สมาธิ อารมณ์ และความสามารถในการเข้าสังคม และเป็นอาการหนึ่ง ที่พบได้บ่อยในผู้ป่วยโรคมะเร็งปอดโดยเฉพาะอย่างยิ่งผู้สูงอายุ ซึ่งมีความเปราะบาง โดยอาการเหนื่อยล้า เป็นอาการที่นำไปสู่การมีกิจกรรมทางกายลดลง ซึ่งกิจกรรมทางกายในผู้สูงอายุมีความสำคัญต่อกิจวัตร ในชีวิตประจำวันและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ นอกจากนี้กิจกรรมทางกายยังเป็นสิ่งสำคัญในการรักษา สุขภาพโดยรวมและการไม่พึ่งพิงของผู้สูงอายุ อย่างไรก็ตามความเหนื่อยล้าอาจลดทอนความสามารถ ในการเข้าร่วมกิจกรรมที่ส่งเสริมสุขภาพด้านร่างกายและจิตใจได้อย่างมาก นอกจากผลกระทบทาง ร่างกายแล้ว ความเหนื่อยล้ายังเกี่ยวข้องกับผลกระทบทางจิตใจหลายรูปแบบ ซึ่งอาจทำให้เกิดปัญหา ด้านการรับรู้ การคิด และการประมวลผลข้อมูลได้ นอกจากนี้ยังอาจทำให้การมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคมลดลง และอาจส่งผลให้เกิดความรู้สึกโดดเดี่ยวและเหงา หากไม่ได้รับการแก้ไข สถานการณ์นี้อาจนำไปสู่ ภาวะซึมเศร้า ซึ่งเป็นความเสี่ยงด้านสุขภาพที่สำคัญสำหรับผู้สูงอายุ การสนับสนุนทางสังคมมีบทบาทสำคัญ ในการป้องกันภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ การรับรู้แรงสนับสนุนจากเพื่อนสนิท คนใกล้ชิด และสมาชิก ในครอบครัวเป็นสิ่งสำคัญอย่างยิ่ง เนื่องจากมีความสัมพันธ์โดยตรงกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ เมื่อผู้สูงอายุ โรคมะเร็งปอดรู้สึกว่ามีเครือข่ายการสนับสนุนทางสังคมที่เข้มแข็ง มักจะมีสุขภาพจิตที่ดีขึ้นและความเหนื่อยล้า ลดลง โดยทั้งสองปัจจัยจะช่วยเพิ่มคุณภาพชีวิตโดยรวมของผู้สูงอายุโรคมะเร็งปอดได้

วัตถุประสงค์การวิจัย การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) ศึกษาระดับความเหนื่อยล้าในผู้สูงอายุ โรคมะเร็งปอด และ 2) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างกิจกรรมทางกายและแรงสนับสนุนทางสังคมกับ ระดับความเหนื่อยล้า ในผู้สูงอายุโรคมะเร็งปอด

การออกแบบการวิจัย การวิจัยนี้เป็นเชิงพรรณนาวิเคราะห์ความสัมพันธ์ตามกรอบแนวคิด ความเหนื่อยล้าของโปเปอร์ ซึ่งให้ความเข้าใจอย่างเป็นองค์รวมเกี่ยวกับความเหนื่อยล้าที่เกี่ยวข้อง

¹วิทยาลัยพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลเวชปฏิบัติผู้สูงอายุ โรงเรียนพยาบาลรามาธิบดี คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล

²นักศึกษาลัทธิศาสตร์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลเวชปฏิบัติผู้สูงอายุ โรงเรียนพยาบาลรามาธิบดี คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล

³ผู้ประพันธ์บรรณกิจ รองศาสตราจารย์ โรงเรียนพยาบาลรามาธิบดี คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล
E-mail: Supreeda.mon@mahidol.edu

⁴ผู้ช่วยศาสตราจารย์ โรงเรียนพยาบาลรามาธิบดี คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล

กับโรคเมเร็งโดยเชื่อมโยงกับมิติด้านร่างกายและจิตใจ ซึ่งส่งผลให้ความสามารถในการทำงานลดลง การทำกิจกรรมทางกายลดลง ย่อมมีความสัมพันธ์กับความเหนื่อยล้ารุนแรง ในขณะเดียวกัน ความเหนื่อยล้าน้อยจะสามารถปฏิบัติกิจกรรมทางกายได้มากขึ้น ส่วนของจิตใจ การรับรู้แรงสนับสนุนทางสังคมที่มาก ความเสี่ยงต่อการโรคซึมเศร้าจะน้อยลง เป็นผลสืบเนื่องให้ความเหนื่อยล้าลดลง

วิธีดำเนินการวิจัย กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ที่เป็นโรคเมเร็งปอดอายุ 60 ปีขึ้นไป จำนวน 78 คน ที่เข้ารับบริการผู้ป่วยนอกที่สถาบันมะเร็งแห่งชาติ กรุงเทพมหานคร ระหว่างเดือนกรกฎาคม – พฤศจิกายน 2565 คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง ตามเกณฑ์คัดเข้า ดังนี้ 1) ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคเมเร็งปอด และอยู่ระหว่างการรักษาด้วยยาเคมีบำบัด หรือ การฉายแสง หรือ การรักษาแบบประคับประคอง 2) มีความสามารถในการสื่อสารและเข้าใจภาษาไทยได้ดี และ 3) ไม่มีประวัติหรือไม่มีภาวะพร่องการรู้คิด คัดกรองโดยใช้แบบประเมิน 6 cognitive impairment test (6 CIT) ฉบับภาษาไทย ได้คะแนนน้อยกว่า 8 คะแนน กำหนดขนาดตัวอย่างโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป G*power โดยกำหนดอำนาจในการทดสอบ = .80 ค่านัยสำคัญทางสถิติ (α) = .05 ขนาดอิทธิพล เท่ากับ .411 ได้ตัวอย่าง 70 คน ผู้วิจัยเพิ่มขนาดตัวอย่างอีกร้อยละ 10 โดยประมาณ ในกรณีที่มีข้อมูลไม่ครบถ้วนสมบูรณ์ การศึกษาครั้งนี้จึงมีจำนวนตัวอย่าง 78 คน เครื่องมือวิจัยประกอบด้วย แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบประเมินความเหนื่อยล้าไปเปอร์ที่ดัดแปลงและแปลเป็นภาษาไทย แบบประเมินกิจกรรมทางกายระดับสากล และแบบประเมินการรับรู้การสนับสนุนทางสังคมแบบพหุมิติ เก็บรวบรวมข้อมูลโดยการสัมภาษณ์แบบมีโครงสร้าง วิเคราะห์ข้อมูลโดยสถิติบรรยาย และสถิติสหสัมพันธ์แบบสเปียร์แมน

ผลการวิจัย กลุ่มตัวอย่างมีอายุเฉลี่ย 68 ปี (SD = 5.35) มีสถานภาพสมรสคู่ (ร้อยละ 73.1) ครึ่งหนึ่งจบการศึกษาในระดับประถมศึกษา (ร้อยละ 50) ส่วนใหญ่อาศัยอยู่กับครอบครัว (ร้อยละ 96.2) และมีรายได้ต่อเดือนเพียงพอ (ร้อยละ 93.6) มากกว่าครึ่งมีโรคประจำตัว (ร้อยละ 53.8) และได้รับการวินิจฉัยด้วยโรคเมเร็งปอดระยะที่ 4 (ร้อยละ 55.1) และได้รับการรักษาแบบรับยาเคมีบำบัดและการฉายแสง ร้อยละ 37.2 กลุ่มตัวอย่างมีความเหนื่อยล้าระดับต่ำ คะแนนเฉลี่ย 3.53 (SD = 1.55) กิจกรรมทางกายมีความสัมพันธ์ทางลบกับระดับความเหนื่อยล้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -.242, p < .05$) ในขณะที่การรับรู้แรงสนับสนุนทางสังคมไม่มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับระดับความเหนื่อยล้า ($r = -.103, p > .05$)

ข้อเสนอแนะ ผลการศึกษานี้สามารถใช้เป็นแนวทางให้บุคลากรทางสุขภาพได้เข้าใจถึงความสำคัญในการประเมินความเหนื่อยล้าและกิจกรรมทางกายในผู้สูงอายุโรคเมเร็งปอด เพื่อช่วยในการวางแผนแนวทางการดูแลจัดการความเหนื่อยล้าและกิจกรรมทางกายในผู้สูงอายุโรคเมเร็งปอด

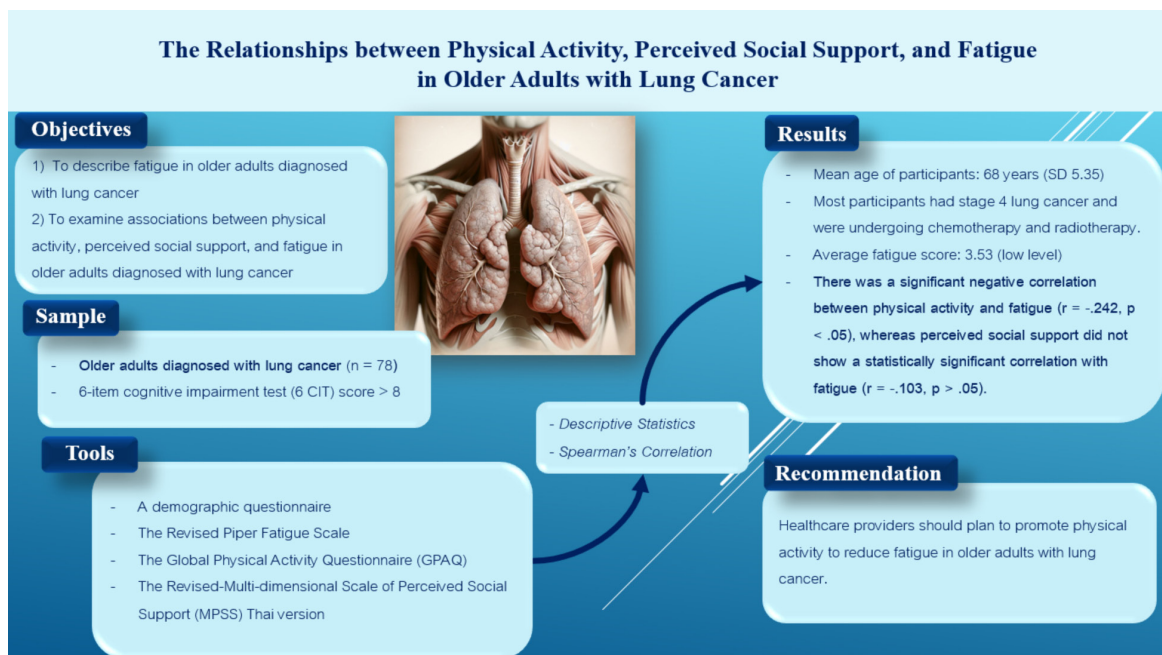
คำสำคัญ ความเหนื่อยล้า โรคเมเร็งปอด ผู้สูงอายุ กิจกรรมทางกาย แรงสนับสนุนทางสังคม
วันที่ได้รับ 26 ก.ย. 67 วันที่แก้ไขบทความเสร็จ 21 ธ.ค. 67 วันที่รับตีพิมพ์ 24 ม.ค. 68

The Relationships between Physical Activity, Perceived Social Support, and Fatigue in Older Adults with Lung Cancer¹

Patcharaporn Monkanphai M.N.S.²

Supreeda Mongkong, Ph.D. (Gerontological Nursing)³

Mukda Detprapon, Ph.D. (Nursing)⁴



Extended Abstract

Introduction Fatigue is described as a pervasive feeling of weakness throughout the body that does not improve with rest. This debilitating symptom significantly impacts physical function, memory, concentration, mood, and the ability to engage in social activities. Fatigue is commonly observed in patients with lung cancer, particularly among older adults, who are in a vulnerable age group. The presence of fatigue often leads to a reduction in physical activity, which is crucial for the daily functioning and quality of life of older adults. Moreover, physical activity is essential for maintaining overall health and independence in older adults. However, the experience of fatigue may severely hinder their ability to participate in activities that promote mental and physical well-being. Beyond physical ramifications, fatigue is also associated with various psychological impacts. It can impair cognitive functions, leading to difficulties in thinking and processing information. Additionally,

¹Thesis, Master of Nursing Science Program in Gerontological Nurse Practitioner, Ramathibodi School of Nursing, Faculty of Ramathibodi Hospital, Mahidol University

²Master's student, Master of Nursing Science Program (Gerontological Nurse Practitioner), Ramathibodi School of Nursing, Faculty of Medicine Ramathibodi Hospital, Mahidol University

³Corresponding Author, Associate Professor, Ramathibodi School of Nursing, Faculty of Medicine Ramathibodi Hospital, Mahidol University, Bangkok, Thailand; E-mail: supreeda.mon@mahidol.edu

⁴Assistant Professor, Ramathibodi School of Nursing, Faculty of Medicine Ramathibodi Hospital, Mahidol University, Bangkok, Thailand

it often results in decreased social interactions, which can contribute to feelings of isolation and loneliness. If left unaddressed, this situation can potentially lead to depression, a significant health risk for older adults. Social support plays a critical role in the prevention of depression among this population. The awareness of support from close friends, special people, and family members is particularly essential, as it is directly linked to the quality of life of older adults. When older adult's individuals with lung cancer perceive that they have robust social support networks, they are more likely to experience better emotional health and lower levels of fatigue. By addressing both the physical and psychological aspects of fatigue and enhancing social support, it becomes possible to improve the overall quality of life for older adults living with lung cancer.

Objectives This study aimed to 1) describe the level of fatigue in older adults diagnosed with lung cancer and 2) examine the associations between physical activity, perceived social support, and fatigue level in older adults diagnosed with lung cancer.

Design This is a descriptive correlational study based on the conceptual framework of Piper's fatigue model, which provides a comprehensive understanding of cancer-related fatigue, linking both physical and psychological dimensions. This leads to a decrease in functional ability and physical activity, which is strongly correlated with increased fatigue. Conversely, lower levels of fatigue allow for greater participation in physical activities. In terms of psychological factors, higher perceived social support is associated with a reduced risk of depression, which in turn contributes to a decrease in fatigue.

Methodology The participants consisted of 78 patients with lung cancer aged 60 and above who have been diagnosed with lung cancer and are receiving outpatient services at the National Cancer Institute, Bangkok, between July and November 2022. They were selected through purposive sampling based on the following inclusion criteria: 1) A diagnosis of lung cancer by a medical doctor and currently undergoing chemotherapy, radiotherapy, or palliative care; 2) The ability to effectively communicate and understand Thai language; and 3) No history or signs of cognitive impairment, screened using the Thai version of the 6 Cognitive Impairment Test (6 CIT), with a score of less than 8. The sample size was determined using the G*Power program, with a power set at .80, a statistical significance level (α) of .05, and an effect size of .411, resulting in a sample size of 70 participants. The researchers increased the sample size by approximately 10% to account for any incomplete data. Therefore, the study included 78 participants. The research instruments consisted of a personal information questionnaire, the revised Piper Fatigue Scale, the Global Physical Activity Questionnaire (GPAQ), and the Multidimensional Scale of Perceived Social Support. Data were collected through structured interviews and analyzed using descriptive statistics and Spearman's rank correlation.

Results The mean age of the participants in this study was 68 years old ($SD = 5.35$), with 73.1% being married. Half of the participants (50%) had completed only primary education. Most participants in this study lived with their families (96.2%) and reported sufficient monthly income (93.6%). More than half had underlying health conditions (53.8%). Among the participants, 55.1% were diagnosed with stage 4 lung cancer, and 37.2% undergoing both chemotherapy and radiotherapy. The mean fatigue score among participants was 3.53 ($SD = 1.55$), suggesting that the overall level of fatigue was relatively low in this group. Furthermore, the analysis revealed a significant negative correlation between physical activity and fatigue levels ($r = -.242, p < .05$), whereas perceived social support did not show a statistically significant relationship with fatigue levels ($r = -.103, p > .05$).

Recommendation This study's findings can serve as an approach for healthcare professionals to understand the importance of assessing fatigue and physical activity in older adults with lung cancer in order to aid in planning care for fatigue management and physical activity in this population.

Journal of Thailand Nursing and Midwifery Council 2025; 40(1) 118-130

Keywords fatigue/ lung cancer/ older adults/ physical activity/ social support

Received 26 September 2024, Revised 21 December 2024, Accepted 24 January 2025

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ความเหนื่อยล้าเป็นความรู้สึกไม่มีแรงทั่วร่างกาย และไม่หายด้วยการพักผ่อน เป็นอาการที่ส่งผลกระทบต่อสมรรถภาพทางกาย ความจำ สมาธิ อารมณ์ และความสามารถในการเข้าสังคม ซึ่งพบได้ในผู้สูงอายุร้อยละ 27-50 และเป็นอาการที่พบได้ในผู้ป่วยโรคมะเร็งปอดร้อยละ 57-100 ตั้งแต่ได้รับการวินิจฉัยจนกระทั่งเสียชีวิต^{1,2} ซึ่งโรคมะเร็งปอดจัดเป็นหนึ่งในโรคมะเร็งที่พบได้ 5 อันดับแรกของโลกและพบเป็นอันดับ 2 ในประเทศไทย^{3,4} โดยปี พ.ศ. 2562 ประเทศไทยมีผู้ป่วยรายใหม่ที่ได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคมะเร็งปอดจำนวน 23,713 คน⁵ และผู้ป่วยส่วนใหญ่จะได้รับการวินิจฉัยมะเร็งปอดในช่วงวัยสูงอายุ^{6,7} วัยที่มีการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยา อายุ โรคร่วม และความทนทานต่อการรักษาลดลงจากวัยผู้ใหญ่⁸ โดยในโรคมะเร็งปอด ผู้สูงอายุต้องเผชิญกับการรักษาทั้งการผ่าตัด การให้เคมีบำบัด และการฉายรังสีล้วนเป็นปัจจัยที่ส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดความเหนื่อยล้าได้อย่างรุนแรง หากผู้สูงอายุป่วยด้วยโรคมะเร็งปอดย่อมส่งผลกระทบต่อร่างกายและจิตใจได้ ทั้งจากตัวโรคและการรักษาโรคที่ได้รับ¹

ในด้านร่างกาย ผู้สูงอายุโรคมะเร็งปอดต้องเผชิญกับอาการต่าง ๆ โดยเฉพาะอย่างยิ่งเมื่อโรคมะเร็งปอดเข้าสู่ระยะลุกลาม ผู้ป่วยโรคมะเร็งปอดระยะลุกลามต้องเผชิญกับความเหนื่อยล้าที่มากขึ้น เนื่องจากเป็นอาการที่พบได้บ่อยและเป็นอาการหนึ่งที่น่าไปสู่กิจกรรมทางกายลดลง^{1,9} จากปัจจัยทั้งตัวโรคและอายุที่เพิ่มมากขึ้น ร่วมกับอาการเหนื่อยล้าที่ผู้ป่วยต้องประสบกับความเหนื่อยล้านี้ตั้งแต่การเริ่มต้นการรักษา ซึ่งความเหนื่อยล้าที่รุนแรงย่อมมีผลต่อการปฏิบัติกิจกรรมทางกายและกิจวัตรประจำวันต่าง ๆ ลดลง^{9,10} ในการศึกษาของต่างประเทศ ผู้สูงอายุที่ได้รับการวินิจฉัยด้วยโรคมะเร็งปอด พบว่ามีกิจกรรมทางกายลดลง

เนื่องจากการเปลี่ยนแปลงทางกายภาพจากการทำงานของระบบหายใจมีความผิดปกติและความแข็งแรงของกล้ามเนื้อลดลง¹¹ และในรายที่ได้รับยาเคมีบำบัดจะมีกิจกรรมทางกายลดลงจากความเหนื่อยล้าอีกด้วย¹² ในขณะเดียวกันการที่ผู้ป่วยโรคมะเร็งปอดที่มีกิจกรรมทางกายมากจะสามารถช่วยลดความเหนื่อยล้า¹³

นอกจากความเหนื่อยล้าจะมีผลต่อร่างกายยังมีผลทางด้านจิตใจโดยส่งผลกระทบต่อความคิด การเข้าสังคมลดลง และสามารถทำให้เกิดโรคซึมเศร้าได้^{1,13} ซึ่งโรคซึมเศร้านั้นเป็นปัจจัยหนึ่งที่พบได้ในผู้สูงอายุ รวมถึงเป็นปัจจัยเสี่ยงให้เกิดผลเสียต่อสุขภาพได้ ดังนั้นแรงสนับสนุนทางสังคมจึงเป็นปัจจัยสำคัญที่ป้องกันการเกิดโรคซึมเศร้าได้ ดังนั้นการที่ผู้สูงอายุรับรู้แรงสนับสนุนทางสังคมส่งผลกระทบต่อสุขภาพจิตมากกว่าการวัดการสนับสนุนทางสังคมในเชิงปริมาณ โดยเฉพาะจากคนใกล้ชิดและสมาชิกในครอบครัว ช่วยป้องกันภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ หากผู้สูงอายุมีการรับรู้การสนับสนุนทางสังคมที่สูง¹⁴ และจากการศึกษาการรับรู้แรงสนับสนุนทางสังคมของผู้ป่วยมะเร็งในต่างประเทศพบว่า ในรายที่มีการรับรู้แรงสนับสนุนทางสังคมสูงจะมีความเหนื่อยล้าในระดับน้อย และการรับรู้แรงสนับสนุนทางสังคมที่ดีมีความสัมพันธ์กับการมีคุณภาพชีวิตที่ดีด้วย¹⁵

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า การศึกษาความเหนื่อยล้าในผู้สูงอายุโรคมะเร็งปอดในประเทศไทยยังมีอยู่น้อย และการศึกษาส่วนใหญ่เกี่ยวข้องกับโรคมะเร็งปอดระยะลุกลาม หรือโรคมะเร็งโดยรวมหรือมะเร็งชนิดอื่น หรือกลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาเฉพาะเจาะจง เช่น การได้รับรังสีรักษา ส่งผลให้ยังขาดข้อมูลที่ชัดเจนเกี่ยวกับระดับความเหนื่อยล้าและปัจจัยที่เกี่ยวข้องในผู้สูงอายุโรคมะเร็งปอดโดยเฉพาะซึ่งมะเร็งปอดมี 4 ระยะ โดยในระยะแรก เชื้อมะเร็งจะอยู่เฉพาะที่ หากมีเจริญเติบโตขึ้น ระยะของโรคจะเพิ่มในระยะที่ 4 คือ เชื้อมะเร็งมีการลุกลามไปทั่วร่างกาย จากตัวโรคและการรักษา ความเหนื่อยล้าเป็นอาการ

ที่ผู้ป่วยต้องประสบและเป็นปัจจัยหนึ่งที่สัมพันธ์ด้านกิจกรรมทางกายและแรงสนับสนุนทางสังคม โดยความเหนื่อยล้าในผู้สูงอายุโรคมะเร็งปอดในประเทศไทยยังมีการศึกษาไม่ชัดเจน ถึงแม้ในปัจจุบันจะมีแนวทางการปฏิบัติด้านกิจกรรมทางกายและแรงสนับสนุนทางสังคมที่เกี่ยวข้องกับความเหนื่อยล้าในผู้สูงอายุ แต่ยังไม่เฉพาะเจาะจงกับผู้สูงอายุโรคมะเร็งปอด ผู้วิจัยจึงมีความสนใจศึกษาเรื่องความเหนื่อยล้าและปัจจัยคัดสรรที่เกี่ยวข้องกับความเหนื่อยล้าในผู้สูงอายุโรคมะเร็งปอดเพื่อให้ทราบถึงความเหนื่อยล้าและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความเหนื่อยล้าในผู้สูงอายุโรคมะเร็งปอดเพื่อเป็นแนวทางในการดูแลผู้สูงอายุกลุ่มนี้ได้อย่างเหมาะสม

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาระดับความเหนื่อยล้าในผู้สูงอายุโรคมะเร็งปอด
2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างกิจกรรมทางกายและการรับรู้แรงสนับสนุนทางสังคมกับความเหนื่อยล้า ในผู้สูงอายุโรคมะเร็งปอด

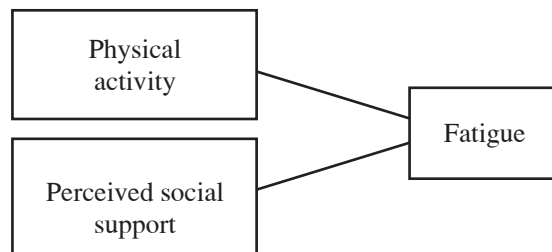


Figure 1 The Conceptual framework

วิธีการดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นเชิงพรรณนาวิเคราะห์ความสัมพันธ์ (Descriptive correlational research)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้สูงอายุที่ได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคมะเร็งปอด ที่มารับบริการ ณ สถานพยาบาล ใน

สมมติฐานของการวิจัย

1. กิจกรรมทางกายมีความสัมพันธ์ทางลบกับความเหนื่อยล้าในผู้สูงอายุโรคมะเร็งปอด
2. การรับรู้แรงสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางลบกับความเหนื่อยล้าในผู้สูงอายุโรคมะเร็งปอด

กรอบแนวคิดของการศึกษา

กรอบแนวคิดในการวิจัยครั้งนี้ใช้กรอบแนวคิดความเหนื่อยล้าของไปเปอร์¹ ที่มีความเชื่อมโยงกับมิติด้านร่างกายและจิตใจ¹⁵ ซึ่งส่งผลให้ความสามารถในการทำงานลดลง² การทำกิจกรรมทางกาย (physical activity) ลดลงย่อมมีความสัมพันธ์กับความเหนื่อยล้า (fatigue) รุนแรง ในขณะเดียวกัน ความเหนื่อยล้าน้อยจะสามารถปฏิบัติกิจกรรมทางกายได้มากขึ้น ส่วนของจิตใจ การรับรู้แรงสนับสนุนทางสังคม (perceived social support) ที่มาก ความเสี่ยงต่อการโรคซึมเศร้า¹⁶ น้อยลงเป็นผลสืบเนื่องให้ความเหนื่อยล้าที่ประสบน้อยลง (Figure 1)

เขตกรุงเทพมหานคร

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้สูงอายุที่ได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคมะเร็งปอด ที่มารับบริการที่สถาบันมะเร็งแห่งชาติ กรมการแพทย์กระทรวงสาธารณสุข จังหวัดกรุงเทพมหานคร ระหว่างเดือนกรกฎาคม – พฤศจิกายน 2565 คัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง (purposive sampling) โดยมีเกณฑ์คัดเลือก ดังนี้ (1) ผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป (2) ได้รับ

การวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคมะเร็งปอด และอยู่ระหว่างการรักษาด้วยยาเคมีบำบัด หรือ การฉายแสง หรือ การรักษาแบบประคับประคอง (3) มีความสามารถในการสื่อสารและเข้าใจภาษาไทยได้ดี (4) ไม่มีประวัติหรือไม่มีภาวะพร่องการรู้คิด คัดกรองโดยใช้แบบประเมิน 6 cognitive impairment test (6 CIT) ฉบับภาษาไทย ได้คะแนนน้อยกว่า 8 คะแนน¹⁷ และ (5) มีความยินดีเข้าร่วมในการวิจัยครั้งนี้

ในการศึกษาครั้งนี้ กำหนดขนาดตัวอย่างโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป G*power version 3.1.9.7¹⁸ โดยกำหนดอำนาจในการทดสอบ (power) = .80 คำนัยสำคัญทางสถิติ (α) = .05¹⁹ จากการแทนค่าอ้างอิงจากงานวิจัยที่คล้ายกัน²⁰ พบว่า ความเหนื่อยล้ามีความสัมพันธ์กับกิจกรรมทางกาย ($r = -.521$, $p < .001$)²⁰ และ แรงสั่นสะเทือนทางสังคม ($r = -.411$, $p < .001$)²⁰ โดยความสัมพันธ์ระหว่างความเหนื่อยล้ามีค่าน้อยที่สุด จึงนำมากำหนดค่าขนาดอิทธิพล (effect size) เท่ากับ .411 เมื่อนำค่าดังกล่าวมาคำนวณด้วยโปรแกรมได้ขนาดตัวอย่างจำนวน 70 คน และผู้วิจัยได้เพิ่มขนาดตัวอย่างอีกร้อยละ 10 โดยประมาณ ในกรณีที่ข้อมูลไม่ครบถ้วนสมบูรณ์การศึกษาครั้งนี้จึงมีจำนวนตัวอย่างเท่ากับ 78 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย เครื่องมือที่ใช้ในการคัดกรองกลุ่มตัวอย่าง และเครื่องมือสำหรับเก็บรวบรวมข้อมูล ซึ่งมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

1. เครื่องมือที่ใช้ในการคัดกรองกลุ่มตัวอย่าง คือ แบบประเมินสมรรถภาพการรู้คิด 6 ข้อฉบับภาษาไทย (6 item cognitive impairment test: 6 CIT) ใช้คัดกรองภาวะรู้คิดของผู้สูงอายุ¹⁷ โดยแบบประเมินมีจำนวนคำถามทั้งหมด 7 ข้อ แบ่งออกเป็น 3 ด้าน ได้แก่ (1) ด้านการรับรู้สถานะรอบตัว จำนวน 3 ข้อ (2) ด้านความตั้งใจ จำนวน 2 ข้อ และ (3) ด้านความจำ จำนวน 1 ข้อ โดยมีคะแนนรวมอยู่ระหว่าง 0-28 คะแนน คะแนน 0-7 คะแนน

หมายถึง ไม่มีความบกพร่องทางการรู้คิด และตั้งแต่คะแนน 8 คะแนนขึ้นไปหมายถึง อาจมีความบกพร่องทางการรู้คิด เครื่องมือมีค่าความตรงเชิงเนื้อหาทั้งฉบับ (S-CVI) ได้เท่ากับ 1 และ ค่าความตรงเชิงเนื้อหารายข้อ (I-CVI) โดยเฉลี่ยได้เท่ากับ 1 ตรวจสอบความตรงตามสภาพ โดยเปรียบเทียบกับแบบประเมิน Mini-Cog มีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ทางลบกับคะแนนแบบประเมิน Mini-Cog ($r = -.42$) แสดงถึงแบบประเมินมีความตรงตามสภาพอยู่ในระดับดี ตรวจสอบความเที่ยงด้านความคงที่ของการวัดด้วยวิธีการทดสอบและการทดสอบซ้ำ (test-retest reliability) ได้ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ทางบวก ($r = .64$) แสดงถึงความคงที่ของแบบประเมินโดยรวมอยู่ในระดับสูง

2. เครื่องมือสำหรับเก็บรวบรวมข้อมูล

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ผู้วิจัยพัฒนาจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง แบบสอบถามมีจำนวน 9 ข้อ ประกอบด้วย เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส รายได้ ลักษณะที่อยู่อาศัย ข้อมูลเกี่ยวกับโรคประจำตัว ระยะของโรคมะเร็ง และการรักษาที่ได้รับ

ส่วนที่ 2 แบบประเมินความเหนื่อยล้า สร้างขึ้นโดยไปเปอร์¹⁵ ดัดแปลงและแปลเป็นภาษาไทย (The revised Piper Fatigue Scale)²¹ โดย ปิยวรรณ ภูษณภานุรังษี ประกอบด้วยข้อคำถามทั้งหมด 22 ข้อ แบ่งออกเป็น 4 ด้าน คือ พฤติกรรม/ความรุนแรง จำนวน 6 ข้อ การให้ความหมาย จำนวน 5 ข้อ ความรู้สึก จำนวน 5 ข้อ และ ความคิด/อารมณ์ จำนวน 6 ข้อ ในแต่ละข้อมีมาตรวัดเป็นระดับคะแนน (Numerical rating scale) ตั้งแต่ 0 ถึง 10 โดย 0 หมายถึง ไม่มีอาการเลย/ไม่รบกวนเลย/ปกติ จนมากที่สุดเป็น 10 คะแนน คะแนนรวมอยู่ระหว่าง 0 ถึง 220 คะแนน คะแนนมากหมายถึง มีความเหนื่อยล้ามาก สำหรับค่าความเชื่อมั่นของแบบวัดทั้งชุดอยู่ระหว่าง .96-.99

