ISSN 2651-1274 (online)

วารสารมหาวิทยาลัยนราธิวาสราชนครินทร์

Princess of Naradhiwas University Journal

ปีที่ 16 ฉบับที่ 2 (พฤษภาคม - สิงหาคม 2567)
VOL.16 NO.2 MAY- AUGUST 2024







PNUJR

วารสารผ่านการรับรองคุณภาพ TCI กลุ่ม 1 (พ.ศ.2563 - 2567)
สาขาวิทยาศาสตร์สุขภาพ
PNUJR ได้รับการคัดเลือกเข้าสู่ฐานข้อมูล ASEAN Citation Index (ACI)

วารสารมหาวิทยาลัยนราธิวาสราชนครินทร์

Princess of Naradhiwas University Journal

ปีที่ 16 ฉบับที่ 2 พฤษภาคม – สิงหาคม 2567

วารสารมหาวิทยาลัยนราธิวาสราชนครินทร์ รับพิจารณาตีพิมพ์ผลงานทางวิชาการประเภทบทความวิจัย บทความวิชาการ บทความปริทัศน์ บทความพิเศษ และบทความปกิณกะ ทั้งนี้บทความต้องไม่เคยตีพิมพ์ในวารสารอื่นใดมาก่อนนับจากวันที่ผู้เขียนได้ส่งบทความต้นฉบับนี้มายังกองบรรณาธิการ

วัตถุประสงค์

1. เพื่อเผยแพร่ผลงานวิจัย บทความทางวิชาการ สาขาวิทยาศาสตร์สุขภาพ เช่น ด้าน การแพทย์ (Medicine) ด้านการพยาบาล (Nursing) ด้านทันตกรรม (Dentistry) ด้านสาธารณสุขศาสตร์ (Health profession) และด้านอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องกับวิทยาศาสตร์สุขภาพ
2. เพื่อสร้างเครือข่ายทางวิชาการทั้งในสถาบันการศึกษาและสถาบันวิชาชีพที่เกี่ยวข้อง
3. เพื่อตอบสนองพันธกิจหลักในการสร้างองค์ความรู้ และการเผยแพร่ผลงานวิจัยและผลงานทางวิชาการของมหาวิทยาลัยนราธิวาสราชนครินทร์

สำนักงาน กองบรรณาธิการวารสาร
มหาวิทยาลัยนราธิวาสราชนครินทร์
อำเภอเมือง จังหวัดนราธิวาส 96000
โทร. 0-7370-9030 ต่อ 1611 โทรสาร 0-7370-9030
http://journal/pnu.ac.th, E-mail: pnu_jr@hotmail.com

วารสารมหาวิทยาลัยนราธิวาสราชนครินทร์

Princess of Naradhiwas University Journal

ปีที่ 16 ฉบับที่ 2 พฤษภาคม – สิงหาคม 2567

ที่ปรึกษา

ศ.ดร.นพ.กระแส ชนะวงศ์
ผศ.ดร.จงรัก พลาศัย
รศ.ดร.รสสุคนธ์ แสงมณี
ผศ.ดร.ปริชา สะแลแม
อ.ดร.อาสลัน หิเล
รศ.ดร.ศิริพันธุ์ ศิริพันธุ์
ผศ.ดร.สายทอง แก้วฉาย
อาจารย์มารีย๊ะ ปุเต๊ะ

บรรณาธิการ

ผศ.มุสลินท์ โตะแปเราะ

ผู้ช่วยบรรณาธิการ

รศ.ดร.พนม สุขจันทร์
ผศ.วนิสา หะยีเซาะ
อาจารย์วนิดา อาแว

กองจัดการ

ผศ. ดร.ประทาน ศรีชัย
ผศ.เดชดนัย จุ้ยชุม
อาจารย์ฟิรดาว นิสะนิ
อ.ดร.ลาตีฟะห์ เจ๊ะเลาะ
นางสาวนฤมล รัตนธานี
นางปิยนุช วัจนศิริ
นางสาวซัมซียะห์ เจ๊ะสาเม๊าะ

เจ้าของ

มหาวิทยาลัยนราธิวาสราชนครินทร์

กำหนดออก

ปีละ 3 ฉบับ ดังนี้
ฉบับที่ 1 มกราคม – เมษายน
ฉบับที่ 2 พฤษภาคม – สิงหาคม
ฉบับที่ 3 กันยายน – ธันวาคม

กองบรรณาธิการ

ศาสตราจารย์ ดร.ถวิล พึ่งมา	สถาบันเทคโนโลยีพระจอมเกล้าเจ้าคุณทหารลาดกระบัง
ศาสตราจารย์ ดร.ชาญวิทย์ วัชรพุกก์	มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์
ศาสตราจารย์ ดร.รัตน์ศิริ ทาโต	จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Prof Dr.Saryono	University of Jenderal Soedirman, Indonesia
Dr.Ahmed H.A. Dabwan	TATI University College, Terengganu, Malaysia
Dr.Samantha Chandranath Karunarathna	Kunming Institute of Botany, CAS, China
รองศาสตราจารย์ ดร.ประณีต ส่งวัฒนา	มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์
รองศาสตราจารย์ ดร.ศราวุธ ปาลิโภชน์	มหาวิทยาลัยวลัยลักษณ์
รองศาสตราจารย์ ดร.มณฑล เลิศคณาวนิชกุล	มหาวิทยาลัยวลัยลักษณ์
รองศาสตราจารย์ ดร.ปุญญพัฒน์ ไชยเมล์	มหาวิทยาลัยทักษิณ
รองศาสตราจารย์ ดร.นุจรี ไชยมงคล	มหาวิทยาลัยบูรพา
รองศาสตราจารย์ ดร.พวงผกา คงวัฒนานนท์	มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ดวงเนตร ธรรมกุล	มหาวิทยาลัยสวนดุสิต
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.จงกล สายสิงห์	มหาวิทยาลัยแม่ฟ้าหลวง
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.เด่นนภา แซ่หล่อ	มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.วินีกาญจน์ คงสุวรรณ	มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์
พ.อ.รศ.ดร.นพ.นครินทร์ ศันสนยุทธ	มหาวิทยาลัยวลัยลักษณ์
พ.ท.ผศ.นพ.คร. ธีรยสถ์ นิมมานนท์	วิทยาลัยแพทยศาสตร์พระมงกุฎเกล้า
ผู้ช่วยศาสตราจารย์.ดร.รุ่งนภา จันทรา	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุราษฎร์ธานี
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.รุ่งรัตน์ สุขะเดชะ	มหาวิทยาลัยวงษ์ชวลิตกุล
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.กิตติพร เนาว์สุวรรณ	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สงขลา
อาจารย์ ดร.นภชา สิงห์วีรธรรม	วิทยาลัยเทคโนโลยีทางการแพทย์และสาธารณสุข กาญจนภิเษก สถาบันพระบรมราชชนก
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.มนัสวี อดุลยรัตน์	มหาวิทยาลัยนราธิวาสราชนครินทร์
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ฟูซียะห์ หะยี	มหาวิทยาลัยนราธิวาสราชนครินทร์
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.อรอนงค์ สมทรัพย์	มหาวิทยาลัยนราธิวาสราชนครินทร์
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ธิดารัตน์ หวังสวัสดิ์	มหาวิทยาลัยนราธิวาสราชนครินทร์
ผู้ช่วยศาสตราจารย์นิซรีน เจ๊ะมามะ	มหาวิทยาลัยนราธิวาสราชนครินทร์
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.โตมร นุ่นแก้ว	มหาวิทยาลัยนราธิวาสราชนครินทร์
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.เครือวัลย์ ห้วนก้ง	มหาวิทยาลัยนราธิวาสราชนครินทร์
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.อรฤทัย พรหมสงค์	มหาวิทยาลัยนราธิวาสราชนครินทร์
อาจารย์ ดร.มุสลีฮา เจ๊ะซอ	มหาวิทยาลัยนราธิวาสราชนครินทร์
อาจารย์ ดร.อามีนา เบญจมานะ	มหาวิทยาลัยนราธิวาสราชนครินทร์
อาจารย์ ดร.อนุสรา คำเนตร	มหาวิทยาลัยนราธิวาสราชนครินทร์

วารสารมหาวิทยาลัยนราธิวาสราชนครินทร์ เป็นวารสารที่มีผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเนื้อหาบทความเพื่อลงตีพิมพ์อย่างน้อยจำนวน 2 ท่านต่อบทความ และบทความหรือข้อคิดเห็นใด ๆ ที่ปรากฏในวารสารมหาวิทยาลัยนราธิวาสราชนครินทร์ เป็นวรรณกรรมของผู้เขียน บรรณาธิการหรือมหาวิทยาลัย-นราธิวาสราชนครินทร์ ไม่จำเป็นต้องเห็นด้วย

วารสารมหาวิทยาลัยนราธิวาสราชนครินทร์

Princess of Naradhiwas University Journal

ปีที่ 16 ฉบับที่ 2 พฤษภาคม – สิงหาคม 2567

บทบรรณาธิการ

วารสารมหาวิทยาลัยนราธิวาสราชนครินทร์ฉบับนี้ เป็นปีที่ 16 ฉบับที่ 2 พฤษภาคม – สิงหาคม 2567 เผยแพร่บทความวิจัยด้านวิทยาศาสตร์สุขภาพ (Health Science) จำนวน 18 บทความ โดยเป็นบทความวิจัยภาษาไทย 17 เรื่อง บทความวิจัยภาษาอังกฤษ 1 เรื่อง ในฉบับนี้มีงานวิจัยที่ตอบโจทย์ปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญในพื้นที่จังหวัดชายแดนภาคใต้ และมีงานวิจัยที่ศึกษาทั้งในกลุ่มเด็กวัยก่อนเรียน หญิงตั้งครรภ์ มารดาหลังคลอด ผู้สูงอายุ และในกลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรัง รวมถึงกลุ่มบุคลากรสาธารณสุข

บรรณาธิการรู้สึกเป็นเกียรติอย่างยิ่งที่มีผลงานจากหลากหลายหน่วยงาน ทางวารสาร ฯ จะส่งเสริมสนับสนุนและเผยแพร่ผลงานทางวิชาการสาขาวิทยาศาสตร์สุขภาพ (Health Science) และจะคงไว้ซึ่งคุณภาพของบทความตามเกณฑ์การประเมินของศูนย์ดัชนีการอ้างอิงวารสารไทย (TCI) เพื่อให้ได้รับการรับรองคุณภาพและอยู่ในฐานข้อมูล TCI กลุ่มที่ 1ในรอบที่ 5 (พ.ศ. 2568 - 2572)

กองบรรณาธิการขอขอบคุณผู้ทรงคุณวุฒิและผู้เขียนทุกท่านที่ร่วมส่งผลงานมาเผยแพร่ในวารสาร หวังเป็นอย่างยิ่งว่าวารสารมหาวิทยาลัยนราธิวาสราชนครินทร์จะได้รับความไว้วางใจในการเผยแพร่ผลงานที่มีคุณค่าของท่าน และเป็นประโยชน์ต่อผู้อ่านทุกท่านในการพัฒนาทางวิชาการและวิชาชีพต่อไป

ผู้ช่วยศาสตราจารย์มุสลินท์ โตะแปเราะ

บรรณาธิการ

วารสารมหาวิทยาลัยนราธิวาสราชนครินทร์

Princess of Naradhiwas University Journal

ปีที่ 16 ฉบับที่ 2 พฤษภาคม – สิงหาคม 2567

สารบัญ...

บทความวิจัย	หน้าที่ Page	Research Article
แบบจำลองสาเหตุของการไม่ได้รับวัคซีนพื้นฐานตามแผนงานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคของเด็กอายุ 0 - 3 ปี ในจังหวัดชายแดนภาคใต้: การศึกษาเชิงคุณภาพ นิซูไรดา นิมุ, รอฮานิ เจะอาแซ, จิณห์จุฑา สัมเกิด, สารินี สาวัน, มูฮัมมัดฟาห์มี ตาเละ, อานัติ หวังกุหลำ, เครือวัลย์ กี่ทองมาก	1	A Model of Non-Uptake for National Immunization Program among Children Aged 0 - 3 Years in Southern Border Provinces: A Qualitative Study Nisuraida Nimu, Rohani Jeharsae, Jinjuta Sonmkird, Sarinee Sawan, Muhamad fahmee Talek, Anat Wangkulam, Kruuwan Keethongmak
สาเหตุของการมาฝากครรภ์ช้าและประสบการณ์การดูแลตนเองในขณะที่ยังไม่มาฝากครรภ์ของหญิงตั้งครรภ์ในจังหวัดยะลา: การศึกษาเชิงคุณภาพแบบบรรยาย มณีรัศมิ์ พัฒนสมบัติสุข, ศิริพันธุ์ ศิริพันธุ์, บูรณ์คณัส จันทรศิริพุทธ, ภาซีน่า บุญลาภ, โศรยา นิฮะ, จุฑามาศ มามะ, สุวรรณี กอวิวัฒนาการ	20	The Reasons for Late Initiation of Antenatal Care and Self-care Experiences without Receiving Antenatal Care by Pregnant women in Yala Province: Qualitative Descriptive Research Maneeratsami Pattanasombutsook, Siriphan Siriphan, Boonkanas Chantarasiriput, Paseena Bunlap, Soraya Niha, Juthamas Mama, Suwannee Korwiwatanakarn
รูปแบบการเฝ้าระวังและส่งเสริมภาวะโภชนาการเด็กก่อนวัยเรียน ศูนย์ศึกษาเด็กก่อนวัยเรียน อำเภอเมือง จังหวัดสงขลา ชัญญานุช เครือหลี, จิรารัตน์ พร้อมมูล, ชุติมา เพิงใหญ่, กฤติกา อินทรณรงค์, เทอดศักดิ์ นำเจริญ	43	Model for Surveillance and Promotion of Nutrition among Preschool Children at Child Development Center, Muang District, Songkhla Province Chanyanuch Klerlhee, Jirarat Prommune, Chutima Perngyai, Kritika Intaranarong, Terdsak Namjareroen
ความต้องการในการดูแลและความพร้อมของหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะความดันโลหิตสูงชนิดรุนแรงที่ต้องยุติการตั้งครรภ์ ทัศณีย์ หนูนารถ, มลิวัลย์ รัตยา, เบญจวรรณ ละหุการ, มลิวัลย์ บุตรดำ, วลัยลักษณ์ สุวรรณภักดี	66	Caring Needs and Preparedness of Pregnant Women with Severe Hypertension Required pregnancy termination Tassanee Noonart, Maliwan Rataya, Benjawan Lahukarn, Maliwan Buddum, Walailuk Suwanpakdee

วารสารมหาวิทยาลัยนราธิวาสราชนครินทร์

Princess of Naradhiwas University Journal

ปีที่ 16 ฉบับที่ 2 พฤษภาคม – สิงหาคม 2567

สารบัญ...

บทความวิจัย	หน้าที่ Page	Research Article
ความชุกและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการตกเลือดในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง โรงพยาบาลทุ่งสง จังหวัดนครศรีธรรมราช อารีย์วรรณ มาแก้ว, เบญจวรรณ ละหุการ	84	Prevalence and Factors Associated with Early Postpartum Hemorrhage in Mother undergoing Cesarean Section at Thong Song Hospital, Nakhon Si Thammarat Areewan Makaew, Benjawan Lahukarn
การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกเพื่อป้องกันท่อช่วยหายใจเลื่อนหลุดในหอผู้ป่วยหนักอายุรกรรม โรงพยาบาลมหาสารคาม นลินรัตน์ พรหมโส, อภิญญา วงศ์พิริยโยธา, สุพัตรา บัวที	101	Development of a Clinical Nursing Practice Guideline for Prevention of Unplanned Extubation in Medical Intensive Care unit, Mahasarakham Hospital Nalinrat Promso, Apinya Wongpiriyayothar, Supatra Buatee
ความชุกและรูปแบบของภาวะเศร้าหลังคลอดในมารดาหลังคลอดปกติและผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง รัชดา พ่วงประสงค์, อรอนงค์ บัวลา, ชิดชนก สิทธารถศักดิ์	124	Prevalence and Model of postpartum blues among Mother with Normal Labor and Cesarean Section Rachada Phuangprasonka, Onanong Buala, Chidchanok Sittaratasak
ประสิทธิผลการนึ่งหน้าท้องของนักศึกษาคณะแพทย์แผนไทยและแพทย์ทางเลือกมหาวิทยาลัยราชภัฏอุบลราชธานี พนิดา กมุทชาติ, พิชชานันท์ เธียรทองอินทร์, สุพรรณฉัตร หนูสวัสดิ์	139	The Effectiveness of Nueng Na Thong Aamong Students of the Faculty of Thai Traditional and Alternative Medicine, Ubon Ratchathani Rajabhat University Phanida Kamuttachat, Pitchanan Thiantongin, Suphannachat Nusawat

วารสารมหาวิทยาลัยนราธิวาสราชนครินทร์

Princess of Naradhiwas University Journal

ปีที่ 16 ฉบับที่ 2 พฤษภาคม – สิงหาคม 2567

สารบัญ...

บทความวิจัย	หน้าที่ Page	Research Article
ประสบการณ์ได้รับการส่งเสริมความรอบรู้ทางสุขภาพเพื่อควบคุมระดับน้ำตาล และการเพิ่มขึ้นของน้ำหนักตัวในหญิงที่เป็นเบาหวานร่วมกับการตั้งครรภ์ บุญสืบ โสโสม, วิลาสินี บุตรศรี, อัจฉโรบล แสงประเสริฐ, ตรีชฎา ปุ่นสำเริง, จุฬารัตน์ ห้าวหาญ, บำเพ็ญ คำดี, พรทิพา ศุภราศรี, สุเพียร โภคทิพย์, ปราชญาวดี ยมานันตกุล, พนิดา รัตนพรหม	155	Received Experiences of Health Literacy Promotion for Blood Glucose Level Control and Body Weight Gain in Pregnant Women with Gestational Diabetes Mellitus Boonsurb Sosome, Wilasinee Bootsri, Atcharobon Sangprasert, Treechada Punsomreung, Kamolrat Turner, Chularat Howharn, Bumpen Kamdee, Porntipa Suparasri, Supian Pokathip, Prachayawatee Yamanantakul, Panida Rattanaprom
ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ภาวะเสี่ยงและความเครียดต่อพฤติกรรมการออกกำลังกายของหญิงตั้งครรภ์ที่เป็นเบาหวาน วลัยลักษณ์ สุวรรณภักดี , มลิวัลย์ บุตรดำ, เบญจวรรณ ละหุการ	177	The Relationship between Risk Perception and Stress towards Exercise Behavior of Pregnant Women with Gestational Diabetes Mellitus Walailak Suwanpakdee, Maliwan Buddam, Benjawan Lahukarn
พฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพช่องปากของผู้ป่วยเบาหวานในอำเภอวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี ภคิน ไชยช่วย*, ปิยะณัฐฎ์ จันทวารีย์	192	Oral Health Promoting Behaviors of Diabetic Patients in Warin Chamrap District, Ubon Ratchathani Province Pakin Chaichuay, Peyanut Juntavaree
การศึกษาความเหนื่อยหน่ายของพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิแห่งหนึ่งของภาคใต้ ฟาอิส วาเลาะแต, นิซูไรดา นิมุ, สุรวุฒิ ดอเลาะ, อนุชิต มะรอปี	217	Burnout among Registered Nurses Working at A Tertiary Care Hospital of Southern Region Fa-is Walohtae, Nisuraida Nimu, Surawut Doloh, Anuchit Maropi

วารสารมหาวิทยาลัยนราธิวาสราชนครินทร์

Princess of Naradhiwas University Journal

ปีที่ 16 ฉบับที่ 2 พฤษภาคม – สิงหาคม 2567

สารบัญ...

บทความวิจัย	หน้าที่ Page	Research Article
ผลของโปรแกรมส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพผ่านออนไลน์ต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด - 19 ในนิสิตคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม ศิราณีย์ อินธรหนองไผ่, อุมาภรณ์ กั้วสิทธิ์, ถิรนันท์ ทิพย์ชาติ, เลอลักษณ์ แทนเกษม	237	Effectiveness of Online Health Literacy Promotion Program on Health Literacy and COVID-19 Preventive Behavior in Nursing Students, Mahasarakham University Siranee Intaranongpai, Umaporn Kausit, Thiranun Tipchart, Lerluk Tankasem
ประสบการณ์การดูแลตนเองในการป้องกันการติดเชื้อของผู้ป่วยมะเร็งเม็ดเลือดขาวที่ได้รับยาเคมีบำบัด ในช่วงการแพร่ระบาดของไวรัสโคโรนา 2019 ฉวีวรรณ พูลสุข, ศมนนันท์ ทัศนีย์สุวรรณ, กิตติกร นิลมานัต	258	The Lived Experiences of Self-Care to Prevent Infection among Patients with Leukemia Undergoing Chemotherapy During COVID - 19 Pandemic Chaweewan Punsuk, Samonnan Thasaneesuwan, Kittikorn Nilmanat
การพัฒนารูปแบบการเรียนรู้โดยสถานการณ์จำลองเสมือนจริง เพื่อส่งเสริมทักษะปฏิบัติการพยาบาลมารดา-ทารกและการผดุงครรภ์ ของนักศึกษาพยาบาล รณิดา ถิรปาลวัฒน์, สิวาภรณ์ เจริญวงค์	276	The Development of Virtual Scenario Simulation-Based Learning Model to Enhance Practice Skills of Nursing Students in Maternal and Newborn Nursing and Midwifery Ranida Thiraphalawat, Ziwapon Charoenwong
การพัฒนาศักยภาพผู้ดูแลในการคัดกรองภาวะสมองเสื่อมผู้สูงอายุในชุมชนโดยเครื่องมือ IQCODE ศิราณี ศรีหาภาค, รัศมี ลือฉาย, สุพัฒนา อรุณไพร, วิภาวดี บรรพบุตร, เพ็ญพักตร์ ไชยฤทธิ์, กุลนรี หาญพัฒนชัยกูร, สุธิดา อินทรเพชร	295	Development of Potential of Caregivers to Screen Dementia for Community-dwelling olders by Using the IQCODE tool Siranee Sihapark, Russamee Luechai, Supatthana Aroonprai, Wipavadee Bunpabut, Penpak Chaiyarit, Kulnaree Hanpatchaiyakul, Suthida Intaraphet

วารสารมหาวิทยาลัยนราธิวาสราชนครินทร์

Princess of Naradhiwas University Journal

ปีที่ 16 ฉบับที่ 2 พฤษภาคม – สิงหาคม 2567

สารบัญ...

บทความวิจัย	**หน้าที่ Page**	**Research Article**
ความรู้ ทัศนคติและการปฏิบัติในการป้องกันโรคติดเชื้อระบบทางเดินหายใจในผู้ป่วยที่มารับบริการผู้ป่วยนอก สหรัฐ งามเมืองปัก, อะเคื้อ อุณหเลขกะ, วันชัย เลิศวัฒนวิลาศ	314	Knowledge, Attitude, and Practices in Prevention of Respiratory Infectious Diseases among Patients Receiving Services at an Outpatient Department Saharat Ngammuangpak, Akeau Unahalekhaka, Wanchai Lertwatthanawilat
บทความวิจัย (ภาษาอังกฤษ)	**หน้าที่ Page**	**Research Article (English)**
ศึกษาความเป็นไปได้และการยอมรับการใช้รูปแบบการเยี่ยมติดตามผู้ป่วยโรคเรื้อรังโดยทีมเครือข่ายผู้ดูแลในชุมชนพิปูน จังหวัดนครศรีธรรมราช: การศึกษาเชิงคุณภาพ ประดิษฐ์พร พงศ์เตรียง, อรัญญา รักหาบ, ทัศนีย์ สุนทร, วิลาวรรณ มากยอด	331	Feasibility and Acceptability of a Chronic Disease Patient-Caregiver Network of Follow-Up Model for Local Caregivers, Phipun, Nakhon Si Thammarat province: A Qualitative Study Praditporn Pongtriang, Aranya Rakhab, Thassanee Soontorn, Wilawan Makyod

แบบจำลองสาเหตุของการไม่ได้รับวัคซีนพื้นฐานตามแผนงานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคของเด็กอายุ 0 – 3 ปี ในจังหวัดชายแดนภาคใต้: การศึกษาเชิงคุณภาพ

A Model of Non-Uptake for National Immunization Program among Children Aged 0 - 3 Years in Southern Border Provinces: A Qualitative Study

นิซูไรดา นิมุ[1], รอฮานี เจะอาแซ[1*], จิณห์จุฑา ส้มเกิด[1], สารินี สาวัน[1],
มูฮัมมัดฟาห์มี ตาเละ[1], อานัติ หวังกุหลำ[2], เครือวัลย์ กี่ทองมาก[1]
Nisuraida Nimu[1], Rohani Jeharsae[1*], Jinjuta Somkird[1], Sarinee Sawan[1],
Muhammad Fahmee Talek[1], Anat Wangkulam[2], Kruawan Keethongmak[1]

(Received: March 20, 2024; Revised: April 17, 2024; Accepted: April 26, 2024)

บทคัดย่อ

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่ออธิบายสาเหตุของการไม่ได้รับวัคซีนพื้นฐานตามแผนงานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคของเด็กอายุ 0 - 3 ปีในจังหวัดชายแดนภาคใต้ ใช้วิธีการศึกษาเชิงคุณภาพ เก็บข้อมูลด้วยการสนทนากลุ่มจากผู้ให้ข้อมูลจำนวน 108 คน แบ่งเป็น 3 กลุ่ม ได้แก่ 1) กลุ่มผู้ปกครอง 2) กลุ่มเจ้าหน้าที่สาธารณสุข และ 3) กลุ่มผู้นำชุมชน ผู้นำศาสนา อสม. และแกนนำสตรี จาก 6 อำเภอในจังหวัดปัตตานี ยะลา และนราธิวาส รวม 18 กลุ่ม ใช้เวลาในการสนทนากลุ่มละ 90 - 120 นาที ผู้วิจัยบันทึกเทปขณะการสนทนาและถอดเทปคำต่อคำ และสรุปสาระสำคัญโดยใช้แผนที่ความคิด วิเคราะห์ข้อมูลด้วยการวิเคราะห์แก่นสาระ ผู้วิจัยนำเสนอข้อสรุปแก่ผู้ให้ข้อมูลเพื่อตรวจสอบความถูกต้องหลังการสนทนากลุ่มทันที นำเสนอแก่นสาระหลักและรองแก่ตัวแทนผู้ให้ข้อมูล ผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย และผู้เชี่ยวชาญจำนวน 56 คน เพื่อตรวจสอบความน่าเชื่อถือของข้อสรุป

[1]สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ วิทยาเขตปัตตานี

[1] Department of Nursing Science, Faculty of Nursing Pattani Campus

[2] สมาคมบัณฑิตอาสา มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

[2] Prince of Songkla University Alumni Association Volunteers

Corresponding Author: rohani.j@psu.ac.th

การศึกษาพบว่า กรอบแนวคิดสาเหตุของการไม่ได้รับวัคซีนพื้นฐานตามแผนงานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคของเด็กอายุ 0 - 3 ปี เกิดจากปัจจัยด้านความลังเลของผู้ปกครอง ปัจจัยด้านอุปสรรคในการเข้าถึงบริการ และปัจจัยด้านการจัดบริการ โดยปัจจัยด้านความลังเลของผู้ปกครองเกี่ยวข้องกับความกังวลต่ออาการข้างเคียง ความเครียดจากความขัดแย้งในครอบครัว ไม่เชื่อมั่นต่อคุณภาพและประสิทธิภาพของวัคซีน เชื่อว่าการรับวัคซีนเป็นการไม่มอบหมายต่อพระเจ้า วัคซีนเป็นสิ่งสกปรก และไม่มั่นใจว่าวัคซีนฮาลาล ปัจจัยด้านอุปสรรคในการเข้าถึงบริการ ได้แก่ ความยากลำบากในการเดินทาง ขาดผู้สนับสนุนช่วยเหลือ ส่วนปัจจัยด้านการจัดบริการ ได้แก่ ระยะเวลาการให้บริการที่ไม่เพียงพอและไม่สอดคล้องกับวิถีชีวิต พฤติกรรมบริการ และประสิทธิภาพในการติดตามกลุ่มเป้าหมาย

ผลการวิจัยแสดงให้เห็นว่าการดำเนินงานเพื่อเพิ่มความครอบคลุมของการได้รับวัคซีนของเด็กอายุ 0 - 3 ปี ในจังหวัดชายแดนภาคใต้จำเป็นต้องดำเนินการทั้งในด้านการให้ความรู้ การปรับเปลี่ยนทัศนคติของผู้ปกครอง การปรับปรุงการจัดบริการให้สะดวก และเข้าถึงได้ง่าย การปรับพฤติกรรมบริการ การสนับสนุนช่วยเหลือเพื่อลดข้อจำกัดในการเข้าถึงบริการของผู้ปกครอง

คำสำคัญ: การไม่ได้รับวัคซีน, จังหวัดชายแดนใต้, การวิจัยเชิงคุณภาพ

Abstract

This study aims to explore a conceptual framework and reasons of non-uptake for national immunization program among children aged 0-3 years in southern border provinces. A qualitative study was applied to achieve the research objective. Focus group discussion was derived from 3 groups of participants which were (1) parents (2) health care providers and (3) community leaders, religious leaders, health volunteers and women leaders with a total of 108 participants. The focus group discussion was done among 18 groups of participants from 6 districts in Pattani, Yala and Narathiwat. Tape recording and concept mapping was performed during the focus group discussion. Transcribing word-by-word was done by researchers, then thematic analysis was used to explore the research results. Trustworthiness was performed by presenting a summary of concept mapping to the participants immediately after finishing the focus group discussion. Themes and sub-themes were presented to participants, stakeholders, and experts with a total of 56.

Results showed that the framework of non-uptake for national immunization program among children age 0-3 years included 1) vaccine hesitancy among parents related to fear of adverse reaction of vaccines, stress due to family disagreement and conflict, untrust on quality and efficiency of

vaccines, belief in the will of Allah, vaccine is dirty agents and untrust on the vaccine ingredients (haram) 2) barriers of access caused by the difficulty in transportation and lacking of social support 3) insufficient service hours and incongruent service deliver with parent's lifestyles, provider's behaviors and ineffective follow up system.

Besides focusing on parent's hesitancy against vaccines, improving the accessibility of parents to vaccine services, service mild and follow up system is crucial attention to enhance vaccine coverage among children in the southern border provinces.

Keywords: Non-vaccine uptake, Southern border provinces, Qualitative study

บทนำ

การสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคด้วยวัคซีนเป็นวิธีการที่มีประสิทธิภาพและคุ้มค่าในการป้องกันการเกิดโรคที่ป้องกันได้ด้วยวัคซีนโดยเฉพาะในเด็กเล็ก (Houdroge et al., 2022; Shepard et al., 1986) สำหรับประเทศไทยเริ่มดำเนินงานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคภายใต้แผนการขยายการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค (Expanded Program on Immunization: EPI) ด้วยวัคซีน 4 ชนิด ได้แก่ วัคซีนบีซีจี (BCG) วัคซีนโรคคอตีบ ไอกรน บาดทะยัก (DTP) วัคซีนโปลิโอ (OPV) แก่เด็กอายุต่ำกว่า 1 ปี และวัคซีนป้องกันโรคบาดทะยัก (T) สำหรับหญิงตั้งครรภ์ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2520 โดยพัฒนาปรับปรุงการดำเนินงานด้านการจัดการความปลอดภัยของวัคซีน การเพิ่มชนิดวัคซีนและการขยายช่วงอายุการให้บริการอย่างต่อเนื่อง ทำให้มีอัตราความครอบคลุมของการได้รับวัคซีนมากกว่าร้อยละ 85 (National Statistical Office Thailand & UNICEF Thailand, 2020; National Statistical Office Thailand & UNICEF Thailand, 2023) ส่งผลให้อัตราป่วยด้วยโรคที่ป้องกันได้ด้วยวัคซีนลดลงและสามารถขจัดบางโรคให้หมดไป เช่น โรคโปลิโอซึ่งพบผู้ป่วยรายสุดท้ายในประเทศไทยในปี พ.ศ. 2540 (Department of Disease Control, 2019) ปัจจุบันประเทศไทยให้บริการวัคซีนสำหรับเด็กอายุ 0 - 5 ปี จำนวน 11 ชนิด ป้องกันได้ 13 โรค (Department of Disease Control, 2023)

ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการไม่ได้รับวัคซีนของเด็กประกอบด้วยปัจจัยด้านสภาพแวดล้อม (enabling environment) ได้แก่ โครงสร้างและบรรทัดฐานทางสังคม วัฒนธรรมความเชื่อ และนโยบาย ปัจจัยด้านการบริการ (supply side) ได้แก่ การเข้าถึงบริการ คุณภาพของการจัดบริการ ความเพียงพอของระยะเวลาบริการ และปัจจัยด้านผู้รับบริการ (demand side) ได้แก่ ความเชื่อ ทัศนคติ ความรู้ การศึกษา ฐานะทางเศรษฐกิจของผู้ปกครอง และภาวะสุขภาพของเด็ก (Jeharsae et al., 2019) การศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการไม่ได้รับวัคซีนของเด็กในจังหวัดชายแดนภาคใต้ที่ผ่านมามุ่งเน้นการค้นหา

ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความลังเลและการปฏิเสธวัคซีนของผู้ปกครอง เกี่ยวข้องกับความกังวลต่ออาการไข้และอาการปวดหลังจากได้รับวัคซีน เชื่อว่าการรับวัคซีนเป็นการไม่มอบหมายต่อการกำหนดของพระเจ้า วัคซีนไม่ฮาลาล (Langputeh et al., 2020; Sirithammaphan et al., 2023) ขาดความรู้และทัศนคติต่อวัคซีนเชิงลบ (Domang & Prateepko, 2019) แต่พบการศึกษาที่เกี่ยวข้องกับปัจจัยด้านอื่น ๆ โดยเฉพาะปัจจัยด้านการจัดบริการ (supply side) และด้านปัจจัยด้านสภาวะแวดล้อม (enabling environment) น้อย

ข้อจำกัดด้านความรู้เกี่ยวกับปัจจัยด้านการจัดบริการ (supply side) และสภาวะแวดล้อม (enabling environment) ทำให้การดำเนินงานเพื่อแก้ไขปัญหาความครอบคลุมของการได้รับวัคซีนตามแผนงานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคในจังหวัดชายแดนภาคใต้เกิดประสิทธิผลน้อย อัตราความครอบคลุมของการได้รับวัคซีนต่ำกว่าร้อยละ 70 มาอย่างต่อเนื่อง (Jeharsae et al., 2019; National Statistical Office Thailand & UNICEF Thailand, 2020) และมีแนวโน้มลดลงต่ำกว่าร้อยละ 50 หลังการระบาดของโรคโควิด 19 (Ministry of Public Health, 2024; National Statistical Office Thailand & UNICEF Thailand, 2023) ส่งผลให้เกิดการระบาดของโรคที่ป้องกันด้วยวัคซีนหลายระลอก เช่น การระบาดของโรคหัดในปี พ.ศ. 2562 ที่พบผู้ติดเชื้อในสามจังหวัดชายแดนภาคใต้จำนวน 2,802 คน หรือร้อยละ 30 ของผู้ติดเชื้อทั้งหมดของประเทศไทย และการระบาดของโรคหัดระหว่าง พ.ศ. 2563 - 2566 พบผู้ติดเชื้อหัดจำนวน 400 คน โดยมีอัตราการเสียชีวิตสูงมากในเด็กอายุต่ำกว่า 3 ปี (Bureau of Epidemiology, 2023)

การศึกษาเพื่อทำความเข้าใจสาเหตุที่ทำให้เด็กในจังหวัดชายแดนภาคใต้ไม่ได้รับวัคซีนอย่างรอบด้านตามกรอบแนวคิดปัจจัยด้านสภาวะแวดล้อม (enabling environment) ปัจจัยด้านการจัดบริการ (supply side) และปัจจัยด้านผู้รับบริการ (demand side) จะช่วยให้ผู้เกี่ยวข้องวางแผนและปรับปรุงการดำเนินงานที่สอดคล้องกับปัญหาได้หลายมิติ ซึ่งจะช่วยให้การดำเนินงานในการเพิ่มความครอบคลุมของการได้รับวัคซีนมีประสิทธิภาพ เพิ่มอัตราความครอบคลุมของการได้รับวัคซีน ลดอัตราป่วยและเสียชีวิตด้วยโรคที่ป้องกันได้ด้วยวัคซีน โดยเฉพาะในเด็กอายุต่ำกว่า 3 ปี ซึ่งมีภูมิคุ้มกันต่ำและมีอัตราการเสียชีวิตจากกลุ่มโรคดังกล่าวสูง

วัตถุประสงค์

เพื่ออธิบายสาเหตุของการไม่ได้รับวัคซีนพื้นฐานตามแผนงานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคของประเทศไทยของเด็กอายุ 0 - 3 ปีในจังหวัดชายแดนภาคใต้

วิธีการวิจัย

รูปแบบและพื้นที่ศึกษา การศึกษาครั้งนี้ใช้วิธีการศึกษาเชิงคุณภาพ (qualitative study) โดยมีพื้นที่ศึกษาในจังหวัดปัตตานี ยะลา และนราธิวาส จังหวัดละ 2 อำเภอ รวมทั้งสิ้น 6 อำเภอ โดยพิจารณาจากพื้นที่ที่มีความครอบคลุมของการได้รับวัคซีนต่ำกว่าร้อยละ 50 จังหวัดละ 1 แห่ง และพื้นที่ที่มีความครอบคลุมของการได้รับวัคซีนสูงกว่าร้อยละ 80 จังหวัดละ 1 แห่ง

การคัดเลือกผู้ให้ข้อมูล ผู้วิจัยคัดเลือกผู้ให้ข้อมูลโดยวิธีเฉพาะเจาะจง ซึ่งประกอบด้วย 1) ผู้ปกครองเด็กอายุ 0 - 3 ปี ที่ไม่เคยได้รับวัคซีนหรือได้รับวัคซีนไม่ครบตามเกณฑ์ จำนวน 50 คน 2) ผู้นำชุมชน แกนนำสตรี และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ที่มีประสบการณ์ในการดำเนินงานเกี่ยวกับวัคซีนอย่างน้อย 1 ปี จำนวน 59 คน และ 3) บุคลากรสาธารณสุขที่รับผิดชอบหลักในงานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคจากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพประจำตำบล (รพ.สต.) โรงพยาบาลชุมชน (รพช.) และสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ (สสอ.) จำนวน 49 คน

เครื่องมือการวิจัย ผู้วิจัยพัฒนาแนวคำถามสำหรับการสนทนากลุ่มสำหรับผู้ให้ข้อมูลแต่ละกลุ่ม ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (content validity) โดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 คน ประกอบด้วย ผู้เชี่ยวชาญด้านการจัดบริการวัคซีนในจังหวัดชายแดนภาคใต้ ผู้เชี่ยวชาญด้านการวิจัยเชิงคุณภาพ และผู้เชี่ยวชาญด้านการจัดบริการสุขภาพในสังคมพหุวัฒนธรรม และทดลองใช้แนวคำถามเพื่อทดสอบความสอดคล้องกับบริบท ภาษาและวัฒนธรรมแล้วนำมาปรับปรุงแนวคำถามให้มีความเหมาะสมกับผู้ให้ข้อมูลแต่ละกลุ่ม โดยมีแนวคำถามหลัก (key questions) สำหรับผู้ปกครองจำนวน 6 คำถาม สำหรับบุคลากรสาธารณสุขจำนวน 9 คำถาม สำหรับอสม. ผู้นำชุมชนและผู้นำศาสนา จำนวน 6 คำถาม และแนวคำถามเจาะลึก (probe questions) สำหรับผู้ปกครอง บุคลากรสาธารณสุข และ อสม. ผู้นำชุมชน ผู้นำศาสนา จำนวน 10, 12 และ 6 คำถาม ตามลำดับ ดังตัวอย่างแนวคำถามสำหรับผู้ปกครอง *"เพราะอะไรลูกของท่านไม่ได้รับวัคซีน หรือได้รับวัคซีนไม่ครบ"* "*หลังจากได้รับวัคซีนลูกของท่านเป็นอย่างไร เหตุการณ์ดังกล่าวส่งผลกระทบต่อท่านและครอบครัวอย่างไรบ้าง" "รู้สึกอย่างไรกับการจัดบริการวัคซีน"* แนวคำถามสำหรับบุคลากรสาธารณสุข เช่น *"ท่านจัดบริการวัคซีนพื้นฐานสำหรับเด็กอย่างไร เช่น ช่วงเวลาที่ให้บริการ จำนวนวันให้บริการ"* และแนวคำถามสำหรับ อสม. *"จากประสบการณ์ของท่าน เหตุผลหลักที่ผู้ปกครองบ่ายเบี่ยงหรือปฏิเสธวัคซีนมีอะไรบ้าง"* และแนวคำถามสำหรับผู้นำชุมชนและผู้นำศาสนา เช่น *"คนในชุมชนของท่านมีความเชื่อเกี่ยวกับวัคซีนอย่างไรบ้าง"* เป็นต้น

วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยจัดประชุมเพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ วิธีการศึกษา และคัดเลือกพื้นที่ศึกษาตามเกณฑ์การคัดเลือกพื้นที่ (inclusion criteria) ร่วมกับสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดทั้ง 3 แห่ง หลังจากนั้นตัวแทนสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดประสานงานกับสาธารณสุขอำเภอ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลชุมชน และผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพประจำตำบลที่ได้รับคัดเลือก เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ วิธีการศึกษาและขอความร่วมมือในการเชิญชวนบุคลากร อสม. ผู้นำชุมชน ผู้นำศาสนา และผู้ปกครอง เข้าร่วมการสนทนากลุ่มและนัดหมายการสนทนากลุ่ม เมื่อถึงวันนัดหมายผู้วิจัยเดินทางไปยังพื้นที่ทั้ง 6 แห่ง ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย วิธีการวิจัยอีกครั้ง และขออนุญาตเก็บข้อมูลโดยการสนทนากลุ่ม ซึ่งแบ่งเป็น 3 กลุ่ม ได้แก่ 1) กลุ่มผู้ปกครอง 2) กลุ่มบุคลากรสาธารณสุข และ 3) กลุ่ม อสม. ผู้นำชุมชน ผู้นำศาสนา กลุ่มละ 10 - 15 คน ใช้เวลาในการสนทนา 90 - 120 นาที ระหว่างการสนทนาผู้วิจัยบันทึกเสียงการสนทนา และสรุปบันทึกประเด็นสำคัญโดยใช้แผนที่ความคิด (concept mapping) เมื่อสิ้นสุดการสนทนาผู้วิจัยสรุปประเด็นการสนทนาเพื่อให้ผู้ให้ข้อมูลตรวจสอบและยืนยันความถูกต้อง

การวิเคราะห์ข้อมูล

หลังการสนทนาแต่ละครั้งผู้วิจัยถอดเทปคำต่อคำ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยวิธีการวิเคราะห์แก่นสาระ (thematic analysis) โดยผู้วิจัยแต่ละคนแยกกันอ่านบทสนทนา กำหนดรหัสข้อมูล (coding) ด้วยคำสำคัญและบันทึกความถี่ของคำสำคัญ ตีความและให้ความหมายของรหัสข้อมูลจัดหมวดหมู่ของรหัสข้อมูลและค้นหาแก่นรอง (sub-theming) แล้วนำแก่นรองมาจัดหมวดหมู่เพื่อค้นหาแก่นหลัก (theming) แล้วให้คำนิยาม (Naeem et al., 2023) ผู้วิจัยแต่ละคนนำผลการวิเคราะห์แก่นรองและแก่นหลักที่ได้มาอภิปราย (multiple analyst triangulation) หากพบว่า แก่นรองและแก่นหลักไม่สอดคล้องกัน ผู้วิจัยอภิปรายร่วมกันเพื่อสรุปแก่นรองและแก่นหลัก (themes) แล้วนำแก่นหลักและแก่นรองที่ได้ไปตรวจสอบความน่าเชื่อถือโดยผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย ได้แก่ ตัวแทนผู้ให้ข้อมูลทั้ง 3 กลุ่ม ผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย (review triangulation) และผู้เชี่ยวชาญจากหลากหลายสาขา ได้แก่ การแพทย์และสาธารณสุข มนุษยศาสตร์ สังคมศาสตร์ ผู้ทรงคุณวุฒิด้านศาสนาและวัฒนธรรม รวม 56 คน

การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยนี้ผ่านการประเมินจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์คณะพยาบาลศาสตร์ วิทยาเขตปัตตานี (NUR.PN009 / 2023) ลงวันที่ 15 กันยายน พ.ศ. 2566 ก่อนการเก็บข้อมูลผู้วิจัยขอความร่วมมือเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในการชี้แจงวัตถุประสงค์ และวิธีการดำเนินการวิจัย เชิญชวนผู้ให้ข้อมูลเข้าร่วมโครงการ เมื่อผู้ให้ข้อมูลอนุญาตจึงนัดหมายการสนทนา ผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์และวิธีการดำเนินโครงการวิจัย สิทธิในการปฏิเสธและถอนตัวอีกครั้ง ก่อนการ

สนทนาผู้วิจัยขออนุญาตบันทึกเทปและถ่ายภาพนิ่ง และนำเสนอข้อมูลในภาพรวมโดยไม่ระบุตัวบุคคล และนำเสนอภาพถ่ายที่ไม่เห็นใบหน้าของผู้ให้ข้อมูล และเก็บข้อมูลเป็นความลับซึ่งมีเฉพาะนักวิจัยที่สามารถเข้าถึงข้อมูลได้

ผลการวิจัย

ลักษณะผู้ให้ข้อมูล ผู้ให้ข้อมูลมีจำนวนทั้งสิ้น 108 คน ประกอบด้วย ผู้ปกครอง 50 คน (ร้อยละ 31.6) บุคลากรสาธารณสุข 49 คน (ร้อยละ 31.0) อสม. 36 คน (ร้อยละ 22.8) ผู้นำชุมชน 15 คน (ร้อยละ 9.5) และผู้นำศาสนา 8 คน (ร้อยละ 5.1) ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงจำนวน 129 คน (ร้อยละ 79.7)

ผู้ปกครองมีอายุเฉลี่ย 36.8 ปี (S.D. = 9.7) เกือบทั้งหมดเป็นเพศหญิง (ร้อยละ 96.0) สถานสภาพสมรส (ร้อยละ 82.0) ไม่ได้ประกอบอาชีพ (ร้อยละ 56.0) สำเร็จการศึกษาระดับมัธยมศึกษา (ร้อยละ 40.0) มีรายได้ครัวเรือนเฉลี่ย 13,560 บาทต่อเดือน ส่วนใหญ่มีรายได้ไม่เพียงพอ (ร้อยละ 82.1)

บุคลากรสาธารณสุขมีอายุเฉลี่ย 41.1 ปี (S.D. = 9.4) ประกอบด้วย เจ้าพนักงานสาธารณสุข 20 คน (ร้อยละ 40.7) รองลงมาเป็นพยาบาลวิชาชีพ 18 คน (ร้อยละ 36.7) ผู้บริหาร 9 คน (ร้อยละ 18.4) และเภสัชกร 2 คน (ร้อยละ 4.1) มีประสบการณ์ในการทำงานด้านวัคซีนเฉลี่ย 7.5 ปี ส่วนผู้นำชุมชน ผู้นำศาสนา และอสม. มีอายุเฉลี่ย 49.0 ปี (S.D. =10.8) ส่วนใหญ่มีบทบาทในการติดตามกลุ่มเป้าหมายให้มารับวัคซีน (ร้อยละ 90)

แบบจำลองสาเหตุของการไม่ได้รับวัคซีน สาเหตุที่ทำให้เด็กอายุ 0 - 3 ปีในจังหวัดชายแดนภาคใต้ไม่ได้รับวัคซีนพื้นฐานตามแผนงานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคหรือได้รับวัคซีนไม่ครบเกิดจาก 3 ปัจจัย ได้แก่ 1) ความลังเลและการปฏิเสธวัคซีนของผู้ปกครอง 2) ปัจจัยด้านอุปสรรคในการเข้าถึงบริการ และ 3) ปัจจัยด้านการจัดบริการ ดังแสดงในภาพที่ 1

1. ความลังเลและการปฏิเสธวัคซีนของผู้ปกครอง เกิดจากความกังวลต่ออาการข้างเคียง ความเครียดจากความขัดแย้งในครอบครัว ไม่เชื่อมั่นต่อคุณภาพและประสิทธิภาพของวัคซีน เชื่อว่าการรับวัคซีนเป็นการไม่มอบหมายต่อพระเจ้า วัคซีนเป็นสิ่งสกปรก และไม่ฮาลาล ซึ่งมีรายละเอียดดังนี้

ความกังวลต่ออาการข้างเคียง อาการไข้และปวดบวมบริเวณที่ฉีดหลังการได้รับวัคซีนเป็นเหตุผลหลักที่ผู้ปกครองบ่ายเบี่ยงหรือปฏิเสธวัคซีน เนื่องจากผู้ปกครองต้องหยุดงานเพื่อมาดูแลเด็ก โดยเฉลี่ยต้องหยุดงาน 3 วัน ทำให้ครอบครัวขาดรายได้ประมาณ 300 - 900 บาท ส่งผลกระทบต่อการดำรงชีวิตเนื่องจากผู้ปกครองส่วนใหญ่มีฐานะยากจน ประกอบอาชีพรับจ้างไม่สามารถหยุดงานหลาย ๆ วัน ความกังวลต่ออาการข้างเคียงยังเกิดจากการบอกเล่าต่อ ๆ จากเพื่อนบ้านและผู้สูงอายุในครอบครัว

เช่น ฉีดแล้วเดินไม่ได้ ฉีดแล้วพิการ โดยที่ผู้ปกครองไม่ได้เจอเหตุการณ์ดังกล่าวโดยตรง ดังตัวอย่างคำพูดของผู้ให้ข้อมูลดังนี้

"กลัวลูกไม่สบาย พอลูกไม่สบายแล้วกรีดยางไม่ได้ เหมือนคนกรีดยางสามวันจะหยุดครั้งหนึ่ง อย่างเมื่อวานวันพุธ ฝนตกกรีดยางไม่ได้ พอวันนี้วันพฤหัสบดีต้องหยุดกรีดยางอีกแล้วต้องพาลูกไป... ไปแล้วขาดรายได้"

ผู้ปกครอง ชุมชนที่ 1

"พอหลังจากลูกฉีดวัคซีนแล้วเขาไม่สบายทำให้เราไปทำงานไม่ได้ ต้องดูแลเขาก็ประมาณวันสองวัน ก็เสียรายได้วันละ 200 - 300 บาทต่อวัน"

ผู้ปกครอง ชุมชนที่ 2

ความเครียดจากความขัดแย้งในครอบครัว อาการไข้และการอักเสบบริเวณที่ฉีดทำให้เด็กไม่สุขสบาย ร้องกวน ส่งผลต่อความเครียดของผู้ดูแลโดยเฉพาะปู่ย่า ตายาย และสามี ทำให้เกิดการตำหนิมารดาที่พาเด็กไปรับวัคซีนจนเป็นสาเหตุให้เกิดขัดแย้งในครอบครัว ซึ่งพบในครอบครัวขยาย มากกว่าครอบครัวเดี่ยว มารดาจึงบ่ายเบี่ยงการพาเด็กไปรับวัคซีนเพื่อลดความขัดแย้งดังกล่าว ดังคำพูดของผู้ให้ข้อมูลดังนี้

"ฉีดแล้วมีไข้ไม่สบาย เขา (ปู่ย่า ตายาย) ก็บอกว่าอยู่ดี ๆ ทำไมต้องไปฉีดแล้วทำให้ไม่สบาย ถ้าอยู่กับคนแก่จะโดนบ่น.... ว่าทำไมเขาไม่ให้พาไปฉีด... กลางคืนร้องให้เสียงดัง ต้องเฝ้าลูกหลานไม่สบาย บ่นไปเรื่อยยาว ๆ เราก็พยายามอธิบายว่าเมื่อก่อนไม่เป็น.. เพราะบริโภคอาหารดี เดี๋ยวนี้มีหมด เขาก็บอกว่าเมื่อก่อนก็ไม่ฉีดที บ่นว่านอนไม่ได้ลูกหลานร้องให้เสียงดังตอนกลางคืน คนที่อยู่บ้านเดียวกับแม่สามีก็จะทะเลาะกัน"

ผู้ปกครอง ชุมชนที่ 2

"คนที่มีเงิน พวกข้าราชการ เจ้าหน้าที่พาลูกไปฉีดที่คลินิก เพราะไม่ไข้ พอไข้แล้ว เขาทำงานไม่ได้ บางทีพี่เลี้ยง ก็ไม่เอาถ้าเด็กไข้...บางทีขี้เกียจฟังเสียบ่นของโต๊ะ (ปู่ย่า ตายาย)"

บุคลากรสาธารณสุข ชุมชนที่ 3

ไม่เชื่อมั่นต่อคุณภาพและประสิทธิภาพของวัคซีน เกิดจากการได้รับข้อมูลเชิงลบและข่าวลือ เช่น วัคซีนทำให้พิการเดินไม่ได้ สติปัญญาบกพร่อง ซึ่งได้รับการบอกเล่าต่อ ๆ กันของคนในชุมชน หรือจากผู้สูงอายุที่ส่งต่อข้อมูลดังกล่าวข้ามรุ่นมายังลูกหลานโดยผู้ปกครองไม่ได้ประสบเหตุการณ์โดยตรง การได้รับข้อมูลเชิงลบเกี่ยวกับวัคซีนในสื่อสังคมออนไลน์ผ่านบุคคลที่มีอิทธิพลต่อความคิด (influencers) การได้รับข้อมูลความรุนแรงของวัคซีนโควิด 19 ส่งผลกระทบต่อความรู้สึกกลัว โดยสะท้อนออกมาจากคำพูดของผู้ปกครองเมื่อเจ้าหน้าที่สาธารณสุข หรือ อสม. เชิญชวนให้พาเด็กไปรับวัคซีน เช่น “ถ้าลูกฉันพิการ คุณรับผิดชอบมั๊ย” “ถ้าลูกฉันเป็นอะไร ใครจะรับผิดชอบ” “ถ้าลูกฉันพิการคุณจะรับผิดชอบอย่างไร” ในขณะที่เจ้าหน้าที่และ อสม. ยังขาดทักษะในการสื่อสารกับผู้ปกครองที่อยู่ในภาวะวิตกกังวลและไม่มั่นใจต่อความปลอดภัย ส่วนใหญ่จึงหลีกเลี่ยงที่จะตอบคำถามผู้ปกครอง ทำให้ผู้ปกครองยิ่งเชื่อว่าวัคซีนทำให้เกิดผลกระทบดังกล่าว นอกจากนี้ยังพบว่า ครอบครัวที่มีเศรษฐานะดีและบุคลากรทางสาธารณสุขส่วนใหญ่พาเด็กไปรับวัคซีนที่คลินิกเอกชนซึ่งใช้วัคซีนชนิดไร้เซลล์ที่ทำให้มีไข้และอาการข้างเคียงอื่น ๆ น้อยกว่า จนเกิดการบอกเล่าต่อๆ จึงยิ่งทำให้ผู้ปกครองเกิดข้อสงสัยและรู้สึกไม่เชื่อมั่นต่อคุณภาพวัคซีนที่รัฐบาลจัดหา ดังตัวอย่างคำพูด

“พอเขาฟังข่าวด้านที่ไม่ดี ที่จริงวัคซีนมันดี แต่ก็มีคนที่ไม่เข้าใจ มีกรณีที่ขาบวมต้องพาไปอะไร.... มีเคสหนึ่งต้องพาไป มอ. แต่ไม่ใช่หมู่บ้านใกล้เคียง.....เกิดขึ้นที่อื่น ไม่รู้ที่ไหนเหมือนกัน..... ไปที่บ้านก็ไม่ยอมให้ฉีด กลัวพิการ พอเห็นข่าวในเฟสก็หวั่นไหวไม่พาไปฉีด”

ผู้ปกครอง ชุมชนที่ 2

“ส่วนใหญ่แล้วเขาไปฟังคนอื่นบอก เขาไม่ยอมฟังที่เราบอก ส่วนใหญ่เขาฟังคนอื่น คนรอบข้าง พอเวลาเราบอกแล้วเขาไม่ฟังแต่ก็มีบางคนบอกว่า คนแก่เมื่อก่อนไม่ได้ฉีดที”

ผู้นำชุมชน ผู้นำศาสนา อสม. แกนนำสตรี ชุมชนที่ 4

“บางทีพอไปตาม แม่เขาตอบกลับมาว่า ถ้าลูกเขาพิการ...จะรับผิดชอบมั๊ย ใครจะรับผิดชอบ เราก็ไม่กล้ารับผิดชอบ...เราก็ต้องออกมา....”

ผู้นำชุมชน ผู้นำศาสนา อสม. แกนนำสตรี ชุมชนที่ 2

“ลูกของ.... เดินไม่ได้ ใช่เดินไม่ได้ ฉีดแล้วเดินไม่ได้เลย ฉีดตอน 1 -2 ขวบ ตอนนี้น่าจะอายุ 8 ปี แล้ว ยังเดินไม่ได้ จากวัคซีนนี่แหล่ะ”

ผู้นำชุมชน ผู้นำศาสนา อสม. แกนนำสตรี ชุมชนที่ 5

“ลูกหมอ ลูกเจ้าหน้าที่ พวกข้าราชการ ไปฉีดที่คลินิกทั้งนั้น...ยิ่งทำให้ชาวบ้านเขาคิดว่าวัคซีนที่อนามัย ไม่ดีเท่าที่คลินิก”

ผู้ปกครอง ชุมชนที่ 6

เชื่อว่าการรับวัคซีนเป็นการไม่มอบหมายต่อพระผู้เป็นเจ้า แม้ว่าสำนักจุฬาราชมนตรีจะให้การวินิจฉัยว่า การรับวัคซีนไม่ได้ขัดกับหลักศรัทธาตามหลักศาสนาอิสลามดังคำวินิจฉัยที่ 6 / 2556 และ 15 / 2556 แต่มีข้อโต้แย้งของผู้นำศาสนาบางกลุ่มที่ไม่เห็นด้วยกับคำวินิจฉัยของสำนักจุฬาราชมนตรี ซึ่งส่งผลให้ผู้ปกครองบางส่วนไม่มั่นใจว่าการรับวัคซีนเป็นสิ่งที่อนุมัติตามหลักการศาสนาอิสลาม เด็กที่อยู่ในชุมชนที่มีผู้นำศาสนาที่เห็นต่างจากข้อวินิจฉัยของจุฬาราชมนตรี มีแนวโน้มที่จะไม่ได้รับวัคซีนมากกว่าเด็กในพื้นที่อื่น ๆ ความเชื่อดังกล่าวเกิดขึ้นกับผู้ปกครองที่มีความเชื่อที่เคร่งครัด และมีจำนวนไม่มาก

“คนที่เชื่อแบบนี้ (ขัดกับหลักศาสนา) มีไม่มาก ส่วนใหญ่คนดะวะฮ(นักเผยแพร่ศาสนา) เขาไม่ยอมฉีดแต่แรก เขาบอกว่าฉีดทำไม อัลลอฮสร้างทุกอย่าง แต่ที่จริงยาก็อัลลอฮสร้างมาเพื่อฉีดเด็กเพื่อป้องกันไม่ให้เกิดโรค เราก็พยายามอธิบายแบบนี้ ขนาดโปลิโอเขายังไม่ยอมเลย”

ผู้นำชุมชน ผู้นำศาสนา อสม. แกนนำสตรี ชุมชนที่ 6

“ความเชื่อทางศาสนา มีบ้าง แต่ไม่เยอะเท่าไร ส่วนใหญ่ถ้ามีบาบอ (ผู้นำศาสนา) ที่ปฏิเสธวัคซีนอยู่ในพื้นที่ ก็จะมีผลอยู่ ก็ไม่ได้เยอะ ส่วนใหญ่เป็นเรื่องไข้มากกว่า”

บุคลากรสาธารณสุข ชุมชนที่ 2

วัคซีนเป็นนะญิส (สิ่งสกปรก) ข้อกังวลในประเด็นนี้มีเหตุผลมาจากการใช้เชื้อโรคที่อ่อนฤทธิ์ในกระบวนการผลิตวัคซีน ซึ่งผู้ปกครองเชื่อว่า เชื้อโรคดังกล่าวคือสิ่งสกปรก (นะญิส) ที่ส่งผลให้เกิดผลเสียต่อร่างกาย

“ข้อกังวลส่วนใหญ่ของชาวบ้านนะ เขาเชื่อว่าวัคซีนเป็นนะญิส (สิ่งสกปรก) ไม่ควรเอาเข้ามาในร่างกาย เพราะวัคซีนทำจากเชื้อโรค ขึ้นชื่อว่าเชื้อโรคนะ...ก็เป็นนะญิส”

ผู้นำชุมชน ผู้นำศาสนา อสม. แกนนำสตรี ชุมชนที่ 2

"เขาไม่ได้ฉีดเลย แต่ในส่วนของโต๊ะอีหม่ามนี้ ในส่วนของศาสนาเกี่ยวกับวัคซีน ส่วนใหญ่ก็จะทำความเข้าใจกับชาวบ้าน เนื่องจากชาวบ้านจะกลัว บางข้อมูลว่าวัคซีนไม่ได้ฮาลาล วัคซีนไม่สะอาด เป็นนะญิส แต่โต๊ะอีหม่ามมีการทำความเข้าใจกับชาวบ้านแล้วมีการประกาศในมัสยิดทุกมัสยิด"

ผู้นำชุมชน ผู้นำศาสนา อสม. แกนนำสตรี ชุมชนที่ 5

"เรื่องความเข้าใจของคนที่บ้าน เราค่อนข้างเข้าใจว่าวัคซีนมันคือเชื้อโรคอะเนาะ พอเป็นเชื้อโรคใครๆก็ไม่อยากเอาเข้าร่างกาย"

ผู้ปกครอง ชุมชนที่ 2

วัคซีนไม่ฮาลาล เป็นข้อกังวลของผู้ปกครองเกี่ยวกับส่วนประกอบที่ใช้ในการผลิตวัคซีน โดยเฉพาะการใช้เจลลาตินที่ผลิตมาจากสุกรและสัตว์ที่เชือดไม่ถูกหลักศาสนาอิสลาม อย่างไรก็ตาม ผู้ปกครอง บุคลากร แกนนำชุมชน สะท้อนว่า การสื่อสารเกี่ยวกับส่วนประกอบในการผลิตวัคซีนมีน้อยมาก ผู้ปกครองไม่สามารถเข้าถึงข้อมูลส่วนประกอบที่ใช้ในการผลิตวัคซีน จึงทำให้ผู้ปกครองส่วนใหญ่ยังคงไม่มั่นใจในส่วนประกอบของวัคซีน ดังคำพูดของผู้ให้ข้อมูลดังนี้

"แบบว่า เราก็ไม่รู้เหมือนกัน(หัวเราะ) ไม่รู้จะตอบยังไง ตอนที่ว่าจะไปฉีดวัคซีนในมัรกัสนั้น ไล่ออกมาเลย เขาพูดว่า มีไขมันหมูผสม เขาบอกว่ามีมันหมูอยู่ในวัคซีนนั้น ไม่รู้ว่าเขาได้ยินมาจากไหน เขาว่าไม่ฮาลาลเขาก็ไม่เอา เขาไล่ออกมาเลย"

ผู้นำชุมชน ผู้นำศาสนา อสม. แกนนำสตรี ชุมชนที่ 6

2. อุปสรรคในการเข้าถึงบริการ ข้อจำกัดในการเข้าถึงบริการวัคซีนเกิดได้ทั้งจากความยากลำบากในการเดินทาง และการขาดผู้สนับสนุนช่วยเหลือ ดังนี้

ความยากลำบากในการเดินทาง ความไม่สะดวกในการเดินทางเพื่อพาเด็กไปรับวัคซีนมีสาเหตุมาจากการไม่มียานพาหนะและไม่มีคนช่วยพาไป พบมากในกลุ่มผู้ปกครองที่อาศัยในเขตชนบท ภูมิประเทศที่เป็นภูเขา เนื่องจากไม่มีรถประจำทางสาธารณะให้บริการ ผู้ปกครองที่พอมีรายได้ส่วนใหญ่ใช้รถจักรยานยนต์เป็นพาหนะ ดังคำพูดของผู้ให้ข้อมูลดังนี้

"ก็ปัญหาที่ไม่ไปนั้น ก็เรื่องความยากลำบากที่จะไปเอง.....เพิ่มเติมในจุดที่ว่าเรามีปัญหาที่ว่าแม่ไปทำงานต่างประเทศเนอะ บางทีเขาก็จะไปที่มาเลเซีย ก็จะให้เด็กอยู่กับยาย อยู่กับมะ (ย่า ยาย) อะไรอย่างนี้นะคะ เวลาเด็กมาฉีดวัคซีนนี้ คนแก่เนี่ยเขาจะพาเด็กมาไม่ได้ เขาก็จะมีปัญหาที่ว่าพามาไม่ได้แบบอีกอย่างนึงก็ขับรถไม่เป็น ไม่มีรถบ้าง"

ผู้นำชุมชน ผู้นำศาสนา อสม. แกนนำสตรี ชุมชนที่ 2

"ถ้าฝั่งด้าน กม. ก็จะเป็นเรื่องของความสะดวกการเดินทางเพราะว่าแต่ละหมู่บ้านอยู่ไกลจากอนามัยมาก"

บุคลากรสาธารณสุขกลุ่ม ชุมชนที่ 4

ขาดผู้สนับสนุนช่วยเหลือ การเดินทางเพื่อพาเด็กไปรับวัคซีนจำเป็นต้องให้ผู้ปกครองอย่างน้อย 2 คน โดยที่ผู้ปกครองไม่สามารถหยุดงานพร้อมกันได้ หรือบางครั้งต้องดูแลลูกคนอื่น ๆ ที่บ้าน ซึ่งพบในเด็กที่อาศัยกับผู้ปกครองที่สูงอายุ เช่น ปู่ย่า ตายาย แม่เลี้ยงเดี่ยว และครอบครัวที่มีลูกหลายคน ดังคำพูดของผู้ให้ข้อมูลดังนี้

"ส่วนมากคนที่ไม่มานั้นมีความยากลำบาก มีลูกเล็ก มีลูกหลายคน การเดินทางลำบาก เขาจะขับพาไปลูกเล็ก ๆ ก็ยากลำบาก บางคนบอกว่าจะไปฉีดแต่ไม่มีเวลา เขาบอกว่าจะไป แต่ไม่มีเวลาไปเนื่องจากมีลูกหลายคน ลูกเล็ก ๆ ทั้งนั้น สองปี สามปี ไปแต่ละครั้งมีความยุ่งยาก"

ผู้ปกครอง ชุมชนที่ 2

3. การจัดบริการ ปัจจัยด้านการบริการที่เกี่ยวข้องกับการไม่ได้รับวัคซีนของเด็กประกอบด้วย ระยะเวลาการให้บริการไม่เพียงพอและไม่สอดคล้องกับวิถีชีวิต พฤติกรรมบริการ และการติดตามกลุ่มเป้าหมาย ดังนี้

ระยะเวลาบริการที่ไม่เพียงพอและไม่สอดคล้องกับวิถีชีวิต สถานบริการส่วนใหญ่ให้บริการวัคซีนเฉลี่ยสัปดาห์ละ 1 วันและส่วนใหญ่เปิดให้บริการเฉพาะเวลาราชการ ทำให้เด็กมีโอกาสได้รับวัคซีนน้อย เนื่องจากช่วงเวลาดังกล่าวผู้ปกครองต้องประกอบอาชีพ ไม่สามารถหยุดงาน บางพื้นที่เปิดให้บริการเฉพาะครึ่งวันเช้าในขณะที่ผู้ปกครองส่วนใหญ่มีอาชีพกรีดยางพาราและมีเวลาว่างเฉพาะช่วงบ่าย ในกรณีที่ไปใช้บริการไม่ตรงวันเปิดให้บริการ ผู้ปกครองต้องพาเด็กกลับโดยไม่ได้รับวัคซีน โดยเจ้าหน้าที่ให้เหตุผลเพื่อลดการสูญเสียวัคซีนโดยเฉพาะวัคซีนที่ใช้ได้หลายคน (multiple doses) กรณีเด็ก

ย้ายไปใช้บริการ ณ สถานบริการที่ไม่ได้ลงทะเบียนสิทธิประกันสุขภาพ จะได้รับคำแนะนำให้ผู้ปกครองย้ายสิทธิประกันสุขภาพเสียก่อน ซึ่งผู้ปกครองสะท้อนว่า เหตุการณ์ดังกล่าวยิ่งทำให้เด็กไม่ได้รับวัคซีนหรือได้รับวัคซีนไม่ครบ

"เขาเปิดเฉพาะวันอังคาร ถ้ามาวันอื่นเขาไม่ฉีดให้ เขากลัวว่าวัคซีนเสีย.....ส่วนใหญ่ชาวบ้านกรีดยางช่วงเช้า บ่ายจะว่าง ถ้าเปิดครึ่งวันก็ไปไม่ได้ ถ้าเปิดทั้งวันก็ไปได้ ที่นี่เขาเปิดเฉพาะวันพุธ"

ผู้ปกครอง ชุมชนที่ 2

"ผู้ปกครองส่วนใหญ่ค้าขาย ออกจากบ้านตั้งแต่หกโมง กลับอีกทีก็ค่ำ คนมีตังค์ เขาพาไปฉีดที่คลินิก เพราะเปิดช่วงที่พ่อแม่เขาว่าง ส่วนคนไม่มีตังค์ก็จะไม่ฉีด"

ผู้ปกครอง ชุมชนที่ 6

พฤติกรรมบริการ ส่งผลต่อการตัดสินใจพาเด็กไปรับหรือไม่รับวัคซีน ผู้ปกครองและผู้นำชุมชน และภาคประชาสังคมให้ข้อมูลว่า ผู้ปกครองไม่กล้าพาเด็กไปรับวัคซีนเนื่องจากกังวลว่าจะถูกตำหนิจากเจ้าหน้าที่โดยเฉพาะผู้ปกครองที่ไม่เคยพาเด็กไปรับวัคซีน หรือรับวัคซีนไม่ครบ ซึ่งได้รับข้อมูลพฤติกรรมบริการบริการจากผู้ปกครองคนอื่นๆ หรือมีประสบการณ์โดยตรง ดังคำพูดของผู้ให้ข้อมูลดังนี้

"บางคนขาดเข็มหนึ่ง แล้วโดนหมอบ่นก็ไม่อยากมา ทำไมไม่ครบ พอไปอีกรอบก็โดนบ่นหล่าว ก็เลยไม่ไป"

ผู้ปกครอง ชุมชนที่ 2

"บางทีเขากลัว กลัวโดนเจ้าหน้าที่ว่า (ตำหนิ) พอนัดครั้งต่อไปก็เลยไม่มา"

ผู้ปกครอง ชุมชนที่ 4

ประสิทธิภาพในการติดตามกลุ่มเป้าหมาย การติดตามกลุ่มเป้าหมายมีผลต่อการตัดสินใจของผู้ปกครองในการพาเด็กไปรับวัคซีน ซึ่งพบว่า เด็กที่อยู่ในพื้นที่ภูเขาระยะทางห่างไกล ไม่มีสัญญาณโทรศัพท์และอินเทอร์เน็ต หรือเด็กที่มีการย้ายที่อยู่ มีโอกาสที่จะไม่ได้รับวัคซีนสูง เนื่องจากเจ้าหน้าที่ไม่สามารถติดตามหรือสื่อสารข้อมูลการนัดหมาย เด็กที่ไม่ได้มาตามนัด เช่น มีไข้ หรือเจ็บป่วยในวันนัด จะขาดการติดตามอย่างต่อเนื่องเนื่องจากไม่มีการบันทึกการนัดหมายกรณีที่ไม่มาตามนัด นอกจากนี้

พบว่าผู้ปกครองลืม ทำให้เด็กไม่ได้รับวัคซีนในครั้งต่อ ๆ ไป เด็กที่อาศัยในชุมชนบริเวณชายแดนและชุมชนเมืองเจ้าหน้าที่ติดตามเด็กได้ยาก เนื่องจากเด็กย้ายที่อยู่ตามผู้ปกครองบ่อยครั้ง

"ผู้ปกครองที่อยู่บนเขา ติดตามลำบาก ไม่มีสัญญาณโทรศัพท์ ไม่มีอินเตอร์ อันนี้ต้องให้ อสม. ขับรถไปตามอย่างเดียว...บางทีไปแล้วก็ไม่เจอ จะฝากใครบอกก็ไม่ได้ บางทีมีบ้านอยู่หลังเดียว"

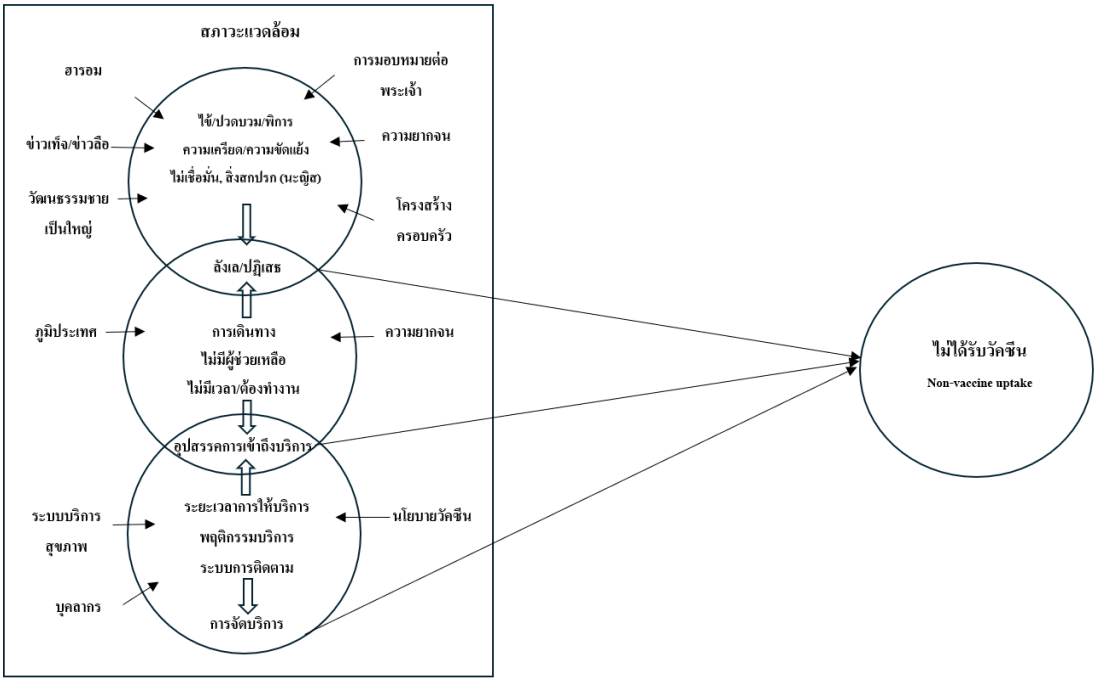
ผู้ปกครอง ชุมชนที่ 4

"อันนี้พี่ไม่ได้เก็บนะอันนี้เก็บเฉพาะที่ลืมนัด ที่เขาบอกว่า ลืมนัดที่เก็บได้ประมาณ 40 % เฉพาะ 2 อำเภอ"

บุคลากรสาธารณสุข ชุมชนที่ 4

"พื้นที่เรา เป็นชุมชนเมือง ส่วนใหญ่เป็นคนจากข้างนอกที่มาทำงาน บางทีเขาไป ๆ มา ๆ ไม่รู้ว่าไปอยู่ที่ไหน บางทีเด็กตามผู้ปกครองไปทำงานมาเลย์ กลุ่มนี้ตามยาก ส่วนใหญ่ก็ไม่ได้รับวัคซีน"

เจ้าหน้าที่สาธารณสุข ชุมชนที่ 6



ภาพที่ 1 สาเหตุของการไม่ได้รับวัคซีนของเด็กอายุ 0 - 3 ปี ในจังหวัดชายแดนภาคใต้

อภิปรายผล

สาเหตุของการไม่ได้รับวัคซีนพื้นฐานตามแผนงานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคของเด็กอายุ 0 - 3 ปี ในจังหวัดชายแดนภาคใต้เกิดจากปัจจัยด้านความลังเลของผู้ปกครอง (vaccine hesitancy) ซึ่งเกี่ยวข้องกับความกังวลต่ออาการข้างเคียง ความเครียดจากความขัดแย้งในครอบครัว ไม่เชื่อมั่นในคุณภาพและประสิทธิภาพของวัคซีน เชื่อว่าการรับวัคซีนเป็นการไม่มอบหมายต่อพระเจ้า วัคซีนเป็นนะญิส (สิ่งสกปรก) ไม่มั่นใจว่าวัคซีนฮาลาล ปัจจัยด้านอุปสรรคในการเข้าถึงบริการ (accessibility) เกี่ยวข้องกับความยากลำบากในการเดินทาง ขาดผู้สนับสนุนช่วยเหลือ และปัจจัยด้านระบบบริการ (services) ได้แก่ ระยะเวลาบริการไม่เพียงพอและไม่สอดคล้องกับวิถีชีวิต พฤติกรรมบริการ และประสิทธิภาพในการติดตามกลุ่มเป้าหมาย

อาการไข้และปวดบวมหลังการได้รับวัคซีนส่งผลต่อความเครียดของผู้ปกครองเนื่องจากต้องหยุดงานเพื่อดูแลเด็กทำให้สูญเสียรายได้ (Domang & Prateepko, 2019; Langputeh et al., 2020) และเกิดความขัดแย้งกับคู่สมรสหรือปู่ย่าตายายที่ปฏิเสธวัคซีน การได้รับข้อมูลอาการไม่พึงประสงค์ที่รุนแรงเกินความเป็นจริงจากการรับฟังคำบอกเล่าต่อๆ จากผู้ปกครองด้วยกันหรือคนในชุมชนและสื่อสังคมออนไลน์ เช่น วัคซีนทำให้พิการ วัคซีนทำให้สติปัญญาบกพร่อง และเชื่อมโยงกับการรับรู้อาการไม่พึงประสงค์ของวัคซีนโควิด 19 ทำให้ผู้ปกครองเชื่อว่าวัคซีนทำให้เกิดผลกระทบทางลบมากกว่าประโยชน์ที่จะได้รับ (Jinarong et al., 2023; Sirithammaphan et al., 2023)

ความไม่เชื่อมั่นต่อคุณภาพและประสิทธิภาพของวัคซีนเกิดขึ้นจากคำบอกเล่าของผู้ปกครองด้วยกันที่พบว่าวัคซีนที่ให้บริการโดยคลินิกเอกชนทำให้เกิดอาการไข้น้อยกว่าวัคซีนที่ให้บริการโดยภาครัฐ การเลือกใช้วัคซีนชนิดไร้เซลล์ในคลินิกเอกชนของบุคลากรสาธารณสุขยิ่งส่งผลให้ผู้ปกครองไม่มั่นใจและเกิดข้อสงสัยต่อคุณภาพและประสิทธิภาพของวัคซีนที่จัดหาโดยภาครัฐ การปฏิบัติของบุคลากรทางการแพทย์มีอิทธิต่อความเชื่อมั่นและการตัดสินใจรับวัคซีนของผู้ปกครอง (Schellenberg et al., 2023) ซึ่งแตกต่างกับการศึกษาที่ผ่านมาที่ไม่พบว่า ความเชื่อมั่นต่อคุณภาพและประสิทธิภาพของวัคซีนส่งผลต่อการตัดสินใจรับวัคซีนของผู้ปกครอง (Domang & Prateepko, 2019; Jinarong et al., 2023; Langputeh et al., 2020)

เหตุผลที่เกี่ยวข้องกับความเชื่อทางศาสนา ได้แก่ การรับวัคซีนเป็นการไม่มอบหมายต่อกฎสภาวการณ์ของพระเจ้า ส่วนประกอบของวัคซีนไม่ฮาลาล และวัคซีนเป็นนะญิส (สิ่งสกปรก) เป็นเหตุผลที่ผู้ปกครองบ่ายเบี่ยงการรับวัคซีน สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่าน (Ansari et al., 2021; Daya et al., 2018; Jinarong et al., 2023; Langputeh et al., 2020; Sirithammaphan et al., 2023) อย่างไรก็ตาม ผู้ปกครองที่เชื่อว่าการรับวัคซีนขัดกับหลักศาสนามีเพียงส่วนน้อย เช่น กลุ่มนักเผยแพร่ศาสนาบางกลุ่ม

(ดะวะห์) ความไม่มั่นใจว่าส่วนประกอบของวัคซีนฮาลาลตามหลักศาสนาเกิดจากการไม่ได้รับข้อมูลเกี่ยวกับส่วนประกอบในการผลิตและไม่มีข้อมูลที่สามารถเข้าถึงได้ (Jinarong et al., 2023)

การศึกษาที่ผ่านมาพบว่า เด็กที่อาศัยในพื้นที่ที่มีเหตุการณ์ความไม่สงบมีโอกาสที่จะเข้าถึงบริการวัคซีนน้อยกว่าเด็กในพื้นที่อื่น ๆ (Domang & Prateepko, 2019; Jeharsae, 2011) มีสาเหตุจากความยากลำบากในการเดินทางของผู้ปกครองและเจ้าหน้าที่ในการให้บริการวัคซีนเชิงรุกด้วยเหตุผลของความปลอดภัย อย่างไรก็ตามการศึกษาครั้งนี้พบว่า ความยากลำบากในการเข้าถึงบริการวัคซีนของผู้ปกครองเกิดจากการไม่มียานพาหนะและขาดผู้สนับสนุนช่วยเหลือมากกว่าปัจจัยด้านเหตุความไม่สงบ โดยเฉพาะผู้ปกครองอาศัยในเขตภูเขาหรือสวนยางพารา ผู้ปกครองสูงอายุ แม่เลี้ยงเดี่ยวและผู้ปกครองที่มีลูกหลายคน

การศึกษานี้แตกต่างกับการศึกษาอื่นๆ ที่ผ่านมาที่พบว่า ระบบบริการวัคซีนเป็นปัจจัยสำคัญที่ส่งผลต่อการได้รับวัคซีนของเด็กในจังหวัดชายแดนภาคใต้ ระยะเวลาการให้บริการที่น้อยเฉลี่ยสัปดาห์ละหนึ่งวัน ช่วงเวลาให้บริการไม่สอดคล้องกับวิถีชีวิตและการประกอบอาชีพของผู้ปกครอง ทำให้ผู้ปกครองไม่สามารถพาเด็กไปรับบริการวัคซีนจึงทำให้เด็กเข้าถึงบริการวัคซีนได้น้อย (Daya et al., 2018; Sato, 2020) พฤติกรรมบริการของเจ้าหน้าที่ส่งผลโดยตรงต่อประสบการณ์การใช้บริการของผู้ปกครอง ผู้ปกครองที่มีประสบการณ์การใช้บริการเชิงลบมีแนวโน้มที่จะลังเลในการรับวัคซีนครั้งต่อไป (Domang & Prateepko, 2019; Ebi et al., 2022; Langputeh et al., 2020) พฤติกรรมบริการของเจ้าหน้าที่จะได้รับบอกต่อไปยังผู้ปกครองคนอื่นๆ ปากต่อปากจนทำให้ผู้ปกครองเกิดทัศนคติเชิงลบต่อการใช้บริการแม้ไม่ได้ประสบเหตุการณ์โดยตรง (Jinarong et al., 2023) ระบบการติดตามที่ยังไม่มีประสิทธิภาพเกิดจากข้อจำกัดด้านการสื่อสาร การเข้าถึงสัญญาณโทรศัพท์และอินเทอร์เน็ต และการย้ายที่อยู่บ่อยครั้ง ทำให้เด็กหลุดออกจากการติดตามและไม่ได้รับวัคซีน การปรับปรุงและเพิ่มประสิทธิภาพในการติดตามกลุ่มเป้าหมายจะช่วยให้เด็กเข้าถึงวัคซีนได้เพิ่มขึ้น (Fonseca et al., 2024)

สรุป

การวิจัยครั้งนี้แตกต่างกับผลการศึกษาที่ผ่านมาที่พบว่า นอกจากความลังเลและการปฏิเสธวัคซีน เหตุผลด้านการเข้าถึงบริการ (accessibility) และการความเพียงพอในการจัดบริการ (availability) ประสิทธิภาพและคุณภาพของการจัดบริการ (efficiency and quality of services) มีความสำคัญต่อการเพิ่มความครอบคลุมของการได้รับวัคซีนพื้นฐานตามแผนงานการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคของเด็กอายุ 0 - 3 ปี ในจังหวัดชายแดนภาคใต้

ข้อเสนอแนะ

1. เหตุผลสำคัญที่ทำให้ผู้ปกครองลังเลหรือปฏิเสธวัคซีนได้แก่ ความกังวลต่ออาการข้างเคียงโดยเฉพาะอาการไข้ ซึ่งส่งผลกระทบต่อความเครียดและการสูญเสียรายได้ ไม่มั่นใจต่อคุณภาพและประสิทธิภาพของวัคซีน ดังนั้นจึงควรศึกษาความคุ้มค่าทางเศรษฐกิจ (cost-effectiveness) ในการใช้วัคซีนทางเลือกชนิดไร้เซลล์เพื่อบรรเทาผลกระทบและสร้างความเชื่อมั่นต่อวัคซีนแก่ผู้ปกครอง

2. การเปลี่ยนความเชื่อและทัศนคติของผู้ปกครองอาจต้องใช้เวลานาน การเปลี่ยนความเชื่อที่เกี่ยวข้องกับประเด็นทางศาสนาอาจเป็นไปได้ยาก แต่การสร้างความมั่นใจว่าวัคซีนไม่มีส่วนผสมที่ผิดกับหลักการทางศาสนา ด้วยการเผยแพร่ข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับส่วนผสมและกระบวนการผลิตที่เข้าถึงได้ง่ายจะทำให้ผู้ปกครองมั่นใจมากขึ้น

3. หน่วยบริการควรเพิ่มระยะเวลาการให้บริการและทบทวนช่วงเวลาบริการที่สอดคล้องกับวิถีชีวิตของผู้ปกครองในแต่ละบริบทเพื่อเพิ่มโอกาสในการเข้าถึงการรับบริการ ทบทวนและปรับปรุงระบบการติดตามกลุ่มเป้าหมาย โดยเฉพาะเด็กที่ย้ายที่อยู่บ่อยรวมถึงระบบการติดตามเด็กที่ไม่ได้มาตามนัด เพื่อลดจำนวนเด็กที่หลุดออกจากระบบการนัดหมาย

กิตติกรรมประกาศ

วิจัยเรื่องนี้ได้รับทุนสนับสนุนจากสำนักงานคณะกรรมการส่งเสริมวิทยาศาสตร์ วิจัยและนวัตกรรม (สกสว.) โดยสถาบันวัคซีนแห่งชาติ

รายการอ้างอิง (References)

Ansari, M.T., Jamaluddin, N.N., Ramlan, T.A., Zamri, N., Majeed, S., Badgujar, V., Sami, F., Hasnain, M.S., & Singh, H.K.B. (2021). Knowledge, attitude, perception of Muslim parents towards vaccination in Malaysia. *Hum Vaccin Immunother, 17*(3), 785 - 790. http://doi.org/10.1080/21645515.2020.1800325

Bureau of Epidemiology. (2023). *Surveillance system of communicable diseases.* http://doe.moph.go.th/surdata/index.php

Daya, S., Lillahkul, N., & Noin, J. (2018). Experience of parents of Thai muslim childhood aged 0 - 5 years in Yala province who rejected the service of expanded program immunization with vaccine. *Journal of the Department of Medicine Service, 43*(5), 137 - 141. https://he02.tci-thaijo.org/index.php/JDMS/article/view/247857

Department of Disease Control. (2019, December 5). *Text book of vaccines and immunization 2019.* Ministry of Public Health. https://www.who.int/news-room/facts-in-pictures/detail/immunization

Department of Disease Control. (2023, March 22). *Standard for immunization 2023.* Ministry of Public Health. https://www.who.int/campaigns/world-immunization-week/2023

Domang, R., & Prateepko, T. (2019). Factors affecting parents on seeking basic immunization program for their children aged 0 - 5 years in Pattani province. *Journal of Health Science, 28*(2), 225 - 235. https://thaidj.org/index.php/JHS/article/view/6414

Ebi, S.J., Deml, M.J., Jafflin, K., Buhl, A., Engel, R., Picker. J., Hausler, J., Wingeier, B., Kruerke, D., Huber, B.M., Merten, S., & Tarr, P.E. (2022) Parents' vaccination information seeking, satisfaction with and trust in medical providers in Switzerland: a mixed-methods study. *The BMJ: Leading Medical Research, 2*(2), e053267. http://doi.org/10.1136/bmjopen-2021-053267

Fonseca, A. S. J., Philipe, R.S. T., Aparecida, F, L, S., Wilson, R. V. E., Francisca, M.E., Geralda, A. D., Castro, B.S., Eliane, E.N.R., & Penido, F.M. (2024). The impact of strategies for increasing vaccination coverage in children: a community clinical trial. *Vaccine X, 9* (16), 00429. http://doi.org/10.1016/j.jvacx.2024.100429

Houdroge, F., Yunus, H., Delport, D., Strarns, E., Palmer, A., Naim, A., Kashif, A., Pyne, H.H., Scott, N., Oelrichs, R., & Wilson, D. (2022). Cost optimisation analysis of the expanded programme for immunisation: balancing equity and coverage in Pakistan. *BMJ Global Health, 7*(10), 1-11. https://gh.bmj.com/content/7/10/e009000

Jeharsae, R. (2011). *Impacts of unrest on immunization among under-five years children in the southernmost provinces*. Prince of Songkla University.

Jeharsae, R., Hasamoh, A., Talek, M.F., Jehalee, H., Tohpa, H. & Piriyasart, J. (2019). *Situation analysis of children in the southern border provinces 2018-2019.* Prince of Songkla University.

Jinarong, T., Chootong, R., Vichitkunakorn, P., & Songwathana, P. (2023). Muslim parents' beliefs and factors influencing complete immunization of children aged 0–5 years in a Thai rural community: a qualitative study. *BMC Public Health 23*, 1348 - 1358. http://doi.org/10.1186/s12889-023-15273-y

Langputeh, P, Yayueri, Nimu, N & Ranee, S. (2020). Decade of immunization research in southern border: A Systematic review. *Thai Journal Pharmacy Practice, 12*(1), 207-215. https://he01.tci-thaijo.org/index.php/TJPP/article/view/202997

Ministry of Public Health. (2024, April 12). *Health data center: Immunization*. https://hdcservice.moph.go.th/hdc/reports/page.php?cat_id=4df360514655f79f13901ef1181ca1c7

Naeem, M., Ozuem, W., Howell, K., & Ranfagni, S. (2023). A step-by-step process of thematic analysis to develop a conceptual model in qualitative research. *International Journal of Qualitative Methods*, *22*, 1 - 18. https://doi.org/10.1177/16094069231205789

National Statistical Office Thailand & UNICEF Thailand. (2020, March 13). *Multiple Indicator Cluster Survey 2019*. https://catalogapi.nso.go.th/api/doc/MICS_31_2.pdf

National Statistical Office Thailand & UNICEF Thailand. (2023, March 13). *Multiple Indicator Cluster Survey 2022: Report of 12 selected provinces in Thailand.* https://www.unicef.org/thailand/media/11846/file/MICS%202022%20Thailand%2012%20selected%20provinces%20EN.pdf

Sato, R. (2020). Association between access to a health facility and continuum of vaccination behaviors among Nigerian children. *Hum Vaccin Immunother, 16*(5), 1215 - 1220. https://doi.org /10.1080/21645515.2019.1678360

Schellenberg, N., Dietrich, L. M., Petrucka, P., & Crizzle, A.M. (2023). Predictors and impact of trust on vaccine decisions in parents of 2-year-old children in Canada: findings from the 2017 Childhood National Immunization Coverage Survey (cNICS). *BMC Public Health, 23*, 1796 -1820. https://doi.org/10.1186/s12889-023-16705-5

Shepard, D.S., Sanoh, L., & Coffi. E. (1986). Cost-effectiveness of the expanded programme on immunization in the Ivory Coast: a preliminary assessment. *Social Science & Medicine, 22*(3), 369 - 77. https://doi.org/10.1016/0277-9536(86)90136-x

Sirithammaphan, U., Chaisang, U. & Pongrattanamarn. K. (2023). Barriers to measles mumps rubella vaccine acceptance in the three southern border provinces of Thailand. *Clinical and Experimental Vaccine Research, 12*(4), 298 - 303. https://doi.org/10.7774/cevr.2023.12.4.298

สาเหตุของการมาฝากครรภ์ช้าและประสบการณ์การดูแลตนเองในขณะที่ยังไม่มาฝากครรภ์ของหญิงตั้งครรภ์ในจังหวัดยะลา: การศึกษาเชิงคุณภาพแบบบรรยาย

The Reasons for Late Initiation of Antenatal Care and Self-care Experiences without Receiving Antenatal Care by Pregnant Women in Yala Province: Qualitative Descriptive Research

มณีรัศมิ์ พัฒนสมบัติสุข[1], ศิริพันธุ์ ศิริพันธุ์[2*], บูรณ์คณัส จันทรศิริพุทธ[1],
ภาซีน่า บุญลาภ[1], โศรยา นิฮะ[1], จุฑามาศ มามะ[1], สุวรรณี กอวิวัฒนาการ[3]
Maneeratsami Pattanasombutsook[1], Siriphan Siriphan[2*], Boonkanas Chantarasiriput[1],
Paseena Bunlap[1], Soraya Niha[1], Juthamas Mama[1], Suwannee Korwiwatanakarn[3]

(Received: February 5, 2023; Revised: March 30, 2024; Accepted: April 23, 2024)

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงคุณภาพครั้งนี้เป็นแบบบรรยาย เพื่อศึกษาสาเหตุของการมาฝากครรภ์ช้าและประสบการณ์การดูแลตนเองของหญิงตั้งครรภ์ในขณะที่ยังไม่มาฝากครรภ์ คัดเลือกผู้ให้ข้อมูลแบบเฉพาะเจาะจง จำนวน 18 ราย ผู้ให้ข้อมูลคือ หญิงตั้งครรภ์ที่มาฝากครรภ์ครั้งแรกหลังอายุครรภ์ 12 สัปดาห์ ที่โรงพยาบาลแห่งหนึ่งในจังหวัดยะลา เครื่องมือที่ใช้ในการสัมภาษณ์เชิงลึก เป็นคำถามปลายเปิดแบบกึ่งโครงสร้างที่ได้รับการตรวจสอบคุณภาพด้านความตรงตามเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน นำข้อมูลที่ได้มาถอดเทปแบบคำต่อคำ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้เทคนิคการวิเคราะห์เนื้อหา

ผลการศึกษาพบว่า สาเหตุของการมาฝากครรภ์ช้ามี 8 ประเด็นหลัก ดังนี้ 1) ไม่รู้ว่าตนเองตั้งครรภ์ 2) ไม่แน่ใจว่าตนเองตั้งครรภ์ 3) การตั้งครรภ์เป็นภาวะปกติสามารถดูแลตนเองได้ 4) ไม่ทราบถึงประโยชน์ของการมาฝากครรภ์ 5) ไม่รู้ว่าควรมาฝากครรภ์เมื่อไร 6) ยังไม่สะดวกที่จะมาฝากครรภ์

[1]วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ยะลา คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก

[1]Boromarajonani College of Nursing, Yala, Faculty of Nursing, Praboromarajchanok Institute

[2]คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยนราธิวาสราชนครินทร์

[2]Faculty of Nursing, Princess of Naradhiwas University

[3]โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ 12 ยะลา

[3]Health Promotion Hospital, Health Promotion Center Region 12 Yala

[*]Corresponding Author: siriphan@pnu.ac.th, piamsook@bcnyala.ac.th

เนื่องจากมีอาการแพ้ท้องมาก มีปัญหาทางเศรษฐกิจ บ้านอยู่ไกล เดินทางมาไม่สะดวก และต้องการมากับสามี 7) หลีกเลี่ยงการมาฝากครรภ์ และ 8) การบริการรับฝากครรภ์ของหน่วยบริการไม่สอดคล้องกับความต้องการ สำหรับประสบการณ์การดูแลตนเองของหญิงตั้งครรภ์ในขณะที่ยังไม่มาฝากครรภ์ พบ 2 ประเด็นหลัก คือ 1) ดูแลตัวเองเหมือนเดิม และ 2) ดูแลตัวเองเพิ่มเท่าที่ทำได้ การมาฝากครรภ์ช้ามีสาเหตุมาจากปัจจัยที่ซับซ้อนหลายประการร่วมกันทั้งทางตรงและทางอ้อม ดังนั้นการป้องกันและแก้ไขปัญหาการมาฝากครรภ์ช้าของหญิงตั้งครรภ์ จึงต้องคำนึงถึงสาเหตุและทุกปัจจัยที่เกี่ยวข้องอย่างรอบด้าน รวมถึงการส่งเสริมให้หญิงตั้งครรภ์ดูแลตนเองอย่างเหมาะสม

คำสำคัญ: ฝากครรภ์ช้า, หญิงตั้งครรภ์, การดูแลตนเองของหญิงตั้งครรภ์

Abstract

The purpose of this qualitative descriptive study was to investigate the causes of delayed antenatal care initiation as well as the experiences of self-care when antenatal care was not received. The 18 samples were selected using the purposive sampling technique. Informants were pregnant mothers who received care at one of the hospitals in Yala province, had received antenatal care for the first time after reaching the gestational age of 12 weeks. The depth interview questionnaire was the opened semi-structured questionnaire was validated the contents by three experts. Data transcription was conducted word-by-word. Content analysis technique was applied in data analysis.

Results found that there were eight primary reasons for late initiation of antenatal care, which included: 1) ignorance about becoming pregnant; 2) uncertainty about becoming pregnant; 3) pregnancy as a normal situation for self-care; 4) ignorance of the benefits of antenatal care; 5) uncertainty about the appropriate timing for antenatal care; 6) finding it inconvenient to obtain antenatal care due to hyperemesis gravidarum, financial burdens, a long distance from home to healthcare services, or a desire to travel with one's spouse; 7) avoidance antenatal care; and 8) antenatal care services weren't appropriate for their needs.

Pregnant women who experienced self-care without receiving antenatal care identified two key aspects :1) Continue with the same level of self-care; 2) Try to increase self-care. There are numerous complex direct and indirect factors that contribute to the late initiation of antenatal care. Therefore, it is crucial to carefully consider the causes and related aspects when preventing and

modifying issues related to pregnant women starting late initiation of antenatal care. Additionally, it is important to encourage pregnant women to take care of themselves properly.

