



วารสารการวิจัยทางการพยาบาล นวัตกรรม และสุขภาพ

JNRIH

Journal of Nursing Research, Innovation, and Health

ปีที่ 36 ฉบับที่ 2 พฤษภาคม-สิงหาคม พ.ศ. 2567 |

Vol 36 No. 2 May-August 2024

ISSN 3056-9893 (Online)

Journal of Nursing Research, Innovation, and Health



วารสารการวิจัยทางการแพทย์ นวัตกรรม และสุขภาพ

36 ฉบับที่ 2 พฤษภาคม - สิงหาคม พ.ศ. 2567

วารสารการวิจัยทางการแพทย์ นวัตกรรม และสุขภาพ
เป็นวารสารที่ตีพิมพ์บทความทางวิชาการ
ในสาขาพยาบาลศาสตร์ และสาขาวิทยาศาสตร์สุขภาพ
ที่ผ่านการพิจารณาจากผู้ทรงคุณวุฒิอย่างน้อย 3 คน
Journal of Nursing Research, Innovation, and Health
is a peer-reviewed journal, published academic papers
in nursing science.

- วัตถุประสงค์**
1. เพื่อเสนอวิทยากรกำหนดแนวทางพยาบาลศาสตร์ และวิทยาศาสตร์สุขภาพ
 2. เพื่อส่งเสริมและเผยแพร่งานวิจัยที่มีคุณค่าต่อวิชาชีพพยาบาล
 3. เพื่อเป็นศูนย์กลางในการเผยแพร่ความรู้ ข่าวสารทางพยาบาลศาสตร์ และวิทยาศาสตร์สุขภาพ
 4. เพื่อส่งเสริมและเผยแพร่เกียรติคุณของสถาบัน
- กำหนดออก** ทุก 4 เดือน ปีละ 3 ฉบับ ฉบับที่ 1 มกราคม-เมษายน
ฉบับที่ 2 พฤษภาคม-สิงหาคม และ ฉบับที่ 3 กันยายน-ธันวาคม
- เจ้าของ** คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารบรมราชชนนีศรีศตพรรษ ชั้น 11 ถนนพระราม 1
แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330
E-Mail : jnsu@chula.ac.th
โทร. 02-218-1129
โทรสาร 02-218-1130
- พิมพ์ที่** สำนักพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
โทร. 02-215-3612, 02-218-3563-4

วารสารการวิจัยทางการแพทย์ นวัตกรรม และสุขภาพ

36 ฉบับที่ 2 พฤษภาคม - สิงหาคม พ.ศ. 2567

ที่ปรึกษา (Editorial advisor) ศาสตราจารย์ ดร. รัตน์ศิริ ทาโต (Prof. Dr. Ratsiri Thato) รองศาสตราจารย์ พลตรีหญิง ดร.สายสมร เฉลยภักดิ์ (Assoc.Maj. Gen. Dr. Saisamorn Chaleoykitti)	
บรรณาธิการ (Editor) ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ร.ต.ต.หญิง ดร. ปชานันท์ นันไทยทวีกุล (Assist. Prof. Pol. Sub.Lt. Dr. Pachanat Nunthaitaweekul)	
กองบรรณาธิการ (Editorial board)	
ศาสตราจารย์ ดร. ประนอม โอทกานนท์ (Prof. Dr. Pranorm Otaganon)	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์
ศาสตราจารย์ ดร. วีณา จีระแพทย์ (Prof. Dr. Veena Jirapaet)	นักวิชาการอิสระ
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ปรียกมล รัชกุล (Assist. Prof. Dr. Pregamol Rutchanagul)	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. พวงผกา กรีทอง (Assist. Prof. Dr. Puangpaka Kreethong)	คณะพยาบาลศาสตร์เพื่อการบูรณย์ มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. จันทกานต์ กาญจนเวทังค์ (Assist. Prof. Dr. Jantakarn Kanjanawetang)	สำนักวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ศัทลิยา ศิริภัทรากร แสนหลวง (Assist. Prof. Dr. Cattaliya Siripattarakul Sanluang)	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. สุจิตรา อุรัตนมณี (Assist. Prof. Dr. Sujitra Uratanamnee)	วิทยาลัยพยาบาลและสุขภาพ มหาวิทยาลัยราชภัฏสวนสุนันทา
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ พันตำรวจเอกหญิง ดร.สุษฤดี ธัชศฤงคารสกุล (Assist. Prof. Pol.Col. Dr. Sookruadee Thutsaringkarnsakul)	วิทยาลัยพยาบาลตำรวจ
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ธนกร ปัญญาโสโสมณ (Assist. Prof. Dr.Thanakorn Panyasaisophon)	คณะสาธารณสุขศาสตร์ วิทยาลัยนครราชสีมา
Dr. Virya Koy	Deputy Director of Department of Hospital Services Chief Nursing Officer/Nursing Focal Person in Cambodia for WHO-WPRO
Dr. Maneewan S. Seay Florida (Part time)	Wikes University at Pennsylvania and South University,
รองศาสตราจารย์ ดร. สุริพร ธานีลิป (Assoc. Prof. Dr. Sureeporn Thanasilp)	คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.เพ็ญภา แดงด้อมยุทธ์ (Assist. Prof. Dr. Pennapa Dangdomyouth)	คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. สุนิดา ปรีชาวงษ์ (Assist. Prof. Dr. Sunida Preechawong)	คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. สุนทรีภรณ์ มีพริ้ง (Assist. Prof. Dr. Soontareeporn Meepring)	คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
นายรัชกฤศ ยุพากิ่ง (Mr. Ratchakris Yupaking)	คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
ผู้จัดการ (Manager) ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ร.ต.ต.หญิง ดร. ปชานันท์ นันไทยทวีกุล (Assist. Prof. Pol. Sub.Lt. Dr. Pachanat Nunthaitaweekul)	
เลขานุการ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. สุนทรีภรณ์ มีพริ้ง (Assist. Prof. Dr. Soontareeporn Meepring)	
กองจัดการ นายรัชกฤศ ยุพากิ่ง (Mr. Ratchakris Yupaking)	
บทความที่ตีพิมพ์ในวารสารการวิจัยทางการแพทย์ นวัตกรรม และสุขภาพ ได้ผ่านการพิจารณาจากผู้ทรงคุณวุฒิอย่างน้อย 3 คน ข้อคิดเห็นใด ๆ ที่ปรากฏในวารสารฯ เป็นวาระกรรมของผูเขียน บรรณาธิการหรือคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ไม่จำเป็นต้องเห็นด้วย The Journal of Nursing Science is a peer-reviewed journal, ideas and opinions expressed in are those of the authors and not necessarily those of the editor and the Faculty of Nursing, Chulalongkorn University.	

วารสารการวิจัยทางการแพทย์ นวัตกรรม และสุขภาพ

36 ฉบับที่ 2 พฤษภาคม - สิงหาคม พ.ศ. 2567

สารบัญ

บทความวิชาการ

บทบาทพยาบาลในการดูแลสตรีที่มีภาวะซึมเศร้า
ในระยะตั้งครรภ์ ระยะคลอด และระยะหลังคลอด

ณัฏยา อ่อนผิว

ประไพรัตน์ แก้วศิริ

ชวาลา บัวหอม

โยธกา ภาคี

เจนจิรา คันทัก

หน้า Contents

Page

- 1 The role of nurses in caring for women with depression during pregnancy, labor, and postpartum periods

Nuttaya Onpiw

Prapirat Keawsiri

Chawala Buahom

Yothaka Pakee

Jenjira Kuntak

บทความวิจัย

ปัจจัยคัดสรรที่สัมพันธ์กับความวิตกกังวลเกี่ยวกับ
ความตายของผู้ที่เป็นมะเร็ง

พนิดา ตึกหิน

สุรีพร ธนศิลป์

นพมาศ พัดทอง

- 14 Selected Factors Related to Death Anxiety of Persons with Cancer

Panida Tukhin

Sureeporn Thanasilp

Noppamat Pudtong

ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัส
โคโรนา 2019 ของผู้สูงอายุ

เสาวนีย์ โสบุญ

ดรุณี ใจสว่าง

- 27 Factors Predicting The COVID-19 Preventive Behaviors among Elderly

Saowanee Soboon

Darunee Jaisawhang

ผลของโปรแกรมการฟื้นคืนสู่สุขภาพต่อการอาการซึมเศร้า
ของผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าในชุมชน

พรประเสริฐ แก้วคำ

เพ็ญนภา แดงด้อมยุทธ์

- 40 The Effect of Wellness Recovery Action Plan Program on Depressive Symptoms of Older Persons with Major Depressive Disorder in Community

Pornprasert kaewkham

Pennapa Dangdomyouth

วารสารการวิจัยทางการแพทย์ นวัตกรรม และสุขภาพ

36 ฉบับที่ 2 พฤษภาคม - สิงหาคม พ.ศ. 2567

สารบัญ

บทความวิจัย

ปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วย
บาดเจ็บศีรษะ

วิไลวรรณ แสงเนียม

กัลยพัชร แก้วอุดร

ศิริวรรณ เครือวิริยะพันธ์

หน้า Contents

Page

53 Predicting factors of health-related quality
of life in patients with traumatic brain injury

Wilaiwan Saengniam

Kanyapat Kaewudon

Siriwan Kauwiriyanpan

ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้สารสนเทศอิเล็กทรอนิกส์
ด้านสุขภาพและพฤติกรรมการป้องกันการตั้งครรภ์ไม่
พึงประสงค์ในสตรีวัยรุ่น

กชณิภา ผลพฤษ์

เนตรรัชนี กมรัตน์นันท์

วาสุรี ลำโป

66 Relationship between E-Health Information
Literacy and Prevention Unintended Pregnan-
cies Behaviors Among Female Adolescents

Kodchanipa Phonpruk

Netrachanee Kamonratananun

Wayuree Lumpo

บทบรรณาธิการ

สวัสดีค่ะ ดิฉันขอแจ้งการเปลี่ยนแปลง ชื่อวารสารจาก วารสารคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย เป็นชื่อใหม่คือ วารสารการวิจัยทางการพยาบาล นวัตกรรม และสุขภาพ (Journal of Nursing Research, Innovation, and Health: JNRIH) ซึ่งดำเนินการโดย คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย เช่นเดิม โดยเริ่มใช้ในปีที่ ๓๖ ฉบับที่ ๑ มกราคม-เมษายน ๒๕๖๗ เพื่อให้เหมาะสมกับสถานการณ์ในปัจจุบันมากขึ้น บทความวิชาการและบทความวิจัยได้รับการพิจารณาลั่นกรองบทความจากผู้ทรงคุณวุฒิเพื่อลงตีพิมพ์ในวารสาร จำนวนอย่างน้อย ๓ ท่านต่อบทความ (doble blinded)

ปัจจุบันวารสารการวิจัยทางการพยาบาล นวัตกรรมและสุขภาพ เป็นวารสารระดับชาติ ได้รับการรับรองคุณภาพจาก TCI กลุ่ม ๒ สาขาวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี ผู้สนใจสมัครเป็นสมาชิกของวารสารสามารถส่งบทความวิชาการ (article) รายงานการวิจัย (research article) บทความงานสร้างสรรค์ (creative article) บทความปริทัศน์ (review article) บทความการวิเคราะห์ห่อภิมาณ (metanalysis article) บทความพิเศษ (special article) เพื่อตีพิมพ์ โปรดส่งผ่านระบบวารสาร online ของ Thaijo และ Scholar one สามารถสอบถามรายละเอียดการส่งบทความได้ที่กองจัดการวารสาร โทร. ๐๒-๒๑๘-๑๑๒๙, email: juscu@chula.ac.th

กองบรรณาธิการวารสารการวิจัยทางการพยาบาล นวัตกรรมและสุขภาพ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ขอขอบคุณท่านผู้อ่าน ผู้เขียนบทความ และท่านผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่านที่ได้กรุณาพิจารณาลั่นกรอง ให้ข้อเสนอแนะบทความเพื่อให้มีผลงานที่มีคุณภาพ เป็นแหล่งองค์ความรู้ และเชื่อมโยงการนำความรู้สู่การปฏิบัติจริง เพื่อตอบสนองการเปลี่ยนแปลงของสังคมและโลกอย่างยั่งยืนต่อไป

ผศ. ร.ต.ต.หญิง ดร.ปชาณัฐ นันไทยทวีกุล
บรรณาธิการวารสารพยาบาลศาสตร์



บทความวิชาการ

บทบาทพยาบาลในการดูแลสตรีที่มีภาวะซึมเศร้า ในระยะตั้งครรภ์ ระยะคลอด และระยะหลังคลอด

ณัฏยา อ่อนผิว* ประไพรัตน์ แก้วศิริ** ชวลา บัวหอม***

โยธกา ภาคี**** และ เจนจิรา คันทักษ์ *****

บทคัดย่อ

ปัจจุบันอุบัติการณ์การเกิดภาวะซึมเศร้ามีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้น โดยเฉพาะภาวะซึมเศร้าที่เกิดขึ้นในกลุ่มสตรีที่กำลังอยู่ในระยะตั้งครรภ์ ระยะคลอด และระยะหลังคลอด ซึ่งภาวะซึมเศร้าที่เกิดขึ้นส่งผลกระทบต่อทั้งด้านร่างกาย และด้านจิตใจของผู้ที่เป็นมารดา ส่งผลกระทบต่อทารกในครรภ์ ส่งผลกระทบต่อกระบวนการปรับบทบาทในการเป็นมารดาและสัมพันธ์ภาพระหว่างมารดาและทารก รวมทั้งส่งผลกระทบต่อสัมพันธ์ภาพระหว่างคู่สมรสและสัมพันธ์ภาพในครอบครัว ดังนั้นพยาบาลจึงควรมีความรู้ความเข้าใจและให้ความสำคัญกับการพยาบาลสตรีที่มีภาวะซึมเศร้าตั้งแต่ในระยะตั้งครรภ์ ระยะคลอด และระยะหลังคลอด โดยป้องกันผลกระทบที่อาจเกิดขึ้นกับสตรีที่มีภาวะซึมเศร้าตั้งแต่ในระยะตั้งครรภ์ ระยะคลอด และระยะหลังคลอดเพื่อให้สตรีที่มีภาวะซึมเศร้าสามารถใช้ชีวิตในสังคมและดำรงบทบาทการเป็นมารดาได้อย่างมีความสุข

คำสำคัญ: ภาวะซึมเศร้า/ ระยะตั้งครรภ์/ ระยะคลอด/ ระยะหลังคลอด/ บทบาทพยาบาล

* ผู้รับผิดชอบหลัก อาจารย์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครพนม มหาวิทยาลัยนครพนม

E-mail: Nuttaya828@gmail.com

** ผู้ช่วยศาสตราจารย์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครพนม มหาวิทยาลัยนครพนม

*** อาจารย์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครพนม มหาวิทยาลัยนครพนม

**** พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ แผนกห้องคลอด โรงพยาบาลนครพนม

***** พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ แผนกสูติเวชกรรม โรงพยาบาลนครพนม



The role of nurses in caring for women with depression during pregnancy, labor, and postpartum periods

Nuttaya Onpiw* Prapirat Keawsiri ** Chawala Buahom ***

Yothaka Pakee**** Jenjira Kuntak*****

Abstract

Currently, there is an increasing trend in the incidence of depression, especially among women during pregnancy, labor, and postpartum periods. This depression has severe impacts on both the physical and mental health of mothers, as well as on the fetus during pregnancy. It also affects maternal role adjustment, mother-infant relationships, and marital and family relationships. Therefore, nurses should have knowledge, understanding, and prioritize nursing care for women with depression during pregnancy, labor, and postpartum periods. By preventing potential impacts on women with depression during these critical periods, they can lead fulfilling lives in society and enjoy motherhood happily.

Keywords: Depression/ Pregnancy/ Labor/ Postpartum/ Nursing roles

* Corresponding author, Lecturer, Boromarajonani College of Nursing, Nakhon Phanom, Nakhon Phanom University.

E-mail: Nuttaya828@gmail.com

** Assistant Professor, Boromarajonani College of Nursing, Nakhon Phanom, Nakhon Phanom University.

*** Lecturer, Boromarajonani College of Nursing, Nakhon Phanom, Nakhon Phanom University.

**** Registered Nurse, Professional Level, Labor Room, Nakhonphanom Hospital.

***** Registered Nurse, Professional Level, Obstetrics Gynecology Department, Nakhonphanom Hospital.



บทนำ

ความผิดปกติทางด้านจิตสังคมของสตรีในระยะตั้งครรภ์ ระยะคลอด และหลังคลอดเริ่มถูกกล่าวถึงมากขึ้น จากสถิติของประเทศสหรัฐอเมริกาพบว่า ความผิดปกติทางด้านจิตสังคมในระยะมีบุตรสูงขึ้นต่อเนื่องในระยะ 10 ปี จาก 18.4 ต่อ 1,000 การคลอด สูงขึ้นถึง 40.4 ต่อ 1,000 การคลอด¹ โดยเฉพาะภาวะซึมเศร้า ซึ่งเป็นความผิดปกติทางด้านจิตสังคมที่พบอุบัติการณ์ได้บ่อยมากขึ้นในระยะตั้งครรภ์ ระยะคลอด และระยะหลังคลอด เห็นได้จากการศึกษาทบทวนอย่างเป็นระบบจากต่างประเทศที่พบว่า สตรีตั้งครรภ์ในไตรมาสแรกเกิดภาวะซึมเศร้า คิดเป็นร้อยละ 7 และพบว่าสตรีตั้งครรภ์ในไตรมาสที่สามเกิดภาวะซึมเศร้าสูงถึงร้อยละ 21² สำหรับประเทศไทยพบอุบัติการณ์ภาวะซึมเศร้าในสตรีตั้งครรภ์ค่อนข้างสูง โดยเฉพาะในกลุ่มสตรีที่มีภาวะแทรกซ้อนในระหว่างตั้งครรภ์ เห็นได้จากการศึกษาที่พบว่า สตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดเกิดภาวะซึมเศร้าในระดับรุนแรง คิดเป็นร้อยละ 10³ สำหรับอุบัติการณ์ในการเกิดภาวะซึมเศร้าหลังคลอด จากการสำรวจกลุ่มมารดาหลังคลอดในประเทศญี่ปุ่นพบว่า มารดาผัดคลอดทางหน้าท้องมีภาวะซึมเศร้าหลังคลอดสูงถึงร้อยละ 40⁴ สำหรับประเทศไทยพบอุบัติการณ์ภาวะซึมเศร้าหลังคลอดในมารดาผัดคลอดทางหน้าท้องที่บุตรป่วยร้อยละ 27.65⁵ และพบภาวะซึมเศร้าหลังคลอดในผู้เป็นมารดาครั้งแรกสูงถึงร้อยละ 64.17⁶ จากสถานการณ์ที่กล่าวมาข้างต้นจะเห็นได้ว่า ภาวะซึมเศร้าสามารถเกิดขึ้นได้ตลอดระยะของการตั้งครรภ์และเกิดขึ้นได้กับมารดาทุกชนชาติและทุกวิธีการคลอด ซึ่งภาวะซึมเศร้าที่เกิดขึ้นส่งผลกระทบต่อการทำงานของร่างกาย ด้านจิตใจส่งผลกระทบต่อการทำงานของปอดและหัวใจ เป็นมารดา ส่งผลกระทบต่อสัมพันธภาพของมารดาและทารก รวมทั้งส่งผลกระทบต่อสัมพันธภาพของคู่สมรสและครอบครัว⁷⁻⁹ บทความนี้จึงมีวัตถุประสงค์เพื่อทบทวนความรู้เกี่ยวกับความหมาย สาเหตุและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเกิดภาวะซึมเศร้า ผลกระทบของภาวะซึมเศร้า การคัดกรองและการวินิจฉัยภาวะซึมเศร้า แนวทางการ

รักษาของแพทย์และที่สำคัญคือ ทบทวนบทบาทของพยาบาลในการดูแลสตรีที่มีภาวะซึมเศร้าต่อเนื่องตั้งแต่ในระยะตั้งครรภ์ ระยะคลอด และระยะหลังคลอด โดยสามารถนำไปประยุกต์ใช้ในการพยาบาลได้อย่างเหมาะสมเพื่อให้สตรีเหล่านี้สามารถดำรงชีวิตร่วมกับสังคมได้อย่างมีความสุข

ความหมายของภาวะซึมเศร้า

ภาวะซึมเศร้าระยะตั้งครรภ์ หมายถึง ความผิดปกติของการรับรู้การเปลี่ยนแปลงด้านอารมณ์ทางลบของสตรีตั้งครรภ์ที่ส่งผลกระทบต่อพฤติกรรม การดำเนินชีวิตที่เปลี่ยนแปลงไปในระยะเวลาหนึ่งถึงสองสัปดาห์ที่ผ่านมา โดยสามารถพบได้ทุกไตรมาสการตั้งครรภ์ โดยเฉพาะในช่วงไตรมาสที่สองและไตรมาสที่สามเนื่องจากเป็นช่วงเวลาที่เกิดการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกายและจิตใจอย่างมากขึ้น รวมถึงความกลัวและวิตกกังวลจากภาวะแทรกซ้อนในระหว่างตั้งครรภ์ ความไม่พร้อมในการตั้งครรภ์ส่งผลทำให้สตรีตั้งครรภ์ต้องเผชิญกับการเปลี่ยนแปลงทางอารมณ์ในทางลบ²⁻³

ภาวะซึมเศร้าระยะคลอด หมายถึง ความผิดปกติด้านอารมณ์และความรู้สึก และพฤติกรรมที่เปลี่ยนแปลงไปในด้านลบของสตรีในระหว่างรอบคลอด ระยะคลอดที่เกิดจากประสบการณ์การคลอดที่ไม่ดีรวมไปถึงความรู้สึกด้านลบที่เกิดขึ้นระหว่างพักรักษาตัวที่ห้องคลอดในสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะแทรกซ้อน ซึ่งอารมณ์และความรู้สึกด้านลบที่เกิดขึ้นส่งผลต่อเนื่องจนถึงระยะหลังคลอด^{2-3, 6}

ภาวะซึมเศร้าหลังคลอด หมายถึง ความผิดปกติด้านอารมณ์ ความคิด และการรับรู้ส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงด้านร่างกายและพฤติกรรม ลักษณะสำคัญของภาวะซึมเศร้าหลังคลอด คือจะมีอาการรุนแรงจนรบกวนการใช้ชีวิตประจำวัน รบกวนการเลี้ยงดูบุตร รวมถึงสูญเสียสัมพันธภาพกับบุคคลรอบข้าง อาการเป็นอยู่นานได้ถึง 6 เดือน หลังคลอดหรือยาวนานถึง 1 ปี ส่วนใหญ่ความทุกข์ในการเกิดภาวะซึมเศร้าหลังคลอด จะพบมากในช่วง 4-6 สัปดาห์หลังคลอด⁶⁻⁸



สาเหตุและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้าในสตรีระยะตั้งครรภ์ ระยะคลอด และระยะหลังคลอด

ภาวะซึมเศร้าเกิดจากหลายสาเหตุและปัจจัยที่เกี่ยวข้องโดยสามารถแบ่งได้ดังนี้

1. ความตึงเครียดทางร่างกาย (Biological Stress) ในระยะตั้งครรภ์การเปลี่ยนแปลงของน้ำหนักร่างกายที่ต่ำกว่าเกณฑ์หรือน้ำหนักเกินเกณฑ์ส่งผลทำให้สตรีตั้งครรภ์เกิดภาวะซึมเศร้าได้ รวมถึง การเปลี่ยนแปลงของฮอร์โมนและระบบภูมิคุ้มกันในสตรีตั้งครรภ์เสี่ยงมากขึ้นโอกาสเกิดความผิดปกติทางอารมณ์ เช่น สตรีเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด สตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะแทรกซ้อนทางอายุรกรรม เป็นต้น⁹⁻¹⁰ สำหรับสาเหตุของภาวะซึมเศร้าในระยะหลังคลอดเกิดจากการเปลี่ยนแปลงของร่างกายในระยะคลอด เช่น การสูญเสียเลือด สารน้ำ และอิเล็กโทรไลต์ อาการเหนื่อยล้าเนื่องจากการคลอดลำบาก เนื้อเยื่อบาดเจ็บ การติดเชื้อ เป็นต้น การเปลี่ยนแปลงของต่อมไร้ท่อและระดับของฮอร์โมนในระยะหลังคลอดทันทีซึ่งทำให้เกิดความตึงเครียดทางจิตใจ รวมถึงมารดามีประสบการณ์ในการคลอดไม่ดี เช่น ได้รับการผ่าตัดคลอดแบบฉุกเฉิน การบาดเจ็บจากการคลอด การคลอดโดยใช้สูติศาสตร์หัตถการ เป็นต้น ส่งผลทำให้เกิดความผิดปกติทางจิตใจได้⁷ ซึ่งมีการศึกษาพบว่า มารดาผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องฉุกเฉินมีภาวะซึมเศร้าหลังคลอดสูงถึงร้อยละ 20.20¹¹

2. ความตึงเครียดทางจิตใจ (Psychological Stress) ภาวะซึมเศร้ามักเกิดจากการตั้งครรภ์ ที่ไม่พึงปรารถนา มีปัญหาในชีวิตสมรส เช่น คู่สมรสนอกใจ มีการใช้ความรุนแรงในครอบครัว ถูกทอดทิ้ง หรือถูกละเลยจากคู่สมรส เป็นต้น หรือมารดาที่มีความวิตกกังวลต่อเพศและความสมบูรณ์ของบุตร รวมถึงบุตรเจ็บป่วยหรือมีความพิการแต่กำเนิด⁷ ซึ่งมีการศึกษาพบว่า ระยะเวลาที่บุตรเข้ารับการรักษาสารวมรวมทำนายภาวะซึมเศร้าในมารดาผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องฉุกเฉินได้¹¹ รวมถึงความวิตกกังวลต่อภาระหน้าที่ในการเลี้ยงบุตรไม่มั่นใจว่าจะดูแลบุตรได้ ซึ่งมีการศึกษาพบว่า ความเครียด

จากการเลี้ยงดูบุตรเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อภาวะซึมเศร้าหลังคลอดในมารดาผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องที่ทารกแรกเกิดป่วย⁵ และมารดาที่มีความผิดปกติทางจิตใจในระยะตั้งครรภ์ เช่น เคยมีประวัติซึมเศร้าในครรภ์มาก่อน เคยมีประวัติป่วยด้วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว เป็นต้น มีโอกาสเป็นซ้ำได้มากขึ้นถึงร้อยละ 20⁷

3. ความตึงเครียดทางสังคม (Social Stress) ภาวะซึมเศร้าในระยะตั้งครรภ์และระยะหลังคลอด พบบ่อยในกลุ่มมารดาวัยรุ่นที่ต้องพึ่งพาครอบครัว มีเศรษฐกิจฐานะยากจน ซึ่งทำให้วิตกกังวลต่อค่าใช้จ่ายในการคลอดและการเลี้ยงดูบุตรส่งผลให้เกิดภาวะซึมเศร้าหลังคลอดได้¹¹ มีการศึกษาพบว่า มารดาที่มีเศรษฐกิจฐานะยากจนสามารถทำนายการเกิดภาวะซึมเศร้าหลังคลอดได้ รวมถึงการที่มารดาไม่ได้รับการสนับสนุนช่วยเหลือจากบุคคลรอบข้างจะทำให้มารดาเกิดความเครียดส่งผลทำให้เกิดภาวะซึมเศร้าหลังคลอด ซึ่งมีการศึกษาที่พบว่า การสนับสนุนทางสังคมสามารถร่วมกันทำนายภาวะซึมเศร้าหลังคลอดในมารดาผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องฉุกเฉินได้¹¹ อีกปัจจัยหนึ่งคือการที่มารดาหลังคลอดอยู่ในครอบครัวที่ดูแลโดยใช้ภูมิปัญญาท้องถิ่นอย่างเคร่งครัดมากเกินไป เช่น การอยู่ไฟหลังคลอด มีข้อห้ามหรือข้อจำกัดในการรับประทานอาหารหลังคลอด เป็นต้น ซึ่งจะทำให้มารดาหลังคลอดเกิดความขัดแย้งและสับสนในใจ ส่งผลให้เกิดภาวะซึมเศร้าหลังคลอดได้⁷

ผลกระทบของภาวะซึมเศร้า

ภาวะซึมเศร้าในสตรีระยะตั้งครรภ์ ระยะคลอด และระยะหลังคลอดที่เกิดขึ้นส่งผลกระทบหลายด้าน โดยมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

1. ผลกระทบต่อตัวมารดา ภาวะซึมเศร้าส่งผลกระทบทำให้สตรีเหล่านี้สูญเสียสมรรถภาพทางร่างกายจากการพักผ่อนไม่เพียงพอ ความเหนื่อยล้า เชื่องซึม สื่อสารไม่มีประสิทธิภาพ และสูญเสียพลังงาน ทำให้ไม่สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ หรือไม่สามารถทำหน้าที่ตามปกติได้ บางรายที่มีอาการทางจิต



รุนแรงอาจมีพฤติกรรมทำร้ายตนเอง เช่น ตีศีรษะ เหวี่ยง เหวี่ยงตี เป็นต้น⁷⁻⁹

2. ผลกระทบต่อคู่สมรสและครอบครัว เมื่อเกิดภาวะซึมเศร้าจะทำให้มีการพูดคุยสื่อสารภายในครอบครัวไม่มีประสิทธิภาพ ซึ่งมักเกิดขึ้นขณะที่มารดามีอารมณ์เศร้าและสนใจในสิ่งต่าง ๆ ลดลง จะมีการสื่อสารในครอบครัวน้อยลง และมารดามักพยายามปิดบังความรู้สึกที่เกิดขึ้นทำให้ทะเลาะกับสมาชิกในครอบครัวมากขึ้น ส่งผลให้เกิดปัญหาภายในครอบครัว¹¹ รวมถึงมารดาเกิดความเหนื่อยล้าทั้งจากความผิดปกติทางจิตใจและเหนื่อยล้าจากการเปลี่ยนแปลงระหว่างตั้งครรภ์และหลังคลอดส่งผลให้ขาดความสนใจในคู่สมรส และมีสมรรถภาพทางเพศลดลง เกิดปัญหาสัมพันธภาพระหว่างคู่สมรส อาจเป็นสาเหตุของการหย่าร้างได้⁸⁻⁹

3. ผลกระทบต่อทารกในครรภ์และบุตร สตรีที่มีภาวะซึมเศร้าขณะตั้งครรภ์มักส่งผลทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนในระหว่างตั้งครรภ์ เช่น เจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด ทารกในครรภ์เจริญเติบโตช้า เป็นต้น³ รวมถึงทารกในครรภ์และทารกแรกเกิดอาจได้รับผลกระทบจากยารักษาภาวะซึมเศร้า¹⁰ สำหรับมารดาที่มีภาวะซึมเศร้าหลังคลอดมักส่งผลให้ไม่สามารถแสดงบทบาทการเป็นมารดาได้อย่างเต็มที่ ไม่สามารถส่งเสริมหรือกระตุ้นพัฒนาการด้านร่างกายและอารมณ์ของบุตรได้ บางรายไม่สนใจดูแลบุตร มีการทุตีทารุณบุตรหรือละทิ้งบุตร⁷ ซึ่งเด็กที่เติบโตมาจากการเลี้ยงดูของมารดาที่มีภาวะซึมเศร้านักพบว่า มีปัญหาด้านสติปัญญาและพฤติกรรมได้แก่ มีพฤติกรรมก้าวร้าว มีภาวะซึมเศร้า พุดน้อย รวมถึงมีความบกพร่องในการเข้าสังคม ชอบแยกตัว และไม่สามารถควบคุมพฤติกรรมของตนเองได้^{7,9}

การคัดกรองและการวินิจฉัยภาวะซึมเศร้า

การคัดกรองภาวะซึมเศร้าสามารถลดความเสี่ยงหรือผลกระทบจากโรคได้ดีกว่ากลุ่มที่ไม่ได้รับการคัดกรอง โดยควรคัดกรองร่วมกันกับภาวะวิตกกังวลเนื่องจากพบว่า ในสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะวิตกกังวลสูงถึง

ร้อยละ 37 ซึ่งในช่วงก่อนและหลังคลอด (Perinatal Period) มักพบว่า กลุ่มนี้มีภาวะซึมเศร้าร่วมด้วยคิดเป็นร้อยละ 28¹² ซึ่งประเด็นสำคัญตามคำแนะนำของ American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG)¹³ มีดังนี้ สตรีทุกคนควรได้รับการคัดกรองภาวะวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้าด้วยเครื่องมือมาตรฐานทั้งช่วงก่อนตั้งครรภ์ ระหว่างตั้งครรภ์ และหลังคลอด โดยสถานพยาบาลควรมีการคัดกรองอย่างเป็นระบบเพื่อให้มั่นใจว่าสตรีทุกคนได้รับการประเมิน ในช่วงเวลาที่เหมาะสมและเข้าถึงการรักษาที่มีประสิทธิภาพ รวมถึงการติดตามเป็นระยะอย่างเหมาะสม โดยเครื่องมือคัดกรองที่เป็นที่ยอมรับในระดับสากลและใช้ในประเทศไทย เช่น แบบคัดกรองภาวะซึมเศร้า 2Q, 9Q, รวมถึงแบบประเมินการฆ่าตัวตาย 8Q และแบบคัดกรองภาวะซึมเศร้าหลังคลอด EPDS¹³ เป็นต้น

การวินิจฉัยภาวะซึมเศร้าของสมาคมจิตเวชศาสตร์แห่งสหรัฐอเมริกาใช้เกณฑ์ Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders V (DSM-5)¹⁴ มีอาการตามเกณฑ์การวินิจฉัยต่อไปนี้ 5 ข้อ โดยอย่างน้อยต้องมีข้อ 1 หรือข้อ 2 หนึ่งข้อ และมีอาการนานอย่างน้อย 2 สัปดาห์โดยไม่เคยให้ประวัติว่ามีช่วงอารมณ์ดีศรีกครันมากกว่าปกติ (Mania) หรือช่วงที่อารมณ์ดีศรีกครันระยะสั้น ๆ (Hypomania) ซึ่งมีเกณฑ์การวินิจฉัยดังนี้ 1) ซึมเศร้าโดยมีอาการเกือบทั้งวัน แทบทุกวัน 2) ความสนใจหรือความเพลิดเพลินใจในสิ่งต่าง ๆ ลดลงอย่างมาก 3) เบื่ออาหารน้ำหนักลดลง หรือกินจุน้ำหนักเพิ่มขึ้นมากกว่าร้อยละ 5 ใน 1 เดือน 4) นอนไม่หลับหรือนอนมากกว่าปกติ 5) กระวนกระวาย (Agitation) หรือเคลื่อนไหวช้ากว่าปกติ (Retardation) เกือบทุกวัน 6) อ่อนเพลีย ไม่มีแรงหรือไร้เรี่ยวแรงเกือบทุกวัน 7) รู้สึกตนเองไร้ค่า หรือรู้สึกผิดอย่างไม่สมเหตุสมผล 8) สมาธิลดลง ความสามารถในการคิดอ่านลดลงหรือตัดสินใจไม่ได้เกือบทุกวัน และ 9) คิดถึงเรื่องการตายอยู่เรื่อย ๆ พยายามฆ่าตัวตายหรือมีแผนในการฆ่าตัวตายไว้แน่นอน โดยอาการเหล่านี้ทำให้ทุกข์ทรมานหรือทำให้การประกอบ



อาชีพ การเข้าสังคม หรือการทำหน้าที่ด้านอื่น ๆ ที่สำคัญบกพร่องอย่างชัดเจน และอาการไม่ได้เกิดจากสาเหตุทางกายหรือการใช้สารเสพติด^{8, 12, 14}

แนวทางการรักษาภาวะซึมเศร้า

การรักษาภาวะซึมเศร้าในระหว่างตั้งครรภ์ระยะคลอด และระยะหลังคลอดมีวิธีการรักษาที่หลากหลาย แพทย์จะทำการรักษาทางร่างกายโดยใช้ยาควบคู่ไปกับการรักษาทางจิตโดยใช้จิตบำบัด ขึ้นอยู่กับระดับความรุนแรงของแต่ละบุคคล รวมไปถึงประวัติการรักษาทางจิตเวช^{7, 9} ซึ่งมีรายละเอียดดังนี้

1. การรักษาทางกาย แพทย์จะพิจารณาการรักษาโดยแบ่งตามระดับความรุนแรงของโรค หลักการทั่วไปในการดูแลรักษาด้วย Psychopharmacotherapy ในสตรีตั้งครรภ์และหลังคลอดคือ การใช้ยาในขนาดต่ำที่สุดที่การรักษาได้ผลดี เลี่ยงการใช้ยาหลายตัวเปลี่ยนชนิดของยาให้น้อยที่สุด และให้ถือว่าการไม่รักษาหรือรักษาไม่เพียงพอเป็นความเสี่ยง¹⁵

1.1 การรักษาด้วยยา เป็นทางเลือกหลักในการรักษามารดาที่มีภาวะซึมเศร้าตั้งแต่ในระยะตั้งครรภ์ ซึ่งในสหรัฐอเมริกาใช้ยาต้านอาการเศร้าในสตรีเหล่านี้มากกว่า 15 ปี⁹ กลุ่มยาที่เลือกใช้เป็นอันดับแรกคือ กลุ่ม Serotonin Reuptake Inhibitor (SSRIs) และยาในกลุ่มอื่น ๆ เช่น กลุ่ม Serotonin-Norepinephrine Reuptake Inhibitors (SNRIs) ขอยกตัวอย่างยาที่ใช้บ่อยกับสตรีตั้งครรภ์และมารดาหลังคลอดดังนี้^{9,15}

1.1.1 กลุ่มยา Serotonin Reuptake Inhibitor (SSRIs) ได้แก่ Sertraline Fluoxetine Citalopram และ Escitalopram ซึ่งเป็นกลุ่ม First line treatment สำหรับกลุ่ม Mild-Moderate Depression หรือ Severe Depression¹⁵ โดย Fluoxetine ได้รับการศึกษาอย่างแพร่หลายว่ามีความปลอดภัยต่อทารกในครรภ์ ส่วนยา Sertraline เป็นยาที่ส่งผ่านรกน้อยที่สุด และมีรายงานว่ายาในกลุ่มนี้ไม่พบรายงานการเกิด major malformation และ cardiovascular malformation¹⁶ สำหรับผลข้างเคียง

ยาในกลุ่ม Serotonin Reuptake Inhibitor (SSRIs) ต่อมารดา 1) Central nervous system effects เช่น มึนงง ง่วงนอน นอนไม่หลับ ปวดศีรษะ เป็นต้น 2) เกิดภาวะ Serotonin syndrome จากการมี Serotonin Activity มากเกินไป ส่งผลให้เกิดอาการคลื่นไส้ อาเจียน ท้องเสีย ปวดท้อง ความดันโลหิตไม่สม่ำเสมอ เดินเซ มีไข้ หัวใจเต้นเร็ว หรือรุนแรงถึงขั้นหมดสติ¹⁵⁻¹⁶

1.1.2 กลุ่ม Serotonin-Norepinephrine Reuptake Inhibitors (SNRIs) ได้แก่ Duloxetine Venlafaxine ซึ่งเป็นยาในกลุ่ม Second line treatment สำหรับกลุ่ม Mild-Moderate Depression หรือ Severe Depression¹⁵ บางรายงานการศึกษาพบว่า หากได้รับยาในไตรมาสแรก จะสัมพันธ์กับการเกิดภาวะทารกไม่มีสมองและกะโหลกศีรษะ (Anencephaly) โรครูรั่วที่ผนังกันหัวใจห้องบน (Atrial septal defect)¹⁶ สำหรับผลข้างเคียงของยาในกลุ่ม Serotonin-Norepinephrine Reuptake Inhibitors (SNRIs) ต่อมารดาพบเช่นเดียวกับกลุ่ม Serotonin Reuptake Inhibitor (SSRIs)¹⁵

1.2 การช็อคไฟฟ้า (Electroconvulsive therapy) จะพิจารณารักษาในรายที่มีอาการรุนแรงหรือใช้ยารักษาไม่ได้ผล และควรมีการเฝ้าระวังความคิดทำร้ายตนเอง ทำร้ายทารก และประหม่น การตอบสนองต่อการรักษาอย่างต่อเนื่อง⁹

2. การรักษาทางจิตโดยใช้จิตบำบัด (Psychotherapy) ใช้ในรายที่อาการไม่รุนแรง หรือรักษาร่วมกับการใช้ยา มีรายละเอียดดังนี้

2.1 จิตบำบัดรายบุคคล (Individual therapy) จิตบำบัดกลุ่ม (Group therapy) การบำบัดทางปัญญา (Cognitive behavior therapy) หรือการบำบัดที่มุ่งเน้นการแก้ปัญหา (Problem focused therapy) เพื่อแก้ไขความขัดแย้งต่างๆ ให้ยอมรับบทบาทการเป็นมารดามากขึ้น ช่วยให้การดาเรียนรู้ วิธีเลี้ยงดูบุตร สามารถช่วยเหลือตนเองได้มากขึ้น เปิดโอกาสให้มารดาได้ระบายความโกรธ ความไม่พอใจ และปัญหาต่างๆ ที่มีอยู่⁷



2.2 จิตบำบัดครอบครัว (Family therapy) หรือจิตบำบัดระหว่างคู่สมรส (Marital therapy) หรือสุขภาพจิตศึกษา (Psychoeducation) เป็นการให้จิตบำบัดร่วมกับการให้ความรู้แก่มารดาหลังคลอดและครอบครัวเกี่ยวกับความเจ็บป่วยทางจิตที่เกิดขึ้น แนวทางการรักษาพยาบาล การเผชิญความเจ็บป่วยและการดูแลจากสามีและครอบครัว การให้คำแนะนำแก่ครอบครัวให้เข้าใจถึงความผิดปกติทางจิตใจของมารดาหลังคลอด เข้าใจในแนวทางการรักษา รวมทั้งสิ่งที่ครอบครัวควรปฏิบัติต่อมารดาหลังคลอด จะช่วยให้การรักษาได้ผลดียิ่งขึ้น^{7, 9}

บทบาทพยาบาลในการดูแลสตรีที่มีภาวะซึมเศร้าในระยะตั้งครรภ์ ระยะคลอด และระยะหลังคลอด

การดูแลสตรีที่มีภาวะซึมเศร้าในระยะตั้งครรภ์ ระยะคลอด และระยะหลังคลอด พยาบาลควรทราบแนวทางในการให้การพยาบาลเพื่อให้สามารถดูแลสตรีที่มีภาวะซึมเศร้าอย่างต่อเนื่องตลอด ระยะของการมีบุตร ผู้เขียนได้รวบรวมบทบาทของพยาบาลโดยมีรายละเอียดดังนี้

การดูแลสตรีที่มีภาวะซึมเศร้าในระยะตั้งครรภ์

1. คัดกรองภาวะซึมเศร้าเมื่อมาฝากครรภ์ ซึ่งเครื่องมือในการประเมินภาวะซึมเศร้าถูกนำมาใช้อย่างแพร่หลายและสามารถใช้ได้กับทุกสถานพยาบาล¹² มีดังนี้ 1) แบบคัดกรองโรคซึมเศร้าด้วย 2 คำถาม (2Q) มีการแปลผลดังนี้ ถ้าตอบคำถาม “ไม่มี” ทั้ง 2 คำถาม ถือว่าปกติ ไม่เป็นโรคซึมเศร้า ถ้าคำตอบ “มี” ข้อใดข้อหนึ่งหรือทั้ง 2 ข้อ หมายถึง เป็นผู้มีความเสี่ยงหรือมีแนวโน้มที่จะเป็นโรคซึมเศร้า ให้แจ้งผลและแนะนำความรู้เรื่องภาวะซึมเศร้า แล้วส่งต่อแผนกจิตเวชเพื่อประเมินด้วยแบบประเมินโรคซึมเศร้า 9 คำถาม (9Q) และให้การดูแลช่วยเหลือต่อไป 2) แบบประเมินโรคซึมเศร้า 9 คำถาม (9Q) การแปลผล กรณีคะแนน ≥ 7 คะแนน หมายถึง

มีภาวะซึมเศร้า ให้ประเมินการฆ่าตัวตาย 8 คำถาม (8Q) ต่อไป 3) แบบประเมินการฆ่าตัวตาย 8 คำถาม (8Q) การแปลผลและแนวทางการช่วยเหลือ มีดังนี้