ส่วนที่ 3 แบบประเมินกิจกรรมทางกาย
ในการศึกษาครั้งนี้ใช้แบบประเมินกิจกรรมทางกายระดับสากล (Global Physical Activity Questionnaire: GPAQ) ขององค์การอนามัยโลก ฉบับภาษาไทย โดยกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข ประกอบด้วยข้อคำถาม 16 ข้อ เป็นรูปแบบเลือกตอบ และบันทึกจำนวนวันที่มีกิจกรรมทางกายในหนึ่งสัปดาห์และเวลาที่ทำกิจกรรมทางกายในแต่ละวันซึ่งแบ่งเป็น 4 หมวด คือ (1) กิจกรรมในการทำงาน (2) กิจกรรมในการเดินทาง (3) กิจกรรมนันทนาการ และ (4) พฤติกรรมนั่ง ๆ นอน ๆ ซึ่งการปฏิบัติของกิจกรรมทางกายวิเคราะห์โดยวัดจากการเคลื่อนไหวออกแรงของผู้ป่วย (Metabolic Equivalent: MET) โดยมีหน่วยเป็น MET – นาที/สัปดาห์ การปฏิบัติกิจกรรมทางกายโดยรวมคือ ผลรวมของค่า METs ของกิจกรรมทางกายทุกหมวด ยกเว้นพฤติกรรมนั่ง ๆ นอน ๆ

ส่วนที่ 4 แบบประเมินการสนับสนุนทางสังคม ใช้แบบประเมินการรับรู้การสนับสนุนทางสังคมแบบพหุมิติ (Revised-Multi-dimensional Scale of Perceived Social Support: MSPSS) ฉบับภาษาไทย²² ประกอบด้วยข้อคำถามทั้งหมด 12 ข้อ เป็นแบบมาตรประมาณค่า 7 ระดับ คะแนนรวมตั้งแต่ 12 – 84 การแปลผลแบ่งเป็น 3 ระดับ คือ (1) การรับรู้แรงสนับสนุนทางสังคมต่ำ (12–36 คะแนน) (2) การรับรู้แรงสนับสนุนทางสังคมปานกลาง (37–60 คะแนน) และ (3) การรับรู้แรงสนับสนุนทางสังคมสูง (61–84 คะแนน) ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาคของแบบประเมินทั้งฉบับเท่ากับ .89 ค่าความเชื่อมั่นของแบบวัดทั้งชุดอยู่ระหว่าง .83 – .95 และเปรียบเทียบกับแบบประเมิน The State Trait Anxiety Inventory (STAI) และแบบประเมิน Thai Depression Inventory (TDI) มีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ทางลบกับคะแนนแบบประเมิน STAI ($r = .20$) และ TDI ($r = -.19$) แสดงถึงแบบประเมินมีความตรงตามสภาพอยู่ในระดับดี ตรวจสอบความเที่ยงด้านความคงที่ของการวัดด้วยวิธีการทดสอบและการทดสอบซ้ำ (test-retest reliability) ได้ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ทางบวก ($r = .84$)

การพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ได้รับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมวิจัยในคนของคณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล (COA.MURA 2022/147) และคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์สถาบันมะเร็งแห่งชาติ (เลขที่ 032/2566) ภายหลังได้รับการอนุมัติจริยธรรมการวิจัย ผู้วิจัยทำการศึกษาโดยคำนึงถึงการพิทักษ์สิทธิ์ของผู้เข้าร่วมวิจัย โดยผู้เข้าร่วมการวิจัยทุกรายได้รับการชี้แจงวัตถุประสงค์วิธีการดำเนินการวิจัย ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล ประโยชน์หรือผลกระทบอย่างละเอียด อีกทั้งการเก็บข้อมูลในครั้งนี้ ผู้เข้าร่วมวิจัยได้รับการรักษาแบบผู้ป่วยนอก ดังนั้นผู้วิจัยได้จัดเตรียมสถานที่ที่เป็นห้องที่มีความเป็นส่วนตัวใช้ในการสัมภาษณ์เพื่อเก็บรวบรวมข้อมูล

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ภายหลังจากผ่านการพิจารณาจริยธรรมจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคนของทั้งสองสถาบัน ผู้วิจัยได้ประสานงานกับหัวหน้าหน่วยงาน และเจ้าหน้าที่เพื่อเข้าเก็บข้อมูล ชี้แจงวัตถุประสงค์ รายละเอียดขั้นตอนการเก็บข้อมูล เครื่องมือที่ใช้การเก็บรวบรวมข้อมูล การพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่าง โดยเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเองด้วยการสัมภาษณ์แบบมีโครงสร้าง (structured interview) และเนื่องจากสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 ในช่วงระยะเวลาที่ทำการเก็บรวบรวมข้อมูล จึงมีมาตรการป้องกันการติดเชื้อในผู้วิจัยและผู้เข้าร่วมวิจัย โดยระหว่างที่ทำการเก็บข้อมูลได้ขอความร่วมมือให้สวมหน้ากากอนามัยตลอดเวลา และมีการจัดพื้นที่เพื่อเว้นระยะห่างอย่างเหมาะสม ซึ่งใช้เวลาในการสัมภาษณ์ประมาณ 20 นาที

การดำเนินการวิจัยนี้เป็นไปตามขั้นตอนที่ได้รับอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมและสถาบันมะเร็งแห่งชาติ หลังจากได้รับอนุญาต ผู้วิจัยได้ประสานงานกับเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลเพื่อเข้าถึงกลุ่มตัวอย่างที่ตรง

ตามเกณฑ์การคัดเลือกโดยกระบวนการคัดเลือกเน้นที่ การประเมินความสามารถในการรับรู้และขอความยินยอม จากผู้เข้าร่วมการวิจัยอย่างถูกต้อง ในการเก็บรวบรวม ข้อมูล ผู้วิจัยได้ดำเนินการสัมภาษณ์แบบตัวต่อตัวภายใต้ มาตรการป้องกันโควิด-19 โดยคำนึงถึงความเป็น ส่วนตัวของผู้เข้าร่วมการวิจัย ข้อมูลที่เก็บรวบรวม ประกอบด้วยข้อมูลจากเวชระเบียนและแบบสอบถาม ที่เกี่ยวข้องกับกิจกรรมทางกาย การรับรู้แรงสั่นสะเทือน ทางสังคม และความเหนื่อยล้า หลังจากเสร็จสิ้นการ สัมภาษณ์ ผู้วิจัยได้มอบของที่ระลึกให้แก่ผู้เข้าร่วม การวิจัยทุกท่าน โดยผู้เข้าร่วมวิจัยทุกท่านสามารถให้ข้อมูล ได้ครบถ้วน และข้อมูลที่ได้จากการเก็บรวบรวม ผู้วิจัย ได้ตรวจสอบความถูกต้องและครบถ้วนของข้อมูลก่อน นำไปวิเคราะห์ด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป และเก็บรักษาข้อมูล อย่างปลอดภัยเป็นความลับตลอดกระบวนการวิจัย

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคล ภาวะสุขภาพ ระยะของ โรคมะเร็งปอด การรักษาระยะโรคมะเร็งปอด ความเหนื่อยล้า กิจกรรมทางกาย การรับรู้แรงสั่นสะเทือนทางสังคมด้วย สถิติเชิงพรรณนา โดยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย

ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่ามัธยฐาน ค่าต่ำสุด และ ค่าสูงสุด เนื่องจากข้อมูลไม่มีการแจกแจงแบบปกติ จึงวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างกิจกรรมทางกาย แรงสั่นสะเทือนทางสังคม และความเหนื่อยล้าด้วยสถิติ สหสัมพันธ์สเปียร์แมน (Spearman's rho correlation)

ผลการศึกษา

ส่วนใหญ่อาศัยอยู่กับครอบครัว (ร้อยละ 96.2) และมีรายได้เพียงพอต่อเดือน (ร้อยละ 93.6) มากกว่าครึ่ง มีโรคประจำตัว (ร้อยละ 53.8) กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 78 คน มากกว่าครึ่งเป็นเพศชาย (ร้อยละ 59.0) อายุเฉลี่ย 68.0 ปี (SD = 5.4) มีสถานภาพสมรสคู่ (ร้อยละ 73.1) จบการศึกษาในระดับประถมศึกษา (ร้อยละ 49.9) ป่วยด้วยโรคมะเร็งปอดระยะที่ 4 (ร้อยละ 55.1) ประมาณหนึ่งในสามของกลุ่มตัวอย่างรับการรักษาด้วย ยาเคมีบำบัดและการฉายแสง (ร้อยละ 37.1)

กลุ่มตัวอย่างทั้งหมดมีความเหนื่อยล้า โดย ส่วนใหญ่อยู่ในระดับน้อย (ร้อยละ 61.6) ซึ่งมีค่าเฉลี่ย 3.53 (SD = 1.55) (Table 1)

Table 1 The level of fatigue in older adults with lung cancer (n = 78)

Level of fatigue	n	%	M	SD
No (0)	0	0	3.53	1.55
Mild (0.01 – 3.99)	48	61.6		
Moderate (4.00 – 6.99)	27	34.6		
Severe (7.00 – 10.00)	3	3.8		

กลุ่มตัวอย่างมีกิจกรรมทางกายโดยมีค่าต่ำสุด- ค่าสูงสุด = 0 – 8880 ค่าฐานนิยม = 0 ค่ามัธยฐาน = 840 โดยกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คน (ร้อยละ 38.4) มีกิจกรรม ทางกายน้อย และกลุ่มตัวอย่างมีกิจกรรมทางกายระดับ ปานกลางและมาก มีจำนวนเท่ากับกลุ่มละ 24 คน (ร้อยละ 30.8)

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีการรับรู้แรงสั่นสะเทือน ทางสังคมระดับสูง (ร้อยละ 76.9) และมีค่าเฉลี่ย การรับรู้แรงสั่นสะเทือนทางสังคม 69.18 (SD = 10.49) ซึ่งส่วนใหญ่เป็นการรับรู้แรงสั่นสะเทือนจากสมาชิกใน ครอบครัว (ร้อยละ 76.9) (Table 2)

Table 2 The perceived social support in older adults with lung cancer (n=78)

Levels of Perceived Social Support	n	%	M	SD
Low (12-36)	0	0		
Medium (37-60)	18	23.1	69.18	10.49
High (61-84)	60	76.9		

ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างกิจกรรมทางกาย และการรับรู้แรงสนับสนุนทางสังคม กับ ความเหนื่อยล้าในผู้สูงอายุโรคมะเร็งปอด พบว่า กิจกรรมทางกายมีความสัมพันธ์ทางลบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับความเหนื่อยล้า ($r_s = -.242, p = .033$) ในขณะที่การรับรู้แรงสนับสนุนทางสังคมไม่มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับความเหนื่อยล้า ($r_s = -.103, p > .05$)

การอภิปรายผล

ผลการศึกษาครั้งนี้พบว่า ผู้เข้าร่วมวิจัยทั้งหมดมีความเหนื่อยล้า โดยระดับของความเหนื่อยล้าส่วนใหญ่อยู่ที่ระดับน้อย ซึ่งมีความคล้ายกับการศึกษาในผู้ป่วยโรคมะเร็งปอดชนิด non-small cell ในต่างประเทศ ที่ผู้เข้าร่วมวิจัยเกือบทั้งหมดมีความเหนื่อยล้าระดับน้อย²³ จากการศึกษาในครั้งนี้ผู้สูงอายุมะเร็งปอด มีโรคร่วม และระยะของโรคมะเร็งในระยะที่3 และระยะที่4 รวมร้อยละ 84.6 ซึ่งมีการศึกษาในต่างประเทศพบว่า ความเหนื่อยล้าเป็นอาการที่พบได้ในผู้ที่มีภาวะโรคร่วม¹ รวมถึงจากการศึกษาผู้ป่วยโรคมะเร็งปอดในประเทศไทยพบว่า ความเหนื่อยล้าเป็นหนึ่งในอาการที่พบได้ในผู้ป่วยโรคมะเร็งปอดระยะลุกลาม⁸ อีกทั้งผู้เข้าร่วมการศึกษานี้ยังได้รับการรักษาโรคมะเร็งปอดทั้งหมดเป็นผู้สูงอายุซึ่งความเหนื่อยล้าเป็นอาการหนึ่งที่พบได้รวมถึงการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยา อายุ โรคร่วม และความทนทานต่อการรักษาลดลง^{1,8}

กิจกรรมทางกายมีความสัมพันธ์ในระดับต่ำกับความเหนื่อยล้าอธิบายได้ว่า หากผู้สูงอายุโรคมะเร็งปอดมีความเหนื่อยล้ามาก จะสามารถคาดการณ์ได้ว่าผู้สูงอายุโรคมะเร็งปอดจะปฏิบัติกิจกรรมทางกายได้น้อย และอาจเชื่อมโยงกับการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้น้อยลง^{23,24} โดยผู้สูงอายุที่เข้าร่วมในการศึกษานี้พบว่ามีกิจกรรมทางกายค่อนข้างน้อยอยู่ที่ร้อยละ 38.4 เนื่องจากผู้สูงอายุโรคมะเร็งปอดอยู่ในระยะที่ 4 ร้อยละ 50 ซึ่งจัดว่าอยู่ในระยะที่เซลล์มะเร็งมีการลุกลามไปต่อมน้ำเหลือง รวมถึงอวัยวะต่างๆ ในร่างกาย สรีรวิทยาที่มีการเปลี่ยนแปลงจากอายุและตัวโรค การทำงานของระบบหายใจมีความเสื่อม ความแข็งแรงของกล้ามเนื้อลดลง รวมถึงผู้สูงอายุโรคมะเร็งปอดมีโรคร่วม²⁵ จากข้อมูลเหล่านี้ทำให้ผู้สูงอายุโรคมะเร็งปอดมีกิจกรรมทางกายลดลง นอกจากนี้ในช่วงเก็บข้อมูลเป็นช่วงสถานการณ์การแพร่ระบาดของโควิด-19 ซึ่งอาจเป็นผลให้ผู้สูงอายุโรคมะเร็งปอดในการศึกษานี้ครั้งนี้มีกิจกรรมทางกายน้อย เนื่องจากผู้สูงอายุโรคมะเร็งปอดที่เข้าร่วมให้ข้อมูลว่า ไม่อยากไปออกกำลังกายหรือทำกิจกรรมนอกบ้านเพราะกลัวติดเชื้อโควิด-19 มีผลให้ไม่สามารถรักษาโรคได้ตามกำหนด และกลัวว่าร่างกายจะอ่อนแอมากกว่าเดิมซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาผู้ป่วยมะเร็งทางโลหิตวิทยาในต่างประเทศที่พบว่า ผู้ป่วยมีกิจกรรมทางกายลดลง เนื่องจากกลัวการติดเชื้อโควิด-19²⁶ ดังนั้นผู้สูงอายุที่มีทั้งโรคประจำตัว การเปลี่ยนแปลงของร่างกายจากอายุ เมื่อได้รับการวินิจฉัยด้วยโรคมะเร็งปอด และได้รับการรักษาทำให้เกิดอาการเหนื่อยล้า ซึ่งมีความสัมพันธ์กับกิจกรรมทางกาย

และอาจเกี่ยวข้องกับสภาพแวดล้อมในช่วงการเก็บข้อมูล อยู่ในช่วงการแพร่กระจายเชื้อโควิด-19 ที่อาจเป็นอีก เหตุการณ์ที่ทำให้ผู้สูงอายุโรคมะเร็งปอดมีกิจกรรม ทางกายลดลง

ผู้สูงอายุโรคมะเร็งปอดได้รับแรงสนับสนุนทาง สังคมอยู่ในระดับมาก จากครอบครัวและบุคคลพิเศษ ซึ่งจากการเก็บข้อมูล ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มาภิสมชิก ในครอบครัว และผู้สูงอายุโรคมะเร็งปอดส่วนใหญ่อยู่ใน ช่วงผู้สูงอายุตอนต้นร้อยละ 70.5 โดยผู้สูงอายุใน กลุ่มนี้ยังมีความสามารถในการช่วยเหลือตนเองได้ดี จึงอาจส่งผลให้ไม่พบความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญ ของการได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมและความเหนื่อยล้า คล้ายคลึงกับการศึกษาในประเทศอิหร่าน²⁷ แม้ว่าใน การศึกษาครั้งนี้ผู้เข้าร่วมวิจัยมีข้อจำกัดในระดับ การศึกษา แต่เนื่องด้วยได้รับการสนับสนุนจากบุคคล ในครอบครัว ทั้งได้รับการรักษาในสถาบันเฉพาะทาง โรคมะเร็งที่มีบุคลากรซึ่งมีความเชี่ยวชาญในการดูแล รักษาผู้ป่วยโรคมะเร็งโดยเฉพาะ จึงทำให้ผู้เข้าร่วมวิจัย และบุคคลในครอบครัวสามารถสอบถามข้อมูลด้านโรค การรักษา และการปฏิบัติตัวได้

ข้อจำกัดของการวิจัย

1. การวิจัยครั้งนี้ศึกษาในผู้ป่วยมะเร็งปอดใน แผนกผู้ป่วยนอกเพียงอย่างเดียว ซึ่งข้อมูลด้านสุขภาพ และการรักษาอาจมีความแตกต่างจากแผนกผู้ป่วยใน
2. เนื่องจากการวิจัยนี้เก็บตัวอย่างในช่วงการ ระบาดของโควิด 19 ดังนั้นข้อมูลอาจมีความแตกต่าง จากสถานการณ์ปกติโดยเฉพาะด้านกิจกรรมทางกาย จากการที่ผู้เข้าร่วมการวิจัยไม่ต้องการออกจากที่พักอาศัย ข้อเสนอแนะจากผลการวิจัย

ด้านการนำผลการวิจัยไปใช้

ผู้สูงอายุโรคมะเร็งปอดในการศึกษานี้มีภาวะ เหนื่อยล้าทุกคน ส่วนใหญ่มีความเหนื่อยล้าตั้งแต่

ระดับน้อยถึงปานกลาง และมีความสัมพันธ์กับกิจกรรม ทางกาย ดังนั้นบุคลากรทางการแพทย์ควรมีการประเมิน กิจกรรมทางกายในผู้สูงอายุโรคมะเร็งปอด เพื่อช่วยให้ เข้าใจความเหนื่อยล้าของผู้สูงอายุโรคมะเร็งปอด

ด้านการวิจัยครั้งต่อไป

การศึกษานี้เน้นศึกษากิจกรรมทางกาย และ การรับรู้แรงสนับสนุนทางสังคมในผู้สูงอายุโรคมะเร็งปอด ที่รับการรักษาในแผนกผู้ป่วยนอก การศึกษาต่อไป อาจศึกษาผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาในแผนกผู้ป่วยใน เพื่อให้เข้าใจถึงความเหนื่อยล้าในผู้สูงอายุโรคมะเร็ง ปอดโดยรวม อีกทั้งผู้ป่วยมะเร็งปอดในการศึกษานี้ ส่วนใหญ่อยู่ในระยะ 4 ในการศึกษาครั้งต่อไป อาจเป็น ระยะอื่น ๆ เนื่องจากในการศึกษานี้ผู้น้อยในช่วง สถานการณ์ระบาดของโควิด 19 ดังนั้น กิจกรรมทางกาย และการรับรู้การสนับสนุนทางสังคม อาจมีความแตกต่าง จากสถานการณ์ปกติได้

References

1. Carnio S, Di Stefano R, Novello S. Fatigue in lung cancer patients: symptom burden and management of challenges. Lung Cancer Targets and Therapy [Internet]. 2016 May 1;73. Available from: <https://doi.org/10.2147/lcct.s85334> PMID: 28210163
2. Yu DSF, Lee DTF, Man NW. Fatigue among older people: A review of the research literature. International Journal of Nursing Studies [Internet]. 2009 Jun 13;47(2): 216–28. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2009.05.009> PMID: 19524240
3. Sung H, Ferlay J, Siegel RL, Laversanne M, Soerjomataram I, Jemal A, et al. Global Cancer Statistics 2020: GLOBOCAN Estimates of Incidence and Mortality Worldwide for 36 Cancers in 185 Countries. CA a Cancer Journal for Clinicians [Internet]. 2021 Feb 4;71(3):209–49. Available from: <https://doi.org/10.3322/caac.21660> PMID: 33538338

4. Department of Medical Service, Ministry of Public Health. National Cancer Institute (NCI)'s Strategic Plan for years 2019–2022. Bangkok: Ministry of Public Health; 2019.(in Thai)
5. Global Cancer Observatory. Statistics at a glance, 2022 [Internet]. Global Cancer Observatory. 2024 Feb. Available from: <https://gco.iarc.who.int/today>
6. Presley CJ, Reynolds CH, Langer CJ. Caring for the Older Population With Advanced Lung Cancer. American Society of Clinical Oncology Educational Book [Internet]. 2017 May 1;(37):587–96. Available from: https://doi.org/10.1200/edbk_179850 PMID: 33538338
7. Gridelli C, Maione P, Rossi A, Ferrara ML, Castaldo V, Palazzolo G, et al. Treatment of advanced non-small-cell lung cancer in the elderly. Lung Cancer [Internet]. 2009 Oct 30;66(3):282–6. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.lungcan.2009.08.006> PMID: 19879012
8. Rungjang S, Namjuntra R. Symptom management in patients with advanced lung cancer. Thai J Cardio-Thoracic Nurs. 2016;27(2):43–57. (in Thai)
9. Chaayong S, Piyawattanapong S, Supaadiak C. Fatigue in older Persons with cancer who received radiotherapy in the first week. The 20th National Graduate Research Conference. 2011:1306–17. (in Thai)
10. Soyuer F, Senol V. Fatigue and Physical Activity Levels of 65 and Over Older People Living in Rest Home. International Journal of Gerontology [Internet]. 2011 Mar 1;5(1):13–6. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.ijge.2011.01.003>
11. Egerton T, Chastin SFM, Stensvold D, Helbostad JL. Fatigue May Contribute to Reduced Physical Activity Among Older People: An Observational Study. The Journals of Gerontology Series A [Internet]. 2015 Sep 7;71(5):670–6. Available from: <https://doi.org/10.1093/gerona/glv150> PMID: 26347508
12. Dhillon HM, Bell ML, Van Der Ploeg HP, Turner JD, Kabourakis M, Spencer L, et al. Impact of physical activity on fatigue and quality of life in people with advanced lung cancer: a randomized controlled trial. Annals of Oncology [Internet]. 2017 Apr 26;28(8):1889–97. Available from: <https://doi.org/10.1093/annonc/mdx205> PMID: 28459989
13. Rao A, Cohen HJ. Symptom Management in the Elderly Cancer Patient: Fatigue, Pain, and Depression. JNCI Monographs [Internet]. 2004 Jul 1;2004(32):150–7. Available from: <https://doi.org/10.1093/jncimonographs/lgh031> PMID: 15263059
14. Wongpakaran T, Wongpakaran N, Sirirak T, Arunpongpaissal S, Zimet G. Confirmatory factor analysis of the revised version of the Thai multidimensional scale of perceived social support among the elderly with depression. Aging & Mental Health [Internet]. 2017 Jun 16;22(9):1149–54. Available from: <https://doi.org/10.1080/13607863.2017.1339778> PMID: 28621147
15. The revised Piper Fatigue Scale: psychometric evaluation in women with breast cancer [Internet]. PubMed. 1998. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/9599351/>
16. Hofman A, Zajdel N, Klekowski J, Chabowski M. Improving Social Support to Increase QoL in Lung Cancer Patients. Cancer Management and Research [Internet]. 2021 Mar 1;Volume 13:2319–27. Available from: <https://doi.org/10.2147/cmar.s278087> PMID: 33732024
17. Chambers A, Damone E, Chen YT, Nyrop K, Deal A, Muss H, et al. Social support and outcomes in older adults with lung cancer. Journal of Geriatric Oncology [Internet]. 2021 Oct 9;13(2):214–9. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.jgo.2021.09.009> PMID: 34629320

18. Erdfelder E, Faul F, Buchner A. GPOWER: A general power analysis program. Behavior Research Methods Instruments & Computers [Internet]. 1996 Mar 1;28(1):1–11. Available from: <https://doi.org/10.3758/bf03203630>
19. Cohen J. Statistical Power Analysis for the Behavioral Sciences [Internet]. Routledge eBooks. 2013. Available from: <https://doi.org/10.4324/9780203771587>
20. Dalopakarn P., Jitpanya C. Factors related to fatigue in breast cancer patients receiving chemotherapy [Master Nursing Science Thesis]. Bangkok: Chulalongkorn University Graduate School. 2022. (in Thai)
21. Pritsanapanurangsie P, Hanucharurnkul S, Ratanatharathorn V. Patterns of fatigue, related factors, and self-care actions among breast cancer patients receiving chemotherapy. Ramathibodi Nursing Journal. 2001;7(2), 97–110. (in Thai)
22. Wongpakaran T, Wongpakaran N, Ruktrakul R. Reliability and Validity of the Multidimensional Scale of Perceived Social Support (MSPSS): Thai Version. Clinical Practice and Epidemiology in Mental Health [Internet]. 2011 Oct 26;7(1):161–6. Available from: <https://doi.org/10.2174/1745017901107010161> PMID: 22114620
23. Hung R, Krebs P, Coups EJ, Feinstein MB, Park BJ, Burkhalter J, et al. Fatigue and Functional Impairment in Early-Stage Non-Small Cell Lung Cancer Survivors. Journal of Pain and Symptom Management [Internet]. 2011 Jan 10;41(2):426–35. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2010.05.017> PMID: 21216563
24. Lin YY, Rau KM, Lin CC. Longitudinal study on the impact of physical activity on the symptoms of lung cancer survivors. Supportive Care in Cancer [Internet]. 2015 Apr 8;23(12):3545–53. Available from: <https://doi.org/10.1007/s00520-015-2724-7> PMID: 25855040
25. Sahin H, Saglam M, Vardar-Yagli N, Kilic K, Calik-Kutukcu E, Inal-Ince D, et al. Physiological Cost in Daily Life Activities in Lung Cancer. 0902 – Physiotherapists [Internet]. 2021 Sep 5; Available from: <https://doi.org/10.1183/13993003.congress-2021.pa762>
26. Zomerdijk N, Jongenelis MI, Collins B, Turner J, Short CE, Smith A, et al. Factors associated with changes in healthy lifestyle behaviors among hematological cancer patients during the COVID-19 pandemic. Frontiers in Psychology [Internet]. 2023 Mar 9;14. Available from: <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2023.1081397> PMID: 36968693
27. Kahangi L, Mardanian-Dehkordi L. The relationship between perception of social support and fatigue in patients with cancer. Iranian Journal of Nursing and Midwifery Research [Internet]. 2018 Jan 1;23(4):261. Available from: https://doi.org/10.4103/ijnmr.ijnmr_63_17 PMID: 30034484

ปัจจัยทำนายภาวะสุขภาพจิตของพยาบาลที่ปฏิบัติงานในสถานการณ์การระบาดของโรคโควิด 19

สุทธาทิพย์ เย็นศิริ พย.ม.¹

ยาใจ สิทธิมงคล Ph.D. (Nursing Science)²

นพพร ว่องสิริมาศ ปร.ด. (การพยาบาล)³

บทคัดย่อขยาย

บทนำ พยาบาลวิชาชีพเป็นบุคลากรที่มีสุขภาพที่ปฏิบัติงานด้านหน้าในสถานการณ์การระบาดของโรคโควิด 19 ซึ่งแพร่ระบาดอย่างรวดเร็วและมีระยะเวลายืดเยื้อกว่า 3 ปี ทำให้จำนวนผู้ป่วยเพิ่มขึ้นอย่างมาก พยาบาลจึงมีความเสี่ยงสูงที่จะติดเชื้อโควิด 19 การทบทวนวรรณกรรมพบว่าพยาบาลที่ปฏิบัติงานในช่วงการระบาดมีอัตราการป่วยด้วยโรคซึมเศร้าและวิตกกังวลสูง การทำงานที่ยาวนานและใกล้ชิดกับผู้ป่วยส่งผลให้พยาบาลมีภาวะซึมเศร้า วิตกกังวล และความเครียด ซึ่งมีผลกระทบต่อคุณภาพชีวิต รวมถึงเสี่ยงต่อการเกิดภาวะป่วยทางจิตจากเหตุการณ์รุนแรงและประสิทธิภาพของการดูแลผู้ป่วยลดลง การศึกษาที่ผ่านมาพบว่า ความกลัวที่จะติดเชื้อและแพร่เชื้อ กลยุทธ์ในการจัดการความเครียด การสนับสนุนทางสังคม และความแข็งแกร่งและยืดหยุ่นของชีวิตเป็นปัจจัยที่ส่งผลต่อสุขภาพจิตของพยาบาล อย่างไรก็ตาม การศึกษาในประเทศไทยยังขาดการศึกษาปัจจัยทำนายภาวะสุขภาพจิตในพยาบาลที่ทำงานในโรงพยาบาลเอกชน

วัตถุประสงค์การวิจัย การศึกษาครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยทำนายภาวะสุขภาพจิตของพยาบาลที่ปฏิบัติงานในสถานการณ์การระบาดของโรคโควิด 19 ประกอบด้วย ความกลัวที่จะติดเชื้อและกลัวที่จะแพร่เชื้อในครอบครัว กลยุทธ์ในการจัดการความเครียด ความแข็งแกร่งและยืดหยุ่นของชีวิต และการสนับสนุนทางสังคม

การออกแบบวิจัย การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาภาคตัดขวาง กรอบแนวคิดของการศึกษาประยุกต์ทฤษฎีความเครียดและการเผชิญความเครียดของลาซารัสและฟอล์คแมนที่อธิบายว่า ความเครียดเกิดจากการที่บุคคลมีปฏิสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อม และความเครียดจะเกิดขึ้นหรือไม่นั้น เกิดจากการที่บุคคลประเมินสถานการณ์นั้นว่ามีผลต่อตนหรือไม่ โดยเริ่มจากการประเมินขั้นปฐมภูมิ เพื่อประเมินสถานการณ์ หากประเมินว่าสถานการณ์นั้นเป็นความเครียด จึงใช้วิธีการประเมินขั้นทุติยภูมิ เพื่อหาแหล่งสนับสนุนใช้ในการปรับตัว แก้ไขปัญหาและสถานการณ์ บุคคลจะเลือกใช้กลยุทธ์การจัดการความเครียดที่เหมาะสม

วิธีการดำเนินการวิจัย กลุ่มตัวอย่างเป็นพยาบาลวิชาชีพจำนวน 113 คน ที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลเอกชนแห่งหนึ่งในกรุงเทพมหานคร เลือกแบบสะดวกตามเกณฑ์คัดเข้า ดังนี้ 1) ปฏิบัติงานโดยมีใบอนุญาตประกอบวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์ชั้น 1 2) อายุระหว่าง 22-60 ปี และ

¹ นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

² ผู้ประพันธ์บรรณกิจ รองศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล E-mail: yajai.sit@mahidol.ac.th

³ รองศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

3) ไม่อยู่ระหว่างลาคลอด การกำหนดขนาดตัวอย่างใช้หลักการวิเคราะห์อำนาจการทดสอบด้วยโปรแกรม G*power กำหนดอำนาจการทดสอบเท่ากับ .80 ระดับนัยสำคัญทางสถิติ เท่ากับ .05 คำนวณขนาดอิทธิพล เท่ากับ .11 เก็บรวบรวมข้อมูลระหว่างเดือนธันวาคม พ.ศ. 2565 ถึง กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2566 ผ่านการตอบแบบสอบถามออนไลน์ เครื่องมือวิจัยประกอบด้วย 1) แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล 2) แบบประเมินภาวะสุขภาพจิต 3) แบบสอบถามด้านความวิตกกังวลต่อโรคโควิด 19 4) แบบประเมินกลยุทธ์ในการรับมือกับความเครียดแบบสั้นฉบับภาษาไทย 5) แบบประเมินความแข็งแกร่งและยืดหยุ่นของชีวิต และ 6) แบบประเมินการรับรู้การสนับสนุนทางสังคมแบบพหุมิติ มีความเชื่อมั่นโดยค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ .93, .90, .92, .81, .81 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนาและการวิเคราะห์ถดถอยเชิงเส้นพหุคูณ

ผลการวิจัย กลุ่มตัวอย่างมีอายุเฉลี่ย 35.37 ปี (SD=7.35) ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 97.3) การศึกษาสูงสุดระดับปริญญาตรี (ร้อยละ 97.9) ไม่มีโรคประจำตัว (ร้อยละ 90.3) นับถือศาสนาพุทธ (ร้อยละ 94.7) สถานภาพโสด (ร้อยละ 77.0) จำนวนชั่วโมงการทำงาน/สัปดาห์อยู่ในช่วง 41-60 ชั่วโมง/สัปดาห์ (ร้อยละ 91.2) อาศัยอยู่คนเดียว (ร้อยละ 70.8) ไม่ได้ปฏิบัติงานดูแลผู้ป่วยโควิด 19 โดยตรง (ร้อยละ 77.0) และเคยได้รับการอบรมด้านการป้องกันการติดเชื้อ (ร้อยละ 85.0) กลุ่มตัวอย่างมีภาวะซึมเศร้าร้อยละ 10.6 ภาวะวิตกกังวลร้อยละ 12.4 และความเครียดร้อยละ 9.7 กลยุทธ์ในการจัดการความเครียดสามารถทำนายภาวะซึมเศร้า ภาวะวิตกกังวล และความเครียด ($\beta = .290, p < .05$; $\beta = .375, p < .05$; $\beta = .415, p < .05$) ความแข็งแกร่งและยืดหยุ่นของชีวิตสามารถทำนายภาวะซึมเศร้าและความเครียด ($\beta = -.203, p < .05$; $\beta = -.214, p < .05$) ความกลัวที่จะติดเชื้อและกลัวที่จะแพร่เชื้อในครอบครัวรวมถึงการสนับสนุนทางสังคมสามารถทำนายภาวะซึมเศร้าได้ ($\beta = .211, p < .05$; $\beta = -.267, p < .05$)

ข้อเสนอแนะ ผลการวิจัยนี้สามารถนำไปใช้เป็นข้อมูลสำหรับผู้บริหารทางการพยาบาลในการพัฒนากลยุทธ์การป้องกันปัญหาสุขภาพจิตของพยาบาลในกรณีที่เกิดโรคระบาดหรือโรคติดเชื้ออุบัติใหม่ในอนาคต

คำสำคัญ ภาวะสุขภาพจิต พยาบาลวิชาชีพ กลยุทธ์ในการจัดการความเครียด ความแข็งแกร่งและยืดหยุ่นของชีวิต การสนับสนุนทางสังคม

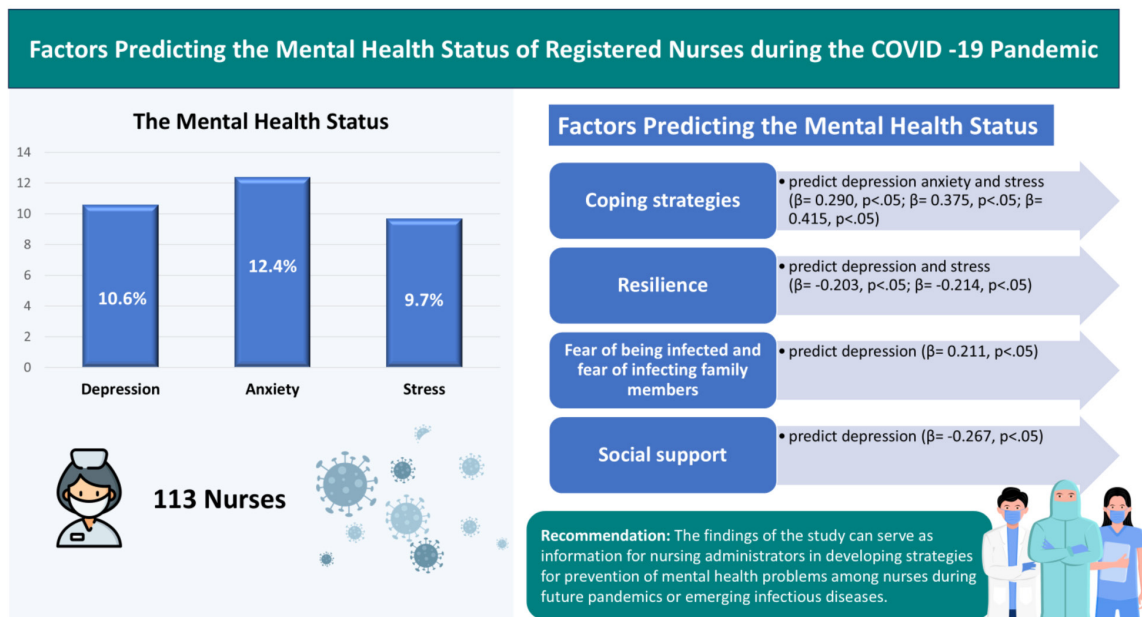
วันที่ได้รับ 30 ส.ค. 67 วันที่แก้ไขบทความเสร็จ 1 ธ.ค. 67 วันที่รับตีพิมพ์ 24 ม.ค. 68

Factors Predicting the Mental Health Status of Registered Nurses during the COVID-19 Pandemic

Suthatip Yensiri M.N.S.¹

Yajai Sitthimongkol Ph.D. (Nursing Science)²

Nopporn Vongsirimas Ph.D. (Nursing)³



Extended Abstract

Introduction Registered nurses are frontline healthcare workers in the Covid-19 pandemic, which spread rapidly and lasted over three years, resulting in a significant increase in the number of patients. As a result, nurses experience a high risk of Covid -19. A review of the literature reveals that nurses working during the pandemic have high rates of depression and anxiety. Long working hours and close contact with patients have led to depression, anxiety, and stress among nurses, which affects their quality of life and increases the risk of Post-Traumatic Stress Disorder. This also diminishes their ability to provide effective patient care. Previous studies have found that the fear of being infected and spreading within family, coping strategies, social support, and resilience are factors that affect nurses' mental health status. However, studies in Thailand are lacking in examining factors predicting mental health status among nurses working in a private hospital.

