



วารสาร พยาบาลสหประชาชาติไทย Thai Red Cross Nursing Journal

Volume 18 No. 2 May - August 2025 / ปีที่ 18 ฉบับที่ 2 พฤษภาคม - สิงหาคม 2568

ISSN: 3027-6489 (Online)

บรรณาธิการแถลง

บทความวิชาการ

- บทบาทพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่ดื้อต่อการรักษา
ซึ่งได้รับยาเคตามีนทางหลอดเลือด

จุฑามาศ อารัมย์

- Nurses in University Health Services and their Roles in Sexually Transmitted Infection Prevention, Care, and Education: A Literature Review

Rachanon Sakol
Kawee Pattarayukoltorn
Phat Prapawichar

บทความวิจัย

- การพัฒนาโปรแกรมการพยาบาลในการให้การปรึกษาแบบสร้างแรงจูงใจ
ต่อผลลัพธ์ทางคลินิกในผู้ป่วยวัยรุ่นที่มีสมาธิสั้น

อารีย์ ชูศักดิ์ ภัทราบุลย์ นาคสุสุข
เสาวลักษณ์ หมีนสุนทร

- ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ การรับรู้สมรรถนะแห่งตน
กับทักษะในการปฐมพยาบาลเด็กเบื้องต้นและการช่วยชีวิต
ขั้นพื้นฐานของครูผู้ดูแลเด็ก

ศศิธร คำมี วรณวิการ์ ใจกล้า
ปิยรรณิ เร่งเร็ว จัตรสุดา มากา
วิไลวรรณ กลิ่นถาวร นันทรัตน์ มาตยาบุญ

- ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความวิตกกังวลทางสังคมจากการใช้เครือข่าย
สังคมออนไลน์ของนักศึกษาพยาบาล

ไพรัตน์ ผ่องแผ้ว
ณัฐสุดา คติชอบ ปณวัตร สันประโคน

- ปัจจัยทำนายความรุนแรงของภาวะแทรกซ้อนภายหลังผ่าตัด
ในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก

อรญา ศรีนารอด รัตติมา ศิริโหราชัย
นภาพร วาณิชยกุล เชิดศักดิ์ ไธรมณีนรัตน์

- ปัจจัยทำนายสุขภาวะองค์รวมของผู้สูงอายุรอดชีวิตจากโควิด-19

พูนพร อ่อนคำสี วริศรา ปองทอง
พนิตนันท์ แซ่ลิ่ม กมลภู่ ถนอมสัตย์

วารสารพยาบาลสหราชอาณาจักร (Thai Red Cross Nursing Journal)

วัตถุประสงค์ (Aims)

1. เพื่อเป็นแหล่งเผยแพร่ผลงานวิจัยและผลงานทางวิชาการด้านการพยาบาลและวิทยาศาสตร์สุขภาพ การสาธารณสุข และนวัตกรรมด้านสุขภาพซึ่งเกี่ยวข้องกับการพยาบาล ให้กับนักศึกษา อาจารย์ นักวิชาการ และนักวิจัย
2. เพื่อเป็นแหล่งข้อมูล ความรู้ทางวิชาการด้านการพยาบาล การพยาบาลสาธารณสุข วิทยาศาสตร์สุขภาพ และนวัตกรรมด้านสุขภาพ ซึ่งสามารถนำไปปฏิบัติได้จริง สามารถชี้แนะและขับเคลื่อนการพัฒนาระบบสาธารณสุขในประเทศไทยได้
3. เพื่อเป็นการสร้างเสริมเครือข่ายความร่วมมือทางวิชาการระหว่างนักศึกษา อาจารย์ นักวิจัย นักวิชาการ และนักนวัตกรรมด้านการพยาบาลและวิทยาศาสตร์สุขภาพ

ขอบเขตสาขาวิชา (Scope of Published Fields' Study)

สาขาวิชาที่รับตีพิมพ์ ได้แก่ การพยาบาล การพยาบาลสาธารณสุข และวิทยาศาสตร์สุขภาพซึ่งเกี่ยวข้องกับการพยาบาล

ประเภทบทความที่รับตีพิมพ์ (Type of Article)

1. บทความวิจัย
2. บทความวิชาการ
3. บทความทั่วไป และปณิณกะ ที่เกี่ยวข้องกับการพยาบาลและวิทยาศาสตร์สุขภาพ

ที่ปรึกษากองบรรณาธิการ (Editorial Advisors)

ศาสตราจารย์เกียรติคุณ ดร.วิจิตร ศรีสุพรรณ	อดีตนายกสภาการพยาบาล
รองศาสตราจารย์ พลตรีหญิง ดร.สายสมร เกลือกิตติ	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ทัศนีย์ อรรถารส	วิทยาลัยพยาบาลและสุขภาพ มหาวิทยาลัยราชภัฏสวนสุนันทา
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.บุหงา ตโนภาส	สถาบันเทคโนโลยีพระจอมเกล้าเจ้าคุณทหารลาดกระบัง
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.กนกวรรณ สุวรรณปฏิกรณ์	อธิการบดีสถาบันการพยาบาลศรีสวรินทิรา สภากาชาดไทย
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ปานจันทร์ ฐาปนกุลศักดิ์	รองอธิการบดีสถาบันการพยาบาลศรีสวรินทิรา สภากาชาดไทย

บรรณาธิการ (Editor)

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.รุ่งระวี นาวิเจริญ	นักวิชาการอิสระ (อดีตอาจารย์คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย)
--	--

กองบรรณาธิการ (Editorial Board)

ศาสตราจารย์ ดร.นงเยาว์ เกษตรภิบาล	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
ศาสตราจารย์ ดร.จินตนา วัชรสินธุ์	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา
รองศาสตราจารย์ ดร.ปัญญารัตน์ ลาภวงศ์วัฒนา	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา
รองศาสตราจารย์ ดร.ศิริวรรณ แสงอินทร์	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา
รองศาสตราจารย์ ดร.จินตนา ตั้งวรพจน์ชัย	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น
รองศาสตราจารย์ ดร.สมสิริ รุ่งอมรรัตน์	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล
รองศาสตราจารย์ ดร.ประคิน สุฉงญา	นักวิชาการอิสระ (อดีตอาจารย์คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่)
รองศาสตราจารย์ ดร.ทิพาพร วงศ์หงษ์กุล	นักวิชาการอิสระ (อดีตอาจารย์คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่)
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.มยุรี นิรัตธราดร	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ณัฐพัชร์ บัวบุญ	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.รัชนี้ นามจันทร์
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.จุฬารณ ตั้งภักดี
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ลัทธนา กิจรุ่งโรจน์
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.อัจฉริยา ปทุมวัน
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สุตประนอม สมันตเวคิน
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ธัญลักษณ์ โอบบ่อม

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.วงจันทร์ เพชรพิเชฐเชียร

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ภัทรบูลย์ นาคสุสุข
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.นงลักษณ์ สุวิสิทธิ์

ดร.ชดช้อย วัฒนะ

รองศาสตราจารย์ ดร.จอนณะจง เพ็งจาด
รองศาสตราจารย์ ดร.ดวงใจ วัฒนสินธุ์
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.พรพิมล อาภาสสุกุล
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.เต็มดวง บุญเปี่ยมศักดิ์
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.รสสุคนธ์ วาริตสกุล
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ม.ล.สมจินดา ชมพูนุท
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.นารินทร์ บุญเนตร
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ปณิชา บุญสวัสดิ์
ผู้ช่วยศาสตราจารย์โรส ภักดีโต
อาจารย์ ดร.บัวหลั่น หินแก้ว
อาจารย์ ดร.สายไหม ตุ่มวิจิตร

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยรังสิต
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์
โรงเรียนพยาบาลรามาธิบดี คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล
วิทยาลัยพยาบาลและสุขภาพ มหาวิทยาลัยราชภัฏสวนสุนันทา
ศูนย์ความเป็นเลิศทางการแพทย์ ด้านโรคหลอดเลือดสมอง
แบบครบวงจรแห่งโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย
นักวิชาการอิสระ (อดีตอาจารย์คณะพยาบาลศาสตร์
มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์)
นักวิชาการอิสระ (อดีตอาจารย์คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล)
นักวิชาการอิสระ (Former CAO, Headquarter Office, World
Organization of Family Medicine)
นักวิชาการอิสระ (อดีตอาจารย์วิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี
คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก)
สถาบันการพยาบาลศรีสวรินทิรา สภากาชาดไทย
สถาบันการพยาบาลศรีสวรินทิรา สภากาชาดไทย
สถาบันการพยาบาลศรีสวรินทิรา สภากาชาดไทย
สถาบันการพยาบาลศรีสวรินทิรา สภากาชาดไทย
สถาบันการพยาบาลศรีสวรินทิรา สภากาชาดไทย
สถาบันการพยาบาลศรีสวรินทิรา สภากาชาดไทย
สถาบันการพยาบาลศรีสวรินทิรา สภากาชาดไทย
สถาบันการพยาบาลศรีสวรินทิรา สภากาชาดไทย
สถาบันการพยาบาลศรีสวรินทิรา สภากาชาดไทย
สถาบันการพยาบาลศรีสวรินทิรา สภากาชาดไทย

ฝ่ายบริหารจัดการ:

นางเมธิกา คำพรัด นางสาวปณิดา กิตตินวเสนีย์ นางกรรณิกา หวังพัฒน์

เจ้าของ:

สถาบันการพยาบาลศรีสวรินทิรา สภากาชาดไทย
1873 ถนนพระราม 4 ปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330 โทร. 0 2256 4093-9

กำหนดเผยแพร่ ปีละ 3 ฉบับ

ฉบับที่ 1 มกราคม-เมษายน ฉบับที่ 2 พฤษภาคม-สิงหาคม ฉบับที่ 3 กันยายน-ธันวาคม

เนื้อหาบทความหรือข้อคิดเห็นต่าง ๆ ในวารสารพยาบาลสภากาชาดไทยนี้ เป็นความคิดเห็นของผู้เขียนบทความนั้น
ไม่ใช่ความเห็นของกองบรรณาธิการ หรือ สถาบันการพยาบาลศรีสวรินทิรา สภากาชาดไทย

บทบรรณาธิการ

สวัสดีค่ะท่านผู้อ่านและผู้เขียนทุกท่าน วารสารพยาบาลสภาวิชาชีพไทย ดำเนินการมาถึง ปีที่ 18 ฉบับที่ 2/2568 แล้ว สำหรับในฉบับนี้ มีบทความและรายงานวิจัย ซึ่งน่าสนใจรวมทั้งสิ้น 7 เรื่อง ประกอบด้วย ภาษาอังกฤษ 1 เรื่อง และภาษาไทย 6 เรื่อง ซึ่งผู้อ่านสามารถติดตามได้จากสารบัญ และอ่านเนื้อหาได้ในเล่ม ทั้งนี้จำแนกเป็นดังนี้ คือ

1. สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช 2 เรื่อง ซึ่งเป็นบทความวิชาการ 1 เรื่อง และบทความวิจัย 1 เรื่อง
2. สาขาการพยาบาลเด็กและวัยรุ่น 3 เรื่อง
3. สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ 2 เรื่อง

สำหรับฉบับนี้ บรรณาธิการ พิจารณาให้บทความของท่านมีความถูกต้อง และสามารถนำขึ้นระบบเผยแพร่ได้อย่างรวดเร็ว แต่ยังคงพบปัญหานำไปสู่การนำวารสารขึ้นระบบการเผยแพร่ ดังนี้

1. การเตรียมบทความ ผู้แต่งหลายท่านไม่ได้ศึกษารูปแบบการตีพิมพ์ บางท่าน กำหนดหัวข้อ ซึ่งมาจากรูปแบบการตีพิมพ์จากวารสารอื่น และเมื่อนำส่งวารสารพยาบาลสภาวิชาชีพไทย คงลืมนำปรับแก้ เมื่อนำส่งแล้วขาดการติดตาม ทำให้เสียเวลาในการแก้ไข

2. การอ้างอิงในเนื้อหา และรายการท้ายบท เนื่องจากวารสารพยาบาลสภาวิชาชีพไทย กำหนดวิธีการอ้างอิงในรูปแบบแวนคูเวอร์ (Vancouver) ซึ่งเป็นระบบเลขเรียงตามลำดับ แต่ยังพบว่าผู้เขียนส่วนหนึ่ง ใช้รูปแบบ APA Style หรือระบบนามปี เมื่อบรรณาธิการตรวจพบว่าไม่เป็นไปตามที่กำหนด จึงจำเป็นต้องส่งคืน เพื่อให้ผู้เขียนแก้ไข

3. การใช้ภาษา มีผู้เขียนหลายรายใช้ภาษาพูดเป็นภาษาเขียน รูปประโยค เป็นรูปแบบการใช้วลีไม่เป็นประโยค ซึ่งประโยคที่สมบูรณ์ดี ควรมีลักษณะซึ่งประกอบด้วยประธาน กริยา และกรรม

4. มีการใช้ปัญญาประดิษฐ์ในการช่วยเขียน (Artificial Intelligence: AI)

หากท่านใดเตรียมบทความได้ถูกต้อง และไม่พบประเด็นปัญหาใด ๆ บรรณาธิการจะรีบมอบหมายผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน เพื่อประเมินบทความอย่างรวดเร็ว ดังนั้น ขอให้ผู้เขียนทุกท่านมีความตระหนัก และมีจริยธรรม ซื่อสัตย์ ในการเตรียมบทความด้วย จะดียิ่ง

สุดท้ายนี้ บรรณาธิการ หวังเป็นอย่างยิ่งว่า บทความต่าง ๆ ในฉบับนี้ คงเป็นประโยชน์แก่ผู้อ่านทุกท่าน

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.รุ่งระวี นาวีเจริญ
บรรณาธิการวารสารพยาบาลสภาวิชาชีพไทย

สารบัญ

หน้า

บรรณาธิการแถลง

บทความวิชาการ

- บทบาทพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่ต่อการรักษา
ซึ่งได้รับยาเคตามีนทางหลอดเลือด จุฬามาศ อาริรัมย์ 1
- Nurses in University Health Services and their Roles in
Sexually Transmitted Infection Prevention, Care, and
Education: A Literature Review Rachanon Sakol 17
Kawee Pattarayukoltorn
Phat Prapawichar

บทความวิจัย

- การพัฒนาโปรแกรมการพยาบาลในการให้การปรึกษาแบบสร้าง
แรงใจ ต่อผลลัพธ์ทางคลินิกในผู้ป่วยวัยรุ่นที่มีสมาธิสั้น อารีย์ ชูศักดิ์ ภัทรบูลย์ นาคสุสุข 33
เสาวลักษณ์ หมั่นสุนทร
- ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ การรับรู้สมรรถนะแห่งตน
กับทักษะในการปฐมพยาบาลเด็กเบื้องต้นและการช่วยชีวิต
ขั้นพื้นฐานของครูผู้ดูแลเด็ก ศศิธร คำมี วรณวิการ์ ใจกล้า 53
ปิยธรณ์ เร่งเร็ว ฉัตรสุตา มาทา
วิไลวรรณ กลิ่นถาวร นันทรัตน์ มาตยาบุญ
- ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความวิตกกังวลทางสังคม
จากการใช้เครือข่ายสังคมออนไลน์ของนักศึกษาพยาบาล ไพรัตน์ ผ่องแผ้ว 69
ณัฐสุดา คติชอบ ปณวัตร สันประโคน
- ปัจจัยทำนายความรุนแรงของภาวะแทรกซ้อนภายหลังผ่าตัด
ในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก อรญา ศรีนารอด รัตติมา ศิริโหราชัย 84
นภาพร วาณิชกุล เชิดศักดิ์ ไอรมนิรัตน์
- ปัจจัยทำนายสุขภาวะองค์รวมของผู้สูงอายุรอดชีวิตจากโควิด-19 พุทธพร อ่อนคำสี วริศรา ปองทอง 105
พนิตนันท์ แซ่ลิ้ม กมลฤ ฤนามสัตย์

บทบาทพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่ต่อการรักษา
ซึ่งได้รับยาเคตามีนทางหลอดเลือด

The Role of Nurses in Caring for Patients with Treatment-Resistant
Depression Receiving Intravenous Ketamine Therapy

จุฑามาศ อารีรัมย์*
Juthamas Areerom*

บทคัดย่อ

โรคซึมเศร้าที่ต่อการรักษาเป็นความท้าทายสำคัญในการพยาบาลผู้ป่วยจิตเวช เนื่องจากผู้ป่วยกลุ่มนี้มีการตอบสนองต่อการรักษาในรูปแบบเดิมซึ่งเคยรักษามาระยะหนึ่งที่ไม่เพียงพอ แม้จะได้รับยาโรคซึมเศร้าอย่างน้อย 2 ชนิด ตามแนวทางการรักษาทั้งในด้านขนาดยา ระยะเวลาที่ได้รับยา และผู้ป่วยให้ความร่วมมือในการใช้ยา แต่ยังคงมีอาการซึมเศร้ารุนแรงหรือความคิดอยากฆ่าตัวตาย จึงจำเป็นต้องมีการปรับเปลี่ยนวิธีการรักษา ซึ่งการรักษาด้วยยาเคตามีนทางหลอดเลือดดำเป็นทางเลือกใหม่ซึ่งกำลังได้รับความสนใจด้วยคุณสมบัติการออกฤทธิ์ได้รวดเร็วและมีประสิทธิภาพในการรักษาโรคซึมเศร้าได้ อย่างไรก็ตาม การรักษาด้วยยาเคตามีนดังกล่าวต้องอยู่ภายใต้การดูแลของจิตแพทย์และพยาบาลในหอผู้ป่วยอย่างใกล้ชิด เนื่องจากยาชนิดนี้จัดเป็นวัตถุออกฤทธิ์ต่อจิตและประสาทประเภทที่ 2 ซึ่งอาจถูกนำไปใช้ผิดวัตถุประสงค์เพื่อการเสพติด ดังนั้นพยาบาลมีบทบาทสำคัญในการดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่ต่อการรักษาด้วยยาเคตามีนทางหลอดเลือด บทความนี้มีวัตถุประสงค์ในการอธิบายความหมายผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่ต่อการรักษา แนวทางการรักษาโรคซึมเศร้าที่ต่อการรักษา การรักษาผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่ต่อการรักษาซึ่งได้รับยาเคตามีนทางหลอดเลือดดำ และบทบาทพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่ต่อการรักษาซึ่งได้รับยาเคตามีนทางหลอดเลือดดำ

คำสำคัญ : การรักษาด้วยยาเคตามีนทางหลอดเลือดดำ โรคซึมเศร้าที่ต่อการรักษา ยาเคตามีน

Received: January 27, 2025

Revised: March 19, 2025

Accepted: August 16, 2025

* พยาบาลปฏิบัติการ หอผู้ป่วยประเสริฐ กังสดาลย์ ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลศิริราช กรุงเทพฯ ประเทศไทย 10700.
E-mail: aumaree199@gmail.com

* Registered Nurse, Prasert Kangsadan Ward, Nursing Department, Siriraj Hospital, Bangkok, Thailand 10700.
E-mail: aumaree199@gmail.com

Abstract

Treatment-resistant depression is a significant challenge in psychiatric nursing, as patients with this condition do not respond adequately to standard treatment regimens. Despite receiving at least two antidepressant medications with appropriate dosages and duration, and adhering to treatment recommendations, these patients continue to experience severe depressive symptoms or suicidal ideation. This necessitates the consideration of alternative treatment approaches. Intravenous ketamine has emerged as a novel therapeutic option due to its rapid onset of action and demonstrated effectiveness in alleviating depressive symptoms. However, because ketamine is classified as a Schedule II psychotropic substance with the potential for misuse and addiction, its administration requires close supervision by psychiatrists and nurses in inpatient settings. Nurses play a vital role in the care and monitoring of patients with treatment-resistant depression who receive intravenous ketamine. This article aims to describe the concept of treatment-resistant depression, treatment approaches for the condition, the use of intravenous ketamine in clinical practice, and the essential role of nurses in providing safe and effective care for these patients.

Keywords: ketamine infusion therapy, treatment-resistant depression, ketamine

บทนำ

โรคซึมเศร้าที่ดื้อต่อการรักษา (Treatment-Resistant Depression: TRD) พบบ่อยในผู้ป่วยซึ่งได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นผู้ป่วยโรคซึมเศร้าชนิดรุนแรง¹ (major depressive disorder) และจัดเป็นความท้าทายสำคัญในการพยาบาลผู้ป่วยจิตเวช รวมทั้งเป็นปัญหาในการรักษา ตลอดจนในระบบสุขภาพ เนื่องจากผู้ป่วยมีการตอบสนองต่อการรักษาที่ไม่ดีเพียงพอ แม้จะได้ยารักษาโรคซึมเศร้าอย่างน้อย 2 ชนิด และการรักษาที่คาดว่าจะมีความเหมาะสมทั้งในด้านขนาดยา (dosage) ระยะเวลา (duration) และความร่วมมือในการใช้ยา (compliance) ของผู้ป่วย² แต่ยังมีอาการซึมเศร้ารุนแรงหรือความคิดอยากฆ่าตัวตาย³ ในปัจจุบันพบอุบัติการณ์ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่ดื้อต่อการรักษาอยู่ในช่วงร้อยละ 20-50 ของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า⁴⁻⁸ ทั้งนี้โดยเฉลี่ยอยู่ที่ประมาณร้อยละ 30² ความแตกต่างของอุบัติการณ์ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่ดื้อต่อการรักษาอาจขึ้นอยู่กับบริบททางสังคมและระบบบริการสุขภาพที่ผู้ป่วยได้รับ เช่น สหราชอาณาจักรรายงานอุบัติการณ์สูงถึงร้อยละ 48.0⁴ สหรัฐอเมริการ้อยละ 30.9⁵ อิสราเอล ร้อยละ 24.4⁶ และเม็กซิโก ร้อยละ 20.7⁷ ในขณะที่ประเทศไทยพบอุบัติการณ์อยู่ที่ร้อยละ 19.6⁸ สะท้อนให้เห็นว่าโรคซึมเศร้าที่ดื้อต่อการรักษามีความแพร่หลายและพบได้ทั่วโลก

จากงานวิจัยที่ผ่านมา พบว่า ปัจจัยเสี่ยงที่เกี่ยวข้องกับการเกิดโรคซึมเศร้าที่ดื้อต่อการรักษาสามารถจำแนกออกเป็น 4 กลุ่มหลัก ได้แก่ ปัจจัยด้านชีววิทยา ปัจจัยด้านอาการและการรักษาทางจิตเวช ปัจจัยด้านโรคร่วมทางกาย และปัจจัยด้านประชากรและสังคม โดยปัจจัยทางชีววิทยา ได้แก่ การอักเสบของระบบภูมิคุ้มกัน⁹ การมีเอ็นที่ต้านการตอบสนองต่อยา การกระตุ้นตัวรับเอ็นเอ็มดีเอ (NMDA receptor) มากเกินไปทำให้เกิดความไม่สมดุลของสารสื่อประสาทกลูตาเมต การมีสารสื่อประสาทเซโรโทนิน นอร์เอพิเนฟริน และโดปามีนที่ต่ำกว่าปกติ¹⁰ ปัจจัยด้านอาการและการรักษาทางจิตเวช ได้แก่ ความรุนแรงของอาการซึมเศร้า

ในระยะแรกของการเจ็บป่วย¹¹ ความวิตกกังวลเรื้อรัง ความเครียด อาการนอนไม่หลับ ประวัติการใช้สารเสพติด^{12,13} และลักษณะบุคลิกภาพแบบ neuroticism ซึ่งมีลักษณะเด่นคือ ความไวต่อความเครียด ระดับความวิตกกังวลสูง และการควบคุมอารมณ์ที่ยากลำบาก¹¹ นอกจากนี้ ยังพบว่าการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลตั้งแต่ระยะแรกของการเจ็บป่วย¹⁴ การใช้ยาจิตเวชหลายชนิด¹⁵ การมีจำนวนวันลาป่วยสูง และการมีประวัตินอนโรงพยาบาลหลายครั้ง¹² มีความสัมพันธ์กับการเกิดโรคซึมเศร้าที่ต่อการรักษา ส่วนปัจจัยด้านโรคร่วมทางกาย ได้แก่ การมีโรคหัวใจและหลอดเลือด ความผิดปกติของต่อมไทรอยด์ อาการปวดเรื้อรัง¹¹ และไม่เกรน¹⁵ ล้วนเป็นภาวะที่พบว่ามีมีความเกี่ยวข้องกับการเกิดโรคซึมเศร้าที่ต่อการรักษาเช่นกัน และปัจจัยด้านประชากรและสังคม ได้แก่ เพศหญิง¹¹ อายุน้อย^{11,14} การว่างงาน และการอยู่อาศัยร่วมกับบุคคลอื่น¹⁵ ล้วนเป็นปัจจัยที่มีความเสี่ยงทำให้เกิดโรคซึมเศร้าที่ต่อการรักษาเช่นเดียวกัน

โรคซึมเศร้าที่ต่อการรักษาส่งผลกระทบต่อทั้งด้านสุขภาพ เศรษฐกิจ และระบบสาธารณสุข โดยผู้ป่วยมักประสบกับอาการที่รุนแรงขึ้น ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตที่ลดลง เพิ่มความเสี่ยงในการฆ่าตัวตาย และอาจรุนแรงจนเกิดการฆ่าตัวตายสำเร็จได้³ ซึ่งก่อให้เกิดความสูญเสียทั้งในระดับบุคคล ครอบครัว และสังคมในวงกว้างสำหรับด้านเศรษฐกิจ การรักษาที่ใช้ระยะเวลานานทำให้มีค่าใช้จ่ายสูงขึ้น¹⁶ การศึกษาในประเทศสหรัฐอเมริกาพบค่าใช้จ่ายสำหรับผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่ต่อการรักษาคิดเป็น ร้อยละ 57 ของค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพทั้งหมดของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า⁵ และยังส่งผลกระทบต่อประสิทธิภาพการทำงานและเพิ่มอัตราการว่างงาน ส่วนในด้านระบบสาธารณสุข โรคนี้เพิ่มภาระให้กับสถานพยาบาล เนื่องจากต้องใช้แนวทางการรักษาที่ซับซ้อนและมีอัตราการเข้ารับบริการฉุกเฉินที่สูงขึ้น^{5,12,16} บทความนี้ผู้เขียนมีวัตถุประสงค์เพื่ออธิบายขอบเขตของเนื้อหา ดังนี้ คือ ความหมายผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่ต่อการรักษา แนวทางการรักษาโรคซึมเศร้าที่ต่อการรักษา การรักษาผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่ต่อการรักษาซึ่งได้รับยาเคตามีนทางหลอดเลือดดำ และบทบาทพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่ต่อการรักษาซึ่งได้รับยาเคตามีนทางหลอดเลือดดำ

ความหมายผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่ต่อการรักษา (The definition of patients receiving treatment-resistant depression)

สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยาแห่งประเทศสหรัฐอเมริกา (Food and Drug Administration: FDA) ให้ความหมายผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่ต่อการรักษา หมายถึง บุคคลซึ่งได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคซึมเศร้าชนิดรุนแรงที่ไม่ตอบสนองต่อการรักษาด้วยยาต้านโรคซึมเศร้า 2 ชนิดขึ้นไป ทั้งที่มีขนาด และระยะเวลาได้ยาที่เหมาะสม¹⁷

จากการศึกษาของ Han และคณะ¹⁸ ซึ่งสำรวจนิยามของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่ต่อการรักษาในกลุ่มจิตแพทย์จาก 5 ประเทศในภูมิภาคเอเชีย พบว่า ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่ต่อการรักษา หมายถึง ผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคซึมเศร้าชนิดรุนแรงและไม่ตอบสนองต่อการรักษาด้วยยาต้านเศร้าอย่างน้อย 2 ชนิด ซึ่งอาจอยู่ในกลุ่มยาเดียวกันหรือแตกต่างกัน โดยแต่ละชนิดต้องได้รับการรักษาอย่างน้อย 6–8 สัปดาห์ การไม่ตอบสนองต่อการรักษาอาจประเมินได้จากแบบประเมินอาการซึมเศร้า เช่น Hamilton Depression Rating Scale (HAMD-17) หรือ Montgomery–Asberg Depression Rating Scale (MADRS) ที่มีคะแนนลดลงน้อยกว่า 50% หรือ Patient Health Questionnaire-9 (PHQ-9) ที่มีคะแนนลดลงน้อยกว่า 5 คะแนนเมื่อเปรียบเทียบกับคะแนนก่อนเริ่มรักษา หรือ Clinical Global Impression-Improvement Scale (CGI-I) ที่ได้คะแนนมากกว่า 3 ทั้งนี้ผู้ป่วยต้องมีความร่วมมือในการใช้ยาและการรักษาอย่างเหมาะสม¹⁸

สรุปความหมายของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่ดื้อต่อการรักษา หมายถึง บุคคลซึ่งได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคซึมเศร้าชนิดรุนแรงที่มีการตอบสนองต่อการรักษาที่ไม่เพียงพอ แม้จะได้รับการรักษาด้วยยารักษาโรคซึมเศร้า (antidepressants) อย่างน้อย 2 ชนิดที่แตกต่างกัน ในขนาดที่เหมาะสมและระยะเวลาต่อเนื่อง อย่างน้อย 6-8 สัปดาห์ รวมถึงมีความร่วมมือในการใช้ยาอย่างต่อเนื่อง^{17,18}

แนวทางการรักษาโรคซึมเศร้าที่ดื้อต่อการรักษา

ปัจจุบันการรักษาโรคซึมเศร้าที่ดื้อต่อการรักษา ประกอบด้วย การรักษาด้วยการทำจิตบำบัด การเปลี่ยนยารักษาโรคซึมเศร้า การรักษาด้วยยาชนิดอื่นร่วมด้วย การรักษาด้วยไฟฟ้า การรักษาด้วยการกระตุ้นด้วยสนามแม่เหล็ก การรักษาด้วยยาเอสเคตามีนชนิดสเปรย์พ่นจมูก และการรักษาด้วยยาเคตามีนทางหลอดเลือดดำ มีรายละเอียด ดังนี้

1. **การรักษาด้วยการทำจิตบำบัด (psychotherapy)** เนื่องจากปัจจัยสำคัญประการหนึ่งของการเป็นผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่ดื้อต่อการรักษา คือปัจจัยทางจิตสังคม ดังนั้นการค้นหาปัจจัยทางจิตสังคมที่สัมพันธ์กับการไม่ตอบสนองต่อการรักษาและการช่วยเหลือเพื่อให้ผู้ป่วยสามารถรับมือกับปัญหาต่าง ๆ ได้ด้วยการทำจิตบำบัด จะทำให้บรรลุเป้าหมายของการรักษาได้ดีขึ้น แต่มีข้อบ่งชี้คือ ใช้ในการรักษาผู้ป่วยที่มีอาการเล็กน้อยถึงปานกลาง และไม่แนะนำให้รักษาด้วยการทำจิตบำบัดเพียงอย่างเดียว แต่ควรใช้ควบคู่กับการรักษาด้วยยารักษาโรคซึมเศร้าและการรักษาอื่น¹⁰

2. **การเปลี่ยนยารักษาโรคซึมเศร้า (switching antidepressants) หรือการรักษาด้วยยาชนิดอื่นร่วม (augmentation strategies)** การเปลี่ยนยารักษาโรคซึมเศร้าเป็นแนวทางพื้นฐานที่ใช้ในกรณีที่ผู้ป่วยไม่ตอบสนองต่อยาตัวเดิม โดยอาจเปลี่ยนไปใช้ยารักษาโรคซึมเศร้ากลุ่มเดียวกันหรือต่างกลุ่ม เช่น การเปลี่ยนจากยา fluoxetine ไปเป็น sertraline (ซึ่งทั้งสองเป็นยากกลุ่ม selective serotonin reuptake inhibitors) หรือเปลี่ยนเป็นยากคนละกลุ่ม เช่น จากยากกลุ่ม Selective Serotonin Reuptake Inhibitors (SSRI) ไปเป็น Serotonin-Norepinephrine Reuptake Inhibitors (SNRI) หรือ tricyclic antidepressants และการรักษาด้วยยาชนิดอื่นร่วม เป็นการรักษาโดยใช้ยารักษาโรคซึมเศร้าและยารักษาโรคจิตรุ่นที่ 2 (second-generation antipsychotics) คู่กันเพื่อเสริมการรักษา โดยหลักการเป็นการใช้ยาที่มีกลไกการออกฤทธิ์ที่หลากหลายเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพของการรักษาโรคซึมเศร้าเพิ่มขึ้น โดยยาที่ได้รับอนุมัติจากองค์การอาหารและยาของสหรัฐอเมริกา (Food and Drug Administration : FDA) เช่น aripiprazole, brexpiprazole, cariprazine, quetiapine XR เป็นต้น และยา olanzapine ให้คู่กับยา fluoxetine เป็นชุดยาผสมชนิดแรกที่ได้รับการรับรองสำหรับการรักษาโรคซึมเศร้าที่ดื้อต่อการรักษา¹⁰

3. **การรักษาด้วยไฟฟ้า (electroconvulsive therapy : ECT)** เป็นทางเลือกของการรักษาในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่ดื้อต่อการรักษา เนื่องจากมีประสิทธิภาพและออกฤทธิ์รวดเร็ว โดยมักจะรักษาด้วยไฟฟ้าภายหลังจากที่ได้รับการรักษาด้วยยารักษาโรคซึมเศร้ามากกว่าหนึ่งชนิดและการทำจิตบำบัดแล้ว แต่อาการยังไม่ดีขึ้น จัดเป็นหัตถการซึ่งต้องทำภายใต้การวางยาสลบ และมีผลข้างเคียงที่พบได้บ่อยคือ ภาวะเพ้อ สับสน และความจำในระยะสั้นบกพร่อง¹⁹

4. การรักษาด้วยการกระตุ้นด้วยสนามแม่เหล็ก (repetitive transcranial magnetic stimulation : rTMS) การรักษาด้วย rTMS เป็นการรักษาโดยใช้สนามแม่เหล็กทำให้เกิดการกระตุ้นสมองซ้ำ ๆ การกระตุ้นเฉพาะที่ (focal stimulation) ของ rTMS ไม่ทำให้เกิดการชักและไม่ต้องการการวางยาสลบเหมือนกับ ECT ดังนั้น ข้อดีของ rTMS คือมีอาการข้างเคียงน้อยและสามารถทำในห้องปิดโดยไม่ต้องมีการให้ยาสลบ²⁰

อย่างไรก็ตามหากการรักษาทั้ง 4 วิธีไม่ได้ผล แพทย์จะมีดุลพินิจในการเลือกแนวทางใหม่ ในลำดับถัดไป คือ การรักษาด้วยยาเอสเคตามีนชนิดสเปรย์พ่นจมูก (intranasal ketamine) และการรักษาด้วยยาเคตามีนทางหลอดเลือดดำ (ketamine infusion therapy)

5. การรักษาด้วยยาเอสเคตามีนชนิดสเปรย์พ่นจมูก (intranasal ketamine) ยาเอสเคตามีนชนิดสเปรย์พ่นจมูก (intranasal esketamine) หรือที่จำหน่ายในชื่อทางการค้าว่า Spravato® เป็นโมเลกุลของเคตามีนรูปแบบหนึ่ง ออกฤทธิ์คล้ายคลึงกับยาเคตามีนแต่มีประสิทธิภาพในการออกฤทธิ์สูงกว่า ได้รับอนุมัติในปี พ.ศ. 2562 จากสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยาแห่งประเทศสหรัฐอเมริกา (FDA) ในการรักษาโรคซึมเศร้าที่ต่อการรักษา โดยให้ใช้ยาเอสเคตามีนคู่กับยารักษาโรคซึมเศร้ารูปแบบรับประทาน ยาจะถูกดูดซึมผ่านเยื่อบุโพรงจมูก อย่างไรก็ตาม การใช้ยาเอสเคตามีนชนิดพ่นจมูกยังมีข้อจำกัดด้านค่าใช้จ่ายเนื่องจากมีราคาสูง และปัจจุบันยังไม่ครอบคลุมในสิทธิการรักษาในประเทศไทย ผู้ป่วยที่ต้องการเข้ารับการรักษาดังกล่าวจึงจำเป็นต้องรับผิดชอบค่าใช้จ่ายด้วยตนเอง ซึ่งอาจรวมถึงค่าบริการคลินิก ค่าติดตามอาการ และค่าใช้จ่ายในการดูแลหลังให้ยา²¹

6. การรักษาด้วยยาเคตามีนทางหลอดเลือดดำ (ketamine infusion therapy) เป็นวิธีการรักษาที่ใช้ในกรณีที่กล่าวมาทั้ง 4 วิธีแล้วยังไม่ได้ผล และผู้เขียนขออธิบายเนื้อหาในหัวข้อหลัก ต่อไป

การรักษาผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่ต่อการรักษาซึ่งได้รับยาเคตามีนทางหลอดเลือดดำ

ในหัวข้อนี้จะกล่าวถึง ลักษณะของยาเคตามีน กลไกการออกฤทธิ์ ข้อห้ามใช้ ปริมาณและขนาดยาที่แนะนำ ความถี่ในการให้ยา ผลข้างเคียงและข้อควรระวัง

1. ลักษณะยาเคตามีน เป็นยาที่ออกฤทธิ์ต่อระบบประสาทส่วนกลาง และจัดอยู่ในกลุ่มวัตถุออกฤทธิ์ต่อจิตและประสาทประเภทที่ 2 (ลำดับที่ 35) ตามประกาศกระทรวงสาธารณสุข ฉบับที่ 106 พ.ศ. 2541 ซึ่งอยู่ภายใต้การควบคุมตามพระราชบัญญัติยาเสพติดให้โทษ เนื่องจากสามารถทำให้เกิดการเสพติดหากนำไปใช้ผิดวัตถุประสงค์ ในรูปแบบทางกายภาพ เคตามีนมีลักษณะเป็นของเหลวใสไม่มีกลิ่น เมื่อผ่านกระบวนการระเหยจะได้ผลึกผงสีขาวหรือขาวนวล มีกลิ่นอ่อน ๆ ละลายได้ดีในน้ำและแอลกอฮอล์ ทางทางแพทย์นิยมใช้เคตามีนเป็นยาระงับความรู้สึก (anesthetic)²²

2. กลไกการออกฤทธิ์ ในช่วงไม่กี่ปีที่ผ่านมา เคตามีนได้รับความสนใจในฐานะยาทางเลือกใหม่ในการรักษาโรคซึมเศร้าที่ต่อการรักษา จุดเด่นสำคัญของเคตามีนคือ การออกฤทธิ์เร็ว (rapid onset) ต่างจากยารักษาโรคซึมเศร้าทั่วไปที่ต้องใช้เวลาหลายสัปดาห์ โดยมีรายงานว่าผู้ป่วยบางรายตอบสนองต่อการรักษาภายในเวลาไม่กี่ชั่วโมง²³ ทั้งนี้รายงานการศึกษาขนาดใหญ่ระบุว่า อัตราการตอบสนองต่อการรักษาด้วยเคตามีนทางหลอดเลือดดำคือ ร้อยละ 40-90²³

ยาเคตามีนมีฤทธิ์เป็นตัวต้านการทำงานของตัวรับเอ็นเอ็มดีเอ (NMDA receptor) แบบไม่แข่งขัน (non-competitive NMDA receptor antagonist) ช่วยเพิ่มระดับของกลูตาเมตในสมอง โดยเฉพาะบริเวณเปลือกสมองส่วนหน้าและฮิปโปแคมปัส ส่งผลให้เกิดการเจริญเติบโตของเซลล์ประสาท (neurogenesis) เพิ่ม

การเชื่อมโยงของเซลล์ประสาท (synaptic signaling) และปรับสมดุลของเซลล์ประสาท (homeostatic plasticity) นอกจากนี้ยังส่งเสริมการผลิตโปรตีน (Brain-Derived Neurotrophic Factor : BDNF) ซึ่งมีบทบาทสำคัญในการฟื้นฟูและเสริมสร้างโครงข่ายประสาทที่เสียสมดุลในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า²⁴

3. ข้อห้ามใช้ (contraindications) สำหรับการรักษาด้วยยาเคตามีนทางหลอดเลือดดำ^{25,26}

- 3.1 มีประวัติเส้นเลือดในสมองแตก (history of intracerebral hemorrhage)
- 3.2 มีประวัติความดันในกะโหลกศีรษะสูง (history of increased intracranial pressure)
- 3.3 มีประวัติแรงดันในลูกตาสูง (history of ocular hypertension)
- 3.4 มีประวัติภาวะโป่งพองของเส้นเลือดหัวใจหรือเส้นเลือดเอออร์ตา (history of aneurysmal vascular disease)
- 3.5 มีประวัติการแพ้อย่างรุนแรงต่อยาเคตามีนหรืออนุพันธ์ของยาเคตามีน
- 3.6 ตั้งครรภ์หรือให้นมบุตร เนื่องจากไม่มีข้อมูลเพียงพอเกี่ยวกับความปลอดภัยของการใช้ยาในกลุ่มนี้
- 3.7 มีภาวะที่เป็นข้อห้ามในการใช้ยาเคตามีน เช่น ความดันโลหิตสูงที่ไม่สามารถควบคุมได้ การใช้สารเสพติดอย่างต่อเนื่อง ผู้ป่วยที่มีอาการทางจิต (psychosis) เนื่องจากยาเคตามีนอาจทำให้มีอาการทางจิตรุนแรงขึ้น

4. ปริมาณและขนาดยาที่แนะนำ ขนาดยาที่ได้รับการยอมรับว่ามีประสิทธิภาพสำหรับผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่ต้องการรักษา คือ 0.5 มิลลิกรัมต่อกิโลกรัม โดยให้ทางหลอดเลือดดำ ภายในระยะเวลา 40 นาที²⁵⁻²⁷ฤทธิ์ของยาเริ่มแสดงผลสูงสุดในช่วง 30-60 นาที หลังจากเริ่มให้ยา และระดับยาจะค่อย ๆ ลดลงตามเวลา โดยยาเคตามีนมีค่าครึ่งชีวิต (half-life) ประมาณ 2.5 ชั่วโมง²²

5. ความถี่ในการให้ยา ปัจจุบันมาตรฐานการรักษาด้วยยาเคตามีนทางหลอดเลือดดำ เช่น ความถี่และปริมาณทั้งหมดในการรักษายังไม่มีการกำหนดชัดเจน อย่างไรก็ตามสมาคมจิตเวชศาสตร์อเมริกัน²⁷แนะนำให้ใช้ยา 2-3 ครั้งต่อสัปดาห์ เป็นระยะเวลา 2-3 สัปดาห์ เนื่องจากฤทธิ์ในการรักษาสูงสุดมักเกิดขึ้นภายใน 24 ชั่วโมงหลังการให้ยา และคงอยู่ระหว่าง 3-7 วัน²⁸ ในประเทศไทยมีคำแนะนำให้ยาเคตามีนสัปดาห์ละ 1 ครั้ง และสามารถแสดงผลลัพธ์ที่ดีภายหลังการให้ยาครบ 3 ครั้ง²⁴ เช่นเดียวกับคำแนะนำจาก Oxford Ketamine Service แห่ง National Health Service (NHS) ของประเทศอังกฤษ แนะนำการให้ยาสัปดาห์ละครั้งติดต่อกัน 3 สัปดาห์ ซึ่งพบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่ตอบสนองต่อการรักษาในครั้งที่ 2 หรือครั้งที่ 3 ของการให้ยา²⁵

6. ผลข้างเคียง (side effects) ผลข้างเคียงจากการรักษาด้วยยาเคตามีนทางหลอดเลือดดำสามารถแบ่งออกได้เป็น 2 ประเภท ได้แก่

6.1 ผลข้างเคียงในระยะสั้น ผลข้างเคียงที่พบได้บ่อยจากการใช้ยาเคตามีนในการรักษาอาการของโรคซึมเศร้า ส่วนใหญ่มักเกิดขึ้นในระหว่างหรือไม่นานภายหลังการรักษา และมักมีลักษณะชั่วคราว ตัวอย่างผลข้างเคียงที่พบ ได้แก่

6.1.1 ภาวะแยกตัวออกจากความเป็นจริง (dissociative syndrome) ผู้ป่วยบางรายรู้สึกตัวตัวเองแยกออกจากร่างกายหรือสิ่งแวดล้อม ซึ่งอาการนี้มักเกิดขึ้นระหว่างการได้รับยา และจะค่อย ๆ หายไปในเวลาไม่นาน ยาออกฤทธิ์สูงสุดใน 40 นาทีแรกภายหลังได้รับยา และอาการหายไปภายใน 1-2 ชั่วโมง^{25,27} ตัวอย่างความรู้สึกจากผู้ป่วย “รู้สึกตัวลอย ๆ เหมือนอยู่ในที่กว้างใหญ่ ว่างเปล่า กลัว โคลงเคลง เหมือนมีอะไรกระเพื่อมในตัว เหมือนตัวขยายใหญ่ขึ้น”

6.1.2 เวียนศีรษะ : อาการเวียนศีรษะพบได้บ่อยภายหลังได้รับการรักษา^{25,27}

6.1.3 ปวดศีรษะ : ผลข้างเคียงนี้พบในบางราย อาการนี้หายได้เองและสามารถบรรเทาได้ด้วยยาแก้ปวด^{25,27}

6.1.4 คลื่นไส้และอาเจียน : อาการนี้พบได้ในบางรายและสามารถบรรเทาได้ด้วยยาลดอาการคลื่นไส้²⁷

6.1.5 อัตราการเต้นของหัวใจและระดับความดันโลหิตเพิ่มขึ้น : ผลกระทบนี้มักเกิดขึ้นชั่วคราว และควรได้รับการเฝ้าระวังในผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงต่อหัวใจและหลอดเลือด²⁶

6.1.6 อาการสับสนและอ่อนเพลีย : ผู้ป่วยบางรายอาจมีอาการสับสนหรืออ่อนเพลียหลังการรักษาซึ่งเป็นผลข้างเคียงที่เกิดขึ้นได้บ่อย²⁹

6.2 ผลข้างเคียงในระยะยาว

ข้อมูลเกี่ยวกับผลข้างเคียงในระยะยาวของยาเคตามีนยังมีจำกัด เนื่องจากการใช้ยาเคตามีนเพื่อรักษาโรคซึมเศร้าที่ต่อการรักษาเพิ่งได้รับความสนใจในช่วงไม่กี่ปีที่ผ่านมา อย่างไรก็ตาม ผลข้างเคียงที่อาจเกิดขึ้นจากการใช้ยาเคตามีนในระยะยาว²⁶ ได้แก่

6.2.1 ผลต่อกระเพาะปัสสาวะ : การใช้ยาเคตามีนในปริมาณมากหรือระยะยาวอาจก่อให้เกิดปัญหาเกี่ยวกับกระเพาะปัสสาวะ เช่น ภาวะปัสสาวะลำบาก การอักเสบเรื้อรัง เป็นต้น

6.2.2 ผลกระทบต่อหน้าที่ทางการรู้คิดและการบริหารจัดการของสมอง (cognitive and executive function) : ยาเคตามีนอาจส่งผลกระทบต่อการจัดการปัญหา การตัดสินใจ และความจำ โดยเฉพาะในผู้ที่ใช้ยาในระยะเวลาอันยาวนาน

6.2.3 ผลต่อดับ : การใช้ยาเคตามีนในระยะยาวอาจก่อให้เกิดผลกระทบต่อการทำงานของตับในบางราย

7. ข้อควรระวัง

แม้ยาเคตามีนจะมีประโยชน์ทางการแพทย์ โดยเฉพาะในการรักษาโรคซึมเศร้าที่ต่อการรักษา แต่การนำไปใช้ในทางที่ผิดยังคงเป็นปัญหาที่ต้องเฝ้าระวังอย่างใกล้ชิด พบว่ามีคนจำนวนหนึ่งนำยาเคตามีนไปใช้เป็นสารเสพติด โดยเฉพาะในกลุ่มวัยรุ่นหรือผู้ที่ใช้ยาเพื่อวัตถุประสงค์ด้านสันทนาการ ซึ่งรู้จักกันทั่วไปในชื่อ “ยาเค” ซึ่งมีเป้าหมายเพื่อให้เกิดฤทธิ์ทางจิตประสาท เช่น อาการเคลิบเคลิ้ม ความรู้สึกเบาสบาย หรืออาการหลอน (hallucination) การใช้ เคตามีนในลักษณะดังกล่าวอาจนำไปสู่ผลกระทบที่รุนแรง ทั้งในด้านจิตใจและร่างกาย เช่น ภาวะหลงผิด (delusion) โรคจิต (psychosis) การรับรู้บกพร่อง (cognitive impairment) รวมถึงความเสียหายต่อกระเพาะปัสสาวะ หากใช้ติดต่อกันเป็นเวลานาน²² นอกจากนี้ ยังมีความเสี่ยงต่อการเกิดการพึ่งพายาและการใช้ในทางที่ผิด โดยเฉพาะในกรณีที่ได้รับยาในขนาดสูงเกินความจำเป็น หรือใช้เป็นระยะเวลานานและปราศจากการดูแลอย่างใกล้ชิดจากแพทย์ ผู้ป่วยอาจมีความต้องการเพิ่มขนาดยา ใช้ยาโดยไม่ปรึกษาแพทย์ หรือมีอาการถอนยา (withdrawal symptoms) เช่น อาการกระวนกระวาย หงุดหงิดเมื่อหยุดใช้ยาเคตามีน³⁰ เป็นต้น ด้วยเหตุนี้การใช้ยาเคตามีนในการรักษาจึงต้องอยู่ภายใต้การดูแลและติดตามอย่างใกล้ชิดโดยแพทย์ผู้เชี่ยวชาญ เพื่อให้เกิดประโยชน์ทางการแพทย์สูงสุดในขณะที่ลดความเสี่ยงจากการนำไปใช้ในทางที่ผิด

บทบาทพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่ต้องการรักษาซึ่งได้รับยาเคตามีนทางหลอดเลือดดำ

บทบาทพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้าซึ่งต้องการรักษามาจากการทบทวนวรรณกรรมประกอบด้วยทั้งบทบาทอิสระ (independent role) และบทบาทตามคำสั่งแพทย์ (dependent role) ซึ่งดำเนินควบคู่กับหลักการบริหารยาอย่างปลอดภัยตามแนวทาง 7R^{31,32} ได้แก่

- 1) การให้ยาถูกชนิด (right drug)
- 2) การให้ยาขนาดถูกต้อง (right dose)
- 3) การให้ยาผู้ป่วยถูกคน (right patient)
- 4) การให้ยาถูกทาง (right route)
- 5) การให้ยาถูกเวลาและความถี่ที่เหมาะสม (right time and frequency)
- 6) การบันทึกการให้ยาอย่างถูกต้อง (right documentation)
- 7) การเคารพสิทธิของผู้ป่วยในการรับข้อมูลและการปฏิเสธการรักษา (right to refuse)

บทบาทของพยาบาล สามารถแบ่งออกเป็น 3 ระยะ ได้แก่ ก่อน ระหว่าง และหลังการรักษา²⁶ โดยสรุปได้ดังนี้

1. ระยะก่อนการรักษา (pre-treatment period)

ระยะก่อนการรักษา เป็นช่วงสำคัญที่จะมีการเตรียมความพร้อมผู้ป่วยในทุกด้านเพื่อให้การรักษาดำเนินไปอย่างราบรื่นและปลอดภัย ทั้งด้านร่างกายและจิตใจ ได้แก่

1.1 การคัดกรองและประเมินภาวะสุขภาพ (screening and assessment) โดยพยาบาลต้องเริ่มจากการประเมินภาวะสุขภาพอย่างละเอียด ได้แก่ ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต รวมถึงประวัติการเจ็บป่วยทางจิตเวชและการแพ้ยา เช่น ยาเคตามีน ยาสงบ และยาอื่น ๆ นอกจากนี้ยังต้องประเมินภาวะสุขภาพทั่วไป เช่น โรคประจำตัวหรือปัจจัยเสี่ยงที่อาจส่งผลต่อการรักษา เช่น ความดันโลหิตสูง การตั้งครรภ์ โรคหัวใจ โรคหลอดเลือดสมอง ภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูง ภาวะความดันในลูกตาสูง การบาดเจ็บที่ศีรษะ และประวัติการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ รวมถึงการสอบถามเกี่ยวกับยาที่ผู้ป่วยใช้อยู่ในปัจจุบันเพื่อป้องกันการออกฤทธิ์เสริมหรือลดการออกฤทธิ์ของยาเคตามีน³² การเก็บส่งส่งตรวจตามแผนการรักษาและติดตามผลการตรวจ เช่น การเจาะเลือดเพื่อส่งตรวจความสมบูรณ์ของเม็ดเลือดแดง (complete blood count) การทำงานของไต (blood urea nitrogen, creatinine) เกลือแร่หลักในร่างกาย (electrolyte) การทำงานของตับ (liver function test) การตรวจการตั้งครรภ์จากปัสสาวะ (urine pregnancy test)³³ การตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ (electrocardiogram) และการตรวจเอกซเรย์ปอดและทรวงอก (chest x-ray) เป็นต้น นอกจากนี้ควรมีการประเมินระดับอาการซึมเศร้าก่อนการเริ่มรักษาด้วยแบบประเมินที่เป็นมาตรฐาน เช่น Hamilton Depression Rating Scale (HAM-D) หรือ Montgomery-Asberg Depression Rating Scale (MADRS)²⁷ รวมถึงการประเมินสัญญาณชีพ³² และการชั่งน้ำหนักตัวเพื่อใช้ในการคำนวณปริมาณยาที่เหมาะสม

1.2 การประสานงาน ได้แก่ การรายงานแพทย์เกี่ยวกับข้อมูลในการประเมินสภาพผู้ป่วยก่อนการรักษา การประสานความร่วมมือระหว่างผู้ป่วยและแพทย์ผู้ทำการรักษา พยาบาลทำหน้าที่สำคัญในการสร้างความเชื่อมโยงและประสานความร่วมมือระหว่างผู้ป่วยและแพทย์ เพื่อให้การรักษาดำเนินไปอย่างราบรื่นและมีประสิทธิภาพ เริ่มจากการรวบรวมและทบทวนข้อมูลสำคัญที่เกี่ยวกับการรักษา เช่น ประวัติการเจ็บป่วยทางจิตเวชและทางกาย ประวัติการใช้ยาในปัจจุบัน การแพ้ยา เป็นต้น นอกจากนี้ พยาบาลยังมีบทบาทใน

การประสานงานให้ผู้ป่วยได้พบและพูดคุยกับแพทย์ผู้รักษา เพื่อรับข้อมูลเพิ่มเติมเกี่ยวกับกระบวนการรักษา รายละเอียดเชิงลึก และตอบข้อสงสัยของผู้ป่วยอย่างตรงจุด บทบาทนี้จะช่วยเสริมสร้างความมั่นใจในความปลอดภัยและประสิทธิภาพของการรักษาให้กับผู้ป่วย³⁴

1.3 การให้คำปรึกษา (consultation) เป็นบทบาทหนึ่งในการเตรียมความพร้อมด้านจิตใจของผู้ป่วยก่อนเข้ารับการรักษา³⁵ โดยเฉพาะในกรณีที่ผู้ป่วยมีความวิตกกังวล ความกลัว ความเครียด และความไม่มั่นใจต่อผลของการรักษา พยาบาลสามารถให้คำปรึกษาเพื่อคลายความวิตกกังวล ลดความกลัว ความเครียด สร้างความมั่นใจในการรักษา โดยเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้ระบายความรู้สึก รับฟัง แสดงความเข้าใจ ให้คำปรึกษา เพื่อให้ผู้ป่วยได้ตัดสินใจในการรักษา มีวิธีการจัดการกับความวิตกกังวล ความกลัว ความเครียด ดูแลให้ผู้ป่วยได้ฝึกเทคนิคการผ่อนคลาย เช่น การฝึกหายใจเข้าและลึก การผ่อนคลายกล้ามเนื้อเป็นช่วง ๆ (progressive muscle relaxation) เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยรู้สึกผ่อนคลาย ลดระดับความเครียด และเพิ่มความร่วมมือในการรักษา

1.4 การให้ความรู้ (health education) คือ การอธิบายขั้นตอนการรักษาอย่างชัดเจน ตอบข้อสงสัย เพื่อให้ผู้ป่วยรู้สึกมั่นใจเกี่ยวกับการเตรียมตัวก่อนการรักษา³⁴ ให้คำแนะนำในการงดยาตามคำสั่งแพทย์ ได้แก่ benzodiazepines, lamotrigine, gabapentin และ pregabalin เนื่องจากยาเหล่านี้อาจมีปฏิกิริยากับยาเคตามีน²⁹ การงดเครื่องดื่มแอลกอฮอล์อย่างน้อย 3 วันก่อนเข้ารับการรักษา เพื่อลดผลข้างเคียงจากการรักษา เนื่องจากทั้งแอลกอฮอล์และยาเคตามีนล้วนเป็นสารที่มีผลต่อระบบประสาทส่วนกลาง เมื่อใช้ร่วมกันอาจทำให้มีอาการมึนงง หรือสับสนมากขึ้น²⁵ พร้อมอธิบายผลข้างเคียงที่อาจเกิดขึ้น เช่น คลื่นไส้ เวียนศีรษะ หรือสับสนชั่วคราว เพื่อให้ผู้ป่วยเข้าใจและเตรียมพร้อมในการปฏิบัติตัวได้อย่างเหมาะสม นอกจากนี้ควรสอนเทคนิคการผ่อนคลาย เช่น การฝึกหายใจหรือการทำสมาธิซึ่งจะช่วยลดความวิตกกังวล เสริมสร้างความมั่นใจก่อนเริ่มการรักษา รวมถึงอาจใช้สื่อที่ผู้ป่วยสามารถเข้าใจได้ง่ายในการให้ความรู้ และข้อมูลแก่ผู้ป่วย เช่น แผ่นพับ (brochures) วิดีโอในการแนะนำขั้นตอนการรักษา เป็นต้น

1.5 การวางแผนการรักษาและจัดเตรียมอุปกรณ์ สถานที่ร่วมกับทีมการรักษาอย่างเหมาะสม โดยเริ่มจากการจัดตารางการรักษาแก่ผู้ป่วยไม่ให้ทับซ้อนกับกิจกรรมอื่น ๆ เตรียมสถานที่ให้พร้อมด้วยการสร้างบรรยากาศที่เงียบสงบและผ่อนคลาย เช่น การหรีไฟและเปิดเสียงเพลงที่ช่วยให้ผู้ป่วยรู้สึกผ่อนคลาย เพื่อลดความวิตกกังวลและความกลัวของผู้ป่วย³⁴ มีการเตรียมและตรวจสอบความพร้อมใช้ของอุปกรณ์ที่จำเป็นสำหรับการรักษา รวมถึงอุปกรณ์ในกรณีที่เกิดเหตุการณ์ฉุกเฉิน เช่น รถฉุกเฉิน (emergency cart) เครื่องกระตุกหัวใจด้วยไฟฟ้า (defibrillator) เครื่องวัดสัญญาณชีพและออกซิเจนในเลือด (monitor NIBP & O2sat)³³ เครื่องควบคุมการให้สารละลายทางหลอดเลือดดำ (infusion pump) และอุปกรณ์สำหรับให้ออกซิเจน นอกจากนี้พยาบาลยังเป็นผู้จัดเก็บ ตรวจสอบ ควบคุมการเข้าถึงยาเคตามีน และต้องเตรียมพร้อมรับมือกับเหตุการณ์ฉุกเฉินที่อาจเกิดขึ้น เช่น การแพ้ยาเคตามีน หรือภาวะหัวใจหยุดเต้นจากการรักษา นอกจากนี้พยาบาลต้องมีทักษะในการปฏิบัติการช่วยชีวิตขั้นสูง (Advanced Cardiovascular Life Support : ACLS) เพื่อให้สามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพในทุกสถานการณ์²⁶

1.6 การปฏิบัติการพยาบาล

1.6.1 เตรียมผู้ป่วยให้งดยา เช่น benzodiazepines, lamotrigine, gabapentin และ pregabalin²⁹ เป็นต้น

1.6.2 แนะนำให้ดื่มน้ำและอาหารตามแผนการรักษาของแพทย์ เพื่อเตรียมความพร้อมสำหรับการรักษา²⁵

1.6.3 เตรียมพร้อมสำหรับการให้ยาเคตามีนด้วยการเปิดเส้นเลือดบริเวณหลอดเลือดดำส่วนปลาย³⁴

1.6.4 ประเมินสัญญาณชีพ รวมถึงบันทึกค่าออกซิเจนในเลือดของผู้ป่วยเพื่อใช้เป็นค่าเบื้องต้น (baseline) ก่อนการรักษา²⁶

2. ระยะระหว่างการรักษา (during treatment period)

ระยะระหว่างการรักษาเป็นช่วงที่สำคัญ เนื่องจากผู้ป่วยอยู่ในช่วงที่ได้รับยาและยาจะมีฤทธิ์สูงสุดในร่างกาย กิจกรรมในช่วงนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อป้องกันอันตรายและช่วยให้เกิดความปลอดภัย ซึ่งระยะนี้อาจจะเกิดอาการแพ้และอาการข้างเคียงที่อาจเป็นอันตรายต่อผู้ป่วยได้ ดังนั้นพยาบาลจะต้องมีการดูแลใกล้ชิดดังรายละเอียดต่อไปนี้

2.1 การปฏิบัติการพยาบาลในการบริหารยา ด้วยหลัก 7 R

เนื่องจากยาเคตามีนเป็นยาในกลุ่มที่มีความเสี่ยงสูง (High drug alert) ที่ออกฤทธิ์ต่อจิตประสาท ซึ่งต้องมีการควบคุมการใช้และเพื่อลดโอกาสความผิดพลาด ซึ่งดำเนินการควบคู่กับหลักการบริหารยาอย่างปลอดภัยตามแนวทาง 7R^{31,32} ได้แก่

2.1.1 การให้ยาถูกชนิด (right drug) ตรวจสอบคำสั่งการรักษาเกี่ยวกับชื่อยา

2.1.2 การให้ยาขนาดถูกต้อง (right dose) ตรวจสอบคำสั่งการรักษาเกี่ยวกับขนาดยา คำนวณการให้ยาต้องมีพยาบาลสองคนช่วยกันคำนวณ ตัวอย่างเช่น แพทย์มีคำสั่งให้ยาเคตามีนทางหลอดเลือดดำในขนาด 0.5 มิลลิกรัมต่อน้ำหนักตัว 1 กิโลกรัม หากผู้ป่วยน้ำหนักตัว 60 กิโลกรัม จะใช้ยาเคตามีน 30 มิลลิกรัม (ยาเคตามีน 1 ขวดมี 50 มิลลิกรัมต่อมิลลิลิตร ขนาดบรรจุ 10 มิลลิลิตร จึงใช้ยาเคตามีนปริมาณ 0.6 มิลลิลิตร)^{26,27} และยืนยันร่วมกับตรวจสอบกับคำสั่งการรักษาอีกครั้งเมื่อเตรียมยาเรียบร้อยแล้ว

2.1.3 การให้ยาผู้ป่วยถูกคน (right patient) ตรวจสอบคำสั่งการให้ยาจากเวชระเบียนของโรงพยาบาล โดยเปรียบเทียบกับชื่อ นามสกุล และหมายเลขโรงพยาบาลประจำตัวผู้ป่วยให้ถูกต้องครบถ้วน เมื่อไปถึงเตียงผู้ป่วย พยาบาลสอบถามเพื่อยืนยันตัวตนผู้ป่วย โดยใช้หลักการระบุตัวตน อย่างน้อย 2 รายการ ได้แก่ ชื่อ นามสกุล และวัน เดือน ปีเกิด หากผู้ป่วยพูดเสียงเบา ควรให้ผู้ป่วยพูดเสียงดังเพิ่มขึ้น จากนั้นตรวจสอบข้อมูล que ผู้ป่วยให้ กับป้ายชื่อที่ข้อมือ และใบคำสั่งการรักษาของแพทย์

2.1.4 การให้ยาถูกทาง (right route) การบริหารยาเคตามีนทางหลอดเลือดดำให้ถูกต้องตามคำสั่งการรักษาของแพทย์ ต้องมีพยาบาลสองคนเสมอในการให้ยา หรือหากในเวรนั้นมีพยาบาลเพียงคนเดียว ควรขอให้มีแพทย์มายืนใกล้ผู้ป่วยร่วมด้วย

2.1.5 การให้ยาถูกเวลาและความถี่ที่เหมาะสม (right time and frequency) ตรวจสอบคำสั่งการรักษาเกี่ยวกับเวลาที่ให้ และความถี่ที่กำหนด ดังนั้นเพื่อให้อัตราความถี่ของการให้เหมาะสม จึงใช้เครื่องควบคุมการให้สารละลายทางหลอดเลือดดำ และต้องให้ยาจนหมด ไม่ให้มียาค้างในสาย

2.1.6 การบันทึกการให้ยาอย่างถูกต้อง (right documentation) ภายหลังการให้ยาเคตามีน ควรบันทึกข้อมูลอาการ อาการแสดง ชนิด ขนาด ลักษณะ ปัญหาการให้สารละลายทางหลอดเลือดดำจากการประเมินและสังเกตอาการและอาการแสดงต่อไปนี้