Keywords: Late initiation of antenatal care, Pregnant women, Maternal self-care

บทนำ

การตั้งครรภ์ถือเป็นจุดเริ่มต้นของการพัฒนาคุณภาพประชากรที่เริ่มตั้งแต่เป็นทารกอยู่ในครรภ์มารดา การฝากครรภ์เป็นขั้นตอนแรกของการดูแลมารดาและทารกในครรภ์เพื่อให้ปลอดภัยและมีสุขภาพแข็งแรง การฝากครรภ์เป็นหนึ่งในการบริการอนามัยแม่และเด็กที่พัฒนามาอย่างต่อเนื่องตั้งแต่แผนพัฒนาสาธารณสุขฉบับที่ 1 (พ.ศ. 2504 - 2509) จนถึงปัจจุบัน องค์การอนามัยโลก (World Health Organization [WHO], 2016; Bureau of Health Promotion, Department of Health, 2023)ได้แนะนำให้หญิงตั้งครรภ์มาฝากครรภ์ตั้งแต่รู้ว่าตั้งครรภ์ โดยฝากครรภ์ครั้งแรกก่อนอายุครรภ์ 12 สัปดาห์ และฝากครรภ์อย่างต่อเนื่องตามเกณฑ์ 8 ครั้ง ตามแนวทางการฝากครรภ์คุณภาพสำหรับประเทศไทย เพื่อส่งเสริมสุขภาพทั้งมารดาและทารกในครรภ์ ให้ได้รับความรู้และคำแนะนำที่เกี่ยวข้องกับการดูแลตัวเองในขณะตั้งครรภ์ เฝ้าระวังและติดตามความผิดปกติที่เกิดขึ้นในขณะตั้งครรภ์ ลดปัญหาจากภาวะเสี่ยง ภาวะแทรกซ้อน และลดอัตราตายของมารดาและทารก

จากการสำรวจสถานการณ์การฝากครรภ์ในประเทศไทย ปี พ.ศ. 2564 พบว่า ยังมีหญิงตั้งครรภ์มาฝากครรภ์ครั้งแรกช้าถึงร้อยละ 25.7 และว่าแม้จำนวนครั้งที่มาฝากครรภ์ได้ครบทั้ง 5 ครั้ง แต่กิจกรรมบริการที่จำเป็นยังได้รับไม่ครบถ้วน (Bureau of Health Promotion, Department of Health, 2023) จากข้อมูลของ HDC กระทรวงสาธารณสุข ย้อนหลัง 4 ปี ร้อยละของหญิงตั้งครรภ์ได้รับการฝากครรภ์ครั้งแรกเมื่ออายุครรภ์มากกว่า 12 สัปดาห์ ของจังหวัดยะลา ในปีงบประมาณ 2563 - 2566 มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง เท่ากับร้อยละ 13.39, 14.52, 15.44, และ 19.65 ตามลำดับ ซึ่งการมาฝากครรภ์ช้านั้น ส่งผลให้ร้อยละของหญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับการดูแลก่อนคลอดครบ 8 ครั้ง ตามเกณฑ์คุณภาพของจังหวัดยะลา ไม่เป็นไปตามเป้าหมายที่กำหนดไว้คือ ร้อยละ 50 โดยในปีงบประมาณ 2565 - 2566 เท่ากับร้อยละ 10.18 และ 31.70 ตามลำดับ

การมาฝากครรภ์ช้ามีผลต่อสุขภาพมารดาและทารกในครรภ์ ทำให้หญิงตั้งครรภ์ได้รับการประเมินความเสี่ยงและการดูแลตามมาตรฐานการฝากครรภ์ช้า อาจเกิดผลลัพธ์ไม่พึงประสงค์ เกิดภาวะเสี่ยงและภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ทั้งในระยะตั้งครรภ์ ระยะคลอด และระยะหลังคลอด เช่น ภาวะโลหิตจาง (Pattanasombutsook et al., 2020) การติดเชื้อ ความดันโลหิตสูง เบาหวาน (WHO, 2019) ทารกคลอดก่อนกำหนด ทารกแรกเกิดน้ำหนักตัวน้อย (Puthussery et al., 2022) ทารกปัญญาอ่อนหรือพิการ

แต่กำเนิด (Sungsongkiate, 2018) อีกทั้งการมาฝากครรภ์ช้ายังทำให้หญิงตั้งครรภ์ได้รับการดูแลตามกิจกรรมที่จำเป็นไม่ครบถ้วน เช่น การตรวจคัดกรองต่างๆ การฉีดวัคซีนป้องกันโรค การได้รับยาเสริมธาตุเหล็ก และได้รับความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตัวระหว่างการตั้งครรภ์ ซึ่งส่งผลต่อสุขภาพของทั้งมารดาและทารกในระยะยาวได้

จากปัญหาดังกล่าว ทำให้ผู้วิจัยมีความสนใจในการหาสาเหตุของการมาฝากครรภ์ช้าและศึกษาประสบการณ์การดูแลตนเองในขณะที่ยังไม่มาฝากครรภ์ของหญิงตั้งครรภ์ที่มาฝากครรภ์ช้า ซึ่งทฤษฎีอิทธิพล 3 ประการ (Theory of Triadic Influence) โดย Flay et al. (2009) กล่าวว่าพฤติกรรมต่าง ๆ ของบุคคลเกิดจากอิทธิพลหลัก 3 ประการ คือ อิทธิพลภายในตัวบุคคล (intra-personal influences) อิทธิพลด้านสิ่งแวดล้อมเชิงวัฒนธรรม (cultural-environmental influences) และอิทธิพลจากสถานการณ์ทางสังคม (interpersonal social influences) การที่บุคคลแสดงพฤติกรรมนั้นเป็นเรื่องที่สลับซับซ้อน มิได้เกิดจากปัจจัยใดปัจจัยหนึ่ง โดยปัจจัยเหล่านี้อาจเกิดร่วมกันหรือเกิดพร้อมกัน และมีการเปลี่ยนแปลงไปมาเป็นพลวัตร ทฤษฎีนี้สามารถอธิบายปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการแสดงพฤติกรรมของบุคคลได้ทั้งทางตรงและทางอ้อม การที่หญิงตั้งครรภ์มาฝากครรภ์ช้า อาจเกิดจากปัจจัยหลายประการร่วมกัน ผู้วิจัยจึงใช้ทฤษฎีดังกล่าวเป็นกรอบแนวคิดในการศึกษาครั้งนี้ และการศึกษาผ่านมุมมองของผู้เป็นเจ้าของประสบการณ์โดยตรง จะทำให้ทราบถึงปัจจัยต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องตามการรับรู้ของตัวหญิงตั้งครรภ์เอง จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องในประเทศไทย พบอุบัติการณ์ของการฝากครรภ์ช้า แต่พบว่ายังขาดองค์ความรู้เกี่ยวกับการมาฝากครรภ์ช้าในมุมมองของหญิงตั้งครรภ์ในสามจังหวัดชายแดนภาคใต้ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในหญิงตั้งครรภ์มุสลิมที่มีวิถีชีวิตและความเชื่อที่มีลักษณะเฉพาะ จึงทำให้ผู้วิจัยสนใจศึกษาด้วยวิธีการวิจัยเชิงคุณภาพเพื่อให้ได้คำตอบที่จะนำไปสู่วิธีการแก้ปัญหาที่เหมาะสมตามบริบทของทางสังคมและวัฒนธรรมของพื้นที่ รวมถึงเป็นข้อมูลในการพัฒนาระบบบริการรับฝากครรภ์ให้มีประสิทธิภาพต่อไป

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาสาเหตุของการมาฝากครรภ์ช้าและประสบการณ์การดูแลตนเองของหญิงตั้งครรภ์ในขณะที่ยังไม่มาฝากครรภ์

วิธีการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพแบบบรรยาย (descriptive qualitative study)

ผู้ให้ข้อมูล ผู้ให้ข้อมูลในการศึกษาครั้งนี้ คือ หญิงตั้งครรภ์ที่มาฝากครรภ์ที่โรงพยาบาลแห่งหนึ่งในจังหวัดยะลา จำนวน 18 คน (Polit & Beck, 2021) คัดเลือกผู้ให้ข้อมูลแบบเฉพาะเจาะจง (purposive sampling) ตามคุณสมบัติ ดังนี้ 1) เป็นหญิงตั้งครรภ์ที่อาศัยอยู่ในพื้นที่จังหวัดยะลาหรือจังหวัดใกล้เคียง 2) มาฝากครรภ์ครั้งแรกเมื่ออายุครรภ์ 12 สัปดาห์ขึ้นไป 3) ไม่อยู่ในภาวะวิกฤตหรือเสี่ยงสูง 4) สามารถเข้าใจและสื่อสารภาษาไทยได้ และ 5) ยินดีให้ข้อมูลเกี่ยวกับสาเหตุของการมาฝากครรภ์ช้าและประสบการณ์การดูแลตนเองในขณะที่ยังไม่มาฝากครรภ์ และเกณฑ์คัดออก คือ ผู้ให้ข้อมูลไม่สามารถสื่อสารหรือให้ข้อมูลจนครบถ้วนได้

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. ผู้วิจัยเป็นเครื่องมือที่สำคัญที่สุดในการวิจัยเชิงคุณภาพ เพื่อให้การทำวิจัยเป็นไปตามหลักเกณฑ์ที่ถูกต้อง ผู้วิจัยมีความรู้และประสบการณ์การทำวิจัยเชิงคุณภาพ รวมถึงความรู้ด้านวิชาการและประสบการณ์ที่เกี่ยวกับการดูแลหญิงตั้งครรภ์ หญิงในระยะคลอด หลังคลอดและอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง

2. เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูลในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง แบ่งออกเป็น 3 ส่วนดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลได้แก่ อายุ อาชีพ ระดับการศึกษา ประวัติการตั้งครรภ์และการคลอด ประวัติการฝากครรภ์ ผลการตรวจร่างกาย และการตรวจทางห้องปฏิบัติการที่เกี่ยวข้อง

ส่วนที่ 2 แนวทางการสัมภาษณ์เชิงลึกเกี่ยวกับสาเหตุของการมาฝากครรภ์ช้าและประสบการณ์การดูแลตนเองของหญิงตั้งครรภ์ในขณะที่ยังไม่มาฝากครรภ์ เป็นคำถามปลายเปิดแบบกึ่งโครงสร้าง (in-depth semi-structured interview)

3. แบบบันทึกภาคสนาม (field note) เพื่อใช้ในการบันทึกพฤติกรรมของผู้ให้ข้อมูล ในด้านอารมณ์ความรู้สึก กิริยาท่าทาง รวมถึงปัญหาอุปสรรคต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นในขณะสัมภาษณ์

4. เครื่องบันทึกเสียง

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล ได้รับการตรวจสอบคุณภาพในด้านความตรงตามเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน ได้แก่ สูติแพทย์ และพยาบาลวิชาชีพแผนกฝากครรภ์ที่มีประสบการณ์การดูแลหญิงตั้งครรภ์มากกว่า 20 ปี และอาจารย์พยาบาลที่มีความเชี่ยวชาญด้านการทำวิจัยเชิงคุณภาพ ข้อคำถามมีค่า IOC อยู่ระหว่าง 0.67 - 1.00 (Pattanasombutsook, 2021) และแบบสัมภาษณ์ได้รับการปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิก่อนนำไปใช้สัมภาษณ์หญิงตั้งครรภ์

การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยได้รับการรับรองจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยและงานสร้างสรรค์ในมนุษย์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ยะลา หมายเลขใบรับรองที่ BCNYA 19/2565 (วันที่ให้การรับรอง 26 เมษายน 2565)

วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

หลังจากได้รับอนุญาตให้ทำวิจัย ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง คัดกรองหญิงตั้งครรภ์ที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนด ผู้วิจัยแนะนำตัวและสร้างสัมพันธภาพกับผู้ให้ข้อมูล ชี้แจงวัตถุประสงค์และรายละเอียดเกี่ยวกับการวิจัย ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ ชี้แจงสิทธิ์ในการตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมวิจัย สิทธิ์ที่จะปฏิเสธหรือถอนตัวจากการวิจัยได้ตลอดเวลาโดยไม่มีผลกระทบใดๆ การเสนอผลการศึกษาทำในภาพรวม ไม่มีการระบุตัวตนของผู้ให้ข้อมูล เมื่อผู้ให้ข้อมูลยินยอมให้ข้อมูลด้วยความสมัครใจและเซ็นใบยินยอมเข้าร่วมวิจัย จึงเก็บรวบรวมข้อมูลโดยการสัมภาษณ์เชิงลึกเป็นรายบุคคล ในสถานที่มีความเป็นส่วนตัว สัมภาษณ์ร่วมกับการสังเกต บันทึกข้อมูลภาคสนาม (field note) และบันทึกเสียงการสนทนา ครั้งละ 30-50 นาที คนละ 1-2 ครั้ง ขึ้นกับข้อมูลที่ได้รับและความสะดวกของผู้ให้ข้อมูล เมื่อพบว่าข้อมูลที่ได้มายังไม่ชัดเจนหรือไม่ครบถ้วน จะสัมภาษณ์เพิ่มเติมเมื่อหญิงตั้งครรภ์มาฝากครรภ์ครั้งต่อไป

การตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูล

เพื่อให้ข้อมูลที่ได้จากการศึกษาวิจัยมีความน่าเชื่อถือ ผู้วิจัยตรวจสอบข้อมูลตามแนวทางการตรวจสอบข้อมูล (Lincoln & Guba, 1985) ดังนี้ 1) ความน่าเชื่อถือของข้อมูล (credibility) เริ่มต้นจากการสร้างสัมพันธภาพให้ผู้ให้ข้อมูลเกิดความไว้วางใจ จากนั้นจึงสัมภาษณ์ เมื่อสัมภาษณ์เสร็จในแต่ละครั้ง จะนำข้อมูลที่ได้มาถอดเทปแบบคำต่อคำ นำข้อมูลจากการสังเกตและการจดบันทึกภาคสนามมาสรุปใจความสำคัญ ประมวลและวิเคราะห์ จัดหมวดหมู่ของข้อมูล 2) ความไว้วางใจได้ของข้อมูล (dependability) การทำวิจัยเป็นไปตามระเบียบวิธีวิจัย ทั้งในส่วนของเครื่องมือวิจัยที่ผ่านการตรวจสอบคุณภาพจากผู้ทรงคุณวุฒิ ขั้นตอนของการเก็บรวบรวมข้อมูล การวิเคราะห์ข้อมูล และการตรวจสอบข้อมูลที่ได้ร่วมกับทีมวิจัย 3) ความสามารถตรวจสอบและยืนยันข้อมูล (confirmability) เพื่อให้ได้ข้อมูลที่ถูกต้อง ผู้ให้ข้อมูลตรวจสอบประเด็นที่ได้จากการสัมภาษณ์ว่าตรงและถูกต้องหรือไม่ ในระหว่างการสัมภาษณ์และเมื่อสิ้นสุดการสัมภาษณ์ เพื่อให้มั่นใจว่าการแปลความหมายปราศจากการบิดเบือนหรืออคติ บันทึกเสียง บันทึกภาคสนาม ถอดบทสัมภาษณ์จากเทปบันทึกเสียงแบบคำต่อคำ (verbatim) และตรวจสอบการแปลผลข้อมูลร่วมกับทีมวิจัย และ 4) ความสามารถนำไปใช้กับกลุ่มอื่น (transferability)

ผู้วิจัยใช้การสัมภาษณ์เชิงลึก ทำให้ได้ข้อมูลที่ลึกซึ้ง สามารถนำผลการวิจัยไปประยุกต์ใช้กับกลุ่มหญิงตั้งครรภ์ที่มีลักษณะคล้ายกับกลุ่มผู้ให้ข้อมูลในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ได้

การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลเชิงปริมาณวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ด้วยการหาค่าความถี่ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ข้อมูลเชิงคุณภาพวิเคราะห์โดยใช้เทคนิคการวิเคราะห์เนื้อหา (content analytical method) ตามวิธีของ Polit and Beck (2021) ดังนี้คือ ถอดบทสัมภาษณ์จากเทปบันทึกเสียงแบบคำต่อคำ อ่านและขีดเส้นใต้ข้อความที่กล่าวถึงสาเหตุของการมาฝากครรภ์ช้า และประสบการณ์การดูแลตนเองของหญิงตั้งครรภ์ในขณะที่ยังไม่มาฝากครรภ์ อ่านทบทวนข้อความที่ได้จากการถอดเทปทั้งหมดหลาย ๆ ครั้งเพื่อทำความเข้าใจความหมายความรู้สึกนึกคิดของผู้ให้ข้อมูลและภาพรวมของปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้น ดึง (extracting) คำ กลุ่มคำ ประโยคหรือแนวคิดที่เกี่ยวข้องกับประสบการณ์ของหญิงตั้งครรภ์จากข้อมูลที่ได้อ่านข้อความหรือกลุ่มคำที่ค้นพบ แล้วให้ความหมาย (formulate meaning) หรือให้รหัส (coding) ประโยคสำคัญที่เกี่ยวข้องกับปรากฏการณ์ที่ดึงออกมาทบทวนความหมายที่ได้จากผู้ให้ข้อมูล และนำมาจัดกลุ่มเป็นแต่ละประเด็นสำคัญ (cluster of themes) โดยจัดเป็นข้อสรุปที่เป็นความคิดรวบยอดกลุ่มใหญ่ (themes) และกลุ่มย่อย (subthemes) เพื่อนำสู่การสร้างข้อสรุปนำข้อสรุปที่ได้จากการวิเคราะห์มาผสมผสานและเขียนคำอธิบายปรากฏการณ์แต่ละข้อสรุป (exhaustive description) และลดทอนข้อมูลแต่ยังคงแก่นของข้อมูล (reduce) ให้เป็นโครงสร้างที่สำคัญของปรากฏการณ์ที่ศึกษา (essential structure)

ผลการวิจัย

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ให้ข้อมูล หญิงตั้งครรภ์ที่มาฝากครรภ์ช้า จำนวน 18 คน ส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง 30 -34 ปี (ร้อยละ 27.77) รองลงมามีอายุระหว่าง 20 – 25 ปี (ร้อยละ 22.22) มีอายุต่ำกว่า 20 ปี และมีอายุระหว่าง 35 - 40 ปี (ร้อยละ 16.67 เท่ากัน) อายุต่ำสุดคือ 17 ปี อายุสูงสุดคือ 40 ปี ส่วนใหญ่นับถือศาสนาอิสลาม (ร้อยละ 88.89) มีอาชีพแม่บ้าน ค้าขาย และรับจ้าง (ร้อยละ 27.78 เท่ากัน) การศึกษาระดับประถมศึกษาและมัธยมศึกษาตอนต้น (ร้อยละ 38.89 เท่ากัน) อาศัยอยู่นอกเขตอำเภอเมืองและอำเภออื่น ร้อยละ 55.56 ส่วนใหญ่ตั้งครรภ์ครั้งที่ 2 (ร้อยละ 33.33) รองลงมาคือ ตั้งครรภ์ครั้งแรก ครั้งที่ 4 และครั้งที่ 5 (ร้อยละ 16.67 เท่ากัน) พบการตั้งครรภ์ครั้งที่ 7 ร้อยละ 5.55 ส่วนใหญ่ผ่านการคลอดมาแล้ว 1 ครั้ง (ร้อยละ 38.89) รองลงมา ผ่านการคลอดมาแล้ว 2 ครั้ง และ 4 ครั้ง (ร้อยละ 22.22 และร้อยละ 16.67 ตามลำดับ) เคยแท้ง ร้อยละ 27.78 อายุครรภ์เมื่อมาฝากครรภ์ครั้งแรกส่วนใหญ่อยู่ระหว่าง 13 - 16 สัปดาห์ (ร้อยละ 50) รองลงมาคือ 17 - 20 สัปดาห์ (ร้อยละ 33.34) อายุครรภ์เฉลี่ยที่มา

ฝากครรภ์ครั้งแรกคือ 17.33 สัปดาห์เนื่องจากเป็นช่วงอายุครรภ์ที่หญิงตั้งครรภ์รู้สึกว่าลูกดิ้น อายุครรภ์สูงสุดที่มาฝากครรภ์ครั้งแรก คือ 28 สัปดาห์ หญิงตั้งครรภ์ที่มาฝากครรภ์ช้า มีประวัติไม่ได้มาฝากครรภ์ตามนัด ร้อยละ 44.44 ครรภ์ที่แล้วมาฝากครรภ์ช้า ร้อยละ 26.67 มีภาวะแทรกซ้อน/ความผิดปกติที่พบร่วมกับการตั้งครรภ์ร้อยละ 80 ภาวะแทรกซ้อน / โรคที่พบมากที่สุดคือ โลหิตจาง และเบาหวาน ร้อยละ 15 เท่ากัน รองลงมา คือ อ้วน (BMI $\geq$ 30 kg/m^2) มีประวัติคลอดก่อนกำหนด และเป็นหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่น ร้อยละ 10 เท่ากัน

ส่วนที่ 2 สาเหตุของการมาฝากครรภ์ช้า

การศึกษาครั้งนี้หญิงตั้งครรภ์ที่มาฝากครรภ์ช้า ให้ข้อมูลถึงสาเหตุของการมาฝากครรภ์ช้าใน 8 ประเด็นหลัก ดังนี้

1. ไม่รู้ว่าตนเองตั้งครรภ์ หญิงตั้งครรภ์มาฝากครรภ์ช้า เนื่องจากไม่ทราบว่าตนเองตั้งครรภ์ เพราะปกติแล้วประจำเดือนมาไม่สม่ำเสมอ เมื่อประจำเดือนขาดหายไปโดยไม่มีอาการผิดปกติใด ๆ จึงไม่คิดว่าตนเองตั้งครรภ์ และหญิงตั้งครรภ์ส่วนใหญ่มีรูปร่างอ้วน คิดว่าตนเองรับประทานมากขึ้นจึงอ้วนขึ้น เมื่อรู้สึกลูกดิ้น จึงรู้ว่าตนเองตั้งครรภ์ และมีหญิงตั้งครรภ์ที่มีรูปร่างอ้วนเพิ่งคลอดบุตรประจำเดือนยังไม่มา ยังให้นมบุตรที่เพิ่งคลอด แม้จะรู้สึกว่าร่างกายแปลกๆ ไป ก็ไม่คิดว่าตนเองตั้งครรภ์ เช่นกัน

“ขายปลาที่ตลาด...ขายเสร็จก็เก็บของล้างของ กลับบ้านก็เลี้ยงลูกต่อ ทำโน่นทำนี่ทั้งวัน มันยุ่งทั้งวัน ไม่รู้สึกตัวเลยว่าท้อง...กะห์ (คำแทนตัวของหญิงมุสลิม) ก็อ้วนอยู่แล้ว เมนส์ก็มามั่งไม่มามั่ง เพิ่งคลอดลูกได้ 3 เดือน เมนส์ไม่มา ก็คิดว่าเพิ่งหลังคลอด ไม่มีรู้สึกอะไรเลย...จนลูกดิ้นนั่นแหละ ถึงรู้ว่าท้องอีก”

(เคสที่ 11)

“เพิ่งคลอดไป 5 – 6 เดือนได้มั๊ง...เมนส์ยังไม่มา ลูกก็กินนมอยู่ ไม่คิดเลยว่าจะท้อง เราก็อ้วนมากด้วย ตัวสูงด้วย ตัวใหญ่ตัวโตอยู่แล้ว...ท้องมันโตอยู่แล้ว หลังคลอดยังไม่ยุบเลย ไม่มีอาการอะไรไม่มีแพ้ท้อง”

(เคสที่ 13)

“ไม่รู้งัยว่าท้อง ไม่ได้รู้สึกว่าอ้วนขึ้นนะ อ้วนอยู่แล้ว (หัวเราะ) ประจำเดือนไม่มาสัก 3 เดือนได้มั๊ง พอมา มานิดเดียว ไม่มีอาการอะไรเลย...ก็ไม่รู้งัย ไม่คิดว่าตัวเองจะท้อง มีเหนื่อย ๆ คิดว่าทำงานเหนื่อย ...ขายรองเท้าที่ตลาดใหม่ ยกของขนของทั้งวัน...มันเหนื่อยจนไม่คิดว่าจะท้อง”

(เคสที่ 14)

2. ไม่แน่ใจว่าตนเองตั้งครรภ์ หญิงตั้งครรภ์ที่เมื่อประจำเดือนขาดหายไป มีอาการแพ้ท้อง คลื่นไส้ เวียนศีรษะ แต่เมื่อตรวจการตั้งครรภ์ด้วยตนเองแล้วขึ้นขีดจาง ๆ จึงทำให้ไม่แน่ใจว่าตนเองตั้งครรภ์หรือไม่ รวมถึงหญิงตั้งครรภ์ที่มีประจำเดือนมาสม่ำเสมอ เมื่อประจำเดือนขาดหายไป แต่เนื่องจากเพิ่งคลอดบุตร จึงไม่แน่ใจว่าตนเองจะตั้งครรภ์ จึงรอจนลูกดิ้น แล้วมาฝากครรภ์

"เลือดประจำเดือนไม่มา 2 – 3 เดือนแล้ว ก็ชักสงสัย เลยไปซื้อที่ตรวจที่ร้านขายยา ตรวจแล้วมันขึ้นขีดอ่อน ๆ ก็ไม่แน่ใจ ตอนนั้นตรวจบ่าย ๆ เย็น ๆ แล้ว เภสัชบอกให้ตรวจตอนเช้า ทีนี้ก็ไม่แน่ใจ... คิดว่าตัวเองอ้วนขึ้น กินเยอะเลยอ้วนขึ้น อีกเดือนก็เริ่มมีอาการเวียนหัว ไปซื้อที่ตรวจมาตรวจอีก ทีนี้ตรวจแต่เช้าเลย มันก็ยังขึ้นขีดอ่อน ๆ เหมือนเดิม ตรวจกี่ครั้ง ขีดจางตลอด จนลูกดิ้น"

(เคสที่ 8)

"เพิ่งคลอดลูก เมนส์ยังไม่มาเลย ลูกก็ยังกินนมอยู่ จริง ๆ..ก็คิดว่าน่าจะท้องแหละ รู้สึกมึน ๆ ดูอาการคิดว่าน่าจะท้อง แต่ก็ไม่แน่ใจ ก็เลยรอ พอลูกดิ้นก็รู้ว่าท้องแน่ ๆ"

(เคสที่ 3)

"เพิ่งคลอดลูกไม่คิดว่าจะท้องนะ ตกใจ เครียดมาก ปกติเมนส์มาเยอะ หลังคลอดเมนส์ยังไม่มา พอมานิดเดียว ก็ไม่แน่ใจ ชักจะรู้สึกแปลก ๆ รู้สึกเหนื่อย มันเวียนหัว มึน ๆ นอนไม่หลับ มันมึนแปลก ๆ ก็คิดว่าน่าจะใช่ ซื้อที่ตรวจมาตรวจ พอมันขึ้นขีดจาง ๆ ทีนี้ก็ไม่แน่ใจ"

(เคสที่ 15)

หญิงตั้งครรภ์รายที่เคยตั้งครรภ์แล้วแท้งเอง ต้องการรอให้มั่นใจว่าจะไม่แท้ง จึงค่อยมาฝากครรภ์ รวมถึงหากมาฝากครรภ์แล้วแท้ง การมาฝากครรภ์นั้นจะเป็นการเสียเวลา

"ก็ไม่คิดว่าจะท้องอีก ลูกคนโตโตแล้ว 12 ปีแล้ว ไม่คิดว่าจะท้องอีก...ท้องที่แล้วมีเลือดออกมันแท้งเอง... ครั้งนี้ก็คิดว่าเราอายุเยอะแล้ว ไม่รู้ว่าจะแท้งอีกมั๊ย...ให้ท้องโตหน่อย ค่อยมาฝากท้อง"

(เคสที่ 1)

"รู้ว่าท้อง แต่คิดว่าจะมาดีมั๊ย... ท้องก่อนมาฝากท้องได้ไม่กี่วัน กลับไปก็มีเลือดออก มันออกเรื่อย ๆ แล้วก็ออกเป็นก้อน ๆ...ครั้งนี้รอให้ชัวร์ ๆ แล้วมาฝากทีเดียวดีกว่า"

(เคสที่ 10)

3. การตั้งครรภ์เป็นภาวะปกติสามารถดูแลตนเองได้ หญิงตั้งครรภ์ที่ผ่านการตั้งครรภ์การคลอดมาแล้ว รายที่มีสุขภาพแข็งแรง ไม่มีโรคหรือภาวะเสี่ยง รับรู้ว่าการตั้งครรภ์เป็นเรื่องปกติ ท้องที่ผ่าน ๆ มา ไม่มีปัญหาระหว่างการตั้งครรภ์และการคลอด ลูกที่คลอดออกมาปกติแข็งแรงดี ส่วนหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยง / ภาวะผิดปกติ / โรคคิดว่าแม้ตนเองจะมีความผิดปกติ ถ้าดูแลตัวเองตามคำแนะนำของแพทย์และพยาบาลเหมือนครรภ์ผ่านมา จะไม่มีปัญหา ทารกที่คลอดออกมาจะปกติแข็งแรง และหญิงตั้งครรภ์มุสลิมมีมุมมองว่าการที่ตนเองเจ็บป่วยหรือทารกเสียชีวิต เป็นเรื่องปกติตามธรรมชาติที่ถูกกำหนดมาแล้ว

“เคยท้องแล้ว ดูแลตัวเองเหมือนเดิม...ท้องก่อนก็เป็นแบบนี้ ก็มาฝากท้องช้าเหมือนกัน ลูกก็ปกติแข็งแรงดีตัวโตดี แข็งแรง พอทำอัลตร้าซาวด์ หมอก็บอกว่าปกติ ปกติดีทุกอย่าง”

(เคสที่ 4)

“คนแรกก็มาฝากท้องช้าเหมือนกัน ปกติทุกอย่าง คลอดก็ง่าย ลูกก็แข็งแรงดี”

(เคสที่ 14)

“ก็ซีดทุกท้อง แค่เพลีย ๆ พยาบาลบอกว่าถ้าซีดแล้วจะตกเลือด....กินยาบ้างไม่กินบ้าง ไม่ชอบกินยา แต่ไม่เคยตกเลือดเลยนะ ลูกปกติทั้งสองคน..คนเล็กคลอดก่อนกำหนดด้วย เลี้ยงในตู้ตั้ง 2 เดือน ตอนคลอดตัวเล็กเท่าลูกแมว ถึงจะออกมาตัวเล็กกว่าเพื่อน แต่ก็แข็งแรงมาก ซนมาก”

(เคสที่ 2)

“ที่เป็นโรคหัวใจเป็นนานแล้ว ผ่าตัดแล้ว...หมอบอกว่าปกติแล้ว ท้องได้ คลอดได้ ไม่เป็นไร ก็คิดว่าตัวเองปกติแล้ว...คิดว่าพระเจ้ากำหนดมาให้เราแล้วว่าเป็นแบบนี้”

(เคสที่ 3)

“หมอบอกว่าเบาหวานมีผลต่อลูก แต่ถ้าเราคุมน้ำตาลไม่ให้ขึ้นมากได้ เราก็ไม่เป็นไร ลูกก็ไม่เป็นไร...ทุกท้องก็เป็นแบบนั้นแหละ พอรู้ว่าท้องก็ไม่กินของหวาน ถึงจะเป็นเบาหวาน ฉีดยาเบาหวานกับไม่กินของหวาน ลูกก็แข็งแรงดี” หญิงตั้งครรภ์รายนี้มีประวัติทารกเสียชีวิตในครรภ์ก่อนคลอด แต่คิดว่าการตายของทารกเป็นเรื่องธรรมชาติ “เด๊ะ (คำเรียกเด็กเล็ก ๆ ในภาษามลายู) คงไม่สมบูรณ์ พอลูกดิ้นน้อย เราก็มาโรงพยาบาล พยาบาลตรวจกับเครื่องให้ ก็บอกว่าลูกปกติ กลับบ้านได้.. กลับไปเราก็ว่า

ยังดิ้นน้อยอีก แต่เราก็คิดว่าไม่เป็นไรมั๊ง พอลูกไม่ดิ้นเลย ก็มาหาหมอ หมอบอกว่าลูกเสียแล้ว... ไม่เป็นไร รอท้องนี้"

(เคสที่ 8)

"เป็นเบาหวานทุกท้อง ลูกก็ปลอดภัย แข็งแรงดีทุกคน อาการอะไรก็ไม่มี ขนาดมาฝากท้องช้า ลูกยังตัวโต 3500 เลย"

(เคสที่ 12)

4. ไม่ทราบถึงประโยชน์ของการมาฝากครรภ์เร็ว หญิงตั้งครรภ์ไม่ทราบว่าการมาฝากครรภ์เร็วมีประโยชน์อย่างไรโดยเฉพาะกับตนเอง หญิงตั้งครรภ์รับรู้ว่าการมาฝากครรภ์ มาเจาะเลือด ตรวจครรภ์ และทำอัลตราซาวนด์เพื่อตรวจทารก ได้รับยาบำรุงต่างๆ เพื่อให้ทารกแข็งแรง หญิงตั้งครรภ์มุสลิมให้ข้อมูลเพิ่มเติมว่าถ้าแพทย์พยาบาลให้ความรู้ให้คำแนะนำเกี่ยวกับการตั้งครรภ์ยาวๆ หรือพูดเร็ว ตนเองจะไม่เข้าใจ แต่เกรงใจไม่กล้าบอก

"อสม.กับหมอที่รพ.สต. บอกว่า ถ้าท้องให้รีบมาฝากท้อง....เค้าไม่ได้บอกว่าทำไม"

(เคสที่ 2)

"หมอไม่เคยบอก ไม่มีใครบอก (เรื่องรีบมาฝากท้อง) ท้องที่แล้ว พอมาฝากท้อง หมอก็ตรวจท้องเจาะเลือด เอายาไปกิน" เมื่อถามว่าหมอกับพยาบาลแนะนำอะไรบ้าง "หมอบอกหลายเรื่อง แต่ไม่ค่อยรู้เรื่อง หมอพูดเร็ว บางทีก็ฟังไม่ทัน ฟังไม่รู้เรื่อง... ไม่กล้าบอก คนเยอะ เราก็เกรงใจ"

(เคส 12)

"พยาบาลก็บอกแหละ พูดหลายเรื่อง ฟังไม่ทัน...บางทีก็ไม่เข้าใจ" เมื่อถามว่าเมื่อฟังไม่ทันฟังไม่เข้าใจได้ถามเพิ่มหรือไม่ หญิงตั้งครรภ์ตอบว่า "ไม่กล้าถาม..คนไข้เยอะ"

(เคสที่ 1)

5. ไม่รู้ว่าควรมาฝากครรภ์เมื่อไร หญิงตั้งครรภ์ไม่รู้ว่าควรมาฝากครรภ์เมื่อไร รับรู้ว่าเมื่อลูกดิ้นจึงค่อยมาฝากครรภ์ รายที่มีโรคหรือภาวะเสี่ยง ก็ต้องการรอที่จะมาฝากครรภ์ที่โรงพยาบาลตอนลูกดิ้นแล้ว เพื่อจะได้ทำอัลตราซาวนด์และจะได้ทราบเพศลูกด้วย รวมถึงคิดว่ารอให้อายุครรภ์เพิ่มขึ้นแล้วค่อยมาฝากครรภ์ เพื่อที่จะได้คลอดที่โรงพยาบาล

“ไม่รู้เหมือนกันว่ามาตอนไหนดี คิดว่ารอได้... เมนส์ขาดไป 2 เดือนก็รู้แล้วว่าท้อง มีแพ้ท้อง แต่อยากให้ท้องโตสักหน่อยค่อยมา... ตอนที่มาก็เกือบ 4 เดือนแล้ว”

(เคสที่ 7)

“ไม่รู้หรอก... ไม่มีใครบอก หมอให้มา (ฝากครรภ์) วันไหนก็มา”

(เคสที่ 11)

“ให้ท้องโตหน่อย ค่อยมาก็น่าจะได้... ถึงไปรพ.สต.ก่อน ท้องเล็ก เค้าก็ตรวจไม่ได้อยู่ดี แต่ก็กลัวว่าถ้าไม่มาฝากท้อง เดี๋ยวหมอไม่ทำคลอดให้ ท้องโตแล้วเลยมาโรงพยาบาล”

(เคสที่ 17)

6. ยังไม่สะดวกที่จะมาฝากครรภ์ หญิงตั้งครรภ์ที่ยังไม่สะดวกมาฝากครรภ์ ให้เหตุผลดังนี้

6.1 มีอาการแพ้ท้องมากจึงไม่ต้องการมา หญิงตั้งครรภ์ให้เหตุผลว่ามาโรงพยาบาลไม่ไหว เนื่องจากมีอาการแพ้ท้องมาก จึงรอให้หายแพ้ท้องแล้วจึงมาฝากครรภ์

“แพ้ท้องมาก กินไม่ได้เลย เพลียมาก มันเวียนหัว ไม่มีแรง มันมาไม่ไหวจริง ๆ”

(เคสที่ 1)

“ตอนแรกเพลียมาก แพ้ท้องมาก เวียนหัวไปหมด จะอ้วกตลอด อยากอยู่นิ่ง ๆ ไม่อยากออกจากบ้าน มันไม่สบายตัว ไม่อยากเจอใครเลย”

(เคสที่ 4)

“ช่วงแรกแพ้มาก กินไม่ได้นอนไม่ได้เลย เป็นช่วงเดือนบวชด้วย หมดแรงมาก ๆ ถึงมาโรงพยาบาล ได้ยาไปก็กินไม่ได้ กินไปก็อ้วกออกหมด เลยรอให้หายแพ้ท้องก่อนค่อยมา”

(เคสที่ 10)

6.2 มีปัญหาทางเศรษฐกิจ ในรายที่มีปัญหาทางเศรษฐกิจ เมื่อมั่นใจว่าต้องการลูกจริง ๆ จึงมาฝากครรภ์ หรือทราบว่าตนเองตั้งครรภ์ แต่ต้องประกอบอาชีพหารายได้ จึงยังไม่สะดวกที่จะมาฝากครรภ์

“จริง ๆ ลำบากมาก เงินหายาก ไม่อยากมีลูกเลย คนโตเข้าโรงเรียนแล้ว ค่าใช้จ่ายเยอะมาก พอท้องนี่ช็อคมาก ทำใจอยู่นานว่าจะเอาไว้มั๊ย...แต่พอเค้าดิ้นแล้ว ก็สงสาร เลยมาฝากท้อง”

(เคสที่ 15)

“ถ้ามาโรงพยาบาล ก็ต้องหยุดกรีดยาง....ทั้งแฟนทั้งเรา”

(เคสที่ 1)

“หนูกับแฟนก็ต้องทำงานด้วย ถ้าไม่จำเป็นก็ไม่อยากลางาน ที่ทำงานมีคนน้อย สงสารเถ้าแก่ มาโรงบาลทีนึงก็ต้องลาคู่...ค่าแรงก็ไม่ได้ทั้งสองคน แถมต้องมีเสียเงินอีกแน่นอน”

(เคสที่ 5)

“ถ้าไม่จำเป็นจริง ๆ ลาไม่ได้ เถ้าแก่ไม่ให้ลา ลานี่เค้าหักเงิน (ทำงานโรงงานก๋วยเตี๋ยว) วันไหนไม่ไปทำงาน เค้าหักเงินเลย ใครลาบ่อยๆ เค้าจะให้ออก”

(เคสที่ 15)

6.3 บ้านอยู่ไกล เดินทางมาไม่สะดวกและต้องการมากับสามี หญิงตั้งครรภ์ทราบว่าตนเองตั้งครรภ์ แต่ยังไม่มาฝากครรภ์เพราะบ้านอยู่ไกล ไม่สะดวกที่จะมาเอง ต้องรอสามีพามาและต้องการที่จะมากับสามี รวมถึงเป็นห่วงลูกที่ยังเล็ก

“น่าว่าลูกดิ้น ก็บอกแบ (คำเรียกผู้ชายที่มีอายุมากกว่า ในภาษามลายู ในที่นี้หมายถึง สามี) แต่ยอ (คำเรียกบุคคลที่สาม ในภาษามลายู) ยังไม่ว่างพามา...ก็ต้องรอจนยอว่างนั่นแหละ”

(เคสที่ 12)

“แพ้ท้องมาก กินไม่ได้เลย ไปซื้อที่ตรวจมาตรวจเอง ขึ้นสองขีด แต่แฟนไม่อยู่ ไปทำงานมาเลย์ จะขี่รถมาเอง ก็ไม่กล้า บ้านอยู่ไกล...รอให้แฟนกลับมาก่อน อยากมากับแฟน”

(เคสที่ 4)

“ไปกรีดยางที่มาเลย์กับแฟน ไปฝากท้องที่มาเลย์แล้วเค้าไม่รับ เป็นไทรอยด์ด้วย ถ้าจะกลับมาก็ต้องกลับมา 2 คน... ไม่สบายใจเลย กลัวลูกไม่แข็งแรง ไปซื้อยาเอง ร้านขายยาที่โน่นเค้าไม่ให้ยา

ไทรอยด์ ให้แต่วิตามิน พอกลับมาได้ก็รีบไปฝากท้องที่รพ.ก่อนเลย ตอนนั้นท้องก็โตมากแล้ว หมอก็บ่นบ้างเรื่องไทรอยด์ คลอดที่โน่นก็ไม่ได้ ถ้าไม่ได้ฝากท้องกับเค้า เค้าไม่ทำคลอดให้"

(เคสที่ 6)

7. หลีกเลี่ยงการมาฝากครรภ์ หญิงตั้งครรภ์กลุ่มนี้เป็นหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นที่รู้ว่าตนเองตั้งครรภ์แต่ไม่ต้องการมาฝากครรภ์ เนื่องจากติดงานและมีปัญหาด้านสัมพันธภาพกับคู่สมรส

"เมนส์ไม่มาสัก 3 อาทิตย์ได้ หนูก็รู้สึกแปลก ๆ อยากจะอ้วกตลอด แฟนซื้อที่ตรวจมาให้ ขึ้นขีดจาง ๆ ก็ไม่แน่ใจกัน เลยไปซื้อที่ตรวจจาก 7 - 11 มาตรวจอีก 4 ครั้ง ตอนแรกก็เป็นขีดจาง ๆ หนูก็ตรวจจนเข้ม ทีนี้หนูก็คิดว่าท้องแน่ ไปบอกแม่ว่าท้อง แม่ตกใจมาก บอกให้มาฝากท้อง หนูก็ไม่มา อยากมากับแฟน แต่แฟนทำงานไม่ว่าง จนแม่ถามว่าไปฝากท้องยัง พอรู้ว่ายัง แม่ก็พามาฝากท้อง แกบังคับให้มาเลย พามาทั้งหนูทั้งแฟน... ไม่อยากมา อยากทำงาน อยากได้เงิน หนูขายของออนไลน์ ไลฟ์ขายของสนุกมากขายได้วันละเป็นพันสองพัน ไลฟ์ทุกวัน"

(เคสที่ 9)

"เมนส์ขาดไป 2 เดือนได้ ไม่ได้แพ้ท้องอะไร คิดว่าตัวเองน่าจะท้อง ไปซื้อที่ตรวจมาตรวจขึ้นขีดจาง ๆ ก็ไม่แน่ใจ เลยไปตรวจที่โรงพยาบาลที่สิงหนคร ก็ท้อง เค้าให้ฝากท้องเลย แต่หนูไม่ฝาก หนูบอกว่าจะกลับมาที่ยะลา...ตอนนั้นหนูเลิกกับแฟนแล้ว ทะเลาะกัน หนูก็กลับบ้าน แม่ก็รู้ว่าท้อง....ตอนแรกไม่รู้ว่าจะเอายังงัย เพราะหนูไม่มีแฟน...จนลูกดิ้น แม่ก็พามาฝากท้อง"

(เคสที่ 18)

8. การบริการรับฝากครรภ์ของหน่วยบริการไม่สอดคล้องกับความต้องการ หญิงตั้งครรภ์มาฝากครรภ์ช้าเนื่องจากเมื่อไปฝากครรภ์ที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ทันทีที่รู้ว่าตั้งครรภ์ แต่ในวันที่ไปฝากครรภ์นั้นไม่ตรงกับวันที่รพ.สต.ให้บริการรับฝากครรภ์ ต้องมาใหม่ในวันที่ตรงกับวันที่เปิดให้บริการ หรือมีประสบการณ์ไปฝากครรภ์เร็วในขณะที่อายุครรภ์ยังน้อย ท้องยังเล็ก รพ.สต. ยังตรวจครรภ์ไม่ได้ จึงไม่รีบที่จะมาฝากครรภ์ อีกทั้งการที่รพ.สต. ให้บริการตรวจครรภ์ปกติ และให้แต่ยาบำรุงเลือดอย่างเดียว หญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยงหรือโรคร่วมด้วย จึงรอให้อายุครรภ์เพิ่มขึ้น ท้องโตขึ้น แล้วจึงค่อยมาโรงพยาบาล เพื่อจะได้ตรวจกับแพทย์ ได้รับการตรวจรักษาที่มากกว่า ได้ยามากกว่า และได้ทำอัลตราซาวนด์ด้วย

“ตอนนั้นเมนส์ขาดปุ๊บ ไปรพ.สต.เลย หมอบอกว่ามาเร็วไป ยังตรวจไม่ได้ ค่อยมาใหม่...ทีนี้ก็ตรวจเองทุกเดือน แต่มันไม่ขึ้นขีด ก็รอจนลูกดิ้นก็ไปฝากท้อง ทีนี้หมอบ่นเลย (หัวเราะ)”

(เคสที่ 12)

“ไปตรวจที่อนามัย อนามัยก็นัดให้ไปฝากท้องวันพฤหัส ให้กลับบ้านไปก่อน ทีนี้แพ้ท้องมาก อาเจียนเป็นน้ำสีเหลือง ๆ แพ้มาก นอนไปไหนไม่ไหว เลยไม่ได้ไปฝากท้อง”

(เคสที่ 7)

“มาโรงพยาบาลสะดวกกว่า จะได้รู้ว่าเรามีโรคอะไร ที่อนามัยเค้าตรวจได้ไม่ครบหรอก ให้แต่ยาบำรุงเลือด โรงพยาบาลตรวจโรคนั้นโรคนี้ด้วย... ก็กลัวว่าจะมีอะไรแทรกซ้อนไปที่ลูก หนูอ้วน ที่บ้านอ้วนทุกคน กลัวไปที่ลูก ก็เลยรอให้ลูกดิ้นให้ลูกตัวโตหน่อย แล้วมาโรงพยาบาล...อยากทำอัลตร้าซาวด์ด้วย หนูก็อยากรู้ว่าลูกจะเป็นอะไรมั๊ย”

(เคสที่ 16)

ส่วนที่ 3 การดูแลตนเองของหญิงตั้งครรภ์ในขณะที่ยังไม่มาฝากครรภ์

การวิจัยครั้งนี้พบว่า ประสบการณ์การดูแลตนเองของหญิงตั้งครรภ์ในขณะที่ยังไม่มาฝากครรภ์ สามารถจัดหมวดหมู่ของข้อมูลได้ 2 ประเด็นหลัก ดังนี้

1. ดูแลตัวเองตามปกติ หญิงตั้งครรภ์รู้ว่าตนเองตั้งครรภ์แต่ไม่ได้ดูแลตนเองเพิ่ม เนื่องจากกลัวลูกตัวโต รวมถึงจากปัญหาทางเศรษฐกิจ และไม่ค่อยรับประทานยาบำรุงที่แพทย์ให้ไปด้วย เนื่องจากคลื่นไส้ และรู้สึกว่าเหม็นกลิ่นยา

“ตอนที่รู้ว่าท้องก็ไม่ได้ดูแลตัวเองเพิ่ม กินอาหารเหมือนเดิม ไม่ได้ทำอะไร มีอะไรก็กิน กินข้าวยำ กินก๋วยเตี๋ยว กินผัดผัก กินปลาทอด แกงจืด อะไรแบบนั้น กินนมเพิ่มบ้าง.. ไม่ได้กินยาบำรุงเลย แพ้ท้องเหม็นยามาก เพิ่งมากินยาได้ตอนหลังแล้ว”

(เคสที่ 5)

“พอรู้ว่าท้อง ก็ไม่ได้ทำอะไร ไม่อยากกินข้าว ชอบกินขนมมากกว่า ยาบำรุงก็ไม่กิน มันเหม็นยา กินแล้วคลื่นไส้...หมอซาวด์แล้วก็บอกว่าลูกปกติดี ก็คงไม่เป็นไร”

(เคสที่ 9)

“ไม่กล้าบำรุงอะไรเลย เป็นเบาหวานต้องคุมอาหารอยู่แล้ว เช้าก็กินข้าวยำ แตออ (ชาดำร้อนเป็นเครื่องดื่มในจังหวัดชายแดนภาคใต้) เที่ยงก็กินข้าวหมกมั่ง ก๋วยเตี๋ยวมั่ง มื้อเย็นไม่กล้ากิน กลัว

น้ำตาลขึ้น เจาะเลือดวันละ 6 ครั้ง พอน้ำตาลขึ้นนิดนึง ก็ไม่กล้ากินแล้ว.... ไม่กินยาบำรุงเลย คิดว่าตัวเองอ้วนแล้ว เดี๋ยวลูกจะตัวโตคลอดยาก"

(เคสที่ 8)

"มีอะไรที่บ้านก็กิน ไม่ได้กินอะไรเพิ่ม แต่พอมาฝากท้องแล้ว ก็กินนมเพิ่ม กินนมโรงเรียน ให้ญาติหามาให้ ยาบำรุงก็กินบ้างไม่กินบ้างเหมือนกัน ไม่ชอบกินยา"

(เคสที่ 3)

2. ดูแลตัวเองเพิ่มเท่าที่ทำได้ หญิงตั้งครรภ์กลุ่มนี้รู้ว่าตนเองตั้งครรภ์ หลังจากหายแพ้ท้องแล้ว หรือหลังจากมาฝากครรภ์แล้ว ได้ดูแลตนเองเพิ่มเติมตามฐานะและความรู้ที่มี

"หายแพ้ท้อง ก็กินเพิ่มนะ กินนม กินผลไม้ กินไข่ กินนมถั่วเหลือง ดีน่างาดำ ดูจากยูทูปเอา ไม่ได้กินยาบำรุงอะไร ไม่กล้าไปหาซื้อยากินเอง กลัวเป็นอันตรายกับลูก กลัวลูกพิการ อายุเยอะแล้ว กลัวลูกไม่สมประกอบ ตอนนั้นแพ้ท้องด้วย ถึงกินยาไปก็คงอ้วกออกหมด... ไม่ชอบกินยา"

(เคสที่ 10)

อภิปรายผล

การศึกษาครั้งนี้พบว่า การที่หญิงตั้งครรภ์มาฝากครรภ์ช้าเกิดจากปัจจัยร่วมหลายประการ ได้แก่ ปัจจัยจากตัวหญิงตั้งครรภ์เอง ปัจจัยแวดล้อมภายนอก ปัจจัยด้านสังคม เศรษฐกิจ และวัฒนธรรมความเชื่อ เป็นไปตามทฤษฎีอิทธิพล 3 ประการ (Flay et al., 2009) ที่กล่าวว่า พฤติกรรมต่าง ๆ ของบุคคลเกิดจากอิทธิพลหลัก 3 ประการ คือ อิทธิพลภายในตัวบุคคล (intra-personal influences) อิทธิพลด้านสิ่งแวดล้อมเชิงวัฒนธรรม (cultural-environmental influences) และอิทธิพลจากสถานการณ์ทางสังคม (interpersonal social influences)

ด้านอิทธิพลภายในตัวบุคคล ที่เป็นสาเหตุของการมาฝากครรภ์ช้า ได้แก่ หญิงตั้งครรภ์ไม่รู้ว่าตนเองตั้งครรภ์เนื่องจากมีรูปร่างอ้วน ประจำเดือนมาไม่สม่ำเสมอ หรือประจำเดือนยังไม่มาหลังคลอดบุตร ไม่มีอาการแพ้ท้อง สอดคล้องกับผลการศึกษาที่พบว่าหญิงตั้งครรภ์ที่ไม่มีอาการของการตั้งครรภ์ มาฝากครรภ์ช้าเนื่องจากไม่รู้ว่าตนเองตั้งครรภ์ (Junngam & Suwannasan, 2023; Maharaj & Mohammadnezhad, 2022)

หญิงตั้งครรภ์ไม่แน่ใจว่าตนเองตั้งครรภ์ เนื่องจากอายุมากแล้ว เว้นช่วงการมีบุตรนานหลายปี เพิ่งคลอดบุตร หรือทดสอบการตั้งครรภ์ด้วยตนเองแล้วขึ้นขีดจาง ๆ หรือเคยแท้ง จะรอจนมั่นใจว่าตนเองตั้งครรภ์ จึงมาฝากครรภ์ สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่าหญิงตั้งครรภ์ที่ไม่แน่ใจการตั้งครรภ์ จะรอให้รู้ชัดขึ้นแล้วจึงมาฝากครรภ์ และประวัติการแท้งบุตรมีความสัมพันธ์กับการมาฝากครรภ์ช้า (Jones et al., 2021; Mgata & Maluka, 2019) นอกจากนั้น ยังมีการศึกษาที่พบว่าหญิงตั้งครรภ์ที่เพิ่งคลอดและตั้งครรภ์ต่อทันที จะรอให้อายุครรภ์มากขึ้นจึงมาฝากครรภ์ เนื่องจากอายที่เพิ่งคลอดบุตรไปและตั้งครรภ์ทันที (Jones et al., 2021; Maharaj & Mohammadnezhad, 2022)

การทดสอบการตั้งครรภ์ด้วยตนเองแล้วขึ้นขีดจางๆ นั้น อาจพบได้จากกรณีที่ทดสอบการตั้งครรภ์เร็วเกินไปและปัสสาวะเจือจาง หรือเกิดจาก hook effect คือ ปริมาณ hCG มีมากมาย มากกว่าปริมาณ antibody tracer ใน strip ทำให้ hCG เคลื่อนผ่านไปโดยไม่ได้จับกับแอนติบอดี (Wanapirak & Tongsong, 2022)

หญิงตั้งครรภ์รับรู้ว่าการตั้งครรภ์และการคลอดเป็นภาวะปกติ สามารถดูแลตัวเองได้ โดยเฉพาะในรายที่เคยผ่านการตั้งครรภ์และการคลอดมาแล้ว มีสุขภาพแข็งแรง ไม่มีโรคหรือภาวะเสี่ยง ไม่มีปัญหาระหว่างการตั้งครรภ์และการคลอด แม้แต่รายที่มีภาวะเสี่ยง/ภาวะผิดปกติ / โรค เช่น เป็นเบาหวาน ซีด โรคหัวใจ รับรู้ว่าหากดูแลตนเองตามที่เคยได้รับคำแนะนำจากแพทย์หรือพยาบาล ก็สามารถดูแลตนเองได้ สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่าหญิงตั้งครรภ์ที่มาฝากครรภ์ช้า คิดว่าการตั้งครรภ์เป็นเรื่องธรรมชาติ ตนเองมีความรู้ สามารถดูแลตนเองได้ (Bakari & Mahiti, 2022; Jones et al., 2021; Maharaj & Mohammadnezhad, 2022) และการศึกษาที่พบว่า หญิงตั้งครรภ์ที่ไม่มีประวัติมีภาวะเสี่ยงภาวะแทรกซ้อนในขณะตั้งครรภ์ จะมาฝากครรภ์ช้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Jiee et al., 2018) หญิงตั้งครรภ์คิดว่าการมาฝากครรภ์เป็นการตรวจหาความผิดปกติและโรค หากตนเองสุขภาพแข็งแรงดี ไม่จำเป็นต้องรีบมาฝากครรภ์ (Warri & George, 2020) และสอดคล้องกับผลการศึกษาของ Leangpunsakul et al. (2016) ที่พบว่าหญิงตั้งครรภ์ที่เป็นมุสลิมเชื่อว่าการเจ็บป่วยและการตายเป็นเรื่องธรรมชาติ พระเจ้าเป็นผู้กำหนด การมีลูกมากเป็นริสกีอันประเสริฐจากอัลลอฮ์ หากลูกเสียชีวิต ลูกจะเป็นหนึ่งในชาวสวรรค์ สามารถช่วยเหลือแม่ตนจากไฟนรกได้ จึงทำให้ต้องการมีลูกและไม่พยายามที่จะดูแลสุขภาพ

หญิงตั้งครรภ์ไม่รู้ว่าควรมาฝากครรภ์เมื่อไร เข้าใจว่าการมาฝากครรภ์ตอนที่อายุครรภ์น้อย ๆ ทารกยังไม่เจริญเติบโตเป็นรูปร่างดี ไม่สามารถตรวจท้องได้ และหากมาแล้วตรวจพบว่าไม่ท้อง ทำให้เสียเวลาและเสียค่าใช้จ่ายเพิ่มขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่า หญิงตั้งครรภ์คิดว่าหากมาฝากครรภ์เร็ว ไม่สามารถตรวจสอบได้ว่าทารกปกติหรือไม่ เป็นการเสียเวลา (Maharaj & Mohammadnezhad, (2022) สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่า หญิงตั้งครรภ์ให้ความเห็นว่าควรมาฝากครรภ์หลังจากตั้งครรภ์

ได้ 12 สัปดาห์ขึ้นไป (Silpa-anan, 2015) การศึกษาของ Bakari and Mahiti (2022) ยังพบว่าหญิงตั้งครรภ์หลังแนะนำผู้อื่นให้รอจนกว่าลูกดิ้นจึงค่อยมาฝากครรภ์ โดยหญิงตั้งครรภ์รับรู้ว่า มาฝากครรภ์ช้าไม่เป็นไร แต่ถ้าไม่มาฝากครรภ์ โรงพยาบาลจะไม่ทำคลอดให้ สอดคล้องกับผลการศึกษาที่พบว่าหญิงตั้งครรภ์จะรอจนกระทั่งอายุครรภ์มากแล้วจึงค่อยมาฝากครรภ์เพื่อจะมาคลอด (Bakari & Mahiti, 2022; Maharaj & Mohammadnezhad, 2022)

หญิงตั้งครรภ์ที่มาฝากครรภ์ช้าไม่ทราบถึงประโยชน์ของการมาฝากครรภ์ และในการศึกษาครั้งนี้ยังพบว่าหญิงตั้งครรภ์ที่มาฝากครรภ์ช้า มีประวัติไม่ได้มาฝากครรภ์ตามนัด ร้อยละ 44.44 ซึ่งการรับรู้ประโยชน์ของการฝากครรภ์มีความสัมพันธ์กับการมาฝากครรภ์ช้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Jiee et al., 2018; Warri & George, 2020) ซึ่งตามทฤษฎีความเชื่อด้านสุขภาพ หากหญิงตั้งครรภ์รับรู้ว่าการมาฝากครรภ์เร็วมีประโยชน์ จะมาฝากครรภ์เร็วขึ้น

หญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นไม่ต้องการมาฝากครรภ์ เนื่องจากติดงานและมีปัญหาด้านสัมพันธภาพกับคู่สมรส สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่าเหตุผลที่หญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นมาฝากครรภ์ช้า เกิดจากติดทำงานและไม่ได้อยู่กับสามี (Jiee et al., 2018; Pota et al., 2019) เพื่อปกปิดการตั้งครรภ์ และกลัวการถูกตราหน้าหรือปฏิกิริยาทางลบจากผู้อื่น (Mgata & Maluka, 2019; Warri & George, 2020)

อิทธิพลด้านสิ่งแวดล้อมเชิงวัฒนธรรม พบว่าอุปสรรคด้านภาษาเป็นสาเหตุหนึ่งที่ทำให้หญิงตั้งครรภ์มาฝากครรภ์ช้า หญิงตั้งครรภ์มุสลิมที่มีการศึกษาต่ำกว่าระดับปริญญาตรีที่ใช้ภาษามลายูถิ่นเป็นภาษาหลักในการสื่อสาร ไม่เข้าใจคำแนะนำของแพทย์และพยาบาลและไม่กล้าบอกว่าไม่เข้าใจ สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่า การที่เจ้าหน้าที่ให้คำแนะนำเป็นภาษาวิชาการ ผู้รับบริการจะไม่เข้าใจ (Leangpunsakul et al., 2016) อุปสรรคในเรื่องของภาษา ทำให้หญิงตั้งครรภ์ไม่เข้าใจเกี่ยวกับการมาฝากครรภ์ จึงทำให้มาฝากครรภ์ช้า (Haddrill et al., 2014) ซึ่งข้อมูลข่าวสารที่บุคคลมีอยู่จะทำให้เกิดความรู้และสามารถคาดเดาและให้คุณค่ากับผลลัพธ์ของพฤติกรรมที่จะเกิดขึ้น (Flay & Petralitis,1994) การสื่อสารให้หญิงตั้งครรภ์เข้าใจจึงมีความสำคัญ จะช่วยทำให้หญิงตั้งครรภ์มาฝากครรภ์เร็วขึ้น

อิทธิพลจากสถานการณ์ทางสังคม ปัญหาทางเศรษฐกิจและความพร้อมในการตั้งครรภ์เป็นปัจจัยสำคัญปัจจัยหนึ่งที่ส่งผลให้มาฝากครรภ์ช้า หญิงตั้งครรภ์ส่วนใหญ่มีอาชีพค้าขาย รับจ้าง และเป็นแม่บ้าน การมาฝากครรภ์ทำให้เสียรายได้และมีค่าใช้จ่ายเพิ่มขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่า ปัญหาทางด้านการเงินเป็นอุปสรรคต่อการมาฝากครรภ์เร็ว (Maharaj & Mohammadnezhad, 2022; Sungsongkiate, 2018; Warri & George, 2020) และการที่หญิงตั้งครรภ์หยุดทำงานหรือสามีหยุดทำงานเพื่อพาหญิงตั้งครรภ์มาฝากครรภ์นั้น เป็นการเสียรายได้จากการหยุดงาน สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่า

การเดินทางมาฝากครรภ์ต้องมีค่าใช้จ่ายแฝงอื่นเพิ่มขึ้น ส่งผลให้หญิงตั้งครรภ์มาฝากครรภ์ช้า (Nuampa et al., 2020)

หญิงตั้งครรภ์ที่บ้านอยู่ไกลไม่สะดวกที่จะมาเอง ต้องรอหรือต้องการที่จะมากับสามี สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่า บ้านของหญิงตั้งครรภ์ที่มาฝากครรภ์ช้าอยู่ไกลจากสถานที่ฝากครรภ์ (Bakari & Mahiti, 2022; Jones et al., 2021; Junngam & Suwannasan, 2023; Mgata & Maluka, 2019; Sungsongkiate, 2018) สอดคล้องกับการศึกษาของ Leangpunsakul et al. (2016) ที่พบว่าหญิงตั้งครรภ์ใน 3 จังหวัดชายแดนภาคใต้ต้องพึ่งพิงสามีในการพาไปโรงพยาบาล ซึ่งกลุ่มหญิงตั้งครรภ์ที่นับถือศาสนาอิสลามนั้น หลักคำสอนของศาสนาจะกำหนดให้สามีเป็นผู้นำครอบครัวอย่างชัดเจน (Kareeji et al., 2019) สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่า สามีหรือแฟนเป็นปัจจัยสำคัญที่สนับสนุนการมาฝากครรภ์ (Bakari & Mahiti, 2022; Maharaj & Mohammadnezhad, 2022; Silpa-anan, 2015; Warri & George, 2020)

การที่ รพ.สต.ไม่มีบริการรับฝากครรภ์ในวันที่หญิงตั้งครรภ์ที่ไปฝากครรภ์และให้มาใหม่ให้ตรงกับวันที่เปิดให้บริการ รวมถึงการให้บริการได้ไม่ครบถ้วนตามความต้องการของหญิงตั้งครรภ์ ส่งผลให้หญิงตั้งครรภ์มาฝากครรภ์ช้า หรือรอจนอายุครรภ์เพิ่มขึ้นแล้วจึงค่อยไปฝากครรภ์ที่โรงพยาบาลแทน (Maharaj & Mohammadnezhad, 2022; Silpa-anan, 2015)

ด้านการดูแลตนเองของหญิงตั้งครรภ์ในระหว่างที่ยังไม่มาฝากครรภ์ พบว่า หญิงตั้งครรภ์ที่มาฝากครรภ์ช้าส่วนใหญ่ คิดว่าการตั้งครรภ์เป็นภาวะปกติ จึงดูแลตนเองตามปกติ และไม่ค่อยรับประทานยาบำรุงที่ได้รับไปเพราะกลัวทารกตัวโต คลอดยาก รวมถึงเหม็นกลิ่นยา รับประทานยาแล้วมีอาการคลื่นไส้ และด้วยข้อจำกัดทางเศรษฐานะ มีส่วนน้อยที่ดูแลตนเองเพิ่ม แต่ก็เป็นการดูแลตนเองอย่างง่าย ๆ ตามอัตภาพ เช่น ดื่มนมเพิ่ม โดยที่ไม่ทราบถึงประโยชน์ของการรับประทานยาและอาหารที่มีประโยชน์ต่อร่างกายของมารดาและทารก การรับประทานอาหารที่ถูกสัดส่วน สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่าหญิงตั้งครรภ์ใน 3 จังหวัดชายแดนภาคใต้ มีปัญหาขาดสารอาหาร ได้รับสารอาหารทุกชนิดต่ำกว่าค่าปริมาณสารอาหารที่แนะนำให้บริโภคในแต่ละวัน (recommended dietary allowance: RDA) เนื่องจากมีความเชื่อที่ไม่ถูกต้องเกี่ยวกับการรับประทานอาหาร เชื่อว่าจะทำให้ทารกตัวโต มีขนาดใหญ่ คลอดยาก (Leangpunsakul et al. 2016) การรับประทานอาหารที่ไม่ถูกสัดส่วนและไม่เหมาะสม อาจส่งผลเสียต่อสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์และทารกในครรภ์ได้ *อีกทั้งการ*ได้รับสารอาหารที่ไม่เพียงพอในขณะ*ตั้งครรภ์*จะส่งผลต่อ*การ*เจริญเติบโตและพัฒนาการ*ของ*ทารกต่อไปอีกด้วย (Nuampa et al., 2020)

สรุป

การศึกษาครั้งนี้ พบสาเหตุของการมาฝากครรภ์ช้าของหญิงตั้งครรภ์ในจังหวัดยะลา ใน 8 ประเด็นหลัก ดังนี้ 1) ไม่รู้ว่าตนเองตั้งครรภ์ 2) ไม่แน่ใจว่าตนเองตั้งครรภ์ 3) การตั้งครรภ์เป็นภาวะปกติ สามารถดูแลตนเองได้ 4) ไม่ทราบถึงประโยชน์ของการมาฝากครรภ์เร็ว 5) ไม่รู้ว่าควรมาฝากครรภ์เมื่อไร 6) ยังไม่สะดวกที่จะมาฝากครรภ์ เนื่องจากมีอาการแพ้ท้องมาก มีปัญหาทางเศรษฐกิจ บ้านอยู่ไกล เดินทางมาไม่สะดวก และต้องการมากับสามี 7) หลีกเลี่ยงการมาฝากครรภ์ และ 8) การบริการรับฝากครรภ์ของหน่วยบริการไม่สอดคล้องกับความต้องการ ด้านประสบการณ์การดูแลตนเองของหญิงตั้งครรภ์ในขณะที่ยังไม่มาฝากครรภ์พบว่า 1) ดูแลตัวเองตามปกติ และ 2) ดูแลตัวเองเพิ่มเท่าที่ทำได้ ซึ่งการมาฝากครรภ์ช้าของหญิงตั้งครรภ์นั้นเกิดจากปัจจัยร่วมหลายประการ ทั้งอิทธิพลภายในตัวบุคคล อิทธิพลด้านสิ่งแวดล้อมเชิงวัฒนธรรม และอิทธิพลจากสถานการณ์ทางสังคม การแสดงพฤติกรรมมีความซับซ้อนและเป็นผลมาจากสาเหตุและปัจจัยหลายประการร่วมกัน ดังนั้นการป้องกันและแก้ไขปัญหาการมาฝากครรภ์ช้าของหญิงตั้งครรภ์จึงต้องคำนึงถึงทุกปัจจัยที่เกี่ยวข้องทั้งโดยตรงและโดยอ้อม รวมทั้งควรหาแนวทางส่งเสริมการดูแลตนเองของหญิงตั้งครรภ์ให้เหมาะสม

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

หน่วยบริการสาธารณสุขควรมีมาตรการเชิงรุกในการค้นหาและติดตามเยี่ยมบ้านหญิงตั้งครรภ์ ประชาสัมพันธ์ให้หญิงตั้งครรภ์มีความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับการฝากครรภ์ การดูแลสุขภาพในระยะตั้งครรภ์ และมาฝากครรภ์ภายใน 12 สัปดาห์แรกที่ตั้งครรภ์ โดยอาจทำเป็นแผ่นพับหรือคู่มือสองภาษา ควรให้ความรู้แก่สามีในเรื่องการฝากครรภ์และการดูแลตนเองขณะตั้งครรภ์ของหญิงตั้งครรภ์ด้วย และเมื่อหญิงตั้งครรภ์ไปฝากครรภ์ที่หน่วยบริการแล้ว ต้องรับฝากครรภ์ ไม่ควรนัดให้มาใหม่ในวันอื่น ควรมีการให้ความรู้แก่หญิงตั้งครรภ์ทุกรายให้มีความรู้ที่ถูกต้องและมีความเข้าใจเกี่ยวกับการรับประทานยาเสริมธาตุเหล็ก

เภสัชกรที่ร้านขายยาควรแนะนำลูกค้าที่มาซื้อชุดตรวจการตั้งครรภ์ว่า หากตรวจพบว่าตั้งครรภ์หรือตรวจแล้วไม่แน่ใจว่าตั้งครรภ์ ควรไปฝากครรภ์หรือไปตรวจที่โรงพยาบาล ไม่ควรรอจนลูกดิ้นและสำหรับหญิงตั้งครรภ์ที่มาฝากครรภ์ช้า ควรมีการสร้างความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้อง ให้เห็นความสำคัญและประโยชน์ของการมาฝากครรภ์เร็ว รวมถึงการดูแลตนเองอย่างเหมาะสม

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

วิจัยและพัฒนารูปแบบการฝากครรภ์คุณภาพที่เหมาะสมกับบริบททางวัฒนธรรม โดยการมีส่วนร่วมของครอบครัว ชุมชน และภาคีเครือข่าย เพื่อให้หญิงตั้งครรภ์มีความสะดวกในการฝากครรภ์และเข้าถึงบริการได้อย่างรวดเร็ว

รายการอ้างอิง (References)

Bakari, H., & Mahiti, G. R. (2022). Factors for late initiation of antenatal care in Kahama Municipal, Tanzania. *European Journal of Clinical Medicine, 3*(1), 1-10. http://dx.doi.org/10.24018/ejclinicmed.2022.3.1.149

Bureau of Health Promotion, Department of Health. (2023). *Manual of antenatal care for health care providers*. Department of Health, Ministry of Health.

Flay, B. R., & Petraitis, J. (1994). The theory of triadic influence: A new theory of health behavior with implications for preventive interventions. *Advance in Medical Sociology, 44,* 19 – 44. https://www.researchgate.net/publication/224942196_The_Theory_of_Triadic_Influence_A_New_Theory_of_Health_Behavior_With_Implications_for_Preventive_Interventions

Flay, B. R., Snyder, F. J., & Petraitis, J. (2009). The theory of triadic influence. In R. J. DiClemente, R. A. Crosby, & M. C. Kegler (Eds.), *Emerging theories in health promotion practice and research* (2nd ed.) (PP. 451–510). Jossey-Bass/Wiley.

Haddrill, R., Jones, G. L., Mitchell, C. A., & Anumba, D. OC. (2014). Understanding delayed access to antenatal care: A qualitative interview study. *BMC Pregnant and Childbirth, 14*, 207. https://doi.org/10.1186/1471-2393-14-207

Jiee, S. F., Safii, R., & Hazmi, H. (2018). Late antenatal booking and its predictors in Lundu Distrct of Sarawak, Malaysia. *International Journal of Public Health Research, 8*(2), 956 - 964. https://spaj.ukm.my/ijphr/index.php/ijphr/article/view/108

Jones, L., Damayanti, N. A., Wiseman, N., & Harris, N. (2021). Factors shaping uptake of antenatal care in Surabaya Municipality, Indonesia: A quality study. *National Public Health Journal*, *16*(3), 189 - 198. http://dx.doi.org/10.21109/kesmas.v16i3.4849

Junngam, P., & Suwannasan, A. (2023). Factors related the delay of the first antenatal care in Chumphae Hospital, KhonKaen Province, Thailand. *Journal of Preventive Medicine Association of Thailand, 12*(2), 373 - 388. https://he01.tci-thaijo.org/index.php/JPMAT/article/view/254188

Kareeji, N., Sa-ae, R., Eimumme, A., Kuema, H., & Jeni, S. (2019). The status and role of Muslim women appearing in a short story "The middle of broken back goats" by Umisalam Umar. In Khunpol, S. (Ed.). *The International and National Conferences on Academic Conference on the Direction of Thai Language and Cultural Research on the topic "The Power of Language in the Cultural Dimension* (2nd ed.)*"* (PP. 359 – 371). Thaksin University.

Leangpunsakul, S., Lillakul, N., Sornbut, J., & Sitsarankul, P. (2016). *Situation analysis and study on the factors affecting the achievement of problem solving of maternal health care in the 3 southernmost provinces of Thailand*. (Research Report). Health Systems Research Institute. https://kb.hsri.or.th/dspace/handle/11228/4378?show=full&locale-attribute=en

Lincoln, Y. S., & Guba, E. G. (1985). *Naturalistic Inquiry*. SAE Publications.

Maharaj, R., & Mohammadnezhad, M. (2022). Perception of pregnant women towards early antenatal visit in Fiji: A qualitative study. *BMC Pregnant and Childbirth*, *22*, 111 https://doi.org/10.1186/s12884-022-04455-y

Mgata, S., & Maluka, S. O. (2019). Factors for late initiation of antenatal care in Dar es Salaam, Tanzania: A qualitative study. *BMC Pregnant and Childbirth*, *19*, 415 https://doi.org/10.1186/s12884-019-2576-0

Nuampa, S., Tangsuksan, P., Chunpia, C., & Wanasathit, W. (2020). Experiences of antenatal care attendance and health information seeking among working pregnant women in the large industry plants: Descriptive qualitative research. *Nursing Science Journal of Thailand, 38*(4), 44 - 61. https://he02.tci-thaijo.org/index.php/ns/article/view/244959

Pattanasombutsook, M. (2021). Validation of nursing research reports and proper use of social science research instruments in publishing. *The Southern College Network Journal of Nursing and Public Health, 8*(2), 189 - 204. https://he01.tci-thaijo.org/index.php/scnet/article/view/246639

Pattanasombutsook, M., Korwiwattanakarn, S., & Siriphan, S. (2020). Factors related to anemia among pregnant women attending antenatal care clinic in Yala Province. *Princess of Naradhiwas University Journal, 13*(1), 56 - 72. https://li01.tci-thaijo.org/index.php/pnujr/article/view/246508

Polit, D. F., & Beck, C. T. (2021). *Nursing research: Generating and assessing evidence for nursing practice* (11th ed.). Wolters Kluwer.

Pota, T., Srisuriyawat, R., & Homsin, P. (2019). Determinants of late start of antenatal care among pregnant teenager in community. *Journal of Nursing and Health Care, 37*(2), 180 - 189. https://he01.tci-thaijo.org/index.php/jnat-ned/article/view/200857

Puthussery, S., Tseng, Pc., Sharma, E., Harden, A., & Leah, L. (2022). Late antenatal care initiation and neonatal outcomes in an ethnically diverse maternal cohort. *European Journal of Public Health*, *2*(3), ckac130.243, https://doi.org/10.1093/eurpub/ckac130.243

Silpa-anan, D. (2015). Antenatal care: perspectives of pregnant women in Bangkruai hospital Nonthaburi Province. *Journal of Preventive Medicine Association of Thailand, 4*(2), 125 - 134. https://he01.tci-thaijo.org/index.php/JPMAT/article/view/173086

Sungsongkiate, A. (2018). Factor related to late attendance for antenatal care in pregnant women receiving service at community medical unit of Krabi hospital. *Krabi Medical Journal*, *1*(2), 13 - 23. https://thaidj.org/index.php/kmj/article/view/6599

Wanapirak, C., & Tongsong, T. (2022). Diagnosos of pregnancy. In Tongsong, T. (Ed). *Obstetrics* (6th ed.) (PP. 2-9). Laxmirung

Warri, D., & George, A. (2020). Perceptions of pregnant women of reasons for late initiation of antenatal care: A qualitative interview study. *BMC Pregnant and Childbirth*, *20*, 70. https://doi.org/10.1186/s12884-020-2746-0

World Health Organization. (2016, November 28). *WHO recommendations on antenatal care for a positive pregnancy experience*. WHO Press. https://www.who.int/publications/i/item/9789241549912

World Health Organization. (2019, November). *Trends in maternal mortality: 2000 to 2017*. WHO Press. https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/327596/WHO-RHR-19.23-eng.pdf

รูปแบบการเฝ้าระวังและส่งเสริมภาวะโภชนาการเด็กก่อนวัยเรียน ศูนย์ศึกษาเด็กก่อนวัยเรียน อำเภอเมือง จังหวัดสงขลา

Model for Surveillance and Promotion of Nutrition among Preschool Children at Child Development Center, Muang District, Songkhla Province

ชัญญานุช เครือหลี[1] , จิรารัตน์ พร้อมมูล[1*], ชุติมา เพิงใหญ่[1]
กฤติกา อินทรณรงค์[1], เทอดศักดิ์ นำเจริญ[1]
Chanyanuch Klerlhee[1], Jirarat Prommune[1]*, Chutima Perngyai[1]
Kritika Intaranarong[1], Terdsak Namjaroen[1]

(Received: December 15, 2023; Revised: April 10, 2024; Accepted: April 22, 2024)

บทคัดย่อ

การศึกษาวิจัยและพัฒนานี้เพื่อศึกษาสถานการณ์ด้านภาวะโภชนาการของเด็กก่อนวัยเรียนและสร้างรูปแบบการเฝ้าระวังและส่งเสริมภาวะโภชนาการเด็กก่อนวัยเรียน โดยดำเนินการ 2 ระยะ คือ ระยะที่ 1 ศึกษาสถานการณ์ด้านภาวะโภชนาการของเด็กก่อนวัยเรียน กลุ่มตัวอย่างในการศึกษาเชิงปริมาณ คือ เด็กวัยก่อนเรียนและผู้ปกครองในศูนย์ศึกษาเด็กก่อนวัยเรียน อำเภอเมือง สงขลา จำนวน 166 คน คัดเลือกโดยใช้วิธีการจับฉลากแบบไม่ใส่คืน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ ส่วนที่ 1) ข้อมูลส่วนบุคคล 2) แบบบันทึกพัฒนาการ 3) แบบบันทึกภาวะโภชนาการและ4) แบบประเมินพฤติกรรมการเตรียมอาหารของครอบครัว และแบบประเมินพฤติกรรมบริโภคเด็ก ค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา (IOC) เท่ากับ 1 ค่าความเชื่อมั่นโดยใช้สัมประสิทธ์อัลฟาของครอนบาค เท่ากับ .84 วิเคราะห์ข้อมูลโดยหาความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงแบนมาตรฐาน และกลุ่มตัวอย่างในการศึกษาเชิงคุณภาพ คือ ตัวแทนศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก ศุนย์ละ 6 คน ทั้งหมดจำนวน 36 คน โดยใช้การสัมภาษณ์เชิงลึก และการสังเกตอย่างมีส่วนร่วมของผู้มีหน้าที่รับผิดชอบเกี่ยวกับงานด้านโภชนาการ ระยะที่ 2 การสร้างรูปแบบ

[1] วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สงขลา สถาบันพระบรมราชชนก

[1]Faculty of Nursing, Boromarajonnani College of Nursing,Songkhla Praboromarajchanok Institute

*Corresponding Author: jirarat@bcnsk.ac.th

การเฝ้าระวังและส่งเสริมภาวะโภชนาการเด็กก่อนวัยเรียน มี 4 ขั้นตอน คือ 1) ให้ความรู้ครู พี่เลี้ยงและผู้ปกครอง เรื่องการเจริญเติบโตและภาวะโภชนาการเด็กก่อนวัยเรียน 2) ผู้วิจัยนำเสนอข้อมูลที่มาจากการศึกษาสถานการณ์และวิเคราะห์สถานการณ์ 3) การจัดแบ่งผู้เข้าร่วมประชุมเป็นกลุ่มย่อยเพื่อระดมสมอง ในการออกแบบรูปแบบการเฝ้าระวังและการส่งเสริมภาวะโภชนาการของเด็กวัยก่อนเรียน และ 4) ทีมวิจัยนำเอารูปแบบที่เกิดจากการคิดค้นของที่ประชุมมาสร้างเป็นรูปแบบการเฝ้าระวังและส่งเสริมภาวะโภชนาการของเด็กก่อนวัยเรียน ในศูนย์ศึกษาเด็กก่อนวัยเรียน

ผลการวิจัย พบว่า เด็กส่วนใหญ่มีปัญหาไม่รับประทานผัก มีภาวะทุพโภชนาการ (อ้วน / ผอมและตัวเล็ก) และชอบรับประทานขนมกรุบกรอบ สำหรับรูปแบบการเฝ้าระวังและส่งเสริมภาวะโภชนาการที่พัฒนาขึ้น มีการใช้กระบวนการมีส่วนร่วมระหว่างศูนย์ฯและผู้ปกครอง ทำให้มีแนวทางในการดูแลเด็กให้มีภาวะโภชนาการตามเกณฑ์และป้องกันหรือแก้ไขภาวะทุพโภชนาการที่มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

คำสำคัญ: เด็กก่อนวัยเรียน, ภาวะโภชนาการเด็กก่อนวัยเรียน, รูปแบบการเฝ้าระวังและส่งเสริมภาวะโภชนาการในเด็กก่อนวัยเรียน

Abstract

The purposes of this research and development were to examine the state of nutrition among preschool children and develop a model for surveillance and promotion of nutrition among them through the processing of two phases: the first phase and the second phase. The first phase was analyzing preschool children's nutritional status. Samples for the quantitative study were 166 preschool children and their parents at the child development center in Muang District, Songkhla Province using a sampling without replacement method. The research instruments were: 1) Personal data; 2) growth development record form; 3) nutrition record form; and 4) family supplying food assessment and children eating behavior assessment. Experts validated each instrument by determining that the content validity index (IOC) equaled 1. Alpha's Cronbach coefficient 's reliability index was equal to.84. Frequency, percentage, mean, and standard deviation were all used in data analysis. Samples for the qualitative study were six delegates from each child development center, for a total of 36 people. Participation in in-depth interviews and participation observation of individuals who were responsible for nutrition care were used. The second phase was four-step approach of development model of surveillance and promotion of nutrition among preschool children included: 1)

instruction regarding ' preschool children growth development, and nutrition to teachers, babysitters, and parents; 2) the researcher presented the situation analysis data. The samples consisted of 166 preschool children and their parents from the child development center, Muang District, Songkhla Province; 3) the samples were assigned to a small group for brainstorming regarding a model of surveillance and promotion of nutrition among preschool children; and 4) the researcher used the small group brainstorming information to develop a model of surveillance and promotion of nutrition among preschool children at child development center.

The results demonstrated that almost all preschool children experienced problems with vegetable consumption, malnutrition (fat, thin, or petite), and a predilection for crunchy snacks. A developed model of surveillance and promotion of nutrition had involved the child development center and parents for participation in the process to provide caring recommendations for meeting nutrition status criteria and enhancing the effectiveness of malnutrition surveillance.

Keyword: Preschool children, Preschool children nutrition, Model of surveillance and promotion of nutrition among preschool children

บทนำ

เด็กก่อนวัยเรียน เป็นวัยที่มีการเจริญเติบโตของร่างกายและสมองอย่างรวดเร็ว เนื่องจากเป็นวัยที่มีพัฒนาการทั้งด้านร่างกาย อารมณ์ สังคม และสติปัญญาเกิดขึ้นอย่างมาก การจัดอาหารที่เหมาะสมมีสารอาหารครบถ้วนและเพียงพอกับความต้องการของร่างกายเป็นสิ่งจำเป็น (Katekowit & Tangsriprai, 2017) ภาวะโภชนาการที่ดีเป็นพื้นฐานสำคัญต่อการเจริญเติบโตทางด้านร่างกาย หากมีภาวะโภชนาการที่ไม่เหมาะสมย่อมส่งผลต่อสุขภาพในระยะยาวได้ (Parimanon et al., 2018) สำหรับปัญหาด้านโภชนาการของเด็กไทยที่ต้องได้รับการแก้ไขอย่างเร่งด่วน ได้แก่ ภาวะโภชนาการต่ำกว่าเกณฑ์แบบเรื้อรัง ซึ่งส่งผลให้การเจริญเติบโตของเด็กหยุดชะงัก รวมทั้งทำให้เด็กมีภาวะเตี้ย ซึ่งส่งผลต่อการพัฒนาสติปัญญาของเด็กรวมทั้งภาวะโภชนาการเกินเกณฑ์ ส่งผลให้เกิดโรคอ้วนตั้งแต่วัยเด็ก (Department of Mental Health, 2019) โดยเด็กกลุ่มอ้วนมีแนวโน้มที่จะป่วยด้วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 โรคหัวใจและหลอดเลือด สูงกว่าเด็กปกติและมีความสัมพันธ์ต่อการเสียชีวิตและส่งผลให้เกิดความพิการได้ (Chuaysrinuan et al., 2019)

จากรายงานผลการสำรวจสถานการณ์เด็กและสตรีในประเทศไทย พ.ศ. 2560 พบว่า เด็กที่มีน้ำหนักต่ำกว่าเกณฑ์มาตรฐานในจังหวัดสงขลา ร้อยละ 13 ซึ่งเป็นปัญหาอันดับที่ 5 สำหรับภาวะ

ทุพโภชนาการแบบเฉียบพลัน พบร้อยละ 7.2 ซึ่งเป็นปัญหาอันดับที่ 3 และยังพบ ภาวะอ้วน ร้อยละ 4.7 ซึ่งพบเป็นปัญหาอันดับที่ 3 ของภาคใต้ (National Statistical Office, 2019) จากการศึกษาที่ผ่านมา พบว่า พฤติกรรมการเตรียมอาหารและรับประทานอาหารของครอบครัวส่วนใหญ่เป็นการเตรียมและรับประทานอาหารในรูปแบบซองหรืออาหารสำเร็จรูปหรืออาหารกระป๋อง สำหรับพฤติกรรมการรับประทานอาหารของเด็กส่วนใหญ่มักไม่ค่อยรับประทานอาหารที่เป็นแหล่งธาตุเหล็ก ได้แก่ ตับ เลือด และเนื้อสัตว์ รวมทั้งมีพฤติกรรมที่ชอบเติมเครื่องปรุงรส ได้แก่ น้ำตาล น้ำปลา และซีอิ๊วในอาหาร นอกจากนี้ มักเลือกรับประทานอาหารที่ผ่านกระบวนการปรุงรสและถนอมอาหาร ได้แก่ ไส้กรอก เป็นต้น ซึ่งพฤติกรรมเหล่านี้ส่งผลให้เกิดภาวะทุพโภชนาการได้ (Prommul et al., 2018) ปัญหาสำคัญของภาคใต้เรื่องภาวะทุพโภชนาการในเด็กก่อนวัยเรียน มาจากสภาพการเปลี่ยนแปลงของความเจริญก้าวหน้าของเทคโนโลยี ส่งผลให้สภาพเศรษฐกิจ สังคม ของตนเองและครอบครัว ต้องมีการเปลี่ยนแปลงวิถีชีวิตในแต่ละครอบครัว ต้องดิ้นรนในการดำเนินชีวิตและความเป็นอยู่ในครอบครัวให้ดีขึ้น ส่งผลให้การดูแลสุขภาพของตนเองและบุคคลในครอบครัวลดลง (Sangsawang et al., 2017) นอกจากนี้จะเห็นได้ว่าปัจจุบันครอบครัวส่วนใหญ่จะเป็นครอบครัวเดี่ยวมากขึ้น และบางครั้งเมื่อพ่อแม่ต้องออกไปทำงานนอกบ้าน ทำให้จำเป็นที่จะต้องหาผู้ดูแลเด็กที่สามารถไว้วางใจได้และมีคุณภาพมาทำหน้าที่แทนตนเอง แต่การที่จะหาผู้ดูแลเด็กนั้นไม่ใช่เรื่องที่ง่ายนัก จึงพบว่าผู้ปกครองส่วนใหญ่จะนำไปฝากไว้สถานที่เลี้ยงเด็กก่อนวัยเรียน ศูนย์เลี้ยงดูเด็กก่อนวัยเรียนจึงนับเป็นสถานที่ที่ทำหน้าที่เลี้ยงดูเด็กแห่งที่สอง รองจากพ่อ แม่ และญาติ (Prommul et al, 2018)

ปัจจุบันศูนย์ศึกษาเด็กก่อนวัยเรียน มีความสำคัญในการวางรากฐานของชีวิตเด็กก่อนวัยเรียนทุกด้าน โดยเฉพาะด้านภาวะโภชนาการ มีผลต่อการกระตุ้นพัฒนาการด้านอื่น ๆ ให้ดีขึ้นการศึกษาภาวะโภชนาการของเด็กในจังหวัดสงขลา พบว่า เด็กต่ำกว่า 5 ปี มีภาวะทุพโภชนาการ โดยร้อยละ 8.8 มีน้ำหนักต่ำกว่าเกณฑ์มาตรฐาน ร้อยละ 5.7 มีน้ำหนักเกินเกณฑ์มาตรฐาน และ ร้อยละ 12.3 มีภาวะเตี้ยหรือแคระแกร็น โดยภาวะทุพโภชนาการมีผลกระทบต่อการพัฒนาของร่างกายและสติปัญญา (Unicef, 2022) ดังนั้นจึงมีความจำเป็นที่บุคลากรด้านสุขภาพและผู้เกี่ยวข้องต้องหาแนวทางหรือพัฒนารูปแบบในการเฝ้าระวัง และส่งเสริมภาวะโภชนาการของเด็กอายุ 1 - 5 ปี ที่มีประสิทธิภาพ เพื่อส่งผลให้ปัญหาภาวะทุพโภชนาการของเด็กอายุ 1 – 5 ปี ลดลง และช่วยให้เด็กวัยนี้มีสุขภาพร่างกายที่แข็งแรง มีการเจริญเติบโตและพัฒนาการที่สมวัย

จากปัญหาภาวะโภชนาการของเด็กก่อนวัยเรียนในจังหวัดสงขลาตามที่กล่าวมาแล้วข้างต้น จึงเป็นเหตุผลที่จำเป็นที่ต้องมีการเฝ้าระวังภาวะโภชนาการในเด็ก เพื่อป้องกันความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะทุพโภชนาการ รวมทั้งต้องส่งเสริมภาวะโภชนาการ เพื่อให้การเจริญเติบโตเป็นไปตามวัย แต่การ

เฝ้าระวังปัญหาด้านภาวะโภชนาการและการส่งเสริมภาวะโภชนาการที่ดีในเด็กก่อนวัยเรียนให้ดีขึ้นได้นั้น จำเป็นต้องอาศัยความร่วมมือจากทุกฝ่าย โดยเริ่มตั้งแต่สถาบันครอบครัว บุคลากรในศูนย์ศึกษาเด็กก่อนวัยเรียน รวมไปถึงนโยบายเชิงระบบของผู้บริหาร ดังนั้นผู้วิจัยสนใจต้องศึกษารูปแบบการเฝ้าระวังและส่งเสริมภาวะโภชนาการเด็กก่อนวัยเรียน ในศูนย์ศึกษาเด็กก่อนวัยเรียน ในอำเภอเมือง จังหวัดสงขลา โดยใช้กระบวนการวิจัยและพัฒนา เพื่อสร้างรูปแบบการเฝ้าระวังภาวะโภชนาการและการส่งเสริมภาวะโภชนาการที่มาจากการผู้มีส่วนร่วมจากทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้องกับการดูแลภาวะโภชนาการในเด็กก่อนวัยเรียนนี้ ซึ่งสามารถนำไปใช้เฝ้าระวังและส่งเสริมภาวะโภชนาการของเด็กก่อนวัยเรียนศูนย์ศึกษาเด็กก่อนวัยเรียน ในอำเภอเมือง จังหวัดสงขลา ที่มีประสิทธิภาพมากขึ้น

วัตถุประสงค์

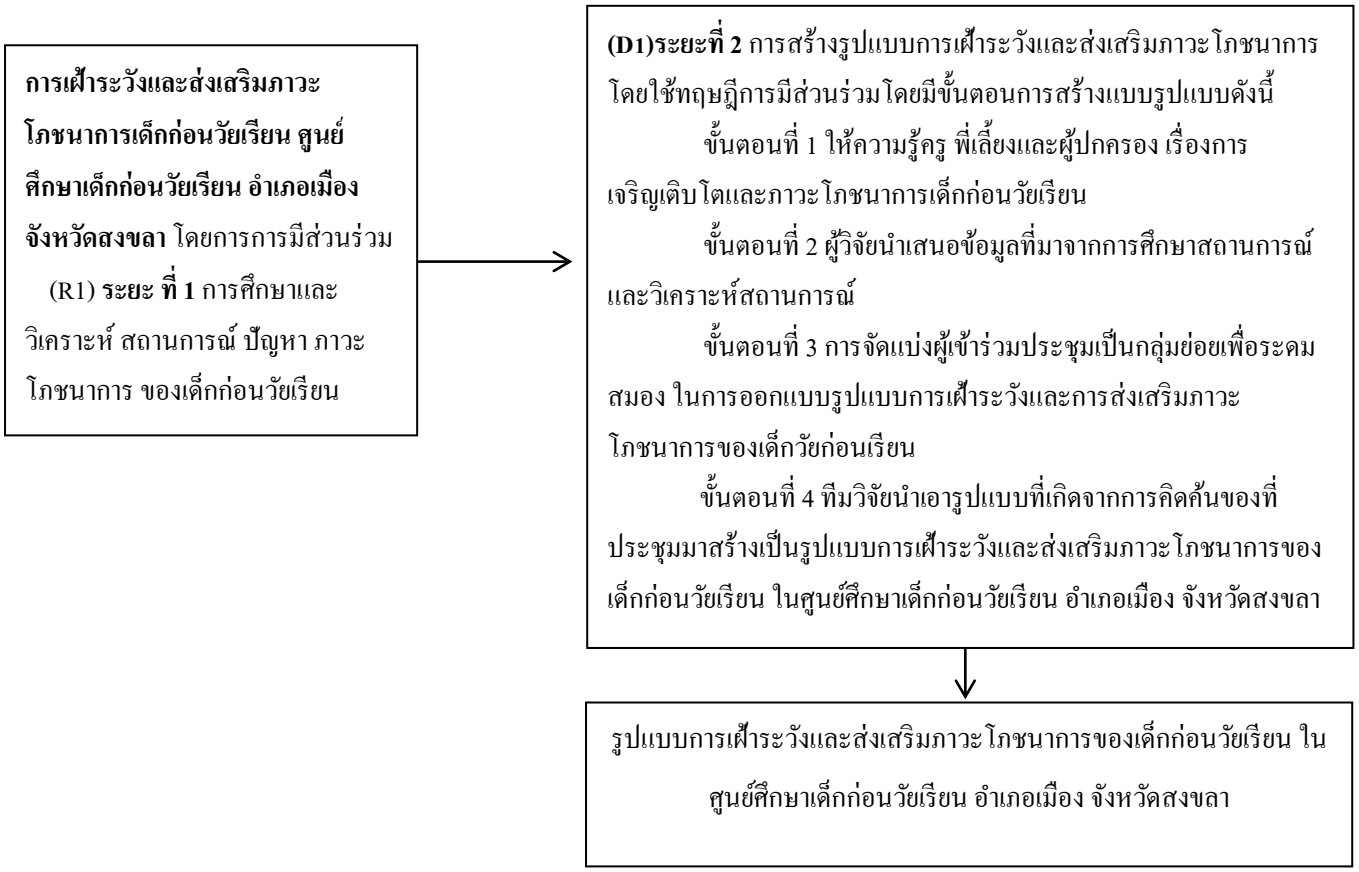
1. เพื่อศึกษาสถานการณ์ด้านภาวะโภชนาการของเด็กก่อนวัยเรียน ศูนย์ศึกษาเด็กก่อนวัยเรียน อำเภอเมือง จังหวัดสงขลา

2. เพื่อสร้างรูปแบบการเฝ้าระวังและส่งเสริมภาวะโภชนาการเด็กก่อนวัยเรียน ศูนย์ศึกษาเด็กก่อนวัยเรียน อำเภอเมือง จังหวัดสงขลา

กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยและพัฒนา (Research and Development , R&D) (Waivut, 2019) มีวัตถุประสงค์ ดังนี้ เพื่อศึกษาสถานการณ์และพัฒนารูปแบบการเฝ้าระวังและส่งเสริมภาวะโภชนาการเด็กก่อนวัยเรียน ศูนย์ศึกษาเด็กก่อนวัยเรียน อำเภอเมือง สงขลา โดยใช้การมีส่วนร่วมผู้วิจัยดำเนินการวิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลวิจัย ซึ่งมีการดำเนินการใน 2 ระยะได้แก่ (R1) ระยะที่ 1 ศึกษาสถานการณ์และพัฒนารูปแบบการเฝ้าระวังและส่งเสริมภาวะโภชนาการเด็กก่อนวัยเรียน ศูนย์ศึกษาเด็กก่อนวัยเรียน อำเภอเมือง สงขลา (D1) ระยะที่ 2 การสร้างแบบรูปแบบการเฝ้าระวังและส่งเสริมภาวะโภชนาการในเด็กก่อนวัยเรียน เป็นการสร้างรูปแบบการเฝ้าระวังและส่งเสริมภาวะโภชนาการของเด็กก่อนวัยเรียน ในศูนย์ศึกษาเด็กก่อนวัยเรียน อำเภอเมือง จังหวัดสงขลา ซึ่งมี 4 ขั้นตอนดังนี้ ขั้นตอนที่ 1 ให้ความรู้ครู พี่เลี้ยงและผู้ปกครอง เรื่องการเจริญเติบโตและภาวะโภชนาการเด็กก่อนวัยเรียน ขั้นตอนที่ 2 ผู้วิจัยนำเสนอข้อมูลที่มาจากการศึกษาสถานการณ์และวิเคราะห์สถานการณ์ ขั้นตอนที่ 3 การจัดแบ่งผู้เข้าร่วมประชุมเป็นกลุ่มย่อยเพื่อระดมสมอง ในการออกแบบรูปแบบการเฝ้าระวังและการส่งเสริมภาวะโภชนาการของเด็กวัยก่อนเรียนและ ขั้นตอนที่ 4 ทีมวิจัยนำเอารูปแบบที่เกิดจากการคิดค้นของที่ประชุมมาสร้างเป็นรูปแบบการเฝ้าระวังและส่งเสริมภาวะโภชนาการของเด็กก่อนวัยเรียน ในศูนย์ศึกษาเด็กก่อนวัยเรียน อำเภอเมือง จังหวัดสงขลา ขั้นตอน (R2) ผู้วิจัยไม่ได้มีการนำรูปแบบการเฝ้าระวังและ

ส่งเสริมภาวะโภชนาการของเด็กก่อนวัยเรียน ในศูนย์ศึกษาเด็กก่อนวัยเรียน อำเภอเมือง จังหวัดสงขลา ไปใช้ทดลองจึงไม่สามารถนำรูปแบบมาพัฒนาต่อ



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิด

วิธีการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้ใช้วิธีวิจัยเชิงการวิจัยและพัฒนา (Research and Development, R&D) ผู้วิจัยดำเนินการวิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลวิจัย ซึ่งมีการดำเนินการใน 2 ระยะ ดังนี้

(R1) ระยะ ที่ 1 การศึกษาและวิเคราะห์ สถานการณ์ ปัญหา ภาวะโภชนาการของเด็กก่อนวัยเรียน ได้ดำเนินการดังนี้

วิธีเชิงปริมาณ

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง คือ เด็กวัยก่อนเรียนและผู้ปกครองทุกคนในศูนย์ศึกษาเด็กก่อนวัยเรียน อำเภอเมือง สงขลา จำนวน 282 คน เลือกกลุ่มตัวอย่างด้วยวิธีการสุ่มอย่างง่าย โดยวิธีการจับฉลากแบบไม่ใส่คืนโดยใช้สูตรของ ทาโร่ ยามาเน่ คำนวณตามสูตร ดังนี้

n = N/1+Ne2 = 282/1+(282X0.052) = 165.39 คน ซึ่งคำนวณได้ 166 คนคือ เด็กวัยก่อนเรียนและผู้ปกครองทุกคนในศูนย์ศึกษาเด็กก่อนวัยเรียน อำเภอเมือง สงขลา

วิธีเชิงคุณภาพ โดยกลุ่มผู้ให้ข้อมูลมาจาก 6 ศูนย์ ได้แก่ 1) ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กชุมชนบ่อนวัวเก่า 2) ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กชุมชนเก้าเส้ง 3) ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กชุมชนวัดไทรงาม 4) ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กชุมชนท่าสะอ้าน 5) ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กชุมชนกุโบร์และ 6) ศูนย์ศึกษาเด็กก่อนวัยเรียน วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสงขลา โดยจำนวนตัวแทนศูนย์ละ 6 คน ทั้งหมด 36 คน มีการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจงตามคุณสมบัติ (Purposive Sampling) ดังนี้ 1) ครู พี่เลี้ยง ที่เป็นผู้ดูแลเด็กในศูนย์ ฯ มามากกว่า 6 เดือน 2) แม่ครัว ที่ปรุงอาหารอยู่ในศูนย์ฯ มามากกว่า 6 เดือน 3) ผู้ปกครองเด็กวัยก่อนที่มีบุตรศึกษาอยู่ในศูนย์ศึกษาเด็กก่อนวัยเรียน โดยบุตร / หลาน อาจจะอยู่ในกลุ่มภาวะโภชนาการต่ำกว่าเกณฑ์ เกินเกณฑ์ และเหมาะสมตามเกณฑ์ 4) คณะกรรมการบริหารศูนย์ ฯ ที่ทำหน้าที่ในการบริหารศูนย์ฯ มาเป็นระยะเวลามากกว่า 3 เดือน 5) ทีมผู้บริหาร ต้องเป็นผู้ที่มีส่วนในการดูแลเชิงนโยบายเกี่ยวกับเด็กก่อนวัยเรียน 6) คณะกรรมการบริหารศูนย์ศึกษาเด็กก่อนวัยเรียน อำเภอเมือง จังหวัดสงขลา 7) สามารถพูดคุยสื่อสาร ภาษาไทยได้เข้าใจ และ 8) ยินยอมที่จะเข้าร่วมโครงการวิจัย โดยต้องมีการลงนามเป็นลายลักษณ์อักษร

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่

วิธีเชิงปริมาณ

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของ เด็กวัยก่อนเรียนและผู้ปกครองทุกคนในศูนย์ศึกษาเด็กก่อนวัยเรียน อำเภอเมือง สงขลา ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพของบิดา มารดา อาชีพหลักของผู้ปกครองผู้ดูแลหลัก ระดับการศึกษาของผู้ดูแล

ส่วนที่ 2 ประกอบด้วย 4 ตอน

ตอนที่ 1 แบบบันทึกภาวะโภชนาการ ประกอบด้วย น้ำหนักตามเกณฑ์อายุ ส่วนสูงตามเกณฑ์อายุ น้ำหนักตามเกณฑ์ส่วนสูง (Ampansirirat et al., 2016)

ตอนที่ 2 แบบบันทึกพัฒนาการ โดยประเมินจากคู่มือเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย (DSPM) ของกระทรวงสาธารณสุข

ตอนที่ 3 แบบประเมินการรับประทานอาหารร่วมกันในครอบครัว (Ampansirirat et al., 2016) โดยแบบประเมินลักษณะมาตรประมาณค่า 4 ระดับ แบบประเมินระดับพฤติกรรมใช้เกณฑ์เชิงลบ โดยมีเกณฑ์การให้คะแนนดังนี้ ปฏิบัติประจำ 1 คะแนน ปฏิบัติบ่อยครั้ง 2 คะแนน ปฏิบัตินาน ๆ ครั้ง 3 คะแนน ไม่เคยปฏิบัติ 4 คะแนน แบบประเมินระดับพฤติกรรมใช้เกณฑ์เชิงบวก โดยมีเกณฑ์การให้คะแนนดังนี้ ปฏิบัติประจำ 4 คะแนน ปฏิบัติบ่อยครั้ง 3 คะแนน ปฏิบัตินาน ๆ ครั้ง 2 คะแนน ไม่เคยปฏิบัติ 1 คะแนน มี 2 ตอน ตอนที่ 1 พฤติกรรมการเตรียมอาหารและการรับประทานอาหารของครอบครัว มีจำนวน 34 ข้อ ตอนที่ 2 พฤติกรรมการรับประทานอาหารร่วมกันของครอบครัว มีจำนวน 20 ข้อ

ตอนที่ 4 แบบประเมินพฤติกรรมการบริโภคเหมาะสมตามวัยและการบริโภคอาหาร โดยปรับจากพฤติกรรมการบริโภคของกองโภชนาการอนามัย (Ampansirirat et al., 2016) โดยแบบประเมินลักษณะมาตรประมาณค่า 4 ระดับ แบบประเมินระดับพฤติกรรมใช้เกณฑ์เชิงลบ โดยมีเกณฑ์การให้คะแนนดังนี้ ปฏิบัติประจำ 1 คะแนน ปฏิบัติบ่อยครั้ง 2 คะแนน ปฏิบัตินาน ๆ ครั้ง 3 คะแนน ไม่เคยปฏิบัติ 4 คะแนน แบบประเมินระดับพฤติกรรมใช้เกณฑ์เชิงบวก โดยมีเกณฑ์การให้คะแนนดังนี้ ปฏิบัติประจำ 4 คะแนน ปฏิบัติบ่อยครั้ง 3 คะแนน ปฏิบัตินาน ๆ ครั้ง 2 คะแนน ไม่เคยปฏิบัติ 1 คะแนน มี 2 ตอน ตอนที่ 1 พฤติกรรมการบริโภคอาหารที่เหมาะสมตามเกณฑ์ ในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมามีจำนวน 9 ข้อ ตอนที่ 2 พฤติกรรมการบริโภคอาหารของเด็กวัยก่อนเรียน ในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา มีจำนวน 1 ข้อ ของ Prommul et al., (2022) การประเมินระดับพฤติกรรมโดยกำหนดคะแนนดังนี้

4.21 – 5.00	คะแนน ระดับดีมาก
3.41 - 4.20	คะแนน ระดับดี
2.61 - 3.40	คะแนน ระดับพอใช้
1.81 - 2.50	คะแนน ระดับควรปรับปรุง
1.00 - 1.80	คะแนน ระดับต้องปรับปรุง

วิธีเชิงคุณภาพ

โดยใช้การสัมภาษณ์เชิงลึก และการสังเกตอย่างมีส่วนร่วมของผู้มีหน้าที่รับผิดชอบเกี่ยวกับงานด้านโภชนาการ กลุ่มตัวอย่างคือ ตัวแทนศูนย์ละ 6 คน ทั้งหมดจำนวน 36 คน

การตรวจสอบเครื่องมือ

1. ความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหา (content validity) โดยผู้ทรงคุณวุฒิเป็นผู้พิจารณา ความสอดคล้องระหว่างวัตถุประสงค์ของการวิจัยกับเครื่องมือที่ปรับปรุงแก้ไขจนสมบูรณ์แล้ว เครื่องมือวัดทุกฉบับ ได้ผ่านการพิจารณาด้านเนื้อหา ความหมาย และการใช้ภาษาจากผู้ทรงคุณวุฒิ ตรวจสอบความ

คลุมเครือตามโครงสร้างของเนื้อหาความสอดคล้องของข้อคำถามกับขอบเขตของความรู้ที่กำหนดเป็นหมาย (Item Objective Congruence: IOC) โดยนำเครื่องมือที่สร้างขึ้นไปให้ผู้เชี่ยวชาญด้านการส่งเสริมสุขภาพด้านโภชนาการ ด้านภาษาไทย และทางสถิติจำนวน 3 ท่านโดยผู้เชี่ยวชาญแต่ละท่านพิจารณาลงความเห็นให้คะแนนเท่ากับ 1 (Ampansirirat et al., 2016)

2. การตรวจสอบความเครื่องมั่นของเครื่องมือ (Reliability) ผู้วิจัยนำแบบสอบถาม ส่วนที่ 1) ข้อมูลส่วนบุคคล 2) แบบบันทึกพัฒนาการ 3) แบบบันทึกภาวะโภชนาการและ 4) แบบประเมินพฤติกรรมการเตรียมอาหารของครอบครัวและแบบประเมินพฤติกรรมบริโภคเด็ก ไปทดลองใช้กับเด็กวันก่อนเรียน บ้านลูกรัก ตำบลควนรู อำเภอรัตภูมิ จังหวัดสงขลา จำนวน 30 คน หลังจากนั้นนำคะแนนมาความเชื่อมั่น (Reliability) วิเคราะห์โดยใช้สูตรสัมประสิทธ์อัลฟาของครอนบาคที่มีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.84 (Ampansirirat et al., 2016)

วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยทำหนังสือของหน่วยงานเพื่อขอความอนุเคราะห์เข้าพื้นที่และเก็บข้อมูลวิจัย จากนั้นพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง โดยการชี้แจงขั้นตอนการวิจัย แผนการดำเนินงานเก็บข้อมูลเชิงปริมาณแก่กลุ่มตัวอย่างวิจัย แล้วจึงเก็บข้อมูล โดยแจกแบบสอบถามให้กับกลุ่มตัวอย่างเพื่อทำแบบสอบถามประมาณ 20 - 30 นาที แล้วจึงเก็บกลับ นำแบบสอบถามที่ได้มาตรวจสอบความสมบูรณ์ของข้อมูล พบว่าได้รับแบบสอบถามกลับคืนมาและมีความสมบูรณ์ทั้งหมด

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลเชิงปริมาณ ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้มาทำการวิเคราะห์โดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์ ซึ่งมีรายละเอียดดังนี้

1.1 ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มผู้ให้ข้อมูล วิเคราะห์โดยหาความถี่ และร้อยละ

1.2 คะแนนแบบบันทึกพัฒนาการ แบบบันทึกภาวะโภชนาการและ แบบประเมิน การรับประทานอาหารร่วมกันในครอบครัวและแบบประเมินพฤติกรรมการบริโภคอาหาร วิเคราะห์โดยชี้วามถี่ ค่าเฉลี่ย ร้อยละ และส่วนเบี่ยงแบนมาตรฐาน

2. วิธีเชิงคุณภาพ กลุ่มตัวอย่างเลือกแบบเฉพาะเจาะจงใช้การสัมภาษณ์เชิงลึก และการสังเกตอย่างมีส่วนร่วมของผู้มีหน้าที่รับผิดชอบเกี่ยวกับงานด้านโภชนาการของเด็กก่อนวัยเรียนในศูนย์ศึกษาเด็กก่อนวัยเรียน อำเภอเมือง สงขลา จำนวน 36 คน ใช้การวิเคราะห์เชิงเนื้อหาเป็นระยะการศึกษาสถานการณ์และวิเคราะห์สถานการณ์ ปัญหาภาวะโภชนาการของเด็กวัยก่อนเรียน ในศูนย์ศึกษาเด็กก่อนวัยเรียน อำเภอเมืองสงขลา โดยมีกิจกรรมสำคัญ คือ การเตรียมแบบสอบถามและแนวคำถามในการสนทนากลุ่ม (Focus group) กับตัวแทนจากหน่วยงานเทศบาลสงขลา และทีมผู้บริหาร ครู พี่เลี้ยง

แม่ครัว ผู้ปกครอง คณะกรรมการบริหารศูนย์ศึกษาเด็กก่อนวัยเรียน ในศูนย์ศึกษาเด็กก่อนวัยเรียน อำเภอเมือง จังหวัดสงขลา โดยการสนทนากลุ่มจะแบ่งออกเป็นกลุ่ม ๆ โดยการสนทนากลุ่มจะสนทนาแยกย่อยแต่ละครั้งตามจำนวนศูนย์ ฯ ที่เป็นกลุ่มเป้าหมาย รวมทั้งร่วมกันวิเคราะห์สถานการณ์ ปัญหาภาวะโภชนาการ ในศูนย์ศึกษาเด็กก่อนวัยเรียน อำเภอเมือง สงขลา การวิเคราะห์ข้อมูลใช้การวิเคราะห์เชิงเนื้อหา

(D1) ระยะที่ 2 การสร้างแบบรูปแบบการเฝ้าระวังและส่งเสริมภาวะโภชนาการในเด็กก่อนวัยเรียน เป็นการสร้างรูปแบบการเฝ้าระวังและส่งเสริมภาวะโภชนาการของเด็กก่อนวัยเรียน ในศูนย์ศึกษาเด็กก่อนวัยเรียน อำเภอเมือง จังหวัดสงขลา โดยมีขั้นตอนการสร้างแบบรูปแบบดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 ให้ความรู้ครู พี่เลี้ยงและผู้ปกครอง เรื่องการเจริญเติบโตและภาวะโภชนาการเด็กก่อนวัยเรียน

ขั้นตอนที่ 2 ผู้วิจัยนำเสนอข้อมูลที่มาจากการศึกษาสถานการณ์และวิเคราะห์ สังเคราะห์สถานการณ์ ภาวะโภชนาการของเด็กวัยก่อนเรียน ให้กับครู พี่เลี้ยง แม่ครัว และผู้ปกครองของเด็กวัยก่อนเรียน ในศูนย์ศึกษาเด็กก่อนวัยเรียน ในอำเภอเมือง จังหวัดสงขลา

ขั้นตอนที่ 3 การจัดแบ่งผู้เข้าร่วมประชุมเป็นกลุ่มย่อยเพื่อระดมสมอง ในการออกแบบรูปแบบการเฝ้าระวังและการส่งเสริมภาวะโภชนาการของเด็กวัยก่อนเรียน

ขั้นตอนที่ 4 ทีมวิจัยนำเอารูปแบบที่เกิดจากการคิดค้นของที่ประชุมมาสร้างเป็นรูปแบบการเฝ้าระวังและส่งเสริมภาวะโภชนาการของเด็กก่อนวัยเรียน ในศูนย์ศึกษาเด็กก่อนวัยเรียน อำเภอเมือง จังหวัดสงขลา พร้อมทั้งนำรูปแบบที่ได้มาให้ผู้เชี่ยวชาญ 3 คนได้แก่ผู้เชี่ยวชาญด้านวิจัย อาจารย์ที่มีความเชี่ยวชาญด้านศูนย์เด็กเล็กและอาจารย์ที่มีความเชี่ยวชาญเรื่องภาวะโภชนาการของเด็กวัยก่อนเรียน ตรวจสอบโดยผู้เชี่ยวชาญได้มีข้อเสนอแนะให้ปรับในประเด็นการมีส่วนร่วมของเครือข่าย ศูนย์เด็กเล็กใน เขตเทศบาลเมืองสงขลา ผู้วิจัยแก้ไขตามข้อเสนอแนะของผู้เชี่ยวชาญ

ขั้นตอน R2 ผู้วิจัยไม่ได้มีการนำรูปแบบการเฝ้าระวังและส่งเสริมภาวะโภชนาการของเด็กก่อนวัยเรียน ในศูนย์ศึกษาเด็กก่อนวัยเรียน อำเภอเมือง จังหวัดสงขลา ไปทดลองใช้จึงไม่สามารถนำรูปแบบมาพัฒนาต่อ

การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยได้นำเสนอโครงร่างการวิจัยเสนอคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมวิจัยวิทยาลัยพยาบาลบรมราชนนี สงขลา รหัสการทำวิจัยคือ BCNSK 9/2562 ผู้วิจัยได้ทำการชี้แจงการพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่างดังนี้ 1) แนะนำตัวเอง ชี้แจงวัตถุประสงค์ของงานวิจัย ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล ระยะเวลาของการทำวิจัยและบอกประโยชน์ที่รับ 2) ชี้แจงให้กลุ่มตัวอย่างทราบถึงสิทธิในการตอบรับและปฏิเสธ

การเข้าร่วมในการวิจัยครั้งนี้ 3) ชี้แจงให้กลุ่มตัวอย่างทราบว่าข้อมูลต่างๆที่ได้จากการวิจัยครั้งนี้ถือเป็นความลับ การนำเสนอข้อมูลต่าง ๆ จะนำมาเสนอในภาพรวม ไม่มีการเปิดเผยชื่อและนามสกุลที่ 4) ชี้แจงให้กลุ่มตัวอย่างทราบว่า การเข้าร่วมวิจัยครั้งนี้ไม่มีความเสี่ยงด้านร่างกายและจิตใจ แต่หากระหว่างร่วมโครงการวิจัย กลุ่มตัวอย่างรู้สึกอึดอัดใจ สามารถแจ้งผู้วิจัยได้ทันที และสามารถขอออกจากการวิจัยได้ตลอด โดยจะไม่ได้รับผลกระทบใด ๆ จากการออกจากลุ่มตัวอย่าง

ผลการวิจัย

1. สถานการณ์ด้านภาวะโภชนาการของเด็กก่อนวัยเรียน

การศึกษาสถานการณ์ด้านภาวะโภชนาการของเด็กก่อนวัยเรียน ในศูนย์ศึกษาเด็กก่อนวัยเรียน อำเภอเมือง จังหวัดสงขลา มีรายละเอียดดังนี้

1.1 ข้อมูลทั่วไป กลุ่มตัวอย่างเด็กวัยก่อนเรียนและผู้ปกครองทุกคนในศูนย์ศึกษาเด็กก่อนวัยเรียน อำเภอเมือง สงขลา ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง จำนวน 132 คน คิดเป็นร้อยละ 79.51 สถานภาพครอบครัว พบว่า ส่วนใหญ่สถานภาพครอบครัวแบบ พ่อแม่อยู่ด้วยกัน จำนวน 150 ครอบครัว คิดเป็นร้อยละ 90.36 ส่วนใหญ่เป็นครอบครัวเดี่ยว จำนวน 148 ครอบครัว คิดเป็นร้อยละ 89.15 อาชีพหลักของผู้ปกครอง พบว่า ส่วนใหญ่ประกอบอาชีพรับจ้าง จำนวน 122 คน คิดเป็นร้อยละ 73.49 ผู้ดูแลหลักของครอบครัว พบว่า ส่วนใหญ่มีผู้ดูแลหลัก คือ บิดา-มารดา จำนวน 162 คน คิดเป็นร้อยละ 97.59 ระดับการศึกษาของผู้ดูแล พบว่า ส่วนใหญ่ผู้ปกครองการศึกษาระดับมัธยมศึกษาตอนต้น จำนวน 86 คน คิดเป็นร้อยละ 51.80 สำหรับสถานการณ์ภาวะโภชนาการของเด็กวัยก่อนเรียน พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีน้ำหนักตามเกณฑ์อายุ จำนวน 108 คนคิดเป็นร้อยละ 65.06 ส่วนใหญ่มีส่วนสูงอยู่ในระดับตามเกณฑ์อายุ จำนวน 140 คน คิดเป็นร้อยละ 84.33 ส่วนใหญ่น้ำหนักตามเกณฑ์ส่วนสูง อยู่ในระดับ สมส่วน จำนวน 1.1 คน คิดเป็นร้อยละ 60.84

1.2 พฤติกรรมการบริโภคเหมาะสมตามวัยและการบริโภคอาหาร

ตารางที่ 1 พฤติกรรมการเตรียมอาหารและการรับประทานอาหารของครอบครัว (ค่าเฉลี่ยสูงสุดใน 5 อันดับแรก) (n = 166)

การเตรียมอาหารและเครื่องปรุง	$\overline{X}$	S.D.
1. น้ำดื่มมีภาชนะที่จัดเก็บสะอาดและมีฝาปิดมิดชิด	3.71	.56
2. ตรวจสอบวันหมดอายุของเครื่องปรุงก่อนนำมาใช้	3.66	.67
3. มีถังขยะจัดเก็บเศษอาหารมีฝาปิดอย่างมิดชิด	3.66	.67
4. ใช้ภาชนะที่ทนความร้อนในการใส่อาหารที่ปรุงสุกใหม่ๆ	3.58	.73
5. ใช้น้ำสะอาดล้างผัก ผลไม้ โดยแช่ไว้ประมาณ 10 นาที แล้วล้างน้ำสะอาดอีกครั้ง	3.56	.68

การเตรียมอาหารและเครื่องปรุง	$\bar{X}$	S.D.
รวม	**3.14**	**.43**

จากตารางที่ 1 พฤติกรรมการเตรียมอาหารและการรับประทานอาหารของครอบครัวของกลุ่มตัวอย่างเด็กวัยก่อนเรียน ศูนย์ศึกษาเด็กก่อนวัยเรียน อำเภอเมือง จังหวัดสงขลา พบว่า พฤติกรรมการเตรียมอาหารของครอบครัวอยู่ในระดับพอใช้ ($\bar{X}$ = 3.14, S.D. = .43) เมื่อพิจารณารายข้อ พบว่า ข้อที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุด คือ น้ำดื่มมีภาชนะที่จัดเก็บสะอาด และมีฝาปิดมิดชิดอยู่ในระดับดี ($\bar{X}$ = 3.71, S.D. = .56)

1.3 พฤติกรรมการรับประทานอาหารร่วมกันของครอบครัว

ตารางที่ 2 พฤติกรรมการรับประทานอาหารร่วมกันของครอบครัว (ค่าเฉลี่ยสูงสุดใน 5 อันดับแรก) (n = 166)

การรับประทานอาหารร่วมกันของครอบครัว	$\bar{X}$	S.D.
1. ท่านให้ความสำคัญและเวลาในการรับประทานอาหารร่วมกันของครอบครัว	3.30	.79
2. ท่านใช้ช่วงเวลารับประทานอาหารร่วมกันในการสร้างความรัก ความผูกพันในครอบครัว	3.28	.94
3. ท่านใช้ช่วงเวลารับประทานอาหารร่วมกันในการฝึกวินัยและทักษะชีวิตให้ลูก	3.24	.90
4. การรับประทานอาหารร่วมกัน ทำให้ลูกหลีกเลี่ยงนิสัยการกินที่ไม่ดี	3.22	.78
5. มีการเตรียมเมนูอาหาร โดยคำนึงถึงคุณค่า ความหลากหลาย และความชอบของสมาชิกครอบครัว	3.19	.89
รวม	**2.98**	**.32**

จากตารางที่ 2 พฤติกรรมการรับประทานอาหารร่วมกันของครอบครัวของกลุ่มตัวอย่างเด็กก่อนวัยเรียน ศูนย์ศึกษาเด็กก่อนวัยเรียน อำเภอเมือง จังหวัดสงขลา ผลการศึกษา พบว่า พฤติกรรมการรับประทานอาหารร่วมกันของครอบครัว โดยรวมอยู่ในระดับพอใช้ ($\bar{X}$ = 2.98 , S.D. = .32) เมื่อพิจารณารายข้อ พบว่า ข้อที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุด คือ ท่านให้ความสำคัญและเวลาในการรับประทานอาหารร่วมกันของครอบครัว อยู่ในระดับพอใช้ ($\bar{X}$ = 3.30, S.D. = .79)

1.4 พฤติกรรมการบริโภคอาหารที่เหมาะสมตามเกณฑ์ในช่วง 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา

ตารางที่ 3 พฤติกรรมการบริโภคอาหารที่เหมาะสมตามเกณฑ์ในช่วง 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา (n = 166)

พฤติกรรมการบริโภคอาหารที่เหมาะสม	ปฏิบัติ		ไม่ปฏิบัติ	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
1. กินอาหารเช้าที่มีกลุ่มอาหารอย่างน้อย 2 กลุ่ม คือ กลุ่มข้าว-แป้งและกลุ่มเนื้อสัตว์ หรือกลุ่มข้าว-แป้งและนมทุกวัน	130	78.31	36	21.69
2. กินอาหารหลัก วันละ 3 มื้อ (เช้า กลางวัน เย็น) ทุกวัน	143	86.14	23	13.86
3. กินอาหารว่าง วันละ 2 ครั้ง (ช่วงสายและช่วงบ่าย) ทุกวัน	115	69.27	51	30.73
4. ปริมาณอาหารที่บริโภคในแต่ละกลุ่ม				
4.1 กินอาหารกลุ่มข้าว-แป้ง วันละ 5 ทัพพี ทุกวัน	97	58.43	69	44.47
4.2 กินอาหารกลุ่มผักวันละ 3 ทัพพี ทุกวัน	140	84.33	26	15.67

พฤติกรรมการบริโภคอาหารที่เหมาะสม	ปฏิบัติ		ไม่ปฏิบัติ	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
4.3 กินอาหารกลุ่มผลไม้ วันละ 3 ส่วน ทุกวัน	120	72.29	46	27.11
4.4 กินอาหารกลุ่มเนื้อสัตว์ วันละ 3 ช้อนกินข้าวทุกวัน	123	74.09	43	25.91
4.5 ดื่มนม	142	85.54	24	14.46
5. กินปลา สัปดาห์ละอย่างน้อย 3 วัน	123	74.09	43	25.91
6. กินไข่ สัปดาห์ละ 3-7 วันๆ ละ 1 ฟอง	143	86.14	23	13.86
7. กินอาหารที่เป็นแหล่งธาตุเหล็ก เช่น ตับ เลือด เนื้อสัตว์โดยเฉพาะเนื้อแดง สัปดาห์ละ 1-2 ครั้ง	93	56.02	73	43.98
8. กินยาน้ำเสริมธาตุเหล็ก	85	51.20	81	48.80
9. กินอาหารประเภทผัด ทอด และกะทิ	118	71.08	48	28.92
10. ใช้เกลือเสริมไอโอดีนหรือน้ำปลาเสริมไอโอดีนในการปรุงอาหารทุกครั้ง	106	63.85	60	36.15

จากตารางที่ 3 พฤติกรรมการบริโภคอาหารที่เหมาะสมตามเกณฑ์ ในช่วง 1 สัปดาห์ที่ผ่านมาของกลุ่มตัวอย่างเด็กก่อนวัยเรียน ศูนย์ศึกษาเด็กก่อนวัยเรียน อำเภอเมือง จังหวัดสงขลา พบว่าพฤติกรรมที่ปฏิบัติตามเกณฑ์มากที่สุดคือ กินอาหารหลัก วันละ 3 มื้อ (เช้า กลางวัน เย็น) ทุกวัน ดื่มนมและกินไข่ สัปดาห์ละ 3 - 7 วัน ๆ ละ 1 ฟอง จำนวน 143 คน คิดเป็นร้อยละ 86.14

1.5 พฤติกรรมการบริโภคอาหารที่ไม่เหมาะสมของเด็กก่อนวัยเรียนในช่วง 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา

ตารางที่ 4 พฤติกรรมการบริโภคอาหารที่ไม่เหมาะสมของเด็กก่อนวัยเรียนในช่วง 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา (n = 166)

พฤติกรรมการบริโภคอาหารที่เหมาะสม	ปฏิบัติ		ไม่ปฏิบัติ	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
1. รับประทานเนื้อสัตว์ติดมัน เช่น หมูสามชั้น ขาหมู คอหมู หนังไก่ หนังเป็ด เป็นต้น	70	42.17	96	57.83
2. รับประทานขนมที่มีรสหวาน เช่น ไอติม หวานเย็น ช็อคโกแล็ต หมากฝรั่ง ลูกอม เยลลี่ เป็นต้น	74	44.58	92	55.42
3. ดื่มเครื่องดื่มที่มีรสหวาน เช่น น้ำอัดลม น้ำหวาน โกโก้เย็น ชาเย็น น้ำปั่น น้ำผลไม้ นมเปรี้ยว เป็นต้น	70	42.17	96	57.83
4. รับประทานขนมเบเกอรี่ เช่น เค้ก พาย โดนัท เป็นต้น	63	37.95	103	62.05
5. รับประทานขนมขบเคี้ยว เช่น ปลาเส้นปรุงรส มันฝรั่งทอด ขนมปังเวเฟอร์ ขนมปังแท่ง เป็นต้น	90	54.22	76	45.78
6. เติมเครื่องปรุงรสเค็ม เช่น น้ำปลา ซีอิ้ว แมกกี้ ในอาหารที่ปรุงสุกแล้ว	78	46.99	88	53.01
7. เติมน้ำตาลในอาหารที่ปรุงสุกแล้ว	38	22.89	128	77.11

พฤติกรรมการบริโภคอาหารที่เหมาะสม	ปฏิบัติ		ไม่ปฏิบัติ	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
8. รับประทานอาหารกึ่งสำเร็จรูป เช่น บะหมี่กึ่งสำเร็จรูป	32	19.28	134	80.72
9. ไม่รับประทานอาหารเมนูซ้ำๆ	66	39.76	100	60.24
10. รับประทานอาหารที่ปรุงรสและใช้กระบวนการถนอมอาหาร เช่น ไส้กรอก	74	44.58	92	55.42

จากตารางที่ 4 พฤติกรรมการบริโภคอาหารที่ไม่เหมาะสมของเด็กก่อนวัยเรียนในช่วง 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา พบว่า พฤติกรรมการบริโภคอาหารที่ไม่เหมาะสมในช่วง 1 สัปดาห์ที่ผ่านมาของกลุ่มตัวอย่างเด็กก่อนวัยเรียน ศูนย์ศึกษาเด็กก่อนวัยเรียน อำเภอเมือง จังหวัดสงขลา พบว่า พฤติกรรมการบริโภคอาหารที่ไม่เหมาะสมมากที่สุด คือ รับประทานขนมขบเคี้ยว เช่น ปลาเส้นปรุงรส มันฝรั่งทอด ขนมปังเวเฟอร์ ขนมปังแท่ง เป็นต้น จำนวน 90 คน คิดเป็นร้อยละ 54.22

1.6 สถานการณ์ภาวะโภชนาการในเด็กก่อนวัยเรียน

จากสถานการณ์ด้านอาหารและโภชนาการของเด็กก่อนวัยเรียน ศูนย์ศึกษาเด็กก่อนวัยเรียน อำเภอเมือง จังหวัดสงขลา มีรายละเอียด ดังต่อไปนี้

1. สถานการณ์ด้านภาวะโภชนาการของเด็กก่อนวัยเรียน

1.1 อ้วน ผอม เตี้ย ยังพบอยู่

จากการศึกษาครู พี่เลี้ยงและผู้ปกครอง พบว่า เด็กก่อนวัยเรียนมีปัญหาอ้วน ผอม และเตี้ย ซึ่งเด็กอ้วนพฤติกรรมชอบรับประทานอาหารทอดอาหารมัน น้ำอัดลม และไม่รับประทานผัก เด็กที่มีปัญหาผอมจะมีพฤติกรรมรับประทานอาหารน้อย ชอบรับประทานขนมกรุบกรอบ และไม่รับประทานนม สำหรับเด็กที่เตี้ย พบว่ารับประทานนมน้อย และไม่ชอบรับประทานข้าว รวมทั้งบางราย มีพฤติกรรมการรับประทานอาหารตามปกติ แต่น่าจะเป็นเพราะพันธุกรรม ดังคำพูดต่อไปนี้

“ส่วนใหญ่น้ำหนักส่วนสูงตามเกณฑ์ มีบ้างที่มีภาวะเกินเกณฑ์ เป็นเด็กผู้ชาย 2 คน ผู้หญิง 1 คน ซึ่ง 3 คนนี้อ้วนเลย ที่เริ่มอ้วน ก็มี 2 คน มีค่อนข้างผอม ประมาณ 3 คน”

(ครู พี่เลี้ยง 1)

“ลูกอ้วน กินอาหารครบ 3 มื้อ กินนมวันละ 8 กล่อง กินนมเยอะกว่าข้าว... ไม่กินผัก ตักออกหมด เน้นชอบพะโล้ หมูทอด ผลไม้ไม่กิน กินขนมซองบ้าง...”