¹Student Master of Nursing Science Program in Psychiatric and Mental Health Nursing, Faculty of Nursing, Mahidol University, Bangkok, Thailand

²Corresponding author: Associate Professor, Faculty of Nursing, Mahidol University, Bangkok, Thailand. E-mail: yajai.sit@mahidol.ac.th

³Associate Professor, Faculty of Nursing, Mahidol University, Bangkok, Thailand.

Objectives This study aimed to examine the predictive factors of mental health status among registered nurses during the Covid-19 pandemic, including the fear of being infected and spreading within family, coping strategies, resilience, and social support.

Design This study is a cross-sectional descriptive research. The conceptual framework of the study applies Lazarus and Folkman's psychological stress and coping theory, which explains that stress occurs when a person interacts with the environment. Whether stress arises or not depends on how the person appraises the situation and its potential impact on them. The process begins with primary appraisal. If the situation is appraised as perceived stress, secondary appraisal is then used to identify sources of social support for coping, problem-solving, and adaptation to the situation. The person will then choose an appropriate coping strategy.

Methodology The participants consisted of 113 registered nurses working at a private hospital in Bangkok, selected through a convenience sampling based on the following inclusion criteria: 1) holding a nursing and midwifery professional license, Class 1, 2) aged between 22 and 60 years, and 3) not on maternity leave. The sample size was determined using the power analysis principle with the G*Power program, setting a power of .80 and a significance level of .05, with an effect size of .11. Data were collected between December 2022 and February 2023 through an online platform. The research instruments included: 1) a personal information questionnaire, 2) the Depression Anxiety Stress Scales (DASS 21), 3) the Anxiety Toward Covid-19 questionnaire, 4) the BRIEF COPE inventory, 5) the Connor-Davidson resilience scale, and 6) the Multidimensional scale of perceived social support (MSPSS), with Cronbach's alpha coefficient of .93, .90, .92, .81, and .81, respectively. Data were analyzed using descriptive statistics and Multiple linear regression analysis.

Results The participants had a mean age of 35.37 years (SD = 7.35), with the majority of female (97.3%). Most participants had a bachelor's degree (97.9%), did not have any chronic diseases (90.3%), practiced Buddhism (94.7%), were single (77.0%), worked 41-60 hours per week (91.2%), lived alone (70.8%), did not provide direct care for patients with Covid-19 (77.0%), and had received infection control training (85.0%). The participants had depression at 10.6%, anxiety at 12.4%, and stress at 9.7%. Coping strategies were found to predict depression, anxiety, and stress ($\beta = .290, p < .05$; $\beta = .375, p < .05$; $\beta = .415, p < .05$). Resilience was found to predict depression and stress ($\beta = -.203, p < .05$; $\beta = -.214, p < .05$). Fear of being infected and spreading within family, and social support, were found to predict depression ($\beta = .211, p < .05$; $\beta = -.267, p < .05$).

Recommendation The findings of this study can be used as information for nursing administrators to develop strategies for prevention of mental health problems among nurses in the future pandemics or emerging infectious diseases.

Journal of Thailand Nursing and Midwifery Council 2025; 40(1) 131-149

Keywords mental health status/ registered nurses/ coping strategies/ resilience/ social support

Received 30 August 2024, Revised 1 December 2024, Accepted 24 January 2025

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

รายงานการแพร่ระบาดของโรคโควิด 19 ตั้งแต่เดือนธันวาคม พ.ศ. 2562¹ พบว่าการแพร่ระบาดอย่างรวดเร็วทั่วโลก องค์การอนามัยโลก (World Health Organization, WHO) ประกาศให้โรคโควิด 19 เป็นโรคระบาดใหญ่ทั่วโลกเมื่อวันที่ 11 มีนาคม พ.ศ. 2563² โดยพบอัตราผู้ป่วยติดเชื้อทั่วโลกร้อยละ 9.0 และผู้เสียชีวิตร้อยละ 1.0 ข้อมูล ณ วันที่ 15 พฤษภาคม พ.ศ. 2563³ ในประเทศไทยพบว่ามีอัตราผู้ป่วยติดเชื้อโควิด 19 ร้อยละ 7.1 และผู้เสียชีวิต ร้อยละ 0.1⁴ การแพร่ระบาดของโรคโควิด 19 ที่เกิดขึ้นในหลายระลอกและยืดเยื้อเป็นเวลานานเกินกว่า 3 ปี ส่งผลให้จำนวนผู้ป่วยเพิ่มสูงขึ้น สถานพยาบาลทั้งภาครัฐและเอกชนมีบทบาทสำคัญในการดูแลรักษาผู้ป่วย บุคลากรทางสุขภาพ โดยเฉพาะพยาบาลวิชาชีพ ซึ่งทำหน้าที่เป็นด่านหน้าที่สำคัญในการคัดกรองและให้การดูแลรักษาพยาบาล มีความใกล้ชิดกับผู้ป่วยมากที่สุด และมีชั่วโมงการทำงานในช่วงเวลาที่ยาวนานในระหว่างการระบาดของโรคโควิด 19 ส่งผลให้พยาบาลมีความเสี่ยงสูงที่จะสัมผัสเชื้อโควิด 19 จากผู้ป่วยผ่านการสัมผัสสารคัดหลั่ง และมีความเสี่ยงที่จะติดเชื้อเอง จากข้อมูลสถิติการติดเชื้อในบุคลากรทางสุขภาพระหว่างเดือนกุมภาพันธ์ พ.ศ. 2563 ถึงเดือนพฤศจิกายน พ.ศ. 2564 พบจำนวนบุคลากรทางสุขภาพที่ติดเชื้อโควิด 19 สูงถึงจำนวน 4,270 คน ซึ่งส่วนใหญ่เป็น พยาบาลวิชาชีพ แพทย์ และผู้ช่วยพยาบาล⁵ และจากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าพยาบาลที่ปฏิบัติงานในช่วงการแพร่ระบาดของโรคโควิด 19 มีอัตราการป่วยด้วยโรคซึมเศร้าถึงหนึ่งในห้า และพยาบาลหนึ่งในสามมีอาการวิตกกังวล⁶ ในประเทศไทยมีการศึกษาวิจัยเกี่ยวกับภาวะสุขภาพจิตของพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุขพบว่า พยาบาลมีภาวะซึมเศร้า

ร้อยละ 17.2 ภาวะวิตกกังวลร้อยละ 21.3 และความเครียดร้อยละ 14.2⁶ ขณะที่ในประเทศตุรกีพบว่าพยาบาลมีภาวะซึมเศร้าสูงถึงร้อยละ 84.3 ภาวะวิตกกังวลร้อยละ 78 และความเครียดร้อยละ 65.7⁷ ผลการทบทวนวรรณกรรมเพื่อประเมินความเครียดทางจิตใจของบุคลากรทางสุขภาพในกลุ่มประเทศเอเชียเผยให้เห็นว่ามีภาวะซึมเศร้าร้อยละ 37.5 ภาวะวิตกกังวลร้อยละ 39.7 และความเครียดร้อยละ 36.4⁸ ดังนั้นการแพร่ระบาดที่ยืดเยื้อของโรคโควิด 19 ส่งผลกระทบอย่างมากต่อภาวะสุขภาพจิตของพยาบาลทั่วโลกที่ปฏิบัติงานในสถานการณ์ดังกล่าว ได้แก่ ภาวะซึมเศร้า ภาวะวิตกกังวล และความเครียด

การเผชิญกับภาวะซึมเศร้า ภาวะวิตกกังวล และความเครียดเป็นเวลานาน สามารถส่งผลต่อปัญหาด้านการนอนหลับและมีผลกระทบต่อความคิด อารมณ์ และพฤติกรรม โรคซึมเศร้า โรควิตกกังวล คุณภาพชีวิตลดลง รวมถึงความเสี่ยงต่อการเกิด Posttraumatic stress disorder (PTSD)⁹ ส่งผลกระทบต่อระบบภูมิคุ้มกันโรค การปฏิบัติงานของพยาบาลและลดประสิทธิภาพในการดูแลรักษาผู้ป่วย⁷

มีงานวิจัยจำนวนมากได้ทำการศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยทำนายภาวะสุขภาพจิตของพยาบาลในช่วงสถานการณ์การระบาดของโรคโควิด 19 พบว่า สถานภาพสมรสมีความสัมพันธ์กับการปกป้องการเกิดภาวะซึมเศร้า¹⁰ ชั่วโมงการทำงานต่อสัปดาห์ประสพการณ์การทำงานและอาการวิตกกังวลมีความสัมพันธ์กับระดับความเครียดของพยาบาลที่ได้รับมอบหมายให้ดูแลผู้ป่วยหลังการระบาดโรคโควิด 19¹¹ การปฏิบัติการพยาบาลโดยตรงกับผู้ป่วยที่สงสัยติดเชื้อโควิด 19 เป็นปัจจัยที่สามารถทำนายภาวะซึมเศร้า อาการวิตกกังวลและความเครียดในกลุ่มพยาบาล¹² ผลการทบทวนวรรณกรรมเพื่อศึกษาปัจจัยทำนายความเครียดทางจิตใจในบุคลากรทางสุขภาพในประเทศกลุ่มเอเชีย พบว่าเพศหญิงและวิชาชีพ

พยาบาลเป็นปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าและความเครียด⁸ กลยุทธ์การแก้ปัญหาโดยใช้อารมณ์ (Emotion-focused strategies) มีอิทธิพลทางลบต่อภาวะเครียด ในขณะที่กลยุทธ์การแก้ปัญหาโดยใช้เหตุผล (Problem-focused strategies) มีอิทธิพลทางบวกต่อภาวะเครียด และกลยุทธ์การแก้ปัญหาโดยใช้เหตุผลสามารถทำนายการเกิดภาวะซึมเศร้าและภาวะวิตกกังวล¹³ ความแข็งแกร่งและยืดหยุ่นของชีวิตเป็นปัจจัยปกป้องภาวะเครียด¹³ การสนับสนุนทางสังคมเป็นปัจจัยทำนายความแข็งแกร่งและยืดหยุ่นของชีวิตและภาวะซึมเศร้า ภาวะวิตกกังวลและความเครียด¹³⁻¹⁴ นอกจากนี้ความกลัวที่จะติดเชื้อและกลัวที่จะแพร่เชื้อไปยังครอบครัวมีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะซึมเศร้า ภาวะวิตกกังวลและความเครียด¹⁴ ขณะเดียวกันความแข็งแกร่งและยืดหยุ่นของชีวิตและการสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะซึมเศร้าและภาวะวิตกกังวลอย่างมีนัยสำคัญ¹⁵ นอกจากนี้ยังพบว่าความแข็งแกร่งและยืดหยุ่นของชีวิตมีความสัมพันธ์ทางลบกับภาวะซึมเศร้า ภาวะวิตกกังวลและความเครียดของพยาบาลที่ดูแลผู้ป่วยติดเชื้อโควิด 19 เมื่อมีการติดตามเป็นเวลาหนึ่งปี²⁸

จากการทบทวนวรรณกรรมดังกล่าวชี้ให้เห็นว่าพยาบาลที่ปฏิบัติงานในสถานการณ์การระบาดของโรคโควิด 19 มีภาวะซึมเศร้าวิตกกังวลและความเครียดที่สมควรได้รับความสนใจจากผู้บริหารทางการแพทย์ มีการศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยทำนายภาวะสุขภาพจิตของพยาบาลที่ปฏิบัติงานในสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด 19 ในประเทศไทยค่อนข้างน้อย อย่างไรก็ตามจากการศึกษางานวิจัยในบริบทของต่างประเทศสามารถสรุปได้ว่าเพศสถานภาพสมรสชั่วโมงการทำงานความกลัวที่จะติดเชื้อและกลัวที่จะแพร่เชื้อไปยังครอบครัวมีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า ภาวะวิตกกังวลและ

ความเครียด ความแข็งแกร่งและยืดหยุ่นของชีวิต การสนับสนุนทางสังคม กลยุทธ์การจัดการความเครียดโดยใช้เหตุผล กลยุทธ์การจัดการความเครียดโดยใช้อารมณ์สามารถทำนายภาวะซึมเศร้า ภาวะวิตกกังวลและความเครียดได้

ในบริบทของประเทศไทยในช่วงการระบาดของโรคโควิด 19 แม้ว่าเรื่องของภาวะสุขภาพจิตในบุคลากรทางสุขภาพ โดยเฉพาะพยาบาล ได้รับการให้ความสำคัญจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้องอย่างสูงในประเทศไทย พบว่ามีการศึกษาภาวะสุขภาพจิตของพยาบาล และบุคลากรสุขภาพในสถานพยาบาลของรัฐ แต่ยังไม่พบการศึกษาปัจจัยทำนายภาวะสุขภาพจิตในกลุ่มพยาบาลที่ปฏิบัติงานของสถานบริการ และไม่พบการศึกษาภาวะสุขภาพจิตและปัจจัยทำนายภาวะสุขภาพจิตของพยาบาลที่ปฏิบัติงานในสถานพยาบาลภาคเอกชน ดังนั้นการศึกษาวิจัยนี้จึงมุ่งเน้นศึกษาปัจจัยทำนายภาวะสุขภาพจิตของพยาบาลที่ปฏิบัติงานในสถานพยาบาลภาคเอกชนในช่วงการระบาดของโรคโควิด 19 โดยสนใจศึกษาปัจจัยที่มีการศึกษามาแล้วว่ามีความสัมพันธ์กับภาวะสุขภาพจิตของพยาบาลหรือบุคลากรสุขภาพ ได้แก่ ความกลัวที่จะติดเชื้อและกลัวที่จะแพร่เชื้อในครอบครัว กลยุทธ์ในการจัดการความเครียด ความแข็งแกร่งและยืดหยุ่นของชีวิต และการสนับสนุนทางสังคม เพื่อให้ได้ข้อมูลพื้นฐานสำหรับผู้บริหารทางการแพทย์ในการพัฒนาแนวทางการบริหารจัดการระบบการเตรียมความพร้อมและการจัดการเพื่อป้องกันปัญหาสุขภาพจิตของพยาบาลในกรณีที่เกิดโรคระบาดหรือโรคอุบัติใหม่ในอนาคต

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อศึกษาปัจจัยทำนายภาวะสุขภาพจิตของพยาบาลที่ปฏิบัติงานในสถานการณ์การระบาดของโรคโควิด

19 ประกอบด้วย ความกลัวที่จะติดเชื้อและกลัวที่จะแพร่เชื้อในครอบครัว กลยุทธ์ในการจัดการความเครียด ความแข็งแกร่งและยืดหยุ่นของชีวิต และการสนับสนุนทางสังคม

สมมติฐานการวิจัย

ความกลัวที่จะติดเชื้อและกลัวที่จะแพร่เชื้อในครอบครัว กลยุทธ์ในการจัดการความเครียด ความแข็งแกร่งและยืดหยุ่นของชีวิต และการสนับสนุนทางสังคมสามารถร่วมกันทำนายภาวะสุขภาพจิตของพยาบาลที่ปฏิบัติงานในสถานการณ์การระบาดของโรคโควิด 19 ได้

กรอบแนวคิดการวิจัย

ผู้วิจัยได้นำทฤษฎีความเครียดและการเผชิญความเครียดของลาซารัสและฟอล์คแมน³¹ มาใช้เป็นกรอบแนวคิดในการศึกษา โดยอธิบายว่าความเครียดเกิดจากการที่บุคคลมีปฏิสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อมและความเครียดจะเกิดขึ้นหรือไม่นั้น เกิดจากการที่บุคคลประเมินสถานการณ์นั้นว่ามีผลต่อสวัสดิภาพของตนเองหรือไม่ โดยเริ่มจากการประเมินขั้นปฐมภูมิ (primary appraisal) เพื่อประเมินสถานการณ์ หากประเมินว่าสถานการณ์นั้นเป็นความเครียด (perceived stress) จึงใช้วิธีการประเมินขั้นทุติยภูมิ (secondary appraisal) เพื่อหาแหล่งสนับสนุนใช้ในการปรับตัว แก้ไขปัญหา และสถานการณ์ บุคคลจะเลือกใช้กลยุทธ์การจัดการความเครียดที่เหมาะสม (coping) โดยกลยุทธ์การจัดการความเครียดสามารถแบ่งออกเป็น 2 รูปแบบหลักได้แก่ การจัดการความเครียดแบบมุ่งแก้ไขปัญหา และการจัดการความเครียดแบบมุ่งแก้ไขอารมณ์ ซึ่งการจัดการความเครียดทั้ง 2 รูปแบบสามารถนำไปสู่ผลลัพธ์ที่แตกต่างกัน (adaptation outcome) โดยประกอบไปด้วยผลลัพธ์ 3 ด้าน คือ 1) ด้านการทำหน้าที่ทางสังคม (social functioning) เป็นการปรับตัวของบุคคลในการทำหน้าที่

ทางสังคม เช่น การเปลี่ยนงานใหม่ การเปลี่ยนบทบาทเป็นสามีภรรยา หรือพ่อแม่ 2) ด้านจิตใจ (morale) เป็นการปรับตัวด้านจิตใจของบุคคล การรับรู้เกี่ยวกับอารมณ์ความรู้สึกของตนเองว่ามีความเครียดหรือมีความสุข มีความพึงพอใจหรือไม่พึงพอใจในการดำเนินชีวิต และ 3) ด้านสุขภาพกาย (somatic health) เป็นการปรับตัวด้านร่างกาย ซึ่งเป็นการตอบสนองของร่างกายได้สมบูรณ์ แข็งแรงหรือทำให้ร่างกายทรุดโทรมหรือเจ็บป่วยเป็นต้น หากผลลัพธ์ไม่ได้เป็นไปตามที่บุคคลคาดหวัง บุคคลนั้นสามารถประเมินซ้ำ (reappraisal) เพื่อเข้าสู่กระบวนการจัดการความเครียดได้ใหม่ ซึ่งสามารถมีกระบวนการจัดการความเครียดเกิดขึ้นได้อย่างต่อเนื่อง³¹

ในการศึกษานี้ อธิบายปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้นกับพยาบาลที่ปฏิบัติงานในสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด 19 ได้ว่า เมื่อพยาบาลต้องเผชิญกับการระบาดของโรคโควิด 19 ซึ่งเป็นโรคระบาดใหม่ และขาดความชำนาญในการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อโควิด 19 การประเมินสถานการณ์ของพยาบาลจะแตกต่างออกไปตามสภาพการณ์ที่เผชิญ จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าพยาบาลมักจะเกิดความกลัวในการติดเชื้อและกลัวว่าจะนำเชื้อไปแพร่ในครอบครัว⁷ พยาบาลจะเริ่มประเมินขั้นปฐมภูมิโดยพิจารณาว่าสถานการณ์ดังกล่าวมีผลกระทบต่อความเป็นอยู่ของตนเองหรือไม่ และหากพบว่าสถานการณ์ที่เกิดขึ้นก่อให้เกิดความเครียดและสร้างอันตรายในอนาคต พยาบาลจะทำการประเมินขั้นทุติยภูมิ เพื่อค้นหาแหล่งสนับสนุนและทรัพยากรที่มีอยู่ในการรับมือกับสถานการณ์ พยาบาลจะใช้คุณลักษณะส่วนบุคคล เช่น ความแข็งแกร่งและยืดหยุ่นของชีวิต การสนับสนุนทางสังคมที่เปรียบเสมือนแหล่งประโยชน์ทั้งภายในและภายนอกที่พยาบาลสามารถดึงมาใช้^{13,15} เพื่อช่วยในการจัดการกับความเครียดที่เกิดขึ้น หลังจากนั้น พยาบาลจะทำการประเมินสถานการณ์ซ้ำอีกครั้งว่า

สถานการณ์นั้นยังคงส่งผลให้เกิดความเครียดหรือไม่ และจะเลือกใช้วิธีการจัดการความเครียด โดยแบ่งเป็น 2 รูปแบบหลัก ได้แก่ การจัดการความเครียดแบบมุ่งแก้ไขปัญหา และการจัดการความเครียดแบบมุ่งแก้ไขอารมณ์ทั้ง 2 รูปแบบอาจนำไปสู่ผลลัพธ์ที่แตกต่างกัน หากพยาบาลเลือกใช้วิธีการจัดการความเครียดที่ไม่เหมาะสมหรือไม่มีประสิทธิภาพ การจัดการความเครียดดังกล่าวอาจส่งผลกระทบต่อภาวะสุขภาพจิตและนำไปสู่ผลลัพธ์ด้านจิตใจที่ไม่พึงประสงค์ เช่น ภาวะซึมเศร้า ภาวะวิตกกังวล และความเครียด โดยส่งผลให้สุขภาพจิตของพยาบาลแย่ลงได้¹⁰⁻¹¹

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาภาคตัดขวาง (cross-sectional descriptive study)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

การศึกษาครั้งนี้ดำเนินการในกลุ่มประชากรพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในช่วงการระบาดของโรคโควิด 19 ในโรงพยาบาลเอกชนแห่งหนึ่งในกรุงเทพมหานคร โดยใช้วิธีการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบตามสะดวก (convenience sampling) ซึ่งกลุ่มตัวอย่างมีคุณสมบัติตามเกณฑ์การคัดเลือก ดังนี้ 1) พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานมีใบอนุญาตประกอบวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์ชั้น 1 2) อายุระหว่าง 22-60 ปี และ 3) ไม่อยู่ระหว่างลาคลอด

การกำหนดขนาดตัวอย่าง

กำหนดขนาดตัวอย่างใช้หลักการวิเคราะห์อำนาจการทดสอบ (power analysis) ด้วยโปรแกรม G*power สำหรับสถิติ Multiple regression analysis กำหนดอำนาจการทดสอบเท่ากับ .80 ระดับนัยสำคัญทางสถิติ (level of significance) เท่ากับ .05 คำนวณขนาดอิทธิพล

(effect size) จากความสัมพันธ์ระหว่างความแข็งแกร่งและยืดหยุ่นของชีวิตและภาวะวิตกกังวล ($f^2 = 0.11$) จากงานวิจัยของ Roberts และคณะ²⁵ การศึกษาครั้งนี้มีตัวแปรทำนายทั้งหมด 4 ตัว เมื่อนำไปคำนวณขนาดตัวอย่างจึงได้จำนวน 113 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วยแบบสอบถามทั้งหมด 6 ส่วน ได้แก่

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล พัฒนาโดยทีมผู้วิจัย ประกอบด้วย เพศ อายุ ระดับการศึกษา โรคประจำตัว ศาสนา สถานภาพสมรส ระยะเวลาในการทำงาน รายได้ จำนวนชั่วโมงในการทำงานต่อสัปดาห์ ที่พักอาศัย และลักษณะการปฏิบัติงานดูแลผู้ป่วยโรคโควิด 19 โดยตรง และการอบรมด้านการป้องกันการติดเชื้อ จำนวน 12 ข้อ

ส่วนที่ 2 แบบประเมินภาวะสุขภาพจิต (Depression Anxiety Stress Scale; DASS-21) พัฒนาโดย Lovibond¹⁶ ได้รับการแปลย้อนกลับเป็นภาษาไทยโดยสุกัลยา สว่าง¹⁷ จำนวน 21 ข้อ แบ่งออกเป็น 3 ด้าน คือ ด้านความซึมเศร้า จำนวน 7 ข้อ ด้านความวิตกกังวลจำนวน 7 ข้อและด้านความเครียดจำนวน 7 ข้อ การตอบเป็นมาตรฐานค่าแบบ Likert scale 4 ระดับ ได้แก่ ตรงกับฉันมาก หรือเกิดขึ้นบ่อยมากที่สุด (3 คะแนน) ตรงกับฉันหรือเกิดขึ้นบ่อย ๆ (2 คะแนน) ตรงกับฉันบ้าง หรือเกิดขึ้นเป็นบางครั้ง (1 คะแนน) ไม่ตรงกับฉันเลย (0 คะแนน) การแปลผลระดับภาวะสุขภาพจิตคือ ภาวะซึมเศร้า ระดับปกติ (0-4 คะแนน) ระดับต่ำ (5-6 คะแนน) ระดับปานกลาง (7-10 คะแนน) ระดับรุนแรง (11-13 คะแนน) ระดับรุนแรงที่สุด (14+ คะแนน) ภาวะวิตกกังวล ระดับปกติ (0-3 คะแนน) ระดับต่ำ (4-5 คะแนน) ระดับ

ปานกลาง (6-7 คะแนน) ระดับรุนแรง (8-9 คะแนน) ระดับรุนแรงที่สุด (10+ คะแนน) ความเครียดระดับปกติ (0-7 คะแนน) ระดับต่ำ (8-9 คะแนน) ระดับปานกลาง (10-12 คะแนน) ระดับรุนแรง (13-16 คะแนน) ระดับรุนแรงที่สุด (17+ คะแนน) ทดสอบความเชื่อมั่นของเครื่องมือกับกลุ่มพยาบาลวิชาชีพที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คน ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) เท่ากับ .93 และค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคจากกลุ่มตัวอย่างครั้งนี้จำนวน 113 คน เท่ากับ .89

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามด้านความวิตกกังวลต่อโรคโควิด 19 พัฒนาโดยวิศิษฐ์ เนติโรจนกุล¹⁸ ดัดแปลงจากการศึกษาของ Dai และคณะ¹⁹ จำนวน 6 ข้อ ซึ่งใช้ประเมินตัวแปรความกลัวที่จะติดเชื้อและกลัวที่จะแพร่เชื้อในครอบครัว การตอบเป็นมาตรฐานค่าแบบ Likert scale 5 ระดับ ได้แก่ ฉันกังวลอย่างมาก (4 คะแนน) ฉันกังวล (3 คะแนน) ฉันไม่แน่ใจ (2 คะแนน) ฉันค่อนข้างไม่กังวล (1 คะแนน) ฉันไม่กังวลเลย (0 คะแนน) มีค่าคะแนนรวมระหว่าง 0-24 คะแนน คะแนนรวมสูงหมายถึง มีความกลัวที่จะติดเชื้อและกลัวที่จะแพร่เชื้อในครอบครัวในระดับสูง เครื่องมือต้นฉบับมีค่าความเชื่อมั่นโดยสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ .90 การทดสอบในกลุ่มพยาบาลวิชาชีพที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คน ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ .90 และค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคจากกลุ่มตัวอย่างครั้งนี้จำนวน 113 คน เท่ากับ .88

ส่วนที่ 4 แบบประเมินกลยุทธ์ในการรับมือกับความเครียดแบบสั้นฉบับภาษาไทย (The Brief COPE Inventory) พัฒนาโดย Caver²⁰ ได้รับการแปลย้อนกลับเป็นภาษาไทยโดยธนาภรณ์ นุ่มแสงและธนิดา ตันตระกูลโรจน์²¹ จำนวน 28 ข้อ แบ่งเป็น 14 รูปแบบของกลยุทธ์ในการ

รับมือกับความเครียด มาตราประมาณค่าแบบ Likert scale 4 ระดับ ได้แก่ ฉันได้ทำเช่นนี้อย่างมาก (4 คะแนน) ฉันได้ทำเช่นนี้ปานกลาง (3 คะแนน) ฉันได้ทำเช่นนี้เล็กน้อย (2 คะแนน) ฉันไม่ได้ทำเช่นนี้เลย (1 คะแนน) มีค่าคะแนนรวมระหว่าง 28-112 คะแนน คะแนนสูงบ่งบอกถึงการเลือกใช้กลยุทธ์ด้านนั้นในการรับมือกับความเครียดมากกว่าคะแนนน้อย ทดสอบความเชื่อมั่นของเครื่องมือกับกลุ่มพยาบาลวิชาชีพที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คน ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ .92 และค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคจากกลุ่มตัวอย่างครั้งนี้จำนวน 113 คน เท่ากับ .93

ส่วนที่ 5 แบบประเมินความแข็งแกร่งและยืดหยุ่นของชีวิต (Connor-Davison resilience scale) พัฒนาโดย Connor และ Davison²² ได้รับการแปลย้อนกลับเป็นภาษาไทยโดยนพพร ว่องศิริมาศและคณะ²³ จำนวน 10 ข้อ การตอบเป็นมาตรฐานค่าแบบ Likert scale 5 ระดับ ได้แก่ จริงเกือบตลอดเวลา (4 คะแนน) จริงบ่อยครั้ง (3 คะแนน) ไม่จริงบางครั้ง (2 คะแนน) ไม่จริงอย่างมาก (1 คะแนน) ไม่จริงทั้งหมด (0 คะแนน) มีค่าคะแนนรวมระหว่าง 0-40 คะแนน คะแนนรวมทั้งหมดสูงหมายถึง มีความแข็งแกร่งและยืดหยุ่นของชีวิตในระดับสูง ทดสอบความเชื่อมั่นของเครื่องมือกับกลุ่มพยาบาลวิชาชีพที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คน ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ .81 และค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคจากกลุ่มตัวอย่างครั้งนี้จำนวน 113 คน เท่ากับ .87

