

วารสารพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยคริสเตียน

Journal of Nursing Science Christian University of Thailand



ปีที่ 11 ฉบับที่ 2 กรกฎาคม-ธันวาคม 2567

Vol. 11 No. 2 July-December 2024

ISSN 2985-1629 (Online)

College of Nursing
Christian University of Thailand





วารสารพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยคริสเตียน

Journal of Nursing Science Christian University of Thailand

ปีที่ 11 ฉบับที่ 2 กรกฎาคม-ธันวาคม 2567

Vol. 11 No. 2 July-December 2024 ISSN 2958-1629 (Online)

เจ้าของ : มหาวิทยาลัยคริสเตียน

กองบรรณาธิการที่ปรึกษา :

1. ศาสตราจารย์ ดร.อุษาวดี อัครวิเศษ
2. รองศาสตราจารย์ ดร.พิมพ์สุรางค์ เตชะบุญเสริมศักดิ์

บรรณาธิการ : ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ศากุล ช่างไม้

กองบรรณาธิการ :

- | | | |
|---|--------------|--|
| 1. ศาสตราจารย์ ดร.บุญทิพย์ | ลิริธรรังศรี | มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช |
| 2. ศาสตราจารย์ ดร.รุจา | ภูไพบูลย์ | มหาวิทยาลัยมหิดล |
| 3. ศาสตราจารย์ ดร.วีณา | จิระแพทย์ | ข้าราชการเกษียณ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย |
| 4. รองศาสตราจารย์ ดร.นงนุช | บุญยัง | ข้าราชการเกษียณ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ |
| 5. รองศาสตราจารย์ ดร.วันเพ็ญ | ภิญโญภาสกุล | ข้าราชการเกษียณ มหาวิทยาลัยมหิดล |
| 6. รองศาสตราจารย์ ดร.สุรินทร์ | กลัมพากร | มหาวิทยาลัยมหิดล |
| 7. รองศาสตราจารย์ ดร.ศรีสมร | ภูมนสกุล | มหาวิทยาลัยมหิดล |
| 8. รองศาสตราจารย์ พันเอกหญิง ดร.นงพิมพ์ | นิมิตรอนันท์ | มหาวิทยาลัยคริสเตียน |
| 9. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.เพ็ญภา | แดงต่อมยุทธ์ | จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย |
| 10. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ทศพร | คำผลศิริ | สถาบันการจัดการปัญญาภิวัฒน์ |
| 11. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ศิริพร | พลรักษ์ | มหาวิทยาลัยอัสสัมชัญ |
| 12. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ศศิธร | รุจนเวช | มหาวิทยาลัยคริสเตียน |
| 13. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.เนตรชนก | ศรีทุมมา | มหาวิทยาลัยคริสเตียน |
| 14. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สุปราณี | แดงวงษ์ | มหาวิทยาลัยคริสเตียน |
| 15. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ปณณุช | พิมพ์ใจใส | มหาวิทยาลัยคริสเตียน |

ฝ่ายจัดการ นางสาวประภัสร์ศิริ สังกะหวัด



วัตถุประสงค์ (Aims)

1. เผยแพร่บทความวิจัยของสาขาพยาบาลศาสตร์และสาขาอื่นที่เกี่ยวข้องกับการพยาบาล
2. เผยแพร่บทความวิชาการของสาขาพยาบาลศาสตร์และสาขาอื่นที่เกี่ยวข้องกับการพยาบาล
3. เป็นแหล่งข้อมูลทางวิชาการด้านพยาบาลศาสตร์และด้านสุขภาพ

ขอบเขต (Scope)

วารสารพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยคริสเตียน รับผิดชอบตีพิมพ์บทความวิจัย (Research article) และบทความวิชาการ (Academic article)

1. สาขาพยาบาลศาสตร์และสาขาอื่นที่เกี่ยวข้องกับการพยาบาล
2. บทความที่ส่งมาตีพิมพ์จะต้องไม่เคยตีพิมพ์เผยแพร่ในวารสารใดมาก่อน และไม่อยู่ระหว่างการพิจารณาตีพิมพ์ในวารสารอื่น

ประเภทของบทความ (Types of articles)

บทความวิจัย (Research Article) และบทความวิชาการ (Academic Article)

นโยบายการพิจารณาบทความ (Peer Review Policy)

1. บทความทุกเรื่องที่ได้ตีพิมพ์ในวารสารจะได้รับการพิจารณาจากบรรณาธิการกองบรรณาธิการและผ่านการประเมินคุณภาพโดยผู้ทรงคุณวุฒิ (Peer review) ทั้งภายในและภายนอกสถาบันที่ตรงสาขาหรือเกี่ยวข้องกับสาขาไม่น้อยกว่า 3 ท่าน และกระบวนการประเมินคุณภาพนี้ ทั้งผู้ทรงคุณวุฒิจะไม่ทราบว่า ผู้แต่งเป็นใคร และผู้แต่งจะไม่ทราบว่าใครเป็นผู้ประเมินบทความของตน แบบ Double-blinded peer review
2. มีนโยบายในการเปิดให้ผู้อ่านวารสารทุกคนเข้าถึงบทความที่ตีพิมพ์เผยแพร่ได้ทันทีเมื่อวารสารแต่ละฉบับจัดทำเสร็จสมบูรณ์ เพื่อให้สาธารณชนได้ใช้ประโยชน์ และเป็นการเผยแพร่ความรู้ในวงกว้าง สืบค้นอ่านบทความวิจัยและบทความวิชาการฉบับเต็ม (Full text) ได้จากเว็บไซต์วารสารที่ https://he03.tci-thaijo.org/index.php/CUT_Nursejournal/issue/view/132

จริยธรรมในการตีพิมพ์และจัดทำวารสาร (Publication ethics)

จริยธรรมของบรรณาธิการ

1. พิจารณาและกลั่นกรองคุณภาพของบทความ และคัดเลือกบทความเพื่อตีพิมพ์เผยแพร่ในวารสารภายหลังจากผ่านกระบวนการประเมินบทความแล้ว โดยพิจารณาเนื้อหาบทความที่สอดคล้องกับวัตถุประสงค์และขอบเขตของวารสาร
2. บรรณาธิการต้องไม่มีส่วนได้ส่วนเสียกับผู้เขียนหรือผู้ประเมินบทความ และไม่นำวารสารหรือบทความไปใช้ประโยชน์ในเชิงธุรกิจหรือนำไปเป็นผลงานทางวิชาการของตนเอง
3. ต้องไม่เปิดเผยข้อมูลของผู้เขียนและผู้ทรงคุณวุฒิที่ประเมินบทความแก่บุคคลอื่นๆ ในทุกกรณี



4. รักษามาตรฐานของวารสาร รวมถึงพัฒนาวารสารให้มีคุณภาพและมีความทันสมัยอยู่เสมอ
5. จัดระบบการตรวจสอบการคัดลอกผลงานในบทความอย่างจริงจัง โดยใช้โปรแกรมที่เชื่อถือได้และเป็นที่ยอมรับในแวดวงวิชาการ ได้แก่ โปรแกรม “อักขราวิสุทธิ์” และโปรแกรม “Copycatch”

จริยธรรมของผู้เขียน

1. ผู้เขียนต้องรับรองว่าบทความที่ส่งมาเป็นผลงานของผู้เขียนและผู้เขียนร่วมที่มีชื่อปรากฏตามที่ระบุไว้จริง
2. ผู้เขียนต้องรับรองว่าบทความที่ส่งตีพิมพ์เป็นผลงานใหม่ และไม่เคยตีพิมพ์ที่ไหนมาก่อน
3. ผู้เขียนต้องอ้างอิงผลงานของผู้อื่น หากมีการนำข้อความมาใช้ในผลงานของตนเอง รวมทั้งต้องจัดทำเอกสารอ้างอิงไว้ท้ายบทความ
4. หากเป็นบทความวิจัยที่ได้รับทุนสนับสนุนการวิจัย ผู้เขียนต้องระบุแหล่งทุนสนับสนุนการทำวิจัยไว้ในบทความด้วย และต้องระบุผลประโยชน์ทับซ้อน (หากมี)
5. บทความที่เกี่ยวข้องกับมนุษย์หรือสัตว์ทดลอง ผู้เขียนต้องมีหลักฐานยืนยันว่า บทความดังกล่าวได้ผ่านการรับรองจริยธรรมจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์หรือสัตว์ทดลองแล้วหรือผ่านการอนุญาตจากผู้เกี่ยวข้อง
6. ผู้เขียนต้องรับรองความถูกต้องของเนื้อหาและรับผิดชอบความคิดเห็นหรือข้อสรุปในบทความที่ได้รับการตีพิมพ์

จริยธรรมของผู้ประเมินบทความ

1. พิจารณาคุณภาพของบทความ เพื่อตีพิมพ์โดยอาศัยความรู้ ความเชี่ยวชาญของตนเองภายใต้หลักการและเหตุผลทางวิชาการ โดยปราศจากอคติหรือความคิดเห็นส่วนตัว
2. ต้องไม่เปิดเผยข้อมูลของบทความที่ส่งตีพิมพ์หรือข้อมูลผู้เขียน แก่บุคคลอื่นที่ไม่เกี่ยวข้องในช่วงระยะเวลาของการประเมินบทความ
3. ต้องไม่มีส่วนได้ส่วนเสียหรือผลประโยชน์ทับซ้อนกับผู้เขียน
4. หากผู้ประเมินตรวจสอบบทความที่รับการประเมิน พบว่า เป็นบทความที่คัดลอกผลงานของผู้อื่น ต้องแจ้งให้บรรณาธิการทราบทันที

จริยธรรมการวิจัยในมนุษย์และสัตว์

บทความวิจัยที่ส่งให้พิจารณาการตีพิมพ์ มีความเกี่ยวข้องการทำวิจัยในมนุษย์และสัตว์ ต้องได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน จากสถาบันที่ผ่านการรับรองจากสำนักงานมาตรฐานการวิจัยในคนและสัตว์ สำนักงานการวิจัยแห่งชาติ และเป็นมาตรฐานจริยธรรมและกฎหมายสากลสำหรับการทดลองในสัตว์ทดลองต้องผ่านการรับรองจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการใช้สัตว์เพื่องานวิทยาศาสตร์ เช่นกัน และอยู่ภายใต้พระราชบัญญัติสัตว์เพื่องานทางวิทยาศาสตร์ พ.ศ. 2558



กำหนดการออกวารสาร (Publication frequency)

วารสารพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยคริสเตียน กำหนดออกปีละ 2 ฉบับ ราย 6 เดือน

ฉบับที่ 1 เดือนมกราคม - มิถุนายน

ฉบับที่ 2 เดือนกรกฎาคม - ธันวาคม

สถานที่ติดต่อ : คณะกรรมการวารสารพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยคริสเตียน

144 หมู่ 7 ตำบลดอนยายหอม อำเภอเมืองนครปฐม จังหวัดนครปฐม 73000

โทรศัพท์ : 034-388-555 ต่อ 2204

E-mail : nursejournal@christian.ac.th

https://he03.tci-thaijo.org/index.php/CUT_Nursejournal/issue/view/132

จัดรูปเล่ม : ฝ่ายเลขานุการวารสารพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยคริสเตียน

ออกแบบปก : ฝ่ายสื่อสารองค์กรและการตลาด มหาวิทยาลัยคริสเตียน

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ (Peer Reviewer)

1. ศาสตราจารย์ ดร.เพชรน้อย	สิงห์ช่างชัย	มหาวิทยาลัยคริสเตียน
2. ศาสตราจารย์ ดร. จินตนา	วัชรสินธุ์	มหาวิทยาลัยบูรพา
3. ศาสตราจารย์ ดร.สุภาพ	อารีเอื้อ	มหาวิทยาลัยมหิดล
4. รองศาสตราจารย์ ดร.กัญญดา	ประจุศิลป์	จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
5. รองศาสตราจารย์ ดร.กนิษฐา	จำรูญสวัสดิ์	มหาวิทยาลัยมหิดล
6. รองศาสตราจารย์ ดร.ผ่องศรี	ศรีมรกต	มหาวิทยาลัยมหิดล
7. รองศาสตราจารย์ ดร.แสงทอง	ธีระทองคำ	มหาวิทยาลัยมหิดล
8. รองศาสตราจารย์ ดร.อาภาพร	เผ่าวัฒนา	มหาวิทยาลัยมหิดล
9. รองศาสตราจารย์ ดร.บัวหลวง	สำแดงฤทธิ์	มหาวิทยาลัยมหิดล
10. รองศาสตราจารย์ ดร.สุนุดตรา	ตะบูนพงศ์	ข้าราชการเกษียณ มหาวิทยาลัยราชภัฏนครปฐม
11. รองศาสตราจารย์ ดร.บำเพ็ญจิต	แสงชาติ	มหาวิทยาลัยขอนแก่น
12. รองศาสตราจารย์ ดร.อารี	ชีวะเกษมสุข	มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช
13. รองศาสตราจารย์ ดร.ศรีมณฑา	นิยมคำ	มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
14. รองศาสตราจารย์ ดร.จันทรัตน์	เจริญสันติ	มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
15. รองศาสตราจารย์ ดร.นงคราญ	วิเศษกุล	มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
16. รองศาสตราจารย์ ดร.ปิยะนุช	ชูโต	มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
17. รองศาสตราจารย์ สุรีย์พร	กฤษเจริญ	มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์
18. รองศาสตราจารย์ ดร.พัชราภรณ์	อารีย์	มหาวิทยาลัยคริสเตียน
19. รองศาสตราจารย์ ดร.วรวรรณ	ทิพย์วาริรมย์	มหาวิทยาลัยนเรศวร
20. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.เพ็ญนภา	แดงด้อมยุทธ์	จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
21. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ปรัชญานันท์	เที่ยงจรรยา	มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์
22. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.อุมาพร	บุญญโสพรรณ	มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์
23. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ปราโมทย์	ทองสุข	มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์
24. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.รัชนี้	นามจันทรา	มหาวิทยาลัยรังสิต
25. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ดวงกมล	วัดราดุลย์	มหาวิทยาลัยรังสิต
26. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ศิริพร	พูลรักษ์	มหาวิทยาลัยอัสสัมชัญ
27. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.กิตติพร	เนาว์สุวรรณ	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สงขลา
28. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.นฤมล	ปทุมรักษ์	มหาวิทยาลัยคริสเตียน
29. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ทิพา	ต่อสกุลแก้ว	มหาวิทยาลัยคริสเตียน
30. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ธีรนนท์	วรรณศิริ	มหาวิทยาลัยคริสเตียน
31. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.กรรณิการ์	ฉัตรดอกไม้ไพร	มหาวิทยาลัยคริสเตียน
32. อาจารย์ ดร.อาคม	ไสงาม	Lab Director Cryoviva (Thailand) Ltd.
33. อาจารย์ ดร.ธนวรรณ	สินประเสริฐ	หัวหน้าแผนกตา โรงพยาบาลโพธาราม



สารบัญ

		หน้า
บทบรรณาธิการ Editor's Message		ฉ
บทความวิจัย		
❖ การตีตราและการรับรู้การตีตราของนักศึกษาพยาบาลต่อปัญหาสุขภาพจิต: กรณีศึกษาในเขตภาคตะวันออกเฉียงเหนือของประเทศไทย Stigma and Self-Stigma Towards Mental Health Problems in Nursing Students: A Case Study in the Northeastern Region of Thailand	ศราวุธ สงนอก Sarawut Songnok	1-15
❖ การเตรียมความพร้อมและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการเตรียมความพร้อมเพื่อเข้าสู่วัยสูงอายุของบุคลากรมหาวิทยาลัยแม่โจ้ Preparation and Factors Related to the Preparation for Aging among Maejo University Personnel	สุทธิลักษณ์ จันทะวัง Sutthilak Chantawang	16-32
❖ การพัฒนารูปแบบบริการพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักระยะหลังผ่าตัดที่ได้รับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัด Development of a Nursing Service Model for Colorectal Cancer Patients in the Postoperative Period who have been Treated with Chemotherapy	วลัยพร ใจอารีย์ Walaiporn Jaiaree	33-49
บทความวิชาการ		
❖ การประเมินและการบำบัดช่วยเหลือผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าเพื่อป้องกันการฆ่าตัวตาย The Assessment and Depression Treatment for Suicide Prevention in Individuals with Depression	เบญจวรรณ สามสาลี Benjawan samsalee	50-61
❖ บทบาทของพยาบาลในการป้องกันภาวะสมองเสื่อมสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะการรู้คิดบกพร่องเล็กน้อย The Role of Nurses in Preventing Progression from Mild Cognitive Impairment to Dementia among the Elderly	นฤมล ศิริมี Narumon Sirimee	62-78



บทบรรณาธิการ

วารสารพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยคริสเตียน ได้รับการประเมินให้อยู่ในวารสารกลุ่มที่ 2 (TCI Tier 2) ของศูนย์ดัชนีอ้างอิงวารสารไทย ตั้งแต่วันที่ 1 มกราคม พ.ศ. 2563 ไปจนถึงวันที่ 31 ธันวาคม พ.ศ.2567 ขณะนี้ กองบรรณาธิการวารสารพยาบาลศาสตร์ฯ ได้พัฒนาวารสารอย่างต่อเนื่องเพื่อเป้าหมายคุณภาพ คือ การอยู่ในวารสารกลุ่มที่ 1 (TCI Tier 1) สำหรับวารสารพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยคริสเตียน ปีที่ 11 ฉบับที่ 2 นี้ มีเนื้อหาสาระทางวิชาการด้านการพยาบาลและสุขภาพ ทั้งงานวิจัยเกี่ยวกับปัญหาสุขภาพจิต การเตรียมความพร้อมและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการเตรียมความพร้อมเพื่อเข้าสู่วัยสูงอายุ และงานวิจัยเกี่ยวกับการพยาบาลผู้ป่วยในระบบทางเดินอาหาร เรื่องการพัฒนารูปแบบบริการพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักระยะหลังผ่าตัดที่ได้รับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัด นอกจากนี้มีบทความวิชาการเกี่ยวกับการประเมินและการบำบัดช่วยเหลือผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าเพื่อป้องกันการฆ่าตัวตาย และบทบาทของพยาบาลในการป้องกันภาวะสมองเสื่อมสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะการรู้คิดบกพร่องเล็กน้อย บทความวิจัยและบทความวิชาการเหล่านี้ ผู้อ่านสามารถนำไปใช้ประโยชน์ในวิชาชีพการพยาบาล ทั้งด้านการศึกษา การจัดการเรียนการสอน และการดูแลสุขภาพของผู้ใช้บริการได้

ท้ายนี้ กองบรรณาธิการฯ ขอขอบพระคุณผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่านที่ได้กรุณาประเมินคุณภาพของบทความวิจัยและบทความวิชาการ ก่อนการตีพิมพ์ทุกฉบับ และขอขอบคุณผู้เขียนที่ส่งบทความมาตีพิมพ์เผยแพร่ ผู้เขียนที่สนใจจะส่งบทความตีพิมพ์ในวารสารพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยคริสเตียน สามารถศึกษาคำแนะนำได้จากเว็บไซต์วารสารที่ http://library.christian.ac.th/CUT_Nursejournal/main.php

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ศากุล ช่างไม้
บรรณาธิการ

การติดตามและการรับรู้การติดตามของนักศึกษาพยาบาลต่อปัญหาสุขภาพจิต: กรณีศึกษาในเขตภาคตะวันออกเฉียงเหนือของประเทศไทย

ศราวุธ สงนอก*, นพรัตน์ สมทางดี*, พิมพ์นารา อีสริยเรืองเดช*, รัชดาพร พงษ์พิทักษ์*, รัชชานา จุลลัษเฐียร*,
รัตนาวดี ชัชวาลปรีชา*, วรัญญา ขวัญทอง*, สุชาดา สุนารักษ์*, สุหทัย โตสังวาลย์**

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์การวิจัย: เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับการติดตามและการรับรู้การติดตามเกี่ยวกับปัญหาสุขภาพจิตของนักศึกษาพยาบาล

รูปแบบการวิจัย: การวิจัยเชิงพรรณนาแบบหาความสัมพันธ์

วิธีดำเนินการวิจัย: กลุ่มตัวอย่างเป็นนักศึกษาพยาบาล จำนวน 410 คน สุ่มตัวอย่างแบบแบ่งชั้นภูมิ เก็บข้อมูลโดยใช้แบบวัดการติดตามและการรับรู้การติดตามเกี่ยวกับทัศนคติที่มีต่อปัญหาสุขภาพจิต วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา สถิติการวิเคราะห์ความแปรปรวน สถิติทดสอบค่าที สถิติสหสัมพันธ์พอยท์ไบซีเรียล และสถิติสหสัมพันธ์ของเพียร์สัน

ผลการวิจัย: นักศึกษาพยาบาล มีระดับการติดตามและการรับรู้การติดตามต่อปัญหาสุขภาพจิตอยู่ในระดับปานกลาง ($M=9.89$, $SD=2.34$) ไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติของคะแนนการติดตามและการรับรู้การติดตามระหว่าง นักศึกษาพยาบาลในแต่ละชั้นปี ($F=.48$, $p=.690$) ปัจจัยส่วนบุคคล เช่น เพศ ($r_{pb} = -.171$, $p=.01$) และการเจ็บป่วยด้วยโรคทางจิตเวชในปัจจุบัน ($r_{pb}=.113$, $p=.022$) มีความสัมพันธ์กับการติดตามและการรับรู้การติดตามต่อปัญหาสุขภาพจิตโดยภาพรวม

สรุปและข้อเสนอแนะ: สถาบันการศึกษายาบาลควรเพิ่มหัวข้อเกี่ยวกับสุขภาพจิตในหลักสูตรพยาบาลทุกระดับชั้น เพื่อเพิ่มความตระหนัก และลดการติดตามและการรับรู้การติดตามเกี่ยวกับปัญหาสุขภาพจิตของนักศึกษาพยาบาล

คำสำคัญ: การติดตาม, การรับรู้การติดตาม, สุขภาพจิต, นักศึกษาพยาบาล

Stigma and Self-Stigma Towards Mental Health Problems in Nursing Students: A Case Study in the Northeastern Region of Thailand

Sarawut Songnok, Nopparat Somtangdee*, Pimnara Itsariyaeangdet*, Ratchadaporn Phongpitak*,
Runchana Chunlatsathian*, Rattanawadee Chatchawanpreecha*, Warunya Khawthong*,
Suchada Sunaruk*, Suhathai Tosangwarn***

Abstract

Purpose: To study the relationship between personal factors and stigma, as well as self-stigma in attitude toward mental health problems among nursing students.

Design: Correlational descriptive research

Method: The sample consisted of 410 nursing students. Stratified random sampling was used to select the participants. Data were collected using the Stigma and Self-Stigma Scales related to attitude toward mental health problems. Data were analyzed using descriptive statistics, analysis of variance (ANOVA), independent t-tests, point-biserial correlation, and Pearson correlation statistics.

Main findings: The study found that nursing students exhibited a moderate level of stigma and self-stigma related to attitudes toward mental health problems ($M=9.89$, $SD=2.34$) There were no statistically significant differences in overall stigma and self-stigma scores among students in different academic years ($F=.48$, $p=.690$). Personal factors such as gender ($r_{pb}=-.171$, $p=.01$) and current psychiatric illness ($r_{pb}=.113$, $p=.022$) were significantly related to overall stigma and self-stigma related to attitudes toward mental health problems.

Conclusion and recommendations: Nursing education institutions should incorporate topics related to mental health at all year levels of the nursing curriculum to raise awareness and reduce stigma and self-stigma towards mental health problems among nursing students.

Keywords: Stigma, Self-stigma, Mental health, Nursing student

Journal of Nursing Science Christian University of Thailand. 2022, 11(2), 1-15

* Students, Nursing Science Bachelor's Degree. Boromarajonani College of Nursing Nakhon Ratchasima, FoN, PBRI

** Instructor, Boromarajonani College of Nursing Nakhon Ratchasima, FoN, PBRI

Corresponding author, email: suhathai@knc.ac.th, Tel. 098 4271450

Received: 1 October 2567, Revised: 28 October 2567, Accepted: 26 November 2567

ความสำคัญของปัญหาการวิจัย

ปัญหาสุขภาพจิตเป็นประเด็นสำคัญที่มีแนวโน้มความรุนแรงเพิ่มขึ้น ผู้ป่วยจิตเวชส่วนใหญ่มักเผชิญกับการดำเนินโรคเรื้อรังและกำเริบบ่อยครั้ง (ปนิดา พุ่มพุท และขวัญตา ฐิริวิทยาธิระ, 2564) สถิติจากกรมสุขภาพจิตใน พ.ศ. 2560 พบว่า ประชากรโลกกว่าร้อยละ 10.7 ประสบปัญหาทางจิตเวช ซึ่งในประเทศไทย จำนวนผู้ป่วยจิตเวชมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น จาก 1.3 ล้านคน เป็น 2.3 ล้านคน ภายในไม่กี่ปี การฆ่าตัวตายสำเร็จ มีอัตราสูงขึ้น จาก 7.37 รายต่อแสนประชากร ใน พ.ศ. 2563 เพิ่มขึ้นเป็น 7.8 รายต่อแสนประชากร ใน พ.ศ. 2564 (กรมสุขภาพจิต, 2565) สถานการณ์นี้สะท้อนถึงความจำเป็นในการตระหนักและให้ความสำคัญกับการดูแลสุขภาพจิตมากยิ่งขึ้น ในขณะที่ทัศนคติของผู้คนในสังคมที่มีการตีตราต่อผู้ป่วยจิตเวชเพิ่มมากขึ้น ผู้ป่วยจิตเวชจึงมีโอกาสดูถูกดูแคลิ์สิทธิมนุษยชน ถูกเลือกปฏิบัติ ถูกกีดกันทางสังคม และถูกตีตราได้ การตีตราผู้ป่วยจิตเวชเป็นปัญหาที่มีผลกระทบรุนแรง ทำให้บุคคลเหล่านี้สูญเสียโอกาส ถูกเลือกปฏิบัติและถูกกีดกันทางสังคม การตีตราทางสังคมยังบั่นทอนความภาคภูมิใจและสถานะทางสังคมของผู้ป่วย ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกด้อยค่าและไม่ยอมรับตนเอง (ชูศรี เกิดพงษ์บุญโชติ เบญจพร ปัญญา และชูชาติ วงศ์อนุชิต, 2558) ส่งผลให้ผู้ป่วยจิตเวชมักปฏิเสธการรักษา และมีพฤติกรรมแยกตัวจากสังคม อันนำไปสู่ความทุกข์ทรมานและคุณภาพชีวิตที่แย่ลง

Corrigan and Rao (2012) ได้กล่าวว่า ผู้ป่วยจิตเวชมักรับรู้การตีตรา โดยคิดว่าตนเองเป็นตัวอันตราย นำรังเกียจจนเกิดความกลัวตัวเอง ทำให้อาการแย่ลง ผู้ป่วยเหล่านี้อาจมีปฏิกิริยาทางอารมณ์เชิงลบ รู้สึกไม่มีคุณค่าในตนเอง และรับรู้

ความสามารถของตนเองต่ำ ส่งผลเสียต่อคุณภาพชีวิตที่ไม่ดีของผู้ป่วย การตีตรามักมีส่วนเกี่ยวข้องกับการประเมินค่าพฤติกรรมบางอย่างนำไปสู่การแบ่งแยกจากสังคม แม้บุคคลที่มีความรู้ด้านสุขภาพจิตหรือมีการออกกฎหมายคุ้มครองผู้ป่วยทางจิตเวชแล้วก็ตาม สังคมก็ยังมีทัศนคติเชิงลบต่อผู้ป่วย (Corrigan & Rao, 2012) การตีตราในผู้ป่วยจิตเวชเป็นการตีตราระดับบุคคล เป็นการตีตราที่เกิดขึ้นภายในใจของผู้ป่วยจิตเวชเอง เกิดจากการถูกตีตราทางสังคม ส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยจิตเวชเกิดความรู้สึกด้อยค่าในตนเอง ไม่ยอมรับการรักษา แม้จะมีการเจ็บป่วยทางจิตเวชเพียงเล็กน้อย (จิตตภา ทินราช, 2557) แม้ว่าสังคมจะมีการออกกฎหมายคุ้มครองผู้ป่วยจิตเวชแล้วก็ตาม แต่การตีตราทางสังคมยังคงมีอยู่ทำให้ผู้ป่วยจิตเวชต้องเผชิญกับทัศนคติเชิงลบของผู้อื่นอย่างต่อเนื่อง ส่งผลให้ผู้ป่วยปฏิเสธการรักษาถึงจะมีอาการเพียงเล็กน้อย การเผชิญกับทัศนคติเชิงลบ ทำให้ผู้ป่วยไม่ยอมรับการเจ็บป่วยของตนเอง ไม่ยอมรับการรักษาซึ่งอาจส่งผลให้การเจ็บป่วยทางจิตเวชรุนแรงมากขึ้น และอาจเกิดอันตรายทั้งต่อตนเอง ครอบครัว และสังคม (ปนิดา พุ่มพุท และขวัญตา ฐิริวิทยาธิระ, 2564)

วิชาชีพพยาบาลเป็นวิชาชีพที่มีความใกล้ชิดในการให้การดูแลและการพยาบาลแก่ผู้ป่วยทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ (วรฐานันต์ อัครพรวิพุธ, 2559) การพยาบาลผู้ป่วยที่มีปัญหาสุขภาพจิตและจิตเวช มีเป้าหมายให้ผู้ป่วยจิตเวชมีพฤติกรรมที่เหมาะสม มีวุฒิภาวะทางอารมณ์ ปรับตัวได้ดีในสังคมสิ่งแวดล้อมที่เปลี่ยนแปลงไป สามารถยอมรับตนเอง ปรับปรุงตนเองและเผชิญปัญหาหรือวิกฤตการณ์ต่างๆ ในทางที่เหมาะสม ยินยอมรับการรักษาพยาบาล มีสัมพันธภาพกับบุคคลอื่น และ



พึ่งพาตนเองได้ (ฉวีวรรณ สัตยธรรม แผล จันทรสุข และศุภกรใจ เจริญสุข, 2557) ซึ่งทัศนคติทางบวกต่อการเจ็บป่วยทางจิตเวชของพยาบาลจิตเวชมีความสำคัญในการให้การพยาบาลผู้ป่วยจิตเวชให้เห็นถึงคุณค่าและศักดิ์ศรีของตนเอง พยาบาลจิตเวชต้องเข้าใจและยอมรับความมีคุณค่าของมนุษย์ทุกคน ช่วยเหลือ และให้ความสนใจอย่างเท่าเทียม หลีกเลี่ยงการกระทำที่ทำให้ผู้ป่วยอับอาย เสียศักดิ์ศรี หรือคุณค่า เคารพในความเป็นบุคคลยอมรับและรับรู้ในสภาพที่เขาเป็นอยู่ ทั้งในพฤติกรรมที่ผู้ป่วยแสดงออก ไม่ว่าจะป็นด้านการกระทำ คำพูด หรือความคิด แม้ว่าพยาบาลจิตเวชอาจไม่ได้รับการสนับสนุนที่เพียงพอจากบุคคลอื่น ๆ ก็ตาม (Ntshingila et al., 2024)

นักศึกษาพยาบาลเป็นกลุ่มคนที่จะเป็นพยาบาลวิชาชีพในอนาคต การศึกษาในหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิตทำให้นักศึกษามีโอกาสในการดูแลผู้ป่วยจิตเวช โดยเฉพาะอย่างยิ่งในบริบทที่มีการตีตราทางสังคมดังกล่าว ผลการศึกษาที่ผ่านมาพบว่านักศึกษาพยาบาลบางส่วนยังคงมีทัศนคติเชิงลบต่อผู้ป่วยจิตเวช ซึ่งอาจมาจาก วัฒนธรรมความเชื่อ ประสพการณ์ที่ผ่านมา การตีตราอาจมีผลต่อพฤติกรรมการแสดงออกของนักศึกษาพยาบาลที่มีต่อผู้ป่วย ทำให้การขึ้นฝึกปฏิบัติทางคลินิกจิตเวชของนักศึกษาพยาบาลตั้งอยู่บนพื้นฐานของความกลัวเกี่ยวกับอันตรายที่อาจเกิดจากพฤติกรรมก้าวร้าว และรุนแรงของผู้ป่วยจิตเวช (Roach & Tadesse, 2023) ความกลัวที่เกิดขึ้นจากการตีตรานี้สามารถเป็นอุปสรรคต่อการให้การพยาบาลที่มีประสิทธิภาพสำหรับการศึกษาเกี่ยวกับการตีตราในผู้ป่วยจิตเวชในประเทศไทย ชูชูศรี เกิดพงษ์บุญโชติ เบญจพร ปัญญา และชูชาติ วงศ์อนุชิต (2558) ได้ศึกษาการรับรู้ตราบาปของผู้ป่วยจิตเวช ซึ่งเป็นการศึกษา

การรับรู้การตีตราในมุมมองของผู้ป่วยจิตเวช แต่ยังคงขาดความรู้ในมุมมองของนักศึกษาพยาบาล ดังนั้น การศึกษาการตีตราและการรับรู้การตีตราของนักศึกษาพยาบาลต่อปัญหาสุขภาพจิต จะช่วยพัฒนาความเข้าใจและการยอมรับการเป็นผู้ป่วยจิตเวชได้มากขึ้น โดยเฉพาะปัจจัยต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับนักศึกษา เช่น เพศ อายุ ชั้นปีการศึกษา ผลการเรียนรู้ ค่าใช้จ่ายรายเดือน ประสพการณ์การฝึกปฏิบัติ และการเจ็บป่วยทางกายและทางจิตเวชในปัจจุบัน ดังรายละเอียดที่ได้อธิบายในกรอบแนวคิด

วัตถุประสงค์ของงานวิจัย

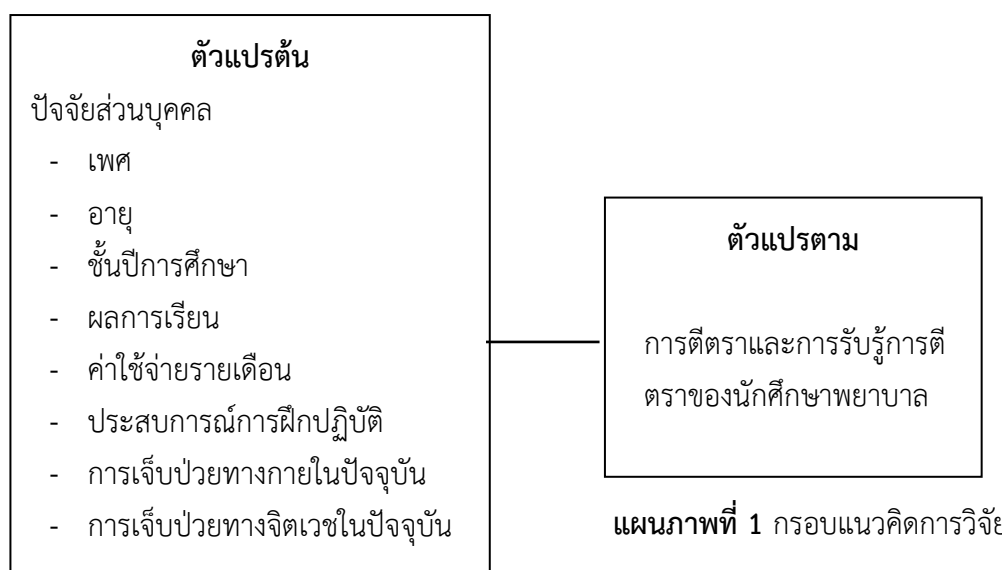
1. ศึกษาการตีตราและการรับรู้การตีตราของนักศึกษาพยาบาลต่อปัญหาสุขภาพจิต
2. เปรียบเทียบการตีตราและการรับรู้การตีตราของนักศึกษาพยาบาล ตามระดับชั้นปี และประสพการณ์การขึ้นฝึกภาคปฏิบัติ
3. ศึกษาวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับการตีตราและการรับรู้การตีตราของนักศึกษาพยาบาล

กรอบแนวคิดการวิจัย

การศึกษานี้ใช้ “The Stage Model of Self Stigma” ของ Corrigan and Rao (2012) เป็นกรอบแนวคิดหลัก โดยทฤษฎีนี้อธิบายกระบวนการที่ผู้ป่วยจิตเวชเผชิญกับการตีตราทั้งจากสังคมและตนเอง ส่งผลให้เกิดการรับรู้ถึงความด้อยค่าและไร้ความสามารถของตนเอง และนำไปสู่พฤติกรรมแยกตัวจากสังคม การหลีกเลี่ยงการแก้ปัญหา และการลดความพยายามในการแสวงหาการช่วยเหลือทางการแพทย์และทางสังคม (Corrigan & Rao, 2012) ในบริบทของนักศึกษาพยาบาล ปัจจัยส่วนบุคคลต่าง ๆ อาจมีบทบาทสำคัญในการกำหนดระดับของการตีตราและการรับรู้การตีตราได้ ทั้งนี้เพศหญิงอาจมีความอ่อนไหว

ต่อการรับรู้การติตรา เนื่องจากบทบาททางสังคมที่มักคาดหวังให้เพศหญิงเป็นผู้ดูแลผู้อื่น ซึ่งอาจเพิ่มความกดดันและความเสี่ยงในการเจ็บป่วยด้วยโรคทางจิตเวชได้ (Adeosun, 2013) นักศึกษาพยาบาลที่อยู่ในชั้นปีที่สูงกว่าและมีอายุมากกว่าอาจมีทัศนคติที่ดีขึ้นต่อผู้ป่วยจิตเวช เนื่องจากได้รับการศึกษาและฝึกปฏิบัติที่เข้มข้นกว่า ทำให้มีความเข้าใจ ยอมรับ และความเห็นอกเห็นใจต่อผู้ป่วยจิตเวชมีมากขึ้น (Al-Maqbali et al., 2023) ส่วนประสบการณ์การฝึกภาคปฏิบัติ นักศึกษาที่มีประสบการณ์ในการฝึกปฏิบัติวิชาจิตเวชอาจมีทัศนคติเชิงบวกและการติตราต่อผู้ป่วยจิตเวชที่ลดลงเนื่องจากมีโอกาสสัมผัสและทำความเข้าใจกับผู้ป่วยจิตเวชโดยตรง (Morrison, 2011) สำหรับเกรตเฉลี่ย

สะสมสะท้อนถึงระดับความรู้และความเข้าใจเกี่ยวกับสุขภาพจิต ซึ่งอาจมีผลต่อการรับรู้การติตราและทัศนคติที่มีต่อผู้ป่วยจิตเวช (Lin, 2023) นอกจากนั้นนักศึกษาที่เคยประสบกับการเจ็บป่วยทางจิตเวชหรือมีบุคคลใกล้ชิดที่เจ็บป่วยทางจิตเวชอาจมีทัศนคติที่แตกต่างไปจากนักศึกษาที่ไม่เคยมีประสบการณ์เหล่านี้ (Lin, 2023) ดังนั้นการศึกษานี้จะแสดงให้เห็นถึงความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลเหล่านี้กับการติตราและการรับรู้การติตราในนักศึกษาพยาบาล เพื่อนำไปสู่การกำหนดแนวทางพัฒนานักศึกษาพยาบาลให้เตรียมพร้อมสำหรับการดูแลผู้ป่วยที่มีปัญหาสุขภาพจิตและจิตเวชได้ในอนาคต



วิธีการดำเนินการวิจัย

การศึกษาวิจัยเชิงบรรยายแบบหาความสัมพันธ์ (Correlational descriptive research) เพื่อวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับการติตราและการรับรู้การติตราในนักศึกษาพยาบาล สังกัดสถาบันพระบรมราชชนก ในเขตภาคตะวันออกเฉียงเหนือ เก็บข้อมูลระหว่าง

เดือนกันยายน พ.ศ. 2566 ถึงเดือนตุลาคม พ.ศ. 2566

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรในการวิจัยนี้ คือ นักศึกษาพยาบาล ชั้นปีที่ 1 - 4 ปีการศึกษา 2566 จากวิทยาลัยพยาบาลในสังกัดสถาบันพระบรมราชชนก เขตภาคตะวันออกเฉียงเหนือจำนวน 6 แห่ง รวมทั้งหมด 3,382 คน การคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยการ

ใช้โปรแกรม G*Power version 3.1.9.7 สำหรับทดสอบความสัมพันธ์ Pearson's correlation กำหนดความเชื่อมั่นที่ระดับ .05 ค่า power = .80 และค่าขนาดความสัมพันธ์ effect size = .15 ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างจำนวน 346 คน

เพื่อรองรับกรณีที่มีการตอบแบบสอบถามไม่สมบูรณ์ จึงเพิ่มกลุ่มตัวอย่าง อีกประมาณร้อยละ 20 ตามแนวทางของ รัฐกานต์ ขำเขียว ศนิกันต์ ศรีมณี และศิรินา สันต์ดงาม (2566) รวมขนาดจำนวนกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัยนี้ จำนวน 410 คน โดยการใช้วิธีการสุ่มแบบแบ่งชั้นภูมิ (Stratified random sampling) ตามชั้นปี ได้กลุ่มตัวอย่างจากวิทยาลัยพยาบาล ในแต่ละแห่ง ดังนี้ 1) แห่งที่ 1 จำนวน 56 คน 2) แห่งที่ 2 จำนวน 76 คน 3) แห่งที่ 3 จำนวน 71 คน 4) แห่งที่ 4 จำนวน 77 คน 5) แห่งที่ 5 จำนวน 55 คน และ 6) แห่งที่ 6 จำนวน 75 คน

เกณฑ์ในการคัดเลือก (Inclusion criteria)

- อายุ 18 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป
- เป็นนักศึกษาพยาบาลที่ลงทะเบียนเรียนในปีการศึกษา 2566
- สามารถใช้ระบบอินเทอร์เน็ตได้

เกณฑ์การคัดออกจากโครงการ (Exclusion criteria)

- นักศึกษาพยาบาลที่มีเหตุจำเป็นที่ไม่สามารถเข้าร่วมการวิจัยได้

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย แบ่งออกเป็น 2 ส่วน ดังนี้

1. แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป ประกอบด้วย ข้อมูลเกี่ยวกับ เพศ อายุ ชั้นปีการศึกษา เกรดเฉลี่ยสะสม ค่าใช้จ่ายรายเดือน ประสบการณ์ในการขึ้นฝึกภาคปฏิบัติวิชาชีพปฏิบัติการสุขภาพจิตและจิตเวช

การเจ็บป่วยทางกายในปัจจุบัน และการเจ็บป่วยทางจิตเวชในปัจจุบัน

2. แบบวัดการตีตราและการรับรู้การตีตราเกี่ยวกับทัศนคติที่มีต่อปัญหาสุขภาพจิต (The Stigma and Self-Stigma Scales for attitudes to mental Health problems: SASS) พัฒนาโดย Gray, Docksey & Snowden (2022) ใช้ในกลุ่มบุคคลทั่วไป และแปลเป็นภาษาไทยและปรับปรุงโดย สุหทัย โตสังวาลย์ (2566) แบบวัดนี้มีจำนวน 42 ข้อ แบ่งออกเป็น 7 ด้าน โดยแต่ละด้านมีข้อคำถามจำนวน 6 ข้อ ได้แก่ 1) การตีตราต่อผู้อื่น 2) ระยะห่างทางสังคมต่อการเจ็บป่วยทางจิตเวช 3) การตีตราที่คาดว่าจะเกิด 4) การรับรู้การตีตรา 5) การเผชิญปัญหาแบบหลีกเลี่ยง 6) การขาดพฤติกรรมแสวงหาความช่วยเหลือ และ 7) ความพึงพอใจทางสังคม แบบวัดนี้ใช้การประเมินค่า 5 ระดับ ตั้งแต่ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง (0 คะแนน) และเห็นด้วยอย่างยิ่ง (4 คะแนน) การแปลผลแบบวัด แบ่งออกเป็น 3 ระดับดังนี้ คะแนน ≤ 8 หมายถึง ระดับน้อย คะแนน 9–16 หมายถึง ระดับปานกลาง และคะแนน ≥ 17 หมายถึง ระดับมาก

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือการวิจัย

แบบวัด SASS พัฒนาขึ้นโดยผู้ทรงคุณวุฒิและผู้เชี่ยวชาญหลายสาขา (Gray, Docksey & Snowden, 2022) เครื่องมือที่แปลเป็นภาษาไทยได้รับการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาจากผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 3 ท่าน ซึ่งประกอบด้วย นักจิตวิทยาคลินิก 1 ท่าน และอาจารย์พยาบาลสาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช 2 ท่าน มีค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาของข้อคำถามรายข้อและมีความเฉลี่ยทั้งฉบับ เท่ากับ 1.00 หลังจากนั้นนำเครื่องมือไปทดสอบความเชื่อมั่นกับนักศึกษาพยาบาลที่มีคุณสมบัติคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง



จำนวน 30 คน ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) เท่ากับ .82

วิธีเก็บรวบรวมข้อมูล

1. หลังจากได้รับการรับรองจาก คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์แล้ว ผู้วิจัยได้ขออนุญาตเก็บข้อมูลจากวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีทั้ง 6 แห่ง ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ เมื่อได้รับการอนุมัติแล้วผู้วิจัยและคณะได้กำหนดวันและเวลานัดหมายกับผู้เข้าร่วมวิจัยโดยผู้เข้าร่วมวิจัยเป็นกลุ่มตัวอย่างจากการสุ่มแบบแบ่งชั้นภูมิ (Stratified random sampling) ตามชั้นปี ได้กลุ่มตัวอย่างจากวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีในแต่ละแห่ง เพื่อชี้แจงรายละเอียดโครงการวิจัยผ่านทางช่องทางออนไลน์ โดยติดต่อกลุ่มตัวอย่างผ่านทางผู้ประสานงานของแต่ละวิทยาลัย

2. คณะผู้วิจัยได้ชี้แจงข้อมูลเกี่ยวกับความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา วัตถุประสงค์ของวิจัย วิธีการดำเนินการ ประโยชน์ของการทำวิจัย การเก็บรวบรวมข้อมูล และการพิทักษ์สิทธิ์ของผู้เข้าร่วมการวิจัย พร้อมเปิดโอกาสให้ผู้เข้าร่วมการวิจัยมีสิทธิ์ปฏิเสธเข้าร่วมวิจัย โดยไม่ต้องให้เหตุผลซึ่งไม่มีผลกระทบใด ๆ เกิดขึ้น

3. นักศึกษาพยาบาลที่สนใจในการเข้าร่วมการวิจัยสามารถแสดงความยินยอมและตอบแบบสอบถามผ่านทางช่องทางออนไลน์ในช่วงเวลาที่สะดวก

4. คณะผู้วิจัยได้ทำการรวบรวมตรวจสอบความครบถ้วนของข้อมูล และวิเคราะห์ข้อมูลการพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่าง

การศึกษานี้ได้รับการอนุมัติจาก คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครราชสีมา (รหัส COA No. 17/2566) ภายหลังจากการรับรอง และอนุมัติ

การเก็บข้อมูล ผู้วิจัยได้พบกับกลุ่มตัวอย่างผ่านช่องทางออนไลน์ เพื่อชี้แจงถึงความสำคัญ วัตถุประสงค์ ระยะเวลา กระบวนการเก็บข้อมูล และรายละเอียดสำคัญอื่น ๆ ของการวิจัย โดยให้โอกาสในการซักถามข้อสงสัย ผู้เข้าร่วมสามารถปฏิเสธการเข้าร่วมวิจัยได้ โดยไม่จำเป็นต้องให้เหตุผล ข้อมูลที่ได้รับจะถูกนำไปวิเคราะห์และเผยแพร่ผลในลักษณะภาพรวม

วิธีการวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง วิเคราะห์ด้วยสถิติเชิงพรรณนา เช่น ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. เปรียบเทียบการติตราและการรับรู้การติตรา ตามชั้นปี โดยใช้สถิติ One Way ANOVA

3. เปรียบเทียบการติตราและการรับรู้การติตรา ตามประสบการณ์การปฏิบัติวิชาชีพปฏิบัติการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช โดยใช้สถิติ Independent t-test

4. วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล เช่น เพศ ประสบการณ์การฝึกปฏิบัติการเจ็บป่วยทางกาย และการเจ็บป่วยทางจิตเวช กับการติตราและการรับรู้การติตราโดยใช้สถิติสหสัมพันธ์พอยท์ไบซีเรียล (Point biserial correlation coefficient) กำหนดรหัสตัวแปร: เพศหญิง (0) เพศชาย (1) ไม่มีประสบการณ์การฝึกปฏิบัติ (0) และมีประสบการณ์ (1) ไม่มีการเจ็บป่วยทางกาย (0) และมีการเจ็บป่วย (1) และไม่มีการเจ็บป่วยทางจิตเวช (0) มีการเจ็บป่วย (1)

5. วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล เช่น อายุ ค่าใช้จ่ายรายเดือน เกรดเฉลี่ยสะสม กับการติตราและการรับรู้การติตรา โดยใช้สถิติสหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's product moment correlation)

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างเป็นนักศึกษาพยาบาลจำนวน 410 คน อายุเฉลี่ย 20.05 ปี (SD=1.65) ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 93.70 (n=384) นักศึกษาส่วนใหญ่อยู่ในชั้นปีที่ 2 คิดเป็นร้อยละ 26.80 (n=110) รองลงมา คือ นักศึกษาชั้นปีที่ 1 คิดเป็นร้อยละ 26.60 (n=109) ผลการเรียนเฉลี่ยอยู่ที่ 3.38 (SD=.42) นักศึกษาส่วนใหญ่ไม่เคยมีประสบการณ์ฝึกปฏิบัติวิชาชีพปฏิบัติการสุขภาพจิต และจิตเวชคิดเป็นร้อยละ 77.60 (n=92) และ

นักศึกษาส่วนใหญ่ไม่มีการเจ็บป่วยทางกายในปัจจุบัน คิดเป็นร้อยละ 97.10 (n=398) มีเพียงร้อยละ 2.90 (n=12) ที่มีการเจ็บป่วยเช่น โรคภูมิแพ้ร้อยละ 1.46 (n=6) ไม่เกรน ร้อยละ 0.49 (n=2) โรคกระเพาะอาหาร ร้อยละ 0.49 (n=2) ธาลัสซีเมีย ร้อยละ 0.24 (n=1) และไทรอยด์ร้อยละ 0.24 (n=1) ส่วนในด้านสุขภาพจิต นักศึกษาส่วนใหญ่ไม่มีการเจ็บป่วยทางจิตเวช คิดเป็นร้อยละ 98.50 (n=404) แต่พบว่ามีนักศึกษาร้อยละ 1.50 (n=6) ที่มีโรคซึมเศร้า ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างแสดงให้เห็นในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง (n=410)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน (คน)	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	26	6.30
หญิง	384	93.70
อายุ Mean 20.05, SD=1.65, Minimum=18, Maximum=38		
ชั้นปีที่กำลังศึกษา		
ชั้นปีที่ 1	109	26.59
ชั้นปีที่ 2	110	26.83
ชั้นปีที่ 3	99	24.15
ชั้นปีที่ 4	92	22.43
ผลการเรียน (เกรดเฉลี่ยสะสม) Mean=3.38, SD=.41, Minimum=2.31, Maximum=3.99		
ประสบการณ์ในการฝึกภาคปฏิบัติวิชาชีพปฏิบัติการสุขภาพจิตและจิตเวช		
ไม่เคย	318	77.60
เคย	92	22.40
การเจ็บป่วยด้วยโรคทางกายในปัจจุบัน		
ไม่มี	398	97.10
มี	12	2.90
การเจ็บป่วยด้วยโรคทางจิตเวชในปัจจุบัน		
ไม่มี	404	98.50
มี	6	1.50
ค่าใช้จ่ายรายเดือน Mean=5027.07, SD=2189.37, Minimum=1000, Maximum=25000		

1. การตีตราและการรับรู้การตีตราเกี่ยวกับทัศนคติที่มีต่อปัญหาสุขภาพจิตของนักศึกษาพยาบาล

นักศึกษาพยาบาล มีการตีตราและการรับรู้การตีตรา อยู่ในระดับปานกลาง ($M=9.89$, $SD=2.34$) โดยด้านที่มีคะแนนเฉลี่ยสูงสุดคือ การตีตรา

ที่คาดว่าจะเกิด ($M=10.48$, $SD=5.45$) รองลงมา คือ การเผชิญปัญหาแบบหลีกเลี่ยง ($M=10.22$, $SD=3.44$) รายละเอียดค่าเฉลี่ยของคะแนนในด้านต่าง ๆ แสดงให้เห็นในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 การตีตราและการรับรู้การตีตราเกี่ยวกับทัศนคติที่มีต่อปัญหาสุขภาพจิตของนักศึกษาพยาบาล ($n = 410$)

การตีตราและการรับรู้การตีตราเกี่ยวกับทัศนคติที่มีต่อปัญหาสุขภาพจิต	M	SD	ระดับ
การตีตราและการรับรู้การตีตราเกี่ยวกับทัศนคติที่มีต่อปัญหาสุขภาพจิต โดยภาพรวม	9.89	2.34	ปานกลาง
การตีตราต่อผู้อื่น	6.79	4.19	น้อย
ระยะห่างทางสังคมต่อการเจ็บป่วยทางจิตเวช	8.23	3.30	น้อย
การตีตราที่คาดว่าจะเกิด	10.48	5.45	ปานกลาง
การรับรู้การตีตรา	10.07	5.44	ปานกลาง
การเผชิญปัญหาแบบหลีกเลี่ยง	10.22	3.44	ปานกลาง
การขาดพฤติกรรมแสวงหาความช่วยเหลือ	7.64	3.79	น้อย
ความพึงพอใจทางสังคม	15.81	3.48	ปานกลาง