คะแนน 1-8 คะแนน หมายถึง มีแนวโน้มฆ่าตัวตายระดับน้อย การช่วยเหลือคือ ประเมินอาการทางจิตเวชที่สำคัญ ได้แก่ หลงผิด หวาดระแวง หูแว่ว พร้อมทั้งติดตามเฝ้าระวังพฤติกรรมการทำร้ายตนเอง โดยแนะนำให้ญาติดูแลอย่างใกล้ชิด

คะแนน 9-16 คะแนน หมายถึง มีแนวโน้มฆ่าตัวตายระดับปานกลาง การช่วยเหลือคือ ประเมินอาการทางจิตเวชที่สำคัญ ได้แก่ หลงผิด หวาดระแวง หูแว่ว การช่วยเหลือทางสังคมและจิตใจ ช่วยแก้ไขปัญหที่ทุกข์ใจอย่างเร่งด่วน แนะนำญาติให้ดูแลใกล้ชิดและให้ความรู้แก่ญาติเรื่องวิธีการช่วยเหลือและเฝ้าระวังการฆ่าตัวตายอย่างถูกต้อง ติดตามประเมินอาการทุกสัปดาห์ หากมีอาการรุนแรงมากขึ้นให้รีบส่งพบแพทย์

คะแนนมากกว่า 17 คะแนน หมายถึง มีแนวโน้มฆ่าตัวตายระดับรุนแรง การช่วยเหลือคือ ควรรับไว้รักษาในโรงพยาบาล เฝ้าระวังอาการอย่างใกล้ชิดตลอด 24 ชั่วโมง ประเมินอาการทางจิตเวชที่สำคัญ ได้แก่ หลงผิด หวาดระแวง หูแว่ว ให้การช่วยเหลือทางสังคมและจิตใจช่วยแก้ไขปัญหที่ทุกข์ใจเร่งด่วน หากความเสี่ยงในการพยายามฆ่าตัวตายไม่ลดลงรีบส่งต่อโรงพยาบาลจิตเวชเพื่อการดูแลอย่างใกล้ชิด^{8, 12} และซักประวัติที่อาจเกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้า เช่น ประวัติเคยป่วยด้วยโรคทางจิตเวช ประวัติการตั้งครรภ์ที่มีภาวะแทรกซ้อน ประสบการณ์ที่ไม่ดีเกี่ยวกับการคลอด ปัญหาในชีวิตสมรส การตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์ การตั้งครรภ์ในวัยรุ่น การใช้ความรุนแรงในครอบครัว เศรษฐฐานะยากจน เป็นต้น⁷⁻⁹ หากพบความเสี่ยงขณะมาฝากครรภ์ควรคัดกรองโรคซึมเศร้าตามแนวทางและเฝ้าระวังความเสี่ยงอย่างใกล้ชิด

2. ดูแลให้สตรีตั้งครรภ์หรือมารดาหลังคลอด มาตรวจตามนัด โดยเมื่อสตรีตั้งครรภ์ได้รับการวินิจฉัย



ว่ามีความผิดปกติของสุขภาพจิต ให้ประเมินซ้ำใน 4 สัปดาห์^{12, 15} เพื่อส่งพบแพทย์ในการพิจารณาปรับยาหรือหยุดยา ซึ่งมีแนวทางดูแล 3 ประเด็น ดังนี้

1) กรณีอาการไม่ดีขึ้นหรือดีขึ้นเล็กน้อย หากสตรีตั้งครรภ์ไม่มีอาการข้างเคียงจากยาหรือมีเพียงเล็กน้อยจะมีการปรับเพิ่มขนาดยาจนกว่าจะไม่มีอาการหรือหากมีอาการข้างเคียงรุนแรง แพทย์จะค่อย ๆ ลดขนาดยาจนหยุดยาและเริ่มยาตัวใหม่ไปพร้อมกัน อาจมีการรักษาด้วยวิธีอื่นร่วมด้วยและประเมินซ้ำทุก 4 สัปดาห์ ทบทวนการปรับยาจนกว่าจะไม่มีอาการ 2) กรณีอาการดีขึ้น ไม่มีอาการข้างเคียงจากยาหรือมีเล็กน้อย นัดมาประเมินซ้ำทุก 4 สัปดาห์ และทบทวนการปรับยา กระตุ้นให้รับประทานยาสม่ำเสมอและรักษาอย่างต่อเนื่อง 3) กรณีไม่มีอาการหรือได้รับการวินิจฉัยว่า หายขาด แพทย์จะพิจารณาค่อย ๆ ลดขนาดยาจนกระทั่งหยุดยาได้ เมื่อไม่มีอาการซึมเศร้าอย่างน้อย 6 เดือน กรณีเป็นมารดาหลังคลอดจะมีการให้คำปรึกษาและแนะนำเกี่ยวกับการคุมกำเนิดหลังคลอดร่วมด้วย¹⁵

3. ดูแลสตรีตั้งครรภ์ให้ได้รับยารักษาโรคซึมเศร้าตามแผนการรักษา ซึ่งได้นำเสนอยาที่ใช้ในการรักษาโรคซึมเศร้าในหัวข้อข้างต้น โดยพยาบาลควรให้คำแนะนำในการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันผลข้างเคียงจากยาหรือให้การพยาบาลเพื่อบรรเทาผลข้างเคียงจากยา^{7, 15-17} ซึ่งมีรายละเอียดดังนี้ กลุ่มยา Serotonin Reuptake Inhibitor (SSRIs) และยาในกลุ่ม Serotonin-Norepinephrine Reuptake Inhibitors การพยาบาลคือ ให้คำแนะนำให้รับประทานยาในตอนเช้า หลีกเลี่ยงอาหารและเครื่องดื่มที่มีคาเฟอีน สอนเทคนิคคลายเครียดให้สตรีตั้งครรภ์ก่อนเข้านอน และเฝ้าระวังการเกิดภาวะ serotonin syndrome ได้แก่ อาการคลื่นไส้ อาเจียน ปวดท้อง เดินเซ สับสน กระวนกระวาย มีไข้สูง หากพบควรหยุดยาและรายงานแพทย์เพื่อให้การช่วยเหลือทันที^{9, 15, 17}

4. ให้คำแนะนำสตรีตั้งครรภ์ในการสังเกตอาการผิดปกติที่ต้องมาโรงพยาบาล เช่น อารมณ์เศร้า

รุนแรงมากขึ้น ไม่สามารถทำงานบ้านหรือปฏิบัติงานได้ ไม่สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้หรือดูแลตนเองได้ มีความคิดทำร้ายตนเองหรือพยายามทำร้ายตนเอง เป็นต้น ควรปรึกษาครอบครัวหรือบุคคลที่ไว้วางใจ เพื่อนำส่งโรงพยาบาล⁹

5. ให้ความรู้เกี่ยวกับภาวะซึมเศร้ากับคนในครอบครัวหรือเพื่อนสนิทเพื่อคอยให้ความช่วยเหลือ เมื่อเกิดภาวะฉุกเฉินแก่สตรีตั้งครรภ์ หรือเมื่อสตรีตั้งครรภ์ต้องการความช่วยเหลือในระหว่างการตั้งครรภ์ รวมถึงแนะนำวิธีการสังเกตอาการผิดปกติที่ต้องรีบพาสตรีตั้งครรภ์มาโรงพยาบาล⁹

6. แนะนำสตรีตั้งครรภ์ใช้เทคนิคการผ่อนคลายความเครียด โดยใช้เวลาประมาณ 15 นาที เช่น การฝึกฝนการหายใจเข้า-ออก ลึก ๆ (deep breathing) การทำสมาธิ รวมถึงผ่อนคลายความเครียดด้วยการอาบน้ำอุ่น ๆ เป็นต้น แนะนำสตรีตั้งครรภ์ให้ออกกำลังกายซึ่งสามารถทำได้หากไม่มีข้อห้ามในการออกกำลังกายใช้เวลาประมาณ 30 นาทีต่อวัน⁹

7. แนะนำให้สตรีตั้งครรภ์ระบายความรู้สึกกับบุคคลที่ไว้วางใจและควรมีบุคคลที่สตรีตั้งครรภ์ไว้วางใจอยู่เป็นเพื่อนและไม่ควรอยู่ตามลำพัง⁹

8. เข้าร่วมกิจกรรมกลุ่มบำบัด โดยให้มารดาเข้ากลุ่มทำกิจกรรมร่วมกับรายอื่นที่มีปัญหาคล้ายคลึงกัน โดยความสนใจเพื่อให้ความช่วยเหลือระดับประคองซึ่งกันและกัน หรือจัดให้ได้พูดคุยกับผู้ที่เคยผ่านภาวะซึมเศร้ามาแล้วเพื่อให้แนวทางในการแก้ไขปัญหาให้ความช่วยเหลือ ทั้งนี้การที่สตรีตั้งครรภ์ได้เข้าร่วมกลุ่มบำบัดจะส่งผลทำให้เกิดความอบอุ่น ไม่รู้สึกโดดเดี่ยวหรือว่าเหว่ รวมถึงความรู้สึกที่คิดว่าตนเองถูกทอดทิ้งจะลดน้อยลงเพื่อให้สามารถฟื้นคืนสู่ภาวะปกติได้เร็วขึ้น^{7, 9}

9. สำหรับการดูแลสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นที่มีภาวะซึมเศร้า พยาบาลควรส่งเสริมความรู้ในการดูแลตนเองระหว่างตั้งครรภ์ เช่น ระยะเวลาของการตั้งครรภ์ พัฒนาการของทารกในครรภ์ การเปลี่ยนแปลงในระหว่าง



ตั้งครรภ์ การสังเกตอาการผิดปกติที่อาจเกิดขึ้นในระหว่างตั้งครรภ์ทั้งด้านร่างกายและจิตใจ ที่ต้องรับมาโรงพยาบาล เป็นต้น และส่งเสริมให้ครอบครัวมีส่วนร่วมช่วยเหลือแม้ว่าการตั้งครรภ์จะเกิดขึ้นด้วยความพร้อมหรือไม่พร้อมก็ตาม เนื่องจากความรัก ความเข้าใจ ความเอาใจใส่ และการดูแลของครอบครัวในระหว่างวัยรุ่นตั้งครรภ์เป็นสิ่งสำคัญมากในการลดความเสี่ยงของการเกิดภาวะซึมเศร้า รวมถึงบุคลากรทางการแพทย์ควรให้ความช่วยเหลือด้วยการให้เกียรติ เป็นมิตร ไม่ตัดสิน เป็นที่ปรึกษาที่ดี และรักษาความลับของสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่น จะสามารถลดความตึงเครียดและภาวะซึมเศร้าของวัยรุ่นได้ในระหว่างตั้งครรภ์^{8, 9}

การดูแลสตรีที่มีภาวะซึมเศร้าในระยะคลอด

1. ดูแลส่งเสริมให้ผู้คลอดรับรู้ประสบการณ์การคลอดในทางบวก เริ่มต้นตั้งแต่ระยะรับไว้ในห้องคลอด การดูแลระหว่างรอคลอดโดยการช่วยเหลือประคับประคองผู้คลอดอย่างใกล้ชิด ซึ่งการสนับสนุนผู้คลอดทั้ง 4 ด้าน ได้แก่ 1) การสนับสนุนด้านอารมณ์ โดยการดูแลอย่างต่อเนื่องในระยะรอคลอดอย่างต่อเนื่อง หรืออนุญาตให้สามีหรือครอบครัวเข้าดูแลผู้คลอดเหล่านี้ได้เพื่อให้กำลังใจและมั่นใจ รวมถึงใช้คำพูดและการสัมผัสที่อ่อนโยน 2) การสนับสนุนด้านข้อมูล เช่น การให้คำแนะนำเพื่อให้ผู้คลอดใช้เทคนิคบรรเทาความเจ็บปวดได้อย่างเหมาะสม รวมถึงการให้คำแนะนำในการปฏิบัติตัวขณะรอคลอด เป็นต้น 3) การสนับสนุนด้านความสุขสบาย ได้แก่ การช่วยจัดท่าหรือเปลี่ยนท่าระหว่างรอคลอด การนวดหลังและกระเบนเหน็บระหว่างมดลูกมีการหดตัว การดูแลขณะขับถ่าย การเช็ดตัว เปลี่ยนผ้าแห้งสะอาดกรณีมีมูกเลือดหรืออุ้งน้ำคร่ำแตก รวมถึงการดูแลให้สารน้ำสารอาหารตาม ความเหมาะสมในระยะคลอด และ 4) การสนับสนุนด้านการเป็นตัวแทนผู้คลอด ในระยะเจ็บครรภ์คลอด ผู้คลอดอาจสื่อสารได้ไม่มีประสิทธิภาพ พยาบาลควรเป็นตัวแทนในการสื่อสารความต้องการระหว่างผู้คลอดกับครอบครัวหรือ

กับแพทย์ เช่น คอยแจ้งข้อมูลให้ครอบครัวทราบถึงความก้าวหน้าของการคลอด เป็นต้น เพื่อให้ผู้คลอดอบอุ่นใจ รู้สึกว่าไม่ถูกทอดทิ้ง เกิดความผ่อนคลายและรับรู้ประสบการณ์การคลอดในทางบวก^{9, 18}

2. ให้การพยาบาลอย่างนุ่มนวลในระหว่างรอคลอดหรือดูแลทำหัตถการอย่างนุ่มนวล ตรวจภายในอย่างนุ่มนวล โดยการคำนึงถึงความเป็นบุคคล และไม่เปิดเผยความเป็นส่วนตัว เช่น ก่อนตรวจภายในควรมีการแจ้งให้ทราบและขออนุญาตผู้คลอดทุกครั้ง รวมถึงกันม่านให้มิดชิดในระหว่างการตรวจภายใน เป็นต้น ดูแลมารดาในระหว่างเผชิญความปวดในระยะคลอด โดยใช้เทคนิคการบรรเทาปวดโดยไม่ใช้ยา เช่น เทคนิคการหายใจเบี่ยงเบนความปวด การนวดก้นกบกระเบนเหน็บ การฟังดนตรีเบี่ยงเบนความปวด การใช้สุคนธบำบัด เป็นต้น¹⁸

3. ดูแลให้กำลังใจ เสริมแรงทางบวกขณะเบ่งคลอดโดยการส่งเสริมการรับรู้ความสามารถ ของผู้คลอด เช่น กล่าวคำชมเชย พุดคุยให้กำลังใจ และอยู่ใกล้ชิดในระหว่างการเบ่งคลอด แสดงออกซึ่งความเห็นอกเห็นใจ เอาใจใส่ผ่านการสัมผัสและพุดคุย เป็นต้น¹⁸

4. เมื่อทารกคลอด หากมารดาและทารกไม่มีภาวะแทรกซ้อน ดูแลนำทารกให้มารดาโอบกอดสัมผัสแบบเนื้อแนบเนื้อ (Skin to skin contact) ภายใน 30-45 นาทีแรกหลังคลอด การที่มารดาได้โอบกอดทารกทันทีหลังคลอดจะเป็นการส่งเสริมสัมพันธภาพระหว่างมารดาและทารกทำให้มารดารับรู้ประสบการณ์การคลอดในทางบวก ดูแลความสุขสบาย และดูแลให้มารดาได้พักผ่อนอย่างเพียงพอ ในระหว่างนอนพักสังเกตอาการในห้อง 2 ชั่วโมงหลังคลอด รวมถึงจัดสิ่งแวดล้อมให้มารดาและทารก อยู่ด้วยกันตลอด (Rooming in) หากมารดาเกิดความเหนื่อยล้าสามารถนำทารกมาดูแลให้มารดาได้พักผ่อนอย่างเพียงพอเพื่อเตรียมร่างกายให้พร้อมในการดูแลบุตรในระยะหลังคลอด¹⁸



การดูแลสตรีที่มีภาวะซึมเศร้าในระยะหลังคลอด

1. ประเมินภาวะซึมเศร้าหลังคลอดอย่างต่อเนื่องจนถึงเมื่อมาตรวจหลังคลอด ซึ่งแบบประเมินภาวะซึมเศร้าหลังคลอดที่นำมาใช้อย่างแพร่หลาย เช่น The Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS) เป็นต้น¹²⁻¹³ ซึ่งมีลักษณะเป็นแบบประเมินตนเอง ประกอบด้วยข้อคำถาม จำนวน 10 ข้อ มีคะแนนรวม 30 คะแนน ใช้จุดตัดที่ 11 คะแนน หากมารดาประเมินตนเองแล้วได้คะแนนเท่ากับหรือมากกว่า 11 คะแนน หมายถึงมารดามีความเสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้าหลังคลอด ควรส่งต่อให้กับจิตแพทย์ เพื่อวินิจฉัยและให้การดูแลรักษาต่อไป^{6,15}

2. อธิบายให้มารดาหลังคลอดทราบถึงสาเหตุการเปลี่ยนแปลงของร่างกายในระยะหลังคลอดรวมทั้งการเปลี่ยนแปลงของอารมณ์เศร้าเพื่อให้มารดาหลังคลอดได้ตรวจสอบความรู้สึกตนเอง⁹

3. ดูแลมารดาหลังคลอดให้ได้รับความสุขสบายทางด้านร่างกาย และได้รับการพักผ่อน อย่างเพียงพอ หากมารดามีอาการสงบอาจนำบุตรให้มารดาดูแลในเวลากลางวัน และครอบครัวช่วยดูแลทารกแทนในเวลากลางคืนเพื่อให้มารดาได้พักผ่อนอย่างเต็มที่^{7,9}

4. ควรรับฟังปัญหาต่าง ๆ ของมารดาหลังคลอด พร้อมทั้งให้คำแนะนำแก่มารดาหลังคลอดและครอบครัว⁷ สนับสนุนให้มารดาหลังคลอดได้รับการปรึกษาปรึกษาทางจิตใจจากทีมบุคลากรสุขภาพและครอบครัว¹¹ ส่งเสริมและให้กำลังใจในการแสดงบทบาทการเป็นมารดา โดยกล่าวชมเชยเมื่อมารดาสามารถปฏิบัติตัวหรือให้การดูแลบุตรได้ถูกต้องเพื่อให้เกิดความมั่นใจในการดำรงบทบาทมารดา⁷

5. จัดโปรแกรมให้การพยาบาลมารดาที่มีภาวะซึมเศร้าหลังคลอด ซึ่งเรียกว่า โปรแกรม NURSE⁶ มีรายละเอียดดังนี้ N = Nourishment and need ได้แก่ ดูแลให้ได้รับอาหารและสารน้ำอย่างเพียงพอ รวมถึงรับประทานยาบำรุงครรภ์หลังคลอดอย่างต่อเนื่อง U = Understanding ให้คำแนะนำและอธิบายเกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงของร่างกายในการกลับคืนสู่ปกติหลังคลอด

รวมถึงการเปลี่ยนแปลงทางด้านอารมณ์ที่เกิดขึ้นภายหลังคลอดเพื่อป้องกันและสังเกตการเกิดภาวะซึมเศร้าในระยะหลังคลอด R = Rest and relaxation ดูแลให้มารดาพักผ่อนให้เพียงพอ โดยให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแลบุตร แบ่งเบาภาระงานบ้าน ให้มารดาได้มีเวลาพักผ่อนเพื่อช่วยลดความเครียดและความวิตกกังวลในการดูแลบุตร S = Spirituality ส่งเสริมความเชื่อเพื่อช่วยให้มารดารู้สึกมีแหล่งพึ่งพิงทางใจโดยส่งเสริมให้มารดาทำกิจวัตรหรือกิจกรรมทางศาสนาตามความเหมาะสม E = Exercise หากมารดาไม่มีข้อห้ามในการออกกำลังกาย ควรส่งเสริมให้มารดาได้ออกกำลังกาย ซึ่งจะช่วยให้มีการหลั่งสารเอ็นโดรฟิน ซึ่งเป็นสารแห่งความสุข รวมถึงทำให้สามารถฟื้นฟูสภาพร่างกายหลังคลอดได้เร็วยิ่งขึ้น⁶

6. การส่งเสริมการเลี้ยงดูบุตรด้วยนมมารดา โดยทั่วไปสตรีที่มีปัญหาทางด้านจิตสังคม ไม่ควรถูกแนะนำให้หยุดเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดา อย่างไรก็ตามหากมีการเริ่มยาใหม่ในระยะให้นมบุตร ควรพิจารณาระดับยาที่อาจจะส่งผ่านทางน้ำนมไปยังทารก โดยทั่วไปหากขนาดยาที่ถูกส่งผ่านน้ำนมไปยังทารก น้อยกว่าร้อยละ 10 ถือว่าสามารถเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดาได้ ควรพิจารณาข้อมูลจำเพาะของยาแต่ละชนิด ประกอบการตัดสินใจร่วมด้วย รวมถึงให้คำแนะนำมารดาในการบริหารเวลาอย่างเหมาะสมในการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดาเนื่องจากหากมารดาอดนอนและมีความเครียดจะเป็นปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้มีอาการทางจิตเวชไม่คงที่¹⁵

7. ดูแลให้ได้รับความช่วยเหลือและรักษาภาวะซึมเศร้าอย่างเหมาะสม ดังนี้

7.1 หากประเมินแล้วพบว่า มารดามีภาวะซึมเศร้าอย่างรุนแรงโดยเฉพาะระยะที่มารดากำลังเข้าสู่ภาวะซึมเศร้าหรือในระยะที่กำลังฟื้นจากภาวะซึมเศร้าเป็นระยะที่อาจเกิดการทำร้ายตนเองมากที่สุด พยาบาลควรป้องกันไม่ให้มารดาทำร้ายตนเอง ฆ่าตัวตาย หรือทำร้ายบุตร โดยการไม่ทิ้งให้มารดาอยู่ตามลำพังกับทารก เก็บเครื่องมือ เครื่องใช้ที่อาจก่อให้เกิดอันตราย



กิจกรรมต่าง ๆ ของมารดาควรอยู่ในสายตาของพยาบาล แต่ไม่ควรให้มารดาเกิดความรู้สึกว่าตนเองถูกจ้องมองอยู่ตลอดเวลา หากมารดาเริ่มแสดงอาการผิดปกติทางจิตที่รุนแรงมากขึ้น ควรส่งต่อจิตแพทย์เพื่อให้การดูแลรักษาต่อไป^{7,9}

7.2 ให้คำแนะนำและให้กำลังใจแก่สามีและครอบครัว เนื่องจากครอบครัวต้องการกำลังใจจากทีมแพทย์พยาบาลเช่นกัน อธิบายให้สามีเข้าใจความเจ็บป่วยของภรรยา อธิบายแผนการรักษาที่มารดากำลังได้รับ เปิดโอกาสให้สามีได้ระบายความรู้สึก ชักถามข้อสงสัย ให้กำลังใจครอบครัวให้มีความเข้มแข็ง เพื่อที่จะสามารถช่วยเหลือและประคับประคองให้กำลังใจแก่ภรรยาอย่างเต็มที่^{7,9}

7.3 ควรให้คำแนะนำการวางแผนครอบครัว โดยการเว้นระยะการมีบุตร การคุมกำเนิด เป็นระยะ 2-3 ปี เนื่องจากอาจมีโอกาสกลับเป็นซ้ำได้⁷ จึงควรให้คำแนะนำสามีและมารดาหลังคลอด ร่วมพิจารณาวิธีคุมกำเนิดหลังคลอดตามความเหมาะสม^{7,9}

7.4 ก่อนจำหน่ายกลับบ้าน ควรวางแผนประสานงานกับหน่วยเวชกรรมสังคม เพื่อให้มีการติดตามเยี่ยมบ้านหรือติดตามเยี่ยมทางโทรศัพท์ ภายหลังจากจำหน่าย 2-3 สัปดาห์ หรือติดตามอย่างต่อเนื่อง รวมทั้งให้คำแนะนำการสังเกตอาการผิดปกติที่ต้องมาพบแพทย์และส่งต่อให้หน่วยงาน ในชุมชนติดตามอย่างใกล้ชิด^{7,9}

สรุป

การเกิดภาวะซึมเศร้าส่งผลกระทบต่อการดำเนินชีวิตและคุณภาพชีวิต โดยเฉพาะในกลุ่มสตรีที่อยู่ในระยะตั้งครรภ์ ระยะคลอด และระยะหลังคลอด ซึ่งเป็นช่วงเวลาเปลี่ยนผ่านที่สำคัญของชีวิต ดังนั้นพยาบาลจึงมีบทบาทสำคัญในการดูแลสตรีที่มีภาวะซึมเศร้า โดยจะต้องมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับสาเหตุ การเกิดภาวะซึมเศร้า และทราบแนวทางการคัดกรอง

และการวินิจฉัยภาวะซึมเศร้าและการรักษาของแพทย์ โดยเฉพาะกลุ่มยารักษาภาวะซึมเศร้าที่ต้องคำนึงถึงความปลอดภัยในการใช้ยาและสามารถให้คำแนะนำในการป้องกันการเกิดอาการข้างเคียงภายหลังการใช้ยาได้อย่างเหมาะสม เพื่อให้สตรีตั้งครรภ์และมารดาหลังคลอดเกิดความปลอดภัยสูงสุดในการใช้ยา รวมถึงที่สำคัญคือควรมีความรู้ความเข้าใจในบทบาทของพยาบาล ในการดูแลสตรีที่มีภาวะซึมเศร้าตลอดระยะการมีบุตร เพื่อเป็นแนวทางในการให้การพยาบาลแก่สตรีที่มีภาวะซึมเศร้าอย่างเหมาะสมเพื่อให้สตรีที่มีภาวะซึมเศร้าสามารถดูแลตนเองและบุตร ไม่เกิดผลกระทบที่รุนแรง รวมถึงสามารถใช้ชีวิตในสังคมได้อย่างมีความสุข

ข้อเสนอแนะ

1. ด้านปฏิบัติการพยาบาล: สามารถพัฒนาเป็นแนวทางปฏิบัติเกี่ยวกับการพยาบาลสตรีที่มีภาวะซึมเศร้าให้ครอบคลุมตลอดระยะตั้งครรภ์ ระยะคลอด และระยะหลังคลอด เพื่อให้สตรีที่มีภาวะซึมเศร้าสามารถดำเนินชีวิตได้อย่างมีความสุขตลอดระยะเวลาเปลี่ยนผ่านที่สำคัญของชีวิต

2. ด้านการบริหารทางการพยาบาล: ผู้บริหารทางการพยาบาลควรมีการส่งเสริม สนับสนุนให้พยาบาล ผดุงครรภ์และพยาบาลที่เกี่ยวข้องได้มีการอบรม พื้นฟูวิชาการ เรื่องการพยาบาลสตรีที่มีภาวะซึมเศร้า เพื่อให้บุคลากรมีความรู้ความเข้าใจในการดูแลสตรีที่มีภาวะซึมเศร้าตลอดระยะการมีบุตร

3. ด้านการวิจัยทางการพยาบาล: ควรมีการศึกษาทดลองพัฒนาโปรแกรมให้การพยาบาลสตรีที่มีภาวะซึมเศร้าให้ครอบคลุมตลอดระยะตั้งครรภ์ ระยะคลอด และระยะหลังคลอดอย่างต่อเนื่อง เพื่อเป็นการพัฒนาองค์ความรู้ในการให้การพยาบาลสตรีที่มีภาวะซึมเศร้าตลอดระยะการมีบุตร โดยป้องกันไม่ให้เกิดผลกระทบที่รุนแรงจากการเกิดภาวะซึมเศร้าตลอดระยะการมีบุตร



Reference

1. McKee K, Admon LK, Winkelman TNA, Muzik M, Hall S, Dalton VK, Zivin K. Perinatal mood and anxiety disorders, serious mental illness, and delivery-related health outcomes, United States, 2006-2015. *BMC Womens Health*. 2020; 20(1):150.
2. Phoosuwan N, Buntupa P, Waenkwan S, Phoosuwan N, Pusuwan P. Predisposing, enabling, and reinforcing factors and depression among pregnant women in a North-Eastern province of Thailand. *JHS*. 2021;30(3):432-40. [In Thai].
3. Punyavachira P, Wattanapsit K. Anxiety and depression in pregnancy women with preterm labor in Ramathibodi Hospital. *Mahidol R2R e-Journal*. 2015;2(1):80-90. [In Thai].
4. Benton M, Salter A, Tape N, Wilkinson C, Turnbull D. Women's psychosocial outcomes following an emergency caesarean section: A systematic literature review. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2019;19(1):1-24.
5. Onpiw N, Keawsiri P, Tipsing N, Naosrisorn P, Faramée P. Factors predicting postpartum depression among cesarean section mothers with sick newborns. *JRTAN*. 2023;24(2): 414-23. [In Thai].
6. Sutthiprapa A, Wunchooserm P. The role of nurses in caring for first-time mothers with postpartum depression. *JMND*. 2021;8(11):41-53. [In Thai].
7. Yimyam S. Nursing care of women with postpartum complications. In: Suphavititphatthana B, Prasitwattanaseri P, editors. *Nursing and midwifery: Women with risk conditions and complications*. Chiang Mai: Smart Coating and Service; 2017. [In Thai].
8. Prechon K. Postpartum Depression: Prevention and Care. *TRC Nurs J*. 2016;9(2):24-32. [In Thai].
9. Lowdermilk L, Cashion K, Alden R, Olshansky E, Perry E. *Maternity and women's health care*. 13th ed. St. Louis MO: Elsevier; 2020. 912 p.
10. Boobpamala S, Netimetee S, Jindapaisan S. Depression prevention in pregnant adolescents. *TJN*. 2022;71(4):63-72. [In Thai].
11. Saenbunma K, Deoisres W, Chuahom U. Predictors of postpartum depression among women with emergency cesarean section. *JFONUBUU*. 2019; 27(3):23-31. [In Thai].
12. Muenphinit TK. Screening and diagnosis of mental health conditions during pregnancy and postpartum. In: Thongprasert F, Phanthasri T, Manopanya M, editors. *Chiangmai Textbook of OB & GYN IX: The Guidelines 2024*. Chiang Mai: Jaraspringing; 2024. [In Thai].
13. American college of obstetricians and gynecologists. Screening and diagnosis of mental health conditions during pregnancy and postpartum: ACOG Clinical Practice Guideline No. 4. *Obstet Gynecol*. 2023;141(6):1232-61.



14. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-5®). 5th ed. Washington DC: American Psychiatric Pub; 2013. 947 p.
15. Thongprasert F. Treatment and management of mental health conditions during pregnancy and postpartum. In: Thongprasert F, Phanthasri T, Manopanya M, editors. Chiangmai Textbook of OB & GYN IX: The Guidelines 2024. Chiang Mai: Jaraspringing;2024. [In Thai].
16. Youngsang K. Psychotropic drugs in Pregnancy. Maharaj Nakhon Si Thammarat Medical Journal. 2022;5(2):130-37. [In Thai].
17. Videbeck L. Psychiatric-Mental Health Nursing. 8th ed. Philadelphia: Wolters Kluwer; 2020. 525 p.
18. Somsap Y. Caring for women for a positive childbirth experience. Songklanagarind Journal of Nursing. 2022;40(2):178-86. [In Thai].



บทความวิจัย

ปัจจัยคัดสรรที่สัมพันธ์กับความวิตกกังวลเกี่ยวกับความตายของผู้ที่เป็นมะเร็ง

พนิดา ตึกหิน* สุรพร ธนศิลป์** และ นพมาศ พัดทอง***

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย อาคารบรมราชชนนีศรีศดพรพร เขตปทุมวัน กรุงเทพมหานคร 10330

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์: ศึกษาความวิตกกังวลเกี่ยวกับความตาย และความสัมพันธ์ระหว่าง อายุ เพศ ระยะและชนิดของโรคมะเร็ง สัมพันธภาพในครอบครัว ความเชื่อทางศาสนาพุทธเกี่ยวกับความตาย สมรรถนะแห่งตน ภาระค่ารักษา ความรุนแรงของอาการกับความวิตกกังวลเกี่ยวกับความตายของผู้ที่เป็นมะเร็ง

รูปแบบการวิจัย: วิจัยเชิงบรรยายแบบหาความสัมพันธ์

วิธีดำเนินการวิจัย: กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ที่เป็นมะเร็งทุกระยะและทุกชนิดมีอายุ 18 ปีขึ้นไป ที่รับการรักษาแผนกผู้ป่วยนอกมะเร็งของโรงพยาบาลรามาธิบดี และสถาบันมะเร็งแห่งชาติ จำนวน 181 คน เครื่องมือที่ใช้ในงานวิจัย เป็นแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ความวิตกกังวลเกี่ยวกับความตาย สัมพันธภาพครอบครัว ภาระค่ารักษา ความเชื่อทางศาสนาเกี่ยวกับความตาย สมรรถนะแห่งตน และความรุนแรงของอาการ มีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบราค เท่ากับ .85, .91, .84, .72, .86 และ .87 วิเคราะห์สัมพันธ์ใช้สถิติเพียร์สันและอิต้า

ผลการศึกษา: ผู้ที่เป็นมะเร็งมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับความตายระดับสูงคะแนนเฉลี่ย 46.11 ($SD = 10.80$) ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์สัมพันธ์ทางบวกกับความวิตกกังวลเกี่ยวกับความตาย ได้แก่ ระยะของโรคมะเร็ง ภาระค่ารักษา ความรุนแรงของอาการ และชนิดของโรค ($r = .77, r = .86$, และ $r = .55$; $Eta = .34, p < .05$) และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ทางลบ ได้แก่ สัมพันธภาพในครอบครัว ความเชื่อทางศาสนาพุทธเกี่ยวกับความตาย และสมรรถนะแห่งตน ($r = -.80, r = -.59, r = -.34, p < .05$)

คำสำคัญ: ความวิตกกังวลเกี่ยวกับความตาย/ ผู้ที่เป็นมะเร็ง/ ความตาย

วารสารการวิจัยทางการพยาบาล นวัตกรรม และสุขภาพ 2567, 36(2) : 14-26

* นิสิตหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

** รองศาสตราจารย์ และหัวหน้าหน่วยปฏิบัติการวิจัยการดูแลด้วยภูมิปัญญาตะวันออก คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย และอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์

*** ผู้รับผิดชอบหลัก ผู้ช่วยศาสตราจารย์ และสมาชิกหน่วยปฏิบัติการวิจัยการดูแลด้วยภูมิปัญญาตะวันออก คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย และอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ (ร่วม)



Selected Factors Related to Death Anxiety of Persons with Cancer

Panida Tukhin* Sureeporn Thanasilp** and Noppamat Pudtong***

Abstract

Purpose: To examine death anxiety of persons with cancer and the relationship between age, gender, disease stage, cancer type, family relationships, Buddhist religious beliefs about death, self-efficacy, unfinished business, symptom severity, and death anxiety of persons with cancer.

Design: Descriptive correlational research

Methods: The sample group consisted of 181 individuals who have been diagnosed with cancer of all stages and all types, must be 18 years of age or older and received services at the cancer outpatient department of Ramathibodi Hospital and the National Cancer Institute. The research tools included a personal information questionnaire, Death Anxiety questionnaire, Family relationships assessment, unfinished business questionnaire, religious beliefs about death Questionnaire, Self-efficacy questionnaire and symptom severity questionnaire Cronbach's alpha coefficients .85, .91, .84, .72, .86 and .87 Data were analyzed using Pearson's correlation statistics and Eta.

Results: The research findings revealed that the sample group of cancer persons exhibited high levels of death anxiety, with an average score of 46.11 (SD = 10.80). Factors significantly positively correlated with death anxiety included disease stage, unfinished business, symptom severity, and cancer type ($r = .77$, $r = .86$, $r = .55$; $Eta = .34$, $p < .05$). Factors significantly negatively correlated with death anxiety included family relationships, Buddhist religious beliefs about death, and self-efficacy ($r = -.80$, $r = -.59$, and $r = -.34$, $p < .05$).

Keywords: Death anxiety/ Persons with cancer/ Dead

Journal of Nursing Research, Innovation, and Health 2024, 36(2) : 14-26

Article info: received November 9, 2023; revised March 10, 2024; accepted April 3, 2024

* Student in Master of Nursing Science Program, Faculty of Nursing, Chulalongkorn University.

** Associate professor and Director of Asian Wisdom Care Research Unit, Faculty of Nursing, Chulalongkorn University, and Research Advisor

*** Corresponding Author, Assistance Professor, Member of Asian Wisdom Care Research Unit, Faculty of Nursing, Chulalongkorn University, and Research CO-Advisor. E-mail; noppamat.p@chula.ac.th



บทนำ

มะเร็งเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของโลกสถิติปี 2020 พบว่ามีผู้ที่เป็นมะเร็งรายใหม่มากถึง 19 ล้านคน และพบว่า มีผู้เสียชีวิตจากโรคมะเร็งถึง 9.9 ล้านคน¹ ซึ่งเป็นสาเหตุของการเสียชีวิตอันดับ 1 ของประชากรไทย² ผู้ที่เป็นโรคมะเร็งที่ต้องเผชิญกับกระบวนการของโรคและการรักษา ก่อให้เกิดความวิตกกังวลเกี่ยวกับความตายเป็นอย่างยิ่ง เนื่องจากไม่สามารถรักษาหรือควบคุมโรคได้ ผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคมะเร็ง มักรับรู้ว่าการรักษาไม่หาย และต้องพบกับความเจ็บปวดจากตัวโรคและการรักษาที่ทำให้ทุกข์ทรมาน เผชิญกับการเปลี่ยนแปลงที่ทำลายชีวิตในหลากหลายรูปแบบซึ่งจะแปรเปลี่ยนไปตามความก้าวหน้าของโรค ส่งผลให้เกิดความรู้สึกหวั่นเหวี่ยง เกิดความกลัวอาการต่าง ๆ ที่เกิดขึ้น กลัวการพลัดพราก และอื่น ๆ จนถึงวาระสุดท้ายของชีวิตทำให้เกิดความวิตกกังวลเกี่ยวกับความตาย³

ความวิตกกังวลเกี่ยวกับความตาย หมายถึง ปฏิกริยาทางอารมณ์เชิงลบที่กระตุ้นโดยการคาดการณ์ถึงสถานะที่ไม่มีตัวตน เป็นสถานะทางจิตอันเนื่องมาจากการรับรู้ความตายเป็นสิ่งใกล้ชิดตนมาก ไม่สามารถหลบหลีกได้⁴ องค์ประกอบของความวิตกกังวลเกี่ยวกับความตายมี 4 ด้าน⁵ ดังนี้ 1) ด้านความคิด ความรู้สึก (cognitive affective) รู้สึกหวาดกลัวเมื่อพูดถึงความตาย 2) ด้านการเปลี่ยนแปลงทางร่างกาย (physical alterations) การมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงของร่างกายที่อาจจะเกิดขึ้น อันเนื่องมาจากภาวะใกล้ตาย 3) ด้านการตระหนักรู้เรื่องเวลา (awareness of time) ของช่วงระหว่างที่เกิดจนกระทั่งเข้าสู่ความตายกลัวเวลาจะผ่านไปอย่างรวดเร็ว กลัวอายุสั้น 4) ด้านสภาพการณ์ก่อให้เกิดความเครียดและความเจ็บปวด (stressors and pain)⁵

จากการศึกษาแนวคิด Conte และคณะ (1982) ความวิตกกังวลเกี่ยวกับความตายมี 4 ด้าน Conte, Weiner, and Plutchik (1982) ดังนี้ 1) กลัวความไม่รู้ (Fear of unknown) 2) กลัวความทรมาน

(Fear of suffering) 3) กลัวความเดียวดาย (Fear of loneliness) และ 4) กลัวการดับสิ้นชีวิต (Fear of extinction)⁶

จากการทบทวนวรรณกรรมต่างประเทศพบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความวิตกกังวลเกี่ยวกับความตาย ได้แก่ อายุ เพศ สถานภาพสมรส ระยะของโรค ชนิดของโรค ระดับการศึกษา สถานที่อยู่ รายได้ ระบบประกันชีวิต ระดับความปวด ภาระค่ารักษา การมีเป้าหมายในชีวิต สมรรถนะแห่งตน โดยจากการศึกษาผู้ที่เป็นมะเร็งพบว่า ผู้สูงอายุ 42.3% มีความวิตกกังวลเกี่ยวกับความตายสูง และเพศหญิงมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับความตายมากกว่าเพศชาย⁷ ในผู้ที่เป็นมะเร็งพบว่า เพศมีความสัมพันธ์กับความวิตกกังวลต่อความตาย⁸ พบความรุนแรงของอาการและชนิดของมะเร็งมีความสัมพันธ์กับความวิตกกังวลเกี่ยวกับความตาย⁹ ระยะของโรคมะเร็งมีความสัมพันธ์กับความวิตกกังวลเกี่ยวกับความตาย โดยผู้ที่เป็นมะเร็งระยะลุกลามมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับความตายในระดับที่ต่ำกว่าผู้ที่เป็นมะเร็งระยะสุดท้าย¹⁰ ความวิตกกังวลเกี่ยวกับความตายมีความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพชีวิตของญาติผู้ที่เป็นมะเร็ง⁸ และความวิตกกังวลเกี่ยวกับความตายของญาติผู้ดูแลอยู่ในระดับปานกลางค่อนข้างสูง¹¹ ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ทางบวกคือ การรับรู้อาการ ปัจจัยที่สัมพันธ์ทางลบคือ การปฏิบัติตามกิจกรรมตามความเชื่อทางศาสนาที่เกี่ยวกับความตาย ทศนคติต่อความตาย และความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม¹¹ ภาระค่ารักษาที่มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับความวิตกกังวลเกี่ยวกับความตาย และสมรรถนะแห่งตนมีความสัมพันธ์เชิงลบกับความวิตกกังวลเกี่ยวกับความตาย^{12, 13}

หลักฐานเชิงประจักษ์ที่มีอยู่นั้น อาจไม่สามารถนำมาอ้างอิงกับบริบทของสังคมไทยได้ เนื่องจากความแตกต่างทางวัฒนธรรม ความเชื่อทางศาสนา อีกทั้งจากการทบทวนวรรณกรรมในประเทศพบว่า มีการศึกษาในเรื่องความวิตกกังวลเกี่ยวกับความตายของผู้ที่เป็นมะเร็งค่อนข้างน้อย กล่าวคือ มีการศึกษาปัจจัยที่สัมพันธ์กับความวิตกกังวลของญาติผู้ดูแลเกี่ยวกับความตาย



ของผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม¹¹ มีการศึกษาวัดระดับความวิตกกังวลเกี่ยวกับความตายในกลุ่มประชาชนทั่วไป กลุ่มผู้สูงอายุและที่เป็นกลุ่มโรคเรื้อรัง แต่ยังไม่ครอบคลุมถึงกลุ่มผู้ที่เป็นมะเร็ง และพบการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการยอมรับความตายของผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม¹⁴ แต่ยังไม่พบการศึกษาปัจจัยที่สัมพันธ์กับความวิตกกังวลเกี่ยวกับความตายของผู้เป็นมะเร็ง ซึ่งบทบาทของพยาบาลในการเป็นผู้ให้การพยาบาลแบบองค์รวม นอกจากมิติด้าน กาย สังคมแล้ว การพยาบาลด้านจิตใจ และจิตวิญญาณ สำหรับผู้ที่เป็นมะเร็งนั้นกลับเป็นมิติที่สำคัญเป็นอย่างยิ่ง เพราะจะช่วยให้ผู้ที่เป็นมะเร็งเผชิญกับความทุกข์ จากการเจ็บป่วย และอยู่กับความเป็นจริงเผชิญทุกระยะของโรคได้ด้วยจิตใจที่สงบ มีสติ ลดความวิตกกังวลเกี่ยวกับความตายที่เป็นเรื่องธรรมชาติของชีวิตได้อย่างสง่างาม ด้วยใจอันเป็นสุข การศึกษาปัจจัยที่สัมพันธ์เกี่ยวกับความวิตกกังวลเกี่ยวกับความตายในผู้ที่เป็นมะเร็งในบริบทของสังคมไทยนั้นจึงมีความน่าสนใจและควรค่าทำการศึกษา