1) สัญญาณชีพ (record vital sign) และระดับความรู้สึกตัว (level of consciousness) ทุก 10 นาที และใช้เครื่องวัดออกซิเจนในเลือดติดที่ปลายนิ้วไว้ตลอด (monitor O₂ saturation) ถ้าความดันโลหิต (blood pressure) หรืออัตราการเต้นของหัวใจ (heart rate) เพิ่มขึ้นมากกว่าค่าสัญญาณชีพพื้นฐาน ร้อยละ 20

(baseline) จะหยุดให้ยาชั่วคราวจนกว่าความดันโลหิตหรืออัตราการเต้นของหัวใจจะกลับมาน้อยกว่าร้อยละ 20 และให้ยาต่อในอัตราที่ช้าลง²⁶

2) อาการข้างเคียงขณะได้รับยา อาการที่อาจเกิดขึ้นกับผู้ป่วย³⁴ ได้แก่ ช่วง 5 นาทีแรก ผู้ป่วยอาจมีอาการวิงเวียน คลื่นไส้ หลังจากนั้น 10 นาที อาจจะมีภาวะแยกตัวออกจากความเป็นจริง (dissociative symptoms) ได้แก่ ภาวะรู้สึกว้างแวบล้อมมืดเพี้ยน (derealization) เช่น การรับรู้เวลาเดินช้าลง ภาพรอบตัวบิดเบี้ยว หรือผิดธรรมชาติ ภาวะรู้สึกแปลกแยกจากตัวเอง (depersonalization) เช่น รู้สึกร่างกายลอยขึ้นลง หรือรู้สึกร่างกายไม่ใช่ของตนเอง และอาการอื่น ๆ ที่อาจพบร่วม ได้แก่ ใจสั่น เห็นภาพซ้อน กลืนน้ำลายมากขึ้น ช่วง 30-40 นาทีหลังได้ยาจะเป็นช่วงที่ระดับยาสูงสุดในเลือด ซึ่งจะทำให้เกิดภาวะแยกตัวออกจากความเป็นจริงเด่นชัดที่สุด²⁵

3) อาการแพ้ยาเคตามีน ได้แก่ ผื่นลมพิษ (urticaria) ผื่นหนังมีผื่นแดงคันหรือตุ่มนูน อาการบวมบริเวณใบหน้าริมฝีปาก ลิ้น หรือลำคอ หายใจลำบาก (difficulty breathing) แน่นหน้าอก หอบ หรือเสียงหายใจดังวี๊ด (wheezing) ภาวะช็อกจากการแพ้ยา (anaphylaxis) โดยจะมีอาการหัวใจเต้นเร็วหรือช้า ความดันโลหิตต่ำอย่างรวดเร็ว หมดสติหรืออ่อนแรง²³ หากพบอาการแพ้ให้หยุดการให้ยาและแจ้งแพทย์ทันที พร้อมเฝ้าระวังอาการใกล้ช็อค

4) อาการสับสน วิดกกังวล หรือกระวนกระวายหลังได้รับยาเคตามีนทางหลอดเลือดดำ และมีความเสี่ยงต่อการพลัดตกเตียง ให้พิจารณาการผูกยึดแขนขาเพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วยภายใต้การประเมินอย่างเหมาะสม

2.1.7 การเคารพสิทธิของผู้ป่วยในการรับข้อมูลและการปฏิเสธการรักษา (right to refuse) ผู้ป่วยอาจขอร้องให้หยุดยาในครั้งแรกหรือเมื่อไม่มารับการรักษาและให้ยาเคตามีนในครั้งต่อไป ดังนั้นหน้าที่พยาบาล คือ รายงานแพทย์เกี่ยวกับการปฏิเสธการได้รับยาของผู้ป่วยทุกครั้ง

2.2 ให้คำแนะนำและประคับประคองจิตใจ (providing advice and supporting) ระหว่างที่ผู้ป่วยมีอาการแยกตัวซึ่งเป็นผลข้างเคียงจากการได้รับยาเคตามีน บอกผู้ป่วยว่า “แพทย์และพยาบาลอยู่ด้วยตลอด หากมีอาการอะไรให้รับรู้มันและปล่อยมันผ่านไป อย่าพยายามควบคุมอาการเหล่านั้น การพยายามไปบังคับจะยิ่งทำให้อึดอัดมากขึ้น ในระหว่างนี้อาจมีเสียงพูดคุยกันแทรกเข้ามาได้บ้าง ไม่ต้องสนใจ ถ้ารู้สึกผิดปกติรุนแรงมาก ให้แจ้งได้ทุกเมื่อ” การให้คำแนะนำในลักษณะนี้จะทำให้ผู้ป่วยคลายจากความกลัวและความวิตกกังวลขณะเกิดอาการได้³⁴

3. ระยะภายหลังการรักษา

ถึงแม้ผู้ป่วยจะได้รับยาจนหมดแล้ว แต่ฤทธิ์ของยาเคตามีนยังไม่หมดฤทธิ์หรือขับออกจากร่างกายในทันที ดังนั้นการพยาบาลภายหลังการรักษายังคงเป็นกิจกรรมที่จำเป็นและมีความสำคัญ จึงควรปฏิบัติ ดังนี้

3.1 การปฏิบัติการพยาบาล

3.1.1 ประเมินและติดตามผลข้างเคียงจากการรักษา เช่น อาการเกร็งและกระตุก ความดันโลหิตสูงขึ้น ชีพจรเร็วขึ้น การหายใจช้าลง คลื่นไส้ อาเจียน น้ำลายออกมาก ผื่นแดง เห็นภาพซ้อน และอาจเกิดภาวะความรู้สึกตัวที่แปลกไปจากเดิม สับสน เป็นต้น^{25,26}

3.1.2 ประเมินและติดตามสัญญาณชีพ (record vital sign) ค่าออกซิเจนในเลือด และระดับความรู้สึกตัว (level of consciousness) ทุก 15 นาที 4 ครั้ง²⁶

3.1.3 ดูแลให้นอนพัก จัดสิ่งแวดล้อมให้สงบ หรือไฟ เปิดเสียงเพลงที่ผ่อนคลาย และดูแลป้องกันการพลัดตกหกล้ม ได้แก่ การยกราวข้างเตียงขึ้น ให้คำแนะนำในกรณีที่ต้องการความช่วยเหลือให้กดสัญญาณขอความช่วยเหลือ ในกรณีที่ผู้ป่วยลงจากเตียงต้องมีเจ้าหน้าที่อยู่ด้วย³²

3.1.4 จัดยาและให้ยาลดผลข้างเคียงตามคำสั่งการรักษา เช่น ยาแก้คลื่นไส้อาเจียน ยาบรรเทาปวด เป็นต้น

3.2 การประเมินผลลัพธ์ของการรักษา ประเมินจากอาการซึมเศร้าลดลง หรือความสามารถในการทำกิจกรรมประจำวันดีขึ้น^{25,32} นอกจากนั้นควรใช้แบบประเมินอาการซึมเศร้าที่เป็นมาตรฐานประเมินหลังรักษา²⁶⁻²⁸ เช่น แบบประเมิน Montgomery Asberg Depression Rating Scale (MADRS) แบบประเมิน Hamilton Rating Scale for Depression (HAM-D) เป็นต้น

3.3 การให้ความรู้ในการปฏิบัติตัวหลังการรักษาและการดูแลต่อเนื่องแก่ผู้ป่วยและญาติ เช่น การพักผ่อนอย่างเพียงพอ และหลีกเลี่ยงกิจกรรมที่ต้องใช้สมาธิหรืออาจเกิดอันตรายภายหลังการรักษา เช่น การขับรถ การทำงานที่ซับซ้อน การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ เป็นต้น นอกจากนั้นให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวตามคำแนะนำทางการแพทย์ เช่น การรับประทานยาต่อเนื่อง อาการซึมเศร้า การมาพบจิตแพทย์อย่างต่อเนื่อง และมาตามนัด การแจ้งจิตแพทย์เกี่ยวกับประเด็นต่อไปนี้ เพื่อปรับแผนการรักษา เช่น มีการตั้งครรภ์ การได้รับผลข้างเคียงจากการรักษา เช่น ภาวะปัสสาวะลำบาก การรบกวน การตัดสินใจ และความจำบกพร่อง เป็นต้น³²

บทสรุป

ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่ต่อการรักษามีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้นทั่วโลก นับเป็นความท้าทายสำคัญในการพยาบาลผู้ป่วยจิตเวช รวมทั้งเป็นปัญหาในการรักษา ปัจจุบันมีทางเลือกในการรักษาหลายรูปแบบที่สามารถประยุกต์ใช้ได้ รวมถึงการใช้ยาเคตามีนทางหลอดเลือดดำ ซึ่งเป็นทางเลือกใหม่ที่ได้รับ越来越多的ความสนใจมากขึ้นในวงการจิตเวชเนื่องจากการออกฤทธิ์รักษาโรคซึมเศร้าได้รวดเร็ว ทำให้การรักษาด้วยยาเคตามีนทางหลอดเลือดดำอาจจะกลายเป็นทางเลือกที่ได้รับการยอมรับและใช้อย่างแพร่หลายมากขึ้นในประเทศไทย

ข้อเสนอแนะ

เพื่อให้การรักษาด้วยยาเคตามีนทางหลอดเลือดดำมีความปลอดภัยและมีประสิทธิภาพสูงสุด ควรมีการศึกษาวิจัยเพิ่มเติมที่เน้นการประเมินผลในระยะยาวอย่างเป็นระบบ ทั้งในด้านผลลัพธ์ทางคลินิกและภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น ดังนั้นพยาบาลจิตเวชจึงควรตระหนักถึงภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นกับผู้ป่วย โดยมีบทบาทในการดูแลผู้ป่วยอย่างใกล้ชิดในทุกระยะของกระบวนการรักษา ทั้งก่อนการรักษา ระหว่างการรักษา และหลังให้การรักษา นอกจากนี้พยาบาลควรเพิ่มพูนความรู้และทักษะเกี่ยวกับการรักษาด้วยยาเคตามีนทางหลอดเลือดดำ เพื่อให้สามารถดูแลและบริหารยาเคตามีนได้อย่างมีประสิทธิภาพ รวมทั้งพัฒนาทักษะในการปฏิบัติการช่วยชีวิตขั้นสูงและมีส่วนร่วมในการออกแบบกระบวนการรักษาผู้ป่วยร่วมกับจิตแพทย์ การส่งเสริมบทบาทของพยาบาลในลักษณะนี้จะช่วยเสริมสร้างความมั่นใจให้กับผู้ป่วยในกระบวนการรักษา ตลอดจนเสริมสร้างความปลอดภัยและประสิทธิภาพของการรักษานี้ในระยะยาว

เอกสารอ้างอิง

1. Rikhani K, Vas C, Jha MK. Approach to diagnosis and management of treatment-resistant depression. *Psychiatr Clin North Am* 2023;46(2):247–59. doi: 10.1016/j.psc.2023.02.011.
2. McIntyre RS, Alsuwaidan M, Baune BT, Berk M, Demyttenaere K, Goldberg JF, et al. Treatment-resistant depression: definition, prevalence, detection, management, and investigational interventions. *World Psychiatry* 2023;22(3):394-412. doi: 10.1002/wps.21120.
3. Civardi SC, Besana F, Miacca GC, Mazzoni F, Arienti V, Politi P, et al. Risk factors for suicidal attempts in a sample of outpatients with treatment-resistant depression: an observational study. *Front Psychiatry* 2024;15:1371139. doi: 10.3389/fpsy.2024.1371139.
4. Gill K, Hett D, Carlish M, Amos R, Khatibi A, Morales-Muñoz I, et al. Examining the needs, outcomes and current treatment pathways of 2461 people with treatment-resistant depression: mixed-methods study. *Br J Psychiatry* 2025;1-8. doi: 10.1192/bjp.2024.275.
5. Zhdanova M, Pilon D, Ghelerter I, Chow W, Joshi K, Lefebvre P, et al. The prevalence and national burden of treatment-resistant depression and major depressive disorder in the United States. *J Clin Psychiatry* 2021;82(2):20m13699. doi: 10.4088/JCP.20m13699.
6. Sharman Moser S, Chodick G, Gelerstein S, Barit Ben David N, Shalev V, Stein-Reisner O. Epidemiology of treatment resistant depression among major depressive disorder patients in Israel. *BMC Psychiatry* 2022;22(1):541. doi: 10.1186/s12888-022-04184-8.
7. Vázquez Hernández JL, Alviso de la Serna LD, Cruz C, Becerra Palars C, Ibarreche Beltran J, Kanevsky G, et al. Prevalence of treatment resistant depression: trial study sub analysis in a Mexican sample. *Arch Neuroci*. 2023;28(4):22-28. doi: 10.31157/an.v28i4.448.
8. Prasartpornsirichoke J, Pityaratstian N, Poolvorlak C, Sirinimnuakul N, Ormtavesub T, Hiranwattana N, et al. The prevalence and economic burden of treatment-resistant depression in Thailand. *BMC Public Health* 2023;23(1):1541. doi: 10.1186/s12889-023-16477-y.
9. Strawbridge R, Izurieta E, Day E, Tee H, Young K, Tong CC, et al. Peripheral inflammatory effects of different interventions for treatment-resistant depression: a systematic review. *Neurosci Appl* 2022;2:101014. doi: 10.1016/j.nsa.2022.101014.
10. Kajumba MM, Kakooza-Mwesige A, Nakasujja N, Koltai D, Canli T. Treatment-resistant depression: molecular mechanisms and management. *Mol Biomed* 2024;5(1):43. doi: 10.1186/s43556-024-00205-y.

11. O'Connor SJ, Hewitt N, Kuc J, Orsini LS. Predictors and risk factors of treatment-resistant depression: a systematic review. *J Clin Psychiatry* 2023;85(1):23r14885. doi: 10.4088/JCP.23r14885.
12. Lundberg J, Cars T, Lööv SÅ, Söderling J, Sundström J, Tiihonen J, et al. Association of treatment-resistant depression with patient outcomes and health care resource utilization in a population-wide study. *JAMA Psychiatry* 2023;80(2):167-75. doi: 10.1001/jamapsychiatry.2022.3860.
13. Cepeda MS, Reps J, Ryan P. Finding factors that predict treatment-resistant depression: results of a cohort study. *Depress Anxiety* 2018;35(7):668-73. doi: 10.1002/da.22774.
14. Lähteenvuo M, Taipale H, Tanskanen A, Rannanpää S, Tiihonen J. Courses of treatment and risk factors for treatment-resistant depression in Finnish primary and special healthcare: a nationwide cohort study. *J Affect Disord* 2022;308:236-42. doi: 10.1016/j.jad.2022.04.010.
15. Gronemann FH, Jorgensen MB, Nordentoft M, Andersen PK, Osler M. Socio-demographic and clinical risk factors of treatment-resistant depression: a Danish population-based cohort study. *J Affect Disord* 2020;261:221-9. doi: 10.1016/j.jad.2019.10.005.
16. Pérez-Sola V, Roca M, Alonso J, Gabilondo A, Hernando T, Sicras-Mainar A, et al. Economic impact of treatment-resistant depression: a retrospective observational study. *J Affect Disord* 2021;295:578-86. doi: 10.1016/j.jad.2021.08.036.
17. U.S. Food and Drug Administration, Center for Drug Evaluation and Research. Major depressive disorder: developing drugs for treatment [Internet]. 2018 [cited 2025 Jul 7]. Available from: <https://www.fda.gov/regulatory-information/search-fda-guidance-documents/major-depressive-disorder-developing-drugs-treatment>
18. Han C, Wang G, Chan S, Kato T, Ng CH, Tan W, et al. Definition and identification of patients with treatment-resistant depression in real-world clinical practice settings across Asia. *Neuropsychiatr Dis Treat* 2020;16:2929-41. doi: 10.2147/NDT.S264799.
19. Hsieh MH. Electroconvulsive therapy for treatment-resistant depression. *Prog Brain Res* 2023;281:69-90. doi: 10.1016/bs.pbr.2023.01.004.
20. Adu MK, Shalaby R, Chue P, Agyapong VIO. Repetitive transcranial magnetic stimulation for the treatment of resistant depression: a scoping review. *Behav Sci* 2022;12(6):195. doi: 10.3390/bs12060195.

21. Boudieu L, Mennetrier M, Llorca PM, Samalin L. The efficacy and safety of intranasal formulations of ketamine and esketamine for the treatment of major depressive disorder: a systematic review. *Pharmaceutics* 2023;15(12):2773. doi: 10.3390/pharmaceutics15122773.
22. Puckey M. Ketamine [Internet]. 2024 [cited 2025 Jan 26]. Available from: <https://www.drugs.com/ketamine.html>
23. Rattanasumawong W, Ittasakul P. Efficacy and safety of ketamine and esketamine in the treatment of depression. *J Psychiatr Assoc Thailand* 2020;65(2):179-90. (in Thai)
24. Leelattanon M, Rungrundorn T, Chalermkijpanit P, Tisyakorn P. Cases report: intravenous ketamine infusion for treatment-resistant depression. *J Psychiatr Assoc Thailand*. 2020;65(1):63-74. (in Thai)
25. Oxford Health NHS FT. Full information about Oxford ketamine service [Internet]. 2022 [cited 2025 Jan 26]. Available from: <https://www.oxfordhealth.nhs.uk/wp-content/uploads/sites/36/2024/03/Full-information-about-Oxford-ketamine-service-v2.1-190224.pdf>
26. Parikh SV, Lopez D, Vande Voort JL, Rico J, Achtyes E, Coryell W, et al. Developing an IV Ketamine clinic for treatment-resistant depression: a primer. *Psychopharmacol Bull* 2021;51(3):109-24.
27. Sanacora G, Frye MA, McDonald W, Mathew SJ, Turner MS, Schatzberg AF, et al. A consensus statement on the use of ketamine in the treatment of mood disorders. *JAMA Psychiatry* 2017;74(4):399-405. doi: 10.1001/jamapsychiatry.2017.0080.
28. Zarate CA, Jr, Singh JB, Carlson PJ, Brutsche NE, Ameli R, Luckenbaugh DA, et al. A randomized trial of an N-methyl-D-aspartate antagonist in treatment-resistant major depression. *Arch Gen Psychiatry* 2006;63(8):856-64. doi: 10.1001/archpsyc.63.8.856.
29. Gutierrez G, Kang MJY, Vazquez G. IV low dose ketamine infusions for treatment-resistant depression: results from a five-year study at a free public clinic in an academic hospital. *Psychiatry Res* 2024;335:115865. doi: 10.1016/j.psychres.2024.115865.
30. Juneja K, Afroze S, Goti Z, Asawa S, Sahu S, Bhuchakra HP, et al. Beyond therapeutic potential: a systematic investigation of ketamine misuse in patients with depressive disorders. *Discov Ment Health* 2024;4(1):23. doi: 10.1007/s44192-024-00077-2.
31. Al-Nasri A, Saadi RA, Rasbi JA, Rajhi EA, Harbi BA, Al K, et al. Medication administration practices among nurses: an observational study from Oman. *BJNS* 2023;3(2):1-11. doi: 10.32996/bjns.2023.3.2.1.

32. Leal LBLG, Santos JNP, da Silva VA, Brandão de Moraes É, Carneiro AM, Sanches MB. Nursing care in ketamine infusions for pain control in adults: a scoping review protocol. JBI Evid Synth 2025. doi: 10.11124/JBIES-24-00358.
33. Bolton P, Carbray JA, Mitchell R, Nihart MA. Ketamine infusion therapy treatment considerations [Internet]. Falls Church (VA): American Psychiatric Nurses Association; 2023 [cited 2025 May 22]. Available from: <https://www.apna.org/ketamine-infusion-therapy/>
34. Bendel K, Spagnola C. Ketamine treatment: the role of the nurse [Internet]. 2022 [cited 2025 May 25]. Available from: <https://www.pathlightbh.com/resources/ketamine-treatment-role-nurse>
35. Lal R, Son G. Nursing staff training on compounded intranasal ketamine for treatment-resistant depression [Internet]. Seattle (WA): Seattle University, College of Nursing; 2024 [cited 2025 May 25]. Doctor of Nursing Practice project. Available from: <https://scholarworks.seattleu.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=1100&context=dnpp-projects>

Nurses in University Health Services and their Roles in Sexually Transmitted Infection Prevention, Care, and Education: A Literature Review

บทบาทของพยาบาลในหน่วยบริการสุขภาพของมหาวิทยาลัยต่อการป้องกัน การดูแล และการให้ความรู้เกี่ยวกับโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ในนักศึกษา: การทบทวนวรรณกรรม

Rachanon Sakol* Kawee Pattarayukoltorn* Phat Prapawichar**
รชานนท์ สากล* กวี ภัทรยุคลธร* พัด ประภาวิชา**

Abstract

Background: The prevalence of sexually transmitted infections (STIs) is increasing globally, with a particularly alarming rise in Thailand, especially among young people. This trend poses significant repercussions for their health, academic performance, and overall quality of life. This integrative literature review endeavors to elucidate the multifaceted roles of university nurses in the realms of prevention, care, and education pertaining to sexual health, tailored to the distinct needs of students. **Methods:** A comprehensive systematic search was executed across PubMed, CINAHL, Scopus, and ThaiJO for scholarly publications-spanning from 2015 and 2025, using the PICO framework. Studies were included if they – concentrated on university health services focusing on prevention, care, and sexual health education for the student population. A total of 13 studies met the inclusion criteria and were analyzed. **Results:** Three major roles of university nurses were identified: (1) prevention strategies that increased service

Received: October 29, 2024

Revised: August 26, 2025

Accepted: August 29, 2025

* Registered Nurse, Office of Health Welfare and RSU Medical Clinic, Rangsit University, Pathum Thani, Thailand 12000. E-mail: rachanonskl@gmail.com

* พยาบาลวิชาชีพ สำนักงานสวัสดิการสุขภาพ คลินิกเวชกรรม มหาวิทยาลัยรังสิต ปทุมธานี ประเทศไทย 12000. E-mail: rachanonskl@gmail.com

* Corresponding Author, Registered Nurse, Office of Health Welfare and RSU Medical Clinic, Rangsit University, Pathum Thani, Thailand 12000. E-mail: kawee.ptr@gmail.com

* Corresponding Author, พยาบาลวิชาชีพ สำนักงานสวัสดิการสุขภาพ คลินิกเวชกรรม มหาวิทยาลัยรังสิต ปทุมธานี ประเทศไทย 12000. E-mail: kawee.ptr@gmail.com

** Former Dean, Faculty of Nursing Science, Assumption University, Bangkok, Thailand 10240. E-mail: phatprp@au.edu

** อธิการบดี คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยอัสสัมชัญ กรุงเทพฯ ประเทศไทย 10240. E-mail: phatprp@au.edu

utilization, though male students were less engaged; (2) educational interventions that improved knowledge, attitudes, condom negotiation skills, and testing practices; and (3) supportive health services that reduced stigma and enhanced accessibility, especially when integrated with mental health and sexual violence care. **Conclusion:** This literature review underscores the efficacy of a nurse-led, student-centered paradigm within university health services. Fundamental components encompass screening, sexual education, provision of condoms, peer support, an inclusive clinic environment, and comprehensive follow-up care. Future research should explore the long-term ramifications, systemic capacity, and cost-effectiveness of these interventions.

Keywords: university nurses, sexually transmitted infections, sexual health education, peer support, inclusive care

บทคัดย่อ

ความชุกของโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นทั้งในระดับโลกรวมถึงประเทศไทย โดยเฉพาะในกลุ่มเยาวชน ซึ่งส่งผลกระทบต่อสุขภาพ การเรียนและคุณภาพชีวิต การทบทวนวรรณกรรมเชิงบูรณาการครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อระบุบทบาทของพยาบาลมหาวิทยาลัยในการป้องกัน การดูแล และการให้ความรู้ด้านสุขภาพทางเพศที่ตอบสนองต่อความต้องการของนักศึกษา

วิธีการศึกษา: เป็นการสืบค้นวรรณกรรมเชิงบูรณาการจากฐานข้อมูล PubMed, CINAHL, Scopus และ ThaiJO ครอบคลุมช่วงปี ค.ศ. 2015–2025 โดยใช้กรอบแนวคิด PICO เกณฑ์การคัดเลือกคือ งานวิจัยที่กล่าวถึงบริการสุขภาพของมหาวิทยาลัยที่มุ่งเน้นการป้องกัน การดูแล และการให้ความรู้ด้านสุขภาพทางเพศแก่นักศึกษา ทั้งนี้ พบงานวิจัยที่เข้าเกณฑ์ทั้งหมด 13 เรื่อง ซึ่งได้นำมาวิเคราะห์เชิงเนื้อหา

ผลการศึกษา: พบบทบาทสำคัญของพยาบาลมหาวิทยาลัย 3 ด้าน ได้แก่ 1) กลยุทธ์การป้องกัน: ช่วยเพิ่มการเข้าถึงบริการ แม้ว่ากลุ่มนักศึกษาชายจะยังคงมีส่วนร่วมน้อย 2) การจัดกิจกรรมด้านการศึกษา: ช่วยพัฒนาความรู้ ทักษะการเจรจาต่อรองเรื่องการใช้ถุงยางอนามัย และการเข้ารับการตรวจ 3) บริการเชิงสนับสนุน: จะช่วยลดการตีตราและเพิ่มการเข้าถึงการใช้บริการสุขภาพได้ดียิ่งขึ้น โดยเฉพาะเมื่อมีการเชื่อมโยงกับบริการสุขภาพจิตและการช่วยเหลือผู้ที่เผชิญความรุนแรงทางเพศ

สรุป: การทบทวนวรรณกรรมที่กล่าวมานี้เน้นให้เห็นถึงประสิทธิผลของการจัดบริการสุขภาพในมหาวิทยาลัยที่มีพยาบาลเป็นผู้นำและยึดนักศึกษาเป็นศูนย์กลาง องค์ประกอบพื้นฐานที่สำคัญ ได้แก่ การตรวจคัดกรอง การให้ความรู้เรื่องเพศ การเข้าถึงถุงยางอนามัย การสนับสนุนจากเพื่อน คลินิกที่ครอบคลุม และการติดตามต่อเนื่อง งานวิจัยในอนาคตควรประเมินผลลัพธ์ระยะยาว ศักยภาพของระบบบริการ และความคุ้มค่าเชิงเศรษฐศาสตร์สุขภาพ

คำสำคัญ: พยาบาลมหาวิทยาลัย โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ เพศวิถีศึกษา การสนับสนุนโดยเพื่อน การดูแลแบบครอบคลุม

Introduction

Sexually transmitted infections (STIs) continue to pose a major problem to the international community given the fact that disease is closely related to risk behaviors involving sexual transmission without condoms and hence, carries a huge burden in terms of morbidity and mortality. A modelling study published in 2020 estimated 25.6 million new infections of genital herpes simplex virus type 2 (HSV-2) and 519.5 million prevalent cases worldwide, genital HSV-1 causing almost 205 million episodes of genital ulcer disease in 2020^{1,2}. STIs in the global context are not limited to viral infections as there are also bacterial agents that cause serious problems. Specifically, *Neisseria gonorrhoeae* has developed a high degree of resistance to first-line antimicrobials, with WHO surveillance data indicating that most parts of the world experience resistance or lower susceptibility of this pathogen to ceftriaxone, cefixime, azithromycin, and ciprofloxacin³. Such increasing antimicrobial resistance is a threat to current treatment regimen as well as to the overall management of STIs. Moreover, the overall health cost of infections like human papillomavirus (HPV) can also be seen in the number of deaths caused due to cancer, cervical cancer being one of the most prevalent types of cancer among women all over the world⁴. The above results indicate the vital necessity of more adequate prevention, broadened access to screening and diagnostics, an ongoing surveillance, and innovations in the field of therapeutics and vaccines.

Over the past decade, the global incidence of common bacterial and viral STIs has also risen steadily⁵. Thailand mirrors this trend. National surveillance shows the STI rate climbing from 28.8 cases per 100,000 population in 2017 to 53.0 cases in 2023⁶. Recent data confirm that syphilis (28.1/100,000) and gonorrhea (17.2/100,000) are the two most frequently reported bacterial STIs, especially among 15–24-year-olds, who show gonorrhea rates as high as 119.3/100,000⁷. Despite this alarming situation, condom use among Thai youth remains low⁸.

University students are at heightened risk for sexually transmitted infections (STIs) because adolescence and young adulthood are characterized by rapid biological, emotional, and social transitions that increase susceptibility to unsafe sexual practices. Limited knowledge, influence by peers, and the emergence of online ports also encourage liaisons that would result to early sex or unprotected sex. Although in Thailand this being at risk is just emerging, recent evidence points in this direction. A cross-sectional survey conducted among 916 undergraduates in eight universities in four regions found out that about half (46.8%) of them were individuals who practice risky sexual behaviors such as inconsistent condom use, multiple partners, and so on⁹. Similarly, a study conducted in Ubon Ratchathani Rajabhat University revealed that 80.8 % of students had been involved in sexual intercourse, 49 % of them had no condom during their first experience and only 36.4 % had been tested in HIV/STI

screenings¹⁰. Additional research among vocational college students in Kalasin confirmed that despite relatively high knowledge levels, preventive behaviors remained only moderate, leaving significant risk for STI transmission¹¹. In a more recent study in the context of higher education institutions conducted among youth men who have sex with men (MSM), it was concluded that the predominant predictors of preventive behavior were partner influence, the easy access to condoms and self-efficacy¹².

Within university settings, university nurses (also termed campus- or college-health nurses) are registered nurses employed by student health services who provide both clinical and preventive care. Their roles include STI screening, sexual-health counseling, immunization, partner notification, and health-promotion initiatives tailored to young adults. Unlike hospital nurses who focus on inpatient care, university nurses integrate clinical expertise with population-level strategies to reduce sexual health risks and support academic success^{10,12}.

Therefore, this integrative review will explore the responsibilities and the practices of university nurses in Thailand concerning the prevention, management, and promotion of sexual health among university students. The available literature has demonstrated that university nurses, also known as student/college or campus health nurses, contribute significant roles in STI screening, sexual health counseling, partner notification initiative, vaccination programs, and campus-wide health-promotion activities tailored specifically for students in the young adult population. In Thailand, interventions based on nurse education interventions have been found to provide an improvement in partner notifications among women with STIs, while other studies have established the role of nurses in peer-delivered sexual health education and web-based prevention strategies.

Despite this body of evidence, research focusing on the specific roles and contributions of university nurses remains limited. In particular, little is known about how university nurses address the prevention, care, and education of sexual health in ways that respond to the unique needs of students. This gap underscores the necessity for further investigation to clarify and strengthen the role of university nurses in promoting student sexual health. This integrative literature review aimed 1) to identify existing interventions and services led or coordinated by university nurses. 2) to examine the barriers and facilitators influencing their practice in campus health settings 3) to highlight critical knowledge gaps that require further empirical investigation.

Methods of the Review

Search Strategy

A systematic literature search was conducted to identify relevant studies regarding the roles of university nurses in the prevention, management, and education pertaining to sexually transmitted infections (STIs). Four electronic databases including PubMed, CINAHL, Scopus, and Thai Journals Online (ThaiJO) were meticulously searched for publications released between January 2015 and March 2025. The search strategy combined keywords related to “university nurses,” “sexual health education,” “sexually transmitted infections,” “peer support,” and “inclusive care.”. Filters for free full text, and associated data were rigorously applied. Relevant articles in both English and Thai language were considered, guided by the PICO framework (Population, Intervention, Comparison, Outcome).

The initial inquiry utilizing the keyword “university nurse” yielded a total of 14,317 scholarly articles. The incorporation of “sexual health education” effectively diminished the results to 199, while the further inclusion of “sexually transmitted infections” meticulously refined the count to 13. Subsequent to the application of eligibility criteria, these 13 studies were deemed suitable for inclusion in the review.

Inclusion Criteria

Studies were considered eligible if they were published between 2015 and 2025 in either English or Thai, conducted within university or higher-education contexts, and focused on students aged 18–29 years. Eligible research was required to describe nurse-led or nurse-supported interventions relating to sexual health promotion, STI prevention, screening, education, or supportive care. Inclusion also mandated the reporting of at least one relevant outcome, such as STI incidence or prevalence, condom utilization, uptake of STI testing or vaccination, sexual health knowledge, attitudes, or self-efficacy, or factors influencing service utilization. Studies employing quantitative, qualitative, or mixed-methods approaches were accepted.

Exclusion Criteria

Studies were excluded if they addressed sexual health without the involvement of nurses professionals, were conducted outside academic university settings, or encompassed populations beyond students. Additionally, reviews, commentaries, conference abstracts, editorials without original data, publications prior to 2015, and studies that did not report outcomes related to sexual health promotion, STI prevention, or the roles of nursing.

Quality Assessment

The methodological rigor of the studies included in this review was meticulously assessed based on criteria such as the clarity of study design, sampling methodologies, validity of measurements, and potential biases. While studies were not excluded solely on the grounds of quality, this evaluation informed the interpretation of the findings. A total of 13 studies fulfilled the inclusion criteria and were subjected to analysis in this review.

Data Synthesis

Given the heterogeneity of study designs and outcomes, a narrative synthesis approach was employed: Thematic analysis was utilized to extract findings and inductively categories them into overarching domains that encapsulate the roles of university nurses in sexual health promotion, prevention, care, and education.

Findings

1. The key roles of University Nurses

The review delineated a plethora nurse-led functions, which were meticulously categorized into four principal domains.

1.1 **Screening:** Routine and mobile STI testing, partner notification, and follow-up services.

1.2 **Prevention:** Condom distribution, health promotion initiatives, and digital interventions aimed at enhancing sexual health behaviors.

1.3 **Education:** Engaging classroom sessions, peer-led programs, and simulation-based workshops.

1.4 **Supportive Health Services:** Counseling, inclusive and culturally sensitive care, tele-health services, and referral pathways for additional assistance.

2. Process

The findings process revealed four broad thematic categories: Screening^{13,14}, Prevention Strategies¹⁵⁻¹⁷, Education Interventions¹⁸⁻²¹, and Supportive Health Services Interventions²²⁻²⁵, which were used to structure the findings below.

2.1 Screening Sexually transmitted infection (STI) and human immunodeficiency virus (HIV) testing on university campuses constitutes a pivotal component in mitigating the alarming prevalence of STIs among young adults. Institutions of higher learning bear a responsibility for the health and safety of their students; thus, they should not only provide but also actively promote comprehensive sexual health solutions¹³.

There are several barriers that hinders students from obtaining STI/HIV screening. These include the inability to easily access screening opportunities, scheduling conflicts,

lengthy wait periods, feeling of humiliation, perceived stigma, and financial concerns. Furthermore, a perceived lack of risk exists because many STIs are asymptomatic, which further reduces testing rates among students. Confidentiality concerns are a significant barrier, particularly in relation insurance invoicing, which may result in the inadvertent disclosure of information to parents. This factor deters a considerable proportion of adolescents and young adults from seeking care¹³.

To address these challenges, university health services have established specialized sexual health clinics (SHCs) and nurse-led STI screening facilities. In addition to rendering testing more accessible, alleviating stress, and fostering a nonjudgmental atmosphere, these initiatives will serve to humanize the process and challenge its normalization. Off-site clinics operated by nurses have been demonstrated to be an evidence-based approach that enhances STI testing rates by 33% and HIV screening rates by 24%. High-risk students, including Black students, those with multiple sexual partners, young men who engage in sexual activities with other men (YMSM), and individuals who infrequently utilize protective measures, can be effectively targeted and engaged by these clinics. An impressive 95–98% of attendees express satisfaction with the services provided, attributing their contentment primarily to the staff's approach ability and the convenience of the offerings^{13,14}.

Similarly, free-standing sexual health clinics (SHCs) have demonstrated distinct advantages over primary care facilities, offering a broader array of STI screening options and exhibiting higher percentages of positive test results for gonorrhea and chlamydia infections. These clinics also reveal a marked difference in the demographics of their patient populations, with younger females and Black individuals exhibiting elevated screening rates, alongside an influx of male patients who may be less inclined to utilize the available preventive health services. Given that infections cannot be solely diagnosed through genital screening, it is imperative to conduct extragenital screenings for men who have sex with men (MSM). Consequently, it is anticipated that health centers will adopt this approach when engaging with MSM. The efficacy of SHCs can be attributed to an enhanced emphasis on comprehensive and individualized sexual history assessments conducted by trained professionals, coupled with free and confidential STI screening and on-site treatment^{13,14}.

Screening procedures are informed by standardized testing and treatment protocols established by agencies such as the USPSTF and CDC. Effectively targeting appropriate testing and counseling necessitates a thorough risk assessment, exemplified by the CDC's "Five P's approach" (partners, practices, prevention of pregnancy, protection against STIs, and history of STIs). Despite notable accomplishments, continuous evaluation is recommended to enhance communication strategies, address the escalating issue of insurance billing opacity, ensure

adequate staffing, and integrate more robust risk reduction health education initiatives to optimize efficacy.

2.2 Prevention Strategies Three recent studies emphasize the pivotal role of nurses in formulating strategies to mitigate the incidence of sexually transmitted infections (STIs), particularly among adolescents and young adults. A quasi-experimental research study conducted in Thailand, which evaluated the impact of nurse-facilitated, adolescent-centered social media interventions for HIV prevention, revealed a compelling insight. The findings indicated substantial enhancements in participants' behavioral intentions and their perceptions regarding the efficacy of preventive measures. Notably, the involvement of nurses as facilitators enhanced peer leadership within the programs and promoted safe sex behaviors and condom negotiation, attributable to their perceived legitimacy within the initiatives. This emphasized the potential to influence the sexual health behaviors of young people by integrating nursing expertise with digital platforms. Recent surveys have demonstrated that school-based instruction is exceedingly beneficial, ranking just below digital interventions¹⁵. A Japanese assessment revealed that 70% of school nurses incorporated STI prevention into their curricula; however, the majority relied on outdated or generic teaching materials, which diminished the effectiveness of their instruction. Nurses identified a pronounced necessity for a categorized digital resource addressing sensitive topics such as sexual violence, HPV prevention, and media literacy education. These findings illustrate that the educational capabilities of nurses can be significantly enhanced by providing them with contemporary and accessible learning resources, thereby augmenting STI prevention efforts within school and university settings¹⁶.

As opposed to nurse-led education, peer education has emerged as a compelling strategy in the Mekong region. A scoping review encompassing Thailand, Vietnam, Myanmar, Cambodia, and Lao PDR revealed that markedly enhanced knowledge, attitudes, and behavioral prevention specifically regarding condom use were observed following peer education interventions. Programs not only empowered young peer educators but also fostered dialogue on previously taboo subjects, resulting in enduring shifts in sexual health norms. The involvement of nurses in the training and oversight of peer educators significantly elevated the quality of the program and facilitated a more seamless integration with health services. Collaborations between nurses and peers represent a scalable and culturally adaptable intervention strategy for the prevention of sexually transmitted infections¹⁷.

2.3 Education Interventions One of the most crucial instruments in the arsenal for mitigating sexually transmitted infections (STIs) among the upcoming generation of youth is education. A high prevalence of STIs, coupled with reckless sexual conduct, can stem from an absence of comprehensive sexual health education; conversely, elevated levels of

knowledge foster positive attitudes and the responsible management of sexual health behaviors^{18,19}. Numerous pedagogical methodologies have proven effective in elevating awareness and cultivating more favorable attitudes toward STI prevention. A study conducted among Nigerian undergraduate nursing students revealed that an astonishing 99.4% of participants possessed extensive knowledge about STIs, primarily acquired through lectures and academic coursework, and harbored positive perceptions regarding preventive measures. These encompassed an understanding of the efficacy of condoms and the various transmission routes, including oral sex¹⁸.

Similarly, an intervention employing interactive online modules to enhance medical students' comprehension of HIV and STI prevention, encompassing pre-exposure prophylaxis (PrEP) and post-exposure prophylaxis (PEP), proved to be efficacious. Initially, 30.9% of students expressed a lack of confidence in identifying candidates for PrEP or PEP; however, this figure surged to 91% post-intervention. Furthermore, the mean score pertaining to knowledge of HIV and STI screening and prevention escalated to 8.0. This signified the elevated effectiveness of the intervention¹⁹.

Additionally promising are the unconventional mobile health (mHealth) interventions. A nurse-led interactive instant messaging (IM) initiative utilizing WhatsApp has demonstrated a beneficial impact on emerging adults in Hong Kong by promoting safer sexual behaviors. Following an intervention grounded in the Information-Motivation-Behavioral Skills (IMB) model, participants exhibited significantly enhanced attitudes and knowledge regarding condom utilization. When addressing sensitive sexual health topics, participants conveyed considerable satisfaction with the IM chats, appreciating the immediacy, confidentiality, and personalized nature of the communication. Furthermore, a series of follow-up messages fostered ongoing engagement and reinforced comprehension²⁰.

There remains a conspicuous disconnect between heightened awareness and the requisite preventative measures, despite significant advancements in attitudes and knowledge concerning diabetes prevention. For instance, research revealed that although nursing school students in Nigeria demonstrated commendable scores on assessments of knowledge and positive attitudes, there existed no statistically significant correlation between their personal histories of sexually transmitted infections (STIs) and their understanding of STI prevention, indicating a failure to translate that knowledge into practice. Similarly, notwithstanding the enhancement of attitudes and knowledge, the Hong Kong IM intervention did not yield a significant increase in the consistency of condom usage. This incongruity underscores the necessity for comprehensive educational initiatives aimed at dismantling the barriers to routine screening and the reliable application of condom use²⁰.

Essential educational interventions constitute a vital strategy in nations where the management of sexually transmitted infections (STIs) is impeded by a pervasive lack of awareness, detrimental attitudes, cultural disparities, and entrenched misconceptions. Healthcare professionals in South Africa have discerned that young women frequently encounter formidable barriers in accessing STI treatments, primarily due to the stigma associated with these conditions and an acute fear of judgment, exacerbated by inadequate knowledge regarding STI symptoms and safe sexual practices. They emphasized two pivotal strategies: enhancing public education on STI symptoms and advocating for the correct utilization of self-sampling kits. These insights illuminate the imperative for the formulation of comprehensive educational and awareness campaigns aimed at dismantling these barriers.

Therefore, it is imperative to advocate for continuous education and support to enhance understanding and foster a more proactive approach to sexual health, particularly among the forthcoming generation of medical professionals. The early incorporation of this training into medical curricula, accompanied by ongoing reinforcement of the material, is vital for ensuring that healthcare practitioners grasp and feel confident when addressing sexual health matters with diverse populations. The accessibility and efficacy of STI services could be substantially augmented by broadening the implementation of digital health interventions and eHealth solutions, including the transition to disseminating STI diagnostic results via email or SMS, especially in low- and middle-income countries (LMICs)²¹.

2.4 Supportive Health Services Particularly within university health facilities, supportive services such as counseling are indispensable for enhancing the efficacy, acceptability, and accessibility of STI prevention, care, and education. Students encounter considerable barriers to access, including feelings of humiliation, apprehension regarding judgment, and a lack of awareness about available resources for assistance. These challenges can be mitigated by utilizing these services to cultivate supportive, nonjudgmental, and nondiscriminatory environments. Historically, public health clinics have provided discreet care to mitigate the stigma associated with STI interventions²².

Their objectives were to facilitate timely diagnosis, provide immediate treatment, and foster collaboration with various agencies to deliver a holistic care strategy. The organizational paradigm of quality healthcare, as articulated by the Institute of Medicine, encompasses the principle of patient-centeredness, which ensures confidentiality, prioritizes vulnerable populations, cultivates a positive and inclusive environment characterized by cultural sensitivity, establishes seamless referral pathways, and promotes comprehensive information and education²².

One of the principal advantages of supportive services is their capacity to enhance the rapport between students and healthcare providers. Students hold in high regard

health professionals who are personable, knowledgeable, and dependable, especially when addressing sensitive topics related to sexual health. Many students seek out these services to acquire the skills necessary to discuss, accept, and elevate their sexual well-being. To foster an environment conducive to disclosing their identities and sexual preferences, LGBTQIA+ students, in particular, should pursue LGBTQIA+-affirmative services and practitioners proficient in transgender health matters. Research indicates that sexual and gender minority college students frequently encounter discomfort when revealing their identities, a lack of awareness regarding available services, and anxiety stemming from microaggressions (such as being misgendered), which collectively contribute to a delayed engagement with healthcare. They may be deterred from seeking essential care due to apprehensions about discrimination and an inability to obtain appropriate support. Similar obstacles have been identified among domestic and international students hailing from abroad, where culturally sensitive and responsive care is imperative. These challenges encompass perceived racism, language barriers, and cultural concerns, including the fear of familial discovery and anxieties regarding confidentiality^{23, 24}.

In the domain of collegiate health, innovative methodologies for delivering supportive services have exhibited considerable promise. Nurse-led consultations were instituted as a quality improvement initiative entitled "SHED Light!" This initiative encompasses a comprehensive care checklist alongside a discussion facilitation tool. The implementation of this approach engendered a remarkable 2.7-fold increase in utilization among sexual and gender minority students, coupled with a significant enhancement in student comfort ratings, which ascended to a project mean of 4.62 on a Likert scale (1–5), markedly exceeding the established baseline of 3.53. These interventions have profoundly contributed to the augmentation of sexual health services accessible to all students. The utilization of the tool fostered the creation of an inclusive and supportive clinical environment wherein students could articulate their needs without the imperative of overt verbal disclosure. Nurse-led consultations were met with enthusiastic acceptance, cultivating the ethos of inclusive care and elevating the visibility of clinic services through strategic marketing endeavors. Furthermore, a steadfast commitment to health justice was reinforced by the collaborative efforts of a multidisciplinary team, comprising clinic staff, student leadership, and administrators from student affairs on the university campus. Given that initial outcomes may reflect disparities in care services, it is imperative for clinicians to engage in continuous education to address implicit bias, thereby ensuring the delivery of equitable care.

A significant advancement in the provision of supportive STI prevention and care, particularly for individuals impacted by health inequities, is the advent of telehealth services. By dismantling geographic and transportation barriers, tele-health enhances

convenience and flexibility, potentially diminishing no-show rates and extending access to historically under-served populations. By delivering services at the patient's convenience in a remote setting, tele-health also alleviates feelings of anxiety and stigma associated with sensitive medical issues. Illustrative examples include text message reminders for infectious disease management, multimedia educational resources tailored to varying literacy and language proficiencies, and the option for home-based STI testing. For instance, women of color and transgender adolescents have reported enhanced access to services and diminished stigma owing to the thoughtful design of tele-health initiatives. Nevertheless, the digital divide—characterized by unequal access to reliable internet and appropriate devices—poses a significant challenge, particularly for the elderly, rural communities, racial and ethnic minorities, and individuals of lower socioeconomic status. The efficacy of tele-health necessitates meticulous consideration of each patient's unique characteristics, encompassing linguistic and cultural responsiveness, as well as the promotion of digital literacy to prevent the exacerbation of health disparities²⁵.

Overall, supportive services within university health settings encompass a myriad of strategies, ranging from cultivating trusting provider-patient relationships and delivering culturally competent in-person care to harnessing innovative technologies such as telehealth. These services are indispensable for fulfilling universities' commitments to fostering student health and well-being, thereby contributing to the fundamental objectives of Sexual and Reproductive Health-related policy and strategy by addressing the diverse and often unique needs of the student population.

3. Outcomes of Nurse-Led Interventions

The included studies elucidated a myriad of favorable outcomes associated with nurse-led interventions, encompassing: augmented sexual health awareness, enhanced attitudes and competencies pertaining to condom negotiation and safer-sex practices, increased engagement in STI testing and vaccination, and diminished stigma, culminating in improved accessibility to sexual health services.

Conclusion

This integrative analysis underscores the pivotal role that university nurses fulfill in advancing students' sexual health through the triad of prevention, education, and supportive care. Research has substantiated that nurse-led initiatives significantly enhance student engagement in STI screening, elevate comprehension of sexual health issues, and mitigate the stigma associated with the use of condoms and other preventive measures. Despite these promising outcomes, notable gaps persist. There is a paucity of data regarding the longevity of the interventions' effects, with risky behaviors often resurfacing in the absence of ongoing

oversight or guidance. Moreover, gender disparities in service utilization are evident, as male students tend to engage with these services less frequently. Additionally, there exists a scarcity of locally focused research that accounts for Thailand's unique resources and cultural context. Systematic assessments of intersectional and systemic accessibility are infrequently conducted, and the design of inclusive care models for LGBTQ+ and international students remains insufficiently scrutinized. While the roles of university nurses have been extensively documented in an international context, evidence within Thailand remains limited.

Gaps in Literature:

1) Durability of Impact: Predominantly brief follow-ups and narrative syntheses; scant evaluations spanning 12–24 months or clinical outcomes (e.g., STI incidence, sustained condom utilization/testing).

2) Equity and Reach: Insufficient engagement among male students and a dearth of subgroup evidence for LGBTQ+ and international students impede equity-focused assessment.

3) Contextual Fit for Thailand/LMICs: Numerous interventions are adapted from high-income contexts, with ambiguous cultural and systemic transferability to Thai universities.

4) System-Level Constraints: Workload, protocol adherence, organizational readiness, and cost-effectiveness are seldom evaluated utilizing structured implementation frameworks.

5) Inclusive Care Outcomes: Connections to mental health, gender-based violence support, tele-health, and partner services lack rigorous outcome evaluation.

6) Methodological Rigor: Small or convenience samples, inadequate comparators, heterogeneous measures, limited preregistration, and incomplete risk-of-bias reporting persist.

Implications for Practice and Policy:

To enhance STI prevention in university health services, nurse-led models should integrate accessible, low-barrier STI screening with immediate results and treatment options, leverage telehealth for flexible access, provide long-term support and follow-up, and offer engaging peer education programs. Addressing stigma requires bilingual materials, inclusive services for LGBTQ+ individuals, flexible hours, and anonymous communication methods like encrypted messaging, which can prevent care loss and encourage ongoing engagement with health services.

The provided text outlines a comprehensive policy framework for improving student sexual health on college campuses by establishing minimum requirements, integrating clinical practices like screening and telehealth, ensuring access to care, supporting nurse-led services and peer programs, and implementing standing orders for treatment and pre-exposure prophylaxis initiation. It also emphasizes the need for standardized data collection and

reporting to connect campus dashboards with national surveillance, as well as joint procurement, public health compacts, and digital privacy audits to ensure consistency, accountability, and scalability of sexual health services, ultimately aiming for measurable and equitable improvements in student sexual health and national STI control.

Collectively, these recommendations provide a strategic foundation for developing equitable, evidence-informed, and sustainable sexual health service models within Thai university settings, with the potential to enhance student health outcomes and reinforce national efforts in STI prevention and control.

References

1. UNAIDS. UNAIDS data 2022. Geneva: UNAIDS; 2022.
2. Harfouche M, AlMukdad S, Alareeki A, Osman AMM, Gottlieb S, Rowley J, et al. Estimated global and regional incidence and prevalence of herpes simplex virus infections and genital ulcer disease in 2020: mathematical modelling analyses. *Sex Transm Infect* 2025;101(4):214-23. doi: 10.1136/sextrans-2024-056307.
3. Unemo M, Lahra MM, Escher M, Eremin S, Cole MJ, Galarza P, et al. WHO global antimicrobial resistance surveillance for *Neisseria gonorrhoeae* 2017-2018: a retrospective observational study. *Lancet Microbe* 2021;2(11):e627-36. doi: 10.1016/S2666-5247(21)00171-3.
4. Bray F, Ferlay J, Soerjomataram I, Siegel RL, Torre LA, Jemal A. Global cancer statistics 2018: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries. *CA Cancer J Clin* 2018;68(6):394-424. doi: 10.3322/caac.21492.
5. World Health Organization. Report on global sexually transmitted infection surveillance. Switzerland: WHO; 2018.
6. Department of Disease Control, Ministry of Public Health. Five-dimension surveillance: sexually transmitted infections, fiscal year 2023 [Internet]. 2024. [cited 2025 Jul 30]. Available from: <https://odpc5ratchaburi.com/manual/post.php?id=88> (in Thai).
7. Putthawong P, Jantaramanee S, Yingyong T. Situation report of gonorrhea, 2024. *WESR* 2025;56(2):1-3.
8. World Health Organization. Global health sector strategy on sexually transmitted infections, 2016-2021. Geneva: World Health Organization; 2016.

9. Benchamas J, Senahad N, Padchasuwan NH, Laoraksawong P, Phimha S, Banchonhattakit P. Factors associated with risky sexual behaviors among undergraduate students in Thailand. *BMC Public Health* 2024;24(1):2967. doi: 10.1186/s12889-024-20429-5.
10. Baokhumkong C, Kata S. Factors associated with risk behavior of HIV infection and sexually transmitted diseases of students: the case study in Ubon Ratchathani Rajabhat University. *Journal of the Office of Disease Prevention and Control, 7 Khon Kaen* 2019;26(1):66-74. (in Thai)
11. Thammarakcharoen S, Saengrit T, Risa S, Khamewong S, Jampawan S, Sukserm T, et al. Preventive behavior of sexually transmitted diseases among vocational college students in Kalasin province. *Journal of the Office of Disease Prevention and Control, 7 Khon Kaen* 2023;30(3):181-92. (in Thai)
12. Pandee P. The factors affecting sexually transmitted disease preventive behaviors among youth MSM in higher education institutions [thesis]. Pathum Thani: Thammasat University, Faculty of Nursing; 2023. (in Thai)
13. Becker A. Nurse-run sexually transmitted infections screening clinics on a university campus [dissertation]. Amherst (MA): University of Massachusetts, Amherst College of Nursing; 2017.
14. Camino AF, Whitfield M, Pridgen K, Van Der Pol B, Van Wagoner N. Embedding a dedicated sexual health clinic in a university's health services expands sexually transmitted infection screening options. *Sex Transm Dis* 2023;50(7):462-6. doi: 10.1097/OLQ.0000000000001804.
15. Boonkaewwan A, Punthmatharith B, Wiroonpanich W, Williams KA. Effects of a nurse's support for the adolescent-led HIV/AIDS sexual transmission prevention program using social media. *Walailak J Sci & Tech* 2021;18(11):10010. doi: 10.48048/wjst.2021.10010.
16. Nakamura T. A survey of digital content required for STD prevention education taught by school nurses. *Health* 2024;16:350-70. doi: 10.4236/health.2024.164025.
17. Newman PA, Akkakanjanasupar P, Tepjan S, Boborakhimov S, van Wijngaarden JW, Chonwanarat N. Peer education interventions for HIV prevention and sexual health with young people in Mekong Region countries: a scoping review and conceptual framework. *Sex Reprod Health Matters* 2022;30(1):2129374. doi: 10.1080/26410397.2022.2129374.

18. Frank MD, Simon-Uriah PA, Ootobo EN, Akpan-Idiok PA, Atakwulu FO, Benard S. Knowledge and attitude towards sexually transmitted infections preventive strategies among undergraduate student nurses in a tertiary institution, south-south, Nigeria. *Obstet Gynecol Int J* 2025;16(1):14-20. doi: 10.15406/ogij.2025.16.00781.
19. Grant W, Adan MA, Samurkas CA, Quigee D, Benitez J, Gray B, et al. Effect of participative web-based educational modules on HIV and sexually transmitted infection prevention competency among medical students: single-arm interventional study. *JMIR Med Educ* 2023;9:e42197. doi: 10.2196/42197.
20. Pak SHL, Wang MP, Teitelman AM, Wong JYH, Fong DYT, Choi EPH. Nurse-led brief intervention for enhancing safe sex practice among emerging adults in Hong Kong using instant messaging: feasibility study. *JMIR Form Res* 2024;8:e52695. doi: 10.2196/52695.
21. Jaya ZN, Mapanga W, Moetlhoa B, Mashamba-Thompson TP. Nurses' perspectives on user-friendly self-sampling interventions for diagnosis of sexually transmitted infections among young women in eThekweni district municipality: a nominal group technique. *BMC Health Serv Res* 2024;24:106. doi: 10.1186/s12913-023-10353-6.
22. Barrow RY, Ahmed F, Bolan GA, Workowski KA. Recommendations for providing quality sexually transmitted diseases clinical services, 2020. *MMWR Recomm Rep* 2020;68(5):1-20. doi: 10.15585/mmwr.rr6805a1.
23. Gianelis KA, Butler JM. Improving equitable access to inclusive sexual healthcare in a small urban college health setting. *Nurs Forum* 2022;57(4):686-93. doi: 10.1111/nuf.12708.
24. Mundie A, Mullens AB, Fein EC, Bell SFE, Debattista J, Ariana A, et al. University students' access and use of sexual and reproductive health services in Australia. *Cult Health Sex* 2024;1-17. doi: 10.1080/13691058.2024.2410834.
25. Valentine JA, Mena L, Millett G. Telehealth services: implications for enhancing sexually transmitted infection prevention. *Sex Transm Dis* 2022;49(11 Suppl 2):S36-S40. doi: 10.1097/OLQ.0000000000001699.

การพัฒนาโปรแกรมการพยาบาลในการให้การปรึกษาแบบสร้างแรงจูงใจ
ต่อผลลัพธ์ทางคลินิกในผู้ป่วยวัยรุ่นที่มีสมาธิสั้น
Developing a Nursing Program Using Motivational Interviewing
to Improve Clinical Outcomes in Adolescent Patients with
Attention-Deficit Hyperactivity Disorder

อารีย์ ชุศักดิ์* ภัทรบูลย์ นาคสุสุข** เสาวลักษณ์ หมั่นสุนทร*
Aree Chusak* Patrabol Naksusuk** Saowaruk Meundsontron*

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาและศึกษาผลของโปรแกรมการพยาบาลในการให้การปรึกษาแบบสร้างแรงจูงใจต่อผลลัพธ์ทางคลินิกในผู้ป่วยวัยรุ่นที่มีสมาธิสั้นใช้กระบวนการพัฒนาโปรแกรมของไมเจลและคณะ 5 ระยะ ได้แก่ 1) การกำหนดปัญหา 2) การสำรวจความต้องการเนื้อหาและกิจกรรมที่ต้องการพัฒนาโปรแกรม 3) การออกแบบโปรแกรมการทดลอง 4) การตรวจสอบความตรง การประเมินความเป็นไปได้ และการยอมรับโปรแกรม และ 5) การทดสอบผลลัพธ์ของโปรแกรม กลุ่มตัวอย่าง ประกอบด้วยผู้ป่วยวัยรุ่นที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคสมาธิสั้น จำนวน 62 ราย และผู้ปกครอง แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 31 ราย ด้วยการสุ่มอย่างง่าย เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ โปรแกรมการพยาบาลในการให้การปรึกษาแบบสร้างแรงจูงใจ (ความตรงเชิงเนื้อหา CVI = 0.84) แบบประเมินความร่วมมือในการใช้ยาและแบบประเมินพฤติกรรมสมาธิสั้น (ค่าความเชื่อมั่น = 0.76, 0.82 ตามลำดับ) เก็บรวบรวมข้อมูลก่อนและภายหลังได้รับโปรแกรม วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติ Wilcoxon Signed Ranks Test และ Mann-Whitney U-test

Received: December 12, 2024

Revised: July 22, 2025

Accepted: August 26, 2025

* พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ โรงพยาบาลยุวประสาทไวทโยปถัมภ์ สมุทรปราการ ประเทศไทย 10270.

E-mail: jijchu@hotmail.com, saowaluknok51@gmail.com

* Registered Nurse, Senior Professional Level, Yuwaprasart Waithayopatum Chilid Psychiatric Hospital, Samutprakan, Thailand 10270. E-mail: jijchu@hotmail.com, saowaluknok51@gmail.com

** Corresponding Author, ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันเทคโนโลยีพระจอมเกล้าเจ้าคุณทหารลาดกระบัง กรุงเทพฯ ประเทศไทย 10520. E-mail: patrabolptt@gmail.com

** Corresponding Author, Assistant Professor, School of Nursing, King Mongkut's Institute of Technology Ladkrabang, Bangkok, Thailand 10520. E-mail: patrabolptt@gmail.com

ผลการวิจัย 1) การพัฒนาโปรแกรมการพยาบาลในการให้การปรึกษาแบบสร้างแรงจูงใจต่อผลลัพธ์ทางคลินิกในผู้ป่วยวัยรุ่นที่มีสมาธิสั้น เกิดจากการสำรวจปัญหาและการทบทวนวรรณกรรม ประกอบด้วย 7 กิจกรรม 2) กลุ่มทดลองภายหลังได้รับโปรแกรม มีคะแนนความร่วมมือในการใช้ยามากวก่อนเข้าร่วมโปรแกรมและพฤติกรรมสมาธิสั้นลดลง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) 3) คะแนนความร่วมมือในการใช้ยา และพฤติกรรมสมาธิสั้นของผู้ป่วยวัยรุ่นที่มีสมาธิสั้นระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยใช้ Mann-Whitney U-test พบว่าไม่แตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > .05$) ในทั้งสองตัวแปร สรุปได้ว่าโปรแกรมการพยาบาลในการให้การปรึกษาแบบสร้างแรงจูงใจสามารถช่วยส่งเสริมความร่วมมือในการใช้ยาและลดพฤติกรรมสมาธิสั้นในกลุ่มวัยรุ่นสมาธิสั้นได้อย่างมีประสิทธิภาพในระดับรายบุคคล แม้ยังไม่พบความแตกต่างเมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มควบคุม จึงควรมีการศึกษาต่อเนื่องในกลุ่มตัวอย่างขนาดใหญ่ และในระยะเวลาดิตตามผลที่ยาวนานขึ้น เพื่อยืนยันผลลัพธ์ในกลุ่มประชากร

คำสำคัญ: โปรแกรมการพยาบาล การปรึกษาแบบสร้างแรงจูงใจ ความร่วมมือในการใช้ยา สมาธิสั้น วัยรุ่น

Abstract

This study aimed to develop and study the effects of a nursing program using motivational interviewing to improve clinical outcomes in adolescents with attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD). The program was developed following the five-step framework of Majjel et al., including: (1) problem identification; (2) needs assessment for program content and activities; (3) experimental program design; (4) content validation, feasibility, and acceptability assessment; and (5) outcome evaluation. The participants included 62 adolescents diagnosed with ADHD and their caregivers, who were randomly assigned to an experimental group or a control group, with 31 participants in each. Research instruments included: the Nursing Program for Motivational Interviewing (Content Validity Index, CVI = 0.84), the Medication Adherence Assessment Scale, and the ADHD Behavior Assessment Scale (reliability = 0.76, 0.82 respectively). Data were collected before and after the participants entered the intervention and analyzed using the Wilcoxon Signed Ranks Test and the Mann-Whitney U-test.

The study found that (1) the nursing program was developed based on problem assessment and literature review and consisted of 7 activities. (2) After receiving the intervention, the experimental group showed a statistically significant improvement in medication adherence and a significant reduction in ADHD behaviors ($p < .001$) (3). Comparison of post-test scores between the experimental and control groups using the Mann-Whitney U-test revealed no statistically significant differences in either variable ($p > .05$).

Conclusion: The nursing program utilizing motivational interviewing was effective in improving medication adherence and reducing ADHD behaviors in adolescents with ADHD at the individual level. However, no significant difference was observed between the

experimental and control groups. Further studies with larger sample sizes and longer follow-up periods are recommended to confirm the effectiveness of outcomes in adolescents with ADHD.