(ผู้ปกครอง 2)

1.2 ไม่ยอมรับประทานผัก

จากการศึกษาจากครู พี่เลี้ยงและผู้ปกครองของศูนย์ศึกษาเด็กก่อนวัยเรียน พบว่า เด็กก่อนวัยเรียนบางส่วนมีปัญหาไม่รับประทานผัก โดยมักมีพฤติกรรมตักผักออกจากถาดอาหาร ไม่ยอมรับประทานผักเลย ถึงแม้ว่าผักนั้นจะถูกแปรรูปเป็นชิ้นเล็ก ๆ หรือทำให้มีสีสันแล้วก็ตาม ดังคำพูดต่อไปนี้

"ปัญหาเด็กไม่กินผักก็ยังมี ขนาดครูตักใส่จานให้ ทำเป็นชิ้นเล็ก ต้มจนเปื่อย ใส่ไปแทบจะกลืนได้เลย ไม่ต้องเคี้ยว แล้วก็ทำเป็นชิ้นเล็ก รูปร่างเป็นลูกเต๋า มีสีสัน แต่เด็กบางคนก็ยังไม่ยอมกิน พอป้อนให้เด็กจะร้อง พอร้องแล้วอาเจียน..."

(ครู1, พี่เลี้ยง 2)

"น้องไม่กินผัก...เลยสักอย่าง ที่บ้านก็กิน แต่เด็กไม่กินเลย ทำเป็นแกงจืดให้ หวังจะให้กินผักก็ไม่ยอมกิน ตักแต่เนื้อกินอย่างเดียว..."

(ผู้ปกครอง 4)

1.3 ชอบรับประทานขนมกรุบกรอบ

จากการศึกษาครู พี่เลี้ยง พบว่า เด็กก่อนวัยเรียนบางรายมีพฤติกรรมชอบรับประทานขนมกรุบกรอบ โดยผู้ปกครองจะชอบซื้อให้เพื่อหลอกล่อก่อนมาโรงเรียน จนทำให้เด็กก่อนวัยเรียนบางรายไม่รับประทานอาหาร และส่งผลต่อภาวะทุพโภชนาการ ดังคำพูดต่อไปนี้

"เด็กผอมบางคนพอตามพฤติกรรม พบว่า...บางคนกินขนมกรุบกรอบ อยู่โรงเรียนครูไม่ให้กิน พอกลับบ้านผู้ปกครองให้กินขนมพวกนี้ ขนาดให้ความรู้ผู้ปกครองแล้ว ก็ยังซื้อให้เด็กกิน"

(ครู 1, พี่เลี้ยง 2)

2. รูปแบบการเฝ้าระวังและส่งเสริมภาวะโภชนาการในเด็กก่อนวัยเรียน

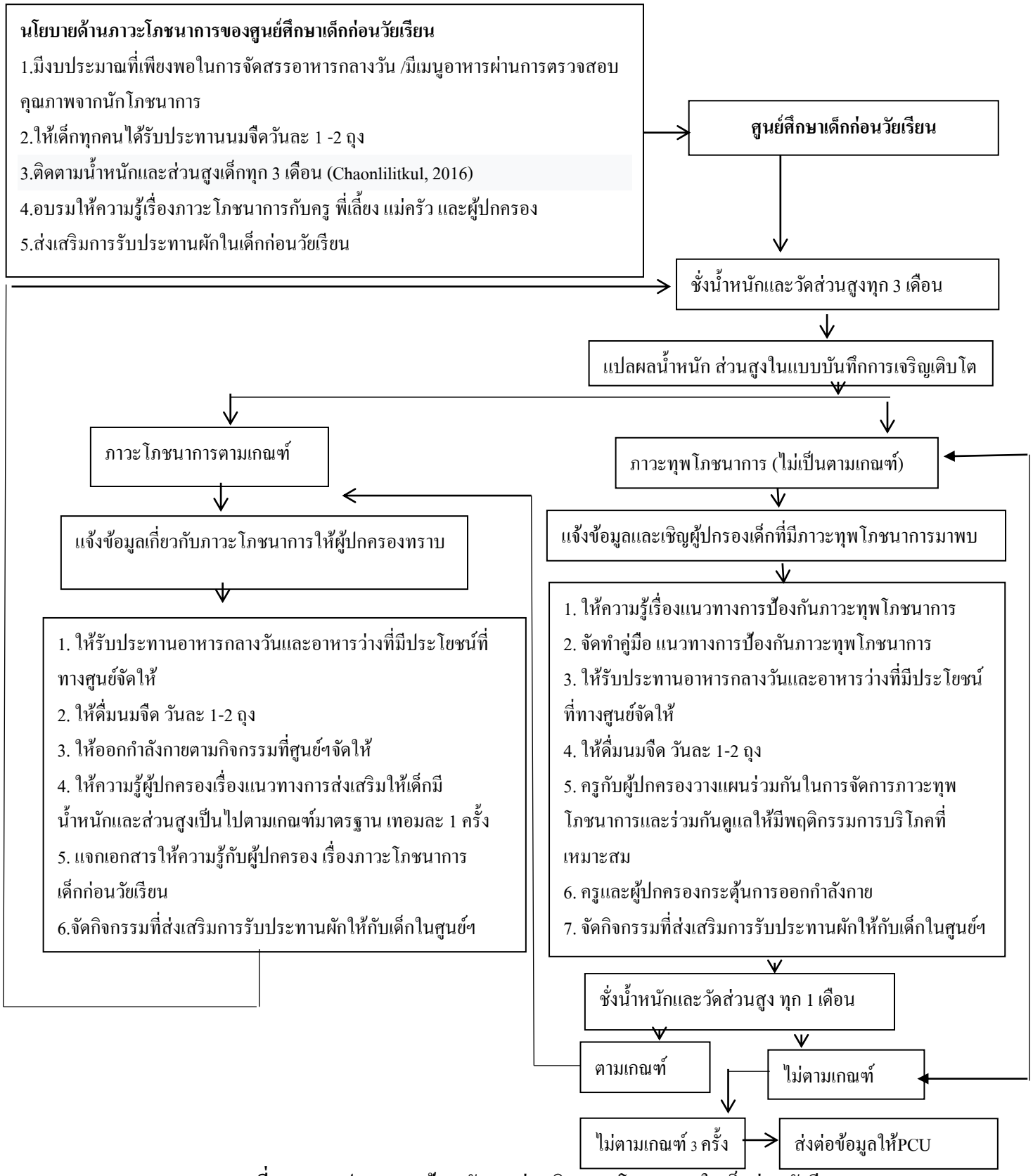
รูปแบบการเฝ้าระวังและส่งเสริมภาวะโภชนาการในเด็กก่อนวัยเรียนศูนย์ศึกษาเด็กก่อนวัยเรียนอำเภอเมือง จังหวัดสงขลา ผู้วิจัยได้ดำเนินการร่วมกับผู้มีหน้าที่รับผิดชอบเกี่ยวกับงานด้านโภชนาการของเด็กก่อนวัยเรียนในศูนย์ศึกษาเด็กก่อนวัยเรียน อำเภอเมือง สงขลา โดยมีรูปแบบ ฯ ดังนี้โดยมีแนวทางการดำเนินการ ดังนี้

1. มีการกำหนดนโยบายด้านการจัดการภาวะโภชนาการในเด็กก่อนวัยเรียน โดยผู้บริหารศูนย์ศึกษาเด็กก่อนวัยเรียน ดังนี้ 1) มีงบประมาณที่เพียงพอในการจัดสรรอาหารกลางวัน / มีเมนูอาหารผ่านการตรวจสอบคุณภาพจากนักโภชนาการ 2) ให้เด็กทุกคนได้รับประทานนมจืดวันละ 1 - 2 ถุง

3) ติดตามน้ำหนักและส่วนสูงเด็กทุก 3 เดือน (Chaonlilitkul, 2016) 4) อบรมให้ความรู้เรื่องภาวะโภชนาการกับครู พี่เลี้ยง แม่ครัว และผู้ปกครอง 5) ส่งเสริมการรับประทานผักในเด็กก่อนวัยเรียน

2. มีแนวทางในการเฝ้าระวังภาวะโภชนาการของเด็กก่อนวัยเรียน โดยในกลุ่มที่ชั่งน้ำหนักและส่วนสูง พบว่า เป็นไปตามเกณฑ์จะมีแนวทางในการดูแล ดังนี้ 1) ให้รับประทานอาหารกลางวันและอาหารว่างที่มีประโยชน์ที่ทางศูนย์จัดให้ 2) ให้ดื่มนมจืด วันละ 1 - 2 ถุง 3) ให้ออกกำลังกายตามกิจกรรมที่ศูนย์ ฯ จัดให้ 4) ให้ความรู้ผู้ปกครองเรื่องแนวทางการส่งเสริมให้เด็กมีน้ำหนักและส่วนสูงเป็นไปตามเกณฑ์มาตรฐาน เทอมละ 1 ครั้ง 5) แจกเอกสารให้ความรู้กับผู้ปกครอง เรื่องภาวะโภชนาการเด็กก่อนวัยเรียนและ 6) จัดกิจกรรมที่ส่งเสริมการรับประทานผักให้กับเด็กในศูนย์ฯ

3. แนวทางในการเฝ้าระวังภาวะโภชนาการของเด็กก่อนวัยเรียน โดยในกลุ่มที่ชั่งน้ำหนักและส่วนสูง พบว่า ไม่เป็นไปตามเกณฑ์จะมีแนวทางในการดูแล ดังนี้ 1) แจ้งข้อมูลและเชิญผู้ปกรองเด็กที่มีภาวะทุพโภชนาการมาพบ 2) จัดให้ความรู้ผู้ปกครองในเรื่องแนวทางการป้องกันภาวะทุพโภชนาการและแจกคู่มือแนวทางการป้องกันภาวะทุพโภชนาการ เพื่อให้ผู้ปกครองได้มีแนวทางในการดูแลเพื่อป้องกันภาวะทุพโภชนาการ 3) จัดให้รับประทานอาหารกลางวันและอาหารว่างที่มีประโยชน์ที่ทางศูนย์จัดให้ และให้ดื่มนมจืด วันละ 1 - 2 ถุง 4) ครูกับผู้ปกครองวางแผนร่วมกันในการจัดการภาวะทุพโภชนาการและร่วมกันและร่วมกันดูแลให้มีพฤติกรรมการบริโภคที่เหมาะสม กระตุ้นการออกกำลังกายและจัดกิจกรรมที่ส่งเสริมการรับประทานผักให้กับเด็กในศูนย์ ฯ 5) ติดตามชั่งน้ำหนักและวัดส่วนสูงของเด็กทุก 1 เดือน หากพบว่าปกติ เด็กจะได้รับการดูแลตามแนวทางของเด็กที่มีภาวะโภชนาการตามเกณฑ์ แต่ถ้าชั่งน้ำหนักและวัดส่วนสูงแล้วพบว่าไม่เป็นไปตามเกณฑ์ครบ 3 ครั้ง จะมีการส่งต่อข้อมูลเพื่อรับการดูแลต่อในศูนย์สุขภาพชุมชนในเขตพื้นที่ที่รับผิดชอบ ดังภาพที่ 2



ภาพที่ 2 แสดงรูปแบบการเฝ้าระวังและส่งเสริมภาวะโภชนาการในเด็กก่อนวัยเรียน

อภิปรายผล

จากการศึกษารูปแบบการเฝ้าระวังและส่งเสริมภาวะโภชนาการเด็กก่อนวัยเรียน ศูนย์ศึกษาเด็กก่อนวัยเรียนอำเภอเมือง จังหวัดสงขลาพบว่ากลุ่มตัวอย่าง **ส่วนใหญ่มีส่วนสูงอยู่ในระดับตามเกณฑ์อายุ** จำนวน 108 คนคิดเป็นร้อยละ 65.06 ทั้งนี้เนื่องจากเด็กในศูนย์ศึกษาเด็กก่อนวัยเรียน อำเภอเมือง สงขลา ได้รับการดูแลจากบิดามารดาและศูนย์ศึกษาเด็กก่อนวัยเรียนในเรื่องการจัดอาหารที่มีคุณภาพและมีนโยบายแจกนมจืดให้กับเด็ก เพื่อส่งเสริมการบริโภคนมทุกวัน รวมทั้งมีการกำกับติดตามการชั่งน้ำหนักและส่วนสูงเด็ก จึงทำให้**เด็กส่วนใหญ่มีน้ำหนักตามเกณฑ์ส่วนสูงอยู่ในระดับสมส่วน** จำนวน 101 คน คิดเป็นร้อยละ 60.84 สำหรับพฤติกรรมการเตรียมอาหารและการรับประทานอาหารของครอบครัวของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า พฤติกรรมการเตรียมอาหารของครอบครัวอยู่ในระดับพอใช้ โดยข้อที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุด คือ น้ำดื่มมีภาชนะที่จัดเก็บสะอาด และมีฝาปิดมิดชิด ทั้งนี้เนื่องจากเด็กในศูนย์ศึกษาเด็กก่อนวัยเรียน ส่วนใหญ่เป็นเด็กในอำเภอเมือง น้ำดื่มสำหรับอุปโภคและบริโภคมักมีความเพียงพอและมีการบรรจุด้วยบรรจุภัณฑ์ที่สะอาดและมิดชิด ซึ่งมีความปลอดภัยสำหรับเด็ก สำหรับพฤติกรรมการรับประทานอาหารร่วมกันของครอบครัวของกลุ่มตัวอย่างเด็กก่อนวัยเรียน พบว่า พฤติกรรมการรับประทานอาหารร่วมกันของครอบครัว โดยรวมอยู่ในระดับพอใช้ โดยข้อที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุด คือ ท่านให้ความสำคัญและเวลาในการรับประทานอาหารร่วมกันของครอบครัว ทั้งนี้เนื่องจากเด็กก่อนวัยเรียนในศูนย์ศึกษาเด็กก่อนวัยเรียนส่วนใหญ่อาศัยอยู่กับบิดา มารดา จึงทำให้มีโอกาสได้ใช้เวลาในการรับประทานอาหารร่วมกัน นอกจากนี้พฤติกรรมการบริโภคอาหารที่เหมาะสมตามเกณฑ์ ในช่วง 1 สัปดาห์ที่ผ่านมาของกลุ่มตัวอย่างเด็กก่อนวัยเรียน พบว่า พฤติกรรมที่ปฏิบัติตามเกณฑ์มากที่สุดคือ กินอาหารหลัก วันละ 3 มื้อ (เช้า กลางวัน เย็น) ทุกวัน ดื่มนม และกินไข่ สัปดาห์ละ 3 – 7 วัน ๆ ละ 1 ฟอง ร้อยละ 86 สอดคล้องกับการศึกษาของ Aorgart and Pinyoanuntapong (2016) พบว่า เด็กส่วนใหญ่รับประทานอาหารกลุ่มนมและผลิตภัณฑ์จากนมเป็นประจำทุกวัน และสอดคล้องกับการศึกษาของ Katekowit and Tangsriprai (2017) พบว่า พฤติกรรมการรับประทานของเด็กส่วนใหญ่ กินอาหารกลุ่มข้าวแป้ง $\geq$ 3 ครั้งต่อวัน ไข่อย่างน้อย 1 ครั้งต่อวัน และนมอย่างน้อย 2 ครั้งต่อวัน สำหรับพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่ไม่เหมาะสมของเด็กก่อนวัยเรียนในช่วง 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา พบว่า พฤติกรรมการบริโภคอาหารที่ไม่เหมาะสมในช่วง 1 สัปดาห์ที่ผ่านมาของกลุ่มตัวอย่าง เด็กก่อนวัยเรียน พบว่าข้อที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุด คือ รับประทานขนมขบเคี้ยว เช่น ปลาเส้นปรุงรส มันฝรั่งทอด ขนมปังเวเฟอร์ ขนมปังแท่ง เป็นต้น ทั้งนี้เนื่องจากเด็กก่อนวัยเรียนในศูนย์ศึกษาเด็กก่อนวัยเรียน มักมีพฤติกรรมชอบรับประทานขนมกรุบกรอบ เพราะเป็นชุมชนเมือง สามารถเข้าถึงแหล่งในการบริโภคขนมกรุบกรอบได้ง่าย รวมทั้งผู้ปกครองมักซื้อให้เด็กรับประทานก่อนมาโรงเรียน หลังกลับจากโรงเรียน รวมทั้งใน

วันหยุด อาหารเหล่านี้เป็นอาหารที่มีคุณค่าทางโภชนาการต่ำ จึงพบว่าเด็กก่อนวัยเรียนบางคนได้รับพลังงานไม่เพียงพอ และบางคนได้รับในปริมาณที่มากเกินไป สอดคล้องกับการศึกษาของ Kusol et al., (2023) ที่พบว่า เด็กก่อนวัยเรียนมีพฤติกรรมการบริโภคที่ไม่เหมาะสมและรับประทานอาหารที่มีความเสี่ยงต่อสุขภาพ เช่น การกินขนมกรุบกรอบทุกวัน ทั้งนี้เนื่องจากเด็กวัยก่อนเรียน เป็นวัยที่ซุกซน ห่วงการเล่น และยังไม่รู้จักการเลือกรับประทานอาหารที่มีประโยชน์ (Singhasame et al., 2017)

จากการศึกษารูปแบบการเฝ้าระวังและส่งเสริมภาวะโภชนาการเด็กก่อนวัยเรียน ศูนย์ศึกษาเด็กก่อนวัยเรียน อำเภอเมือง จังหวัดสงขลาในครั้งนี้ พบว่า รูปแบบในครั้งนี้ได้มีการพัฒนาจากแนวทางเดิมที่มีอยู่ ซึ่งในรูปแบบเดิม ยังไม่มีแนวทางในการดูแลเด็กที่มีปัญหาภาวะโภชนาการเฉพาะราย และยังไม่มีแนวปฏิบัติด้านภาวะโภชนาการในเด็กก่อนวัยเรียนที่เป็นรูปธรรมที่ชัดเจน และจากการศึกษา พบว่า การเฝ้าระวังและส่งเสริมภาวะโภชนาการในเด็กก่อนวัยเรียน ต้องใช้ความร่วมมือจากผู้บริหาร เนื่องจากต้องมีการกำหนดนโยบายด้านภาวะโภชนาการ การจัดสรรงบประมาณในการจัดอาหารที่มีคุณภาพให้กับเด็กก่อนวัยเรียน การสนับสนุนนมจืดให้กับเด็ก รวมทั้งการจัดให้ความรู้ด้านโภชนาการกับครู พี่เลี้ยง แม่ครัว และผู้ปกครอง ความร่วมมือจากครู พี่เลี้ยง และแม่ครัว ในการส่งเสริมให้เด็กก่อนวัยเรียนได้รับอาหารที่มีคุณภาพ จัดการเรียนการสอนที่ส่งเสริมภาวะโภชนาการ รวมทั้งมีการเฝ้าระวังภาวะโภชนาการ โดยการชั่งน้ำหนักและวัดส่วนสูง นอกจากนี้ต้องให้คำแนะนำในการดูแลด้านโภชนาการกับผู้ปกครอง เพื่อให้ผู้ปกครองมีส่วนร่วมในการเฝ้าระวังและส่งเสริมภาวะโภชนาการ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาวิจัยที่ผ่านมาของ Sangsawang et al. (2017); Rungamornrat et al., (2017) ที่พบว่า การเฝ้าระวังและส่งเสริมภาวะโภชนาการในเด็กก่อนวัยเรียนให้มีคุณภาพและประสิทธิภาพ ต้องอาศัยความร่วมมือจากบุคคลในครอบครัว โรงเรียน และชุมชน ต้องมีความตระหนัก ในการวางแผนและดำเนินการแก้ปัญหาร่วมกัน ซึ่งส่งให้มีการปรับเปลี่ยน พฤติกรรมการบริโภคและการออกกำลังกายของเด็กนำไปสู่ภาวะโภชนาการที่ดี นอกจากนี้จากการศึกษาวิจัยที่ผ่านมาของ Sangsawang et al. (2017); Prommul et al. (2018) ยังพบว่า การเฝ้าระวังและส่งเสริมภาวะโภชนาการในเด็กก่อนวัยเรียนให้มีประสิทธิภาพนั้นจำเป็นต้องใช้ความร่วมมือของกลุ่มต่าง ๆ ดังนี้ 1) ผู้ดูแลเด็กก่อนวัยเรียน ซึ่งควรเข้ามีบทบาทสำคัญต่อการส่งเสริมภาวะโภชนาการของเด็กก่อนวัยเรียน 2) ผู้ปกครอง ความรู้ด้านโภชนาการของผู้ปกครองยังเป็นสิ่งสำคัญมาก เนื่องจากทำให้เกิดการระมัดระวังการเลือกซื้อวัตถุดิบมาปรุงอาหารให้กับบุตรของตนเอง และ 3) นโยบายของผู้บริหาร การนำนโยบายสู่การปฏิบัติ ผู้มอบและผู้รับนโยบายจะต้องมีความชัดเจนเรื่ององค์ประกอบของนโยบาย ซึ่งการจัดการให้มีประสิทธิภาพได้นั้น ต้องมีการสนับสนุนทางนโยบายจากผู้บริหารระดับสูงของศูนย์ศึกษาเด็กก่อนวัยเรียน และสอดคล้องกับการศึกษาของ Aorgart and Pinyoanuntapong (2016) ที่พบว่า การที่เด็กปฐมวัยมีพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่ดี

ต้องได้รับความร่วมมืออย่างดีจาก พ่อแม่ ครู บุคลากรที่เกี่ยวข้องในการในการดูแลจัดเตรียมเลือกซื้อประกอบอาหาร เพื่อให้เด็กมีโภชนาการที่ดีต่อสุขภาพ เพราะการจัดอาหารที่ถูกต้องพอเหมาะกับความต้องการของเด็กจะช่วยให้เด็กเจริญเติบโตและมีพัฒนาการที่ดีสมวัย

สรุป

จากผลการวิจัย สำหรับสถานการณ์ภาวะโภชนาการของเด็กวัยก่อนเรียน พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีน้ำหนักตามเกณฑ์อายุ จำนวน 108 คนคิดเป็นร้อยละ 65.06 ส่วนใหญ่มีส่วนสูงอยู่ในระดับตามเกณฑ์อายุ จำนวน 140 คน คิดเป็นร้อยละ 84.33 ส่วนใหญ่น้ำหนักตามเกณฑ์ส่วนสูง อยู่ในระดับสมส่วน จำนวน 101 คน คิดเป็นร้อยละ 60.84 พฤติกรรมการเตรียมอาหารของครอบครัวอยู่ในระดับพอใช้ พฤติกรรมการรับประทานอาหารร่วมกันของครอบครัวอยู่ในระดับพอใช้ สถานการณ์ด้านภาวะโภชนาการ พบว่า เด็กส่วนใหญ่มีภาวะทุพโภชนาการ (อ้วน / ผอมและตัวเล็ก) ปัญหาไม่รับประทานผักและชอบรับประทานขนมกรุบกรอบ และการสร้างรูปแบบการเฝ้าระวังและส่งเสริมภาวะโภชนาการ พบว่า ต้องใช้กระบวนการมีส่วนร่วมระหว่างศูนย์ ฯ และผู้ปกครอง โดยมีนโยบายการบริหารจัดการประกอบด้วยการจัดสรรงบประมาณที่เพียงพอในการจัดอาหารกลางวันและอาหารว่างที่มีคุณภาพให้แก่เด็ก มีการแจกนมฟรี มีการให้ความรู้ครูและผู้ปกครองเกี่ยวกับภาวะโภชนาการของเด็กก่อนวัยเรียน มีการส่งเสริมพฤติกรรมการรับประทานผัก รวมทั้งการติดตามน้ำหนักและส่วนสูงของเด็ก เพื่อเฝ้าระวังภาวะโภชนาการ ตลอดจนมีแนวทางในการดูแลเด็กที่มีภาวะโภชนาการตามเกณฑ์และมีภาวะทุพโภชนาการ ซึ่งการเฝ้าระวังและส่งเสริมภาวะโภชนาการในเด็กก่อนวัยเรียนให้มีประสิทธิภาพนั้น ต้องอาศัยความร่วมมือจากครอบครัว โรงเรียน และชุมชนในการวางแผนและดำเนินการแก้ปัญหาร่วมกัน ซึ่งเกิดจากความตระหนักถึงปัญหาร่วมกัน อาจมีส่วนช่วยให้มีการปรับเปลี่ยน พฤติกรรมการบริโภคและการออกกำลังกายของเด็ก อันจะนำไปสู่ภาวะโภชนาการที่ดีต่อไป

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะในการนำงานวิจัยไปใช้ประโยชน์

หน่วยงานศูนย์เด็กเล็กอื่น ๆ สามารถนำรูปแบบการเฝ้าระวังและส่งเสริมภาวะโภชนาการในเด็กก่อนวัยเรียน ไปใช้ในการเฝ้าระวังและส่งเสริมภาวะโภชนาการในเด็กก่อนวัยเรียน

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ศึกษาวิจัยเรื่องประสิทธิผลรูปแบบการเฝ้าระวังและส่งเสริมภาวะโภชนาการในเด็กก่อนวัยเรียน ไปใช้ในการเฝ้าระวังและส่งเสริมภาวะโภชนาการในเด็กก่อนวัยเรียน

2. ศึกษาวิจัยรูปแบบการเฝ้าระวังและส่งเสริมภาวะโภชนาการในเด็กก่อนวัยเรียนในศูนย์ศึกษาเด็กก่อนวัยเรียนในพื้นที่อื่น ๆ ได้ เพราะมีบริบทไม่เหมือนกัน

รายการอ้างอิง (References)

Ampansirirat, A., Thongmeekhaun, T., Phuphet, K., & Mad-a-dama, M. (2016) . *Community Capacity and Food Security and Food Safety Management Model: A Case Study in Khuan Ru Sub-district, Rattaphum District, Songkhla Province*. Boromarajonani Nursing College, Songkhla.

Aorgart, W., & Pinyoanuntapong, S. (2016). The Study of Early Childhood Accordance with Food Behavioral Consumption in Case Of “THE SCHOOL IN BANGKOK”. *Srinakharinwirot Academic Journal of Education, 17*(2), 13 - 27. ttps://ejournals.swu.ac.th/index.php/jedu/article/view/8574/7497

Chaonlilitkul, N. (2016). *Assessment of child growth*. https://hpc11.go.th

Chuaysrinuan, J., Chaimay, B., & Woradet, S. (2019). HealthLiteracy towards Obesity Prevention among School Children. *Academic Journal of Community Public Health*, *5*(1) , 1 - 13. https://he02.tci-thaijo.org/index.php/ajcph/article/view/243211

Department of Mental Health. (2019, April 8). *Obesity - short stature - low IQ' can be solved with nutrition in the early stages of life.* https://dmh.go.th/news-dmh/view

Katekowit, B., & Tangsriprai, S. (2017). Food consumption behavior of preschool children in Area of responsibility of Health Center 4, Saraburi. *Journal of the Department of Medical Services, 42*(6), 129 - 134. https://he02.tci-thaijo.org/index.php/JDMS/article/view/248689

Kusol, K., Kaewpawong, P., Eaksirinimit, T., & Hongsum, T. (2023). Food Consumption Behaviors and Growth of Preschool Children in Child Development Centers, Thasala District, Nakhon Si Thammarat Province. *Journal of Southern Technology*, *16*(1) , 41 - 53. https://so04.tci-thaijo.org/ index.php/journal_sct/article/view/257762

National Statistical Office. (2019, April 8). *Situation of children and women in Thailand*. https://www.nso.go.th/

Parimanon, C., Chaimay, B., & Woradet, S. (2018). Nutritional Status and Factors Associated with Nutritional Status among Children Aged Under 5 Years: Literature Review. *The Southern College Network Journal of Nursing and Public Health*, *5*(1), 329 - 342. https://he01.tci-thaijo.org/index.php/scnet/article/view/113003

Prommul, J., Klerlhee, T., Perngyai, C., & Suwanwaiphatthana, W. (2018). Nutritional Status of Pre-school Children with Participation of Families and Communities in Muang Songkhla. *The Southern College Network Journal of Nursing and Public Health*, *5*(3) , 169 - 185. https://he01.tci-thaijo.org/index.php/scnet/article/view/156686

Prommul, J., Suwanrat, M., Perngyai, C., Nelson, W., & Vongpradit, S. (2022). Satisfaction of the final year students on the quality of the Bachelor of Nursing Science Program 2012 revised course using CIPP Model. *Journal of Education Thaksin. 22*(1) , 79 - 92. https://so02.tci-thaijo.org/index.php/eduthu/article/view/257140

Rungamornrat, S., Nookong, A., Kraimongkol, N., & Phuttisathian, R. (2017) . Leading the way Official nutrition promotion for preschool children with overnutrition in child development centers. *The Journal of Thailand Nursing and Midwifery Council*, *32*(4), 120 - 133. https://he02.tci-thaijo.org/index.php/TJONC/article/view/105423

Sangsawang, J., Chukumnird, S., Chupradit, P., Binthaprasitthi S., & Wattanasart, T. (2017) . Development of food and Nutritional Management Model For Preschool Children Based on Mother's Food Guideline:A Participatory Action Research. *Journal of Boromarajonani College of Nursing, Bangkok, 33*(2), 146 - 158. https://he01.tci-thaijo.org/index.php/bcnbangkok/article/view/110356

Singhasame, P., Suwanwaha, S., & Sarakshetrin, A. (2017) . Nutritional Promotion in Pre-School Children. *The Southern College Network Journal of Nursing and Public Health*, *4*(3) , 226 - 235. https://he01.tci-thaijo.org/index.php/scnet/article/view/102092

Unicef. (2022, January) . *Gaps and inequality of children and women, Songkhla Province*. https://www. unicef.org/thailand/sites/unicef.org.thailand

Waivut, S. (2019). Research design Research and development model (R&D) and researchParticipatory Action (PAR). *Training Program "Creating a new generation of researchers" (Chicka) Generation 7* [Symposium]. National Research Council of Thailand and Naresuan University.

ความต้องการในการดูแลและความพร้อมของหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะความดันโลหิตสูงชนิดรุนแรงที่ต้องยุติการตั้งครรภ์

Caring needs and preparedness of pregnant women with severe hypertension required pregnancy termination

ทัศณีย์ หนูนารถ[1], มลิวัลย์ รัตยา[1], เบญจวรรณ ละหุการ[1],
มลิวัลย์ บุตรดำ[1], วลัยลักษณ์ สุวรรณภักดี[1]
Tassanee Noonart[1], Maliwan Rataya[1], Benjawan Lahukarn[1],
Maliwan Buddum[1], Walailuk Suwanpakdee[1]

(Received: February 1, 2024; Revised: March 30, 2024; Accepted: April 9, 2024)

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงคุณภาพแบบบรรยาย เพื่อศึกษาความต้องการในการดูแลและความพร้อมของหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะความดันโลหิตสูงชนิดรุนแรงที่ต้องยุติการตั้งครรภ์ ผู้ให้ข้อมูล 15 ราย มีการคัดเลือกผู้ให้ข้อมูลแบบเฉพาะเจาะจงตามคุณสมบัติที่กำหนด รวบรวมข้อมูลโดยการสัมภาษณ์เชิงลึกรายบุคคล เครื่องมือผ่านการตรวจสอบจากผู้ทรงคุณวุฒิ มีการตรวจสอบความถูกต้องและความน่าเชื่อถือของข้อมูล โดยสรุปข้อมูลที่ได้ให้ผู้ให้ข้อมูลฟัง รวมถึงตรวจสอบข้อมูล ไม่ใส่ความรู้สึกของผู้วิจัยในทุกขั้นตอน นำข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์ มาวิเคราะห์และสรุปประเด็นโดยการถอดเทป วิเคราะห์เนื้อหา วิเคราะห์ข้อมูลตามวัตถุประสงค์การวิจัย ตีความ สร้างข้อสรุปที่สามารถตอบคำถามการวิจัยได้ ผลการศึกษาพบว่า ความต้องการด้านการดูแลประกอบด้วย 1) การเสริมสร้างในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน 2) ความต้องการข้อมูลที่เป็นประโยชน์ เช่น ความรุนแรงของโรคและการรักษา 3) ความต้องการการรักษาที่ทันท่วงที เพื่อลดความวิตกกังวลและความเจ็บปวด และส่วนใหญ่ให้ข้อมูลว่ายังไม่มีความพร้อมที่ต้องยุติการตั้งครรภ์ เมื่อรับรู้ว่าต้องยุติการตั้งครรภ์จึงทำให้เกิดความวิตกกังวล เครียดกับเหตุการณ์ที่กำลังจะเจอข้างหน้า โดยเฉพาะอย่างยิ่งในรายที่อายุครรภ์ไม่ครบกำหนดคลอด แล้วจำเป็นต้องยุติการตั้งครรภ์ ทารกที่คลอดก่อนกำหนดมีโอกาสที่จะเกิดภาวะแทรกซ้อนอื่น ๆ ตามมา

[1]วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครศรีธรรมราช

[1]College of Nursing, Nakhon Si Thammarat

Corresponding Author: walailux@bcnnakhon.ac.th

ถือเป็นภาวะวิกฤตในชีวิต ประเด็นการเตรียมความพร้อมทั้งร่างกายและจิตใจเป็นสิ่งสำคัญในการลดอาการข้างเคียง ผลการวิจัยชี้ให้เห็นถึงความสำคัญของการตอบสนองต่อความต้องการและความพร้อมของหญิงตั้งครรภ์ที่เผชิญกับภาวะความดันโลหิตสูงชนิดรุนแรง ซึ่งสามารถนำไปสู่การพัฒนาการดูแลอย่างเหมาะสมในอนาคต

คำสำคัญ: ความต้องการในการดูแล, ความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์, ยุติการตั้งครรภ์

Abstract

The purpose of the qualitative descriptive study was to examine the caring needs and preparedness of pregnant women with severe hypertension required pregnancy termination. 15 informants were selected based on the necessary criteria using a purposive sample technique. Data collection used depth individual interviews which were validated by experts. Data was confirmed and verified for accuracy by reflecting the data to informants. The researchers never included personal opinions into any data analysis procedure. The tape record was transcribed to assess and summarize the interview data. The purpose of the research was followed throughout the content analysis and data analysis. The purpose of the conclusion was to address the research question. According to the findings, the three main types of caring needs were: 1) encouraging everyday activities; 2) seeking useful knowledge about the course of the disease and treatment; and 3) seeking immediate medical attention to soothe anxiety and pain. Nearly all the informants said that they were not prepared for the need to terminate a pregnancy when it was necessary, which led to worry and tension about what might happen in the future, particularly if they were preterm labor. A preterm baby was at danger for potentially fatal complications after delivery. To minimize adverse effects, physical and psychological preparedness were crucial. The findings highlight the significance of responding caring needs and preparedness of pregnant women with severe hypertension to improve the quality of their future medical treatment.

Keywords: Caring needs, Hypertension during pregnancy, Pregnancy termination

บทนำ

ภาวะความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์เป็นปัญหาสำคัญทางสาธารณสุขที่มีผลกระทบต่อหญิงตั้งครรภ์และทารกในครรภ์ ภาวะนี้สามารถเสียชีวิตได้และมีความเสี่ยงต่อการเกิดอันตรายต่อสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์และทารก จากสถิติการตั้งครรภ์ทั่วโลกพบอุบัติการณ์การเกิดภาวะความดันโลหิตสูงระหว่างการตั้งครรภ์ ร้อยละ 2 - 8 (Dechananthapiphat & Luewan, 2020) จากการสำรวจข้อมูลของกองยุทธศาสตร์และแผนงานกระทรวงสาธารณสุข ปี 2563 พบว่า อัตราการตายที่เกิดจากภาวะความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์เท่ากับ 20.35 รายต่อการเกิดมีชีพ 100,000 ราย โดยพบว่าสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะความดันโลหิตสูง เป็นสาเหตุการตายอันดับ 2 รองจากภาวะตกเลือดหลังคลอด (Strategy and Planning Division, 2019: Rungsinsap, 2017) ซึ่งสาเหตุยังไม่ทราบแน่ชัด แต่สันนิษฐานว่าอาจเกิดจากการพัฒนาของรกที่ผิดปกติ (Health Promotion Officer, Department of Public Health, 2021)

หญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะความดันโลหิตสูงชนิดรุนแรง อวัยวะต่าง ๆ ในร่างกายจะถูกทำลาย เช่น ตับ สมอง หัวใจ ไต หลอดเลือด และตา ส่งผลให้เกิดภาวะชัก หรือเกิดกลุ่มอาการ HELLP เป็นสาเหตุที่ทำให้เสียชีวิตได้ (Danpreeda, 2018) โอกาสคลอดก่อนกำหนดสูงทำให้ทารกที่คลอดก่อนกำหนดมีน้ำหนักตัวน้อย เกิดโรคปอดเรื้อรัง มีความผิดปกติของระบบจอประสาทตา สติปัญญาต่ำ แรกคลอดมีภาวะพร่องออกซิเจน เสียชีวิตได้ (Nuansiri, 2020) เมื่อมีภาวะความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ หญิงตั้งครรภ์จำเป็นต้องนอนรักษาตัวในโรงพยาบาล การทำหน้าที่ในครอบครัวเปลี่ยนไป และส่งผลให้เกิดความเครียดและวิตกกังวลเพิ่มขึ้น (Lahti-Pulkkinen et al., 2020; Sukkaew et al., 2021)

การดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะความดันโลหิตสูงเป็นส่วนสำคัญของการพยาบาลที่เสริมสร้างความมั่นใจและการส่งเสริมสุขภาพในช่วงการตั้งครรภ์ บทบาทของพยาบาลได้แก่ การประเมินภาวะสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์และทารกในครรภ์อย่างใกล้ชิดเพื่อประเมินความเสี่ยงและป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อันตราย ตรวจร่างกายและตรวจครรภ์เพื่อติดตามความคืบหน้าของการตั้งครรภ์และสุขภาพของทารก การให้คำแนะนำในการปฏิบัติตัวเพื่อบรรเทาอาการไม่สุขสบายหรือเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อน เช่น การให้คำแนะนำเกี่ยวกับการออกกำลังกายที่เหมาะสม การควบคุมน้ำหนัก การรับประทานอาหารที่เหมาะสม และการลดโภชนาการหรือการรักษาด้วยยาตามคำสั่งของแพทย์ ทั้งนี้ต้องให้ความรู้ เพื่อทำความเข้าใจเกี่ยวกับโรค และอันตรายที่อาจจะเกิดขึ้นทั้งต่อตนเองและบุตรในครรภ์ เพื่อให้หญิงตั้งครรภ์เกิดความตระหนักในการดูแลตนเอง เพื่อลดความรุนแรงของโรค ซึ่งหากหญิงตั้งครรภ์มีการรับรู้ที่ถูกต้อง จะส่งผลให้มีการดูแลตนเองขณะตั้งครรภ์ที่มีภาวะความดันโลหิตสูงดีขึ้น (Sukkaew et al., 2021) รวมถึงการเตรียมการและการสนับสนุนในกระบวนการคลอดเป็นสิ่งสำคัญ

เพื่อลดความเสี่ยงและเพิ่มโอกาสในการคลอดโดยปลอดภัย เป็นสิ่งสำคัญที่พยาบาลต้องดูแลและให้คำแนะนำอย่างเหมาะสมในทุกขั้นตอนในช่วงการตั้งครรภ์

จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง มีการศึกษาจำนวนน้อยที่ศึกษาเกี่ยวกับความต้องการการดูแล และความพร้อมของหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะความดันโลหิตสูงชนิดรุนแรงที่ต้องยุติการตั้งครรภ์ จึงต้องการที่จะศึกษาเรื่องนี้ เพื่อให้ได้ข้อมูลเชิงลึก ที่จะนำไปเป็นข้อมูลพื้นฐานสำหรับปรับปรุงแนวทางการดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะความดันโลหิตสูงชนิดรุนแรงที่ต้องยุติการตั้งครรภ์ ที่ครอบคลุมทั้งด้านร่างกายและจิตใจ โดยกลวิธีสำคัญในการพัฒนาปรับปรุงแนวทางการดูแลด้านการเพิ่มมุมมองเชิงบวกเกี่ยวกับการดูแล และเตรียมความพร้อมก่อนสิ้นสุดการตั้งครรภ์ สร้างแรงจูงใจการยอมรับบทบาทการดูแล นำไปสู่ประสิทธิภาพการดูแล ผลลัพธ์ที่ดีทั้งต่อตัวหญิงตั้งครรภ์ และเพื่อเป็นการพัฒนาคุณภาพการพยาบาลให้ดียิ่งขึ้น

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาความต้องการในการดูแลและความพร้อมของหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะความดันโลหิตสูงชนิดรุนแรงที่ต้องยุติการตั้งครรภ์

วิธีการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพแบบบรรยาย (descriptive qualitative research) เพื่อศึกษาความต้องการในการดูแลและความพร้อมของหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะความดันโลหิตสูงชนิดรุนแรงที่ต้องยุติการตั้งครรภ์

ผู้ให้ข้อมูล

ประชากร คือ หญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ชนิดรุนแรง โรงพยาบาลในจังหวัดภาคใต้

ผู้ให้ข้อมูล คือ หญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะความดันโลหิตสูงเนื่องจากการตั้งครรภ์ชนิดรุนแรง จำนวน 15 ราย ซึ่งผ่านการคัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง (purposive sampling) ตามคุณสมบัติ ดังนี้ 1) หญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่า มีภาวะความดันโลหิตสูงเนื่องจากการตั้งครรภ์ชนิดรุนแรง ระดับความดันโลหิตมากกว่าหรือเท่ากับ 160 / 110 มิลลิเมตรปรอท หรือมีอาการปวดมึนศีรษะ ตาพร่ามัว จุกแน่นลิ้นปี่ 2) เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล และนอนพักในห้องคลอดอย่างน้อย 4 ชั่วโมง 3) มีการรับรู้ดี สามารถอ่าน เขียน และสื่อสารภาษาไทยได้ 4) มารดาหลังคลอดครบ 24 ชั่วโมง

ไม่มีภาวะแทรกซ้อนหลังคลอด และระดับความดันโลหิตไม่เกิน 160 / 110 มิลลิเมตรปรอท มีความพร้อมจะให้สัมภาษณ์และ 5) ยินดีเข้าร่วมการวิจัย

เครื่องมือและการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลผู้วิจัย ได้แก่ เครื่องบันทึกเสียง แบบสัมภาษณ์ แบบบันทึกภาคสนาม แบบบันทึกการสะท้อนคิด และแบบสอบถามเกี่ยวกับประวัติการตั้งครรภ์และการคลอด เป็นการสนทนาแบบปลายเปิด แนวคำถามในการสัมภาษณ์สร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง เช่น ท่านมีความรู้สึกอย่างไรเมื่อรับรู้ว่าตนเองมีภาวะความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ ท่านรับทราบความเสี่ยง แผนการการรักษาในโรงพยาบาลของท่านหรือไม่ อย่างไร ท่านมีความรู้สึกอย่างไรเมื่อรับรู้ว่าต้องยุติการตั้งครรภ์ เป็นต้น และมีการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา ความเหมาะสมและความครอบคลุมของเนื้อหา รวมถึงความชัดเจนของภาษาที่ใช้ จากอาจารย์ที่เชี่ยวชาญทางด้านการพยาบาลสูติศาสตร์ 2 ท่าน และอาจารย์ที่เชี่ยวชาญด้านการวิจัยเชิงคุณภาพ 1 ท่าน และทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติคล้ายคลึงกันก่อนนำไปใช้จริง จำนวน 2 ราย มีการนำมาปรับข้อคำถามให้มีความกระชับ และชัดเจนมากขึ้นก่อนนำไปใช้จริง

การตรวจสอบความน่าเชื่อถือของข้อมูล

ในการตรวจสอบความน่าเชื่อถือของเครื่องมือการศึกษาในครั้งนี้ ได้พิจารณาตรวจสอบความน่าเชื่อถือ (trustworthiness) ของข้อมูลการวิจัยเชิงคุณภาพมี 4 ประการดังนี้

1. ความน่าเชื่อถือ (credibility) ผู้วิจัยสร้างแนวคำถามย่อยเพิ่มเติมจากแนวคำถามในการสัมภาษณ์ เพื่อให้ครอบคลุมมากที่สุดในขณะสัมภาษณ์ พร้อมทั้งสังเกตสภาพแวดล้อมและบริบทโดยรอบของผู้ให้ข้อมูล และมีการนำข้อมูลที่ได้จากการสังเกต ทำการจดบันทึกภาคสนาม และบทสัมภาษณ์เพื่อตรวจสอบความตรงกันของข้อมูล ผู้วิจัยตรวจสอบความน่าเชื่อถือของข้อมูลโดยการตรวจสอบสามเส้า (triangulation) โดยการควบคุมคุณภาพของการสัมภาษณ์มีการใช้เทคนิคและเครื่องมือที่เหมาะสมในการสัมภาษณ์ เช่น การใช้แบบฟอร์มสำหรับบันทึกข้อมูล การซ้ำซ้อนการสัมภาษณ์เพื่อความน่าเชื่อถือในข้อมูล การใช้เทคนิคการสังเกตและการฟังอย่างใส่ใจเพื่อจับภาพรวมของประสบการณ์ การตรวจสอบข้อมูลที่ได้รับให้มั่นใจว่าสอดคล้องกับความต้องการและวัตถุประสงค์ของการวิจัย และการวิเคราะห์ข้อมูลให้เห็นภาพรวมและภาพลึกของประสบการณ์ของผู้ถูกสัมภาษณ์และให้ผู้ให้ข้อมูลตรวจสอบ เพื่อให้แน่ใจว่าข้อสรุปที่ได้เป็นข้อมูลจากประสบการณ์ผู้ให้ข้อมูลจริง และเป็นการตรวจสอบความเข้าใจที่ตรงกันระหว่างผู้วิจัยกับผู้ให้ข้อมูล

2. ความสามารถในการอ้างอิง (transfer ability) ผลการศึกษาที่ได้ในครั้งนี้สามารถนำไปอ้างอิงกับหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ได้ ซึ่งหญิงตั้งครรภ์แต่ละคนมีลักษณะ

ท่าทาง นิสัย ความรู้สึกนึกคิด การเรียนรู้ การรับรู้ การปฏิบัติ ความเป็นอยู่ พื้นฐานครอบครัว และวัฒนธรรมที่แตกต่างกัน มีอัตลักษณ์เป็นของตัวเอง ในการทำวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยเลือกผู้ให้ข้อมูลที่มีความหลากหลาย เพื่อให้ได้ข้อมูลที่ครอบคลุมกลุ่มผู้ให้ข้อมูลมากที่สุด

3. ความสามารถในการพึ่งพา (depend ability) ผู้วิจัยใช้หลายวิธีในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ การสัมภาษณ์เจาะลึก มีการถอดเทปสัมภาษณ์แบบคำต่อคำอย่างรอบคอบในการฟัง และจดบันทึกข้อมูลที่เกี่ยวข้อง สังเกตและบันทึกทั้งเสียงพูด พฤติกรรม และอารมณ์ของผู้ถูกสัมภาษณ์ เพื่อให้ข้อมูลถูกต้องและครบถ้วน ซึ่งผู้วิจัยบันทึกด้วยลายมือมาก่อน หลังจากนั้นนำมาบันทึกในคอมพิวเตอร์อีกครั้งเพื่อความสะดวกในการตรวจสอบข้อมูล และความเป็นระเบียบเรียบร้อยในการจัดเก็บข้อมูล และทำการเชื่อมโยงข้อมูลดังกล่าวเข้าด้วยกัน เพื่อเข้าใจปรากฏการณ์ดังกล่าวที่เกิดขึ้นอย่างแท้จริง ตลอดจนนำผลที่ได้จากการวิเคราะห์ข้อมูลอภิปรายร่วมกับผู้เชี่ยวชาญ เพื่อลดอคติจากการวิเคราะห์และตีความข้อมูล

4. ความสามารถในการยืนยัน (confirm ability) ผู้วิจัยมีการจดบันทึกข้อมูลอย่างเป็นระเบียบ มีระบบการจัดเก็บข้อมูลที่ง่ายต่อการสืบค้นและตรวจทานข้อมูล จัดระบบเป็นหมวดหมู่ทุกครั้งหลังการสัมภาษณ์ เช่น ข้อมูลการสัมภาษณ์ ข้อมูลเทปเสียง ข้อมูลการวิเคราะห์ โดยผู้วิจัยได้ทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องเพื่อเป็นกรอบกระตุ้นแนวความคิดในการสร้างแนวคำถามเพื่อให้ครอบคลุมประเด็นที่ต้องการศึกษา ซึ่งผ่านการตรวจสอบเครื่องมือจากผู้ทรงคุณวุฒิ ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูลแต่ละราย มาตรวจสอบเพื่อตรวจสอบประเด็นที่ต้องสัมภาษณ์เพิ่มเติม และเป็นข้อมูลในการสัมภาษณ์ครั้งต่อไป เมื่อได้ข้อมูลที่อิ่มตัวแล้ว นำมาวิเคราะห์ สรุปประเด็นที่ได้จากการศึกษาเพื่อให้ได้ข้อมูลที่สอดคล้องกับผู้ให้ข้อมูล ตลอดจนสอดคล้องกับบริบทของพื้นที่

วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตัวเองโดยการสัมภาษณ์แบบเจาะลึก โดยมีขั้นตอนในการเก็บรวบรวมข้อมูลดังนี้

1. ขั้นเตรียมการ

ผู้วิจัยจะเป็นเครื่องมือที่สำคัญในการทำวิจัยเชิงคุณภาพ ผู้วิจัยได้ศึกษาค้นคว้าหาความรู้ในงานวิจัยเชิงคุณภาพเพิ่มเติมจากหนังสือ วารสาร งานวิจัยทั้งในประเทศและต่างประเทศ

2. ขั้นดำเนินงานและคัดเลือกผู้ให้ข้อมูล

2.1 การวิจัยผ่านการพิจารณาจริยธรรมจากวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครศรีธรรมราช ได้ยื่นหนังสือถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาลในภาคใต้ที่ทำการศึกษาเพื่อทดลองใช้เครื่องมือ และเก็บรวบรวมข้อมูล

2.2 ติดต่อหัวหน้าพยาบาลของหน่วยงานห้องคลอด และหลังคลอดเพื่อ ชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย รวมถึงขอความอนุเคราะห์ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

2.3 ผู้วิจัยแนะนำตนเอง ชี้แจงวัตถุประสงค์ แจ้งการพิทักษ์สิทธิ์ของผู้เข้าร่วมวิจัยก่อนการเก็บข้อมูล เมื่อผู้เข้าร่วมวิจัยตัดสินใจเข้าร่วมการวิจัย จึงให้เซ็นใบยินยอม

2.4 ผู้วิจัยสัมภาษณ์เชิงลึก โดยใช้คำถามปลายเปิด สัมภาษณ์รายบุคคล ใช้เวลาเฉลี่ย 45 - 60 นาทีต่อครั้ง ในมารดาหลังคลอดครบ 24 ชั่วโมง และไม่มีภาวะแทรกซ้อนหลังคลอด อาจจะสัมภาษณ์ 2 – 3 ครั้งในบางรายเพื่อให้ได้ข้อมูลที่สมบูรณ์ที่สุด โดยมีการขออนุญาตบันทึกเสียงขณะสัมภาษณ์ มีการบันทึกภาคสนาม และการสะท้อนคิด เก็บรวบรวมจนได้ข้อมูลที่อิ่มตัว

2.5 กล่าวขอบคุณเมื่อสิ้นสุดการสัมภาษณ์

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคล โดยใช้การแจกแจงความถี่

วิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพตามขั้นตอนดังนี้ 1) จัดระเบียบข้อมูล 2) ทำดัชนีหรือกำหนดรหัสของข้อมูล 3) กำจัดข้อมูลหรือสร้างข้อสรุปชั่วคราว 4) สร้างบทสรุป และขั้นตอนที่ 5) พิสูจน์ความน่าเชื่อถือของผลการวิเคราะห์

ข้อมูลเชิงคุณภาพ นำข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์ มาวิเคราะห์และสรุปประเด็น โดยการถอดเทป อ่านทำความเข้าใจวิเคราะห์เนื้อหา สร้างดรรชนี และใส่รหัส หาความเชื่อมโยง และสร้างหมวดหมู่ของข้อมูล วิเคราะห์ข้อมูลตามวัตถุประสงค์ นำมาตีความสร้างข้อสรุป ที่สามารถตอบคำถามการวิจัยได้

หลังการสัมภาษณ์ สรุปข้อมูลที่ได้ให้ผู้ให้ข้อมูลฟัง รวมถึงตรวจสอบข้อมูล ไม่ใส่ความรู้สึกของผู้วิจัยในทุกขั้นตอน เป็นการสร้างความน่าเชื่อถือของข้อมูล โดยผู้วิจัยทำการบันทึกการสะท้อนคิดระหว่างการสัมภาษณ์ทุกครั้ง เพื่อป้องกันการนำความรู้สึกของตนเองไปตีความในเหตุการณ์ของผู้ให้ข้อมูล ทั้งนี้ผลการศึกษาที่ได้ผ่านการตรวจสอบจากที่ปรึกษา เพื่อตรวจสอบความถูกต้องและครอบคลุม ให้มีความเชื่อมั่นคงเส้นคงวา เพื่อให้ได้ข้อมูลที่เป็นจริง ไม่มีความบิดเบือนจากความจริง ได้คุณภาพน่าเชื่อถือ และมีประสิทธิภาพมากที่สุด

การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ผ่านการพิจารณาและอนุมัติจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ จากวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครศรีธรรมราช โครงการวิจัยที่ F-06/2565 รับรองวันที่ 9 ธันวาคม 2565 วันที่ 8 ธันวาคม 2566 โดยคำนึงถึงจรรยาบรรณของนักวิจัยอย่างเคร่งครัดในการเคารพสิทธิมนุษยชน ผู้วิจัยได้ทำหนังสือชี้แจงให้ผู้ให้ข้อมูลทราบถึงวัตถุประสงค์ วิธีดำเนินการวิจัย ระยะเวลาในการสัมภาษณ์ ประโยชน์และความเสี่ยงที่คาดว่าจะได้รับจากการวิจัย ผู้ให้ข้อมูลมีสิทธิ์ใน

การตัดสินใจในการเข้าร่วมโครงการตามสมัครใจ หากผู้ให้ข้อมูลต้องการยุติหรือถอนตัวจากการวิจัย สามารถกระทำได้ตลอดเวลา ข้อมูลที่ได้ วิเคราะห์และรายงานในภาพรวม ข้อมูลทั้งหมดจะถูกเก็บเป็นความลับ และทำลายเทปบันทึกเสียงเมื่อการวิจัยสิ้นสุด เมื่อผู้ให้ข้อมูลตัดสินใจเข้าร่วมการวิจัย ผู้วิจัยให้ผู้ให้ข้อมูลลงนามในหนังสือยินยอมเข้ารับการวิจัย จึงเริ่มดำเนินการวิจัยในลำดับต่อไป

ผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นวิจัยเชิงคุณภาพแบบบรรยาย (Qualitative Descriptive Research) เพื่อศึกษาความต้องการในการดูแลและความพร้อมของหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะความดันโลหิตสูงชนิดรุนแรงที่ต้องยุติการตั้งครรภ์ เป็นการรวบรวมข้อมูลโดยการสัมภาษณ์เชิงลึก และนำเสนอผลการวิจัย ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล

1.1 ข้อมูลทั่วไปของหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะความดันโลหิตสูงชนิดรุนแรงที่ต้องยุติการตั้งครรภ์ จำนวน 15 ราย อายุอยู่ในช่วง 19 - 38 ปี นับถือศาสนาพุทธจำนวน 12 ราย นับถือศาสนาอิสลาม 3 ราย จบการศึกษาระดับมัธยมศึกษา หรือเทียบเท่า จำนวน 11 ราย ระดับปริญญาตรี 3 ราย ระดับปริญญาโท 1 ราย อาชีพรับจ้าง 6 ราย ค้าขาย 2 ราย ทำสวน 2 ราย และพนักงานรัฐวิสาหกิจ หรือรับราชการ 2 ราย ไม่ได้ทำงาน หรือเป็นแม่บ้าน 3 ราย รายได้ของครอบครัวประมาณ 5,000 - 30,000 บาทต่อเดือน

1.2 ข้อมูลเกี่ยวกับประวัติการตั้งครรภ์และการคลอดของหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะความดันโลหิตสูงชนิดรุนแรงที่ต้องยุติการตั้งครรภ์ พบว่าส่วนใหญ่เป็นการตั้งครรภ์ที่เคยผ่านการคลอด (9 ราย) ประวัติการคลอดปกติในครรภ์ก่อน (7 ราย) ฝากครรภ์ครั้งแรกก่อนอายุครรภ์ 12 สัปดาห์ (10 ราย) จำนวนครั้งของการฝากครรภ์อยู่ในช่วง 6 - 10 ครั้ง (12 ราย) และฝากครรภ์ตามเกณฑ์คุณภาพ (10 ราย) มีอายุครรภ์อยู่ในช่วง 33 - 38 สัปดาห์ แพทย์ยุติการตั้งครรภ์ด้วยการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง จำนวน 11 ราย คลอดทางช่องคลอด 4 ราย

ส่วนที่ 2 ความต้องการในการดูแลของหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะความดันโลหิตสูงชนิดรุนแรงที่ต้องยุติการตั้งครรภ์

ความต้องการในการดูแลของหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะความดันโลหิตสูงชนิดรุนแรงที่ต้องยุติการตั้งครรภ์ ประกอบด้วย 3 ประเด็นหลัก

ประเด็นที่ 1 การเสริมสร้างในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน

ในระยะคลอดผู้ให้ข้อมูลต้องการความช่วยเหลือด้านการเสริมสร้างในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันแบ่งเป็น ความช่วยเหลือจากสมาชิกในครอบครัว และความช่วยเหลือจากบุคลากรการแพทย์

โดยความช่วยเหลือจากสมาชิกในครอบครัวส่วนใหญ่จะเกี่ยวกับการดูแลให้ความสุขสบายขณะได้รับยาป้องกันการชัก ซึ่งทำให้ร่างกายร้อน มีเหงื่อออก ต้องการให้มีญาติมาช่วยเช็ดตัว หรือนวดผ่อนคลาย ในขณะที่ได้รับการรักษาที่ต้องใส่สายออกซิเจน สายสวนปัสสาวะและให้น้ำเกลือ ไม่กล้าร้องขอความช่วยเหลือจากพยาบาล แต่ถ้ามีญาติจะรู้สึกสบายใจ เนื่องจากบางช่วงพยาบาลจะยุ่งมากเพราะมีผู้มารับบริการจำนวนมาก ซึ่งจะสอดคล้องกับคำพูดที่ว่า

“พยาบาลเอาผ้าเช็ดหน้ามาให้ นี่ถ้าแม่ได้เฝ้ากะดีหิด (ก็จะดีกว่า) เราบอกได้ทุกอย่าง นี่บางทีก้า (ก็) เกรงใจ เช็ด ๆ ถึงมันแห้ง ไม่สู้ (ไม่กล้า) เรียก”

(ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 5)

“นอนแล (ดู) อยู่ พยาบาลเค้ายุ่ง ไม่ใช่หาญ (ไม่กล้า) เรียก แต่ตอนได้ยานั่นร้อนมาก ๆ พี่เหอ”

(ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 6)

“อยากให้มีญาติมาช่วยนวดลดปวดให้”

(ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 8)

“ให้อนุญาตให้ญาติเข้ามาช่วยดูแลค่ะ ระหว่างรอคลอด”

(ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 10)

“ญาติเข้ามาเป็นที ๆ กะ (ก็) ได้นิ พอได้มีกำลังใจหิด(หน่อย) ถ้าเช็ดหน้า เช็ดตัวบ่อยน่าว่าอีดีหวานี่ (จะดีกว่านี้) นี่เหงื่อเพเปียกเพรื่อดี (เหงื่อชุ่ม) ขนาดเค้าเช็ดให้มั้ง (บ้าง) แล้ว”

(ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 11)

“มันลำบาก เค้าไม่ให้ลุก คาสายเยี่ยวมั้ง (คาสายสวนปัสสาวะ) น้ำเกลือมั้ง ออกซิเจนมั้ง พยาบาลยังไม่กี่คน คนไข้อีเกิดก้ามาก (ผู้คลอดใกล้คลอดจำนวนมาก) แล้วก้า (ก็) ไม่เหมือนญาติเรานิ”

(ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 13)

ประเด็นที่ 2 ความต้องการข้อมูลที่เป็นประโยชน์

ผู้ให้ข้อมูลมีความต้องการข้อมูลต่าง ๆ ได้แก่ ระยะเริ่มต้นของการวินิจฉัยความรุนแรงของโรค การดูแลตนเอง การรักษา ผลการรักษา สิ่งที่ต้องเผชิญขณะรอคลอด รวมถึงการปฏิบัติตัวที่เหมาะสม

ระหว่างที่รอยุติการตั้งครรภ์ หญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะความดันโลหิตสูง หลังจากรับรู้ว่าตนเองมีภาวะความดันโลหิตสูงชนิดรุนแรง แต่หลายคนยังไม่ทราบถึงภาวะแทรกซ้อนที่อันตรายต่อตนเองและทารกในครรภ์ ทำให้หญิงตั้งครรภ์รู้สึกกังวล มีการรับรู้ถึงสถานการณ์ที่เร่งรีบเพื่อช่วยเหลือตนเองและทารกในครรภ์ หญิงตั้งครรภ์อาจไม่ทราบรายละเอียดเกี่ยวกับแผนการรักษา ดังคำบอกเล่าดังต่อไปนี้

“เครียดมาก ความดันไม่ลง ไม่รู้หมออีทำปรือต่อ (ไม่ทราบว่าหมอจะทำยังไงต่อ)”

(ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 1)

“นี่ไม่รู้ว่าญาติข้างนอกรู้แล้วยัง ว่าเราความดันขึ้น”

(ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 4)

“ช่วยบอกคนไข้ว่าต้องทำอะไร พูดคุยเป็นกันเองกับผู้ป่วยค่ะ”

(ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 7)

“เจ็บท้องมาก บีบไม่วางเลย หมอไม่ยอมผ่าให้”

(ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 8)

“ต้องผ่าก่อนกำหนด พอเปลห้องผ่าตัดมารับใจหายสาว่า (กลัวมาก)”

(ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 13)

“บางทีนึกตอนนั้นไม่ออกก็เลยไม่ได้ถาม บางทีไม่รู้จะถามอะไร”

(ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 15)

ประเด็นที่ 3 ต้องการการรักษาที่ทันท่วงที

ความต้องการการรักษาที่ทันท่วงที ที่ไม่ต้องรอ อาทิเช่น ต้องการผ่าตัดคลอด ไม่ต้องการเจ็บปวดหรือความทรมาน ต้องการการรักษาเพื่อให้ผ่านพ้นช่วงเวลาวิกฤตไปให้เร็วที่สุด การช่วยเหลือเพื่อลดความทุกข์ทรมานทางจิตใจจากการรักษา การช่วยลดหรือการทำให้ความทุกข์ทางจิตใจทุเลาลง ทำให้เกิดความรู้สึกปลอดภัย ดังคำบอกเล่าดังต่อไปนี้

“มันกังวลในใจ อยากผ่า ๆ ไปเลยตอนนั้นไม่อยากรอไหร (อะไร) แล้ว”

(ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 3)

“ไม่ใช่กล้าแหลงนิ (ไม่กล้าพูด) กับหมอ เค้าว่าปันปรือก้า (อย่างไรก็) ว่าตามเค้า เหมือนว่ารอๆดูอาการไปเรื่อย ๆ ”

(ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 5)

“ช่วยทำปรือก็ได้ (ทำยังไงก็ได้) อย่าให้มันทรมานแรง”

(ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 8)

ส่วนที่ 3 ความพร้อมของหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะความดันโลหิตสูงชนิดรุนแรงที่ต้องยุติการตั้งครรภ์

หญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะความดันโลหิตสูงชนิดรุนแรงที่ต้องยุติการตั้งครรภ์ส่วนใหญ่ให้ข้อมูลว่ายังไม่มีความพร้อมที่ต้องยุติการตั้งครรภ์ เมื่อรับรู้ว่าต้องยุติการตั้งครรภ์จึงทำให้เกิดความวิตกกังวลเครียดกับเหตุการณ์ที่กำลังจะเจอข้างหน้า โดยเฉพาะอย่างยิ่งในรายที่อายุครรภ์ไม่ครบกำหนดคลอดแล้วจำเป็นต้องยุติการตั้งครรภ์ ทารกที่คลอดก่อนกำหนดมีโอกาสที่จะเกิดภาวะแทรกซ้อนอื่น ๆ ตามมา ถือเป็นภาวะวิกฤตในชีวิต จึงต้องการให้มีการเตรียมความพร้อมด้านต่าง ๆ คือ การเตรียมความพร้อมด้านร่างกาย เพื่อลดอาการข้างเคียงจากการใช้ยากันชักหรือยาลดความดัน โลหิต และการเตรียมจิตใจของตนเองและญาติในการรับการรักษา เตรียมความรู้เพื่อผ่อนคลายในขณะรอยุติการตั้งครรภ์ จากการสัมภาษณ์ถึงความรู้สึกเมื่อรับรู้ว่าต้องยุติการตั้งครรภ์ มารดาหลังคลอดให้ข้อมูลว่า

“กลัวไปหมด กลัวลูกจะไม่แข็งแรง กลัวช็อก เครียดมากค่ะ ยังไม่พร้อม”

(ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 1)

“ก็ช็อกนะ เพราะท้องไม่ครบ ลูกต้องอบด้วย ลูกจะแข็งแรงม้าย (หรือไม่) อยากให้มีการเตรียมจิตใจของเราและก็ญาติ ๆ ค่ะ”

(ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 2)

“ถ้าตอนฝากท้องหมอบอกก่อนก็ดี ได้ทำใจ ตอนนั้นยังไม่ได้ทำใจเลยค่ะ”

(ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 5)

“ไม่นาน เปลก็มารับไปห้องผ่าตัด ยังไม่พร้อม แต่หมอบอกว่าต้องรีบผ่า ไม่ทันได้ทำใจ”

(ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 6)

“ยังไม่พร้อม อยากให้มีการพูดคุย บอกเล่าขั้นตอนต่าง ๆ ให้เข้าใจมากกว่านี้”

(ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 10)

ผลการศึกษาสามารถช่วยให้ทีมบุคลากรทางการแพทย์ที่ให้การดูแลหญิงตั้งครรภ์ ได้ตระหนักถึงความสำคัญและสนใจความต้องการในการดูแลและความพร้อมของหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะความดันโลหิตสูงชนิดรุนแรงที่ต้องยุติการตั้งครรภ์ซึ่งเป็นข้อมูลที่มีประโยชน์ หากหญิงตั้งครรภ์ได้รับการสนับสนุนจากบุคคลในครอบครัว และเจ้าหน้าที่ให้การดูแล จะสามารถปรับตัว ผ่านพ้นวิกฤตที่ต้องเผชิญและสถานการณ์ที่ตึงเครียดได้

อภิปรายผล

การศึกษาความต้องการในการดูแลของหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะความดันโลหิตสูงชนิดรุนแรงที่ต้องยุติการตั้งครรภ์ ผลการศึกษาพบว่าหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะความดันโลหิตสูงชนิดรุนแรงที่ต้องยุติการตั้งครรภ์ จากการสัมภาษณ์หลังคลอดมีความต้องการผู้ช่วยในกิจวัตรประจำวัน เช่น เปลี่ยนเสื้อผ้า การทำความสะอาดร่างกาย และการขับถ่าย โดยต้องการให้มาช่วยเช็ดตัว หรือนวดผ่อนคลายในขณะที่รอยุติการตั้งครรภ์ เนื่องจากตัวเองรับการรักษาที่ต้องใส่สายออกซิเจน สายสวนปัสสาวะและให้น้ำเกลือเป็นต้น บางครั้งไม่กล้าร้องขอความช่วยเหลือจากพยาบาล แต่ถ้ามีญาติช่วยจะรู้สึกสบายใจมากกว่า หมายความว่าบุคคลในครอบครัวจะเป็นแรงสนับสนุนให้หญิงตั้งครรภ์มีการปฏิบัติเกี่ยวกับการดูแลตนเองที่ดี สอดคล้องกับ Maitreechit et al. (2020) ที่กล่าวว่า หญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับการสนับสนุนจากบุคคลในครอบครัวอย่างเพียงพอ จะทำให้มีการปรับตัวได้ดี และเหมาะสม จำนวนพยาบาลค่อนข้างน้อยเมื่อเทียบกับผู้มารับบริการจำนวนมาก พยาบาลที่ดูแลผู้ป่วยส่วนใหญ่จะให้ความสำคัญกับการดูแลรักษาภาวะเจ็บป่วย การช่วยชีวิตผู้ป่วยเป็นอันดับแรก จนบางครั้งอาจละเลยความรู้สึกของผู้ป่วยไปด้วยภาระงานที่มาก ทำให้พยาบาลไม่มีเวลาเพียงพอในการตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัว (Khoyun et al., 2021) การให้บริการเหล่านี้มีผลต่อความพึงพอใจที่เพิ่มขึ้น

การได้รับข้อมูลที่เป็นประโยชน์สำหรับหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะความดันโลหิตสูงชนิดรุนแรงมีความสำคัญอย่างมากเพื่อให้หญิงตั้งครรภ์สามารถจัดการและดูแลสุขภาพของตนเองและทารกในครรภ์ได้อย่างเหมาะสม (Panprasert, 2020) ดังนั้น ข้อมูลที่มีประโยชน์ระยะเริ่มต้นของการวินิจฉัยความรุนแรงของโรค อาทิเช่น ข้อมูลเกี่ยวกับเกณฑ์และอาการที่ช่วยในการระบุความรุนแรงของภาวะความดันโลหิตสูง เช่น ระดับความดันโลหิตที่ถือว่าสูงมาก หรือสัญญาณของภาวะความดันโลหิตสูงที่เป็นอันตราย การดูแลตนเอง คำแนะนำเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพที่เหมาะสมในช่วงการตั้งครรภ์ที่มีภาวะความดันโลหิตสูง เช่น การควบคุมการบริโภคอาหารและสารอาหารที่เหมาะสม การออกกำลังกายที่เหมาะสม และการรักษาสุขภาพจิต ข้อมูลด้านการรักษาเกี่ยวกับวิธีการรักษาที่อาจใช้ในการควบคุมความดันโลหิตสูงในช่วงการตั้งครรภ์ การคลอด รวมถึงการใช้ยาต่างๆ และเทคนิคการบริหารจัดการข้อมูลเกี่ยวกับผลข้างเคียงของยาและวิธีการรักษาต่าง ๆ ผลกระทบต่อสุขภาพของทารกในครรภ์ สิ่งที่ต้องเผชิญขณะรอคลอด ข้อมูลเกี่ยวกับสัญญาณและอาการที่อาจเกิดขึ้นขณะรอคลอด รวมถึงการปฏิบัติตัวที่เหมาะสมระหว่างที่รอยุติการตั้งครรภ์ คำแนะนำเกี่ยวกับการรักษาความสงบให้แก่ตนเองและการลดความเครียดในช่วงเวลาที่รอยุติการตั้งครรภ์ เป็นต้น การให้ข้อมูลที่เป็นประโยชน์เหล่านี้จะช่วยให้หญิงตั้งครรภ์สามารถเข้าใจสถานการณ์ของตนเองได้ดียิ่งขึ้น และมีความพร้อมในการตัดสินใจเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพของตนเองและทารกในครรภ์

การรักษาที่ทันท่วงที หญิงตั้งครรภ์รับรู้ถึงความเร่งรีบในการรักษา คาดเดาว่าอาจมีความเสี่ยงสูงต่อสุขภาพของตนเองและทารกในครรภ์เป็นไปได้ค่อนข้างสูง หญิงตั้งครรภ์จึงมีความต้องการการรักษาที่ทันท่วงที ที่ไม่ต้องรอ อาทิเช่น ต้องการผ่าตัดคลอด ไม่ต้องการเจ็บปวดหรือความทรมาน ต้องการการรักษาเพื่อให้ผ่านพ้นช่วงเวลาวิกฤตไปให้เร็วที่สุด การช่วยเหลือเพื่อลดความทุกข์ทรมานทางจิตใจจากการรักษา จะรู้สึกกังวล กับสถานการณ์ที่เร่งรีบ สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่าหากสถานบริการจัดบริการด้านสุขภาพที่แสดงให้ผู้รับบริการได้เห็นถึงรูปแบบของบริการต่าง ๆ อย่างชัดเจน บุคลากรมีความพร้อมที่จะให้บริการ การสร้างสิ่งอำนวยความสะดวก และรับรู้ได้ว่าได้รับการบริการที่ดีมีคุณภาพจะเป็นปัจจัยที่สนับสนุนให้ผู้รับบริการเกิดความพึงพอใจ (Intasri & Tanvatanakul, 2022) การดูแลที่เหมาะสมจากบุคลากรทางการแพทย์และการรับรู้ต่อความต้องการและความพึงพอใจของหญิงตั้งครรภ์ สามารถลดความเครียดและความกังวลให้กับหญิงตั้งครรภ์ (Yokthuan & Saengsri, 2021) ในสถานการณ์ที่ยากลำบากโดยเฉพาะในกรณีของหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะความดันโลหิตสูงชนิดรุนแรงที่ต้องยุติการตั้งครรภ์ การพัฒนาคุณภาพการบริการในโรงพยาบาลมีบทบาทสำคัญในการรับมือกับความต้องการและความกังวลของหญิงตั้งครรภ์ในสถานการณ์ที่ซับซ้อนเช่นนี้ และสามารถช่วยให้หญิงตั้งครรภ์รู้สึกพึงพอใจและมั่นใจในการรักษาและดูแลสุขภาพของตนเองได้มากขึ้น

นอกจากนี้การศึกษาพบว่าหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะความดันโลหิตสูงชนิดรุนแรงที่ต้องยุติการตั้งครรภ์ส่วนใหญ่ให้ข้อมูลว่ายังไม่มีความพร้อมที่ต้องยุติการตั้งครรภ์ เมื่อรับรู้ว่าต้องยุติการตั้งครรภ์จึงทำให้เกิดความวิตกกังวล เครียดกับเหตุการณ์ที่กำลังจะเจอข้างหน้า โดยเฉพาะอย่างยิ่งในรายที่อายุครรภ์ไม่ครบกำหนดคลอด สอดคล้องการการศึกษาที่พบว่าหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะความดันโลหิตสูงมีความรู้สึกกลัว กังวล และเครียดว่าตนเองและทารกในครรภ์จะได้รับอันตรายจากโรคความดันโลหิตสูงในขณะตั้งครรภ์ (Sukkaew et al., 2021) การจัดการความเสี่ยงและการดูแลของผู้หญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะความดันโลหิตสูงชนิดรุนแรงส่วนใหญ่จะพึงระมัดระวังอย่างมาก โดยอาจรวมการดูแลและควบคุมความดันโลหิต การตรวจสุขภาพที่สม่ำเสมอ การกำกับติดตามอาการ และการรักษาที่เหมาะสมตามคำแนะนำของแพทย์ โดยเฉพาะในรายที่ระดับรุนแรงมาก และเสี่ยงต่อการเสียชีวิตของหญิงตั้งครรภ์หรือทารกในครรภ์ การยุติการตั้งครรภ์อาจเป็นทางเลือกที่จำเป็นเพื่อรักษาความปลอดภัย ซึ่งการรับรู้ภาวะสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์มีผลต่อการดูแลสุขภาพของตนเองเพื่อให้ทารกในครรภ์ปลอดภัย เป็นปัจจัยสำคัญที่มีผลต่อผลลัพธ์ของการตั้งครรภ์และการส่งเสริมสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์ และทารกในครรภ์ในกรณีที่เผชิญกับภาวะเหล่านี้ ตลอดจนการวางแผนการตั้งครรภ์ครั้งต่อไปเพื่อป้องกันอันตรายและภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรง (Phanwichatkul et al., 2023) การสนับสนุนและการดูแลเชิงป้องกันในขณะตั้งครรภ์มีความสำคัญอย่างมากเพื่อลดความเสี่ยงและสนับสนุนให้หญิงตั้งครรภ์ และทารกในครรภ์มีสุขภาพที่ดีที่สุดในทุกช่วงของการตั้งครรภ์และการคลอด

การดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่ต้องยุติการตั้งครรภ์เน้นที่การให้การสนับสนุนทางร่างกายและจิตใจให้เหมาะสม ให้ข้อมูลเกี่ยวกับเหตุผลและขั้นตอนของการยุติการตั้งครรภ์อย่างชัดเจนและเต็มไปด้วยความเหมาะสม สนับสนุนทางอารมณ์และการพูดคุยกับหญิงตั้งครรภ์ในการแสดงออกถึงความกังวล ความรู้สึก และความเครียดที่เกิดขึ้น ให้คำปรึกษาจากนักจิตวิทยาหรือผู้เชี่ยวชาญด้านสุขภาพจิตให้แก่หญิงตั้งครรภ์เมื่อจำเป็น สนับสนุนการพัฒนากลยุทธ์ในการจัดการกับความเครียดและอารมณ์ที่เกิดขึ้นและให้การดูแลทางการแพทย์อย่างเหมาะสมต่อภาวะสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์ ส่งต่อไปยังแพทย์หรือสาขาวิชาชีพที่เหมาะสมสำหรับการดูแลเพิ่มเติมเมื่อจำเป็น สร้างความเข้าใจและการสนับสนุนจากครอบครัว และบุคคลในสังคมที่ใกล้ชิด ส่งเสริมกิจกรรมที่เป็นสิ่งที่มีประโยชน์ต่อสุขภาพจิต เช่น การเข้าร่วมกลุ่มสนทนา การออกกำลังกาย หรือกิจกรรมที่ทำให้รู้สึกดี ให้เวลาและพื้นที่ให้กับหญิงตั้งครรภ์ในการรับรู้สึกและปรับตัวต่อสถานการณ์ สนับสนุนการพัฒนากลยุทธ์ในการจัดการกับความวิตกกังวลและความไม่สบายใจมีการเสริมสร้างความตระหนักของหญิงตั้งครรภ์ ให้ได้เข้ามามีส่วนร่วมในการออกแบบ และให้ข้อคิดเห็นต่อกิจกรรมและสื่อต่าง ๆ (Health care Quality Accreditation Institute

(Public Organization), 2021) เพื่อส่งเสริมการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลให้ก้าวทันการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นในยุคปัจจุบัน

การดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่ต้องยุติการตั้งครรภ์นั้นเป็นกระบวนการที่ต้องให้ความสำคัญและให้การสนับสนุนที่เหมาะสมทั้งทางร่างกายและจิตใจ เพื่อให้รับมือได้กับสถานการณ์ที่เกิดขึ้นอย่างเหมาะสม สามารถสะท้อนความรู้สึกและความคิดเห็นที่มีต่อบริการที่ตนได้รับ เพื่อเป็นข้อมูลให้โรงพยาบาลนำไปปรับปรุงคุณภาพบริการ การให้เข้ามาร่วมประเมินผลลัพธ์การรักษาพยาบาลในมุมมองของผู้รับบริการ

สรุป

ในการศึกษาครั้งนี้สะท้อนให้เห็นว่าหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะความดันโลหิตสูงชนิดรุนแรงที่ต้องยุติการตั้งครรภ์ มีความต้องการการเสริมสร้างในการปฏิบัติกิจวัตร การได้รับข้อมูลที่เป็นประโยชน์และการรักษาที่ทันท่วงที รวมถึงยังไม่มีความพร้อมที่ต้องยุติการตั้งครรภ์ เมื่อรับรู้ว่าต้องยุติการตั้งครรภ์จึงทำให้เกิดความวิตกกังวล เครียดกับเหตุการณ์ที่กำลังจะเจอข้างหน้า พยาบาลมีหน้าที่ในการตอบสนองความต้องการของหญิงตั้งครรภ์ให้สามารถก้าวผ่านภาวะเจ็บป่วยวิกฤตไปสู่ภาวะปกติ ซึ่งการที่จะเปลี่ยนผ่านได้เหมาะสมนั้นต้องมีการเตรียมความพร้อมทั้งด้านร่างกายและจิตใจเพื่อผ่อนคลาย ลดความตึงเครียด การให้ข้อมูลที่เป็นประโยชน์โดยการสื่อสารสองทิศทางอย่างเปิดเผย และเข้าใจง่าย รับฟัง สังเกต สนับสนุนการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ ติดต่อและประสานงานกับแพทย์หรือผู้เชี่ยวชาญทางการแพทย์ที่เกี่ยวข้องกับการดูแลหญิงตั้งครรภ์ ให้ความสำคัญกับการแลกเปลี่ยนข้อมูลเกี่ยวกับสถานะของหญิงตั้งครรภ์ รวมถึงการกำหนดแผนการรักษาและการดูแลที่เหมาะสม ฟังและเข้าใจความต้องการและความเชื่อของหญิงตั้งครรภ์ เป็นสำคัญ เพื่อให้สามารถปรับแผนการรักษาให้เหมาะสมกับสถานการณ์และความต้องการของหญิงตั้งครรภ์ ให้ข้อมูลเกี่ยวกับการวินิจฉัย แผนการรักษา และความคาดหวังจากการรักษาอย่างชัดเจนและเป็นระบบ โดยใช้ภาษาที่เข้าใจง่ายแก่ผู้มารับบริการ การสื่อสารอย่างเปิดเผยและเชื่อถือในความสามารถของทีมที่ดูแลหญิงตั้งครรภ์เป็นสิ่งสำคัญ เพื่อสร้างความไว้วางใจและความสบายใจให้กับหญิงตั้งครรภ์ ติดตามการดำเนินการรักษา และประเมินผลการรักษาเป็นสำคัญ เพื่อปรับแผนการรักษาในกรณีที่จำเป็น การดำเนินการร่วมกับแพทย์หรือสาขาวิชาชีพทางการแพทย์ที่เกี่ยวข้องเป็นสิ่งสำคัญในการให้บริการที่มีคุณภาพและปลอดภัยสำหรับหญิงตั้งครรภ์ โดยการทำงานร่วมกันนี้จะช่วยให้หญิงตั้งครรภ์ ได้รับการดูแลที่เหมาะสมและมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้นและสร้างความพึงพอใจในการรักษาจากหญิงตั้งครรภ์ด้วย

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. ควรนำผลการวิจัยในการศึกษาครั้งนี้ไปปรับใช้ในด้านการปฏิบัติการพยาบาล เพื่อเพิ่มมุมมองเชิงบวก โดยการประเมินความต้องการการช่วยเหลือของหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะความดันโลหิตสูงชนิดรุนแรงที่ต้องยุติการตั้งครรภ์ นำข้อมูลที่ได้ไปใช้ประโยชน์ในการกำหนดทิศทาง วางแผน กลยุทธ์ การออกแบบระบบบริการปรับปรุงกระบวนการทำงาน ให้เกิดผลลัพธ์ที่ดีต่อตัวหญิงตั้งครรภ์ ครอบครัว นำไปสู่การพัฒนาคุณภาพการพยาบาลที่ดียิ่งขึ้น

2. ผลการวิจัยครั้งนี้สามารถนำข้อมูลมาใช้เป็นประโยชน์ต่อทีมบุคลากรในการวางแผนให้การพยาบาลและให้ความรู้แก่หญิงตั้งครรภ์ตลอดจนการวางแผนการตั้งครรภ์ครั้งต่อไปเพื่อป้องกันอันตรายและภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงของภาวะความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์

3. ด้านการศึกษาการพยาบาลสามารถนำผลการวิจัยมาใช้เป็นแนวทางในการเรียนการสอนนักศึกษาในเรื่องการพยาบาลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะความดันโลหิตสูง เพื่อให้การดูแลตามความต้องการของหญิงตั้งครรภ์ในแต่ละรายได้อย่างเหมาะสม

ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยต่อไป

1. ควรพัฒนาเป็นโปรแกรมสนับสนุนการมีส่วนร่วมของครอบครัวในการดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะความดันโลหิตสูงชนิดรุนแรงที่ต้องยุติการตั้งครรภ์ ที่ครอบคลุมและตอบสนองต่อความต้องการของผู้รับบริการในทุก ๆ ด้าน

2. พัฒนารูปแบบการดูแลส่งเสริมให้หญิงตั้งครรภ์และครอบครัวปฏิบัติตามแผนจำหน่ายที่เชื่อมโยงกับแผนการดูแลระหว่างอยู่ในโรงพยาบาล ตามหลักการเสริมพลัง เพื่อให้หญิงตั้งครรภ์ และครอบครัวมีศักยภาพและความมั่นใจในการจัดการดูแลสุขภาพของตนเอง

3. ควรศึกษาในผู้รับบริการกลุ่มอื่นๆ เพื่อค้นหาโอกาสพัฒนา ใช้วิธีการประเมินที่หลากหลาย เช่น การแลกเปลี่ยนเรียนรู้ การอภิปรายกลุ่ม การใช้ตัวตามรอยทางคลินิก การทบทวนเชิงคุณภาพ การตรวจสอบและป้อนกลับข้อมูล การนำเสนอเพื่อรับฟังข้อวิพากษ์ เป็นต้น

รายการอ้างอิง (References)

Danpreeda, R. (2018). Case study of specific birth attendants. Nursing care of women pregnant with twins who have high blood pressure During severe pregnancy and cesarean section. *Journal of King Mongkut's College of Nursing Phetchaburi Province*, *1*, 70 - 87.

Dechananthapiphat, R., & Luewan, S. (2020, February 3). *Hypertension during pregnancy*. https://w1.med.cmu.ac.th/obgyn/lecturestopics/topic-review/6655/

Health care Quality Accreditation Institute (Public Organization). (2021, October 1). *Hospital and Health Service Standards* (5th ed.). https://backend.ha.or.th/fileupload/DOCUMENT/00148/77c77e3f-ed2f-41a9-90d4-22164a69a871.pdf

Health Promotion Officer. (Department of Public Health). (2021, ใส่เดือนและวันที่). *Situation analysis Death of a Thai mother within the first 6 months Fiscal year 2021.* https://hp.anamai.moph.go.th

Khoyun, S., Sukonthawat, W., Kitkhuandee, B., & Thoin, J. (2021). Needs and Need Responses of the Family Members of PatientsTreated in the Intensive Care Unit. *Srinagarind Medical Journal, 36*(3), 333 - 339. https://li01.tci-thaijo.org/index.php/SRIMEDJ/article/view/251213

Lahti-Pulkkinen, M., Girchenko, P., Tuovinen, S., Sammallahti, S., Reynolds, R. M., Lahti, J., Heinonen, K., Lipsanen, J., Hamalainen, E., Villa, P.M., Kajantie, E., Laivuori, H., & Raikkonen, K. (2020). Maternal Hypertensive Pregnancy Disorders and Mental Disorders in Children. *Hypertension*. *75*(6), 1429 – 1438. http://doi.org/10.1161/HYPERTENSIONAHA.119.14140

Maitreechit, D., Sangin, S., & Siriarunrat, S. (2020). Relationships Between Health Care Behaviors, Anxiety, Social Support and Quality of Life among Pregnant Women with Pregnancy Induced Hypertension. *Journal of Medical BioScience, 2* (1), 39 – 47. https://he01.tci-thaijo.org/index.php/clmb/article/view/215980

Intasri, C., & Tanvatanakul, V. (2022). Expectations and satisfyactions of clients on the service system of outpatient department in one public hospital of Chachoengsao province. *Research and Development Health System Journal, 15(3)* 12 8- 141. https://he02.tci-thaijo.org/index.php/RDHSJ/article/view/257989

Nuansiri, D. (2020). Effect of the development of a model of care for pregnant women with Induce Hypertension from the antenatal period to the postpartum period in Chom Thong Hospital. *Lanna Journal of Health Promotion and Environmental Health, 9*(1), 1 - 15.

Panprasert, R. (2020). Nursing care of pregnant women with severe preeclampsia: a case study. *Singburi Hospital Journal*, *29*(1), 17 - 27. https://he01.tci-thaijo.org/index.php/shj/article/view/248790/168441

Phanwichatkul, T., Kownaklai, J., Chaisetsampun, W., & Yothathip, H. (2023). Health Perceptions and Health Care of Pregnant Women with Gestational Diabetes. *Journal of Nursing and Health Science Research, 15,* 52 - 67. https://he02.tci-thaijo.org/index.php/RDHSJ/article/view/257989

Rungsinsap, N. (2017, October 21). *Surveillance of maternal mortality in Thailand in 2017*. http://hp.anamai.moph.go.th/download/DMKM2/01MomKids/MK-2nd-02-DMKM-8C.pdf

Strategy and Planning Division. (2019, November 16). *Public Health Statistics A.D.2018*. http://bps.moph.go.th /new_bps/ sites/default/files/ statistic%2061.pdf

Sukkaew, N., Chatchawet, W., & Kritcharoen, S. (2021). Self-Care Experiences of Pregnant Women with Hypertensive Disorders. *The Southern College Network Journal of Nursing and Public Health, 8*(3), 32 - 48. https://he01.tci-thaijo.org/index.php/scnet/article/view/244981

Yokthuan, I., & Saengsri, R. (2021, May 26). *Self-Care Knowledge Needs of Third-Trimester Pregnant Women Services Outpatient Department of Obstetrics and Gynecology, Nopparat Ratchathani Hospital.* https://nrh.nopparat.go.th/academic/public/files

ความชุกและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการตกเลือดในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง โรงพยาบาลทุ่งสง จังหวัดนครศรีธรรมราช

Prevalence and Factors Associated with Early Postpartum Hemorrhage in Mother undergoing Cesarean Section at Thong Song Hospital, Nakhon Si Thammarat

อารีย์วรรณ มาแก้ว[1], เบญจวรรณ ละหุการ[2*]

Areewan Makaew[1], Benjawan Lahukarn[2*]

(Received: February 1, 2024; Revised: April 7, 2024; Accepted: April 22, 2024)

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการศึกษาย้อนหลังเชิงพรรณนา มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความชุกของสถานการณ์ภาวะตกเลือดภายใน 24 ชั่วโมงแรกหลังคลอด และหาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านประชากรและด้านปัจจัยทางการแพทย์กับภาวะตกเลือดภายใน 24 ชั่วโมงแรกหลังคลอด ในมารดาที่ได้รับการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง โรงพยาบาลทุ่งสง นครศรีธรรมราช กลุ่มตัวอย่าง คือมารดาที่ได้รับการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องตั้งแต่อายุครรภ์ 28 สัปดาห์เป็นต้นไป จำนวน 397 คน เครื่องมือวิจัยประกอบด้วย 3 ส่วน คือ ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล ส่วนที่ 2 คือ ปัจจัยทางการแพทย์ พัฒนาขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง และส่วนที่ 3 คือภาวะตกเลือดหลังคลอดในผู้ป่วยผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Index of Item Objective Congruence: IOC) ได้ค่าดัชนีความสอดคล้องของวัตถุประสงค์การวิจัยรายข้อที่ 1.00 โดยเก็บข้อมูลจากเวชระเบียนหญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง โรงพยาบาลทุ่งสง จังหวัดนครศรีธรรมราช ระหว่างวันที่ 1 มกราคม 2564 – 31 ธันวาคม 2566 วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปโดยใช้สถิติพรรณนา ความถี่ ร้อยละ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการวิเคราะห์ถดถอยโลจีสติก ผลการวิจัย พบว่า

1. ความชุกของสถานการณ์ภาวะตกเลือดภายใน 24 ชั่วโมงแรกหลังคลอด ในมารดาที่ได้รับการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง มีความชุก ร้อยละ 29.97

[1]โรงพยาบาลทุ่งสง จังหวัดนครศรีธรรมราช

[1]Thongsong Hospital Nakhon Si Thammarat

[2]วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครศรีธรรมราช คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข

[2]Boromarajonani College of Nursing, Nakhon Si Thammarat, Faculty of Nursing, Praboromarajchanok Institute, Ministry of Public Health

[*]Corresponding Author: Benjawan@bcnnakhon.ac.th

2. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการเกิดภาวะตกเลือดภายใน 24 ชั่วโมงแรกหลังคลอด อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ประกอบด้วย ปัจจัยด้านประชากร คือ อายุครรภ์มากกว่า 40 สัปดาห์ (OR = 1.888, 95 % CI = 1.037-3.438; p = 0.038) และ ปัจจัยทางการแพทย์ คือ ปริมาณการสูญเสียเลือดมากกว่าหรือเท่ากับ 1,000 มิลลิลิตร (OR = 218.52, 95 % CI = 92.978-513.587; p = 0.000)

ผลการศึกษาครั้งนี้ ทีมสหวิชาชีพสามารถนำไปวางแผนการดูแลและป้องกัน เพิ่มประสิทธิภาพในการควบคุมภาวะตกเลือดภายใน 24 ชั่วโมงแรกหลังคลอด ในมารดาที่ได้รับการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องได้

คำสำคัญ: การผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง, ภาวะตกเลือดภายใน 24 ชั่วโมงแรกหลังคลอด, ปัจจัยเสี่ยง

Abstract

This study is a descriptive retrospective study aimed to investigate the prevalence of early postpartum hemorrhage situations and to determine the relationship between demographic, medical factors, and early postpartum hemorrhage in mothers undergoing abdominal caesarean section at Thung Song Hospital, Nakhon Si Thammarat. The sample was 397 mothers who had a caesarean section from 28 weeks of pregnancy onwards. The research instrument consisted of three parts: Part 1 was personal data, Part 2 was medical factors developed from literature reviews, and Part 3 was postpartum hemorrhage in mothers with caesarean section in which IOC all objectives were 1.00. The data was collected from medical records of pregnant women who had undergone caesarean section during 1 January 2021 – 31 December 2023. General data were analyzed by descriptive statistics; frequency, percentage, standard deviation, and logistic regression analysis. The results were as follows:

1. The prevalence of early postpartum hemorrhage situations in mothers undergoing caesarean section was 29.97 %.

2. Factors that were statistically significantly associated with early postpartum hemorrhage include: demographic factors were gestational age greater than 40 weeks (OR=1.888, 95%CI= 1.037-3.438; p = 0.038), and medical factors were blood loss greater than or equal to 1,000 milliliters (OR = 218.52, 95%CI = 92.978-513.587; p= 0.000).

The finding of this study, a healthcare professional team can be deployed to plan care and prevention. Enhance the control of early postpartum hemorrhage in mothers undergoing caesarean section.