2. เปรียบเทียบการตีตราและการรับรู้การตีตราเกี่ยวกับทัศนคติที่มีต่อปัญหาสุขภาพจิตตามระดับชั้นปี

นักศึกษาพยาบาลในแต่ละชั้นปีมีคะแนนการตีตราและการรับรู้การตีตราไม่แตกต่างกัน

อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยนักศึกษาชั้นปีที่ 3 มีค่าเฉลี่ยสูงสุด ($M=70.12$, $SD=15.06$) รองลงมา คือ ชั้นปีที่ 2 ($M=69.62$, $SD=17.36$) รายละเอียดของข้อมูลแสดงให้เห็นดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบการตีตราและการรับรู้การตีตราเกี่ยวกับทัศนคติที่มีต่อปัญหาสุขภาพจิตของนักศึกษาพยาบาลฯ ตามระดับชั้นปี โดยใช้สถิติ One-Way ANOVA ($n=410$)

การตีตราและการรับรู้การตีตราเกี่ยวกับทัศนคติที่มีต่อปัญหาสุขภาพจิต	Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig
Between Groups	392	3	130.73	.483	.694
Within Groups	109800.38	406	270.44		
Total	110192.58	409			

4. เปรียบเทียบการตีตราและการรับรู้การตีตราเกี่ยวกับทัศนคติที่มีต่อปัญหาสุขภาพจิตของนักศึกษาพยาบาลระหว่างกลุ่มที่เคยและไม่เคยขึ้นฝึกภาคปฏิบัติ

กลุ่มนักศึกษาที่เคยฝึกปฏิบัติมีคะแนนการตีตราและการรับรู้การตีตราไม่แตกต่างจากกลุ่มที่ไม่เคยปฏิบัติ ($t=1.18, p=.240$) รายละเอียดแสดงให้เห็นในตารางที่ 4

ตารางที่ 4 เปรียบเทียบการตีตราและการรับรู้การตีตราเกี่ยวกับทัศนคติที่มีต่อปัญหาสุขภาพจิตของนักศึกษาพยาบาลระหว่างกลุ่มที่เคยและไม่เคยขึ้นฝึกภาคปฏิบัติ โดยใช้สถิติ Independent t-test ($n=410$)

	เคยขึ้นฝึก			ไม่เคยขึ้นฝึก			df	t	p-value	d
	M	SD	ระดับ	M	SD	ระดับ				
การตีตราและการรับรู้การตีตราเกี่ยวกับทัศนคติที่มีต่อปัญหาสุขภาพจิต	67.47	15.10	ปานกลาง	69.75	16.76	ปานกลาง	408	1.18	.240	0.004

5. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับการตีตราและการรับรู้การตีตราเกี่ยวกับทัศนคติที่มีต่อปัญหาสุขภาพจิตของนักศึกษาพยาบาล

ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ ($r_{pb} = -.171, p = .01$) และการเจ็บป่วยด้วยโรคทางจิตเวชในปัจจุบัน ($r_{pb} = .113, p = .022$) มีความสัมพันธ์

กับการตีตราและการรับรู้การตีตราเกี่ยวกับทัศนคติที่มีต่อปัญหาสุขภาพจิตโดยภาพรวม รายละเอียดความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับการตีตราและการรับรู้การตีตรา ในด้านต่าง ๆ แสดงให้เห็นในตารางที่ 5 และ 6

ตารางที่ 5 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับการตีตราและการรับรู้การตีตราเกี่ยวกับทัศนคติที่มีต่อปัญหาสุขภาพจิตของนักศึกษาพยาบาล โดยใช้สถิติสหสัมพันธ์ Point biserial correlation (r_{pb}) ($n = 410$)

ปัจจัยส่วนบุคคล	ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับการตีตราและการรับรู้การตีตรา							
	การตีตราและการรับรู้การตีตราโดยภาพรวม	ด้านการตีตราต่อผู้อื่น	ด้านระยะห่างทางสังคมต่อการเจ็บป่วยทางจิตเวช	ด้านที่คาดว่าจะเกิด	ด้านการรับรู้การตีตรา	ด้านการเผชิญปัญหาแบบหลีกเลี่ยง	ด้านการขาดพฤติกรรมแสวงหาความช่วยเหลือ	ด้านความพึงพอใจทางสังคม
เพศ (r_{pb})	-.171**	-.159**	-.012	-.144**	-.153**	-.059	-.017*	.046
ประสบการณ์การขึ้นฝึกปฏิบัติจิตเวช (r_{pb})	-.058	.002	-.047	-.037	-.007	-.079	-.063	-.017

ตารางที่ 5 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับการติตราและการรับรู้การติตราเกี่ยวกับทัศนคติที่มีต่อปัญหาสุขภาพจิตของนักศึกษาพยาบาล โดยใช้สถิติสหสัมพันธ์ Point biserial correlation (r_{pb}) ($n=410$) (ต่อ)

ปัจจัยส่วนบุคคล	ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับการติตราและการรับรู้การติตรา							
	การติตรา และการรับรู้การติตรา โดยภาพรวม	ด้านการติตราต่อผู้อื่น	ด้านระยะห่างทางสังคมต่อการเจ็บป่วยทางจิตเวช	ด้านที่คาดว่าจะเกิด	ด้านการรับรู้การติตรา	ด้านการเผชิญปัญหาแบบหลีกเลี่ยง	ด้านการขาดพฤติกรรมแสวงหาความช่วยเหลือ	ด้านความพึงพอใจทางสังคม
การเจ็บป่วยด้วยโรคทางกายในปัจจุบัน (r_{pb})	.076	.106*	-.008	.083	.056	-.024	.013	.030
การเจ็บป่วยด้วยโรคทางจิตเวชในปัจจุบัน (r_{pb})	.113*	.035	-.027	.116*	.088	.057	.151**	-.022

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

ตารางที่ 6 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับการติตราและการรับรู้การติตราเกี่ยวกับทัศนคติที่มีต่อปัญหาสุขภาพจิตของนักศึกษาพยาบาล โดยใช้สถิติสหสัมพันธ์ Pearson's product moment correlation (r) ($n = 410$)

ปัจจัยส่วนบุคคล	ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับการติตราและการรับรู้การติตรา							
	การติตรา และการรับรู้การติตรา โดยภาพรวม	ด้านการติตราต่อผู้อื่น	ด้านระยะห่างทางสังคมต่อการเจ็บป่วยทางจิตเวช	ด้านที่คาดว่าจะเกิด	ด้านการรับรู้การติตรา	ด้านการเผชิญปัญหาแบบหลีกเลี่ยง	ด้านการขาดพฤติกรรมแสวงหาความช่วยเหลือ	ด้านความพึงพอใจทางสังคม
อายุ (r)	-.034	.036	-.029	-.010	-.013	-.057	-.046	-.034
เกรดเฉลี่ย (r)	.022	-.048	-.018	.073	.026	-.076	.018	.080
รายได้เฉลี่ยสะสมต่อเดือน (r)	-.057	-.033	-.017	.017	-.030	.015	-.074	-.128**

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

การอภิปรายผลการวิจัย

1. การติดตามและการรับรู้การติดตามเกี่ยวกับทัศนคติที่มีต่อปัญหาสุขภาพจิตของนักศึกษาพยาบาล

ผลการศึกษา พบว่า การติดตามและการรับรู้การติดตามของนักศึกษาพยาบาลเกี่ยวกับทัศนคติที่มีต่อปัญหาสุขภาพจิต อยู่ในระดับปานกลาง แสดงให้เห็นว่า นักศึกษามีความเข้าใจในระดับหนึ่งเกี่ยวกับปัญหาสุขภาพจิตและมองว่าโรคจิตเวชไม่แตกต่างจากโรคทางกายสามารถรักษาหายเป็นปกติได้ โดยเมื่อพิจารณารายด้านพบว่า การติดตามต่อผู้อื่น และระยะห่างทางสังคมต่อการเจ็บป่วยทางจิตเวช อยู่ในระดับน้อยสอดคล้องกับการศึกษาของ สมภรณ์ เทียนขาว และเกศกาญจน์ ทันประภัสสร (2561) พบว่า นักศึกษาพยาบาลที่มีโอกาสพบผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน รับรู้ว่าผู้ป่วยจิตเวชไม่น่ากลัวอย่างที่คิด

อย่างไรก็ตาม รายงานวิจัยบางเรื่อง ยังชี้ให้เห็นว่าเจตคติด้านลบยังคงอยู่ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในกลุ่มนักศึกษาพยาบาลที่มีประสบการณ์ฝึกปฏิบัติทางคลินิกมากขึ้น (ชูศรี เกิดพงษ์บุญโชติ เบญจพร ปัญญา และชูชาติ วงศ์อนุชิต, 2558) การศึกษาที่ผ่านมา พบว่า นักศึกษาพยาบาลมีการติดตามผู้ป่วยจิตเวช โดยมาจากความเชื่อในอดีตจากครอบครัว หรือประสบการณ์เกี่ยวกับผู้ป่วยจิตเวช ทำให้นักศึกษาพยาบาลมีแนวโน้มในการรับรู้ในลักษณะตัดสินใจในทางลบไปก่อนล่วงหน้าในลักษณะหวาดหวั่นว่าจะมีเหตุการณ์บางอย่างระหว่างฝึกปฏิบัติทางคลินิกจิตเวช ทัศนคติด้านลบดังกล่าวมีผลต่อพฤติกรรมการแสดงออกของนักศึกษาพยาบาลที่มีต่อผู้ป่วย (Roach & Tadesse, 2023) โดยสรุปนักศึกษามีการติดตามและการรับรู้การติดตามโดยรวม อยู่ในระดับปานกลาง ความเข้าใจ

และทัศนคติเชิงบวกที่เพิ่มขึ้นอาจเกิดจากการได้รับการอบรมเกี่ยวกับสุขภาพจิตและจิตเวช ซึ่งช่วยลดการติดตามในระดับหนึ่งได้

2. เปรียบเทียบการติดตามและการรับรู้การติดตามเกี่ยวกับทัศนคติที่มีต่อปัญหาสุขภาพจิต ตามระดับชั้นปี และตามประสบการณ์การขึ้นฝึกภาคปฏิบัติ

ผลการศึกษา ไม่พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญในคะแนนการติดตามและการรับรู้การติดตามระหว่างนักศึกษาพยาบาลในแต่ละชั้นปี และระหว่างนักศึกษาที่มีและไม่มีประสบการณ์ฝึกปฏิบัติ ซึ่งสะท้อนถึงความคงที่ของทัศนคติของนักศึกษาในเรื่องนี้ แม้ว่าจะได้รับการศึกษาและฝึกปฏิบัติในวิชาสุขภาพจิตแล้วก็ตาม นอกจากนี้ การติดตามทางสังคมยังคงมีอิทธิพลต่อการรับรู้และทัศนคติของนักศึกษา เช่น การศึกษาของ Rodriguez-Almagro et al. (2019) ที่ทำการวิจัยในกลุ่มนักศึกษาในประเทศสเปน พบว่า การติดตามเกี่ยวกับสุขภาพจิตของนักศึกษาพยาบาลจะลดลงตามระดับชั้นปีที่สูงขึ้น โดยเฉพาะในนักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 3 และ 4 ข้อค้นพบดังกล่าวอาจเนื่องมาจากการที่ในชั้นปีดังกล่าวได้รับการศึกษาและฝึกภาคปฏิบัติในวิชาที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพจิต จึงส่งผลให้นักศึกษาเกิดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับปัญหาสุขภาพจิตมากยิ่งขึ้น การติดตามเกี่ยวกับสุขภาพจิตจึงลดลง ดังนั้น จึงควรเน้นการสร้าง ความเข้าใจและการตระหนักในเรื่องสุขภาพจิตในสังคมวงกว้าง เพื่อให้ผลกระทบของการติดตามของบุคคลในสังคมลดลง



3. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับการตีตราและการรับรู้การตีตราเกี่ยวกับทัศนคติที่มีต่อปัญหาสุขภาพจิต

ผลการศึกษา พบว่า เพศมีความสัมพันธ์กับการตีตราเกี่ยวกับทัศนคติที่มีต่อปัญหาสุขภาพจิต อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยเพศชายมีทัศนคติด้านลบมากกว่าเพศหญิง นอกจากนี้การเจ็บป่วยด้วยโรคทางจิตเวชในปัจจุบันก็มีความสัมพันธ์กับการตีตราและการรับรู้การตีตราอย่างมีนัยสำคัญเช่นกัน บุคคลที่เจ็บป่วยมักรู้สึกว่าคุณค่าและถูกตีตรา ส่งผลให้เกิดความเครียดและหมดหนทาง (Latalova, Kamaradova & Prasko, 2014) การรับรู้การตีตราในบุคคลที่ป่วยด้วยโรคทางจิตเวช เป็นการรับรู้ตนเองของบุคคลในทางลบมองตนเองไม่มีคุณค่า ไม่ควรได้รับการยอมรับจากผู้อื่นซึ่งก่อให้เกิดความเครียด รู้สึกหมดหนทาง นำไปสู่การพยายามหาทางออกจากสถานการณ์ดังกล่าว เอื้ออนุช ถนอมวงษ์ (2565) ชูศรี เกิดพงษ์บุญโชติ เบญจพร ปัญญา และชูชาติ วงศ์อนุชิต (2558) ชี้ให้เห็นว่า ผู้ป่วยจิตเวชมีการรับรู้การตีตราสูง เนื่องจากการมีอาการของโรค ยิ่งทำให้ผู้คนในสังคมตีตราและรู้สึกหวาดกลัวต่อผู้ป่วยจิตเวช อีกทั้งตัวผู้ป่วยเองยังรู้สึกด้อยค่า มองว่าตนเองไม่มีคุณค่าและมองว่าผู้อื่นก็ด้อยค่าเช่นกัน มองว่าไม่มีใครดีเกินไปกว่าตน จนทำให้ตัวผู้ป่วยรับรู้การตีตราที่สูง ดังนั้นจึงควรมีการให้ความรู้เกี่ยวกับการจัดการความเครียดและการยอมรับตนเองในกลุ่มผู้ที่มีปัญหาสุขภาพจิตอย่างต่อเนื่อง

โดยสรุปการตีตราและการรับรู้การตีตราเกี่ยวกับปัญหาสุขภาพจิตในกลุ่มนักศึกษาพยาบาล ยังคงเป็นปัญหาที่สำคัญ ถึงแม้ว่านักศึกษาจะได้รับการศึกษาและฝึกปฏิบัติในวิชาสุขภาพจิตแล้วก็ตาม การศึกษาเพิ่มเติมควรมุ่งเน้นการสร้างความรู้ตระหนักรู้และความเข้าใจในเรื่องนี้ให้มากยิ่งขึ้นใน

ทุกระดับชั้น เพื่อช่วยลดการตีตราและสร้างทัศนคติที่ดีกว่าต่อการเจ็บป่วยทางจิตเวชในอนาคต

ข้อเสนอแนะจากการวิจัย

ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยครั้งนี้

นักศึกษาพยาบาลควรได้รับการพัฒนาความรู้ความเข้าใจ และทัศนคติที่เกี่ยวกับการตีตราและการรับรู้การตีตราเกี่ยวกับทัศนคติที่มีต่อปัญหาสุขภาพจิต เพื่อช่วยให้นักศึกษาพยาบาลมีทัศนคติเกี่ยวกับการตีตราต่อผู้ป่วยจิตเวชที่ลดลง เมื่อนักศึกษาต้องปฏิบัติงานในฐานะพยาบาลวิชาชีพต่อไป จะนำไปสู่การให้บริการทางสุขภาพจิตที่มีคุณภาพสูงขึ้นในการดูแลผู้ป่วยจิตเวช นอกจากนี้ นักศึกษาพยาบาลควรได้รับการฝึกอบรมและกิจกรรมเสริมสร้างความรู้และทัศนคติด้านบวกเกี่ยวกับปัญหาสุขภาพจิตอย่างต่อเนื่องตลอดหลักสูตรการศึกษา เพื่อให้ นักศึกษามีความเข้าใจที่ลึกซึ้งยิ่งขึ้นเมื่อเตรียมพร้อมสู่การเป็นพยาบาลวิชาชีพ

ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรทำการศึกษาข้อมูลเชิงคุณภาพ เพื่อทำให้เกิดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการตีตราและการรับรู้การตีตราในนักศึกษาพยาบาลมากยิ่งขึ้น โดยเฉพาะประเด็นดังต่อไปนี้ เช่น ทัศนคติ ความรู้สึก หรือปัจจัยที่มีผลต่อการตีตราและการรับรู้การตีตรา

2. ควรมีการศึกษาพัฒนาโปรแกรมการลดการตีตราและเพิ่มการรับรู้หรือความตระหนักรู้เกี่ยวกับการตีตรา ในนักศึกษาพยาบาลมากขึ้น เพื่อสร้างทัศนคติที่ดีเกี่ยวกับการเจ็บป่วยด้วยโรคทางจิตเวช

3. ควรมีการติดตามผลการใช้โปรแกรมการลดการตีตราและการรับรู้การตีตราที่พัฒนาแล้ว เพื่อตรวจสอบประสิทธิภาพ และผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นจริงในระยะยาว

เอกสารอ้างอิง

- กรมสุขภาพจิต. (2565). เชื้อ 9 สัญญาณ "ซึมเศร้า" แคล่ไหน ถึงเป็น "โรคซึมเศร้า". <https://dmh.go.th/news-dmh/view.asp?id=31458>
- ฉวีวรรณ สัตยธรรม, แผล จันทรสุข, และศุภกรใจ เจริญสุข. (2557). *การพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต (ฉบับปรับปรุง) เล่มที่ 1* (พิมพ์ครั้งที่ 2).
- ชูศรี เกิดพงษ์บุญโชติ, เบญจพร ปัญญาวย, และชูชาติ วงศ์อนุชิต. (2558). การรับรู้ตราบาปของผู้ป่วยจิตเวช. *วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย*, 23(1), 25-37.
- ฐิตาภา ทินราช. (2557). *พื้นที่สร้างสรรค์เชิงสัญลักษณ์ของกลุ่มคนไร้บ้าน*. คลังปัญญามหาวิทยาลัยศิลปากร http://www.thapra.lib.su.ac.th/thesis/showthesis_th.asp?id=0000010566
- ปณิดา พุ่มพุด และขวัญตา ภูริวิทยาธิระ. (2564). บทบาทพยาบาลในการส่งเสริมความสามารถในการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทเพื่อลดการรับรู้ตราบาป. *วารสารสาธารณสุขและวิทยาศาสตร์สุขภาพ*, 4(3), 215-224.
- รัฐกานต์ ขำเขียว, ศนิกันต์ ศรีมณี, และศิรินา สันตังงาม. (2566). ปัจจัยทำนายพฤติกรรมจัดการสุขภาพแบบมีส่วนร่วมในชุมชนริมคลองภาษีเจริญ กรุงเทพมหานคร. *วารสารสุขภาพกับการจัดการสุขภาพ*, 9(2), 204-216.
- วรรัฐกานต์ อัสวพรวิพุธ. (2559). มาตรฐานการพยาบาล: กระบวนการพยาบาล และจริยธรรมวิชาชีพ. *วารสารกฎหมายสุขภาพและสาธารณสุข*, 2(3), 1-8. https://phad.ph.mahidol.ac.th/journal_law/2-3/14-Waratthakarn.pdf
- สมาภรณ์ เทียนขาว และเกศกาญจน์ ทนประภัสสร. (2561). การรับรู้ต่อการจัดการเรียนการสอนแบบเน้นสภาพจริง วิชาการพยาบาลบุคคลที่มีปัญหาทางจิตของนักศึกษาพยาบาล. *วารสารพยาบาลสงขลานครินทร์*, 38(3), 127-140.
- สุหทัย โตสังวาลย์. (2566). *คุณสมบัติทางจิตมิติของแบบวัดการตีตราและการรับรู้การตีตราเกี่ยวกับทัศนคติที่มีต่อปัญหาสุขภาพจิต* [เอกสารที่ไม่ได้ตีพิมพ์]. คณะพยาบาลศาสตร์, วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครราชสีมา สถาบันพระบรมราชชนก
- เอื้ออนุช ถนอมวงษ์. (2565). อิทธิพลของการรับรู้ตราบาปและความรอบรู้ทางสุขภาพจิตที่มีต่อเจตคติต่อการแสวงหาความช่วยเหลือจากนักวิชาชีพทางด้านจิตวิทยา. *วารสารจิตวิทยาคลินิกไทย*, 53(2), 64-76.
- Adeosun, I. I. (2013). Correlates of caregiver burden among family members of patients with Schizophrenia in Lagos, Nigeria. *Schizophrenia Research and Treatment*, Article ID 353809, 2013, 1-7. <http://dx.doi.org/10.1155/2013/353809>
- Al-Maqbali, R., Al-Hinaai, F. L., Al-Farsi, H. A., Al-Amari, M. A., & Al-Shibli, M. S. (2023). Stigmatizing attitude of nursing students towards patients with mental illness. *Asian Journal of Nursing Education and Research*, 13(4), 241-248.



- Corrigan, P. W. & Rao, D. (2012). On the self- stigma of mental illness: Stages, disclosure, and strategies for change. *Canadian Journal of Psychiatry*, 57(8), 464-469.
- Gray, N. S., Docksey, A, & Snowden, R., J. (2022). SASS stigma and self-stigma questionnaire. *Health Psychology Research*, 10(3), 1-14.
- Latalova, K., Kamaradova, D., & Prasko, J. (2014). Perspectives on perceived stigma and self-stigma in adult male patients with depression. *Neuropsychiatric Disease and Treatment*, 29(10), 1399-1405. <https://doi.org/10.2147/NDT.S54081>
- Lin, C. L. E. (2023). Incorporating anti-stigma training into psychiatric mental health nursing education. *Journal of Nursing*, 70(1), 29-34. [https://doi.org/10.6224/JN.202302_70\(1\).06](https://doi.org/10.6224/JN.202302_70(1).06)
- Morrison, R. (2011). *Nursing students' attitudes toward people with mental illness: Do they change after instruction and clinical exposure?* [Master's thesis, University of South Florida]. Digital Commons @ University of South Florida. https://digitalcommons.usf.edu/honors_et/77
- Ntshingila, N., Temane, A., Poggenpoel, M., & Makhale, M. E. (2024). Psychiatric nurses advocating for the human rights of mental health care users in Gauteng. *South African Journal of Psychiatry*, 30(1), 1-8.
- Roach, A., & Tadesse, R. (2023). "It Is OK Not to Be OK": Nursing students' backgrounds and perceptions of mental health stigma and implications for mental health nursing education. *Issues in Mental Health Nursing*, 44(10), 1050-1058. <https://doi.org/10.1080/01612840.2023.2265470>
- Rodríguez-Almagro, J., Hernández-Martínez, A., Rodríguez-Almagro, D., Quiros-García, J. M., Solano-Ruiz, M. D. C., & Gómez-Salgado, J. (2019). Level of stigma among Spanish nursing students toward mental illness and associated factors: A mixed-methods study. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 16(23), 4870.



การเตรียมความพร้อมและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการเตรียมความพร้อมเพื่อเข้าสู่วัยสูงอายุ ของบุคลากรมหาวิทยาลัยแม่โจ้*

สุทธิลักษณ์ จันทะวัง**, ดลนภา ไชยสมบัติ***

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์การวิจัย: เพื่อศึกษาการเตรียมความพร้อมและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการเตรียมความพร้อมเพื่อเข้าสู่วัยสูงอายุของบุคลากรมหาวิทยาลัยแม่โจ้

รูปแบบการวิจัย: วิจัยเชิงพรรณนา

วิธีดำเนินการวิจัย: กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ บุคลากรมหาวิทยาลัยแม่โจ้ อายุ 50-59 ปี จำนวน 210 ราย คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยการสุ่มอย่างง่าย เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป และแบบสอบถามการเตรียมความพร้อมเพื่อเข้าสู่วัยสูงอายุ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติพรรณนา วิเคราะห์ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการเตรียมความพร้อมเพื่อเข้าสู่วัยสูงอายุ โดยใช้สถิติ Chi-square

ผลการวิจัย: : การเตรียมความพร้อมเพื่อเข้าสู่วัยสูงอายุของบุคลากรมหาวิทยาลัยแม่โจ้อยู่ในระดับสูง ($M=111.23$, $SD=16.35$) โดยเฉพาะด้านร่างกายและจิตใจ ด้านที่อยู่อาศัย และด้านสังคม มีการเตรียมความพร้อมอยู่ในระดับสูง ส่วนด้านเศรษฐกิจ อยู่ในระดับปานกลาง ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการเตรียมความพร้อมเพื่อเข้าสู่วัยสูงอายุของบุคลากรมหาวิทยาลัยแม่โจ้ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ อาชีพ ระดับการศึกษา รายได้ การตรวจร่างกายประจำปี และการเป็นสมาชิกกลุ่ม/ชมรม

สรุปและข้อเสนอแนะ: มหาวิทยาลัยแม่โจ้ควรส่งเสริมบุคลากรให้มีการเตรียมตัวเพื่อเข้าสู่วัยสูงอายุครอบคลุมทั้ง 4 ด้าน โดยเฉพาะด้านเศรษฐกิจเพิ่มมากขึ้น เพื่อส่งเสริมให้บุคลากรเข้าสู่วัยสูงอายุอย่างมีคุณภาพ

คำสำคัญ: การเตรียมความพร้อม, วัยสูงอายุ, บุคลากรมหาวิทยาลัย

วารสารพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยคริสเตียน ปีที่ 11 ฉบับที่ 2 กรกฎาคม-ธันวาคม 2567 หน้า 16-32

* ได้รับทุนอุดหนุนการวิจัยจากสำนักวิจัยและส่งเสริมการเกษตร มหาวิทยาลัยแม่โจ้

** อาจารย์ประจำ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยแม่โจ้

*** ผู้ช่วยศาสตราจารย์ อาจารย์ประจำ คณะพยาบาลศาสตร์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี พะเยา สถาบันพระบรมราชชนก
Corresponding author, e-mail: Donnapa.c@bcnpy.ac.th Tel.098-7479524

วันที่รับบทความ: 5 ตุลาคม 2567, วันที่แก้ไขบทความเสร็จ: 26 ตุลาคม 2567, วันที่ตอบรับบทความ: 12 ธันวาคม 2567



Preparation and Factors Related to the Preparation for Aging among Maejo University Personnel*

Sutthilak Chantawang**, Donnapa Chaisombut***

Abstract

Purpose: This research aimed to study the preparation and factors related to the preparation for aging among Maejo University personnel.

Design: Descriptive research

Methods: The sample consisted of 210 Maejo University personnel age 50-59 years. Subjects were selected through simple random sampling. The research instruments included a questionnaire on demographic data and preparation for aging. Data were analyzed using descriptive statistics including frequency, percentage, mean and standard deviation. Chi-square was used to analyze the factors related to the preparation for aging.

Main findings: The results of this study revealed that the overall preparation for aging among Maejo University personnel was at a high level ($M = 111.23$, $S.D. = 16.35$). Specifically, the physical and mental, residential, and social aspect dimensions were at high level, while the economic dimension was at a moderate level. Factors significantly related to the preparation for aging among Maejo University personnel included occupation, education, income, annual physical examinations and social group membership.

Conclusion and recommendations: Maejo University should promote personnel preparation for aging, covering all four aspects, with particular emphasis on the economic dimension. This will enhance the well-being of personnel, enabling them to transition into old age with quality.

Keywords: Preparation, Aging, University personnel

Journal of Nursing Science Christian University of Thailand. 2024, 11(2), 16-32

* Received funding from The Office of Agricultural Research and Extension Maejo University.

** Instructor, Faculty of Nursing, Maejo University

*** Assistant Professor, Instructor, Faculty of Nursin, Boromarajonani College of Nursing Phayao,

Praboromarajchanok Institute. Corresponding author, e-mail: Donnapa.c@bcnpy.ac.th Tel.098-7479524

Received: 5 October 2567, Revised: 26 October 2567, Accepted: 12 December 2567



ความสำคัญของปัญหาการวิจัย

การเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากรเข้าสู่สังคมสูงวัยเป็นประเด็นที่หลายประเทศทั่วโลกให้ความสำคัญ เพื่อให้ผู้สูงอายุสามารถดำรงชีวิตได้อย่างเหมาะสม มีศักดิ์ศรี สามารถพึ่งตนเองได้ รวมถึงมีหลักประกันที่มั่นคงในชีวิตเมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุ การเตรียมความพร้อมเข้าสู่วัยสูงอายุจึงได้ถูกกำหนดไว้ในยุทธศาสตร์ชาติ 20 ปี (พ.ศ.2561-2580) ด้านการสร้างโอกาสและความเสมอภาคทางสังคมที่มีเป้าหมายการเสริมสร้างความเข้มแข็งของชุมชนในการจัดการตนเอง และการเตรียมความพร้อมของประชากรไทยทั้งในมิติสุขภาพ เศรษฐกิจ สังคม และสภาพแวดล้อมให้เป็นประชากรที่มีคุณภาพ สามารถพึ่งตนเอง ทำประโยชน์แก่ครอบครัว ชุมชน และสังคมให้นานที่สุด (สำนักงานเลขาธิการของคณะกรรมการยุทธศาสตร์ชาติ, 2561) รวมทั้งกำหนดไว้ในแผนผู้สูงอายุแห่งชาติ ฉบับที่ 2 (พ.ศ. 2545 -2565) ฉบับปรับปรุง ครั้งที่ 2 พ.ศ. 2561 ยุทธศาสตร์ที่ 1 การเตรียมความพร้อมเพื่อวัยสูงอายุที่มีคุณภาพ โดยความสำคัญของการเตรียมความพร้อมเข้าสู่การเป็นผู้สูงอายุที่มีคุณภาพ ประกอบด้วย การเตรียมความพร้อมด้านสุขภาพ การเตรียมความพร้อมด้านสังคม การเตรียมความพร้อมด้านเศรษฐกิจ การเตรียมความพร้อมด้านที่อยู่อาศัยและสภาพแวดล้อม และการเตรียมความพร้อมด้านเทคโนโลยีและนวัตกรรม (กรมกิจการผู้สูงอายุ กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์, 2561)

การเตรียมความพร้อมเข้าสู่วัยสูงอายุเป็นการเตรียมรับมือกับการเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ ต้องมีการเตรียมการทั้งในระดับนโยบาย ระดับปฏิบัติการ รวมไปถึงจนถึงการเตรียมความพร้อมในระดับบุคคล และการเตรียมความพร้อมเชิงระบบ

เพื่อรองรับสังคมสูงวัย (ศิริวรรณ อรุณทิพย์ไพฑูรย์, 2563) โดยการเตรียมความพร้อมระดับบุคคลก่อนวัยสูงอายุจะต้องมีการเตรียมความพร้อมให้ครอบคลุม ด้านร่างกาย จิตใจ สภาพที่อยู่อาศัย และสังคม (สิทธิชัย ใจขาน และคณะ, 2565) รวมถึงการเตรียมตัวด้านการเงิน การพักผ่อนหย่อนใจ (Solhi, Pirouzeh & Zanjari, 2022) ในประเทศไทยมีการศึกษาเกี่ยวกับการเตรียมความพร้อมเข้าสู่การเป็นผู้สูงอายุ พบว่า มีการเตรียมตัวเข้าสู่วัยสูงอายุอยู่ในระดับดีมาก โดยมีการเตรียมความพร้อมในแต่ละด้านแตกต่างกันไปในแต่ละบริบท อีกทั้งมีรายงานการศึกษาถึงปัญหาและอุปสรรคในการเตรียมความพร้อมเพื่อเข้าสู่วัยสูงอายุส่วนใหญ่เกิดจากการขาดการเตรียมความพร้อมด้านสุขภาพร่างกาย การตรวจร่างกายประจำปี การขาดความรู้ความเข้าใจในการเตรียมความพร้อมเพื่อเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุอย่างมีคุณภาพ และการจัดเตรียมการเงินเพื่อบริโภค (ชัยวัฒน์ อ่อนไธสง และคณะ, 2563) นอกจากการเตรียมความพร้อมของตัวบุคคลเองแล้ว การสนับสนุนจากหน่วยงานในการช่วยเหลือและอำนวยความสะดวกต่อสิ่งจำเป็นในการเตรียมเข้าสู่วัยผู้สูงอายุก็เป็นสิ่งสำคัญ โดยหน่วยงานมีการจัดบริการที่เอื้อประโยชน์ต่อการเตรียมความพร้อมเข้าสู่วัยผู้สูงอายุของบุคลากรให้มีประสิทธิภาพ

มหาวิทยาลัยแม่โจ้ เป็นมหาวิทยาลัยในกำกับของรัฐที่ตั้งอยู่ในจังหวัดเชียงใหม่ และวิทยาเขต 2 แห่ง ได้แก่ มหาวิทยาลัยแม่โจ้-แพร่เฉลิมพระเกียรติ และมหาวิทยาลัยแม่โจ้-ชุมพร มีบุคลากรทั้งหมด 1,528 คน เป็นบุคลากรวัยก่อนเข้าสู่วัยสูงอายุ (อายุ 50-59 ปี) จำนวน 374 คน (มหาวิทยาลัยแม่โจ้, 2564) จำแนกประเภทบุคลากรออกเป็นข้าราชการ ลูกจ้างประจำพนักงานมหาวิทยาลัย พนักงาน

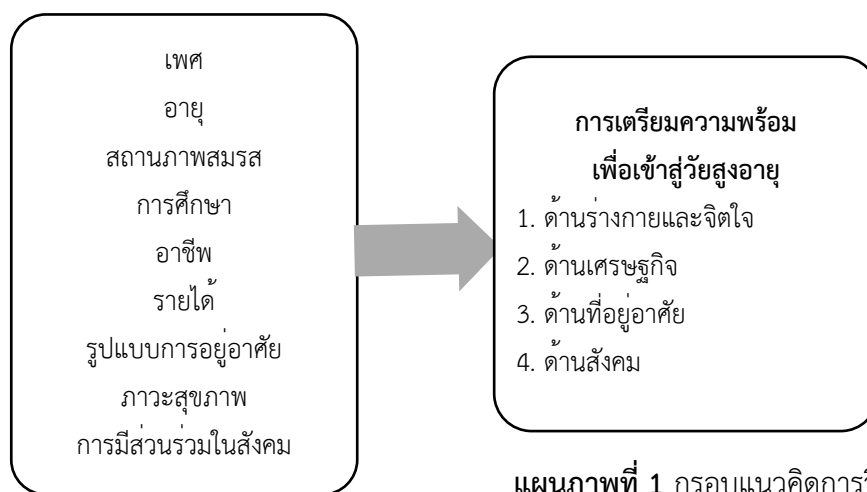
ราชการลูกจ้างชั่วคราวและพนักงานส่วนงาน ทำให้บุคลากรของมหาวิทยาลัยแม่โจ้มีหลายประเภท และมีความแตกต่างกันในด้านสิทธิ สวัสดิการ ซึ่งเป็นปัจจัยที่มีผลต่อการเตรียมความพร้อมเพื่อเข้าสู่วัยสูงอายุ ดังนั้น ผู้วิจัยจึงเห็นว่าการศึกษาเกี่ยวกับการเตรียมความพร้อมเพื่อเข้าสู่วัยสูงอายุของบุคลากรมหาวิทยาลัยแม่โจ้มีความสำคัญ เพื่อจะได้ทราบถึงลักษณะการเตรียมความพร้อมเพื่อเข้าสู่วัยสูงอายุของบุคลากร สามารถนำไปใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานในการกำหนดนโยบายและกำหนดแผนในการปฏิบัติงานที่ตอบสนองความต้องการของบุคลากรในการเตรียมความพร้อมเข้าสู่วัยสูงอายุ และสามารถนำไปใช้ในการวางแผนส่งเสริมการเตรียมความพร้อมเพื่อเข้าสู่วัยสูงอายุของบุคลากรมหาวิทยาลัยแม่โจ้ให้ได้ก้าวเข้าสู่วัยสูงอายุอย่างมีคุณภาพเป็นไปตามแผนผู้สูงอายุแห่งชาติ

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาการเตรียมความพร้อมเพื่อเข้าสู่วัยสูงอายุของบุคลากรมหาวิทยาลัยแม่โจ้
2. เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการเตรียมความพร้อมเพื่อเข้าสู่วัยสูงอายุของบุคลากรมหาวิทยาลัยแม่โจ้

กรอบแนวคิดการวิจัย

จากการทบทวนเอกสารและวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง พบว่า การเตรียมความพร้อมเพื่อเข้าสู่วัยสูงอายุที่มีคุณภาพประกอบด้วย 4 ด้าน คือด้านร่างกายและจิตใจ ด้านเศรษฐกิจ ด้านที่อยู่อาศัย และด้านสังคม โดยมีปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการเตรียมความพร้อมในระดับบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ ภาวะสุขภาพ และการมีส่วนร่วมในสังคม (กรมกิจการผู้สูงอายุ, 2562) (ดังแผนภาพที่ 1)



แผนภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีการดำเนินการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive research) เพื่อศึกษาการเตรียมความพร้อมและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการเตรียมความพร้อมเพื่อเข้าสู่วัยสูงอายุของบุคลากรมหาวิทยาลัยแม่โจ้วัยก่อนสูงอายุ (อายุระหว่าง 50-

59 ปี) ระยะเวลาศึกษาตั้งแต่เดือนกรกฎาคม-สิงหาคม 2566

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ บุคลากรมหาวิทยาลัยแม่โจ้ จังหวัดเชียงใหม่ มหาวิทยาลัยแม่โจ้-แพร่เฉลิมพระเกียรติ และมหาวิทยาลัยแม่โจ้-ชุมพร วัยก่อนสูงอายุ (อายุระหว่าง 50-59 ปี) จำนวน 374 คน

กลุ่มตัวอย่าง คือ บุคลากรมหาวิทยาลัยแม่โจ้วัยก่อนสูงอายุ (อายุระหว่าง 50-59 ปี) จำนวนกลุ่มตัวอย่างโดยใช้ตารางสำเร็จรูปของเครจซี่และมอร์แกน (Krejcie & Morgan, 1970) ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 190 คน เพื่อป้องกันปัญหาการเก็บข้อมูลไม่ครบถ้วน อาจมีผู้ที่ตอบแบบสอบถามไม่ครบหรือถอนตัวจากการเข้าร่วมโครงการวิจัย จึงเพิ่มจำนวนกลุ่มตัวอย่างอีกร้อยละ 10 (Little & Rubin, 2002) ได้กลุ่มตัวอย่างเป็น 210 คน

วิธีการสุ่มกลุ่มตัวอย่าง

คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยทำการสุ่มอย่างง่ายจากรายชื่อบุคลากรมหาวิทยาลัยแม่โจ้วัยก่อนสูงอายุ (อายุระหว่าง 50-59 ปี) กำหนดให้บุคลากรทั้ง 3 วิทยาเขตเป็น 1 กลุ่มประชากร โดยได้รับรายชื่อบุคลากรมหาวิทยาลัยแม่โจ้วัยก่อนทั้ง 3 วิทยาเขต เรียงลำดับตามอายุ 50-59 ปี จากกองบริหารทรัพยากรบุคคล แล้วนำมาทำการสุ่มอย่างง่ายด้วยวิธีจับสลาก กำหนดคุณสมบัติ ดังนี้

เกณฑ์การคัดเลือก (Inclusion criteria)

1. มีสติสัมปชัญญะดี
2. สามารถสื่อสารภาษาไทยได้
3. ยินยอมเข้าร่วมการวิจัย และตกลงจะอยู่ร่วมการวิจัยได้จนจบโครงการ

เกณฑ์การพิจารณาให้กลุ่มตัวอย่างหยุดเข้าร่วมโครงการวิจัย (Dropout criteria)

1. ขอลถอนตัวจากการเข้าร่วมโครงการวิจัย หรือไม่สามารถติดต่อได้ระหว่างเข้าร่วมโครงการวิจัย
2. เจ็บป่วย หรือเสียชีวิต หรือย้ายที่ทำงานระหว่างการเก็บรวบรวมข้อมูล

เกณฑ์การยุติโครงการ (Termination of study criteria)

1. มีอาสาสมัครมากกว่าร้อยละ 50 ขอลถอนตัวออกจากการเข้าร่วมโครงการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป ลักษณะคำตอบเป็นแบบเลือกตอบของ ดลนภา ไชยสมบัติ และบัวบาน ยะนา (2562) ได้แก่ ข้อมูล เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้หนี้สิน เงินออม รูปแบบการอยู่อาศัย ภาวะสุขภาพ และการมีส่วนร่วมในสังคม

2. แบบสอบถามการเตรียมความพร้อมเพื่อเข้าสู่วัยสูงอายุของ ดลนภา ไชยสมบัติ และบัวบาน ยะนา (2562) ประกอบด้วย การเตรียมความพร้อม 4 ด้าน ได้แก่ ด้านร่างกายและจิตใจ (10 ข้อ) ด้านเศรษฐกิจ (7 ข้อ) ด้านที่อยู่อาศัย (7 ข้อ) และด้านสังคม (8 ข้อ) ให้คะแนนโดยใช้มาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ ได้แก่ 5=ความพร้อมมากที่สุด, 4=ความพร้อมมาก, 3=ความพร้อมปานกลาง, 2=ความพร้อมน้อย, 1=ความพร้อมน้อยที่สุด แบ่งระดับการเตรียมความพร้อมเพื่อเข้าสู่วัยสูงอายุ เป็น 3 ระดับ ได้แก่ ระดับต่ำ ระดับปานกลาง และระดับสูง โดยใช้คะแนนสูงสุดลบคะแนนต่ำสุด และหารด้วยจำนวนระดับที่ต้องการ (Best, 1981) ได้ดังนี้ การเตรียมความพร้อมภาพรวม แบ่งเป็น 1) ระดับต่ำ (1.00-53.00 คะแนน) 2) ระดับปานกลาง (53.01-106.00 คะแนน) และ 3) ระดับสูง (106.01-160.00 คะแนน) การเตรียมความพร้อมด้านร่างกายและจิตใจ แบ่งเป็น 1) ระดับต่ำ (1.00-17.00 คะแนน) 2) ระดับปานกลาง (17.01-34.00 คะแนน) และ 3) ระดับสูง (34.01-50.00 คะแนน) การเตรียมความพร้อมด้านเศรษฐกิจและด้านที่อยู่อาศัย แบ่งระดับคะแนนแบบเดียวกัน คือ 1) ระดับต่ำ (1.00-12.00 คะแนน) 2) ระดับปานกลาง (12.01-24.00 คะแนน) และ 3) ระดับสูง (24.01-35.00 คะแนน) และการเตรียมความพร้อมด้านสังคม 1) ระดับต่ำ (1.00-13.00 คะแนน) 2) ระดับปานกลาง (13.01-26.00 คะแนน) และ 3) ระดับสูง (26.01-40.00 คะแนน)

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือการวิจัย

ผู้วิจัยนำแบบสอบถามการเตรียมความพร้อมเพื่อเข้าสู่วัยสูงอายุของ ดลนภา ไชยสมบัติ และบัวบาน ยะนา (2562) ที่ผ่านการตรวจสอบความตรงของเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ มีค่าความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity Index: CVI) = 0.93 นำไปทดสอบกับบุคลากรมหาวิทยาลัยแม่โจ้วัยก่อนสูงอายุ จำนวน 30 ราย หาความเชื่อมั่น (Reliability) ของเครื่องมือวิจัยในภาพรวม = 0.94 และจำแนกรายด้าน ดังนี้ 1) ด้านร่างกายและจิตใจ = 0.85 2) ด้านเศรษฐกิจ = 0.87 3) ด้านที่อยู่อาศัย = 0.87 และ 4) ด้านสังคม = 0.87

วิธีเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป และแบบสอบถามการเตรียมความพร้อมเพื่อเข้าสู่วัยสูงอายุ ในกลุ่มตัวอย่างที่เป็นบุคลากรมหาวิทยาลัยแม่โจ้วัย 50-59 ปี จำนวน 210 ราย ในระหว่างเดือนกรกฎาคม-สิงหาคม 2566 โดยมีขั้นตอน ดังนี้

1. ผู้วิจัยทำหนังสือขออนุญาตเก็บข้อมูลจากคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยแม่โจ้ว เพื่อขอความอนุเคราะห์ และอำนวยความสะดวกจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง
2. เตรียมผู้ช่วยจำนวน 5 คน เก็บรวบรวมข้อมูลวิจัย โดยการชี้แจงถึงแนวทางในการเก็บข้อมูล โดยเฉพาะการใช้แบบสอบถามให้มีความเข้าใจตรงกัน
3. คณะผู้วิจัยประสานงานกับหน่วยงานในมหาวิทยาลัยแม่โจ้ว จังหวัดเชียงใหม่ มหาวิทยาลัยแม่โจ้ว-แพร่เฉลิมพระเกียรติ และมหาวิทยาลัยแม่โจ้ว-ชุมพร เพื่อการเก็บรวบรวมข้อมูล

4. คณะผู้วิจัย และผู้ช่วยเก็บรวบรวมข้อมูลวิจัยแต่ละวิทยาเขต เข้าพบกลุ่มตัวอย่างเป็นรายบุคคล แนะนำตัว ชี้แจงวัตถุประสงค์และขั้นตอนการวิจัย การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง พร้อมทั้งชี้แจงให้ทราบถึงสิทธิในการตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วม หรือการถอนตัวจากการวิจัย

5. คณะผู้วิจัยดำเนินการเก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม ประกอบด้วย แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป และแบบสอบถามการเตรียมความพร้อมเพื่อเข้าสู่วัยสูงอายุ

6. คณะผู้วิจัยเก็บรวบรวมแบบสอบถามจากกลุ่มตัวอย่าง และตรวจสอบความสมบูรณ์ของแบบสอบถามก่อนนำข้อมูลมาบันทึกเพื่อนำไปวิเคราะห์ข้อมูล

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

โครงการวิจัยนี้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการวิจัยในคน มหาวิทยาลัยแม่โจ้ว COA No. ST003/66 ลงวันที่ 3 กุมภาพันธ์ 2566 ผู้วิจัยทำการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่างโดยชี้แจงวัตถุประสงค์และขั้นตอนการวิจัยให้กลุ่มตัวอย่างทราบ พร้อมทั้งชี้แจงให้กลุ่มตัวอย่างทราบถึงสิทธิในการตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วม หรือถอนตัวจากการวิจัยได้ โดยไม่มีผลกระทบใด ๆ ทั้งนี้ การเข้าร่วมโครงการวิจัยนี้เป็นไปโดยการสมัครใจ ไม่มีการบังคับ คำตอบหรือข้อมูลทุกอย่างผู้วิจัยถือเป็นความลับและนำเสนอในภาพรวมเพื่อประโยชน์ทางการวิจัยเท่านั้น

วิธีการวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคล โดยใช้สถิติพรรณนา ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. วิเคราะห์ข้อมูลการเตรียมความพร้อมเพื่อเข้าสู่วัยสูงอายุ 4 ด้าน โดยใช้สถิติพรรณนา ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน

3. วิเคราะห์ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการเตรียมตัวเพื่อการเข้าสู่วัยสูงอายุของประชากรก่อนวัยสูงอายุ โดยใช้สถิติ Chi-square

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไปของบุคลากรมหาวิทยาลัยแม่โจ้วัยก่อนสูงอายุ 210 ราย เป็นเพศหญิง ร้อยละ 53.33 เพศชาย ร้อยละ 46.67 อายุเฉลี่ย 53.96 ปี

เป็นพนักงานมหาวิทยาลัยมากที่สุด ร้อยละ 79.05 สถานภาพสมรส ร้อยละ 60.95 ระดับการศึกษาสูงกว่าปริญญาตรี ร้อยละ 67.14 มีรายได้ต่อเดือนมากกว่า 50,000 บาท ร้อยละ 51.43 และมีรายได้เพียงพอกับค่าใช้จ่าย ร้อยละ 76.67 มีหนี้สิน ร้อยละ 80.00 มีเงินออม ร้อยละ 86.67 อาศัยอยู่กับครอบครัว ร้อยละ 58.10 ไม่มีโรคประจำตัว ร้อยละ 53.81 ตรวจร่างกายประจำปี ร้อยละ 56.19 และตรวจร่างกายเป็นบางครั้ง ร้อยละ 40.95 ไม่เป็นสมาชิกกลุ่ม/ชมรม ร้อยละ 74.76 ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละข้อมูลทั่วไปของบุคลากรมหาวิทยาลัยแม่โจ้วัยก่อนสูงอายุ (n=210)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	98	46.67
หญิง	112	53.33
อายุ (M=53.96, Min=50, Max=59, SD=2.855)		
อาชีพ (ประเภทบุคลากร)		
ข้าราชการ	20	9.52
พนักงานมหาวิทยาลัย	166	79.05
พนักงานส่วนงาน	19	9.05
ลูกจ้างประจำ	2	0.95
ลูกจ้างชั่วคราวเงินงบประมาณ	3	1.43
สถานภาพ		
โสด	67	31.90
สมรส	128	60.95
หม้าย	6	2.86
หย่าร้าง/แยกกันอยู่	9	4.29
ระดับการศึกษา		
ประถมศึกษา	1	0.48
มัธยมศึกษา	8	3.81

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละข้อมูลทั่วไปของบุคลากรมหาวิทยาลัยแม่โจ้วัยก่อนสูงอายุ (n=210) (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
ระดับการศึกษา (ต่อ)		
ปวช./ปวส.	16	7.62
ปริญญาตรี	44	20.95
สูงกว่าปริญญาตรี	141	67.14
รายได้ต่อเดือน (บาท)		
<10,000	9	4.29
10,001-20,000	7	3.33
20,001-30,000	15	7.14
30,001-40,000	20	9.52
40,001-50,000	51	24.29
>50,000	108	51.43
ความเพียงพอของรายได้		
เพียงพอ	161	76.67
ไม่เพียงพอ	49	23.33
หนี้สิน		
มี	168	80.00
ไม่มี	42	20.00
เงินออม		
มี	182	86.67
ไม่มี	28	13.33
รูปแบบการอยู่อาศัย		
อยู่ตามลำพัง	37	17.62
อยู่กับคู่สมรส	27	12.86
อยู่กับครอบครัว	122	58.09
อยู่กับญาติ	24	11.43
โรคประจำตัว		
ไม่มี	113	53.81
มี	97	46.19
การตรวจร่างกายประจำปี		
ตรวจประจำปี	118	56.19
ตรวจเป็นบางครั้ง	86	40.95
ไม่เคยตรวจเลย	6	2.86

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละข้อมูลทั่วไปของบุคลากรมหาวิทยาลัยแม่โจ้วัยก่อนสูงอายุ (n=210) (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
การเป็นสมาชิกกลุ่ม/ชมรม		
ไม่เป็น	157	74.76
เป็น	53	25.24

2. การเตรียมความพร้อมเพื่อเข้าสู่วัยสูงอายุของบุคลากรมหาวิทยาลัยแม่โจ้วัยก่อนสูงอายุ บุคลากรมหาวิทยาลัยแม่โจ้วัยก่อนสูงอายุมีการเตรียมความพร้อมเพื่อเข้าสู่วัยสูงอายุโดยรวมอยู่ในระดับสูง (M=111.23, SD=16.35) เมื่อจำแนกการเตรียมตัวเพื่อเข้าสู่วัยสูงอายุรายด้านพบว่า ด้านร่างกายและจิตใจ มีการเตรียมความพร้อมอยู่ในระดับสูง (M=36.26, SD=5.55) ด้านเศรษฐกิจเตรียมความพร้อมอยู่ในระดับปานกลาง (M=23.51, SD=4.78) ด้านที่อยู่อาศัย มีการเตรียมความพร้อมอยู่ในระดับสูง (M=25.02, SD=4.80) ด้านสังคม มีการเตรียมความพร้อมอยู่ในระดับสูง (M=26.43, SD=4.94) ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละของบุคลากรมหาวิทยาลัยแม่โจ้วัยก่อนสูงอายุ จำแนกตามการเตรียมความพร้อมเข้าสู่วัยสูงอายุภาพรวมและรายด้าน (n=210)

การเตรียมตัว	จำนวน	ร้อยละ	M	SD
การเตรียมความพร้อมภาพรวม			111.23	16.35
ระดับต่ำ (1.00-53.00 คะแนน)	1	0.48		
ระดับปานกลาง (53.01-106.00 คะแนน)	89	42.38		
ระดับสูง (106.01-160.00 คะแนน)	120	57.14		
1. การเตรียมความพร้อมด้านร่างกายและจิตใจ			36.26	5.55
ระดับต่ำ (1-17.00 คะแนน)	1	0.48		
ระดับปานกลาง (17.01-34.00 คะแนน)	75	35.71		
ระดับสูง (34.01-50.00 คะแนน)	134	63.81		
2. การเตรียมความพร้อมด้านเศรษฐกิจ			23.51	4.78
ระดับต่ำ (1.00-12.00 คะแนน)	3	1.43		
ระดับปานกลาง (12.01-24.00 คะแนน)	122	58.09		
ระดับสูง (24.01-35.00 คะแนน)	85	40.48		
3. การเตรียมความพร้อมด้านที่อยู่อาศัย			25.02	4.80
ระดับต่ำ (1.00-12.00 คะแนน)	1	0.48		
ระดับปานกลาง (12.01-24.00 คะแนน)	107	50.95		
ระดับสูง (24.01-35.00 คะแนน)	102	48.57		

ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละของบุคลากรมหาวิทยาลัยแม่โจ้วัยก่อนสูงอายุ จำแนกตามการเตรียมความพร้อมเข้าสู่วัยสูงอายุภาพรวมและรายด้าน (n=210) (ต่อ)

การเตรียมตัว	จำนวน	ร้อยละ	M	SD
4. การเตรียมความพร้อมด้านสังคม			26.43	4.94
ระดับต่ำ (1.00-13.00 คะแนน)	2	0.95		
ระดับปานกลาง (13.01-26.00 คะแนน)	102	48.57		
ระดับสูง (26.01-40.00 คะแนน)	106	50.48		

3. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการเตรียมความพร้อมเพื่อเข้าสู่วัยสูงอายุของบุคลากรมหาวิทยาลัยแม่โจ้วัยก่อนสูงอายุ ได้แก่ อาชีพ ระดับการศึกษา รายได้ การตรวจร่างกายประจำปี และการเป็นสมาชิกกลุ่ม/ชมรม ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการเตรียมความพร้อมเพื่อเข้าสู่วัยสูงอายุของบุคลากรมหาวิทยาลัยแม่โจ้วัยก่อนสูงอายุ (n =210)

ปัจจัย	ระดับการเตรียมความพร้อม		Chi-square	p-value
	จำนวน (ร้อยละ)			
	ต่ำถึงปานกลาง	สูง		
เพศ			.703	.402
ชาย	39 (18.48)	59 (28.09)		
หญิง	51 (24.28)	61 (29.05)		
อายุ (ปี)				
50-54	55 (26.19)	67 (31.90)	.588	.443
55-59	35 (16.67)	53 (25.24)		
อาชีพ (ประเภทบุคลากร)			8.660	.003
ข้าราชการและพนักงานมหาวิทยาลัย	73 (34.77)	113 (53.81)		
พนักงานส่วนงาน/ลูกจ้างประจำ/ ลูกจ้างชั่วคราว	17 (8.09)	7 (3.33)		
สถานภาพสมรส			.667	.414
สมรส	52 (24.76)	76 (36.19)		
โสด/หม้าย/หย่าร้าง/แยกกันอยู่	38 (18.09)	44 (20.96)		
ระดับการศึกษา			12.729	<.001
ประถมศึกษา/มัธยมศึกษา/ปวช./ปวส.	19 (9.05)	6 (2.86)		
ปริญญาตรี/สูงกว่าปริญญาตรี	71 (33.81)	114 (54.28)		

ตารางที่ 3 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการเตรียมความพร้อมเพื่อเข้าสู่วัยสูงอายุของบุคลากรมหาวิทยาลัยแม่โจ้ (n =210) (ต่อ)

ปัจจัย	ระดับการเตรียมความพร้อม		Chi-square	p-value
	จำนวน (ร้อยละ)			
	ต่ำถึงปานกลาง	สูง		
รายได้ (บาท/เดือน)			23.259	<.001
<50,000	61 (29.05)	41 (19.52)		
≥50,000	29 (13.81)	79 (37.62)		
รูปแบบการอยู่อาศัย			1.094	.296
อยู่ตามลำพัง	13 (6.19)	24 (11.42)		
อยู่กับคู่สมรส/อยู่กับครอบครัว	77 (36.68)	96 (45.71)		
อยู่กับญาติ				
โรคประจำตัว			.014	.905
มี	42 (20.0)	55 (26.19)		
ไม่มี	48 (22.86)	65 (30.95)		
การตรวจร่างกายประจำปี			12.483	<.001
ตรวจประจำปี	38 (18.09)	80 (38.09)		
ตรวจเป็นบางครั้ง/ไม่เคยตรวจเลย	52 (24.77)	40 (19.05)		
การเป็นสมาชิกกลุ่ม/ชมรม			4.646	.031
ไม่เป็น	74 (35.24)	83 (39.52)		
เป็น	16 (7.62)	37 (17.62)		

การอภิปรายผลการวิจัย

1. การเตรียมความพร้อมเพื่อเข้าสู่วัยสูงอายุของบุคลากรมหาวิทยาลัยแม่โจ้วัยก่อนสูงอายุภาพรวมอยู่ในระดับสูง (M=111.23, SD=16.35) มากถึงร้อยละ 57.14 แสดงให้เห็นว่าบุคลากรมหาวิทยาลัยแม่โจ้วัยก่อนสูงอายุเกินกึ่งหนึ่งมีการเตรียมความพร้อมเพื่อเข้าสู่สังคมสูงวัย เพื่อเป็นผู้สูงอายุที่มีคุณภาพในระดับสูง สอดคล้องกับการศึกษาของ เอกสิทธิ์ โสดาดี และสุพัฒน์ อาสนะ (2566) ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการเตรียม

ตัวก่อนเข้าสู่วัยสูงอายุของข้าราชการกระทรวงสาธารณสุข จังหวัดอุดรธานี พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความพร้อมต่อการเตรียมตัวก่อนเข้าสู่วัยสูงอายุทุกด้านอยู่ในระดับสูง เช่นเดียวกันกับการศึกษาของ นเรศศักดิ์ แก้วห้วย และคณะ (2565) ศึกษาการเตรียมความพร้อมก่อนเข้าสู่วัยสูงอายุของประชากรที่อาศัยอยู่ในอำเภอเมือง จังหวัดสุราษฎร์ธานี พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีการเตรียมความพร้อมโดยรวม ร้อยละ 94.4 ทั้งนี้มีข้อมูลรายด้านดังนี้

1.1 การเตรียมความพร้อมเพื่อเข้าสู่วัยสูงอายุด้านร่างกายและจิตใจอยู่ในระดับสูง จากการที่กลุ่มตัวอย่าง ร้อยละ 53.81 ไม่มีโรคประจำตัว และร้อยละ 56.19 ตรวจร่างกายประจำปี แสดงถึงการดูแลสุขภาพร่างกายที่ดี บุคคลที่จะเตรียมการเพื่อเข้าสู่การเป็นผู้สูงอายุต้องเตรียมการด้านสุขภาพ ได้แก่ ร่างกายจะต้องแข็งแรง อวัยวะต่าง ๆ อยู่ในสภาพที่ดี ทำงานได้ตามปกติ (กรมกิจการผู้สูงอายุ, 2562) สอดคล้องกับการศึกษาของ อูไรสุทธิแย้ม (2564) ศึกษาและเปรียบเทียบการเตรียมความพร้อมก่อนเกษียณของบุคลากรมหาวิทยาลัยรามคำแหง พบว่า มีการเตรียมความพร้อมด้านร่างกายและจิตใจมากที่สุดเป็นลำดับแรก เช่นเดียวกับการศึกษาของ สิทธิชัย ใจขาน และคณะ (2565) ศึกษาการเตรียมความพร้อมของประชาชนเพื่อเข้าสู่สังคมสูงวัยในเขตตำบลบึงหวาย อำเภอวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีการเตรียมความพร้อมด้านสุขภาพมากที่สุด และการศึกษาของ ดลนภา ไชยสมบัติ และบัวบาน ยะนา (2562) ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการเตรียมตัวเข้าสู่วัยสูงอายุของประชากรวัยก่อนสูงอายุ (อายุระหว่าง 50-59 ปี) ที่อาศัยอยู่ในพื้นที่อำเภอเมืองจังหวัดพะเยา พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่คิดเป็นร้อยละ 87.4 มีการเตรียมตัวเข้าสู่วัยผู้สูงอายุด้านร่างกายและจิตใจอยู่ในระดับสูง และจากการศึกษาของ รัตติกาล อาชะวะบูล เบญจยามาศ พิลายนต์ และกิตติภูมิ ภิญโญ (2567) พบว่า ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการเตรียมความพร้อมเข้าสู่วัยสูงอายุของประชาชนอายุระหว่าง 50-59 ปี ในชุมชนเขตเทศบาลนครสกลนคร มีการเตรียมความพร้อมด้านสุขภาพอยู่ในระดับมากที่สุดเช่นกัน

1.2 การเตรียมความพร้อมเพื่อเข้าสู่วัยสูงอายุด้านเศรษฐกิจอยู่ในระดับปานกลาง การ

เตรียมความพร้อมด้านเศรษฐกิจ หมายถึง การมีความมั่นคงทางรายได้ การวางแผนทางการเงิน ทั้งการออมในรูปแบบต่าง ๆ และการลงทุน การมีเงินสำรองเพื่อไว้ใช้จ่ายในยามฉุกเฉิน การบริหารจัดการทรัพย์สิน การจัดการหนี้สิน การทำงานที่เพิ่มรายได้ ถึงแม้กลุ่มตัวอย่าง ร้อยละ 51.43 มีรายได้ต่อเดือน มากกว่า 50,000 บาท และร้อยละ 86.67 มีเงินออม แต่กลุ่มตัวอย่าง ร้อยละ 80.00 ยังมีภาระหนี้สิน ทำให้ต้องมีการบริหารจัดการหนี้สินอยู่ จึงทำให้กลุ่มตัวอย่างมีการเตรียมความพร้อมด้านเศรษฐกิจอยู่ในระดับปานกลาง สอดคล้องกับการศึกษาของ สิทธิชัย ใจขาน และคณะ (2565) ศึกษาการเตรียมความพร้อมของประชาชนเพื่อเข้าสู่สังคมสูงวัยในเขตตำบลบึงหวาย อำเภอวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี พบว่า การเตรียมความพร้อมด้านเศรษฐกิจอยู่ในระดับปานกลาง เนื่องจากส่วนใหญ่เกือบครึ่งหนึ่งของกลุ่มตัวอย่างระบุว่ารายได้มาของรายได้ไม่เพียงพอเมื่อเทียบกับรายจ่าย เกิดภาวะหนี้สิน ทำให้เกิดปัญหาในการออม เช่นเดียวกับการศึกษาของ ดลนภา ไชยสมบัติ และบัวบาน ยะนา (2562) ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการเตรียมตัวเข้าสู่วัยสูงอายุของประชากรวัยก่อนสูงอายุ (อายุระหว่าง 50-59 ปี) ที่อาศัยอยู่ในพื้นที่อำเภอเมืองจังหวัดพะเยา พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีการเตรียมตัวเข้าสู่วัยผู้สูงอายุด้านเศรษฐกิจอยู่ในระดับปานกลางเช่นกัน ทั้งนี้ ภาวะหนี้สินที่เกิดจากการกู้เงินเพื่อซื้อทรัพย์สิน การกู้เงินเพื่อเตรียมความพร้อมด้านที่อยู่อาศัย เป็นหนี้สินที่เกิดจากความจำเป็นในการดำรงชีวิต และหนี้เพื่อความมั่นคงในการดำรงชีวิต ดังเช่น การศึกษาของ มรกต วงศ์อรินทร์ (2563) พบว่า ภาวะหนี้สินของข้าราชการครูและบุคลากรทางการศึกษา โรงเรียนเตรียมอุดมศึกษาน้อมเกล้า

สมุทรปราการ มาจากการสร้างฐานะ ประกอบด้วย การซื้อสินทรัพย์ต่างๆ เช่น ที่อยู่อาศัย รถยนต์ รถจักรยานยนต์ เพื่อสร้างความมั่นคงของครอบครัว

1.3 การเตรียมความพร้อมเพื่อเข้าสู่วัยสูงอายุด้านที่อยู่อาศัยอยู่ในระดับสูง เป็นการวางแผนปรับปรุงหรือซ่อมแซมที่อยู่อาศัยเพื่อการใช้ชีวิตประจำวันของผู้สูงอายุได้อย่างเหมาะสม ซึ่งการปรับสภาพแวดล้อมที่อยู่อาศัย หมายถึง การเพิ่มเติม ปรับปรุง ซ่อมแซม เปลี่ยนแปลง หรือดัดแปลงที่อยู่อาศัยบางส่วนหรือทั้งหมด โดยอาศัยการออกแบบ การซ่อมแซม การก่อสร้าง การใช้เทคโนโลยี หรือวิธีการอื่นใด เพื่อให้ผู้สูงอายุดำรงชีวิตในที่อยู่อาศัยนั้นได้โดยสะดวก เหมาะสมปลอดภัย และสุขอนามัย (กรมกิจการผู้สูงอายุ กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์, 2565) การเตรียมการเกี่ยวกับที่อยู่อาศัยหรือการปรับปรุงที่อยู่อาศัยต้องมีค่าใช้จ่ายในการเตรียมการ หากประชาชนมีความพร้อมด้านเศรษฐกิจมีรายได้ที่เพียงพอ อาจสามารถนำไปสู่การมีเงินออมเหลือสำหรับการนำไปปรับปรุงสภาพที่อยู่อาศัยของตนเองในวัยสูงอายุได้มากขึ้น (สิทธิชัย ใจхан และคณะ, 2565) จะเห็นได้ว่ากลุ่มตัวอย่างร้อยละ 51.43 มีรายได้ต่อเดือน มากกว่า 50,000 บาท และร้อยละ 76.67 มีรายได้ที่เพียงพอต่อค่าใช้จ่ายส่งผลให้กลุ่มตัวอย่างมีการเตรียมความพร้อมด้านที่อยู่อาศัยในระดับสูง สอดคล้องกับการศึกษาของ เอกสิทธิ์ โสตาดี และสุพัฒน์ อาสนะ (2566) ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการเตรียมตัวก่อนเข้าสู่วัยสูงอายุของข้าราชการกระทรวงสาธารณสุข จังหวัดอุดรธานี พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความพร้อมต่อการเตรียมตัวก่อนเข้าสู่วัยสูงอายุด้านที่อยู่อาศัยและสภาพแวดล้อมอยู่ในระดับสูง เช่นเดียวกันกับการศึกษาของ ดลนภา ไชยสมบัติ และบัวบาน ยะนา (2562) ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการเตรียมตัวเข้าสู่วัยสูงอายุของประชากรวัยก่อนสูงอายุ (อายุระหว่าง 50-59 ปี) ที่อาศัยอยู่ในพื้นที่อำเภอเมือง จังหวัดพะเยา พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีการเตรียมตัวเข้าสู่วัยผู้สูงอายุด้านที่อยู่อาศัยอยู่ในระดับสูงเช่นกัน

1.4 การเตรียมความพร้อมเพื่อเข้าสู่วัยสูงอายุด้านสังคมอยู่ในระดับสูง การเตรียมความพร้อมด้านสังคม เป็นการรับรู้และแสวงหาแนวทางในการทำให้ตัวเองมีความพร้อมทางด้านสังคม เช่น การเข้าร่วมกิจกรรม รวมกลุ่มเพื่อประโยชน์ของตนเองและผู้อื่น สอดคล้องกับการศึกษาของ ดลนภา ไชยสมบัติ และบัวบาน ยะนา (2562) ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการเตรียมตัวเข้าสู่วัยสูงอายุของประชากรวัยก่อนสูงอายุ ที่อาศัยอยู่ในพื้นที่อำเภอเมือง จังหวัดพะเยา พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีการเตรียมตัวเข้าสู่วัยผู้สูงอายุภาพรวมอยู่ในระดับสูง เมื่อจำแนกรายด้าน พบว่า มีการเตรียมตัวด้านร่างกายจิตใจ ด้านที่อยู่อาศัย และด้านสังคมอยู่ในระดับสูง ด้านเศรษฐกิจอยู่ในระดับปานกลาง เช่นเดียวกันกับการศึกษาของ จริญญาภรณ์ กันทะวี และคณะ (2563) ศึกษาการเตรียมความพร้อมเพื่อเข้าสู่วัยสูงอายุของประชาชนวัยก่อนสูงอายุในเขตเทศบาลบ้านดู่ ตำบลบ้านดู่ อำเภอเมือง จังหวัดเชียงราย พบว่า พฤติกรรมการเตรียมความพร้อมส่วนใหญ่อยู่ในระดับดี และคะแนนเฉลี่ยการเตรียมความพร้อมเพื่อเข้าสู่วัยสูงอายุแต่ละด้าน พบว่า พฤติกรรมการเตรียมความพร้อมด้านจิตใจ ด้านสังคมและเศรษฐกิจและด้านร่างกายอยู่ในระดับดี

2. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการเตรียมความพร้อมเพื่อเข้าสู่วัยสูงอายุของบุคลากรมหาวิทยาลัยแม่โจ้วัยก่อนสูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทาง

สถิติ ได้แก่ อาชีพ ระดับการศึกษา รายได้ การตรวจร่างกายประจำปี และการเป็นสมาชิกกลุ่ม/ชมรม

ปัจจัยด้านอาชีพ พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นข้าราชการและพนักงานมหาวิทยาลัย คิดเป็นร้อยละ 88.58 เนื่องจากมหาวิทยาลัยแม่โจ้ จำแนกประเภทบุคลากรออกเป็นข้าราชการ ลูกจ้างประจำ พนักงานมหาวิทยาลัย พนักงานราชการ ลูกจ้างชั่วคราว พนักงานส่วนงาน มีความแตกต่างในด้านสิทธิ สวัสดิการ ซึ่งเป็นปัจจัยที่มีผลต่อการเตรียมความพร้อมเพื่อเข้าสู่วัยสูงอายุ โดยแต่ละอาชีพมีอัตราเงินเดือนและสวัสดิการที่ต่างกัน เช่น ข้าราชการ มีเงินเดือนประจำ มีรายได้ที่มั่นคง ตลอดจนมีสวัสดิการรักษายาบาลดูแลตนเองและครอบครัว (ธนเดช สอนสะอาด และคณะ, 2560) สอดคล้องกับการศึกษาของ ญัญญานิ จันทพลาบูรณ์ และอภิตี วงศ์ศิริ (2565) พบว่า อาชีพที่แตกต่างกันของประชาชนผู้ก้าวเข้าสู่วัยผู้สูงอายุมีการเตรียมความพร้อมที่ต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 โดยผู้สูงอายุที่มีอาชีพรับราชการ พนักงานของรัฐ หรือพนักงานรัฐวิสาหกิจ มีค่าเฉลี่ยของการเตรียมความพร้อมสูงกว่าผู้ที่มีอาชีพรับจ้างทั่วไป

ปัจจัยด้านระดับการศึกษา พบว่า กลุ่มตัวอย่าง ร้อยละ 67.14 มีระดับการศึกษาสูงกว่าระดับปริญญาตรี และร้อยละ 20.95 มีระดับการศึกษาระดับปริญญาตรี โดยระดับการศึกษามีผลต่อการเรียนรู้ กระบวนการคิด และสามารถวางแผนเพื่อการเข้าสู่วัยสูงอายุได้ดี อีกทั้งระดับการศึกษาเป็น ส่วนหนึ่งของการเพิ่มทุนมนุษย์ และการศึกษาจะทำให้เกิดประสิทธิภาพในการผลิตที่มีคุณภาพมากขึ้นซึ่งนำไปสู่รายได้ที่เพิ่มขึ้น (พรพิมล ทรงกิตติพิศาล และชูชีพ พิพัฒน์ศิริ, 2558)

ปัจจัยด้านรายได้ บุคคลที่มีรายได้สูงจะส่งผลถึงความสามารถในการเตรียมความพร้อมด้านสุขภาพ (Pender, Murdaugh & Parsons, 2010) สอดคล้องกับการศึกษาของ ชัญญานุช ไพรวงศ์ (2565) ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรม การส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ พบว่า รายได้เฉลี่ยต่อเดือนมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรม การส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สอดคล้องกับการศึกษาของ อุไร สุทธิแย้ม (2564) ศึกษาและเปรียบเทียบการเตรียมความพร้อมก่อนเกษียณของบุคลากรมหาวิทยาลัยรามคำแหง พบว่า บุคลากรที่มีระดับการศึกษาและรายได้ต่างกันมีการเตรียมความพร้อมในภาพรวมแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งการเตรียมความพร้อมทั้งเรื่องรายได้ และสุขภาพเป็นประเด็นสำคัญอย่างหนึ่งที่จะช่วยให้ผู้ก้าวสู่สูงอายุเข้าสู่วัยผู้สูงอายุได้ดีขึ้น อีกทั้งการที่ผู้สูงอายุมีความพร้อมทางด้านเศรษฐกิจจะช่วยให้สามารถวางแผนและจัดการกับภาวะสุขภาพทั้งในระยะสั้น และระยะยาวต่อไป (Chen et al., 2018)

ปัจจัยด้านการตรวจร่างกายประจำปี พบว่า กลุ่มตัวอย่างตรวจร่างกายประจำปี คิดเป็นร้อยละ 56.19 และตรวจร่างกายเป็นบางครั้ง ร้อยละ 40.95 ซึ่งการตรวจสุขภาพประจำปีเป็นการเตรียมความพร้อมด้านสุขภาพในช่วงวัยทำงาน (ช่วงอายุ 21-59 ปี) แสดงถึงการดูแลสุขภาพของตนเองเพื่อเตรียมความพร้อมเข้าสู่วัยสูงอายุที่มีสุขภาพดี (กรมกิจการผู้สูงอายุ กองส่งเสริมศักยภาพผู้สูงอายุ, 2562) สอดคล้องกับการศึกษาของ นเรศกดิ์ แก้วห้วย และคณะ (2565) พบว่า การตรวจสุขภาพประจำปี เป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการเตรียมความพร้อมก่อนเข้าสู่วัยสูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ปัจจัยด้านการเป็นสมาชิกกลุ่ม/ชมรม เป็นการรับรู้ และแสวงหาแนวทางในการทำให้ตัวเองมีความพร้อมทางด้านสังคม เช่น การเรียนรู้เพื่อเข้าสู่วัยสูงอายุ การรู้สิทธิ การเข้าร่วมกิจกรรมรวมกลุ่มเพื่อประโยชน์ของตนเองและผู้อื่นเมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุ พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีการเตรียมความพร้อมเพื่อเข้าสู่วัยสูงอายุด้านสังคมอยู่ในระดับสูง สอดคล้องกับการศึกษาของ อุทุมพร วานิชคาม (2562) ศึกษาการเตรียมความพร้อมเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ และเปรียบเทียบการเตรียมความพร้อมเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุของประชาชนเขตสายไหม พบว่า การเตรียมความพร้อมด้านที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุด คือ ด้านที่อยู่อาศัย รองลงมาคือ ด้านสังคม เช่นเดียวกับการศึกษาในต่างประเทศการเป็นสมาชิกกลุ่ม ถือเป็นปัจจัยหนึ่งซึ่งช่วยให้ผู้ที่ก้าวสู่ผู้สูงอายุ มีความพร้อมมากขึ้น ซึ่งกิจกรรมต่างๆ ทำให้เกิดการสนทนาแลกเปลี่ยนระหว่างกลุ่ม และพบว่าเป็นปัจจัยที่สนับสนุนทางบวกให้เกิดการพร้อมเข้าสู่สูงอายุได้ (Solhi et al., 2029; Apouey, 2018)

ปัจจัยด้านเพศ อายุ สถานภาพสมรส รูปแบบการอยู่อาศัย โรคประจำตัว พบว่า ไม่มีความสัมพันธ์ต่อการเตรียมความพร้อมเพื่อเข้าสู่วัยสูงอายุของบุคลากรมหาวิทยาลัยแม่โจ้วัยก่อนสูงอายุ เช่นเดียวกับการศึกษาการเตรียมความพร้อมก่อนเข้าสู่วัยผู้สูงอายุของประชากรในเขตดินแดง กรุงเทพมหานคร ของจิราวรรณ ชาลี

(2563) พบว่า เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา รายได้เฉลี่ยต่อเดือน อาชีพ จำนวนสมาชิกในครอบครัว โรคประจำตัว มีความสัมพันธ์ต่อการเตรียมความพร้อมเพื่อเข้าสู่วัยสูงอายุไม่แตกต่างกัน

ข้อเสนอแนะจากการวิจัย

ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยครั้งนี้

บุคลากรมหาวิทยาลัยแม่โจ้วควรได้รับการส่งเสริมการเตรียมความพร้อมเพื่อเข้าสู่วัยสูงอายุ เพื่อก้าวสู่วัยผู้สูงอายุอย่างมีคุณภาพ โดยเฉพาะด้านเศรษฐกิจ ดังนี้

1. จัดโครงการและกิจกรรมต่อเนื่องด้านเศรษฐกิจ การวางแผนด้านการเงิน ส่งเสริมการออม เพื่อส่งเสริมการวางแผนการเงินสำหรับใช้จ่ายเมื่อเกษียณจากการทำงาน

ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษาศึกษาการเตรียมความพร้อมทางด้านเศรษฐกิจ ที่สอดคล้องกับบริบทของมหาวิทยาลัย เพื่อส่งเสริมให้บุคลากรมีความรู้ความเข้าใจในการเตรียมความพร้อมเพื่อเข้าสู่วัยสูงอายุอย่างมีคุณภาพ

2. การพัฒนารูปแบบการเตรียมความพร้อมเพื่อเข้าสู่วัยสูงอายุของบุคลากรมหาวิทยาลัยแม่โจ้ให้ครอบคลุมทั้ง 4 ด้าน คือ ด้านสุขภาพร่างกาย และจิตใจ ด้านเศรษฐกิจ ด้านที่อยู่อาศัย และด้านสังคม

เอกสารอ้างอิง

- กรมกิจการผู้สูงอายุ กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์. (2561). *แผนผู้สูงอายุแห่งชาติฉบับที่ 2 พ.ศ. 2545-2564* (ฉบับปรับปรุง ครั้งที่ 2 พ.ศ. 2561). โรงพิมพ์สามลดา.
- กรมกิจการผู้สูงอายุ กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์. (2565). *คู่มือการดำเนินโครงการการปรับสภาพแวดล้อมและสิ่งอำนวยความสะดวกของผู้สูงอายุให้เหมาะสมและปลอดภัย ประจำปีงบประมาณ 2565*. โรงพิมพ์สามลดา.

- กรมกิจการผู้สูงอายุ กองส่งเสริมศักยภาพผู้สูงอายุ. (2562). *เตรียมพร้อมก่อนสูงวัย*. บริษัทอมรินทร์พริ้นติ้งแอนด์พับลิชชิ่ง จำกัด (มหาชน).
- จริยาภรณ์ กันทะวี, ทองดี คำแก้ว, พัทธรา ก้อยชูสกุล, อนัญญา เหล่ารินทอง, และวิพรดิ พูลลาภ. (2563). การเตรียมความพร้อมเพื่อเข้าสู่วัยสูงอายุของวัยก่อนสูงอายุในเขตเทศบาลบ้านดู่ ตำบลบ้านดู่ อำเภอเมือง จังหวัดเชียงราย. *การประชุมวิชาการสำหรับนักศึกษาระดับชาติ ครั้งที่ 3* (น.526-533). คณะเทคโนโลยีอุตสาหกรรม มหาวิทยาลัยราชภัฏสวนสุนันทา.
- จิราวรรณ ชาลี. (2563). *การเตรียมความพร้อมก่อนเข้าสู่วัยผู้สูงอายุของประชากรในเขตดินแดง กรุงเทพมหานคร*. [วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต ไม่ได้ตีพิมพ์]. มหาวิทยาลัยรามคำแหง.
- ชัยวัฒน์ อ่อนไธสง, กัลยรัตน์ ศรีกล้า, สุริรัตน์ สืบสันต์, และวรรณาท พรหมศร. (2563). การเตรียมความพร้อมเพื่อเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุของประชากรในเขตอำเภอเมือง จังหวัดสุรินทร์. *วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ*, 38(2), 53-62.
- ชัยญานุช ไพรวงศ์. (2565). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุตำบลบ้านใหม่ อำเภอเมือง จังหวัดนครราชสีมา. *วารสารสาธารณสุขมูลฐาน (ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ)*, 37(1), 37-46.
- ณัฐญาณี จันทพลาบูรณ์ และอภิรดี วงศ์ศิริ. (2565). การเตรียมความพร้อมในการก้าวเข้าสู่วัยผู้สูงอายุของประชาชนในเขตพื้นที่ตำบลหนองกอมเกาะ อำเภอเมืองหนองคาย จังหวัดหนองคาย. *วารสารจันทร์เกษมสาร*, 28(1), 109-124.
- ดลนภา ไชยสมบัติ และบัวบาน ยะนา. (2562). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการเตรียมตัวเข้าสู่วัยสูงอายุของประชากรวัยก่อนสูงอายุ. *วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข*, 29(3), 131-143.
- ธนเดช สอนสะอาด, ชมกฤษ หุ่นนา, พลศักดิ์ จิรไกรศิริ, และวิพร เกตุแก้ว. (2560). ความสุขในการทำงานของข้าราชการไทย. *วารสารสารสนเทศ*, 16(2), 43-51.
- นเรศศักดิ์ แก้วห้วย, สุปรียา แก้วสวัสดิ์, เรวดี เพชรศิราสน์, และจุฑารัตน์ สติปัญญา. (2565). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการเตรียมความพร้อมก่อนเข้าสู่วัยสูงอายุของประชากร อำเภอเมือง จังหวัดสุราษฎร์ธานี. *วารสารศูนย์อนามัยที่ 9*, 16(1), 172-185.
- พรพิมล ทรงกิตติพิศาล และชูชีพ พิพัฒน์ศิริ. (2558). *ต้นทุนและผลตอบแทนส่วนบุคคลในการลงทุนอาชีวศึกษา*. มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์. https://doi.nrct.go.th/ListDoi/listDetail?Resolve_DOI=10.14457/KU.the.2015.136
- รัตติกาล อาชะวะบูล, เบญจยามาศ พิลายนต์, และกิตติภูมิ ภิญโญ. (2567). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการเตรียมความพร้อมเข้าสู่วัยสูงอายุของประชาชนอายุระหว่าง 50-59 ปี ในชุมชนเขตเทศบาลสกลนคร. *วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข*, 34(1), 48-61.
- มหาวิทยาลัยแม่โจ้. (2564). *ข้อมูลบุคลากรมหาวิทยาลัยแม่โจ้: จำนวนบุคลากรที่จะเกษียณอายุราชการ*. http://personnel.mju.ac.th/structure/stat_group.php?show=1
- มรกต วงศ์อรินทร์. (2563). *ภาวะหนี้สินของข้าราชการครูและบุคลากรทางการศึกษา โรงเรียนเตรียมอุดมศึกษาน้อมเกล้า สมุทรปราการ*. [วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต ไม่ได้ตีพิมพ์]. มหาวิทยาลัยรามคำแหง.

- ศิริวรรณ อรุณทิพย์ไพฑูรย์. (2563, 30 มกราคม): กรมกิจการผู้สูงอายุ. *สังคมสูงวัย...ความท้าทายประเทศไทย*.
<https://www.dop.go.th/th/know/3/276>.
- สำนักงานเลขาธิการของคณะกรรมการยุทธศาสตร์ชาติ. (2561). *ยุทธศาสตร์ชาติ พ.ศ. 2561-2580 (ฉบับประกาศราชกิจจานุเบกษา)*. http://nscr.nesdc.go.th/wp-content/uploads//2023/06/NS_PlanOct2018.pdf
- สิทธิชัย ใจขาน, สุภาณี จันทศิริ, รัชณี ชุมเงิน, อีระวัฒน์ พิมพ์ชาย, และอรรถพงษ์ ฤทธิพิศ. (2565). การเตรียมความพร้อมเพื่อเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุของประชาชน เขตตำบลบึงหวาย อำเภอวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี. *วารสารวิชาการสาธารณสุข, 31*(4), 587-597.
- อุทุมพร วานิชคาม. (2562). การเตรียมความพร้อมเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ: กรณีศึกษาเขตสายไหม กรุงเทพมหานคร. *วารสารวิชาการบริหารธุรกิจ สมาคมสถาบันอุดมศึกษาเอกชนแห่งประเทศไทย, 25*(1), 164-179.
- อุไร สุทธิแย้ม. (2564). การเตรียมความพร้อมก่อนเกษียณของบุคลากรมหาวิทยาลัยรามคำแหง. *วารสารรามคำแหง ฉบับรัฐประศาสนศาสตร์, 4*(1), 111-124.
- เอกสิทธิ์ โสดาดี และสุพัฒน์ อาสนะ. (2566). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการเตรียมตัวก่อนเข้าสู่วัยสูงอายุของข้าราชการกระทรวงสาธารณสุข จังหวัดอุดรธานี. *วารสารวิชาการป้องกันควบคุมโรค สคร.2 พิษณุโลก, 10*(3), 56-74.
- Apouey B. H. (2018). Preparation for old age in France: The roles of preferences and expectations. *J Econ Ageing, 12*, 15-23.
- Best, J. W. (1981). *Research in education*. (4th ed.). Prentice-Hall.
- Chen, D., Petrie, D., Tang, K., & Wu, D. (2018). Retirement saving and mental health in China. *Health Promot Int, 33*(5), 801-811.
- Krejcie, R. V., & Morgan, D. W. (1970). Determining sample size for research activities. *Educational and Psychological Measurement, 30*(3), 607-610. <https://doi.org/10.1177/001316447003000308>
- Little, R. J. A., & Rubin, D. B. (2002). *Statistical analysis with missing data* (2nd ed.). John Wiley & Sons.
- Pender, N. .J., Murdaugh, C. L., & Parsons, M. A., (2010). *Health promotion in nursing practice* (6th ed.). Prentice Hall.
- Solhi, M., Pirouzeh, R. & Zanjari, N. (2022). *Middle-aged preparation for healthy aging: A qualitative study. BMC Public Health, 22*(274), 1-8. <https://doi.org/10.1186/s12889-022-12715-x>
- Solhi, M . Pirouzeh, R., Zanjari, N., & Janani, L.(2022). Dimensions of preparation for aging: A Systematic review. *Med J Islam Repub Iran, 36*(81), 1-9. <https://doi.org/10.47176/mjiri.36.81>



การพัฒนารูปแบบบริการพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักระยะหลังผ่าตัด ที่ได้รับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัด

วลัยพร ใจอารีย์*, อรวรรณ สมบูรณ์จันทร์**, วันเพ็ญ โสภณคณาสาร*, แก้วตา โกศลอินทรีย์*, ณิชชาญา วงศ์ภาธร*

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์การวิจัย: เพื่อพัฒนารูปแบบบริการพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักระยะหลังผ่าตัดที่ได้รับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัด และประเมินประสิทธิผลของรูปแบบบริการพยาบาลฯ

รูปแบบการวิจัย: การวิจัยและพัฒนา (Research and Development)

การดำเนินการวิจัยมี 3 ระยะ คือ ระยะศึกษาสถานการณ์ คุณภาพการดูแลผู้ป่วย ระยะพัฒนารูปแบบฯ และระยะศึกษาประสิทธิผลการใช้รูปแบบฯ

ผลการวิจัย: 1. รูปแบบบริการฯ ประกอบด้วย 1) เป้าหมาย (Goal) 2) ความรู้ (Knowledge) ทศนคติ (Attitude) การปฏิบัติหรือทักษะการพยาบาล (Practice, Skills) 3) แนวปฏิบัติการพยาบาล (CNPG) 4) พยาบาลผู้จัดการรายกรณี และ 5) การติดตามประเมินผล (Monitoring & Evaluation) ผลลัพธ์ด้านผู้ใช้บริการ 2. คะแนนความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยในกลุ่มหลังใช้รูปแบบฯสูงกว่ากลุ่มก่อนการใช้รูปแบบบริการฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 คะแนนของความรู้และคะแนนทัศนคติของผู้ให้บริการหลังใช้รูปแบบฯสูงกว่าก่อนการใช้รูปแบบฯอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ส่วนคะแนนทักษะในการปฏิบัติการพยาบาลของผู้ให้บริการ หลังใช้รูปแบบบริการฯสูงกว่าก่อนการใช้รูปแบบฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

สรุปและข้อเสนอแนะ: รูปแบบบริการพยาบาลฯที่พัฒนาขึ้นเกิดผลลัพธ์ที่ดีทั้งด้านผู้ให้บริการและผู้ใช้บริการ พยาบาลวิชาชีพใหม่ในหน่วยเคมีบำบัดควรได้รับการอบรมเกี่ยวกับรูปแบบบริการพยาบาลฯ และควรมีการศึกษาติดตามผลลัพธ์ระยะยาวอย่างต่อเนื่อง

คำสำคัญ: รูปแบบบริการพยาบาล, มะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก, ยาเคมีบำบัด



Development of a Nursing Service Model for Colorectal Cancer Patients in the Postoperative Period who have been Treated with Chemotherapy

Walaiporn Jaiaree*, Orawan Somboonjan**, Wanpen Soponkanasan*, Kaewta Kosolinsree*, Nischaya Wongphathorn*

Abstract

Purpose: To develop a nursing care model for post-operative colorectal cancer patients undergoing chemotherapy and evaluate its effectiveness.

Design: Research and Development

Method: There are 3 phases: Phase 1: Study the situation. and the problems related to the quality of patient care, opportunities for development. Phase 2: Develop a nursing service model for postoperative colorectal cancer patients receiving chemotherapy, and Phase 3: Study the results of using the nursing service model for postoperative colorectal cancer patients receiving chemotherapy.

Main findings: First, the nursing service model consists of five key components: 1) Goals 2) Knowledge, Attitude and Practice/Skills. 3) Clinical Nursing Practice Guidelines. (CNPg) 4) Case Manager Nurse., and 5) Monitoring & Evaluation. Second, the patients' self-care scores improved significantly after model implementation ($p < .001$). Additionally, service providers achieved higher scores in knowledge and attitude ($p < .001$), as well as in clinical nursing skills ($p < .05$).

Conclusion and recommendations: This nursing model proved effective in improving care quality for both patients and healthcare professionals. Further research should focus on training programs and long-term evaluations of its implementation.

Keywords: Nursing service model, Colorectal cancer, Chemotherapy

Journal of Nursing Science Christian University of Thailand. 2022, 11(2), 33-49

* Registered Nurse, Senior Professional Level, Samut Sakhon Hospital

** Registered Nurse, Senior Professional Level, Samut Sakhon Hospital. Corresponding author, e-mail: oorawan@gmail.com, Tel. 081-8803757

Received: 4 November 2567, Revised: 20 December 2567, Accepted: 27 December 2567



ความสำคัญของปัญหาการวิจัย

จากสถิติขององค์การอนามัยโลก (WHO) ปี ค.ศ.2020 ทั่วโลกพบมะเร็งลำไส้ใหญ่เป็นสาเหตุอันดับที่สองของการเสียชีวิตจากโรคมะเร็งทั่วโลก คาดว่ามีผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่รายใหม่มากกว่า 1.9 ล้านราย และผู้เสียชีวิตจากมะเร็งลำไส้ใหญ่มากกว่า 930,000 ราย (World Health Organization [WHO], 2022) โรคมะเร็งลำไส้ใหญ่มีสถิติเพิ่มขึ้นเนื่องจากปัจจัยการเปลี่ยนแปลงทางสังคม เศรษฐกิจ วิถีชีวิตในแต่ละวัน การแข่งขัน การจำกัดในเรื่องเวลา ทำให้อุปนิสัยการบริโภคอาหารประเภทเนื้อสัตว์สูงขึ้น การรับประทานผักผลไม้ลดลง โอกาสเกิดมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักสูงขึ้น (WHO, 2022) สำหรับประเทศไทย โรคมะเร็งเป็นปัญหาด้านสาธารณสุขที่สำคัญ เนื่องจากกลายเป็นสาเหตุการตายอันดับหนึ่ง (กองยุทธศาสตร์และแผนงานสำนักงานปลัด กระทรวงสาธารณสุข, 2566) โดยพบมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักในเพศชายเป็นอันดับ 1 และพบในเพศหญิงเป็นอันดับ 2 และมีจำนวนผู้ป่วยรายใหม่เพิ่มขึ้นถึงร้อยละ 12.2 ของจำนวนผู้ป่วยมะเร็งที่พบใหม่ในเพศหญิงทั้งหมด ในปี ค.ศ. 2021 พบจำนวนผู้ป่วยรายใหม่ 15,923 รายต่อปี หรือ 44 ราย/วัน และเสียชีวิต 5,496 รายต่อปี หรือ 15 รายต่อวัน (National Cancer Institute, 2020) สอดคล้องกับข้อมูลสถิติของโรงพยาบาลสมุทรสาครที่พบอัตราผู้ป่วยด้วยโรคมะเร็งรายใหม่ 3 ปีย้อนหลัง (ปี พ.ศ. 2563-2565) เพศชายพบมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักสูงเป็นอันดับ 1 ส่วนเพศหญิงพบมะเร็งลำไส้ใหญ่เป็นอันดับ 2 รองจากมะเร็งเต้านมที่เป็นอันดับที่ 1 ในปี พ.ศ. 2564-2566 พบผู้ป่วยรายใหม่ 193 ราย 192 ราย และ 141 ราย ตามลำดับ ผู้ป่วยเสียชีวิตร้อยละ 8.29 (16 ราย), 8.85 (17 ราย) และ 9.21 (13 ราย) ตามลำดับ (ข้อมูลสถิติโรงพยาบาลสมุทรสาคร พ.ศ. 2566)

ส่วนใหญ่การรักษาผู้ป่วยกลุ่มนี้แพทย์ใช้วิธีการรักษาด้วยการผ่าตัด ร่วมกับการใช้ยาเคมีบำบัดในการรักษา (นิศากร ปากเมย สุนทรีย์ ศิริพร อุดุลย์ศิลป์ และพจนนา ไกรศร, 2562) ซึ่งสูตรเคมีบำบัดมาตรฐานที่ใช้ในการรักษาผู้ป่วย คือ สูตรฟอลฟอก FOLFOX Regimen ประกอบด้วยยา 3 ชนิด คือ Leucovorin, Fluorouracil (5-FU) และ Oxaliplatin เป็นสูตรที่ใช้ได้ผลดี จากการศึกษาพบว่าอัตราการรอดชีวิตหลังการรักษาในระยะ 3 ปีของโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักระยะที่ 2 และระยะที่ 3 ที่รักษาด้วยเคมีบำบัดสูตร FOLFOX เท่ากับร้อยละ 84.6 และ 82.6 ตามลำดับ (Jeon et al., 2011) อาการข้างเคียงที่พบบ่อยจากการใช้ยาเคมีบำบัดสูตรนี้ ได้แก่ คลื่นไส้อาเจียน เบื่ออาหาร เจ็บชาตามปลายมือ-ปลายเท้า/ชาลิ้น เหนื่อยล้า เยื่อบุช่องปากอักเสบ ท้องเสีย เม็ดเลือดแดง เม็ดเลือดขาว และเกล็ดเลือดต่ำ เป็นต้น (American Cancer Society, 2024) อาการข้างเคียงเหล่านี้ทำให้ผู้ป่วยเกิดความทุกข์ทรมาน ไม่สามารถรับประทานอาหารได้เพียงพอต่อความต้องการของร่างกาย รู้สึกเหนื่อยล้า การเตรียมความพร้อมผู้ป่วยเพื่อการรักษาด้วยเคมีบำบัด ถือว่าเป็นการพยาบาลก่อนได้รับยาเคมีบำบัด บทบาทพยาบาลควรประเมินความพร้อมของผู้ป่วยในการรักษาด้วยยาเคมีบำบัดทั้งด้านร่างกายและจิตใจ (Neuss et al., 2016) ได้แก่ การประเมินด้านจิตใจ สำหรับผู้ป่วยมะเร็งรายใหม่มักจะได้รับผลกระทบต่อจิตใจทันทีที่ทราบผลการวินิจฉัย และบางรายอาจเกิดความรู้สึกท้อแท้ใจระหว่างรับการรักษา พยาบาลควรประเมินความพร้อมด้านจิตใจ และให้ข้อมูลที่จำเพาะกับตัวผู้ป่วยแต่ละราย

โรงพยาบาลสมุทรสาคร มีโรงพยาบาลสาขาที่ได้รับการสนับสนุนจากคหบดี จำนวน 3 โรงพยาบาล คือ โรงพยาบาลนครท่าฉลอม โรงพยาบาลวัดเกตุมดีศรีวราราม และโรงพยาบาลวัดบางปลา มีเป้าหมายขยายบริการไปโรงพยาบาลสาขา เพื่อเพิ่มการเข้าถึงบริการระดับปฐมภูมิ และ

ระดับทุติยภูมิแก่ประชาชน ลดความแออัดของผู้บริการภายใน โรงพยาบาลสมุทรสาคร พัฒนาให้เป็นศูนย์ความเชี่ยวชาญเฉพาะทาง บริหารจัดการทรัพยากรที่มีให้เกิดประโยชน์สูงสุด ทั้งนี้กำหนดเป้าหมายโรงพยาบาลนครท่าฉลอม เป็นศูนย์มะเร็งครบวงจร ส่งการเป็นศูนย์บริการผู้ป่วยโรคมะเร็งระดับเชี่ยวชาญจำเป็นต้องมีการพัฒนาอุปกรณ์เครื่องมือในการให้บริการพร้อมๆ กับการพัฒนาทรัพยากรบุคคลที่เกี่ยวข้อง โดยเฉพาะวิชาชีพการพยาบาลซึ่งจัดเป็นบุคลากรหลัก (Backbone) สำคัญในการให้บริการจำเป็นต้องได้รับการพัฒนาความรู้ ทักษะให้มีความเชี่ยวชาญเฉพาะด้านโรคมะเร็งไปพร้อมๆ กันด้วยแต่ในสภาพการณ์ปัจจุบัน พบว่า บุคลากรพยาบาลที่ได้รับมอบหมายให้เข้ามารับผิดชอบหน่วยบริการเฉพาะทางด้านโรคมะเร็งยังขาดการพัฒนาความรู้ ความเชี่ยวชาญด้านนี้อย่างเป็นระบบ พยาบาลวิชาชีพบางคนได้รับการเตรียมความรู้จากการฟังบรรยาย ภาพรวมการดูแลผู้ป่วยมะเร็ง และเตรียมการดูแลผู้ป่วยเคมีบำบัด 1 ครั้งก่อนการปฏิบัติงาน บางคนปฏิบัติงานโดยใช้วิธีการเรียนรู้ทำงาน รวมทั้งการฝึกทักษะการบริหารยาเคมีบำบัด ใช้การเรียนรู้และฝึกฝนระหว่างปฏิบัติงาน ใช้แนวปฏิบัติจากสถาบันต่างๆ ที่พยาบาลวิชาชีพที่ได้รับการอบรมจากหลักสูตรต่างๆ มาถ่ายทอดกันอย่างไม่เป็นระบบ การวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยที่ได้รับเคมีบำบัดขึ้นกับประสบการณ์ของพยาบาลวิชาชีพแต่ละคน ยังไม่มีแนวปฏิบัติร่วมกันที่ชัดเจน ไม่มีระบบการติดตามเยี่ยมผู้ป่วยหลังจำหน่ายกลับบ้าน และรูปแบบการติดตามประเมินผลและรวบรวมผลลัพธ์ยังไม่ชัดเจน ผู้วิจัยในฐานะทีมผู้บริหารการพยาบาลตระหนักและให้ความสำคัญต่อการพัฒนารูปแบบบริการพยาบาลที่มีคุณภาพ จำเป็นต่อผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักรวมถึงสอดคล้องกับวิวัฒนาการรักษาทางการแพทย์และการพัฒนาอย่างก้าวกระโดด จึงมีความจำเป็นในการศึกษาและพัฒนารูปแบบบริการพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และ

ทวารหนักระยะหลังผ่าตัดที่ได้รับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัด เพื่อเกิดผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วยที่มีคุณภาพดีขึ้นอย่างต่อเนื่อง ครอบคลุมผู้ใช้บริการ ผู้ให้บริการ และคุณภาพการบริการพยาบาล โดยใช้ทฤษฎีระบบของคอร์ดอน Cordon (2013) และใช้แนวความคิดของบลูม Bloom (1964) ในการเตรียมพยาบาลในการปฏิบัติงาน ซึ่งประกอบด้วย 1) ความรู้ (Knowledge) เป็นกระบวนการทำงานของสมองที่มีขั้นตอนในการพัฒนาทางด้านสติปัญญาเกี่ยวข้องกับการรับรู้ การจดจำข้อเท็จจริงต่างๆ เพื่อใช้ประกอบในการตัดสินใจ 2) ทักษะ (Attitude) เป็นกระบวนการทางด้านจิตใจ อารมณ์ความรู้สึก ความสนใจ ทำที่ความชอบ ค่านิยมการให้คุณค่า การแสดงคุณลักษณะตามค่านิยมที่ยึดถือรวมไปถึงความเชื่อ ช่วยบอกแนวโน้มของบุคคลในการกระทำ และ 3) การปฏิบัติ (Practice/Skills) เป็นการใช้ความสามารถที่แสดงออกทางร่างกาย ต้องอาศัยความรู้ และทัศนคติทำให้เกิดการปฏิบัติที่ดีและถูกต้องกับผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัด

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อพัฒนารูปแบบบริการพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักระยะหลังผ่าตัดที่ได้รับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัด

2. เพื่อประเมินประสิทธิผลของรูปแบบบริการพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักระยะหลังผ่าตัดที่ได้รับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัดด้านผู้ใช้บริการ ได้แก่ ความสามารถในการดูแลตนเอง ภาวะแทรกซ้อน และอาการไม่พึงประสงค์ด้านผู้ให้บริการ ได้แก่ ความรู้ ทักษะ และการปฏิบัติการพยาบาล

คำถามการวิจัย

1. รูปแบบบริการพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักระยะหลังผ่าตัดที่ได้รับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัดควรเป็นอย่างไร

2. ประสิทธิภาพของรูปแบบบริการพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักระยะหลังผ่าตัดที่ได้รับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัดเป็นอย่างไร

กรอบแนวคิดการวิจัย

การพัฒนาระบบบริการพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ทวารหนักระยะหลังผ่าตัดที่ได้รับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัด ใช้กรอบแนวคิดทฤษฎีระบบ (System theory) ของคอร์ดอน Cordon (2013) ประกอบด้วย ปัจจัยนำเข้า (Input) กระบวนการ (Process) และผลผลิต (Output) กระบวนการวิจัยและพัฒนา ประกอบด้วย การพัฒนาระบบ 3 ระยะ คือ ระยะศึกษาสถานการณ์ ระยะพัฒนาระบบ และระยะประเมินประสิทธิภาพของรูปแบบบริการพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักระยะหลังผ่าตัดที่ได้รับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัด ร่วมกับใช้แนวความคิดของบลูม Bloom (1964) ซึ่งเป็นกระบวนการที่เชื่อมโยงอย่างเป็นขั้นตอนเพื่อให้เกิดพฤติกรรมที่ต้องการ ประกอบด้วย 1) ความรู้ (Knowledge) เป็นกระบวนการทำงานของสมองที่มีขั้นตอนในการพัฒนาทางด้านสติปัญญาเกี่ยวข้องกับการรับรู้ การจดจำข้อเท็จจริงต่างๆ เพื่อใช้ประกอบในการตัดสินใจ 2) ทักษะ (Attitude) เป็นกระบวนการทางด้านจิตใจ อารมณ์ความรู้สึก ความสนใจ ทำที่ความชอบ ค่านิยม การให้คุณค่า การแสดงคุณลักษณะตาม ค่านิยมที่ยึดถือ รวมไปถึงความเชื่อ ช่วยบอกแนวโน้มของบุคคลในการกระทำ และ 3) การปฏิบัติ (Practice/skills) เป็นการใช้ความสามารถที่แสดงออกทางร่างกาย ต้องอาศัยความรู้ และทักษะทำให้เกิดการปฏิบัติเป็นขั้นสุดท้ายต้องใช้ระยะเวลา และการตัดสินใจที่หลายขั้นตอน

วิธีการดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยและพัฒนา (Research and development) เพื่อพัฒนาและประเมินประสิทธิภาพของรูปแบบบริการพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักระยะหลังผ่าตัดที่ได้รับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัด โดยทำการศึกษา

จากประชากรผู้ให้บริการ มี 3 ระยะ ได้แก่ 1) ระยะศึกษาสถานการณ์ 2) ระยะพัฒนาระบบฯ และ 3) ระยะประเมินประสิทธิภาพ ประกอบด้วย ผู้บริหารการพยาบาล พยาบาลวิชาชีพผู้ปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่ได้รับการผ่าตัดและได้รับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัด โรงพยาบาลสมุทรสาคร มีการคัดเลือกผู้ให้ข้อมูลหลักแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive sampling) โดยนำรูปแบบบริการพยาบาลฯ ไปทดลองใช้ที่หอผู้ป่วยเคมีบำบัด โรงพยาบาลนครท่าฉลอม และติดตามประเมินผลลัพธ์

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยขอเสนอตามวัตถุประสงค์ของการวิจัย ดังนี้

1. ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง ระยะที่ 1 ศึกษาสถานการณ์ เพื่อใช้เป็นแนวทางพัฒนาระบบบริการพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักระยะหลังผ่าตัดที่ได้รับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัด

1.1 ประชากร ประกอบด้วย กลุ่มผู้ให้บริการสุขภาพที่เกี่ยวข้องโดยตรงในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัด ได้แก่ แพทย์ พยาบาลวิชาชีพ และกลุ่มผู้ใช้บริการที่เป็นผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักระยะหลังผ่าตัดที่ได้รับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัด โรงพยาบาลนครท่าฉลอม