ด้วยเหตุผลดังกล่าว ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาปัจจัยคัดสรรที่สัมพันธ์กับความวิตกกังวลเกี่ยวกับความตายของผู้ที่เป็นมะเร็ง โดยปัจจัยที่ผู้วิจัยเลือกนั้นมาจากการทบทวนวรรณกรรม และพบว่า ปัจจัยดังกล่าวมีผลต่อความวิตกกังวลเกี่ยวกับความตาย ซึ่งเป็นการพัฒนาองค์ความรู้ทางการพยาบาลเพื่อใช้เป็นรากฐานในการทำ ความเข้าใจความวิตกกังวลเกี่ยวกับความตายของผู้ที่เป็นมะเร็ง โดยรูปแบบการวิจัยในครั้งนี้จะช่วยให้ได้ข้อสรุปของตัวแปรคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับความวิตกกังวลเกี่ยวกับความตายของผู้ที่เป็นมะเร็งที่ชัดเจน เพื่อนำองค์ความรู้จากปัจจัยที่ได้ไปใช้เป็นประโยชน์แก่ผู้ที่เป็นมะเร็งในการลดความวิตกกังวลเกี่ยวกับความตายต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาความวิตกกังวลเกี่ยวกับความตายของผู้ที่เป็นมะเร็ง

2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่าง อายุ เพศ ระยะของโรค ชนิดของโรคมะเร็ง สัมพันธภาพในครอบครัว ความเชื่อทางศาสนาพุทธเกี่ยวกับความตาย สมรรถนะแห่งตน ภาระค่า ค่า ความรุนแรงของอาการเกี่ยวกับความวิตกกังวลเกี่ยวกับความตายของผู้ที่เป็นมะเร็ง

สมมติฐานการวิจัย

1. เพศ ชนิดของโรค มีความสัมพันธ์กับความวิตกกังวลเกี่ยวกับความตายของผู้ที่เป็นมะเร็ง
2. สัมพันธภาพในครอบครัว ความเชื่อทางศาสนาพุทธเกี่ยวกับความตาย และสมรรถนะแห่งตนมีความสัมพันธ์ทางลบกับความวิตกกังวลเกี่ยวกับความตายของผู้ที่เป็นมะเร็ง
3. อายุ ระยะของโรคมะเร็ง ภาระค่า ค่า ความรุนแรงของอาการ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความวิตกกังวลเกี่ยวกับความตายของผู้ที่เป็นมะเร็ง

ขอบเขตการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบบรรยายเชิงความสัมพันธ์ (Descriptive correlational research) เพื่อเพื่อศึกษาความวิตกกังวลเกี่ยวกับความตายของผู้ที่เป็นมะเร็ง เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่าง อายุ เพศ ระยะของโรค ชนิดของโรคมะเร็ง สัมพันธภาพในครอบครัว ความเชื่อทางศาสนาพุทธเกี่ยวกับความตาย สมรรถนะแห่งตน ภาระค่า ค่า ความรุนแรงของอาการเกี่ยวกับความวิตกกังวลเกี่ยวกับความตายของผู้ที่เป็นมะเร็ง โดยศึกษาในผู้ป่วยมะเร็ง ทุกระยะและทุกชนิดที่มีอายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป ทั้งเพศหญิงและเพศชาย ที่เข้ารับการรักษาแผนกผู้ป่วยนอกมะเร็งของโรงพยาบาลรามธิบดี และสถาบันมะเร็งแห่งชาติ

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบบรรยายเชิงความสัมพันธ์ (Descriptive correlational research)



ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้ที่เป็นมะเร็งทุกระยะและทุกชนิด ที่มีอายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป ทั้งเพศหญิงและเพศชาย ที่เข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลระดับตติยภูมิในเขตกรุงเทพมหานคร

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์เป็นโรคมะเร็งทุกระยะและทุกชนิดที่มีอายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป ทั้งเพศหญิงและเพศชาย ที่เข้ารับการรักษาแผนกผู้ป่วยนอกมะเร็งของคณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล และสถาบันมะเร็งแห่งชาติ โดยเป็นผู้มีสติสัมปชัญญะดี สามารถสื่อสารด้วยภาษาไทย และนับถือศาสนาพุทธ โดยกลุ่มตัวอย่างยินยอมเข้าร่วมในวิจัย

กำหนดขนาดตัวอย่างโดยใช้โปรแกรม G*Power Analysis Version 3.1 ประมาณค่าขนาดอิทธิพล (Effect size) ของ Cohen (1997) ใช้ค่าอิทธิพลขนาดกลาง = 0.3 กำหนดค่าอำนาจทดสอบ = 80% ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ .05 และจำนวนตัวแปรที่จะศึกษาในครั้งนี้จำนวน 10 ตัวแปร เมื่อแทนค่าในโปรแกรมแล้วคำนวณกลุ่มตัวอย่างได้ทั้งสิ้น 181 ราย และไม่เพิ่มขนาดกลุ่มตัวอย่าง เนื่องจากผู้วิจัยทำการเก็บข้อมูลด้วยตนเอง

การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามคุณสมบัติที่กำหนด (Inclusion criteria) ดังนี้

1. โดยผู้ป่วยที่อายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไปไม่มีภาวะสมองเสื่อม
2. นับถือศาสนาพุทธ
3. ไม่มีอาการแทรกซ้อนจากโรคที่อยู่ในระยะลุกลาม จนทำให้เกิดอาการที่ต้องเฝ้าระวังเป็นพิเศษ ได้แก่ ระดับความรู้สึกตัวลดลง เห็นอ้อยหอบ

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ โรคประจำตัว ชนิดของโรคมะเร็ง ระยะของโรคระยะเวลาในการเจ็บป่วย และการรักษาที่ได้รับในปัจจุบัน

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามความวิตกกังวลเกี่ยวกับความตาย (The Death Anxiety Questionnaire (DAQ) สร้างโดย Conte ซึ่งใช้ฉบับแปลเป็นฉบับภาษาไทย โดย มะลิวรรณ กระโพธิ์ (2561)¹⁴ มีข้อคำถาม 15 ข้อ แบบมาตรวัดประมาณค่า 4 ระดับ คิดคะแนนรวมทั้ง 15 ข้อ มีค่าคะแนน 15-60 คะแนน โดยคะแนนรวมน้อย หมายถึง มีความวิตกกังวลเกี่ยวกับความตายในระดับน้อย และคะแนนรวมมาก หมายถึง มีความวิตกกังวลเกี่ยวกับความตายในระดับสูง มีค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาเท่ากับ .93 และมีค่าแอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) เท่ากับ .85 ซึ่งเป็นค่าที่ยอมรับได้

ส่วนที่ 3 แบบประเมินสัมพันธภาพในครอบครัวของจริญญา แก้วสกุลทอง (2552) คำถามมีทั้งหมด 10 ข้อ ประเมินเกี่ยวกับความสัมพันธ์ของคนในครอบครัวที่ประกอบไปด้วยลักษณะพฤติกรรม 10 ประการ มีลักษณะมาตรวัดเป็นแบบประเมินค่า 5 ระดับ คิดคะแนนรวมทั้ง 10 ข้อ โดยคะแนนรวมมีค่าคะแนน 10-50 คะแนน คิดคะแนนทุกข้อคำถามแล้วนำคะแนนมาวิเคราะห์คะแนนเฉลี่ยและจัดระดับคะแนนสัมพันธภาพในครอบครัว มีค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาเท่ากับ 1.0 และความเที่ยงของแบบสอบถามมีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของคอนบาค เท่ากับ .91

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามภาระค้ำค้ำ เป็นแบบสอบถามที่ มะลิวรรณ กระโพธิ์ (2561)¹⁴ พัฒนาขึ้น ข้อคำถาม 6 ข้อ สอบถามถึงการกิจที่ยังค้ำค้ำหรือยังไม่ได้จัดการ ได้แก่ ภาระการงานและทรัพย์สิน ภาระทางจิตใจที่ค้ำค้ำ และเป้าหมายสำคัญในชีวิต เป็นมาตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับ นำคะแนนของแบบสอบถามทั้ง 6 ข้อรวมกัน ได้คะแนนรวมอยู่ในช่วง 6-24 คะแนน โดยคะแนนรวมน้อย หมายถึง มีภาระที่ค้ำคำน้อย และ คะแนนมาก หมายถึง มีภาระที่ค้ำค้ำมาก มีค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา เท่ากับ 0.8 และความเที่ยงของแบบสอบถามมีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของคอนบาค เท่ากับ .84



ส่วนที่ 5 แบบสอบถามความเชื่อทางศาสนาเกี่ยวกับความตาย ของ สารภี รัชชโกศัย และคณะ (2556)¹⁵ เป็นเครื่องมือที่สร้างขึ้นตาม แนวคิดของ พระไพศาล วิสาโล ข้อคำถาม 13 ข้อ เป็นมาตราส่วนประมาณค่า 3 ระดับ 1-3 คะแนน แปลผลคะแนนโดย นำคะแนนของแบบสอบถามทั้ง 13 ข้อรวมกันได้คะแนนรวมอยู่ในช่วง 13-39 คะแนน โดยคะแนนรวมน้อย หมายถึง มีความเชื่อทางศาสนาเกี่ยวกับความตายในระดับต่ำ และคะแนนรวมมาก หมายถึง มีความเชื่อทางศาสนาเกี่ยวกับความตายในระดับสูง มีค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา 0.92 และมีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของคอนบราค เท่ากับ .72

ส่วนที่ 6 แบบสอบถามสมรรถนะแห่งตน ใช้แบบสอบถาม General Perceived Self-Efficacy ของ Schwarzer (1997) แปลเป็นภาษาไทยโดย เวทีนี้ สุขมาก และคณะ (2545) ข้อคำถาม 10 ข้อ เป็นมาตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับ 1-4 คะแนน มีค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา เท่ากับ 1.0 และความเที่ยงของแบบสอบถามมีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของคอนบราค เท่ากับ .86

ส่วนที่ 7 แบบประเมินความรุนแรงของอาการ (Edmonton Symptom Assessment Scale: ESAS) ฉบับภาษาไทย ซึ่งพัฒนาโดย Chinda และคณะ (2011)¹⁶ ประเมินความรุนแรงของอาการ 10 อาการ ซึ่งระดับความรุนแรงของอาการแบ่งเป็น 0-10 คะแนน ช่วงค่าคะแนน 0-100 คะแนน โดยแบ่งระดับความรุนแรงแบ่งเป็น 3 ระดับดังนี้ 0-33 หมายถึง ความรุนแรงของอาการต่ำ, 34-66 หมายถึง ความรุนแรงของอาการอยู่ปานกลาง, 67-100 หมายถึง ความรุนแรงของอาการสูง มีค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา เท่ากับ 1.0 และมีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของคอนบราค เท่ากับ .87

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

โครงการวิจัยผ่านการพิจารณารับรองจาก คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคนของ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล และสถาบันมะเร็งแห่งชาติ เลขที่ COA.MURAMA2023/232 ลงวันที่ 3 มีนาคม 2566 และ เลขที่ 004_2023T_OUT801 ลงวันที่ 3 พฤษภาคม 2566 ก่อนดำเนินการเก็บข้อมูล ผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย รายละเอียดขั้นตอนการดำเนินการวิจัย ระยะเวลาที่เข้าร่วมวิจัย เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินดียินยอมเข้าร่วมวิจัยให้กลุ่มตัวอย่างลงชื่อในใบยินยอมเข้าร่วมวิจัย ข้อมูลที่อาจนำไปสู่การเปิดเผยตัวตนของกลุ่มตัวอย่าง จะได้รับการปกปิดและไม่เผยแพร่

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ผู้วิจัยทำการรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง ภายหลังได้รับการรับรองจาก คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคนของแต่ละโรงพยาบาลและได้รับอนุญาตในการเก็บรวบรวมข้อมูลแล้ว เข้าพบและติดต่อประสานงานกับหัวหน้าฝ่ายการพยาบาล หัวหน้าแผนกผู้ป่วยนอกโรคมะเร็ง ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย ขั้นตอน การดำเนินงานพร้อมทั้งขอความร่วมมือในการดำเนินการวิจัย ผู้วิจัยจึงเข้าเก็บข้อมูลที่โรงพยาบาล ในทุกวันจันทร์-ศุกร์ เวลา 08.30 น.-12.00 น.

2. ผู้วิจัยได้ขอความร่วมมือจากพยาบาลประจำแผนกในการประชาสัมพันธ์โครงการ แนะนำผู้วิจัยและแจ้งให้ผู้ป่วยที่มีรายชื่อทราบเบื้องต้นเกี่ยวกับการวิจัย ผู้วิจัยเริ่มแนะนำตัว และสร้างสัมพันธภาพกับผู้ที่เป็มะเร็งขออนุญาตเชิญผู้ป่วยเข้ามาซักถามชี้แจงเกี่ยวกับการวิจัยและ ขออนุญาตเก็บข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างที่สมัครใจเข้าร่วมการวิจัย ผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างอ่านเอกสารการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่างและใบยินยอมเข้าร่วมวิจัยจนเข้าใจและให้ลงนามในใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัย



3. ให้เวลากลุ่มตัวอย่างในการทำแบบสอบถามด้วยตนเองประมาณ 15-20 นาที หรือจนกว่ากลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามเสร็จ ผู้วิจัยดำเนินการตามขั้นตอนดังกล่าวจนได้กลุ่มตัวอย่างครบในแต่ละโรงพยาบาล แล้วนำข้อมูลที่ได้มาทำการวิเคราะห์ข้อมูลตามวิธีการทางสถิติต่อไป

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยวิเคราะห์ทางสถิติด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป SPSS โดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ใช้ในการทดสอบทั้งหมดที่ระดับ .05 โดยแยกวิเคราะห์ตามลำดับดังนี้

1. วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง โดยการแจกแจงค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. วิเคราะห์คะแนนความวิตกกังวลเกี่ยวกับความตาย สัมพันธภาพของบุคคลในครอบครัว ภาระค่าจ้าง ความเชื่อทางศาสนาพุทธเกี่ยวกับความตาย สมรรถนะแห่งตน และความรุนแรงของอาการโดยการแจกแจงค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

3. วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างอายุ เพศ (แปลงเป็นตัวแปรหุ่น) สัมพันธภาพของบุคคลในครอบครัว ภาระค่าจ้าง ความเชื่อทางศาสนาพุทธเกี่ยวกับความตาย สมรรถนะแห่งตน และความรุนแรงของอาการ กับความวิตกกังวลเกี่ยวกับความตาย โดยใช้สถิติ

วิเคราะห์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's product moment correlation coefficient)

4. วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างชนิดของโรค กับความวิตกกังวลเกี่ยวกับความตาย โดยใช้สถิติวิเคราะห์สหสัมพันธ์อันดับ (ETA)

ในการศึกษครั้งนี้ผู้วิจัยใช้เกณฑ์ในการแปลผลสถิติวิเคราะห์สหสัมพันธ์ของ Taylor ดังนี้

ค่า r ระดับความสัมพันธ์

[.35] หมายความว่า มีความสัมพันธ์กันต่ำ

[.36-.68] หมายความว่า มีความสัมพันธ์กันปานกลาง

[.69-1.00] หมายความว่า มีความสัมพันธ์กันสูง

ผลการวิจัย

ข้อมูลส่วนบุคคล พบว่า กลุ่มตัวอย่างผู้ที่เป็นมะเร็งจำนวน 181 คน อายุอยู่ในช่วง 51-60 ปี คิดเป็นร้อยละ 30.90 มีอายุเฉลี่ย 62.70 ปี ($SD = 9.89$) เพศหญิง ร้อยละ 59.10 มีสถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 61.30 จบการศึกษาระดับชั้นปริญญาตรี ร้อยละ 37.60 ไม่ได้ประกอบอาชีพ/แม่บ้าน ร้อยละ 25.40 ชนิดของโรคมะเร็งที่พบมากที่สุด 3 อันดับแรก คือมะเร็งปอด ร้อยละ 18.23, มะเร็งมดลูก & มะเร็งรังไข่ร้อยละ 18.23, และ มะเร็งเต้านม ร้อยละ 17.13 พบเจ็บป่วยในระยะที่ 3 มากที่สุด ร้อยละ 46.10 การรักษาที่ได้รับในปัจจุบันคือการผ่าตัดร่วมกับการรักษาด้วยเคมีบำบัด ร้อยละ 44.80 มีโรคประจำตัวร่วม ร้อยละ 73.10 โดยมีโรคร่วม 2 โรค คือ ความดันโลหิตสูงและเบาหวาน ร้อยละ 18.20



ตารางที่ 1 แสดงค่าพิสัย ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของผู้ป่วยมะเร็ง จำแนกตาม ความวิตกกังวลเกี่ยวกับความตาย สัมพันธภาพในครอบครัว ภาระที่ค้างคา ความเชื่อทางศาสนาพุทธเกี่ยวกับความตาย สมรรถนะแห่งตน และความรุนแรงของอาการ (n=181)

ตัวแปร	Possible range	Actual range	$\bar{X}$	SD	การแปลผล
ความวิตกกังวลเกี่ยวกับความตาย	15-60	17-57	46.1	10.8	สูง
สัมพันธภาพในครอบครัว	1-5	1-5	2.93	1.15	ดี
ภาระที่ค้างคา	6-24	6-23	16.2	4.61	ปานกลาง
ความเชื่อทางศาสนาพุทธเกี่ยวกับความตาย	13-39	29-39	30.9	7.42	สูง
สมรรถนะแห่งตน	10-40	25-39	29.3	4.38	ปานกลาง
ความรุนแรงของอาการ	0-100	0-63	19.7	12.40	ต่ำ

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

จากตารางที่ 1 พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับความตายในระดับสูง สัมพันธภาพในครอบครัวในระดับดี ภาระที่ค้างคาในระดับปานกลาง ความเชื่อทางศาสนาพุทธเกี่ยวกับความตายในระดับสูง สมรรถนะแห่งตนในระดับปานกลาง ความรุนแรงของอาการในระดับต่ำ

ตารางที่ 2 แสดงค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่าง อายุ เพศ (แปลงเป็นตัวแปรหุ่น) ระยะของโรคมะเร็ง ชนิดของโรคมะเร็ง สัมพันธภาพในครอบครัว ภาระที่ค้างคา ความเชื่อทางศาสนาพุทธเกี่ยวกับความตาย สมรรถนะแห่งตน และความรุนแรงของอาการ กับความวิตกกังวลเกี่ยวกับความตาย (n= 181)

ตัวแปร	เพียร์สัน	อีต้า
1. อายุ	-.04	
2. เพศ	.014	
3. ระยะของโรค	.77**	
4. ชนิดของโรคมะเร็ง		.34*
5. สัมพันธภาพในครอบครัว	-.80**	
6. ภาระที่ค้างคา	.86**	
7. ความเชื่อทางศาสนาพุทธเกี่ยวกับความตาย	-.59**	
8. สมรรถนะแห่งตน	-.34**	
9. ความรุนแรงของอาการ	.55**	

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



จากตารางที่ 2 พบว่า ระยะของโรคมะเร็ง ภาวะค้ำค้ำ ความรุนแรงของอาการ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความวิตกกังวลเกี่ยวกับความตายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยระยะของโรคมีความสัมพันธ์ระดับสูง ($r = .77$) ภาวะค้ำค้ำมีความสัมพันธ์ในระดับสูง ($r = .86$) ความรุนแรงของอาการมีความสัมพันธ์ในระดับปานกลาง ($r = .55$)

สัมพันธ์ภาพในครอบครัว ความเชื่อทางศาสนา พุทธเกี่ยวกับความตาย สมรรถนะแห่งตน มีความสัมพันธ์ทางลบกับความวิตกกังวลเกี่ยวกับความตายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยสัมพันธ์ภาพในครอบครัวมีความสัมพันธ์ในระดับสูง ($r = .80$) ความเชื่อทางศาสนาพุทธเกี่ยวกับความตายมีความสัมพันธ์ในระดับปานกลาง ($r = .59$) สมรรถนะแห่งตนมีความสัมพันธ์ในระดับต่ำ ($r = .34$)

ชนิดของโรคมะเร็งมีความสัมพันธ์ระดับกับความวิตกกังวลเกี่ยวกับความตายของผู้เป็นมะเร็งอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($Eta = .34$)

อายุและเพศไม่มีความสัมพันธ์กับความวิตกกังวลเกี่ยวกับความตาย

การอภิปรายผล

จากการศึกษาครั้งนี้พบว่า ผู้ที่เป็นมะเร็งมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับความตายในระดับสูง เนื่องจากการที่ต้องเผชิญกับความตายที่ไม่สามารถหลีกเลี่ยงได้ โดยเฉพาะในผู้ที่เป็นมะเร็งทำให้เกิดความวิตกกังวลเกี่ยวกับความตาย ซึ่งเป็นกลไกพื้นฐานทางจิตใจของมนุษย์เป็นตัวการสำคัญที่ทำให้เกิดการแสดงออกด้านอารมณ์และพฤติกรรมของผู้ป่วย โดยแสดงการปฏิเสธความตายกลัวความตายของตนเองและบุคคลอื่น หลีกเลี่ยงความตายและความลำบากใจในการมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลที่ใกล้ชิดเสียชีวิต⁶ ซึ่งเมื่อเกิดความวิตกกังวลเกี่ยวกับความตายแล้วนั้นจะทำให้ผู้ที่เป็นมะเร็งกลัวการไม่คุ้นเคยกลัวการเผชิญกับความตาย กลัวความทุกข์ทรมาน ความเจ็บปวด และกลัวการพลัดพราก จะเห็นได้ว่าความ

รู้สึกวิตกกังวลเกี่ยวกับความตายเป็นสถานการณ์ที่คุกคามต่อผู้ป่วยอย่างยิ่ง ทำให้เกิดผู้ป่วยความรู้สึกว่าตนเองหมดหนทาง ถูกทอดทิ้ง เกิดความไม่มั่นใจ รู้สึกว่าตนเองมีอันตราย เกิดความวิตกกังวลขึ้น และไม่สามารถแยกออกจากความกลัวได้⁴ ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับการศึกษาของ Gong และคณะ (2022)¹² พบว่า ผู้ที่เป็นมะเร็งมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับความตาย และการศึกษาของมะลิวรรณ กระโพธิ์ (2561)¹⁴ ที่พบว่า ผู้ที่เป็นมะเร็งระยะลุกลามชาวไทยมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับความตาย

การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรรกับความวิตกกังวลเกี่ยวกับความตายในผู้ป่วยมะเร็งพบว่า

1. อายุ ไม่มีความสัมพันธ์กับความวิตกกังวลเกี่ยวกับความตาย ซึ่งไม่เป็นไปตามสมมติฐานการวิจัย อธิบายได้ว่าการศึกษาค้นนี้อายุไม่เป็นผลกับความวิตกกังวลเกี่ยวกับความตายเพิ่มขึ้นหรือลดลง

2. เพศ ไม่มีความสัมพันธ์กับความวิตกกังวลเกี่ยวกับความตาย ซึ่งไม่เป็นไปตามสมมติฐานการวิจัย อธิบายได้ว่าการศึกษาค้นนี้เพศไม่เป็นผลกับความวิตกกังวลเกี่ยวกับความตายเพิ่มขึ้นหรือลดลง

3. ชนิดของโรคมะเร็งมีความสัมพันธ์กับความวิตกกังวลเกี่ยวกับความตายของผู้เป็นมะเร็ง อธิบายได้ว่าการศึกษาค้นนี้ชนิดของโรคมะเร็งผลกับความวิตกกังวลเกี่ยวกับความตายเพิ่มขึ้นหรือลดลง จากผลการศึกษานิตของโรคของกลุ่มตัวอย่างพบว่า 3 อันดับแรก คือ มะเร็งปอด ร้อยละ 18.23, มะเร็งมดลูก & มะเร็งรังไข่ร้อยละ 18.23 และมะเร็งเต้านม ร้อยละ 17.13 ตามลำดับ

4. ระยะของโรค มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความวิตกกังวลเกี่ยวกับความตาย พบว่า ระยะของโรคระดับมากขึ้นและความวิตกกังวลเกี่ยวกับความตายสูง และกลุ่มตัวอย่างส่วนมากอยู่ในระยะที่ 3 ร้อยละ 46.40 และระยะที่ 4 อีกร้อยละ 22.10 สามารถอธิบายได้จากความรุนแรงของโรคที่มากขึ้น ทำให้มีอาการแสดงของโรคมะเร็งมากขึ้นและส่งผลต่ออวัยวะอื่น ๆ ในร่างกาย อีกทั้ง



เรื่องการรับรู้ของผู้ที่เป็นมะเร็งตั้งแต่เมื่อทราบว่า ตนเอง เข้าสู่ระยะที่ 3 หรือระยะที่ 4 ซึ่งเมื่อทราบว่าโอกาสในการรักษาให้หายขาดนั้นมีน้อยลง ความไม่แน่นอนของชีวิตผู้ป่วยย่อมเกิดความกลัว ความวิตกกังวลตามมา สอดคล้องกับการศึกษามะเร็งระยะลุกลาม ร้อยละ 32 มีความวิตกกังวลเกี่ยวกับความตายระดับปานกลาง⁹ และมะเร็งระยะสุดท้ายอยู่ในระดับสูง

5. ภาระค้ำคามีความสัมพันธ์ทางบวกกับความวิตกกังวลเกี่ยวกับความตาย โดยผลการศึกษาพบว่าผู้ป่วยมะเร็งมีระดับภาระค้ำคายอยู่ในระดับปานกลาง การศึกษาค้นพบว่า ภาระค้ำคามากมีผลต่อความวิตกกังวลเกี่ยวกับความตายที่มากขึ้นสามารถอธิบายได้ว่า ภาวะใกล้ตายและความตายเป็นอุปสรรคสำคัญต่อการมุ่งบรรลุเป้าหมายและสิ่งที่ค้างคาในชีวิตของผู้ป่วย ซึ่งขึ้นอยู่กับว่าผู้ป่วยได้คาดหวังและวางแผนในลักษณะใด¹⁷

6. ความรุนแรงของอาการมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความวิตกกังวลเกี่ยวกับความตาย ซึ่งความรุนแรงของอาการเป็นสาเหตุที่ทำให้ผู้ป่วยมีความทุกข์ทั้งทางด้านร่างกาย และจิตใจ โดยอาการสำคัญที่ส่งผลให้ผู้ป่วยเป็นมะเร็งเกิดความทุกข์ทรมาน ได้แก่ อาการปวด หายใจลำบาก เบื่ออาหาร ท้องผูก อ่อนเพลีย เหนื่อยล้า อาการผิดปกติในการนอน สับสนซึมเศร้า วิตกกังวล และหมดหวังในชีวิต การรับรู้ต่ออาการรุนแรงของผู้ป่วย ซึ่งเมื่อผู้ป่วยมีระดับความรุนแรงของอาการมากขึ้น มักพบว่าจะมีอาการเจ็บปวด เหนื่อยหอบ ทุกข์ทรมานกับอาการทางกาย เมื่อผู้ป่วยมีอาการเปลี่ยนแปลงมีอาการทรุดลง มีความทรมาน ผู้ป่วยมีปฏิกิริยาตอบสนองต่ออาการแสดงทำให้มีการแสดงออกทางอารมณ์ เกิดภาวะวิตกกังวลและเครียดสูง ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับการศึกษาของ Neel (2015)⁹ พบว่า ความวิตกกังวลเกี่ยวกับความตายมีความสัมพันธ์ทางบวกกับอาการทางร่างกาย

7. สัมพันธภาพในครอบครัว มีความสัมพันธ์ทางลบกับความวิตกกังวลเกี่ยวกับความตาย อธิบายได้ว่า เมื่อผู้ป่วยมะเร็งมีระดับของสัมพันธภาพในครอบครัวที่ดี ความวิตกกังวลเกี่ยวกับความตายจะลดลง ซึ่งมีความ

สอดคล้องกับสมมติฐานโดยกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความวิตกกังวลต่อความตายในระดับสูง ร้อยละ 51.9 และมีสัมพันธภาพในครอบครัวอยู่ในระดับไม่ดี ร้อยละ 44.8 จะเห็นว่าเมื่อมีสัมพันธภาพในครอบครัวไม่ดีก็จะมี ความวิตกกังวลเกี่ยวกับความตายสูงด้วยเช่นกัน เนื่องจากการเจ็บป่วยกระทบทางจิตใจทำให้ผู้ป่วยเกิดสภาวะทางจิตใจหรืออารมณ์ที่ไม่คงที่ มีการเปลี่ยนแปลงได้ตลอดเวลาทำให้ผู้ป่วยเกิดความโศกเศร้า เกิดความกลัว ความวิตกกังวล ผู้ป่วยจำเป็นต้องได้รับการดูแลด้านจิตใจ จึงต้องการการพึ่งพาผู้อื่นมากขึ้น

8. ความเชื่อทางศาสนาพุทธเกี่ยวกับความตายมีความสัมพันธ์ทางลบกับความวิตกกังวลเกี่ยวกับความตาย โดยการศึกษาพบว่า ผู้ที่เป็นมะเร็งส่วนใหญ่มีระดับความเชื่อทางศาสนาพุทธเกี่ยวกับความตายในระดับสูง มีความสัมพันธ์ทางลบกับความวิตกกังวลเกี่ยวกับความตาย สามารถอธิบายได้ว่า การศึกษาค้นว่า กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ที่เป็นมะเร็งที่นับถือศาสนาพุทธทั้งหมด ในวัฒนธรรมประเพณีไทย สมาชิกในสังคมเกือบทั้งหมดได้รับการศึกษาเกี่ยวกับหลักคำสอนทางพุทธศาสนาขั้นพื้นฐานมาเป็นเวลาหลายศตวรรษ ศาสนาพุทธฝังแน่นและเป็นรากฐานในทุกด้านของสังคมไทย และชีวิตประจำวัน ตั้งแต่วัยทารกจนถึงวัยเด็ก ผู้ปกครองพาลูก ๆ ไปที่วัดเพื่อฟังคำสอนของพระพุทธเจ้าและเข้าร่วมในกิจกรรมทางศาสนา คนไทยเรียนรู้คำสอนของพระพุทธเจ้าจากพระสงฆ์และครอบครัว นอกจากนี้ คำสอนของพระพุทธศาสนายังแทรกซึมอยู่ในระบบการศึกษาของไทยและนำไปประยุกต์ใช้ในชีวิตประจำวัน ในด้านอื่นๆ ตัวอย่างเช่น ในประเทศไทย วันหยุดส่วนใหญ่มีต้นกำเนิดจากศาสนาพุทธ หลักการทางพุทธศาสนาที่สำคัญที่สุดประการหนึ่งคือ ทุกคนต้องตาย จึงไม่น่าแปลกใจที่การจากไปในวัยชราเป็นที่ยอมรับของคนไทย¹⁴

9. สมรรถนะแห่งตนมีความสัมพันธ์ทางลบกับความวิตกกังวลเกี่ยวกับความตาย ซึ่งมีความสอดคล้องกับสมมติฐานที่ตั้งไว้ อธิบายได้ว่า สมรรถนะแห่งตนเป็นรากฐานของจิตใจมนุษย์ เป็นปัจจัยหนึ่งที่เป็นส่วนหนึ่ง



ของการปรับตัวของผู้ที่เป็นมะเร็ง ทำให้สามารถจัดการตนเองในอาการความเจ็บปวด และอาการต่างๆ ที่เกิดขึ้นกับผู้ที่เป็นมะเร็ง สอดคล้องกับผลการศึกษาความวิตกกังวลเกี่ยวกับความตายด้านสมรรถนะแห่งตนและการค้นหาความหมาย พบว่า มีความสัมพันธ์กัน ดังนั้นมิติของความหมายในชีวิต การค้นหาความหมาย และสมรรถนะแห่งตน มีความสัมพันธ์เชิงลบกับความวิตกกังวลเกี่ยวกับความตาย¹⁸

ข้อจำกัดในการวิจัยครั้งนี้

1. กลุ่มตัวอย่างให้ความร่วมมือในการตอบแบบสอบถาม แต่เนื่องจากข้อจำกัดในด้านอายุอยู่ในวัยสูงอายุที่กลุ่มตัวอย่างไม่สามารถอ่านแบบสอบถามได้ด้วยตนเอง ผู้วิจัยจึงต้องเป็นผู้อ่านข้อคำถามให้กลุ่มตัวอย่าง ในการเก็บรวบรวมข้อมูลครั้งนี้มีกลุ่มตัวอย่างทำแบบสอบถามด้วยตนเองจำนวน 157 คนและที่ผู้วิจัยต้องอ่านให้ฟังจำนวน 24 คน จึงทำให้ต้องใช้เวลานานขึ้นในการเก็บข้อมูล

2. แบบสอบถามในบางรายข้อเป็นคำถามที่เกี่ยวกับความวิตกกังวลเกี่ยวกับความตาย ซึ่งมีการสอบถามเรื่องความตายเข้ามาเกี่ยวข้อง โดยสำหรับผู้ป่วยมะเร็งแล้วเป็นเรื่องที่อาจทำให้กลุ่มตัวอย่างนั้นมีความกังวลและเสี่ยงที่จะเข้าร่วมการวิจัย ดังนั้น ในการวิจัยครั้งนี้พบว่า ผู้ป่วยขอปฏิเสธไม่เข้าร่วมโครงการวิจัย เนื่องจากมีความไม่สบายใจที่จะตอบแบบสอบถาม

ข้อเสนอแนะการนำผลงานวิจัยไปใช้

1. จากผลการวิจัยที่พบว่า ความวิตกกังวลเกี่ยวกับความตายของผู้ที่เป็นมะเร็งอยู่ในระดับสูง

พยาบาลสามารถนำแบบประเมินความวิตกกังวลเกี่ยวกับความตายไปใช้ประเมินผู้ที่เป็นมะเร็งได้ จะทำให้ทราบถึงความวิตกกังวลรายด้าน เพื่อทราบถึงสาเหตุและสามารถจัดการความวิตกกังวลรายด้านนั้น และควรให้การพยาบาลแบบองค์รวมทั้งด้านร่างกายและจิตใจ ซึ่งต้องอาศัยความละเอียดอ่อนและความเข้าใจผู้ที่เป็นโรคมะเร็งเพราะมีความทุกข์ทั้งทางกายและใจ

2. จากผลการศึกษาวิจัยที่พบ ระยะของโรคมะเร็ง ภาระค่ารักษา สัมพันธภาพในครอบครัว ความเชื่อทางศาสนาพุทธเกี่ยวกับความตาย สมรรถนะแห่งตน ความรุนแรงของอาการ เป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความวิตกกังวลเกี่ยวกับความตายของผู้ที่เป็นมะเร็ง และต่อยอดนำไปสู่การจัดการกระทำกับปัจจัยเพื่อพัฒนาแนวทางลดความวิตกกังวลเกี่ยวกับความตายของผู้ที่เป็นมะเร็ง

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. จากผลการวิจัยพบว่า ระยะของโรคมะเร็ง ภาระค่ารักษา สัมพันธภาพในครอบครัว ความเชื่อทางศาสนาพุทธเกี่ยวกับความตาย สมรรถนะแห่งตน ความรุนแรงของอาการ เป็นปัจจัยที่น่าสนใจศึกษาต่อการวิจัยเชิงปริมาณ ด้านการศึกษาตัวแปรที่สามารถทำนายความวิตกกังวลเกี่ยวกับความตายของผู้ที่เป็นมะเร็งได้

2. จากผลการวิจัยสามารถนำไปพัฒนาเป็น Intervention เพื่อลดความวิตกกังวลเกี่ยวกับความตาย โดยนำปัจจัยที่พบว่ามีความสัมพันธ์กับความวิตกกังวลเกี่ยวกับความตายของผู้ที่เป็นมะเร็ง ไปเป็นองค์ประกอบของการจัดกิจกรรมได้



References

1. World Health Organization, International Agency for Research on Cancer. All cancers [Internet]. France: World Health Organization; 2020. Available from: <https://gco.iarc.fr/today/data/factsheets/cancers/39-All-cancers-fact-sheet.pdf>
2. Ministry of Public Health, Strategy and Planning Division. Annual report 2019. Nonthaburi: Department of Medical Services, Ministry of Public Health; 2019.
3. Phra Paisal Visalo. Smile and accept death with a calm heart: Train your mind and keep your heart ready for the final journey of life. Bangkok: Aksorn Sampan; 2011. (In Thai).
4. Punnatorn, R. The Effect of Buddhist Spiritual Care on Spiritual well-being of End Stage Cancer Elderly Patients. J Nursing Science Chulalongkorn University, 2016; 28(3): 31-43 (In Thai).
5. Lonetto R, Templer DI. Death Anxiety. [Michigan]: Hemisphere Publishing Corporation; 1986. 155 p.
6. Conte HR., Weiner, MB, Plutchik, R. Measuring death anxiety: conceptual, psychometric, and factor-analytic aspects. J Pers Soc Psychol. 1982;43(4):775-85.
7. Bastani F, Farnood F, Haqhani H. Evaluation of death anxiety in elderly patients with cancer undergoing chemotherapy. JCCNC. 2016 Aug 1;2(3):153-60.
8. Jitjai, S . Selected Factors Related to the Quality of Death of Persons with terminal cancer as Perceived by family Caregivers. J Nursing Science Chulalongkorn University, 2017; 29(2): 112-123. (In Thai).
9. Neel C, Lo C, Rydall A, Hales S, Rodin G. Determinants of death anxiety in patients with advanced cancer. BMJ supportive & palliative care. 2015 Jan 1; 5(4):373-80.
10. Vehling S, Malfitano C, Shnall J, Watt S, Panday T, Chiu A. A concept map of death-related anxieties in patients with advanced cancer. BMJ Supportive and Palliative Care. 2017 Dec 1;7(4):427-34.
11. Kongsaman P. Factors related to death anxiety among family caregivers of advanced cancer patients. [master's thesis]. Bangkok: Chulalongkorn University; 2017. 154 p. (In Thai).
12. Gong Y, Yan Y, Yang R, Cheng Q, Zheng H, Chen Y. Factors influencing death anxiety among Chinese patients with cancer: a cross-sectional study. BMJ open 2022 Oct 13;12(10):e064104. doi:10.1136/bmjopen-2022-064104
13. Hong Y, Yuhuan L, Youhui G, Zhanying W, Shili Z, Xiaoting H. Death anxiety among advanced cancer patients: a cross-sectional survey. Supportive Care in Cancer. 2022 Apr 1;30(4):3531-9.
14. Maliwon K. Factors associated with acceptance of death in patients with advanced cancer. [master's thesis]. Bangkok: Chulalongkorn University; 2018.
15. Rangikosai S, Piphatvanicha N, Paokunha R, Sarapee R. Factors related to behavior



- for preparing to cope with dying and death among older adults in the Elderly Club Pattani Province. Songklanagarind Journal of Nursing. 2013;33(1):43-56. (In Thai).
16. Chinda M, Jaturapatporn D, Kirshen AJ, Udomsubpayakul U. Reliability and validity of a Thai version of the edmonton symptom assessment scale (ESAS-Thai). J Pain Symptom Manage. 2011 Dec 1;42(6):954-960.
17. Wethini S, Atcharee S. Prediction of drug-addicted adolescents' adjustment from self-efficacy and social support. Journal of the Psychiatric Association of Thailand, 2003;47(4): 255-265.
18. Zhang J, Peng J, Gao P, Huang H, Cao Y, Zheng L, Miao D. Relationship between meaning in life and death anxiety in the elderly: self-esteem as a mediator. BMC geriatrics. 2019 Nov 12;19(1):1-8.



บทความวิจัย

ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของผู้สูงอายุ

เสาวนีย์ โสบุญ* และ ดร.ณิ ใจสว่าง**

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏอุบลราชธานี อำเภอเมือง จังหวัดอุบลราชธานี 34000

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์: เพื่อศึกษาปัจจัยทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของผู้สูงอายุ

รูปแบบการวิจัย: การวิจัยเชิงพรรณนาแบบศึกษาความสัมพันธ์เชิงทำนาย

วิธีดำเนินการวิจัย: กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป อาศัยอยู่ในจังหวัดอุบลราชธานี จำนวน 384 คน เลือกกลุ่มตัวอย่างโดยวิธีการสุ่มแบบหลายขั้นตอน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ประกอบด้วย แบบสอบถาม ข้อมูลส่วนบุคคล แบบสัมภาษณ์พฤติกรรมตามแผน แบบประเมินความรู้ด้านสุขภาพ และแบบสัมภาษณ์ พฤติกรรมป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณ

ผลการศึกษา: 1) พฤติกรรมป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 อยู่ในระดับดี ($\bar{X} = 54.51$, $SD = 7.91$) 2) ความรู้ด้านสุขภาพ ($\beta = .515$, $p < .001$) และความตั้งใจปฏิบัติพฤติกรรม ($\beta = .365$, $p < .001$) สามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของผู้สูงอายุ ได้ร้อยละ 61.8

สรุป: ผลการศึกษานี้สามารถนำข้อมูลไปใช้ในการพัฒนาโปรแกรมเพื่อป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในผู้สูงอายุ

คำสำคัญ: ปัจจัยทำนาย/ พฤติกรรมป้องกันโรคไวรัสโคโรนา 2019/ ผู้สูงอายุ

* อาจารย์ประจำสาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏอุบลราชธานี

** ผู้รับผิดชอบหลัก อาจารย์ประจำสาขาการพยาบาลอนามัยชุมชน คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏอุบลราชธานี
E-mail: Darunee.j@ubru.ac.th



Factors Predicting The COVID-19 Preventive Behaviors among Elderly

Saowanee Soboon* and Darunee Jaisawhang**

Abstract

Purpose: to study factors affecting the COVID-19 preventive behaviors among the Elderly.

Design: Descriptive predictive research

Methods: Samples were 384 Elderly who lived in Ubon Ratchathani province. Samples were selected by the Multistage random sampling. Data were collected using questionnaires: demographic data form, Planned behavior Interview, Health literacy Interview and the COVID-19 preventive behaviors Interview. Data were analyzed using stepwise multiple regression.

Results: The finding revealed that 1) the elderly had a high level of the COVID-19 preventive behaviors ($\bar{X} = 54.51$, $SD=7.91$), 2) the significant predictors of the COVID-19 preventive behaviors included Health literacy ($Beta = .515$, $p < .001$), and Behavior Intention ($Beta = .365$, $p < .001$) was able to predict the COVID-19 preventive behaviors of the elderly at 61.80 percentages.

