



NURSING SCIENCE JOURNAL OF THAILAND

Research Articles

ISSN 2651-1959 (Online)

Factors Associated with Psychological Well-being in Patients with Major Depressive Disorder

Factors Predicting Adolescence Depression: The Influence of Bullying, Parenting Styles, Social Support, Resilience and Mindfulness

Effects of a Telehealth Program on Anxiety and Health-related Quality of Life among Patients with Breast Cancer

Factors Predicting Locomotive Syndrome among Older Adults

Factors Affecting Fatigue in Patients with Post-COVID-19 Condition

Factors Influencing Preferred Delivery Methods among Nulliparous Pregnant Women

Effects of an Experiential Learning Program on Maternal Knowledge and Behaviors in Promoting Preterm Infant Development after Discharge



Nursing Science Journal of Thailand is a double-blind, peer-reviewed journal published quarterly by the Faculty of Nursing, Mahidol University. The journal serves as a platform for the dissemination and exchange of ideas, experiences, research, and knowledge relevant to the field of nursing. Its aim is to advance nursing practice, education, management, and health policy. The journal welcomes submissions of original research articles, integrative reviews, systematic reviews, and academic articles related to the nursing discipline. Manuscripts may be submitted in either Thai or English.

Consultant

Amepon Ratinthorn, PhD, RN

Associate Professor, Dean, Faculty of Nursing, Mahidol University, Thailand

Editor-in-chief

Tassanee Prasopkittikun, PhD, RN

Associate Professor, Department of Pediatric Nursing, Faculty of Nursing, Mahidol University, Thailand

Editorial Board

Chintana Wacharasin, PhD, RN

Professor, Faculty of Nursing, Burapha University, Thailand

Joachim G Voss, PhD, RN, ACRN, FAAN

Professor, Associate Dean for Academic Programs, University of Nebraska Medical Center, College of Nursing, USA

Mei-Feng Lin, PhD, RN

Professor and Department Chair, Department of Nursing, Institute of Allied Health Sciences, College of Medicine, National Cheng Kung University, Taiwan (R.O.C.)

Sasitorn Phumdoung, PhD, RN

Professor, Faculty of Nursing, Prince of Songkla University, Thailand

Warunee Fongkaew, PhD, RN

Professor, Faculty of Nursing, Chiang Mai University, Thailand

Usavadee Asdornwised, PhD, RN

Professor, Faculty of Nursing, Mahidol University, Thailand

Aurawamon Sriyuktasuth, PhD, RN

Associate Professor, Faculty of Nursing, Mahidol University, Thailand

Nopporn Vongsirimas, PhD, RN

Associate Professor, Faculty of Nursing, Mahidol University, Thailand

Staff

- Statistician:** Sutthisak Srisawad, MS (Biostatistics)
Researcher, Senior Professional Level, Faculty of Nursing, Mahidol University
- Artwork:** Khwanjai Neimpituk, MEd (Educational Technology)
Audio-Visual Technical Officer, Faculty of Nursing, Mahidol University
- Manager:** Thitiwatchara Phueng-ngem, BA (Mass Communication)
General Administration Officer, Faculty of Nursing, Mahidol University

Nursing Science Journal of Thailand has 4 issues per annum

- No. 1: January - March*
No. 2: April - June
No. 3: July - September
No. 4: October - December

Editorial Office

Mahidol Adulyadej – Phra Sri Nagarindra Building,
4th Floor, Room No.402, Faculty of Nursing,
Mahidol University, Salaya
Tel. +66 2441 5333 ext. 2462 / Mobile: +669 2249 4402

The address for delivery of documents:

Faculty of Nursing, Mahidol University
2 Wanglang Road, Siriraj, Bangkoknoi, Bangkok 10700

Websites



<http://www.tci-thaijo.org/index.php/ns>
e-mail: nsjt@mahidol.ac.th

CONTENT

Research Articles

- 213 Factors Associated with Psychological Well-being in Patients with Major Depressive Disorder
ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับสุขภาวะทางจิตใจในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า
Kanthita Jumpamala, Sudarat Pianchob, Wareerat Thanoi, Paungpet Kaesornsamut
กัญญ์ธิดา จำปามาลา สุดารัตน์ เพียรชอบ, วาริรัตน์ ถาน้อย พวงเพชร เกษรสมุทร
- 228 Factors Predicting Adolescent Depression: The Influence of Bullying, Parenting Styles, Social Support, Resilience and Mindfulness
ปัจจัยทำนายภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่น: อิทธิพลของพฤติกรรมรังแก รูปแบบการเลี้ยงดู การสนับสนุนทางสังคม ความยืดหยุ่นทางจิตใจ และการมีสติ
Prairaya Jirattheerarat, Nopporn Vongsirimas, Wareerat Thanoi, Sirada Kesornsri
ไพบรญา จิระธีรารัตน์ นพพร ว่องสิริมาศ วาริรัตน์ ถาน้อย ศิรดา เกษรศรี
- 243 Effects of a Telehealth Program on Anxiety and Health-related Quality of Life among Patients with Breast Cancer
ผลของโปรแกรมการดูแลสุขภาพผ่านสื่อทางไกลต่อความวิตกกังวล และคุณภาพชีวิตทางสุขภาพของผู้ป่วยมะเร็งเต้านม
Sudaradsamee Juphan, Usavadee Asdornwised, Rattima Sirihorachai, Suebwong Chuthapisith
สุดารட்சมี จุพันธ์ อุษาวดี อัศดรวิเศษ รัตติมา ศิริโหรราชัย สืบวงศ์ จุฑาภิสิตธิ์
- 256 Factors Predicting Locomotive Syndrome among Older Adults
ปัจจัยทำนายการเกิดกลุ่มอาการโรคข้อเท้าในผู้สูงอายุ
Sutthita Sangklinhom, Virapun Wirojratana, Prangthip Chayaput, Weerasak Muangpaissan
สุทธิตา สังข์กลิ่นหอม วิราพรธณ วิโรจน์รัตน์ ปรางทิพย์ ฉายพุทธร วิรศักดิ์ เมืองไพศาล
- 268 Factors Affecting Fatigue in Patients with Post-COVID-19 Condition
ปัจจัยที่มีผลต่อภาวะเหนื่อยล้าในผู้ป่วยภาวะโพสท์โควิด-19
Khemra Chea, Wimolrat Puwarawuttipanit, Warunee Phligbua, Yong Rongrungruang
เขมรา เชีย วิมลรัตน์ พุวาราวุตติพานิต, เวรณีย์ พลิกบัว, ยอง ร่องรุ่งเรือง
- 283 Factors Influencing Preferred Delivery Methods among Nulliparous Pregnant Women
ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อวิธีการคลอดที่ต้องการของสตรีครรภ์แรก
Warinee Poomthaisong, Ameporn Ratinthorn, Rudee Pungbangkadee, Sasitara Nuampa, Dittakarn Boriboonhirunsarn
วาริณี ปุฒิสอง อเมพร รตินธร รุดี ปุงบางกะดี ศศิธรา น่วมภา ดิฐกานต์ บริบูรณ์หิรัญสาร
- 302 Effects of an Experiential Learning Program on Maternal Knowledge and Behaviors in Promoting Preterm Infant Development after Discharge
ผลของโปรแกรมการเรียนรู้จากประสบการณ์ ต่อความรู้และพฤติกรรมของมารดาในการส่งเสริมพัฒนาการทารกเกิดก่อนกำหนด หลังจำหน่ายจากโรงพยาบาล
Siyathorn Ponjareonpaisarn, Somsiri Rungamornrat, Sudaporn Prayakkaraung
สิยาธร พนเจริญไพศาล สมสิริ รุ่งอมรรัตน์ สุดาภรณ์ พยัคฆเรือง

Factors Associated with Psychological Well-being in Patients with Major Depressive Disorder*

Kanthita Jumpamala, RN, MNS¹, Sudarat Pianchob, RN, PhD¹, Wareerat Thanoi, RN, PhD¹, Paungpet Kaesornsamut, RN, PhD¹

Abstract

Purpose: This study aimed to examine the relationships between depressive symptoms, perceived stress, sense of belonging, mindfulness, coping strategies, and psychological well-being among patients with major depressive disorder.

Design: Descriptive correlational study.

Methods: The sample included 150 patients with major depressive disorder, aged 18-59 years, from a tertiary hospital. Participants were selected by convenience sampling. Data were collected using questionnaires, including personal information, Patient Health Questionnaire (PHQ-9), Perceived Stress Scale (PSS-10), Sense of Belonging Instrument-Psychological State (SOBI-P), Philadelphia Mindfulness Scale (PHLMS), Brief COPE inventory (Thai version), and Psychological Well-being Scale (Thai version). The reliability coefficients of all instruments were within an acceptable range. Data analysis was performed using descriptive statistics and Pearson's product-moment correlation coefficient.

Main findings: The results indicated that depressive symptoms, perceived stress, and maladaptive coping were significantly negatively correlated with psychological well-being in patients with major depressive disorder ($r = -.67, p < .01$; $r = -.75, p < .01$; $r = -.49, p < .01$, respectively). Sense of belonging and adaptive coping were significantly positively correlated with psychological well-being ($r = .69, p < .01$; $r = .55, p < .01$, respectively). Mindfulness was not significantly correlated with psychological well-being ($r = .11, p > .05$).

Conclusion and recommendations: The factors that are significantly associated with psychological well-being include depressive symptoms, perceived stress, a sense of belonging, adaptive coping strategies, and maladaptive coping strategies. Therefore, nursing interventions that promote psychological well-being in patients with major depressive disorder, such as stress and depression management programs, activities that enhance a sense of belonging, and the development of appropriate coping skills, should be implemented. Further research should be conducted to expand the body of knowledge, particularly studies on the predictive factors of psychological well-being in patients with major depressive disorder, in order to provide a foundation for developing appropriate care plan.

Keywords: coping, major depressive disorder, psychological well-being, sense of belonging, stress

Nursing Science Journal of Thailand. 2025;43(3):213-227.

Corresponding Author: Assistant Professor Sudarat Pianchob, Faculty of Nursing, Mahidol University, Bangkok 10700, Thailand; e-mail: sudarat.pia@mahidol.ac.th

* Master thesis, Master of Nursing Science Program in Psychiatric and Mental Health Nursing, Faculty of Nursing, Mahidol University

¹ Faculty of Nursing, Mahidol University, Bangkok, Thailand

Received: 26 March 2025 / Revised: 2 June 2025 / Accepted: 5 June 2025

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับสุขภาวะทางจิตใจในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า*

กัญญ์ริตา จำปามาลา, พย.ม.¹ สударัตน์ เพียรชอบ, ประ.ด.¹ วาริรัตน์ ถาน้อย, ประ.ด.¹ พวงเพชร เกษรสมุทร, ประ.ด.¹

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์: เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างอาการซึมเศร้า การรับรู้ความเครียด ความรู้สึกเป็นส่วนหนึ่งของกลุ่มหรือสังคม การมีสติ การเผชิญปัญหา และสุขภาวะทางจิตใจของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า

รูปแบบการวิจัย: การวิจัยเชิงบรรยายวิเคราะห์ความสัมพันธ์

วิธีดำเนินการวิจัย: กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าอายุ 18-59 ปี จำนวน 150 ราย ที่เข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลตติยภูมิแห่งหนึ่ง โดยใช้วิธีการเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบสะดวก รวบรวมข้อมูลโดยใช้ 1) แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล 2) แบบประเมินภาวะซึมเศร้า 3) แบบสอบถามการรับรู้ความเครียด 4) แบบสอบถามความรู้สึกเป็นส่วนหนึ่งของกลุ่มหรือสังคม 5) แบบสอบถามการมีสติ 6) แบบสอบถามกลยุทธ์ในการรับมือกับความเครียดแบบสั้น และ 7) แบบสอบถามสุขภาวะทางจิตใจ เครื่องมือวิจัยมีความเชื่อมั่นอยู่ในเกณฑ์ดีวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนาและสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน

ผลการวิจัย: อาการซึมเศร้า การรับรู้ความเครียด และการเผชิญปัญหาที่ไม่เหมาะสมมีความสัมพันธ์ทางลบกับสุขภาวะทางจิตใจในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ($r = -.67, p < .01, r = -.75, p < .01, r = -.49, p < .01$ ตามลำดับ) ความรู้สึกเป็นส่วนหนึ่งของกลุ่มหรือสังคม และการเผชิญปัญหาที่เหมาะสมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับสุขภาวะทางจิตใจในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ($r = .69, p < .01, r = .55, p < .01$ ตามลำดับ) การมีสติไม่มีความสัมพันธ์กับสุขภาวะทางจิตใจ ($r = .11, p > .05$)

สรุปและข้อเสนอแนะ: ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับสุขภาวะทางจิตใจอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ อาการซึมเศร้า การรับรู้ความเครียด ความรู้สึกเป็นส่วนหนึ่งของกลุ่มหรือสังคม การเผชิญปัญหาที่เหมาะสม และการเผชิญปัญหาที่ไม่เหมาะสม ดังนั้นจึงควรจัดกิจกรรมการพยาบาลที่ส่งเสริมสุขภาวะทางจิตใจในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า เช่น โปรแกรมการจัดการความเครียด และอาการซึมเศร้า กิจกรรมส่งเสริมความรู้สึกเป็นส่วนหนึ่งของกลุ่มหรือสังคมและการพัฒนาทักษะการเผชิญปัญหาที่เหมาะสม นอกจากนี้ควรมีการศึกษาวิจัยเพิ่มเติมเพื่อขยายองค์ความรู้ โดยเฉพาะการศึกษาปัจจัยทำนายสุขภาวะทางจิตใจในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า เพื่อเป็นแนวทางในการวางแผนการดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้าอย่างเหมาะสมต่อไป

คำสำคัญ: การเผชิญปัญหา ผู้ป่วยโรคซึมเศร้า สุขภาวะทางจิตใจ ความรู้สึกเป็นส่วนหนึ่งของกลุ่มหรือสังคม ความเครียด

วารสารพยาบาลศาสตร์. 2568;43(3):213-227.

ผู้ประสานงานการเผยแพร่: ผู้ช่วยศาสตราจารย์สударัตน์ เพียรชอบ, คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล บางกอกน้อย กรุงเทพฯ 10700, e-mail: sudarat.pia@mahidol.ac.th

* วิทยานิพนธ์หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

¹ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

วันที่รับบทความ: 26 มีนาคม 2568 / วันที่แก้ไขบทความเสร็จ: 2 มิถุนายน 2568 / วันที่ตอบรับบทความ: 5 มิถุนายน 2568

ความสำคัญของปัญหา

โรคซึมเศร้า (major depressive disorder) เป็นโรคเรื้อรังทางจิตเวชที่มีความผิดปกติทางด้านอารมณ์ ความคิด และพฤติกรรม โดยมีอาการสำคัญ คือ มีอารมณ์เศร้าเด่นชัด ความสนใจหรือเพลิดเพลินในการทำกิจกรรมลดลง¹ โรคซึมเศร้าจัดเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญทั้งในประเทศและทั่วโลก องค์การอนามัยโลกคาดการณ์ไว้ว่าในปี ค.ศ. 2030 โรคซึมเศร้าจะเป็นโรคที่นำมาซึ่งการสูญเสียด้านสุขภาพและสุขภาวะติดอันดับ 1 ของโลก และจากข้อมูลสถิติการเจ็บป่วย พบว่าประชากรที่ป่วยด้วยโรคซึมเศร้ามีจำนวนมากถึง 280 ล้านคนทั่วโลก² สำหรับประเทศไทยโรคซึมเศร้าเป็นโรคที่มีสถิติจำนวนผู้ป่วยติดอันดับ 1 ใน 5 ของทุกปี โดยพบประชากรที่ป่วยด้วยโรคซึมเศร้ามีจำนวนมากถึง 1.5 ล้านคน³ ประเด็นสำคัญของการป่วยด้วยโรคซึมเศร้า คือ การสูญเสียชีวิตจากการฆ่าตัวตาย โดยมีจำนวนผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่เสียชีวิตจากการฆ่าตัวตายสำเร็จมากถึง 5,172 คน คิดเป็น 7.94 อัตราต่อประชากรแสนคน⁴ จากข้อมูลดังกล่าวจะเห็นได้ว่า โรคซึมเศร้ามีอัตราการเจ็บป่วยที่มีความรุนแรงและมีแนวโน้มสูงขึ้น และที่สำคัญพยาธิสภาพของโรคสามารถนำมาซึ่งการสูญเสียชีวิตได้

การเจ็บป่วยด้วยโรคซึมเศร้าส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยในหลายด้าน เช่น ด้านร่างกายโดยผู้ป่วยจะมีอาการอ่อนเพลีย เชื่องช้า ทำให้สมรรถนะด้านร่างกายลดลง ผลกระทบด้านจิตใจและอารมณ์ เกิดความรู้สึกเบื่อหน่าย หงุดหงิด เศร้า และนำไปสู่ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองลดลง ในส่วนผลกระทบด้านสังคมผู้ป่วยโรคซึมเศร้านักเก็บตัว มองทุกอย่างในแง่ลบ ทำให้การมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่นลดลง ส่งผลต่อการทำบทบาทหน้าที่ทางสังคม¹⁻² และผลกระทบด้านเศรษฐกิจ เมื่อผู้ป่วยโรคซึมเศร้าเข้ารับการรักษาก็ต้องเสียค่าใช้จ่ายเพิ่มขึ้น ผลกระทบต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นเหล่านี้ หากไม่ได้รับการดูแลหรือบรรเทาให้ลดน้อยลงท้ายที่สุดก็สามารถย้อนกลับมาทำให้พยาธิสภาพของโรค

หรืออาการของโรคซึมเศร้าที่เป็นอยู่มีอาการรุนแรงมากขึ้น โดยเมื่ออาการซึมเศร้าทวีความรุนแรงขึ้น ย่อมส่งผลทำให้สุขภาวะทางจิตใจลดลงตามไปด้วย⁵

สุขภาวะทางจิตใจ (psychological well-being) เป็นสถานะที่บุคคลรับรู้ว่าได้ทำในสิ่งที่ต้องการและทำได้สำเร็จพึงพอใจกับประสบการณ์ในชีวิต มีองค์ประกอบ ได้แก่ ความเป็นตัวของตัวเอง (autonomy) การยอมรับตนเอง (self-acceptance) ความเจริญงอกงามทั้งด้านร่างกายและจิตใจ (personal growth) การมีเป้าหมายในชีวิต (purpose in life) การมีสัมพันธ์ภาพที่ดีกับผู้อื่น (positive relations with others) ความสามารถในการจัดการกับสถานการณ์ต่าง ๆ (environment mastery)⁶ โดยสุขภาวะทางจิตใจที่ดีเป็นสิ่งที่จะทำให้ผู้ป่วยโรคซึมเศร้ามีความสมดุลของจิตใจสามารถดำเนินชีวิตร่วมกับความเจ็บป่วยได้อย่างเป็นปกติและลดการกลับเป็นซ้ำของโรคซึมเศร้าได้⁷ อย่างไรก็ตามการศึกษาเกี่ยวกับสุขภาวะทางจิตใจในผู้ป่วยซึมเศร้าที่ผ่านมามีส่วนใหญ่เป็นการศึกษาในต่างประเทศ⁷ สำหรับในประเทศไทยพบการศึกษาจำนวนพอสมควรในกลุ่มผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง แต่ในผู้ป่วยโรคซึมเศร่ายังมีการศึกษาจำนวนจำกัด ดังนั้นการศึกษสุขภาวะทางด้านจิตใจในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าจึงเป็นสิ่งสำคัญที่ควรศึกษา โดยเฉพาะเป็นอย่างยิ่งปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับสุขภาวะทางจิตใจ

จากงานวิจัยที่ผ่านมาพบตัวแปรที่มีความเกี่ยวข้องกับสุขภาวะทางจิตใจในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ได้แก่ อาการซึมเศร้า (depressive symptoms)⁵ ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกาย ความคิด อารมณ์ และพฤติกรรม โดยระดับความรุนแรงของอาการซึมเศร้านี้จะมีความเกี่ยวข้องทำให้สุขภาวะทางจิตใจลดลง ($r = -.56, p < .001$)⁵ การรับรู้ความเครียด (perceived stress) เป็นการรับรู้และการแปลเหตุการณ์ของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าต่อสิ่งแวดล้อมว่าเป็นสิ่งคุกคามหรือ

ต้องใช้ทรัพยากรเกินกำลังของตน⁸ และมีความสัมพันธ์กับสุขภาวะทางจิตใจในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า เนื่องจากผลของการศึกษาของ Xiong และคณะ⁹ พบว่า ความเครียดสามารถทำนายอาการซึมเศร้าได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($\beta = .04, p < .001$)⁹ ซึ่งแสดงให้เห็นว่าการรับรู้ความเครียดส่งผลให้เกิดอาการซึมเศร้ามากขึ้น และอาจเป็นไปได้ว่าท้ายที่สุดอาการซึมเศร้าที่เพิ่มมากขึ้น บ่งบอกถึงการมีสุขภาวะทางจิตใจที่ลดลง⁵ การรับรู้ถึงความรู้สึกเป็นส่วนหนึ่งของกลุ่มหรือสังคม (sense of belonging) เป็นการรับรู้ว่าตนเองเป็นส่วนหนึ่งของกลุ่มหรือสิ่งแวดล้อม ทำให้รู้สึกเป็นเจ้าของ มีคุณค่า¹⁰ ซึ่งความรู้สึกเป็นส่วนหนึ่งของกลุ่มหรือสังคม จัดเป็นแหล่งประโยชน์ภายในตนเอง (internal resource) ที่จะสามารถดึงมาใช้ในการเผชิญปัญหา และนำมาซึ่งผลลัพธ์ของการเผชิญปัญหา จากการศึกษาของ Treichler และ Lucksted¹¹ พบว่า ความรู้สึกว่าเป็นส่วนหนึ่งของกลุ่มหรือสังคม มีความสัมพันธ์ทางลบกับการป่วยด้วยโรคทางจิตเวช ($r = -.29, p < .001$)¹¹ และการเจ็บป่วยด้วยโรคทางจิตเวชนี้ แสดงถึงการมีสุขภาวะทางด้านจิตใจที่ลดลง และนำไปสู่การถูกวินิจฉัยว่าด้วยโรคซึมเศร้า⁵ นอกจากความรู้สึกว่าเป็นส่วนหนึ่งของกลุ่มหรือสังคมแล้ว การมีสติ (mindfulness) ซึ่งเป็นแหล่งประโยชน์ภายในตนเอง เป็นปัจจัยสำคัญที่มีความเกี่ยวข้องกับสุขภาวะทางจิตใจในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า จากการศึกษาสุขภาวะทางจิตใจและความทุกข์ทางจิตใจของผู้ป่วยโรคจิตกังวลทั่วไป ซึ่งเป็นโรคทางจิตเวชทางอารมณ์เช่นเดียวกับโรคซึมเศร้า พบว่าการมีสติในส่วนของการตระหนักรู้ในตนเองมีความสัมพันธ์ทางบวกกับสุขภาวะทางจิตใจ ($r = .36, p < .001$)¹² ดังนั้นจึงมีความเป็นไปได้ว่า การมีสติอาจมีความสัมพันธ์กับสุขภาวะทางจิตใจในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า

นอกจากตัวแปรดังกล่าวข้างต้น ผลการศึกษาที่ผ่านมา ยังพบว่าการเผชิญปัญหา (coping) ซึ่งก็คือการที่ผู้ป่วย

พยายามใช้ทั้งความคิดและพฤติกรรมในการจัดการกับความเครียดหรือปัญหาที่เกิดขึ้น⁸ ซึ่งรูปแบบการเผชิญปัญหาในการศึกษาครั้งนี้ได้พิจารณาแยกวิธีการเผชิญปัญหาตามการศึกษาของ Foster¹³ ที่มีการวิเคราะห์องค์ประกอบของแบบสอบถามกลยุทธ์ในการรับมือกับความเครียดแบบสั้น (Brief COPE inventory) และมีการจัดหมวดหมู่ของวิธีการเผชิญปัญหาเป็น 2 มิติ คือ การเผชิญปัญหาแบบปรับตัวเหมาะสม (adaptive coping) และการเผชิญปัญหาแบบปรับตัวไม่เหมาะสม (maladaptive coping)¹³ โดยเมื่อผู้ป่วยโรคซึมเศร้ารับรู้ถึงสถานการณ์หรือสิ่งแวดล้อมที่ทำให้เกิดความเครียด และมีการเลือกวิธีการจัดการกับปัญหาที่ไม่เหมาะสม จะเพิ่มความเครียดทางจิตใจและความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายได้ โดยการเผชิญปัญหาที่ไม่เหมาะสมนี้มีความสัมพันธ์ทางบวกกับอาการซึมเศร้า และในทางกลับกันการเผชิญปัญหาที่เหมาะสมจะช่วยป้องกันความรุนแรงของอาการซึมเศร้า⁹ โดยอาการซึมเศร้านี้เป็นสิ่งที่สะท้อนให้เห็นถึงการมีสุขภาวะทางจิตใจที่ไม่ดี⁵ จากการศึกษาที่ผ่านมาพบการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการเผชิญปัญหากับสุขภาวะทางด้านจิตใจในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าโดยตรงค่อนข้างน้อย ซึ่งจากผลการวิจัยที่ผ่านมาสามารถคาดการณ์ได้ว่าการเผชิญปัญหาแบบปรับตัวเหมาะสม และแบบปรับตัวไม่เหมาะสมนี้ มีแนวโน้มที่จะส่งผลต่อสุขภาวะทางจิตใจของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า

จากกรอบแนวคิดทฤษฎีความเครียดและการเผชิญความเครียด (Stress and Coping Theory) ของ Lazarus และ Folkman⁸ สามารถอธิบายความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรในการศึกษาครั้งนี้ กล่าวคือ เมื่อผู้ป่วยโรคซึมเศร้าต้องเผชิญกับสถานการณ์ความเครียด ผู้ป่วยจะมีการประเมินว่าสถานการณ์ก่อให้เกิดความเครียด ซึ่งเป็นการประเมินขั้นต้น (primary appraisal) และขึ้นอยู่กับลักษณะของบุคคลหรือปัจจัยส่วนบุคคลที่เกี่ยวข้อง ซึ่งอาการซึมเศร้ามักเป็นปัจจัย

ที่เป็นลักษณะของบุคคลที่ส่งผลต่อการประเมินสถานการณ์ที่ก่อให้เกิดความเครียด หากผู้ป่วยโรคซึมเศร้ามีอาการซึมเศร้าอยู่ในระดับมาก ย่อมมีแนวโน้มที่ทำให้มีการประเมินว่าตนเองอยู่ในสถานการณ์ที่ก่อให้เกิดความเครียดในระดับที่สูงมากกว่าบุคคลที่ไม่มีภาวะซึมเศร้า และเมื่อผู้ป่วยโรคซึมเศร้ามีการประเมินหรือรับรู้ว่าจะอยู่ในสภาวะเครียดจะนำไปสู่การประเมินขั้นที่สอง (secondary appraisal) ซึ่งเป็นการประเมินแหล่งสนับสนุนทั้งภายใน (internal resource) และภายนอก (external resource) ของตนเอง เพื่อช่วยในการรับมือกับสถานการณ์ที่กำลังเผชิญอยู่ การมีสติและการรับรู้ถึงความรู้สึกเป็นส่วนหนึ่งของกลุ่มหรือสังคมจัดเป็นแหล่งประโยชน์ภายในตัวบุคคล โดยการมีสติช่วยให้ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าสามารถควบคุมให้อารมณ์มั่นคง ตระหนักในความรู้สึกนึกคิดของตนเอง¹⁴ ในส่วนการรับรู้ถึงความรู้สึกเป็นส่วนหนึ่งของกลุ่มหรือสังคม ทำให้ผู้ป่วยโรคซึมเศร้ารู้สึกว่าตนเองมีความรู้สึกเป็นเจ้าของ รู้สึกมีคุณค่าและได้รับการยอมรับ¹⁰ เมื่อผู้ป่วยโรคซึมเศร้าประเมินแหล่งประโยชน์ภายในตัวเอง นำไปสู่การผสมผสานและประยุกต์ใช้แหล่งประโยชน์ภายในตัวเองในการเผชิญความเครียด และนำมาซึ่งผลลัพธ์ของการจัดการกับปัญหา (adaptational outcome) คือ สุขภาวะทางด้านจิตใจ ซึ่งจากการเผชิญปัญหาที่เหมาะสมในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า มีแนวโน้มที่จะส่งผลให้เกิดสุขภาวะทางจิตใจที่ดี ในทางกลับกัน หากเลือกวิธีการเผชิญปัญหาที่ไม่เหมาะสมย่อมนำไปสู่การมีสุขภาวะทางด้านจิตใจที่ลดลงได้

การศึกษาสุขภาวะทางด้านจิตใจในผู้ป่วยซึมเศร้ามีความสำคัญ นำไปสู่ความเข้าใจปรากฏการณ์ในมิติของสุขภาพจิต โดยเฉพาะอย่างยิ่งในสภาวะการป่วยด้วยโรคซึมเศร้า โดยสุขภาวะทางจิตใจที่ดีย่อมส่งเสริมให้ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าสามารถดำเนินชีวิตประจำวันได้อย่างเป็นปกติสุข และลดความรุนแรงของอาการป่วย ซึ่งการศึกษาที่ผ่านมาได้มีการศึกษา

สุขภาวะทางจิตใจและปัจจัยที่เกี่ยวข้องในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าค่อนข้างน้อย และส่วนใหญ่เป็นการศึกษาในต่างประเทศ ซึ่งมีความแตกต่างจากบริบทสังคมและวัฒนธรรมไทย เช่น ความเชื่อทางศาสนา การสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัวและชุมชน รวมถึงทัศนคติที่มีต่อการเจ็บป่วยทางจิต ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจทำการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับสุขภาวะทางจิตใจของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าในบริบทสังคมไทย เพื่อการพัฒนาศักยภาพและเป็นข้อมูลพื้นฐานนำไปสู่การพัฒนาโปรแกรมเพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยโรคซึมเศร้ามีสภาพจิตใจและอารมณ์ที่มั่นคง ส่งผลให้เกิดสุขภาวะทางจิตใจที่ดีขึ้น ลดโอกาสกลับเป็นซ้ำ และเพิ่มการมีคุณภาพชีวิตที่ดีในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างอาการซึมเศร้า การรับรู้ความเครียด ความรู้สึกเป็นส่วนหนึ่งของกลุ่มหรือสังคม การมีสติ การเผชิญปัญหา และสุขภาวะทางจิตใจของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า

สมมติฐานการวิจัย

1. อาการซึมเศร้า การรับรู้ความเครียด การเผชิญปัญหาแบบปรับตัวไม่เหมาะสม มีความสัมพันธ์ทางลบกับสุขภาวะทางจิตใจในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า
2. ความรู้สึกเป็นส่วนหนึ่งของกลุ่มหรือสังคม การมีสติ และการเผชิญปัญหาแบบปรับตัวเหมาะสม มีความสัมพันธ์ทางบวกกับสุขภาวะทางจิตใจในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงบรรยายวิเคราะห์ความสัมพันธ์ (descriptive correlational design)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคซึมเศร้า

อายุ 18-59 ปี ที่เข้ารับการรักษแบบผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า ตั้งแต่เดือน มิถุนายน ถึง กันยายน พ.ศ. 2567

กลุ่มตัวอย่าง คัดเลือกจากประชากรด้วยวิธีเลือกแบบสะดวก (convenience sampling) ตามเกณฑ์การคัดเลือก คือ 1) ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยโดยจิตแพทย์ตามเกณฑ์การวินิจฉัย ICD-10 หรือ DSM-5R ว่าเป็นโรคซึมเศร้า Major depressive disorder 2) ผู้ป่วยไม่ได้รับการวินิจฉัยว่ามีโรคทางจิตเวชอื่น ๆ ร่วมด้วย เช่น โรควิตกกังวล (anxiety disorder) โรคจิตเภท (schizophrenia) โรคติดสารเสพติด (substance use disorder) โรคอารมณ์สองขั้ว (bipolar disorder) ความผิดปกติทางการรู้คิด (neurocognitive disorders) เป็นต้น 3) สามารถเข้าใจและสื่อสารเป็นภาษาไทยได้

สำหรับ เกณฑ์ในการคัดออก ได้แก่ 1) ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มีอาการทางจิต เช่น หูแว่ว เห็นภาพหลอน ความคิดหลงผิด หวาดระแวง เป็นต้น โดยใช้แบบประเมินอาการทางจิต (Brief Psychiatric Rating Scale, BPRS) ซึ่งใช้เกณฑ์คะแนนมากกว่า 36 คะแนน 2) ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มีความคิดหรือพฤติกรรมทำร้ายตนเองและผู้อื่น

ขนาดกลุ่มตัวอย่าง

การศึกษานี้คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างด้วยโปรแกรม G*power 3.1 สำหรับสถิติ Pearson's correlation เมื่อกำหนดอำนาจในการทดสอบ (power of test) ที่ระดับ .80 ระดับนัยสำคัญทางสถิติ (level of significance) ที่ระดับ .05 ค่าขนาดอิทธิพล (effect size = .20) เท่ากับ .20¹⁵ ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 150 คน

เครื่องมือการวิจัย

1) แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส โรคประจำตัว ระดับการศึกษา อาชีพ สิทธิการรักษาพยาบาล รายได้เฉลี่ยของครอบครัวต่อเดือน ค่าใช้จ่ายในการรักษาโรคซึมเศร้าต่อครั้ง ระยะเวลาการเจ็บป่วย

การรับประทานยา การรักษาโรคซึมเศร้าที่เคยได้รับในระยะเวลา 6 เดือน การนัดติดตามอาการ การปรึกษาเมื่อรู้สึกไม่สบายใจ จำนวนคำถามทั้งหมด 14 ข้อ

2) แบบประเมินภาวะซึมเศร้า (Patient Health Questionnaire, PHQ-9) พัฒนาโดย Kroenke, Spitzer และ Williams¹⁶ แปลย้อนกลับเป็นภาษาไทย โดย มาโนช หล่อตระกูล, สุจิตา สัมฤทธิ์ และรัตนา สายพานิชย์¹⁷ มีข้อคำถาม 9 ข้อ ใช้ประเมินอาการซึมเศร้าโดยประเมินจากอาการทางด้านร่างกายและจิตใจ รวมถึงประสิทธิภาพในการทำงานช่วง 2 สัปดาห์ที่ผ่านมาถึงปัจจุบัน ลักษณะคำตอบเป็นมาตรประมาณค่า 4 ระดับ คะแนนตั้งแต่ 0-3 คะแนนรวม 0-27 คะแนน การแปลคะแนนแบ่งออกเป็น 5 ระดับ ได้แก่ คะแนน 0-4 หมายถึง ไม่มีอาการซึมเศร้าหรือน้อยมาก คะแนน 5-9 หมายถึง มีอาการซึมเศร้าระดับเล็กน้อย คะแนน 10-14 หมายถึง มีอาการซึมเศร้าระดับปานกลาง คะแนน 15-19 หมายถึง มีอาการซึมเศร้าระดับปานกลางค่อนข้างรุนแรง คะแนน 20-27 หมายถึง มีอาการซึมเศร้าระดับรุนแรง¹⁶ ในงานวิจัยครั้งนี้มีการทดสอบในกลุ่มตัวอย่างจำนวน 150 คนของการศึกษาครั้งนี้ ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ .90

3) แบบสอบถามการรับรู้ความเครียด (Perceived Stress Scale, PSS-10) พัฒนาโดย Cohen, Kamarck และ Mermelstein¹⁸ แปลย้อนกลับเป็นภาษาไทยโดย ณพทัย วงศ์ปาริณย์ และทินกร วงศ์ปาริณย์¹⁹ มีข้อคำถาม 10 ข้อ ใช้ประเมินความเครียดจากความรู้สึกและความคิดเห็นช่วง 1 เดือนที่ผ่านมาต่อเหตุการณ์วิกฤตในชีวิต เป็นข้อคำถามที่มีความหมายทางบวกจำนวน 4 ข้อ ได้แก่ ข้อ 4, 5, 7 และ 8 และข้อคำถามที่มีความหมายทางลบจำนวน 6 ข้อ ได้แก่ ข้อ 1, 2, 3, 6, 9 และ 10 ลักษณะคำตอบเป็นมาตรประมาณค่า 5 ระดับ คะแนนตั้งแต่ 0-4 คะแนนรวม 0-40 คะแนน การแปลคะแนนแบ่งออกเป็น 3 ระดับ ได้แก่ คะแนน 10-20 หมายถึง

มีความเครียดระดับต่ำ คะแนน 21-31 หมายถึง มีความเครียดระดับปานกลาง คะแนน 32-40 หมายถึง มีความเครียดระดับสูง จากการทดสอบในกลุ่มตัวอย่างจำนวน 150 คน ของการศึกษาค้างนี้ มีค่าความเชื่อมั่นสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ .87

4) แบบสอบถามความรู้สึกเป็นส่วนหนึ่งของกลุ่มหรือสังคม (Sense of Belonging Instrument-Psychological State, SOBI-P) พัฒนาโดย Hagerty และ Patusk¹⁰ แปลย้อนกลับเป็นภาษาไทยโดย โสภณ แสงอ่อน²⁰ มีข้อคำถาม 16 ข้อ ใช้ประเมินประสบการณ์ความรู้สึกว่าตนเองเป็นส่วนหนึ่งของกลุ่มหรือสังคม ซึ่งเป็นข้อคำถามที่มีความหมายทางลบ 15 ข้อ ได้แก่ ข้อ 1, 2, 3, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16 และข้อคำถามที่มีความหมายทางบวก 1 ข้อ ได้แก่ ข้อ 4 ลักษณะคำตอบเป็นมาตรประมาณค่า 4 ระดับ คะแนนตั้งแต่ 1-4 คะแนนรวม 16-64 คะแนน คะแนนรวมที่สูง หมายถึง การมีความรู้สึกเป็นส่วนหนึ่งของกลุ่มหรือสังคมสูง และคะแนนรวมที่ต่ำ หมายถึง การมีความรู้สึกเป็นส่วนหนึ่งของกลุ่มหรือสังคมต่ำ จากการทดสอบในกลุ่มตัวอย่างจำนวน 150 คนของการศึกษาค้างนี้ มีค่าความเชื่อมั่นสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ .92

5) แบบสอบถามการมีสติ (Philadelphia Mindfulness Scale, PHLMS) พัฒนาโดย Cardaciotto และคณะ²¹ แปลย้อนกลับเป็นภาษาไทยโดย ชัชวาลย์ ศิลปกิจ, อรวรรณ ศิลปกิจ และภัทราพร วิสาจันทร์²² มีข้อคำถาม 20 ข้อเป็นข้อคำถามที่มีความหมายถึงการตระหนักรู้ คือ การรับรู้ประสบการณ์ปัจจุบันที่ปรากฏทางประสาทสัมผัสหรือทางใจ 10 ข้อ ได้แก่ ข้อ 1, 3, 5, 7, 9, 11, 13, 15, 17, 19 และข้อคำถามที่มีความหมายถึงการยอมรับ คือ การรับรู้โดยไม่ตัดสิน ไม่ปฏิเสธ ไม่ว่าจะมีประสบการณ์อะไรมาก่อน 10 ข้อ ได้แก่ ข้อ 2, 4, 6, 8, 10, 12, 14, 16, 18, 20 ลักษณะคำตอบเป็นมาตรประมาณค่า 5 ระดับ คะแนนตั้งแต่ 1-5 คะแนนรวม 20-100 คะแนน

คะแนนรวมที่สูง หมายถึง การมีสติสูง และคะแนนรวมที่น้อย หมายถึง การมีสติน้อย จากการทดสอบในกลุ่มตัวอย่างจำนวน 150 คนของการศึกษาค้างนี้ มีค่าความเชื่อมั่นสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ .81

6) แบบสอบถามกลยุทธ์ในการรับมือกับความเครียดแบบสั้น (Brief COPE inventory Thai version) พัฒนาโดย Carver²³ แปลย้อนกลับเป็นภาษาไทยโดย ธนนันต์ นุ่มแสง และธิดาตันตระกูลโรจน์²⁴ มีข้อคำถาม 28 ข้อ เป็นแบบประเมินเกี่ยวกับวิธีการรับมือกับความเครียดในชีวิตที่เคยเผชิญมา ซึ่งแบ่งออกเป็น 14 รูปแบบกลยุทธ์ในการรับมือกับความเครียดตามการศึกษาของ Foster¹³ แบ่งออกเป็น 2 มิติ ได้แก่ 1) adaptive coping เป็นการเผชิญกับปัญหาแบบการปรับตัวเหมาะสม ได้แก่ การรับมือกับความเครียดเชิงรุก (active coping), การวางแผน (planning), การแสวงหาความช่วยเหลือ (using instrumental support), การปรับมุมมองเชิงบวก (positive reframing), การยอมรับ (acceptance), การใช้อารมณ์ขัน (humor), การใช้หลักศาสนา (religion), การแสวงหาการสนับสนุนทางอารมณ์ (using emotional support), การเบี่ยงเบนความสนใจ (self-distraction), การระบายความรู้สึก (venting) และ 2) maladaptive coping เป็นการเผชิญกับปัญหาแบบการปรับตัวไม่เหมาะสม ได้แก่ การใช้สารเสพติด (substance use), การเลิกลงมือจัดการกับปัญหา (behavioral disengagement), การตำหนิตนเอง (self-blame) และการปฏิเสธปัญหา (denial)

คะแนนรวมของการเผชิญปัญหาที่สูง หมายถึง การนำวิธีการเผชิญปัญหานั้นมาใช้มาก และคะแนนรวมการเผชิญปัญหาที่ต่ำ หมายถึง การนำวิธีการเผชิญปัญหานั้นมาใช้น้อย จากการทดสอบในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าจำนวน 150 คน ของการศึกษาค้างนี้ พบว่า ความเชื่อมั่นสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคของแบบสอบถามทั้งฉบับเท่ากับ .80 ของด้าน adaptive coping เท่ากับ .87 และของ maladaptive coping เท่ากับ .75

7) แบบสอบถามสุขภาวะทางจิตใจ (Psychological Well-Being Scale Thai version) พัฒนาโดย Ryff และ Keyes⁶ แปรย้อนกลับเป็นภาษาไทยโดย ปิยาณี คล้ายนิล-โยบาส และคณะ²⁵ ใช้ประเมินสุขภาวะทางจิตใจ 6 มิติ คือ ความเป็นตัวของตัวเอง (autonomy) การยอมรับตนเอง (self-acceptance) การมีสัมพันธภาพที่ดีกับผู้อื่น (positive relations with others) การมีเป้าหมายในชีวิต (purpose in life) ความสามารถในการจัดการสภาพแวดล้อม (environment mastery) และการมีความงอกงามในตนเอง (personal growth) มีข้อคำถาม 18 ข้อ เป็นข้อคำถามที่มีความหมายทางบวก 11 ข้อ ได้แก่ ข้อ 2, 3, 6, 7, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 17 และข้อคำถามที่มีความหมายทางลบ 7 ข้อ ได้แก่ 1, 4, 5, 8, 15, 16, 18 ลักษณะคำตอบเป็นมาตราประมาณค่า 6 ระดับ คะแนนตั้งแต่ 1-6 คะแนนรวม 18-108 คะแนน คะแนนรวมที่สูง หมายถึง การมีสุขภาวะทางจิตใจที่ดี และคะแนนรวมที่ต่ำ หมายถึง การมีสุขภาวะทางจิตใจที่ไม่ดี จากการทดสอบในกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคซึมเศร้าจำนวน 150 คนของการศึกษาครั้งนี้ มีค่าความเชื่อมั่นสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ .86

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

โครงการวิจัยนี้ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล (COA No.IRB-NS2024/839.0403) และคณะกรรมการพิจารณาโครงการวิจัย กรมแพทยทหารบก (Q011q/67) และได้รับการอนุมัติในการเก็บข้อมูลจากผู้อำนวยการโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้าก่อนการเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยดำเนินการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างเข้าร่วมการวิจัยตามเกณฑ์มาตรฐานที่กำหนดโดยคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน มีอิสระที่จะตอบรับหรือปฏิเสธในการเข้าร่วมการวิจัยในครั้งนี้ คำตอบที่ได้จากแบบสอบถามทั้งหมดถูกเก็บเป็นความลับและมีการนำเสนอข้อมูลในภาพรวมเท่านั้น

วิธีเก็บรวบรวมข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยเป็นผู้เก็บข้อมูลด้วยตนเองที่ห้องตรวจผู้ป่วยนอกโรคจิตเวชและยาเสพติด โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า ตั้งแต่เดือน มิถุนายน ถึง กันยายน พ.ศ. 2567 หลังจากได้รับอนุญาตจากผู้อำนวยการโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้าในการเก็บข้อมูล ผู้วิจัยติดต่อประสานงานกับเจ้าหน้าที่พยาบาลประจำห้องตรวจผู้ป่วยนอกโรคจิตเวชและยาเสพติด เพื่อขอความร่วมมือในการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์การคัดเลือกและให้ข้อมูลแก่กลุ่มตัวอย่างเรื่องโครงการวิจัย เมื่อกลุ่มตัวอย่างมีความสนใจเข้าร่วมการวิจัย ผู้วิจัยให้ข้อมูลโครงการวิจัย ได้แก่ วัตถุประสงค์ รายละเอียดของการเก็บข้อมูลการวิจัย การรักษาความลับการพิทักษ์สิทธิแก่กลุ่มตัวอย่าง และเปิดโอกาสให้ซักถามข้อสงสัยหากกลุ่มตัวอย่างยินดีเข้าร่วมการวิจัย ผู้วิจัยประเมินอาการทางจิตโดยใช้แบบประเมินอาการทางจิต (Brief Psychiatric Rating Scale, BPRS) ก่อนลงนามยินยอมในการเข้าร่วมการวิจัย หลังจากนั้นผู้วิจัยสัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่างโดยใช้แบบสอบถามจำนวน 7 ชุด มีข้อคำถามทั้งหมด 114 ข้อ ใช้เวลาในการตอบแบบสอบถามประมาณ 40-60 นาที ผู้วิจัยเริ่มต้นสัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่างตามลำดับดังนี้ แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลและแบบประเมินภาวะซึมเศร้า ภายหลังประเมินภาวะซึมเศร้า ผู้วิจัยประเมินความพร้อมของกลุ่มตัวอย่างในการตอบแบบสอบถามต่อไป และหากกลุ่มตัวอย่างมีความพร้อมจึงเริ่มสัมภาษณ์ตามแบบสอบถามการรับรู้ความเครียดแบบสอบถามความรู้สึกเป็นส่วนหนึ่งของกลุ่มหรือสังคมแบบสอบถามการมีสติ และให้กลุ่มตัวอย่างพัก 5 ถึง 15 นาที จึงค่อยเริ่มต้นตอบในแบบสอบถามกลยุทธ์ในการรับมือกับความเครียดแบบสั้น และแบบสอบถามสุขภาวะทางจิตใจ ผู้วิจัยดำเนินการเก็บข้อมูลในห้องที่มีสภาพแวดล้อมเงียบสงบ ภายหลังการเก็บข้อมูลครบตามจำนวนนำข้อมูลที่ได้ไปวิเคราะห์โดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป

ผลการวิจัย

1. ลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

ผู้ป่วยโรคซึมเศร้ามีอายุเฉลี่ย 38 ปี (SD = 11.12) ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 60.7) สถานภาพโสด (ร้อยละ 56) ไม่มีโรคประจำตัว (ร้อยละ 53.3) จบการศึกษาระดับชั้นปริญญาตรี (ร้อยละ 44) ประกอบอาชีพรับราชการ (ร้อยละ 51.3) ใช้สิทธิการรักษาพยาบาลด้วยสิทธิกรมบัญชีกลาง (ร้อยละ 54) มีรายได้เฉลี่ยของครอบครัวอยู่ระหว่าง 10,000-30,000 บาทต่อเดือน (ร้อยละ 37.3)

ผู้ป่วยโรคซึมเศร้ามีระยะเวลาการป่วยอยู่ในช่วง 0-5 ปี (ร้อยละ 66.7) ($\bar{X}$ = 4.76 ปี, SD = 4.58) รับประทานยาต้านอาการซึมเศร้าสม่ำเสมอ (ร้อยละ 72.7) ในช่วงระยะเวลา 6 เดือน รักษาด้วยการรับประทานยาอย่างเดียว ไม่มีการรักษาโรคซึมเศร้าด้วยวิธีอื่นร่วมด้วย (ร้อยละ 95.3) มีการนัดติดตามอาการมากกว่า 1 เดือน (ร้อยละ 55.3) ไม่มีค่าใช้จ่ายในการรักษา

โรคซึมเศร้าต่อครั้ง (ร้อยละ 68.7) และไม่มีแหล่งสนับสนุนเมื่อมีความรู้สึกไม่สบายใจ (ร้อยละ 42.7)

2. ลักษณะทั่วไปของตัวแปรที่ศึกษา

ผู้ป่วยโรคซึมเศร้ามีคะแนนเฉลี่ยอาการซึมเศร้า 13.43 (SD = 6.87) ส่วนใหญ่มีความรุนแรงของอาการซึมเศร้า อยู่ในระดับปานกลางค่อนข้างรุนแรง (สอดคล้องตามตารางที่ 1) มีคะแนนเฉลี่ยของการรับรู้ความเครียดเท่ากับ 22.06 (SD = 7.67) ส่วนใหญ่มีระดับความเครียดอยู่ในระดับปานกลาง (ร้อยละ 53.3) มีคะแนนเฉลี่ยความรู้สึกเป็นส่วนหนึ่งของกลุ่มหรือสังคมเท่ากับ 41.21 (SD = 9.00) การมีสติเท่ากับ 74.81 (SD = 10.34) การเผชิญปัญหาแบบปรับตัวเหมาะสมเท่ากับ 58.37 (SD = 10.42) การเผชิญปัญหาแบบปรับตัวไม่เหมาะสมเท่ากับ 16.91 (SD = 4.82) และสุขภาวะทางจิตใจ 70.08 (SD = 13.40) ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ช่วงคะแนนต่ำสุดและสูงสุด ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของอาการซึมเศร้า การรับรู้ความเครียด ความรู้สึกเป็นส่วนหนึ่งของกลุ่มหรือสังคม การมีสติ การเผชิญปัญหาแบบปรับตัวเหมาะสม การเผชิญปัญหาแบบปรับตัวไม่เหมาะสม และสุขภาวะทางจิตใจ

ตัวแปร	n (%)	ช่วงคะแนนจริง	Min-max	$\bar{X} \pm SD$
อาการซึมเศร้า	150 (100)	0-27	0-25	13.43 $\pm$ 6.87
- ไม่มีหรือมีน้อยมาก	22 (14.7)	0-4	0-4	2.27 $\pm$ 1.52
- เล็กน้อย	24 (15.9)	5-9	5-9	7.46 $\pm$ 1.19
- ปานกลาง	32 (21.3)	10-14	10-14	12.16 $\pm$ 1.40
- ปานกลางค่อนข้างรุนแรง	42 (28.1)	15-19	15-19	17.19 $\pm$ 1.63
- รุนแรง	30 (20)	20-27	20-25	22.47 $\pm$ 1.74
ความเครียด	150 (100)	0-40	0-37	22.06 $\pm$ 7.67
- ไม่มี	10 (6.7)	0-9	0-9	6.20 $\pm$ 2.74
- ระดับต่ำ	46 (30.6)	10-20	10-20	15.59 $\pm$ 3.28
- ระดับปานกลาง	80 (53.3)	21-31	21-31	25.68 $\pm$ 2.92
- ระดับสูง	14 (9.4)	32-40	32-37	34.00 $\pm$ 2.08
ความรู้สึกเป็นส่วนหนึ่งของกลุ่มหรือสังคม	150 (100)	16-64	22-63	41.21 $\pm$ 9.00
การมีสติ	150 (100)	20-100	38-96	74.81 $\pm$ 10.34
การเผชิญปัญหา	150 (100)	28-112	43-97	72.10 $\pm$ 10.30
- การเผชิญปัญหาแบบปรับตัวเหมาะสม	150 (100)	20-80	27-80	58.37 $\pm$ 10.42
- การเผชิญปัญหาแบบปรับตัวไม่เหมาะสม	150 (100)	8-32	8-32	16.91 $\pm$ 4.82
สุขภาวะทางจิตใจ	150 (100)	18-108	30-99	70.08 $\pm$ 13.40

3. ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรที่ศึกษา

ผลการวิเคราะห์แสดงความสัมพันธ์ระหว่างอาการซึมเศร้า การรับรู้ความเครียด และการเผชิญปัญหาที่ไม่เหมาะสม มีความสัมพันธ์ทางลบกับสุขภาวะทางจิตใจในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ($r = -.67, p < .01$) ($r = -.75, p < .01$) ($r = -.49, p < .01$) ตามลำดับ

ความรู้สึกเป็นส่วนหนึ่งของกลุ่มหรือสังคม การเผชิญปัญหาที่เหมาะสม มีความสัมพันธ์ทางบวกกับสุขภาวะทางจิตใจในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ($r = .69, p < .01$) ($r = .55, p < .01$) และการมีสติมีความสัมพันธ์กับสุขภาวะทางจิตใจในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r = .11, p > .05$) ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างอาการซึมเศร้า การรับรู้ความเครียด ความรู้สึกเป็นส่วนหนึ่งของกลุ่มหรือสังคม การมีสติ การเผชิญปัญหาแบบปรับตัวเหมาะสม การเผชิญปัญหาแบบปรับตัวไม่เหมาะสม และสุขภาวะทางจิตใจในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า

ตัวแปร	1	2	3	4	5	6	7
1. อาการซึมเศร้า	1						
2. การรับรู้ความเครียด	.81**	1					
3. ความรู้สึกเป็นส่วนหนึ่งของกลุ่มหรือสังคม	-.61**	-.58**	1				
4. การมีสติ	.08	.10	-.04	1			
5. การเผชิญปัญหาแบบปรับตัวเหมาะสม	-.40**	-.43**	.32**	.41**	1		
6. การเผชิญปัญหาแบบปรับตัวไม่เหมาะสม	.47**	.46**	-.44**	.08	-.16*	1	
7. สุขภาวะทางจิตใจ	-.67**	-.75**	.69**	.11	.55**	-.49**	1

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

การอภิปรายผล

ผลการศึกษาครั้งนี้ พบว่า อาการซึมเศร้ามีความสัมพันธ์ทางลบกับสุขภาวะทางจิตใจในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -.67, p < .01$) ซึ่งเป็นไปตามสมมุติฐานที่ตั้งไว้ และสอดคล้องกับแนวคิดทฤษฎีความเครียดและการเผชิญความเครียด (Stress and Coping Theory) ของ Lazarus และ Folkman⁶ กล่าวคือ เมื่อผู้ป่วยโรคซึมเศร้าต้องเผชิญสถานการณ์ จะมีการประเมินสถานการณ์ที่เกิดขึ้นว่าก่อให้เกิดความเครียดหรือไม่ ซึ่งลักษณะส่วนบุคคลมีความเกี่ยวข้องกับการประเมินสถานการณ์ความเครียด โดยหากผู้ป่วยโรคซึมเศร้ามีระดับของโรคซึมเศร้าสูงจะทำให้การรับรู้ต่อตนเองและสิ่งแวดล้อมในเชิงลบ และประเมินสถานการณ์ที่เกิดขึ้นว่าก่อให้เกิดความเครียดง่ายมากกว่าคนปกติ และเมื่อต้องเผชิญกับปัญหาที่ไม่สามารถเผชิญได้ อย่างมีประสิทธิภาพ นำมาซึ่งผลลัพธ์ของการเผชิญปัญหาที่ไม่ดี หรือการมีสุขภาวะทางจิตใจที่ไม่ดี สอดคล้องกับงานวิจัย

ของ Weijers และคณะ⁵ ที่พบว่าระดับของอาการซึมเศร้า มีความสัมพันธ์ทางลบกับสุขภาวะทางจิตใจ⁵

การรับรู้ความเครียดมีความสัมพันธ์ทางลบกับสุขภาวะทางจิตใจในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -.75, p < .01$) ซึ่งเป็นไปตามสมมุติฐานที่ตั้งไว้ เมื่อผู้ป่วยโรคซึมเศร้ามีการประเมินสถานการณ์ที่เกิดขึ้นว่ามีผลเสียต่อสวัสดิภาพของตนเอง หรือรับรู้ว่าคุณเองอยู่ในสถานการณ์ความเครียด ผู้ป่วยจะพยายามในการจัดการกับความเครียดที่เกิดขึ้น และนำมาซึ่งผลลัพธ์ในการปรับตัว⁸ ซึ่งการที่ผู้ป่วยโรคซึมเศร้ามากถึงร้อยละ 42.7 ไม่มีแหล่งสนับสนุนทางอารมณ์ เป็นปัจจัยที่มีบทบาทสำคัญในการเพิ่มระดับความเครียด เนื่องจากการขาดการสนับสนุนทางอารมณ์อาจส่งผลให้ผู้ป่วยโรคซึมเศร้ารู้สึกโดดเดี่ยว ไม่สามารถระบายความเครียดหรือขอคำปรึกษาได้อย่างเหมาะสม เมื่อผู้ป่วยโรคซึมเศร้าเจอกับปัญหาจะประเมินสถานการณ์ว่าก่อให้เกิดความเครียดหรือไม่

และหากไม่มีแหล่งสนับสนุนทางอารมณ์ ย่อมประเมินเหตุการณ์ว่าเกินความสามารถของตนเองจะรับมือ และทำให้เกิดความเครียดในระดับที่สูง⁸ โดยผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มีการรับรู้ความเครียดในระดับสูง จะทำให้ประสิทธิภาพในการรักษาด้วยยาต้านเศร้าลดลง²⁶ ความสามารถในการเผชิญปัญหาลดลง และนำไปสู่ผลลัพธ์ในการปรับตัวหรือสภาวะทางจิตใจที่แย่ลงตามไปด้วย สอดคล้องกับการศึกษาของ Kuhn และคณะ²⁷ พบว่า การรับรู้ความเครียดที่สูงทำให้การดำเนินโรคซึมเศร้าแย่ลง ส่งผลให้มีสภาวะทางจิตใจลดลง²⁷

ความรู้สึกเป็นส่วนหนึ่งของกลุ่มหรือสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับสภาวะทางจิตใจในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .69, p < .01$) ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานที่ตั้งไว้ โดยเมื่อผู้ป่วยโรคซึมเศร้ามีการรับรู้ว่าคุณเองอยู่ในสถานการณ์ที่ก่อให้เกิดความเครียดจะมีการแสวงหาแหล่งประโยชน์ภายในตนเอง⁸ ซึ่งในที่นี้คือการรับรู้ความรู้สึกเป็นส่วนของกลุ่มและสังคม โดยการที่ผู้ป่วยโรคซึมเศร้ารับรู้ถึงการมีตัวตนและเป็นส่วนหนึ่งของกลุ่มหรือสังคมที่ตนอาศัยอยู่หรือได้รับการยอมรับเป็นพวกพ้อง ย่อมทำให้เกิดความรู้สึกผูกพันกันในกลุ่มเป็นการเชื่อมโยงระหว่างบุคคลหนึ่งสู่บุคคล สถานที่ และสิ่งอื่น ๆ และการมีความสัมพันธ์ที่ดีของมนุษย์ในการช่วยเหลือซึ่งกันและกัน รับรู้ว่าคุณเองไม่ได้เผชิญกับปัญหาเพียงลำพัง ส่งผลให้บุคคลรู้สึกปลอดภัย เกิดพลังบวกในการเผชิญปัญหาและสามารถตั้งศักยภาพหรือกลยุทธ์ในการเผชิญปัญหาของตนเองมาใช้ในการจัดการกับสถานการณ์ความเครียดที่เกิดขึ้นได้อย่างมีประสิทธิภาพ และนำมาซึ่งผลลัพธ์ที่ดี คือ การมีสภาวะทางจิตใจที่ดี สอดคล้องกับการศึกษาของ Fisher และคณะ²⁸ พบว่า ความรู้สึกเป็นส่วนหนึ่งของกลุ่มหรือสังคมมีความสัมพันธ์ในการลดความรุนแรงของอาการซึมเศร้า²⁸ โดยเมื่อความรุนแรงหรืออาการซึมเศร้าลดลง ย่อมเป็นการบ่งบอกถึงการมีสภาวะทางจิตใจที่ดี⁵