ส่วนที่ 6 แบบประเมินการรับรู้การสนับสนุนทางสังคมแบบพหุมิติ (Multidimensional Scale of Perceived Social Support, MSPSS) พัฒนาโดย Zimet และคณะ²⁴ ได้รับการแปลย้อนกลับเป็นภาษาไทยโดย พัททิกษ์พล บุญมาลิก²⁵ จำนวน 12 ข้อ แบ่งออกเป็น 3 ด้านดังนี้

ด้านการสนับสนุนทางสังคมที่ได้รับอย่างเพียงพอจากครอบครัว 4 ข้อ ด้านการสนับสนุนทางสังคมที่ได้รับอย่างเพียงพอจากเพื่อน 4 ข้อ และด้านการสนับสนุนทางสังคมที่ได้รับอย่างเพียงพอจากบุคคลสำคัญในชีวิต 4 ข้อ การตอบเป็นมาตราประมาณค่าแบบ Likert scale 7 ระดับ ได้แก่ เห็นด้วยที่สุด (7 คะแนน) เห็นด้วยอย่างมาก (6 คะแนน) เห็นด้วยเล็กน้อย (5 คะแนน) มีความเห็นเป็นกลาง (4 คะแนน) ไม่เห็นด้วยเล็กน้อย (3 คะแนน) ไม่เห็นด้วยอย่างมาก (2 คะแนน) ไม่เห็นด้วยที่สุด (1 คะแนน) ค่าคะแนนรวมระหว่าง 12-84 คะแนน คะแนนรวมสูง หมายถึงการรับรู้การสนับสนุนทางสังคมสูง ทดสอบความเชื่อมั่นของเครื่องมือกับกลุ่มพยาบาลวิชาชีพที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คน ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ .81 และค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคจากกลุ่มตัวอย่างครั้งนี้จำนวน 113 คน เท่ากับ .95

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการพิจารณาการวิจัยในคน คณะพยาบาลศาสตร์มหาวิทยาลัยมหิดล (COA No. IRB-NS2022/723.0310) วันที่ 10 พฤศจิกายน 2565 - วันที่ 9 พฤศจิกายน 2566 ผู้วิจัยได้ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล ประโยชน์ของการศึกษา ความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้น และการดูแลช่วยเหลือกรณีในกลุ่มตัวอย่างต้องการความช่วยเหลือหรือพบปัญหา การเข้าร่วมการวิจัยเป็นไปด้วยความสมัครใจ มีการลงนามยินยอมตนจากกลุ่มตัวอย่างไม่มีการระบุข้อมูลใดๆ ที่บ่งบอกถึงความเป็นบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง การนำเสนอข้อมูลเป็นภาพรวม ไม่มีการระบุตัวตนของกลุ่มตัวอย่าง และข้อมูลทั้งหมดจะถูกทำลายภายหลังผลงานวิจัยได้รับการตีพิมพ์เผยแพร่

การเก็บรวบรวมข้อมูล

เนื่องจากระยะเวลาในการเก็บข้อมูลตรงกับช่วงสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด 19 การเก็บข้อมูลจึงถูกดำเนินการในรูปแบบออนไลน์ เริ่มต้นตั้งแต่เดือนธันวาคม พ.ศ. 2565 ถึงเดือนกุมภาพันธ์ พ.ศ. 2566 ผู้วิจัยได้ขออนุญาตผู้อำนวยการโรงพยาบาลในการทำวิจัยครั้งนี้และเมื่อได้รับอนุญาตแล้ว ผู้วิจัยดำเนินการประชาสัมพันธ์ ประกาศเชิญชวนเข้าร่วมโครงการในรูปแบบโปสเตอร์ผ่านแอปพลิเคชันไลน์ ในไลน์กลุ่มพยาบาลของโรงพยาบาล โรงพยาบาลที่อยู่ในกลุ่มไลน์นี้มีคุณสมบัติตามเกณฑ์คัดเลือก ผู้วิจัยได้ขอให้ผู้สนใจที่จะเข้าร่วมการวิจัยสามารถลงทะเบียนผ่านแอปพลิเคชันไลน์ และลงนามในใบยินยอมเข้าร่วมวิจัยรูปแบบออนไลน์ผ่าน Google form ได้โดยการสแกน QR code ที่ระบุในโปสเตอร์ประชาสัมพันธ์ เมื่อได้จำนวนตัวอย่างที่ลงนามในใบยินยอมและตอบแบบสอบถามครบ 113 คน ระบบจะปิดการตอบรับอัตโนมัติ และเมื่อตรวจสอบแบบสอบถามทั้งหมดแล้วพบว่าทุกคนตอบแบบสอบถามได้สมบูรณ์

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลทั้งหมดดำเนินการโดยใช้โปรแกรมวิเคราะห์ข้อมูลสำเร็จรูป ข้อมูลส่วนบุคคลและลักษณะของตัวแปรวิเคราะห์ที่ใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ปัจจัยทำนายภาวะสุขภาพจิตของพยาบาลที่ปฏิบัติงานในสถานการณ์การระบาดของโรคโควิด 19 ใช้สถิติการวิเคราะห์ถดถอยเชิงเส้นพหุคูณ (Multiple Linear Regression) กำหนดระดับนัยสำคัญที่ .05 โดยข้อมูลได้ผ่านการทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นของการใช้สถิติดังนี้ 1) ตัวแปรอิสระและตัวแปรตามมีค่าในมาตราวัดช่วง (interval scale) ขึ้นไป 2) ข้อมูลของ

ตัวแปรอิสระและตัวแปรตามมีการแจกแจงแบบปกติ 3) ตัวแปรตามมีความสัมพันธ์เชิงเส้นตรงกับตัวแปรอิสระแต่ละตัว 4) ตัวแปรอิสระไม่มีความสัมพันธ์กันเอง โดยค่า Variance inflation factor (VIF) มีค่าระหว่าง 1.06-1.28 ซึ่งไม่เกิน 5 และ Tolerance > .2 แสดงว่าตัวแปรอิสระไม่มีความสัมพันธ์กันเอง 4) ค่าความคลาดเคลื่อนที่เกิดจากการพยากรณ์มีการแจกแจงแบบปกติ มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 0 และ มีความแปรปรวนคงที่ (Homogeneity of variance)

ผลการวิจัย

กลุ่มตัวอย่างเป็นพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานที่โรงพยาบาลเอกชนแห่งหนึ่งในกรุงเทพมหานคร จำนวนทั้งสิ้น 113 คน มีอายุอยู่ในช่วง 22-59 ปีอายุเฉลี่ย 35.37 ปี (SD=7.35) เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 97.3) การศึกษาสูงสุดระดับปริญญาตรี (ร้อยละ 97.9) ไม่มีโรคประจำตัว (ร้อยละ 90.3) นับถือศาสนาพุทธ (ร้อยละ 94.7) ประสบการณ์การทำงานมีค่าเฉลี่ย 9.36 ปี (SD=6.94) (Median=7.00) สถานภาพโสด (ร้อยละ 77.0) รายได้เฉลี่ย/เดือนอยู่ในช่วง 30,001-40,000 บาท (ร้อยละ 44.0) จำนวนชั่วโมงการทำงาน/สัปดาห์อยู่ในช่วง 41-60 ชั่วโมง/สัปดาห์ (ร้อยละ 91.2) อาศัยอยู่คนเดียว (ร้อยละ 70.8) ไม่ได้ปฏิบัติงานดูแลผู้ป่วยโควิด 19 โดยตรง (ร้อยละ 77.0) และเคยได้รับการอบรมด้านการป้องกันโรคติดเชื้อ (ร้อยละ 85.0)

ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีภาวะซึมเศร้าในระดับปกติ-ต่ำ (ร้อยละ 89.4) ระดับปานกลาง-รุนแรง

(ร้อยละ 10.60) ภาวะวิตกกังวล กลุ่มตัวอย่างมีภาวะวิตกกังวลในระดับปกติ-ต่ำ (ร้อยละ 87.6) ระดับปานกลาง-รุนแรง (ร้อยละ 12.4) ความเครียดกลุ่มตัวอย่างมีความเครียดในระดับปกติ-ต่ำ (ร้อยละ 90.3) ระดับปานกลาง-รุนแรง (ร้อยละ 9.7) เมื่อพิจารณาค่าคะแนนเฉลี่ยคะแนนภาวะสุขภาพจิตของกลุ่มตัวอย่างพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าคือ 2.83 คะแนน (SD= 2.80) (Median=2.00) ภาวะวิตกกังวลคะแนนเฉลี่ยคือ 2.36 คะแนน (SD= 2.37) (Median= 2.00) และความเครียดคะแนนเฉลี่ยคือ 4.60 คะแนน (SD= 3.41) (Median=5.00)

ผลการประเมินระดับความกลัวที่จะติดเชื้อและแพร่เชื้อในครอบครัว พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยอยู่ที่ 5.75 คะแนน (SD=5.24) (Median= 5.00) กลยุทธ์การจัดการความเครียด มีคะแนนเฉลี่ยอยู่ที่ 61.35 คะแนน (SD=15.28) เมื่อพิจารณากลยุทธ์ในการจัดการความเครียดรายด้าน พบว่ากลุ่มตัวอย่างใช้กลยุทธ์ในการจัดการความเครียดด้านการยอมรับ โดยมีค่าเฉลี่ยสูงสุดเท่ากับ 6.00 (SD= 1.84) ความแข็งแกร่งและยืดหยุ่นของชีวิต มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 27.63 คะแนน (SD=5.64) และการสนับสนุนทางสังคม มีคะแนนเฉลี่ยรวมอยู่ที่ 64.58 คะแนน (SD=15.90) โดยการสนับสนุนทางสังคม สามารถแบ่งออกเป็น 3 ด้าน ได้แก่ การสนับสนุนจากครอบครัว (M=22.25, SD=6.40) การสนับสนุนจากเพื่อน (M=20.85, SD=5.74) และการสนับสนุนจากบุคคลสำคัญ (M=21.49, SD=5.33) (Table 1)

Table 1 Description of study variables (n=113)

Variables	Possible score	Actual score	M	SD
Fear of being infected and spreading within family (Median = 5)	0 – 24	0 – 20	5.75	5.24
Coping strategies	28 – 112	28 – 102	61.35	15.28
– Active coping	2 – 8	2 – 8	5.30	1.66

Table 1 Description of study variables (n=113) (Cont.,)

Variables	Possible score	Actual score	M	SD
- Planning	2 – 8	2 – 8	4.81	1.77
- Positive reframing	2 – 8	2 – 8	5.49	1.78
- Acceptance	2 – 8	2 – 8	6.00	1.84
- Humor	2 – 8	2 – 8	4.93	1.66
- Religion	2 – 8	2 – 8	4.24	1.93
- Using emotional support	2 – 8	2 – 8	4.42	1.42
- Using instrument support	2 – 8	2 – 8	4.94	1.64
- Self-distraction	2 – 8	2 – 8	5.37	1.74
Denial	2 – 8	2 – 8	2.81	1.13
- Venting	2 – 8	2 – 8	4.04	1.42
- Substance use	2 – 8	2 – 7	2.66	1.08
- Behavioral disengagement	2 – 8	2 – 7	2.77	1.06
- Self- blame	2 – 8	2 – 8	3.59	1.51
Resilience	0 – 40	11 – 40	27.63	5.64
Social support	12 – 84	13 – 84	64.58	15.90
- Family	4 – 28	4 – 28	22.25	6.40
- Friend	4 – 28	4 – 28	20.85	5.74
- Significant other	4 – 28	5 – 28	21.49	5.33

ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรพบว่าปัจจัยที่มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับภาวะสุขภาพจิตของพยาบาลที่ปฏิบัติงานในช่วงการแพร่ระบาดของโรคโควิด 19 ได้แก่ ความกลัวที่จะติดเชื้อและความกลัวที่จะแพร่เชื้อในครอบครัว มีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะซึมเศร้า ($r = .247$,

$p < .01$) และความเครียด ($r = .223$, $p < .01$) กลยุทธ์ในการจัดการความเครียดมีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะซึมเศร้า ($r = .186$, $p < .05$) ภาวะวิตกกังวล ($r = .275$, $p < .01$) และความเครียด ($r = .351$, $p < .01$) และการสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางลบกับภาวะซึมเศร้า ($r = -.231$, $p < .05$) (Table 2)

Table 2 Correlation matrix of study variables (n = 113)

Variables	1	2	3	4	5	6	7
Fear of being infected and fear of infecting family members	1						
Coping strategies	.246**	1					
Resilience	.090	.330**	1				
Social support	.062	.331**	.358**	1			
Depression	.247**	.186*	-.184	-.231*	1		
Anxiety	.142	.275**	-.117	-.112	.586**	1	
Stress	.223**	.351**	-.096	-.020	.731**	.631**	1

* $p < .05$, ** $p < .01$

ผลการวิเคราะห์ความสามารถในการทำนายภาวะสุขภาพจิตของพยาบาลจากตัวแปรที่ศึกษาด้านภาวะซึมเศร้า พบว่า ความกลัวที่จะติดเชื้อและความกลัวที่จะแพร่เชื้อในครอบครัว กลยุทธ์ในการจัดการความเครียด ความแข็งแกร่งและยืดหยุ่นของชีวิต และการสนับสนุนทางสังคมสามารถร่วมกันทำนายภาวะซึมเศร้าได้ร้อยละ 20.5 โดยมีค่าสัมประสิทธิ์ถดถอยคะแนนมาตรฐาน ($\beta = .211, p < .05$; $\beta = .290, p < .05$; $\beta = -.203, p < .05$; $\beta = -.267, p < .05$) ตามลำดับ (Table 3) ด้านภาวะวิตกกังวล พบว่า ความกลัวที่จะติดเชื้อและความกลัวที่จะแพร่เชื้อในครอบครัว กลยุทธ์ในการจัดการความเครียด ความแข็งแกร่งและยืดหยุ่นของชีวิต และการสนับสนุนทางสังคม สามารถร่วมกันทำนายภาวะวิตกกังวลได้ร้อยละ 15.5 โดยพบว่า กลยุทธ์ในการจัดการความเครียดเป็นตัวแปรเดียวที่สามารถทำนายภาวะวิตกกังวลอย่างมีนัยสำคัญ ($\beta = .375,$

$p < .05$) ในขณะที่ความกลัวที่จะติดเชื้อและความกลัวที่จะแพร่เชื้อในครอบครัว ความแข็งแกร่งและยืดหยุ่นของชีวิต และการสนับสนุนทางสังคม ไม่สามารถทำนายภาวะวิตกกังวลอย่างมีนัยสำคัญ (Table 4) ด้านความเครียด พบว่าความกลัวที่จะติดเชื้อและความกลัวที่จะแพร่เชื้อในครอบครัว กลยุทธ์ในการจัดการความเครียด ความแข็งแกร่งและยืดหยุ่นของชีวิต และการสนับสนุนทางสังคม สามารถร่วมกันทำนายความเครียดได้ร้อยละ 20.1 โดยกลยุทธ์ในการจัดการความเครียด ($\beta = .415, p < .05$) และความแข็งแกร่งและยืดหยุ่นของชีวิต ($\beta = -.214, p < .05$) สามารถทำนายความเครียดได้อย่างมีนัยสำคัญ ในขณะที่ความกลัวที่จะติดเชื้อและความกลัวที่จะแพร่เชื้อในครอบครัว และการสนับสนุนทางสังคม ไม่สามารถทำนายความเครียดได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Table 5)

Table 3 Factors predicting depression in the participants using Multiple regression analysis (n = 113)

Predictor variables	b	SE _{est}	β	t	p-value
Fear of being infected and fear of infecting family members	.113	.047	.211	2.381	.019
Coping strategies	.053	.018	.290	3.012	.003
Resilience	-.101	.047	-.203	-2.143	.034
Social support	-.047	.017	-.267	-2.823	.006

R = .453, R² = .205, Adjusted R² = .176, S. = 2.542, F = 6.965, p-value < .001

Table 4 Factors predicting anxiety in the participants using Multiple regression analysis (n= 113)

Predictor variables	B	SE _{est}	β	t	p-value
Fear of being infected and fear of infecting family members	.035	.041	.077	.845	.400
Coping strategies	.058	.015	.375	3.785	<.001
Resilience	-.078	.041	-.185	-1.901	.060
Social support	-.026	.015	-.174	-1.785	.077

R = .394, R² = .155, Adjusted R² = .124, S. = 2.227, F = 4.969, p-value < .001

Table 5 Factors predicting stress in the participants using Multiple regression analysis (n = 113)

Predictor variables	B	SE _{est}	β	t	p-value
Fear of being infected and fear of infecting family members	.095	.058	.146	1.644	.103
Coping strategies	.093	.022	.415	4.305	<.001
Resilience	-.130	.058	-.214	-2.257	.026
Social support	-.019	.020	-.090	-.950	.344

R = .448, R² = .201, Adjusted R² = .171, S. = 3.113, F = 6.788, p-value < .001

การอภิปรายผล

ผลการศึกษาพบว่า ความกลัวที่จะติดเชื้อและความกลัวที่จะแพร่เชื้อในครอบครัว กลยุทธ์ในการจัดการความเครียด ความแข็งแกร่งและยืดหยุ่นของชีวิต และการสนับสนุนทางสังคม สามารถร่วมกันทำนายภาวะซึมเศร้าได้ร้อยละ 20.5 ทำนายภาวะวิตกกังวลได้ร้อยละ 15.5 และทำนายความเครียดได้ร้อยละ 20.1

ความกลัวที่จะติดเชื้อและความกลัวที่จะแพร่เชื้อในครอบครัว สามารถทำนายภาวะซึมเศร้าได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สามารถอธิบายตามกรอบแนวคิดความเครียดและการเผชิญความเครียดของลาซารัสและฟอล์คแมน³¹ ได้ว่าความเครียดเกิดจากความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลและสิ่งแวดล้อม เมื่อพยาบาลต้องเผชิญกับการระบาดของโรคโควิด 19 ซึ่งเป็นโรคระบาดใหม่และขาดความชำนาญในการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อโควิด 19 อย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้จึงส่งผลให้พยาบาลเกิดความเครียด นอกจากนี้กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีชั่วโมงการทำงานที่ยาวนานในการดูแลผู้ป่วย เมื่อเปรียบเทียบกับบุคลากรสุขภาพอื่น ๆ ซึ่งอาจเป็นสาเหตุที่ทำให้กลุ่มตัวอย่างมีความเสี่ยงสูงต่อการติดเชื้อและการแพร่เชื้อโรคไปยังสมาชิกในครอบครัว ปัจจัยเหล่านี้อาจเป็นเหตุให้เกิดความกลัวที่จะติดเชื้อและกลัวที่จะแพร่เชื้อในครอบครัว และหากไม่ได้รับการจัดการหรือมีกลยุทธ์การจัดการความเครียดที่เหมาะสม ก็ส่งผลให้เกิดภาวะซึมเศร้าได้

ผลการวิจัยนี้สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมา^{11,9} ที่พบว่าปัจจัยที่มีผลต่อระดับภาวะซึมเศร้าในกลุ่มบุคลากรทางสุขภาพในช่วงการแพร่ระบาดของโรคโควิด 19 คือความกลัวที่จะติดเชื้อและการแพร่เชื้อให้ผู้อื่น

ความแข็งแกร่งและยืดหยุ่นของชีวิตสามารถทำนายภาวะซึมเศร้าได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ อธิบายได้ว่า พยาบาลที่มีความแข็งแกร่งและยืดหยุ่นในชีวิตซึ่งเปรียบเสมือนกับแหล่งประโยชน์ภายในของบุคคล ที่ช่วยให้พยาบาลสามารถใช้กลยุทธ์ในการจัดการกับสถานการณ์ความเครียดได้เหมาะสมและลดความรุนแรงของความเครียด วิตกกังวล และซึมเศร้าได้ ประกอบกับกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่อยู่ในวัยผู้ใหญ่มีการศึกษาระดับปริญญาตรีไม่มีโรคประจำตัว และมีรายได้ในระดับดีปัจจัยเหล่านี้ถือเป็นแหล่งสนับสนุนสำคัญในการพัฒนาความแข็งแกร่งและยืดหยุ่นของชีวิต การมีสถานะการศึกษาที่สูงและสุขภาพดี พร้อมกับรายได้ที่มั่นคงสามารถช่วยสนับสนุนให้บุคคลมีความสามารถในการใช้กลยุทธ์ที่เหมาะสมในการจัดการกับความเครียดโดยการมีปัจจัยเหล่านี้อาจช่วยลดผลกระทบเชิงลบของความเครียดและภาวะซึมเศร้าได้ ผลการวิจัยนี้สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมา^{13,28} ที่พบว่า ความแข็งแกร่งและยืดหยุ่นของชีวิตสามารถทำนายและมีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า

การสนับสนุนทางสังคมสามารถทำนายภาวะซึมเศร้าได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติโดยทำหน้าที่เป็น

แหล่งทรัพยากรจากภายนอกที่สำคัญในการช่วยให้บุคคลสามารถหลุดพ้นจากสถานการณ์ความเครียดหรือปัญหาที่เผชิญอยู่ได้ เมื่อต้องเผชิญกับปัญหาหรือความเครียด กลุ่มตัวอย่างมักจะหันไปหาการสนับสนุนทางสังคมที่มีอยู่ เช่น การสนับสนุนจากครอบครัว บุคคลสำคัญ และเพื่อน เพื่อช่วยจัดการกับความเครียดที่เกิดขึ้น การได้รับการสนับสนุนเช่นนี้สามารถช่วยเพิ่มความเชื่อมั่นและเห็นคุณค่าในตนเอง²⁶ ผลลัพธ์นี้ส่งผลให้ระดับความเครียดและภาวะซึมเศร้าลดลง ซึ่งสะท้อนให้เห็นถึงความสำคัญของการสนับสนุนทางสังคมในการส่งเสริมสุขภาพจิตที่ดี ผลการวิจัยนี้สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมา¹³ ที่พบว่า การสนับสนุนทางสังคมสามารถทำนายภาวะซึมเศร้า

อย่างไรก็ตาม ผลการศึกษานี้พบว่า ความกลัวที่จะติดเชื่อและความกลัวที่จะแพร่เชื่อในครอบครัว ความแข็งแกร่งและยืดหยุ่นของชีวิต และการสนับสนุนทางสังคม ไม่สามารถทำนายภาวะวิตกกังวลได้ ซึ่งไม่สอดคล้องกับทฤษฎีความเครียดและการเผชิญความเครียดของลาซารัสและฟอล์คแมน³¹ ที่ว่าบุคคลจะทำการประเมินขั้นทุติยภูมิ เพื่อระบุแหล่งสนับสนุนและทรัพยากรที่มีอยู่ในการแก้ไขปัญหา และจะเลือกใช้กลยุทธ์การจัดการความเครียดที่เหมาะสม นำไปสู่ผลลัพธ์ของการปรับตัวในด้านภาวะวิตกกังวลได้ และแตกต่างจากผลการวิจัยที่ผ่านมา^{9,11,27} ที่พบว่าความกลัวที่จะติดเชื่อและความกลัวที่จะแพร่เชื่อในครอบครัว ความแข็งแกร่งและยืดหยุ่นของชีวิต และการสนับสนุนทางสังคมสามารถทำนายภาวะวิตกกังวลได้ ความแตกต่างนี้อาจอธิบายได้ว่าในการศึกษานี้ กลุ่มตัวอย่างมีลักษณะทางประชากรที่ค่อนข้างคล้ายคลึงกัน ซึ่งอาจทำให้เกิดการแปรปรวนของข้อมูลน้อย ส่งผลให้ไม่สามารถตรวจจับความสัมพันธ์ที่ชัดเจนระหว่างตัวแปรได้ นอกจากนี้ การเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบสะดวก อาจทำให้เกิดอคติ

(bias) ในผลการศึกษา ซึ่งอาจมีผลต่อความสามารถในการทำนายภาวะวิตกกังวลได้

ความแข็งแกร่งและยืดหยุ่นของชีวิตสามารถทำนายความเครียดได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ อธิบายได้ว่าความแข็งแกร่งและยืดหยุ่นของชีวิตเปรียบเสมือนคุณลักษณะที่บ่งบอกถึงการมีความเข้มแข็ง อดทน มีศักยภาพในการข้ามผ่านสถานการณ์หรืออุปสรรค ช่วยให้บุคคลสามารถรับมือกับสถานการณ์ความเครียดได้ดีขึ้น ประกอบกับกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่อยู่ในวัยผู้ใหญ่ มีการศึกษาระดับปริญญาตรี ไม่มีโรคประจำตัว และมีรายได้ในระดับดี ซึ่งเป็นปัจจัยที่ส่งเสริมการพัฒนาความแข็งแกร่งและยืดหยุ่นของชีวิต และทำให้บุคคลมีความสามารถในการใช้กลยุทธ์ที่เหมาะสมในการจัดการกับความเครียดได้อย่างมีประสิทธิภาพ ส่งผลให้ภาวะสุขภาพจิตโดยรวมดีขึ้น นอกจากนี้ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมา²⁹ ที่พบว่าความแข็งแกร่งและยืดหยุ่นของชีวิตสามารถทำนายความเครียดได้

อย่างไรก็ตาม ผลการศึกษานี้พบว่า ความกลัวที่จะติดเชื่อและความกลัวที่จะแพร่เชื่อในครอบครัว และการสนับสนุนทางสังคมไม่สามารถทำนายความเครียดได้ ซึ่งต่างจากการศึกษาที่ผ่านมา^{14,30} ที่พบว่า ความกลัวที่จะติดเชื่อและแพร่เชื่อในครอบครัว และการสนับสนุนทางสังคมสามารถทำนายความเครียดได้ ความแตกต่างนี้อาจอธิบายได้ว่า อาจเกิดจาก ลักษณะส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างที่ค่อนข้างคล้ายคลึงกัน ทำให้เกิดการแปรปรวนของข้อมูลน้อย และขนาดกลุ่มตัวอย่างที่อาจเล็กเกินไป สำหรับการศึกษาปัจจัยทำนาย อาจทำให้เกิดอคติ (bias) ในผลการศึกษา ซึ่งอาจมีผลต่อความสามารถในการทำนายความเครียดได้

ผลการศึกษานี้พบว่า กลยุทธ์ในการจัดการความเครียดสามารถทำนายภาวะซึมเศร้า ภาวะวิตกกังวล และความเครียด อธิบายได้ว่าการใช้กลยุทธ์ในการจัดการ

ความเครียดมีผลทำให้กลุ่มตัวอย่างมีภาวะซึมเศร้า วิตกกังวล และเครียด ผลการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ดูเหมือนว่า ไม่สอดคล้องกับทฤษฎีความเครียดและการเผชิญ ความเครียดของลาซารัสและฟอล์คแมน³¹ ที่ว่า เมื่อ บุคคลประเมินว่าสถานการณ์นั้น ๆ และเกิดความเครียด บุคคลจะเลือกใช้กลยุทธ์การจัดการความเครียดเพื่อ แก้ไขปัญหาให้มีความเครียดลดลง³¹ อย่างไรก็ตาม กลยุทธ์การเผชิญความเครียดมีหลายวิธี บางวิธีเหมาะสม แต่บางวิธีอาจทำให้ความเครียดลดลงเพียงชั่วคราว แต่ ส่งผลเสียในระยะยาว และแม้การเลือกใช้กลยุทธ์หลายวิธี แต่ไม่เหมาะสมอาจก่อให้เกิดโทษ และจากการวิเคราะห์ ผลการวิจัยครั้งนี้เป็นการประเมินความถี่ในการใช้กลยุทธ์ การจัดการความเครียด พบว่ากลยุทธ์การเผชิญ ความเครียดของกลุ่มตัวอย่างที่นำมาใช้มากที่สุด คือ การยอมรับ สอดคล้องกับการศึกษาในกลุ่มประเทศในเอเชีย อาทิ อินเดีย เวียดนาม จีน ที่พบว่าพยาบาลใช้กลยุทธ์ ในการจัดการความเครียดด้านการยอมรับสูงสุด³²⁻³³ วิธีการเผชิญความเครียดเหล่านี้ อาจเป็นกลยุทธ์ที่ ลดความเครียดเพียงชั่วคราว แต่อาจส่งผลเสียต่อภาวะ สุขภาพจิตในระยะยาวได้ นอกจากนี้การวิเคราะห์ ผลการวิจัยนี้เป็นการประเมินความถี่ในการใช้กลยุทธ์ การจัดการความเครียดเท่านั้น ดังนั้นจึงสมควรศึกษาวิจัย ต่อไปเพื่อศึกษาการใช้กลยุทธ์อะไรบ้างในการเผชิญ ความเครียดของพยาบาลที่สามารถลดความเครียดและ ป้องกันปัญหาสุขภาพจิตในระยะยาวได้

ข้อจำกัดในการศึกษา

กลุ่มตัวอย่างในการศึกษานี้เป็นพยาบาลที่ปฏิบัติงาน ในช่วงการระบาดของโรคโควิด 19 ที่โรงพยาบาลเอกชน แห่งเดียวในกรุงเทพมหานคร ซึ่งเป็นการศึกษาที่มุ่งเน้น การพัฒนาคุณภาพและศักยภาพของพยาบาลใน โรงพยาบาลเดียวเท่านั้น ผลการศึกษานี้จึงอาจไม่สามารถ เป็นตัวแทนของพยาบาลในโรงพยาบาลเอกชนได้

เนื่องจากบริบทของแต่ละสถานพยาบาลและปัจจัยที่ ส่งผลต่อความเครียดและสุขภาพจิตอาจแตกต่างกันไป

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

จากผลการวิจัยที่พบว่า พยาบาลร้อยละ 10.6 มีภาวะซึมเศร้า ร้อยละ 12.4 มีภาวะวิตกกังวล, และ ร้อยละ 9.7 มีความเครียด ซึ่งหากพยาบาลไม่ได้รับการ ดูแลอย่างต่อเนื่องและมีความเครียดสะสม อาจ ส่งผลกระทบต่อการปฏิบัติงานและความปลอดภัย ของผู้รับบริการได้ จึงมีข้อเสนอแนะดังนี้

ด้านการบริหารจากผลการวิจัยที่พบว่ากลยุทธ์ ในการจัดการความเครียด ความแข็งแกร่งและยืดหยุ่น ของชีวิต และการสนับสนุนทางสังคมสามารถทำนาย ภาวะสุขภาพจิตได้ ดังนั้น ผู้บริหารทางการพยาบาลของ โรงพยาบาลควรพิจารณาข้อมูลเกี่ยวกับตัวแปรเหล่านี้ ไปใช้ในการจัดระบบการเตรียมความพร้อมและการจัดการ เพื่อป้องกันปัญหาสุขภาพจิตของพยาบาลในกรณีที่เกิด โรคระบาดหรือโรคอุบัติใหม่ในอนาคต

ด้านการวิจัยเนื่องจากกลุ่มตัวอย่างในการศึกษานี้ มีลักษณะคล้ายคลึงกัน (homogeneous group) เช่น อายุ เพศ สถานภาพสมรสและประสบการณ์การทำงาน รวมถึง มีระดับการสนับสนุนทางสังคมสูง การศึกษาในอนาคต ควรขยายขอบเขตกลุ่มตัวอย่างให้ครอบคลุมพยาบาล จากโรงพยาบาลเอกชนแห่งอื่น เพื่อให้ได้กลุ่มตัวอย่าง ที่มีความหลากหลายมากขึ้น ซึ่งจะช่วยให้ผลการวิจัย เป็นตัวแทนของประชากรพยาบาลในโรงพยาบาลเอกชน ได้ดียิ่งขึ้น

References

1. Huang C, Wang Y, Li X, Ren L, Zhao J, Hu Y, et al. Clinical features of patients infected with 2019 novel coronavirus in Wuhan, China. Lancet. 2020; 395 (10223):497-506. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)30183-5](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30183-5) PMID: 31986264