1.2 กลุ่มตัวอย่าง แบ่งเป็น 2 กลุ่ม คือ ผู้ให้บริการ และผู้ใช้บริการ ผู้วิจัยได้คัดเลือกจากประชากรในแต่ละกลุ่ม แบบเฉพาะเจาะจง (Purposive sampling)

1.2.1 กลุ่มผู้ให้บริการ มีดังนี้

1.2.1.1 ผู้ให้ข้อมูลหลัก (Key informant) จำนวน 5 คน ได้แก่ แพทย์ 2 คน ซึ่งเป็นอายุรแพทย์โรคมะเร็ง 1 คน ศัลยแพทย์โรคมะเร็ง 1 คน และพยาบาลวิชาชีพจำนวน 3 คน ซึ่งเป็นผู้บริหารกลุ่มการพยาบาลจำนวน 2 คน หัวหน้าหอผู้ป่วยเคมีบำบัด 1 คน

1.2.1.2 สนทนากลุ่ม (Focus group) เป็นพยาบาลวิชาชีพที่ผู้ปฏิบัติในหอผู้ป่วยเคมีบำบัด โรงพยาบาลนครท่าฉลอม จำนวน 14 คน

1.2.2 กลุ่มผู้ใช้บริการ ได้แก่ผู้ป่วยที่วินิจฉัยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักระยะหลังผ่าตัดที่ได้รับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัด เลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง ดังนี้

กลุ่ม 1 ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักระยะหลังผ่าตัดที่ได้รับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัด เพื่อศึกษาสภาพการณ์ปัญหาและโอกาสพัฒนาการดูแลผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักระยะหลังผ่าตัดที่ได้รับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัด ในภาพรวมของโรงพยาบาลก่อนการดำเนินการวิจัยด้วยการตามรอย (Care process) จากเวชระเบียนจำนวน 88 คน โดยสุ่มจากเวชระเบียนร้อยละ 15 ของจำนวนผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักระยะหลังผ่าตัดที่ได้รับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัด ในปีงบประมาณ พ.ศ. 2566 ซึ่งมีจำนวนทั้งหมด 587 คน ทบทวนเดือน 20 ตุลาคม พ.ศ. 2566 ถึง 30 พฤศจิกายน พ.ศ. 2566

กลุ่มที่ 2 ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยวินิจฉัยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักระยะหลังผ่าตัดที่ได้รับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัด โรงพยาบาลนครท่าฉลอม (โรงพยาบาลสาขาของโรงพยาบาลสมุทรสาคร) โดยผู้วิจัยใช้การสังเกตแบบไม่มีส่วนร่วมเป็นเวลา 1 เดือน เพื่อศึกษาผลการปฏิบัติการพยาบาลก่อนการพัฒนาแบบฯ ที่เข้ารับการรักษาดือนพฤศจิกายน พ.ศ. 2566 จำนวน 34 คน

2. ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง ระยะที่ 2 ระยะพัฒนาระบบฯ และระยะที่ 3 ระยะประเมินประสิทธิผลฯ เพื่อศึกษาผลการใช้รูปแบบบริการพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักระยะหลังผ่าตัด ที่ได้รับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัด

2.1 ประชากร คือ ผู้ร่วมพัฒนาทั้งผู้ให้บริการ ผู้ใช้บริการ และผู้มีส่วนเกี่ยวข้องโดยตรงกับการนำรูปแบบบริการพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และ

ทวารหนักระยะหลังผ่าตัด ที่ได้รับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัด ไปใช้ในโรงพยาบาลนครท่าฉลอม

2.2 กลุ่มตัวอย่างคัดเลือกแบบเจาะจง ดังนี้

2.2.1 พยาบาลวิชาชีพ จำนวน 22 คน เพื่อประเมินความเหมาะสมในการนำรูปแบบบริการพยาบาลฯ ไปใช้ ในเชิงนโยบายของโรงพยาบาลสมุทรสาคร ซึ่งประกอบด้วย พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติงานที่หอผู้ป่วยในเคมีบำบัด จำนวน 14 คน และพยาบาลวิชาชีพปฏิบัติงานที่หอผู้ป่วยศัลยกรรมชาย 2 โรงพยาบาลสมุทรสาคร ที่เป็นพยาบาลไปปฏิบัติงานที่หอผู้ป่วยในเคมีบำบัดเป็นบางเวลา (Part time) จำนวน 8 คน

2.2.2 ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักระยะหลังผ่าตัดที่ได้รับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัด โรงพยาบาลนครท่าฉลอม ใช้การสังเกตแบบมีส่วนร่วมเป็นเวลา 1 เดือน เพื่อศึกษาประสิทธิผลการปฏิบัติในการนำใช้รูปแบบบริการพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักระยะหลังผ่าตัดที่ได้รับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัด ที่พัฒนาขึ้นใหม่ไปใช้ ได้แก่ ผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษในช่วงเดือนกันยายน พ.ศ. 2567 จำนวน 33 คน เป็นผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักระยะหลังผ่าตัดมีแผนการรักษาด้วยยาเคมีบำบัด สูตร FOLFOX4, FOLFOX6 ที่มารับการรักษาที่แผนกผู้ป่วยในเคมีบำบัด โรงพยาบาลนครท่าฉลอม คัดเลือกแบบเจาะจงตามคุณสมบัติ (Purposive sampling) โดยกำหนดเกณฑ์การคัดเลือก (Inclusion criteria) เป็นผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักในระยะหลังผ่าตัด มีแผนการรักษาด้วยยาเคมีบำบัด สูตร FOLFOX ทั้ง FOLFOX4 และ FOLFOX6 ตั้งแต่ครั้งที่ 1 ถึงครั้งที่ 6 รับการรักษาที่แผนกผู้ป่วยในเคมีบำบัด โรงพยาบาลนครท่าฉลอม สามารถสื่อสารและเข้าใจภาษาไทยได้ดี ทุกกลุ่มอายุ และทุกเพศ สามารถสื่อสารภาษาไทยด้วยการฟังและการพูดที่เข้าใจ

เกณฑ์คัดออก (Exclusion criteria) เป็นผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักในระยะหลังผ่าตัด ให้ยาเคมีบำบัดที่ไม่ใช่สูตร FOLFOX ที่ต้อง

รักษาต่อเนื่องมากกว่า 1 วัน และผู้ป่วยที่ได้รับรังสีรักษาร่วมด้วย

เกณฑ์ยุติการศึกษา (Termination criteria) ผู้ป่วยมีอาการทรุดลง ผู้ป่วยอาการหนักต้องย้ายเข้า ICU และผู้ป่วยที่ต้อง refer ไปรักษาโรงพยาบาลอื่น หรือเสียชีวิต

คำนวณกลุ่มตัวอย่าง ด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป G*Power โดยกำหนด Effect size เท่ากับ 0.5 และค่า power เท่ากับ 0.80 ได้กลุ่มตัวอย่าง 27 คน จากนั้นคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างเพิ่มอีกร้อยละ 20 เพื่อป้องกันกรณีกลุ่มตัวอย่างไม่ครบตามจำนวนที่ต้องการจะได้กลุ่มตัวอย่างเพิ่มอีก 6 คน รวมเป็น 33 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. แบบสอบถามสถานการณ์การบริการพยาบาลและความต้องการพัฒนารูปแบบบริการพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักระยะหลังผ่าตัดที่ได้รับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัด ซึ่งผู้วิจัยเป็นผู้พัฒนา

2. แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลการเจ็บป่วยจากเวชระเบียน ผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักระยะหลังผ่าตัดที่ได้รับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัด

3. แบบวัดความรู้ พยาบาลวิชาชีพ ที่เกี่ยวกับบริการพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักระยะหลังผ่าตัดและได้รับยาเคมีบำบัด ของ จันจิรา กิจแก้ว และวรารัตน์ ศรีสุข (2563) ประกอบด้วยข้อคำถามทั้งหมด 10 ข้อ ลักษณะข้อคำถามเป็นตัวเลือกใช่, ไม่ใช่/ไม่ทราบ ถ้าคำถามเป็นไปในทางบวก ตอบใช่ เท่ากับ 1 คะแนน ไม่ใช่/ไม่ทราบ เท่ากับ 0 คะแนน

4. แบบประเมินทัศนคติ เกี่ยวกับการพยาบาลผู้ป่วยโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักหลังผ่าตัดที่ได้รับยาเคมีบำบัด ผู้วิจัยดัดแปลงจากงานของยูลิส ฉายวงศ์ (2563) ประกอบด้วยข้อคำถามทั้งหมด 10 ข้อ ลักษณะข้อคำถามเป็นตัวเลือก 5 ตัวเลือก โดยระดับ 5 เห็นด้วยอย่างยิ่ง หมายถึง ข้อความในประโยคตรงกับความรู้สึกของท่านมากที่สุด ระดับ 4 เห็นด้วย หมายถึง ข้อความในประโยคตรงกับความรู้สึกของท่านมาก ระดับ 3

ไม่แน่ใจ หมายถึง ข้อความในประโยคท่านไม่สามารถตอบคำถามได้ ระดับ 2 ไม่เห็นด้วย หมายถึง ข้อความในประโยคไม่ตรงกับความรู้สึกของท่านมาก ระดับ 1 ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง หมายถึง ข้อความในประโยคไม่ตรงกับความรู้สึกของท่านมากที่สุด

5. แบบประเมินความสามารถในการปฏิบัติการพยาบาล (ทักษะ) ในการปฏิบัติการพยาบาลตามแนวทางบริการพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักระยะหลังผ่าตัดและได้รับยาเคมีบำบัดของ จันจิรา กิจแก้ว และวรารัตน์ ศรีสุข (2563) ประกอบด้วยข้อคำถามทั้งหมด 15 ข้อ การปฏิบัติตามข้อคำถาม เท่ากับ 1 คะแนน ไม่ปฏิบัติตาม เท่ากับ 0 คะแนน โดยแบ่งเป็นระยะก่อนให้ยาเคมีบำบัด ระยะให้ยาเคมีบำบัด และระยะหลังให้ยาเคมีบำบัด

6. แบบประเมินความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วย ได้แก่ การรับรู้อาการแทรกซ้อนภาวะภูมิไวเกิน อาการหลอดเลือดอักเสบ หรือยาเคมีบำบัดรบกวนนอกหลอดเลือด ความรุนแรงและอาการข้างเคียง/อาการไม่พึงประสงค์ ของผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่ได้รับยาเคมีบำบัด ได้แก่ ความเครียด อาการชาตามปลายมือปลายเท้า อาการคลื่นไส้อาเจียน อาการปวด บวมแดง ท้องเสีย และภาวะเยื่อช่องปากอักเสบ ซึ่งพัฒนาโดย สมพร บรรลุพันธุ์นกุล กิจจา อ่วมแก้ว และสืบตระกูล ตันตลานุกูล (2563) เป็นข้อคำถาม 18 ข้อ มีคำตอบให้เลือก 4 ระดับ ได้แก่ 4 หมายถึง ปฏิบัติได้ทุกครั้ง 3 หมายถึง ปฏิบัติได้บ่อยครั้ง ปฏิบัติได้เป็นส่วนใหญ่ 3-4 วัน/สัปดาห์ 2 หมายถึง ปฏิบัติได้บางครั้ง ปฏิบัติบ้างไม่ปฏิบัติบ้าง 1-3 วัน/สัปดาห์ และ 1 หมายถึง ไม่ปฏิบัติหรือปฏิบัติไม่ได้

7. แบบบันทึกปฏิบัติการ อาการไม่พึงประสงค์จากการให้ยาเคมีบำบัดของโรงพยาบาลสมุทรสาคร

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือการวิจัย

การหาความตรงของเนื้อหา (Validity) ได้แก่

1. แบบสอบถามสถานการณ์การบริการพยาบาลและความต้องการพัฒนารูปแบบบริการพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักระยะ

หลังผ่าตัดที่ได้รับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัด ค่า CVI เท่ากับ 0.89

2. แบบทบทวนเวชระเบียน ผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักระยะหลังผ่าตัด ที่ได้รับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัด ค่า CVI เท่ากับ 0.96

3. แบบวัดความรู้พยาบาลวิชาชีพที่เกี่ยวกับบริการพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักระยะหลังผ่าตัดและได้รับยาเคมีบำบัด ค่า CVI เท่ากับ 0.93

4. แบบประเมินทัศนคติ เกี่ยวกับการพยาบาลผู้ป่วยโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักหลังผ่าตัดเปิดทวารเทียมที่ได้รับยาเคมีบำบัด ค่า CVI เท่ากับ 0.93

5. แบบประเมินความสามารถในการปฏิบัติการพยาบาล (ทักษะ) ในการปฏิบัติการพยาบาลตามแนวทางบริการพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักระยะหลังผ่าตัดและได้รับยาเคมีบำบัด ค่า CVI เท่ากับ 0.91

6. แบบประเมินความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วย ค่า CVI เท่ากับ 0.96

7. แบบบันทึกอุบัติการณ์ ซึ่งเป็นข้อมูลภาวะแทรกซ้อนและอาการไม่พึงประสงค์ ค่า CVI เท่ากับ 0.93

การหาความเชื่อมั่น (Reliability) โดยใช้สูตรอัลฟาครอนบาค ได้แก่

1. แบบวัดความรู้ พยาบาลวิชาชีพที่เกี่ยวกับบริการพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักระยะหลังผ่าตัดและได้รับยาเคมีบำบัด ได้ค่า 0.82

2. แบบประเมินทัศนคติ เกี่ยวกับการพยาบาลผู้ป่วยโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักหลังผ่าตัดเปิดทวารเทียมที่ได้รับยาเคมีบำบัด ได้ค่า 0.75

3. แบบประเมินความสามารถในการปฏิบัติการพยาบาล (ทักษะ) ในการปฏิบัติการพยาบาลตามแนวทางบริการพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักระยะหลังผ่าตัดและได้รับยาเคมีบำบัด ได้ค่า 0.98

4. แบบประเมินความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วย ได้ค่า 0.78

วิธีเก็บรวบรวมข้อมูล

โดยแบ่งการดำเนินการวิจัยเป็น 3 ระยะ ดังนี้
ระยะที่ 1 ศึกษาสถานการณ์ เพื่อศึกษาปัญหาที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพการดูแลผู้ป่วย โอกาสในการพัฒนารูปแบบบริการพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักระยะหลังผ่าตัดที่ได้รับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัดของโรงพยาบาลสมุทรสาคร ดำเนินการระหว่างวันที่วันที่ 20 ตุลาคม พ.ศ. 2566 ถึงวันที่ 31 มกราคม พ.ศ. 2567 ดังนี้

1.1 ทบทวนกระบวนการดูแลผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักระยะหลังผ่าตัดที่ได้รับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัด (Care process) นับตั้งแต่ผู้ป่วยเข้ารับการรักษานจนจบกระบวนการดูแลรักษาในโรงพยาบาล

1.2 สัมภาษณ์เชิงลึกกับผู้ให้ข้อมูลหลักซึ่งเป็นอายุรแพทย์ โรคมะเร็ง 2 คน พยาบาลวิชาชีพ 3 คน เพื่อประเมินปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักระยะหลังผ่าตัดที่ได้รับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัด และค้นหาโอกาสในการพัฒนาแนวปฏิบัติที่ควรได้รับจากทีม ผู้ให้บริการสุขภาพที่เกี่ยวข้อง (ช่วงเดือนธันวาคม พ.ศ. 2566)

1.3 สัมภาษณ์กลุ่มกับพยาบาลวิชาชีพจำนวน 14 คน ที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยในเคมีบำบัดค้นหาโอกาสในการพัฒนาบริการพยาบาล ศึกษาบริบทสภาพแวดล้อมการให้บริการการดูแลผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักระยะหลังผ่าตัดที่ได้รับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัด (ช่วงเดือนธันวาคม พ.ศ. 2566)

1.4 ศึกษาประสิทธิผลการปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักระยะหลังผ่าตัดที่ได้รับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัด ก่อนการพัฒนาแบบบริการพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักระยะหลังผ่าตัดที่ได้รับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัด ในหอผู้ป่วยในเคมีบำบัด โดยใช้แบบบันทึกอุบัติการณ์ ซึ่งเป็นข้อมูลภาวะแทรกซ้อนและอาการไม่พึงประสงค์ในผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักระยะหลังผ่าตัดที่ได้รับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัด

ติดตามผลเป็นเวลา 2 เดือน ช่วงเดือนธันวาคม พ.ศ. 2566 ถึงเดือนมกราคม พ.ศ. 2567 ได้ผู้ป่วยจำนวน 34 คน

1.5 ประเมินความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักระยะหลังผ่าตัดที่ได้รับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัด ก่อนการพัฒนารูปแบบในหอผู้ป่วยในเคมีบำบัด โดยใช้แบบประเมินความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยจำนวน 34 คน ช่วงเดือนธันวาคม พ.ศ. 2566 ถึงเดือนมกราคม พ.ศ. 2567 โดยใช้แบบประเมินความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วย

1.6 ประเมินความรู้ ทักษะ ความสามารถในการปฏิบัติการพยาบาล (ทักษะ) เกี่ยวกับการพยาบาลผู้ป่วยโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักหลังผ่าตัดเปิดทวารเทียมที่ได้รับยาเคมีบำบัด ของพยาบาลวิชาชีพ จำนวน 22 คน ช่วงเดือนธันวาคม พ.ศ. 2566 โดยใช้แบบวัดความรู้พยาบาลวิชาชีพที่เกี่ยวกับบริการพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักระยะหลังผ่าตัดและได้รับยาเคมีบำบัด แบบประเมินทัศนคติ เกี่ยวกับการพยาบาลผู้ป่วยโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักหลังผ่าตัดเปิดทวารเทียมที่ได้รับยาเคมีบำบัด และแบบประเมินความสามารถในการปฏิบัติการพยาบาล (ทักษะ) ในการปฏิบัติการพยาบาลตามแนวทางบริการพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักระยะหลังผ่าตัดและได้รับยาเคมีบำบัด

1.7 ผู้วิจัยรวบรวมข้อมูลจากการศึกษาสถานการณ์ทั้งหมดมาวิเคราะห์ แล้วสรุปประเด็นสำคัญเพื่อกำหนดการพัฒนารูปแบบบริการพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักระยะหลังผ่าตัดที่ได้รับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัด ในระยะที่ 2

ระยะที่ 2 พัฒนารูปแบบบริการพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักระยะหลังผ่าตัดที่ได้รับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัด ในช่วงระหว่างวันที่ 1 กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2567 ถึงวันที่ 30 พฤษภาคม พ.ศ. 2567 ดำเนินการ ดังนี้

2.1 ทีมผู้วิจัยใช้กระบวนการแบบมีส่วนร่วมจัดประชุมระดมสมองจากทีมผู้ให้บริการสุขภาพที่

เกี่ยวข้อง โดยจัดตั้งคณะกรรมการประสานความร่วมมือการดูแลผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักระยะหลังผ่าตัดที่ได้รับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัด ประกอบด้วย ทีมผู้ให้บริการสุขภาพที่เกี่ยวข้องทั้งแพทย์ พยาบาล เภสัชกร เจ้าหน้าที่ห้องปฏิบัติการ โดยการประชุมกำหนดบทบาทหน้าที่รับผิดชอบแต่ละวิชาชีพ กำหนดวัตถุประสงค์ เป้าหมาย ตัวชี้วัดเพื่อติดตามผลลัพธ์

2.2 พัฒนารูปแบบบริการพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักระยะหลังผ่าตัดที่ได้รับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัด ตามกรอบแนวคิดทฤษฎีระบบ (System theory) ของคอร์ดอน (Cordon, 2013) ประกอบด้วย ปัจจัยนำเข้า กระบวนการ และผลผลิต ร่วมกับใช้แนวความคิดของบลูม Bloom (1964) ซึ่งเป็นกระบวนการที่เชื่อมโยงอย่างเป็นขั้นตอนเพื่อให้เกิดพฤติกรรมที่ต้องการ ประกอบด้วย 1) ความรู้ 2) ทักษะ และ 3) การปฏิบัติ ผู้วิจัยนำข้อมูลจากข้อมูลวิเคราะห์สถานการณ์ในระยะที่ 1 และกำหนดแนวปฏิบัติที่ผู้ป่วยควรได้รับ

2.3 นำรูปแบบบริการพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักระยะหลังผ่าตัดที่ได้รับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัด ไปประเมินความเหมาะสมของรูปแบบบริการพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักระยะหลังผ่าตัดที่ได้รับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัด

2.4 ผู้ให้บริการสุขภาพนำรูปแบบบริการพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักระยะหลังผ่าตัดที่ได้รับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัด ไปทดลองใช้และปรับปรุงก่อนนำไปใช้จริง โดยครั้งแรกไม่มีผู้ประสานแผนการดูแล จึงได้คัดเลือกพยาบาลวิชาชีพที่มีประสบการณ์ในการดูแลมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่ได้รับยาเคมีบำบัด จำนวน 1 คน เป็นผู้จัดการรายกรณี ทำหน้าประสานการดูแล ติดตามผลการดูแล

ระยะที่ 3 ศึกษาผลการใช้รูปแบบบริการพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักระยะหลังผ่าตัดที่ได้รับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัด (วันที่ 1 มิถุนายน พ.ศ. 2567 ถึงวันที่ 31 สิงหาคม พ.ศ. 2567)

มีขั้นตอนดังนี้

3.1 นำรูปแบบบริการพยาบาลผู้ป่วย มะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักระยะหลังผ่าตัดที่ได้รับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัด ให้พยาบาลวิชาชีพจำนวน 22 คน ไปใช้กับผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักระยะหลังผ่าตัดที่ได้รับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัด เป็นเวลา 3 เดือน (เดือนมิถุนายน - สิงหาคม พ.ศ. 2567) จำนวน 33 ราย โดยทีมผู้วิจัยเป็นผู้รวบรวมข้อมูล ซึ่งก่อนการนำรูปแบบบริการพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักระยะหลังผ่าตัดที่ได้รับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัด มีการสอนให้ความรู้ทางคลินิก การสร้างทัศนคติ และการปฏิบัติการพยาบาลตามแนวทางบริการพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักระยะหลังผ่าตัดและได้รับยาเคมีบำบัด อธิบายการใช้แนวปฏิบัติฯ วิธีการมอบหมายงานให้พยาบาลรับผิดชอบแบบรายผู้ป่วย แล้วติดตามประเมินผลทั้งด้านผู้ใช้บริการ และด้านผู้ให้บริการ

3.2 ศึกษาผลการใช้รูปแบบฯ โดยทีมผู้วิจัยติดตามประเมินผลการปฏิบัติของพยาบาลวิชาชีพทุกวัน ใช้การสังเกตแบบมีส่วนร่วม เป็นเวลา 3 เดือน เพื่อให้พยาบาลวิชาชีพทุกๆ คนเกิดความเข้าใจและมั่นใจในการใช้รูปแบบ หากมีปัญหการปฏิบัติให้สะท้อนข้อมูลเพื่อปรึกษากับทีมผู้วิจัยได้ตลอดเวลา แล้วติดตามประเมินผลลัพท์ ได้แก่

3.2.1 ผลลัพท์ด้านผู้ใช้บริการ ได้แก่ ประเมินความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วย และผลลัพท์การใช้รูปแบบบริการพยาบาลผู้ป่วย มะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักระยะหลังผ่าตัดที่ได้รับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัด ได้แก่ ภาวะแทรกซ้อน เหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ ในผู้ป่วยกลุ่มที่ใช้รูปแบบฯ ที่พัฒนาแล้วจำนวน 33 คน

3.2.2 ผลลัพท์ด้านผู้ให้บริการ ได้แก่ ประเมินความรู้พยาบาลวิชาชีพ ทัศนคติเกี่ยวกับการพยาบาลผู้ป่วย และการปฏิบัติการพยาบาล ตามแนวทางบริการพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักระยะหลังผ่าตัดและได้รับยาเคมีบำบัด ในกลุ่มพยาบาล 22 คน

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ ผ่านการพิจารณารับรอง และอนุมัติจากคณะกรรมการวิจัย และจริยธรรมการวิจัย ในมนุษย์ โรงพยาบาลสมุทรสาคร เลขที่ SKH REC 66/2566/V.1 ลงวันที่ 17 ตุลาคม พ.ศ. 2566 ผู้วิจัยเคารพสิทธิของกลุ่มตัวอย่าง โดยมีการแจกเอกสารชี้แจงข้อมูลสำหรับผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย ร่วมกับอธิบายให้ผู้เข้าร่วมวิจัยทราบถึงวัตถุประสงค์ของการวิจัย สิ่งที่ผู้วิจัยต้องการความร่วมมือจากกลุ่มตัวอย่าง และระยะเวลาที่ใช้ การเข้าร่วมวิจัยของกลุ่มตัวอย่างเป็นไปตามความสมัครใจโดยไม่มีการบังคับ พยาบาลวิชาชีพที่เข้าร่วมวิจัย มีสิทธิตอบปฏิเสธหรือเมื่อเข้าร่วมวิจัยแล้วสามารถยุติการเข้าร่วมวิจัยในช่วงใดก็ได้โดยไม่ต้องอธิบายเหตุผลให้ผู้วิจัยทราบ ข้อมูลที่ได้รับจากการวิจัย จะถูกเก็บเป็นความลับและจะถูกวิเคราะห์ในภาพรวม ไม่เปิดเผยข้อมูลเฉพาะบุคคลที่สามารถสืบหาผู้ให้ข้อมูลได้ และไม่เสนอข้อมูลที่อาจบ่งบอกถึงตัวบุคคลได้ โดยประโยชน์ที่ได้ จะใช้ในการวิจัยเท่านั้น และไม่มีผลกระทบต่อการพิจารณาความดีความชอบของกลุ่มตัวอย่างแต่อย่างใด กลุ่มตัวอย่างที่ตกลงเข้าร่วมวิจัยลงนามในแบบฟอร์มยินยอมเข้าร่วมวิจัย

วิธีการวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลเชิงคุณภาพ ได้แก่ ข้อมูลจากการสัมภาษณ์ และการสนทนากลุ่ม ใช้การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงเนื้อหา (Content analysis)

2. ข้อมูลเชิงปริมาณ

2.1 ใช้สถิติพรรณนา คือ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ความรู้ ทัศนคติและความสามารถในการปฏิบัติของพยาบาลวิชาชีพ ความสามารถในการดูแลตนเอง และผลลัพท์การบริการพยาบาลของผู้ป่วย

2.2 ใช้สถิติเปรียบเทียบ ความรู้ ทัศนคติและความสามารถในการปฏิบัติของพยาบาลวิชาชีพ ก่อนและหลังพัฒนารูปแบบบริการพยาบาลผู้ป่วย มะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักระยะหลังผ่าตัดที่ได้รับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัด

2.3 ใช้สถิติเปรียบเทียบ ความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วย ระหว่างผู้ป่วยก่อนพัฒนารูปแบบบริการพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักระยะหลังผ่าตัดที่ได้รับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัด กับผู้ป่วยที่ได้ใช้รูปแบบบริการพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักระยะหลังผ่าตัดที่ได้รับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัด

ผลการวิจัย

กระบวนการพัฒนาผู้วิจัยใช้การมีส่วนร่วมในการแก้ไขปัญหา โดยการจัดตั้งคณะกรรมการดูแลผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัด ความร่วมมือการดูแลผู้ป่วย ประกอบด้วย แพทย์พยาบาล เภสัชกร เจ้าหน้าที่ห้องปฏิบัติการ และมีพยาบาลวิชาชีพเป็นเลขานุการ จากนั้นนำโอกาสพัฒนาจากผลการวิเคราะห์ข้อมูลในระยะเวลาที่ 1 ซึ่งพบว่าพยาบาลมีความสามารถแตกต่างกันหลายระดับ จากการมีความรู้ในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งที่แตกต่างกันนำไปสู่การปฏิบัติที่แตกต่าง การกำหนดเป้าหมาย การกำกับติดตามประเมินผลการ

ปฏิบัติของพยาบาลยังไม่ชัดเจน พบว่ายังไม่มีแนวทางปฏิบัติการพยาบาลสำหรับดูแลผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักระยะหลังผ่าตัดที่ได้รับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัดที่ชัดเจน และทีมผู้ให้บริการที่เกี่ยวข้องมีความต้องการพัฒนาการดูแลผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักระยะหลังผ่าตัดที่ได้รับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัด ของโรงพยาบาลสมุทรสาครให้มีคุณภาพ ผลการวิเคราะห์ข้อมูลในระยะเวลาที่ 1 และนำไปสู่ปัจจัยที่สำคัญต่อการพัฒนารูปแบบการพยาบาล ตามแนวคิดของบลูม Bloom (1964) ซึ่งเป็นกระบวนการที่เชื่อมโยงอย่างเป็นขั้นตอนเพื่อให้เกิด พฤติกรรมที่ต้องการ ประกอบด้วย 1) ความรู้ 2) ทักษะ และ 3) การปฏิบัติ และพัฒนารูปแบบบริการการพยาบาลให้สอดคล้องกับปัญหาและความต้องการของผู้ป่วย ผู้ให้บริการ ประกอบด้วย 5 องค์ประกอบที่เชื่อมโยงสนับสนุนต่อกันด้วยปฏิสัมพันธ์เชิงสร้างสรรค์ ดังแสดงในภาพที่ 1



1. Goals

เป้าหมาย

- Knowledge ความรู้ทางคลินิกในการดูแลผู้ป่วย
- Attitude ทักษะของพยาบาลวิชาชีพ
- Skills การปฏิบัติหรือทักษะการพยาบาล

3. CNPG

แนวปฏิบัติการพยาบาล

4. Case Manager Nurse

พยาบาลผู้จัดการรายกรณี

5. Monitoring &

การติดตามประเมินผล

Evaluation (M & E)

ภาพที่ 1 รูปแบบบริการพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักระยะหลังผ่าตัดที่ได้รับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัด

จากภาพแสดงให้เห็นรูปแบบบริการพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักระยะหลังผ่าตัดที่ได้รับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัด ประกอบด้วย

องค์ประกอบที่ 1 เป้าหมาย (Goal) มีการกำหนดตัวชี้วัดที่สำคัญของทีมผู้ให้บริการ ซึ่งเป็นพยาบาล เพื่อการบรรลุเป้าหมายที่ชัดเจน คือ ความปลอดภัยจากการได้รับยาเคมีบำบัด

องค์ประกอบที่ 2 KAP คือ ความรู้ (Knowledge) ทักษะการพยาบาลวิชาชีพ (Attitude) และการปฏิบัติหรือทักษะการพยาบาลของพยาบาลวิชาชีพ (Practice/skills) โดยความรู้ เป็นความรู้ทางคลินิกในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักระยะหลังผ่าตัดที่ได้รับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัด ได้แก่ ความรู้เกี่ยวกับยาเคมีบำบัดและการบริหารยา ความรู้พื้นฐานเกี่ยวกับโรคและผลกระทบ ความรู้การจัดการความเสี่ยงและภาวะแทรกซ้อน ความรู้การเตรียมความพร้อมผู้ป่วยก่อน ระหว่าง และหลังได้รับยาเคมีบำบัด ส่วนทัศนคติของพยาบาลวิชาชีพ เป็นความสัมพันธ์ระหว่างอารมณ์ ความรู้สึกนึกคิด จิตใจ การรับรู้แต่ละบุคคล หรือจากประสบการณ์ รวมไปถึงความเชื่อในด้านต่างๆ จะเกิดได้ทั้งทางบวกและทางลบซึ่งทัศนคติจะมีผลทั้งทางตรงและทางอ้อมต่อการปฏิบัติ ได้แก่ ความเข้าใจการดูแลแบบองค์รวมสามารถนำมาใช้กับผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัด เข้าใจด้านจิตใจ อารมณ์ สังคม ของผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัด และการปฏิบัติหรือทักษะการพยาบาลของพยาบาลวิชาชีพ ได้แก่ ทักษะในการปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักระยะหลังผ่าตัดที่ได้รับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัด ในระยะก่อนให้ยาเคมีบำบัด ขณะให้ยาเคมีบำบัด และหลังให้ยาเคมีบำบัด

องค์ประกอบที่ 3 แนวการปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักระยะหลังผ่าตัดที่ได้รับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัด (Clinical Nursing Practice guideline; CNPG) ได้แก่ การเตรียมความพร้อมผู้ป่วยก่อนการรักษาด้วยยาเคมีบำบัด ประเมินความพร้อมของผู้ป่วยในการรักษาด้วย

ยาเคมีบำบัดทั้งด้านร่างกายและจิตใจแนวปฏิบัติการเตรียมผู้ป่วยให้ยาเคมีบำบัด การซักประวัติ ตรวจร่างกายเบื้องต้น (Physical assessment) และการติดตามประเมินผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ ผลตรวจผลเลือดและภาวะโภชนาการแนวปฏิบัติการป้องกันการเกิดความเสี่ยงจากภาวะปฏิกิริยาภูมิไว แนวปฏิบัติป้องกันการเกิด Extravasation แนวปฏิบัติการป้องกันการเกิดภาวะเยื่อช่องปากอักเสบ แนวปฏิบัติการวางแผนจำหน่าย และการดูแลผู้ป่วยหลังได้รับยาเคมีบำบัดที่บ้านสำหรับผู้ป่วยและผู้ดูแล

องค์ประกอบที่ 4 พยาบาลผู้จัดการรายกรณี (Case manager nurse) โดยพยาบาลผู้จัดการรายกรณี เป็นผู้ประสานแผนการดูแลของทีมสหสาขาวิชาชีพ ซึ่งรูปแบบการจัดการผู้ป่วยรายกรณีเป็นการดูแลที่มุ่งเน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางเพื่อตอบสนองความต้องการด้านสุขภาพของผู้ป่วยแต่ละรายอย่างครอบคลุมและมีการติดตามอย่างต่อเนื่อง

องค์ประกอบที่ 5 การติดตามประเมินผล (Monitoring & evaluation) ให้มีการกำหนดผู้รับผิดชอบทั้งระดับหัวหน้าเวร หัวหน้าหอผู้ป่วย หัวหน้ากลุ่มงานกลุ่มการพยาบาล และระดับทีมนำทางคลินิก จัดระบบการกำกับติดตาม รวบรวมผลลัพธ์ ตามเป้าหมายที่กำหนดไว้ตามตัวชี้วัด และสะท้อนข้อมูลกับผู้เกี่ยวข้องทุกฝ่าย เป็นการปรับปรุงแก้ไขปัญหาร่วมกันโดยมีพยาบาลวิชาชีพที่เป็นเลขานุการของคณะกรรมการและผู้ประสานงานในภาพรวม เพื่อการพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักระยะหลังผ่าตัดที่ได้รับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัด ของโรงพยาบาลสมุทรสาครอย่างต่อเนื่อง



ผลลัพธ์ของการพัฒนารูปแบบบริการพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักระยะหลังผ่าตัดที่ได้รับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัด

ผลลัพธ์ด้านผู้ให้บริการ

ตารางที่ 1 แสดงข้อมูลลักษณะส่วนบุคคลของกลุ่มก่อนใช้รูปแบบบริการพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักระยะหลังผ่าตัดที่ได้รับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัด และกลุ่มหลังใช้รูปแบบบริการพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักระยะหลังผ่าตัดที่ได้รับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัด

ข้อมูล	กลุ่มก่อนใช้รูปแบบฯ		กลุ่มหลังใช้รูปแบบฯ	
	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ
เพศ				
ชาย	18	52.90	18	54.50
หญิง	16	47.10	15	45.50
อายุ				
อายุเฉลี่ย กลุ่มควบคุม 63.7 ปี กลุ่มทดลอง 63.1 ปี				
40- 59 ปี	8	23.50	9	27.30
60- 70 ปี	20	58.80	17	51.50
มากกว่า 70 ปี	6	17.70	7	21.20
การได้รับยาเคมีบำบัดครั้งที่				
ครั้งที่ 1	11	32.40	2	6.10
ครั้งที่ 2	4	11.80	7	21.20
ครั้งที่ 3	4	11.80	4	12.10
ครั้งที่ 4	5	14.70	7	21.20
ครั้งที่ 5	4	11.80	4	12.10
ครั้งที่ 6	6	17.60	9	27.30

จากตารางที่ 1 แสดงลักษณะส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างทั้ง 2 กลุ่ม โดยทั้งสองกลุ่มมีลักษณะส่วนบุคคลใกล้เคียงกัน ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย อายุอยู่ระหว่าง 60-70 ปีเป็นส่วนใหญ่ แต่มีความแตกต่างใน

เรื่องของการได้รับเคมีบำบัด ซึ่งกลุ่มก่อนใช้รูปแบบฯ ส่วนใหญ่เป็นการรับเคมีบำบัดครั้งที่ 1 (ร้อยละ 32.40) ในขณะที่กลุ่มหลังใช้รูปแบบฯ ได้รับครั้งที่ 6 (ร้อยละ 27.30)

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักระยะหลังผ่าตัดที่ได้รับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัด ระหว่างกลุ่มก่อนและหลังการใช้รูปแบบบริการพยาบาลฯ ด้วย Independent t-test)

คะแนน	N	M	SD	t	p-value
- กลุ่มก่อนการใช้รูปแบบบริการพยาบาลฯ	34	2.47	.249	-14.198	<.001
- กลุ่มหลังการใช้รูปแบบบริการพยาบาลฯ	33	3.36	.261		

จากตารางที่ 2 พบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักระยะหลังผ่าตัดที่ได้รับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัด ในกลุ่มหลังการใช้รูปแบบบริการพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักระยะหลังผ่าตัดที่ได้รับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัด สูงกว่ากลุ่มก่อนการใช้รูปแบบบริการพยาบาลฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 สำหรับผลลัพธ์ภาวะแทรกซ้อน และอาการไม่พึงประสงค์ ของกลุ่มก่อนและหลังการใช้รูปแบบบริการพยาบาลฯ โดยกลุ่มก่อนการใช้รูปแบบบริการพยาบาลฯ

เกิดภาวะ ชาปลายมือปลายเท้าร้อยละ 35.3 คลื่นไส้ อาเจียน ร้อยละ 32.4 ผื่นหนังแห้งร้อยละ 23.5 ผื่นร่วน ร้อยละ 20.6 ท้องเสียร้อยละ 14.7 ปวดร้อยละ 11.8 ท้องผูกร้อยละ 8.8 Extravasation ร้อยละ 5.9 เม็ดเลือดขาวต่ำร้อยละ 5.9 ภาวะภูมิไวเกิน ร้อยละ 2.9 เยื่อช่องปากอักเสบ ร้อยละ 2.9 เกิดเลือดต่ำ ร้อยละ 2.9 กลุ่มหลังการใช้รูปแบบบริการพยาบาล เกิดภาวะคลื่นไส้ อาเจียนร้อยละ 21.2 ท้องเสียร้อยละ 18.2 ชาปลายมือปลายเท้าร้อยละ 18.2 ผื่นหนังแห้ง ร้อยละ 9.1 ผื่นร่วนร้อยละ 6.1 Phlebitis ร้อยละ 3 ปวดร้อยละ 3

ผลลัพธ์ด้านผู้ให้บริการ

ตารางที่ 3 ลักษณะส่วนบุคคลของพยาบาลวิชาชีพ

ลักษณะส่วนบุคคลของพยาบาลวิชาชีพ		จำนวน (คน)	ร้อยละ
อายุ	อายุน้อย		
	20-30 ปี	14	63.60
	31-40 ปี	5	22.70
	41-50 ปี	1	4.60
	มากกว่า 50 ปี	2	9.10
ประสบการณ์ในวิชาชีพพยาบาล	1-10 ปี	17	77.30
	11-20 ปี	2	9.10
	21-30 ปี	3	13.60
ประสบการณ์ดูแลผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัด	1 ปี	6	27.30
	2 ปี	9	40.90
	3 ปี	2	9.10
	4 ปี	5	22.70

จากตารางที่ 3 พยาบาลวิชาชีพส่วนใหญ่มีอายุ 20-30 ปี ประสบการณ์ในวิชาชีพพยาบาล 1-10 ปี

ประสบการณ์ดูแลผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัด 1-2 ปี

ตารางที่ 4 เปรียบเทียบคะแนนความรู้ คะแนนทัศนคติ และคะแนนทักษะในการปฏิบัติการพยาบาลตามแนวทางการบริการของพยาบาลวิชาชีพ เกี่ยวกับบริการพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักระยะหลังผ่าตัดที่ได้รับยาเคมีบำบัด ก่อนและหลังใช้รูปแบบบริการพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักระยะหลังผ่าตัดที่ได้รับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัด ด้วย Wilcoxon Matched Pairs Signed- Rank Test

ประเด็น	ก่อนใช้รูปแบบฯ		หลังใช้รูปแบบฯ		Z	P-value
	M	SD	M	SD		
- ความรู้ของพยาบาลวิชาชีพ	8.09	1.150	8.77	.922	-2.714 ^a	.007
- ทัศนคติเกี่ยวกับเกี่ยวกับการพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งฯ	3.55	.285	4.22	.325	-4.082	.000
- ทักษะในการปฏิบัติการพยาบาลตามแนวทางการบริการพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งฯ	13.45	2.857	14.73	.631	-2.126 ^a	.034

จากตารางที่ 4 พบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ และคะแนนทัศนคติของพยาบาลวิชาชีพที่เกี่ยวกับบริการพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักระยะหลังผ่าตัดที่ได้รับยาเคมีบำบัด หลังใช้รูปแบบบริการพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักระยะหลังผ่าตัดที่ได้รับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัด สูงกว่าก่อนการใช้รูปแบบบริการพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักระยะหลังผ่าตัดที่ได้รับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัด อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ผล

คะแนนทักษะในการปฏิบัติการพยาบาลตามแนวทางการบริการพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักระยะหลังผ่าตัดและได้รับยาเคมีบำบัด หลังใช้รูปแบบบริการพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักระยะหลังผ่าตัดที่ได้รับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัด สูงกว่าก่อนการใช้รูปแบบบริการพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักระยะหลังผ่าตัดที่ได้รับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัด อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05



การอภิปรายผลการวิจัย

การพัฒนาแบบบริการพยาบาลผู้ป่วย มะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักระยะหลังผ่าตัดที่ได้รับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัดของโรงพยาบาลสมุทรสาคร ณ โรงพยาบาลนครท่าฉลอม ทำให้เกิดรูปแบบการบริการพยาบาลผู้ป่วยที่เป็นระบบ ผู้ป่วยได้รับการดูแลรักษาอย่างมีประสิทธิภาพ และได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่อง ทั้งในโรงพยาบาลตลอดระยะเวลาที่รับไว้ในความดูแลและเมื่อกลับบ้าน โดยทีมสหสาขาวิชาชีพ และพยาบาลร่วมทำหน้าที่กำหนดเป้าหมายการดูแลผู้ป่วยอย่างชัดเจน มีการพัฒนาศักยภาพของทีมพยาบาลอย่างต่อเนื่อง ทั้งด้านความรู้ ทักษะ นำสู่การปฏิบัติการพยาบาลที่ได้มาตรฐาน ตลอดจนการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลให้เหมาะสมกับบริบทในการดูแลผู้ป่วย และติดตามประเมินผลลัพธ์ มีระบบนิเทศควบคุม กำกับ ติดตาม เป้าหมายที่กำหนดไว้ตามตัวชี้วัด และสะท้อนข้อมูลกับผู้เกี่ยวข้องทุกฝ่าย เป็นการปรับปรุง แก้ไขปัญหา ร่วมกัน สอดคล้องกับการศึกษา การพัฒนารูปแบบการบริการพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ที่ได้รับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัดในโรงพยาบาลพื้นที่จังหวัดสุโขทัย (สมพร บรรลุพันธุ์ นาค กิจจา อ่วมแก้ว และสืบตระกูล ตันตลาณกุล, 2563) ที่พบว่ารูปแบบการบริการพยาบาลช่วยให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างมีประสิทธิภาพ และพัฒนาความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วย

เมื่อวิเคราะห์ผลลัพธ์พบว่า ด้านผู้ใช้บริการ ค่าเฉลี่ยคะแนนความสามารถในการดูแลตนเองของกลุ่มผู้ป่วยหลังการใช้รูปแบบบริการพยาบาลฯ สูงกว่ากลุ่มก่อนการใช้รูปแบบบริการพยาบาลฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 เนื่องจากรูปแบบบริการพยาบาล มีการกำหนดเป้าหมายที่ชัดเจน เพื่อผู้ป่วยมีความปลอดภัยจากการได้รับยาเคมีบำบัด ผลลัพธ์ ภาวะแทรกซ้อน และอาการไม่พึงประสงค์ ในกลุ่มที่ได้ใช้รูปแบบบริการพยาบาลที่ชัดเจน มีการส่งเสริมการใช้กระบวนการพยาบาลแนวปฏิบัติการพยาบาลเป็นเครื่องมือสำคัญในการดูแลผู้ป่วย ที่ได้รับการดูแลโดยพยาบาลที่มีความรู้

ทัศนคติ และทักษะการปฏิบัติการพยาบาลที่ถูกต้อง อีกทั้งมีพยาบาลพยาบาลผู้จัดการรายกรณีให้การดูแล ประสานให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาดูแลอย่างเหมาะสม

ด้านผู้ให้บริการผลการศึกษพบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ของพยาบาลวิชาชีพ คะแนนทัศนคติ และคะแนนทักษะในการปฏิบัติการพยาบาลที่เกี่ยวกับบริการพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักระยะหลังผ่าตัดที่ได้รับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัด หลังใช้รูปแบบฯ มีคะแนนสูงกว่าก่อนการใช้รูปแบบบริการพยาบาลฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 เนื่องจากการถ่ายทอดความรู้ที่เกิดจากประสบการณ์การปฏิบัติงาน เทคนิคเฉพาะตัวที่ใช้แล้วได้ผลในการปฏิบัติงานของพยาบาลที่ผ่านการอบรมและมีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัด ซึ่งเป็นความรู้ที่เกิดจากการบูรณาการของความรู้ที่ฝังลึก (Tacit knowledge) ที่ถูกเก็บสะสมในตัวบุคคล นำมาแบ่งปันแลกเปลี่ยนเรียนรู้ นอกจากนี้ยังมีการแสวงหาความรู้จากตำรา เอกสาร วารสารวิชาการ สื่อวิชาการออนไลน์ มาเป็นความรู้ที่ชัดเจน (Explicit knowledge) ส่งผลให้คะแนนความรู้ของพยาบาลวิชาชีพสูงขึ้นหลังการพัฒนารูปแบบบริการพยาบาลฯ ความรู้ที่ดี ความรู้เป็นขั้นตอนแรกของการเกิดทัศนคติที่ดี และทัศนคติที่ดีทำให้การปฏิบัติไปในทางที่ดี สอดคล้องกับแนวความคิดของบลูม Bloom (1964) กล่าวว่า ทัศนคติทำให้เกิดการปฏิบัติ การปฏิบัติ คือ การกระทำของบุคคลนั้นๆ อาจเกิดจากความรู้ ความเข้าใจ ประสบการณ์ที่พบหรือความเชื่อในด้านต่างๆ ส่งผลต่อความคิดทัศนคติ และทำให้เกิดการปฏิบัติ นอกจากนี้พยาบาลผู้จัดการรายกรณีจะเป็นผู้ประสานแผนการดูแลของทีมสหสาขาวิชาชีพ เป็นการมุ่งเน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง เพื่อตอบสนองความต้องการด้านสุขภาพของผู้ป่วยแต่ละรายอย่างครอบคลุม และมีการติดตามอย่างต่อเนื่อง มีการประสานการดูแลและประเมินผล ส่งผลให้การบริการมีคุณภาพและมีประสิทธิผลมากขึ้น

ข้อเสนอแนะการวิจัย

ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยครั้งนี้

1. ควรส่งเสริมการพัฒนาศักยภาพของพยาบาลวิชาชีพในทีมให้ ได้รับการอบรมหลักสูตรเฉพาะทางการดูแลผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัด และการเป็นพยาบาลผู้จัดการรายกรณี
2. พยาบาลที่จะเข้ามาปฏิบัติงานในหน่วยเคมีบำบัดควรผ่านหลักสูตรอบรมการพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับเคมีบำบัด รูปแบบบริการพยาบาลและแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับเคมีบำบัด เพื่อให้มีความรู้ ทักษะที่ดี และปฏิบัติการพยาบาลแก่ผู้ป่วยได้ถูกต้อง

ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยครั้งต่อไป

1. การนำรูปแบบการศึกษาวิจัยที่พัฒนาขึ้นไปขยายผลในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งในทุกกลุ่ม และครอบคลุม แผนการรักษาอื่นๆ เช่น การรักษาด้วยรังสีรักษา เป็นต้น เพื่อให้มีแนวทางในการติดตามผลลัพธ์อย่างเป็นระบบ
2. การศึกษาวิจัยติดตามผลลัพธ์ของรูปแบบบริการพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัด หลังผู้ป่วยกลับไปดูแลตนเองที่บ้าน เพื่อติดตามผลลัพธ์ของรูปแบบบริการพยาบาลฯ ระยะยาวอย่างต่อเนื่อง

เอกสารอ้างอิง

- กองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. (2566). *สถิติสาธารณสุข 2565*.
<https://spd.moph.go.th/wpcontent/uploads/2023/11/Hstatistic65.pdf>
- ข้อมูลสถิติโรงพยาบาลสมุทรสาคร. (2566). *ข้อมูลสถิติโรคมะเร็งโรงพยาบาลสมุทรสาคร. พ.ศ. 2564, 2565, 2566*. โรงพยาบาลสมุทรสาคร.
- จันจิรา กิจแก้ว และวรรัตน์ ศรีสุข. (2563). ประสิทธิภาพของโปรแกรมการเรียนรู้ด้านการดูแลผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับเคมีบำบัดของพยาบาลวิชาชีพ. *APHEIT Journal of Nursing and Health*, 2(2), 27-40.
- นิศากร ปากเมย, สุนทรี ศิริพรอดุลย์ศิลป์, และพจนา ไกรสร. (2562). การพัฒนารูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ที่ได้รับการรักษาด้วยสูตร FOLFOX4 โรงพยาบาลบุรีรัมย์. *วารสารการแพทย์ศรีสะเกษ สุรินทร์ บุรีรัมย์*, 34(2), 239-256.
- ยุวลี ฉายวงศ์. (2563). ความรู้ ทักษะ และการปฏิบัติเกี่ยวกับการป้องกันการติดเชื้อในผู้ป่วยมะเร็งของพยาบาลวิชาชีพ หอผู้ป่วยใน โรงพยาบาลมะเร็งอุดรธานี. *วารสารกรมการแพทย์*, 45(1), 130-136.
- สมพร บรรลุปันธนาถ, กิจจา อ่วมแก้ว, และสืบตระกูล ตันตลานุกุล. (2563) การพัฒนารูปแบบบริการพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ที่ได้รับยาเคมีบำบัดในโรงพยาบาลพื้นที่จังหวัดสุโขทัย. *วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ*, 13(2), 123-134.
- American Cancer Society. (2024). *Chemotherapy for colorectal cancer*.
<https://www.cancer.org/cancer/types/colon-rectal-cancer/treating/chemotherapy.html>
- Bloom, B. S. (1964). *Taxonomy of education objective: The classification of educational goals: Handbook II: Affective domain*. David Mckay.
- Cordon, C.P. (2013). System theories: An overview of various system theories and its application in healthcare. *American Journal of Systems Science*, 2(1), 13-22.