การเผชิญปัญหาแบบปรับตัวเหมาะสมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับสภาวะทางจิตใจในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .55, p < .01$) ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานที่ตั้งไว้ และเมื่อพิจารณาเป็นรายด้านพบว่า การรับมือกับความเครียดเชิงรุก ($r = .48, p < .01$) การวางแผน ($r = .28, p < .01$) การแสวงหาความช่วยเหลือ ($r = .27, p < .01$) การยอมรับ ($r = .46, p < .01$) การเบี่ยงเบนความสนใจ ($r = .17, p < .05$) การปรับมุมมองเชิงบวก ($r = .42, p < .01$) การแสวงหาการสนับสนุนทางอารมณ์ ($r = .51, p < .01$) การใช้หลักศาสนา ($r = .29, p < .01$) และการใช้อารมณ์ขัน ($r = .35, p < .01$) มีความสัมพันธ์ทางบวกกับสภาวะทางจิตใจในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ จากกรอบแนวคิดทฤษฎีความเครียดและการเผชิญความเครียดของ Lazarus และ Folkman⁸ และ Foster¹³ สามารถอธิบายได้ว่า การที่บุคคลพยายามจัดการกับปัญหาโดยใช้กลยุทธ์ในการเผชิญปัญหาแบบมุ่งแก้ปัญหา โดยการหาสาเหตุและเข้าไปจัดการหรือแก้ไขปัญหานั้นให้หมดไป หรือผ่านไปได้ด้วยดี แต่บางครั้งปัญหาหรือสถานการณ์ความเครียดที่เกิดขึ้นไม่สามารถแก้ไขได้ทันที จึงต้องมีกลวิธีในการผ่อนคลายความเครียดเพื่อรอเวลาที่เหมาะสมในการแก้ไขปัญหาลีกครั้ง กล่าวคือผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มีการเลือกใช้กลยุทธ์ในการเผชิญปัญหาแบบเหมาะสม ทั้งการมุ่งแก้ปัญหาและการมุ่งจัดการอารมณ์ เพื่อให้ตนเองรู้สึกผ่อนคลายขึ้น แสดงถึงความสามารถในการควบคุมสมดุลภายในจิตใจให้อยู่ในสภาวะปกติ และเป็นสิ่งที่บ่งชี้ถึงการมีสภาวะทางจิตใจที่ดี สอดคล้องกับการศึกษาของ Bradson และ Strober²⁹ พบว่า การเผชิญปัญหาแบบปรับตัวเหมาะสมมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับสภาวะทางจิตใจในผู้ป่วยโรคเส้นประสาทเสื่อมซึ่งจัดเป็นโรคเรื้อรังเช่นเดียวกับโรคซึมเศร้า

การเผชิญปัญหาแบบปรับตัวไม่เหมาะสมมีความสัมพันธ์ทางลบกับสภาวะทางจิตใจในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญ

ทางสถิติ ($r = -.49, p < .01$) ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานที่ตั้งไว้ เมื่อพิจารณาเป็นรายด้านพบว่า การตำหนิตนเอง ($r = -.43, p < .01$) การเลิกลงมือจัดการกับปัญหา ($r = -.43, p < .01$) และการใช้สารเสพติด ($r = -.30, p < .01$) มีความสัมพันธ์ทางลบกับสุขภาวะทางจิตใจในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยคนที่ผู้ป่วยพยายามจัดการกับปัญหาโดยใช้กลยุทธ์ในการเผชิญปัญหาแบบการตำหนิตนเอง การเลิกลงมือจัดการกับปัญหา และการใช้สารเสพติด จะทำให้มีความรู้สึกผ่อนคลายเพียงชั่วคราว ซึ่งการเผชิญปัญหาแบบปรับตัวไม่เหมาะสมนี้ ทำให้ปัญหาไม่ได้รับแก้ไขหรือบรรเทาและสามารถส่งผลกระทบต่อร่างกายและจิตใจ เช่น การใช้สารเสพติด ซึ่งการใช้สารเสพติดทำให้ร่างกายแย่ลง โดยการที่สภาวะร่างกายที่ไม่สมบูรณ์ย่อมทำให้สภาวะทางจิตใจไม่สมบูรณ์ตามไปด้วยหรือคือการมีสุขภาวะทางจิตใจแย่ลง

การมีสติไม่มีความสัมพันธ์กับสุขภาวะทางจิตใจในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ($r = .11, p > .05$) ซึ่งไม่เป็นไปตามสมมติฐานที่ตั้งไว้ การมีสติถือเป็นแหล่งประโยชน์ภายในตัวบุคคลอีกอย่างหนึ่งที่จะทำให้บุคคลเกิดการตระหนักรู้ในตนเอง ทั้งความคิด อารมณ์ และพฤติกรรม ส่งผลให้บุคคลนั้นสามารถควบคุมตนเองให้เตรียมรับมือกับปัญหาหรือสถานการณ์ไม่พึงประสงค์ที่กำลังจะเกิดขึ้นได้ และนำมาซึ่งผลลัพธ์ของการเผชิญปัญหาที่เหมาะสมหรือการมีสุขภาวะทางจิตใจที่ดี แต่ในการศึกษาครั้งนี้ พบว่า การมีสติไม่มีความสัมพันธ์กับสุขภาวะทางจิตใจโดยตรง แต่อาจส่งผลต่อสุขภาวะทางจิตใจโดยอ้อม อาจเป็นไปได้ว่าการมีสติทำหน้าที่เป็นตัวแปรส่งผ่านที่มีอิทธิพลในการลดความเครียดและอาการซึมเศร้า รวมถึงช่วยเพิ่มประสิทธิภาพในการเลือกวิธีการเผชิญปัญหาที่เหมาะสม กับสถานการณ์ความเครียดนั้น และนำมาซึ่งการมีสุขภาวะทางจิตใจที่ดี สอดคล้องกับงานวิจัยของ Huynh³⁰ พบว่า การมีสติเป็นตัวแปรส่งผ่านที่จะส่งผลให้อาการซึมเศร้าลดลง และสุขภาวะทางจิตใจเพิ่มขึ้น โดยการ

มีสติจะช่วยควบคุมความเครียดหรือความทุกข์ภายในจิตใจให้ลดลงจนนำไปสู่สุขภาวะทางจิตใจที่ดีขึ้น³⁰

ในการศึกษานี้ผลการศึกษา พบว่า อาการซึมเศร้า การรับรู้ความเครียด และการเผชิญปัญหาแบบปรับตัวไม่เหมาะสม มีความสัมพันธ์กับสุขภาวะทางจิตใจในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าในเชิงลบ และความรู้สึกเป็นส่วนหนึ่งของกลุ่มหรือสังคม การเผชิญปัญหาแบบปรับตัวเหมาะสม มีความสัมพันธ์กับสุขภาวะทางจิตใจในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าในเชิงบวก ซึ่งมีความสอดคล้องกับผลการวิจัยที่ผ่านมาซึ่งเป็นการศึกษาในบริบทต่างประเทศ^{5,27-29} หากแต่การมีสติไม่มีความสัมพันธ์กับสุขภาวะทางจิตใจในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ซึ่งผลการศึกษานี้มีความแตกต่างจากงานวิจัยที่ผ่านมา โดยสามารถอธิบายได้ดังนี้ บทบาทของการมีสติในการศึกษานี้ อาจทำหน้าที่เป็นตัวแปรส่งผ่านมากกว่าตัวแปรอิสระโดยตรง กล่าวคือ การมีสติอาจไม่ได้ส่งผลโดยตรงต่อสุขภาวะทางจิตใจ แต่ส่งผ่านกลไกหรือตัวแปรอื่น เช่น การควบคุมอารมณ์ การยอมรับ รูปแบบการเผชิญปัญหาในเชิงบวก ซึ่งตัวแปรเหล่านี้ไม่ได้ทำการศึกษาในครั้งนี้ และนอกจากนี้ผลการศึกษาดังกล่าวการมีสติ มีความแตกต่างจากการศึกษาของ ไพรัตน์ ชมภูบุตร และคณะ³¹ ที่ทดสอบโปรแกรมการจัดการตนเองด้วยการเจริญสติตระหนักรู้ความคิด (mindfulness-based cognitive therapy) เพื่อป้องกันการกลับเป็นซ้ำของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าในบริบทประเทศไทย และผลการวิจัย พบว่า โปรแกรมการจัดการตนเองด้วยการเจริญสติตระหนักรู้ความคิดสามารถช่วยป้องกันการกลับมารักษาแบบผู้ป่วยในได้ และมีผลทำให้อาการโรคซึมเศร้าลดลง³¹ แสดงให้เห็นว่าการมีสติที่เกิดจากการถูกฝึกฝนอย่างเป็นระบบ ช่วยส่งเสริมสุขภาวะทางจิตใจได้อย่างชัดเจน อย่างไรก็ตามในการศึกษานี้กลุ่มตัวอย่างไม่ได้รับการฝึกการมีสติอย่างเป็นระบบ อาจเข้าใจและปฏิบัติการมีสติไม่ชัดเจนหรือเป็นรูปธรรม ซึ่งอาจเป็นเหตุผลที่ไม่พบความสัมพันธ์ระหว่างการมีสติกับสุขภาวะทางจิตใจก็เป็นได้

สรุปและข้อเสนอแนะ

ในการศึกษาครั้งนี้ พบอาการซึมเศร้า การรับรู้ความเครียด และการเผชิญปัญหาแบบปรับตัวไม่เหมาะสม มีความสัมพันธ์กับสุขภาวะทางจิตใจในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าในเชิงลบ และความรู้สึกเป็นส่วนหนึ่งของกลุ่มหรือสังคม การเผชิญปัญหาแบบปรับตัวเหมาะสมมีความสัมพันธ์กับสุขภาวะทางจิตใจในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าในเชิงบวก ดังนั้นพยาบาลควรมีการจัดกิจกรรมการจัดการความเครียด และอาการซึมเศร้า การส่งเสริมทักษะการเผชิญปัญหา การส่งเสริมการรับรู้ถึงความรู้สึกเป็นส่วนหนึ่งของกลุ่มหรือสังคม เพื่อเพิ่มสุขภาวะทางจิตใจผู้ป่วยโรคซึมเศร้าให้ดียิ่งขึ้น ในด้านการวิจัยควรมีการศึกษาปัจจัยทำนายสุขภาวะทางจิตใจในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า เพื่อพัฒนาโปรแกรมในการวางแผนดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้าให้มีสุขภาวะทางจิตใจที่ดีขึ้นต่อไป นอกจากนี้ควรมีการศึกษาวิจัยเพิ่มเติมเพื่อขยายองค์ความรู้ โดยเฉพาะการศึกษาปัจจัยทำนายสุขภาวะทางจิตใจในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าเพื่อเป็นแนวทางในการวางแผนการดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้าอย่างเหมาะสมต่อไป

ข้อจำกัดของการศึกษา การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่เข้ารับการรักษา ณ แผนกผู้ป่วยนอก จากโรงพยาบาลตติยภูมิเพียงแห่งเดียว ซึ่งอาจส่งผลกระทบต่อความสามารถในการอ้างอิงไปสู่กลุ่มประชากรอื่น การศึกษาในครั้งต่อไปจึงควรขยายกลุ่มตัวอย่างไปสู่สถานบริการสุขภาพในระดับต่างๆ ต่อไป

References

1. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorder. 5th ed. Washington, DC: American Psychiatric Association. 2013. 188 p.
2. World Health Organization. Depressive disorder (depression). Geneva, WHO; 2023 [cited 2025 Feb 12]. Available from: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/depression>.
3. Department of Mental Health, Ministry of Public Health. Report on statistics of depression in Thai society: the silent emotional danger of modern people. Nonthaburi: Department of Mental Health; 2022 [cited 2023 Jun 9]. Available from: <https://dmh.go.th/news-dmh/view.asp?id=31459>. (in Thai).
4. Strategy and Planning Division, Ministry of Public Health. Suicide rate report by year 2023. Nonthaburi: Strategy and Planning Division; 2023 [cited 2024 May 16]. Available from: <https://suicide.dmh.go.th/news/view.asp?id=92>. (in Thai).
5. Weijers A, Rasing S, Creemers D, Vermulst A, Schellekens AFA, Westerhof GJ. Deconstructing recovery: a prospective study on well-being, symptom severity and acceptance in patients with major depressive disorders. J Affect Disord. 2022;296:653-9. doi: 10.1016/j.jad.2021.09.048.
6. Ryff CD, Keyes CLM. The structure of psychological well-being revisited. J Pers Soc Psychol. 1995; 69(4):719-27. doi: 10.1037//0022-3514.69.4.719.
7. Toth C, Johnson MLK, Heinzerling A, Trapp N. Response to TMS treatment for depression associated with higher levels of psychological well-being. J Psychiatr Res. 2022;150:142-6. doi: 10.1016/j.jpsychires.2022.03.030.

8. Lazarus RS, Folkman S. Stress, appraisal, and coping. New York: Springer; 1984. 437 p.
9. Xiong N, Liu Q, Lv X, Leonhart R, Tian H, Wei J, et al. Demographic and psychosocial variables could predict the occurrence of major depressive disorder, but not the severity of depression in patients with first-episode major depressive disorder in China. *J Affect Disord.* 2020;274:103-11. doi: 10.1016/j.jad.2020.05.065.
10. Hagerty B, Patusky K. Developing a measure of sense of belonging. *Nurs Res.* 1995;44(1):9-13.
11. Treichler EBH, Lucksted AA. The role of sense of belonging in self-stigma among people with serious mental illnesses. *Psychiatr Rehabil J.* 2018;41(2):149-152. doi: 10.1037/prj0000281.
12. Iani L, Quinto RM, Lauriola M, Crosta ML, Pozzi G. Psychological well-being and distress in patients with generalized anxiety disorder: the roles of positive and negative functioning. *PLoS One.* 2019; 14(11):e0225646. doi: 10.1371/journal.pone.0225646.
13. Foster A. Traumatic life events and symptoms of anxiety: moderating effects of adaptive versus maladaptive coping strategies [master' thesis]. Johnson City, TN: East Tennessee State University; 2014. 108 p.
14. Brown KW, Ryan RM. The benefits of being present: mindfulness and its role in psychological well-being. *J Pers Soc Psychol.* 2003;84(4):822-48. doi: 10.1037/0022-3514.84.4.822.
15. Rayan AHR. Mindfulness, quality of life, and severity of depressive symptoms among patients with schizophrenia and patients with major depressive disorder. *J Psychosoc Nurs Ment Health Serv.* 2017;55(5):40-50. doi: 10.3928/02793695-20170420-05.
16. Kroenke K, Spitzer RL, Williams JBW. The PHQ-9 validity of a brief depression severity measure. *J Gen Intern Med.* 2001;16(9):606-13. doi: 10.1046/j.1525-1497.2001.016009606.x.
17. Lotrakul M, Sumrithe S, Saipanish R. Reliability and validity of the Thai version of the PHQ-9. *BMC Psychiatry.* 2008;46(8):1-7. doi: 10.1186/1471-244X-8-46.
18. Cohen S, Kamarck T, Mermelstein R. A global measure of perceived stress. *J Health Soc Behav.* 1983;24(4):385-96.
19. Wongpakaran N, Wongpakaran T. The Thai version of the PSS-10: an investigation of its psychometric properties. *Biopsychosoc Med.* 2010;4:1-6. doi: 10.1186/1751-0759-4-6.
20. Sangon S. Predictors of depression in Thai women. *Res Theory Nurs Pract.* 2004;18(2-3):243-60. doi: 10.1891/rtnp.18.2.243.61276.
21. Cardaciotto L, Herbert JD, Forman EM, Moitra E, Farrow V. The assessment of present-moment awareness and acceptance: the Philadelphia Mindfulness Scale. *Assessment.* 2008;15(2):204-23. doi: 10.1177/1073191107311467.

22. Silpakit C, Silpakit O, Wisajun P. The validity of Philadelphia Mindfulness Scale Thai version. *Journal of Mental Health of Thailand*. 2011;19(3):140-7. (in Thai).
23. Carver 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. doi: 10.1207/s15327558ijbm0401_6.
24. Numsang T, Tantrarungroj T. Validity and reliability of the brief COPE inventory: Thai version. *Journal of the Psychiatric Association of Thailand*. 2018;63(2):189-98. (in Thai).
25. Klainin-Yobas P, Thanoi W, Vongsirimas N, Lau Y. Evaluating the English and Thai-versions of the psychological well-being scale across four samples. *Psychology*. 2020;11(1):71-86. doi: 10.4236/psych.2020.111006.
26. Barbon A, Magri C. RNA editing and modifications in mood disorders. *Genes (Basel)*. 2020;11(8):872. doi: 10.3390/genes11080872.
27. Kuhn M, Steinberger DC, Bendezu JJ, Ironside M, Kang MS, Null KE, et al. Psychobiological stress response profiles in current and remitted depression: a person centered, multisystem approach. *Biol Psychiatry Glob Open Sci*. 2024;5(1):100400. doi: 10.1016/j.bpsgos.2024.100400.
28. Fisher LB, Overholser JC, Ridley J, Braden A, Rosoff C. From the outside looking in: sense of belonging, depression, and suicide risk. *Psychiatry*. 2015;78(1):29-41. doi: 10.1080/00332747.2015.1015867.
29. Bradson ML, Strober LB. Coping and psychological well-being among persons with relapsing-remitting multiple sclerosis: the role of perceived self-efficacy. *Mult Scler Relat Disord*. 2024;84:105495. doi: 10.1016/j.msard.2024.105495.
30. Huynh TN. Understanding the roles of connection to nature, mindfulness, and distress on psychological well-being [dissertation]. Lincoln, NE: University of Nebraska; 2017. 96 p.
31. Choompubut P, Kenbubpha K, Sukhawaha S, Leejongpermpoon J, Saima-in 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. (in Thai).

Factors Predicting Adolescent Depression: The influence of Bullying, Parenting Styles, Social Support, Resilience and Mindfulness*

Prairaya Jiratheerarat, MNS¹, Nopporn Vongsirimas, RN, PhD¹, Wareerat Thanoi, RN, PhD¹,
Sirada Kesornsri, RN, PhD¹

Abstract

Purpose: To study the predictors of depressive symptoms in early adolescence.

Design: Predictive correlational research.

Methods: Through convenience sampling, 200 junior high school students were selected from government schools in Nakhon Phanom Province. The research instruments included demographic data questionnaires; the Revised Olweus Bully/Victim Questionnaire; Parental Bonding Instrument; Multidimensional Scale of Perceived Social Support; Connor-Davidson Resilience Scale; and Mindfulness Attention Awareness Scale. Descriptive statistics and multiple linear regression were employed to analyze the data.

Main findings: The findings revealed that 28 percent of the sample had depressive symptoms. Multiple linear regression analysis demonstrated that bullying (victim only: $\beta = .19$, $p < .001$; bully-victim: $\beta = .13$, $p < .05$), caring parenting style ($\beta = -.23$, $p < .001$), resilience ($\beta = -.18$, $p < .001$), and, mindfulness ($\beta = -.31$, $p < .001$) were statistically significant predictors of depression in early adolescents. All study variables could together account for 56% of the variance explained in the depressive symptoms in adolescent ($R^2 = .56$).

Conclusion and recommendations: The findings of this study highlight the significance of protective factors, including resilience and mindfulness, which play a crucial role in reducing the risk of depressive symptoms. The knowledge derived from this research can be applied to develop effective strategies for mental health prevention and promotion, especially in practical dimension. These strategies should focus on enhancing life skills, mindfulness training, bullying prevention in schools, and promoting positive parenting skills. These approaches serve as mechanism to mitigate and prevent depressive symptoms while promoting stable and sustainable mental well-being among adolescents in the long term.

Keywords: bullying, depression, parenting style, resilience, social support

Nursing Science Journal of Thailand. 2025;43(3):228-242.

Corresponding Author: Associate Professor Nopporn Vongsirimas, Faculty of Nursing, Mahidol University, Bangkok 10700, Thailand; e-mail: nopporn.von@mahidol.ac.th

* Master's thesis, Master of Nursing Science Program in Psychiatric and Mental Health Nursing, Faculty of Nursing, Mahidol University

¹ Faculty of Nursing, Mahidol University, Bangkok, Thailand

Received: 2 May 2025 / Revised: 3 June 2025 / Accepted: 6 June 2025

ปัจจัยทำนายภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่น: อิทธิพลของพฤติกรรมรังแก รูปแบบการเลี้ยงดู การสนับสนุนทางสังคม ความยืดหยุ่นทางจิตใจ และการมีสติ*

ไพบรญา จิระธีรารัตน์, พย.ม.¹ นพพร ว่องสิริมาศ, ประ.ด.¹ วาริรัตน์ ถาน้อย, ประ.ด.¹ ศิรดา เกษรศรี, ประ.ด.¹

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์: เพื่อศึกษาปัจจัยทำนายการเกิดภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่นตอนต้น

รูปแบบการวิจัย: การวิจัยความสัมพันธ์เชิงทำนาย

วิธีดำเนินการวิจัย: เลือกตัวอย่างแบบสะดวกจากนักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้นจากโรงเรียนรัฐบาลจังหวัดนครพนม จำนวน 200 ราย เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วย แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบประเมินพฤติกรรมรังแก แบบวัดความผูกพันบิดามารดา-บุตร แบบประเมินการรับรู้สนับสนุนทางสังคมแบบพหุมิติ แบบประเมินความแข็งแกร่งและยืดหยุ่นของชีวิต และแบบประเมินการมีสติ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนาและวิเคราะห์ปัจจัยทำนายโดยใช้สถิติถดถอยเชิงเส้นพหุคูณ

ผลการวิจัย: กลุ่มตัวอย่างมีภาวะซึมเศร้าคิดเป็นร้อยละ 28 และพบว่าพฤติกรรมรังแก (กลุ่มผู้ถูกรังแก: $\beta = .19, p < .001$ และกลุ่มที่เป็นทั้งผู้รังแกผู้อื่นกับถูกรังแก $\beta = .13, p < .05$) รูปแบบการเลี้ยงดูแบบดูแล ($\beta = -.23, p < .001$) ความแข็งแกร่งและยืดหยุ่นของชีวิต ($\beta = -.18, p < .001$) และการมีสติ ($\beta = -.31, p < .001$) สามารถทำนายภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่นตอนต้นได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และปัจจัยที่ศึกษาสามารถร่วมกันอธิบายความแปรปรวนของภาวะซึมเศร้าได้ร้อยละ 56 ($R^2 = .56$)

สรุปและข้อเสนอแนะ: ผลการศึกษาครั้งนี้สะท้อนให้เห็นถึงความสำคัญของปัจจัยปกป้อง ได้แก่ ความแข็งแกร่งและยืดหยุ่นในชีวิต รวมถึงการมีสติ ซึ่งล้วนมีบทบาทในการลดความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าในกลุ่มวัยรุ่น องค์ความรู้ที่ได้จากการวิจัยสามารถนำไปประยุกต์ใช้ในการพัฒนาแนวทางการป้องกันและส่งเสริมสุขภาพจิต โดยเฉพาะในมิติเชิงปฏิบัติที่มุ่งเน้นการเสริมสร้างทักษะชีวิต การฝึกสติ การป้องกันพฤติกรรมรังแกในสถานศึกษา และการส่งเสริมทักษะการเลี้ยงดูที่เหมาะสมทั้งนี้เพื่อเป็นกลไกในการลดและป้องกันภาวะซึมเศร้า และส่งเสริมให้วัยรุ่นมีสุขภาพทางจิตที่มั่นคงและยั่งยืนในระยะยาว

คำสำคัญ: พฤติกรรมรังแก ภาวะซึมเศร้า รูปแบบการเลี้ยงดู ความแข็งแกร่งและยืดหยุ่นของชีวิต การสนับสนุนทางสังคม

วารสารพยาบาลศาสตร์. 2568;43(3):229-243.

ผู้ประสานงานการเผยแพร่: รองศาสตราจารย์นพพร ว่องสิริมาศ, คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล บางกอกน้อย กรุงเทพฯ 10700, e-mail: nopporn.von@mahidol.ac.th

* วิทยานิพนธ์หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

¹ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

วันที่รับบทความ: 2 พฤษภาคม 2568 / วันที่แก้ไขบทความเสร็จ: 3 มิถุนายน 2568 / วันที่ตอบรับบทความ: 6 มิถุนายน 2568

ความสำคัญของปัญหา

ภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่นเป็นปัญหาสุขภาพจิตที่มีความสำคัญซึ่งพบได้บ่อยในวัยรุ่นตอนต้นและมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นทั่วโลกจากการสำรวจที่ผ่านมาพบว่ามียุทธศาสตร์ความชุกที่แตกต่างกันไป โดยในสหรัฐอเมริกาพบว่าร้อยละ 15.7 ของวัยรุ่นมีภาวะซึมเศร้า¹ ส่วนในประเทศไทยแถบเอเชีย ได้แก่ ประเทศจีนมียุทธศาสตร์ความชุกของภาวะซึมเศร้าร้อยละ 17.8² ในประเทศไทยจากผลการสำรวจโรงเรียนจาก 13 เขตสุขภาพในช่วงอายุ 10-19 ปี พบว่าร้อยละ 17.5 มีภาวะซึมเศร้า และร้อยละ 49.8 มีภาวะซึมเศร้าระดับเล็กน้อย³ นอกจากนี้ข้อมูลจากบริการสายด่วนสุขภาพจิต 1323 พบว่าร้อยละ 11.9 เป็นวัยรุ่นโทรเข้ามาปรึกษาปัญหาสุขภาพจิตและจำนวนร้อยละ 9.8 มีภาวะซึมเศร้า หากวัยรุ่นมีภาวะซึมเศร้าระดับรุนแรงและเรื้อรังจะมีโอกาสฆ่าตัวตายสูง ซึ่งการฆ่าตัวตายนับเป็นปัญหาสุขภาพจิตรุนแรงในประเทศไทยที่น่าเป็นห่วงอย่างมากและเป็นสาเหตุของการเสียชีวิตก่อนวัยอันควร⁴ เนื่องจากเมื่อเข้าสู่ช่วงวัยรุ่นโดยเฉพาะในวัยรุ่นตอนต้นที่ต้องเผชิญกับการเปลี่ยนแปลงด้านร่างกาย เกิดจากการเปลี่ยนแปลงของฮอร์โมนที่ส่งผลต่อความสมดุลของอารมณ์ วัยรุ่นจึงมีอารมณ์ที่เปลี่ยนแปลงง่าย⁵ และด้านสังคมที่ต้องปรับตัวกับสภาพสังคมที่ต่างไปจากเดิม⁵ รวมถึงปัจจัยแวดล้อมภายนอก ไม่ว่าจะเป็นเรื่องการเรียน บทบาททางสังคม การดำเนินชีวิต ล้วนเป็นปัจจัยที่กระตุ้นให้เกิดความเครียดและวิตกกังวลซึ่งส่งผลให้เพิ่มโอกาสเสี่ยงที่จะเกิดปัญหาสุขภาพจิตโดยเฉพาะภาวะซึมเศร้าได้²⁻³

จากการศึกษาที่ผ่านมาที่มุ่งเน้นการศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่น พบว่าปัจจัยเสี่ยงทางจิตสังคมมีหลายประการที่มีผลต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่นตอนต้น โดยเฉพาะพฤติกรรมรังแก ซึ่งเป็นปัญหาพฤติกรรมที่พบบ่อยมีการศึกษาพบว่าร้อยละ 30 ของวัยรุ่นมีประสบการณ์การรังแกและร้อยละ 61 ของกลุ่มนี้มีโรคทางจิตอย่างใดอย่างหนึ่ง⁴ สอดคล้องกับการศึกษาในนักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้นพบว่า

มีพฤติกรรมรังแกร้อยละ 33.4 ซึ่งกลุ่มที่ถูกรังแกมีความเสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้าเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ ($\beta = .08, p < .001$)⁶ นอกจากนี้กลุ่มรังแกผู้อื่นและกลุ่มที่เป็นทั้งผู้รังแกกับถูกรังแกก็มีความเสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้าเช่นกัน ($\beta = .08$ และ $\beta = .11$ ตามลำดับ, $p < .001$)⁶ วัยรุ่นตอนต้นมีพัฒนาการด้านสังคมที่ให้ความสำคัญกับกลุ่มเพื่อน⁷ การแสดงพฤติกรรมรังแกจึงอาจเป็นวิธีการแสดงออกเพื่อให้ได้รับการยอมรับจากกลุ่มเพื่อน ซึ่งสถานการณ์นี้ก่อให้เกิดความเครียดทางจิตใจในวัยรุ่นและมีผลเสียที่รุนแรงต่อร่างกาย จิตใจ อารมณ์และสังคมจึงทำให้มีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้า⁶⁻⁷ ในขณะเดียวกันที่รูปแบบการเลี้ยงดูจากบิดามารดาก็มีบทบาทสำคัญต่อสุขภาพจิตและภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่น โดยการเลี้ยงดูแบบบังคับ ได้รับความเข้มงวดมากเกินไป ความกดดันจากบิดามารดาส่งผลกระทบต่อจิตใจและกระตุ้นให้เกิดความเครียด⁸⁻⁹ จึงทำให้เพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าได้ ($\beta = .36, p < .01$)⁹ ในทางตรงกันข้ามรูปแบบการอบรมเลี้ยงดูจากบิดามารดาเป็นการได้รับการดูแลเอาใจใส่ สนับสนุน ช่วยเหลือจากบิดามารดา รับรู้ถึงความรักความเอาใจใส่จากบิดามารดาจะช่วยให้มีความรู้สึกผูกพันและมีสัมพันธภาพที่ดีกับบิดามารดา และสนับสนุนส่งเสริมด้านจิตใจของวัยรุ่นได้ด้วย จึงช่วยลดความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่น ($\beta = -.26, p < .01$)¹⁰

ในด้านปัจจัยปกป้องที่ช่วยลดความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้ามีได้หลายปัจจัย โดยหนึ่งปัจจัยสำคัญ ได้แก่ การสนับสนุนทางสังคม (social support) ซึ่งเป็นการรับรู้การสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว เพื่อน และบุคคลรอบข้างทำให้สามารถปรับตัวต่อสถานการณ์ที่เกิดขึ้นในการดำเนินชีวิตได้อย่างเหมาะสม¹¹ มีการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคมกับภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่นพบว่า การสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัวและเพื่อนสามารถทำนายภาวะซึมเศร้า ($\beta = -.11, p < .001$) และ ($\beta = -.17, p < .001$)¹² ตามลำดับ ทำให้วัยรุ่นรู้สึก

มีกำลังใจ รับรู้ว่าตนเองได้รับการสนับสนุนจากบุคคลรอบข้าง จึงส่งเสริมให้สามารถเผชิญปัญหาได้อย่างมีประสิทธิภาพ และสามารถปรับตัวได้¹¹⁻¹² ปัจจัยต่อมาที่เป็นปัจจัยปกป้อง และช่วยส่งเสริมสุขภาพจิตในวัยรุ่น คือ ความแข็งแกร่งและยืดหยุ่นของชีวิต (resilience) ช่วยให้สามารถเผชิญปัญหาและฟื้นตัวจากสถานการณ์ที่ตึงเครียดได้ดีขึ้น¹² ยิ่งวัยรุ่นสามารถพัฒนาความแข็งแกร่งและยืดหยุ่นของชีวิตสามารถช่วยลดความเสี่ยงของการเกิดภาวะซึมเศร้าได้ จากการศึกษาพบว่า ความแข็งแกร่งและยืดหยุ่นของชีวิตช่วยลดความเสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่น ($\beta = -.11, p < .01$)¹³ เมื่อวัยรุ่นรับรู้ว่าคุณสามารถพาตนเองให้ผ่านพ้นปัญหานั้น ๆ และกลับคืนสู่ภาวะปกติได้ จึงทำให้มีความภาคภูมิใจในตนเอง นอกจากนี้การมีสติ (mindfulness) ยังเป็นปัจจัยปกป้องที่สำคัญในวัยรุ่น เนื่องจากช่วยให้สามารถรับรู้ถึงความคิด อารมณ์ และความรู้สึกกับปัจจุบัน จากการศึกษาพบว่า การมีสติช่วยลดความเสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้า ($\beta = -.39, p < .01$)¹⁴ ปัจจัยนี้ช่วยส่งเสริมให้วัยรุ่นสามารถจัดการกับอารมณ์ และเลือกวิธีการเผชิญปัญหาที่เหมาะสมได้อย่างมีประสิทธิภาพ ดังนั้นการสนับสนุนทางสังคม ความแข็งแกร่งและยืดหยุ่นของชีวิต รวมถึงการมีสติ ปัจจัยทั้งหมดนี้ช่วยลดความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่นได้อย่างมีนัยสำคัญ^{11,13-14}

กรอบแนวคิดการวิจัย

การศึกษานี้ผู้วิจัยใช้กรอบแนวคิด Diathesis - Stress Model¹⁵ ซึ่งอธิบายว่า บุคคลมีจุดอ่อนทางพันธุกรรม (diathesis) จากปัจจัยทางพันธุกรรมหรือประสบการณ์ในวัยเด็ก เช่น รูปแบบการอบรมเลี้ยงดูที่เข้มงวดหรือควบคุมมากเกินไป ซึ่งเป็นปัจจัยนำมาก่อนป่วย (predisposing factor) เมื่อบุคคลเผชิญกับปัจจัยกระตุ้น (precipitating factors) หรือสถานการณ์ความเครียด จะทำให้มีความเสี่ยงในการเกิดปัญหาสุขภาพจิตมากขึ้น หากไม่ได้รับการแก้ไขจนเป็นความเครียดสะสม จะทวีความรุนแรงจนเกิดปัญหาสุขภาพจิต

อย่างไรก็ตาม หากบุคคลมีปัจจัยปกป้อง (protective factors) จะช่วยลดความเสี่ยงและส่งเสริมการปรับตัวต่อสถานการณ์ความเครียด ช่วยลดโอกาสเสี่ยงในการเกิดปัญหาทางจิตได้¹⁵

เมื่อพิจารณาตามกรอบแนวคิดการวิจัยร่วมกับการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับปัจจัยที่มีความสัมพันธ์และมีอิทธิพลต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่นตอนต้นพบว่าวัยรุ่นที่เผชิญกับพฤติกรรมรังแกจะมีความเครียดสะสมส่งผลต่อสุขภาพจิต มีปัญหาทักษะทางสังคมและมีปัญหาสัมพันธภาพกับผู้อื่น⁶⁻⁷ ปัจจัยต่อมาคือ รูปแบบการอบรมเลี้ยงดูแบบควบคุม บิดมารดาแบบเข้มงวด มีการวางกฎเกณฑ์มากเกินไป ทำให้มีความเครียดตั้งแต่วัยเด็ก จนเมื่อก้าวเข้าสู่วัยรุ่นตอนต้นต้องเผชิญการเปลี่ยนแปลงทางร่างกาย จิตใจ อารมณ์และสังคม ความเครียดเหล่านี้อาจเพิ่มความรุนแรงของปัญหาสุขภาพจิตจนนำไปสู่การเกิดภาวะซึมเศร้า⁸⁻⁹ ในทางกลับกัน หากได้รับการเลี้ยงดูแบบดูแล เอาใจใส่จากบิดามารดาช่วยส่งเสริมให้มีพัฒนาการทางด้านอารมณ์และสังคมเป็นไปในทางที่ดี⁸ จึงช่วยลดความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าได้

ในส่วนปัจจัยปกป้องที่ช่วยให้วัยรุ่นบางส่วนที่แม้จะเผชิญกับความเครียดในลักษณะเดียวกันแต่สามารถพาตนเองผ่านความทุกข์นั้นและลดความเสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้า ได้แก่ การรับรู้การสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว เพื่อน และบุคคลรอบข้าง ทำให้มีปฏิสัมพันธ์ทางสังคมกับผู้อื่นและรับมือกับปัญหาได้ดี¹¹⁻¹² รวมถึงความแข็งแกร่งและยืดหยุ่นของชีวิต เป็นปัจจัยปกป้องสำคัญที่พัฒนาให้วัยรุ่นรับรู้ถึงความสามารถของตนเองและความเข้มแข็งทางจิตใจสามารถพาตนเองผ่านพ้นสถานการณ์นั้นไปได้¹²⁻¹³ รวมถึงการมีสติที่ช่วยควบคุมอารมณ์ จดจ่อกับเหตุการณ์ปัจจุบัน และจัดการความเครียดได้อย่างเหมาะสม¹⁴ ปัจจัยปกป้องเหล่านี้จึงมีบทบาทสำคัญในการลดความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่นตอนต้นได้

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อศึกษาปัจจัยทำนายการเกิดภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่นตอนต้น ได้แก่ ปัจจัยพฤติกรรมรังแก รูปแบบการเลี้ยงดู การสนับสนุนทางสังคม ความแข็งแกร่งและยืดหยุ่นของชีวิต และการมีสติ

สมมติฐานการวิจัย

พฤติกรรมรังแก รูปแบบการเลี้ยงดู (รูปแบบการเลี้ยงดูแบบดูแล และรูปแบบการเลี้ยงดูแบบควบคุม) การสนับสนุนทางสังคม ความแข็งแกร่งและยืดหยุ่นของชีวิต และการมีสติ มีอย่างน้อย 1 ตัวแปรที่สามารถทำนายภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่นตอนต้นได้

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษานี้เป็นการศึกษาวิจัยเชิงทำนาย (predictive research)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรในการศึกษาค้างนี้คือ นักเรียนที่กำลังศึกษาในระดับชั้นมัธยมศึกษาตอนต้นของโรงเรียนรัฐบาลในจังหวัดนครพนม กลุ่มตัวอย่างคือ นักเรียนชายและหญิงที่กำลังศึกษาอยู่ในระดับชั้นมัธยมศึกษาตอนต้นในโรงเรียนรัฐบาล จังหวัดนครพนม จำนวน 3 โรงเรียน

การศึกษาใช้วิธีการเลือกตัวอย่างตามสะดวก (convenience sampling) โดยเชิญชวนนักเรียนระดับมัธยมศึกษาตอนต้น (ชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 1-3) จากโรงเรียนรัฐบาลที่เปิดการเรียนการสอนระดับมัธยมศึกษาจำนวน 3 แห่ง โรงเรียนละ 3 ห้องเรียนเข้าร่วมการศึกษาตามความสมัครใจ โดยเก็บรวบรวมข้อมูลจากนักเรียนที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์คัดเข้า คือ นักเรียนที่ไม่มีรายงานประวัติการเจ็บป่วยทางสุขภาพจิตและโรคเรื้อรัง และแสดงความยินยอมเข้าร่วมการวิจัยด้วยความสมัครใจอย่างเป็นลายลักษณ์อักษร กลุ่มตัวอย่างของการศึกษาค้างนี้มีจำนวนทั้งหมด 200 คน

การกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างในการศึกษานี้ด้วยโปรแกรม G*Power เพื่อคำนวณขนาดอิทธิพล (effect size) จากค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (r) มีค่า $r = -.26$ ซึ่งเป็นค่าความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้การสนับสนุนทางสังคมกับภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่นตอนต้น¹⁶ ได้คำนวณอิทธิพลเท่ากับ .07 กำหนดอำนาจการทดสอบ (power of test) ที่ .80 กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติ (level of significance) ที่ .05 ($\alpha = .05$) มีตัวแปรทั้งหมด 6 ตัวแปร ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่าง 200 คน

เครื่องมือการวิจัย

1) แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเพื่อเก็บรวบรวมข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง ประกอบด้วย เพศ อายุ ระดับการศึกษา ผลการเรียนรู้ จำนวนพี่น้องในครอบครัว รายได้ของครอบครัวต่อเดือน ประวัติการเจ็บป่วยสุขภาพจิตและโรคทางกาย

2) แบบประเมินภาวะซึมเศร้า (Center for Epidemiological Studies-Depression Scale, CES-D) พัฒนาโดย Radloff¹⁷ แปลเป็นภาษาไทยด้วยวิธีการแปลย้อนกลับ (backtranslation) โดย อุมพร ตรังคสมบัติ, วชิระลาภบุญทรัพย์ และปิยลัมพร หะวานนท์¹⁸ เป็นเครื่องมือคัดกรองภาวะซึมเศร้า (screening) ลักษณะข้อคำถามเกี่ยวกับระดับอาการและอาการแสดงของภาวะซึมเศร้าในช่วง 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา จำนวน 20 ข้อ ข้อคำถามแต่ละข้อ เป็นมาตราประมาณค่า (rating scale) 4 ระดับ ให้คะแนน 0-3 คะแนน ตามความรุนแรงหรือความถี่ของอาการซึมเศร้า มีค่าคะแนนระหว่าง 0-60 คะแนน คะแนนรวมสูงกว่า 22 คะแนนขึ้นไป หมายถึงมีความเสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้า ควรได้รับการตรวจวินิจฉัยต่อไป¹⁸ ทดสอบความเชื่อมั่นของเครื่องมือกับนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนต้นที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 ราย ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ .83 และค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคจากกลุ่มตัวอย่างครั้งนี้จำนวน 200 คนเท่ากับ .90

3) แบบประเมินพฤติกรรมรังแก (The Revised Olweus Bully/Victim Questionnaire) พัฒนาโดย Olweus¹⁹ แปลเป็นภาษาไทยด้วยวิธีการแปลย้อนกลับโดย สมบัติ ตาปัญญา²⁰ ประเมินพฤติกรรมรังแกที่เกิดขึ้นภายในโรงเรียน เป็นลักษณะการวัดพฤติกรรมรังแกทางร่างกาย ทางวาจาและทางสังคม รายด้านจำนวน 37 ข้อ ประกอบด้วย พฤติกรรมของผู้รังแกผู้อื่น ผู้ถูกรังแก และเป็นทั้งผู้รังแกและถูกรังแก หากเลือกตอบ 3 คะแนนขึ้นไป คือ มีความถี่ที่เกิดพฤติกรรมมากกว่าหรือเท่ากับเดือนละ 2-3 ครั้ง หรือบ่อยกว่า ถือว่ามีพฤติกรรมรังแก²⁰ ทดสอบ ความเชื่อมั่นของเครื่องมือกับนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น ที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 ราย ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ .82 และค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคจากกลุ่มตัวอย่างครั้งนี้จำนวน 200 คนเท่ากับ .82

4) แบบวัดความผูกพันบิดามารดา-บุตร (Parental Bonding Instrument, PBI) พัฒนาโดย Parker, Tupling และ Brown²¹ แปลเป็นภาษาไทยด้วยวิธีการแปลย้อนกลับและปรับปรุงใหม่ (revised) โดย ศุภกรใจ เจริญสุข²² จำนวน 30 ข้อ เพื่อประเมินการรับรู้ของบุตรต่อพฤติกรรมเลี้ยงดูของบิดามารดาในด้านรูปแบบการเลี้ยงดูแบบดูแล (care) และรูปแบบการเลี้ยงดูแบบควบคุม (overprotection) เป็นมาตรฐานประมาณค่า (rating scale) 4 ระดับ ให้คะแนน 0-3 คะแนน ค่าคะแนนสูงในองค์ประกอบการเลี้ยงดูแบบดูแลแสดงว่า วัยรุ่นมีการรับรู้ถึงการดูแลแบบดูแลจากบิดามารดาสูง ถ้าค่าคะแนนต่ำแสดงว่า วัยรุ่นมีการรับรู้ถึงการดูแลแบบเอาใจใส่ของบิดามารดาต่ำ การแปลผลในองค์ประกอบการรับรู้การเลี้ยงดูแบบควบคุมมีลักษณะเช่นเดียวกัน²¹ ทดสอบความเชื่อมั่นของเครื่องมือกับนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนต้นที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 ราย ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ .72 โดยองค์ประกอบของการเลี้ยงดูแบบดูแลเท่ากับ .89 การเลี้ยงดูแบบควบคุมเท่ากับ .80

และค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคจากกลุ่มตัวอย่างครั้งนี้จำนวน 200 คนเท่ากับ .70 องค์ประกอบของการเลี้ยงดูแบบดูแลเท่ากับ .88 การเลี้ยงดูแบบควบคุมเท่ากับ .75

5) แบบวัดความช่วยเหลือทางสังคมแบบพหุมิติ (Multidimensional Scale of Perceived Social Support, MSPSS) พัฒนาโดย Zimet และคณะ²³ แปลเป็นภาษาไทยด้วยวิธีการแปลย้อนกลับโดย พัทธกษพล บุญมาลิก²⁴ จำนวน 12 ข้อ ข้อคำถามประเมินการรับรู้สนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว เพื่อนและบุคคลสำคัญ เป็นมาตรฐานประมาณค่า (rating scale) โดยคะแนนแบ่งเป็น 7 ระดับ ให้คะแนน 1-7 คะแนน ค่าคะแนนระหว่าง 12-84 คะแนน โดยคะแนนรวมสูง หมายถึง การรับรู้การสนับสนุนทางสังคมสูง²³ ทดสอบความเชื่อมั่นของเครื่องมือกับนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนต้นที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 ราย ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ .82 และค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคจากกลุ่มตัวอย่างครั้งนี้จำนวน 200 คนเท่ากับ .89

6) แบบประเมินความแข็งแกร่งและยืดหยุ่นของชีวิต (Connor-Davidson Resilience Scale, CD-RISC) พัฒนาโดย Connor และ Davidson²⁵ เป็นลักษณะข้อคำถามประเมินคุณลักษณะของบุคคลที่สะท้อนถึงความสามารถในการปรับเปลี่ยนหรือเผชิญกับความเครียดหรือเหตุการณ์ในชีวิต จำนวน 10 ข้อ แปลเป็นภาษาไทยด้วยวิธีการแปลย้อนกลับ โดย นพพร ว่องสิริมาศ, วาริรัตน์ ถาน้อย และปิยาณี คล้ายนิล โยบาล²⁶ จำนวน 10 ข้อ เป็นมาตรฐานประมาณค่า (rating scale) เป็น 5 ระดับ ให้คะแนน 0-4 คะแนน ค่าคะแนนระหว่าง 0-40 คะแนน โดยค่าคะแนนรวมสูง หมายถึง การมีความแข็งแกร่งและยืดหยุ่นของชีวิตในระดับสูง²⁵ ทดสอบความเชื่อมั่นของเครื่องมือกับนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนต้นที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 ราย ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ .93 และค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคจากกลุ่มตัวอย่างครั้งนี้จำนวน 200 คนเท่ากับ .85

7) แบบประเมินการมีสติ (Mindfulness Attention Awareness Scale, MAAS) พัฒนาโดย Brown และ Ryan²⁷ แปลเป็นภาษาไทยด้วยวิธีการแปลย้อนกลับโดย รัตนาพร สันติวงษ์²⁸ จำนวน 15 ข้อ ข้อคำถามประเมินระดับการมีสติ ประกอบด้วย การตระหนักรู้ และความใส่ใจตั้งใจ เป็นมาตราประมาณค่า (rating scale) 6 ระดับ ให้คะแนน 1-6 คะแนน ค่าคะแนน ระหว่าง 15-90 คะแนน โดยผลของคะแนนรวมสูง หมายถึง การมีสติอยู่ในระดับสูง²⁷ ทดสอบความเชื่อมั่นของเครื่องมือ กับนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนต้นที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับ กลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 ราย ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟา ของครอนบาคเท่ากับ .86 และค่าสัมประสิทธิ์แอลฟา ของครอนบาคจากกลุ่มตัวอย่างครั้งนี้จำนวน 200 คนเท่ากับ .88

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยนี้ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรม การวิจัยในคน คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล (COA No. IRB-NS2022/717.0809) การเข้าร่วมโครงการวิจัย และการมีส่วนร่วมในโครงการวิจัยของกลุ่มตัวอย่างเป็นไปด้วยความสมัครใจ และได้รับการลงนามในหนังสือยินยอมเข้าร่วม การวิจัยจากผู้เข้าร่วมการวิจัยและผู้ปกครองเรียบร้อยแล้ว โดยผู้เข้าร่วมการวิจัยสามารถปฏิเสธเข้าร่วมโครงการวิจัย โดยไม่มีผลกระทบใด ๆ ต่อกลุ่มตัวอย่าง โดยตลอดระยะเวลา การเก็บข้อมูล ไม่พบกลุ่มตัวอย่างขอลอนตัว แสดงท่าทีที่อดัดใจ หรือไม่สบายใจในการตอบแบบสอบถาม และไม่พบกลุ่มตัวอย่าง ที่ต้องให้การช่วยเหลือทันที

วิธีเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยนำหนังสืออนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย ในคน คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล และหนังสือ ขอความอนุเคราะห์ในการเก็บรวบรวมข้อมูลเพื่อประกอบการทำ วิทยานิพนธ์จากบัณฑิตวิทยาลัย และเข้าพบผู้อำนวยการโรงเรียน จำนวน 3 โรงเรียนเพื่อขออนุญาตในการเก็บข้อมูล และติดต่อ

ประสานกับครูแนะแนวที่รับผิดชอบเพื่อชี้แจงรายละเอียด ในการดำเนินการวิจัยและวางแผนการเข้าพบกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่างเพื่อชี้แจงรายละเอียดของโครงการวิจัย วัตถุประสงค์ ประโยชน์ของการวิจัย ตลอดจนวิธีการเก็บข้อมูล พร้อมทั้งเชิญชวนกลุ่มตัวอย่างเข้าร่วมโครงการวิจัยด้วยความสมัครใจ เมื่อกลุ่มตัวอย่างสมัครใจเข้าร่วมโครงการวิจัย ผู้วิจัยได้มอบเอกสารชี้แจง และหนังสือขออนุญาตในการเข้าร่วม การวิจัย ให้กลุ่มตัวอย่างนำไปให้ผู้ปกครอง ลงลายมือชื่อยินยอม ในหนังสือยินยอมเข้าร่วมการวิจัย ผู้วิจัยนัดกับกลุ่มตัวอย่าง เพื่อเก็บรวบรวมหนังสือยินยอมเข้าร่วมการวิจัยพร้อมกับ ดำเนินการเก็บข้อมูลในครั้งถัดไป ผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่าง เพื่อดำเนินการเก็บข้อมูลโดยวิธีตอบแบบสอบถามด้วยตนเอง (self-report) ใช้ระยะเวลา 30-50 นาที ในการวิจัยครั้งนี้ไม่พบ กลุ่มตัวอย่างที่มีการเจ็บป่วยทางจิตและโรคทางการเรื้อรัง ใช้ระยะเวลาในการเก็บข้อมูลระหว่างเดือนพฤศจิกายน พ.ศ. 2565 ถึงเดือนมีนาคม พ.ศ. 2566 เมื่อได้กลุ่มตัวอย่าง ครบ 200 คน จึงยุติการเก็บข้อมูลและนำข้อมูลไปวิเคราะห์

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลตามวิธีการทางสถิติโดยใช้โปรแกรม คอมพิวเตอร์สำเร็จรูป Statistical Package for the Social Science (SPSS) โดยวิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคล และ ลักษณะของตัวแปรในการศึกษาครั้งนี้โดยใช้สถิติพรรณนา ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน วิเคราะห์ความสัมพันธ์ ระหว่างตัวแปรที่ศึกษาใช้สถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's product moment correlation coefficient) วิเคราะห์ปัจจัยทำนายภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่นตอนต้น โดยใช้สถิติ วิเคราะห์ถดถอยเชิงเส้นพหุคูณ (multiple linear regression) โดยข้อมูลได้ผ่านการทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นของสถิติ พบว่า ข้อมูลอยู่ในมาตราวัด interval scale ขึ้นไป ข้อมูลมีการแจกแจง แบบโค้งปกติ ตัวแปรตามและตัวแปรอิสระมีความสัมพันธ์

เชิงเส้นตรง ตัวแปรอิสระไม่มีความสัมพันธ์กันเองสูง ค่าความคาดเคลื่อนจากการพยากรณ์มีการแจกแจงแบบโค้งปกติ ค่าความคาดเคลื่อนจากการพยากรณ์มีค่าเฉลี่ยเท่ากับศูนย์ ค่าความแปรปรวนของความคลาดเคลื่อนมีความคงที่ ซึ่งเป็นไปตามข้อตกลงเบื้องต้นของการใช้สถิติ

ผลการวิจัย

กลุ่มตัวอย่างเป็นนักเรียนมัธยมศึกษาปีที่ 1-3 จำนวน 200 คน ช่วงอายุ 12-15 ปี ($\bar{X} = 13.91$, $SD = 0.89$) เป็นเพศหญิงคิดเป็นร้อยละ 67 เพศชายร้อยละ 33 ส่วนใหญ่ กำลังศึกษาในระดับชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 3 ร้อยละ 42 มีผลการเรียน

รวมเฉลี่ยที่ผ่านมา (GPA) อยู่ระหว่าง 1.40-4.00 ($\bar{X} = 3.35$, $SD = 0.47$) ลักษณะครอบครัวส่วนใหญ่มีพี่หรือน้อง 1 คน ร้อยละ 54 และครอบครัวมีรายได้ต่อเดือนอยู่ในช่วง 1,000-300,000 บาท โดยมีรายได้เฉลี่ยต่อเดือน 24,967.50 บาท คะแนนเฉลี่ยของตัวแปรที่ศึกษา พบว่า รูปแบบการเลี้ยงดูแบบดูแล มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 28.34 ($SD = 7.89$) รูปแบบการเลี้ยงดูแบบควบคุมมีค่าเฉลี่ย 18.09 ($SD = 6.69$) การสนับสนุนทางสังคมมีค่าเฉลี่ย 58.34 ($SD = 13.51$) ความแข็งแกร่งและยืดหยุ่นของชีวิต มีค่าเฉลี่ย 25.01 ($SD = 6.84$) และระดับการมีสติอยู่ที่ค่าเฉลี่ย 62.72 ($SD = 12.74$) มีรายละเอียดดังแสดงไว้ในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของตัวแปรที่ศึกษา (N = 200)

ตัวแปรต้น (จำนวนข้อ)	คะแนนรวม		$\bar{X}$	SD
	พิสัยที่เป็นไปได้	พิสัยที่ได้จริง		
รูปแบบการเลี้ยงดู (30)				
- รูปแบบการเลี้ยงดูแบบดูแล (14)	0-42	6-39	28.34	7.89
- รูปแบบการเลี้ยงดูแบบควบคุม (16)	0-48	4-36	18.09	6.69
การสนับสนุนทางสังคม	12-84	19-84	58.34	13.51
- การสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว (4)	4-28	4-36	19.48	6.09
- การสนับสนุนทางสังคมจากเพื่อน (4)	4-28	6-28	20.27	5.44
- การสนับสนุนทางสังคมจากบุคคลสำคัญ (4)	4-28	4-28	18.60	5.56
ความแข็งแกร่งและยืดหยุ่นของชีวิต (10)	0-40	4-40	25.01	6.84
การมีสติ (15)	15-90	29-89	62.72	12.74

ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบทางเดียว (oneway ANOVA) แสดงให้เห็นว่า คะแนนเฉลี่ยของภาวะซึมเศร้าของกลุ่มตัวอย่างที่มีพฤติกรรมรังแกแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ [$F_{3,196} = 14.03$, $p < .001$] โดยการทดสอบรายคู่ (Post-Hoc test) ด้วยวิธี Scheffe พบว่า กลุ่มผู้ถูกรังแก ($\bar{X} = 22.31$, $SD = 10.05$) และกลุ่มที่เป็นทั้งผู้รังแกและผู้ถูกกับถูกรังแก ($\bar{X} = 24.00$, $SD = 8.96$)

มีคะแนนของภาวะซึมเศร้าสูงกว่ากับกลุ่มที่ไม่มีพฤติกรรมรังแก อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สะท้อนให้เห็นว่ากลุ่มตัวอย่างที่ถูกรังแก หรือเคยรังแกผู้อื่นและเป็นผู้ถูกรังแกด้วย ต้องเผชิญประสบการณ์ที่กระทบต่อจิตใจอย่างรุนแรง จึงเป็นปัจจัยกระตุ้น (precipitating factor) ที่ทำให้มีแนวโน้มในการเกิดภาวะซึมเศร้าเพิ่มขึ้นได้อย่างมีนัยสำคัญ ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 การเปรียบเทียบพหุคูณค่าเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าของวัยรุ่นตอนต้นจำแนกตามกลุ่มที่มีประสบการณ์พฤติกรรมรังแก (N = 200)

กลุ่มตัวอย่าง	ภาวะซึมเศร้า		การเปรียบเทียบ	Post-Hoc Test (Scheffe)	
	$\bar{X}$	SD		95%CI	p-value
กลุ่มที่ไม่มีพฤติกรรมรังแก	14.28	7.93	-	-	
กลุ่มผู้ถูกรังแก	22.31	10.05	ไม่มีพฤติกรรมรังแก	3.94, 12.12	< .001
			กลุ่มรังแกผู้อื่น	- 4.93, 12.88	.66
			กลุ่มที่เป็นทั้งผู้รังแกผู้อื่นกับถูกรังแก	- 9.43, 5.05	.92
กลุ่มรังแกผู้อื่น	18.34	10.82	ไม่มีพฤติกรรมรังแก	- 4.47, 12.58	.62
			กลุ่มที่เป็นทั้งผู้รังแกผู้อื่นกับถูกรังแก	- 15.74, 4.04	.47
กลุ่มที่เป็นทั้งผู้รังแกผู้อื่นกับถูกรังแก	24.00	8.96	ไม่มีพฤติกรรมรังแก	3.49, 15.95	< .001

ผลการวิเคราะห์ระหว่างกลุ่ม (ANOVA) : $F = 14.03$, $p < .001$

ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรโดยใช้สถิติสหสัมพันธ์ของเพียร์สัน พบว่ารูปแบบการเลี้ยงดูแบบดูแล (r = -.61, $p < .01$) รูปแบบการเลี้ยงดูแบบควบคุม (r = .44, $p < .01$) การสนับสนุนทางสังคม (r = -.45, $p < .01$)

ความแข็งแกร่งและยืดหยุ่นของชีวิต (r = -.46, $p < .01$) และการมีสติ (r = -.56, $p < .01$) มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรพฤติกรรมรังแก รูปแบบการเลี้ยงดู การสนับสนุนทางสังคม ความยืดหยุ่นทางจิตใจ และการมีสติ ต่อภาวะซึมเศร้า (N = 200)

ตัวแปร	1	2	3	4	5	6
1. รูปแบบการเลี้ยงดูแบบดูแล	1					
2. รูปแบบการเลี้ยงดูแบบควบคุม	-.52**	1				
3. การสนับสนุนทางสังคม	.57**	-.23**	1			
4. ความแข็งแกร่งและยืดหยุ่นของชีวิต	.44**	-.28**	.45**	1		
5. การมีสติ	.47**	-.39**	.29**	.24**	1	
6. ภาวะซึมเศร้า	-.61**	.44**	-.45**	-.46**	-.56**	1

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

ผลการวิเคราะห์อำนาจการทำนายภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่นตอนต้น พบว่ามี 5 ปัจจัยที่สามารถเป็นปัจจัยทำนาย ได้แก่ การมีสติ มีอำนาจการทำนายสูงสุด ($\beta = -.31$, $p < .05$) รูปแบบการเลี้ยงดูแบบดูแล ($\beta = -.23$, $p < .05$) พฤติกรรมเป็นผู้ถูกรังแก ($\beta = .19$, $p < .05$) และ

พฤติกรรมรังแกผู้อื่นและถูกรังแก ($\beta = .13$, $p < .05$) ความแข็งแกร่งและยืดหยุ่นของชีวิต ($\beta = -.18$, $p < .05$) ซึ่งปัจจัยที่ศึกษาทุกตัวสามารถร่วมกันทำนายภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่นตอนต้นได้ร้อยละ 56 ($R^2 = .56$) ดังแสดงในตารางที่ 4

ตารางที่ 4 ค่าสัมประสิทธิ์ของการวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณระหว่างตัวแปรทำนายกับภาวะซึมเศร้าของวัยรุ่น (N = 200)

ตัวแปรทำนาย	b	SE _b	β	t	p-value	95%CI
ค่าคงที่ (constant)	45.63	4.11	-	11.09	< .001	37.51, 53.74
พฤติกรรมรังแก						
กลุ่มรังแกผู้อื่น ¹	2.31	2.26	.05	1.02	.310	-2.14, 6.76
กลุ่มผู้ถูกรังแก ¹	4.13	1.14	.19	3.64	< .001	1.89, 6.37
กลุ่มรังแกผู้อื่นและถูกรังแก ¹	4.38	1.70	.13	2.58	.010	1.03, 7.72
รูปแบบการเลี้ยงดูแบบดูแล	-.28	.09	-.23	- 3.27	< .001	-.45, -.11
รูปแบบการเลี้ยงดูแบบควบคุม	.12	.08	.09	1.49	.140	-.04, .29
การสนับสนุนทางสังคม	-.05	.04	-.07	- 1.14	.240	-.14, .04
ความแข็งแกร่งและยืดหยุ่นของชีวิต	-.26	.08	-.18	- 3.23	< .001	-.41, -.10
การมีสติ	-.24	.04	-.31	- 5.59	< .001	-.32, -.15

$R^2 = .56$, Adjust $R^2 = .54$, $F_{(8, 191)} = 30.01$, $p < .05$, ¹Reference group: กลุ่มที่ไม่มีพฤติกรรมรังแก

การอภิปรายผล

ผลการศึกษาพบว่า พฤติกรรมรังแก รูปแบบการเลี้ยงดู (รูปแบบการเลี้ยงดูแบบดูแล และรูปแบบการเลี้ยงดูแบบควบคุม) การสนับสนุนทางสังคม ความแข็งแกร่งและยืดหยุ่นของชีวิต และการมีสติสามารถร่วมกันทำนายภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่นตอนต้นได้ร้อยละ 56 พฤติกรรมรังแกสามารถทำนายภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่นตอนต้นได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยกลุ่มที่ถูกรังแก ($\beta = .19$, $p < .05$) และกลุ่มที่เป็นทั้งผู้รังแกผู้อื่นกับผู้ถูกรังแก ($\beta = .13$, $p < .05$) ซึ่งแสดงให้เห็นว่าพฤติกรรมรังแกมีผลต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่นตอนต้น โดยเฉพาะในกลุ่มที่ถูกรังแก ผลการวิจัยพบว่า ผู้ถูกรังแกมีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะซึมเศร้า สอดคล้องกับการศึกษาในวัยรุ่นประเทศจีนพบว่า ผู้ถูกรังแกมีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะซึมเศร้าและสามารถทำนายภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่นตอนต้นได้²⁹ ตามกรอบแนวคิดของ Diathesis – Stress model¹⁵ อธิบายได้ว่า พฤติกรรมรังแกเป็นปัจจัยกระตุ้น ซึ่งถือเป็นสถานการณ์ความเครียดที่เพิ่มระดับความเครียดให้กับวัยรุ่น ผู้ถูกรังแกมักรู้สึกไม่ปลอดภัย ความรู้สึกหวาดกลัวและอับอาย และถูกรังแกซ้ำ ๆ เป็นความทุกข์