Keywords: Cesarean section delivery, Early Postpartum Hemorrhage, Risk factors

บทนำ

ภาวะตกเลือดหลังคลอด (Postpartum Hemorrhage; PPH) เป็นภาวะแทรกซ้อนทางสูติกรรมที่หญิงตั้งครรภ์เสียเลือดปริมาณมากกว่าหรือเท่ากับ 500 มิลลิลิตรจากการคลอดทางช่องคลอด หรือ เสียเลือดปริมาณมากกว่าหรือเท่ากับ 1,000 มิลลิลิตรจากการผ่าตัดคลอด ซึ่งเป็นสาเหตุสำคัญประการหนึ่งที่ทำให้เกิดภาวะทุพพลภาพหรือเสียชีวิตของมารดาหลังคลอดทั่วโลก (Cunningham et al., 2022) โดยแบ่งชนิดของภาวะตกเลือดหลังคลอดออกเป็น 2 ระยะตามระยะเวลาของการเกิด คือ 1) ภาวะตกเลือดหลังคลอดระยะแรก (Early Postpartum Hemorrhage ; Early PPH) หมายถึง ภาวะตกเลือดหลังคลอดที่เกิดขึ้นทันทีหลังคลอดจนถึง 24 ชั่วโมงแรกหลังคลอด และ 2) ภาวะตกเลือดหลังคลอดระยะหลัง (Late Postpartum Hemorrhage; Late PPH) หมายถึง ภาวะตกเลือดหลัง 24 ชั่วโมงหลังคลอด จนกระทั่งถึง 12 สัปดาห์หลังคลอด (Jongsomchai, 2017) ซึ่งพบว่า ประเทศที่กำลังพัฒนามีอัตราการการตายของมารดาสูงถึง 230 ต่อการเกิดมีชีพแสนราย ในทวีปเอเชีย พบว่า ร้อยละ 30.8 ของมารดาหลังคลอดที่เสียชีวิตเกิดจากภาวะตกเลือดหลังคลอด โดยเกิดขึ้นอย่างรวดเร็วใน 24 ชั่วโมงแรกหลังคลอด (World Health Organization [WHO], 2023) สำหรับประเทศไทย พบอัตราการเสียชีวิตของมารดาหลังคลอดทั่วประเทศ พ.ศ. 2562 – 2565 เท่ากับ 22.5, 22.9, 39.8 และ 25.66 โดยอัตราการเสียชีวิตจากภาวะตกเลือดหลังคลอดคิดเป็นร้อยละ 38.5 (Department of Health, 2023) ซึ่งสาเหตุของการตกเลือดหลังคลอดในระยะแรกที่พบได้บ่อย มี 4 สาเหตุหลัก ได้แก่ 1) มดลูกหดรัดตัวไม่ดี (uterine atony) เป็นสาเหตุที่พบได้บ่อยที่สุด คิดเป็นร้อยละ 70 ของการเกิดภาวะตกเลือดหลังคลอดทั้งหมด โดยปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้มดลูกหดรัดตัวได้ไม่ดี ได้แก่ อายุ (Age) กล้ามเนื้อมดลูกยืดขยายมากเกินไป (Overdistention of uterus) การตั้งครรภ์และการคลอดตั้งแต่ 4 ครั้งขึ้นไป (Multiparity) เนื่องจากกล้ามเนื้อมดลูกมีการยืดขยายมากกว่าปกติ ระยะเวลาในการคลอดที่ยาวนาน (Prolonged labor) ทำให้ความสามารถในการหดกลับไม่ดี ส่งผลให้หลอดเลือดบริเวณรอยแผลที่รกเกาะหดรัดตัวไม่ดี เลือดไหลไม่หยุด เกิดภาวะตกเลือดอหลังคลอดทันทีตามมา (Michelet et al., 2015) รองลงมาคือ 2) การฉีกขาดของช่องทางคลอด (Genital tract laceration) พบได้ร้อยละ 20 โดยปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดการฉีกขาดของช่องทางคลอดที่ทำให้เกิดภาวะตกเลือดหลังคลอด ได้แก่ ทารกตัวโต (Fetal macrosomia) การคลอดเร็วหรือระยะเวลาในการคลอดเฉียบพลัน (Rapid or precipitate labor) การใช้สูติศาสตร์หัตถการในการช่วยคลอด (Forcep or Vaccum) เนื่องจากเส้นเลือดได้รับการบาดเจ็บ และเสียเลือดปริมาณมากจนเกิดภาวะตกเลือดหลังคลอด ซึ่งระดับการสูญเสียเลือดตั้งแต่ 1,000 มิลลิลิตรเป็นต้นไป จะทำให้เกิดภาวะตกเลือดหลังคลอดในระดับรุนแรง

(Tort et al., 2015) 3) มีเศษรก / เนื้อเยื่อค้าง (Retained placental tissue) พบได้ร้อยละ 10 ปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดมีเศษรกหรือเนื้อเยื่อค้าง ได้แก่ การเคยผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง มารดาอายุตั้งแต่ 35 ปีเป็นต้นไป (Briley et al., 2014) และ 4) ภาวะเลือดแข็งตัวผิดปกติ (Defects of coagulation) พบได้โดยประมาณร้อยละ 1 ปัจจัยส่งเสริมให้เกิดภาวะแข็งตัวของเลือดผิดปกติ ได้แก่ มีประวัติตกเลือดหลังคลอด มีภาวะซีด มีโรคร่วมขณะตั้งครรภ์ (Anusornteerakul, 2014; Wilert et al., 2019) และนอกจากนี้จากการศึกษาของ Suyawej et al. (2015) พบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อภาวะตกเลือดหลังคลอดที่เกิดขึ้นทันที (Early PPH) ได้แก่ มารดาที่มีน้ำหนักเกิน คิดเป็น 6.103 เท่าเมื่อเทียบกับมารดาที่มีน้ำหนักปกติ, มารดาที่มีประวัติผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง ($p = 0.004$) และการให้ยาสลบแบบทั่วไป (General anesthesia) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$)

ผลกระทบจากภาวะตกเลือดภายใน 24 ชั่วโมงแรกหลังคลอด มักจะส่งผลต่อมารดาหลังคลอดทั้งในระยะสั้น และในระยะยาว กล่าวคือ ในระยะสั้น อาจส่งผลทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ พบว่าด้านร่างกาย ภาวะตกเลือดหลังคลอดอาจส่งผลให้มารดาหลังคลอดมีโอกาสกลับเข้ามารักษาซ้ำในโรงพยาบาล เกิดภาวะการแข็งตัวของเลือดผิดปกติ และอาจเกิดภาวะไตวายเฉียบพลัน (Carroll et al., 2016) ทางด้านจิตใจ อาจพบ ภาวะซึมเศร้าหลังคลอด และภาวะเครียดที่เกิดขึ้นจากการประสบเหตุการณ์รุนแรงในชีวิต (Tort et al., 2015) ซึ่งผลกระทบดังกล่าว ทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจล้วนส่งผลเสียต่อความสามารถในการดูแลทารกแรกเกิด นอกจากนี้ ในระยะยาว พบว่า ภาวะตกเลือดหลังคลอดส่งผลให้เกิดภาวะโลหิตจางในระยะยาว และเพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะตกเลือดหลังคลอดในการตั้งครรภ์และการคลอดครั้งถัดไป (Aiamcharoen, 2017)

จากรายงานของกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข พบว่า อัตราส่วนการตายของมารดา (Maternal mortality ratio; MMR) มีผลกระทบต่อการพัฒนาสาธารณสุขอย่างสูง เพราะเป็นเครื่องบ่งชี้ด้านสุขภาพภาพอนามัยของประชาชนและถูกใช้เป็นตัวชี้วัดที่สำคัญของงานอนามัยแม่และเด็ก ทุกประเทศทั่วโลกมีข้อตกลงร่วมกันในการกำหนดเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน (Sustainable Development Goals :SDGs) ของโลกในอีก 15 ปี ข้างหน้าต้องลดอัตราการตายมารดาทั่วโลกให้ต่ำกว่า 70 ต่อการเกิดมีชีพแสนคน ภายในปี 2573 (WHO, 2023) โดยอัตราส่วนการตายมารดาของประเทศไทยอยู่ที่ 37 ต่อแสนการเกิดมีชีพ ซึ่งต่ำเป็นอันดับ 4 ของภูมิภาคอาเซียน (ASEN) (Department of Health, 2023) สำนักส่งเสริมสุขภาพจึงได้พัฒนาระบบเฝ้าระวังการส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม ด้านสตรีและเด็กปฐมวัยเพิ่มเติม และกำหนดเป้าหมายอัตราการตายของประเทศไทยไว้ไม่เกิน 17 ต่อการเกิดมีชีพแสนคน :ซึ่งพบว่า อัตราการเสียชีวิตของมารดาหลังคลอดทั่วประเทศ พ.ศ. 2562 – 2565 เท่ากับ 22.5, 22.9, 39.8 และ 25.66 โดยอัตราการเสียชีวิตจากภาวะตกเลือดหลังคลอดคิดเป็นร้อยละ 38.5

(Department of Health, 2023) สำหรับสถานการณ์อัตรามารดาเสียชีวิตเขตสุขภาพที่ 11 ตั้งแต่ พ.ศ.2562 - 2565 เท่ากับ 19.87 , 16.17 ,22.02 และ 26.35 ต่อการเกิดมีชีพแสนราย โรงพยาบาลทุ่งสง นครศรีธรรมราช เป็นโรงพยาบาลทั่วไปขนาด S สถิติผู้มารับบริการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง 3 ปี ย้อนหลัง ตั้งแต่วันที่ 1 มกราคม 2564 – 31 ธันวาคม 2566 จำนวน 1,532 , 1,533 , 1,654 ราย ตามลำดับ รวมเป็น 4,719 ราย โดยพบว่า ในแต่ละปี มีมารดาเกิดภาวะตกเลือดหลังคลอดทันทีจากการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องในระยะ 24 ชั่วโมงแรกหลังคลอด จำนวน 391 ราย (Thung Song Hospital Nakhon Si Thammarat, 2023) ซึ่งเป็นปัญหาสำคัญของงานแผนกสูติ นรีเวชกรรม โรงพยาบาลทุ่งสงเป็นอย่างมาก เนื่องจากส่งผลกระทบต่อระยะเวลาในการนอนโรงพยาบาลที่นานขึ้น ส่งผลกระทบต่อค่าใช้จ่ายที่เพิ่มขึ้นของครอบครัว ธนาคารเลือดถูกใช้มากขึ้น มารดาหลังคลอดมีภาวะเครียด และบางรายเสี่ยงต่อการผ่าตัดมดลูกเพื่อรักษาชีวิต นอกจากนี้ในส่วนของโรงพยาบาลยังเสี่ยงต่อประเด็นการร้องเรียนโดยสาเหตุส่วนใหญ่ของภาวะตกเลือดภายใน 24 ชั่วโมงแรกหลังคลอด สามารถคาดการณ์ล่วงหน้าได้ โดยสาเหตุที่พบบ่อย คือ ภาวะมดลูกไม่หดรัดตัว (uterine atony) พบถึงร้อยละ 80 หรือประมาณ 1:20 ของการผ่าตัดคลอด แต่อย่างไรก็ตาม ก็ยังพบว่า มีผู้รับบริการอีกกลุ่มหนึ่งที่ไม่มีปัจจัยเสี่ยงหรือไม่สามารถคาดการณ์ล่วงหน้าได้ แต่เกิดภาวะตกเลือดหลังคลอดภายใน 24 ชั่วโมงแรกหลังคลอดเช่นกัน

ด้วยเหตุผลดังกล่าว จึงเป็นสาระสำคัญที่ทำให้ผู้วิจัยพิจารณาศึกษาความชุก และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการเกิดภาวะตกเลือดภายใน 24 ชั่วโมงแรกหลังคลอด ในรายที่ผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง ณ โรงพยาบาลทุ่งสง นครศรีธรรมราช ซึ่งจะนำไปสู่การกำหนดแนวทางการปฏิบัติเป็นมาตราฐานที่ดีในการดูแลและป้องกันทั้งระยะก่อนการตั้งครรภ์ ขณะตั้งครรภ์ (การฝากครรภ์) และระยะคลอดให้เกิดประสิทธิผลสูงสุด เพื่อควบคุมความชุกให้มีอัตราลดลงอย่างมีประสิทธิภาพสูงสุด ลดอัตราการเสียชีวิตของมารดาหลังคลอด

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาความชุกการเกิดภาวะตกเลือดภายใน 24 ชั่วโมงแรกหลังคลอด ในมารดาที่ได้รับการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง

2. เพื่อศึกษาปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยทางการแพทย์ และปัจจัยภาวะตกเลือดภายใน 24 ชั่วโมงแรกหลังคลอดในมารดาที่ได้รับการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง

3. เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อภาวะตกเลือดภายใน 24 ชั่วโมงแรกหลังคลอด ในมารดาที่ได้รับการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง

วิธีการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการศึกษาย้อนหลังเชิงพรรณนา (Retrospective descriptive study) โดยการเก็บข้อมูลย้อนหลัง เพื่อศึกษาความชุกของสถานการณ์ภาวะตกเลือดภายใน 24 ชั่วโมงแรกหลังคลอด และหาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านประชากรและด้านปัจจัยทางการแพทย์กับภาวะตกเลือดหลังคลอดในมารดาที่ได้รับการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง โรงพยาบาลทุ่งสง นครศรีธรรมราช

ประชากร คือ มารดาที่ได้รับการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง โรงพยาบาลทุ่งสง จังหวัดนครศรีธรรมราช 3 ปี ย้อนหลัง (วันที่ 1 มกราคม 2564 – 31 ธันวาคม 2566) จำนวน 4,719 ราย โดยเก็บรวบรวมข้อมูลจากเวชระเบียนโรงพยาบาลทุ่งสง นครศรีธรรมราช

กลุ่มตัวอย่าง คือ มารดาที่ได้รับการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง โดยมีเกณฑ์การคัดเข้า ได้แก่ 1) อายุครรภ์ตั้งแต่ 28 สัปดาห์เป็นต้นไป 2) แพทย์ยุติการตั้งครรภ์โดยพิจารณาผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง

การคำนวณกลุ่มตัวอย่าง จากสูตรของ Daniel โดยคำนวณจากผลการวิจัยของ Suyawej et al. (2015) ได้กลุ่มตัวอย่าง 355 คน เพื่อป้องกันการสูญหายของข้อมูล หรือความผิดพลาดจากการเก็บข้อมูล จึงได้ทำการเก็บข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างที่เพิ่มขึ้น 10 % ของกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด จำนวน 397 ราย

กลุ่มตัวอย่างใช้วิธีแบบเฉพาะเจาะจง (purposive sampling) จากมารดาที่ได้รับการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้ดังกล่าว โดยเก็บย้อนหลังในช่วงวันที่ 1 มกราคม 2564 – 31 ธันวาคม 2566 จำนวนทั้งสิ้น 397 คน ซึ่งเป็นมารดาที่เข้ารับบริการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง โรงพยาบาลทุ่งสง คุณสมบัติที่คัดออกจากกลุ่มตัวอย่าง คือ มีข้อมูลในเวชระเบียนไม่ครบในหัวข้อที่ต้องการศึกษา และผู้ป่วยถูกส่งตัวเพื่อไปรักษาต่อที่โรงพยาบาลอื่น ซึ่งถ้ากลุ่มตัวอย่างถูกคัดออกตามเกณฑ์ที่กำหนด ผู้วิจัยจะเก็บข้อมูลใหม่จนครบตามจำนวน ซึ่งในการศึกษาวิจัยในครั้งนี้ ประกอบด้วยตัวแปรต้น ได้แก่ 1) ปัจจัยส่วนบุคคล คือ อายุ น้ำหนัก ส่วนสูง อาชีพ อายุครรภ์ ลำดับการตั้งครรภ์และการคลอด รายได้ ประวัติโรคประจำตัว 2) ปัจจัยทางการแพทย์ ข้อบ่งชี้ในการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง, ความเข้มข้นเม็ดเลือดแดง, ปริมาณเลือดที่สูญเสียในการผ่าตัด, วิธีการให้ยาระงับความรู้สึกชนิดของยากระตุ้นให้มดลูกหดรัดตัว และตัวแปรตาม คือ ภาวะการตกเลือดหลังคลอดในมารดาที่ได้รับการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ใช้แบบบันทึกข้อมูลที่สร้างขึ้น โดยศึกษาเอกสารแนวคิดทฤษฎีและผลงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง แบ่งออกเป็น 3 ส่วน คือ

1. แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล เป็นแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลใช้เก็บรวบรวมข้อมูลจากเวชระเบียน ประกอบด้วย อายุ น้ำหนัก ส่วนสูง อาชีพ อายุครรภ์ ลำดับการตั้งครรภ์และการคลอด

2. แบบสอบถามปัจจัยทางการแพทย์ เป็นแบบสอบถามที่พัฒนาขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง (Eran et al., 2021) ประกอบด้วย ปัจจัยทางด้านสูติกรรม ใช้เก็บรวบรวมข้อมูลจากเวชระเบียน จำนวน 5 ข้อ ได้แก่ ข้อบ่งชี้ในการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง ความเข้มข้นของเม็ดเลือดแดง วิธีการให้ยาระงับความรู้สึก ปริมาณเลือดที่สูญเสียในการผ่าตัด และชนิดของยากระตุ้นให้มดลูกหดรัดตัว

ตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือด้านความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) โดยให้ผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 ท่าน ประกอบด้วย แพทย์ประจำสาขาสูตินรีเวช 1 ท่าน พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ ห้องผ่าตัด 1 ท่าน พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ ห้องคลอด จำนวน 1 ท่าน และอาจารย์พยาบาลสาขาสูติศาสตร์ จำนวน 2 ท่าน ตรวจสอบความตรง (Validity) และให้ความเห็นชอบในด้านความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) และหาความเหมาะสมเชิงภาษา (Wording) นำไปหาความสอดคล้องของวัตถุประสงค์รายข้อ (Index of Item Objective Congruence: IOC) ซึ่งได้ค่าดัชนีความสอดคล้องของวัตถุประสงค์การวิจัยรายข้อที่ 1.00

3.แบบวัดภาวะการตกเลือดหลังคลอดในผู้ป่วยผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง เป็นแบบสอบถามเพื่อประเมินผลลัพธ์ของมารดาหลังคลอดที่ได้รับการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง ด้านผลลัพธ์เกี่ยวกับการเกิดภาวะตกเลือดหลังคลอด

การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง

วิจัยนี้ผ่านการพิจารณาจาก คณะกรรมการจริยธรรมในมนุษย์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครศรีธรรมราช รับรองให้ดำเนินการวิจัย เลขที่ F-01/2567 วันที่ 23 มกราคม 2567 หลังจากนั้นได้ทำหนังสือขออนุญาตและติดต่อประสานงานกับโรงพยาบาลทุ่งสง นครศรีธรรมราช แผนกเวชระเบียน เพื่อติดต่อหัวหน้าเวชระเบียน โดยสอบถามความสมัครใจในการเข้าร่วมการวิจัย ผู้วิจัยได้ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการศึกษา วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล ประโยชน์ที่จะได้รับจากการศึกษา และได้อธิบายให้ทราบว่าการเข้าร่วมการวิจัยจะไม่ส่งผลกระทบใด ๆ ต่อ ข้อมูลที่ให้มาจะเก็บเป็นความลับอย่างเคร่งครัด มีเพียงผู้วิจัยและสมาชิกในคณะวิจัยที่สามารถเข้าถึงข้อมูลได้ การรายงานการวิจัยจะถูกรายงานในภาพรวม โดยไม่ระบุชื่อผู้ให้ข้อมูล และผลการวิจัยจะนำไปใช้เพื่อประโยชน์ต่อสังคมเท่านั้น

วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

ภายหลังได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมจริยธรรมการวิจัยในคนแล้ว ผู้วิจัยได้ดำเนินการด้านการเก็บรวบรวมข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างเวชระเบียนของมารดาหลังคลอดที่ได้รับการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง ซึ่งมีขั้นตอนในการดำเนินการ ดังนี้

1. ทำหนังสือขออนุญาตการใช้ข้อมูลจากเวชระเบียน โรงพยาบาลทุ่งสง จังหวัดนครศรีธรรมราช

2. จัดหาผู้ช่วยเก็บรวบรวมข้อมูลจากงานเวชระเบียน และระบบ HOSxP โดยเป็นเจ้าหน้าที่ในโรงพยาบาลทุ่งสง 1 คน และผู้วิจัยได้ทำการชี้แจงแบบเก็บข้อมูลให้ทราบรายละเอียด เพื่อผู้ช่วยเก็บข้อมูลวิจัยจะปฏิบัติเป็นแนวทางเดียวกัน

3. ผู้วิจัยและผู้ช่วยนักวิจัยเข้าพบหัวหน้าแผนกเวชระเบียนของโรงพยาบาลเพื่อดำเนินการชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย ขอบเขตของการศึกษา

4. ผู้วิจัยและผู้ช่วยนักวิจัย ดำเนินการ โดยการนำเวชระเบียนมารดาหลังคลอดที่ได้รับการผ่าตัดคลอดทั้งหมดมาทำการแยกเวชระเบียนมารดาหลังคลอดที่ได้รับการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องที่มีภาวะตกเลือดหลังคลอดออกจากกลุ่มที่ไม่มีภาวะตกเลือดหลังคลอด จากนั้นนำเวชระเบียนกลุ่มที่ไม่มีภาวะตกเลือดหลังคลอดมาทำการสุ่มแบบเฉพาะเจาะจง

5. ผู้วิจัยและผู้ช่วยนักวิจัย เก็บรวบรวมข้อมูลจากเวชระเบียนมารดาหลังคลอดที่ได้รับการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องทั้งสองกลุ่ม โดยใช้แบบบันทึกข้อมูลจากเวชระเบียนที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น

6. ผู้วิจัย ตรวจสอบความครบถ้วน ถูกต้องของแบบสอบถามอีกครั้ง ก่อนนำไปวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไป ได้แก่ ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา (descriptive statistics) ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย และค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. วิเคราะห์ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการตกเลือดหลังคลอด โดยใช้สถิติการวิเคราะห์ถดถอยโลจีสติก (Logistic regression) ทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นของสถิติดังนี้ 1) ตัวแปรอิสระมีการแจกแจงตามปกติ (Normality) โดยมีค่าความเบ้ และความโด่งอยู่ระหว่าง -3 ถึง +3 และ 2) multicollinearity โดยพิจารณาจากเมตริกส์สหสัมพันธ์ไม่เกิน .80 (Stevens, 1996)

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลส่วนบุคคล พบว่า กลุ่มตัวอย่างจำนวน 397 ราย มีอายุเฉลี่ย 30.10 ปี (S.D. = 5.94) ส่วนใหญ่มีอายุครรภ์ 35 – 39 สัปดาห์ (ร้อยละ 84.6) ตั้งครรภ์ครั้งที่ 2 (ร้อยละ 35.0) เกือบครึ่ง (ร้อยละ 41.1) มีค่าดัชนีมวลกาย > 30 ส่วนใหญ่ประกอบอาชีพแม่บ้าน (ร้อยละ 32.0) และใช้สิทธิ์การรักษาหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (ร้อยละ 63.2) ดังแสดงตารางที่ 1 กลุ่มตัวอย่างเกินครึ่ง (ร้อยละ 61.96) ใช้เวลาในการผ่าตัด ≤ 30 นาที เวลาเฉลี่ย 29.33 นาที (S.D. = 6.57) โดยพบ อัตราการตกเลือดหลังคลอด

ในหญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับการผ่าตัดทางคลอดทางหน้าท้อง จำนวน 119 ราย (ร้อยละ 29.97) ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 1 ข้อมูลคุณลักษณะประชากร (n = 397)

คุณลักษณะทางประชากร	**จำนวน (%)**	**คุณลักษณะทางประชากร**	**จำนวน (%)**
อายุ (ปี)		**อายุครรภ์ (สัปดาห์)**	
Mean ± S.D. 30.10±5.94 (14:48)			
< 20	20 (5.0)	<30	2(0.5)
20 – 29	156 (39.3)	30 – 34	7(1.8)
30 – 39	200 (50.4)	35 – 39	336(84.6)
> 40	21 (5.3)	> 40	52(13.1)
จำนวนครั้งของการตั้งครรภ์		**ค่าดัชนีมวลกาย**	
1	120 (30.2)	< 18.5	5 (1.3)
2	139(35.0)	18.5 – 22.9	34 (8.6)
3	88(22.2)	23 – 24.9	49 (12.3)
4	38(9.6)	25 – 29.9	146 (36.8)
5	7(1.8)	> 30	163 (41)
6	2(0.5)	**อาชีพ**	
7	3(0.7)	เกษตรกรรม	83(20.9)
สิทธิ์การรักษา		ค้าขาย	64(16.1)
บัตรทอง	251(63.2)	รับจ้าง	81(20.4)
จ่ายตรง	41(10.3)	แม่บ้าน	127(32.0)
ชำระเงินเอง	65(16.4)	พนักงานบริษัท	32(8.1)
ประกันสังคม	35(8.8)	อื่นๆ	10(2.5)
รัฐวิสาหกิจ	3(0.8)		
อื่น ๆ	2(0.5)		

ตารางที่ 2 ข้อมูลทางการแพทย์ (n = 397)

ข้อมูลทางการแพทย์	**จำนวน (คน)**	**ร้อยละ**
ระยะเวลาผ่าตัด		
≤ 30 นาที	246	61.96
> 30 นาที	151	38.04

ข้อมูลทางการแพทย์	จำนวน (คน)	ร้อยละ
(Mean= 29.33, S.D.= 6.57, Minimum= 15.23, Maximum= 87.11)		
ตำแหน่งแผลผ่าตัดคลอด		
Mid-line	143	36.02
Transverse-line	254	63.98
จำนวนการสูญเสียเลือดขณะผ่าตัด		
< 1,000 มิลลิลิตร	281	70.78
≥ 1,000 มิลลิลิตร	116	29.22
ความเข้มข้นเม็ดเลือดแดง		
< 30 %	25	6.30
≥ 30 %	372	93.70
ปัจจัยที่ทำให้มีการตกเลือด		
ปัจจัยของมารดา	337	84.89
ปัจจัยของทารก	60	15.11
การได้ยาระงับความรู้สึก		
General Anesthesia	283	71.28
Spinal block	114	28.72
ภาวะตกเลือดในผู้ป่วยที่ได้รับผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง		
ตกเลือด	119	29.97
ไม่ตกเลือด	278	70.03

2. จากการวิเคราะห์การถดถอยโลจิสติก (Logistic regression) สามารถสรุปปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการตกเลือดในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ อายุครรภ์มากกว่า 40 สัปดาห์ และ ปริมาณการสูญเสียเลือด ≥ 1000 ml กล่าวคือ กลุ่มตัวอย่างที่มีอายุครรภ์ มากกว่า 40 สัปดาห์ มีโอกาสเสี่ยงต่อการตกเลือดหลังคลอดเพิ่มขึ้น เกือบ 2 เท่า เมื่อเทียบกับกลุ่มตัวอย่างที่มีอายุครรภ์น้อยกว่า 30 สัปดาห์ (OR = 1.888, 95 % CI = 1.037-3.438; p = 0.038) และกลุ่มตัวอย่างผ่าตัดทางหน้าท้องที่ปริมาณการสูญเสียเลือด ≥ 1000 ml มีโอกาสเสี่ยงต่อการตกเลือดหลังคลอดเพิ่มขึ้น 218 เท่า เมื่อเทียบกับกลุ่มตัวอย่างผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องที่มีปริมาณการสูญเสียเลือด < 1000 ml (OR = 218.52, 95 % CI = 92.978-513.587; p = 0.000) ดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการตกเลือดในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง (n = 397)

ปัจจัย	จำนวน	ไม่ตกเลือด	ตกเลือด	OR	95%CI	p
อายุ						
< 20	20	17 (85.0%)	3 (15.0%)	Ref.		
20 – 29	156	116 (74.4%)	40 (25.6%)	3.487	0.770-15.796	0.105
30 – 39	200	132 (66.0%)	68 (34.0%)	1.785	0.689-4.620	0.233
> 40	21	13 (61.9%)	8 (38.1%)	1.195	0.472-3.022	0.707
จำนวนครั้งของการตั้งครรภ์						
1	120	93(77.5)	27(22.5)	Ref.		
2	139	98(70.5)	41(29.5)	6.889	0.601-78.910	0.121
3	88	56(63.6)	32(36.4)	4.780	0.422-54.191	0.207
4	38	25(75.8)	13(34.2)	3.500	0.305-40.133	0.314
5	7	4(57.1)	3(42.9)	3.846	0.318-46.494	0.289
6	2	1(50%)	1(50)	2.667	0.158-45.141	0.497
7	3	1(33.3)	2(66.7)	2.000	0.051-78.250	0.711
อายุครรภ์ (สัปดาห์)						
<30	2	1(50)	1(50)	Ref.		
30 – 34	7	5(71.4)	2(28.6)	0.733	0.043-12.376	0.830
35 – 39	336	242(72.0)	394(28.0)	1.833	0.325-10.338	0.492
> 40	52	30(57.7)	22(42.3)	1.888	1.037-3.438	0.038*
ค่าดัชนีมวลกาย (กก./ม^2)						
< 18.5	5	4(80)	1(20.0)	Ref.		
18.5 – 22.9	36	26(76.5)	8(23.5)	1.719	0.187-15.779	0.632
23 – 24.9	49	34(69.4)	15(30.6)	1.397	0.591-3.302	0.446
25 – 29.9	146	100(68.5)	46(31.5)	.974	0.487-1.950	0.941
> 30	163	114(69.9)	49(30.1)	.934	0.576-1.516	0.783
ลักษณะการผ่าตัดตามแนวหน้าท้อง						
Mid-line	143	92(64.3)	51(35.7)	Ref.		
Transverse-line	254	186(73.2)	68(26.8)	0.659	0.424-1.025	0.064
ปริมาณการสูญเสียเลือด (มิลลิลิตร)						
< 1000 ml	281	268(95.4)	13(4.6)	Ref.		
≥ 1000 ml	116	10(8.6)	106(91.4)	218.52	92.978-513.587	0.000**

ปัจจัย	จำนวน	ไม่ตกเลือด	ตกเลือด	OR	95%CI	p
ความเข้มข้นของเลือด						
< 30%	25	21(84.0)	4(16.0)	Ref.		
≥ 30%	372	257(69.1)	115(30.9)	2.349	0.789-6.999	0.125
ชนิดของการระงับความรู้สึก						
Spinal block	114	80(70.2)	34(29.8)	Ref.		
General Anesthesia	283	98(70.0)	85(30.0)	0.990	0.616-1.592	0.967

อภิปรายผล

ผลการศึกษาสามารถอภิปรายตามวัตถุประสงค์ของการวิจัย ดังนี้

1. ความชุกของการเกิดภาวะการตกเลือดหลังคลอดในมารดาที่ได้รับการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องโรงพยาบาลทุ่งสง จังหวัดนครศรีธรรมราช จากการศึกษาข้อมูลย้อนหลัง 3 ปี ย้อนหลัง ระหว่างวันที่ 1 มกราคม 2564 ถึง 31 ธันวาคม 2566 มีความชุกร้อยละ 29.97 โดยในปี 2564, 2565 และ 2566 พบสถิติการตกเลือดหลังคลอด ร้อยละ 8.91, 10.0, และ 11.06 ตามลำดับ สอดคล้องกับความชุกของการเกิดภาวะตกเลือดหลังคลอดจากรายงานของ International Federation of Gynecology and Obstetrics (FIGO) (Ameh & Althabe, 2022) ที่พบว่า อัตราการตกเลือดหลังคลอดมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้น โดยปี พ.ศ. 2559 เพิ่มขึ้นเป็น ร้อยละ 11 โดยความชุกสูงขึ้น ร้อยละ 4.5 (Wilert et al., 2019) จากการศึกษาครั้งนี้ พบว่า ความชุกของการเกิดภาวะตกเลือดหลังคลอดสูงกว่าสถิติจากการศึกษาในประเทศไทย และยังชี้ให้เห็นว่า อุบัติการณ์ของการเกิดภาวะตกเลือดหลังคลอด พบบ่อยขึ้นและเป็น 1 ใน 3 ของสาเหตุที่ทำให้เกิดการเสียชีวิตของมารดาที่พบบ่อยที่สุด (Pillitteri, 2014) โดยในทวีปเอเชีย พบว่า ร้อยละ 30.8 ของมารดาที่เสียชีวิตเกิดจากภาวะตกเลือดหลังคลอด (Sinsooksai, 2017) ซึ่งมักเกิดขึ้นภายใน 24 ชั่วโมงแรกหลังคลอด จึงเป็นอุบัติการณ์ที่ต้องเฝ้าระวังและหาแนวทางป้องกันปัจจัยเสี่ยงที่อาจจะเกิดขึ้น

2. ปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยทางการแพทย์ และปัจจัยภาวะตกเลือดภายใน 24 ชั่วโมงแรกหลังคลอดในมารดาที่ได้รับการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง พบว่า ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ อายุ จำนวนครั้งของการตั้งครรภ์ ค่าดัชนีมวลกาย และอาชีพ ไม่มีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะตกเลือดหลังคลอด สอดคล้องกับการศึกษาของ Suyawej et al. (2015) ที่พบว่า อายุ อาชีพ และจำนวนครั้งของการตั้งครรภ์ไม่มีความสัมพันธ์ต่อภาวะตกเลือดหลังคลอด แต่ไม่สอดคล้องกับงานวิจัยของ Thaiyanan (2023) ที่พบว่า อายุ มีความสัมพันธ์กับปริมาณการตกเลือดหลังคลอด อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยพบว่า อายุที่อยู่ระหว่างช่วง 20 - 34 ปี มีโอกาสเกิดภาวะตกเลือดหลังคลอดบ่อยที่สุด (Wongwiriyawech

et al., 2018) นอกจากนี้ จำนวนครั้งของการตั้งครรภ์ โดยเฉพาะการตั้งครรภ์และการคลอดบุตรตั้งแต่ 4 ครั้งเป็นต้นไป มีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะตกเลือดหลังคลอดในครรภ์เดี่ยวและผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง (Sijjan et.al., 2021) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) และสอดคล้องกับงานวิจัยของ Solwayo (2016) ที่พบว่า การตั้งครรภ์หลายครั้ง มีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะตกเลือดหลังคลอด (aOR 2026; 95 % CI 0.58 – 8.79) และค่าดัชนีมวลกาย พบว่า มารดาที่มีภาวะน้ำหนักตัวเกิน (BMI > 30) มีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะตกเลือดหลังคลอดเพิ่ม 6.103 เท่า เมื่อเทียบกับมารดาที่มีน้ำหนักตัวปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Suyawej et.al, 2015; Aunnet, 2023) ปัจจัยทางด้านการแพทย์ ได้แก่ ระยะเวลาผ่าตัด เวลาผ่าตัดเสร็จ ตำแหน่งแผลผ่าตัดคลอด ความเข้มข้นเม็ดเลือดแดง ปัจจัยที่ทำให้มีการตกเลือด การได้ยาระงับความรู้สึก ไม่มีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะตกเลือดหลังคลอด แต่ไม่สอดคล้องกับงานวิจัยของ Francoise et al., (2016) ที่พบว่า ความเข้มข้นเม็ดเลือดแดง มีความสัมพันธ์กับภาวะตกเลือดหลังคลอด อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) และภาวะซีดที่มีความรุนแรงตั้งแต่ก่อนการตั้งครรภ์และไม่ได้รับการแก้ไข มีโอกาสเกิดภาวะตกเลือดหลังคลอด ได้สูงถึง 6.65 เท่า (Churos, 2019) สอดคล้องกับงานวิจัยของ Suyawej et al. (2015) ที่พบว่า การได้รับยาระงับความรู้สึกตัว มีความสัมพันธ์กับภาวะตกเลือดหลังคลอด ($p < .001$)

3. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อภาวะตกเลือดภายใน 24 ชั่วโมงแรกหลังคลอดในมารดาที่ได้รับการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง พบว่า ได้แก่ อายุครรภ์มากกว่า 40 สัปดาห์ และ ปริมาณการสูญเสียเลือดที่มากกว่าหรือเท่ากับ 1,000 มิลลิลิตร มีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะตกเลือดหลังคลอด โดยพบว่า อายุครรภ์ที่มากกว่า 40 สัปดาห์ มีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะตกเลือดหลังคลอด (OR =1 .888, 95 % CI = 1.037-3.438; p = 0.038) อธิบายได้จากกล้ามเนื้อมดลูกที่มีการยืดขยายมากขึ้นจากการที่มีอายุครรภ์มากขึ้น กล้ามเนื้อมดลูกที่มีการยืดขยายมากเกินไป (Overdistention of uterus) จะทำให้เกิดการล้าของมดลูก เนื่องจากมีการยืดขยายเป็นเวลานาน เมื่อทารกคลอดการหดรัดตัวและคืนกลับของกล้ามเนื้อมดลูกจะไม่ดีดังเดิม ทำให้หลอดเลือดบริเวณแผลที่รกเคยเกาะหดรัดตัวไม่ดี ส่งผลให้เกิดการตกเลือดหลังคลอดได้ (Sasunee, 2022) นอกจากนี้ ผลการศึกษา ยังพบว่า ปริมาณการสูญเสียเลือดที่มากกว่าหรือเท่ากับ 1,000 มิลลิลิตร มีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะตกเลือดหลังคลอด (OR = 218.52, 95 % CI = 92.978 - 513.587; p = 0.000) อธิบายได้ว่า การสูญเสียเลือดในปริมาณที่มาก มีผลทำให้ร่างกายเกิดภาวะซีด โดยภาวะซีดจะเป็นสาเหตุหลักที่ทำให้เกิดภาวะการขาดออกซิเจนในระดับโมเลกุลและระดับเซลล์ ส่งผลให้เกิดภาวะตกเลือดหลังคลอดได้มากขึ้น (Ria & Farida, 2023) และนอกจากนี้ ภาวะซีด ยังเป็นปัจจัยทำนายที่สำคัญของการเกิดภาวะตกเลือดหลังคลอด และส่งผลต่ออัตราการเสียชีวิต โดยมีอัตราการเสียชีวิตที่สูงขึ้นถึง 6.7 เท่า (Kyriaki et al., 2023)

สรุป

จากการศึกษาครั้งนี้แสดงให้เห็นว่า ความชุกของการเกิดภาวะการตกเลือดหลังคลอดในมารดาที่ได้รับการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง โรงพยาบาลทุ่งสง จังหวัดนครศรีธรรมราช จากการศึกษาข้อมูลย้อนหลัง 3 ปี ระหว่างวันที่ 1 มกราคม 2564 - 31 ธันวาคม 2566 มีความชุกร้อยละ 29.97 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อภาวะตกเลือดหลังคลอดในมารดาที่ได้รับการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง ได้แก่ อายุครรภ์มากกว่า 40 สัปดาห์ และ ปริมาณการสูญเสียเลือดที่มากกว่าหรือเท่ากับ 1,000 มิลลิลิตร ดังนั้น ทีมสหวิชาชีพสามารถนำไปวางแผนการดูแลและป้องกัน เพิ่มประสิทธิภาพในการควบคุมภาวะตกเลือดหลังคลอดในมารดาที่ได้รับการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องโดยควรระมัดระวังในกลุ่มเสี่ยงดังกล่าว รวมทั้งการเตรียมความพร้อมต่อภาวะตกเลือดภายใน 24 ชั่วโมงแรกหลังคลอด เพื่อลดอุบัติการณ์การเกิดภาวะแทรกซ้อน

ข้อเสนอแนะ

ผลการศึกษาความชุก และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ที่ส่งผลต่อการเกิดภาวะตกเลือดหลังคลอดระยะแรกในรายที่ผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง ณ โรงพยาบาลทุ่งสง นครศรีธรรมราช จะนำไปสู่การกำหนดแนวทางการปฏิบัติเป็นมาตราฐานที่ดีในการดูแลและป้องกันทั้งระยะก่อนการตั้งครรภ์ ขณะตั้งครรภ์ (การฝากครรภ์) และระยะคลอดให้เกิดประสิทธิผลสูงสุด เพื่อควบคุมความชุกให้มีอัตราลดลงอย่างมีประสิทธิภาพสูงสุด โดยแบ่งเป็น 2 ด้าน ดังนี้

1. ด้านนโยบาย กลุ่มงานสูตินรีเวช ห้องผ่าตัด โรงพยาบาลทุ่งสง นำผลการวิจัยเสนอผู้บริหารเพื่อพัฒนาการวางแผนการดูแลมารดาที่มารับบริการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง

2. ด้านวิชาการ เพื่อเป็นแนวทางในการประเมินผู้ป่วยก่อนการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องและเพื่อที่จะให้ผู้บริการ วิสัญญี และพยาบาลห้องผ่าตัดได้มีแนวทางวางแผนในการเตรียมความพร้อมสำหรับผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยง

รายการอ้างอิง (References)

Aiamcharoen, T. (2017). Postpartum Hemorrhage: Significance of Nurse's Roles in Prevention. *Association of Private Higher Education Institutions of Thailand Journal*, *6*(2), 146 - 157. https://apheit.bu.ac.th/jounal/science-july-2560/15_17_94_proof1_formatted.pdf

Ameh, C., & Althabe, F. (2022). Improving postpartum hemorrhage care: policy, practice, and research. *International Journal of Gynecology & Obstetrics*, *158*(s1), 4 - 5. https://doi.org/10.1002/ijgo.14271

Anusornteerakul, S. (2014). First Two Hours Postpartum Hemorrhage Prevention:Midwives' Role. *Journal of Nursing science and Health*, *37*(2), 155 - 162. https://he01.tci-thaijo.org/index.php/nah/article/view/22267

Aunnet, C. (2023). Nursing care for Mothers after caesarean section with early postpartum hemorrhage with severe hypovolemic shock: 2 case study. *Mahasarakham Hospital Journal*, *20*(3), 236 - 250. https://he02.tci-thaijo.org/index.php/MKHJ/article/view/265662

Briley, A., Seed, P.T., Tydeman, G., Ballard, H., Waterstone, M., Sandall, J., Poston, L., Tribe, R.M., & Bewley, S. (2014). Reporting errors, incidence and risk factors for postpartum haemorrhage and progression to severe PPH: a prospective observational study. *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology, 121*(7), 876 - 888. http://doi.org/10.1111/1471-0528.12588.

Carroll, M., Daly, D., & Begley, C.M. (2016). The Prevalence of women's emotional and physical health problems following a postpartum hemorrhage: a systematic review. *BMC Pregnancy and Childbirth*, *16*(1), 261 - 275. https://doi.org/10.1186/s12884-016-1054-1

Churos, S. (2019). Prevention of Postpartum Hemorrhage: Nurse's Role. *Journal of Medical Sciences, Region 11*, *33*(1), 30 - 45. https://he02.tci-thaijo.org/index.php/Reg11MedJ/article/view/191729

Cunningham, F.G., Leveno, K. J., Bloom, S. L., Hauth, J. C., Rouse, D. J., & Spong, C.Y. (2022). *William's obstetrics*. (2 6st ed.). McGraw-Hill. https://accessmedicine.mhmedical.com/book.aspx?bookID=2977

Department of Health. (2023, January 1). *Analysis of maternal mortality situation fiscal year 2023*. http://hp.anamai.moph.go.th/th/maternatnomaliry-ration/download?id=1063102mid=30954&mkeyom_document&lang=th&did=30671

Eran, A., Riki, B.B, Amir, A., Eran, H., Yariv, Y., & Liran, H. (2021). Risk factors for postpartum hemorrhage following cesarean delivery. *The Journal of Maternal-Fetal & Neonatal Medicine, 35*(18), 3626 - 3630. https://doi.org/10.1080/14767058.2020.1834533

Francoise, V., Chloe, B., Bruno, P., & Didier, L. (2016). Incidence of immediate Postpartum Hemorrhage in French maternity units: A Prospective Observational Study. (HERA study). *BMC Pregnancy and Childbirth*, *16,* 242 - 250. https://doi.org/10.1186/s12884-016-1008-7

Jongsomchai, C. (2017). Postpartum Hemorrhage. *Srinagarind Medical Journal*, 32(4), 6 - 18. https://li01.tci-thaijo.org/index.php/SRIMEDJ/article/view/94286

Kyriaki, M., Ioannia, T., Themistoklis, D., Riola, G., Apostolos, M., Apostolos, A., & Ioannis, K. (2023). Incidence and Risk Factors for Postpartum Hemorrhage: A Case-Control Study in Tertiary Hospital in Greece. *Medicine*, *59*(6), 1151. https://doi.org/10.3390/medicina59061151

Michelet, D., Ricbourg, A., Rossignol, M., Schurando, P., & Barranger, E. (2015). Emergency Hysterectomy for Life-threatening postpartum hemorrhage: Risk Factors and Psychological Impact. *Gynecologic Obstetric and Fertilities*, *43*(12), 773 - 779. https://doi.org/10.1016/ j.gyobfe.2015.10.010.

Pillitteri, A. (2014). *Maternal and Child health Nursing: Care of the childbearing and childrearing Family* (7th ed.). Lippincott. https://www.sciepub.com/reference/186992

Ria, G., & Farida, K. (2023). Factors Affecting Postpartum Hemorrhage on Postpartum Mother. *Placentum Jurnal Ilmiah Kesehatan dan Aplikasinya*, *11*(1), 13 - 22. https://jurnal.uns.ac.id/ placentum/article/view/55528

Sasunee, T. (2022). Risk Factors for Postpartum Hemorrhage in Photharam Hospital, Ratchaburi Province. *Journal of Health and Environmental Education*, *7*(2), 45 - 56. http://s006.tci-thaijo.orf/index/php/hej/article/view/258236

Sijjan, L., Jinsong, G., Juntao, L., Jing, H., Xiaoxu, C., Jing, H., Yabing, T., Xinghui, L., Yinli, C., Xiaowei, L., & Xietong, W. (2021). Incidence and Risk factors of Postpartum Hemorrhage in China: A Multicenter Retrospective Study. *Frontiers in Medicine*, *8*, 673500. https://doi.org/10.3389/fmed.2021.673500

Sinsooksai, N. (2017). Postpartum hemorrhage: Nursing role. In Sumeksi, S., Wongphaitoon, N., Podungkietwitthana, P., & Srisantirorote, N. (Eds.), *Advancing together for perinatal care 4.0* (p. 91-96). Union printing.

Solwayo, N. (2016). Postpartum Hemorrhage: Incidence, Risk factors, and Outcomes in a low-resource setting. *International Journal of Women's Health*, *8*, 647 - 657. https://doi.org/10.2147/IJWH.S119232

Stevens, J. (1996). *Applied Multivariate Statistics for the Social Sciences*. Mahwah, N.J.: Lawrence https://www.sciepub.com/reference/52

Suyawej, R., Keesakul, C., Ittichaikulthol, W., & Sonkhammee, P. (2015). Factors affecting postpartum hemorrhage during caesarean section. *Thai Journal of Anesthesiology*, *41*(2), 53 -63. https://he02.tci-thaijo.org/index.php/anesthai/article/view/58704

Thaiyanan, J. (2023). Prevalence and Risk Factor Affecting Early Postpartum Hemorrhage Among Vaginal Delivery at Burapa University Hospital. *Burapa Journal Medicine*, *10*(1), 1 - 17. https://he01.tci-thaijo.org/index.php/BJmed/article/view/257684

Thung Song Hospital Nakhon Si Thammarat. (2023). *Report Maternal and Child Health 2020-2022*. (Research Report). Thung Song Hospital Nakhon Si Thammarat. https://www.reportlinker.com/market-report/Healthcare/520050/Maternal-Health

Tort, J., Rozenberg, P., Traore, M., Fournier, P., & Dumont, A. (2015). Factors associated with postpartum hemorrhage maternal death in referral hospitals in Senegal and Mali: a cross-sectional epidemiological survey. *BMC Pregnancy and Childbirth*, *15*, 235. https://bmcpregnancychildbirth.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12884-015-0669-y

Wilert, S., Iamchareon T., & Yodrak, D. (2019). Situation and Factors Associated with Maternal Postpartum Hemorrhage with Vaginal Delivery in the Obstetric Ward, Noparatrajathanee Hospital. *Journal of the Nurses Association of Thailand*, *9*(2), 173 - 190. https://www.researchgate.net/publication/342946234_Situation_and_Factors_Associated_with_Maternal_Postpartum_Hemorrhage_with_Vaginal_Delivery_in_the_Obstetric_Ward_Nopparatrajathanee_Hospital

Wongwiriyawech, B., Jansanorot, N., & Thianchaitatsak, C. (2018). Factors Affecting Warly Postpartum Hemorrhage at Prachomklao Hospital, Phetchaburi Province. *Journal of Prachomklao College of Nursing, Phetchaburi Province*, *1*(1), 39 – 47. https://he01.tci-thaijo.org/index.php/pck/article/view/169857

World Health Organization. (2023, January 1). *Trends in Maternal Mortality: 2019 – 2023*. http//data.unicef.org/topic/maternal-health/maternal-mortality/

การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกเพื่อป้องกันท่อช่วยหายใจเลื่อนหลุด ในหอผู้ป่วยหนักอายุรกรรม โรงพยาบาลมหาสารคาม

Development of a Clinical Nursing Practice Guideline for Prevention of Unplanned Extubation in Medical Intensive Care Unit, Mahasarakham Hospital

นลินรัตน์ พรหมโส[1], อภิญญา วงศ์พิริยโยธา[2*], สุพัตรา บัวที[2]

Nalinrat Promso[1], Apinya Wongpiriyayothar[2*], Supatra Buatee[2]

(Received: January 26, 2024; Revised: March 10, 2024; Accepted: March 26, 2024)

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ของการวิจัยเพื่อพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกเพื่อป้องกัน ท่อช่วยหายใจเลื่อนหลุด ตามรูปแบบการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ในการปฏิบัติของศูนย์ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง ทำการศึกษา 3 ระยะ ระยะที่ 1 การค้นหาปัญหาทางคลินิก ระยะที่ 2 การสืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์ และ ระยะที่ 3 การทดลองใช้แนวปฏิบัติ ใช้การวิจัยกึ่งทดลอง กลุ่มตัวอย่างเป็นพยาบาล 12 คน และผู้ป่วย 62 คน แบ่งเป็นกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง กลุ่มละ 31 คน เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูล 1) แบบบันทึกอุบัติการณ์การเกิดท่อช่วยหายใจเลื่อนหลุด และ 2) แบบประเมินความเป็นไปได้ในการนำแนวปฏิบัติไปใช้ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนาและไคสแควร์

ผลการวิจัย พบว่าแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกเพื่อป้องกันท่อช่วยหายใจเลื่อนหลุด มี 4 ด้าน คือ 1) การประเมินความเสี่ยงของการเกิดท่อช่วยหายใจเลื่อนหลุด 2) การดูแลขณะผู้ป่วยใส่ท่อช่วยหายใจ 3) การให้ข้อมูลการใส่ท่อช่วยหายใจและการสื่อสาร และ 4) การบริหารจัดการ หลังการทดลอง พบว่ากลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองมีอุบัติการณ์การเกิดท่อช่วยหายใจเลื่อนหลุด 8.47 ครั้ง และ 4.44 ครั้ง ต่อ 1,000 วันใส่ท่อช่วยหายใจ ตามลำดับ สัดส่วนของการเกิดท่อช่วยหายใจเลื่อนหลุดระหว่างสองกลุ่ม

[1]นิสิตหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

[1]Graduate Student of Nursing Science Program in Adult and Gerontological Nursing, Faculty of Nursing, Mahasarakham University

[2] คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

[2]Faculty of Nursing, Mahasarakham University

[*]Corresponding Author: apinya.w@msu.ac.th

ไม่แตกต่างกัน ($\chi^2 = .350, p > .05$) พยาบาลร้อยละ 100 มีคะแนนความเป็นไปได้ในการนำแนวปฏิบัติไปใช้อยู่ในระดับมาก

สรุปว่าแนวปฏิบัติการพยาบาลมีความเป็นไปได้ในการนำไปใช้ การใช้ในระยะเวลาสั้นทำให้ไม่พบการเปลี่ยนแปลงของการเกิดท่อช่วยหายใจเลื่อนหลุด ดังนั้นพยาบาลควรมีการนำแนวปฏิบัติการพยาบาลไปใช้ในระยะเวลานานขึ้น

คำสำคัญ: แนวปฏิบัติการพยาบาล, การป้องกันท่อช่วยหายใจเลื่อนหลุด, หอผู้ป่วยหนักอายุรกรรม, อุบัติการณ์

Abstract

The purpose of this study was to develop a clinical nursing practice guideline based on advanced nurse practitioners' evidence-based practice to minimize unplanned extubation. There were three phases involved: phase one involved investigating clinical problems, phase two involved finding practice-relevant information, and phase three involved testing a clinical nursing practice guideline. A quasi-experimental study was conducted. Samples of this study were twelve nurses and sixty-two patients, split into control and experiment groups. In each group, there were thirty-one patients. The instruments utilized in the data collection process were the unplanned extubation incidence record form and the feasibility of a clinical nursing practice guideline form. The statistics used in this study were descriptive statistics and Chi-square test.

The results found that there were four components of a clinical nurse practice guideline for prevention of unplanned extubation: risk assessment for unplanned extubation; 2) nursing care during intubation; 3) information regarding intubation and communication; and 4) management administration. The results found that there were 8.47 and 4.44 unplanned extubation incidents in the control group and experimental group, respectively, throughout 1000 days of intubation. The proportion of unplanned extubations did not statistically substantially different between the two groups (χ 2 = .350, p > .05). Nurses exhibited a 100% of a high level in feasibility rate for applying the practice guideline.

The usage of this nursing practice guideline was deemed feasible. There was no discernible difference between unplanned extubation and short term usage. As a result, nurses ought to follow nursing practice guidelines for a longer period of time.

Keywords: Nursing practice guideline, Prevention of unplanned extubation, Medical intensive care unit, Incidence

บทนำ

ผู้ป่วยระบบหายใจล้มเหลวทำให้ไม่สามารถหายใจได้เอง มีภาวะพร่องออกซิเจน จึงต้องรักษาโดยการใส่ท่อช่วยหายใจเพื่อให้ร่างกายได้รับออกซิเจนอย่างเพียงพอ (Fujishima, 2023) ระหว่างใส่ท่อช่วยหายใจ อาจจะทำให้ผู้ป่วยรู้สึกไม่สุขสบาย กระวนกระวาย และหายใจไม่สัมพันธ์กับเครื่องช่วยหายใจ อาจทำให้เกิดการเลื่อนหลุดของท่อช่วยหายใจได้ (Pokathip et al., 2019) การเกิดท่อช่วยหายใจเลื่อนหลุด ในการศึกษานี้ หมายถึง การเลื่อนหลุดของท่อช่วยหายใจที่ไม่ได้วางแผนไว้ (Unplanned extubation) เกิดจากการตั้งใจดึงโดยตัวผู้ป่วยเอง หรือเกิดขึ้นโดยไม่ได้ตั้งใจในขณะทำกิจกรรมการพยาบาล หรือจากการดิ้นของผู้ป่วย (Berkow & Kanowitz, 2020)

ในต่างประเทศพบอุบัติการณ์การเกิดท่อช่วยหายใจเลื่อนหลุดในหอผู้ป่วยหนักร้อยละ 11.02 - 12 (Abbas & Lutfy, 2019; Mahmood et al., 2019) สำหรับในประเทศไทย ในปี พ.ศ. 2560 พบอุบัติการณ์การเกิดท่อช่วยหายใจเลื่อนหลุดในหอผู้ป่วยหนักอายุรกรรม โรงพยาบาลเชียงรายประชานุเคราะห์ ร้อยละ 10.37 (Akkharawanasakun et al., 2020) และ ในปี 2561 พบในโรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ 7.68 ครั้งต่อ 1,000 วันใส่ท่อช่วยหายใจ (Salakkhum et al., 2019) สำหรับโรงพยาบาลมหาสารคามพบอุบัติการณ์การเกิดท่อช่วยหายใจเลื่อนหลุด สูงเป็นลำดับที่ 2 จาก 5 ลำดับแรกของความเสี่ยงทางด้านการพยาบาล ในปี พ.ศ. 2562 - 2564 พบระหว่าง 7.62 – 9.44 ครั้งต่อ 1,000 วันใส่ท่อช่วยหายใจ และในหอผู้ป่วยหนักอายุรกรรม พบระหว่าง 7.59 - 9.28 ครั้งต่อ 1,000 วันใส่ท่อช่วยหายใจ ซึ่งสูงกว่าเกณฑ์ที่โรงพยาบาลมหาสารคามกำหนด คือ $\leq$ 5 ครั้งต่อ 1,000 วันใส่ท่อช่วยหายใจ

ปัจจัยที่ทำให้เกิดท่อช่วยหายใจเลื่อนหลุด มี 3 ปัจจัย ได้แก่ 1) ปัจจัยด้านผู้ป่วย ได้แก่ โรคของผู้ป่วย ระดับความรู้สึกตัว ผู้ป่วยดิ้น ต้องการหายใจเอง ต้องการสื่อสาร และหิวน้ำ 2) ปัจจัยด้านบุคลากร ได้แก่ ความรู้ของพยาบาล ประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วย และอัตราส่วนของพยาบาลต่อผู้ป่วย และ 3) ปัจจัยด้านการให้การพยาบาล ได้แก่ ไม่มีแบบประเมินภาวะสับสน ไม่ได้ให้ยาระงับประสาท ไม่ได้หย่าเครื่องช่วยหายใจ ไม่ผูกยึดมือ พลาสเตอร์ใช้ยึดท่อช่วยหายใจไม่เหนียว เกิดขณะทำกิจกรรม (Salakkhum et al., 2019) ผลกระทบหลังท่อช่วยหายใจเลื่อนหลุดพบว่า ผู้ป่วยมีอาการหายใจลำบาก มีการบาดเจ็บและบวมของหลอดลมคอ มีการหดเกร็งของหลอดลม ทำให้พร่องออกซิเจน หยุดหายใจ และหัวใจหยุดเต้น เป็นสาเหตุของการเสียชีวิตตามมาได้ (Berkow & Kanowitz, 2020)

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่ามีการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันท่อช่วยหายใจเลื่อนหลุดสำหรับหอผู้ป่วยหนักอายุรกรรมตามวิธีการพัฒนาแนวปฏิบัติ ในปี พ.ศ. 2557-2563 มี 3 เรื่อง ทุกเรื่องมีองค์ประกอบที่เหมือนกันได้แก่ 1) การให้ข้อมูล/ความรู้เกี่ยวเรื่องการใส่ท่อช่วยหายใจและการสื่อสารกับผู้ป่วย 2) การดูแลขณะผู้ป่วยใส่ท่อช่วยหายใจ 3) การผูกยึดผู้ป่วย 4) การผูกยึดท่อช่วยหายใจ 5) มีการนิเทศติดตามให้มีการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลอย่างต่อเนื่อง และ 6) มีการประเมินความเสี่ยงของการเกิดท่อช่วยหายใจเลื่อนหลุด (Akkharawanasakun et al., 2020; Na Nakhon, 2020; Puangfuang, 2014) มีความแตกต่างกันที่การประเมินความเสี่ยงของการเกิดท่อช่วยหายใจเลื่อนหลุด มี 2 เรื่อง ที่มีการประเมินภาวะสับสนโดยใช้ The RASS (The Richmond Agitation and Sedation Scale) เพื่อรายงานแพทย์พิจารณาให้ยาระงับประสาท (Akkharawanasakun et al., 2020; Puangfuang, 2014) และ 1 เรื่อง มีการประเมินพฤติการณ์เคลื่อนไหวจาก MAAS (Motor Activity Assessment Scale) เพื่อการผูกยึด (Na Nakhon, 2020)

เมื่อศึกษาผลของการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลพบว่า แนวปฏิบัติการพยาบาลของ Puangfuang (2014) มีอุบัติการณ์การเกิดท่อช่วยหายใจเลื่อนหลุดน้อยที่สุดเท่ากับ 4.12 ครั้งต่อ 1,000 วันใส่ท่อช่วยหายใจ หลังการทดลองใช้ 3 เดือน ผู้วิจัยให้ข้อเสนอแนะว่าการประเมินความพร้อมในการหย่าเครื่องช่วยหายใจช่วยให้ผู้ป่วยหย่าเครื่องช่วยหายใจได้เร็วช่วยลดการเกิดท่อช่วยหายใจเลื่อนหลุด แต่เมื่อทดลองใช้ต่ออีก 3 เดือน พบว่าอุบัติการณ์การเกิดท่อช่วยหายใจเลื่อนหลุดเพิ่มเป็น 10.62 ครั้งต่อ 1,000 วันใส่ท่อช่วยหายใจ สาเหตุเกิดจาก 1) ผู้ป่วยดึงท่อช่วยหายใจเนื่องจากพยาบาลไม่ได้ปฏิบัติตามข้อเสนอแนะในการจัดเตรียมอุปกรณ์ช่วยสื่อสาร 2) ไม่มีแนวปฏิบัติการให้ยาระงับประสาท ทำให้ผู้ป่วยได้ยาไม่เพียงพอ 3) พยาบาลไม่ได้อยู่กับผู้ป่วยในช่วงผลัดเวรและพักรับประทานอาหาร ส่วน Na Nakhon (2020) พบว่าหลังการทดลองใช้แนวปฏิบัติการพยาบาล 3 เดือน มีอุบัติการณ์การเกิดท่อช่วยหายใจเลื่อนหลุด เท่ากับ 7.52 ครั้งต่อ 1,000 วันใส่ท่อช่วยหายใจ เป็นแนวปฏิบัติการพยาบาลเดียวที่มีการประเมิน MASS แต่ประเมินไม่สม่ำเสมอ มีการผูกยึดไม่มีประสิทธิภาพ และใช้อุปกรณ์ไม่เหมาะสม ส่วนแนวปฏิบัติการพยาบาลของ Akkharawanasakun et al. (2020) หลังทดลองใช้ 7 เดือน อุบัติการณ์การเกิดท่อช่วยหายใจเลื่อนหลุดลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ จากร้อยละ 12.15 เป็น 4.42 มีข้อดีคือมีการส่งเสริมให้พยาบาลใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลอย่างต่อเนื่องและนิเทศอย่างสม่ำเสมอ

ผลการทบทวนวรรณกรรมพบองค์ประกอบสำคัญของแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันท่อช่วยหายใจเลื่อนหลุดสำหรับหอผู้ป่วยหนักอายุรกรรม แต่ยังมีประเด็นที่ต้องพัฒนาในเรื่อง การประเมินความเสี่ยงในการเลื่อนหลุดของท่อช่วยหายใจโดยการใช้แบบประเมิน RASS และ MASS และให้มีแนวทางการดูแลผู้ป่วยเพื่อให้ยาระงับประสาทและการผูกยึดที่เหมาะสม การดูแลขณะผู้ป่วยใส่ท่อช่วย

หายใจและมีการประเมินความพร้อมในการหย่าเครื่องช่วยหายใจ การให้ข้อมูลการใส่ท่อช่วยหายใจและการสื่อสารในผู้ป่วยที่รู้สึกตัว และการบริหารจัดการเพื่อเฝ้าระวังผู้ป่วยอย่างใกล้ชิดและมีการติดตามให้มีการใช้แนวปฏิบัติอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้ได้แนวปฏิบัติการพยาบาลที่มีแนวทางชัดเจน ดังนั้นผู้วิจัยจึงมีความสนใจในการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกเพื่อป้องกันท่อช่วยหายใจเลื่อนหลุด ให้สอดคล้องกับปัญหาของหอผู้ป่วยหนักอายุรกรรม โรงพยาบาลมหาสารคาม เพื่อลดอุบัติการณ์การเกิดท่อช่วยหายใจเลื่อนหลุดต่อไป

วัตถุประสงค์

เพื่อพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกเพื่อป้องกันท่อช่วยหายใจเลื่อนหลุดในหอผู้ป่วยหนักอายุรกรรม โรงพยาบาลมหาสารคาม

กรอบแนวคิดในการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ใช้รูปแบบการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ในการปฏิบัติของศูนย์ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง (Soukup, 2000) มาเป็นกรอบแนวคิดในการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาล มี 4 ระยะ ในการศึกษานี้ศึกษาระยะที่ 1 ถึงระยะที่ 3 ดังนี้ ระยะที่ 1 การค้นหาปัญหาทางคลินิก (Evidence-triggered phase) เป็นการค้นหาปัญหาที่เกี่ยวข้องกับการเกิดท่อช่วยหายใจเลื่อนหลุด จากแหล่งข้อมูล 2 แหล่ง คือ ค้นหาปัญหาจากการปฏิบัติ (Practice trigger) และจากแหล่งความรู้ (Knowledge trigger) ระยะที่ 2 การสืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์ (Evidence-supported phase) เพื่อนำมาพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกเพื่อป้องกันการเกิดท่อช่วยหายใจเลื่อนหลุด และระยะที่ 3 การทดลองใช้แนวปฏิบัติ (Evidence-observed phase) เพื่อศึกษาผลของการใช้แนวปฏิบัติและความเป็นไปได้ของการนำแนวปฏิบัติการพยาบาลไปใช้

วิธีการวิจัย

รูปแบบการวิจัยเป็นรูปแบบการวิจัยและพัฒนาจากหลักฐานเชิงประจักษ์ ผู้วิจัยทำการศึกษาระยะที่ 1 ถึงระยะที่ 3 ดังนี้

ระยะที่ 1 การค้นหาปัญหาทางคลินิก เป็นการค้นหาปัญหาที่เกี่ยวข้องกับการเกิดท่อช่วยหายใจเลื่อนหลุด จากแหล่งข้อมูล 2 แหล่งคือ 1) ค้นหาปัญหาจากการปฏิบัติ จากเวชระเบียนของผู้ป่วย แบบบันทึกทบทวนความเสี่ยงเกี่ยวกับอุบัติการณ์การเกิดท่อช่วยหายใจเลื่อนหลุดของหอผู้ป่วยหนักอายุรกรรมโรงพยาบาลมหาสารคาม และค้นหาแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันท่อช่วยหายใจเลื่อนหลุดที่มีใช้ในโรงพยาบาลมหาสารคาม และ 2) ค้นหาปัญหาจากแหล่งความรู้ จากการทบทวน

วรรณกรรมเกี่ยวกับแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันท่อช่วยหายใจเลื่อนหลุดและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง พบข้อมูลดังนี้

1. ปัญหาจากการปฏิบัติ พบว่า ในปี พ.ศ. 2562 พบอุบัติการณ์การเกิดท่อช่วยหายใจเลื่อนหลุดของหอผู้ป่วยหนักอายุรกรรม โรงพยาบาลมหาสารคาม 9.28 ครั้งต่อ 1,000 วันใส่ท่อช่วยหายใจ ซึ่งสูงกว่าสถิติของโรงพยาบาลมหาสารคามที่พบ 7.85 ต่อ 1,000 วันใส่ท่อช่วยหายใจ จากการค้นหาแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันท่อช่วยหายใจเลื่อนหลุดที่มีใช้ในโรงพยาบาลมหาสารคาม ไม่พบแนวปฏิบัติการพยาบาลที่พัฒนาตามวิธีการของการพัฒนาแนวปฏิบัติ แต่พบแนวทางการป้องกันท่อช่วยหายใจเลื่อนหลุดที่พยาบาลหอผู้ป่วยหนักศัลยกรรมจัดทำขึ้นจากงานวิจัยเพื่อใช้ในหอผู้ป่วยหนักศัลยกรรมและทางโรงพยาบาลแนะนำให้นำมาใช้ในโรงพยาบาล แต่เมื่อพยาบาลหอผู้ป่วยหนักอายุรกรรมนำมาใช้พบว่าอุบัติการณ์การเกิดท่อช่วยหายใจเลื่อนหลุดในปี พ.ศ. 2563 และ 2564 ลดลงเป็น 8.87 และ 7.59 ตามลำดับ แต่ยังสูงกว่าเกณฑ์ที่โรงพยาบาลกำหนด เมื่อวิเคราะห์ขั้นตอนในการปฏิบัติในแต่ละหัวข้อยังไม่ชัดเจนและพบว่าแนวทางดังกล่าวไม่สอดคล้องกับสถานการณ์และบริบทของผู้ป่วยหนักอายุรกรรม ผู้วิจัยได้ทบทวนสาเหตุของการเกิดท่อช่วยหายใจเลื่อนหลุดของหอผู้ป่วยหนักอายุกรรม ในปี พ.ศ. 2565 จากผู้ป่วย 26 คน พบว่าส่วนใหญ่เกิดในผู้ป่วยที่รู้สึกตัว ร้อยละ 96.15 เหตุผลของการเกิดท่อหายใจเลื่อนหลุด เกิดจากดิ้นไปมา / ขยับตัวบ่อย ร้อยละ 80.77 มีการยึดมัดมือแบบหลวม ร้อยละ 65.38 ไม่ได้รับยาระงับประสาท ร้อยละ 61.54 ผู้ป่วยไม่เข้าใจเหตุผลของการใส่ท่อช่วยหายใจ ร้อยละ 53.85 ต้องการสื่อสาร ร้อยละ 46.16 และการยึดติดท่อช่วยหายใจหลวม ร้อยละ 38.46 เกิดในห้องแยก ร้อยละ 57.69 ขณะที่พยาบาลให้การดูแลผู้ป่วยรายอื่น ร้อยละ 50 ในเวรดึก ร้อยละ 42.31 และในขณะที่พักระหว่างเวร ร้อยละ 19.25 นอกจากนี้พบว่าพยาบาลไม่มีการประเมินภาวะสับสนเพื่อรายงานแพทย์ในการให้ยาระงับประสาท ไม่มีการประเมินพฤติกรรมการเคลื่อนไหวเพื่อการผูกมัด และไม่มีการประเมินการหย่าเครื่องช่วยหายใจ

2. จากแหล่งความรู้ ผู้วิจัยทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับการพัฒนาแนวปฏิบัติทางการพยาบาลเพื่อป้องกันท่อช่วยหายใจเลื่อนหลุดที่มีการพัฒนาใหม่ในประเทศไทย พบว่ามีการเผยแพร่ในปี พ.ศ. 2563 ทั้งหมด 4 เรื่อง เป็นแนวปฏิบัติที่ใช้ในหอผู้ป่วยหนักอายุรกรรม 2 เรื่อง (Akkharawanasakun et al., 2020; Na Nakhon, 2020) หอผู้ป่วยอายุรกรรม 1 เรื่อง (Thongjam, 2020) และหอผู้ป่วยหนักรวม 1 เรื่อง (Sukkul et al., 2020) พบว่ามีองค์ประกอบสำคัญ คือ 1) การให้ข้อมูล / ความรู้เกี่ยวกับเรื่องการใส่ท่อช่วยหายใจและการสื่อสารกับผู้ป่วย 2) การดูแลขณะผู้ป่วยใส่ท่อช่วยหายใจ 3) การผูกยึดผู้ป่วย 4) การผูกยึดท่อช่วยหายใจ 5) มีการนิเทศติดตามให้มีการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลอย่างต่อเนื่อง 6) มีการประเมินความเสี่ยงของการเกิดท่อช่วยหายใจเลื่อนหลุด เช่น มีการประเมินภาวะสับสนโดยใช้

The RASS และการประเมินพฤติกรรมการเคลื่อนไหวจาก MAAS เพื่อการผูกยึด ซึ่งไม่พบว่ามีแนวปฏิบัติใดที่ใช้การประเมินทั้ง 2 วิธีด้วยกัน

ผลการทดลองใช้แนวปฏิบัติพบว่า ทุกแนวปฏิบัติช่วยให้อุบัติการณ์การเกิดท่อช่วยหายใจเลื่อนหลุดลดลง มีทั้งจุดดีและจุดอ่อน แนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันท่อช่วยหายใจเลื่อนหลุดในหอผู้ป่วยหนักรวม มีการประเมินการหย่าเครื่องช่วยหายใจที่เร็วขึ้น มีการใช้ RASS เพื่อให้ยาระงับประสาท และมีแนวทางการผูกยึด พบว่าหลังการทดลองมีอุบัติการณ์การเกิดท่อช่วยหายใจเลื่อนหลุดลดลงเหลือร้อยละ 2.2 (Sukkul et al., 2020) เช่นเดียวกับงานวิจัยของ Puangfuang (2014) หลังการทดลองใช้แนวปฏิบัติการพยาบาล 3 เดือน พบอุบัติการณ์การเกิดท่อช่วยหายใจเลื่อนหลุดเพียง 4.12 ครั้งต่อ 1,000 วันใส่ท่อช่วยหายใจ ที่ให้ข้อเสนอแนะว่าการประเมินความพร้อมในการหย่าเครื่องช่วยหายใจเป็นวิธีที่ดีที่ช่วยป้องกันการเกิดท่อช่วยหายใจเลื่อนหลุด แต่อย่างไรก็ตามเมื่อมีการทดลองใช้ต่ออีก 3 เดือน พบอุบัติการการเกิดท่อช่วยหายใจเลื่อนหลุดเพิ่มเป็น 10.62 ครั้งต่อ 1,000 วันใส่ท่อช่วยหายใจ ซึ่งเกิดจากพยาบาลไม่ได้จัดเตรียมอุปกรณ์ช่วยสื่อสารตามข้อเสนอแนะ พยาบาลไม่ได้อยู่กับผู้ป่วย และไม่มีแนวปฏิบัติการให้ยาระงับประสาท ส่วนผลการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลของ Na Nakhon (2020) หลังการทดลองพบว่ามีอุบัติการณ์การเกิดท่อช่วยหายใจเลื่อนหลุดเท่ากับ 7.52 ครั้งต่อ 1,000 วันใส่ท่อช่วยหายใจ เป็นแนวปฏิบัติการพยาบาลเดียวที่มีการประเมิน MASS แต่ประเมินไม่สม่ำเสมอ มีการผูกยึดไม่มีประสิทธิภาพ และใช้อุปกรณ์ไม่เหมาะสม มีงานวิจัยที่เน้นที่การติดตามการใช้แนวปฏิบัติอย่างสม่ำเสมอ ผลการวิจัยพบว่าอุบัติการณ์ท่อช่วยหายใจเลื่อนหลุดลดลงจากร้อยละ 12.15 เป็น ร้อยละ 4.42 (Akkharawanasakun et al., 2020) ทำให้ผู้วิจัยได้แนวทางพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกเพื่อป้องกันท่อช่วยหายใจเลื่อนหลุดในหอผู้ป่วยหนักอายุรกรรม แต่ต้องทำการค้นหาหลักฐานเชิงประจักษ์เพิ่มเพื่อให้ได้แนวปฏิบัติการพยาบาลที่มีขั้นตอนที่ชัดเจนและสอดคล้องกับปัญหาของหน่วยงาน

ระยะที่ 2 การสืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์ที่เกี่ยวข้อง เพื่อนำมาพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกเพื่อป้องกันท่อช่วยหายใจเลื่อนหลุดในหอผู้ป่วยหนักอายุรกรรม มีขั้นตอนดังนี้

1. การกำหนดขอบเขตในการเลือกหลักฐานเชิงประจักษ์ ดังนี้

1.1 เป็นงานวิจัยเชิงทดลอง/กึ่งทดลอง แบบหาความสัมพันธ์ แบบบรรยาย ที่มีเนื้อหาเกี่ยวกับแนวทางการป้องกันท่อช่วยหายใจเลื่อนหลุดในผู้ป่วยผู้ใหญ่ที่เผยแพร่ระหว่างปี พ.ศ. 2557 - 2565 (ค.ศ. 2014 - 2022)

1.2 ทำการสืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์: โดยใช้เกณฑ์ของ PICO

P = Population – ผู้ป่วยวิกฤต, หอผู้ป่วยหนัก: Critical ill patients, Intensive care unit,

I = Intervention – การป้องกันท่อช่วยหายใจเลื่อนหลุด แนวปฏิบัติการพยาบาลป้องกันท่อช่วยหายใจเลื่อนหลุด การพยาบาลผู้ป่วยใช้เครื่องช่วยหายใจ, การพยาบาลผู้ป่วยใส่ท่อช่วยหายใจ Prevention of unplanned extubation, Nursing practice guideline of unplanned extubation, Nursing care for ventilator patients, Nursing care for intubation patients

C = Comparison – การพยาบาลตามปกติ: Routine care, Regular nursing care, Usual care

O = Outcome – อุบัติการณ์การเกิดท่อช่วยหายใจเลื่อนหลุด ปัจจัยการเกิดท่อช่วยหายใจเลื่อนหลุด: Incident of unplanned extubation, Risk factor of unplanned extubation

1.3 กำหนดแหล่งสืบค้นข้อมูล: สืบค้นทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษจากฐานข้อมูล Thailis, Thai journal, Google search, Google scholar, PubMed และฐานข้อมูลของมหาวิทยาลัยมหาสารคาม ได้แก่ ScienceDirect และ Scopus

1.4 กำหนดเกณฑ์ในการประเมินระดับความน่าเชื่อถือของหลักฐานเชิงประจักษ์ (Level of evidence): ใช้เกณฑ์ของ Polit and Beck (2017) มี 7 ระดับ ระดับ 1 การทบทวนงานวิจัยอย่างเป็นระบบของงานวิจัยเชิงทดลองหรือกึ่งทดลอง ระดับ 2 งานวิจัยเชิงทดลอง / กึ่งทดลอง 1 เรื่อง ระดับ 3 การทบทวน งานวิจัยอย่างเป็นระบบของงานวิจัยแบบหาความสัมพันธ์ การศึกษาย้อนหลัง/หรือติดตามไปข้างหน้า ระดับ 4 งานวิจัยแบบหาความสัมพันธ์ การศึกษาย้อนหลัง / หรือติดตามไปข้างหน้า ระดับ 5 การทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบของงานวิจัยเชิงบรรยาย/วิจัยเชิงคุณภาพ ระดับ 6 งานวิจัยเชิงบรรยายหรืองานวิจัยเชิงคุณภาพ และระดับ 7 จากผู้เชี่ยวชาญ

1.5 กำหนดน้ำหนักของข้อเสนอแนะจากหลักฐานเชิงประจักษ์ (Grades of recommendation) โดยใช้แนวทางของ The Joanna Briggs Institute (2015) ได้แก่ เกรด A เป็นข้อเสนอแนะที่มีน้ำหนักมาก ให้ผลดีชัดเจน มีหลักฐานที่มีคุณภาพสูงและเพียงพอ มีประโยชน์หรือไม่มีผลกระทบต่อการใช้ทรัพยากร คำนึงถึงคุณค่า ความชอบ ประสบการณ์ของผู้ป่วย เกรด B ข้อเสนอแนะที่มีน้ำหนักน้อย ใช้ได้ผลแต่ไม่ชัดเจน ได้จากหลักฐานที่มีคุณภาพไม่สูง มีประโยชน์หรือมีผลกระทบต่อการใช้ทรัพยากร อาจคำนึงหรือไม่คำนึงถึงคุณค่า ความชอบ หรือประสบการณ์ของผู้ป่วย

2. วิเคราะห์และสังเคราะห์เนื้อหา ในขั้นตอนนี้เป็นการสกัดข้อมูลโดยการสร้างตารางทบทวนวรรณกรรมให้ครอบคลุมในหัวข้อที่สำคัญ เช่น วัตถุประสงค์ รูปแบบการวิจัย กลุ่มตัวอย่าง วิธีการสุ่ม เครื่องมือวิจัย แนวปฏิบัติ / วิธีการปฏิบัติเพื่อป้องกันท่อช่วยหายใจเลื่อนหลุด และผลลัพธ์ทางคลินิก ผู้วิจัยสกัดข้อมูลลงตาราง และนำมาวิเคราะห์องค์ประกอบหรือขั้นตอนของการปฏิบัติที่สอดคล้องกับปัญหาทางคลินิก

3. จัดทำแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิก โดยการจัดทำเป็นคู่มือซึ่งประกอบด้วย ชื่อแนวปฏิบัติ วัตถุประสงค์ ผู้ใช้แนวปฏิบัติ กลุ่มผู้ป่วย และขั้นตอนของการปฏิบัติ พร้อมแผนผังการไหลของงาน

4. ทำการประเมินความตรงตามเนื้อหาและค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content validity index [CVI]) และประเมินคุณภาพของแนวปฏิบัติการพยาบาลตามเกณฑ์ประเมินคุณภาพแนวทางปฏิบัติสำหรับการวิจัยและประเมินผล (Appraisal of Guideline for Research & Evaluation II; AGREE II) (Institute of Medical Research & Technology Assessment, 2013) มี 6 หมวด ได้แก่ 1) การประเมินขอบเขตและวัตถุประสงค์ 2) การประเมินการมีส่วนร่วมของผู้ที่มีส่วนได้ส่วนเสีย 3) การประเมินความเข้มงวดของขั้นตอนการจัดทำ 4) การประเมินความชัดเจนของการนำเสนอ 5) การประเมินการนำไปใช้ และ 6) การประเมินความเป็นอิสระของผู้ประเมิน

ผลการวิจัย

ผลการวิจัย: ระยะการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาล

จากการทบทวนวรรณกรรม ได้เอกสารเพื่อนำมาพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลจำนวน 26 เรื่อง เป็นงานวิจัยที่มีระดับความน่าเชื่อถือระดับ 2 จำนวน 20 เรื่อง (ร้อยละ 76.92) ในระดับ 4 จำนวน 1 เรื่อง (ร้อยละ 3.85) และระดับ 7 จำนวน 5 เรื่อง (ร้อยละ 19.23) และมีน้ำหนักของข้อเสนอแนะอยู่ในระดับ A ทั้งหมด ได้แนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกเพื่อป้องกันท่อช่วยหายใจเลื่อนหลุดในหอผู้ป่วยหนักอายุรกรรม โรงพยาบาลมหาสารคาม มี 4 ด้าน ดังนี้

ด้านที่ 1 การประเมินความเสี่ยงของการเกิดท่อช่วยหายใจเลื่อนหลุด มี 2 กิจกรรม ได้แก่ 1) ประเมินพฤติกรรมการเคลื่อนไหวเพื่อการผูกยึดจาก Motor Activity Assessment Scale (MAAS) และ 2) การประเมินภาวะสับสนจาก The Richmond Agitation and Sedation Scale (RASS) เพื่อพิจารณาการได้รับยาระงับประสาทที่เหมาะสม

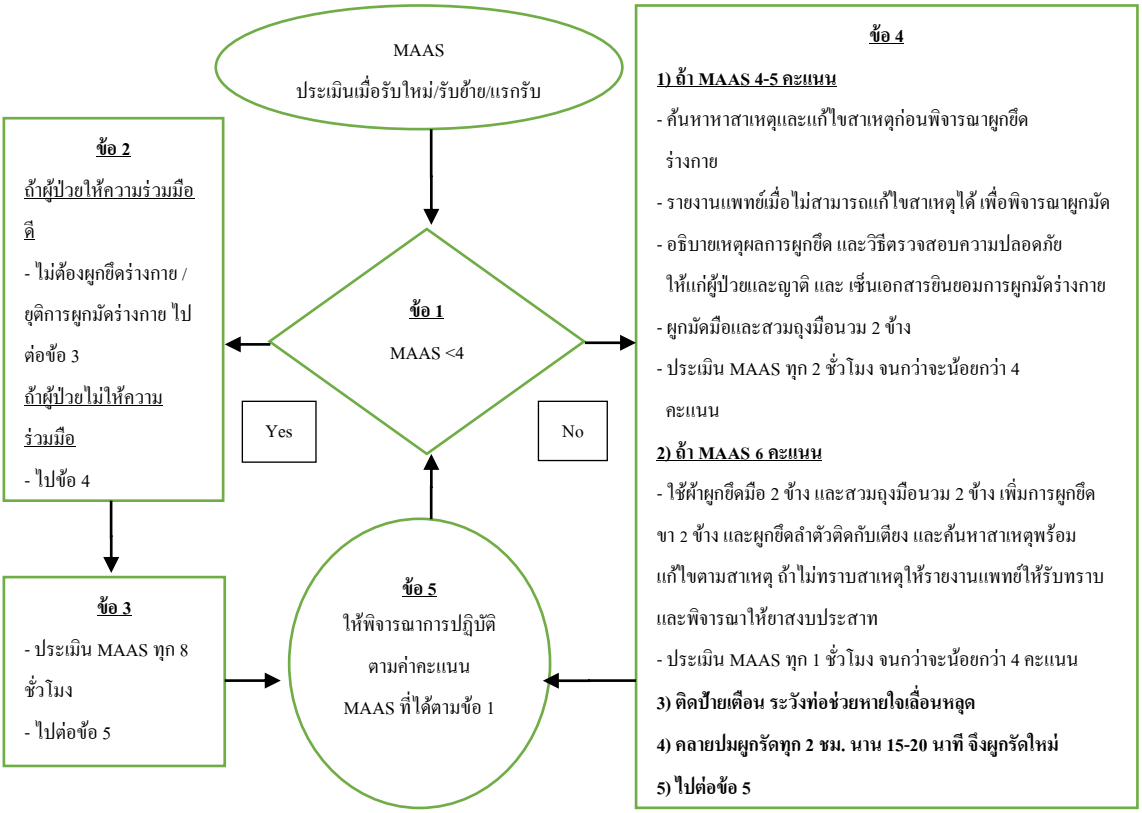
ด้านที่ 2 การดูแลขณะผู้ป่วยใส่ท่อช่วยหายใจ มี 4 กิจกรรม ได้แก่ 1) การวัด Cuff pressure 2) การดูดเสมหะ 3) การผูกยึดตรึงท่อช่วยหายใจ และ 4) การดูแลท่อช่วยหายใจและเครื่องช่วยหายใจ / การประเมินความพร้อมในการหย่าเครื่องช่วยหายใจ

ด้านที่ 3 การให้ข้อมูลการใส่ท่อช่วยหายใจและการสื่อสาร มี 2 กิจกรรม ได้แก่ 1) การให้ข้อมูลการใส่ท่อช่วยหายใจกับผู้ป่วยและญาติ และ 2) การสื่อสารกับผู้ป่วย

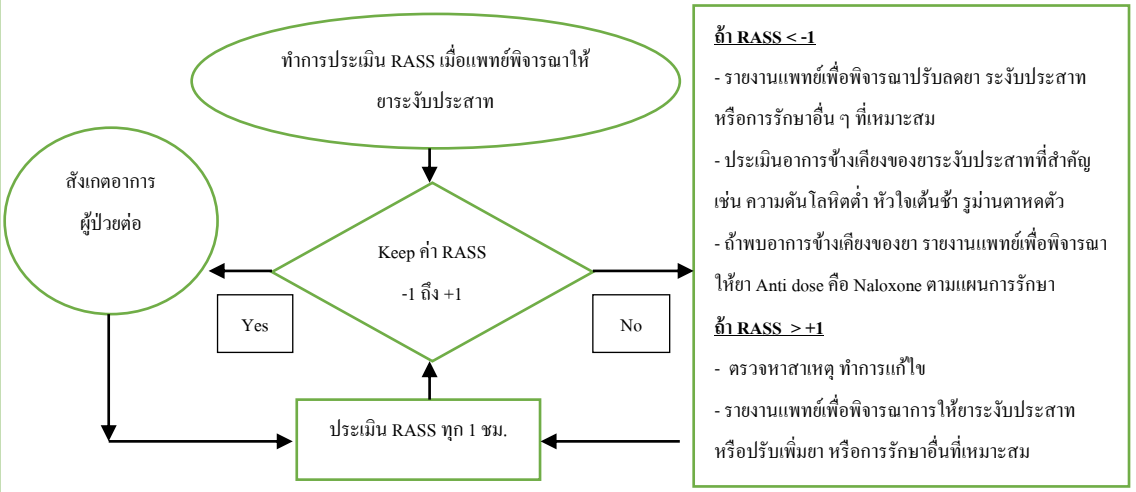
ด้านที่ 4 การบริหารจัดการ มี 2 กิจกรรม ได้แก่ 1) ด้านการบริหารจัดการเพื่อการเฝ้าระวังอย่างใกล้ชิด และ 2) การกำกับติดตามเพื่อการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง สรุปได้ ดังภาพที่ 1

ด้านที่ 1 การประเมินความเสี่ยงของการเกิดท่อช่วยหายใจเลื่อนหลุด

กิจกรรมที่ 1.1 ประเมินพฤติกรรมการเคลื่อนไหวเพื่อการผูกยึดจาก Motor Activity Assessment Scale (MAAS)



กิจกรรมที่ 1.2 การประเมินภาวะสับสนจาก The Richmond Agitation and Sedation Scale (RASS) เพื่อพิจารณาการได้รับยาระงับประสาทที่เหมาะสม



ด้านที่ 2 การดูแลขณะผู้ป่วยใส่ท่อช่วยหายใจ

กิจกรรมที่ 2.1 การวัด Cuff pressure

-วัด Cuff pressure ตามข้อบ่งชี้ และทำการวัดอย่างน้อยเวรละ 1 ครั้ง ให้แรงดันอยู่ระหว่าง 25-30 cmH2O โดยใช้วิธีการวัด Cuff pressure ตามแนวปฏิบัติการวัด Cuff pressure endotracheal tube โรงพยาบาลมหาสารคาม

กิจกรรมที่ 2.2 การดูดเสมหะ

- ดูดเสมหะเมื่อประเมินพบข้อบ่งชี้ โดยใช้วิธีการดูดเสมหะตามแนวปฏิบัติการดูดเสมหะ โรงพยาบาลมหาสารคาม

กิจกรรมที่ 2.3 การผูกยึดตรึงท่อช่วยหายใจ

- ประเมินตำแหน่ง/บันทึก ท่อช่วยหายใจแรกรับใหม่ รับย้าย/แรกรับเวร ทุกครั้ง ให้ตรงตามแผนการรักษา
- ยึดตรึงท่อช่วยหายใจแบบ 4 point technique
- ใช้พลาสเตอร์เหนียวกันน้ำติดท่อช่วยหายใจ
- เปลี่ยนพลาสเตอร์ทุก 24 ชม. หรือเมื่อเปียก หลุด หลวม เปื้อน
- ผู้ป่วยดิ้นมากใช้เชือกผูกเสริมความแข็งแรง

กิจกรรมที่ 2.4 การดูแลท่อช่วยหายใจและเครื่องช่วยหายใจ

- ตัดท่อช่วยหายใจให้โผล่พ้นปาก 2 นิ้ว
- ดูแลระบบความชื้นท่อทางเดินหายใจ อุณหภูมิ 32-34 หรือไม่เกิน 37 องศาเซลเซียส ไม่ให้มีน้ำขัง ดูท่อ/สายช่วยหายใจไม่ให้ดึงรั้ง หัก พับ งอ หลุด หลวม ทำการตรวจเช็คอย่างน้อย ทุก 2 ชั่วโมง
- ปรับ Setting/สัญญาณเตือนตามแผนการรักษา พบผิดปกติแก้ไขเบื้องต้น และรายงานแพทย์
- ส่งเสริมการหย่าเครื่องช่วยหายใจให้เร็วที่สุด/ประเมินความพร้อมในการหย่าเครื่องช่วยหายใจทุกวันในเวรดึก รายงานผลให้แพทย์เวรเช้ารับทราบเพื่อวางแผนการหย่าเครื่องช่วยหายใจ และถอดท่อช่วยหายใจต่อไป
- เตรียมอุปกรณ์รถฉุกเฉินให้พร้อมกรณีเกิดท่อช่วยหายใจเลื่อนหลุด
- ดูแลให้ได้รับออกซิเจนตามแผนการรักษา

ด้านที่ 3 การให้ข้อมูลการใส่ท่อช่วยหายใจและการสื่อสาร

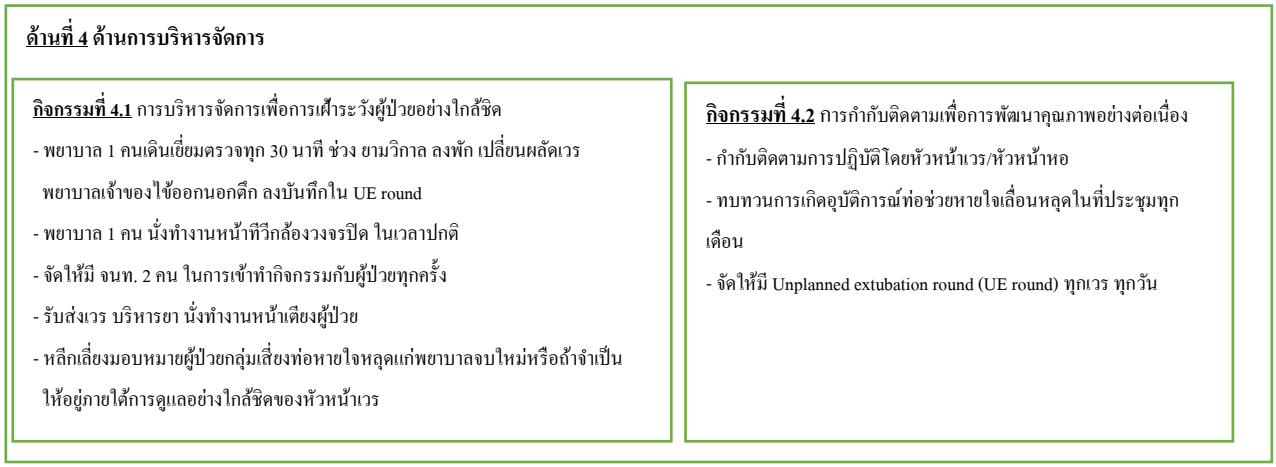
กิจกรรมที่ 3.1 การให้ข้อมูลการใส่ท่อช่วยหายใจกับผู้ป่วย/ญาติ

ให้ข้อมูลกับผู้ป่วยที่รู้สึกตัวดีเมื่อ รับใหม่/รับย้าย / ใส่ท่อช่วยหายใจใหม่ ทุกครั้ง เกี่ยวกับ

- แนะนำตัวสร้างสัมพันธภาพ
- วัตถุประสงค์ ข้อดี ข้อเสีย ภาวะแทรกซ้อนของการใส่ท่อช่วยหายใจ
- กิจกรรมการพยาบาลที่สำคัญขณะใส่ท่อช่วยหายใจ
- อันตรายจากการเลื่อนหลุดของท่อช่วยหายใจ

กิจกรรมที่ 3.2 การสื่อสารกับผู้ป่วย

- ประเมินความต้องการการสื่อสารของผู้ป่วย
- จัดเตรียมกระดาษ กระดาน ปากกา ดินสอให้ผู้ป่วยเขียนสื่อสาร
- ใช้ภาษากายในกรณีผู้ป่วยเขียนไม่ได้ เช่น ส่ายหน้า พยักหน้า
- จัดรูปภาพง่าย ๆ ที่เป็นการ์ตูนและมีคำบรรยายใต้ภาพใช้สื่อสารกับผู้ป่วย เช่น เหนื่อย หิว ปวด
- ให้การพยาบาลตามความต้องการที่ผู้ป่วยสื่อสาร/ อธิบายถ้าการพยาบาลนั้นไม่สามารถทำได้



ภาพที่ 1 แนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกเพื่อป้องกันท่อช่วยหายใจเลื่อนหลุดในหอผู้ป่วยหนักอายุรกรรม โรงพยาบาลมหาสารคาม

การตรวจสอบคุณภาพของแนวปฏิบัติการพยาบาล: ในระยะนี้ผู้วิจัยได้ให้ผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน ได้แก่ แพทย์ผู้เชี่ยวชาญทางอายุรกรรมด้านระบบหายใจ 1 ท่าน พยาบาลวิชาชีพระดับชำนาญการพิเศษสาขาการพยาบาลผู้ป่วยหนัก 2 ท่าน และอาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญการดูแลผู้ป่วยหนักที่มีปัญหาระบบการหายใจ 2 ท่าน ทำการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาและค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา ได้ค่า CVI เท่ากับ .97 และประเมินคุณภาพของแนวปฏิบัติการพยาบาลตาม AGREE II ได้คะแนนในแต่ละหมวดอยู่ระหว่างร้อยละ 70.83 - 96.35 ซึ่งมากกว่าร้อยละ 70 แสดงว่าเป็นแนวปฏิบัติที่มีคุณภาพ (Institute of Medical Research &Technology Assessment, 2013)

ระยะที่ 3 การทดลองใช้แนวปฏิบัติ มีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาผลของการใช้แนวปฏิบัติต่ออุบัติการณ์การเกิดท่อช่วยหายใจเลื่อนหลุดและศึกษาความเป็นไปได้ของการนำแนวปฏิบัติการพยาบาลไปใช้ โดยใช้รูปแบบ การวิจัยกึ่งทดลองแบบสองกลุ่มวัดครั้งเดียวหลังการทดลอง (The posttest-only with nonequivalent group)

กลุ่มตัวอย่างในการทดลองใช้แนวปฏิบัติ มี 2 กลุ่ม การคัดเลือกแบบเจาะจง ดังนี้

1. กลุ่มตัวอย่างที่เป็นพยาบาลในหอผู้ป่วยหนักอายุรกรรม จำนวน 12 คน มีเกณฑ์คัดเข้า คือ มีประสบการณ์ในการทำงานที่หอผู้ป่วยหนักอายุรกรรม ตั้งแต่ 1 ปีขึ้นไป และสมัครใจให้ความร่วมมือในการวิจัย มีเกณฑ์คัดออก คือ ไม่สามารถปฏิบัติงานในช่วงเวลาที่กำหนด

2. กลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้ป่วยที่ใส่ท่อช่วยหายใจที่เข้ารับการรักษาที่หอผู้ป่วยหนักอายุรกรรม มีเกณฑ์คัดเข้า ดังนี้ 1) อายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป 2) ใส่ท่อช่วยหายใจทางปาก 3) เป็นผู้ป่วยที่ใส่ท่อช่วยหายใจครั้งแรก 4) ระดับความรู้สึกตัวดีในระยะก่อนเข้าร่วมวิจัย 5) สามารถสื่อสาร ฟัง อ่านและเข้าใจ

ภาษาไทย และ 6) ผู้ป่วยและญาติยินยอมเข้าร่วมวิจัย มีเกณฑ์คัดออก คือผู้ป่วยที่ไม่ได้รับการดูแลตามแนวปฏิบัติการพยาบาลเนื่องจากย้ายออกหรือเสียชีวิต

ผู้วิจัยใช้โปรแกรม G*Power คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างด้วยสถิติ Chi-square ใช้ข้อมูลจากงานวิจัยของ Kimnarak et al. (2019) ที่มีค่า χ^2 = 79 ได้ค่าขนาดอิทธิพลเท่ากับ 0.56 กำหนดระดับนัยสำคัญที่ α = .05 อำนาจในการทดสอบที่ .80 ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้ป่วย กลุ่มละ 26 คน เพื่อป้องกันการสูญเสียของกลุ่มตัวอย่าง 15 % (Polit & Beck, 2017) ได้กลุ่มตัวอย่างเป็นกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองกลุ่มละ 31 คน รวมกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 62 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย มีดังนี้

1. เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย ประกอบด้วยคู่มือแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกเพื่อป้องกันท่อช่วยหายใจเลื่อนหลุดและแผนผังแนวปฏิบัติการพยาบาล ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวิจัยและวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวม ได้แก่

2.1 แบบบันทึกข้อมูลทั่วไปและข้อมูลการเจ็บป่วยของกลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้ป่วย ประกอบด้วย เพศ อายุ และการวินิจฉัยโรค

2.2 แบบบันทึกอุบัติการณ์การเกิดท่อช่วยหายใจเลื่อนหลุด ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม มี 4 ข้อคำถาม แบบเติมคำในช่องว่าง ได้แก่ 1) จำนวนผู้ป่วยที่ใส่ท่อช่วยหายใจทั้งหมด 2) จำนวนผู้ป่วยที่เกิดท่อช่วยหายใจเลื่อนหลุดทั้งหมด 3) จำนวนครั้งของการเกิดท่อช่วยหายใจเลื่อนหลุดทั้งหมด และ 4) จำนวนวันใส่ท่อช่วยหายใจของผู้ป่วยทั้งหมด

2.3 แบบบันทึกข้อมูลทั่วไปของพยาบาล ประกอบด้วย เพศ อายุ วุฒิการศึกษา ประสบการณ์ในการทำงาน ประสบการณ์ในการทำงานในหอผู้ป่วยหนัก การอบรมเฉพาะทางการพยาบาลผู้ป่วยวิกฤตและการอบรมการพยาบาลป้องกันท่อช่วยหายใจเลื่อนหลุด

2.4 แบบประเมินความเป็นไปได้ในการนำแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกเพื่อป้องกันท่อช่วยหายใจเลื่อนหลุดไปใช้ที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม โดยใช้แนวทางการประเมินความเป็นไปได้ในการนำแนวปฏิบัติการพยาบาลมาใช้ ของ Polit and Beck (2017) เป็นแบบเลือกตอบ 2 ทางเลือก คือ ตอบใช่ (ให้ 1 คะแนน) ตอบไม่ใช่ (ให้ 0 คะแนน) มี 5 ด้าน รวม 17 ข้อ ดังนี้ 1) ด้านความสอดคล้องกับปัญหาทางคลินิก (2 ข้อ) 2) ด้านความหมายเชิงของศาสตร์ (2 ข้อ) 3) ด้านแนวโน้มความเป็นไปได้ในการนำไปใช้ในการปฏิบัติ (3 ข้อ) 4) ด้านความเป็นไปได้ในการนำไปใช้ (6 ข้อ) และ 5) ด้านความคุ้มค่าในการนำไปใช้ (4 ข้อ) คะแนนรวมอยู่ระหว่าง 0 - 17 คะแนน การแปลผลคะแนนในภาพรวม แบ่งความเป็นไปได้ของการนำไปใช้ 3 ระดับ ดังนี้ ระดับน้อย (0 – 5.66 คะแนน) ระดับปาน

กลาง (5.67 – 11.33 คะแนน) และระดับมาก (11.34 – 17 คะแนน) ผ่านการตรวจความตรงของเนื้อหาและหาค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิชุดเดิม ได้ค่า CVI เท่ากับ 1 แบบประเมินนี้ไม่ได้หาค่าความเที่ยงเนื่องจากไม่สามารถสอบถามพยาบาลทั่วไปที่ไม่ได้ใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลนี้ได้

วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

ระยะเวลาในการทดลองระหว่างเดือนวันที่ 1 พฤษภาคม พ.ศ. 2566 ถึง 15 สิงหาคม พ.ศ. 2566 มีการดำเนินการดังนี้

1. เมื่อได้รับการอนุมัติให้เก็บข้อมูล ผู้วิจัยเข้าพบหัวหน้าหอผู้ป่วยและพยาบาลหอผู้ป่วยหนักอายุรกรรมเพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์และขอความร่วมมือในการเข้าร่วมวิจัย

2. ผู้วิจัยประสานงานกับพยาบาลประจำหอผู้ป่วยให้คัดเลือกผู้ป่วยตามเกณฑ์คัดเข้าและแนะนำผู้วิจัยให้รู้จักกับผู้ป่วยและญาติ ผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัยและขอความร่วมมือในการเข้าร่วมวิจัย หากผู้ป่วยยินดีเข้าร่วมวิจัยให้ลงนามในใบยินยอมเข้าร่วมวิจัย

3. ผู้วิจัยเก็บข้อมูลตามแบบบันทึกข้อมูลทั่วไปและข้อมูลการเจ็บป่วยของกลุ่มตัวอย่าง หลังจากนั้นดำเนินการวิจัยในกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองตามลำดับ ระยะเวลาของการทดลองใช้เวลาประมาณ 5 - 7 วัน เนื่องจากเป็นระยะเวลาที่ผู้ป่วยได้รับการถอดท่อช่วยหายใจได้ โดยดำเนินการดังนี้

กลุ่มควบคุม

1. ผู้ป่วยกลุ่มควบคุมได้รับการดูแลตามปกติ จากพยาบาลประจำหอผู้ป่วย 12 คน ตามแนวทางการดูแลผู้ป่วยใส่ท่อช่วยหายใจ ได้แก่ การดูแลผู้ป่วยที่ใส่ท่อช่วยหายใจและเครื่องช่วยหายใจ การดูแลการหย่าเครื่องช่วยหายใจ การป้องกันติดเชื้อจากการใช้เครื่องช่วยหายใจ มีการผูกยึดผู้ป่วยเมื่อมีอาการกระสับกระส่าย มีการรายงานแพทย์เพื่อให้ยาระงับประสาท จนครบ 31 คน

2. ผู้วิจัยเก็บข้อมูลการเกิดท่อช่วยหายใจเลื่อนหลุดจากแบบบันทึกอุบัติการณ์การเกิดท่อช่วยหายใจเลื่อนหลุด

กลุ่มทดลอง

1. หลังจากเก็บข้อมูลในกลุ่มควบคุมเสร็จแล้วก่อนดำเนินการวิจัยในกลุ่มทดลอง ผู้วิจัยดำเนินการอบรมเชิงปฏิบัติการเรื่องการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกเพื่อป้องกันท่อช่วยหายใจเลื่อนหลุด ให้กับพยาบาลผู้ใช้แนวปฏิบัติการพยาบาล 12 คน มีการบรรยายให้ความรู้ 1 ชั่วโมง มีการสาธิตการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาล 2 ชั่วโมง และให้ทดลองฝึกปฏิบัติ 3 ชั่วโมง มีการหมุนเวียนพยาบาลเข้าอบรมจนครบทุกคน ใช้เวลาทั้งหมด 2 วัน

2. กลุ่มทดลองได้รับการพยาบาลตามแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกเพื่อป้องกันท่อช่วยหายใจเลื่อนหลุด จากพยาบาลที่ผ่านการอบรมการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาล ระยะเวลาของการทดลอง 5 – 7 วัน ตามภาพที่ 1 จนครบ 31 คน

3. ผู้วิจัยเก็บข้อมูลการเกิดท่อช่วยหายใจเลื่อนหลุดจากแบบบันทึกอุบัติการณ์การเกิดท่อช่วยหายใจเลื่อนหลุด

การเก็บข้อมูลในกลุ่มพยาบาลผู้ใช้แนวปฏิบัติการพยาบาล

หลังจากทดลองใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลแล้ว ผู้วิจัยเก็บข้อมูลจากพยาบาล 12 คน ตามแบบบันทึกข้อมูลทั่วไปของพยาบาล และแบบประเมินความเป็นไปได้ในการนำแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกเพื่อป้องกันท่อช่วยหายใจเลื่อนหลุดไปใช้ ให้พยาบาลเป็นผู้ตอบใช้เวลา 15 นาที

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ 1) สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ หาค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 2) เปรียบเทียบสัดส่วนของผู้ป่วยท่อช่วยหายใจเลื่อนหลุดระหว่างควบคุมและกลุ่มทดลองใช้ Chi-square 3) อุบัติการณ์การเกิดท่อช่วยหายใจเลื่อนหลุด มีหน่วยเป็นครั้งต่อ 1,000 วันใส่ท่อช่วยหายใจ คำนวณจาก (จำนวนครั้งของการเกิดท่อช่วยหายใจเลื่อนหลุดทั้งหมด X 1,000) / จำนวนวันรวมทั้งหมดของการใส่ท่อช่วยหายใจ

การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง

งานวิจัยนี้ได้ผ่านการรับรองด้านจริยธรรมของคณะกรรมการการพิจารณาการทำวิจัยในคนของมหาวิทยาลัยมหาสารคาม (เลขที่การรับรอง: 157 – 007 / 2566) และการทำวิจัยในมนุษย์ของโรงพยาบาลมหาสารคาม (เลขที่โครงการวิจัย:MSKH_REC 66-01-015 และ COA No 66/013) การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่างในกลุ่มควบคุม ผู้ป่วยได้รับการดูแลตามแนวทางการพยาบาลของหอผู้ป่วยหนักอายุรกรรมจนสามารถถอดท่อช่วยหายใจได้ภายใน 5 - 7 วัน

ผลการวิจัย: ระยะทดลองใช้แนวปฏิบัติการพยาบาล

ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มควบคุม ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ร้อยละ 51.61 อายุเฉลี่ยเท่ากับ 59.81 ปี ในกลุ่มทดลอง ส่วนมากเป็นเพศชาย ร้อยละ 61.29 อายุเฉลี่ยเท่ากับ 63.84 ปี

อุบัติการณ์การเกิดท่อช่วยหายใจเลื่อนหลุด ในกลุ่มควบคุมมีผู้ป่วยที่เกิดท่อช่วยหายใจเลื่อนหลุด 2 ราย (2 ครั้ง) คิดเป็นร้อยละ 6.45 มีอุบัติการณ์การเกิดท่อช่วยหายใจเลื่อนหลุด 8.47 ครั้งต่อ 1,000 วันใส่ท่อช่วยหายใจ ในกลุ่มทดลองมีจำนวนผู้ป่วยที่เกิดท่อช่วยหายใจเลื่อนหลุด 1 ราย (1 ครั้ง) คิดเป็นร้อยละ 3.23 มีอุบัติการณ์การเกิดท่อช่วยหายใจเลื่อนหลุด 4.44 ครั้ง ต่อ 1,000 วันใส่ท่อ

ช่วยหายใจ พบว่า สัดส่วนของผู้ป่วยที่เกิดท่อช่วยหายใจเลื่อนหลุดระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองไม่แตกต่างกัน ($\chi^2 = .350$, $p > .05$) ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบสัดส่วนของผู้ป่วยที่เกิดท่อช่วยหายใจเลื่อนหลุดระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง

การเกิดท่อช่วยหายใจเลื่อนหลุด	กลุ่มควบคุม		กลุ่มทดลอง		χ^2 ค่าสถิติ	P - value
	จำนวน(ครั้ง)	ร้อยละ	จำนวน(ครั้ง)	ร้อยละ		
เกิดท่อช่วยหายใจเลื่อนหลุด	2	6.45	1	3.23	.350	.554
ไม่เกิดท่อช่วยหายใจเลื่อนหลุด	29	93.55	30	96.77		

ความเป็นไปได้ของการนำแนวปฏิบัติการพยาบาลไปใช้

ผลการวิจัยพบว่า พยาบาลส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 91.67 อายุเฉลี่ย 32.92 ปี วุฒิการศึกษาระดับปริญญาตรี ร้อยละ 100 ได้รับการอบรมเฉพะทางการพยาบาลผู้ป่วยวิกฤต 4 เดือน ร้อยละ 58.33 ไม่ได้รับการอบรมเกี่ยวกับการพยาบาลเพื่อป้องกันการเกิดท่อช่วยหายใจเลื่อนหลุด ร้อยละ 91.67 พยาบาลมีความคิดเห็นความเป็นไปได้ในการนำแนวปฏิบัติการพยาบาลไปใช้รายข้ออยู่ระหว่าง ร้อยละ 91.67 - 100 (ตารางที่ 2) และพยาบาล ร้อยละ 100 มีคะแนนความเป็นไปได้ในการนำแนวปฏิบัติการพยาบาลไปใช้อยู่ในระดับมาก (ตารางที่ 3)

ตารางที่ 2 ความคิดเห็นความเป็นไปได้ในการนำแนวปฏิบัติการพยาบาลไปใช้ (n = 12)

กิจกรรมการพยาบาล	ใช่	ไม่ใช่
	จำนวน(ร้อยละ)	จำนวน(ร้อยละ)
1. ด้านความสอดคล้องกับปัญหาทางคลินิก		
1.1 แนวปฏิบัติการพยาบาลนี้สอดคล้องและตรงกับปัญหาที่เกิดขึ้นในหน่วยงาน	12(100)	0
1.2 แนวปฏิบัติการพยาบาลนี้พัฒนามาจากหลักฐานเชิงประจักษ์ที่ใช้แก้ปัญหาที่เกิดขึ้นได้จริง	12(100)	0
2. ด้านความหมายในเชิงของศาสตร์		
2.1 แนวปฏิบัติการพยาบาลนี้พัฒนามาจากหลักฐานเชิงประจักษ์ที่มีความน่าเชื่อถือได้	12(100)	0
2.2 แนวปฏิบัติการพยาบาลนี้มีความหมายและความสำคัญสำหรับ	12(100)	0

กิจกรรมการพยาบาล	ใช่	ไม่ใช่
	จำนวน(ร้อยละ)	จำนวน(ร้อยละ)
วิชาชีพพยาบาล		
3. ด้านแนวโน้มความเป็นไปได้ในการนำไปใช้ในการปฏิบัติ		
3.1 แนวปฏิบัติการพยาบาลนี้มีความเหมาะสมกับลักษณะของผู้ป่วยในหน่วยงาน	12(100)	0
3.2 แนวปฏิบัติการพยาบาลนี้มีประโยชน์สำหรับผู้ป่วยในหน่วยงาน	12(100)	0
3.3 แนวปฏิบัติการพยาบาลนี้ใช้เวลาในการปฏิบัติและการประเมินผลไม่ยาวนานเกินไป	12(100)	0
4. ด้านความเป็นไปได้ในการนำไปใช้		
4.1 แนวปฏิบัติการพยาบาลนี้พยาบาลสามารถปฏิบัติได้ตามบทบาทอิสระของวิชาชีพ	12(100)	0
4.2 แนวปฏิบัติการพยาบาลนี้ไม่รบกวนการทำงานตามปกติของพยาบาล	11(91.67)	1(8.33)
4.3 โรงพยาบาลมีการสนับสนับสนุนให้นำแนวปฏิบัติการพยาบาลนี้ไปใช้ในหน่วยงาน	11(91.67)	1(8.33)
4.4 บุคลากรเห็นประโยชน์ของการนำแนวปฏิบัติการพยาบาลนี้มาใช้ในหน่วยงาน	12(100)	0
4.5 วิธีการปฏิบัติตามแนวปฏิบัติการพยาบาลนี้ไม่ยุ่งยาก ซับซ้อน	12(100)	0
4.6 แนวปฏิบัติการพยาบาลนี้สามารถนำมาใช้ในหน่วยงานได้	12(100)	0
5. ความคุ้มค่าในการนำไปใช้		
5.1 การปฏิบัติตามแนวปฏิบัติการพยาบาลนี้ทำให้เกิดอันตรายต่อผู้ป่วยน้อย	12(100)	0
5.2 แนวปฏิบัติการพยาบาลนี้ก่อให้เกิดประโยชน์และคุ้มค่าในการนำไปปฏิบัติ	12(100)	0
5.3 แนวปฏิบัติการพยาบาลนี้ไม่สิ้นเปลืองค่าใช้จ่าย เนื่องจากใช้วัสดุและอุปกรณ์ที่มีอยู่	12(100)	0
5.4 การปฏิบัติตามแนวปฏิบัติการพยาบาลนี้ไม่จำเป็นต้องเพิ่มจำนวนบุคคลากร	12(100)	0

ตารางที่ 3 ระดับคะแนนความเป็นไปได้ในการนำไปใช้ของแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกเพื่อป้องกันท่อช่วยหายใจเลื่อนหลุดในหอผู้ป่วยหนักอายุรกรรม โรงพยาบาลมหาสารคาม

ระดับคะแนน	จำนวนพยาบาล	ร้อยละ
น้อย (0 - 5.66)	0	0
ปานกลาง (5.67 - 11.33)	0	0
มาก (11.34 - 17)	12	100

อภิปรายผล

การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกเพื่อป้องกันท่อช่วยหายใจเลื่อนหลุดในหอผู้ป่วยอายุรกรรม โรงพยาบาลมหาสารคาม พัฒนาครอบคลุมตามปัญหาที่พบในคลินิก เพื่อใช้ในผู้ป่วยรู้สึกตัวดีที่พบปัญหาว่า การเกิดท่อช่วยหายใจเลื่อนหลุด ส่วนใหญ่เกิดในผู้ป่วยที่รู้สึกตัวดี ไม่ได้ใช้การประเมิน MASS เพื่อการผูกยึด ไม่ได้ใช้การประเมิน RASS เพื่อให้ยาระงับประสาท เกิดในห้องแยก เกิดขณะพยาบาลไม่ได้อยู่กับผู้ป่วย เช่น ขณะให้การดูแลผู้ป่วยรายอื่น ขณะพักระหว่างเวร และเกิดในเวรดึก แนวปฏิบัติการพยาบาลนี้มีองค์ประกอบที่สำคัญสอดคล้องกับงานวิจัยที่ผ่านมาและมีการปรับปรุงขั้นตอนและแนวทางการดูแลให้ชัดเจนขึ้น มี 4 ด้าน ได้แก่ 1) การประเมินความเสี่ยงของการเกิดท่อช่วยหายใจเลื่อนหลุด 2) การดูแลขณะผู้ป่วยใส่ท่อช่วยหายใจ 3) การให้ข้อมูลการใส่ท่อช่วยหายใจและการสื่อสาร และ 4) การบริหารจัดการ แนวปฏิบัติการพยาบาลมีค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาเท่ากับ .97 และมีคะแนน AGREE II อยู่ระหว่างร้อยละ 70.83 - 96.35 ถือว่าเป็นแนวปฏิบัติการพยาบาลที่มีคุณภาพ เนื่องมาจากผู้วิจัยได้พัฒนาตามขั้นตอนของการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลตามหลักฐานเชิงประจักษ์ของศูนย์ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง (Soukup, 2000) ทำให้ได้เห็นปัญหาในหน่วยงานและได้ทบทวนงานวิจัยที่ส่วนใหญ่มีระดับความน่าเชื่อถืออยู่ในระดับ 2 เป็นงานวิจัยเชิงทดลองและกึ่งทดลอง ร้อยละ 76.92 น้ำหนักของข้อเสนอแนะอยู่ในระดับ A ทั้งหมดร้อยละ 100

เมื่อนำไปทดลองใช้พบว่า กลุ่มทดลองมีการเกิดท่อช่วยหายใจเลื่อนหลุด 1 คน ในขณะที่กลุ่มควบคุมมี 2 คน การที่ผู้ป่วยกลุ่มทดลองเกิดท่อช่วยหายใจเลื่อนหลุดจากการดึงท่อช่วยหายใจ พบว่าผู้ป่วยรายนี้เป็นผู้ป่วยสูงอายุ ในขณะที่พยาบาลทำความสะอาดร่างกายให้ในเวรดึกเวลา 5.30 น. ผู้ป่วยรู้สึกตัวดีและให้ความร่วมมือดี หลังจากนั้นพยาบาลประเมิน MASS ได้ 3 คะแนน แต่ผู้ป่วยมีประวัติดึงสายให้สารน้ำในเวรบ่าย พยาบาลจึงผูกยึดมือทั้ง 2 ข้าง ตามแนวปฏิบัติการพยาบาล ประมาณ 6.00 น. ผู้ป่วยมีภาวะสับสนเฉียบพลัน ประเมิน MAAS ได้ 5 คะแนน และโน้มตัวดึงท่อช่วยหายใจออก ในขณะที่พยาบาลกำลังให้การพยาบาลผู้ป่วยอื่น และเมื่อวิเคราะห์ข้อมูลพบว่าสัดส่วนของผู้ป่วยที่เกิดท่อช่วย

หายใจเลื่อนหลุดระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองไม่แตกต่างกัน ซึ่งอาจเกิดจากการทดลองในช่วงระยะเวลาสั้นประมาณ 1 เดือนครึ่ง จึงพบการลดลงของการเกิดท่อช่วยหายใจเลื่อนหลุดไม่ชัดเจน อย่างไรก็ตามกลุ่มทดลองมีแนวโน้มของอุบัติการณ์การเกิดท่อช่วยหายใจเลื่อนหลุดลดลงจากก่อนการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาล จาก 7.53 ครั้ง เป็น 4.44 ครั้งต่อ 1,000 วันใส่ท่อช่วยหายใจ ซึ่งเป็นไปตามเกณฑ์ที่โรงพยาบาลมหาสารคามกำหนดคือ ≤ 5 ครั้งต่อ 1,000 วันใส่ท่อช่วยหายใจ ในขณะที่กลุ่มควบคุมมีอุบัติการณ์การเกิดท่อช่วยหายใจเลื่อนหลุด 8.47 ต่อ 1,000 วันใส่ท่อช่วยหายใจซึ่งสูงกว่าเกณฑ์ที่โรงพยาบาลกำหนด

เมื่อเทียบอุบัติการณ์การเกิดท่อช่วยหายใจเลื่อนหลุดหลังใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลในหอผู้ป่วยหนักอายุรกรรมของโรงพยาบาลอื่นจากงานวิจัยที่ผ่านมา พบว่าแนวปฏิบัติการพยาบาลที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นมีอุบัติการณ์การเกิดท่อช่วยหายใจเลื่อนหลุดน้อยกว่างานวิจัยของ Na Nakhon (2020) ที่ทดลองใช้แนวปฏิบัติการพยาบาล 3 เดือนพบว่า มีอุบัติการณ์การเกิดท่อช่วยหายใจเลื่อนหลุด เท่ากับ 7.52 ครั้งต่อ 1,000 วันใส่ท่อช่วยหายใจ การที่อุบัติการณ์เกิดท่อช่วยหายใจเลื่อนหลุดของผู้วิจัยน้อยกว่าเนื่องจากผู้วิจัยได้พัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลตามข้อเสนอแนะของ Na Nakhon (2020) โดยมีการกำกับติดตามให้มีการประเมิน MASS เพื่อการผูกยึดอย่างสม่ำเสมอ มีแนวทางการผูกยึดที่ชัดเจนและพัฒนาผ้าผูกยึดมือและถุงมือนวมเพื่อป้องกันการดึงท่อช่วยหายใจ มีการเพิ่มการประเมิน RASS และมีการรายงานแพทย์เพื่อให้ยาระงับประสาท ตามข้อเสนอแนะของ Akkharawanasakun et al. (2020) มีการประเมินความพร้อมในการหย่าเครื่องช่วยหายใจตามข้อเสนอแนะของ Puangfuang (2014) เมื่อเทียบกับการศึกษาของ Meksamut et al. (2023) ที่ศึกษาในผู้ป่วย 30 คน ในเวลา 2 เดือน พบว่า อุบัติการณ์การเกิดท่อช่วยหายใจเลื่อนหลุดลดลงจาก 9.54 ครั้ง เป็น 4.1 ครั้งต่อ 1,000 วันใส่ท่อช่วยหายใจ ซึ่งได้ผลวิจัยใกล้เคียงกับงานวิจัยของผู้วิจัย และพบว่ามีการประเมิน MASS เพื่อการผูกยึดเหมือนกัน นอกจากนี้มีผลการวิจัยสนับสนุนว่าเมื่อใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลในระยะที่นานขึ้นในกลุ่มตัวอย่างที่มากขึ้น พบว่าอุบัติการณ์การเกิดท่อช่วยหายใจเลื่อนหลุดลดลง ที่ใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลในเวลา 7 เดือน ในกลุ่มตัวอย่าง 362 คน พบอุบัติการณ์การเกิดท่อช่วยหายใจเลื่อนหลุดลดลง และมีข้อเสนอแนะว่าการส่งเสริมให้พยาบาลใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลอย่างต่อเนื่องและนิเทศอย่างสม่ำเสมอ ช่วยลดอุบัติการการเกิดท่อช่วยหายใจเลื่อนหลุด (Akkharawanasakun et al. , 2020) ซึ่งผู้วิจัยได้นำมาใช้ในการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลร่วมด้วย และควรเพิ่มระยะเวลาในการทดลองใช้

ผลการวิจัยพบว่าพยาบาลร้อยละ 100 มีความเห็นว่ามีความเป็นไปได้ในการนำแนวปฏิบัติการพยาบาลไปใช้ มีคะแนนรายข้ออยู่ระหว่างร้อยละ 91.67 - 100 เมื่อเทียบกับงานวิจัยอื่นที่พบว่ามีคะแนนอยู่ระหว่างร้อยละ 84.10 - 81.80 (Sukkul et al., 2020) แสดงว่าแนวปฏิบัติการพยาบาลที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น

มีโอกาสที่จะนำไปปรับปรุงแล้วไปเผยแพร่และใช้จริงในหน่วยงานในระยะที่ 4 ของการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลต่อไป

สรุป

แนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกเพื่อป้องกันท่อช่วยหายใจเลื่อนหลุดนี้มีจุดเด่นคือ 1) พัฒนาตามรูปแบบการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ในการปฏิบัติของศูนย์ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงที่มีวิธีการที่ชัดเจนเหมาะสำหรับการแก้ปัญหาในคลินิก 2) มีการประเมินคุณภาพของแนวปฏิบัติการพยาบาลตาม AGREE II 3) การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลมาจากการวิเคราะห์ปัญหาในหน่วยงานและจากการทบทวนวรรณกรรม มีการนำข้อเสนอแนะจากงานวิจัยมาใช้ในการแก้ปัญหาได้ครอบคลุม ประกอบด้วย 4 ด้าน 1) ด้านการประเมินความเสี่ยงของการเกิดท่อช่วยหายใจเลื่อนหลุด มีการประเมินทั้งการใช้ MASS เพื่อการผูกยึด และการใช้ RASS เพื่อพิจารณาการได้รับยาระงับประสาทที่เหมาะสม 2) ด้านการดูแลขณะผู้ป่วยใส่ท่อช่วยหายใจ มีแนวทางการผูกยึดท่อช่วยหายใจและมีวิธีการประเมินการหย่าเครื่องช่วยเพื่อช่วยให้ผู้ป่วยหย่าเครื่องช่วยหายใจได้เร็วขึ้น 3) ด้านการให้ข้อมูลการใส่ท่อช่วยหายใจและการสื่อสาร และ 4) ด้านการบริหารจัดการ มีแนวทางการบริหารจัดการเพื่อเฝ้าระวังผู้ป่วยอย่างใกล้ชิด เมื่อทดลองใช้แนวปฏิบัติพบว่า กลุ่มทดลองมีอุบัติการณ์เกิดท่อช่วยหายใจเลื่อนหลุดลดลงจากก่อนการใช้แนวปฏิบัติ 4.44 ครั้งต่อ 1,000 วันใส่ท่อช่วยหายใจ ซึ่งน้อยกว่ากลุ่มควบคุมที่เกิด 8.47 ครั้งต่อ 1,000 วันใส่ท่อช่วยหายใจ แต่สัดส่วนของผู้ป่วยที่เกิดท่อช่วยหายใจเลื่อนหลุดระหว่างสองกลุ่มไม่แตกต่างกัน พยาบาลร้อยละ 100 มีความเห็นว่ามีความเป็นไปได้ในการนำแนวปฏิบัติไปใช้

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะในการนำงานวิจัยไปใช้ประโยชน์

1. แนวปฏิบัติการพยาบาลมีความเป็นไปได้ในการนำไปใช้ แต่เนื่องจากมีการทดลองใช้ในระยะเวลาสั้น พยาบาลควรนำแนวปฏิบัติไปทดลองใช้ในระยะเวลาที่นานขึ้น

2. ทางหอผู้ป่วยหนักอายุรกรรมควรมีการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลต่อในระยะที่ 4 โดยพยาบาลมีการประชุมร่วมกันเพื่อพิจารณาว่าจะนำแนวปฏิบัติไปใช้ต่อไปหรือจะปรับปรุงขั้นตอนใดในแนวปฏิบัติก่อนนำไปใช้จริง เช่น มีการเฝ้าระวังผู้ป่วยที่เสี่ยงต่อการเกิดภาวะสับสนเฉียบพลัน เช่น สูงอายุหรือผู้ที่เคยมีประวัติดึงสายต่าง ๆ

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

เพิ่มระยะเวลาการเก็บข้อมูลและเพิ่มจำนวนกลุ่มตัวอย่างให้มากขึ้น เช่น 3 เดือน 6 เดือน เพื่อให้ได้ผลการวิจัยชัดเจนขึ้น

รายการอ้างอิง (References)

Abbas, A., & Lutfy, S. M. (2019). Incidence, risk factors, and consequences of unplanned extubation. *The Egyptian Journal of Chest Diseases and Tuberculosis, 68*(3) , 346 - 350. http://doi.org/10.4103/ejcdt.ejcdt_165_18

Akkharawanasakun, B., Wangwan, K., & Mongkhonittivech, N. (2020) . Effect of implementing clinical practice guidelines for unplanned endotracheal extubation prevention in medical intensive care unit 2, Chiangrai Prachanukroh Hospital. *Changrai Medical Journal, 12*(1), 73 - 81. https://he01.tci-thaijo.org/index.php/crmjournal/article/view/217537

Berkow, L., & Kanowitz, A. (2020). COVID-19 Putting patients at risk of unplanned extubation and airway providers at increased risk of contamination. *Anesthesia and Analgesia*, *131*(1), e41 – e43. http://doi.org/10.1213/ANE.0000000000004890

Fujishima, S. (2023). Guideline-based management of acute respiratory failure and acute respiratory distress syndrome. *Journal Intensive Care*, *11*, https://doi.org/10.1186/s40560-023-00658-3

Institute of Medical Research & Technology Assessment. (2013, September). *Appraisal of Guideline for Research & Evaluation II; AGREE II.* https://www.agreetrust.org/wp-content/uploads/2017/12/AGREE-II-Users-Manual-and-23-item-Instrument-2009-Update-2017.pdf

Kimnarak, S., Sukhong, R., Pimdee, Y., & Jaigra, S. (2019). Effectiveness of implementing clinical nursing practice guideline for preventing unplanned extubation in intensive care unit at Nakhonpathom Hospital. *Region 4-5 Medical Journal, 38*(3) , 210 - 225. https://he02.tci-thaijo.org/index.php/reg45/article/view/217969

Mahmood, S.A., Mahmood, O.S., El-Menyar, A.A., Asim, M.M., Abdelbari, A.A., Chughtai, T.S., & Al-Thani, H.A. (2019). Self-extubation in patients with traumatic head injury: determinants, complications, and outcomes. *Anesthesia, Essays and Researches*, *13*(3), 589 – 595. http://doi.org/10.4103/aer.AER_92_19

Meksamut, T., Sahmaae, N., Khanbo, K., Saelim, K., Pasor, A., Agasa, R., Naosuwan, K., & Sahaworapan, T. (2023). Developing nursing guidelines to prevent unplanned endotracheal tube removal in patients admitted to medical intensive care unit. *Journal Princess of Naradhiwas University*, *15*(2), 15 - 33. https://li01.tci-thaijo.org/index.php/pnujr/article/view/255592

Na Nakhon, N. (2020) . Effectiveness of implementing clinical nursing practice guidelines for prevention of unplanned endotracheal extubations in Medical Intensive Care Unit, Suratthani Hospital. *Journal of Health Research and Innovation, 3*(2) , 30 - 44. https://he02.tci-thaijo.org/ index.php/jhri/article/view/246614

Pokathip, S., Salakkhun, P., Suttiprapa, T., Datawee, P., Kwanchang, P., & Sanaphrom, N. (2019). Prevalence risk factor and nursing care of unplanned extubation: an integrative review. *Journal of Health Science Boromarajonani College of Nursing Sunpasitthiprasong, 3*(3), 53 - 67. https://he01.tci-thaijo.org/index.php/bcnsp/article/view/204378

Polit, D.F. & Beck, C.T. (2017). *Nursing research: generating and assessing evidence for nursing practice* (10th ed.). Wolters Kluwer Health.