2. World Health Organization. WHO Director-General's opening remarks at the media briefing on COVID-19. Geneva: WHO; 11 Mar 2020. Available from: <https://www.who.int/director-general/speeches/detail/who-director-general-s-opening-remarks-at-the-media-briefing-on-covid-19---11-march-2020>
3. Institute for Urban Disease Control and Prevention, Department of Disease Control, Ministry of Public Health. Situation reports of coronavirus disease 2019: (May 15, 2023). Available from: <https://covid19.anamai.moph.go.th/en/> (in Thai)
4. Department of Health. Situation reports of coronavirus disease 2019. [Internet]. May 15, 2023. [Cite 2023 Dec 30]. Available from: <https://covid19.anamai.moph.go.th/en/>
5. Center for COVID-19 Situation Administration. The cumulative number of medical staff infected with COVID-19: (February 2021 – February 2022). Available from: <https://workpointtoday.com/covid19-202/> (in Thai)
6. Komwong D, Prasanthanakul J, Phanasathit M, Wongwan T. Work-related factors and mental health outcomes among healthcare workers during COVID-19 pandemic. *J Health Syst Res*. 2022;16(1):54–68.
7. Işık O, Tengilimoğlu D, Tosun N, Zekioğlu A, Tengilimoğlu O. Evaluating the factors (stress, anxiety and depression) affecting the mental health condition of nurses during the COVID-19 pandemic. *Eval Health Prof*. 2022 Mar;45(1):86–96. <https://doi.org/10.1177/01632787211062660> PMID: 34968162
8. Ching SM, Ng KY, Lee KW, Yee A, Lim PY, Ranita H, Devaraj NK, Ooi PB, Cheong AT. Psychological distress among healthcare providers during COVID-19 in Asia: systematic review and meta-analysis. *PLoS One*. 2021 Oct 14;16(10). <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0257983> PMID: 34648526
9. Qi G, Yuan P, Qi M, Hu X, Shi S, Shi X. Influencing factors of high PTSD among medical staff during COVID-19: evidences from both meta-analysis and subgroup analysis. *Saf Health Work*. 2022 Sep;13(3):269–78. <https://doi.org/10.1016/j.shaw.2022.06.003> PMID: 35784492
10. Mao X, Dong W, Zhang J, Zhang F, Deng W, Li Z, Hou T. Mental health status and its associated factors among female nurses in the normalization of COVID-19 epidemic prevention and control in China. *Front Public Health*. 2023 Jan 6;10:1088246. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2022.1088246> PMID: 36684890
11. Zhang MR, Huang HG, Chen HX, Deng YF. Factors associated with poor mental health outcomes in nurses in COVID-19-designated hospitals in the postepidemic period in Guangdong Province: a cross-sectional study. *BMJ Open*. 2022 Jul 18;12(7). <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2022-061116> PMID: 35851024
12. Alhawtmeh H, Alsholol R, Dalky H, Al-Ai N, Albataineh R. Mediating role of resilience on the relationship between stress and quality of life among Jordanian registered nurses during COVID-19 pandemic. *Heliyon*. 2021;7(11). <https://doi.org/10.1016/j.heliyon.2021.e08378> PMID: 34805571
13. Xu Y, Zheng QX, Jiang XM, Guo SB, Kang YL, Lin YP, Liu GH. Effects of coping on nurses' mental health during the COVID-19 pandemic: mediating role of social support and psychological resilience. *Nurs Open*. 2023 Jul;10(7):4619–29. <https://doi.org/10.1002/nop2.1709> PMID: 36947673
14. Sampaio F, Sequeira C, Teixeira L. Nurses' mental health during the COVID-19 outbreak: a cross-sectional study. *J Occup Environ Med*. 2020;62(10):783–7. <https://doi.org/10.1016/j.envres.2020.110620> PMID: 33316228

15. Labrague LJ, De los Santos JAA. COVID-19 anxiety among front-line nurses: predictive role of organizational support, personal resilience and social support. *J Nurs Manag.* 2020;28(7):1653-61. <https://doi.org/10.1111/jonm.13121> PMID: 32770780
16. Lovibond PF, Lovibond SH. The structure of negative emotional states: comparison of the Depression Anxiety Stress Scales (DASS) with the Beck Depression and Anxiety Inventories. *Behav Res Ther.* 1995;33(3):335-43.
17. Oei TP, Sawang S, Goh YW, Mukhtar F. Using the Depression Anxiety Stress Scale 21 (DASS-21) across cultures. *Int J Psychol.* 2013;48(5):1018-29.
18. Netirojjanakul W. Prevalence and associated factors of mental health problems among healthcare workers at Nakhonpathom Hospital during the COVID-19 epidemic. *Region 4-5 Med J.* 2020;39(4):616-27. (in Thai)
19. Dai Y, Hu G, Xiong H, Qiu H, Yuan X. Psychological impact of the coronavirus disease 2019 (COVID-19) outbreak on healthcare workers in China. *medRxiv.* 2020:2020.03.03.20030874. <https://doi.org/10.1101/2020.03.03.20030874>
20. Caver CS. You want to measure coping but your protocol's too long: consider the Brief COPE. *Int J Behav Med.* 1997;4(1):92-100. https://doi.org/10.1207/s15327558ijbm0401_6 PMID: 16250744
21. Numsang T, Tantrarungroj T. Validity and reliability of the Brief COPD Inventory: Thai version. *J Psychiatr Assoc Thailand.* 2018;63(2):189-98. (in Thai)
22. Connor KM, Davidson JR. Development of a new resilience scale: the Connor-Davidson Resilience Scale (CDRISC). *Depress Anxiety.* 2003;18(2):76-82. <https://doi.org/10.1002/da.10113> PMID: 12964174
23. Vongsirimas N, Thanoi W, Klainin-Yobas P. Evaluating psychometric properties of the Connor-Davidson Resilience Scale (10-item CDRISC) among university students in Thailand. *J Nurs Sci.* 2017;35(3):25-35. (in Thai)
24. Zimet GD, Dahlem NW, Zimet SG, Farley GK. The multidimensional scale of perceived social support. *J Pers Assess.* 1988;52(1):30-41. https://doi.org/10.1207/s15327752jpa5201_2 PMID: 1757578
25. Roberts N, McAloney-Kocaman K, Lippiett K, Ray E, Welch L, Kelly C. Levels of resilience, anxiety and depression in nurses working in respiratory clinical areas during the COVID pandemic. *Respir Med.* 2021;176:106219. <https://doi.org/10.1016/j.rmed.2020.106219> PMID: 33248362
26. Kılınç T, Sis Çelik A. Relationship between the social support and psychological resilience levels perceived by nurses during the COVID-19 pandemic: a study from Turkey. *Perspect Psychiatr Care.* 2021;57(3):1000-8. <https://doi.org/10.1111/ppc.12648> PMID: 33073874
27. Kim SC, Quiban C, Sloan C, Montejano A. Predictors of poor mental health among nurses during the COVID-19 pandemic. *Nurs Open.* 2021;8(2):900-7. <https://doi.org/10.1002/nop2.697> PMID: 33570266
28. Zhang R, Lai J, Wang Y, Huang J, Hu S, Wang H. Mental health outcomes and resilience among aiding Wuhan nurses: one year after the COVID-19 outbreak in China. *J Affect Disord.* 2022 Jan 15;297:348-52. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2021.10.050> PMID: 34710499
29. Chrysoula D, Despoina P, Ioannis K, Polyxeni M, Eftychia F, Nikolettia M. Stress, anxiety and depression in nurses during COVID-19 pandemic: evaluation of coping strategies. *Int J Nurs.* 2021;8(1):10-15. <https://doi.org/10.15640/ijn.v8n1a1>

30. Mekonen E, Shetie B, Muluneh N. The psychological impact of COVID-19 outbreak on nurses working in the Northwest of Amhara Regional State Referral Hospitals, Northwest Ethiopia. Psychol Res Behav Manag. 2021;14:1353-64. <https://doi.org/10.2147/PRBM.S291446> PMID: 33447101
31. Lazarus R, Folkman S. Stress appraisal and coping. New York: Springer Publishing; 1984. 456p.
32. Singh J, Sood M, Chadda RK, Singh V, Kattula D. Mental health issues and coping among health care workers during COVID-19 pandemic: Indian perspective. Asian J Psychiatry. 2021; 61:102685. <https://doi.org/10.1016/j.ajp.2021.102685> PMID: 34030026
33. Thai TT, Le PTV, Huynh QHN, Pham PTT, Bui HTH. Perceived stress and coping strategies during the COVID-19 pandemic among public health and preventive medicine students in Vietnam. Psychol Res Behav Manag. 2021;14:795-804. <https://doi.org/10.2147/PRBM.S317059> PMID: 34177277

ประสิทธิผลของการสอนบริหารการหายใจด้วยเครื่องบริหารปอด Incentive spirometry ร่วมกับการใช้กระดาษเช็ดหน้าในผู้ป่วยสูงอายุ กระดูกสะโพกหัก¹

จิตชนญา บุญนันท์ พย.ม.²

ลัดดาวัลย์ ทิมคุณ พย.ม.³

จรรยา วงศ์หุวน พย.บ.³

วรารัตน์ บุญผดุง พย.บ.³

ธีรวิทย์ ธรรมวิบูลย์ศรี พบ.⁴

วิลาวัลย์ ธีรภัทรพงศ์ พบ.⁵

บทคัดย่อขยาย

บทนำ เครื่องบริหารปอด Incentive spirometry (IS) เป็นอุปกรณ์บริหารปอด ที่มีการใช้อย่างแพร่หลาย เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่ปอดหลังการผ่าตัด รวมถึงในผู้ป่วยสูงอายุกระดูกสะโพกหักที่มีจำนวนเพิ่มมากขึ้นทุกปี การสอนให้ผู้ป่วยสูงอายุใช้ IS ด้วยวิธีสอนแบบเดิม เป็นการให้คำพูดอธิบายให้ผู้ป่วยเข้าใจวิธีการหายใจเข้าทางปากเพื่อดูดลูกบอลใน IS ให้ลอยสูงขึ้น ก่อนฝึกปฏิบัติกับอุปกรณ์ ซึ่งอาจเป็นเรื่องยากในผู้ป่วยสูงอายุ ที่อาจมีปัญหาด้านความจำ และการรับรู้ ที่ส่งผลต่อกระบวนการเรียนรู้ของผู้ป่วย การสอนผู้ป่วยสูงอายุให้ใช้ IS จึงอาจใช้เวลาสอนนาน บางรายอาจไม่ประสบความสำเร็จ และมักพบว่าผู้ป่วยจะใช้วิธีการหายใจออก หรือการเป่า ซึ่งเป็นวิธีที่ไม่ถูกต้อง ไม่สามารถทำให้ลูกบอลลอย และปอดขยายตัวได้อย่างเต็มที่ การศึกษาครั้งนี้มีการนำกระดาษเช็ดหน้ามาช่วยสอนฝึกปฏิบัติวิธีการหายใจเข้าทางปากผ่านกระดาษเช็ดหน้า สามารถประเมินวิธีการหายใจเข้าทางปากที่ถูกต้องได้อย่างเป็นรูปธรรม ทำให้ผู้ป่วยมีความเข้าใจวิธีการหายใจเข้าที่ถูกต้อง ก่อนการฝึกปฏิบัติกับ IS

วัตถุประสงค์ของการวิจัย เพื่อเปรียบเทียบระยะเวลาที่ใช้สอนบริหารการหายใจด้วย IS ระยะเวลาที่ลูกบอลใน IS ลอย จำนวนลูกบอลที่ผู้ป่วยดูดลอย อัตราความอึดตัวของออกซิเจนในเลือด และการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่ปอดระหว่างการสอนบริหารการหายใจด้วย IS ด้วยวิธีสอนแบบเดิมกับการสอนร่วมกับการใช้กระดาษเช็ดหน้า

การออกแบบการวิจัย การศึกษานี้เป็นการศึกษาเชิงทดลองแบบสุ่ม ที่ประยุกต์ทฤษฎีการเรียนรู้จากประสบการณ์ของโคลบ์ ที่ประกอบด้วย ประสบการณ์ที่เป็นรูปธรรม การสะท้อนคิดจากการสังเกต การสร้างแนวคิดที่เป็นนามธรรม และการทดลองปฏิบัติ เป็นแนวทางในการสอนผู้ป่วยบริหารการหายใจ

¹ได้รับทุนสนับสนุนจากทุนพัฒนางานวิจัย (R2R) รหัส (IO) R016635012 คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล

²พยาบาลผู้ชำนาญการพิเศษ ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลศิริราช คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล

E-mail: jboonnun@gmail.com

³พยาบาลผู้ชำนาญการ ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลศิริราช คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล

⁴ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ภาควิชาศัลยศาสตร์ออร์โธปิดิกส์และกายภาพบำบัด คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล

⁵รองศาสตราจารย์ ภาควิชาเวชศาสตร์ฟื้นฟู คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล

ด้วย IS ชนิด flow-oriented devices

วิธีดำเนินการวิจัย กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยสูงอายุกระดูกสะโพกหักที่ได้รับการผ่าตัด อายุ 65- 90 ปี จำนวน 78 คน เลือกแบบเฉพาะเจาะจงตามเกณฑ์คัดเข้า ดังนี้ 1) สามารถสื่อสารโต้ตอบภาษาไทยได้ดี ไม่อยู่ในภาวะสับสนเฉียบพลัน ประเมินโดยแบบประเมินภาวะสับสนเฉียบพลัน 3D-CAM ฉบับภาษาไทย และ 2) ไม่มีโรคร่วมของระบบทางเดินหายใจ โรคหัวใจ ในระยะควบคุมอาการ หรือมีสัญญาณชีพไม่คงที่ เกณฑ์การคัดออกคือ มีความบกพร่องในการรู้คิด โดยใช้แบบประเมินความรู้ความเข้าใจ The General Practitioner Assessment of Cognition (GP-COG) ได้คะแนน ≤ 4 การคำนวณขนาดตัวอย่างใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์ตามหลักการของการวิเคราะห์อำนาจการทดสอบ ของสถิติ Independent t-test for 2 mean group กำหนดค่าอำนาจการทดสอบ .80 ความคลาดเคลื่อนชนิดที่ 1 เท่ากับ .05 สุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 40 คน โดยใช้ computerized random assignment แบบ Block randomization กลุ่มควบคุมได้รับการสอนโดยใช้ IS ด้วยวิธีสอนแบบเดิม กลุ่มทดลองมีการนำกระดาดเซ็ดหน้ามาช่วยในการสอนการหายใจเข้า ก่อนให้ผู้ป่วยฝึกปฏิบัติกับ IS เก็บรวบรวมข้อมูลตั้งแต่เดือนพฤศจิกายน พ.ศ. 2565 ถึง เดือนมกราคม พ.ศ. 2567 โดยใช้แบบบันทึกข้อมูล ประกอบด้วย ข้อมูลส่วนบุคคล ข้อมูลผลการสอนบริหารการหายใจด้วย IS ข้อมูลการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่ปอด วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงบรรยาย การทดสอบที่แบบอิสระ การทดสอบไคสแควร์ การทดสอบแมนวิทนียู และการทดสอบฟิชเชอร์

ผลการวิจัย กลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยอายุ 79.23 ปี (SD 6.28) และ 78.97 ปี (SD 6.83) ตามลำดับ ดัชนีมวลกายเฉลี่ย 23.03 กก./ม² (SD 3.76) และ 23.26 กก./ม² (SD 4.07) ตามลำดับ ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 87.2 และ 82.1 ตามลำดับ เมื่อเปรียบเทียบคุณลักษณะของทั้ง 2 กลุ่ม พบว่าไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ระยะเวลาเฉลี่ยที่ใช้ในการสอนด้วย IS ของกลุ่มทดลอง (M 3.03, SD 4.34 นาที) น้อยกว่ากลุ่มควบคุม (M 4.33, SD 4.06 นาที) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($Z = -2.704, p = .007$) อย่างไรก็ตาม จำนวนลูกบอลที่ผู้ป่วยดูลอย ระยะเวลาที่ลูกบอลลอยภายหลังการสอน และจำนวนลูกบอลลอยวันจำหน่ายของทั้ง 2 กลุ่ม ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > .05$) ค่าเฉลี่ยอัตราความอึดตัวของออกซิเจนในเลือด ในวันก่อน วันหลังผ่าตัด และวันจำหน่าย การเกิดภาวะพร่องออกซิเจนในเลือด ภาวะปอดแฟบในผู้ป่วยทั้ง 2 กลุ่ม ไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > .05$) และไม่พบการเกิดปอดอักเสบติดเชื้อขณะอยู่โรงพยาบาลทั้ง 2 กลุ่ม

ข้อเสนอแนะ พยาบาลและทีมสุขภาพ สามารถนำกระดาดเซ็ดหน้ามาเป็นเครื่องมือในการสอนให้ผู้ป่วยฝึกหายใจเข้าเพื่อ“ดูด”อากาศเข้าปอดผ่านกระดาดเซ็ดหน้า เพื่อให้ผู้ป่วยมีประสบการณ์ตรงในการทบทวนวิธีการ”ดูด” จากการได้รับรู้ สังเกตทำความเข้าใจ และฝึกปฏิบัติวิธีการหายใจเข้าทางปาก ผู้ป่วยเกิดความมั่นใจสามารถใช้ IS ได้อย่างถูกต้อง ใช้เวลาในการสอนน้อยกว่าการสอนด้วยวิธีเดิม

คำสำคัญ การบริหารปอด การสอนบริหารการหายใจ ระยะเวลาในการสอน ผู้ป่วยสูงอายุกระดูกสะโพกหัก วันที่ได้รับ 28 ส.ค. 67 วันที่แก้ไขบทความเสร็จ 4 ธ.ค. 67 วันที่รับตีพิมพ์ 23 ม.ค. 68

Effectiveness of Teaching Breathing Exercise with Incentive Spirometry Combined with Facial Tissue Use in Elderly Patients with Hip Fracture

Jitchaya Boonnun M.N.S.²

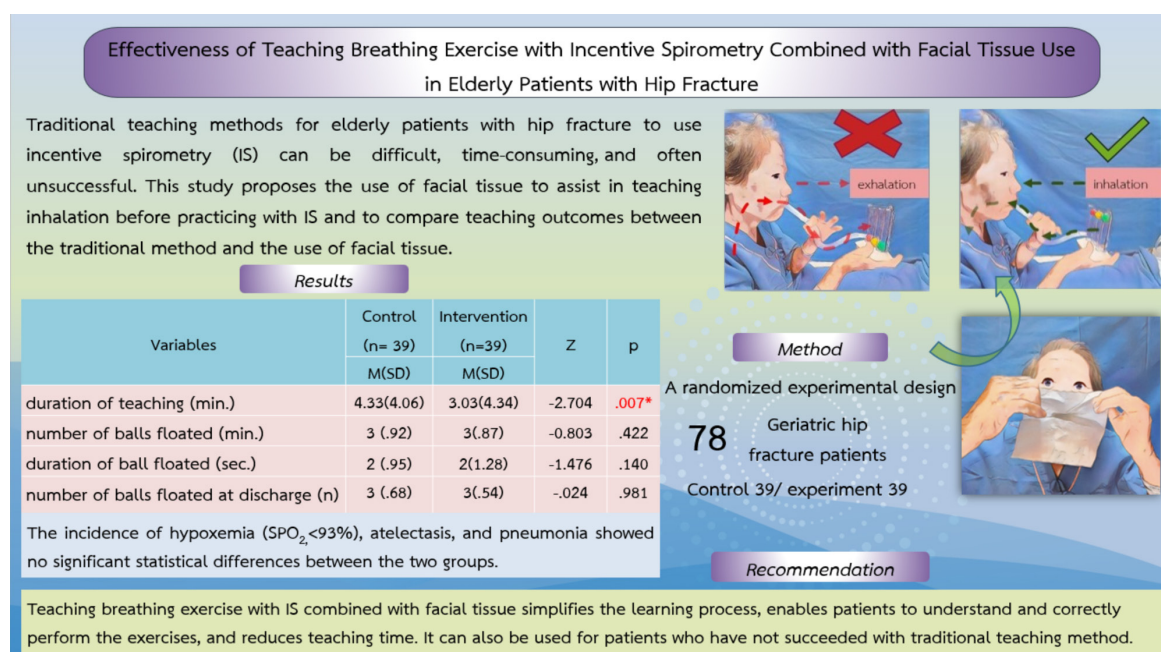
Laddawan Himkhun M.N.S.³

Janya Wongwoon B.N.S.³

Wararat Boonnasa B.N.S.³

Theerawoot Tharmviboonsri, MD.⁴

Wilawan Thirapatarapong, MD.⁵



Extended Abstract

Introduction Incentive spirometry (IS) is a widely used device for lung exercise to prevent post operative pulmonary complications. This includes its use among elderly patients with hip fractures, whose numbers are increasing annually. The traditional method of teaching elderly patients to use IS involves verbal explanation to help them understand how to inhale through their mouth to raise the ball in the IS before practicing with the device. However, this method can be challenging for elderly patients with memory and cognitive impairment, affecting their learning process. Teaching elderly patients to use IS with traditional methods may require more time, and some patients may struggle with

¹Supported by Siriraj Research Development Fund (Routine to Research: R2R) (IO) R016635012, Faculty of Medicine, Siriraj Hospital, Mahidol University, Bangkok, Thailand

²Registered Nurse, Senior Professional Level, Siriraj Hospital, Faculty of Medicine, Siriraj Hospital, Mahidol University, Bangkok, Thailand; E-mail: jboonnun@gmail.com

³Registered Nurse, Professional Level, Siriraj Hospital, Faculty of Medicine, Siriraj Hospital, Mahidol University, Bangkok, Thailand

⁴Assistant Professor, Faculty of Medicine, Siriraj Hospital, Mahidol University, Bangkok, Thailand

⁵Associate Professor, Faculty of Medicine, Siriraj Hospital, Mahidol University, Bangkok, Thailand

distinguishing between inhalation and exhalation. This can result in patients exhaling or blowing, which does not raise the ball and is ineffective for lung expansion. This study introduces the use of facial tissue to help teach the correct inhalation technique. The facial tissue serves as a tangible way to evaluate proper mouth inhalation before practicing with the IS, leading to better patient comprehension and use of the IS.

Objective The objective of this study is to compare the duration of time teaching breathing exercises with IS, the duration the ball in the IS float, the number of balls the patient manages to float, the oxygen saturation levels, and the occurrence of pulmonary complications between the traditional teaching method and the method combined with facial tissue.

Design This study was a randomized experimental study that applied Kolb's Experiential Learning Theory, which consists of Concrete experience, Reflective observation, Abstract conceptualization, and Active experimentation, as a framework for teaching patients breathing exercises with flow-oriented IS devices.

Methodology The participants consisted of 78 elderly patients aged 65–90 years, who had undergone hip surgery. The participants were selected through purposive sampling based on the following inclusion criteria: 1) the ability to communicate effectively in Thai and were not in a state of acute delirium, as assessed using the Thai version of the 3D-CAM Algorithm–Thai version, and 2) no concurrent respiratory or heart diseases in uncontrollable stages, and no signs of unstable vital signs. The exclusion criteria were based on cognitive impairment, as measured by the General Practitioner Assessment of Cognition (GP-COG), with a score of ≤ 4 . Sample size calculation was performed using computer software according to the principles of power analysis for the Independent t-test for two mean groups, with a power of .80 and a Type I error of .05. Participants were randomly assigned to the experimental and control groups, equally in each group, using computerized random assignment through block randomization. The control group received instruction on IS using the traditional teaching method, while the experimental group incorporated facial tissue to aid in teaching deep inhalation before the patients practiced with the IS. From November 2022 to January 2024, data were collected by research assistants who were blinded using data record form, which included personal information, results of the IS training, and any pulmonary complications. Data analysis was performed using descriptive statistics, Independent t-test, Chi-square test, Mann-Whitney U test, and Fisher's Exact test.

Results The control and experimental groups had mean ages of 79.23 years (SD 6.28) and 78.97 years (SD 6.83), respectively. The mean body mass index (BMI) were 23.03 kg/m² (SD 3.76) and 23.26 kg/m² (SD 4.07), respectively. The majority of participants were female, at 87.2% and 82.1%, respectively. When comparing the characteristics of the two groups, no statistically significant differences were found. The average duration of teaching breathing exercises with IS for the experimental group (M 3.03, SD 4.34 minutes) was significantly shorter than that for the control group (M 4.33, SD 4.06 minutes) ($Z = -2.704$, $p = .007$). However, the number of balls the patients were able to float, the duration the balls floated after training, and the number of balls floating on the discharge day did not show statistically significant differences between the two groups ($p > .05$). The average oxygen saturation levels on the day before surgery, the day after surgery, and the discharge day, as well as the occurrence of hypoxemia and atelectasis in both groups, did not differ significantly ($p > .05$). Additionally, no cases of hospital-acquired pneumonia were found in either group during their hospital stay.

Recommendation Nurses and the healthcare team can use facial tissue as a tool to teach patients how to practice inhaling to “suck” air into their lungs through the tissue. This approach allows patients to have a direct experience of reviewing the “sucking” technique through observation, understanding, and practicing the method of mouth breathing. As a result, patients gain confidence and are able to use IS correctly, with less time spent on instruction compared to the traditional teaching method.

Journal of Thailand Nursing and Midwifery Council 2025; 40(1) 150-167

Keywords incentive spirometry, teaching breathing exercise, teaching time, geriatric hip fracture

Received 28 August 2024, Revised 4 December 2024, Accepted 23 January 2025

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

สถานการณ์การเพิ่มขึ้นของผู้สูงอายุทั่วโลก ทำให้พบปัญหาสุขภาพที่สำคัญ คือ กระดูกสะโพกหักในผู้สูงอายุ (geriatric hip fracture) ที่เพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องทุกปี ผู้ป่วยสูงอายุกระดูกสะโพกหักที่ได้รับการผ่าตัด อาจเกิดภาวะแทรกซ้อนที่ปอดหลังการผ่าตัด (postoperative pulmonary complications, PPCs) ซึ่งเป็นปัญหารุนแรง ส่งผลให้ผู้ป่วยมีอัตราการตายสูงขึ้นอยู่โรงพยาบาลนานขึ้น และมีค่าใช้จ่ายสูงมากขึ้น ภาวะแทรกซ้อนที่ปอดหลังการผ่าตัดในผู้ป่วยสูงอายุกระดูกสะโพกหักพบได้ร้อยละ 6.83 ภายใน 7 วันหลังการผ่าตัด¹ การบริหารการหายใจให้มีประสิทธิภาพเป็นวิธีการฟื้นฟูระบบทางเดินหายใจหลังผ่าตัด ช่วยเพิ่มปริมาตรปอด ปรับรูปแบบการหายใจ ส่งเสริมการไหลเวียนออกซิเจนในร่างกาย และช่วยระบายเสมหะ ช่วยลดอุบัติการณ์และความรุนแรงของภาวะแทรกซ้อนจากปอด ภาวะแทรกซ้อนที่ปอดหลังการผ่าตัด ได้แก่ ปอดอักเสบติดเชื้อ (pneumonia) ปอดแฟบ (lung atelectasis) และ ภาวะพร่องออกซิเจนในร่างกาย (hypoxemia) ทำได้โดยการหายใจเข้าให้ลึกที่สุดแล้วค้างไว้ (sustained maximal inspiration: SMI) เป็นกระบวนการหนึ่งที่ทำให้ผู้ป่วยมีการฟื้นตัวหลังผ่าตัดได้เร็ว² Incentive spirometry (IS) ถูกนำมาใช้ในการฟื้นฟูสภาพปอดหลังการผ่าตัดบนพื้นฐานแนวคิดการบริหารการหายใจแบบ SMI เพื่อป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่ปอด³ โดยการฝึกให้ผู้ผู้ป่วยดูดลูกบอลที่อยู่ในอุปกรณ์ให้ลอยสูงขึ้น ถือเป็นมาตรฐานการปฏิบัติที่นิยม เนื่องจากเป็นอุปกรณ์ที่สะดวกในการใช้งาน และราคาไม่แพง วิธีนี้ช่วยสร้างแรงจูงใจในการบริหารปอด ทำให้ผู้ป่วยสามารถประเมินผลและพัฒนาการฝึกบริหารการหายใจได้อย่างเป็นรูปธรรม⁴ ผลการศึกษาการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่ปอดหลังการผ่าตัดในผู้ป่วยที่ได้รับการสอนและฝึกบริหาร

การหายใจด้วย IS พบอุบัติการณ์ร้อยละ 5.9 ขณะที่ผู้ป่วยที่ไม่ได้ใช้ IS พบอุบัติการณ์ร้อยละ 24.4⁵

มาตรฐานการดูแลรักษาผู้ป่วยสูงอายุกระดูกสะโพกหักอายุ 65 ปีขึ้นไป ที่ได้รับการผ่าตัดในโรงพยาบาลศิริราชทุกคน จะมีการสอนให้ผู้ผู้ป่วยบริหารการหายใจโดยใช้ IS ชนิด flow incentive spirometry จากการประเมินผลการสอนผู้ป่วยใช้ IS ด้วยวิธีสอนแบบเดิมจำนวน 10 คนพบว่าสามารถสอนให้ผู้ผู้ป่วยดูดลูกบอลให้ลอยสูงได้สำเร็จโดยใช้เวลามากกว่า 30 นาที 1 คน (ร้อยละ 10) ผู้ป่วย 4 คน (ร้อยละ 40) ต้องสอนถึง 3 ครั้งจึงสามารถดูดลูกบอลให้ลอยสูงขึ้นได้ และ 5 คน (ร้อยละ 50) ดูดลูกบอลลอยค้างนานน้อยกว่า 3 วินาที หรือลูกบอลลอยสูงไม่ชนผนังด้านบน นอกจากนี้ยังพบผู้ป่วย 2 คน (ร้อยละ 20) ที่มีปัญหาทางด้านความจำ หรือการบกพร่องทางการรับรู้ไม่สามารถดูด IS ให้ลูกบอลลอยได้ มีการศึกษาความสำเร็จของการใช้ IS ในผู้ป่วยหลังผ่าตัดจำนวน 42 คน พบว่าการสอนให้ผู้ผู้ป่วยใช้ IS ครั้งแรก มีผู้ป่วยร้อยละ 26.2 ทำไม่สำเร็จ ผู้ป่วยใช้การหายใจออก (unsuccessful exhales)⁶ จะเห็นได้ว่าการสอนด้วยวิธีเดิมในผู้ป่วยสูงอายุ ยังมีข้อจำกัดที่ทำให้ผู้ป่วยปฏิบัติได้ไม่มีประสิทธิภาพหรือไม่สามารถปฏิบัติได้เลย อาจเนื่องมาจากปัจจัยหลายประการ เช่น อาการปวด การเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยาของผู้สูงอายุ ทำให้ผู้ป่วยสูงอายุบางรายอาจมีปัญหาด้านความจำ ความบกพร่องทางการสื่อสาร การรับรู้ และการเรียนรู้ เป็นต้น

การสอนผู้ป่วยเป็นบทบาทสำคัญของพยาบาล การสอนที่ทำให้ผู้ป่วยเข้าใจง่าย เกิดการเรียนรู้ และปฏิบัติตามได้จำเป็นต้องเลือกใช้เทคนิควิธีการที่เหมาะสมกับผู้ป่วยที่มีข้อจำกัดต่างกัน⁷ การสอนผู้ป่วยสูงอายุให้ใช้ IS ด้วยวิธีสอนแบบเดิมในผู้ป่วยบางรายอาจใช้เวลาสอนนาน ผู้ป่วยไม่สามารถดูดลูกบอลให้ลอยสูงขึ้นได้ หรือดูดลูกบอลลอยสูงได้ไม่นาน ทำให้การบริหารการ

หายใจไม่มีประสิทธิภาพ โดยเฉพาะในผู้ป่วยที่มีปัญหาทางด้านความจำหรือการบกพร่องทางการรับรู้ การสอนบริหารการหายใจด้วย IS ที่มีประสิทธิภาพ ต้องให้ผู้ป่วยสูดหายใจเข้าให้ลึกที่สุดให้ลูกบอลลอย และคงค้างการหายใจเข้าให้นานที่สุดเท่าที่จะทำได้⁵ โดยทั่วไปการสอนผู้ป่วยจะใช้คำสั้น ๆ เช่น “สูด” หรือ “ดูด” ท่อจากอุปกรณ์ IS ให้ลูกบอลลอย ผู้ป่วยสูงอายุบางคนอาจสับสน ระหว่างคำว่า “ดูด” และ “เป่า” เมื่อไม่สามารถดูดลูกบอลให้ลอยขึ้นได้จึงเปลี่ยนไปใช้วิธีเป่าซึ่งเป็นวิธีที่ง่ายและใช้แรงน้อยกว่าการดูด การสอนวิธีเดิมไม่สามารถสาธิตวิธีใช้กับอุปกรณ์ให้เห็นได้โดยตรงจากปัญหาดังกล่าว ผู้วิจัยจึงได้ประยุกต์ใช้กระดาษเช็ดหน้า (facial tissue) มาช่วยในการฝึกสอนการใช้ IS กับผู้ป่วยสูงอายุกระดูกสะโพกหัก และศึกษาผลลัพธ์ของการสอนเพื่อประโยชน์ในการพัฒนารูปแบบการสอนผู้ป่วยใช้ IS ให้ง่ายต่อการเข้าใจ ปฏิบัติได้อย่างถูกต้องมีประสิทธิภาพลดระยะเวลาในการสอน โดยเฉพาะในผู้ป่วยสูงอายุหรือผู้ป่วยที่สอนด้วยวิธีสอนแบบเดิมไม่สำเร็จ