ทรมานใจ จึงเป็นปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดภาวะซึมเศร้าได้ ในขณะที่กลุ่มที่เป็นทั้งผู้รังแกผู้อื่นกับผู้ถูกรังแก มีการแสดงออกทางพฤติกรรมรุนแรงต่อผู้อื่นเพื่อให้ตนเองมีอำนาจเหนือกว่าและเป็นที่ยอมรับของกลุ่มเพื่อน หรือบางคนอาจแสดงความเกลียดชังต่อผู้รังแก และใช้การโต้ตอบกลับผู้รังแกในลักษณะเดียวกัน กลไกนี้แสดงให้เห็นว่า วัยรุ่นส่วนใหญ่ที่ถูกรังแกจะเลือกถูกรังแกผู้อื่นเช่นกัน ทำให้สถานการณ์รังแกรุนแรงขึ้น^{6,13} วัยรุ่นกลุ่มนี้จึงมีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าเช่นกัน^{6,29} อาจส่งผลให้ขาดทักษะการเข้าสังคมและมีปัญหาด้านสัมพันธภาพกับบุคคลอื่น บางคนเลือกแยกตัวออกจากสังคม หรือแสดงพฤติกรรมเกรง ต่อต้านสังคม ซึ่งล้วนแต่เป็นปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดภาวะซึมเศร้าได้^{6,13} นอกจากนี้ผู้รังแกผู้อื่นเพียงอย่างเดียวมีความสัมพันธ์ทางลบกับภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่นแต่ไม่สามารถทำนายภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่นตอนต้นอย่างมีนัยสำคัญ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาในนักเรียนมัธยมประเทศเกาหลีที่พบว่า พฤติกรรมรังแกผู้อื่นไม่สามารถทำนายภาวะซึมเศร้า²⁹ อาจเป็นเพราะมีปัจจัยอื่นๆ ที่มีผลต่อภาวะซึมเศร้า มีการศึกษาพบว่า อิทธิพลจากตัวแปรคั่นกลาง ทำให้พฤติกรรมรังแกผู้อื่น ไม่สามารถทำนายการเกิดภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่นได้³⁰

รูปแบบการเลี้ยงดูแบบดูแลสามารถทำนายภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่นตอนต้นได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($\beta = -.23, p < .05$) สอดคล้องกับการศึกษาในวัยรุ่นประเทศอินโดนีเซีย พบว่ารูปแบบการเลี้ยงดูแบบดูแลมีความสัมพันธ์ทางลบกับภาวะซึมเศร้า และสามารถทำนายภาวะซึมเศร้าได้⁹ เนื่องจากวัยรุ่นเป็นวัยที่มีความคิดเป็นของตัวเอง มีลักษณะการแสดงตัวเด่นชัด ต้องการอิสระ ต้องพื้นที่ส่วนตัวและสิทธิในการตัดสินใจเกี่ยวกับตนเอง ต้องการการยอมรับจากบุคคลรอบตัว และต้องการความรักความอบอุ่นจากบิดามารดาเช่นกัน¹ จากกรอบแนวคิดทฤษฎี Diathesis - Stress Model¹⁵ จึงอธิบายได้ว่า รูปแบบการเลี้ยงดูเป็นปัจจัยนำมาก่อนป่วย ซึ่งเป็นประสบการณ์ที่วัยรุ่นได้รับจากบิดามารดา ซึ่งมีผลต่อพัฒนาการตั้งแต่วัยเด็กจนเข้าสู่วัยรุ่นต่อเนื่องไปจนถึงวัยผู้ใหญ่ หากบิดามารดาเข้าใจถึงความต้องการให้ความใส่ใจ ไม่ปกป้องมากเกินไปและเรียนรู้ที่จะเข้าใจถึงอารมณ์และความคิดของวัยรุ่น เปิดโอกาสให้มีโอกาสเลือก คิดไตร่ตรองตัดสินใจเกี่ยวกับเหตุการณ์สำคัญหรืออนาคตของตนเอง จะทำให้มีความผูกพันอันดีกับบิดามารดา⁹⁻¹⁰ ในทางกลับกันรูปแบบการเลี้ยงดูแบบควบคุมพบว่ารูปแบบการเลี้ยงดูแบบควบคุมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่นตอนต้น ($r = .44, p < .01$) แต่ไม่สามารถทำนายภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่นได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สอดคล้องกับการศึกษาพบว่ารูปแบบการเลี้ยงดูแบบควบคุมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะซึมเศร้า⁹ อธิบายได้จากกรอบแนวคิดการวิจัยกล่าวว่า ปัจจัยทางชีวภาพและสิ่งแวดล้อมสามารถส่งผลกระทบต่อความเสี่ยงในการเกิดภาวะซึมเศร้าโดยที่ปัจจัยนำมาก่อนป่วย คือรูปแบบการเลี้ยงดูแบบควบคุมเป็นประสบการณ์ทางลบในวัยเด็กสามารถกระตุ้นให้เกิดความเครียดเนื่องจากพฤติกรรมที่บิดามารดาแสดงออกต่อบุตรอย่างเข้มงวด คอยสร้างความกดดันให้วัยรุ่นโดยขาดการตอบสนองตามความต้องการที่แท้จริงหรือลงโทษเมื่อไม่เป็นไปตามคาดหวัง ส่งผลกระทบต่อจิตใจและกระตุ้นให้

เกิดความเครียด ทำให้การเลี้ยงดูแบบควบคุมมีความสัมพันธ์ต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าได้⁹⁻¹⁰ ในการศึกษาครั้งนี้ไม่สามารถทำนายภาวะซึมเศร้า อาจเป็นไปได้ว่าปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อภาวะซึมเศร้าที่ส่งผลกระทบโดยตรงต่อวัยรุ่น ไม่เพียงแค่อุปสรรคการเลี้ยงดูเพียงเท่านั้น แต่อาจจะมีปัจจัยอื่น ๆ ที่ส่งผลกระทบต่อจิตใจของวัยรุ่นที่มีอิทธิพลมากกว่า^{13,29-30}

การสนับสนุนทางสังคม จากการศึกษาครั้งนี้พบว่ามีความสัมพันธ์ทางลบกับภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่นตอนต้น ($r = -.45, p < .01$) สอดคล้องกับการศึกษาในนักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้นในโรงเรียนขยายโอกาสทางการศึกษาพบว่า การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางลบกับภาวะซึมเศร้าเช่นเดียวกัน¹⁶ การสนับสนุนทางสังคมช่วยให้วัยรุ่นรับรู้แหล่งช่วยเหลือและการสนับสนุนจากบุคคลรอบข้าง แม้ว่าการสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์เชิงลบกับภาวะซึมเศร้า^{11-12,16} แต่ไม่สามารถทำนายภาวะซึมเศร้าได้อย่างมีนัยสำคัญ ผลดังกล่าวอาจสะท้อนถึงความสัมพันธ์ร่วมกับตัวแปรอิสระอื่นในโมเดลที่ลดทอนความสามารถในการแยกอิทธิพลเฉพาะของแต่ละตัวแปร หรือความแปรปรวนร่วม (shared variance) ระหว่างตัวแปรที่ส่งผลในทิศทางเดียวกัน ซึ่งอาจทำให้โมเดลให้คำทำนายกับตัวแปรที่มีอิทธิพลมากกว่า และมีความเป็นไปได้ที่การสนับสนุนทางสังคม ส่งผลต่อภาวะซึมเศร้าผ่านกลไกทางอ้อมของตัวแปรอื่น ซึ่งไม่สามารถสะท้อนในรูปแบบความสัมพันธ์เชิงเส้นตรงได้อย่างชัดเจน

ผลของความสัมพันธ์นี้สามารถอธิบายได้ตามกรอบแนวคิดของ Diathesis - Stress Model¹⁵ โดยการสนับสนุนทางสังคมเป็นปัจจัยปกป้องที่ช่วยให้วัยรุ่นรับรู้ถึงความเป็นส่วนหนึ่งของสังคม ได้รับการสนับสนุนทางด้านจิตใจจากเพื่อน ครอบครัวและบุคคลรอบข้าง ทำให้สามารถจัดการกับความเครียดได้ดี เมื่อเผชิญปัญหาในอนาคต วัยรุ่นสามารถเชื่อมั่นได้ว่าตนเองมีแหล่งช่วยเหลือที่สามารถพึ่งพาได้ ได้รับกำลังใจและความรักซึ่งช่วยลดโอกาสเกิดภาวะซึมเศร้าได้^{9,11-12} นอกจากนี้

การศึกษาครั้งนี้ศึกษาในกลุ่มนักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้น ซึ่งเป็นช่วงวัยที่มีการใกล้ชิดกับครอบครัวและเริ่มให้ความสำคัญกับกลุ่มเพื่อนมากขึ้น ทำให้การสนับสนุนจากครอบครัวและเพื่อนช่วยให้สามารถเผชิญกับปัญหาได้ดีขึ้นทั้งนี้สภาพสังคม ประเพณี วัฒนธรรมที่มีความแตกต่างจากการศึกษาที่ผ่านมา และอาจมีหลายปัจจัยอื่น ๆ หรือมีตัวแปรคั่นกลางที่มีอิทธิพลต่อการสนับสนุนทางสังคมและภาวะซึมเศร้า³⁰ จึงอาจทำให้การสนับสนุนทางสังคมในการศึกษาครั้งนี้ไม่สามารถทำนายได้

ความแข็งแกร่งและยืดหยุ่นของชีวิตสามารถทำนายภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่นตอนต้นได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($\beta = -.18, p < .05$) สอดคล้องกับการศึกษาในนักเรียนมัธยมศึกษาชั้นพบว่า ความแข็งแกร่งและยืดหยุ่นของชีวิตมีความสัมพันธ์ทางลบกับภาวะซึมเศร้าและสามารถทำนายภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่นตอนต้นได้¹²⁻¹³ สามารถอธิบายได้ตามกรอบแนวคิดของ Diathesis – Stress Model¹⁵ ระบุว่าความแข็งแกร่งและยืดหยุ่นของชีวิตเป็นปัจจัยปกป้องที่ช่วยลดภาวะซึมเศร้า ซึ่งปัจจัยนี้ช่วยให้วัยรุ่นสามารถประเมินปัญหาที่เกิดขึ้น ไตร่ตรองถึงผลกระทบและเลือกวิธีการเผชิญปัญหาที่เหมาะสม จัดการปัญหาและจัดการอารมณ์ด้านลบของตนเอง นอกจากนี้ยังสามารถปรับมุมมองในการแก้ไขปัญหาเชิงบวกและมีทัศนคติที่ดีต่อปัญหานั้น ๆ สอดคล้องกับแนวคิดความแข็งแกร่งและยืดหยุ่นของชีวิตของ Connor และ Davidson²⁵ อธิบายว่า ความสามารถในการปรับตัวจากปัญหาและอุปสรรคในชีวิต มี 4 องค์ประกอบ ได้แก่ ความสามารถในการจัดการกับปัญหา ความอดทนเมื่ออยู่ในสภาวะกดดัน มุมมอง และยอมรับต่อปัญหาทางบวก และสามารถควบคุมสติตนเองเพื่อเผชิญกับปัญหานั้น จึงทำให้ปรับตัวต่อความเครียด จนสามารถพาตนเองผ่านพ้นปัญหาได้อย่างมีประสิทธิภาพ และกลับสู่ภาวะปกติได้ จึงช่วยลดความเสี่ยงในการเกิดภาวะซึมเศร้าได้^{12-13,25}

การมีสติสามารถทำนายภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่นตอนต้นได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($\beta = -.31, p < .05$) สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาพบว่า การมีสติมีความสัมพันธ์ในทิศทางลบกับภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่นตอนต้น และสามารถทำนายภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่นตอนต้นได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ¹³⁻¹⁴ การที่วัยรุ่นมีสติช่วยให้สามารถประเมินสถานการณ์ ความเครียดที่เกิดขึ้น ตระหนักรู้ถึงผลกระทบ และใช้วิธีการจัดการปัญหาได้อย่างเหมาะสม จากกรอบแนวคิดทฤษฎี Diathesis – Stress Model¹⁵ อธิบายได้ว่าการมีสติเป็นปัจจัยปกป้องที่ช่วยสนับสนุนให้วัยรุ่นสามารถควบคุมอารมณ์ จิตใจ และพฤติกรรมของตนเองให้ปรับตัวต่อความเครียดที่เกิดขึ้นอย่างมีประสิทธิภาพ¹³⁻¹⁴ การมีสติเป็นการใส่ใจและตระหนักรู้ตัวอยู่กับปัจจุบัน ครอบคลุมถึงอารมณ์ ความคิด ความรู้สึกต่อการกระทำและสิ่งแวดล้อมรอบ ๆ ตนเอง²⁷ ส่งเสริมให้มีการตระหนักรู้ในตนเอง โดยมองเห็นปัญหาตามความเป็นจริงและอยู่กับปัจจุบัน นอกจากนี้ยังช่วยให้สามารถประเมินสถานการณ์ได้ดีขึ้น และเลือกใช้วิธีการแก้ปัญหาที่เหมาะสมและตรงกับสาเหตุที่แท้จริงของปัญหา การเสริมสร้างการมีสติในวัยรุ่นตอนต้นหรือการสนับสนุนให้ได้ฝึกการใช้สติในการใช้ชีวิต เป็นวิธีการที่ดีสามารถนำไปสู่การพัฒนาทักษะการจัดการอารมณ์ และการเผชิญกับสถานการณ์ความเครียดได้อย่างมีประสิทธิภาพ¹³⁻¹⁴ และลดความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าได้

สรุปและข้อเสนอแนะ

พฤติกรรมรังแก (การถูกรังแก การรังแกผู้อื่น และถูกรังแก) รูปแบบการเลี้ยงดูแบบดูแล ความแข็งแกร่งและยืดหยุ่นของชีวิต และการมีสติ สามารถทำนายภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่นตอนต้นได้ ผลการศึกษาสามารถนำไปสู่การพัฒนาทางการพยาบาลในด้านต่าง ๆ ได้ดังนี้

ข้อเสนอแนะด้านการปฏิบัติการพยาบาล

พยาบาลที่มีหน้าที่รับผิดชอบงานด้านสุขภาพจิตของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้นหรือวัยรุ่นตอนต้นควรให้สุขภาพจิตศึกษาในการลดปัญหาพฤติกรรมรังแกและการรับมือเมื่อถูกรังแกที่เหมาะสม เช่น ให้ความรู้แก่โรงเรียนและครอบครัวให้มีส่วนร่วมในการส่งเสริมทักษะทางสังคม เป็นต้น สามารถจัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพจิต เช่น โปรแกรมฝึกสติ(mindfulness-based program) กลุ่มฝึกความยืดหยุ่น (resilience training group) เพื่อให้วัยรุ่นสามารถมีทักษะในการจัดการปัญหาได้อย่างเหมาะสม รวมถึงส่งเสริมทักษะการเลี้ยงดูแบบดูแลในผู้ปกครองเพื่อช่วยลดภาวะซึมเศร้าและป้องกันการเกิดภาวะซึมเศร้า

ข้อเสนอแนะด้านการวิจัย

การวิจัยนี้มีข้อจำกัดในการใช้วิธีการเลือกตัวอย่างตามสะดวก (convenience sampling) ซึ่งอาจส่งผลต่อความเป็นตัวแทนของประชากรเป้าหมายและก่อให้เกิดอคติในการเลือกตัวอย่าง (selection bias) ดังนั้นในการศึกษาครั้งต่อไปควรพิจารณาใช้วิธีการสุ่มแบบหลายขั้นตอน (multi-stage random sampling) หรือการสุ่มแบบแบ่งชั้น (stratified random sampling) เพื่อเพิ่มความแม่นยำและความน่าเชื่อถือของผลการวิจัย

นอกจากนี้ควรมีการศึกษาที่ครอบคลุมกลุ่มประชากรที่มีความหลากหลายมากขึ้น เช่น วัยรุ่นในเขตเมืองและชนบทหรือกลุ่มที่มีความเสี่ยงสูง อาทิ วัยรุ่นที่เคยมีประสบการณ์ถูกรังแก รวมถึงกลุ่ม LGBTQ+ ซึ่งมักเผชิญกับความเครียดทางสุขภาพจิตในระดับสูง ทั้งนี้ ควรศึกษาตัวแปรด้านจิตสังคมที่เกี่ยวข้อง เพื่อนำไปใช้ในการพัฒนาโปรแกรมส่งเสริมและป้องกันภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่นตอนต้นอย่างเหมาะสม รวมทั้งการพัฒนาโปรแกรมควรมุ่งเน้นกิจกรรมที่มีเป้าหมายในการป้องกันพฤติกรรมรังแกในโรงเรียน เสริมสร้างความแข็งแกร่งและยืดหยุ่นของชีวิต (resilience) และการมีสติ (mindfulness) รวมถึงการส่งเสริมทักษะ

การเลี้ยงดูในลักษณะดูแลเอาใจใส่ (nurturing parenting) สำหรับการศึกษาวิจัยในอนาคต ควรพิจารณาใช้ระเบียบวิธีวิจัยแบบการศึกษาระยะยาว (longitudinal study) เพื่อติดตามผลของปัจจัยปกป้องและปัจจัยเสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้า ในระยะยาวหรือการวิจัยแบบผสมผสานวิธี (mixed-methods study) ซึ่งรวมการวิเคราะห์เชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ จะช่วยเสริมความเข้าใจในบริบทและปัจจัยที่ส่งผลต่อภาวะซึมเศร้า ได้อย่างครอบคลุมและลึกซึ้งมากขึ้นต่อไป

References

1. Choi Y, Kang S-K. A study on the key operational policies of the 2019-2023 Substance Abuse and Mental Health Service Administration (SAMHSA). J Humanit Soc Sci. 2020;11(2):2103-14. doi: 10.3390/ijerph17020438.
2. Chi X, Huang L, Wang J, Zhang P. The prevalence and socio-demographic correlates of depressive symptoms in early adolescents in China: differences in only child and non-only child groups. Int J Environ Res Public Health. 2020;17(2):438. doi: 10.3390/ijerph17020438.
3. Panyawong W, Santitadukul R, Pavasuthipaisit C. Prevalence of depression and suicidal risks in Thai adolescents: a survey in schools from 13 public health region. Journal of Mental Health Thailand. 2020;28(2):136-49. (in Thai).
4. Department of Mental Health, Ministry of Public Health. Annual report 2019: 1 Oct 2018-30 Sep 2019. Nonthaburi: Department of Mental Health; 2019. 255 p. (in Thai).

5. Naypayak P, Piyasil W, Ningsanon W, Ungthavorn P. Guideline in child health supervision. In: Chapter 4, guidelines for promoting growth and development. Bangkok: Sapphasarn; 2014. p.46-54. (in Thai).
6. Duan S, Duan Z, Li R, Wilson A, Wang Y, Jia Q, et al. Bullying victimization, bullying witnessing, bullying perpetration and suicide risk among adolescents: a serial mediation analysis. *J Affect Disord.* 2020;273:274-9. doi: 10.1016/j.jad.2020.03.143.
7. Guo J, Li M, Wang X, Ma S, Ma J. Being bullied and depressive symptoms in Chinese high school students: the role of social support. *Psychiatry Res.* 2020;284:112676. doi: 10.1016/j.psychres.2019.112676.
8. Jannah K, Hastuti D, Rianny Y. Parenting style and depression among students: the mediating role of self-esteem. *Psikohumaniora.* 2022;7(1): 39-50. doi: 10.21580/pjpp.v7i1.9885.
9. Zhao J, Wang Y. Harsh parenting and suicide ideation among Chinese adolescents: the roles of self-esteem and school social support. *BMC Psychiatry.* 2023;23(1):609-17. doi: 10.1186/s12888-023-05108-w.
10. Rakhshani T, Hamid S, Kamyab A, Kashfi SM, Khani J. The effect of parenting style on anxiety and depression in adolescent girls aged 12-16 years. *Heliyon.* 2022;8(11):e11478. doi: 10.1016/j.heliyon. 2022.e11478.
11. Ringdal R, Espnes GA, Eilertsen ME, Bjørnsen HN, Moksnes UK. Social support, bullying, school-related stress and mental health in adolescence. *Nord Psychol.* 2020;72(4):313-30. doi: 10.1080/19012276.2019.1710240.
12. Liu Q, Jiang M, Li S, Yang Y. Social support, resilience, and self-esteem protect against common mental health problems in early adolescence: a nonrecursive analysis from a two-year longitudinal study. *Medicine (Baltimore).* 2021; 100(4):e24343. doi: 10.1097/MD.00000000000024334.
13. Zhou ZK, Liu QQ, Niu GF, Sun XJ, Fan CY. Bullying victimization and depression in Chinese children: a moderated mediation model of resilience and mindfulness. *Pers Individ Dif.* 2017; 104:137-42. doi: 10.1016/j.paid.2016.07.040.
14. Clear SJ, Zimmer-Gembeck MJ, Duffy AL, Barber BL. Internalizing symptoms and loneliness: direct effects of mindfulness and protection against the negative effects of peer victimization and exclusion. *Int J Behav Dev.* 2020;44(1):51-61. doi: 10.1177/0165025419876358.
15. Monroe SM, Simons AD. Diathesis-stress theories in the context of life stress research: implications for the depressive disorders. *Psychol Bull.* 1991; 110(3):406-25. doi: 10.1037/0033-2909.110.3.406.
16. Suntornvijitr S, Hengudomsub P, Vatanasin D, Dethchaiyot P. Predicting factors of depression among secondary school students in extended educational opportunity schools. *Nursing Journal of the Ministry of Public.* 2018;28(2):53-66. (in Thai).

17. Radloff LS. The CES-D scale: a self-report depression scale for research in the general population. *Appl Psychol Meas*. 1977;1(3):385-401. doi: 10.1177/014662167700100306.
18. Trangkasombat U, Larpboonsarp V, Havanond P. CES-D as a screen for depression in adolescents. *Journal of the Psychiatrist Association of Thailand*. 1997;42(1):2-13. (in Thai).
19. Olweus D. Bully/victim problems in school. *Prospects*. 1996;26(2):331-59. doi: 10.1007/BF03172807.
20. Tapanya S. A survey of bullying among students. Chiang Mai: Department of Psychiatry, Faculty of Medicine, Chiang Mai University; 2006. 36 p. (in Thai).
21. Parker G, Tupling H, Brown LB. A parental bonding instrument. *Br J Med Psychol*. 1979;52(1):1-10. doi: 10.1111/j.2044-8341.1979.tb02487.x.
22. Charoensuk S. Factors influencing depression in Thai adolescents [Dissertation]. Lexington, KY: University of Kentucky; 2005. 134 p.
23. Zimet GD, Dahlem NW, Zimet SG, Farley GK. The multidimensional scale of perceived social support. *J Pers Assess*. 1988;52(1):30-41. doi: 10.1207/s15327752jpa5201_2.
24. Boonyamalik, P. Epidemiology of adolescent suicidal ideation: roles of perceived life, stress, depressive symptoms, and substance use [Dissertation]. Baltimore, MD: Johns Hopkins University; 2005. 422 p.
25. Connor KM, Davidson JR. Development of a new resilience scale: The Connor-Davidson resilience scale (CD-RISC). *Depression Anxiety*. 2003;18(2):76-82. doi: 10.1002/da.10113.
26. Vongsirimas N, Thanoi W, Klainin-Yobas P. Evaluating psychometric properties of the Connor-Davidson resilience scale (10-item CD-RISC) among university students in Thailand. *Nursing Science Journal of Thailand*. 2017;35(3):25-35. (in Thai).
27. Brown KW, Ryan RM. The benefits of being present: mindfulness and its role in psychological well-being. *J Pers Soc Psychol*. 2003;84(4):822-48. doi: 10.1037/0022-3514.84.4.822.
28. Santiwong R. Cognitive therapy based on mindfulness in caring for individuals with depression [master's thesis]. Chonburi: Graduate School, Burapha University; 2007. (in Thai).
29. Chicoine J, Marcotte D, Poirier M. Bullying perpetration and victimization among adolescents: a diathesis-stress model of depressive symptoms. *J Appl Dev Psychol*. 2021;77:101350. doi: 10.1016/j.appdev.2021.101350.
30. Chen S, Li Y, Wang Y, Zhang X, Li H, Liu J. School bullying victimization and depressive symptoms among Chinese adolescents: the mediating role of sleep quality and the moderating role of physical activity. *J Pediatr Nurs*. 2024;76:1-8. doi: 10.1016/j.pedn.2024.07.028.

Effects of a Telehealth Program on Anxiety and Health-related Quality of Life among Patients with Breast Cancer*

Sudaradsamee Juphan, RN, MNS¹, Usavadee Asdornwised, RN, PhD¹, Rattima Sirihorachai, RN, PhD¹, Suebwong Chuthapisith, MD, PhD²

Abstract

Purpose: To study the effects of a Telehealth program on anxiety and health-related quality of life (HRQoL) in patients with breast cancer.

Design: This quasi-experimental study using two-group pretest-posttest design guided by the transitional care framework.

Method: The study sample included newly diagnosed female breast cancer patients aged 18 years and older who were scheduled for their first elective surgery at the Breast Clinic of Siriraj Hospital. Participants who met the inclusion criteria were assigned to either experimental group (n = 43) receiving Telehealth program and usual care or the control group (n = 43) receiving usual care only. Data collection tools included the Thai Hospital Anxiety and Depression Scale, the Functional Assessment of Cancer Therapy – Breast. Data were analyzed using descriptive statistics, mixed-design ANOVA and one-way repeated measure ANOVA.

Main finding: The results revealed that the experimental group had significantly lower anxiety scores and higher average HRQoL scores over time, compared to the control group. Within the experimental group, a comparison of anxiety scores and HRQoL scores before and after receiving the Telehealth program demonstrated significant improvements over time ($p < .05$).

Conclusion and recommendations: These findings suggest that Telehealth program can be effectively integrated into both preoperative and postoperative care for patients with cancer to enhance patient preparedness for appropriate self-care practices which results in reduced anxiety, improved quality of life.

Keywords: anxiety, breast cancer, health-related quality of life, telehealth program

Nursing Science Journal of Thailand. 2025;43(3):243-255.

Corresponding Author: Professor Usavadee Asdornwised, Faculty of Nursing, Mahidol University, Bangkok 10700, Thailand, e-mail: usavadee.asd@mahidol.ac.th

** Master's thesis, Master of Nursing Science Program in Adult and Gerontological Nursing, Faculty of Nursing, Mahidol University*

¹ Faculty of Nursing, Mahidol University, Bangkok, Thailand

² Faculty of Medicine, Siriraj Hospital, Mahidol University, Bangkok, Thailand

Received: 16 April 2025 / Revised: 28 May 2025 / Accepted: 29 May 2025

ผลของโปรแกรมการดูแลสุขภาพผ่านสื่อทางไกลต่อความวิตกกังวล และคุณภาพชีวิตทางสุขภาพของผู้ป่วยมะเร็งเต้านม*

สุตารัศมี จุพันธ์, พยม.¹ อุษาวดี อัครวิเศษ, PhD¹, รัตติมา ศิริโหราชัย, PhD¹, สืบวงศ์ จุฑาภิสันธ์, PhD²

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์: เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการดูแลสุขภาพผ่านสื่อทางไกลต่อความวิตกกังวลและคุณภาพชีวิตทางสุขภาพของผู้ป่วยมะเร็งเต้านม

รูปแบบการวิจัย: การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง ชนิดสองกลุ่ม วัดผลก่อนและหลังการได้รับโปรแกรม Telehealth โดยประยุกต์ใช้แนวคิดการดูแลในระยะเปลี่ยนผ่าน

วิธีดำเนินการวิจัย: กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมรายใหม่ เพศหญิง อายุ 18 ปีขึ้นไป ที่ได้รับการวางแผนรักษาด้วยการผ่าตัดเป็นครั้งแรก ณ หน่วยตรวจรักษาเต้านม โรงพยาบาลศิริราช คัดเลือกตามเกณฑ์คัดเข้า และทำการแบ่งเป็น 2 กลุ่ม ๆ ละ 43 ราย โดยกลุ่มทดลองได้รับการดูแลสุขภาพผ่านสื่อทางไกลและการดูแลตามปกติ ส่วนกลุ่มควบคุมได้รับการดูแลตามปกติ เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบประเมินความวิตกกังวล (Thai HADS) แบบวัดคุณภาพชีวิตทางสุขภาพของผู้ป่วยมะเร็งเต้านม (FACT-B) วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงบรรยาย สถิติการทดสอบความแปรปรวนแบบผสม และการวิเคราะห์ความแปรปรวนทางเดียวแบบวัดซ้ำ

ผลการวิจัย: กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนความวิตกกังวลต่ำกว่ากลุ่มควบคุม และมีค่าเฉลี่ยคะแนนคุณภาพชีวิตทางสุขภาพสูงกว่ากลุ่มควบคุมทุกช่วงเวลาของการทดสอบ เมื่อเปรียบเทียบคะแนนระหว่างก่อนและหลังได้รับโปรแกรมภายในกลุ่มทดลอง พบว่ามีคะแนนความวิตกกังวลลดลงและคุณภาพชีวิตทางสุขภาพดีขึ้นทุกช่วงเวลาของการทดสอบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$)

สรุปและข้อเสนอแนะ: โปรแกรมการดูแลสุขภาพผ่านสื่อทางไกล สามารถนำมาใช้ในการพยาบาลดูแลผู้ป่วยทั้งในระยะก่อนและหลังผ่าตัด เพื่อให้ผู้ป่วยมีความพร้อมทั้งร่างกายและจิตใจ มีการดูแลตนเองอย่างถูกต้องและเหมาะสม ส่งผลให้เกิดการลดความวิตกกังวล และเพิ่มคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยมะเร็งเต้านม

คำสำคัญ: ความวิตกกังวล มะเร็งเต้านม คุณภาพชีวิตทางสุขภาพ โปรแกรมการดูแลสุขภาพผ่านสื่อทางไกล

วารสารพยาบาลศาสตร์. 2568;43(3):243-255.

ผู้ประสานงานการเผยแพร่: ศาสตราจารย์อุษาวดี อัครวิเศษ, คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล บางกอกน้อย กรุงเทพฯ 10700, e-mail: usavadee.asd@mahidol.ac.th

* วิทยานิพนธ์หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

¹ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

² คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล

วันที่รับบทความ: 16 เมษายน 2568 / วันที่แก้ไขบทความเสร็จ: 28 พฤษภาคม 2568 / วันที่ตอบรับบทความ: 29 พฤษภาคม 2568

ความสำคัญของปัญหา

โรคมะเร็งเต้านมเป็นปัญหาสุขภาพที่สำคัญและพบได้บ่อยทั้งในประเทศไทยและทั่วโลก โดยมีอัตราการเกิดโรคอยู่ที่ 47.8 ราย และอัตราการเสียชีวิต 13.6 รายต่อประชากรแสนราย ซึ่งมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง เป็นมะเร็งที่พบบากที่สุดในโลก¹ และในประเทศไทยก็ยังคงเป็นมะเร็งที่พบบากที่สุดในโลกในเพศหญิง โดยในช่วงปี พ.ศ. 2559-2561 มีอัตราผู้ป่วย 34.2 รายต่อประชากรแสนราย ในปี พ.ศ. 2565 พบผู้ป่วยรายใหม่จำนวน 21,628 ราย คิดเป็น 35.7 รายต่อประชากรแสนราย และมีผู้เสียชีวิต 7,599 ราย หรือ 6.4 รายต่อประชากรแสนราย² สะท้อนให้เห็นถึงความรุนแรงและแนวโน้มการเพิ่มขึ้นของโรคอย่างต่อเนื่อง แม้ว่าจะมีการพัฒนาการรักษาและการตรวจวินิจฉัยที่ทันสมัย มะเร็งเต้านมยังคงเป็นโรคที่พบบากที่สุดในโลกในผู้หญิงทั่วโลก ในปี พ.ศ. 2565 ประเทศไทยมีผู้หญิงที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นมะเร็งเต้านมจำนวน 38,559 ราย³

สำหรับโรงพยาบาลศิริราช ช่วงปี พ.ศ. 2560-2563 มีผู้ป่วยมะเร็งเต้านมเข้ารับการรักษากว่า 5,527 ราย โดยในจำนวนนี้ 3,450 รายได้รับการผ่าตัด⁴ ในปี พ.ศ. 2564 มีผู้ป่วยรายใหม่มากกว่า 800 ราย ซึ่งยังคงเป็นมะเร็งที่พบบ่อยที่สุดในผู้ป่วยหญิงของโรงพยาบาล⁵ มะเร็งเต้านมเกิดจากการแบ่งตัวของเซลล์ในท่อน้ำนมหรือต่อมน้ำนมที่ผิดปกติ โดยมีปัจจัยเสี่ยงที่ไม่สามารถควบคุมได้ เช่น พันธุกรรมและการได้รับฮอร์โมนทดแทนหลังวัยหมดประจำเดือน⁶ ในปัจจุบันวิธีการตรวจคัดกรองที่มีประสิทธิภาพ คือ การตรวจด้วยแมมโมแกรม โดยเฉพาะในระยะเริ่มต้นของโรค การตรวจอัลตราซาวด์ยังสามารถช่วยแยกแยะลักษณะของก้อนเนื้อและลดความจำเป็นในการตรวจชิ้นเนื้อ ซึ่งการตรวจชิ้นเนื้อ (biopsy) เป็นวิธีเดียวที่สามารถวินิจฉัยโรคได้อย่างแม่นยำ⁷⁻⁸ อย่างไรก็ตามสาเหตุที่แท้จริงของการเกิดมะเร็งเต้านมยังไม่เป็นที่ทราบแน่ชัด

การได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคมะเร็งเต้านมและต้องเข้ารับการรักษารูปแบบวิธีการที่หลากหลาย รวมถึงการผ่าตัดต่าง ๆ

ทั้งแบบผ่าตัดออกทั้งหมดหรือแบบสงวนเต้า ล้วนส่งผลต่อคุณภาพชีวิตและสุขภาพจิต⁹ การรับรู้ผลวินิจฉัยว่าเป็นมะเร็งเต้านมเป็นช่วงวิกฤตสำคัญในชีวิตผู้หญิง ผู้ป่วยมักรู้สึกหวาดกลัว กังวลเรื่องการลุกลาม การกลับเป็นซ้ำ และโอกาสในการรักษาหายขาด เนื่องจากโรคนี้นับถือน่าเป็นภัยคุกคามต่อชีวิตและสุขภาพ^{7,10} ปัจจุบันการรักษามะเร็งเต้านมมีหลายวิธี เช่น การผ่าตัด ฉายแสง เคมีบำบัด ยาต้านฮอร์โมน และยามุ่งเป้า โดยมักใช้ร่วมกันตามระยะของโรคและแผนการรักษาที่แพทย์กำหนด ซึ่งการผ่าตัดถือเป็นการรักษาหลักและเฉพาะที่ที่สำคัญที่สุด¹¹⁻¹² ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ไม่ได้รับข้อมูลอย่างเพียงพอก่อนเข้ารับการผ่าตัด มักเผชิญกับความกลัวและความไม่มั่นใจในช่วงเวลารอการผ่าตัด โดยเฉพาะความไม่คุ้นเคยกับบรรยากาศในโรงพยาบาล รวมถึงผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องและสถานที่ต่าง ๆ¹⁰ นอกจากนี้มีความวิตกกังวลเกี่ยวกับความเจ็บปวด ภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด การเปิดเผยร่างกาย และการสูญเสียเต้านม ซึ่งถือเป็นอัตลักษณ์ที่สำคัญทางเพศหญิง ยิ่งทำให้ผู้ป่วยรู้สึกไม่มั่นคงยิ่งขึ้น¹³ ดังนั้นความวิตกกังวล คือ สภาวะทางอารมณ์ที่ผู้ป่วยรู้สึกวิตกกังวล หรือตื่นตระหนก เป็นตัวแปรสำคัญที่ควรได้รับการศึกษา เนื่องจากส่งผลต่อการปรับตัว การฟื้นตัวหลังผ่าตัด และคุณภาพชีวิตโดยรวม ผู้ป่วยที่มีความวิตกกังวลสูงมักเผชิญกับความรู้สึกไม่มั่นคง กระทบต่อสุขภาพจิตและกระบวนการรักษา ในขณะเดียวกันคุณภาพชีวิตทางสุขภาพเป็นการรับรู้ของผู้ป่วยเกี่ยวกับผลกระทบของโรค และการรักษาต่อสภาพร่างกาย จิตใจ สังคม และบทบาทในชีวิตประจำวัน ก็เป็นตัวชี้วัดสำคัญที่สะท้อนผลกระทบทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม ผู้ป่วยที่ได้รับผลข้างเคียงจากการรักษาอาจมีคุณภาพชีวิตลดลง การศึกษาตัวแปรนี้จึงมีความจำเป็นในการประเมินประสิทธิภาพของการดูแลและพัฒนาแนวทางที่ตอบสนองต่อความต้องการของผู้ป่วยได้อย่างเหมาะสม

การลดความวิตกกังวลและส่งเสริมคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่เข้ารับการผ่าตัด มีส่วนช่วยลดความเสี่ยงของภาวะแทรกซ้อนทั้งทางร่างกายและจิตใจ เช่น การให้ข้อมูลสุขภาพอย่างต่อเนื่อง เรื่องแนวทางการรักษา การดูแลตนเอง การเตรียมความพร้อมด้านสุขภาพ การสนับสนุนด้านจิตใจ รวมไปถึงการใช้เทคโนโลยีการดูแลสุขภาพผ่านสื่อทางไกล เป็นหนึ่งในวิธีที่ช่วยเพิ่มการเข้าถึงการดูแลและสนับสนุนผู้ป่วยให้มีความเข้าใจที่ถูกต้อง ช่วยให้ผู้ป่วยดูแลตนเองได้เหมาะสม¹⁴ ลดความเสี่ยงภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด และเผชิญการรักษาในระยะยาวได้อย่างมีประสิทธิภาพ การเตรียมพร้อมทั้งร่างกายและจิตใจจึงมีบทบาทสำคัญต่อการฟื้นตัวและคุณภาพชีวิต

การดูแลสุขภาพผ่านสื่อทางไกล (Telehealth) คือ การให้บริการด้านสุขภาพผ่านเทคโนโลยีการสื่อสารทางไกล ช่วยให้ผู้ป่วยเข้าถึงบริการได้สะดวก รวดเร็ว และบุคลากรทางการแพทย์สามารถให้คำปรึกษา ติดตามอาการ และดูแลสุขภาพได้อย่างมีประสิทธิภาพ แม้อยู่ในพื้นที่ห่างไกล¹⁵ ปัจจุบัน Telehealth ถูกนำมาใช้ในการป้องกันโรค ส่งเสริมสุขภาพ และดูแลรักษาเบื้องต้น โดยสามารถสื่อสารและติดตามอาการผู้ป่วยผ่านระบบออนไลน์ได้อย่างสะดวกและต่อเนื่อง

จากการศึกษาวรรณกรรมพบว่าในประเทศไทยยังมีงานวิจัยด้านการใช้ Telehealth กับผู้ป่วยมะเร็งเต้านมเพื่อลดความวิตกกังวลและส่งเสริมคุณภาพชีวิตทางสุขภาพยังจำกัด เช่น การศึกษาโปรแกรมการให้ข้อมูลผ่านแอปพลิเคชันร่วมกับการบริหารชีงวิถีไทย มีระยะเวลาเพียง 14 วัน และจำกัดอยู่ในช่วงก่อนการผ่าตัดเท่านั้น¹⁶ ไม่พบการติดตามต่อเนื่องจนถึงระยะหลังผ่าตัด ซึ่งทำให้ขาดการดูแลต่อเนื่องของผู้ป่วยในแต่ละระยะได้ การศึกษาส่วนใหญ่ในประเทศไทยได้มีการศึกษาผู้ป่วยมะเร็งหลายชนิด แต่ละชนิดก็จะมีให้การพยาบาลที่แตกต่างกัน มีการนำ Telehealth เข้ามาประยุกต์ใช้ เช่น

นำมาใช้เพื่อช่วยลดระดับความวิตกกังวลในผู้ป่วยที่สงสัยมะเร็งเต้านมที่เข้ารับการตรวจชิ้นเนื้อเพื่อการวินิจฉัยความวิตกกังวลมักสูงในช่วงก่อนและหลังผ่าตัด โดยผลลัพธ์พบว่าสามารถช่วยลดระดับความวิตกกังวลได้มากกว่ากลุ่มผู้ป่วยที่ไม่ได้รับโปรแกรม¹⁷ งานวิจัยที่ใช้โปรแกรม Telehealth ผ่านเว็บไซต์พบว่า ระดับความวิตกกังวลสูงสุดช่วงก่อนและ 24 ชั่วโมงหลังผ่าตัด ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับโปรแกรมสามารถดูแลตนเองได้ดีกว่ากลุ่มที่ไม่ได้รับ โดยลดความทุกข์ ความวิตกกังวล และผลกระทบจากการดูแลที่ไม่ต่อเนื่อง จึงสนับสนุนการพัฒนาโปรแกรมจัดการตนเองเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการดูแลรักษา¹⁴ ผู้วิจัยพัฒนาโปรแกรม Telehealth ที่เป็นรูปแบบการให้ข้อมูลและสนับสนุนการดูแลผู้ป่วย เพื่อเตรียมความพร้อมร่างกายและจิตใจเพื่อลดความวิตกกังวลและส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งเต้านม โดยเน้นการเสริมสร้างการจัดการตนเองอย่างต่อเนื่อง การได้รับข้อมูลสุขภาพ การติดตามและให้กำลังใจผู้ป่วยเข้าถึงและทบทวนข้อมูลได้ตามต้องการผ่านโปรแกรมตลอดระยะเวลา 4 สัปดาห์ เพื่อความมั่นใจและความสามารถในการดูแลตนเอง แตกต่างจากงานวิจัยที่ผ่านมาที่ประเมินเพียงช่วงสั้น ๆ ไม่มีการติดตามต่อเนื่อง ไม่มีการอธิบายกลไกของ Telehealth ต่อผลลัพธ์ที่ต้องการศึกษา ซึ่งในการศึกษารุ่นนี้มีการนำกรอบแนวคิด Transitional Care Model (TCM) ของ Naylor และคณะ¹⁸ มาอธิบายกลไกจาก Telehealth ที่มีต่อผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น เน้นการประเมินความพร้อม วางแผนดูแลเฉพาะราย การสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ การสนับสนุนต่อเนื่อง และการติดตามหลังจำหน่าย เพื่อดูแลผู้ป่วยมะเร็งเต้านมตั้งแต่ก่อนผ่าตัดจนถึงสองสัปดาห์หลังผ่าตัด โดยพยาบาลมีบทบาทในการให้ข้อมูล เสริมทักษะ และสนับสนุนด้านจิตใจ เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่องและมีประสิทธิภาพ

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อศึกษาผลของโปรแกรม Telehealth ต่อความวิตกกังวลและคุณภาพชีวิตทางสุขภาพของผู้ป่วยมะเร็งเต้านม

สมมติฐานการวิจัย

- 1) ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับโปรแกรม Telehealth ร่วมกับการพยาบาลตามปกติ มีความวิตกกังวลน้อยกว่าผู้ป่วยที่ได้รับการพยาบาลตามปกติเพียงอย่างเดียว
- 2) ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับโปรแกรม Telehealth ร่วมกับการพยาบาลตามปกติ มีคุณภาพชีวิตทางสุขภาพมากกว่าผู้ป่วยที่ได้รับการพยาบาลตามปกติเพียงอย่างเดียว
- 3) ความวิตกกังวลของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับโปรแกรม Telehealth ร่วมกับการพยาบาลตามปกติมีความแตกต่างกันระหว่างก่อนและหลังได้รับโปรแกรม
- 4) คุณภาพชีวิตทางสุขภาพของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับโปรแกรม Telehealth ร่วมกับการพยาบาลตามปกติมีความแตกต่างกันระหว่างก่อนและหลังได้รับโปรแกรม

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษานี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (quasi-experiment research design) ชนิดสองกลุ่ม มีการวัดผลในช่วงก่อนและหลังได้รับโปรแกรม (two groups pretest-posttest design)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมระยะก่อนผ่าตัดและหลังผ่าตัดในช่วงแรก (2 สัปดาห์แรกหลังผ่าตัด) เพศหญิงที่มีอายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมระยะก่อนผ่าตัดและหลังผ่าตัดในช่วงแรก ซึ่งมาได้รับการรักษาตั้งแต่ที่หน่วยตรวจรักษาเต้านมศิริราช และหอผู้ป่วยศัลยกรรมพิเศษและสามัญ โรงพยาบาลศิริราช

คำนวณกลุ่มตัวอย่างด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป G*Power

กำหนดระดับความเชื่อมั่นในการทดสอบที่ระดับแอลฟาเท่ากับ .05 อำนาจการทดสอบ (power of test) เท่ากับ .80 กำหนดอำนาจอิทธิพล (effect size) เท่ากับ 0.6 (ได้จากงานวิจัยของ Kim และคณะ¹⁹ คำนวณโดยใช้ค่า SD ของคุณภาพชีวิตในช่วง 3 สัปดาห์ (กลุ่มทดลอง SD = 3.5 และกลุ่มควบคุม SD = 5.3) หาค่า SD looped ได้เท่ากับ 4.5 ส่วนค่าเฉลี่ยของกลุ่มทดลองเท่ากับ 74.9 และกลุ่มควบคุมเท่ากับ 72.2 จากนั้นนำมาคำนวณค่าขนาดอิทธิพล (Cohen's d) จึงได้ค่าเท่ากับ 0.6 คำนวณกลุ่มตัวอย่างได้ทั้งหมด 72 ราย และเพื่อป้องกันการสูญหายระหว่างเก็บข้อมูล (dropout) จึงเพิ่มขนาดกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 20¹⁴ จึงได้กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 86 ราย (กลุ่มละ 43 ราย)

เกณฑ์ในการคัดเข้ากลุ่มตัวอย่าง (inclusion criteria) ได้แก่ ผู้ป่วยหญิงอายุ 18 ปีขึ้นไป ที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นมะเร็งเต้านม และวางแผนรักษาด้วยการผ่าตัดเป็นขั้นตอนแรก สามารถสื่อสารภาษาไทยได้ มีสมาร์ตโฟน ใช้งานแอปพลิเคชันไลน์ และเชื่อมต่ออินเทอร์เน็ตได้

เกณฑ์คัดออก (exclusion criteria) ได้แก่ ผู้ที่เคยได้รับรังสีรักษา เคมีบำบัดเกี่ยวกับมะเร็งเต้านมหรือมะเร็งที่อวัยวะอื่น มีความผิดปกติทางจิต หรืออยู่ในภาวะตั้งครรภ์

เกณฑ์การถอนกลุ่มตัวอย่างจากการวิจัย (withdrawal criteria for individual participants) ได้แก่ ผู้ที่เกิดภาวะแทรกซ้อนรุนแรง งดการผ่าตัด หรือไม่สามารถติดต่อได้เกิน 2 ครั้ง

เลือกกลุ่มตัวอย่าง ใช้วิธีการเลือกแบบสะดวก (convenience sampling) โดยคัดเลือกจากผู้ป่วยที่เข้าเกณฑ์และยินยอมเข้าร่วมการวิจัยในช่วงเวลาที่ดำเนินโครงการ กลุ่มทดลองจะได้รับโปรแกรม Telehealth ร่วมกับการพยาบาลตามปกติในการติดตามดูแลในระยะก่อนผ่าตัดและหลังผ่าตัดในช่วงแรก (2 สัปดาห์หลังผ่าตัด) และกลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติ

เครื่องมือการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ดำเนินการวิจัย

1.1 โปรแกรม Telehealth นี้ใช้แอปพลิเคชันไลน์เป็นช่องทางสื่อสารระหว่างผู้ป่วยมะเร็งเต้านมกับทีมสุขภาพ โดยให้ข้อมูลความรู้ การเตรียมตัวก่อน-หลังผ่าตัด การเสริมสร้างภาพลักษณ์ และการดูแลต่อเนื่องตามแนวคิด Transitional Care Model ของ Naylor และคณะ¹⁸ มีเป้าหมายเพื่อสนับสนุนให้ผู้ป่วยและญาติเปลี่ยนผ่านช่วงการรักษาได้อย่างต่อเนื่องและราบรื่น โดยเริ่มตั้งแต่ก่อนผ่าตัดจนถึงสองสัปดาห์หลังผ่าตัด ทั้งนี้เนื้อหาของโปรแกรมได้รับการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ ซึ่งได้ค่า CVI เท่ากับ .87 เนื้อหาในโปรแกรมประกอบด้วย 6 หัวข้อหลัก ได้แก่ ความรู้เกี่ยวกับมะเร็งเต้านม การเตรียมตัวผ่าตัด การป้องกันภาวะแทรกซ้อน การสร้างความมั่นใจในภาพลักษณ์ การเตรียมพร้อมสำหรับการรักษาต่อเนื่อง และช่องทางติดต่อทีมสุขภาพเพื่อขอคำปรึกษา

2. เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล

2.1 แบบประเมินข้อมูลทั่วไป ได้แก่ แบบประเมินข้อมูลส่วนบุคคลประกอบด้วย 2 ส่วน ได้แก่ ส่วนที่ 1 แบบบันทึกข้อมูลทั่วไป จำนวน 8 ข้อ ได้แก่ อายุ เพศ ศาสนา ระดับการศึกษา อาชีพ สถานภาพสมรส โรคประจำตัว และประวัติการผ่าตัด ส่วนที่ 2 แบบบันทึกข้อมูลทางคลินิก จำนวน 3 ข้อ ได้แก่ การวินิจฉัยโรค แผนการรักษา และวันที่นัดผ่าตัด

2.2 แบบประเมินความวิตกกังวล (Thai Hospital Anxiety Scale, Thai HADS) ฉบับภาษาไทย ปี พ.ศ. 2560 จาก MAPI Research Trust ที่ได้รับอนุญาตการแปลจากต้นฉบับภาษาอังกฤษของ Zigmond และ Snaith²⁰ แบบประเมินนี้มีความน่าเชื่อถือสูงโดยมีค่าความไว (sensitivity) ที่ 100% และค่าความจำเพาะ (specificity) ที่ 86% สำหรับการวัดระดับความวิตกกังวล ซึ่งถือเป็นเครื่องมือที่มีความน่าเชื่อถือและถูกนำมาใช้อย่างแพร่หลาย โดยการศึกษาครั้งนี้

วัดผลของโปรแกรมต่อความวิตกกังวลเป็นหลัก จึงเลือกใช้เฉพาะส่วนที่วัดความวิตกกังวล 7 ข้อ นำคะแนนรวมมาแปลผลเป็น Likert-type scale แบบ 4 ระดับ ได้แก่ 0-7 คือ ปกติ, 8-10 คือ วิตกกังวลเล็กน้อย, 11-14 คือ ปานกลาง ควรได้รับคำปรึกษา และ 15-21 คือ สูง ควรได้รับการดูแลจากผู้เชี่ยวชาญ²¹ ซึ่งช่วยให้สามารถประเมินและวางแผนการดูแลผู้ป่วยได้อย่างเหมาะสม

2.3 แบบประเมินคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งเต้านม (Functional Assessment of Breast Cancer Therapy, FACT-B) ฉบับภาษาไทย โดยได้รับการอนุญาตให้ใช้งานโดย The Functional Assessment of Chronic Illness Therapy (FACIT.org) ซึ่งผ่านการแปลงอย่างเป็นระบบตามมาตรฐานของ FACITtrans ซึ่งเป็นเครื่องมือมาตรฐานที่ใช้ในการวัดคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งเต้านม และได้รับความนิยมในการวิจัยอย่างแพร่หลาย มีการประเมิน 5 ด้านหลัก รวม 37 ข้อ ได้แก่ ความผาสุกทางร่างกาย (7 ข้อ) ครอบครัวยุติและสังคม (7 ข้อ) อารมณ์และจิตใจ (6 ข้อ) การปฏิบัติกิจกรรม (7 ข้อ) และคำถามเฉพาะสำหรับมะเร็งเต้านม (10 ข้อ) ใช้ระบบคะแนนแบบ Likert-type scale 5 ระดับ (0-4) โดย 0 (ไม่เลย) ถึง 4 (มากที่สุด) คะแนนรวมสูงสะท้อนถึงคุณภาพชีวิตที่ดี ในขณะที่คะแนนรวมต่ำสะท้อนถึงคุณภาพชีวิตที่ด้อยลง โดยการอ้างอิงตามแนวทางและคู่มือการให้คะแนนของ FACIT.org

แบบประเมิน Thai HADS และ FACT-B ฉบับภาษาไทยเป็นเครื่องมือที่ผ่านการแปลและตรวจสอบคุณภาพทางจิตวิทยาแล้วในกลุ่มผู้ป่วยมะเร็งไทย โดยมีรายงานค่าความเที่ยง (Cronbach's alpha) อยู่ในระดับดีในงานวิจัยก่อนหน้า และเนื่องจากผู้วิจัยใช้ฉบับมาตรฐานโดยไม่มีการปรับเปลี่ยน จึงไม่มีการวัดค่าความเที่ยงของเครื่องมือซ้ำในครั้งนี้

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน คณะพยาบาลศาสตร์ ร่วมกับคณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล (MU-MOU COA No. IRB-NS2023/831.2201) การเข้าร่วมการวิจัยเป็นไปตามความสมัครใจ และได้รับข้อมูลเกี่ยวกับวัตถุประสงค์ ขั้นตอนและสิทธิ์ต่าง ๆ ก่อนลงนามในหนังสือแสดงเจตนายินยอม ผู้เข้าร่วมสามารถถอนตัวได้ทุกเมื่อ โดยไม่กระทบต่อการรับบริการทางการแพทย์ ข้อมูลทั้งหมดได้รับการปกปิดเป็นความลับ ไม่มีการระบุชื่อในแบบบันทึกข้อมูล

วิธีเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ขออนุญาตแนะนำตัวจากบัณฑิตวิทยาลัยถึงคณบดีคณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์และขออนุญาตเก็บข้อมูล
2. เสนอโครงการวิจัยเพื่อขอรับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคนของคณะพยาบาลศาสตร์ ร่วมกับคณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล
3. หลังได้รับการอนุมัติเข้าพบที่บุคลากรที่เกี่ยวข้องเพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์และขอความร่วมมือในการเก็บข้อมูล
4. ประสานกับพยาบาลหน่วยตรวจรักษาเต้านมเพื่อแนะนำผู้ป่วยที่เข้าเกณฑ์ โดยผู้วิจัยเป็นผู้ให้ข้อมูลโครงการและขอความยินยอมก่อนเข้าร่วมวิจัย จากนั้นคัดเลือกผู้ป่วยตามเกณฑ์และสุ่มแบ่งเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ดำเนินการเก็บข้อมูลวันจันทร์-ศุกร์ เวลา 08.00-16.00 น.