Keywords: nursing program, motivational interviewing, medication adherence, attention deficit hyperactivity disorder (ADHD), adolescent

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ผู้ป่วยวัยรุ่นที่มีสมาธิสั้น (Attention-Deficit/ Hyperactivity Disorder: ADHD) กำลังเป็นปัญหาในระบบสาธารณสุขของประเทศไทย โดยมีแนวโน้มความชุกเพิ่มขึ้นทั่วโลก ร้อยละ 8.1¹ ในเอเชียพบร้อยละ 12.4² ขณะที่ประเทศไทยพบความชุกอยู่ที่ร้อยละ 8.1 จากการสำรวจทั่วประเทศในปี 2556³ และพบสถิติในปี พ.ศ. 2566 พบอัตราผู้ป่วยรายใหม่และความชุกของโรคสมาธิสั้นในเด็กกลุ่มอายุ 6-15 ปี อยู่ที่ร้อยละ 2.3⁴ อายุ 12-18 ปี อยู่ที่ร้อยละ 5.6⁵ เป็นกลุ่มความผิดปกติทางพัฒนาการของระบบประสาท มีลักษณะสำคัญ 3 ด้าน คือ ด้านสมาธิ ด้านทุนหันพลันแล่น ด้านซนอยู่ไม่นิ่ง

ผลกระทบของโรคสมาธิสั้นในผู้ป่วยวัยรุ่น จากงานวิจัยที่ผ่านมา ได้แก่ การเรียนรู้ที่ไม่เหมาะสมหรือลดลง ปัญหาความสัมพันธ์กับเพื่อนหรือครอบครัว และคุณภาพชีวิตในระยะยาวโดยเฉพาะเมื่อเข้าสู่วัยรุ่นตอนปลาย ผู้ป่วยมีความเสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้า การฆ่าตัวตาย^{6,7} โดยเฉพาะในกลุ่มที่ไม่ได้รับการรักษาอย่างเหมาะสม มีแนวโน้มใช้สารเสพติดสูงขึ้น⁸ ครอบครัวต้องเผชิญกับความเครียดจากการดูแลพฤติกรรมเบี่ยงเบน เช่น การก้าวร้าว การต่อต้าน และการหยุดยาด้วยตนเอง^{8,9} ซึ่งต้องการการกำกับดูแลอย่างใกล้ชิด¹⁰ ปัญหานี้ยังสร้างภาระต่อระบบสุขภาพและเศรษฐกิจจากการรักษาระยะยาวและการพึ่งพิงบริการสุขภาพจิต

แนวทางการรักษาในผู้ป่วยสมาธิสั้น ระดับนานาชาติส่วนใหญ่มีการแนะนำให้ใช้ยา (medical treatment) เป็นลำดับแรก จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า การรักษาด้วยยาในปัจจุบัน คือ ยาเมทิลเฟนิเตด ซึ่งมีประสิทธิภาพสูงในการรักษาอาการสมาธิสั้น¹¹ กล่าวคือ ลดอาการทุนหันพลันแล่นและปัญหาด้านพฤติกรรม การต่อต้านสังคมลดลง^{12,13} ความร่วมมือการใช้ยาสม่ำเสมอมีความสัมพันธ์กับผลการเรียนที่ดีขึ้น การควบคุมอารมณ์ที่ดีขึ้น และพฤติกรรมทางสังคมที่เหมาะสมมากขึ้น¹⁴ แต่อย่างไรก็ตาม ยาดังกล่าวอาจก่อให้เกิดอาการไม่พึงประสงค์ ได้แก่ เบื่ออาหาร น้ำหนักลด หรือการนอนไม่หลับ ซึ่งอาจส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดความลังเลในการใช้ยา หรือหยุดยาเองได้ง่าย ทั้งนี้จากการศึกษาโดย Lo และคณะ¹⁵ พบว่า ผู้ป่วยที่ได้รับยาเมทิลเฟนิเตดมีอาการไม่พึงประสงค์โดยรวมคิดเป็นร้อยละ 66 ขณะที่อาการเบื่ออาหารพบมากที่สุดร้อยละ 33 รองลงมา คือ นอนไม่หลับร้อยละ 15 และปวดศีรษะร้อยละ 14 ทีมสุขภาพมีบทบาทสำคัญในการส่งเสริมให้ผู้ป่วยวัยรุ่นและครอบครัวตระหนักถึงความสำคัญของการใช้ยารักษาอย่างต่อเนื่อง โดยใช้วิธีการที่เน้นความร่วมมือ ความเข้าใจ และการให้ข้อมูลอย่างเหมาะสม เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยมีแรงจูงใจภายในในการปฏิบัติตามแผนการรักษา และสามารถจัดการกับอาการไม่พึงประสงค์ได้อย่างเหมาะสม¹⁶⁻¹⁸

ผลลัพธ์ในการรักษาและการพยาบาลเป็นตัวชี้วัดความสำเร็จของการให้โปรแกรมการให้การปรึกษาและการรักษา ได้แก่ ความร่วมมือในการใช้ยาและพฤติกรรมสมาธิสั้น ความร่วมมือในการใช้ยา หมายถึง พฤติกรรมของผู้ป่วยที่ปฏิบัติตามคำแนะนำของผู้ให้บริการสุขภาพในการใช้ยารักษาโรค ทั้งในแง่ของระยะเวลา ปริมาณ วิธีการใช้ และความสม่ำเสมอ¹⁸ มีการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยวัยรุ่นที่มีสมาธิสั้น

และความร่วมมือในการรับประทานยาในระดับต่ำ ส่งผลให้เกิดปัญหาทางด้านการเรียน มีพฤติกรรม การควบคุมอารมณ์ไม่ได้ และเสี่ยงต่อการกระทำผิดทางกฎหมาย ซึ่งมีการประมาณการว่าผู้ป่วยสมาธิสั้น ถึงร้อยละ 50 เลือกที่จะหยุดการใช้จ่าย โดยเฉพาะอย่างยิ่งในช่วงวัยรุ่นและการใช้จ่ายอย่างต่อเนื่องพบว่าลดลง อย่างมีนัยสำคัญ¹⁹

จากการสำรวจข้อมูลความร่วมมือในการใช้ยาดังกล่าว ผู้วิจัยดำเนินการทบทวนเวชระเบียนผู้ป่วย วัยรุ่นสมาธิสั้นที่โรงพยาบาลยุวประสาทไวทโยปถัมภ์ ปี พ.ศ. 2566-2567 พบว่ากลุ่มอายุ 13-17 ปี มีความร่วมมือในการใช้ยาเพียงร้อยละ 44²⁰ สาเหตุหลักคือ ลืมรับประทานยา (ร้อยละ 49.5) ปรับขนาดยาเอง (ร้อยละ 20.3) หยุดยาเอง (ร้อยละ 16.8) และปฏิเสธรับประทานยา (ร้อยละ 13.4) ผู้ป่วยบางรายคิดว่าตนเอง ดีขึ้น (ร้อยละ 20) หรือรู้สึกอายเพื่อน (ร้อยละ 10.8) ความไม่ร่วมมือ แบ่งเป็น 2 กลุ่ม คือ แบบไม่ตั้งใจ เช่น ลืมยา และแบบตั้งใจ เช่น ปรับยาเอง ผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมไม่ร่วมมือมักมีปัญหาพฤติกรรมก้าวร้าวและมารับ บริการก่อนวันนัด

การทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมามีการใช้โปรแกรมการให้คำปรึกษาเพื่อสร้างแรงจูงใจในกลุ่มผู้ป่วย วัยรุ่นโรคภูมิคุ้มกันทำลายตนเอง และเป็นการจัดกระทำแบบกลุ่มเดี่ยววัดก่อนหลังได้รับโปรแกรม ผลลัพธ์คือ การรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอของผู้ป่วย²¹ งานวิจัยดังกล่าวไม่สามารถนำมาพัฒนาเป็นโปรแกรมในแผนก ผู้ป่วยนอก ของโรงพยาบาลยุวประสาทไวทโยปถัมภ์ได้เนื่องจากมีบริบทที่แตกต่างกัน

โปรแกรมหรือแนวปฏิบัติของแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลยุวประสาทไวทโยปถัมภ์ ได้บูรณาการการ ให้คำปรึกษาระหว่างพยาบาล เกสซิก และแพทย์เจ้าของไข้ โดยเริ่มจากการประเมินระดับความร่วมมือใน การใช้ยา หาสาเหตุของการไม่ใช้ยาตามแผนการรักษา รวมถึงการประเมินผลข้างเคียงจากยาและปัจจัยส่วน บุคคลอื่น ๆ จากนั้นจึงให้คำปรึกษารายกรณี อย่างไรก็ตาม จากการทบทวนบริบทของโรงพยาบาลยุวประสาท ไวทโยปถัมภ์ ซึ่งเป็นโรงพยาบาลเฉพาะทางให้การดูแลผู้ป่วยจิตเวชเด็กและวัยรุ่น พบว่า ยังไม่มีการใช้ กระบวนการสร้างแรงจูงใจ และการติดตามผลหลังการให้คำปรึกษาอย่างต่อเนื่อง ผู้วิจัยทบทวนกระบวนการ ดูแลและการนิเทศทางการพยาบาล การให้คำปรึกษา ด้วยการตรวจทานบันทึกการพยาบาลและสัมภาษณ์ พยาบาลแผนกผู้ป่วยนอก จำนวน 8 คน สะท้อนความกังวลและไม่มั่นใจในการใช้เทคนิคสร้างแรงจูงใจ เนื่องจากขาดแนวทางที่ชัดเจนและทักษะเฉพาะในการสื่อสารกับวัยรุ่นและผู้ปกครอง และรูปแบบการให้ คำปรึกษาสำหรับพยาบาล ไม่เป็นไปในแนวทางเดียวกัน ด้วยบทบาทของพยาบาลที่ต้องดูแลแบบองค์รวม จึงจำเป็นต้องมีเครื่องมือและแนวทางเฉพาะเพื่อส่งเสริมสมรรถนะในการให้คำปรึกษาแบบเน้นแรงจูงใจ ซึ่งเป็นแนวทางที่มุ่งเน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง และได้รับการพิสูจน์แล้วว่าสามารถเสริมสร้างพฤติกรรมสุขภาพ ที่ยั่งยืน โดยเฉพาะในกลุ่มวัยรุ่นที่ลังเลหรือขาดแรงจูงใจในการใช้ยา

จากประเด็นดังกล่าวข้างต้น ดังนั้น ผู้วิจัยในฐานะผู้บริหารทางการพยาบาลเห็นถึงความสำคัญของ ปัญหาที่เกิดจากการดูแลและให้คำปรึกษาที่มีความแตกต่างกัน จึงเลือกแนวทาง Motivational Interviewing (MI) ของ Miller และ Rollnick ร่วมกับแนวคิดการพัฒนาโปรแกรมแบบเป็นระบบของ Van Meijel และคณะ มาเป็นกรอบในการพัฒนาโปรแกรมพยาบาล เพื่อเสริมสมรรถนะของพยาบาลในการสร้างสัมพันธภาพที่เอื้อ ต่อการเปลี่ยนแปลง กระตุ้นแรงจูงใจภายใน และกำหนดเป้าหมายการรักษาร่วมกับวัยรุ่นอย่างมีทิศทางชัดเจน ทั้งนี้เพื่อนำไปสู่ผลลัพธ์สำคัญคือการเพิ่มความร่วมมือในการใช้ยาและการควบคุมพฤติกรรมสมาธิสั้นอย่าง ยั่งยืน

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อพัฒนาโปรแกรมการพยาบาลในการให้การปรึกษาแบบสร้างแรงจูงใจต่อผลลัพธ์ทางคลินิกในผู้ป่วยวัยรุ่นที่มีสมาธิสั้น
2. ศึกษาผลของโปรแกรมการพยาบาลในการให้การปรึกษาแบบสร้างแรงจูงใจต่อผลลัพธ์ทางคลินิกในผู้ป่วยวัยรุ่นที่มีสมาธิสั้นดังนี้
 - 2.1 เปรียบเทียบคะแนนความร่วมมือในการใช้ยาและพฤติกรรมสมาธิสั้นของผู้ป่วยวัยรุ่นที่มีสมาธิสั้น ก่อนและภายหลังได้รับโปรแกรมการพยาบาลในการให้การปรึกษาแบบสร้างแรงจูงใจ
 - 2.2 เปรียบเทียบคะแนนความร่วมมือในการใช้ยา และพฤติกรรมสมาธิสั้นของระหว่างกลุ่มทดลองภายหลังได้รับโปรแกรมการพยาบาลในการให้การปรึกษาแบบสร้างแรงจูงใจกับกลุ่มควบคุมภายหลังได้รับการพยาบาลปกติ

คำถามวิจัย

1. โปรแกรมการพยาบาลในการให้การปรึกษาแบบสร้างแรงจูงใจต่อผลลัพธ์ทางคลินิกในผู้ป่วยวัยรุ่นที่มีสมาธิสั้นเป็นอย่างไร
2. ผู้ป่วยวัยรุ่นซึ่งมีสมาธิสั้นและได้รับโปรแกรมการพยาบาลในการให้การปรึกษาแบบสร้างแรงจูงใจในผู้ป่วยวัยรุ่นที่มีสมาธิสั้น มีผลลัพธ์ทางคลินิกด้านความร่วมมือในการใช้ยา และพฤติกรรมสมาธิสั้นแตกต่างจากก่อนได้รับโปรแกรมหรือไม่
3. ผู้ป่วยวัยรุ่นซึ่งมีสมาธิสั้นและได้รับโปรแกรมการพยาบาลในการให้การปรึกษาแบบสร้างแรงจูงใจมีผลลัพธ์ทางคลินิกด้านความร่วมมือในการใช้ยา และพฤติกรรมสมาธิสั้นแตกต่างจากผู้ที่ได้รับการดูแลตามปกติหรือไม่

สมมติฐานการวิจัย

1. ผู้ป่วยวัยรุ่นที่มีสมาธิสั้นกลุ่มทดลองซึ่งภายหลังได้รับโปรแกรมการพยาบาลในการให้การปรึกษาแบบสร้างแรงจูงใจต่อผลลัพธ์ทางคลินิก มีคะแนนด้านความร่วมมือในการใช้ยาและด้านพฤติกรรมสมาธิสั้นแตกต่างจากก่อนได้รับโปรแกรมการพยาบาลในการให้การปรึกษาแบบสร้างแรงจูงใจ
2. ผู้ป่วยวัยรุ่นที่มีสมาธิสั้นกลุ่มทดลองซึ่งได้รับโปรแกรมการพยาบาลในการให้การปรึกษาแบบสร้างแรงจูงใจต่อผลลัพธ์ทางคลินิกในผู้ป่วยวัยรุ่นที่มีสมาธิสั้น มีคะแนนด้านความร่วมมือในการใช้ยา และด้านพฤติกรรมสมาธิสั้น แตกต่างจากกลุ่มควบคุมซึ่งได้รับการพยาบาลตามปกติ

กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยนี้ใช้กรอบแนวคิดของ แวน ไมเจล (Van Meijel) และคณะ²² เป็นโครงสร้างหลักในการพัฒนาโปรแกรมการพยาบาล โดยครอบคลุม 5 ระยะ ได้แก่ 1) การกำหนดปัญหา 2) การสำรวจความต้องการเนื้อหาและกิจกรรมที่ต้องการพัฒนาโปรแกรม 3) การออกแบบโปรแกรม 4) การตรวจสอบความตรง ประเมินความเป็นไปได้ และการยอมรับโปรแกรม และ 5) การทดสอบผลลัพธ์ของโปรแกรม วางเป้าหมายเพื่อส่งเสริมความร่วมมือในการใช้ยาและลดพฤติกรรมสมาธิสั้นในวัยรุ่น โปรแกรมบูรณาการเทคนิคการให้การปรึกษาแบบสร้างแรงจูงใจ (Motivational Interviewing: MI) ของมิลเลอร์ (Miller) และ โรลนิกค์ (Rollnick)²³

ซึ่งประกอบด้วยกระบวนการการสร้างความสัมพันธ์และการทำงานร่วมกัน (engaging) การมุ่งเน้น (focusing) การกระตุ้นให้เกิดการพูดคุยเรื่องการเปลี่ยนแปลง (evoking) และการวางแผนปฏิบัติ (planning) และใช้เทคนิคหลัก ได้แก่ คำถามปลายเปิด (open-ended questions) การยืนยัน affirmations) การฟังอย่างสะท้อน (reflective listening) และ การสรุป (summaries) (OARS) และการวางแผนเพื่อการเปลี่ยนแปลง โดยใช้ "จิตวิญญาณของการสัมภาษณ์เชิงใจ" (spirit of MI) โดยมีการอบรมพยาบาลให้ใช้โปรแกรมบูรณาการเทคนิคการให้การปรึกษาแบบสร้างแรงจูงใจ และทำหน้าที่สนับสนุนแรงจูงใจจากภายในของผู้ป่วย นอกจากนี้ยังยึดการปรึกษาแบบผู้รับบริการเป็นศูนย์กลาง เพื่อเสริมสร้างสัมพันธภาพแห่งความเข้าใจและการเคารพสิทธิในการตัดสินใจของวัยรุ่น

มีงานวิจัยซึ่งสนับสนุนผลลัพธ์ของโปรแกรมให้การปรึกษาแบบสร้างแรงจูงใจ ซึ่งมุ่งเน้นความร่วมมือในการใช้ยาในฐานะตัวแปรตามที่สำคัญและนำไปสู่การลดลงของพฤติกรรมสมาธิสั้น ได้แก่ อาการขาดสมาธิอยู่ไม่นิ่ง และดื้อรั้น การบูรณาการแนวคิดดังกล่าว เกิดโครงสร้างโปรแกรมที่มีความเป็นระบบ ใช้งานได้จริง และส่งเสริมสัมพันธภาพที่เกื้อหนุนต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมในกลุ่มวัยรุ่นสมาธิสั้นอย่างยั่งยืน^{14,20,24}

วิธีดำเนินการวิจัย

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง มีดังนี้

1. ระยะพัฒนาโปรแกรม กลุ่มตัวอย่างประกอบด้วย พยาบาลวิชาชีพแผนกผู้ป่วยนอก และพยาบาลวิชาชีพทรงคุณวุฒิของโรงพยาบาลยูวประสาทไวทโยปถัมภ์ คัดเลือกแบบเจาะจง (purposive sampling) เกณฑ์คัดเลือก 1) พยาบาลแผนกผู้ป่วยนอกที่มีประสบการณ์ดูแลวัยรุ่นสมาธิสั้นมากกว่า 3 ปี 2) พยาบาลวิชาชีพทรงคุณวุฒิที่สำเร็จการศึกษาระดับปริญญาโทขึ้นไป และมีประสบการณ์ดูแลผู้ป่วยสมาธิสั้นมากกว่า 5 ปี 3) ยินดีเข้าร่วมและให้ข้อมูลในการวิจัย

2. ระยะทดสอบโปรแกรม กลุ่มตัวอย่างประกอบด้วย

2.1 วัยรุ่นอายุ 13-17 ปี และได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคสมาธิสั้นตามเกณฑ์ คู่มือการวินิจฉัยและสถิติเกี่ยวกับความผิดปกติทางจิต ฉบับที่ 5 ฉบับปรับปรุง (DSM-5-TR)²⁵ และได้รับการรักษาด้วยเมทิลฟิเนต มีพฤติกรรมความร่วมมือการใช้ยาไม่สอดคล้องกับแผนการรักษาที่แพทย์กำหนด

2.2 ผู้ปกครองของผู้ป่วยวัยรุ่นสมาธิสั้นอายุ 13-17 ปี ได้แก่ บิดา มารดา หรือญาติที่มีความสัมพันธ์ทางสายเลือด ซึ่งเป็นผู้ดูแลโดยตรงของผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคสมาธิสั้น (ADHD) และมีพฤติกรรมการใช้ยาเมทิลฟิเนต (methylphenidate) ไม่สอดคล้องกับแผนการรักษาของแพทย์ ในปีงบประมาณ 2566 ที่แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลยูวประสาทไวทโยปถัมภ์ และผู้ดูแลต้องอาศัยอยู่ในบ้านเดียวกัน รวมทั้งดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องไม่น้อยกว่า 6 เดือน จำนวน 65 คน

การกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง

คำนวณโดยใช้สูตรของเครซีและมอร์แกน²⁶ ดังนี้ ผู้วิจัยได้ศึกษาสถิติผู้ป่วยสมาธิสั้นอายุ 13-17 ปี ที่พบปัญหาไม่ร่วมมือในการใช้ยาของแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลยูวประสาทไวทโยปถัมภ์ ในปี 2566 จำนวนทั้งสิ้น 65 คน คำนวณโดยใช้ตารางสำเร็จรูปในสูตรของเครซีและมอร์แกน ดังนี้

$$n = \frac{x^2 Np (1-p)}{e^2 (N-1) + x^2 p (1-p)}$$

คำนวณโดยใช้ตารางสำเร็จรูปในสูตรของเครซีและมอร์แกน (27) ดังนี้

$$n = \frac{3.841 \times 65 \times 0.5 \times 0.5}{(0.5^2) \times (65-1) \times 3.841 \times 0.5 \times 0.5} = 56$$

ขนาดกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 56 คน และป้องกันกลุ่มตัวอย่างสูญหาย (drop out) ระหว่างดำเนินการทดลอง ผู้วิจัยได้เพิ่มขนาดกลุ่มตัวอย่างอีกร้อยละ 10^{27} จำนวน 6 คน รวมจำนวนทั้งสิ้น 62 คน เมื่อได้กลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์คัดเข้าแล้ว โดยใช้วิธีการสุ่มอย่างง่าย (simple random sampling) ด้วยการจับฉลาก กำหนดเลขคู่เข้ากลุ่มทดลองจำนวน 31 คน เลขคี่เข้ากลุ่มควบคุม จำนวน 31 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย แบ่งเป็น 2 ลักษณะ คือ

1. เครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูล แบ่งเป็น 2 กลุ่ม ได้แก่

1.1 แบบสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้างและแบบบันทึก สำหรับค้นหาแนวทางพัฒนาโปรแกรมด้วยการตั้งคำถามกับพยาบาล ผู้วิจัยได้พัฒนาแนวทางการสัมภาษณ์เชิงลึก ด้วยการอิงแนวคิดการให้การปรึกษาแบบสร้างแรงจูงใจ (motivational Interviewing) ของ มิลเลอร์ (Miller) และโรลนิก (Rollnick)^{28,23} ซึ่งเน้นการใช้คำถามปลายเปิดเพื่อกระตุ้นแรงจูงใจและการสะท้อนความคิดของผู้ให้ข้อมูล โดยใช้วิธีสัมภาษณ์พยาบาล เพื่อรวบรวมข้อมูลเชิงลึกเกี่ยวกับอุปสรรคและความต้องการในการส่งเสริมความร่วมมือในการใช้ยาในผู้ป่วยวัยรุ่นสมาธิสั้น แนวทางการสัมภาษณ์ เช่น “ท่านพบอุปสรรคอะไรบ้างในการส่งเสริมให้ผู้ป่วยร่วมมือในการใช้ยาอย่างต่อเนื่อง” “ในมุมมองของท่าน ควรมีเนื้อหาอะไรในโปรแกรมจึงจะช่วยให้วัยรุ่นสมาธิสั้นร่วมมือในการใช้ยา” เป็นต้น

1.2 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างและผู้ปกครอง เป็นลักษณะคำถามให้เลือกตอบ จำนวน 9 ข้อ ประกอบด้วย เพศ อายุ ความสัมพันธ์ ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วย ศาสนา ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ต่อเดือน และสิทธิการรักษา

1.3 แบบประเมินพฤติกรรมความร่วมมือในการใช้ยา (Morisky medication adherence scale-8: MMAS-8) พัฒนาโดย มอริสกีและอัง (Morisky and Ang)²⁹ นำมาแปลเป็นฉบับภาษาไทยโดย พรพนทิพา ศักดิ์ทอง และคณะ³⁰ มาจากแบบประเมินพฤติกรรมความร่วมมือในการใช้ยา MMAS ฉบับภาษาไทย ประกอบด้วย 8 ข้อ มาตราวัดเป็นแบบให้เลือกตอบว่า “ใช่” และ “ไม่ใช่” ข้อคำถามส่วนใหญ่เป็นคำถามเชิงลบ โดยมีกรกลับค่าคะแนนในบางข้อ เพื่อสะท้อนระดับความร่วมมือที่แท้จริง แบ่งระดับความร่วมมือในการใช้ยาเป็น 3 ระดับ 1) ความร่วมมือในการใช้ยาสูง = 8 คะแนน 2) ความร่วมมือในการใช้ยาปานกลาง = 6 ถึง <8 คะแนน 3) ความร่วมมือในการใช้ยาดำ < 6 คะแนน

1.4 แบบประเมินพฤติกรรมสมาธิสั้น (Swanson, Nolan, and Pelham Rating Scale-Version IV: Short Form) พัฒนาโดย สวอนสัน (Swanson) และคณะ³¹ แปลเป็นภาษาไทยโดย ณัฏฐา พิทยรัตน์เสถียร และคณะ³² ใช้สำหรับประเมินพฤติกรรมสมาธิสั้นโดยผู้ปกครอง ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้ปกครองเป็นผู้ตอบแบบประเมิน เนื่องจากมีความใกล้ชิดและสังเกตพฤติกรรมของผู้ป่วยในชีวิตประจำวันได้อย่างต่อเนื่อง แบบประเมิน ประกอบด้วย 26 ข้อ ครอบคลุม 3 ด้าน ได้แก่ ภาวะขาดสมาธิ ภาวะซน/หุนหันพลันแล่น และพฤติกรรมต่อต้าน ใช้มาตราวัด 4 ระดับ 3 = มาก 2 = ค่อนข้างมาก 1 = เล็กน้อย 0 = ไม่เลย พร้อมเกณฑ์แปลผลเฉพาะสำหรับผู้ปกครองในการระบุความรุนแรงของอาการ ดังนี้ อาการขาดสมาธิ ≥ 16 คะแนน อาการอยู่นิ่ง/หุนหันพลันแล่น ≥ 14 คะแนน อาการดื้อ/ต่อต้าน ≥ 12 คะแนน

2. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง

โปรแกรมการพยาบาลในการให้การปรึกษาแบบสร้างแรงจูงใจต่อผลลัพธ์ทางคลินิกในผู้ป่วยวัยรุ่นที่มีสมาธิสั้น ผู้วิจัยได้พัฒนาขึ้น ตามแนวคิดของ แวน ไมเจล และคณะ²² ประกอบด้วย 5 ระยะ ได้แก่ 1) การกำหนดปัญหา 2) การสำรวจความต้องการเนื้อหาและกิจกรรมที่ต้องการพัฒนาโปรแกรม 3) การออกแบบโปรแกรม 4) การตรวจสอบความตรง ประเมินความเป็นไปได้ และการยอมรับโปรแกรม และ 5) การทดสอบผลลัพธ์ของโปรแกรม โดยอิงข้อมูลจากการสัมภาษณ์เชิงลึกและการสนทนากลุ่มของพยาบาล ผู้ป่วย และผู้ปกครอง เพื่อออกแบบกิจกรรมที่ตอบสนองต่อปัญหาและความต้องการของกลุ่มเป้าหมาย ทั้งนี้แนวทางการให้คำปรึกษาใช้เทคนิค Motivational Interviewing (MI) ตามแนวคิดของ Miller และ Rollnick²³ และยึดหลักการสื่อสารแบบผู้รับบริการเป็นศูนย์กลาง เพื่อส่งเสริมความร่วมมือในการใช้ยาและลดพฤติกรรมสมาธิสั้นในวัยรุ่น

การดำเนินการวิจัย ตามแนวคิดการวิจัยและพัฒนา ของแวน ไมเจล และคณะ²² 5 ระยะ ดังนี้
ระยะที่ 1 การกำหนดปัญหา

1.1 ทบทวนเวชระเบียนของผู้ป่วยวัยรุ่นที่มีความร่วมมือในการใช้ยาต่ำ จากนั้นสัมภาษณ์แบบกึ่งโครงสร้างกับพยาบาลแผนกผู้ป่วยนอก 8 คน ผู้ป่วยวัยรุ่นสมาธิสั้น 5 คน และผู้ปกครอง 5 คน

1.2 สำรวจเนื้อหา และกิจกรรมที่เหมาะสม โดยทบทวนองค์ความรู้ และสัมภาษณ์เชิงลึกกับพยาบาลผู้ทรงคุณวุฒิ 6 คน พยาบาลแผนกผู้ป่วยนอก 8 คน ผู้ป่วย 5 คน และผู้ปกครอง 5 คน พร้อมลงนามในใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

1.3 วิเคราะห์ความต้องการ โดยสัมภาษณ์ผู้ทรงคุณวุฒิจิตเวชเด็กและวัยรุ่น 5 คน ผู้ป่วยวัยรุ่นที่ไม่ใช้ยาตามแผนการรักษา 3 คน และสนทนากลุ่มกับผู้ปกครอง 6 คน พยาบาลผู้ดูแล 5 คน

1.4 วิเคราะห์แนวทางปฏิบัติเดิมของพยาบาล จากเอกสารแนวทางการดูแลและการสนทนากลุ่มกับพยาบาล 8 คน รวบรวมข้อมูลด้วยวิธีการถอดความและวิเคราะห์เนื้อหาจากการสัมภาษณ์ ซึ่งบันทึกไว้ จัดกลุ่มประเด็นซ้ำ เพื่อนำไปกำหนดแนวทางพัฒนาโปรแกรมให้เหมาะสมกับบริบทจริงของหน่วยบริการ

ระยะที่ 2 การสำรวจความต้องการเนื้อหาและกิจกรรมที่ต้องการพัฒนาโปรแกรมด้วยการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมา ประกอบด้วยขั้นตอน ดังนี้ คือ

2.1 กำหนดทีม เพื่อการมีส่วนร่วมในการพัฒนาโปรแกรม

2.2 กำหนดวัตถุประสงค์ของการวิจัย คือ เพื่อพัฒนาโปรแกรมการพยาบาลในการให้การปรึกษาแบบสร้างแรงจูงใจ ต่อผลลัพธ์ทางคลินิกในผู้ป่วยวัยรุ่นที่มีสมาธิสั้น

2.3 กำหนดผลลัพธ์ คือ ความร่วมมือในการใช้ยา พฤติกรรมสมาธิสั้น

2.4 กำหนดคำค้น ใช้กรอบแนวคิด PICO ในการคัดเลือกงานวิจัย คือ ผู้ป่วยวัยรุ่นและสมาธิสั้น ความร่วมมือในการใช้ยา การปรึกษาแบบสร้างแรงจูงใจ พฤติกรรมสมาธิสั้น คำค้นภาษาอังกฤษ คือ Adolescent and ADHD and Medication Adherence, Motivation interviewing

2.5 การเข้าถึงแหล่งงานวิจัยหรือฐานข้อมูลงานวิจัย (electronic database) เพื่อสืบค้น และทบทวนวรรณกรรมทั้งในประเทศและต่างประเทศ ได้แก่ Google Scholar, PubMed Central (PMC), ThaiJO (Thai Journals Online), ScienceDirect, PsycINFO

2.6 หลังจากดำเนินการวิจัยตามขั้นตอนที่ 2.1-2.5 พบการวิจัยจำนวน 6 เรื่อง ดังนี้ การปรึกษาแบบสร้างแรงจูงใจในวัยรุ่นป่วยด้วยโรคทางกายพบปัญหาความร่วมมือในการใช้ยา 1 เรื่อง²⁴ การปรึกษาแบบ

สร้างแรงจูงใจวัยรุ่นปัญหาพฤติกรรมและใช้สารเสพติด 2 เรื่อง^{8,33} และการปรึกษาสร้างแรงจูงใจวัยรุ่นสมาธิสั้นกับปัญหาความร่วมมือใช้ยาและปัญหาพฤติกรรม 3 เรื่อง^{14,17,20} และการนำงานวิจัยที่เกี่ยวข้องมาวิเคราะห์สังเคราะห์และสรุปผลการวิจัยให้ออกมาอยู่ในรูปของโปรแกรม พบบางงานวิจัย ดังนี้ วัยรุ่นสมาธิสั้นที่พบปัญหาความร่วมมือในการใช้ยาและปัญหาพฤติกรรมโดยใช้การบำบัดรูปแบบการปรึกษาแบบสร้างแรงจูงใจ ซึ่งช่วยให้สามารถเพิ่มแรงจูงใจในการใช้ยา ร่วมกับลดปัญหาพฤติกรรมได้จริง ผู้วิจัยใช้ข้อมูลที่ได้จากการทบทวนองค์ความรู้ ร่วมกับข้อมูลที่ได้จากการวิเคราะห์ปัญหาและความต้องการ ช่องว่างการปฏิบัติงานการดูแลผู้ป่วยวัยรุ่นสมาธิสั้นของพยาบาล ในขั้นตอนที่ 1 มาบูรณาการและกำหนดขอบเขต เนื้อหา รายละเอียดในกิจกรรมของโปรแกรม

ระยะที่ 3 การออกแบบโปรแกรม ยกร่างโปรแกรมการพยาบาลในการให้การปรึกษาแบบสร้างแรงจูงใจต่อผลลัพธ์ทางคลินิกในผู้ป่วยวัยรุ่นที่มีสมาธิสั้น ทีมวิจัยได้ทำการยกร่างโปรแกรม ซึ่งประกอบด้วย 3 องค์ประกอบหลัก ได้แก่ 1) รูปแบบการดูแลที่มุ่งเสริมแรงจูงใจภายในและลดพฤติกรรมต่อต้านการรักษา 2) เทคนิคกิจกรรมที่เหมาะสมกับวัยและพฤติกรรมของผู้ป่วย และ 3) กลไกการให้คำปรึกษาที่สนับสนุนความร่วมมือในการใช้ยาอย่างยั่งยืน โปรแกรมมุ่งเน้นให้ใช้งานได้ในคลินิก จึงจัดทำคู่มือสำหรับพยาบาล อธิบายขั้นตอนการให้คำปรึกษาอย่างชัดเจนตามแนวทาง MI พร้อมตัวอย่างการสนทนาและแนวทางปฏิบัติในแต่ละสถานการณ์ ทั้งหมดประกอบด้วย 7 กิจกรรม ทั้งนี้กิจกรรมที่ 1-3 และ 6-7 สำหรับผู้ป่วย ส่วนกิจกรรมที่ 4 และ 5 เป็นกิจกรรมที่ดำเนินการกับผู้ปกครอง

กิจกรรมที่ 1: สัมพันธภาพเพื่อการบำบัด ค้นหาสิ่งสำคัญและการจูงใจตนเอง “สำรวจตัวเอง” ใช้กระบวนการ engaging สร้างความไว้วางใจระหว่างพยาบาลกับกลุ่มตัวอย่าง สะท้อนความรู้สึกและทัศนคติของผู้รับการปรึกษา สร้างบรรยากาศที่ไม่ตัดสิน (non-judgmental atmosphere) และส่งเสริมความไว้วางใจต่อพยาบาลในขณะให้การปรึกษา ตัวอย่างคำถาม เช่น “รู้สึกกับตนเองในขณะนี้อย่างไร” “มีความคาดหวังต่อการรักษาอย่างไร”

กิจกรรมที่ 2: ฝึกทักษะการคิดวิเคราะห์ “แรงผลักดัน” ใช้เทคนิค develop discrepancy โดยให้กลุ่มตัวอย่างเปรียบเทียบระหว่างพฤติกรรมปัจจุบันกับสิ่งที่ตนเองให้คุณค่า เพื่อให้เห็นแรงผลักดันจากภายใน ตัวอย่างคำถามปลายเปิด เช่น “สาเหตุอะไรที่ทำให้ไม่อยากรับประทานยา” “มีอะไรอะไรบ้างก่อนมาพบแพทย์และพยาบาล”

กิจกรรมที่ 3: ฝึกทักษะการกำหนดเป้าหมายและการวางแผน “เส้นทางสู่ฝัน” กำหนดเป้าหมายและวางแผนเป้าหมายระยะสั้นและระยะยาว ใช้การสรุปย่อเพื่อสร้างความมั่นใจ ตัวอย่างคำถามในการกำหนดเป้าหมาย เช่น “หากต้องเริ่มต้นดูแลตนเองวันนี้ จะเริ่มจากอะไร” “ถ้าเจออุปสรรค จะจัดการอย่างไร”

กิจกรรมที่ 4: กิจกรรมสำหรับผู้ปกครอง “เข้าใจ เข้าถึง ลูกสมาธิสั้น” เป็นการให้สุขภาพจิตศึกษาสำหรับผู้ปกครอง โดยให้ข้อมูลเกี่ยวกับโรคสมาธิสั้นและหลักการ MI เพื่อช่วยลดแรงต้านจากผู้ปกครอง เปิดพื้นที่ให้ผู้ปกครองสะท้อนความรู้สึกต่อการดูแลบุตร ตัวอย่างคำถามปลายเปิด เช่น “ท่านมีความคิดเห็นเกี่ยวกับลูกของตนเองในขณะนี้อย่างไร” “ท่านรู้สึกอย่างไรเมื่อลูกไม่รับประทานยา” “ท่านคิดว่าลูกต้องการความช่วยเหลือเรื่องอะไรบ้าง”

กิจกรรมที่ 5: ฝึกทักษะผู้ปกครองในการสื่อสารกับผู้ป่วย “สื่อสารเติมฝัน” เน้นทักษะการฟังแบบสะท้อน และการยืนยันเชิงบวก เพื่อให้ผู้ปกครองส่งเสริมการสื่อสารแบบสร้างสรรค์กับผู้ป่วย ตัวอย่าง “แม่เห็นนะว่าหนูพยายามเตือนตัวเองเรื่องกินยาอยู่ทุกวัน” “แม่เห็นว่าลูกพยายามมากขึ้นนะ”

กิจกรรมที่ 6: การรับรู้ความสามารถตนเอง “สร้างความเชื่อมั่น” ใช้หลักการ enhance self-efficacy กระตุ้นให้ผู้ป่วยทบทวนความสำเร็จที่ผ่านมา พร้อมยืนยันจุดแข็งของตนเองเพื่อเพิ่มแรงจูงใจภายใน ตัวอย่างคำถาม “คนอื่นเคยบอกว่าเราเก่งเรื่องอะไร” “มีเรื่องไหนที่รู้ดีกว่าเราเก่งมากที่เราทำได้”

กิจกรรมที่ 7: การติดตามเยี่ยม “ติดตาม ถามไถ่” ใช้กระบวนการ evoking และ planning อย่างต่อเนื่อง โดยพยาบาลจะทบทวนความคืบหน้า ติดตามการใช้ยา และเสริมแรงการเปลี่ยนแปลง ตัวอย่างคำถาม เช่น “มีอะไรบ้างที่เปลี่ยนไปตั้งแต่ครั้งที่แล้ว” “มีเรื่องใดที่อยากลองทำเพิ่มเติมในสัปดาห์หน้า”

ระยะที่ 4 การตรวจสอบความตรง ประเมินความเป็นไปได้ และการยอมรับโปรแกรม

4.1 ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา โดยผู้ทรงคุณวุฒิ 5 คน ประกอบด้วย อาจารย์พยาบาลสาขาการพยาบาลจิตเวช 1 คน นักจิตวิทยาคลินิก 1 คน พยาบาลผู้เชี่ยวชาญที่มีประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยวัยรุ่นที่มีสมาธิสั้น จำนวน 2 คน จิตแพทย์ 1 คน

4.2 ทดสอบความเหมาะสมของภาษา ระยะเวลา ขั้นตอน สื่อในโปรแกรม โดยนำโปรแกรม (ฉบับร่าง) ไปให้พยาบาลวิชาชีพ จำนวน 2 คน ทดลองปฏิบัติกับผู้ป่วยวัยรุ่นที่มีสมาธิสั้น จำนวน 3 คน พร้อมกับให้ข้อเสนอแนะ หลังจากนั้นผู้วิจัยได้นำข้อมูลทั้งหมดที่ได้มาปรับปรุงตามข้อเสนอแนะ และจัดทำเป็นโปรแกรม (ฉบับปรับปรุง)

4.3 ประเมินความเป็นไปได้และการยอมรับโปรแกรม โดยนำโปรแกรม (ฉบับปรับปรุง) ให้พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงาน จำนวน 2 คน นำไปฝึกปฏิบัติและทำการประเมินภายหลังปรับปรุงโปรแกรมแล้ว ก่อนดำเนินการปฏิบัติ ผู้วิจัยประชุมชี้แจงและอบรม พยาบาลในทีมผู้ทำหน้าที่เป็นผู้ปฏิบัติ ดังนี้ 1) ความรู้เรื่องการปรึกษาแบบสร้างแรงจูงใจ พร้อมทั้งฝึกทักษะการสื่อสารแบบสะท้อนความคิด การตั้งคำถามแบบปลายเปิด และเทคนิค DARE (Desire, Ability, Reason, Need) 2) ชี้แจงรายละเอียดเกี่ยวกับกิจกรรมของโปรแกรม 3) ประเมินความเข้าใจโดยผู้วิจัยได้จัดให้มีการฝึกซ้อม (role-play)

ระยะที่ 5 การทดสอบโปรแกรม คือ การดำเนินการทดลองแบบรายบุคคล สัปดาห์ละ 1 ครั้ง ครั้งละ 40-45 นาที เป็นเวลา 5 สัปดาห์ การนัดหมายขึ้นอยู่กับผู้ปกครองและผู้ป่วยวัยรุ่นที่มีสมาธิสั้น ด้วยการให้เลือกเวลาที่สะดวก รวมทั้งสิ้น 7 กิจกรรม กิจกรรมที่ 1-3 และ 6-7 สำหรับผู้ป่วย ส่วนกิจกรรมที่ 4 และ 5 เป็นกิจกรรมที่ดำเนินการกับผู้ปกครอง

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือการวิจัย

1. โปรแกรมการพยาบาลในการให้การปรึกษาแบบสร้างแรงจูงใจสำหรับผู้ป่วยวัยรุ่นสมาธิสั้น ได้รับการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา โดยผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน (จิตแพทย์ 1 คน นักจิตวิทยา 1 คน และพยาบาลผู้เชี่ยวชาญ 3 คน) ค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา (IOC) เท่ากับ .82

2. แบบประเมินพฤติกรรมความร่วมมือในการใช้ยา (Morisky Medication Adherence Scale-8: MMAS-8) ฉบับภาษาไทย ของพรรณทิพา ศักดิ์ทอง และคณะ³¹ ผู้วิจัยได้ทำการทดสอบความสอดคล้องภายในของเครื่องมือด้วยวิธีสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค ผลการศึกษานำร่องกับกลุ่มตัวอย่างวัยรุ่นที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มประชากรหลัก จำนวน 30 ราย พบว่า แบบประเมินพฤติกรรมความร่วมมือในการใช้ยามีค่าความเชื่อมั่น เท่ากับ .76

3. แบบประเมินพฤติกรรมสมาธิสั้น (SNAP-IV: short form) ฉบับภาษาไทยพัฒนาโดย ภัทธรพิทยรัตน์เสถียร³³ ผู้วิจัยได้ทำการทดสอบความสอดคล้องภายในของเครื่องมือ ด้วยวิธีสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค ผลการศึกษามีค่าความเชื่อมั่น เท่ากับ .82

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยนี้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลยุวประสาทไวทโยปถัมภ์ เมื่อวันที่ 4 กรกฎาคม 2567 รหัสโครงการวิจัย 004/67 ผู้วิจัยแนะนำตัวกับผู้ปกครองและกลุ่มตัวอย่างวัยรุ่นที่มีสมาธิสั้น อธิบายชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัยและขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล การเข้าร่วมในการวิจัยเป็นไปด้วยความสมัครใจ ผู้ปกครองและกลุ่มตัวอย่างวัยรุ่นที่มีสมาธิสั้น สามารถปฏิเสธหรือถอนตัวจากการเข้าร่วมการวิจัยได้ตลอดเวลา โดยไม่มีผลต่อการดูแลรักษาที่กลุ่มตัวอย่างพึงได้รับ ข้อมูลที่ได้จากการวิจัยไม่มีการระบุชื่อของกลุ่มตัวอย่าง เป็นการนำเสนอในภาพรวมเท่านั้น และข้อมูลของกลุ่มตัวอย่างถูกเก็บเป็นความลับและทำลายทิ้งภายหลังสิ้นสุดการวิจัย

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ในขั้นตอนการพัฒนาโปรแกรม เก็บรวบรวมข้อมูลเชิงคุณภาพ โดยการสัมภาษณ์เชิงลึกและสนทนากลุ่มกับพยาบาลวิชาชีพ เพื่อสำรวจปัญหา ความต้องการ และข้อเสนอแนะในการพัฒนารูปแบบการให้คำปรึกษาแบบสร้างแรงจูงใจ (MI) สำหรับวัยรุ่นที่มีภาวะสมาธิสั้น

2. ในขั้นตอนการทดสอบโปรแกรม กลุ่มตัวอย่างถูกคัดเลือกเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมตามเกณฑ์การคัดเข้า ในการเก็บรวบรวมข้อมูล เพื่อควบคุมปัจจัยแทรกซ้อนที่อาจเกิดจากการแลกเปลี่ยนข้อมูลระหว่างกลุ่ม ออกแบบกระบวนการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยการนัดหมายผู้เข้าร่วมวิจัยแบบรายบุคคลตามในช่วงเวลาที่ผู้เข้าร่วมวิจัยสะดวกที่ห้องให้คำปรึกษา ซึ่งเป็นห้องที่มีความเป็นส่วนตัว ไม่ให้มีการพบปะหรือรบกวนกันของผู้เข้าร่วมจากทั้งสองกลุ่ม เพื่อความเที่ยงตรงของการเปรียบเทียบผลการทดลอง

2.1 กลุ่มควบคุม และกลุ่มทดลอง เก็บรวบรวมข้อมูลก่อนการทดลอง (8-19 ก.ค. 2567) และภายหลังการทดลอง (16-30 ก.ย. 2567) เป็นรายบุคคล โดยใช้แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบประเมินความร่วมมือในการใช้ยา และแบบประเมิน SNAP-IV (short form) ใช้เวลาประเมิน 15-20 นาทีต่อราย

2.2 การควบคุมปัจจัยแทรกซ้อนที่อาจเกิดจากการแลกเปลี่ยนข้อมูลระหว่างกลุ่ม ด้วยการนัดหมายผู้เข้าร่วมวิจัยแบบรายบุคคลทั้ง 2 กลุ่ม ในช่วงเวลาที่ผู้เข้าร่วมวิจัยสะดวกไม่มีการกำหนดวันเฉพาะของแต่ละกลุ่ม ที่ห้องให้คำปรึกษาซึ่งเป็นห้องที่มีความเป็นส่วนตัว ไม่ให้มีการพบปะหรือรบกวนกันของผู้เข้าร่วมจากทั้งสองกลุ่ม

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลจากการสัมภาษณ์เชิงลึกและการสนทนากลุ่ม วิเคราะห์ด้วยการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา โดยถอดคำพูด รหัสข้อมูล จัดกลุ่มหมวดหมู่ และสังเคราะห์เป็นประเด็นหลัก

2. ข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลของกลุ่มตัวอย่าง วิเคราะห์ด้วยสถิติการแจกแจงความถี่ ร้อยละ

3. การวิเคราะห์ความแตกต่างของคะแนนความร่วมมือในการใช้ยา และคะแนนพฤติกรรมของผู้ป่วยวัยรุ่นที่มีภาวะสมาธิสั้นในกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรม ข้อมูลมีการแจกแจงไม่เป็นแบบปกติ จึงใช้สถิติ Wilcoxon Signed Ranks Test

4. การวิเคราะห์ความแตกต่างของคะแนนความร่วมมือในการใช้ยาและคะแนนพฤติกรรมของผู้ป่วยวัยรุ่นที่มีภาวะสมาธิสั้นระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ข้อมูลของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีการแจกแจงไม่เป็นแบบปกติ ($p < 0.01$) จึงใช้สถิติ Mann-Whitney U

ผลการวิจัย

ผลการวิจัยนำเสนอตามวัตถุประสงค์และสมมติฐาน ดังนี้

1. เพื่อพัฒนาโปรแกรมการพยาบาลในการให้การปรึกษาแบบสร้างแรงจูงใจสำหรับผู้ป่วยวัยรุ่นที่มีภาวะสมาธิสั้น

1.1 การสัมภาษณ์ พบประเด็นสำคัญ 3 ด้าน 1) พยาบาลขาดความมั่นใจในการให้คำปรึกษาแนว MI เช่น “พูดแนะนำแล้วเขาก็พยักหน้า แต่กลับบ้านก็ไม่กินยา” และ “ต้องมีวิธีพูดให้เขาคิดด้วยตัวเองที่ไม่ใช่แค่บอกให้ทำ” 2) ความยากลำบาก และคาดหวังของผู้ปกครอง ในการสนับสนุนบุตรที่เริ่มรับผิดชอบการใช้ยาเอง แต่ขาดทักษะการสื่อสาร “ลูกโตแล้ว เรบอกเขาให้กินยา แต่ถ้าเขาไม่กิน เราก็ไม่รู้จะพูดอย่างไรต่อ” “ลูกบอกว่ากินแล้วใจสั้น แม่ก็ไม่อยากบังคับ” 3) ความต้องการโปรแกรมที่ชัดเจนและมีแนวทางเทคนิคเฉพาะทาง ทั้งพยาบาลและผู้ปกครองเสนอแนะให้มีโปรแกรมที่สามารถสร้างแรงจูงใจภายในของวัยรุ่นและช่วยเสริมการสื่อสารในครอบครัว โดยเฉพาะในช่วงเปลี่ยนผ่านของวัยรุ่นที่ต้องรับผิดชอบตนเอง ตัวอย่างคำพูดของพยาบาล เช่น “บางครั้งเราก็ไม่แน่ใจว่าเราพูดถูกหรือยัง ถ้ามีแนวทางหรือเทคนิคที่เป็นขั้นตอน จะช่วยให้มั่นใจขึ้น” “ต้องการแนวทางที่ช่วยให้พ่อแม่เข้าใจและสื่อสารกับลูกได้ดีขึ้น”

1.2 งานวิจัยนี้ได้ทบทวนวรรณกรรม และวิเคราะห์ สังเคราะห์ ได้โปรแกรมซึ่งประกอบด้วยแผนการสอน ซึ่งประกอบด้วย 7 กิจกรรม คือ กิจกรรมที่ 1: สัมพันธภาพเพื่อการบำบัด กิจกรรมที่ 2: ฝึกทักษะการคิดวิเคราะห์ “แรงผลักดัน” กิจกรรมที่ 3: ฝึกทักษะการกำหนดเป้าหมายและการวางแผน “เส้นทางสู่ฝัน” กิจกรรมที่ 4: สุขภาพจิตศึกษา ผู้ปกครอง “เข้าใจ เข้าถึง ลูกสมาธิสั้น” กิจกรรมที่ 5: ฝึกทักษะผู้ปกครองในการสื่อสารกับผู้ป่วย “สื่อสารเติมฝัน” กิจกรรมที่ 6: การรับรู้ความสามารถตนเอง “สร้างความเชื่อมั่น” และกิจกรรมที่ 7: การติดตาม เยี่ยม “ติดตาม ถามไถ่”

ตารางที่ 1 แสดงการเปรียบเทียบความแตกต่างของข้อมูลส่วนบุคคลระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง

ข้อมูลส่วนบุคคล	กลุ่มทดลอง (n = 31)		กลุ่มควบคุม (n = 31)		χ^2	p-value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
ข้อมูลของผู้ป่วยวัยรุ่นสมาธิสั้น						
เพศ					2.69 ^a	0.10
ชาย	22	71	17	54.8		
หญิง	9	29	14	45.2		
อายุ (Mean $\pm$ S.D.)	14.80 $\pm$ 1.42 ปี		14.90 $\pm$ 1.42 ปี		t = 0.32	0.05
ข้อมูลของครอบครัวผู้ป่วยวัยรุ่นสมาธิสั้น						
เพศ					0.31 ^a	0.57
ชาย	2	6.5	4	12.9		
หญิง	29	93.5	27	87.1		
ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย					5.82 ^a	0.75
พ่อ	3	9.7	1	3.2		
แม่	19	61.3	21	67.7		

ตารางที่ 1 (ต่อ) แสดงการเปรียบเทียบความแตกต่างของข้อมูลส่วนบุคคลระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง

ข้อมูลส่วนบุคคล	กลุ่มทดลอง (n = 31)		กลุ่มควบคุม (n = 31)		χ^2	p-value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
ปู่ย่า/ตายาย	4	12.9	6	19.4		
ลุงป้า/น้าอา	5	16.1	3	9.7		
อายุ (Mean $\pm$ S.D.)	43.8 $\pm$ 7.6 ปี		เท่ากับ 42.1 $\pm$ 7.8 ปี		t = -0.81	0.05
รายได้ของครอบครัว					8.15 ^a	0.94
< 10,000 บาท	1	3.2	1	3.2		
10,001 – 20,000 บาท	2	6.5	3	9.7		
20,001 – 30,000 บาท	3	9.7	1	3.2		
30,001 – 40,000 บาท	9	29	9	29		
> 40,000 บาท	16	51.6	17	54.8		

a = chi-square

2. ผลของโปรแกรมการพยาบาลในการให้การปรึกษาแบบสร้างแรงจูงใจต่อผลลัพธ์ทางคลินิกในผู้ป่วยวัยรุ่นที่มีสมาธิสั้น

2.1 ผลการเปรียบเทียบความแตกต่างลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า ทั้งสองกลุ่มไม่มีความแตกต่างกันในเรื่องเพศ อายุของผู้ป่วยสมาธิสั้น และเพศ ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย อายุ รายได้ของครอบครัว ผู้ป่วย รายละเอียดดังแสดงในตารางที่ 1

2.2 เปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยความร่วมมือในการใช้ยา และพฤติกรรมของผู้ป่วยวัยรุ่นที่มีสมาธิสั้น ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม รายละเอียดดังแสดงในตารางที่ 2

ผลการเปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยความร่วมมือในการใช้ยาเมทิลฟิเนดัต (methylphenidate) ของผู้ป่วยวัยรุ่นที่มีสมาธิสั้น ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมการพยาบาลโดยใช้การให้คำปรึกษาแบบสร้างแรงจูงใจ โดยใช้สถิติ Wilcoxon Signed-Rank Test พบว่า หลังการเข้าร่วมโปรแกรม กลุ่มทดลองมีค่าคะแนนเฉลี่ยอันดับ (Mean Rank) เท่ากับ 16 และผลรวมอันดับ (sum of ranks) เท่ากับ 496 โดยมีค่า Z เท่ากับ -5.008 แสดงให้เห็นว่าความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยวัยรุ่นในกลุ่มทดลองหลังการทดลองดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ($p < .001$) และพฤติกรรมของผู้ป่วยวัยรุ่นสมาธิสั้นหลังเข้าร่วมโปรแกรมมีค่าคะแนนเฉลี่ยอันดับ (Mean Rank) เท่ากับ 16 และผลรวมอันดับ (Sum of Ranks) เท่ากับ 496 โดยมีค่า Z เท่ากับ -4.867 แสดงให้เห็นว่า พฤติกรรมของผู้ป่วยวัยรุ่นที่มีสมาธิสั้นในกลุ่มทดลองหลังการทดลองมีการเปลี่ยนแปลงไปในทางที่ดีขึ้น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ($p < .001$)

ตารางที่ 2 แสดงการเปรียบเทียบค่าคะแนนความร่วมมือในการใช้ยา และพฤติกรรมในผู้ป่วยวัยรุ่นที่มีสมาธิสั้นก่อนและภายหลังโปรแกรมในกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองโดยใช้ Wilcoxon Signed Ranks Test

	Mean Rank	Sum of Ranks	Z	Asymp.Sig. (2-tailed)
ความร่วมมือในการใช้ยา	16	496	-5.008 ^b	.000
พฤติกรรมวัยรุ่นสมาธิสั้น	16	496	-4.867 ^b	.000

^aBased on Negative Ranks = ความร่วมมือในการใช้ยาก่อนทดลอง < ความร่วมมือในการใช้ยาหลังทดลอง
= พฤติกรรมวัยรุ่นสมาธิสั้นหลังการทดลอง < พฤติกรรมวัยรุ่นสมาธิสั้นก่อนการทดลอง

* Wilcoxon signed-rank test

2.3 เปรียบเทียบค่าคะแนนความร่วมมือในการใช้ยา และพฤติกรรมของผู้ป่วยวัยรุ่นที่มีสมาธิสั้นระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ดังแสดงในตารางที่ 3

ผลการเปรียบเทียบคะแนนความร่วมมือในการใช้ยาและพฤติกรรมของผู้ป่วยวัยรุ่นที่มีสมาธิสั้นระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยใช้ Mann-Whitney U-test พบว่าไม่แตกต่างกัน ($p > .05$) ในทั้งสองตัวแปร

ตารางที่ 3 แสดงการเปรียบเทียบค่าคะแนนความร่วมมือในการใช้ยา และพฤติกรรมในผู้ป่วยวัยรุ่นที่มีสมาธิสั้นระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยใช้สถิติ Mann-Whitney U-test

	Mean Rank	Sum of Ranks	Mann-Whitney U	Z	Asymp.Sig. (2-tailed)
ความร่วมมือในการใช้ยา					
กลุ่มทดลอง	1.50	1.50	.500	.000	1.000
กลุ่มควบคุม	1.00	1.00	.000	-1.000	.317
พฤติกรรมวัยรุ่นสมาธิสั้น					
กลุ่มทดลอง	2.00	2.00	.000	-1.000	.317
กลุ่มควบคุม	1.50	1.50	.500	.000	1.000

* Mann-Whitney U-test

การอภิปรายผล

ผู้วิจัยอภิปราย ผลการวิจัยตามวัตถุประสงค์หรือสมมติฐาน ดังมีรายละเอียด ดังนี้

1. การพัฒนาโปรแกรมการพยาบาลในการให้การปรึกษาแบบสร้างแรงจูงใจต่อผลลัพธ์ทางคลินิกในผู้ป่วยวัยรุ่นที่มีสมาธิสั้น ผลการศึกษานี้ พบขั้นตอนการพัฒนาโปรแกรมของ Van Meijel et al.²² มีโครงสร้าง 5 ระยะ ประกอบด้วย 1) การกำหนดปัญหา 2) การสำรวจความต้องการเนื้อหาและกิจกรรมที่ต้องการพัฒนาโปรแกรม 3) การออกแบบโปรแกรม 4) การตรวจสอบความตรง ประเมินความเป็นไปได้

และการยอมรับโปรแกรม และ 5) การทดสอบผลลัพธ์ของโปรแกรม เป็นแนวทางที่ช่วยให้สามารถพัฒนาโปรแกรมได้อย่างเป็นระบบและมีโครงสร้างชัดเจน จากการทบทวนวรรณกรรมโดยใช้แนวทาง PICO เพื่อคัดเลือกรงานวิจัยที่เกี่ยวข้องอย่างน้อย 6 เรื่อง ทั้งในและต่างประเทศ ด้วยการศึกษาขั้นตอนและผลลัพธ์ของการใช้ MI ต่อความร่วมมือในการใช้ยาและการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม ร่วมกับงานวิจัยของ Sibley และคณะ^{17,20} ที่ประยุกต์ใช้ MI ร่วมกับพฤติกรรมบำบัดในกลุ่มวัยรุ่น ADHD ในชุมชน และงานในประเทศไทยของ เนตรชนกและคณะ²⁴ รวมทั้งสิรินาถ และคณะ²⁹ ที่แสดงถึงขั้นตอนและผลลัพธ์ของ MI จึงนำมาสังเคราะห์ร่วมกับแนวคิดของ มิลเลอร์ และโรลนิก (Miller & Rollnick)³⁴ ร่วมกับข้อมูลจากการสัมภาษณ์และเวชระเบียน ปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยและพยาบาล ซึ่งพบปัญหาหลัก เช่น แรงจูงใจภายในต่ำ ความเข้าใจเรื่องยาน้อย และการสื่อสารในครอบครัวไม่เหมาะสม จึงออกแบบกิจกรรมเพื่อเสริมทักษะพยาบาลในการสื่อสารที่มีทิศทางและขั้นตอน กระตุ้นการเปลี่ยนแปลงในทีมพยาบาล และการมีส่วนร่วมของครอบครัว ในกระบวนการให้คำปรึกษาแบบสร้างแรงจูงใจช่วยลดความขัดแย้งในครอบครัวและเพิ่มความร่วมมือของวัยรุ่นในการใช้ยาได้อย่างมีนัยสำคัญ สอดคล้องกับงานวิจัยของ คาน และอัสลาน (Khan & Aslani)³⁵ พูดถึงบทบาทสำคัญของผู้ปกครองในกระบวนการตัดสินใจและความร่วมมือในการใช้ยา ADHD และสอดคล้องกับแนวคิดของ สิบเลย์ และกราเซีย (Sibley & Graziano)²⁰ อธิบายถึงบทบาทของผู้ปกครองในระบบสนับสนุนทักษะการจัดการตนเองของวัยรุ่น ADHD นอกจากนี้ผลลัพธ์ของโปรแกรมขึ้นอยู่กับระดับความเชี่ยวชาญของผู้ให้บริการ กล่าวคือ กลุ่มที่ได้รับคำปรึกษาจากผู้มีใบอนุญาตวิชาชีพ (licensed clinicians) มีผลลัพธ์ดีกว่าผู้ให้บริการทั่วไป ดังนั้นในการออกแบบโปรแกรมนี้อธิบายถึงบทบาทของผู้ให้คำปรึกษาให้มีทักษะ MI ทั้งขั้นพื้นฐานและขั้นสูง สามารถใช้เทคนิคหลักของ MI ได้อย่างมีประสิทธิภาพ เช่น การใช้คำพูดสะท้อนกลับ การฟังอย่างตั้งใจและการตั้งคำถามเชิงสร้างแรงจูงใจ

2. ผลของประสิทธิผลโปรแกรม พบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความร่วมมือในการใช้ยาภายหลังเข้าร่วมโปรแกรมสูงกว่าก่อนเข้าร่วมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสมาธิสั้นลดลง ภายหลังเข้าร่วมโปรแกรม กระบวนการของโปรแกรมหากล่าวทำให้มีการใช้ยาอย่างต่อเนื่อง และลดพฤติกรรมสมาธิสั้น ได้แก่ พฤติกรรมชน ไม่นิ่ง พฤติกรรมขาดสมาธิ และพฤติกรรมต่อต้าน อภิปรายว่า โปรแกรมดังกล่าวซึ่งออกแบบตามแนวคิดของ มิลเลอร์ และโรลนิก (Miller & Rollnick)²³-ที่เน้นการกระตุ้นการตระหนักรู้ในตนเองผ่านเทคนิค OARS ทำให้กลุ่มตัวอย่างเกิดแรงจูงใจภายใน และร่วมมือใช้ยาเพิ่มขึ้น อีกทั้งพยาบาลวิชาชีพในทีม ซึ่งผ่านการอบรม MI ช่วยสร้างความเข้าใจเกี่ยวกับการรับประทานยาและส่งเสริมสัมพันธ์ภายในครอบครัว สอดคล้องกับงานวิจัยของ พาลาซิโอ และกาเรย์ (Palacio & Garay)²¹ ที่ว่าการให้การปรึกษาแบบสร้างแรงจูงใจ มีประสิทธิภาพสูงในการส่งเสริมความร่วมมือในการใช้ยา ด้วยการช่วยลดความลังเลใจและเพิ่มแรงจูงใจภายในของกลุ่มตัวอย่างในการรับประทานยา

เมื่อเปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยความร่วมมือในการใช้ยา และพฤติกรรมในผู้ป่วยวัยรุ่นที่มีสมาธิสั้นระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่าไม่แตกต่างกัน ($p = 1.000$) ผลการศึกษานี้สะท้อนถึงความท้าทายในการปรับปรุงความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยวัยรุ่นที่มีภาวะสมาธิสั้น ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ ชาราซ (Charach) และคณะ³⁶ ที่พบว่าความร่วมมือในการใช้ยาในผู้ป่วยวัยรุ่นที่มี ADHD เป็นปัญหาที่ซับซ้อนและต้องใช้แนวทางหลายมิติในการแก้ไข การที่ไม่พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิตินี้อาจเกิดจากหลายปัจจัย ได้แก่ ขนาดตัวอย่างที่อาจไม่เพียงพอ ระยะเวลาในการติดตามผลที่อาจสั้นเกินไป หรือลักษณะของการแทรกแซงที่อาจไม่ครอบคลุมปัจจัยสำคัญที่ส่งผลต่อความร่วมมือในการใช้ยา เช่น ทักษะชีวิตของผู้ป่วย

ต่อยา ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรค และการสนับสนุนจากครอบครัว ตามที่ ก้าว (Gau) และคณะ³⁷ ได้ชี้แจงไว้ว่า ปัจจัยเหล่านี้มีความสำคัญต่อความสำเร็จของการรักษา สำหรับคะแนนพฤติกรรมของผู้ป่วยวัยรุ่น แม้ว่าจะพบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยระหว่างกลุ่มทดลอง (Mean Rank = 2.00) และกลุ่มควบคุม (Mean Rank = 1.50) อย่างชัดเจน แต่การทดสอบทางสถิติยังไม่พบความแตกต่าง อย่างมีนัยสำคัญ ($p = 0.317$) ผลการศึกษานี้แสดงให้เห็นถึงความยากในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของวัยรุ่นที่มีภาวะสมาธิสั้น ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ บาร์คเลย์ (Barkley) และคณะ³⁸ ที่ระบุว่า การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมในกลุ่มนี้ต้องใช้เวลาและแนวทางที่เหมาะสม

สรุป

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาและประเมินผลโปรแกรมการพยาบาลในการให้การปรึกษาแบบสร้างแรงจูงใจต่อผลลัพธ์ทางคลินิกในผู้ป่วยวัยรุ่นที่มีสมาธิสั้น ผลการวิจัย สรุปได้ว่าโปรแกรมการพยาบาลในการให้การปรึกษาแบบสร้างแรงจูงใจสามารถช่วยส่งเสริมความร่วมมือในการใช้ยาและลดพฤติกรรมสมาธิสั้นในกลุ่มวัยรุ่นสมาธิสั้นได้อย่างมีประสิทธิภาพในระดับรายบุคคล แม้ยังไม่พบความแตกต่างเมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มควบคุม จึงควรมีการศึกษาต่อเนื่องในกลุ่มตัวอย่างขนาดใหญ่ และในระยะเวลาดิตตามผลที่ยาวนานขึ้น เพื่อยืนยันผลลัพธ์ในระดับประชากร

ข้อจำกัดของงานวิจัย

กลุ่มตัวอย่างมีขนาดเล็กและคัดเลือกจากโรงพยาบาลเพียงแห่งเดียวจึงไม่สามารถนำผลวิจัยไปอ้างอิงในกลุ่มประชากรวัยรุ่นสมาธิสั้นในบริบทอื่น ๆ ได้

ข้อเสนอแนะ

ด้านการปฏิบัติการพยาบาล

1. จัดทำหลักสูตรฝึกอบรมการใช้โปรแกรมการพยาบาลในการให้การปรึกษาแบบสร้างแรงจูงใจต่อผลลัพธ์ทางคลินิกในผู้ป่วยวัยรุ่นที่มีสมาธิสั้น เพื่อเป็นแนวทางการพัฒนาสมรรถนะพยาบาลในการให้การปรึกษา

2. ควรมีระบบการนิเทศติดตามคุณภาพการให้การปรึกษาแบบสร้างแรงจูงใจอย่างต่อเนื่อง และนำข้อมูลที่พบมาปรับปรุงให้คุณภาพการบำบัดเป็นไปตามมาตรฐานวิชาชีพ

ด้านการวิจัย

ควรมีการประเมินผลระยะยาว เพื่อศึกษาความยั่งยืนของความร่วมมือในการใช้ยา และพฤติกรรมสมาธิสั้น รวมทั้งผลลัพธ์ทางคลินิกอื่น ๆ เช่น อาการของโรค ความสัมพันธ์ในครอบครัว หรือผลการเรียน

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณ ผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่าน เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลยุวประสาทไวทโยปถัมภ์ แหล่งเก็บข้อมูล และกลุ่มตัวอย่างที่ให้ความร่วมมือกับการวิจัยครั้งนี้เป็นอย่างดี

เอกสารอ้างอิง

1. Ayano G, Demelash S, Gizachew Y, Tsegay L, Alati R. The global prevalence of attention deficit hyperactivity disorder in children and adolescents: an umbrella review of meta-analyses. *J Affect Disord* 2023;339:860-6. doi: 10.1016/j.jad.2023.07.071.
2. Cénat JM, Kokou-Kpolou CK, Blais-Rochette C, Morse C, Vandette MP, Dalexis RD, et al. Prevalence of ADHD among black youth compared to white, Latino and Asian youth: a meta-analysis. *J Clin Child Adolesc Psychol* 2024;53(3):373-88. doi: 10.1080/15374416.2022.2051524.
3. Visanuyothin T, Pavasuthipaisit C, Wachiradilok P, Arunruang P, Buranasuksakul T. The prevalence of attention deficit/hyperactivity disorder in Thailand. *Journal of Mental Health of Thailand* 2013;21(2):66-75. (in Thai)
4. Department of Mental Health. Incidence and prevalence of attention deficit hyperactivity disorder (ADHD) in Thai children aged 6-15 years, fiscal years 2023–2024 (January–November): Health Data Center (HDC) [Internet]. Nonthaburi: Department of Mental Health Knowledge Repository; 2024 [cited 2025 Apr 8]. Available from: <https://dmh-elibrary.org/items/show/1802>
5. Salari N, Ghasemi H, Abdoli N, Rahmani A, Shiri MH, Hashemian AH, et al. The global prevalence of ADHD in children and adolescents: a systematic review and meta-analysis. *Ital J Pediatr* 2023;49(1):48. doi: 10.1186/s13052-023-01456-1.
6. Austgulen A, Skram NKG, Haavik J, Lundervold AJ. Risk factors of suicidal spectrum behaviors in adults and adolescents with attention-deficit/hyperactivity disorder – a systematic review. *BMC Psychiatry* 2023;23(1):612. doi: 10.1186/s12888-023-05099-8.
7. Powell V, Riglin L, Hammerton G, Eyre O, Martin J, Anney R, et al. What explains the link between childhood ADHD and adolescent depression? Investigating the role of peer relationships and academic attainment. *Eur Child Adolesc Psychiatry* 2020;29(11):1581-91. doi: 10.1007/s00787-019-01463-w.
8. Upadhyay N, Chen H, Mgbere O, Bhatara VS, Aparasu RR. The impact of pharmacotherapy on substance use in adolescents with attention-deficit/hyperactivity disorder: variations across subtypes. *Subst Use Misuse* 2017;52(10):1266-74. doi: 10.1080/10826084.2016.1273955.
9. Polanczyk GV, Salum GA, Sugaya LS, Caye A, Rohde LA. Annual research review: a meta-analysis of the worldwide prevalence of mental disorders in children and adolescents. *J Child Psychol Psychiatry* 2015;56(3):345-65. doi: 10.1111/jcpp.12381.