Puangfuang, K. (2014) . *Effective of implementing clinical practice guidelines for prevention of unplanned endotracheal extubation in Medical Intensive Care Unit, Buddhachinaraj Hospital, Phitsanulok Province* [Master Thesis]. Chiang Mai University.

Salakkhum, P., Pokathip, S., jareunsee, P., Wasombat, O., Phumthong, P., Saythong, S., (2019) . Situation of unplanned extubation Sanpasitthiprasong Hospital. *Journal of Medicine Sunpasitthiprasong Hospital*, *40*(1-3), 51 - 60. https://he02.tci-thaijo.org/index.php/sanpasit_medjournal/article/view/249374

Soukup, S.M. (2000). The Center for Advanced Nursing Practice Evidence-based Practice Model: promoting the scholarship of practice. *Nebraska Nursing Clinics of North America, 35*(2), 301 - 309. https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/10873242/

Sukkul, A., Sriwantha, S., & Phatharapreeyakul, L. (2020). The effect of utilizing clinical nursing practice guideline for prevention incidence of unplanned extubation in critically Ill patients. *Journal of Nursing Division*, *47*(3) , 122 - 141. https://he01.tci-thaijo.org/index.php/JND/article/view/249943

The Joanna Briggs Institute. (2015). *Joanna Briggs Institute Reviewers' Manual 2015 methodology for JBI scoping reviews.* https://reben.com.br/revista/wp-content/uploads/2020/10/Scoping .pdf

Thongjam, R. (2020). Development of clinical nursing practice guideline for prevention unplanned extubation. *Journal of Vongchavalitkul University*, *33*(1) , 31 - 39. https://ph01.tci-thaijo.org/index.php/vujournal/article/view/241975

ความชุกและรูปแบบของภาวะเศร้าหลังคลอดในมารดาหลังคลอดปกติและผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง

Prevalence and Model of postpartum blues among Mother with Normal Labor and Cesarean Section

รัชดา พ่วงประสงค์[1*], อรอนงค์ บัวลา[1], ชิดชนก สิทธารถศักดิ์[1]

Rachada Phuangprasonka[1*], Onanong Buala[1], Chidchanok Sittaratasak[1]

(Received: July 16, 2023; Revised: October 27, 2023; Accepted: November 8, 2023)

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาความชุกและรูปแบบของภาวะเศร้าหลังคลอดในมารดาหลังคลอดปกติและผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง กลุ่มตัวอย่างเป็นมารดาที่มีภาวะเศร้าหลังคลอดในรายคลอดปกติและผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องที่พักฟื้นหลังคลอด ณ หอผู้ป่วยสูติกรรมหลังคลอด โรงพยาบาลสมุทรปราการ จำนวน 357 ราย เครื่องมือวิจัยเป็นแบบสอบถามเกี่ยวกับข้อมูลส่วนบุคคลและอารมณ์เศร้าหลังคลอดของ Kennerley and Gath (1989) ซึ่งแปลเป็นภาษาไทยและแปลย้อนกลับ โดย Phuangprasonka et al. (2016) ที่มีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.79 วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลและภาวะเศร้าหลังคลอดด้วยการแจกแจงความถี่ร้อยละ ค่าพิสัย ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ทดสอบความแตกต่างสำหรับคะแนนอารมณ์เศร้า ระหว่างกลุ่มโดยใช้ Independent t-test ผลการศึกษาพบว่า ความชุกของภาวะเศร้าหลังคลอดระหว่างวันที่ 1 - 3 หลังคลอด คิดเป็นร้อยละ 43.9 ในมารดาคลอดปกติ และคิดเป็นร้อยละ 58.4 ในมารดาผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง โดยพบว่า ทั้งมารดาคลอดปกติและผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องจะมีรูปแบบของภาวะเศร้าหลังคลอดสูงสุดในวันแรกและค่อย ๆ ลดลงในวันที่ 2 และ 3 ตามลำดับ และเมื่อทดสอบความแตกต่างของคะแนนเศร้าหลังคลอดระหว่างสองกลุ่มพบว่า ระดับความรุนแรงของอาการเศร้าหลังคลอดในมารดาหลังคลอดปกติ และมารดาหลังผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องมีความแตกต่างกันอย่างนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 4.65$, $p < .001$)

คำสำคัญ: รูปแบบภาวะเศร้าหลังคลอด, มารดาหลังคลอดปกติ, มารดาผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง

[1] คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ

[1] Faculty of Nursing, Huachiew Chalermprakiet University

*Corresponding Author: rachadaph@gmail.com

Abstract

The purpose of this study was to examine the prevalence and pattern of postpartum blues in mothers with normal labor and cesarean sections. 357 samples who experienced postpartum blues after normal labor and cesarean section in the postpartum ward of Samut Prakarn Hospital. The research instruments were a demographic questionnaire and postpartum blues emotion questionnaire of Kennerley and Gath's (1989) which were translated into Thai and then back translated by Phuangprasonka et al. (2016) with a reliability coefficient of 0.79. Data analysis included frequency, percentage, mean, and standard deviation for both demographic data and postpartum blues symptoms. An independent t-test was utilized to compare the postpartum blues score between the groups. Results showed that during the first three days after birth, 43.9% of mothers with normal labor and 58.4% of mothers with cesarean section experienced postpartum blues. The risk of postpartum blues was highest on the first day following delivery and lower in the second - and third-days following delivery in mothers who had normal labor and cesarean section. Between mothers with normal labor and cesarean section, there was a statistically significant difference in the intensity of postpartum blues scores ($t = 4.65$, $p <. 001$)

Keywords: Model of postpartum blues, Mother with normal labor, mother with cesarean section

บทนำ

ภาวะเศร้าหลังคลอด (postpartum blues) เป็นกลุ่มอาการที่เกิดขึ้นในช่วง 1 - 10 วันหลังคลอด ซึ่งจะมีหลากหลายอาการ เช่น เบื่ออาหาร คลื่นไส้ อาเจียน ร้องไห้โดยไม่มีเหตุผล หงุดหงิด นอนไม่หลับ หรือมีอารมณ์เศร้าหลังคลอด (Beck & Driscoll, 2006; Takahashi & Tamakoshi, 2014) พบได้ในมารดาหลังคลอดทุกเชื้อชาติและวัฒนธรรม จากงานวิจัยที่ผ่านมาพบว่าอัตราความชุกของอาการเศร้าหลังคลอดอยู่ระหว่างร้อยละ 13.7 - 76.0 (Rezaie - Keikhaie et al., 2020) ในประเทศไทยพบว่ามีอัตราความชุกของภาวะเศร้าหลังคลอดอยู่ร้อยละ 48.59 (Phuangprasonka et al., 2016) จากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่าอาการของภาวะเศร้าหลังคลอดในมารดาหลังคลอดชาวกรีก จะมีความรุนแรงของแต่ละอาการที่แตกต่างกัน โดยพบสูงสุดในวันที่ 3 หลังคลอด (Gonidakis, 2012) และอาการต่าง ๆ มักหายไปภายใน 7 - 10 วัน

อย่างไรก็ตาม ภาวะเศร้าหลังคลอดนี้จะเกิดขึ้นอย่างช้า ๆ และอาจไม่ได้รับการวินิจฉัย เนื่องจากคิดว่าเป็นภาวะปกติ และอาจถูกมองข้ามจากตัวผู้คลอดเองหรือผู้ดูแล (Thurgood et al., 2009)

ภาวะเศร้าหลังคลอดส่งผลกระทบต่อมารดาและทารก ผลกระทบต่อบทบาทการเป็นมารดา ความอ่อนเพลียของมารดาจากการพักผ่อนไม่เพียงพอ ทำให้มีความลำบากในการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดา (Thurgood et al., 2009) และกระทบต่อการดำรงชีวิตของมารดาและการเลี้ยงทารก (Corwin et al., 2005) และอาจมีอาการทางจิตอย่างรุนแรง ล้มเหลวในการส่งเสริมและกระตุ้นพัฒนาการด้านร่างกายและจิตอารมณ์ของบุตร อาการซึมเศร้าที่ไม่ได้รับการช่วยเหลืออาจนำไปสู่อาการทางจิต (Rai et al., 2015) ซึ่งมีความเสี่ยงสูงที่มารดาหลังคลอดอาจทำร้ายตนเองและบุตร สำหรับผลกระทบต่อบุตร พบว่ามารดาที่มีภาวะซึมเศร้าหลังคลอดจะปฏิเสธบุตร ไม่สนใจดูแล และปกป้องอันตรายที่จะเกิดขึ้นกับบุตร อาจมีการทำร้ายร่างกายบุตร เมื่อบุตรโตขึ้นพบว่ามีปัญหาด้านสติปัญญา และพฤติกรรม (Wong et al., 2006) และจากการที่ระดับฮอร์โมนเอสโตรเจน และ โปรเจสเตอโรนในระยะหลังคลอดลดลงอย่างรวดเร็ว ส่งผลให้มีความผิดปกติด้านอารมณ์ (Lowdermilk et al., 2012) อาจมีการละเลย เพิกเฉยในการมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลรอบข้าง ละเลยการดูแลตนเอง และการดูแลสุขภาพบุตร (Field, 2010) ถึงแม้ว่าภาวะเศร้าหลังคลอดจะเป็นอาการที่เกิดขึ้นได้ปกติในมารดาหลังคลอด แต่หากไม่สามารถประเมินอาการได้ทันท่วงที อาจส่งผลทำให้อาการเหล่านั้นเปลี่ยนเป็นภาวะผิดปกติทางจิตใจหลังคลอด ได้มากถึงร้อยละ15 - 20 (O'Hara et al., 1991; Castle, 2009)

รูปแบบการเกิดภาวะเศร้าหลังคลอดซึ่งมีการเปลี่ยนแปลงด้านอารมณ์หลังคลอดพบว่า มารดาหลังคลอดในประเทศฮ่องกงมีอารมณ์เศร้าหลังคลอดในช่วงวันที่ 2 – 5 หลังคลอดและลดลงน้อยสุดในวันที่ 7 หลังคลอด (Hua & Levy, 2003) สำหรับในประเทศไทยพบว่าการศึกษาเกี่ยวกับรูปแบบการเกิดภาวะเศร้าหลังคลอดนั้นเป็นการศึกษาในมารดาหลังคลอดที่มีการคลอดด้วยวิธีที่หลากหลายทั้งการคลอดปกติ การใช้สูติศาสตร์หัตถการและการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง (Phuangprasonka et al., 2016) สำหรับการคลอดปกติทางช่องคลอดนั้นย่อมมีการฟื้นตัวคืนสู่สภาพปกติได้เร็วกว่ารายที่ผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง เนื่องจากมารดาที่มีการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องนั้นต้องเผชิญกับความทุกข์ทรมานจากปัญหาหรืออาการต่าง ๆ ทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจอย่างมาก (Pinchaleaw & Serisathien, 2009) โดยเฉพาะอย่างยิ่งในรายที่ไม่เคยมีประสบการณ์ในการผ่าตัดมาก่อนหรือไม่มีการเตรียมพร้อมทางด้านจิตใจที่จะเผชิญกับความกลัวหรือความเจ็บปวดแผลหลังผ่าตัด หรือผลกระทบอื่น ๆ หลังผ่าตัด (Sarah et al., 2017) ซึ่งอาจส่งผลให้เกิดภาวะเศร้าหลังคลอดได้ มารดาที่มีภาวะเศร้าหลังคลอดต้องเผชิญกับอาการต่าง ๆ ที่เกิดขึ้น มีการรับรู้อาการเกี่ยวกับร่างกายหรือพฤติกรรมที่เปลี่ยนแปลงไป มีการประเมินอาการที่เกิดขึ้นและมีการตอบสนองต่ออาการที่แตกต่างกันในแต่ละบุคคล รวมทั้งเกิดผลกระทบทางตรงและทางอ้อมจากการเกิดอาการต่างกัน ซึ่งทำให้มารดาหลังคลอดมีการแสวงหาวิธีการจัดการกับอาการที่เกิดขึ้นที่แตกต่างกันออกไป ผลลัพธ์ของการจัดการอาการขึ้นอยู่กับประสิทธิภาพและ

ประสิทธิผลของการจัดการอาการของแต่ละบุคคล อย่างไรก็ตามการศึกษาภาวะเศร้าหลังคลอดยังพบได้น้อยอยู่ในประเทศไทยทั้งในรายคลอดปกติและผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง และจากประสบการณ์ของทีมผู้วิจัยพบว่ามารดาหลังคลอดหาวิธีการจัดการอาการด้วยตนเองตามประสบการณ์และความรู้ที่ได้รับจากพยาบาล ทีมผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาอาการและความรุนแรงของภาวะเศร้าหลังคลอด ในมารดาหลังคลอดทั้งในรายคลอดปกติและผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง เพื่อใช้เป็นข้อมูลในการวางแผนในการให้ข้อมูล ให้คำปรึกษา รวมทั้งสนับสนุนให้มารดาหลังคลอดและญาติมีวิธีการรับรู้และนำไปสู่การดูแลอาการเศร้าหลังคลอดด้วยตนเองให้สอดคล้องกับความต้องการในการดำเนินชีวิต

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาความชุกของภาวะเศร้าหลังคลอดในมารดาหลังคลอดปกติและผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องในช่วง 1 - 3 วันหลังคลอด

2. เพื่อศึกษารูปแบบการเกิดภาวะเศร้าหลังคลอดในมารดาหลังคลอดปกติและผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องในช่วง 1 - 3 วันหลังคลอด

3. เพื่อเปรียบเทียบการเกิดภาวะเศร้าหลังคลอดในมารดาหลังคลอดปกติและผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องในช่วง 1 - 3 วันหลังคลอด

วิธีการวิจัย

รูปแบบวิจัยเป็นการวิจัยเชิงพรรณนา กลุ่มตัวอย่างทั้งในรายคลอดปกติและผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องจะต้องมีการประเมินตนเองด้วยแบบสอบถามภาวะเศร้าหลังคลอดทุกวัน ตั้งแต่หลังคลอดวันแรกจนถึงวันที่ 3 หลังคลอด ประชากรที่ศึกษา เป็นมารดาหลังคลอดปกติและผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องที่มาคลอดในโรงพยาบาลสมุทรปราการ กำหนดขนาดตัวอย่างโดยใช้ตารางของ Krejcie and Morgan (1970) ได้จำนวน 357 คน แบ่งเป็น 2 กลุ่ม คือการคลอดปกติทางช่องคลอดจำนวน 173 คน และการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องจำนวน 184 คน กลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มเลือกอย่างเฉพาะเจาะจง (purposive sampling) จากมารดาหลังคลอดที่มาคลอด ในช่วงเดือนมกราคม ถึงเมษายน 2564 โดยกำหนดเกณฑ์ในการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง (inclusion criteria) ได้แก่ 1) เป็นผู้ที่มีความสามารถในการฟังหรืออ่านภาษาไทยได้ 2) ไม่ได้รับการวินิจฉัยว่ามีความผิดปกติทางสุขภาพจิตมาก่อน 3) ยินดีและเต็มใจให้ความร่วมมือในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย เป็นแบบสอบถาม ประกอบด้วย 2 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วย ข้อมูลเกี่ยวกับอายุ การศึกษา อาชีพ รายได้ สิทธิการรักษาพยาบาล สถานภาพสมรส จำนวนครั้งของการตั้งครรภ์ ประวัติการมีภาวะซึมเศร้า โรคประจำตัว วิธีการคลอด และ ความผิดปกติหรือภาวะแทรกซ้อนของทารก จำนวนทั้งสิ้น 11 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็นแบบเลือกตอบ

ส่วนที่ 2 แบบคัดกรองภาวะเศร้าหลังคลอด ของ Kennerley and Gath (1989) ซึ่งแปลเป็นภาษาไทยและแปลย้อนกลับ โดย Phuangprasonka et al. (2016) ประกอบด้วยข้อคำถามมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับ จำนวน 28 ข้อ สอบถามมารดาหลังคลอดในด้านอารมณ์ความรู้สึก 7 กลุ่มอาการคือ1) กลุ่มอาการหลักของภาวะเศร้าหลังคลอด (Primary blues) 2) กลุ่มอาการการควบคุมอารมณ์ (Reservation) 3) กลุ่มอาการไวต่อความรู้สึก (Hypersensitivity) 4) กลุ่มอาการซึมเศร้า (Depression) 5) กลุ่มอาการรู้สึกสิ้นหวัง (Despondency) 6) กลุ่มอาการความบกพร่องทางอารมณ์ (Retardation) และ 7) กลุ่มอาการลดลงของความมั่นใจในตนเอง (Decreased Self-confident) เป็นข้อคำถามความหมายด้านลบ 20 ข้อ และความหมายด้านบวก 8 ข้อ แบบสอบถามประกอบด้วย 2 ส่วน โดยส่วนที่ 1 ใช้ในการคัดกรองอารามณ์เศร้าหลังคลอดโดยติดตามในวันที่เกิดอาการ หากตอบ “ไม่มีอาการ” (0 คะแนน) หรือ “มีอาการ” (1 คะแนน) มีช่วงคะแนนรวมตั้งแต่ 0 - 28 ถ้ามีคะแนนรวมมากกว่า 7 คะแนนถือว่ามีอารมณ์เศร้าหลังคลอด สำหรับในข้อที่ตอบว่า “มีอาการ” มารดาหลังคลอดต้องระบุความรุนแรงของอาการในส่วนที่ 2 ซึ่งเป็นส่วนขยายของส่วนที่ 1 หากมีอาการให้ระบุระดับของอาการที่มีจาก “น้อยกว่าปกติมาก” (1 คะแนน) จนถึง “มีมากกว่าปกติมาก” (5 คะแนน) ในส่วนที่ 2 หากมีค่าเฉลี่ยคะแนนมากกว่า 11.6 ขึ้นไป ถือว่ามีความเศร้าหลังคลอดที่มีความรุนแรงระดับมาก หากมีค่าเฉลี่ยคะแนนมากกว่า 8.9 ขึ้นไปถือว่ามีความรุนแรงระดับน้อย

ผู้วิจัยไม่ได้หาค่าความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือเนื่องจากเป็นเครื่องมือมาตรฐานที่เคยใช้กับกลุ่มตัวอย่างที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้ และการศึกษาครั้งนี้นำไปทดลองใช้กับมารดาหลังคลอดที่มีลักษณะเหมือนกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 ราย ณ โรงพยาบาลสมุทรปราการ ซึ่งไม่ใช่กลุ่มตัวอย่างในการวิจัยแล้วคำนวณหาความเชื่อมั่นโดยใช้สัมประสิทธิ์อัลฟาครอนบาค (Cronbatch’s Alpha Coefficient) ซึ่งได้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาครอนบาค เท่ากับ .88

การพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยเสนอโครงร่างวิจัยต่อคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย ของมหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ เลขที่ อ.829 / 2562 วันที่ 24 พฤษภาคม 2562 ในขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูลผู้วิจัยได้แนะนำตัว สร้างสัมพันธภาพ ชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล สิทธิของผู้ให้ข้อมูลในการตัดสินใจ

เข้าร่วมการวิจัยด้วยความสมัครใจ สิทธิในการยุติการตอบแบบสอบถามได้ทันทีโดยไม่มีผลกระทบใด ๆ ต่อผู้ให้ข้อมูล การเก็บรวบรวมข้อมูลเป็นความลับและการเสนอผลการวิจัยในภาพรวมที่ไม่เปิดเผยข้อมูลบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินดี ผู้วิจัยจะให้อ่านเอกสารการพิทักษ์สิทธิ์และลงนามในเอกสารดังกล่าว หลังจากนั้นให้อิสระในการตอบแบบสอบถามและตอบข้อซักถามเมื่อกลุ่มตัวอย่างมีข้อสงสัยตลอดเวลา

วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเองดังรายละเอียดต่อไปนี้ ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลกลุ่มตัวอย่างระหว่างเดือนมกราคมถึงเมษายน 2564 โดยขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูลแบ่งเป็นขั้นเตรียมการและดำเนินการ

1. ขั้นเตรียมการ เมื่อได้รับอนุมัติจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ และคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยของโรงพยาบาลสมุทรปราการ ผู้วิจัยประสานงานกับหัวหน้าหอผู้ป่วยสูติกรรมหลังคลอดและเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้อง โรงพยาบาลสมุทรปราการเพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์และการดำเนินการวิจัยพร้อมทั้งขอความร่วมมือในการทำวิจัย

2. ขั้นดำเนินการวิจัย ผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย และขั้นตอนการวิจัยแก่มารดาหลังคลอด สอบถามความสมัครใจ หลังจากนั้นให้มารดาหลังคลอดลงนามยินยอมเข้าร่วมวิจัย แจกแบบสอบถามประกอบด้วยข้อมูลส่วนบุคคลโดยทำเพียงวันแรกเท่านั้น และแบบคัดกรองอารมณ์เศร้าหลังคลอดในช่วง 1 - 3 วันหลังคลอด โดยให้บันทึกครั้งแรกภายใน 24 ชั่วโมงแรกหลังคลอด และครั้งถัดไปให้บันทึกในช่วงเช้าหลังตื่นนอนจนครบ 3 วันหลังคลอด

การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลที่ได้จากแบบสอบถามของกลุ่มตัวอย่างมาวิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมวิเคราะห์ข้อมูลสำเร็จรูป โดยกำหนดค่านัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .05 ด้วยการใช้สถิติต่าง ๆ ดังนี้

1. ข้อมูลส่วนบุคคล วิเคราะห์โดยการใช้สถิติเชิงพรรณนา โดยข้อมูลที่มีระดับการวัดของตัวแปรเป็นนามบัญญัติ วิเคราะห์ด้วยความถี่ ร้อยละ ส่วนข้อมูลที่มีระดับการวัดของตัวแปร เป็นอัตราส่วน วิเคราะห์ด้วยค่าพิสัย ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. ความชุก และรูปแบบภาวะเศร้าหลังคลอดแต่ละอาการ วิเคราะห์ด้วยด้วยความถี่ ร้อยละ และสถิติ Independent t-test เนื่องจากข้อมูลมีการกระจายเป็นโค้งปกติ เพื่อเปรียบเทียบระหว่างมารดาหลังคลอดปกติและผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง

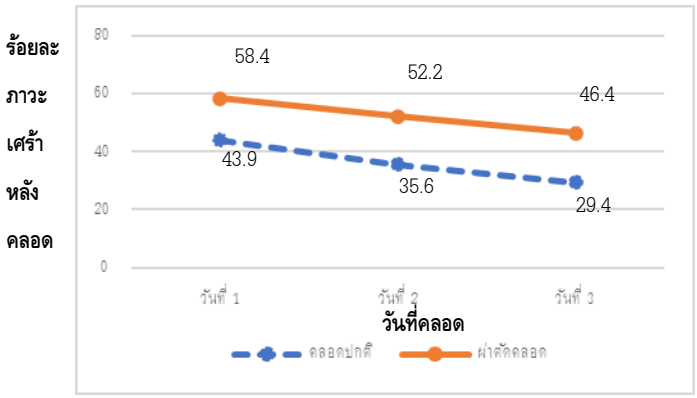
ผลการวิจัย

1. ข้อมูลส่วนบุคคล พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง 20 - 30 ปี คิดเป็นร้อยละ 45.9 การตั้งครรภ์เป็นการตั้งครรภ์ที่ 2 ร้อยละ 49.9 และเป็นครรภ์แรก ร้อยละ 49.3 มารดาหลังคลอดทุกรายไม่มีประวัติภาวะซึมเศร้าหรือโรคประจำตัว ส่วนใหญ่มีการศึกษาต่ำกว่าระดับปริญญาตรี คิดเป็นร้อยละ 50.7 ส่วนใหญ่มีอาชีพรับจ้าง คิดเป็นร้อยละ 58.5 และร้อยละ 53.5 มีสถานสมรสแบบแยกกันอยู่ และร้อยละ 48.5 คลอดด้วยวิธีคลอดปกติทางช่องคลอด และร้อยละ 51.5 ใช้วิธีการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง และมารดาหลังคลอดทุกรายไม่มีภาวะแทรกซ้อนของทารก

2. ความชุกของภาวะเศร้าหลังคลอดจากการศึกษาครั้งนี้ พบว่ากลุ่มตัวอย่าง มีความชุกของภาวะเศร้าหลังคลอดระหว่างวันที่ 1 - 3 หลังคลอด โดยใช้แบบสอบถาม Kennerley and Gath (1989) (a) ซึ่งแปลเป็นภาษาไทยและแปลย้อนกลับ โดย Phuangprasonka et al. (2016) คิดเป็นร้อยละ 43.9 ในมารดาคลอดปกติ และคิดเป็นร้อยละ 58.4 ในมารดาผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง โดยพบว่าทั้งมารดาคลอดปกติและผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องจะมีภาวะเศร้าหลังคลอดสูงสุดในวันแรกและค่อย ๆ ลดลงในวันที่ 2 และ 3 ตามลำดับ ดังแสดงในภาพที่ 1 จากกลุ่มตัวอย่างทั้งหมดพบว่าในช่วง 1 - 3 วันหลังคลอดนั้นมีความแตกต่างกันระหว่างกลุ่มที่มีอาการเศร้าและไม่มีอาการเศร้าหลังคลอดทั้งในมารดาหลังคลอดปกติและผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องพบว่าในมารดาหลังคลอดปกติ 76 ราย มีคะแนนของภาวะเศร้าหลังคลอดสูงสุดในวันแรกหลังคลอด (ร้อยละ 43.9) ลดลงในวันที่ 2 (ร้อยละ 35.2, n = 61) และน้อยที่สุดในวันที่ 3 หลังคลอด (ร้อยละ 28.9, n = 50) มารดาหลังผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง 108 รายมีภาวะเศร้าหลังคลอดสูงสุดในวันแรกหลังคลอด (ร้อยละ 58.7) และลดลงในวันที่ 2 (ร้อยละ 51.3, n = 95) และน้อยที่สุดในวันที่ 3 หลังคลอด (ร้อยละ 46.9, n = 85) ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ร้อยละของกลุ่มที่มีภาวะเศร้าและไม่มีภาวะเศร้าหลังคลอดในช่วง 1-3 วันหลังคลอด (n = 357)

วันที่คลอด	คลอดปกติ (n = 173)				ผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง (n = 184)			
	มีภาวะเศร้า		ไม่มีภาวะเศร้า		มีภาวะเศร้า		ไม่มีภาวะเศร้า	
	ความถี่	ร้อยละ	ความถี่	ร้อยละ	ความถี่	ร้อยละ	ความถี่	ร้อยละ
วันที่ 1	76	43.9	97	56.07	108	58.70	76	41.30
วันที่ 2	61	35.2	112	64.74	95	51.63	89	48.37
วันที่ 3	50	28.9	123	71.09	85	46.19	99	53.80



ภาพที่ 1 ร้อยละของภาวะเศร้าหลังคลอดในมารดาหลังคลอดปกติและผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง

3. รูปแบบของกลุ่มอาการเศร้าหลังคลอดประกอบไปด้วย 7 กลุ่มอาการตามการแบ่งของ Kennerley and Gath Blues (1989) (a) ได้แก่ 1) กลุ่มอาการหลักของภาวะเศร้าหลังคลอด (Primary blues) 2) กลุ่มอาการการควบคุมอารมณ์ (Reservation) 3) กลุ่มอาการไวต่อความรู้สึก (Hypersensitivity) 4) กลุ่มอาการซึมเศร้า (Depression) 5) กลุ่มอาการรู้สึกสิ้นหวัง (Despondency) 6) กลุ่มอาการความบกพร่องทางอารมณ์ (Retardation) และ 7) กลุ่มอาการลดลงของความมั่นใจในตนเอง (Decreased Self-confident) โดยพบว่ามารดาหลังคลอดทั้งสองกลุ่มมีอาการเศร้าหลังคลอดในทุกกลุ่มอาการเศร้าในระดับสูงสุดในวันแรก และค่อย ๆ ลดลงในวันที่สองและน้อยที่สุดในวันที่สามหลังคลอดตามลำดับ ในแต่ละวันของกลุ่มอาการเศร้าหลังคลอดจะพบว่าในมารดาผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องจะมีอาการเศร้าหลังคลอดในแต่ละกลุ่มอาการสูงกว่าในมารดาหลังคลอดปกติ ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ร้อยละของกลุ่มอาการเศร้าหลังคลอดในมารดาหลังคลอดปกติและผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง (n = 357)

กลุ่มอาการเศร้าหลังคลอด	ร้อยละของอาการเศร้าหลังคลอด					
	วันที่ 1 หลังคลอด		วันที่ 2 หลังคลอด		วันที่ 3 หลังคลอด	
	คลอดปกติ	ผ่าตัดคลอด	คลอดปกติ	ผ่าตัดคลอด	คลอดปกติ	ผ่าตัดคลอด
1) กลุ่มอาการหลักของภาวะเศร้าหลังคลอด	26.40	31.70	22.90	24.50	18.30	20.20
2) กลุ่มอาการการควบคุมอารมณ์	18.70	21.60	16.70	17.10	12.80	14.40
3) กลุ่มอาการไวต่อความรู้สึก	29.90	36.10	24.90	27.90	20.30	22.70
4) กลุ่มอาการซึมเศร้า	22.50	26.20	19.90	21.70	16.30	18.60

กลุ่มอาการเศร้าหลังคลอด	ร้อยละของอาการเศร้าหลังคลอด					
	วันที่ 1 หลังคลอด		วันที่ 2 หลังคลอด		วันที่ 3 หลังคลอด	
	คลอดปกติ	ผ่าตัดคลอด	คลอดปกติ	ผ่าตัดคลอด	คลอดปกติ	ผ่าตัดคลอด
5) กลุ่มอาการรู้สึกสิ้นหวัง	54.40	55.10	51.30	52.80	46.10	48.30
6) กลุ่มอาการความบกพร่องทางอารมณ์	54.10	55.50	49.20	51.60	41.80	47.20
7) กลุ่มอาการลดลงของความมั่นใจในตนเอง	66.80	68.40	62.90	65.30	53.90	58.70

4. รูปแบบความรุนแรงของภาวะเศร้าหลังคลอด แบ่งระดับความรุนแรงได้ 2 ระดับตาม Kennerley and Gath (1989) (a) คือ ความเศร้าหลังคลอดที่มีความรุนแรงระดับมาก (ค่าเฉลี่ยคะแนนมากกว่า 12) และความรุนแรงระดับน้อย (ค่าเฉลี่ยคะแนนมากกว่า 9) ทั้งในมารดาหลังคลอดปกติและผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องที่มีคะแนนความเศร้าความรุนแรงระดับมาก จะพบสูงสุดในวันแรกหลังคลอดและค่อยๆลดลงจนพบน้อยที่สุดในวันที่ 3 หลังคลอด ซึ่งในกลุ่มที่มีคะแนนความเศร้าหลังคลอดความรุนแรงระดับน้อยก็พบว่ามีสูงสุดในวันแรกทั้งสองกลุ่มและลดลงน้อยที่สุดในวันที่ 3 หลังคลอด ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 รูปแบบความรุนแรงของคะแนนเศร้าหลังคลอดในมารดาหลังคลอดปกติและผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง ในระหว่างวันที่ 1-3 วันหลังคลอด (n = 357)

ความรุนแรงของอาการ	คลอดปกติ (n=173)						ผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง (n=184)					
	วันที่ 1 หลังคลอด		วันที่ 2 หลังคลอด		วันที่ 3 หลังคลอด		วันที่ 1 หลังคลอด		วันที่ 2 หลังคลอด		วันที่ 3 หลังคลอด	
	ความถี่	ร้อยละ	ความถี่	ร้อยละ	ความถี่	ร้อยละ	ความถี่	ร้อยละ	ความถี่	ร้อยละ	ความถี่	ร้อยละ
ระดับมาก (blue2)	124	32.20	92	23.90	78	20.30	160	41.60	136	35.30	110	28.60
ระดับน้อย (blue1)	66	17.10	61	15.80	51	13.20	68	17.70	64	16.60	62	16.10

Mean score $\geq$ 8.9 (blue 1) Mean score $\geq$ 11.6 (blue 2)

5. เมื่อทดสอบทางสถิติด้วยค่าที (t-test) พบว่าระดับความรุนแรงของอาการเศร้าหลังคลอดในมารดาหลังคลอดปกติ และมารดาหลังผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องมีความแตกต่างกันอย่างนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) ดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนภาวะเศร้าหลังคลอดระหว่างมารดาคลอดปกติและผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องในช่วง 1-3 วันหลังคลอด ด้วยค่าที (t-test) (n = 357)

ตัวแปร	คลอดปกติ (n=173)		ผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง (n=184)		t-test	p-value
	Min-Max	Mean ± S.D.	Min-Max	Mean ± S.D.		
ภาวะเศร้าหลังคลอด	8.00-20.00	11.15±2.90	12.00-25.00	17.90±4.39	4.65	.000

อภิปรายผล

1. การวิจัยครั้งนี้พบว่า มารดาหลังคลอดมีความชุกของภาวะเศร้าหลังคลอดโดยใช้แบบสอบถาม Kennerley and Gath (1989) (a) คิดเป็นร้อยละ 43.9 ในมารดาคลอดปกติ และคิดเป็นร้อยละ 58.4 ในมารดาผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง ซึ่งไม่แตกต่างกับการศึกษาในมารดาหลังคลอดของ Phuangprasonka et al. (2016) ซึ่งพบร้อยละ 47.5 และสอดคล้องกับการศึกษาภาวะอารมณ์เศร้าในมารดาวัยรุ่นหลังคลอดของ Ayuyen et al. (2020) พบอัตราชุกร้อยละ 49.6 นอกจากนี้ยังสอดคล้องกับการศึกษาในอินเดียพบร้อยละ 58.5 (Manjunath & Venkatesh, 2011) และพบอัตราความชุกร้อยละ 44.5 ในประเทศกรีก (Gonidakis et al., 2007)

2. รูปแบบการเกิดภาวะเศร้าหลังคลอดจากการศึกษานี้พบว่า ทั้งในมารดาคลอดปกติและผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องมีภาวะเศร้าหลังคลอดสูงสุดในวันแรกและลดลงในวันที่สองและสามหลังคลอดตามลำดับ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Phuangprasonka et al. (2016) ซึ่งพบภาวะเศร้าในมารดาหลังคลอดวัยผู้ใหญ่สูงสุดในวันแรกและค่อยๆลดลง จนพบภาวะเศร้าหลังคลอดน้อยที่สุดในวันที่ 7 หลังคลอดและคล้ายคลึงกับในมารดาหลังคลอดชาวกรีกซึ่งพบว่ามีภาวะเศร้าหลังคลอดสูงสุดในวันที่ 3 หลังคลอดและเริ่มลดลงในวันที่ 4 และลดลงทุกวันจนพบอาการน้อยที่สุดในวันที่ 7 หลังคลอด (Gonidakis et al., 2007) แต่มีความแตกต่างจากการเกิดภาวะเศร้าในมารดาวัยรุ่นหลังคลอดพบว่าเริ่มมีอาการเล็กน้อยในวันแรกหลังคลอด และอาการจะเพิ่มขึ้น จนมีอาการสูงสุดในวันที่ 3, 4 และ5 และอาการจะค่อยๆลดลงในวันที่ 6 และ 7 ตามลำดับ (Ayuyen et al., 2020)

และเมื่อวิเคราะห์ในแต่ละกลุ่มอาการเศร้าหลังคลอดทั้ง 7 กลุ่มอาการพบว่าทุกกลุ่มอาการเศร้าหลังคลอดในมารดาหลังคลอดทั้งสองกลุ่มนั้นพบสูงสุดในวันแรก และลดลงในวันที่สองและสามหลังคลอดซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Phuangprasonka et al. (2016) แต่แตกต่างกับการศึกษาของ Hua and Levy (2003) ซึ่งศึกษาในประเทศฮ่องกงพบว่า แต่ละอาการเศร้าหลังคลอดจะพบสูงสุดในวันที่ 5 หลังคลอด และยังมีความแตกต่างกับการศึกษาในประเทศกรีกที่พบว่าทั้ง 7 กลุ่มอาการนั้นส่วนใหญ่พบสูงสุดในวันที่ 4 หลังคลอดและค่อยๆลดลงในวันที่ 5 และพบน้อยสุดในวันที่ 7 หลังคลอด (Ayuyen et al., 2020)

3. เมื่อเปรียบเทียบทั้ง 2 กลุ่มแล้วพบว่ามารดาที่ได้รับการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องมีภาวะเศร้าหลังคลอดมากกว่ามารดาหลังคลอดปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และเมื่อพิจารณาในแต่ละกลุ่มอาการเศร้าหลังคลอดทั้ง 7 กลุ่มอาการในช่วง 1 - 3 วันหลังคลอดแล้วพบว่ามารดาผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องมีภาวะเศร้าหลังคลอดในแต่ละกลุ่มอาการมากกว่ามารดาหลังคลอดปกติในช่วงเวลาทั้ง 3 วันหลังคลอด สอดคล้องกับการศึกษาของ Pinchaleaw and Bhoosahas (2015) พบว่ามารดาหลังผ่าตัดคลอดใน 72 ชั่วโมงแรกนอกจากจะมีความทุกข์ทรมานด้านร่างกายแล้วยังมีความทุกข์ทรมานด้านจิตใจและการเผชิญต่อความเครียดมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำ นอกจากนี้ยังสอดคล้องกับการศึกษาการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องนั้นหากมารดาไม่ได้รับการเตรียมตัวที่พร้อมทั้งด้านร่างกายและจิตใจที่เหมาะสมอาจส่งให้เกิดความวิตกกังวลต่อความปลอดภัยของตนเองและทารกในครรภ์ได้และส่งผลต่อความผิดปกติทางอามรณ์หลังคลอดได้ การได้รับความเจ็บปวดจากแผลผ่าตัดและการช่วยเหลือตนเองได้น้อยลงในช่วงหลังคลอดจะส่งผลให้เกิดความรู้สึกผิดหวัง เห็นคุณค่าในตนเองลดลง ส่งผลให้เกิดภาวะซึมเศร้าหลังคลอด (Yokote, 2008) แต่มีความแตกต่างกับการศึกษาในประเทศอินโดนีเซียซึ่งไม่พบความแตกต่างกันของการเกิดอารมณ์เศร้าหลังคลอดในระหว่างการคลอดปกติและผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง (Kurniawati & Septiyon, 2022)

สรุป

ภาวะเศร้าหลังคลอดเป็นภาวะที่มักเกิดขึ้นในมารดาหลังคลอดในระยะ 2 - 3 วันแรกหลังคลอดทั้งในรายคลอดปกติหรือผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง ซึ่งมารดาหลังคลอดอาจเกิดความรู้สึกหรืออารมณ์ที่แปรปรวน วิตกกังวล รู้สึกสิ้นหวัง จากการศึกษาสถานการณ์เศร้าหลังคลอดในมารดาหลังคลอดปกติพบได้น้อยกว่ามารดาที่ได้รับการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง และพบว่ามารดาหลังคลอดทั้งสองกลุ่มมีภาวะเศร้าหลังคลอดสูงสุดในวันแรกและลดลงในวันที่สองและสามหลังคลอด ควรมีการประเมินอาการ เฝ้าระวังและติดตามอาการในวันที่มักแสดงอาการเศร้าหลังคลอดและมีความรุนแรงมาก

โดยเฉพาะในวันแรกหลังคลอด เพื่อป้องกันอาการและความรุนแรงที่อาจจะพัฒนาไปเป็นภาวะซึมเศร้าและอาการทางจิตหลังคลอดได้

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะในการนำงานวิจัยไปใช้ประโยชน์

1. พยาบาลผดุงครรภ์สามารถนำผลการวิจัยไปใช้เป็นแนวทางในการดูแลมารดาหลังคลอดทั้งในรายคลอดปกติและผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง โดยประเมินอาการ คัดกรองอาการของภาวะเศร้าหลังคลอด โดยเฉพาะในช่วง 1 - 3 วันแรกหลังคลอด

2. อาจารย์พยาบาลสามารถนำผลการวิจัยไปใช้ในการบูรณาการการเรียนการสอนเพื่อให้นักศึกษาพยาบาลเข้าใจในรูปแบบของการเกิดภาวะเศร้าหลังคลอด

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรทำวิจัยเกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยงอื่นๆ ต่อภาวะเศร้าของมารดาหลังคลอด เช่น อัตมโนทัศน์ แรงสนับสนุนจากครอบครัว ประสบการณ์ในการเลี้ยงดูทารก

2. ทำวิจัยเชิงคุณภาพเกี่ยวกับการจัดการเมื่อมารดาหลังคลอดเกิดภาวะเศร้าหลังคลอด

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบคุณผู้เข้าร่วมวิจัยทุกท่านที่กรุณาให้ข้อมูลที่สำคัญต่องานวิจัยครั้งนี้ ขอขอบคุณบุคลากรประจำหอผู้ป่วยสูติกรรมหลังคลอด โรงพยาบาลสมุทรปราการเป็นอย่างสูงในการเข้าเก็บข้อมูลการวิจัยในครั้งนี้

รายการอ้างอิง (References)

Ayuyen, A., Deoisres, W., & Tachasuksri, T. (2020). Prevalence and Pattern of Maternity blues in Postpartum Adolescent Mothers in Hospital. *The Journal of Faculty of Nursing Burapha University, 28*(4), 1 - 11. https://he02.tci-thaijo.org/index.php/Nubuu/article/view/248240

Beck, C.T., & Driscoll, J.W. (2006*). Postpartum mood and anxiety disorder: A clinician guides*. Jones and Bartlett. https://www.amazon.com/Postpartum-Mood-Anxiety-Disorders-Clinicians/dp/0763716499

Castle, J. (2009). Early detection of postpartum depression: Screening in the first two to three days. *The Journal of Lancaster General Hospital*, *3*(4), 147 - 150. https://www.jlgh.org/Past-Issues/Volume-3-Issue-4/Early-Detection-of-Postpartum-Depression.aspx

Corwin, E.J., Brownstead, J., Barton, N., Heckard, S., & Morin, K. (2005). The impact of fatigue on the development of postpartum depression. *Journal of Obstetric, Gynecologic, & Neonatal Nursing*, *34*(5), 577 - 586. http://doi.org/10.1177/0884217505279997

Field, T. (2010). Postpartum depression effects on early interactions, parenting, and safety practices: a review. *Infant Behavior and Development*, *33*(1), 1 - 6. http://doi.org/10.1016/j.infbeh.2009 .10.005

Gonidakis, F. (2012). Postpartum depression and maternity blues in immigrants. *Perinatal Depression,* 117 - 138. http://doi.org/10.5772/30915

Gonidakis, F., Rabavilas, A.D., Varsou, E., Kreatsas, G., & Christodoulou, G.N. (2007). Maternity blues in Athens, Greece: A study during the first 3 days after delivery. *Journal of Affective Disorders*, *99*(1-3), 107 - 115. http://doi.org/10.1016/j.jad.2006.08.028

Hau, F.W., & Levy, V.A. (2003). The maternity blues and Hong Kong Chinese women: an exploratory study. *Journal of Affective Disorders, 75*(2), 197 - 203. http://doi.org/10.1016/s0165-0327(02) 00039-3

Kennerley, H., & Gath, D. (1989) Maternity blues I: Detection and measurement by questionnaire. *British Journal of Psychiatry*, *155,* 356 - 362. https://pubmed.ncbi. nlm.nih.gov/2611547/

Krejcie, R.V., & Morgan, D.W. (1970). Determining sample size for research activities. *Educational and psychological measurement*, *30*(3), 607 - 610. https://doi.org/10.1177/00131644 7003000308

Kurniawati, D., & Septiyono, E.A. (2022). Determinants of postpartum blues in Indonesia. *Pediomaternal Nursing Journal*, *8*(1). http://dx.doi.org/10.20473/pmnj.v8i1.27649

Lowdermilk, D.L., Perry, S.E., Cashion, K., & Alden, K.R. (2012). *Maternity & women's health care* (10th ed.). Elsevier. https://jfklib.oas.psu.ac.th/opac2/BibDetail.aspx? bibno=1151038

Manjunath, N.G., & Venkatesh, G. (2011). Postpartum blue is common in socially and economically insecure mothers. Indian Journal of Community Medicine, *36*(3), 231 – 233. http://doi.org /10.4103/0970-0218.86527

O'Hara, M.W., Schlechte, J.A., Lewis, D.A., & Wright, E.J. (1991). Prospective study of postpartum blues: Biologic and psychosocial factors. *Archives General Psychiatric, 48*(9), 801-806. http://dx.doi.org/10.1001/archpsyc.1991.01810330025004

Phuangprasonka, R., Deoisre, W., & Chunlestskul, K. (2016). Maternity blues and management strategies of Thai postpartum women. *Journal of Food Health and Bioenvironmental Science*, *11*(2), 23 – 27.

Pinchaleaw, D., & Serisathien, Y. (2009). Women's distress after cesarean section. *Journal of Nursing Science (Supplement)*, *27*(2), 28 - 38.

Pinchaleaw, D., & Bhoosahas, P. (2015). Factors related to women's distress after cesarean section. *Journal of The Royal Thai Army Nurses*, *16*(1), 101-108. https://he01.tci-thaijo.org/index.php/JRTAN/article/view/36165

Rai, S., Pathak, A., & Sharma, I. (2015). Postpartum psychiatric disorders: Early diagnosis and management. *Indian Journal of Psychiatry*, *57*(Suppl. 2), 216 – 221.

Rezaie-Keikhaie, K., Arbabshastan, M. E., Rafiemanesh, H., Amirshahi, M., Ostadkelayeh, S. M., & Arbabisarjou, A. (2020). Systematic review and meta-analysis of the prevalence of the maternity blues in the postpartum period. *Journal of Obstetric, Gynecologic & Neonatal Nursing*, *49*(2), 127 - 136. https://doi.org/10.1016/j.jogn.2020.01.001

Sarah, S. B., Forozan, S. P., & Leila, D. (2017). The relationship between model of delivery and postpartum depression. *Annals of Tropical Medicine & Public Health*, *10*(4), 874 – 877. https://www.cabidigitallibrary.org/doi/full/10.5555/20183153844

Takahashi, Y. & Tamakoshi, K. (2014). Factors associated with early postpartum maternity blues and depression tendency among Japanese mothers with full-term healthy infants. *Nagoya journal of medical science*, *76*(1-2), 129 – 138. https://www.researchgate.net/ publication/264867289 _Factors_associated_with_early_postpartum_maternity_blues_and_depression_tendency_among_Japanese_mothers_with_full-term_healthy_infants

Thurgood, S., Avery, D. M., & Williamson, L. (2009). Postpartum depression (PPD). *American Journal of Clinical Medicine*, *6*(2), 17 - 22. https://www.aapsus.org/wp-content/uploads/ Postpartum-Depression.pdf

Wong, D.L., Perry, S.E., Hockenberry, M.J., & Lowdermilk, D. L., & Wilson, D. (2006). *Maternal child nursing care*. (3rd ed.). Mosby-Year Book..

Yokote, N. (2008). Women's experiences of labor, surgery and first postnatal week by an emergency cesarean section. *Journal of Japan Academy of Midwifery*, *22*(1), 37 - 48. https://www.jstage.jst.go.jp/article/jjam/22/1/22_1_37/_pdf

ประสิทธิผลการนึ่งหน้าท้องของนักศึกษาคณะแพทย์แผนไทยและแพทย์ทางเลือก มหาวิทยาลัยราชภัฏอุบลราชธานี

The Effectiveness of Nueng Na Thong Aamong Students of the Faculty of Thai Traditional and Alternative Medicine, Ubon Ratchathani Rajabhat University

พนิดา กมุทชาติ[1*], พิชชานันท์ เธียรทองอินทร์[1], สุพรรณฉัตร หนูสวัสดิ์[1]

Phanida Kamuttachat[1*], Pitchanan Thiantongin[1], Suphannachat Nusawat[1]

(Received: September 8, 2023; Revised: November 6, 2023; Accepted: November 17, 2023)

บทคัดย่อ

งานวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการลดรอบเอว ระดับไขมันหน้าท้อง และน้ำหนักตัว ด้วยวิธีการนึ่งหน้าท้องซึ่งเป็นภูมิปัญญาการดูแลสุขภาพของไทย เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง กลุ่มตัวอย่าง 35 คน เครื่องมือวิจัยประกอบด้วย แบบสอบถามและแบบบันทึกผลการทดลอง การทดสอบความเชื่อมั่นด้วยวิธีของครอนบาค ได้ค่าเท่ากับ 0.83 สถิติที่ใช้วิเคราะห์ข้อมูล ได้แก่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน การวิเคราะห์ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน และการวิเคราะห์สมการถดถอยเชิงพหุ ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีสัดส่วนร่างกายรอบเอว ระดับไขมันหน้าท้อง และน้ำหนักตัวหลังการทดลองมีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 มีรอบเอวลดลง 2.39 ซม. ระดับไขมันหน้าท้องหลังการทดลองลดลง 0.51 ซม. และน้ำหนักตัวลดลง 0.03 กก. ระดับความรู้สึกร้อนส่งผลในทิศทางเดียวกันในระดับสูงกับรอบเอว (r = 0.741) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และระดับความรู้สึกร้อนส่งผลต่อรอบเอว ระดับไขมันหน้าท้อง และน้ำหนักตัว โดยมีพฤติกรรมการใช้ชีวิตประจำวันเป็นตัวแปรส่งผ่าน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และความสามารถในการอธิบายความสัมพันธ์ได้ร้อยละ 33.40, 37.70 และ 37.00 ตามลำดับ การนึ่งหน้าท้องมีความรู้สึกร้อนระดับปานกลาง รู้สึกทนได้ ($\bar{x}$ = 5.79 S.D. = 0.21) ไม่พบผลข้างเคียง พฤติกรรมการใช้ชีวิตประจำวันภาพรวม อยู่ในระดับบางครั้ง ($\bar{x}$ =2.49 S.D.= 0.18) โดยการรับประทานอาหาร ปฏิบัติสูงสุด มีการปฏิบัติอยู่ในระดับบ่อยครั้ง ($\bar{x}$ = 3.07 S.D. = 0.34) การทดลองมีผลให้รอบเอว ระดับ

[1]คณะแพทย์แผนไทยและแพทย์ทางเลือก มหาวิทยาลัยราชภัฏอุบลราชธานี

[1]Faculty of Thai Traditional and Alternative Medicine, Ubon Ratchathani Rajabhat University

* Corresponding author: phanida.k@ubru.ac.th

ไขมันหน้าท้อง และน้ำหนักตัวลดลง ทั้งนี้ต้องควบคุมพฤติกรรมการใช้ชีวิตประจำวันร่วมด้วย

คำสำคัญ : การนึ่งหน้าท้อง, ภาวะน้ำหนักเกิน, การแพทย์แผนไทย

Abstract

The objective was to study reductions in waist circumference, belly fat level and body weight. Nueng Na Thong is the Thai health care wisdom. This was quasi-experimental research with 35 subjects. The research tools consisted of the questionnaire and experimental record form. The reliability was tested by Cronbach method, resulting in the value equal to 0.83. Statistics used for data analysis were number, percentage, mean, standard deviation, Pearson correlation coefficient analysis and multiple regression analysis. The results showed that the experimental group had post-test waist circumference, belly fat level and body weight with statistically significant difference at 0.05level with a 2.39 cm reduction in waist circumference, a 0.51 cm reduction in post-test belly fat level and a 0.03 kg reduction in body weight. The degree of heat sensation highly affected in the same direction as waist circumference (r = 0.741) in a statistically significant manner at 0.05 level and the degree of heat sensation affected waist circumference, belly fat level and body weight. Daily life behavior was a mediator variable in a statistically significant way at 0.05 level and the ability to explain the relationship was 33.40, 37.70 and 37.00 percent. Abdominal for reducing body composition (Nueng Na Thong) had moderate heat sensation, tolerance ($\bar{x}$ = 5.79 S.D. = 0.21). No side effects were found. Overall daily life behavior was at occasional level ($\bar{x}$ = 2.49 S.D. = 0.18). Eating, best practices were practiced at frequent level ($\bar{x}$ = 3.07 S.D. = 0.34). The experiment resulted in reduced waist circumference, belly fat level and body weight. In this regard, daily life behavior must be jointly controlled as well.

Keyword: Nueng Na Thong, Overweight, Thai traditional medicine

บทนำ

การนึ่งหน้าท้องเป็นภูมิปัญญาไทยอย่างหนึ่ง ที่สามารถนำมาใช้เป็นทางเลือกในการดูแลรักษาสุขภาพในการลดขนาดสัดส่วนต่าง ๆ ของร่างกายโดยเฉพาะหน้าท้อง พุง หรือช่วงเอว กระชับหน้าท้อง ระดับไขมันหน้าท้อง น้ำหนักตัว และยังช่วยขับของเสียในช่องท้องได้เร็วขึ้น เพื่อส่งเสริมการลดน้ำหนักในคนอ้วน หรือคนที่มีพุง อีกทั้งยังเป็นการเพิ่มทางเลือกให้สถานพยาบาลในสังกัดกระทรวง

สาธารณสุขทั่วประเทศ ปัจจุบันแนวโน้มสถานการณ์ภาวะน้ำหนักเกินและโรคอ้วนในวัยเรียนและวัยรุ่นคาดการณ์ว่าเด็กและวัยรุ่นทั่วโลกที่มีภาวะน้ำหนักเกินและโรคอ้วนมีจำนวนมากถึง 43 ล้านคน เป็นปัญหาสำคัญที่คุกคามสุขภาพของวัยเรียนและวัยรุ่นทั่วโลก ทั้งในประเทศที่พัฒนาแล้วและกำลังพัฒนาซึ่งมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว องค์การอนามัยโลกได้ประกาศว่าภาวะน้ำหนักเกินและโรคอ้วน เป็นสาเหตุของการนำไปสู่โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (Non - Communicable Diseases) (World Health Organization [WHO], 2022) อาทิเช่น โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคหัวใจ และโรคหลอดเลือด ในอนาคตเด็กอ้วนร้อยละ 50.00 จะโตเป็นผู้ใหญ่อ้วนและมีโรคอ้วนเรื้อรัง เป็นภาระทางด้านสาธารณสุขและเศรษฐกิจ (Institute for Population and Social Research, 2020) สำหรับอุบัติการณ์ภาวะโภชนาการเกินหรือโรคอ้วนในประเทศไทยเป็นปัญหาสุขภาพที่สำคัญและมีแนวโน้มปัญหาเพิ่มมากขึ้น ซึ่งในปี พ.ศ. 2564 คนไทยเป็นโรคอ้วนลงพุงสูงถึง 20.8 ล้านคน แบ่งเป็นหญิง 14 ล้านคน ชาย 6.8 ล้านคน ลักษณะที่เรียกว่าอ้วนลงพุง คือ 1) มีเส้นรอบเอวตั้งแต่ 80 เซนติเมตรขึ้นไป สำหรับเพศหญิง และตั้งแต่ 90 เซนติเมตรขึ้นไป สำหรับเพศชาย 2) ระดับคอเลสเตอรอลชนิดดี (HDL) ต่ำกว่า 50 มิลลิกรัม / เดซิลิตร สำหรับเพศหญิง และต่ำกว่า 40 มิลลิกรัม / เดซิลิตร สำหรับเพศชาย 3) ระดับไขมันไตรกลีเซอไรด์ 150 มิลลิกรัม / เดซิลิตรขึ้นไป 4) ระดับความดันโลหิต 130 / 85 มิลลิเมตรปรอทขึ้นไป ระดับน้ำตาลในเลือด 100 มิลลิกรัม / เดซิลิตรขึ้นไป (Office of the Health Promotion Fund, 2021)

ภาวะน้ำหนักเกินหรืออ้วนในประชากรอายุตั้งแต่ 15 ปีขึ้นไป มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นสะท้อนให้เห็นถึงความไม่สมดุลของการบริโภคและกิจกรรมทางกาย นอกจากนั้นการบริโภคอาหารที่มากขึ้นโดยไม่ควบคุมอาจได้รับปริมาณน้ำตาล เกลือโซเดียมและไขมันในระดับที่มากขึ้นด้วยเช่นกัน (Department of Disease Control, 2021) ภาวะน้ำหนักเกินหรือโรคอ้วนถือเป็นปัจจัยเสี่ยงที่ก่อให้เกิดโรคเรื้อรังได้ เช่น โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคไขมันในเลือดสูง ดังนั้นหากผู้มีภาวะน้ำหนักเกินมีการควบคุมน้ำหนัก จะส่งผลให้อัตราการเกิดโรคเรื้อรังและอัตราการเสียชีวิตจากสาเหตุดังกล่าวลดลงได้ รวมทั้งจากการทบทวนวรรณกรรม พบว่าการเข้ารับการทำหัตถการนึ่งหน้าท้องที่สามารถลดขนาดรอบเอวและเป็นหนึ่งทางเลือกทดแทนการเข้ารับบริการในสถานเสริมความงามราคาแพงได้ (Ministry of Education, 1999) นอกจากนี้กองประกอบโรคศิลปะ กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ พบว่า การนึ่งหน้าท้องสามารถนำมาใช้เป็นทางเลือกในการดูแลรักษาสุขภาพ และมีสรรพคุณช่วยแก้ท้องที่ไม่ยุบให้ยุบแห้งสนิท (Healing Arts Division, Department of Health Service Support, 2006) และจากงานวิจัยที่เกี่ยวข้องที่ผ่านมายังไม่พบรายงานผลการวิจัยของการนึ่งหน้าท้องสำหรับลดรอบเอว ระดับไขมันหน้าท้อง และน้ำหนักตัว

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาประสิทธิผลการนึ่งหน้าท้องต่อการลดสัดส่วนร่างกาย ได้แก่ รอบเอว ระดับไขมันหน้าท้อง และน้ำหนักตัว ของนักศึกษาคณะแพทย์แผนไทยและแพทย์ทางเลือก มหาวิทยาลัยราชภัฏอุบลราชธานี

สมมติฐานการวิจัย

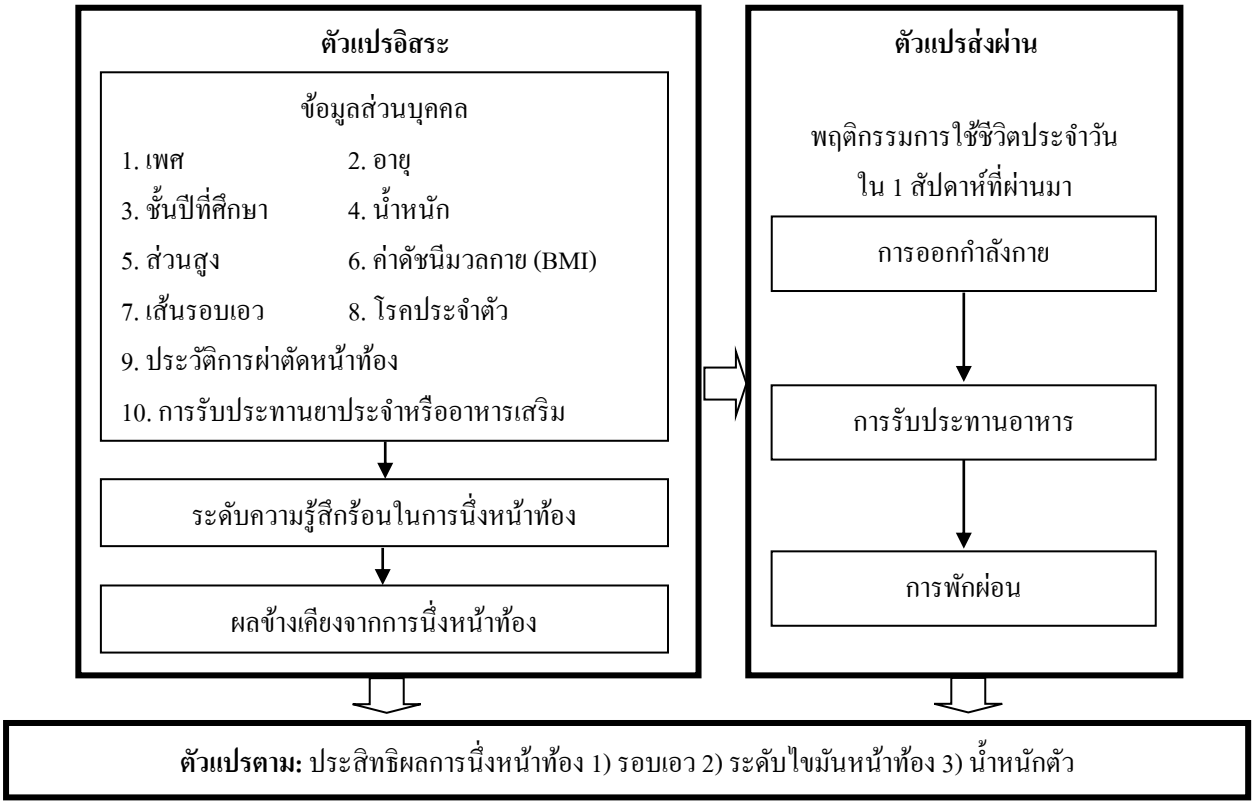
1. หลังการทดลองสัดส่วนร่างกาย ได้แก่ รอบเอว ระดับไขมันหน้าท้อง และน้ำหนักตัว มีขนาดลดลงกว่าก่อนการทดลอง

2. ระดับความรู้สึกร้อนในการนึ่งหน้าท้องส่งผลในทิศทางเดียวกันกับสัดส่วนร่างกาย ได้แก่ รอบเอว ระดับไขมันหน้าท้อง และน้ำหนักตัว

3. ระดับความรู้สึกร้อนในการนึ่งหน้าท้องส่งผลในทิศทางตรงกันข้ามกับสัดส่วนร่างกาย ได้แก่ รอบเอว ระดับไขมันหน้าท้อง และน้ำหนักตัว โดยมีพฤติกรรมการใช้ชีวิตประจำวันใน 1 สัปดาห์ที่ผ่านมาตัวเป็นแปรส่งผ่าน

กรอบแนวคิดการวิจัย

การนึ่งหน้าท้องมีผลต่อการเปลี่ยนแปลงร่างกายในส่วนของบริเวณหน้าท้อง มีองค์ประกอบสมุนไพรในตำรับ ประกอบด้วย ไพลแห้งบดผง 30 กรัม ดีปลีแห้งบดผง กระเทียมแห้งบดผง พริกไทยแห้งบดผง สารส้มสะตุ ดินประสิว อย่างละ 15 กรัม ใบมะกาแห้งบดผง 105 กรัม น้ำส้มสายชู 700 มิลลิลิตร เกลือตัวผู้ 200 กรัม จากตำรับยาชื่อยานึ่งท้องให้ท้องยุบ ในตำราแพทย์แผนโบราณทั่วไป สาขาการผดุงครรภ์ไทย หน้าที่ 84 นำมาสู่การศึกษาประสิทธิผลการนึ่งหน้าท้องเพื่อลดสัดส่วนร่างกาย ได้แก่ ลดรอบเอว ระดับไขมันหน้าท้อง และน้ำหนักตัว ของนักศึกษาคณะแพทย์แผนไทยและแพทย์ทางเลือก มหาวิทยาลัยราชภัฏอุบลราชธานี ดังแสดงในภาพที่ 1



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

วิธีการวิจัย

รูปแบบการวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi - Experimental Research)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรและกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ คือ นักศึกษาคณะแพทย์แผนไทยและแพทย์ทางเลือก มหาวิทยาลัยราชภัฏอุบลราชธานี การกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้โปรแกรม G-Power version 3.1.9.4 ค่า Effect Size ที่ผู้วิจัยเลือกใช้ คือ 0.5 เมื่อเปรียบเทียบจากหลักการประมาณค่าอิทธิพลของ Cohen (1988) จะเห็นว่ามีค่าอยู่ในระดับขนาดกลางค่า αerr prob = 0.05 และ ค่า Power (1-ß err prob) = 0.85 ดังนั้น จากการคำนวณได้กลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้ จำนวน 31 คน เพื่อให้กลุ่มตัวอย่างครบตามจำนวนที่ต้องการศึกษา และเพื่อป้องกันการสูญหายของกลุ่มตัวอย่างระหว่างการทดลอง ผู้วิจัยจึงเก็บกลุ่มตัวอย่างเพิ่มเติมจำนวน 4 คน คิดเป็นร้อยละ 12.90 จึงใช้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 35 คน โดยใช้การสุ่มแบบเจาะจง (Purposive Sampling) เฉพาะผู้ที่มีค่าดัชนีมวลกาย (BMI) มากกว่า 23 กิโลกรัม / ตารางเมตร และเส้นรอบเอว สำหรับเพศชายมากกว่า 90 เซนติเมตร และ เพศหญิงมากกว่า 80 เซนติเมตรในการเก็บข้อมูลผู้วิจัยคำนึงถึงการพิทักษ์สิทธิและการรักษาความลับโดยมีการยินยอมเป็น

ลายลักษณ์อักษรจากกลุ่มตัวอย่างมีการใช้รหัสแทนชื่อสกุลข้อมูลทุกอย่างถือเป็นความลับและนำไปใช้เฉพาะการศึกษาวิจัยให้ตรงกับวัตถุประสงค์ของการวิจัยโดยมีคุณสมบัติดังนี้

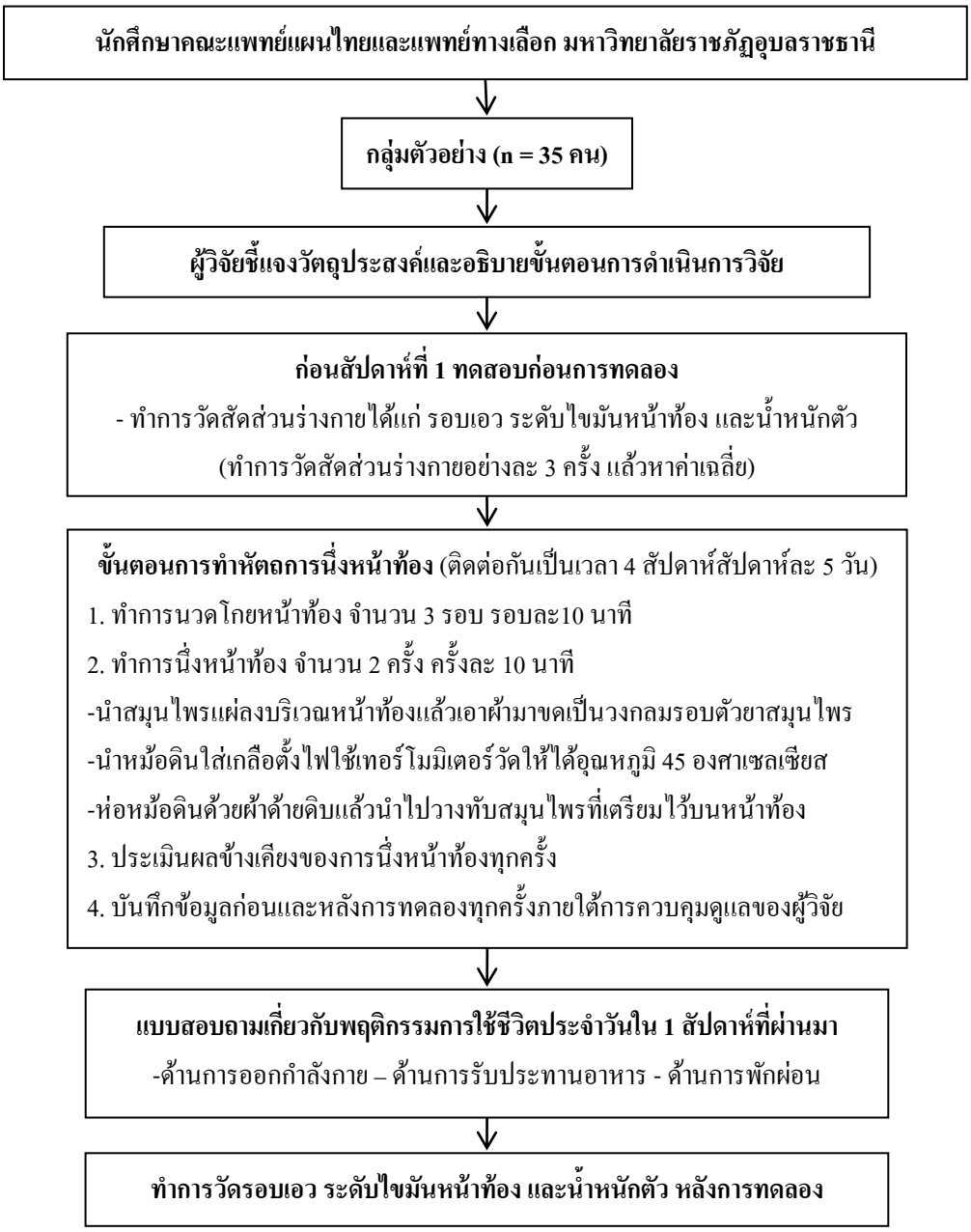
1. เกณฑ์การคัดเข้าของกลุ่มตัวอย่าง ประกอบด้วย อายุ 18 - 35 ปีไม่จำกัดเพศ ไม่ป่วยเป็นโรคผิวหนัง โรคที่เกี่ยวกับช่องท้อง ไม่สูบบุหรี่ ไม่แพ้สมุนไพร ดัชนีมวลกาย มากกว่า 23 กิโลกรัม / ตารางเมตร รอบเอว ผู้ชาย > 90 ซม. (หรือ 36 นิ้ว) ผู้หญิง > 80 ซม. (หรือ 32 นิ้ว) และยินยอมเข้าร่วมในการทำวิจัยครั้งนี้

2. เกณฑ์การคัดออกจากการเป็นกลุ่มตัวอย่าง ประกอบด้วย มีโรคประจำตัว โรคติดต่อทางผิวหนัง ได้รับการผ่าตัดบริเวณหน้าท้องในระยะ 1 เดือน ระหว่างการทำวิจัยหากกลุ่มตัวอย่างประสบอุบัติเหตุหรือมีการเจ็บป่วยด้วยโรคอื่น ๆ หรือภาวะแทรกซ้อนซึ่งเป็นอุปสรรคต่อการวิจัย มีไข้สูงเกิน 37.5 องศาเซลเซียส และไม่ยินยอมเข้าร่วมในการทำวิจัยครั้งนี้

การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยยื่นหนังสือเพื่อขออนุญาตดำเนินการโครงการวิจัยและเครื่องมือการวิจัยต่อคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โดยยึดหลักเกณฑ์ตามคำประกาศเฮลซิงกิ (Declaration of Helsinki) และแนวทางการปฏิบัติการวิจัยทางคลินิกที่ดี (ICH GCP) โดยสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี เอกสารรับรองเลขที่ SSJ. 2564-056 รหัสโครงการ SSJ. 056

ขั้นตอนการทดลอง ดังภาพที่ 2



ภาพที่ 2 แสดงขั้นตอนการดำเนินการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล คือ แบบสอบถามและแบบบันทึกผลการทดลอง แบ่งออกเป็น 3 ตอน ดังนี้

ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ก่อนการทดลอง ได้แก่ 1) เพศ 2) อายุ 3) ชั้นปีที่ศึกษา 4) น้ำหนัก 5) ส่วนสูง 6) ค่าดัชนีมวลกาย 7) เส้นรอบเอว 8) โรคประจำตัว 9) ประวัติการผ่าตัดหน้าท้องและ 10) การรับประทานยาประจำหรืออาหารเสริม ลักษณะเป็นแบบให้เขียนตอบ และให้เลือกตอบเพียงคำตอบเดียว (Check List)

ตอนที่ 2 การบันทึกผลการทดลอง ทำการประเมินและบันทึกผลทันทีหลังการทดลองเสร็จทุกครั้งได้แก่

ส่วนที่ 1 การวัดสัดส่วนร่างกาย ก่อนและหลังการนึ่งหน้าท้อง ประกอบด้วย 1) รอบเอว 2) ระดับไขมันหน้าท้อง และ 3) น้ำหนักตัว ลักษณะเป็นการกรอกตัวเลขที่ได้จากการวัดค่า

ส่วนที่ 2 ระดับความรู้สึกร้อนในการนึ่งหน้าท้องลักษณะเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) ดังนี้ 1) ระดับ 10 ร้อนรุนแรงจนทนไม่ไหว 2) ระดับ 7 – 9 ร้อนมาก รู้สึกทรมานจากอาการร้อนมาก ทำให้เกิดความกังวลมากและปวดแสบปวดร้อน 3) ระดับ 4 – 6 ร้อนปานกลาง รู้สึกทรมานจากอาการร้อนพอสมควร มีความกังวลไม่มากนัก ยังมีความรู้สึกทนได้ 4) ระดับ 1 – 3 ร้อนน้อย ไม่มีความทุกข์ ทรมาน ไม่รู้สึกกังวลใด ๆ ต่ออาการร้อนในขณะนี้ และ 5) ระดับ 0 ไม่มีอาการ

ส่วนที่ 3 ผลข้างเคียงจากการนึ่งหน้าท้อง ลักษณะเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) 6 ระดับ ดังนี้ 1) ไม่มีอาการ 2) มีผื่นแดง 3) มีอาการคัน 4) บวมพอง 5) ปวดแสบร้อน และ 6) มีแผลอักเสบ

ตอนที่ 3 พฤติกรรมการใช้ชีวิตประจำวันใน 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา ประกอบด้วย การออกกำลังกาย การรับประทานอาหาร และการพักผ่อน ลักษณะเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) 4 ระดับ ดังนี้ 1) กิจกรรมนั้นสม่ำเสมอตั้งแต่ 5 - 7 ครั้ง / สัปดาห์ 2) ทำกิจกรรมนั้น 3 - 4 ครั้ง / สัปดาห์ 3) ทำกิจกรรมนั้น 1 - 2 ครั้ง / สัปดาห์ และ ไม่เคยทำกิจกรรมนั้นเลย โดยมีการแปลผลพฤติกรรมการใช้ชีวิตประจำวันตามเกณฑ์ประมาณค่า 4 ระดับ ดังนี้ (Boonchird, 2014) ค่าเฉลี่ย 1.00 - 1.75 หมายถึง มีการปฏิบัติอยู่ในระดับไม่ค่อยปฏิบัติ ค่าเฉลี่ย 1.76 - 2.50 หมายถึง มีการปฏิบัติอยู่ในระดับบางครั้ง ค่าเฉลี่ย 2.51 - 3.25 หมายถึง มีการปฏิบัติอยู่ในระดับบ่อยครั้ง และค่าเฉลี่ย 3.26 - 4.00 หมายถึง มีการปฏิบัติอยู่ในระดับเป็นประจำ

2. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ประกอบด้วย 1) สายวัดตัว จำนวน 1 เส้น สำหรับวัดรอบเอว 2) เครื่องชั่งน้ำหนักตัวแบบดิจิตอล 1 เครื่อง 3) เครื่องวัดปริมาณไขมันด้วยเครื่องหนีบ (Fat Caliper) จำนวน 1 อัน 4) นาฬิกาจับเวลา 1 เครื่อง เพื่อใช้จับเวลาในการนึ่งหน้าท้อง 5) เทอร์โมมิเตอร์ เพื่อวัดอุณหภูมิความร้อนในการนึ่งหน้าท้อง 6) เครื่องชั่งน้ำหนักสมุนไพรแบบดิจิตอล 1 เครื่อง 7) เกลือตัวผู้

8) หม้อทะนน หรือ หม้อเกลือ หรือหม้อดิน ขนาดเส้นผ่าศูนย์กลาง 3 นิ้ว 9) เตาแก๊ส และ 10) ตำรับยานึ่งหน้าท้อง

3. การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

3.1 การตรวจสอบความเที่ยงตรงของเนื้อหา (Content Validity) ด้วยค่าดัชนีความสอดคล้องเชิงเนื้อหา (Index of Congruence: IOC) เพื่อตรวจสอบความถูกต้องครอบคลุมของด้านเนื้อหา และด้านภาษา โดยผ่านการประเมินตรวจสอบจากผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน ได้ค่าความเที่ยงตรงเท่ากับ 0.95 ระหว่าง 0.67 – 1.00 ถือว่ามีความเหมาะสม (Boonchird, 2014)

3.2 การตรวจสอบค่าความเชื่อมั่น (Reliability) โดยนำไปทดลองใช้ (Try out) กับกลุ่มนักศึกษาคณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏอุบลราชธานี จำนวน 30 คน นำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์หาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ได้ค่าความเชื่อมั่นทั้งฉบับเท่ากับ 0.83 ถือว่ามีความเหมาะสม สามารถนำไปใช้ในการศึกษาได้ต่อไป (Boonchird, 2014)

การวิเคราะห์ข้อมูล

การศึกษาครั้งนี้เมื่อเก็บรวบรวมแบบสอบถามได้แล้ว จึงทำการตรวจสอบความถูกต้อง และความสมบูรณ์ของคำตอบในแบบสอบถามทั้งหมด และทำการลงรหัส (Coding) เพื่อทำการวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติ ได้แก่

4.1 สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics) ได้แก่ ค่าความถี่ (Frequency) ค่าร้อยละ (Percentage) ค่าเฉลี่ย (Mean) และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation)

4.2 สถิติเชิงอนุมาน (Inferential Statistics)

4.2.1 การศึกษาระดับความรู้สึกร้อนในการนึ่งหน้าท้องส่งผลในทิศทางเดียวกันกับสัดส่วนร่างกาย ได้แก่ รอบเอว ระดับไขมัน และน้ำหนักตัว ตามสมมุติฐานข้อ 2 ใช้ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson Correlation Coefficient)

4.2.2 การทดสอบการนึ่งหน้าท้องส่งผลในทิศทางตรงกันข้ามกับสัดส่วนร่างกาย ได้แก่ รอบเอว ระดับไขมัน และน้ำหนักตัว โดยมีพฤติกรรมการใช้ชีวิตประจำวันใน 1 สัปดาห์ที่ผ่านมาของนักศึกษาเป็นตัวแปรส่งผ่าน ตามสมมุติฐานข้อ 3 ใช้การวิเคราะห์สมการถดถอยเชิงพหุ (Multiple Regression Analysis)

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง จำนวน 28 คน คิดเป็นร้อยละ 80.00 อายุ 19 ปี และ 20 ปี เท่ากัน จำนวน 12 คน คิดเป็นร้อยละ 34.30 กำลังศึกษาอยู่ชั้นปีที่ 1 จำนวน 14 คน

คิดเป็นร้อยละ 40.00 ดัชนีมวลกาย ระหว่าง 25 - 29.90 อ้วนระดับ 2 จำนวน 26 คน คิดเป็นร้อยละ 74.30 ระหว่าง 23 - 24.90 ท้วมระดับ 1 จำนวน 9 คน คิดเป็นร้อยละ 25.70 ไม่มีโรคประจำตัว ไม่เคยผ่าตัดหน้าท้องจำนวน 35 คน คิดเป็นร้อยละ 100.00 และไม่เคยรับประทานยาหรืออาหารเสริม จำนวน 23 คน คิดเป็นร้อยละ 65.00

2. การเปรียบเทียบสัดส่วนร่างกาย ได้แก่ รอบเอว ระดับไขมันหน้าท้อง และน้ำหนักตัว ของนักศึกษา จากสมมติฐานการวิจัยข้อที่ 1 พบว่าสัดส่วนร่างกาย หลังการทดลองมีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 รอบเอว ระดับไขมันหน้าท้อง และน้ำหนักตัวก่อนและหลังการทดลองของกลุ่มตัวอย่าง

สัดส่วนร่างกาย	$\bar{x}$	S.D.	t	p
รอบเอว (ซม.)				
ก่อนการทดลอง	90.82	5.12	105.017*	0.000
หลังการทดลอง	89.61	4.80	110.377*	0.000
การลดลง / เพิ่มขึ้น	-2.39			
ระดับไขมันหน้าท้อง (ซม.)				
ก่อนการทดลอง	4.17	0.41	60.278*	0.000
หลังการทดลอง	3.66	0.32	67.567*	0.000
การลดลง / เพิ่มขึ้น	-0.51			
น้ำหนักตัว (กก.)				
ก่อนการทดลอง	70.39	6.52	63.951*	0.000
หลังการทดลอง	70.36	6.50	63.865*	0.000
การลดลง / เพิ่มขึ้น	-0.03			

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

3. ระดับความรู้สึกร้อนและระดับผลข้างเคียงในการนึ่งหน้าท้อง

ผลการวิเคราะห์ระดับความรู้สึกร้อนและระดับผลข้างเคียงในการนึ่งหน้าท้องของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า ระดับอาการร้อนปานกลาง รู้สึกทรมานจากอาการร้อนพอสมควร มีความกังวลไม่มากนัก ยังมีความรู้สึกทนได้ ($\bar{x}$ = 5.79 S.D. = 0.21) และระดับผลข้างเคียงพบว่าไม่มีอาการข้างเคียง ($\bar{x}$ = 0.46 S.D. = 0.49)

4. การเปรียบเทียบระดับความรู้สึกร้อนในการนึ่งหน้าท้องส่งผลในทิศทางเดียวกันกับสัดส่วนร่างกาย ได้แก่ รอบเอว ระดับไขมันหน้าท้อง และน้ำหนักตัว จากสมมติฐานการวิจัยข้อที่ 2 พบว่า รอบเอวมีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างระดับความรู้สึกร้อนในการนึ่งหน้าท้องกับสัดส่วนร่างกายของนักศึกษา

ตัวแปร	ระดับความรู้สึกร้อน	รอบเอว	ระดับไขมันหน้าท้อง	น้ำหนัก
ระดับความรู้สึกร้อน	-	0.741* (p = 0.03)	0.036 (p = 0.83)	0.093 (p = 0.59)

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

5. พฤติกรรมการใช้ชีวิตประจำวัน

ผลการวิเคราะห์พฤติกรรมการใช้ชีวิตประจำวันของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า การรับประทานอาหารมีการปฏิบัติสูงสุดเป็นอันดับแรก โดยมีการปฏิบัติอยู่ในระดับบ่อยครั้ง ($\bar{x}$ = 3.07, S.D. = 0.34) รองลงมาคือ การออกกำลังกาย และการพักผ่อน มีการปฏิบัติอยู่ในระดับบางครั้ง ($\bar{x}$ = 2.46, S.D. = 0.75 และ $\bar{x}$ = 1.93, S.D. = 0.23) ตามลำดับ ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเกี่ยวกับพฤติกรรมการใช้ชีวิตประจำวัน

พฤติกรรมการใช้ชีวิตประจำวัน	$\bar{x}$	S.D.	การปฏิบัติ
การออกกำลังกาย	2.46	0.75	บางครั้ง
การรับประทานอาหาร	3.07	0.34	บ่อยครั้ง
การพักผ่อน	1.93	0.23	บางครั้ง
ภาพรวม	**2.49**	**0.18**	**บางครั้ง**

6. การเปรียบเทียบระดับความรู้สึกร้อนในการนึ่งหน้าท้องส่งผลในทิศทางตรงกันข้ามกับสัดส่วนร่างกาย ได้แก่ รอบเอว ระดับไขมันหน้าท้อง และน้ำหนักตัว โดยมีพฤติกรรมการใช้ชีวิตประจำวันใน 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา ของกลุ่มตัวอย่าง เป็นตัวแปรส่งผ่านจากสมมติฐานกรวิจัยข้อที่ 3 พบว่า มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 ระดับความรู้สึกร้อนในการนึ่งหน้าท้องส่งผลต่อสัดส่วนร่างกายโดยมีพฤติกรรมการใช้ชีวิตประจำวันเป็นตัวแปรส่งผ่าน

ระดับความรู้สึกร้อน	Unstandardized Coefficients (B)	Standardized Coefficients (ß)	t	Sig
รอบเอว				
ค่าคงที่	-0.247		-0.038	0.970
รอบเอว	-0.369	-0.058	-0.334	0.741
ค่าคงที่	11.098		1.319	0.197
พฤติกรรมการใช้ชีวิตประจำวัน	-2.619	-0.354	-1.976	0.050*
Model1: R^2 = 0.058, F = 0.111, p = 0.741Model2: R^2 = 0.334, F = 2.013, p = 0.150				
ระดับไขมันหน้าท้อง				
ค่าคงที่	5.807		68.545	0.000*
ระดับไขมันหน้าท้อง	0.031	0.036	0.208	0.837
ค่าคงที่	6.889		14.407	0.000*
พฤติกรรมการใช้ชีวิตประจำวัน	-0.456	-0.393	-2.295	0.028*
Model1: R^2 = 0.036, F = 0.043, p = 0.837Model2: R^2 = 0.377, F = 2.657, p = 0.086				
น้ำหนัก				
ค่าคงที่	5.809		118.683	0.000*
น้ำหนัก	0.593	0.093	0.535	0.596
ค่าคงที่	6.850		14.289	0.000*
พฤติกรรมการใช้ชีวิตประจำวัน	-0.425	-0.366	-2.182	0.037*
Model1: R^2 = 0.093, F = 0.286, p = 0.596 Model2: R2 = 0.370, F = 2.539, p = 0.095				

*p < 0.05

อภิปรายผล

ประสิทธิผลการนึ่งหน้าท้องของนักศึกษาคณะแพทย์แผนไทยและแพทย์ทางเลือก มหาวิทยาลัยราชภัฏอุบลราชธานี มีสัดส่วนร่างกาย ได้แก่ รอบเอว ระดับไขมันหน้าท้อง และน้ำหนักตัว ลดลงหลังการทดลอง ทั้งนี้เนื่องจากการนึ่งหน้าท้องด้วยความร้อน เป็นการกระตุ้นไขมันบริเวณหน้าท้องให้เกิดการสะลายตัว จึงทำให้รอบเอวลดลงเมื่อมีการนึ่งหน้าท้องด้วยความร้อนที่เหมาะสมและระยะเวลาที่เหมาะสม ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ Darabakor et al. (2021) ได้ศึกษาประสิทธิผลของตำรับยานาบอุทรเพื่อลดหน้าท้องในหญิงหลังคลอด พบว่า การใช้ตำรับยานาบอุทรพันหน้าท้องลดขนาดรอบเอวได้

อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งจากงานวิจัยดังกล่าวพบการใช้สมุนไพรชนิดเดียวกันกับการวิจัยครั้งนี้แต่มีความแตกต่างของกลุ่มตัวอย่าง นอกจากนี้การศึกษาของ Lekdee and chuaychat (2019) ได้ศึกษาผลของการทับหม้อเกลือร่วมกับการอบสมุนไพรและการให้ความรู้ในกลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่มีภาวะน้ำหนักเกิน พบว่า ค่าดัชนีมวลกาย และเส้นรอบเอวลดลง แสดงให้เห็นว่าความร้อนของหม้อเกลือร่วมกับสรรพคุณของสมุนไพรมีส่วนช่วยในการลดน้ำหนักตัวและกระตุ้นให้เกิดการเผาผลาญไขมันหน้าท้อง ซึ่งการทับหม้อเกลือมีความคล้ายคลึงกับการนึ่งหน้าท้อง แต่มีความแตกต่างกันที่วิธีการและสมุนไพรที่ใช้

ตำรับยาสมุนไพรที่ใช้ในการนึ่งหน้าท้องสำหรับการศึกษาครั้งนี้ ประกอบด้วย ไพลแห้งบดผง (*Zingibercassumunar*Roxb.) ดีปลีแห้งบดผง (*Piper retrofractum*Vahl) กระเทียมแห้งบดผง (*Allium sativum* L.) พริกไทยแห้งบดผง (*Piper nigrum* L.) สารส้มสะตุ ($KAl(SO_4)_2$) ดินประสิว (KNO_3) และใบมะกาแห้ง (*Brideliaovata*Decne.) สมุนไพรในตำรับทั้งหมดมีรสร้อน สรรพคุณ แก้อาการปวดเมื่อยตามร่างกาย รักษาอาการอักเสบ (Art of healing, 1998) เปิดรูขุมขน เร่งการผลัดเซลล์ผิวหนัง (Atcha, 2018) สอดคล้องกับการศึกษาการใช้ลูกประคบสมุนไพรไทยในการลดขนาดของเซลล์ลูไลท์และต้นขาของหญิงอายุระหว่าง 20 - 55 ปี สัปดาห์ละ 2 ครั้ง ครั้งละ 30 นาที เป็นเวลา 8 สัปดาห์ พบว่า สามารถลดระดับเซลล์ลูไลท์และขนาดต้นขาในกลุ่มอาสาสมัครได้และในระหว่างการทดลองไม่มีผลข้างเคียงเกิดขึ้น โดยลูกประคบประกอบด้วยสมุนไพรไทย คือ ขมิ้นชัน (*Curcuma longa* L.) ไพล ตะไคร้ (*Cymbopogoncitratus* (DC.) Stapf.) มะกรูด (*Citrus hystrix* DC.) การบูร (*Cinnamomumcam phora* (l.) j.presl) และเกลือ (NaCl) โดยสมุนไพรส่วนใหญ่มีฤทธิ์ในการต้านการอักเสบ มีประโยชน์ต่อผิวหนัง (Ngamdokmai et al., 2018; Lekdee & Chuaychat, 2019)

จากผลการทดลองและจากรายงานการวิจัยเห็นได้ว่า วิธีการนึ่งหน้าท้องที่ใช้ความร้อนจากการนึ่งหม้อทะนน (หม้อเกลือ) ร่วมกับสมุนไพรที่มีรสร้อนเป็นการถ่ายเทความร้อนจากหม้อทะนน (หม้อเกลือ) ที่บรรจุเกลือตัวผู้มีผลทำให้ร้อนนานและความร้อนกระจายเข้าสู่ผิวหนัง (Domea & Choothong, 2022) และการกดทับหม้อทะนน (หม้อเกลือ) ที่มีความร้อนลงบนผิวหนังส่งผลทำให้ลดขนาดรอบเอว ระดับไขมันหน้าท้อง และน้ำหนักตัว แต่อย่างไรก็ตาม การควบคุมปัจจัยอื่น ๆ อาจส่งผลต่อสัดส่วนของร่างกายได้ เช่น การควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย เป็นต้น ส่วนระดับความรู้สึกร้อนในการนึ่งหน้าท้องของกลุ่มตัวอย่างจะมีความแตกต่างกันขึ้นอยู่กับการรับรู้ความรู้สึกของแต่ละบุคคล ถึงแม้ว่าจะมีการควบคุมอุณหภูมิในการนึ่งหน้าท้องให้มีความร้อนเท่ากัน

จากการศึกษาพฤติกรรมการใช้ชีวิตประจำวันในกลุ่มตัวอย่างเป็นตัวแปรส่งผ่าน ทั้งนี้เนื่องจากการลดลงของรอบเอว ระดับไขมันหน้าท้อง และน้ำหนักตัวนั้น ได้ขึ้นอยู่กับตัวแปรพฤติกรรมการใช้

ชีวิตประจำวันร่วมด้วย ได้แก่ การออกกำลังกาย การรับประทานอาหาร และการพักผ่อน ซึ่งเป็นตัวแปรสำคัญในการลดสัดส่วนร่างกาย ที่นอกเหนือจากการนึ่งหน้าท้อง โดยการควบคุมตัวแปรพฤติกรรมการใช้ชีวิตประจำวันของกลุ่มตัวอย่างที่อาจมีผลในการลดสัดส่วนร่างกายร่วมด้วย คือ การให้ความรู้ด้านการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย และอารมณ์ สอดคล้องกับการศึกษาผลของการให้สุขศึกษาทางโทรศัพท์ในการลดดัชนีมวลกายในวัยรุ่นที่น้ำหนักเกินในประเทศไทย พบว่า การให้สุขศึกษาโดยร่วมกับการสนับสนุนทางสังคมมีประสิทธิภาพในการปรับปรุงพฤติกรรมการรับประทานอาหาร การออกกำลังกายที่ดีขึ้น โดยสามารถลดน้ำหนักในวัยรุ่นที่มีน้ำหนักเกินได้ (Wongtongtair et al., 2021)

สรุป

การนึ่งหน้าท้องเป็นภูมิปัญญาไทยมีการใช้ความร้อนและการกดทับหม้อทะนน (หม้อเกลือ) ลงบนหน้าท้อง ผ่านตัวยาสมุนไพร ในตำรับยานึ่งหน้าท้องให้ยุบที่มีรสร้อน ช่วยเผาผลาญไขมันบริเวณหน้าท้อง จึงมีผลให้รอบเอว ระดับไขมันหน้าท้อง และน้ำหนักตัว ลดลง อย่างไรก็ตาม ควรมีการควบคุมพฤติกรรมการใช้ชีวิตประจำวัน เช่น การออกกำลังกาย อาหาร การพักผ่อน เพื่อส่งผลต่อสัดส่วนร่างกายที่ดีให้ยาวนานมากยิ่งขึ้น

ข้อเสนอแนะ

1. การศึกษาครั้งนี้เป็นกลุ่มตัวอย่างเฉพาะ คือ นักศึกษาคณะแพทย์แผนไทยและแพทย์ทางเลือก มหาวิทยาลัยราชภัฏอุบลราชธานี จำนวน 35 คน ดังนั้นในการศึกษาครั้งต่อไปควรมีการขยายการศึกษาในกลุ่มประชากรมากขึ้น เพื่อให้ได้ข้อมูลที่น่าเชื่อถือ

2. การนึ่งหน้าท้องเป็นประจำอย่างต่อเนื่องช่วยลดสัดส่วนของร่างกายลงได้ แต่งานวิจัยครั้งนี้ยังไม่ได้ควบคุมปัจจัยรบกวนอื่น ๆ ดังนั้นควรมีการศึกษาผลของการนึ่งหน้าท้องพร้อมกับการให้ความรู้การปฏิบัติตัวในชีวิตประจำวันรวมทั้งมีการควบคุมตัวแปรที่อาจส่งผลทำให้น้ำหนักเกิน

กิตติกรรมประกาศ

งานวิจัยนี้ได้รับทุนอุดหนุนการวิจัยสำหรับคณาจารย์และบุคลากร มหาวิทยาลัยราชภัฏอุบลราชธานี งบประมาณเงินรายได้ ปีงบประมาณ 2564 รหัส 64133

รายการอ้างอิง (References)

Art of healing. (1998). *Remedies Office of the Permanent Secretary,* Ministry of Public Health.

Atcha,S. (2018) . The Study of Diversity and Local Wisdom in Medicinal Plants Usage for Thai Traditional Medo Knowledge: A Case Study in Muang District, Ratchaburi Province. *The 1th Muban Chombueng Rajabhat National Conference*. (PP. 511 - 516.) Rajabhat University.

Boonchird, P. (2014). *Research methodology and statistics for educational research*. Wattana Panich.

Cohen, J. (1 9 8 8) . *Statistical power analysis for the behavioral sciences*. Lawrence Erlbaum Associates.

Darabakor, A., Kruekaew, J., Pongpirul, K., & Teerachaisakul, M. (2021). The Effect of Thai Herbal Recipes "Ya Nab Uthorn" among Postpartum Waist Circumference Reduction: a Quasi–experimental Research. *Journal of Health Science of Thailand, 30*(6) , 1063 - 1071. https://thaidj.org/index.php/JHS/article/view/11567

Department of Disease Control (2021). *Situation report of NCDs, diabetes, high blood pressure and elated risk factors.* Ministry of Public Health.

Domea, Y., & Choothong, L. (2022). Development of Thai Herbal Products for Healthcare of Postpartum Women. *Journal of Arts Management*, *6*(1), 455 - 470. https://so02.tci-thaijo.org/ index.php/jam/article/view/254219

Healing Arts Division, Department of Health Service Support. (2006). *Textbook of general traditional medicine in the field of midwifery.* Taipoom Publishing.

Institute for Population and Social Research. (2020) . *Childhood Overweight and Obesity (COO) Policy Research.* Mahidol University.

Lekdee, T., & chuaychat, C. (2019). The Efficacy of hot salt pot compression cooperates with herbal steam and knowledge to BMI and Waist Circumference among village health volunteer group in Diet & Physical Activity Clinic at Ban namphuttambon health promoting hospital, namphutsubdistrict, meuang district, Trang province. *Koch Cha Sarn Journal of Science*, *40*(2), 100 - 114. https://science.srru.ac.th/kochasarn-files/files/kochasarn-0008.pdf

Ministry of Education. (1999). *The Royal Textbook of Medicine.* Ministry of Education.

Ngamdokmai, N., Waranuch, N., Chootip, K., Jampachaisri, K., Scholfield, N., & Ingkaninan,K. (2018). Cellulite reduction by modified Thai herbal compresses: A randomized double - blind trial. *Journal of Evidence-Based Integrative Medicine*, *23,* 1- 10. http://doi.org/10.1177/2515690X18794158

Office of the Health Promotion Fund. (2021, March2). *Steaming the abdomen.* https://www. thaipost. net/main/detail/96593

Wongtongtair, S., Iamsupasit, S., Somrongthong, R., Kumar, R., & Yamarat, K. (2021). Comparison of mobile health education messages verses face-to-face consultation for weight reduction among overweight female adolescents in Thailand. *F1OOO Research*. *10,* 635. https://doi.org/10.12688/f1000research.51156.2

World Health Organization. (2022). *Obesity and overweight*. https://www.who.int/en/news-room/fact-sheets/detail/obesity-and-overweight

ประสบการณ์ได้รับการส่งเสริมความรอบรู้ทางสุขภาพเพื่อควบคุมระดับน้ำตาล และการเพิ่มขึ้นของน้ำหนักตัวในหญิงที่เป็นเบาหวานร่วมกับการตั้งครรภ์

Received Experiences of Health Literacy Promotion for Blood Glucose Level Control and Body Weight Gain in Pregnant Women with Gestational Diabetes Mellitus

บุญสืบ โสโสม[1], วิลาสินี บุตรศรี[1*], อัจฉโรบล แสงประเสริฐ[1], ตรีชฎา ปุ่นสำเริง[2], กมลรัตน์ เทอร์เนอร์[3], จุฬารัตน์ ห้าวหาญ[4], บำเพ็ญ คำดี[5], พรทิพา ศุภราศรี[6], สุเพียร โภคทิพย์[7], ปราชญาวดี ยมานันตกุล[8], พนิดา รัตนพรหม[8]

Boonsurb Sosome[1], Wilasinee Bootsri[1*], Atcharobon Sangprasert[1], Treechada Punsomreung[2], Kamolrat Turner[3], Chularat Howharn[4], Bumpen Kamdee[5], Porntipa Suparasri[6], Supian Pokathip[7], Prachayawatee Yamanantakul[8], Panida Rattanaprom[8]

(Received: January 28, 2023; Revised: March 26, 2024; Accepted: April 25, 2024)

บทคัดย่อ

การศึกษาเชิงคุณภาพนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาประสบการณ์ได้รับการส่งเสริมความรอบรู้ทางสุขภาพเพื่อควบคุมระดับน้ำตาล และการเพิ่มขึ้นของน้ำหนักตัวในหญิงที่เป็นเบาหวานร่วมกับการตั้งครรภ์ ศึกษา ณ โรงพยาบาลทั่วไปที่มีขนาดใหญ่ 5 แห่ง โรงพยาบาลชุมชนขนาดใหญ่ 1 แห่ง โรงพยาบาลชุมชนขนาด 120 เตียงขึ้นไป 2 แห่ง และโรงพยาบาลชุมชนขนาด 60 - 120 เตียง 2 แห่ง รวม 10 แห่ง ผู้ให้ข้อมูลหลักคือ หญิงที่เป็นเบาหวานร่วมกับการตั้งครรภ์ 29 คน และผู้ให้ข้อมูลรองคือ พยาบาลวิชาชีพ 9 คน เครื่องมือวิจัย ได้แก่ 1) แบบรวบรวมข้อมูลทั่วไป 2) แนวคำถามกึ่งโครงสร้างสัมภาษณ์เชิงลึกที่สร้างคำถามตามแนวคิดปรากฏการณ์วิทยา และแนวคิดการส่งเสริมความรอบรู้ทางสุขภาพ นำไปทดลองถามกับหญิงตั้งครรภ์ 3 คน จากนั้นปรับภาษาให้เข้าใจง่าย

ข้อค้นพบคือ ผู้ให้ข้อมูลหลักทุกคนมีความวิตกกังวล กลัว จึงต้องการให้ตนเองและทารกในครรภ์ปลอดภัย มีรูปแบบของประสบการณ์ จำแนกเป็น 3 กลุ่ม คือ กลุ่มที่1) จำความรู้ได้ไม่หมด ไม่ค้นหาความรู้เพิ่มเติม และนำความรู้ไปใช้ไม่ได้ กลุ่มที่ 2) จำคำแนะนำ และตัวเลขต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องได้ แต่ปรับตัวกับการรับประทานอาหารแบบใหม่ยังไม่ได้ กลุ่มที่ 3) จำตัวเลข ชนิดอาหาร และคำนวณแคลอรี่ได้ และสืบค้นความรู้เพิ่มเติมจากแหล่งความรู้ต่าง ๆ ด้วยตนเองได้

ข้อเสนอแนะจากการวิจัยคือ ผู้ให้บริการสุขภาพควรมีความไวต่อการค้นหารูปแบบประสบการณ์เกี่ยวกับการส่งเสริมความรอบรู้ทางสุขภาพเพื่อจัดการให้หญิงที่เป็นเบาหวานร่วมกับการตั้งครรภ์สามารถควบคุมระดับน้ำตาลและการเพิ่มขึ้นของน้ำหนักตัวได้เร็วขึ้นมากกว่าเดิม

คำสำคัญ: เบาหวานในระยะตั้งครรภ์, ความรอบรู้ทางสุขภาพ, การควบคุมน้ำตาล, การเพิ่มของน้ำหนัก, การศึกษาเชิงคุณภาพ

Abstract

The purpose of this qualitative study was to examine how pregnant women with gestational diabetes mellitus experienced of health literacy promotion in controlling their blood glucose levels and weight gain. The ten hospitals involved in this study were five large general hospitals, one large community hospital, two community hospitals with over 120 beds, and two community hospitals with between 60 and 120 beds. 29 women with gestational diabetes mellitus served as primary informants, whereas nine registered nurses served as secondary informants. The research instruments were: 1) A general form for gathering data; 2) A semi-structured questionnaire for in-depth interviews was developed based on phenomenology and concepts related to health literacy promotion, which was tested with three pregnant women for easier understanding.