Conclusion: Result findings can provide an evidenced data for the development of the program to promote the COVID-19 preventive behaviors of the elderly

Keywords: Factors Predicting/ Preventive Behaviors Coronavirus 2019/ Elderly



บทนำ

การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) องค์การอนามัยโลกประกาศสถานการณ์โควิด-19 ว่าเป็นการระบาดทั่วโลก (pandemic COVID-19) เมื่อวันที่ 11 มีนาคม พ.ศ. 2563 ซึ่งข้อมูลการวิเคราะห์ของนักระบาดวิทยาพบว่า ไวรัส SARS-CoV-2 จะยังคงระบาดและเป็นปัญหาต่อไปอีก 5 ปี จึงจะสามารถควบคุมการระบาดของไวรัสได้คือใน ค.ศ. 2025 (พ.ศ. 2568) อันเนื่องมาจากพฤติกรรมกาติดเชื้อของไวรัส การกลายพันธุ์ของไวรัส การค้นพบวัคซีน และการสร้างภูมิคุ้มกันเกิดขึ้น¹ จากสถานการณ์ทั่วโลก ข้อมูลวันที่ 27 กรกฎาคม พ.ศ. 2565 พบว่า มีรายงานพบผู้ติดเชื้อโควิด-19 สะสมทั่วโลก สูงถึง 568,773,510 คน และเสียชีวิต 6,381,643 คน และสถานการณ์การแพร่ระบาดในประเทศไทย พบยอดผู้ติดเชื้อยืนยันสะสม 4,550,924 คน และเสียชีวิต 30,907 คน²

เชื้อไวรัส SARS-CoV-2 มีขนาดประมาณ 60-140 นาโนเมตร สามารถแพร่กระจายจากคนสู่คน ผ่านทางการหายใจเอาละอองฝอยจากการไอ การจาม น้ำมูก น้ำลาย ซึ่งละอองฝอยจะมีขนาดใหญ่ พังอยู่ในอากาศได้ไม่นาน และแพร่ไปได้ไกลประมาณ 1 เมตร (6 ฟุต) และแพร่กระจายจากการสัมผัสละอองฝอยที่ตกค้างตามสิ่งแวดล้อม เช่น ของใช้ร่วมกัน ของใช้สาธารณะ แล้วไปสัมผัสยังเยื่ออ่อน เช่น ปาก จมูก หรือตาต่อไป อาการของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 นั้นเริ่มตั้งแต่ไม่มีอาการไปจนสู่อาการรุนแรงจนเสียชีวิต โดยผู้ป่วยบางรายหลังจากการติดเชื้ออาการสามารถหายเป็นปกติได้ แต่ในบางรายมักจะมีอาการต่อเนื่องหรือมีอาการเกิดขึ้นมาใหม่หลังการติดเชื้อ และถ้ามีอาการมากกว่า 12 สัปดาห์นับจากการติดเชื้อจะเรียกว่าภาวะหลังการเป็น COVID-19 (post-COVID-19 syndrome)³ และแม้จะหายจากการเจ็บป่วยแล้วแต่ก็ยังมีโอกาสกลับมาเป็นซ้ำได้อีก โดยเฉพาะในผู้สูงอายุที่เป็นวัยที่มีการเปลี่ยนแปลงไปในทางที่เสื่อมถอย สุขภาพไม่แข็งแรง ภูมิต้านทานน้อย มีความเสี่ยงทาง

ด้านสุขภาพ และเมื่อผู้สูงอายุได้รับเชื่อจะมีความรุนแรงของโรครุนแรง ซึ่งเป็นอันตรายต่อชีวิตและสามารถทำให้เสียชีวิตได้⁴ อีกทั้งเมื่อผู้สูงอายุเจ็บป่วยด้วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 จะทำให้พบความไม่สุขสบายทั้งร่างกายและจิตใจ จะมีการเหนื่อยมาก หายใจไม่ออก แม้ภายหลังได้รับการรักษาแล้วยังพบว่าหลังจากการเจ็บป่วยร่างกายจะไม่เหมือนเดิม⁵ โอกาสติดเชื้อของแต่ละบุคคลขึ้นอยู่กับพฤติกรรมการปฏิบัติตัวในการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ประกอบด้วย การล้างมือบ่อยๆ ด้วยน้ำและสบู่หรือเจลแอลกอฮอล์ 70% รับประทานอาหารที่ร้อนหรือปรุงสุกใหม่ๆ ใช้อุปกรณ์ในการรับประทานอาหาร สวมหน้ากากอนามัย หลีกเลี่ยงการอยู่ใกล้ชิดผู้ที่มีการไอหวัด มีไข้ ไอ จาม มีน้ำมูก ซึ่งเป็นพฤติกรรมป้องกันโรคที่ทุกคนต้องปฏิบัติ หากทุกคนปฏิบัติตัวได้ถูกต้องตามหลักการ จะสามารถหยุดการแพร่เชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ได้ ดังนั้นพฤติกรรมในการป้องกันโรคจึงเป็นความจำเป็นอย่างยิ่งสำหรับผู้สูงอายุ ที่จะต้องรู้เข้าใจและนำไปปฏิบัติได้อย่างถูกต้อง

จากสถานการณ์ความเสี่ยงต่อการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของผู้สูงอายุ ผู้วิจัยเห็นความสำคัญในการเข้าใจเกี่ยวกับพฤติกรรมในการป้องกันตนเองจากการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 จากการศึกษาที่ผ่านมา พบว่าปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของผู้สูงอายุ คือ ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ⁶ การศึกษา⁷ ความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Health literacy)^{7, 8, 9} ตามแนวคิดความรอบรู้ด้านสุขภาพของ Nutbeam¹⁰ อธิบายว่า เมื่อบุคคลมีความรอบรู้ด้านสุขภาพเพิ่มขึ้นจะทำให้เกิดทักษะและความสามารถในการจัดการดูแลตนเองได้ดียิ่งขึ้น ประกอบด้วย 6 องค์ประกอบ ได้แก่ 1) การเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ 2) ความรู้ความเข้าใจด้านสุขภาพ 3) ทักษะการสื่อสาร 4) การจัดการเงื่อนไขทางสุขภาพในการจัดการตนเอง 5) การรู้เท่าทันสื่อสารสนเทศ 6) ทักษะการตัดสินใจเลือกปฏิบัติที่ถูกต้อง¹¹ เมื่อผู้สูงอายุมีความรอบรู้ด้านสุขภาพที่เพียงพอ มีการเข้าถึงข้อมูลมีความรู้เกี่ยวกับโรคที่ถูกต้อง มีความเข้าใจกับข้อมูลที่ได้รับ



สามารถนำไปสู่การจัดการตนเองเพื่อให้มีพฤติกรรม การป้องกันโรคที่เหมาะสมได้ และนอกจากผู้สูงอายุ จะต้องมีความรอบรู้ด้านสุขภาพแล้ว จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า ความตั้งใจปฏิบัติมีอิทธิพลโดยตรงกับพฤติกรรมป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019¹² โดยแนวคิดพฤติกรรมตามแผน (Theory of Planned Behavior) ของ Ajzen¹³ อธิบายว่า หากบุคคลมีความตั้งใจอย่างหนักแน่นที่จะกระทำ พฤติกรรมแนวนั้นที่ บุคคลจะกระทำพฤติกรรมก็จะสูงขึ้น โดยความตั้งใจใน การกระทำพฤติกรรมของบุคคลจะถูกกำหนดด้วย 3 ปัจจัย ได้แก่ 1) ทศคติในการปฏิบัติ (Attitude toward the behavior) เป็นความรู้สึกของบุคคลต่อการกระทำ พฤติกรรมว่าเป็นไปในทางบวกหรือลบ 2) การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิง (Subjective norm) เป็นการรับรู้ของบุคคล เกี่ยวกับบุคคลอื่น ๆ ที่มีความสำคัญว่าต้องการหรือไม่ ต้องการให้ตนกระทำพฤติกรรมนั้น และ 3) การรับรู้ ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรม (Perceived behavioral control) เป็นการรับรู้ของบุคคลว่ามีความ ยากหรือง่ายที่จะกระทำพฤติกรรมนั้น ๆ การที่ผู้สูงอายุ มีปัจจัยเหล่านี้จะส่งผลให้มีพฤติกรรมป้องกันตนเอง ไม่ให้เกิดการติดเชื้อ

จากการทบทวนการศึกษาและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง กับปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมป้องกันโรค ติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของผู้สูงอายุ พบว่า ยังไม่มีการ ศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยทัศนคติในการปฏิบัติพฤติกรรม การป้องกันโรค การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิง การรับรู้ ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรมป้องกันโรค และความตั้งใจปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันโรคใน ประเทศไทย ดังนั้นผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษาความ ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา ความรอบรู้ด้านสุขภาพ ทศคติในการปฏิบัติพฤติกรรม การป้องกันโรค การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิง การรับรู้ ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรมป้องกันโรค และความตั้งใจปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันโรคความี ความสามารถทำนายพฤติกรรมป้องกันโรคติดเชื้อ ไวรัสโคโรนา 2019 ได้หรือไม่เพียงใด เพื่อนำข้อมูลที่ได้

เป็นพื้นฐานสำคัญในการพัฒนาแนวทางการส่งเสริม พฤติกรรมป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในผู้ สูงอายุต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อศึกษาปัจจัยทำนายพฤติกรรมป้องกัน โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของผู้สูงอายุ

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาเพื่อ ศึกษาความสัมพันธ์เชิงทำนาย (Predictive correlation study)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้สูงอายุทั้งเพศชายและเพศหญิง ที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป ที่อาศัยอยู่ในจังหวัดอุบลราชธานี จำนวน 289,058 คน

กลุ่มตัวอย่าง คือ ประชากรที่มีคุณสมบัติตาม เกณฑ์การคัดเข้า (Inclusion criteria) คือ มีอายุ 60 ปี ขึ้นไป ทั้งเพศชายและเพศหญิง ที่อาศัยอยู่ในจังหวัด อุบลราชธานีอย่างน้อย 1 ปี สติสัมปชัญญะสมบูรณ์มี คะแนนผ่านเกณฑ์ตามการประเมินภาวะสมองเสื่อมจาก แบบประเมิน MMSE Thai (2002) สามารถพูดและ สื่อสารภาษาไทยได้ สม่ครใจและยินดีเข้าร่วมในการ ศึกษา และกำหนดเกณฑ์การคัดออก (Exclusion criteria) คือ ไม่สม่ครใจและไม่ยินดีเข้าร่วมในการศึกษา และไม่สามารถพูดและสื่อสารภาษาไทย

คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างจากการเปิดตาราง สำเร็จรูปของ Krejcie and Morgan¹⁴ ที่ระดับความเชื่อมั่น 95% ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างจำนวน 384 คน สุ่มกลุ่ม ตัวอย่างโดยใช้วิธีสุ่มแบบหลายขั้นตอน (Multistage random sampling) ดังนี้ 1) สุ่มกลุ่มตัวอย่างแบบ แบ่งชั้น (Stratified Random Sampling) โดยการจับฉลาก ชื่ออำเภอ จำนวน 4 อำเภอ คือ อำเภอเขื่องใน อำเภอ ตระการพืชผล อำเภวารินชำราบ และอำเภอเดชอุดม



กำหนดขนาดตัวอย่างในแต่ละอำเภอตามสัดส่วนของประชากร (Proportional Stratified Random Sampling) 2) จัปฉลาก (Simple random sampling) รายชื่อตำบล 1 ตำบลในแต่ละอำเภอ 3) จัปฉลากรายชื่อประชากรที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์การคัดเลือก ในแต่ละหมู่บ้านแบบไม่ใส่คืนจนครบตามจำนวนกลุ่มตัวอย่างที่กำหนด

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ผู้วิจัยดำเนินการพัฒนาเครื่องมือการวิจัย ได้แก่ แบบสัมภาษณ์พฤติกรรมตามแผน แบบประเมินความรู้ด้านสุขภาพ และแบบสัมภาษณ์พฤติกรรม การป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของผู้สูงอายุ และนำแบบสอบถามไปตรวจสอบความตรงของเนื้อหา โดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน พิจารณาปรับปรุง และนำเครื่องมือไปทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่างที่มีลักษณะ คล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างจริง จำนวน 30 คน เครื่องมือ การวิจัยประกอบด้วย

1. แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วยคำถามจำนวน 9 ข้อ คือ ประกอบด้วย เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส การประกอบอาชีพ รายได้ ภาวะการพักอาศัย โรคประจำตัว และการได้รับ วัคซีน COVID-19

2. แบบสัมภาษณ์พฤติกรรมตามแผน เป็น ชุดแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นตามแนวคิดทฤษฎี พฤติกรรมตามแผน (Theory of Planned Behavior) ของ Ajzen¹³ ประกอบไปด้วย 4 ส่วน ได้แก่

ส่วนที่ 1 ทศนคติต่อการปฏิบัติพฤติกรรม การป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 เป็นคำถาม จำนวน 10 ข้อ เป็นมาตรวัดความแตกต่างแห่ง ความหมายของออสกูด 7 ระดับ เกณฑ์การให้คะแนน คือ ไม่จำเป็น (1 คะแนน) - จำเป็น (7 คะแนน) เกณฑ์การ แปลผลคะแนนแบ่งออกเป็น 3 ระดับ ได้แก่ มีทัศนคติ เชิงบวกต่อการปฏิบัติพฤติกรรม การป้องกันโรคต่ำ (10.00-30.00) มีทัศนคติเชิงบวกต่อการปฏิบัติพฤติกรรม การป้องกันโรคปานกลาง (31.00-50.00) มีทัศนคติ

เชิงบวกต่อการปฏิบัติพฤติกรรม การป้องกันโรคสูง (51.00-70.00) ได้ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา เท่ากับ 0.86 และค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค เท่ากับ 0.81

ส่วนที่ 2 การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิงในการ ปฏิบัติพฤติกรรม การป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 เป็นข้อคำถามจำนวน 20 ข้อ เป็นแบบมาตร วัดลิเคิร์ต (Likert Scale) 5 ระดับ จากคะแนน 1-5 คือ เห็นด้วยอย่างยิ่ง เห็นด้วย ไม่แน่ใจ ไม่เห็นด้วย ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง เกณฑ์การแปลผลคะแนนแบ่งออก เป็น 3 ระดับ ได้แก่ มีการคล้อยตามกลุ่มอ้างอิงในการ ปฏิบัติพฤติกรรมต่ำ (20.00-47.00) มีการคล้อยตามกลุ่ม อ้างอิงในการปฏิบัติพฤติกรรมปานกลาง (48.00-74.00) มีการคล้อยตามกลุ่มอ้างอิงในการพฤติกรรมสูง (75.00-100.00) ได้ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา เท่ากับ 0.89 และค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค เท่ากับ 0.83

ส่วนที่ 3 การรับรู้ความสามารถในการควบคุม พฤติกรรม การป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 เป็นข้อคำถามจำนวน 10 ข้อ เป็นแบบมาตรมาตร วัดลิเคิร์ต (Likert Scale) 5 ระดับ จากคะแนน 1-5 คือ เห็นด้วยอย่างยิ่ง เห็นด้วย ไม่แน่ใจ ไม่เห็นด้วย ไม่เห็น ด้วยอย่างยิ่ง เกณฑ์การแปลผลคะแนนแบ่งออกเป็น 3 ระดับ ได้แก่ มีการรับรู้ว่าจะตนสามารถควบคุมพฤติกรรม ต่ำ (10.00-23.00) มีการรับรู้ว่าจะตนสามารถควบคุม พฤติกรรมปานกลาง (24.00-36.00) มีการรับรู้ว่าจะตน สามารถควบคุมพฤติกรรมสูง (37.00-50.00) ได้ค่าดัชนี ความตรงตามเนื้อหา เท่ากับ 0.80 และค่าสัมประสิทธิ์ แอลฟาครอนบาค เท่ากับ 0.76

ส่วนที่ 4 ความตั้งใจในการปฏิบัติพฤติกรรม การป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ประกอบด้วย ข้อคำถามจำนวน 10 ข้อ เป็นแบบมาตรมาตรวัดลิเคิร์ต (Likert Scale) 5 ระดับ จากคะแนน 1-5 คือ เป็นไปได้ มากที่สุด เป็นไปได้มาก ไม่แน่ใจ เป็นไปได้น้อย เป็นไป ได้น้อยที่สุด เกณฑ์การแปลผลคะแนนแบ่งออกเป็น 3 ระดับ ได้แก่ มีความตั้งใจในการควบคุมพฤติกรรมต่ำ



(10.00-23.00) มีความตั้งใจในการควบคุมพฤติกรรมปานกลาง (24.00-36.00) มีความตั้งใจในการควบคุมพฤติกรรมสูง (37.00-50.00) ได้ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา เท่ากับ 0.88 และค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค เท่ากับ 0.84

3. แบบประเมินความรู้ด้านสุขภาพ เป็นชุดแบบประเมินที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นตามแนวคิดความรู้ด้านสุขภาพของ Nutbeam¹⁰ แบบประเมินความรู้ด้านสุขภาพโดยภาพรวม มีคะแนนอยู่ระหว่าง 0-96 คะแนน เกณฑ์การแปลผลคะแนนแบ่งออกเป็น 3 ระดับ ได้แก่ มีระดับความรู้ด้านสุขภาพต่อการดูแลสุขภาพตนเองในระดับไม่เพียงพอ (0.00-56.00) มีระดับความรู้ด้านสุขภาพต่อการดูแลสุขภาพตนเองในระดับก้ำกึ่ง (57.00-76.00) มีระดับความรู้ด้านสุขภาพต่อการดูแลสุขภาพตนเองในระดับเพียงพอ (77.00-96.00) ประกอบด้วย 2 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบประเมินความรู้ความเข้าใจและการแปลความหมาย เป็นข้อคำถามเกี่ยวกับอาการ การติดต่อกับกลุ่มที่เสี่ยงสูง และการปฏิบัติที่ถูกต้องเพื่อป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของผู้สูงอายุ จำนวน 18 ข้อ ลักษณะแบบทดสอบเป็นแบบให้เลือกตอบจาก ใช่-ไม่ใช่ มีคะแนนอยู่ระหว่าง 0-18 คะแนน ได้ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา เท่ากับ 0.89 และมีค่า KR-20 เท่ากับ 0.708

ส่วนที่ 2 แบบประเมินทักษะการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพและบริการสุขภาพ ทักษะการสื่อสาร ทักษะการจัดการตนเอง ทักษะการรู้เท่าทันสื่อสารสนเทศ และทักษะการตัดสินใจเลือกปฏิบัติ จำนวน 26 ข้อ เป็นแบบมาตราตวัดลิเคิร์ต (Likert Scale) 4 ระดับ มีคะแนนอยู่ระหว่าง 0-78 คะแนน ได้ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา เท่ากับ 0.80 และค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค เท่ากับ 0.86

4. แบบสัมภาษณ์พฤติกรรมป้องกันการโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของผู้สูงอายุ ผู้วิจัยสร้างขึ้นตามแนวทางปฏิบัติเพื่อการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) หรือโควิด 19 สำหรับ

ประชาชนทั่วไปและกลุ่มเสี่ยงของ Department of disease control¹⁵ มีข้อคำถามจำนวน 13 ข้อ เป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ จากคะแนน 1-5 คือ ปฏิบัติทุกครั้ง ปฏิบัติเป็นประจำ ปฏิบัติบางครั้ง ปฏิบัตินาน ๆ ครั้ง ไม่ปฏิบัติเลย เกณฑ์การแปลผลคะแนนแบ่งออกเป็น 3 ระดับ ได้แก่ มีพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในระดับไม่เพียงพอ (13.00 ถึง 30.00) มีพฤติกรรมป้องกันการโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในระดับพอใช้ (31.00-48.00) มีพฤติกรรมป้องกันการโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในระดับดี (49.00-65.00) ได้ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา เท่ากับ 0.89 และค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค เท่ากับ 0.89

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยดำเนินการเก็บข้อมูลเดือนสิงหาคม ถึง เดือนกันยายน 2565 ใช้วิธีการสัมภาษณ์ ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยที่ได้รับการอบรมและฝึกหัดการสัมภาษณ์ ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยผู้วิจัยแนะนำตนเอง ขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล ชี้แจงวัตถุประสงค์และรายละเอียดของการวิจัย พร้อมทั้งอธิบายให้กลุ่มตัวอย่างเข้าใจเกี่ยวกับสิทธิที่จะปฏิเสธ หรือให้ข้อมูลได้ตลอดเวลาของการวิจัยโดยจะไม่มีผลใด ๆ ต่อกลุ่มตัวอย่างในภายหลัง และการนำเสนอข้อมูลจะนำเสนอเป็นภาพรวมเท่านั้นไม่มีการนำเสนอชื่อผู้เข้าร่วมวิจัย เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินยอมในการเข้าร่วมวิจัย และลงนามในใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัยแล้ว จะทำการสัมภาษณ์ตามเครื่องมือ โดยใช้เวลาสัมภาษณ์ประมาณ 20 นาที จากนั้นตรวจสอบความสมบูรณ์ของข้อมูลและนำไปวิเคราะห์ข้อมูลต่อไป

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

การศึกษารั้งนี้ผู้วิจัยได้คำนึงถึงสิทธิของผู้ร่วมวิจัย โดยผู้วิจัยได้กำหนดแนวทางการพิทักษ์สิทธิตามแบบมาตรฐานคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี เอกสารรับรองเลขที่ SSJ.UB 2564-080 วันที่รับรอง 30 กันยายน 2564



การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป กำหนดนัยสำคัญทางสถิติสำหรับทดสอบสมมติฐานที่ระดับ .05 มีรายละเอียดดังนี้

1. วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคล ทักษะในการปฏิบัติ การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิงในการปฏิบัติพฤติกรรม การรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรม ความตั้งใจปฏิบัติพฤติกรรม การยอมรับด้านสุขภาพ และพฤติกรรมป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของผู้สูงอายุ โดยใช้สถิติบรรยาย ได้แก่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. วิเคราะห์ปัจจัยทำนายพฤติกรรม การป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของผู้สูงอายุจากปัจจัยด้านเพศ อายุ ระดับการศึกษา ทักษะในการปฏิบัติ การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิงในการปฏิบัติ การรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรม ความตั้งใจปฏิบัติพฤติกรรม และความรอบรู้ด้านสุขภาพด้วยสถิติวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน (Stepwise multiple regression analysis) กำหนดนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และเลือกสถิติวิเคราะห์ที่เหมาะสมกับการตรวจสอบเงื่อนไข (assumption) ก่อนการวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณ

ผลการวิจัย

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ เป็นผู้สูงอายุเพศหญิงร้อยละ 62.5 มีอายุระหว่าง 60-69 ปี ร้อยละ 55.2 มีระดับการศึกษาส่วนใหญ่อยู่ในระดับประถมศึกษา ร้อยละ 89.6 มีสถานภาพสมรส ร้อยละ 62.0 มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือนส่วนใหญ่ต่ำกว่า 2,000 บาท ร้อยละ 72.9 ส่วนใหญ่ประกอบอาชีพเกษตรกร ร้อยละ 52.1 ส่วนใหญ่จะพักอาศัยร่วมกับคู่สมรส ร้อยละ 58.1 ส่วนใหญ่ไม่มีโรคประจำตัว ร้อยละ 46.1 การได้รับวัคซีนป้องกัน COVID-19 ส่วนใหญ่ได้รับวัคซีน 4 เข็ม ร้อยละ 52.3

ส่วนที่ 2 ระดับของตัวแปรที่ศึกษา พบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีทัศนคติเชิงบวกต่อการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันการโรค อยู่ในระดับสูง มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 61.02 (SD = 6.13) มีการคล้อยตามกลุ่มอ้างอิงในการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันการโรค อยู่ในระดับสูง มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 85.47 (SD = 8.46) มีการรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรมป้องกันการโรค อยู่ในระดับสูง มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 41.92 (SD = 5.10) มีความตั้งใจปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันการโรค อยู่ในระดับสูง มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 41.56 (SD = 5.12) มีระดับของความรอบรู้ด้านสุขภาพอยู่ในระดับเพียงพอ มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 73.22 (SD = 12.86) และมีระดับพฤติกรรมป้องกันการโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 อยู่ในระดับดี มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 54.51 (SD = 7.91)

ส่วนที่ 3 พฤติกรรมป้องกันการโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของผู้สูงอายุ พบว่า ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมป้องกันการโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของผู้สูงอายุโดยรวมอยู่ในระดับดี มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 54.51 (SD = 7.91) และทุกรายด้านอยู่ในระดับดีเช่นเดียวกัน ได้แก่ การสวมหน้ากากอนามัย (Mask) มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 4.69 (SD = 0.57) การล้างมือด้วยน้ำและสบู่หรือเจลแอลกอฮอล์ 70 % มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 4.36 (SD = 0.57) การรักษาระยะห่างจากบุคคลอื่นอย่างน้อย 1-2 เมตร มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 4.01 (SD = 0.88) การดูแลสุขภาพและสิ่งแวดล้อมมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 4.05 (SD = 0.72) การส่งเสริมสุขภาพมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 4.29 (SD = 0.63) และการรับวัคซีนป้องกันโรคโควิด-19 มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 4.55 (SD = 0.72)

ส่วนที่ 4 ผลการวิเคราะห์อำนาจทำนายปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมป้องกันการโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของผู้สูงอายุ การทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นพบว่า ข้อมูลเป็นอิสระต่อกันและไม่เกิด Autocorrelation พิจารณาจากค่า Durbin-Watson ที่ได้เท่ากับ 1.594 ตัวแปรอิสระไม่มีความสัมพันธ์พหุคูณเชิงเส้น



(multicollinearity) พิจารณาจากค่า Tolerance มีค่า 0.293-0.967 และค่า Variance Inflation Factor (VIF) อยู่ระหว่าง 1.073-3.418 ซึ่งไม่มากกว่า 10 เมื่อพิจารณาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของตัวแปรทำนาย พบว่า ตัวแปรทัศนคติในการปฏิบัติพฤติกรรม การป้องกันโรค การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิงในการปฏิบัติ พฤติกรรมการป้องกันโรค การรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรม การป้องกันโรค ความตั้งใจปฏิบัติ พฤติกรรมการป้องกันโรค ความรอบรู้ด้านสุขภาพ มีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ เท่ากับ 0.448 แต่มีตัวแปร เพศ อายุ ระดับการศึกษา มีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ เท่ากับ 0.178 ดังนั้นตัวแปรที่นำมาวิเคราะห์การถดถอย พหุคูณ (regression analysis) ได้แก่ ตัวแปรทัศนคติ ในการปฏิบัติพฤติกรรม การป้องกันโรค การคล้อยตาม กลุ่มอ้างอิงในการปฏิบัติพฤติกรรม การป้องกันโรค การรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรม การ ป้องกันโรค ความตั้งใจปฏิบัติพฤติกรรม การป้องกันโรค ความรอบรู้ด้านสุขภาพ

ผลวิเคราะห์การวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณ แบบขั้นตอน พบว่า ปัจจัยที่สามารถทำนายพฤติกรรม การป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของผู้สูงอายุ ได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ประกอบด้วย ตัวแปรทำนาย 2 ตัวแปร ได้แก่ ความรอบรู้ด้านสุขภาพ และ ความตั้งใจปฏิบัติ โดยตัวแปรทั้ง 2 ตัวแปรสามารถ อธิบายความแปรปรวนของพฤติกรรม การป้องกันโรค ติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของผู้สูงอายุ ได้ร้อยละ 61.8

อย่างไรก็ตามผลการศึกษาพบว่า ตัวแปร ทัศนคติในการปฏิบัติพฤติกรรม การป้องกันโรค ($\beta = 0.06, p = 0.873$) การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิงในการปฏิบัติ พฤติกรรมการป้องกันโรค ($\beta = -0.077, p = 0.080$) และ การรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรม การ ป้องกันโรค ($\beta = 0.022, p = 0.410$) ไม่สามารถ ทำนายพฤติกรรม การป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของผู้สูงอายุ

ตารางที่ 1 แสดงการวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน เพื่อการทำนายพฤติกรรม การป้องกันโรคติดเชื้อไวรัส โคโรนา 2019 ของผู้สูงอายุ ($n = 384$)

ตัวแปรทำนาย	b	S.E.	Beta	t	p-value
Constant	8.576	2.051		4.182	0.000
ทัศนคติในการปฏิบัติพฤติกรรม การป้องกันโรค	0.022	0.052	0.006	0.431	0.873
การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิงในการปฏิบัติ พฤติกรรมการป้องกันโรค	-0.091	0.044	-0.077	-2.064	0.080
การรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรม การป้องกันโรค	0.092	0.090	0.022	1.023	0.410
ความตั้งใจปฏิบัติพฤติกรรม การป้องกันโรค	0.564	0.088	0.365	6.387	0.000**
ความรอบรู้ด้านสุขภาพ	0.316	0.025	0.515	11.774	0.000**

$R = .788, R^2 = .620, \text{Adjusted } R^2 = .618, S.E. = 4.885, F = 311.185, ** p < 0.01$



สามารถสร้างสมการทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของผู้สูงอายุ ได้ดังนี้ สมการทำนายในรูปคะแนนดิบ

$$\hat{Y} = 8.576 + .564 X_1 + .316 X_2$$

$\hat{Y}$ = พฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของผู้สูงอายุ

X_1 = ความตั้งใจปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันโรค

X_2 = ความรอบรู้ด้านสุขภาพ

สมการทำนายในรูปคะแนนมาตรฐาน

$$Z_{\hat{y}} = .365 Z_{x_1} + .515 Z_{x_2}$$

$Z_{\hat{y}}$ = พฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของผู้สูงอายุ

Z_{x_1} = ความตั้งใจปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันโรค

Z_{x_2} = ความรอบรู้ด้านสุขภาพ

อภิปรายผล

พฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของผู้สูงอายุกลุ่มตัวอย่าง จากผลการศึกษาพบว่า พฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 อยู่ในระดับดี ร้อยละ 73.2 อาจเนื่องซึ่งเป็นกลุ่ม

ผู้สูงอายุตอนต้น ยังมีความสามารถในการรับรู้ข่าวสาร และการเรียนรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเอง ส่งผลให้มีพฤติกรรมการป้องกันโรคอยู่ในระดับสูง ดังจากผลการศึกษาที่พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีความรู้ความเข้าใจอยู่ในระดับถูกต้องสูง ร้อยละ 88.0 สอดคล้องกับการศึกษาของ Unai et.al.⁹ พบว่า ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด 19 อยู่ในระดับสูง

ปัจจัยที่สามารถทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของผู้สูงอายุ ได้แก่ ความตั้งใจปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันโรค และความรอบรู้ด้านสุขภาพ สามารถอภิปรายได้ดังนี้

ความตั้งใจปฏิบัติพฤติกรรมสามารถทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของผู้สูงอายุได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Beta = .365, p = .000) เมื่อพิจารณาผลจากการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีระดับความตั้งใจในการควบคุมพฤติกรรมสูง ร้อยละ 80.2 ทำให้ทราบว่ากลุ่มตัวอย่างมีความตั้งใจในการปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันโรคป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 เป็นไปตามกรอบแนวคิดพฤติกรรมตามแผนของ Ajzen¹³ ที่อธิบายว่า การสำเร็จของพฤติกรรมที่บุคคลปฏิบัติ เกิดจากความตั้งใจในการควบคุมปัจจัยต่าง ๆ ที่ขัดขวางการปฏิบัติพฤติกรรม โดยพฤติกรรมของบุคคลส่วนใหญ่อยู่ภายใต้การควบคุมของความตั้งใจที่จะปฏิบัติพฤติกรรม สามารถอธิบายได้ว่าเมื่อผู้สูงอายุมีความตั้งใจในการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันโรคในระดับสูง จะส่งผลให้มีพฤติกรรมในการป้องกันตนเองจากการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในระดับดี สอดคล้องกับการศึกษาของ Prasetyo et.al.¹² ที่พบว่า ความตั้งใจปฏิบัติมีอิทธิพลโดยตรงกับการปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019

ความรอบรู้ด้านสุขภาพสามารถทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของผู้สูงอายุได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Beta = .515, p = .000) เมื่อพิจารณาผลจากการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีระดับของความรอบรู้ด้านสุขภาพอยู่ในระดับดีเพียงพอ ร้อยละ 49.5 ทำให้มีพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 อยู่ในระดับดี เป็นไปตามแนวคิดความรู้ด้านสุขภาพของ Nutbeam¹⁰ ที่อธิบายว่า ผู้ที่มีระดับความรู้ที่เพียงพอจะมีความสามารถและทักษะในการเข้าถึงข้อมูล ความรู้ความเข้าใจ เพื่อวิเคราะห์ แปลความหมาย ประเมินปฏิบัติและจัดการตนเอง รวมทั้งชี้แนะเรื่องสุขภาพส่วนบุคคล ครอบครัวและชุมชน เพื่อสุขภาพที่ดี และอาจเนื่องจากกลุ่มตัวอย่างได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 มีการเผยแพร่นโยบายการเฝ้าระวังและป้องกันโรคลงสู่การปฏิบัติ การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมวิถีชีวิตใหม่ รวมทั้งมีการณรงค์



ขับเคลื่อนการฉีดวัคซีนป้องกันโรค โดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุขของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน รวมทั้งสื่อต่าง ๆ เช่น โทรทัศน์ เป็นต้น ต่างมีบทบาทในการสนับสนุนข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพ และแลกเปลี่ยนข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพซึ่งกันและกัน ตลอดจนการได้รับการสนับสนุนจากคนในครอบครัวของกลุ่มตัวอย่าง ซึ่งมีจำนวน 2 คนขึ้นไป ร้อยละ 58.1 ส่งผลให้ผู้สูงอายุเกิดความร่วมมือในการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันการเกิดโรคโควิด 19 ได้ดี ดังจากผลการศึกษาที่พบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ได้รับวัคซีนป้องกัน COVID-19 จำนวน 4 เข็ม ร้อยละ 52.3 และมีระดับความรู้ด้านสุขภาพอยู่ในระดับดีเพียงพอ ทำให้สามารถเพิ่มพลังให้แก่ผู้สูงอายุในตัดสินใจและเลือกปฏิบัติดูแลสุขภาพ ขจัดปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพ ผู้สูงอายุมีความมั่นใจในการปฏิบัติตนที่จะดูแลตนเอง ส่งผลให้ไม่กลัวโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 สอดคล้องกับการศึกษาของ Luevanich et.al.⁷ ที่พบว่า ความรู้ด้านสุขภาพสามารถทำนายพฤติกรรมป้องกันการโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ได้

อย่างไรก็ตามการศึกษานี้พบว่า เพศ อายุ ระดับการศึกษา ทักษะคิดในการปฏิบัติ การคล้อยตาม กลุ่มอ้างอิงในการปฏิบัติ การรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรม ไม่สามารถทำนายพฤติกรรมป้องกันการโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในผู้สูงอายุได้ ซึ่งอภิปรายผลได้ดังนี้

จากการศึกษาครั้งนี้ พบว่า ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา ไม่สามารถทำนายพฤติกรรมป้องกันการโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 แสดงว่า กลุ่มตัวอย่างทั้งเพศชายและเพศหญิงผู้สูงอายุที่มีอายุแตกต่างกัน และมีระดับการศึกษาแตกต่างกันมีพฤติกรรมป้องกันการโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ไม่แตกต่างกัน ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากเพศชายและเพศหญิงมีความสนใจเท่า ๆ กัน เกี่ยวกับโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ที่ส่งผลต่อการใช้ชีวิตประจำวันของแต่ละคน และกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีระดับการศึกษาอยู่ในระดับ

ประถมศึกษา ร้อยละ 89.6 ซึ่งมีการเรียนรู้ที่ไม่แตกต่างกัน เมื่อภาครัฐมีการประชาสัมพันธ์ณรงค์ให้ข้อมูลข่าวสารจากหน่วยงานต่าง ๆ เกี่ยวกับการป้องกันการติดเชื้ออย่างต่อเนื่อง จึงทำให้ผู้สูงอายุตระหนักและให้ความสำคัญในการป้องกันการติดเชื้อโควิด-19 มีมติเห็นด้วยในการใช้มาตรการป้องกันโรคไม่แตกต่างกัน สอดคล้องกับการศึกษาของ Hongpanich¹⁶ ที่พบว่า เพศไม่สามารถทำนายพฤติกรรมป้องกันการโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ได้¹⁶ อายุไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมป้องกันการโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019¹⁷ และระดับการศึกษาแตกต่างกันมีพฤติกรรมป้องกันการโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ไม่แตกต่างกัน¹⁸

ทัศนคติในการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันการโรค แนวคิดพฤติกรรมตามแผนของ Ajzen¹³ อธิบายว่า บุคคลจะมีพฤติกรรมใดพฤติกรรมหนึ่งขึ้นอยู่กับทัศนคติที่ทำ ถ้าผลการประเมินต่อผลที่ตามมาของพฤติกรรมที่บุคคลได้กระทำเป็นทางบวก บุคคลจะมีทัศนคติที่ดีต่อพฤติกรรม แต่ในทางตรงกันข้ามถ้าผลการประเมินต่อผลที่ตามมาของพฤติกรรมที่บุคคลได้กระทำเป็นทางลบ บุคคลจะมีทัศนคติที่ไม่ดีต่อพฤติกรรมได้ แต่จากผลการศึกษา พบว่า ทักษะคิดในการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันการโรค (beta = 0.06, p = 0.873) ไม่สามารถทำนายพฤติกรรมป้องกันการโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของผู้สูงอายุ อธิบายได้ว่า ถ้ากลุ่มตัวอย่างที่มีทัศนคติในการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันการโรคในเชิงบวก จะมีพฤติกรรมป้องกันการโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ไม่แตกต่างกันกับกลุ่มตัวอย่างที่มีทัศนคติในการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันการโรคในเชิงลบ ทั้งนี้อาจเป็นเพราะกลุ่มตัวอย่าง ซึ่งเป็นกลุ่มที่มีความเสี่ยงสูง ได้รับข้อมูลแนวทางปฏิบัติเพื่อป้องกันการโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในหลายรูปแบบจากหลายช่องทาง เข้าถึงข้อมูลได้ง่าย และการปฏิบัติหน้าที่เชิงรุกของบุคลากรด้านสุขภาพในการดูแลประชาชนกลุ่มเสี่ยงสูง จึงทำให้ผู้สูงอายุต้องปฏิบัติตามแนวทางป้องกันการตนเองจากการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ถึงแม้ว่าจะมีทัศนคติไม่ดีต่อพฤติกรรมนั้นก็ตาม ซึ่งไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ



Prasetyo, et al.¹² ที่พบว่า ทักษะคิดในการปฏิบัติ พฤติกรรมการป้องกันโรคมีอิทธิพลโดยอ้อมต่อการปฏิบัติ พฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด-19

การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิงในการปฏิบัติพฤติกรรม ป้องกันโรค เป็นการรับรู้ของบุคคลเกี่ยวกับความต้องการ หรือความคาดหวังของสังคมที่มีผลต่อบุคคล โดยความ เชื่อที่ว่าบุคคลหรือกลุ่มบุคคลที่มีความสำคัญต่อเขา คิดว่าเขาควรหรือไม่ควรทำพฤติกรรมนั้น จากผลการ ศึกษานี้ พบว่า การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิงในการปฏิบัติ พฤติกรรมป้องกันโรค ($\beta = -0.077$, $p = 0.080$) ไม่สามารถทำนายพฤติกรรมป้องกันโรคติดเชื้อไวรัส โควิด 2019 ซึ่งไม่เป็นไปตามสมมติฐานที่ตั้งไว้ ทั้งนี้ อาจเป็นเพราะกลุ่มตัวอย่างได้รับข้อมูลการป้องกัน โรคติดเชื้อไวรัสโควิด 2019 จากบุคคลที่มีความสำคัญ ในการที่จะมีแนวโน้มให้ผู้สูงอายุจะทำพฤติกรรมนั้นไม่ แตกต่างกัน คือ จากที่หน่วยงานภาครัฐในทุกภาคส่วน ได้กำหนดมาตรการในการป้องกันการแพร่ระบาดของโรคติด เชื้อไวรัสโควิด 2019 มีการเผยแพร่ข้อมูลข่าวสารและ แนวทางปฏิบัติสู่ชุมชนในทุกภาคส่วนงานโดยผ่านทาง เจ้าหน้าที่ในพื้นที่ ผ่านผู้นำชุมชนและการผู้สนับสนุนจาก ครอบครัว และรอบตัวผู้สูงอายุมีการปฏิบัติตัวตาม แนวทางการป้องกันโรค ซึ่งไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ Prasetyo, et al.¹² ที่พบว่า การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิงมี อิทธิพลต่อการปฏิบัติพฤติกรรมในการป้องกันโรคโควิด-19

การรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรม การป้องกันโรค จากแนวคิดพฤติกรรมตามแผนของ Ajzen¹³ กล่าวว่า การรับรู้ความสามารถในการควบคุม พฤติกรรมเป็นการรับรู้ของบุคคลถึงความง่ายหรือความ ยากในการปฏิบัติและความเชื่อในการควบคุมตนเองใน การปฏิบัติ ดังนั้นการที่ผู้สูงอายุมีระดับการรับรู้ว่าจะ สามารถควบคุมพฤติกรรมสูง จะทำให้มีความตั้งใจ ในการปฏิบัติพฤติกรรมในการป้องกันตนเองจากการ ติดเชื้อไวรัสโควิด 2019 เพิ่มขึ้นด้วย แต่จากผลการ ศึกษาพบว่า การรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรม การป้องกันโรค ($\beta = 0.022$, $p = 0.410$) ไม่สามารถ

ทำนายพฤติกรรมป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโควิด 2019 ทั้งนี้ อาจเป็นเพราะกลุ่มตัวอย่างมีทักษะคิดเชิงบวกต่อ การปฏิบัติพฤติกรรมสูง และการได้รับการสนับสนุน ทั้งจากหน่วยงานภาครัฐและจากสมาชิกในครอบครัว ทำให้สูงอายุมองเห็นความง่ายในการปฏิบัติ ซึ่งไม่ สอดคล้องกับการศึกษาของ Prasetyo, et al.¹² ที่พบว่า การรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรม การ ป้องกันโรคมีอิทธิพลต่อการปฏิบัติพฤติกรรมในการป้องกัน โรคโควิด-19

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. ด้านการปฏิบัติการพยาบาล เป็นข้อมูล พื้นฐานให้หน่วยงานสาธารณสุขสามารถนำไปใช้เป็น แนวทางสร้างโปรแกรมการส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีความ รอบรู้ด้านสุขภาพ และมีความตั้งใจในการปฏิบัติ พฤติกรรมป้องกันตนเองจากการติดเชื้อไวรัสโควิด 2019 เพื่อป้องกันการติดเชื้อไวรัสโควิด 2019 และ ควบคุมการแพร่ระบาดของโรค

2. ด้านการศึกษา เป็นข้อมูลในการจัดการ เรียนการสอนเรื่องการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโควิด 2019 สำหรับนักศึกษาพยาบาล ให้เกิดความเข้าใจและ ตระหนักถึงปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการป้องกัน พฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโควิด 2019 ใน ผู้สูงอายุ

3. ด้านการวิจัย เป็นข้อมูลพื้นฐานในการ ออกแบบโปรแกรมเพื่อส่งเสริมพฤติกรรมในการ ป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโควิด 2019 ในผู้สูงอายุต่อไป

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมความ รอบรู้ด้านสุขภาพและความตั้งใจในการปฏิบัติพฤติกรรม ป้องกันตนเองเพื่อส่งเสริมพฤติกรรมในการป้องกัน โรคติดเชื้อไวรัสโควิด 2019 ของผู้สูงอายุ



2. ควรมีการศึกษาเชิงระบบเพื่อจัดการคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ ในช่วงโรคระบาดตามรูปแบบการดำเนินชีวิตอย่างใหม่ที่แตกต่างกัน

ข้อจำกัดในการวิจัย

การศึกษาวิจัยในครั้งนี้เป็นการศึกษาในกลุ่มผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในจังหวัดอุบลราชธานี ซึ่งทำให้การอ้างอิงถึงกลุ่มผู้สูงอายุในจังหวัดหรือภูมิภาคอื่น ๆ มีข้อจำกัดเนื่องจากปัจจัยที่มีอิทธิพลที่สามารถทำนาย

พฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของผู้สูงอายุอาจมีความแตกต่างกันได้

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบคุณกลุ่มตัวอย่าง ผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่านที่ให้ความร่วมมือในการดำเนินการวิจัย และขอขอบคุณมหาวิทยาลัยราชภัฏอุบลราชธานีที่สนับสนุนวิจัยในครั้งนี้

References

1. Kissler SM, Tedijanto C, Goldstein E, Grad YH, Lipsitch M. Projecting the transmission dynamics of SARS-CoV-2 through the postpandemic period. Science [Internet]. 2020 [cited 2024 Jul 15];368(6493):860-8. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32291278/> doi:10.1126/science.abb5793 PubMed PMID: 32291278 PubMed Central PMCID: PMC7164482
2. World Health Organization. WHO Thailand Weekly Situation Update No. 243 [Internet]. 2022 [cited 2023 Apr 22]. Available from: https://cdn.who.int/media/docs/default-source/searo/thailand/2022_07_27_tha-sitrep-243-covid-19th.pdf?sfvrsn=aa280967_1
3. Khotsopa T, Chumpangern W. Pulmonary Rehabilitation for Patient with COVID-19. Srinagarind Medical Journal. 2022;37(6): 705-13. [In Thai].
4. Singhal S, Kumar P, Singh S, Saha S, Dey AB. Clinical features and outcomes of COVID-19 in older adults: a systematic review and meta-analysis. BMC Geriatr [Internet]. 2021 [cited 2024 Jul 15]; 21(1):321. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34011269/> doi: 10.1186/s12877-021-02261-3 PubMed PMID: 34011269 PubMed PMCID: PMC8133052
5. Chamnandee C, Kespichayawattana J. Illness experiences of older persons infected by coronavirus 2019. Journal of Nursing Science Chulalongkorn University. 2023;35(1):51-64. [In Thai].
6. Yothasupap A. Factor associated with COVID-19 preventive behavior during the covid-19 pandemic situation among the elderly in Mueang District, Pathumtani Province. VRU Research and Development Journal Science and Technology. 2023;18(3):105-19. [In Thai].
7. Luevanich C, Sungthong J, Jitjamnong A, Pichaikan S, Tantiwiboonchai N, Sianglam A, et al. Health Literacy and New Normal Among Phuket Province Residents Towards COVID-19 Prevention. Journal of Nursing and Health Sciences. 2020;14(3):73-88. [In Thai].
8. Ruamsook T, Araya Tipwong A, Kanokwan Duangklad K, Nanthamongkolchai S.