10. Alghamdi T, Helou M, Jeyaseelan L, Sultan MA. Stress level of parents of children diagnosed with attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD) in Dubai, United Arab Emirates. *Emirates Med J* 2023;4(2): e170323214707. doi: 10.2174/04666230317110616.
11. Cortese S, Adamo N, Del Giovane C, Mohr-Jensen C, Hayes AJ, Carucci S, et al. Comparative efficacy and tolerability of medications for attention-deficit hyperactivity disorder in children, adolescents, and adults: a systematic review and network meta-analysis. *Lancet Psychiatry* 2018;5(9):727-38. doi: 10.1016/S2215-0366(18)30269-4.
12. Johnson M, Åsberg Johnels J, Östlund S, Cedergren K, Omanovic Z, Hjalmarsson K, et al. Long-term medication for ADHD and development of cognitive functions in children and adolescents. *J Psychiatr Res* 2021;142:204-9. doi: 10.1016/j.jpsychires.2021.07.055.
13. Peterson BS, Trampush J, Maglione M, Bolshakova M, Rozelle M, Miles J, et al. Treatments for ADHD in children and adolescents: a systematic review. *Pediatrics* 2024;153(4):e2024065787. doi: 10.1542/peds.2024-065787.
14. Sibley MH, Kuriyan AB, Evans SW, Waxmonsky JG, Smith BH. Pharmacological and psychosocial treatments for adolescents with ADHD: an updated systematic review of the literature. *Clin Psychol Rev* 2014;34(3):218-32. doi: 10.1016/j.cpr.2014.02.001.
15. Ching C, Eslick GD, Poulton AS. Evaluation of methylphenidate safety and maximum-dose titration rationale in attention-deficit/hyperactivity disorder: a meta-analysis. *JAMA Pediatr* 2019;173(7):630-9. doi:10.1001/jamapediatrics.2019.0905.
16. Rashid MA, Lovick S, Llanwarne NR. Medication-taking experiences in attention deficit hyperactivity disorder: a systematic review. *Fam Pract* 2018;35(2):142-50. doi: 10.1093/fampra/cmz088.
17. Sibley MH, Graziano PA, Coxe SJ, Bickman L, Martin P. Effectiveness of motivational interviewing-enhanced behavior therapy for adolescents with attention-deficit/hyperactivity disorder: a randomized community-based trial. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2021;60(6):745-56. doi: 10.1016/j.jaac.2020.07.907.
18. Kamimura-Nishimura KI, Brinkman WB, Froehlich TE. Strategies for improving ADHD medication adherence. *Curr psychiatr* 2019;18(8):25-38.
19. Rosenau PT, Dietrich A, van den Hoofdakker BJ, Hoekstra PJ. ADHD medication adherence reduces risk of committing minor offenses in adolescents. *J Child Psychol Psychiatry* 2024;65(11):1478-85. doi: 10.1111/jcpp.13997.
20. Sibley MH, Graziano PA, Coxe S, Page TF, Martin P. Three-year effects of motivational interviewing-enhanced behavior therapy for adolescents with attention-deficit/hyperactivity disorder: a randomized community-based trial. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2024:S0890-8567(24)01948-8. doi: 10.1016/j.jaac.2024.10.009.

21. Palacio A, Garay D, Langer B, Taylor J, Wood BA, Tamariz L. Motivational interviewing improves medication adherence: a systematic review and meta analysis. *J Gen Intern Med* 2016;31(8):929–40. doi: 10.1007/s11606-016-3685-3.
22. Van Meijel B, Gamel C, van Swieten-Duijfjes B, Grypdonck MHF. The development of evidence-based nursing interventions: methodological considerations. *J Adv Nurs* 2004;48(1):84-92. doi: 10.1111/j.1365-2648.2004.03171.x.
23. Miller WR, Rollnick S. *Motivational interviewing: helping people change*. 3rd ed. New York: Guilford Press; 2013.
24. Raksawong N, Buala S, Mueansunthon S. The effect of motivational interviewing on medication adherence of patients and families in the use of ADHD medication. In: Dechkong T, editor. *Proceedings of 23rd Annual International Mental Health Conference 2024*; 2024 Jul 30-31, Aug 1; Bangkok, Thailand. Nonthaburi: Department of Mental Health, Ministry of Public Health; 2024. p.125. (in Thai)
25. American Psychiatric Association. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*. 5th ed., text rev. Arlington, VA: American Psychiatric Publishing; 2022.
26. Krejcie RV, Morgan DW. Determining sample size for research activities. *Educ Psychol Meas* 1970;30(3):607-10. doi:10.1177/001316447003000308.
27. Polit DF, Beck CT. *Nursing research: generating and assessing evidence for nursing practice*. 11th ed. Philadelphia: Wolters Kluwer; 2021.
28. Miller WR, Rollnick S. *Motivational interviewing: preparing people to change addictive behavior*. New York: Guilford Press; 1991.
29. Morisky DE, Ang A, Krousel-Wood M, Ward HJ. Predictive validity of a medication adherence measure in an outpatient setting. *J Clin Hypertens (Greenwich)* 2008;10(5):348-54. doi: 10.1111/j.1751-7176.2008.07572.x.
30. Sakthong P, Chabunthom R, Charoenvisuthiwongs R. Psychometric properties of the Thai version of the 8-item morisky medication adherence scale in patients with type 2 diabetes. *Ann Pharmacother* 2009;43(5):950-7. doi: 10.1345/aph.1L453.
31. Swanson J, Lerner M, March J, Gresham FM. Assessment and intervention for attention-deficit/hyperactivity disorder in the schools: lessons from the MTA study. *Pediatr Clin North Am* 1999;46(5):993-1009. doi: 10.1016/s0031-3955(05)70168-1.
32. Pityaratstian N, Booranasuksakul T, Juengsiragulwit D, Benyakorn S. ADHD screening properties of the Thai version of Swanson, Nolan, and Pelham IV scale (SNAP IV) and Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ). *J Psychiatr Assoc Thailand* 2014;59(2):97-110. (in Thai)

33. Boontavee S, Sethabouppha H, Thamthai K. Effect of the motivational interviewing program with parental participation on game addiction behaviors of adolescents with attention deficit hyperactivity disorders. *J Psychiatr Nurs Ment Health* 2024;38(1):1-14. (in Thai)
34. Miller WR, Rollnick S. *Motivational interviewing: helping people change and grow*. 4th ed. New York: Guilford Press; 2023.
35. Khan MU, Aslani P. Exploring factors influencing medication adherence from initiation to discontinuation in parents and adolescents with attention deficit hyperactivity disorder. *Clin Pediatr (Phila)* 2020;59(3):285-96. doi: 10.1177/0009922819900973.
36. Charach A, Ickowicz A, Schachar R. Stimulant treatment over five years: adherence, effectiveness, and adverse effects. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2004;43(5):559-67.
37. Gau SS, Shen HY, Soong WT, Gau CS. An open-label, randomized, active-controlled equivalent trial of osmotic release oral system methylphenidate in children with attention-deficit/hyperactivity disorder in Taiwan. *J Child Adolesc Psychopharmacol* 2006;16(4):441-55. doi: 10.1089/cap.2006.16.441.
38. Barkley RA, Fischer M, Smallish L, Fletcher K. The persistence of attention-deficit/hyperactivity disorder into young adulthood as a function of reporting source and definition of disorder. *J Abnorm Psychol* 2002;111(2):279-89.

ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ การรับรู้สมรรถนะแห่งตนกับทักษะ
ในการปฐมพยาบาลเด็กเบื้องต้นและการช่วยชีวิตขั้นพื้นฐานของครูผู้ดูแลเด็ก*
The Relationship between Knowledge, Perceived Self-efficacy,
and Pediatric First aid and Basic Life Support Skills
among Childcare Teachers*

ศศิธร คำมี** วรรณวิการ์ ใจกล้า*** ปิยธรณ์ เร่งเร้ว****
ฉัตรสุดา มาทา***** วิลาวรรณ กลิ่นถาวร***** นันทรัตน์ มาตยาบุญ*****
Sasithorn Kummee** Wanwika Jaikla*** Piyathorn Rengrew****
Chatsuda Mata***** Wilaiwan Klintavorn***** Nantarat Matayaboon*****

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงพรรณนาหาความสัมพันธ์นี้มีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) ศึกษาความรู้ การรับรู้สมรรถนะแห่งตน และทักษะในการปฐมพยาบาลเด็กเบื้องต้นและการช่วยชีวิตขั้นพื้นฐานของครูผู้ดูแลเด็ก และ 2) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้และการรับรู้สมรรถนะแห่งตนกับทักษะในการปฐมพยาบาลเด็กเบื้องต้นและการช่วยชีวิตขั้นพื้นฐาน

Received: November 20, 2024

Revised: August 5, 2025

Accepted: August 27, 2025

* ได้รับการสนับสนุนทุนวิจัยจากกองทุนส่งเสริมวิทยาศาสตร์ วิจัยและนวัตกรรม

* This research was funded by National Science, Research and Innovation Fund

** อาจารย์ สาขาวิชาการพยาบาลเด็ก คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏลำปาง ลำปาง ประเทศไทย 52000.

E-mail: sasithorn.ku@g.lpru.ac.th

** Instructor, Department of Pediatric Nursing, Faculty of Nursing, Lampang Rajabhat University, Lampang, Thailand 52000.

E-mail: sasithorn.ku@g.lpru.ac.th

*** Corresponding Author, อาจารย์ สาขาวิชาการพยาบาลเด็ก คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏลำปาง ลำปาง ประเทศไทย 52000.

E-mail: wanwika@g.lpru.ac.th

*** Corresponding Author, Instructor, Department of Pediatric Nursing, Faculty of Nursing, Lampang Rajabhat University,

Lampang, Thailand 52000. E-mail: wanwika@g.lpru.ac.th

**** อาจารย์ สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏลำปาง ลำปาง ประเทศไทย 52000.

E-mail: piyathorn@g.lpru.ac.th

**** Instructor, Department of Mental Health and Psychiatric Nursing, Faculty of Nursing, Lampang Rajabhat University,

Lampang, Thailand 52000. E-mail: piyathorn@g.lpru.ac.th

***** ผู้ช่วยศาสตราจารย์ สาขาวิชาสาธารณสุขชุมชน คณะวิทยาศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏลำปาง ลำปาง ประเทศไทย 52000.

E-mail: chatsuda@g.lpru.ac.th

***** Assistant Professor, Department of Community Public Health, Faculty of Science, Lampang Rajabhat University,

Lampang, Thailand 52000. E-mail: chatsuda@g.lpru.ac.th

***** ผู้ช่วยศาสตราจารย์ สาขาการศึกษาปฐมวัย คณะครุศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏลำปาง ลำปาง ประเทศไทย 52000.

E-mail: melody_pinkpink@g.lpru.ac.th

***** Assistant Professor, Department of Early Childhood Education, Faculty of Education, Lampang Rajabhat University,

Lampang, Thailand 52000. E-mail: melody_pinkpink@g.lpru.ac.th

***** อาจารย์ สาขาวิชาการพยาบาลกุมารเวชศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ เชียงใหม่ ประเทศไทย 50200.

E-mail: dolporn.m@cmu.ac.th

***** Instructor, Department of Pediatric Nursing, Faculty of Nursing, Chiang Mai University, Chiang Mai, Thailand 50200.

E-mail: dolporn.m@cmu.ac.th

ของครูผู้ดูแลเด็ก กลุ่มตัวอย่าง คือ ครูผู้ดูแลเด็กในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก อำเภอเมือง จังหวัดลำปาง จำนวน 85 คน สุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอน เครื่องมือวิจัยที่ใช้ทั้งหมดได้ผ่านการตรวจสอบคุณภาพด้าน ความตรงจากผู้ทรงคุณวุฒิ 6 ท่าน คือ 1) แบบประเมินความรู้ในการปฐมพยาบาลเด็กเบื้องต้นและการ ช่วยชีวิตขั้นพื้นฐาน มีค่าดัชนีความตรงของเนื้อหา เท่ากับ 0.8 ค่าความเชื่อมั่น KR-20 เท่ากับ 0.79 2) แบบประเมินการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการปฐมพยาบาลเด็กเบื้องต้นและการช่วยชีวิตขั้นพื้นฐาน และ 3) แบบประเมินทักษะในการปฐมพยาบาลเด็กเบื้องต้นและการช่วยชีวิตขั้นพื้นฐาน มีค่าดัชนีความตรงของเนื้อหา เท่ากับ 1.0 และ 1.0 ค่าความเชื่อมั่นโดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ 0.90 และ 0.83 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนาและสถิติสหสัมพันธ์แบบสเปียร์แมน ผลการวิจัยพบว่า 1) คะแนนความรู้ในการปฐมพยาบาลเด็กเบื้องต้นและการช่วยชีวิตขั้นพื้นฐานของครูผู้ดูแลเด็ก โดยรวมอยู่ใน ระดับต่ำ ($\bar{X} = 4.71$, S.D. = 1.65) คะแนนการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการปฐมพยาบาลเด็กเบื้องต้นและการ ช่วยชีวิตขั้นพื้นฐาน โดยรวมอยู่ในระดับต่ำ ($\bar{X} = 15.07$, S.D. = 9.18) และคะแนนทักษะในการปฐมพยาบาล เด็กเบื้องต้นและการช่วยชีวิตขั้นพื้นฐาน โดยรวมอยู่ในระดับต่ำ ($\bar{X} = 7.24$, S.D. = 3.28) 2) ความรู้ มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำกับทักษะในการปฐมพยาบาลเด็กเบื้องต้นและการช่วยชีวิตขั้นพื้นฐาน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r_s = .23$, $p < .05$) และการรับรู้สมรรถนะแห่งตนมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับ ปานกลางกับทักษะในการปฐมพยาบาลเด็กเบื้องต้นและการช่วยชีวิตขั้นพื้นฐาน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r_s = .49$, $p < .001$) ผลการศึกษานี้สามารถนำไปใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานในการส่งเสริมความรู้ การรับรู้ สมรรถนะแห่งตน และทักษะในการปฐมพยาบาลเด็กเบื้องต้นและการช่วยชีวิตขั้นพื้นฐานของครูผู้ดูแลเด็ก ต่อไป

คำสำคัญ: ความรู้ การรับรู้สมรรถนะแห่งตน ทักษะในการปฐมพยาบาลเด็กเบื้องต้นและการช่วยชีวิต ขั้นพื้นฐาน ครูผู้ดูแลเด็ก

Abstract

This descriptive and correlational research aimed to investigate knowledge, perceived self-efficacy, and pediatric first aid and basic life support (FA & BLS) skills among childcare teachers, and to examine the relationship between knowledge and perceived self-efficacy with pediatric FA & BLS in childcare teachers. The participants included 85 childcare teachers at the Child Development Center of Mueang Lampang district, Lampang province, who were selected using multi-stage sampling. All research instruments were validated by six experts. The research instruments consisted of questionnaires about knowledge. The content validity index of the instruments was 0.8. The reliability KR-20 was 0.79 regarding perceived self-efficacy for the pediatric FA & BLS questionnaire and the skill observation checklist for pediatric FA & BLS. The content validity index for the instruments was 1.0, and 1.0, respectively. The reliability, using Cronbach's alpha coefficients, showed values of 0.90, and 0.83, respectively. Data were analyzed using descriptive statistics and Spearman's Rank correlation coefficient.

The results of this study revealed that: 1) The participants' knowledge score of pediatric first aid and basic life support was at a low level ($\bar{X} = 4.71$, S.D. = 1.65), the perceived self-efficacy scores for pediatric first aid and basic life support were low ($\bar{X} = 15.07$, S.D. = 9.18), and the skill of pediatric FA & BLS scores were low ($\bar{X} = 7.24$, S.D. = 3.28). 2) Knowledge and perceived self-efficacy had a significant positive relationship with pediatric first aid and basic life support skills ($r_s = .23$, $p < .05$; $r_s = .49$, $p < .001$). The results of this study can serve as baseline data to promote child care teacher's knowledge, self-efficacy, and skills in pediatric first aid and basic life support.

Keywords: knowledge, perceived self-efficacy, pediatric first aid and basic life support skills, Child care teacher

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

การบาดเจ็บในเด็กยังเป็นปัญหาทางสาธารณสุขที่สำคัญของโลก และเป็นสาเหตุสำคัญของการหยุดหายใจอันนำไปสู่การเสียชีวิต จากสถิติในสหรัฐอเมริกา ปี พ.ศ. 2561-2562 พบว่า เด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี เสียชีวิตจากอุบัติเหตุเฉลี่ยปีละ 2,405 คน ต่อประชากรแสนคน คิดเป็นร้อยละ 37.47 ของเด็กที่เสียชีวิตทุกช่วงอายุ¹ ในประเทศไทย ปี พ.ศ. 2561-2565 พบว่า เด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี มีอัตราการตายด้วยอุบัติเหตุการตกน้ำและการจมน้ำ เท่ากับ 9.6 ต่อประชากรแสนคน อุบัติเหตุการขนส่ง เท่ากับ 8 ต่อประชากรแสนคน การสัมผัสควัน ไฟ และเปลวไฟ เท่ากับ 0.9 ต่อประชากรแสนคน การพลัดตก เท่ากับ 0.4 ต่อประชากรแสนคน การสัมผัสกับสารเป็นพิษ เท่ากับ 0.2 ต่อประชากรแสนคน² ข้อมูลดังกล่าวสะท้อนว่าการบาดเจ็บในเด็ก ยังมีแนวโน้มอยู่ในระดับสูง

การบาดเจ็บอันนำไปสู่การหยุดหายใจส่งผลกระทบต่อเด็กทั้งด้านร่างกาย จิตใจอารมณ์ ครอบครัวยุติธรรมและเศรษฐกิจ ด้านร่างกาย เด็กอาจมีความเจ็บปวดจากบาดแผล รอยฟกช้ำ การเคลื่อนไหวผิดปกติ หายใจลำบาก ซึ่งจำเป็นต้องได้รับการรักษาและฟื้นฟูระยะยาว เด็กอาจเกิดความผิดปกติในการพูด การสื่อสาร การคิด ความจำ และพฤติกรรมเปลี่ยนไป ด้านจิตใจอารมณ์ เด็กสูญเสียความมั่นใจในตนเอง หงุดหงิดและโกรธง่าย ต้องการการสนับสนุนทางอารมณ์มากขึ้น ทั้งเด็กและครอบครัวอาจเกิดความเครียดและวิตกกังวล³ ด้านครอบครัวอาจมีการเปลี่ยนแปลงบทบาทการดูแลเด็ก⁴ ด้านสังคมและเศรษฐกิจทำให้ครอบครัวอาจขาดรายได้และแบกรับค่าใช้จ่ายในการดูแลที่สูงขึ้น รวมถึงสัมพันธภาพภายในครอบครัวและกลุ่มเพื่อนอาจลดลง³ ผลกระทบเหล่านี้แตกต่างกันตามชนิดและความรุนแรงของการบาดเจ็บ หน่วยงานที่ดูแลเด็กจึงควรให้ความสำคัญต่อการป้องกันการเกิดการบาดเจ็บมากขึ้น

ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กเป็นสถานศึกษาที่ให้บริการด้านการจัดการศึกษาแก่เด็กปฐมวัย อายุ 2-5 ปี เป็นสถานที่ที่มีเด็กช่วงอายุดังกล่าวมาอยู่รวมกันเป็นจำนวนมาก ขนาดของศูนย์ซึ่งรับดูแลเด็กแบ่งเป็น 3 ระดับ ได้แก่ ศูนย์ขนาดเล็ก ขนาดกลาง และขนาดใหญ่ ปัจจุบันเขตอำเภอเมือง จังหวัดลำปาง มีศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก 28 แห่ง มีครูผู้ดูแลเด็กประมาณ 135 คน อยู่ภายใต้การกำกับดูแลของเทศบาลและองค์การบริหารส่วนตำบล ซึ่งสังกัดเขตการปกครองของกรมการปกครองส่วนท้องถิ่น 15 เขต และมีนโยบายในการบริหารจัดการศูนย์พัฒนาเด็กเล็กให้มีมาตรฐานและคุณภาพ ส่งเสริมศักยภาพครูผู้ดูแลเด็กในด้านการจัด

ประสบการณ์การเรียนรู้แก่เด็ก ทั้งด้านร่างกาย อารมณ์ จิตใจ สังคม และสติปัญญา รวมถึงการพัฒนาความรู้ ทักษะและประสบการณ์ในวิชาชีพอย่างต่อเนื่อง อีกทั้งยังกำหนดให้ครูต้องเข้าร่วมการอบรมในการพัฒนาตนเอง ไม่น้อยกว่า 20 ชั่วโมงต่อปีการศึกษา⁵

ทักษะในการปฐมพยาบาลเบื้องต้นและการช่วยชีวิตขั้นพื้นฐาน หมายถึง การกระทำของครูผู้ดูแลเด็ก ในการปฏิบัติการช่วยเหลือเด็กภายหลังจากได้รับบาดเจ็บและหยุดหายใจ ตามแนวปฏิบัติของสมาคมโรคหัวใจ แห่งสหรัฐอเมริกา ปี ค.ศ. 2020 ระบุว่า การปฏิบัติทักษะในการช่วยชีวิตขั้นพื้นฐาน (basic life support) ประกอบด้วย การเปิดทางเดินหายใจ การช่วยการหายใจ การช่วยฟื้นคืนชีพหัวใจและปอด (Cardiopulmonary Resuscitation : CPR) และการใช้เครื่องกระตุกไฟฟ้าหัวใจอัตโนมัติ (Automated External Defibrillator) การปฐมพยาบาลเบื้องต้นและการช่วยชีวิตขั้นพื้นฐานอย่างทันท่วงที ตั้งแต่ผู้ป่วยหมดสติจะเพิ่มโอกาสรอดชีวิตและลดความเสียหายต่อสมองอย่างถาวร⁶ อย่างไรก็ตามมีหลักฐานว่าครูส่วนใหญ่ยังขาดความรู้และทักษะ ในการช่วยชีวิตขั้นพื้นฐาน^{7,8} ส่วนในประเทศไทย พบว่าการศึกษาเกี่ยวกับทักษะในการปฐมพยาบาลเด็ก เบื้องต้นและการช่วยชีวิตขั้นพื้นฐานของครูผู้ดูแลหรือครูพี่เลี้ยงเด็กยังมีจำกัด

ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับทักษะในการปฐมพยาบาลเบื้องต้นและการช่วยชีวิตขั้นพื้นฐาน ด้วยการประยุกต์ แนวคิดทฤษฎีสมรรถนะแห่งตนของ Bandura และจากการทบทวนวรรณกรรม ด้วยการเลือกสรรปัจจัย ได้แก่ ความรู้⁹ การรับรู้สมรรถนะแห่งตน^{9,10} สำหรับความรู้ในการปฐมพยาบาลเบื้องต้นและการช่วยชีวิตขั้นพื้นฐานในครูผู้ดูแลเด็ก หมายถึง การรับรู้ข้อมูลหรือความคิดเห็นความเข้าใจในการปฐมพยาบาล เด็กเบื้องต้นและการช่วยชีวิตขั้นพื้นฐาน ความรู้เกิดจากกระบวนการเรียนรู้ทั้งในเชิงทฤษฎีและปฏิบัติ ผ่าน ประสบการณ์ตรงที่ผู้เรียนมีส่วนร่วมในสถานการณ์หรือกิจกรรม การสังเกตและสะท้อนความคิด การสรุป แนวคิดเพื่อสร้างความเข้าใจ และทดลองนำไปปฏิบัติในบริบทจริง¹¹ ส่วนการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการปฐมพยาบาลเด็กเบื้องต้นและการช่วยชีวิตขั้นพื้นฐาน หมายถึง การรับรู้การกระทำหรือความเชื่อมั่นในตนเองในการปฏิบัติการปฐมพยาบาลเด็กเบื้องต้นและการช่วยชีวิตขั้นพื้นฐานในเด็ก การมีข้อมูลความรู้และเคยปฏิบัติ จากการฝึกอบรมในการปฐมพยาบาลเบื้องต้นมีผลทำให้ระดับความรู้ของครูเพิ่มขึ้น^{12,13} ซึ่งความรู้ที่เพิ่มขึ้นช่วยเพิ่มความเชื่อมั่นหรือความมั่นใจในความสามารถของตนเอง (self-efficacy) ของครูในการปฐมพยาบาลเบื้องต้น¹⁴ ครูที่เคยได้รับการอบรมในการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐานคาดว่าจะมีทักษะในการช่วยชีวิตขั้นพื้นฐานมากกว่าผู้ที่ไม่เคยได้รับการอบรม¹⁵ ดังนั้นความรู้ในการปฐมพยาบาลเด็กเบื้องต้นและการช่วยชีวิตขั้นพื้นฐานและการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการปฐมพยาบาลเด็กเบื้องต้นและการช่วยชีวิตขั้นพื้นฐานในเด็ก จึงคาดว่าจะมีความสัมพันธ์กับทักษะในการปฐมพยาบาลเด็กเบื้องต้นและการช่วยชีวิตขั้นพื้นฐานของครูผู้ดูแลเด็กเช่นเดียวกัน

จากที่กล่าวมาข้างต้น ผู้วิจัยจึงต้องการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ การรับรู้สมรรถนะแห่งตน กับทักษะในการปฐมพยาบาลเบื้องต้นและการช่วยชีวิตขั้นพื้นฐานของครูผู้ดูแลเด็ก เพื่อใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานในการวางแผนส่งเสริมทักษะการปฐมพยาบาลเด็กเบื้องต้นและการช่วยชีวิตขั้นพื้นฐานของครูผู้ดูแลเด็กในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กต่อไป

คำถามการวิจัย

1. ความรู้ การรับรู้สมรรถนะแห่งตน และทักษะในการปฐมพยาบาลเด็กเบื้องต้นและการช่วยชีวิตขั้นพื้นฐานของครูผู้ดูแลเด็กเป็นอย่างไร
2. ความรู้และการรับรู้สมรรถนะแห่งตนมีความสัมพันธ์กับทักษะในการปฐมพยาบาลเด็กเบื้องต้นและการช่วยชีวิตขั้นพื้นฐานของครูผู้ดูแลเด็กหรือไม่ อย่างไร

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาความรู้ การรับรู้สมรรถนะแห่งตน และทักษะในการปฐมพยาบาลเด็กเบื้องต้นและการช่วยชีวิตขั้นพื้นฐานของครูผู้ดูแลเด็ก
2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ การรับรู้สมรรถนะแห่งตน และทักษะในการปฐมพยาบาลเด็กเบื้องต้นและการช่วยชีวิตขั้นพื้นฐานของครูผู้ดูแลเด็ก

สมมติฐานการวิจัย

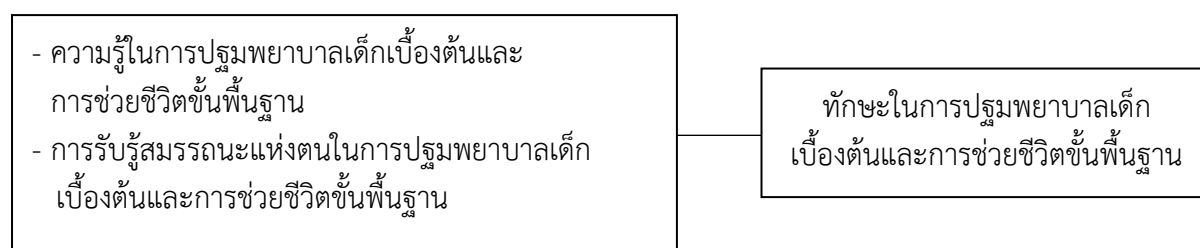
1. ความรู้มีความสัมพันธ์ทางบวกกับทักษะในการปฐมพยาบาลเด็กเบื้องต้นและการช่วยชีวิตขั้นพื้นฐานของครูผู้ดูแลเด็ก
2. การรับรู้สมรรถนะแห่งตนมีความสัมพันธ์ทางบวกกับทักษะในการปฐมพยาบาลเด็กเบื้องต้นและการช่วยชีวิตขั้นพื้นฐานของครูผู้ดูแลเด็ก

กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ การรับรู้สมรรถนะแห่งตนกับทักษะในการปฐมพยาบาลเด็กเบื้องต้นและการช่วยชีวิตขั้นพื้นฐานของครูผู้ดูแลเด็ก ผู้วิจัยประยุกต์ใช้ทฤษฎีสมรรถนะแห่งตนของ Bandura⁹ ร่วมกับการทบทวนแนวปฏิบัติการช่วยชีวิตขั้นพื้นฐานสำหรับเด็กของสมาคมโรคหัวใจแห่งสหรัฐอเมริกา ปี ค.ศ. 2020¹⁶ และแนวทางจากสำนักงานบรรเทาทุกข์และประชานามัยพิทักษ์ สภากาชาดไทย ร่วมกับสถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ¹⁷ มาใช้เป็นกรอบแนวคิดในการวิจัย ตามทฤษฎีสมรรถนะแห่งตน กล่าวถึงการแสดงออกของพฤติกรรมของบุคคลเกิดจากปฏิสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านบุคคล พฤติกรรม และสิ่งแวดล้อม ซึ่งมีความสัมพันธ์ซึ่งกันและกัน โดยบุคคลที่มีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนและคาดหวังถึงผลลัพธ์ของการกระทำ เมื่อปฏิบัติสำเร็จจะเกิดความเชื่อมั่นในการแสดงพฤติกรรมนั้น ๆ

การศึกษานี้ทักษะในการปฐมพยาบาลเด็กเบื้องต้นและการช่วยชีวิตขั้นพื้นฐาน เป็นพฤติกรรมการปฏิบัติของครูผู้ดูแลเด็กในการปฐมพยาบาลเด็กเบื้องต้นและการช่วยชีวิตขั้นพื้นฐาน ส่วนตัวแปรอิสระคือความรู้ในการปฐมพยาบาลเด็กเบื้องต้นและการช่วยชีวิตขั้นพื้นฐาน เป็นข้อมูลหรือความคิดเห็นเกี่ยวกับการปฐมพยาบาลเด็กเบื้องต้นและการช่วยชีวิตขั้นพื้นฐาน ถ่ายทอดจากบุคคลสู่บุคคล ผ่านเอกสารหรือตำรา การแลกเปลี่ยนความคิดเห็น การฝึกอบรม หรือจากประสบการณ์จริง ประเมินโดยใช้แบบประเมินความรู้ในการปฐมพยาบาลเด็กเบื้องต้นและการช่วยชีวิตขั้นพื้นฐาน การรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการปฐมพยาบาลเด็กเบื้องต้นและการช่วยชีวิตขั้นพื้นฐาน เป็นการรับรู้ความสามารถหรือความเชื่อมั่นในตนเองในการปฏิบัติการปฐมพยาบาลเด็กเบื้องต้นและการช่วยชีวิตขั้นพื้นฐานในเด็ก ถ่ายทอดหรือเกิดจากประสบการณ์ความสำเร็จ

การเรียนรู้ผ่านตัวแบบ การชักจูงด้วยคำพูด และการกระตุ้นทางอารมณ์ ประเมินโดยใช้แบบประเมินการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการปฐมพยาบาลเด็กเบื้องต้นและการช่วยชีวิตขั้นพื้นฐาน จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า ความรู้⁸ และการรับรู้สมรรถนะแห่งตน¹⁰ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับทักษะในการปฐมพยาบาลเด็กเบื้องต้นและการช่วยชีวิตขั้นพื้นฐานของครูผู้ดูแลเด็ก กล่าวคือ ครูผู้ดูแลเด็กที่มีความรู้และมีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนมาก จะสามารถปฏิบัติทักษะในการปฐมพยาบาลเด็กเบื้องต้นและการช่วยชีวิตขั้นพื้นฐานได้อย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น ดังนั้น ผู้วิจัยจึงกำหนดกรอบแนวคิด ดังภาพที่ 1



ภาพที่ 1 แสดงกรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาและหาความสัมพันธ์ (descriptive and correlational research)

ประชากร คือ ครูผู้ดูแลเด็กในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก สังกัดเทศบาลและองค์การบริหารส่วนตำบล อำเภอเมือง จังหวัดลำปาง

กลุ่มตัวอย่าง คือ ครูผู้ดูแลเด็กในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก 23 แห่ง ในเขตเทศบาลและองค์การบริหารส่วนตำบล อำเภอเมือง จังหวัดลำปาง และมีคุณสมบัติตามเกณฑ์ (inclusion criteria) ได้แก่ 1) เป็นบุคลากรสังกัดเทศบาลและองค์การบริหารส่วนตำบล มีสถานภาพข้าราชการ พนักงานส่วนท้องถิ่น และพนักงานจ้างขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น 2) อายุระหว่าง 18-60 ปี 3) มีสติสัมปชัญญะสมบูรณ์ สามารถสื่อสารด้วยการฟัง พูด อ่าน เขียน ภาษาไทยได้ 4) ไม่มีความพิการหรือทุพพลภาพ 5) ไม่มีโรคประจำตัวที่เป็นอุปสรรคสำหรับการประเมินทักษะในการช่วยชีวิตขั้นพื้นฐาน เช่น โรคหัวใจและหลอดเลือด โรคหลอดเลือดสมองตีบ โรคความดันโลหิตสูงระดับรุนแรง เป็นต้น 6) ยินดีให้ความร่วมมือในการวิจัยตลอดช่วงเวลาการศึกษา

ขนาดกลุ่มตัวอย่าง คำนวณโดยใช้การเปิดตารางประมาณค่าอำนาจการวิเคราะห์ทางสถิติ (power analysis) กำหนดความเชื่อมั่นที่ระดับนัยสำคัญที่ .05 อำนาจการทดสอบ .80 และขนาดความสัมพันธ์ของตัวแปร (effect size) ที่ .30¹⁸ ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 85 ราย

การสุ่มกลุ่มตัวอย่าง ใช้วิธีการสุ่มแบบหลายขั้นตอน (multistage sampling) ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 สุ่มเขตการปกครองของเทศบาลและองค์การบริหารส่วนตำบล เขตอำเภอเมือง จังหวัดลำปาง ได้ 11 เขต จาก 15 เขต

ขั้นตอนที่ 2 แบ่งขนาดของศูนย์พัฒนาเด็กเล็กเป็น 3 ระดับ ได้แก่ ศูนย์ขนาดเล็ก (จำนวนครู 2-3 คน) 14 แห่ง ศูนย์ขนาดกลาง (จำนวนครู 4-6 คน) 13 แห่ง และศูนย์ขนาดใหญ่ (จำนวนครู > 6 คน) 1 แห่ง

ขั้นตอนที่ 3 กำหนดสัดส่วนกลุ่มตัวอย่างตามจำนวนประชากรครูผู้ดูแลเด็กของศูนย์พัฒนาเด็กเล็กทั้ง 3 ขนาด ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 แสดงจำนวนประชากร และกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามขนาดของศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก

ขนาดของศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก	ประชากร (คน)	จำนวนกลุ่มตัวอย่าง (คน)
เล็ก	37	27
กลาง	68	50
ใหญ่	10	8
รวม	115	85

ขั้นตอนที่ 4 สุ่มเลือกศูนย์พัฒนาเด็กเล็กในแต่ละขนาด ซึ่งระบุจำนวนครูในศูนย์ ได้ทั้งหมด 23 แห่ง แบ่งเป็นศูนย์ขนาดเล็ก 11 แห่ง ขนาดกลาง 11 แห่ง และขนาดใหญ่ 1 แห่ง

ขั้นตอนที่ 5 คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแต่ละศูนย์พัฒนาเด็กเล็กที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ จนได้กลุ่มตัวอย่างครบ 85 ราย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย

1. แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลของครูผู้ดูแลเด็ก ประกอบด้วย เพศ อายุ ระดับการศึกษา ตำแหน่ง จำนวนบุตร ระยะเวลาในการดูแลเด็กปฐมวัย ประสบการณ์และการได้รับความรู้ในการปฐมพยาบาลเด็ก เบื้องต้นและการช่วยชีวิตขั้นพื้นฐาน

2. แบบประเมินความรู้ในการปฐมพยาบาลเด็กเบื้องต้นและการช่วยชีวิตขั้นพื้นฐาน พัฒนาขึ้นตามแนวทางของสมาคมโรคหัวใจแห่งประเทศสหรัฐอเมริกา¹⁶ และการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง¹⁷ มีจำนวน 10 ข้อ ประกอบด้วย 1) การปฐมพยาบาลเด็กเบื้องต้น จำนวน 5 ข้อ และ 2) การช่วยชีวิตขั้นพื้นฐานในเด็ก จำนวน 5 ข้อ ลักษณะข้อคำถามเป็นแบบทดสอบปรนัย 4 ตัวเลือก ตอบถูกได้ 1 คะแนน ตอบผิดได้ 0 คะแนน คะแนนรวม 10 คะแนน การแปลผลแบ่งคะแนนรวมเป็น 3 ระดับ ตามหลักการเรียนรู้แบบรอบรู้ (learning for mastery) ของบลูม¹⁹ ดังนี้

ระดับต่ำ (< ร้อยละ 60) เท่ากับ 0-5.99 คะแนน

ระดับปานกลาง (ร้อยละ 60-79) เท่ากับ 6-7.99 คะแนน

ระดับสูง (ร้อยละ 80 ขึ้นไป) เท่ากับ 8-10 คะแนน

3. แบบประเมินการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการปฐมพยาบาลเด็กเบื้องต้นและการช่วยชีวิตขั้นพื้นฐาน พัฒนาขึ้นตามแนวคิดของ Bandura⁹ ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง^{16,17} มีจำนวน 15 ข้อ ลักษณะข้อคำถามเป็นแบบมาตราประมาณค่า 5 ระดับ (Likert scale) ตั้งแต่ 0-4 คะแนน คือ ไม่มั่นใจ ให้ 0 คะแนน และมั่นใจมากที่สุด ให้ 4 คะแนน คะแนนรวม 60 คะแนน การแปลผลแบ่งคะแนนรวมเป็น 3 ระดับ²⁰ ได้แก่ ต่ำ ปานกลาง และสูง (0-20, 21-40 และ 41-60) ตามลำดับ

4. แบบประเมินทักษะในการปฐมพยาบาลเด็กเบื้องต้นและการช่วยชีวิตขั้นพื้นฐาน พัฒนาขึ้นตามแนวทางของสมาคมโรคหัวใจแห่งประเทศสหรัฐอเมริกา¹⁶ และการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง¹⁷ ลักษณะเป็นแบบสังเกตการปฏิบัติแบบเป็นขั้นตอน (checklist) มีจำนวน 25 ข้อ ประกอบด้วย 2 องค์ประกอบหลัก คือ 1) ทักษะการปฐมพยาบาลเด็กเบื้องต้น จำนวน 5 ข้อ และ 2) ทักษะการช่วยชีวิตขั้นพื้นฐานในเด็ก จำนวน 20 ข้อ ผู้วิจัยเป็นผู้สังเกตการปฏิบัติและให้คะแนน หากไม่ปฏิบัติ ให้ 0 คะแนน ปฏิบัติไม่ถูกต้องหรือ

ไม่ครบถ้วน ให้ 1 คะแนน และปฏิบัติถูกต้องและครบถ้วน ให้ 2 คะแนน คะแนนรวม 50 คะแนน การแปลผลแบ่งคะแนนรวมเป็น 3 ระดับ²⁰ ได้แก่ ต่ำ ปานกลาง และสูง (0-16.6, 16.7-33.2 และ 33.3-50) ตามลำดับ

5. หุ่นจำลองเด็กเทียบเท่าเด็กอายุ ระหว่าง 1-8 ปี ใช้ประเมินทักษะการปฐมพยาบาลเด็กเบื้องต้น และการช่วยชีวิตขั้นพื้นฐาน สามารถกดหน้าอกและช่วยหายใจ และเชื่อมต่อกับเครื่องบันทึกข้อมูล ได้แก่ ความถูกต้องของตำแหน่งการวางมือ ความลึก และอัตราเร็วในการกดหน้าอก 100-120 ครั้งต่อนาที หุ่นจำลองเด็กได้รับการทดสอบความตรงและความเที่ยงจากบริษัทผู้ดูแลปีละ 1 ครั้ง

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

แบบประเมินทั้งหมดผ่านการตรวจสอบความตรงของเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 6 ท่าน ประกอบด้วย กุมารแพทย์ 1 ท่าน อาจารย์พยาบาลสาขาการเวชศาสตร์ 3 ท่าน พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านการพยาบาลเด็ก 2 ท่าน ผลการตรวจสอบมีดังนี้

1) แบบประเมินความรู้ในการปฐมพยาบาลเด็กเบื้องต้นและการช่วยชีวิตขั้นพื้นฐาน ดัชนีความตรงของเนื้อหาเท่ากับ 0.8 ค่าความเชื่อมั่น KR-20 เท่ากับ 0.79

2) แบบประเมินการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการปฐมพยาบาลเด็กเบื้องต้นและการช่วยชีวิตขั้นพื้นฐาน ดัชนีความตรงของเนื้อหาเท่ากับ 1.0 และค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ 0.90

3) แบบประเมินทักษะในการปฐมพยาบาลเด็กเบื้องต้นและการช่วยชีวิตขั้นพื้นฐาน ค่าดัชนีความตรงของเนื้อหาเท่ากับ 1.0 และค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ 0.83

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยนี้ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยเกี่ยวกับมนุษย์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครลำปาง ตามเอกสารรับรองเลขที่ E2567-022 (28 มีนาคม พ.ศ. 2567) ผู้วิจัยชี้แจงข้อมูลขั้นตอนการวิจัยและการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง และขอให้กลุ่มตัวอย่างลงนามในเอกสารยินยอมเข้าร่วมการวิจัย จากนั้นผู้วิจัยจึงดำเนินการรวบรวมข้อมูล ข้อมูลทั้งหมดจะถูกเก็บเป็นความลับและถูกนำเสนอเฉพาะในภาพรวม เอกสารข้อมูลการวิจัยถูกจัดเก็บอย่างมิดชิด เป็นระยะเวลา 3 ปี ก่อนดำเนินการและทำลายเอกสารเมื่อครบเวลาดังกล่าว

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ภายหลังได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ ผู้วิจัยทำหนังสือและขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูลจากนายกเทศมนตรีหรือนายกองค์การบริหารส่วนตำบล ซึ่งเป็นสังกัดของศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก จากนั้นจึงเข้าพบหัวหน้าศูนย์พัฒนาเด็กเล็กและครูผู้ดูแลเด็ก เพื่อขอความร่วมมือในวันและเวลาราชการ ตั้งแต่เวลา 08.00-16.00 น. ระหว่างเดือนเมษายน ถึงเดือนพฤษภาคม พ.ศ. 2567

2. ผู้วิจัยแนะนำตนเอง ชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการวิจัย เปิดโอกาสให้ซักถามข้อสงสัยเกี่ยวกับการวิจัยจนกลุ่มตัวอย่างเข้าใจ จากนั้นขอให้กลุ่มตัวอย่างลงนามในใบยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย ก่อนตอบแบบสอบถามเป็นรายบุคคล ได้แก่ แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลของครูผู้ดูแลเด็ก แบบประเมินความรู้ และแบบประเมินการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการปฐมพยาบาลเด็กเบื้องต้นและการช่วยชีวิตขั้นพื้นฐาน ทั้งนี้กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้อ่านและตอบแบบสอบถามด้วยตนเอง ใช้เวลาประมาณ 15-30 นาที ผู้วิจัยตรวจสอบข้อมูลวิจัยจนครบถ้วน จึงดำเนินการข้อต่อไป

3. ผู้วิจัยใช้ห้องจัดกิจกรรมเด็กภายในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กในการรวบรวมข้อมูล และกำหนดเนื้อหาของสถานการณ์จำลอง 5 กรณี คือ หากท่านพบสถานการณ์ต่อไปนี้ ท่านจะปฏิบัติอย่างไร

3.1 เด็กที่มีเลือดกำเดาไหล

3.2 เด็กที่มีบาดแผลเลือดออกมาก

3.3 เด็กชักเกร็ง

3.4 เด็กสำลักสิ่งแปลกปลอม อาการรู้สึกตัวดี แต่พูดไม่มีเสียง

3.5 เด็กนอนหมดสติบนพื้น ท่านเป็นผู้พบเห็นเด็กเพียงลำพัง

4. จากสถานการณ์ข้างต้น ผู้วิจัยขอให้กลุ่มตัวอย่างแสดงทักษะในการปฐมพยาบาลเด็กเบื้องต้นและการช่วยชีวิตขั้นพื้นฐานเป็นรายบุคคลกับหุ่นจำลองเด็ก เมื่อกลุ่มตัวอย่างแสดงทักษะในแต่ละสถานการณ์ ผู้วิจัย 2 คน ใช้แบบประเมินทักษะในการปฐมพยาบาลเด็กเบื้องต้นและการช่วยชีวิตขั้นพื้นฐาน ซึ่งเป็นแบบสังเกตและให้คะแนน หากผลการให้คะแนนไม่ตรงกันจะตรวจสอบซ้ำด้วยวิธีทบทวนที่บันทึกไว้ และให้คะแนนใหม่ร่วมกัน ใช้เวลาประมาณ 10-15 นาที

การวิเคราะห์ข้อมูล ใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป SPSS Version 26 วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลของครูผู้ดูแลเด็ก ความรู้ การรับรู้สมรรถนะแห่งตน และทักษะในการปฐมพยาบาลเด็กเบื้องต้นและการช่วยชีวิตขั้นพื้นฐาน ด้วยสถิติพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ส่วนความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ การรับรู้สมรรถนะแห่งตน กับทักษะในการปฐมพยาบาลเด็กเบื้องต้นและการช่วยชีวิตขั้นพื้นฐานของครูผู้ดูแลเด็ก ทดสอบการแจกแจงของข้อมูลด้วยสถิติ Kolmogorov-Smirnov test พบว่า ความรู้ ค่า KS = .17 ระดับนัยสำคัญที่ .000 และทักษะ ค่า KS = .11 ระดับนัยสำคัญที่ .023 มีการแจกแจงไม่เป็นโค้งปกติ จึงใช้สถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบสเปียร์แมนในการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปร

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลส่วนบุคคลของครูผู้ดูแลเด็ก

ครูผู้ดูแลเด็ก จำนวน 85 ราย เป็นเพศหญิงทั้งหมด มีอายุ > 40 ปี ร้อยละ 81.2 การศึกษาอยู่ในระดับปริญญาตรี ร้อยละ 72.9 ประสบการณ์ในการดูแลเด็กปฐมวัย > 10-20 ปี ร้อยละ 37.7 ส่วนใหญ่มีบุตรจำนวน 1-2 คน ร้อยละ 72.9 ส่วนใหญ่ไม่เคยเข้าร่วมอบรมในการปฐมพยาบาลเด็กเบื้องต้นและการช่วยชีวิตขั้นพื้นฐาน ร้อยละ 64.7 แต่เคยได้รับข้อมูลความรู้ในเรื่องดังกล่าว ร้อยละ 64.7 ซึ่งแหล่งข้อมูลที่ได้รับมาจากแพทย์หรือพยาบาล ร้อยละ 41.8 อาสาสมัคร ร้อยละ 27.3 สื่อวิดีโอออนไลน์ ร้อยละ 14.5 และสื่อโทรทัศน์หรือวิทยุ ร้อยละ 10.9 ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ข้อมูลส่วนบุคคลแสดงจำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าพิสัย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (n = 85)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
อายุ ($\bar{X}$ = 47.92, S.D. = 7.39, range = 26-60)		
21-40 ปี	16	18.8
> 40 ปี	69	81.2
ระดับการศึกษา		
มัธยมศึกษา	2	2.4
อนุปริญญา/ประกาศนียบัตร	3	3.5
ปริญญาตรี	62	72.9
สูงกว่าปริญญาตรี	18	21.2
ประสบการณ์ในการเลี้ยงดูเด็กปฐมวัย ($\bar{X}$ = 18.45, S.D. = 9.04, range = 1-40)		
1-10 ปี	20	23.5
> 10 ปี	32	37.7
> 20 ปี	29	34.1
> 30 ปี	4	4.7
จำนวนบุตร ($\bar{X}$ = 1.32, S.D. = 0.88, range = 1-3)		
ไม่มีบุตร	19	22.4
1-2 คน	62	72.9
> 2 คน	4	4.7
การเข้าร่วมอบรมการฝึกทักษะการปฐมพยาบาลเบื้องต้นที่หน่วยงานต่าง ๆ จัดขึ้น		
ไม่เคย	55	64.7
เคย	30	35.3
การได้รับข้อมูลความรู้เกี่ยวกับการปฐมพยาบาลเบื้องต้นและแหล่งข้อมูล		
ไม่เคย	30	35.3
เคย	55	64.7
แพทย์ พยาบาล	23	41.8
อาสาสมัคร	15	27.3
สื่อวิดีโอออนไลน์	8	14.5
โทรทัศน์หรือวิทยุ	6	10.9
นิตยสาร วารสาร แผ่นพับ	3	5.5

2. คะแนนความรู้ในการปฐมพยาบาลเด็กเบื้องต้นและการช่วยชีวิตขั้นพื้นฐานของครูผู้ดูแลเด็ก ค่าเฉลี่ยโดยรวม เท่ากับ 4.71 (S.D. = 1.65) และอยู่ในระดับต่ำ ดังแสดงรายละเอียดในตารางที่ 3

3. คะแนนการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการปฐมพยาบาลเด็กเบื้องต้นและการช่วยชีวิตขั้นพื้นฐานของครูผู้ดูแลเด็ก ค่าเฉลี่ยโดยรวม เท่ากับ 15.07 (S.D. = 9.18) และอยู่ในระดับต่ำ ดังแสดงรายละเอียดในตารางที่ 3

4. คะแนนทักษะในการปฐมพยาบาลเด็กเบื้องต้นและการช่วยชีวิตขั้นพื้นฐานของครูผู้ดูแลเด็ก ค่าเฉลี่ยโดยรวมเท่ากับ 7.24 (S.D. = 3.28) และอยู่ในระดับต่ำ ดังแสดงรายละเอียดในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 แสดงค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน พิสัยของคะแนน และแปลผลระดับความรู้ การรับรู้สมรรถนะแห่งตนและทักษะในการปฐมพยาบาลเด็กเบื้องต้นและการช่วยชีวิตขั้นพื้นฐาน (n = 85)

ข้อมูล	ค่าเฉลี่ย $\bar{X}$	ส่วนเบี่ยงเบน มาตรฐาน (S.D.)	พิสัยของ คะแนน	แปลผล
ความรู้ (ช่วงคะแนน = 0-10)	4.71	1.65	2-8	ต่ำ
การรับรู้สมรรถนะแห่งตน (ช่วงคะแนน = 0-60)	15.07	9.18	0-35	ต่ำ
ทักษะ (ช่วงคะแนน = 0-50)	7.24	3.28	1-20	ต่ำ

5. ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้และการรับรู้สมรรถนะแห่งตนกับทักษะในการปฐมพยาบาลเด็กเบื้องต้นและการช่วยชีวิตขั้นพื้นฐานของครูผู้ดูแลเด็ก พบว่าความรู้มีความสัมพันธ์ทางบวกกับทักษะในการปฐมพยาบาลเด็กเบื้องต้นและการช่วยชีวิตขั้นพื้นฐานในระดับต่ำ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r_s = .23, p < .05$) และการรับรู้สมรรถนะแห่งตนมีความสัมพันธ์ทางบวกกับทักษะในการปฐมพยาบาลเด็กเบื้องต้นและการช่วยชีวิตขั้นพื้นฐานในระดับปานกลาง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r_s = .49, p < .001$) ดังแสดงรายละเอียดในตารางที่ 4

ตารางที่ 4 ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้และการรับรู้สมรรถนะแห่งตนกับทักษะในการปฐมพยาบาลเด็กเบื้องต้นและการช่วยชีวิตขั้นพื้นฐานของครูผู้ดูแลเด็ก

ตัวแปร	ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (r_s)	p-value
ความรู้	.23	.032*
การรับรู้สมรรถนะแห่งตน	.49	.000**

* ระดับนัยสำคัญที่ p-value < .05, ** ระดับนัยสำคัญที่ p-value < .001

การอภิปรายผลการวิจัย

การศึกษานี้สามารถอภิปรายผลตามวัตถุประสงค์การวิจัย ดังนี้

วัตถุประสงค์การวิจัยที่ 1 เพื่อศึกษาความรู้ในการปฐมพยาบาลเด็กเบื้องต้นและการช่วยชีวิตขั้นพื้นฐาน การรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการปฐมพยาบาลเด็กเบื้องต้นและการช่วยชีวิตขั้นพื้นฐาน และทักษะในการปฐมพยาบาลเด็กเบื้องต้นและการช่วยชีวิตขั้นพื้นฐานของครูผู้ดูแลเด็ก

1.1 ความรู้ในการปฐมพยาบาลเด็กเบื้องต้นและการช่วยชีวิตขั้นพื้นฐาน มีค่าเฉลี่ยคะแนนโดยรวมอยู่ในระดับต่ำ ($\bar{X} = 4.71$, S.D. = 1.65) ถึงแม้ครูผู้ดูแลเด็กเคยได้รับข้อมูลความรู้ในการปฐมพยาบาลเด็กเบื้องต้นและการช่วยชีวิตขั้นพื้นฐาน จากแหล่งข้อมูล อาทิเช่น แพทย์หรือพยาบาล อาสาสมัคร สื่อวิดีโอออนไลน์ และโทรทัศน์หรือวิทยุ ร้อยละ 41.8, 27.3, 14.5 และ 10.9 ตามลำดับ ซึ่งเป็นแหล่งข้อมูลที่หลากหลาย แต่เป็นการได้รับความรู้ไม่มีแบบแผน เป็นการได้รับความรู้ที่ไม่แน่นอน และเป็นการเข้าถึงข้อมูลตามความสนใจของครูผู้ดูแลเด็กเอง ไม่มีกระบวนการประเมินที่ชัดเจน ทั้งนี้ความรู้ในการปฐมพยาบาลเด็กเบื้องต้นและการช่วยชีวิตขั้นพื้นฐานเป็นความรู้เฉพาะทางด้านวิทยาศาสตร์การแพทย์ และเป็นเนื้อหาที่ค่อนข้างซับซ้อนสำหรับครูผู้ดูแลเด็ก จำเป็นต้องมีการให้ความรู้ที่มีแบบแผน ครูผู้ดูแล ร้อยละ 64.7 (n = 55) เคยได้รับข้อมูลความรู้เกี่ยวกับการปฐมพยาบาลเด็กเบื้องต้นและการช่วยชีวิตขั้นพื้นฐานมาก่อน แต่มีครูผู้ดูแลเด็กเพียงร้อยละ 35.3 (n = 30) ที่เคยผ่านการอบรมเกี่ยวกับการปฐมพยาบาลเด็กเบื้องต้นและการช่วยชีวิตขั้นพื้นฐานนานมากกว่า 1 ปี โดยเป็นการอบรมเชิงทฤษฎีแต่ไม่มีการฝึกปฏิบัติในสถานการณ์จำลอง การขาดการทบทวนอย่างต่อเนื่องอาจส่งผลให้ความรู้ลดลง สอดคล้องกับผลการศึกษาของ Tamur และคณะ⁷ ที่พบว่า ครูมีความรู้ในการปฐมพยาบาลเบื้องต้นและการช่วยชีวิตขั้นพื้นฐานในระดับต่ำ ค่าเฉลี่ย เท่ากับ 4.6 จากคะแนนเต็ม 10

1.2 การรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการปฐมพยาบาลเด็กเบื้องต้นและการช่วยชีวิตขั้นพื้นฐาน มีค่าเฉลี่ยคะแนนโดยรวมอยู่ในระดับต่ำ ($\bar{X} = 15.07$, S.D. = 9.18) หมายถึงการรับรู้ความสามารถหรือความเชื่อมั่นในตนเองในการปฏิบัติการปฐมพยาบาลเด็กเบื้องต้นและการช่วยชีวิตขั้นพื้นฐานไม่เพียงพอ จึงไม่มั่นใจในการแสดงทักษะ อภิปรายว่า การรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการปฏิบัติทักษะในการปฐมพยาบาลเด็กเบื้องต้นและการช่วยชีวิตขั้นพื้นฐานของครูผู้ดูแลเด็ก เป็นความคิดเห็นหรือการมองตนเองจากประสบการณ์และการฝึกทักษะ ซึ่งเคยได้รับหรือเคยเผชิญกับสถานการณ์ในการปฐมพยาบาลเด็กเบื้องต้นและการช่วยชีวิตขั้นพื้นฐานมาก่อน ในการศึกษาพบว่า ครูผู้ดูแลเด็กเพียงร้อยละ 35.3 (n = 30) เคยผ่านการอบรมในการปฐมพยาบาลเด็กเบื้องต้นและการช่วยชีวิตขั้นพื้นฐาน ซึ่งเป็นการอบรมที่เน้นความรู้ทางทฤษฎี โดยขาดโอกาสฝึกปฏิบัติในสถานการณ์จำลอง ในขณะที่ครูผู้ดูแลเด็ก ร้อยละ 64.7 ไม่เคยผ่านการอบรม จึงเกิดความไม่มั่นใจในการปฏิบัติจริง ซึ่งคล้ายกับผลการศึกษาของ Sihvo และคณะ²¹ ที่พบว่า ผู้ที่เคยผ่านการฝึกอบรมการปฐมพยาบาลมีคะแนนการรับรู้สมรรถนะแห่งตนสูงกว่าผู้ที่ไม่เคยผ่านการอบรม

1.3 ทักษะในการปฐมพยาบาลเด็กเบื้องต้นและการช่วยชีวิตขั้นพื้นฐาน โดยรวมอยู่ในระดับต่ำ ($\bar{X} = 7.24$, S.D. = 3.28) โดยทักษะที่ครูผู้ดูแลเด็กปฏิบัติได้ถูกต้องน้อยที่สุด คือ การปฐมพยาบาลเด็กที่สำลักสิ่งแปลกปลอม ร้อยละ 1.2 (n = 1) อาจเนื่องจากการปฐมพยาบาลเด็กที่สำลักสิ่งแปลกปลอมใช้เทคนิคการรัดกระดูกบริเวณหน้าท้อง (heimlich maneuver) ผู้ช่วยเหลือต้องยืนเฝ้าทางด้านหลังของเด็ก สอดขาตรงกลางระหว่างขาเด็กหรือย่อเข่าลง กำมือขวาโดยพับนิ้วโป้งเข้าด้านใน หันด้านนิ้วโป้งเข้าลำตัวเด็กและวางไว้เหนือสะดือใต้ลิ้นปี่ ใช้มือซ้ายกำบนมือขวา แล้วออกแรงรัดกระดูกเข้าหาลำตัวเด็กและดันขึ้นทางด้านบนอย่างรวดเร็ว ติดต่อกัน 5 ครั้ง ด้วยความเร็ว 1 ครั้ง/วินาที¹⁶ ซึ่งเป็นเทคนิคเฉพาะที่มีความยาก

และเป็นทักษะที่ต้องอาศัยการฝึกฝน ในขณะที่ทักษะที่ครูผู้ดูแลเด็กปฏิบัติได้ถูกต้องมากที่สุด คือ การปฐมพยาบาลเด็กที่มีบาดแผลเลือดออก ร้อยละ 12.9 อาจเนื่องจากเป็นเหตุการณ์ที่พบได้ในชีวิตประจำวัน ครูผู้ดูแลเด็กบางรายเคยมีประสบการณ์โดยตรงหรือร่วมให้ความช่วยเหลือในการปฐมพยาบาลการเกิดบาดแผล เลือดออกมาก่อน จึงสามารถปฏิบัติทักษะได้ถูกต้อง ส่วนทักษะการช่วยชีวิตขั้นพื้นฐาน พบว่า ร้อยละ 97.6 ไม่กล้าเปิดใช้งานเครื่องช็อกไฟฟ้าหัวใจอัตโนมัติ (AED) อาจเนื่องจากเป็นอุปกรณ์ทางการแพทย์ที่ใช้ในการ ช่วยชีวิตผู้ที่มีอาการหัวใจหยุดเต้นอย่างเฉียบพลัน ปัจจุบันพบว่าจำนวนเครื่อง AED ยังคงมีจำนวนน้อยและ ไม่ทั่วถึงในหลายพื้นที่ ครูผู้ดูแลเด็กบางรายให้ข้อมูลเพิ่มเติมว่าไม่คุ้นเคยและไม่ทราบวิธีการใช้งานที่ถูกต้อง จึงไม่กล้านำเครื่องดังกล่าวมาใช้ สอดคล้องกับงานวิจัยที่พบว่า ครูมีความรู้เกี่ยวกับการใช้เครื่อง AED อยู่ ในระดับต่ำ²² และมีครูเพียงส่วนน้อยที่ทราบว่าใครสามารถใช้เครื่อง AED ได้^{7,23}