[1]วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สวรรค์ประชารักษ์ คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข

[1]Boromarajonani College of Nursing, Sawanpracharak Nakhonsawan, Faculty of Nursing, Praboromarajchanok Institute, Ministry of Public Health

[2]วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี พระพุทธบาท คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข

[2]Boromarajonani College of Nursing, Phra-Putthabat, Faculty of Nursing, Praboromarajchanok Institute, Ministry of Public Health

[3]คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข

[3]Faculty of Nursing, Praboromarajchanok Institute, Ministry of Public Health

[4]วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี จังหวัดนนทบุรี คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข

[4]Boromarajonani College of Nursing, Changwat Nonthaburi, Faculty of Nursing, Praboromarajchanok Institute, Ministry of Public Health

[5]สำนักวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี

[5]Institute of Nursing, Suranaree University of Technology

[6]วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ชลบุรี คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข

[6]Boromarajonani College of Nursing, Chonburi, Faculty of Nursing, Praboromarajchanok Institute, Ministry of Public Health

[7]โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ดร.สุเพียร

[7]Sunpasitthiprasong Hospital, Office of the Permanent Secretary Ministry of Public Health

[8]วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุราษฎร์ธานี คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข

[8]Boromarajonnani College of Nursing Suratthani Faculty of Nursing, Praboromarajchanok Institute, Ministry of Public Health

[*]Corresponding Author: wilasinee.b@bcnsprnw.ac.th

The results demonstrated that every primary informant experienced anxiety and worry, which need to protect both the oneself and fetus. The experiences were divided into three categories: 1) First group could not recall all of their knowledge, did not search for more information, and were unable to apply what they did know; 2) Second group could recall suggestions and related numbers but were unable to adjust to the new diet; and 3) Third group could recall numbers, nutrition, and calorie calculations and independently seek out new information.

The study's Recommendation that health care professionals should be sensitive while gathering for information regarding health literacy promotion to assist pregnant women with gestational diabetes mellitus control their blood glucose levels and gain weight faster than usual.
Keywords: Gestational Diabetes Mellitus, Health literacy, Glucose control, Weight gain, Qualitative research

บทนำ

เบาหวานในหญิงตั้งครรภ์ (gestational diabetes) จำแนกเป็น 2 ประเภทคือ Class A1 (glucose intolerance หรือ GDMA1) พบร้อยละ 90 รักษาด้วยการควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย และ Class A2 หรือ GDMA2 หมายถึง มี fasting hyperglycemia มีระดับน้ำตาลมากกว่า 105 มก. / ดล.รักษาด้วยอินซูลิน ทั้งนี้พบว่าการเป็น GDMA1 และ GDMA2 มีผลกระทบต่อหญิงตั้งครรภ์ คือ คลอดก่อนกำหนด ถุงน้ำคร่ำแตกก่อนเวลาอันควร ทารกตัวโตทำให้จำนวนการผ่าตัดคลอดสูงเพิ่มขึ้น ตกเลือดก่อนคลอด และตกเลือดหลังคลอด ส่วนผลต่อทารกพบค่า APGAR Scores ต่ำ (Rawal et al., 2018) เกิดความพิการ (McKenzie-Sampson et al., 2018) ค่าน้ำตาลในเลือดต่ำ ตัวเหลือง การหายใจล้มเหลวเพิ่มขึ้น (Muche et al., 2020) ผลกระทบต่อหญิงตั้งครรภ์และทารกดังกล่าวสามารถป้องกันและลดความรุนแรงได้หากผู้ให้บริการสุขภาพส่งเสริมความรอบรู้ทางสุขภาพ (health literacy) ให้หญิงที่เป็นเบาหวานร่วมกับการตั้งครรภ์อย่างเพียงพอ (Pirdehghan et al., 2020)

ทั้งนี้การส่งเสริมความรอบรู้ทางสุขภาพ หมายถึง การส่งเสริมให้บุคคล มีความรู้สุขภาพ การดูแลสุขภาพ ระบบสุขภาพ กระบวนการใช้ข้อมูลทางสุขภาพ และความสามารถในการจัดการสุขภาพของตนเองที่ดำเนินการควบคู่กับผู้ดูแลและผู้ให้บริการสุขภาพ (Liu et al., 2020) ทั้งนี้จากการศึกษา งานวิจัยต่างประเทศเกี่ยวกับประสบการณ์ของหญิงที่เป็นเบาหวานร่วมกับการตั้งครรภ์ที่ผ่านมาพบว่า การส่งเสริมความรอบรู้ทางสุขภาพสามารถทำให้หญิงที่เป็นเบาหวานร่วมกับการตั้งครรภ์สามารถควบคุมระดับน้ำตาลได้ เกิดผลลัพธ์ที่ดีทางสุขภาพมารดา และทารกในครรภ์ (He et al., 2021)

และหญิงเอเชียใต้ที่อาศัยอยู่ในออสเตรเลียรู้สึกว่าตนเองได้รับข้อมูลทางสุขภาพที่ไม่เพียงพอ ต้องการข้อมูลที่ทางสุขภาพที่เป็นภาษาที่ง่ายต่อการเข้าใจ เพื่อนำไปใช้ในการจัดการควบคุมระดับน้ำตาล (Bandyopadhyay, 2021)

ส่วนการควบคุมน้ำหนัก พบว่าหญิงที่เป็นเบาหวานร่วมกับการตั้งครรภ์ ที่มีประสบการณ์ได้อ่านความรู้จากเอกสารของแพทย์ พยาบาล เภสัชกร และนักโภชนาการ ได้รับการติดตามระดับน้ำตาลอย่างต่อเนื่องพบว่า สามารถควบคุมระดับน้ำตาลได้ (Martis et al., 2018) และจากการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบในการวิจัยเชิงคุณภาพพบว่า การรับรู้ข้อมูลทางสุขภาพจากผู้ให้บริการสุขภาพในระยะตั้งครรภ์มีผลต่อการจัดการน้ำหนักที่เพิ่มขึ้นในระหว่างตั้งครรภ์ โดยเฉพาะอย่างยิ่งการให้ข้อมูลเกี่ยวกับความสัมพันธ์ของน้ำหนักที่เพิ่มขึ้นกับกระบวนการเมตาโบลิซึมของน้ำตาลกลูโคส (glucose metabolism) (He et al., 2023) ด้วยเหตุนี้จึงเป็นที่น่าสนใจต่อการศึกษาประสบการณ์ของหญิงที่เป็นเบาหวานในระยะตั้งครรภ์ที่มีต่อการได้รับการส่งเสริมความรอบรู้ทางสุขภาพเพื่อควบคุมทั้งระดับน้ำตาล และการเพิ่มขึ้นของน้ำหนักตัว เพราะหากไม่สามารถควบคุมน้ำหนักตนเองได้จะทำให้ผลลัพธ์ที่ไม่ดีต่อสุขภาพทั้งมารดาและทารก (Shi et al., 2021)

จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า ยังไม่มีการศึกษาประสบการณ์ได้รับการส่งเสริมความรอบรู้ทางสุขภาพเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลและการเพิ่มขึ้นของน้ำหนักตัวในหญิงที่เป็นเบาหวานร่วมกับการตั้งครรภ์ ในบริบทของประเทศไทย โดยเฉพาะอย่างยิ่งในบริบทของเขตบริการสุขภาพที่ 4 พบว่ามีการให้บริการส่งเสริมความรอบรู้ทางสุขภาพสำหรับหญิงตั้งครรภ์อย่างเป็นรูปธรรม แต่ยังไม่มีการศึกษาเกี่ยวกับประสบการณ์ของหญิงที่เป็นเบาหวานร่วมกับการตั้งครรภ์เพื่อควบคุมระดับน้ำตาล และน้ำหนักตัวของหญิงตั้งครรภ์ ดังนั้นการวิจัยครั้งนี้จึงต้องการศึกษาโดยใช้แนวคิดปรากฏการณ์วิทยา (phenomenology) (Neubauer et al., 2019) และแนวคิดความรอบรู้ทางสุขภาพของ Nutbeam (2000) โดยการวิจัยนี้เป็นส่วนหนึ่งของโครงการวิจัยเรื่อง การศึกษาการให้บริการเพื่อส่งเสริมความรอบรู้ทางสุขภาพสำหรับหญิงที่เป็นเบาหวานร่วมกับการตั้งครรภ์ ระยะที่ 1 ซึ่งเป็นการศึกษาเชิงคุณภาพ ทั้งนี้เพื่อนำความรู้ที่ได้ไปใช้เป็นแนวทางในการประเมินการรับรู้ของหญิงที่เป็นเบาหวานร่วมกับการตั้งครรภ์เพื่อจัดการควบคุมระดับน้ำตาล และการเพิ่มขึ้นของน้ำหนักต่อไป

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาประสบการณ์ได้รับการส่งเสริมความรอบรู้ทางสุขภาพเพื่อควบคุมระดับน้ำตาล และการเพิ่มขึ้นของน้ำหนักตัวในหญิงที่เป็นเบาหวานร่วมกับการตั้งครรภ์

วิธีการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพ (qualitative research) ที่ใช้แนวคิดปรากฏการณ์วิทยาเพื่ออธิบายประสบการณ์ได้รับการส่งเสริมความรอบรู้ทางสุขภาพเพื่อควบคุมระดับน้ำตาล และการเพิ่มขึ้นของน้ำหนักตัวในหญิงที่เป็นเบาหวานร่วมกับการตั้งครรภ์ ศึกษาระหว่างเดือนเมษายน - กันยายน พ.ศ.2566

พื้นที่และบริบทที่ดำเนินการศึกษา ดำเนินการศึกษากับผู้ให้ข้อมูลหลักของเขตบริการสุขภาพที่ 4 ในโรงพยาบาลทั่วไปที่มีขนาดใหญ่ 5 แห่ง โรงพยาบาลชุมชนขนาดใหญ่ 1 แห่ง โรงพยาบาลชุมชนขนาด 120 เตียงขึ้นไป 2 แห่ง และโรงพยาบาลชุมชนขนาดขนาด 60 - 120 เตียง 2 แห่ง รวม 10 แห่ง โดยโรงพยาบาลแต่ละแห่งจะมีการคัดกรองการเป็นเบาหวานร่วมกับการตั้งครรภ์ ถ้าพบว่าเป็น GDMA1 แล้ว จะป้องกันไม่ให้เป็น GDMA2 ด้วยการสอนสุขศึกษาจากทีมสหวิชาชีพ เพื่อส่งเสริมความรอบรู้ทางสุขภาพ เนื้อหาการสอน ได้แก่ ความหมายของการตั้งครรภ์ร่วมกับการเป็นเบาหวาน ผลของเบาหวานที่มีต่อหญิงตั้งครรภ์ และทารกในครรภ์ การรับประทานอาหาร การควบคุมระดับน้ำตาล และน้ำหนักตัวของหญิงตั้งครรภ์ ส่วนหญิงที่คัดกรองแล้วพบว่าเป็น GDMA2 ทีมสหวิชาชีพจะให้ความรู้ตามแนวคิดการส่งเสริมความรอบรู้ทางสุขภาพ ณ คลินิกฝากครรภ์ และเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลเพื่อเรียนรู้วิธีการฉีดยาอินซูลิน การรับประทานอาหาร เพื่อควบคุมระดับน้ำตาลและการเพิ่มของน้ำหนักตัว

ทั้งนี้หญิงที่เป็น GDMA2 โรงพยาบาลบางแห่งสนับสนุนอุปกรณ์ตรวจน้ำตาลในเลือด บางแห่งไม่สามารถจัดอุปกรณ์ให้แต่มอบหมายให้หญิงที่เป็นเบาหวานร่วมกับการตั้งครรภ์ไปตรวจหาระดับน้ำตาลในเลือดด้วยตนเองที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล หรือโรงพยาบาลชุมชนที่อยู่ใกล้บ้าน หรือบางแห่งองค์การบริหารส่วนจังหวัดแจกอุปกรณ์การตรวจให้กับอาสาสมัครสาธารณสุขไว้เฝ้าระวังดูแลประชาชนที่เป็นเบาหวาน

ผู้ให้ข้อมูลหลัก คือ หญิงที่เป็นเบาหวานร่วมกับการตั้งครรภ์ โดยเลือกหญิงที่เป็นเบาหวานร่วมกับการตั้งครรภ์ที่มีคุณสมบัติคือ อายุ 18 ปีขึ้นไป เป็นผู้ที่มีคุณสมบัติตรงตามคำถามการวิจัยที่ต้องการศึกษาคือ 1) หญิง GDMA1 ที่สามารถควบคุมน้ำตาล และน้ำหนักได้ 2) หญิง GDMA1 ที่ไม่สามารถควบคุมน้ำตาล และน้ำหนักได้ 3) หญิง GDMA2 ที่สามารถควบคุมน้ำตาล และน้ำหนักได้ และ 4) หญิง GDMA2 ที่ไม่สามารถควบคุมน้ำตาล และน้ำหนักได้ โดยเลือกมีความหลากหลายด้านอายุครรภ์ ช่วงอายุ ระดับการศึกษา อาชีพ และเลือกที่ตรงตามทฤษฎีภายหลังที่วิเคราะห์ข้อมูลแล้วเห็นว่าผู้ให้ข้อมูล จำแนกเป็น 3 แบบ คือ ผู้ให้ข้อมูลที่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลได้ คุมได้บ้างไม่ได้บ้างในช่วง 1 เดือนแรก และกลุ่มที่คุมไม่ได้เลย จึงเลือกเพื่อตรวจสอบความถูกต้องของการวิเคราะห์

ผู้ให้ข้อมูลรอง ประกอบด้วย พยาบาลวิชาชีพจากโรงพยาบาลศูนย์ 1 คน พยาบาลวิชาชีพจากโรงพยาบาลทั่วไปขนาดใหญ่ 2 คน พยาบาลวิชาชีพจากโรงพยาบาลทั่วไปขนาดกลาง 4 คน และพยาบาลวิชาชีพจากโรงพยาบาลชุมชน 2 คน รวมทั้งหมด 9 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือวิจัยที่สำคัญในการศึกษานี้ประกอบด้วย

1.นักวิจัยเป็นเครื่องมือที่สำคัญสำหรับการวิจัยเชิงคุณภาพ โดยการศึกษานี้มีนักวิจัยเชิงคุณภาพที่ร่วมดำเนินการเก็บข้อมูล และวิเคราะห์ข้อมูลร่วมกัน (investigator triangulations)

2. แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของผู้ให้ข้อมูลหลัก ได้แก่ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา รายได้ อาชีพ การวินิจฉัยครั้งแรก อายุครรภ์ และการมีอุปกรณ์ตรวจระดับน้ำตาลเองที่บ้าน

3. แนวคำถามประสบการณ์การได้รับการส่งเสริมความรอบรู้ทางสุขภาพเพื่อควบคุมระดับน้ำตาล และการเพิ่มขึ้นของน้ำหนักตัวในหญิงที่เป็นเบาหวานร่วมกับการตั้งครรภ์ โดยผู้วิจัยสร้างขึ้นตามแนวคิดปรากฏการณ์วิทยาที่เชื่อว่าความจริงมาจากประสบการณ์ของคน (Neubauer et al., 2019) และแนวคิดการส่งเสริมความรอบรู้ทางสุขภาพของ Nutbeam (2000) แล้วนำไปทดลองถามกับหญิงตั้งครรภ์ 3 คน จากนั้นปรับภาษาให้เข้าใจง่าย เช่น ถามว่า ท่านรู้สึกอย่างไรเมื่อรู้ว่าตนเองเป็นเบาหวานร่วมกับการตั้งครรภ์ ได้รับคำแนะนำจากใครบ้าง อย่างไร จำคำแนะนำ จำค่าน้ำตาลที่ตรวจได้หรือไม่ เพราะเหตุใด นำความรู้ที่ได้รับการแนะนำไปควบคุมน้ำตาล และน้ำหนักของตัวเองอย่างไร ค้นหาข้อมูลอื่น ๆ ด้วยตนเองบ้างหรือไม่ ค้นหาจากที่ใดบ้าง เจอข้อมูลอะไรบ้าง นำไปใช้คุมน้ำตาล คุมน้ำหนักบ้างหรือไม่ เพราะเหตุใด รวมทั้งนำข้อมูลที่ค้นได้หรือข้อมูลสุขภาพของตัวเองไปพูดคุยกับใครบ้างหรือไม่ เพราะเหตุใด เป็นต้น

4. ข้อมูลเอกสารการให้บริการส่งเสริมความรอบรู้ทางสุขภาพในฐานข้อมูลของโรงพยาบาล

วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล นักวิจัยดำเนินการ ดังนี้

1.การประสานสถานที่เก็บข้อมูล นักวิจัยทำหนังสือถึงผู้อำนวยการของโรงพยาบาล และขออนุญาตเก็บข้อมูล ณ คลินิกฝากครรภ์กับหญิงที่เป็นเบาหวานร่วมกับการตั้งครรภ์

2.กระบวนการขอคำยินยอม เนื่องจากการรับบริการของหญิงที่เป็นเบาหวานร่วมกับการตั้งครรภ์ในแต่ละครั้งใช้เวลาในการรอคอยการตรวจยาวนาน การขอสัมภาษณ์จะทำให้หญิงตั้งครรภ์มีความกังวลใจต่อกิจกรรมต่าง ๆ ที่ตนจะได้รับการดูแลรักษา หรือแม้จะสัมภาษณ์หลังจากเสร็จสิ้นการดูแลรักษาแล้วก็ตามพบว่าหญิงตั้งครรภ์มีความเหนื่อยล้าจากการรอคอยการตรวจ ดังนั้นผู้วิจัยจึงประสานกับพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงาน ณ คลินิกฝากครรภ์ในพื้นที่ที่ศึกษาดำเนินการขอคำยินยอมกับ

หญิงที่เป็นเบาหวานร่วมกับการตั้งครรภ์เพื่อขอความยินยอมให้ข้อมูล และยินดีร่วมโครงการวิจัยไว้ก่อน ดังนี้

2.1 เลือกหญิงที่เป็นเบาหวานร่วมกับการตั้งครรภ์คุณสมบัติที่กำหนด

2.2 ดำเนินการขอคำยินยอมตามเอกสารขอคำยินยอมที่คณะผู้วิจัยได้รับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ เมื่อได้รับคำยินยอม และลงนามให้คำยินยอม จึงขอเบอร์โทรศัพท์ไว้เพื่อให้คณะนักวิจัยติดต่อดำเนินการสัมภาษณ์

3. การรวบรวมข้อมูล

3.1 เมื่อนักวิจัยได้เบอร์โทรศัพท์ติดต่อผู้ให้ข้อมูลจากพยาบาลที่ประสานไว้แล้ว จึงดำเนินการแนะนำตนเอง กล่าวถึงพยาบาลวิชาชีพที่เป็นผู้ประสานของโรงพยาบาลต่าง ๆ ที่ได้ขอคำยินยอมกับผู้ให้ข้อมูลเข้าร่วมโครงการวิจัยไว้ บอกวัตถุประสงค์ของการวิจัย และนัดวัน เวลา ที่ผู้ให้ข้อมูลว่างเพื่อนัดหมาย วัน เวลาที่สะดวกให้สัมภาษณ์ทางโทรศัพท์

3.2 ดำเนินการสัมภาษณ์ทางโทรศัพท์ ตามเวลาที่นัดหมาย โดยนักวิจัยแนะนำตัวเอง บอกวัตถุประสงค์ของการวิจัยอีกครั้ง เมื่อผู้ให้ข้อมูลยินดีจึงดำเนินการสัมภาษณ์โดยสอบถามข้อมูลทั่วไปของผู้ให้ข้อมูลหลัก และสัมภาษณ์ตามแนวคำถามที่สร้างไว้ ทั้งนี้ผู้ให้ข้อมูลบางคนจะเรียกนักวิจัยว่า “คุณหมอ” บางคนเรียกว่า “อาจารย์” และผู้ให้ข้อมูลส่วนใหญ่ใช้คำแทนตัวเองว่า “หนู” ใช้เวลาสัมภาษณ์ประมาณ 30 - 60 นาที

4. ดำเนินการวิเคราะห์ระหว่างการเก็บข้อมูล รายละเอียดแสดงในหัวข้อการวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูล

นักวิจัยเป็นผู้วิเคราะห์ข้อมูลด้วยตัวเอง และตรวจสอบความถูกต้องของการวิเคราะห์ไปพร้อม ๆ กับการเก็บรวบรวมข้อมูล และยืนยันความถูกต้องของการวิเคราะห์ข้อมูลระหว่างการสัมภาษณ์ ดังนี้

1. การพบแก่นสาระหลัก (main theme) จากการตรวจสอบข้อมูลหลาย ๆ บุคคลที่มีคุณสมบัติแตกต่างกัน (data triangulation) บอกความรู้สึกซ้ำ ๆ เหมือน ๆ กัน (Ryan & Bernard, 2003) ดังคำที่หญิงได้รับการวินิจฉัยครั้งแรกว่าเป็น GDMA1 และ GDMA2 อย่างเดียว รวมทั้งผู้ที่เป็น GDMA1 แล้วต่อมาเป็น GDMA2 เมื่อทราบจากพยาบาลที่ตรวจครรภ์ว่าตนเองเป็นเบาหวานร่วมกับการตั้งครรภ์ ได้ให้ความหมายว่าตนเองรู้สึก “วิตกกังวล กลัว” พบการให้ข้อมูลซ้ำกันในผู้ให้ข้อมูลจนถึงคนที่ 4 – 5 จึงตรวจสอบความถูกต้องในผู้ให้ข้อมูลทุกคน พบว่าทุกคนให้ข้อมูลเหมือนกัน จึงจัดให้เป็นแก่นสาระหลักคือ “วิตกกังวล กลัว”

2. การเชื่อมโยงแก่นสาระหลักไปยังแก่นสาระย่อย (Sub-theme) โดยเชื่อมโยงสู่การให้ความหมายต่อประสบการณ์ที่เกี่ยวข้องกับความรอบรู้ทางสุขภาพ คือ เมื่อวิตกกังวล และกลัวแล้ว

นำไปสู่จดจำข้อมูลความรู้ทางสุขภาพได้หรือไม่ เพราะเหตุใด ค้นหาทำความเข้าใจความรู้จากแหล่งข้อมูลต่าง ๆ ตามที่ได้รับการสอนหรือไม่ อย่างไร และนำความรู้ที่ได้รับจากผู้ให้บริการสุขภาพมาใช้เพื่อควบคุมน้ำตาลในเลือด และการเพิ่มขึ้นน้ำหนักของตนเองอย่างไร โดยใช้แนวคิดความรอบรู้ทางสุขภาพ (Nutbeam, 2000) วิเคราะห์ (theory triangulation) ได้รับคำตอบจากผู้ให้ข้อมูลที่ตรงกันว่า “ต้องการให้ตนเอง และลูกปลอดภัย” นักวิจัยได้ตรวจสอบการเชื่อมโยงข้อค้นพบนี้เป็นระยะ ๆ ในระหว่างการสัมภาษณ์ได้ข้อค้นพบที่ซ้ำ ๆ กัน

3. การผูกโยงแก่นสาระหลัก กับแก่นสาระย่อยต่าง ๆ ให้เป็น “โมเดลแสดง ประสบการณ์ได้รับการส่งเสริมความรอบรู้ทางสุขภาพเพื่อควบคุมระดับน้ำตาล และการเพิ่มขึ้นของน้ำหนักตัวในหญิงที่เป็นเบาหวานร่วมกับการตั้งครรภ์” คณะนักวิจัยร่วมกันตรวจสอบความถูกต้องของการวิเคราะห์ยืนยันความถูกต้องของความสัมพันธ์ของแก่นสาระหลัก ไปยังแก่นสาระย่อยกับผู้ให้ข้อมูลรอง 9 คน (investigator triangulation) จนกระทั่งพบข้อมูลซ้ำๆ กัน จากนั้นนำไปตรวจสอบกับข้อมูลจากเอกสารการฝากครรภ์ของหญิงตั้งครรภ์ (data triangulation) จึงได้ข้อค้นพบที่เป็นแก่นสาระย่อยต่าง ๆ เป็น 3 กลุ่ม รายละเอียดเสนอในผลการวิจัยภาพที่ 1

การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง

โครงการผ่านการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี พระพุทธบาท เลขที่ IRB No.002/2565 ลงวันที่ 23 มีนาคม 2565 ถึง วันที่ 22 มีนาคม 2566 และต่ออายุถึงวันที่ 21 มีนาคม 2567 ผู้วิจัยได้พิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่างผู้ให้ข้อมูล โดยแนะนำตัว อธิบายวัตถุประสงค์ของการวิจัย ขั้นตอน รายละเอียดเพื่อทำการวิจัย โดยอธิบายให้ทราบว่าข้อมูลที่ได้เป็นความลับ การนำเสนอข้อมูลเป็นภาพรวมและนำไปใช้เชิงวิชาการ ข้อมูลจะถูกทำลายเมื่อสิ้นสุดการทำวิจัยแล้ว ระหว่างการทำวิจัยผู้ให้ข้อมูลสามารถยุติการเข้าร่วมหรือออกจากการวิจัยได้ตลอดเวลา โดยไม่ต้องระบุเหตุผล และไม่มีผลกระทบใด ๆ ต่อผู้ให้ข้อมูล

ผลการวิจัย

ข้อมูลทั่วไปของผู้ให้ข้อมูลหลักประกอบด้วย 3 กลุ่ม ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ให้ข้อมูลของหญิงที่เป็นเบาหวานร่วมกับการตั้งครรภ์ จำแนกตามการวินิจฉัยครั้งแรก

รายละเอียด	กลุ่มที่ 1 (12 คน)	กลุ่มที่ 2 (7 คน)	กลุ่มที่ 3 (10 คน)
การวินิจฉัยครั้งแรก	GDMA2	GDMA1 ระยะต่อมาเป็น GDMA2	GDMA1

รายละเอียด	กลุ่มที่ 1 (12 คน)	กลุ่มที่ 2 (7 คน)	กลุ่มที่ 3 (10 คน)
การควบคุมน้ำตาล และน้ำหนัก	คุมระดับน้ำตาลและน้ำหนักได้บ้างไม่ได้บ้าง	คุมระดับน้ำตาลไม่ได้ในช่วง 1 เดือนแรก แต่ต่อมาควบคุมได้	คุมระดับน้ำตาลและน้ำหนักได้ดี
ช่วงอายุ	อายุ 18 - 41 ปี	อายุ 29 - 41 ปี	อายุ 22 - 40 ปี
อายุครรภ์น้อยสุด	18 สัปดาห์ 3 วัน	20 สัปดาห์ 4 วัน	11 สัปดาห์ 4 วัน
อายุครรภ์มากที่สุด	35 สัปดาห์ 3 วัน	35 สัปดาห์	37 สัปดาห์ 4 วัน
ระดับการศึกษา			
- ประถมศึกษา ป.6	3	-	1
- มัธยมศึกษา ม.3	2	3	2
- มัธยมศึกษา ม.6	3	1	2
- ปวช.	1	-	2
- ปวส.	1	3	1
- ปริญญาตรี	1	-	2
- ปริญญาโท	1	-	-
อาชีพ			
- แม่บ้าน	4	5	5
- รับจ้าง	2	-	-
- พนักงานบริษัท	3	-	1
- เกษตรกร	1	1	2
- ค้าขาย	-	1	1
- รับราชการ	2	-	1
รายได้ (บาทต่อเดือน)			
- น้อยที่สุด	10,000	20,000	15,000
- มากที่สุด	25,000	45,000	40,000
- เพียงพอกับค่าใช้จ่าย	8	2	5
- ไม่เพียงพอกับค่าใช้จ่าย	4	5	5
- การมีอุปกรณ์ตรวจระดับน้ำตาลในเลือดเองที่บ้าน	- มีตรวจประเมินที่ รพ.สต. 2 คน - ไม่มี 10 คน ตรวจเมื่อมาตรวจตามนัด	- ไม่มีอุปกรณ์ตรวจในระยะ 1 เดือนแรกแต่ต่อมามีทุกคน	- มีอุปกรณ์ตรวจ 9 คน - ไม่มีอุปกรณ์ตรวจ 1 คน

ข้อค้นพบจากการวิจัย ผู้ให้ข้อมูลหลักจากตารางที่ 1 สะท้อนประสบการณ์ได้รับการส่งเสริมความรอบรู้ทางสุขภาพเพื่อควบคุมระดับน้ำตาล และการเพิ่มขึ้นของน้ำหนักตัวในหญิงที่เป็นเบาหวานร่วมกับการตั้งครรภ์มีแก่นสาระที่พบ ดังนี้

1. วิตกกังวล กลัว ผู้ให้ข้อมูลทุกคนที่ได้ข้อมูลจากทีมสหวิชาชีพว่าตนเองเป็นเบาหวานร่วมกับการตั้งครรภ์ และได้รับการสอนด้วยการฝึกให้ใช้คำสำคัญสืบค้นความรู้ เช่น “ความหมายของการเป็นเบาหวานในระยะตั้งครรภ์” “ผลกระทบของการเป็นเบาหวานต่อการตั้งครรภ์” และ “ผลกระทบของเบาหวานต่อทารกในครรภ์” โดยฝึกสืบค้นด้วยมือถือใน website ต่าง ๆ ทาง google.com, Facebook, TikTok, และ YouTube ทำให้หญิงที่เป็นเบาหวานร่วมกับการตั้งครรภ์รู้สึกวิตกกังวล หลายคนกลัวว่าลูกและตนเองจะมีความเสี่ยง แต่ไม่ใช้คำว่าความเสี่ยงเหมือนกับผู้ให้บริการสุขภาพพูด โดยใช้คำว่า *“กลัวลูกจะเป็นอะไร กลัวตัวเองจะเป็นอะไร”* ตัวอย่างเช่น หญิงตั้งครรภ์กลุ่มที่ 1 รายหนึ่ง วิตกกังวลและกลัวว่าตนเองหรือลูกจะได้รับอันตราย จึงลาออกจากโรงงานที่ตนเองทำงานอยู่เพื่อปรับพฤติกรรมตนเองให้สามารถควบคุมระดับน้ำตาลได้ กลุ่มที่ 1 ดังคำพูดที่ว่า

“กังวลค่ะ ลาออกจากงานเลยค่ะ เป็นทั้งครรภ์แฝด เป็นทั้งเบาหวานค่ะ แล้วที่ทำงานอยู่ไกลหลายกิโล (กิโลเมตร) ต้องขับมอร์เตอร์ไซค์ไปเอง”

PT10

2. ต้องการให้ตนเอง และลูกปลอดภัย จากความรู้สึกวิตกกังวล กลัว ทำให้หญิงที่เป็นเบาหวานร่วมกับการตั้งครรภ์คิดว่า ต้องดูแลสุขภาพของตนให้ดีตามคำแนะนำทั้งนี้เพื่อความปลอดภัยของตนเองและบุตรในครรภ์ ดังคำพูดของกรณีหญิงอายุ 38 ปี ทำงานโรงงานอุตสาหกรรม แต่ต้องขอลาออกจากงาน เพื่อตัวเอง และลูกปลอดภัย ดังคำพูด ที่ว่า

“ทั้งกังวล ทั้งกลัวว่าเราจะเป็นอะไร ลูกจะเป็นอะไร ก็เคยแท้งมา 2 ครั้งแล้ว และอายุก็มาก ก็ขอลาออกมาดูแลตัวเองก่อน ดีแล้วค่อยกลับไปขอเข้าทำงานใหม่ นายจ้างเค้าว่าอย่างนั้นค่ะ”

PT11

จากความต้องการนี้เองสามารถสะท้อนประสบการณ์ได้รับการส่งเสริมความรอบรู้ทางสุขภาพตามสีของจราจรที่แสดงความปลอดภัยของหญิงตั้งครรภ์และทารกในครรภ์เป็น 3 กลุ่ม ดังนี้

2.1 กลุ่มที่ 1 สีส้ม จำความรู้ได้ไม่หมด ไม่ค้นหาความรู้เพิ่มเติม และนำความรู้ไปใช้ไม่ได้ พบในหญิงที่เป็น GDMA2 12 คน ตั้งแต่ได้รับการวินิจฉัยครั้งแรก ไม่มีอุปกรณ์การตรวจระดับน้ำตาลเป็นของตนเอง ต้องไปตรวจประเมินที่ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล 2 คน และ ไม่มี 10 คน จะได้

ตรวจเมื่อต้องไปตรวจตามนัด รับรู้ว่าที่ตนเองคุมระดับน้ำตาลและน้ำหนักได้บ้างไม่ได้บ้างนั้นเป็นผลมาจากจำความรู้ที่ได้รับการสอนไม่ครบ และไม่ได้ค้นหาความรู้เพิ่มเติม ไม่รู้ค่าตัวเลขปกติของระดับน้ำตาลก่อนรับประทานอาหาร (fasting blood sugar) และหลังรับประทานอาหาร 1 ชั่วโมง (1 hr PPG) ที่ตนเองได้รับการนัดมาตรวจ ไม่รู้ว่าค่าดัชนีมวลกายก่อนการตั้งครรภ์ของตนเองอยู่ในกลุ่มใด และน้ำหนักควรเพิ่มขึ้นกี่กิโลกรัม แต่ยอมรับว่า ไม่สามารถปรับอาหารเพื่อควบคุมน้ำตาลและน้ำหนักได้ตามที่ได้รับคำแนะนำ เนื่องจากเหตุผลต่าง ๆ ดังนี้

2.1.1 เนื่องจากทำงานนอกบ้าน ไม่มีเวลาปรุงอาหารเอง ซื้ออาหารรับประทาน ส่วนใหญ่แล้วเรียนรู้จากคำแนะนำของเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลอย่างเดียว ไม่มีเวลาสืบค้นหรือหาข้อมูลเพื่อควบคุมระดับน้ำตาล และน้ำหนัก เช่น ขายของ ทำให้ไม่มีเวลาในการจัดหาอาหารมาให้เหมาะสมกับตนเอง พบว่าน้ำตาลขึ้นสูงบ่อยครั้ง ดังตัวอย่างคำพูดของกรณีศึกษาของกลุ่มที่ 1 ที่ว่า

“เราค้าขายเนาะ ต้องตื่นดึก ขายของกำกับเวลากินไม่ได้ค่ะ มีอะไรก็ซื้อกินค่ะ ไม่มีเวลาไปซื้ออาหารตามที่แนะนำ หมอเค้าก็ปรับยาให้ค่ะ ล่าสุดกำชับให้งดของทอด ของมัน ขนมหวาน น้ำอัดลม ให้ทานพวกนึ่งย่าง ฝรั่ง แอบเปิ้ลค่ะ”

PT23

“แต่หนูไม่ได้ทำอาหารเอง เพราะหนูอยู่หอพัก แฟนเป็นคนซื้อมาให้ ส่วนใหญ่เป็นกับข้าวถุง กินข้าวขาวค่ะ ส่วนใหญ่ซื้อเอาค่ะ ไม่ได้หุงเอง โภชนากรเขาก็สอนหนูค่ะ จำความรู้ได้ไม่หมดค่ะ ว่าต้องทานอะไรบ้าง หนูทำงานค่ะ ไม่มีเวลาทำกับข้าวทานเอง น้ำตาลเลยขึ้น ๆ ลง ๆ ค่ะ”

PT31

2.1.2 เนื่องจากถ้าค้นหาความรู้เพิ่ม อาจเครียดกว่าเดิมถ้าพบข้อมูลที่ไม่ค่อยดี และเจออ่านแล้วไม่เข้าใจ ดังที่หญิงตั้งครรภ์รายหนึ่งของกลุ่มที่ 1 จบการศึกษาระดับปริญญาโท เล่าให้ฟังว่า ตนเองสามารถสืบค้นข้อมูลต่าง ๆ ได้ แต่ไม่ต้องการสืบค้นอะไรมาก เพราะหากไปเห็นอะไร ทำให้เครียดกังวลมากขึ้น ก็จะไม่ค้นหาอ่านอะไร รับฟังเฉพาะที่แพทย์ให้คำแนะนำมา ดังคำพูดที่ว่า

“ค้นได้หมดค่ะ แต่ไม่อยากไปรู้อะไรเพิ่ม เผื่อไปเจอข้อมูลที่ไม่ค่อยดี หนูเป็นคนขี้กังวลค่ะ เกิดอ่านแล้วไม่เข้าใจก็จะพาตัวเองเครียดค่ะ ”

PT09

นอกจากนี้ยังมีอีกกรณีของกลุ่มที่ 1 ที่ไม่แน่ใจ จำความรู้ที่ได้รับการสอนไม่ได้ และไม่แน่ใจว่าตนเองมีค่าน้ำตาลต่ำหรือไม่ ทั้งนี้เนื่องจากความรู้ที่ได้รับการสอนมีเนื้อหามาก จำไม่หมด และไม่แน่ใจ ดังที่กรณีศึกษาได้สอบถามนักวิจัย ว่า

"หนูไม่แน่ใจ หนูถามหมอหน่อยนะว่า กลางคืนหนูตื่นขึ้นมาเนี้ย หนูเหงื่อแตกเลยค่ะ ตัวเย็นหลังเปียกแฉะ เลย หนูไม่เคยเป็นมาก่อนนะคะ หมอว่าหนูน้ำตาลต่ำหรือเปล่า หนูไม่แน่ใจนะค่ะ แต่หนูรีบกินน้ำตาลเลยค่ะ ก็ดีขึ้นนะคะ" (หมอในที่นี้หมายถึง นักวิจัยที่กำลังสัมภาษณ์อยู่)

PT19

2.2 กลุ่มที่ 2 สีเหลือง จำคำแนะนำ และตัวเลขต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องได้ แต่ปรับตัวกับการรับประทานอาหารแบบใหม่ยังไม่ได้ กลุ่มนี้มีจำนวน 7 คน ไม่มีอุปกรณ์ตรวจในระยะ 1 เดือนแรก แต่ต่อมามีทุกคน มีความรู้สึกวิตกกังวล และกลัวว่าตนเอง และทารกจะได้รับอันตราย จึงปรับพฤติกรรมสุขภาพของตนเองเพื่อความปลอดภัยของตนเอง และทารกในครรภ์ เหมือนกับกลุ่มที่ 1 พบในหญิงที่เป็นเบาหวานชนิด GDMA1 แต่ไม่สามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมได้จึงกลายเป็น GDMA2 และเมื่อเป็น GDMA2 แล้วในช่วง 1 เดือนแรกก็ยังไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลและน้ำหนักได้ ให้เหตุผลว่าในช่วงเดือนแรกตนองใช้เวลาในการปรับตัวกับการที่เพิ่งฉีดอินซูลินใหม่ๆ กับการรับประทานอาหารไม่สอดคล้องกัน หรือรับประทานอาหารไม่สอดคล้องกับยาที่ได้รับ แม้ว่าจะเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลเพื่อเรียนรู้การฉีดยา การรับประทานอาหารให้สอดคล้องกับปริมาณยาอินซูลินที่ได้รับไปฉีดเองที่บ้านแล้วก็ตาม ดังคำพูดของกรณีหญิงตั้งครรภ์ อายุ 29 ปี ตั้งครรภ์แฝดร่วมกับการเป็นเบาหวาน บอกว่าตัวเองมีระดับน้ำตาลก่อนรับประทานอาหารมากเกิน จำตัวเลขระดับน้ำตาลก่อนรับประทานอาหารได้ หลังรับประทานอาหาร 1 ชั่วโมง ได้ และรับรู้ว่าน้ำหนักขึ้นตามปกติ ดังคำพูดที่ว่า

"ช่วงแรก (หมายถึงช่วงอายุครรภ์ 22 - 26 สัปดาห์) คุมน้ำตาลไม่ได้ หมอนัดให้นอนโรงพยาบาล เมื่อวันก่อนน้ำตาลเกิน หลังอาหาร 1 ชั่วโมงได้ 154 (fasting blood sugar ปกติ ไม่เกิน 105 มก./ดล.) แต่วันนี้ได้ 112 พอคุมได้บ้าง น้ำหนักคุมได้ตามที่หมอบอกหมอบอกให้ขึ้นได้ 11 กิโล ตอนนี้ขึ้นมา 3 กิโลแล้ว"

PT 19

2.2.1 จำตัวเลขค่าน้ำตาล และเชื่อมโยงกับชนิดอาหารที่รับประทานได้ เช่น เรียนรู้ ดังนี้

2.2.1.1 ค่าน้ำตาลก่อนอาหารสูง เกิดจากรับประทานอาหารมื้อเย็นมากเกินไป จากผลการตรวจน้ำตาล (fasting blood sugar) หญิงตั้งครรภ์รับรู้จากพยาบาลที่ให้ความรู้ว่า ตนเองรับประทานอาหารมื้อเย็นมากเกินไป บางคนรับประทานอาหารมื้อเย็นดึกเกินไป 2 - 3 ทุ่ม เนื่องจากเป็นวิถีชีวิตของตนเองอยู่

แล้วที่รับประทานอาหารมื้อดึกตลอดมา การที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้จะสะท้อนจากคำพูดของตนเองที่ว่า

"กินข้าวมื้อเย็นดึกมากค่ะ พี่พยาบาลเค้าบอกว่า น้ำตาลก่อนกินข้าวที่เราตรวจจะเป็นผลมาจากที่เรากินอาหารมื้อสุดท้ายคือ ตอนเย็นหรือกินก่อนนอน หนูไม่ได้กินก่อนนอน แต่หนูกินตอน 2 - 3 ทุ่ม เป็นประจำอยู่แล้ว เลยรู้ว่าต้องปรับเวลากินอาหารมื้อเย็นใหม่"

PT22

2.2.1.2 ค่าน้ำตาลหลังอาหารเช้าเกินทุกครั้ง เนื่องจากรับประทานอาหารเช้าที่โรงพยาบาล เนื่องจากอาหารที่ซื้อที่โรงพยาบาลไม่มีตามรายการอาหารที่พยาบาลสอน ดังตัวอย่างคำพูดที่ว่า

"น้ำตาลที่เกินบ่อย ๆ นะ ก็เป็นหลังอาหาร 1 ชั่วโมง หมอบอกว่าให้กินข้าวกล้อง ที่รงพยาบาลไม่มี เลือกไม่ได้ วันนั้นทานข้าวมันไก่ค่ะ น้ำตาลเลยสูงมากกว่า 140 หนูเลยหุงข้าวกล้องเองไปทานค่ะ วันนั้นน้ำตาลหลังอาหารได้ปกติค่ะ"

PT27

2.3 กลุ่มที่ 3 สีเขียว จำตัวเลข ชนิดอาหาร และคำนวณแคลอรี่ได้ และสืบค้นความรู้เพิ่มเติมจากแหล่งความรู้ต่าง ๆ ด้วยตนเองได้ ข้อค้นพบนี้พบในหญิงที่เป็น GDMA1 อย่างเดียวตลอดการตั้งครรภ์ 10 คน โดยพบว่า 9 คนที่มีอุปกรณ์ตรวจน้ำตาล มีเพียง 1 คนที่ไม่มีอุปกรณ์การตรวจระดับน้ำตาล โดยที่มีอายุครรภ์มากกว่า 36 สัปดาห์จำนวน 5 คน และมีจำนวน 4 คนที่ได้รับการดูแลด้วยระบบส่งต่อจากโรงพยาบาลทั่วไป กลับมารักษาต่อที่โรงพยาบาลชุมชน ซึ่งพบว่าคุมระดับน้ำตาลและน้ำหนักได้ดี ดังที่มีผู้ให้ข้อมูลคนหนึ่งที่บอกประสบการณ์ของตนเองว่า ทันทีที่รู้ว่าตนเองเป็นเบาหวานจะรู้สึกกังวล ไม่สบายใจ เนื่องจากได้รับการอธิบายเกี่ยวกับ ผลกระทบของการมีระดับน้ำตาลสูงจะเป็นอันตรายต่อหญิงตั้งครรภ์และทารกในครรภ์ จึงตั้งใจจำความรู้ที่ได้รับจากการสอนของพยาบาล สูติแพทย์ และนักโภชนาการ และยังค้นหาความรู้ต่างๆ จากอินเทอร์เน็ตด้วยตนเอง ดังตัวอย่าง คำพูดที่ว่า

"ท้องครั้งที่แล้วก็เป็นเบาหวานค่ะ ไม่คิดว่าท้องนี้จะเป็นอีก เจอผลตรวจเลือดสูงเกิน 2 ค่า (หมายถึงผลการตรวจ 100 gm OGTT) พยาบาลเค้าบอกว่าเสี่ยงต่อแม่ ต่อลูกค่ะ เค้าส่งให้คุยกับนักโภชนากรอะค่ะ เค้าแนะนำให้กินข้าวเป็นข้าวกล้อง กับข้าวไรซ์เบอรี่อ่ะคะ. ก็คือจำกัดการกินต่อมื้อค่ะ แล้วก็ ดูจากในอินเตอร์เน็ตด้วยอะไรอย่างเงี้ย ที่จะกินได้อะไรอย่างเงี้ยค่ะ มีอะไรบ้างเงี้ยค่ะ ผลไม้อะไรที่กินไม่ได้บ้างอย่างเงี้ยค่ะ ใช้คำค้นว่า "อาหารคนท้องที่เป็นเบาหวาน"มันก็ออกมาว่าอะไรกินได้ อะไรกินไม่ได้"

PT01

สิ่งที่จดจำความรู้หลัก ๆ ที่จำได้คือ ประเภทของอาหารที่ควรรับประทาน อาหารที่ควรงดรับประทาน มีการสืบค้นหารายการอาหารที่มีขายในสื่อทางสังคมเพิ่ม เช่น ข้าวกล้องชนิดต่าง ๆ จมูกข้าว เป็นต้น มีส่วนน้อยมากที่ค้นหาเรื่องการควบคุมอาหารด้วยการเดินหลังรับประทานอาหาร ส่วนใหญ่แล้วเกิดจากการที่หลังรับประทานอาหารแล้วอืดอัดจึงเดินเล่น แต่ไม่ได้เดินหลังรับประทานอาหาร 15 นาที ทั้งนี้ยังพบว่ามีการรับรู้ตัวเลขเพื่อควบคุมระดับน้ำตาล และน้ำหนัก มี 2 รูปแบบ ดังนี้

2.3.1 ควบคุมระดับน้ำตาล: คำนวณแคลอรี่จากอาหารที่รับประทาน ควบคุมเวลาที่รับประทานอาหาร และติดตามดูผลลัพธ์จากผลตรวจค่าน้ำตาลจากปลายนิ้วตัวเอง หญิงตั้งครรภ์ที่คุมระดับน้ำตาลได้จะเรียนรู้จากปริมาณอาหารที่รับประทานว่าแต่ละมื้ออาหารที่รับประทานนั้นมีจำนวนกี่แคลอรี่ ให้เป็นไปตามที่โภชนากรกำหนดเป็นรายการอาหาร และสอนให้จำตัวเลขจำนวนแคลอรี่ของอาหารที่รับประทาน มีการตรวจสอบค่าน้ำตาลของตนเองจากอุปกรณ์ที่ตนเองซื้อมาราคาประมาณ 2000 – 2500 บาท บางคนรอดูผลวันที่ไปตรวจตามนัด และบางคนขอไปตรวจที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ดังตัวอย่างที่พูดว่า

"ล่าสุดหมอเค้าเขียนกำหนดมาให้เลยว่ากินกี่แคลอรี่ มื้อเช้ากินกี่แคลอรี่ มื้อกลางวัน อาหารระหว่างมื้อ มื้อเย็น มื้อค่ำ เช่น มื้อเช้ากินข้าวได้ไม่เกิน 3 ทัพพี หนูกินข้าวกล้อง จากที่ศึกษาใน net (Internet) ใน YouTube ก็ดู TIK TOK ก็ดู ข้อมูลเชื่อถือได้ไหม ก็ดูที่เค้าดูกันเยอะๆ ลองกินตามนั้น น้ำตาลก็โอเคนะ ไม่ได้เจาะทุกวันหรอกค่ะ ดูจากหมอครั้งที่แล้ว"

PT01

2.3.2 **ควบคุมการกินอย่างเข้มงวด พบน้ำหนักเพิ่มขึ้นตามเกณฑ์** กรณีนี้พบว่าเข้มงวดกับการรับประทานอาหารมาก จนกระทั่งพบว่า บางคนมีอาการน้ำตาลในเลือดต่ำ และน้ำหนักไม่เพิ่มขึ้นเลย จึง

สืบค้นความรู้ด้วยตนเองในแหล่งข้อมูลต่าง ๆ ที่ตนเองเรียนรู้จากที่พยาบาลสอนเพิ่มอีก และปฏิบัติตัวอย่างเคร่งครัด ตัวอย่างเช่น คำพูดต่อไปนี้

"เขาจะแนะนำเกี่ยวกับการกินอาหารค่ะ พร้อมมีแผ่นพับ ซึ่งมี QR code ที่ให้ไปอ่านต่อที่บ้าน ซึ่งมีอาหารแลกเปลี่ยนต่าง ๆ ที่ หญิงตั้งครรภ์ที่เป็นเบาหวานควรต้องกิน อาหารที่ควรงดเว้น จะให้บันทึกน้ำหนักในแต่ละครั้งที่มาฝากครรภ์ ให้ประเมินน้ำหนักของตัวเองว่าน้ำหนักขึ้นเหมาะสมตามเกณฑ์ไหม หนูก็ทำตาม โภชนากรบอกค่ะ เค้าบอกว่าน้ำหนักของหนูไม่ควรขึ้นเกินอาทิตย์ละ ครึ่งกิโลค่ะ จนถึงคลอดน้ำหนักขึ้นต้องไม่เกิน 16 กิโลค่ะ ตอนนี้หนูท้องได้ 33 สัปดาห์ น้ำหนักขึ้นมา 6 กิโลค่ะ พยาบาลบอกว่าน้ำหนักขึ้นน้อยไปหน่อย หนูอาจควบคุมอาหารมากเกินไปค่ะ กินอะไรก็กลัวว่าน้ำตาลจะขึ้นค่ะ ตอนนี้ต้องเร่งทำน้ำหนักแล้วค่ะ"

PT025

"ไม่กินข้าวขาวเลย น้ำตาลก็งด กินข้าวกล้อง ข้าวไร้เบอรี่ กินข้าวก็กินถ้วยเดียวต่อมื้อ กะทิ ตัดออกเลย กินไม่ได้ คุยกับนักโภชนากร และดูจากเน็ต (Internet) ก็ค้นใน google ใช้คำว่าอาหารแม่ท้องเป็นเบาหวานที่สามารถกินได้ ใช้คำนี้ค้นเลย กับคนที่ท้องแล้วเป็นเบาหวานเหมือนกันก็คุยกันบ้างค่ะ เค้าบอกว่ากินน้ำใบเตยแล้วน้ำตาลลด เค้ากินแทนน้ำเลย ตัวเองก็ลองมาค้นดู ใน google มีบอก ก็ไปซื้อมาต้มกินค่ะ แต่กินไม่บ่อยมาก แล้วก็กินอาหารก็กินไม่เกิน 1 ทุ่ม ตามที่อ่านเจอเลยค่ะ"

PT01

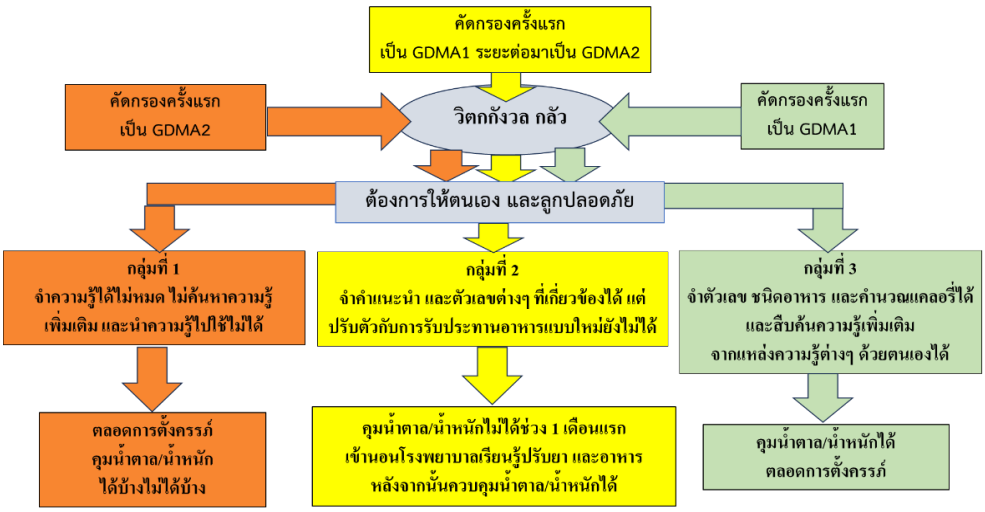
สำหรับการขึ้นของน้ำหนักนั้น พบว่าหญิงตั้งครรภ์ที่เป็นเบาหวานหลายคนบอกว่า น้ำหนักของตนเองในระยะแรกของการตั้งครรภ์นั้นน้ำหนักส่วนใหญ่ลดลง และเพิ่มขึ้นหลังจากไตรมาสที่ 1 แต่เพิ่มไม่มากเนื่องจากรับรู้จากผู้ให้บริการสุขภาพได้กำหนดว่า น้ำหนักตลอดการตั้งครรภ์ควรขึ้นกี่กิโลกรัม ดังเช่นคำพูดที่ว่า

"น้ำหนักคุมได้ค่ะ หมอเขาบอกว่าให้ขึ้นได้ 11 - 12 กิโลกรัมค่ะ ตอนนี้ก็ขึ้นมา 3 กิโลแล้ว วันก่อนหมอทำอัลตร้าซาวด์ หมอก็ว่าน้ำหนักลูกปกติ ตัวไม่ใหญ่เกินไป"

PT19

สรุปข้อค้นพบ สามารถสรุปประสบการณ์ได้รับการส่งเสริมความรอบรู้ทางสุขภาพเพื่อควบคุมระดับน้ำตาล และการเพิ่มขึ้นของน้ำหนักตัวในหญิงที่เป็นเบาหวานร่วมกับการตั้งครรภ์ โดยจำแนกเป็น

สีตามแนวคิดปิงปองจราจรชีวิต 7 สี (Wanchai et al., 2023) กลุ่มที่ 1 สีส้มคือ กลุ่มป่วยที่จำความรู้ที่ได้รับการส่งเสริมความรอบรู้ทางสุขภาพได้ไม่หมด ไม่ค้นหาความรู้เพิ่มเติมและนำความรู้ไปใช้ไม่ได้ พบในหญิงที่คัดกรองครั้งแรกเป็น GDMA2 ตลอดการตั้งครรภ์ควบคุมน้ำตาลได้บ้างไม่ได้บ้าง ส่วนกลุ่มที่ 2 สีเหลือง เป็นกลุ่มป่วยเช่นเดียวกัน จำคำแนะนำและตัวเลขต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องได้ แต่ปรับตัวกับการรับประทานอาหารแบบใหม่ยังไม่ได้ คุมน้ำตาล และน้ำหนักไม่ได้ในช่วง 1 เดือนแรก ต้องเข้านอนโรงพยาบาลเพื่อเรียนรู้ปรับยา และอาหาร หลังจากนั้นจึงควบคุมน้ำตาลและน้ำหนักได้ พบในหญิงตั้งครรภ์ที่เป็น GDMA1 ต่อมาเป็น GDMA2 และกลุ่มที่ 3 สีเขียว เป็นกลุ่มที่จำตัวเลข ชนิดอาหาร และคำนวณแคลอรี่ของอาหารที่จะต้องรับประทานได้ รวมทั้งสืบค้นความรู้จากแหล่งเรียนรู้ต่าง ๆ ได้ด้วยตนเอง กลุ่มนี้ควบคุมน้ำหนักและน้ำตาลได้ดี พบในหญิงที่เป็น GDMA1 จากการคัดกรองครั้งแรก โดยสรุปได้ดังภาพที่ 1



ภาพที่ 1 ประสบการณ์ได้รับการส่งเสริมความรอบรู้ทางสุขภาพเพื่อควบคุมระดับน้ำตาล และการเพิ่มขึ้นของน้ำหนักตัวในหญิงที่เป็นเบาหวานร่วมกับการตั้งครรภ์

อภิปรายผล

การศึกษาครั้งนี้สะท้อนประสบการณ์ได้รับการส่งเสริมความรอบรู้ทางสุขภาพเพื่อควบคุมระดับน้ำตาล และการเพิ่มขึ้นของน้ำหนักตัวในหญิงที่เป็นเบาหวานร่วมกับการตั้งครรภ์ตามแก่นสาระที่พบ ดังนี้

1.วิตกกังวล กลัว ข้อค้นพบนี้สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมา (OuYang et al., 2021) ที่พบว่าหญิงที่เป็นเบาหวานร่วมกับการตั้งครรภ์เสี่ยงต่อความวิตกกังวลที่สัมพันธ์กับความกลัวต่อภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นกับหญิงตั้งครรภ์และทารก แต่การศึกษานี้พบปัญหาทางจิตใจมากกว่าหญิงที่เป็นเบาหวานร่วมกับการตั้งครรภ์ที่ศึกษาครั้งนี้คือ การมีภาวะซึมเศร้า และความเครียด โดยเฉพาะเมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มหญิงตั้งครรภ์ปกติที่ไม่เป็นเบาหวานร่วมกับการตั้งครรภ์ ทั้งนี้เป็นไปได้ว่าการศึกษาครั้งนี้เลือกหญิงตั้งครรภ์ที่สามารถสื่อสารได้ เต็มใจในการให้ข้อมูล ดังนั้นจึงไม่พบการรับรู้ว่าผู้ให้ข้อมูลมีภาวะซึมเศร้า

นอกจากนี้ยังมีข้อค้นพบอีกว่า หญิงที่เป็นเบาหวานร่วมกับการตั้งครรภ์สะท้อนว่าตนเองมีความวิตกกังวล และกลัว ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ (Rieß et al., 2023) กลัวทารกที่เกิดมาจะเป็นเบาหวาน กลัวว่าต่อไปตนเองจะเป็นเบาหวาน เป็นต้น (Martis et al.,2018; Ören et al., 2024) ซึ่งในขณะที่การศึกษาครั้งนี้พบข้อแตกต่างกันคือ ผู้ให้ข้อมูลไม่ระบุว่าสิ่งที่ตนเองกลัวนั้นคืออะไร ดังคำพูดที่ว่า “กลัวลูกจะเป็นอะไร กลัวตัวเองจะเป็นอะไร” ซึ่งในบริบทของคนไทยเมื่อตั้งครรภ์จะมีพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพด้านการมีสัมพันธภาพกับคนอื่นคือ การพูดแต่สิ่งที่ดีหลีกเลี่ยงการพูดถึงสิ่งที่ทำให้เกิดความเครียด กับบุตรและตนเอง (Srisawad et al., 2018) ทั้งนี้จะเห็นได้ว่าสอดคล้องกับข้อค้นพบสาเหตุที่ทำให้หญิงตั้งครรภ์ไม่สืบค้นหาข้อมูลในแหล่งความรู้ต่าง ๆ โดยให้เหตุผลว่า “ถ้าค้นหาความรู้เพิ่มอาจเครียดกว่าเดิมถ้าพบข้อมูลที่ไม่ค่อยดี และเจออ่านแล้วไม่เข้าใจ” ซึ่งเป็นผลเนื่องมาจากความกลัวที่พบได้เช่นเดียวกันกับงานวิจัยที่ผ่านมา

2. ความต้องการให้ตนเอง และลูกปลอดภัย เป็นแก่นสาระที่นำไปสู่ประสบการณ์ควบคุมระดับน้ำตาล และการเพิ่มขึ้นของน้ำหนักตัวในหญิงที่เป็นเบาหวานร่วมกับการตั้งครรภ์ โดยข้อค้นพบนี้จำแนกกลุ่มของการรับรู้ต่อการส่งเสริมความรอบรู้ทางสุขภาพที่สามารถแบ่งออกเป็น 3 กลุ่ม โดยแต่ละกลุ่มสามารถอภิปรายได้ ดังนี้

2.1 กลุ่มที่ 1 สีส้ม จำความรู้ได้ไม่หมด ไม่ค้นหาความรู้เพิ่มเติม และนำความรู้ไปใช้ไม่ได้ การศึกษานี้พบในผู้ให้ข้อมูลที่เป็น GDMA2 ที่พบว่าตลอดการตั้งครรภ์ควบคุมน้ำตาลได้บ้างไม่ได้บ้าง ผลการศึกษานี้คล้ายคลึงกับการศึกษาที่มีมาก่อนที่พบเช่นเดียวกันว่า หญิงที่เป็น GDMA2 ร้อยละ 19.4 ที่เคยมีภาวะน้ำตาลต่ำ (Harrison et al., 2022) รวมทั้งการศึกษาที่พบว่า หญิงที่เป็นเบาหวานร่วมกับการตั้งครรภ์ไม่สามารถจำความรู้ที่สอนได้หมดทุกประเด็น การไม่มีอุปกรณ์หรือไม่มีเวลาสำหรับการตรวจระดับน้ำตาลด้วยตนเอง (Martis et al., 2018) อย่างไรก็ตามการศึกษาครั้งนี้มีข้อจำกัดคือ พบเฉพาะในกรณีศึกษาจำนวน 12 คนเท่านั้น อย่างไรก็ตามการศึกษานี้ชี้ให้เห็นเบื้องต้นว่า หญิงที่เป็น GDMA2 ในบริบทของการศึกษาไทยไม่สามารถควบคุมน้ำตาลและน้ำหนักได้มีสาเหตุมาจากความสามารถในการ

จดจำความรู้ที่ได้รับการสอนที่ได้รับทั้งหมด รวมทั้งมีวิถีชีวิตที่ไม่สามารถจัดทำอาหารให้เหมาะสมกับตนเอง เนื่องจากต้องทำงานนอกบ้าน เวลาส่วนใหญ่ใช้ในการทำงานมากกว่าการปรุงอาหารที่เหมาะสมกับตนเอง และเกี่ยวกับความเชื่อของตนเองที่ไม่ต้องการมีความเครียดเพิ่มขึ้นจากการสืบค้นหาข้อมูลเกี่ยวกับสุขภาพ ดังแสดงให้เห็นจากกรณีศึกษาที่จบปริญญาโท สามารถสืบค้นความรู้ต่าง ๆ ด้วยตนเองได้ แต่ก็ไม่สามารถจัดการควบคุมน้ำตาล และการเพิ่มขึ้นของน้ำหนักได้

2.2 กลุ่มที่ 2 กลุ่มสีเหลือง จำคำแนะนำ และตัวเลขต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องได้ แต่ปรับตัวกับการรับประทานอาหารแบบใหม่ยังไม่ได้ ผลของการศึกษานี้พบในหญิงที่เป็น GDMA1 จำนวน 7 คน ที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้จึงเป็น GDMA2 แต่เมื่อได้รับการสอนเพื่อส่งเสริมความรอบรู้ทางสุขภาพแล้วพบว่า การได้ความรู้ที่เพียงพอทำให้จดจำได้ นำความรู้มาใช้ได้ จึงทำให้ควบคุมน้ำตาลได้ในระยะ 1 เดือนถัดมาได้แสดงให้เห็นว่า ทีมสหวิชาชีพส่งเสริมความรอบรู้ทางสุขภาพสอดคล้องกับความต้องการของหญิงตั้งครรภ์ (Veerasetty et al., 2024) ดังนั้นทีมสหวิชาชีพจึงจำเป็นต้องมีความไวต่อการค้นพบประเด็นที่แสดงให้เห็นว่า มีอุปสรรคใดบ้างที่ทำให้หญิงตั้งครรภ์ไม่สามารถนำไปสู่การตัดสินใจเพื่อจัดการสุขภาพของตนเองที่เป็นความรอบรู้สุขภาพที่อยู่ในระดับของการตัดสินใจ หรือแก้ปัญหาสิ่งที่เป็นอุปสรรคที่ไม่สามารถจัดการได้ตามข้อเสนอของ Nutbeam (2000) ซึ่งเมื่อนำมาใช้ในการสอนคือการสนทนากับผู้รับบริการสุขภาพให้พิจารณาข้อจำกัดที่เป็นอุปสรรคต่อการตัดสินใจเพื่อนำความรู้ที่ได้รับไปดูแลสุขภาพของตนเองได้ซึ่งเป็นความรอบรู้ทางสุขภาพในระดับการมีวิจารณญาณที่เป็นขั้นสูงสุดของความรอบรู้ทางสุขภาพ

2.3 กลุ่มที่ 3 สีเขียว จำตัวเลข ชนิดอาหาร และคำนวณแคลอรี่ได้ และสืบค้นความรู้เพิ่มเติมจากแหล่งความรู้ต่าง ๆ ด้วยตนเองได้ ที่พบว่าทุกคนจดจำความรู้ต่าง ๆ ที่ได้รับได้ดี และพร้อมเรียนรู้เพิ่มจากสื่อต่าง ๆ ด้วยตนเองนอกเหนือจากที่ได้รับการสอนจากทีมสหวิชาชีพจึงทำให้สามารถควบคุมการรับประทานอาหาร และการมีกิจกรรมการออกกำลังกาย เพื่อคุมค่าน้ำตาลในเลือดและการเพิ่มขึ้นของน้ำหนักได้ ข้อค้นพบนี้ให้คำตอบต่อการศึกษาที่ผ่านมา (Pirdehghan et al., 2020) ที่ต้องการคำตอบของการศึกษาติดตามระยะยาวว่าความรอบรู้ทางสุขภาพน่าจะสามารถทำให้หญิงที่เป็นเบาหวานร่วมกับการตั้งครรภ์สามารถควบคุมระดับน้ำตาล และการเพิ่มของน้ำหนักได้ โดยการศึกษานี้ชี้ให้เห็นว่าหญิงที่มีความรอบรู้ทางสุขภาพที่สามารถจำตัวเลขต่าง ๆ ได้ คำนวณแคลอรี่ของอาหารได้ รวมทั้งสืบค้นหาความรู้ด้วยตนเองได้จะสามารถควบคุมระดับน้ำตาลและการเพิ่มขึ้นของน้ำหนักได้

อย่างไรก็ตามข้อสังเกตที่พบได้จากการศึกษานี้คือ ผู้ให้ข้อมูลที่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลได้มาตรวจตามนัดทุกครั้ง และทุกคนมีอุปกรณ์ตรวจระดับน้ำตาล ได้ข้อมูลย้อนกลับจากทีมสหวิชาชีพจึงทำให้ควบคุมกำกับการควบคุมระดับน้ำตาล และการเพิ่มขึ้นของน้ำหนักอย่างต่อเนื่อง จึงนับได้ว่าเป็น

การส่งเสริมความรอบรู้ทางสุขภาพอย่างเพียงพอ (Veerasetty et al., 2024) และการส่งเสริมความรอบรู้ทางสุขภาพที่สมบูรณ์จำเป็นที่ผู้ให้บริการต้องติดตามกำกับดูแลอย่างต่อเนื่องเช่นกัน (Liu et al., 2020) ซึ่งการวิจัยนี้ยังมีการสอนเพื่อส่งเสริมให้ค้นหาความรู้ด้วยตนเอง ตรวจสอบความถูกต้องของสื่อที่เข้าถึงได้ รวมถึงการมีเอกสารช่วยจำที่เป็นแผนภาพ (pictogram) และมีอุปกรณ์ที่ใช้ตรวจควบคุมระดับน้ำตาลด้วยตนเองร่วมด้วยจึงทำให้การควบคุมระดับน้ำตาลและการเพิ่มขึ้นของน้ำหนักประสบผลสำเร็จ

สรุป

การศึกษานี้เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพตามแนวคิดปรากฏการณ์วิทยาและแนวคิดความรอบรู้ทางสุขภาพศึกษาในเขตบริการสุขภาพที่ 4 ได้แก่ โรงพยาบาลทั่วไป และโรงพยาบาลชุมชน รวม 10 แห่ง ผู้ให้ข้อมูลหลักประกอบด้วยหญิงที่เป็น GDMA1 ที่ควบคุมระดับน้ำตาล และการเพิ่มของน้ำหนักได้ จำนวน 10 คน กลุ่มที่เป็น GDMA1 ควบคุมน้ำตาลและน้ำหนักไม่ได้ในระยะ 1 เดือนแรก แต่ต่อมาควบคุมน้ำตาลได้ จำนวน 7 คน และกลุ่มที่เป็น GDMA2 ควบคุมระดับน้ำตาลและการเพิ่มขึ้นของน้ำหนักได้บ้างไม่ได้บ้างจำนวน 12 คน ผู้ให้ข้อมูลรอง คือ พยาบาลวิชาชีพ จากโรงพยาบาลต่าง ๆ จำนวน 9 คน รวบรวมข้อมูลโดยการสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูลทางโทรศัพท์ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยการวิเคราะห์แก่นสาระ

ผลการศึกษาพบว่า หญิงที่เป็นเบาหวานร่วมกับการตั้งครรภ์ มีความวิตกกังวล กลัวตนเองและทารกในครรภ์จะได้รับอันตราย ต้องการให้ตนเองและทารกในครรภ์ปลอดภัย ทั้งนี้รูปแบบของประสบการณ์ตามชนิดของปิงปองจราจรชีวิต ประกอบด้วยกลุ่มที่น่าเป็นห่วงมากที่ต้องกำกับดูแลใกล้ชิดคือ กลุ่มสีส้ม จำความรู้ได้ไม่หมด ไม่ค้นหาความรู้เพิ่มเติม และนำความรู้ไปใช้ไม่ได้ เนื่องจากทำงานนอกบ้าน ไม่มีเวลาปรุงอาหารเอง ซื้ออาหารรับประทาน ส่วนใหญ่แล้วเรียนรู้จากคำแนะนำของโรงพยาบาลอย่างเดียว มีความเชื่อว่าถ้าค้นหาความรู้เพิ่มจากแหล่งอื่น ๆ อาจเครียดกว่าเดิม รองลงมาคือกลุ่มที่ 2 สีเหลือง จำคำแนะนำ และตัวเลขต่างๆ ที่เกี่ยวข้องได้ แต่ปรับตัวกับการรับประทานอาหารแบบใหม่ยังไม่ได้ กลุ่มนี้จำตัวเลขค่าน้ำตาล และเชื่อมโยงกับชนิดอาหารที่รับประทานได้ และกลุ่มที่ 3 สีเขียว เป็นกลุ่มที่จำตัวเลข ชนิดอาหาร และคำนวณแคลอรี่ได้ และสืบค้นความรู้เพิ่มเติมจากแหล่งความรู้ต่าง ๆ ด้วยตนเองได้ อย่างไรก็ตามการนำความรู้ไปใช้ยังต้องการทดสอบกับจำนวนกลุ่มหญิงที่เป็นเบาหวานร่วมกับการตั้งครรภ์ที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับตัวแทน

ข้อเสนอแนะ

ข้อค้นพบให้ข้อเสนอแนะ ดังนี้

1. ข้อเสนอแนะด้านบริการสุขภาพ ทีมสหวิชาชีพที่ให้บริการสุขภาพควรประเมินการรับรู้ของหญิงที่เป็นเบาหวานร่วมกับการตั้งครรภ์ โดยมีความไวต่อรูปแบบต่าง ๆ ของความรอบรู้ทางสุขภาพเพื่อสนับสนุนให้ควบคุมน้ำตาลและการเพิ่มขึ้นของน้ำหนักได้เร็วขึ้นกว่าเดิม

2. ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย หน่วยงานที่ให้บริการสุขภาพควรกำหนดนโยบายการส่งเสริมความรอบรู้สุขภาพด้วยการเน้นการประเมินความสามารถในการจดจำตัวเลข ชนิดอาหาร และคำนวณแคลอรี่ของอาหารที่รับประทานในแต่ละวันได้ และสืบค้นความรู้เพิ่มเติมจากแหล่งความรู้ต่าง ๆ ด้วยตนเองได้ รวมทั้งการสนับสนุนอุปกรณ์ตรวจน้ำตาลให้กับหญิงที่เบาหวานร่วมกับการตั้งครรภ์ทุกคน

3. ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัย ได้แก่ การวิจัยเกี่ยวกับโปรแกรมการให้ความรู้เพื่อการส่งเสริมความรอบรู้ทางสุขภาพที่เน้นให้หญิงที่เป็นเบาหวานร่วมกับการตั้งครรภ์จำตัวเลขต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องคำนวณแคลอรี่ของอาหารที่ได้รับแต่ละวันได้ รวมทั้งการสืบค้นหาความรู้ต่าง ๆ วิเคราะห์ความน่าเชื่อถือข้อมูลที่สืบค้น และการให้ทุกคนมีอุปกรณ์สำหรับตรวจน้ำตาลด้วยตนเอง

รายการอ้างอิง (References)

Bandyopadhyay, M. (2021). Gestational diabetes mellitus: a qualitative study of lived experiences of South Asian immigrant women and perspectives of their health care providers in Melbourne, Australia. *BMC Pregnancy and Childbirth*, *21,* 500. https://bmcpregnancychildbirth.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12884-021-03981-5

Harrison, R. K., Saravanan, V., Davitt, C., Cruz, M., & Palatnik, A. (2022). Antenatal maternal hypoglycemia in women with gestational diabetes mellitus and neonatal outcomes. *Journal of Perinatology, 42*(8), 1091 - 1096. https://doi.org/10.1038/s41372-022-01350-4

He, J., Chen, X., Wang, Y., Liu, Y., & Bai, J. (2021). The experiences of pregnant women with gestational diabetes mellitus: a systematic review of qualitative evidence. In Casanueva, F.F. (Ed.) *Reviews in Endocrine and Metabolic Disorders*. (PP. 1 – 11). Hybrid Publishing model.

He, J., Hu, K., Wang, B., & Wang, H. (2023). Effects of women with gestational diabetes mellitus related weight gain on pregnancy outcomes and its experiences in weight management programs: a mixed-methods systematic review. *Frontiers in Endocrinology, 14,* 1247604. https://doi.org/10.3389/fendo.2023.1247604

Liu, C., Wang, D., Liu, C., Jiang, J., Wang, X., Chen, H., Ju, X., & Zhang, X. (2020). What is the meaning of health literacy? A systematic review and qualitative synthesis. *Family medicine and community health, 8*(2), e000351. http://doi.org/10.1136/fmch-2020-000351

Martis, R., Brown, J., McAra-Couper J., & Crowther, C. A. (2018). Enablers and barriers for women with gestational diabetes mellitus to achieve optimal glycemic control–a qualitative study using the theoretical domains framework. *BMC Pregnancy and Childbirth, 18*(1) , 1 - 22. https://doi.org/10.1186/s12884-018-1710-8

McKenzie-Sampson, S., Paradis, G., Healy-Profitós, J., St-Pierre, F., & Auger, N. (2018). Gestational diabetes and risk of cardiovascular disease up to 25 years after pregnancy: a retrospective cohort study. *Acta Diabetological, 55*(4), 315 – 322. https://doi.org/10.1007/s00592-017-1099-2

Muche, A. A., Olayemi, O. O., & Gete, Y. K. (2020). Effects of gestational diabetes mellitus on risk f adverse maternal outcomes: a prospective cohort study in Northwest Ethiopia. *BMC Pregnancy and Childbirth*, *20*(1), 73. https://doi.org/10.1186/s12884-020-2759-8

Neubauer, B. E., Witkop, C. T., & Varpio, L. (2019). How phenomenology can help us learn from the experiences of others. *Perspectives on medical education*, *8*(2), 90 – 97. https://doi.org/ 10.1007/s40037-019-0509-2

Nutbeam, D. (2000) . Health literacy as a public goal: A challenge for contemporary health education and communication strategies into the 21st century. *Health promotion international, 15*(3), 259 - 267. https://doi.org/10.1093/heapro/15.3.259

Ören, E. D. T., Avdal, E. Ü., Polat, G., Sofulu, F., Düzgün, G., & Pamuk, G. (2024). Experiences of women with gestational diabetes about fear of having diabetes in their babies: A qualitative study. *Medicine*, *103*(15), e37755. https://doi.org/10.1097/MD.0000000000037755

OuYang, H., Chen, B., Abdulrahman, A. M., Li, L., & Wu, N. (2021). Associations between gestational diabetes and anxiety or depression: a systematic review. *Journal of diabetes research*, 9959779. https://doi.org/10.1155/2021/9959779

Pirdehghan, A., Eslahchi, M., Esna-Ashari, F., & Borzouei, S. (2020). Health literacy and diabetes control in pregnant women. *Journal of Family Medicine and Primary* Care, *9*(2), 1048 - 1052. https://doi.org/10.4103/jfmpc.jfmpc_891_19.

Rawal, S., Olsen, S. F., Grunnet, L. G., Ma, R. C., Hinkle, S. N., Granstrom, C., Wu, J., Yeung, E., Mills, J.L., Zhu, Y., Bao, W., Ley, S.H., Hu, F.B., Damm, P., Vaag, A., Tsai, M.Y., & Zhang, C. (2018). Gestational diabetes mellitus and renal function: a prospective study with 9- to 16-year follow-up after pregnancy. *Diabetes Care, 41*, 1378 - 1384. https://doi.org/10.2337/dc17-2629

Rieß, C., Heimann, Y., Schleußner, E., Groten, T., & Weschenfelder, F. (2023). Disease Perception and Mental Health in Pregnancies with Gestational Diabetes—PsychDiab Pilot Study. *Journal of Clinical Medicine*, *12*(10), 3358. https://doi.org/10.3390/jcm12103358

Ryan, G. W., & Bernard, H. R. (2003). Techniques to identify themes. *Field methods*, *15*(1), 85 - 109. https://doi.org/10.1177/1525822X02239569

Shi, P., Liu, A., & Yin, X. (2021). Association between gestational weight gain in women with gestational diabetes mellitus and adverse pregnancy outcomes: a retrospective cohort study. *BMC pregnancy and childbirth*, *21*(1), 508. https://doi.org/10.1186/s12884-021-03982-4

Srisawad, K., Panyapinitnukul, C.& Sonnark, N. (2018). Health Promoting Behavior in Pregnancy. *Songklanagarind Journal of Nursing*, *38*(2), 95 - 109. https://he02.tci-thaijo.org/index.php/nur-psu/article/view/132036

Veerasetty, N. K., Venkatachalam, J., Subbaiah, M., Arikrishnan, K., & Soni, B. (2024). Determinants of health literacy and its impact on glycemic control among women with gestational diabetes mellitus in a tertiary care hospital, Puducherry–A cross-sectional analytical study. *Journal of Education and Health Promotion*, *13*(1), 119. https://doi.org/10.4103/jehp.jehp_762_23

Wanchai, A., Srisaket, J., & Tienthavorn, V. (2023). Seven-Color Balls application in non-Communicable diseases: a scoping review. *Journal of Nursing and Health Science Research, 15(2),* e267915. https://he01.tci-thaijo.org/index.php/unc/article/view/e267915/e267915

ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ภาวะเสี่ยงและความเครียดต่อพฤติกรรมการออกกำลังกายของหญิงตั้งครรภ์ที่เป็นเบาหวาน

The Relationship between Risk Perception and Stress towards Exercise Behavior of Pregnant Women with Gestational Diabetes Mellitus

วลัยลักษณ์ สุวรรณภักดี[1], มลิวัลย์ บุตรดำ[1*], เบญจวรรณ ละหุการ[1]

Walailak Suwanpakdee[1], Maliwan Buddam[1*], Benjawan Lahukarn[1]

(Received: February 1, 2024; Revised: April 25, 2024; Accepted: April 30, 2023)

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงพรรณนาหาความสัมพันธ์ครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ภาวะเสี่ยงและความเครียดต่อพฤติกรรมการออกกำลังกายของหญิงตั้งครรภ์ที่เป็นเบาหวาน กลุ่มตัวอย่างเป็นหญิงตั้งครรภ์ที่เป็นเบาหวานชนิดเอ วัน (GDM A1) ที่เข้ารับบริการแผนกฝากครรภ์ โรงพยาบาลมหาราช นครศรีธรรมราช ระหว่างเดือนมีนาคม 2566 ถึงเดือนตุลาคม 2566 คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามคุณสมบัติที่กำหนดจำนวน 90 คน เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล คือ แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบประเมินการรับรู้ภาวะเสี่ยงขณะตั้งครรภ์ แบบประเมินความเครียด และแบบสอบถามพฤติกรรมการออกกำลังกาย หาค่าความเที่ยงโดยใช้สัมประสิทธิแอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficients) ได้ .94, .91 และ .80 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติพรรณนาและสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน ผลการวิจัยพบว่า

1. ค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้ภาวะเสี่ยงขณะตั้งครรภ์อยู่ในระดับปานกลาง (M = 305.42, S.D. = 154.75) ค่าเฉลี่ยคะแนนความเครียดอยู่ในระดับปานกลาง (M = 40.78, S.D. = 9.22) และค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการออกกำลังกาย อยู่ในระดับปานกลาง (M = 34.41, S.D. = 8.30)

2. การรับรู้ภาวะเสี่ยงมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความเครียด อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (r = .260, $p < .05$) และการรับรู้ภาวะเสี่ยงมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการออกกำลังกาย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (r = .240, $p < .05$) และความเครียดมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการออกกำลังกาย

[1]วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครศรีธรรมราช คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก

[1]Boromrajonani College of Nursing, Nakhonsithammarat, Faculty of Nursing Praboromarajchanok Institute

*Corresponding Author: maliwan@bcnnakhon.ac.th

อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ

ผลการศึกษาครั้งนี้ ทีมสหวิชาชีพสามารถนำไปส่งเสริมการรับรู้ภาวะเสี่ยงในหญิงตั้งครรภ์ที่เป็นเบาหวานเพื่อปรับพฤติกรรมการออกกำลังกาย เพิ่มประสิทธิภาพในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้

คำสำคัญ: การรับรู้ภาวะเสี่ยง, ความเครียด, พฤติกรรมการออกกำลังกาย, หญิงตั้งครรภ์ที่เป็นเบาหวาน

Abstract

The purpose of this correlational descriptive study was to examine the relationship between risk perception and stress towards exercise behavior of pregnant women with gestational diabetes mellitus. Samples were 90 pregnant women with type A1 gestational diabetes who met the eligible criteria and received antenatal care at Maharaj Hospital in Nakhon Si Thammarat from March to October 2023. Instruments used for data collection were personal data questionnaire, the risk perception assessment during pregnancy, the stress measurement, and exercise behavior questionnaire. Alpha's Cronbach coefficient reliability index values were.94,.91, and.80, respectively. Data analysis used descriptive statistics and the Pearson correlation coefficient. The following were the findings:

1. The average risk perception during pregnancy score was moderate (M = 305.42, SD = 154.75). The average stress score was moderate (M = 40.78, SD = 9.22), and the average exercise behavior score was moderate (M = 34.41, SD = 8.30)

2. There was a statistically significant positive correlation between risk perception and stress (r =.260, P <.05). Risk perception had statistically substantially positive correlation with exercise behavior (r = .240, P < .05), while there was no statistically significant correlation between stress and exercise behavior.

These findings can be used by healthcare professionals to assist pregnant women with gestational diabetes mellitus perceive their risks, modify their exercise behavior, and improve their ability to control blood glucose levels.

Keywords: Risk perception, Stress, Exercise behavior, Pregnant women with gestational diabetes mellitus

บทนำ

โรคเบาหวานขณะตั้งครรภ์ (Gestational Diabetes Mellitus: GDM) เป็นภาวะแทรกซ้อนทางอายุรกรรมที่พบได้บ่อย โดยสมาพันธ์เบาหวานนานาชาติ (International diabetes Federation, n.d.) พบว่าในปี ค.ศ. 2021 ทารกที่คลอดแล้วมีภาวะน้ำตาลในเลือดสูงร้อยละ 16.7 ของทารกที่คลอดทั้งหมด และจากการศึกษาในสหรัฐอเมริกาพบความชุกของ GDM เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 4.6 ใน ค.ศ. 2006 เป็นร้อยละ 8.2 ใน ค.ศ. 2016 และร้อยละ 8.4 ใน ค.ศ. 2017 (Zhou et al., 2022) จากการศึกษาในเอเชียพบความชุกของโรคเบาหวานขณะตั้งครรภ์อยู่ที่ร้อยละ 11.5 (Lee et al., 2018) สำหรับประเทศไทยจากการศึกษาของ Singwongsa and Boriboonhirunsarn (2016) ในโรงพยาบาลศิริราชพบเบาหวานขณะตั้งครรภ์ร้อยละ 15 โดยเบาหวานขณะตั้งครรภ์นั้นเกิดจากการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกายในระยะตั้งครรภ์ ที่มีผลต่อการทำงานของอินซูลิน

ในระยะตั้งครรภ์ รกจะมีการผลิตฮอร์โมนเพิ่มมากขึ้นอย่างรวดเร็ว ฮอร์โมนเหล่านี้จะไปต้านการทำงานของอินซูลิน จนเกิดภาวะดื้ออินซูลิน ทำให้เนื้อเยื่อต่างๆไม่สามารถนำน้ำตาลเข้าสู่เซลล์ได้อย่างเต็มที่ ส่งผลให้ระดับน้ำตาลในเลือดสูงขึ้นตับอ่อนก็จะพยายามสร้างอินซูลินให้มากขึ้น แต่หากร่างกายไม่สามารถสร้างอินซูลินให้มากขึ้นได้ ก็จะแสดงอาการของโรคเบาหวาน (Prasitwattanaseree, 2022) ส่งผลให้เกิดภาวะแทรกซ้อนต่อหญิงตั้งครรภ์และทารกในครรภ์ได้ ทั้งการบาดเจ็บจากการคลอด ภาวะคลอดยาก ภาวะความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ ภาวะน้ำคร่ำมากกว่าปกติ คลอดก่อนกำหนด ตกเลือดหลังคลอด ติดเชื้อในช่องคลอดและทางเดินปัสสาวะ ทารกตัวโต ทารกน้ำตาลต่ำแรกคลอด (Cunningham et al., 2022) ซึ่งการออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอนั้น สามารถทำให้หลอดเลือดฝอยในกล้ามเนื้อต่าง ๆ เปิด และกลูโคสในเส้นเลือดถูกนำไปใช้มากขึ้น อินซูลินก็จะสามารถดูดซึมได้เร็วขึ้นและนำน้ำตาลเข้าสู่เซลล์ได้ดีขึ้น (Boonnoon, 2022) ส่งผลให้ระดับน้ำตาลในเลือดลดลง และจากงานวิจัยพบว่า การออกกำลังกายตลอดการตั้งครรภ์สามารถลดความเสี่ยงของโรคเบาหวานขณะตั้งครรภ์ได้ (Barakat et al., 2019) ดังนั้นการออกกำลังกายจึงเป็นพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์ที่เป็นเบาหวาน และควรปฏิบัติควบคู่ไปกับการควบคุมอาหาร ซึ่งจากการศึกษาของ Jangwang et al. (2017) พบว่าการรับรู้ภาวะเสี่ยงของการเกิดโรคมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน โดยเมื่อบุคคลรับรู้ว่าตนเองมีความเสี่ยงก็จะพยายามปรับพฤติกรรมของตนเอง เพื่อลดโอกาสเกิดความเสี่ยงนั้น โดย Heaman and Guptun (2009) เชื่อว่า การรับรู้ภาวะเสี่ยงของการตั้งครรภ์ เป็นการประเมินความรู้สึก ความคิด การได้รับข้อมูลทางการแพทย์ การรับรู้ต่อลักษณะสถานการณ์และการใช้ความคิดแก้ไขสถานการณ์ หรือความตระหนักของบุคคลเกี่ยวกับขนาดความรุนแรงและผลกระทบของการตั้งครรภ์ต่อตนเองและทารกในครรภ์ และหญิงตั้งครรภ์กลุ่ม

เสี่ยงสูงจะรับรู้ความเสี่ยงของการตั้งครรภ์สูงกว่าหญิงตั้งครรภ์ปกติ ซึ่งจากการศึกษาในกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานพบว่า การรับรู้ภาวะเสี่ยงของโรคมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมทางสุขภาพ (Ujongdee, 2024; Jangwang et al., 2017) และจากการศึกษาของ Kaewpoung et al. (2018) พบว่าการรับรู้ภาวะเสี่ยงมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการเตรียมความพร้อมก่อนตั้งครรภ์ ซึ่งจะเห็นได้ว่าการรับรู้ภาวะเสี่ยง และอันตรายที่เกิดขึ้นในอนาคต มีผลให้พฤติกรรมมีการเปลี่ยนแปลงเพื่อลดความเสี่ยงที่จะเกิดขึ้น ดังนั้นในหญิงตั้งครรภ์ที่เป็นเบาหวาน การรับรู้ภาวะเสี่ยงก็น่าจะมีผลต่อพฤติกรรมการออกกำลังกายในขณะตั้งครรภ์

หญิงตั้งครรภ์ที่เป็นเบาหวาน จะต้องมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย และต้องตรวจติดตามระดับน้ำตาลในเลือดตลอดการตั้งครรภ์ เพื่อประเมินการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด และต้องตรวจติดตามสุขภาพของทารกในครรภ์บ่อยครั้งกว่าหญิงตั้งครรภ์ปกติ จึงทำให้เกิดความกังวลและความเครียดได้ จากการศึกษาพบว่า หญิงตั้งครรภ์ที่เป็นเบาหวานมีความเครียดในระดับสูง (Jittrapirom et al., 2014) โดยเฉพาะหากมีภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวานสูงก็จะทำให้เกิดความเครียดสูง (Jamjitthrong & Somrongtong, 2019) และจากการศึกษาพบว่า ความเครียดมีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ (Detkaew et al., 2021) ดังนั้นในหญิงตั้งครรภ์ที่เป็นเบาหวานความเครียดก็น่าจะมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการออกกำลังกาย

การออกกำลังกายในหญิงตั้งครรภ์ที่เป็นเบาหวาน สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดียิ่งขึ้นกว่าการควบคุมอาหารเพียงอย่างเดียว จากการศึกษาในประเทศไทยพบว่าพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์ ด้านกิจกรรมทางกายอยู่ในระดับปานกลาง (Srisawad et al., 2018) และจากการศึกษาการออกกำลังกายในหญิงตั้งครรภ์ของ Puttaraksa et al. (2016) พบว่า ก่อนตั้งครรภ์มีการออกกำลังกายร้อยละ 61.8 และขณะตั้งครรภ์มีความตั้งใจที่จะออกกำลังกายระดับปานกลางร้อยละ 47.06 แต่มีการออกกำลังกายขณะตั้งครรภ์เพียงร้อยละ 27.5 ซึ่งจะเห็นว่าหลังการตั้งครรภ์หญิงตั้งครรภ์มีการออกกำลังกายลดน้อยลง ซึ่งในหญิงตั้งครรภ์ที่เป็นเบาหวาน การออกกำลังกายเป็นสิ่งสำคัญ ผู้วิจัยจึงมีความสนใจต้องการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ภาวะเสี่ยงและความเครียดต่อพฤติกรรมการออกกำลังกายของหญิงตั้งครรภ์ที่เป็นเบาหวาน ผลการศึกษาจะเป็นข้อมูลพื้นฐาน ที่สามารถนำไปใช้ในการส่งเสริมให้หญิงตั้งครรภ์ที่เป็นเบาหวานมีพฤติกรรมการออกกำลังกายเพิ่มมากขึ้น ช่วยเพิ่มประสิทธิภาพในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดียิ่งขึ้น

สมมุติฐาน

1. การรับรู้ภาวะเสี่ยง ความเครียดและพฤติกรรมการออกกำลังกายของหญิงตั้งครรภ์อยู่ในระดับปานกลางขึ้นไป

2. การรับรู้ภาวะเสี่ยงและความเครียดมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการออกกำลังกายของหญิงตั้งครรภ์ที่เป็นเบาหวาน

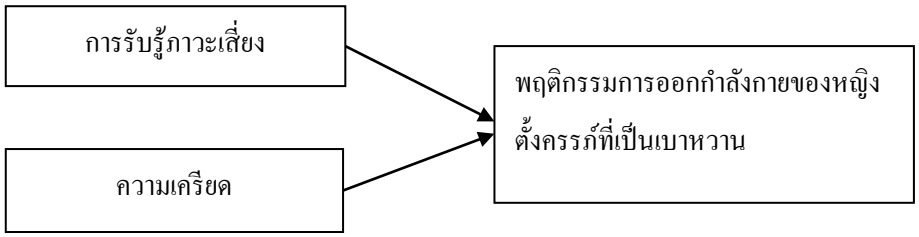
วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาการรับรู้ภาวะเสี่ยง ความเครียดและพฤติกรรมการออกกำลังกายของหญิงตั้งครรภ์ที่เป็นเบาหวาน

2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ภาวะเสี่ยงและความเครียดต่อพฤติกรรมการออกกำลังกายของหญิงตั้งครรภ์ที่เป็นเบาหวาน

กรอบแนวคิดการวิจัย

การออกกำลังกายมีความสำคัญต่อการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของหญิงตั้งครรภ์ที่เป็นโรคเบาหวาน การศึกษานี้เป็นการศึกษาเชิงพรรณนาเพื่อหาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ภาวะเสี่ยงและความเครียด ต่อพฤติกรรมการออกกำลังกายของหญิงตั้งครรภ์ที่เป็นเบาหวาน ปัจจัยที่ศึกษาได้จากการทบทวนวรรณกรรม การรับรู้ภาวะเสี่ยงของการตั้งครรภ์ใช้แนวคิด ของ Heaman and Guptun (2009) ที่ประเมินจากความรู้สึก ความคิดหรือความตระหนัก ของบุคคลเกี่ยวกับโอกาสเกิดอันตรายต่อตนเอง และ ทารกในครรภ์ หากหญิงตั้งครรภ์ที่เป็นเบาหวานรับรู้ภาวะเสี่ยงก็จะดูแลตนเองโดยการออกกำลังกายขณะตั้งครรภ์เพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด ป้องกันเกิดเกิดภาวะแทรกซ้อนทั้งต่อตนเองและทารกในครรภ์ ส่วนความเครียดใช้แนวคิดทฤษฎีชีวภาพพฤติกรรมของความเครียด (A biobehavioral model of stress) ของ Miller et al. (1993) ความเครียดเป็นปฏิกิริยาความตึงเครียดของร่างกายที่เกิดจากการตอบสนองของความต้องการและแรงกดดันจากภายนอกและภายในร่างกายบุคคล บุคคลจะเกิดความเครียดก็ต่อเมื่อมีการรับรู้ และแปลความหมายต่อความต้องการและแรงกดดันที่เข้ามาในทางลบ ในขณะเดียวกันบุคคลจะพยายามปรับตัวเพื่อรับมือกับความเครียดส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทางพฤติกรรม ดังนั้นการรับรู้ภาวะเสี่ยงและความเครียด น่าจะมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการออกกำลังกายของหญิงตั้งครรภ์ที่เป็นเบาหวาน ดังภาพที่ 1



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

วิธีการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาหาความสัมพันธ์ (correlation descriptive research) เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ภาวะเสี่ยงและความเครียดต่อพฤติกรรมการออกกำลังกายของหญิงตั้งครรภ์ที่เป็นเบาหวาน

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ หญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์ ที่มาฝากครรภ์ที่แผนกฝากครรภ์ โรงพยาบาลมหาราช นครศรีธรรมราช

กลุ่มตัวอย่าง คือ หญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์ ที่มาฝากครรภ์ที่แผนกฝากครรภ์ โรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช ตั้งแต่เดือนมีนาคม 2566 ถึงเดือนตุลาคม 2566 ขนาดกลุ่มตัวอย่างได้มาจากวิธีการเปิดตารางประมาณค่าอำนาจทดสอบ (power analysis) โดยกำหนดระดับความเชื่อมั่น (significant level) ที่ .05 อำนาจทดสอบ (level of power) ที่ .80 และกำหนดขนาดอิทธิพลของกลุ่มตัวอย่างการประมาณค่าความสัมพันธ์ของตัวแปร (effect size) ที่ .30 ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 90 คน (Polit, 2010) คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (purposive sampling) ตามคุณสมบัติที่กำหนดไว้ดังนี้

1. หญิงตั้งครรภ์ที่เป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์ อายุ 20 ปี ขึ้นไป
2. ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์ชนิดเอ วัน (GDM A1)
3. อายุครรภ์ตั้งแต่ 24 สัปดาห์ ถึง 32 สัปดาห์
4. ไม่มีภาวะแทรกซ้อนอื่น ๆ เช่น โรคความดันโลหิตสูง ภาวะครรภ์แฝด ภาวะซีด โรคหัวใจ เป็นต้น
5. มีการรับรู้และความสามารถในการสื่อสารไม่มีปัญหาทั้งการอ่านและเขียนภาษาไทย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย มี 3 ชุด ประกอบไปด้วย

1. แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ซึ่งประกอบไปด้วย 1) อายุ 2) สถานภาพ 3) ระดับการศึกษา 4) อาชีพ 5) รายได้ของครอบครัวต่อเดือน 6) จำนวนสมาชิกในครอบครัว 7) ลำดับที่ของการตั้งครรภ์ อายุครรภ์ 8) ประสบการณ์การออกกำลังกายก่อนตั้งครรภ์ และ9) การได้รับความรู้เรื่องโรคเบาหวานขณะตั้งครรภ์

2. แบบประเมินการรับรู้ภาวะเสี่ยงขณะตั้งครรภ์ ผู้วิจัยใช้แบบสอบถามการรับรู้ภาวะเสี่ยงของการตั้งครรภ์ (Pregnancy Perception of Risk questionnaire) ของ Heaman and Guptun (2009) แปลเป็นภาษาไทย โดย Jittrapirom et al. (2014) ลักษณะคำตอบเป็นการประเมินโดยใช้ visual analog scale จำนวน 9 ข้อแบบประเมินมีลักษณะเป็นเส้นตรงที่มีความต่อเนื่อง 100 มิลลิเมตร จาก 0 - 100 มิลลิเมตร แทนระดับการรับรู้ภาวะเสี่ยงของการตั้งครรภ์ ตั้งแต่รับรู้ว่าไม่มีภาวะเสี่ยงเลย จนถึงรับรู้ว่ามีภาวะเสี่ยงสูงอย่างยิ่ง

การให้คะแนน ให้กลุ่มตัวอย่างลากเส้นตรงตัดขวางตรงลงบนจุดที่ตรงกบการรับรู้ภาวะ เสี่ยงต่อการตั้งครรภ์ในแต่ละข้อ แล้วผู้วิจัยใช้ไม้บรรทัดวัดความยาวจากจุดเริ่มต้นจนถึงจุดที่มีเส้นตรงตัดขวาง มีหน่วยเป็นมิลลิเมตร และให้คะแนนความยาวที่วัดได้ คือ 0 ถึง 100 คะแนน และแปลความหมายของคะแนน โดยการแบ่งระดับคะแนนตามอันตรภาคชั้น 3 ระดับ คือสูง ปานกลาง และต่ำ ดังนี้

0 - 300 คะแนน หมายถึง ระดับต่ำ

301 - 600 คะแนน หมายถึง ระดับปานกลาง

601 - 900 คะแนน หมายถึง ระดับสูง

3. แบบประเมินความเครียด ใช้แบบวัดความเครียดกรมสุขภาพจิต (SPST - 20) ซึ่งเป็นแบบสอบถามเกี่ยวกับเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นในระยะ 6 เดือนที่ผ่านมา จำนวน 20 ข้อ พัฒนาโดย Mahatnirunkul et al. (1997) ลักษณะคำตอบจะเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ ตั้งแต่ 1 ถึง 5 คะแนน เลือกตอบเพียงคำตอบเดียว หากเหตุการณ์ใดไม่เกิดขึ้นก็ให้ข้ามไม่ต้องตอบข้อนั้น เมื่อคิดคะแนนรวมจะสามารถแบ่งเป็นระดับความเครียดได้ 4 ระดับ ดังนี้

0 - 23 คะแนน หมายถึง ความเครียดอยู่ในระดับน้อย

24 - 41 คะแนน หมายถึง ความเครียดอยู่ในระดับปานกลาง

42 - 61 คะแนน หมายถึง ความเครียดอยู่ในระดับสูง

> 61 คะแนน หมายถึง ความเครียดอยู่ในระดับรุนแรง

4. แบบสอบถามพฤติกรรมการออกกำลังกายของหญิงตั้งครรภ์ที่เป็นเบาหวาน ผู้วิจัยใช้แบบสอบถามพฤติกรรมการออกกำลังกายของหญิงตั้งครรภ์ที่เป็นเบาหวานของ Suwanpakdee et al. (2019) จำนวน 10 ข้อ กำหนดให้เลือกตอบเพียงคำตอบเดียว ลักษณะคำตอบจะเป็นแบบมาตรส่วนประมาณค่า 5 ระดับ ตั้งแต่ 1 ถึง 5 คะแนน (คะแนนเต็ม 50 คะแนน) การแปลความหมายของคะแนนพิจารณาจากเกณฑ์ที่กำหนดโดยแบ่งคะแนน ทั้งหมดเป็น 3 ระดับ ได้แก่ ต่ำ ปานกลาง และสูง จากการคำนวณอันตรภาคชั้น (Wongratana, 2017) โดยกำหนดเกณฑ์ดังนี้

38 - 50 คะแนน หมายถึง มีพฤติกรรมการออกกำลังกายถูกต้อง ในระดับสูง

24 - 37 คะแนน หมายถึง มีพฤติกรรมการออกกำลังกายถูกต้อง ในระดับปานกลาง

10 – 23 คะแนน หมายถึง มีพฤติกรรมการออกกำลังกายถูกต้อง ในระดับต่ำ

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือวิจัย

การตรวจหาความเที่ยงของเครื่องมือ (reliability) ผู้วิจัยได้นำเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยไปทดสอบความสอดคล้องภายใน กับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 20 ราย ที่มีคุณลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างที่เก็บจริง คือหญิงตั้งครรภ์ที่เป็นเบาหวานที่แผนกฝากครรภ์โรงพยาบาลมหาราช นครศรีธรรมราช และนำข้อมูลที่ได้มาคำนวณหาความเที่ยงของเครื่องมือโดยการหาค่าสัมประสิทธิแอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficients) พบว่า แบบประเมินการรับรู้ภาวะเสี่ยงขณะตั้งครรภ์ เท่ากับ .94 แบบประเมินความเครียด เท่ากับ .91 และแบบสอบถามพฤติกรรมการออกกำลังกายของหญิงตั้งครรภ์ที่เป็นเบาหวาน เท่ากับ .80

การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยได้ดำเนินการวิจัยภายหลังได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช เลขที่ B002 / 2566 และผู้วิจัยได้คำนึงถึงการพิทักษ์สิทธิ์ของผู้เข้าร่วมวิจัยในการป้องกันความเสี่ยงที่จะเกิดขึ้น ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย วิธีการดำเนินการวิจัย การปกปิดข้อมูลของกลุ่มตัวอย่างเป็นความลับ สิทธิที่จะตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมวิจัยโดยไม่มีผลกระทบใด ๆ ต่อการได้รับบริการจากแผนกฝากครรภ์ เป็นต้น และให้กลุ่มตัวอย่างเซ็นยินยอมเข้าร่วมวิจัย

วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

1. สำรวจรายชื่อและศึกษาประวัติของหญิงตั้งครรภ์ที่มาฝากครรภ์ที่แผนกฝากครรภ์ โรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช และคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจงตามคุณสมบัติที่กำหนด และผู้วิจัยแนะนำตัวเองสร้างสัมพันธภาพ ชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการวิจัย และสอบถามถึงความสมัครใจในการเข้าร่วมวิจัย เปิดโอกาสให้ซักถามข้อสงสัย ชี้แจงการพิทักษ์สิทธิให้กลุ่มตัวอย่างทราบ

หากสมัครใจเข้าร่วมวิจัยให้กลุ่มตัวอย่างเซ็นชื่อในใบยินยอมเข้าร่วมวิจัย พร้อมทั้งอธิบายสิทธิในการตอบรับ ปฏิเสธ การเข้าร่วมวิจัยโดยไม่มีผลต่อการรักษาใด ๆ ทั้งสิ้น

2. ให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบประเมินการรับรู้ภาวะเสี่ยงขณะตั้งครรภ์ แบบประเมินความเครียด และแบบสอบถามพฤติกรรมการออกกำลังกายของหญิงตั้งครรภ์ที่เป็นเบาหวาน

3. ผู้วิจัยตรวจสอบความครบถ้วนและถูกต้องของข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูล ใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป ด้วยสถิติพรรณนา โดยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และหาส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน วิเคราะห์ความสัมพันธ์ของการรับรู้ภาวะเสี่ยงขณะตั้งครรภ์ ความเครียดและพฤติกรรมการออกกำลังกายของหญิงตั้งครรภ์ที่เป็นเบาหวาน โดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน ทั้งนี้ก่อนการวิเคราะห์ ผู้วิจัยได้ทดสอบข้อตกลงเบื้องต้น (Assumption) โดยใช้สถิติ one sample kolmogorov smirnov test พบว่าผลการกระจายของข้อมูลมีการแจกแจงแบบโค้งปกติ

ผลการวิจัย

ข้อมูลส่วนบุคคลของหญิงตั้งครรภ์ที่เป็นเบาหวาน พบว่า อายุอยู่ระหว่าง 24 - 45 ปี ซึ่งมีอายุเฉลี่ย 35.31 ปี (S.D. = 5.49) สถานภาพสมรสทุกคน จบการศึกษาระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย / ปวช. (ร้อยละ 30) รองลงมาจบการศึกษาระดับประถมศึกษา และมัธยมต้น (ร้อยละ 18.9) ส่วนใหญ่มีอาชีพแม่บ้าน (ร้อยละ 44.4) รายได้ของครอบครัวต่อเดือนเฉลี่ย 17,083.33 บาท ส่วนใหญ่มีสมาชิกในครอบครัว 3 คน (ร้อยละ 37.8) และตั้งครรภ์หลัง (ร้อยละ 72.1) อายุครรภ์ 22 – 32 สัปดาห์ เฉลี่ย 28.30 สัปดาห์ และทุกคนไม่เคยเป็นโรคเบาหวานขณะตั้งครรภ์มาก่อน (ร้อยละ 100) ส่วนใหญ่เคยออกกำลังกายก่อนตั้งครรภ์ (ร้อยละ 53.3) ทุกคนเคยได้รับความรู้เรื่องโรคเบาหวานขณะตั้งครรภ์มาก่อน (ร้อยละ 100)

ตารางที่ 1 ค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้ภาวะเสี่ยงขณะตั้งครรภ์ ความเครียด และพฤติกรรมการออกกำลังกายของหญิงตั้งครรภ์ที่เป็นเบาหวาน (n = 90)

ตัวแปร	M	S.D.	ระดับ
การรับรู้ภาวะเสี่ยงขณะตั้งครรภ์	305.42	154.75	ปานกลาง
ความเครียด	40.78	9.22	ปานกลาง
พฤติกรรมการออกกำลังกาย	34.41	8.30	ปานกลาง

จากตารางที่ 1 ค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้ภาวะเสี่ยงขณะตั้งครรภ์ ความเครียด และพฤติกรรมการออกกำลังกายของหญิงตั้งครรภ์ที่เป็นเบาหวาน พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้ภาวะเสี่ยงขณะตั้งครรภ์เท่ากับ 305.42 คะแนน ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เท่ากับ 154.75 และอยู่ในระดับปานกลาง ค่าเฉลี่ยคะแนนความเครียด เท่ากับ 40.78 คะแนน ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เท่ากับ 9.22 ซึ่งอยู่ในระดับปานกลาง และค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการออกกำลังกาย เท่ากับ 34.41 คะแนน ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เท่ากับ 8.30 ซึ่งอยู่ในระดับปานกลาง

ตารางที่ 2 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ เพียร์สันระหว่างการรับรู้ภาวะเสี่ยง ความเครียด และพฤติกรรมการออกกำลังกายของหญิงตั้งครรภ์ที่เป็นเบาหวาน(n = 90)

ตัวแปร	การรับรู้ภาวะเสี่ยง	ความเครียด	พฤติกรรมการออกกำลังกาย
การรับรู้ความเสี่ยง	1.00		
ความเครียด	.260*	1.00	
พฤติกรรมการออกกำลังกาย	.240*	.206	1.00

* $P < .05$

จากตารางที่ 2 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ เพียร์สันระหว่างการรับรู้ภาวะเสี่ยง ความเครียด และพฤติกรรมการออกกำลังกายของหญิงตั้งครรภ์ที่เป็นเบาหวาน พบว่า การรับรู้ภาวะเสี่ยงมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความเครียด อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .260, p < .05$) และการรับรู้ภาวะเสี่ยงมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการออกกำลังกาย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .240, p < .05$) แต่ความเครียดมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการออกกำลังกายอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ

อภิปรายผล

ผลการศึกษาสามารถอภิปรายตามวัตถุประสงค์ของการวิจัยดังนี้

1. การรับรู้ภาวะเสี่ยงของหญิงตั้งครรภ์ที่เป็นเบาหวานอยู่ในระดับปานกลาง (M = 305.42, S.D. = 154.75) ซึ่งการศึกษานี้กลุ่มตัวอย่างเคยได้รับความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวานมาแล้วขณะตั้งครรภ์ (ร้อยละ 100) และหญิงตั้งครรภ์ทุกคนเป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์ ชนิด เอ วัน สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ ซึ่ง Heaman and Guptun (2009) เชื่อว่า การรับรู้ภาวะเสี่ยงของการตั้งครรภ์ มาจากข้อมูลภาวะเสี่ยงทางการแพทย์ ผลลัพธ์ของสถานการณ์ที่จะเกิดขึ้น เมื่อกลุ่มตัวอย่างมีความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวานขณะตั้งครรภ์และมีระดับน้ำตาลในเลือดอยู่ในเกณฑ์ปกติ แสดงว่ากลุ่มตัวอย่างสามารถควบคุมโรคเบาหวานได้ดี ทำให้คะแนนการรับรู้ภาวะเสี่ยงอยู่ในระดับปานกลาง ซึ่งสอดคล้องกับ

การศึกษาของ Auntarin et al. (2020) พบว่าการรับรู้ภาวะเสี่ยงมีความสัมพันธ์กับความรุนแรงของโรคเบาหวานขณะตั้งครรภ์ที่มากขึ้น

ความเครียดอยู่ในระดับปานกลาง (M = 40.78, S.D. = 9.22) ตามทฤษฎีชีวภาพพฤติกรรมของความเครียด อธิบายว่า ความเครียดเป็นปฏิกิริยาความตึงเครียดของร่างกายที่เกิดจากการตอบสนองของความต้องการและแรงกดดันจาก ภายนอกและภายในร่างกายบุคคล บุคคลจะเกิดความเครียดก็ต่อเมื่อมีการรับรู้ และแปลความหมายต่อความต้องการและแรงกดดันที่เข้ามาในทางลบ ซึ่งกลุ่มตัวอย่างถูกวินิจฉัยว่ามีโรคโรคเบาหวานขณะตั้งครรภ์และทุกคนเคยได้รับความรู้เรื่องโรคเบาหวานขณะตั้งครรภ์มาก่อน ทำให้ทราบถึงภาวะแทรกซ้อนที่จะเกิดกับตนเองและทารกในครรภ์ จึงทำให้เกิดความวิตกกังวลความเครียดเพิ่มมากขึ้น และการจะเกิดความเครียดในระดับรุนแรงมากหรือน้อย ขึ้นอยู่กับการประเมินค่าทางปัญญาและการประเมินสิ่งเร้าที่เข้ามากระทบ (Lazarus & Folkman, 1984) และกลุ่มตัวอย่างเป็นเบาหวานชนิด เอ วัน รักษาโดยการควบคุมอาหารและการออกกำลังกาย ระดับน้ำตาลในเลือดอยู่ในเกณฑ์ปกติ สามารถควบคุมโรคเบาหวานได้ จึงทำให้คะแนนความเครียดอยู่ในระดับปานกลาง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Auntarin et al. (2020) พบว่า หญิงตั้งครรภ์ที่เป็นเบาหวานมีระดับความเครียดปานกลาง เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างสามารถควบคุมความรุนแรงของโรคได้ และจากการศึกษาของ Horsch et al. (2016) พบว่าระดับน้ำตาลในเลือดมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความเครียดของสตรีที่มีภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์

พฤติกรรมการออกกำลังกาย อยู่ในระดับปานกลาง (M = 34.41, S.D. = 8.30) อาจเนื่องมาจากกลุ่มตัวอย่างมีอายุครรภ์ระหว่าง 22 - 32 สัปดาห์ เฉลี่ย 28.30 สัปดาห์ สอดคล้องกับการศึกษาของ Khwanprom et al. (2021); Srisawad et al. (2018) พบว่าเมื่ออายุครรภ์เพิ่มมากขึ้น ทำให้หายใจไม่สะดวก มีการเผาผลาญในร่างกายมากขึ้น ทำให้รู้สึกเหนื่อยง่ายขึ้น ทำให้มีการออกกำลังกายลดน้อยลง และกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ตั้งครรภ์หลัง (ร้อยละ72.1) และเคยออกกำลังกายมาก่อนการตั้งครรภ์ (ร้อยละ 53.3) ซึ่งจากการศึกษาของ Asad-Dehghan et al. (2022) พบว่าหญิงที่ตั้งครรภ์หลังมีการออกกำลังกายมากกว่าหญิงตั้งครรภ์แรก และหญิงตั้งครรภ์ส่วนใหญ่มีการออกกำลังกายลดลงเมื่อเปรียบเทียบกับก่อนตั้งครรภ์

2. การรับรู้ภาวะเสี่ยงมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความเครียด อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .260$, $p < .05$) เมื่อหญิงตั้งครรภ์ได้รับรู้ข้อมูลความเสี่ยงของโรคเบาหวาน ภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นทั้งต่อตนเอง และทารกในครรภ์ จะส่งผลให้เกิดความกลัว และความเครียด สอดคล้องกับการศึกษาของ Craig et al. (2020) พบว่าหญิงตั้งครรภ์บางรายเมื่อถูกวินิจฉัยว่าเป็นเบาหวาน จะทำให้เกิดความเครียด กลัวอันตรายที่จะเกิดกับทารกในครรภ์ จนอดอาหาร เพื่อลดระดับน้ำตาลในเลือด

การรับรู้ภาวะเสี่ยงมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการออกกำลังกาย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .240$, $p < .05$) ซึ่งเมื่อหญิงตั้งครรภ์ที่เป็นเบาหวานได้รับข้อมูลภาวะเสี่ยงที่จะเกิดกับทารกในครรภ์และตนเองหากควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ ก็จะส่งผลต่อความตั้งใจของกลุ่มตัวอย่างในการต้องการที่จะป้องกันตนเองและทารกจากโรค จึงปรับพฤติกรรมการดูแลตนเองโดยการออกกำลังกายเพิ่มขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของ Jangwang et al. (2017) ที่พบว่าการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน และสอดคล้องกับการศึกษาของ Kaewpoung et al. (2018) พบว่าการรับรู้ภาวะเสี่ยงขณะตั้งครรภ์มีผลต่อพฤติกรรมการเตรียมความพร้อมก่อนตั้งครรภ์ ดังนั้นการรับรู้ความเสี่ยงจึงมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมทางสุขภาพ เมื่อกลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้ภาวะเสี่ยงที่จะเกิดขึ้นขณะตั้งครรภ์จากโรคเบาหวาน จึงทำให้มีการปรับพฤติกรรมการออกกำลังกายเพิ่มขึ้น เพื่อลดการเกิดความรุนแรงของโรค และความเครียดมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการออกกำลังกายอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ

สรุป

จากการศึกษาครั้งนี้แสดงให้เห็นว่าหญิงตั้งครรภ์ที่เป็นเบาหวานมีการรับรู้ภาวะเสี่ยงขณะตั้งครรภ์ ความเครียด และพฤติกรรมการออกกำลังกายอยู่ในระดับปานกลาง และพบว่าการรับรู้ภาวะเสี่ยงมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความเครียด และพฤติกรรมการออกกำลังกายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และความเครียดมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการออกกำลังกาย อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ดังนั้นทีมสหวิชาชีพสามารถนำไปวางแผนการส่งเสริมให้หญิงตั้งครรภ์ที่เป็นเบาหวานมีการรับรู้ภาวะเสี่ยงของโรคเบาหวานต่อการตั้งครรภ์เพื่อปรับพฤติกรรมการออกกำลังกาย เพิ่มประสิทธิภาพในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้

ข้อเสนอแนะ

1. ควรศึกษาเพิ่มเติมในหญิงตั้งครรภ์ที่เป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์ชนิด เอ ทู (GDM A2) หรือหญิงตั้งครรภ์ที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้

2. สามารถนำผลการวิจัยไป พัฒนางานวิจัยต่อไปโดยสร้างโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้ความเสี่ยง ให้หญิงตั้งครรภ์ที่เป็นเบาหวานให้มีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการออกกำลังกาย เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด

รายการอ้างอิง (References)

Asad-Dehghan, M., Chaiperm, T., Phatihattakorn, C., Boriboonhirunsarn, D., Pintlertsakun, O., & Chuprakong, A. (2022). Physical Activity in Low-Risk Pregnant Women in Siriraj Hospital. *Siriraj Medical Bulletin*, *15*(4), 228 - 237. https://he02.tci-thaijo.org/index.php /simedbull/article/view/258114/177149

Auntarin, S., Tachasuksri, T., & Supasrimanont, W. (2020). Factors Influencing Stress among Women with Gestational Diabetes Mellitus. *The Journal of Faculty of Nursing Burapha University*, *28*(1), 12 - 25. https://he02.tci-thaijo.org/index.php/Nubuu/article/view/240679/164010

Barakat, R., Refoyo, I., Coteron, J., & Franco, E. (2019). Exercise during Pregnancy has a Preventative Effect on Excessive Maternal Weight Gain and Gestational Diabetes. A Randomized Controlled Trial. *Brazilian Journal of Physical Therapy*, *23*(2), 148 - 155. http://doi.org/10.1016/j.bjpt.2018.11.005

Boonnoon, A. (2022). Nursing Care of Gestational Diabetes Mellitus Class A II: A Case Study. *Journal of Environmental and Communication Health*, *7*(1), 61 - 67.