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อเปรียบเทียบผลของการสอนบริหารการหายใจด้วย IS วิธีการสอนแบบเดิม กับวิธีการสอนร่วมกับการใช้กระดาษเช็ดหน้าในผู้ป่วยสูงอายุกระดูกสะโพกหัก

วัตถุประสงค์เฉพาะ

1. เพื่อเปรียบเทียบระยะเวลาที่ใช้สอนผู้ป่วยจำนวนลูกบอล และระยะเวลาที่ลูกบอลลอยระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม
2. เพื่อเปรียบเทียบความอึดตัวของออกซิเจนในเลือด (SpO_2) ระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม
3. เพื่อเปรียบเทียบการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่ปอดหลังการผ่าตัด (PPCs) ระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม

สมมติฐานการวิจัย

1. ระยะเวลาที่ใช้สอนผู้ป่วยกลุ่มทดลองน้อยกว่ากลุ่มควบคุม
2. จำนวนลูกบอล ระยะเวลาที่ลูกบอลลอยหลังการสอน จำนวนลูกบอลลอย และระยะเวลาที่ลูกบอลลอย ของกลุ่มทดลองมากกว่ากลุ่มควบคุม

กรอบแนวคิดในการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้ได้นำทฤษฎีการเรียนรู้จากประสบการณ์ (Experiential learning theory) ของ เดวิด เอ. โคลบ (David A. Kolb) ที่ประกอบด้วยประสบการณ์ที่เป็นรูปธรรม (concrete experience) การสะท้อนคิดจากการสังเกต (reflective observation) การสร้างแนวคิดที่เป็นนามธรรม (abstract conceptualization) และการทดลองปฏิบัติ (active experimentation)⁸ มาประยุกต์ใช้ในการสอนผู้ป่วยบริหารการหายใจด้วย IS ชนิด flow-oriented devices ประกอบด้วยปากคาบ (mouth piece) ท่อที่ต่อกับช่องพลาสติก 3 ช่องภายในมีลูกบอลช่องละ 1 ลูก ด้านนอกช่องระบุดีตรากาโรไลของอากาศน้อยที่สุดที่จะทำให้ลูกบอลลอยขึ้นได้ได้แก่ 600/900/1,200 ซีซี/วินาที ตามลำดับการใช้ IS ที่ถูกต้องผู้ป่วยต้องดูดอากาศเข้าปอด ซึ่งก็คือ การหายใจเข้าทางปาก เพื่อนำอากาศที่มีออกซิเจนเข้าไปในปอดเกิดการแลกเปลี่ยนแก๊สออกซิเจนกับคาร์บอนไดออกไซด์บริเวณผนังหลอดเลือดฝอยของถุงลม (alveoli) ที่มีจำนวนมากในปอดการหายใจเข้าปอดให้ถุงลมในปอดขยายตัวอย่างเต็มที่ช่วยรักษาสมดุลของร่างกายและป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่ปอดหลังการผ่าตัด⁹ แรงดูดอากาศเข้าปอดให้ลูกบอลใน IS ลอย ต้องใช้แรงดูดอย่างน้อย 600 ซีซี/วินาที จึงจะทำให้ลูกบอลถูกดูดลอยได้ 1 ลูกในการศึกษาครั้งนี้มีการนำกระดาษเช็ดหน้า มาเป็นเครื่องมือในการสอนให้ผู้ป่วยฝึกเข้า โดยการ “ดูด”

อากาศเข้าปอดผ่านกระดาษเช็ดหน้า ทำให้ผู้ป่วยมีประสบการณ์ตรงในการทบทวนวิธีการ “ดูด” จากการได้รับรู้สังเกตทำความเข้าใจ และฝึกปฏิบัติวิธีการดูดได้อย่างถูกต้องเป็นรูปธรรมเกิดความมั่นใจ เมื่อทดลองฝึกกับอุปกรณ์ IS จึงปฏิบัติได้ถูกต้องในเวลาไม่นาน

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นรูปแบบการทดลองแบบสุ่ม (Randomized experimental design) โดยมีการสุ่มเข้ากลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม และวัดผลก่อนและหลังการทดลอง

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง ประชากรเป็นผู้ป่วยกระดูกสะโพกหักที่อยู่ในวัยสูงอายุ ตัวอย่างเป็นผู้ป่วยกระดูกสะโพกหักอายุอายุ 65-90 ปี เลือกแบบเจาะจงตามเกณฑ์คัดเข้า ดังนี้ 1) ได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัด 2) มีสติสัมปชัญญะดี เข้าใจภาษาไทยดีไม่มีปัญหาด้านการสื่อสาร 3) ไม่อยู่ในภาวะสับสนเฉียบพลัน (delirium) ประเมินโดยแบบประเมินภาวะสับสนเฉียบพลัน 3D-CAM ฉบับภาษาไทย (CAM algorithm-Thai version)¹¹ 4) ไม่มีโรคร่วมของระบบทางเดินหายใจ โรคหัวใจ ที่อาจส่งผลให้ได้รับอันตรายเมื่อต้องได้รับการสอน ได้แก่ โรคติดเชื้อระบบทางเดินหายใจรุนแรง โรคถุงลมในปอดโป่งพอง โรคหัวใจที่มีอาการเหนื่อยหอบง่าย หรืออยู่ในภาวะสัญญาณชีพไม่คงที่ เกณฑ์การคัดออก ได้แก่ 1) มีความบกพร่องในการรับรู้ ประเมินโดยใช้แบบประเมินความรู้ความเข้าใจ The General Practitioner Assessment of Cognition (GP-COG)¹² โดยมีคะแนนประเมิน ≤ 4 2) ระหว่างการสอนมีอาการหรือสัญญาณชีพเปลี่ยนแปลงจากเดิม ถ้าได้รับการสอนต่ออาจได้รับอันตรายได้แก่มีอาการเหนื่อย อัตราการหายใจ (RR) > 28 ครั้ง/นาที ค่าอัตราความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือด (SPO₂) < 91% และ 3) ขอลถอนตัวจากการวิจัย

การคำนวณขนาดตัวอย่างโดยใช้หลักการวิเคราะห์อำนาจการทดสอบ จากฐานข้อมูล web base <http://statulator.com/SampleSize/ss2M.html>¹⁰ โดยใช้สถิติ Independent t-test for 2 mean group อำนาจการทดสอบเท่ากับ .80 ความคลาดเคลื่อนชนิดที่ 1 เท่ากับ .05 ได้จำนวนตัวอย่าง 36 คน เมื่อเผื่อขาดหายของการสูญหายของกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 10 ได้ตัวอย่างกลุ่มละ 40 คน สุ่มเข้ากลุ่มโดยใช้ computerized random assignment แบบ Block randomization: Mixed block size 4, 6, 8 โดยการนำรหัสตามที่ได้ใส่ของทาบแสงปิดผนึกและเขียนเลขรหัสเรียงตามลำดับผู้ป่วยที่คัดเลือกไว้

เครื่องมือวิจัย ประกอบด้วย เครื่องมือในการคัดกรองกลุ่มตัวอย่าง เครื่องมือดำเนินการทดลอง และเครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล ดังนี้

1. เครื่องมือที่ใช้ในการคัดกรองกลุ่มตัวอย่าง

1.1 แบบประเมินภาวะสับสนเฉียบพลัน 3D-CAM ฉบับภาษาไทย (CAM algorithm-Thai version) พัฒนาโดย ฌนพทย์ วงศ์ปาริณย์¹¹ ใช้ประเมินผู้ป่วยตามรายละเอียดในหัวข้อที่กำหนด 4 ข้อ การแปลผลภาวะสับสนเฉียบพลัน คือ ต้องมีคุณลักษณะตามข้อ 1, 2 และข้อใดข้อหนึ่งในข้อ 3 หรือ 4

1.2 แบบประเมินความรู้ความเข้าใจ The General Practitioner Assessment of Cognition (GP-COG) โดย Brodaty และคณะ (2002) แปลและพัฒนาเป็นฉบับภาษาไทย โดย จิรนนท์ กริฟฟิธส์ และคณะ¹² เป็นการประเมินโดยผู้ป่วยตอบคำถามและ วาดรูป มีจำนวน 6 ข้อ ข้อที่ 1 เป็นการรับรู้เกี่ยวกับวันเวลาซึ่งไม่มีคะแนน ข้อที่ 2 - 6 มีข้อย่อยรวม 9 ข้อ ๆ ละ 1 คะแนน เกณฑ์การแปลผลคือความรู้ความเข้าใจอยู่ในเกณฑ์ปกติ (9 คะแนน) ไม่แน่ใจ (5 - 8 คะแนน) และความรู้ความเข้าใจอยู่ในเกณฑ์บกพร่อง (4 คะแนน หรือน้อยกว่า)

2. เครื่องมือการดำเนินการวิจัย

2.1 แนวทางการสอนบริหารการหายใจด้วย IS

2.1.1 วิธีสอนแบบเดิมเป็นวิธีการสอน

ผู้ป่วยที่ไม่มีอุปกรณ์ช่วยในการสอน การปฏิบัติในการใช้ IS ให้ถูกต้องเกิดจากการรับรู้ข้อมูล และความเข้าใจของผู้ป่วยจากคำอธิบายของผู้สอน เริ่มจากผู้ช่วยวิจัยจะให้ข้อมูล และเหตุผลที่ต้องบริหารการหายใจด้วย IS เพื่อช่วยป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่ปอดหลังการผ่าตัด การแนะนำอุปกรณ์ IS เป็นเครื่องมือช่วยในการบริหารปอดโดยการดูดอากาศผ่านท่อให้ลูกบอลในอุปกรณ์ลอยสูงขึ้นทำให้ปอดมีการขยายตัว หลังจากนั้นผู้ช่วยวิจัยอธิบายและแสดงท่าทางที่บอกถึงวิธีการหายใจเข้าทางปาก หรือดูดอากาศเข้าปอดโดยการสูดหายใจทางปากเข้าปอดให้เต็มที่ให้เห็นการขยายตัวของปอดอธิบายและทำซ้ำ 3 ครั้ง แล้วจึงให้ผู้ป่วยฝึกปฏิบัติกับ IS โดยการดูดอากาศผ่านท่อของอุปกรณ์ให้ลูกบอลใน IS ลอยขึ้น

2.2.2 วิธีสอนร่วมกับการใช้กระดาษ

เช็ดหน้า เป็นวิธีการสอนผู้ป่วยที่มีการนำกระดาษเช็ดหน้ามาช่วยในการสอน เริ่มจากผู้ช่วยวิจัยให้ข้อมูลและเหตุผลที่ต้องบริหารการหายใจด้วย IS เพื่อช่วยป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่ปอดหลังการผ่าตัด การแนะนำอุปกรณ์ IS เป็นเครื่องมือช่วยในการบริหารปอดโดยการดูดอากาศผ่านท่อให้ลูกบอลในอุปกรณ์ลอยสูงขึ้นทำให้ปอดมีการขยายตัว หลังจากนั้นผู้ช่วยวิจัยสอนวิธีการหายใจเข้าทางปากผ่านกระดาษเช็ดหน้าแผ่นใหญ่ที่มีความเหนียวกว่ากระดาษทิชชูทั่วไปโดยคลี่กระดาษเช็ดหน้ายกลงเหนือริมฝีปาก ท่างริมฝีปากประมาณ 1 เซนติเมตรสูดหายใจเข้าทางปากให้เต็มที่เพื่อดูดกระดาษเช็ดหน้าเข้าไปในปากให้ผู้ป่วยมองเห็นกระดาษที่ถูกดูดเข้าปากอย่างชัดเจน ทำซ้ำ 3 ครั้ง หลังจากนั้นให้ผู้ป่วยฝึกดูดอากาศเข้าไปในปากผ่านกระดาษเช็ดหน้าไปพร้อม ๆ กันกับ

ผู้ช่วยวิจัย เมื่อผู้ป่วยสามารถดูดกระดาษเช็ดหน้าเข้าปากได้ 3 ครั้ง ติดต่อกัน จึงให้ผู้ป่วยฝึกปฏิบัติกับ IS โดยการดูดอากาศผ่านท่อของอุปกรณ์ให้ลูกบอลใน IS ลอยขึ้น

การสอนและฝึกปฏิบัติทั้ง 2 วิธี เมื่อสอนครบ 10 นาที หรือครบ 1 รอบ แล้วผู้ป่วยไม่สามารถดูดลูกบอลให้ลอยสูงขึ้นได้ตามกำหนดให้ยุติการสอน โดยกำหนดให้ผู้ป่วยต้องสามารถดูดลูกบอลลอยได้อย่างน้อย 1 ลูก สูงขึ้นอย่างน้อย $1/2$ ของความสูงของช่องพลาสติกติดต่อกัน 2 ครั้ง หลังยุติการสอนผู้ป่วยจะได้รับการสอนซ้ำในรอบถัดไป รวมกันได้ไม่เกิน 3 รอบ แต่ละรอบห่างกัน ≥ 4 ชั่วโมง โดยสอนในวันก่อนผ่าตัด เมื่อผู้ป่วยสามารถใช้ IS ได้ถูกต้อง หรือดูดอากาศให้ลูกบอลใน IS ลอยขึ้นได้ ผู้ป่วยทุกคนจะได้รับคำแนะนำให้ใช้ IS บริหารปอด 4-6 ครั้ง/รอบ และทำ 8-10 รอบ/วัน

2.2 นาฬิกาจับเวลาใช้นาฬิกา smart watch ที่มีการตรวจสอบเปรียบเทียบเวลามาตรฐานให้ตรงกันทุกวัน การบันทึกเวลาในการสอน จับเวลาเมื่อให้ผู้ป่วยฝึกปฏิบัติกับ IS เริ่มตั้งแต่ให้ผู้ป่วยอำปากอม mouth piece แล้วดูดอากาศผ่านท่อให้ลูกบอลลอยสูงค้างไว้ 3-5 วินาที หรือ เท่าที่สามารถทำได้ หยุดจับเวลาเมื่อผู้ป่วยสามารถดูดลูกบอลลอยอย่างน้อย 1 ลูก สูงขึ้นอย่างน้อย $1/2$ ส่วนของความสูงของช่องพลาสติกติดต่อกัน 2 ครั้ง หากผู้ป่วยทำไม่ได้ผู้ช่วยวิจัยจะสอนซ้ำจับเวลาต่อเนื่องและหยุดสอนเมื่อครบ 10 นาที (1 รอบ) หากผู้ป่วยได้รับการสอนมากกว่า 1 ครั้ง จึงสามารถทำได้ (ไม่เกิน 3 รอบ) นับเวลาทุกรอบรวมกันเป็นเวลาที่ใช้ในการสอนที่ผู้ป่วยปฏิบัติได้ถูกต้อง

2.3 เครื่องมือวัดค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือด (pulse oximetry) เป็นเครื่องมือที่ผ่านการตรวจสอบและบำรุงรักษาตามมาตรฐานของผู้ผลิต และมาตรฐานของงานอุปกรณ์การแพทย์ของโรงพยาบาลศิริราช

3. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล พัฒนาขึ้น
โดยผู้วิจัย ได้แก่ แบบบันทึกข้อมูลผู้ร่วมวิจัย (case record
form) ประกอบด้วย

3.1 ข้อมูลส่วนบุคคลและความเจ็บป่วย ได้แก่
เพศ อายุ น้ำหนัก ส่วนสูง การวินิจฉัยโรค วิธีการผ่าตัด วันที่
รับไว้ในโรงพยาบาล วันที่ได้รับการผ่าตัด และวันที่จำหน่าย

3.2 ข้อมูลผลการสอนบริหารการหายใจด้วย
IS ได้แก่

3.2.1 เวลาในการสอนผู้ป่วยดูด
ลูกบอลลอยได้ตามกำหนด บันทึกเวลาตามรายละเอียด
ในหัวข้อ 2.2

3.2.2 จำนวนลูกบอลที่ผู้ป่วยดูดลอย
หลังการสอน เป็นข้อมูลจำนวนลูกบอลที่ผู้ป่วยดูดลอยได้
ตามกำหนดหลังการสอน และทำต่อเนื่องกัน 2 ครั้ง
บันทึกข้อมูลจำนวนลูกบอลที่ลอยมากที่สุด

3.2.3 ระยะเวลาที่ลูกบอลลอยสูงขึ้น
หลังการสอน เป็นข้อมูลระยะเวลาที่ลูกบอลลอยหลัง
การสอนที่ผู้ป่วยปฏิบัติได้ตามที่กำหนด และทำต่อเนื่องกัน
2 ครั้ง บันทึกข้อมูลระยะเวลาที่มากที่สุด

3.3 ข้อมูลการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่ปอด
ได้แก่ ค่า SpO₂ อัตราการหายใจอาการไอ อุณหภูมิกาย
การแปลผลตรวจจากภาพถ่ายทางรังสี การวินิจฉัย
ภาวะปอดแฟบ และการวินิจฉัยการเกิดปอดอักเสบ
ติดเชื้อของแพทย์ จากการบันทึกข้อมูลในเวชระเบียน
ตั้งแต่วันที่ก่อนผ่าตัด วันที่ 1 จนถึงวันที่ 5 หลังการผ่าตัด
และวันจำหน่าย การแปลความหมายการเกิดภาวะ
แทรกซ้อน มีดังนี้

3.3.1 ภาวะพร่องออกซิเจน หมายถึง
ค่าอัตราความอิ่มตัวของออกซิเจนในหลอดเลือดฝอย
ส่วนปลายขณะหายใจปกติ (room air) <93%¹³ อย่างน้อย
10 วินาที ข้อมูลได้จากการวัดค่า SpO₂ ของผู้ช่วยวิจัย
และจากเวชระเบียน บันทึกจากค่าที่ต่ำสุดของแต่ละวัน

3.3.2 การเกิดภาวะปอดแฟบ หมายถึง
การวินิจฉัยของแพทย์จากภาพถ่ายทางรังสี ร่วมกับ
อาการและอาการแสดงทางคลินิก ได้แก่ หายใจเร็ว
หอบเหนื่อย ไอ มีเสมหะ มีไข้¹⁴ ข้อมูลได้จากการประเมิน
โดยผู้ช่วยวิจัย ร่วมกับข้อมูลที่บันทึก อัตราการหายใจ
อุณหภูมิกาย ที่มีค่าสูงสุดของแต่ละวันในเวชระเบียน
ยืนยันการเกิดอุบัติเหตุจากการวินิจฉัยของแพทย์
ในเวชระเบียน

3.3.3 การเกิดปอดอักเสบติดเชื้อ
หมายถึง การวินิจฉัยของแพทย์ผู้รักษา จากอาการ และ
อาการแสดงทางคลินิก¹⁵ ข้อมูลได้จากการประเมิน
โดยผู้ช่วยวิจัย ร่วมกับข้อมูลที่บันทึก อัตราการหายใจ
อุณหภูมิกาย ที่มีค่าสูงสุดของแต่ละวันในเวชระเบียน
ยืนยันการเกิดอุบัติเหตุจากการวินิจฉัยของแพทย์
ในเวชระเบียน

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

การศึกษาครั้งนี้ได้ผ่านกระบวนการพิจารณาจาก
คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน คณะแพทยศาสตร์
ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล เลขที่ 289/2565
(IRB1) เมื่อได้รับอนุญาตดำเนินการวิจัย ผู้วิจัย
ปฏิบัติตามหลักจริยธรรมการวิจัยในคนอย่างเคร่งครัด
โดยการขอความยินยอมจากกลุ่มตัวอย่างก่อนการ
เก็บข้อมูล กลุ่มตัวอย่างสามารถถอนตัวจากการวิจัย
ได้ตลอดเวลา โดยไม่มีผลต่อการรักษาพยาบาล ข้อมูลที่
ได้เก็บรักษาเป็นความลับ นำเสนอผลการวิจัยในภาพ
รวมไม่มีการระบุชื่อ

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ขั้นเตรียมผู้ช่วยวิจัย

ผู้วิจัยทำการสอนสาธิตและฝึกปฏิบัติการสอน
บริหารการหายใจด้วย incentive spirometry ทั้ง 2 วิธี
กับผู้ช่วยวิจัยจำนวน 3 คนซึ่งเป็นพยาบาลวิชาชีพ

โดยทำการสอนพร้อมกันทั้ง 3 คน มีการประเมินความถูกต้องของขั้นตอน และเนื้อหาในการสอนผู้ป่วยจับเวลาในการสอน จนกระทั่งผู้ช่วยวิจัยทั้ง 3 คน มีการสอนที่ถูกต้องตรงกัน และใช้เวลาในการสอนเท่ากันแตกต่างกันได้ ± 5 วินาที จำนวน 3 ครั้งต่อวิธีการสอนทั้ง 2 วิธี และมีการสอนวิธีเก็บข้อมูลตามแบบบันทึกให้มีความเข้าใจที่ถูกต้องตรงกัน ผู้ช่วยวิจัยมีการติดตามกระตุ้นให้ผู้ป่วยใช้ IS และเก็บรวบรวมข้อมูลหลังผ่าตัดทุกวันในช่วง 9.00-15.00 น. ตั้งแต่วันที่ 1 จนถึงวันที่ 5 หลังการผ่าตัด และวันจำหน่ายผู้ป่วย

ขั้นเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยดำเนินการเก็บข้อมูลตั้งแต่เดือนพฤศจิกายน พ.ศ. 2565 ถึง เดือนมกราคม พ.ศ. 2567 ภายหลังได้รับอนุญาตจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน และผู้ป่วยยินยอมเข้าร่วมวิจัย สุ่มเข้ากลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ผู้ช่วยวิจัยไม่ทราบว่าผู้ป่วยที่เข้าร่วมวิจัยอยู่ในกลุ่มใด เนื่องจากในช่วงที่เก็บข้อมูลมีสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด 19 ดังนั้นเพื่อป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ ก่อนเริ่มกระบวนการเก็บข้อมูลในผู้ป่วยทุกคน ในวันที่เก็บข้อมูล ผู้ช่วยวิจัยต้องได้รับการตรวจ ATK และผลการตรวจไม่พบการติดเชื้อ จึงจะสามารถเป็นผู้เก็บข้อมูลวิจัยได้ และหากต้องเก็บข้อมูลใหม่ในวันรุ่งขึ้น ก็ต้องทำการตรวจซ้ำและผลการตรวจไม่พบการติดเชื้อ การขอคำยินยอม และการเก็บข้อมูลการสอนจะทำให้เพียงผู้ป่วย ผู้ป่วยสามัญจะกันมานให้มิดชิด ผู้ป่วยพิเศษจะเก็บข้อมูลที่เตียงในห้องพิเศษส่วนตัว เมื่อผู้ป่วยให้ความยินยอมจะได้รับการประเมินภาวะสับสนเฉียบพลัน และประเมินการรับรู้เพื่อจำแนกผู้ป่วยตามเกณฑ์คิดเข้า หรือคิดออก ผู้ป่วยที่เข้าร่วมวิจัยจะได้รับการสอนบริหารการหายใจด้วย IS ด้วยวิธีที่ระบุในของทึบที่ได้ทำการสุ่มเลือกไว้ ผู้ช่วยวิจัยจะทำการเก็บข้อมูลผู้ป่วย ดังนี้ 1) ข้อมูล

ส่วนบุคคลและความเจ็บป่วย ได้จากการสัมภาษณ์และจากบันทึกในเวชระเบียน 2) ข้อมูลผลการสอนบริหารการหายใจด้วย IS ผู้ช่วยวิจัยเป็นผู้สอน และเก็บรวบรวมข้อมูลตามแนวทางที่กำหนดของเครื่องมือดำเนินการวิจัย และแบบบันทึกข้อมูล และ 3) ข้อมูลการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่ปอด ผู้ช่วยวิจัยเก็บรวบรวมข้อมูล และแปลความหมายตามแนวทางที่กำหนดในแบบบันทึกข้อมูล ในระหว่างการเก็บรวบรวมข้อมูลมีกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยจากการวิจัยกลุ่มละ 1 คน (Figure 1)

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป IBM SPSS Statistics version 29.0 (IBM Corp, Armonk, NY, USA) ทดสอบการแจกแจงแบบปกติของข้อมูล โดยใช้สถิติ Kolmogorov-Smirnov test และกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ .05

1. วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลด้วยสถิติบรรยาย ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่ามัธยฐาน ค่าต่ำสุด และค่าสูงสุด

2. วิเคราะห์เปรียบเทียบความแตกต่างของข้อมูลส่วนบุคคลระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง โดยใช้การทดสอบทีแบบอิสระ (Independent t-test) และการทดสอบไคสแควร์ (Chi-square test)

3. วิเคราะห์ข้อมูลผลของการสอนได้แก่ระยะเวลาที่ใช้สอน ระยะเวลาลูกบอลลอย และจำนวนลูกบอลที่ผู้ป่วยดูลอยภายหลังการสอน เปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง โดยใช้การทดสอบแมนนิตนีย์ ยู (Mann-Whitney U test)

4. วิเคราะห์ข้อมูลค่า SpO₂ เปรียบเทียบความแตกต่างของข้อมูลระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง โดยใช้การทดสอบทีแบบอิสระ

5. วิเคราะห์ข้อมูลการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่ปอดหลังการผ่าตัด เปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง โดยใช้การทดสอบไคสแควร์ และการทดสอบฟิชเชอร์ (Fisher's Exact test)

ประสิทธิผลของการสอนบริหารการหายใจด้วยเครื่องบริหารปอด Incentive spirometry ร่วมกับการใช้กระดาษเช็ดหน้าในผู้ป่วยสูงอายุกระดูกสะโพกหัก

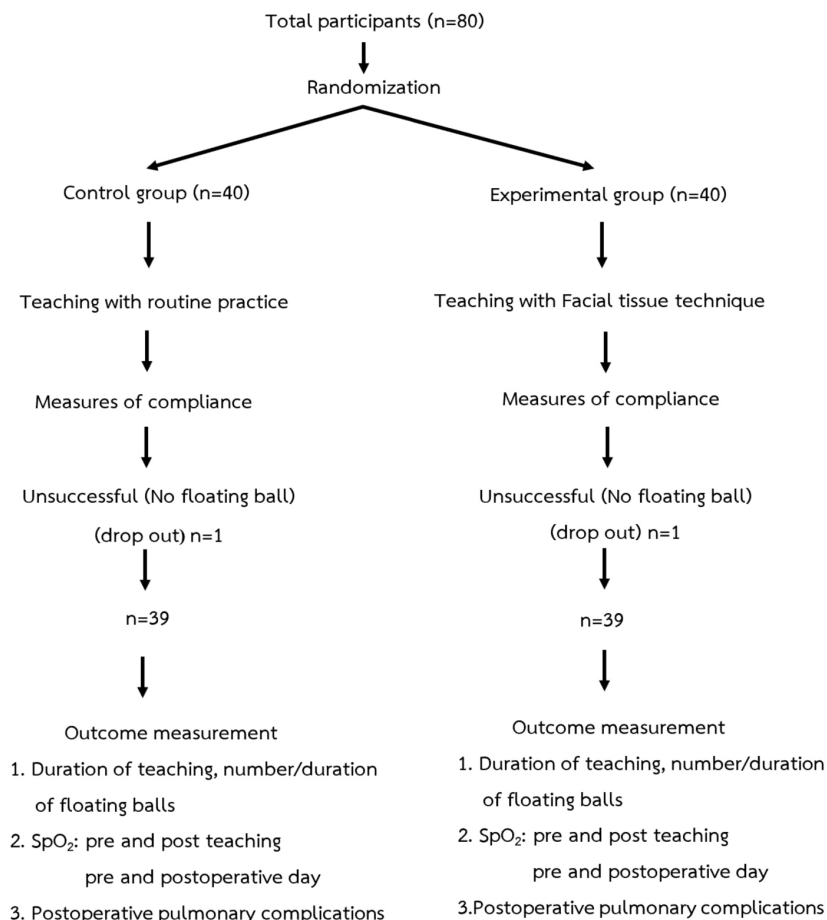


Figure 1 Consort Framework

ผลการวิจัย

กลุ่มตัวอย่างที่สามารถใช้ IS แล้วดูดีให้ลูกบอลลอยสูงได้ มีจำนวน 78 คน แบ่งเป็น กลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองกลุ่มละ 39 คน ค่าเฉลี่ยอายุ 79.23 ปี (SD 6.28)/78.97 ปี (SD 6.83) ดัชนีมวลกาย

เฉลี่ย 23.03 กก./ม² (SD 3.76)/23.26 กก./ม² (SD 4.07) ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 87.2/82.1 เมื่อเปรียบเทียบคุณลักษณะของทั้ง 2 กลุ่ม พบว่าไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > .05$) (Table 1)

Table 1 Characteristics of the participants (n = 78)

Variables	Control (n= 39)	Experiment (n= 39)	Statistical value	p
	M (SD)	M (SD)		
Age (years)	79.23 (6.28)	78.97 (6.83)	.207 ^a	.837
BMI (kg/m ²)	23.03 (3.76)	23.26 (4.07)	-.258 ^a	.797
	n (%)	n (%)		
Gender				
Male	5 (12.8)	7 (17.9)	.394 ^b	.530
Female	34 (87.2)	32 (82.1)		

Table 1 Characteristics of the participants (n = 78) (Cont.)