ส่วนทักษะการช่วยชีวิตขั้นพื้นฐานที่ครูผู้ดูแลเด็กปฏิบัติถูกต้องมากที่สุด คือ การโทรขอความช่วยเหลือ เบอร์ 1669 ร้อยละ 34.1 อาจเนื่องจากครูผู้ดูแลเด็กบางรายเคยได้รับข้อมูลเบอร์โทรศัพท์แจ้งเหตุฉุกเฉิน จากสื่อโทรทัศน์ สื่อออนไลน์ หรือป้ายประชาสัมพันธ์ตามสถานที่สำคัญต่าง ๆ แต่อย่างไรก็ตามเบอร์โทรฉุกเฉิน 1669 เป็นเบอร์โทรศัพท์ที่ไม่ได้ใช้เป็นประจำ อาจทำให้ครูผู้ดูแลเด็กบางส่วนไม่สามารถจดจำได้อย่าง แม่นยำ จากผลการวิจัยสอดคล้องกับการศึกษาของ Kurucz และคณะ²⁴ ที่พบว่า ทักษะในการปฐมพยาบาล เบื้องต้นของครูอยู่ในระดับต่ำ

วัตถุประสงค์การวิจัยที่ 2 เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อทักษะในการปฐมพยาบาลเด็ก เบื้องต้นและการช่วยชีวิตขั้นพื้นฐานของครูผู้ดูแลเด็ก

2.1 ความรู้มีความสัมพันธ์ทางบวกกับทักษะในการปฐมพยาบาลเด็กเบื้องต้นและการช่วยชีวิต ขั้นพื้นฐานในระดับต่ำ ($r_s = .23, p < .05$) อธิบายได้ว่า ถึงแม้ครูผู้ดูแลเด็กที่มีความรู้ในการปฐมพยาบาลเด็ก เบื้องต้นและการช่วยชีวิตขั้นพื้นฐานเพิ่มขึ้น แต่มีทักษะในการปฐมพยาบาลเด็กเบื้องต้นและการช่วยชีวิต ขั้นพื้นฐานเพิ่มขึ้นไม่มาก อธิบายว่า ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้กับทักษะอยู่ในระดับต่ำ อาจเนื่องจาก ความรู้ในการปฐมพยาบาลเด็กเบื้องต้นและการช่วยชีวิตขั้นพื้นฐาน เป็นพื้นฐานที่นำไปสู่การเกิดทักษะ ในการปฐมพยาบาลเด็กเบื้องต้นและการช่วยชีวิตขั้นพื้นฐานที่ดีขึ้น แต่ทักษะดังกล่าวเป็นทักษะที่ต้องอาศัย การฝึกฝนและประสบการณ์ในการลงมือกระทำอย่างต่อเนื่อง การมีความรู้เพียงอย่างเดียวไม่เพียงพอที่จะทำให้ครู ผู้ดูแลเด็กสามารถปฏิบัติทักษะเฉพาะเหล่านี้ได้ สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่า ครูโรงเรียนประถมศึกษา มีค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ในการปฐมพยาบาลเบื้องต้นสูง แต่มีค่าเฉลี่ยคะแนนทักษะในการปฐมพยาบาล เบื้องต้นต่ำ ครูที่มีความรู้เพียงพอ แต่ยังขาดโอกาสฝึกปฏิบัติในสถานการณ์จำลอง จึงไม่สามารถแสดงทักษะ ในการปฐมพยาบาลเบื้องต้นได้อย่างถูกต้อง การฝึกอบรมที่เน้นการปฏิบัติจริงสามารถช่วยเพิ่มความรู้ และทักษะของครูได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ²⁴

2.2 การรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการปฐมพยาบาลเด็กเบื้องต้นและการช่วยชีวิตขั้นพื้นฐาน มีความสัมพันธ์ทางบวกกับทักษะในการปฐมพยาบาลเด็กเบื้องต้นและการช่วยชีวิตขั้นพื้นฐานในระดับปานกลาง ($r_s = .48, p < .001$) อธิบายได้ว่า หากครูผู้ดูแลเด็กมีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนเพิ่มขึ้น ย่อมมีทักษะในการ ปฐมพยาบาลเด็กเบื้องต้นและการช่วยชีวิตขั้นพื้นฐานเพิ่มมากขึ้น จากผลการศึกษาพบว่า ครูผู้ดูแลเด็กมีการ รับรู้สมรรถนะแห่งตนโดยรวมอยู่ในระดับต่ำ และมีทักษะโดยรวมอยู่ในระดับต่ำเช่นเดียวกัน อาจเนื่องจาก ทักษะในการปฐมพยาบาลเด็กเบื้องต้นและการช่วยชีวิตขั้นพื้นฐาน เป็นทักษะที่ยากและไม่ได้ปฏิบัติเป็นประจำ

ในชีวิตประจำวัน ครูผู้ดูแลเด็กที่ไม่เคยมีประสบการณ์ในการลงมือปฏิบัติ จึงไม่เชื่อมั่นว่าตนเองสามารถช่วยเหลือเด็กเมื่อเกิดเหตุการณ์ฉุกเฉินได้ อีกทั้งครูผู้ดูแลเด็กมีค่าเฉลี่ยความรู้ในการปฐมพยาบาลเด็กเบื้องต้น และการช่วยชีวิตขั้นพื้นฐานอยู่ในระดับปานกลาง ความรู้จึงยังไม่เพียงพอที่จะช่วยเพิ่มการรับรู้สมรรถนะแห่งตน ซึ่งความรู้ที่ดีจะเพิ่มความเชื่อมั่นหรือการรับรู้สมรรถนะแห่งตนให้ดีขึ้น¹⁴ ส่งผลให้ครูผู้ดูแลเด็กมีทักษะในการปฐมพยาบาลเด็กเบื้องต้นและการช่วยชีวิตขั้นพื้นฐานดีขึ้นตามมา

สรุป

ครูผู้ดูแลเด็กในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก เขตอำเภอเมือง จังหวัดลำปาง มีความรู้ในการปฐมพยาบาลเด็กเบื้องต้นและการช่วยชีวิตขั้นพื้นฐานโดยรวมอยู่ในระดับต่ำ การรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการปฐมพยาบาลเด็กเบื้องต้นและการช่วยชีวิตขั้นพื้นฐานโดยรวมอยู่ในระดับต่ำ และทักษะในการปฐมพยาบาลเด็กเบื้องต้นและการช่วยชีวิตขั้นพื้นฐานโดยรวมอยู่ในระดับต่ำ ปัจจัยด้านความรู้และการรับรู้สมรรถนะแห่งตนมีความสัมพันธ์ทางบวกกับทักษะในการปฐมพยาบาลเด็กเบื้องต้นและการช่วยชีวิตขั้นพื้นฐานของครูผู้ดูแลเด็ก

ข้อจำกัดของงานวิจัย

1. การวิจัยครั้งนี้ทำการศึกษาเฉพาะในครูผู้ดูแลเด็กของศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก เขตอำเภอเมือง จังหวัดลำปางเท่านั้น อาจไม่สามารถอ้างอิงผลการศึกษาไปยังเขตพื้นที่อื่นหรือประชากรกลุ่มอื่นได้

ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรศึกษาปัจจัยอื่น ๆ ที่อาจเกี่ยวข้องกับทักษะในการปฐมพยาบาลเด็กเบื้องต้นและการช่วยชีวิตขั้นพื้นฐาน เช่น ประสบการณ์การอบรม ทักษะคิด การสนับสนุนทางสังคม เป็นต้น
2. ควรศึกษาปัจจัยทำนายระหว่างความรู้ในการปฐมพยาบาลเด็กเบื้องต้นและการช่วยชีวิตขั้นพื้นฐาน และการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการปฐมพยาบาลเด็กเบื้องต้นและการช่วยชีวิตขั้นพื้นฐานต่อทักษะในการปฐมพยาบาลเด็กเบื้องต้นและการช่วยชีวิตขั้นพื้นฐานของครูผู้ดูแลเด็ก

กิตติกรรมประกาศ

งานวิจัยนี้ได้รับทุนสนับสนุนจากงบประมาณงานวิจัยมูลฐาน (Fundamental Fund) กองทุนส่งเสริมวิทยาศาสตร์ วิจัยและนวัตกรรม

เอกสารอ้างอิง

1. West BA, Rudd RA, Sauber-Schatz EK, Ballesteros MF. Unintentional injury deaths in children and youth, 2010-2019. J Safety Res 2021;78:322-30. doi:10.1016/j.jsr.2021.07.001.
2. Ministry of Public Health. Public health statistics A.D. 2022 [Internet]. 2022 [cited 2024 Nov 10]. Available from: <https://spd.moph.go.th/wp-content/uploads/2023/11/Hstatistic65.pdf> (in Thai)

3. Jones S, Tyson S, Yorke J, Davis N. The impact of injury: the experiences of children and families after a child's traumatic injury. *Clin Rehabil* 2021;35(4):614-25. doi:10.1177/0269215520975127.
4. Abela KM, Wardell D, Rozmus C, LoBiondo-Wood G. Impact of pediatric critical illness and injury on families: an updated systematic review. *J Pediatr Nurs* 2020;51:21-31. doi.org/10.1016/j.pedn.2019.10.013.
5. Department of Local Administration. Standards for the operation of early childhood development centers under local administrative organizations for the fiscal year B.E. 2559 [Internet]. 2016 [cited 2025 May 26]. Available from: https://www.dla.go.th/upload/ebook/column/2017/4/2199_5930.pdf
6. American Heart Association. Highlight of the 2020 American Heart Association guideline for CPR and ECC [Internet]. 2020 [cited 2025 Jan 10]. Available from: <https://cpr.heart.org/en/resuscitation-science/cpr-and-ecc-guidelines>
7. Tamur S, Alasmari RM, Alnemari MA, Altowairqi MA, Altowairqi AH, Alshamrani NM, et al. Knowledge and attitudes around first aid and basic life support of kindergarten and elementary school teachers and parents in Taif City, Saudi Arabia. *Children* 2023;10(7):1266. doi.org/10.3390/children10071266.
8. Alahmed YS, Alzeadi HS, Alghumayzi AK, Leen AA, Abdulmajeed AS, Abdulelah AS. Knowledge and attitudes of first aid and basic life support among public school teachers in Qassim, Saudi Arabia. *Cureus* 2023;15(8):e42955. doi:10.7759/cureus.42955.
9. Bandura A. Self-efficacy: the exercise of control. New York: W.H. Freeman; 1997.
10. Inkaew T, Paorod P, Chairat D. Relationships between knowledge, attitude, perceived self-efficacy and capabilities for basic life support among cardiovascular disease caregivers. *Journal of the Royal Thai Army Nurse* 2018;19(Suppl):139-48. (in Thai)
11. Kolb AY, Kolb DA. Experiential learning theory as a guide for experiential educators in higher education. *Experiential Learning & Teaching in Higher Education*. 2017;1(1):7-44.
12. Workneh BS, Mekonen EG, Ali MS. Determinants of knowledge, attitude, and practice towards first aid among kindergarten and elementary school teachers in Gondar city, Northwest Ethiopia. *BMC Emerg Med* 2021;21(1):73. doi: 10.1186/s12873-021-00468-6.
13. Ganfure G, Ameya G, Tamirat A, Lencha B, Bikila D. First aid knowledge, attitude, practice, and associated factors among kindergarten teachers of Lideta sub-city Addis Ababa, Ethiopia. *PLoS One* 2018;13(3):e0194263. doi:10.1371/journal.pone.0194263.
14. Trifianingsih D, Anggaraini S. Knowledge and self-efficacy of teachers and parents in giving first aid to children when choking in PAUD Banjarmasin. *Journal EduHealth* 2023;14(1):500-4.

15. Yamada K, Sumiyoshi T. Factors influencing Japanese nursery school teachers' practical skills in pediatric basic life support (PBLs). *Open Public Health* 2025;18:e18749445361272. doi: 10.2174/0118749445361272250101105941.
16. Topjian AA, Raymond TT, Atkins D, Chan M, Duff JP, Joyner BL, et al. Part 4: pediatric basic and advanced life support: 2020 American Heart Association Guidelines for Cardiopulmonary resuscitation and emergency cardiovascular care. *Circulation* 2020;142(16 suppl 2):S469-S523.
17. Thai Red Cross Society, National Institute for Emergency Medicine. Emergency first aid and basic CPR [Internet]. 2020 [cited 2025 Mar 1]. Available from: <https://www.navedu2.navy.mi.th/nwc/documents/CPR.pdf>. (in Thai)
18. Polit DF, Lake E. *Statistics and data analysis for nursing research*. 2nd ed. New Jersey: Pearson; 2010.
19. Bloom BS, Hastings JT, Madaus GF, Baldwin TS. *Handbook on formative and summative evaluation of student learning*. New York: McGraw-Hill; 1971.
20. Burns N, Grove SK. *The practice of nursing research: appraisal, synthesis, and generation of evidence*. 6th ed. St. Louis: Saunders/Elsevier; 2009.
21. Sihvo M, Heilala V, Kärkkäinen T. First aid self-efficacy: a scale adaptation and psychometric properties. *BMC Public Health* 2025;25(1):1234. doi: 10.1186/s12889-025-22486-w.
22. Al Enizi SA, Saquib N, Zaghloul MS, Al-Harthi SS, Al-Mutairi OM. Knowledge and attitudes about basic life support among secondary school teachers in Al-Qassim, Saudi Arabia. *Int J Health Sci* 2016;10(3):415-22.
23. Alhejaili AS, Alghamdi RA, Al-Dubai SAR. Knowledge and attitude of basic life support skills among female school teacher in Al-Madinah, Saudi Arabia. *J Family Med Prim Care* 2020;9(5):2281-5. doi: 10.4103/jfmpc.jfmpc_320_20.
24. Deutsch K, Jäkl I, Bánfai-Csonka H, Betlehem J, Ferkai LA, Máté O, et al. First aid knowledge and skills of primary school teachers in Hungary. *Journal of Nursing and Social Sciences Related to Health and Illness* 2022;24(2):137-46. doi: 10.32725/kont.2022.010.

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความวิตกกังวลทางสังคมจากการใช้เครือข่ายสังคม
ออนไลน์ของนักศึกษาพยาบาล
Factors Associated with Social Anxiety Related to Social Media Usage
among Nursing Students

ไพรัตน์ ผ่องแผ้ว* ณัฐสุดา คติชอบ** ปณวัตร สันประโคน*
Phairat Phongphaew* Natsuda Khatichop** Panawat Sanprakhon*

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา เพื่อศึกษาความวิตกกังวลทางสังคมจากการใช้เครือข่ายสังคมออนไลน์ของนักศึกษาพยาบาล และเพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมการใช้เครือข่ายสังคมออนไลน์ การเปรียบเทียบทางสังคม และการเสพติดการใช้เครือข่ายสังคมออนไลน์ กับความวิตกกังวลทางสังคมในนักศึกษาพยาบาล กลุ่มตัวอย่างเป็นนักศึกษาพยาบาลระดับปริญญาตรี มหาวิทยาลัยสวนดุสิต อายุ 18-37 ปี จำนวน 190 ราย เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วย แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบสอบถามพฤติกรรมการใช้เครือข่ายสังคมออนไลน์ แบบสอบถามการเปรียบเทียบทางสังคม แบบทดสอบการเสพติดการใช้เครือข่ายสังคมออนไลน์ และแบบทดสอบความวิตกกังวลทางสังคมจากการใช้เครือข่ายสังคมออนไลน์ มีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ .80 .97.90 และ .97 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา และวิเคราะห์ความสัมพันธ์อย่างง่าย

Received: December 26, 2024

Revised: August 15, 2025

Accepted: August 26, 2025

* คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสวนดุสิต กรุงเทพฯ ประเทศไทย 10300. E-mail: phairat_pho@dusit.ac.th, panawat.san@gmail.com

* Faculty of Nursing, Suan Dusit University, Bangkok, Thailand 10300. E-mail: phairat_pho@dusit.ac.th, panawat.san@gmail.com

** Corresponding Author, คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสวนดุสิต กรุงเทพฯ ประเทศไทย 10300. E-mail: natsuda.chch@gmail.com

** Corresponding Author, Faculty of Nursing, Suan Dusit University, Bangkok, Thailand 10300. E-mail: natsuda.chch@gmail.com

ผลการวิจัย พบว่า ความวิตกกังวลทางสังคมในการใช้สื่อออนไลน์ของนักศึกษาพยาบาล มหาวิทยาลัยสวนดุสิต มีค่าเฉลี่ยโดยรวม เท่ากับ 2.79 (S.D. = 1.10) และอยู่ในระดับปานกลาง ในขณะเดียวกันพฤติกรรมการใช้เครือข่ายสังคมออนไลน์ การเปรียบเทียบทางสังคม การเสพติดการใช้เครือข่ายสื่อสังคมออนไลน์ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความวิตกกังวลทางสังคมจากการใช้เครือข่ายสังคมออนไลน์ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .35, .49, .67, p < 0.01$ ตามลำดับ) ผลการศึกษาสามารถนำไปคัดกรองความเสี่ยงด้านสุขภาพจิต เรื่องความวิตกกังวลทางสังคมจากการใช้เครือข่ายสังคมออนไลน์ การประเมินพฤติกรรมการใช้สื่อ การเปรียบเทียบทางสังคม และการเสพติดสื่อสังคมออนไลน์ในกลุ่มนักศึกษาพยาบาล

คำสำคัญ : เครือข่ายสังคมออนไลน์ ความวิตกกังวลทางสังคมจากการใช้เครือข่ายสังคมออนไลน์ นักศึกษาพยาบาล การเปรียบเทียบทางสังคม การติดสื่อสังคมออนไลน์

Abstract

This descriptive correlational research aimed to investigate social anxiety related to social media usage among nursing students and to examine the associations between social media usage behavior, social comparison, and social media addiction with social anxiety related to social media usage among nursing students

The participants consisted of 190 undergraduate nursing students aged between 18 and 37 years from Suan Dusit University. Research instruments included a personal information questionnaire, a social media usage behavior questionnaire, a social comparison questionnaire, a social media addiction test, and a social anxiety test related to social media usage. The reliability of the instruments, assessed using Cronbach's alpha coefficient, ranged from .80 to .97. Data were analyzed using descriptive statistics and simple correlation analysis.

The findings revealed that the overall score for social anxiety related to social media usage among nursing students at Suan Dusit University was found to be at a moderate level (Mean=2.79, (S.D. = 1.10). Meanwhile social network usage behavior, social comparison, and social media addiction were all positively correlated with social anxiety related to social media usage at a statistically significant level ($r = .35, .49, \text{ and } .67$ respectively; $p < .01$). These findings suggested that the aforementioned factors could serve as indicators for mental health risk screening for social anxiety related to social media usage among nursing students. In particular, assessments of social media usage behavior, social comparison, and tendencies toward social media addiction can provide foundational data for developing mental health promotion strategies tailored to the context of professional health education.

Keywords: social networks, social anxiety related to social media usage, nursing students, social comparison, social media addiction

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสวนดุสิต เป็นสถาบันซึ่งมีพันธกิจในการผลิตบุคลากรด้านการพยาบาล มีพันธกิจหลักในการผลิตบัณฑิตพยาบาลที่มีสมรรถนะตามมาตรฐานวิชาชีพ และพร้อมรับมือกับความท้าทายด้านสุขภาพในยุคดิจิทัล มีแนวโน้มพบปัญหาสุขภาพจิตซึ่งเกี่ยวข้องกับการใช้เทคโนโลยีในยุคดิจิทัลที่สื่อและเทคโนโลยี ซึ่งมีอิทธิพลต่อการดำเนินชีวิต ทั้งนี้เครือข่ายสังคมออนไลน์ได้กลายเป็นเครื่องมือสำคัญในการติดต่อสื่อสารที่มีบทบาทในชีวิตประจำวัน โดยเฉพาะอย่างยิ่งกลุ่มนักศึกษาเจนเนอเรชั่น Z (Generation Z) ซึ่งเป็นนักศึกษามหาวิทยาลัยและเป็นกลุ่มที่เติบโตมาพร้อมกับการเข้าถึงอินเทอร์เน็ตและสมาร์ทโฟน¹ และได้รับผลกระทบในเชิงสุขภาพจิต ได้แก่ ภาวะซึมเศร้า หรือความวิตกกังวลทางสังคม และหากมีภาวะวิตกกังวลทางสังคมที่เกิดจากการใช้สื่อออนไลน์อย่างไม่เหมาะสม ส่งผลกระทบต่อทั้งการเรียนรู้ การจัดการเวลาในการฝึกปฏิบัติของนักศึกษาพยาบาล² และคุณภาพการดูแลผู้ป่วยในอนาคตก้าวคือ พฤติกรรมการใช้สื่อออนไลน์ส่งผลให้เกิดความวิตกกังวลทางสังคมในด้านต่าง ๆ ตั้งแต่ความกังวลเกี่ยวกับเนื้อหาที่เผยแพร่จนถึงความวิตกกังวลเกี่ยวกับการประเมินตนเอง ทั้งหมดนี้เป็นปัจจัยเสี่ยงที่อาจลดคุณภาพการดูแลผู้ป่วยในอนาคตหากไม่ได้รับการจัดการอย่างเหมาะสม³

ความวิตกกังวลทางสังคมในนักศึกษาพยาบาลเป็นปัญหาสุขภาพจิตที่สำคัญ ตามแนวคิดเรื่องความวิตกกังวลทางสังคม (social anxiety) ของแลร์รี่ และโคลัสกี⁴ ที่ว่าความวิตกกังวลทางสังคมเกิดจากความกลัวว่าจะถูกประเมินในแง่ลบจากผู้อื่นในบริบททางสังคม โดยเฉพาะอย่างยิ่งเมื่อมีการเปิดเผยตัวตนผ่านสื่อสังคมออนไลน์ จึงทำให้บุคคลตอบสนองต่อผู้อื่นในทางลบ ส่งผลให้เกิดพฤติกรรมหลีกเลี่ยงการเข้าสังคมและลดความสามารถในการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น⁵ งานวิจัยในต่างประเทศ รายงานความชุกของความวิตกกังวลทางสังคมในกลุ่มนักศึกษามหาวิทยาลัย พบร้อยละ 10-33 ส่วนใหญ่เกี่ยวข้องกับการรับรู้ว่าจะถูกประเมินในทางลบผ่านสื่อสังคมออนไลน์ เช่น อินสตาแกรม (Instagram) เฟซบุ๊ก (Facebook) และติ๊กต็อก (TikTok)⁵ จากการทบทวนวรรณกรรม ขณะนี้ยังไม่พบงานวิจัยที่ศึกษาความวิตกกังวลทางสังคมในนักศึกษาพยาบาล

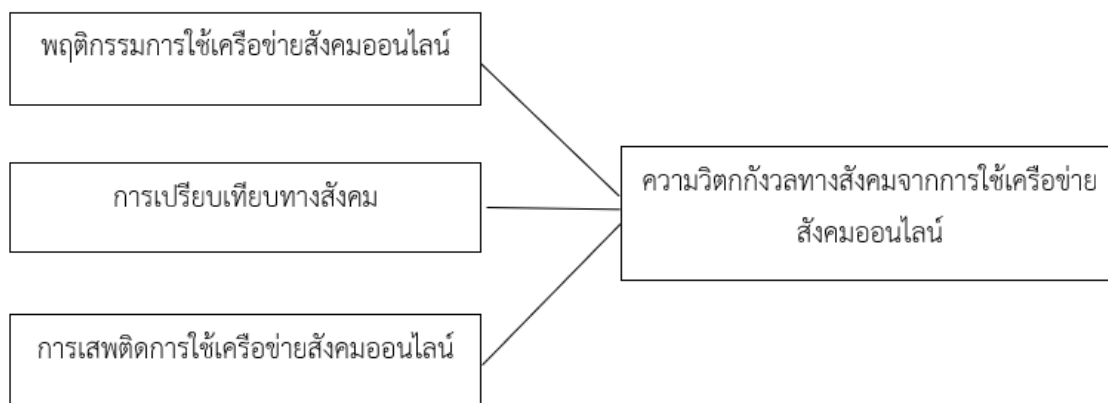
ปัจจัยที่สัมพันธ์กับความวิตกกังวลทางสังคมจากการใช้เครือข่ายสังคมออนไลน์ของนักศึกษาพยาบาลมาจากการทบทวนวรรณกรรม ซึ่งผู้วิจัยคัดสรรพฤติกรรมการใช้เครือข่ายสังคมออนไลน์ การเปรียบเทียบทางสังคม และการเสพติดการใช้เครือข่ายสังคมออนไลน์ ซึ่งอธิบายได้จาก พฤติกรรมการใช้เครือข่ายสังคมออนไลน์มีความสัมพันธ์กับความวิตกกังวลทางสังคมจากการใช้เครือข่ายสังคมออนไลน์ ($r = 0.53, p < .01$)⁶ โดยเฉพาะในกลุ่มนักศึกษามหาวิทยาลัยที่มีการใช้งานในลักษณะถี่และใช้เวลานานต่อเนื่อง สำหรับการเปรียบเทียบทางสังคม มีงานวิจัยของ ชัยยิต ยูอี และคณะ⁷ พบว่า การเปรียบเทียบทางสังคมมีสัมพันธ์ทางบวกกับความวิตกกังวลทางสังคม ($r = 0.13, p < .01$) ส่วนการเสพติดการใช้เครือข่ายสังคมออนไลน์ มีงานวิจัยของ หลี่ หวัง และหลิว⁶ พบว่า การเสพติดการใช้เครือข่ายสังคมออนไลน์มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความวิตกกังวลทางสังคม ($r = 0.53, p < 0.01$) โดยผ่านกลไกทางจิตวิทยา เช่น ความกลัวการพลาดข้อมูลสำคัญกระตุ้นให้บุคคลรู้สึกกังวลต่อการเข้าสังคมและการเปิดเผยตนเองในที่สาธารณะ จากที่กล่าวมาเป็นงานวิจัยซึ่งพบในต่างประเทศ แต่ยังไม่พบปัจจัยดังกล่าวและยังขาดการศึกษาปัจจัยเหล่านี้ในกลุ่มนักศึกษาพยาบาลไทย

จากเหตุผลข้างต้นผู้วิจัยจึงมีความสนใจศึกษาความวิตกกังวลทางสังคมจากการใช้เครือข่ายสังคมออนไลน์ของนักศึกษาพยาบาล และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมการใช้เครือข่ายสังคมออนไลน์

การเปรียบเทียบทางสังคม และการเสพติดการใช้เครือข่ายสังคมออนไลน์กับความวิตกกังวลทางสังคม ในนักศึกษาพยาบาล เพื่อให้ได้ข้อมูลเชิงประจักษ์ที่สามารถนำไปใช้ในการวางแผนทางการลดความวิตกกังวลทางสังคมจากการใช้เครือข่ายสังคมออนไลน์ เฝาระวังผลกระทบจากการใช้สื่อออนไลน์อย่างเป็นระบบในกลุ่ม นักศึกษาวิชาชีพพยาบาล

กรอบแนวคิด

กรอบแนวคิดของการวิจัยนี้ ได้จากการทบทวนวรรณกรรมทั้งในประเทศและต่างประเทศ ซึ่งตัวแปรตาม คือ ความวิตกกังวลทางสังคมจากการใช้เครือข่ายสังคมออนไลน์ของนักศึกษาพยาบาล ด้วยการใช้แนวคิดของแลร์รี่ และโควัลสกี⁴ ที่อธิบายว่าความวิตกกังวลทางสังคม เป็นผลจากการกลัวการถูกประเมินในแง่ลบจากผู้อื่น ซึ่งมักเกิดขึ้นในสถานการณ์ที่บุคคลต้องแสดงออกหรือเปิดเผยตนเองต่อสาธารณะ โดยเฉพาะผ่านเครือข่ายสังคมออนไลน์ และพบว่ามีปัจจัยสำคัญ 3 ประการที่มีความสัมพันธ์กับความวิตกกังวลทางสังคมในกลุ่มนักศึกษา ได้แก่ พฤติกรรมการใช้เครือข่ายสังคมออนไลน์⁶ การเปรียบเทียบทางสังคม⁷ และการเสพติดการใช้เครือข่ายสังคมออนไลน์⁸ ซึ่งทั้ง 3 ปัจจัยมีความสัมพันธ์กับความวิตกกังวลทางสังคมจากการใช้เครือข่ายสังคมออนไลน์⁸ ดังนั้นผู้วิจัยจึงกำหนดกรอบแนวคิด ดังภาพที่ 1



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

คำถามการวิจัย

1. ความวิตกกังวลทางสังคมจากการใช้เครือข่ายสังคมออนไลน์ของนักศึกษาพยาบาล เป็นอย่างไร
2. พฤติกรรมการใช้เครือข่ายสังคมออนไลน์ การเปรียบเทียบทางสังคม และการเสพติดการใช้เครือข่ายสังคมออนไลน์ มีความสัมพันธ์กับความวิตกกังวลทางสังคมจากการใช้เครือข่ายสังคมออนไลน์ของนักศึกษาพยาบาลหรือไม่

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาความวิตกกังวลทางสังคมจากการใช้เครือข่ายสังคมออนไลน์ของนักศึกษาพยาบาล
2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมการใช้เครือข่ายสังคมออนไลน์ การเปรียบเทียบทางสังคม และการเสพติดการใช้เครือข่ายสังคมออนไลน์ กับความวิตกกังวลทางสังคมจากการใช้เครือข่ายสังคมออนไลน์ของนักศึกษาพยาบาล

สมมติฐานการวิจัย

พฤติกรรมการใช้เครือข่ายสังคมออนไลน์ การเปรียบเทียบทางสังคม และการเสพติดการใช้เครือข่ายสังคมออนไลน์ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความวิตกกังวลทางสังคมจากการใช้เครือข่ายสังคมออนไลน์ของนักศึกษาพยาบาล

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบหาความสัมพันธ์ (descriptive correlation research)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ นักศึกษาพยาบาล ชั้นปีที่ 2-4 ภาคการศึกษาที่ 2 ปี 2566 มหาวิทยาลัยแห่งหนึ่งในกรุงเทพมหานคร ทั้งเพศชายและหญิง ซึ่งมีจำนวนทั้งสิ้น จำนวน 334 คน

กลุ่มตัวอย่าง คือ นักศึกษาพยาบาล ชั้นปีที่ 2-4 ภาคการศึกษาที่ 2 ปี 2566 มหาวิทยาลัยแห่งหนึ่งในกรุงเทพมหานคร เพศชายและหญิง เกณฑ์การคัดเข้า ดังนี้ 1) สัญชาติไทย 2) อายุตั้งแต่ 18-37 ปี 3) มีสมาร์ตโฟนหรืออุปกรณ์สื่อสารและใช้อินเทอร์เน็ต 4) ให้ประวัติหรือรายงานตนเองว่าใช้เครือข่ายสังคมออนไลน์ และ 5) ไม่มีประวัติได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคซึมเศร้า หรือโรควิตกกังวล

การกำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยคำนวณโดยใช้โปรแกรม G* Power โดยกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างด้วยค่าอำนาจการวิเคราะห์ทางสถิติ (power analysis) กำหนดค่าความเชื่อมั่นที่ระดับนัยสำคัญที่ 0.05 ค่าอำนาจการทดสอบ (power) เท่ากับ 0.80 และขนาดของความสัมพันธ์ของตัวแปร (effect size) เท่ากับ 0.60 ดังนั้น การศึกษาครั้งนี้ต้องการกลุ่มตัวอย่าง เท่ากับ 186 คน⁹ และนักศึกษาแสดงความประสงค์เข้าร่วมเพิ่มเติมอีก 4 คน โดยสมัครใจ รวมเป็น 190 คน

การคัดเลือกและสุ่มกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยทำการสุ่มตัวอย่างใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างแบบสัดส่วน (proportional random sampling) ที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ มีรายละเอียด ดังต่อไปนี้ 1) นักศึกษาพยาบาล ชั้นปีที่ 2 ที่จำนวน 91 คน 1) นักศึกษาพยาบาล ชั้นปีที่ 3 จำนวน 156 คน และ 3) นักศึกษาพยาบาล ชั้นปีที่ 4 จำนวน 87 คน จากนั้นผู้วิจัยสุ่มจับสลากกลุ่มตัวอย่างในแต่ละชั้นปี จึงได้กลุ่มตัวอย่าง ที่เป็นนักศึกษาพยาบาล ปีที่ 2 นักศึกษาพยาบาล ชั้นปีที่ 3 และ นักศึกษาพยาบาล ชั้นปีที่ 4 จำนวน 54 คน 87 คน และ 49 คน ตามลำดับ

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

แบบสอบถามที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ประกอบด้วย 5 ส่วน คือ

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ซึ่งประกอบไปด้วย เพศ อายุ ระดับชั้นการศึกษา

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามพฤติกรรมการใช้เครือข่ายสังคมออนไลน์ มาจากครองรัตน์ ดุลลาพันธ์¹⁰ มีข้อคำถาม จำนวน 12 ข้อ มี 3 ด้าน ได้แก่ 1) ด้านความถี่ในการใช้เครือข่ายสังคมออนไลน์ จำนวน 1 ข้อ

2) ด้านระยะเวลาในการใช้เครือข่ายสังคมออนไลน์ จำนวน 1 ข้อ และ 3) ด้านวัตถุประสงค์ในการเข้าใช้เครือข่ายสังคมออนไลน์ ทุกข้อใช้มาตรวัดแบบลิเคิร์ต (Likert scale) 5 ระดับ โดยความถี่ในการใช้ ตั้งแต่ 1-3 ครั้งต่อวัน (1 คะแนน) ถึง มากกว่า 12 ครั้งต่อวัน (5 คะแนน) ระยะเวลาในการใช้ ตั้งแต่ น้อยกว่า 1 ชั่วโมง (1 คะแนน) ถึง มากกว่า 5 ชั่วโมง (5 คะแนน) และวัตถุประสงค์ในการใช้ ให้คะแนนตั้งแต่ น้อยที่สุด (1 คะแนน) ถึง มากที่สุด (5 คะแนน) การแปลผล ดังนี้ คะแนนเฉลี่ย 4.51-5.00 หมายถึง พฤติกรรมการใช้เครือข่ายสังคมออนไลน์อยู่ในระดับมากที่สุด คะแนนเฉลี่ย 3.51-4.50 หมายถึง พฤติกรรมการใช้เครือข่ายสังคมออนไลน์อยู่ในระดับมาก คะแนนเฉลี่ย 2.51-3.50 หมายถึง พฤติกรรมการใช้เครือข่ายสังคมออนไลน์อยู่ในระดับปานกลาง คะแนนเฉลี่ย 1.51-2.50 หมายถึง พฤติกรรมการใช้เครือข่ายสังคมออนไลน์ อยู่ในระดับน้อย และคะแนนเฉลี่ย 1.00-1.50 หมายถึง พฤติกรรมการใช้เครือข่ายสังคมออนไลน์อยู่ในระดับน้อยที่สุด

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามการเปรียบเทียบทางสังคม (Social Comparison Orientation [SCO]) ของ กิบบอน และบั้งค์¹¹ พัฒนาโดยพิชัยณรงค์ สุวรรณมยุร¹² มีข้อคำถามจำนวน 11 ข้อ มีลักษณะเป็นแบบมาตรวัดแบบลิเคิร์ต (Likert scale) แบ่งเป็น 5 ระดับ ตั้งแต่ เห็นด้วยมากที่สุด (5 คะแนน) ถึง เห็นด้วยน้อยที่สุด (1 คะแนน) การแปลผล ดังนี้ คะแนนเฉลี่ย 4.51-5.00 หมายถึง พฤติกรรมการใช้เครือข่ายสังคมออนไลน์อยู่ในระดับมากที่สุด คะแนนเฉลี่ย 3.51-4.50 หมายถึง มีการเปรียบเทียบทางสังคมอยู่ในระดับมาก คะแนนเฉลี่ย 2.51-3.50 หมายถึง มีการเปรียบเทียบทางสังคมอยู่ในระดับปานกลาง คะแนนเฉลี่ย 1.51-2.50 หมายถึง มีการเปรียบเทียบทางสังคมอยู่ในระดับน้อย และคะแนนเฉลี่ย 1.00-1.50 หมายถึง มีการเปรียบเทียบทางสังคมอยู่ในระดับน้อยที่สุด

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามการเสพติดการใช้เครือข่ายสังคมออนไลน์ (Social Media Addiction Screening Scale: S-MASS) เป็นแบบประเมินตนเอง มาจากแนวคิดของกริฟฟิธส์¹³ พัฒนาโดยศิริจินทร์เพ็ญ และคณะ¹⁴ มีข้อคำถามจำนวน 16 ข้อ มีลักษณะเป็นแบบมาตรวัดแบบลิเคิร์ต (Likert scale) แบ่งเป็น 4 ระดับ ตั้งแต่ ไม่ได้เลย (0) ถึง ใช่เลย (3) การแปลผล ดังนี้ คะแนน 0-15 หมายถึง เสพติดการใช้เครือข่ายสังคมออนไลน์ระดับต่ำ คะแนน 16-30 หมายถึง เสพติดการใช้เครือข่ายสังคมออนไลน์ ระดับปานกลาง และคะแนน 31-48 เสพติดการใช้เครือข่ายสังคมออนไลน์ระดับสูง

ส่วนที่ 5 แบบสอบถามความวิตกกังวลทางสังคมความวิตกกังวลทางสังคมจากการใช้เครือข่ายสังคมออนไลน์ (Social Anxiety Scale for Social Media Users [SAS-SMU])¹⁵ มาจากแนวคิดของลาเกรคา และโลเปซ¹⁶ เป็นแบบประเมินตนเอง มี 4 องค์ประกอบ ได้แก่ 1) ความวิตกกังวลต่อเนื้อหาที่ตนเผยแพร่ (shared content anxiety) 2) ความวิตกกังวลเกี่ยวกับความเป็นส่วนตัว (privacy concern anxiety) 3) ความวิตกกังวลในการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น (interaction anxiety) และ 4) ความวิตกกังวลเกี่ยวกับการประเมินตนเอง (self-evaluation anxiety) จำนวน 21 ข้อ มาตรวัดมีลักษณะเป็นแบบลิเคิร์ต (Likert scale) แบ่งเป็น 5 ระดับ ตั้งแต่ระดับความคิดเห็นมากที่สุด (5) ถึง ไม่มีเลย (0) คะแนนรวมมีค่าระหว่าง 0-105 คะแนน คะแนนสูง หมายถึง มีความวิตกกังวลทางสังคมสูง

การแปลผลคะแนนใช้เกณฑ์ของบุญชม ศรีสะอาด เครื่องมือเป็นแบบมาตราประมาณค่า (rating scale) มี 5 ระดับตามวิธีของ ลิเคิร์ต¹⁷ ดังนี้ ระดับมากที่สุด (4.51-5.00 คะแนน) ระดับมาก (3.51-4.50 คะแนน) ระดับปานกลาง (2.51-3.50 คะแนน) ระดับน้อย (1.51-2.50 คะแนน) และระดับน้อยที่สุด (1.00-1.50 คะแนน)

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ แบบสอบถามความวิตกกังวลทางสังคมความวิตกกังวลทางสังคมจากการใช้เครือข่ายสังคมออนไลน์ ผู้วิจัยขออนุญาตจากโอสิริเวีย เจ อิริคสัน¹⁵ เพื่อขอใช้แบบประเมินและทำการแปลและแปลย้อนกลับ ด้วยการให้ผู้แปลที่มีความชำนาญในการใช้สองภาษา 2 คน แปลแบบวัดจากต้นฉบับภาษาอังกฤษไปเป็นภาษาไทย ยึดหลักอิสระต่อกันของผู้แปล (independent translation) จากนั้นผู้วิจัยส่งเคราะห์เนื้อหาจากข้อความถามของแบบวัดให้เป็นฉบับเดียว แล้วนำแบบวัดฉบับภาษาไทยไปแปลย้อนกลับเป็นภาษาต้นฉบับ (อังกฤษ) โดยผู้แปลไม่เคยเห็นแบบประเมินนี้มาก่อน (blinded translator) หลังจากนั้นส่งแบบสอบถามให้แก่ผู้เชี่ยวชาญ 3 ราย ได้ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาทั้งฉบับ (Content Validity Index: CVI) แบบสอบถามพฤติกรรมการใช้เครือข่ายสังคมออนไลน์ แบบสอบถามการเปรียบเทียบทางสังคม แบบทดสอบการเสถียรการใช้เครือข่ายสังคมออนไลน์ และแบบทดสอบความวิตกกังวลทางสังคม ได้ค่า .93, .94, .92 และ .95 ตามลำดับ หลังจากนั้นผู้วิจัยได้นำแบบสอบถามไปทดสอบความเชื่อมั่นภายใน (internal consistency) กับกลุ่มตัวอย่างนักศึกษาซึ่งเป็นกลุ่มใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน หลังจากนั้นนำข้อมูลที่ได้นำมาวิเคราะห์หาค่าความเชื่อมั่น ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ได้ค่า .80 .97.90 และ .97 ตามลำดับ

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

การศึกษาครั้งนี้ได้รับการพิจารณาและอนุมัติจากคณะกรรมการการวิจัยในมนุษย์ สาขาวิทยาศาสตร์สุขภาพ สถาบันวิจัยและพัฒนา มหาวิทยาลัยสวนดุสิต COA. No SDU-RDI-SHS 2024-005 (ลงวันที่ 24 มกราคม พ.ศ. 2567) ก่อนการเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยดำเนินการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่างอย่างเคร่งครัด เริ่มจากการพบกลุ่มตัวอย่าง แนะนำตนเอง อธิบายวัตถุประสงค์ของการวิจัย ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล ระยะเวลาในการเข้าร่วม หน้าที่และสิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่างในการเข้าร่วมหรือปฏิเสธการเข้าร่วม โดยไม่มีผลกระทบต่อการเรียนและทีมผู้วิจัย และแม้ภายหลังจากความยินยอมแล้ว กลุ่มตัวอย่างยังสามารถถอนตัวจากการวิจัยได้ตลอดเวลาโดยไม่ต้องให้เหตุผล ข้อมูลทั้งหมดที่ได้รับจากการตอบแบบสอบถามจะได้รับการปกปิดชื่อ-นามสกุล และเก็บเป็นความลับอย่างเคร่งครัด การนำเสนอผลการวิจัยภาพรวมเท่านั้น ไม่มีการเปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคล หากกลุ่มตัวอย่างมีข้อสงสัยใด ๆ สามารถสอบถามผู้วิจัยได้โดยตรง ทั้งนี้ ผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างลงนามในหนังสือแสดงความยินยอมโดยสมัครใจ ก่อนเริ่มตอบแบบสอบถามผ่านทางระบบออนไลน์ โดยไม่มีการบังคับแต่อย่างใด

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ภายหลังจากได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการการวิจัยในมนุษย์ ทีมวิจัยประสานงานกับอาจารย์หัวหน้าหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ เพื่อขออนุญาตเข้าประชาสัมพันธ์โครงการวิจัยแก่กลุ่มนักศึกษาพยาบาล การเก็บรวบรวมข้อมูล ในช่วงเดือนมีนาคม พ.ศ. 2567 ถึงเดือนเมษายน พ.ศ. 2567 และเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง ซึ่งผู้วิจัยนัดหมายกับกลุ่มตัวอย่างที่คัดได้ประสานงานกับอาจารย์ประจำชั้นปีในการเข้าพบนักศึกษา

2. ผู้วิจัย แนะนำตัว ชี้แจงวัตถุประสงค์ของงานวิจัย และเปิดโอกาสให้นักศึกษาพยาบาลซักถามข้อสงสัยได้ จากนั้นแจกแผ่นพับ มี QR Code และเชื่อมโยงไปยังรายละเอียดของโครงการวิจัย รวมถึงวัตถุประสงค์ ประโยชน์ ความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นระหว่างเข้าร่วมโครงการวิจัย รวมทั้งคุณสมบัติของผู้เข้าร่วมวิจัย ทั้งนี้ นักศึกษาที่สนใจเข้าร่วมโครงการสามารถลงทะเบียนผ่านสมาร์ทโฟนและสแกน QR Code ได้ด้วย

ตนเอง ไม่มีการบังคับจากผู้วิจัย และสามารถตัดสินใจเข้าร่วมหรือไม่เข้าร่วมได้อย่างอิสระ ภายในระยะเวลาการรับสมัคร 2 สัปดาห์ (ระหว่างวันที่ 1 เดือนมีนาคม ถึง 16 เดือนมีนาคม พ.ศ. 2567) นอกจากนั้นยังมีนักศึกษาแสดงความประสงค์เข้าร่วมเพิ่มเติมอีก 4 คน โดยสมัครใจ รวมเป็น 190 คน

3. เมื่อครบกำหนดรับสมัคร ผู้วิจัยนัดหมายผู้ที่ลงทะเบียนเข้าร่วมในโครงการ ซึ่งจัดกระทำแต่ละชั้นปี เพื่อชี้แจงรายละเอียดของโครงการอีกครั้งอย่างเป็นทางการ นักศึกษาที่มีคุณสมบัติตรงตามเกณฑ์และแสดงความประสงค์เข้าร่วมโดยสมัครใจ รวมเป็น 190 คน ผู้วิจัยจึงให้ลงนามในหนังสือแสดงเจตนายินยอมเข้าร่วมการวิจัย และดำเนินการเก็บข้อมูลต่อไป

4. กลุ่มตัวอย่างได้รับข้อมูลผ่าน QR Code อีกครั้งเพื่ออ่านรายละเอียด และแสดงความยินยอมด้วยการกด “ยินยอม” หรือ “ไม่ยินยอม” หากกดยินยอม ระบบจะนำเข้าสู่แบบสอบถามวิจัย ซึ่งแบบสอบถามประกอบด้วย 5 ส่วน รวมทั้งหมด 63 ข้อ ใช้เวลาตอบแบบสอบถามประมาณ 30 นาที หรือจนกว่าผู้ตอบแบบสอบถามจะทำแล้วเสร็จ จากนั้นกด “ส่ง” (submit) เพื่อยืนยันการส่งข้อมูล

5. ผู้วิจัยตรวจสอบแบบสอบถามทั้งหมดของกลุ่มตัวอย่างผ่านระบบออนไลน์ ทั้งหมด 190 ฉบับพบว่า ทุกฉบับมีข้อมูลครบถ้วน จึงนำข้อมูลเข้าสู่การวิเคราะห์ผลการวิจัยในขั้นตอนถัดไป

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยใช้โปรแกรมคำนวณสำเร็จรูปทางสถิติ SPSS version 20 ดังนี้

1) สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่และร้อยละ เพื่ออธิบายลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง ข้อมูลส่วนบุคคล ส่วนค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ใช้สำหรับพฤติกรรมการใช้เครือข่ายสังคมออนไลน์ การเปรียบเทียบทางสังคม การเสพติดสื่อเครือข่ายสังคมออนไลน์และความวิตกกังวลทางสังคม

2) วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมการใช้เครือข่ายสังคมออนไลน์ การเปรียบเทียบทางสังคม การเสพติดสื่อเครือข่ายสังคมออนไลน์ และความวิตกกังวลทางสังคม การวิเคราะห์ข้อมูลพบการแจกแจงแบบปกติ โดยวิธีโคลโมโกรอฟ-สเมอรโนฟ (Kolmogorov-Smirnov Test) เพื่อทดสอบการแจกแจงของข้อมูล (normality test) เมื่อพิจารณาค่าสัมประสิทธิ์ความเบ้ (statistic skewness) อยู่ในช่วง -.74 ถึง .88 ซึ่งข้อมูลมีการแจกแจงแบบโค้งปกติ ดังนั้น ผู้วิจัยใช้สถิติสหสัมพันธ์เพียร์สัน (Pearson's product moment correlation coefficient)

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลส่วนบุคคลนักศึกษาพยาบาล

จากผลการวิจัยพบว่า ข้อมูลส่วนบุคคลของนักศึกษาพยาบาล จำนวน 190 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง จำนวน 164 คน (ร้อยละ 86.3) รองลงมาเป็นเพศชาย จำนวน 23 คน (ร้อยละ 12.11) และเพศทางเลือก จำนวน 3 คน (ร้อยละ 1.59) ตามลำดับ ส่วนใหญ่อยู่ในช่วงอายุ 23 – 27 ปี จำนวน 172 คน (ร้อยละ 90.1) รองลงมาเป็นช่วงอายุ 18 – 22 ปี จำนวน 13 คน (ร้อยละ 6.8) และกลุ่มที่มีอายุมากที่สุด คือ 28- 32 ปี จำนวน 5 คน (ร้อยละ 2.6) สำหรับระดับชั้นปีที่ศึกษา พบว่า ส่วนใหญ่อยู่ชั้นปีที่ 3 จำนวน 87 คน (ร้อยละ 45.79) รองลงมาคือ ชั้นปีที่ 2 จำนวน 54 คน (ร้อยละ 28.42) และชั้นปีที่ 4 จำนวน 49 คน (ร้อยละ 25.79)

2. ความวิตกกังวลทางสังคมในการใช้สื่อออนไลน์ของนักศึกษา คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสวนดุสิต จำนวน 190 คน โดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง โดยมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.05 (S.D. = 1.20) เมื่อพิจารณารายด้านพบว่า ด้านที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุด คือ ด้านความวิตกกังวลเกี่ยวกับการประเมินตนเอง (self-

evaluation anxiety) ซึ่งมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.24 และ (S.D. = 1.20) และอยู่ในระดับปานกลาง รองลงมา คือ ด้านความวิตกกังวลเกี่ยวกับความเป็นส่วนตัว (privacy concern anxiety) โดยมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.03 และ (S.D. = 1.12) และอยู่ในระดับปานกลาง ด้านความวิตกกังวลในการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น (interaction anxiety) โดยมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.01 และ (S.D. = 1.12) และอยู่ในระดับปานกลาง และด้านความวิตกกังวล ต่อเนื้อหาที่ตนเผยแพร่ (shared content anxiety) โดยมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.96 และ (S.D. = 1.18) และอยู่ใน ระดับปานกลาง ตามลำดับ ตารางที่ 1

ตารางที่ 1 แสดงค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานความวิตกกังวลทางสังคมจากการใช้เครือข่ายสังคม ออนไลน์ของนักศึกษาพยาบาล มหาวิทยาลัยสวนดุสิต (n = 190)

ลักษณะข้อมูล	Mean	S.D.	แปลผล
1. ด้านความวิตกกังวลต่อเนื้อหาที่ตนเผยแพร่ (shared content anxiety)	2.96	1.18	ปานกลาง
2. ด้านความวิตกกังวลเกี่ยวกับความเป็นส่วนตัว (privacy concern anxiety)	3.03	1.12	ปานกลาง
3. ด้านความวิตกกังวลในการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น (interaction anxiety)	3.01	1.12	ปานกลาง
4. ด้านความวิตกกังวลเกี่ยวกับการประเมินตนเอง (self-evaluation anxiety)	3.24	1.20	ปานกลาง
เฉลี่ยโดยรวม	3.05	1.20	ปานกลาง

3. ความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมการใช้เครือข่ายสังคมออนไลน์ การเปรียบเทียบทางสังคม และการเสพติดการใช้เครือข่ายสังคมออนไลน์ กับความวิตกกังวลทางสังคมในนักศึกษาพยาบาล พบว่า พฤติกรรมการใช้เครือข่ายสังคมออนไลน์ การเปรียบเทียบทางสังคม การเสพติดการใช้เครือข่ายสื่อสังคม ออนไลน์ และความวิตกกังวลทางสังคมในการใช้สื่อออนไลน์ ของนักศึกษาพยาบาล มหาวิทยาลัยสวนดุสิต มีความสัมพันธ์ทางบวก ($r = .35, .49, .67$ $p < 0.01$ ตามลำดับ) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างการเปรียบเทียบทางสังคม พฤติกรรมการใช้เครือข่ายสังคมออนไลน์ การเสพติดการใช้เครือข่ายสังคมออนไลน์ และความวิตกกังวลทางสังคมในการใช้สื่อออนไลน์ นักศึกษาพยาบาล (n=190)

ตัวแปร	1	2	3	4
1. พฤติกรรมการใช้เครือข่ายฯ	1.000			
2. การเสพติดการใช้เครือข่ายฯ	.58**	1.000		
3. การเปรียบเทียบทางสังคม	.47**	.65**	1.000	
4. ความวิตกกังวลทางสังคม	.35**	.49**	.67**	1.000

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

อภิปรายผล

การศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยอภิปรายผลการวิจัยตามวัตถุประสงค์และสมมติฐาน ดังนี้

1. เพื่อศึกษาความวิตกกังวลทางสังคมจากการใช้เครือข่ายสังคมออนไลน์

ผลการศึกษาพบว่า ค่าเฉลี่ยโดยรวมของนักศึกษาพยาบาลมีความวิตกกังวลทางสังคม เท่ากับ 3.05 (S.D. = 1.20) และอยู่ในระดับปานกลาง อภิปรายได้ว่า ค่าเฉลี่ยโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง เนื่องจากช่วงวัย ลักษณะทางพัฒนาการเกี่ยวกับการใช้สื่อของนักศึกษาพยาบาล กล่าวคือ นักศึกษาพยาบาลส่วนใหญ่มีช่วงอายุ 23-27 ปี จำนวน 172 คน (ร้อยละ 90.1) ที่อยู่ในช่วงวัยรุ่นตอนปลายถึงวัยผู้ใหญ่ตอนต้น ซึ่งเป็นวัยและพัฒนาการที่ให้ความสำคัญกับภาพลักษณ์ตนเอง การได้รับการยอมรับจากกลุ่มเพื่อน และความรู้สึกเป็นส่วนหนึ่งของสังคมตามทฤษฎีพัฒนาการทางจิตสังคมของอีริก อีริกสัน¹⁸ ช่วงวัยนี้ให้ความสำคัญกับการสร้างอัตลักษณ์ การได้รับการยอมรับ และความรู้สึกเป็นส่วนหนึ่งของกลุ่มเพื่อน จึงมีความอ่อนไหวต่อการถูกวิพากษ์วิจารณ์หรือการเปรียบเทียบทางสังคม ส่งผลให้เกิดความวิตกกังวล แต่เนื่องจากวัยนี้มีวุฒิภาวะทางอารมณ์และทักษะในการจัดการพฤติกรรมการใช้สื่อสังคมออนไลน์มากขึ้น เช่น การคัดเลือกเนื้อหาที่ตนจะเผยแพร่หรือการควบคุมการนำเสนอภาพลักษณ์ตนเอง จึงช่วยลดระดับความวิตกกังวลให้อยู่ในระดับปานกลาง⁶ เมื่อพิจารณารายด้านพบว่า ความวิตกกังวลเกี่ยวกับการประเมินตนเอง (self-evaluation anxiety) มีค่าเฉลี่ยมากที่สุด (3.24, S.D. = 1.20) แสดงถึงความวิตกกังวลหรือความกังวลที่บุคคลประสบเมื่อคาดการณ์หรือกำลังประเมินตนเองอย่างจริงจัง ซึ่งมักเกิดขึ้นในสถานการณ์ทางสังคมหรือเมื่อเผชิญกับการตัดสินจากผู้อื่น⁴ รองลงมาคือ ด้านความวิตกกังวลเกี่ยวกับความเป็นส่วนตัว (privacy concern anxiety) และด้านความวิตกกังวลในการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น (interaction anxiety) อยู่ในระดับปานกลาง (3.03, S.D. = 1.12 และ 3.01, S.D. = 1.12 ตามลำดับ) ส่วนด้านความวิตกกังวลต่อเนื้อหาที่ตนเผยแพร่ (shared content anxiety) มีค่าเฉลี่ยต่ำสุด (2.96, S.D. = 1.18) อาจเนื่องมาจากผู้ใช้สามารถคัดเลือกและควบคุมเนื้อหาที่ต้องการเผยแพร่ได้ ทำให้ลดความวิตกกังวลในด้านนี้ สอดคล้องกับงานวิจัยของเจีย ซี¹⁹ และอารีโก ดี และคณะ²⁰ ที่พบว่า การควบคุมการนำเสนอเนื้อหาและการจัดการภาพลักษณ์สามารถลดระดับความวิตกกังวลทางสังคมจากการใช้สื่อสังคมออนไลน์ได้ การใช้สื่อสังคมออนไลน์ที่มีลักษณะเปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคลแบบแสดงตัวตนต่อสาธารณะอาจก่อให้เกิดความรู้สึกกังวลว่าจะถูกประเมินในแง่ลบ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในกลุ่มที่มีความรู้สึกไม่มั่นคงในตนเองสูง ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับงานวิจัยของอัลบิควิ²¹ ที่พบว่าความวิตกกังวลเกี่ยวกับการถูกกลั่นแกล้งหรือถูกวิพากษ์วิจารณ์ผ่านช่องทางออนไลน์ส่งผลต่อระดับความรู้สึกปลอดภัยทางจิตใจของผู้ใช้สื่อสังคมออนไลน์

2. ความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมการใช้เครือข่ายสังคมออนไลน์ การเสพติดการใช้เครือข่ายสังคมออนไลน์ การเปรียบเทียบทางสังคม และความวิตกกังวลทางสังคมจากการใช้เครือข่ายสังคมออนไลน์ พบว่า

2.1 พฤติกรรมการใช้เครือข่ายสังคมออนไลน์มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความวิตกกังวลทางสังคมจากการใช้เครือข่ายสังคมออนไลน์ในระดับปานกลาง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .35, p < .01$) หมายความว่า ยิ่งนักศึกษามีพฤติกรรมการใช้เครือข่ายสังคมออนไลน์สูง ยิ่งมีความวิตกกังวลทางสังคมสูงด้วย อภิปรายได้ว่า นักศึกษาคิดเป็นร้อยละ 49.7 มีพฤติกรรมการใช้เครือข่ายสังคมออนไลน์มากกว่า 12 ครั้งต่อวัน และร้อยละ 61.3 ใช้ระยะเวลาโดยเฉลี่ยในการใช้เครือข่ายสังคมออนไลน์มากกว่า 5 ชั่วโมงต่อวัน รวมถึงมีการใช้เพื่อสร้างภาพลักษณ์ เช่น การโพสต์เนื้อหา (ร้อยละ 33.2) และแชทอิน (ร้อยละ 26.8) รูปแบบการใช้เครือข่ายสังคมออนไลน์เหล่านี้ยังทำให้เกิดความรู้สึกวิตกกังวลเพิ่มมากขึ้น ได้แก่ มีความวิตกกังวลต่อเนื้อหาที่ตนเผยแพร่

ความวิตกกังวลเกี่ยวกับความเป็นส่วนตัว ความวิตกกังวลในการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น สอดคล้องกับการศึกษาของเคลส ที่พบว่าการใช้สื่อสังคมออนไลน์ในลักษณะที่มีระยะเวลานานและมีการเปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคลอาจสัมพันธ์กับระดับความวิตกกังวลและความเครียดทางจิตวิทยาที่เพิ่มสูงขึ้นในกลุ่มวัยรุ่น²²

2.2 การเสพติดการใช้เครือข่ายสังคมออนไลน์ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความวิตกกังวลทางสังคมจากการใช้เครือข่ายสังคมออนไลน์ในระดับปานกลาง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r=.49, p<.01$) หมายความว่า ยิ่งนักศึกษาพยาบาลเสพติดการใช้เครือข่ายสังคมออนไลน์สูงยิ่งมีความวิตกกังวลทางสังคมสูงขึ้น กล่าวคือ พฤติกรรมเสพติด ได้แก่ การหมกมุ่นกับการใช้งาน การใช้สื่อเพื่อการปรับหรือหลีกหนีอารมณ์ และความบกพร่องในการควบคุมการใช้งาน จนก่อให้เกิดผลกระทบต่อการดำเนินชีวิตด้านการเรียน การทำงาน และความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล²⁰ ผลการศึกษาอภิปรายได้ว่า การเสพติดการใช้เครือข่ายสังคมออนไลน์สะท้อนถึงการใช้เครือข่ายสังคมออนไลน์ที่ยากต่อการควบคุม เช่น ใช้เครือข่ายสังคมออนไลน์ในทุกช่วงเวลาว่าง ใช้เพื่อผ่อนคลายความเครียด หรือใช้เวลานานเกินกว่าที่ตั้งใจ การเสพติดการใช้เครือข่ายสังคมออนไลน์เหล่านี้อาจนำไปสู่ความวิตกกังวลในการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น เนื่องจากต้องพึ่งพาสื่อสังคมออนไลน์เป็นกลไกหลักในการจัดการกับอารมณ์และลดโอกาสในการมีปฏิสัมพันธ์แบบเผชิญหน้า เนื่องจากรู้สึกไม่มั่นใจเมื่อต้องมีการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น ตลอดจนมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับการประเมินตนเอง เนื่องจากนักศึกษาเสพติดการใช้เครือข่ายสังคมออนไลน์มักมีการใช้สื่อเพื่อยอมรับคุณค่าในตนเอง (self-validation) และมีความอ่อนไหวต่อการวิพากษ์วิจารณ์หรือการตัดสินจากผู้อื่น โดยเฉพาะจากกลุ่มเพื่อนหรือผู้ติดตามบนสื่อสังคมออนไลน์ เห็นได้ว่าการเสพติดการใช้เครือข่ายสังคมออนไลน์มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับอาการวิตกกังวลทางสังคมในระดับสำคัญ สำหรับกลุ่มวัยรุ่นและนักศึกษาพยาบาล²³

2.3 การเปรียบเทียบทางสังคม มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความวิตกกังวลทางสังคมจากการใช้เครือข่ายสังคมออนไลน์อยู่ในระดับสูง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .67, p < .01$) หมายความว่า ยิ่งมีการเปรียบเทียบทางสังคมเพิ่มขึ้น ยิ่งมีความวิตกกังวลทางสังคมจากการใช้เครือข่ายสังคมออนไลน์สูงขึ้น อภิปรายได้ว่าการเปรียบเทียบทางสังคม คือ การที่มองผู้อื่นในสื่อทางสังคมเพื่อเปรียบเทียบกับตัวเอง ได้แก่ ด้านรูปลักษณ์ ความสำเร็จ หรือการยอมรับจากสังคมและต้องการรู้ข้อมูลเกี่ยวกับตนเองและสภาพแวดล้อมผู้อื่น รวมทั้งเป็นแนวทางที่สามารถใช้ในการตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูล ตลอดจนตั้งเป้าหมายให้กับตนเองหรือคิดว่าตนเองนั้นอยู่เหนือกว่าบุคคลรอบตัว ทำให้ได้รับความหวังและสร้างแรงบันดาลใจ²⁴⁻²⁶ การเปรียบเทียบทางสังคมกระตุ้นให้เกิดความกลัวว่า ไม่ได้รับการยอมรับจากผู้อื่นจึงมีความคิดว่าตนเองไม่ดีเพียงพอ ไม่เหมาะสม หรือไม่มีคุณค่าพอในสายตาผู้อื่น จึงนำไปสู่ความวิตกกังวลทางสังคมจากการใช้เครือข่ายสังคมออนไลน์สอดคล้องกับการศึกษาของเทียน, หลี่ และจาง²⁷ ที่พบว่า การเปรียบเทียบตนเองกับบุคคลที่รับรู้ว่ามีชีวิตได้เปรียบหรือเหนือกว่าบนสื่อสังคมออนไลน์มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความวิตกกังวลด้านรูปลักษณ์และความไม่พึงพอใจในตนเองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติและ สอดคล้องกับการศึกษาของเจียและคณะ²⁸ ซึ่งอธิบายว่า การเปรียบเทียบทางสังคม มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความวิตกกังวลทางสังคมจากการใช้เครือข่ายสังคมออนไลน์กล่าวคือ การรับชมเนื้อหาภาพของบุคคลที่ถูกประเมินว่ามีความได้เปรียบทางสังคมผ่านสื่อออนไลน์เพิ่มขึ้นยิ่งทำให้ความวิตกกังวลทางสังคมจากการใช้เครือข่ายสังคมออนไลน์เพิ่มขึ้น

ข้อจำกัดการวิจัย

การศึกษานี้ใช้กลุ่มตัวอย่างเฉพาะนักศึกษาพยาบาลจากมหาวิทยาลัยแห่งหนึ่งในกรุงเทพมหานคร ซึ่งอาจไม่สามารถสะท้อนลักษณะหรือพฤติกรรมของนักศึกษาพยาบาลในบริบทอื่น ๆ ได้อย่างทั่วถึง จึงไม่สามารถนำผลการวิจัยอธิบายกับกลุ่มประชากรทั่วประเทศได้

สรุป

ความวิตกกังวลทางสังคมของนักศึกษาพยาบาลอยู่ในระดับปานกลาง พฤติกรรมการใช้เครือข่ายสังคมออนไลน์มีความสัมพันธ์ทางบวกระดับต่ำกับความวิตกกังวลทางสังคม การเสพติดการใช้เครือข่ายสังคมออนไลน์มีความสัมพันธ์ทางบวกระดับปานกลางกับความวิตกกังวลทางสังคม และการเปรียบเทียบทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกระดับสูงกับความวิตกกังวลทางสังคม

ข้อเสนอแนะ

1. ในการนำผลการวิจัยไปใช้

ควรมีการคัดกรองพฤติกรรมการใช้เครือข่ายสังคมออนไลน์ การเปรียบเทียบทางสังคม การเสพติดการใช้เครือข่ายสังคมออนไลน์ และความวิตกกังวลทางสังคม ด้วยเครื่องมือทุกชนิดเป็นระยะและสม่ำเสมอ เพื่อเฝ้าระวังและติดตามผลกระทบที่อาจเกิดขึ้นจากการใช้สื่อสังคมออนไลน์

2. ในการทำวิจัยครั้งต่อไป

2.1 ศึกษาปัจจัยอื่นที่ซึ่งมีความสัมพันธ์กับความวิตกกังวลทางสังคมเพิ่มเติม เช่น การสนับสนุนทางสังคม การเห็นคุณค่าในตนเอง ภาวะซึมเศร้า หรือการควบคุมตนเอง เพื่อให้เกิดความเข้าใจที่ครอบคลุมมากขึ้นเกี่ยวกับปัจจัยที่มีผลต่อภาวะดังกล่าว

2.2 ศึกษาปัจจัยเชิงทำนายที่มีผลต่อความวิตกกังวลทางสังคมจากการใช้เครือข่ายสังคมออนไลน์ของนักศึกษาพยาบาล

เอกสารอ้างอิง

1. Imjai N, Aujirapongpan S, Jutidharabongse J, Usman B. Impacts of digital connectivity on Thailand's Generation Z undergraduates' social skills and emotional intelligence. Cont Ed Technology 2024;16(1):ep487. doi: 10.30935/cedtech/14043.
2. Ali HFM, Mousa MA, Atta MHR, Morsy SR. Exploring the association between internet addiction and time management among undergraduate nursing students. BMC Nurs 2024;23(1):632. doi: 10.1186/s12912-024-02273-5.
3. Shannon H, Bush K, Villeneuve PJ, Hellemans KG, Guimond S. Problematic social media use in adolescents and young adults: systematic review and meta-analysis. JMIR Ment Health 2022;9(4):e33450. doi: 10.2196/33450.