- Correlation between Health Literacy and Preventive Behaviors of COVID-19 among Older persons in a senior citizen club, Bangkok Metropolis. *Journal of Public Health Nursing*. 2023;37(3):35-47. [In Thai].
9. Unai K, Chaiwang P, Korakodkamchon B, Panjarean D. Health Literacy and Behaviors to Prevent COVID-19 Among Older Persons at Risk for Dementia in a Rural Community in Chiang Rai Province. *Nursing Journal CMU*. 2022;49(1):200-11. [In Thai].
 10. Nutbeam D. The evolving concept of health literacy. *Soc Sci Med* [Internet]. 2008 [cited 2024 Jul 15];67(12): 2072-8. Available from: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0277953608004577> doi: 10.1016/j.socscimed.2008.09.050
 11. Kaeodumkoeng K. Health Literacy: function interaction critical. Bangkok: Amarin; 2019. 167 p. [In Thai].
 12. Prasetyo YT, Castillo AM, Salonga LJ, Sia JA, Seneta JA. Factors affecting perceived effectiveness of COVID-19 prevention measures among Filipinos during Enhanced Community Quarantine in Luzon, Philippines: Integrating Protection Motivation Theory and extended Theory of Planned Behavior. *Int J Infect Dis* [Internet]. 2020 [cited 2024 Jul 15];99:312-23. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32768695/> doi: 10.1016/j.ijid.2020.07.074 PubMed PMID: 32768695 PubMed PMCID: PMC7406473
 13. Ajzen I. The theory of planned behavior. *Organ Behav Hum Decis Process* [Internet]. 1991 [cite 2024 Jul 15];50(2):179–211. Available from: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S074959789190020T> doi: 10.1016/0749-5978(91)90020-T
 14. Krejcie RV, Morgan DW. Determining Sample Size for Research Activities. *Educ Psychol Meas* [Internet]. 1970 [cited 2024 Jul 15];30(3):607–10. Available from: <https://journals.sagepub.com/doi/10.1177/001316447003000308>
 15. Department of disease control, Ministry of Public Health [Internet]. Thailand: Guidelines for prevention of coronavirus disease 2019 (COVID-19) or COVID-19 for the general public and at-risk groups. [cited 2021 Aug 30]. Available from: https://ddc.moph.go.th/viralpneumonia/file/int_protection/int_protection_030164.pdf
 16. Hongpanich P. Factors Influencing COVID -19 Prevention Behaviors of the peoples in Pathumthani Province. *The Journal of Pacific Institute of Management Science (Humanities and Social Sciences)*. 2021;7(3):174-85. [In Thai].
 17. Ruankham P, Kongsin S, Jiamton S, Sattayasomboon Y, Uthis P. Factors Associated with Preventive Behaviors Against COVID-19 SAR-COV-2 among the Adult Population: a Case Study of Chom Thong District, Bangkok Metropolitan. *Journal of Health Science*. 2022;31 (Suppl):247-59. [In Thai].
 18. Sriratanaprat J, Klommek J. Knowledge, Attitudes, and Practices towards COVID-19 among Working-Age Population in Muak Lek Subdistrict, Muak Lek District, Saraburi Province. *Journal of The Royal Thai Army Nurses*. 2022;23(1):437-45. [In Thai].



บทความวิจัย

ผลของโปรแกรมการฟื้นคืนสู่สภาวะต่ออาการซึมเศร้า ของผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าในชุมชน

พรประเสริฐ แก้วคำ* และ เพ็ญภา แดงด้อมยุทธ์**

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย เขตปทุมวัน กรุงเทพมหานคร 10330

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์: เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการฟื้นคืนสู่สภาวะต่ออาการซึมเศร้าของผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าในชุมชน

รูปแบบการวิจัย: งานวิจัยกึ่งทดลอง

วิธีดำเนินการวิจัย: กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าในชุมชนที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป ที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคซึมเศร้า มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ โดยได้รับการสุ่มเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 21 คู่ กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการฟื้นคืนสู่สภาวะผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าเป็นระยะเวลา 3 สัปดาห์ ส่วนกลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติ เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย คือ 1) โปรแกรมการฟื้นคืนสู่สภาวะผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า และ 2) แบบประเมินภาวะซึมเศร้าของเบคกัมป์ภาษาไทย มีค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา เท่ากับ .81 และมีค่าความเที่ยงสัมประสิทธิ์อัลฟ่าของครอนบาค เท่ากับ .80 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติทดสอบที

ผลการวิจัย: 1) คะแนนเฉลี่ยอาการซึมเศร้าของผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าในชุมชนที่ได้โปรแกรมการฟื้นคืนสู่สภาวะน้อยกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และ 2) คะแนนเฉลี่ยอาการซึมเศร้าของผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าในชุมชนกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการฟื้นคืนสู่สภาวะน้อยกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

สรุปผลของ: ผลของโปรแกรมการฟื้นคืนสู่สภาวะสามารถลดอาการซึมเศร้าของผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าในชุมชนได้ และดีกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

คำสำคัญ: โปรแกรมการฟื้นคืนสู่สภาวะ/ อาการซึมเศร้า/ ผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าในชุมชน



The Effect of Wellness Recovery Action Plan Program on Depressive Symptoms of Older Persons with Major Depressive Disorder in Community

Pornprasert kaewkham* and Pennapa Dangdomyouth**

Abstract

Purpose: To study the effect of wellness recovery action plan program on depressive symptoms of older persons with major depressive disorder in community

Design: Quasi-experimental research

Methods: The sample was older persons with major depressive disorder in community, both females and males aged 60 years and over who were diagnosed by a psychiatrist with major depressive disorder, selected by inclusion criteria, then, equally randomly assigned to an experimental group and a control group with 21 subjects in each group. The experimental group received the wellness recovery action plan program for 3 weeks. The control group received regular nursing care. The research instruments consisted of: 1) the wellness recovery action plan program 2) the Beck depression inventory Thai version. Its CVI was .81. The Cronbach's alpha coefficient reliability of .80. Data were analyzed by using t-test.

Results: 1) The mean score of depressive symptoms after received the wellness recovery action plan program was significantly less than those before, at the .05 level. 2) The mean score of depressive symptoms who received the wellness recovery action plan program were significantly less than the control group who received regular nursing care, at the .05 level.

Conclusion: The result of this study support that the wellness recovery action plan program can reduce the depressive symptoms of older persons with major depressive disorder and more than regular nursing care.

Keywords: Wellness recovery action plan program/ Depressive symptoms/ Older persons with major depressive disorder in community



บทนำ

สถานการณ์ในปัจจุบันผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไปทั่วโลกมีจำนวนประมาณ 700 ล้านคน จำนวนหนึ่งในสามประสบกับความผิดปกติทางจิตในแต่ละปี โดยโรคซึมเศร้าเป็นโรคที่มักพบได้บ่อยและคาดว่าจำนวนผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าจะเพิ่มขึ้นเป็นสองเท่าภายในปี ค.ศ. 2050¹ ในประเทศไทยจากการสำรวจและประเมินโรคซึมเศร้าในกลุ่มผู้สูงอายุในปี พ.ศ. 2566 พบว่ามีจำนวนผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าจำนวน 25,483 คน² โรคซึมเศร้าเป็นโรคทางจิตเวชที่พบได้มากถึงร้อยละ 23 ของผู้สูงอายุที่รับการรักษาในโรงพยาบาลจิตเวช จากสถิติในภาคกลาง เขตสุขภาพที่ 5 มีรายงานการเข้าถึงบริการของผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้าอย่างต่อเนื่องตั้งแต่ปี พ.ศ. 2552 ถึงปี พ.ศ. 2562 พบจำนวนผู้ป่วยสูงอายุที่ได้รับการวินิจฉัยและได้รับการรักษาจำนวน 24,792 คน³ โดยเฉพาะจังหวัดสมุทรสงครามเป็นหนึ่งในจังหวัดที่มีการเพิ่มขึ้นของประชากรวัยสูงอายุและเป็นจังหวัดที่มีผู้สูงวัยติดอันดับ 1 ใน 5 ซึ่งมีจำนวนผู้ป่วยสะสมทั้งหมดที่ได้รับการวินิจฉัยและได้รับการรักษาจำนวน 3,519 คน⁴ ในจำนวนนี้มีจำนวนผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้าที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไปที่ได้รับการวินิจฉัยและได้รับการรักษาจำนวน 1,288 คน จากรายงานประจำปี 2566 โรงพยาบาลนวลาลัย และโรงพยาบาลอัมพวา จังหวัดสมุทรสงคราม พบจำนวนผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้าจำนวน 67 และ 36 รายตามลำดับ คิดเป็นร้อยละ 35.64 และ 21.30 ต่อจำนวนผู้ป่วยโรคซึมเศร้าทั้งหมดที่มารับบริการตามลำดับ และพบว่า อาการซึมเศร้าเป็นหนึ่งในปัญหาที่สำคัญของผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าที่มารับบริการ ซึ่งส่งผลกระทบต่อสุขภาพจิตและคุณภาพชีวิตโดยรวมของผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า และยังเป็นสาเหตุที่สำคัญที่นำไปสู่การฆ่าตัวตาย

โรคซึมเศร้าในผู้สูงอายุ เป็นโรคทางจิตเวชในกลุ่มโรคที่มีความผิดปกติทางอารมณ์มีอาการแสดงในด้านอารมณ์ ความคิด ร่างกาย และพฤติกรรม เป็นโรคที่พบได้สูงเป็นอันดับแรกในผู้สูงอายุ การเจ็บป่วยของโรคนี้

ก่อให้เกิดภาระโรคสูง (burden of disease) เป็นโรคที่ทำให้กระบวนการรับรู้ทางความคิดบกพร่อง และยังเพิ่มอัตราการเสียชีวิตจากการฆ่าตัวตายในผู้สูงอายุจากสถิติช่วงปี พ.ศ. 2564 มีบุคคลที่เจ็บป่วยด้วยโรคซึมเศร้าพยายามฆ่าตัวตายชั่วโมงละ 6 คน หรือทั้งปีมากกว่า 53,000 คน และเสียชีวิตประมาณ 4,000 คน ซึ่งถือว่าเป็นสาเหตุการตายอันดับต้น ๆ ของคนไทย⁵ ซึ่งในปี พ.ศ. 2564 พบอัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จต่อประชากรแสนคนในจังหวัดสมุทรสงคราม 6.32 ต่อประชากรแสนคน และพบมากที่สุดเป็นอันดับหนึ่งในผู้สูงอายุที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป จำนวน 4 คนหรือคิดเป็น 8.85 ต่ออัตราฆ่าตัวตายทั้งหมดของประชากรในจังหวัด⁶

อาการซึมเศร้า (Depressive symptoms) หมายถึงอาการและอาการแสดงที่มีความแปรปรวนทางด้านความคิด อารมณ์ และพฤติกรรมที่เกิดขึ้นในผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า โดยมีอารมณ์ซึมเศร้า หดหู่ มีความคิดอัตโนมัติเชิงลบต่อตนเองและเหตุการณ์ต่าง ๆ รู้สึกตนเองไร้ค่า ท้อแท้ สิ้นหวัง อาการซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าเป็นปัญหาที่พบได้บ่อยและเกิดขึ้นได้ง่ายเนื่องจากมีความเสื่อมทางด้านร่างกายและการเจ็บป่วยด้วยโรคซึมเศร้าเป็นระยะเวลานาน โดยส่วนใหญ่ผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าที่อยู่ในชุมชนมักจะมีอาการซึมเศร้าระดับเล็กน้อยถึงปานกลางทำให้ส่งผลกระทบต่อตนเองและสังคม นอกจากนี้ยังส่งผลกระทบต่ออายุขัยเฉลี่ยที่ลดลงอันเนื่องมาจากการฆ่าตัวตายและการเจ็บป่วยด้วยโรคทางกายที่สัมพันธ์กับอาการซึมเศร้า การทำหน้าที่ทางสังคมและการทำหน้าที่ในชีวิตประจำวันที่ลดลงจากผลกระทบของอาการซึมเศร้า ความหดหู่ ท้อแท้ สิ้นหวังในการดำเนินชีวิตทำให้ต้องพึ่งพาผู้ดูแลในครอบครัวมากขึ้น อาการซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคซึมเศร่ายังส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตที่ลดลง และทำให้กระบวนการรับรู้การรับรู้คิดบกพร่อง เกิดปัญหาทางสุขภาพจิตและส่งผลกระทบต่อการเพิ่มความเสี่ยงในการเสียชีวิตจากการฆ่าตัวตาย



ปัจจัยที่ส่งผลต่ออาการซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคซึมเศร้ามี 3 ปัจจัยสำคัญ คือ ปัจจัยเสี่ยง ปัจจัยเหตุการณ์ความเครียดในชีวิต และปัจจัยปกป้อง จากการทบทวนวรรณกรรมปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับอาการซึมเศร้าของผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า พบว่า ปัจจัยปกป้อง (Protective factors) เป็นปัจจัยที่ลดอิทธิพลของปัจจัยเสี่ยงและปัจจัยเหตุการณ์ความเครียดในชีวิต กล่าวคือ หากผู้สูงอายุโรคซึมเศร้ามีปัจจัยเสี่ยงและปัจจัยเหตุการณ์ความเครียดในชีวิตในระดับสูงมีแนวโน้มที่จะเกิดอาการซึมเศร้าเพิ่มขึ้น แต่ในขณะเดียวกันถ้าผู้สูงอายุโรคซึมเศร้ามีปัจจัยปกป้องที่ดี จะช่วยทำให้ระดับความรุนแรงของปัจจัยเสี่ยงและปัจจัยเหตุการณ์ความเครียดลดลง มีผลทำให้ผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าลดความเสี่ยงในการที่จะเกิดอาการซึมเศร้าได้ และปัจจัยปกป้องยังเป็นปัจจัยที่ก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงหรือการปรับตัวในทางที่ดีขึ้นหลังจากผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าเผชิญกับปัจจัยเสี่ยงและปัจจัยเหตุการณ์ความเครียดในชีวิต

ดังนั้น ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้เลือกจัดกระทำกับปัจจัยปกป้องประกอบด้วย 4 ด้านคือ 1) ด้านความหวัง การมีความหวังในระดับที่เพิ่มขึ้นส่งผลต่อการลดลงของอาการซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า 2) ด้านความรู้เกี่ยวกับอาการซึมเศร้า การมีความรู้เกี่ยวกับโรคและอาการซึมเศร้าในระดับที่ดีมีผลต่ออาการซึมเศร้าที่ลดลง 3) ด้านการสนับสนุนทางสังคมการเข้าถึงแหล่งสนับสนุนทางสังคมมีผลต่ออาการซึมเศร้าของผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า และ 4) ด้านความรับผิดชอบต่อตนเอง การที่ผู้สูงอายุโรคซึมเศร้ามีความรับผิดชอบต่อตนเองในระดับดีจะส่งผลทำให้อาการซึมเศร้าลดลง สอดคล้องกับการศึกษาของ Maier และคณะ⁸ ที่ทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบเกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยงและปัจจัยปกป้องต่ออาการซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าและผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยในกลุ่มโรคทางอารมณ์ ผลการศึกษาพบว่า ปัจจัยปกป้องในด้านจิตสังคมอันประกอบด้วย การสนับสนุนทางสังคม ความหวังในการดำเนินชีวิต การมีความรอบรู้

ในเรื่องโรคซึมเศร้า และความรับผิดชอบในการดูแลตนเองเป็นปัจจัยปกป้องทางจิตสังคมที่ส่งผลต่ออาการซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

จากการทบทวนวรรณกรรมแนวทางการลดอาการซึมเศร้าของผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าในประเทศไทยที่ผ่านมาพบว่า โปรแกรมส่วนใหญ่จัดกระทำกับปัจจัยเสี่ยง ปัจจัยเหตุการณ์ความเครียดและปัจจัยปกป้องโดยเฉพาะปัจจัยปกป้องเพียงด้านเดียวไม่ครอบคลุมทั้ง 4 ด้าน ซึ่งโปรแกรมเหล่านี้จะช่วยลดอาการซึมเศร้าได้ในช่วงระยะเวลาหนึ่งหากผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าต้องเผชิญกับปัจจัยเสี่ยงและเหตุการณ์ความเครียดในชีวิตอีกก็จะทำให้เกิดอาการซึมเศร้าขึ้นได้ แต่จากการศึกษาในต่างประเทศพบว่า Wellness Recovery Action Planning Program สามารถลดอาการซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า โดยจัดกระทำกับปัจจัยปกป้องได้หลายด้านตามองค์ประกอบของแนวคิด Wellness recovery action plan (WRAP) ของ Copeland (2002)⁹ โดยเฉพาะปัจจัยปกป้องด้านความหวัง ความรอบรู้เกี่ยวกับอาการซึมเศร้า การสนับสนุนทางสังคม ความรับผิดชอบต่อตนเอง สอดคล้องกับการศึกษาของ Cook และคณะ¹⁰ เรื่องผลของโปรแกรมการฟื้นฟูสุขภาพต่ออาการซึมเศร้า ความวิตกกังวล และการฟื้นฟูสุขภาพ ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีอาการซึมเศร้าและความวิตกกังวลลดลง มีการฟื้นฟูสุขภาพที่ดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และงานวิจัยของ Aljeesh and Shawish¹¹ ที่ศึกษาผลของโปรแกรมการฟื้นฟูสุขภาพในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ผลการวิจัยพบว่า อาการซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สอดคล้องกับงานวิจัยของ Mak และคณะ¹² ที่ศึกษาผลของโปรแกรมการฟื้นฟูสุขภาพในบุคคลที่เจ็บป่วยทางจิตเวชในประเทศฮ่องกง ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีอาการซึมเศร้าและอาการวิตกกังวลลดลง และมีพลังอำนาจรวมทั้งการฟื้นฟูสุขภาพส่วนบุคคลในระดับที่เพิ่มมากขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ อย่างไรก็ตามใน



ประเทศไทยยังไม่พบการศึกษาเกี่ยวกับโปรแกรมการฟื้นคืนสู่สภาวะที่จัดกระทำต่อปัจจัยปกป้องทั้ง 4 ด้าน เพื่อลดอาการซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าในชุมชน โดยเฉพาะจากการให้บริการพยาบาลของคลินิกจิตเวช แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลนภลัยและโรงพยาบาล อัมพวา จังหวัดสมุทรสงคราม มีรูปแบบแนวทางการดูแล ผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าโดยการติดตามประเมินผลอาการ ซึมเศร้าอย่างต่อเนื่อง การให้สุขภาพจิตศึกษา แนะนำ การดูแลตนเอง การรับประทานยาและการมาพบแพทย์ ตามนัด ดังนั้นเพื่อให้เกิดประสิทธิภาพในการดูแลผู้ป่วย กลุ่มนี้ได้ดียิ่งขึ้น ผู้วิจัยจึงได้พัฒนาโปรแกรมการฟื้นคืน สู่สภาวะจากแนวคิดแผนปฏิบัติการฟื้นคืนสู่สภาวะ (Wellness Recovery action plan: WRAP) ของ Copeland (2002)⁹ เพื่อจัดกระทำกับปัจจัยปกป้อง ทั้ง 4 ด้านซึ่งเป็นปัจจัยที่ลดระดับความรุนแรงของปัจจัย เสี่ยงและปัจจัยเหตุการณ์ความเครียดในชีวิตส่ง ผลโดยตรงต่อการลดระดับความรุนแรงของอาการ ซึมเศร้า ช่วยให้ผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าสามารถจัดการกับ อาการซึมเศร้าอย่างมีประสิทธิภาพและสามารถดำเนิน ชีวิตได้อย่างปกติสุข

คำถามการวิจัย

1. อาการซึมเศร้าของผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าใน ชุมชนก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการฟื้นคืนสู่สภาวะ แตกต่างกันหรือไม่
2. อาการซึมเศร้าของผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าใน ชุมชนที่ได้รับโปรแกรมการฟื้นคืนสู่สภาวะแตกต่าง จากกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติหรือไม่

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบอาการซึมเศร้าของผู้สูงอายุ โรคซึมเศร้าในชุมชนก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการ ฟื้นคืนสู่สภาวะ
2. เพื่อเปรียบเทียบอาการซึมเศร้าของผู้สูงอายุ โรคซึมเศร้าในชุมชนระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการ ฟื้นคืนสู่สภาวะกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

สมมติฐานการวิจัย

1. คะแนนเฉลี่ยของอาการซึมเศร้าของผู้สูงอายุ โรคซึมเศร้าในชุมชนกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการฟื้นคืน สู่สภาวะน้อยกว่าก่อนได้รับโปรแกรมการฟื้นคืนสู่ สภาวะ
2. คะแนนเฉลี่ยอาการซึมเศร้าของผู้สูงอายุ โรคซึมเศร้าในชุมชนกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการฟื้นคืนสู่ สภาวะน้อยกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยในครั้งนี้ ผู้วิจัยใช้แนวคิดแผนปฏิบัติ การฟื้นคืนสู่สภาวะ (Wellness recovery action plan : WRAP) ของ Copeland (2002)⁹ ที่ประกอบด้วย 5 ปัจจัย ได้แก่ ความหวัง ความรับผิดชอบส่วนบุคคล การศึกษา การสนับสนุนตนเอง และการสนับสนุนทาง สังคม ในการพัฒนาโปรแกรมการฟื้นคืนสู่สภาวะต่อ อาการซึมเศร้าของผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าในชุมชนที่จัด กระทำกับปัจจัยปกป้องด้านความหวัง ความรับผิดชอบ ต่อตนเอง ความรอบรู้เกี่ยวกับอาการซึมเศร้า และการ สนับสนุนทางสังคม ซึ่งผู้วิจัยได้พัฒนาโปรแกรมการ ฟื้นคืนสู่สภาวะต่ออาการซึมเศร้าของผู้สูงอายุโรค ซึมเศร้าในชุมชนที่ประกอบด้วย 6 กิจกรรม ดำเนิน กิจกรรมเป็นรายกลุ่ม ใช้เวลา 3 สัปดาห์ แต่ละสัปดาห์ ประกอบด้วย 2 กิจกรรม แต่ละกิจกรรมใช้เวลานานครั้ง ละ 45-60 นาที โดยมีรายละเอียดดังนี้

กิจกรรมที่ 1 ค้นหาและสร้างความหวังในการ ฟื้นคืนสู่สภาวะ เป็นกิจกรรมสร้างสัมพันธภาพให้เกิด ความไว้วางใจระหว่างพยาบาลกับผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าที่ เข้าร่วมโปรแกรมและเพื่อให้ผู้สูงอายุโรคซึมเศร้ามีความ หวัง การมีความหวังจะเป็นสิ่งที่ทำให้ผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า เกิดความมุ่งมั่นที่จะเปลี่ยนแปลงตนเอง มีเป้าหมายใน การต่อสู้กับโรคและอาการซึมเศร้า ส่งผลให้สุขภาพจิต ดีขึ้น และพบว่าผู้ที่มีความหวังแรงกล้าจะมีแรงบันดาลใจ มีพลัง มีความมั่นใจ ส่งผลทำให้อาการซึมเศร้ามลดลง



กิจกรรมที่ 2 แผนดำเนินชีวิตประจำวันและการศึกษาในการฟื้นคืนสู่สภาวะ เป็นกิจกรรมที่ส่งเสริมให้ผู้สูงอายุโรคซึมเศร้ามีการรับรู้ความเจ็บป่วยของตนเองและเกิดความรอบรู้เกี่ยวกับโรคซึมเศร้า การที่ผู้สูงอายุโรคซึมเศร้ามีความรอบรู้เกี่ยวกับโรคซึมเศร้าในระดับที่ไม่เพียงพอจะส่งผลให้มีทัศนคติและพฤติกรรมในการแสวงหาความช่วยเหลือทางสุขภาพจิตและการเข้าถึงกระบวนการช่วยเหลือทางสุขภาพอยู่ในระดับต่ำจึงส่งผลต่อระดับความรุนแรงอาการซึมเศร้าที่เพิ่มขึ้น การส่งเสริมให้ผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าที่มีอาการซึมเศร้าเกิดความรอบรู้เกี่ยวกับสุขภาพจิตและโรคซึมเศร้าจะส่งผลทำให้อาการซึมเศร้ามลดลง

กิจกรรมที่ 3 แผนรับมือสิ่งเร้าและสัญญาณเตือน เป็นกิจกรรมที่ให้ผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าค้นหาสิ่งเร้าหรือปัจจัยกระตุ้น สัญญาณเตือนอาการซึมเศร้า ฝึกการตัดสินใจอย่างเป็นระบบในการจัดการตนเองเมื่อมีสัญญาณเตือนเกิดขึ้น การที่ผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าสามารถค้นหาและจัดการกับสิ่งเร้าหรือแรงกระตุ้นที่เกิดขึ้นได้จะส่งผลให้เกิดการตระหนักรู้ถึงอาการเตือนของโรคซึมเศร้า ก่อนกลับเป็นซ้ำซึ่งทำให้ความรุนแรงของอาการซึมเศร้ามลดลง

กิจกรรมที่ 4 แผนรับมือภาวะวิกฤต เป็นกิจกรรมให้ผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าวางแผนเพื่อตอบสนองต่อภาวะวิกฤตการณ์ที่กำลังจะเกิดขึ้นและใช้เป็นแนวทางปฏิบัติสำหรับตนเองและผู้อื่นในการช่วยเหลือจากภาวะวิกฤต การที่ผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าสามารถรับมือกับภาวะวิกฤตของโรคหรืออาการซึมเศร้าได้นั้นจะส่งผลทำให้ความรุนแรงของอาการซึมเศร้ามลดลงและลดโอกาสของการกลับเป็นซ้ำของโรคได้

กิจกรรมที่ 5 แหล่งสนับสนุนทางสังคมในการฟื้นคืนสู่สภาวะ เป็นกิจกรรมที่ให้ผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า ค้นหาแหล่งสนับสนุนทางสังคมเมื่อผู้สูงอายุโรคซึมเศร้ามีแหล่งสนับสนุนและแหล่งทรัพยากร จะส่งผลให้เกิด

ความมั่นคงทางสภาพจิตใจ เกิดความพึงพอใจ มีความหวังในการดำเนินชีวิต รู้สึกถึงความรักความเอาใจใส่ของบุคคลในครอบครัวและรับรู้ถึงการเป็นส่วนหนึ่งของสังคมจึงมีผลทำให้อาการซึมเศร้ามลดลง

กิจกรรมที่ 6 สิทธิและความรับผิดชอบในการฟื้นคืนสู่สภาวะ เป็นกิจกรรมที่เน้นให้ผู้สูงอายุโรคซึมเศร้ารับผิดชอบต่อภาระการฟื้นคืนสู่สภาวะและรู้สิทธิของตนเอง การที่ผู้สูงอายุโรคซึมเศร้ามีความรับผิดชอบต่อตนเอง จะเกิดการตระหนักมากขึ้น รู้ความต้องการของตนเอง และสามารถระบุวิธีการเผชิญปัญหาและจัดการกับอาการซึมเศร้าได้มากขึ้นส่งผลทำให้อาการซึมเศร้ามลดลง

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-Experimental Research) ใช้รูปแบบการศึกษาสองกลุ่มวัดผลก่อนและหลังการทดลอง (The Pretest-Posttest Control Group Design)

ประชากร คือ ผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าในชุมชนที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไปที่ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ตามเกณฑ์ ICD-10 ว่าเป็นโรคซึมเศร้า (depressive disorder) และเข้ารับบริการที่คลินิกจิตเวช แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลระดับทุติยภูมิ

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าในชุมชนทั้งเพศหญิงและชายที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไปที่ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ตามเกณฑ์ ICD-10 ว่าเป็นโรคซึมเศร้า (depressive disorder) และเข้ารับบริการที่คลินิกจิตเวช แผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลนภากาศและโรงพยาบาลอัมพวา จังหวัดสมุทรสงคราม ตามเกณฑ์คุณสมบัติที่กำหนดดังนี้ เกณฑ์การคัดเข้า (Inclusion criteria)

1. มีอาการซึมเศร้าระดับน้อยถึงปานกลาง ประเมินจากแบบประเมินภาวะซึมเศร้าของ Beck (BDI-II) ฉบับภาษาไทย มีคะแนนอยู่ระหว่าง 14-28 คะแนน
2. ไม่มีภาวะสมองเสื่อมโดยประเมินจากแบบทดสอบ



สมรรถภาพสมองเบื้องต้นมีคะแนนตั้งแต่ 17 คะแนนขึ้นไป 3. ยินดีเข้าร่วมการวิจัยด้วยความสมัครใจ สื่อสารด้วยภาษาไทยและอ่านออกเขียนได้ เกณฑ์การคัดออก (Exclusion criteria) 1. กลุ่มตัวอย่างมีภาวะแทรกซ้อนทางด้านร่างกายและทางจิตจนไม่สามารถทำกิจกรรมได้ระหว่างการดำเนินการวิจัย

กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้หลักการเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive sampling) และคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป G*Power 3.1.9.7 ในการคำนวณโดยกำหนดค่าขนาดอิทธิพล (Effect size) ที่ 0.79 จากผลการศึกษาวิจัยเรื่อง A Randomized Controlled Trial of Effects of Wellness Recovery Action Planning on Depression, Anxiety, and Recovery¹⁰ กำหนดค่าระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และกำหนดค่าอำนาจทดสอบที่ .80 ผลการคำนวณได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 42 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 21 คน และกลุ่มควบคุม 21 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยและการตรวจสอบคุณภาพ

1. เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินงานวิจัย

1.1 โปรแกรมการฟื้นคืนสู่สุขภาพของผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า เป็นเครื่องมือที่ผู้วิจัยได้พัฒนาขึ้นจากแนวคิดแผนปฏิบัติการฟื้นคืนสู่สุขภาพ (Wellness recovery action plan: WRAP) ของ Copeland (2002) ผู้วิจัยตรวจสอบความตรงของเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน และนำไปปรับแก้ไขตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิ หลังจากนั้นนำไปทดลองใช้กับผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าในชุมชนที่มีคุณสมบัติใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 10 คน พบว่า โปรแกรมมีความเหมาะสมในด้านเนื้อหา ความถูกต้อง ชัดเจน รูปแบบของกิจกรรมการจัดลำดับของเนื้อหาและมีความเหมาะสมในระยะเวลาของแต่ละกิจกรรม

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

แบบประเมินภาวะซึมเศร้าของ Beck (BDI-II) ฉบับภาษาไทย (The Beck depression Inventory second Edition Thai version; BDI-II Thai version) พัฒนาโดย Beck และคณะในปี 1996¹³ แปลและพัฒนาเป็นฉบับภาษาไทยโดยศราวุธ ราชมนี และคณะในปี 2561¹⁴ มีค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity Index: CVI) เท่ากับ .81 และหลังนำไปทดลองใช้ (Try out) กับผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าในชุมชนที่มีคุณสมบัติใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คน มีค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) เท่ากับ .80

3. เครื่องมือกำกับการทดลอง

3.1 แบบประเมินระดับการฟื้นคืนสู่สุขภาพ (Recovery Assessment Scale-Domains and Stages: RAS-DS) ของ Hancock และคณะในปี ค.ศ. 2016¹⁵ แปลเป็นฉบับภาษาไทยโดย ศุภลักษณ์ เข็มทอง ในปี พ.ศ. 2559¹⁶ มีค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity Index: CVI) เท่ากับ .90 และหลังนำไปทดลองใช้ (Try out) มีค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) เท่ากับ .84

การเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยดำเนินการวิจัยโดยแบ่งการวิจัยออกเป็น 3 ระยะ คือ ระยะเตรียมการทดลอง ระยะดำเนินการทดลอง และระยะประเมินผลการทดลอง ซึ่งมีรายละเอียดดังนี้

ระยะเตรียมการทดลอง ผู้วิจัยได้เตรียมความพร้อมโดยทบทวนวรรณกรรม องค์ความรู้ และแนวคิดทฤษฎีเกี่ยวกับการฟื้นคืนสู่สุขภาพ ฝึกประสบการณ์การทำงานกลุ่มบำบัดผู้ป่วยจิตเวชกับผู้เชี่ยวชาญที่มีประสบการณ์ทำกิจกรรมกลุ่มบำบัด และพัฒนาโปรแกรมการฟื้นคืนสู่สุขภาพ เตรียมผู้ช่วยวิจัย 1 คน สํารวจข้อมูลรายชื่อผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าเพื่อคัดเลือกกลุ่ม



ตัวอย่างที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์แบ่งเป็นกลุ่มควบคุม โรงพยาบาลอัมพวา 21 คน และกลุ่มทดลองโรงพยาบาล นภลัย 21 คน และดำเนินการขออนุญาตในการเก็บ ข้อมูล ซึ่งทั้ง 2 โรงพยาบาล กลุ่มตัวอย่างมีคุณสมบัติที่ คล้ายคลึงกัน

ระยะดำเนินการทดลอง ก่อนเริ่มดำเนินการ กิจกรรมผู้วิจัยอธิบายชี้แจงข้อมูลรายละเอียดในการทำ วิจัย การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง และให้กลุ่มตัวอย่างที่ ตอบรับเข้าร่วมการวิจัยลงชื่อในใบยินยอมการเข้าร่วม วิจัย และขอความร่วมมือกลุ่มตัวอย่างในการตอบ แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล และแบบประเมินระดับ อาการซึมเศร้าของผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าก่อนการทดลอง (Pre-test) ดังนี้

กลุ่มควบคุม ระหว่างการดำเนินการทดลองใน สัปดาห์ที่ 1-3 กลุ่มควบคุมจะได้รับการพยาบาลตามปกติ ตามรูปแบบแนวทางของคลินิกจิตเวชแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลอัมพวา จังหวัดสมุทรสงคราม

กลุ่มทดลอง ระหว่างการดำเนินการทดลองใน สัปดาห์ที่ 1-3 กลุ่มทดลองจะได้รับการดำเนินการกิจกรรม ตามโปรแกรมการฟื้นคืนสู่สุขภาพของผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า โดยดำเนินการกิจกรรมเป็นรายกลุ่ม 6 กิจกรรมใช้เวลา 3 สัปดาห์ ผู้วิจัยกำกับการทดลองทันทีหลังสิ้นสุดกิจกรรม ที่ 6 โดยใช้แบบประเมินระดับการฟื้นคืนสู่สุขภาพ (Recovery Assessment Scale-Domains and Stages : RAS-DS) โดยมีเกณฑ์กำกับการทดลองอยู่ใน เกณฑ์ 76 คะแนนขึ้นไป หากคะแนนไม่เป็นไปตามเกณฑ์ ผู้วิจัยจะนำผู้สูงอายุโรคซึมเศร้านำมาพบทวนโปรแกรมการ ฟื้นคืนสู่สุขภาพเป็นรายบุคคลจนกว่าจะผ่านเกณฑ์

ระยะประเมินผลการทดลอง ผู้วิจัยประเมิน อาการซึมเศร้าหลังสิ้นสุดการทดลอง (Post-test) ของ กลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองในสัปดาห์ที่ 5 ด้วยแบบ ประเมินภาวะซึมเศร้าของเบค (BDI-II) ฉบับภาษาไทย จากนั้นผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้มาตรวจสอบความสมบูรณ์ ของแบบประเมินทุกชุดก่อนนำไปวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติ

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มวิจัย งานวิจัยนี้ได้รับการ รับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สสจ.สมุทรสงคราม เลขที่โครงการวิจัย COA No. 20/2566 วันที่รับรอง 25 กรกฎาคม 2566 วันที่หมด อายุ 24 กรกฎาคม 2567 ผู้วิจัยคำนึงถึงความยินยอม และพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่างเป็นหลัก มีการแนะนำ ตนเอง อธิบายวัตถุประสงค์ รายละเอียดในการเก็บ รวบรวมข้อมูล รวมถึงระยะเวลาในการดำเนินการวิจัย โดยข้อมูลจากการวิจัยได้รับการปกปิดเป็นความลับและ ผลการวิจัยจะนำเสนอภาพรวมเท่านั้น กลุ่มตัวอย่างมี สิทธิที่จะออกจากการวิจัยเมื่อไรก็ได้โดยไม่ต้องแจ้ง เหตุผล และหากกลุ่มตัวอย่างตอบรับเข้าร่วมการวิจัย จึง ให้ลงนามในเอกสารแสดงความยินยอมเข้าร่วมใน โครงการวิจัย

การวิเคราะห์ข้อมูล ผู้วิจัยนำข้อมูลมา วิเคราะห์โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป SPSS ซึ่งกำหนดค่า ระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 มีรายละเอียดดังนี้ 1. ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างนำมาวิเคราะห์ แจกแจงความถี่ และค่าเฉลี่ยร้อยละ โดยใช้สถิติเชิง บรรยาย (Descriptive Analysis) 2. เปรียบเทียบความ แตกต่างคะแนนอาการซึมเศร้าของผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า ในชุมชนกลุ่มทดลองก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการ ฟื้นคืนสู่สุขภาพ โดยใช้สถิติ Dependent t-test 3. เปรียบเทียบความแตกต่างคะแนนอาการซึมเศร้าของ ผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าในชุมชนระหว่างกลุ่มที่ได้รับ โปรแกรมการฟื้นคืนสู่สุขภาพกับกลุ่มที่ได้รับการ พยาบาลตามปกติ ก่อนและหลังการทดลองโดยใช้สถิติ ทดสอบ Independent t-test

ผลการวิจัย

1. กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ร้อยละ 81 เป็น เพศหญิง มีอายุอยู่ระหว่าง 60-65 ปีร้อยละ 50 มี สถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 50 นับถือศาสนาพุทธร้อยละ



97.6 มีระดับการศึกษาสูงสุดระดับประถมศึกษาร้อยละ 42.9 ประกอบอาชีพเกษตรกรร้อยละ 35.7 มีโรคประจำตัวมากกว่า 1 โรคร้อยละ 92.9 รายได้ต่อเดือนน้อยกว่าหรือเท่ากับ 5,000 บาท ร้อยละ 42.9 มีระยะเวลาที่เจ็บป่วยโรคซึมเศร้าอยู่ระหว่าง 1-5 ปีร้อยละ 52.4 มีพฤติกรรมมารับประทานยาที่สม่ำเสมอร้อยละ 61.9 ไม่เคยได้รับการบำบัดรูปแบบอื่นมาก่อนร้อยละ 85.7 และไม่มีผู้ดูแลหลักร้อยละ 54.8

2. คะแนนเฉลี่ยอาการซึมเศร้ากลุ่มทดลอง ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการฟื้นฟูสุขภาพของผู้สูงอายุโรคซึมเศร้ามีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (ดังตารางที่1)

3. คะแนนเฉลี่ยอาการซึมเศร้ากลุ่มทดลอง หลังได้รับโปรแกรมและกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (ดังตารางที่2)

ตารางที่ 1 การเปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยอาการซึมเศร้าของผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าในชุมชนกลุ่มทดลองก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการฟื้นฟูสุขภาพของผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า

คะแนนเฉลี่ยอาการซึมเศร้า	Mean	SD	df	t	P-value
ก่อนได้รับโปรแกรมการฟื้นฟูสุขภาพ ผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า	20.38	3.27	20	-8.420	<.001
หลังได้รับโปรแกรมการฟื้นฟูสุขภาพ ผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า	15.28	2.49			

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยอาการซึมเศร้าของผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าในชุมชนก่อนและหลังการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการฟื้นฟูสุขภาพกับกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

คะแนนเฉลี่ยอาการซึมเศร้า	Mean	SD	df	t	P-value
ก่อนการทดลอง					
กลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรม	20.38	3.27	40	-.454	.652
กลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ	20.80	2.82			
หลังการทดลอง					
กลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรม	15.28	2.49	40	-5.982	<.001
กลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ	20.14	2.76			



การอภิปรายผลการวิจัย

จากผลการวิจัยสามารถอภิปรายตามสมมติฐานการวิจัยได้ดังนี้

สมมติฐานการวิจัยที่ 1 ผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าในชุมชนกลุ่มที่เข้าร่วมโปรแกรมการฟื้นคืนสู่สุขภาพจะมีคะแนนเฉลี่ยอาการซึมเศร้าน้อยกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมการฟื้นคืนสู่สุขภาพ ผลการวิจัยดังกล่าวเป็นไปตามสมมติฐานการวิจัยที่ 1 เนื่องจากโปรแกรมการฟื้นคืนสู่สุขภาพของผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า สามารถลดอาการซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าได้ ซึ่งโปรแกรมการฟื้นคืนสู่สุขภาพของผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นตามแนวคิดแผนปฏิบัติการฟื้นคืนสู่สุขภาพ (wellness recovery action plan: WRAP) ของ Copeland (2002)⁹ สามารถจัดการกระทำกับปัจจัยปกป้องด้านความหวัง ความรอบรู้เกี่ยวกับโรคและอาการซึมเศร้า การสนับสนุนทางสังคม และความรับผิดชอบต่อตนเอง ซึ่งเป็นปัจจัยปกป้องในด้านจิตสังคมสำคัญที่ส่งผลต่อการลดระดับความรุนแรงของอาการซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า⁸ กล่าวคือปัจจัยปกป้อง (Protective factors) เป็นปัจจัยที่ช่วยบรรเทาหรือลดอิทธิพลของปัจจัยเสี่ยงและปัจจัยเหตุการณ์ความเครียดในชีวิต เมื่อผู้สูงอายุโรคซึมเศร้ามีปัจจัยเสี่ยงและปัจจัยเหตุการณ์ความเครียดในชีวิตในระดับสูงมีแนวโน้มที่จะเกิดอาการซึมเศร้าตามมา และหากสูงอายุโรคซึมเศร้านั้นมีปัจจัยปกป้องร่วมด้วยจะช่วยให้ระดับความรุนแรงของปัจจัยเสี่ยงและปัจจัยเหตุการณ์ความเครียดลดน้อยลง มีผลทำให้อาการซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคซึมเศร่าลดลง สอดคล้องกับการทบทวนวรรณกรรมแนวคิดทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับอาการซึมเศร้าในผู้สูงอายุ พบว่า แนวคิด The diathesis-stress model เป็นแบบจำลองที่อธิบายว่า ความเครียดในชีวิตเป็นปัจจัยที่กระตุ้นความเปราะบางทางจิตใจที่มีความสัมพันธ์กับอาการซึมเศร้า เมื่อบุคคลมีเหตุการณ์ความเครียดในชีวิตและความเครียดสะสมในระดับที่เพิ่มมากขึ้น จะไปกระตุ้นความเปราะบางทางจิตใจที่ส่งผลโดยตรงต่อการเกิดอาการซึมเศร้า และหากบุคคลมีปัจจัยปกป้องที่แสดงถึงความเข้มแข็งทางจิตใจเพิ่มขึ้น

ความผิดปกติที่เกิดจากความเครียดจะลดลง ส่งผลทำให้อาการซึมเศร่าลดลง¹⁷ สอดคล้องกับการศึกษาวิจัยความสัมพันธ์ระหว่างความเปราะบางทางจิตใจและความเครียดที่ส่งผลต่ออาการซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าตามแนวคิดทฤษฎี the diathesis-stress model ผลการวิจัยพบว่า คะแนนความเปราะบางทางจิตใจและเหตุการณ์ความเครียดในชีวิตส่วนบุคคลมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับคะแนนอาการซึมเศร้า และการขาดการสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์กับการเกิดความเครียดในระดับที่เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ¹⁸