กลุ่มควบคุม ได้รับการพยาบาลตามปกติ โดยที่หน่วยตรวจรักษาเต้านมศิริราช ผู้ป่วยได้รับเอกสารและคำแนะนำเบื้องต้นก่อนเข้ารับการผ่าตัด เช่น ความรู้เรื่องโรคเบื้องต้น การรักษาด้วยวิธีต่าง ๆ และการบริหารแขนหลังผ่าตัด ส่วนที่หอผู้ป่วยศัลยกรรมได้รับการดูแลทั้งก่อนและหลังผ่าตัด เช่น การดูแลให้พักผ่อน การเตรียมความพร้อมร่างกาย รวมถึงการแนะนำก่อนกลับบ้านด้วยวิธี D-METHOD โดยพยาบาลประจำ

หอผู้ป่วย ผู้วิจัยดำเนินการกับกลุ่มควบคุมโดยชี้แจงขั้นตอนการวิจัยแก่ผู้ป่วยและผู้ดูแล พร้อมทั้งให้ผู้ป่วยตอบแบบสอบถามข้อมูลทั่วไป จากนั้นจึงประเมินระดับความวิตกกังวลและคุณภาพชีวิตเป็นครั้งที่ 1 หลังจากนั้นผู้ป่วยได้รับการดูแลตามมาตรฐานของโรงพยาบาลทั้งก่อนและหลังการผ่าตัด โดยผู้ช่วยวิจัยเป็นผู้ประเมินผลครั้งที่ 2 ทางโทรศัพท์ในวันที่ 1 หลังผ่าตัด และเมื่อครบสองสัปดาห์หลังผ่าตัด ผู้วิจัยดำเนินการติดตามและประเมินผลอีกครั้งทางโทรศัพท์เป็นครั้งที่ 3

กลุ่มทดลอง ได้รับการดูแลตามมาตรฐานปกติของหน่วยตรวจรักษาเต้านมศิริราชและหอผู้ป่วยศัลยกรรม โดยที่หน่วยตรวจรักษาเต้านม ผู้ป่วยได้รับเอกสารคำแนะนำเบื้องต้นเพื่อเตรียมความพร้อมก่อนผ่าตัด และที่หอผู้ป่วยศัลยกรรม ผู้ป่วยได้รับการเตรียมความพร้อมก่อน-หลังผ่าตัด รวมถึงการสอนก่อนกลับบ้านด้วยวิธี D-METHOD จากพยาบาลประจำหอผู้ป่วย

ผู้วิจัยดำเนินการกับกลุ่มทดลองโดยสัปดาห์ที่ 1 กิจกรรมเริ่มด้วยการชี้แจงขั้นตอนการวิจัยแก่ผู้ป่วยและผู้ดูแล พร้อมทั้งให้ตอบแบบสอบถามข้อมูลทั่วไป จากนั้นเข้าสู่โปรแกรม Telehealth ผ่านแอปพลิเคชันไลน์ โดยสแกน QR Code เพื่อศึกษาข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับการเตรียมตัวก่อนและหลังผ่าตัด โดยผู้ป่วยจะได้ทำแบบประเมินความวิตกกังวลและคุณภาพชีวิตครั้งที่ 1 หลังจากนั้นผู้ป่วยสามารถเปิดใช้โปรแกรมได้อย่างต่อเนื่องตามความต้องการ ร่วมกับผู้ป่วยได้รับการพยาบาลตามปกติ ในระยะก่อนผ่าตัดหากผู้ป่วยมีข้อคำถามสงสัย ผู้วิจัยจะให้คำตอบผ่านโปรแกรม Telehealth ภายหลังจากผ่าตัด 1 วัน (สัปดาห์ที่ 2) ผู้ช่วยวิจัยส่งแบบประเมินความวิตกกังวลและคุณภาพชีวิตครั้งที่ 2 ให้ผู้ป่วยตอบผ่านโปรแกรม และในช่วงหลังจำหน่ายจากโรงพยาบาล ผู้วิจัยติดตามสอบถามอาการ ความรู้สึก รวมถึงตอบข้อสงสัยของผู้ป่วยผ่านโปรแกรมในวันที่ 3, 5 และ 7 หลังผ่าตัด เมื่อครบสองสัปดาห์หลังผ่าตัด (สัปดาห์ที่ 4) ผู้วิจัยส่งแบบประเมินความวิตกกังวลและคุณภาพชีวิตครั้งที่ 3 ให้ผู้ป่วยตอบผ่านโปรแกรมอีกครั้ง โดยในแต่ละครั้งใช้ระยะเวลา 15-30 นาที

การวิเคราะห์ข้อมูล

หลังเก็บรวบรวมข้อมูลครบถ้วน ผู้วิจัยวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรม SPSS ดังนี้

1. วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปและข้อมูลสุขภาพ ด้วยสถิติเชิงบรรยาย ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย
2. วิเคราะห์ความแตกต่างของข้อมูลทั่วไปด้วยสถิติ Chi-square independent t-test และ Fisher's Exact Test
3. วิเคราะห์เปรียบเทียบคะแนนความวิตกกังวล (Thai HADS) และคะแนนคุณภาพชีวิตทางสุขภาพของผู้ป่วยมะเร็งเต้านม (FACT-B) ก่อน-หลังทดลอง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมด้วยสถิติ Mixed-Design ANOVA ผ่านข้อตกลงเบื้องต้นคือมีความต่อเนื่องของตัวแปรตาม การแจกแจงแบบปกติ และความแปรปรวนที่เท่ากันระหว่างกลุ่ม ตรวจสอบด้วย Mauchly's Test พบว่าสมมติฐานเป็นจริง ($p > .05$)

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบลักษณะส่วนบุคคลของกลุ่มที่ศึกษา (N = 86)

ลักษณะส่วนบุคคล	กลุ่มทดลอง (n = 43)		กลุ่มควบคุม (n = 43)		p-value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
อายุ (ปี)					.156 ¹
$\bar{X}$	53.63		57.42		
Min	31		41		
Max	64		65		
ศาสนา					1.000 ²
พุทธ	42	97.7	43	100	
อิสลาม	1	2.3	0	0	
ระดับการศึกษาสูงสุด					.279 ³
ประถมศึกษา	18	41.9	11	25.6	
มัธยมศึกษา	13	30.2	17	39.5	
ปริญญาตรี/สูงกว่า	12	27.9	15	34.9	
อาชีพ					.321 ³
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	9	20.9	14	32.6	
รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ	15	34.9	9	20.9	
ธุรกิจ/ค้าขาย	19	44.2	20	46.5	

4. วิเคราะห์เปรียบเทียบคะแนนความวิตกกังวล (Thai HADS) และคะแนนคุณภาพชีวิตทางสุขภาพของผู้ป่วยมะเร็งเต้านม (FACT-B) ภายในกลุ่มทดลอง (ก่อน-หลังทดลอง) ด้วยสถิติ One-Way Repeated Measure ANOVA ผ่านข้อตกลงเบื้องต้นคือตัวแปรตามมีลักษณะเป็นข้อมูลเชิงปริมาณ และผลการทดสอบ Mauchly's Test พบว่าสมมติฐานเป็นจริง ($p > .05$)

ผลการวิจัย

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปและประวัติการรักษาของกลุ่มตัวอย่าง ผลการวิเคราะห์พบว่ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีลักษณะพื้นฐานคล้ายกัน โดยไม่พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > .05$) การผ่าตัดที่พบบ่อยสุดในทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม คือ การผ่าตัดแบบสงวนเต้า (wide local excision) และมีการผ่าตัดต่อมน้ำเหลืองเซนติเนลร่วมด้วย ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 (ต่อ)

ลักษณะส่วนบุคคล	กลุ่มทดลอง (n = 43)		กลุ่มควบคุม (n = 43)		p-value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
สถานภาพสมรส					.643 ³
โสด	12	27.9	15	34.9	
คู่/แต่งงานแล้ว	31	72.1	28	65.1	
โรคประจำตัว					.348 ³
ไม่มีโรคประจำตัว	28	65.1	31	72.1	
มีโรคประจำตัว	15	34.9	12	27.9	
ประวัติการผ่าตัดในอดีต					1.000 ²
ไม่มีประวัติ	43	100	42	97.7	
ผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่า	0	0	1	2.3	
แผนการผ่าตัดเต้านม					.416 ²
ผ่าตัดเต้านมออกทั้งเต้า					
- Total Mastectomy	12	27.9	9	20.9	
- Modified radical mastectomy	8	18.6	11	25.6	
- MRM with prosthesis	5	11.6	3	7.0	
ผ่าตัดเต้านมแบบสงวนเต้า					
- Lumpectomy	2	4.7	5	11.6	
- Partial Mastectomy	0	0	2	4.7	
ลักษณะด้านการรักษา					
- Wide Local Excision	16	37.2	13	30.2	
การผ่าตัดต่อมน้ำเหลือง อาจร่วมกับการผ่าตัดเต้านม					.479 ³
- Axillary Lymph Node Dissection	15	34.9	10	23.3	

¹ independent t-test, ² Fisher's exact test, ³ chi-square

ส่วนที่ 2 เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนความวิตกกังวล ระหว่างสองกลุ่มในระยะก่อนถึงวันผ่าตัด ระยะหลังผ่าตัด 1 วัน และระยะหลังผ่าตัด 2 สัปดาห์ ผลการวิเคราะห์พบว่ากลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรม Telehealth ร่วมกับการพยาบาลตามปกติมีระดับความวิตกกังวลลดลงอย่างมีนัยสำคัญมากกว่ากลุ่มควบคุม ($F = 118.386$, $p < .001$, $\eta^2 = 0.586$) ดังตารางที่ 2

ส่วนที่ 3 เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนคุณภาพชีวิตทางสุขภาพ ระหว่างกลุ่มสองกลุ่มในระยะก่อนถึงวันผ่าตัด ระยะหลังผ่าตัด 1 วัน และระยะหลังผ่าตัด 2 สัปดาห์

ผลการวิเคราะห์พบว่ากลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนคุณภาพชีวิตทางสุขภาพสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($F = 272.297$, $p < .001$, $\eta^2 = 0.764$) ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนความวิตกกังวล

ช่วงเวลา	กลุ่มทดลอง (n = 43)	กลุ่มควบคุม (n = 43)	F ¹	p-value	η^2
	$\bar{X}$ (SD)	$\bar{X}$ (SD)			
ก่อนถึงวันผ่าตัด	11.49 (1.70)	11.72 (1.87)	118.386	< .001	0.586
หลังผ่าตัด 1 วัน	4.20 (1.65)	5.13 (0.07)			
หลังผ่าตัด 2 สัปดาห์	1.47 (1.39)	6.53 (1.44)			

¹ Mixed-Design ANOVA, Between-Subject Effect

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนคุณภาพชีวิตทางสุขภาพ

ช่วงเวลา	กลุ่มทดลอง (n = 43)	กลุ่มควบคุม (n = 43)	F ¹	p-value	η^2
	$\bar{X}$ (SD)	$\bar{X}$ (SD)			
ก่อนถึงวันผ่าตัด	105.28 (6.98)	105.60 (5.38)	272.297	< .001	0.764
หลังผ่าตัด 1 วัน	127.14 (6.13)	106.86 (4.30)			
หลังผ่าตัด 2 สัปดาห์	132.65 (3.65)	106.79 (4.24)			

¹ Mixed-Design ANOVA, Between-Subject Effect

ส่วนที่ 4 เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนความวิตกกังวล และคุณภาพชีวิตทางสุขภาพของกลุ่มทดลองในช่วงระหว่างก่อนและหลังได้รับโปรแกรม Telehealth

ผลการวิเคราะห์พบว่าผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับโปรแกรม Telehealth ร่วมกับการพยาบาลตามปกติมีคะแนนความวิตกกังวลลดลงอย่างต่อเนื่องในแต่ละช่วง

การประเมิน โดยมีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (F = 376.114, p < .001) ดังตารางที่ 4

ผลการวิเคราะห์พบว่าคะแนนคุณภาพชีวิตทางสุขภาพของกลุ่มทดลองเพิ่มขึ้นอย่างชัดเจนจากก่อนจนถึงหลังทดลอง โดยมีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (F = 412.617, p < .001) สะท้อนว่าคุณภาพชีวิตทางสุขภาพดีขึ้นทั้งหลังผ่าตัด 1 วันและ 2 สัปดาห์ ดังตารางที่ 5

ตารางที่ 4 เปรียบเทียบความวิตกกังวลภายในกลุ่มทดลอง

การประเมิน	$\bar{X}$	SD	F ¹	p-value	η^2
ก่อนผ่าตัด	11.49	1.70	376.114	< .001	0.9
หลังผ่าตัด 1 วัน	4.63	1.96			
หลังผ่าตัด 2 สัปดาห์	1.56	1.52			

¹ One-way Repeated Measure ANOVA, Within-Subject Effect

ตารางที่ 5 เปรียบเทียบคุณภาพชีวิตทางสุขภาพภายในกลุ่มทดลอง

การประเมิน	$\bar{X}$	SD	F ¹	p-value	η^2
ก่อนผ่าตัด	105.28	6.98	412.617	< .001	0.908
หลังผ่าตัด 1 วัน	127.14	6.13			
หลังผ่าตัด 2 สัปดาห์	132.65	3.65			

¹ One-way Repeated Measure ANOVA, Within-Subject Effect

การอภิปรายผล

ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับโปรแกรม Telehealth ร่วมกับการพยาบาลตามปกติ มีคุณภาพชีวิตทางสุขภาพแตกต่างกับผู้ป่วยที่ได้รับการพยาบาลตามปกติเพียงอย่างเดียว ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ Bartz²² ที่ทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับการให้ข้อมูลทาง Telehealth ในการดูแลผู้ป่วยโรคต่าง ๆ รวมถึงโรคมะเร็งเต้านม โดยผลลัพธ์พบว่า การใช้ Telehealth สามารถช่วยเพิ่มคุณภาพชีวิตทางสุขภาพของผู้ป่วยได้

ความวิตกกังวลของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับโปรแกรม Telehealth ร่วมกับการพยาบาลตามปกติ มีความแตกต่างกันระหว่างก่อนและหลังได้รับโปรแกรม ซึ่งสามารถอธิบายได้ตามกรอบแนวคิดทฤษฎีการเปลี่ยนผ่านของ Naylor ที่เน้นการเตรียมความพร้อม การดูแลเฉพาะราย การสื่อสารที่มีประสิทธิภาพและการดูแลติดตามต่อเนื่อง โดยในการศึกษานี้ผู้ป่วยสามารถเข้าถึงข้อมูลที่ต้องการและทันเวลา ทำให้เข้าใจขั้นตอนการดูแลรักษา ลดความไม่แน่นอน และลดความวิตกกังวลที่เกี่ยวกับการผ่าตัดและการดูแลตนเอง สอดคล้องกับงานวิจัยของ Yang และคณะ²³ ที่ศึกษาเกี่ยวกับการประเมินความพึงพอใจ ผลของการสื่อสาร การรับรู้ ความสบายใจ รวมถึงความวิตกกังวลของผู้ป่วยมะเร็งเต้านม โดยผลการศึกษาพบว่าการใช้โปรแกรม Telehealth สามารถช่วยลดระดับความวิตกกังวลในผู้ป่วยได้ด้วยการได้รับความสะดวกสบาย ความเป็นส่วนตัว

คุณภาพชีวิตทางสุขภาพของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับโปรแกรม Telehealth ร่วมกับการพยาบาลตามปกติ มีความแตกต่างกันระหว่างก่อนและหลังได้รับโปรแกรม โดยเป็นไปตามกรอบแนวคิดทฤษฎีการเปลี่ยนผ่านของ Naylor เนื่องจากผู้ป่วยมีการปรับตัวต่อสถานการณ์ต่าง ๆ ทั้งร่างกายและจิตใจ ดังนั้นการได้รับข้อมูล การสนับสนุนด้านอารมณ์ และการจัดการตนเองอย่างถูกต้องจึงทำให้คุณภาพชีวิตทางสุขภาพดีขึ้น สอดคล้องกับผลการศึกษาของ Huang และคณะ²⁴

การศึกษานี้พบว่า การสนับสนุนผู้ป่วยมะเร็งเต้านมผ่านทางอินเทอร์เน็ต เช่น โปรแกรม Telehealth ซึ่งใช้สมาร์ทโฟน โซเชียลมีเดีย และอุปกรณ์พกพา มีประสิทธิภาพในการลดความเครียด ความวิตกกังวล ภาวะซึมเศร้า รวมถึงพัฒนาคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพและการสนับสนุนทางสังคมของผู้ป่วย ถือเป็นช่องทางที่มีศักยภาพในการปรับปรุงสุขภาพจิตและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมอย่างมีนัยสำคัญ

การใช้โปรแกรม Telehealth ในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งเต้านมตามกรอบแนวคิดทฤษฎีการดูแลช่วงระยะเปลี่ยนผ่าน ช่วยให้การดูแลผู้ป่วยในแต่ละช่วงของระยะการรักษา ตั้งแต่ก่อนถึงวันผ่าตัด (ตั้งแต่พบผู้ป่วยครั้งแรกที่หน่วยตรวจรักษาเต้านมศิริราช ซึ่งมีระยะเวลารอคอยการผ่าตัดประมาณ 7-10 วัน) และมีการติดตามไปจนถึงหลังผ่าตัด 2 สัปดาห์ เป็นไปอย่างต่อเนื่องพยาบาลผู้วิจัยสามารถรับรู้ปัญหา ความรู้สึก และความต้องการของผู้ป่วยกลุ่มนี้ ทำให้การดูแลผู้ป่วยครอบคลุมยิ่งขึ้น ส่งผลให้ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติตัวก่อนและหลังผ่าตัดได้อย่างถูกต้องและเหมาะสม นอกจากนี้ยังรวมไปถึงการเตรียมความพร้อมทั้งด้านร่างกายและจิตใจของผู้ป่วยและญาติสำหรับการเข้ารับการรักษอย่างต่อเนื่อง ผู้ป่วยและญาติมีความวิตกกังวลลดลง และมีคุณภาพชีวิตทางสุขภาพที่ดีขึ้นอีกด้วย ในการศึกษาครั้งนี้โปรแกรม Telehealth มีช่องทางให้ผู้ป่วยสามารถติดต่อสื่อสารและสอบถามข้อสงสัยต่าง ๆ ในขณะที่ผู้ป่วยอยู่ที่บ้าน ผ่านทางแอปพลิเคชันไลน์บนสมาร์ทโฟน ซึ่งในระหว่างการเก็บรวบรวมข้อมูลในระยะก่อนถึงวันผ่าตัด ผู้ป่วยได้แสดงความคิดเห็นและสะท้อนให้เห็นถึงความต้องการการได้รับการสนับสนุนทางด้านข้อมูลและสนับสนุนด้านจิตใจ โปรแกรมนี้ส่งเสริมการให้ข้อมูลที่ครบถ้วน เกี่ยวกับความรู้เรื่องโรค การผ่าตัดในรูปแบบต่าง ๆ การดูแลเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดที่อาจเกิดขึ้น การเตรียมความพร้อมก่อนและหลังผ่าตัด การสร้างความเชื่อมั่นในภาพลักษณ์และการมีเพศสัมพันธ์กับคู่

รวมไปถึงการเตรียมความพร้อมสู่การรักษาต่อเนื่อง สอดคล้องกับงานวิจัยของ Ni, Zhu และ Ma²⁵ ที่พบว่า ผู้ป่วยที่ได้รับการสนับสนุนด้านข้อมูลรวมกับการสนับสนุน ด้านจิตใจ ช่วยลดภาวะแทรกซ้อน ความเครียดวิตกกังวล หลังผ่าตัด และยังช่วยให้ผู้ป่วยฟื้นตัวร่างกายได้เร็วขึ้น มีสุขภาพชีวิตที่ดีขึ้น

สรุปและข้อเสนอแนะ

การดูแลผ่านโปรแกรม Telehealth ร่วมกับการพยาบาล ตามปกติ ช่วยลดความวิตกกังวลและส่งเสริมคุณภาพชีวิต ทางสุขภาพของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมได้อย่างมีประสิทธิภาพ สามารถนำไปใช้ดูแลผู้ป่วยได้ทั้งในระยะก่อนและหลังผ่าตัด โปรแกรมนี้ช่วยให้ผู้ป่วยเข้าถึงข้อมูลสุขภาพได้สะดวก การ สนับสนุนทั้งด้านร่างกายและจิตใจ ช่วยให้ผู้ป่วยสามารถปรับตัว ได้อย่างเหมาะสม อย่างไรก็ตาม ควรมีการศึกษาตัวแปรอื่นเพิ่มเติม เพื่อประเมินผลกระทบของโปรแกรมในมิติต่าง ๆ อย่างครอบคลุม และเนื่องจากการศึกษานี้ดำเนินการในโรงพยาบาลเพียงแห่งเดียว จึงอาจจำกัดความหลากหลายของกลุ่มตัวอย่าง ซึ่งควร พิจารณาขยายพื้นที่ศึกษาในอนาคต

References

1. World Health Organization. WHOQOL: measuring quality of life. Geneva: WHO; 2020 [cited 2022 Sep 10]. Available from: <https://www.who.int/tools/whoqol>.
2. Ferlay J, Ervik M, Lam F, Laversanne M, Colombet M, Mery L, et al. Global cancer observatory: cancer today [Internet]. Lyon, France: International Agency for Research on Cancer; 2024 [cited 2024 Nov 20]. Available from: <https://gco.iarc.who.int/media/globocan/factsheets/populations/764-thailand-fact-sheet.pdf>.
3. Office of the Permanent Secretary, Ministry of Public Health. Public health statistics A.D. 2023 [Internet]. Nonthaburi: Ministry of Public Health; 2023 [cited 2022 Jan 5]. Available from: <https://spd.moph.go.th/wp-content/uploads/2025/01/รายงานสถิติสาธารณสุข-ประจำปี2566.pdf>. (in Thai).
4. Division of Medical Record, Faculty of Medicine Siriraj Hospital. Statistical report 2023. 1st ed. Bangkok: Mahidol University; 2024. 2 p. (in Thai).
5. Siriraj Cancer Center, Faculty of Medicine Siriraj Hospital, Mahidol University. Siriraj cancer statistic 2021 [Internet]. Bangkok: Siriraj Cancer Center; 2021 [cited 2023 Apr 1]. Available from: <https://lookerstudio.google.com/reporting/a21d887a-b3e7-4bb8-a051-9a7eac3552bd/page/6Uu2D>.
6. Thai Breast Disease Society. Guidelines for diagnosis and treatment of breast cancer [Internet]. Bangkok: Thai Breast Disease Society; 2021 [cited 2023 Apr 1]. Available from: <https://www.nci.go.th/th/cpg/cpgรักษาโรคเต้านมและมะเร็งเต้านม.pdf>. (in Thai).
7. American Cancer Society. Breast cancer early detection and diagnosis [Internet]. Atlanta: American Cancer Society; 2023 [cited 2024 Aug 20]. Available from: <https://www.cancer.org/cancer/breast-cancer/screening-tests-and-early-detection.html>.
8. Susan G. Komen. Breast cancer screening tests and recommendations [Internet]. 2023 [cited 2024 Aug 20]. Available from: <https://www.komen.org/breast-cancer/screening/>.
9. Rosenberg SM, Dominici LS, Gelber S, et al. Association of breast cancer surgery with quality of life and psychosocial well-being in young breast cancer survivors. JAMA Surg. 2020;155(11): 1035-42. doi: 10.1001/jamasurg.2020.3325.
10. Nigussie S, Belachew T, Wolancho W. Predictors of preoperative anxiety among surgical patients in Jimma University Specialized Teaching Hospital, South Western Ethiopia. BMC Surg. 2014;14:67. doi: 10.1186/1471-2482-14-67.

11. McDonald ES, Clark AS, Tchou J, Zhang P, Freedman GM. Clinical diagnosis and management of breast cancer [Internet]. J Nucl Med. 2016; 57 Suppl 1:9S-16S. doi: 10.2967/jnumed.115.157834.
12. National Cancer Institute. Breast cancer screening (PDQ®)–patient version [Internet]. Bethesda, MD: National Cancer Institute; 2023 [cited 2024 Aug 20]. Available from: <https://www.cancer.gov/types/breast/patient/breast-screening-pdq>.
13. Pempech R, Butsripoom B. The role of perioperative nurses: providing information during preoperative and postoperative patient visits. Rama Nursing Journal. 2016;22(1):9-20. (in Thai).
14. Lally RM, Kupzyk KA, Bellavia G, Hydeman J, Gallo S, Helgeson VS, et al. CaringGuidance™ after breast cancer diagnosis eHealth psychoeducational intervention to reduce early post-diagnosis distress. Support Care Cancer. 2020;28(5):2163-74. doi: 10.1007/s00520-019-05028-0.
15. Sugarman DE, Busch AB. Telemental health for clinical assessment and treatment. BMJ. 2023; 380:e072398. doi: 10.1136/bmj-2022-072398.
16. Ngamwong W, Thanasilp S. The effect of information support via LINE application program combined with Thai style Qigong practice on preoperative anxiety in breast cancer patients. Journal of Nursing Science Chulalongkorn University. 2023;35(1): 65-77. (in Thai).
17. Ruttanamontree S, Asdomwised U, Wongkongkam K, Chuthapisith S. The effectiveness of a telehealth program on the anxiety levels among women with core needle biopsy for suspected breast cancer. Journal of Perioperative Nursing. 2020; 33(2):e9-e15. doi: 10.26550/2209-1071.
18. Naylor MD, Shaid EC, Carpenter D, Gass B, Levine C, Li J, et al. Components of comprehensive and effective transitional care. J Am Geriatr Soc. 2017; 65(6):1119-25. doi: 10.1111/jgs.14782.
19. Kim HJ, Kim SM, Shin H, Jang J-S, Kim YI, Han DH. A mobile game for patients with breast cancer for chemotherapy self-management and quality-of-life improvement: randomized controlled trial. J Med Internet Res. 2018;20(10):e273. doi: 10.2196/jmir.9559.
20. Zigmond AS, Snaith RP. The hospital anxiety and depression scale. Acta Psychiatr Scand. 1983;67 (6):361-70. doi: 10.1111/j.1600-0447.1983.tb09716.x.
21. Nilchaikovit T, Lortrakul M, Phisansuthideth U. Development of the Thai version of Hospital Anxiety and Depression Scale in cancer patients. Journal of the Psychiatric Association of Thailand. 1996;41(1):18-30. (in Thai).
22. Bartz CC. Telehealth nursing research: adding to the evidence-base for healthcare. J Int Soc Telemed eHealth. 2020;8:e19. doi: 10.29086/JISfTeH.8.e19.
23. Yang Y, Huang Y, Dong N, Zhang L, Zhang S. Effect of telehealth interventions on anxiety and depression in cancer patients: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. J Telemed Telecare. 2024;30(7):1053-64. doi: 10.1177/1357633X221122727.
24. Huang Y, Li Q, Zhou F, Song J. Effectiveness of internet-based support interventions on patients with breast cancer: a systematic review and narrative synthesis. BMJ Open. 2022;12(5): e057664. doi: 10.1136/bmjopen-2021-057664.
25. Ni K, Zhu J, Ma Z. Preoperative anxiety and postoperative adverse events: a narrative overview. Anesthesiol Perioper Sci. 2023;1:23. doi: 10.1007/s44254-023-00019-1.

Factors Predicting Locomotive Syndrome among Older Adults*

Sutthita Sangklinhom, RN, MNS¹, Virapun Wirojratana, RN, PhD¹, Prangthip Chayaput, RN, PhD¹, Weerasak Muangpaisan, MD²

Abstract

Purpose: To determine the predictive power of body mass index (BMI), cognitive impairment, and depression with regard to locomotive syndrome among older adults.

Design: Predictive correlational research.

Methods: The study included 125 older adults aged 60 years and over, who had a visit at a geriatric clinic of a super tertiary care hospital in Bangkok. Data collection instruments included a personal information and BMI record form, Thai Mental State Examination, Thai Geriatric Depression Scale-15, and the 25-question Geriatric Locomotive Function Scale. Data were analyzed using descriptive statistics and binary logistic regression.

Main findings: The findings indicated that 52% of the older adults in this study exhibited locomotive syndrome. Body mass index, cognitive impairment, and depression jointly predicted the occurrence of locomotive syndrome, accounting for 21%. Among these factors, cognitive impairment (OR = 4.12; 95%CI [1.58, 10.77], $p = .004$) and depression (OR = 2.95; 95%CI [1.08, 8.08], $p = .035$) emerged as statistically significant predictors.

Conclusion and recommendations: Cognitive impairment and Depression can predict Locomotive Syndrome among older adults. Nurses and Health care providers should therefore prioritize screening for these psychological factors particularly depression and cognitive impairment in routine assessments. Early identification of these conditions may help reduce the risk of developing locomotive syndrome and promote better health outcomes and quality of life among older adults.

Keywords: body mass index, cognitive impairment, depression, locomotive syndrome, older adults

Nursing Science Journal of Thailand. 2025;43(3):256-267.

Corresponding Author: Associate Professor Virapun Wirojratana, Faculty of Nursing, Mahidol University, Bangkok 10700, Thailand; e-mail: virapun.wir@mahidol.ac.th

* Master's thesis, Master of Nursing Science Program in Adult and Gerontological Nursing, Faculty of Nursing, Mahidol University

¹ Faculty of Nursing, Mahidol University, Bangkok, Thailand

² Faculty of Medicine, Siriraj Hospital, Mahidol University, Bangkok, Thailand

Received: 22 April 2025 / Revised: 2 June 2025 / Accepted: 4 June 2025

ปัจจัยทำนายการเกิดกลุ่มอาการโลโคโมทีฟในผู้สูงอายุ*

สุทธิตา สังข์กลิ่นหอม, พย.ม.¹ วิราพรรณ วิโรจน์รัตน์, PhD¹ ปรางทิพย์ ฉายพุทธ, PhD¹ วีรศักดิ์ เมืองไพศาล, พ.บ.²

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์: เพื่อหาอำนาจทำนายของดัชนีมวลกาย ภาวะบกพร่องทางการรู้คิด ภาวะซึมเศร้า ต่อการเกิดกลุ่มอาการโลโคโมทีฟในผู้สูงอายุ

รูปแบบการวิจัย: ความสัมพันธ์เชิงทำนาย

วิธีดำเนินการวิจัย: กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้สูงอายุที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ทั้งเพศชายและหญิง ที่เข้ารับบริการในคลินิกผู้สูงอายุ โรงพยาบาลตติยภูมิชั้นสูง ในกรุงเทพมหานคร จำนวน 125 ราย เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลและดัชนีมวลกาย แบบทดสอบสมรรถภาพสมองของไทย แบบประเมินภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุไทย และแบบสอบถามความสามารถในการเคลื่อนไหวของผู้สูงอายุ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงบรรยายและสถิติถดถอยโลจิสติก

ผลการวิจัย: กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เกิดภาวะในกลุ่มอาการโลโคโมทีฟคิดเป็นร้อยละ 52 โดยพบว่าดัชนีมวลกาย ภาวะบกพร่องทางการรู้คิด และภาวะซึมเศร้าสามารถร่วมกันพยากรณ์การเกิดกลุ่มอาการโลโคโมทีฟในผู้สูงอายุได้ร้อยละ 21 ปัจจัยที่มีอำนาจทำนายการเกิดภาวะในกลุ่มอาการโลโคโมทีฟในผู้สูงอายุได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ ภาวะบกพร่องทางการรู้คิด (OR = 4.12; 95%CI [1.58, 10.77], p = .004) และภาวะซึมเศร้า (OR = 2.95; 95%CI [1.08, 8.08], p = .035)

สรุปและข้อเสนอแนะ: ภาวะบกพร่องทางการรู้คิด และภาวะซึมเศร้า สามารถร่วมกันทำนายการเกิดกลุ่มอาการโลโคโมทีฟในผู้สูงอายุได้ พยาบาลและบุคลากรสุขภาพ ควรมีการคัดกรองผู้สูงอายุที่เข้ามารับบริการโดย ประเมินภาวะซึมเศร้า ภาวะบกพร่องทางการรู้คิด การทราบถึงปัจจัยดังกล่าวตั้งแต่ระยะเริ่มต้น อาจช่วยลดปัจจัยเสี่ยงที่จะเกิดกลุ่มอาการโลโคโมทีฟและส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีผลลัพธ์ทางสุขภาพและคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

คำสำคัญ: ดัชนีมวลกาย ภาวะบกพร่องทางการรู้คิด ภาวะซึมเศร้า กลุ่มอาการโลโคโมทีฟ ผู้สูงอายุ

วารสารพยาบาลศาสตร์. 2568;43(3):256-267.

ผู้ประสานงานการเผยแพร่: รองศาสตราจารย์วิราพรรณ วิโรจน์รัตน์, คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล บางกอกน้อย กรุงเทพฯ 10700, e-mail: virapun.wirapun@mahidol.ac.th

* วิทยานิพนธ์หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

¹ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

² คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล

วันที่รับบทความ: 22 เมษายน 2568 / วันที่แก้ไขบทความเสร็จ: 2 มิถุนายน 2568 / วันที่ตอบรับบทความ: 4 มิถุนายน 2568

ความสำคัญของปัญหา

สถานการณ์การเพิ่มขึ้นของผู้สูงอายุเป็นปรากฏการณ์ที่พบได้ทุกประเทศทั่วโลก รวมถึงประเทศไทย ที่ปัจจุบันมีการเปลี่ยนแปลงเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุโดยสมบูรณ์ โดยในปี พ.ศ. 2567 พบรายงานอัตราผู้สูงอายุไทยสูงขึ้นถึงร้อยละ 20 จากจำนวนประชากรทั้งประเทศ 66 ล้านคน¹ เมื่ออายุมากขึ้นก็จะนำไปสู่กระบวนการเสื่อมของร่างกาย โดยพบว่าปัญหาเรื่องการเคลื่อนไหวร่างกายเป็นหนึ่งในสามของปัญหาการเสื่อมของผู้สูงอายุที่พบเป็นความเสี่ยงมากที่สุด²

กลุ่มอาการโลโคโมทีฟ (locomotive syndrome) หมายถึงภาวะพร่องการเคลื่อนไหวบกพร่องในการทำกิจกรรม เช่น การนั่ง ยืน หรือการที่มีภาวะพร่องของอวัยวะที่เกี่ยวข้องกับการเคลื่อนไหว³ ประกอบด้วย 3 องค์ประกอบ ได้แก่ 1) ระบบกระดูก ข้อต่อ และหมอนรองกระดูก 2) ระบบกล้ามเนื้อ และ 3) ระบบประสาท ซึ่งภาวะบกพร่องเหล่านี้ส่งผลให้เกิดอาการเจ็บปวด มีข้อจำกัดในการเคลื่อนไหว ข้อติด กล้ามเนื้ออ่อนแรง และขาดสมดุลในการทรงตัว⁴ โดยผลกระทบของกลุ่มอาการโลโคโมทีฟส่งผลอย่างมาก ส่งผลให้ผู้สูงอายุมีข้อจำกัดในการดำเนินชีวิตประจำวัน มีคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุลดลง และทำให้ผู้สูงอายุต้องได้รับการดูแลในระยะยาว⁵ ความชุกของการเกิดกลุ่มอาการโลโคโมทีฟในประเทศไทยพบว่า ในผู้สูงอายุช่วงวัย 60 และ 70 ปี มีอัตราร้อยละ 66.2, 90.7 ตามลำดับ⁶ อีกทั้งมีรายงานว่าผู้สูงอายุในเขตเมืองที่มีกลุ่มอาการโลโคโมทีฟส่วนใหญ่มักเป็นเพศชาย อยู่ในช่วงอายุ 70-79 ปี⁷ โดยปัจจัยเสี่ยงสำคัญของภาวะนี้คือการเปลี่ยนแปลงทางพยาธิสรีรวิทยา ซึ่งหากผู้สูงอายุไม่สามารถปรับตัวต่อความเสื่อมถอยของร่างกายได้อย่างเหมาะสม จะส่งผลให้เกิดปัญหาสุขภาพอื่นตามมา เช่น ภาวะพึ่งพิง ความเสี่ยงต่อการหกล้ม พิกัด หรือทุพพลภาพ⁸ รวมทั้งสูญเสียเวลาและค่าใช้จ่ายในการรักษาและเดินทางในด้านบทบาทหน้าที่ การพึ่งพาอาศัย เพื่อให้ภาวะสุขภาพได้รับการดูแลให้เข้าสู่ความสมดุลในการดำเนินชีวิตประจำวัน

จากการศึกษาที่ผ่านมา พบว่าปัจจัยหลากหลายที่มีผลกระทบทำให้ผลลัพธ์พฤติกรรมของการปรับตัว ทำให้เกิดประเด็นของการปรับตัวของ Roy ที่ว่าบุคคลเป็นระบบเปิดที่ประกอบด้วย กาย จิต สังคม นำมาซึ่งการตอบสนองของบุคคลเป็นปฏิสัมพันธ์กันอย่างต่อเนื่องกับการเปลี่ยนแปลงของสิ่งแวดล้อมที่เปลี่ยนแปลงไป⁹ โดยอาจจะมากขึ้นหรือน้อยลง ขึ้นอยู่กับความรุนแรงของผลกระทบจากสิ่งเร้าที่เป็นปัจจัยที่หลากหลาย อาจทำให้ผู้สูงอายุมีปัญหาของกลุ่มอาการโลโคโมทีฟแตกต่างกันไปตามปัจจัยดังกล่าวต่อไปนี้

ดัชนีมวลกาย เป็นปัจจัยสำคัญอย่างยิ่งที่ส่งผลต่อการเกิดภาวะในกลุ่มอาการโลโคโมทีฟของผู้สูงอายุ การศึกษาที่ผ่านมาพบว่า ดัชนีมวลกายมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับการเกิดกลุ่มอาการโลโคโมทีฟ¹⁰ ผู้ที่มีดัชนีมวลกายมากกว่า 25 กก/ม² เสี่ยงต่อการเกิดกลุ่มอาการโลโคโมทีฟมากกว่า ผู้ที่มีค่าดัชนีมวลกายปกติ 3.06 เท่า⁶ ซึ่งพบว่าผู้สูงอายุที่มีน้ำหนักเกิน มีเนื้อเยื่อไขมันเพิ่มขึ้น ทำให้สร้างไซโตไคน์ที่ก่อให้เกิดการอักเสบ จนเกิดกระบวนการสลายมวลกล้ามเนื้อจากเซลล์มากขึ้น ทำให้เกิดการสูญเสียมวลกล้ามเนื้อ¹¹ อีกทั้งพบว่าเซลล์ไขมันที่มากเกินไปจะมีผลต่อเซลล์กระดูกอ่อนและเซลล์กระดูก ทำให้ข้อเสื่อมเร็วขึ้นเนื่องจากการเพิ่มแรงกดหรือแรงที่กระทำผ่านข้อ ซึ่งทั้งภาวะมวลกล้ามเนื้อน้อยและข้อเสื่อมเป็นหนึ่งในกลุ่มอาการโลโคโมทีฟ¹²

ภาวะบกพร่องทางการรู้คิด ในวัยสูงอายุจะเกิดความเสื่อมที่เกิดจากโปรตีนเบต้า-อะไมลอยด์ (beta-amyloid) ชนิดไม่ละลายน้ำ ส่งผลให้ประสิทธิภาพการทำงานของสมองลดลง เริ่มจากสมองส่วนฮิปโปแคมปัส (hippocampus) ที่ทำหน้าที่สนับสนุนการทำหน้าที่เกี่ยวกับความจำ การเรียนรู้ การสำรวจ และการรับรู้สถานที่ ทำให้ผู้สูงอายุมีปัญหาด้านความทรงจำและส่งผลกระทบต่อการเรียนรู้ ความคิด และพฤติกรรม โดยผู้สูงอายุที่มีภาวะบกพร่องทางการรู้คิดจะมีการลดลงของความทรงจำและการส่งต่อการทำหน้าที่ของการเคลื่อนไหว¹³ การศึกษา

ที่ผ่านมาพบว่า ภาวะบกพร่องทางการรู้คิดมีความสัมพันธ์กับภาวะในกลุ่มอาการโลโคโมทีฟของผู้สูงอายุในชุมชนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .01$)¹⁴

ภาวะซึมเศร้า เป็นผลมาจากการหลั่งฮอร์โมนที่ผิดปกติหรือลดลง หรือเปลี่ยนแปลงไปตามความเสื่อมตามวัย เมื่อผู้สูงอายุได้รับการกระทบทางอารมณ์จนกระทั่งก่อให้เกิดความเครียดและนำไปสู่ภาวะซึมเศร้า ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของสมองส่วนไฮโปทาลามัส (hypothalamus) หลั่งสาร cortisol, corticotrophin releasing hormone (CRH), IL-6 ในระดับที่สูง จนส่งผลทำให้เกิดกลไกของการสูญเสียกล้ามเนื้อและกระดูก¹⁵ จากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่า ภาวะซึมเศร้ามีความสัมพันธ์กับการเกิดกลุ่มอาการโลโคโมทีฟ¹⁶⁻¹⁷ โดยพบว่าผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้าเสี่ยงต่อเกิดกลุ่มอาการโลโคโมทีฟมากถึง 4.00-4.22 เท่า¹⁸⁻¹⁹

ปัจจัยดังกล่าวสามารถอธิบายได้โดยทฤษฎีการปรับตัวของ Roy โดยเมื่อมีปัจจัยที่เป็นสิ่งเร้าตรงจากสิ่งแวดล้อมทั้งภายในและภายนอกที่ได้กล่าวไปข้างต้นส่งผลให้เกิดการปรับตัวของผู้สูงอายุที่มีภาวะในกลุ่มอาการโลโคโมทีฟอย่างมีหรือไม่มีประสิทธิภาพก็ได้ อีกทั้งในประเทศไทยยังมีการศึกษาเรื่องกลุ่มอาการโลโคโมทีฟในสุขภาพเขตเมืองมีจำนวนจำกัด และการศึกษาที่ผ่านมาผลการศึกษาที่ไม่เป็นไปในทางเดียวกัน บางส่วนยังขัดแย้งกันอยู่นอกจากนี้เกณฑ์ที่ใช้ในการวัดค่าดัชนีมวลกายยังไม่ใช่ของประชากรชาวเอเชีย อีกทั้งยังไม่มีการศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเกิดกลุ่มอาการโลโคโมทีฟในกลุ่มผู้สูงอายุในประเทศไทยที่อธิบายความสัมพันธ์ที่เกี่ยวข้องโดยการปรับตัวหรือการปรับตัวผิดปกติของผู้สูงอายุ

ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาปัจจัยทำนายการเกิดกลุ่มอาการโลโคโมทีฟในผู้สูงอายุเพื่อเป็นแนวทางในการพัฒนาโปรแกรม หรือการจัดการด้านภาวะทางสุขภาพ

เพิ่มคุณภาพทางการแพทย์ ส่งเสริม และพัฒนาสุขภาพของผู้สูงอายุต่อไป เพื่อป้องกันและลดผลกระทบต่อการเกิดกลุ่มอาการโลโคโมทีฟที่เป็นสาเหตุให้ผู้สูงอายุมีภาวะพึ่งพิง และทำให้คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุลดลง

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อศึกษาอำนาจการทำนายของดัชนีมวลกาย ภาวะบกพร่องทางการรู้คิด และภาวะซึมเศร้า ต่อการเกิดกลุ่มอาการโลโคโมทีฟในผู้สูงอายุ

สมมติฐานของการวิจัย

ดัชนีมวลกาย ภาวะบกพร่องทางการรู้คิด และภาวะซึมเศร้า มีอย่างน้อย 1 ตัวแปรที่สามารถทำนายการเกิดกลุ่มอาการโลโคโมทีฟในผู้สูงอายุได้

กรอบแนวคิดการวิจัย

การศึกษานี้ได้นำกรอบแนวคิดทฤษฎีการปรับตัวของ Roy⁹ มาประยุกต์ใช้ บุคคล หมายถึง ผู้สูงอายุมิสิ่งนำเข้า (input) ประกอบด้วยสิ่งเร้าตรง (focal stimuli) ในการศึกษาครั้งนี้เป็นดัชนีมวลกาย ภาวะบกพร่องทางการรู้คิด ภาวะซึมเศร้า ที่จะกระตุ้นให้ผู้สูงอายุมีการปรับตัว โดยมีสิ่งเร้าร่วม (contextual stimuli) และสิ่งเร้าแฝง (residual stimuli) ซึ่งเป็นสิ่งเร้าหรือปัจจัยแวดล้อมจากภายนอกหรือภายในบุคคล กระตุ้นการทำงานผ่านกระบวนการควบคุม (control process) จะเป็นกลไกการควบคุมของระบบควบคุมทางสรีระ (regulator process) และระบบรู้คิด (cognator process) เพื่อกระตุ้นให้ร่างกายมีการปรับตัวตอบสนองต่อสิ่งเร้า (adaptive mode) โดยอาจมีผลทางบวกหรือทางลบต่อการปรับตัว (output) หากผู้สูงอายุปรับตัวได้อย่างมีประสิทธิภาพ ก็อาจไม่เกิดภาวะในกลุ่มอาการโลโคโมทีฟ แต่หากไม่สามารถปรับตัวได้ ก็จะเกิดกลุ่มอาการโลโคโมทีฟ

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาแบบภาคตัดขวาง (cross-sectional study) เพื่อหาความสัมพันธ์เชิงทำนาย (predictive correlational study)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้สูงอายุที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไปทั้งเพศชายและเพศหญิง ที่เข้ารับการตรวจรักษาในแผนกผู้ป่วยนอก คลินิกผู้สูงอายุ โรงพยาบาลศิริราช

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้สูงอายุที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไปทั้งเพศชายและเพศหญิง ที่เข้ารับการตรวจรักษาในแผนกผู้ป่วยนอก คลินิกผู้สูงอายุ โรงพยาบาลศิริราช โดยมีคุณสมบัติตามเกณฑ์ดังนี้ มีคะแนนแบบทดสอบสมรรถภาพสมองของไทย ≥ 18 คะแนน เกณฑ์คัดออก ได้แก่ 1) ได้รับการวินิจฉัยโดยแพทย์ว่าเป็นผู้พิการด้านการเคลื่อนไหว คือ มีความผิดปกติหรือความบกพร่องของร่างกายที่เห็นได้อย่างชัดเจน มีการสูญเสียความสามารถในการเคลื่อนไหวมือแขนขาหรือลำตัวอันเนื่องมาจากแขนหรือขาขาด อัมพาตหรืออ่อนแรง 2) มีประวัติเป็นจิตเวชโดยได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ 3) มีความบกพร่องในการสื่อสาร 4) มีประวัติกระตุกรยางค์หักในช่วง 6 เดือนที่ผ่านมา หรืออยู่ในระหว่างการรักษาที่มีความผิดปกติของกระดูกและหรือกล้ามเนื้อรยางค์ 5) มีประวัติ 6 เดือนก่อนได้รับอุบัติเหตุรยางค์ล่าง หรือผ่าตัดสมอง

คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้การวิเคราะห์อำนาจทดสอบ สำหรับการวิเคราะห์ถดถอยโลจิสติก (logistic regression) ของ Peduzzi และคณะ²⁰ การศึกษาครั้งนี้แทนค่าในสูตร $N = \frac{10k}{p}$ โดย k คือ จำนวนตัวแปรต้นที่สนใจทั้งหมด 3 ตัวแปร และ p คือ สัดส่วนของผู้สูงอายุที่มีภาวะในกลุ่มอาการโกลโคโมทีฟ โดยอ้างอิงจากการศึกษาของ Taniguchi และคณะ²¹ พบสัดส่วนของผู้สูงอายุที่มีภาวะในกลุ่มอาการโกลโคโมทีฟ ประมาณร้อยละ 24.4 ดังนั้นจึงใช้ค่า $p = .24$ ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่าง 125 ราย

เครื่องมือการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูลในการศึกษาครั้งนี้แบ่งออกเป็น 4 ส่วน ประกอบด้วยเครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย ดังนี้

1. แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลและประวัติการเจ็บป่วยของผู้เข้าร่วมวิจัย เป็นแบบบันทึกข้อมูลที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเอง ประกอบด้วยแบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ ดัชนีมวลกาย ระดับการศึกษา พฤติกรรมการออกกำลังกาย สถานที่อยู่อาศัย ลักษณะของครอบครัว และการมีผู้ดูแลสนับสนุน สำหรับดัชนีมวลกาย คำนวณได้จากน้ำหนักของบุคคลในหน่วยกิโลกรัมหารด้วยส่วนสูงในหน่วยเมตรยกกำลังสอง ในการศึกษาครั้งนี้ใช้เกณฑ์ของ WHO Expert Consultation 2004²² กำหนดดัชนีมวลกายมาตรฐานอาเซียน (เอเชีย) ไว้ 5 กลุ่ม คือ กลุ่มที่ 1 ดัชนีมวลกายต่ำมีค่าน้อยกว่า 18.5 กลุ่มที่ 2 ดัชนีมวลกายปกติมีค่าเท่ากับ 18.5-22.9 กลุ่มที่ 3 มีภาวะอ้วนระดับ 1 มีค่า 23.0-24.9 กลุ่มที่ 4 มีภาวะอ้วนระดับ 2 มีค่า 25.0-29.9 และกลุ่มที่ 5 มีภาวะอ้วนระดับ 3 มีค่ามากกว่าหรือเท่ากับ 30.0

2. แบบทดสอบสมรรถภาพสมองของไทย (TMSE) ผู้วิจัยใช้ฉบับภาษาไทยของกลุ่มฟื้นฟูสมรรถภาพสมอง²³ จำนวน 30 ข้อ เกณฑ์การแปลผล แบ่งเป็น 2 กลุ่ม คือ คะแนนตั้งแต่ 24 ขึ้นไป หมายถึง กลุ่มปกติ คะแนน 18-23 คะแนน หมายถึง ผู้สูงอายุมีการเรียนรู้ และความจำบกพร่อง การศึกษาครั้งนี้ใช้เกณฑ์ตัดเข้าของกลุ่มตัวอย่างที่มีคะแนน $TMSE \geq 18$ คะแนน เพราะหากคะแนนน้อยกว่า 18 ผู้สูงอายุมีการเรียนรู้และความจำบกพร่องมาก ซึ่งอาจทำให้ข้อมูลคลาดเคลื่อนได้

3. แบบประเมินภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุไทย (Thai version of the 15-item Geriatric Depression Scale, TGDS-15) ผู้วิจัยใช้ฉบับแปลเป็นภาษาไทยของ ณหทัย วงศ์ปการณย์ และทินกร วงศ์ปการณย์²⁴ ประกอบด้วย

ข้อคำถามจำนวน 15 ข้อ ลักษณะข้อคำถามเป็นแบบให้
เลือกตอบ 2 ตัวเลือก ได้แก่ ใช่ หรือ ไม่ใช่ (dichotomous)
เกณฑ์การแปลผล คะแนน 6 คะแนนขึ้นไป หมายถึง บ่งบอก
ว่ามีภาวะซึมเศร้า ควรติดตามหรือส่งพบแพทย์ประเมิน
อาการทางคลินิก

4. แบบสอบถามความสามารถในการเคลื่อนไหวของผู้สูงอายุ
ในระยะเวลา 1 เดือนที่ผ่านมา (The 25-question
Geriatric Locomotive Functional Scale, GLFS-25) ผู้วิจัย
ใช้ฉบับแปลเป็นภาษาไทยของ จันทร์สุตาพรรณ บุญธรรม
และคณะ¹⁷ แบบสอบถามมีจำนวน 25 ข้อ มี 4 องค์ประกอบ
ดังนี้ 1) อาการปวด 4 ข้อ 2) การปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน 16 ข้อ
3) กิจกรรมทางสังคม 3 ข้อ 4) ความกังวลเกี่ยวกับการหกล้ม
และการเดิน 2 ข้อ ลักษณะเป็นมาตราประมาณค่าตามแบบ
ลิเกิร์ต (Likert scale) 5 ระดับ จาก 0 (ไม่เห็นด้วย) ถึง 4
(เห็นด้วย) พิสัยอยู่ระหว่าง 0-100 เกณฑ์การแปลผล
คะแนน คะแนน < 16 คะแนน หมายถึง บ่งบอกว่าไม่เกิดภาวะ
ในกลุ่มอาการโรคโคม่า และคะแนน 16 คะแนนขึ้นไป
หมายถึง บ่งบอกว่าเกิดภาวะในกลุ่มอาการโรคโคม่า

การตรวจสอบความเชื่อมั่นของเครื่องมือ

แบบทดสอบสมรรถภาพสมองของไทย แบบสอบถาม
ความสามารถในการเคลื่อนไหวของผู้สูงอายุ นำไปทดลองใช้
กับผู้สูงอายุที่มีคุณสมบัติเดียวกับกลุ่มตัวอย่างที่กำหนดไว้
จำนวน 30 ราย โดยวิเคราะห์ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟา
ของครอนบาค ได้ค่าความเชื่อมั่น .71 และ .89 ตามลำดับ
ในส่วนแบบประเมินภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุไทย วิเคราะห์ค่า
สัมประสิทธิ์คูเดอร์-ริชาร์ดสัน (KR-20) ได้ค่าความเชื่อมั่น .84

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรม
การวิจัยในคน คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล
(COA No.IRB-NS2023/788.2107) การศึกษาดำเนินการตาม
คำประกาศหลักการและมาตรฐานทางจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

ของเฮลซิงกิ หลังจากผู้เข้าร่วมวิจัยได้รับทราบข้อมูลที่เกี่ยวข้อง
กับการวิจัยครบถ้วน ผู้เข้าร่วมวิจัยทุกคนจะต้องลงนาม
ในหนังสือแสดงเจตนายินยอมเข้าร่วมการศึกษาวิจัย โดย
ระหว่างการวิจัยคำนึงถึงความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้น รวมทั้ง
เปิดโอกาสให้ผู้เข้าร่วมการวิจัยซักถามข้อสงสัยได้ตลอดเวลา

วิธีเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยเก็บข้อมูลที่คลินิกผู้สูงอายุ โรงพยาบาลศิริราช
ระหว่างเดือนพฤศจิกายน พ.ศ. 2566 ถึงเดือนมกราคม
พ.ศ. 2567 โดยให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามด้วยตนเอง
ได้แก่ แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลและประวัติการเจ็บป่วย
แบบทดสอบสมรรถภาพสมองของไทย แบบวัดความเศร้า
ในผู้สูงอายุไทย และแบบสอบถามความสามารถในการเคลื่อนไหว
ของผู้สูงอายุในระยะเวลา 1 เดือนที่ผ่านมา เป็นข้อคำถามรวม
จากแบบสอบถามทั้งหมด 63 ข้อ ใช้เวลาประมาณ 30-45 นาที

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูล ด้วยโปรแกรม SPSS Statistics โดย
1) ข้อมูลส่วนบุคคล ใช้สถิติบรรยาย ได้แก่ เพศ อายุ ดัชนีมวลกาย ระดับการศึกษา พฤติกรรมการออกกำลังกาย สถานที่อยู่อาศัย ลักษณะของครอบครัว และการมีผู้ดูแลสนับสนุน 2) วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรต้นกับตัวแปรตามแบบ Binomial distribution โดยสถิติไคสแควร์ 3) วิเคราะห์อำนาจการทำนายของความรุนแรงของดัชนีมวลกาย ภาวะบกพร่องทางการรู้คิด ภาวะซึมเศร้าของตัวแปรต้นที่ศึกษาในครั้งนี้ ต่อการเกิดกลุ่มอาการโรคโคม่า จากนั้นวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติถดถอยโลจิสติกส์ (logistic regression) แบบใส่ข้อมูลเข้าพร้อมกัน (enter method) การทดสอบทางสถิติได้ผ่านการทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นของการใช้สถิติ และกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ผลการวิจัย

กลุ่มตัวอย่างมีอายุ 60-89 ปี อายุเฉลี่ย 78.4 ปี (SD = 6.36)

ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงคิดเป็นร้อยละ 68.8 (86 คน) จบการศึกษาระดับประถมร้อยละ 36.8 อาศัยอยู่กับบุตรหลานร้อยละ 42.2 สมาชิกในครอบครัวช่วยเหลือดูแลสุขภาพและการทำกิจวัตรประจำวันอยู่ในระดับมากร้อยละ 76.8 ออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอร้อยละ 54.4 มีโรคประจำตัวร้อยละ 97.6

ผลการศึกษาพบว่า ดัชนีมวลกายอยู่ระหว่าง 16.50-34.58 กก/ม² มีค่าเฉลี่ย 23.30 (SD = 3.62) โดยร้อยละ 36.8 ของกลุ่มตัวอย่างมีระดับดัชนีมวลกายปกติ

ผลการศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ มีคะแนน

ภาวะบกพร่องทางการรู้จำในระดับปกติ และคะแนนภาวะซึมเศร้าอยู่ในระดับปกติ และร้อยละ 52 เกิดภาวะในกลุ่มอาการโลโคโมทีฟ รายละเอียดคะแนนและการแปลผลดังแสดงในตารางที่ 2

ปัจจัยที่สัมพันธ์ต่อการเกิดกลุ่มอาการโลโคโมทีฟในผู้สูงอายุ จากการวิเคราะห์เบื้องต้น พบว่ามีเพียง 2 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดหรือไม่เกิดกลุ่มอาการโลโคโมทีฟ ได้แก่ ภาวะบกพร่องทางการรู้จำ ($\chi^2 = 10.14, p < .001$) และภาวะซึมเศร้า ($\chi^2 = 6.73, p = .010$) ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 1 พิสัย จำนวน ร้อยละ และการแปลผลของระดับดัชนีมวลกายในผู้สูงอายุ (N = 125)

ระดับดัชนีมวลกาย (กก/ม ²)	พิสัยคะแนนที่ได้จริง	จำนวน	ร้อยละ	ระดับ BMI
< 18.5 กก/ม ²	16.5 - 18.48	13	10.4	ต่ำกว่าเกณฑ์
18.5 - 22.9 กก/ม ²	18.75 - 22.92	46	36.8	ปกติ
23.0 - 24.9 กก/ม ²	23.07 - 24.86	29	23.2	อ้วนระดับ 1
25.0 - 29.9 กก/ม ²	25.24 - 29.14	31	24.8	อ้วนระดับ 2
≥ 30.0 กก/ม ²	30.03 - 34.58	6	4.8	อ้วนระดับ 3

ตารางที่ 2 พิสัย ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการแปลผลของตัวแปรที่ศึกษา (N = 125)

ตัวแปร	พิสัยคะแนนที่เป็นไปได้	พิสัยคะแนนที่เป็นจริง	$\bar{X} \pm SD$	การแปลผล
ระดับภาวะบกพร่องทางการรู้จำ	18-30	18-30	25.25 ± 3.36	ระดับปกติ
ระดับภาวะซึมเศร้า	0-15	0-15	3.12 ± .96	ระดับปกติ
กลุ่มอาการโลโคโมทีฟ	0-100	0-57	17.22 ± 2.23	เกิดกลุ่มอาการโลโคโมทีฟ

ตารางที่ 3 ความสัมพันธ์ระหว่างดัชนีมวลกาย ภาวะบกพร่องทางการรู้จำ ภาวะซึมเศร้าและกลุ่มอาการโลโคโมทีฟในผู้สูงอายุ (N = 125)

ตัวแปร	จำนวน n (%)	กลุ่มอาการโลโคโมทีฟ		χ^2	p-value
		ไม่เกิด N = 60 (%)	เกิด N = 65 (%)		
ดัชนีมวลกาย				4.50	.343
< 18.5 กก/ม ²	13	7 (53.8)	6 (46.2)		
18.5 - 22.9 กก/ม ²	46	21 (45.7)	24 (54.3)		
23.0 - 24.9 กก/ม ²	29	10 (34.5)	19 (65.5)		
25.0 - 29.9 กก/ม ²	31	18 (58.1)	13 (41.9)		
≥ 30.0 กก/ม ²	6	4 (66.7)	2 (33.3)		
ภาวะบกพร่องทางการรู้จำ				10.14	.001
ปกติ	92	52 (56.5)	40 (43.5)		
ภาวะความรู้จำบกพร่อง	33	8 (24.2)	25 (75.8)		
ภาวะซึมเศร้า				6.72	.010
ไม่มีภาวะซึมเศร้า	99	53 (54.1)	45 (45.9)		
มีภาวะซึมเศร้า	26	7 (25.9)	20 (74.1)		

ผลการวิเคราะห์โดยใช้สถิติถดถอยโลจิสติกส์พบว่า ผู้ที่มีภาวะบกพร่องทางการรู้คิดจะเสี่ยงต่อการเกิดกลุ่มอาการ โลโคโมทีฟมากกว่าผู้ที่ไม่มีความบกพร่องทางการรู้คิด 4.12 เท่า (OR = 4.12, 95%CI [1.57, 10.77]) และผู้ที่มีภาวะซึมเศร้า จะเสี่ยงต่อการเกิดกลุ่มอาการโลโคโมทีฟมากกว่าผู้ที่ไม่มีความ

ภาวะซึมเศร้า 2.95 เท่า (OR = 2.95, 95%CI [1.08, 8.08]) ส่วนตัวแปรดัชนีมวลกายพบว่าไม่สามารถทำนายการเกิดกลุ่มอาการโลโคโมทีฟในผู้สูงอายุ ปัจจัยที่ศึกษาทั้งสามปัจจัยสามารถร่วมกันพยากรณ์การเกิดกลุ่มอาการโลโคโมทีฟในผู้สูงอายุ ได้ร้อยละ 21 (Nagelkerke $R^2 = .21$) ดังแสดงในตารางที่ 4

ตารางที่ 4 ค่าสัมประสิทธิ์ถดถอยโลจิสติกส์ของ ดัชนีมวลกาย ภาวะบกพร่องทางการรู้คิด ภาวะซึมเศร้า ต่อการเกิดกลุ่มอาการ โลโคโมทีฟ (N = 125)

ตัวแปรทำนาย	β	SE	OR	95%CI		Wald	p-value
			Exp (B)	Lower	Upper		
ดัชนีมวลกาย (กก/ม ²)							
< 18.5 กก/ม ²						5.97	.202
18.5 - 22.9 กก/ม ²	0.47	0.70	1.60	0.40	6.38	.45	.503
23.0 - 24.9 กก/ม ²	1.36	0.76	3.91	0.88	17.45	3.20	.074
25.0 - 29.9 กก/ม ²	0.22	0.75	1.24	0.29	5.40	.09	.767
≥ 30.0 กก/ม ²	-0.14	1.10	0.87	0.10	7.60	.02	.902
ภาวะบกพร่องทางการรู้คิด							
ระดับปกติ ¹							
บกพร่อง	1.42	0.49	4.12	1.57	10.77	8.34	.004
ภาวะซึมเศร้า							
ไม่มีภาวะซึมเศร้า ¹							
มีภาวะซึมเศร้า	1.08	0.51	2.95	1.08	8.08	4.43	.035

¹ กลุ่มอ้างอิง; Nagelkerke $R^2 = .21$; Hosmer & Lemeshow Goodness of fit, $\chi^2 = 2.17$, $p > .05$

การอภิปรายผล

กลุ่มอาการโลโคโมทีฟ เป็นผลมาจากพยาธิสรีรวิทยา การเปลี่ยนแปลงของร่างกาย และการเปลี่ยนแปลงตามวัยของผู้สูงอายุ ถ้าผู้สูงอายุไม่สามารถปรับตัวต่อสิ่งเร้าตรงที่มากกระทบเพิ่ม คือ ปัจจัยต่าง ๆ ได้แก่ ภาวะซึมเศร้า ภาวะบกพร่องทางการรู้คิดได้อย่างเหมาะสม ก็จะนำมาซึ่งปัญหาสุขภาพของผู้สูงอายุ เมื่อผู้สูงอายุเผชิญกับปัญหาเหล่านี้เป็นเวลานานจนไม่สามารถปรับตัวได้อาจเกิดกลุ่มอาการโลโคโมทีฟ โดยสามารถอธิบายความสัมพันธ์ของการปรับตัวที่ทำได้ด้วยแนวคิดทฤษฎีการปรับตัวของ Roy ที่ใช้เป็นกรอบแนวคิดในการศึกษาครั้งนี้

ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง มีอายุในช่วงระหว่าง 80-89 ปี ร้อยละ 50.4 สอดคล้องกับงานวิจัยในประเทศญี่ปุ่นที่พบว่า ผู้ที่มีอายุมากกว่า 60 ปีขึ้นไป จะมีความสัมพันธ์กับกลุ่มอาการโลโคโมทีฟ⁶ และประเทศไทยพบว่าผู้ที่มีอายุมากกว่า 70 ปีขึ้นไป มีโอกาสเกิดกลุ่มอาการโลโคโมทีฟมากถึง 2.56 เท่าของผู้ที่ไม่เกิดกลุ่มอาการโลโคโมทีฟ⁷ อธิบายได้ว่าอายุที่เพิ่มมากขึ้นทำให้ร่างกายมีการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยาของระบบกระดูกและกล้ามเนื้อ ทำให้เส้นใยกล้ามเนื้อลดลง กำลังการหดตัวของกล้ามเนื้อลดลง การเคลื่อนไหวไม่คล่องตัว และในผู้สูงอายุจะมีกระบวนการ

สร้างกระดูกจะลดลง แต่เซลล์ทำลายกระดูกสามารถทำงานได้ปกติ ทำให้กระดูกบางลง เพิ่มโอกาสการเกิดกลุ่มอาการโลโคโมทีฟในผู้สูงอายุตามมาได้

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีภาวะน้ำหนักเกินเกณฑ์ร้อยละ 52.8 และอยู่ในระดับดัชนีมวลกายปกติร้อยละ 36.8 แต่ทั้งนี้จากการศึกษาพบว่า ดัชนีมวลกายไม่มีความสัมพันธ์ทางสถิติต่อการเกิดกลุ่มอาการโลโคโมทีฟในผู้สูงอายุ สอดคล้องกับการศึกษาของ Ishibash และคณะ²⁵ แต่ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ Takenya และคณะ¹⁰ ที่ศึกษาว่าดัชนีมวลกายมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับการเกิดกลุ่มอาการโลโคโมทีฟ อาจเนื่องมาจากค่าดัชนีมวลกายไม่สามารถแยกระหว่างไขมันและมวลกล้ามเนื้อได้อย่างชัดเจน ผู้สูงอายุบางรายอาจมีน้ำหนักเกินเกณฑ์ แต่ยังคงมีมวลกล้ามเนื้อที่แข็งแรงและไม่เกิดภาวะในกลุ่มอาการโลโคโมทีฟ ในทางกลับกัน ผู้ที่มีภาวะดัชนีมวลกายต่ำกว่าเกณฑ์ แต่มีภาวะมวลกล้ามเนื้อน้อย ก็อาจมีความเสี่ยงสูงกว่าได้²⁶

ผลการศึกษาพบว่า ภาวะบกพร่องทางการรู้คิดสามารถทำนายการเกิดกลุ่มอาการโลโคโมทีฟได้อย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ .05 โดยผู้ที่มีภาวะบกพร่องทางการรู้คิดจะเสี่ยงต่อการเกิดกลุ่มอาการโลโคโมทีฟมากกว่าผู้ที่ไม่มีภาวะบกพร่องทางการรู้คิด 4.12 เท่า (OR = 4.12; 95%CI [1.58, 10.77]) ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานการวิจัย และสนับสนุนทฤษฎีการปรับตัวของ Roy โดยสิ่งนำเข้าคือผู้สูงอายุที่มีภาวะบกพร่องทางการรู้คิดเพิ่มมากขึ้น ทำให้กระบวนการควบคุมระบบการรู้คิด การประมวลผลข้อมูลและการตัดสินใจความสามารถในการคิดและการจำลอง ทำให้ไม่สามารถตอบสนองต่อสิ่งเร้าได้อย่างมีประสิทธิภาพ ส่งผลให้มีพฤติกรรมในการเคลื่อนไหวลดลง ทำให้ไม่สามารถกลับคืนสู่สมดุลของระบบจนเกิดภาวะในกลุ่มอาการโลโคโมทีฟตามมาได้ ดังนั้น ควรมีการประเมินการรู้คิดอย่างสม่ำเสมอในผู้สูงอายุ และมีการจัดกิจกรรมฟื้นฟูสมองควบคู่กับร่างกาย เพื่อช่วยกระตุ้น

การเคลื่อนไหวโดยอาศัยระบบประสาทร่วมด้วย ทั้งนี้ทีมบุคลากรด้านสุขภาพควรทำงานร่วมกันเพื่อส่งเสริมศักยภาพทางด้านร่างกายและจิตใจ ควบคู่ไปกับการปรับตัวเชิงบวกของผู้สูงอายุ เป็นต้น

ผลการศึกษาพบว่า ภาวะซึมเศร้าสามารถทำนายการเกิดกลุ่มอาการโลโคโมทีฟได้อย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ .05 โดยผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าจะเสี่ยงต่อการเกิดกลุ่มอาการโลโคโมทีฟมากกว่าผู้ที่ไม่มีภาวะซึมเศร้า 2.95 เท่า (OR = 2.95; 95%CI [1.08, 8.08]) เป็นไปตามสมมติฐานการวิจัย และสอดคล้องกับทฤษฎีการปรับตัวของ Roy โดยภาวะซึมเศร้าเป็นปัจจัยที่ส่งผลกระทบต่อพฤติกรรมและการเคลื่อนไหวของผู้สูงอายุอย่างชัดเจน เนื่องจากผู้ที่มีภาวะซึมเศร้ามักมีแนวโน้มที่จะใช้ชีวิตแบบเนือยนิ่ง ขาดแรงจูงใจในการเคลื่อนไหว ส่งผลให้กล้ามเนื้อและข้อมีการเสื่อมถอยเร็วกว่าปกติ อีกทั้งในทางพยาธิสรีรวิทยา ภาวะซึมเศร้าอาจเกี่ยวข้องกับการหลั่ง cortisol ที่มากเกินไป ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของสมองส่วนไฮโปทาลามัส (hypothalamus) หลั่งสาร cortisol, corticotrophin releasing hormone (CRH), IL-6 ในระดับที่สูง จนส่งผลทำให้เกิดกลไกของการสูญเสียกล้ามเนื้อและกระดูก ซึ่งมีผลต่อการลดลงของมวลกล้ามเนื้อ รวมทั้งความไม่สมดุลของสารสื่อประสาท เช่น serotonin และ dopamine ที่มีผลต่อพฤติกรรมและการเคลื่อนไหว และสมาธิ¹⁵ ดังนั้นบุคลากรทางด้านสุขภาพควรมีการคัดกรองภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุทุกรายที่เข้ามารับการบริการที่คลินิกผู้สูงอายุ และมีการติดตามผลอย่างสม่ำเสมอ เพื่อคัดกรองผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้าเบื้องต้น และลดความเสี่ยงต่อการพัฒนาไปสู่การเกิดกลุ่มอาการโลโคโมทีฟตามมาภายหลังได้

สรุปและข้อเสนอแนะ

ผลการศึกษาในครั้งนี้สรุปได้ว่า ปัจจัยที่สามารถทำนายการเกิดกลุ่มอาการโลโคโมทีฟในผู้สูงอายุ ได้แก่

ภาวะบกพร่องทางการรู้คิด ภาวะซึมเศร้า ซึ่งสนับสนุนทฤษฎีการปรับตัวของ Roy ที่ว่าบุคคลต้องปรับตัวเมื่อเผชิญกับภาวะของกลุ่มอาการโรคโคม่า โดยตอบสนองต่อสิ่งเร้าที่มากระตุ้นโดยตรง คือ ภาวะบกพร่องทางการรู้คิด และภาวะซึมเศร้า ที่สามารถทำนายหรือส่งผลกระทบต่อเกิดภาวะนี้โดยตรง ตามสมมติฐานการศึกษา แสดงออกเป็นการปรับตัวสู่ภาวะการเกิดกลุ่มอาการโรคโคม่าภายหลัง เมื่อผู้สูงอายุมีการปรับตัวที่มีประสิทธิภาพจะช่วยให้ผู้สูงอายุสามารถลดความเสี่ยงในการเกิดกลุ่มอาการโรคโคม่า และช่วยให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพที่ดีขึ้น ดังนั้นควรมีการคัดกรองผู้สูงอายุทุกรายที่มารับบริการ และจัดโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ เพื่อไม่ให้ผู้สูงอายุเกิดภาวะในกลุ่มอาการโรคโคม่าตามมาภายหลัง

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

ด้านปฏิบัติการพยาบาล

1. พยาบาลและบุคลากรสุขภาพ ควรมีการคัดกรองผู้สูงอายุที่เข้ารับบริการโดย ประเมินภาวะซึมเศร้า ภาวะบกพร่องทางการรู้คิด และประเมินความเสี่ยงต่อการเกิดกลุ่มอาการโรคโคม่าทุกรายที่เข้ารับบริการ รวมถึงติดตามประเมินผลอย่างต่อเนื่อง เพื่อวางแผน จัดการปัจจัยที่เกี่ยวข้อง และส่งเสริมพฤติกรรมดูแลสุขภาพอย่างเหมาะสม
2. พยาบาลและบุคลากรสุขภาพ ควรจัดโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพ เช่น โปรแกรมการออกกำลังกายที่พัฒนาทั้งร่างกาย จิตใจ และสมอง เนื่องจากความเสื่อมทั้งสองด้านมีผลต่อการเกิดกลุ่มอาการโรคโคม่าอย่างเห็นได้ชัด อีกทั้งควรมีการติดตามผลเป็นระยะ เพื่อประเมินว่าผลของโปรแกรมการออกกำลังกายที่เหมาะสมสามารถช่วยชะลอหรือส่งเสริมการปรับตัวของผู้สูงอายุเพื่อไม่ให้เกิดกลุ่มอาการโรคโคม่า

ด้านการวิจัยทางการแพทย์พยาบาล

1. ควรมีการศึกษาปัจจัยอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องกับการเกิดกลุ่มอาการโรคโคม่า เช่น ความสามารถในการทำกิจกรรมทางกาย โปรแกรมส่งเสริมสุขภาพ เป็นต้น
2. เนื่องจากการเก็บข้อมูลในการศึกษารังนี้ เก็บข้อมูลในคลินิกผู้สูงอายุ โรงพยาบาลระดับตติยภูมิ ซึ่งทีมบุคลากรสุขภาพในคลินิกมีความเชี่ยวชาญในการดูแลผู้สูงอายุที่เข้ามารับบริการ ดังนั้นจึงควรมีการศึกษาทั้งในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิที่แตกต่างกัน โรงพยาบาลทุติยภูมิ รวมไปถึงหน่วยบริการปฐมภูมิ ชุมชน ที่มีความแตกต่างกันทั้งในด้านกลุ่มตัวอย่าง และความพร้อมของทีมบุคลากรด้านสุขภาพ

References

1. National Statistical Office, Ministry of Digital Economy and Society. The 2024 Survey of the older persons in Thailand provincial level [Internet]. Bangkok: Statistical Information Dissemination; 2024 [cited 2025 May 27]. Available from https://www.nso.go.th/nsoweb/storage/survey_detail/2025/20250103144326_51634.pdf. (in Thai).
2. Bureau of Elderly Health, Department of Health, Ministry of Public Health. Wellness plan: a guide to promoting healthy aging. Nonthaburi: Ministry of Public Health; 2024. 78 p. (in Thai).
3. The Locomotive Challenge Council. Locomotive syndrome [internet]. Tokyo: The Locomotive Challenge! Council; 2015 [cited 2025 May 26]. Available from: https://locomo-joa.jp/assets/files/index_english.pdf.