Variables	Control (n= 39)	Experiment (n= 39)	Statistical value	p
Diagnosis				
Closed fracture neck of femur	26 (66.7)	21 (53.8)	1.338 ^b	.247
Closed fracture intertrochan- teric of femur	13 (33.3)	18 (46.2)		
Operation				
Arthroplasty	25 (64.1)	20 (51.3)	4.935 ^b	.177
Internal fixation	14 (35.9)	19 (48.7)		
Operation date				
within 1 day	17 (43.6)	15 (38.5)	.892 ^b	.827
within 2 days	19 (48.7)	21 (53.8)		
> 2 days	3 (7.7)	3 (7.7)		

^aIndependent t- test, ^bChi-square test

กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยระยะเวลาที่ใช้สอน 3.03 (ค่าต่ำสุด-ค่าสูงสุด 1.03-25.03) นาที น้อยกว่า กลุ่มควบคุม 4.33 (ค่าต่ำสุด-ค่าสูงสุด 1.23-19.60) นาที อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ อย่างไรก็ตาม

ระยะเวลาที่ลูกบอลถูกดูดลอยหลังการสอน จำนวน ลูกบอลที่ผู้ป่วยดูดลอยหลังการสอน จำนวนลูกบอล ที่ผู้ป่วยดูดลอยวันจำหน่าย ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัย สำคัญทางสถิติ (p> .05) (Table 2)

Table 2 Comparisons of outcomes between experimental and control groups

Outcomes	Control (n= 39)			Experiment (n=39)			Z	p
	Min	Max	M (SD)	Min	Max	M (SD)		
duration of teaching (min.)	1.23	19.60	4.33 (4.06)	1.03	25.03	3.03 (4.34)	-2.704	.007*
number of floating balls after teaching (n)	0.5	3	3 (0.92)	0.5	3	3 (0.87)	-0.803	.422
duration of balls floating after teaching (sec.)	1	5	2 (0.95)	1	5	2 (1.28)	-1.476	.140
number of floating balls at discharge (n)	1	3	3 (0.68)	1	3	3 (0.54)	-.024	.981

เมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ย SpO₂ วันก่อนผ่าตัด วันผ่าตัด วันหลังผ่าตัด และวันจำหน่าย ของกลุ่ม

ควบคุมและกลุ่มทดลอง พบว่าไม่แตกต่างกันอย่าง ระดับนัยสำคัญทางสถิติ (p> .05) (Table 3)

Table 3 Comparisons of peripheral oxygen saturation between experimental and control groups

SpO ₂ (%)	Control (n= 39)			Experiment (n=39)			t	p
	Min	Max	M(SD)	Min	Max	M(SD)		
the day of preoperative	95	100	96.94(1.53)	95	100	96.46(1.14)	1.587	.117
postoperative day 0	87	100	95.51(2.52)	89	100	95.97(2.00)	-.894	.347
postoperative day 1	91	100	95.58(2.07)	90	100	96.23(1.91)	-1.419	.160
postoperative day 2	82	100	95.48(2.74)	91	99	96.17(1.39)	-1.406	.165
postoperative day 3	91	100	95.58(1.83)	82	99	95.69(2.64)	-.199	.843
postoperative day 4	91	98	95.53(1.05)	91	99	95.92(1.36)	-1.170	.246
postoperative day 5	95	98	95.96(0.82)	94	99	96.16(1.10)	-.827	.411
the day of discharge	95	98	96.12(0.92)	95	99	96.33(0.95)	-.965	.338

ประสิทธิผลของการสอนบริหารการหายใจด้วยเครื่องบริหารปอด Incentive spirometry ร่วมกับการใช้กระดาษเช็ดหน้าในผู้ป่วยสูงอายุกระดูกสะโพกหัก

ผลการเปรียบเทียบการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่ปอดหลังการผ่าตัด พบอุบัติการณ์ภาวะพร่องออกซิเจน (hypoxemia) และภาวะปอดแฟบ (lung atelectasis) ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > .05$) และไม่พบปอดอักเสบติดเชื้อ (pneumonia) ขณะอยู่โรงพยาบาลในผู้ป่วยทั้ง 2 กลุ่ม (Table 4)

Table 4 Comparisons of postoperative pulmonary complications (PPCs) between experimental and control groups

PPCs	Control (n= 39)	Experiment (n=39)	Statistical value	p
	(n%)	(n%)		
Hypoxemia (SpO ₂ <93%)	7 (17.9)	3 (7.7)	1.835 ^a	.176
Lung atelectasis	3 (7.7)	1 (2.6)	^b	.615
Pneumonia (in hospital day)	none	none	-	-

^aChi-square test, ^bFisher's Exact test

การอภิปรายผล

ผลการศึกษาครั้งนี้พบว่า ระยะเวลาในการสอนผู้ป่วยให้ใช้ IS ได้อย่างถูกต้อง ในกลุ่มทดลองน้อยกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ อธิบายได้จากทฤษฎีการเรียนรู้จากประสบการณ์ของโคลบ¹¹ การสอนร่วมกับใช้กระดาษเช็ดหน้าเป็นวิธีที่ช่วยทบทวนวิธีการที่ต้องถูกต้อง เป็นการฝึกประสบการณ์ก่อนให้ปฏิบัติจริงเมื่อให้ผู้ป่วยฝึก “ดูด” กับ IS หากผู้ป่วยทำไม่สำเร็จในครั้งแรก อาจคิดว่าตนเองปฏิบัติไม่ถูกต้อง ผู้สอนสามารถยืนยันวิธีที่ถูกต้องโดยอ้างอิงจากประสบการณ์ที่ผู้ป่วยสามารถดูดกระดาษเช็ดหน้าเข้าปากได้เพื่อให้ผู้ป่วยมั่นใจและทำได้สำเร็จ การสอนวิธีนี้จึงใช้เวลาในการสอนน้อยกว่าวิธีปฏิบัติงานแบบเดิม การเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยาและภาวะสุขภาพตามวัย ทำให้ผู้ป่วยสูงอายุบางคนมีความสามารถในการคิดเชิงนามธรรมลดลงซึ่งจะส่งผลกระทบต่อกระบวนการเรียนรู้การให้ความรู้ใหม่ จำเป็นต้องประยุกต์เนื้อหาข้อมูลให้เข้ากับบริบทที่ผู้ป่วยคุ้นเคย มีการปรับเปลี่ยนวิธีการ และใช้เครื่องมือในการสอนที่เหมาะสมกับการเรียนรู้^{6,16} ในการศึกษาครั้งนี้มีผู้ป่วย 1 คน ที่ได้รับการสอนด้วยวิธีเดิมไม่สามารถดูดลูกบอลให้ลอยขึ้นได้ แต่เมื่อเปลี่ยนมาสอนร่วมกับ

การใช้กระดาษเช็ดหน้า ผู้ป่วยสามารถดูดลูกบอลให้ลอยขึ้นได้สำเร็จ

เมื่อเปรียบเทียบจำนวนลูกบอลที่ถูกดูดลอยและระยะเวลาที่ผู้ป่วยดูดลูกบอลลอยหลังการสอนระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองพบว่าไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เนื่องจากวิธีการสอนเป็นเพียงรูปแบบที่ช่วยให้ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติได้ถูกต้องเมื่อผู้ป่วยเข้าใจและสามารถใช้ IS ได้อย่างถูกต้องแล้ว จำนวนลูกบอลที่ลอยขึ้นภายหลังการสอน และระยะเวลาที่ผู้ป่วยดูดลูกบอลลอยภายหลังการสอนจึงไม่มีความแตกต่างกัน เช่นเดียวกับจำนวนลูกบอลที่ผู้ป่วยดูดลอยสูงสุดวันจำหน่าย (Table 2)

การสอนและกระตุ้นให้ผู้ป่วยใช้ IS เป็นการเตรียมความพร้อมก่อนผ่าตัดเพื่อป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่ปอด^{5,7} ซึ่งเป็นอุบัติการณ์ที่พบได้บ่อยหลังการผ่าตัดและได้รับยาระงับความรู้สึก ทันทีที่ผู้ป่วยได้รับยาระงับความรู้สึก จะส่งผลต่อการเปลี่ยนแปลงของระบบทางเดินหายใจ ทำให้การทำงานของกล้ามเนื้อที่เกี่ยวข้องกับการหายใจ และการขยายตัวของปอดลดลง^{9,17} การใช้ IS เป็นวิธีการบริหารและฟื้นฟูสภาพปอดช่วยฝึกความแข็งแรงของกล้ามเนื้อช่วยการหายใจช่วยบริหารปอดเพิ่มปริมาตร

อากาศจากการหายใจเข้าเพื่อให้ปอดขยายตัว ลดการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่ปอด ป้องกันปอดอักเสบติดเชื้อ และช่วยขับเสมหะออกได้ดีขึ้น⁹ การเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยาของระบบทางเดินหายใจในผู้สูงอายุทำให้ผู้ป่วยสูงอายุมีความไวต่อการถูกกดการหายใจ และการเกิดภาวะกล้ามเนื้ออ่อนแรง และมีความเสี่ยงสูงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่ปอด และระบบทางเดินหายใจหลังการผ่าตัด¹⁸ การส่งเสริมให้ผู้ป่วยหายใจอย่างมีประสิทธิภาพช่วยลดอุบัติการณ์การเกิดภาวะแทรกซ้อนที่ปอด เช่น ภาวะพร่องออกซิเจนในเลือด ภาวะปอดแฟบ และการเกิดปอดอักเสบติดเชื้อ² ซึ่งเป็นตัวแปรในการศึกษาวิจัยครั้งนี้

ผู้ป่วยสูงอายุกระดูกสะโพกหักระหว่างและหลังการผ่าตัดค่า SpO₂ อาจลดลงทำให้เกิดภาวะพร่องออกซิเจนในเลือดได้ ค่าปกติของ SpO₂ ในผู้สูงอายุที่มีอายุ 65 ปีขึ้นไป ส่วนใหญ่มีค่าอยู่ระหว่าง 94%–96% และค่าต่ำสุดคือ 91%¹⁹ การศึกษาครั้งนี้พบว่าค่าเฉลี่ย SpO₂ ในแต่ละวันทั้งก่อนและหลังผ่าตัด ของผู้ป่วยทั้งสองกลุ่มอยู่ในเกณฑ์ปกติ โดยกลุ่มควบคุมอยู่ระหว่าง 95.48%–96.94% กลุ่มทดลองอยู่ระหว่าง 95.69%–96.46% การให้ผู้ป่วยบริหารการหายใจด้วย Incentive spirometry ช่วยส่งเสริมระบบไหลเวียนโลหิต (hemodynamic) และออกซิเจนในร่างกาย (oxygenation)²⁰ ผู้ป่วยทั้งสองกลุ่ม ทุกคนสามารถใช้ IS ได้อย่างถูกต้องและมีภาระกระตุ้นให้ใช้ตามแนวปฏิบัติที่เหมือนกัน เมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ย SpO₂ ระหว่างกลุ่มควบคุม และกลุ่มทดลอง ในวันก่อนผ่าตัด และหลังผ่าตัดไปจนถึงวันจำหน่ายจึงพบว่าไม่มีความแตกต่างกันทางสถิติ (Table 3)

ภาวะพร่องออกซิเจนในเลือด (hypoxemia) เกิดจากค่า SpO₂ ที่ลดลงที่อาจนำไปสู่ภาวะวิกฤติ ถ้าไม่สามารถทำนุถนอมการเกิดภาวะพร่องออกซิเจน

หลังผ่าตัดได้ การศึกษาในผู้ป่วยผู้ใหญ่หลังผ่าตัดแบบไม่เร่งด่วน (elective case) จำนวน 298 คน พบการเกิดภาวะพร่องออกซิเจนในเลือด 24.5% ปัจจัยที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ อายุที่มากกว่า 55 ปี และผู้ป่วยที่มีค่า SpO₂ วันก่อนผ่าตัดน้อยกว่า 95%²¹ จากการศึกษาในผู้ป่วยสูงอายุกระดูกต้นขาหักที่ได้รับการผ่าตัด 599 คน พบอุบัติการณ์ภาวะพร่องออกซิเจนจากการตรวจวิเคราะห์ก๊าซในเลือด (arterial blood gas) 30.2% ปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดภาวะออกซิเจนในเลือดต่ำหลังการผ่าตัด ได้แก่ ประเภทของยาระงับความรู้สึกที่ผู้ป่วยได้รับ การจำแนกประเภทผู้ป่วย (ASA class) จากการประเมินจำแนกกลุ่มผู้ป่วยก่อนได้รับการผ่าตัดตามแนวทางสมาคมวิสัญญีแพทย์แห่งสหรัฐอเมริกา (American Society of Anesthesiologists; ASA) การพบภาวะพร่องออกซิเจนในเลือดก่อนการผ่าตัด และอายุของผู้ป่วย²² ผู้ป่วยที่ได้รับยาระงับความรู้สึกทั่วร่างกาย (general anesthesia) พบภาวะพร่องออกซิเจนในเลือดต่ำมากกว่าผู้ป่วยที่ได้รับยาระงับความรู้สึกเฉพาะที่ (regional anesthesia) 8 เท่า²¹ การศึกษาในผู้ป่วยสูงอายุกระดูกต้นขาหักที่ได้รับการผ่าตัดและได้รับยาระงับความรู้สึกทางช่องไขสันหลัง (spinal anesthesia) จำนวน 399 คน พบ SpO₂ ลดลงต่ำกว่า 90% ภายใน 3 วันหลังการผ่าตัด 12.5%²³ อุบัติการณ์การเกิดภาวะพร่องออกซิเจนในเลือดหลังผ่าตัดพบได้ตั้งแต่ 3%–65% ขึ้นอยู่กับการให้คำนิยาม ปัจจัยเสี่ยง และประเภทของการผ่าตัด ภาวะพร่องออกซิเจนในเลือดหลังการผ่าตัด หมายถึง ค่าอัตราความอิ่มตัวของออกซิเจนในหลอดเลือดฝอยส่วนปลายขณะหายใจปกติ (room air) <93%¹³ ซึ่งใช้เป็นนิยามในการศึกษาครั้งนี้ ผลการศึกษาพบ การเกิดภาวะพร่องออกซิเจนในเลือดของผู้ป่วยในกลุ่มควบคุม 17.94% กลุ่มทดลอง 7.69% ทั้งสองกลุ่มไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Table 4) การบำบัดด้วยการให้ออกซิเจน (oxygen

therapy) ช่วยแก้ไขภาวะพร่องออกซิเจนในเลือด³ ผู้ป่วยทั้ง 2 กลุ่มในการศึกษาครั้งนี้ เมื่อพบค่า $SpO_2 < 94\%$ จะได้รับ low-flow nasal cannula เพื่อป้องกัน และแก้ไขภาวะพร่องออกซิเจนในเลือด

การได้รับยาระงับความรู้สึกขณะผ่าตัดมีผลต่อการทำงานของระบบประสาท กล้ามเนื้อที่เกี่ยวข้องกับการหายใจ และรูปแบบการหายใจ (pattern of breathing) ทำให้การระบายอากาศและการแลกเปลี่ยนก๊าซในถุงลมปอดลดลง²⁴ ผู้ป่วยที่ได้รับยาปิดกั้นการทำงานของระบบประสาท และกล้ามเนื้อ พบว่ามีการเกิดภาวะปอดแฟบ มากกว่า 75% ซึ่งต้องใช้เวลานานถึง 6 สัปดาห์จึงจะกลับสู่สภาพเดิมก่อนผ่าตัด¹⁷ ภาวะปอดแฟบ (lung atelectasis) หมายถึง การขยายตัวที่ไม่เต็มที่ของถุงลมปอด และหลอดเลือดส่วนปลาย เกิดจากการตีบแคบทำให้เกิดแรงดันของเยื่อหุ้มปอด (collapsing forces derived from positive pleural pressure) และเกิดแรงดึงผิวต้านการขยายตัวของถุงลมปอด ภาวะปอดแฟบทำให้เกิดการพร่องออกซิเจนในเลือด และการยืดหยุ่นของปอด (lung compliance) ลดลง²⁴ การปิดหรือการแฟบของถุงลมในปอด (closure or collapse of alveoli) วินิจฉัยได้จากภาพถ่ายทางรังสีร่วมกับอาการและอาการแสดงทางคลินิก ได้แก่ หายใจเร็ว หอบเหนื่อย ไอ มีเสมหะ มีไข้ ภาวะปอดแฟบหลังผ่าตัดผู้ป่วยมักไม่แสดงอาการ และไม่มีการรักษาที่เฉพาะเจาะจง การพลิกตะแคงตัว เปลี่ยนท่า และให้ผู้ป่วยหายใจแบบ deep breathing จะทำให้ปอดกลับมาเป็นปกติได้ภายใน 24 ถึง 48 ชั่วโมง พยาธิสภาพที่เกิดขึ้นในระบบทางเดินหายใจจากภาวะปอดแฟบ ถ้ามีการติดเชื้อมักร่วมด้วยจะทำให้เกิดปอดอักเสบติดเชื้อซึ่งมักพบได้บ่อยร่วมกัน¹⁴ อุบัติการณ์การเกิดภาวะปอดแฟบในการศึกษาครั้งนี้พบในกลุ่มควบคุม 7.7% กลุ่มทดลอง 2.6% ทั้งสองกลุ่มไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Table 4)

การศึกษาวินิจฉัยการเกิดปอดอักเสบติดเชื้อหลังผ่าตัด (postoperative pneumonia) ในผู้ป่วยสูงอายุกระดูกสะโพกหักใน 24 งานวิจัย พบอุบัติการณ์ 5% และพบอุบัติการณ์มากกว่า 10% ใน 6 งานวิจัย²⁵ ปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดปอดอักเสบติดเชื้อหลังผ่าตัดในผู้ป่วยสูงอายุกระดูกสะโพกหัก ได้แก่ เพศชาย อายุที่มากกว่า 90 ปี การรอผ่าตัดนานกว่า 2 วัน ดัชนีมวลกาย < 18.5 กก./ม² โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ซึ่งพบปอดอักเสบติดเชื้อภายใน 30 วันหลังการผ่าตัด 4.1%²⁶ การศึกษาในครั้งนี้ลักษณะของกลุ่มตัวอย่างในกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองไม่มีความแตกต่างกันทางสถิติ โดยส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (87.2% / 82.1%) อายุเฉลี่ย (79.35 ปี / 78.97 ปี) ได้รับการผ่าตัดภายใน 2 วัน (92.3% / 92.3%) ดัชนีมวลกาย (22.92 กก./ม² / 23.14 กก./ม²) (Table 1) ผู้ป่วยที่มีโรคเกี่ยวกับทางเดินหายใจจะอยู่ในเกณฑ์คัดออก ผู้ป่วยทุกคนได้รับการดูแลโดยทีมสหสาขาตามแนวทางมาตรฐาน ซึ่งมีศัลยแพทย์ออร์โธปิดิกส์ แพทย์อายุรศาสตร์ผู้สูงวัย แพทย์สาขาเวชศาสตร์ฟื้นฟู พยาบาล นักกายภาพบำบัด นักกิจกรรมบำบัด ร่วมให้การดูแลป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด และผู้ป่วยทุกคนได้รับการส่งเสริมให้ใช้ IS ช่วยบริหารการหายใจตั้งแต่มีก่อนผ่าตัด ในการศึกษารูปแบบการดูแลผู้ป่วยสูงอายุกระดูกสะโพกหักโดยทีมสหสาขาในประเทศญี่ปุ่น พบว่าสามารถทำให้การดูแลรักษามีประสิทธิภาพมากขึ้น ระยะเวลาอนโรงพยาบาล ค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล การเกิดภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรง และอัตราการเสียชีวิต น้อยกว่าค่าเฉลี่ยของต่างประเทศ²⁷ การศึกษาครั้งนี้เป็นการเก็บข้อมูลขณะผู้ป่วยรักษาตัวอยู่ในโรงพยาบาล ซึ่งไม่พบอุบัติการณ์ของการเกิดปอดอักเสบติดเชื้อในผู้ป่วยทั้งสองกลุ่ม (Table 4)

การเตรียมความพร้อมก่อนผ่าตัดโดยทั่วไปมักจะแนะนำให้ผู้ป่วยใช้ IS ช่วยบริหารและฟื้นฟูสมรรถภาพปอดหลังผ่าตัด การให้ผู้ป่วยบริหารการหายใจโดยใช้ IS ช่วยส่งเสริมการไหลเวียนโลหิต และเพิ่มออกซิเจนในเลือดได้ดีกว่าบริหารการหายใจแบบ deep breathing exercise²⁰ การทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบจากงานวิจัย 8 เรื่อง ในกลุ่มตัวอย่าง 10,322 คน ที่ได้รับการผ่าตัดปอด พบว่าผู้ป่วยที่ใช้ IS มีความเสี่ยงต่อการเกิดปอดอักเสบติดเชื้อในอัตราที่ลดลง 17.9% ความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่ปอดลดลง 32% และระยะเวลานอนโรงพยาบาลน้อยกว่าผู้ป่วยที่ไม่ใช้ IS อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ³ การสำรวจความคิดเห็นของพยาบาลและนักกายภาพบำบัดที่รพวอก ต่อการใช้ IS ของผู้ป่วยในประเทศสหรัฐอเมริกา มากกว่า 90% มีความเห็นว่า IS มีความจำเป็นต้องใช้ในการดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัด ช่วยเพิ่มประสิทธิภาพการทำงานของปอด ช่วยป้องกันและบำบัดภาวะปอดแฟบ และปอดอักเสบติดเชื้อ 86.0% มีความเห็นว่าผู้ป่วยมีการใช้ IS อย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอ ควรทำให้ผู้ป่วยมีการใช้มากขึ้น 95.4% สาเหตุที่ไม่ใช้เพราะลืมน 83.5% ผู้ป่วยมีการใช้แต่ไม่มีประสิทธิภาพ 74.4% และใช้ได้แต่ไม่บ่อยมากพอ 70.7%²⁸

การใช้ Incentive spirometry อย่างถูกต้องและสม่ำเสมอเป็นสิ่งสำคัญ พยาบาลเป็นบุคลากรที่ใช้เวลาดูแลผู้ป่วยตลอด 24 ชั่วโมง จึงมีโอกาสดำเนินส่งเสริมการใช้ IS ให้มีประสิทธิภาพได้มากกว่าบุคลากรอื่น การศึกษาเปรียบเทียบการแนะนำและกระตุ้นให้ผู้ป่วยใช้ Incentive spirometry อย่างต่อเนื่องระหว่างนักกายภาพบำบัดทางเดินหายใจกับพยาบาล พบว่ากลุ่มผู้ป่วยที่พยาบาลแนะนำมีอุบัติการณ์เกิดภาวะแทรกซ้อนที่ปอดน้อยกว่า ระยะเวลาอนโรงพยาบาลรวมถึงจำนวนและระยะเวลาเกิดภาวะพร่องออกซิเจน

ในเลือดของผู้ป่วย ใน 24 ชม.แรกหลังเอาท่อช่วยหายใจออก น้อยกว่าการแนะนำโดยนักกายภาพบำบัดทางเดินหายใจ¹⁵ การใช้ IS ให้มีประสิทธิภาพ ควรวางอุปกรณ์ไว้ใกล้มือผู้ป่วยให้สามารถหยิบมาใช้ได้ง่าย ผู้ป่วยต้องหายใจเข้าให้ได้ปริมาตรอากาศ 500-600 มิลลิลิตร/ครั้ง มีการกระตุ้นให้ผู้ป่วยทำ 10 ครั้ง/รอบ และทำวันละ 8 รอบ หรือทุก 2 ชั่วโมง^{15,28} 4-6 ครั้ง/รอบ และทำ 8-10 รอบ/วัน การวิจัยในครั้งนี้เป็นการสอนให้ผู้ป่วยใช้ IS ก่อนการผ่าตัด เนื่องจากผู้ป่วยสูงอายุ กระดูกสะโพกหักเข้ามารับการรักษาในโรงพยาบาลด้วยภาวะฉุกเฉิน จำเป็นต้องได้รับการผ่าตัดโดยเร็ว เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากการรอผ่าตัดเป็นเวลานาน การสอนผู้ป่วยจึงมีข้อจำกัดในเรื่องระยะเวลาและความพร้อมของผู้ป่วยจากสภาพร่างกายที่อาจมีผลต่อการสอน

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

พยาบาลและทีมสุขภาพสามารถนำกระดานเช็ดหน้ามาเป็นเครื่องมือช่วยในการสอนให้ผู้ป่วยสูงอายุ กระดูกสะโพกหักบริหารการหายใจด้วย IS เพื่อให้การเรียนรู้ง่ายขึ้น ผู้ป่วยสามารถเข้าใจและปฏิบัติได้ถูกต้อง และช่วยลดระยะเวลาในการสอนผู้ป่วย

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

การวิจัยครั้งต่อไป ควรมีการบันทึกจำนวนครั้งที่ผู้ป่วยบริหารการหายใจด้วย IS ในแต่ละวัน เนื่องจากผู้ป่วยปฏิบัติได้จำนวนครั้งที่ต่างกัน อาจมีผลต่อการป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่ปอดและควรมีการศึกษาเพิ่มเติมในกลุ่มที่สอนด้วยวิธีเดิมไม่สำเร็จ เช่น ผู้ที่มีภาวะพร่องของการรับรู้เล็กน้อย เป็นต้น

กิตติกรรมประกาศ

การศึกษานี้ได้รับการสนับสนุนจากคณะแพทยศาสตร์ ศิริราชพยาบาล โดยหน่วยพัฒนางานประจำสู่นางวิจัย

**ประสิทธิผลของการสอนบริหารการหายใจด้วยเครื่องบริหารปอด Incentive spirometry ร่วมกับ
การใช้กระดาษเช็ดหน้าในผู้ป่วยสูงอายุกระดูกสะโพกหัก**

รหัสโครงการ (IO) R016635012 ผู้วิจัยขอขอบคุณอาจารย์
จุฬารัตน์ พูลเอี่ยม นักสถิติฝ่ายวิจัย คณะแพทยศาสตร์
ศิริราชพยาบาล ที่เป็นທີ່ปรึกษาในการวิเคราะห์ข้อมูล
ทางสถิติ และขอบคุณบรรณาธิการและผู้ทรงคุณวุฒิ
ที่ให้คำแนะนำที่มีประโยชน์

References

1. Zhou J, Chen C, Cheng N, Xing J, Guo R, Li L, et al. Perioperative administration of methylprednisolone was associated with postoperative pulmonary complications in elderly patients undergoing hip fracture surgery. *Aging Clin Exp Res* 2022;34(9):2005–12. doi: 10.1007/s40520-022-02166-0.
2. Ünver S, Kivanç G, Alptekin HM. Deep breathing exercise education receiving and performing status of patients undergoing abdominal surgery. *Int J Health Sci (Qassim)* 2018 Jul–Aug;12(4):35–8. PMID: PMC6040853.
3. Chang PC, Chen PH, Chang TH, Chen KH, Jhou HJ, Chou SH, et al. Incentive spirometry is an effective strategy to improve the quality of postoperative care in patients. *Asian J Surg* 2023;46(9):3397–404. doi: 10.1016/j.asjsur.2022.11.030.
4. Bunburaphong T. Lung expansion therapy in respiratory care in clinical practice. 8th ed. Faculty of Medicine, Ramathibodi Hospital, Mahidol University; 2018.
5. Bilyy A, El-Nakhal T, Kadlec J, Bartosik W, Tornout FV, Kouritas V. Preoperative training education with incentive spirometry may reduce postoperative pulmonary complications. *Asian Cardiovasc Thorac Ann* 2020; 28(9):592–7. doi: 10.1177/0218492320957158.
6. Martin TJ, Patel SA, Tran M, Eltorai AS, Daniels AH, Eltorai AEM. Patient factors associated with successful incentive spirometry. *RI Med J* 2018;101(9):14–8.
7. Weinrich SP, Boyd M. Education in the elderly. Adapting and evaluating teaching tools. *J Gerontol Nurs* 1992;18(1):15–20. doi: 10.3928/0098-9134-19920101-05.
8. Fewster–Thuente L, Batteson TJ. Kolb’s experiential learning theory as a theoretical underpinning for interprofessional education. *J Allied Health*. 2018 Spring;47(1):3–8. PMID: 29504014.
9. Franklin E, Anjum F. Incentive spirometer and inspiratory muscle training. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island: StatPearls Publishing LLC; 2024.
10. Statulator.com [Internet]. Sample size calculator for estimating a single proportion [updated 2020 May 24; cited 2021 Feb 23]. Available from: <http://statulator.com/SampleSize/ss1P.html>.
11. Wongpakaran N, Wongpakaran T, Bookamana P, Pinyopompanish M, Maneeton B, Lerttrakamnon P, et al. Diagnosing delirium in elderly Thai patients: utilization of the CAM algorithm. *BMC Fam Pract* 2011;12,65. doi.org/10.1186/1471-2296-12-65.
12. Griffiths J, Putthioi S, Pongsuksri M. The General Practitioner Assessment of Cognition; GP-COG (Thai version): validity and reliability. In: 9th Pan–Pacific Conference on Rehabilitation cum 21st Annual Congress of Gerontology; 2014 November 29–30; Hong Kong. Kowloon: The Hong Kong Polytechnic University; [2014]. p.B65. (in Thai). https://gpcog.com.au/uploads/ckfinder/userfiles/files/20160606_Thai_GOCOG%20Update%20Jiranan%20Griffiths.pdf
13. Liu K, Scott JB, Jing G, Li J. Management of postoperative hypoxemia. *Respir Care* 2021;66(7):1136–49. doi: 10.4187/respcare.08929.
14. Brooks–Brunn JA. Postoperative atelectasis and pneumonia. *Heart Lung*. 1995;Mar–Apr;24(2):94–115. PMID: 7759282.
15. Alwekhyhan SA, Alshraideh JA, Yousef KM, Hayajneh F. Nurse–guided incentive spirometry use and postoperative pulmonary complications among cardiac surgery patients: a randomized controlled trial. *Int J Nurs Pract* 2022; 28(2):e13023. doi: 10.1111/ijn.13023.

16. Kim MY, Oh S. Nurses' perspectives on health education and health literacy of older patients. *Int J Environ Res Public Health* 2020;17(18):6455. doi: 10.3390/ijerph17186455.
17. Miskovic A, Lumb AB. Postoperative pulmonary complications. *Br J Anaesth* 2017;118(3):317-34. doi: 10.1093/bja/aex002.
18. Sprung J, Gajic O, Warner DO. Review article: age related alterations in respiratory function – anesthetic considerations. *Can J Anaesth* 2006;53(12):1244-57. doi: 10.1007/BF03021586.
19. Rodríguez-Molinero A, Narvaiza L, Ruiz J, Gálvez-Barrón C. Normal respiratory rate and peripheral blood oxygen saturation in the elderly population. *J Am Geriatr Soc* 2013;61(12):2238-40. doi: 10.1111/jgs.12580.
20. Zerang F, Amouzeshi A, Barkhordari-Sharifabad M. Comparison of the effect of incentive spirometry and deep breathing exercises on hemodynamic parameters of patients undergoing coronary artery bypass graft surgery: a clinical trial. *J Vasc Nurs* 2022;40(3): 134-9. doi: 10.1016/j.jvn.2022.08.002.
21. Andualem AA, Yesuf KA. Incidence and associated factors of postoperative hypoxemia among adult elective surgical patients at Dessie comprehensive specialized hospital: an observational study. *Ann Med Surg (Lond)* 2022;78:1-6. doi: 10.1016/j.amsu.2022.103747.
22. Duan XZ, Zhang X, Tong DK, Ji F, Xu KH, He RZ. Risk factors for and predictive nomogram of postoperative hypoxaemia in elderly patients with femoral neck fractures. *J Int Med Res* 2020;48(10):1-10. doi: 10.1177/0300060520945132.
23. Jo YY, Park CG, Lee JY, Kwon SK, Kwak HJ. Prediction of early postoperative desaturation in extreme older patients after spinal anesthesia for femur fracture surgery: a retrospective analysis. *Korean J Anesthesiol* 2019;72(6):599-605. doi: 10.4097/kja.19220.
24. Zeng C, Lagier D, Lee JW, Vidal Melo MF. Perioperative pulmonary atelectasis: part I. biology and mechanisms. *Anesthesiology* 2022;136(1):181-205. doi: 10.1097/ALN.0000000000003943.
25. Lee SH, Kim KU. Risk factors for postoperative pneumonia in the elderly following hip fracture surgery: a systematic review and meta-analysis. *Geriatr Orthop Surg Rehabil* 2022;13:1-9. doi: 10.1177/21514593221083825.
26. Bohl DD, Sereshon RA, Saltzman BM, Darrith B, Della Valle CJ. Incidence, risk factors, and clinical implications of pneumonia after surgery for geriatric hip fracture. *J Arthroplasty* 2018;33(5):1552-6.e1. doi: 10.1016/j.arth.2017.11.068.
27. Shigemoto K, Sawaguchi T, Horii T, Goshima K, Iwai S, Higashikawa T, Okuro M. Multidisciplinary care model for geriatric patients with hip fracture in Japan: 5-year experience. *Arch Orthop Trauma Surg* 2022;142(9):2205-14. doi: 10.1007/s00402-021-03933-w.
28. Eltorai AEM, Baird GL, Eltorai AS, Pangborn J, Antoci V Jr, Cullen HA, et al. Incentive spirometry adherence: a national survey of provider perspectives. *Respir Care*. 2018;63(5):532-7. doi: 10.4187/respcare.05882.