4. Schlenker BR, Leary MR. Social anxiety and self-presentation: a conceptualization and model. *Psychol Bull* 1982;92(3):641-59. doi:10.1037/0033-2909.92.3.641.
5. Lai F, Wang L, Zhang J, Shan S, Chen J, Tian L. Relationship between social media use and social anxiety in college students: mediation effect of communication capacity. *Int J Environ Res Public Health* 2023;20(4):3657. doi: 10.3390/ijerph20043657.
6. Lai F, Wang L, Zhang J, Shan S, Chen J, Tian L. Relationship between social media use and social anxiety in college students: mediation effect of communication capacity. *Int J Environ Res Public Health* 2023;20(4):3657. doi: 10.3390/ijerph20043657.
7. Syed UE, Safda, G, Khan A. Relationship between social anxiety, social comparison, and competitive behavior among social media users. *Online Media & Society* 2023;4(2):101-8. doi: 10.71016/oms/2w56b079.
8. Mou Q, Zhuang J, Wu Q, Zhong Y, Dai Q, Cao X, et al. Social media addiction and academic engagement as serial mediators between social anxiety and academic performance among college students. *BMC Psychol* 2024;12(1):190. doi: 10.1186/s40359-024-01635-7.
9. Polit DF, Beck CT. *Nursing research: generating and assessing evidence for nursing practice*. 11th ed. Philadelphia: Wolters Kluwer; 2021.
10. Dullaphan K. *Social networking usage behavior and mental factor as predictor of depression [thesis]*. Bangkok: National Institute of Development Administration; 2018. (in Thai)
11. Gibbons FX, Buunk BP. Individual differences in social comparison: development of a scale of social comparison orientation. *J Pers Soc Psychol* 1999;76(1):129-42. doi:10.1037/0022-3514.76.1.129.
12. Suwannamuyur P. *Relationship among job stress, workload, workload, emotions, social comparison, and job burnout of secondary school teachers [Thesis]*. Bangkok: Thammasat University; 2016. (in Thai)
13. Griffiths MD. A 'components' model of addiction within a biopsychosocial framework. *J Subst Use* 2005;10(4):191-7. doi: 10.1080/14659890500114359.
14. Chanpen S, Pornnoppadol, C, Vasupanrajit A, Dejatiwongse Na Ayudhya Q. An assessment of the validity and reliability of the Social-Media Addiction Screening Scale (S-MASS). *Siriraj Medical Journal* 2023;75(3):167-80. doi: 10.33192/smj.v75i3.261044.

15. Erliksson OJ, Lindner P, Mörtberg E. Measuring associations between social anxiety and use of different types of social media using the Swedish Social Anxiety Scale for Social Media Users: a psychometric evaluation and cross-sectional study. *Scand J Psychol* 2020;61(6):819-26. doi: 10.1111/sjop.12673.
16. La Greca AM, Lopez N. Social anxiety among adolescents: linkages with peer relations and friendships. *J Abnorm Child Psychol* 1998;26(2):83-94. doi: 10.1023/A:1022684520514.
17. Srisachat B. Basic Research. 10th ed. Bangkok: Suvireeyasan; 2017. (in Thai)
18. Pérez-Torres V. Social media: a digital social mirror for identity development during adolescence. *Curr Psychol* 2024;43:22170-80. doi: 10.1007/s12144-024-05980-z.
19. Jia Z. An experimental study on the impact of social media images on users' online social anxiety in China. *Discov Psychol* 2025;5;14. doi: 10.1007/s44202-025-00337-4.
20. Arigo D, Bercovitz I, Lapitan E, Gular S. Social comparison and mental health: Advances in methods and implications for treatment. *Curr Treat Options Psych* 2024;11,17-33. doi:10.1007/s40501-024-00313-0.
21. Albikawi ZF. Anxiety, depression, self-esteem, internet addiction and predictors of cyberbullying and cybervictimization among female nursing university students: a cross-sectional study. *Int J Environ Res Public Health* 2023;20(5):4293. doi:10.3390/ijerph20054293
22. Keles B, McCrae N, Grealish A. A systematic review: the influence of social media on depression, anxiety and psychological distress in adolescents. *Int J Adolesc Youth* 2020;25(1):79-93. doi:10.1080/02673843.2019.1590851.
23. David L, Ismaiel A, Foucambert P, Leucuta DC, Popa SL, Fadgyas Stanculete M, et al. Mental disorders, social media addiction, and academic performance in romanian undergraduate nursing students. *J Clin Med* 2024;13(15):4475. doi: 10.3390/jcm13154475.
24. Festinger L. A theory of social comparison processes. *Hum Relat* 1954;7(2):117-40. doi: 10.1177/001872675400700202.
25. Alfonso-Fuertes I, Alvarez-Mon MA, Sanchez Del Hoyo R, Ortega MA, Alvarez-Mon M, et al. Time spent on instagram and body image, self-esteem, and physical comparison among young adults in Spain: observational study. *JMIR Form Res* 2023;7:e42207. doi: 10.2196/42207.
26. McComb C, Mills JS, Polivy J, Levitan RD. Social media and appearance-based social comparison: A meta-analysis. *Media Psychol* 2023;26(5):612-35. doi:10.1080/15213269.2023.2180647.
27. Tian J, Li B, Zhang R. The impact of upward social comparison on social media on appearance anxiety: A moderated mediation model. *Behav Sci (Basel)* 2024;15(1):8. doi: 10.3390/bs15010008.

28. Jia Z. An experimental study on the impact of social media images on users' online social anxiety in China. *Discov Psychol* 2025;5:14. doi: 10.1007/s44202-025-00337-4.

ปัจจัยทำนายความรุนแรงของภาวะแทรกซ้อนภายหลังผ่าตัดในผู้ป่วยที่ได้รับการ ผ่าตัดมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก

Factors Predicting Severity of Postoperative Complications among Colorectal Cancer Surgery Patients

อรญา ศรีนารอด* รัตติมา ศิริโหราชัย** นภาพร วาณิชกุล*** เชิดศักดิ์ ไอรมนิรัตน์****

Oraya Srinarod* Rattima Sirihorachai** Napaporn Wanitkun** Cherdasak Iramaneerat****

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความรุนแรงของภาวะแทรกซ้อนใน 30 วัน ภายหลังผ่าตัด
มะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก และปัจจัยทำนายความรุนแรงของภาวะแทรกซ้อนใน 30 วัน ภายหลังผ่าตัด
มะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก โดยมีเกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง คือผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดมะเร็งลำไส้
ใหญ่และทวารหนัก ซึ่งมาตรวจตามนัดภายหลังผ่าตัด 30 วัน ที่หน่วยตรวจโรคศัลยกรรมผู้ป่วยนอกของ

Received: September 29, 2024

Revised: July 23, 2025

Accepted: August 27, 2025

* นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ คณะพยาบาลศาสตร์
มหาวิทยาลัยมหิดล กรุงเทพฯ ประเทศไทย 10700. E-mail: oraya.sri@student.mahidol.ac.th

* Student in Master of Nursing Science Program in Adult and Gerontological Nursing, Faculty of Nursing,
Mahidol University, Bangkok, Thailand 10700. E-mail: oraya.sri@student.mahidol.ac.th

** Corresponding Author, ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ภาควิชาการพยาบาลศัลยกรรม คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล
กรุงเทพฯ ประเทศไทย 10700. E-mail: rattima.sir@mahidol.ac.th

** Corresponding Author, Assistant Professor, Department of Surgery Nursing, Faculty of nursing, Mahidol
University, Bangkok, Thailand 10700. E-mail, rattima.sir@mahidol.ac.th

*** ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ภาควิชาการพยาบาลศัลยกรรม คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล กรุงเทพฯ ประเทศไทย
10700. E-mail: napaporn.wan@mahidol.ac.th

*** Assistant Professor, Department of Surgery Nursing, Faculty of nursing, Mahidol University, Bangkok,
Thailand 10700. E-mail: napaporn.wan@mahidol.ac.th

**** รองศาสตราจารย์ ภาควิชาศัลยกรรม คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล กรุงเทพฯ ประเทศไทย
10700. E-mail: cherdasak.ira@mahidol.ac.th

**** Associate Professor, Department of Surgery, Faculty of Medicine Siriraj Hospital, Mahidol University,
Bangkok, Thailand 10700. E-mail: cherdasak.ira@mahidol.ac.th

โรงพยาบาล มหาวิทยาลัยแห่งหนึ่ง จำนวน 143 คน เก็บรวบรวมข้อมูลด้วยแบบสอบถาม ได้แก่ ข้อมูลส่วนบุคคล ภาวะโภชนาการก่อนผ่าตัด การรับรู้การดูแลแบบบุคคลเป็นศูนย์กลาง ความรอบรู้ด้านสุขภาพ และความรุนแรงของภาวะแทรกซ้อนภายหลังผ่าตัด นำแบบประเมินการรับรู้การดูแลแบบบุคคลเป็นศูนย์กลาง ความรอบรู้ด้านสุขภาพ คำนวณค่าความเชื่อมั่นด้วยสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาคได้ 0.92 และ 0.95 ตามลำดับ ส่วนความรุนแรงของภาวะแทรกซ้อนภายหลังผ่าตัด ได้นำไปหาค่าความเชื่อมั่นโดยการหาค่าความสอดคล้องของการใช้แบบคัดกรองระหว่างนักวิจัย 2 คน (inter-rater reliability) ได้ค่าความเชื่อมั่นภายใน (intraclass correlation coefficient) 0.94 และวิเคราะห์ข้อมูลสถิติเชิงพรรณนา ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบพอยท์ไบซีเรียล และสถิติการถดถอยพหุคูณ

ผลการศึกษา พบว่า ค่าเฉลี่ยความรุนแรงของภาวะแทรกซ้อนภายหลังผ่าตัดอยู่ในระดับน้อย (Mean = 17.82, SD = 7.56) ภาวะโภชนาการก่อนผ่าตัด การรับรู้การดูแลแบบบุคคลเป็นศูนย์กลาง และความรอบรู้ด้านสุขภาพ สามารถทำนายความรุนแรงของภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดได้ร้อยละ 28 (Adjusted $R^2 = 28$, $F_{(4, 138)} = 14.60$, $p < .05$) ทั้งนี้ภาวะโภชนาการก่อนผ่าตัด ($\beta = -.28$, $p < .001$) การรับรู้การดูแลแบบบุคคลเป็นศูนย์กลาง ($\beta = -.28$, $p < .001$) สามารถทำนายความรุนแรงของภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดได้มากที่สุด รองลงมาคือ ความรอบรู้ด้านสุขภาพ ($\beta = -.24$, $p < .05$)

จากผลการศึกษาครั้งนี้ เป็นข้อมูลพื้นฐานในการพัฒนาแนวทางในการส่งเสริมภาวะโภชนาการก่อนผ่าตัด การให้บริการแบบบุคคลเป็นศูนย์กลาง และความรอบรู้ด้านสุขภาพ ให้กับผู้ป่วยก่อนเข้ารับการผ่าตัด เพื่อลดความรุนแรงของภาวะแทรกซ้อนใน 30 วัน หลังผ่าตัดต่อไป

คำสำคัญ: มะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก ภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด ภาวะโภชนาการ ความรอบรู้ด้านสุขภาพ การรับรู้การดูแลแบบบุคคลเป็นศูนย์กลาง

Abstract

This study aimed to examine the severity and predictive factors of postoperative complications within 30 days among colorectal cancer patients who met specific selection criteria. A total of 143 colorectal cancer patients attended postoperative appointments at a university hospital outpatient clinic. Data were collected through interviews using a questionnaire package that included personal data, nutritional status, perceived person-centered care, health literacy, and the severity of postoperative complications. The reliability of the perceived person-centered care and health literacy assessments was confirmed with Cronbach's alpha coefficients of 0.92 and 0.95, respectively, and inter-rater reliability using the intraclass correlation coefficient of 0.94. Descriptive statistics, Pearson's product-moment correlation coefficient, point-biserial correlation coefficient, and multiple regression analysis were used for data analysis.

The findings indicated that the average severity of postoperative complications was low (Mean = 17.82, S.D. = 7.56). Nutritional status, perceived person-centered care, and health literacy significantly predicted complication severity, accounting for 28% of the

variance (Adjusted $R^2 = 28$, $F_{(4, 138)} = 14.60$, $p < .05$). Nutritional status ($\beta = -.28$, $p < .001$) and perceived person-centered care ($\beta = -.28$, $p < .001$) were the strongest predictors, followed by health literacy ($\beta = -.24$, $p < .05$).

The findings of this study provide a foundational framework for developing evidence-based guidelines to enhance preoperative nutritional status, implement person-centered care, and improve health literacy among surgical patients. These efforts aim to mitigate the severity of postoperative complications within the first 30 days following surgery.

Keywords: colorectal cancer, postoperative complications, nutritional status, health literacy, person-centered care

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญทั่วโลก จากรายงานองค์การวิจัยโรคมะเร็งนานาชาติ (International Agency for Research on Cancer: IARC) พบว่า โรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักนั้น มีอุบัติการณ์การเกิดและเป็นสาเหตุของการเสียชีวิตอยู่ใน 3 ลำดับแรกของมะเร็งทุกชนิด¹ สำหรับในประเทศไทย² ซึ่งการรักษาด้วยการผ่าตัดเป็นการรักษาหลักในผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการวินิจฉัยในระยะเริ่มต้น หรือระยะที่ 1 และ 2¹ ส่วนใหญ่จะพบในระยะที่ลุกลาม หรือระยะที่ 3-4 มากถึง ร้อยละ 69²

จากการทบทวนวรรณกรรมในผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก พบว่า การศึกษาส่วนใหญ่จะเป็นการศึกษาเกี่ยวกับภาวะแทรกซ้อน 30 วัน ภายหลังการผ่าตัด และเก็บรวบรวมข้อมูลที่เกิดกับระบบต่าง ๆ ในร่างกาย โดยแยกเป็นระบบต่าง ๆ ได้แก่ ภาวะแทรกซ้อนทางระบบทางเดินหายใจใน 48 ชั่วโมงแรกถึง 7 วัน พบร้อยละ 2-20^{3,4} ภาวะติดเชื้อที่แผลผ่าตัดในช่วง 3-9 วัน พบร้อยละ 16-21⁵ รอยต่อลำไส้รั่ว ในช่วง 5-14 วัน พบร้อยละ 5.2-14.7⁶ ภาวะลำไส้หยุดทำงานและภาวะลำไส้อุดตัน ภายหลังผ่าตัดในสัปดาห์ที่ 1-2 พบร้อยละ 4.4-12.8⁷ ยิ่งภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นในแต่ละระบบเพิ่มขึ้น แสดงถึงระดับความรุนแรงของภาวะแทรกซ้อนในผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักเพิ่มมากขึ้นตามมา มีข้อมูลจากการศึกษาพบว่า ในกลุ่มที่นัดหมายผ่าตัด ความรุนแรงของภาวะแทรกซ้อนภายหลังผ่าตัดมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักอยู่ในระดับน้อย⁸⁻¹⁰ ขณะที่การผ่าตัดฉุกเฉินมีความรุนแรงของภาวะแทรกซ้อนอยู่ในระดับมาก⁹

ความรุนแรงของภาวะแทรกซ้อนภายหลังผ่าตัด หมายถึง ความรุนแรงของผลลัพธ์ที่ไม่พึงประสงค์จากการผ่าตัด ส่งผลกระทบโดยตรงต่อการฟื้นตัวของผู้ป่วยซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของผลลัพธ์ (outcomes) ของระบบการพยาบาล⁹ การประเมินความรุนแรงของภาวะแทรกซ้อนภายหลังผ่าตัด ตามแนวคิดของสลันคา เมแนก และคณะ¹¹ มีการจัดระดับความรุนแรงภาวะแทรกซ้อน อย่างไรก็ตามการประเมินภาวะแทรกซ้อนที่ผ่านมา เป็นการประเมินภาวะแทรกซ้อนตามระบบร่างกาย ได้แก่ ระบบทางเดินหายใจ และระบบทางเดินอาหาร เป็นต้น ความแตกต่างกันขึ้นอยู่กับสภาพของผู้ป่วย โรค ชนิดของการผ่าตัด การประเมินก่อนผ่าตัด การดูแลระหว่าง และหลังผ่าตัด แต่ในการศึกษาความรุนแรงภาวะแทรกซ้อนทั้งหมดโดยรวมของทุกระบบที่ผู้ป่วยหลังผ่าตัดต้องเผชิญยังมีค่อนข้างจำกัด โดยเฉพาะในระยะเวลา 30 วัน ภายหลังการผ่าตัด ซึ่งเป็นระยะที่ผู้ป่วยได้รับการจำหน่ายและกลับไปอยู่ที่บ้านแล้ว

การศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความรุนแรงของภาวะแทรกซ้อนภายหลังผ่าตัด ซึ่งเป็นผลลัพธ์ของระบบการพยาบาล ตัวแปรที่นำมาศึกษาดังกล่าว สามารถอธิบายด้วยกรอบแนวคิดแบบจำลองประสิทธิผลของการพยาบาล (Nursing Role Effectiveness Model: NREM) ของ Irvine และคณะ¹² ซึ่งมีองค์ประกอบเชิงโครงสร้าง (structure) และมีองค์ประกอบย่อย คือ ปัจจัยส่วนบุคคลของผู้ป่วย และปัจจัยด้านการรักษา ได้แก่ ปัจจัยส่วนบุคคล คือ อายุ เพศ พฤติกรรมการสูบบุหรี่ โรคร่วม ภาวะช็อคก่อนผ่าตัด ภาวะโภชนาการก่อนผ่าตัด และความรอบรู้ด้านสุขภาพ ส่วนปัจจัยด้านการรักษา คือ การรักษาเสริมก่อนผ่าตัด ชนิดการผ่าตัด การมีรูเปิดทวารเทียมภายหลังผ่าตัด สำหรับปัจจัยที่อยู่ภายใต้องค์ประกอบเชิงกระบวนการ (process) ซึ่งเป็นบทบาทหน้าที่ของพยาบาลบทบาทอิสระและการทำงานร่วมกับการรักษาของสหสาขาวิชาชีพ ได้แก่ การรับรู้การดูแลแบบบุคคลเป็นศูนย์กลาง

จากการทบทวนวรรณกรรม พบความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยต่าง ๆ ดังนี้ ปัจจัยส่วนบุคคลของผู้ป่วย มะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก ได้แก่ อายุที่เพิ่มขึ้นมีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนในระบบทางเดินหายใจมากกว่าผู้ป่วยที่อายุน้อยกว่าถึง 4.32 เท่า (OR = 4.32, 95%CI 2.51-7.25; $p < .001$)³ ด้านเพศ พบว่าเพศชายมีความสัมพันธ์กับความรุนแรงของภาวะแทรกซ้อนภายหลังผ่าตัดมากกว่าเพศหญิง ($p < .001$)¹⁰ ด้านพฤติกรรมการสูบบุหรี่มีความสัมพันธ์กับภาวะแทรกซ้อนระบบทางเดินหายใจมากกว่าผู้ที่ไม่ได้สูบบุหรี่ ($p < .001$)⁴ ด้านโรคร่วม พบว่า ผู้ป่วยที่มีโรคร่วมหลายชนิดมีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนภายหลังผ่าตัดมากกว่าผู้ป่วยที่ไม่มีโรคร่วม 1.09 เท่า (OR = 1.09, 95%CI 1.02-1.17; $p = .01$)¹³ ในด้านภาวะช็อค พบว่า ผู้ป่วยที่มีภาวะช็อคมีโอกาสเกิดการติดเชื้อที่แผลผ่าตัดมากกว่าผู้ป่วยที่ไม่มีภาวะช็อคประมาณ 4.59 เท่า (OR = 4.59, 95%CI 2.57-8.21; $p < .001$)¹⁴ ในด้านภาวะโภชนาการก่อนผ่าตัด พบว่า ภาวะโภชนาการที่ไม่ดี มีโอกาสเพิ่มระดับความรุนแรงของภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดเพิ่มมากขึ้น และมากกว่าผู้ป่วยที่มีภาวะโภชนาการที่ดี 3.46 เท่า (OR = 3.46, 95%CI 1.66 - 7.24; $p = .001$)¹⁵ นอกจากนี้ด้านความรอบรู้ด้านสุขภาพ เป็นการประเมินในด้านความสามารถในการอ่าน และความเข้าใจข้อมูลสุขภาพ ด้านความมั่นใจในการให้ข้อมูลและความเข้าใจข้อมูลเกี่ยวกับการรักษาทางการแพทย์ ซึ่งความรอบรู้ด้านสุขภาพเป็นความสามารถของบุคคลในการค้นหา เรียนรู้ข้อมูลสุขภาพเพื่อนำมาใช้ในการดูแลสุขภาพตนเองจากการศึกษาของ Theiss และคณะ¹⁶ พบว่า ผู้ป่วยที่มีคะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพต่ำ มีความสัมพันธ์กับภาวะแทรกซ้อนด้านการติดเชื้อที่แผลผ่าตัด ($p = .04$)

ส่วนปัจจัยด้านการรักษา เป็นองค์ประกอบย่อยขององค์ประกอบเชิงโครงสร้างที่เกี่ยวข้องกับแนวทางการรักษา ซึ่งรวมทั้งการรักษาด้วยยาเคมีบำบัด รังสีรักษา และการรักษาอื่น ๆ ก่อนการผ่าตัดจากการศึกษาที่ผ่านมา พบว่า ผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัดหรือรังสีรักษาก่อนการผ่าตัดมีโอกาสเกิดการติดเชื้อที่แผลผ่าตัดมากกว่าผู้ป่วยที่ไม่ได้ยาเคมีบำบัดหรือรังสีรักษาก่อนการผ่าตัดประมาณ 2.40 เท่า (OR = 2.40, 95%CI 1.09-5.26; $p = .02$)¹⁴ นอกจากนี้การได้รับยาเคมีบำบัดหรือรังสีรักษาก่อนการผ่าตัด ยังมีความสัมพันธ์กับความรุนแรงของการเกิดภาวะแทรกซ้อนภายหลังผ่าตัดด้วยเช่นกัน¹⁰ ทั้งนี้ในส่วนของการผ่าตัด พบว่า การผ่าตัดแบบเปิดช่องท้องมีโอกาสเกิดความรุนแรงของภาวะแทรกซ้อนภายหลังผ่าตัดมากกว่าการผ่าตัดแบบส่องกล้อง 3.89 เท่า (OR = 3.89, 95%CI 1.14-13.29; $p = .03$)⁹ รวมทั้งด้านการมีรูเปิดทวารเทียมภายหลังผ่าตัด พบว่า การมีรูเปิดทวารเทียมภายหลังผ่าตัดมีโอกาสเพิ่มระดับความรุนแรงของภาวะแทรกซ้อนภายหลังผ่าตัดเพิ่มมากขึ้นเป็น 2.50 เท่า (OR = 2.50, 95%CI 1.35-4.65; $p = .004$)¹⁵ สำหรับปัจจัยด้านกระบวนการ ได้แก่ การรับรู้การดูแลแบบบุคคลเป็นศูนย์กลาง

(person-centered care) จากการศึกษาที่ผ่านมาของ Liu และคณะ¹⁷ ศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดสะโพกหัก พบว่า การรับรู้การดูแลแบบบุคคลเป็นศูนย์กลางมีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะแทรกซ้อนระบบทางเดินหายใจ ($p < .05$)

ในการศึกษานี้ผู้วิจัยมีความสนใจที่จะศึกษาความรุนแรงของภาวะแทรกซ้อนภายหลังผ่าตัดที่ระยะเวลา 30 วัน ภายหลังการผ่าตัด และปัจจัยทำนายต่อความรุนแรงของภาวะแทรกซ้อนภายหลังผ่าตัดที่ระยะเวลา 30 วัน ภายหลังการผ่าตัด ได้แก่ อายุ เพศ พฤติกรรมการสูบบุหรี่ โรคร่วม ภาวะช็อคก่อนผ่าตัด ภาวะโภชนาการก่อนผ่าตัด ความรอบรู้ด้านสุขภาพ การรักษาสเสริมก่อนผ่าตัด ชนิดของการผ่าตัด การมีรูเปิดทวารเทียมภายหลังผ่าตัดและการรับรู้การดูแลแบบบุคคลเป็นศูนย์กลาง ในผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก อีกทั้งงานวิจัยที่ผ่านมาได้มีการศึกษาค่อนข้างจำกัดที่เป็นการศึกษาภาวะแทรกซ้อนโดยรวมของทุกระบบที่เกิดขึ้นภายหลังผ่าตัด และส่วนใหญ่เป็นการศึกษาภาวะแทรกซ้อนที่ผู้ป่วยต้องเผชิญแต่ละชนิดหรือแต่ละระบบในระยะซึ่งอยู่ที่โรงพยาบาล³⁻⁷ จากการทบทวนวรรณกรรมจะเห็นได้ว่า องค์ประกอบเชิงโครงสร้าง มีผลต่อความรุนแรงของภาวะแทรกซ้อนภายหลังผ่าตัด แต่ผลการศึกษายังไม่เป็นไปในทิศทางเดียวกัน ได้แก่ อายุ เพศ พฤติกรรมการสูบบุหรี่ โรคร่วม ภาวะช็อคก่อนผ่าตัด การรักษาสเสริมก่อนผ่าตัด ชนิดของการผ่าตัด การมีรูเปิดทวารเทียมภายหลังผ่าตัด ในขณะที่ตัวแปร ภาวะโภชนาการก่อนผ่าตัด ความรอบรู้ด้านสุขภาพ และองค์ประกอบเชิงกระบวนการ ได้แก่ การรับรู้การดูแลแบบบุคคลเป็นศูนย์กลาง ยังไม่มีการศึกษาในผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก ที่ส่งผลต่อความรุนแรงของภาวะแทรกซ้อนภายหลังผ่าตัด จึงยังไม่สามารถนำผลของการศึกษามาประยุกต์ใช้ในการพัฒนารูปแบบโปรแกรมการดูแลการเตรียมความพร้อมก่อนผ่าตัด เพื่อลดความรุนแรงของภาวะแทรกซ้อนภายหลังผ่าตัดในผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักได้

กรอบแนวคิดการวิจัย

ความรุนแรงของภาวะแทรกซ้อนภายหลังผ่าตัดเป็นองค์ประกอบเชิงผลลัพธ์ (outcomes) ในกรอบแนวคิดแบบจำลองประสิทธิผลของการพยาบาล (Nursing Role Effectiveness Model: NREM) ของ Irvine และคณะ¹² ซึ่งสัมพันธ์กับ 2 องค์ประกอบคือ 1) องค์ประกอบเชิงโครงสร้าง คือ ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ อายุ เพศ พฤติกรรมการสูบบุหรี่ โรคร่วม ภาวะช็อคก่อนผ่าตัด ภาวะโภชนาการก่อนผ่าตัด และความรอบรู้ด้านสุขภาพ ปัจจัยด้านการรักษา ได้แก่ การรักษาเสริมก่อนผ่าตัด ชนิดการผ่าตัด การมีรูเปิดทวารเทียมภายหลังผ่าตัด 2) องค์ประกอบเชิงกระบวนการ ประกอบด้วย การรับรู้การดูแลแบบบุคคลเป็นศูนย์กลาง ซึ่งเป็นบทบาทอิสระรวมทั้งใช้ความรู้ทางการพยาบาลในการดูแล ประเมินความรู้และคำแนะนำการปฏิบัติตัวในการดูแลผู้ป่วย ดังนั้น อายุ เพศ พฤติกรรมการสูบบุหรี่ โรคร่วม ภาวะช็อคก่อนผ่าตัด ภาวะโภชนาการก่อนผ่าตัด ความรอบรู้ด้านสุขภาพ การรักษาสเสริมก่อนผ่าตัด ชนิดการผ่าตัด การมีรูเปิดทวารเทียมภายหลังผ่าตัด และการรับรู้การดูแลแบบบุคคลเป็นศูนย์กลางคาดว่าจะส่งผลต่อความรุนแรงของภาวะแทรกซ้อนใน 30 วัน ภายหลังผ่าตัดมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก³⁻⁷

คำถามการวิจัย

1. ความรุนแรงของภาวะแทรกซ้อนใน 30 วัน ภายหลังผ่าตัดมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักเป็นอย่างไร
2. อายุ เพศ พฤติกรรมการสูบบุหรี่ โรคร่วม ภาวะช็อคก่อนผ่าตัด ภาวะโภชนาการก่อนผ่าตัด ความรอบรู้ด้านสุขภาพ การรักษาสเสริมก่อนผ่าตัด การมีรูเปิดทวารเทียมภายหลังผ่าตัด และการรับรู้การดูแลแบบบุคคลเป็นศูนย์กลาง สามารถทำนายความแปรปรวนของความรุนแรงของภาวะแทรกซ้อนใน 30 วัน ภายหลังผ่าตัดมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักได้หรือไม่ อย่างไร

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาความรุนแรงของภาวะแทรกซ้อนใน 30 วันภายหลังผ่าตัดมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก
2. เพื่อศึกษาอำนาจทำนาย ระหว่าง อายุ เพศ พฤติกรรมการสูบบุหรี่ โรคร่วม ภาวะช็อคก่อนผ่าตัด ภาวะโภชนาการก่อนผ่าตัด ความรอบรู้ด้านสุขภาพ การรักษาสเสริมก่อนผ่าตัด ชนิดการผ่าตัด การมีรูเปิดทวารเทียมภายหลังผ่าตัด และการรับรู้การดูแลแบบบุคคลเป็นศูนย์กลางต่อความรุนแรงของภาวะแทรกซ้อนใน 30 วัน ภายหลังผ่าตัดมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก

สมมติฐานการวิจัย

อายุ เพศ พฤติกรรมการสูบบุหรี่ โรคร่วม ภาวะช็อคก่อนผ่าตัด ภาวะโภชนาการก่อนผ่าตัด ความรอบรู้ด้านสุขภาพ การรักษาสเสริมก่อนผ่าตัด ชนิดการผ่าตัด การมีรูเปิดทวารเทียมภายหลังผ่าตัด และการรับรู้การดูแลแบบบุคคลเป็นศูนย์กลาง สามารถทำนายความแปรปรวนความรุนแรงของภาวะแทรกซ้อนใน 30 วัน ภายหลังผ่าตัดมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักได้

ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษารูปแบบความสัมพันธ์เชิงทำนาย

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือผู้ป่วยโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักทุกระยะทั้งเพศชายและเพศหญิง อายุ 18 ปีขึ้นไป ซึ่งมารับการตรวจติดตามภายหลังผ่าตัด ซึ่งมารับการตรวจติดตามภายหลังผ่าตัดในช่วง 14 ถึง 30 วัน ที่หน่วยตรวจโรคศัลยศาสตร์ ตึกผู้ป่วยนอก ณ โรงพยาบาลตติยภูมิชั้นสูง ในเขตกรุงเทพมหานคร คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (purposive sampling)

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักทุกระยะ ทั้งเพศชายและเพศหญิง อายุ 18 ปีขึ้นไป ที่ได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัด ซึ่งมารับการตรวจติดตามภายหลังผ่าตัดในช่วง 14 ถึง 30 วัน ที่หน่วยตรวจโรคศัลยศาสตร์ ตึกผู้ป่วยนอก ณ โรงพยาบาลตติยภูมิชั้นสูง 1 แห่ง เกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง ดังนี้ 1) ได้รับการผ่าตัดมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักครั้งแรก 2) สามารถสื่อสารภาษาไทยได้ 3) มีระดับการรู้คิด (cognitive function) ปกติ ถ้าอายุมากกว่า 60 ปี ต้องมีคะแนนการรู้คิด เท่ากับ 9 จากการประเมินการรู้คิดด้วยแบบประเมินการรู้คิด (GP-COG)¹⁸ และมีเกณฑ์การคัดออก ดังนี้ 1) มีประวัติการเจ็บป่วยด้วยโรคทางจิตเวชจากข้อมูลในเวชระเบียน หรือมีภาวะวิกฤตขณะตอบแบบสอบถาม

การคำนวณกลุ่มตัวอย่าง ใช้โปรแกรม G*Power 3.1 สำหรับการวิเคราะห์ multiple regression จากการศึกษาที่ผ่านมา ไม่มีการศึกษาในความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรต้นและตัวแปรตามที่สอดคล้องกับการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยจึงกำหนดค่าพารามิเตอร์ ในการทดสอบทางสถิติ ด้วยอิทธิพลขนาดกลาง (medium effect size) โดยมี $f^2 = 0.15$ ¹⁹ ค่าความเชื่อมั่นในการทดสอบด้วยแอลฟา (α) เท่ากับ .05 อำนาจการทดสอบ (power analysis) เท่ากับ .80 มีตัวแปรต้นทั้งหมด 11 ตัว ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 123 คน แต่การศึกษานี้มีการติดตามสอบถาม 2 ครั้ง (ครั้งแรกพบกลุ่มตัวอย่างทุกราย เมื่อ 14 วันภายหลังจากจำหน่ายแล้ว ครั้งที่สองโทรศัพท์เพื่อติดตามภาวะแทรกซ้อน ในช่วง 30 วันภายหลังจากผ่าตัด) ดังนั้นเพื่อป้องกันการสูญหายของกลุ่มตัวอย่างและในกรณีข้อมูลไม่ครบถ้วน ผู้วิจัยจึงเพิ่มขนาดกลุ่มตัวอย่าง ร้อยละ 20 สรุปกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 148 คน

เครื่องมือการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษานี้ ประกอบด้วย 2 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบประเมินการรู้คิด (General Practitioner Assessment of Cognition: GP - COG) ใช้คัดกรองระดับการรู้คิดในกลุ่มตัวอย่างที่มีอายุมากกว่า 60 ปี พัฒนาโดย โบรดาตี และคณะ²⁰ แปลเป็นภาษาไทยโดย จิรพันธ์ กรพิพิทส์ สุภาวดี พุฒิน้อย และเมธิดา พงษ์ศักดิ์ศรี¹⁸ มีข้อคำถามจำนวน 6 ข้อ คะแนนระหว่าง 0-9 คะแนน การแปลผล ถ้าคะแนนเท่ากับ 9 หมายถึง ความสามารถในการรู้คิดอยู่ในเกณฑ์ปกติ และสามารถเข้าร่วมการวิจัยได้ ถ้าน้อยกว่าถือว่าไม่ผ่านเกณฑ์ หากพบว่ากลุ่มตัวอย่างไม่ผ่านเกณฑ์ประเมิน ผู้วิจัยส่งต่อพยาบาลที่หน่วยตรวจโรคัลยศาสตร์ ตึกผู้ป่วยนอก ให้ได้รับการดูแลที่เหมาะสมต่อไป

ส่วนที่ 2 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

2.1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ อายุ เพศ ระดับการศึกษา อาชีพ และสิทธิการรักษา ข้อมูลการเจ็บป่วย ได้แก่ การวินิจฉัยโรค ระยะของโรคมะเร็ง ชนิดการผ่าตัด การได้รับยาเคมีบำบัดหรือรังสีรักษา ก่อนผ่าตัด การมีรูเปิดทวารเทียมภายหลังผ่าตัด และค่าฮีโมโกลบิน (hemoglobin) ใช้ประเมินภาวะซีด ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลจากเวชระเบียนของผู้ป่วย

2.2 แบบวัดภาวะโภชนาการ เป็นแบบประเมินภาวะโภชนาการ (Prognostic Nutritional Index : PNI) ก่อนการผ่าตัด พัฒนาโดย โอโนเดระ และคณะ²¹ ผู้วิจัยขออนุญาตใช้เครื่องมือแล้ว²¹ และถูกนำไปใช้ประเมินภาวะโภชนาการในกลุ่มตัวอย่างที่ได้รับการผ่าตัดมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก มีค่าดัชนีความตรงเชิงพยากรณ์ (predictive validity) และค่าดัชนีความสอดคล้อง (Concordance index : C-index) เท่ากับ 0.6 ซึ่งได้จากการคำนวณค่าความเข้มข้นอัลบูมิน (albumin) และลิมโฟไซต์ (lymphocyte) ในซีรัม ค่าทางชีวเคมี (biochemical parameters) ที่เป็นผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการที่เป็นค่ามาตรฐานสากล $PNI = (10 \times \text{serum albumin (g/dL)}) + (0.005 \times \text{total lymphocyte count in the peripheral blood (per mm}^3\text{)})$ การแปลผลคือ PNI ที่ต่ำกว่าปกติจะบ่งชี้ถึงความเสี่ยงที่สูงกว่าในการเกิดภาวะแทรกซ้อน

2.3 แบบวัดความรู้ด้านสุขภาพ เป็นแบบประเมินความรู้ด้านสุขภาพสำหรับคนไทย (Thai Health Literacy Questionnaire) พัฒนาขึ้นโดย นภาพร วาณิชกุล และคณะ²² และเคยถูกนำไปใช้ในกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและลำคอ ภายหลังได้รับรังสีรักษา ซึ่งมีค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity Index : CVI) เท่ากับ 0.96²² ข้อคำถามจำนวน 29 ข้อ แบ่งเป็น 7 ด้าน ประกอบด้วย 1) ด้านการรับรู้สิทธิขั้นพื้นฐานด้านสุขภาพ จำนวน 4 ข้อ 2) ด้านความสามารถในการรับบริการสุขภาพ จำนวน 5 ข้อ 3) ด้านทักษะการสื่อสารเพื่อให้ได้สิ่งที่ต้องการจากบุคลากรสุขภาพ จำนวน 4 ข้อ 4) ด้านครอบครัวสุขภาพ

จำนวน 4 ข้อ 5) ด้านความสามารถในการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพ จำนวน 4 ข้อ 6) ด้านการประเมินความน่าเชื่อถือของข้อมูลสุขภาพ จำนวน 4 ข้อ 7) ด้านความรับผิดชอบของตนเองต่อสุขภาพ จำนวน 4 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตรวัดประมาณค่า (rating scale) 11 ระดับ โดย 0 หมายถึง ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง ถึง 10 หมายถึง เห็นด้วยอย่างยิ่ง การแปลผล คะแนนสูง หมายถึง มีความรอบรู้ด้านสุขภาพดี

2.4 แบบสอบถามการรับรู้การดูแลแบบบุคคลเป็นศูนย์กลาง เป็นแบบประเมินการรับรู้การดูแลแบบบุคคลเป็นศูนย์กลาง (Consultation Care Measure: CCM) พัฒนาโดย ลิตเติล และคณะ²³ แปลเป็นภาษาไทยโดย สิรินันท์ ชูเชิด และคณะ²⁴ เคยถูกนำไปใช้กับกลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัด ซึ่งมีค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา (CVI) เท่ากับ 0.90²⁴ มีข้อคำถาม จำนวน 21 ข้อ แบ่งเป็น 5 ด้าน ได้แก่ 1) ด้านการติดต่อสื่อสารและการสร้างสัมพันธภาพ จำนวน 11 ข้อ 2) ด้านสัมพันธภาพระหว่างบุคคล จำนวน 3 ข้อ 3) ด้านการส่งเสริมสุขภาพ จำนวน 2 ข้อ 4) ด้านการมองปัญหาอย่างชัดเจน จำนวน 3 ข้อ 5) ด้านการสนใจผลกระทบที่เกิดขึ้นต่อชีวิตของผู้ป่วย จำนวน 2 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตรวัดประมาณค่า (rating scale) 7 ระดับ 0 หมายถึง ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง ถึง 7 หมายถึง เห็นด้วยอย่างยิ่ง การแปลผล ยิ่งคะแนนสูง หมายถึง ยิ่งมีการรับรู้ได้รับการดูแลแบบบุคคลเป็นศูนย์กลางเพิ่มมากขึ้น

2.5 แบบสอบถามโรคร่วม เป็นแบบประเมินตัวชี้วัดโรคร่วมของชาร์ลสัน (Charlson Comorbidity Index : CCI) พัฒนาโดย ชาร์ลสัน และคณะ²⁵ ฉบับปรับปรุงปี 2008 เคยถูกนำไปใช้กับกลุ่มตัวอย่างที่ได้รับการผ่าตัดมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก ซึ่งมีค่าดัชนีความเชื่อมั่นระหว่างผู้ประเมิน (inter-rater reliability) เท่ากับ 0.80 เป็นการประเมินเกี่ยวกับประวัติของการมีโรคร่วม ประกอบด้วย 23 โรคร่วม มีหลักการคิดคะแนน ดังนี้ ค่าคะแนน 1 คะแนน ได้แก่ โรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย ภาวะหัวใจล้มเหลว โรคหลอดเลือดส่วนปลาย โรคหลอดเลือดสมอง โรคความจำเสื่อม โรคปอดเรื้อรัง โรคของเนื้อเยื่อเกี่ยวพัน โรคแผลในกระเพาะอาหาร โรคตับชนิดไม่รุนแรง โรคเบาหวาน ภาวะซึมเศร้า โรคความดันโลหิตสูง และผู้ป่วยที่ได้รับยา warfarin หรือ coumadin ค่าคะแนน 2 คะแนน ได้แก่ โรคอัมพาต โรคไตชนิดรุนแรงปานกลาง โรคเบาหวานที่มีภาวะแทรกซ้อน มะเร็งที่ยังไม่แพร่กระจาย มะเร็งเม็ดเลือดขาว มะเร็งต่อมน้ำเหลือง และผู้ป่วยที่มีแผลกดทับ ค่าคะแนน 3 คะแนน ได้แก่ โรคตับแข็งชนิดรุนแรงปานกลาง และโรคตับแข็งชนิดรุนแรงมาก ค่าคะแนน 6 คะแนน ได้แก่ โรคมะเร็งที่มีการแพร่กระจาย และโรคเอดส์ คะแนนรวม ตั้งแต่ 0-42 คะแนน การแปลผล คะแนน 0 หมายถึง ไม่มีโรคร่วม และคะแนนมากกว่า 1 หมายถึง มีโรคร่วมอย่างน้อย 1 โรค

2.6 แบบประเมินความรุนแรงของภาวะแทรกซ้อนภายหลังผ่าตัด เป็นแบบประเมินความรุนแรงของภาวะแทรกซ้อนภายหลังผ่าตัด (Comprehensive Complication Index : CCI) พัฒนาโดย สลันคาเมเนก และคณะ¹¹ แปลเป็นภาษาไทยโดย ชนุตพร รัตนมงคล²⁶ เคยใช้ประเมินกลุ่มตัวอย่างที่ได้รับการผ่าตัดมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก และมีค่าดัชนีความตรงเชิงโครงสร้าง (CVI) เท่ากับ 0.80¹¹ ในการประเมินระดับความรุนแรงของภาวะแทรกซ้อนภายหลังผ่าตัดตามเกณฑ์ของ Clavien Dindo Classification¹¹ ประเมินจากอาการและการรักษาที่ผู้ป่วยได้รับเมื่อเกิดภาวะแทรกซ้อนภายหลังผ่าตัด ในระบบต่าง ๆ ของร่างกาย ได้แก่ ระบบหัวใจและหลอดเลือด ระบบทางเดินหายใจ ระบบทางเดินอาหาร ระบบโลหิต ระบบทางเดินปัสสาวะ ระบบประสาท ระบบผิวหนังและบาดแผล ระบบเมตาบอลิซึมและระบบต่อมไร้ท่อ มาตรวัดในการประเมินความรุนแรงของภาวะแทรกซ้อนในระบบต่าง ๆ แบ่งเป็น 5 ระดับ ซึ่งระดับที่ 1 คือ ผู้ป่วยได้รับการรักษาด้วยยา ได้แก่ ยาแก้ปวด ยาแก้อาเจียน ยาลดไข้ ยาแก้ปวด ยาขับปัสสาวะ อิเล็กโทรไลต์ และกายภาพบำบัด ระดับที่ 2 คือ ผู้ป่วยจำเป็นต้องได้รับการรักษาด้วยยา ยกเว้นยาที่อนุญาตให้ใช้ในระดับที่ 1 รวมถึงการได้รับเลือดและการได้รับ

สารอาหารทางหลอดเลือดดำทั้งหมด ระดับที่ 3 คือ ผู้ป่วยจำเป็นต้องได้รับการรักษาโดยการผ่าตัด การเย็บแผล การใส่ท่อช่วยหายใจ หรือรังสีรักษา ระดับที่ 4 คือ ผู้ป่วยจำเป็นต้องได้รับการรักษาในหอผู้ป่วยหนัก (intensive care unit) โดยอวัยวะในร่างกายหนึ่งระบบไม่สามารถทำหน้าที่ได้ตามปกติ (single organ dysfunction) จำเป็นต้องได้รับการรักษาเฉพาะ ได้แก่ การฟอกไตในกรณีที่ไตวายเฉียบพลัน หรืออวัยวะในร่างกายล้มเหลวตั้งแต่สองระบบขึ้นไป (multiorgan dysfunction) ระดับที่ 5 คือ ผู้ป่วยเสียชีวิต คะแนนระหว่าง 0-100 คะแนน ซึ่งภาวะแทรกซ้อนดังกล่าวแบ่งเป็นระดับความรุนแรงต่าง ๆ แต่ละระดับจะมีการแสดงค่าน้ำหนัก (weight of complication : wC)

$$CCI = \sqrt{(wC1 + wC2... + wCx) / 2}$$

ผู้วิจัยนำทุกภาวะแทรกซ้อนภายหลังผ่าตัดของผู้ป่วยมารวมกัน ทั้งนี้ผู้วิจัยเป็นผู้ให้คะแนนประเมินภายหลังผ่าตัดวันแรก ถึง 30 วันหลังผ่าตัดจากเวชระเบียน และสัปดาห์ที่ 2 เมื่อกลุ่มตัวอย่างมาพบแพทย์ตามนัด การแปลผล คะแนน 0 (ไม่มีภาวะแทรกซ้อน) ถึง 100 (เสียชีวิต) คะแนนที่สูงขึ้นสะท้อนถึงความรุนแรงที่เพิ่มขึ้นของภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ผู้วิจัยนำแบบประเมินการรับรู้การดูแลแบบบุคคลเป็นศูนย์กลาง และความรอบรู้ด้านสุขภาพนำมาใช้กับกลุ่มผู้ป่วยที่มีลักษณะเดียวกันกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 ราย ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) เท่ากับ 0.92 และ 0.95 ตามลำดับ และแบบประเมินความรุนแรงของภาวะแทรกซ้อนภายหลังผ่าตัด ไปหาค่าความเชื่อมั่นด้วยการหาค่าความสอดคล้องภายในระหว่างนักวิจัย 2 คน (inter-rater reliability) ซึ่งใช้กลุ่มตัวอย่าง จำนวนเพียง 10 คน เนื่องจากเป็นกลุ่มหายาก และมีค่าคะแนนความเชื่อมั่นระหว่างผู้ประเมิน (intraclass correlation coefficient) เท่ากับ 0.94

การพิทักษ์สิทธิของผู้ถูกวิจัย

การวิจัยนี้ได้รับการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล เลขที่ MU-MOU-IRB-NS 2022/13.0401 อนุมัติเมื่อวันที่ 27 มีนาคม พ.ศ. 2565 ผู้วิจัยพิทักษ์สิทธิแก่กลุ่มตัวอย่างด้วยการชี้แจงวัตถุประสงค์ วิธดำเนินการวิจัย รวมถึงขออนุญาตเข้าถึงข้อมูลการรักษาที่บันทึกในเวชระเบียน สิทธิในการเข้าร่วมและยุติการเข้าร่วมโดยไม่มีผลกระทบต่อการรักษาพยาบาลของกลุ่มตัวอย่าง หากกลุ่มตัวอย่างซึ่งเป็นผู้เข้าร่วมวิจัยสมัครใจ จึงขอให้ลงนามในหนังสือแสดงความยินยอมเข้าร่วมการวิจัยและลงนามเป็นลายลักษณ์อักษร สำหรับด้านข้อมูลจากงานและผลการวิจัยทั้งหมดจัดเก็บเป็นความลับ ไม่มีการเปิดเผยข้อมูลให้สามารถระบุตัวตนบุคคลได้ และผลการวิจัยนำเสนอภาพรวมเท่านั้น

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ภายหลังผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคนฯ จากโรงพยาบาลตติยภูมิชั้นสูงในกรุงเทพมหานคร ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง และมีขั้นตอน ดังนี้

1. ทำหนังสือขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย ถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยแห่งหนึ่ง และเมื่อได้รับอนุมัติแล้ว จึงทำหนังสือขออนุญาตจากหัวหน้าฝ่ายการพยาบาล หัวหน้างานการพยาบาล ศัลยศาสตร์และศัลยศาสตร์ออร์โธปิดิกส์ ณ หน่วยตรวจโรคศัลยศาสตร์ ตึกผู้ป่วยนอก ทั้งนี้ ผู้วิจัยได้ขอความอนุเคราะห์จากพยาบาลประจำหน่วยตรวจโรคศัลยศาสตร์ ตึกผู้ป่วยนอก เพื่อช่วยคัดกรองผู้ป่วยตามคุณสมบัติเกณฑ์ที่กำหนด และส่งต่อมายังผู้วิจัย

2. จัดห้องที่หน่วยตรวจโรคศัลยกรรมศัลยกรรมผู้ป่วยนอก ให้มีความเป็นส่วนตัวใกล้เคียงกับห้องตรวจ ผู้วิจัยพบกลุ่มตัวอย่างในวันที่ 14 ภายหลังจากจำหน่ายแล้ว แนะนำตัว ชี้แจงโครงการวิจัย วัตถุประสงค์และกระบวนการพิทักษ์สิทธิ์พร้อมตอบข้อสงสัยทั้งหมดและให้ผู้ป่วยตัดสินใจ ในกรณีที่ผู้ป่วยสนใจ ผู้วิจัยขอให้ลงนามในเอกสารยินยอมก่อนเข้าร่วมการวิจัย และกลุ่มตัวอย่างที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป ผู้วิจัยคัดกรองการรู้คิด ถ้ากลุ่มตัวอย่างมีคะแนน เท่ากับ 9 จึงเก็บรวบรวมข้อมูลต่อไป ถ้ามีคะแนนน้อยกว่า 9 ผู้วิจัยแจ้งผลการประเมินให้แก่กลุ่มตัวอย่างและพยาบาลประจำที่หน่วยตรวจโรคศัลยกรรมศัลยกรรม เพื่อพิจารณาการดูแลต่อไป ในกรณีที่ผู้ป่วยตัดสินใจไม่เข้าร่วมวิจัย ผู้วิจัยกล่าวขอบคุณ และนำผู้ป่วยเข้ารับการตรวจตามปกติ

3. ในกรณีที่กลุ่มตัวอย่างไม่สามารถตอบแบบสอบถามด้วยตนเองหรือมีความพิการทางสายตา และไม่สามารถตอบแบบสอบถามได้ ผู้วิจัยเป็นผู้อ่านคำถามให้กลุ่มตัวอย่างตอบ และบันทึกคำตอบลงในแบบสอบถาม ใช้เวลาในการตอบแบบสอบถาม ประมาณ 40-50 นาที

4. ขอความร่วมมือกับกลุ่มตัวอย่างด้วยการขอเบอร์โทรศัพท์ติดต่อ เพื่อติดตามภาวะแทรกซ้อน ในช่วง 30 วัน ภายหลังจากผ่าตัด และสอบถามเวลาที่กลุ่มตัวอย่างสะดวกในการรับโทรศัพท์เพื่อติดตามภาวะแทรกซ้อน ตามข้อคำถามที่ได้จัดทำไว้ เมื่อเสร็จสิ้นการเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยกล่าวขอบคุณกลุ่มตัวอย่าง จากนั้นจึงดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลจากแฟ้มประวัติของกลุ่มตัวอย่างจนครบถ้วน หลังจากนั้นตรวจทานความสมบูรณ์ของแบบสอบถาม แล้วจึงนำไปวิเคราะห์ข้อมูลต่อไป

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์ โดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป SPSS version 20 ดังนี้

1. ข้อมูลส่วนบุคคล ข้อมูลการเจ็บป่วย โรคร่วม ภาวะโภชนาการก่อนผ่าตัด ความรอบรู้ด้านสุขภาพ การรับรู้การดูแลแบบบุคคลเป็นศูนย์กลาง และความรุนแรงของภาวะแทรกซ้อนภายหลังผ่าตัด วิเคราะห์ด้วยสถิติเชิงพรรณนา แจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรต้นและตัวแปรตาม ตามประเภทของตัวแปรต้น เพื่อเลือกใช้สถิติที่เหมาะสมดังนี้ ก่อนวิเคราะห์ ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน พบว่าค่า standardized skewness = 1.55 (Skewness = 0.314 / S.D. = 0.203) ซึ่งมีค่าน้อยกว่า 1.96 แสดงว่าข้อมูลมีการแจกแจงใกล้เคียงปกติ จึงเป็นไปตามข้อตกลงเบื้องต้น ทั้งนี้พบข้อมูลผิดปกติ (outlier) จำนวน 5 ราย จึงตัดออกจากการวิเคราะห์ ทำให้คงเหลือกลุ่มตัวอย่างสุดท้าย จำนวน 143 ราย (คิดเป็น ร้อยละ 96.62) และจากการเก็บรวบรวมข้อมูลตัวแปรพฤติกรรม การสูบบุหรี่ พบว่า ผู้ป่วย ร้อยละ 99.3 ไม่สูบบุหรี่จึงไม่อยู่ในเกณฑ์การงดสูบบุหรี่อย่างน้อย 2 สัปดาห์ก่อนผ่าตัดตามมาตรฐานการรักษา มีเพียง 1 คน ที่สูบบุหรี่ (ร้อยละ 0.7) ทำให้ข้อมูลแจกแจงไม่เป็นโค้งปกติ ผู้วิจัยจึงตัดตัวแปรนี้ออกจากการวิเคราะห์ ส่งผลให้มีตัวแปรเข้าวิเคราะห์ความสัมพันธ์ด้วยสถิติค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ทั้งหมด 10 ตัว และตัวแปรทุกตัวมีการกระจายของข้อมูลเป็นโค้งปกติ

2.1 กรณีที่ตัวแปรต้นและตัวแปรตามเป็นค่าต่อเนื่อง (continuous variables) ใช้ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน ได้แก่ อายุ ภาวะช็อคก่อนผ่าตัด ความรอบรู้ด้านสุขภาพ ภาวะโภชนาการก่อนผ่าตัด และการรับรู้การดูแลแบบบุคคลเป็นศูนย์กลาง

2.2 กรณีตัวแปรต้นเป็นกลุ่มแบบไม่มีลำดับ (nominal variables) และตัวแปรตามเป็นค่าต่อเนื่อง ใช้ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบพอยท์ไบเซรียล (point-biserial correlation coefficient) ได้แก่ เพศ โรคร่วม การรักษาเสริมก่อนผ่าตัด ชนิดการผ่าตัด และการมีรูเปิดทวารเทียมภายหลังผ่าตัด

การเลือกใช้สถิติสหสัมพันธ์ขึ้นอยู่กับระดับของตัวแปร โดยพิจารณาความเหมาะสมในการแปลผลความสัมพันธ์เบื้องต้นก่อนเข้าสู่การวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณ (multiple regression analysis)

3. วิเคราะห์ความสามารถในการทำนายความรุนแรงของภาวะแทรกซ้อนภายหลังผ่าตัด โดยใช้สถิติการวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณ (multiple regression statistics) กำหนดนัยสำคัญที่ .05 ผู้วิจัยได้ตรวจสอบข้อตกลงเบื้องต้น²⁷ ดังนี้ 1) ตัวแปรทำนายและตัวแปรตามเป็นตัวแปรที่มีค่าต่อเนื่อง 2) ตัวแปรทำนายทุกตัวและตัวแปรตามมีความสัมพันธ์เชิงเส้นตรง 3) ตัวแปรทำนายทุกตัวไม่มีความสัมพันธ์กัน (multicollinearity) Tolerance > 0.1 และ VIF < 10 ได้แก่ Tolerance อยู่ระหว่าง 0.86 - 0.93 ค่า VIF อยู่ระหว่าง 1.09 - 1.16 4) ตัวแปรทำนายที่เป็นค่าต่อเนื่องมีการแจกแจงปกติ 5) ทดสอบ autocorrelation ค่า Durbin - watson อยู่ระหว่าง 1.5 - 2.5 ได้เท่ากับ 1.73

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไป และข้อมูลการเจ็บป่วย

1.1 ข้อมูลทั่วไป กลุ่มตัวอย่าง ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ร้อยละ 55.20 (n = 143) ระดับการศึกษาสูงกว่าระดับประถมศึกษา ร้อยละ 62.90 (n = 143) อายุเฉลี่ย 63.56 ปี (S.D. = 11.30) ไม่ได้ประกอบอาชีพ ร้อยละ 58 (n = 143) และใช้สิทธิการรักษาข้าราชการ ร้อยละ 48.95 (n = 143) ดังตารางที่ 1

1.2 ข้อมูลการเจ็บป่วย กลุ่มตัวอย่างได้รับการวินิจฉัย เป็นโรคมะเร็งทวารหนัก (cancer of rectum) ร้อยละ 43.36 (n = 143) และระยะของโรคพบร้อยละ 67.10 (n = 143) อยู่ในระยะลุกลาม (ระยะที่ 3 และระยะที่ 4) และไม่ได้ได้รับการรักษาเสริมด้วยยาเคมีบำบัด หรือรังสีรักษาก่อนผ่าตัด ร้อยละ 76.20 (n = 143) ได้รับการผ่าตัดด้วยวิธีการส่องกล้อง ร้อยละ 52.40 (n = 143) สามารถขับถ่ายภายหลังผ่าตัดได้ตามปกติ ร้อยละ 58 (n = 143) ภายหลังผ่าตัดมีรูเปิดทวารเทียม ร้อยละ 42 (n = 143) และกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีภาวะซีดก่อนผ่าตัดร้อยละ 73.43 (n = 143) มีโรคร่วม ร้อยละ 74.80 (n = 143) โรคร่วมที่พบมากที่สุด คือโรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 65.73 (n = 143) ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 1 แสดง ความถี่ และร้อยละของข้อมูลทั่วไป (n = 143 ราย)

ข้อมูลทั่วไป		จำนวน	ร้อยละ
เพศ	ชาย	79	55.20
	หญิง	64	44.80
ระดับการศึกษา	ประถมศึกษา	53	37.10
	สูงกว่าประถมศึกษา	90	62.90
อาชีพ	ไม่ได้ประกอบอาชีพ	83	58.00
	ประกอบอาชีพ	60	42.00
สิทธิการรักษา	ข้าราชการ	70	48.95
	ประกันสุขภาพถ้วนหน้า	67	46.85
	ประกันสังคม	6	4.20

2. ความรุนแรงของภาวะแทรกซ้อนใน 30 วัน ภายหลังผ่าตัดมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก

กลุ่มตัวอย่างมีความรุนแรงของภาวะแทรกซ้อนภายหลังผ่าตัด โดยรวมเฉลี่ยเท่ากับ 17.82 (S.D. = 7.56) จากคะแนนเต็ม 100 คะแนนและอยู่ในระดับน้อย ทั้งนี้กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่พบความรุนแรงของภาวะแทรกซ้อนภายหลังผ่าตัดอยู่ในระดับ 1 ร้อยละ 67.13 (n = 143) ดังตารางที่ 2

3. ปัจจัยที่ศึกษา อายุเฉลี่ย เท่ากับ 63.56 ปี (S.D. = 11.30) ความรอบรู้ด้านสุขภาพ คะแนนเฉลี่ย เท่ากับ 8.34 คะแนน (S.D. = 0.75) คะแนนเฉลี่ยภาวะโภชนาการก่อนการผ่าตัด เท่ากับ 47.07 (S.D. = 6.49) ด้านการรับรู้การดูแลแบบบุคคลเป็นศูนย์กลาง คะแนนเฉลี่ย เท่ากับ 6.07 คะแนน (S.D. = 0.56) ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 2 แสดงความถี่ และร้อยละของข้อมูลการเจ็บป่วยของกลุ่มตัวอย่าง (n = 143 ราย)

ข้อมูลการเจ็บป่วย		จำนวน	ร้อยละ	
การวินิจฉัยโรค	มะเร็งทวารหนัก (cancer of rectum)	62	43.36	
	มะเร็งลำไส้ใหญ่ส่วนซิกมอยด์ (cancer of sigmoid colon)	20	13.99	
	มะเร็งลำไส้ใหญ่บริเวณรอยต่อทวารหนัก และซิกมอยด์ (cancer of rectosigmoid colon)	19	13.29	
	มะเร็งลำไส้ใหญ่ส่วนขวาง (cancer of transverse colon)	15	10.49	
	มะเร็งลำไส้ใหญ่ส่วนต้น (cancer of ascending colon)	9	6.29	
	มะเร็งลำไส้ใหญ่ส่วนปลาย (cancer of descending colon)	9	6.29	
	มะเร็งลำไส้ใหญ่ส่วนซีคัม (cancer of caecum)	9	6.29	
	ระยะของโรค	ระยะที่ 1	10	7.00
		ระยะที่ 2	37	25.90
		ระยะที่ 3	75	52.40
ระยะที่ 4		21	14.70	
ชนิดการผ่าตัด	แบบส่องกล้อง	75	52.40	
	แบบเปิดช่องท้อง	68	47.60	
การรักษาเสริมก่อนผ่าตัด (การได้รับยาเคมีบำบัดหรือรังสีรักษา)	มี	34	23.80	
	ไม่มี	109	76.20	
การมีรูเปิดทวารเทียมภายหลังผ่าตัด	มี	60	42.00	
	ไม่มี	83	58.00	
ภาวะซีดก่อนผ่าตัด				
	ชาย, Hb<13g/dL	ไม่มี	25	17.48
	มี	55	38.46	
หญิง, Hb<12 g/dL	ไม่มี	13	9.09	
	มี	50	34.97	

ตารางที่ 2 (ต่อ) แสดงความถี่ และร้อยละของข้อมูลการเจ็บป่วยของกลุ่มตัวอย่าง (n = 143 ราย)

ข้อมูลการเจ็บป่วย	จำนวน	ร้อยละ
โรคร่วม		
ไม่มี	36	25.20
มี	107	74.80
โรคความดันโลหิตสูง	94	65.73
โรคเบาหวาน	50	34.97
โรคเมร็งอื่น ๆ	15	10.49
ระดับความรุนแรงของภาวะแทรกซ้อนภายหลังผ่าตัด ระดับ 1	96	67.13
ระดับความรุนแรงของภาวะแทรกซ้อนภายหลังผ่าตัด ระดับ 2	45	31.47
ระดับความรุนแรงของภาวะแทรกซ้อนภายหลังผ่าตัด ระดับ 3	2	1.40

*เกณฑ์ภาวะซีด (ชาย Hb <13 g/dL, หญิง Hb <12 g/d)

ตารางที่ 3 แสดงค่าต่ำสุด - ค่าสูงสุด ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของปัจจัยที่ศึกษา (n = 143 ราย)

	ค่าต่ำสุด - ค่าสูงสุด	ค่าเฉลี่ย	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
อายุ	26 - 80	63.56	11.30
ภาวะโภชนาการก่อนผ่าตัด	28.25 - 65.50	47.07	6.49
การรับรู้การดูแลแบบบุคคลเป็นศูนย์กลาง	4.38 - 7	6.07	0.56
ความรอบรู้ด้านสุขภาพ	6.48 - 9.83	8.34	0.75
ความรุนแรงของภาวะแทรกซ้อนภายหลังผ่าตัด	8.70 - 37.70	17.82	7.56

ตารางที่ 4 แสดงค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรกับความรุนแรงของภาวะแทรกซ้อนหลังการผ่าตัด (n = 143 ราย)

ตัวแปร	ความสัมพันธ์ (r)
1. เพศ	-.03
2. อายุ	.08
3. โรคร่วม	.07
4. ภาวะซีดก่อนผ่าตัด	.05
5. ภาวะโภชนาการก่อนผ่าตัด	-.33**
6. ความรอบรู้ด้านสุขภาพ	-.37**
7. การรักษาเสริมก่อนผ่าตัด	-.18*
8. ชนิดการผ่าตัด	.01
9. การมีรูเปิดทวารเทียมภายหลังผ่าตัด	-.12
10. การรับรู้การดูแลแบบบุคคลเป็นศูนย์กลาง	-.38**

* p - value < .05 ** p - value < .01

* r = ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน (Pearson correlation coefficient)

r_{pb} = ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบพอยต์ไบซีเรียล (point - biserial correlation) สำหรับตัวแปรนามบัญญัติ ได้แก่ เพศ โรคร่วม การรักษาเสริมก่อนผ่าตัด ชนิดการผ่าตัด การมีรูเปิดทวารเทียมภายหลังผ่าตัด

4. เมื่อพิจารณาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน (Pearson's correlation coefficient: r) และค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบพอยท์ไบเซเรียล (point - biserial correlation coefficient: rpb) พบว่าภาวะโภชนาการก่อนผ่าตัด ($r = -.33$) ความรอบรู้ด้านสุขภาพ ($r = -.37$) การรักษาเสริมก่อนผ่าตัด (การได้รับยาเคมีบำบัดหรือรังสีรักษา) ($rpb = -.18$) และการรับรู้การดูแลแบบบุคคลเป็นศูนย์กลาง ($r = -.38$) มีความสัมพันธ์ทางลบกับความรุนแรงของภาวะแทรกซ้อนภายหลังผ่าตัดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังตารางที่ 4

ตารางที่ 5 แสดงค่าสัมประสิทธิ์ถดถอยของตัวแปรทำนายในรูปคะแนนดิบ (B) ค่าสัมประสิทธิ์ถดถอยของตัวแปรทำนายในรูปคะแนนมาตรฐาน (β) ในการพยากรณ์ความรุนแรงของภาวะแทรกซ้อนใน 30 วัน หลังการผ่าตัด ($n = 143$)

ตัวแปรที่ศึกษา	ความรุนแรงของภาวะแทรกซ้อนหลังการผ่าตัด				
	B	SEB	β	t-value	p-value
ความรอบรู้ด้านสุขภาพ	-2.41	.78	-.24	-3.10	.002
การรับรู้การดูแลแบบบุคคล	-3.78	1.04	-.28	-3.62	.000
ภาวะโภชนาการก่อนผ่าตัด	-.33	.09	-.28	-4.20	.000
การรักษาเสริมก่อนผ่าตัด	-1.30	1.31	-.07	-.99	.32
ค่าคงที่	78.57				

$R^2 = .30$, Adj $R^2 = .28$, $F = 14.60$, $p < .05$.

5. ผลการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณ ปัจจัยทำนายความรุนแรงของภาวะแทรกซ้อนใน 30 วันภายหลังผ่าตัด พบว่า ภาวะโภชนาการก่อนผ่าตัด การรับรู้การดูแลแบบบุคคลเป็นศูนย์กลางและความรอบรู้ด้านสุขภาพ สามารถร่วมกันทำนายความรุนแรงของภาวะแทรกซ้อนภายหลังผ่าตัด ร้อยละ 28 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Adjusted $R^2 = .28$, $F_{(4, 138)} = 14.60$, $p < .05$) ทั้งนี้ภาวะโภชนาการก่อนผ่าตัด ($\beta = -.28$, $p < .001$) และการรับรู้การดูแลแบบบุคคลเป็นศูนย์กลาง ($\beta = -.28$, $p < .001$) สามารถทำนายความรุนแรงของภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดได้มากที่สุด รองลงมาคือ ความรอบรู้ด้านสุขภาพ ($\beta = -.24$, $p < .05$) ดังตารางที่ 5

การอภิปรายผล

จากผลการศึกษาดังกล่าวผู้วิจัยสามารถอภิปรายผลตามวัตถุประสงค์ ดังนี้

1. เพื่อศึกษาความรุนแรงของภาวะแทรกซ้อนใน 30 วัน ภายหลังผ่าตัดมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก ผลการวิจัยครั้งนี้ พบว่า ความรุนแรงของภาวะแทรกซ้อนใน 30 วัน ภายหลังผ่าตัด ของกลุ่มตัวอย่าง มีค่าเฉลี่ย เท่ากับ 17.82 (S.D. = 7.56) จากคะแนนเต็ม 100 คะแนน แปลผลว่า อยู่ในระดับน้อยมาก อภิปรายว่า ส่วนใหญ่ของกลุ่มตัวอย่าง ร้อยละ 67.13 พบภาวะแทรกซ้อนภายหลังผ่าตัดความรุนแรงระดับ 1 และอยู่ในระดับน้อย ซึ่งในระดับนี้ ตามเกณฑ์ คือการรักษาตามอาการ ได้แก่ ยาแก้ปวด ยาแก้อาเจียน ยาลดไข้ และสามารถอธิบายได้จากการรักษาของกลุ่มตัวอย่าง ซึ่งได้รับการผ่าตัดแบบส่องกล้อง ร้อยละ 47.60 ($n = 143$) และมีแผลขนาดเล็ก การผ่าตัดส่องกล้องทำให้เกิดการรบกวนลำไส้และการบาดเจ็บของช่องท้องของอวัยวะภายในน้อย บาดแผลขนาดเล็กสามารถลดการบาดเจ็บของกล้ามเนื้อและเยื่อรอบข้าง ส่งผลให้มีการฟื้นตัวเร็ว

ภายหลังผ่าตัด²⁸ ส่วนการผ่าตัดแบบเปิดช่องท้องกลุ่มตัวอย่างได้รับการผ่าตัดในโรงพยาบาลที่มีการนำหลักแนวทางการฟื้นตัวเร็วหลังผ่าตัด (Enhanced Recovery After Surgery: ERAS) มาใช้ในการดูแล ได้แก่ การเตรียมผู้ป่วยก่อนผ่าตัด โดยให้ความรู้ที่เฉพาะโรค การลดความเครียดระหว่างผ่าตัด และการกระตุ้นให้ลุกเดินเร็วภายหลังผ่าตัดทำให้อัตราความเสี่ยงในการเกิดภาวะแทรกซ้อน และมีการเตรียมความพร้อมตามมาตรฐานทางการพยาบาลก่อนผ่าตัด ส่งผลให้ลดการเข้านอนโรงพยาบาลซ้ำ (readmission) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Irani และคณะ²⁹ พบว่า การปฏิบัติตามแนวทางการฟื้นตัวเร็วหลังผ่าตัด (ERAS) ที่มีการเตรียมผ่าตัดเฉพาะรายบุคคล ซึ่ง ERAS เน้นถึงการดูแลในด้านการออกกำลังกาย ภาวะโภชนาการ และการจัดการภาวะวิตกกังวลให้กับผู้ป่วยจึงลดความรุนแรงการเกิดภาวะแทรกซ้อนได้

2. เพื่อศึกษาอำนาจในการทำนายของปัจจัยส่วนบุคคล (อายุ เพศ โรคร่วม ภาวะโภชนาการก่อนผ่าตัด ภาวะช็อคก่อนผ่าตัด และความรอบรู้ด้านสุขภาพ) ปัจจัยด้านการรักษา (การรักษาเสริมก่อนผ่าตัด ชนิดการผ่าตัด การมีรูเปิดทวารเทียมภายหลังผ่าตัด) และปัจจัยด้านกระบวนการในการดูแลผู้ป่วย (การรับรู้การดูแลแบบบุคคลเป็นศูนย์กลาง) ต่อความรุนแรงของภาวะแทรกซ้อนใน 30 วันภายหลังผ่าตัด มะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก ผลการศึกษาค้นพบว่า ภาวะโภชนาการก่อนผ่าตัด การรับรู้การดูแลแบบบุคคลเป็นศูนย์กลาง และความรอบรู้ด้านสุขภาพ สามารถร่วมกันทำนายความรุนแรงของภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด ร้อยละ 28 ซึ่งเป็นไปตามกรอบแนวคิดการวิจัย พบว่า องค์ประกอบเชิงโครงสร้าง (structure) ซึ่งมีองค์ประกอบย่อยเกี่ยวกับปัจจัยส่วนบุคคลของผู้ป่วย ได้แก่ ภาวะโภชนาการก่อนผ่าตัด และความรอบรู้ด้านสุขภาพ องค์ประกอบเชิงกระบวนการ (process) ประกอบด้วย การรับรู้การดูแลแบบบุคคลเป็นศูนย์กลาง ซึ่งกลุ่มตัวอย่างรับรู้ว่าเป็นบทบาทอิสระและพยาบาลใช้ความรู้ทางการพยาบาลในการดูแล ประเมินความรู้ และคำแนะนำการปฏิบัติตัวในการดูแลกลุ่มตัวอย่าง ซึ่งทั้ง 2 องค์ประกอบมีความสัมพันธ์กัน ส่งผลต่อความรุนแรงของภาวะแทรกซ้อนภายหลังผ่าตัด หากผู้ป่วยมีภาวะโภชนาการก่อนผ่าตัด การรับรู้การดูแลแบบบุคคลเป็นศูนย์กลาง และความรอบรู้ด้านสุขภาพที่ดี ก็จะส่งผลให้ผลลัพธ์ คือความรุนแรงของภาวะแทรกซ้อนภายหลังผ่าตัดลดลงด้วย อภิปรายได้ ดังนี้

ภาวะโภชนาการก่อนผ่าตัด มีค่าเฉลี่ย 47.07 (S.D. = 6.49) ซึ่งมีค่าระดับมาก และมีความสัมพันธ์ทางลบกับความรุนแรงของภาวะแทรกซ้อนภายหลังผ่าตัด อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -.33, p < .001$) แสดงถึงว่า ภาวะโภชนาการในระดับมาก ความรุนแรงของภาวะแทรกซ้อนภายหลังผ่าตัดจึงลดลง สามารถอธิบายได้ว่า ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง ร้อยละ 67.10 อยู่ในระยะที่ 3-4 ซึ่งมีการกระจายของก้อนไปสู่อวัยวะต่าง ๆ ทำให้มีการเผาผลาญพลังงานในร่างกายมากกว่าปกติ และการทำงานของไฟโบรบลาสต์และการสังเคราะห์คอลลาเจนลดลง ส่งผลให้รอยต่อลำไส้มีความแข็งแรงลดลง และเพิ่มความเสี่ยงการเกิดรอยต่อลำไส้รั่ว อย่างไรก็ตาม สอดคล้องกับการศึกษาของ Xu และคณะ¹⁵ พบว่า ภาวะรอยต่อลำไส้รั่ว มีโอกาสเพิ่มระดับความรุนแรงของภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดเพิ่มมากขึ้นในกลุ่มตัวอย่างภาวะโภชนาการที่ไม่ดี เป็นการสะท้อนให้เห็นถึงความสำคัญของการประเมินภาวะโภชนาการก่อนการผ่าตัด เพื่อช่วยลดความรุนแรงของภาวะแทรกซ้อนภายหลังผ่าตัด นอกจากนี้ ผลการศึกษานี้ยังชี้ให้เห็นถึงความจำเป็นในการให้การดูแลด้านโภชนาการแก่ผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก โดยเฉพาะในระยะลุกลามเพื่อลดความรุนแรงของภาวะแทรกซ้อนภายหลังผ่าตัด และความรอบรู้ด้านสุขภาพ มีค่าเฉลี่ย 8.34 คะแนน (S.D. = 0.75) อยู่ในระดับมาก มีความสัมพันธ์ทางลบกับความรุนแรงของภาวะแทรกซ้อนภายหลังผ่าตัด อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -.37, p = .034$) แสดงถึงยังมีความรอบรู้ด้านสุขภาพสูงขึ้น ความรุนแรงของภาวะแทรกซ้อนภายหลัง

ผ่าตัดลดลง อธิบายได้ว่ากลุ่มตัวอย่างในครั้งนี้ มีระดับการศึกษาสูงกว่าประถมศึกษา ร้อยละ 62.90 ทำให้สามารถสืบค้น ข้อมูลข่าวสาร ทำความเข้าใจ และใช้ประโยชน์ข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพจากเอกสารการเตรียมตัวผ่าตัด การปฏิบัติตัวเมื่อกลับบ้าน และสามารถดูแลตนเองตามแผนการรักษาได้อย่างถูกต้อง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Theiss และคณะ¹⁶ พบว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพที่เพิ่มขึ้น ภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดลดลง ดังนั้นพยาบาลควรให้ความสำคัญกับการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพของผู้ป่วย

องค์ประกอบเชิงกระบวนการ (process) ได้แก่ การรับรู้การดูแลแบบบุคคลเป็นศูนย์กลาง มีค่าเฉลี่ย 6.07 คะแนน (S.D. = 0.56) อยู่ในระดับมาก มีความสัมพันธ์ทางลบกับความรุนแรงของภาวะแทรกซ้อนภายหลังผ่าตัด อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -.38, p < .001$) แสดงถึงการรับรู้การดูแลแบบบุคคลเป็นศูนย์กลางสูงขึ้นความรุนแรงของภาวะแทรกซ้อนภายหลังผ่าตัดลดลง สามารถอธิบายได้ว่า พยาบาลและบุคลากรทางการแพทย์ในโรงพยาบาลให้การดูแลที่ทำให้ผู้ป่วยมีการรับรู้ถึงการดูแลแบบเป็นศูนย์กลาง กล่าวคือ กลุ่มตัวอย่างได้รับความรู้เตรียมตัวก่อนผ่าตัดรายบุคคล ประเมินสภาพร่างกายและจิตใจ ประเมินภาวะโภชนาการ ประเมินความเสี่ยงโรคประจำตัว ส่งเสริมการรับประทานอาหารใน 24 ชั่วโมงแรก การส่งเสริมผู้ป่วยเคลื่อนไหวร่างกายวันแรกหลังการผ่าตัด และการปฏิบัติตัวดูแลตนเองหลังผ่าตัด ทำให้ผู้ป่วยมีการรับรู้ที่ดีสามารถนำข้อมูลที่ได้ไปปฏิบัติตัวก่อนและหลังผ่าตัด²⁹ สอดคล้องกับการศึกษาของ Liu และคณะ¹⁷ พบว่า ถ้าผู้ป่วยมีการรับรู้การดูแลแบบบุคคลเป็นศูนย์กลางดี โอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนภายหลังผ่าตัดลดลง แสดงให้เห็นว่า การดูแลที่ให้ความสำคัญกับความต้องการเฉพาะบุคคลมีผลต่อผลลัพธ์ทางคลินิกของผู้ป่วยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ดังนั้นเมื่อผู้ป่วยมีภาวะโภชนาการก่อนผ่าตัดดี พร้อมทั้งมีความรอบรู้ด้านสุขภาพในระดับมาก ส่งผลให้ผู้ป่วยสามารถเข้าใจและสามารถปฏิบัติตามคำแนะนำการดูแลตนเองก่อน และหลังผ่าตัด การดูแลแผลผ่าตัด และการจัดการตนเองถูกวิธี ทั้งนี้องค์ประกอบเชิงกระบวนการ ได้แก่ การดูแลแบบบุคคลเป็นศูนย์กลาง ซึ่งพยาบาลประเมินองค์ความรู้ของผู้ป่วย ร่วมกันวางแผนการดูแลในรายบุคคล และการให้คำแนะนำตามความต้องการเฉพาะราย องค์ประกอบเหล่านี้ทำงานร่วมกันเพื่อลดความรุนแรงของภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

จากผลการวิจัย ปัจจัยที่ไม่สามารถทำนายความรุนแรงของภาวะแทรกซ้อนภายหลังผ่าตัดได้ ซึ่งเป็นปัจจัยส่วนบุคคลของผู้ป่วย ได้แก่ อายุ เพศ และโรคร่วม สามารถอธิบายได้ว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ อายุเฉลี่ย 63.56 ปี (S.D. = 11.29) กลุ่มตัวอย่างเพศชายและเพศหญิงมีสัดส่วนใกล้เคียงกัน อีกทั้งกระบวนการผ่าตัดและการดูแลภายหลังผ่าตัดดำเนินการภายใต้มาตรฐานเดียวกันโดยไม่คำนึงถึงเพศของผู้ป่วย ซึ่งตามหลัก ยิ่งอายุเพิ่ม สภาพร่างกายมีการเปลี่ยนแปลง เสื่อมถอย โอกาสเกิดความรุนแรงของภาวะแทรกซ้อนภายหลังผ่าตัดมีค่อนข้างสูง³⁰ สอดคล้องกับการศึกษาของ Jin และคณะ⁹ พบว่า อายุที่เพิ่มมากขึ้น ไม่มีความสัมพันธ์กับความรุนแรงของภาวะแทรกซ้อนภายหลังผ่าตัด รวมทั้งเพศไม่มีความสัมพันธ์กับความรุนแรงของภาวะแทรกซ้อนภายหลังผ่าตัด¹³ ในด้านโรคร่วม ไม่สามารถทำนายความรุนแรงของภาวะแทรกซ้อนภายหลังผ่าตัดได้ อธิบายได้ว่า การศึกษาครั้งนี้เก็บรวบรวมข้อมูลจากเฉพาะผู้ป่วยในผู้ป่วยนัดผ่าตัดล่วงหน้า (elective surgery cases) ซึ่งเป็นกลุ่มที่ได้รับการควบคุมการรักษาอย่างใกล้ชิดมีการดูแลควบคุมโรคร่วมอย่างเหมาะสมก่อนการผ่าตัด เช่น การปรับระดับน้ำตาลในเลือด และการควบคุมความดันโลหิต เพื่อไม่ให้เกิดการกำเริบของโรค สอดคล้องกับการศึกษาของ Ortiz และคณะ¹⁰ พบว่า โรคร่วมไม่สามารถทำนายความรุนแรงของภาวะแทรกซ้อนภายหลังผ่าตัด ในด้านภาวะซีดก่อนผ่าตัด ไม่สามารถทำนาย

ความรุนแรงของภาวะแทรกซ้อนภายหลังผ่าตัดได้ สามารถอธิบายได้ว่า กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยนัดผ่าตัดล่วงหน้า มีการเตรียมความพร้อมก่อนผ่าตัดในผู้ป่วยที่มีภาวะซีดจะดูแลได้รับการรับประทานยาธาตุเหล็ก หรือการได้รับเลือด³¹ การทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ พบว่า การแก้ไขสภาวะดังกล่าวก่อนผ่าตัดตามเงื่อนไขการรับการรักษาด้วยการผ่าตัดลดความเสี่ยงในการให้เลือดขณะผ่าตัด สอดคล้องกับการศึกษาของ Louis และคณะ¹³ พบว่า ภาวะซีดไม่มีความสัมพันธ์กับภาวะแทรกซ้อนภายหลังผ่าตัด

ปัจจัยด้านการรักษา (การรักษาเสริมก่อนผ่าตัด ชนิดของการผ่าตัด และการมีรูเปิดทวารเทียมภายหลังผ่าตัด) จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า จุดมุ่งหมายหลักของการรักษาเสริมก่อนการผ่าตัด (neoadjuvant chemoradiotherapy) นี้ เพื่อให้ขนาดของก้อนมะเร็งลดลง ช่วยเพิ่มโอกาสในการผ่าตัดเอาก้อนเนื้อออกได้อย่างสมบูรณ์ และลดความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนภายหลังการผ่าตัด¹⁰ ใช้ระยะเวลา 5-6 สัปดาห์ หลังจากนั้นแพทย์ให้กลุ่มตัวอย่างกลับมารับการผ่าตัด 6-8 สัปดาห์ ภายหลังสิ้นสุดการรักษาดังกล่าว หากผลการรักษาสัมฤทธิ์ผล ในการศึกษาครั้งนี้การรักษาเสริมก่อนผ่าตัด ไม่สามารถทำนายความรุนแรงของภาวะแทรกซ้อนภายหลังผ่าตัดได้ อธิบายได้ว่า การรักษาเสริมก่อนผ่าตัดเป็นกระบวนการที่มีความปลอดภัย และมีผลข้างเคียงอยู่ในระดับที่ยอมรับได้ มีการปรับขนาดยาและรูปแบบการรักษาให้เหมาะสมกับสภาพร่างกายของกลุ่มตัวอย่างเป็นรายบุคคล สอดคล้องกับการศึกษาของ Jin และคณะ⁹ พบว่า การได้รับยาเคมีบำบัด หรือรังสีรักษาก่อนการผ่าตัดไม่สามารถทำนายความรุนแรงของภาวะแทรกซ้อนภายหลังผ่าตัดได้ สำหรับในด้านชนิดของการผ่าตัดแบบเปิดช่องท้อง และแบบส่องกล้อง ไม่สามารถทำนายความรุนแรงของภาวะแทรกซ้อนภายหลังผ่าตัดได้ สามารถอธิบายได้จากการใช้เครื่องมือที่ทันสมัยร่วมกับมีศัลยแพทย์เฉพาะทางที่มีความเชี่ยวชาญในการผ่าตัด และมีมาตรฐานในการผ่าตัดที่ดีของโรงพยาบาลที่เก็บรวบรวมข้อมูล²⁹ สอดคล้องกับการศึกษาของ Olsen และคณะ³² พบว่า ชนิดของการผ่าตัดไม่สามารถทำนายความรุนแรงของภาวะแทรกซ้อนภายหลังผ่าตัดได้ สำหรับในด้านการมีรูเปิดทวารเทียมภายหลังผ่าตัดไม่สามารถทำนายความรุนแรงของภาวะแทรกซ้อนภายหลังผ่าตัดได้ อธิบายได้จากกระบวนการดูแลผู้ป่วยก่อนและหลังการผ่าตัดของโรงพยาบาลที่ให้ความสำคัญกับการเตรียมความพร้อมของผู้ป่วย โดยเฉพาะการให้คำปรึกษาจากพยาบาลเฉพาะทางด้านบาดแผลและออสโตมี ซึ่งช่วยให้ผู้ป่วยและญาติสามารถเรียนรู้และฝึกปฏิบัติการดูแลทวารเทียมได้อย่างถูกต้อง นอกจากนี้ การประเมินผลการเรียนรู้ก่อนกลับบ้านยังช่วยให้มั่นใจว่าผู้ป่วยมีความพร้อมในการดูแลตนเอง ลดความรุนแรงของภาวะแทรกซ้อนภายหลังผ่าตัดที่อาจเกิดขึ้น³³ สอดคล้องกับการศึกษาของ Jin และคณะ⁹ พบว่า การมีรูเปิดทวารเทียมภายหลังผ่าตัดไม่สามารถทำนายความรุนแรงของภาวะแทรกซ้อนภายหลังผ่าตัดได้

สรุป

จากผลการศึกษา พบว่า ค่าเฉลี่ยความรุนแรงของภาวะแทรกซ้อนภายหลังผ่าตัดในระดับน้อยเป็นส่วนใหญ่ ภาวะโภชนาการก่อนผ่าตัด การรับรู้การดูแลแบบบุคคลเป็นศูนย์กลาง และความรอบรู้ด้านสุขภาพสามารถร่วมทำนายความรุนแรงของภาวะแทรกซ้อนภายหลังผ่าตัดได้

ข้อจำกัดของการศึกษา

การศึกษานี้ ศึกษาเพียง 1 โรงพยาบาลในระดับตติยภูมิขั้นสูง และใช้การสุ่มแบบเฉพาะเจาะจง ผลการวิจัยไม่สามารถเป็นตัวแทนของประชากรได้

ข้อเสนอแนะการนำไปใช้

พยาบาลควรป้องกันการเกิดความรุนแรงของภาวะแทรกซ้อนใน 30 วัน ภายหลังผ่าตัดมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักด้วยการคัดกรองปัจจัยส่วนบุคคลของผู้ป่วย ได้แก่ ภาวะโภชนาการก่อนผ่าตัด และความรอบรู้ด้านสุขภาพ ปัจจัยด้านกระบวนการ ได้แก่ การรับรู้การดูแลแบบบุคคลเป็นศูนย์กลาง

ข้อเสนอแนะการวิจัย

พัฒนาโปรแกรมซึ่งผสมผสานระหว่างภาวะโภชนาการ ความรอบรู้ด้านสุขภาพ และการดูแลแบบบุคคลเป็นศูนย์กลาง ต่อความรุนแรงของภาวะแทรกซ้อนใน 30 วัน ภายหลังผ่าตัดมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก

เอกสารอ้างอิง

1. American Cancer Society. Colorectal cancer facts & figures 2020-2022 [Internet]. Atlanta: American Cancer Society; 2020 [cited 2024 Mar 28]. 48 p. Available from: <https://www.cancer.org/content/dam/cancer-org/research/cancer-facts-and-statistics/colorectal-cancer-facts-and-figures/colorectal-cancer-facts-and-figures-2020-2022.pdf>
2. Medical Digital Division of National Cancer Institute. Hospital-based cancer registry 2022 [Internet]. Bangkok: National Cancer Institute; 2024 [cited 2024 Jan 9]. Available from: https://nci.go.th/th/cancer_record/download/Hosbased-2022-1.pdf
3. Tominaga T, Nonaka T, Takamura Y, Oishi K, Hashimoto S, Shiraishi T, et al. Risk factors for pulmonary complications after colorectal cancer surgery: a Japanese multicenter study. Int J Colorectal Dis 2024;39(1):76. doi: 10.1007/s00384-024-04652-5.
4. Abd El Aziz MA, Perry WR, Grass F, Mathis KL, Larson DW, Mandrekar J, et al. Predicting primary postoperative pulmonary complications in patients undergoing minimally invasive surgery for colorectal cancer. Updates Surg 2020;72(4):977-83. doi: 10.1007/s13304-020-00892-6.
5. Hou TY, Gan HQ, Zhou JF, Gong YJ, Li LY, Zhang XQ, et al. Incidence of and risk factors for surgical site infection after colorectal surgery: a multiple-center prospective study of 3,663 consecutive patients in China. Int J Infect Dis 2020;96:676-81. doi: 10.1016/j.ijid.2020.05.124.

6. Wako G, Teshome H, Abebe E. Colorectal anastomosis leak: rate, risk factors and outcome in a tertiary teaching hospital, addis ababa Ethiopia, a five year retrospective study. *Ethiop J Health Sci* 2019;29(6):767-74. doi: 10.4314/ejhs.v29i6.14.
7. Suwa K, Ushigome T, Ohtsu M, Narihiro S, Ryu S, Shimoyama Y, et al. Risk factors for early postoperative small bowel obstruction after anterior resection for rectal cancer. *World J Surg* 2018;42(1):233-8. doi: 10.1007/s00268-017-4152-y.
8. Suttipong C, Sindhu S, Utriyaprasit K, Iramaneerat C. Quality of life in postoperative colorectal cancer survivors: a structural equation model. *SMJ* 2021;73(9):576-86. doi: 10.33192/Smj.2021.75.
9. Jin HY, Hong I, Bae JH, Lee CS, Han SR, Lee YS, et al. Predictive factors of high comprehensive complication index in colorectal cancer patients using enhanced recovery After Surgery protocol: role as a safety net in early discharge. *Ann Surg Treat Res* 2021;101(6):340. doi: 10.4174/astr.2021.101.6.340.
10. Ortiz-Lopez D, Marchena-Gomez J, Nogues-Ramia E, Sosa-Quesada Y, Arencibia-Perez B, Artiles-Armas M, et al. Utility of a new prognostic score based on the Comprehensive Complication Index (CCI(R)) in patients operated on for colorectal cancer (S-CRC-PC score). *Surg Oncol* 2022;42:101780. doi: 10.1016/j.suronc.2022.101780.
11. Slankamenac K, Graf R, Barkun J, Puhon MA, Clavien PA. The comprehensive complication index: a novel continuous scale to measure surgical morbidity. *Ann surg* 2013;258(1):1-7. doi: 10.1097/SLA.0b013e318296c732.
12. Irvine D, Sidani S, Hall LM. Linking outcomes to nurses' roles in health care. *Nurs Econ* 1998;16(2):58-64.
13. Louis M, Johnston SA, Churilov L, Ma R, Marhoon N, Burgess A, et al. The hospital costs of complications following colonic resection surgery: a retrospective cohort study. *Ann Med Surg (Lond)* 2020;54:37-42. doi: 10.1016/j.amsu.2020.03.013.
14. Lei PR, Liao JW, Ruan Y, Yang XF, Hu KP, Liu J-P, et al. Risk factors analysis for surgical site infection following elective colorectal resection: a retrospective regression analysis. *Chin Med J* 2020;133(5):571-6. doi:10.1097/CM9.0000000000000670.
15. Xu F, Meng C, Yang Z, Li H, Gao J, Sun L, et al. Prognostic nutrition index predicts short-term surgical complications in patients with rectal cancer after laparoscopic surgery. *Front Surg* doi: 10.3389/fsurg.2022.1000108.
16. Theiss LM, Wood T, McLeod MC, Shao C, Santos Marques ID, Bajpai S, et al. The association of health literacy and postoperative complications after colorectal surgery: a cohort study. *Am J Surg* 2022;223(6):1047-52. doi:10.1016/j.amjsurg.2021.10.024.

17. Liu Y, Fu M, Zhou Q, Tian M, Zhang X, Wang Z. The application of patient-centered care bundle significantly reduces incidence of perioperative respiratory complications in hip fracture patients aged 80 and over. *Geriatr Nurs* 2022;43:213-8.
doi: 10.1016/j.gerinurse.2021.11.014.
18. Griffiths J, Puttinol S, Pongsaksri M. The general practitioner assessment of cognition; GPCOG (Thai Version): Validity and Reliability. In: 9th Pan-Pacific Conference on Rehabilitation cum 21st Annual Congress of Gerontology; 2014 Nov 29-30; Hongkong. Kowloon: The Hong Kong Polytechnic University; 2014. p. B65 (in Thai)
19. Cohen J. Statistical power analysis for the behavioral sciences. 2nd ed. Hillsdale (NJ): Lawrence Erlbaum Associates; 1988.
20. Brodaty H, Pond D, Kemp NM, Luscombe G, Harding L, Berman K, et al. The GPCOG: a new screening test for dementia designed for general practice. *J Am Geriatr Soc* 2002;50(3):530-4. doi: 10.1046/j.1532-5415.2002.50122.x.
21. Onodera T, Goseki N, Kosaki G. Prognostic nutritional index in gastrointestinal surgery of malnourished cancer patients. *Nihon Geka Gakkai Zasshi* 1984;85(9):1001-5.
22. Wanitkun N, Pattaramongkolrit S, Vichathai C, Bhechrung B, Kloyahem S, Batterham R, et al. Thai health literacy [Internet]. Nonthaburi: Health Systems Research Institute; 2014 [cited 2024 Mar 28]. Available from: <http://kb.hsri.or.th/dspace/handle/11228/3987> (in Thai)
23. Little P, Everitt H, Williamson I, Warner G, Moore M, Gould C, et al. Observational study of effect of patient centredness and positive approach on outcomes of general practice consultations. *BMJ* 2001;323(7318):908-11. doi:10.1136/bmj.323.7318.908.
24. Choocherd S, Wanitkun N, Danaidusadeekul S, Yottasurodom C. Relationships among health literacy, severity of disease, patient engagement, perception of person-centered Care and Quality of Life in Patients after Coronary Artery Bypass Graft Surgery. *J Nurs Sci* 2016;34(Suppl 1):94 -106. (in Thai)
25. Charlson ME, Charlson RE, Peterson JC, Marinopoulos SS, Briggs WM, Hollenberg JP. The Charlson comorbidity index is adapted to predict costs of chronic disease in primary care patients. *J Clin Epidemiol* 2008;61(12):1234-40. doi:10.1016/j.jclinepi.2008.01.006.
26. Rattanamongkol C, Sindhu S, Toskulkao T, Iramaneerat C. Factors related to the severity of postoperative complications in patients with primary gastrointestinal (stomach, liver, bile duct, colon, and rectum) cancer. *Thai Journal of Nursing Council* 2016;31(3):97-109. (in Thai)

27. Field A. Discovering statistics using IBM SPSS statistics. 4th ed. London: SAGE; 2013.
28. Durak D, Alkurt EG, Turhan VB, Tutan B, Sahiner IT, Kendirci M, et al. Comparison of short-term results of laparoscopic and open surgeries for colorectal cancer: a single-center experience. *Cureus* 2022;14(5):e24635. doi: 10.7759/cureus.24635.
29. Irani JL, Hedrick TL, Miller TE, Lee L, Steinhagen E, Shogan BD, et al. Clinical practice guidelines for enhanced recovery after colon and rectal surgery from the American society of colon and rectal surgeons and the society of American gastrointestinal and endoscopic surgeons. *Dis Colon Rectum* 2023;66(1):15-40. doi: 10.1097/DCR.0000000000002650.
30. Leigard E, Hertzberg D, Konrad D, Bell M. Increasing perioperative age and comorbidity: a 16-year cohort study at two University hospital sites in Sweden. *Int J Surg* 2024;110(7):4124-31. doi: 10.1097/JS9.0000000000001326.
31. Ng O, Keeler BD, Mishra A, Simpson JA, Neal K, Al-Hassi HO, et al. Iron therapy for preoperative anaemia. *Cochrane Database Syst Rev* 2019;12(12):CD011588. doi: 10.1002/14651858.CD011588.pub3.
32. Olsen BC, Sakkestad ST, Pfeffer F, Karliczek A. Rate of anastomotic leakage after rectal anastomosis depends on the definition: pelvic abscesses are significant. *Scand J Surg* 2019;108(3):241-49. doi: 10.1177/1457496918812223.
33. Khoyun S, Chokpinoyworapong N, Poothawee W, Thoin P. The effects of empowerment program on knowledge toward colostomy care and self-care ability in patients undergoing colostomy surgery and families. *RTN Med J* 2021;48(3):650-66. (in Thai)

ปัจจัยทำนายสุขภาวะองค์รวมของผู้สูงอายุรอดชีวิตจากโควิด-19

Factors Predicting Holistic Wellness among Older Adult

COVID-19 Survivors

พุทธรพร อ่อนคำสี* วริศรา ปองทอง** พนิตนันท์ แซ่ลี้* กมลภุ ถนอมสัตย์***

Puttaporn Onkhamsee* Warisara Pongthong** Panittanan Sealim* Kamolabhu Thanomsat***

บทคัดย่อ

การศึกษาวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาความสามารถในการทำนายระหว่างสุขภาวะองค์รวม ความรอบรู้ด้านสุขภาพ พฤติกรรมสุขภาพ และแรงสนับสนุนทางสังคมของผู้สูงอายุรอดชีวิตจากโควิด-19 อาศัยในอำเภอเมือง จังหวัดนครปฐม คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบสุ่มอย่างง่าย ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่าง 375 คน เครื่องมือวิจัยซึ่งใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบประเมินสุขภาวะองค์รวมของผู้สูงอายุ แบบประเมินความรู้ด้านสุขภาพ แบบประเมินพฤติกรรมสุขภาพ และแบบประเมินแรงสนับสนุนทางสังคม ซึ่งทุกเครื่องมือมีค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา เท่ากับ 1.0 ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค 0.85, 0.95, 0.93, 0.84 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงบรรยาย และสถิติถดถอยพหุตัวแปร

ผลการศึกษา พบว่า ผู้สูงอายุรอดชีวิตจากโควิด-19 มีสุขภาวะองค์รวมมีค่าเฉลี่ย อยู่ในระดับดีมากที่สุด (Mean = 3.74, S.D. = .35) ความรอบรู้ด้านสุขภาพมีค่าเฉลี่ย อยู่ในระดับดีมาก (Mean = 4.41, S.D. = .54) พฤติกรรมสุขภาพมีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับดี (Mean = 3.81, S.D. = .49) แรงสนับสนุนทางสังคมมีค่าเฉลี่ย อยู่ในระดับดีมาก (Mean = 4.43, S.D. = .47) สำหรับค่าการทำนายระหว่างสุขภาวะองค์รวม ความรอบรู้ด้านสุขภาพ พฤติกรรมสุขภาพ และแรงสนับสนุนทางสังคมของผู้สูงอายุรอดชีวิตจากโควิด-19 ร้อยละ 45.20

Received: December 8, 2024

Revised: August 28, 2025

Accepted: August 29, 2025

* อาจารย์ กลุ่มวิชาการพยาบาลชุมชน คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏนครปฐม นครปฐม ประเทศไทย 73000.

E-mail: puttaporn@webmail.npru.ac.th, esther@webmail.npru.ac.th

* Lecturer, Community Nursing, Faculty of Nursing, Nakhon Pathom Rajabhat University, Nakhon Pathom, Thailand 73000. E-mail: puttaporn@webmail.npru.ac.th, esther@webmail.npru.ac.th

** Corresponding Author อาจารย์ กลุ่มวิชาการพยาบาลชุมชน คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏนครปฐม นครปฐม ประเทศไทย 73000. E-mail: warisara2540@webmail.npru.ac.th

** Corresponding Author, Lecturer, Community Nursing, Faculty of Nursing, Nakhon Pathom Rajabhat University, Nakhon Pathom, Thailand 73000. E-mail: warisara2540@webmail.npru.ac.th

*** รองศาสตราจารย์ กลุ่มวิชาการพยาบาลชุมชน คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏนครปฐม นครปฐม ประเทศไทย 73000. E-mail: kamolabhu@webmail.npru.ac.th

*** Associate Professor, Community Nursing, Faculty of Nursing, Nakhon Pathom Rajabhat University, Nakhon Pathom, Thailand 73000. E-mail: kamolabhu@webmail.npru.ac.th

ค่าสัมประสิทธิ์ถดถอยพหุตัวแปรที่ทำนายสุขภาวะองค์รวมที่มีค่าสูงสุด คือ แรงสนับสนุนทางสังคม ($\beta = .37$) รองลงมาความรู้ด้านสุขภาพ ($\beta = .31$) และพฤติกรรมสุขภาพ ($\beta = .23$) ตามลำดับ

สรุปได้ว่า ควรออกแบบโปรแกรมซึ่งประกอบด้วยการผสมผสานระหว่างความรู้ด้านสุขภาพ พฤติกรรมสุขภาพ และแรงสนับสนุนทางสังคม เพื่อส่งเสริมสุขภาวะองค์รวมของผู้สูงอายุรอดชีวิตจากโควิด-19

คำสำคัญ: แรงสนับสนุนทางสังคม ความรู้ด้านสุขภาพ แรงสนับสนุนทางสังคม พฤติกรรมสุขภาพ สุขภาวะองค์รวม โควิด-19

Abstract

This study aimed to investigate the predictive ability of holistic wellness among older adult COVID-19 survivors in Mueang District, Nakhon Pathom Province, focusing on their health literacy, health behaviors, and social support. The study used simple random sampling to select 375 participants. The research instruments for measuring holistic wellness, health literacy, health behaviors, and social support demonstrated excellent validity and reliability, with a content validity index (CVI) of 1.0 for all assessments, indicating comprehensive expert agreement, and strong internal consistency scores via Cronbach's alpha coefficients (0.85, 0.95, 0.93, and 0.84, respectively). Data were analyzed using descriptive statistics and multiple regression analysis.

The results showed that the older adult COVID-19 survivors reported a high level of holistic wellness (Mean = 3.74, S.D. = 0.35), excellent health literacy (Mean = 4.41, S.D. = 0.54), good health behaviors (Mean = 3.81, S.D. = .49), and the highest level of social support (Mean = 4.43, S.D. = .47). The predictive value of health literacy, health behaviors, and social support on holistic wellness was 45.20%. The multiple regression coefficients revealed that social support was the strongest predictor of holistic wellness ($\beta = .37$), followed by health literacy ($\beta = .31$) and health behaviors ($\beta = .23$), respectively.

In conclusion, it is recommended **that** a program **be designed to integrate** health literacy, health behaviors, and social support **for promoting** the holistic wellness of elderly COVID-19 survivors.

Keywords: social support, health literacy, health behaviors, holistic wellness, COVID-19

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) เริ่มระบาดตั้งแต่ช่วงปลายปี พ.ศ. 2562 และแพร่กระจายอย่างรวดเร็วทั่วโลก ส่งผลให้มีผู้ติดเชื้อสะสมมากกว่า 700 ล้านราย และเสียชีวิตกว่า 7 ล้านรายทั่วโลก การระบาดครั้งนี้ส่งผลกระทบต่อระบบสาธารณสุข ไม่ว่าจะเป็นการขาดแคลนอุปกรณ์ บุคลากรทางการแพทย์ภาวะหมดไฟ และการหยุดชะงักของบริการสุขภาพขั้นพื้นฐาน อาทิ การรักษารอคอยและการให้วัคซีน สถานการณ์นี้สะท้อนถึงความเปราะบางของระบบสุขภาพทั่วโลก และเน้นย้ำถึงความจำเป็นในการพัฒนาระบบบริการสุขภาพที่มีความยืดหยุ่นและพร้อมรับวิกฤตในอนาคต โดยเฉพาะกลุ่มประชากรสูงอายุ¹

กลุ่มผู้สูงอายุซึ่งมีอายุ 60 ปีขึ้นไป ซึ่งเป็นกลุ่มเปราะบางที่ได้รับผลกระทบอย่างรุนแรงจากการระบาดของโควิด-19 จากข้อมูลของกระทรวงสาธารณสุข ตั้งแต่ต้นปี 2567 มีผู้สูงอายุเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลจากการติดเชื้อโควิดมากกว่า 31,205 ราย เสียชีวิต 172 รายในช่วงปลายเดือนมิถุนายน และร้อยละ 12 ของผู้เสียชีวิตอยู่ในช่วงอายุ 70 ปีขึ้นไป² รวีวรรณ สุระศรีวงศ์³ กล่าวว่าผู้สูงวัยมากกว่า 80 ปี มีอัตราเสียชีวิตสูงถึงร้อยละ 20 แม้ว่าการฉีดวัคซีนจะสามารถลดความรุนแรงและอัตราการเสียชีวิตได้อย่างมีนัยสำคัญ แต่อาการหลงเหลือหลังการติดเชื้อหรือที่เรียกว่า "long COVID" ยังส่งผลกระทบต่อกิจกรรมประจำวันและสุขภาพจิตของผู้สูงอายุอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้

สุขภาวะองค์รวม (holistic wellness) เป็นแนวคิดที่ครอบคลุมมิติทางร่างกาย จิตใจ สังคม อารมณ์ ปัญญา และจิตวิญญาณ ซึ่งสะท้อนถึงภาวะสุขภาพที่สมดุลในทุกมิติ ไม่ใช่เพียงแค่การไม่มีโรคภัยเท่านั้น⁴ แนวคิดนี้มีพื้นฐานมาจาก Dunn⁵ ถูกนำมาใช้ในงานส่งเสริมสุขภาพและการดูแลผู้สูงอายุอย่างต่อเนื่อง ทั้งในระดับนโยบายและชุมชน สุขภาวะองค์รวมของผู้สูงอายุที่รอดชีวิตจากโควิด-19 มักเผชิญกับปัญหาหลากหลายทั้งทางร่างกาย จิตใจ สังคม อารมณ์ ปัญญา และจิตวิญญาณ โดยเฉพาะภายหลังการติดเชื้อรุนแรงที่ส่งผลให้เกิดภาวะอ่อนแอเรื้อรัง ปัญหาทางเดินหายใจ หรือโรคร่วมที่ทรุดลง ขณะเดียวกันความเครียด ความวิตกกังวล และภาวะซึมเศร้าจากการถูกแยกตัวหรือสูญเสียบุคคลอันเป็นที่รักยังส่งผลกระทบต่อสุขภาพจิตอย่างมาก อีกทั้งการเปลี่ยนแปลงทางสังคมและเศรษฐกิจที่เกิดขึ้นในช่วงการระบาด ทำให้ผู้สูงอายุบางรายขาดการสนับสนุนทางสังคม รู้สึกโดดเดี่ยว ขาดเป้าหมายในการดำรงชีวิต และมีคุณภาพชีวิตที่ลดลง นอกจากนั้นจากการศึกษาผู้สูงอายุที่รอดชีวิตจากโควิด-19 พบว่า อาการเหนื่อยเรื้อรัง (fatigue) ความเจ็บปวด (pain) กิจกรรมทางกาย (physical activity) ความสามารถในการทำหน้าที่ประจำวัน (Activities of Daily Living: ADL) และปัญหาด้านความรู้ความเข้าใจ (cognitive-communication) นอกจากนั้นยังมีความเสี่ยงสูงต่อภาวะทุพพลภาพ สมอ่งเสื่อม ภาวะสับสนเฉียบพลัน และโรคเครียดหลังเหตุการณ์ (Post Traumatic Syndrome Disorders: PTSD)⁶

จากการทบทวนวรรณกรรมการศึกษาปัจจัยทำนายต่อสุขภาวะองค์รวมของผู้สูงอายุที่รอดชีวิตจากโควิด-19 พบว่า ปัจจัยด้านอายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา สถานการณ์ทางเศรษฐกิจ ความรอบรู้ด้านสุขภาพ⁷ แรงสนับสนุนทางสังคมในระดับมากเป็นปัจจัยสำคัญที่ส่งผลต่อสุขภาพทั้งด้านร่างกายและจิตใจ⁸ มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุระหว่างที่มีการระบาดของ COVID-19⁹ และพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุ¹⁰ ผู้วิจัยจึงได้นำปัจจัยความรอบรู้ด้านสุขภาพ พฤติกรรมสุขภาพ แรงสนับสนุนทางสังคมมาทดสอบว่า จะส่งผลกระทบต่อสุขภาวะองค์รวมครบด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ หรือไม่ ผลงานวิจัยบางส่วนได้ระบุว่า ยังไม่มีการระบุปัจจัยเสี่ยงหรือปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับกลุ่มอาการหลงเหลือหลังติดเชื้อโควิด-19 ในระยะยาวอย่างชัดเจน¹¹ ผู้วิจัยจึงเห็นว่า อาการเหนื่อยเรื้อรัง (fatigue) และความเจ็บปวด (pain)¹¹ ความกลัวโควิด-19

เป็นปัจจัยเกี่ยวกับกลุ่มอาการหลงเหลือหลังติดเชื้อโควิด-19 ในระยะยาวหลังจากมีอาการเจ็บป่วยเฉียบพลันสามารถเกิดได้ในทุกระบบของร่างกาย¹¹ จึงทำให้ไม่สามารถระบุสภาวะองค์รวมซึ่งต้องครอบคลุมด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ จึงไม่นำมาประกอบการวิจัยในครั้งนี้

แม้ว่าจะมีงานวิจัยเกี่ยวกับปัจจัยเหล่านี้ในผู้สูงอายุ แต่พบว่างานวิจัยส่วนใหญ่เป็นข้อมูลจากต่างประเทศยังมีการศึกษาในประเทศไทยค่อนข้างน้อย และการศึกษายังไม่ครอบคลุมถึงการมีสภาวะองค์รวมของผู้สูงอายุในทุกมิติ เน้นศึกษาเพียงบางมิติของสภาวะองค์รวม⁷⁻⁹ เช่น ด้านร่างกายหรือจิตใจเพียงอย่างเดียว นอกจากนี้ สถานการณ์การแพร่ระบาดของเชื้อไวรัสโควิด-19 เป็นโรคติดเชื้ออุบัติใหม่ที่ส่งผลกระทบต่อทุกกลุ่มวัย โดยเฉพาะผู้สูงอายุซึ่งเป็นกลุ่มเปราะบางและอาจส่งผลกระทบต่อสภาวะสุขภาพร่างกายและจิตใจมากกว่าในช่วงวัยอื่น ๆ ทั้งนี้การศึกษาลักษณะระยะยาวของโควิด-19 ต่อสภาวะองค์รวมของผู้สูงอายุไทยยังมีจำกัด อีกทั้งงานวิจัยส่วนใหญ่ยังไม่ได้พิจารณาบริบทด้านสังคมวัฒนธรรม ด้านจิตวิญญาณ ค่านิยมความเชื่อของกลุ่มผู้สูงอายุรอดชีวิตจากโควิด-19 อย่างเป็นระบบ จึงมีความจำเป็นอย่างยิ่งในการศึกษาปัจจัยทำนายสภาวะองค์รวมของผู้สูงอายุรอดชีวิตจากโควิด-19 ให้ครอบคลุมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ

จากที่กล่าวมาข้างต้น พบว่า จังหวัดนครปฐมอยู่ในเขตสุขภาพที่ 5 มีสัดส่วนประชากรผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง¹² และเป็นหนึ่งในจังหวัดที่มีการแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 อย่างต่อเนื่องในช่วงที่ผ่านมา ด้วยสภาพของบริบทสังคมกึ่งเมืองกึ่งชนบทที่เข้าถึงการบริการทางการแพทย์ทำให้รอดชีวิตจากโควิด-19 ได้อย่างดีแต่ยังพบว่า มิติด้านวัฒนธรรมของสังคมกึ่งเมืองกึ่งชนบท มิติด้านจิตวิญญาณค่านิยมความเชื่อของกลุ่มผู้สูงอายุรอดชีวิตจากโควิด-19 ยังไม่สามารถระบุปัจจัยให้การศึกษาค้นคว้ามีความสำคัญเพื่อให้ได้ข้อมูลเชิงประจักษ์สำหรับการวางแผนดูแล ส่งเสริมทำนายสภาวะองค์รวมได้ จึงส่งผลกระทบต่อสุขภาพ และออกแบบนโยบายสาธารณสุขที่เหมาะสมกับกลุ่มผู้สูงอายุในพื้นที่นครปฐมอย่างตรงจุดและครอบคลุม

วัตถุประสงค์วิจัย

1. เพื่อศึกษาสภาวะองค์รวม ความรอบรู้ด้านสุขภาพ พฤติกรรมสุขภาพ และแรงสนับสนุนทางสังคมของผู้สูงอายุรอดชีวิตจากโควิด-19 ในอำเภอเมือง จังหวัดนครปฐม
2. เพื่อศึกษาความสามารถในการทำนายระหว่างความรอบรู้ด้านสุขภาพ พฤติกรรมสุขภาพ และแรงสนับสนุนทางสังคมกับสภาวะองค์รวมของผู้สูงอายุรอดชีวิตจากโควิด-19 ในอำเภอเมือง จังหวัดนครปฐม

คำถามวิจัย

1. สภาวะองค์รวม ความรอบรู้ด้านสุขภาพ พฤติกรรมสุขภาพ และแรงสนับสนุนทางสังคมของผู้สูงอายุรอดชีวิตจากโควิด-19 ในอำเภอเมือง จังหวัดนครปฐมเป็นอย่างไร
2. ความสามารถในการทำนายระหว่างความรอบรู้ด้านสุขภาพ พฤติกรรมสุขภาพ และแรงสนับสนุนทางสังคมสามารถทำนายสภาวะองค์รวมของผู้สูงอายุรอดชีวิตจากโควิด-19 ในอำเภอเมือง จังหวัดนครปฐมเป็นอย่างไร

สมมติฐานวิจัย

ความรอบรู้ด้านสุขภาพ พฤติกรรมสุขภาพ และแรงสนับสนุนทางสังคมสามารถทำนายสุขภาวะองค์รวมของผู้สูงอายุรอดชีวิตจากโควิด-19

กรอบแนวคิดการวิจัย

แนวคิดสุขภาวะองค์รวมของผู้สูงอายุ เป็นแนวคิดที่มองมนุษย์ในมิติความสมดุลในทุกด้านของชีวิต ได้แก่ ด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ⁵ มีความสัมพันธ์กับคำว่า “คุณภาพชีวิต” ในมิติของการรับรู้ของผู้สูงอายุที่ต้องการความสามารถในการดำรงชีวิตอย่างมีคุณค่า มีความหมาย และมีความสุขในแต่ละวัน จนทำให้สุขภาพแบบองค์รวมที่ดีเป็นพื้นฐานสำคัญของคุณภาพชีวิต ทั้งนี้จากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับปัจจัยทำนายต่อสุขภาวะองค์รวมของผู้สูงอายุที่รอดชีวิตจากโควิด-19 ได้แก่ ความรอบรู้ด้านสุขภาพ พฤติกรรมสุขภาพ และแรงสนับสนุนทางสังคม ซึ่งมีรายละเอียดดังนี้ 1) ความรอบรู้ด้านสุขภาพ มีความสัมพันธ์กับสุขภาวะองค์รวม สามารถทำนายสุขภาวะองค์รวมของผู้สูงอายุรอดชีวิตจากโควิด-19 โดยความรอบรู้ด้านสุขภาพที่ดี จะสามารถสร้างและรักษาสุขภาพแบบองค์รวมได้ ซึ่งการเพิ่มความรอบรู้ด้านสุขภาพยังสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพ เนื่องจากการขาดความรู้และทักษะในการป้องกันหรือดูแลสุขภาพของตนเอง ส่งผลต่อการตัดสินใจใช้ข้อมูลข่าวสารความรู้และการเลือกบริการด้านสุขภาพที่ถูกต้อง ดังนั้นการเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพจึงมีส่วนสำคัญในการสร้างความรู้ใหม่และสมรรถนะของบุคคล ช่วยให้ผู้สูงอายุสามารถดำรงสุขภาวะองค์รวมไว้ได้อย่างต่อเนื่อง และมีคุณภาพชีวิตที่ดี 2) พฤติกรรมสุขภาพ จากแบบจำลองการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ เป็นแนวคิดทฤษฎีที่ใช้ในการอธิบายและทำนายพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ โดยบุคคลที่มีการปฏิบัติพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพมีผลโดยตรงที่เมื่อบุคคลนำมาปฏิบัติโดยบูรณาการกับแบบแผนการดำเนินชีวิตของตนเอง มีผลทำให้บุคคลมีภาวะสุขภาพที่ดี พฤติกรรมสุขภาพที่ดีต่อเนื่องจะนำไปสู่สุขภาพแบบองค์รวมที่ดีและยั่งยืน 3) แรงสนับสนุนทางสังคมที่ดี เป็นปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลที่เกี่ยวข้องกับการได้รับความช่วยเหลือทางด้านอารมณ์ ด้านวัตถุสิ่งของ ด้านข้อมูลข่าวสาร และด้านการประเมินคุณค่า แรงสนับสนุนทางสังคมอาจมาจากบุคคลในครอบครัว เพื่อน หรือชุมชนที่อยู่อาศัย เป็นความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลที่ได้รับการช่วยเหลือและสนับสนุนจากบุคคลใกล้ชิด ทำให้สามารถเผชิญหน้าต่อปัญหาหรือความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นได้ จากการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับสุขภาวะองค์รวมของผู้สูงอายุ โดยกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป การสนับสนุนทางสังคมที่ดีมีความสัมพันธ์ในระดับปานกลางกับสุขภาพแบบองค์รวมของผู้สูงอายุ โดยการดูแลผู้สูงอายุให้มีสุขภาวะองค์รวมที่ดีต้องมีความสมดุลในทุกมิติทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ¹³

วิธีดำเนินการวิจัย

ประชากร ผู้สูงอายุที่รอดชีวิตจากโควิด-19 ทั้งที่เคยติดเชื้อโควิด-19 และไม่เคยติดเชื้อโควิด-19 อาศัยในอำเภอเมือง จังหวัดนครปฐม จำนวน 3,022 คน¹⁴

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้สูงอายุที่รอดชีวิตจากโควิด-19 ทั้งที่เคยติดเชื้อโควิด-19 และไม่เคยติดเชื้อโควิด-19 อายุมากกว่า 60 ปีขึ้นไป อาศัยในอำเภอเมือง จังหวัดนครปฐม คำนวณกลุ่มตัวอย่างของ Robert and Eary¹⁵ ที่ระดับความเชื่อมั่น 95 % ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 341 คน เพื่อป้องกันการไม่สมบูรณ์ของข้อมูล จึงเก็บข้อมูลเพิ่มเติมอีกร้อยละ 10 จึงได้ขนาดกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 375 คน โดยสุ่มตัวอย่างแบบ stratified random sampling จาก 25 ตำบล ได้ 10 ตำบล โดยแบ่งสัดส่วนตามประชากรแต่ละตำบล และสุ่มกลุ่มตัวอย่างแบบอย่างง่ายโดยการจับฉลากรายชื่อ จนครบตามจำนวน 375 คน

เกณฑ์การคัดเข้า ได้แก่ 1) ผู้สูงอายุซึ่งรอดชีวิตจากโควิด-19 ทั้งที่เคยติดเชื้อโควิด-19 และไม่เคยติดเชื้อโควิด-19 อายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป สัญชาติไทย 2) สามารถอ่าน ฟัง เขียนภาษาไทยได้ 3) มีความสามารถในการรับรู้/ได้ตอบได้ 4) ไม่มีการเจ็บป่วยรุนแรงซึ่งเป็นอุปสรรคต่อการเข้าร่วมการวิจัย เช่น ภาวะหัวใจล้มเหลวรุนแรง ระบบไหลเวียนโลหิตไม่คงที่ต้องใช้เครื่องพยุงหัวใจหรือใช้เครื่องช่วยหายใจ อาการป่วยของโรคทางสมอง โรคอัลไซเมอร์ รวมทั้งมีความผิดปกติทางสุขภาพจิตและจิตเวช และ 5) มีความสมัครใจในการเข้าร่วมโครงการวิจัย

เกณฑ์การคัดออก ผู้เข้าร่วมการวิจัยตอบแบบสอบถามไม่ครบตามที่กำหนดไว้ และมีอาการผิดปกติระหว่างเก็บรวบรวมข้อมูล เช่น มีการเจ็บป่วยจนไม่สามารถให้ข้อมูลได้ (เข้ารับกักตัวในโรงพยาบาล มีการเจ็บป่วยฉุกเฉิน)

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

แบบสอบถาม ซึ่งประกอบด้วยคำถาม 5 ส่วน ทั้งหมดจำนวน 84 ข้อ แบ่งออกเป็น

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล เป็นข้อคำถามเกี่ยวกับเพศ อายุ ศาสนา การติดเชื้อโควิด-19 การรักษาที่ผ่านมา โรคประจำตัว และอาชีพ โดยข้อคำถามจำนวน 7 ข้อเป็นแบบให้เลือกตอบและเติมคำในช่องว่าง ซึ่งแบบสอบถามนี้ผู้วิจัยได้จัดทำขึ้นเอง

ส่วนที่ 2 แบบประเมินสุขภาวะองค์รวมของผู้สูงอายุ ซึ่งแบบสอบถามนี้ผู้วิจัยได้จัดทำขึ้นเอง โดยพัฒนามาจากแนวคิดของ Dunn⁵ ประกอบด้วยข้อคำถาม 20 ข้อ ลักษณะคำถามเป็นมาตรประเมินค่า 4 ระดับ แบ่งออกเป็น 4 ด้าน ได้แก่ ด้านสุขภาวะทางกาย 5 ข้อ ด้านสุขภาวะทางจิต 5 ข้อ ด้านสุขภาวะทางสังคม 5 ข้อ และด้านสุขภาวะทางจิตวิญญาณ 5 ข้อ ลักษณะคำถามเป็นมาตรประเมินค่า 5 ระดับ ได้แก่ น้อยที่สุด (1) น้อย (2) มาก (3) และมากที่สุด (4) การแปลผล 3.51 ขึ้นไป หมายถึง มีสุขภาวะที่ระดับมากที่สุด 2.51-3.50 หมายถึง มีสุขภาวะที่ระดับมาก 1.51-2.50 หมายถึง มีสุขภาวะที่ระดับน้อย และน้อยกว่า 1.51 ลงมา หมายถึง มีสุขภาวะที่ระดับน้อยที่สุด

ส่วนที่ 3 แบบประเมินความรู้ด้านสุขภาพ ซึ่งพัฒนามาจากอังคินันท์ อินทรกำแหง¹⁶ ซึ่งเป็นแบบประเมินเพื่อเก็บข้อมูลเกี่ยวกับความสามารถ ทักษะ และการปฏิบัติตนด้านสุขภาพ โดยแบบประเมินได้นำมาจากแนวคิดความรู้ด้านสุขภาพ 4 ด้านของ Sorensen และคณะ¹⁷ โดยเป็นการจัดกลุ่มและบูรณาการองค์ประกอบที่มีความใกล้เคียงกันเข้าด้วยกัน เพื่อสร้างแบบจำลองที่มีความกระชับและเน้นกระบวนการที่ใช้ในการจัดการข้อมูลด้านสุขภาพ ซึ่งแบบประเมินประกอบด้วยข้อคำถาม 16 ข้อ แบ่งเป็น 4 องค์ประกอบ ได้แก่ ทักษะการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ 4 ข้อ ด้านการเข้าใจข้อมูลสุขภาพ 4 ข้อ ด้านการประเมินข้อมูลและบริการด้านสุขภาพ 4 ข้อ การประยุกต์ใช้ข้อมูลและบริการสุขภาพ 4 ข้อ

ลักษณะคำถามเป็นมาตรประเมินค่า 5 ระดับ ได้แก่ ไม่เคยทำ (1) ทำได้ยากมาก (2) ทำได้ยาก (3) ทำได้ง่าย (4) และทำได้อย่างมาก (5) การแปลผล คะแนนเต็ม 80 คะแนน โดยน้อยกว่า 48 คะแนน หรือร้อยละ 60 (ค่าเฉลี่ยระหว่าง 1.00-2.99) หมายถึง ความรู้ด้านสุขภาพอยู่ในระดับที่ไม่ดี 48-55 คะแนน หรือร้อยละ 60-70 (ค่าเฉลี่ยระหว่าง 3.00-3.49) หมายถึง ความรู้ด้านสุขภาพระดับพอใช้ 56-63 คะแนน หรือร้อยละ 70-80 (ค่าเฉลี่ยระหว่าง 3.50-3.99) หมายถึง ความรู้ด้านสุขภาพระดับดี และ 64-80 คะแนน หรือมากกว่าร้อยละ 80 (ค่าเฉลี่ยระหว่าง 4.00-5.00) หมายถึง ความรู้ด้านสุขภาพที่ระดับดีมาก

ส่วนที่ 4 พฤติกรรมสุขภาพ ซึ่งพัฒนามาจากอังคินันท์ อินทรกำแหง¹⁶ ประกอบด้วยข้อคำถาม 22 ข้อ แบ่งออกเป็น

4.1 พฤติกรรมสุขภาพการบริโภคอาหาร การออกกำลังกาย การสูบบุหรี่ ดื่มสุรา ประกอบด้วย ข้อคำถาม 13 ข้อ แบ่งออกเป็น 5 ด้าน ได้แก่ พฤติกรรมสุขภาพด้านการบริโภคอาหาร 6 ข้อ ด้านการออกกำลังกาย 2 ข้อ การจัดการความเครียด 2 ข้อ การสูบบุหรี่ 2 ข้อ และการดื่มสุราและเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ 1 ข้อ ลักษณะคำถามเป็นความถี่ในการปฏิบัติเฉลี่ยต่อสัปดาห์ ซึ่งเป็นมาตรประเมินค่า 5 ระดับ ได้แก่ ไม่ปฏิบัติ (1) 1-2 วัน (2) 3 วัน (3) 4-5 วัน (4) และ 6-7 วัน (5)

4.2 พฤติกรรมสุขภาพการป้องกันโรคติดเชื้อโควิด-19 ประกอบด้วยข้อคำถาม 9 ข้อ ลักษณะคำถามเป็นความถี่ในการปฏิบัติ ซึ่งเป็นมาตรประเมินค่า 5 ระดับ ได้แก่ ไม่ปฏิบัติ (1) นาน ๆ ครั้ง (2) บ้างบางครั้ง (3) บ่อยครั้ง (4) และทุกครั้ง (5)

สำหรับการแปลผล มีดังนี้ คะแนนเต็ม 110 คะแนน หากน้อยกว่า 66 คะแนน หรือร้อยละ 60 (ค่าเฉลี่ยระหว่าง 1.00-2.99) หมายถึง พฤติกรรมการปฏิบัติตนในการดูแลสุขภาพตนเองด้านโรคไร้เชื้อและโรคติดเชื้ออยู่ในระดับที่ไม่ดี ถ้า 66-76 คะแนน หรือร้อยละ 60-70 (ค่าเฉลี่ยระหว่าง 3.00-3.49) หมายถึง พฤติกรรมการปฏิบัติตนในการดูแลสุขภาพตนเองด้านโรคไร้เชื้อและโรคติดเชื้ออยู่ในระดับพอใช้ สำหรับ 77-87 คะแนน หรือร้อยละ 70-80 (ค่าเฉลี่ยระหว่าง 3.50-3.99) หมายถึง พฤติกรรมการปฏิบัติตนในการดูแลสุขภาพตนเองด้านโรคไร้เชื้อและโรคติดเชื้ออยู่ในระดับดี และ 88-110 คะแนน หรือมากกว่าร้อยละ 80 (ค่าเฉลี่ยระหว่าง 4.00-5.00) หมายถึง พฤติกรรมการปฏิบัติตนในการดูแลสุขภาพตนเองด้านโรคไร้เชื้อและโรคติดเชื้ออยู่ในระดับดีมาก