- Jeon, H. J., Woo, J. H., Lee, H. Y., Park, K. J., & Choi, H. J. (2011). Adjuvant chemotherapy using the FOLFOX regimen in colon cancer. *J Korean Soc Coloproctol*, 27(3), 140-146.
<https://doi.org/10.3349/jksc.2011.27.3.140>
- Neuss, M. N., Gilmore, T. R., Belderson, K. M., Billett, A. L., Conti-Kalchik, T., Harvey, B. E., Hendricks, C., LeFebvre, K. B., Mangu, P. B., McNiff, K., Olsen, M., Schulmeister, L., Gehr, A. V., & Polovich, M. (2016). Updated American society of clinical oncology/ oncology nursing society chemotherapy administration safety standards, including standards for pediatric oncology. *J Oncol Pract*, 12(12), 1262-71.
- National Cancer Institute. (2020). *Hospital-level cancer registry 2020*. Agency for medical records and cancer database digital medicine working group National Cancer Institute.
<https://www.nci.go.th/> (in Thai)
- World Health Organization. (2022). *Colorectal cancer*. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/colorectal-cancer>

การประเมินและการบำบัดช่วยเหลือผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าเพื่อป้องกันการฆ่าตัวตาย

เบญจวรรณ สามสาลี*, บุญญภักดิ์ เห่งนาเลน*, ราดาณ ชารา เจน ลูบตัน*

บทคัดย่อ

ภาวะซึมเศร้าเป็นความผิดปกติทางอารมณ์ที่มีลักษณะของอารมณ์เศร้า หดหู่ ความรู้สึก ท้อแท้ สิ้นหวัง รู้สึกตนเองไร้ค่า ต่ำหนืดตนเอง มีความคิดทางลบต่อตนเองและผู้อื่น อาจมีอาการทางกายร่วมด้วย เช่น เบื่ออาหาร น้ำหนักลด นอนไม่หลับหรือหลับมากเกินไป สมาธิลดลง ซึ่งอาการเหล่านี้มีผลกระทบต่อพฤติกรรม การใช้ชีวิต สนใจตนเองและสิ่งแวดล้อมลดลง ไม่สามารถทำงานหรือเรียนหนังสือ หรือปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ สาเหตุของการเกิดภาวะนี้มาจากหลายปัจจัย ภาวะซึมเศร้ามีตั้งแต่ระดับเล็กน้อย ถึงรุนแรง หากมีอาการต่อเนื่องติดต่อกันนานเกิน 2 สัปดาห์ ควรได้รับการช่วยเหลือและบำบัดรักษา จากทีมสุขภาพ เพื่อป้องกันการเกิดอันตรายที่รุนแรงคือการฆ่าตัวตาย การประเมินและการบำบัดช่วยเหลือผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าเป็นสิ่งสำคัญ เนื่องจากการประเมินจะทำให้ทราบว่าภาวะซึมเศร้าอยู่ในระดับใดควรได้รับการบำบัดแบบใด การบำบัดมีทั้งบำบัดทางชีวภาพและบำบัดทางจิตสังคม ซึ่งช่วยลดความรุนแรงที่นำไปสู่ภาวะฆ่าตัวตายได้

คำสำคัญ การประเมินและช่วยเหลือ, ภาวะซึมเศร้า, การป้องกันการฆ่าตัวตาย



The Assessment and Depression Treatment for Suicide Prevention in Individuals with Depression

Benjawan samsalee*, Bunyaphak Hengnalen*, Racial Sarah Jane Lubaton*

Depression is an emotional disorder characterized by feelings of sadness, hopelessness, worthlessness, self-blame, and negative thoughts toward oneself and others. Physical symptoms may also accompany depression, such as loss of appetite, weight loss, insomnia or hypersomnia, and decreased concentration. These symptoms can affect daily behavior, including reduced self-care and interest in the environment, making it difficult to work, study, or carry out daily activities. Depression may have a variety of causes, such as the loss of a loved one, but it can also arise without any specific reason. The severity of depression ranges from mild to severe, with some individuals experiencing intermittent episodes. If symptoms persist for more than two weeks, professional help and treatment are recommended to prevent severe outcomes, such as suicide. Assessing and providing support to individuals with depression is crucial in determining the level of depression and the appropriate treatment, whether biological or psychosocial, and in preventing further harm in cases of severe depression.

Keywords: The Assessment and treatment, Depression, Suicide prevention

Journal of Nursing Science Christian University of Thailand. 2024, 11(2), 50-61

* Instructor, College of Nursing, Christian University of Thailand.

Corresponding author, e-mail: bunyaphakheng@gmail.com Tel. 080-653-5162

Received: 26 October 2567, Revised: 6 December 2567, Accepted: 17 December 2567

บทนำ

ภาวะซึมเศร้า (Depression) เป็นความผิดปกติทางอารมณ์ ซึ่งส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยด้านความคิด ความรู้สึก ด้านร่างกาย และด้านพฤติกรรม แสดงออกโดยรู้สึกเศร้า สิ้นหวัง ไร้ค่า ท้อแท้ ไม่สนใจสิ่งแวดล้อม แรงจูงใจและความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันลดลง เกิดขึ้นได้กับคนปกติทั่วไปทุกเพศทุกวัย ถ้าภาวะซึมเศร้าเกิดขึ้นในช่วงเวลาสั้นๆ เป็นครั้งคราวแล้วหายไปไม่ถือว่าเป็นความผิดปกติที่ต้องบำบัดรักษา แต่ถ้าเกิดขึ้นอย่างต่อเนื่อง และมีระยะเวลาเกิน 2 สัปดาห์ ร่วมกับความรู้สึกเบื่อหน่าย ความสนใจต่อสิ่งแวดล้อมลดลง รวมทั้งส่งผลต่อการดำเนินชีวิตประจำวัน ถือว่ามี ความผิดปกติที่ต้องได้รับการบำบัดรักษา หากไม่รักษาอาจก่อให้เกิดภาวะซึมเศร้ารุนแรง กลายเป็นโรคซึมเศร้าตามมา จนสามารถทำร้ายตนเองหรือฆ่าตัวตายสำเร็จได้ (Beck & Bredemeier, 2016)

ความหมายและความชุกของภาวะซึมเศร้า

ภาวะซึมเศร้าเป็นภาวะจิตใจผิดปกติที่มีผลทำให้พฤติกรรมของบุคคลเปลี่ยนไปจากเดิม คือเกิดการมองตนเอง มองสังคมและมองอนาคตในแง่ลบ มีอารมณ์เศร้า ขาดความสนใจกิจกรรมในชีวิตประจำวัน เบื่อหน่าย มีการเปลี่ยนแปลงของการนอนหลับ การรับประทานอาหารลดลง ขาดสมาธิ ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองต่ำ และมีเป้าหมายชีวิตในทางที่แย่ง อาการเหล่านี้จะเกิดขึ้นอย่างน้อย ต่อเนื่องกัน 2 สัปดาห์ (Keltner & Steele, 2019) องค์การอนามัยโลกระบุว่าเกือบร้อยละ 4 ของประชากรโลกป่วยด้วยโรคซึมเศร้า ส่วนประเทศไทยพบร้อยละ 2.2 ของประชากร และวัยรุ่นมีจำนวนสูงถึงร้อยละ 11.03 ถึง 52.90 ของผู้ที่ป่วยด้วยโรคซึมเศร้าทั้งหมด และมีอัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จถึง 4,000 คน ต่อปี สาเหตุสำคัญของการฆ่าตัวตายเป็นภาวะซึมเศร้ารุนแรง ซึ่งมีปริมาณค่อนข้างสูง (กรมสุขภาพจิต, 2566)

สาเหตุของภาวะซึมเศร้า

ภาวะซึมเศร้ามาจากหลายสาเหตุ อธิบายได้โดยทฤษฎีที่เกี่ยวข้อง ดังนี้

1. สาเหตุด้านชีววิทยา (Biological cause) ได้แก่

1.1 ทฤษฎีชีวเคมี (Biochemical theory) อธิบายว่า ภาวะซึมเศร้าเกิดจากการบกพร่อง หรือความผิดปกติของการทำงานในระบบประสาทส่วนกลาง (Central nervous system) โดยมีความเข้มข้นของสารสื่อประสาท คือ อะเซทิลโคลีน (Acetylcholine) โดพามีน (Dopamine) ซีโรโทนิน (Serotonin) และนอร์อิพิเนพรีน (Norepinephrine) ลดลง (Boyd, 2012) การลดลงของนอร์อิพิเนพรีน จะทำให้เกิดความรู้สึกไม่มีความสุขหรือไม่มีความหมายในการมีชีวิตอยู่ ไม่มีพลัง สมาธิ และความต้องการทางเพศลดลง (Boyd, 2012)

1.2 ทฤษฎียีนส์หรือพันธุกรรม (Genetic theory) อธิบายว่าภาวะซึมเศร้าเป็นลักษณะการบกพร่องในพันธุกรรมที่ถ่ายทอดจากรุ่นหนึ่งไปยังอีกรุ่นหนึ่ง จากการศึกษาทางด้านพันธุกรรม พบว่า คู่แฝดไข่ใบเดียวกันที่คนหนึ่งมีภาวะซึมเศร้า คู่แฝดอีกคนหนึ่งมีโอกาสที่จะเกิดภาวะซึมเศร้าถึงร้อยละ 54 ขณะที่คู่แฝดคนละใบพบมีภาวะซึมเศร้า ร้อยละ 24 และการศึกษาของซูซเตอร์ ดาวน์ส์ และชิชุก พบว่า บุตรที่เกิดจากบิดามารดาที่มีภาวะซึมเศร้า บุตรมีโอกาสที่จะเกิดภาวะซึมเศร้าประมาณร้อยละ 15-45 (Shuchter, Downs & Zisook, 2012 cited in (Keltner & Steele, 2019))

2. สาเหตุด้านจิตสังคม (Psychosocial cause) ได้แก่

2.1 ทฤษฎีจิตวิเคราะห์ (Psychoanalytic theory) ทฤษฎีนี้ อธิบายว่าภาวะซึมเศร้าเกิดจากความขัดแย้งในจิตใต้สำนึก เนื่องมาจากความคับข้องใจในระยะปาก (Oral stage) อาจเป็นสาเหตุทำให้เกิดบุคลิกภาพแบบหลงรักตัวเอง (Narcissistic

personality) เมื่อบุคคลประสบกับความสูญเสีย ไม่ว่าจะเป็นการสูญเสียจริงหรือการสูญเสียที่บุคคลเข้าใจไปเอง จะมีผลทำให้ตัวตน (Ego) ลดต่ำลงหรือถูกทำลายลงไป ซึ่งตัวตนเป็นตัวกลางในการแสดงออกของบุคลิกภาพ เป็นที่ตั้งของสติและเป็นสื่อกลางระหว่าง สัญชาตญาณกับสิ่งแวดล้อมภายนอกซึ่งประกอบด้วย การรับรู้ (Perception) ความจำ (Memory) การตัดสินใจ (Judgement) ความมีเหตุผล (Reasoning) การแก้ปัญหา (Problem solving) และการตัดสินใจในการกระทำ (Decision making) ซึ่งเกี่ยวข้องกับควมมีเหตุผล (Logical) และความถูกต้องเหมาะสม (Correct) เมื่อตัวตนลดต่ำลงหรือถูกทำลาย ไม่สามารถปลดปล่อยตนเองจากความซึมเศร้าและความรู้สึกสูญเสียได้ ทำให้บุคคลมีความคิดทางลบต่อตนเอง รู้สึกไม่มีคุณค่าไม่มีความหมายใดๆ (Waltman, Creed & Beck, 2016)

2.2 ทฤษฎีการเรียนรู้ความสิ้นหวัง

(Learned helplessness theory) ของเซลิกแมน (Seligman, 2000 cited in Jackman-Cram, Dobson & Martin, 2006) อธิบายว่าภาวะซึมเศร้าเกิดจากการที่บุคคลอยู่ในภาวะที่แก้ไขสถานการณ์ต่างๆ ไม่ได้ช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ ไม่สามารถขอความช่วยเหลือจากบุคคลอื่น และรู้สึกตนเองไม่มีอำนาจควบคุมและแก้ไขสถานการณ์ที่เกิดขึ้น (Helplessness) ทำให้เกิดการปล่อยสถานการณ์แบบเลยตามเลย ไม่ได้แก้ไข ประกอบกับการขาดแรงเสริม (Inadequate reinforcement) ทำให้เกิดภาวะซึมเศร้า

2.3 ทฤษฎีปัญญานิยม (Cognitive theory)

เป็นทฤษฎีที่มีแนวคิดที่ว่าตัวแปรภายในบุคคล คือ ปัญญาที่มีผลต่ออารมณ์และพฤติกรรมที่บุคคลแสดงออก ซึ่งเบ็ค และอัลฟอร์ด (Beck & Alford, 2009) ได้เสนอภาวะซึมเศร้าตามแนวคิดทฤษฎีปัญญานิยมซึ่งประกอบด้วย ลักษณะความคิดหลัก 3 ประการ ได้แก่ โครงสร้างทางความคิด ความเชื่อ และความคิดที่บิดเบือน ลักษณะความคิดหลัก 3

ประการ บุคคลจะมีลักษณะมองความคิด 3 ประการนี้บิดเบือนจากความเป็นจริง คือ มองโลกในทางลบ และส่งผลต่อการมีอารมณ์เศร้า

ลักษณะของอาการซึมเศร้า ในการมีภาวะซึมเศร้า บุคคลมักมีอาการเศร้า ซึ่งจาร์จินทร์ ปิตานพวงศ์ (2563) ได้แบ่งลักษณะของอาการซึมเศร้ามาแยกโรค มีรายละเอียดดังนี้

1. ภาวะปรับตัวต่อความเครียดที่ผิดปกติ (Adjustment disorder) จะมีเหตุการณ์หรือปัจจัยกระตุ้นให้เกิดความเครียด เช่น ตกงาน ออกหัก และไม่สามารถปรับตัวได้ ทำให้เกิดภาวะวิกฤติทางอารมณ์ หลังจากนั้นจะมีอารมณ์เศร้า นอนไม่หลับ ปรับตัวไม่ได้ สูญเสียการทำหน้าที่ หรือการดำเนินชีวิตประจำวัน เช่น ขาดเรียน เก็บตัวอยู่บ้าน เป็นต้น
2. ภาวะโศกเศร้าจากการสูญเสีย (Grief and loss) ภาวะเศร้าจากการสูญเสีย ผู้สูญเสียจะมีความเศร้าจากการสูญเสียหรือการตายจากของบุคคลอันเป็นที่รัก ซึ่งภาวะสูญเสียปกติจะมีอารมณ์เศร้าที่ไม่รุนแรงเหมือนอารมณ์เศร้าในโรคซึมเศร้า และใช้ระยะเวลาไม่นานและลดลงตามเวลา จนสามารถกลับมาปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ปกติ แต่อาจมีอารมณ์เศร้าหลงเหลืออยู่แต่ไม่รุนแรง และค่อยๆ หายไปภายใน 3 เดือน

3. ภาวะเครียดหลังประสบเหตุการณ์สะเทือนขวัญ (Acute stress disorder and Post-traumatic stress disorder: PTSD) เป็นภาวะที่บุคคลประสบกับความเครียดจากเหตุการณ์รุนแรงสะเทือนขวัญ และไม่สามารถใช้กลไกการปรับตัวที่เคยใช้ได้ผล เช่น การถูกข่มขืน เหตุการณ์ถูกน้ำท่วมรุนแรง จนทำให้ผู้ประสบเหตุมีอาการต่างๆ ดังนี้ ตื่นตระหนก ตกใจง่าย หวาดกลัว เหนื่อยง่าย คิดถึงแต่เหตุการณ์หรือภาพเหตุการณ์ซ้ำๆ ใจสั่น สมอมนิ่งง เหมือนตกอยู่ในช่วงเหตุการณ์นั้น พยายามหลีกเลี่ยงสิ่งที่จะเชื่อมโยงกับสถานการณ์ร้ายนั้น ถ้าอาการที่เกิดขึ้นหายไปภายใน 1 เดือน หลังประสบเหตุ

เรียกว่า Acute stress disorder แต่ถ้าอยู่นานเกิน 1 เดือน เรียกว่า Post-traumatic stress disorder หรือ “PTSD”

4. โรคซึมเศร้า (Major depressive disorder) เป็นโรคทางอารมณ์ จะมีความเครียดนำมาก่อนหรือไม่ก็ได้ ถ้าไม่มีปัจจัยกระตุ้นนำมาก่อน จะเกิดจากความผิดปกติของสารสื่อประสาท หรือสารเคมีในสมอง (Neuro transmitter) เป็นหลัก หากมีความเครียดนำมาก่อน อารมณ์เศร้าที่พบในคนเป็นโรคซึมเศร้าจะต่างจากอารมณ์เศร้าที่พบจากการปรับตัวต่อความเครียดที่ผิดปกติ (Adjustment disorder) คือ จะมีความรุนแรงมากกว่า และมีอาการอื่นร่วมด้วย เช่น รู้สึกว่างเปล่า หดหู่ร่วมกับอาการทางกาย และการเปลี่ยนแปลงของกระบวนการคิด (Cognition) ซึ่งเข้าเกณฑ์การวินิจฉัยโรคซึมเศร้า คือ

4.1 มีอารมณ์เศร้าเบื่อหน่าย ท้อแท้เกือบตลอดเวลาและติดต่อกันนานเกิน 2 สัปดาห์ ในวัยรุ่นอาจแสดงออกโดยมีอารมณ์หงุดหงิดง่าย ส่วนผู้สูงอายุมักแสดงออกลักษณะ อารมณ์อ่อนไหว น้อยใจ ร้องไห้ และหงุดหงิดง่าย

4.2 สนใจสิ่งแวดลอมน้อยลงหรือขาดความสนใจสิ่งแวดล้อม (Loss of interest) ไม่มีความสุขต่อการทำกิจกรรมต่างๆ ที่เคยทำหรือไม่อยากทำ

4.3 มีความคิดลบ (Negative thought) มีความคิดทางลบต่อตนเองและผู้อื่น รู้สึกตนเองไร้ค่า เป็นบาปหรือผิด ซึ่งเป็นอันตรายเสี่ยงต่อการทำร้ายตนเอง

4.4 มีอาการทางกายร่วมด้วย เช่น เบื่ออาหาร นอนไม่หลับ ผื่นร้าย อ่อนเพลีย สะดุ้ง ผวาบ่อยๆ

5. โรคซึมเศร้าเรื้อรัง (Dysthymia) มีอารมณ์เศร้าเล็กน้อยแต่เรื้อรัง ลักษณะเป็นๆ หายๆ ต่อเนื่องกันอย่างน้อย 2 ปี อาการคล้ายโรคซึมเศร้า

แต่ไม่รุนแรง มีความรู้สึกตนเองไม่ประสบผลสำเร็จ พลังลดลง ขาดสมาธิ มองโลกแง่ร้าย

ความคิดฆ่าตัวตาย (Suicidal ideas or thought) เป็นความคิดอยากตายแต่ยังไม่ได้ลงมือกระทำ ซึ่งมักพบในผู้มีภาวะซึมเศร้าตั้งแต่ระดับปานกลางขึ้นไป หากไม่ได้รับการบำบัดช่วยเหลือ เพื่อให้อาการลดลง อาจมีพฤติกรรมพยายามฆ่าตัวตายได้ (Attempted suicide) พฤติกรรมพยายามฆ่าตัวตาย เป็นการกระทำเพื่อจบชีวิตลงแต่ไม่สำเร็จ คนเหล่านี้มักคิดว่าไม่มีวิธีการแก้ปัญหาด้วยวิธีอื่นนอกจากความตายจึงจะพ้นทุกข์ มักมองว่าชีวิตไร้ค่า ไร้ความหมาย อาจไม่ได้อยากตายแต่มองไม่เห็นการแก้ปัญหา ฉะนั้นถ้าได้รับการช่วยเหลือทันทีจะทำให้ผู้มีภาวะซึมเศร้าพ้นจากภาวะอันตรายนี้ได้ แต่หากไม่ได้รับการช่วยเหลือ ผู้มีภาวะซึมเศร้าอาจฆ่าตัวตายสำเร็จได้ (Committed suicide) ฉะนั้นผู้มีภาวะซึมเศร้าทุกรายควรได้รับการประเมินภาวะซึมเศร้าและได้รับการช่วยเหลือ เพื่อป้องกันไม่ให้เกิดการพยายามฆ่าตัวตาย หรือฆ่าตัวตายสำเร็จซึ่งเป็นการสูญเสียที่สำคัญอย่างยิ่ง และสอดคล้องกับการศึกษาของ สุพัทธรา สุขาวห และสุวรรณา อรุณพงศ์ไพศาล (2660) ที่พบว่าผู้ป่วยภาวะซึมเศร้ากับการฆ่าตัวตายมีความสัมพันธ์กัน และผู้ที่เคยพยายามฆ่าตัวตายมาแล้วมักจะมีการกระทำซ้ำและอาจจะฆ่าตัวตายได้สำเร็จ

ปัจจัยเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย ผู้มีพฤติกรรมแยกตัว อยู่คนเดียว อารมณ์หุนหันพลันแล่น มองตนเองไร้ค่า ก้าวร้าว ถูกทารุณกรรมทางเพศ ติดสุรา บุคลิกภาพพึงพิง โรคจิตเภทหลงผิด โรคซึมเศร้า มีประวัติฆ่าตัวตายมาก่อน มีโอกาสเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายมากกว่าบุคคลทั่วไปที่มีภาวะซึมเศร้า จึงต้องเฝ้าระวังมากขึ้น

การป้องกัน ต้องคำนึงถึงปัจจัยสำคัญ 3 ด้าน ดังนี้

1. ปัจจัยด้านบุคคล วัยรุ่นหญิงที่มีภาวะซึมเศร้ามีความเสี่ยงสูงต่อการฆ่าตัวตายมากกว่าเพศชาย และรายที่มีประวัติเคยฆ่าตัวตายมาก่อน รู้สึกด้อยค่าในตนเอง

2. ปัจจัยด้านครอบครัว ครอบครัวแตกแยก ทะเลาะ ขาดความผูกพันระหว่าง พ่อ แม่ ลูก หรือมีสมาชิกฆ่าตัวตาย ควรส่งเสริมการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพระหว่างสมาชิกในครอบครัว

3. ปัจจัยด้านสังคม ชุมชนและสถานศึกษา วัยรุ่นใช้เวลาส่วนใหญ่อยู่ในสถานศึกษา เพื่อนและสิ่งแวดล้อมในสถานศึกษาจึงมีความสำคัญ ถ้ามีเพื่อนสนิทคอยรับฟัง สนับสนุนช่วยเหลือ หรือสถานศึกษามีระบบการดูแลช่วยเหลือ เมื่อพบว่าบุคคลใดมีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย โดยเฉพาะผู้กำลังมีภาวะซึมเศร้าระดับปานกลางขึ้นไปและยังมีความคิดฆ่าตัวตายและมีปัจจัยเสี่ยง ดังกล่าวควรส่งบำบัดรักษาโดยจิตแพทย์อย่างรวดเร็วเพื่อป้องกันการฆ่าตัวตาย (สุพัตรา สุขาวห และสุวรรณา อรุณพงศ์ไพศาล, 2560)

ระดับของภาวะซึมเศร้า

ระดับของภาวะซึมเศร้ามีหลายแนวคิด สำหรับแนวคิดของเบ็ค และอัลฟอร์ด Beck & Alford (2009) แบ่งระดับซึมเศร้า 3 ระดับดังนี้ ภาวะซึมเศร้าระดับเล็กน้อย (Mild depression) ระดับปานกลาง (Moderate depression) และระดับรุนแรง (Severe depression) โดยใช้ เกณฑ์ ที่แสดงออกทางด้านร่างกาย อารมณ์ ความคิดและพฤติกรรมดังนี้

ภาวะซึมเศร้าระดับเล็กน้อย รับประทานอาหารได้น้อยหรือมากเกินไป นอนหลับยาก ตื่นเร็ว เหนื่อยง่าย ปวดศีรษะ ความต้องการทางเพศลดลงหรือมากขึ้น อารมณ์เปลี่ยนแปลงง่าย ร้องไห้ไม่มีเหตุผล คิดกังวลซ้ำๆ คิดลบตำหนิตัวเอง คิดว่าตนเองไร้ค่า คิดฆ่าการตัดสินใจซ้ำ แยกตัวออกจากสังคม บางครั้งกระสับกระส่าย

ภาวะซึมเศร้าระดับปานกลาง เบื่อหรือไม่อยากรับประทานอาหาร หลับยาก ตื่นบ่อย ฝันร้าย นอนสะดุ้งหรือละเมอ ความต้องการทางเพศลดลงชัดเจน เพศหญิงวัยเจริญพันธุ์ ประจำเดือนขาด อารมณ์เศร้ารุนแรง หดหู่ต่อเนื่องมักเป็นมากร่วมเข้า คิดกังวลว่าร่างกายผิดปกติ คิดฆ่าตัดสินใจซ้ำ มองโลกแง่ร้าย คิดอยากตาย อยากทำร้ายตนเอง ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองต่ำ การเคลื่อนไหวช้าลงมาก สนใจสิ่งแวดล้อมน้อยลงมาก หลีกเลี่ยงการเข้าสังคม

ภาวะซึมเศร้าระดับรุนแรง ระบบทางเดินอาหารทำงานผิดปกติ น้ำหนักลดลงมากกว่าร้อยละ 5 ของน้ำหนักตัวภายใน 1 เดือน มีปัญหาการนอนมากขึ้น เสื่อมสมรรถภาพทางเพศ ประจำเดือนขาด อารมณ์เศร้ารุนแรงตลอดเวลาจะรู้สึกทุกข์ทรมานมากและรู้สึกไม่มีทางที่จะดีขึ้นจนทำให้อยากตายเพื่อพ้นทุกข์ คิดว่าเป็นภาระคนอื่น ไม่มีแรงจูงใจในการมีชีวิตอยู่ ไม่สนใจตนเองและสิ่งแวดล้อมอย่างมาก พยายามฆ่าตัวตายเพื่อจบชีวิตลง

การประเมินภาวะซึมเศร้า

การประเมินภาวะซึมเศร้ามีความสำคัญและจำเป็นเพื่อให้ทราบว่าบุคคลนั้นมีภาวะซึมเศร้าอยู่ในระดับใดเพื่อให้การช่วยเหลือได้อย่างเหมาะสมและป้องกันการเกิดภาวะซึมเศร้ารุนแรงซึ่งเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า การประเมินมี 2 ประเภท คือ

1. การใช้ผู้สัมภาษณ์ และการสังเกต (Interview and observe) หรือการประเมินทางคลินิก (Clinical assessment) ซึ่งประกอบด้วย การซักประวัติที่เกี่ยวกับการเจ็บป่วย การสัมภาษณ์ การสังเกต การประเมินสภาพจิต การตรวจประเมินร่างกายเบื้องต้น เนื่องจากการประเมินทางคลินิกของแต่ละคนผลลัพธ์ออกมาอาจมีความแตกต่างกันจากประสบการณ์ ความชำนาญและทักษะจึงควรใช้การประเมินโดยแบบประเมินตนเองร่วมด้วย

2. การประเมินตนเองโดยใช้แบบประเมินตนเอง (Self-report) ของผู้มีภาวะซึมเศร้า

แบบประเมินภาวะซึมเศร้า

มีผู้พัฒนาแบบประเมินภาวะซึมเศร้าไว้จำนวนมากทั้งในประเทศไทยและต่างประเทศ สำหรับใช้ประเมินในแต่ละช่วงวัย ในที่นี้จะขอกล่าวเฉพาะแบบประเมินที่ใช้ในการประเมินสำหรับวัยรุ่น อายุ 11-20 ปี ที่นิยมใช้ในสถานบริการของกระทรวงสาธารณสุข ได้แก่

แบบประเมินภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่น (Thai Version of The Patient Health Questionnaire for Adolescents: PHQ-A) พัฒนาโดย วิมลวรรณ ปัญญาว่อง โชษิตา ภาวสุทธิไพศิฐ และรัตนศักดิ์ สันติธาดากุล (2565) แห่งสถาบันสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่นราชนครินทร์ กรมสุขภาพจิต กลุ่มเป้าหมายใช้ในวัยรุ่น อายุ 11-20 ปี แบบประเมินภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่นพัฒนามาจาก The Patient Health Questionnaire for Adolescents (PHQ-A) เป็นแบบประเมินแบบ Self-report ประกอบด้วยข้อคำถาม 9 ข้อ เพื่อบอกความรุนแรงของอาการของภาวะซึมเศร้าในช่วง 2

สัปดาห์ที่ผ่านมา แบ่งเป็น 4 ระดับ ได้แก่ ไม่มีเลย มีบางวัน มีมากกว่า 7 วัน และมีทุกวัน คะแนนรวม ตั้งแต่ 0-27 คะแนน โดยมีรายละเอียดดังนี้ 1) รู้สึกซึมเศร้า หงุดหงิด หรือสิ้นหวัง 2) เบื่อ ไม่ค่อยสนใจหรือเพลิดเพลิน เวลาทำสิ่งต่างๆ 3) นอนหลับยาก รู้สึกง่วงทั้งวัน หรือนอนมากเกินไป 4) ไม่อยากอาหาร น้ำหนักลด หรือกินมากกว่าปกติ 5) รู้สึกเหนื่อยง่าย หรือไม่ค่อยมีพลัง 6) รู้สึกแย่กับตัวเอง หรือรู้สึกว่าตัวเองล้มเหลว หรือทำให้ตัวเองหรือครอบครัวผิดหวัง 7) จดจ่อกับสิ่งต่างๆ ได้ยาก เช่น ทำการบ้าน อ่านหนังสือ หรือดูโทรทัศน์ 8) พูดหรือทำอะไรช้าลงมากจนคนอื่นสังเกตเห็นได้ หรือในทางตรงกันข้ามคือ กระสับกระส่ายหรือกระวนกระวายจนต้องเคลื่อนไหวไปมามากกว่าปกติ และ 9) คิดว่าถ้าตายไปเสียจะดีกว่า หรือคิดจะทำร้ายตัวเองด้วยวิธีใดวิธีหนึ่ง การให้คะแนนตามระดับความถี่ของอาการที่เกิดขึ้น ประกอบด้วย 1) ไม่มีเลย 0 คะแนน 2) มีบางวัน 1 คะแนน 3) มีมากกว่า 7 วัน 2 คะแนน และ 4) มีทุกวัน 3 คะแนนการแปลผลตามตารางที่ 1

ตารางที่ 1 การแปลผล คะแนนระดับภาวะซึมเศร้า

คะแนนรวม	ระดับภาวะซึมเศร้า	คำแนะนำ
0 – 4	ไม่มีภาวะซึมเศร้า	ขณะนี้ยังไม่พบภาวะซึมเศร้าที่ชัดเจน
5 – 9	มีภาวะซึมเศร้าเล็กน้อย	ควรทำกิจกรรมที่ช่วยผ่อนคลายอารมณ์ หรือปรึกษาบุคคลใกล้ชิดที่ไว้วางใจ
10 – 14	มีภาวะซึมเศร้าปานกลาง	ควรปรึกษาแพทย์ เพื่อวินิจฉัยและบำบัดรักษา
15 – 19	มีภาวะซึมเศร้ามาก	ควรปรึกษาแพทย์ เพื่อวินิจฉัยและบำบัดรักษา
20 – 27	มีภาวะซึมเศร้ารุนแรง	ควรปรึกษาแพทย์ เพื่อวินิจฉัยและบำบัดรักษา

หมายเหตุ: หากพบความเสี่ยงต่อการคิดฆ่าตัวตาย จากข้อ 9 หรือ 2 ข้อคำถามเพิ่ม วัยรุ่นควรได้รับการประเมินความเสี่ยงการฆ่าตัวตายและ

เฝ้าระวังการฆ่าตัวตาย แม้คะแนนรวมจะไม่ถึงเกณฑ์ก็ตาม

นอกจากนี้ ผู้พัฒนาเครื่องมือ ได้เพิ่มข้อ
คำถามอีก 2 คำถาม กรณีวัยรุ่นที่มีความเสี่ยงฆ่าตัว

ตายและทำร้ายตัวเอง โดยไม่ต้องคิดคะแนน การ
ให้คะแนน

ใน <u>1 เดือน</u> ที่ผ่านมา มีช่วงไหนที่คุณมีความคิดอยากตาย หรือไม่อยากมีชีวิตอยู่อย่างจริงจังหรือไม่
___ ใช่ ___ ไม่ใช่
<u>ตลอดชีวิต</u> ที่ผ่านมา คุณเคยพยายามที่จะทำให้ตัวเองตาย หรือลงมือฆ่าตัวตายหรือไม่
___ ใช่ ___ ไม่ใช่

การใช้แบบประเมินภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่นเพื่อ ประกอบการวินิจฉัยโรคซึมเศร้า

แบบประเมิน PHQ-A อาจนำมาใช้
ประกอบการวินิจฉัยโรคซึมเศร้าได้ โดยอ้างอิงตาม
เกณฑ์การวินิจฉัยโรคซึมเศร้า คือ ถ้ามีการให้ 2
คะแนน (มีมากกว่า 7 วัน) จำนวน 5 ใน 9 ข้อขึ้นไป
และหากข้อ 9 (ความคิดอยากตาย) มีคะแนน 1
คะแนนขึ้นไป ให้นับรวมด้วย โดยหนึ่งในนั้นจะต้องมี
ข้อ 1 (อารมณ์เศร้า) หรือข้อ 2 (หมดความสนใจ)
รวมอยู่ด้วย

การใช้แบบประเมินต้องเลือกให้เหมาะกับ
อายุแต่ละช่วงวัย หลังจากการประเมินภาวะ
ซึมเศร้าแล้วต้องให้การช่วยเหลือ บำบัดรักษา ตาม
ผลการประเมินและเกณฑ์ที่กำหนด หากไม่พบ
ภาวะซึมเศร้าที่ชัดเจนหรือมีภาวะซึมเศร้าเล็กน้อย
ควรแนะนำให้หากิจกรรมที่ช่วยให้ผ่อนคลาย หรือ
ปรึกษาบุคคลที่ไว้ใจและเฝ้าระวังติดตามอาการ
หากมีภาวะซึมเศร้าตั้งแต่ระดับปานกลาง ควรพบ
บุคลากรในทีมสหวิชาชีพด้านสุขภาพจิตหรือ
จิตแพทย์เพื่อรับการบำบัดรักษาซึ่งการบำบัดรักษา
มีทั้งการรักษาด้วยจิตสังคมบำบัด การรักษาด้วยยา
ด้านเศร้า การรักษาด้วยไฟฟ้า เป็นต้น

การรักษาผู้ที่มีภาวะซึมเศร้า

การรักษามักควบคู่กันไปหลายวิธีตาม
ระดับความรุนแรงของภาวะซึมเศร้าและสาเหตุ

ของการเกิดอารมณ์เศร้าในแต่ละราย ซึ่งพอสรุป
ตามแนวคิดของ จารุรินทร์ ปิตานพวงศ์ (2563) ดังนี้

1. การรักษาด้านจิตสังคมบำบัด (Psycho-social therapy) เป็นการบำบัดทางจิตใจ อารมณ์
และจิตวิญญาณ เพื่อให้เกิดความเข้าใจในภาวะโรค
มีแนวทางในการปรับตัวต่อการเจ็บป่วยหรือปัญหา
โดยไม่ใช้ยาหรือสารเคมี มีหลายวิธีเช่น การทำจิต
บำบัด (Psychotherapy) มีทั้งแบบประคับประคอง
(Supportive psychotherapy) และจิตบำบัดระยะ
ยาว (Psychoanalytical oriented psychotherapy)
จิตบำบัดแบบประคับประคองมุ่งเน้นให้ได้ระบาย
ความรู้สึก สร้างสัมพันธ์ภาพกับบุคคล แก้ปัญหา
ปัจจุบัน เรียนรู้ความจริง ส่วนจิตบำบัดระยะยาว
มุ่งเน้นให้เข้าใจความขัดแย้งในจิตระดับได้สำนึกให้
มีความเข้าใจในพฤติกรรมและอารมณ์ที่แสดงออก
การบำบัดทางความคิด (Cognitive behavior therapy)
เป็นกระบวนการบำบัดโดยการปรับความคิดที่
บิดเบือนจากความเป็นจริงจากทางลบให้เป็นการ
มองทางบวกและพฤติกรรมจะปรับตามหลังการ
ปรับความคิด การจัดสิ่งแวดล้อมเพื่อการบำบัด
(Milieu therapy) เป็นการจัดสิ่งแวดล้อมล้อมรอบ
ตัวให้มีบรรยากาศผ่อนคลาย น่ารื่นรมย์เหมือน
สังคมภายนอกกรณีอยู่ในโรงพยาบาล หากอยู่บ้าน
ต้องคำนึงถึงความปลอดภัยด้วย เช่น สิ่งที่จะใช้เป็น
อาวุธไม่ควรให้เข้าถึงได้ การให้สุขภาพจิตศึกษา

(Psycho education therapy) เป็นการให้ความรู้ถึงสาเหตุการเกิดโรค การรักษาเพื่อให้มีความเข้าใจและร่วมมือในการรักษาและสามารถรักษาให้หายได้ นอกจากนี้ในปัจจุบันมีการใช้ปัญญาประดิษฐ์ (Artificial intelligence: AI) และแอปพลิเคชันไลน์มาช่วยในการลดภาวะซึมเศร้า

2. การรักษาทางชีวภาพ (Biological therapy) เพื่อปรับสารเคมีในสมอง ได้แก่ การให้ยาต้านเศร้าหรือในกรณีที่มีอาการรุนแรงเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายจะได้รับการรักษาด้วยไฟฟ้าร่วมด้วยเพื่อให้เกิดผลการรักษาที่รวดเร็ว

ความร่วมมือของครอบครัว สถานศึกษา เพื่อสร้างสังคมที่นำไปสู่สภาวะที่ดี ลดปัจจัยเสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้า ช่วยให้เกิดความผาสุกในชีวิตและปลอดภัย

ครอบครัวมีส่วนสำคัญในการช่วยเหลือผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้าให้มีการทำกิจกรรมร่วมกัน ทั้งเชิงปริมาณและคุณภาพซึ่งจะมีผลดีต่อการเกิดการณ์สัมพันธภาพที่ดี การสื่อสารทางบวก การสังเกตพฤติกรรม อารมณ์ ความรู้สึก เพื่อประเมินและช่วยแก้ปัญหาเบื้องต้น

สถานศึกษา ควรมีบทบาทในการป้องกันการเกิดภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่นโดยการเสริมสร้างความแข็งแกร่งในชีวิต เช่นการให้ความรู้และทักษะในการดำเนินชีวิตของวัยรุ่น ความรู้ด้านสุขภาพจิตที่สำคัญเพื่อการดูแลตนเอง ป้องกันการเกิดปัญหาสุขภาพจิตที่รุนแรงซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ อรพิน ยอดกลาง และมธุรส ทิพย์มงคลกุล (2563) พบว่าความแข็งแกร่งในชีวิตมีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า กล่าวคือผู้ที่มีความแข็งแกร่งของชีวิตจะสามารถจัดการกับสิ่งกระตุ้นได้ดีกว่าผู้ที่มีความแข็งแกร่งน้อยกว่าและปรับตัวได้ดีมีโอกาสเกิดภาวะซึมเศร้าน้อยกว่า นอกจากนี้ควรมีการ

สนับสนุนทางสังคมที่เหมาะสมแก่นักศึกษา เช่นระบบการเรียนรู้ที่ไม่มุ่งเน้นผลสัมฤทธิ์อย่างเดียว มีกิจกรรมผ่อนคลาย ระบบอาจารย์ที่ปรึกษา ระบบคัดกรองช่วยเหลือเบื้องต้นระบบให้ความรู้การดูแลสุขภาพ และช่วยเหลือฉุกเฉิน เป็นต้น

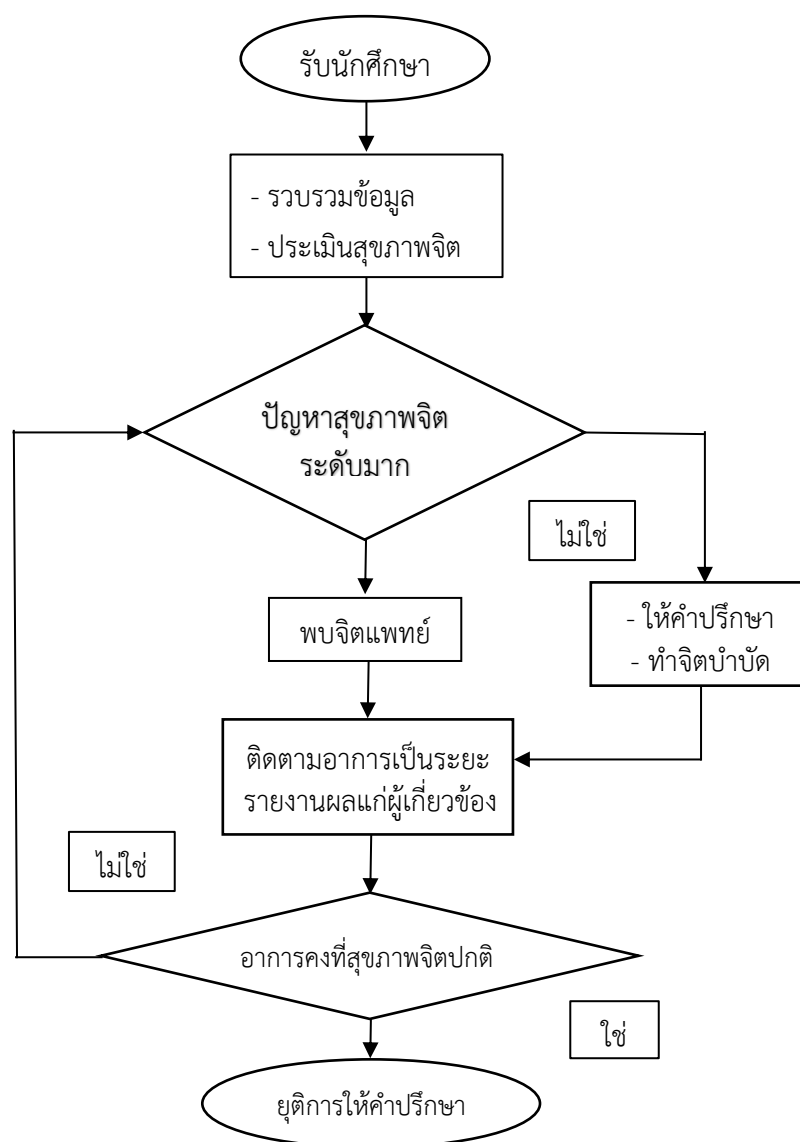
กรณีศึกษา

บทความนี้นำเสนอกรณีศึกษา ผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าและได้รับการช่วยเหลือ 9 คน ซึ่งเป็นนักศึกษาอายุ 19-20 ปี กำลังศึกษาอยู่ชั้นปีที่ 2 มหาวิทยาลัยแห่งหนึ่ง ถูกส่งมาพบผู้เขียนโดยอาจารย์ประจำชั้น เนื่องจากนักศึกษาจะเริ่มเข้าสู่การเรียนหมวดวิชาชีวะจึงมีความกังวล บางคนมีอาการทางกายและนอนไม่หลับ อาจารย์ประจำชั้นจึงให้ประเมินตนเองโดยแบบประเมิน PHQ A แต่ละคนได้คะแนนมากกว่า 9 คะแนน เมื่อมาพบผู้เขียนและได้ทำการประเมินทางๆ คลินิกโดยการสัมภาษณ์ ชักประวัติ ที่เกี่ยวข้องและประเมินสภาพจิตเบื้องต้น พร้อมทั้งให้ทำแบบประเมิน PHQ A ซ้ำ ผลการประเมิน พบว่านักศึกษาทั้ง 9 คน มีภาวะซึมเศร้าระดับเล็กน้อย 2 คน ซึมเศร้าระดับปานกลาง 5 คน ซึมเศร้าระดับมาก 2 คน จึงได้ดำเนินการให้การช่วยเหลือคนละ 3-10 ครั้ง โดยบำบัดเป็นรายบุคคล การทำจิตบำบัดประคับประคอง สัปดาห์ละ 2 ครั้ง รวมทั้ง ให้สุขภาพจิตศึกษา และบางรายที่ซึมเศร้ามากได้ให้การบำบัดด้วยกระบวนการปรับความคิด (Cognitive behavior therapy หรือ CBT) เริ่มจากให้นักศึกษาได้ระบายอารมณ์เศร้าพอสมควรแล้ว จึงใช้กระบวนการ CBT จนนักศึกษาทราบจุดด้อยจุดเด่นของตนเอง วางแผนพัฒนาตนเองไปสู่เป้าหมายของชีวิตได้ จึงยุติการนัดหมาย แต่สามารถติดต่อได้หากภาวะซึมเศร้ากลับมาอีก ซึ่งแต่ละรายใช้เวลาบำบัดและจำนวนครั้งไม่เท่ากันดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 แสดงคะแนน PHQ-A รายบุคคลแต่ละครั้ง

รายที่	ครั้งที่ 1	ครั้งที่ 2	ครั้งที่ 3	ครั้งที่ 4	ครั้งที่ 5	ครั้งที่ 6	ครั้งที่ 7	ครั้งที่ 8	ครั้งที่ 9	ครั้งที่ 10
1	10	9	9	4		ติดตามทุก 1 เดือน 2 ครั้ง				
2	10	9	9	4		ติดตามทุก 1 เดือน 2 ครั้ง				
3	5	4				ติดตามทุก 2 สัปดาห์ 2 ครั้ง				
4	5	4				ติดตามทุก 2 สัปดาห์ 2 ครั้ง				
5	10	9	4			ติดตามทุก 1 เดือน 2 ครั้ง				
6	12	9	3	3		ติดตามทุก 1 เดือน 2 ครั้ง				
7	13	9	4	3		ติดตามทุก 1 เดือน 2 ครั้ง				
8	15	15	14	10	10	9	4	4	4	4
9	15	15	14	9	9	9	4	4	4	4

ทั้งนี้สามารถสรุปการประเมินและช่วยเหลือผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าได้ตามขั้นตอนในภาพที่ 1



ภาพที่ 1 การประเมินและช่วยเหลือผู้ที่มีภาวะซึมเศร้า

การประเมินและช่วยเหลือผู้มีภาวะซึมเศร้าเพื่อป้องกันการฆ่าตัวตายได้ดำเนินการตามบทบาทของพยาบาลจิตเวช ดังนี้

1.เมื่อได้รับการส่งนักศึกษาจากอาจารย์ที่ปรึกษาหรือผู้เกี่ยวข้อง พร้อมข้อมูลเบื้องต้นของนักศึกษา ได้ดำเนินการสร้างสัมพันธภาพ รวบรวมข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับการเกิดปัญหาสุขภาพจิต เช่น อาการสำคัญที่ทำให้มารับการปรึกษา ประวัติการเจ็บป่วยในปัจจุบัน อดีต ประวัติส่วนตัว ครอบครัว การเรียน การคบเพื่อนและประเมินภาวะสุขภาพจิตโดยการสัมภาษณ์และสังเกต (Interview and observe) หากผลการประเมินพบว่านักศึกษามีภาวะอารมณ์เศร้าจะใช้แบบประเมิน PHQ-A (เนื่องจากนักศึกษากลุ่มนี้มีอายุ 19 ปี) หรือมีภาวะเครียดร่วมด้วยจะใช้แบบประเมิน ST20 อีก 1 แบบประเมิน

2. กรณีผลการประเมินพบว่าไม่มีภาวะซึมเศร้าหรือภาวะซึมเศร้าเล็กน้อย คือ คะแนนไม่เกิน 9 จะให้การปรึกษา และร่วมกับนักศึกษาค้นหาสาเหตุของภาวะซึมเศร้า พร้อมชี้แนะแนวทางในการลดภาวะซึมเศร้า เช่นการปรับวิถีการดำเนินชีวิตประจำวัน การรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การผ่อนคลายความตึงเครียดเป็นต้น และบางราย จะนัดทำจิตบำบัดแบบประคับประครอง อย่างต่อเนื่อง จนภาวะซึมเศร้าลดน้อยลง หรือไม่มีภาวะซึมเศร้า

3.กรณีพบว่าผลการประเมิน มีภาวะซึมเศร้าตั้งแต่ระดับปานกลางขึ้นไป และสังเกตพบอาการเศร้าชัดเจนได้แนะนำพบจิตแพทย์และประสานการนัดตรวจกับโรงพยาบาลให้

4. การติดตามอาการเป็นระยะ หลังจากให้การปรึกษาหรือทำจิตบำบัดครบแล้ว หรือได้รับการรักษาจากจิตแพทย์แล้วจะนัดติดตามอาการโดยแนะนำเรื่องการดูแลตนเองขณะรับประทานยา พร้อมทั้งให้การปรึกษาหรือทำจิตบำบัดจนกว่าอาการดีขึ้น จึงจะประเมินภาวะซึมเศร้าซ้ำ หากพบว่าภาวะซึมเศร้าลดลงจนไม่มีภาวะซึมเศร้า (คะแนน 0-4) จึงยุติการให้บริการ แต่นักศึกษาสามารถกลับมาปรึกษาได้อีกหากอาการไม่ปกติ

สรุป

ภาวะซึมเศร้าเป็นความผิดปกติทางอารมณ์ที่มีอาการเด่นคือเศร้า หดหู่ รู้สึกท้อแท้เบื่อหน่าย มีความคิดทางลบต่อตนเองและผู้อื่น กิจกรรมการดำเนินชีวิตประจำวันเปลี่ยนไปในทางแย่ลง มีปัญหาการนอน นอนมากหรือนอนไม่หลับ เบื่ออาหาร อาจมีสาเหตุกระตุ้นชัดเจนหรือไม่มีสาเหตุกระตุ้นก็ได้ อาการอาจเป็นๆหายๆ หากเป็นอย่างต่อเนื่องเกิน 2 สัปดาห์ควรได้รับการบำบัดรักษา ภาวะซึมเศร้าระดับเล็กน้อยหากปรับวิถีชีวิตหรือทำกิจกรรมที่กระตุ้นให้เกิดอารมณ์สดชื่น จะช่วยให้อาการดีขึ้นได้ แต่ถ้ามีภาวะซึมเศร้าระดับมากควรได้รับการบำบัดรักษาโดย ทีมสหวิชาชีพ ด้านจิตเวชหรือจิตแพทย์ หากไม่ได้รับการบำบัดรักษา อาจมีอาการรุนแรงและมีพฤติกรรมทำร้ายตนเองซึ่งเป็นอันตรายอย่างยิ่ง ทุกคนควรใส่ใจในสุขภาพจิตของตนเอง และบุคคลใกล้ชิด หากพบความผิดปกติควรหาทางช่วยเหลือให้เหมาะสมและทันต่อเหตุการณ์เพื่อป้องกันผลกระทบที่รุนแรงคือการฆ่าตัวตาย

เอกสารอ้างอิง

- กรมสุขภาพจิต กองยุทธศาสตร์และแผนงาน. (2566). รายงานประจำปีกรมสุขภาพจิตปีงบประมาณ 2566. นนทบุรี .
- จารุรินทร์ ปิตานพวงศ์. (2563). *อารมณ์เศร้า* (พิมพ์ครั้งที่ 3). ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์
- วิมลวรรณ ปัญญาว่อง, โซซิดา ภาคสุทธิไพศิฐ, และรัตนศักดิ์ สันติธาดากุล. (2565). คุณภาพของแบบประเมินภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่น ฉบับภาษาไทย ในบริบทโรงเรียน. *วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย*, 30(1), 38-48.
- สุพัตรา สุขาวห และสุวรรณ อรุณพงศ์ไพศาล. (2560). ปัจจัยเสี่ยงและทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับการฆ่าตัวตายในวัยรุ่น: การทบทวนวรรณกรรมเชิงลึก. *วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย*, 62(4), 359-378.
- อรพิน ยอดกลาง และมธุรส ทิพย์มงคลกุล. (2563). *การป้องกันและลดปัญหาการฆ่าตัวตายในประเทศไทย*. (รายงานผลการวิจัย). โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่น.
- Beck, A. T. & Alford, B. A. (2009). *Depression: Causes and treatment* (2nd ed.) University of Pennsylvania Press.
- Beck, A.T. & Bredemeier, K. (2016). A unified model of depression: Integrating clinical, cognitive, biological, and evolutionary perspectives. *Clinical Psychological Science*, 4(4), 596-619. <https://doi.org/10.1177/2167702616628523>
- Boyd, M. (2012). *Psychiatric nursing: Contemporary practice*. (5th ed.). Wolters Kluwer Health/ Lippincott Williams & Wilkins.
- Jackman-Cram, S., Dobson, K. S., & Martin, R. (2006). Marital problem-solving behavior in depression and marital distress. *Journal of Abnormal Psychology*, 115(2), 380-384. <https://doi.org/10.1037/0021-843X.115.2.380>
- Keltner, N. L. & Steele, D. (2019). *Psychiatric nursing*. (8th ed). Elsevier.
- Waltman, S., Creed, T., & Beck, A. T. (2016). Are the effects of cognitive behavior therapy for depression falling? Review and critique of the evidence. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 23(2), 113-122. <https://doi.org/10.1111/cpsp.12152>



บทบาทของพยาบาลในการป้องกันภาวะสมองเสื่อมสำหรับผู้สูงอายุ ที่มีภาวะการรู้คิดบกพร่องเล็กน้อย

นฤมล ศิริมี*, วาริส เพชรธีรานนท์*

บทคัดย่อ

ภาวะการรู้คิดบกพร่องเล็กน้อย (Mild Cognitive Impairment: MCI) เป็นภาวะที่เกิดขึ้นในผู้สูงอายุซึ่งมีการเสื่อมถอยของความสามารถด้านความคิดและการตัดสินใจ แต่ยังไม่รุนแรงถึงขั้นส่งผลกระทบต่อการทำงานของชีวิตประจำวันของผู้ป่วย โดยภาวะการรู้คิดบกพร่องเล็กน้อย เป็นระยะหนึ่งในกระบวนการเสื่อมถอยของสมองหากไม่ได้รับการดูแลและป้องกันอย่างเหมาะสมสามารถนำไปสู่ภาวะสมองเสื่อมได้ บทบาทของพยาบาลจึงเป็นหัวใจสำคัญในการป้องกันการเกิดภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุที่มีภาวะการรู้คิดบกพร่องเล็กน้อย โดยมีหน้าที่ในการประเมินอาการที่แสดงถึงการเสื่อมถอยของการรู้คิด การให้ความรู้แก่ผู้สูงอายุและผู้ดูแลในเรื่องการดูแลสุขภาพสมอง การส่งเสริมกิจกรรมที่กระตุ้นการทำงานของสมอง รวมถึงการติดตามการดำเนินชีวิตและความเปลี่ยนแปลงของอาการทางสมอง เพื่อการดูแลอย่างต่อเนื่อง บทความนี้นำเสนอถึงรายละเอียดเกี่ยวกับความรู้เรื่องภาวะการรู้คิดบกพร่องเล็กน้อย ชนิด สาเหตุ อาการและอาการแสดง การส่งเสริม การทำงานของสมอง และการป้องกันภาวะสมองเสื่อม โดยเน้นบทบาทของพยาบาลในการจัดการดูแลเชิงป้องกันเพื่อชะลอหรือหยุดยั้งการเสื่อมถอยของสมอง และส่งเสริมคุณภาพชีวิตที่ดีของผู้สูงอายุ

คำสำคัญ: ภาวะการรู้คิดบกพร่องเล็กน้อย, ภาวะสมองเสื่อม, ผู้สูงอายุ, บทบาทพยาบาล

วารสารพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยคริสเตียน ปีที่ 11 ฉบับที่ 2 กรกฎาคม-ธันวาคม 2567 หน้า 62-78

* อาจารย์ประจำ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยคริสเตียน

Corresponding author, e-mail: warisap@christian.ac.th Tel. 0867093537

วันที่รับบทความ: 30 ตุลาคม 2567, วันที่แก้ไขบทความเสร็จ: 6 ธันวาคม 2567, วันที่ตอบรับบทความ: 18 ธันวาคม 2567

The Role of Nurses in Preventing Progression from Mild Cognitive Impairment to Dementia among the Elderly

Narumon Sirimee*, Warisa Petchthiranon*

Abstract

Mild Cognitive Impairment (MCI) is a condition that commonly occurs in the elderly, characterized by a decline in cognitive abilities and decision-making, but not severe enough to interfere with daily life. MCI is considered a stage in the brain's degenerative process, which, if left untreated and unprevented, can lead to dementia. Nurses play a critical role in preventing dementia in elderly patients with MCI. Their responsibilities include assessing cognitive decline, educating elderly individuals and caregivers about brain health, promoting activities that stimulate brain functions, and monitoring the patients' daily lives and changes in brain symptoms for continuous care. This article presents detailed information about MCI, its types, causes, symptoms, as well as brain health promotion and preventing dementia strategies focusing on the preventive roles to slow or halt brain degeneration and enhance the quality of life for the elderly.