Craig, L., Sim, R., Glasziou, P., & Thomas, R. (2020). Women's Experiences of A Diagnosis of Gestational Diabetes Mellitus: A Systematic Review. *BMC Pregnancy and Childbirth*, *20*(1), 1 - 15. http://doi.org/10.1186/s12884-020-2745-1

Cunningham, F.G., Leveno, K. J., Bloom, S. L., Hauth, J. C., Rouse, D. J., & Spong, C.Y. (2022). *Williams obstetrics*. (26th ed.). McGraw-Hill.

Detkaew, A., Samartkit, N., & Masingboon, K. (2021). Relationships of Perceived Self-Efficacy, Lifestyle Stress, and Social Support to Health Behaviors in Adults with Acute Coronary Syndrome Post Percutaneous Coronary Intervention. *The Journal of Faculty of Nursing Burapha University, 29*(2), 71 - 80. https://nurse.buu.ac.th/rsh/file/journal/ 0000001205.pdf

Heaman, M. I., & Guptun, A. L. (2009). Psychometric Testing of the Perception of Pregnancy Risk Questionnaire. *Research in Nursing & Health*, *32*(5), 493 - 503. http://doi.org/10.1002/ nur.20342

Horsch, A., Kang, J. S., Vial, Y., Ehlert, U., Borghini, A., Marques-Vidal, P., Jacobs, I., & Puder, J. J. (2016). Stress Exposure and Psychological Stress Responses are Related to Glucose Concentrations during Pregnancy. *British Journal of Health Psychology*, *21*(3), 712 - 729. http://doi.org/10.1111/bjhp.12197

International diabetes Federation. (n.d.). *Gestational diabetes*. https://idf.org/about-diabetes/gestational-diabetes/

Jamjitthrong, C., & Somrongtong, R. (2019). Factors Associated with Stress among Type 2 Diabetic Patients in a Rural Thai Community. *Journal of Allied Health Sciences Suan Sunandha Rajabhat University*, *4*(1), 54 - 66. https://he04.tci-thaijo.org/index.php/JAHS/article/view/178/89

Jangwang, S., Pittayapinune, T., & Chutipattana., N. (2017). Factors Related to Self-Care Behavior for Prevention of Diabetes Mellitus and Hypertension among Population Groups at Risk. *The Southern College Network Journal of Nursing and Public Health, 3*(1), 110 - 128. https://he01.tci-thaijo.org/index.php/scnet/article/view/52532/43590

Jittrapirom, A., Chareonsanti, J., & Sriarporn, P. (2014). Pregnancy Risk Perception, Uncertainty, and Stress among Gestational Diabetic Women. *Nursing Journal*, *4*1(1), 50 - 61.

Kaewpoung, S., Deoisres, W., & Suppaseemanont, W. (2018). Influencing of Perception of Pregnancy Risk, Knowledge, and Attitude on Preconception Health Behavior among Pregnant Women. *The Journal of Faculty of Nursing Burapha University, 26*(1), 57 - 66. https://ojs.lib.buu.ac.th/index.php/nursing/article/view/5607

Khwanprom, R., Chareonsanti, J., & Sriarporn, P. (2021). Health Literacy and Exercise Behaviors Among Pregnant Women. *Nursing Journal*, *48*(1), 210 - 221. https://he02.tci-thaijo.org/index.php/cmunursing/article/view/250250

Lazarus, R. S., & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal, and coping*. Springer Publishing.

Lee, K. W., Ching, S. M., Ramachandran, V., Yee, A., Hoo, F. K., Chia, Y. C., Wan Sulaiman, W. A., Suppiah, S., Mohamed, M. H., & Veettil, S. K. (2018). Prevalence and Risk Factors of Gestational Diabetes Mellitus in Asia: A Systematic Review and Meta-analysis. *Biomedcentral Pregnancy and Childbirth*, *18*(1), 1 - 20. http://doi.org/10.1186/s12884-018-2131-4.

Mahatnirunkul, S., Pumpisalchai, W., & Thapanya, P. (1997). The Construction of Suan Prung Stress Test for Thai Population. *Bulletin of Suan Prung*, *13*(3), 1 - 20.

Miller, L. H., Smith, A. D., & Rothstein, L. (1993). *The Stress Solution: an Action Plan to Manage the Stress in Your Life*. Pocket Books.

Polit, D. F. (2010). *Statistics and Data Analysis for Nursing Research*. (2nd ed). Pearson.

Prasitwattanaseree, P. (2022). *Nursing and Obstetrics: Women at Risk and Complications* (2nd ed.). Siam print nana.

Puttaraksa, S., Supavititpatana, B., & Kantaruksa, K. (2016). Attitudes, Subjective Norm, Perceived Behavioral Control and Intention to Exercise Among Pregnant Women. *Nursing Journal*, *43*(3), 24 - 34. https://he02.tci-thaijo.org/index.php/cmunursing/article/view/75125/60559

Singwongsa, A., & Boriboonhirunsarn, D. (2016). Incidence and Associated Factors of Gestational Diabetes Mellitus Diagnosed during 24 -28 weeks of Gestation. *Thai Journal of Obstetrics and Gynecology*, *24*(3), 184 - 192. https://he02.tci-thaijo.org/index.php/tjog/article/view/39891/pdf_7

Srisawad, K., Panyapinitnukul, C., & Sonnark, N. (2018). Health Promoting Behavior in Pregnancy. *Songklanagarind Journal of Nursing*, *38*(2), 95 - 109. https://he02.tci-thaijo.org/index.php/nur-psu/article/view/132036/99186

Suwanpakdee, W., Youngwanichsetha, S., & Shunuan, S. (2019). Effects of a Self-Efficacy Enhancement Program on Dietary and Exercise Behaviors among Pregnant Women with Gestational Diabetes Mellitus. *The Southern College Network Journal of Nursing, and Public Health*, *6*(1), 39 - 51. https://he01.tci-thaijo.org/index.php/scnet/article/view/149940/119792

Ujongdee, T. (2024, February 12). *Factors Associated with Health Behaviors of Diabetes Risk Group in Nongtong Subdistrict, Hangdong District, Chiang Mai Province*. Chiangmai Health. https://www.chiangmaihealth.go.th/detail_academic.php?academic_id=65

Wongratana, S. (2017). *Statistical techniques for research* (13th ed.). Amornkarn Press.

Zhou, T., Du S, Sun, D., Li, X., Heianza, Y., Hu, G., Sun, L., Pei, X., Shang, X., & Qi, L. (2022). Prevalence and Trends in Gestational Diabetes Mellitus Among Women in the United States, 2006–2017: A Population-Based Study. *Frontires in Endocrinology*, *13*, 1 - 8. https://doi:10.3389/fendo.2022.868094

พฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพช่องปากของผู้ป่วยเบาหวาน ในอำเภอวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี

Oral Health Promoting Behaviors of Diabetic Patients in Warin Chamrap District, Ubon Ratchathani Province

ภคิน ไชยช่วย[1*], ปิยะณัฐฏ์ จันทวารีย์[1]

Pakin Chaichuay[1*], Peyanut Juntavaree[1]

(Received: February 9, 2024; Revised: April 19, 2024; Accepted: April 30, 2024)

บทคัดย่อ

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาแบบภาคตัดขวาง โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาระดับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพช่องปากของผู้ป่วยเบาหวาน และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพช่องปากของผู้ป่วยเบาหวาน ในอำเภอวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี กลุ่มตัวอย่าง เป็นผู้ป่วยเบาหวานที่มารับบริการในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จำนวน 300 คน เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม 5 ส่วน ได้แก่ 1) แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล 2) แบบวัดความรู้ความเข้าใจในการดูแลสุขภาพช่องปาก 3) แบบวัดการรับรู้ปัญหาสุขภาพช่องปาก 4) แบบวัดความตระหนักในการดูแลสุขภาพช่องปาก 5) แบบวัดแรงสนับสนุนทางสังคมในการดูแลสุขภาพช่องปาก 6) แบบวัดทัศนคติและความเชื่อด้านสุขภาพช่องปาก และ 7) แบบวัดพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพช่องปาก ค่าความตรงเชิงเนื้อหาของเครื่องมือเท่ากับ 1.00, 0.94, 0.96, 0.94, 0.95, 0.98 และ 0.97 ตามลำดับ และค่าความเชื่อมั่นของความรู้ (KR - 20) เท่ากับ 0.97 ส่วนแบบวัดที่ 3 ถึง 7 ค่าความเชื่อมั่น (Cronbach's alpha coefficient) เท่ากับ 0.84, 0.76, 0.82, 0.77 และ 0.76 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติ chi-square และ Fisher's exact test ผลการศึกษาพบว่า 1) พฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากของผู้ป่วยเบาหวานอยู่ในระดับปานกลาง (M = 2.97, S.D. = 0.57) ความรู้ความเข้าใจในการดูแลสุขภาพช่องปากอยู่ในระดับปานกลาง (M = 10.19, S.D. = 2.70) การรับรู้ปัญหาสุขภาพช่องปากอยู่ในระดับปานกลาง(M = 3.31, S.D. = 0.68)ความตระหนักในการดูแลสุขภาพ

วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดอุบลราชธานีคณะสาธารณสุขศาสตร์และสหเวชศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก

Sirindhorn College of Public Health, UbonRatchathani

Corresponding Author: pakin9540@scphub.ac.th, dr.peyanut@gmail.com

ช่องปากอยู่ในระดับปานกลาง (M = 3.05,S.D. = 0.59) แรงสนับสนุนทางสังคมอยู่ในระดับปานกลาง (M = 3.12,S.D. = 0.58) ทัศนคติและความเชื่อการดูแลสุขภาพช่องปากอยู่ในระดับสูง (M = 3.85,S.D. = 0.53 2) ปัจจัยความสัมพันธ์ พบว่า ข้อมูลส่วนบุคคล กลุ่มอายุ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพช่องปากของผู้ป่วยเบาหวานอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p < 0.05$ ส่วนเพศ ระดับการศึกษา อาชีพ และการได้รับอินซูลิน ไม่มีความสัมพันธ์กับความรู้ความเข้าใจในการดูแลสุขภาพช่องปาก การรับรู้ปัญหาสุขภาพช่องปาก และทัศนคติและความเชื่อด้านสุขภาพช่องปาก มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพช่องปากของผู้ป่วยเบาหวาน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p < 0.05$ ส่วนความตระหนักในการดูแลสุขภาพช่องปาก แรงสนับสนุนทางสังคม ไม่มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพช่องปากของผู้ป่วยเบาหวาน

ผลการวิจัยแสดงให้เห็นว่า กลุ่มอายุของผู้ป่วยเบาหวาน การมีความรู้ความเข้าใจสุขภาพช่องปาก การรับรู้ถึงปัญหาช่องปาก และการมีทัศนคติ ความเชื่อที่ดี ย่อมมีพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพช่องปากที่ดี

คำสำคัญ: พฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพช่องปาก, ความเชื่อด้านสุขภาพ, ทัศนคติ

Abstract

This cross-sectional study aimed to investigate oral health-promoting behaviors and study factors related to oral health-promoting behaviors of 300 samples were diabetic patients in Warin Chamrap District, UbonRatchathani Province. Data collection was 5 - part questionnaires: 1) Personal characteristics, 2) oral health care knowledge and understanding testing, 3) oral health problem perception, 4) awareness of oral health care, 5) social support for oral health care, 6) oral health attitudes and beliefs, and 7) oral health promotion behavior. The content validity was 1.00, 0.94, 0.96, 0.94, 0.95, 0.98, and 0.97, respectively. KR-20 was 0.79. The reliability testing by Cronbach's alpha coefficient of questionnaire 3-7were 0.84, 0.76, 0.82, 0.77, and 0.76, respectively. Data analysis using frequency, percentage, mean, standard deviation, Chi-square and Fisher's exact test.

The results of the study found that: 1) Oral health care behavior of diabetic patients was at a moderate level (M=2.97, S.D.= 0.57); knowledge and understanding of oral health care were at a moderate level (M=10.19, S.D.= 2.70); perception of oral health problems was at a moderate level (M=3.31, S.D.=0.68); awareness of oral health care was at a moderate level (M=3.05, S.D.=0.59);

social support was at a moderate level (M=3.12, S.D.=0.58); and attitudes and beliefs regarding oral health were at a high level (M= 3.85, S.D.= 0.53). 2) Relationship factors found that personal characteristics such as age group were significantly related to oral health promotion behaviors of diabetic patients P<0.05 with a Chi-square value of 23.70. Gender, education level, occupation, and insulin exposure were not related. Knowledge and understanding of oral health care, awareness of oral health problems, and oral health attitudes and beliefs were significantly related to oral health promotion behaviors among diabetic patients P<0.05 with a Chi-square of 83.22, 16.40, and 9.92, respectively. Awareness of oral health care and social support was not related to oral health promotion behaviors among diabetic patients. Research results show that the age group of diabetic patients has knowledge and understanding of oral health. Recognition of oral problems and having an attitude of good faith will have behaviors that promote good oral health.

Key words: Oral Health Promotion Behavior, Health Beliefs, Attitudes

บทนำ

โรคเบาหวานเป็นโรคเรื้อรังที่เกิดจากการที่ร่างกายขาดอินซูลินหรือมีภาวะดื้อต่ออินซูลินผลที่ตามมา คือ มีระดับน้ำตาลกลูโคสในเลือดสูง และชีวเคมีในร่างกายเปลี่ยนแปลงนำไปสู่ภาวะแทรกซ้อนรุนแรงทั้งระยะสั้น ระยะยาว โรคเบาหวานเป็นสาเหตุนำของไตล้มเหลว ตาบอดในผู้ใหญ่ การถูกตัดแขนขา และเป็นปัจจัยเสี่ยงหลักของโรคหัวใจ เส้นเลือดอุดตัน ความผิดปกติแต่กำเนิด ทำให้ความยืนยาวของชีวิตลดลง ประมาณ 15 ปี อัตราการป่วยและอัตราการตายของประชากรโลกเพิ่มขึ้นจากทั้งโรคเบาหวานโดยตรงและจากภาวะแทรกซ้อน โรคเบาหวานมีความชุกเพิ่มขึ้นอย่างมากในทุกประเทศทั่วโลกรวมทั้งประเทศไทยด้วย ข้อมูลขององค์กรการอนามัยโลก (World Health Organization-WHO) คาดการณ์ประชากรจะป่วยด้วยโรคเบาหวานเพิ่มขึ้นเป็น 300 ล้านคน ในปี พ.ศ. 2568 (Kaewkhantee, 2003) และพบว่าอัตราตายด้วยโรคเบาหวานของประชากรไทยในระหว่าง พ.ศ. 2557 - 2561 สูงขึ้น จากรายงานสถานการณ์โรค NCDs กรมควบคุมโรค พ.ศ. 2562 เท่ากับ 16.3, 17.8, 20.6, 16.6, 20.0 และ 19.3 ต่อประชากรแสนคน (Department of Disease Control, Ministry of Public Health, 2019)

จังหวัดอุบลราชธานี มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นโดยจากข้อมูลปี 2558 – 2564 มีผู้ป่วยเบาหวานมาเข้ารับบริการรักษาทันตกรรมที่หน่วยบริการต่าง ๆ คิดเป็นร้อยละ ดังนี้ 32.73, 58.69, 64.19, 65.50, 66.15, 66.89 และ 67.49 ตามลำดับ ซึ่งจะแสดงให้เห็นว่าผู้ป่วยเบาหวานมีปัญหาสุขภาพช่องปากเพิ่มมากขึ้นเรื่อย ๆ ทุกปี และในอำเภอวารินชำราบ ก็มีแนวโน้มผู้ป่วยเบาหวานที่มาเข้ารับบริการรักษาทันตกรรมที่

เพิ่มขึ้นเรื่อย ๆ เช่นเดียวกัน โดยจากข้อมูลปี 2558 – 2564 มีผู้ป่วยเบาหวานที่มาเข้ารับบริการรักษาทันตกรรมที่หน่วยบริการต่าง ๆ ในอำเภอวารินชำราบคิดเป็นร้อยละ ดังนี้ 37.15, 50.93, 54.23, 55.80, 58.50, 59.30 และ 60.25 ตามลำดับ ซึ่งจากข้อมูลจะเห็นได้ว่าผู้ป่วยเบาหวานมีปัญหาสุขภาพช่องปากเพิ่มขึ้นทุกปี โดยคาดการณ์ว่าจะมีผู้ป่วยเบาหวานที่มีปัญหาสุขภาพช่องปากเพิ่มขึ้นเรื่อย ๆ ในอนาคต

ปัจจุบันนี้ วงการทันตสาธารณสุขให้ความสนใจกับความสัมพันธ์ของโรคเบาหวานกับ สุขภาพช่องปากมากขึ้น และได้รับโรคในช่องปากเป็นภาวะแทรกซ้อนอันดับที่ 6 ของโรคเบาหวาน ด้วย The National Oral Health Information Clearinghouse แห่งสหรัฐอเมริกาได้สรุปว่า การติดเชื้อของเหงือกทำให้การควบคุมน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวานทำได้ยาก ขณะเดียวกันผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มีการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดีสามารถป้องกันปัญหาที่เกิดกับเหงือกได้ (Kaewkhantee, 2003) การศึกษาพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากของประชาชนในจังหวัดยะลา พบว่าระดับความตระหนักและระดับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากของประชาชน อยู่ในระดับปานกลาง การรับรู้ข้อมูลข่าวสารในการดูแลสุขภาพช่องปากจากสื่อต่าง ๆ ของประชาชนอยู่ในระดับน้อย และความรู้และความตระหนักในการดูแลสุขภาพช่องปาก มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปาก ปัญหาอุปสรรคด้านความรู้ในการดูแลสุขภาพช่องปาก คือ การเสนอข่าวมักจะมีสาระมากเกินไป ทำให้ผู้ฟังเบื่อ การนำเสนอข่าวสารมักจะมีผู้ให้ความสนใจน้อยมาก (Phukrod, 2010) และการศึกษาการดูแลสุขภาพช่องปากของผู้ป่วยเบาหวานของ Munthep (2009) พบว่าประชาชนมีความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพช่องปากอยู่ในระดับต่ำ ผู้ป่วยไม่มีความรู้เกี่ยวกับการตรวจสุขภาพช่องปาก การรับรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพช่องปากอยู่ในระดับปานกลาง ทักษะการทำความสะอาดช่องปากส่วนใหญ่ไม่ถูกต้อง ทั้งการแปรงฟัน การใช้ไหมขัดฟัน และการใช้ไม้จิ้มฟัน (Munthep, 2009)

จากเหตุผลดังกล่าวข้างต้น จะเห็นได้ว่าผู้ป่วยโรคเบาหวาน จะมีโอกาสเสี่ยงสูงที่จะเกิดปัญหาสุขภาพช่องปากได้มากกว่าคนที่ไม่เป็นโรคเบาหวาน ผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษาพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพช่องปากของผู้ป่วยโรคเบาหวานในอำเภอวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี เพื่อนำผลในการวิจัยที่ได้มาเป็นแนวทางในการดูแลสุขภาพช่องปากของผู้ป่วยเบาหวาน และนำไปสู่การมีสุขภาพช่องปากที่ดีขึ้นต่อไป

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาระดับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพช่องปากของผู้ป่วยเบาหวาน ความรู้ความเข้าใจในการดูแลสุขภาพช่องปากการรับรู้ปัญหาสุขภาพช่องปาก ความตระหนักในการดูแลสุขภาพช่องปาก

แรงสนับสนุนทางสังคมในการดูแลสุขภาพช่องปาก และทัศนคติและความเชื่อด้านสุขภาพช่องปากในอำเภอวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี

2. เพื่อศึกษาปัจจัยส่วนบุคคล ความรู้ความเข้าใจในการดูแลสุขภาพช่องปาก การรับรู้ปัญหาสุขภาพช่องปาก ความตระหนักในการดูแลสุขภาพช่องปาก แรงสนับสนุนทางสังคมในการดูแลสุขภาพช่องปาก และทัศนคติและความเชื่อด้านสุขภาพช่องปาก ที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพช่องปากของผู้ป่วยเบาหวาน ในอำเภอวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี

สมมติฐาน

1. ข้อมูลส่วนบุคคลมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพช่องปากของผู้ป่วยเบาหวาน

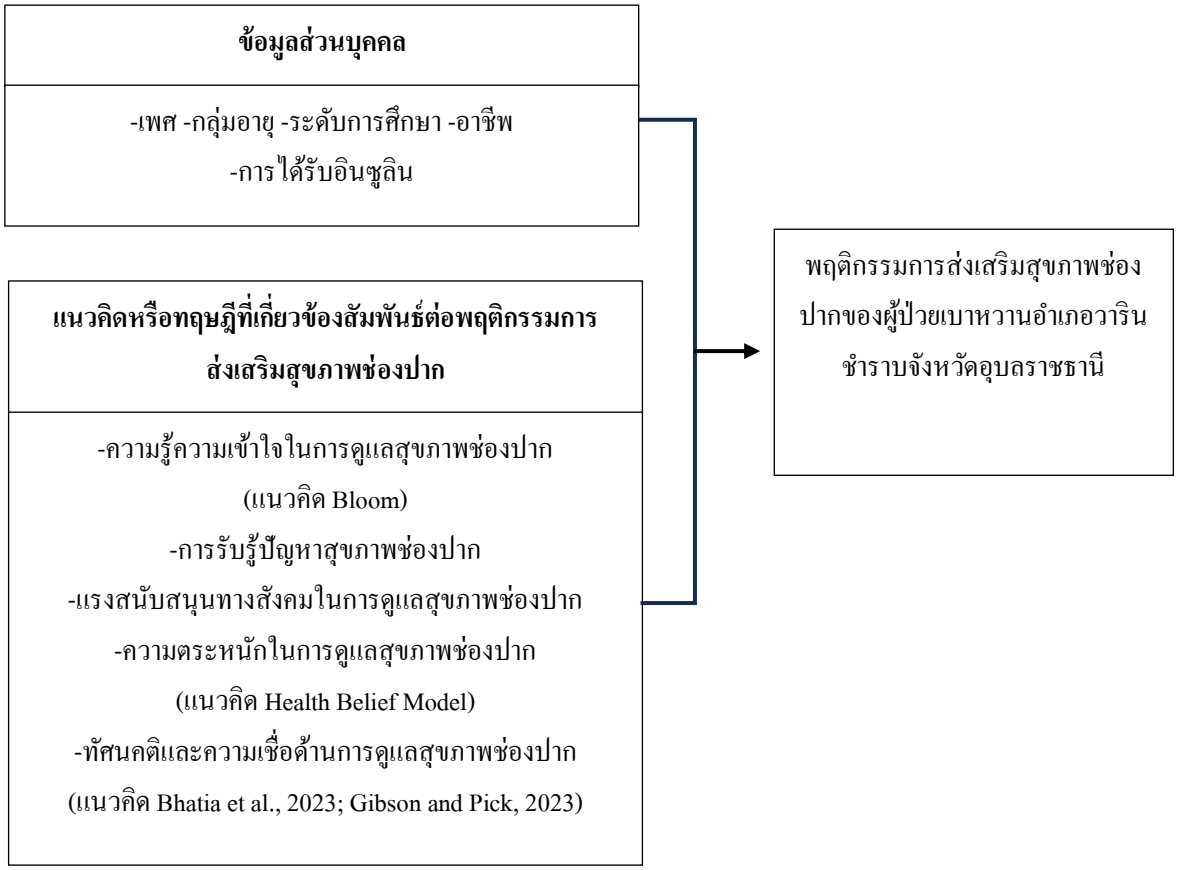
2. ปัจจัยความรู้ความเข้าใจในการดูแลสุขภาพช่องปาก การรับรู้ปัญหาสุขภาพช่องปาก และทัศนคติและความเชื่อด้านสุขภาพช่องปากมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพช่องปากของป่วยเบาหวาน

กรอบแนวคิดในการวิจัย

ผู้วิจัยศึกษาแนวคิด ทฤษฎี ดังนี้ Sridawruang et al. (2020) เชื่อว่าความรู้มีความสัมพันธ์ทางบวกกับทัศนคติของบุคคลส่งผลต่อการแสดงออกทางพฤติกรรมสอดคล้องกับ Bloom (1956) ที่สรุปไว้ว่า ความรู้ ความเข้าใจ การนำไปใช้ การคิดวิเคราะห์ สังเคราะห์ และประเมินผลนำไปสู่การตัดสินใจเลือกกระทำการใดในการดำรงชีวิต แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model) ของ Ashoori et al. (2020) เห็นว่าพฤติกรรมของบุคคลในการที่จะปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคนั้น บุคคลจะต้องมีการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเป็นโรค (Perceived Susceptibility) การรับรู้ความรุนแรงของโรค (Perceived Severity) การรับรู้ถึงประโยชน์ของการรักษาและป้องกันโรค (Perceived Benefits) และการรับรู้ต่ออุปสรรค (Perceived Barriers) ซึ่งการรับรู้นี้จะทำให้บุคคลหลีกเลี่ยงจากการทำให้เกิดโรค ในส่วนเรื่องความตระหนัก Bhatia et al. (2023) กล่าวไว้ว่าความตระหนักหรือการรับรู้ในสถานการณ์หมายถึง การรับรู้ปัจจัยต่าง ๆ ในสถานการณ์แวดล้อมภายใต้เวลาและสถานการณ์ที่เข้าใจความหมายของปัจจัยเหล่านั้นและสามารถคาดการณ์สถานภาพของปัจจัยเหล่านั้นในอนาคตอันใกล้ ซึ่งในทิศทางความตระหนักในการดูแลสุขภาพช่องปากนั้น Phukrod (2008) กล่าวไว้ว่า ความรู้สึกภายในที่เกิดขึ้นในจิตใจของบุคคลที่เกิดจากความรู้ความเข้าใจในการดูแลสุขภาพช่องปากในส่วนของแรงสนับสนุนทางสังคม เป็นสิ่งที่บุคคลได้รับโดยตรงจากบุคคลหรือกลุ่มบุคคล อาจเป็นทางข่าวสาร เงิน กำลังงาน หรือทางอารมณ์ซึ่งอาจเป็นแรงผลักดันให้ผู้รับไปสู่เป้าหมายที่ผู้ให้ต้องการ ซึ่งความสัมพันธ์นี้ไม่เฉพาะแต่ความช่วยเหลือทางด้านวัตถุ ความมั่นคงทางอารมณ์เท่านั้นแต่ยังรวมไปถึงการที่บุคคลรู้สึกว่าตนเอง

ได้รับการยอมรับเป็นส่วนหนึ่งของผู้อื่นด้วย Gibson and Pick (2000)ได้ให้เหตุผลในทัศนคติไว้ 3 องค์ประกอบ คือ 1) ความรู้สึก (Affective) 2) ความรู้ความเข้าใจ (Cognitive) 3) องค์ประกอบด้านพฤติกรรม (Behavioral Component) ความรู้สึกหรือทัศนคติ ความรู้ความเข้าใจที่ดี หากมีความตั้งใจที่จะประพฤติออกมาในทางที่ดี หรือมีพฤติกรรมที่ดีแล้วย่อมเกิดการเปลี่ยนแปลงในทางที่ดี

ดังนั้นกรอบแนวคิดพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพช่องปากของผู้ป่วยเบาหวานสามารถเขียนความสัมพันธ์ได้ดังภาพที่ 1



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

วิธีการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาแบบภาคตัดขวาง (Cross-Sectional Study Design) ศึกษาระหว่างเดือนตุลาคม 2565 - มีนาคม 2566

ประชากร คือ ประชาชนอายุตั้งแต่ 15 ปีขึ้นไปที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคเบาหวานทั้งชนิดได้รับอินซูลิน และไม่ได้รับอินซูลิน ซึ่งอยู่ในทะเบียนผู้ป่วยโรคเบาหวานของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี และเข้ารับการรักษาในสถานบริการภาครัฐ เขตอำเภอวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี ในปีงบประมาณ พ.ศ. 2565 จำนวน 6,495 คน

กลุ่มตัวอย่าง คำนวณด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป G*power มีขั้นตอน ดังนี้

1. เลือก Test family เป็น F test

2. เลือก statistical test เป็น Linear multiple regression: Fixed model,R2 deviation from zero

3. เลือก Type of power analysis เป็น A priori: Compute required sample size- given α, power, and effect size

4. ใส่พารามิเตอร์ที่กำหนด ประกอบด้วย Effect size f2 ขนาดกลาง 0.15, α err prob = 0.01, power (1-β err prob) = 0.99 Number of predictors: ได้ขนาดกลุ่ม 231 คน

ปรับเพิ่มขนาดเพื่อป้องกันข้อผิดพลาดของข้อมูล และการสูญหายของกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 15 ตามสูตร Jirawatkul (2015) ได้กลุ่มตัวอย่าง 319 คน จากนั้นคัดเลือกข้อมูลที่มีความสมบูรณ์นำมาวิเคราะห์ได้จำนวน 300 คน มีเกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างเข้าร่วมวิจัย (Inclusion Criteria) ดังนี้ 1) บุคคลทั้งชายและหญิงที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคเบาหวานและอยู่ในทะเบียนผู้ป่วยโรคเบาหวานของสำนักงานสาธารณสุข จังหวัดอุบลราชธานี และเข้ารับการรักษาในเขตอำเภอวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี 2) ผู้ป่วยเบาหวานที่มีจำนวนฟันในช่องปาก ตั้งแต่ 16 ซี่ ขึ้นไป 3) ผู้ป่วยที่สามารถอ่านออก เขียนได้ และสามารถกรอกแบบสอบถามได้ด้วยตนเองเกณฑ์การคัดออกจากการศึกษา (Exclusion Criteria) 1) ผู้ป่วยที่อยู่ในระหว่างการเจ็บป่วยจนไม่สามารถให้ความร่วมมือในการตอบแบบสอบถามได้ เช่น พิการทางกาย พิการทางสมอง และอื่น ๆ 2) ผู้ป่วยที่อ่านไม่ออก เขียนไม่ได้ หรือ ผู้ป่วยที่อายุน้อยกว่า 15 ปี 3) ผู้ป่วยพิการแขน หรือนอนติดเตียง

การสุ่มตัวอย่างโดยวิธีการสุ่มแบบหลายขั้นตอน (Multi-Stage Random Sampling) ซึ่งมีขั้นตอนดังนี้ อำเภอวารินชำราบจัดระบบเขตบริการสุขภาพออกเป็น 4 โซน ขั้นตอนที่ 1 สุ่มอย่างง่ายโซนมา 2 โซน ได้แก่โซน 1 และโซน 3 ขั้นตอนที่ 2 สุ่มอย่างง่ายโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลโซนละ 3 แห่ง โซนที่ 1 ได้โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองกินเพล , เพียเก้า และปากกุดหวาย, โซน 3 ได้โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลคูเมือง, เมืองศรีไค และบัววัด ขั้นตอนที่ 3 สุ่มอย่างง่ายผู้ป่วยเบาหวานจากหมู่บ้านรับผิดชอบโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล โซน 1 ได้โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองกินเพลหมู่ที่ 1, 3, 7 และ 8 จำนวน 29 คน, เพียเก้าหมู่ที่ 2, 4, 5 และ 9 จำนวน 31 คน และปากกุดหวายหมู่ที่ 2, 4, 5, 6 และ 9 จำนวน 45 คน โซน 3 ได้ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลคู

เมืองหมู่ที่ 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11 และ12 จำนวน 81 คน เมืองศรีไคหมู่ที่ 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10 และ 11 จำนวน 69 คน และบัววัด หมู่ที่ 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10 และ 11 จำนวน 64 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูลเป็นแบบสอบถาม ประกอบด้วย 3ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ กลุ่มอายุ ระดับการศึกษา อาชีพ การได้รับอินซูลิน และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

ส่วนที่ 2 แบบวัดความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพช่องปากของผู้ป่วยเบาหวาน ประกอบด้วย 5 ตอนดังนี้

ตอนที่ 1 แบบทดสอบความรู้ความเข้าใจในการดูแลสุขภาพช่องปาก ผู้วิจัยพัฒนาจากแนวคิด ทฤษฎีที่เกี่ยวข้อง จำนวน 16 ข้อ ครอบคลุมเนื้อหาด้านการดูแลความสะอาดช่องปาก ด้านการรับประทานอาหารที่มีความเสี่ยงในการเกิดโรคทางช่องปาก และด้านการเข้ารับบริการตรวจสุขภาพช่องปากโดยใช้ 2 ตัวเลือกคือ “ใช่” หรือ “ไม่ใช่” เกณฑ์การให้คะแนนคือตอบถูกให้ 1 คะแนนและตอบผิดให้ 0 คะแนนคะแนนเต็ม 16 คะแนน แปลผลคะแนนตามเกณฑ์ของ Bloom et al. (1971) ดังนี้ ความรู้ระดับสูง คะแนนเท่ากับหรือมากกว่าร้อยละ 80 (13 - 16 คะแนน) ความรู้ระดับปานกลาง คะแนนร้อยละ 60 – 79.99 (10 - 12 คะแนน) และความรู้ระดับต่ำ คะแนนต่ำกว่าร้อยละ 60 (0 – 9 คะแนน) เมื่อพิจารณาเป็นรายด้าน แปลผลคะแนนตามเกณฑ์ของ Best (1977) คือ ด้านการดูแลสุขภาพช่องปาก (คะแนนเต็ม 6 คะแนน) ระดับสูง คะแนนเฉลี่ย 4.00 – 6.00 ระดับปานกลาง 2.00 – 3.99 และระดับต่ำ 0.00 – 1.99 ด้านการรับประทานอาหารที่มีความเสี่ยงในการเกิดโรคช่องปาก (คะแนนเต็ม 3 คะแนน) ระดับสูง คะแนนเฉลี่ย 2.00 – 3.00 ระดับปานกลาง 1.00 – 1.99 และระดับต่ำ 0.00 – 0.99 ด้านการเข้ารับบริการตรวจสุขภาพช่องปาก (คะแนนเต็ม 7 คะแนน) ระดับสูง คะแนนเฉลี่ย 4.68 – 7.00 ระดับปานกลาง 2.34 – 4.67 และระดับต่ำ 0.00 – 2.33

ตอนที่ 2 แบบวัดการรับรู้ปัญหาสุขภาพช่องปากของผู้ป่วยเบาหวาน ผู้วิจัยพัฒนาจากแนวคิด ทฤษฎีที่เกี่ยวข้อง จำนวน 16 ข้อ แบ่งเป็นคำถามเชิงบวก 12 ข้อ และคำถามเชิงลบ 4 ข้อ ครอบคลุมเนื้อหา การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคในช่องปากการรับรู้ความรุนแรงของโรคในช่องปาก การรับรู้ประโยชน์ของการดูแลสุขภาพช่องปาก และการรับรู้อุปสรรคของการดูแลสุขภาพช่องปาก ลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) แบ่งเป็น 5 ระดับ โดยมีเกณฑ์การให้คะแนนระดับความคิดเห็น ดังนี้เห็นด้วยมากที่สุด (5) เห็นด้วยมาก (4) เห็นด้วยปานกลาง (3) เห็นด้วยน้อย (2) และเห็นด้วยน้อยที่สุด (1) ส่วนของข้อคำถามเชิงลบมีค่าคะแนนดังนี้เห็นด้วยมากที่สุด (1) เห็นด้วยมาก (2) เห็นด้วยปานกลาง (3) เห็นด้วยน้อย (4) และเห็นด้วยน้อยที่สุด (5) แปลผลคะแนนตามเกณฑ์ของ Best

(1977) คือ การรับรู้ปัญหาสุขภาพช่องปาก ระดับสูง คะแนนเฉลี่ย 3.68 – 5.00 ระดับปานกลาง 2.34 – 3.67 ระดับต่ำ 1.00 – 2.33

ตอนที่ 3 แบบวัดความตระหนักในการดูแลสุขภาพช่องปาก ผู้วิจัยพัฒนาจากแนวคิดทฤษฎีที่เกี่ยวข้องจำนวน 11 ข้อ แบ่งเป็นคำถามเชิงบวก 10 ข้อ และคำถามเชิงลบ 1 ข้อ ครอบคลุมเนื้อหาความตระหนักในการทำความสะอาดช่องปาก ความตระหนักในการบริโภคอาหารและความถี่ในการบริโภคอาหารและความตระหนักในการตรวจสุขภาพช่องปากและการเข้ารับบริการทางทันตกรรม ลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) แบ่งเป็น 5 ระดับ โดยมีเกณฑ์การให้คะแนนระดับความคิดเห็น ดังนี้ เห็นด้วยมากที่สุด (5) เห็นด้วยมาก (4) เห็นด้วยปานกลาง (3) เห็นด้วยน้อย (2) และเห็นด้วยน้อยที่สุด (1) ส่วนของข้อคำถามเชิงลบ มีค่าคะแนนดังนี้ เห็นด้วยมากที่สุด (1) เห็นด้วยมาก (2) เห็นด้วยปานกลาง (3) เห็นด้วยน้อย (4) และเห็นด้วยน้อยที่สุด (5) แปลผลคะแนนตามเกณฑ์ของ Best (1977) คือ ความตระหนักในการดูแลสุขภาพช่องปาก ระดับสูง คะแนนเฉลี่ย 3.68 – 5.00 ระดับปานกลาง 2.34 – 3.67 ระดับต่ำ 1.00 - 2.33

ตอนที่ 4 แบบวัดแรงสนับสนุนทางสังคมในการดูแลสุขภาพช่องปาก ผู้วิจัยพัฒนาจากการทบทวนวรรณกรรมมีจำนวน 22 ข้อ แบ่งเป็นคำถามเชิงบวก 20 ข้อ และคำถามเชิงลบ 2 ข้อ ครอบคลุมเนื้อหาด้านแรงสนับสนุนจากครอบครัว ด้านการรับข่าวสารเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพช่องปาก ด้านค่าใช้จ่ายในการดูแลสุขภาพช่องปาก และด้านความวิตกกังวลและความพึงพอใจในการเข้ารับบริการ ลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) แบ่งเป็น 5 ระดับ โดยมีเกณฑ์การให้คะแนนระดับความคิดเห็น ดังนี้ เห็นด้วยมากที่สุด (5) เห็นด้วยมาก (4) เห็นด้วยปานกลาง (3) เห็นด้วยน้อย (2) และเห็นด้วยน้อยที่สุด (1) ส่วนของข้อคำถามเชิงลบ มีค่าคะแนน ดังนี้ เห็นด้วยมากที่สุด (1) เห็นด้วยมาก (2) เห็นด้วยปานกลาง (3) เห็นด้วยน้อย (4) และเห็นด้วยน้อยที่สุด (5) แปลผลคะแนนตามเกณฑ์ของ Best (1977) คือ แรงสนับสนุนทางสังคม ระดับสูง คะแนนเฉลี่ย 3.68 – 5.00 ระดับปานกลาง 2.34 – 3.67 ระดับต่ำ 1.00 – 2.33

ตอนที่ 5 แบบวัดทัศนคติและความเชื่อด้านสุขภาพช่องปาก ผู้วิจัยพัฒนาจากการทบทวนวรรณกรรมมีจำนวน 16 ข้อ แบ่งเป็นคำถามเชิงบวก 13 ข้อ และคำถามเชิงลบ 3 ข้อ ครอบคลุมเนื้อหาด้านความเชื่อมั่นและความพึงพอใจต่อทันตบุคลากร ด้านวัสดุอุปกรณ์ในการดูแลสุขภาพช่องปาก ด้านสถานที่ให้บริการทางทันตกรรม และด้านความเชื่อการดูแลสุขภาพช่องปาก ลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) แบ่งเป็น 5 ระดับ โดยมีเกณฑ์การให้คะแนนระดับความคิดเห็น ดังนี้ เห็นด้วยมากที่สุด (5) เห็นด้วยมาก (4) เห็นด้วยปานกลาง (3) เห็นด้วยน้อย (2) และเห็นด้วยน้อยที่สุด (1) ส่วนของข้อคำถามเชิงลบ มีค่าคะแนนดังนี้ เห็นด้วยมากที่สุด (1) เห็นด้วยมาก (2) เห็นด้วยปาน

กลาง(3) เห็นด้วยน้อย (4) และเห็นด้วยน้อยที่สุด (5) แปลผลคะแนนตามเกณฑ์ของ Best (1977) ทัศนคติและความเชื่อด้านสุขภาพช่องปาก ระดับสูง คะแนนเฉลี่ย 3.68 – 5.00 ระดับปานกลาง 2.34 – 3.67 ระดับต่ำ 1.00 - 2.33

ส่วนที่ 3 แบบวัดพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพช่องปาก ซึ่งผู้วิจัยพัฒนาจากการทบทวนวรรณกรรม มีจำนวน 11 ข้อแบ่งเป็นคำถามเชิงบวก 9 ข้อ และคำถามเชิงลบ 2 ข้อ ครอบคลุมเนื้อหาด้านการดูแลความสะอาดช่องปากและด้านการเข้ารับบริการตรวจสุขภาพช่องปาก ลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) แบ่งเป็น 5 ระดับ โดยมีเกณฑ์การให้คะแนนระดับความคิดเห็นดังนี้ ปฏิบัติเป็นประจำ (ปฏิบัติทุกวัน) (5) ปฏิบัติบ่อยครั้ง (5 - 6 วันใน 1 สัปดาห์) (4) ปฏิบัตินาน ๆ ครั้ง (ปฏิบัติ 3 – 4 วันใน 1 สัปดาห์ (3) ปฏิบัติบางครั้ง (ปฏิบัติ 1 – 2 วันใน 1 สัปดาห์) (2) และไม่เคยปฏิบัติ (1) ส่วนของข้อคำถามเชิงลบมีค่าคะแนนดังนี้ ปฏิบัติเป็นประจำ (ปฏิบัติทุกวัน) (1) ปฏิบัติบ่อยครั้ง (5 - 6 วันใน 1 สัปดาห์) (2) ปฏิบัตินานๆครั้ง (ปฏิบัติ 3 - 4 วันใน 1 สัปดาห์ (3) ปฏิบัติบางครั้ง (ปฏิบัติ 1 - 2 วันใน 1 สัปดาห์) (4) และไม่เคยปฏิบัติ (5) แปลผลคะแนนตามเกณฑ์ของ Best (1977) คือ การรับรู้ปัญหาสุขภาพช่องปาก ระดับสูง คะแนนเฉลี่ย 3.68 – 5.00 ระดับปานกลาง 2.34 – 3.67 ระดับต่ำ 1.00 - 2.33

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

1. การหาค่าความตรงเชิงเนื้อหา (Content validity) ผู้วิจัยได้ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาด้วยการหาค่าดัชนีความสอดคล้องของวัตถุประสงค์รายข้อ (Index of item objective Congruence: IOC) โดยผ่านผู้ทรงคุณวุฒิที่มีความเชี่ยวชาญด้านทันตกรรมช่องปาก จำนวน 3 ท่าน ผลการพิจารณาค่าความตรงเชิงเนื้อหา(IOC) ของเครื่องมือ 1) แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลเท่ากับ 1.00 2) แบบวัดความรู้ความเข้าใจในการดูแลสุขภาพช่องปากเท่ากับ 0.94 3) แบบวัดการรับรู้ปัญหาสุขภาพช่องปากของผู้ป่วยเบาหวานเท่ากับ 0.96 4) แบบวัดความตระหนักในการดูแลสุขภาพช่องปากเท่ากับ 0.94 5) แบบวัดแรงสนับสนุนทางสังคมเท่ากับ 0.95 6) แบบวัดทัศนคติและความเชื่อด้านสุขภาพช่องปากเท่ากับ 0.98 และ 7) แบบวัดพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพช่องปากเท่ากับ 0.97

2. การหาค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือ (Reliability) ผู้วิจัยนำแบบสอบถามที่ปรับปรุงแก้ไขความเที่ยงตรงของเนื้อหาไปทดลองใช้กับกลุ่มผู้ป่วยเบาหวาน จำนวน 40 ราย ที่ตำบลนาเยีย อำเภอนาเยีย จังหวัดอุบลราชธานีซึ่งเป็นพื้นที่ที่มีลักษณะภูมิศาสตร์ ประเพณีวัฒนธรรมการดำรงชีวิตคล้ายคลึงกันกับกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาค่าความเชื่อมั่นแบบวัดความรู้ความเข้าใจในการดูแลสุขภาพช่องปาก (KR - 20) เท่ากับ 0.79 ส่วนแบบวัดการรับรู้ปัญหาสุขภาพช่องปากของผู้ป่วยเบาหวาน แบบวัดความตระหนักในการดูแลสุขภาพช่องปาก แบบวัดแรงสนับสนุนทางสังคมในการดูแลสุขภาพช่องปาก แบบวัดทัศนคติ

และความเชื่อด้านสุขภาพช่องปาก และ แบบวัดพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพช่องได้ค่าค่าความเชื่อมั่น (Cronbach's alpha coefficient) เท่ากับ 0.84, 0.76, 0.82, 0.77 และ 0.76 ตามลำดับ

การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง

วิจัยนี้ผ่านการพิจารณาจาก คณะกรรมการจริยธรรมในมนุษย์ วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดอุบลราชธานี รับรองให้ดำเนินการวิจัย เลขที่ SCPHUB I009-2565วันที่ 1 กันยายน 2565 ผู้วิจัยได้แจ้งวัตถุประสงค์ของการวิจัยและสิทธิของการเป็นกลุ่มตัวอย่าง ว่าผลของการวิจัยไม่ส่งผลกระทบต่อการรักษา กลุ่มตัวอย่างสามารถยกเลิกไม่เข้าร่วมการวิจัยได้โดยไม่มีเงื่อนไขใด ๆ ข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างจะเป็นความลับ และผลการวิจัยจะนำเสนอในภาพรวม แล้วให้กลุ่มตัวอย่างเซ็นยินยอมให้ความร่วมมือ

วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

การศึกษาวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเองโดยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลหลังจากที่ได้รับการอนุมัติจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์แล้ว มีขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล ดังนี้

1.ขอหนังสือรับรองจากวิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดอุบลราชธานี ถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ทั้ง 6 แห่ง ได้แก่ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองกินเพล โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเพียเภ้า โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลปากกุดหวาย โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลคูเมือง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเมืองศรีไค และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบัววัดในอำเภอวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี เพื่อขอความอนุเคราะห์ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

2. นัดหมายวัน เวลา ที่จะลงเก็บข้อมูลกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยเบาหวานโดยประสานงานกับผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพแต่ละแห่งในวันที่มีการตรวจทางคลินิกผู้ป่วยเบาหวาน

3. ผู้วิจัยเข้าพบและแนะนำตัวกับผู้ป่วยเบาหวาน ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย ประโยชน์ที่จะได้จากการวิจัย และขอความร่วมมือให้ผู้ป่วยเบาหวานตอบแบบสอบถามตามความจริง

4. นำแบบสอบถามที่ได้มาตรวจสอบความเรียบร้อยสมบูรณ์ของแต่ละฉบับก่อนนำมาวิเคราะห์ข้อมูลต่อไป

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาระดับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพช่องปากของผู้ป่วยเบาหวาน ความรู้ความเข้าใจในการดูแลสุขภาพช่องปากการรับรู้ปัญหาสุขภาพช่องปาก ความตระหนักในการดูแลสุขภาพช่องปากแรงสนับสนุนทางสังคมในการดูแลสุขภาพช่องปาก และทัศนคติและความเชื่อด้านสุขภาพช่องปาก และศึกษาความสัมพันธ์ของพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพช่องปากของผู้ป่วย

เบาหวานกับปัจจัยส่วนบุคคล ความรู้ความเข้าใจในการดูแลสุขภาพช่องปาก การรับรู้ปัญหาสุขภาพช่องปาก ความตระหนักในการดูแลสุขภาพช่องปาก แรงสนับสนุนทางสังคมในการดูแลสุขภาพช่องปาก และทัศนคติและความเชื่อด้านสุขภาพช่องปาก เก็บรวบรวมข้อมูลผู้ป่วยเบาหวานที่รับบริการจากสถานบริการภาครัฐ จำนวน 6 แห่ง ตัวอย่างผู้ป่วยเบาหวาน 300 คน วิเคราะห์ข้อมูล โดยการใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป การกระจายของข้อมูลเป็นแบบโค้งไม่ปกติ ขั้นตอนการวิเคราะห์ข้อมูลมีดังนี้

1. ตรวจสอบความสมบูรณ์เรียบร้อยของแบบสอบถาม และให้คะแนนแต่ละข้อคำถามตามเกณฑ์ที่กำหนด ลงรหัสให้ครบถ้วนสมบูรณ์

2. วิเคราะห์ข้อมูลตามวัตถุประสงค์ของการศึกษาโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์ ดังนี้

2.1 เพื่อศึกษาระดับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพช่องปากของผู้ป่วยเบาหวาน ความรู้ความเข้าใจในการดูแลสุขภาพช่องปาก การรับรู้ปัญหาสุขภาพช่องปาก ความตระหนักในการดูแลสุขภาพช่องปาก แรงสนับสนุนทางสังคมในการดูแลสุขภาพช่องปาก และทัศนคติและความเชื่อด้านสุขภาพช่องปาก ในอำเภอวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย (M) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.)

2.2 เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ของพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพช่องปากของผู้ป่วยเบาหวานในอำเภอวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานีกับตัวแปร 1) ความรู้ความเข้าใจในการดูแลสุขภาพช่องปาก 2) การรับรู้ปัญหาสุขภาพช่องปาก 3) ความตระหนักในการดูแลสุขภาพช่องปาก 4) แรงสนับสนุนทางสังคมในการดูแลสุขภาพช่องปากและ 5) ทัศนคติและความเชื่อด้านสุขภาพช่องปาก วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ สถิติchi-square และ Fisher's exact test (เนื่องจากข้อมูลแจกแจงไม่ปกติ)

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไป การศึกษาครั้งนี้ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 85.30 ซึ่งมากกว่าเพศชาย ช่วงอายุวัยทำงาน (15 - 59 ปี) คิดเป็นร้อยละ 60.70 ซึ่งมากกว่าผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้น ระดับการศึกษาประถมศึกษามีมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 88.70 รองลงมามัธยมศึกษาตอนต้น มัธยมศึกษาตอนปลาย ปริญญาตรี และปริญญา อาชีพส่วนใหญ่เป็น คิดเป็นร้อยละ 64.70 รองลงมา แม่บ้าน รับจ้าง ค้าขาย และรับราชการ / รัฐวิสาหกิจ ผู้ป่วยเบาหวานส่วนใหญ่ไม่ได้รับอินซูลิน คิดเป็นร้อยละ 66.70 ซึ่งมากกว่าผู้ป่วยที่รับอินซูลิน (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 แสดงจำนวน และร้อยละ ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยเบาหวาน (n = 300)

สถานภาพส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
1. เพศ		
1.1 หญิง	256	85.30
1.2 ชาย	44	14.70
รวม	300	100.00
2. อายุ		
อายุ 15 - 59 ปี	182	60.70
อายุ 60 ปีขึ้นไป	119	39.30
รวม	300	100.00
3. ระดับการศึกษา		
ประถมศึกษา	266	88.70
มัธยมศึกษาตอนต้น	22	7.30
ปริญญาตรี	6	2.00
มัธยมศึกษาตอนปลาย	5	1.70
ปริญญาโท	1	0.30
รวม	300	100.00
4. อาชีพ		
เกษตรกรรม	197	64.70
แม่บ้าน	53	17.70
รับจ้าง	31	10.30
ค้าขาย	17	5.70
รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ	5	1.70
รวม	300	100.00
5. การได้รับอินซูลิน		
ไม่ได้รับอินซูลิน	200	66.70
ได้รับอินซูลิน	100	33.30
รวม	**300**	**100.00**

2. ระดับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพช่องปาก ความรู้ความเข้าใจในการดูแลสุขภาพช่องปากของผู้ป่วยเบาหวาน การรับรู้ปัญหาสุขภาพช่องปาก ความตระหนักในการดูแลสุขภาพช่องปาก แรงสนับสนุนทางสังคมในการดูแลสุขภาพช่องปาก และทัศนคติและความเชื่อด้านสุขภาพช่องปาก ของผู้ป่วยเบาหวาน ในอำเภอวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี

2.1 ระดับความคิดเห็นพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพช่องปากของผู้ป่วยเบาหวานโดยภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง ระดับความคิดเห็นระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 79.00 รองลงมา อยู่ในระดับต่ำ คิดเป็นร้อยละ 11.00 และ อยู่ในระดับสูง คิดเป็นร้อยละ 10.00 ตามลำดับ

2.2 ระดับความคิดเห็นทัศนคติและความเชื่อการดูแลสุขภาพช่องปากโดยภาพรวมอยู่ในระดับสูง ระดับความคิดเห็นอยู่ระดับสูง คิดเป็นร้อยละ 59.70 รองลงมา อยู่ระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 40.30 ตามลำดับ

2.3 ระดับความรู้ความเข้าใจในการดูแลสุขภาพช่องปากโดยภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง ส่วนใหญ่มีระดับความรู้ความเข้าใจอยู่ระดับปานกลาง คิดเป็นร้อย 50.33 รองลงมาอยู่ระดับต่ำ คิดเป็นร้อย 35.34 และระดับสูง คิดเป็นร้อย 14.33 ตามลำดับ

2.4 ระดับความคิดเห็นการรับรู้ปัญหาสุขภาพช่องปากโดยภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง ระดับความคิดเห็นอยู่ระดับสูง คิดเป็นร้อยละ 59.00 รองลงมา อยู่ระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 33.70 และระดับสูง คิดเป็นร้อย 7.30 ตามลำดับ

2.5 ระดับความคิดเห็นแรงสนับสนุนทางสังคมในการดูแลสุขภาพช่องปากโดยภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง ระดับความคิดเห็นอยู่ระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 71.70 รองลงมาอยู่ระดับสูง คิดเป็นร้อยละ 18.00 และระดับต่ำ คิดเป็นร้อยละ 10.30 ตามลำดับ

2.6 ระดับความคิดเห็นตระหนักในการดูแลสุขภาพช่องปากโดยภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง ระดับความคิดเห็นอยู่ระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 79.30 รองลงมาอยู่ระดับสูง คิดเป็นร้อยละ 12.70 และระดับต่ำ คิดเป็นร้อยละ 8.00 ตามลำดับ (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 แสดงจำนวน ร้อยละ (สูง, ปานกลาง, ต่ำ) ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของระดับความคิดเห็น พฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพช่องปากของผู้ป่วยเบาหวาน ทัศนคติและความเชื่อการดูแลสุขภาพช่องปาก ความรู้ความเข้าใจในการดูแลสุขภาพช่องปาก การรับรู้ปัญหาสุขภาพช่องปาก แรงสนับสนุนทางสังคมในการดูแลสุขภาพช่องปาก และความตระหนักในการดูแลสุขภาพช่องปาก (n = 300)

ตัวแปร	ระดับความคิดเห็น จำนวน (ร้อยละ)			ระดับความคิดเห็น		
	สูง	ปานกลาง	ต่ำ	M	S.D.	แปลผล
พฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปาก	30 (10.00)	237 (79.00)	33 (11.00)	2.97	0.58	ระดับ ปานกลาง
ทัศนคติและความเชื่อการดูแลสุขภาพช่องปาก	179 (59.70)	121 (40.30)	-	3.85	0.53	ระดับสูง
ความรู้ความเข้าใจในการดูแลสุขภาพช่องปาก	43 (14.33)	151 (50.33)	106 (35.34)	3.40	2.58	ระดับปานกลาง
การรับรู้ปัญหาสุขภาพช่องปาก	177 (59.00)	101 (33.70)	22 (7.30)	3.31	0.68	ระดับปานกลาง
แรงสนับสนุนทางสังคมในการดูแลสุขภาพช่องปาก	54 (18.00)	215 (71.70)	31 (10.30)	3.12	0.58	ระดับปานกลาง
ความตระหนักในการดูแลสุขภาพช่องปาก	38 (12.70)	238 (79.30)	24 (8.00)	3.05	0.59	ระดับปานกลาง

3. ระดับความคิดเห็นประเด็นย่อยของพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพช่องปาก ความรู้ความเข้าใจในการดูแลสุขภาพช่องปากของผู้ป่วยเบาหวาน การรับรู้ปัญหาสุขภาพช่องปาก ความตระหนักในการดูแลสุขภาพช่องปาก แรงสนับสนุนทางสังคมในการดูแลสุขภาพช่องปาก และทัศนคติและความเชื่อด้านสุขภาพช่องปาก ของผู้ป่วยเบาหวาน ในอำเภอวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี

3.1 พฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพช่องปากเมื่อพิจารณาเป็นรายด้าน พบว่า ระดับความคิดเห็นด้านการเข้ารับบริการตรวจสุขภาพช่องปากอยู่ระดับปานกลาง (M = 3.06, S.D. = 0.96) และด้านการดูแลความสะอาดช่องปากอยู่ระดับปานกลาง (M = 2.93, S.D. = 0.61) ตามลำดับ

3.2 ทัศนคติและความเชื่อการดูแลสุขภาพช่องปากเมื่อพิจารณาเป็นรายด้าน พบว่า ระดับความคิดเห็น ด้านความเชื่อมั่นและความพึงพอใจต่อทันตบุคลากรอยู่ระดับสูง (M = 4.34, S.D. = 0.78) ด้านสถานที่ให้บริการทางทันตกรรม อยู่ระดับสูง (M = 3.77, S.D. = 0.85) ด้านวัสดุอุปกรณ์ในการดูแลสุขภาพช่องปากอยู่ระดับสูง (M = 3.68, S.D. = 0.72) และด้านความเชื่อการดูแลสุขภาพช่องปากอยู่ในระดับปานกลาง (M = 3.54, S.D. = 0.74) ตามลำดับ

3.3 ความรู้ความเข้าใจในการดูแลสุขภาพช่องปากเมื่อพิจารณาเป็นรายด้าน พบว่า ระดับความคิดเห็น ด้านการรับประทานอาหารที่มีความเสี่ยงในการเกิดโรคทางช่องปากอยู่ระดับสูง (M = 2.33, S.D. = 0.75) ด้านการเข้ารับบริการตรวจสุขภาพช่องปากอยู่ระดับปานกลาง (M = 4.22,

S.D. = 1.51) และด้านการดูแลความสะอาดช่องปากอยู่ระดับปานกลาง (M = 3.64, S.D. = 1.26) ตามลำดับ

3.4 การรับรู้ปัญหาสุขภาพช่องปากเมื่อพิจารณาเป็นรายด้าน พบว่า ด้านการรับรู้ประโยชน์ของการดูแลสุขภาพช่องปากอยู่ระดับปานกลาง (M = 3.43, S.D. = 0.89) ด้านการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคในช่องปาก อยู่ระดับปานกลาง (M = 3.34, S.D. = 1.08) ด้านการรับรู้อุปสรรคของการดูแลสุขภาพช่องปากอยู่ระดับปานกลาง (M = 3.23, S.D. = 0.90) และด้านการรับรู้ความรุนแรงของโรคในช่องปากอยู่ระดับปานกลาง (M = 3.22, S.D. = 0.87) ตามลำดับ

3.5 แรงสนับสนุนทางสังคมในการดูแลสุขภาพช่องปากเมื่อพิจารณาเป็นรายด้าน พบว่า ด้านค่าใช้จ่ายในการดูแลสุขภาพช่องปากอยู่ระดับสูง (M = 3.73, S.D. = 1.10) ด้านความวิตกกังวลและความพึงพอใจในการเข้ารับบริการอยู่ระดับปานกลาง (M = 3.45, S.D. = 1.06) ด้านแรงสนับสนุนจากครอบครัวอยู่ระดับปานกลาง (M = 3.12, S.D. = 0.74) และด้านการรับข่าวสารเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพช่องปากอยู่ในระดับปานกลาง (M = 2.92, S.D. = 0.72) ตามลำดับ

3.6 ความตระหนักในการดูแลสุขภาพช่องปาก เมื่อพิจารณาเป็นรายด้าน พบว่า ด้านการบริโภคอาหารอยู่ระดับสูง (M = 3.70, S.D. = 1.02) ด้านการทำความสะอาดช่องปากอยู่ระดับปานกลาง (M = 2.90, S.D. = 0.64) และด้านการตรวจสุขภาพช่องปากและการเข้ารับบริการทางทันตกรรมอยู่ระดับปานกลาง (M = 2.72, S.D. = 0.93) ตามลำดับ (ตารางที่ 3)

ตารางที่ 3 แสดงระดับความคิดเห็นประเด็นย่อยของพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพช่องปากของผู้ป่วยเบาหวาน ทัศนคติและความเชื่อการดูแลสุขภาพช่องปาก ความรู้ความเข้าใจในการดูแลสุขภาพช่องปาก การรับรู้ปัญหาสุขภาพช่องปาก แรงสนับสนุนทางสังคมในการดูแลสุขภาพช่องปาก และความตระหนักในการดูแลสุขภาพช่องปาก (n = 300)

ตัวแปร	M	S.D.	แปลผล
พฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปาก			
ด้านการเข้ารับบริการตรวจสุขภาพช่องปาก	3.06	0.96	ระดับปานกลาง
ด้านการดูแลความสะอาดช่องปาก	2.93	0.61	ระดับปานกลาง
ทัศนคติและความเชื่อการดูแลสุขภาพช่องปาก			
ด้านความเชื่อมั่นและความพึงพอใจต่อทันตบุคลากร	4.34	0.78	ระดับสูง
ด้านสถานที่ให้บริการทางทันตกรรม	3.77	0.85	ระดับสูง
ด้านวัสดุอุปกรณ์ในการดูแลสุขภาพช่องปาก	3.68	0.72	ระดับสูง
ด้านความเชื่อการดูแลสุขภาพช่องปาก	3.54	0.71	ระดับปานกลาง

ตัวแปร	M	S.D.	แปลผล
ความรู้ความเข้าใจในการดูแลสุขภาพช่องปาก			
ด้านการรับประทานอาหารที่มีความเสี่ยงในการเกิดโรคทางช่องปาก (คะแนนเต็ม 3)	2.33	0.75	ระดับสูง
ด้านการเข้ารับบริการตรวจสุขภาพช่องปาก(คะแนนเต็ม 7)	4.22	1.51	ระดับปานกลาง
ด้านการดูแลความสะอาดช่องปาก(คะแนนเต็ม 6)	3.64	1.26	ระดับปานกลาง
การรับรู้ปัญหาสุขภาพช่องปาก			
ด้านการรับรู้ประโยชน์ของการดูแลสุขภาพช่องปาก	3.43	0.89	ระดับปานกลาง
ด้านการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคในช่องปาก	3.34	1.08	ระดับปานกลาง
ด้านการรับรู้อุปสรรคของการดูแลสุขภาพช่องปาก	3.23	0.90	ระดับปานกลาง
ด้านการรับรู้ความรุนแรงของโรคในช่องปาก	3.22	1.08	ระดับปานกลาง
แรงสนับสนุนทางสังคมในการดูแลสุขภาพช่องปาก			
ด้านค่าใช้จ่ายในการดูแลสุขภาพช่องปาก	3.73	1.10	ระดับสูง
ด้านความวิตกกังวลและความพึงพอใจในการเข้ารับบริการ	3.45	1.06	ระดับปานกลาง
ด้านแรงสนับสนุนจากครอบครัว	3.12	0.74	ระดับปานกลาง
ด้านการรับข่าวสารเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพช่องปาก	2.92	0.72	ระดับปานกลาง
ความตระหนักในการดูแลสุขภาพช่องปาก			
ด้านการบริโภคอาหาร	3.70	1.02	ระดับสูง
ด้านการทำความสะอาดช่องปาก	2.90	0.64	ระดับปานกลาง
ด้านการตรวจสุขภาพช่องปากและการเข้ารับบริการทางทันตกรรม	2.72	0.93	ระดับปานกลาง

4. ความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพช่องปากของผู้ป่วยเบาหวานกับข้อมูลส่วนบุคคล ทัศนคติและความเชื่อด้านสุขภาพช่องปาก ความรู้ความเข้าใจในการดูแลสุขภาพช่องปาก การรับรู้ปัญหาสุขภาพช่องปาก แรงสนับสนุนทางสังคมในการดูแลสุขภาพช่องปาก และความตระหนักในการดูแลสุขภาพช่องปาก

4.1 ความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพช่องปากของผู้ป่วยเบาหวานกับข้อมูลส่วนบุคคล พบว่า กลุ่มอายุมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพช่องปากของผู้ป่วยเบาหวานอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 ค่าไคสแควร์เท่ากับ 23.73 ส่วนเพศ ระดับการศึกษา อาชีพ และการได้รับอินซูลินของผู้ป่วยเบาหวานไม่มีความสัมพันธ์ (ตารางที่ 4)

ตารางที่ 4 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพช่องปากของผู้ป่วยเบาหวานกับข้อมูลส่วนบุคคล (n = 300)

ข้อมูลส่วนบุคคล			พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพช่องปากของป่วยเบาหวาน			รวม	χ^2	P-value
			ต่ำ	ปานกลาง	สูง			
เพศ	1) ชาย	จำนวน	3	37	4	44	1.03[2]	0.59
	2) หญิง		30	200	26	256		
จัดกลุ่มอายุ	1) อายุ 15 - 59 ปี	จำนวน	1	5	2	8	23.73[1]	<0.01**
	2) อายุ 60 ปี ขึ้นไป		32	232	28	292		
ระดับการศึกษา	1) ประถมศึกษา	จำนวน	33	206	27	266	6.62[2]	0.49
	2) มัธยมศึกษาตอนต้น		0	19	3	22		
	3) มัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช.		0	5	0	5		
	4) ปริญญาตรี		0	6	0	6		
	5) สูงกว่าปริญญาตรี		0	1	0	1		
อาชีพ	1) เกษตรกรรม	จำนวน	23	149	22	194	6.16[2]	0.62
	2) รับจ้าง		2	27	2	31		
	3) ค้าขาย		1	16	0	17		
	4) รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ		0	5	0	5		
	5) อื่น ๆ		7	40	6	53		
การได้รับอินซูลิน	1) ได้รับ	จำนวน	15	77	8	100	2.86[1]	0.24
	2) ไม่ได้รับ		18	160	22	200		

[1] Chi-Square test; [2]Fisher's exact test; ** Significance (P < 0.01)

4.2 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพช่องปากของผู้ป่วยเบาหวาน พบว่า ปัจจัยความรู้ความเข้าใจในการดูแลสุขภาพช่องปาก การรับรู้ปัญหาสุขภาพช่องปาก และ ทัศนคติและความเชื่อด้านสุขภาพช่องปากมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพช่องปากของป่วยเบาหวานอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.01 ค่าไคสแควร์เท่ากับ 83.22, 16.40 และ 9.92 ตามลำดับ ส่วนความตระหนักในการดูแลสุขภาพช่องปาก และแรงสนับสนุนทางสังคมในการดูแลสุขภาพช่องปาก ไม่มีความสัมพันธ์ (ตารางที่ 5)

ตารางที่ 5 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพช่องปากของผู้ป่วยเบาหวานกับปัจจัยด้านความรู้ความเข้าใจในการดูแลสุขภาพช่องปาก ด้านการรับรู้ปัญหาสุขภาพช่องปาก ด้านทัศนคติและความเชื่อด้านสุขภาพช่องปาก ด้านความตระหนักในการดูแลสุขภาพช่องปาก และด้านแรงสนับสนุนทางสังคมในการดูแลสุขภาพช่องปาก (n = 300)

ปัจจัยรายด้าน			พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพช่องปากของป่วยเบาหวาน			รวม	χ^2	P-value
			ต่ำ	ปานกลาง	สูง			
ความรู้ความเข้าใจในการดูแลสุขภาพช่องปาก	ต่ำ	จำนวน	15	9	0	24	82.22[2]	<0.01**
	ปานกลาง		14	95	6	115		
	สูง		4	133	24	161		
การรับรู้ปัญหาสุขภาพช่องปาก	ต่ำ	จำนวน	8	12	2	22	16.40[2]	<0.01**
	ปานกลาง		15	150	20	185		
	สูง		10	75	8	93		
ทัศนคติและความเชื่อด้านสุขภาพช่องปาก	ต่ำ	จำนวน	0	0	0	0	9.92[1]	<0.01**
	ปานกลาง		5	102	14	121		
	สูง		28	135	16	179		
ความตระหนักในการดูแลสุขภาพช่องปาก	ต่ำ	จำนวน	3	18	3	24	3.62[2]	0.46
	ปานกลาง		29	187	22	238		
	สูง		1	32	5	38		
แรงสนับสนุนทางสังคมในการดูแลสุขภาพช่องปาก	ต่ำ	จำนวน	1	30	0	31	7.75[2]	0.99
	ปานกลาง		26	167	22	215		
	สูง		6	40	8	54		

[1] Chi-Square test; [2]Fisher's exact test; ** Significance (P<0.01)

อภิปรายผล

การวิจัยนี้เพื่อศึกษาระดับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพช่องปากของผู้ป่วยเบาหวาน และความสัมพันธ์ของปัจจัยส่วนบุคคล ความรู้ความเข้าใจในการดูแลสุขภาพช่องปาก การรับรู้ปัญหาสุขภาพช่องปาก ความตระหนักในการดูแลสุขภาพช่องปาก แรงสนับสนุนทางสังคมในการดูแลสุขภาพช่องปาก และทัศนคติและความเชื่อด้านสุขภาพช่องปากกับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพช่องปากของผู้ป่วยเบาหวาน พบว่า ระดับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพช่องปากของผู้ป่วยเบาหวานอยู่ในระดับปานกลาง สอดคล้องกับงานวิจัยของ Busabong et al. (2020); Maleelai et al. (2020) ที่กล่าวไว้ว่า พฤติกรรม

การดูแลสุขภาพช่องปากส่วนใหญ่จะมีพฤติกรรมอยู่ในระดับปานกลาง และสอดคล้องกับระดับความรู้ความเข้าใจในการดูแลสุขภาพช่องปากที่อยู่ระดับปานกลางเช่นเดียวกัน เป็นไปตามทฤษฎีของ Bloom (1956) ที่กล่าวไว้ว่า ความรู้ ความเข้าใจ การนำไปใช้ การคิดวิเคราะห์ สังเคราะห์ และประเมินผลนำไปสู่การตัดสินใจเลือกกระทำการใดในการดำรงชีวิตและสัมพันธ์ทางบวกกับการแสดงออกทางพฤติกรรม ($\chi^2 = 83.22, P < 0.01$) พฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพช่องปากของผู้ป่วยเบาหวาน ที่อยู่ระดับปานกลาง สอดคล้องกับระดับการรับรู้ปัญหาสุขภาพช่องปากที่อยู่ระดับปานกลาง และการรับรู้ปัญหาก็มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพช่องปาก ($\chi^2 = 16.40, P < 0.01$) สอดคล้องกับแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model) ของ Ashoori et al. (2020) ที่กล่าวว่าเมื่อบุคคลมีการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเป็นโรค (Perceived Susceptibility) มีการรับรู้ความรุนแรงของโรค (Perceived Severity) มีการรับรู้ถึงประโยชน์ของการรักษาและป้องกันโรค (Perceived Benefits) และมีการรับรู้ต่ออุปสรรค (Perceived Barriers) เมื่อมีการรับรู้ตามทฤษฎีนี้แล้วจะทำให้บุคคลหลีกเลี่ยงจากการทำให้เกิดโรค ถึงแม้ทัศนคติและความเชื่อด้านสุขภาพช่องปากภาพรวมจะอยู่ในระดับสูง เมื่อพิจารณารายด้านผู้ป่วยเบาหวานมีทัศนคติที่ดีในระดับสูงในเรื่อง ความเชื่อมั่นและความพึงพอใจต่อทันตบุคลากร สถานที่ให้บริการทางทันตกรรม และวัสดุอุปกรณ์ในการดูแลสุขภาพช่องปาก แต่ความเชื่อการดูแลสุขภาพช่องปากนั้นอยู่ระดับปานกลางสอดคล้องกับระดับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพช่องปากของผู้ป่วยเบาหวานที่อยู่ระดับปานกลาง และทัศนคติและความเชื่อการดูแลสุขภาพช่องปากมีความสัมพันธ์กับระดับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพช่องปากของผู้ป่วยเบาหวานเป็นไปตามแนวคิดของ Sridawruang et al. (2020) ที่กล่าวว่า ทัศนคติของบุคคลส่งผลต่อการแสดงออกทางพฤติกรรม

ปัจจัยด้านอายุมีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพช่องปากของผู้ป่วยเบาหวานซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ Thamrongvongsawas (2020); Kongsri & Sri Sa-at, (2018) ที่กล่าวว่า ทักษะการจัดการตนเองในการดูแลสุขภาพช่องปาก มีความสัมพันธ์กับตัวแปรอายุ เนื่องจากผู้สูงอายุที่มีอายุมากจะมองสุขภาพเป็นเรื่องธรรมชาติตามวัยและวัยผู้สูงอายุนั้นมีกลุ่มที่ทำกิจกรรมร่วมกันมีเวลาพูดคุยกัน ลักษณะเช่นนี้ย่อมมีอิทธิพลระหว่างบุคคล ซึ่งลักษณะอิทธิพลนี้มีผลโดยตรงต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ

ปัจจัยด้านความรู้ความเข้าใจในการดูแลสุขภาพช่องปากพบว่า ภาพรวมมีระดับความรู้ความเข้าใจอยู่ระดับปานกลาง และปัจจัยนี้มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพช่องปากของผู้ป่วยเบาหวาน ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ Niyomthai and Kumson (2021); Maleelai et al. (2022) ที่กล่าวไว้ว่า “ความรู้ในการดูแลสุขภาพช่องปาก มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพช่องปาก” จะเห็นได้ว่าเมื่อพิจารณารายข้อที่มีคะแนนสูงสุด พบว่าผู้ป่วยเบาหวานมีการแปรงฟันอย่างน้อยวันละ 2 ครั้ง คือ เช้า

และก่อนนอน รองลงมา คือ รับประทานน้ำเปล่าบ่อย ๆ เพราะจะช่วยชะล้างสิ่งตกค้างในช่องปาก ทั้งนี้อาจเป็นเพราะผู้ป่วยเบาหวาน มีความรู้ความเข้าใจในเรื่องการทำความสะอาดช่องปาก ซึ่งอาจได้รับจากสื่อต่าง ๆ เช่น ทีวี หรือการได้รับความรู้จากบุคลากรทันตสาธารณสุข หรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในวันที่มารับบริการทางคลินิกผู้ป่วยเบาหวานเป็นประจำ จึงส่งผลให้ผู้ป่วยเบาหวานพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากที่เหมาะสม แต่อย่างไรก็ตามผู้ป่วยเบาหวานยังขาดความรู้ความเข้าใจในเรื่องการรับประทานอาหารที่มีความเสี่ยงในการเกิดโรคทางช่องปากในเรื่องการรับประทานอาหารที่มีรสหวาน อาจเนื่องมาจากความมีวินัยส่วนตัวในการรับประทานอาหาร จึงทำให้มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคทางช่องปากสูง

ปัจจัยด้านการรับรู้ปัญหาสุขภาพช่องปากพบว่า ภาพรวมมีระดับการรับรู้ปัญหาสุขภาพช่องปากอยู่ระดับสูงและปัจจัยนี้มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพช่องปากของผู้ป่วยเบาหวานสอดคล้องกับทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ที่กล่าวว่า “บุคคลจะต้องมีการรับรู้โอกาสเสี่ยงความรุนแรงของโรค ซึ่งการรับรู้นี้จะทำให้บุคคลหลีกเลี่ยงจากการทำให้เกิดโรค โดยเลือกวิธีปฏิบัติที่คิดว่าเป็นวิธีที่ดีที่สุด” และสอดคล้องกับงานวิจัยของ Niyomthai and Kumson (2021) ที่กล่าวว่า การรับรู้ประโยชน์ของการดูแลสุขภาพช่องปาก และการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อโรคสุขภาพช่องปาก ครอบครัวมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปาก

ปัจจัยด้านทัศนคติและความเชื่อด้านสุขภาพช่องปากพบว่า ภาพรวมมีระดับทัศนคติและความเชื่อด้านสุขภาพช่องปากอยู่ระดับสูงและปัจจัยนี้มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพช่องปากของผู้ป่วยเบาหวานสอดคล้องกับงานวิจัยของ Saenwong (2016) ที่กล่าวว่า ทัศนคติมีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติตัวในการดูแลสุขภาพช่องปาก อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ”แต่ไม่สอดคล้องกับงานวิจัยของ Sena & Phoam, (2018) ที่กล่าวไว้ว่า “ด้านทัศนคติไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากของของผู้ปกครองเด็กก่อนวัยเรียน” อาจเนื่องมาจากสภาพการณ์ บริบท สิ่งแวดล้อม หรือกลุ่มตัวอย่างแตกต่างกัน

ปัจจัยด้านความตระหนักในการดูแลสุขภาพช่องปากพบว่า ภาพรวมมีระดับความตระหนักในการดูแลสุขภาพช่องปากอยู่ระดับปานกลางและปัจจัยนี้ไม่มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพช่องปากซึ่งสอดคล้องกับข้อคำถามที่ว่าผู้ป่วยเบาหวานไม่ค่อยไปพบทันตบุคลากรในทุก ๆ 6 เดือนอาจเนื่องมาจากผู้ป่วยเบาหวานจะไปพบทันตบุคคลกรเมื่อมีอาการผิดปกติในช่องปากเท่านั้น และการเข้ารับบริการทางทันตกรรมแต่ละครั้งใช้ระยะเวลานานและมีค่าใช้จ่ายที่สูง แต่ไม่สอดคล้องกับทฤษฎีการรับรู้ความสามารถตนเองของแบนดูร่าที่กล่าวว่า “ถ้าบุคคลมีความต้องการ มีความตระหนัก

และมีการรับรู้ในความสามารถของตนเอง เมื่อทำแล้วจะได้ผลลัพธ์ตามที่คาดหวังไว้ บุคคลนั้นจะมีแนวโน้มที่จะทำพฤติกรรมใดพฤติกรรมหนึ่งออกมา”

ปัจจัยด้านแรงสนับสนุนทางสังคมในการดูแลสุขภาพช่องปากพบว่าภาพรวมมีระดับแรงสนับสนุนทางสังคมในการดูแลสุขภาพช่องปากอยู่ระดับปานกลาง และปัจจัยนี้ไม่มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพช่องปากของผู้ป่วยเบาหวานซึ่งไม่สอดคล้องกับงานวิจัย Niyomthai and Kumson (2021); Maleelai et al. (2022) ที่กล่าวไว้ว่า “แรงสนับสนุนทางสังคมจากคนในครอบครัว มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปาก”

สรุป

จากการวิจัยในครั้งนี้แสดงให้เห็นว่า ผู้ป่วยเบาหวานมีพฤติกรรมดูแลสุขภาพช่องปากของผู้ป่วยเบาหวานอยู่ในระดับปานกลาง ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพช่องปากของผู้ป่วยเบาหวาน คือ กลุ่มอายุ ความรู้ความเข้าใจในการดูแลสุขภาพช่องปาก การรับรู้ปัญหาสุขภาพช่องปาก และทัศนคติและความเชื่อด้านสุขภาพช่องปาก ถึงแม้พฤติกรรมดูแลสุขภาพช่องปากของผู้ป่วยเบาหวานจะไม่อยู่ในระดับสูงแต่ก็เห็นแนวโน้มในการเอาใจใส่ดูแลสุขภาพช่องปากของผู้ป่วยเบาหวาน อย่างไรก็ตามข้อค้นพบครั้งนี้ อาจเป็นข้อมูลในการพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพช่องปาก เพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมผู้ป่วยเบาหวานในอนาคตต่อไป

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะการนำผลการวิจัยไปใช้

สามารถนำผลวิจัยไปพัฒนาในการจัดกิจกรรมโดยเน้นในเรื่องความรู้ความเข้าใจในการดูแลสุขภาพช่องปาก การรับรู้ปัญหาสุขภาพช่องปาก และทัศนคติและความเชื่อด้านสุขภาพช่องปาก ในคลินิกผู้ป่วยเบาหวาน ในอำเภอวารินชำราบ ผลิตสื่อแผ่นพับ และประชาสัมพันธ์ให้มากขึ้น เพื่อให้รับรู้ปัญหาสุขภาพช่องปากในหลายๆมิติ

ข้อเสนอแนะการวิจัยครั้งต่อไป

1. การพัฒนางานวิจัยในอนาคตควรหาปัจจัยเชิงสาเหตุของพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพช่องปากของผู้ป่วยเบาหวานด้านความรู้ความเข้าใจในการดูแลสุขภาพช่องปาก การรับรู้ปัญหาสุขภาพช่องปาก และทัศนคติและความเชื่อด้านสุขภาพช่องปาก

2. ควรนำเทคนิคการวิจัยเชิงคุณภาพเข้ามาใช้เพื่อค้นหาคำตอบเกี่ยวกับสาเหตุหรือเงื่อนไขของการมีพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพช่องปากเพิ่มเติม ซึ่งจะทำให้ทราบสาเหตุของพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพช่องปากได้ครอบคลุมยิ่งขึ้น

รายการอ้างอิง (References)

Ashoori, F., Karimi, M., Mokarami, H., & Seif, M. (2020). Using health belief model to predict oral health behaviors in girl students: A structural equation modeling. *Pediatric Dental Journal*, *30*(1), 24 - 32. https://www.sciencedirect.com/journal/pediatric-dental-journal

Best, J.W. (1977). *Research in Education*. (3rd ed.). Prentice Hall.

Bhatia, M. R., Malhotra, A., Bansal, U., Singh, J. V., & Kumar, A. (2023). Using the Endsley model to evaluate simulation-based situation awareness training for medical and nursing students in India: a qualitative analysis. *Simulation in Healthcare*, *18*(4), 247 - 254. http://doi.org/10. 1097/SIH.000000000 00006 77

Bloom, B. S. (1956, January 25). *Taxonomy of Educational Objectives.* https://teaching.uic.edu /blooms-taxonomy-of-educational-objectives/

Bloom, B. S., Hastings, J. T., & Madaus, G. F. (1971). *Handbook on formative and summative evaluation.* McGaw-Hill.

Busabong, T., Kajonkiattisakul, S., Nammontri, O., & Butkhot, J. (2020). Attitudes, self-efficacy and oral health care behaviors of monks in the district. Phu Wiang District Khon Kaen Province. *Dental care journal*, *31*(2), 77 - 89.

Department of Disease Control, Ministry of Public Health. (2019). *Report On the Situation of NCDs, Diabetes, and High Blood Pressure. and Related Risk Factors 2019,* Graphic Font and Design.

Gibson, E. J., & Pick, A. D. (2000). *An ecological approach to perceptual learning and development*. Oxford University Press.

Jirawatkul, A. (2015). *Scientific statistics. Health for research*. Witthayapat Publisher.

Kaewkhantee, D. (2003). Knowledge about diabetes and oral health. *Thai Dental Public Health Journal*, *8*(1-2), 78 - 93. https://he02.tci-thaijo.org/index.php/ThDPHJo/article/view/213035

Kongsri, S., & & Sri Sa-at, S. (2018). Components of health literacy in oral health care of the elderly. Khon Kaen Province. *Dental care journal*. *29*(2), 55 - 68. https://he02.tci-thaijo.org/index.php/TDNJ/article/view/149945

Maleelai, K., Jaimon, J., Nakharangsu, P., Panlao, A., Boonsu, T., & Panabut, N. (2022). Factors Related to Oral Health Care Behavior of the Elderly at Sa Saming Sub-District, Warin Chamrap District, Ubon Ratchathani Province. *Journal of Health Science of Thailand*, *31*(3), 437 – 446. https://thaidj.org/index.php/JHS/article/view/12328

Munthep, P. (2009). Oral hygiene care of type 2 diabetes mellitus patients in Samran Primary Care Unit Maung District Khonkaen Province [Master 's thesis]. Khon Kaen University. https://shorturl.asia/BycL2

Niyomthai, M., & Kumson, S. (2021). Factors affecting dental health behavior of type 2 diabetic patients who receive services at Plak Raet Subdistrict Health Promoting Hospital, Bang Rakam District, Phitsanulok Province. *Thai Science and Technology Journal*. *29*(1), 168 - 179. https://li01.tci-thaijo.org/index.php/tstj/article/view/220805

Phukrod, N, (2010). *Oral Health care Behavior of People in Yala Province* [Master 's thesis]. Yala Rajabhat University. https://shorturl.asia/Vl8ni

Saenwong, A. (2016). *Relationship between knowledge, attitude, and oral health care practices of diabetic patients. Who come to receive chronic disease clinic services in Nong Kung Subdistrict Health Promoting Hospital, Non-Khun District, Sisaket Province*. (Research Report). NonKhun District Public Health Office.

Sena, T., & Phoam, A. (2018). Knowledge and attitude associated with dental health care behavior among type II diabetes mellitus patients at Sirattana hospital, Sisaket province. *Journal of Health Science and Community Public Health, 1*(1), 106–117. https://he01.tci-thaijo.org/index.php/jhscph/article/view/197791

Sridawruang, C., Worawong, C., Sriyasak, A., Howharn, C., & Manassatchakun, P. (2020). Relationships between Knowledge, Attitude, and Behavior toward Food Consumption and Physical Exercises among Rural Overweight Middle-Aged Adults. *Regional Health Promotion Center 9 Journal*, *14*(35), 464 – 482. https://he02.tci-thaijo.org/index.php/RHPC9Journal/article/view/245362

Thamrongvongsawas, T. (2020). The Relationship between Dental Health Care Behaviors of Guardians and Dental Caries of Preschool Children in Pak Thong Chai District. *Regional Health Promotion Center 9 Journal*, *14*(33), 071–087. https://he02.tci-thaijo.org/index.php/RHPC9Journal/article/view/242408

การศึกษาความเหนื่อยหน่ายของพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิแห่งหนึ่งของภาคใต้

Burnout among Registered Nurses Working at A Tertiary Care Hospital of Southern Region

ฟาอิส วาเลาะแต[1*], นิซูไรดา นิมุ[2], สุรวุฒิ ดอเลาะ[1], อนุชิต มะรอปี[1]

Fa-is Walohtae[1*], Nisuraida Nimu[2], Surawut Doloh[1], Anuchit Maropi[1]

(Received: December 27, 2023; Revised: March 21, 2024; Accepted: April 9, 2024)

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงพรรณนานี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) ศึกษาระดับความเหนื่อยหน่ายของพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิแห่งหนึ่งของภาคใต้ และ 2) เพื่อศึกษากลวิธีการลดความเหนื่อยหน่ายของพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิแห่งหนึ่งของภาคใต้ กลุ่มตัวอย่างแบ่งเป็น 2 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มตัวอย่างที่ตอบแบบสอบถาม จำนวน 30 คน และกลุ่มตัวอย่างที่ร่วมสนทนากลุ่มย่อย จำนวน 10 คน โดยคัดเลือกจากกลุ่มตัวอย่างเดียวกัน เครื่องมือวิจัยประกอบด้วย 1) แบบสอบถามวัดระดับความเหนื่อยหน่ายของพยาบาลวิชาชีพ มีค่าความเที่ยงโดยหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค ได้เท่ากับ 0.85 และมีค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหาเท่ากับ 1 และ 2) แบบสัมภาษณ์ข้อคำถามกึ่งโครงสร้างใช้ในการสนทนากลุ่มย่อยของพยาบาลวิชาชีพ มีค่าความเที่ยงโดยหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค ได้เท่ากับ 0.97 และมีค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหาเท่ากับ 1 การวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย และค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการวิเคราะห์เนื้อหา

[1]คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยนราธิวาสราชนครินทร์

[1]Faculty of Nursing, Princess of Naradhiwas University

[2]คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

[2]Faculty of Nursing, Prince of Songkhla University

*Corresponding Author: Fais.w@pnu.ac.th

ผลการวิจัย พบว่า ความเหนื่อยหน่ายของพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิแห่งหนึ่งของภาคใต้ โดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง (M = 2.50, S.D. = 0.65) โดยพิจารณาเป็นรายด้านพบว่า ด้านที่ทำให้เกิดความเหนื่อยหน่ายที่มีค่าคะแนนเฉลี่ยมากที่สุด คือ ด้านงาน ซึ่งอยู่ระดับปานกลาง (M = 3.19, S.D. = 0.94) รองลงมา คือ ด้านองค์กร และด้านบุคคล (ความอ่อนล้าทางร่างกาย) ซึ่งอยู่ในระดับปานกลาง (M = 2.68, S.D. = 0.90, M = 2.66, S.D. = 0.74) ตามลำดับ และด้านที่ทำให้พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานมีความเหนื่อยหน่ายในระดับน้อย โดยมีค่าคะแนนเฉลี่ยเท่ากัน คือ ด้านบุคคล (ความอ่อนล้าทางอารมณ์ และความอ่อนล้าทางการตระหนักรู้) (M = 1.99, S.D. = 0.69, M = 1.99, S.D. = 0.78) ตามลำดับ และกลวิธีการลดความเหนื่อยหน่ายของพยาบาลวิชาชีพจากการทำงาน ได้แก่ 1) การนอนหลับพักผ่อน 2) การดูแลสุขภาพร่างกาย 3) การรับประทานอาหารที่เหมาะสม 4) การวางแผนการทำงาน 5) การจัดตารางเวลาทำงานให้เหมาะสม 6) การสื่อสารกับเพื่อนร่วมงาน 7) การบริหารจัดการความเครียด และ 8) การส่งเสริมสุขภาพจิต

คำสำคัญ: ความเหนื่อยหน่าย, พยาบาลวิชาชีพ, โรงพยาบาลระดับตติยภูมิแห่งหนึ่งของภาคใต้

Abstract

The purposes of this descriptive study were to: 1) determine the level of burnout experienced by registered nurses working at a tertiary care hospital in the southern region; and 2) investigate methods for reducing burnout among these nurses. The samples group was split into two groups: thirty samples who completed questionnaires and ten samples who chose to participate in a brief focus group discussion by choosing from the same group of samples. Two types of questionnaires were used: 1) a measurement of burnout among registered nurses which had an Alpha Cronbach's coefficient of 0.85 and a content validity index of 1; and 2) a semi-structured interview questionnaire for focus group discussions with registered nurses which had an Alpha Cronbach's coefficient of 0.97 and a content validity index of 1. Data analysis used descriptive statistics such as percentage, mean, standard deviation, and content analysis.

Results found that an average overall burnout score for registered nurses working in a tertiary hospital in the southern region was found to be moderate (M = 2.50, SD. =0.65). When each component was examined, it was found that the working part had the highest average burnout score (M = 3.19, S.D. = 0.94), followed by the organizational part and the personal part (physical fatigue) (M = 2.68, S.D. = 0.90, M = 2.66, S.D. = 0.74) respectively, and the aspect of burnout that registered

nurses experienced at the lowest level was personal part (emotional exhaustion and Cognitive weariness) (M = 1.99, S.D. = 0.69, M = 1.99, S.D. = 0.78) respectively, The following were strategies to help registered nurses who were working professionally experience less burnout: 1) sleep and rest; 2) self-care; 3) balanced nutrition; 4) working plan; 5) balanced working schedule; 6) effective communication with coworkers; 7) stress management; and 8) mental health promotion.