4. Ikemoto T, Arai Y-C. Locomotive syndrome: clinical perspectives. *Clin Interv Aging*. 2018;13: 819-27. doi: 10.2147/CIA.S148683.
5. Nakamura K, Ogata T. Locomotive syndrome: definition and management. *Clin Rev Bone Miner Metab*. 2016;14(2):56-67. doi: 10.1007/s12018-016-9208-2.
6. Niwayama M, Sakisaka K, Wongwatcharapaiboon P, Rattanachun V, Miyata S, Takahashi K. Prevalence of locomotive organ impairment and associated factors among middle-aged and older people in Nan province, Thailand. *Int J Environ Res Public Health*. 2021;18(20):10871. doi: 10.3390/ijerph182010871.
7. Rittharomya J, Boontham J, Tempaiboolkul T. The prediction of locomotive syndrome based on health-promoting lifestyle in older adults living in urban areas. *Kuakarun Journal of Nursing*. 2023;30(2):197-211. (in Thai).
8. Matsumoto H, Hagino H, Wada T, Kobayashi E. Locomotive syndrome presents a risk for falls and fractures in the elderly Japanese population. *Osteoporos Sarcopenia*. 2016;2(3):156-63. doi: 10.1016/j.afos.2016.06.001.
9. Roy C. The Roy adaptation model. 3rd ed. Upper Saddle River, NJ: Pearson; 2009. 561 p.
10. Takenaka H, Ikemoto T, Suzuki J, Inoue M, Arai YC, Ushida T, et al. Association between trunk muscle strength, lumbar spine bone mineral density, lumbar scoliosis angle, and skeletal muscle volume and locomotive syndrome in elderly individuals: a dual-energy x-ray absorptiometry study. *Spine Surg Relat Res*. 2020;4(2):164-70. doi: 10.22603/ssrr.2019-008.
11. Nishikawa H, Fukunishi S, Asai A, Yokohama K, Nishiguchi S, Higuchi K. Pathophysiology and mechanisms of primary sarcopenia. *Int J Mol Med*. 2021;48:156. doi: 10.3892/ijmm.2021.4989.
12. Aravitska MH, Saienko OV. The influence of physical therapy on indicators of locomotive syndrome in elderly persons with osteoarthritis of the knee and obesity. *Clin Prev Med*. 2023;4(26):6-13. doi: 10.31612/2616-4868.4(26).2023.01.
13. Wu Q, Chan JS, Yan JH. Mild cognitive impairment affects motor control and skill learning. *Rev Neurosci*. 2016;27(2):197-217. doi: 10.1515/revneuro-2015-0020.
14. Maruya K, Fujita H, Arai T, Hosoi T, Ogiwara K, Moriyama S, et al. Identifying elderly people at risk for cognitive decline by using the 2-step test. *J of Phys Ther Sci*. 2018;30(1):145-9. doi: 10.1589/jpts.30.145.
15. Cizza G, Primma S, Csako G. Depression as a risk factor for osteoporosis. *Trends Endocrinol Metab*. 2009;20(8):367-73. doi: 10.1016/j.tem.2009.05.003.
16. Ikemoto T, Inoue M, Nakata M, Miyagawa H, Shimo K, Wakabayashi T, et al. Locomotive syndrome is associated not only with physical capacity but also degree of depression. *J Orthop Sci*. 2016;21(3):361-5. doi: 10.1016/j.jos.2016.01.003.

17. Boontham J, Areeua S, Wongvatunyu S, Roopsawang I, Tempaibookul T. The relationships among locomotive syndrome depressive symptom and quality of life in older adults living in rural areas. *J Med Assoc Thai.* 2020;103(8):796-803. doi: 10.35755/jmedassocthai.2020.08.11149.
18. Nakamura M, Hashizume H, Nomura S, Kono R, Utsunomiya H. The relationship between locomotive syndrome and depression in community-dwelling elderly people. *Curr Gerontol Geriatr Res.* 2017; 2017:4104802. doi: 10.1155/2017/4104802.
19. Saito T, Watanabe H, Kikkawa I, Takeshita K. Evaluation of the association between locomotive syndrome and depressive states: a cross-sectional study. *Nagoya J Med Sci.* 2017;79(1):43-6. doi: 10.18999/nagjms.79.1.43.
20. Peduzzi P, Concato J, Kemper E, Holford TR, Feinstein AR. A simulation study of the number of events per variable in logistic regression analysis. *J Clin Epidemiol.* 1996;49(12):1373-9. doi: 10.1016/s0895-4356(96)00236-3.
21. Taniguchi M, Ikezoe T, Tsuboyama T, Tabara Y, Matsuda F, Ichihashi N. Prevalence and physical characteristics of locomotive syndrome stages as classified by the new criteria 2020 in older Japanese people: results from the Nagahama study. *BMC Geriatr.* 2021;21(1):1-10. doi: 10.1186/s12877-021-02440-2.
22. WHO Expert Consultation. Appropriate body-mass index for Asian populations and its implications for policy and intervention strategies. *Lancet.* 2004;363(9403):157-63. doi: 10.1016/s0140-6736(03)15268-3.
23. Train the Brain Forum Committee. Thai mental state examination (TMSE). *Siriraj Hosp Gaz.* 1993;45(6):359-74. (in Thai).
24. Wongpakaran N, Wongpakaran T. Prevalence of major depressive disorders and suicide in long-term care facilities: a report from northern Thailand. *Psychogeriatrics.* 2012;12(1):11-1. doi: 10.1111/j.1479-8301.2011.00383.x.
25. Ishibashi Y, Nishida M, Hirai M, Uezono S, Kitakaze S, Kota M, et al. Association between locomotive syndrome and physical activity in long-term inpatients of psychiatric care wards in Japan: a preliminary study. *Healthcare (Basel).* 2022;10(9):1741. doi: 10.3390/healthcare10091741.
26. Momoki C, Habu D, Ogura J, Tada A, Hasei A, Sakurai K, et al. Relationships between sarcopenia and household status and locomotive syndrome in a community-dwelling elderly women in Japan. *Geriatr Gerontol Int.* 2017;17(1):54-60. doi: 10.1111/ggi.12674.

Factors Affecting Fatigue in Patients with Post-COVID-19 Condition*

Khemra Chea, RN, MSN¹, Wimolrat Puwarawuttipanit, RN, PhD¹, Warunee Phligbua, RN, PhD¹, Yong Rongrungruang, MD²

Abstract

Fatigue in Patients with post-COVID-19 can lead to chronic symptoms that affect daily life and can also lead to reduced functional ability, resulting in a prolonged poor quality of life.

Purpose: To study the predictive power of age, body mass index, severity of COVID-19, and depression on fatigue in post-COVID-19 patients.

Design: Predictive correlational research design.

Methods: The sample selected via convenience sampling was comprised of 120 post-COVID-19 male and female patients who came for a follow-up session at a medical unit, outpatient department of a super tertiary hospital in Bangkok. Eligible subjects were aged 18 years or above, and well literate. Data were collected from September to November 2023. The questionnaires included a record form of personal and illness information, the Functional Assessment of Chronic Illness Therapy-Fatigue Scale and the Depression Anxiety Stress Scale. Data were analyzed using descriptive statistics and multiple regression analysis.

Main findings: An average age of the sample was 53.88 years (SD = 13.75) of which 78.3% were females. The sample experienced fatigue at the severe level at 21.7% and mild level at 78.3%. Age, body mass index, severity of COVID-19, and depression could together account for 33.2% of the variance explained in the fatigue ($R^2 = .33$). Only age and depression could significantly predict the fatigue symptom in post-COVID-19 patients ($\beta = -.22$, $p < .05$ and $\beta = -.54$, $p < .001$, respectively). Depression was the strongest predictor of fatigue in patients with post-COVID-19 condition.

Conclusion and recommendations: Age and depression could affect fatigue. In order to prevent or control the both symptoms, healthcare teams should assess fatigue and depression in every post-COVID-19 patient, especially elderly patients, in order to be aware and solve an emerging problem during treatment provision. Moreover, patients should be given advice and guidance in preventing depression to reduce fatigue during recovery.

Keywords: body mass index, depression, fatigue, post-COVID-19 condition, severity of COVID-19

Nursing Science Journal of Thailand. 2025;43(3):268-282.

Corresponding Author: Associate Professor Wimolrat Puwarawuttipanit, Faculty of Nursing, Mahidol University, Bangkok 10700, Thailand; e-mail: wimolrat.puw@mahidol.ac.th

* Master thesis, Master of Nursing Science Program in Adult and Gerontological Nursing, Faculty of Nursing, Mahidol University

¹ Faculty of Nursing, Mahidol University, Bangkok, Thailand

² Faculty of Medicine Siriraj Hospital, Bangkok, Thailand

Received: 25 April 2025 / Revised: 2 June 2025 / Accepted: 5 June 2025

ปัจจัยที่มีผลต่อภาวะเหนื่อยล้าในผู้ป่วยภาวะโพสท์โควิด-19*

เขมรา เจีย, พย.ม.¹ วิมลรัตน์ ภู่วราวุฒิปานิช, ปร.ด.¹ วารุณี พลิกบัว, ปร.ด.¹ ยงศ์ รังศรีรุ่งเรือง, พ.บ.²

บทคัดย่อ

ภาวะเหนื่อยล้าที่เกิดขึ้นในผู้ป่วยภาวะโพสท์โควิด-19 อาจนำไปสู่อาการที่เรื้อรังที่ส่งผลกระทบต่อการใช้ชีวิตตามมา และยังมีผลต่อความสามารถในการทำหน้าที่ลดลง ทำให้คุณภาพชีวิตแย่ลงเป็นระยะเวลานาน

วัตถุประสงค์: เพื่อศึกษาอำนาจการทำนายของอายุ ดัชนีมวลกาย ความรุนแรงของโรคโควิด-19 และภาวะซึมเศร้าต่อภาวะเหนื่อยล้าในผู้ป่วยภาวะโพสท์โควิด-19

รูปแบบการวิจัย: การศึกษารูปแบบความสัมพันธ์เชิงทำนาย

วิธีดำเนินการวิจัย: กลุ่มตัวอย่างคัดเลือกแบบสะดวกเป็นผู้ป่วยที่มีภาวะโพสท์โควิด-19 จำนวน 120 คน ทั้งเพศชายและเพศหญิง ที่มาติดตามการรักษาในหน่วยตรวจโรคอายุรศาสตร์แผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลตติยภูมิชั้นสูงแห่งหนึ่งในกรุงเทพมหานคร โดยต้องมีคุณสมบัติ คือ อายุ 18 ปีขึ้นไป และสามารถพูด อ่านและเขียนภาษาไทยได้ ระยะเวลาเก็บข้อมูลตั้งแต่เดือนกันยายนถึงเดือนพฤศจิกายน พ.ศ. 2566 เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลและประวัติการเจ็บป่วยของผู้ป่วยโพสท์โควิด-19 แบบประเมินภาวะเหนื่อยล้า แบบประเมินภาวะซึมเศร้า วัดกังวลและความเครียด วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติพรรณนา และการวิเคราะห์ถดถอยเชิงพหุคูณ

ผลการวิจัย: กลุ่มตัวอย่างมีอายุเฉลี่ย 53.88 ปี (SD = 13.75) เพศหญิงร้อยละ 78.3 กลุ่มตัวอย่างมีภาวะเหนื่อยล้ามาร้อยละ 21.7 และมีภาวะเหนื่อยล้าร้อยละ 78.3 อายุ ดัชนีมวลกาย ความรุนแรงของโรคโควิด-19 และภาวะซึมเศร้าสามารถร่วมกันทำนายภาวะเหนื่อยล้าในผู้ป่วยภาวะโพสท์โควิด-19 ได้ร้อยละ 33.2 ($R^2 = .33$) โดยพบว่า อายุ และภาวะซึมเศร้าเท่านั้นที่สามารถทำนายภาวะเหนื่อยล้าในผู้ป่วยภาวะโพสท์โควิด-19 ได้อย่างมีนัยสำคัญ ($\beta = -.22, p < .05$ และ $\beta = -.54, p < .001$ ตามลำดับ)

สรุปและข้อเสนอแนะ: อายุและภาวะซึมเศร้าอาจส่งผลกระทบต่อภาวะเหนื่อยล้า เพื่อป้องกันหรือควบคุมอาการดังกล่าว ทีมดูแลสุขภาพควรมีการประเมินภาวะเหนื่อยล้า และภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยภาวะโพสท์โควิด-19 โดยเฉพาะประเมินผู้ป่วยสูงวัยทุกราย เพื่อให้ทราบปัญหาและแก้ไขได้ทันในระหว่างที่ผู้ป่วยได้รับการรักษา และควรมีพยาบาลหรือบุคลากรในทีมสุขภาพให้ความรู้คำแนะนำ หาแนวทางช่วยเหลือ ป้องกันภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยภาวะโพสท์โควิด-19 เพื่อลดภาวะเหนื่อยล้าจนกระทั่งผู้ป่วยฟื้นหาย

คำสำคัญ: ดัชนีมวลกาย ภาวะซึมเศร้า ภาวะเหนื่อยล้า ภาวะโพสท์โควิด-19 ความรุนแรงของโรคโควิด-19

วารสารพยาบาลศาสตร์. 2568;43(3):268-282.

ผู้ประสานงานการเผยแพร่: รองศาสตราจารย์วิมลรัตน์ ภู่วราวุฒิปานิช, คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล บางกอกน้อย กรุงเทพฯ 10700, e-mail: wimolrat.puw@mahidol.ac.th

* วิทยานิพนธ์หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

¹ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

² คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล

วันที่รับบทความ: 25 เมษายน 2568 / วันที่แก้ไขบทความเสร็จ: 2 มิถุนายน 2568 / วันที่ตอบรับบทความ: 5 มิถุนายน 2568

ความสำคัญของปัญหา

โรคโควิด-19 เกิดจากการติดเชื้อไวรัสโคโรนา ซึ่งเป็นโรคอุบัติใหม่ ข้อมูลขององค์การอนามัยโลกเมื่อวันที่ 1 เมษายน ค.ศ. 2024 พบว่ามีผู้ติดเชื้อโควิด-19 มีจำนวน 774 ล้านคน จากประชากรทั่วโลกประมาณ 8,000 ล้านคน มีผู้เสียชีวิตจากการติดเชื้อเป็นจำนวนมากถึง 7.02 ล้านคน¹ อุบัติการณ์ในประเทศไทยเมื่อวันที่ 10 สิงหาคม ค.ศ. 2023 พบว่ามีผู้ติดเชื้อโควิด-19 จำนวน 4.74 ล้านคน และมีผู้เสียชีวิตจากการติดเชื้อโควิด-19 จำนวน 34,437 คน² ผู้ที่รอดชีวิตจากการติดเชื้อโควิด-19 อาจมีอาการหลงเหลือต่าง ๆ ที่ส่งผลต่อสุขภาพของผู้ป่วยหรือเรียกว่าภาวะโพสท์โควิด-19 โดยผู้ป่วยภาวะโพสท์โควิด-19 (post-COVID-19 condition) หมายถึง ผู้ป่วยที่เคยติดเชื้อโควิด-19 และมีอาการหรืออาการแสดงหรือมีภาวะผิดปกติที่คงอยู่ต่อเนื่องหรือเกิดขึ้นใหม่นานมากกว่า 28 วันขึ้นไปหลังจากติดเชื้อ โดยอาการไม่สามารถอธิบายได้ด้วยวิธีการวินิจฉัยจากสาเหตุอื่น ๆ อาการที่พบมากที่สุด ได้แก่ ภาวะเหนื่อยล้า รองลงมาคือ มีอาการหลงลืม หายใจลำบาก มีปัญหาการนอนหลับ และมีอาการปวดข้อ เป็นต้น³ โดยพยาธิสภาพของผู้ป่วยภาวะโพสท์โควิด-19 เกิดจากโปรตีนของไวรัสที่ยังหลงเหลืออยู่ซึ่งไม่ส่งผลทำให้เกิดการติดเชื้อ อย่างไรก็ตามสามารถส่งผลกระทบต่อระบบภูมิคุ้มกันทำให้เกิดการอักเสบระยะยาวนาน และเกิดภาวะภูมิคุ้มกันตนเอง⁴ โดยผู้ป่วยภาวะโพสท์โควิด-19 ส่งผลกระทบต่อด้านร่างกาย ซึ่งทำให้เกิดอาการต่าง ๆ เช่น ภาวะเหนื่อยล้า ส่งผลทำให้ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันลดลง⁵

จากการศึกษาที่ผ่านมาพบได้ว่าผู้ป่วยหลังติดเชื้อโควิด-19 มีอาการของภาวะโพสท์โควิด-19 มากถึงร้อยละ 94 โดยมีอาการที่พบมากที่สุด คือ ภาวะเหนื่อยล้าถึงร้อยละ 92⁶⁻⁷ โดยภาวะเหนื่อยล้า หมายถึง การรับรู้ของผู้ป่วยภาวะโพสท์โควิด-19 เกี่ยวกับความรู้สึก เหนื่อย อ่อนเพลีย รู้สึกว่าร่างกายเฉื่อยชา ไม่สบาย อ่อนแอและขาดสมาธิ ซึ่งเป็นผลมาจากร่างกาย

ขาดพลังงาน ส่งผลกระทบต่อการทำหน้าที่ของร่างกายนำไปสู่การทำกิจกรรมต่าง ๆ ลดลง ภาวะเหนื่อยล้าที่เกิดขึ้นในผู้ป่วยภาวะโพสท์โควิด-19 อาจนำไปสู่อาการที่เรื้อรังที่ส่งผลกระทบต่อการใช้ชีวิตตามมา⁶ นอกจากนี้ยังมีผลกระทบด้านจิตใจ ที่ส่งผลทำให้ไม่สามารถทำงานได้นำมาซึ่งความรู้สึกโดดเดี่ยว ความวิตกกังวล ทำให้พฤติกรรมเปลี่ยนแปลงไป เกิดอารมณ์ทางลบ เป็นผลทำให้เกิดความผิดปกติทางจิตใจ⁸ และยังมีผลกระทบด้านสังคมและเศรษฐกิจเป็นผลมาจากอาการผิดปกติที่คงอยู่ต่อเนื่อง หลังติดเชื้อโควิด-19 ทำให้ผู้ป่วยทำกิจกรรมได้ลดลง มีผลกระทบต่อการทำงานที่ต่าง ๆ ทางสังคม สูญเสียรายได้ อาจทำให้ผู้ป่วยต้องปรับเปลี่ยนงานเพื่อให้เหมาะสมกับสภาวะสุขภาพของตน นอกจากนี้ภาวะเหนื่อยล้าร่วมกับอาการของภาวะโพสท์โควิด-19 ยังส่งผลร่วมกันต่อชีวิตประจำวันด้วยเช่นเดียวกัน⁹ จากการศึกษาที่ผ่านมาพบได้ว่า ภาวะเหนื่อยล้าหลังติดเชื้อโควิด-19 ส่งผลกระทบในหลายด้าน จึงยังมีความจำเป็นในการศึกษาติดตามและแก้ไขภาวะเหนื่อยล้าของผู้ป่วยภาวะโพสท์โควิด-19 เพราะเป็นอาการที่ยังคงอยู่เป็นระยะเวลานาน

จากกรอบแนวคิดทฤษฎีภาวะเหนื่อยล้าของ Piper, Linsay และ Dodd¹⁰ กรอบแนวคิดนี้ อธิบายถึงปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเกิดภาวะเหนื่อยล้า ประกอบด้วยปัจจัย 4 ด้าน คือ 1) ปัจจัยทางกายภาพ (physiological factors) 2) ปัจจัยทางชีวภาพ (biological factors) 3) ปัจจัยทางจิตสังคม (psychological factors) และ 4) การรับรู้ภาวะเหนื่อยล้า (perception) ผู้วิจัยสนใจศึกษาปัจจัยทำนายภาวะเหนื่อยล้า ซึ่งประกอบด้วย 4 ปัจจัย ได้แก่ อายุ ดัชนีมวลกาย ความรุนแรงของโรคโควิด-19 อยู่ในด้านปัจจัยทางกายภาพ และภาวะซึมเศร้าอยู่ในด้านปัจจัยทางจิตสังคม โดยมีความสัมพันธ์กับภาวะเหนื่อยล้าในผู้ป่วยภาวะโพสท์โควิด-19 ดังนี้

อายุ การศึกษาของ Hassan และคณะ¹¹ ที่ศึกษาในบุคลากรทางการแพทย์ อายุตั้งแต่ 23-45 ปี หลังติดเชื้อโควิด-19 ใน 2 เดือนพบว่า ภาวะเหนื่อยล้าหลังติดเชื้อโควิด-19 ส่งผลกระทบต่อการทำงาน และมีความสัมพันธ์ทางบวกกับอายุ สอดคล้องกับการศึกษาของ Yaksi, Teker และ Imre¹² พบว่าการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลในวัยผู้ใหญ่และสูงอายุอาจเป็นสาเหตุหนึ่งที่ทำให้เกิดภาวะเหนื่อยล้าเรื้อรังหลังติดเชื้อโควิด-19 จากการศึกษาของ Zhang และคณะ¹³ ที่ศึกษาเกี่ยวกับภาวะโพสท์โควิด-19 ในผู้ป่วยหลังติดเชื้อโควิด-19 ที่อายุมากกว่าหรือเท่ากับ 55 ปีขึ้นไป พบว่ากลุ่มตัวอย่างที่ศึกษามีอายุเฉลี่ย 70.8 ± 5.7 ปี และร้อยละ 81.2 มีอาการของภาวะโพสท์โควิด-19 อย่างน้อยหนึ่งอาการ โดยมีภาวะเหนื่อยล้าถึงร้อยละ 60.9 จากการศึกษาของ Hu และคณะ¹⁴ ที่เป็นการทบทวนอย่างเป็นระบบเกี่ยวกับความชุกและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะเหนื่อยล้าในผู้ป่วยภาวะโพสท์โควิด-19 พบว่าผู้ป่วยที่มีอายุที่มากขึ้นมีภาวะเหนื่อยล้า 0.04 เท่า (OR = .04, 95%CI [.01, .07]) แต่จากการศึกษาของ Diem และคณะ¹⁵ พบว่าอายุไม่มีความสัมพันธ์กับภาวะเหนื่อยล้า ในผู้ป่วยภาวะโพสท์โควิด-19 ($r = -.24, p = .146$) อาจเนื่องมาจากลักษณะกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาอายุระหว่าง 40-50 ปี อาจไม่พบความแตกต่าง เพียงพอที่จะชี้ให้เห็นความสัมพันธ์กับภาวะเหนื่อยล้าจากการทบทวนวรรณกรรมการศึกษาเกี่ยวกับอายุของผู้ป่วยโรคโควิด-19 ต่อภาวะเหนื่อยล้าในผู้ป่วยภาวะโพสท์โควิด-19 ยังมีการศึกษาจำกัดในประเทศไทย โดยบางการศึกษาพบว่าอายุมีความสัมพันธ์กับภาวะเหนื่อยล้า ในขณะที่บางการศึกษาไม่พบความสัมพันธ์ ดังนั้นจำเป็นต้องมีการวิจัยเพิ่มเติมเพื่อยืนยันความสัมพันธ์ดังกล่าว ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาปัจจัยทำนายอายุต่อภาวะเหนื่อยล้าในผู้ป่วยภาวะโพสท์โควิด-19

ดัชนีมวลกาย จากการศึกษาของ Fernández-de-las-Peñas และคณะ¹⁶ พบว่าผู้ที่เป็

นภายหลังการติดเชื้อโควิด-19 มากถึงร้อยละ 65 และการศึกษาในประเทศไทยพบว่า ผู้ป่วยภาวะโพสท์โควิด-19 ที่มีดัชนีมวลกายมากกว่าหรือเท่ากับ 23 กก./ม² มีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะเหนื่อยล้าสูงกว่าผู้ป่วยที่มีดัชนีมวลกายน้อยกว่า 23 กก./ม² 2.58 เท่า (AOR = 2.58, 95%CI [1.19, 5.58])¹⁷ ส่วนการศึกษาของ Diem และคณะ¹⁵ ที่ศึกษาปัจจัยเสี่ยงที่สัมพันธ์กับภาวะเหนื่อยล้าของผู้ป่วยภาวะโพสท์โควิด-19 พบว่าดัชนีมวลกายไม่มีความสัมพันธ์กับภาวะเหนื่อยล้าของผู้ป่วยภาวะโพสท์โควิด-19 ($r = .31, p = .864$) อาจเนื่องมาจากการศึกษานี้มีกลุ่มตัวอย่างขนาดเล็กโดยมีขนาดกลุ่มตัวอย่างเพียง 42 คน จากการทบทวนวรรณกรรมการศึกษาเกี่ยวกับดัชนีมวลกายต่อภาวะเหนื่อยล้าในผู้ป่วยภาวะโพสท์โควิด-19 ยังมีการศึกษาน้อยในประเทศไทย และผลการศึกษายังไม่ไปในทิศทางเดียวกัน ทำให้ยังไม่มีข้อสรุปที่ชัดเจน ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาปัจจัยของดัชนีมวลกายมีอิทธิพลต่อภาวะเหนื่อยล้าในผู้ป่วยภาวะโพสท์โควิด-19

ความรุนแรงของโรคโควิด-19 จากการศึกษาของ Diem และคณะ¹⁵ พบว่าระดับความรุนแรงของโรคโควิด-19 มีความสัมพันธ์กับภาวะเหนื่อยล้าในผู้ป่วยภาวะโพสท์โควิด-19 โดยผู้ป่วยที่มีระดับความรุนแรงเล็กน้อยถึงระดับมากร้อยละ 18.4-39.5 ($p = .012$) แต่ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ Talukder และคณะ¹⁸ ที่เป็นการสังเคราะห์งานวิจัยอย่างเป็นระบบ พบว่าความรุนแรงของโรคโควิด-19 ไม่มีความสัมพันธ์กับภาวะเหนื่อยล้า อาจเนื่องมาจากเกณฑ์การคัดเลือกผู้เข้าร่วมที่เข้มงวด ซึ่งจำกัดการรวมงานวิจัยประเภทกรณีศึกษา (case-series) ที่มีขนาดตัวอย่างน้อยหรือพลังในการทดสอบต่ำ เช่นเดียวกับการศึกษาของ Townsend และคณะ¹⁹ ที่ศึกษาเกี่ยวกับภาวะเหนื่อยล้าอย่างต่อเนื่องหลังการติดเชื้อโควิด-19 จำนวน 128 คน พบว่าภาวะเหนื่อยล้าไม่สัมพันธ์กับความรุนแรงของโรคโควิด-19 จากการทบทวนวรรณกรรมยังมีการศึกษา

เกี่ยวกับระดับความรุนแรงของโรคโควิด-19 ต่อภาวะเหนื่อยล้าในผู้ป่วยภาวะโพสท์โควิด-19 ยังมีจำนวนน้อยในประเทศไทย และผลการศึกษายังไม่ไปในทิศทางเดียวกัน ทำให้ยังไม่มีข้อสรุปที่ชัดเจน ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาปัจจัยทำนายความรุนแรงของโรคโควิด-19 ต่อภาวะเหนื่อยล้าในผู้ป่วยภาวะโพสท์โควิด-19

ภาวะซึมเศร้า จากการศึกษาของ Stavem และคณะ²⁰ ที่ศึกษาผู้ป่วยหลังติดเชื้อโควิด-19 ระยะเวลาตั้งแต่ 1.5-6 เดือนในประเทศนอร์เวย์ ที่ไม่ได้เข้ารับการรักษานในโรงพยาบาล พบว่าผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้ามาก่อน มีโอกาสเกิดภาวะเหนื่อยล้าหลังติดเชื้อเพิ่มขึ้น 2.38 เท่า เมื่อเทียบกับผู้ป่วยที่ไม่มีภาวะซึมเศร้ามาก่อน (OR = 2.38, 95%CI [.57, 4.18]) และจากการศึกษาของ Townsend และคณะ¹⁹ เป็นการศึกษาเกี่ยวกับภาวะเหนื่อยล้าหลังติดเชื้อโควิด-19 โดยกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยที่ไม่ได้รับการรักษาที่โรงพยาบาลหลังมีอาการของโรคโควิด-19 หรือผู้ป่วยที่เคยรับการรักษาตัวที่โรงพยาบาล นับจากวันจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลสำหรับในระยะเวลาอย่างน้อย 6 สัปดาห์ พบว่าร้อยละ 52.3 มีภาวะเหนื่อยล้าหลังติดเชื้อโควิด-19 โดยภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยที่ติดเชื้อโควิด-19 มีความสัมพันธ์กับภาวะเหนื่อยล้าหลังติดเชื้อโควิด-19 ($\chi^2 = 9.95$, $p = .002$) จากการทบทวนวรรณกรรมจะเห็นได้ว่า มีการศึกษาเกี่ยวกับภาวะซึมเศร้าต่อภาวะเหนื่อยล้าในผู้ป่วยภาวะโพสท์โควิด-19 ในระยะเวลาที่แตกต่างกัน และมีการศึกษาเกี่ยวกับผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้ามาก่อนติดเชื้อโควิด-19 ที่ทำให้เกิดภาวะเหนื่อยล้า และการศึกษายังมีจำนวนน้อยในประเทศไทย ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาปัจจัยทำนายภาวะซึมเศร้าต่อภาวะเหนื่อยล้าในผู้ป่วยภาวะโพสท์โควิด-19

กรอบแนวคิดในการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ใช้กรอบแนวคิดของ Piper, Lindsay และ Dodd¹⁰ ซึ่งกรอบแนวคิดนี้ อธิบายถึงปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเกิดภาวะเหนื่อยล้า ประกอบด้วยปัจจัย 4 ด้าน คือ

1) ปัจจัยทางกายภาพ (physiological factors) 2) ปัจจัยทางชีวภาพ (biological factors) 3) ปัจจัยทางจิตสังคม (psychological factors) และ 4) การรับรู้ภาวะเหนื่อยล้า (perception) โดยการศึกษาครั้งนี้ ตัวแปรอายุ ดัชนีมวลกาย และความรุนแรงของโรคโควิด-19 อยู่ในปัจจัยทางกายภาพ และภาวะซึมเศร้าอยู่ในปัจจัยทางจิตสังคม ผู้วิจัยเลือกที่จะศึกษาปัจจัยทางกายภาพ เนื่องจากเป็นส่วนที่สะท้อนระดับความเหนื่อยล้าทางร่างกาย ที่สามารถตรวจวัดได้อย่างเป็นรูปธรรม ส่วนปัจจัยทางจิตสังคมศึกษาเพื่อให้เข้าใจถึงความเชื่อมโยงระหว่างความรู้สึกทางอารมณ์ การรับรู้ และความหมายของภาวะเหนื่อยล้า ซึ่งอาจมีผลต่อการฟื้นตัวของผู้ป่วยภาวะโพสท์โควิด-19 ทั้งในด้านร่างกายและคุณภาพชีวิต

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อศึกษาอำนาจทำนายของ อายุ ดัชนีมวลกาย ความรุนแรงของโรคโควิด-19 และภาวะซึมเศร้า ต่อภาวะเหนื่อยล้าในผู้ป่วยภาวะโพสท์โควิด-19

สมมุติฐานการวิจัย

อายุ ดัชนีมวลกาย ความรุนแรงของโรคโควิด-19 และภาวะซึมเศร้า มีอย่างน้อย 1 ตัวแปรที่สามารถทำนายภาวะเหนื่อยล้าในผู้ป่วยภาวะโพสท์โควิด-19 ได้

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบพรรณนาความสัมพันธ์เชิงทำนายและรูปแบบการศึกษาแบบตัดขวาง

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้ป่วยที่มีภาวะโพสท์โควิด-19 โดยได้รับการยืนยันด้วยการตรวจ Antigen Test Kit (ATK) หรือ Real Time Polymerase Chain Reaction (RT-PCR) ที่มาติดตาม

การรักษาภาวะโพสท์โควิด-19 หรือโรคอื่น ๆ ในโรงพยาบาล ตติยภูมิในกรุงเทพมหานคร อายุตั้งแต่ 18 ปี ขึ้นไป ทั้งเพศชาย และหญิง

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยที่มีภาวะโพสท์โควิด-19 ที่มาติดตามการรักษาในหน่วยตรวจโรคอายุรศาสตร์ แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลตติยภูมิชั้นสูงแห่งหนึ่งในกรุงเทพมหานคร ระยะเวลาตั้งแต่เดือนกันยายนถึงเดือนพฤศจิกายน พ.ศ. 2566 โดยกำหนดคุณลักษณะของกลุ่มตัวอย่างดังนี้

เกณฑ์การคัดเข้า

1) เป็นผู้ป่วยภาวะโพสท์โควิด-19 ที่มีภาวะเหนื่อยล้า หลังการติดเชื้อโควิด-19 ที่คงอยู่ต่อเนื่องหรือเกิดขึ้นใหม่นานมากกว่า 28 วันขึ้นไปหลังติดเชื้อจนถึงปัจจุบัน โดยอาการไม่สามารถอธิบายด้วยการวินิจฉัยจากสาเหตุอื่นได้ โดยใช้การสอบถามการรับรู้ตนเองเกี่ยวกับภาวะเหนื่อยล้า

2) มีสติสัมปชัญญะที่สามารถสื่อสาร (พูด อ่านและเขียน) ภาษาไทยได้

เกณฑ์การคัดออก

1) ผู้ป่วยที่มีภาวะพร่องทางการคิด ประเมินโดยใช้แบบคัดกรองสมรรถภาพสมอง Mini-Cog ฉบับภาษาไทย โดยมีคะแนน ≤ 3 คะแนน ถือว่าผู้ป่วยมีภาวะพร่องในการรู้คิด

2) ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่ามีความผิดปกติทางจิตเวชมาก่อนติดเชื้อโควิด-19

3) ผู้ป่วยที่มีอาการและอาการแสดงที่ไม่คงที่ เช่น หายใจเหนื่อยหอบ เจ็บแน่นหน้าอก ซิพจรเต้นเร็ว ความดันโลหิตต่ำ หรือมีอาการที่รุนแรงที่ต้องรีบให้ความช่วยเหลือโดยเร็ว

4) ผู้ป่วยที่เป็นหญิงตั้งครรภ์

การคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป G*Power โดยกำหนดค่าขนาดอิทธิพลขนาดกลาง (medium effect size) $f^2 = .15^{21}$ กำหนดค่าความเชื่อมั่น (α) = .05 อำนาจการทดสอบทางสถิติ (power of test) = .90

มีจำนวนตัวทำนาย (number of predictors) = 4 ตัวแปร ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 108 ราย และเพื่อป้องกันการสูญหายของข้อมูลของกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยเพิ่มจำนวนกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 10 ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่างที่สามารถทดสอบสมมติฐานการวิจัยเป็นจำนวน 120 ราย

เครื่องมือการวิจัย ประกอบด้วย 4 ส่วน ได้แก่

1) แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล ลักษณะแบบสอบถามเป็นคำถามชนิดเลือกตอบ และเติมคำตอบในช่องว่าง โดยให้ผู้ป่วยเป็นผู้ตอบแบบสอบถามด้วยตนเอง จำนวน 17 ข้อ ประกอบด้วย เพศ อายุ น้ำหนัก ส่วนสูง ดัชนีมวลกาย สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา ศาสนา อาชีพ รายได้เฉลี่ยต่อเดือน สิทธิการรักษา ลักษณะที่พักอาศัย สภาพแวดล้อม การสูบบุหรี่ การดื่มสุรา ประวัติเกี่ยวกับการได้รับวัคซีนป้องกันโรคโควิด-19 จำนวนครั้งที่ได้รับวัคซีนป้องกันโรคโควิด-19 ชนิดของวัคซีนป้องกันโรคโควิด-19 และจำนวนครั้งที่เคยติดเชื้อโควิด-19 โรคประจำตัวของผู้ป่วยภาวะโพสท์โควิด-19

2) ข้อมูลประวัติการเจ็บป่วยของผู้ป่วยภาวะโพสท์โควิด-19 เป็นข้อมูลประวัติการเจ็บป่วยที่รวบรวมจากการสอบถามผู้เข้าร่วมวิจัย และใช้ข้อมูลบันทึกทางการแพทย์และการพยาบาล จำนวน 10 ข้อ ประกอบด้วย สถานที่ได้รับการรักษาโรคโควิด-19 วัน เดือน ปี ที่ติดโรคโควิด-19 ประเภทของออกซิเจนที่ผู้ป่วยได้รับการรักษาขณะติดเชื้อโควิด-19 ข้อมูลถ่ายภาพรังสีปอด (chest X-ray) ข้อมูลการทำ CT ปอด อาการที่มีในขณะติดเชื้อโควิด-19 อาการที่มีหลังติดเชื้อโควิด-19 การเปลี่ยนแปลงของน้ำหนักหลังติดเชื้อโควิด-19 และระดับความรุนแรง ของโรคโควิด-19 โดยสอบถามจากการรับรู้ตนเองเกี่ยวกับความรุนแรงของโรคโควิด-19 ขณะติดเชื้อโดยมี 2 ระดับ คือ อาการไม่รุนแรง (0 คะแนน) และอาการรุนแรง (1 คะแนน)

3) แบบสอบถามภาวะเหนื่อยล้า (Functional Assessment of Chronic Illness Therapy-Fatigue Scale, FACIT-F) พัฒนาและแปลเป็นภาษาไทยโดย FACIT group ตั้งแต่ปี ค.ศ. 1990²² ประกอบด้วยข้อคำถาม 13 ข้อ ลักษณะมาตรวัดแบบ rating scale 5 ระดับ คือ ไม่เลย เล็กน้อย ปานกลางค่อนข้างมาก และมากที่สุด โดยการให้คะแนนของข้อที่ 1, 2, 3, 4, 5, 6, 9, 10, 11, 12 และ 13 ดังนี้ ไม่เลย 4 คะแนน เล็กน้อย 3 คะแนน ปานกลาง 2 คะแนน ค่อนข้างมาก 1 คะแนน และมากที่สุด 0 คะแนน ส่วนการให้คะแนนของข้อที่ 7 และ 8 คือ ไม่เลย 0 คะแนน เล็กน้อย 1 คะแนน ปานกลาง 2 คะแนน ค่อนข้างมาก 3 คะแนน และมากที่สุด 4 คะแนน โดยคะแนนรวมอยู่ระหว่าง 0-52 คะแนน โดยคะแนนต่ำกว่าหรือเท่ากับ 30 หมายถึง มีภาวะเหนื่อยล้ามากหรือมีการทำหน้าที่ด้านร่างกายที่ไม่ดี และคะแนน 31 ขึ้นไป หมายถึง มีภาวะเหนื่อยล้าเล็กน้อยหรือมีการทำหน้าที่ด้านร่างกายที่ดี การศึกษาครั้งนี้ใช้เครื่องมือ FACIT-F เนื่องจากมีการศึกษาที่ผ่านมามีการใช้แบบสอบถาม FACIT-F ประเมินภาวะเหนื่อยล้าในผู้ป่วยภาวะโพสท์โควิด-19²³ และพบว่าความหมายของภาวะเหนื่อยล้าสอดคล้องกับแบบสอบถาม FACIT-F และตรงกับประเด็นที่ศึกษา โดยมีการวัดความรู้สึกเหนื่อยล้า อ่อนเพลีย เหนื่อยชา และมีการระบุระยะเวลาที่วัดภาวะเหนื่อยล้าและผลกระทบต่อกิจวัตรประจำวันใน 7 วันที่ผ่านมา ซึ่งมีความเหมาะสมในการนำมาใช้กับผู้ป่วยภาวะโพสท์โควิด-19 ที่มาตรวจติดตามการรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอก มีความสะดวกกับผู้เข้าร่วมการวิจัย อ่านง่าย และใช้เวลาไม่มากในการทำแบบสอบถาม

4) แบบประเมินภาวะซึมเศร้า วิตกกังวล และความเครียด (Depress Anxiety Stress Scales, DASS-21) สร้างโดย Lovibond PF และ Lovibond SH²⁴ แปลเป็นภาษาไทยโดยโครงการวิจัย Altair โดยแต่ละส่วนประกอบด้วยคำถามจำนวน 7 ข้อ รวมทั้งหมด 21 ข้อ ลักษณะมาตรวัดแบบ rating scale 4 ระดับ ตั้งแต่ 0-3 โดย 0 หมายถึง ไม่ตรง

กับข้อเท็จจริงหรือไม่เกิดขึ้นเลย 1 ตรงกับข้อเท็จจริงบ้างหรือเกิดขึ้นเป็นบางครั้ง 2 ตรงกับข้อเท็จจริงหรือเกิดขึ้นบ่อย 3 หมายถึง ตรงกับข้อเท็จจริงมากหรือเกิดขึ้นบ่อยมากที่สุด โดยคะแนนมาก หมายถึง มีอารมณ์ทางด้านลบมากในการวิจัยครั้งนี้ใช้ส่วนที่เกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้าที่มีจำนวน 7 ข้อคำถาม ได้แก่ ข้อ 3, 5, 10, 13, 16, 17, 21 การศึกษาครั้งนี้ใช้เครื่องมือ DASS-21 เนื่องจากเป็นเครื่องมือที่ได้รับการยอมรับในงานวิจัยระดับสากล มีความสะดวกกับผู้เข้าร่วมการวิจัย อ่านง่าย และใช้เวลาไม่มากในการทำแบบสอบถาม

คุณภาพของเครื่องมือวิจัย

แบบสอบถามทุกชุดได้รับอนุญาตจากผู้พัฒนาเครื่องมือวิจัย โดยมีการตรวจสอบความตรงและความเหมาะสมของเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 คน ได้ค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity Index, CVI) ของแบบสอบถามภาวะเหนื่อยล้าเท่ากับ .96 และแบบประเมินภาวะซึมเศร้า วิตกกังวล และความเครียดเท่ากับ 1 และผ่านการทดสอบความเชื่อมั่นโดยนำแบบประเมินภาวะเหนื่อยล้า และแบบประเมินภาวะซึมเศร้า วิตกกังวล และความเครียด มาทดลองใช้กับผู้ป่วยภาวะโพสท์โควิด-19 ที่มีคุณสมบัติเดียวกันกับกลุ่มตัวอย่าง 30 ราย ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคได้เท่ากับ .83 และ .94 ตามลำดับ

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยในครั้งนี้ ผู้วิจัยคำนึงถึงการพิทักษ์สิทธิผู้เข้าร่วมการวิจัย 3 ด้าน ได้แก่ หลักความเคารพในบุคคล หลักคุณประโยชน์ และหลักความยุติธรรม โดยผ่านการเห็นชอบจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน คณะพยาบาลศาสตร์ ร่วมกับคณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล (COA No. IRB-NS2023/760.0803)

วิธีเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง โดยนำหนังสือขอความอนุเคราะห์เก็บข้อมูลจากบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล เสนอต่อผู้อำนวยการโรงพยาบาล

เมื่อได้รับอนุญาตให้ทำการเก็บข้อมูล ผู้วิจัยดำเนินการตามขั้นตอนดังต่อไปนี้

1) ผู้วิจัยเข้าพบหัวหน้าหน่วยตรวจโรคอายุรศาสตร์ตึกผู้ป่วยนอก เพื่อชี้แจงโครงการและขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล

2) ผู้วิจัยเข้าพบและแนะนำตนเองและดำเนินการประสานงานกับพยาบาลหน่วยตรวจโรคอายุรศาสตร์ของโรงพยาบาลเพื่อขอความอนุเคราะห์พยาบาลประจำหน่วยประชาสัมพันธ์โครงการวิจัย และแจ้งผู้ป่วย

3) ผู้วิจัยขอให้พยาบาลประจำหน่วยตรวจโรคสำรวจรายชื่อผู้ป่วยที่เคยติดเชื้อโควิด-19 ตามเกณฑ์ของกลุ่มตัวอย่างที่กำหนดไว้

4) ผู้วิจัยขอให้พยาบาลประจำหน่วยตรวจโรคเข้าพบกลุ่มตัวอย่าง โดยผู้วิจัยแนะนำตัวพูดคุยสร้างสัมพันธภาพกับผู้เข้าร่วมการวิจัย

5) ผู้วิจัยชี้แจงข้อมูลเกี่ยวกับชื่อโครงการวิจัยวัตถุประสงค์การวิจัย กระบวนการวิจัย ประโยชน์และความเสี่ยงที่อาจจะเกิดขึ้น รวมทั้งแนวทางป้องกันและแก้ไขหากเกิดอันตรายขึ้น ทางเลือกหากผู้เข้าร่วมการวิจัยตัดสินใจไม่เข้าร่วมการวิจัย สิทธิของผู้เข้าร่วมการวิจัยในการตัดสินใจเข้าร่วมการวิจัย และขอความยินยอมในการเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้ รวมทั้งขออนุญาตใช้ข้อมูลจากแฟ้มประวัติและเวชระเบียนของผู้ป่วย

6) หากกลุ่มตัวอย่างยินยอมเข้าร่วมการวิจัย ผู้วิจัยจะให้ลงลายมือชื่อในหนังสือแสดงเจตนายินยอมเข้าร่วมการวิจัย โดยจะเก็บหนังสือแสดงเจตนายินยอมเข้าร่วมการวิจัยแยกจากแบบสอบถามที่เป็นรายละเอียดของข้อมูลเพื่อไม่ให้มีข้อมูลใดที่เชื่อมโยงให้ทราบว่าหนังสือดังกล่าวเป็นของบุคคลใด จากนั้นผู้วิจัยเริ่มดำเนินการเก็บข้อมูลด้วยแบบสอบถาม โดยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลตามลำดับ

ขั้นตอน โดยใช้เวลาประมาณ 25-30 นาที เมื่อได้กลุ่มตัวอย่างครบ 120 คน จึงยุติการเก็บข้อมูลและนำข้อมูลไปวิเคราะห์

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป Statistical Package of Social Science (SPSS) วิเคราะห์ข้อมูลพื้นฐานของผู้ป่วย โดยใช้สถิติเชิงพรรณนาในการแจกแจงค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน วิเคราะห์หาความสัมพันธ์โดยใช้สถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน และวิเคราะห์อำนาจการทำนายโดยใช้สถิติถดถอยแบบเส้นตรงพหุคูณ โดยการนำเข้าสมการพร้อมกัน กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 และมีผลผ่านในการตรวจสอบข้อตกลงเบื้องต้นของการใช้สถิติถดถอย แบบเส้นตรงพหุคูณ

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลส่วนบุคคล

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงร้อยละ 78.3 มีอายุเฉลี่ย 53.88 ปี (SD = 13.75) มีสถานภาพสมรสร้อยละ 55 มีระดับการศึกษาปริญญาตรีร้อยละ 37.5 รองลงมาคือระดับประถมศึกษาร้อยละ 23.3 ส่วนใหญ่นับถือศาสนาพุทธร้อยละ 97.5 ประกอบอาชีพค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัวร้อยละ 19.2 ไม่ได้ประกอบอาชีพร้อยละ 19.2 รองลงมาประกอบอาชีพรับจ้างทั่วไปร้อยละ 15 มีรายได้เฉลี่ย 18,772.83 บาท โดยมีรายได้อยู่ในช่วง 20,001-50,000 บาทร้อยละ 32.5 และมีรายได้อยู่ในช่วง 0-5,000 บาทร้อยละ 14.2

2. ข้อมูลทางคลินิกของผู้ป่วยภาวะโพสท์โควิด-19

ในขณะที่ติดเชื้อโควิด-19 กลุ่มตัวอย่างเข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลแบบผู้ป่วยนอกร้อยละ 83.3 โดยในขณะที่ติดเชื้อโควิด-19 มีอาการ 1-5 อาการ และมากกว่า 5 อาการใกล้เคียงกันคือร้อยละ 50.8 และร้อยละ 49.2 ตามลำดับ โดยส่วนใหญ่มีภาวะเหนื่อยล้าร้อยละ 88.3 รองลงมาคือ มีไข้ร้อยละ 84.2

ส่วนภายหลังการติดเชื้อโควิด-19 ส่วนใหญ่มีอาการ 1-5 อาการ ร้อยละ 98.3 โดยมีภาวะเหนื่อยล้าร้อยละ 100 รองลงมา มีอาการไอร้อยละ 22.5 หลังจากหายจากการติดเชื้อโควิด-19 กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 26.7 มีน้ำหนักลดลง ร้อยละ 54.1 มี น้ำหนักคงเดิม และร้อยละ 19.2 มีน้ำหนักเพิ่มขึ้น

1) ลักษณะตัวแปรที่ศึกษา

กลุ่มตัวอย่างอายุระหว่าง 23-80 ปี อายุเฉลี่ย 53.88 ปี

(SD = 13.75) ร้อยละ 40 เป็นผู้สูงอายุ หรือมีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป กลุ่มตัวอย่างมีดัชนีมวลกายเฉลี่ย 25.45 กก./ม² (SD = 4.70) ขณะติดเชื้อโควิด-19 มีอาการของการติดเชื้อไม่รุนแรง ร้อยละ 95 กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยของภาวะซึมเศร้า เท่ากับ 3.25 คะแนน (SD = 4.04) กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ย ของภาวะเหนื่อยล้าเท่ากับ 36.53 (SD = 7.52) ดังแสดง ในตารางที่ 1 และตารางที่ 2

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของอายุ ดัชนีมวลกาย และความรุนแรงของโรคโควิด-19 (N = 120)

ข้อมูลส่วนบุคคล		จำนวน	ร้อยละ
อายุ (ปี)	(Min = 23, Max = 80, $\bar{X}$ = 53.88, SD = 13.75)		
	21-30	8	6.7
	31-40	15	12.5
	41-50	22	18.3
	51-59	27	22.5
	มากกว่าหรือเท่ากับ 60 ปีขึ้นไป	48	40.0
ดัชนีมวลกาย (กก./ม ²)	(Min = 16, Max = 41, $\bar{X}$ = 25.45, SD = 4.70)		
	น้อยกว่า 18.5 (น้ำหนักน้อยหรือผอม)	8	6.7
	18.5-22.99 (ปกติ)	30	25.0
	23.00-24.99 (น้ำหนักเกิน)	13	10.8
	25.00-29.99 (อ้วนระดับที่ 1)	50	41.7
	มากกว่าหรือเท่ากับ 30 (อ้วนระดับที่ 2)	19	15.8
ความรุนแรงของโรคโควิด-19			
	ไม่รุนแรง	114	95.0
	รุนแรง	6	5.0

ตารางที่ 2 ช่วงคะแนน จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของระดับภาวะซึมเศร้า และระดับของภาวะเหนื่อยล้า (N = 120)

ตัวแปร	ช่วงคะแนนที่เป็นไปได้	ช่วงคะแนนที่ได้จริง	n (%)	$\bar{X}$	SD
ระดับของภาวะซึมเศร้า (min = 0, max = 18, $\bar{X}$ = 3.25, SD = 4.04)					
ปกติ	0-4	0-4	90 (75.0)	1.33	1.18
เล็กน้อย	5-6	5-6	13 (10.8)	5.46	0.52
ปานกลาง	7-10	8-10	9 (7.5)	8.89	0.93
มาก	11-13	11	2 (1.7)	11.00	0.00
มากที่สุด	14-21	14-18	6 (5.0)	16.17	1.47
ระดับของภาวะเหนื่อยล้า (min = 17, max = 51, $\bar{X}$ = 36.53, SD = 7.52)					
ภาวะเหนื่อยล้ามาก	0-30	17-30	26 (21.7)	25.88	3.90
ภาวะเหนื่อยล้าน้อย	31-52	31-51	94 (78.3)	39.48	5.28

2) ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรที่ศึกษา

อายุมีความสัมพันธ์ทางลบกับภาวะเหนื่อยล้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -.20, p < .05$) ภาวะซึมเศร้ามีความสัมพันธ์ทางลบกับภาวะเหนื่อยล้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -.53, p < .001$) ส่วนดัชนีมวลกายและความรุนแรงของโรคโควิด-19 ไม่มีความสัมพันธ์กับภาวะเหนื่อยล้าดังแสดงในตารางที่ 3

3) ผลการวิเคราะห์ด้วยสมการถดถอยพหุคูณ

ตัวแปรอิสระทั้งหมดนี้สามารถอธิบายความผันแปร

ภาวะเหนื่อยล้าในผู้ป่วยภาวะโพสท์โควิด-19 ได้ร้อยละ 33.2 ($R^2 = .332, F_{(4, 119)} = 14.32, p < .001$) โดยพบว่า อายุ และภาวะซึมเศร้าสามารถทำนายภาวะเหนื่อยล้า หรือการทำหน้าที่ด้านร่างกายในผู้ป่วยภาวะโพสท์โควิด-19 ได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($\beta = -.22, p < .05$ และ $\beta = -.54, p < .001$) ตามลำดับ โดยในบรรดาปัจจัยเหล่านี้ภาวะซึมเศร้าเป็นปัจจัยที่มีอำนาจการทำนายภาวะเหนื่อยล้าได้มากที่สุด ดังแสดงในตารางที่ 4

ตารางที่ 3 ผลการวิเคราะห์ค่าความสัมพันธ์ (r) ระหว่าง อายุ ดัชนีมวลกาย ความรุนแรงของโรคโควิด-19 ภาวะซึมเศร้า และภาวะเหนื่อยล้าในผู้ป่วยภาวะโพสท์โควิด-19 ($N = 120$)

ตัวแปร	1	2	3	4	5
1. อายุ	1				
2. ดัชนีมวลกาย	.03	1			
3. ความรุนแรงของโรคโควิด-19	-.03	.14	1		
4. ภาวะซึมเศร้า	-.03	.09	-.03	1	
5. ภาวะเหนื่อยล้า	-.20*	-.07	-.001	-.53**	1

* $p < .05$, ** $p < .001$

ตารางที่ 4 ผลการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณระหว่าง อายุ ดัชนีมวลกาย ความรุนแรงของโรคโควิด-19 ภาวะซึมเศร้าต่อภาวะเหนื่อยล้าในผู้ป่วยภาวะโพสท์โควิด-19

ตัวแปร	b	SE	β	t	p-value	95%CI for b	
						Lower	Upper
อายุ	-3.33	1.17	-.22	-2.85	.005*	-.26	.23
ดัชนีมวลกาย	-.01	.12	-.01	-.10	.971	-6.09	4.40
ความรุนแรงของโรคโควิด-19	-.85	2.65	-.03	-.32	.772	-1.29	-.72
ภาวะซึมเศร้า	-1.00	.14	-.54	-7.04	< .001**	-5.64	-1.02

Constant = 41.47, $SE_{est} = 6.25$, $R = .58$, $R^2 = .332$, Adj $R^2 = .31$, $df = 4, 119$, $F = 14.32$, $p < .001$