Keywords: Mild cognitive impairment, Dementia, Elderly, Nursing role

Journal of Nursing Science Christian University of Thailand. 2024, 11(2), 62-78

* Instructor, College of Nursing, Christian University of Thailand

Corresponding author, e-mail: warisap@christian.ac.th Tel. 0867093537

Received: 30 October 2567, Revised: 6 December 2567, Accepted: 18 December 2567

บทนำ

จากความก้าวหน้าทางด้านเทคโนโลยี และด้านการสาธารณสุขที่มีมากขึ้น ทำให้โครงสร้างประชากรโลกมีการเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็วส่งผลให้คนเรามีอายุยืนยาวขึ้น นั่นหมายถึงจำนวนผู้สูงอายุโลกที่มากขึ้นรวมถึงประเทศไทยด้วยเช่นกัน ประเทศไทยเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ (Aged society) ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2548 และในปี พ.ศ. 2565 ประเทศไทยได้เข้าสู่ “สังคมสูงอายุอย่างสมบูรณ์” (Complete aged society) โดย มีประชากรที่มีอายุมากกว่า 60 ปี ร้อยละ 20 ของประชากรทั้งหมด (12.9 ล้านคน) (ศุทธิดา ชนวนวัน และคณะ, 2565) และมีการคาดว่าในอีกไม่เกิน 15 ปี ข้างหน้าเมื่อสัดส่วนของประชากรที่มีอายุมากกว่า 60 ปี สูงถึง 28% ของประชากรทั้งหมด ประเทศไทยจะกลายเป็น “สังคมสูงอายุดระดับสุดยอด” (Super aged society) (สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ, 2562) การมีอายุที่ยืนยาวขึ้นหมายถึงประเทศของเรามีผู้สูงอายุที่มากขึ้นนั่นเอง และสิ่งที่ต้องเตรียมรับมือคือการดูแลภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุในด้านสุขภาพที่อาจมีปัญหามาจากการเสื่อมสภาพตามวัยร่วมกับการมีโรคประจำตัวต่างๆ โดยเฉพาะในกลุ่มอาการสูงอายุ (Geriatric syndromes) เช่น การพลัดตกหกล้ม กลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง รวมถึงภาวะสมองเสื่อมด้วย (สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ กรมการแพทย์, 2558) ภาวะสมองเสื่อมเป็นหนึ่งในภาวะเรื้อรังที่พบมากในวัยสูงอายุ และเป็นปัญหาทางสาธารณสุขที่สำคัญเป็นอันดับสองรองจากโรคหัวใจและหลอดเลือด (สถาบันเวชศาสตร์สมเด็จพระสังฆราชญาณสังวร เพื่อผู้สูงอายุ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข, 2559) ภาวะสมองเสื่อมส่งผลกระทบต่อตัวผู้สูงอายุ และคนใกล้ชิดที่เป็นผู้ดูแลอย่างมาก จากสถิติใน ปี พ.ศ. 2558 พบว่ามีผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมจำนวนสูงขึ้นในทุกๆ ปี เฉลี่ยปีละหนึ่งแสนคน ในปี พ.ศ. 2565 พบมีผู้สูงอายุร้อยละ 5-8 ที่มีอายุมากกว่า 65 ปี มีภาวะ

สมองเสื่อม ผู้สูงอายุร้อยละ 30 ที่มีอายุมากกว่า 85 ปี ขึ้นไปมีภาวะสมองเสื่อม และร้อยละ 50 ของผู้สูงอายุที่มีอายุ 90 ปีขึ้นไปพบว่ามีภาวะสมองเสื่อม นอกจากนี้ยังมีรายงานว่า มีจำนวนผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมประมาณร้อยละ 6 ของผู้สูงอายุรวมทั้งประเทศ หรือ จำนวน 770,000 คน นอกจากนี้องค์การอนามัยโลกยังคาดการณ์ว่าในปี พ.ศ. 2593 หรืออีก 28 ปีข้างหน้าประเทศไทยจะมีผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมกว่า 2,400,000 คน (กรมกิจการผู้สูงอายุ, 2566) จากสถิติจะเห็นได้ว่าภาวะสมองเสื่อมมีมากขึ้นเมื่อบุคคลมีอายุเพิ่มขึ้น

ภาวะสมองเสื่อม (Dementia) (Alzheimer’s Association, 2016) เป็นภาวะของกลุ่มอาการสูงอายุ (Geriatric syndromes) ที่เกิดจากการสูญเสียของเซลล์ประสาทที่เริ่มจากส่วนใดส่วนหนึ่งของสมองแล้วจึงลุกลามไปยังสมองส่วนอื่นๆ โดยความเสื่อมนี้จะเกิดขึ้นอย่างช้าๆ อาจใช้เวลาในการเปลี่ยนแปลงนับสิบปี ภาวะสมองเสื่อมมีทั้งหมด 3 ระยะ (Rob, 2020) คือ 1) ระยะเริ่มต้น เป็นระยะที่จะเริ่มสูญเสียความจำ เริ่มจากความจำที่เป็นปัจจุบัน บางครั้งมีความยากลำบากในการจัดการสิ่งต่างๆ หรือการสื่อสารด้วยการใช้ภาษา 2) ระยะปานกลาง เป็นระยะที่จะจำสิ่งใหม่ๆ ไม่ได้ ทั้งบุคคล สถานที่ ต่อมาจะรับรู้เรื่องราวในปัจจุบันลดลง จนถึงลืมประวัติของตนเอง เริ่มมีอาการสับสน วันเวลา สถานที่มากขึ้น จนสูญเสียการรู้จัก และ 3) ระยะสุดท้าย เป็นระยะที่ไม่สามารถจำเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นเฉพาะหน้าได้ มีอาการสูญเสียการรู้คิดอย่างรุนแรง ไม่สามารถแยกแยะสิ่งที่ควรทำกับไม่ควรทำได้ และสุดท้ายจะไม่สามารถรับรู้เรื่องของตนเอง ไม่รับรู้ความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้น จนกระทั่งร่างกายอาจสูญเสียการเคลื่อนไหวหรืออาจเกิดการเดินไปเรื่อยๆ ไม่รู้ทิศทางสื่อสารไม่เข้าใจ มีอารมณ์หงุดหงิดมากขึ้น และมีการเห็นภาพหลอนได้ ทั้ง 3 ระยะของภาวะสมองเสื่อมนี้จะเกิดต่อเนื่องแบบค่อยเป็นค่อยไป หากไม่ได้รับการ

ค้นพบหรือรักษา อาการจะรุนแรงขึ้นจนส่งผลกระทบต่อความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันและการดำรงชีวิตของผู้ป่วยในที่สุด นอกจากนี้ยังส่งผลกระทบต่อผู้ดูแล เช่น ในด้านจิตใจมีความรู้สึกวิตกกังวลว่าจะดูแลผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมได้ไม่ดี (Ross & Beattie, 2015) เกิดความเครียดและความซึมเศร้าเพิ่มขึ้นจนอาจทำให้กระทบต่อความสามารถในการดูแลผู้ที่มีภาวะนี้ต่อไป (Gupta et al., 2014 ; Alzheimer's Association, 2016)

จากการศึกษาของ วีรศักดิ์ เมืองไพศาล (2559) พบว่าในระยะเริ่มต้นก่อนเกิดภาวะสมองเสื่อมนั้นมีระยะที่อยู่ระหว่างการรู้คิดปกติตามวัยกับภาวะสมองเสื่อม ระยะนี้เป็นระยะที่เปลี่ยนผ่านสู่ภาวะสมองเสื่อมหรือเรียกว่าระยะการรู้คิดบกพร่องเล็กน้อย (Mild Cognitive Impairment - MCI) ซึ่งภาวะการรู้คิดบกพร่องเล็กน้อยเป็นระยะที่มีปัญหาด้านการรู้คิดด้านใดด้านหนึ่งแต่ยังไม่กระทบต่อการดำเนินชีวิตของผู้สูงอายุ และในระยะนี้หากได้รับการดูแล รักษา หรือได้ทำกิจกรรมทางสมอง (Brain exercise) อย่างถูกวิธีและต่อเนื่อง พบว่าร้อยละ 10 ของผู้ที่มีภาวะการรู้คิดบกพร่องเล็กน้อย มีโอกาสที่จะมีอาการคงที่หรือสามารถกลับสู่ภาวะปกติได้ ในขณะที่เดียวกันร้อยละ 5-10 หากไม่ได้รับการรักษาหรือทำกิจกรรมทางสมอง พบว่าจะพัฒนาเป็นภาวะสมองเสื่อม (จันทน์ ห่องสวัสดิ์ และคณะ, 2565)

จากที่กล่าวมาข้างต้นภาวะการรู้คิดบกพร่องเล็กน้อย เป็นภาวะที่การทำงานของสมองด้านการรู้คิดบางด้านเสื่อมลง เช่น ด้านความจำ ด้านการตัดสินใจ และด้านความสามารถในการวางแผน แม้ผู้ที่มีภาวะการรู้คิดบกพร่องเล็กน้อยจะสามารถทำกิจวัตรประจำวันได้ด้วยตนเอง แต่ก็มีความเสี่ยงสูงที่จะพัฒนาไปสู่ภาวะสมองเสื่อม ซึ่งจะส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตอย่างมาก (Petersen, 2016) ในการจัดการและป้องกันการพัฒนาของภาวะการรู้คิด

บกพร่องเล็กน้อยสู่ภาวะสมองเสื่อมนั้น พยาบาลจึงมีบทบาทสำคัญทั้งในด้านการประเมิน การเฝ้าระวัง การให้คำแนะนำ การสนับสนุนทางจิตใจ การจัดการปัจจัยเสี่ยงและติดตามอาการของผู้ป่วยโดยใช้เครื่องมือที่เหมาะสมในการตรวจสอบการเปลี่ยนแปลงของการรู้คิด การให้คำปรึกษาเกี่ยวกับการปรับเปลี่ยนวิถีชีวิต การออกกำลังกาย การบริโภคอาหารที่ดีต่อสมอง และการจัดการโรคร่วมที่เป็นปัจจัยเสี่ยง เช่น ความดันโลหิตสูง เบาหวาน และโรคหัวใจ ซึ่งเป็นปัจจัยที่สามารถช่วยลดความเสี่ยงของการเกิดภาวะการรู้คิดบกพร่องเล็กน้อยสู่ภาวะสมองเสื่อมได้ (Livingston et al., 2020) พยาบาลยังช่วยสนับสนุนด้านจิตใจ ช่วยลดความเครียด เพิ่มความมั่นใจให้กับผู้สูงอายุและครอบครัวในการเผชิญกับความเปลี่ยนแปลงที่อาจเกิดขึ้นในอนาคต (Geda et al., 2006) ด้วยการดูแลที่ครอบคลุมเหล่านี้ พยาบาลจึงเป็นส่วนสำคัญในการส่งเสริมคุณภาพชีวิตและการทำงานของสมองในผู้ที่มีภาวะการรู้คิดบกพร่องเล็กน้อยเพื่อป้องกันไม่ให้อาการลุกลามไปสู่ภาวะสมองเสื่อม

แนวคิดของภาวะการรู้คิดบกพร่องเล็กน้อย (Mild cognitive impairment, MCI)

ภาวะการรู้คิดบกพร่องเล็กน้อยหรือปริซาน บกพร่องเล็กน้อย (Mild cognitive impairment หรือ Minor neurocognitive disorder) เป็นภาวะที่อยู่ระหว่างภาวะหลงลืมตามวัยและภาวะสมองเสื่อม โดยเป็นส่วนหนึ่งของภาวะก่อนที่จะดำเนินโรคเป็นภาวะสมองเสื่อม (Prodromal dementia) ซึ่งภาวะดังกล่าวประกอบด้วยภาวะที่รู้สึกว่าคุณเสียการรู้คิด (Subjective Cognitive Decline; SCD) และภาวะสูญเสียการรู้คิดเล็กน้อย (Mild Cognitive Impairment) (ปณิศา ลิ้มปะวิฒนะ และมัญชุมาส มัญจาวงษ์, 2563)

ภาวะการรู้คิดบกพร่องเล็กน้อยเป็นภาวะที่มีการทำงานของสมองบกพร่องตั้งแต่ 1 ด้านขึ้นไป ได้แก่ ด้านความจำ (Memory) ด้านการใช้ภาษา (Language)

ด้านทักษะด้านมิติสัมพันธ์ (Visuo-spatial skills) ด้านความตั้งใจหรือการมีสมาธิ (Attention) และด้านการบริหารจัดการ (Executive function) แต่ทั้งนี้ผู้สูงอายุจะยังสามารถดูแลตนเอง และสามารถทำงานได้ตามปกติ แต่รู้สึกกว่าตนเองมีการรู้คิดลดลง หรือญาติผู้ดูแลใกล้ชิดเป็นคนบอกได้ว่ามีอาการจริง ร่วมกับการประเมินจากแบบคัดกรองภาวะการรู้คิดบกพร่องเล็กน้อย MoCA (Montreal Cognitive. Assessment) และพบว่ามีการรู้คิดบกพร่องเล็กน้อย (ปัญญทัตบนขุนทด และกัลยา มั่นล้วน, 2565)

ภาวะการรู้คิดบกพร่องเล็กน้อยสามารถแบ่งออกเป็น 2 ชนิด ดังนี้ (Petersen, 2016)

1. ภาวะการรู้คิดบกพร่องเล็กน้อยชนิดแอมเนสติก (Amnesic mild cognitive impairment) มีลักษณะเด่นคือพบการบกพร่องด้านความจำโดยผู้ที่เป็นภาวะการรู้คิดบกพร่องเล็กน้อยชนิดนี้มักมีปัญหาในการจดจำข้อมูลใหม่หรือเหตุการณ์ที่ผ่านมา แต่ยังสามารถทำกิจวัตรประจำวันได้ตามปกติ เช่น การหลงลืมนัด ลืมเรื่องราวที่คุยทางโทรศัพท์ เป็นต้น ภาวะนี้เป็นสัญญาณเตือนเบื้องต้นของโรคอัลไซเมอร์ และมีโอกาสสูงที่จะพัฒนาไปเป็นภาวะสมองเสื่อมในอนาคต (Petersen, 2016)

2. ภาวะการรู้คิดบกพร่องเล็กน้อยชนิดไม่ใช่แอมเนสติก (Non-amnesic mild cognitive impairment) เกิดจากการบกพร่องของการรู้คิดในด้านอื่นที่ไม่ใช่ความจำ เช่น การตัดสินใจ การวางแผน การรับรู้ทางสายตา การใช้ทักษะด้านภาษา หรือความสามารถในการแก้ปัญหา ภาวะการรู้คิดบกพร่องเล็กน้อยชนิดนี้มักสัมพันธ์กับภาวะสมองเสื่อมชนิดอื่นๆ เช่น ภาวะสมองเสื่อมจากโรคหลอดเลือดสมอง (Vascular dementia) หรือภาวะสมองเสื่อมจากโรคพาร์กินสัน (Parkinson's disease) (Gauthier et al., 2006) และภาวะการรู้คิดบกพร่องเล็กน้อยทุกชนิด

สามารถที่จะพัฒนาไปเป็นภาวะสมองเสื่อมได้ในที่สุด (ปิยะกร ไพธสนธิ์ และพรสวรรค์ เชื้อเจ็ดตน, 2560)

สาเหตุของการเกิดภาวะการรู้คิดบกพร่องเล็กน้อย

ภาวะการรู้คิดบกพร่องเล็กน้อย (Mild cognitive impairment - MCI) เกิดจากสาเหตุหลายปัจจัยที่มีผลต่อการทำงานของสมอง แต่ยังไม่ทราบสาเหตุที่แน่ชัดโดยสาเหตุหลักๆ ที่เกี่ยวข้อง ได้แก่

1. อายุที่มากขึ้น การสูงวัยเป็นปัจจัยเสี่ยงหลักที่ทำให้เกิดภาวะการรู้คิดบกพร่องเล็กน้อย เมื่อมีอายุเพิ่มมากขึ้น เซลล์สมองจะเกิดการเสื่อมตามธรรมชาติ มีการสะสมของโปรตีนเบต้าอะไมลอยด์ (Beta-amyloid plaques) หรือการสะสมของโปรตีนเทา (Tau protein tangles) ในสมอง การสะสมเหล่านี้จะทำลายโครงสร้างภายในเซลล์ประสาท ทำให้เซลล์ตายและนำไปสู่การลดลงของการทำงานด้านการรู้คิด หรือเกิดการหดตัวของสมอง (Brain atrophy) ทำให้สมองแคบลง เกิดการอุดตันของหลอดเลือดในสมอง (Vascular issues) ทำให้ความสามารถในการทำงานของเซลล์สมองและระบบประสาทลดลง จึงนำไปสู่การเสื่อมของการรู้คิดและความจำ (Petersen, 2004)

2. ปัจจัยด้านพันธุกรรม ความเสี่ยงในการเกิดภาวะการรู้คิดบกพร่องเล็กน้อยในผู้สูงอายุอาจสูงขึ้น 10-15 เท่า หากมีประวัติครอบครัวที่เป็นโรคอัลไซเมอร์หรือภาวะสมองเสื่อม เนื่องจากการขาดยีนบางชนิดที่ทำหน้าที่ขจัดโปรตีนเบต้าอะไมลอยด์ออกจากเซลล์ประสาท เช่น อะพอลิโปโปรตีนอี (Apolipoprotein E: APOE) ชนิด E4 หรือมีการกลายพันธุ์ของยีนส์ที่ทำหน้าที่เป็นระบบภูมิคุ้มกันปกติในสมอง ได้แก่ เซลล์ไมอีลอยด์ 2 (TREM2) จึงทำให้ผู้สูงอายุมีส่วนเพิ่มความเสี่ยงในการเกิดการเสื่อมของสมองได้มากกว่าผู้สูงอายุทั่วไป 3-5 เท่า (Wolfe et al., 2018)

3. ภาวะทางสุขภาพ การที่ผู้สูงอายุมีโรคเรื้อรัง เช่น เบาหวาน (Diabetes Mellitus) ความดัน

โลหิตสูง (Hypertension) และไขมันในเลือดสูง (Dyslipidemia) โรคเหล่านี้ทำให้เกิดความเสียหายต่อหลอดเลือดสมอง ผนังหลอดเลือดมีการหนาตัวขึ้นจากการมีคอเลสเตอรอลสะสมในผนังหลอดเลือดจนเกิดการตีบแคบและอุดตัน ทำให้เลือดไปเลี้ยงสมองได้น้อยลง เมื่อสมองเกิดการขาดเลือดไปเลี้ยงนานเข้าจะส่งผลต่อการทำงานของสมองและเพิ่มโอกาสในการเกิดภาวะการรู้คิดบกพร่องเล็กน้อย (Whitmer et al., 2005) นอกจากนี้การสูบบุหรี่และโรคอ้วนยังเป็นปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดภาวะการรู้คิดบกพร่องเล็กน้อยด้วย ในผู้สูงอายุที่เป็นโรคอ้วน เนื้อเยื่อไขมัน (Adipose tissue) จะหลั่งโปรตีน เช่น เลปติน (Leptin) ที่ทำให้เกิดการอักเสบและเกิดความเสียหายของหลอดเลือดในสมองซึ่งอาจส่งผลต่อการเสื่อมของระบบการรู้คิด (Yaffe et al., 2014)

4. ภาวะซึมเศร้า ความเครียดเรื้อรัง และการนอนไม่พออย่างต่อเนื่อง ก็เป็นปัจจัยที่มีความเชื่อมโยงกับการเสื่อมของการรู้คิดเช่นกัน (Yaffe et al., 2010) เพราะเป็นปัจจัยที่มีความเชื่อมโยงกับการเสื่อมของการรู้คิด (Cognitive decline) ซึ่งหมายถึงการลดลงของความสามารถในการคิดอย่างมีประสิทธิภาพในด้านต่างๆ เช่น ความจำ การตัดสินใจ และการแก้ปัญหา ภาวะซึมเศร้าเป็นภาวะทางอารมณ์ที่ทำให้เกิดความรู้สึกเศร้า หดท้อกำลังใจ และสูญเสียความสนใจในกิจกรรมต่างๆ อย่างต่อเนื่อง ในระยะยาวภาวะซึมเศร้าส่งผลให้การทำงานของสมองเสื่อมลง ซึ่งอาจเป็นเพราะการเปลี่ยนแปลงของสมองในระดับเคมีและโครงสร้าง การศึกษาโดย แมคอีเวน (McEwen, 2017) พบว่า ผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าในวัยกลางคนหรือวัยสูงอายุ มีความเสี่ยงสูงต่อการเกิดการเสื่อมของการรู้คิด เช่น โรคสมองเสื่อมหรืออัลไซเมอร์ ในผู้สูงอายุที่มีความเครียดเป็นเวลานานจะทำให้ระดับของฮอร์โมนความเครียด เช่น คอร์ติซอล (Cortisol) สูงขึ้น ฮอร์โมนนี้ส่งผลต่อสมองโดยเฉพาะบริเวณฮิปโปแคมปัส (Hippocampus) ซึ่งเป็นส่วน

สำคัญในการควบคุมความจำและการเรียนรู้ในระยะยาว อาจทำให้สมองส่วนนี้หดตัว และเกิดการเสื่อมของการรู้คิดได้ จากการศึกษาของ จู ลูซี่ และโฮลต์ซแมน (Ju, Lucey & Holtzman, 2014) พบว่าการนอนหลับมีความสำคัญต่อการฟื้นฟูสมองและการคงประสิทธิภาพในการคิด ผู้สูงอายุที่นอนไม่พอหรือการมีคุณภาพการนอนที่ไม่ดีอย่างต่อเนื่องอาจส่งผลให้เกิดการสะสมของสารพิษในสมอง ซึ่งรวมถึงสารเบต้าอะไมลอยด์ที่เกี่ยวข้องกับโรคอัลไซเมอร์ การนอนหลับไม่เพียงพอก็ส่งผลต่อสมองในหลายด้าน เช่น ทำให้ประสิทธิภาพของการทำงานด้านความจำ การโฟกัส และการประมวลผลข้อมูลลดลง การศึกษาได้ชี้ให้เห็นว่าการนอนไม่พออย่างต่อเนื่องเป็นหนึ่งในปัจจัยที่อาจทำให้เกิดการเสื่อมของการรู้คิดได้เร็วยิ่งขึ้น

5. การบาดเจ็บที่ศีรษะ การบาดเจ็บที่ศีรษะ โดยเฉพาะการบาดเจ็บรุนแรงเช่น การกระทบที่สมอง (Traumatic brain injury) หรือการกระทบที่เกิดขึ้นซ้ำๆ เช่น ในผู้ที่เล่นกีฬาที่มีความเสี่ยงสูง มีส่วนเกี่ยวข้องกับการเพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิด ภาวะการรู้คิดบกพร่องเล็กน้อย และโรคอัลไซเมอร์ในระยะยาว (Plassman et al., 2000)

6. การขาดสารอาหารที่จำเป็นต่อสมอง เช่น วิตามินบี 6 วิตามินบี 12 และโฟเลต ซึ่งเป็นส่วนสำคัญในการสร้างเซลล์สมองและการสังเคราะห์สารสื่อประสาทหลายชนิด ซึ่งจำเป็นต่อการทำงานของสมอง การขาดสารอาหารเหล่านี้อาจทำให้เกิดภาวะการรู้คิดบกพร่องเล็กน้อยได้ (Green, 2017; กรมอนามัย สำนักโภชนาการ กลุ่มส่งเสริมโภชนาการผู้สูงอายุ, 2561)

7. วิถีชีวิตและการกระตุ้นทางสมอง (ฐิตินันท์ดวงจินา, 2565) การขาดกิจกรรมทางสติปัญญา ผู้สูงอายุที่ไม่ทำกิจกรรมที่ฝึกสมอง เช่น การอ่านหนังสือ การเรียนรู้สิ่งใหม่ หรือการเล่นเกมที่ใช้ความคิด อาจทำให้สมองเสื่อมเร็วขึ้นเมื่ออายุมากขึ้น การศึกษาแสดงให้เห็นว่าคนที่มีการกระตุ้นสมองอย่างต่อเนื่องมีความเสี่ยง



ต่อการเกิดภาวะการรู้คิดบกพร่องเล็กน้อย น้อยกว่าคนที่ไม่มีกิจกรรมทางปัญญา นอกจากนี้การขาดการเข้าสังคม การแยกตัวจากสังคมหรือการไม่มีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น อาจมีส่วนทำให้สมองไม่ได้รับการกระตุ้นในการใช้ทักษะทางการคิดและการสื่อสาร เป็นปัจจัยที่เพิ่มความเสี่ยงในการเกิดภาวะการรู้คิดบกพร่องเล็กน้อยได้ การขาดการออกกำลังกาย การรับประทานอาหารที่ไม่มีประโยชน์ หรือการสูบบุหรี่ เป็นปัจจัยที่มีส่วนเสี่ยงต่อการเกิดภาวะการรู้คิดบกพร่องเล็กน้อย ก็เป็นปัจจัยที่เพิ่มความเสี่ยงเช่นกัน

8. ระดับการศึกษา จากการศึกษากองกริฟฟิธส์และคณะ (Griffiths et al., 2020) เกี่ยวกับปัจจัยต่อการเกิดภาวะการรู้คิดบกพร่องเล็กน้อยในประเทศไทย พบว่าในผู้สูงอายุที่มีการศึกษาน้อยกว่าหรือเท่ากับ 4 ปี มีโอกาสเกิดภาวะการรู้คิดบกพร่องเล็กน้อย มากเป็น 1.74 เท่าเมื่อเทียบกับผู้สูงอายุที่มีการศึกษาเกินกว่า 4 ปี อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สอดคล้องกับการศึกษาของแพนกราตซ์ และคณะ (Pankratz et al., 2015) ที่พบว่าระดับการศึกษาส่งผลอย่างมีนัยสำคัญต่อความเสี่ยงในการเกิดภาวะสมองเสื่อมเล็กน้อย การมีระดับการศึกษาน้อยกว่าหรือเท่ากับ 12 ปี จะเพิ่มคะแนนความเสี่ยงของการเกิดภาวะสมองเสื่อมเล็กน้อยของบุคคลนั้น 2 คะแนน ผลการศึกษานี้บ่งชี้ว่าบุคคลที่มีระดับการศึกษาต่ำกว่ามีความเสี่ยงที่จะเกิด MCI มากกว่าเมื่อเทียบกับผู้ที่มีระดับการศึกษาสูงกว่า

อาการและอาการแสดงของภาวะการรู้คิดบกพร่องเล็กน้อย

ผู้สูงอายุที่มีภาวะการรู้คิดบกพร่องเล็กน้อย จะมีอาการแสดงที่อาจแตกต่างกันไปตามชนิดของการรู้คิดที่บกพร่อง แต่โดยทั่วไป อาการหลักของภาวะการรู้คิดบกพร่องเล็กน้อย มีดังนี้

1. การบกพร่องด้านความจำ ผู้สูงอายุที่มีภาวะการรู้คิดบกพร่องเล็กน้อย อาจลืมข้อมูลที่เพิ่งเรียนรู้ หรือจำเหตุการณ์สำคัญไม่ได้ เช่น การนัดหมาย

หรือตำแหน่งของสิ่งของ การบกพร่องนี้พบมากในภาวะการรู้คิดบกพร่องเล็กน้อยชนิดแอมเนสติก (Petersen, 2004)

2. การลดลงของความสามารถในการคิดและการใช้เหตุผล พบปัญหาในการวางแผนหรือตัดสินใจในสถานการณ์ที่เคยทำได้ดี เช่น การจัดการเรื่องการเงิน หรือการเลือกเส้นทางเมื่อเดินทาง ซึ่งเป็นลักษณะของภาวะการรู้คิดบกพร่องเล็กน้อยชนิดไม่ใช่แอมเนสติก (Gauthier et al., 2006)

3. ความสามารถในการทำงานหลายอย่างพร้อมกัน พบว่าผู้สูงอายุทำกิจกรรมที่ทำหลายอย่างพร้อมกันหรือจัดการกับข้อมูลที่ซับซ้อนได้ยากขึ้น เช่น การทำงานภายใต้ความกดดันหรือการแก้ไขปัญหาที่ต้องใช้การคิดวิเคราะห์ (Winblad et al., 2004)

4. ความบกพร่องในการใช้ภาษาบางครั้งผู้สูงอายุที่มีภาวะการรู้คิดบกพร่องเล็กน้อย อาจมีปัญหาเกี่ยวกับการหาคำพูดหรือประสบปัญหาในการใช้คำที่เหมาะสมในสถานการณ์ต่างๆ เช่น ลืมชื่อสิ่งของหรือลืมชื่อคนที่รู้จัก (Albert et al., 2013; Alzheimer's Association, 2020)

5. การเปลี่ยนแปลงด้านอารมณ์และพฤติกรรม ผู้สูงอายุที่มีภาวะการรู้คิดบกพร่อง อาจมีความรู้สึกหดหู่วิตกกังวล หรือแสดงพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม และบางครั้งอาจมีการเปลี่ยนแปลงด้านบุคลิกภาพ เช่น มีอารมณ์แปรปรวนบ่อยขึ้น (Wise et al., 2019) ซึ่งอาการของภาวะการรู้คิดบกพร่องเล็กน้อยนี้อาจไม่รบกวนการใช้ชีวิตประจำวันอย่างชัดเจน อาการจะค่อยๆ เปลี่ยนแปลงอย่างช้าๆ ผู้สูงอายุและครอบครัวอาจสังเกตเห็นถึงการเปลี่ยนแปลงดังกล่าว และหากไม่ได้รับการรักษาจะทำให้เข้าสู่ภาวะสมองเสื่อมได้

การรักษาและป้องกันภาวะการรู้คิดบกพร่องเล็กน้อย

1. การรักษาโดยใช้ยา (Pharmacological management) เช่น ยาโดเนปีซิล (Donepezil), ยา

ไรวาสติกมิน (Rivastigmine) หรือยากาแลนตามีน (Galantamine หรือ Galantamine hydrobromide) เป็นยากลุ่มที่ออกฤทธิ์ยับยั้งการทำงานของเอนไซม์โคลีนเอสเตอเรส (Cholinesterase inhibitor) ซึ่งเป็นเอนไซม์ที่ทำลายสารสื่อประสาทอะเซทิลโคลีน (Acetylcholine) ยาจะไปทำให้เอนไซม์ชนิดนี้ทำงานช้าลง ส่งผลให้การทำหน้าที่ของสมองมีประสิทธิภาพขึ้น ทำให้การรู้คิด อารมณ์ พฤติกรรม และความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันให้ของผู้สูงอายุดีขึ้น ยากลุ่มนี้อาจทำให้เกิดผลข้างเคียงได้ เช่น คลื่นไส้ เบื่ออาหาร ท้องเดิน และน้ำหนักลด เป็นต้น (สถาบันประสาทวิทยา กรมการแพทย์, 2563) การรักษาด้วยยาสามารถช่วยให้อาการของผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมและอัลไซเมอร์ดีขึ้นเท่านั้น ยังไม่พบวิธีการรักษาให้หายขาดได้ (อาร์ดา โรจนอุดมศาสตร์ เจษฎา เขียวขจี และทัศนีย์ ตันติฤทธิศักดิ์, 2564) ทั้งนี้ ปัจจุบันยังไม่มีการรักษาด้วยยาที่ได้รับการยืนยันสำหรับภาวะการรู้คิดบกพร่องเล็กน้อยโดยเฉพาะ ยาสามารถช่วยบรรเทาอาการในผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงสูงในการพัฒนาเป็นโรคอัลไซเมอร์ อย่างไรก็ตามยานี้มีประสิทธิภาพที่จำกัดในการป้องกันการเสื่อมของการรู้คิด (Petersen et al., 2005)

2. การรักษาโดยไม่ใช้ยา (Non-pharmacological management) การรักษาและบำบัดโดยไม่ใช้ยาเป็นสิ่งที่สำคัญและจำเป็นมากที่จะต้องนำมาใช้ควบคู่กับการรักษาโดยใช้ยาเพื่อให้ได้ผลดีที่สุด การรักษาโดยไม่ใช้ยามีอยู่หลายรูปแบบ เช่น การฝึกการรู้คิด การทำกิจกรรมเพื่อเพิ่มความสามารถในการทำงานของสมอง เป็นการกระตุ้นให้การเชื่อมโยงของเซลล์ประสาททำงานดีขึ้นส่งผลชะลอและช่วยให้การเข้าสู่ภาวะสมองเสื่อมช้าลง (Joosten-Weyn Banningh et al., 2008) การรักษาโดยไม่ใช้ยา ได้แก่ 1) การรักษาด้วยการฝึกฝนสมอง (Cognitive training) และทำกิจกรรมกระตุ้นการรู้คิด (Cognitive stimulation) การฝึกฝนสมองเช่น การแก้ปริศนา การฝึกความจำ และกิจกรรม

ที่กระตุ้นการใช้ทักษะการคิดวิเคราะห์ (Executive function) ช่วยเสริมสร้างการทำงานของสมองและลดความเสี่ยงต่อการเสื่อมของสมองได้ นอกจากนี้ การมีส่วนร่วมในกิจกรรมทางสังคมและการเรียนรู้ทักษะใหม่ๆ ก็มีผลดีต่อการป้องกันภาวะสมองเสื่อม (Clare & Woods, 2004) และ 2) การรักษาที่เน้นเรื่องอารมณ์ เช่น การเล่นดนตรี การวาดรูปภาพ การเขียนบันทึกประจำวัน การเล่นเกมต่างๆ การทำงานฝีมือ จะช่วยให้สติปัญญาการรับรู้ของสมอง (Cognition) เพิ่มขึ้น ส่งผลให้การแสดงออกในบทบาทหน้าที่และอารมณ์ผู้ป่วยดีขึ้น (อาร์ดา โรจนอุดมศาสตร์ เจษฎา เขียวขจี และทัศนีย์ ตันติฤทธิศักดิ์, 2564)

นอกจากนี้มีการศึกษาที่สนับสนุนว่าการรักษาโดยไม่ใช้ยาส่งผลดีต่อการป้องกันภาวะการรู้คิดบกพร่องเล็กน้อย เช่น การศึกษาของโกเทลลี มานิตี และซานเต (Cotelli, Manenti & Zanetti, 2012) พบว่าการทำกิจกรรมทางความคิด (Cognitive activities) สามารถป้องกันภาวะสมองเสื่อมทั้งในการป้องกันแบบปฐมภูมิ และในผู้ที่มีการรู้คิดบกพร่องเล็กน้อยได้อย่างมีนัยสำคัญ และจากการศึกษาของคาร์ป และคณะ (Karp et al., 2009) พบว่ากลุ่มคนที่ทำงานที่มีความซับซ้อนจะมีความเสี่ยงต่อการมีสมองเสื่อมต่ำกว่ากลุ่มที่ทำงานไม่ซับซ้อน 0.88 เท่า รวมถึงมีรายงานว่า การมีส่วนร่วมในการทำกิจกรรมทางความคิดช่วยลดความเสี่ยงต่อการเกิดสมองเสื่อมและโรคอัลไซเมอร์ลงได้ และจากการศึกษาแบบสำรวจเกี่ยวกับการทำกิจกรรมต่างๆ ในผู้สูงอายุ พบว่าผู้ที่มีกิจกรรมทางความคิดมากจะมีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะสมองเสื่อมและโรคอัลไซเมอร์ลดลง เมื่อเทียบกับกลุ่มที่ไม่มีกิจกรรมทางความคิดที่มีแนวโน้มจะเกิดภาวะสมองเสื่อมมากกว่าถึง 2.6 เท่า โดยกิจกรรมที่สามารถลดความเสี่ยงของการเสื่อมของสมอง ได้แก่ การอ่านหนังสือ และการเล่นเกม (Wilson et al., 2007)

แนวทางการแก้ไขปัจจัยเสี่ยงของการเกิดภาวะการรู้คิดบกพร่องเล็กน้อย

1. การควบคุมโรคเรื้อรัง เช่น โรคเบาหวาน โดยควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้อยู่ในเกณฑ์ปกติ ($HbA1c < 7\%$) โดยการรับประทานอาหารที่เหมาะสม ออกกำลังกาย และใช้ยาตามคำแนะนำของแพทย์ ความดันโลหิตสูง ควบคุมความดันให้อยู่ในช่วง $< 130/80$ mmHg ด้วยการลดการบริโภคเกลือ การลดน้ำหนัก และใช้ยาควบคุมความดัน ไขมันในเลือดสูง (Dyslipidemia) ลดไขมัน LDL ด้วยอาหารที่มีไขมันอิ่มตัวต่ำ การออกกำลังกาย และการใช้ยาลดไขมัน

2. การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ

การออกกำลังกาย (Physical exercise) (Northey et al., 2018) ควรออกกำลังกายแบบแอโรบิก เช่น เดินเร็ว วิ่ง หรือปั่นจักรยาน อย่างน้อยสัปดาห์ละ 3-4 ครั้ง ครั้งละ 45-60 นาที จากการศึกษาของยาฟเฟ และคณะ (Yaffe et al., 2014) พบว่าผู้ที่ออกกำลังกายสม่ำเสมอมีความเสี่ยงในการเกิดภาวะการรู้คิดบกพร่องเล็กน้อยลดลง

การนอนหลับที่มีคุณภาพ (Quality sleep) จัดเวลาเข้านอนและตื่นนอนให้สม่ำเสมอ หลีกเลี่ยงสารกระตุ้น เช่น คาเฟอีน ก่อนนอน การนอนหลับที่ไม่เพียงพอหรือการหยุดหายใจขณะนอนหลับเพิ่มความเสี่ยงต่อการสะสมโปรตีนเบต้า-อะไมลอยด์ในสมองการวิจัยพบว่า การนอนหลับที่ดีช่วยลดโอกาสการเกิดภาวะการรู้คิดบกพร่องเล็กน้อย (Spira et al., 2013)

3. การดูแลด้านโภชนาการ

การรับประทานอาหารที่บำรุงสุขภาพสมอง (Brain-healthy diets) (กรมอนามัย สำนักโภชนาการ กลุ่มส่งเสริมโภชนาการผู้สูงอายุ, 2561) รับประทานอาหารหลักให้ครบทั้ง 5 หมู่ รวมถึงวิตามินและเกลือแร่ (อาหารแบบเมดิเตอร์เรเนียน) ที่มีผัก ผลไม้ ถั่ว ปลา และน้ำมันมะกอกในสัดส่วนที่เหมาะสม อาหารที่อุดมด้วยสารต้านอนุมูลอิสระและไขมันดีช่วยลดการอักเสบ

ในสมองช่วยบำรุงสมองให้ไม่เสื่อมก่อนวัย ควรหลีกเลี่ยงอาหารที่มีไขมันอิ่มตัวสูงเช่น เนื้อสัตว์ ไข่แดง หนัง และส่วนติดไขมันสัตว์ (หมูติดมัน เบคอน หมูกรอบ) เนื้อสัตว์แปรรูป (ไส้กรอก ไส้อั่ว แหนม แฮม โบโลน่า หมูยอ กุนเชียง) น้ำมันจากสัตว์ (น้ำมันหมู น้ำมันไก่) น้ำมันปาล์ม น้ำมันมะพร้าว กะทิ เนย นมและผลิตภัณฑ์จากนมแบบชนิดไขมันเต็มส่วน เป็นต้น อาหารสุขภาพสมองช่วยลดความเสี่ยงต่อ ภาวะการรู้คิดบกพร่องเล็กน้อย (Morris et al., 2015)

การเสริมวิตามินและเกลือแร่ เป็นสารอาหารที่ช่วยในเรื่องการทำงานของสมองและระบบประสาท โดยเฉพาะวิตามินบี 6 วิตามินบี 12 และโฟเลตมีบทบาทในการพัฒนาระบบความจำเกี่ยวข้องกับการสังเคราะห์สารสื่อประสาทหลายชนิด วิตามินบี 1 มีมากในเนื้อหมู ข้าวซ้อมมือ ถั่วลิสง ถั่วเหลือง ถั่วดำ และงา วิตามินบี 2 มีมากในตับ เนื้อไก่ ไข่ นม และเห็ด วิตามินบี 3 มีมากในปลา ตับ และถั่วเมล็ดแห้ง วิตามินบี 5 มีมากในเนื้อสัตว์ ธัญพืช นม และมะเขือเทศ วิตามินบี 6 มีมากในเนื้อสัตว์ และไข่แดง วิตามินบี 12 มีมากในตับ ปลา ไข่ และนม และโฟเลต มีมากในตับ ถั่วเมล็ดแห้ง ผัก และผลไม้ (กรมอนามัย สำนักโภชนาการ กลุ่มส่งเสริมโภชนาการผู้สูงอายุ, 2561)

4. การดูแลสุขภาพจิต

การจัดการความเครียด (Stress management) โดยใช้เทคนิคการผ่อนคลาย เช่น การทำสมาธิหรือการฝึกโยคะ นอกจากนี้ควรมีการร่วมกิจกรรมในสังคม (Social engagement) เช่น การมีส่วนร่วมในกิจกรรมกลุ่ม การเป็นอาสาสมัครในชุมชน หรือการใช้เวลากับครอบครัวและเพื่อน การเข้าสังคมจะช่วยกระตุ้นสมองและลดความโดดเดี่ยวของผู้สูงอายุ

บทบาทของพยาบาลกับการป้องกันภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุที่มีภาวะการรู้คิดบกพร่องเล็กน้อย ทั้งที่บ้าน ชุมชน และศูนย์ดูแลผู้สูงอายุ (Nursing home)

พยาบาลมีบทบาทสำคัญในการป้องกันภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุและลดความเสี่ยงของภาวะการรู้คิดบกพร่องเล็กน้อย (Mild Cognitive Impairment - MCI) ทั้งที่บ้าน ชุมชน และศูนย์ดูแลผู้สูงอายุ (Nursing home) สามารถดำเนินการได้หลายด้านที่ช่วยส่งเสริมสุขภาพสมองและการรู้คิดของผู้สูงอายุดังนี้

1. บทบาทในการประเมินสมรรถภาพสมองและติดตามอาการ เพื่อค้นหาผู้สูงอายุที่มีภาวะการรู้คิดบกพร่องเล็กน้อยและแยกออกจากผู้สูงอายุที่มีการรู้คิดปกติ โดยพยาบาลมีบทบาทในการจัดโครงการคัดกรองภาวะการรู้คิดบกพร่องเล็กน้อยดังนี้ ในผู้สูงอายุทั่วไป (ไม่มีอาการเด่นชัด) ควรได้รับการประเมินทุกปี ตั้งแต่อายุ 60 ปีขึ้นไป (กรมกิจการผู้สูงอายุ, 2566) เพื่อเฝ้าระวังการเสื่อมถอยของสมองที่อาจเกิดขึ้นโดยไม่แสดงอาการชัดเจนในช่วงต้น สำหรับผู้ที่มีปัจจัยเสี่ยง เช่น โรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง ภาวะซึมเศร้า หรือประวัติครอบครัวที่เป็นโรคสมองเสื่อมควรประเมินทุก 6-12 เดือน เนื่องจากปัจจัยเหล่านี้มีความสัมพันธ์กับการพัฒนาของภาวะการรู้คิดบกพร่องเล็กน้อย และพยาบาลควรให้คำแนะนำแก่ผู้สูงอายุและญาติ หากพบอาการในผู้สูงอายุที่มีอาการบ่งชี้ เช่น สับสนสิ่งต่างๆ บ่อยครั้ง มีการตัดสินใจลดลง หรือมีปัญหาในการทำกิจกรรมในชีวิตประจำวัน ที่ตัวผู้สูงอายุสังเกตได้เอง หรือญาติเห็นความผิดปกติ ควรเข้ารับการประเมินทันที และติดตามผลทุก 6-12 เดือน (Gaugler, 2024) เพื่อประเมินอาการและติดตามการเปลี่ยนแปลงของคะแนนการรู้คิดการรู้คิดของผู้สูงอายุ ดังนั้นพยาบาลต้องมีความรู้ความสามารถในการคัดกรองและค้นหาผู้ที่มีภาวะการรู้คิดบกพร่องเล็กน้อย โดยเลือกใช้เครื่องมือในการประเมินที่เหมาะสม เช่น แบบทดสอบ

สภาพสมองเสื่อม ได้แก่ การทดสอบมาตรฐาน เช่น Mini-Mental State Examination (MMSE) (สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข, 2558) และอาจเลือกใช้แบบประเมิน Montreal Cognitive Assessment (MoCA test) ที่ใช้ในการประเมินภาวะการรู้คิดบกพร่องเล็กน้อยหากมีคะแนนน้อยกว่า 25 จาก 30 หมายถึง ผู้สูงอายุมีการรู้คิดบกพร่องเล็กน้อย (Julayanont & Nasreddine, (2017) ทั้งนี้การค้นพบผู้สูงอายุที่มีภาวะการรู้คิดบกพร่องเล็กน้อยให้ได้เร็วที่สุดและให้การป้องกันสู่ภาวะสมองเสื่อมพยาบาลยังต้องมีการตรวจสอบ ติดตามการเปลี่ยนแปลงของการรู้คิดของผู้สูงอายุอย่างสม่ำเสมอ ควรสอบถามเกี่ยวกับการดำเนินชีวิต การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม การออกกำลังกาย และการรับประทานอาหาร จากตัวผู้ป่วยและญาติอีกด้วย หากพบมีการเสื่อมสภาพจะได้รับการจัดการได้อย่างทันท่วงที

2. บทบาทในการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพด้านร่างกาย การดูแลสุขภาพร่างกายและจัดการโรคร่วมที่ส่งผลต่อการรู้คิดของผู้สูงอายุเป็นสิ่งสำคัญ พยาบาลมีบทบาทในการให้การดูแลสุขภาพร่างกายของผู้สูงอายุโดยให้ผู้สูงอายุมีการวางแผนร่วมกับพยาบาลในการปรับพฤติกรรมและการดำเนินชีวิต ด้วยการให้คำแนะนำในการจัดการโรคร่วมที่เป็นปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดภาวะการรู้คิดบกพร่องเล็กน้อย เช่น การควบคุมโรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน และโรคหัวใจ โดยแนะนำเรื่องการปฏิบัติตัวเกี่ยวกับโรค การใช้ยาอย่างถูกต้อง รวมถึงส่งเสริมการติดตามผลการรักษาอย่างสม่ำเสมอด้วยการไปพบแพทย์ตามนัด การควบคุมโรคเหล่านี้จะช่วยลดความเสี่ยงของการเสื่อมของสมองได้ (Whitmer et al., 2005) นอกจากนี้พยาบาลควรสนับสนุนการปรับพฤติกรรมสุขภาพ เช่น แนะนำให้ออกกำลังกายแบบแอโรบิกอย่างน้อย สัปดาห์ละ 3-4 ครั้ง ครั้งละ 45-60 นาที (Northey et al.,

2018) ได้แก่ การเดินเร็ว การปั่นจักรยาน การเดินเข้า กับจังหวะ เป็นต้น ให้คำแนะนำการเลือกรับประทาน อาหารที่ดีต่อสุขภาพ และครบ 5 หมู่ เช่น การ รับประทานอาหารเมดิเตอร์เรเนียน (McGrattan et al., 2018) ที่มีส่วนประกอบของผัก ผลไม้ ธัญพืชไม่ขัดสี และกรดไขมันไม่อิ่มตัว หรืออาหารที่มีสารอาหารบำรุง สมอง ได้แก่ คาร์ โบไฮเดรต กรดโฟลิก กรดอะมิโน วิตามินต่างๆ แร่ธาตุ โอเมก้า-3 เลซีทีน โดยเฉพาะ วิตามินบี 1 และบี 12 และแนะนำตารางอาหาร แลกเปลี่ยน เป็นต้น ซึ่งมีความสัมพันธ์กับการลดความ เสี่ยงในการเกิดภาวะการรู้คิดบกพร่องเล็กน้อย ในการ ดูแลสุขภาพหัวใจ เช่น การควบคุมความดันโลหิตและ ระดับน้ำตาลในเลือดก็มีส่วนช่วยลดโอกาสการพัฒนา ของการเกิดภาวะการรู้คิดบกพร่องเล็กน้อยได้ (Ngandu et al., 2015; Joosten-Weyn Banningh et al., 2008; พัชรภินท์ ไชยสังข์, และคณะ 2564; กรมอนามัยสำนักโภชนาการ กลุ่มส่งเสริมโภชนาการ ผู้สูงอายุ, 2561)

3. บทบาทในการส่งเสริมและจัดกิจกรรม กระตุ้นการรู้คิด การกระตุ้นการรู้คิด (Cognitive stimulation) เป็นวิธีที่ช่วยให้สมองทำงานอย่างมี สมดุลและลดผลกระทบของความเครียดต่อร่างกาย ทำให้การทำงานของสมองใหญ่ส่วนเปลือกสมอง (Cerebral cortex) ที่ทำหน้าที่เกี่ยวกับการรับรู้ทำงาน มากขึ้น และสามารถควบคุมและขจัดความเครียดลงได้ นอกจากนี้ยังทำให้สภาพจิตใจพร้อมที่จะเรียนรู้สิ่ง ใหม่ ๆ มีความจำดีในการจัดกิจกรรม การกระตุ้นสมอง และฝึกฝนการรู้คิด พยาบาลจึงมีบทบาทในการจัด กิจกรรมที่กระตุ้นสมอง เช่น ในชุมชนอาจมีการจัดเป็น ชมรมผู้สูงอายุ หรือที่ศูนย์ดูแลผู้สูงอายุอาจจัดเป็น กลุ่ม ให้ผู้สูงอายุได้มีการแลกเปลี่ยนความคิดหรือ ประสบการณ์ ปัญหาหรือให้กำลังใจซึ่งกันและกัน ในขณะที่ผู้สูงอายุที่อยู่ที่บ้านก็ควรมีการกระตุ้นให้เข้า ร่วมสังคมและมีการทำกิจกรรม และควรใช้เวลาใน

การทำกิจกรรมการเรียนรู้ของผู้สูงอายุอย่างเพียงพอ ครั้งละ 20-40 นาที เช่น การฝึกความจำ การฝึกการคิด วิเคราะห์ และการกระตุ้นการใช้ทักษะการแก้ปัญหา (Winblad et al., 2004) การกระตุ้นสมองผ่าน กิจกรรมต่างๆ เช่น การอ่านหนังสือ การเล่นเกมที่ต้อง ใช้ความคิด หรือการเรียนรู้ทักษะใหม่ๆ การมีสมาธิ จดจ่อ การฝึกสมาธิ การฝึกการรับรู้อย่างต่อเนื่องของ ตนเองและบุคคลอื่นในเรื่องเวลา สถานที่ สถานการณ์ ต่างๆ การเล่นเกมส์ความจำ การคิดคำนวณ การบวก เลข เป็นต้น (ดุขฎิ อุดมอิทธิพงศ์ และคณะ, 2564) เป็นวิธีการที่ช่วยเสริมสร้างการเชื่อมโยงของเซลล์ สมองและลดการเสื่อมสลายของเนื้อสมอง (Belleville et al., 2011) พยาบาลสามารถจัดกิจกรรมเหล่านี้และ ส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีส่วนร่วมอย่างต่อเนื่องเพื่อช่วย เพิ่มประสิทธิภาพของสมองและลดโอกาสการเกิด สมองเสื่อมในอนาคต โดยในการทำกิจกรรมพยาบาล ควรใช้คำพูดที่ชัดเจนมีเนื้อหาและใช้ภาษาที่เข้าใจง่าย ไม่ยาวจนเกินไป ถ้าเป็นตัวหนังสืออักษรควรตัวใหญ่ อ่านง่าย เปิดโอกาสให้ถามเมื่อมีข้อสงสัย นอกจากนี้ ควรให้คำชมเชยเมื่อปฏิบัติกิจกรรมได้สำเร็จและควร สนับสนุนหรือกระตุ้นให้ปฏิบัติอย่างต่อเนื่อง ในการทำ กิจกรรมเหล่านี้ควรให้ครอบครัวมีส่วนร่วมด้วย

4. บทบาทในการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพจิตใจ (Li, Legault & Litcofsky, 2014) การรักษาสุขภาพจิต และการจัดการความเครียด ภาวะซึมเศร้า ความวิตก กังวลและความเครียดมีความสัมพันธ์กับการเสื่อมของ สมอง การผ่อนคลายทางจิตใจ ลดความตึงเครียด การ ปรับทัศนคติ เพิ่มความคิดเชิงบวก หากกิจกรรมที่ผ่อนคลายที่ทำให้มีสมาธิในการเรียนรู้ สิ่งเหล่านี้จะส่งผลให้ สมองเกิดการปรับโครงสร้างใหม่ (Neuroplasticity) เนื้อเยื่อสีเทาในสมอง (Gray mater) จะหนาตัวขึ้น สมองมีความยืดหยุ่นทำให้เซลล์สมองเพิ่มขึ้น การผ่อนคลายทางจิตใจทำให้เกิดการพัฒนาาระบบประสาทไป ในทางที่ดี ดังนั้นพยาบาลมีบทบาทในการสนับสนุน

ทางจิตใจและสังคมแก่ผู้สูงอายุที่มีการรู้คิดบกพร่องเล็กน้อยและครอบครัว ด้วยการแนะนำให้ทำกิจกรรมผ่อนคลาย เช่น การทำสมาธิ โยคะ หรือการเข้าร่วมกลุ่มสนับสนุนทางจิตใจ ส่งเสริมการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น และแนะนำช่องทางให้ปรึกษานักจิตวิทยาเพื่อช่วยลดความเครียด เป็นการช่วยป้องกันไม่ทำให้การรู้คิดบกพร่องเล็กน้อยพัฒนาไปสู่สมองเสื่อมได้ (Geda et al., 2006)

5. บทบาทในการให้คำปรึกษาและให้ความรู้เกี่ยวกับภาวะการรู้คิดบกพร่องเล็กน้อย และการป้องกันสมองเสื่อมแก่ครอบครัว และชุมชนเพื่อเสริมสร้างการดูแลแบบองค์รวม โดยอาจให้ความรู้เป็นรายกลุ่มหรือรายบุคคลตามความเหมาะสม โดยให้ความรู้เกี่ยวกับความแตกต่างระหว่าง ภาวะการรู้คิดบกพร่องเล็กน้อย และภาวะสมองเสื่อม ควรสอดแทรกความรู้ต่างๆ ไว้ในกิจกรรมการดูแลเพื่อให้ผู้สูงอายุเกิดความตระหนัก มีความรู้ความเข้าใจ และนำไปปฏิบัติได้ถูกต้อง และให้คำปรึกษาในเรื่องที่ข้องใจเกี่ยวกับอาการต่างๆ พร้อมแนะแนวทางการดูแลตนเองให้กับผู้สูงอายุ

6. บทบาทของพยาบาลอีกอย่างที่สำคัญคือการสร้างเครือข่ายในการสนับสนุนและการให้บริการติดตามดูแลระยะยาวแก่ผู้สูงอายุในชุมชน (สุรศักดิ์ มูลศรีสุข และพงศ์ศักดิ์ ธรรมกุลศักดิ์, 2565) โดยพยาบาลประสานงานกับหน่วยงานต่างๆ เช่น ศูนย์สุขภาพตำบล โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) หรือองค์กรชุมชน อีกทั้งยังมีบทบาทในการเชื่อมโยงผู้สูงอายุที่มีภาวะการรู้คิดบกพร่องเล็กน้อยกับเครือข่ายการสนับสนุน เช่น กลุ่มช่วยเหลือสำหรับผู้สูงอายุและครอบครัว การบริการด้านสุขภาพจิตหรือศูนย์สุขภาพผู้สูงอายุ ในการจัดตั้งกลุ่มสนับสนุนในชุมชน เช่น กลุ่มฝึกสมองหรือชมรมสุขภาพ เพื่อให้มีการติดตามดูแลอย่างต่อเนื่องและป้องกันการเสื่อมสภาพที่อาจเกิดขึ้น เป็นการเตรียมความพร้อมใน

การเผชิญกับภาวะการรู้คิดบกพร่องเล็กน้อยหากมีการพัฒนาไปสู่ระดับที่รุนแรงขึ้น นอกจากนี้พยาบาลยังมีบทบาทในการประสานงานระหว่างแพทย์ นักจิตวิทยา นักโภชนาการ และนักกิจกรรมบำบัดในการสร้างแผนการดูแลที่บ้าน ในชุมชน หรือในศูนย์ดูแลผู้สูงอายุ และจัดระบบส่งต่อผู้สูงอายุที่มีความเสี่ยงไปยังแพทย์หรือผู้เชี่ยวชาญที่เหมาะสมอีกด้วย

บทสรุป

บทบาทของพยาบาลในการป้องกันการพัฒนาของภาวะการรู้คิดบกพร่องเล็กน้อย (Mild Cognitive Impairment: MCI) ไปสู่ภาวะสมองเสื่อมมีความสำคัญอย่างยิ่งในเชิงการดูแลเชิงรุก การส่งเสริมสุขภาพ และการจัดการปัจจัยเสี่ยงที่เกี่ยวข้อง พยาบาลสามารถทำงานได้ในหลายบริบท ทั้งในชุมชน บ้าน และศูนย์ดูแลผู้สูงอายุ (Nursing home) โดยบทบาทหลักประกอบด้วย การประเมินและคัดกรอง พยาบาลมีหน้าที่ในการคัดกรองภาวะการรู้คิดบกพร่องเล็กน้อยอย่างต่อเนื่องโดยใช้เครื่องมือที่เหมาะสม รวมถึงการเฝ้าระวังปัจจัยเสี่ยง เช่น โรคเรื้อรัง ความเครียด และพฤติกรรมการใช้ชีวิต มีบทบาทในการส่งเสริมสุขภาพ โดยการจัดกิจกรรมที่ส่งเสริมสุขภาพสมอง เช่น การออกกำลังกาย การฝึกสมอง การแนะนำให้บริโภคอาหารที่มีคุณค่าทางโภชนาการ และการจัดสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการกระตุ้นสมอง บทบาทในการสนับสนุนทางจิตใจและสังคม โดยพยาบาลสนับสนุนให้ผู้สูงอายุมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคมเพื่อลดภาวะซึมเศร้า และสร้างกิจกรรมที่เสริมสร้างคุณค่าของตนเอง พยาบาลมีบทบาทในการทำงานร่วมกับทีมสหวิชาชีพ ทำงานร่วมกับแพทย์ นักจิตวิทยา นักโภชนาการ และผู้ดูแลในชุมชนหรือสถานดูแล เพื่อวางแผนการดูแลเฉพาะบุคคล พยาบาลมีบทบาทในการให้คำปรึกษาและให้ความรู้เกี่ยวกับภาวะการรู้คิดบกพร่องเล็กน้อย และการป้องกันภาวะสมองเสื่อมแก่ครอบครัวและชุมชนเพื่อเสริมสร้างการดูแลแบบองค์รวม

นอกจากนี้พยาบาลยังมีหน้าที่ในการสนับสนุนระบบการส่งต่อผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงสูง และติดตามผลการดูแลในระยะยาว พยาบาลไม่ได้จำกัดบทบาทเพียงแค่การดูแลตามแผนการรักษา แต่ยังรวมถึงการป้องกันส่งเสริมสุขภาพ และสร้างความตระหนักในชุมชน เพื่อชะลอการพัฒนาของภาวะการรู้คิดบกพร่องเล็กน้อย

ไปสู่ภาวะสมองเสื่อม โดยการดำเนินงานที่มีประสิทธิภาพขึ้นอยู่กับบูรณาการความร่วมมือจากทีมสหวิชาชีพและเครือข่ายในสังคม การให้การดูแลที่ครบถ้วนและครอบคลุมจะช่วยให้ผู้สูงอายุสามารถชะลอหรือหยุดยั้งการพัฒนาของภาวะสมองเสื่อม และมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นในระยะยาว

เอกสารอ้างอิง

- กรมอนามัย สำนักโภชนาการ กลุ่มส่งเสริมโภชนาการผู้สูงอายุ. (2561). *คู่มือแนวทางการป้องกันภาวะสมองเสื่อมสำหรับผู้สูงอายุ “กินอย่างไร...ห่างไกลสมองเสื่อม”*. สำนักงานกิจการองค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึกในพระบรมราชูปถัมภ์.
- กรมกิจการผู้สูงอายุ. (2566). *สถานการณ์ผู้สูงอายุไทย 2565*. บริษัท อมรินทร์คอร์ปอเรชัน จำกัด (มหาชน).
- จันทร์ ห่องสวัสดิ์, พนิดา สุวิธานรากุล, เกษรา มานนท์, และประณต คำนิม. (2565). ภาวะพุทธรูปปัญหาบกพร่องระดับเล็กน้อยของผู้สูงอายุในชุมชนแห่งหนึ่งเขตพระนคร. *วารสารพยาบาลสภากาชาดไทย*, 15(1), 97-109.
- ฐิตินันท์ ดวงจินา. (2565). การพยาบาลผู้สูงอายุที่มีการรู้คิดบกพร่องเล็กน้อย: การประยุกต์ทฤษฎีการตัดสินใจด้วยตนเอง. *วารสารสภากาชาดไทย*, 37(1), 5-18.
- ดุขฎิ อุดมอิทธิพงศ์, พิษญา ชาญนคร, ธิติมา ณรงค์ศักดิ์, และณภาพิศ นิมนาคบุญ. (2564). การกระตุ้นการรู้คิดสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะการรู้คิดบกพร่องเล็กน้อย: บทความฟื้นฟูวิชาการ. *วารสารสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระเจ้าพระยา*, 15(1), 62-80.
- ปณิตา ลิ้มปะวัฒนะ และมัญชุมาส มัญญาวงษ์. (2563). ภาวะสูญเสียการรู้คิดเล็กน้อย. *KKU Journal of Medicine*, 6(1), 25-35.
- ปิยะกร ไพรสนธิ์ และพรสวรรค์ เชื้อเจ็ดตน. (2560). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะการรู้คิดบกพร่องเล็กน้อยในผู้สูงอายุจังหวัดเชียงราย. *วารสารสภากาชาดไทย*, 32(1), 64-80.
- ปิ่นนัทธ บณขุนทด และกัลยา มั่นล้วน. (2565). ภาวะการรู้คิดบกพร่องเล็กน้อย ก่อนป่วยด้วยสมองเสื่อม. *วารสารการพยาบาลและสุขภาพ สสอท*, 4(1), 1-15.
- พัชรภณัท ไชยสังข์, ศราวิน เทพสถิตย์ภรณ์, นิยม มาชมภู, และจิราวรรณ ศิริโสม. (2564). ภาวะสมองเสื่อมและอาหารที่ป้องกันภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุ. *วารสารพยาบาล*, 70(3), 39-48.
- วีรศักดิ์ เมืองไพศาล. (2559). *การป้องกันการประเมินและการดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อม*. (พิมพ์ครั้งที่ 4). ห้างหุ้นส่วนจำกัดภาพพิมพ์
- ศุทธิดา ขนวนัน, กาญจนา เทียนลาย, วิชาญ ชูรัตน์, ปิ่นนัทธ มั่นล้วน, และสิทธิดา สมตา. (2565). *การเข้าถึงระบบบริการสังคมของประชากรในครัวเรือนก่อนวัยสูงอายุและผู้สูงอายุที่มีรูปแบบการอยู่อาศัยต่างกันเพื่อนำไปสู่แนวทางการสนับสนุนการบริการที่เหมาะสม* (รายงานผลการวิจัย). สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล.



- สถาบันประสาทวิทยา กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. (2563). *แนวทางเวชปฏิบัติภาวะสมองเสื่อม*. สำนักพิมพ์ ธนาเพรส.
- สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ กรมการแพทย์. (2558). *แนวทางการดูแลรักษากลุ่มอาการผู้สูงอายุ*. บริษัท อีส ออกัส จำกัด.
- สถาบันเวชศาสตร์สมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ กรมการแพทย์. (2559). *คู่มือการพัฒนาศักยภาพสมองของผู้ที่มีสมรรถภาพสมองบกพร่องในระยะต้น*. บริษัท ไชเบอร์พรีนธ์กรุ๊ป จำกัด. <https://www.gcc.go.th/2023/12/24/กรมการแพทย์-พบผู้สูงอายุ/16/10/2567>
- สุรศักดิ์ มูลศรีสุข และพงศ์ศักดิ์ ธรรมกุลศักดิ์. (2565). บทบาทพยาบาลในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุไทยที่อาศัยอยู่ตามลำพัง. *วารสารพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสยาม*, 23(44), 104-112.
- สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ. (2562). *การคาดประมาณประชากรของประเทศไทย พ.ศ. 2553-2583 (ฉบับปรับปรุง)*. สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ.
- อารดา โรจนอุดมศาสตร์, เฉษฐา เทียวจี, และทัศนีย์ ตันติฤทธิ์ศักดิ์. (บก.). (2564). *แนวทางเวชปฏิบัติภาวะสมองเสื่อม*. สถาบันประสาทวิทยา กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข.
- Albert, M. S., DeKosky, S. T., Dickson, D., Dubois, B., Feldman, H. H., Fox, N. C., Gamst, A., Holtzman, M. D., Jagust, W. J., Petersen, R. C., Snyder, P. J., Carrillo, M. C., Thies, B. & Phelps, C. H. (2013). The diagnosis of mild cognitive impairment due to Alzheimer's disease: Recommendations from the National Institute on Aging-Alzheimer's Association workgroups on diagnostic guidelines for Alzheimer's disease. *Focus*, 11(1), 96-106. <https://doi.org/10.1176/appi.focus.11.1.96>
- Alzheimer's Association. (2020). *Mild cognitive impairment (MCI)*. https://www.alz.org/alzheimers-dementia/what-is-dementia/related_conditions/mild-cognitive-impairment
- Alzheimer's Association. (2016). Alzheimer's disease facts and figures. *Alzheimer's & Dementia*, 12(4), 459-509. <https://doi.org/10.1016/j.jalz.2016.03.001>
- Belleville, S., Clement, F., Mella, S., Gilbert, B., Fontaine, F., & Gauthier, S. (2011). Training-related brain plasticity in subjects at risk of developing Alzheimer's disease. *Brain*, 134(6), 1623-1634. <https://doi.org/10.1093/brain/awr037>
- Clare, L., & Woods, R. T. (2004). Cognitive training and cognitive rehabilitation for people with early-stage Alzheimer's disease: A review. *Neuropsychological Rehabilitation*, 14(4), 385-401. <https://doi.org/10.1080/09602010443000074>
- Cotelli, M., Manenti, R., & Zanetti, O. (2012). Reminiscence therapy in dementia: A review. *Maturitas*, 72(3), 203-205. <https://doi.org/10.1016/j.maturitas.2012.04.008>
- Gaugler, J. E. (2024). Celebrating the National Institute on Aging's 50th Anniversary: The gerontologist special collection. *The Gerontologist*, 64(12). <https://doi.org/10.1093/geront/gnae159>
- Gauthier, S., Reisberg, B., Zaudig, M., Petersen, R. C., Ritchie, K., Broich, K., Belleville, S., Brodaty, H., Bennett, D., Chertkow, H., Cummings, J. L., Leon, M.d., Feldman, H., Ganguli, M., Hampel, H., Scheltens, P., Tierney, M. C., Whitehouse, P., & Winblad, B. (2006). Mild cognitive impairment. *The Lancet*, 367(9518), 1262-1270. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(06\)68542-5](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(06)68542-5)



- Geda, Y. E., Knopman, D. S., Mrazek, D. A., Jicha, G. A., Smith, G. E., Negash, S., Boeve, B. F., Ivnik, R. J., Petersen, R. C., Pankratz, V. S., & Rocca, W. A. (2006). Depression, apolipoprotein E genotype, and the incidence of mild cognitive impairment: A prospective cohort study. *Archives of Neurology*, 63(3), 435-440.
- Green, R. (2017). Vitamin B12 deficiency from the perspective of a practicing hematologist. *Blood, The Journal of the American Society of Hematology*, 129(19), 2603-2611. <https://doi.org/10.1182/blood-2016-10-569186>
- Griffiths, J., Thaikruea, L., Wongpakaran, N., & Munkhetvit, P. (2020). Prevalence of mild cognitive impairment in rural Thai older people, Associated risk factors and their cognitive characteristics. *Dementia and Geriatric Cognitive Disorders Extra*, 10(1), 38-45. <https://doi.org/10.1159/000506279>.
- Gupta, S., Fukuda, T., Okumura, Y., & Stankus, A. P. (2014). Alzheimer's Disease Caregiver Burden in Japan and the 5 EU. *Value in Health*, 17(7), A809. <https://doi.org/10.1016/j.jval.2014.08.542>
- Joosten-Weyn Banningh, L., Vernooij-Dassen, M., Rikkert, M. O., & Teunisse, J. P. (2008). Mild cognitive impairment: Coping with an uncertain label. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 23(2), 148-154. <https://doi.org/10.1002/gps.1855>
- Ju, Y. E. S., Lucey, B. P., & Holtzman, D. M. (2014). Sleep and Alzheimer disease pathology-A bidirectional relationship. *Nature Reviews Neurology*, 10(2), 115-119. <https://doi.org/10.1038/nrneurol.2013.269>
- Julayanont, P., & Nasreddine, Z. S. (2017). Montreal Cognitive Assessment (MoCA): concept and clinical review. Google Scholar https://link.springer.com/chapter/10.1007/978-3-319-44775-9_7
- Karp, A., Andel, R., Parker, M. G., Wang, H. X., Winblad, B., & Fratiglioni, L. (2009). Mentally stimulating activities at work during midlife and dementia risk after age 75: Follow-up study from the Kungsholmen Project. *The American Journal of Geriatric Psychiatry*, 17(3), 227-236. <https://doi.org/10.1097/JGP.0b013e318190b691>
- Li, P., Legault, J., & Litcofsky, K. A. (2014). Neuroplasticity as a function of second language learning: Anatomical changes in the human brain. *Cortex*, 58, 301-324. <https://doi.org/10.1016/j.cortex.2014.05.001>
- Livingston, G., Huntley, J., Sommerlad, A., Ames, D., Ballard, C., Banerjee, S., Brayne, C., Burns, A., Cohen-Mansfield, J., Cooper, C., Costafreda, S.G., Dias, A., Fox, N., Gitlin, L.N., Howard, R., Kales, H. C., Kivimäki, M., Larson, E. B., Ogunniyi, A., ... & Mukadam, N. (2020). Dementia prevention, intervention, and care: 2020 report of the Lancet Commission. *The Lancet*, 396(10248), 413-446.
- McEwen, B. S. (2017). Neurobiological and systemic effects of chronic stress. *Chronic Stress*, 1(1), 1-11. <https://doi.org/10.1177/2470547017692328>



- McGrattan, A. M., McEvoy, C. T., McGuinness, B., McKinley, M. C., & Woodside, J. V. (2018). Effect of dietary interventions in mild cognitive impairment: A systematic review. *British Journal of Nutrition*, 120(12), 1388-1405. <https://doi.org/10.1017/S0007114518002945>
- Morris, M. C., Tangney, C. C., Wang, Y., Sacks, F. M., Barnes, L. L., Bennett, D. A., & Aggarwal, N. T. (2015). MIND diet slows cognitive decline with aging. *Alzheimer's & Dementia*, 11(9), 1015-1022. <https://doi.org/10.1016/j.jalz.2015.04.011>
- National Institute on Aging. (2021). *Preventing Alzheimer's disease: What do we know?* <https://www.nia.nih.gov>
- Ngandu, T., Lehtisalo, J., Solomon, A., Levälahti, E., Ahtiluoto, S., Antikainen, R., Antikainen, R., Bäckman, L., Hänninen, T., Jula, A., Laatikainen, T., Lindström, J., Mangialasche, F., Pajananen, T., Pajala, S., Peltonen, M., Rauramaa, R., Stigsdotter-Neely, A., Strandberg, T., Tuomilehto, J., Soininen, H., & Kivipelto, M. (2015). A 2 year multidomain intervention of diet, exercise, cognitive training, and vascular risk monitoring versus control to prevent cognitive decline in at-risk elderly people (FINGER): A randomized controlled trial. *The Lancet*, 385(9984), 2255-2263. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(15\)60461-5](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(15)60461-5)
- Northey, J. M., Cherbuin, N., Pumpa, K. L., Smee, D. J., & Rattray, B. (2018). Exercise interventions for cognitive function in adults older than 50: A systematic review with meta-analysis. *British Journal of Sports Medicine*, 52(3), 154-160. <https://doi.org/10.1136/bjsports-2016-096587>
- Pankratz, V. S., Roberts, R. O., Mielke, M. M., Knopman, D. S., Jack Jr, C. R., Geda, Y. E., Rocca, W. A., & Petersen, R. (2015). Predicting the risk of mild cognitive impairment in the Mayo clinic study of aging. *Neurology*, 84(14), 1433-1442. <https://doi.org/10.1212/WNL.0000000000001437>
- Plassman, B. L., Havlik, R. J., Steffens, D. C., Helms, M. J., Newman, T. N., Drosdick, D., Phillips, C., Gau, B. A., Welsh-Bohmer, K.A., Burke, J. R., Guralnik, J. M., & Breitner, J.C. (2000). Documented head injury in early adulthood and risk of Alzheimer's disease and other dementias. *Neurology*, 55(8), 1158-1166. <https://doi.org/10.1212/wnl.55.8.1158>
- Petersen, R. C. (2004). Mild cognitive impairment as a diagnostic entity. *Journal of Internal Medicine*, 256(3), 183-194. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2796.2004.01388.x>
- Petersen, R. C. (2016). Mild cognitive impairment. *CONTINUUM: Lifelong Learning in Neurology*, 22(2), 404-418. <https://doi.org/10.1212/CON.0000000000000313>
- Petersen, R. C., Thomas, R. G., Grundman, M., Bennett, D., Doody, R., Ferris, S., Ferris, S., Galasko, D., Jin, S., Kaye, J., Levey, A., Pfeiffer, E., Sano, M., Dyck, C. H. V., & Thal, L. J. (2005). Vitamin E and donepezil for the treatment of mild cognitive impairment. *New England Journal of Medicine*, 352(23), 2379-2388. <https://doi.org/10.1056/NEJMoa050151>
- Rob, H. (2020). *The progression and stages of dementia: Fact sheet 458LP*. Google. default/files/pdf/factsheet_the_progression_of_alzheimers_disease_and_other_dementias.pdf.



- Ross, C., & Beattie, E., (2015). Caring for someone with dementia: The economic, social and health impacts of caring and evidence based support for carers. A report prepared for Alzheimer's Australia (pp. 12-20). Aged and Dementia Care School of Nursing, Queensland University of Technology
- Spira, A. P., Gamaldo, A. A., An, Y., Wu, M. N., Simonsick, E. M., Bilgel, M., Zhou, Y., Wong, D. F., Ferrucci, L., & Resnick, S. M. (2013). Self-reported sleep and β -amyloid deposition in community-dwelling older adults. *JAMA Neurology*, 70(12), 1537-1543. <https://doi.org/10.1001/jamaneurol.2013.4258>
- Whitmer, R. A., Gunderson, E. P., Barrett-Connor, E., Quesenberry Jr, C. P., Yaffe, K. (2005). Obesity in middle age and future risk of dementia: A 27 year longitudinal population based study. *BMJ*, 330(7504), 1360. <https://doi.org/10.1136/bmj.38446.466238.E0>
- Wilson, R. S., Scherr, P. A., Schneider, J. A., Tang, Y., & Bennett, D. A. (2007). Relation of cognitive activity to risk of developing Alzheimer disease. *Neurology*, 69(20), 1911-1920. <https://doi.org/10.1212/01.wnl.0000271087.67782.cb>
- Winblad, B., Palmer, K., Kivipelto, M., Jelic, V., Fratiglioni, L., Wahlund, L. O., Nordberg, A., Bäckman, L., Albert, M., Almkvist, O., Arai, H., Basun, H., Blennow, K., Leon, M. D., DeCarli, C., Erkinjuntti, T., Giacobini, E., Graff, C., Hardy, J. & Petersen, R. C. (2004). Mild cognitive impairment—beyond controversies, towards a consensus: Report of the International Working Group on Mild Cognitive Impairment. *Journal of Internal Medicine*, 256(3), 240-246. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2796.2004.01380.x>
- Wise, E. A., Rosenberg, P. B., Lyketsos, C. G., & Leoutsakos, J. M. (2019). Time course of neuropsychiatric symptoms and cognitive diagnosis in National Alzheimer's Coordinating Centers volunteers. *Alzheimer's & Dementia: Diagnosis, Assessment & Disease Monitoring*, 11, 333-339. <https://doi.org/10.1016/j.dadm.2019.02.006>
- Wolfe, C. M., Fitz, N. F., Nam, K. N., Lefterov, I., & Koldamova, R. (2018). The role of APOE and TREM2 in Alzheimer's disease-current understanding and perspectives. *International Journal of Molecular Sciences*, 20(1), 81. <https://doi.org/10.3390/ijms20010081>
- Yaffe, K., Hoang, T. D., Byers, A. L., Barnes, D. E., & Friedl, K. E. (2014). Lifestyle and health-related Risk factors and risk of cognitive aging among older veterans. *Alzheimer's & Dementia*, 10, (3 Suppl), S111-S121. <https://doi.org/10.1016/j.jalz.2014.04.010>
- Yaffe, K., Blackwell, T., Barnes, D. E., Schwartz, A., & Cauley, J. A. (2010). Depression, metabolic syndrome, and risk of cognitive decline. *JAMA Psychiatry*, 67(5), 493-500.



คำแนะนำการเตรียมและส่งต้นฉบับบทความ วารสารพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยคริสเตียน

วารสารพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยคริสเตียน เป็นวารสารของคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยคริสเตียน มีระบบการประเมินบทความต้นฉบับโดยผู้เชี่ยวชาญในสาขาอย่างน้อย 3 คน ด้วยวิธีการปิดบังชื่อผู้ประเมินและชื่อผู้เขียนบทความ โดยมีนโยบายรับตีพิมพ์เผยแพร่บทความวิจัยหรือบทความวิชาการทางการแพทย์ เพื่อเผยแพร่ความรู้และความก้าวหน้าทางวิชาการ วารสารพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยคริสเตียน มีกำหนดการออกเผยแพร่ ปีละ 2 ฉบับ ทุก 6 เดือน ซึ่งบทความที่ส่งมาให้กองบรรณาธิการพิจารณาต้องไม่เคยตีพิมพ์ หรืออยู่ในระหว่างการพิจารณาตีพิมพ์ในวารสารอื่น ทั้งนี้ กองบรรณาธิการขอสงวนสิทธิ์ในการตรวจทานและแก้ไขต้นฉบับ รวมทั้งการจัดลำดับการตีพิมพ์ตามความเหมาะสม

ประเภทบทความที่รับตีพิมพ์

1. บทความวิจัย หรือ วิทยานิพนธ์สาขาพยาบาลศาสตร์
2. บทความวิชาการทางการแพทย์พยาบาล

การเตรียมต้นฉบับและการส่งบทความ

ผู้เขียนหรือผู้นิพนธ์จะต้องจัดเตรียมต้นฉบับบทความให้ถูกต้องตามรูปแบบที่กำหนดโดยเฉพาะในส่วนของ Footnote และจริยธรรม ดังนี้

1. **พิมพ์ต้นฉบับ** ในกระดาษ A4 หน้าเดียว ไม่เว้นบรรทัด (Single spacing) โดยใช้โปรแกรม Microsoft word และตัวพิมพ์ “TH SarabunPSK” ขนาดตัวอักษร “16 pt.” ให้เว้นระยะขอบทุกด้านกระดาษหนึ่งนิ้วมีเลขหน้ากำกับทุกหน้าและความยาวของเรื่อง ดังนี้

1.1 บทความวิจัยหรือวิทยานิพนธ์ ความยาว 10-15 หน้า รายการอ้างอิงให้ใส่เฉพาะที่ใช้อ้างอิงในบทความ และไม่ควรเกิน 20 รายการ **ใช้อ้างอิงแบบ APA 7th edition**

1.2 บทความวิชาการ ความยาว 9-15 หน้า รายการอ้างอิงให้ใส่เฉพาะที่ใช้อ้างอิงในบทความฯ และไม่ควรเกิน 20 รายการ **ใช้อ้างอิงแบบ APA 7th edition**

2. **ชื่อเรื่อง (Title)** ต้องมีทั้งชื่อภาษาไทยและภาษาอังกฤษ ขนาดตัวอักษรชื่อเรื่องเป็นตัวหนาขนาด “18 pt.” และจัดให้อยู่กึ่งกลางหน้ากระดาษ ชื่อภาษาอังกฤษให้พิมพ์อักษรตัวแรกของทุกคำด้วยตัวพิมพ์ใหญ่

3. **ชื่อผู้เขียนหรือผู้นิพนธ์ (Authors)** ให้ใส่ชื่อครบทุกคนทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ ตัวพิมพ์ขนาด “13 pt.” ใส่เครื่องหมาย * ต่อท้าย สำหรับ Footnote ได้บทความย่อหรือ Abstract พิมพ์ชื่อตำแหน่งวิชาการ ชื่อหน่วยงานที่สังกัดเรียงจากหน่วยงานย่อยไปหน่วยงานใหญ่ของแต่ละคนให้ตรงกับเครื่องหมาย * ที่กำกับไว้ด้านบน หรือหากมีแหล่งทุนวิจัยและ/หรือเป็นวิทยานิพนธ์ ต้องใส่* หลังชื่อบทความด้วย และให้ระบุ email ของผู้เขียนหรือ ผู้นิพนธ์หลักไว้ในส่วน Corresponding author และเบอร์โทรศัพท์ ตัวพิมพ์ขนาด “13 pt.”

4. บทคัดย่อ และ Abstract ต้องมีทั้งบทคัดย่อภาษาไทยและภาษาอังกฤษ โดยพิมพ์แยกหน้าพร้อม Footnote ความยาวของบทคัดย่อ ดังนี้

4.1 บทคัดย่อ ของบทความวิจัยหรือวิทยานิพนธ์ ความยาวไม่เกิน 250-350 คำ โดยบทคัดย่อภาษาไทยและภาษาอังกฤษ ให้เรียงตามหัวข้อดังนี้ ดังตัวอย่าง

- 4.1.1 วัตถุประสงค์การวิจัย (Purpose)
- 4.1.2 รูปแบบการวิจัย (Design)
- 4.1.3 วิธีดำเนินการวิจัย (Methods)
- 4.1.4 ผลการวิจัย (Main findings)
- 4.1.5 สรุปและขอเสนอแนะ (Conclusion and recommendations)
- 4.1.6 คำสำคัญ (Keywords)

4.2 บทคัดย่อของบทความวิชาการ ความยาวไม่เกิน 250-300 คำ ทั้งบทคัดย่อภาษาอังกฤษและภาษาไทย

5. คำสำคัญ และ Keywords กำหนดคำสำคัญที่เกี่ยวข้องกับบทความ 2-5 คำ โดยใช้เครื่องหมาย, คั่นระหว่างคำ และพิมพ์ชิดซ้ายต่อบทคัดย่อ และ Abstract

6. บทความที่ส่งมาพิจารณาตีพิมพ์ ผู้เขียนหรือผู้สนับสนุนต้องแน่ใจว่า ได้มีการตรวจสอบเนื้อหาสาระของบทความแล้ว และไม่มีการคัดลอกงานวิชาการ (Plagiarism) ของผู้อื่น รวมทั้งมีการอ้างอิงแหล่งที่มาตามหลักการที่ถูกต้องครบถ้วน เนื่องจากศูนย์ดัชนีการอ้างอิงวารสารไทย (TCI) ให้ความสำคัญมาก “ในด้านจริยธรรม และจรรยาบรรณวารสารวิชาการไทยในฐานะข้อมูล TCI”

7. บทความที่ส่งมาตีพิมพ์ที่เป็นวิทยานิพนธ์ กรณีของนักศึกษา จะต้องมียืนยันลายเซ็นของอาจารย์ที่ปรึกษาหลัก เพื่อรับรองว่าได้อ่านและพิจารณาเนื้อหาสาระของบทความผ่านมาแล้วก่อนส่งบทความเสนอให้บรรณาธิการ และกองบรรณาธิการพิจารณาตีพิมพ์เผยแพร่

8. รูปแบบของการเขียนบทความ

8.1 บทความวิจัยหรือวิทยานิพนธ์ องค์ประกอบของบทความต้นฉบับ ดังนี้

8.1.1 บทคัดย่อภาษาไทยและภาษาอังกฤษ เรียงตามรูปแบบที่กำหนดไว้ในข้อ 4.1 บทคัดย่อจะอยู่หน้าแรกและหน้าที่ 2 ส่วนเนื้อหาอยู่หน้าที่ 3 ให้เรียงลำดับหัวข้อตามข้อ 8.1.2 - 8.1.14 ดังนี้

- 8.1.2 ความสำคัญของปัญหาการวิจัย
- 8.1.3 วัตถุประสงค์ของการวิจัย
- 8.1.4 สมมติฐานการวิจัย (ถ้ามี)
- 8.1.5 กรอบแนวคิดการวิจัย ต้องอธิบายพร้อมระบุที่มาของกรอบแนวคิดการวิจัยพอสังเขป
- 8.1.6 วิธีการดำเนินการวิจัย ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง วิธีการสุ่มตัวอย่าง การพัฒนาเครื่องมือการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือวิจัย และวิธีเก็บรวบรวมข้อมูล

8.1.7 การรับรองจริยธรรมการวิจัย ต้องระบุชัดเจนในหมวดวิธีดำเนินการวิจัย หัวข้อการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่างว่างานวิจัยที่ศึกษาได้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการการจริยธรรมการวิจัยในคนแล้ว ขอให้ระบุหน่วยงานหรือสถาบันที่รับรองและเลข IRB ให้ถูกต้อง

8.1.8 วิธีการวิเคราะห์ข้อมูล

8.1.9 ผลการวิจัย/ข้อค้นพบจากการวิจัย

8.1.9.1 ค่าเฉลี่ย ใช้สัญลักษณ์ตัวอักษร M เป็นตัวปกติ “M”

8.1.9.2 ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน ใช้สัญลักษณ์ตัวอักษร SD เป็นตัวปกติ “SD”

8.1.9.3 ค่าสถิติพื้นฐานอื่น ให้ใช้ทศนิยม 2 ตำแหน่ง

8.1.10 การอภิปรายผลการวิจัย

8.1.11 สรุปและข้อเสนอแนะการนำผลการวิจัยไปใช้ประโยชน์ และการทำวิจัยในครั้งต่อไป

8.1.12 กรณีวิจัยมีรูปภาพ ถ้ามีภาพประกอบควรเป็นภาพขาวดำ หรือภาพสีที่คมชัด จัดกึ่งกลางหน้า พิมพ์คำบรรยายไว้ใต้รูปภาพ และระบุแหล่งที่มาอ้างอิงให้ถูกต้อง

8.1.13 รูปแบบตาราง ให้จัดพิมพ์ในรูปแบบตารางปลายเปิดด้านซ้ายและขวา โดยเส้นบนและเส้นล่างใช้เส้นคู่ ดังตัวอย่างตารางที่ 1-2

ตารางที่ 1 ค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออกก่อนการทดลองในนักเรียนกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม (n=76)

	n	ก่อนทดลอง		t	p-value
		M	SD		
กลุ่มทดลอง	38	36.05	0.10	-537	0.597
กลุ่มควบคุม	38	36.25	0.09		

ตารางที่ 2 แสดงค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน (r) ระหว่างภาระในการดูแลผู้ป่วยเรื้อรังทั้ง 4 ด้านต่อคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (n=115)

	คุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง	
	r	p-value
ด้านความตึงเครียดส่วนบุคคล	- 0.363*	0.000
ด้านความขัดแย้งในตนเอง	- 0.349*	0.000
ด้านความรู้สึกผิด	- 0.324*	0.000
ด้านเจตคติที่ไม่แน่นอน	- 0.161	0.086
รวมทุกด้าน	- 0.385*	0.000

8.1.14 การเขียนเอกสารอ้างอิง (ใช้ระบบนาม, ปี) ใส่เฉพาะรายการที่มีการอ้างอิงในบทความ และกรุณาตรวจสอบ ชื่อ-นามสกุล ปี พ.ศ. ให้ตรงกันทุกแห่งที่อ้างอิง เช่น (ทิพวัลย์ ชีรสิริโรจน์, 2561)

8.2 บทความวิชาการ ให้เรียงลำดับดังนี้

8.2.1 บทคัดย่อภาษาไทยและภาษาอังกฤษ, คำสำคัญและ Keywords อยู่หน้าแรก และหน้าที 2

8.2.2 เนื้อหาบทความอยู่หน้าที 3 ประกอบด้วยบทนำ เนื้อเรื่อง และบทสรุป โดยเนื้อหาบทความควรเป็นการวิเคราะห์เชิงลึกที่มีหลักฐานเชิงประจักษ์ประกอบ และนำไปสู่บทสรุป ข้อเสนอแนะที่สมเหตุสมผล

9. การเขียนเอกสารอ้างอิงท้ายบทความ ให้ใช้รูปแบบการอ้างอิงแบบ APA ฉบับพิมพ์ครั้งที่ 7 จำนวนไม่เกิน 20 รายการ โดยไม่ควรอ้างอิงเอกสารเกิน 10 ปี และไม่ควรอ้างอิงแหล่งเว็บไซต์มาก ทั้งบทความวิจัย หรือ วิทยานิพนธ์ และบทความวิชาการ

10. การส่งบทความและการชำระค่าธรรมเนียมการตีพิมพ์

10.1 ผู้เขียนหรือผู้สนับสนุนที่ต้องการส่งบทความตีพิมพ์ในวารสารพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยคริสเตียน โปรดเตรียมต้นฉบับให้ถูกต้องตามรูปแบบที่กำหนดในข้อ 1-9 ให้เรียบร้อย หากรูปแบบการเขียนหรือการพิมพ์ไม่ถูกต้อง จะถือว่ากองบรรณาธิการยังไม่ได้รับบทความ ยกเว้น ผู้เขียนได้ปรับแก้ไขให้ถูกต้องตามข้อเสนอแนะจากกองบรรณาธิการเบื้องต้นตามกำหนดและส่งการแก้ไขใหม่อีกครั้ง

10.2 ส่งบทความตีพิมพ์ในรูปแบบไฟล์ word ในระบบ ThaiJo ที่เว็บไซต์ของวารสาร https://he03.tci-thaijo.org/index.php/CUT_Nursejournal/issue/view/117 โดยแนบ “แบบฟอร์มส่งบทความ และเอกสารรับรองจริยธรรมตีพิมพ์บทความ

10.3 เมื่อผู้เขียนส่งบทความตีพิมพ์แล้ว ฝ่ายจัดการวารสารฯ ได้รับเรื่องจะแจ้งให้ผู้เขียนทราบผ่านระบบวารสารออนไลน์ หลังจากนั้นผู้เขียนสามารถติดตามผลการพิจารณา ผลการประเมินและการแก้ไขบทความได้จากระบบ ThaiJo (โดยมีช่วงเวลาที่กำหนดแต่ละขั้นตอนแสดงไว้ในที่ ที่เว็บไซต์ของวารสาร https://he03.tci-thaijo.org/index.php/CUT_Nursejournal)

10.4 บทความที่ส่งมาตีพิมพ์ ฝ่ายจัดการวารสารฯ ทำการตรวจสอบการคัดลอกงาน (Plagiarism) ด้วยโปรแกรม Copy Cath ในระบบ ThaiJo หรือโปรแกรมอักขราวิสุทธิ์ โดยเกณฑ์ยอมรับความซ้ำซ้อนการคัดลอกผลงานวิชาการไม่เกิน 15 %

10.9 วารสารพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยคริสเตียน กำหนดออกราย 6 เดือน (2 ฉบับ ต่อปี) ฉบับที่ 1 (มกราคม-มิถุนายน) และฉบับที่ 2 (กรกฎาคม-ธันวาคม)

การชำระค่าธรรมเนียมการตีพิมพ์บทความ

โดยจะเริ่มใช้กับบทความที่ส่งมาตีพิมพ์ตั้งแต่เดือนมกราคม พ.ศ. 2566 เป็นต้น

1. การชำระเงินโดยโอนเข้าบัญชี “มหาวิทยาลัยคริสเตียน” เลขที่บัญชี 404-052839-7 ธนาคารไทยพาณิชย์ จำกัด (มหาชน) สาขานครปฐม

2. เมื่อโอนเงินแล้วให้ส่งหลักฐานการโอนเงินและแบบฟอร์มนำส่งเงินเพื่อชำระค่าธรรมเนียมส่งบทความวารสารพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยคริสเตียน มาที่ E-mail : ursejournal@christian.ac.th เพื่อเป็นหลักฐานในการออกใบเสร็จรับเงิน

งวดที่หนึ่ง ค่าธรรมเนียมพิจารณาบทความและประเมินคุณภาพบทความ จำนวน 2,500 บาท (ชำระทันทีที่ส่งบทความมาพิจารณา) พร้อมส่งไฟล์บทความในระบบ ThaiJO ทั้งนี้หากผลประเมินคุณภาพบทความโดยผู้ทรงคุณวุฒิปฏิเสธตีพิมพ์ (Rejected) ผู้เขียนไม่สามารถขอเรียกค่าธรรมเนียมคืนไม่ว่ากรณีใดๆ

งวดที่สอง ค่าธรรมเนียมการตีพิมพ์เผยแพร่บทความ จำนวน 1,000 บาท (ชำระเมื่อบทความได้รับตอบรับให้ตีพิมพ์ในวารสารได้)

กระบวนการพิจารณาบทความและประเมินบทความ

การพิจารณาบทความที่ส่งมาตีพิมพ์ในระบบ ThaiJO บรรณาธิการและกองบรรณาธิการวารสารดำเนินการพิจารณาตามขั้นตอน ดังนี้

1. ผู้เขียนส่งบทความในระบบ ThaiJO พร้อมชำระเงิน 2,500 บาท เพื่อเป็นค่าพิจารณาบทความ
2. บรรณาธิการและกองบรรณาธิการจะพิจารณาตรวจคุณภาพเบื้องต้นและความถูกต้องของรูปแบบทั่วไป ประเด็นทางจริยธรรมและเอกสารอ้างอิง ให้บทความมีความสมบูรณ์มากขึ้น โดยผู้เขียนต้องปรับแก้ไขให้ถูกต้องและส่งคืนภายในระยะเวลาที่กำหนดอีกครั้ง เป็นไฟล์ต้นฉบับที่ถูกต้อง กองบรรณาธิการจึงจะถือว่าได้รับบทความและระบุวันที่รับบทความ (Received) ให้ ซึ่งจะไม่นับวันที่ส่งบทความในระบบ ThaiJO ครั้งแรก (Submission)
3. กองบรรณาธิการส่งบทความไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิ (Peer reviewer) พิจารณาและประเมินคุณภาพบทความ 3 ท่าน ต่อ 1 บทความ โดยดำเนินการปกปิดแบบ 2 ทาง (Double blinded) คือไม่เปิดเผยชื่อของผู้เขียน และผู้ทรงคุณวุฒิให้บุคคลอื่นทราบ
4. การรับบทความตีพิมพ์จากผลการพิจารณาของผู้ทรงคุณวุฒิ (Peer reviewer) วารสารกำหนดรับบทความตีพิมพ์จากผลการพิจารณาประเมินคุณภาพบทความของผู้ทรงคุณวุฒิดังนี้
 - 4.1 กรณีผู้ทรงคุณวุฒิเห็นต่างกัน หากผลการประเมินตามความเห็นของผู้ทรงคุณวุฒิรับตีพิมพ์ 2 ใน 3 ท่าน วารสารจะรับตีพิมพ์ และประสานส่งให้ผู้เขียนแก้ไขตามกระบวนการต่อไป
 - 4.2 กรณีผู้ทรงคุณวุฒิปฏิเสธบทความ 2 ใน 3 ท่าน วารสารไม่รับตีพิมพ์บทความ หมายถึง วารสารจะปฏิเสธตีพิมพ์ (Rejected) บทความนั้น โดยจะแจ้งผู้เขียนรับทราบผลประเมินอย่างเป็นทางการผ่านระบบ ThaiJO ซึ่งจะไม่คืนเงินที่ชำระมาแล้ว และผู้เขียนไม่ต้องชำระเงินงวดที่สองถือว่าสิ้นสุดกระบวนการพิจารณาบทความ
 - 4.3 กรณีที่ผู้ทรงคุณวุฒิขอพิจารณาซ้ำ จะประสานส่งบทความให้ผู้เขียนแก้ไขอย่างละเอียดโดยแจ้งให้ทราบว่าบทความต้องประเมินซ้ำโดยผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบรอบที่ 2 หากผู้เขียนไม่แก้ไขตามข้อเสนอแนะครั้งแรกหรือ แก้ไขไม่ครบถ้วนหากผลพิจารณาโดยผู้ทรงคุณวุฒิไม่รับตีพิมพ์ บรรณาธิการจะพิจารณาผลประเมินตามความเห็นของผู้ทรงคุณวุฒิและตอบปฏิเสธการตีพิมพ์ (Rejected) บทความนั้น เช่นเดียวกับข้อ 4.2)
5. กรณีผู้ทรงคุณวุฒิพิจารณาซ้ำแล้วให้ตีพิมพ์ได้ โดยให้ปรับแก้ไขเพิ่มเติม วารสารจะดำเนินการส่งบทความให้ผู้เขียนแก้ไขตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิตามกระบวนการต่อไป



6. บทความที่วารสารรับตีพิมพ์ ผู้เขียนต้องปรับแก้ไขอย่างละเอียดตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิ และ ส่งไฟล์ที่ปรับแก้ไข พร้อมไฟล์ชี้แจงการแก้ไขบทความตามแบบฟอร์ม และส่งคืนในระยะเวลาที่กำหนด พร้อมจ่าย ค่าธรรมเนียมการตีพิมพ์เผยแพร่บทความงวดที่สอง 1,000 บาท เพื่อเป็นค่าตีพิมพ์เผยแพร่บทความ

7. กองบรรณาธิการจะตรวจสอบการแก้ไขบทความภายหลังที่ผู้เขียนแก้ไขตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิอีกครั้ง โดยผู้เขียนต้องแก้ไขให้ถูกต้องและส่งคืนภายในระยะเวลาที่กำหนด วารสารจึงออกหนังสือรับรองตีพิมพ์เผยแพร่บทความ จึงถือว่าสิ้นสุดกระบวนการ

8. กองบรรณาธิการขอสงวนสิทธิ์ ในการตรวจแก้ไขรูปแบบการพิมพ์บทความ ให้เป็นไปตามการจัดรูปแบบของวารสาร การจัดลำดับการตีพิมพ์ก่อนหรือหลัง รวมทั้งสงวนสิทธิ์ในการปฏิเสธการตีพิมพ์บทความที่ได้รับการ ประเมินแล้วว่าไม่สมควรตีพิมพ์

9. กองบรรณาธิการจะแจ้งผลการประเมินบทความให้ผู้เขียนทราบผ่านระบบ ThaiJO เท่านั้น ในกรณีที่บทความไม่ได้รับพิจารณาตีพิมพ์

10. เนื้อหาหรือข้อสรุปในบทความทุกเรื่องที่ได้รับการตีพิมพ์ ถือเป็นผลงานทางวิชาการและเป็นความคิดเห็นส่วนตัวของผู้เขียน ไม่ใช่ความเห็นของกองบรรณาธิการ หากมีประเด็นทางกฎหมายเกี่ยวกับเนื้อหา ผู้เขียนจะต้องเป็นผู้รับผิดชอบแต่ฝ่ายเดียว

11. ระยะเวลาในการพิจารณาและการประเมินบทความวิชาการและบทความวิจัย จนถึงขั้นตอนของการตอบรับตีพิมพ์บทความ ขึ้นอยู่กับคุณภาพบทความวิชาการและบทความวิจัย โดยประมาณใช้เวลา 2-3 เดือน ในการดำเนินงานตามกระบวนการตั้งแต่การส่งบทความให้ผู้ทรงคุณวุฒิ ระยะเวลาประเมินของผู้ทรงคุณวุฒิและระยะเวลาการแก้ไขต้นฉบับของผู้เขียนหรือผู้นิพนธ์

12. การควบคุมคุณภาพบทความโดยบทความที่เป็นผู้เขียนหรือผู้นิพนธ์ภายในสถาบันกองบรรณาธิการ จะส่งให้ผู้ทรงคุณวุฒิภายนอก 3 คน เป็นผู้ประเมินเท่านั้น

13. บทความที่ผ่านการประเมินคุณภาพและมีการแก้ไข ผู้เขียนหรือผู้นิพนธ์จะต้องแก้ไขบทความตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิและบรรณาธิการ โดยไฮไลท์ (Highlight) ส่วนที่ปรับแก้ไขพร้อมชี้แจงการปรับแก้ไขในแบบฟอร์มที่แจ้งไว้และส่งไฟล์บทความที่ถูกต้องภายหลังปรับแก้ไขเรียบร้อยแล้วมาที่เมลวารสาร ภายในเวลาที่กำหนด

14. บทความที่ได้รับการพิจารณาตีพิมพ์ กองบรรณาธิการมีนโยบายในการเปิดโอกาสให้ทุกคนเข้าถึงบทความฉบับเต็ม (Full text) ได้จากเว็บไซต์วารสารฯ

15. เนื้อหาหรือข้อสรุปในบทความทุกเรื่องที่ได้รับการตีพิมพ์ ถือเป็นผลงานทางวิชาการและเป็นความคิดเห็นส่วนตัวของผู้เขียนหรือผู้นิพนธ์ ไม่ใช่ความเห็นของกองบรรณาธิการ หากมีประเด็นทางกฎหมายเกี่ยวกับเนื้อหา ผู้เขียนหรือผู้นิพนธ์ จะต้องเป็นผู้รับผิดชอบแต่ผู้เดียว

11. การพิจารณาและการประเมินบทความ

11.1 กองบรรณาธิการ จะพิจารณาบทความเบื้องต้นเกี่ยวกับเนื้อหาและความถูกต้องของรูปแบบการพิมพ์ หากผ่านการพิจารณาจึงจะเข้าสู่ขั้นตอนการประเมินบทความโดยผู้ทรงคุณวุฒิที่มีความเชี่ยวชาญเนื้อหาของบทความนั้นมากที่สุด จากผู้ทรงคุณวุฒิ (Peer reviewer) อย่างน้อย 3 คน ซึ่งกระบวนการประเมินจะไม่เปิดเผยให้เจ้าของบทความทราบว่าใครคือ ผู้ประเมินและผู้รับการประเมินจะไม่ทราบว่าบทความนั้นเป็นของผู้ใด เพื่อคุณภาพของบทความ การพิจารณาตัดสินการรับตีพิมพ์ หรือปฏิเสธการรับตีพิมพ์บทความขึ้นอยู่กับผลการประเมินของผู้ทรงคุณวุฒิทั้งสามคน ส่วนการตัดสินใจขั้นสุดท้ายขึ้นกับบรรณาธิการวารสารฯ โดยบรรณาธิการจะส่งผลการพิจารณาไปยังผู้เขียนหรือผู้พิมพ์ อาจเป็นการตอบรับหรือปฏิเสธการตีพิมพ์ กรณีเป็นการตอบรับการตีพิมพ์ส่วนใหญ่จะมีข้อเสนอแนะให้มีการแก้ไขตั้งแต่การแก้ไขเพียงเล็กน้อยจนถึงการแก้ไขระดับมาก เพื่อให้บทความวิชาการและบทความวิจัยมีความสมบูรณ์มากขึ้น

11.2 ระยะเวลาในการพิจารณาและการประเมินบทความวิชาการและบทความวิจัย จนถึงขั้นตอนของการตอบรับตีพิมพ์บทความ ขึ้นอยู่กับคุณภาพบทความวิชาการและบทความวิจัย โดยประมาณใช้เวลา 2-3 เดือน ในการดำเนินงานตามกระบวนการตั้งแต่การส่งบทความให้ผู้ทรงคุณวุฒิ ระยะเวลาประเมินของผู้ทรงคุณวุฒิและระยะเวลาการแก้ไขต้นฉบับของผู้เขียนหรือผู้พิมพ์

11.3 การควบคุมคุณภาพบทความโดยบทความที่เป็นผู้เขียนหรือผู้พิมพ์ภายในสถาบันกองบรรณาธิการจะส่งให้ผู้ทรงคุณวุฒิภายนอก 3 คน เป็นผู้ประเมินเท่านั้น

11.4 บทความที่ผ่านการประเมินคุณภาพและมีการแก้ไข ผู้เขียนหรือผู้พิมพ์จะต้องแก้ไขบทความตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิและบรรณาธิการ โดยไฮไลต์ (Highlight) ส่วนที่ปรับเปลี่ยนพร้อมชี้แจงการปรับเปลี่ยนในรูปแบบฟอร์มที่แจ้งไว้และส่งไฟล์บทความที่ถูกต้องภายหลังปรับเปลี่ยนเรียบร้อยแล้วมาที่เมลวารสาร ภายในเวลาที่กำหนด

11.5 กองบรรณาธิการขอสงวนสิทธิ์ ในการตรวจแก้ไขรูปแบบการพิมพ์บทความ ให้เป็นไปตามการจัดรูปแบบของวารสาร การจัดลำดับการตีพิมพ์ก่อนหรือหลัง รวมทั้งสงวนสิทธิ์ในการปฏิเสธการตีพิมพ์บทความที่ได้รับการประเมินแล้วว่าไม่สมควรตีพิมพ์

11.6 บทความที่ได้รับการพิจารณาตีพิมพ์ กองบรรณาธิการมีนโยบายในการเปิดโอกาสให้ทุกคนเข้าถึงบทความฉบับเต็ม (Full text) ได้จากเว็บไซต์วารสารฯ

11.7 เนื้อหาหรือข้อสรุปในบทความทุกเรื่องที่ได้รับการตีพิมพ์ ถือเป็นผลงานทางวิชาการและเป็นความคิดเห็นส่วนตัวของผู้เขียนหรือผู้พิมพ์ ไม่ใช่ความเห็นของกองบรรณาธิการ หากมีประเด็นทางกฎหมายเกี่ยวกับเนื้อหา ผู้เขียนหรือผู้พิมพ์ จะต้องเป็นผู้รับผิดชอบแต่ผู้เดียว

สถานที่ติดต่อ

เลขานุการคณะกรรมการจัดทำวารสารพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยคริสเตียน
144 หมู่ 7 ถนนพระประโทน-บ้านแพ้ว ตำบลดอนยายหอม
อำเภอเมืองนครปฐม จังหวัดนครปฐม 73000
โทรศัพท์ 0-3438-8555 ต่อ 3102-04 โทรสาร 0-3427-4500
E-mail : nursejournal@christian.ac.th

อ่านบทความฉบับเต็ม (Full text) ได้ที่ Website :
https://he03.tci-thaijo.org/index.php/CUT_Nursejournal/issue/view/41

การเขียนอ้างอิง

การเขียนอ้างอิงประเภทต่างๆ วารสารพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยคริสเตียน ใช้ระบบการอ้างอิงแบบ APA (7th edition) โดยเริ่มใช้ตั้งแต่เดือนกรกฎาคม พ.ศ. 2566 เป็นต้นไป ดังตัวอย่าง

1. อ้างอิงจากหนังสือทั่วไป

ผู้แต่ง 1 คน	ภาษาไทย	ชื่อ/สกุล./(ปีพิมพ์)./ชื่อเรื่อง/ (พิมพ์ครั้งที่)./สำนักพิมพ์./URL. (ถ้ามี)
	ตัวอย่าง	แพรวพรรณ สุวรรณกิต. (2562). <i>เครื่องหัวใจและปอดเทียมหลักการและการปฏิบัติ Heart lung machine: Principle and practice</i> (พิมพ์ครั้งที่ 2). สำนักพิมพ์มหาวิทยาลัยนเรศวร.
	ภาษาอังกฤษ	สกุล./อักษรย่อชื่อ./&/สกุล./อักษรย่อชื่อ./(ปีพิมพ์)./ชื่อเรื่อง/(พิมพ์ครั้งที่)./URL. (ถ้ามี)
	ตัวอย่าง	Polit, D.F. (2010). <i>Statistics and data analysis for nursing research</i> (2nd ed.). Pearson education.
ผู้แต่ง 2 คน	ภาษาไทย	ชื่อ/สกุล./และ/ชื่อ/สกุล./(ปีพิมพ์)./ชื่อเรื่อง/(พิมพ์ครั้งที่)./สำนักพิมพ์./URL.(ถ้ามี)
	ตัวอย่าง	ยุทธชัย ไชยสิทธิ์ และประเสริฐ ไพบุลย์รุ่งโรจน์. (2564). <i>การพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะบีบคั้นทางจิตวิญญาณ</i> . จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
	ภาษาอังกฤษ	สกุล./อักษรย่อชื่อ./&/สกุล./อักษรย่อชื่อ./(ปีพิมพ์)./ชื่อเรื่อง/(พิมพ์ครั้งที่)./URL. (ถ้ามี)
	ตัวอย่าง	Best, J. W., & Kahn J. V. (1993). <i>Research in education</i> . (7th ed). Allyn and Bacon.
ผู้แต่ง 3-20 คน (ให้ใส่ชื่อทุกคน)	ภาษาไทย	ชื่อ1 /สกุล1,/ชื่อ2/สกุล2,/ชื่อ3/สกุล3,/ชื่อ4/สกุล4,/ชื่อ5/สกุล5,/ชื่อ6/สกุล6,/และ/ชื่อ7/สกุล7./(ปีพิมพ์)./ชื่อเรื่อง/(พิมพ์ครั้งที่)./สำนักพิมพ์./URL(ถ้ามี)
	ตัวอย่าง	พชร สันทัด, สุรชาติ ณ หนองคาย, สมาน งามสนิท, ฐานันดรศักดิ์ บวรนนท์กุล, เชษฐรัชดา พรณานิกุล, กฤษฏี สถิตยวิฒนานนท์, และประยงค์ เต็มขวลา. (2557). <i>ศาสตร์และศิลป์การบริหารการ พัฒนาศักยภาพคนมนุษย์</i> . สมาคมส่งเสริมคุณธรรม.
	ภาษาอังกฤษ	สกุล1,/อักษรย่อชื่อ1./สกุล2,/อักษรย่อชื่อ2./สกุล3,/อักษรย่อชื่อ3./สกุล 4,/และ/อักษรย่อชื่อ4./สกุล5,/อักษรย่อชื่อ5./สกุล6,/อักษรย่อชื่อ6./&/สกุล7,/และ/อักษรย่อชื่อ7./(ปีพิมพ์)./ชื่อเรื่อง/(พิมพ์ครั้งที่)./สำนักพิมพ์./URL (ถ้ามี)
	ตัวอย่าง	Hair, J. F., Black, W. C., Babin, B. J., Anderson, R. E. & ham Ronald L. (2010). <i>Multivariate data analysis</i> . (7th ed). Prentice Hall.