ส่วนที่ 5 แบบประเมินแรงสนับสนุนทางสังคม ดัดแปลงมาจากการใช้แนวคิดของ House¹⁸ เพื่อประเมินการสนับสนุนทางสังคมของผู้สูงอายุที่รอดชีวิตจากโควิด-19 ประกอบด้วยข้อคำถาม 19 ข้อ แบ่งออกเป็น 4 ด้าน ได้แก่ ด้านอารมณ์ 5 ข้อ ด้านวัตถุประสงค์ของ 4 ข้อ ด้านการประเมินคุณค่า 5 ข้อ และด้านข้อมูลข่าวสาร 5 ข้อ ลักษณะคำถามเป็นมาตรประเมินค่า 5 ระดับ ได้แก่ น้อยที่สุด (1) น้อย (2) ปานกลาง (3) มาก (4) และมากที่สุด (5) การแปลผลคะแนนเฉลี่ยระหว่าง 4.50-5.00 หมายถึง การสนับสนุนทางสังคมระดับมากที่สุด 3.50-4.49 หมายถึง การสนับสนุนทางสังคมระดับมาก 2.50-3.49 หมายถึง การสนับสนุนทางสังคมระดับปานกลาง 1.50-2.49 หมายถึง การสนับสนุนทางสังคมระดับน้อย และ 1.00-1.49 หมายถึง การสนับสนุนทางสังคมระดับน้อยที่สุด

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

1. การตรวจหาความตรงเชิงเนื้อหา (content validity) โดยนำแบบสอบถามไปหาความตรงตามเนื้อหา โดยผู้ทรงคุณวุฒิ 4 ท่าน ประกอบด้วย อาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญในการพยาบาลชุมชน จำนวน 2 ท่าน อาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญในการพยาบาลผู้สูงอายุ จำนวน 2 ท่าน ประกอบด้วย 4 แบบสอบถาม ได้แก่ แบบประเมินสุขภาวะองค์รวมของผู้สูงอายุ และแบบประเมินความรู้ด้านสุขภาพ แบบประเมินพฤติกรรมสุขภาพ และแบบประเมินแรงสนับสนุนทางสังคม ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา เท่ากับ 1.0, 1.0, 1.0, 0.99 ตามลำดับ

2. การหาความเที่ยงของเครื่องมือ (reliability) ผู้วิจัยนำเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยไปทดลองใช้ (try out) กับผู้สูงอายุรอดชีวิตจากโควิด-19 ที่มีคุณสมบัติคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน เพื่อทดสอบความสอดคล้องภายในของเครื่องมือ (internal consistency) และคำนวณค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ประกอบด้วย 4 แบบสอบถาม ได้แก่ แบบประเมินสุขภาวะองค์รวมของ

ผู้สูงอายุ แบบประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพ แบบประเมินพฤติกรรมสุขภาพ และแบบประเมินแรงสนับสนุนทางสังคม มีค่าความเชื่อมั่น เท่ากับ 0.85, 0.95, 0.93, 0.84 ตามลำดับ

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

โครงการวิจัยนี้ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยราชภัฏนครปฐม เลขที่ใบรับรอง 011/2567 ลงวันที่ 3 เมษายน พ.ศ. 2567 ผู้วิจัยแนะนำตัวและชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัยกับกลุ่มตัวอย่างเกี่ยวกับสิทธิในการตอบรับหรือปฏิเสธการให้ข้อมูล ชี้แจงการเก็บรวบรวมข้อมูลและผลการวิจัยนี้เป็นความลับจะนำมาใช้เพื่อการศึกษาเท่านั้น ไม่มีผลกระทบต่อการทำงานของกลุ่มตัวอย่าง จากนั้นให้ผู้เข้าร่วมการวิจัยลงนามยินยอมด้วยความสมัครใจในหนังสือแสดงความยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล ภายหลังจากได้รับการรับรองจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยราชภัฏนครปฐม
2. ผู้วิจัยสุ่มตัวอย่างแบบ stratified random sampling จาก 25 ตำบล ได้ 10 ตำบล
3. ผู้วิจัยประสานกับผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพประจำตำบล (รพ.สต.) และแกนนำอาสาสมัครสาธารณสุขประจำตำบล (อสม.) ที่เป็นตัวแทนของทั้ง 25 ตำบล ได้ 10 ตำบล ในอำเภอเมือง จังหวัดนครปฐม เพื่อขอรายชื่อผู้สูงอายุซึ่งรอดชีวิตจากโควิด-19 และมีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนด เก็บรวบรวมข้อมูล โดยแบ่งสัดส่วนตามประชากรแต่ละตำบล ดังนี้ พระปฐมเจดีย์ 107 คน นครปฐม 62 คน สนามจันทร์ 44 คน ธรรมศาลา 39 คน สามควายเผือก 29 คน ดอนยายหอม 25 หนองดินแดง 23 คน มาบแค 18 คน บ้านยาง 16 คน และทุ่งน้อย 12 คน จากนั้นเลือกกลุ่มด้วยวิธีการสุ่มกลุ่มตัวอย่างอย่างง่าย โดยการจับฉลากรายชื่อจนครบตามจำนวน 375 คน
4. ได้รับแบบสอบถามกลับคืนมา จำนวน 375 ฉบับ คิดเป็นร้อยละ 100 แล้วนำมาวิเคราะห์ข้อมูลในลำดับต่อไป

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยนำแบบสอบถามที่ได้มาตรวจสอบความสมบูรณ์ ลงรหัสเพื่อวิเคราะห์โดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป SPSS version 26.0 มีรายละเอียดของแต่ละตอน ดังนี้

1. ข้อมูลทั่วไปวิเคราะห์ด้วยค่าความถี่ (frequency) และค่าร้อยละ (percentage) ได้แก่ เพศ อายุ อาชีพ การติดเชื้อโควิด-19 การรักษาที่ผ่านมา และโรคประจำตัว
2. ระดับสุขภาวะองค์รวม แรงสนับสนุนทางสังคม ความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยการหาค่าเฉลี่ย (mean) และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation: S.D.)
3. ความสามารถในการทำนายระหว่างความรอบรู้ด้านสุขภาพ แรงสนับสนุนทางสังคมและพฤติกรรมสุขภาพกับสุขภาวะองค์รวมในผู้สูงอายุรอดชีวิตจากโควิด-19 ในอำเภอเมือง จังหวัดนครปฐม ด้วยสถิติ ค่าสัมประสิทธิ์ถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน (stepwise multiple regression) ก่อนการวิเคราะห์ข้อมูล ได้ทำการตรวจสอบการแจกแจงของข้อมูลด้วยการทดสอบความเป็นปกติ (tests of normality) โดยใช้สถิติ Kolmogorov-Smirnov และ Shapiro-Wilk พบว่า ตัวแปรแรงสนับสนุนทางสังคม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (significant = .164) สุขภาวะองค์รวมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (significant = .309) ความรอบรู้ด้านสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (significant = .566) และพฤติกรรมสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

(significant = .632) มีค่า significant มากกว่า .05 ทุกตัวแปร แสดงให้เห็นว่าข้อมูลทั้งหมดมีการแจกแจงแบบปกติ ดังนั้นจึงสามารถใช้สถิติแบบพารามेटริก (parametric statistics) ในการวิเคราะห์ข้อมูลได้

ผลการวิจัย

ผู้วิจัยขอนำเสนอผลการวิจัยตามวัตถุประสงค์การวิจัย ดังต่อไปนี้

1. ข้อมูลส่วนบุคคล

กลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุ 375 คน เป็นเพศหญิง 188 คน (ร้อยละ 50.13) และเพศชาย 187 คน (ร้อยละ 49.87) อายุระหว่าง 60-101 ปี อายุเฉลี่ย 66.05 ปี (S.D. = 6.87) นับถือศาสนาพุทธ 375 คน (ร้อยละ 100) ไม่เคยติดเชื้อโควิด-19 จำนวน 209 คน (ร้อยละ 55.73) และเคยติดเชื้อโควิด-19 จำนวน 166 คน (ร้อยละ 44.27) ส่วนใหญ่เคยติดเชื้อโควิด-19 จำนวน 1 ครั้ง 124 คน (ร้อยละ 33.07) จำนวน 2 ครั้ง 16 คน (ร้อยละ 4.27) จำนวน 3 ครั้ง 5 คน (ร้อยละ 1.33) จำนวน 4 ครั้ง 11 คน (ร้อยละ 2.93) และมากกว่า 4 ครั้งขึ้นไป 10 คน (ร้อยละ 2.67) ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ไม่มีโรคประจำตัว 203 คน (ร้อยละ 54.13) ส่วนใหญ่ประกอบอาชีพรับจ้างทั่วไป 138 คน (ร้อยละ 36.80) รองลงมา คือ ค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว 63 คน (ร้อยละ 16.80) และทำไร่ ทำนา ทำสวน 59 คน (ร้อยละ 15.73) ผู้สูงอายุส่วนใหญ่อาศัยอยู่กับบุตร 227 คน (ร้อยละ 50.22) รองลงมา คือ อาศัยอยู่กับภรรยา 110 คน (ร้อยละ 24.34) และอาศัยอยู่กับญาติพี่น้อง 49 คน (ร้อยละ 10.84)

2. สุขภาวะองค์รวมมีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับดีมากที่สุด ($\bar{X}$ = 3.74, S.D. = .35) ความรอบรู้ด้านสุขภาพมีค่าเฉลี่ย ระดับดีมาก ($\bar{X}$ = 4.41, S.D. = .54) พฤติกรรมสุขภาพมีค่าเฉลี่ย ระดับดี ($\bar{X}$ = 3.81, S.D. = .49) และแรงสนับสนุนทางสังคมมีค่าเฉลี่ย ระดับมาก ($\bar{X}$ = 4.43, S.D. = .47) (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 แสดงค่าเฉลี่ยและค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของสุขภาวะองค์รวม ความรอบรู้ด้านสุขภาพ พฤติกรรมสุขภาพ และแรงสนับสนุนทางสังคม (n = 375)

ตัวแปร	M	S.D	การแปลผล
สุขภาวะองค์รวม โดยรวม	3.74	0.35	ระดับมากที่สุด
ด้านสุขภาวะทางกาย	3.66	0.37	ระดับมากที่สุด
ด้านสุขภาวะทางจิต	3.73	0.38	ระดับมากที่สุด
ด้านสุขภาวะทางสังคม	3.78	0.39	ระดับมากที่สุด
ด้านสุขภาวะทางจิตวิญญาณ	3.78	0.38	ระดับมากที่สุด
ความรอบรู้ด้านสุขภาพ โดยรวม	4.41	0.54	ระดับดีมาก
ทักษะการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ	4.45	0.55	ระดับดีมาก
การเข้าใจข้อมูลสุขภาพ	4.43	0.61	ระดับดีมาก
การประเมินข้อมูลและบริการด้านสุขภาพ	4.37	0.58	ระดับดีมาก
การประยุกต์ใช้ข้อมูลและบริการสุขภาพ	4.38	0.58	ระดับดีมาก

ตารางที่ 1 (ต่อ) แสดงค่าเฉลี่ยและค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของสุขภาวะองค์รวม ความรอบรู้ด้านสุขภาพ พฤติกรรมสุขภาพ และแรงสนับสนุนทางสังคม (n = 375)

ตัวแปร	M	S.D	การแปลผล
พฤติกรรมสุขภาพ โดยรวม	3.81	0.49	ระดับดี
พฤติกรรมสุขภาพการบริโภคอาหาร การออกกำลังกาย	3.93	0.45	ระดับดี
การสูบบุหรี่ ดื่มสุรา			
พฤติกรรมสุขภาพการป้องกันโรคติดเชื้อโควิด-19	3.74	0.75	ระดับดี
แรงสนับสนุนทางสังคม โดยรวม	4.43	0.47	ระดับมาก
ด้านอารมณ์	4.44	0.49	ระดับมาก
ด้านวัตถุสิ่งของ	4.51	0.51	ระดับมากที่สุด
ด้านข้อมูลข่าวสาร	4.47	0.55	ระดับมาก
ด้านการประเมินคุณค่า	4.26	0.66	ระดับมาก

3. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยที่คัดสรรและสุขภาวะองค์รวม ซึ่งตัวแปรที่มีความสัมพันธ์กับสุขภาวะองค์รวม คือ แรงสนับสนุนทางสังคม ($r = .60, p < .01$) ความรอบรู้ด้านสุขภาพ ($r = .59, p < .01$) พฤติกรรมสุขภาพ ($r = .20, p < .01$) (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 แสดงค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างสุขภาวะองค์รวม ความรอบรู้ด้านสุขภาพ พฤติกรรมสุขภาพ และแรงสนับสนุนทางสังคม (n = 375)

ตัวแปร	1	2	3	4
1. แรงสนับสนุนทางสังคม	1			
2. ความรอบรู้ด้านสุขภาพ	.75**	1		
3. พฤติกรรมสุขภาพ	.04	.03	1	
4. สุขภาวะองค์รวม	.60**	.59**	.20**	1

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

4. การศึกษาปัจจัยทำนายระหว่างความรอบรู้ด้านสุขภาพ พฤติกรรมสุขภาพ และแรงสนับสนุนทางสังคมต่อสุขภาวะองค์รวมของผู้สูงอายุรอดชีวิตจากโควิด-19 ในอำเภอเมือง จังหวัดนครปฐม พบว่าตัวแปรทำนายสุขภาวะองค์รวมที่มีค่าสูงสุด คือ แรงสนับสนุนทางสังคม ($\beta = .37$) รองลงมา คือ ความรอบรู้ด้านสุขภาพ ($\beta = .31$) และพฤติกรรมสุขภาพ ($\beta = .23$) (ตารางที่ 3)

ตารางที่ 3 แสดงค่าสัมประสิทธิ์ถดถอยพหุตัวแปรของสุขภาวะองค์รวม ความรอบรู้ด้านสุขภาพ พฤติกรรมสุขภาพ และแรงสนับสนุนทางสังคมของผู้สูงอายุรอดชีวิตจากโควิด-19 (n = 375)

ตัวทำนาย	b	S.E.b	β	t	p-value
1. แรงสนับสนุนทางสังคม	.28	.04	.37	6.44	<.01
2. ความรอบรู้ด้านสุขภาพ	.01	.00	.31	5.34	<.01
3. พฤติกรรมสุขภาพ	.01	.00	.23	5.86	<.01

R = .67 R² = .45 F = 102.11 Constant = 2.04 Durbin-Watson = .77

การอภิปรายผลการวิจัย

ผู้วิจัยขอเสนอผลการวิจัยตามวัตถุประสงค์การวิจัย ดังต่อไปนี้

1. จากผลการวิจัย พบว่า สุขภาวะองค์รวมของผู้สูงอายุที่รอดชีวิตจากโควิด-19 มีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับมากที่สุด ($\bar{X}$ = 3.74, S.D. = .35) เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า ค่าเฉลี่ยสุขภาวะทางกายอยู่ในระดับมากที่สุด ($\bar{X}$ = 3.66, S.D. = .37) ค่าเฉลี่ยด้านสุขภาวะทางจิต อยู่ในระดับมากที่สุด ($\bar{X}$ = 3.73, S.D. = .38) ค่าเฉลี่ยด้านสุขภาวะทางสังคมอยู่ในระดับมากที่สุด ($\bar{X}$ = 3.78, S.D. = .39) และค่าเฉลี่ยด้านสุขภาวะทางจิตวิญญาณ (Mean = 3.78, S.D. = .38) มีค่าเฉลี่ยระดับมากที่สุด อภิปรายว่ากลุ่มตัวอย่างซึ่งเป็นผู้สูงอายุซึ่งรอดจากโควิด-19 มีภาวะสุขภาพที่สมดุลในทุกมิติ กล่าวคือ มีการดูแลเอาใจใส่ตนเองอย่างครบถ้วน ทั้งในด้านร่างกาย จิตใจ จิตวิญญาณ และสังคม เนื่องจากผู้สูงอายุส่วนใหญ่ไม่มีโรคประจำตัวถึง 203 คน คิดเป็นร้อยละ 54.13 และกลุ่มตัวอย่างไม่เคยติดโควิด-19 จำนวน 209 คน คิดเป็นร้อยละ 55.73 และมีจำนวนกลุ่มตัวอย่างที่เคยติดเชื้อโควิด-19 จำนวน 166 คน คิดเป็นร้อยละ 44.27 ซึ่งติดเชื้อโควิด-19 แสดงถึงการปราศจากโรคโควิด-19 และสามารถดำรงชีวิตได้ตามปกติสุข ยังให้ความสำคัญต่อความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล การได้รับการยอมรับ และการยึดมั่นในความเชื่อหรือศรัทธา ซึ่งช่วยสร้างความหมายในชีวิตและเป็นแรงเกื้อหนุนทางจิตใจ การค้นพบนี้สอดคล้องกับผลการศึกษาของ Ruchiwit และคณะ¹⁹ ซึ่งรายงานว่าการวิจัยที่มีผลต่อสุขภาพองค์รวมของผู้สูงอายุ ได้แก่ ระดับความเครียด อายุ เพศ และการมีส่วนร่วมทางสังคม มีส่วนช่วยเสริมสุขภาวะองค์รวมอย่างมีนัยสำคัญ ผลการศึกษานี้ชี้ให้เห็นว่าผู้สูงอายุไม่ได้มองสุขภาพเพียงด้านร่างกายเท่านั้น แต่ยังให้ความสำคัญกับความสมดุลด้านจิตใจ อารมณ์ และความสัมพันธ์ทางสังคม ซึ่งส่งผลให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

สำหรับความรอบรู้ด้านสุขภาพ มีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับดีมาก ($\bar{X}$ = 4.41, S.D. = .54) แสดงว่าผู้สูงอายุสามารถเข้าถึงข้อมูลสุขภาพ เข้าใจและประเมินข้อมูลได้อย่างถูกต้อง รวมถึงนำไปประยุกต์ใช้ในการตัดสินใจด้านสุขภาพของตนเอง โดยเฉพาะในภาวะวิกฤตโควิด-19 ความรอบรู้ช่วยให้ผู้สูงอายุสามารถเลือกแนวทางการดูแลตนเองที่เหมาะสม ลดความเสี่ยง และเพิ่มความสามารถในการปรับตัว ผลลัพธ์ดังกล่าวสอดคล้องกับแนวคิดของ Nutbeam²⁰ ที่เสนอว่าความรอบรู้ด้านสุขภาพประกอบด้วยการเข้าถึง เข้าใจ ประเมิน และใช้ข้อมูลด้านสุขภาพ และสอดคล้องกับงานวิจัยของ Muenboonme และคณะ²¹ ที่พบว่าผู้สูงอายุที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพสูงสามารถดูแลตนเองและลดผลกระทบจากโรคระบาดได้

พฤติกรรมสุขภาพมีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับดี ($\bar{X}$ = 3.81, S.D. = .49) แสดงให้เห็นว่าผู้สูงอายุมีแนวโน้มในการปฏิบัติตามแนวทางสุขภาพในชีวิตประจำวันอย่างเหมาะสม แต่เมื่อวิเคราะห์รายด้าน

พบว่าพฤติกรรมสุขภาพทั่วไป เช่น การบริโภคอาหาร การออกกำลังกาย และการหลีกเลี่ยงการสูบบุหรี่/ดื่มสุรา มีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับดี ($\bar{X} = 3.93$, S.D. = .45) อธิบายได้ว่าผู้สูงอายุมีการปฏิบัติตนด้านสุขภาพทั่วไป แต่ยังมีโอกาสในการปรับปรุงพฤติกรรมบางอย่าง เช่น การออกกำลังกายให้สม่ำเสมอมากขึ้นหรือการลดปัจจัยเสี่ยงทางพฤติกรรมบางประการ ขณะเดียวกันพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด-19 มีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับดี ($\bar{X} = 3.74$, S.D. = .75) สะท้อนถึงความตระหนักรู้และการปฏิบัติตามมาตรการ เช่น การสวมหน้ากาก ล้างมือ และเว้นระยะห่าง ซึ่งไม่เพียงช่วยลดการติดเชื้อโรคติดต่อ แต่ยังเป็นแบบแผนการป้องกันโรคเรื้อรังในระยะยาว สอดคล้องกับแนวคิดพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์²² และงานวิจัยของ Upake และคณะ²³ ที่ยืนยันว่าผู้สูงอายุไทยมีพฤติกรรมป้องกันโควิด-19 อยู่ในระดับมาก อันมีรากฐานจากความเชื่อในความสามารถของตนเองและความเข้าใจต่อมาตรการป้องกัน

ในด้านแรงสนับสนุนทางสังคมมีค่าเฉลี่ยโดยรวม อยู่ในระดับมาก ($\bar{X} = 4.43$, S.D. = .47) โดยเฉพาะด้านวัตถุสิ่งของมีค่าเฉลี่ย อยู่ในระดับมากที่สุด ($\bar{X} = 4.51$) และด้านอารมณ์มีค่าเฉลี่ย อยู่ในระดับมาก ($\bar{X} = 4.44$) อภิปรายว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่อาศัยอยู่กับบุตร จำนวน 227 คน คิดเป็นร้อยละ 50.22 จึงได้รับการช่วยเหลือทั้งจากครอบครัว ชุมชน และหน่วยงานภาครัฐ เช่น อาหาร เวชภัณฑ์ เงินสนับสนุน ตลอดจนความรัก ความเอาใจใส่ และการให้คำแนะนำที่ถูกต้อง ส่งผลต่อความรู้สึกมั่นคงและมีคุณค่าในสังคม ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดของ House¹⁸ ที่อธิบายว่าแรงสนับสนุนทางสังคมที่ได้รับ ประกอบด้วย 4 มิติ ได้แก่ อารมณ์ ข้อมูล การประเมินคุณค่า และวัตถุสิ่งของ สอดคล้องกับงานวิจัยของ Behrendt และคณะ⁸ แรงสนับสนุนทางสังคมในระดับมากเป็นปัจจัยสำคัญที่ส่งผลต่อสุขภาพทั้งด้านร่างกายและจิตใจของแต่ละบุคคล โดยเฉพาะอย่างยิ่งในช่วงการแพร่ระบาดของโควิด-19 บุคคลที่ได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมที่ดีย่อมสามารถเผชิญหน้ากับสถานการณ์ต่าง ๆ ได้ดี

2. ผลการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแสดงให้เห็นว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพ แรงสนับสนุนทางสังคม และพฤติกรรมสุขภาพ สามารถร่วมกันทำนายสุขภาวะองค์รวมของผู้สูงอายุที่รอดชีวิตจากโรคโควิด-19 ในอำเภอเมือง จังหวัดนครปฐม ได้ร้อยละ 45.2 ซึ่งถือว่าอยู่ในระดับปานกลางค่อนข้างสูง และมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .01$) แสดงว่าตัวแปรทั้งหมดมีบทบาทร่วมกันในการอธิบายความแปรปรวนของสุขภาวะองค์รวมได้ เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า แรงสนับสนุนทางสังคม มีอิทธิพลเชิงบวกมากที่สุด ($\beta = .37$) แสดงให้เห็นว่าการมีครอบครัว เพื่อน และบุคลากรทางสาธารณสุขคอยให้คำแนะนำ การดูแล และการเป็นที่พึ่งพิงทางใจ ส่งผลต่อความสามารถในการฟื้นฟูสุขภาพทั้งด้านร่างกายและจิตใจของผู้สูงอายุ ทั้งนี้ อธิบายได้ว่าผู้สูงอายุที่มีเครือข่ายทางสังคมที่เข้มแข็งมีความรู้สึกไม่โดดเดี่ยวและมีพลังใจ ซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญต่อการดำรงสุขภาวะองค์รวมในช่วงหลังการเผชิญภาวะวิกฤตโควิด-19 รองลงมา คือ ความรอบรู้ด้านสุขภาพ ($\beta = .31$) ซึ่งมีบทบาทสำคัญต่อการตัดสินใจและการเลือกพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม โดยเฉพาะในช่วงวิกฤตโควิด-19 ผู้สูงอายุที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพสูงจะสามารถแสวงหาข้อมูลที่ต้องการ ตีความ และนำไปใช้ในการดูแลตนเองได้ ส่งผลให้สุขภาวะองค์รวมอยู่ในระดับมากที่สุด สอดคล้องกับผลการศึกษาระดับสุขภาวะแบบองค์รวมและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ²⁴ ที่พบว่า ผู้สูงอายุที่มีระดับสุขภาวะแบบองค์รวมอยู่ในระดับมาก และพิจารณารายด้าน พบว่า ด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ โดยทุกมิติอยู่ในระดับมาก เนื่องจากการพัฒนางานด้านสาธารณสุขในการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ ในส่วนของพฤติกรรมสุขภาพ ($\beta = .23$) พบว่า มีอิทธิพลเชิงบวกสะท้อนถึงความสำคัญของการปฏิบัติตนเพื่อทำให้สุขภาพในชีวิตประจำวันเป็นปกติ เช่น การเลือกรับประทานอาหารที่เหมาะสม การออกกำลังกายสม่ำเสมอ การพักผ่อนที่เพียงพอ และการปฏิบัติตาม

คำแนะนำทางการแพทย์ ซึ่งส่งผลให้สุขภาวะองค์รวมของผู้สูงอายุอยู่ในระดับมากที่สุด ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับงานวิจัยของ Jagroep และคณะ²⁵ ที่รายงานว่า ผู้สูงอายุที่มีพฤติกรรมสุขภาพที่ดี โดยเฉพาะการออกกำลังกายและการบริโภคอาหารที่เหมาะสมจะมีสุขภาวะองค์รวมในระดับมาก

โดยสรุป การศึกษานี้สะท้อนว่า สุขภาวะองค์รวมของผู้สูงอายุรอดชีวิตจากโควิด-19 ไม่ได้ขึ้นกับเพียงปัจจัยใดปัจจัยหนึ่ง แต่เกิดจากการผสมผสานกันของเครือข่ายทางสังคมที่เข้มแข็ง ความรอบรู้ด้านสุขภาพที่เพียงพอ และพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม ซึ่งล้วนเป็นกลไกสำคัญที่ช่วยให้ผู้สูงอายุสามารถฟื้นฟูตนเองทั้งทางร่างกาย จิตใจ และสังคมได้อย่างมีคุณภาพ

สรุป

จากผลการวิจัย พบว่า ผู้สูงอายุรอดชีวิตจากโควิด-19 ในอำเภอเมือง จังหวัดนครปฐม มีสุขภาวะองค์รวมอยู่ในระดับมากที่สุด ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ ส่วนความรอบรู้ด้านสุขภาพ อยู่ในระดับดีมากและพฤติกรรมสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับดี และแรงสนับสนุนทางสังคมอยู่ในระดับมาก เป็นปัจจัยทำนายสุขภาวะองค์รวม พบว่า แรงสนับสนุนทางสังคมเป็นปัจจัยทำนายที่สำคัญที่สุด รองลงมาคือ ความรอบรู้ด้านสุขภาพ ขณะที่พฤติกรรมสุขภาพมีอิทธิพลต่อการทำนายน้อยที่สุด โดยรวมแล้ว ทั้งสามปัจจัยสามารถทำนายสุขภาวะองค์รวมของผู้สูงอายุได้ ร้อยละ 45

ข้อจำกัดของการศึกษา

การศึกษาในครั้งนี้ได้มีการคัดกรองการรู้คิดในผู้สูงอายุที่รอดชีวิตจากโควิด-19 ทั้งที่เคยติดเชื้อโควิด-19 และไม่เคยติดเชื้อโควิด-19 ในอำเภอเมือง จังหวัดนครปฐม

ข้อเสนอแนะในการนำไปใช้

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพประจำตำบล ซึ่งเป็นโรงพยาบาลในสังกัดองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ควรนำผลการวิจัยไปใช้ ดังนี้

1. คัดกรองปัจจัยแรงสนับสนุนทางสังคม ความรอบรู้ด้านสุขภาพ พฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุรอดชีวิตจากโควิด-19 เป็นระยะทุกปี
2. พัฒนาโปรแกรมซึ่งผสมผสานระหว่างความรอบรู้ด้านสุขภาพ พฤติกรรมสุขภาพ และแรงสนับสนุนทางสังคมต่อสุขภาวะองค์รวมของผู้สูงอายุซึ่งรอดชีวิตจากโควิด-19 ต่อไป

ข้อเสนอแนะการวิจัยครั้งต่อไป

1. เพิ่มจำนวนผู้สูงอายุให้ครอบคลุมมากขึ้น อาจเลือกเฉพาะกลุ่มตามเขตสุขภาพ หรือขยายไปยังพื้นที่ชนบทและจังหวัดอื่น ๆ เพื่อให้ผลการวิจัยสามารถขยายผลไปสู่ประชากรผู้สูงอายุไทยซึ่งรอดชีวิตจากโควิด-19 ได้
2. การใช้ระเบียบวิธีวิจัยแบบผสมผสาน (mixed methods research) คือการวิจัยเชิงคุณภาพร่วมกับเชิงปริมาณเพื่อให้ได้ข้อมูลเชิงลึกเกี่ยวกับตัวแปรสำคัญ เช่น สุขภาวะองค์รวม แรงสนับสนุนทางสังคม ความรอบรู้ด้านสุขภาพ และพฤติกรรมสุขภาพ รวมถึงการสัมภาษณ์ประสบการณ์ ความรู้สึก และการรับรู้ของผู้สูงอายุที่ตัวเลขเชิงปริมาณเพื่อให้สะท้อนผลการวิจัยได้อย่างครบถ้วน

3. เพิ่มการศึกษาปัจจัยอื่นที่อาจมีผลต่อสุขภาวะองค์รวมของผู้สูงอายุ เช่น ภาวะซึมเศร้า ความโดดเดี่ยวทางสังคม การเข้าถึงบริการสุขภาพ หรือความยืดหยุ่นทางจิตใจ โดยอาจออกแบบการศึกษาระยะยาวเพื่อติดตามการเปลี่ยนแปลงสุขภาวะองค์รวม

4. พัฒนาโปรแกรมหรือโมเดลการส่งเสริมสุขภาพที่เน้นแรงสนับสนุนทางสังคมและความรอบรู้ด้านสุขภาพ และประเมินผลด้วยเครื่องมือที่เหมาะสมกับบริบทของผู้สูงอายุไทย

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบคุณกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุรอดชีวิตจากโควิด-19 ในอำเภอเมือง จังหวัดนครปฐม สำหรับความร่วมมือโดยสมัครใจในการตอบแบบสอบถามในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้

เอกสารอ้างอิง

1. Clemente-Suárez VJ, Navarro-Jiménez E, Moreno-Luna L, Saavedra-Serrano MC, Jimenez M, Simón JA, et al. The impact of the COVID-19 pandemic on social, health, and economy. Sustainability 2021;13(11):6314. doi: 10.3390/su13116314.
2. Department of Disease Control Ministry of public health. Weekly COVID 19 situation report in Thailand Nonthaburi: Ministry of public health [Internet]. 2024 [cited 2025 May 5]. Available from: https://ddc.moph.go.th/brc/news.php?news=44233&deptcode=brc&news_views=3448
3. Suraseranivong R. The elderly and long-term effects of COVID-19 pandemic era. Journal of Charoenkrung Pracharak Hospital 2024;20(1):49-59. (in Thai)
4. Jiwattanasuk N, Pannavoravat P, Sirikanchana P. The holistic Well-being concepts in relation to quality of life. Abac ODI Journal 2022;10(1):28-41. doi: 10.14456/abacodijournal.2022.16.
5. Dunn HL. High-level wellness for man and society. Am J Public Health Nations Health 1959;49(6):786-92. doi: 10.2105/ajph.49.6.786.
6. Mansell V, Hall Dykgraaf S, Kidd M, Goodyear-Smith F. Long COVID and older people. Lancet Healthy Longev 2022;3(12):e849-e54. doi: 10.1016/S2666-7568(22)00245-8
7. Carrasco-Dajer CM, Vera-Calzaretta AR, Ubillos-Landa S, Oyanedel JC, Díaz-Gorriti V. Impact of a culturally adapted digital literacy intervention on older people and its relationship with health literacy, quality of life, and well-being. Front Psychol 2024;15:1305569. doi: 10.3389/fpsyg.2024.1305569.
8. Behrendt D, Spieker S, Sumngern C, Wendschuh V. Integrating social support into interventions among the elderly in nursing homes: a scoping review. BMJ Open 2023;13(4):e071962. doi:10.1136/bmjopen-2023-071962.

9. Khorani H, Mohammadi F, Hosseinkhani Z, Motalebi SA. Predictive factors of quality of life in older adults during the COVID-19 pandemic. *BMC psychol* 2022;10(1):176. doi: 10.1186/s40359-022-00882-w.
10. Ruiz MC, Devonport TJ, Chen-Wilson CJ, Nicholls W, Cagas JY, Fernandez-Montalvo J, et al. A cross-cultural exploratory study of health behaviors and wellbeing during COVID-19. *Front psychol* 2021;11:608216. doi: 10.3389/fpsyg.2020.608216.
11. Thangkratok P, Promin K, Palacheewa N, Pinrat P. Long COVID care for older adults in community after COVID-19 infection: a case study. *Ramathibodi Med J* 2022;45:28-42. doi: 10.33165/rmj.2022.45.2.255733.
12. Ministry of Public Health. Health performance report region 5 Public Health Office 2023. [Internet]. 2023 [cited 2025 May 6]. Available from: https://region5.moph.go.th/region5/file_upload/Summary66.pdf
13. Pitanthananukul P. Factors related to holistic health of older people in Duan Yai sub-district, Wang Hin district, Sisaket province. *J Health Sci BCNS* 2023;7(1):47-61. (in Thai)
14. Nakhon Pathom Provincial Public Health Office. (2024). COVID-19 Case Report for Mueang District, Nakhon Pathom Province. In press 2024. (in Thai)
15. Krejcie RV, Morgan DW. Determining sample size for research activities. *Educ Psychol Meas* 1970;30(3):607-10.
16. Intarakamhaeng U. Creating and developing of Thailand health literacy scales [Internet]. 2017 [cited 2025 May 10]. Available from: <http://bsris.swu.ac.th/upload/268335.pdf>.
17. Sørensen K, Van den Broucke S, Fullam J, Doyle G, Pelikan J, Slonska Z, et al. Health literacy and public health: a systematic review and integration of definitions and models. *BMC Public Health* 2012;12:80. doi: 10.1186/1471-2458-12-80.
18. House JS. Work stress and social support [Internet]. 1981 [cited 2025 May 12]. Available from: <https://www.scribd.com/document/588747155/House-1981-Work-Stress-and-Social-Support>
19. Ruchiwit M, Phanphairoj K, Sumneangsator T, Mamom J. The factors of the holistic health status of Thai elders in the 21st century. *Curr Aging Sci* 2021;14(1):19-25. doi: 10.2174/1874609813666200131123537.
20. Nutbeam D. The evolving concept of health literacy. *Soc Sci Med* 2008;67(12):2072-8. doi: 10.1016/j.socscimed.2008.09.050.
21. Muenboonme W, Nunthaitaweekul P, Rattakul B. Health literacy of the elderly during the COVID-19 pandemic: a cross-sectional study. *JDR* 2023;18(8):924-31. doi: 10.20965/jdr.2023.p0924.
22. Pender NJ, Parsons MA, Murdaugh CL. Health promotion in nursing practice. 7th ed. London: Pearson; 2015.

23. Upake C, Nanthamongkolchai S, Taechaboonsermsak P, Yodmai K, Suksatan W. Factors predicting the coronavirus disease 2019 preventive behaviors of older adults: a cross-sectional study in Bangkok, Thailand. *Int J Environ Res Public Health* 2022;19(16):10361. doi: 10.3390/ijerph191610361.
24. Phutchongchai T, Pattarasirisomboon P, Nuansithong N, Proykoksong B. Study of holistic well-being and quality of life of the elderly, Mueang district, Chaiyaphum province. *Regional Health Promotion Center 9 Journal* 2024;18(1):296-310. (in Thai)
25. Jagroep W, Cramm JM, Denktas S, Nieboer AP. Health behaviours and well-being among older adults with a Surinamese migration background in the Netherlands. *BMC Public Health* 2022;22(1):2006. doi: 10.1186/s12889-022-14414-z.

คำแนะนำการเตรียมและส่งต้นฉบับ วารสารพยาบาลสภาวิชาชีพไทย (ฉบับปรับปรุง พ.ศ. 2567)

กองบรรณาธิการ วารสารพยาบาลสภาวิชาชีพไทย ขอเชิญชวนอาจารย์ นักวิชาการ นักวิจัย และพยาบาลวิชาชีพทุกท่าน ส่งบทความวิชาการหรือบทความวิจัย เพื่อตีพิมพ์เผยแพร่ในวารสาร ทั้งนี้กองบรรณาธิการขอสงวนสิทธิ์ในการตรวจทานแก้ไขต้นฉบับและพิจารณาตีพิมพ์ตามความเหมาะสม ส่วนข้อคิดเห็นในบทความเป็นความเห็นและเป็นความรับผิดชอบของเจ้าของบทความโดยตรง

ขอบเขตของเรื่องที่จะนำลงตีพิมพ์

บทความที่ต้องการตีพิมพ์ ต้องเป็นเรื่องที่เกี่ยวข้องกับวิชาชีพการพยาบาลและสุขภาพ รวมทั้งมีลักษณะดังนี้

1. บทความวิชาการทางการพยาบาล ซึ่งเกี่ยวข้องกับวิชาชีพการพยาบาลและสุขภาพ
2. บทความวิจัยซึ่งผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมแล้ว หรือบทความวิจัยซึ่งเป็นวิทยานิพนธ์ของนักศึกษาปริญญาโท หรือบทความวิจัยซึ่งเป็นดุษฎีนิพนธ์ของนักศึกษาปริญญาเอก และต้องมีหนังสือรับรอง และลงนามทั้งอาจารย์ที่ปรึกษาหลักและอาจารย์ที่ปรึกษาร่วม รวมทั้งนิสิต/นักศึกษาผู้ทำวิทยานิพนธ์
3. บทความปริทัศน์ บทความพิเศษ และปกิณกะ
4. บทความต้องไม่เคยตีพิมพ์ที่ใดมาก่อน และไม่อยู่ในระหว่างส่งตีพิมพ์ในวารสารฉบับอื่นซ้ำซ้อน

รูปแบบการเขียนและเตรียมต้นฉบับ

1. ต้นฉบับต้องพิมพ์ด้วย Microsoft Word ขนาดตัวอักษร 16 pt. แบบอักษร ThaiSarabun PSK พิมพ์หน้าเดียวในกระดาษ A4 เว้นขอบ บน-ล่าง และ ซ้าย-ขวา ด้านละ 1 นิ้ว การจัดบรรทัดใช้ระยะพิมพ์เดี่ยว (single space)
2. ความยาวของบทความวิชาการ ไม่เกิน 12 หน้า ส่วนบทความวิจัย ไม่เกิน 15 หน้า (ไม่รวมรายการอ้างอิง)
3. ชื่อเรื่องต้องมีภาษาไทยและภาษาอังกฤษ พิมพ์ไว้หน้าแรกตรงกลางหน้ากระดาษ โดยพิมพ์ตัวใหญ่เฉพาะตัวอักษรแรกของคำ ยกเว้น คำบุพบท คำสันธาน และคำนำหน้านาม ใช้ขนาดตัวอักษร 20 pt. ตัวหนา (Bold) ตัวอย่าง เช่น

“Prevalence and Associated Factors of Depression and Insomnia among Intensive Care Unit Nurses in a Tertiary Care Hospital”

4. ชื่อผู้เขียนทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ พิมพ์อยู่ใต้ชื่อเรื่องเยื้องไปทางขวามือ ขนาดตัวอักษร 14 pt. ตัวหนา ส่วนตำแหน่งทางวิชาการและสถานที่ทำงาน ให้พิมพ์ไว้เป็นเชิงอรรถในหน้าแรกทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ กรณีที่มีผู้เขียนหลายคนให้ระบุผู้ประพันธ์บรรณกิจ (Corresponding author) พร้อมทั้ง e-mail address ด้วย
5. มีบทคัดย่อภาษาไทยและภาษาอังกฤษ ไม่เกิน 300 คำ พร้อมทั้งคำสำคัญ (Keywords) ทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ 3-5 คำ
6. เนื้อหา หากมีภาษาไทยและกำกับด้วยภาษาอังกฤษในวงเล็บ ให้พิมพ์ตัวอักษรตัวเล็กในวงเล็บ ยกเว้นชื่อหัวข้อ ชื่อเฉพาะ เช่น ทฤษฎี ชื่อเครื่องมือวิจัย หรือตัวย่อ ให้ขึ้นต้นด้วยอักษรตัวใหญ่เฉพาะตัวแรก
7. รูปแบบบทความวิชาการและบทความวิจัย ผู้เขียนควรจัดพิมพ์ตามหัวข้อต่อไปนี้
 - 7.1 บทความวิชาการ
 - 7.1.1 บทคัดย่อภาษาไทยและภาษาอังกฤษ ประกอบด้วยเกริ่นประเด็นที่เป็นปัญหาและแนวโน้ม วัตถุประสงค์ของบทความ
 - 7.1.2 คำสำคัญ 3-5 คำ

7.1.3 ส่วนนำ เกริ่นนำที่มาหรือความสำคัญของประเด็นปัญหา หรือเรื่องราวที่ต้องการกล่าวถึง เพื่อให้ผู้อ่านสนใจติดตามเรื่องที่จะนำเสนอต่อไป และมีวัตถุประสงค์นำเสนอขอบเขตเนื้อหาอะไร

7.1.4 เนื้อหา ประกอบด้วย สารและขอบเขตเนื้อหาซึ่งแสดงความรู้ ความคิด ในการวิเคราะห์ ข้อมูล เรื่องราวที่ผู้เขียนต้องการนำเสนอแก่ผู้อ่าน การวิเคราะห์วิจารณ์ เป็นไปตามหลักการ ทฤษฎี หรือมีหลักฐานอ้างอิงอย่างถูกต้องตามหลักวิชาการ มีความเป็นเหตุเป็นผลน่าเชื่อถือ มีการอ้างอิงข้อมูลที่เชื่อถือได้ เพื่อนำไปสู่ข้อสรุปด้วยตรรกะและมุมมองของผู้เขียน ผู้เขียนต้องอธิบายหรือบรรยายเรื่องราวนั้น และมีการเรียบเรียงเรื่องราวต่อเนื่องกันตามลำดับอย่างชัดเจน เพื่อให้ผู้อ่านมองเห็นขอบเขตของเรื่องที่นำมาวิเคราะห์ได้ง่าย ไม่สับสน

7.1.5 สรุป สรุปประเด็นสำคัญของเนื้อหาภายหลังจากที่ได้เสนอผลการวิเคราะห์ประเด็นปัญหาหรือเรื่องราวนั้น ๆ มาอย่างละเอียด ทั้งนี้เพื่อให้ผู้อ่านเข้าใจแจ่มชัดยิ่งขึ้น การเขียนส่วนสรุปนี้ผู้เขียนอาจให้ข้อเสนอแนะเกี่ยวกับเรื่องนั้น ๆ ได้ด้วย

7.1.6 เอกสารอ้างอิง

7.2 บทความวิจัยให้เรียงลำดับสาระ ดังนี้

- บทคัดย่อภาษาไทย และภาษาอังกฤษ คำสำคัญ
- ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา (ควรมีคำถามการวิจัยในเนื้อหาด้วย หากมีในเนื้อหาส่วนนี้แล้ว อาจไม่ต้องเขียนแยกเป็นหัวข้อ แต่หากประสงค์เป็นหัวข้อขอให้แยกลงมาในหัวข้อคำถามการวิจัยให้ชัดเจน)
- กรอบแนวคิดการวิจัย
- คำถามการวิจัย
- วัตถุประสงค์การวิจัย
- สมมติฐานการวิจัย (งานวิจัยเชิงปริมาณ ระดับความสัมพันธ์ขึ้นไปต้องมี)
- ระเบียบวิธีวิจัย (ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง เครื่องมือการวิจัย การพิทักษ์สิทธิ์ของผู้ถูกวิจัย การเก็บรวบรวมข้อมูล และการวิเคราะห์ข้อมูล)
- ผลงานวิจัย
- การอภิปรายผล และข้อจำกัดของงานวิจัย (ถ้ามี)
- ข้อเสนอแนะ (ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้ หรือ ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป)
- เอกสารอ้างอิง

ทั้งนี้ภาพประกอบเรื่องและตาราง ควรพิมพ์แยกไว้ต่างหาก แต่ในเนื้อเรื่องต้องบอกว่าใส่รูปและตารางไว้ที่ใด และต้องนับรวมเป็นจำนวนหน้าที่กำหนดไว้

8. การเขียนเอกสารอ้างอิง ให้ใช้ระบบแวนคูเวอร์ (Vancouver style) การอ้างอิงเอกสารไม่เกิน 5 ปี ย้อนหลัง ยกเว้นหนังสือตำราที่เป็นทฤษฎีหรือปรัชญาในระดับ classic paper และต้องเป็นภาษาอังกฤษเท่านั้น กรณีที่อ้างอิงเป็นภาษาไทยขอให้ปรับรูปแบบการพิมพ์เป็นภาษาอังกฤษทั้งหมดรวมทั้งต่อท้ายประโยคว่า (in Thai) และขอให้ผู้เขียนกรุณาทบทวนการอ้างอิงในเนื้อหาและท้ายเรื่องต้องจัดเรียงลำดับให้ตรงกันและสอดคล้องกัน ต้องมีข้อความรายละเอียดที่สมบูรณ์ สามารถสืบค้นย้อนกลับได้จริง ควรศึกษารายละเอียดการเขียนเอกสารอ้างอิงได้ที่ http://www.nlm.nih.gov/bsd/uniform_requirements.html

8.1 การอ้างอิงในเนื้อเรื่อง เมื่อนำผลงานของบุคคลอื่นไม่ว่าบางส่วนหรือทั้งหมดมาอ้างอิงให้ใส่ตัวเลขกำกับท้ายข้อความนั้นทันทีที่นำมาอ้างอิงตามลำดับ 1,2,3... เช่น “ภาวะแทรกซ้อนที่พบในหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่น ได้แก่ ภาวะโลหิตจางในระหว่างตั้งครรภ์ซึ่งมีอุบัติการณ์สูง¹ มีภาวะเจ็บคลอดนาน และมักเกิดร่วมกับการติดเชื้อของเชิงกรานกับศีรษะทารก ทารกที่เกิดจากการดาวน์จะมึ้นน้ำหนักตัวต่ำกว่าเกณฑ์คลอดก่อนกำหนด^{2,3}”

ทั้งนี้เมื่อรวบรวมรายการอ้างอิงในส่วนท้ายของบทความ ตัวเลขจะต้องสอดคล้องตรงกันกับในเนื้อเรื่อง

8.2 การเขียนเอกสารอ้างอิงในรูปแบบต่าง ๆ

8.2.1 การอ้างอิงจากวารสาร

ชื่อผู้แต่ง ผู้แต่งมีหลายคนแต่ไม่เกิน 6 คน ให้ใส่ชื่อทุกคนโดยใช้เครื่องหมายจุลภาค (,) คั่นระหว่างแต่ละคน ถ้าผู้แต่งเกิน 6 คน ให้ใส่ชื่อผู้แต่ง 6 คนแรก คั่นด้วยเครื่องหมายจุลภาค และตามด้วย et al. หรือและคนอื่น ๆ

ชื่อบทความ ถ้าเป็นภาษาอังกฤษจะใช้ตัวพิมพ์เล็กทั้งหมด ยกเว้นอักษรตัวแรกและชื่อเฉพาะ

ชื่อวารสาร จะใช้เป็นชื่อย่อโดยต้องเป็นไปตามที่กำหนดไว้ใน Index Medicus ศึกษาที่ <http://www.ncbi.nlm.nih.gov> สำหรับวารสารภาษาไทยให้ใช้ชื่อเต็มปรากฏที่หน้าปก

ปีที่พิมพ์ วารสารที่มีเลขหน้าต่อเนื่องกันทั้งปีให้ระบุปี และเล่มที่ ถ้าวารสารเรียงหน้าไม่ต่อเนื่องกันทั้งปี ต้องระบุฉบับที่ไว้ด้วย

จำนวนหน้า ระบุจำนวนหน้าโดยไม่ต้องมีคำว่า “หน้า” หรือ “p” และหลีกเลี่ยงการใช้เลขหน้าซ้ำ เช่น 32-36 ก็จะเป็น 32-6 เป็นต้น

รูปแบบ

ชื่อผู้แต่ง. ชื่อบทความ. ชื่อวารสาร ปีพิมพ์;ปี(ฉบับที่):หน้าแรก-หน้าสุดท้าย.

ตัวอย่าง

1. Chiabrando C, Fanelli R, Lucca U. Peripheral biomarkers of oxidative damage in Alzheimer's disease. Ann Neurol 2003;53(3):419-20.
2. Kreetiyutanoni S, Srisaeng P, Kamwilaisak R, Ungpansattawong S. The relationship between selected factors and maternal grief after termination of pregnancy due of fetal anomalies. Journal of Nursing Science Health 2014;37(3):27-36. (in Thai)

8.2.2 การอ้างอิงหนังสือตำรา

ชื่อผู้แต่ง อาจเป็นบุคคล หน่วยงาน บรรณาธิการหรือคณะบรรณาธิการ ให้ใช้หลักเกณฑ์เดียวกับการอ้างอิงจากวารสาร

ชื่อเรื่อง ใช้หลักเกณฑ์เดียวกับการอ้างอิงจากวารสาร

พิมพ์ครั้งที่ ถ้าเป็นการพิมพ์ครั้งที่ 1 ไม่ต้องใส่ส่วนนี้ในรายการอ้างอิง ให้ใส่เมื่อเป็นการพิมพ์ครั้งที่ 2 เป็นต้นไป

เมืองที่พิมพ์หรือสถานที่พิมพ์ ให้ใส่ชื่อเมืองที่สำนักพิมพ์ตั้งอยู่ ถ้ามีหลายเมืองให้ใช้ชื่อเมืองแรก สำนักพิมพ์ ให้ใส่เฉพาะชื่อสำนักพิมพ์ตามที่ปรากฏในหนังสือ ไม่ต้องระบุสถานะว่าเป็น ห.จ.ก., บริษัท ยกเว้น โรงพิมพ์ของหน่วยงาน ส่วนราชการให้ใส่คำว่าโรงพิมพ์ หรือ สำนักพิมพ์ด้วย

ปีพิมพ์ ให้ใส่เฉพาะตัวเลขของปี พ.ศ.

รูปแบบ

ชื่อผู้แต่ง. ชื่อหนังสือ. ครั้งที่พิมพ์. เมืองที่พิมพ์: สำนักพิมพ์; ปี.

ตัวอย่าง

3. Phuripanyo K, editor. Update cardiology internist. Bangkok: Housecandu; 2006. (in Thai)
4. Bonder BR, Pickens ND, Dal Bello-Haas V. Functional and occupational performance in older adults. 5th ed. Philadelphia: F.A. Davis; 2024.
5. Flynn SV, Castleberry JJ, editors. Counseling theories and case conceptualization: a practice-based approach. New York: Springer; 2024.

8.2.3 การอ้างอิงเฉพาะบทในหนังสือ

รูปแบบ

ชื่อผู้แต่ง. ชื่อบท. ใน: ชื่อบรรณาธิการ, ชื่อหนังสือ. ครั้งที่พิมพ์. เมืองที่พิมพ์: สำนักพิมพ์; ปีพิมพ์. หน้าแรก-หน้าสุดท้าย

ตัวอย่าง

6. Meltzer PS, Kallioniemi A, Trent JM. Chromosome alterations in human solid tumors. In: Vogelstein B, Kinzler KW, editors. The genetic basis of human cancer. New York: McGraw-Hill; 2002. p.93-113.
7. Sritara P. Current management of congestive heart failure. In: Phuripanyo K, editor. Update cardiology internist. Bangkok: Housecandu; 2006. p.151-9. (in Thai)

8.2.4 การอ้างอิงจากวิทยานิพนธ์

รูปแบบ

ชื่อผู้นิพนธ์. ชื่อเรื่อง [ประเภท/ระดับปริญญา]. เมืองที่พิมพ์: มหาวิทยาลัย; ปีที่ได้รับปริญญา.

ตัวอย่าง

8. Kaplan SJ. Post-hospital home health care: the elderly's access and utilization [Dissertation]. St. Louis: Washington University; 1995.
9. Wanta A. Self-care behaviors in continuous ambulatory peritoneal dialysis patients [Thesis]. Khon Kaen: Khon Kaen University; 2004. (in Thai)

8.2.5 การอ้างอิงจากเว็บไซต์และวัสดุอิเล็กทรอนิกส์

รูปแบบ

ชื่อผู้แต่ง. ชื่อบทความ. ชื่อวารสาร [ประเภทของสื่อ/วัสดุ]. ปีพิมพ์ [เข้าถึงเมื่อ ปี เดือน วันที่]; ปีที่(ฉบับที่):[หน้า]. เข้าถึงได้จาก:

ตัวอย่าง

10. Abood S. Quality improvement initiative in nursing home: the ANA acts in an advisory role. Am J Nurs [serial on the internet]. 2002 Jun [cited 2002 Aug 12]; 102(6); [about 3 p.]. Available from: <http://www.nursingworld.org/AJN/2002/june/Wawatch.htm>
11. ICMJE (International Committee of Medical Journal Editors) [homepage on the internet]. Philadelphia: The Committee; 2006 [update 2006 Feb; cited 2006 Apr 30]. Available from: <http://www.icmje.org>
12. WHO. Report on the burden of endemic health care associated infection worldwide: a systematic review on the literature [Internet]. 2011 [cited 2014 Jul 23]. Available from: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/80135/1/9789241501507_eng.pdf?ua=1

การส่งบทความต้นฉบับ

ผู้เขียนส่งไฟล์บทความไปยังระบบวารสารอิเล็กทรอนิกส์ วารสารพยาบาลสภาวิชาชีพ <https://he02.tci-thaijo.org/index.php/trcnj> หลังจากนั้นกองบรรณาธิการจะดำเนินการตรวจสอบเนื้อหาของบทความ รูปแบบการจัดพิมพ์ รูปแบบการอ้างอิง ประเด็นทางจริยธรรม การคัดลอกบทความ (plagiarism) รวมถึงความเหมาะสมและความสอดคล้องกับวัตถุประสงค์ของวารสาร เมื่อกองบรรณาธิการตรวจสอบแล้วเห็นสมควรรับไว้พิจารณา จะแจ้งให้ผู้เขียนทราบเพื่อชำระเงินค่าดำเนินการในการตีพิมพ์ ซึ่งประกอบด้วย 1) ค่าตอบแทนผู้ทรงคุณวุฒิ 2) ค่าตรวจสอบบทความภาษาอังกฤษ และ 3) ค่าดำเนินการอื่น ๆ ของกองบรรณาธิการและฝ่ายบริหารจัดการวารสาร โดยมีอัตราค่าดำเนินการ ดังนี้ บุคคลภายนอก บทความภาษาไทย เรื่องละ 5,000 บาท บทความภาษาอังกฤษ เรื่องละ 8,000 บาท บุคลากรของสถาบันการพยาบาลศรีสวรินทิรา สภากาชาดไทย บทความภาษาไทย เรื่องละ 4,500 บาท บทความภาษาอังกฤษ เรื่องละ 7,000 บาท (ดูเพิ่มเติมได้จาก Website ของวารสาร) หลังจากนั้นจะดำเนินการจัดส่งผู้ทรงคุณวุฒิเพื่อประเมินบทความต่อไป ทั้งนี้บทความที่ผ่านการอ่านจากผู้ทรงคุณวุฒิแล้ว หากผู้เขียนต้องการถอนบทความ ต้องทำจดหมายเป็นลายลักษณ์อักษร และขอเงินค่าตีพิมพ์คืนไม่ได้

การประเมินบทความและตอบรับการตีพิมพ์

บทความวิชาการ/บทความวิจัย ที่ส่งเข้ามาตีพิมพ์ จะได้รับการพิจารณาล้นกรองจากผู้ทรงคุณวุฒิในสาขาวิชานั้น ๆ อย่างน้อย 3 ท่าน และเป็นการประเมินแบบปกปิดสองทาง (double blind review) โดยไม่เปิดเผยชื่อผู้เขียนบทความให้ผู้ทรงคุณวุฒิทราบ และไม่เปิดเผยชื่อผู้ทรงคุณวุฒิให้ผู้เขียนทราบ หลังจากนั้นกองบรรณาธิการจะแจ้งสรุปผลการพิจารณาให้ผู้เขียนทราบ และส่งบทความคืนผู้แต่งซึ่งมีข้อเสนอแนะ ในกรณีที่ผู้ทรงคุณวุฒิเสนอแนะให้มีการแก้ไขจะแจ้งให้ผู้เขียนรับไปแก้ไขหรือเพิ่มเติมตามคำแนะนำ เมื่อผู้เขียนแก้ไขเรียบร้อยแล้ว จึงจะตอบรับการตีพิมพ์

ในกรณีที่บทความภาษาอังกฤษ ขอให้ผ่านการตรวจสอบภาษา และมีจดหมายรับรองจากแหล่งที่เชื่อถือได้ พร้อมลงนามของผู้ตรวจสอบภาษาแนบส่งมาด้วย

หากผู้เขียนไม่แก้ไขบทความตามเวลาที่กำหนด หรือนำบทความไปตีพิมพ์ในวารสารอื่นโดยไม่ได้รับคำยินยอมจากกองบรรณาธิการเป็นลายลักษณ์อักษร ทางกองบรรณาธิการขอสงวนสิทธิ์ผู้เขียนทุกท่านในการตีพิมพ์ในวารสารพยาบาลสภาวิชาชีพในครั้งต่อไป

** หากมีข้อสงสัยเกี่ยวกับการส่งบทความออนไลน์ ติดต่อฝ่ายบริหารจัดการ วารสารพยาบาลสภาวิชาชีพ โทร. 02 256 4093 ต่อ 1139 หรือ 1150 E-mail: journal@stin.ac.th



วารสารพยาบาลสภาวิชาชีพไทย

สถาบันการพยาบาลศรีสวรินทิรา สภากาชาดไทย 1873 ถ.พระราม 4 ปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330
โทร. 02 256 4093-8 ต่อ 1139 หรือ 1150 E-mail: journal@stin.ac.th

ใบส่งบทความเพื่อตีพิมพ์ในวารสารพยาบาลสภาวิชาชีพไทย

- ชื่อเรื่อง (ภาษาไทย).....
(ภาษาอังกฤษ)
- ข้อมูลผู้เขียนทุกคน (ระบุชื่อ นามสกุล คำนำหน้านาม) ตำแหน่งและสถานที่ทำงาน
ชื่อ-สกุล (ภาษาไทย)
(ภาษาอังกฤษ).....
ตำแหน่งและสถานที่ทำงาน (ภาษาไทย)
(ภาษาอังกฤษ)
ที่อยู่ที่บ้าน.....
ที่อยู่ทำงาน.....
โทรศัพท์.....E-mail:
*จำนวนชื่อผู้เขียนสามารถเพิ่มเติมได้ โดยใส่ข้อมูลเหมือนข้างต้น
- ข้อรับทราบและการยินยอมของผู้เขียน
 - ต้อง Submit บทความในระบบ ThaiJo <https://he02.tci-thaijo.org/index.php/trcnj/>
 - ไม่เคยส่งบทความนี้ตีพิมพ์ในวารสาร หรือสิ่งตีพิมพ์ใด ๆ มาก่อน หรือส่งตีพิมพ์ที่อื่น ๆ ในเวลาเดียวกัน
 - บทความวิจัย ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมแล้ว กรณีเก็บข้อมูลในประชากรที่มีอายุต่ำกว่า 18 ปี กรุณาระบุ Parental Consent ในหัวข้อการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง (โปรดแนบสำเนา 1 ชุด)
 - เอกสารอ้างอิงครบถ้วนตามที่อ้างอิงในเนื้อหาและถูกต้องตามรูปแบบมาตรฐาน Vancouver
 - ในกรณีที่เป็นวิทยานิพนธ์หรือดุษฎีนิพนธ์ ต้องมีการลงนามของอาจารย์ที่ปรึกษาหลักและที่ปรึกษาร่วมทุกคน
 - หากมีการขอเปลี่ยนแปลงบทบาทการมีส่วนร่วมในผลงานวิชาการ เช่น ผู้เขียนอันดับแรก (First Author) หรือผู้ประพันธ์บรรณกิจ (Corresponding Author) จะต้องทำหนังสือแจ้งบรรณาธิการเป็นลายลักษณ์อักษรและลงนามรับทราบโดยผู้เขียนทุกคน
 - ขอให้ท่านระบุความต้องการผู้ทรงคุณวุฒิในการอ่านบทความ ดังนี้ ☐ 2 ท่าน
☐ 3 ท่าน เพื่อเป็นไปตามประกาศ ก.พ.อ.
 - หากต้องการถอนบทความคืนจากการตีพิมพ์ จะต้องทำหนังสือเป็นลายลักษณ์อักษรแจ้งบรรณาธิการภายใน 1 สัปดาห์หลังส่งบทความ และจะไม่ถอนคืนหากบทความได้รับการ review จากผู้ทรงคุณวุฒิแล้ว กรณีที่เป็นส่วนหนึ่งของวิทยานิพนธ์ ต้องได้รับการลงนาม หรือ ยินยอมจากอาจารย์ที่ปรึกษา
 - ยินยอมให้เผยแพร่บทความที่ตีพิมพ์ในเล่มวารสารแล้ว บน Website
ลงชื่อผู้เขียน/อันดับแรก..... ลงชื่อผู้เขียนหลัก/ผู้ประพันธ์บรรณกิจ.....
(First Author) (.....) (Corresponding Author) (.....)
ลงชื่อผู้เขียนร่วม ลงชื่อผู้เขียนร่วม
(.....) (.....)
อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์
(.....)

วันที่.....



วารสารพยาบาลสภาาชาตไทย

สถาบันการพยาบาลศรีสวรินทิรา สภาาชาตไทย 1873 ถ.พระราม 4 ปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330
โทร. 02 256 4093-8 ต่อ 1139 หรือ 1150 E-mail: journal@stin.ac.th

ใบชำระค่าตีพิมพ์ บทความวิชาการ/บทความวิจัย

ชื่อ-นามสกุล

ที่อยู่

เบอร์โทร.....E-mail:.....

ขอชำระค่าตีพิมพ์บทความวิชาการ/บทความวิจัย เรื่อง

ดังนี้

บุคคลภายนอก

- ☐ ต้นฉบับภาษาไทย เป็นเงิน 5,000 บาท
☐ ต้นฉบับภาษาอังกฤษ เป็นเงิน 8,000 บาท

บุคลากรภายในสถาบันการพยาบาลศรีสวรินทิรา สภาาชาตไทย

- ☐ ต้นฉบับภาษาไทย เป็นเงิน 4,500 บาท
☐ ต้นฉบับภาษาอังกฤษ เป็นเงิน 7,000 บาท

การชำระเงิน

- ☐ โอนเงินผ่านธนาคารไทยพาณิชย์ สาขาสภาาชาตไทย ประเภท ออมทรัพย์
ชื่อบัญชี สถาบันการพยาบาลศรีสวรินทิรา สภาาชาตไทย เลขที่บัญชี 045-5-35395-1
ให้ส่งหลักฐานการโอนเงินไปที่ e-mail: journal@stin.ac.th
- ☐ ขอใบเสร็จรับเงินตัวจริง โดยส่งไปตามที่อยู่ข้างต้น
- ☐ ขอใบเสร็จรับเงินตัวจริง โดยส่งไปที่.....
- ☐ ขอเป็นไฟล์ใบเสร็จรับเงิน และส่งทาง e-mail ที่ได้แจ้งไว้ข้างต้น

ลงชื่อ.....ผู้ส่งบทความตีพิมพ์

(.....)

วัน.....เดือน.....ปี.....

หมายเหตุ การชำระค่าตีพิมพ์ ให้ชำระภายหลังจากที่ได้รับการตอบรับจากกองบรรณาธิการว่า “ได้ผ่านการพิจารณา
ในเบื้องต้นจากบรรณาธิการแล้ว และจะดำเนินการจัดส่งให้ผู้ทรงคุณวุฒิพิจารณาต่อไป”
กรณีที่ผู้ทรงคุณวุฒิพิจารณาแล้ว เห็นว่าบทความ “ไม่สามารถรับตีพิมพ์ได้” ทางกองบรรณาธิการ
ขอสงวนสิทธิ์ในการคืนเงิน