การอภิปรายผล

การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อภาวะเหนื่อยล้าในผู้ป่วยภาวะโพสท์โควิด-19 ซึ่งกลุ่มตัวอย่างที่มีภาวะเหนื่อยล้าทั้งหมดร้อยละ 100 มีคะแนนเฉลี่ย 36.53 คะแนน ($SD = 7.52$) กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 21.7 มีภาวะเหนื่อยล้ามาก

เช่นเดียวกับการศึกษาของ Tabacof และคณะ⁶ พบว่าผู้ป่วยภาวะโพสท์โควิด-19 มีภาวะเหนื่อยล้าร้อยละ 92 ส่วนการศึกษาของ Townsend และคณะ¹⁹ พบว่าผู้ป่วยหลังติดเชื้อโควิด-19 มากกว่าครึ่งร้อยละ 52.3 มีภาวะเหนื่อยล้าใน 10 สัปดาห์หลังจากเริ่มมีอาการของโรคโควิด-19

อธิบายได้ว่า ภาวะเหนื่อยล้าเป็นอาการที่พบบ่อยในผู้ป่วยภาวะโพสท์โควิด-19 เนื่องจากเกิดความเสียหายของปอดและระบบทางเดินหายใจเกิดจากการติดเชื้อ SARS-CoV-2 โดยผ่านทางเยื่อบุเซลล์ โดยทำให้เกิด endothelial damage และเกิดปฏิกิริยาภูมิคุ้มกันที่รุนแรง กระตุ้นการอักเสบทำให้เกิดความผิดปกติของปอด เกิดพังผืดนำไปสู่ภาวะเหนื่อยล้า ซึ่งระยะเวลาภาวะเหนื่อยล้าที่คงอยู่ต่อเนื่องขึ้นอยู่กับปัจจัยเสี่ยงของแต่ละบุคคล เช่น อายุมาก ผู้ป่วยที่มีภาวะทางเดินหายใจล้มเหลวเฉียบพลัน และระยะเวลานอนโรงพยาบาลนาน เป็นต้น⁸

อายุ จากการศึกษาพบว่าอายุมีความสัมพันธ์ทางลบกับภาวะเหนื่อยล้าในผู้ป่วยภาวะโพสท์โควิด-19 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -.20, p < .05$) และสามารถทำนายภาวะเหนื่อยล้าในผู้ป่วยภาวะโพสท์โควิด-19 ได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($\beta = -.22, p < .05$) โดยในเมื่ออายุมากขึ้นจะทำให้คะแนนการทำหน้าที่ด้านร่างกายลดลง หรือเหนื่อยมากขึ้น ซึ่งเป็นไปตามสมมุติฐานและสอดคล้องกับกรอบแนวคิดเกี่ยวกับภาวะเหนื่อยล้าของ Piper ที่กล่าวไว้ว่า เมื่อบุคคลมีอายุมากขึ้นจะมีภาวะเหนื่อยล้าได้ง่าย เนื่องจากประสิทธิภาพการทำงานของอวัยวะต่าง ๆ ลดลง¹⁰ โดยกลุ่มตัวอย่างมีอายุมากกว่าหรือเท่ากับ 60 ปีขึ้นไปมากถึงร้อยละ 40 ซึ่งเป็นผู้ป่วยวัยสูงอายุอาจเกิดภาวะเหนื่อยล้าได้ง่าย เนื่องจากผู้ป่วยวัยสูงอายุมิภูมิคุ้มกันต่ำลง เมื่อติดเชื้อโควิด-19 ส่งผลทำให้ระบบภูมิคุ้มกันตอบสนองผิดปกติ กระตุ้นการอักเสบ ทำให้เกิดการหลั่งไซโตไคน์มาก เกิดการอักเสบที่รุนแรง ส่งผลทำให้เนื้อเยื่อของอวัยวะและหลอดเลือดถูกทำลาย นำไปสู่การเกิดอาการผิดปกติที่คงอยู่ต่อเนื่องภายหลังติดเชื้อโควิด-19²⁵ สอดคล้องกับการศึกษาของ Zhang และคณะ¹³ ที่ศึกษาเกี่ยวกับผู้ป่วยภาวะโพสท์โควิด-19 ที่มีอายุมากกว่าหรือเท่ากับ 55 ปีขึ้นไป หลังติดเชื้อโควิด-19 ที่ระยะเวลา 5-24 สัปดาห์ พบว่ามีอายุเฉลี่ย 70.8 ± 5.7 ปี โดยร้อยละ 81.2 มีอาการของภาวะโพสท์โควิด-19 อย่างน้อยหนึ่งอาการโดยร้อยละ 60.9 มีภาวะเหนื่อยล้า

ภาวะซึมเศร้า จากการศึกษาพบว่าภาวะซึมเศร้ามีความสัมพันธ์ทางลบกับภาวะเหนื่อยล้าในผู้ป่วยภาวะโพสท์โควิด-19 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -.53, p < .001$) และสามารถทำนายภาวะเหนื่อยล้าในผู้ป่วยภาวะโพสท์โควิด-19 ได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($\beta = -.54, p < .001$) โดยในเมื่อภาวะซึมเศร้ามากขึ้นจะทำให้คะแนนการทำหน้าที่ด้านร่างกายลดลงหรือเหนื่อยมากขึ้น ซึ่งเป็นไปตามสมมุติฐานและสอดคล้องกับกรอบแนวคิดเกี่ยวกับภาวะเหนื่อยล้าของ Piper ที่กล่าวไว้ว่าภาวะซึมเศร้าเป็นความผิดปกติทางด้านจิตใจที่ทำให้เกิดภาวะเหนื่อยล้า¹⁰ สอดคล้องกับการศึกษาของ Townsend และคณะ¹⁹ ที่เป็นการศึกษาในประเทศไอร์แลนด์เกี่ยวกับภาวะเหนื่อยล้าที่คงเหลือหลังติดเชื้อโควิด-19 พบว่า ร้อยละ 52.3 มีภาวะเหนื่อยล้าหลังติดเชื้อโควิด-19 โดยภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยที่ติดเชื้อโควิด-19 มีความสัมพันธ์กับภาวะเหนื่อยล้าหลังติดเชื้อโควิด-19 ($\chi^2 = 9.95, p = .002$) เนื่องจากเมื่อผู้ป่วยเกิดภาวะซึมเศร้าอาจทำให้มีความไม่สมดุลของฮอร์โมน โดยส่งผลต่อการควบคุมฮอร์โมนความเครียด เช่น คอร์ติซอล ซึ่งอาจทำให้รู้สึกเหนื่อยล้ามากขึ้น²⁶ การกักตัว การเว้นระยะห่างทางสังคม ไม่สามารถทำงานได้ในระยะกักตัว นำมาซึ่งความรู้สึกโดดเดี่ยว ความวิตกกังวล ทำให้พฤติกรรมเปลี่ยนแปลงไป เกิดอารมณ์ทางลบเป็นผลทำให้เกิดภาวะซึมเศร้า¹² ที่สามารถทำให้เกิดภาวะเหนื่อยล้าทางจิตใจ ทำให้ผู้ป่วยมีสมาธิสั้นหรือมีแรงจูงใจน้อยลงส่งผลให้เกิดภาวะเหนื่อยล้าทางกายตามมา⁹

ดัชนีมวลกาย จากการศึกษาพบว่า ดัชนีมวลกายไม่มีความสัมพันธ์กับภาวะเหนื่อยล้า ($r = -.07, p > .05$) และไม่สามารถทำนายภาวะเหนื่อยล้าในผู้ป่วยภาวะโพสท์โควิด-19 ได้ ($\beta = -.01, p > .05$) ซึ่งไม่เป็นไปตามสมมุติฐานการวิจัยและกรอบแนวคิดเกี่ยวกับภาวะเหนื่อยล้าของ Piper ที่กล่าวไว้ว่า เมื่อมวลกายหรือน้ำหนักตัวที่เพิ่มขึ้น จะทำให้เกิดการสะสมของไขมันในร่างกายเพิ่มมากขึ้น และเมื่อมีการติดเชื้อเกิดขึ้นเซลล์ไขมันจะผลิตสารที่ทำให้เกิดการอักเสบ (inflammatory

adipokines) ส่งผลให้เกิดการอักเสบเพิ่มขึ้นและยาวนาน จึงทำให้เกิดภาวะเหนื่อยล้าตามมา และเมื่อดัชนีมวลกาย หรือน้ำหนักตัวน้อย ร่างกายได้รับสารอาหารไม่เพียงพอ เกิดการขาดสารอาหาร ร่างกายจะนำพลังงานที่สะสมไว้มาใช้ จะมีการสลายไกลโคเจนโปรตีนและไขมันและมวลกล้ามเนื้อ เพื่อนำมาใช้เป็นพลังงาน จะทำให้ร่างกายเกิดภาวะเหนื่อยล้า ตามมาได้เช่นกัน¹⁰ สอดคล้องกับการศึกษาของ Diem และคณะ¹⁵ ที่ศึกษาปัจจัยเสี่ยงที่สัมพันธ์กับภาวะเหนื่อยล้าของผู้ป่วย ภาวะโพสท์โควิด-19 พบว่า ดัชนีมวลกายไม่มีความสัมพันธ์กับ ภาวะเหนื่อยล้าของผู้ป่วยภาวะโพสท์โควิด-19 ($r = .31, p = .864$) แต่ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ ภูซังค์ วงศ์ศิริรัฐ¹⁷ พบว่า ผู้ป่วยภาวะโพสท์โควิด-19 ที่มีดัชนีมวลกายมากกว่าหรือเท่ากับ 23 กก./ม² มีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะเหนื่อยล้าสูงกว่า ผู้ป่วยที่มีดัชนีมวลกายน้อยกว่า 23 กก./ม² 2.58 เท่า (AOR = 2.58, 95%CI [1.19, 5.58]) อาจเนื่องมาจากกลุ่มตัวอย่าง ร้อยละ 54.1 มีน้ำหนักคงเดิมที่ทำให้ไม่มีการเปลี่ยนแปลง ของดัชนีมวลกายมาก และกลุ่มตัวอย่างได้รับวัคซีนโควิด-19 ทุกคน จึงทำให้การศึกษาครั้งนี้พบว่า ดัชนีมวลกายไม่สามารถ ทำนายภาวะเหนื่อยล้าในผู้ป่วยภาวะโพสท์โควิด-19 ได้

ความรุนแรงของโรคโควิด-19 จากการศึกษาพบว่า ความรุนแรงของโรคโควิด-19 ไม่มีความสัมพันธ์กับภาวะเหนื่อยล้า ($r = -.001, p > .05$) และไม่สามารถทำนายภาวะเหนื่อยล้า ในผู้ป่วยภาวะโพสท์โควิด-19 ได้ ($\beta = -.03, p > .05$) ซึ่ง ไม่เป็นไปตามสมมติฐานการวิจัยและกรอบแนวคิดเกี่ยวกับ ภาวะเหนื่อยล้าของ Piper เมื่อมีการติดเชื้อในร่างกายที่รุนแรง เช่น อาการไข้สูงที่เกิดจากการติดเชื้อ ปวด หายใจลำบาก คลื่นไส้ อาเจียน เบื่ออาหาร หนาวสั่น เหงื่อออก อ่อนแรง ไม่สามารถ เคลื่อนไหวร่างกายได้ และอาการนอนไม่หลับ เป็นต้น ซึ่งอาการ ต่าง ๆ เหล่านี้อาจส่งผลให้ร่างกายมีการใช้พลังงานเพิ่มขึ้น จะส่งผลให้เกิดภาวะเหนื่อยล้าตามมา¹⁰ สอดคล้องกับการศึกษา

ของ Talukder และคณะ¹⁸ ที่เป็นการสังเคราะห์งานวิจัย อย่างเป็นระบบ พบว่าความรุนแรงของโรคโควิด-19 ไม่มีความสัมพันธ์กับภาวะเหนื่อยล้า อาการไข้ ไอ ปวดกล้ามเนื้อ และปวดหัว แต่ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ Elmazny และคณะ²⁷ เป็นการศึกษาในประเทศอียิปต์ที่ศึกษาในผู้ป่วย หลังติดเชื้อโควิด-19 ระยะเวลา 3 เดือน พบว่าผู้ป่วยที่มีระดับ ความรุนแรงของโรคโควิด-19 ระดับปานกลางมีอาการ โพสท์โควิด-19 2 เท่า (OR = 1.95, 95%CI [1.42, 2.68]) และ ผู้ป่วยที่มีระดับความรุนแรงของโรคโควิด-19 ระดับรุนแรง มีอาการโพสท์โควิด-19 3.86 เท่า เมื่อเทียบกับผู้ป่วยที่มีอาการ ไม่รุนแรง (OR = 3.86, 95%CI [2.36, 6.33]) โดยภาวะเหนื่อยล้า เป็นภาวะที่พบมากที่สุดร้อยละ 72.3 อย่างไรก็ตามกลุ่มตัวอย่าง ร้อยละ 95 ติดเชื้อโควิด-19 อยู่ในระดับไม่รุนแรง และกลุ่มตัวอย่าง ได้ฉีดวัคซีนป้องกันเชื้อโควิด-19 ทุกคน โดยฉีดวัคซีน 3 เข็ม และ มากกว่า 3 เข็ม ร้อยละ 37.5, 36.7 ตามลำดับ ที่อาจส่งผล ให้ลดความรุนแรงของโรค และการเกิดภาวะเหนื่อยล้าได้ สอดคล้องกับการศึกษาของ Mumtaz และคณะ²⁸ พบว่า ผู้ป่วยที่ได้รับวัคซีนป้องกันโรคโควิด-19 สามารถลดการเกิด อาการของภาวะโพสท์โควิดได้ จึงทำให้การศึกษาครั้งนี้ พบว่า ความรุนแรงของโรคโควิด-19 ไม่สามารถทำนาย ภาวะเหนื่อยล้าในผู้ป่วยภาวะโพสท์โควิด-19 ได้

สรุปและข้อเสนอแนะ

อายุและภาวะซึมเศร้าสามารถส่งผลต่อภาวะเหนื่อยล้า เพื่อป้องกันหรือควบคุมอาการดังกล่าว พยาบาลและบุคลากร ในทีมสุขภาพควรมีการประเมินภาวะเหนื่อยล้า และภาวะซึมเศร้า ในผู้ป่วยภาวะโพสท์โควิด-19 โดยเฉพาะประเมินผู้ป่วย สูงวัยทุกราย เพื่อให้ทราบปัญหาในระหว่างที่ผู้ป่วยได้รับการ รักษา และควรมีพยาบาลหรือบุคลากรในทีมสุขภาพ ให้ความรู้ คำแนะนำ หาแนวทางช่วยเหลือ ป้องกันภาวะซึมเศร้า

ในผู้ป่วยภาวะโพสท์โควิด-19 เพื่อลดภาวะเหนื่อยล้า
จนกระทั่งผู้ป่วยฟื้นหาย

ด้านการปฏิบัติการพยาบาล

บุคลากรในทีมสุขภาพควรมีการประเมินภาวะเหนื่อยล้า
และภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโพสท์โควิดทุกราย เพื่อให้ทราบปัญหา
ในระหว่างที่ผู้ป่วยได้รับการรักษา ควรมีพยาบาลให้ความรู้
คำแนะนำ หาแนวทางช่วยเหลือ ป้องกันภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วย
ภาวะโพสท์โควิด-19 เพื่อลดภาวะเหนื่อยล้าจนกระทั่งผู้ป่วยฟื้นหาย

ด้านการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาแบบตัดขวาง (cross
sectional research) จึงควรมีการศึกษาแบบระยะยาว
(longitudinal research) เพื่อศึกษาติดตามและใช้เป็นข้อมูล
ในการพัฒนาแนวทางการดูแลผู้ป่วยภาวะโพสท์โควิด-19 ต่อไป
และควรพัฒนารูปแบบการวิจัยเชิงทดลองเพื่อลดภาวะเหนื่อยล้า
เช่น พัฒนาโปรแกรมลดภาวะซึมเศร้า เป็นต้น เพื่อเป็นแนวทาง
ในการดูแลและส่งเสริมให้ผู้ป่วยภาวะโพสท์โควิด-19
สามารถจัดการกับภาวะเหนื่อยล้าตลอดจนมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

ข้อจำกัดในการทำวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เป็นแบบภาคตัดขวาง ทำให้ทราบถึง
ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อภาวะเหนื่อยล้าในผู้ป่วยภาวะโพสท์
โควิด-19 ได้แก่ อายุ และภาวะซึมเศร้า เพียงแค่ช่วงระยะเวลา
ที่ศึกษาเท่านั้น จึงไม่สามารถเปรียบเทียบผลการวิจัย
กับช่วงเวลาอื่นได้ และการเก็บข้อมูลเกี่ยวกับความรุนแรง
ของโรคโควิด-19 คือมีการเก็บข้อมูลโดยสอบถามจาก
การรับรู้ตนเองเกี่ยวกับความรุนแรงของโรคโควิด-19
ขณะติดเชื้อเท่านั้น เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างบางส่วน
ขณะติดเชื้อโควิด-19 ไม่ได้รับการรักษาที่โรงพยาบาล
และกลุ่มตัวอย่างบางส่วนขณะติดเชื้อโควิด-19 ได้รับการรักษา
ในสถานพยาบาลที่แตกต่างกัน ทำให้ไม่สามารถรวบรวมข้อมูล
เกี่ยวกับความรุนแรงของโรคโควิด-19 โดยใช้แบบประเมินต่างๆ ได้

References

1. World Health Organization. WHO COVID-19 dashboard [Internet]. Geneva, WHO; 2023 [cited 2024 Jan 21]. Available from: <https://data.who.int/dashboards/covid19/>.
2. Department of Disease Control, Ministry of Public Health. COVID-19 situation daily update [Internet]. Nonthaburi: Department of Disease Control; 2023 [cited 2025 Jun 2]. Available from: <https://www.ddc.moph.go.th/covid19-dashboard/>. (in Thai).
3. Carfi A, Bernabei R, Landi F, Gemelli Against COVID-19 Post-Acute Care Study Group. Persistent symptoms in patients after acute COVID-19. JAMA. 2020;324(6):603-5. doi: 10.1001/jama.2020.12603.
4. Jansen EB, Orvold SN, Swan CL, Yourkowski A, Thivierge BM, Francis ME, et al. After the virus has cleared—can preclinical models be employed for long COVID research? PLoS Pathog. 2022;18(9): e1010741. doi: 10.1371/journal.ppat.1010741.
5. Schouborg LB, Molsted S, Lendorf ME, Hegelund MH, Rysør CK, Sommer DH, et al. Risk factors for fatigue and impaired function eight months after hospital admission with COVID-19. Dan Med J. 2022;69(4): A08210633.
6. Tabacof L, Tosto-Mancuso J, Wood J, Cortes M, Kontorovich A, McCarthy D, et al. Post-acute COVID-19 syndrome negatively impacts health and wellbeing despite less severe acute infection. medRxiv. 2020:2020.11.04.20226126. doi: 10.1101/2020.11.04.20226126.

7. Tenforde MW, Kim SS, Lindsell CJ, Billig Rose E, Shapiro NI, Files DC, et al. Symptom duration and risk factors for delayed return to usual health among outpatients with COVID-19 in a multistate health care systems network—United States, March–June 2020. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep.* 2020;69(30):993-8. doi: 10.15585/mmwr.mm6930e1.
8. Crook H, Raza S, Nowell J, Young M, Edison P. Long covid—mechanisms, risk factors, and management. *BMJ.* 2021;374:n1648. doi: 10.1136/bmj.n1648.
9. Calabria M, García-Sánchez C, Grunden N, Pons C, Arroyo JA, Gómez-Anson B, et al. Post-COVID-19 fatigue: the contribution of cognitive and neuropsychiatric symptoms. *J Neurol.* 2022;269(8):3990-9. doi: 10.1007/s00415-022-11141-8.
10. Piper B, Lindsey A, Dodd M. Fatigue mechanisms in cancer patients: developing nursing theory. *Oncol Nurs Forum.* 1987;14(6):17-23.
11. Hassan E, Rizwan K, Riaz U, Ahmed Z. Fatigue among medical doctors in the post Covid-19 period: a multicenter study from Lahore, Pakistan. *Journal of Rehman Medical Institute.* 2022;8(3): 10-3. doi: 10.52442/jrmi.v8i3.481.
12. Yaksi N, Teker AG, Imre A. Long COVID in hospitalized COVID-19 patients: a retrospective cohort study. *Iran J Public Health.* 2022;51(1):88-95. doi: 10.18502/ijph.v51i1.8297.
13. Zhang D, Chung VC-H, Chan DC-C, Xu Z, Zhou W, Tam KW, et al. Determinants of post-COVID-19 symptoms among adults aged 55 or above with chronic conditions in primary care: data from a prospective cohort in Hong Kong. *Front Public Health.* 2023;11:1138147. doi: 10.3389/fpubh.2023.1138147.
14. Hu W, Tang R, Gong S, Liu J, Li J, Liao C. The prevalence and associated factors of post-covid-19 fatigue: a systematic review and meta-analysis. *Cureus.* 2024;16(7):e63656. doi: 10.7759/cureus.63656.
15. Diem L, Fregolente-Gomes L, Warncke JD, Hammer H, Friedli C, Kamber N, et al. Fatigue in post-COVID-19 syndrome: clinical phenomenology, comorbidities and association with initial course of COVID-19. *J Cent Nerv Syst Dis.* 2022;14: 11795735221102727. doi: 10.1177/11795735221102727.
16. Fernández-de-las-Peñas C, Torres-Macho J, Elvira-Martínez CM, Molina-Trigueros LJ, Sebastián-Viana T, Hernández-Barrera V. Obesity is associated with a greater number of long-term post-COVID symptoms and poor sleep quality: a multicentre case-control study. *Int J Clin Pract.* 2021;75(12):e14917. doi: 10.1111/ijcp.14917.
17. Wonghiranrat P. Prevalence of post-COVID-19 post-infection in patients with a history of coronavirus disease 2019 infection. *Journal of Health and Environmental Education.* 2023;8(1):141-50. (in Thai).

18. Talukder A, Razu SR, Alif SM, Rahman MA, Islam SMS. Association between symptoms and severity of disease in hospitalised novel Coronavirus (COVID-19) patients: a systematic review and meta-analysis. *J Multidiscip Healthc.* 2022;15: 1101-10. doi: 10.2147/JMDH.S357867.
19. Townsend L, Dyer AH, Jones K, Dunne J, Mooney A, Gaffney F, et al. Persistent fatigue following SARS-CoV-2 infection is common and independent of severity of initial infection. *PLoS One.* 2020;15(11):e0240784. doi: 10.1371/journal.pone.0240784.
20. Stavem K, Ghanima W, Olsen MK, Gilboe HM, Einvik G. Prevalence and determinants of fatigue after COVID-19 in non-hospitalized subjects: a population-based study. *Int J Environ Res Public Health.* 2021;18(4):2030. doi: 10.3390/ijerph18042030.
21. Cohen J. Statistical power analysis for the behavioral sciences. 2nd ed. Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum Associates; 1977. 579 p.
22. FACIT Group. Functional Assessment of Chronic Illness Therapy–Fatigue (FACIT-F) [Internet]. Chicago, IL: FACIT.org; 2025 [cited 2025 Jun 2]. Available from: <https://www.facit.org/measures/facit-f>.
23. Twomey R, DeMars J, Franklin K, Culos-Reed SN, Weatherald J, Wrightson JG. Chronic fatigue and postexertional malaise in people living with long COVID: an observational study. *Phys Ther.* 2022;102(4):pzac005. doi: 10.1093/ptj/pzac005.
24. 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. doi: 10.1016/0005-7967(94)00075-u.
25. Bartleson JM, Radenkovic D, Covarrubias AJ, Furman D, Winer DA, Verdin E. SARS-CoV-2, COVID-19 and the aging immune system. *Nat Aging.* 2021;1(9):769-82. doi: 10.1038/s43587-021-00114-7.
26. Mazza MG, Palladini M, Poletti S, Benedetti F. Post-COVID-19 depressive symptoms: epidemiology, pathophysiology, and pharmacological treatment. *CNS Drugs.* 2022;36(7):681-702. doi: 10.1007/s40263-022-00931-3.
27. Elmazny A, Magdy R, Hussein M, Elsebaie EH, Ali SH, Abdel Fattah AM, et al. Neuropsychiatric post-acute sequelae of COVID-19: prevalence, severity, and impact of vaccination. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci.* 2023;273(6):1349-58. doi: 10.1007/s00406-023-01557-2.
28. Mumtaz A, Sheikh AAE, Khan AM, Khalid SN, Khan J, Nasrullah A, et al. COVID-19 vaccine and long COVID: a scoping review. *Life (Basel).* 2022;12(7):1066. doi: 10.3390/life12071066.

Factors Influencing Preferred Delivery Methods among Nulliparous Pregnant Women*

Warinee Poomthaisong, RN, MNS¹, Ameporn Ratinthorn, RN, PhD¹, Rudee Pungbangkadee, RN, PhD¹, Sasitara Nuampa, RN, PhD¹, Dittakarn Boriboonhirunsarn, PhD²

Abstract

Purpose: This study aimed to investigate how knowledge on delivery methods, attitude toward delivery methods, childbirth self-efficacy, and recommendations from influential people or channels influence preferred delivery methods among nulliparous pregnant women.

Design: A cross-sectional research design.

Methods: The subjects consisted of 341 nulliparous pregnant women with a singleton pregnancy and gestational age ≥ 32 weeks who received antenatal care at Siriraj hospital. Data were collected using questionnaires on personal information, knowledge of delivery methods, attitude toward delivery methods, childbirth self-efficacy, recommendations from other sources, and preferred delivery methods; data were analyzed using descriptive statistics and binary logistic regression. Variables were selected into the model using forward stepwise selection.

Main findings: Attitudes towards delivery methods and recommendations from doctors, husbands, pregnant women's mothers, and relatives significantly predict preferred delivery methods among nulliparous pregnant women ($p < .05$). These factors collectively predicted the preferred mode of delivery among nulliparous pregnant women with an accuracy of 64% (Nagelkerke $R^2 = .64$).

Conclusion and recommendations: Attitudes towards delivery methods, as well as the influence of key individuals such as doctors, the pregnant woman's mother, husband, and relatives, affect the preferred mode of delivery among nulliparous pregnant women. There should be activities to encourage pregnant women to have a good attitude towards vaginal delivery to help promote vaginal delivery. Doctors and nurses should provide knowledge about the advantages and disadvantages of delivery methods for nulliparous pregnant women and Influential persons for nulliparous pregnant women.

Keywords: attitude, delivery, nulliparous women, preferred, socioeconomic factors

Nursing Science Journal of Thailand. 2025;43(3):283-301.

Corresponding Author: Associate Professor Ameporn Ratinthorn, Faculty of Nursing, Mahidol University, Bangkok 10700, Thailand; e-mail: ameporn.rat@mahidol.ac.th

* Master thesis, Master of Nursing Science Program in Midwifery, Faculty of Nursing, Mahidol University and this research was partially funded by The King Prajadhipok and Queen Rambhai Barni Memorial Foundation

¹ Faculty of Nursing, Mahidol University, Bangkok, Thailand

² Faculty of Medicine Siriraj Hospital, Mahidol University, Bangkok, Thailand

Received: 18 March 2025 / Revised: 24 May 2025 / Accepted: 27 May 2025

ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อวิธีการคลอดที่ต้องการของสตรีครรภ์แรก*

วาริณี ภูมิไธสง, พยม.¹ เอมพร รตินธร, PhD¹ ฤดี ปุณบางกะดี, PhD¹ ศศิธรา นวมภา, PhD¹ ดิฐกานต์ บริบูรณ์หิรัญสาร, PhD²

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์: เพื่อศึกษาอิทธิพลของความรู้เกี่ยวกับวิธีการคลอด ทักษะการตัดสินใจ วิธีการคลอด การรับรู้ความสามารถของตนเอง ในการเผชิญการเจ็บครรภ์คลอด และการชี้แนะจากบุคคลหรือช่องทางที่มีอิทธิพลต่อวิธีการคลอดที่ต้องการของสตรีครรภ์แรก

รูปแบบการวิจัย: การวิจัยแบบตัดขวาง

วิธีดำเนินการวิจัย: กลุ่มตัวอย่างเป็นสตรีครรภ์แรก อายุครรภ์ 32 สัปดาห์เป็นต้นไป จำนวน 341 ราย ที่ฝากครรภ์ ณ หน่วยฝากครรภ์ โรงพยาบาลศิริราช เก็บรวบรวมข้อมูล โดยใช้แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับวิธีการคลอด แบบสอบถามทัศนคติต่อวิธีการคลอด แบบสอบถามการรับรู้ความสามารถของตนเองในการเผชิญการเจ็บครรภ์คลอด แบบสอบถามการชี้แนะจากบุคคลหรือช่องทางที่มีอิทธิพล และแบบสอบถามวิธีการคลอดที่ต้องการคลอด วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ สถิติเชิงพรรณนา และสถิติวิเคราะห์การถดถอยลอจิสติก คัดเลือกตัวแปรเข้าสมการแบบ forward stepwise

ผลการวิจัย: ทักษะการตัดสินใจ วิธีการคลอด การชี้แนะจากสูติแพทย์ สามี มารดาของสตรีตั้งครรภ์ และญาติสามารถทำนาย วิธีการคลอดที่ต้องการของสตรีครรภ์แรกได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) ซึ่งปัจจัยดังกล่าวร่วมกันทำนายวิธีการคลอด ที่ต้องการของสตรีครรภ์แรกได้ร้อยละ 64 (Nagelkerke $R^2 = .64$)

สรุปและข้อเสนอแนะ: ทักษะการตัดสินใจวิธีการคลอดและบุคคลที่มีอิทธิพล ได้แก่ แพทย์ มารดาของสตรีตั้งครรภ์ สามี และญาติ มีผลต่อวิธีการคลอดที่ต้องการของสตรีตั้งครรภ์ ดังนั้น ควรมีการจัดกิจกรรมส่งเสริมให้สตรีตั้งครรภ์มีทัศนคติที่ดีต่อการคลอด ทางช่องคลอด เพื่อช่วยส่งเสริมให้คลอดทางช่องคลอด แพทย์ และพยาบาลควรมีการให้ความรู้เกี่ยวกับข้อดี ข้อเสียของวิธีการคลอด แก่สตรีครรภ์แรกและบุคคลที่มีอิทธิพลต่อสตรีครรภ์แรก

คำสำคัญ: ทักษะการตัดสินใจ วิธีการคลอด สตรีครรภ์แรก ความต้องการ ปัจจัยทางเศรษฐกิจและสังคม

วารสารพยาบาลศาสตร์. 2568;43(3):283-301.

ผู้ประสานงานการเผยแพร่: รองศาสตราจารย์เอมพร รตินธร, คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล บางกอกน้อย กรุงเทพฯ 10700, e-mail: ameporn.rat@mahidol.ac.th

* วิทยานิพนธ์หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการผดุงครรภ์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล และโครงการวิจัยนี้ได้รับทุนสนับสนุนการวิจัยบางส่วนจากมูลนิธิพระบรมราชานุสรณ์ พระบาทสมเด็จพระปกเกล้าเจ้าอยู่หัว และสมเด็จพระนางเจ้ารำไพพรรณี

¹ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

² คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล

วันที่รับบทความ: 18 มีนาคม 2568 / วันที่แก้ไขบทความเสร็จ: 24 พฤษภาคม 2568 / วันที่ตอบรับบทความ: 27 พฤษภาคม 2568

ความสำคัญของปัญหา

วิธีการคลอดที่ต้องการของสตรีตั้งครรภ์เป็นรูปแบบการคลอดที่สตรีตั้งครรภ์มีความประสงค์อยากจะคลอดด้วยวิธีนั้น ซึ่งเกิดจากความคิด ทัศนคติของสตรีตั้งครรภ์ที่มีต่อวิธีการคลอด ได้แก่ วิธีการคลอดทางช่องคลอด และวิธีการผ่าตัดคลอด¹ ซึ่งความต้องการในวิธีการคลอดของสตรีตั้งครรภ์โดยเฉพาะในช่วงไตรมาสที่ 3 ของการตั้งครรภ์มีความสำคัญอย่างมากต่อวิธีการคลอดที่แท้จริง โดยในการศึกษาต่างประเทศพบว่า สตรีตั้งครรภ์ที่ไม่มีข้อบ่งชี้ในการผ่าตัดคลอดที่ต้องการผ่าตัดคลอด มีโอกาสที่จะคลอดด้วยวิธีการผ่าตัดคลอดสูงกว่าการคลอดทางช่องคลอด²⁻³ ในปัจจุบันสตรีมีความต้องการผ่าตัดคลอดเพิ่มมากขึ้น ซึ่งการที่สตรีมีความต้องการผ่าตัดคลอดโดยไม่มีข้อบ่งชี้ทางการแพทย์นั้น เป็นสาเหตุหนึ่งที่ทำให้อัตราการผ่าตัดคลอดเพิ่มสูงขึ้นร้อยละ 0.2-42 ของการผ่าตัดคลอดทั้งหมดทั่วโลก⁴

การวิเคราะห์สถานการณ์การคลอดทั่วโลกพบว่า อัตราการคลอดทางช่องคลอดมีแนวโน้มลดลงและอัตราการผ่าตัดคลอดมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้น โดยอัตราการผ่าตัดคลอดในปี พ.ศ. 2533 พบเพียงร้อยละ 7 ต่อมาในปี พ.ศ. 2561 เพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 21 และในปี พ.ศ. 2573 คาดการณ์ว่าแนวโน้มอัตราการผ่าตัดคลอดจะเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง⁵ สำหรับในประเทศไทยอัตราการคลอดทางช่องคลอดมีแนวโน้มลดลงและอัตราการผ่าตัดคลอดมีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้นเช่นกัน โดยอัตราการผ่าตัดคลอดเพิ่มจากร้อยละ 23.2 ในปี พ.ศ. 2552 เป็นร้อยละ 32.5 ในปี พ.ศ. 2562 และคาดการณ์ว่าในอีก 10 ปีข้างหน้าจากการวิเคราะห์อัตราการผ่าตัดคลอดจะเพิ่มสูงถึงร้อยละ 59.1⁶ และจากการรายงานการเก็บข้อมูลอัตราการคลอดในโรงพยาบาลศิริราชในปี พ.ศ. 2560 พบว่ามีอัตราการคลอดทางช่องคลอดร้อยละ 51.1 และมีอัตราการผ่าตัดคลอดร้อยละ 48.9 และจะเห็นได้ว่าอัตรา

การผ่าตัดคลอดสูงเกินกว่าที่องค์การอนามัยโลกกำหนด ซึ่งอัตราการผ่าตัดคลอดที่จำเป็นต่อการรักษาชีวิตมารดาและทารกไม่ควรเกินร้อยละ 15 ของการคลอดทั้งหมด⁷ อัตราการผ่าตัดคลอดที่เพิ่มสูงขึ้นในปัจจุบันเกิดจากทั้งเหตุผลทางการแพทย์ เช่น ภาวะแทรกซ้อนระหว่างตั้งครรภ์ และการร้องขอของสตรีตั้งครรภ์เอง แม้ไม่มีข้อบ่งชี้ทางการแพทย์ โดยมักเกิดจากความกลัว ความไม่มั่นใจ หรือความเชื่อเกี่ยวกับการคลอดธรรมชาติ อัตราการผ่าตัดคลอดที่เพิ่มขึ้นจึงเป็นประเด็นที่ควรพิจารณาอย่างรอบด้าน ทั้งในแง่ของความจำเป็นทางการแพทย์และความเข้าใจของสตรีตั้งครรภ์⁸

การผ่าตัดคลอดส่งผลกระทบต่อมารดาและทารกทั้งในระยะสั้นและระยะยาว ผลกระทบในระยะสั้นต่อมารดา ได้แก่ มีภาวะเสี่ยงต่อการตกเลือดหรือตัดมดลูก การได้รับบาดเจ็บจากอวัยวะข้างเคียงขณะผ่าตัด ภาวะแทรกซ้อนจากการได้รับยาระงับความรู้สึก ติดเชื้อหลังคลอด อัตราการเสียชีวิตสูงกว่าการคลอดทางช่องคลอด รวมไปถึงความสามารถในการแสดงบทบาทการเป็นมารดา เช่น การให้นมบุตรได้ล่าช้า และผลกระทบในระยะยาวต่อการตั้งครรภ์ครั้งต่อไป ได้แก่ รกเกาะลึก รกเกาะต่ำ มีพังผืดในช่องท้อง มีความเสี่ยงในการตัดมดลูกและมดลูกแตก⁹ สำหรับผลกระทบในระยะสั้นต่อทารก ได้แก่ เสี่ยงต่อการเกิดภาวะหายใจลำบาก ช่วงขณะแรกคลอด ติดเชื้อในกระแสเลือด อัตราการเสียชีวิตสูงกว่าการคลอดทางช่องคลอด¹⁰ สำหรับทารกที่คลอดด้วยวิธีผ่าตัดคลอดเมื่อโตขึ้น มีโอกาสเสี่ยงที่จะเป็นโรคภูมิแพ้ หอบหืด โรคอ้วน ได้มากกว่าทารกที่คลอดทางช่องคลอด¹¹

โมเดลเชิงนิเวศวิทยาได้ระบุไว้ว่า ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมสุขภาพ ประกอบด้วยปัจจัยหลายระดับ ได้แก่ ปัจจัยระดับบุคคล ปัจจัยระดับระหว่างบุคคล ปัจจัยระดับองค์กร ปัจจัยระดับชุมชน และปัจจัยระดับนโยบาย¹² และจากการทบทวนวรรณกรรมตามโมเดลเชิงนิเวศวิทยาพบว่า

ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับวิธีการคลอดที่ต้องการของสตรีตั้งครรภ์ ประกอบด้วย ปัจจัยระดับบุคคล ได้แก่ อายุ การศึกษา อาชีพ รายได้ ประสบการณ์การตั้งครรภ์และการคลอด การมีบุตรยาก ความรู้เกี่ยวกับวิธีการคลอด ทศนคติต่อวิธีการคลอด ความกลัว การคลอด และการรับรู้ความสามารถของตนเองในการเผชิญ การเจ็บครรภ์คลอด โดยอายุที่มากขึ้นทำให้สตรีตั้งครรภ์คิดว่า ตนเองมีสุขภาพไม่แข็งแรง อาจเกิดภาวะแทรกซ้อนเมื่อรอลคลอด และเบ่งคลอด จึงต้องการผ่าตัดคลอด ต่างจากสตรีตั้งครรภ์ ที่อายุน้อยคิดว่าตนเองมีร่างกายที่แข็งแรง จึงต้องการคลอด ทางช่องคลอด¹³⁻¹⁴ สตรีตั้งครรภ์ที่มีระดับการศึกษาสูง มีอาชีพ หรือทำงานนอกบ้านสามารถแสวงหาความรู้ข้อมูลเกี่ยวกับ วิธีการคลอด มีความมั่นใจ และมีความคิดเป็นของตนเอง มากกว่าสตรีตั้งครรภ์ที่ไม่ได้รับการศึกษา¹ เช่นเดียวกันกับ สตรีตั้งครรภ์ที่ไม่มีงานทำหรือมีอาชีพเป็นแม่บ้าน ซึ่งจะรับฟัง ประสบการณ์การคลอดจากญาติผู้ใหญ่ รวมไปถึงปฏิบัติตามความเชื่อ ค่านิยมของแต่ละสังคมนั้น¹³ สตรีตั้งครรภ์ที่มี รายได้สูง มีความคิดว่าการผ่าตัดคลอดเป็นเทคโนโลยีที่ทันสมัย เป็นสัญลักษณ์ของสังคมชั้นสูง จึงต้องการผ่าตัดคลอด ขณะที่สตรีตั้งครรภ์ที่มีรายได้ต่ำ ต้องการคลอดทางช่องคลอด เพื่อประหยัดค่าใช้จ่าย¹⁵ นอกจากนี้สตรีที่มีประสบการณ์ การคลอดที่ดีในครรภ์ก่อนจะเลือกวิธีการคลอดแบบเดิม³ ส่วนสตรีตั้งครรภ์ที่เคยมีประวัติการแท้งหรือสูญเสียบุตร ในครรภ์ที่ผ่านมา เพื่อหลีกเลี่ยงความเสี่ยงในการสูญเสียบุตร และเหตุการณ์ที่ไม่สามารถคาดการณ์ได้ จึงต้องการผ่าตัดคลอด เนื่องจากคิดว่าปลอดภัยสำหรับทารก¹⁶ สำหรับสตรีตั้งครรภ์ ที่มีบุตรยากและใช้เทคโนโลยีช่วยเจริญพันธุ์ในการตั้งครรภ์ สตรีตั้งครรภ์เหล่านี้มีความพยายามและมีความคาดหวัง ในการมีบุตร รับรู้ว่าการคลอดทางช่องคลอดมีความเสี่ยง ต่อสุขภาพของมารดาและทารก¹⁷ อีกทั้งมีความคิดว่า ตนเองไม่แข็งแรง ไม่สามารถคลอดทางช่องคลอด จึงต้องการ ผ่าตัดคลอด¹⁸

สำหรับความรู้เกี่ยวกับวิธีการคลอด เป็นความเข้าใจ ในข้อเท็จจริงเกี่ยวกับวิธีการคลอด โดยสตรีตั้งครรภ์ที่มีความรู้ เกี่ยวกับข้อดีข้อเสีย รวมไปถึงภาวะแทรกซ้อนและผลกระทบ ที่ตามมาของการคลอดทางช่องคลอดและผ่าตัดคลอด ทำให้ สตรีตั้งครรภ์ต้องการคลอดทางช่องคลอด ซึ่งส่งผลกระทบต่อตนเองและทารกน้อย ในทางตรงกันข้ามหากสตรีขาดความรู้ เกี่ยวกับวิธีการคลอดจะส่งผลให้สตรีต้องการที่จะผ่าตัดคลอด แทนการคลอดทางช่องคลอด¹³⁻¹⁴ ทศนคติต่อวิธีการคลอด เป็นความรู้สึก ความคิด ความเชื่อต่อวิธีการคลอด หากสตรี ตั้งครรภ์มีทศนคติที่ดีต่อวิธีการคลอดทางช่องคลอดหรือวิธี ผ่าตัดคลอด คิดว่าวิธีการคลอดนั้นมีประโยชน์ ปลอดภัยต่อตนเอง และทารก จะส่งผลให้สตรีต้องการคลอดด้วยวิธีการคลอดนั้น^{14,19} เช่นเดียวกับความกลัวการคลอดบุตรที่มีแนวคิดบางส่วน คล้ายคลึงกับทศนคติต่อวิธีการคลอด พบว่าสตรีที่มีความกลัว การคลอด มักจะต้องการคลอดด้วยวิธีผ่าตัดคลอดเพื่อหลีกเลี่ยง ความกลัวและความเจ็บปวดจากการคลอดทางช่องคลอด²⁰ นอกจากนี้สตรีตั้งครรภ์ที่มีการรับรู้ความสามารถของตนเอง ในการเผชิญการเจ็บครรภ์คลอดต่ำ จะส่งผลให้สตรีตั้งครรภ์ ต้องการผ่าตัดคลอดเพื่อหลีกเลี่ยงการเจ็บครรภ์คลอด ในทางตรงกันข้ามสตรีที่เชื่อว่าตนเองสามารถเผชิญการเจ็บ ครรภ์คลอดได้จะต้องการคลอดทางช่องคลอด¹⁹

ปัจจัยระดับระหว่างบุคคล คือ การชี้แนะจากบุคคล หรือช่องทางที่มีอิทธิพล ได้แก่ สูติแพทย์ พยาบาล สามี มารดาของตนเองหรือของสามี ญาติ เพื่อน ซึ่งสตรีตั้งครรภ์ รับรู้ถึงความรู้สึก ความคิดเห็นเกี่ยวกับวิธีการคลอดจากบุคคล ที่มีอิทธิพล จากการให้ข้อมูล คำแนะนำเกี่ยวกับวิธีการคลอด อันเกิดจากความรู้ ประสบการณ์ ความเชื่อของบุคคลดังกล่าว รวมไปถึงแหล่งข้อมูลหรือช่องทางที่มีอิทธิพล ได้แก่ สื่อสังคม ออนไลน์ สิ่งพิมพ์ และโทรทัศน์ ซึ่งแต่ละแหล่งมีบทบาท อิทธิพล และความใกล้ชิดต่อสตรีตั้งครรภ์แตกต่างกัน^{19,21} ปัจจัยระดับองค์กร ได้แก่ ประสิทธิภาพของโรงพยาบาล ซึ่งเป็นบริบท

หรือลักษณะของโรงพยาบาลที่ส่งผลต่อวิธีการคลอดที่ต้องการของสตรีตั้งครรภ์ เช่น ในบริบทของโรงพยาบาลเอกชนที่สตรีตั้งครรภ์สามารถเลือกวิธีการคลอดตามความต้องการได้ ต่างจากบริบทโรงพยาบาลของรัฐที่สตรีตั้งครรภ์ไม่สามารถเลือกวิธีการคลอดได้²² ปัจจัยระดับชุมชน ได้แก่ พื้นที่ที่สตรีตั้งครรภ์อาศัยอยู่ เช่น เขตชนบทและเขตเมือง ซึ่งมีความแตกต่างเรื่องบรรทัดฐาน ค่านิยม และความเชื่อของบุคคลในเขตพื้นที่อาศัยนั้น ๆ¹ และปัจจัยระดับนโยบาย เป็นนโยบายของรัฐต่อวิธีการคลอด เช่น นโยบายการมีบุตรได้ 2 คนในประเทศจีนส่งผลให้สตรีต้องการคลอดทางช่องคลอดมากกว่าผ่าตัดคลอด²³

จะเห็นได้ว่าวิธีการคลอดที่ต้องการของสตรีตั้งครรภ์มีความสำคัญอย่างยิ่ง และมีความเกี่ยวข้องกับปัจจัยหลายระดับ ทั้งปัจจัยระดับบุคคล ระดับระหว่างบุคคล ระดับองค์กร ระดับชุมชน และระดับนโยบาย โดยเฉพาะในสตรีครรภ์แรกที่เป็นกลุ่มที่ยังไม่มีประสบการณ์การคลอดมาก่อน จึงมีแนวโน้มที่จะได้รับข้อมูลจากบุคคลใกล้ชิดที่มีอิทธิพล หรือแหล่งข้อมูลต่าง ๆ แต่การศึกษาวิธีการคลอดที่ต้องการของสตรีครรภ์แรกในประเทศไทยยังมีจำนวนจำกัด ส่วนมากเป็นการศึกษาในปัจจัยระดับบุคคล และยังไม่มีการศึกษาปัจจัยร่วมระหว่างปัจจัยต่างระดับในการร่วมกันทำนายวิธีการคลอดที่ต้องการของสตรีครรภ์แรก ผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษาอำนาจการทำนายของปัจจัยระดับบุคคล (ความรู้เกี่ยวกับวิธีการคลอด ทักษะคิดต่อวิธีการคลอด การรับรู้ความสามารถของตนเองในการเผชิญการเจ็บครรภ์คลอด) และปัจจัยระดับระหว่างบุคคล (การชี้แนะจากบุคคลหรือช่องทางที่มีอิทธิพล) ต่อวิธีการคลอดที่ต้องการของสตรีครรภ์แรก โดยไม่ได้ศึกษาอิทธิพลของปัจจัยระดับองค์กร ชุมชน และนโยบาย เนื่องจากเป็นการศึกษาในสถานบริการเพียงแห่งเดียว อย่างไรก็ตามข้อมูลที่ได้น่าจะเป็นประโยชน์ต่อการนำไปใช้ในการออกแบบโปรแกรมส่งเสริมการคลอดที่เหมาะสมได้อย่างมีประสิทธิภาพต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อศึกษาอิทธิพลของปัจจัยระดับบุคคล ได้แก่ ความรู้เกี่ยวกับวิธีการคลอด ทักษะคิดต่อวิธีการคลอด และการรับรู้ความสามารถของตนเองในการเผชิญการเจ็บครรภ์คลอด และปัจจัยระดับระหว่างบุคคล ได้แก่ การชี้แนะจากบุคคลหรือช่องทางที่มีอิทธิพล (สูติแพทย์ พยาบาล สามี มารดาของตนเอง มารดาของสามี ญาติ เพื่อน สื่อสังคมออนไลน์ สิ่งพิมพ์ และโทรทัศน์) ต่อวิธีการคลอดที่ต้องการของสตรีครรภ์แรก

สมมติฐานการวิจัย

ความรู้เกี่ยวกับวิธีการคลอด ทักษะคิดต่อวิธีการคลอด การรับรู้ความสามารถของตนเองในการเผชิญการเจ็บครรภ์คลอด และการชี้แนะจากบุคคลหรือช่องทางที่มีอิทธิพล (สูติแพทย์ พยาบาล สามี มารดาของตนเอง มารดาของสามี ญาติ เพื่อน สื่อสังคมออนไลน์ สิ่งพิมพ์ และโทรทัศน์) สามารถทำนายวิธีการคลอดที่ต้องการของสตรีครรภ์แรกได้

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาแบบภาคตัดขวาง (cross-sectional study)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ศึกษาในครั้งนี้ คือ สตรีครรภ์แรกที่มาฝากครรภ์ ณ หน่วยฝากครรภ์โรงพยาบาลศิริราช จังหวัดกรุงเทพมหานคร ระหว่างเดือนมีนาคมถึงกันยายน พ.ศ. 2566 โดยผู้วิจัยทำการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบตามสะดวก (convenience sampling) โดยมีกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด จำนวน 341 ราย โดยคุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่างมีดังนี้ 1) ตั้งครรภ์แรกหรือไม่เคยคลอดบุตรมาก่อน 2) ตั้งครรภ์เดี่ยว 3) อายุครรภ์ตั้งแต่ 32 สัปดาห์เป็นต้นไป 4) เริ่มฝากครรภ์ที่โรงพยาบาลศิริราชก่อนอายุครรภ์ 20 สัปดาห์ 5) สามารถอ่าน เขียน และสื่อสารด้วยภาษาไทยได้ 6) ไม่มีข้อบ่งชี้ทางการแพทย์

ในการผ่าตัดคลอด 7) ไม่มีภาวะแทรกซ้อนระหว่างตั้งครรภ์หรือโรคประจำตัว และ 8) ไม่มีประวัติการรักษาทางจิตเวช

การคำนวณกลุ่มตัวอย่างโดยใช้โปรแกรม G*Power 3.1.9.2 จากการทบทวนงานวิจัยที่คล้ายคลึงกันของ ภาวัต เมธมนศักดิ์ และจิตเกษม สุวรรณรัฐ¹⁴ เรื่องความรู้และทัศนคติของสตรีตั้งครรภ์ไทยเกี่ยวกับวิธีการคลอดในโรงพยาบาลภาคใต้ของประเทศไทย พบว่าสตรีตั้งครรภ์ต้องการคลอดด้วยวิธีผ่าตัดคลอดร้อยละ 10.2 และสตรีตั้งครรภ์ที่มีความรู้เกี่ยวกับวิธีการคลอดต่ำ ต้องการคลอดด้วยวิธีผ่าตัดคลอดมากกว่าคลอดทางช่องคลอด (OR = 2.43, 95%CI [1.21, 4.91]) การศึกษาครั้งนี้ใช้สถิติถดถอยโลจิสติก (binary logistic regression) กำหนดอำนาจการทดสอบ (power of the test) เท่ากับ .80 ระดับนัยสำคัญทางสถิติ (level of significance) ที่ระดับ .05 เมื่อคำนวณด้วยโปรแกรม G*Power 3.1.9.2 ได้ขนาดของกลุ่มตัวอย่างจำนวน 331 ราย ทั้งนี้เพื่อทดแทนในกรณีที่กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามไม่สมบูรณ์ ผู้วิจัยจึงเพิ่มกลุ่มตัวอย่างไปอีกร้อยละ 3¹⁴ ได้กลุ่มตัวอย่างทั้งหมดจำนวน 341 ราย

เครื่องมือการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลในครั้งนี้ประกอบด้วยแบบสอบถาม 6 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล มีจำนวนทั้งหมด 7 ข้อ ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมประกอบด้วย อายุ อาชีพ ระดับการศึกษา รายได้ ประวัติการรักษาภาวะมีบุตรยาก และการรับรู้ประสบการณ์เกี่ยวกับการคลอด ได้แก่ รับรู้ประสบการณ์จากบุคคลอื่น หรือเคยเห็นเหตุการณ์ที่เกี่ยวกับการคลอดบุตร และข้อมูลทางสถิติกรรมที่ผู้วิจัยเก็บและบันทึกจากแฟ้ม ได้แก่ ประวัติการคลอดอายุครรภ์

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับวิธีการคลอด มีจำนวน 14 ข้อ ดัดแปลงมาจากแบบสอบถามของ ภาวัต เมธมนศักดิ์ และจิตเกษม สุวรรณรัฐ¹⁴ ซึ่งมีจำนวน 10 ข้อ

โดยผู้วิจัยเพิ่มข้อคำถามจำนวน 4 ข้อ จากการทบทวนวรรณกรรมสอบถามถึงโอกาสในการใช้เครื่องมือช่วยคลอด อาการปวดหลังคลอด ภูมิคุ้มกันและสุขภาพของเด็กในอนาคต มีคำตอบให้เลือก 3 ตัวเลือก คือ ใช่/ไม่ใช่ และไม่ทราบ/ไม่แน่ใจ เกณฑ์การให้คะแนน ตอบถูกให้ 1 คะแนน ตอบผิดหรือไม่ทราบ/ไม่แน่ใจให้ 0 คะแนน คะแนนทั้งหมดของแบบสอบถามอยู่ในช่วง 0-14 คะแนน การแปลผลคะแนนรวมต่ำ หมายถึง มีความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับข้อดี ข้อเสีย ผลกระทบและภาวะแทรกซ้อนของวิธีการคลอดในแต่ละวิธีต่ำ และคะแนนรวมสูง หมายถึง มีความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับข้อดี ข้อเสีย ผลกระทบและภาวะแทรกซ้อนของวิธีการคลอดในแต่ละวิธีสูง ในงานวิจัยครั้งนี้แปลผลโดยใช้คะแนนอันตรภาคชั้น แบ่งเป็น 3 ระดับ คือ มีความรู้เกี่ยวกับวิธีการคลอดในระดับต่ำ (0-4 คะแนน) มีความรู้เกี่ยวกับวิธีการคลอดในระดับปานกลาง (5-9 คะแนน) และมีความรู้เกี่ยวกับวิธีการคลอดในระดับสูง (10-14 คะแนน)

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามทัศนคติต่อวิธีการคลอด มีจำนวน 13 ข้อ ดัดแปลงมาจากแบบสอบถามของ ภาวัต เมธมนศักดิ์ และจิตเกษม สุวรรณรัฐ¹⁴ ซึ่งมีจำนวน 11 ข้อ ผู้วิจัยได้เพิ่มข้อคำถามจำนวน 2 ข้อ จากการทบทวนวรรณกรรมสอบถามถึงความรู้สึกต่อการสร้างสัมพันธ์ภาพระหว่างมารดาทารก และสุขภาพทารกหลังคลอด ลักษณะคำตอบเป็นมาตราประมาณค่า (Likert scale) 5 ระดับ ตั้งแต่ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง จนถึงเห็นด้วยอย่างยิ่ง การแปลผลคะแนน ช่วงคะแนนอยู่ระหว่าง 13-65 คะแนน คะแนนรวมต่ำ หมายถึง มีทัศนคติต่อวิธีการคลอดไปทางผ่าตัดคลอด คะแนนรวมสูง หมายถึง มีทัศนคติต่อวิธีการคลอดไปทางคลอดทางช่องคลอด ในงานวิจัยครั้งนี้ แปลผลโดยการจำแนกข้อมูลออกเป็น 3 กลุ่มเทอร์ไทล์ (tertile) เพื่อให้จำนวนความถี่ของแต่ละกลุ่มมีความสมดุลกัน คือ กลุ่มเทอร์ไทล์ที่ 1 ร้อยละ 0-33.3 คะแนนอยู่ในช่วง 13-39 คะแนน มีทัศนคติโน้มเอียง

ไปทางผัดตัดตลอด กลุ่มเทอร์โทลที่ 2 ร้อยละ 33.4-66.7 คะแนนอยู่ในช่วง 40-43 คะแนน มีทัศนคติเป็นกลาง และกลุ่มเทอร์โทลที่ 3 ร้อยละ 66.8-100 คะแนนอยู่ในช่วง 44-65 คะแนน มีทัศนคติโน้มเอียงไปทางคลออดทางช่องคลอด

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามการรับรู้ความสามารถของตนเอง
ในการเผชิญการเจ็บครรภ์คลอด ใช้แบบสอบถาม Childbirth Self-efficacy Inventory (CBSEI) สร้างโดย Lowe²⁴ นำมาแปลเป็นภาษาไทยและดัดแปลงโดย กมลทิพย์ ตั้งหลักมั่นคง, Perrin และ Lowe²⁵ มีจำนวน 16 ข้อ ลักษณะข้อคำถามเป็นมาตรวัด 10 ระดับ (rating scale) โดยระดับ 1 หมายถึง ไม่มั่นใจเลย จนถึง ระดับ 10 หมายถึง มั่นใจที่สุด คะแนนอยู่ระหว่าง 16-160 คะแนน การแปลผลคะแนนรวมสูง หมายถึง มีการรับรู้ความสามารถของตนเองในการเผชิญการเจ็บครรภ์คลอดมาก ซึ่งหมายความว่า มีความเชื่อมั่นที่จะสามารถเผชิญกับความเจ็บปวดจากการหดตัวของมดลูก และความไม่แน่นอนในการคลอดบุตรสูง ในงานวิจัยครั้งนี้ แปลผลโดยใช้คะแนนอันตรภาคชั้น แบ่งเป็น 3 ระดับ คือ มีการรับรู้ความสามารถของตนเองในการเผชิญการเจ็บครรภ์คลอดในระดับต่ำ (16-63 คะแนน) มีการรับรู้ความสามารถของตนเองในการเผชิญการเจ็บครรภ์คลอดในระดับปานกลาง (64-112 คะแนน) และมีการรับรู้ความสามารถของตนเองในการเผชิญการเจ็บครรภ์คลอดในระดับสูง (113-160 คะแนน)

ส่วนที่ 5 แบบสอบถามการชี้แนะจากบุคคลหรือช่องทางที่มีอิทธิพล มีจำนวน 8 ข้อ ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง^{3,19} เป็นการสอบถามวิธีการคลอดที่ได้รับคำแนะนำและระดับอิทธิพล จากบุคคลหรือช่องทางที่มีอิทธิพลต่อการตัดสินใจเลือกวิธีการคลอด โดยแต่ละข้อสอบถามถึงบุคคลหรือช่องทางที่มีอิทธิพล ได้แก่ สูติแพทย์ พยาบาล สามี มารดาของตนเอง มารดาของสามี ญาติ เพื่อน สื่อสังคมออนไลน์ สิ่งพิมพ์ และโทรทัศน์ แนะนำ

ให้คลอดด้วยวิธีการคลอดใด ลักษณะคำตอบมี 3 ตัวเลือก ได้แก่ แนะนำคลอดทางช่องคลอด ผ่าตัดคลอด และไม่ได้ให้คำแนะนำ โดยกำหนดแต่ละคำตอบเป็นคะแนน 1, -1 และ 0 คะแนน ตามลำดับ และสอบถามถึงระดับอิทธิพลของคำแนะนำที่ได้รับ จากบุคคลหรือช่องทางดังกล่าว ลักษณะคำตอบมี 4 ตัวเลือก ได้แก่ ไม่มี น้อย ปานกลาง มาก โดยกำหนดคะแนนตั้งแต่ 1 ถึง 4 คะแนน 1 หมายถึง ไม่มี จนถึง 4 หมายถึง มาก การแปลผล ใช้วิธีการถ่วงน้ำหนัก (weight) โดยนำคะแนนการได้รับคำแนะนำให้คลอดด้วยวิธีการคลอด คูณกับคะแนนระดับอิทธิพลของคำแนะนำของแต่ละบุคคลหรือช่องทาง คะแนนอยู่ระหว่าง -4 ถึง 4 คะแนน แปลผลโดยใช้คะแนนอันตรภาคชั้นแบ่งเป็น 3 กลุ่ม คือ ได้รับอิทธิพลของคำแนะนำจากบุคคลหรือช่องทางดังกล่าวให้ผ่าตัดคลอด (-4 ถึง -2 คะแนน) ไม่ได้รับคำแนะนำหรือคำแนะนำจากบุคคลหรือช่องทางดังกล่าวไม่มีอิทธิพล (-1 ถึง 1 คะแนน) และได้รับอิทธิพลของคำแนะนำจากบุคคลหรือช่องทางดังกล่าวให้คลอดทางช่องคลอด (2 ถึง 4 คะแนน)

ส่วนที่ 6 แบบสอบถามวิธีการคลอดที่ต้องการคลอด
ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม ประกอบด้วย 3 ข้อคำถาม คือ ท่านต้องการคลอดด้วยวิธีการคลอดใด (เลือกคำตอบระหว่างคลอดทางช่องคลอดหรือผ่าตัดคลอด) เพราะเหตุใดจึงต้องการคลอดด้วยวิธีดังกล่าว และอายุครรภ์ที่สตรีครรภ์แรกตัดสินใจเลือกวิธีการคลอดที่ต้องการ

ผู้วิจัยนำเครื่องมือวิจัย ได้แก่ แบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับวิธีการคลอด แบบสอบถามทัศนคติต่อวิธีการคลอด แบบสอบถามการรับรู้ความสามารถของตนเองในการเผชิญการเจ็บครรภ์คลอด และแบบสอบถามการชี้แนะจากบุคคลหรือช่องทางที่มีอิทธิพล ให้ผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ได้แก่ อาจารย์พยาบาลสูติศาสตร์ 2 ท่าน และสูติแพทย์ 1 ท่าน ตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (content validity) ได้ค่า CVI