จากที่กล่าวมาข้างต้นสรุปได้ว่า โปรแกรมการฟื้นคืนสู่สุขภาพที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นตามแนวคิดแผนปฏิบัติการฟื้นคืนสู่สุขภาพ (Wellness recovery action plan: WRAP) ของ Copeland (2002)⁹ สามารถจัดการกระทำกับปัจจัยปกป้องซึ่งเป็นปัจจัยที่ลดอิทธิพลและความรุนแรงของปัจจัยเสี่ยงและปัจจัยเหตุการณ์ความเครียดในชีวิต ส่งผลให้ความเสี่ยงต่อความผิดปกติที่เกิดจากความเครียดลดลง ทำให้อาการซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคซึมเศร่าลดลง สอดคล้องกับการศึกษาวิจัยของ Cook และคณะ¹⁰ ที่ศึกษาประสิทธิภาพของโปรแกรมการฟื้นคืนสู่สุขภาพต่ออาการซึมเศร้า อาการวิตกกังวล และการฟื้นคืนสู่สุขภาพของบุคคลที่เจ็บป่วยด้วยโรคทางจิตเวช ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มทดลองมีอาการซึมเศร้า อาการวิตกกังวลลดลง และมีระดับคะแนนการฟื้นคืนสู่สุขภาพเพิ่มขึ้น สอดคล้องกับงานวิจัยของ Aljeesh and Shawish¹¹ ที่ศึกษาผลของโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาร่วมกับแผนปฏิบัติการฟื้นคืนสู่สุขภาพต่ออาการซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ผลการวิจัยพบว่า หลังสิ้นสุดการทดลองผู้ป่วยโรคซึมเศร่ากลุ่มที่ได้รับโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาร่วมกับแผนปฏิบัติการฟื้นคืนสู่สุขภาพมีคะแนนอาการซึมเศร่าลดลงเมื่อเทียบกับกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

สมมติฐานการวิจัยที่ 2 ผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าในชุมชนกลุ่มที่เข้าร่วมโปรแกรมการฟื้นคืนสู่สุขภาพมีคะแนนเฉลี่ยอาการซึมเศร่าน้อยกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ ผลการวิจัยดังกล่าวเป็นไปตาม



สมมติฐานการวิจัยที่ 2 เนื่องจาก ผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า กลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการฟื้นคืนสู่สภาวะที่ผู้วิจัย พัฒนาขึ้นตามแนวคิดแผนปฏิบัติการฟื้นคืนสู่สภาวะ (Wellness recovery action plan: WRAP) ของ Copeland (2002)⁹ ประกอบด้วย 6 กิจกรรม ดังนี้

- 1) ค้นหาและสร้างความหวังในการฟื้นคืนสู่สภาวะ
- 2) แผนการดำเนินชีวิตประจำวันและการศึกษาในการฟื้นคืนสู่สภาวะ
- 3) แผนรับมือสิ่งเร้าและสัญญาณเตือน
- 4) แผนรับมือภาวะวิกฤต
- 5) แหล่งสนับสนุนทางสังคมในการฟื้นคืนสู่สภาวะ และ
- 6) สิทธิและความรับผิดชอบในการฟื้นคืนสู่สภาวะ

เพื่อจัดการกับปัจจัยปกป้องด้านความหวัง ความรอบรู้เกี่ยวกับโรคซึมเศร้า การสนับสนุนทางสังคม ความรับผิดชอบต่อตนเอง ซึ่งปัจจัยที่กล่าวมาข้างต้นเป็นปัจจัยปกป้องสำคัญที่ส่งผลต่อการลดลงของอาการซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า ซึ่งโปรแกรมการฟื้นคืนสู่สภาวะสามารถช่วยให้ผู้สูงอายุโรคซึมเศร้ามีความหวังในการดำเนินชีวิต เกิดความรอบรู้เกี่ยวกับโรคและอาการซึมเศร้าในการดูแลตนเอง สามารถรู้ถึงสิ่งเร้าและจัดการอาการเตือนของอาการซึมเศร้าของตน ตลอดจนการวางแผนการรับมือกับภาวะวิกฤตที่อาจเกิดขึ้นในอนาคต สามารถเข้าถึงและขอความช่วยเหลือเมื่อเกิดปัญหาหรืออุปสรรคจากครอบครัวหรือแหล่งสนับสนุนในชุมชน รู้ถึงสิทธิ เสรีภาพในการดำเนินชีวิตและเกิดความรับผิดชอบต่อตนเองในการที่จะคงไว้ซึ่งการมีสภาวะที่ดี ส่งผลทำให้คะแนนเฉลี่ยอาการซึมเศร้ามลดลง ส่วนผู้สูงอายุโรคซึมเศร้ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ ได้รับการดูแลผู้ป่วยแบบผู้ป่วยนอก มีการค้นหาประเมินปัญหาจิตสังคม คัดกรองอาการซึมเศร้าด้วยแบบประเมิน 9Q ประเมินความเสี่ยง คิดทำร้ายตนเอง และมีให้สุขภาพจิตศึกษา ซึ่งรูปแบบการพยาบาลเป็นรูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีอาการซึมเศร้า ซึ่งผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าที่มีอาการซึมเศร้าอันเกิดจากสาเหตุและปัจจัยที่แตกต่างจากผู้ป่วยจิตเวชกลุ่มโรคอื่น และการให้สุขภาพจิตศึกษารายบุคคลเป็นการให้ความรู้เกี่ยวกับ สาเหตุ อาการ การบำบัดรักษา และแนวทางการดูแลตนเองสำหรับผู้ป่วยจิตเวชที่มีอาการ

ซึมเศร้า ซึ่งทำให้ค่าคะแนนเฉลี่ยอาการซึมเศร้ามลดลงได้เช่นกัน แต่เมื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยอาการซึมเศร้า ผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าในชุมชนกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการฟื้นคืนสู่สภาวะ พบว่า คะแนนเฉลี่ยอาการซึมเศร้ามกลุ่มทดลองน้อยกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แสดงให้เห็นว่า โปรแกรมการฟื้นคืนสู่สภาวะส่งผลให้อาการซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคซึมเศร้ามลดลงมากกว่าการที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

โปรแกรมการฟื้นคืนสู่สภาวะเป็นโปรแกรมที่ถูกนำมาใช้ในการส่งเสริมการฟื้นคืนสู่สภาวะและลดอาการซึมเศร้าในบุคคลที่เจ็บป่วยด้วยโรคทางจิตเวช จึงจำเป็นอย่างยิ่งที่พยาบาลหรือบุคลากรที่จะนำโปรแกรมไปใช้จะต้องมีความรู้ความเข้าใจถึงแนวคิดการฟื้นคืนสู่สภาวะอย่างชัดเจน และต้องปรับรูปแบบกิจกรรมให้สอดคล้องกับบริบทของผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า หรือผู้ป่วยซึมเศร้ากลุ่มอื่น ๆ ที่จะนำไปใช้

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

ควรมีการติดตามผลของโปรแกรมการฟื้นคืนสู่สภาวะต่ออาการซึมเศร้าเป็นระยะเวลาที่ต่อเนื่อง รวมถึงการศึกษาตัวแปรตามอาการซึมเศร้าเปรียบเทียบกับระดับการฟื้นคืนสู่สภาวะก่อนและหลังการทดลอง และควรมีการศึกษาในบุคคลที่เจ็บป่วยด้วยโรคซึมเศร้าในช่วงอายุอื่น ๆ และบุคคลที่เจ็บป่วยด้วยโรคทางจิตเวชอื่นที่มีอาการซึมเศร้า

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย โรงพยาบาลภลาลัย โรงพยาบาลอัมพวา จังหวัดสมุทรสงคราม และกลุ่มตัวอย่างทุกท่านที่ให้ความร่วมมือและอำนวยความสะดวกในการวิจัยในครั้งนี้



Reference

1. United Nations, Department of Economic and Social Affairs. World population ageing 2019: Highlights [Internet]. New York: United Nations; 2019 [cited 2023 Jun 14]. Available from: <https://www.un.org/en/development/desa/population/publications/pdf/ageing/WorldPopulationAgeing2019-Highlights.pdf>
2. Ministry of Public Health. Assessment of depressive disorder (9Q) in the elderly group, Fiscal Year 2566 [Internet]. [Nonthaburi]: Ministry of Public Health; [updated 2024 Jun 14; cited 2023 Jun 14]. Available from: https://hdcservice.moph.go.th/hdc/reports/report.php?source=pformatted/format1.php&cat_id=574437c29aff8d1709da55677abc4b03&id=1cabe82729905e268bb97fed7cb117dd#
3. Department of Mental Health. Report on access to services of elderly depressed patients, the cumulative number since the year 2009 to present as of 30 September 2019 [Internet]. [cited 2023 Jun 14]. Available from: https://thaidepression.com/www/report/main_report/pdf/ahb-30-09-19_mix.pdf
4. Department of Mental Health. Report on access to services for patients with depression, fiscal year 2023, February (HDC database) [Internet]. [cited 2023 Jun 14]. Available from: https://thaidepression.com/www/report/main_report/pdf/ahb-02-23-mix_HDC.pdf
5. Department of Mental Health. Open the statistics of depression and Thai society's Emotional silence of the new generation. [Internet]. [Nonthaburi]: Ministry of Public Health; [updated 2022 Jan 18; cited 2023 Jun 14]. Available from: <https://dmh.go.th/news-dmh/view.asp?id=31459>
6. Suicide Prevention of Thailand. The National Data Suicide Rates of Thailand in the Year 1997-2020, died according to the house registration [Internet]. [Nonthaburi]: Khon Kaen Rajanagarindra Hospital; [date unknown; cited 2023 Jun 14]. Available from: https://suicide.dmh.go.th/report/suicide/english/stat_province10.asp?ndead=2
7. Puttametta M, Soonthornchaiya R. Selected factors related to depression of the older persons with depressive disorder in the central region. JPNMH. 2016; 30(2):69-82. [In Thai].
8. Maier A, Riedel-Heller SG, Pabst A, Lupp M. Risk factors and protective factors of depression in older people 65+: A systematic review. PLoS One. 2021;16(5):1-38.
9. Copeland ME. Wellness recovery action plan. OTMHealth. 2002;17(3-4):127-50.
10. Cook JA, Copeland ME, Floyd CB, Jonikas JA, Hamilton MM, Razzano L, et al. A randomized controlled trial of effects of Wellness Recovery Action Planning on depression, anxiety, and recovery. Psychiatr Serv. 2012;63(6):541-7.



11. Aljeesh YI, Shawish MA. The efficacy of wellness recovery action plan (wrap) on patients with major depressive disorder in Gaza strip. *Int J Psychiatry*. 2018;3(1):2-3.
12. Mak WWS, Tsoi EWS, Wong HCY. Brief Wellness Recovery Action Planning (WRAP(®)) as a mental health self-management tool for community adults in Hong Kong: A randomized controlled trial. *J Ment Health*. 2024;33(2):236-43.
13. Beck AT, Steer RA, Brown GK. Manual for the Beck Depression Inventory-II. San Antonio, TX: Psychological Corporation; 1996.
14. Rachamanee S, Kornpetpanee S, Wongupparaj P. Development of the multitask computer program for assessing depression with electroencephalogram measurements in Thai adolescents. *Research Methodology and Cognitive Science* 2018;16(1):122-137.
15. Hancock N, Scanlan JN, Bundy AC, Honey A. Recovery assessment scale-domains and stages (RAS-DS) manual-version 2. [Sydney]: The University of Sydney; 2016.
16. Hancock N, The University of Sydney. RAS-DS (Recovery Assessment Scale-Domains and Stages)-Thai Translation [Internet]. [cited 2023 Jun 14]. Available from: https://ras-ds.net.au/wp-content/uploads/2020/07/RAS-DS_2016_Thai.pdf.
17. Ingram RE, Miranda J, Segal ZV. Cognitive vulnerability to depression. [place unknown]: Guilford Press; 1998.
18. Colodro-Conde L, Couvy-Duchesne B, Zhu G, Coventry WL, Byrne EM, Gordon S, et al. A direct test of the diathesis-stress model for depression. *Mol Psychiatry*. 2019;23(7):1590-6.



บทความวิจัย

ปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะ

วิไลวรรณ แสงเนียม* กัลยพัชร แก้วอุดร** และ ศิริวรรณ เครือวิริยะพันธ์***

โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย ถนนพระราม 4 แขวงปทุมวัน เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์การวิจัย: เพื่อศึกษาปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะ

รูปแบบการวิจัย: การวิจัยเชิงทำนาย

วิธีดำเนินการวิจัย: กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะ จำนวน 110 คน เครื่องมือวิจัย คือ แบบสอบถาม ข้อมูลส่วนบุคคล แบบสอบถามความสามารถในการฟื้นฟูร่างกาย แบบสอบถามการเผชิญปัญหา แบบสอบถามกลุ่มอาการภายหลังสมองได้รับการกระทบกระเทือน แบบประเมินความสามารถในการทำหน้าที่ แบบสอบถามคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะ และแบบสอบถามคุณภาพชีวิตแบบทั่วไป ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ .93, .92, .87, .88, และ .96 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณ

ผลการศึกษา: 1) คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะและคุณภาพชีวิตแบบทั่วไปอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 63.1$, $SD = 10.3$ และ $\bar{X} = 61.3$, $SD = 19.3$ ตามลำดับ) 2) ปัจจัยที่สามารถร่วมกันทำนายคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 เมื่อประเมินด้วยแบบสอบถาม QOLIBRI คือ การเผชิญปัญหา และความสามารถในการฟื้นฟูร่างกาย โดยมีอำนาจการทำนายร้อยละ 18.8 และปัจจัยกลุ่มอาการภายหลังสมองได้รับการกระทบกระเทือน ความสามารถในการฟื้นฟูร่างกาย และระยะเวลาการบาดเจ็บ มีอำนาจการทำนายร้อยละ 41.4 เมื่อประเมินด้วยแบบสอบถาม SF-36V2

สรุป: ผลการศึกษานี้สามารถนำข้อมูลไปใช้เป็นแนวทางในการพัฒนาโปรแกรมการพยาบาล เพื่อเพิ่มคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะได้ โดยปัจจัยกลุ่มอาการภายหลังสมองได้รับการกระทบกระเทือนเป็นปัจจัยที่มีอำนาจการทำนายสูงสุด จึงควรเป็นตัวแปรแรกที่จะนำมาพัฒนาโปรแกรมการพยาบาลจัดการกับกลุ่มอาการดังกล่าว เพื่อเพิ่มคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะ

คำสำคัญ: คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ/ บาดเจ็บศีรษะ/ ปัจจัยทำนาย

* พยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย หัวหน้าโครงการวิจัยและผู้รับผิดชอบหลัก

E-mail: wilaiwan.s@chulahospital.org

** พยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย ผู้วิจัยร่วม

*** ผู้ตรวจการพยาบาลเฉพาะทางอุบัติเหตุ-ฉุกเฉิน โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย ผู้วิจัยร่วม



Predicting factors of health-related quality of life in patients with traumatic brain injury

Wilaiwan Saengniam* Kanyapat Kaewudon ** and Siriwan Kauwiriyan***

Abstract

Purpose: to examine the health-related quality of life (HRQoL) in patients who have experienced traumatic brain injury and to identify the predictive factors related to it.

Design: Predictive research.

Methods: The study involved 110 patients who had experienced traumatic brain injury. Data was collected through questionnaires, including a demographic data form, resilience, coping, post-concussion syndrome, functional status, Disease-Specific Quality of Life (QOLIBRI), and General Quality of Life (SF36V2). The Cronbach's alpha coefficients of the scales were .93, .92, .87, .88, and .96 respectively. The data was analyzed using stepwise multiple regression.

Results: 1) The overall HRQoL were moderate level (QOLIBRI; $\bar{X}$ = 63.1, SD = 10.3 and SF-36V2; $\bar{X}$ = 61.3, SD = 19.3) 2) Coping and resilience were factors predicting the HRQoL in patients with traumatic brain injury at the level of .05, with a prediction power of 18.8 percent (using QOLIBRI questionnaires). Post-concussion syndrome, resilience and time since of injury were factors predicting the HRQoL in patients with traumatic brain injury at the level of .05, with a prediction power of 41.4 percent (using SF-36V2 questionnaires).

Conclusion: The result findings can provide evidenced data for nurses to develop the nursing intervention to increase the HRQoL in patients with traumatic brain injuries. Post-concussion syndrome is the factor with the highest predictive power. Therefore, it should be the first variable that should be to develop a nursing intervention to manage these symptoms to increase the HRQoL in patients with traumatic brain injuries.

Keywords: Quality of life/ Traumatic brain injury/ Predictive factors

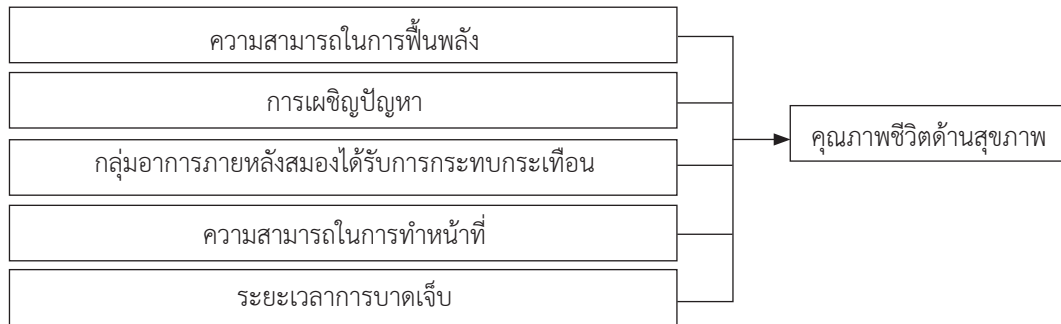


บทนำ

การบาดเจ็บศีรษะ เป็นปัญหาสุขภาพที่ทุกประเทศให้ความสำคัญ ในแต่ละปีมีผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บศีรษะกว่า 10 ล้านคน และมีผู้ป่วย 5.3 ล้านคน ที่ต้องทุกข์ทรมานและดำรงชีวิตอยู่กับปัญหาสุขภาพที่เกิดขึ้น ได้แก่ ปวดศีรษะ อ่อนเพลีย ชัก อารมณ์แปรปรวน ความสามารถในการทำกิจวัตรลดลง การคิดรู้และความจำบกพร่อง เป็นต้น ปัญหาดังกล่าวส่งผลให้คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยลดลง¹ ถึงแม้คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยจะดีขึ้นตามระยะเวลาการเจ็บป่วยที่ผ่านไป แต่มีผู้ป่วยหลายรายที่ยังคงมีปัญหาความสามารถในการทำกิจวัตรลดลง การคิดรู้บกพร่อง สูญเสียความเป็นตัวเอง พึ่งพาผู้อื่นในการทำกิจวัตรประจำวัน ไม่สามารถกลับไปทำงานได้ตามปกติ ขาดกิจกรรมทางสังคม เกิดความวิตกกังวลและซึมเศร้า ทำให้ผู้ป่วยรับรู้ถึงคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพที่ลดลง² จากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยภายหลังการบาดเจ็บศีรษะ พบว่า ภายหลังจำหน่ายจากโรงพยาบาล 1 เดือน ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพอยู่ระดับปานกลาง ร้อยละ 60 และระดับต่ำ ร้อยละ 35.3³ ในผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะระดับเล็กน้อยภายหลังการบาดเจ็บ 3 เดือน คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพส่วนใหญ่อยู่ระดับปานกลาง โดยมีคุณภาพชีวิตที่มีคะแนนต่ำมากที่สุดคือ มิติอารมณ์และทัศนคติในการมองตนเอง มิติความรู้สึคนึกคิด มิติสัมพันธภาพทางสังคม และมิติปฏิบัติกิจวัตรประจำวันโดยไม่ต้องพึ่งพาผู้อื่น ตามลำดับ⁴ ส่วนผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะระดับปานกลางถึงรุนแรง ภายหลังการบาดเจ็บ 1-10 ปี พบว่า ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตอยู่ระดับต่ำ โดยคะแนนคุณภาพชีวิตจะเพิ่มขึ้นเมื่อระยะเวลาผ่านไป แต่ใน 2 ปีแรก เป็นช่วงที่คะแนนคุณภาพชีวิตต่ำที่สุด โดยพบว่า ภายหลังการบาดเจ็บ 1 ปี 2 ปี 5 ปี และ 10 ปี มิติด้านร่างกายมีคะแนนคุณภาพชีวิตเฉลี่ยเท่ากับ 43.0, 43.2, 44.8 และ 48.6 ตามลำดับ ส่วนมิติด้านจิตใจมีคะแนนคุณภาพชีวิตเฉลี่ยเท่ากับ 44.7, 45.5, 45.7

และ 48.0 ตามลำดับ ซึ่งมีมิติที่มีคะแนนต่ำ ได้แก่ มิติบทบาทที่ถูกจำกัดเนื่องจากปัญหาสุขภาพกาย มิติความมีชีวิตชีวา มิติความปวด และมีบทบาทที่ถูกจำกัดเนื่องจากปัญหาด้านอารมณ์ ตามลำดับ⁵

การศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะในประเทศไทย พ.ศ. 2558-2563 พบ 6 งานวิจัย เป็นการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วย 3 งานวิจัย ตัวแปรที่พบ ได้แก่ แรงสนับสนุนทางสังคม ความพิการ⁶ อาการปวดศีรษะ ความแปรปรวนของการนอนหลับ อาการอ่อนล้า⁴ อาการปวดศีรษะและเวียนศีรษะ การจัดการอาการ³ การศึกษาปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วย 3 งานวิจัย ตัวแปรทำนายที่พบ ได้แก่ ความบกพร่องที่เหลืออยู่ การเผชิญปัญหา⁷ ความรุนแรงของการบาดเจ็บ ความพิการ⁸ กลาสโกว์โคมาสเกล การบูรณาการในชุมชน⁹ แรงสนับสนุนทางสังคม ความวิตกกังวล ภาวะซึมเศร้า⁸⁻⁹ ซึ่งปัจจัยทำนาย ได้แก่ ความบกพร่องที่เหลืออยู่ ความรุนแรงของการบาดเจ็บ ความพิการกลาสโกว์โคมาสเกล ไม่สามารถนำมาพัฒนาเป็นโปรแกรมการพยาบาลได้ จึงทบทวนวรรณกรรมในต่างประเทศเพิ่มเติม ซึ่งพบตัวแปรที่น่าสนใจ ได้แก่ ความสามารถในการฟื้นพลัง (Resilience)¹⁰⁻¹² ความสามารถในการทำหน้าที่¹³⁻¹⁴ ระยะเวลาการบาดเจ็บ¹⁴ อาการภายหลังสมองได้รับการกระทบกระเทือน¹⁵ ซึ่งการนำมาศึกษาในบริบทที่แตกต่างกัน อาจให้ผลการวิจัยที่แตกต่างกันได้ เนื่องจากวัฒนธรรม ความเชื่อ ค่านิยม สิ่งแวดล้อมที่แตกต่าง จะสะท้อนถึงคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพที่แตกต่างกันได้ ตัวแปรการเผชิญปัญหา เป็นตัวแปรที่นำมาศึกษาซ้ำ เนื่องจากเครื่องมือที่ใช้ประเมินการเผชิญปัญหาและประเมินคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพมีความแตกต่างจากงานวิจัยที่ผ่านมา และการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยใช้แบบประเมินคุณภาพชีวิต 2 แบบ ดังรายละเอียดในเครื่องมือในการวิจัย ซึ่งอาจจะสะท้อนถึงคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพที่แตกต่างกันได้



แผนภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

กรอบแนวคิดในการวิจัย

คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะ ใช้แนวคิดที่อธิบายถึงการเจ็บป่วยหรือการดูแลรักษาภายหลังการบาดเจ็บที่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพด้านร่างกาย จิตใจ บทบาทหน้าที่ทางสังคมและการรับรู้สุขภาพโดยทั่วไป¹⁶ ซึ่งตัวแปรที่ผู้วิจัยใช้ในการศึกษานี้เป็นตัวแปรด้านร่างกาย จิตใจและบทบาทหน้าที่ทางสังคม ที่คัดเลือกมาจากการทบทวนวรรณกรรมในประเทศไทยและต่างประเทศ ดังนี้ (แผนภาพที่ 1)

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อศึกษาคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะ และศึกษาปัจจัยทำนาย ได้แก่ ความสามารถในการฟื้นพลัง การเผชิญปัญหา กลุ่มอาการภายหลังสมองได้รับการกระทบกระเทือน ความสามารถในการทำหน้าที่ ระยะเวลาการบาดเจ็บ กับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะ

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงทำนาย (Descriptive predictive study)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะภายหลัง

การบาดเจ็บ 1 เดือน ถึง 2 ปี อายุ 18 ปีขึ้นไป ที่เคยนอนพักรักษาตัวภายใน 24 ชั่วโมง ที่หอผู้ป่วยของโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะ ภายหลังการบาดเจ็บ 1 เดือน ถึง 2 ปี ทั้งเพศชายและเพศหญิง อายุ 18 ปีขึ้นไป ที่เคยนอนพักรักษาตัวภายใน 24 ชั่วโมง ที่หอผู้ป่วยแผนกศัลยกรรมบาดเจ็บหรือหอผู้ป่วยวิกฤต ศัลยกรรมประสาทของโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ จำนวน 110 คน โดยเก็บข้อมูลระหว่างวันที่ 12 กุมภาพันธ์ 2562 ถึง 31 กรกฎาคม 2566

การคัดเลือกผู้ป่วยที่มีคุณสมบัติตามที่กำหนด (Inclusion criteria) ใช้การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive Sampling) โดยกำหนดคุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่าง ดังนี้ 1) มีระดับความรู้สึกตัว แกร์บ (Glasgow Coma Scale: GCS) คะแนนรวมตั้งแต่ 3 คะแนนขึ้นไป 2) มีความเข้าใจและสามารถสื่อสารด้วยการพูด อ่าน และฟังภาษาไทยได้ 3) ไม่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่ามีอาการทางจิตประสาท สับสน หรือสมองเสื่อม 4) มีความยินดีและเต็มใจในการเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้

การกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง ใช้สูตรการคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างของ Thorndike (1978) ซึ่งจำนวนตัวแปรที่ศึกษามีทั้งหมด 6 ตัวแปร ดังนั้นกลุ่ม



ตัวอย่างที่ต้องการเท่ากับ $n \geq (10 \times 6) + 50 = 110$ ผลการคำนวณได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 110 คน และเพื่อป้องกันการสูญหายของข้อมูล จึงเพิ่มขนาดของกลุ่มตัวอย่างอีกร้อยละ 10 ดังนั้นได้จำนวนกลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้น 121 คน

เครื่องมือวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูลผ่านการทดสอบความเชื่อมั่นก่อนนำมาใช้เก็บข้อมูลกับผู้ป่วยที่มีคุณสมบัติเช่นเดียวกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน และแบบสอบถามทั้งหมดผู้วิจัยได้รับอนุญาตจากเจ้าของเครื่องมือแล้ว ซึ่งเครื่องมือวิจัยเป็นแบบสอบถามประกอบด้วย

1. แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล มี 2 ส่วน คือ

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล มีข้อคำถามทั้งหมด 9 ข้อ ประกอบด้วย เพศ อายุ ศาสนา สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา รายได้ปัจจุบัน โรคประจำตัว อาชีพปัจจุบัน ผลต่อการประกอบอาชีพหลังได้รับบาดเจ็บ โดยผู้ป่วยตอบเอง

ส่วนที่ 2 แบบบันทึกเกี่ยวกับประวัติการบาดเจ็บศีรษะ ส่วนนี้ผู้วิจัยเป็นผู้บันทึก มีข้อคำถาม 8 ข้อ ประกอบด้วย สาเหตุการบาดเจ็บ การวินิจฉัยโรค การวินิจฉัยโรคร่วม การบาดเจ็บร่วมกับระบบหรืออวัยวะอื่น ๆ คะแนน GCS แรกรับ ตำแหน่งของก้อนเลือด ระยะเวลายุ่งโรงพยาบาล ระยะเวลาดังแต่บาดเจ็บจนถึงปัจจุบัน ซึ่งได้ข้อมูลจากเวชระเบียน

2. แบบสอบถามความสามารถในการฟื้นพลัง ใช้ The Connor-Davidson Resilience Scale-10 Item (CD-RISC-10) ของ Connor and Davidson (2003)¹⁷ ดัดแปลงมาจาก The Connor-Davidson Resilience Scale-25 Item (CD-RISC-25) แปลเป็นภาษาไทยโดย Nauwarat Imlimtharn (2013) มีคำถาม 10 ข้อ แต่ละข้อเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ คะแนนรวมมีค่าตั้งแต่ 0-40 คะแนน คะแนนมาก หมายถึง ผู้ป่วยมีความสามารถในการฟื้นพลังสูง ความเที่ยงของแบบสอบถามมีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ .93

3. แบบสอบถามการเผชิญปัญหา ใช้แบบสอบถามการเผชิญปัญหา Jalowiec coping scales สร้างโดย Jalowiec et al. (1984) ฉบับแปลเป็นภาษาไทยของ ปราณี มิ่งขวัญ (2542)¹⁸ มีคำถาม 36 ข้อ แบ่งวิธีการเผชิญปัญหาออกเป็น 3 วิธี คือ 1) การเผชิญปัญหาแบบมุ่งแก้ไขปัญหามีคำถาม 13 ข้อ 2) การเผชิญปัญหาแบบมุ่งปรับอารมณ์ มี 9 ข้อ 3) การเผชิญปัญหาแบบเลือกการรับรู้ปัญหา มี 14 ข้อ แต่ละข้อมีค่า 1-5 คะแนน ดังนั้นคะแนนการเผชิญปัญหาโดยรวม จึงมีค่าระหว่าง 36-180 คะแนน การเผชิญปัญหาแบบมุ่งแก้ไขปัญหามีค่า 13-65 คะแนน การเผชิญปัญหาแบบมุ่งปรับอารมณ์มีค่า 9-45 คะแนน และการเผชิญปัญหาแบบเลือกการรับรู้ปัญหา มีค่า 14-70 คะแนน การแปลผล ใช้การคำนวณด้วยคะแนนสัมพัทธ์ คือ การเปรียบเทียบสัดส่วนการเผชิญปัญหา โดยคำนวณหาค่าเฉลี่ยรายด้านก่อน จากนั้นนำค่าเฉลี่ยแต่ละด้านหารด้วยผลรวมค่าเฉลี่ยของทุกด้าน จะได้เป็นคะแนนสัมพัทธ์ ซึ่งมีคะแนนอยู่ระหว่าง 0.001-1.000 แล้วเปรียบเทียบการใช้การเผชิญปัญหาทุกด้าน คะแนนสัมพัทธ์ด้านใดมาก หมายถึง มีการใช้การเผชิญปัญหาด้านนั้นมาก ความเที่ยงของแบบสอบถามมีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ .92

4. แบบสอบถามกลุ่มอาการภายหลังสมองได้รับการกระทบกระเทือน ใช้ The Rivermead Post Concussion Symptoms Questionnaire ของ King, et al. (1995) แปลเป็นภาษาไทยโดยธนภรณ์ เปรมสัย (2546)¹⁹ ใช้ประเมินความรุนแรงของกลุ่มอาการ มีข้อคำถามปลายปิด 16 ข้อ แบ่งเป็นกลุ่มอาการด้านร่างกาย ด้านการรับรู้ ด้านพฤติกรรมทางอารมณ์ และด้านการมองเห็น และคำถามปลายเปิด 2 ข้อ แต่ละข้อเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ ตั้งแต่ 0-4 ระดับ การแปลผลคะแนน คะแนนรวมสูง หมายถึง มีความรุนแรงของปัญหามาก ความเที่ยงของแบบสอบถามมีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ .87

5. แบบประเมินความสามารถในการทำหน้าที่ ใช้แบบประเมินการทำหน้าที่ด้านร่างกาย Karnnfsky Performance Status Scale ของ Karnnfsky, et al.



(1949) แปลและปรับปรุงเป็นภาษาไทยโดยอำนวยพร อาษานอก (2549)²⁰ สอบถามเกี่ยวกับความสามารถในการทำงาน การปฏิบัติกิจกรรมเกี่ยวกับงานบ้าน และความต้องการความช่วยเหลือในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน มี 1 ข้อคำถาม ให้คะแนนเป็นช่วงคะแนนตั้งแต่ 0-100 โดยคะแนน 100 คะแนน หมายถึง ผู้ป่วยมีสุขภาพดี ไม่มีภาวะเจ็บป่วย สามารถประกอบกิจกรรมต่าง ๆ ได้ตามปกติ ผู้วิจัยเป็นผู้ประเมินจากการซักถามผู้ป่วยและญาติ

6. แบบสอบถามคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะ ประกอบด้วย 2 แบบสอบถาม คือ

6.1 แบบสอบถามคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพเฉพาะโรค ใช้ QOLIBRI แปลเป็นภาษาไทยโดยธิดา พึ่งฉิ่ง (2558)⁷ มี 37 ข้อคำถาม ประเมิน 2 มิติย่อย ได้แก่ มิติที่ 1 เกี่ยวกับความพึงพอใจต่อตนเองและสัมพันธภาพทางสังคม และมิติที่ 2 เกี่ยวกับความรู้สึถึงปัญหาที่รบกวนด้านร่างกายและอารมณ์ ความรู้สึก การแปลผลใช้การหาค่าเฉลี่ยของตัวแปรแต่ละด้าน (ค่าคะแนนอยู่ในช่วง 1-5 คะแนน) ที่คำนวณได้ ลบด้วย 1 แล้วคูณด้วย 25 จะได้ค่าคะแนนอยู่ในช่วง 0-100 คะแนน คะแนนสูงหมายถึง การมีคุณภาพชีวิตดี ความเที่ยงของแบบสอบถามมีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ .88

6.2 แบบสอบถามคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพแบบทั่วไป ใช้ SF-36Version 2.0 แปลภาษาไทย โดย กิตติ จิระรัตนโพธิ์ชัยและคณะ (2548)²¹ มี 36 ข้อคำถาม เป็นการประเมิน 2 ด้าน ด้านละ 4 มิติ เป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ การแปลผลคะแนนคุณภาพชีวิตเฉลี่ยโดยรวมและรายด้าน คำนวณจากการนำคะแนนที่ได้มาเทียบเป็น 100 คะแนน (คะแนนที่ได้ $\times 100$) / คะแนนรวมทั้งหมดของคะแนนโดยรวมหรือรายด้านนั้น ซึ่งคะแนนจะมีค่าอยู่ในช่วง 0-100 คะแนน คะแนนสูงหมายถึง การมีคุณภาพชีวิตดี ความเที่ยงของแบบสอบถามมีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ .96

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย รหัสโครงการ 741/61 และผู้วิจัยพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่างโดยการเก็บความลับ การนำเสนอข้อมูลในภาพรวม และลงนามในหนังสือให้ความยินยอมในการเข้าร่วมวิจัย

วิธีเก็บรวบรวมข้อมูล

หลังได้รับอนุมัติจากผู้อำนวยการโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ผู้วิจัยประสานงานกับเจ้าหน้าที่สารสนเทศเพื่อค้นหากลุ่มตัวอย่างจากระบบโปรแกรมคอมพิวเตอร์ของโรงพยาบาลย้อนหลัง 1 เดือน ถึง 2 ปี หลังผู้ป่วยจำหน่ายจากหอผู้ป่วย และคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามคุณสมบัติที่กำหนดไว้ บันทึกวันที่ เวลา สถานที่ ที่กลุ่มตัวอย่างมาตรวจที่แผนกผู้ป่วยนอก วันที่เข้าพบกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์ ประโยชน์ ความเสี่ยงในการเข้าร่วมวิจัย แฉ่งเวลาในการตอบแบบสอบถามประมาณ 30-40 นาที เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินดีเข้าร่วมการวิจัยให้กลุ่มตัวอย่างลงชื่อในใบยินยอมเข้าร่วมวิจัย เมื่อผู้วิจัยได้แบบสอบถามจากกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยตรวจสอบความถูกต้อง ความครบถ้วน และนำข้อมูลไปวิเคราะห์ทางสถิติต่อไป

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยวิเคราะห์โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป Statistical package for the social science (SPSS) for Windows version 22 โดยกำหนดค่านัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยใช้สถิติวิเคราะห์ ดังนี้ 1) ข้อมูลส่วนบุคคล วิเคราะห์ด้วยค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าต่ำสุด ค่าสูงสุด ค่าพิสัย 2) ความสามารถในการฟื้นพลัง การเผชิญปัญหา กลุ่มอาการภายหลังสมองได้รับการกระทบกระเทือน ความสามารถในการทำหน้าที่คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ วิเคราะห์ด้วยค่าเฉลี่ย และส่วน



เบี่ยงเบนมาตรฐาน 3) ข้อตกลงเบื้องต้น (Assumption) สำหรับการทดสอบสมมติฐานทางสถิติ โดยทดสอบการกระจายของข้อมูลด้วยความเบ้และความโด่ง (Skewness and Kurtosis) การตรวจสอบความสัมพันธ์พหุร่วมเชิงเส้น (Multicollinearity) ระหว่างปัจจัยใช้ Tolerance และ Variance Inflation Factor (VIF) ค่าความคลาดเคลื่อนของปัจจัยที่เป็นอิสระโดย Durbin-Watson และค่าแปรปรวนของความคลาดเคลื่อนมีค่าคงที่ (Homoscedasticity of variance) ของตัวแปรตามใช้ scatter plot ความสัมพันธ์เชิงเส้นตรง (Linearity) ซึ่งทุกตัวแปรเป็นไปตามข้อตกลงเบื้องต้น 4) การวิเคราะห์ปัจจัยและอำนาจการทำนาย ใช้สถิติถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน (Stepwise multiple regression analysis)

ผลการวิจัย

1. กลุ่มตัวอย่างเป็นเพศชาย ร้อยละ 66.4 เพศหญิง ร้อยละ 33.6 มีอายุเฉลี่ย 48 ปี ($\bar{X}=47.8$, $SD=22.2$) ช่วงอายุที่พบมากที่สุด คืออายุ 18-30 ปี และอายุ 61 ปีขึ้นไป เกือบทั้งหมดนับถือศาสนาพุทธ ร้อยละ 44.5 มีสถานภาพคู่ และร้อยละ 43.7 สถานภาพโสด จบการศึกษาระดับมัธยมศึกษาหรือปวช. ร้อยละ 36.4 ภายหลังการบาดเจ็บกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 57.2 รายงานว่าการบาดเจ็บไม่ส่งผลต่อการประกอบอาชีพ โดยร้อยละ 67.3 ยังสามารถประกอบอาชีพได้ มีอาชีพรับจ้าง ร้อยละ 29.1 อาชีพพนักงานบริษัท ร้อยละ 12.7 และรายได้ของกลุ่ม

ตัวอย่างส่วนใหญ่ อยู่ในช่วง 10,001-20,000 บาท ($\bar{X}=13,514.6$, $SD=16,294.2$)

2. กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีสาเหตุการบาดเจ็บจากการหกล้มศีรษะกระแทกพื้น ครึ่งหนึ่งไม่มีการบาดเจ็บร่วมกับระบบอื่น ร้อยละ 55.5 ไม่มีการวินิจฉัยโรคร่วม ร้อยละ 84.5 คะแนน Glasgow coma scale แรก รับ อยู่ระหว่าง 13-15 คะแนน ร้อยละ 45.5 ภายหลังการบาดเจ็บพบว่า ไม่มีเลือดออกในสมอง เกือบครึ่งหนึ่งระยะเวลาที่อยู่โรงพยาบาลอยู่ระหว่าง 1-3 วัน ($\bar{X}=10.6$, $SD=18.9$) และส่วนใหญ่ระยะเวลาตั้งแต่บาดเจ็บจนถึงปัจจุบัน อยู่ระหว่าง 31-39 วัน ($\bar{X}=43.1$, $SD=23.4$)

3. ประเมินคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะ ด้วยแบบสอบถาม QOLIBRI พบว่า คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพโดยรวมของผู้ป่วย มีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X}=63.1$, $SD=10.3$) วิเคราะห์คุณภาพชีวิตรายด้าน ดังตารางที่ 1

4. ประเมินคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะ ด้วยแบบสอบถาม SF-36V2 พบว่า คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพโดยรวม มีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X}=61.3$, $SD=19.3$) และเมื่อพิจารณาคุณภาพชีวิต 2 ด้าน พบว่า ทั้งด้านร่างกาย ($\bar{X}=59.1$, $SD=22.9$) และด้านจิตใจ ($\bar{X}=66.3$, $SD=17.6$) มีค่าเฉลี่ยคะแนนอยู่ในระดับปานกลางเช่นกัน วิเคราะห์ในมิติย่อยของด้านร่างกายและด้านจิตใจ ดังตารางที่ 1



ตารางที่ 1 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะ รายด้านและโดยรวม โดยใช้แบบสอบถาม QOLIBRI และแบบสอบถาม SF36V2 (n=110)

คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ		คะแนน		
ต่ำสุด-สูงสุด	Mean ($\bar{X}$)	SD	ระดับ	
QOLIBRI				
ด้านสัมพันธภาพทางสังคม	8.3-100	71.1	16.6	สูง
ด้านการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันโดยไม่พึ่งพาผู้อื่น	0-100	69.2	19.3	สูง
ด้านอารมณ์และทัศนคติในการมองตนเอง	25-100	69.2	17.4	สูง
ด้านความรู้สึกนึกคิด	0-100	67.9	18.7	สูง
ด้านปัญหาการบกพร่องทางร่างกาย	0-100	48.6	24.7	ปานกลาง
ด้านปัญหาการบกพร่องทางอารมณ์และความรู้สึกต่างๆ	0-100	44.5	21.9	ปานกลาง
โดยรวม	37.1-84.5	63.1	10.3	ปานกลาง
SF36V2				
ด้านร่างกาย	5.4-100	59.1	22.9	ปานกลาง
-ความปวดของร่างกาย	0-100	69.3	24.3	สูง
-บทบาทที่ถูกจำกัดเนื่องจากปัญหาสุขภาพกาย	0-100	64.1	28.2	ปานกลาง
-การรับรู้สุขภาพโดยทั่วไป	5-100	58.9	23.1	ปานกลาง
-การทำงานของร่างกาย	0-100	55.1	30.0	ปานกลาง
ด้านจิตใจ	21.4-100	66.3	17.6	ปานกลาง
-การทำหน้าที่ทางสังคม	0-100	70.4	23.3	สูง
-สุขภาพจิต	35-100	68.5	17.1	สูง
-บทบาทที่ถูกจำกัดเนื่องจากปัญหาด้านอารมณ์	0-100	65.9	29.0	ปานกลาง
-ความมีชีวิตชีวา	0-100	61.9	20.0	ปานกลาง
โดยรวม	12.2-100	61.3	19.3	ปานกลาง

5. ปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ เมื่อใช้แบบสอบถาม QOLIBRI ตรวจสอบข้อตกลงก่อนการวิเคราะห์ โดยค่าความคลาดเคลื่อนของปัจจัยเป็นอิสระต่อกัน ค่า Durbin-Watson เท่ากับ 2.121 และไม่มี Multicollinearity ระหว่างตัวแปรทำนาย ซึ่งผลการศึกษาพบว่า ตัวแปรการเผชิญปัญหา และความสามารถ

ในการฟื้นฟูพลัง ร่วมทำนายคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะได้ร้อยละ 18.8 ($R^2 = .188$, $F = 12.408$, $p < .05$) ดังตารางที่ 2 ซึ่งสามารถสร้างสมการทำนายคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะได้ ดังนี้

$$\hat{Z}_{\text{คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ(QOLIBRI)}} = +.325 Z_{\text{การเผชิญปัญหา}} + .214 Z_{\text{ความสามารถในการฟื้นฟูพลัง}}$$



6. ปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิต เมื่อใช้แบบสอบถาม SF36V2 ตรวจสอบข้อตกลงก่อนการวิเคราะห์ โดยค่าความคลาดเคลื่อนของปัจจัยเป็นอิสระต่อกัน ค่า Durbin-Watson เท่ากับ 2.037 และไม่มี Multicollinearity ระหว่างตัวแปรทำนาย ซึ่งผลการศึกษาพบว่า ตัวแปรกลุ่มอาการภายหลังสมองได้รับการ