* กรณีไม่ปรากฏปีที่พิมพ์ ให้ใส่ (ม.ป.ป.) หรือ (n.d.) ** กรณีพิมพ์ครั้งที่ 1 ไม่ต้องระบุครั้งที่พิมพ์

*** กรณีไม่ปรากฏเมืองหรือสำนักพิมพ์ ให้ใส่ (ม.ป.ท.) หรือ (n.p.)



ผู้แต่ง 21 คน ขึ้นไป ให้ใส่ชื่อ และสกุลของ ผู้แต่งคนที่ 1-19 ตามด้วย เครื่องหมาย, ... ก่อนชื่อคน สุดท้าย	ภาษาไทย	ชื่อ1/สกุล1,/ชื่อ2/สกุล2,/ชื่อ3/สกุล3,/ชื่อ4/สกุล4,/ชื่อ5/สกุล5,/ชื่อ6/สกุล6, ////////ชื่อ7/สกุล7,/ชื่อ8/สกุล8,/ชื่อ9/สกุล9,/ชื่อ10/สกุล10,/ชื่อ11/สกุล11,/ ////////ชื่อ12/สกุล12,/ชื่อ13/สกุล13,/ //////////ชื่อ14/สกุล14,/ชื่อ15/สกุล15,/ ////////ชื่อ16/สกุล16,/ชื่อ17/สกุล17,/ชื่อ18/สกุล18,/ชื่อ19/สกุล19, ... ////////ชื่อคนสุดท้าย/สกุลคนสุดท้าย.(ปีพิมพ์)./ชื่อเรื่อง/(พิมพ์ครั้งที่)./ ////////สำนักพิมพ์./URL (ถ้ามี)
	ภาษาอังกฤษ	สกุล1,/อักษรย่อชื่อ1./สกุล2,/อักษรย่อชื่อ2./สกุล3,/อักษรย่อชื่อ3./สกุล4,/ ////////อักษรย่อชื่อ4./สกุล5,/อักษรย่อชื่อ5./สกุล6,/อักษรย่อชื่อ.6/สกุล7,/ ////////อักษรย่อชื่อ7./สกุล8 ./อักษรย่อชื่อ8./สกุล9,/อักษรย่อชื่อ9./สกุล10,/ ////////อักษรย่อชื่อ10./สกุล11,/อักษรย่อชื่อ11./สกุล12,/อักษรย่อชื่อ12./ ////////สกุล13,/อักษรย่อชื่อ13./สกุล14,/อักษรย่อชื่อ14./สกุล15,/อักษรย่อ ////////ชื่อ15./สกุล16,/อักษรย่อชื่อ16./สกุล17,/อักษรย่อชื่อ17./สกุล18,/ ////////อักษรย่อชื่อ18./สกุล19,/อักษรย่อชื่อ19./././สกุลคนสุดท้าย,/ ////////อักษรย่อชื่อคนสุดท้าย.(ปีพิมพ์)./ชื่อเรื่อง/(พิมพ์ครั้งที่)./สำนักพิมพ์./ ////////URL (ถ้ามี)
	ตัวอย่าง	Gilbert, J. R., Smith, J. D., Johnson, R. S., Anderson, A., Plath, S., Martin, G., Sorenson, K., Jones, R., Adams, T., Rothbaum, Z., Esty, K., Gibbs, M., Taultson, B., Christner, G., Paulson, L., Tolo, K., Jacobson, W. L., Robinson, R. A., Maurer, O., ... White, N. (2014). <i>Choosing a title</i> (2nd ed.). Unnamed Publishing.
ผู้แต่งเป็น สถาบัน	ตัวอย่าง	มหาวิทยาลัยคริสเตียน, คณะพยาบาลศาสตร์. (2560). รายงานผลดำเนินงาน ปีการศึกษา 2559. คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยคริสเตียน.
	ตัวอย่าง	Thailand, Office of the National Education Commission. (1977). <i>A research report on higher education system: A case study of Thailand</i> . Office of the National Education Commission. Ohio State University, College of Social Work. (1979). <i>An assessment of social wellbeing in franklin county: A report</i> . Author
ผู้รวบรวมหรือ บรรณาธิการ	ตัวอย่าง	ไพเราะ เลิศวิราม (บก.). (2550). <i>เศรษฐกิจพอเพียง</i> [Sufficiency economy] (พิมพ์ครั้งที่ 2). Postitioning Books.

2. อ้างอิงจากหนังสือในรูปแบบต่างๆ

หนังสืออิเล็กทรอนิกส์ที่ไม่มีเลข DOI	ภาษาไทย	ชื่อ/สกุล./(ปีที่พิมพ์)./ชื่อเรื่อง./(พิมพ์ครั้งที่)./URL
	ตัวอย่าง	กรมวิชาการเกษตร. (2555). การป้องกันกำจัดศัตรูปลาน้ำจืดโดยวิธีผสมผสาน (พิมพ์ครั้งที่ 2). http://www.doa.go.th/share/attachment.php?aid+1240
	ภาษาอังกฤษ	สกุล/อักษรย่อชื่อ./(ปีที่พิมพ์)./ชื่อเรื่อง./(พิมพ์ครั้งที่)./URL
	ตัวอย่าง	Jackson, L. M. (2019). <i>The psychology of prejudice: Form attitudes to social action (2nd ed). American Psychological Association.</i>
หนังสืออิเล็กทรอนิกส์ที่มีเลข DOI	ภาษาไทย	ชื่อ/สกุล./(ปีที่พิมพ์)./ชื่อเรื่อง./(พิมพ์ครั้งที่)./สำนักพิมพ์./https://doi.org/#####/เลข DOI
	ภาษาอังกฤษ	สกุล/อักษรย่อชื่อ./(ปีที่พิมพ์)./ชื่อเรื่อง/(พิมพ์ครั้งที่)./สำนักพิมพ์./https://doi.org/#####/เลข DOI
หนังสือแปล	ภาษาไทย	สกุล/อักษรย่อชื่อ./(ปีที่พิมพ์)./ชื่อเรื่องภาษาต้นฉบับ/[ชื่อหนังสือภาษาไทย]/##### (พิมพ์ครั้งที่)./สำนักพิมพ์.
	ตัวอย่าง	ฮอว์คิง, เอส. (2552). <i>The illustrated: A brief history of time</i> [ประวัติศาสตร์ของกาลเวลา ฉบับภาพประกอบ] (พิมพ์ครั้งที่ 17). มติชน.
	ภาษาอังกฤษ	สกุล/อักษรย่อชื่อ./(ปีที่พิมพ์)./ชื่อเรื่องภาษาต้นฉบับ/[ชื่อหนังสือภาษาอังกฤษ]/##### (พิมพ์ครั้งที่)./สำนักพิมพ์.
หนังสือชุดที่มีเลขที่เล่มแต่ไม่มีชื่อหนังสือเฉพาะเล่ม	ภาษาไทย	ชื่อ/สกุล./(ปีที่พิมพ์)./ชื่อเรื่อง/(พิมพ์ครั้งที่, เล่ม/เลขที่เล่ม)./สำนักพิมพ์./URL. #####(ถ้ามี)
	ตัวอย่าง	มูลนิธิโครงการสารานุกรมไทยสำหรับเยาวชน โดยพระราชประสงค์ในพระบาทสมเด็จพระบรมชนกาธิเบศร มหาภูมิพลอดุลยเดชมหาราช บรมนาถบพิตร. (2535). <i>สารานุกรมไทยสำหรับเยาวชน โดยพระประสงค์ในพระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัว</i> (เล่ม 16). https://www.saranukromthai.or.th/sub/other_sub.php?file=encyclopedia/book16.html
	ภาษาอังกฤษ	สกุล/อักษรย่อชื่อ./(ปีที่พิมพ์)./ชื่อเรื่อง/(พิมพ์ครั้งที่, Vol/เลขที่เล่ม)./สำนักพิมพ์./#####/URL. (ถ้ามี)
	ตัวอย่าง	Fiske, S. T., Gilbert, D. T., & Lindzey, G. (2021). <i>Handbook of social psychology</i> (5th ed., Vol.1). John Wiley & Sons. https://doi.org/10.1002/9780470561119
	ภาษาไทย	ชื่อ/สกุล./(ปีที่พิมพ์)./ชื่อเรื่อง/(พิมพ์ครั้งที่, เล่ม/เลขที่เล่ม)./สำนักพิมพ์./URL. #####(ถ้ามี)
หนังสือชุดที่มีเลขที่เล่มและชื่อหนังสือแต่ละเล่ม	ตัวอย่าง	จินตวิทย์ คล้ายสังข์. (2560). <i>บูรณาการ ICT สู่การเรียนรู้สำหรับผู้เรียนยุคใหม่: การผลิตและใช้สื่ออย่างมีระบบเพื่อการเรียนรู้ในศตวรรษที่ 21</i> . สำนักพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

	ภาษาอังกฤษ	สกุล/อักษรย่อชื่อ/(ปีที่พิมพ์)/ชื่อเรื่อง/(พิมพ์ครั้งที่, Vol/เลขที่เล่ม)/สำนักพิมพ์./ /////URL. (ถ้ามี)
	ตัวอย่าง	Travis, C. B. & White, J. W. (Eds.). (2018). <i>APA handbook of the psychology of women (Vol. 1) : History, theory, and battlegrounds</i> . American Psychological Association. https://doi.org/10.1037/0000059-009
บทในหนังสือ	ภาษาไทย	ชื่อ/สกุล/(ปีที่พิมพ์)/ชื่อบทหรือชื่อบทความ./ใน/ชื่อบรรณาธิการ/(บ.ก.)./ /////ชื่อหนังสือ/(น./เลขหน้า)/สำนักพิมพ์.
	ตัวอย่าง	นันทพันธ์ ชินล้ำประเสริฐ, และศิริพร พูลรักษ์. (2563). The happiness of giving of AU ambassadors for stop smoking. ใน ฤดี ปุ๋งบางกะดี, และชฎาภา ประเสริฐทรง (บ.ก.), <i>เรื่องเล่าชมรมนักศึกษาพยาบาล สร้างสังคมไทยปลอดบุหรี่</i> (น. 22-27). สำนักพิมพ์สื่อตะวัน.
	ภาษาอังกฤษ	สกุล/อักษรย่อชื่อ/(ปีที่พิมพ์)/ชื่อบทหรือชื่อบทความ./In/ชื่อบรรณาธิการ/ ///// (Ed. หรือ Eds.),/ชื่อหนังสือ/(pp./เลขหน้า)/สำนักพิมพ์.
	ตัวอย่าง	Wheatley, D. J. (2003). Principles, evolution and techniques of coronary surgery. In D. J. Wheatley (Ed.), <i>Surgery of coronary artery disease</i> (2rd ed') (pp. 157-189). Hodder Arnold.

3. อ้างอิงจากวารสาร

บทในวารสาร แบบรูปแบบเล่ม/ อิเล็กทรอนิกส์ ที่ไม่มีเลข DOI	ภาษาไทย	ชื่อ/สกุล/(ปีที่พิมพ์)/ชื่อบทความ./ชื่อวารสาร,/เลขของปีที่(เลขของฉบับที่),/ /////เลขหน้า.
	ตัวอย่าง	พยาม การดี และวารภรณ์ บุญเชียง. (2562). การดูแลสุขภาพแรงงานต่างด้าว ในบริการปฐมภูมิ: ความท้าทายในบทบาทพยาบาล. <i>วารสารพยาบาล สาธารณสุข</i> , 33(3), 146-162. .
	ภาษาอังกฤษ	สกุล/อักษรย่อชื่อ/(ปีที่พิมพ์)/ชื่อบทความ./ชื่อวารสาร,/เลขของปีที่(เลขของ /////ฉบับที่), เลขหน้า.
	ตัวอย่าง	El-Jardali, F., Dimassi, H., Jamal, D., Jaafar, M., & Hemadeh, N. (2011). Predictors and outcomes of patient safety culture in hospitals. <i>BMC Health Services Research</i> , 11(1), 1-12.

บทความ ในวารสาร อิเล็กทรอนิกส์ ที่มีเลข DOI	ภาษาไทย	ชื่อ/สกุล./(ปีที่พิมพ์)./ชื่อบทความ./ชื่อวารสาร./เลขของปีที่(เลขของฉบับที่),/ /////เลขหน้า./https://doi.org/เลข DOI
	ภาษาอังกฤษ	สกุล,/อักษรย่อชื่อ./(ปีที่พิมพ์)./ชื่อบทความ./ชื่อวารสาร./เลขของปีที่ ///// (เลขของฉบับที่),/เลขหน้า./https://doi.org/เลข DOI
	ตัวอย่าง	Gilly, G & Trusheim, J. (2016). Con: The Hepcon HMS should not be used instead of traditional activated clotting time to dose heparin and protamine for cardiac surgery requiring cardiopulmonary bypass. <i>Journal of Cardiothoracic and Vascular Anesthesia</i> , 30(6), 1730-1732. http://dx.doi.org/10.1053/j.jvca.2016.08.029 .

4. อ้างอิงจากหนังสือพิมพ์และหนังสือพิมพ์ออนไลน์

ภาษาไทย	ชื่อ/สกุล./(ปี,/วัน/เดือน)./ชื่อคอลัมน์./ชื่อหนังสือพิมพ์./เลขหน้า./URL (ถ้ามี)
ตัวอย่าง	พงษ์พรรณ บุญเลิศ. (2561, 15 สิงหาคม). เติลนิวิธว่าไรต์: ‘สื่อพิพิธภัณฑ’ เชื่อมยุคสมัย เข้าถึงด้วย ‘มิติใหม่’ อินเทอร์เน็ต. <i>เดลินิวส์</i> , 4. http://lib.edu.chula.ac.th/fileroom/cu_formclipping/drawer006/data0013/00013005.pdf
ภาษาอังกฤษ	สกุล,/อักษรย่อชื่อ./(ปี,/วัน/เดือน)./ชื่อคอลัมน์./ชื่อหนังสือพิมพ์./เลขหน้า./URL (ถ้ามี)
ตัวอย่าง	Brody, J. E. (2007, 11 December). Mental reserves keep brain agile. <i>The New York Times</i> . https://www.nytimes.com

5. อ้างอิงจากวิทยานิพนธ์ปริญญาดุษฎีบัณฑิต และวิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต (Doctoral dissertation/ Mater's thesis)

5.1 วิทยานิพนธ์ปริญญาดุษฎีบัณฑิตและวิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิตที่ไม่ได้ตีพิมพ์

ภาษาไทย	ชื่อ/สกุล./(ปีที่เผยแพร่)./ชื่อวิทยานิพนธ์/วิทยานิพนธ์ปริญญาดุษฎีบัณฑิต ไม่ได้ตีพิมพ์ /////หรือวิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต ไม่ได้ตีพิมพ์./ชื่อมหาวิทยาลัย.
ตัวอย่าง	แสงสม เพิ่มพูน. (2556). การจัดการความรู้ในการสร้างสมรรถนะการปฏิบัติงานของผู้ตรวจการพยาบาลในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิแห่งหนึ่งในจังหวัดปราจีนบุรี [วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต ไม่ได้ตีพิมพ์]. มหาวิทยาลัยคริสเตียน.
ภาษาอังกฤษ	สกุล,/อักษรย่อชื่อ./(ปีที่เผยแพร่)./ชื่อวิทยานิพนธ์/[Unpublished doctoral dissertation /////หรือ Unpublished master's thesis]./ชื่อมหาวิทยาลัย.
ตัวอย่าง	Jung, M. S. (2014). <i>A structural equation model on core competence of nursing students</i> [Unpublished doctoral dissertation]. Choong-Ang University.

5.2 วิทยานิพนธ์ปริญญาดุษฎีบัณฑิตและวิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิตจากเว็บไซต์ (ไม่อยู่ในฐานข้อมูลเชิงพาณิชย์)

ภาษาไทย	ชื่อ/สกุล./(ปีที่เผยแพร่)./ชื่อวิทยานิพนธ์/[วิทยานิพนธ์ปริญญาดุษฎีบัณฑิต หรือวิทยานิพนธ์ปริญญา /////////มหาบัณฑิต,/ชื่อมหาวิทยาลัย]./ชื่อเว็บไซต์./URL
ตัวอย่าง	มานพ จันทรเทศ. (2547). <i>การนำเสนอรูปแบบการพัฒนานโยบายของสถาบันราชภัฏ</i> [วิทยานิพนธ์ ปริญญาดุษฎีบัณฑิต ไม่ได้ตีพิมพ์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย]. ThaiLis http://tdc.thailis.or.th/tdc
ภาษาอังกฤษ	สกุล,/อักษรย่อชื่อ./(ปีที่เผยแพร่)./ชื่อวิทยานิพนธ์/[Doctoral dissertation หรือ Master's thesis,/ //////// ชื่อมหาวิทยาลัย]. ชื่อเว็บไซต์./URL
ตัวอย่าง	Bruckman, A. (1997). <i>MOOSE crossing: Construction, community, and learning in a networked virtual world for kids</i> [Doctoral dissertation Massachusetts Institute of Technology]. Dspace@mit. http://hdl.handle.net/1721.1/33821

5.3 วิทยานิพนธ์ปริญญาดุษฎีบัณฑิตและวิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต จากฐานข้อมูลเชิงพาณิชย์

ภาษาไทย	ชื่อ/สกุล./(ปีที่เผยแพร่)./ชื่อวิทยานิพนธ์/(หมายเลข UMI หรือ เลขลำดับอื่นๆ)/[วิทยานิพนธ์ปริญญา- /////////ดุษฎีบัณฑิต หรือ วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต,/ชื่อมหาวิทยาลัย]./ชื่อฐานข้อมูล.
ภาษาอังกฤษ	สกุล,/อักษรย่อชื่อ./(ปีที่เผยแพร่)./ชื่อวิทยานิพนธ์/[Unpublished doctoral dissertation /////////(หมายเลข UMI หรือ เลขลำดับอื่นๆ)/[Doctoral dissertation หรือ Master's thesis, /////////ชื่อมหาวิทยาลัย]./ชื่อฐานข้อมูล.
ตัวอย่าง	McNiel, D. S. (2006). <i>Meaning through narrative: A personal narrative discussing growing up with an alcoholic mother</i> (UMI No. 1431728) [Master's thesis, California State University-Long Beach]. ProQuest Dissertations and Theses database.

6. อ้างอิงจากรายงาน

6.1 รายงานที่จัดทำโดยหน่วยงานของรัฐหรือองค์กรอื่น

ภาษาไทย	ชื่อหน่วยงาน./(ปีที่เผยแพร่)./ชื่อเรื่อง./สำนักพิมพ์./URL (ถ้ามี)
ตัวอย่าง	สำนักงานคณะกรรมการข้าราชการพลเรือน. (2561). <i>รายงานประจำปี 2561</i> . 21 เซ็นจูรี. https://www.ocsc.go.th/sites/default/file/document/ocse_annual_report_2561.pdf
ภาษาอังกฤษ	ชื่อหน่วยงาน./(ปีที่เผยแพร่)./ชื่อเรื่อง./สำนักพิมพ์./URL (ถ้ามี)
ตัวอย่าง	National Cancer Institute. (2019). <i>Taking time: Support for people with cancer</i> (NIH Publication No. 18-2059). U.S. Department of Health and Human Services, National Institutes of Health. https://www.cancer.gov/publications/patient-education/takingtime.pdf

6.2 รายงานที่จัดทำโดยผู้เขียนรายบุคคลสังกัดหน่วยงานรัฐหรือองค์กรอื่น

ภาษาไทย	ชื่อ/สกุล/(ปีที่เผยแพร่)/ชื่อเรื่อง./สำนักพิมพ์./URL (ถ้ามี)
ตัวอย่าง	สมาลี ตั้งคณานุรักษ์, อรทัย วิลลโนธ, และ เกรียงไกร นະຈຽ. (2559). <i>การวิจัยและพัฒนารูปแบบเพื่อการพัฒนาความรับผิดชอบ การควบคุมและควมมีวินัยของนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 5 และ 6 โรงเรียนสาธิตจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ฝ่ายประถม. คณะครุศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.</i>
ภาษาอังกฤษ	สกุล./อักษรย่อชื่อ/(ปีที่เผยแพร่)/ชื่อเรื่อง./สำนักพิมพ์./URL (ถ้ามี)
ตัวอย่าง	Lipsey, M. W., Farran, D. C., & Hofer, K. G. (2015). <i>A randomized control trial of a statewide voluntary prekindergarten program on children's skills and behaviors through third grade.</i> Vanderbilt University, Peabody Research Institute.

7. อ้างอิงจากเอกสารประกอบการประชุม/การประชุมวิชาการที่ไม่มี proceeding (Symposium)

ภาษาไทย	ชื่อ/สกุล/(วันที่,/เดือน,/ปี)/ชื่อเรื่องที่น่าสนใจ./ในชื่อ/(ประธาน),/ชื่อหัวข้อการประชุม/ //////// [Symposium],/ชื่อการประชุม,/สถานที่ประชุม
ภาษาอังกฤษ	สกุล./อักษรย่อชื่อ/(ปี,/เดือน,/วันที่)/ชื่อเรื่องที่น่าสนใจ./In/อักษรย่อ/สกุล/(Chair),/ชื่อหัวข้อ ////////การประชุม/[Symposium],/ชื่อการประชุม,/สถานที่ประชุม
ตัวอย่าง	De Boer, D, & Lafavor, T (2018, April 26-29). <i>The art and significance of successfully indentifying resilient individuals: A person-focused approach.</i> In A. M. Schmidt & A. Kryvanos (Chairs), <i>Perspectives onf resilience: Conceptualization, measurement, and enhancement</i> [Symposium]. Western Psychologica Association 98 th Annual Convention, Portland, OR, United States.

8. อ้างอิงจากการนำเสนองานวิจัยหรือการนำเสนอโปสเตอร์ (Paper/Poster Presentaion)

8.1 การนำเสนองานวิจัย

ภาษาไทย	ชื่อ/สกุล/(ปี,/วัน/เดือน)/ชื่อ paper หรือ poster/[Paper หรือ Poster Presentaion]./ชื่อการประชุม, /////////สถานที่.
ตัวอย่าง	นิดา ไพรณารี่. (2554, มีนาคม). <i>การจัดการวิสาหกิจชุมชนในจังหวัดกาฬสินธุ์</i> [Paper presentation]. การประชุมมหาวิทยาลัยกรุงเทพ, กรุงเทพมหานคร, ประเทศไทย
ภาษาอังกฤษ	สกุล./อักษรย่อชื่อ/(ปี,/เดือน,/วันที่)/ชื่อ paper หรือ poster/[Paper หรือ Poster Presentaion]./ /////////ชื่อการประชุม,/สถานที่.
ตัวอย่าง	Khayankij, S. (2016, July). <i>Mandalas as a tool to enhance self-awareness for early childhood student teachers</i> [Paper persentation]. Pacific Early Childhood Education Research Association, Bangkok, Thailand.

8.2 การนำเสนอโปสเตอร์

ภาษาไทย	ชื่อ/สกุล/(ปี,/วัน/เดือน)/ชื่อ paper หรือ poster/[Paper หรือ Poster Presentaion]/ชื่อการ ////////ประชุม,/สถานที่.
ภาษาอังกฤษ	สกุล,อักษรย่อชื่อ/(ปี,/เดือน,/วันที่)/ชื่อ paper หรือ poster/[Paper หรือ Poster Presentaion]/ ////////ชื่อการประชุม,/สถานที่.
ตัวอย่าง	Haldru, S., Lapolla, A., & Gundgaard, J. (2017, November 4-8). <i>Cost-effectiveness of switching to insulin degludec (ideg) in real-world clinical practice in Italy</i> [Poster Presentaion]. International Society for Pharmacoeconomics and Outcomes Research (ISPOR) 20 th Annual European Congress, Glasgow, Scotland.

9. อ้างอิงจากรายงานการประชุมเชิงวิชาการ (Proceeding)

9.1 ในรูปแบบรูปเล่มหนังสือ

ภาษาไทย	ชื่อ/สกุล/(ปี)/ชื่อบทความ./ใน/ชื่อบรรณาธิการ/(บ.ก.),/ชื่อหัวข้อการประชุม./ชื่อการประชุม/ ////////(น./เลขหน้า)/ฐานข้อมูล.
ตัวอย่าง	พัชรภา ตันติชูเวช. (2553). การศึกษาทั่วไปกับคุณลักษณะบัณฑิตที่พึงประสงค์ในประเทศไทย มาเลเซียและสิงคโปร์ ศึกษาเปรียบเทียบกับประเทศไทย. ใน ศิริชัย กาญจนวาสี (บ.ก.), <i>การขับเคลื่อนคุณภาพการศึกษาไทย. การประชุมวิชาการและเผยแพร่ผลงานวิจัยระดับชาติ</i> (น. 97-102). คณะครุศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
ภาษาอังกฤษ	สกุล,อักษรย่อชื่อ/(ปี)/ชื่อเรื่อง./In/ชื่อบรรณาธิการ/(Ed. หรือ Eds.),/ชื่อหัวข้อการประชุม./ ////////ชื่อการประชุม/(pp./เลขหน้า)/ฐานข้อมูล.
ตัวอย่าง	Katz, I., Gabayan, K., & Aghajan, H. (2007). A multi-touch surface using multiple cameras. In J. Blanc-Talon, W. Philips, D. propescu, & P. Scheunders (Eds.), <i>Lecture notes in computer science: Vol. 4678. Advanced concepts for intelligent vision systems</i> (pp. 97-108). Springer-Verlag. https://doi.org/10.1007/978-3-540-74607-2_9
กรณีมีเลข DOI หรือ URL ให้เติมต่อท้ายจากฐานข้อมูล ตัวอย่าง ชื่อฐานข้อมูล./https://doi.org/xxxx	

9.2 ในรูปแบบวารสาร

ภาษาไทย	ชื่อ/สกุล/(ปี)/ชื่อเรื่อง:/ชื่อเรื่องย่อ./ชื่อวารสาร,/เลขของปีที่(เลขของฉบับที่),/เลขหน้า./URL
ภาษาอังกฤษ	สกุล,อักษรย่อชื่อ/(ปี)/ชื่อเรื่อง:/ชื่อเรื่องย่อ./ชื่อวารสาร,/เลขของปีที่(เลขของฉบับที่),/เลขหน้า./ URL
ตัวอย่าง	Chaudhuri, S., & Biswas, A. (2017). External terms-of-trade and labor market imperfections in developing countries: Theory and evidence. <i>Proceedings of the Academy of Economics and Economic Education</i> , 20(1), 11-16. https://search-proquest-com.elibrary.jcy.edu.au/docview/1928612180?accountid=16285

10. อ้างอิงจากเอกสารที่ไม่ได้ตีพิมพ์ (เอกสารประกอบการเรียน)

ภาษาไทย	ชื่อ/สกุล/(ปี)./ชื่อเอกสาร/[เอกสารที่ไม่ได้ตีพิมพ์]./คณะ,/มหาวิทยาลัย.
ตัวอย่าง	อัญญมณี บุญเชื้อ. (2560). การส่งเสริมพัฒนาการทางอารมณ์และสังคมสำหรับเด็กปฐมวัย [เอกสารที่ไม่ได้ตีพิมพ์]. ภาควิชาหลักสูตรและการสอน คณะครุศาสตร์, จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
ภาษาอังกฤษ	สกุล/อักษรย่อชื่อ/(ปี)./ชื่อเอกสาร/[Unpublished manuscript]./คณะ,/มหาวิทยาลัย.
ตัวอย่าง	Blackwell, E., & Conrod, P. J. (2003). A five-dimensional measure of drinking motives [Unpublished manuscript]. Department of Psychology, University of British Columbia.

11. อ้างอิงจากเว็บไซต์ (Website)

ภาษาไทย	ชื่อ/สกุลผู้เขียน./(ปี,/วัน/เดือนที่เผยแพร่)./ชื่อบทความ./ชื่อเว็บไซต์./URL
ตัวอย่าง	เอมอัสมา วัฒนบุรณนท์. (2554, 27 เมษายน). การจัดการเรียนรู้สุขศึกษา. จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย (Chulapedia). http://www.chulapedia.chula.ac.th/index.php?title=การจัดการเรียนรู้สุขศึกษา
ภาษาอังกฤษ	สกุล/อักษรย่อชื่อ./(ปี,/เดือน/วันที่เผยแพร่)./ชื่อบทความ./ชื่อเว็บไซต์./URL
ตัวอย่าง	Centers for Disease Control Prevention. (2018, August 22). Preventing HPV-associated cancers. https://www.cdc.gov/cancer/hpv/basic_info/prevention.htm
* กรณีไม่มีวันที่เผยแพร่ปรากฏ ให้ใส่ (ม.ป.ป.) หรือ (n.d.) ** กรณีที่ไม่ปรากฏเฉพาะ พ.ศ. หรือ ค.ศ. ให้ใส่แค่ (ปี) เท่านั้น *** กรณีชื่อผู้เขียนและชื่อเว็บไซต์เป็นชื่อเดียวกัน ให้ตัดชื่อเว็บไซต์ออก	

12. อ้างอิงจากสารสนเทศที่ไม่ปรากฏชื่อผู้แต่ง

12.1 สารสนเทศที่เป็นส่วนหนึ่งของงานอื่น (บทในหนังสือ/บทความในวารสาร/สารานุกรม)

ภาษาไทย	ชื่อเรื่อง/(ปี,/วัน/เดือนที่เผยแพร่)./ชื่อแหล่งข้อมูล./URL
ตัวอย่าง	ก้าวต่อไปของสถาบันอุดมศึกษาไทยในตลาดอาเซียน. (2554). <i>อนุสารอุดมศึกษา</i> , 37(400), 9-12. http://www.mua.go.th/prweb/pr_web/udom_mua/data/400.pdf เกษตรกรรม. (2563, 4 มิถุนายน). ใน <i>วิกิพีเดีย</i> . https://th.wikipedia.org/w/index.php?title=เกษตรกรรม&oldid=8891799
ภาษาอังกฤษ	ชื่อเรื่อง/(ปี,/เดือน/วันที่เผยแพร่)./ชื่อแหล่งข้อมูล./URL
* กรณีไม่มีวันที่เผยแพร่ปรากฏ ให้ใส่ (ม.ป.ป.) หรือ (n.d.) ** กรณีที่ไม่ปรากฏเฉพาะ พ.ศ. หรือ ค.ศ. ให้ใส่แค่ (ปี) เท่านั้น	

12.2 สารสนเทศที่ไม่เป็นส่วนหนึ่งของงานอื่น (หนังสือ/รายงาน/เว็บไซต์)

ภาษาไทย	ชื่อเรื่อง/(พิมพ์ครั้งที่)/(ปี,/วัน/เดือนที่เผยแพร่)/ชื่อแหล่งข้อมูล./URL
ตัวอย่าง	ไขข้อข้องใจ การบ้านยังจำเป็นสำหรับเด็กยุคใหม่หรือไม่? (2562, 21 สิงหาคม). ครูบ้านนอกดอทคอม. https://www.kroobannok.com/87248
ภาษาอังกฤษ	ชื่อเรื่อง/(พิมพ์ครั้งที่)/(ปี,/เดือน/วันที่เผยแพร่)/ชื่อแหล่งข้อมูล./URL
ตัวอย่าง	<i>Merriam-Webster's collegiate dictionary-laminated</i> (2003, January 11). Merriam-Webster's.

12.3 อ้างอิงจากราชกิจจานุเบกษา

ภาษาไทย	ชื่อกฎหมาย./(ปี,/วัน/เดือน)/ราชกิจจานุเบกษา./เล่ม/เลขเล่ม/ตอนที่/เลขตอน./หน้า/เลขหน้า.
ตัวอย่าง	ประกาศกระทรวงศึกษาธิการ เรื่อง เกณฑ์มาตรฐานหลักสูตรระดับบัณฑิตศึกษา พ.ศ. 2565. (2565, 31 มีนาคม). ราชกิจจานุเบกษา. เล่ม 139 ตอนที่ 20 ก. หน้า 1-11. พระราชบัญญัติกองทุนเพื่อความเสมอภาคทางการศึกษา พ.ศ. 2561. (2561, 13 พฤษภาคม). ราชกิจจานุเบกษา. เล่ม 135 ตอนที่ 33 ก. หน้า 1-18.

การอ้างอิงในเนื้อหา

ผู้แต่ง	การอ้างอิงแบบเน้นผู้แต่ง (หน้าข้อความ)	การอ้างอิงแบบเน้นเนื้อหา (ท้ายข้อความ)
ผู้แต่ง 1 คน	แพรวพรรณ สุวรรณกิต (2562) Launiala (2009)	<u>เขียนอ้างอิงแบบถอดความ</u> (แพรวพรรณ สุวรรณกิต, 2562) (Launiala, 2009)
	แพรวพรรณ สุวรรณกิต (2562) Launiala (2009)	<u>เขียนอ้างอิงแบบเฉพาะข้อความบางหน้า</u> (แพรวพรรณ สุวรรณกิต, 2562, น. 15) (แพรวพรรณ สุวรรณกิต, 2562, ภาคผนวก ก) (แพรวพรรณ สุวรรณกิต, 2562, บทที่ 4) (Launiala, 2009, pp. 100-120) (Launiala, 2009, Chapter 4)
ผู้แต่ง 2 คน	ยุทธชัย ไชยสิทธิ์ และประเสริฐ ไพบุลย์รุ่งโรจน์ (2564) Polit and Beck (2014)	(ยุทธชัย ไชยสิทธิ์ และประเสริฐ ไพบุลย์รุ่งโรจน์, 2564) (Polit & Beck, 2014)
ผู้แต่ง 3 คน	<u>อ้างอิงครั้งแรก</u> สำราณ พลเตชา สุนันท์ นกทอง และวัลลภา ช่างเจรจา (2561) Zahara, Dewi and Saptarini (2016)	<u>อ้างอิงครั้งแรก</u> (สำราณ พลเตชา สุนันท์ นกทอง และวัลลภา ช่างเจรจา, 2561) (Zahara, Dewi & Saptarini, 2016)
	<u>อ้างอิงต่อมา</u> สำราณ พลเตชา และคณะ (2561) Zahara et al. (2016)	<u>อ้างอิงต่อมา</u> (สำราณ พลเตชา และคณะ, 2561) (Zahara et al., 2016)
ผู้แต่ง 3 คน หรือมากกว่า 3 คน	ไพโรสุตา บัวลอย และคณะ (2561) Duggleby et al. (2010)	(ไพโรสุตา บัวลอย และคณะ, 2561) (Duggleby et al., 2010)
หนังสือที่ไม่ปรากฏ ชื่อผู้แต่ง	ดอกไม้ในวรรณคดี (2523)	(ดอกไม้ในวรรณคดี, 2523)
บทความที่ไม่ ปรากฏ ชื่อผู้แต่ง	“Judo” (2021)	(“Judo”, 2021)
ผู้แต่งที่เป็น นามแฝง	ส. ศิวรักษ์ (2532) Dr. Seuss (2001)	(ส. ศิวรักษ์, 2532) (Dr. Seuss, 2001)
สถาบัน/หน่วยงาน นิติบุคคล	สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและ สังคมแห่งชาติ, 2561	(สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและ สังคมแห่งชาติ, 2561)

ผู้แต่ง	การอ้างอิงแบบเน้นผู้แต่ง (หน้าข้อความ)	การอ้างอิงแบบเน้นเนื้อหา (ท้ายข้อความ)
สถาบัน/หน่วยงาน นิติบุคคลที่มีอักษรย่อ	<u>อ้างอิงครั้งแรก</u> การท่องเที่ยวแห่งประเทศไทย (ททท, 2567) National Center for Equitable Care for Elders (NCECE, 2016) World Health Organization (WHO, 2019) <u>อ้างอิงต่อมา</u> ททท (2567) NCECE (2016) WHO (2019)	<u>อ้างอิงครั้งแรก</u> (การท่องเที่ยวแห่งประเทศไทย [ททท], 2567) (National Center for Equitable Care for Elders [NCECE], 2016) (World Health Organization [WHO], 2019) <u>อ้างอิงต่อมา</u> (ททท, 2567) (NCECE, 2016) (WHO, 2019)

ตัวอย่างบทความวิจัย

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความพึงพอใจในการปฏิบัติงานของพยาบาลในหน่วยบริการปฐมภูมิ
เขตบริการสุขภาพที่ 4*

มินตรา รวงผึ้ง**, ผจงจิต ไกรถาวร***, กมลรัตน์ กิตติพิมพานนท์***

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์การวิจัย: เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านโครงสร้าง ได้แก่ คุณลักษณะของหน่วยบริการ (ขนาดของหน่วยบริการ และการถ่ายโอนอำนาจ) และคุณลักษณะของพยาบาล (อายุ การศึกษาเฉพาะทางการพยาบาลเวชปฏิบัติทั่วไปและผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง รายได้ ประสบการณ์การทำงานในหน่วยบริการปฐมภูมิ) และปัจจัยด้านกระบวนการ (ภาระงาน) กับความพึงพอใจในการปฏิบัติงานของพยาบาลในหน่วยบริการปฐมภูมิ

รูปแบบการวิจัย: การวิจัยเชิงพรรณนาแบบหาความสัมพันธ์

วิธีดำเนินการวิจัย: กลุ่มตัวอย่างคือ พยาบาลที่ปฏิบัติงานในหน่วยบริการปฐมภูมิในพื้นที่เขตบริการสุขภาพที่ 4 จำนวน 158 คน สุ่มตัวอย่างแบบ Multi-stage stratified sampling เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป โครงสร้างของหน่วยบริการ ลักษณะการปฏิบัติงาน และความพึงพอใจของพยาบาล วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา สหสัมพันธ์แบบสเปียร์แมน และพอยท์ไบซีเรียล

ผลการวิจัย: กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ มีความพึงพอใจทั้ง 5 ด้านระดับมาก มีเพียงความพึงพอใจต่อสิ่งสนับสนุนการทำงานและสวัสดิการในระดับปานกลาง คุณลักษณะของหน่วยบริการและคุณลักษณะพยาบาล ไม่มีความสัมพันธ์กับความพึงพอใจในการปฏิบัติงาน แต่ภาระงานมีความสัมพันธ์ทางบวกระดับต่ำกับความพึงพอใจในการปฏิบัติงานอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r_s=.160, p<.05$)

สรุปและข้อเสนอแนะ: ผู้บริหารควรจัดสรรสวัสดิการ สิ่งสนับสนุนการทำงาน และจัดสิ่งแวดล้อมในการทำงานที่ปลอดภัย เพื่อให้พยาบาลเกิดความมั่นใจในการทำงานและรู้สึกมั่นคงในชีวิตมากยิ่งขึ้น

คำสำคัญ: พยาบาลวิชาชีพ, หน่วยบริการปฐมภูมิ, ความพึงพอใจในการปฏิบัติงาน

วารสารพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยคริสเตียน ปีที่ 9 ฉบับที่ 2 กรกฎาคม-ธันวาคม 2565 หน้า 1-18

* วิทยานิพนธ์หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน และเป็นโครงการย่อยภายใต้โครงการวิจัย เรื่อง “บทบาทความรับผิดชอบของพยาบาลในการขับเคลื่อนระบบบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ” ของสภาการพยาบาล และได้รับทุนสนับสนุน งานวิจัยจากสภาการพยาบาล และสมาคมศิษย์เก่าบัณฑิต มหาวิทยาลัยมหิดล

** นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต โรงเรียนพยาบาลรามาธิบดี คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล

*** ผู้ช่วยศาสตราจารย์ โรงเรียนพยาบาลรามาธิบดี คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล

Corresponding author: e-mail: phachongchit.kra@mahidol.edu Tel. 0815548605

วันที่รับบทความ: 15 กรกฎาคม 2565, วันที่แก้ไขบทความเสร็จ: 15 ตุลาคม 2565, วันที่ตอบรับบทความ: 30 ตุลาคม 2565

Factors Related to Job Satisfaction among Nurses in Primary Care Units of Service Health Region 4*

Mintra Ruangpung**, Phachongchit Kraithaworn***, Kamonrat Kittippimpanon***

Abstract

Purpose: This research aimed to examine the relationship between structural factors, including the structure of service units (the size of the service unit and the administrative devolution), personal factors (age, education in Nurse Practitioner (NP)/Advanced Practice Nurse (APN) program, income and work experience in primary care units), and process factors (workload) with job satisfaction among nurses in primary care units.

Design: Descriptive Correlational Research

Method: The sample was 158 registered nurses working in primary care units of service health region 4 selected by multi-stage stratified sampling method. Data were collected using questionnaires including general information, service unit structure, performance characteristics, and the satisfaction of the nurses and were analyzed by using descriptive statistics, Spearman's Rank Correlation, and Point Biserial Correlations.

Main findings: Results revealed that most of the samples had a high score in all attributes of satisfaction except support and welfare, in which they were moderately satisfied. The characteristics of service units and the characteristics of nurses had no relationship with job satisfaction. However, the workload had positively low correlation with job satisfaction ($r_s=.160$, $p<.05$).

Conclusion and recommendations: Administrators should allocate welfare, work support, and provide a safe working environment for nurses to create confidence in work and make nurses feel more secure in life.

Keywords: Registered nurse, Primary care unit, Job satisfaction

Journal of Nursing Science Christian University of Thailand. 2022, 9(2), 1-18

* Master thesis, Master of Nursing Science Program in Community Nurse Practitioner, Ramathibodi School of Nursing, Faculty of Medicine Ramathibodi Hospital, Mahidol University. It is a sub-project under the research project titled "Responsibility Roles and Nurses in Driving Primary Health Care System" of the Thai Nursing Council. Received funding from the Thai Nursing Council and Mahidol University Alumni Association

** Student in Master of Nursing Science, Program in Community Nurse Practitioner, Ramathibodi School of Nursing, Faculty of Medicine Ramathibodi Hospital, Mahidol University.

*** Assistant Professor, Ramathibodi School of Nursing, Faculty of Medicine Ramathibodi Hospital, Mahidol University.

Corresponding author: e-mail: phachongchit.kra@mahidol.edu Tel. 0815548605

Received: 15 July 2022, Revised: 15 October 2022, Accepted: 30 October 2022



ตัวอย่างบทความวิชาการ

การพยาบาลผู้ป่วยที่ติดเชื้อในกระแสเลือดจากการใส่สายสวนหลอดเลือดดำส่วนกลาง : กรณีศึกษาเปรียบเทียบ

ปาไลดา นราวุฒิพร*

บทคัดย่อ

การติดเชื้อในกระแสเลือดจากการใส่สายสวนหลอดเลือดดำส่วนกลาง เป็นภาวะแทรกซ้อนที่พบบ่อยในผู้ป่วยที่ได้รับการใส่สายสวนหลอดเลือดดำส่วนกลาง ซึ่งส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยนอนรักษาตัวในโรงพยาบาลนานขึ้น ค่าใช้จ่ายในการดูแลผู้ป่วยสูงขึ้น และเสียชีวิตได้ ดังนั้นพยาบาลผู้ดูแลจะต้องมีการวางแผนในการพยาบาลผู้ป่วยที่ใส่สายสวนหลอดเลือดดำส่วนกลางเพื่อป้องกันการเกิดการติดเชื้อในกระแสเลือด

บทความนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อทบทวนกระบวนการพยาบาลในผู้ป่วยกรณีศึกษา 2 รายที่รับไว้ดูแลในหอผู้ป่วยกึ่งวิกฤตจากภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดจากโรคติดเชื้อหนองในช่องเยื่อหุ้มปอด และโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้าย ที่ได้รับการรักษาด้วยการใส่สายสวนหลอดเลือดดำส่วนกลางและเกิดการติดเชื้อในกระแสเลือด ซึ่งการดูแลที่ผู้ป่วยได้รับการพยาบาลอย่างใกล้ชิด โดยมีการประเมินอาการเปลี่ยนแปลง การดูแลให้ได้รับการรักษาตามแผนการรักษาของแพทย์อย่างครบถ้วน รวมทั้งมีการดูแลตามมาตรการป้องกันการติดเชื้อในกระแสเลือดจากการใส่สายสวนหลอดเลือดดำส่วนกลางของโรงพยาบาลจนผู้ป่วยมีสุขภาพดีขึ้นสามารถจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลได้

คำสำคัญ : การใส่สายสวนหลอดเลือดดำส่วนกลาง, การติดเชื้อในกระแสเลือด, ภาวะแทรกซ้อน

วารสารพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยคริสเตียน ปีที่ 9 ฉบับที่ 2 กรกฎาคม-ธันวาคม 2565 หน้า 70-87

* พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ งานป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ โรงพยาบาลนครปฐม

Corresponding author, e-mail: palidanara@gmail.com Tel. 095-269-4945

วันที่รับบทความ: 7 พฤศจิกายน 2565, วันที่แก้ไขบทความเสร็จ: 5 ธันวาคม 2565, วันที่ตอบรับบทความ: 16 ธันวาคม 2565



Nursing Care of the Patient with Central Line - Associated Bloodstream Infection (CLABSI): Comparative Case Studies

Palida Narawutthiporn*

Abstract

Central Line-associated Bloodstream Infection (CLABSI) is a common complication in patients receiving central venous catheterization. CLABSI affects the patients' need to stay longer in hospital and increases the cost of caring. It can lead to organ failure and death. In this regard, nurses need to have a plan and provide nursing care based on standard guidelines for patients with central venous catheterization to prevent CLABSI.

The purpose of this article is to review the nursing process in two case studies who were treated in the semi-critical ward with the crisis of sepsis from pleural effusion and end-stage chronic kidney disease. Patients were treated with central venous catheterization and infected with CLABSI. Patients had many factors that increase the risk for CLABSI. After early detection of CLABSI, patients received intensive nursing care, periodic monitoring and evaluation of signs and symptomatic change as well as the care of patients according to the treatment of both dependent and independent care. In addition, standard care should be provided based on the hospital's CLABSI standards. Finally, the two patients in this study had health improvement and were able to discharge from the hospital.

Keywords: Central venous catheterization, Bloodstream infection, Complication.

Journal of Nursing Science Christian University of Thailand. 2022, 9(2), 70-87

* Registered Nurse, Professional Level, Infection prevention and control section, Nakhon Pathom Hospital

Corresponding author, e-mail: palidanara@gmail.com Tel. 095-269-4945

Received: 7 November 2022, Revised: 5 December 2022, Accepted: 16 December 2022



www.christian.com

มหาวิทยาลัยคริสเตียน วิทยาเขตหลักนครปฐม

144 หมู่ 7 ต. กอนยายหอม อ. เมืองนครปฐม

จ.นครปฐม 73000

โทรศัพท์ 0-3438-8555, 081-9419995

โทรสาร 0-3427-4500

มหาวิทยาลัยคริสเตียน ศูนย์ศึกษาสยามคอมเพล็กซ์

ชั้น 8-9 อาคารสภาคริสตจักรในประเทศไทย

เลขที่ 328 ถนนพญาไท เขตราชเทวี กรุงเทพมหานคร 10400

โทรศัพท์ 0-2214-6303-6 โทรสาร 0-2214-6039