เท่ากับ 1, 0.97, 0.92 และ 1 ตามลำดับ จากนั้นนำไปหาค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือ (reliability) โดยนำไปทดลองใช้กับสตรีตั้งครรภ์ที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาจำนวน 30 ราย โดยแบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับวิธีการคลอดแบบสอบถามทัศนคติต่อวิธีการคลอด แบบสอบถามการรับรู้ความสามารถของตนเองในการเผชิญการเจ็บครรภ์คลอด และแบบสอบถามการชี้แนะจากบุคคลหรือช่องทางที่มีอิทธิพลมีค่าความเชื่อมั่น เท่ากับ .74, .75, .97 และ .74 ตามลำดับ

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การศึกษาวิจัยครั้งนี้ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคนของคณะพยาบาลศาสตร์ ร่วมกับคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล (MU-MOU-IRB-NS 2022/79.0310) กลุ่มตัวอย่างได้รับการชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย ขั้นตอนและระยะเวลาการเก็บข้อมูล พร้อมการรักษาความลับของข้อมูล ผลการวิจัยนำเสนอในภาพรวมโดยกลุ่มตัวอย่างมีสิทธิ์ตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมตลอดจนขอถอนตัวโดยไม่มีผลต่อการรักษาที่ได้รับ ทั้งนี้ได้เปิดโอกาสให้สอบถามข้อสงสัย ทบทวนการตัดสินใจ และลงลายมือชื่อในหนังสือแสดงเจตนายินยอมเข้าร่วมวิจัย

วิธีเก็บรวบรวมข้อมูล

ภายหลังได้รับอนุมัติจากผู้อำนวยการโรงพยาบาลศิริราช ผู้วิจัยเข้าชี้แจงวัตถุประสงค์และรายละเอียดการเก็บข้อมูลต่อหัวหน้าภาควิชาสูติศาสตร์-รีเวชวิทยา หัวหน้าฝ่ายการพยาบาล หัวหน้าหน่วยฝากครรภ์ และพยาบาลหน่วยฝากครรภ์ โรงพยาบาลศิริราช พร้อมขอความร่วมมือในการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์ที่กำหนด จากนั้นผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่างโดยสวมหน้ากากอนามัย แนะนำตัว ชี้แจงวัตถุประสงค์ และสอบถามความสนใจเข้าร่วมการวิจัย เมื่อได้รับความยินยอมกลุ่มตัวอย่างลงนามในหนังสือแสดงเจตนายินยอม

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ อายุ อายุครรภ์ อาชีพ ระดับการศึกษา รายได้ของสตรีตั้งครรภ์เฉลี่ยต่อเดือน ประวัติการแท้ง เคยรักษาภาวะมีบุตรยาก การรับรู้ประสบการณ์การคลอดบุตรจากบุคคลอื่น และการเคยเห็นเหตุการณ์ที่เกี่ยวกับการคลอดบุตร ด้วยสถิติเชิงพรรณนา โดยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
2. วิเคราะห์ข้อมูลความรู้เกี่ยวกับวิธีการคลอด ทัศนคติต่อวิธีการคลอด การรับรู้ความสามารถของตนเอง ในการเผชิญการเจ็บครรภ์คลอด และการชี้แนะจากบุคคลหรือช่องทางที่มีอิทธิพล ด้วยสถิติเชิงพรรณนา โดยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
3. วิเคราะห์ข้อมูลโดยการจัดกลุ่มตัวแปรความรู้เกี่ยวกับวิธีการคลอด ทัศนคติต่อวิธีการคลอด การรับรู้ความสามารถของตนเองในการเผชิญการเจ็บครรภ์คลอด และการชี้แนะจากบุคคลหรือช่องทางที่มีอิทธิพล ให้อยู่ในรูปของตัวแปรกลุ่ม
4. วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรอิสระต่อวิธีการคลอดที่ต้องการของสตรีครรภ์แรก โดยใช้สถิติ Chi Square Test และ Fisher's Exact Test
5. วิเคราะห์อิทธิพลของปัจจัยความรู้เกี่ยวกับวิธีการคลอด ทัศนคติต่อวิธีการคลอด การรับรู้ความสามารถของตนเอง ในการเผชิญการเจ็บครรภ์คลอด และการชี้แนะจากบุคคลหรือช่องทางที่มีอิทธิพล ได้แก่ สูติแพทย์ พยาบาล สามี มารดาของตนเอง มารดาของสามี ญาติ เพื่อน สื่อสังคมออนไลน์ สิ่งพิมพ์ และโทรทัศน์ ต่อวิธีการคลอดที่ต้องการของสตรีครรภ์แรก ด้วยสถิติ binary logistic regression แบบคัดเลือกตัวแปรอิสระเข้าระบบสมการด้วยวิธี forward stepwise โดยตัวแปรตามกำหนดรหัสเป็น 0 เท่ากับ ต้องการคลอดทางช่องคลอด และ 1 เท่ากับ ต้องการผ่าตัดคลอด ตามลำดับ

ผลการวิจัย

กลุ่มตัวอย่างซึ่งเป็นสตรีครั้งแรกจำนวน 341 ราย มีกลุ่มตัวอย่างที่ตอบแบบสอบถามไม่สมบูรณ์ จำนวน 2 ราย ดังนั้นจึงมีกลุ่มตัวอย่างที่นำมาวิเคราะห์จำนวน 339 ราย คิดเป็นร้อยละ 99.4 พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีอายุระหว่าง 15.2-42.4 ปี อายุเฉลี่ย 27.5 ปี ($SD = 5.93$) ส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง 20-34 ปี คิดเป็นร้อยละ 75.2 การศึกษาอยู่ในระดับปริญญาตรีหรือสูงกว่ามากที่สุดร้อยละ 48.7 มีอาชีพเป็นพนักงานบริษัทเอกชนมากที่สุดร้อยละ 45 ไม่ได้ประกอบอาชีพร้อยละ 18.3 มีรายได้ของตนเองเฉลี่ย 16,327.6 บาท ต่อเดือน ($SD = 11,065.76$) ซึ่งกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ร้อยละ 87.9 มีรายได้เพียงพอสำหรับข้อมูลการตั้งครรภ์ของกลุ่มตัวอย่าง พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีอายุครรภ์เฉลี่ย 34.2 สัปดาห์ ($SD = 2.28$) อยู่ในช่วงอายุครรภ์ 32-34⁺ สัปดาห์มากที่สุดร้อยละ 67.3 ส่วนใหญ่เป็นสตรีที่ตั้งครรภ์ครั้งแรกและไม่มีประวัติการแท้งบุตรมาก่อนร้อยละ 88.8 โดยมีกลุ่มตัวอย่างเพียงร้อยละ 4.7 ที่เคยรักษาภาวะมีบุตรยาก ทั้งนี้กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เคยรับรู้ประสบการณ์การคลอดบุตรร้อยละ 70.5 โดยได้รับจากการดาของตนเองมากที่สุดร้อยละ 34.3

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ต้องการคลอดทางช่องคลอดร้อยละ 88.5 และต้องการผ่าตัดคลอดเพียงร้อยละ 11.5 อายุครรภ์เฉลี่ยในการตัดสินใจเลือกวิธีการคลอดที่ต้องการเท่ากับ 34.5 สัปดาห์ ($SD = 8.47$) และส่วนมากอยู่ในช่วงไตรมาสที่ 3 ของการตั้งครรภ์ร้อยละ 89.1 โดยเหตุผลที่ต้องการคลอดทางช่องคลอดอันดับแรกคือ พันทวีเร็วร้อยละ 57.6 รองลงมาคือ ลูกมีภูมิคุ้มกันและมีสุขภาพแข็งแรงร้อยละ 14.1 การคลอดทางช่องคลอดเป็นการคลอดธรรมชาติร้อยละ 10.1 แผลหายเร็วร้อยละ 9.8 และได้รับรู้ประสบการณ์ความเป็นมารตร้อยละ 8.4 ตามลำดับ และเหตุผลที่ต้องการผ่าตัดคลอดอันดับแรกคือ กลัวการเจ็บครรภ์คลอดร้อยละ 47.4

รองลงมาคือ สามารถวางแผนกำหนดวันคลอดได้ร้อยละ 23.7 ลำดับถัดมาคือ คิดว่าตนเองมีสุขภาพไม่แข็งแรง เช่น มีโรคประจำตัว อายุมาก ร้อยละ 15.8 การผ่าตัดคลอดในปัจจุบันมีความปลอดภัย ร้อยละ 7.8 และลำดับสุดท้ายคือ ได้รับคำแนะนำจากคนรอบข้าง ร้อยละ 5.3

กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนความรู้เกี่ยวกับวิธีการคลอดเฉลี่ยเท่ากับ 4.88 คะแนน ($SD = 2.49$) โดยพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความรู้เกี่ยวกับวิธีการคลอดในระดับปานกลางมากที่สุด ร้อยละ 51.9 รองลงมาคือ ระดับน้อยร้อยละ 44.5 และระดับสูงน้อยที่สุดร้อยละ 3.6 ตามลำดับ สำหรับทัศนคติต่อวิธีการคลอด กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 41.04 คะแนน ($SD = 4.43$) ซึ่งกลุ่มตัวอย่างมีทัศนคติเป็นกลางมากที่สุด ร้อยละ 37.5 รองลงมาคือ มีทัศนคติโน้มเอียงไปทางผ่าตัดคลอด ร้อยละ 35.4 และมีทัศนคติโน้มเอียงไปทางคลอดทางช่องคลอด ร้อยละ 27.1 ตามลำดับ และในส่วนของการรับรู้ความสามารถของตนเองในการเผชิญการเจ็บครรภ์คลอด มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 97.83 คะแนน ($SD = 26.11$) โดยกลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้ความสามารถของตนเองในการเผชิญการเจ็บครรภ์คลอดในระดับปานกลางมากที่สุดร้อยละ 59.3 รองลงมาคือ ระดับสูงร้อยละ 31.3 และระดับต่ำร้อยละ 9.4

การชี้แนะจากบุคคลหรือช่องทางที่มีอิทธิพล ได้แก่ สูติแพทย์ พยาบาล สามี มารดาของตนเอง มารดาของสามี ญาติ เพื่อน สื่อสังคมออนไลน์ สิ่งพิมพ์ และโทรทัศน์ ประกอบไปด้วยการได้รับคำแนะนำเกี่ยวกับวิธีการคลอด และระดับอิทธิพลของคำแนะนำ ผลการศึกษาถึงการได้รับคำแนะนำจากบุคลากรทางการแพทย์ พบว่ากลุ่มตัวอย่างไม่ได้รับคำแนะนำจากพยาบาลมากที่สุดร้อยละ 64.6 รองลงมาคือ สูติแพทย์ร้อยละ 55.5 แต่บุคลากรทางการแพทย์มีอิทธิพลต่อกลุ่มตัวอย่างอยู่ในระดับมาก โดยพบว่า สูติแพทย์มีอิทธิพลต่อกลุ่มตัวอย่างในระดับมาก

มากที่สุดร้อยละ 58.1 รองลงมาคือ พยาบาลร้อยละ 38.3 สำหรับบุคคลในครอบครัว พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ได้รับคำแนะนำให้คลอดทางช่องคลอด โดยได้รับจากมารดาของตนเองมากที่สุดร้อยละ 73.3 รองลงมาคือ สามีร้อยละ 65.8 และญาติร้อยละ 61.7 ตามลำดับ โดยพบว่ามารดาของกลุ่มตัวอย่างมีอิทธิพลในระดับมาก มากที่สุดร้อยละ 46.6 รองลงมาคือ สามีร้อยละ 37.8 นอกจากนี้ยังพบว่า กลุ่มตัวอย่างได้รับคำแนะนำให้ผ่าตัดคลอดจากกลุ่มเพื่อนมากที่สุดร้อยละ 16.2 รองลงมาคือ สื่อสังคมออนไลน์ สิ่งพิมพ์ และโทรทัศน์ร้อยละ 13.3 แต่พบว่าเพื่อนมีอิทธิพลต่อกกลุ่มตัวอย่างอยู่ในระดับน้อย มากที่สุดร้อยละ 21.5 และสื่อสังคมออนไลน์ สิ่งพิมพ์ และโทรทัศน์ไม่มีอิทธิพลต่อกกลุ่มตัวอย่างมากที่สุด

เมื่อหาความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรความรู้เกี่ยวกับวิธีการคลอด ทศนคติต่อวิธีการคลอด การรับรู้ความสามารถของตนเองในการเผชิญการเจ็บครรภ์คลอด และการชี้แนะจากบุคคลหรือช่องทางที่มีอิทธิพล กับวิธีการคลอดที่ต้องการของสตรีครรภ์แรก พบว่าความรู้เกี่ยวกับวิธีการคลอดมีความสัมพันธ์กับวิธีการคลอดที่ต้องการของสตรีครรภ์แรกอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = .321$) สำหรับทศนคติต่อวิธีการคลอด การรับรู้ความสามารถของตนเองในการเผชิญการเจ็บครรภ์คลอด และการชี้แนะจากบุคคลหรือช่องทางที่มีอิทธิพล ได้แก่ สูติแพทย์ พยาบาล สามี มารดาของตนเอง มารดาของสามี ญาติ เพื่อน สื่อสังคมออนไลน์ สิ่งพิมพ์ และโทรทัศน์มีความสัมพันธ์กับวิธีการคลอดที่ต้องการของสตรีครรภ์แรกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรต่อวิธีการคลอดที่ต้องการของสตรีครรภ์แรก (N = 339)

ปัจจัย	ต้องการคลอด ทางช่องคลอด (n = 300) n (%)	ต้องการ ผ่าตัดคลอด (n = 39) n (%)	χ^2	p-value
ความรู้เกี่ยวกับวิธีการคลอด			2.27	.321
ระดับต่ำ	135 (89.4)	16 (10.6)		
ระดับปานกลาง	156 (88.6)	20 (11.4)		
ระดับสูง	9 (75.0)	3 (25.0)		
ทัศนคติต่อวิธีการคลอด			29.52	< .001
กลุ่มเทอร์ไรส์ที่ 1 (โน้มเอียงไปทางผ่าตัดคลอด)	91 (75.8)	29 (24.2)		
กลุ่มเทอร์ไรส์ที่ 2 (เป็นกลาง)	120 (94.5)	7 (5.5)		
กลุ่มเทอร์ไรส์ที่ 3 (โน้มเอียงไปทางคลอดทางช่องคลอด)	89 (96.7)	3 (3.3)		
การรับรู้ความสามารถของตนเองในการเผชิญการเจ็บครรภ์คลอด			15.81	< .001
ระดับต่ำ	22 (68.8)	10 (31.2)		
ระดับปานกลาง	178 (88.6)	23 (11.4)		
ระดับสูง	100 (94.3)	6 (5.7)		

ตารางที่ 1 (ต่อ)

ปัจจัย	ต้องการคลอด ทางช่องคลอด (n = 300) n (%)	ต้องการ ผ่าตัดคลอด (n = 39) n (%)	χ^2	p-value
การชี้แนะจากบุคคลหรือช่องทางที่มีอิทธิพล				
<i>การชี้แนะจากญาติแพทย์</i>			33.58	< .001
ได้รับอิทธิพลของคำแนะนำให้ผ่าตัดคลอด	9 (47.4)	10 (52.6)		
ไม่ได้รับคำแนะนำหรือคำแนะนำไม่มีอิทธิพล	172 (91.5)	16 (8.5)		
ได้รับอิทธิพลของคำแนะนำให้คลอดทางช่องคลอด	119 (90.2)	13 (9.8)		
<i>การชี้แนะจากพยาบาล</i>			-	.016 ¹
ได้รับอิทธิพลของคำแนะนำให้ผ่าตัดคลอด	1 (33.3)	2 (66.7)		
ไม่ได้รับคำแนะนำหรือคำแนะนำไม่มีอิทธิพล	192 (87.3)	28 (12.7)		
ได้รับอิทธิพลของคำแนะนำให้คลอดทางช่องคลอด	107 (92.2)	9 (7.8)		
<i>การชี้แนะจากสามี</i>			103.59	< .001
ได้รับอิทธิพลของคำแนะนำให้ผ่าตัดคลอด	14 (38.9)	22 (61.1)		
ไม่ได้รับคำแนะนำหรือคำแนะนำไม่มีอิทธิพล	74 (87.1)	11 (12.9)		
ได้รับอิทธิพลของคำแนะนำให้คลอดทางช่องคลอด	212 (97.2)	6 (2.8)		
<i>การชี้แนะจากมารดาของตนเอง</i>			103.59	< .001
ได้รับอิทธิพลของคำแนะนำให้ผ่าตัดคลอด	13 (38.2)	21 (61.8)		
ไม่ได้รับคำแนะนำหรือคำแนะนำไม่มีอิทธิพล	48 (82.8)	10 (17.2)		
ได้รับอิทธิพลของคำแนะนำให้คลอดทางช่องคลอด	239 (96.8)	8 (3.2)		
<i>การชี้แนะจากมารดาของสามี</i>			83.65	< .001
ได้รับอิทธิพลของคำแนะนำให้ผ่าตัดคลอด	9 (34.6)	17 (65.4)		
ไม่ได้รับคำแนะนำหรือคำแนะนำไม่มีอิทธิพล	113 (89.0)	14 (11.0)		
ได้รับอิทธิพลของคำแนะนำให้คลอดทางช่องคลอด	178 (95.7)	8 (4.3)		
<i>การชี้แนะจากญาติ</i>			72.65	< .001
ได้รับอิทธิพลของคำแนะนำให้ผ่าตัดคลอด	12 (41.4)	17 (58.6)		
ไม่ได้รับคำแนะนำหรือคำแนะนำไม่มีอิทธิพล	99 (88.4)	13 (11.6)		
ได้รับอิทธิพลของคำแนะนำให้คลอดทางช่องคลอด	189 (95.5)	9 (4.5)		
<i>การชี้แนะจากเพื่อน</i>			45.07	< .001
ได้รับอิทธิพลของคำแนะนำให้ผ่าตัดคลอด	29 (60.4)	19 (39.6)		
ไม่ได้รับคำแนะนำหรือคำแนะนำไม่มีอิทธิพล	86 (89.6)	10 (10.4)		
ได้รับอิทธิพลของคำแนะนำให้คลอดทางช่องคลอด	185 (94.9)	10 (5.1)		
<i>การชี้แนะจากสื่อสังคมออนไลน์ สิ่งพิมพ์ โทรทัศน์</i>			16.66	< .001
ได้รับอิทธิพลของคำแนะนำให้ผ่าตัดคลอด	31 (72.1)	12 (27.9)		
ไม่ได้รับคำแนะนำหรือคำแนะนำไม่มีอิทธิพล	94 (86.2)	15 (13.8)		
ได้รับอิทธิพลของคำแนะนำให้คลอดทางช่องคลอด	175 (93.6)	12 (6.4)		

¹ Fisher's exact test

ผลการวิเคราะห์อำนาจการทำนายด้วยสถิติ binary logistic regression คัดเลือกตัวแปรอิสระเข้าระบบสมการด้วยวิธี forward stepwise พบว่าทัศนคติต่อวิธีการคลอด การชี้แนะจากสูติแพทย์ สามี มารดาของตนเอง และญาติ สามารถทำนายวิธีการคลอดที่ต้องการของสตรีครรภ์แรกได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) ซึ่งปัจจัยดังกล่าวสามารถร่วมกันทำนายวิธีการคลอดที่ต้องการของสตรีครรภ์แรกได้ร้อยละ 64 (Nagelkerke $R^2 = .64$) โดยพบว่า กลุ่มสตรีครรภ์แรกที่มีทัศนคติต่อวิธีการคลอดอยู่ในกลุ่มเทอร์ไพล์ที่ 2 หรือมีทัศนคติเป็นกลาง และกลุ่มสตรีครรภ์แรกที่มีทัศนคติต่อวิธีการคลอดอยู่ในกลุ่มเทอร์ไพล์ที่ 3 หรือมีทัศนคติโน้มเอียงไปทางคลอดทางช่องคลอด มีแนวโน้มต้องการคลอดทางช่องคลอดร้อยละ 80 และ 81 ตามลำดับ เมื่อเทียบกับกลุ่มที่มีทัศนคติต่อวิธีการคลอดอยู่ในกลุ่มเทอร์ไพล์ที่ 1

หรือมีทัศนคติโน้มเอียงไปทางผ่าตัดคลอด ($OR = 0.20$, 95%CI [.05, .71]; $OR = 0.19$, 95%CI [.04, .88]) สำหรับการชี้แนะจากบุคคลหรือช่องทางที่มีอิทธิพลพบว่า กลุ่มที่ได้รับอิทธิพลของคำแนะนำให้คลอดทางช่องคลอดจากมารดาของตนเองและสามี มีแนวโน้มต้องการคลอดทางช่องคลอด ร้อยละ 86 และ 81 ตามลำดับ เมื่อเทียบกับกลุ่มที่ไม่ได้รับคำแนะนำหรือคำแนะนำไม่มีอิทธิพล ($OR = 0.14$, 95%CI [.04, .49]; $OR = 0.19$, 95%CI [.05, .77]) และกลุ่มที่ได้รับอิทธิพลของคำแนะนำให้ผ่าตัดคลอดจากสูติแพทย์ ญาติ และสามี มีแนวโน้มต้องการผ่าตัดคลอดถึง 27.6 เท่า 7.7 เท่า และ 3.9 เท่า ตามลำดับ เมื่อเทียบกับกลุ่มที่ไม่ได้รับคำแนะนำหรือคำแนะนำไม่มีอิทธิพล ($OR = 27.56$, 95%CI [4.43, 171.66]; $OR = 7.58$, 95%CI [1.53, 37.66]; $OR = 3.90$, 95%CI [1.03, 14.83]) ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 การวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณ ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อวิธีการคลอดที่ต้องการ(ผ่าตัดคลอด)(N = 339)

ปัจจัย	B	SE	Odds Ratio	95%CI		Wald	p-value
				Lower	Upper		
ทัศนคติต่อวิธีการคลอด							
กลุ่มเทอร์ไพล์ที่ 1 (โน้มเอียงไปทางผ่าตัดคลอด) [†]							
กลุ่มเทอร์ไพล์ที่ 2 (เป็นกลาง)	-1.64	.66	.20	.05	.71	6.10	.013
กลุ่มเทอร์ไพล์ที่ 3 (โน้มเอียงไปทางคลอดทางช่องคลอด)	-1.65	.78	.19	.04	.88	4.50	.034
การชี้แนะจากสูติแพทย์							
ไม่ได้รับคำแนะนำหรือคำแนะนำไม่มีอิทธิพล [†]							
ได้รับอิทธิพลของคำแนะนำให้ผ่าตัดคลอด	3.32	.93	27.56	4.43	171.66	1.01	< .001
ได้รับอิทธิพลของคำแนะนำให้คลอดทางช่องคลอด	1.10	.61	3.00	.91	9.84	3.28	.070
การชี้แนะจากสามี							
ไม่ได้รับคำแนะนำหรือคำแนะนำไม่มีอิทธิพล [†]							
ได้รับอิทธิพลของคำแนะนำให้ผ่าตัดคลอด	1.36	.68	3.90	1.03	14.83	3.99	.046
ได้รับอิทธิพลของคำแนะนำให้คลอดทางช่องคลอด	-1.65	.71	.19	.05	.77	5.42	.020
การชี้แนะจากมารดา							
ไม่ได้รับคำแนะนำหรือคำแนะนำไม่มีอิทธิพล [†]							
ได้รับอิทธิพลของคำแนะนำให้ผ่าตัดคลอด	.66	.79	1.94	.41	9.11	.71	.401
ได้รับอิทธิพลของคำแนะนำให้คลอดทางช่องคลอด	-2.00	.66	.14	.04	.49	9.30	.002
การชี้แนะจากญาติ							
ไม่ได้รับคำแนะนำหรือคำแนะนำไม่มีอิทธิพล [†]							
ได้รับอิทธิพลของคำแนะนำให้ผ่าตัดคลอด	2.03	.82	7.58	1.53	37.66	6.13	.013
ได้รับอิทธิพลของคำแนะนำให้คลอดทางช่องคลอด	.36	.60	1.43	.44	4.64	.35	.552
ค่าคงที่	-2.90	.84	.06			12.03	.001

[†] กลุ่มอ้างอิง; Nagelkerke $R^2 = .64$, Hosmer & Lemeshow goodness-of-fit test, $\chi^2 = 6.46$, $p = .596$

การอภิปรายผล

ผลการศึกษาพบว่า สตรีครรภ์แรกส่วนใหญ่ต้องการคลอดทางช่องคลอดร้อยละ 88.5 ขณะที่ร้อยละ 11.5 ต้องการผ่าตัดคลอด ส่วนหนึ่งอาจได้รับอิทธิพลจากบริบทของสถานที่ที่เก็บข้อมูล ซึ่งมีแนวทางส่งเสริมให้สตรีตั้งครรภ์ที่ไม่มีข้อบ่งชี้ทางการแพทย์คลอดทางช่องคลอด มีการให้ข้อมูลสนับสนุนการตัดสินใจเกี่ยวกับการคลอดแก่สตรีตั้งครรภ์อย่างเหมาะสม ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับงานวิจัยในโรงพยาบาลรัฐของไทยที่ผ่านมา ซึ่งพบว่าสตรีตั้งครรภ์ที่เข้ารับฝากครรภ์ในโรงพยาบาลรัฐ ต้องการคลอดทางช่องคลอดมากกว่า เนื่องจากโรงพยาบาลรัฐเน้นการส่งเสริมการคลอดธรรมชาติ และไม่มีนโยบายอนุญาตให้สตรีตั้งครรภ์ที่ไม่มีข้อบ่งชี้ทางการแพทย์เลือกผ่าตัดคลอดโดยสมัครใจ¹⁴

ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อวิธีการคลอดที่ต้องการของสตรีครรภ์แรกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) ได้แก่ ทัศนคติต่อวิธีการคลอด การขึ้นเฝ้าจากสูติแพทย์ สามี มารดาของตนเอง และญาติ และสามารถร่วมกันทำนายวิธีการคลอดที่ต้องการของสตรีครรภ์แรกได้ร้อยละ 64 (Nagelkerke $R^2 = .64$) ส่วนความรู้เกี่ยวกับวิธีการคลอด การรับรู้ความสามารถของตนเองในการเผชิญการเจ็บครรภ์คลอด การขึ้นเฝ้าจากพยาบาล มารดาของสามี เพื่อน สื่อสังคมออนไลน์ สิ่งพิมพ์ และโทรทัศน์ มีอิทธิพลต่อวิธีการคลอดที่ต้องการของสตรีครรภ์แรกอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > .05$) ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับแนวคิดโมเดลเชิงนิเวศวิทยา ซึ่งอธิบายพฤติกรรมสุขภาพว่าได้รับอิทธิพลจากหลายระดับ ทั้งปัจจัยส่วนบุคคลและปัจจัยภายนอก โดยพฤติกรรมสุขภาพ เช่น การเลือกวิธีคลอด เกิดจากปฏิสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยภายในบุคคลและสภาพแวดล้อม ในบริบทนี้ ทัศนคติของสตรีครรภ์แรก ซึ่งเป็นปัจจัยภายในได้รับอิทธิพลจากปัจจัยภายนอก เช่น ครอบครัว บุคคลรอบข้าง และบริบทของโรงพยาบาลที่ส่งเสริมการเลือกพฤติกรรมสุขภาพที่ต้องการ¹²

ทัศนคติต่อวิธีการคลอด มีอิทธิพลต่อวิธีการคลอดที่ต้องการของสตรีครรภ์แรกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ กล่าวคือ กลุ่มสตรีครรภ์แรกที่มีทัศนคติเป็นกลาง และกลุ่มที่มีทัศนคติโน้มเอียงไปทางการคลอดทางช่องคลอด มีแนวโน้มต้องการคลอดทางช่องคลอดมากกว่ากลุ่มที่มีทัศนคติโน้มเอียงไปทางการผ่าตัดคลอด ซึ่งแสดงให้เห็นว่า การที่สตรีครรภ์แรกมีทัศนคติที่ดีต่อวิธีการคลอดทางช่องคลอด ส่งผลให้สตรีมีความต้องการคลอดทางช่องคลอดมากกว่าผ่าตัดคลอด เหตุผลเนื่องจากฟื้นตัวเร็ว ลูกมีภูมิคุ้มกันและมีสุขภาพแข็งแรง แผลหายเร็ว และได้รับรู้ประสบการณ์การเป็นมารดา ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมา พบว่าสตรีตั้งครรภ์ต้องการคลอดทางช่องคลอด เนื่องจากคิดว่าเป็นการคลอดธรรมชาติ ฟื้นตัวเร็ว มีความปลอดภัยทั้งมารดาและทารก และมารดาได้สร้างสัมพันธภาพกับทารกทันทีหลังคลอด^{14,26} สอดคล้องกับการศึกษาของ Sun และคณะ¹⁹ พบว่าการที่สตรีตั้งครรภ์มีความคิดในทางที่ดีต่อวิธีการคลอดทางช่องคลอด ส่งผลให้สตรีตั้งครรภ์ต้องการคลอดทางช่องคลอด ในการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีทัศนคติเป็นกลางมีแนวโน้มต้องการคลอดทางช่องคลอด อาจเนื่องมาจากนโยบายของโรงพยาบาลที่ส่งเสริมเรื่องการคลอดธรรมชาติ รวมถึงบุคคลที่มีอิทธิพลของกลุ่มตัวอย่างแนะนำให้คลอดทางช่องคลอด

การขึ้นเฝ้าจากมารดาของตนเอง มีอิทธิพลต่อวิธีการคลอดที่สตรีครรภ์แรกต้องการ โดยสตรีที่ได้รับคำแนะนำให้คลอดทางช่องคลอดจากมารดามีแนวโน้มต้องการคลอดทางช่องคลอดมากกว่าผู้ที่ไม่ได้รับคำแนะนำ หรือได้รับคำแนะนำที่ไม่มีอิทธิพล เนื่องจากมารดาของสตรีตั้งครรภ์เป็นบุคคลที่สตรีตั้งครรภ์เคารพนับถือและใกล้ชิด เคยผ่านประสบการณ์การคลอดบุตรมาก่อน ดังนั้นสตรีครรภ์แรกจึงได้รับข้อมูล คำแนะนำเกี่ยวกับวิธีการคลอดจากมารดาของตนเอง โดยการถ่ายทอดผ่านความรู้ ทัศนคติ ความเชื่อ ประสบการณ์การคลอดของมารดา ซึ่งในสังคมไทย

มารดาของสตรีตั้งครรภ์มีความเชื่อว่า การคลอดทางช่องคลอดปลอดภัยกว่าการผ่าตัดคลอด มีทัศนคติที่ดีต่อการคลอดทางช่องคลอด จึงส่งผลให้สตรีตั้งครรภ์มีความต้องการที่จะคลอดทางช่องคลอดตามมารดาของตนเอง²⁰

การชี้แนะจากสามี มีอิทธิพลต่อวิธีการคลอดที่สตรีครรภ์แรกต้องการ โดยสตรีที่ได้รับคำแนะนำจากสามีให้คลอดทางช่องคลอดมีแนวโน้มต้องการคลอดทางช่องคลอดขณะที่สตรีที่ได้รับคำแนะนำให้ผ่าตัดคลอดจากสามีมีแนวโน้มต้องการผ่าตัดคลอดมากกว่ากลุ่มที่ไม่ได้รับคำแนะนำหรือได้รับคำแนะนำที่ไม่มีอิทธิพล จากผลการศึกษาครั้งนี้แสดงให้เห็นว่า การชี้แนะจากสามีทั้งให้คลอดทางช่องคลอดและผ่าตัดคลอด ส่งผลอย่างมากต่อวิธีการคลอดที่ต้องการของสตรีครรภ์แรก สอดคล้องกับการศึกษาของ Anaman-Torgbor และคณะ²¹ ที่ศึกษาความชอบในวิธีการคลอดของสามีต่อวิธีการคลอดที่ต้องการของสตรีตั้งครรภ์ พบว่าหากสามีต้องการให้สตรีตั้งครรภ์คลอดด้วยวิธีการคลอดใด สตรีก็จะเลือกวิธีการคลอดนั้นตามความต้องการของสามี เนื่องจากสามีเป็นคู่ชีวิต เป็นบุคคลที่มีความใกล้ชิดกับสตรีตั้งครรภ์มากที่สุด สตรีตั้งครรภ์จึงได้รับอิทธิพลทางความคิดจากสามีของตนเอง

การชี้แนะจากสูติแพทย์ มีอิทธิพลต่อวิธีการคลอดที่สตรีครรภ์แรกต้องการ โดยสตรีที่ได้รับคำแนะนำให้ผ่าตัดคลอดจากสูติแพทย์มีแนวโน้มต้องการผ่าตัดคลอดมากกว่าผู้ที่ไม่ได้รับคำแนะนำหรือได้รับคำแนะนำที่ไม่มีอิทธิพล สอดคล้องกับการศึกษาของ Shi และคณะ¹⁶ พบว่าการชี้แนะเกี่ยวกับวิธีการคลอดของสูติแพทย์ เป็นปัจจัยหลักที่ส่งผลต่อวิธีการคลอดที่ต้องการของสตรีตั้งครรภ์ เนื่องจากสตรีตั้งครรภ์มีความเชื่อมั่นในการดูแลของสูติแพทย์ รับรู้ว่าสูติแพทย์เป็นผู้ดูแลตนเองในการคลอด คิดว่าการตัดสินใจเกี่ยวกับวิธีการคลอดเป็นหน้าที่ของสูติแพทย์ที่ต้องพิจารณา สูติแพทย์เป็นผู้ประเมินและตัดสินใจว่าจะสามารถคลอดเองทางช่องคลอดได้หรือไม่ หากมีข้อบ่งชี้ต้องผ่าตัดคลอดตามคำแนะนำของสูติแพทย์

สตรีก็จะตัดสินใจผ่าตัดคลอดตามคำแนะนำของสูติแพทย์เช่นกัน ซึ่งคำแนะนำจากสูติแพทย์สามารถปรับเปลี่ยนทัศนคติต่อวิธีการคลอดของสตรีตั้งครรภ์ได้ ทำให้สตรีเลือกหรือตัดสินใจตามการชี้แนะของสูติแพทย์ โดยเฉพาะการได้รับข้อมูลคำแนะนำเกี่ยวกับการผ่าตัดคลอดกรณีที่ต้องตัดสินใจผ่าตัดคลอด²⁷ อย่างไรก็ตาม ในการศึกษาครั้งนี้พบว่า สตรีครรภ์แรกไม่ได้รับคำแนะนำจากสูติแพทย์ถึงร้อยละ 55.5 อาจเนื่องจากกลุ่มตัวอย่างเป็นสตรีครรภ์แรกที่ไม่ค่อยมีข้อบ่งชี้ในการผ่าตัดคลอด ตามนโยบายของโรงพยาบาลต้องคลอดทางช่องคลอด จึงยังไม่ได้รับคำแนะนำจากสูติแพทย์ และจะเริ่มมีการให้คำแนะนำเกี่ยวกับวิธีการคลอดว่าสามารถคลอดทางช่องคลอดได้หรือไม่ หรือต้องผ่าตัดคลอดถ้ามีข้อบ่งชี้ เมื่ออายุครรภ์ประมาณ 36 สัปดาห์

การชี้แนะจากญาติ มีอิทธิพลต่อวิธีการคลอดที่สตรีครรภ์แรกต้องการ โดยสตรีที่ได้รับคำแนะนำให้ผ่าตัดคลอดจากญาติมีแนวโน้มต้องการผ่าตัดคลอดมากกว่าผู้ที่ไม่ได้รับคำแนะนำหรือได้รับคำแนะนำที่ไม่มีอิทธิพล สอดคล้องกับการศึกษาของ จิตเกษม สุวรรณรัฐ และคณะ¹⁸ ที่ศึกษาอิทธิพลของญาติที่มีต่อวิธีการคลอดที่ต้องการของสตรีตั้งครรภ์ พบว่าการที่สตรีตั้งครรภ์ได้รับข้อมูลและประสบการณ์เกี่ยวกับวิธีการคลอดจากญาติ ส่งผลต่อวิธีการคลอดที่ต้องการของสตรีตั้งครรภ์ โดยเฉพาะญาติผู้หญิงที่มีอายุใกล้เคียงกับสตรีตั้งครรภ์และเคยผ่านประสบการณ์การคลอดมาก่อน ซึ่งญาติเป็นแหล่งข้อมูลที่สำคัญเกี่ยวกับการคลอดที่เกิดขึ้นในปัจจุบัน โดยเฉพาะหากสตรีตั้งครรภ์ได้รับคำแนะนำจากญาติเกี่ยวกับประสบการณ์ไม่ดีเกี่ยวกับวิธีการคลอดนั้น ส่งผลให้สตรีเกิดความกลัวและไม่ต้องการคลอดด้วยวิธีการคลอดนั้น เช่น การได้รับข้อมูลจากญาติที่คลอดทางช่องคลอดและต้องใช้เวลาในการคลอดเป็นเวลายาวนาน ได้รับบาดเจ็บบริเวณช่องทางคลอด และมีปัญหาอวัยวะเชิงกรานหย่อน และการมีเพศสัมพันธ์ ส่งผลทำให้สตรีตัดสินใจเลือกผ่าตัดคลอดแทนการคลอดทางช่องคลอด²⁸

การชี้แนะจากพยาบาล มารดาของสามี เพื่อน สื่อสังคมออนไลน์ สิ่งพิมพ์ และโทรทัศน์ มีอิทธิพลต่อวิธีการคลอดที่ต้องการของสตรีครรภ์แรกอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > .05$) พยาบาลเป็นบุคลากรทางการแพทย์ที่มีความสำคัญในการดูแลและให้ข้อมูลเกี่ยวกับวิธีการคลอดแก่สตรีตั้งครรภ์ จากผลการศึกษาครั้งนี้พบว่า พยาบาลมีอิทธิพลในระดับมาก มากที่สุดร้อยละ 38.3 แต่สตรีครรภ์แรกไม่ได้รับคำแนะนำเกี่ยวกับวิธีการคลอดจากพยาบาลถึงร้อยละ 64.6 อาจเนื่องจากพยาบาลมีหน้าที่ในการดูแลสตรีตั้งครรภ์ที่มาฝากครรภ์หลายส่วน ได้แก่ การซักประวัติ การคัดกรองความเสี่ยง การตรวจเต้านม และการให้คำแนะนำก่อนกลับบ้าน รวมไปถึงการให้คำแนะนำรายกลุ่มแก่สตรีตั้งครรภ์ที่มีอายุครรภ์ 32 สัปดาห์เป็นต้นไป เนื้อหาประกอบด้วย การปฏิบัติตัว และอาการไม่สบายในแต่ละไตรมาสของการตั้งครรภ์ อาการผิดปกติที่ต้องมาโรงพยาบาล การเตรียมตัวมาโรงพยาบาลเพื่อคลอด อัตราค่าใช้จ่ายในการให้บริการ และการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ซึ่งเนื้อหาที่ให้ในช่วงเวลาดังกล่าว ยังไม่ครอบคลุมเรื่องข้อดีและข้อเสียของวิธีการคลอดทั้งสองรูปแบบ

การชี้แนะจากมารดาของสามีมีอิทธิพลต่อวิธีการคลอดที่ต้องการของสตรีครรภ์แรกอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > .05$) สอดคล้องกับการศึกษาของ Deng และคณะ³ พบว่าการได้รับคำแนะนำเกี่ยวกับวิธีการคลอดจากมารดาของสามีไม่มีอิทธิพลต่อการตัดสินใจเลือกวิธีการคลอดของสตรีตั้งครรภ์ เนื่องจากด้วยบริบทที่สตรีตั้งครรภ์อาศัยอยู่เป็นสังคมเมือง ลักษณะเป็นครอบครัวเดี่ยว มารดาของสามีจึงเป็นบุคคลที่สตรีมีความใกล้ชิดน้อย ซึ่งบุคคลที่ส่งผลต่อการตัดสินใจของสตรีตั้งครรภ์ คือ บุคคลที่อยู่รอบตัวและมีความใกล้ชิด

การชี้แนะจากเพื่อนมีอิทธิพลต่อวิธีการคลอดที่ต้องการของสตรีครรภ์แรกอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > .05$) แตกต่างจากการศึกษาของ จิตเกษม สุวรรณรัฐ และคณะ¹⁸ พบว่าการชี้แนะจากเพื่อนส่งผลต่อวิธีการคลอดที่ต้องการของสตรีตั้งครรภ์ โดยสตรีที่ได้รับคำแนะนำจากเพื่อนที่เคยผ่านประสบการณ์ไม่ดี หรือเกิดปัญหาจากการผ่าตัดคลอดต้องการคลอดทางช่องคลอด ซึ่งการศึกษานี้พบว่า คำแนะนำของเพื่อนมีอิทธิพลส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลางเท่านั้น เช่นเดียวกันกับ สื่อสังคมออนไลน์ สิ่งพิมพ์ และโทรทัศน์ มีอิทธิพลส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง ซึ่งแสดงให้เห็นว่าสื่อสังคมออนไลน์ สิ่งพิมพ์ และโทรทัศน์ ยังไม่มีอิทธิพลมากนักต่อวิธีการคลอดที่ต้องการของสตรีครรภ์แรก อาจเนื่องจากในประเทศไทยมีสื่อที่ส่งเสริมการคลอดน้อย และยังไม่มีความชัดเจน ซึ่งแตกต่างจากการศึกษาในประเทศอิหร่าน พบว่ารัฐบาลมีการณรงค์ให้สตรีคลอดทางช่องคลอดผ่านสื่อสังคมออนไลน์และโทรทัศน์²⁹

ความรู้เกี่ยวกับวิธีการคลอด มีอิทธิพลต่อวิธีการคลอดที่ต้องการของสตรีครรภ์แรกอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > .05$) แตกต่างจากการศึกษาของ ภาวัต เมธมนนศักดิ์ และจิตเกษม สุวรรณรัฐ¹⁴ พบว่าความรู้เกี่ยวกับวิธีการคลอดมีอิทธิพลต่อวิธีการคลอดที่ต้องการของสตรีตั้งครรภ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) โดยพบว่าสตรีตั้งครรภ์ที่มีความรู้เกี่ยวกับวิธีการคลอดในระดับต่ำ ส่งผลให้สตรีตั้งครรภ์ต้องการผ่าตัดคลอด ในการศึกษานี้ ปัจจัยด้านความรู้เกี่ยวกับวิธีการคลอดไม่สามารถทำนายวิธีการคลอดที่ต้องการของสตรีครรภ์แรกได้ อาจเนื่องมาจากกลุ่มตัวอย่างเป็นสตรีครรภ์แรกที่ไม่เคยมีประสบการณ์การคลอดบุตรมาก่อน ทำให้ยังไม่มี การหาข้อมูลด้วยตนเองเกี่ยวกับข้อดีข้อเสียของวิธีการคลอดทั้งสองวิธี ดังแสดงให้เห็นในการศึกษานี้

พบว่าสตรีครรภ์แรกมีคะแนนความรู้เกี่ยวกับวิธีการคลอดมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 4.88 คะแนน ซึ่งถือว่าอยู่ในระดับต่ำ โดยพบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ยังไม่ทราบข้อมูลเกี่ยวกับข้อเสียของการผ่าตัดคลอดได้แก่ มารดามีโอกาสเสี่ยงต่อภาวะรกต่ำและภาวะรกฝังลึกในการตั้งครรภ์ครั้งถัดไป ภาวะแทรกซ้อนจากการดมยาคลอดหรือการฉีดยาชาาระงับความรู้สึกทางช่องไขสันหลัง ทารกที่คลอดด้วยวิธีผ่าตัดคลอดมีโอกาสดังกล่าวหายใจเหนื่อยแรกเกิด และในอนาคตรักที่คลอดด้วยวิธีผ่าตัดคลอดมีโอกาเป็นโรคอ้วน เบาหวาน หอบหืด และภูมิแพ้ มากกว่าเด็กที่คลอดทางช่องคลอด การตัดสินใจเกี่ยวกับวิธีการคลอดส่วนใหญ่จึงขึ้นอยู่กับบุคคลที่มีอิทธิพล ที่คอยให้ข้อมูล คำแนะนำ ผ่านทัศนคติ ความเชื่อของบุคคลเหล่านั้น

การรับรู้ความสามารถของตนเองในการเผชิญการเจ็บครรภ์คลอด มีอิทธิพลต่อวิธีการคลอดที่ต้องการของสตรีครรภ์แรกอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > .05$) ซึ่งแตกต่างจากการศึกษาของ Sun และคณะ¹⁹ พบว่าการที่สตรีครรภ์แรกมีการรับรู้ความสามารถของตนเองในการเผชิญการเจ็บครรภ์คลอดต่ำ ส่งผลให้สตรีครรภ์แรกต้องการผ่าตัดคลอดมากกว่า การคลอดทางช่องคลอด การศึกษาครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาของ Bakhtari และคณะ² พบว่าการรับรู้ความสามารถของตนเองในการเผชิญการเจ็บครรภ์ไม่สามารถทำนายการเลือกวิธีการคลอดของสตรีตั้งครรภ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เนื่องจากปัจจัยด้านการรู้คิด (cognitive factors) มีความสัมพันธ์กับการเลือกวิธีการคลอดนั้น อาจแตกต่างกันไปตามบริบททางด้านเศรษฐกิจและสังคมที่สตรีตั้งครรภ์อาศัยอยู่ ในการศึกษาครั้งนี้พบว่า บุคคลรอบข้างที่มีความใกล้ชิดและมีอิทธิพล ได้แก่ สามี แพทย์ สามี มารดาของตนเอง และญาติ มีผลต่อการตัดสินใจเลือกวิธีการคลอดที่ต้องการของสตรีครรภ์แรกเป็นอย่างมาก รวมถึงบริบทของโรงพยาบาล ซึ่งเป็นโรงพยาบาลของรัฐ และมีนโยบายสนับสนุนให้สตรีตั้งครรภ์คลอดทางช่องคลอด

สรุปและข้อเสนอแนะ

จากผลการวิจัยสรุปได้ว่าทัศนคติต่อวิธีการคลอด การชี้แนะจากบุคคลที่มีอิทธิพล ได้แก่ สามี แพทย์ มารดาของสตรีตั้งครรภ์ สามี และญาติ มีผลต่อวิธีการคลอดที่ต้องการของสตรีครรภ์แรก และจากผลการวิจัยมีข้อเสนอแนะดังนี้

ด้านการพยาบาล

1. ควรมีการประเมินระดับทัศนคติต่อวิธีการคลอดของสตรีตั้งครรภ์ เพื่อใช้เป็นข้อมูลในการวางแผนจัดกิจกรรมที่เหมาะสม ให้สตรีตั้งครรภ์มีทัศนคติที่ดีต่อการคลอดทางช่องคลอด

2. ควรมีการให้ความรู้เกี่ยวกับข้อดี ข้อเสียของวิธีการคลอดทางช่องคลอดและผ่าตัดคลอดแก่สตรีตั้งครรภ์ รวมถึงสามี มารดาของสตรีตั้งครรภ์ และญาติ เพื่อให้บุคคลดังกล่าว ได้นำความรู้เกี่ยวกับวิธีการคลอดไปสนับสนุนให้สตรีตั้งครรภ์คลอดทางช่องคลอด

ด้านการวิจัย

1. ควรมีการสำรวจทัศนคติต่อวิธีการคลอดของสตรีแพทย์ พยาบาล สามี มารดาและญาติของสตรีตั้งครรภ์ ซึ่งบุคคลดังกล่าว มีอิทธิพลต่อทัศนคติต่อวิธีการคลอดของสตรีตั้งครรภ์

2. ควรมีการพัฒนาโปรแกรมในการให้ความรู้เกี่ยวกับวิธีการคลอด ปรับเปลี่ยนทัศนคติที่ดีต่อการผ่าตัดคลอดสำหรับสตรีตั้งครรภ์และบุคคลที่มีอิทธิพลต่อสตรีตั้งครรภ์ เพื่อส่งเสริมการตัดสินใจที่เหมาะสม เสริมสร้างความมั่นใจในการคลอดทางช่องคลอด และให้ผู้มีอิทธิพลสามารถให้คำแนะนำและสนับสนุนสตรีตั้งครรภ์ได้อย่างถูกต้อง

3. ควรมีการประเมินปัจจัยด้านอื่น ๆ เกี่ยวกับวิธีการคลอดที่ต้องการของสตรีตั้งครรภ์ ทั้งในระดับบุคคล ระดับระหว่างบุคคล ร่วมกับปัจจัยระดับองค์กร เช่น ประเภทของโรงพยาบาลที่สตรีไปฝากครรภ์และคลอด และปัจจัยระดับชุมชน เช่น เขตพื้นที่ที่สตรีอาศัยอยู่ เป็นต้น

References

1. Saxena RK, Tameem Ansari NF, Balan A. Factors influencing women's choice of mode of delivery in rural Bangalore, India. *Indian J Obstet Gynecol Res.* 2019;6(1):71-7. doi: 10.18231/2394-2754.2019.0016.
2. Bakhtari F, Nadrian H, Matlabi H, Sarbakhsh P, Bidar M. Personal, interpersonal, and organizational predictors of the mode of delivery among urban women: a prospective study with socio-ecological approach. *Clin Nurs Res.* 2019;28(3):280-97. doi: 10.1177/1054773817740530.
3. Deng R, Tang X, Liu J, Gao Y, Zhong X. Cesarean delivery on maternal request and its influencing factors in Chongqing, China. *BMC Pregnancy Childbirth.* 2021;21(1):384. doi: 10.1186/s12884-021-03866-7.
4. Begum T, Saif-Ur-Rahman KM, Fatima Y, Stekelenburg J, Anuradha S, Biswas T, et al. Global incidence of Cesarean deliveries on maternal request: a systematic review and meta-regression. *BJOG.* 2021;128(5):798-806. doi: 10.1111/1471-0528.16491.
5. Betran AP, Ye J, Moller A-B, Souza JP, Zhang J. Trends and projections of Cesarean section rates: global and regional estimates. *BMJ Glob Health.* 2021;6(6):e005671. doi: 10.1136/bmjgh-2021-005671.
6. Liabsuetrakul T, Sukmanee J, Thungthong J, Lumbiganon P. Trend of Cesarean section rates and correlations with adverse maternal and neonatal outcomes: a secondary analysis of Thai universal coverage scheme data. *AJP Rep.* 2019; 9(4):e328-e36. doi: 10.1055/s-0039-1697656.
7. Betran AP, Torloni MR, Zhang JJ, Gülmezoglu AM. WHO statement on Caesarean section rates. *BJOG.* 2016;123(5):667-70. doi: 10.1111/1471-0528.13526.
8. Angolile CM, Max BL, Mushemba J, Mashauri HL. Global increased Cesarean section rates and public health implications: a call to action. *Health Sci Rep.* 2023;6(5):e1274. doi: 10.1002/hsr2.1274.
9. Mersha A, Shibiru S. Cesarean section: short- and long-term consequences [Internet]. London: IntechOpen; 2024 [cited 2025 Mar 13]. Available from: <http://dx.doi.org/10.5772/intechopen.114382>.
10. Khasawneh W, Obeidat N, Yusef D, Alsulaiman JW. The impact of Cesarean section on neonatal outcomes at a university-based tertiary hospital in Jordan. *BMC Pregnancy Childbirth.* 2020;20(1):335. doi: 10.1186/s12884-020-03027-2.
11. Ríos-Covian D, Langella P, Martín R. From short- to long-term effects of C-section delivery on microbiome establishment and host health. *Microorganisms.* 2021;9(10):2122. doi: 10.3390/microorganisms9102122.
12. Sallis JF, Owen N. Ecological models of health behavior. In: Glanz K, Rimer BK, Viswanath KV, editors. *Health behavior: Theory, research, and practice*, 5th ed. River Street Hoboken, NJ: Jossey-Bass/Wiley; 2015. p.43-64.
13. Al-Rifai RH, Elbarazi I, Ali N, Loney T, Oulhaj A, Ahmed LA. Knowledge and preference towards mode of delivery among pregnant women in

- the United Arab Emirates: the Mutaba'ah study. *Int J Environ Res Public Health*. 2020;18(1):36. doi: 10.3390/ijerph18010036.
14. Matemanosak P, Suwanrath C. Knowledge and attitudes of pregnant Thai women regarding modes of birth: a hospital based study in southern Thailand. *Open Public Health J*. 2021;14:484-91. doi: 10.2174/1874944502114010484.
 15. Elgzar WT, Alshahrani MS, Ibrahim HA. Mode of delivery preferences: the role of childbirth fear among nulliparous women. *Front Psychol*. 2023; 14:1221133. doi: 10.3389/fpsyg.2023.1221133.
 16. Shi Y, Jiang Y, Zeng Q, Yuan Y, Yin H, Chang C, et al. Influencing factors associated with the mode of birth among childbearing women in Hunan Province: a cross-sectional study in China. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2016;16:108. doi: 10.1186/s12884-016-0897-9.
 17. Mo L, Wang N, Peng B, Wu J, Tang L, Liu H, et al. Factors influencing mode of delivery: a case-control study. *Advances in Reproductive sciences*. 2024;12(2):141-54. doi: 10.4236/arsci.2024.122012.
 18. Suwanrath C, Chunuan S, Matemanosak P, Pinjaroen S. Why do pregnant women prefer cesarean birth? A qualitative study in a tertiary care center in Southern Thailand. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2021;21(1):23. doi: 10.1186/s12884-020-03525-3.
 19. Sun N, Yin X, Qiu L, Yang Q, Shi X, Chang J, et al. Factors associated with Chinese pregnant women's preference for a Cesarean section based on the theory of planned behaviour. *Trop Med Int Health*. 2020;25(2):209-15. doi: 10.1111/tmi.13323.
 20. Tienmontree K, Chunuan S, Kala S. Factors influencing decision-making for Cesarean section among primigravidae. *Nursing Journal of the Ministry of Public Health*. 2021;31(1):96-109. (in Thai).
 21. Anaman-Torgbor J, Konlan K, Owusu E, Gbagbo B. Factors influencing preference of birth method among pregnant women: a descriptive cross-sectional study in a tertiary health facility in Ghana. *J Glob Health Sci*. 2022;4(1):e11. doi: 10.35500/jghs.2022.4.e11.
 22. Silva TPRD, Dumont-Pena E, Moreira AD, Camargos BA, Meireles MQ, Souza KV, et al. Factors associated with normal and Cesarean delivery in public and private maternity hospitals: a cross-sectional study. *Rev Bras Enferm*. 2020; 73 Suppl 4:e20180996. doi: 10.1590/0034-7167-2018-0996.
 23. Tang D, Laporte A, Gao X, Coyte PC. The effect of the two-child policy on Cesarean section in China: identification using difference-in-differences techniques. *Midwifery*. 2022;107:103260. doi: 10.1016/j.midw.2022.103260.
 24. Lowe NK. Maternal confidence for labor: development of the Childbirth Self-Efficacy Inventory. *Res Nurs Health*. 1993;16(2):141-9. doi: 10.1002/nur.4770160209.

25. Tanglakmankhong K, Perrin NA, Lowe NK. Childbirth Self-Efficacy Inventory and Childbirth Attitudes Questionnaire: psychometric properties of Thai language versions. *J Adv Nurs*. 2011;67(1):193-203. doi: 10.1111/j.1365-2648.2010.05479.x.
26. Al-asadi FAS, Ahmad AO, Mohammed RJ, Maasom ZMNM. Preferred mode of delivery in Iraqi primiparous women. *Medico-Legal Update*. 2021;21(2):1319-23. doi: 10.37506/mlu.v21i2.2875.
27. Kownaklai J, Phoodaangau B. Factors associated with choosing mode of delivery in pregnant women: a systematic review scoping review. *Journal of Health Research and Development Nakhon Ratchasima Public Health Provincial Office*. 2022;7(2):62-79. (in Thai).
28. Shirzad M, Shakibazadeh E, Hajimiri K, Betran AP, Jahanfar S, Bohren MA, et al. Prevalence of and reasons for women's, family members', and health professionals' preferences for cesarean section in Iran: a mixed-methods systematic review. *Reprod Health*. 2021;18(1):3. doi: 10.1186/s12978-020-01047-x.
29. Majlesi M, Montazeri A, Rakhshani F, Nouri-Khashe-Heiran E, Akbari N. 'No to unnecessary caesarean sections': evaluation of a mass-media campaign on women's knowledge, attitude and intention for mode of delivery. *PloS One*. 2020; 15(8):e0235688. doi: 10.1371/journal.pone.0235688.

Effects of an Experiential Learning Program on Maternal Knowledge and Behaviors in Promoting Preterm infant Development after Discharge*

Siyathorn Ponjaroenpaisarn, RN, MNS¹, Somsiri Rungamornrat, RN, PhD¹, Sudaporn Payakkaraung, RN, PhD¹

Abstract

Purpose: To examine the effects of an experiential learning program on maternal knowledge and behaviors in promoting preterm infant development after discharge.

Design: A quasi-experimental study.

Methods: This study involved 40 mothers of preterm infants, with 20 participants assigned to the experimental group and 20 to the control group. The experimental group received an experiential learning program incorporating computer-assisted instruction (CAI) and developmental assessment activities based on the Developmental Assessment and Intervention Manual (DAIM) while the control group received standard care. A set of questionnaires included a general information questionnaire and validated the Maternal Knowledge and Behavior Assessment Questionnaires on Promoting Preterm Infant Development (CVI = .95 and .93; KR-20 = .71; Cronbach's alpha = .83). Data were analyzed using independent and paired t-tests.

Main findings: After two weeks at home, both groups showed significant improvements in maternal knowledge. The experimental group had higher post-test knowledge scores than the control group ($\bar{X} = 18.10$, $SD = 1.29$ vs. $\bar{X} = 17$, $SD = 1.56$; $p < .05$, respectively). For maternal behaviors, the experimental group showed significantly greater improvement than the control group ($\bar{X} = 24.50$, $SD = 2.89$ vs. $\bar{X} = 20.05$, $SD = 1.36$; $p < .001$, respectively).

Conclusion and recommendations: An experiential learning program has been shown to enhance maternal knowledge and behaviors in promoting preterm infant development after hospital discharge. It is essential to encourage maternal involvement in this aspect of care before discharge. Additionally, accessible educational materials should be provided to ensure continuous maternal access to information on promoting development. Furthermore, a structured post-discharge follow-up system should be implemented to support and monitor maternal engagement in developmental care.

Keywords: child development, experiential learning, knowledge, maternal behavior, preterm infants

Nursing Science Journal of Thailand. 2025;43(3):302-321.

Corresponding Author: Associate Professor Somsiri Rungamornrat, Faculty of Nursing, Mahidol University, Bangkok 10700, Thailand; e-mail: somsi.run@mahidol.ac.th

** Master thesis, Master of Nursing Science Program in Pediatric Nursing, Faculty of Nursing, Mahidol University*

¹ Faculty of Nursing, Mahidol University, Bangkok, Thailand

Received: 17 March 2025 / Revised: 20 May 2025 / Accepted: 24 May 2025

ผลของโปรแกรมการเรียนรู้จากประสบการณ์ ต่อความรู้และพฤติกรรมของมารดาในการส่งเสริมพัฒนาการทารกเกิดก่อนกำหนดหลังจำหน่ายจากโรงพยาบาล*

สิญธร พลเจริญไพศาล, พย.ม.¹ สมสิริ รุ่งอมรรัตน์, ประ.ด.¹ สุดาภรณ์ พยัคฆเรือง, ประ.ด.¹

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์: เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการเรียนรู้จากประสบการณ์ต่อความรู้และพฤติกรรมของมารดาในการส่งเสริมพัฒนาการทารกเกิดก่อนกำหนดหลังจำหน่ายจากโรงพยาบาล

รูปแบบการวิจัย: การวิจัยกึ่งทดลอง

วิธีดำเนินการวิจัย: การศึกษานี้ดำเนินการกับมารดาที่มีทารกเกิดก่อนกำหนดจำนวน 40 ราย แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 20 ราย กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการเรียนรู้จากประสบการณ์ ซึ่งประกอบด้วยบทเรียนคอมพิวเตอร์ช่วยสอนและการฝึกส่งเสริมพัฒนาการตามคู่มือการประเมินและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย ขณะที่กลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลเพื่อจำหน่ายตามปกติ เครื่องมือวิจัยประกอบด้วยแบบสอบถามข้อมูลทั่วไป และแบบสอบถามวัดความรู้และพฤติกรรมของมารดาในการส่งเสริมพัฒนาการทารกเกิดก่อนกำหนด ซึ่งผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (CVI = .95 และ .93; KR-20 = .71; Cronbach's alpha = .83) วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติการทดสอบทีแบบสองกลุ่มอิสระและแบบสองกลุ่มสัมพันธ์กัน

ผลการวิจัย: ภายหลังจำหน่าย 2 สัปดาห์ มารดาทั้งสองกลุ่มมีคะแนนความรู้เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยกลุ่มทดลองมีคะแนนความรู้หลังสูงกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($\bar{X} = 18.10$, SD = 1.29 เทียบกับ $\bar{X} = 17.00$, SD = 1.56; $p < .05$) และด้านพฤติกรรม กลุ่มทดลองมีคะแนนเพิ่มขึ้นมากกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($\bar{X} = 24.50$, SD = 2.89 เทียบกับ $\bar{X} = 20.05$, SD = 1.36; $p < .001$)

สรุปและข้อเสนอแนะ: โปรแกรมการเรียนรู้จากประสบการณ์ สามารถเสริมสร้างความรู้และพฤติกรรมของมารดาในการส่งเสริมพัฒนาการทารกเกิดก่อนกำหนดหลังจำหน่ายจากโรงพยาบาลได้อย่างมีประสิทธิภาพ โดยควรส่งเสริมให้มารดามีส่วนร่วมในการดูแลและส่งเสริมพัฒนาการของทารกเกิดก่อนกำหนดตั้งแต่อยู่ในโรงพยาบาล รวมทั้งใช้สื่อที่ทำให้มารดาเข้าถึงข้อมูลการส่งเสริมพัฒนาการได้อย่างต่อเนื่อง และควรมีการติดตามมารดาหลังจำหน่ายอย่างเป็นระบบ

คำสำคัญ: พัฒนาการเด็ก การเรียนรู้จากประสบการณ์ ความรู้ พฤติกรรมของมารดา ทารกเกิดก่อนกำหนด

วารสารพยาบาลศาสตร์. 2568;43(3):302-321.