คำแนะนำสำหรับผู้เขียน

วารสารสภาการพยาบาล เป็นวารสารวิชาการภาษาไทย ตีพิมพ์เผยแพร่ผลงานวิชาการทาง การพยาบาลและที่เกี่ยวข้องทุก 3 เดือน ปีละ 4 ฉบับ (มกราคม-มีนาคม / เมษายน-มิถุนายน / กรกฎาคม - กันยายน / ตุลาคม-ธันวาคม)

วัตถุประสงค์ วารสารสภาการพยาบาลมีวัตถุประสงค์เพื่อเป็นแหล่งในการเผยแพร่ผลงานวิชาการ ทั้งที่เป็นงานวิจัย บทความวิชาการ นวัตกรรมและแนวปฏิบัติทางการพยาบาลจากหลักฐานเชิงประจักษ์ รวมถึง เป็นแหล่งในการสืบค้นความรู้ทางวิชาการและการสร้างเครือข่ายความร่วมมือและการแลกเปลี่ยนทางวิชาการ ของสมาชิกร่วมวิชาชีพทั้งที่เป็นนักวิชาการและพยาบาลวิชาชีพ

ขอบเขตการรับบทความ วารสารสภาการพยาบาลเปิดรับบทความที่มีคุณภาพทั้งที่เป็นบทความ วิชาการ งานวิจัยทางการพยาบาล การทบทวนวรรณกรรม การพัฒนาแนวปฏิบัติทางการพยาบาล นวัตกรรม ทางพยาบาลและที่เกี่ยวข้อง

คำแนะนำในการเตรียมบทความ การส่งผลงานเข้ามาเพื่อรับการตีพิมพ์เผยแพร่ในวารสาร สภาการพยาบาลมีข้อแนะนำดังนี้

1. บทความวิชาการนั้น ๆ จะต้องไม่เคยตีพิมพ์ที่ใดมาก่อนหรือไม่อยู่ระหว่างการรอผลการพิจารณา จากวารสารอื่นหรือส่งไปยังวารสารอื่นซ้อนกัน

2. ผู้มีรายชื่อในบทความทุกคนต้องมีส่วนร่วมในกระบวนการผลิตผลงานวิชาการนั้น ๆ และมีความเห็นพ้องต้องกันในเนื้อหาสาระของบทความก่อนส่งเข้ามาเพื่อตีพิมพ์เผยแพร่

3. บทความที่ส่งเข้ามานั้น ผู้เขียนต้องแน่ใจว่าได้ตรวจสอบเนื้อหาสาระของบทความแล้วและไม่มี การลอกเลียนงานวิชาการ (Plagiarism) โดยมีการอ้างอิงแหล่งที่มาตามหลักการที่ถูกต้องครบถ้วน เรื่องนี้มีความสำคัญมากเนื่องจากเป็นประเด็นจริยธรรมของผู้เขียนบทความโดยทางศูนย์ดัชนีการอ้างอิงวารสารไทย (TCI) จะมีระบบในการตรวจสอบการลอกเลียนงานวิชาการทุกบทความที่เข้าในระบบ ThaiJO การป้องกันการ ลอกเลียนงานวิชาการผู้เขียนสามารถศึกษาเพิ่มเติมได้ที่ <https://stanglibrary.wordpress.com/tag/plagiarism/>

4. บทความวิชาการที่เป็นผลงานของนักศึกษาระดับบัณฑิตศึกษาจะต้องมีลายเซ็นของอาจารย์ที่ปรึกษาเพื่อรับรองว่าได้อ่านและพิจารณาเนื้อหาสาระของบทความนั้นแล้ว ก่อนส่งบทความเข้ามารับการ พิจารณาตีพิมพ์เผยแพร่

หมายเหตุ: การส่งบทความเข้ามายังระบบออนไลน์ เจ้าของบทความจะต้องพิจารณาและกรอกแบบฟอร์มเพื่อ ยืนยันตามข้อ 1-4 การส่งบทความเข้ามาในระบบจึงจะมีความสมบูรณ์

5. องค์ประกอบของบทความแต่ละประเภท มีดังนี้

5.1 บทความวิชาการ เป็นบทความที่ผู้เขียนต้องการแสดงเนื้อหาที่เป็น ความรู้ใหม่ หรือ update ความรู้ที่มีอยู่เดิมหรือเขียนเชิงวิเคราะห์ในประเด็นที่เป็นที่สนใจของวิชาชีพแต่ยังมีความเห็นไม่เป็นไปในทิศทางเดียวกันหรือการนำเสนอกรณีศึกษาที่น่าสนใจเพื่อการนำไปใช้หรือต่อยอดการสร้างองค์ความรู้ต่อไป องค์ประกอบของบทความวิชาการ ประกอบด้วย ชื่อเรื่อง บทคัดย่อขยายภาษาไทยและภาษาอังกฤษ คำสำคัญ บทนำ เนื้อหาสาระและบทสรุป ต่อท้ายด้วยการอ้างอิงตามลำดับ

5.2 การพัฒนาแนวปฏิบัติจากหลักฐานเชิงประจักษ์ เป็นการสังเคราะห์จากกลุ่มงานวิจัยเพื่อนำไปสู่การสร้างแนวปฏิบัติการพยาบาล (Evidence-Based Practice) ประกอบด้วย ชื่อเรื่อง บทคัดย่อขยายและคำสำคัญทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ บทนำ วัตถุประสงค์ ขั้นตอนการดำเนินการตามแนวคิดของการพัฒนาแนวปฏิบัติที่เลือกใช้ เน้นความเข้มงวดในแต่ละขั้นตอนเพื่อให้แนวปฏิบัติที่พัฒนาขึ้นมีความน่าเชื่อถือ สอดคล้องกับบริบทและนำไปใช้ได้จริง ต่อด้วยการอภิปรายผลและข้อเสนอแนะในการนำแนวปฏิบัติไปใช้ ข้อจำกัด (ถ้ามี) และเอกสารอ้างอิงตามลำดับ

5.3 บทความวิจัย ประกอบด้วย ชื่อเรื่อง บทคัดย่อขยายและคำสำคัญทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ (ประกอบด้วยบทนำ วัตถุประสงค์ของการวิจัย การออกแบบการวิจัย ผลการวิจัย ข้อเสนอแนะ และคำสำคัญ) ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา วัตถุประสงค์ของการวิจัย กรอบแนวคิดของการวิจัย (หากมีไดอะแกรม/แผนภาพ นำเสนอเป็นภาษาอังกฤษ) วิธีดำเนินการศึกษา (การออกแบบวิจัย ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือวิจัย การพิทักษ์สิทธิ์ผู้เข้าร่วมวิจัย การเก็บรวบรวมข้อมูล การวิเคราะห์ข้อมูล) ผลการวิจัย (ในส่วนของการนำเสนอหรือกราฟ/ภาพ นำเสนอเป็นภาษาอังกฤษ) การอภิปรายผลและข้อสรุป ข้อจำกัดของการวิจัย ข้อเสนอแนะในการนำผลวิจัยไปใช้และเอกสารอ้างอิงตามลำดับ

5.4 การทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ (Systematic Review) ประกอบด้วย ชื่อเรื่อง บทคัดย่อขยายและคำสำคัญทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ บทนำ วัตถุประสงค์ การสืบค้นและแหล่งข้อมูล การประเมินคุณภาพงานวิจัย การสกัดข้อมูล การวิเคราะห์ข้อมูล การเสนอผล การอภิปรายผลและข้อสรุป เอกสารอ้างอิง

5.5 การอ้างอิงและเอกสารอ้างอิง ตามระเบียบของวารสารสภาการพยาบาลใช้ระบบแวนคูเวอร์ (Vancouver Style) เอกสารอ้างอิงต้องทันสมัย (Update) ตรงกับเนื้อหาในบทความและไม่ควรเกิน 30 เรื่อง

6. การพิมพ์บทความ ต้องพิมพ์ด้วย Microsoft Word ตัวอักษร Angsana New, Font ขนาด 16 point, Double space ใช้กระดาษพิมพ์ขนาด A4 ในแต่ละหน้าขอให้ระบุเลขที่หน้าไว้ที่หัวกระดาษบนด้านขวา ถ้าจำเป็นต้องใช้ชื่อย่อในเนื้อหา จะต้องพิมพ์ครั้งแรกด้วยชื่อเต็มก่อนแล้วจึงใช้ชื่อย่อได้ภายหลัง การใช้ภาษาอังกฤษในเนื้อหาให้ใช้ตัวเล็กทั้งหมด ยกเว้นชื่อเฉพาะเท่านั้นที่ตัวแรกใช้ตัวใหญ่ ความยาวของบทความอยู่ระหว่าง 10-15 หน้า ขึ้นกับเนื้อหา (ไม่รวมเอกสารอ้างอิง)

7. การพิจารณาบทความ บทความที่ส่งเข้ามานั้นจะต้องผ่านการประเมินจากผู้ทรงคุณวุฒิ (Peer review) เบื้องต้นบรรณาธิการจะเป็นผู้อ่านและพิจารณาเนื้อหาคร่าว ๆ ว่าบทความนั้น ๆ เนื้อหาต้องตรงกับขอบเขตการรับบทความที่วารสารสภาการพยาบาลต้องกำหนด จากนั้น จึงพิจารณาผู้ทรงคุณวุฒิที่จะประเมินบทความนั้น

จากผู้ทรงคุณวุฒิที่มีความเชี่ยวชาญเนื้อหาของบทความนั้นมากที่สุดและไม่ใช้ผู้ที่ปฏิบัติงานในสถาบันเดียวกับเจ้าของบทความ จำนวนผู้ทรงคุณวุฒิมี 3 ท่านโดยผู้ทรงคุณวุฒิทั้ง 3 ท่านจะไม่ทราบว่าเป็นใคร เจ้าของบทความจะไม่ทราบว่าใครคือผู้ที่พิจารณาบทความของตน (Double-Blind) ระยะเวลาในการพิจารณาของผู้ทรงคุณวุฒิอยู่ระหว่าง 2-3 สัปดาห์ ผลการพิจารณาของผู้ทรงคุณวุฒิ ได้แก่ ไม่สมควรรับตีพิมพ์ โดยระบุเหตุผล หรือ สมควรรับตีพิมพ์โดยต้องแก้ไขในระดับเล็กน้อยหรือมากพร้อมระบุข้อเสนอแนะในการปรับแก้ไข จากผลการประเมินของผู้ทรงคุณวุฒิ หากผู้ทรงคุณวุฒิมีความคิดเห็นขัดแย้งกัน บรรณาธิการอาจพิจารณาเพิ่มผู้ทรงคุณวุฒิประเมินบทความ ท่านที่ 4 ในการให้ความเห็น จากนั้นบรรณาธิการจะพิจารณาภาพรวมอีกครั้งแล้วสรุปข้อเสนอแนะในการปรับแก้ไขไปยังเจ้าของบทความ ความเร็วหรือช้าขึ้นกับประเด็นแก้ไขมีมากหรือน้อย และระยะเวลาในการแก้ไขของผู้เขียน โดยทั่วไประยะเวลาตั้งแต่รับบทความจนได้รับการตีพิมพ์ใช้เวลาประมาณ 2-3 เดือน

8. การอ้างอิงและเอกสารอ้างอิง ดังกล่าวแล้ววารสารสมาคมการพยาบาลใช้ระบบการอ้างอิงของ Vancouver ซึ่งประกอบด้วย 2 ส่วน คือ 1) การอ้างอิงในเนื้อหา (In-text citation) 2) การอ้างอิงท้ายเล่ม หรือ เอกสารอ้างอิง (References)

8.1 การอ้างอิงในเนื้อหา (In-text citation) การนำผลงานของบุคคลอื่น มาอ้างอิงในบทความ ให้ใส่ตัวเลขตามลำดับของการอ้างอิงหลังชื่อผู้เขียน หรือหลังข้อความที่อ้างอิง ในกรณีที่มีการอ้างอิงบทความเดิมซ้ำให้ใช้หมายเลขเดิมในการอ้างอิงทุกครั้ง

8.1.1 การอ้างอิงที่เน้นที่ผู้เขียนหรือผู้เขียนเป็นส่วนหนึ่งของเนื้อหา ให้ใส่ตัวเลขการอ้างอิงตามหลังชื่อผู้เขียนดังตัวอย่าง

ในปี ค.ศ. 2017 Da Fonseca และคณะ¹ ทำการศึกษาในสตรีตั้งครรภ์จำนวน 142 รายที่มีความเสี่ยงต่อการคลอดก่อนกำหนดโดยการให้ยา progesterone 100 มิลลิกรัมสอดทางช่องคลอด ตั้งแต่ 24 สัปดาห์จนถึง 34 สัปดาห์ เปรียบเทียบกับยาหลอก พบว่า การให้ยามีผลในการลดการคลอดก่อน 37 และ 34 สัปดาห์ได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

8.1.2 การอ้างอิงที่เน้นเนื้อหาหรือผู้เขียนไม่ได้เป็นส่วนหนึ่งของเนื้อหา ให้ใส่ตัวเลขการอ้างอิงหลังข้อความนั้น ดังตัวอย่าง

การคลอดก่อนกำหนด คือ การคลอดที่เกิดก่อนอายุครรภ์ 37 สัปดาห์ ซึ่งปัจจุบันแบ่งเป็น early preterm คือ การคลอดที่เกิดก่อนอายุครรภ์ครบ 34 สัปดาห์ และ late preterm คือ การคลอดที่เกิดช่วงอายุ ครรภ์ 34 ถึง 36 สัปดาห์ 6 วัน¹²

8.1.3 การอ้างอิงหลายรายการพร้อมกัน ในกรณีที่การอ้างอิงตัวเลขเป็นลำดับต่อเนื่องกัน ให้ใช้เครื่องหมายดังก้าง (-) คั่นระหว่างตัวเลข แต่ถ้าลำดับตัวเลขการอ้างอิงไม่ต่อเนื่องกันให้ใช้เครื่องหมายจุลภาค (,) คั่นระหว่างตัวเลข ดังตัวอย่าง

ในปัจจุบันแนวทางการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวีได้ปรับเปลี่ยนเกณฑ์โดยเริ่มยาต้านไวรัสเอดส์ ในระดับ CD4 ที่สูงขึ้นกว่าเดิม⁶⁻⁷ ดังนั้นการค้นพบผู้ป่วยตั้งแต่ยังไม่มีอาการ หรือสามารถวินิจฉัยการติดเชื้อเอชไอวีได้เร็ว จึงเป็นมาตรการที่จำเป็นเพื่อให้สามารถดำเนินงานตามแนวทางการรักษาและก่อให้เกิดประสิทธิผลสูงสุด^{7,24}

9. เอกสารอ้างอิงท้ายบทความ (References) เป็นการจัดเอกสารอ้างอิงตามตัวเลขที่มีการอ้างอิงในเนื้อหาตามลำดับ 1, 2, 3, 4,..... ซึ่งการระบุตัวเลขจะต้องตรงกับตัวเลขที่อ้างอิงในเนื้อหา การเขียนเอกสารอ้างอิงจะแตกต่างกันไปตามประเภทของเอกสารที่นำมาอ้างอิง เช่น หนังสือ บทความในวารสาร วิทยานิพนธ์ เอกสารจากอินเทอร์เน็ต เป็นต้น

อนึ่ง สำหรับวารสารสหภาพการพยาบาลนั้น เนื่องจากเป็นวารสารที่อยู่ในฐานข้อมูลของ Asean Citation Index (ACI) เอกสารอ้างอิงทั้งหมดต้องเป็นภาษาอังกฤษ ดังนั้นหากผู้เขียนอ้างอิงด้วยเอกสาร วิชาการใด ๆ ที่เป็นภาษาไทย จึงจำเป็นต้องแปลเป็นภาษาอังกฤษทั้งหมด และกำกับไว้ตอนท้ายว่า (in Thai) โดยมีหลักการดังนี้

9.1 ผู้เขียนชาวต่างประเทศหรือคนไทยให้ใช้นามสกุลขึ้นก่อนตามด้วยอักษรย่อชื่อต้น และอักษรย่อชื่อกลาง (ถ้ามี) ดังตัวอย่าง

Ada Hamosh	ใช้ว่า	Hamosh A.
Mark R. Brinker	ใช้ว่า	Brinker MR.
Khachornjakdi Silpapojakul	ใช้ว่า	Silpapojakul K.
Robert C. Bast, Jr. and Jory D. Richman	ใช้ว่า	Bast RC Jr, Richman JD.

9.2 ผู้เขียนหลายคน ให้ใส่ชื่อผู้เขียนได้ไม่เกิน 6 คน ระหว่างชื่อผู้เขียนแต่ละคนใช้เครื่องหมายจุลภาค (,) คั่นและเว้น 1 ตัวอักษร กรณีที่มีผู้เขียนมากกว่า 6 คน ให้คงไว้เฉพาะผู้เขียน 6 คนแรก หลังชื่อคนที่ 6 ต่อด้วยเครื่องหมาย จุลภาค (,) เว้น 1 ตัวอักษรแล้วตามด้วย “et al” ดังตัวอย่าง

Ridker PM, Macfadyen JG, Nordestgaard BG, Koenig W, Kastelein JJ, Genest J, et al.

9.3 ผู้เขียนที่เป็นนิติบุคคล ได้แก่ หน่วยงาน องค์กร บริษัท สถาบัน มหาวิทยาลัย เป็นต้น ให้ใส่ชื่อหน่วยงานใหญ่ ตามด้วยหน่วยงานรอง ตามลำดับ ระหว่างชื่อหน่วยงานตามด้วยเครื่องหมายมหัพภาค (.) และเว้น 1 ตัวอักษร ดังตัวอย่าง

American Cancer Society.

World Health Organization. Epidemiology Division.

Mahidol University. Faculty of Nursing. Surgical Nursing Department.

9.4 กรณีที่มีชื่อเรื่องย่อยให้ใช้เครื่องหมายทวิภาค (:) ตามหลังชื่อเรื่องหลักและเว้น 1 ตัวอักษร และหลังเครื่องหมายทวิภาค (:) ให้ใช้ตัวอักษรตัวพิมพ์เล็ก ดังตัวอย่าง

Nausea and vomiting: mechanisms and management.

Statin-induced self-management theory: a review and update.

9.5 กรณีเป็นหนังสือ ครั้งที่พิมพ์ (Edition) ของหนังสือให้ใส่เฉพาะการจัดพิมพ์ครั้งที่ 2 เป็นต้นไป โดยใส่ต่อจากชื่อเรื่อง ตามด้วยเครื่องหมายมหัพภาค (.) และเว้น 1 ตัวอักษร เช่น 2nd ed. 3rd ed. 4th ed.

9.5.1 สถานที่พิมพ์ (Place) และสำนักพิมพ์ (Publisher) ของหนังสือ กรณีที่ชื่อเมืองไม่เป็นที่รู้จักแพร่หลายให้ระบุชื่อรัฐกำกับไว้ในวงเล็บด้วย ดังตัวอย่าง

New York: McGraw-Hill; 2013.

Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2014.

Libertyville (IL): Hollister; 2009.

St Louis (MO): Mosby; 2012.

9.5.2 ให้ตัดคำประกอบอื่น ๆ ในชื่อนักพิมพ์ออก เช่น Publisher, Co., Inc., Limited,

ดังตัวอย่าง

Lexi-Comp, Inc ใช้ว่า Lexi-Comp

Hollister Incorporated ใช้ว่า Hollister

9.5.3 กรณีใช้ชื่อหน่วยงาน หรือ สถาบัน เป็นสำนักพิมพ์หรือผู้จัดพิมพ์ ให้ใช้ชื่อหน่วยงาน
รอง และ ตามด้วยชื่อหน่วยงานใหญ่ ตามลำดับ ระหว่างชื่อหน่วยงานเว้น 1 ตัวอักษร ดังตัวอย่าง

Nonthaburi: Department of Disease Control: 2562.

Geneva: World Health Organization; 2012.

Songkhlanakarin: Department of Nursing Service, Songkhlanakarin Hospital; 2561.

9.6 เลขหน้า (Page) ของเอกสารอ้างอิง ให้ใส่เลขหน้าแรก-หน้าสุดท้าย โดยใช้ตัวเลขเต็มสำหรับ
หน้าแรก และตัดตัวเลขหน้าแรกเหมือนกันออกสำหรับหน้าสุดท้าย ดังตัวอย่าง

หน้า 10-18 ใช้ 10-8 หน้า 198-201 ใช้ 198-201

หน้า 1098-1105 ใช้ 1098-105 หน้า 2536-2549 ใช้ 2536-49

หน้า S104-S111 ใช้ S104-11 หน้า 105e-117e ใช้ 105e-17e

9.7 รูปแบบเอกสารอ้างอิงประเภทต่าง ๆ

9.7.1 บทความวารสาร (Journal Article) มี 2 รูปแบบ คือ

- วารสารที่มีเลขหน้าต่อเนื่องกันทุกฉบับในปีที่ (volume) เดียวกัน

รูปแบบที่ 1 (เครื่องหมาย / หมายถึง เว้น 1 ตัวอักษร)

ชื่อผู้เขียน./ ชื่อบทความ./ ชื่อวารสาร./ ปีพิมพ์;ปีที่:เลขหน้าแรก-หน้าสุดท้าย.

หมายเหตุ วารสารที่ตีพิมพ์เป็นภาษาไทย ให้ใช้ชื่อเต็มของวารสาร

ตัวอย่าง:

1. Polsook R, Aungsuroch Y, Thanasilp S. Factors predicting medication adherence among Thai post myocardial infarction patients. J Health Res. 2013;27:211-6.
2. Veeratterapillay R, Shaw MB, Williams R, Haslam P, Lall A, Dela Hunt M, et al. Safty and efficacy of percutaneous nephrolithotomy for the treatment of paediatric urolithiasis. Ann R Coll Surg Engl. 2012;94:588-92.
3. Urairat P, Puwarawuttipanit W, Sriyuktasuth A, Teerapornlertratt T. Factors influencing relapse prevention behaviors in lupus nephritis patients. Journal of Nursing Science. 2012;30(3):55-63. (in Thai)

-วารสารที่มีเลขหน้าไม่ต่อเนื่องกัน มีการขึ้นหน้าใหม่ทุกฉบับในปีที่ (volume) เดียวกัน ให้ใส่ฉบับที่ไว้ในเครื่องหมายวงเล็บ (..) ตามหลังปีที่

รูปแบบที่ 2 (เครื่องหมาย / หมายถึง เว้น 1 ตัวอักษร)

ชื่อผู้เขียน. / ชื่อบทความ. / ชื่อวารสาร. / ปีพิมพ์;ปีที่(ฉบับที่):เลขหน้าแรก-หน้าสุดท้าย.

ตัวอย่าง:

1. Callender RA, Mukalel J, Aitamirano AV, Pivalizza EG, Cattano D. Hidden implications potential antiplatelet effects of adjuvant anaesthetic agents. Anaesth Intensive Care. 2013;41(4):550-1.

9.7.2 วารสารฉบับเพิ่มเติม มี 2 รูปแบบ ดังนี้

- กรณีที่เป็นฉบับเพิ่มเติม (Volume with supplement) ให้ใช้ว่า Suppl ต่อจากปีที่ โดยไม่ต้อง อยู่ในวงเล็บ จะสังเกตได้ในส่วนเลขหน้าจะมีตัวอักษร S อยู่ด้วย

ตัวอย่าง:

1. Chunharas A, Nuntnarumit P. Neonatal lupus erythematosus: clinical manifestations and management. J Med Asso Thai. 2002;85 Suppl 4:S1302-8.

- กรณีที่เป็นฉบับพิเศษของฉบับที่ (Issue with supplement) ให้เขียนฉบับพิเศษ และตอนย่อไว้ในวงเล็บ

ตัวอย่าง:

1. Glauser TA. Integrating clinical trial data into clinical practice. Neurology. 2002;58(12 Suppl 7):S6-12.

9.7.2 บทความวารสารที่เผยแพร่บนอินเทอร์เน็ต (Journal Article on the Internet) หรือบทความวารสาร อิเล็กทรอนิกส์ (E- Journal)

รูปแบบ (เครื่องหมาย / หมายถึง เว้น 1 ตัวอักษร)

ชื่อผู้เขียน. / ชื่อบทความ. / ชื่อวารสาร. / ปี /ปีที่:เลขหน้าแรก-หน้าสุดท้าย / เข้าถึงได้จาก: / <http://>

ตัวอย่าง:

1. Partiprajak S, Hanucharurenkul S, Piaseu N. Factors predicting self-care abilities and quality of Life in person with Type 2 Diabetes. Ramathibodi Nursing Journal. 2014; 20(1):97-110. Available from: <https://he02.tci-thaijo.org/index.php/RNJ/article/view/19200/18389> (in Thai)

2. Dogan S, Abbasi SS, Theodore N, Horn E, Rekate HL, Sonntag VK. Pediatric subaxial cervical spine injuries: origins management, and outcome in 51 patients. Neurosurg Focus. 2006; 20:E1. Available from: <http://thejns.org/doi/pdf/10.317/foc.2006.20.2.2>
3. Leedham SJ. Measuring stem cell dynamics in the human colon—where there’s a wiggle, there’s a way. J Pathol. 2014. Available from: <http://onlinelibrary.com/doi/10.1002/path.4422/pdf>

9.7.3 บทความวารสารที่มีหมายเลข Digital Object Identifier (DOI)
รูปแบบ (เครื่องหมาย / หมายถึง เว้น 1 ตัวอักษร)

ชื่อผู้เขียน. / ชื่อบทความ. / ชื่อวารสาร. / ปีที่:เลขหน้า(ที่มีe กำกับ). / <https://doi.org/xxxxxxxxxx> /
หมายเลขประจำเอกสารในฐานข้อมูล PMID: /xxxxxxxx

ตัวอย่าง:

1. Winston F, Kassam-Adams N, Vivarelli O’Neill, Ford J, Newman E, Baxt C, et al. Acute stress disorder symptoms in children and their parents after traffic injury. Pediatrics. 2002;109:e90. <https://doi.org/0.1542/peds.109.6.e90> PMID: 12042584
2. Lorello GR, Cook DA, Johnson RL, Brydges R. Simulation-based training in anaesthesiology: a systematic review and meta-analysis. Br J Anaesth. 2014;112:231-45. <https://www.doi.org/10.1093/bja/aet414> PMID: 24368556

10. หนังสือ (Book)

รูปแบบ(เครื่องหมาย / หมายถึง เว้น 1 ตัวอักษร)

ชื่อผู้เขียน. / ชื่อหนังสือ. / เล่ม. / ครั้งที่พิมพ์. / เมืองที่พิมพ์: / สำนักพิมพ์; / ปีที่พิมพ์

ตัวอย่าง:

1. Meinert CL. Clinical trials: design, conduct, and analysis. 2nd ed. Oxford: Oxford University Press; 2012.
2. Katz MH. Evaluating clinical and public health interventions: a practical guide to study design and statistics. Cambridge: Cambridge University Press; 2010.
3. Lawrence RA. Breastfeeding: a guide for the medical profession. 4th ed. St. Louis (MO): Mosby; 2009.
4. Piaseu N, editor. Nutritional care to control non-communicable diseases in the community. Bangkok: Judthong; 2018. (in Thai)

11. บทหนึ่งในหนังสือ (Chapter in book) เป็นการอ้างอิงบางบทในหนังสือเล่มนั้น โดยมีผู้เขียน แต่ละบท และมีชื่อบรรณาธิการ (editor) อยู่ที่หน้าปกหนังสือ

รูปแบบ (เครื่องหมาย / หมายถึง เว้น 1 ตัวอักษร)

ชื่อผู้เขียนในบท (Author). / ชื่อบท (Title of a chapter). / ใน (In): / ชื่อบรรณาธิการ, / บรรณาธิการ (editor(s)). / ชื่อหนังสือ (Title of book). / ครั้งที่พิมพ์ (Edition). / เมืองที่พิมพ์ (Place): / สำนักพิมพ์ (Publisher); / ปีพิมพ์ (Year). / หน้า (p.) / เลขหน้าแรก-หน้าสุดท้าย.

ตัวอย่าง:

1. Hamera J. Performance ethnography. In: Lincoln YS, Denzin NK, editors. Strategies of qualitative inquiry. Thousand Oaks (CA): Sage; 2013. p. 205–31.
2. Fisher MJ, Rheingold SR. Oncologic emergencies. In: Poplack DG, Pizzo PA, editors. Principles and practice of pediatric oncology. 6th ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2011. p. 1125–51.
3. Zierler RE, Summer DS. Arterial physiology. In: Cronenwett JL, Johnston KW, editors. Rutherford's vascular surgery. Vol 1. 7th ed. Philadelphia: Saunders Elsevier; 2010. p. 131–49.
4. Kraithawon P. Community health nursing process: planning, implementation, and project evaluation to solve community health problems. In: Piasue N, editor. Community health nursing: policy and theory to practice. 2nd ed. Nakhon Pathom: Mahidol University; 2022. p. 155–82. (in Thai)

12. หนังสืออิเล็กทรอนิกส์ (E-Book)

รูปแบบ (เครื่องหมาย / หมายถึง เว้น 1 ตัวอักษร)

ชื่อผู้เขียน./ ชื่อหนังสือ [อินเทอร์เน็ต]./ ครั้งที่พิมพ์./ เมืองที่พิมพ์: / สำนักพิมพ์; / ปีพิมพ์ / [เข้าถึงเมื่อ วัน เดือน ปี]. / เข้าถึงได้จาก / <http://>

ตัวอย่าง:

1. Barrett KE. Gastrointestinal physiology [Internet]. 2nd ed. New York: McGraw–Hill; 2014 [cited 2014 Oct 24]. Available from: <http://www.accessmedicine.mh-medical.com> 3.
2. Lester SC. Manual of surgical pathology [Internet]. 3rd ed. Philadelphia: Saunders Elsevier; 2010 [cited 2014 Oct 24]. Available from: <http://www.clinicalkey.com>

13. บทหนึ่งในหนังสืออิเล็กทรอนิกส์ (Chapter in e-book) เป็นการอ้างอิงบางบทในหนังสือเล่มนั้นโดยมีผู้เขียนแต่ละบทและมีชื่อบรรณาธิการ (editor) อยู่ที่หน้าปกหนังสือ

รูปแบบ (เครื่องหมาย / หมายถึง เว้น 1 ตัวอักษร)

ชื่อผู้เขียนในบท. / ชื่อบท. / ใน (In): / ชื่อบรรณาธิการ, / บรรณาธิการ (editor(s)). /
ชื่อหนังสือ. / ครั้งที่พิมพ์. / เมืองที่พิมพ์: / สำนักพิมพ์; / ปีพิมพ์.
/ เข้าถึงได้จาก: / http://

ตัวอย่าง:

1. Ghang GJ, Shelton AA, Welton ML. Large intestine. In: Michigan AA, Doherty GM, editors. Current diagnosis & treatments: surgery 3rd ed. New York: McGraw-Hill; 2010. Available from: <http://www.accessmedicine.mhmedical.com>
2. Pasquali P. Cryosurgery. In: Rigel D, Robin JK, Ross M, Friedman RJ, Cockerell CJ, Lim HW, et al., editors. Cancer of the skin. 2nd ed. Philadelphia: Saunders Elsevier; 2011. Available from: <http://www.clinicalkey.com>

14. วิทยานิพนธ์ (Thesis / Dissertation)

รูปแบบ (เครื่องหมาย / หมายถึง เว้น 1 ตัวอักษร)

ชื่อผู้เขียน. / ชื่อวิทยานิพนธ์ / [วิทยานิพนธ์]. / เมืองที่พิมพ์: / ชื่อมหาวิทยาลัย; / ปีพิมพ์.

ตัวอย่าง

1. Moor JL. Pre-hospital pain assessment of pediatric trauma [Dissertation]. Ann Arbor (OH): Medical University of Ohio; 2006.
2. Srithanya S. The effects of a planned behavior program on the eating and physical activity behaviors of overweight late primary school-aged children [Thesis]. Pathumthani: Thammasat University; 2018. (in Thai)

สรุป

การใช้เครื่องหมายวรรคตอน และการเว้น 1 ตัวอักษรในรายการอ้างอิง

เครื่องหมาย	ชื่อ	การใช้ในรายการอ้างอิง
.	มหัพภาค (full stop)	1. ใช้หลังชื่อผู้เขียน ชื่อเรื่อง เล่ม ครั้งที่พิมพ์ และเลขหน้า 2. ใช้หลังข้อความที่อยู่ในวงเล็บเหลี่ยม เช่น อินเทอร์เน็ต วิทยานิพนธ์ 3. ใช้หลังข้อความ [เข้าถึงเมื่อ วัน เดือน ปี] ในการเขียนอ้างอิง เอกสารอิเล็กทรอนิกส์ ยกเว้น หลัง URL ในการเขียนอ้างอิงเอกสารอิเล็กทรอนิกส์ ไม่ต้องใส่เครื่องหมายนี้
,	จุลภาค (comma)	1. ใช้คั่นหลังชื่อผู้เขียนมากกว่า 1 คน
:	ทวิภาค (colon)	1. ใช้หลังชื่อเรื่องย่อ 2. ใช้หลังชื่อเมือง 3. ใช้หลังปีในการเขียนอ้างอิงบทความวารสาร 4. ใช้หลังข้อความ “เข้าถึงได้จาก” และ URL ในการเขียนอ้างอิงเอกสารอิเล็กทรอนิกส์
;	อัฒภาค (semicolon)	1. ใช้หลังสำนักพิมพ์ 2. ใช้หลังปีพิมพ์ในการเขียนอ้างอิงบทความวารสาร
-	ยัติภังค์ (hyphen)	1. ใช้แสดงช่วงจำนวนหน้าในการเขียนอ้างอิงบทความวารสาร บทหนึ่งในหนังสือและเอกสารการประชุม
[]	วงเล็บเหลี่ยม (square brackets)	1. ใช้กับข้อความที่บอกประเภทของข้อมูล ในการเขียนอ้างอิงวิทยานิพนธ์ และเอกสารอิเล็กทรอนิกส์ 2. ใช้กับข้อความ [เข้าถึงเมื่อ วัน เดือน ปี] ในการเขียนอ้างอิงเอกสารอิเล็กทรอนิกส์

หมายเหตุ: หลังเครื่องหมายดังต่อไปนี้ให้เว้น 1 ตัวอักษร

. เครื่องหมายมหัพภาค

, เครื่องหมายจุลภาค

; เครื่องหมายอัฒภาค ยกเว้น การอ้างอิงบทความวารสารใช้ตามหลังปีพิมพ์ (year) ให้พิมพ์ติดกัน

: เครื่องหมายทวิภาค ยกเว้น การอ้างอิงบทความวารสาร ใช้ตามหลังปีที่ (volume) ให้พิมพ์ติดกัน

: ระบบ Vancouver ชื่อวารสารภาษาอังกฤษต้องใช้ชื่อย่อตามมาตรฐานที่กำหนดไว้ใน Index Medicus โดยผู้เขียนสามารถดูได้ที่เว็บไซต์ <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed> และคลิกที่ Journal in NCBI Databases ส่วนวารสารภาษาไทยขอให้ใช้ชื่อเต็มและร่อนยัตช์นวารสารไทย (TCI) กำหนดชื่อย่อวารสารเพื่อเป็นมาตรฐานที่อยู่ในฐานข้อมูลของ TCI โดยทางวารสารสภาการพยาบาล จะแจ้งให้ทราบต่อไป

แหล่งข้อมูล: ศุภพร ช่วยชูวงศ์ การเขียนเอกสารอ้างอิงแบบ Vancouver ค้นจาก

lib.med.psu.ac.th/libmed2557/images/Libservice/van1nov1.pdf