กระทบกระเทือน ความสามารถในการฟื้นฟูพลัง และระยะเวลาการบาดเจ็บ ร่วมทำนายคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะได้ร้อยละ 41.4 ($R^2 = .411$, $F = 24.915$, $p < .05$) ดังตารางที่ 2 ซึ่งสามารถสร้างสมการทำนายคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะได้ ดังนี้

$$\hat{Z}_{\text{คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ (SF36V2)}} = -.388Z_{\text{กลุ่มอาการภายหลังสมองได้รับการกระทบกระเทือน}} + .371Z_{\text{ความสามารถในการฟื้นฟูพลัง}} - .195Z_{\text{ระยะเวลาการบาดเจ็บ}}$$

ตารางที่ 2 ค่าสัมประสิทธิ์การถดถอยของการเผชิญปัญหา ความสามารถในการฟื้นฟูพลัง กลุ่มอาการภายหลังสมอง ได้รับการกระทบกระเทือน และระยะเวลาการบาดเจ็บ ในการทำนายคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะ

ตัวแปรทำนาย	B	SEb	Beta	t	p-value	Tolerance	VIF
QOLIBRI							
Constant	37.232	5.334		6.980	.000		
การเผชิญปัญหา	6.314	1.758	.325	3.592	.000	.928	1.077
ความสามารถในการฟื้นฟูพลัง	.292	.124	.214	2.364	.002	.928	1.077
R = .434 $R^2 = .188$ Adjust $R^2 = .173$ SE = 9.34289 F = 12.408 D.W. = 2.121							
SF36V2							
Constant	52.140	6.768		7.704	.000		
กลุ่มอาการภายหลังสมอง							
ได้รับการกระทบกระเทือน	-.754	.157	-.388	-4.808	.000	.851	1.175
ความสามารถในการฟื้นฟูพลัง	.955	.208	.371	4.592	.000	.848	1.179
ระยะเวลาการบาดเจ็บ	-.155	.059	-.195	-2.614	.010	.991	1.009
R = .643 $R^2 = .414$ Adjust $R^2 = .397$ SE = 15.02630 F = 24.915 D.W. = 2.037							

การอภิปรายผล

จากการศึกษาคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพโดยรวมของผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะด้วยแบบสอบถาม QOLIBRI และ SF-36V2 พบว่า คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพโดยรวมของกลุ่มตัวอย่างอยู่ในระดับปานกลาง โดยมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 63.1 (SD=10.3) และ 61.3 (SD=19.3) ตามลำดับ อาจเกี่ยวข้องกับกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 90 รู้สึก

ว่าการบาดเจ็บทำให้เกิดปัญหารบกวนทั้งทางร่างกาย อารมณ์และความรู้สึก จากผลการวิจัยรายข้อพบว่า ร้อยละ 63.6 เกิดกลุ่มอาการรบกวนมากกว่า 6 อาการ ร้อยละ 19.2 เกิดอาการรบกวน 1-3 อาการ และร้อยละ 17.2 เกิดอาการรบกวน 4-6 อาการ โดยอาการที่พบได้แก่ อาการเวียนศีรษะหรือมึนงง (67.3%) ปวดศีรษะ (65.5%) อ่อนเพลียหรือเหนื่อยล้า (55.5%) การนอนหลับผิดปกติ (50.0%) เป็นต้น ซึ่งปัญหาดังกล่าวอาจ



ทำให้กลุ่มตัวอย่างรู้สึกว่าคุณภาพชีวิตที่ไม่ดี สอดคล้องกับการศึกษาของ Costello และคณะ¹ ที่พบว่า ภายหลังการบาดเจ็บศีรษะ ผู้ป่วยเกิดปัญหาปวดศีรษะ เวียนศีรษะ อ่อนเพลีย หลงลืมง่าย สมาธิสั้น คิดช้าลง วิตกกังวล สับสน คับข้องใจ เป็นต้น ซึ่งส่งผลให้ไม่สามารถทำกิจกรรม หรือมีสัมพันธภาพกับสังคม หรือกลับไปทำงานได้ตามปกติ ทำให้รู้สึกคุณภาพชีวิตไม่ดี

ปัจจัยที่สามารถทำนายคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้บาดเจ็บศีรษะ อภิปรายดังนี้

การเผชิญปัญหา สามารถทำนายคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้บาดเจ็บศีรษะได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($\beta = .325, p < .001$) จากผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างอายุเฉลี่ย 47 ปี ซึ่งเป็นช่วงวัยผู้ใหญ่ที่มีการสะสมประสบการณ์และวิธีการแก้ไขปัญหาต่าง ๆ ทำให้มีวุฒิภาวะด้านอารมณ์และจิตใจสมบูรณ์ ดังนั้นเมื่อเกิดปัญหาจึงสามารถคิดวิเคราะห์และเลือกวิธีจัดการกับปัญหาได้อย่างเหมาะสม จะเห็นว่ากลุ่มตัวอย่างมีการใช้วิธีการเผชิญปัญหาแบบมุ่งแก้ไขปัญหามากที่สุด ($\bar{X} = 3.27, SD = .79$) ทำให้แก้ไขปัญหาได้ ระดับความเครียดลดลง และส่งผลให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีตามมา สอดคล้องกับการศึกษาของ ของ ธนิตา พึ่งฉิ่ง⁷ พบว่า วิธีการเผชิญปัญหาเป็นปัจจัยร่วมในการทำนายคุณภาพชีวิตของผู้รอดชีวิตจากการบาดเจ็บศีรษะได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

กลุ่มอาการภายหลังสมองได้รับการกระทบกระเทือน สามารถทำนายคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้บาดเจ็บศีรษะได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($\beta = -.388, p < .001$) ซึ่งกลุ่มอาการเหล่านี้ส่งผลกระทบต่อการดำเนินชีวิตของผู้ป่วย ทำให้ผู้ป่วยรับรู้ถึงคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพลดลง สอดคล้องกับการศึกษาของ Voormolen, et al.¹⁵ ที่พบว่า ผู้บาดเจ็บศีรษะร้อยละ 38.7 รู้สึกทุกข์ทรมานจากอาการภายหลังสมองได้รับการกระทบกระเทือน ผู้ป่วยเกิดอาการรบกวนเฉลี่ย 7 อาการ ซึ่งอาการเหล่านี้มีความสัมพันธ์เชิงลบกับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพทุกมิติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($rS = -.621, p < .001$)

ความสามารถในการฟื้นฟูพลัง สามารถทำนายคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้บาดเจ็บศีรษะได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($\beta = .371, p < .001$) จากข้อมูลพบว่า กลุ่มตัวอย่างคิดว่าตนเองเป็นคนที่เข้มแข็งสามารถรับมือกับความท้าทายและอุปสรรคต่าง ๆ ในชีวิตได้ ($\bar{X} = 3.0, SD = 1.07$) อีกทั้งคิดว่าตนเองเป็นคนที่ไม่ท้อแท้ง่าย ๆ กับความล้มเหลว ($\bar{X} = 2.90, SD = 1.13$) ซึ่งความคิดดังกล่าวนับเป็นศักยภาพด้านจิตใจที่สำคัญที่ช่วยให้การฟื้นฟูสภาพดีขึ้น และช่วยให้สามารถเผชิญกับปัญหาและอุปสรรคต่าง ๆ ได้อย่างเหมาะสม ส่งผลให้เกิดคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพที่ดีตามมา สอดคล้องกับการศึกษาของ Rapport, et al.¹¹ ที่พบว่า ความสามารถในการฟื้นฟูพลัง มีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตทั้งมิติด้านร่างกายและมิติด้านจิตใจของผู้บาดเจ็บศีรษะอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .73, p < .01$ และ $r = .36, p < .05$ ตามลำดับ) และการศึกษาของ Assonov¹² พบว่า ความสามารถในการฟื้นฟูพลัง มีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตผู้บาดเจ็บศีรษะอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .28, p < .001$) และเป็นปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตของผู้บาดเจ็บศีรษะได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($\beta = .172, p < .001$)

ระยะเวลาการบาดเจ็บ สามารถทำนายคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้บาดเจ็บศีรษะได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($\beta = -.195, p < .01$) ซึ่งหมายถึงระยะเวลาการบาดเจ็บที่ยาวนานทำให้คุณภาพชีวิตผู้ป่วยไม่ดี ซึ่งจะเห็นว่าภายหลังการบาดเจ็บศีรษะ ผู้ป่วยต้องประสบกับปัญหาสุขภาพหลาย ๆ ด้าน เช่น ปวดศีรษะ เวียนศีรษะ คลื่นไส้อาเจียน นอนไม่หลับ วิตกกังวล ซึมเศร้า หงุดหงิด ความจำผิดปกติ เป็นต้น ซึ่งปัญหาเหล่านี้กระทบต่อการดำเนินชีวิตปกติของผู้ป่วย หากผู้ป่วยต้องอยู่กับปัญหาสุขภาพยาวนานย่อมส่งผลให้คุณภาพชีวิตผู้ป่วยแย่ลง สอดคล้องกับการศึกษาของ Verdugo, et al.¹⁴ ที่พบว่า ระยะเวลาการบาดเจ็บที่ยาวนานส่งผลให้คุณภาพชีวิตแย่ลง ซึ่งระยะเวลาการบาดเจ็บเป็นปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้บาดเจ็บศีรษะอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($\beta = -3.97, p < .01$)



อย่างไรก็ตามผลการศึกษานี้พบว่า ความสามารถในการทำหน้าที่ไม่สามารถทำนายคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะได้ เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 55.5 ไม่มีการวินิจฉัยโรคร่วม ร้อยละ 84.5 คะแนน GCS แกร็บอยู่ระหว่าง 13-15 คะแนน (บาดเจ็บศีรษะระดับเล็กน้อย) ร้อยละ 45.5 ไม่มีเลือดออกในสมอง ร้อยละ 70 มีความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมตามปกติ ทำงานได้โดยไม่ต้องการดูแลเป็นพิเศษ และร้อยละ 67.3 สามารถกลับไปประกอบอาชีพได้ จากข้อมูลดังกล่าว แสดงให้เห็นว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่หลงเหลือความบกพร่องของร่างกายเล็กน้อย มีการฟื้นตัวดี จึงทำให้ผู้ป่วยรู้สึกว่าคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพที่ดี

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

พยาบาลมีบทบาทสำคัญในการส่งเสริมคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วย โดยควรมีการจัดโปรแกรมทางการพยาบาลในการจัดการกลุ่มอาการภายหลังสมองได้รับการกระทบกระเทือนเป็นอันดับแรก เพราะมีอำนาจการทำนายคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะสูงสุด ซึ่งจะช่วยให้ลดความไม่สุขสบาย ลดอาการที่รบกวนสุขภาพของผู้ป่วย เพื่อให้ผู้ป่วยเกิดคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพที่ดียิ่งขึ้น

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป สามารถจัดเป็นโปรแกรมการพยาบาลได้ดังนี้

1. ควรพัฒนาโปรแกรมเชิงรุกเพื่อคัดกรองและวางแผนการจัดการกลุ่มอาการภายหลังสมองได้รับการกระทบกระเทือน เพราะเป็นปัญหาสุขภาพที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วย

2. ควรส่งเสริมความสามารถในการฟื้นพลังโดยพัฒนาโปรแกรมสร้างความแข็งแกร่งทางจิตใจให้ผู้ป่วย เพราะจะช่วยให้ผู้ป่วยรับมือกับปัญหาสุขภาพที่เกิดขึ้นได้

3. จัดกิจกรรมกลุ่มเพื่อเสริมทักษะการเผชิญปัญหาภายหลังการบาดเจ็บศีรษะ เพื่อให้ผู้ป่วยมีทักษะการจัดการกับปัญหาต่าง ๆ ได้อย่างเหมาะสม

ข้อจำกัดในการวิจัย

ระหว่างดำเนินงานวิจัยเกิดสถานการณ์การระบาดของไวรัส COVID-19 ทำให้จำนวนผู้ป่วยลดลง จึงต้องขยายเวลาในการเก็บข้อมูล และกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะระดับปานกลางและระดับรุนแรงไม่สามารถมาตรวจที่แผนกผู้ป่วยนอกได้ ทำให้ขาดกลุ่มตัวอย่างที่เป็นตัวแทนของประชากร

กิตติกรรมประกาศ

โครงการวิจัยนี้ได้รับความอนุเคราะห์และสนับสนุนการดำเนินวิจัยจากทุนวิจัยสภาอากาศไทย ทั้งนี้ ทีมผู้วิจัยต้องขอขอบคุณสภาอากาศไทยเป็นอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

References

1. Costello RS, Downing MG, Ponsford J. The experience of traumatic brain injury in a culturally and linguistically diverse sample in Australia. Disabil Rehabil [Internet]. 2024 May 16 [cited 2024 Jun 29];46(10): 2069-2078. Available from:

<https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/09638288.2023.2216473> doi: 10.1080/09638 288.2023.2216473

2. Rauen K, Reichelt L, Probst P, Schäpers B, Müller F, Jahn K, Plesnila N. Quality of life up to 10 years after traumatic brain injury: A cross-sectional analysis. Health Qual Life Outcomes [Internet]. 2020 Jun



- 4 [cited 2024 Jun 29];18(1): 166-77. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32498679/> doi: 10.1186/s12955-020-01391-3 PubMed PMID: 32498679 PMCID: PMC7271485.
3. Ponjaras S, Hirunchunha S, Phonphet C. Headache and dizziness, symptom management, and quality of life of patients with mild traumatic brain injury. JRN-MHS [Internet]. 2018 Sep. 30 [cited 2024 Jun 2];38(3):65-78. Available from: <https://he02.tci-thaijo.org/index.php/nur-psu/article/view/148301> (In Thai).
4. Theankaew K, Samartkit N, Masingboon K. Relationships between headache, sleep disturbance, fatigue and quality of life in patients with mild traumatic brain injury at 3 months after the trauma. J Nurs Health Care [Internet]. 2019 Dec. 27 [cite 2024 Jun 2];37(4):157-66. Available from: <https://he01.tci-thaijo.org/index.php/jnat-ned/article/view/233702/160613> (In Thai).
5. Forslund MV, Perrin PB, Sigurdardottir S, Howe EI, van Walsem MR, Arango-Lasprilla JC, et al. Health-related quality of life trajectories across 10 years after moderate to severe traumatic brain injury in Norway. J Clin Med [Internet]. 2021 Jan 5 [cited Jun 29];10(1):157-70. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33466321/> doi: 10.3390/jcm10010157 PubMed PMID: 33466321 PMCID: PMC7794850.
6. Nipathakusolkiet P, Nimitphan P, Songwathana P. Factors related to quality of life among traumatic brain injury patients after discharged. Songklanagarind J Nurs [Internet]. 2015 Apr 21 [cited 2024 Jun 2];35(1):135-52. Available from: <https://he02.tci-thaijo.org/index.php/nur-psu/article/view/33104> (In Thai).
7. Puengching T. Predicting factors of health related quality of life among traumatic brain injury survivors [dissertations]. Bangkok: Chulalongkorn University; 2015. 180 p. (In Thai).
8. Arundon K, Songwathana P, Anumas N, Rattichot C, Sawatdinarunart S, Cheevarungrod A. Factors influencing health related quality of life in traumatic brain injury patients after discharged from a tertiary hospital. pnujr [Internet]. 2016 Aug 27 [2024 Jun 2];8(3):1-13. Available from: https://www.nur.psu.ac.th/researchdb/file_warasarn/15415journal2.pdf (In Thai).
9. Songwathana P, Kitrungrote L, Anumas N, Nimitpan P. Predictive factors for health-related quality of life among Thai traumatic brain injury patients. J Beh Sci [Internet]. 2018 Jan. 31 [cited 2024 Jun 2];13(1):82-9. Available from: https://www.nur.psu.ac.th/researchdb/file_warasarn/14254journal2.pdf
10. Vos L, Poritz JMP, Ngan E, Leon-Novelo L, Sherer M. The relationship between resilience, emotional distress, and community participation outcomes following traumatic brain injury. Brain Inj [Internet]. 2019 [cited 2024 Jun 29];33(13-14):1615-23. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31456432/> doi: 10.1080/02699052.2019.1658132 PubMed PMID: 31456432.
11. Rapport LJ, Wong CG, Hanks RA. Resilience and well-being after traumatic brain injury. Disabil Rehabil [Internet]. 2019 Jun 3 [cited 2024 Jun 29];42(14):2049-55. Available from: <https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/09638288.2018.1552327> doi: 10.1080/



- 09638288.2018.1552327
12. Assonov D. Correlates and predictors of resilience in veterans with persistent traumatic brain injury symptoms. *Postep Psychiatr Neurol* [Internet]. 2022 Oct 24 [cited 2024 Jun 29];31(3):103-13. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/37082223/> doi: 10.5114/ppn.2022.120600 PubMed PMID: 37082223 PMCID: PMC9946368.
 13. Nelson LD, Temkin NR, Barber J, Brett BL, Okonkwo DO, McCrea MA, et al. Functional recovery, symptoms, and quality of life 1 to 5 years after traumatic brain injury. *JAMA Netw Open*. 2023 Mar 1 [cited 2024 Jun 29];6(3):e233660. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/36939699/> doi: 10.1001/jamanetworkopen.2023.3660 PubMed PMID: 36939699 PMCID: PMC10028488.
 14. Verdugo MA, Fernandez M, Gomez LE, Amor AM, Aza A. Predictive factors of quality of life in acquired brain injury. *Int J Clin Health Psychol* [Internet]. 2019 Sep 19 [cited 2024 Jun 29];19(3):189-97. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31516497/> doi: 10.1016/j.ijchp.2019.06.004 PubMed PMID: 31516497 PMCID: PMC6732774.
 15. Voormolen DC, Polinder S, von Steinbuechel N, Vos PE, Cnossen MC, Haagsma JA. The association between post-concussion symptoms and health-related quality of life in patients with mild traumatic brain injury. *Injury* [Internet]. 2019 May;50(5):1068-74. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30554897/> doi: 10.1016/j.injury.2018. 12.002 PubMed PMID: 30554897.
 16. Ware JE Jr, Sherbourne CD. The MOS 36-item short-form health survey (SF-36). I. conceptual framework and item selection. *Med Care* [Internet]. 1992 Jun;30(6):473-83. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/1593914/> PubMed PMID: 1593914.
 17. Connor KM, Davidson JR. Development of a new resilience scale: the Connor-Davidson Resilience Scale (CD-RISC). *Depress Anxiety* [Internet]. 2003;18(2): 76-82. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/12964174/> doi: 10.1002/da.10113 PubMed PMID: 12964174.
 18. Mingkwan P. Stress and coping in the elderly stroke patients [dissertations]. Chiangmai: Chiangmai University; 1999. (In Thai).
 19. Premesai T. Follow up study of patients' adaptation after mild head injury [dissertations]. Bangkok: Mahidol University; 2003. (In Thai).
 20. Arsanok A. Selected factors related to quality of life in adult patients with brain tumor [dissertations]. Bangkok: Chulalongkorn University; 2006. 182 p. (In Thai).
 21. Jirarattanaphochai K, Jung S, Sumananont C, Saengnipanthkul S. Reliability of the medical outcomes study short-form survey version 2.0 (Thai version) for the evaluation of low back pain patients. *J Med Assoc Thai* [Internet]. 2005 Oct [cited 2024 Jun 2];88(10): 1355-61. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16519379/> PMID: 16519379.



บทความวิจัย

ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้สารสนเทศอิเล็กทรอนิกส์ด้านสุขภาพ และพฤติกรรมการป้องกันการตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์ในสตรีวัยรุ่น

กษนิภา ผลพฤษ* เนตรรัชณี กมลรัตนานันท์** และ วายุรี ลำโป*

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏสุราษฎร์ธานี สุราษฎร์ธานี ประเทศไทย 84100

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์การวิจัย:

1. เพื่อศึกษาความรู้สารสนเทศอิเล็กทรอนิกส์ด้านสุขภาพ และพฤติกรรมการป้องกันการตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์ในสตรีวัยรุ่น
2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้สารสนเทศอิเล็กทรอนิกส์ด้านสุขภาพ กับพฤติกรรมการป้องกันการตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์ในสตรีวัยรุ่น

รูปแบบการวิจัย: การวิจัยเชิงพรรณนาแบบตัดขวาง

วิธีดำเนินการวิจัย: กลุ่มตัวอย่างคือนักเรียนหญิงชั้นมัธยมศึกษาตอนปลาย ในเขตอำเภอเมือง จังหวัดหนึ่ง ในภาคใต้ ภาคเรียนที่ 1 ปีการศึกษา 2565 จำนวน 311 คน มีสมาร์ทโฟน และยินดีเข้าร่วมโครงการวิจัย อัตราการเข้าร่วม 91.47% สุ่มอย่างง่ายโรงเรียน 4 ใน 6 แห่ง สุ่มแบบแบ่งชั้นตามสัดส่วนแต่ละชั้น แต่ละโรงเรียนเก็บข้อมูลออนไลน์ ด้วยแบบวัดความรู้ข้อมูลสุขภาพทางสารสนเทศอิเล็กทรอนิกส์ ด้านเนื้อหาสาระและด้านระดับการรู้ แบบวัดพฤติกรรมการป้องกันการตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์ในสตรีวัยรุ่น วิเคราะห์ข้อมูลด้วยค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน

ผลการวิจัย: อายุเฉลี่ยของกลุ่มตัวอย่างคือ 16.68 ($SD=.98$) ความรู้ข้อมูลสุขภาพทางสารสนเทศอิเล็กทรอนิกส์ ด้านเนื้อหาสาระอยู่ในระดับน้อย ($M=1.83$, $SD=1.14$) ด้านระดับการรู้อยู่ในระดับปานกลาง ($M=3.06$, $SD=1.38$) พฤติกรรมการป้องกันการตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์อยู่ในระดับน้อย ($M=1.93$, $SD=1.30$) ความรู้สารสนเทศอิเล็กทรอนิกส์ด้านสุขภาพ ด้านเนื้อหาสาระของข้อมูล และด้านระดับการรู้สารสนเทศ มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางกับพฤติกรรมการป้องกันการตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์ในสตรีวัยรุ่น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ($r=0.68$, $p<.01$, $r=0.36$, $p<.01$, $r=0.68$, $p<.01$)

สรุป: สตรีวัยรุ่นที่มีความรู้สารสนเทศอิเล็กทรอนิกส์ด้านสุขภาพระดับน้อยมีพฤติกรรมการป้องกันการตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์ในระดับน้อย จึงมีความเสี่ยงสูงที่จะตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์

คำสำคัญ: ความรู้สารสนเทศอิเล็กทรอนิกส์ด้านสุขภาพ/ การตั้งครรภ์/ วัยรุ่น/ พฤติกรรมการป้องกันการตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์

วารสารการวิจัยทางการพยาบาล นวัตกรรม และสุขภาพ 2567, 36(2) : 66-78

* อาจารย์ประจำคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏสุราษฎร์ธานี

** ผู้รับผิดชอบหลัก อาจารย์ประจำคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

E-mail: Netrachanee.k@chula.ac.th



Relationship between E-Health Information Literacy and Prevention Unintended Pregnancies Behaviors Among Female Adolescents

Kodchanipa Phonpruk* Netrachanee Kamonratananun** and Wayuree Lumpo*

Abstract

Purpose:

1. To examine the e-health information literacy and preventive behaviors concerning unintended pregnancies among adolescent females.
2. To explore the correlation between e-health information literacy and preventive behaviors regarding unintended pregnancies among adolescent females.

Design: Cross-sectional Descriptive Study

Methods: The participants comprised 311 female high school students. In Mueang District, a province located in Southern Thailand, during the first semester of the academic year 2022, a total of 311 participants who owned smartphones and expressed willingness to participate in the project were enrolled, achieving a participation rate of 91.47%. Initially, four out of six schools were randomly chosen, followed by stratified sampling to ensure representation across grades. Data collection, conducted online, involved administering e-health literacy questionnaires. Analysis included descriptive statistics (mean, standard deviation) and inferential statistics (Pearson correlation coefficient) with a significance level of $\alpha = 0.05$.

Results: The study Findings revealed that the mean age of the sample group was 16.68 years ($SD = 0.98$), e-health literacy ($M = 2.21$, $SD = 1.35$) and e-health literacy regarding the content aspect were relatively low ($M = 1.83$, $SD = 1.14$), whereas the level of awareness was moderate ($M = 3.06$, $SD = 1.38$). Additionally, preventive behaviors against unintended teenage pregnancies were reported to be low ($M = 1.93$, $SD = 1.30$). Furthermore, there were statistically significant moderate positive correlation between e-health literacy, e-health literacy in content and the level of awareness with preventive behaviors against unintended teenage pregnancies among adolescents at a significance level of .01 ($r = .68$, $p < .01$, $r = .36$, $p < .01$, $r = .68$, $p < .01$ respectively)

Conclusion: Low e-health literacy is associated with an increased risk of engaging in behaviors that do not prevent unintended teenage pregnancies among adolescents.

Keywords: E-health literacy/ teenage/ pregnancy/ behaviors related to preventing unintended teenage pregnancies



บทนำ

การตั้งครรภ์ในวัยรุ่นเป็นการตั้งครรภ์ในสตรีอายุระหว่าง 10 ปี ถึง 19 ปี ณ วันที่คลอดบุตร อุบัติการณ์ทั่วโลก พบประมาณร้อยละ 15 ส่วนใหญ่ ร้อยละ 90 เกิดในประเทศที่กำลังพัฒนา¹ มีการสำรวจพฤติกรรมป้องกันการตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์ในวัยรุ่นในสหรัฐอเมริกา ระหว่าง ค.ศ. 2011 ถึง 2021 พบพฤติกรรมการใช้ถุงยางอนามัยเพื่อมีเพศสัมพันธ์ครั้งล่าสุดลดลงจากร้อยละ 60 เป็นร้อยละ 52² ผลการสำรวจพฤติกรรมป้องกันการตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์ทั่วโลกมีความแตกต่างกัน ในสหรัฐอเมริกาวัยรุ่นเคยมีเพศสัมพันธ์ก่อนอายุ 13 ปี เพียง 3.9% ในขณะที่ประเทศโมซัมบิก มีเพศสัมพันธ์ครั้งแรกก่อนอายุ 13 ปี สูงถึง 41.5% สถิติของพฤติกรรมป้องกันการตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์ในวัยรุ่นที่มีการรวบรวมไว้ส่วนใหญ่อยู่ในกลุ่มประเทศพัฒนาแล้ว แต่มีข้อมูลจำกัดในประเทศรายได้ต่ำถึงปานกลาง³

สำหรับประเทศไทย มีตัวชี้วัดด้านสุขภาพสตรี คือ อัตราการคลอดในวัยรุ่น กลุ่มอายุ 10-14 ปี และกลุ่มอายุ 15-19 ปี ก่อนปี พ.ศ. 2559 อุบัติการณ์เพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง แต่หลังการบังคับใช้พระราชบัญญัติการป้องกันและแก้ไขปัญหาดังครรภ์ในวัยรุ่น พ.ศ. 2559 และขับเคลื่อนยุทธศาสตร์การป้องกันและแก้ไขปัญหาดังครรภ์ในวัยรุ่นระดับชาติ พ.ศ. 2560-2569 ต่อเนื่องถึงปัจจุบัน ทำให้อัตราการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นลดลงอย่างเห็นได้ชัด โดยกลุ่มอายุ 10-14 ปี ลดลงจาก 1.8 คนต่อพันคน ในปี พ.ศ. 2555 เป็น 0.8 คนต่อพันคนในปี พ.ศ. 2565 และกลุ่มอายุ 15-19 ปี ลดลงจาก 53.4 คนต่อพันคน ในปี พ.ศ. 2555 เป็น 21.0 คนต่อพันคนในปี พ.ศ. 2565 และกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุขซึ่งมีหน้าที่กำกับติดตามปัญหานี้ ได้ตั้งเป้าหมายให้อัตราคลอดมีชีพในหญิงอายุ 15-19 ปี ไม่เกิน 15 คนต่อพันคน ภายในปี พ.ศ. 2570⁴ การตั้งครรภ์ในวัยรุ่นส่วนใหญ่พบในช่วงอายุ 15-19 ปี เป็นการตั้งครรภ์ที่ไม่ได้ตั้งใจ และไม่มีความพร้อม จึงส่งผลกระทบต่อร่างกาย จิตใจของสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่น และครอบครัวทั้งในระยะสั้น และระยะยาว⁵

ในขณะที่ พื้นที่ที่ทำการวิจัยในครั้งนี้เป็นพื้นที่ให้บริการทางวิชาการของคณะผู้วิจัย มีอัตราการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นในปี พ.ศ. 2565 คิดเป็น 21.6 คนต่อพันคน⁶ ซึ่งยังคงเป็นอัตราที่สูงเมื่อเทียบกับค่าเป้าหมายของประเทศที่ต้องการลดอัตราการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นในกลุ่มอายุดังกล่าวลงไม่เกิน 15 คนต่อพันคน นอกจากนี้ จากสถิติของกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข⁷ ที่แสดงถึงพฤติกรรมเสี่ยงของวัยรุ่น เช่น พบว่าในปี พ.ศ. 2557 นักเรียนหญิงชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 2 ที่มีเพศสัมพันธ์ครั้งแรกใช้ถุงยางอนามัยเพียงร้อยละ 61.2 และในปี 2561 มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นเล็กน้อยอยู่ที่ร้อยละ 64.6 และในภาพรวมวัยรุ่นมีพฤติกรรมการใช้ถุงยางอนามัยอย่างสม่ำเสมอทุกครั้งอยู่ในระดับต่ำกว่าร้อยละ 40 ซึ่งแสดงถึงพฤติกรรมป้องกันการตั้งครรภ์ไม่เหมาะสมที่จะส่งผลต่อการตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์ หรือการติดเชื้อติดต่อทางเพศสัมพันธ์

ปัจจัยที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมป้องกันการตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์ในสตรีวัยรุ่น ได้แก่

1) ปัจจัยส่วนบุคคล เช่น ความรู้ วัยรุ่นที่ไม่มีความรู้เกี่ยวกับเพศและสุขอนามัยการเจริญพันธุ์ ไม่เคยใช้ยาคุมกำเนิดมีแนวโน้มที่จะตั้งครรภ์สูง⁸⁻⁹ ทักษะคิด ค่านิยม ความมั่นใจในตนเอง และแรงจูงใจ ทักษะคิดเชิงบวก¹⁰ มีผลต่อการป้องกันการตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์อย่างมาก และค่านิยมเกี่ยวกับครอบครัว การศึกษา และอนาคตที่ดี และการมีแรงจูงใจสูงในการบรรลุเป้าหมายในชีวิต มีแนวโน้มที่จะมีพฤติกรรมป้องกันที่ถูกต้อง มีทักษะการปฏิเสธและสามารถตัดสินใจได้อย่างถูกต้องในการควบคุมพฤติกรรมทางเพศของตนเองได้¹⁰

2) ปัจจัยด้านครอบครัว เช่น ความสัมพันธ์ในครอบครัว การสื่อสารในครอบครัว¹¹ ค่านิยมและบรรทัดฐานของครอบครัว วัยรุ่นที่มีความสัมพันธ์ที่ดีกับครอบครัว สามารถสื่อสารกับสมาชิกในครอบครัวเกี่ยวกับเรื่องเพศได้อย่างเปิดเผย มักจะได้รับการสนับสนุนและคำแนะนำที่ดีเกี่ยวกับเพศและสุขอนามัยการเจริญพันธุ์ ส่งผลให้มีแนวโน้มที่จะมีพฤติกรรมป้องกันที่ถูกต้อง



ในขณะที่วัยรุ่นที่อยู่ในครอบครัวที่มีค่านิยมและบรรทัดฐานที่เน้นการศึกษา การทำงาน และความรับผิดชอบ มักจะมีพฤติกรรมเสี่ยงต่อการตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์ต่ำ

3) ปัจจัยด้านเพื่อนหรือกลุ่ม เช่น บรรทัดฐานแรงกดดันของกลุ่ม¹² วัยรุ่นที่คบหากับเพื่อนที่มีพฤติกรรมป้องกันการตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์ มักจะมีแนวโน้มที่จะมีพฤติกรรมป้องกันที่ถูกต้อง ในขณะที่วัยรุ่นที่เผชิญแรงกดดันจากกลุ่มเพื่อนให้มีเพศสัมพันธ์หรือมีพฤติกรรมเสี่ยง มักจะมีความเสี่ยงต่อการตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์สูง หรือ การมีคูรักร วัยรุ่นที่มีคูรักรมีแนวโน้มที่จะมีเพศสัมพันธ์ได้ง่ายและมีโอกาสตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์ได้สูง⁹

4) ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม เช่น พ.ร.บ.การป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น พ.ศ. 2559 และนโยบายหลักด้านกฎหมายนี้สู่การปฏิบัติ⁴ การเข้าถึงบริการด้านสุขภาพทางเพศและอนามัยการเจริญพันธุ์ได้ง่าย มักจะมีแนวโน้มที่จะมีพฤติกรรมป้องกันที่ถูกต้อง รวมถึงการเข้าถึงแหล่งข้อมูลเกี่ยวกับเพศและสุขอนามัยการเจริญพันธุ์ได้ง่าย มักจะมีความรู้และทัศนคติที่ดีต่อการป้องกันการตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์ในทางตรงกันข้าม หากมีการเสกสื่อที่ส่งเสริมภาพลักษณ์ของการมีเพศสัมพันธ์ก่อนวัยอันควร¹² และการใช้ชีวิตที่ไร้ความรับผิดชอบ มักจะมีความเสี่ยงต่อการตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์สูง

จากสถานการณ์ปัจจุบัน เด็กหญิงไทยมีการเปลี่ยนแปลงของร่างกายเข้าสู่วัยรุ่นเร็วขึ้น¹³ ร่วมกับการเปลี่ยนแปลงทางสังคมอย่างรวดเร็วที่เป็นผลจากความก้าวหน้าด้านเทคโนโลยีขั้นสูง หรือยุคแห่งปัญญาประดิษฐ์ที่สื่อต่าง ๆ ยั่วให้เกิดปัญหาการมีเพศสัมพันธ์ก่อนวัยอันควร เนื่องจากสามารถเข้าถึงได้อย่างง่ายและรวดเร็ว มีการศึกษาพบว่า การใช้อินเทอร์เน็ตผ่านสื่ออิเล็กทรอนิกส์ และสังคมออนไลน์มีส่วนเกี่ยวข้อง หรือ จูงใจให้เกิดปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น¹² รวมทั้งจากการสำรวจของ ศูนย์วิเคราะห์ข้อมูล สำนักงานพัฒนาธุรกรรมทางอิเล็กทรอนิกส์ กระทรวงดิจิทัลเพื่อเศรษฐกิจและสังคม (ETDA) ในปี 2564¹⁴ พบว่า วัยรุ่นมีสถิติการใช้สื่อออนไลน์สูงที่สุด ดังนั้นการทำความเข้าใจกับปัจจัย

ด้านความรู้สารสนเทศอิเล็กทรอนิกส์ด้านสุขภาพ (e-health literacy) ในวัยรุ่นจึงเป็นสิ่งจำเป็น ซึ่งความรู้สารสนเทศอิเล็กทรอนิกส์ด้านสุขภาพเป็นความสามารถในการวิเคราะห์ (analyze) การเพิ่มพูน (augment) และอิทธิพล (influence) จากการรับสื่ออย่างมีประสิทธิภาพ และการรู้เท่าทันสื่อ โดย นอร์แมนและสกินเนอร์¹⁵ เสนอแนวคิดในการประเมินความรู้สารสนเทศอิเล็กทรอนิกส์ด้านสุขภาพของตนเองได้จากการประเมิน 6 ทักษะ ดังนี้ 1) ความรอบรู้ทักษะพื้นฐานการสื่อสาร (traditional literacy) การฟัง พูด อ่าน เขียน 2) ความรอบรู้สารสนเทศ (information literacy) รู้วิธีค้นหา วิธีใช้ และจัดการ 3) ความรอบรู้หลักการทางวิทยาศาสตร์ (scientific literacy) เข้าใจเป้าหมาย วิธีการ และประยุกต์ใช้ความรู้อย่างเป็นระบบ 4) ความรอบรู้เท่าทันสื่อ (media literacy) คิดเชิงวิพากษ์ ตีความ วิเคราะห์ ประเมินสาระ และเลือกสารที่มีคุณภาพไปใช้ประโยชน์ได้อย่างเหมาะสม 5) ความรอบรู้สื่อคอมพิวเตอร์ (computer literacy) ใช้เทคโนโลยีคอมพิวเตอร์เพื่อเข้าถึงสารสนเทศได้ และ 6) ความรอบรู้สารสนเทศด้านสุขภาพ (health literacy) นอร์แมนและสกินเนอร์¹⁵ ได้ให้นิยามว่าเป็นความสามารถในการสืบค้นเนื้อหาสาระ เข้าถึงระบบสารสนเทศ ทางสุขภาพ การทำความเข้าใจ และประเมินข้อมูลด้านสุขภาพจากแหล่งที่มาทางอิเล็กทรอนิกส์ และนำความรู้ที่ได้ไปประยุกต์ใช้ในการแก้ไขปัญหาสุขภาพได้อย่างเหมาะสม

มีการนำแนวคิดด้านความรู้สารสนเทศอิเล็กทรอนิกส์ด้านสุขภาพ มาศึกษาในกลุ่มวัยรุ่นอย่างแพร่หลายในหลากหลายประเด็น เช่น ปัจจัยที่เกี่ยวกับสุขภาพของวัยรุ่น รวมถึงการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น หรือ ประโยชน์ของการเพิ่มพูนความรู้ให้วัยรุ่นต่อพฤติกรรมสุขภาพที่ดี เช่น การส่งเสริมสุขภาพวัยรุ่น ช่วยให้เกิดผลด้านบวกต่อการส่งเสริมสุขภาพในวัยรุ่น เพิ่มความพอใจต่อชีวิต เพิ่มพฤติกรรมสุขภาพที่ดี เช่น การออกกำลังกาย การรับประทานอาหาร และการจัดการกับความเครียด รวมถึงการใช้สื่อออนไลน์เพื่อให้สารสนเทศด้านการคุมกำเนิด ช่วยในการป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นได้¹⁶

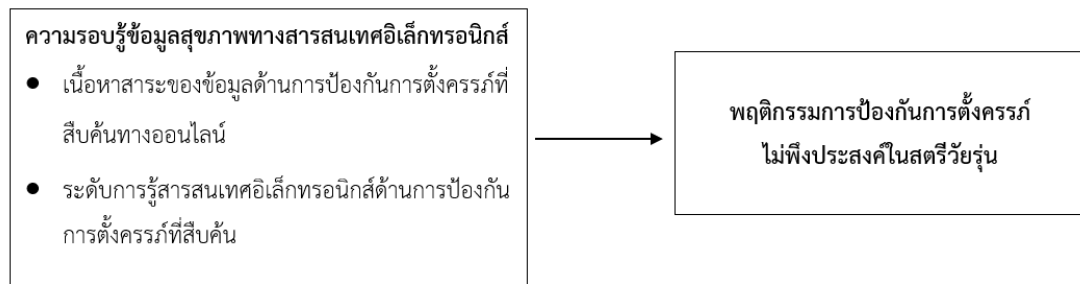


แต่มีการศึกษาด้านความรู้สารสนเทศอิเล็กทรอนิกส์ด้านสุขภาพในวัยรุ่นน้อยมากในพื้นที่ให้บริการทางวิชาการของคณะผู้วิจัย ดังนั้นคณะผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาเพื่อเป็นข้อมูลพื้นฐานในการเข้าใจความรู้สารสนเทศอิเล็กทรอนิกส์ด้านสุขภาพ ในสตรีวัยรุ่นต่อพฤติกรรมป้องกันการตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์ในสตรีวัยรุ่น

กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ ประยุกต์ใช้แนวคิดของนอร์แมน และสกินเนอร์¹⁵ ที่นิยามว่าความรู้สารสนเทศด้านสุขภาพ (health literacy) เป็นการประเมินความ

สามารถในการค้นหาเนื้อหาสาระของข้อมูลด้านการป้องกันการตั้งครรภ์ ซึ่งเป็นการสืบค้นเนื้อหาสาระที่ถูกต้องเชื่อถือได้ และด้านระดับการรู้เป็นการนำความรู้ที่ได้ไปประยุกต์ใช้ในการเข้าถึงระบบสารสนเทศ ทางสุขภาพด้านการป้องกันการตั้งครรภ์และสามารถนำมาใช้ในการป้องกันการตั้งครรภ์ได้อย่างเหมาะสม โดยจากนิยามนี้จึงนำมาประยุกต์ใช้ใน 2 ด้าน คือ ด้านเนื้อหาสาระของสารสนเทศด้านการป้องกันการตั้งครรภ์ที่สืบค้นทางสารสนเทศอิเล็กทรอนิกส์ที่มีความครอบคลุม และด้านระดับการรู้สารสนเทศอิเล็กทรอนิกส์ในการป้องกันการตั้งครรภ์ที่สืบค้น ดังแผนภาพที่ 1



แผนภาพที่ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาความรู้สารสนเทศอิเล็กทรอนิกส์ด้านสุขภาพ ในสตรีวัยรุ่น และพฤติกรรมการป้องกันการตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์ในสตรีวัยรุ่น
2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้สารสนเทศอิเล็กทรอนิกส์ด้านสุขภาพ กับพฤติกรรมการป้องกันการตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์ในสตรีวัยรุ่น

สมมติฐานการวิจัย

1. ความรู้สารสนเทศอิเล็กทรอนิกส์ด้านสุขภาพของสตรีวัยรุ่นอยู่ในระดับมาก และพฤติกรรมการป้องกันการตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์ในสตรีวัยรุ่นอยู่ในระดับมาก

2. ความรู้สารสนเทศอิเล็กทรอนิกส์ด้านสุขภาพของสตรีวัยรุ่นมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการป้องกันการตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์ในสตรีวัยรุ่น

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาแบบตัดขวาง (Cross-sectional Descriptive Study) ดำเนินการวิจัยระหว่างเดือนพฤษภาคมถึงเดือนตุลาคม พ.ศ. 2565

ประชากร นักเรียนหญิงชั้นมัธยมศึกษาตอนปลาย จำนวน 1,622 คนที่กำลังศึกษาอยู่ในโรงเรียนรัฐบาลในเขตอำเภอเมืองในจังหวัดหนึ่งในภาคใต้ จำนวน 6 โรงเรียน



กลุ่มตัวอย่างนักเรียนหญิงชั้นมัธยมศึกษาตอนปลาย ปีการศึกษา 2565 ในเขตอำเภอเมือง ของจังหวัดหนึ่ง ในภาคใต้ สุ่มอย่างง่ายเลือกมา 4 โรงเรียน จาก 6 โรงเรียน และสุ่มแบบชั้นภูมิเพื่อให้ได้สัดส่วนของตัวอย่างกับประชากร อายุ 15-19 ปี คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยคุณสมบัติ 1) เป็นนักเรียนหญิงที่กำลังศึกษาอยู่ในโรงเรียนมัธยมศึกษาปีที่ 4 ถึง 6 ภาคการศึกษาที่ 1 ปีการศึกษา 2565 โรงเรียนมัธยมศึกษา อำเภอเมือง ในจังหวัดหนึ่ง ในภาคใต้ 2) สามารถพูด อ่าน เขียนภาษาไทย และสื่อสารได้ 3) มีโทรศัพท์เคลื่อนที่ สามารถโทร 4) สมัครใจเข้าร่วมโครงการวิจัย กรณีกลุ่มตัวอย่างอายุต่ำกว่า 18 ปี ขอความยินยอมจากผู้ปกครอง โดยจัดเตรียมเอกสารแสดงความยินยอมเป็นลายลักษณ์อักษรให้นักเรียน นำไปให้ผู้ปกครองเซ็นแสดงความยินยอม

ขนาดกลุ่มตัวอย่าง กำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่างที่ระดับความเชื่อมั่น 95% โดยใช้ตารางการกำหนดตัวอย่างของเครจซ์และมอร์แกน¹⁷ ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 310 คน สุ่มแบบช่วงชั้นอย่างมีสัดส่วนตามสัดส่วนในแต่ละช่วงชั้นต่อจำนวนประชากรทั้งหมด เพื่อให้เกิดความครบถ้วนของจำนวนกลุ่มตัวอย่างจึงกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างไว้ 340 คน กลุ่มตัวอย่างยินดีเข้าร่วมโครงการวิจัยจำนวน 311 คน มีอัตราการเข้าร่วม 91.47%