ผู้ประสานงานการเผยแพร่: รองศาสตราจารย์สมสิริ รุ่งอมรรัตน์, คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล บางกอกน้อย กรุงเทพฯ 10700, e-mail: somsiiri.run@mahidol.ac.th

* วิทยานิพนธ์หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลเด็ก คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

¹ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

วันที่รับบทความ: 17 มีนาคม 2568 / วันที่แก้ไขบทความ: 20 พฤษภาคม 2568 / วันที่ตอบรับบทความ: 24 พฤษภาคม 2568

Background and Significance

The critical developmental challenges experienced by preterm infants, who are at a heightened risk for developmental delays compared with full-term infants, are a significant concern.¹⁻³ This increased risk is a consequence of preterm birth, rendering organ and body system development incomplete. This is especially true for infants born before the end of the third “trimester a critical period” for the development of the nervous system and brain.⁴ Additionally, the neonatal care unit environment exposes infants to sensory stimuli that contrast those in the intrauterine environment, with a potential impact on their development.⁵⁻⁶ Research indicates that preterm infants score lower in cognitive, language, motor, and socioemotional domains than their full-term counterparts, highlighting the pervasiveness of developmental delays in this population.⁷⁻⁸

Mothers of preterm infants often encounter significant caregiving challenges due to limited early interaction, heightened anxiety, and uncertainty about their infants’ developmental needs.⁹⁻¹¹ Evidence indicates that structured educational support can enhance maternal confidence and caregiving competence, leading to improved developmental outcomes.¹²⁻¹³ Among the various maternal factors that may influence caregiving

such as emotional readiness, self-efficacy, prior caregiving experience, and confidence this study focused on maternal knowledge and caregiving behaviors. These factors were selected for their modifiability through structured educational interventions and their well-established association with the quality of early caregiving.

Helping mothers foster the development of their preterm infants has been the focus of numerous early intervention programs globally. A comprehensive literature review from 1966 to 2023 highlights that maternal education and support, starting from Neonatal Intensive Care Unit¹⁴ admission through post-discharge, are associated with improved cognitive and motor outcomes in preterm infants.¹⁵ However, providing mothers with manuals alone has proven insufficient. A recent scoping review¹⁶ recommends family-focused follow-up interventions that combine face-to-face engagement with remote communication to ensure continuity of care after NICU discharge. These approaches especially when integrated with accessible technologies enable real-time feedback and individualized guidance, supporting mothers more effectively in resource-limited contexts.

In Thailand, efforts to address preterm infants’ developmental milestones have involved the use of the Developmental Assessment for

Intervention Manual (DAIM), which serves as a comprehensive framework for evaluating and nurturing the development of at-risk infants up to age 5.¹⁷⁻¹⁸ The Ministry of Public Health has implemented a policy to distribute the DAIM to the caregivers of at-risk children before their hospital discharge. This initiative aims to empower mothers to study and facilitate their infants' development upon returning home.

However, the provision of manuals alone may be insufficient. Hence, a comprehensive family-focused follow-up intervention that incorporates face-to-face interactions and remote communication modalities is recommended as evidenced by a scoping review on interventions that support families with preterm infants after NICU discharge.¹⁶ This study addresses this gap by evaluating an experiential learning-based intervention grounded in Kolb's Experiential Learning Theory. The intervention was delivered during the pre-discharge phase and included personalized post-discharge follow-up via LINE, a digital platform widely used in Thai society. This approach seeks to empower mothers through scenario-based learning, practical skill development, and real-time digital support to enhance caregiving practices and promote optimal developmental outcomes for preterm infants.

Kolb's Experiential Learning Theory

Kolb's experiential learning theory¹⁹ provides a dynamic framework for understanding how individuals acquire and apply knowledge through direct experience. The model emphasizes learning as an active, cyclical process that involves four interconnected stages: concrete experience, reflective observation, abstract conceptualization, and active experimentation. This approach allows learners to engage with real-life scenarios, reflect on their experiences, develop conceptual understanding, and apply their insights to improve future actions.

This theoretical framework is particularly suited to mothers of preterm infants, who often face complex caregiving situations that require both understanding and adaptability. By engaging mothers in activities that simulate real caregiving challenges followed by opportunities for reflection and guided application the learning process supports the development of both confidence and practical competence. The flexibility of Kolb's model accommodates varying learning styles, making it appropriate for a diverse group of caregivers navigating the transition from hospital to home.

In this study, the experiential learning framework was used to design an intervention that enhances maternal knowledge and caregiving

behaviors. Scenario-based learning and interactive follow-up were incorporated to help mothers transform caregiving experiences into meaningful practices. Through this iterative process, the intervention aimed to build mothers' readiness to support their infant's development effectively during the critical pre-discharge and early post-discharge period as shown in Figure 1.

Kolb's model accommodates diverse learning styles, allowing participants to progress through the aforementioned stages according to their

individual predispositions. Through this iterative process, they developed knowledge and practices in promoting developmental care that are appropriate for various contexts, culminating in a continuous experiential learning cycle. In this study, these principles were applied to design an intervention that transformed maternal experiences into actionable knowledge and practical strategies to support developmental care for preterm infants during their transition from the NICU to home.

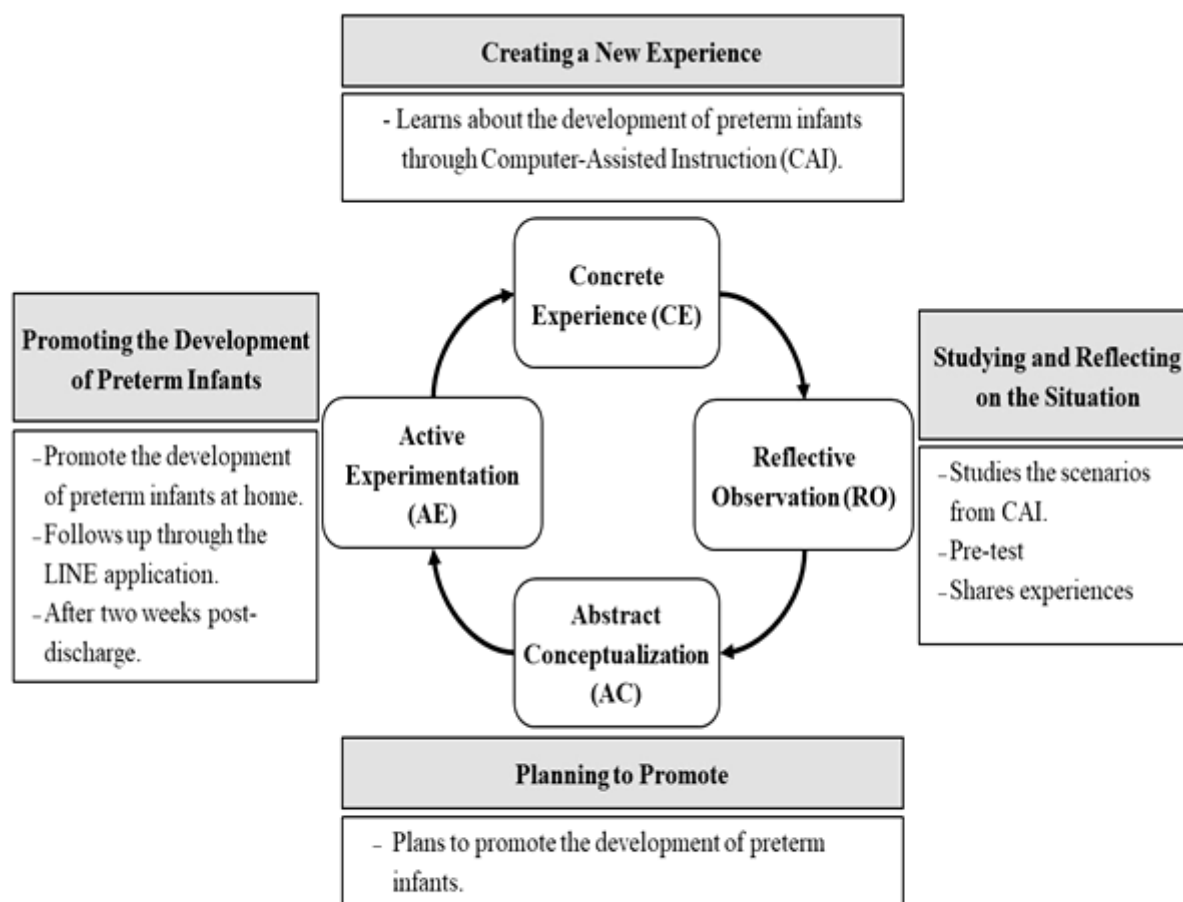


Figure 1: Conceptual Framework Diagram for Research

Adapted from Kolb²⁰, *Experiential Learning*, 2014, Figure 2.5

Objectives

To examine the effects of an experiential learning program on maternal knowledge and behaviors in promoting preterm infant development after discharge.

Hypothesis

It was hypothesized that the scores of maternal knowledge and behaviors in promoting preterm infant development in the experimental group were higher than those in the control group. In addition, for the experimental group, the scores of maternal knowledge and behaviors in promoting preterm infant development after receiving the program were higher compared to those before receiving the program.

Methodology

Design

A quasi-experimental design with a two-group pretest - posttest approach was employed.

Sample and setting

Participants were recruited using convenience sampling from the neonatal intensive care unit (NICU) of a university hospital in Thailand. Inclusion criteria were: (1) mothers aged 18 years or older, (2) no history of preterm delivery, (3) singleton pregnancy, (4) intention to assume caregiving

responsibilities for at least one month post-discharge, (5) having an infant whose discharge had been scheduled at least one week in advance according to the hospital's Daily Management System (DMS), a structured discharge planning protocol used by healthcare teams, and (6) willingness to communicate via the LINE application.

Exclusion criteria included: (1) mothers of preterm infants with neurological or congenital anomalies (e.g., cerebral palsy, neural tube defects, intraventricular hemorrhage grade III or IV, Down syndrome), and (2) mothers of infants requiring supportive devices at discharge (e.g., colostomy, tracheostomy, home oxygen therapy).

Sample size was determined using a power analysis based on a previous quasi-experimental study with similar parameters²¹, which reported a very large effect size ($d = 3.17$) of maternal behaviors promoting preterm infant development yielding a small sample size. In the current study, a conservative effect size of .80, aligning with Cohen's²² classification of a large effect was selected. Based on this estimate, a power of .80, and a significance level of $\alpha = .05$, the required sample size was calculated to be 40 participants, evenly allocated into two groups of 20.

Instruments

Instrument for Intervention: The Experiential

Learning Program designed by the researchers consisted of four sessions aimed at enhancing maternal knowledge and behaviors in promoting preterm infant development. The intervention was delivered through three main components: (1) computer- assisted instruction (CAI), (2) the LINE-based Online Mother's Guide, and (3) the Mother's Experience Practice Worksheet.

1. Computer-Assisted Instruction (CAI):

Developed based on the DAIM, the CAI covered four key topics: the concept of child development, an overview of DAIM, strategies for promoting preterm infant development, and a maternal practice module. The CAI was hosted on the LINE platform and took approximately 20 minutes to complete.

2. Online Mother's Guide via LINE Application:

This tool had two parts:

2.1 Rich Menu Web Access: Provided self-learning materials including CAI lessons, a corrected age calculator, video clips by age and developmental domain, and child development screening tools.

2.2 Follow-up Chat: Used for reminders, supportive check-ins, and problem-solving communication between the researcher and the mothers (in Figure 2).

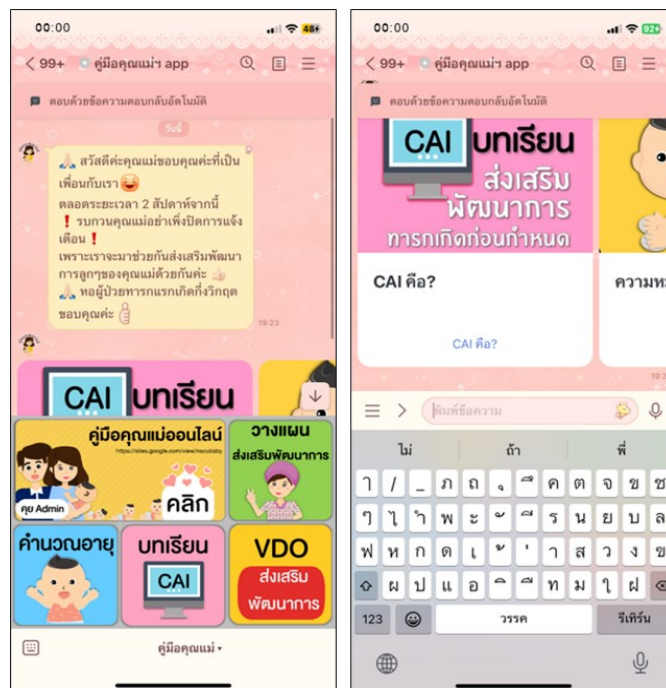


Figure 2: Screenshot of the online mother's guide via LINE application

3. Mother's Experience Practice Worksheet:

Used alongside the CAI, this worksheet presented sample caregiving scenarios and guided mothers through a three-part experiential learning cycle: reflective analysis, planning for developmental promotion, and recording caregiving practices.

Instrument for data collection: The Maternal Knowledge and Behavior Assessment Questionnaires on Promoting Preterm Infant Development was developed by the researchers based on the DAIM guidelines. The questionnaire was produced in a form of Google Form consisting of three parts as follows:

1) Demographic information of mothers and newborns - containing items asking about gender, age, status, educational level, gestational age, and Apgar score.

2) Maternal knowledge of promoting preterm infant development - containing 20 items covering the knowledge across two age groups: 0-2 months and 3-6 months. Five developmental domains were assessed for each age category: gross motor skills, fine motor and cognitive abilities, receptive language capabilities, expressive language proficiencies, and personal and social development indicators. Respondents provided binary responses to each item (yes or no), with cumulative knowledge scores ranging from 0-20 points. The higher scores, the better knowledge of promoting preterm infant development.

3) Maternal behaviors of promoting preterm infant development - containing 15 items covering the promoting behaviors of five developmental domains across two age groups: 0-2 months and 3-6 months. Each domain contained three items that assess frequency of behaviors on a three-rating scale ranging from 0 (never) to 2 (always). Total scores range from 0-30 points; the higher scores, the better developmental promoting behaviors.

All parts of the questionnaire rigorously reviewed for content validity by five qualified

experts, including a specialist nurse from the child development unit, two nursing instructors specializing in pediatric nursing, one neonatologist, and one developmental and behavioral pediatrician. The item-level content validity index (I-CVI) ranged from 0.93 to 1.00, and the scale-level CVI (S-CVI) averaged 0.95 for the knowledge questionnaire and 0.93 for the behavior questionnaire. To support internal consistency, a pilot test was conducted with 20 mothers who had similar characteristics to the target sample. The reliability coefficients obtained were 0.71 for the knowledge questionnaire (Kuder-Richardson 20) and 0.83 for the behavior questionnaire (Cronbach's alpha), indicating acceptable to good internal consistency.

Ethical considerations

This study was approved by the Human Research Ethics Committee of the Faculty of Nursing, Mahidol University (COA No. IRB-NS2021/625.0908), and the Research Ethics Committee of the Faculty of Medicine, Vajira Hospital, Navamindradhiraj University (COA No. 018/2565). The study was conducted in accordance with the principles outlined in the Declaration of Helsinki and the institutional ethical guidelines. Participation was voluntary, and informed consent was obtained from all participants prior to data collection.

The Experiential Learning Program and Its Implementation

The researcher collected data from the control group first, followed by the experimental group.

Control group

At least one week before the infants were prepared for discharge, the mothers self-administered the Google Form as a pretest. On the day of discharge, the mothers in the control group received routine discharge care, which included the DAIM booklet distributed by the hospital in accordance with national guidelines for developmental surveillance in at-risk infants. However, they did not receive any structured developmental education, such as personalized instruction, guided practice, or follow-up communication. Afterward, the researcher scheduled a follow-up appointment with the mothers 2 weeks post discharge to administer the same questionnaire as a posttest.

Experimental group

Session 1: Three days before infant discharge

(1) Creating New Experiences: The mothers engaged in learning through computer-assisted instruction (CAI), which includes the concept of development and potential issues in preterm infants. It also guides the utilization of the DAIM to determine the infant's age, explains assessment procedures, and offers strategies that promote

development in preterm infants up to 6 months old. This activity also highlights criteria for developmental milestones across different age ranges.

(2) Studying and Reflecting on the Situation:

The mothers observed and responded to questions regarding scenarios depicting preterm infants' development presented via CAI. Moreover, they discussed with the researchers the developmental aspects they have observed. Practical activities highlighted during the training included infant-directed speech, physical interaction, and facial engagement, all aligned with developmental goals outlined in the DAIM manual.

(3) Planning to Promote: The mothers formulated plans to promote preterm infants' development based on provided scenarios. They also documented their strategies using worksheets and presented their plans for promoting development to the researchers.

(4) Promoting Preterm Infants' Development:

The mothers actively promoted preterm infants' development within the provided scenarios. After training, the mothers evaluated their performance and were provided the opportunity to seek clarification on strategies for promoting development. Subsequently, they were encouraged to practice these strategies and assess their child's development during future visits.

Session 2: Day of discharge

The participants were advised to use the online mother's guide for self-assessment at home and track visits over a 2-week period. Afterward, they shared notes on their infant's developmental assessments and developed their own plans to promote development themselves, which were then submitted to the researchers via LINE. The mothers then received individual feedback on their plans for promoting development through LINE as well. Feedback was sent on LINE for visits on the 3rd and 10th days after the infant's discharge from the hospital, during the time slots of 10:00-11:00 a.m. or 3:00-4:00 p.m. The experimental group was given the option to request a rescheduling of the contact time at any convenient period within the specified time slots.

Sessions 3-4: Postdischarge follow-up

These sessions were conducted through messages on LINE on the 3rd and 10th days after discharge to address any issues or obstacles in promoting development, discuss solutions to problems that have emerged, and encourage mothers to engage in continuous practices.

Data analysis

Data were analyzed using IBM SPSS version 28. Descriptive statistics were used to describe general information of mothers and preterm infants.

To compare differences in sociodemographic data between the study groups, chi-square test, Fisher's exact test, the Freeman-Halton test, independent t-test, and the Mann-Whitney U test were used. Comparisons of average knowledge and behavior scores regarding the promotion of preterm infant development were performed using an independent t-test and paired t-test. Assumptions for statistical use were checked and acceptable.

Findings

Participant characteristics

Before the experiment, both groups showed comparable baseline characteristics. The maternal age ranged from 18 to 42 years, with the majority falling within the 31-40 bracket. Moreover, a majority of the mothers in both groups held bachelor's degrees, were employed, and enlisted additional caregivers for their children. The majority of preterm infants in both groups did not present with diagnosed comorbidities and were delivered via cesarean section.

The gestational age of the experimental group was 32.55 ± 2.82 weeks on average, while that of the control group was 32.6 ± 2.39 weeks on average. Similarly, the average birth weights were $1,884.05 \pm 492.15$ grams for the experimental group and $1,706.7 \pm 396.77$ grams for the control group. In both groups, the majority showed Apgar scores of 7 or higher.

Postnatal age at discharge exceeded 37 weeks for 50% of the experimental group and 65% of the control group. The average hospital stay took 35.25 ± 33.69 days for the experimental group and

33.65 ± 20.34 days for the control group. As indicated in Table 1, no statistically significant differences were observed in demographic characteristics between the two groups of mothers and preterm infants.

Table 1: Comparisons of characteristics of mothers and preterm infants between the control and the experimental groups (N = 40)

Participant Characteristics	Experiment (n = 20)		Control (n = 20)		Statistics	p
	n	%	n	%		
Pregnancy complications					-	.237 ¹
Gestational hypertension	2	10	7	35		
Gestational diabetes	4	20	3	15		
None	14	70	10	50		
First child					0.902	.342 ²
Yes	8	40	12	60		
No	12	60	8	40		
Education level					-	.160 ¹
Primary school	3	15	-	-		
Secondary school	7	35	5	25		
Bachelor's degree	8	40	14	70		
Master's degree or higher	2	10	1	5		
Marital status					-	1.000 ³
Married	19	95	20	100		
Divorced	1	5	-	-		
Have supporter at home					2.506	.113 ²
Yes	13	65	12	60		
None	7	35	8	40		
Age of mothers (years)					0.147-	.884 ⁴
18-20	1	5	-	-		
	7	35	8	40		

Table 1: (cont.)

Participant Characteristics	Experiment (n = 20)		Control (n = 20)		Statistics	p
	n	%	n	%		
31-40	9	45	12	60		
> 40	3	15	-	-		
in; Max	18; 42		21; 40			
$\bar{X} \pm SD$	31.6 $\pm$ 6.42		31.3 $\pm$ 6.5			
Birth body weight (grams)					1.255	.217 ⁴
< 1000	1	5	-	-		
1000-1500	4	20	9	45		
1501-2000	5	25	5	25		
2001-2499	10	50	6	30		
Min - Max	965 - 2,486		1,180 - 2,475			
$\bar{X} \pm SD$	1,884.05 $\pm$ 492.15		1,706.7 $\pm$ 396.77		1.255	.217 ⁴
Gestation week					0.096	.923 ⁵
< 32	6	30	8	40		
32-34	9	45	7	35		
35-36	5	25	5	25		
Min - Max	26 - 36		29 - 36			
$\bar{X} \pm SD$	32.55 $\pm$ 2.82		32.6 $\pm$ 2.39			
Apgar score at 1 minute					-	.705 ¹
≥ 7	15	75	16	80		
< 7	5	25	4	20		
Apgar score at 5 minutes					-	.311 ¹
≥ 7	19	95	20	100		
< 7	1	5	-	-		
Delivery					0.107	.744 ²
Normal labour	8	40	7	35		
Caesarean section	12	60	13	65		

Table 1: (cont.)

Participant Characteristics	Experiment (n = 20)		Control (n = 20)		Statistics	p
	n	%	n	%		
Comorbidities of preterm infants					-	.407 ¹
NEC	-	-	3	15		
BPD	2	10	1	5		
No comorbidities	18	90	16	80		
Post-conception age at discharge (weeks)					0.559	.580 ⁴
< 37	10	50	7	35		
≥ 37	10	50	13	65		
Min - Max	34 - 44		34 - 40			
$\bar{X} \pm SD$	37.65 ± 2.76		37.25 ± 1.62			
Length of stay (days)					0.582	.561 ⁵
Min - Max	3 - 124		9 - 71			
$\bar{X} \pm SD$	35.25 ± 33.69		33.65 ± 20.34			

¹ = Freeman-Holtan test, ² = Chi-square test (χ^2), ³ = Fisher's exact test, ⁴ = Independent t-test, ⁵ = Mann-Whitney

Effectiveness of the experiential learning program

As shown in Table 2, the experimental group's mean scores of maternal knowledge of promoting preterm infant development were significantly higher than those of the control group after the program ($t = 2.43$, $p < .05$). In addition, for the experimental group, the scores of maternal knowledge in promoting preterm infant development after

receiving the program was higher compared to those before receiving the program ($t = 9.50$, $p < .001$).

Additionally, as indicated in Table 3, the experimental group's mean scores for the Maternal Behavior Assessment Questionnaire on Promoting Preterm Infant Development were significantly higher than those in the control group after the intervention program ($p < .001$).

Table 2: Within-group and between-group comparison of mean knowledge scores of mothers for promoting development of preterm infant before and after intervention (N = 40)

Group	Experimental Group $\bar{X} \pm SD$	Control Group $\bar{X} \pm SD$	Statistic	p
Before intervention	12.45 $\pm$ 2.12	12.30 $\pm$ 1.69	0.25 ¹	.806
After intervention	18.10 $\pm$ 1.29	17.00 $\pm$ 1.56	2.43 ¹	< .050
Difference score	5.65 $\pm$ 0.57	4.70 $\pm$ 0.56	-	.502 ²
Statistic	9.50 ³	8.43 ³		
p	< .001	< .001		

¹ independent t-test; ² Mann-Whitney U test; ³ paired t-test

As shown in Table 3, the experimental group's mean scores of maternal behaviors of promoting preterm infant development were significantly higher than those of the control group after the program ($t = -6.23$, $p < .001$). In addition,

for the experimental group, the scores of maternal behaviors in promoting preterm infant development after receiving the program was higher compared to those before receiving the program ($t = 9.02$, $p < .001$).

Table 3: Within-group and between-group comparison of mean behaviour scores of mothers on promoting preterm infant development before and after intervention

Group	Experimental Group $\bar{X} \pm SD$	Control Group $\bar{X} \pm SD$	Statistic	p
Before intervention	18.40 $\pm$ 2.82	19.50 $\pm$ 3.10	1.17 ¹	.248
After intervention	24.50 $\pm$ 2.89	20.05 $\pm$ 1.36	-6.23 ¹	< .001
Difference score	6.10 $\pm$ 0.68	0.55 $\pm$ 0.68	-5.78 ¹	< .001
Statistic	9.02 ²	0.81 ²		
p	< .001	.430		

¹ independent t-test; ² paired t-test

Discussion

This study examines the outcomes of a program that aimed to bolster preterm infant development

during the critical predischage period. Maternal knowledge about promoting preterm infant development at home after two weeks did not

significantly differ between the two groups whereas the experimental group showed distinct behavioral scores. This highlights the efficacy of the program, which is rooted in Kolb's experiential learning theory.¹⁹ Through a multifaceted approach that included CAI, an online mother's guide, and hands-on exercises, the program aimed to cater to diverse learning styles and empower mothers to effectively nurture the development of their premature infants.

In phase 1 of the study, termed Concrete Experience, the mothers participated in experiential learning activities facilitated through CAI three days before their preterm infants were discharged from the hospital. This educational approach used visually rich materials to effectively explore the complexities of preterm infant development and promoted active participation and self-directed learning. Through the use of multimedia tools tailored for preterm infant care, this strategy not only kept mothers interested but also led to positive health outcomes for the infants.^{11,23-24} Furthermore, studies have highlighted the significant impact of multimedia interventions on the improvement of maternal knowledge, especially regarding infant care practices.²⁵ These findings underscore that multimedia resources are crucial in promoting maternal engagement and supporting the transition

toward subsequent phases of the experiential learning cycle, such as observation and reflection, ultimately fostering preterm infants' optimal developmental outcomes.

In phase 2, the mothers engaged in the analysis and reflection of preterm infant development using scenario-based approaches and CAI. This pedagogical approach was consistent with findings focusing on the significant impact of maternal education on caring for preterm infants, with the experimental group displaying heightened knowledge, skill, and competence levels compared with the control group.¹²

In phase 3, the mothers transitioned into an abstract experiential stage involving the formulation of plans for promoting preterm infant development based on scenario analyses. While the majority were proficient in devising appropriate plans for promoting development, some encountered initial challenges. Tailored support from researchers was aligned with findings emphasizing the efficacy of empowering mothers to make autonomous decisions and plan for their infants' care.¹⁴

In phase 4, the mothers implemented their plans before and after discharge, with researchers providing follow-up and support through LINE. Challenges emerged particularly among infants discharged before 37 weeks of gestation,

which prompted researchers to offer tailored recommendations and ongoing support. These findings were consistent with those that highlight the positive impact of continuous support on preterm infants' growth and development.^{2,5}

A program for promoting development, including home health visits, enhances the maternal ability to facilitate infant development. Mothers who received this support showed a better promotion of social-emotional and cognitive development compared with those in the control at five months. Moreover, this ongoing support improves infants' developmental outcomes, as evidenced by recent studies.^{24,26}

Therefore, the implementation of different experiential learning approaches has helped mothers significantly increase their average scores for both knowledge and behaviors in promoting preterm infant development before discharge, with statistical significance. However, with regard to knowledge about promoting preterm infant development, the difference in average scores before and after program implementation showed no statistically significant differences (difference score) ($\bar{X} = 5.65$, $SD = .57$, $p = .502$). Studies suggest that maternal anxiety following preterm infant discharge often leads to increased efforts to learn about infant care.^{10,27} In this study, the mothers in

the control group may have received additional information from other sources or from the DAIM distributed on-line, potentially accounting for their increased knowledge.

An examination of the details of mothers' knowledge and behaviors showed no significant differences in pre-experiment practices between groups, including such activities as eye contact and conversing with their infants, with approximately 20% reporting occasional engagement. However, after the intervention, a noteworthy improvement was observed in the mothers' daily engagement in these activities, reaching 100% in the experimental group and 85% in the control group. This places emphasis on the significance of structured parent training programs in enhancing preterm infants' development. Moreover, the findings underscored that the implementation of an empowerment training program amplifies mothers' involvement in the care of their premature infants.²⁸ Early intervention strategies, complemented by the provision of written information such as the booklet used in this study, showed efficacy in augmenting mothers' engagement in their infant's care.

Moreover, the notable increase in maternal behavior scores in the experimental group reflects clinically meaningful changes. These improvements translated into more frequent engagement in key

developmental activities, such as eye contact, responsive communication, and physical interaction. Such behaviors are strongly associated with enhanced cognitive, motor, and emotional development in preterm infants, particularly during the early post-discharge period. Therefore, the program's impact extended beyond statistical outcomes to include practical benefits for early caregiving quality.

To analyze inappropriate behaviors, both groups demonstrated similar practices such as allowing their infants to lie on their backs for long periods. Within the control group, 45% of the mothers engaged in this behavior daily as opposed to 30% in the experimental group. This pattern may be associated with the period of the infants' hospitalization, during which mothers were likely to not arrange sleeping positions themselves. However, after discharge, the mothers in the control group minimized their practice of letting their child lie on their back every day by 20%. Conversely, none of the mothers in the experimental group allowed their infants to lie on their backs continuously. Discouraging prolonged supine positioning in infants has been beneficial for the development of their major muscle groups. This practice aligns with World Health Organization

recommendations, which advocate placing infants in a prone position for at least 30 minutes daily to promote muscle and neural development.²⁹

In conclusion, this study provides a comprehensive approach rooted in Kolb's experiential learning theory, improving mothers' knowledge levels and behaviors. Nurses can use these insights to empower mothers with the knowledge and behaviors essential for nurturing preterm infant development, heralding a paradigm shift in infant care practices.

Limitations

This study has several limitations. First, the follow-up period was limited to only two weeks, which may not have been sufficient to demonstrate clear and sustained behavioral changes. As a result, the long-term impact of the intervention on preterm infant development remains unknown. Second, participants were recruited via convenience sampling, which may introduce selection bias and affect the generalizability of the findings. Third, the assessment of maternal behaviors in this study relied on self-reported questionnaires, which are subject to response bias. Lastly, the study did not directly assess infant developmental outcomes, which limits the ability to draw definitive clinical conclusions regarding the program's impact.

Conclusion and Recommendations

The findings underscored the significant effects of integrating an experiential learning program with smartphone applications on enhancing mothers' knowledge and behaviors in promoting preterm infant development, surpassing the effectiveness of traditional educational methods. With Kolb's experiential learning framework as an anchor, this approach allows participants to progress through learning stages tailored to individual aptitudes, which empowers them to apply personal experiences and cultivate contextually relevant practices. By incorporating contemporary technology, notably smartphone applications complemented by streamlined CAI in mobile formats, this study facilitates convenient, self-directed learning opportunities for mothers in the comfort of their homes.

These findings have significant implications for the creation of discharge strategies that promote developmental outcomes for other high-risk infant populations. Nonetheless, one must recognize the need for adjustments tailored to each healthcare facility's contextual nuances before implementation. These changes ensure that intervention strategies are optimally aligned with the target population's unique needs and circumstances, thus maximizing the potential for successful outcomes.

References

1. Song IG. Neurodevelopmental outcomes of preterm infants. *Clin Exp Pediatr*. 2023;66(7):281-7. doi: 10.3345/cep.2022.00822.
2. Morniroli D, Tiraferri V, Maiocco G, De Rose DU, Cresi F, Coscia A, et al. Beyond survival: the lasting effects of premature birth. *Front Pediatr*. 2023;11:1213243. doi: 10.3389/fped.2023.1213243.
3. Pettinger KJ, Copper C, Boyle E, Blower S, Hewitt C, Fraser L. Risk of developmental disorders in children born at 32 to 38 weeks' gestation: a meta-analysis. *Pediatrics*. 2023;152(6): e2023061878. doi: 10.1542/peds.2023-061878.
4. Lammertink F, Vinkers CH, Tataranno ML, Benders M. Premature birth and developmental programming: mechanisms of resilience and vulnerability. *Front Psychiatry*. 2021;11:531571. doi: 10.3389/fpsyt.2020.531571.
5. El-Metwally DE, Medina AE. The potential effects of NICU environment and multisensory stimulation in prematurity. *Pediatr Res*. 2020;88(2):161-2. doi: 10.1038/s41390-019-0738-4.
6. Leong M, Karr CJ, Shah SI, Brumberg HL. Before the first breath: why ambient air pollution and climate change should matter to neonatal-perinatal providers. *J Perinatol*. 2023;43(8):1059-66. doi: 10.1038/s41372-022-01479-2.
7. Allotey J, Zamora J, Cheong-See F, Kalidindi M, Arroyo-Manzano D, Asztalos E, et al. Cognitive,

- motor, behavioural and academic performances of children born preterm: a meta-analysis and systematic review involving 64,061 children. *BJOG*. 2018;125(1):16-25. doi: 10.1111/1471-0528.14832.
8. Rodrigues JCL, Gasparido CM, Linhares MBM. Development of neonatal high-risk preterm infants in comparison to full-term counterparts. *Appl Neuropsychol Child*. 2022;11(4):840-9. doi: 10.1080/21622965.2021.1988601.
 9. Bonacquisti A, Geller PA, Patterson CA. Maternal depression, anxiety, stress, and maternal-infant attachment in the neonatal intensive care unit. *J Reprod Infant Psychol*. 2020;38(3):297-310. doi: 10.1080/02646838.2019.1695041.
 10. Girabent-Farrés M, Jimenez-González A, Romero-Galisteo RP, Amor-Barbosa M, Bagur-Calafat C. Effects of early intervention on parenting stress after preterm birth: a meta-analysis. *Child Care Health Dev*. 2021;47(3):400-10. doi: 10.1111/cch.12853.
 11. Khoshnood Z, Nematollahi M, Monemi E. The effect of a virtual educational and supportive intervention on the mothers' resilience with preterm infants: a quasi-experimental study. *Middle East J Rehabil Health Stud*. 2023;10(1):e129812. doi: 10.5812/mejrh-129812.
 12. Li S, Liu S, Zhang X, Ren X, Chen Y. Effectiveness of the PRECEDE-PROCEED model for improving the care knowledge, skill, and sense of competence in mothers of preterm infants. *J Int Med Res*. 2022;50(7):3000605221110699. doi: 10.1177/03000605221110699
 13. Sohrabi M, Azizzadeh forouzi M, Mehdipour-Rabori R, Bagherian B, Nematollahi M. The effect of a training program on maternal role adaptation and self-esteem of mothers with preterm infants: a quasi-experimental study. *BMC Women's Health*. 2021;21(1):296. doi: 10.1186/s12905-021-01440-z.
 14. Benzie K, Aziz K, Shah V, Faris P, Isaranuwatthai W, Scotland J, et al. Effectiveness of Alberta family integrated care on infant length of stay in level ii neonatal intensive care units: a cluster randomized controlled trial. *BMC Pediatr*. 2020;20(1):535. doi: 10.1186/s12887-020-02438-6.
 15. Orton J, Doyle LW, Tripathi T, Boyd R, Anderson PJ, Spittle A. Early developmental intervention programmes provided post hospital discharge to prevent motor and cognitive impairment in preterm infants. *Cochrane Database Syst Rev*. 2024;2(2):CD005495. doi: 10.1002/14651858. CD005495.pub5.
 16. Griffith T, Singh A, Naber M, Hummel P, Bartholomew C, Amin S, et al. Scoping review of interventions to support families with preterm infants post-NICU discharge. *J Pediatr Nurs*. 2022;67:e135-49. doi: 10.1016/j.pedn.2022.08.014.
 17. Fueangfu A. Child developmental surveillance and screening. In: Sutcharitphong S, Rungpraiwan R, Hansakunachai T, Benjasuwantep B, Fueangfu A, Chutaphisit J, et al., editors. *Textbook of child development and behaviour, Volume 4*. Bangkok: P. A. Living; 2018. p.147-75. (in Thai).

18. Ministry of Public Health. Developmental Assessment for Intervention Manual (DAIM). Bangkok: War Veterans Organization Officer of Printing Mill; 2019. 76 p. (in Thai).
19. Kolb DA. Experiential learning: experience as the source of learning and development. Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall; 1984. 256 p.
20. Kolb DA. Experiential learning: experience as the source of learning and development. 2nd ed. New Jersey: FT Press; 2014. 416 p.
21. Kasemsiri J, Teerarungsikul N, Sananreangsak S. Effects of the developmental promoting program on mothers' behavior to promote development of premature infants. Kuakarun Journal of Nursing. 2019;26(2):52-65. (in Thai).
22. Cohen J. Statistical power analysis for the behavioral sciences. 2nd ed. Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates; 1988. 567 p.
23. Namprom N, Picheansathian W, Jintrawet U, Chotibang J. The effect of maternal participation in preterm's care and improved short-term growth and neurodevelopment outcomes. J Neonatal Nurs. 2018;24(4):196-202. doi: 10.1016/j.jnn.2018.03.003.
24. Shorey S, Chong YS, Shi L, Chua JS, Mathews J, Lim SH, et al. Evaluating the effects of the supportive parenting app on infant developmental outcomes: longitudinal study. JMIR mHealth and uHealth. 2023;11(1):e43885. doi: 10.2196/43885
25. Sugiarti S, Rustina Y, Efendi D. Increasing the knowledge and confidence of mothers in caring for low birth weight babies through education from the maternal and child health handbook. Jurnal Keperawatan Soedirman. 2020;15(2):11-23. doi: 10.20884/1.jks.2020.15.2.1160.
26. McCarty DB, Letzkus L, Attridge E, Dusing SC. Efficacy of therapist supported interventions from the neonatal intensive care unit to home: a meta-review of systematic reviews. Clin Perinatol. 2023;50(1):157-78. doi: 10.1016/j.clp.2022.10.004.
27. Öztürk Şahin Ö, Dinç S, Taşdelen Y, Aközlü Z. Concerns of mothers whose babies are transferred from NICU to adaptation room about post-discharge newborn care: a qualitative study. J Neonatal Nurs. 2024;30(3):221-6. doi: 10.1016/j.jnn.2023.09.003.
28. Sajadi H, Akhoundzadeh G, Hojjati H. The effect of empowerment program on participation of mothers with premature infants hospitalized in neonatal intensive care unit of Sayyed Shirazi Hospital in Gorgan, in 2018. Indian J Forensic Med Toxicol. 2020;14(2):1269-76. doi: 10.37506/ijfmt.v14i2.3082.
29. World Health Organization. Guidelines on physical activity, sedentary behaviour and sleep for children under 5 years of age [Internet]. Geneva: WHO; 2019 [cited 2022 Mar 15]. Available from: <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/311664/9789241550536-eng.pdf?sequence=1>.

Author Guidelines

Guidelines for Authors (English Manuscript)

1. Manuscripts are reviewed with understanding that they have not been published or under consideration by other journals. The primary data used in the study analysis should have not exceeded 5 years since the completion of the data collection.
2. Authors should prepare articles that conform to the following format and style:

2.1 **Typing:** The manuscript in English should be formatted double-spaced with one inch margins for A4 paper. Preferred font is 12-point Times New Roman. All pages should be numbered consecutively in the top right-hand corner, beginning with the title page.

2.2 **Length:** Original research should not exceed 7,000 words (double-spaced) for the main text including tables and references. Academic article, systematic review article, and integrative review article should not exceed 8,000 words (double-spaced) for the main text including tables and references.

2.3 **Composition:** The manuscript should be presented in the following order: title page, abstract and keywords, text, acknowledgements, references, appendices.

1) *Title page* - The title page should contain the title of the paper (that should be short, informative, and contain the major keywords), the full names of the authors with present positions/titles and the addresses of the institutions, the email address and telephone number of the corresponding author, and source of research grant. In case of thesis and dissertation, the title of the program and field of the study as well as the institute must be informed.

2) *Abstract* - Abstract should not exceed 350 words and should be divided into the following sections: (a) purpose (b) design, (c) methods, (d) main findings, (e) conclusion and recommendations, (f) keywords. A maximum of 5 keywords is allowed and terms from the Medical Subject Headings (MeSH) should be used, if at all possible. A use of abbreviations in abstracts should be avoided.

3) *Text* - Text should contain clear, succinct, and logical organization and flow of content.

Original research should contain the following topics:

Background and Significance

Objectives

Research Question and/or Research Hypothesis

Methodology

Findings

Discussion

Conclusion and Recommendations

For systematic review and integrative review articles, the topics in the body of review should follow the steps of such review.

2.4 **References:** References in Vancouver style are required. Sample references can be viewed at <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK7256/> References should not exceed 30 citations for original research and 40 for review paper. Authors must identify if any reference is in Thai by adding '(in Thai).' at the end of that reference. In the text, a superscript number without bracket is used for citation.

2.5 **Tables and figures:** All illustrations, figures, and tables are placed within the text at the appropriate points, rather than at the end.

2.6 **Permission:** It is the responsibility of the authors to obtain permission and pay for any expenses incurred for the use of instruments, tables, figures, and others in their studies and manuscripts. Written permission from the copyright holder must be submitted with the manuscript as supplementary files. The original source must be referenced in the references of the manuscript or in the legend of a figure or table.

3. An explicit statement identifying the review and ethics committee approval for the research study must be included. The Editor reserves the right to reject papers if there is doubt as to whether appropriate procedures have been used.
4. Submission should be sent by online process at <https://tcj-thaijo.org/index.php/ns> or e-mail: nsjt@mahidol.ac.th All required document including IRB approval certificate, letter of permission for use of requested instruments, and letter of permission for data collection (if any) should be scanned and submitted.

Submission and Publication Fees

- ♦ **Submission fee** for an English manuscript is 3,000 Thai baht (90 USD); and the payment must be made after obtaining the confirmation from the journal that the manuscript is accepted for the review process.

Note: *This fee is non-refundable, even if the manuscript is not accepted for publication*

- ♦ **Publication fee** for the accepted manuscript is 1,500 Thai baht (45 USD); and the payment must be made after obtaining the acceptance for publication from the journal.

Copyright Notice: Nursing Science Journal of Thailand has exclusive rights to publish and distribute the manuscript and all contents therein. Without the journal's permission, the dissemination of the manuscript in another journal or online, and the reproduction of the manuscript for non-educational purpose are prohibited.

Attribution-NonCommercial-NoDerivatives 4.0 International



Disclaimer: The opinion expressed and figures provided in this journal, *Nursing Science Journal of Thailand*, are the sole responsibility of the authors. The editorial board bears no responsibility in this regard.

คำแนะนำผู้แต่ง

คำแนะนำในการเตรียมต้นฉบับภาษาไทย

1. บทความต้นฉบับที่สามารถรับการตีพิมพ์ในวารสารพยาบาลศาสตร์จะต้องไม่เคยลงตีพิมพ์ หรือกำลังอยู่ในระหว่างการประเมินของวารสารใดมาก่อน และข้อมูลปฐมภูมิที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูลต้องมีระยะเวลาไม่เกิน 5 ปี นับตั้งแต่สิ้นสุดการเก็บข้อมูล

2. รูปแบบการเขียน

2.1 บทความต้นฉบับควรพิมพ์ด้วยอักษร TH SarabunPSK ขนาด 16 pt. ให้เว้นระยะขอบทุกด้านของหน้ากระดาษอย่างน้อยหนึ่งนิ้ว และให้ใส่เลขหน้าทุกหน้าที่หัวมุมบนขวาตั้งแต่หน้าแรกจนถึงหน้าสุดท้าย พร้อมทั้งจัดหน้าให้ชิดด้านซ้ายทั้งบทความ โดยไม่ต้องจัดให้ด้านหลังเท่ากัน

2.2 ความยาวของบทความต้นฉบับ ในส่วนของตัวเนื้อหาบทความวิจัยมีความยาวทั้งหมดไม่ควรเกิน 15 หน้า ของกระดาษขนาด A4 (รวมตารางและเอกสารอ้างอิง) ในส่วนของตัวเนื้อหาของบทความทบทวนวรรณกรรมมีความยาวไม่ควรเกิน 20 หน้า ของกระดาษ A4 (รวมตารางและเอกสารอ้างอิง)

2.3 องค์ประกอบของบทความต้นฉบับ ควรเรียงตามลำดับ ดังนี้

2.3.1 หน้าแรก คือ บทคัดย่อภาษาอังกฤษ

- บรรทัดแรกให้ระบุชื่อของบทความ (ซึ่งควรสั้น น่าสนใจ และมีคำสำคัญอยู่ในชื่อด้วย) หากมีแหล่งทุนวิจัย และ/หรือเป็นวิทยานิพนธ์ จะต้องใส่ * หลังชื่อบทความด้วย
- บรรทัดที่ 2 ระบุชื่อ-นามสกุลของผู้เขียน/นักวิจัยแต่ละคน ตามด้วย RN (ถ้ามี) และวุฒิการศึกษาสูงสุด (ไม่ใช่จุด) พร้อมใส่ตัวเลขกำกับ (ตัวยก) ที่ข้างท้ายของวุฒิการศึกษา
- บรรทัดถัดมาเป็นส่วนของบทคัดย่อและคำสำคัญ ซึ่งบทคัดย่อไม่ควรเกิน 350 คำ และไม่ควรใช้ตัวย่อ แต่ให้เขียนคำเต็ม โดยเขียนเรียงตามหัวข้อดังนี้ คือ Purpose, Design, Methods, Main findings, Conclusion and recommendations และ Keywords ซึ่งไม่ควรเกิน 5 คำ เรียงลำดับตามตัวอักษร (a-z) และควรเป็นคำที่ปรากฏในรายการ Medical Subject Headings (MeSH)
- ส่วนด้านล่างของหน้า ให้ระบุ Corresponding Author ตำแหน่งวิชาการ ชื่อ-นามสกุล ตามด้วยที่อยู่ของสถาบันที่สังกัดและอีเมล / บรรทัดต่อมาหากมีแหล่งทุนวิจัย และ/หรือ เป็นวิทยานิพนธ์ให้ระบุมาด้วย (ใส่ * แล้วตามด้วยข้อความ) และบรรทัดถัดมาให้ใส่หมายเลขกำกับเป็นตัวยก แล้วระบุที่อยู่ของสถาบันที่สังกัดของผู้เขียน/นักวิจัยทุกคน ให้ตรงกับชื่อของผู้เขียน/นักวิจัยในบรรทัดที่สองของหน้า

2.3.2 หน้าที่ 2 คือ **บทคัดย่อภาษาไทย** ให้มีรูปแบบเหมือนบทคัดย่อภาษาอังกฤษ โดยเขียนเรียงตามหัวข้อดังนี้ คือ วัตถุประสงค์ รูปแบบการวิจัย วิธีดำเนินการวิจัย ผลการวิจัย สรุปและข้อเสนอแนะ และคำสำคัญ เนื้อหาของบทคัดย่อภาษาไทยต้องสอดคล้องกับบทคัดย่อภาษาอังกฤษ และให้เรียงลำดับคำสำคัญ ตามที่ปรากฏในบทคัดย่อภาษาอังกฤษ

2.3.3 หน้าที่ 3 เป็นต้นไป เป็นส่วนของ **เนื้อหา** สำหรับ **"บทความวิจัย"** เรียงลำดับหัวข้อ ดังนี้

- ความสำคัญของปัญหา
- วัตถุประสงค์ของการวิจัย
- คำถามวิจัย และ/หรือ สมมุติฐานการวิจัย
- วิธีดำเนินการวิจัย (ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง, เครื่องมือการวิจัย, การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง, วิธีเก็บรวบรวมข้อมูล และการวิเคราะห์ข้อมูล)
- ผลการวิจัย
- การอภิปรายผล
- สรุปและข้อเสนอแนะ

สำหรับหัวข้อของเนื้อหาใน **"บทความทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ"** หรือ **"บทความทบทวนวรรณกรรมเชิงบูรณาการ"** ให้เป็นไปตามขั้นตอนของกระบวนการทบทวนวรรณกรรมประเภทนั้น ๆ



- 2.4 References การอ้างอิงใช้ระบบแนวคูเวอร์ ไม่ควรเกิน 30 รายการสำหรับบทความวิจัย และไม่ควรเกิน 40 รายการสำหรับบทความทบทวนวรรณกรรม และต้องเป็นภาษาอังกฤษทั้งหมด ถ้าต้นฉบับที่ใช้อ้างอิงเป็นภาษาไทย ให้ใส่คำว่า (in Thai). ต่อท้ายของรายการอ้างอิงนั้น ๆ และควรใช้เอกสารอ้างอิงที่สามารถสืบค้นได้ในฐานข้อมูลที่เป็นที่ยอมรับทางวิชาการ
- 2.5 ตาราง รูปภาพ แผนภูมิ ให้แทรกในเนื้อหาที่มีการกล่าวถึง และอยู่ในตำแหน่งที่เหมาะสม
- 2.6 เป็นความรับผิดชอบของผู้เขียนที่จะต้องได้รับอนุญาตจากเจ้าของลิขสิทธิ์และจ่ายค่าใช้จ่าย (ถ้ามี) ในการขอใช้เครื่องมือวิจัย ตาราง ภาพ และอื่น ๆ เพื่อประกอบการศึกษาและเขียนบทความต้นฉบับ หลักฐานการได้รับอนุญาตจากเจ้าของลิขสิทธิ์ ต้องส่งแนบมาพร้อมกับต้นฉบับที่ส่งวารสารฯ ด้วย แหล่งข้อมูลปฐมภูมิต้องระบุในรายการอ้างอิง หรือระบุใต้รูปภาพและตาราง ตามความเหมาะสม
3. การรับรองจริยธรรมการวิจัย ผู้เขียนต้องระบุชัดเจนในหมวดวิธีดำเนินการวิจัย หัวข้อการพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง ว่างานวิจัยที่ศึกษาได้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน ขอให้ระบุชื่อคณะกรรมการที่รับรองให้ถูกต้อง พร้อมทั้งหมายเลข COA ด้วย (บรรณาธิการขอสงวนสิทธิ์ในการปฏิเสธการส่งบทความต้นฉบับเพื่อรับการประเมินหรือตีพิมพ์เผยแพร่ ถ้าหากพบว่ากระบวนการศึกษามีประเด็นที่น่าสงสัย)
4. การส่งบทความต้นฉบับ สามารถกระทำโดยวิธี Online ในระบบ ThaiJO (<https://tci-thaijo.org/index.php/ns>) และ e-mail: nsjt@mahidol.ac.th พร้อมทั้งสแกนเอกสารส่งดังต่อไปนี้ คือ
- 1) หนังสือรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย
 - 2) หนังสืออนุญาตให้เก็บข้อมูล (ถ้ามี) และ
 - 3) หนังสืออนุญาตให้ใช้เครื่องมือวิจัยทุกชุด (ถ้ามี)

ประกาศเกี่ยวกับลิขสิทธิ์

ลิขสิทธิ์: วารสารพยาบาลศาสตร์เป็นเจ้าของลิขสิทธิ์ในการเผยแพร่ผลงานที่ตีพิมพ์ ห้ามผู้ใดนำบทความที่ได้รับการตีพิมพ์ในวารสารพยาบาลศาสตร์ไปเผยแพร่ในลักษณะต่าง ๆ ดังต่อไปนี้ การส่งบทความไปตีพิมพ์เผยแพร่ที่อื่น การนำบทความเผยแพร่ออนไลน์ การถ่ายเอกสารบทความเพื่อกิจกรรมที่ไม่ใช่การเรียนการสอน ยกเว้นเสียแต่ได้รับอนุญาตจากวารสารพยาบาลศาสตร์

Attribution-NonCommercial-NoDerivatives 4.0 International



Disclaimer: เนื้อหาบทความหรือข้อคิดเห็นใด ๆ ในวารสารพยาบาลศาสตร์ ถือเป็นความรับผิดชอบของผู้เขียน กองบรรณาธิการไม่จำเป็นต้องเห็นด้วยและไม่มีส่วนรับผิดชอบแต่อย่างใด

คำแนะนำในการเขียนเอกสารอ้างอิง

การเขียนเอกสารอ้างอิง ให้ใช้ระบบแวนคูเวอร์ ไม่ควรเกิน 30 รายการสำหรับบทความวิจัย และไม่ควรเกิน 40 รายการสำหรับบทความบททวนวรรณกรรม และต้องเป็นภาษาอังกฤษทั้งหมด ถ้าต้นฉบับที่ใช้อ้างอิงเป็นภาษาไทย ให้ใส่คำว่า (in Thai). ต่อท้ายของรายการอ้างอิงนั้นๆ และควรใช้เอกสารอ้างอิงที่สามารถสืบค้นได้ในฐานข้อมูลที่เป็นที่ยอมรับทางวิชาการ

1. การอ้างอิงในเนื้อหา (in-text citation)

การอ้างอิงในเนื้อหา ให้ใส่หมายเลขกำกับเป็นตัวอักษร ไม่ต้องใส่วงเล็บให้ตัวเลข และวางไว้ที่ข้างท้ายของชื่อเจ้าของผลงาน หรือข้อความที่เกี่ยวกับผลการศึกษานำมาใช้ / โดยตัวเลข หมายถึง ลำดับที่ของการเรียงเอกสารอ้างอิงไว้ข้างท้ายบทความ การเรียงหมายเลขให้เริ่มต้นด้วยเลข 1 ซึ่งให้ตรงกับหมายเลขของเอกสารอ้างอิงท้ายข้อความนั้น แล้วเรียงลำดับไปเรื่อย ๆ หากมีการอ้างอิงหรือคัดลอกข้อความนั้นซ้ำอีก ให้ใช้หมายเลขเดิม

2. การเขียนเอกสารอ้างอิง (references)

ขอให้ใช้การอ้างอิงระบบแวนคูเวอร์ (Vancouver style) โดยผู้เขียนสามารถศึกษารายละเอียดได้จาก <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK7256/> ตัวอย่างเช่น

หนังสือที่มีผู้แต่งน้อยกว่าหรือเท่ากับ 6 คน

Bandura A. Self-efficacy: the exercise of control. New York: W.H. Freeman and Company; 1997. 604 p.
Burns N, Grove SK. The practice of nursing research: conduct, critique, and utilization. 4th ed. St.Louis (MO): Saunders; 2005. 780 p.

หนังสือที่มีผู้แต่งมากกว่า 6 คน

Iverson C, Flanagan A, Fontanarosa PB, Christiansen S, Glass RM, Meyer HS, et al. American Medical Association manual of style. 9th ed. Baltimore (MD): Williams & Wilkins; 1998. 660 p.

บทหนึ่งในหนังสือ

Phillips SJ. Whisnant JP. Hypertension and stroke. In: Laragh BM, editor. Hypertension: pathophysiology, and management. 2nd ed. New York: Raven Press; 1995. p.465-78.

หน่วยงานเป็นผู้นิพนธ์

Royal Adelaide Hospital; University of Adelaide, Department of Clinical Nursing. Compendium of nursing research and practice development, 1999-2000. Adelaide (Australia): Adelaide University; 2001.

วารสาร

★ ตัวอย่างวารสารให้ใช้ตาม <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed> (ถ้าหากเป็นวารสารไทยให้ใช้ชื่อเต็ม)

★ วารสารที่มีตัวเลข digital object identifier หรือ doi ให้ระบุต่อท้ายของรายการอ้างอิงนั้น

Anderson LS. Predictors of parenting stress in a diverse sample of parents of early adolescents in high-risk communities. Nurs Res. 2008;57(5):340-50. doi: 10.1097/01.NNR.0000313502.92227.87.

Phetarvut S, Wathayu N, Suwonnaroop N. Factors predicting diabetes self-management behavior among patients with diabetes mellitus type 2. Journal of Nursing Science. 2011;28(1):18-26.(in Thai).

วารสารที่มีผู้เขียนมากกว่า 6 คน

Rose ME, Huerbin MB, Melick J, Marion DW, Palmer AM, Schiding JK, et al. Regulation of interstitial excitatory amino acid concentrations after cortical contusion injury. Brain Res. 2002;935(1-2):40-6. doi: 10.1016/s0006-8993(02)02445-9.

วารสารที่เป็นฉบับพิเศษ(supplement) และไม่มีเลขที่ของเล่มหรือฉบับ (no issue's number)

Sindhu S, Varitsakul R, Sriyuktasuth A. Factors associated with depression in elderly peritoneal dialysis patients. Journal of Nursing Science. 2011;29 Suppl 2:84-92. (in Thai).

วารสารที่เป็นฉบับพิเศษ (supplement) และมีเลขที่ของเล่มหรือฉบับ

Glauser TA. Integrating clinical trial data into clinical practice. Neurology. 2002;58(12 Suppl 7):S6-12. doi: 10.1212/wnl.58.12_suppl_7.s6.

ไม่มีชื่อผู้แต่ง

21st century heart solution may have a sting in the tail. BMJ. 2002;325(7357):184.

บทความจากหนังสือพิมพ์

Tynan T. Medical improvements lower homicide rate: study sees drop in assault rate. The Washington Post. 2002 Aug 12;Sect. A:2 (col. 4).

การนำเสนองานวิจัยหรือโปสเตอร์ในที่ประชุมวิชาการ(ซึ่งไม่สามารถติดตามว่าได้มีการนำไปตีพิมพ์เผยแพร่ที่ใดหรือไม่)

Antani S, Long LR, Thoma GR, Lee DJ. Anatomical shape representation in spines-ray images. Paper presented at: VIIP 2003. Proceedings of the 3rd IASTED International Conference on Visualization, Imaging and Image Processing; 2003 Sep 8-10; Benalmadena, Spain.

Chasman J, Kaplan RF. The effects of occupation on preserved cognitive functioning in dementia. Poster session presented at: Excellence in clinical practice. 4th Annual Conference of the American Academy of Clinical Neuropsychology; 2006 Jun 15-17; Philadelphia, PA.

วิทยานิพนธ์/คุชฎิพนธ์

Vipuro N. Factors predicting maternal self-efficacy in infant care [master's thesis]. Bangkok: Mahidol University; 2007. 214 p. (in Thai).

Prasopkittikun T. The determinants of competent parenting among Thai mothers in providing preterm infants' home environment [dissertation]. Ann Arbor (MI): University of Michigan; 2001. 176 p.

บทความเฉพาะเรื่องจากอินเทอร์เน็ต (Monograph on the Internet)

Foley KM, Gelband H, editors. Improving palliative care for cancer [Internet]. Washington: National Academy Press; 2001 [cited 2002 Jul 9]. Available from: <https://www.nap.edu/catalog/10149/improving-palliative-care-for-cancer>.

World Health Organization. Menopause [Internet]. Geneva: WHO; 2022 [cited 2024 Jan 15]. Available from: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/menopause>.

อัตราค่าธรรมเนียมวารสารพยาบาลศาสตร์ ประกอบด้วย

๑ ค่าธรรมเนียมการเสนอต้นฉบับภาษาไทย อัตรา 1,500 บาท/เรื่อง โดยจะต้องชำระเงินหลังจากได้รับการยืนยันจากวารสารพยาบาลศาสตร์ว่าต้นฉบับได้ถูกส่งให้ผู้ทรงคุณวุฒิแล้ว

* วารสารพยาบาลศาสตร์ขอสงวนสิทธิ์ไม่คืนค่าธรรมเนียมนี้ ถ้าบทความต้นฉบับของท่านไม่ได้รับการตอบรับให้ตีพิมพ์เผยแพร่ *

๑ ค่าธรรมเนียมในการดำเนินการเผยแพร่บทความ อัตรา 1,500 บาท/เรื่อง โดยจะต้องชำระเงินหลังจากได้รับการตอบรับจากวารสารพยาบาลศาสตร์ให้ตีพิมพ์เผยแพร่ได้

บทความวิจัย

- ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับสุขภาวะทางจิตใจในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า
- ปัจจัยทำนายภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่น: อิทธิพลของพฤติกรรมรังแก รูปแบบการเลี้ยงดู การสนับสนุนทางสังคม ความยืดหยุ่นทางจิตใจ และการมีสติ
- ผลของโปรแกรมการดูแลสุขภาพผ่านสื่อทางไกลต่อความวิตกกังวล และคุณภาพชีวิตทางสุขภาพของผู้ป่วยมะเร็งเต้านม
- ปัจจัยทำนายการเกิดกลุ่มอาการโศโคโมท็อฟในผู้สูงอายุ
- ปัจจัยที่มีผลต่อภาวะเหนื่อยล้าในผู้ป่วยภาวะโพสโควิด-19
- ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อวิธีการคลอดที่ต้องการของสตรีครรภ์แรก
- ผลของโปรแกรมการเรียนรู้จากประสบการณ์ ต่อความรู้และพฤติกรรมของมารดาในการส่งเสริมพัฒนาการทารกเกิดก่อนกำหนดหลังจำหน่ายจากโรงพยาบาล

NURSING
SCIENCE
JOURNAL OF
THAILAND