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ใช้แบบสอบถามแบบออนไลน์ เป็นเครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่าง ซึ่งประกอบด้วย 3 ชุด ดังนี้

ชุดที่ 1 แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลของสตรีวัยรุ่น จำนวน 17 ข้อ ประกอบด้วยข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ อายุ ระดับการศึกษา ผลการเรียนเฉลี่ย ศาสนา อาชีพของหัวหน้าครอบครัว/ผู้ปกครอง สภาพครอบครัว

ชุดที่ 2 แบบวัดความรู้สารสนเทศอิเล็กทรอนิกส์ด้านสุขภาพ เพื่อป้องกันการตั้งครรภ์ ไม่พึง

ประสงค์ในสตรีวัยรุ่น จำนวน 26 ข้อ โดยแบ่งข้อคำถามเป็น 2 ด้าน ด้านที่ 1 เนื้อหาสาระของข้อมูลด้านการป้องกันการตั้งครรภ์ที่สับสนทางสารสนเทศอิเล็กทรอนิกส์ มีจำนวน 18 ข้อที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นเอง ด้านที่ 2 ระดับการรู้สารสนเทศอิเล็กทรอนิกส์ด้านการป้องกันการตั้งครรภ์ที่สับสน มีจำนวน 8 ข้อดัดแปลงจาก e-health literacy scale ของนอร์แมนและสกินเนอร์²⁰ เป็นมาตรฐานประมาณค่า 5 ระดับ แปลผลคะแนนเฉลี่ย ดังนี้

คะแนนเฉลี่ย

4.51-5.00 มากที่สุด

3.51-4.50 มาก

2.51-3.50 ปานกลาง

1.51-2.50 น้อย

1.00-1.50 น้อยที่สุด

แบบวัดด้านเนื้อหาสาระ มีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ .90-.91 แบบวัดด้านระดับการรู้มีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ .95-.96 CVI มีค่า 1.00 ทุกข้อ

ชุดที่ 3 แบบวัดพฤติกรรมการป้องกันการตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์ในสตรีวัยรุ่น มีจำนวน 24 ข้อ เป็นมาตรฐานประมาณค่า 5 ระดับ (Rating scale) ได้แก่ ไม่เคยเท่ากับ 1 และเป็นประจำเท่ากับ 5 ตามลำดับ แปลผลคะแนนเฉลี่ย ดังนี้

4.51-5.00 เป็นประจำ หรือมีพฤติกรรมป้องกันการตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์ในระดับมากที่สุด

3.51-4.50 บ่อยครั้ง หรือมีพฤติกรรมป้องกันการตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์ในระดับมาก

2.51-3.50 บางครั้ง หรือมีพฤติกรรมป้องกันการตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์ในระดับปานกลาง

1.51-2.50 นาน ๆ ครั้ง หรือมีพฤติกรรมป้องกันการตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์ในระดับน้อย

1.00-1.50 ไม่เคยทำ หรือมีพฤติกรรมป้องกันการตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์ในระดับน้อยที่สุด

ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ .90-.91 และค่า CVI มีค่า 1.00 ทุกข้อ



การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ ผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยราชภัฏสุราษฎร์ธานี เอกสารรับรองเลขที่ SRU-EC2023/025 ผู้วิจัยดำเนินการวิจัยภายหลังได้รับอนุมัติ โดยให้ความสำคัญและให้สิทธิในการเข้าร่วมการวิจัยด้วยความสมัครใจ กรณีกลุ่มตัวอย่างอายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไปสามารถลงนามแสดงความสมัครใจ หรือปฏิเสธการเข้าร่วมการวิจัยด้วยตนเองได้ กรณีกลุ่มตัวอย่างอายุต่ำกว่า 18 ปี ผู้ปกครองให้ความยินยอม หรือปฏิเสธไม่สมัครใจเข้าร่วมการวิจัยแทนกลุ่มตัวอย่างได้

วิธีเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยประสานงานกับผู้บริหารโรงเรียน และอาจารย์ประจำชั้นของนักเรียนชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย จากนั้นพบนักเรียนแบบตัวต่อตัว แนะนำตนเองชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย และสอบถามความสมัครใจในการเข้าร่วมโครงการวิจัย และขอความยินยอมในการเข้าร่วมการวิจัย กรณีนักเรียนอายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไปสามารถลงนามแสดงความยินยอมได้ กรณีนักเรียนอายุต่ำกว่า 18 ปี หากนักเรียนสมัครใจเข้าร่วมโครงการวิจัยแจกเอกสารแสดงความยินยอมเพื่อให้นักเรียนนำไปให้ผู้ปกครองลงนามแสดงความยินยอม จากนั้นนักเรียนที่สมัครใจเข้าร่วมการวิจัยใช้โทรศัพท์เคลื่อนที่ สแกน QR code เพื่อตอบแบบสอบถามออนไลน์ โดยใช้ Google form

การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลส่วนบุคคลวิเคราะห์ จำนวน ร้อยละ คะแนน ระดับความรู้ข้อมูลสุขภาพทางสารสนเทศ อิเล็กทรอนิกส์ และพฤติกรรมการป้องกันการตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์ในสตรีวัยรุ่น ใช้สถิติเชิงพรรณนา โดยใช้ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ข้อมูลสุขภาพทางสารสนเทศ อิเล็กทรอนิกส์ และพฤติกรรมการป้องกันการตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์ในสตรีวัยรุ่น ใช้ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์

เพียร์สัน (Pearson product correlation coefficient) กำหนดระดับความสัมพันธ์ตามเปียร์สันและโกรฟ 5 ระดับ ดังนี้

$r = 0$ ไม่มีความสัมพันธ์กัน

$r = .01-.29$ มีความสัมพันธ์กันในระดับต่ำ

$r = .30-.69$ มีความสัมพันธ์กันในระดับปานกลาง

$r = .70-.99$ มีความสัมพันธ์กันในระดับสูง

$r = 1$ มีความสัมพันธ์กันอย่างสมบูรณ์

ผลการวิจัย

ผลการศึกษาในกลุ่มตัวอย่างนักเรียนระดับชั้นมัธยมศึกษาตอนปลาย ภายหลังตรวจสอบ ความแม่นยำ ครบถ้วน ชำซอนของข้อมูล และทำความสะอาดข้อมูล ให้สามารถนำมาวิเคราะห์ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่าง 311 คน ซึ่งเป็นจำนวนที่ไม่น้อยกว่าที่คำนวณไว้ 310 คน

ส่วนที่ 1

1. ข้อมูลทั่วไปกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่อายุ 17-18 ปี อายุเฉลี่ยของกลุ่มตัวอย่างคือ 16.68 (SD=.98) มีผลการเรียนเฉลี่ย 3.01-4.00 (ร้อยละ 64) ครอบครัวมีรายได้เพียงพอ (ร้อยละ 73.3) ผู้ปกครองมีอาชีพเกษตรกร (ร้อยละ 38.3) มีระดับการศึกษาต่ำกว่าปริญญาตรี (ร้อยละ 68.8) อาศัยอยู่กับบิดามารดา (ร้อยละ 82.6)

2. ข้อมูลเกี่ยวกับการสืบค้นข้อมูลเรื่องเพศ กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่มีการพูดคุยเรื่องเพศในครอบครัว (ร้อยละ 55) โดยช่องทางที่กลุ่มตัวอย่างใช้ในการสืบค้นข้อมูลการป้องกันการตั้งครรภ์มากที่สุดคือ อินเทอร์เน็ต (ร้อยละ 61.10) รองลงมาคือ สอบถามจากพ่อแม่ (ร้อยละ 21.50) เนื้อหาที่กลุ่มตัวอย่างสืบค้นมากที่สุด ได้แก่ การใช้ถุงยางอนามัยชาย (ร้อยละ 22.80) รองลงมาคือการฝังยาคุมกำเนิด (ร้อยละ 18.30) และประมาณ 1 ใน 4 เคยมีเพศสัมพันธ์ (ร้อยละ 23.30)



ส่วนที่ 2 คะแนนเฉลี่ยของความรอบรู้สารสนเทศอิเล็กทรอนิกส์ด้านสุขภาพ เพื่อการป้องกันการตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์ในสตรีวัยรุ่น

คะแนนเฉลี่ยความรอบรู้สารสนเทศอิเล็กทรอนิกส์ด้านสุขภาพ ในภาพรวมอยู่ในระดับน้อยเมื่อแยกเป็น

รายด้านพบว่า ด้านเนื้อหาสาระของข้อมูลในการป้องกันการตั้งครรภ์ที่สืบค้นทางสารสนเทศอิเล็กทรอนิกส์ อยู่ในระดับน้อย ด้านระดับการรู้สารสนเทศอิเล็กทรอนิกส์ในการป้องกันการตั้งครรภ์ที่สืบค้นอยู่ในระดับปานกลาง โดยมีพฤติกรรมการป้องกันการตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์ในสตรีวัยรุ่นอยู่ในระดับน้อย ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 คะแนนเฉลี่ยความรอบรู้สารสนเทศอิเล็กทรอนิกส์ด้านสุขภาพ ในสตรีวัยรุ่น และพฤติกรรมการป้องกันการตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์ในสตรีวัยรุ่น

ตัวแปรที่ศึกษา (n=311)	$\bar{X}$	SD
1. ความรอบรู้สารสนเทศอิเล็กทรอนิกส์ด้านสุขภาพ	2.21(57.41)	1.35(20.29)
1.1 ด้านเนื้อหาสาระของข้อมูลในการป้องกันการตั้งครรภ์ที่สืบค้นทางสารสนเทศอิเล็กทรอนิกส์	1.83(32.97)	1.17(14.16)
1.2 ด้านระดับการรู้สารสนเทศอิเล็กทรอนิกส์ในการป้องกันการตั้งครรภ์ที่สืบค้น	3.06(24.44)	1.38(9.98)
2. พฤติกรรมการป้องกันการตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์ในสตรีวัยรุ่น	1.93(46.37)	1.30(19.56)

ส่วนที่ 3 สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้สารสนเทศอิเล็กทรอนิกส์ด้านสุขภาพ ต่อพฤติกรรมการป้องกันการตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์ในสตรีวัยรุ่น

การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้สารสนเทศอิเล็กทรอนิกส์ด้านสุขภาพ ด้านเนื้อหาสาระ และด้านระดับการรู้สารสนเทศอิเล็กทรอนิกส์ในการป้องกันการตั้งครรภ์ที่สืบค้นกับพฤติกรรมการป้องกันการ

ตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์ในสตรีวัยรุ่นพบว่า มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลาง ในภาพรวมความรอบรู้สารสนเทศอิเล็กทรอนิกส์ด้านสุขภาพ เพื่อการป้องกันการตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์ในสตรีวัยรุ่น มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันการตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์ในสตรีวัยรุ่นมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางเช่นกัน ดังตารางที่ 2



ตารางที่ 2 สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมการป้องกันการตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์ในสตรีวัยรุ่น และ ความรอบรู้สารสนเทศอิเล็กทรอนิกส์ด้านสุขภาพเพื่อป้องกันการตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์ในสตรีวัยรุ่น

	พฤติกรรมการ ป้องกันการ ตั้งครรภ์ไม่พึง ประสงค์	ความรอบรู้ สารสนเทศ อิเล็กทรอนิกส์ ด้านสุขภาพ	เนื้อหาสาระของ ข้อมูลในการ ป้องกัน การตั้งครรภ์ที่ สับสน	ระดับการรู้ สารสนเทศ อิเล็กทรอนิกส์ใน การป้องกันการ ตั้งครรภ์ที่สับสน
พฤติกรรมการป้องกันการตั้ง ครรภ์ไม่พึงประสงค์	1	0.68**	0.68**	0.36**
ความรอบรู้สารสนเทศ อิเล็กทรอนิกส์ด้านสุขภาพ	0.68**	1	0.89**	0.77**
เนื้อหาสาระของข้อมูลในการ ป้องกัน	0.68**	0.89**	1	0.36**
ระดับการรู้สารสนเทศ อิเล็กทรอนิกส์ในการป้องกัน การตั้งครรภ์ที่สับสน	0.36**	0.77**	0.36**	1

$P^{**} < .01$

อภิปรายผล

สมมติฐานข้อที่ 1

ความรอบรู้สารสนเทศอิเล็กทรอนิกส์ด้านสุขภาพในภาพรวมอยู่ในระดับน้อยซึ่งไม่เป็นไปตามสมมติฐานที่กำหนด และเมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า 1.1) ด้านเนื้อหาสาระในการป้องกันการตั้งครรภ์ที่สับสนทางสารสนเทศอิเล็กทรอนิกส์อยู่ในระดับน้อย เช่นกัน เมื่อวิเคราะห์จากข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างในการศึกษานี้ วัยรุ่นใช้เวลาในการสืบค้นหาข้อมูลที่เป็นประโยชน์ทางอิเล็กทรอนิกส์น้อยมาก จึงอาจทำให้ความรอบรู้สารสนเทศอิเล็กทรอนิกส์ด้านสุขภาพ ด้านสาระในการป้องกันการตั้งครรภ์ของสตรีวัยรุ่นอยู่ในระดับน้อย และสอดคล้องกับผลการสำรวจของ ETDA¹⁴ ที่พบว่า เจเนอเรชัน Z หรือ Gen Z (อายุต่ำกว่า 22 ปี) ใช้อินเทอร์เน็ตมากที่สุด โดยใช้ในการติดต่อสื่อสารเป็นหลัก รองลงมาใช้เพื่อความบันเทิง การค้นหาความรู้ด้านสุขภาพจึงมีระดับน้อย ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ

พิมพ์ฉนิธิณ ภิวงศ์กำจร¹⁸ ที่ทำการพัฒนาแนวทางการป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นในครอบครัว ชุมชน และองค์กรในพื้นที่ของจังหวัดอุดรธานี โดยผลการสำรวจก่อนการพัฒนาแนวทางป้องกัน พบว่า สถานการณ์การตั้งครรภ์ในวัยรุ่นค่อนข้างรุนแรง เนื่องจากวัยรุ่นขาดความตระหนักรู้ และขาดความรู้ในการคุมกำเนิด ครอบครัวและโรงเรียนขาดความรู้ และการสอนเรื่องเพศศึกษาอย่างรอบด้าน, 1.2) ด้านระดับการรู้ในการป้องกันการตั้งครรภ์ที่สับสนทางสารสนเทศอิเล็กทรอนิกส์อยู่ในระดับปานกลาง แสดงว่าวัยรุ่นรับรู้ว่าคุณเองมีความสามารถในการป้องกันการตั้งครรภ์และสามารถเข้าถึงข้อมูลที่ถูกต้องน่าเชื่อถือได้ ซึ่งสอดคล้องกับผลการวิจัยส่วนใหญ่ที่พบว่า ความรอบรู้ทางสุขภาพในการป้องกันการตั้งครรภ์ในสตรีวัยรุ่นในระดับต่ำหรือระดับปานกลาง เช่น วาไลณี โสมณะ และคณะ⁹ ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมเสี่ยงต่อการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นในระดับมัธยมศึกษา มีการรับรู้ข้อมูลข่าวสาร



ทัศนคติ และความรู้ ต่อการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นอยู่ในระดับปานกลาง หรือการศึกษาของ จิราณี ปัญญาปิ่น และคณะ¹⁰ ศึกษาปัจจัยทำนายพฤติกรรมป้องกันการตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์ในนักศึกษาหญิงชั้นปีที่ 1 มหาวิทยาลัยแห่งหนึ่งภาคเหนือตอนบน พบว่าวัยรุ่นส่วนใหญ่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพทางเพศในระดับปานกลาง เป็นต้น

2. พฤติกรรมป้องกันการตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์ในสตรีวัยรุ่นอยู่ในระดับน้อย ไม่เป็นไปตามสมมติฐาน แต่สอดคล้องการศึกษาในบริบทของไทย เช่น การศึกษาของประภัสสรฯ พิศวงปรากการ ถังวิปิยะบัณฑิตกุล และอรสา กงตาล¹¹ ที่พบว่า วัยรุ่นกลุ่มตัวอย่างในการศึกษามีพฤติกรรมป้องกันการตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์ในระดับน้อย นอกจากนี้ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างในการศึกษารั้งนี้ ส่วนใหญ่ไม่มีการสื่อสารเรื่องเพศในครอบครัว จึงเป็นปัจจัยเสริมให้เกิดพฤติกรรมป้องกันการตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์ในวัยรุ่นในระดับน้อยได้ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของพิมพ์ณิชนิณ ภิวงศ์กำจร¹⁸ ที่พบว่า พ่อแม่ ผู้ปกครองขาดความรู้ และอายุ ไม่มั่นใจในการพูดคุยสอนเรื่องการคุมกำเนิด และคิดว่าเป็นหน้าที่ของโรงเรียนในการให้ความรู้ จึงไม่มีการสื่อสารเรื่องเพศในครอบครัว และเป็นส่วนหนึ่งที่ไม่เอื้อให้เกิดพฤติกรรมป้องกันการตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์

สมมติฐานข้อที่ 2

1. ความรอบรู้สารสนเทศอิเล็กทรอนิกส์ด้านสุขภาพในภาพรวม และรายด้านทั้ง 2 ด้าน พบว่ามีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมป้องกันการตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์ในสตรีวัยรุ่นซึ่งเป็นไปตามสมมติฐาน ผลการศึกษาสอดคล้องกับแนวคิดด้านความรู้สารสนเทศอิเล็กทรอนิกส์ของนอร์แมนและสกินเนอร์ที่ว่าเมื่อบุคคลมีความสามารถในการค้นหา ทำความเข้าใจกับเนื้อหา ประเมินความน่าเชื่อถือจากแหล่งของข้อมูลทางอิเล็กทรอนิกส์และการนำความรู้ไปประยุกต์ใช้ในการแก้ปัญหาได้¹⁵ และสอดคล้องกับการศึกษาของประภัสสรฯ พิศวงปรากการ ถังวิปิยะบัณฑิตกุล และอรสา กงตาล¹¹ ที่พบว่า ความรอบรู้สารสนเทศอิเล็กทรอนิกส์

ด้านสุขภาพทางเพศ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการป้องกันการตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์ในวัยรุ่นและการศึกษาของจิราณี ปัญญาปิ่น และคณะ¹⁰ ศึกษาปัจจัยทำนายพฤติกรรมป้องกันการตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์ ในสตรีวัยรุ่น พบว่า ความรอบรู้ทางสุขภาพทางเพศโดยรวม มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการป้องกันการตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์ สตรีวัยรุ่นที่มีความรู้และความเข้าใจ การจัดการสภาวะสุขภาพ และการรู้เท่าทันสื่อในระดับต่ำมีความเสี่ยงสูงที่จะตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ¹¹ จึงสรุปได้ว่าสตรีวัยรุ่นที่มีระดับความรู้ทางสุขภาพเพื่อป้องกันการตั้งครรภ์ในระดับต่ำ มีแนวโน้มที่จะตั้งครรภ์สูง และพบว่า การส่งเสริมให้สตรีวัยรุ่นและผู้มีส่วนได้ส่วนเสียมีความรู้ความเข้าใจในการป้องกันการตั้งครรภ์ด้วยโปรแกรมต่าง ๆ มีผลบวกต่อพฤติกรรมการป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นด้วย เช่น การศึกษาของ พิมพ์ณิชนิณ ภิวงศ์กำจร¹⁸ พัฒนาแนวทางการป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นในครอบครัว ชุมชน และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น โดยใช้กระบวนการแบบมีส่วนร่วมของผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย นำไปสู่แผนยุทธศาสตร์แก้ไขปัญหาที่ครอบคลุมทุกมิติ ได้แก่ ค่ายเยาวชนต้นแบบสร้างจิตอาสาเพื่อนสอนเพื่อนพี่สอนน้อง กิจกรรมพ่อแม่และผู้ใหญ่ใจดี โครงการ Mobile VCT คลินิกวัยรุ่นโรงเรียนเพศศึกษา โครงการฟื้นฟูวิชาการเจ้าหน้าที่การช่วยเหลือเยียวาเด็กที่ได้รับผลกระทบ การระดมทุนจากภาคีเครือข่าย การบรรจุปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นเข้าเทศบาลและข้อบัญญัติท้องถิ่น เมื่อสิ้นสุดโครงการพบว่ามุมมองเชิงบวกของครอบครัวและชุมชนต่อวัยรุ่นเพิ่มขึ้น ความรู้ทัศนคติ และพฤติกรรมทางเพศของเยาวชนพบว่าอยู่ในระดับดีมาก พฤติกรรมป้องกันการตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์ในวัยรุ่นเพิ่มขึ้น เช่น สวมถุงยางอนามัยเมื่อมีเพศสัมพันธ์เพิ่มขึ้นและ ในปี 2557 ถึง 2559 อัตราการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นลดลงจากร้อยละ 52.2 เป็นร้อยละ 22.6 อัตราการคุมกำเนิดกึ่งถาวรในแม่วัยรุ่นหลังคลอดหรือยุติการตั้งครรภ์เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 23 เป็นร้อยละ 100 เป็นต้น



สรุปผลการวิจัย

1. ความรอบรู้สารสนเทศอิเล็กทรอนิกส์ด้านสุขภาพในสตรีวัยรุ่นอยู่ในระดับต่ำ และเมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า ด้านเนื้อหาสาระของข้อมูลในการป้องกันการตั้งครรภ์ที่สืบค้นทางสารสนเทศอิเล็กทรอนิกส์อยู่ในระดับต่ำ ด้านระดับการรู้ในการป้องกันการตั้งครรภ์ที่สืบค้นทางสารสนเทศอิเล็กทรอนิกส์อยู่ในระดับปานกลาง และพฤติกรรมป้องกันการตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์ในสตรีวัยรุ่นอยู่ในระดับต่ำ

2. ความรอบรู้สารสนเทศอิเล็กทรอนิกส์ด้านสุขภาพในภาพรวม และรายด้าน ทั้งด้านเนื้อหาสาระของข้อมูลในการป้องกันการตั้งครรภ์ที่สืบค้นทางสารสนเทศอิเล็กทรอนิกส์ และด้านระดับการรู้ในการป้องกันการตั้งครรภ์ที่สืบค้นทางสารสนเทศอิเล็กทรอนิกส์ มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางต่อพฤติกรรมการป้องกันการตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์ในสตรีวัยรุ่น

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. ควรนำผลการวิจัยซึ่งเป็นข้อมูลพื้นฐานในการสร้างความเข้าใจต่อความรอบรู้สารสนเทศอิเล็กทรอนิกส์ด้านสุขภาพ เพื่อการป้องกันการตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์ในสตรีวัยรุ่นในบริบทของพื้นที่ ที่ทำการวิจัย โดยส่งมอบให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เช่น สถานศึกษาในขอบเขตที่ทำการศึกษาคั้งนี้ หน่วยบริการสุขภาพ หรือองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น นำไปใช้ในการวางแผนการปฏิบัติงานแบบบูรณาการ เพื่อแก้ปัญหาการตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์ในวัยรุ่นในพื้นที่

2. ส่งเสริมความรู้สารสนเทศอิเล็กทรอนิกส์เพื่อการป้องกันการตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์ในสตรีวัยรุ่น เนื่องจากมีระดับความรู้ที่ต่ำ เช่น จัดโปรแกรมให้ความรู้ที่ถูกต้องเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวกับเพศตรงข้าม การฝึกทักษะการคิดวิเคราะห์ การตัดสินใจ การให้ความรู้ในการป้องกันการตั้งครรภ์ การใช้โมบายแอปพลิเคชันในการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพทางเพศ การใช้แรงสนับสนุนจากครอบครัว¹⁸ เป็นต้น

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. นำไปใช้ต่อยอดพัฒนาโปรแกรม หรือระบบบริการที่ส่งเสริมให้เกิดความรู้สารสนเทศอิเล็กทรอนิกส์เพื่อการป้องกันการตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์ในสตรีวัยรุ่น แบบบูรณาการกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในพื้นที่

2. ศึกษาปัจจัยเสริม หรือปัจจัยเกื้อหนุน ๆ ต่อการมีพฤติกรรมป้องกันการตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์ในสตรีวัยรุ่น เพื่อสร้างความเข้าใจในปัญหาให้มากขึ้น

3. ศึกษาในกลุ่มตัวอย่างนักเรียนชาย เพื่อให้ทราบข้อมูลในหลายมิติ

กิตติกรรมประกาศ

งานวิจัยนี้ ได้รับทุนอุดหนุนการวิจัยจากมหาวิทยาลัยราชภัฏสุราษฎร์ธานี คณะผู้วิจัย ขอขอบคุณผู้บริหารโรงเรียน อาจารย์ประจำชั้นที่ให้ความอนุเคราะห์ในการดำเนินการวิจัย และกลุ่มตัวอย่างทุกท่านสำหรับความร่วมมือ สนับสนุน ให้งานวิจัยนี้สำเร็จได้ด้วยดี



References

1. UNICEF. Children with disabilities [Internet]. UNICEF; c2024 [updated 2023 Jun; cited 2024 Apr 5]. Available from: <https://data.unicef.org/topic/child>
2. Division of Adolescent and School Health, National Center for HIV, Viral Hepatitis, STD, and TB Prevention, Centers for Disease Control and Prevention. Youth risk behavior survey: Data summary & trends report 2011-2021 [Internet]. Washington, D.C.: Department of Health and Human Services (US); [cite 2024 Jun 29]. 89 p. Available from: https://www.cdc.gov/healthyyouth/data/yrbs/pdf/YRBS_Data-Summary-Trends_Report_2023_508.pdf
3. Leung J, Lim C, Belete H, et al. Regional and country prevalence estimates of unsafe sex among adolescents in 68 low-income and middle-income countries. Arch Sex Behav [Internet]. 2024 Apr 18 [cited 2024 Jun 29];53:2337-46. Available from: <https://doi.org/10.1007/s10508-024-02861-1>
4. Ministry of Public Health, Department of Health. Statistics on Adolescent Births, Thailand 2022 [Internet]. Nonthaburi: Department of Health, Ministry of Public Health; [2022] [cited 2024 Apr 3]. Available from: https://rh.anamai.moph.go.th/web-upload/7x027006c2abe84e89b5c85b44a692da94/m_magazine/35430/4729/file_download/8ef9ce93951bc46134d960dd8c0106ed.pdf (in Thai).
5. Eliner Y, Gulersen M, Kasar A, Lenchner E, Grünebaum A, Chervenak FA, Bornstein E. Maternal and neonatal complications in teen pregnancies: a comprehensive study of 661,062 patients. J Adolesc Health [Internet]. 2022 Jun [cite 2024 Jun 2];70(6):922-7. doi: 10.1016/j.jadohealth.2021.12.014
6. Ministry of Public Health, The Department of Health. Statistics on Adolescent Births, Thailand 2022. [Internet]. c2020 [cited 2024 Jun 29]. Available from: <https://rh.anamai.moph.go.th/th/adolescent-mothers-birth-statistics> (in Thai).
7. Ministry of Public Health, The Department of Health. Percentage of condom use among adolescents during their first sexual intercourse [Internet]. 2020 Jun 15 [cited 2024 Jun 29]. Available from: <https://dashboard.anamai.moph.go.th/dashboard/rh04?year=2020> (in Thai).
8. Ajayi AI, Odunga SA, Oduor C, Ouedraogo R, Ushie BA, Wado YD. "I was tricked": understanding reasons for unintended pregnancy among sexually active adolescent girls. Reprod Health [Internet]. 2021 Jan 22 [cited 2024 Jun 2];18(1):19. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33482843/> doi: 10.1186/s12978-021-01078-y. PMID: 33482843; PMCID: PMC7821647.
9. Sommana W, Chaimay B, Woradet S. Factors Associated with Risk Behavior of Teenage Pregnancy among Secondary School Students in Paphayom District, Phatthalung Province. SCNJ [Internet]. 2018 Nov 21 [cited 2024 Jun 29];5(3):



- 25-36. Available from: <https://he01.tci-thaijo.org/index.php/scnet/article/view/156507/113554> (in Thai).
10. Panyapin J, Inpiban K, Rattanabuapa A, Jitjakm J, Kunjina S. Factors predicting unwanted pregnancy prevention behavior among female adolescent students. *TRC Nurs J* [Internet]. 2023 Mar 3 [cited Jun 29];15(3):51-72. Available from: <https://he02.tci-thaijo.org/index.php/trcnj/article/view/252216/178558> (in Thai).
11. Prapassara P, Lukawee P and Orasa K. Safe Sex Health Literacy among Undergraduate Students in Khon Kaen Province. *Journal of Nursing and Education*, 2022. 14(4),1-17. Available from: <https://he01.tci-thaijo.org/index.php/JNAE> (in Thai).
12. Saraban S, Visuddhiñāṇmedhī PP, Phutchu S, Inping N, Khamkaew S. Social Buddhist process with prevention of unwanted pregnancy in teenagers in Phayao Province. *JMPS* [Internet]. 2021 Oct 27 [cited 2024 Jul 10];9(6):2484-2503. Available from: <https://so03.tci-thaijo.org/index.php/journal-peace/article/view/246290/170697> (in Thai).
13. Saejueng K, Kittithanesuan Y, Songthamwat M, Saeng-aroon P, Summart Srisuda U, et al. Complications of adolescent pregnancy: a multicenter retrospective cohort study. *udhhosmj* [Internet]. 2022 Dec 31 [cited 2024 Apr 1];30(3):446-459. Available from: <https://he02.tci-thaijo.org/index.php/udhhosmj/article/view/260640/178126> (in Thai).
14. Ministry of Digital Economy and Society, Electronic Transactions Development Agency (ETDA). Thailand Internet User Behavior 2022 [Internet]. Bangkok: Electronic Transactions Development Agency (ETDA), Ministry of Digital Economy and Society;2022 Aug [cited 2024 Apr 1]. Available from: <https://www.etda.or.th/getattachment/78750426-4a58-4c36-85d3-d1c11c3db1f3/IUB-65-Final.pdf.aspx> (in Thai).
15. Norman CD, Skinner HA. eHealth literacy: essential skills for consumer health in a networked world. *J Med Internet Res* [Internet]. 2006 Jun 16 [cited 2024 Jul 14];8(2);e9. doi:10.2196/jmir.8.2.e9
16. Gürkan KP, Ayar D. The impact of e-health literacy on health promotion behaviors of high school students. *J Pediatr Res* [Internet]. 2020 Jul 8 [cited 2024 Apr 1];7(4):286–92. Available from: https://cms.jpmedres.org/Uploads/Article_39797/JPR-7-286-En.pdf
17. Krejcie RV, Morgan DW. Determining sample size for research activities. *Educ Psychol Meas* [Internet]. 1970 [cited 2024 Feb 3];30(3): 607-10. Available from: <https://doi.org/10.1177/001316447003000308>
18. Pivongkomjhon, P. Development of Preventive and Solving Strategies for Teenage Pregnancy by Participation of Family, Community and Local Organizations in Kumpawapi Sub-District, Udonthani Province. *JHS* [Internet]. 2020 Aug 28 [cited 2024 Jun 29];29(4):608-17. <https://thaidj.org/index.php/JHS/article/view/9304> (in Thai).



คำแนะนำการเตรียมและส่งต้นฉบับ วารสารการวิจัยทางการแพทย์ นวัตกรรม และสุขภาพ (ปรับปรุง มกราคม 2565)

วารสารการวิจัยทางการแพทย์ นวัตกรรม และสุขภาพ เป็นวารสารที่ตีพิมพ์บทความวิชาการทางการแพทย์ และสาขาวิทยาศาสตร์สุขภาพ โดยบทความต้องผ่านการพิจารณาจากผู้ทรงคุณวุฒิ 3 คน ด้วยระบบการพิจารณาแบบ Double Blind Review

จึงขอเชิญสมาชิกและผู้สนใจทุกท่าน ส่งบทความเพื่อตีพิมพ์เผยแพร่ โดยผลงานที่ส่งมาเพื่อพิจารณาตีพิมพ์ต้องไม่เคยตีพิมพ์ หรืออยู่ในระหว่างพิจารณาตีพิมพ์ในวารสารอื่น และกองบรรณาธิการขอสงวนสิทธิ์ในการตรวจทาน แก้ไขต้นฉบับตามเกณฑ์ของวารสาร กรณีที่บทความของท่านได้รับการตีพิมพ์ในวารสารฉบับนี้ถือว่าเป็นลิขสิทธิ์ของวารสารพยาบาลศาสตร์ จุฬาฯ และเมื่อได้รับการตอบรับให้ตีพิมพ์ผู้แต่งจะต้องเป็นสมาชิกของวารสารฯ 2 ปี

ชนิดของบทความที่ตีพิมพ์

1. บทความวิชาการ (article) ทางพยาบาล
2. บทความวิจัย (research article) ทางพยาบาล
3. บทความปริทัศน์ (review article) บทความพิเศษและปกิณกะ

การเตรียมต้นฉบับ

1. องค์ประกอบของบทความมีดังนี้
 - 1.1 ชื่อเรื่อง ภาษาไทย
 - 1.2 ชื่อผู้เขียนทุกคน เป็นภาษาไทย พิมพ์อยู่ใต้ชื่อเรื่อง และให้ระบุหน่วยงานของผู้แต่งชื่อแรกไว้ได้ชื่อผู้เขียน โดยให้ระบุตำแหน่งงานไว้เป็นเชิงอรรถด้านล่าง (ดูตัวอย่างภายในเล่ม)
 - 1.3 บทคัดย่อภาษาไทย ไม่เกิน 250 คำ ประกอบด้วยวัตถุประสงค์การวิจัย แบบแผนงานวิจัย วิธีดำเนินการวิจัย (กลุ่มตัวอย่าง เครื่องมือวิจัย การเก็บข้อมูล และการวิเคราะห์ข้อมูล) ผลการวิจัย และข้อสรุป
 - 1.4 บทคัดย่อภาษาอังกฤษ ประกอบด้วย ชื่อเรื่อง ชื่อผู้แต่งทุกคน Purpose, Design, Methods (sample, instrument, data collection and statistical analysis), Results, Conclusion ทั้งนี้ให้ระบุหน่วยงานและที่อยู่ของผู้แต่งทุกคน พร้อมระบุ corresponding author และ e-mail
 - 1.5 กำหนดคำสำคัญ (Keyword) ทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ อย่างละ 3-5 คำสำคัญและทำเครื่องหมาย / ทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ

1.6 เนื้อเรื่องบทความประกอบด้วยหัวข้อตามลำดับดังนี้ และเพิ่มเติมรายละเอียดต่อไปนี้

- **บทนำ** ระบุถึงความเป็นมาและความสำคัญของปัญหาการวิจัยโดยย่อ ระบุกรอบแนวคิด (ความเรียง/แผนภาพ) และระบุวัตถุประสงค์การวิจัย

- **วิธีดำเนินการวิจัย** ประกอบด้วยหัวข้อและการอธิบายถึง แบบแผนงานวิจัย ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยและการตรวจสอบคุณภาพ การพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่าง การเก็บรวบรวมข้อมูล และการวิเคราะห์ข้อมูล

- **ผลการวิจัย** เสนอผลที่พบตามวัตถุประสงค์การวิจัยอย่างชัดเจน เสนอในรูปตารางหรือแผนภูมิเมื่อจำเป็น

- **อภิปรายผล** อธิบายถึงเหตุผลของผลการวิจัยที่พบ (ทั้งที่เป็นและไม่เป็นตามสมมติฐานการวิจัย) โดยกล่าวอ้างถึงแนวคิด หรือทฤษฎีที่ใช้เป็นกรอบแนวคิดในการวิจัย นำผลงานวิจัยของผู้อื่น มาสนับสนุนผลการวิจัยอย่างเหมาะสม สอดคล้อง

- **ข้อเสนอแนะ** ในการนำผลการวิจัยไปใช้ และประเด็นสำหรับการวิจัยต่อไป

- **กิตติกรรมประกาศ** (ถ้ามี) ระบุผู้ให้ทุนและผู้ที่ต้องการแสดงความขอบคุณ สันกระชับและได้ใจความ

- **Reference** ใช้ระบบ Vancouver ควรมีความทันสมัย ไม่ควรเกิน 18 รายการ

การจัดพิมพ์

1. ต้นฉบับต้องพิมพ์ด้วยคอมพิวเตอร์โปรแกรมสำเร็จรูป MS Word for Windows แบบอักษรใช้ Cordia New ขนาดตัวอักษร 16 พิมพ์หน้าเดียวในกระดาษ A4 จำนวน 7 – 13 หน้า (ไม่นับเอกสารอ้างอิง) และควรเว้นห่างจากขอบกระดาษข้างละ 1 นิ้ว บนล่าง 1 นิ้ว และใส่หมายเลขหน้าทุกหน้า
2. การเรียงหัวข้อ หัวข้อใหญ่สุดต้องพิมพ์ชิดขอบด้านซ้าย หัวข้อย่อยเว้นห่างจากหัวข้อใหญ่ 4 ตัวอักษร และหัวข้อย่อยขนาดเดียวกัน ต้องพิมพ์ให้ตรงกัน
3. การใช้ตัวเลข คำย่อ และวงเล็บ ควรใช้เลขอารบิกทั้งหมด ใช้คำย่อที่เป็นสากลเท่านั้น (ระบุคำเต็มไว้ในครั้งแรก) การวงเล็บภาษาอังกฤษ ตัวอย่างเช่น (World Health Organization) เป็นต้น



การเขียนเอกสารอ้างอิง

บทความที่จะตีพิมพ์ในวารสารตั้งแต่ปีที่ 31 เป็นต้นไป ใช้ระบบการอ้างอิงแบบ Vancouver ทั้งนี้การอ้างอิงในเนื้อหาบทความมีหลักการอ้างอิงคือ เมื่อนำผลงานมาอ้างอิงให้ใส่ตัวเลขกำกับที่ท้ายข้อความ เรียงลำดับ 1,2,3..... โดยให้ตัวเลขกำกับที่ท้ายข้อความเป็นตัวเลขยกขึ้น แล้วรวบรวมเป็น Reference ที่ส่วนท้ายของงานนิพนธ์

รายการอ้างอิงทุกรายการต้องเขียนเป็นภาษาอังกฤษทั้งในเนื้อเรื่องและใน Reference และรายการอ้างอิงภาษาไทยให้เขียนเป็นภาษาอังกฤษที่ถูกต้อง แล้วต่อท้ายด้วยว่า [In Thai]

การส่งบทความและกระบวนการพิจารณาตอบรับบทความ

1. ผู้แต่ง (Author) สามารถส่งต้นฉบับบทความได้ที่ระบบอิเล็กทรอนิกส์วารสารพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย <https://www.tcithaijo.org/index.php/CUNS>

2. ผู้แต่งต้องจัดทำต้นฉบับบทความที่มี Template บทความถูกต้อง ได้แก่ องค์ประกอบบทความ รายการอ้างอิง หากไม่ถูกต้องกองบรรณาธิการจะแจ้งให้ผู้แต่งทราบและแก้ไขจนกว่าจะถูกต้องสมบูรณ์

3. กองบรรณาธิการจะส่งบทความที่มี Template ถูกต้อง สมบูรณ์ ให้ผู้ทรงคุณวุฒิพิจารณา ซึ่งจะใช้เวลาการพิจารณาประมาณ 4 สัปดาห์ จากนั้นจะแจ้งให้ผู้แต่งทราบ

4. บทความที่ได้รับการตอบรับการตีพิมพ์จะต้องจ่ายค่าตีพิมพ์บทความ พร้อมทั้งสมัครเป็นสมาชิกวารสารพยาบาลศาสตร์ จุฬาฯ ตามที่วารสารพยาบาลศาสตร์กำหนด

การติดต่อกองบรรณาธิการ

วารสารการวิจัยทางการแพทย์ นวัตกรรม และสุขภาพ

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ร้อยตำรวจตรีหญิง ดร.ปชาณัฐ นันทไทยทวีกุล (บรรณาธิการ)

เจ้าหน้าที่ผู้ประสานงาน : รัชกฤศ ยุพากัง

✉ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

อาคารบรมราชชนนีศรีศดพรรัช ชั้น 11 ถนนพระราม 1 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330

☎ โทร. 0 2218 1129 โทรสาร. 0 2218 1130

E-mail address: jnsu@chula.ac.th



คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ใบสมัคร

สมาชิกวารสารการวิจัยทางการแพทย์ นวัตกรรม และสุขภาพ

ประเภท ☐ บุคคล ชื่อ - นามสกุล (ตัวบรรจง)

☐ หน่วยงาน ชื่อหน่วยงาน

โทรศัพท์ email

สถานที่ (ที่ต้องการจัดส่งวารสาร)

.....
.....
.....

มีความประสงค์จะ ☐ สมัครสมาชิกใหม่ ปี ☐ ต่ออายุสมาชิก ปี

ค่าสมาชิก 1 ปี 500 บาท (ห้าร้อยบาทถ้วน)

โดยสมาชิกสามารถอ่าน และ Download วารสารฉบับ ONLINE ผ่าน www.tci-thaijo.org

(หมายเหตุ: ท่านสามารถสมัครสมาชิกได้มากกว่า 1 ปี)

รวมเป็นเงินทั้งสิ้น บาท (.....)

(ตัวอักษร)

และได้ชำระเงินค่าสมาชิกเป็น

☐ เงินสด

☐ โอนเงินเข้าบัญชีธนาคารกรุงเทพ ชื่อบัญชี คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์ เลขที่ 152-068468-7

(โปรดส่งสำเนาการโอนเงิน แนบพร้อมกับใบสมัครมาที่กองบรรณาธิการ)

.....
(.....)

(ลงนามผู้สมัคร)

วันที่ เดือน พ.ศ.



กองบรรณาธิการวารสารการวิจัยทางการแพทย์ นวัตกรรม และสุขภาพ

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

อาคารบรมราชชนนีศรีศรศพรช ชั้น 11 ถนนพระราม 1 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330



ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ร.ต.ต.หญิง ดร.ปชาณัฐ นันทไทยวิกุล (บรรณาธิการ)

เจ้าหน้าที่ผู้ประสานงาน : รัชกฤศ ยุพากิ่ง

โทร. 0-2218-1129 โทรสาร. 0-2218-1130 E-mail address: jnscu@chula.ac.th

Download คำแนะนำในการเตรียมต้นฉบับและใบสมัครสมาชิกฯ ได้ที่ <https://www.tci-thaijo.org/index.php/CUNS>

รายนามคณาจารย์

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ศาสตราจารย์ ดร.รัตน์ศิริ	ทาโต
รองศาสตราจารย์ ดร.กัญญดา	ประจุศิลป์
รองศาสตราจารย์ ดร.นันทิยา	วัฒนายุ
รองศาสตราจารย์ ดร.เพ็ญพักตร์	อุทิศ
รองศาสตราจารย์ ร้อยตำรวจเอกหญิง ดร.ระพีณ	ผลสุข
รองศาสตราจารย์ ร้อยเอกหญิง ดร.วาสนี	วิเศษฤทธิ์
รองศาสตราจารย์ ร้อยเอกหญิง ดร.ศิริพันธุ์	สาสัติย์
รองศาสตราจารย์ ดร.สุรีพร	ธนศิลป์
รองศาสตราจารย์ ดร.อารีย์วรรณ	อ่วมตานี
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.นพมาศ	พัทธอง
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.นรลักษณ์	เอื้อกิจ
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ร้อยตำรวจตรีหญิง ดร.ปชาณัฐ	นันทไทยพิกุล
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ปิ่นหทัย	ศุภเมธพร
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.เพ็ญภา	แดงด้อมยุทธ์
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.รัชนิกร	อุปเสน
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ศกุนตลา	อนุเรื่อง
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สุดาพร	สถิตยुทธการ
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สุนทรีภรณ์	มีพริ้ง
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สุนิศา	ปรีชาวงษ์
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สุนิศา	สุขตระกูล
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สุรศักดิ์	ตรี নয়
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สุวิมล	โรจนาวี
อ.ดร.กาญจณี	พันธุ์ไพโรจน์
อ.ดร.ชลลดา	จงสมจิตต์
อ.ดร.ศิรินภา	จิตติมณี
อ.ดร.เนตรรัชณี	กมลรัตนานันท์
อ.ภาวิณี	ซ้ายกลาง
อ.สินีนาท	วราโภาค
อ.ณิศาทิพย์	ดาราช
Dr.Faizul	Hasan
Dr.Debby Syahru	Romadlon