Keywords: Burnout, Registered nurses, A tertiary care hospital of southern region

บทนำ

ความเหนื่อยหน่ายเกิดขึ้นได้กับพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในประเทศที่พัฒนาแล้ว และประเทศที่กำลังพัฒนา เห็นได้จากการศึกษาความชุกของความเหนื่อยหน่ายของพยาบาลวิชาชีพในประเทศที่พัฒนาแล้ว ได้แก่ ประเทศสเปน ซึ่งมีการคาดการณ์ความชุกของความเหนื่อยหน่ายของพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานเกี่ยวกับสาธารณสุขศาสตร์และวิทยาศาสตร์สุขภาพ ในด้านความอ่อนล้าทางอารมณ์ ร้อยละ 21 ด้านความรู้สึกลดความเป็นบุคคล ร้อยละ 30 และด้านความรู้สึกประสบผลสำเร็จในการปฏิบัติงานลดลง ร้อยละ 44 (Ramírez-Elvira et al., 2021) และประเทศสิงคโปร์ พบความชุกของความเหนื่อยหน่ายของพยาบาลวิชาชีพ ร้อยละ 33.30 ส่วนการศึกษาความชุกของความเหนื่อยหน่ายของพยาบาลวิชาชีพในประเทศที่กำลังพัฒนา ได้แก่ ประเทศอิหร่าน มีการคาดการณ์ความชุกของความเหนื่อยหน่ายโดยรวมของพยาบาลวิชาชีพ ร้อยละ 36 (Rezaei et al., 2018) และ ประเทศไนจีเรีย พบความเหนื่อยหน่ายของพยาบาลวิชาชีพในด้านความอ่อนล้าทางอารมณ์ ร้อยละ 39.10 ด้านความรู้สึกลดความเป็นบุคคล ร้อยละ 29.20 และด้านความรู้สึกประสบผลสำเร็จในการปฏิบัติงานลดลง ร้อยละ 40 (Omotade et al., 2021) จะเห็นได้ว่า พยาบาลวิชาชีพในหลาย ๆ ประเทศมีความชุกของความเหนื่อยหน่ายอยู่ระหว่าง ร้อยละ 21 - 44 ในช่วง 6 - 7 ปี ที่ผ่านมา สำหรับในประเทศไทยนั้น ยังไม่พบว่ามีการรายงานความชุกหรืออุบัติการณ์ของพยาบาลวิชาชีพที่มีความเหนื่อยหน่ายย้อนหลัง 10 ปี จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าประเทศไทยมีการศึกษาเรื่องนี้จำนวนหนึ่งในแผนกต่าง ๆ ของโรงพยาบาล ซึ่งเป็นโรงพยาบาลระดับปฐมภูมิ และทุติยภูมิเป็นส่วนใหญ่

พยาบาลวิชาชีพได้รับการยอมรับว่าเป็นบุคลากรสาธารณสุขที่มีความสำคัญในระบบสุขภาพระดับชาติ ซึ่งทำงานที่เกี่ยวข้องกับระบบสุขภาพเพื่อให้เกิดสุขภาวะที่ดีของประชาชน พยาบาลวิชาชีพจึงมีบทบาทสำคัญในการให้บริการทางการพยาบาลแก่ประชาชนทั้งกลุ่มป่วย กลุ่มเสี่ยง และกลุ่มปกติ โดยยึดตามมาตรฐานการพยาบาลและการผดุงครรภ์ เพื่อการบริการพยาบาลที่ดีมีคุณภาพ ประสิทธิภาพ และมีความปลอดภัย (No-in et al., 2021) พยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิปฏิบัติงานทั้ง

ด้านงานการบริการพยาบาล ด้านงานคุณภาพการพยาบาล และด้านอื่น ๆ ที่ไม่ใช่การบริการพยาบาลกับผู้ป่วยโดยตรง เช่น เป็นผู้จัดการ ผู้นิเทศงาน และผู้ประสานงานต่าง ๆ เป็นต้น เพื่อการบริการพยาบาลในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ ตอบสนองต่อนโยบายของรัฐบาลรวมทั้งตอบสนองความต้องการและความคาดหวังของประชาชน โดยพบว่าในภาพรวมของสัดส่วนพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิที่ปฏิบัติงานอื่น ไม่ใช่งานบริการพยาบาลมีมากกว่าร้อยละ 50 และพบว่าโรงพยาบาลระดับตติยภูมินั้น มีสัดส่วนพยาบาลวิชาชีพต่อพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานอื่นที่นอกเหนือจากงานบริการพยาบาลมากกว่าร้อยละ 50 ซึ่งมากกว่าโรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลทั่วไป (No-in et al., 2021) เนื่องจากพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิมีจำนวนไม่เพียงพอต่ออัตรากำลังของพยาบาลในโรงพยาบาลรัฐบาล เมื่อเปรียบเทียบกับปริมาณงานที่มีมากกว่า เทียบให้เห็นภาระงานของพยาบาลที่เพิ่มขึ้นถึง ร้อยละ 59.75 แต่อัตราเพิ่มของพยาบาลมีเพียงร้อยละ 25.48 สอดคล้องกับการศึกษาของ Tianjaruwattana and Nawsuwan (2021) ที่พบว่าพยาบาลในโรงพยาบาลตติยภูมิมีน้อยกว่าที่ควรจะมีร้อยละ 20 ทำให้มีความเสี่ยงที่จะเกิดปัญหาการร้องเรียน การฟ้องร้องจากผู้ป่วย ญาติ หรือผู้ดูแลได้ ส่งผลกระทบโดยตรงและโดยอ้อมด้านความเหนื่อยหน่ายของพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิได้ ทำให้การปฏิบัติงานของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิในแต่ละวันมีภาระงานที่เพิ่มขึ้น และต้องปฏิบัติหลายบทบาทหน้าที่ ทั้งการให้บริการพยาบาลแก่ผู้ป่วยโดยตรง และการให้บริการที่ไม่ใช่การบริการผู้ป่วย ประกอบกับผู้ป่วยที่มารับบริการที่มีจำนวนมากและมีความคาดหวังสูงต่อบริการที่จะได้รับ (No-in et al., 2021) จากสถานการณ์ภาระงานที่เพิ่มขึ้น และอัตรากำลังที่ขาดแคลนนั้น อาจส่งผลให้พยาบาลวิชาชีพเกิดความเหนื่อยหน่ายในงานได้ แม้จะมีข้อมูลของกระทรวงสาธารณสุข (Ministry of Public Health, 2021) ที่ระบุว่า กระทรวงได้ช่วยเหลือเพิ่มสวัสดิการและเงินตอบแทนพิเศษให้แก่พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในช่วงการแพร่ระบาดของโรคโควิด - 19 แล้ว แต่ก็เป็นการจ่ายเฉพาะกรณีเท่านั้น รวมทั้งการเผชิญกับสถานการณ์ฉุกเฉินบางเหตุการณ์ที่ทำให้พยาบาลวิชาชีพต้องตัดสินใจลาออกอย่างเฉียบพลัน หรือมีภาวะกดดันในการปฏิบัติงานอันเนื่องมาจากนโยบายของโรงพยาบาลที่อยู่ภายใต้นโยบายด้านสุขภาพของรัฐบาล ซึ่งการพัฒนาตนเองและการรับรองคุณภาพของโรงพยาบาล และมาตรฐานการพยาบาลและการผดุงครรภ์ รวมถึงความเจริญก้าวหน้าของเทคโนโลยีด้านการสื่อสาร และการฟ้องร้องของผู้ป่วยนั้น (No-in et al., 2021) ประเด็นเหล่านี้ส่งผลต่อสภาพร่างกายและจิตใจในการทำงานของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ ทั้งในระยะสั้นและระยะยาวนำไปสู่สาเหตุของการเกิดความเครียด ความพึงพอใจในงานลดลง และเกิดความเหนื่อยหน่ายได้ในที่สุด

ความเหนื่อยหน่ายเป็นการตอบสนองต่อปัญหาทางด้านอารมณ์ (chronic emotional) และความเครียดที่เกิดขึ้นระหว่างบุคคล (interpersonal stressors) เช่น รู้สึกเบื่อหน่ายและหงุดหงิด รู้สึกเครียด วิตกกังวล ซึมเศร้า ท้อแท้ เป็นต้น อันเนื่องมาจากภาระงานที่มากขึ้น ความเหนื่อยหน่ายมีผลกระทบต่อพยาบาลวิชาชีพ ได้แก่ เกิดความไม่พึงพอใจในงาน และการลาออกจากงานประจำ พยาบาลวิชาชีพที่มีความเหนื่อยหน่ายจะมีอัตราการลาออกจากงานสูง สัดส่วนของจำนวนผู้ป่วยต่อจำนวนพยาบาลวิชาชีพ เป็นตัวทำนายการลาออกจากงานของพยาบาลวิชาชีพ (Chen et al., 2019) และผลกระทบต่อผู้ป่วยเป็นผลที่สืบเนื่องมาจากความเหนื่อยหน่ายของพยาบาลวิชาชีพ เช่น อัตราตายของผู้ป่วยเพิ่มขึ้น ผู้ป่วยตกเตียง เกิดแผลกดทับ เกิดการติดเชื้อ เกิดความคลาดเคลื่อนทางยา และความปลอดภัยของผู้ป่วยลดลง (Nantsupawat et al., 2016) เป็นต้น โดยมีการรายงานผู้ป่วยตกเตียง ร้อยละ 5 เกิดความคลาดเคลื่อนทางยา ร้อยละ 11 และเกิดการติดเชื้อ ร้อยละ 14 ตามลำดับ กล่าวได้ว่าความเหนื่อยหน่ายส่งผลกระทบต่อทั้งพยาบาลวิชาชีพและผู้ป่วย (Nantsupawat et al., 2016) จากประเด็นปัญหาความเหนื่อยหน่ายที่กล่าวมา ทำให้มีการศึกษาด้านความเหนื่อยหน่ายเพิ่มมากขึ้นทั้งในประเทศไทยและต่างประเทศ ทั้งในวิชาชีพพยาบาลและวิชาชีพอื่น ๆ เช่น ตำรวจ ครู และ แพทย์ (Axisa et al., 2019) เป็นต้น ซึ่งส่วนใหญ่เป็นการศึกษาเชิงปริมาณ ที่มุ่งอธิบายปรากฏการณ์ที่เกี่ยวกับความเหนื่อยหน่ายในลักษณะต่าง ๆ เพื่อให้มีข้อมูลพื้นฐานเกี่ยวกับความเหนื่อยหน่าย ส่วนการศึกษาเกี่ยวกับความเหนื่อยหน่ายในวิชาชีพการพยาบาลนั้น ได้มีผู้ทำการศึกษาอยู่บ้าง รูปแบบการศึกษาเป็นแบบสำรวจและแบบทดลอง ซึ่งได้กำหนดขั้นตอนและวิธีการแทรกแซงให้กับกลุ่มตัวอย่างไว้ล่วงหน้า ส่วนใหญ่เป็นการศึกษาในด้านจิตวิทยา ด้วยการนำเทคนิคทางจิตวิทยาเพียง 1 ถึง 2 เทคนิคมาแก้ปัญหาความเหนื่อยหน่ายของพยาบาลวิชาชีพ และมุ่งเน้นลดความเหนื่อยหน่ายเฉพาะปัจจัยที่เกิดจากบุคคลอย่างเดียว รวมทั้งสถานที่ใช้ในการทำวิจัยส่วนใหญ่มักเป็นโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ ได้แก่ โรงพยาบาลทั่วไป และ โรงพยาบาลศูนย์ (Klein et al., 2020)

จากที่กล่าวมา พยาบาลวิชาชีพเป็นวิชาชีพที่เสี่ยงต่อการเกิดความเหนื่อยหน่าย โดยพบความชุกความเหนื่อยหน่ายของพยาบาลวิชาชีพในปัจจุบันมีแนวโน้มที่เพิ่มขึ้น เนื่องจากพยาบาลวิชาชีพปฏิบัติงานทั้งด้านการให้บริการพยาบาล ด้านงานคุณภาพการพยาบาล และด้านอื่น ๆ ที่ไม่ใช่การบริการพยาบาล ซึ่งความเหนื่อยหน่ายที่เกิดขึ้นส่งผลกระทบต่อพยาบาลวิชาชีพและผู้ป่วย ดังนั้น ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาความเหนื่อยหน่ายของพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิแห่งหนึ่งของภาคใต้ เพื่อใช้เป็นแนวทางในการแก้ไขปัญหาความเหนื่อยหน่ายของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิแห่งหนึ่งของภาคใต้ดังกล่าว

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาระดับความเหนื่อยหน่ายของพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิแห่งหนึ่งของภาคใต้

2. เพื่อศึกษากลวิธีการลดความเหนื่อยหน่ายของพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิแห่งหนึ่งของภาคใต้

กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยใช้แนวคิดความเหนื่อยหน่ายของ Shirom and Melamed (2006) และประยุกต์ใช้ของ No-in et al. (2021) เพื่อศึกษาระดับความเหนื่อยหน่ายของพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิแห่งหนึ่งของภาคใต้ และศึกษากลวิธีการลดความเหนื่อยหน่ายของพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิแห่งหนึ่งของภาคใต้ ซึ่งจำแนกความเหนื่อยหน่ายออกเป็น 3 ด้าน คือ 1) ปัจจัยที่เกี่ยวข้องด้านงาน 2) ปัจจัยที่เกี่ยวข้องด้านบุคคล ได้แก่ 2.1) ความอ่อนล้าทางร่างกาย (Physical fatigue) 2.2) ความอ่อนล้าทางอารมณ์ (Emotional exhaustion) และ 2.3) ความอ่อนล้าทางการตระหนักรู้ (Cognitive weariness) และ 3) ปัจจัยที่เกี่ยวข้องด้านองค์กร ซึ่งสามารถวัดได้โดยใช้แบบวัดระดับความเหนื่อยหน่ายของ Shirom and Melamed (2006) เหตุผลที่นำแนวคิดนี้มาใช้ในการวิจัยครั้งนี้ เนื่องจากแนวคิดดังกล่าวได้มองถึงบุคลากรที่เกิดความเหนื่อยหน่ายครอบคลุมทั้งในด้านงาน บุคคล และองค์กร ซึ่งความเหนื่อยหน่ายที่เกิดขึ้นทั้ง 3 ด้านนี้มีความสอดคล้องกับความเหนื่อยหน่ายที่เกิดขึ้นกับพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิแห่งหนึ่งของภาคใต้

วิธีการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive research) โดยมีระเบียบและวิธีวิจัย ดังนี้

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร เป็นพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานแผนกผู้ป่วยใน โรงพยาบาลระดับตติยภูมิแห่งหนึ่งของภาคใต้ **กลุ่มตัวอย่าง** เป็นพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานแผนกผู้ป่วยใน โรงพยาบาลระดับตติยภูมิแห่งหนึ่งของภาคใต้ ทั้งหมดจำนวน 45 คน การคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้ตารางการประมาณขนาดตัวอย่างของ Krejcie and Morgan (1970) ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างเท่ากับ 40 คน จากนั้นใช้วิธีการสุ่มแบบเจาะจง (Purposive sampling) เพื่อให้ได้กลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้จนครบจำนวน 30 คน แบ่งเป็น 2 กลุ่ม ได้แก่ *(1) กลุ่มตัวอย่างที่ตอบแบบสอบถาม* เป็นพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานแผนกผู้ป่วยใน โรงพยาบาลระดับตติยภูมิแห่งหนึ่งของภาคใต้ จำนวน 30 คน โดยมีคุณสมบัติตามเกณฑ์คัดเข้า (Inclusion criteria) ดังนี้ 1) เป็นพยาบาลวิชาชีพที่ทำงานในแผนกผู้ป่วยใน มีประสบการณ์

การทำงาน 1 ปี ขึ้นไป ยกเว้นหัวหน้าแผนกผู้ป่วยใน 2) สำเร็จการศึกษาระดับปริญญาตรี หลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิตหรือเทียบเท่าพยาบาลศาสตร์ 3) เป็นผู้ที่ขึ้นทะเบียนประกอบวิชาชีพสาขาการพยาบาลและการผดุงครรภ์ชั้นหนึ่ง จากสภาการพยาบาลแห่งประเทศไทย และ 4) ยินดีให้ความร่วมมือและเข้าร่วมโครงการวิจัย ส่วนเกณฑ์คัดออก (Exclusion criteria) ได้แก่ ไม่สามารถเข้าร่วมโครงการวิจัยตั้งแต่เริ่มโครงการวิจัยจนสิ้นสุดโครงการวิจัยได้ *(2) กลุ่มตัวอย่างที่ร่วมสนทนากลุ่มย่อย* เป็นพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานแผนกผู้ป่วยใน โรงพยาบาลระดับตติยภูมิแห่งหนึ่งของภาคใต้ โดยคัดเลือกจากกลุ่มตัวอย่างเดียวกัน จำนวน 10 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย แบ่งออกเป็น 2 ประเภท ดังนี้

1. แบบสอบถามวัดระดับความเหนื่อยหน่ายของพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ ผู้วิจัยใช้แนวคิดความเหนื่อยหน่ายของ Shirom and Melamed (2006) และประยุกต์ใช้ของ (No-in et al., 2021) และผู้วิจัยได้ทบทวนวรรณกรรมและพัฒนาขึ้น โดยแบบสอบถามแบ่งเป็น3 ส่วน ดังนี้ ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล จำนวน 11 ข้อ ส่วนที่ 2 แบบสอบถามวัดระดับความเหนื่อยหน่ายของพยาบาลวิชาชีพ จำนวน 37 ข้อ แบ่งออกเป็น 5 ด้าน 1) *ด้านบุคคล* ความอ่อนล้าทางร่างกาย (Physical fatique) จำนวน 9 ข้อ 2) *ด้านบุคคล* ความอ่อนล้าทางอารมณ์ (Emotional exhaustion) จำนวน 11 ข้อ 3) *ด้านบุคคล* ความอ่อนล้าทางการตระหนักรู้ (Cognitive weariness) จำนวน 9 ข้อ 4) ปัจจัยที่เกี่ยวข้องความเหนื่อยหน่ายด้านงาน (Work) จำนวน 3 ข้อ และ 5) ปัจจัยที่เกี่ยวข้องความเหนื่อยหน่ายด้านองค์กร (Organization) จำนวน 5 ข้อ และส่วนที่ 3 ข้อเสนอแนะและความคิดเห็นอื่น ๆ

2. แบบสัมภาษณ์ข้อคำถามกึ่งโครงสร้างใช้ในการสนทนากลุ่มย่อย (Focus group) โดยมีจำนวน 3 ข้อ ได้แก่ 1) ปัจจัยที่ทำให้เกิดปัญหาความเหนื่อยหน่ายของพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิแห่งหนึ่งของภาคใต้ 2) พยาบาลวิชาชีพร่วมเสนอกลวิธีการลดความเหนื่อยหน่ายของพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิแห่งหนึ่งของภาคใต้ และ 3) พยาบาลวิชาชีพเสนอความคิดเห็นอื่น ๆ โดยบันทึกลงในกระดาษที่เตรียมไว้ เครื่องมือวิจัยทั้ง 2 ประเภทผ่านการตรวจสอบความตรงเชิง เนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิที่มีตำแหน่งทางวิชาการระดับผู้ช่วยศาสตราจารย์ขึ้นไป เพื่อพิจารณาความครอบคลุมตรงตามเนื้อหา ความสอดคล้องของข้อคำถามของตัวแปรแต่ละประเด็น กรอบแนวคิดทฤษฎี โดยใช้ดัชนีความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหาของข้อคำถามกับเนื้อหาสาระ (Content Validity Index : CVI) โดยผู้ทรงคุณวุฒิประเมินและพิจารณาความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับเนื้อหาสาระที่กำหนดและนำมาคำนวณหาค่าดัชนีความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity Index: CVI) ได้เท่ากับ 1 ทั้ง 2 ประเภท นำแบบสอบถามที่ผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาถูกนำไปทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่างในแผนกผู้ป่วยใน โรงพยาบาลระดับตติยภูมิแห่งหนึ่งของภาคใต้

จำนวน 30 คน และนำมาวิเคราะห์ความเที่ยงด้วยการคำนวณหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ได้เท่ากับ 0.85 และ 0.97 ตามลำดับ

การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยได้เสนอโครงการวิจัยเพื่อขอรับการรับรองจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ (IRB) ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนราธิวาส (ได้เอกสารหมายเลขรับรองโครงการวิจัย เลขที่ 8 / 2566 ลงวันที่ 22 มิถุนายน พ.ศ. 2566) นอกจากนี้ผู้วิจัยคำนึงถึงการพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่าง 3 ด้าน คือ ความเสี่ยงที่อาจจะเกิดขึ้นจากการวิจัย ประโยชน์ที่ได้รับจากการวิจัย และการรักษาความลับของข้อมูล นอกจากนี้ผู้วิจัยได้ชี้แจงรายละเอียดในแบบประเมิน หรือแบบสอบถาม โดยครอบคลุมข้อมูลต่อไปนี้ 1) ชื่อและข้อมูลเกี่ยวกับผู้วิจัย 2) วัตถุประสงค์และประโยชน์ที่ได้รับจากการวิจัย 3) ขั้นตอนการเก็บรวบรวมแบบสอบถาม ไม่มีการระบุชื่อของผู้ตอบแบบสอบถามในแบบสอบถาม 4) การเก็บรักษาข้อมูลเป็นความลับ 5) การเสนอผลงานวิจัยในภาพรวม 6) สิทธิที่จะตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมการวิจัย หรือสิทธิที่จะถอนตัวออกจากการวิจัยได้ตลอดเวลา โดยไม่มีผลกระทบต่อการปฏิบัติของผู้ตอบแบบสอบถามและข้อมูลทั้งหมดจะถูกทำลายภายใน 1 ปี หลังจากที่ผลการวิจัยได้รับการเผยแพร่เรียบร้อยแล้ว

วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลเพื่อทำการวิจัยในกลุ่มตัวอย่าง ซึ่งมีขั้นตอน ดังนี้

1. ผู้วิจัยดำเนินการขอเอกสารรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของสาธารณสุขจังหวัดนราธิวาส และดำเนินการตามขั้นตอนของโรงพยาบาลระดับตติยภูมิแห่งหนึ่งของภาคใต้

2. ผู้วิจัยทำหนังสือถึงผู้อำนวยการและฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลระดับตติยภูมิแห่งหนึ่งของภาคใต้ เพื่อขออนุญาตเก็บข้อมูลวิจัยกับกลุ่มตัวอย่างในหน่วยงาน คือ พยาบาลวิชาชีพที่ทำงานในแผนกผู้ป่วยในที่มีประสบการณ์ทำงาน 1 ปีขึ้นไป (ยกเว้นหัวหน้าแผนก) ตามเกณฑ์คัดเข้า จำนวน 30 คน โดยขออนุญาตเก็บข้อมูลวิจัยในเดือนมิถุนายน ถึง เดือนกรกฎาคม 2566 โดยดำเนินการตามขั้นตอนเพื่อพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่าง

3. หลังได้รับเอกสารรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ และได้รับหนังสืออนุญาตจากผู้อำนวยการและฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลระดับตติยภูมิแห่งหนึ่งของภาคใต้ ผู้วิจัยดำเนินการเข้าพบกลุ่มตัวอย่าง เพื่อขอความร่วมมือในการตอบแบบสอบถามการวิจัย แนบเอกสารแสดงความยินยอมในการศึกษาวิจัย โดยแยกแฟ้มเครื่องมือวิจัยเป็นรายบุคคล ผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย วิธีการวิจัย และวิธีการตอบแบบสอบถาม ให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามถึงการมีสิทธิ์ที่จะเลือกตอบหรือไม่

ตอบแบบสอบถามในเครื่องมือวิจัยเมื่อไม่ประสงค์ลงข้อมูล ข้อมูลที่ได้จะถูกปกปิดเป็นความลับ โดยใส่ซองปิดผนึกตามที่ผู้วิจัยได้จัดเตรียม ไม่ระบุชื่อผู้ตอบแบบสอบถามจึงไม่ก่อผลเสียหรือผลกระทบแก่ผู้ตอบแบบสอบถาม

4. เมื่อสิ้นสุดการศึกษาวิจัยและทำการรวบรวมข้อมูลในระบบแล้ว ผู้วิจัยดำเนินการนำเสนอผลการศึกษาวิจัยในภาพรวมเท่านั้น การเก็บรวบรวมข้อมูลในกลุ่มตัวอย่างจะครอบคลุมข้อมูลดังต่อไปนี้ 1) เก็บรวบรวมข้อมูลจากแบบสอบถามวัดระดับความเหนื่อยหน่ายของพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิแห่งหนึ่งของภาคใต้ และ 2) เก็บรวบรวมข้อมูลจากแบบสัมภาษณ์ข้อคำถามกึ่งโครงสร้างใช้ในการสนทนากลุ่มย่อย (Focus group) ซึ่งเป็นคำถามปลายเปิด (Open-ended questionnaires) เพื่อสรุปประเด็นความเหนื่อยหน่ายจากการทำงาน และกลวิธีการลดความเหนื่อยหน่ายของพยาบาลวิชาชีพจากการทำงานภายในแผนกผู้ป่วยใน เมื่อได้ข้อมูลในระบบครบถ้วนแล้วถือว่าสิ้นสุดการเข้าร่วมโครงการวิจัย

5. ใช้ข้อมูลทั้งหมดเตรียมสำหรับการวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติ โดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูปต่อไป

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้ ประมวลผลโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติพรรณนา ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการวิเคราะห์เนื้อหา เรื่องกลวิธีการลดความเหนื่อยหน่ายของพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิแห่งหนึ่งของภาคใต้

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลส่วนบุคคล แสดงผลวิจัยดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 แสดงข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง (n = 30)

ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง	ร้อยละ
1. อายุ (mean = 34.13, S.D. = 5.38)	
อายุต่ำกว่า 30 ปี	30.00
อายุระหว่าง 30 – 40 ปี	60.00
อายุมากกว่า 40 ปี	10.00
2. เพศ	
หญิง	93.30
ชาย	6.70

ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง	ร้อยละ
3. สถานภาพสมรส	
โสด	20.00
คู่	76.70
หม้าย/หย่า/แยก	3.30
4. แผนกผู้ป่วยที่ปฏิบัติงาน	
อายุรกรรมชาย	46.70
อายุรกรรมหญิง	16.70
ศัลยกรรมชาย	20.00
Semi ICU	16.70
5. ตำแหน่ง	
พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ	70.00
พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	30.00
6. ประสบการณ์ในการปฏิบัติงานของพยาบาลวิชาชีพ (mean = 9.57, S.D. = 5.32)	
ต่ำกว่า 5 ปี	23.30
5 – 10 ปี	20.00
11 – 15 ปี	40.00
มากกว่า 15 ปี	6.70
Missing system	10.00
7. ในรอบ 1 ปี ที่ผ่านมา ท่านมีความขัดแย้งกับพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานร่วมกันหรือไม่	
ไม่มีความขัดแย้ง	63.40
เกิดความขัดแย้ง 1 - 2 ครั้ง	33.30
เกิดความขัดแย้ง 3 - 4 ครั้ง	3.30
เกิดความขัดแย้ง มากกว่า 5 ครั้ง	0
8. ในรอบ 1 ปีที่ผ่านมา ท่านมีความขัดแย้งกับทีมสหสาขาวิชาชีพที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยหรือไม่	
ไม่มีความขัดแย้ง	63.40
เกิดความขัดแย้ง 1 - 2 ครั้ง	33.30
เกิดความขัดแย้ง 3 - 4 ครั้ง	0
เกิดความขัดแย้ง มากกว่า 5 ครั้ง	3.30
9. ในรอบ 1 ปีที่ผ่านมาโดยภาพรวม ท่านมีสัมพันธภาพกับพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติร่วมกันอย่างไร	
มีสัมพันธภาพที่ดีมาก	73.30

ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง	ร้อยละ
มีสัมพันธภาพที่ดีปานกลาง	26.70
มีสัมพันธภาพที่ควรปรับปรุง	0
10. ในรอบ 1 ปีที่ผ่านมาโดยภาพรวม ท่านมีสัมพันธภาพกับทีมสหสาขาวิชาชีพอย่างไร	
มีสัมพันธภาพที่ดีมาก	73.30
มีสัมพันธภาพที่ดีปานกลาง	26.70
มีสัมพันธภาพที่ควรปรับปรุง	0
11. ในรอบ 1 ปีที่ผ่านมาโดยภาพรวม ท่านมีสัมพันธภาพกับหัวหน้าแผนกผู้ป่วยอย่างไร	
มีสัมพันธภาพที่ดีมาก	66.70
มีสัมพันธภาพที่ดีปานกลาง	30.00
มีสัมพันธภาพที่ควรปรับปรุง	3.30

จากตารางที่ 1 พบว่าอายุของพยาบาลวิชาชีพเฉลี่ยที่ 34.13 ปี (S.D. = 5.38) โดยส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง 30 – 40 ปี ร้อยละ 60 เป็นเพศหญิงถึงร้อยละ 93.90 มีสถานภาพสมรสเป็นคู่ ร้อยละ 76.70 โดยพยาบาลวิชาชีพในกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ปฏิบัติงานในแผนกผู้ป่วยอายุรกรรมชายเป็นส่วนใหญ่ ร้อยละ 46.70 รองลงมา คือ ศัลยกรรมชาย ร้อยละ 20 มีตำแหน่งเป็นพยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการถึงร้อยละ 70 มีประสบการณ์ในการปฏิบัติงานเฉลี่ยที่ 9.57 ปี (S.D. = 5.32) โดยส่วนใหญ่มีประสบการณ์อยู่ในช่วง 11 – 15 ปี ร้อยละ 40 รองลงมาต่ำกว่า 5 ปี ร้อยละ 23.30

โดยกลุ่มตัวอย่างให้ข้อมูลว่าในรอบ 1 ปี ที่ผ่านมาส่วนใหญ่ไม่มีความขัดแย้งกับพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานร่วมกันและไม่มีความขัดแย้งกับสหสาขาวิชาชีพที่เกี่ยวข้องเท่ากันทั้ง 2 ข้อมูล ร้อยละ 63.40 โดยพยาบาลวิชาชีพกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีสัมพันธภาพกับพยาบาลวิชาชีพปฏิบัติงานร่วมกันและสหสาขาวิชาชีพในระดับดีมาก เท่ากันทั้ง 2 ข้อมูล ร้อยละ 73.30 ในส่วนของสัมพันธภาพกับหัวหน้าแผนกผู้ป่วยในอายุรกรรมชาย พบว่ามีระดับสัมพันธภาพระดับดีมาก ร้อยละ 66.70

2. ความเหนื่อยหน่ายของพยาบาลวิชาชีพ

ตารางที่ 2 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานรายด้าน โดยรวมและระดับความเหนื่อยหน่าย (n = 30)

ประเด็นความเหนื่อยหน่ายของพยาบาลวิชาชีพ	M	S.D.	ระดับ
1. ด้านบุคคล ความอ่อนล้าทางร่างกาย (Physical fatigue)	2.66	0.74	ปานกลาง
2. ด้านบุคคล ความอ่อนล้าทางอารมณ์ (Emotion exhaustion)	1.99	0.69	น้อย
3. ด้านบุคคล ความอ่อนล้าทางการตระหนักรู้ (Cognitive weariness)	1.99	0.78	น้อย

4. ปัจจัยที่เกี่ยวข้อง ความเหนื่อยหน่ายด้านงาน (Work)	3.19	0.94	ปานกลาง
5. ปัจจัยที่เกี่ยวข้อง ความเหนื่อยหน่ายด้านองค์กร (Organization)	2.68	0.90	ปานกลาง
โดยรวม	**2.50**	**0.65**	**ปานกลาง**

จากตารางที่ 2 พบว่าความเหนื่อยหน่ายของพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิแห่งหนึ่งของภาคใต้ โดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง (M = 2.50, S.D. = 0.65) โดยพิจารณาเป็นรายด้านพบว่า ด้านที่ทำให้เกิดความเหนื่อยหน่ายที่มีค่าคะแนนเฉลี่ยมากที่สุด คือ *ด้านงาน* (Work) ซึ่งอยู่ระดับปานกลาง (M = 3.19, S.D. = 0.94) รองลงมา คือ *ด้านองค์กร* (Organization) และ*ด้านบุคคล* (ความอ่อนล้าทางร่างกาย (Physical fatigue)) ซึ่งอยู่ในระดับปานกลางเช่นเดียวกัน (M = 2.68, S.D. = 0.90, M = 2.66, S.D. = 0.74) ตามลำดับ และด้านที่ทำให้พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานมีความเหนื่อยหน่ายในระดับน้อย โดยมีค่าคะแนนเฉลี่ยเท่ากัน คือ *ด้านบุคคล* (ความอ่อนล้าทางอารมณ์ (Emotion exhaustion)) และ *ด้านบุคคล* (ความอ่อนล้าทางการตระหนักรู้ (Cognitive weariness)) (M = 1.99, S.D. = 0.69, M = 1.99, S.D. = 0.78) ตามลำดับ

3. กลวิธีการลดความเหนื่อยหน่ายของพยาบาลวิชาชีพ

จากการตอบแบบสอบถามและสนทนากลุ่มย่อยของกลุ่มตัวอย่างถึงปัจจัยที่ทำให้เกิดปัญหาความเหนื่อยหน่ายของพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิแห่งหนึ่งของภาคใต้ โดยให้กลุ่มตัวอย่างร่วมเสนอกลวิธีการลดความเหนื่อยหน่ายของพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิแห่งหนึ่งของภาคใต้ และให้ร่วมเสนอความคิดเห็นอื่น ๆ โดยบันทึกลงในกระดาษที่เตรียมไว้ กลุ่มตัวอย่างมีกลวิธีในการลดความเหนื่อยหน่ายของพยาบาลวิชาชีพจากการทำงานดังนี้ 1) การนอนหลับพักผ่อน พยาบาลวิชาชีพควรรักษาการนอนหลับที่เพียงพอและมีคุณภาพ เพื่อให้ร่างกายและจิตใจสามารถฟื้นฟูพลังงานได้ 2) การดูแลสุขภาพร่างกาย พยาบาลวิชาชีพควรรักษาการออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ และบริหารจัดการสุขภาพร่างกาย เพื่อลดความเสี่ยงต่อโรคที่เกี่ยวข้องกับการทำงานในแผนกผู้ป่วยใน 3) การรับประทานอาหารที่เหมาะสม พยาบาลวิชาชีพมีเวลาพักเที่ยงที่ต้องสลับหมุนเวียนกันในแต่ละวัน ทำให้รับประทานอาหารไม่ตรงต่อเวลา ดังนั้น การรับประทานอาหารที่มีโภชนาการครบถ้วนและมีปริมาณพอดีสามารถช่วยให้ร่างกายมีพลังงานในการทำงานได้ 4) การวางแผนการทำงาน การวางแผนการทำงานอย่างเหมาะสมและการกำหนดลำดับความสำคัญของงานสามารถช่วยลดความเครียดและความเหนื่อยหน่ายของพยาบาลวิชาชีพได้ 5) การจัดตารางเวลาทำงานให้เหมาะสม พยาบาลวิชาชีพควรใส่ใจในการจัดตารางเวรหรือตารางเวลาทำงานให้เหมาะสม และทำ

ให้มีเวลาพักผ่อนเพียงพอระหว่างที่ทำงาน เพื่อให้ร่างกายสามารถพักผ่อนได้ 6) การสื่อสารกับเพื่อนร่วมงาน พยาบาลวิชาชีพควรมีการสื่อสารที่ดีกับทีมและเพื่อนร่วมงานในการดูแลผู้ป่วย เพื่อลดความเครียดและเพิ่มความรู้สึกว่าเป็นส่วนหนึ่งของทีม 7) การบริหารจัดการความเครียด พยาบาลวิชาชีพทำงานในสถานการณ์ที่มีความกดดันสูงอาจทำให้พยาบาลวิชาชีพเสี่ยงต่อการเกิดภาวะความเครียด ควรฝึกด้านการจัดการความเครียดและพัฒนาทักษะในการตอบสนองต่อสถานการณ์ที่ต้องเผชิญ และ 8) การส่งเสริมสุขภาพจิต การดูแลสุขภาพจิตเป็นสิ่งสำคัญ เพื่อป้องกันความเหนื่อยหน่ายและซึมเศร้าจากการทำงาน การหากิจกรรมที่ชอบและการพักผ่อนอย่างเหมาะสมสามารถช่วยให้พยาบาลวิชาชีพมีสุขภาพจิตที่แข็งแรงได้

การลดความเหนื่อยหน่ายของพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลระดับตติยภูมินั้นไม่เพียงแต่จะเป็นประโยชน์ต่อพยาบาลวิชาชีพเท่านั้น แต่ยังสามารถส่งผลให้มีผลกระทบต่อการดูแลผู้ป่วยและคุณภาพด้านการให้บริการดูแลสุขภาพที่ดีขึ้นด้วย การรักษาสุขภาพร่างกายและจิตใจเป็นสิ่งสำคัญที่จะทำให้พยาบาลวิชาชีพสามารถทำงานได้ดี มีสุขภาพที่ดีในระยะยาว และมีความสุขได้ในการทำงานในองค์กรหรือโรงพยาบาล

อภิปรายผล

ผู้วิจัยอภิปรายผลตามวัตถุประสงค์ของการวิจัย มี 2 ข้อ ดังนี้

1. ความเหนื่อยหน่ายของพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิแห่งหนึ่งของภาคใต้ การวิจัยนี้ พบความเหนื่อยหน่ายในระดับบุคคลของกลุ่มตัวอย่างมี 3 ด้าน คือ *ด้านปัจจัยที่เกี่ยวข้องด้านงาน (Work)* ได้แก่ 1) มีปริมาณงานในความรับผิดชอบมาก ได้แก่ การรับใหม่และการจำหน่ายผู้ป่วยจำนวนมากในเวรเช้า ทำให้ไม่สามารถให้การพยาบาลผู้ป่วยแล้วเสร็จในเวรและการเขียนรายงานผู้ป่วยไม่ทันและที่สำคัญคือการปฏิบัติงานที่ติดต่อกัน 2 เวร หรือเท่ากับ 16 ชั่วโมงติดต่อกัน ซึ่งสอดคล้องกับผลงานวิจัย กล่าวคือ การศึกษาข้อมูลตารางการปฏิบัติงานของพยาบาลวิชาชีพย้อนหลัง 1 ปี พบว่า มีค่าเฉลี่ยการปฏิบัติงานที่ติดต่อกัน 16 ชั่วโมง ของกลุ่มตัวอย่างอยู่ระหว่าง 5.4 – 6.5 ครั้งต่อคนต่อเดือน เนื่องจากพยาบาลวิชาชีพต้องปฏิบัติงานด้านการพยาบาล รวมทั้งต้องอยู่ในสิ่งแวดล้อมในการทำงานและผู้ป่วยซึ่งเป็นสิ่งแวดล้อมเดิม ๆ อย่างต่อเนื่องติดต่อกันนานถึง 16 ชั่วโมง จึงอาจทำให้พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานภายในแผนกผู้ป่วยในเกิดอาการของความเหนื่อยหน่ายทั้ง 3 ด้านได้ง่าย (No-in et al., 2021) 2) ใช้เวลาพักรับประทานอาหารกลางวัน (ประมาณ 15 - 20 นาที) เนื่องจากมีภาระงานมาก ตัวอย่าง เช่น การรับใหม่ผู้ป่วยจำนวนมาก การจัดเตรียมยา ได้แก่ ยาฉีด และยารับประทานจำนวนมาก เป็นต้น ซึ่งสอดคล้องกับผลงานวิจัย กล่าวคือ การศึกษาข้อมูลตารางการ

ปฏิบัติงานของพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในแผนกผู้ป่วยในของโรงพยาบาล ย้อนหลัง 1 ปี พบว่า มีค่าเฉลี่ยจำนวนวันที่ได้หยุดพักของกลุ่มตัวอย่าง อยู่ระหว่าง 4.7 – 5.3 ครั้ง ต่อคนต่อเดือน จำนวนวันที่ได้หยุดพักมีความสัมพันธ์กับความเหนื่อยหน่ายของพยาบาลวิชาชีพ (Wisetborisut et al., 2014) และสอดคล้องกับการศึกษาการทำงานที่แบ่งเป็นช่วงเวลาของบุคลากรในด้านสุขภาพของโรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ จำนวน 2,772 คน พบว่า พยาบาลวิชาชีพที่มีวันหยุดพักอย่างน้อย 8 วันต่อเดือนมีโอกาสเกิดความเหนื่อยหน่ายน้อยกว่า 0.6 เท่า เมื่อเปรียบเทียบกับพยาบาลวิชาชีพที่มีวันหยุดพักน้อยกว่า 8 วันต่อเดือน (Wisetborisut et al., 2014) และ 3) มีภาระงานที่ไม่เกี่ยวข้องกับการพยาบาลมาก เช่น การลงข้อมูลผู้ป่วยที่ติดตามดูแลที่บ้านออนไลน์ทางอินเทอร์เน็ต งานพัฒนาคุณภาพ หรืองานเอกสารต่าง ๆ เป็นต้น ซึ่งอยู่ระดับปานกลาง รองลงมา คือ *ด้านปัจจัยที่เกี่ยวข้อง ด้านองค์กร (Organization)* ได้แก่ 1) หน่วยงานให้การสนับสนุนด้านวัสดุครุภัณฑ์ที่มีความจำเป็นต่อการดูแลผู้ป่วยไม่ต่อเนื่อง 2) หน่วยงานให้การสนับสนุนด้านการอบรมทักษะความรู้ใหม่ ๆ แก่พยาบาลวิชาชีพไม่ต่อเนื่อง หรือพยาบาลวิชาชีพที่ได้ไปอบรมมักเป็นคนเดิม ทำให้เกิดการพัฒนาอย่างไม่ยุติธรรม และ 3) พยาบาลวิชาชีพรู้สึกคับข้องใจเมื่อปฏิบัติงานไม่บรรลุเป้าหมายตามที่คาดหวัง และ *ด้านบุคคล ความอ่อนล้าทางร่างกาย (Physical fatigue)* ได้แก่ 1) รู้สึกไม่มั่นใจในตนเอง 2) รู้สึกเหน็ดเหนื่อย 3) รู้สึกเหนื่อยหน่าย 4) รู้สึกเหน็ดเหนื่อยกายเป็นอย่างมาก 5) รู้สึกเหมือนหมดพลัง (อยากนอนตลอดเวลาหรือไม่อยากลุกไปทำกิจกรรมใด ๆ) และ 6) รู้สึกปวดเมื่อย เมื่อยล้าร่างกาย ปวดกล้ามเนื้อ หลัง เอว และต้นคอ ซึ่งอยู่ในระดับปานกลางเช่นเดียวกันตามลำดับ ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดของ Chamakiotis et al. (2021) ที่กล่าวว่าความเหนื่อยหน่ายเกิดจากสาเหตุ 3 ปัจจัย คือ ปัจจัยด้านบุคคล ปัจจัยด้านงาน และปัจจัยด้านองค์กร ซึ่งพยาบาลวิชาชีพได้เข้ามามีส่วนร่วมในการให้ข้อคิดเห็นและข้อเสนอแนะตามปัญหาที่พบจริง ประกอบด้วยการลดความเหนื่อยหน่ายในระดับบุคคล 3 ด้าน ได้แก่ ด้านความอ่อนล้าทางร่างกาย ทางอารมณ์ และทางการตระหนักรู้ ตามแนวคิดความเหนื่อยหน่ายของ Shirom and Melamed (2006) และการลดปัจจัยเกี่ยวข้องกับความเหนื่อยหน่ายของพยาบาลวิชาชีพ มี 3 ปัจจัย ได้แก่ ปัจจัยด้านบุคคล ด้านงาน และด้านองค์กร โดยมีการวิเคราะห์และค้นหาสาเหตุที่แท้จริงของความเหนื่อยหน่าย เพื่อศึกษาระดับความเหนื่อยหน่ายของพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิแห่งหนึ่งของภาคใต้ จึงทำให้มองปัญหาความเหนื่อยหน่ายและมีการแก้ไขปัญหาที่ครอบคลุมมากขึ้น ซึ่งการศึกษาที่ผ่านมาการลดความเหนื่อยหน่ายได้แก้ไขเฉพาะในระดับบุคคลเท่านั้น แต่ไม่ได้แก้ไขปัจจัยอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องกับความเหนื่อยหน่าย ด้วยลักษณะงานการให้บริการพยาบาล พยาบาลวิชาชีพต้องมีปฏิสัมพันธ์กับผู้ป่วยจำนวนหลายคนและหลายประเภทตลอดเวลา ผู้ป่วยแต่ละคนมีความคาดหวังสูงต่อการรับบริการพยาบาล ซึ่งเป็นแรงกดดันต่อการปฏิบัติงานด้านบริการพยาบาล อาจนำไปสู่การมีอาการ

ความเหนื่อยหน่ายด้านอารมณ์ ได้แก่ เบื่อและหงุดหงิด รวมทั้งการให้การพยาบาลบางอย่าง ได้แก่ การพลิกตะแคงตัวผู้ป่วย การยกผู้ป่วยและการอาบน้ำผู้ป่วยบนเตียงที่ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ ทำให้พยาบาลวิชาชีพมีอาการความเหนื่อยหน่ายด้านร่างกายได้ ได้แก่ รู้สึกปวดเมื่อย เมื่อยล้าร่างกาย ปวดกล้ามเนื้อหลัง เอว และต้นคอ ตามลำดับ สอดคล้องกับการศึกษาของ Jintarat and Sithisarankul (2022) ที่พบว่าความเหนื่อยหน่ายในงานของพยาบาลด้านการลดค่าความเป็นบุคคลของผู้อื่นอยู่ในระดับต่ำเช่นกัน ซึ่งแตกต่างจากการศึกษาของ Yuan et al. (2021) ที่ศึกษาในบุคลากรทางการแพทย์ในประเทศจีน พบว่าความไม่สมดุลมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความเหนื่อยหน่ายในงานทุกด้าน คือ ด้านความอ่อนล้าทางอารมณ์ ($r = 0.632$, $p < .01$) ด้านการลดค่าความเป็นบุคคลของผู้อื่น ($r = 0.532$, $p < .01$) และด้านการลดค่าความสำเร็จของตนเอง ($r = 0.039$, $p < .01$) และมีค่าเฉลี่ยความมุ่งมั่นทุ่มเทมากเกินไปเท่ากับ 2.73 (S.D. = 0.88) และ Thamrongvisava et al. (2019) ศึกษาในพยาบาลโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยในประเทศไทยพบว่าความไม่สมดุลดังกล่าวมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความเหนื่อยหน่ายในงานทั้งสามด้าน

2. กลวิธีการลดความเหนื่อยหน่ายของพยาบาลวิชาชีพนี้ สามารถนำไปใช้ลดความเหนื่อยหน่ายของพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในแผนกผู้ป่วยใน โรงพยาบาลระดับตติยภูมิแห่งหนึ่งของภาคใต้ได้จริง ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดของ McCormack and Cotter (2013); Chamakiotis et al. (2021) และแนวคิดความเหนื่อยหน่ายของ Shirom and Melamed (2006) ที่กล่าวว่า ความเหนื่อยหน่ายเกิดจากสาเหตุ 3 ปัจจัย คือ ปัจจัยด้านบุคคล ปัจจัยด้านงาน และปัจจัยด้านองค์กร โดยมีการวิเคราะห์ สังเคราะห์ และค้นหาสาเหตุที่แท้จริงของความเหนื่อยหน่าย เพื่อนำมาใช้เป็นกลวิธีการลดความเหนื่อยหน่ายของพยาบาลวิชาชีพ จึงทำให้มองปัญหาความเหนื่อยหน่ายและมีการแก้ไขปัญหาที่ครอบคลุมมากขึ้น คือ การลดความเหนื่อยหน่ายได้แก้ไขเฉพาะในระดับบุคคลเท่านั้น แต่ไม่ได้แก้ไขปัจจัยอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องกับความเหนื่อยหน่าย ซึ่งกลวิธีการลดความเหนื่อยหน่ายของพยาบาลวิชาชีพจากการทำงานของพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในแผนกผู้ป่วยใน โรงพยาบาลระดับตติยภูมิแห่งหนึ่งของภาคใต้ ถูกเสนอเพียง 1 ระดับเท่านั้น คือ ระดับบุคคล (No-in et al., 2021) ได้แก่ 1) การนอนหลับพักผ่อน พยาบาลวิชาชีพควรรักษาการนอนหลับที่เพียงพอและมีคุณภาพ เพื่อให้ร่างกายและจิตใจสามารถฟื้นฟูพลังงานได้ 2) การดูแลสุขภาพร่างกาย พยาบาลวิชาชีพควรรักษาการออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ และบริหารจัดการสุขภาพร่างกาย เพื่อลดความเสี่ยงต่อโรคที่เกี่ยวข้องกับการทำงานในแผนกผู้ป่วยใน 3) การรับประทานอาหารที่เหมาะสม พยาบาลวิชาชีพมีเวลาพักเที่ยงที่ต้องสลับหมุนเวียนกันในแต่ละวัน ทำให้รับประทานอาหารที่ไม่ตรงเวลา ดังนั้น การรับประทานอาหารที่มีโภชนาการครบถ้วนและมีปริมาณพอดีสามารถช่วยให้ร่างกายมีพลังงานในการทำงานได้ 4) การวางแผนการทำงาน การวางแผนการทำงานอย่างเหมาะสมและการกำหนดลำดับความสำคัญของงานสามารถช่วยลดความเครียดและความ

เหนื่อยหน่ายของพยาบาลวิชาชีพได้ 5) การจัดตารางเวลาทำงานให้เหมาะสม พยาบาลวิชาชีพควรใส่ใจในการจัดตารางเวรหรือตารางเวลาทำงานให้เหมาะสม และทำให้มีเวลาพักผ่อนเพียงพอระหว่างที่ทำงาน เพื่อให้ร่างกายสามารถพักผ่อนได้ 6) การสื่อสารกับเพื่อนร่วมงาน พยาบาลวิชาชีพควรมีการสื่อสารที่ดีกับทีมและเพื่อนร่วมงานในการดูแลผู้ป่วย เพื่อลดความเครียดและเพิ่มความรู้สึกว่าเป็นส่วนหนึ่งของทีม 7) การบริหารจัดการความเครียด พยาบาลวิชาชีพทำงานในสถานการณ์ที่มีความกดดันสูง อาจทำให้พยาบาลวิชาชีพเสี่ยงต่อการเกิดภาวะความเครียด ควรฝึกด้านการจัดการความเครียดและพัฒนาทักษะในการตอบสนองต่อสถานการณ์ที่ต้องเผชิญ และ 8) การส่งเสริมสุขภาพจิต การดูแลสุขภาพจิตเป็นสิ่งสำคัญ เพื่อป้องกันความเหนื่อยหน่ายและซึมเศร้าจากการทำงาน การหากิจกรรมที่ชอบและการพักผ่อนอย่างเหมาะสมสามารถช่วยให้พยาบาลวิชาชีพมีสุขภาพจิตที่แข็งแรงได้ เหตุผลที่ได้เช่นนี้อาจเป็นเพราะวิชาชีพการพยาบาลมีบทบาทและความรับผิดชอบในการดำเนินการบริหารจัดการการลดความเหนื่อยหน่ายส่วนบุคคล เพื่อความปลอดภัยแก่พยาบาลวิชาชีพและผู้ป่วยตามหลัก 2P Safety การบริหารจัดการการลดความเหนื่อยหน่ายจากการทำงานที่เสนอเพื่อเป็นกลวิธีการลดความเหนื่อยหน่ายที่ได้ผล นอกจากนี้การขาดการสนับสนุนในด้านขวัญและกำลังใจในการปฏิบัติงานของพยาบาลวิชาชีพ ตามบันไดความก้าวหน้าที่มีข้อจำกัด อีกทั้งระบบการจัดการความปลอดภัยและสิ่งแวดล้อมจากการทำงาน จากขอบเขตการใช้กฎหมายพระราชบัญญัติความปลอดภัย ด้านอาชีวอนามัยและสภาพแวดล้อมจากการทำงาน พ.ศ.2564 (Ministry of Labor Safety Act Occupational health and working environment, 2021) ไม่สามารถนำเข้ามาใช้ในระบบราชการได้ ส่งผลให้มาตรการการจัดการแก้ไข ติดตามและควบคุมความเหนื่อยหน่ายจากการทำงานดังกล่าวจึงไม่ได้รับความสำคัญในระบบราชการมากนัก รวมถึงการทำผลงานเพื่อพิจารณาความก้าวหน้าของพยาบาลวิชาชีพในสายงาน มุ่งเน้นไปที่ผลงานวิชาการที่ระบุเรื่องโรคที่พบบ่อยเป็นหลัก และยังขาดการสนับสนุนงานวิจัยในเรื่องของการบริหารจัดการความเหนื่อยหน่ายจากการทำงานของพยาบาลวิชาชีพ

สรุป

ความเหนื่อยหน่ายของพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิแห่งหนึ่งของภาคใต้ โดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง โดยพิจารณาเป็นรายด้านพบว่า ประเด็นที่ทำให้เกิดความเหนื่อยหน่ายที่มีค่าคะแนนเฉลี่ยมากที่สุด คือ ด้านงาน ซึ่งอยู่ระดับปานกลาง รองลงมา คือ ด้านองค์กร และด้านบุคคล (ความอ่อนล้าทางร่างกาย) ซึ่งอยู่ในระดับปานกลางเช่นกัน และด้านที่ทำให้พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานมีความเหนื่อยหน่ายในระดับน้อย โดยมีค่าคะแนนเฉลี่ยเท่ากัน คือ ด้านบุคคล (ความอ่อนล้าทางอารมณ์) และด้านบุคคล (ความอ่อนล้าทางการตระหนักรู้) และกลวิธีการลดความเหนื่อยหน่าย

ของพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิแห่งหนึ่งของภาคใต้ ด้านบุคคล ได้แก่ 1) การนอนหลับพักผ่อน 2) การดูแลสุขภาพร่างกาย 3) การรับประทานอาหารที่เหมาะสม 4) การวางแผนการทำงาน 5) การจัดตารางเวลาทำงานให้เหมาะสม 6) การสื่อสารกับเพื่อนร่วมงาน 7) การบริหารจัดการความเครียด และ 8) การส่งเสริมสุขภาพจิต

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. ผู้บริหารทุกระดับมีความสำคัญอย่างมากในการสนับสนุนและเร่งปรับปรุงเรื่องการบริหารจัดการระบบการทำงาน เพื่อลดระดับความเหนื่อยหน่ายของพยาบาลวิชาชีพ การดูแลกำกับชั่วโมงการทำงานที่เหมาะสม การจัดการปัญหาความเหนื่อยหน่ายจากการทำงานของพยาบาลวิชาชีพ โดยเริ่มจากในแผนกผู้ป่วยในสามัญ เพื่อความปลอดภัยของพยาบาลวิชาชีพและผู้ป่วย มีพื้นที่ในการฟื้นตัวจากความเหนื่อยหน่ายในที่ทำงานที่เป็นสัดส่วนทั้งห้องพักเวรและห้องพักรับประทานอาหาร

2. ควรมีการทบทวนความพร้อมขององค์กร ทั้งด้านวัสดุอุปกรณ์เครื่องมือทางการแพทย์ และปรับเปลี่ยนสถานที่ทำงานให้เอื้อต่อการทำงานมากขึ้น โดยพยาบาลวิชาชีพได้ให้ข้อเสนอแนะแนวทางการบริหารจัดการลดความเหนื่อยหน่ายจากการทำงานของพยาบาลวิชาชีพ เพียง 1 ระดับ คือ ระดับบุคคลเท่านั้น จากการทบทวนวรรณกรรมที่คล้ายคลึงกัน พบว่า ระดับองค์กร และระดับหน่วยงาน ยังมีความสำคัญในการบริหารจัดการลดความเหนื่อยหน่ายจากการทำงานของพยาบาลวิชาชีพเช่นเดียวกัน ผู้บริหารองค์กรควรมีการนำแนวทางการบริหารจัดการลดความเหนื่อยหน่ายลงสู่การปฏิบัติหน้างานเพื่อลดระดับความเหนื่อยหน่ายจากการทำงานของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิได้ครอบคลุมและตรงประเด็น

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. การวิจัยนี้ ได้ศึกษาพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในแผนกผู้ป่วยใน ดังนั้น ควรทำการวิจัยในพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในแผนกอื่น ๆ ของโรงพยาบาลแห่งนี้เพิ่มเติม เช่น แผนกผู้ป่วยนอก แผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน แผนกผู้ป่วยวิกฤต และแผนกห้องคลอด เป็นต้น รวมทั้งการนำไปวิจัยกับพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลชุมชนแห่งอื่นที่สนใจ ที่มีขนาดเตียงแตกต่างกัน เช่น 60, 90 เตียง เป็นต้น เนื่องจากประเด็นหรือปัจจัยที่ทำให้เกิดความเหนื่อยหน่าย ด้านความอ่อนล้าทางร่างกาย ความอ่อนล้าทางอารมณ์ และความอ่อนล้าทางการตระหนักรู้ อาจจะมีค่าคะแนนที่แตกต่างกันได้

2. ควรมีการพัฒนารูปแบบการบริหารจัดการลดความเหนื่อยหน่ายจากการทำงานของพยาบาลวิชาชีพ ด้วยการจัดระบบการบริหารจัดการลดความเหนื่อยหน่ายจากการทำงานของพยาบาลวิชาชีพ

อย่างเป็นรูปธรรม ควรนำปัจจัยเหล่านี้ไปศึกษาในเชิงความสัมพันธ์ หรือเชิงการทำนาย สำหรับการจัดลำดับความสำคัญในการบริหารจัดการกับปัญหาความเหนื่อยหน่ายจากการทำงานที่เกิดขึ้น เช่น ชั่วโมงการทำงาน ชั่วโมงการนอนหลับ พักผ่อน หรือภาระงานกับระดับความเหนื่อยหน่ายจากการทำงาน เป็นต้น

รายการอ้างอิง (References)

Axisa, C., Nash, L., Kelly, P., & Willcock, S. (2019). Burnout and distress in Australian physician trainees: Evaluation of a wellbeing workshop. *Australas Psychiatry, 27*(3), 255 - 261. http://doi.org/10.1177/1039856219833793

Chamakiotis, P., Panteli, N., & Davison, R.M. (2021). Reimagining e-leadership for reconfigured virtual teams due to Covid-19. *International Journal of Information Management, Elsevier*, *60*(C). http://doi.org/10.1016/j.ijinfomgt.2021.102381

Chen, Y.-C, Guo, Y.- L.L, Chin, W.-S, Cheng, N.-Y, Ho, J.-J, & Shiao, J.S.-C. (2019). Patient–Nurse Ratio is Related to Nurses' Intention to Leave Their Job through Mediating Factors of Burnout and Job Dissatisfaction. *International Journal Environmental Research and Public Health, 16*(23), 4801. http://doi.org/10.3390/ijerph16234801

Jintarat, B., & Sithisarankul, P. (2022). Emotional labor and burnout in nursing profession. *Journal of Preventive Medicine Association of Thailand, 11*(2), 435 - 446. https://he01.tci-thaijo.org/index.php/JPMAT/article/view/248421

Klein, A., Taieb, O., Xavier, S., Baubet, T., & Reyre, A. (2020). The benefits of mindfulness-based interventions on burnout among health professionals: A systematic review. *Explore (NY)*, *16*(1), 35 - 43. http://doi.org/10.1016/j.explore.2019.09.002

Krejcie, R.V., & Morgan, D.W. (1970). Determining Sample Size for Research Activities. *Educational And Psychological Measurement, 30*(3), 607 - 610. https://psycnet.apa.org/record/1971-03263-001

McCormack, N., & Cotter, C. (2013, October). *Managing Burnout in the Workplace: A Guide for Information Professionals*. https://www.researchgate.net/publication/282177798_Managing Burnout_in_the_Workplace_A_Guide_for_Information_Professionals

Ministry of Labor Safety Act Occupational health and working environment. (2021, August 6). *The act clarifies responsibilities and duties of employer and employee as well as those of governments*. https://enviliance.com/regions/southeast-asia/th/th-osh

Ministry of Public Health. (2021, December 22). *Criteria for risk reimbursement of staff working in surveillance, investigation, prevention, control and treatment of patients infected with Coronavirus 2019*. https://hp.anamai.moph.go.th/th/manual-ofofficial/download?id=86033&mid=35018&mkey=m_document&lang=th&did=27817

Nantsupawat, A., Nantsupawat, R., Kunaviktikul, W., Turale, S., & Poghosyan, L. (2016). Nurse Burnout, Nurse-Reported Quality of Care, and Patient Outcomes in Thai Hospitals. *Journal of Nursing Scholarship, 48*(1), 83 - 90. http://doi.org/10.1111/jnu.12187

No-in, K., Cheevakasemsook, A., & Angsuchoti, S. (2021). The development of a reducing burnout model for professional nursesin a community hospital A reducing burnout model for professional nurses in a community hospital. *Journal of Mental Health of Thailand, 29*(1), 69 – 79. http://he01-tci-thaijo.org/index.php/jmht/ article/view/242178/168170

Omotade, S.J., Okafor, N., Omolayo, F., & Tajat, M.O. (2 0 21). Prevalence of burnout syndrome among clinical nurses working at state hospital, Ijaye, Abekotuka, Ogun state, Nigeria. *African Journal of Health Nursing and Midwifery*, *4*(5), 85 – 101. https://doi.org/10.52589/AJHNM-JXC09CBZ

Rezaei, S., Matin, B.K., Hajizadeh, M., Soroush, A., & Nouri, B. (2018). Prevalence of burnout among nurses in Iran: a systematic review and meta-analysis. *International Nursing Review*, *65*(3), 361 - 369. http://doi.org/10.1111/inr.12426

Ramírez-Elvira, S., Romero-Béjar, J.L., Suleiman-Martos, N., Gómez-Urquiza, J.L., Carolina, M., Guillermo, L.F., & Albendín-García, L. (2021). Prevalence, Risk Factors and Burnout Levels in Intensive Care Unit Nurses: A Systematic Review and Meta-Analysis. *International Journal of Environmental Research and Public Health, 18*(21), 11432. https://doi.org/10.3390/ijerph182111432

Shirom, A., & Melamed, S. (2006). A comparison of the construct validity of two burnout measures in two groups of professionals. *International Journal of Stress Management*, *13*(2), 176 - 200. https://doi.org/10.1037/1072-5245.13.2.176.

Thamrongvisava, S., Pitanupong, J., & Srisintorn, W. (2019). Burnout andassociated factors among nurses at Songklanagarind Hospital. *Royal Thai Army Medical Journal, 72*(3),177-185. https://he02.tci-thaijo.org/index.php/rtamedj/article/view/218984

Tianjaruwattana, W., & Nawsuwan, K. (2021). Development of the public health workforce of the office of the permanent secretary, Ministry of Public Health to support health region. *Journal of Health Science, 30*(3), 531 - 546. https://thaidj.org/index.php/JHS/article/view/10223

Wisetborisut, A., Angkurawaranon, C., Jiraporncharoen, W., Uaphanthasath, R., & Wiwatanadate, P. (2014). Shift work and burnout among health care workers. *Occupational Medicine, 64*(4), 279 - 286. https://doi.org/10.1093/occmed/kqu009

Yuan, Z., Yu, D., Zhao, H., Wang, Y., Jiang, W., Chen, D., Liu, X., & Li, X. (2021). Burnout of healthcare workers based on the effort-reward imbalance model: A cross-sectional study in China. *International Journal of Public Health, 25*, 66, 599831. https://doi.org/10.3389/ijph. 2021.599831.

ผลของโปรแกรมส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพผ่านออนไลน์ต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด - 19 ในนิสิตคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

Effectiveness of Online Health Literacy Promotion Program on Health Literacy and COVID-19 Preventive Behavior in Nursing Students, Mahasarakham University

ศิราณีย์ อินธรหนองไผ่[1], อุมาภรณ์ กั้วสิทธิ์[1*], ถิรนันท์ ทิพย์ชาติ[1], เลอลักษณ์ แทนเกษม[1]

Siranee Intaranongpai[1], Umaporn Kausit[1*], Thiranun Tipchart[1], Lerluk Tankasem[1]

(Received: April 24, 2023; Revised: January 31, 2024; Accepted: February 14, 2024)

บทคัดย่อ

การวิจัยกึ่งทดลองแบบกลุ่มเดียววัดผลก่อนและหลังการทดลอง มีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบความรอบรู้ด้านสุขภาพ และพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อโควิด - 19 ในนิสิตคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม กลุ่มตัวอย่างเลือกแบบเฉพาะเจาะจง คือ นิสิตคณะพยาบาลศาสตร์ ชั้นปีที่ 3 และ 4 ที่ลงทะเบียนและฝึกปฏิบัติวิชาปฏิบัติการพยาบาล ในปีการศึกษา 2565 จำนวน 137 คน เครื่องมือวิจัย ผ่านการประเมินความตรงตามเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ประกอบด้วย 1) โปรแกรมส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพ 2) คู่มือ และสื่อ 3) แบบสอบถามความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคติดเชื้อโควิด - 19 และ 4) แบบสอบถามพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อโควิด - 19 มีค่าความสอดคล้องของเนื้อหาระหว่าง 0.67 – 1.00 ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาระหว่าง 0.71 – 0.96 และค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค 0.76 และ 0.91 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติบรรยาย และสถิติ Paired t-test

ผลการศึกษา พบว่า คะแนนเฉลี่ยความรอบรู้ด้านสุขภาพของกลุ่มตัวอย่างหลังเข้าร่วมโปรแกรมสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรม ($t = -9.060$, $p < 0.001$) และคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด - 19 ของกลุ่มตัวอย่างหลังเข้าร่วมโปรแกรมสูงกว่า ก่อนได้รับโปรแกรม ($t = -3.740$, $p < 0.001$)

[1] คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

[1] Faculty of Nursing Mahasarakham University

*Corresponding Author : Umaporn.k@msu.ac.th

ผลการศึกษาชี้ให้เห็นว่า โปรแกรม ฯ สามารถส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคโควิด - 19 ได้จริง เป็นโปรแกรมที่มีประโยชน์ และมีข้อเสนอแนะว่า ควรนำโปรแกรมไปใช้ในการเตรียมความพร้อมนิสิตก่อนการขึ้นฝึกปฏิบัติการพยาบาลและขยายผลไปยังนิสิตสาขาวิทยาศาสตร์สุขภาพอื่นที่ต้องฝึกปฏิบัติกับผู้ป่วย เพื่อให้มีพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด - 19 ที่เหมาะสม

คำสำคัญ: ความรอบรู้ด้านสุขภาพ, การป้องกันโรคโควิด - 19, โปรแกรมออนไลน์, นิสิตพยาบาล

Abstract

The purpose of the one group pre-test post-test quasi-experimental design was to compare health literacy and COVID-19 preventive behavior among nursing students, Mahasarakham University. 137 third- and fourth-year nursing students who registered for and enrolled in the nursing practicum in the semester of 2022 were selected using purposeful sampling. The research instruments were validated by three experts consisted of: 1) the health literacy promotion program, 2) the booklet and media, 3) the health literacy in the COVID-19 preventive questionnaire, and 4) the COVID-19 preventive behavior questionnaire. The instruments showed the item objective congruence index ranged from 0.67 to 1.00, content validity index ranged from 0.71 to 0.96, and Cronbach' s alpha coefficient yielded values of 0.76 and 0.91, respectively. Data analysis used descriptive statistics and paired t-test.

The results found that the average health literacy scores of participants after participating in the program were higher than before participating the program ($t = -9.060$, $p < 0.001$), and the average COVID-19 preventive behavior scores of participants after participating in the program were higher than before participating the program($t = -3.740$, $p < 0.001$).

The findings suggest that an online health literacy promotion program can improve health literacy in the context of COVID-19 prevention. This program has benefits. Prior to students practicing in nursing practicum, this program ought to be promoted to nursing students. It should also be extended to other health care fields where practicing with patients is necessary for appropriate COVID-19 preventative behavior.

Keywords: Health literacy, COVID-19 prevention, Online program, Nursing students

บทนำ

ไวรัสโคโรนาสายพันธุ์ใหม่ 2019 หรือ โควิด -19 เป็นตระกูลของไวรัสที่ก่อให้เกิดอาการป่วยตั้งแต่โรคไข้หวัดธรรมดาไปจนถึงโรคที่มีความรุนแรงมาก (World Health Organization [WHO], 2021a) ถือเป็นการระบาดใหญ่ไปทั่วโลกอย่างรุนแรงกว้างขวางและรวดเร็วต่อเนื่อง (WHO, 2021b) จนปัจจุบัน พบจำนวนผู้ติดเชื้อทั่วโลก 418,650,474 ราย และเสียชีวิต 5,856,224 ราย (WHO, 2021c) จากการรายงานการติดเชื้อสะสมในประเทศ พบผู้ป่วยทั้งสิ้น 2,693,362 ราย และเสียชีวิต 22,594 ราย (Ministry of Public Health, Department of Disease Control 2022) จากภาวะการติดเชื้อโควิด – 19 ติดได้ง่ายเนื่องจากเชื้อมีอนุภาคขนาดเล็กแพร่กระจายผ่านละอองฝอยระบบทางเดินหายใจ ขณะที่ผู้มีเชื้อไอ จาม หรือพูด จึงทำให้รูปแบบการดำเนินชีวิตเปลี่ยนไป บุคคลต้องปรับตัวเพื่อป้องกันการติดเชื้อโดยปรับพฤติกรรมและลดกิจกรรมทางสังคมรวมถึงด้านการศึกษาที่ต้องปรับรูปแบบตามการดำเนินชีวิตของนิสิตนักศึกษาที่เปลี่ยนไปเป็นความปกติใหม่

สำหรับการศึกษาพยาบาลเป็นศาสตร์ทางวิชาชีพที่ต้องใช้เวลาในการฝึกฝนและเรียนรู้เพื่อพัฒนาการปฏิบัติสู่ความเป็นวิชาชีพที่จะให้บริการสุขภาพแก่สังคมได้อย่างมีคุณภาพ (Chitty & Black, 2007; Huston, 2014) ซึ่งนิสิตพยาบาลจำเป็นต้องมีสมรรถนะเชิงวิชาชีพตามเป้าหมายที่ต้องการ โดยการจัดการเรียนการสอนทางการพยาบาลมีทั้งภาคทฤษฎีและภาคปฏิบัติควบคู่กัน ซึ่งการฝึกปฏิบัติถือเป็นช่วงเวลาสำคัญในการเสริมสร้างความมั่นใจและทักษะเชิงวิชาชีพ (Bradshaw et al., 2018) ประสบการณ์การระบาดของโรคระบาดครั้งใหญ่ที่ผ่านมาก่อให้เกิดผลกระทบอย่างมากต่อการจัดการศึกษาภาคปฏิบัติทางการพยาบาล (Kang et al., 2012) ซึ่งก่อให้เกิดภาวะเครียดและความวิตกกังวลต่อผู้ให้บริการทางสุขภาพ โดยเฉพาะนิสิต นักศึกษาที่ต้องฝึกปฏิบัติกับผู้ป่วยบนคลินิกจะได้รับผลกระทบโดยตรงต่อการเรียนรู้ (Chew et al., 2020; Ćosić et al., 2020) นอกจากนั้นยังมีการศึกษาที่พบภาวะเครียดทางจิตใจในนักศึกษาพยาบาล (Post - traumatic stress disorder [PTSD]) และความกลัวต่อการระบาดของโรคซึ่งส่งผลกระทบต่อการฝึกปฏิบัติงานในคลินิก รวมถึงความกลัวการแพร่เชื้อสู่คนในครอบครัว และการต้องแยกตัวจากเพื่อน ส่งผลให้นักศึกษาพยาบาลรู้สึกขาดการสนับสนุนทางสังคม (Kerbage et al., 2021) ยิ่งทำให้เกิดความวิตกกังวล ภาวะซึมเศร้า และ ภาวะเครียดเพิ่มสูงขึ้น (Li et al., 2021)

สถานการณ์ปัญหาในช่วงการระบาดของเชื้อโควิด - 19 ในประเทศไทย ส่งผลกระทบต่อการจัดการเรียนการสอนทางการพยาบาลอย่างมาก รวมถึงคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคามที่ต้องปรับรูปแบบการจัดการศึกษาภาคปฏิบัติ โดยจะมีการยุติการฝึกกะทันหันบ่อยครั้ง และเปลี่ยนสถานที่ฝึกจากบนคลินิกมาเป็นห้องปฏิบัติการพยาบาลสลับกับการกลับไปฝึกบนคลินิกในช่วงจังหวะที่

เหมาะสมทันที อย่างไรก็ตาม ในระยะหลังการระบาดระลอกครั้งที่ 3 จนถึงปัจจุบัน การจัดการเรียนการสอนยังคงต้องดำเนินต่อไปในสถานการณ์ที่ยังคงมีความเสี่ยงเพื่อให้องค์กรสามารถผลิตบัณฑิตได้ตามแผน และนิสิตผ่านการเรียนทุกรายวิชาที่สามารถสำเร็จไปประกอบวิชาชีพ ถึงแม้ว่าทีมผู้รับผิดชอบหลักสูตรได้ทบทวนและพบว่า การระบาดครั้งใหญ่ของเชื้อโควิด - 19 จะทำให้นักศึกษาเกิดความรู้สึกตกใจที่ต้องปรับเปลี่ยนกิจวัตรประจำวัน (Diaz et al., 2021) เกิดความกังวลเกี่ยวกับการเรียน ทางคลินิกที่มีการปรับรูปแบบการเรียนการสอนที่หลากหลาย และหากต้องฝึกปฏิบัติบนคลินิกก็กังวลจะเป็นการนำเชื้อไปสู่คนในครอบครัวหรือคนใกล้ชิด (Casafont et al., 2021; Collado-Boira et al., 2020) ซึ่งปัจจัยที่ก่อให้เกิดความกลัวและความวิตกกังวลของนิสิต อาจเกิดจากการมีความรู้ในระดับต่ำ การรับรู้ถึงความรุนแรง และความเสี่ยงของการติดเชื้อระดับต่ำ (Alsolais et al., 2021) ดังนั้น การสนับสนุนให้นิสิตมีความพร้อม มีความรอบรู้ และมีทักษะในการป้องกันการติดเชื้อโควิด-19 จึงมีความสำคัญเพื่อเตรียมการขึ้นฝึกรายวิชาปฏิบัติการพยาบาลบนคลินิกอย่างปลอดภัย

การเข้าสู่สังคมปกติวิถีใหม่ในสถานการณ์โควิด - 19 ที่ยังคงระบาดอย่างต่อเนื่อง จำเป็นต้องพัฒนาทักษะทางปัญญาที่จำเป็น ซึ่งการสาธารณสุขระดับนานาชาติและประเทศไทยให้ความสำคัญกับแนวคิดความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Health Literacy) อย่างมาก (Sorensen et al., 2012) และการศึกษาโดย Vacharaporn (2017) พบว่า การพัฒนาความรอบรู้มีความสัมพันธ์กับผลลัพธ์ทางสุขภาพ ซึ่งความรอบรู้ด้านสุขภาพ คือ ทักษะทางด้านปัญญาหรือสังคมในการสร้างแรงจูงใจ หรือความสามารถในการเข้าถึง (Access) เข้าใจ (Understand) และการประเมิน (Assess) เพื่อนำความรู้ความเข้าใจที่ได้รับมาไปสู่การปฏิบัติ (Apply) และผลการปฏิบัตินั้นก่อให้เกิดผลดีต่อสุขภาพ (Košir & Sørensen , 2020) โดยทักษะความรอบรู้ด้านสุขภาพที่นำมาใช้ในการปรับพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด - 19 ในนิสิตที่ต้องฝึกรายวิชาปฏิบัติการพยาบาล ประกอบด้วย 6 ทักษะ ได้แก่ 1) ทักษะการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ 2) ทักษะการเข้าใจข้อมูล 3) ทักษะการโต้ตอบซักถาม แลกเปลี่ยน (การรู้เท่าทันสื่อ) 4) ทักษะการตัดสินใจ 5) ทักษะการจัดการตนเอง 6) ทักษะการบอกต่อ (การสื่อสาร) (Choeisuwan, 2020) ที่เป็นการพัฒนาทักษะความรอบรู้ด้านสุขภาพ 3 ระดับตามแนวคิดของ Nutbeam (2008)

สอดคล้องจากผลการศึกษาที่ผ่านมาพบว่า นิสิต นักศึกษาทั้งในสาขาทางการพยาบาล และสาขาอื่น ๆ ที่กำลังศึกษาระดับอุดมศึกษาทั้งในและต่างประเทศ พบความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติระหว่างความรอบรู้ทางสุขภาพและการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคโควิด - 19 (Tantinantrakul et al., 2021; Kaya & Kaplan, 2020) โดยมีข้อเสนอแนะให้ส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพโดยเฉพาะเรื่องโควิด - 19 เพื่อให้นิสิตนักศึกษามีส่วนร่วมในการสร้างทักษะความรอบรู้ด้านสุขภาพร่วมกัน และนำไป

ประยุกต์ใช้ในการดูแลตนเองให้เกิดความปลอดภัยจากโรคโควิด - 19 และหยุดการแพร่กระจายเชื้อไปสู่บุคคลอื่น (Thianthavorn & Chitiang, 2021; Kaya & Kaplan, 2020)

การแพร่กระจายเชื้อโควิด - 19 ที่ผ่านมาทำให้นิสิตพยาบาลของคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคามดำรงชีวิตอยู่โดยรอบมหาวิทยาลัยแบบมีความเสี่ยง แต่ต้องปรับตัวเพื่อเรียนออนไลน์ และออนไซต์ และขึ้นฝึกบนคลินิกตามช่วงเวลาการระบาดที่สงบ อย่างไรก็ตาม แม้นิสิตจะพยายามปรับวิถีชีวิตสู่สังคมปกติวิถีใหม่ ทำให้ส่งผลกระทบต่อการจัดการเรียนการสอน ด้วยความตระหนักดังกล่าวทีมคณาจารย์ผู้รับผิดชอบหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิตจึงเห็นความสำคัญ จึงได้พัฒนาโปรแกรมส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพผ่านออนไลน์เพื่อเตรียมความพร้อมวิชาปฏิบัติการพยาบาล ซึ่งคาดหวังว่านิสิตจะมีความรอบรู้ มีทักษะ และพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด - 19 ได้ดีขึ้น

วัตถุประสงค์

1. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรอบรู้ด้านสุขภาพ ก่อนและหลังการได้รับโปรแกรมส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคโควิด - 19
2. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด - 19 ก่อนและหลังการได้รับโปรแกรมส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคโควิด - 19

สมมติฐานการวิจัย

1. ภายหลังเข้าร่วมโปรแกรมค่าเฉลี่ยความรอบรู้ด้านสุขภาพสูงกว่าก่อนการเข้าร่วมโปรแกรม
2. ภายหลังการเข้าร่วมโปรแกรมค่าเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด - 19 สูงกว่าก่อนการเข้าร่วมโปรแกรม

วิธีการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง (Quasi-experiment) โดยดำเนินการทดลองแบบกลุ่มเดียววัดผลก่อน-หลัง (One group pretest-post test design) โดยวัดความรอบรู้ด้านสุขภาพและวัดพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด - 19 ดำเนินการในนิสิตที่ลงทะเบียนเรียนเพื่อฝึกวิชาปฏิบัติการพยาบาล ภาคการศึกษาต้น ปีการศึกษา 2565

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ เป็นนิสิตพยาบาลชั้นปีที่ 3 และ 4 ที่ลงทะเบียนและขึ้นฝึกรายวิชาปฏิบัติการพยาบาลบนคลินิก จำนวน 137 คนในภาคการศึกษาต้น ปีการศึกษา 2565 ซึ่งเป็นช่วงระยะเวลาที่มีการแพร่ระบาดของเชื้อโควิด - 19

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ เป็นการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง โดยมีเกณฑ์คัดเข้า (Inclusion Criteria) ได้แก่ 1) เป็นนิสิตพยาบาลศาสตร์ ชั้นปีที่ 3 และ 4 ที่ลงทะเบียนเรียนรายวิชาปฏิบัติการพยาบาลในภาคการศึกษาต้น ปีการศึกษา 2565 2) มีระยะเวลาการฝึกปฏิบัติบนคลินิกตามแผนของรายวิชานั้น ๆ 3) ให้ความร่วมมือ สมัครใจเข้าร่วมและยินดีให้ข้อมูล และเกณฑ์คัดออก (Exclusion Criteria) ได้แก่ 1) เข้าร่วมกิจกรรมตามโปรแกรมไม่ครบตามกำหนด 2) ไม่ตอบแบบสอบถามหลังการเข้าร่วมกิจกรรม

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย

1. เครื่องมือวิจัยที่ใช้ในการทดลอง คือโปรแกรมส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพเพื่อป้องกันโรคโควิด - 19 ซึ่งผู้วิจัยได้ประยุกต์จากกรอบแนวคิดทฤษฎีความรอบรู้ด้านสุขภาพของ Nutbeam (2008) โปรแกรมประกอบด้วย 3 ระยะ 1) ระยะการส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพขั้นพื้นฐาน 2) ระยะการส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพขั้นปฏิสัมพันธ์ และ 3) ระยะการส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพขั้นวิจารณญาณ

2. เครื่องมือวิจัยสำหรับการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย 3 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป ลักษณะคำถามเป็นแบบเลือกตอบ จำนวน 10 ข้อ เช่น เพศ อายุ ระดับการศึกษา ประวัติการได้รับวัคซีนป้องกันโรคโควิด - 19

ส่วนที่ 2 แบบประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพ เป็นข้อความประเมินระดับความเป็นจริงที่ตรงกับผู้ตอบแบบสอบถาม ซึ่งผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม จำนวน 55 ข้อ ลักษณะเครื่องมือเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับ ประกอบด้วยความรอบรู้ 6 ด้าน ได้แก่ 1) การเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ 2) ความเข้าใจข้อมูล 3) การรู้เท่าทันสื่อ 4) การตัดสินใจด้านสุขภาพ 5) การจัดการตนเอง 6) การสื่อสาร มีช่วงคะแนนโดยรวมที่เป็นไปได้อยู่ ระหว่าง 55 - 275 การแปลผลคะแนน หากคะแนนมากกว่าหรือเท่ากับ 220 แปลผลว่ามีความรอบรู้ระดับดี

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด - 19 จำนวน 20 ข้อ ผู้วิจัยสร้างโดยใช้องค์ความรู้ตามแนวทางปฏิบัติการป้องกันโรคโควิด - 19 (Ministry of Public Health, 2023) ลักษณะเครื่องมือเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับ มีช่วงคะแนนที่เป็นไปได้แต่ละข้อคำถามอยู่ระหว่าง 1 - 5 การแปลผลคะแนน หากคะแนนมากกว่าหรือเท่ากับ 4 แปลผลว่ามีการปฏิบัติระดับดี

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ผู้วิจัยได้ส่งโปรแกรม และเครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูลให้ผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่านตรวจความเหมาะสม และความตรงตามเนื้อหา หลังจากนั้นได้นำข้อเสนอแนะมาพิจารณาปรับปรุง คำนวณค่า

ความสอดคล้องของเนื้อหา (Index of Item Objective Congruence : IOC) ระหว่าง 0.67 – 1.00 ซึ่งอยู่ในเกณฑ์ที่ยอมรับได้ สำหรับเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย 3 ส่วน ได้หาคุณภาพของเครื่องมือด้วยการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content validity) โดยวิธีหาดัชนีความสอดคล้อง (Index of Item Objective Congruence : IOC) ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content Validity Index : CVI) หลังจาการตรวจสอบโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน และหาค่าความเที่ยง (Reliability) ของเครื่องมือโดยใช้สัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach Alpha Coefficient) ได้ค่าความเที่ยงของเครื่องมือ ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป ได้พิจารณาปรับปรุงแก้ไขตามคำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิให้มีความถูกต้องเหมาะสม

ส่วนที่ 2 แบบประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพ ผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content validity) และหาค่าความสอดคล้องของเนื้อหาแต่ละข้อ (Index of Item Objective Congruence : IOC) ระหว่าง 0.67 – 1.00 และค่าความตรงเชิงเนื้อหา 0.71 หลังการนำไปทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างจริงในการศึกษาครั้งนี้ จำนวน 30 ราย แล้วมาคำนวณหาค่าความเที่ยง (Reliability) ของเครื่องมือได้ 0.76

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด - 19 ผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content validity) และหาค่าความสอดคล้องของเนื้อหาแต่ละข้อ (Index of Item Objective Congruence : IOC) ระหว่าง 0.67 – 1.00 และค่าความตรงเชิงเนื้อหา 0.96 หลังการนำไปทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างจริงในการศึกษาครั้งนี้ จำนวน 30 ราย แล้วมาคำนวณหาค่าความเที่ยง (Reliability) ของเครื่องมือได้ 0.91

การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยทำการพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่างโดยนำเสนอเค้าโครงวิจัยผ่านคณะกรรมการวิจัยคณะพยาบาลศาสตร์ ต่อคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน มหาวิทยาลัยมหาสารคาม โดยได้เลขที่การรับรอง 176 – 169 / 2565 ช่วงระยะเวลาที่ให้การรับรอง ระหว่าง 20 พฤษภาคม 2565 ถึง 19 พฤษภาคม 2566 โดยก่อนการดำเนินโครงการวิจัย ได้มีกระบวนการขอความยินยอมจากกลุ่มตัวอย่าง ซึ่งกลุ่มตัวอย่างสามารถปฏิเสธการเข้าร่วมการวิจัยได้โดยไม่มีผลกระทบใด ๆ ต่อการเรียนรายวิชาปฏิบัติการพยาบาล และสามารถถอนตัวได้จากการเป็นกลุ่มตัวอย่างหลังจากตัดสินใจเข้าร่วม โดยไม่มีผลกระทบใด และข้อมูลผลการวิจัยได้นำเสนอในภาพรวมเพื่อใช้ประโยชน์ทางการศึกษาเท่านั้น

วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้ศึกษาในตัวอย่างกลุ่มเดียว แบ่งเป็น 3 ขั้นตอน คือ ขั้นก่อนการทดลอง ขั้นดำเนินการทดลอง และขั้นหลังการทดลอง ใช้เวลา 6 สัปดาห์ โดย 1 สัปดาห์ก่อนการทดลองได้ทำการเก็บรวบรวมข้อมูลผลการวิจัยในกลุ่มตัวอย่างทุกรายซึ่งเป็นการเก็บ Pre-test

ขั้นก่อนการทดลอง

หลังจากได้รับอนุมัติจริยธรรมการวิจัย และได้รับอนุญาตให้เก็บรวบรวมข้อมูลจากผู้บริหาร จึงดำเนินการ ดังนี้

1. เตรียมทีมและผู้ช่วยวิจัย ประชุมเพื่อวางแผนและเก็บข้อมูลให้เป็นไปในทิศทางเดียวกัน
2. จัดเตรียมอุปกรณ์ และความพร้อมในการดำเนินการวิจัย เช่น การสร้างกลุ่มออนไลน์
3. ประกาศเชิญชวนเข้าร่วมโปรแกรมการส่งเสริมความรอบรู้การป้องกันโรคโควิด - 19 ในนิสิตที่ฝึกปฏิบัติวิชาปฏิบัติการพยาบาล
4. ประสานทีม ประสานผู้เกี่ยวข้องเพื่อนัดหมายกลุ่มตัวอย่าง

ขั้นดำเนินการทดลอง

ขั้นตอนที่ 1 การส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพขั้นพื้นฐาน

สัปดาห์ที่ 1 จัดประชุมออนไลน์ผ่านแอปพลิเคชัน Zoom เพื่อปฐมนิเทศการเข้าร่วมโปรแกรม พร้อมชี้แจงรายละเอียดโครงการเพื่อตัดสินใจเข้าร่วมก่อนให้คำยินยอมโดยการลงชื่อในฟอร์มที่กำหนด และเชิญเข้าร่วมกลุ่มแอปพลิเคชัน Line

บรรยายออนไลน์ผ่าน Zoom เรื่อง “การส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพขั้นพื้นฐานเกี่ยวกับความรู้ สถานการณ์การระบาดโรคโควิด - 19 และผลกระทบ” และมีกิจกรรมการพัฒนาทักษะเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพผ่านออนไลน์โดยให้กลุ่มตัวอย่างใช้สมาร์ตโฟนในการสืบค้น

สัปดาห์ที่ 2 จัดประชุมเชิงปฏิบัติการออนไลน์ผ่านแอปพลิเคชัน Zoom หัวข้อ “ทักษะการเข้าใจข้อมูลและทักษะการจัดการตนเองเพื่อเพิ่มความสามารถในการเลือกแหล่งข้อมูลสุขภาพ” ใช้เวลาในการประชุม รวม 3 ชั่วโมงโดยมีกิจกรรม ดังนี้

1. ผู้วิจัยบรรยายออนไลน์ การตรวจสอบความน่าเชื่อถือแหล่งข้อมูลออนไลน์เกี่ยวกับโรคโควิด - 19 หลังจากนั้นสาธิตและให้ตัวแทนกลุ่มตัวอย่างสาธิตย้อนกลับการเลือกสื่อความรู้การปฏิบัติเพื่อลดความเสี่ยง และป้องกันการติดเชื้อโดยทั่วไป และเมื่อต้องขึ้นฝึกปฏิบัติการพยาบาลบนคลินิกจากแหล่งความรู้ทางอินเตอร์เน็ตผ่านสื่อ Google, Facebook และ You tube ตัวอย่างแหล่งข้อมูลทางเว็บไซต์ เช่น https://www.facebook.com/thaimoph, https://ddc.moph.go.th/viralpneumonia/ เป็นต้น

2. ผู้วิจัยแบ่งกลุ่มตัวอย่างออกเป็นกลุ่มย่อย กลุ่มละ 10 คน โดย Break out room ผ่านแอปพลิเคชัน Zoom และมอบหมายให้กลุ่มย่อยช่วยกันสืบค้นผ่านสมาร์ตโฟนและแลกเปลี่ยนเรียนรู้ภายในกลุ่มในประเด็น การตรวจสอบข้อมูลจากหลายแหล่ง เพื่อยืนยันความเข้าใจของตนเอง เช่น กรณีที่มีการแชร์ข้อมูลทางเครือข่ายอินเทอร์เน็ต เครือข่ายสังคมออนไลน์ จำเป็นต้องมีการตรวจสอบความน่าเชื่อถือของข้อมูลอย่างไร การวางแผนในการปฏิบัติด้านสุขภาพ และการเตรียมความพร้อมในการป้องกันตนเองเพื่อลดความเสี่ยงจากการติดเชื้อโควิด - 19 ที่เรียนรู้จากสื่อสรุปร่วมกันได้อย่างไร

3. ผู้วิจัยสรุปและประเมินกิจกรรมในห้องออนไลน์รวมโดยใช้สื่อภาพนิ่งจากสื่อออนไลน์ Google , face book, You tube ให้กลุ่มตัวอย่างเลือกและบอกแหล่งข้อมูลสนับสนุนที่น่าเชื่อถือ โดยกำหนดเป็นตัวเลือกรวม และให้เรียงลำดับสื่อออนไลน์ตามความน่าเชื่อถือโดยสุ่มประเมินรายบุคคล

ขั้นตอนที่ 2 การส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพขั้นปฏิสัมพันธ์

สัปดาห์ที่ 3 จัดประชุมเชิงปฏิบัติการออนไลน์ผ่านแอปพลิเคชัน Zoom หัวข้อ “ทักษะการสื่อสารโดยการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมเกี่ยวกับโรคโควิด - 19 (Participatory Learning)” ใช้เวลาในการประชุมรวม 3 ชั่วโมง เป็นการพัฒนาทักษะการพูด การถาม การอ่าน การแนะนำ เพื่อเพิ่มการกระทำอย่างมีส่วนร่วมกับบุคคลใกล้ชิด และลดพฤติกรรมเสี่ยงที่อาจทำให้เกิดการติดเชื้อโควิด - 19 ได้ โดยผู้วิจัยเสนอประเด็นให้คิดวิเคราะห์ และแลกเปลี่ยนเรียนรู้เกี่ยวกับการจัดการตนเอง เรื่อง การเตรียมความพร้อมในการป้องกันตนเองเพื่อลดความเสี่ยงและลดการติดเชื้อโควิด - 19 ระหว่างการฝึกปฏิบัติบนคลินิก โดยร่วมกันแสดงความคิดเห็นผ่าน Chat box และ แอปพลิเคชัน Line กลุ่ม ผู้วิจัยกระตุ้นให้มีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกันโดยซักถาม และสรุปประเด็นในการประชุมออนไลน์ สัปดาห์ที่ 4 จัดประชุมเชิงปฏิบัติการออนไลน์ผ่านแอปพลิเคชัน Zoom หัวข้อ “ทักษะการเรียนรู้เท่าทันสื่อโควิด - 19 โดยใช้แอพลิเคชัน” ใช้เวลาประชุม รวม 3 ชั่วโมง โดยมีกิจกรรม ดังนี้

1. ผู้วิจัยใช้ข้อความโฆษณาการป้องกันโรคโควิด - 19 จำนวน 3 - 5 ข้อความ แล้วแบ่งกลุ่มย่อยกลุ่มละ 10 คนโดยการ Break out Room ทางออนไลน์ และให้กลุ่มช่วยระดมความคิดเห็นตามประเด็นกำหนด และถ่ายทอดเมื่อกลับเข้ามาในห้องรวมที่กลุ่มใหญ่โดยสุ่มให้นำเสนอรายกลุ่ม

2. กลุ่มช่วยกันวิเคราะห์ว่า ข้อความนั้น ๆ ถูกต้องน่าเชื่อถือหรือไม่ อย่างไร มีวิธีการตรวจสอบความน่าเชื่อถือหรือความถูกต้องของข้อความนั้น ๆ อย่างไรบ้าง

3. ผู้วิจัยสาธิตวิธีตรวจสอบความน่าเชื่อถือของสื่อจากเว็บไซต์ที่เชื่อถือได้ เช่น กรมควบคุมโรคกระทรวงสาธารณสุข หรือ อื่น ๆ

ขั้นตอนที่ 3 การส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพขั้นวิจารณญาณ

สัปดาห์ที่ 5 จัดประชุมเชิงปฏิบัติการออนไลน์ผ่านแอปพลิเคชัน Zoom หัวข้อ “กิจกรรมเพื่อพัฒนาทักษะการตัดสินใจเพื่อป้องกันโรคโควิด - 19” ใช้เวลาประชุม รวม 3 ชั่วโมง โดยมีกิจกรรม ดังนี้

1. ผู้วิจัยใช้สื่อภาพนิ่งจากสื่อออนไลน์ Google , face book, Youtube ให้กลุ่มตัวอย่างเลือกและบอกแหล่งข้อมูลสนับสนุนที่น่าเชื่อถือเพื่อตัดสินใจเข้ารับบริการฉีดวัคซีนป้องกันโควิด - 19 โดยกำหนดเป็นตัวเลือกรวม และให้เรียงลำดับสื่อออนไลน์ตามความน่าเชื่อถือโดยสุ่มประเมินรายบุคคล

2. ผู้วิจัยนำเสนอภาพนิ่งเกี่ยวกับการใส่อุปกรณ์ป้องกันขณะปฏิบัติการพยาบาล และกระตุ้นให้กลุ่มตัวอย่างตัดสินใจเลือกและบอกเหตุผลการปฏิบัติขณะดูแลผู้รับบริการบนคลินิกเพื่อลดความเสี่ยงหรือป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ โดยกำหนดให้นำเสนอพร้อมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ผ่านการซักถามสดตอบผ่าน Chat box และ แอปพลิเคชัน Line กลุ่ม แล้วจึงสรุปประเด็นสำคัญร่วมกัน

สัปดาห์ที่ 6 จัดประชุม เพื่อพัฒนาทักษะทางปัญญาและสังคมที่สูงขึ้นเพื่อป้องกันโรคโควิด - 19 โดยจัดประชุมออนไลน์ผ่าน Zoom เรื่อง “การปฏิบัติตัวเพื่อลดความเสี่ยงต่อการติดเชื้อและลดการแพร่กระจายเชื้อโควิด - 19 ระหว่างฝึกปฏิบัติการพยาบาล” ใช้เวลาประชุม รวม 3 ชั่วโมงโดยเน้นการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ และการนำไปประยุกต์ใช้ในชีวิตประจำวัน และขณะฝึกปฏิบัติการพยาบาล ซึ่งเป็นกิจกรรมการพัฒนาทักษะทางปัญญาและสังคมที่สูงขึ้นเพื่อนำความรู้ ความรอบรู้ด้านสุขภาพที่ได้จากการฝึกทักษะช่วงที่ผ่านมาไปปฏิบัติเมื่อขึ้นฝึกปฏิบัติวิชาปฏิบัติการพยาบาลเพื่อลดความเสี่ยงการติดเชื้อ และป้องกันการแพร่กระจายเชื้อโควิด - 19 โดยมีกิจกรรม ดังนี้

1. ผู้วิจัยนำเปิดเวทีเสวนาสะท้อนคิดผ่านออนไลน์ในห้องรวมผ่านแอปพลิเคชัน Zoom โดยผู้วิจัยกระตุ้นให้กลุ่มตัวอย่างแสดงความคิดเห็น โดยอธิบายความเปลี่ยนแปลง ความมั่นใจในการประยุกต์ใช้ข้อมูลข่าวสารจากการวิเคราะห์สื่อออนไลน์ ความรอบรู้ด้านสุขภาพที่สามารถสะท้อนคิดจากกลุ่มและใช้อธิบายความเปลี่ยนแปลงของผลลัพธ์ โดยกิจกรรมออนไลน์มีการใช้แอปพลิเคชันหลายอย่างร่วมกัน เช่น Zoom, Chat box และ Line กลุ่ม

2. กลุ่มตัวอย่างวิเคราะห์และตัดสินใจว่าจะเลือกปฏิบัติตาม หรือไม่ มีเหตุผลประกอบอย่างไร มีการสะท้อนกลับจากผู้วิจัย สรุป และกระตุ้นเตือน เพื่อแลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกัน

ขั้นหลังการทดลอง

1. ประเมินผลเป็นรายบุคคล โดยให้เขียนรายละเอียดสะท้อนการปรับพฤติกรรมของตนเองแล้วลงบันทึกพฤติกรรมที่ปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคโควิด - 19 ผ่านแอปพลิเคชัน Padlet เน้นการกระทำของกลุ่มตัวอย่างแต่ละคนในการมีส่วนร่วมผลักดันกลุ่มเพื่อนให้ปรับพฤติกรรมเพื่อลดความเสี่ยงการติดเชื้อและการแพร่กระจายเชื้อโควิด - 19 ในชีวิตประจำวันและในช่วงการขึ้นฝึกปฏิบัติบนคลินิก

2. สรุปบทเรียนตลอดช่วงโปรแกรม แล้วดำเนินการรวบรวมข้อมูลหลังการทดลอง (Post-test) ด้วยการตอบแบบสอบถาม และตรวจสอบความถูกต้องสมบูรณ์ของการตอบแบบสอบถาม

การวิเคราะห์ข้อมูล ดังนี้

1.ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ใช้สถิติพรรณนา (Descriptive statistics) ได้แก่ ค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. ข้อมูลความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด - 19 ใช้วิธีหาค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

3. เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรอบรู้ด้านสุขภาพรายด้านและโดยรวม และเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด - 19 ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม โดยใช้สถิติทดสอบคือ t- test แบบ dependent

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

ผลการศึกษา พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 88.30) มีอายุเฉลี่ย คือ 22.48 ปี (S.D. = 3.66) ส่วนใหญ่กำลังศึกษาอยู่ชั้นปีที่ 3 (ร้อยละ 72.30) ได้รับวัคซีนป้องกันโควิด - 19 แล้วรวม 3 เข็ม (ร้อยละ 80.30) ไม่เคยมีประวัติการเจ็บป่วยด้วยโรคในระบบทางเดินหายใจในช่วง 6 เดือนที่ผ่านมา เช่น หวัด ไข้หวัดใหญ่ คออักเสบ ปอดอักเสบ หลอดลมอักเสบ (97.80) สำหรับประวัติการสัมผัสบุคคลที่มีความเสี่ยงสูงโรคโควิด - 19 ในรอบ 6 เดือนที่ผ่านมา จนต้องกักตัว พบว่า มากกว่าครึ่งเคยสัมผัสบุคคลที่เสี่ยงสูงและกักตัว (ร้อยละ 53.30) ส่วนการตรวจ ATK ในรอบ 6 เดือนที่ผ่านมา พบว่าส่วนใหญ่ เคยตรวจและผลปกติ (ร้อยละ 63.50) สำหรับประวัติการตรวจ PCR ในรอบ 6 เดือนที่ผ่านมา กลุ่มตัวอย่างเคยตรวจ (ร้อยละ 32.10) และมีผล PCR ผิดปกติในกลุ่มที่เคยตรวจ (ร้อยละ 22.72) ส่วนช่องทางการรับรู้ข้อมูลเกี่ยวกับโรคโควิด - 19 และการป้องกันการติดเชื้อ ส่วนใหญ่เป็น สื่อออนไลน์ (ร้อยละ 97.10) และสื่อออนไลน์ที่เป็นช่องทางการรับข้อมูลเกี่ยวกับโรคโควิด - 19 และการป้องกันการติดเชื้อ ที่พบมากที่สุด คือ Facebook (ร้อยละ 98.50) รองลงมาคือ Instagram (ร้อยละ 65.70)

2. ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน คะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพรายด้านและโดยรวมของกลุ่มตัวอย่างก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรม

ผลการศึกษา พบว่า คะแนนเฉลี่ยโดยรวมความรอบรู้ด้านสุขภาพของกลุ่มตัวอย่างก่อนการเข้าร่วมโปรแกรมอยู่ในระดับ ดี (Mean = 214.67, S.D. = 23.421) และ หลังเข้าร่วมโปรแกรม อยู่ในระดับดี (Mean = 234.34, S.D. = 22.601) ซึ่งพบว่าหลังเข้าร่วมโปรแกรมคะแนนเฉลี่ยโดยรวมเพิ่มขึ้น 19.67

คะแนน และเมื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรอบรู้ด้านสุขภาพโดยรวม หลังเข้าร่วมโปรแกรมสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโครงการอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = -9.060$, $p < 0.001$) ดังรายละเอียดในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานความรอบรู้ด้านสุขภาพของกลุ่มตัวอย่างโดยรวมและรายด้าน ก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรม (n = 137)

ความรอบรู้ด้านสุขภาพ	ก่อนร่วมโปรแกรม			หลังร่วมโปรแกรม			t	p-value
	Mean	S.D.	แปลผล	Mean	S.D.	แปลผล		
ความรอบรู้ด้านสุขภาพโดยรวม	214.67	23.421	ดี	234.34	22.601	ดี	-9.060	< 0.001
การเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ	43.69	4.989	ดี	54.27	4.901	ดี	-21.505	< 0.001
การตัดสินใจด้านสุขภาพ	25.61	3.377	ดี	26.824	3.309	ดี	-3.761	< 0.001
การจัดการตนเอง	39.47	4.518	ดี	41.102	4.009	ดี	-3.911	< 0.001
การสื่อสาร	33.08	4.984	ดี	35.511	4.284	ดี	-5.212	< 0.001
ความเข้าใจข้อมูล	38.51	4.956	ดี	40.562	4.683	ดี	-4.269	< 0.001
การรู้เท่าทันสื่อ	34.31	4.156	ดี	36.065	4.162	ดี	-4.467	< 0.001

หมายเหตุ : * $p < .001$

3. เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด-19 ของกลุ่มตัวอย่างก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมผลการศึกษา พบว่า ก่อนเข้าร่วมโปรแกรมคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด - 19 ของกลุ่มตัวอย่างอยู่ในระดับ ดี (Mean = 4.47, S.D. = 0.432) และหลังการเข้าร่วมโปรแกรม พบว่า คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด - 19 ของกลุ่มตัวอย่าง อยู่ในระดับดี โดยมีค่าเพิ่มขึ้น (Mean = 4.61, S.D. = 0.446) และเมื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด - 19 ของกลุ่มตัวอย่างก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม พบว่าหลังเข้าร่วมโปรแกรม มีค่าเฉลี่ยเพิ่มมากขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = -3.740$, $p < 0.001$) ดังรายละเอียดในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด - 19 ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมส่งเสริมความรอบรู้เพื่อเตรียมความพร้อมวิชาปฏิบัติการพยาบาล (n = 137)

พฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด - 19	n	Mean	S.D.	t	df	p-value
ก่อนร่วมโปรแกรม	137	4.47	0.432	-3.740	136	< 0.001
หลังร่วมโปรแกรม	137	4.61	0.446			

อภิปรายผล

ผลการศึกษา พบว่า ค่าเฉลี่ยความรอบรู้ด้านสุขภาพทั้งรายด้านและโดยรวมของกลุ่มตัวอย่างนิสิตพยาบาลหลังการเข้าร่วมโปรแกรมส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพเพื่อป้องกันโรคโควิด - 19 สูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรม ฯ ทั้งนี้ เนื่องจาก การวิจัยนี้มุ่งเน้นพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพขั้นพื้นฐาน ขั้นปฏิสัมพันธ์และขั้นวิจารณญาณ เพื่อเป็นการเตรียมความพร้อมสำหรับนิสิตที่จะต้องฝึกปฏิบัติวิชาปฏิบัติการพยาบาลบนคลินิกเพื่อลดความเสี่ยงการติดเชื้อโควิด - 19 ในช่วงการฝึกปฏิบัติ โดยนำแนวคิดความรอบรู้ด้านสุขภาพของ Nutbeam (2008) ที่จำแนกความรอบรู้ด้านสุขภาพเป็น 3 ระดับ และประกอบด้วย 6 องค์ประกอบ โดยเน้นว่าการพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพให้แก่นิสิต จะทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม เพราะมีผลการศึกษายืนยันความรอบรู้ด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ (Chahardh - Cherik et al., 2018)

ผลการทบทวนวรรณกรรม พบว่า ที่ผ่านมามีการใช้โปรแกรมเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพซึ่งเป็นวิจัยกึ่งทดลองทั้งแบบกลุ่มเดียวและสองกลุ่ม การจัดกิจกรรมตามโปรแกรมมีการใช้สื่อที่หลากหลายร่วมกับเครื่องมือสื่อสาร เช่น สมาร์ตโฟน และแพลตฟอร์ม เช่น You tube รวมถึงการจัดกิจกรรมที่กระตุ้นการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ การใช้กระบวนการกลุ่ม การระดมความคิดเห็น การสาธิตสาธิตย้อนกลับ การแลกเปลี่ยนเรียนรู้กับบุคคลหรือผู้เชี่ยวชาญ การให้คำแนะนำ การติดตามทางโทรศัพท์ ทำให้กลุ่มตัวอย่างได้รับการส่งเสริมและพัฒนาทักษะความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคโควิด - 19 (Chaisuwan et al., 2022; Choojai et al., 2021; Sritongpim et al., 2022) สำหรับการศึกษาครั้งนี้เป็นช่วงการระบาดของเชื้อโควิด - 19 ในพื้นที่ศึกษา ทำให้มีมาตรการเข้มงวดไม่ให้มีการรวมกลุ่มจำนวนมาก และให้เว้นระยะห่างทางสังคม ประกอบกับการเกิดคลัสเตอร์ของการติดเชื้อโควิด - 19 ในพื้นที่ รูปแบบของโปรแกรมในการศึกษาครั้งนี้จึงเป็นการพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพแบบออนไลน์ผ่านแพลตฟอร์มที่กลุ่มตัวอย่างคุ้นเคย และใช้สื่อสังคมออนไลน์ประกอบการทำกิจกรรม ซึ่งถือเป็น

ความจำเป็นที่นิสิตต้องพัฒนาทักษะเพื่อให้เข้าถึงข้อมูลจำเป็นผ่านสื่อออนไลน์ ทั้งนี้ นับตั้งแต่การระบาดของโรคซาร์สจนถึงโรคโควิด - 19 ทำให้ข้อมูลข่าวสารมีความสำคัญและจำเป็นสำหรับนิสิตนักศึกษาและประชาชน นั่นคือ นอกจากจะสืบค้นบ่อยขึ้นทางออนไลน์ ยังมีการแลกเปลี่ยนข้อมูลทางออนไลน์ที่นำไปสู่เครือข่ายสังคมออนไลน์มากขึ้นอย่างชัดเจน (Abdoh, 2022; Vrdelja et al., 2021)

การวิจัยครั้งนี้ใช้แพลตฟอร์ม Zoom เป็นหลักเพื่อการบรรยาย การทำกิจกรรมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในกลุ่มรวม และแบ่งกลุ่มย่อยแลกเปลี่ยนความคิดเห็นผ่านการ Break out room มีการใช้กระดานความคิดอัจฉริยะเพื่อระดมความคิดและโพสต์เสนอผลงานกลุ่มโดยใช้ Padlet ใช้สมาร์ทโฟนเพื่อทำกิจกรรมตามมอบหมาย เช่น การสืบค้นในเวปไซต์ Facebook You Tube ซึ่งรูปแบบดังกล่าวนี้ถือว่าสามารถพัฒนาทักษะความรอบรู้ด้านสุขภาพสำหรับนิสิตได้โดยไม่มีข้อจำกัด ประกอบกับกลุ่มตัวอย่างเป็นกลุ่มวัยที่อยู่ในช่วง Gen Y และ Gen Z ที่มีทักษะการใช้เครื่องมือสื่อสารและคุ้นเคยกับการใช้เทคโนโลยีสารสนเทศสมัยใหม่เพื่อเรียนออนไลน์ช่วงการระบาดของโควิด - 19 อีกทั้งเป็นสื่อที่เข้าถึงง่าย สะดวก รวดเร็วโดยผลการศึกษานี้ พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ รับข้อมูลเกี่ยวกับโรคโควิด - 19 และการป้องกันการติดเชื้อ โดยใช้สื่อออนไลน์ (ร้อยละ 979.10) และสื่อออนไลน์ที่เป็นช่องทางการรับข้อมูลของกลุ่มตัวอย่างมากที่สุด คือ Facebook (ร้อยละ 98.50) สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาของ Limsringam et al. (2022) ที่กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมการรับรู้ข้อมูลข่าวสารในการป้องกันโรคโควิด - 19 ส่วนใหญ่คือสื่อสังคมออนไลน์ผ่าน Facebook ทุกวัน (ร้อยละ 38.25) กลุ่มตัวอย่างเปิดรับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรคโควิด - 19 ผ่านสื่อสังคมออนไลน์โดยภาพรวมอยู่ในระดับมาก และแพลตฟอร์มดิจิทัลเป็นเครื่องมือสื่อสารและแลกเปลี่ยนข้อมูลมากที่สุด คือ Facebook รองลงมาคือ Line

จากผลการศึกษา พบว่า คะแนนเฉลี่ยความรอบรู้ด้านสุขภาพของกลุ่มตัวอย่างนิสิตพยาบาลก่อนเข้าร่วมโปรแกรม อยู่ในระดับดีทั้ง 6 ด้าน เช่นเดียวกับคะแนนเฉลี่ยความรอบรู้ด้านสุขภาพ หลังเข้าร่วมโปรแกรม ที่อยู่ในระดับดีทั้ง 6 ด้านเช่นกัน ทั้งนี้อาจเพราะกลุ่มตัวอย่างคือนิสิตพยาบาลที่มีความคุ้นเคยในการแสวงหาข้อมูลจากสื่อสังคมออนไลน์จึงทำให้มีความรอบรู้ระดับที่ดีตั้งแต่แรก แต่พบว่าหลังเข้าร่วมโปรแกรมคะแนนเฉลี่ยความรอบรู้ด้านสุขภาพด้านที่เพิ่มขึ้นน้อยที่สุดได้แก่ ด้านการตัดสินใจด้านสุขภาพ โดยเพิ่มขึ้นเพียง 1.21 คะแนน จากข้อมูลการทำกิจกรรมกลุ่มออนไลน์โดยเฉพาะการตัดสินใจฉีดวัคซีนที่กลุ่มตัวอย่างบางคนยังลังเล แม้ว่าจากผลการศึกษา กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่รับวัคซีนแล้วรวม 3 เข็ม (ร้อยละ 80.30) แต่ส่วนที่เหลือยังมีความลังเล ซึ่งข้อมูลจากการระดมสมองพบว่ายังมีบางส่วนที่กลัวการแพ้วัคซีน บางส่วนรอวัคซีนที่ตนเองต้องการ และบางส่วนเชื่อผู้ปกครองที่ยังไม่ต้องการให้ฉีดวัคซีนที่เชื่อว่าวัคซีนด้อยคุณภาพแต่ให้รอที่จองกับโรงพยาบาลเอกชน ซึ่งการสรุปผลการอภิปรายห้องรวม กลุ่มตัวอย่างบางส่วนยังขาดข้อมูลจากแหล่งที่น่าเชื่อถือ แต่ปฏิบัติตามกัน และ

บางส่วนยังลังเลเพื่อเชื่อตามการประชาสัมพันธ์โรงพยาบาลเอกชนโดยไม่มีการค้นหาข้อมูลเฉพาะเรื่อง อาจกล่าวได้ว่าการมีความรอบรู้สุขภาพไม่เพียงพอทำให้เกิดการรับสื่อที่ไม่สมเหตุผลและมีผลต่อการตัดสินใจ เช่น กรณีดังกล่าวที่มีความลังเลในการฉีดวัคซีนป้องกันโรคโควิด - 19 ที่เกิดจากหลายปัจจัย เช่น ขาดความรู้เกี่ยวกับวัคซีนป้องกันโรคโควิด - 19 กลัวผลข้างเคียงจากการฉีด และรับข้อมูลข่าวสารไม่เพียงพอ จึงทำให้ชะลอ และไม่ไปรับวัคซีนโควิด - 19 ดังผลการศึกษาในหลายประเทศ (Dubé et al., 2021; Partouche et al., 2019; Vrdelja et al., 2020)

อย่างไรก็ตาม เมื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรอบรู้ด้านสุขภาพทั้งโดยรวมและรายด้านก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรม พบว่า หลังเข้าร่วมโปรแกรมคะแนนเฉลี่ยความรอบรู้ด้านสุขภาพโดยรวมและรายด้านสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมในทุกด้าน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) สอดคล้องกับหลายการศึกษาที่ผ่านมา (Choojai et al., 2021; Sritongpim et al., 2022) ทั้งนี้ อาจเนื่องจากโปรแกรมการศึกษาครั้งนี้ มีการบรรยายออนไลน์ผ่าน Zoom เรื่อง “การส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพขั้นพื้นฐานเกี่ยวกับความรู้ สถานการณ์การระบาดโรคโควิด - 19 และผลกระทบ” และฝึกทักษะเพื่อเพิ่มความเข้าใจ เข้าถึงข้อมูลและทักษะการจัดการตนเองเพื่อเพิ่มความสามารถในการเลือกแหล่งข้อมูลสุขภาพ” โดยหลังรับฟังบรรยายได้ฝึกการเลือกสื่อที่น่าเชื่อถือและตรวจสอบความน่าเชื่อถือของแหล่งข้อมูล และฝึกตรวจสอบข่าวลวงหรือข้อมูลเท็จจากสื่อออนไลน์โดยเน้นเรื่อง วัคซีนป้องกันโควิด - 19 เพราะเป็นประเด็นสำคัญที่กำลังรณรงค์ให้กลุ่มตัวอย่างฉีดให้ครบทุกคนก่อนการฝึกปฏิบัติบนคลินิก มีการแบ่งกลุ่มย่อยโดย Break out room ผ่านแอปพลิเคชัน Zoom และมอบหมายให้กลุ่มย่อยช่วยกันสืบค้นแนวทางปฏิบัติเพื่อลดความเสี่ยงและลดการแพร่กระจายเชื้อโควิด – 19 ผ่านสมาร์ตโฟนและแลกเปลี่ยนเรียนรู้ภายในกลุ่มในประเด็น การตรวจสอบข้อมูลการปฏิบัติที่ปลอดภัยจากหลายแหล่งเพื่อยืนยันความเข้าใจของตนเอง มีการฝึกทักษะการสื่อสารโดยการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม โดยกำหนดให้กลุ่มตัวอย่างพูด ถาม อ่าน และแนะนำเพื่อน ซึ่งสมาชิกอื่น ๆ ได้ร่วมกันแสดงความคิดเห็นผ่าน Chat box และ แอปพลิเคชั่น Line กลุ่ม

คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการปฏิบัติตัวเพื่อลดความเสี่ยงต่อการติดเชื้อและลดการแพร่กระจายเชื้อโควิด - 19 ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม พบว่าหลังเข้าร่วมโปรแกรม มีค่าเฉลี่ยเพิ่มมากขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) อธิบายได้ว่า โปรแกรมในการศึกษาที่ใช้พัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพแบบออนไลน์ผ่านแพลตฟอร์มที่กลุ่มตัวอย่างคุ้นเคย และใช้สื่อสังคมออนไลน์ประกอบการทำกิจกรรมในครั้งนี้ ทำให้เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการป้องกันโรคไปในทางที่เหมาะสม จึงกล่าวได้ว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพ เป็นทักษะทางปัญญาและทาง สังคมที่ชี้นำก่อให้เกิดแรงจูงใจและความสามารถของ

แต่ละบุคคลให้เข้าถึง เข้าใจและใช้ข้อมูลข่าวสารในวิถีทาง เพื่อการส่งเสริม ป้องกันโรค และคงรักษาสุขภาพที่ดีที่เหมาะสม (Nutbeam, 2008)

ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับหลายการศึกษาที่ผ่านมา เช่น การศึกษาผลของโปรแกรมพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพสำหรับประชาชนกลุ่มวัยทำงาน (Sookpool et al., 2020) และการศึกษาผลของโปรแกรมการส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคโควิด – 19 ต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด – 19 ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (Choojai et al., 2021) และยังสอดคล้องกับการศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพและการปฏิบัติในการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในผู้ที่เป็นโรคเรื้อรังในชุมชน (Sritongpim et al., 2022) นอกจากนั้นยังสอดคล้องกับการศึกษาโดย Chaisuwan et al. (2022) ที่ศึกษาผลการส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพผ่านออนไลน์เพื่อป้องกันโรคโควิด - 19 ในครูศูนย์เลี้ยงเด็ก ซึ่งผลการศึกษาทั้งหมดพบว่า โปรแกรมส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพทำให้เกิดการปรับพฤติกรรมโดยคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด - 19 หลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 จึงกล่าวได้ว่า การสร้างโอกาสการเรียนรู้ด้านสุขภาพผ่านปัจจัยสิ่งแวดล้อมที่หลากหลายและเหมาะสมตามบริบททำให้เอื้อต่อการเรียนรู้ที่นำไปสู่การพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพแต่ละระดับจากการเข้าถึง เข้าใจ นำไปใช้ที่เป็นขั้นวิจารณญาณ ซึ่งกลุ่มตัวอย่างครั้งนี้เป็นกลุ่มที่กำลังศึกษาทางด้านสุขภาพเมื่อได้เข้าร่วมพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพแต่ละระดับทำให้เกิดสมรรถนะที่อาจกล่าวได้ว่าเป็นทักษะทางปัญญา และทักษะทางสังคมที่สูงขึ้น สามารถประเมินข้อมูลสารสนเทศในภาวะข้อมูลระบาด (Infodemic) สามารถวิเคราะห์เชิงวิพากษ์ข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรคโควิด - 19 และนำมาประยุกต์ใช้ในการควบคุมและบริหารจัดการสถานการณ์ในชีวิตประจำวันและระหว่างการฝึกปฏิบัติบนคลินิก

สรุป

สรุปได้ว่าโปรแกรมส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพผ่านออนไลน์ในนิสิตคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม ในระยะเวลา 6 สัปดาห์ พบข้อมูลเชิงประจักษ์ว่ากลุ่มตัวอย่างมีทักษะความสามารถในการเข้าถึง ทำความเข้าใจ และประยุกต์ใช้ข้อมูลจากการทำกิจกรรม แลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกัน นำไปสู่การปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด - 19 ที่เหมาะสมขึ้น

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. ควรส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพให้ผู้เรียนที่ต้องฝึกปฏิบัติบนคลินิกเพื่อเตรียมความพร้อมและสร้างความมั่นใจก่อนการฝึกวิชาปฏิบัติการบนคลินิก โดยใช้โปรแกรมส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพเพื่อลดความเสี่ยง และป้องกันการติดเชื้อโควิด - 19 โดยปรับให้เหมาะสมกับบริบทและสถานการณ์

2. ในรายละเอียดย่อยภายในโปรแกรมอาจต้องปรับให้เหมาะสมกับระยะวลา และสถานการณ์ รวมถึงนโยบายการป้องกันโรคโควิด - 19 ของหน่วยงานการศึกษา และนโยบายของกระทรวงสาธารณสุข

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. การศึกษาครั้งต่อไปควรเป็นวิจัยเชิงเปรียบเทียบ 2 กลุ่ม เพื่อพัฒนาโปรแกรมความรอบรู้ด้านสุขภาพในการลดความเสี่ยงต่อการติดเชื้อโควิด - 19 เพื่อให้ได้ต้นแบบในการดูแลสุขภาพและการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการป้องกันโรคโควิด - 19 และสร้างความมั่นใจให้นิสิต/นักศึกษาที่ต้องฝึกปฏิบัติงานบนคลินิก

2. ควรมีการศึกษาเพิ่มเติมในระยะติดตามผลเพื่อศึกษาถึงระยะความคงทนของความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมเพื่อวางแผนดำเนินกิจกรรมเพิ่มเติมหรือกระตุ้นการพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพ และพฤติกรรมการป้องกันโควิด – 19 เป็นระยะ ๆ ต่อไป

รายการอ้างอิง (References)

Abdoh, E. (2022). Online health information seeking and digital health literacy among information and learning resources undergraduate students. *The Journal of Academic Librarianship*. *48*(6), https://doi.org/10.1016/j.acalib.2022.102603

Alsolais, A., Alquwez, N., Alotaibi, K. A., Alqarni, A. S., Almalki, M., Alsolami, F., Almazan, J., & Cruz, J. P. (2021). Risk perceptions, fear, depression, anxiety, stress and coping among Saudi nursing students during the COVID-19 pandemic. *Journal of Mental Health, 30*(2), 194 - 201. https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/09638237.2021.1922636

Bradshaw, C., Murphy Tighe S., & Doody, O. (2018). Midwifery students' experiences of their clinical internship: A qualitative descriptive study. *Nurse Education Today*. *68*, 213 – 227. http://doi.org/10.1016/j.nedt.2018.06.019

Casafont, C., Fabrellas, N., Rivera, P., Olivé-Ferrer, M. C., Querol, E., Venturas, M., Prats, J., Cuzco, C., Frias, C., Perez-Ortega, S., & Zabalegui, A. (2021). Experiences of nursing students as healthcare aid during the COVID - 19 pandemic in Spain: A phemonenological research study, *Nurse Education Today,* 104711, https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov /33418340/

Chahardh - Cherik, S., Gheibizadeh, M., Jahani, S., & Cheraghian, B. (2018). The relationship between Health literacy and health promoting behaviors in patients with type 2 diabetes. *International Journal of Community based Nursing and Midwifery*, *6*(1), 65 - 75. https://www.ncbi.nlm. nih.gov/pmc/articles/PMC5747574/

Chaisuwan, C., Witoonsakul, P., & Nookong, A. (2022). Effectiveness of online health literacy program for COVID-19 prevention among teachers in childcare centers: A Quasi-experimental Study. *Pacific Rim International Journal Nursing Resesrch, 26*(2), 254 – 268. https://he02.tci-thaijo.org/index.php/PRIJNR/article/view/256513

Chew, N.W.S., Lee, G.K.H., Tan, B.Y.Q., Jing, M., Goh, Y., Ngiam, N.J.H., Yeo, L.L.L., Ahmad, A., Khan, F.A., Shanmugam, G. N., Sharma, A.K., Komalkumar, R.N., Meenakshi, P.V., Shah, K., Patel, B., Chan, B.P.L., Sunny, S., Chandra, B., Ong, J.J.Y., … Sharma, V.K. (2020). A multinational, multicentre study on the psychological outcomes and associated physical symptoms amongst healthcare workers during COVID-19 outbreak. *Brain Behavior and Immunity, 88*, 559 - 565. http://doi.org/10.1016/j.bbi.2020.04.049

Chitty, K. K., & Black, B. P. (2007). *Professional nursing: Concepts and challenges* (5th ed.). Elsevier.

Choeisuwan, V. (2020, September 20). *Review health literacy healthcare setting*. http://dop.hpc.go.th/bs/displayArticle.php?id=1

Choojai, R., Boonsiri, C., & Patcheep, K. (2021). Effects of a health literacy enhancement program for COVID-19 prevention on health literacy and prevention behavior of COVID-19 among village health volunteers in Don Tako Sub-district, Mueang District, *The Southern College Network Journal of Nursing and Public Health*, *8*(1), 250 - 262. https://he01.tci-thaijo.org/index.php/scnet/article/view/245346

Collado - Boira, E. J., Ruiz-Palomino, E., Salas-Media, P., Folch-Ayora, A., Muriach, M., & Baliño, P. (2020) . “ The COVID-19 outbreak ” - An empirical phenomenological study on perceptions and psychosocial considerations surrounding the immediate incorporation of final-year Spanish nursing and medical students into the health system. *Nurse Education Today*, *92*, 104504. https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7289744/

Ćosić, K., Popović, S., Šarlija, M., & Kesedžić, I. (2020). Impact of human disasters and Covid-19 pandemic on mental health: Potential of digital psychiatry. *Psychiatria Danubina*, *32*(1), 25–31. http://doi.org/10.24869/psyd.2020.25

Diaz, K., Staffileno, B. A., & Hamilton, R. (2021). Nursing student experiences in turmoil: A year of the pandemic and social strife during final clinical rotations. *Journal of Professional Nursing, 37*(5), 978 - 984. http://doi.org/10.1016/j.profnurs.2021.07.019

Dubé, È., Ward, J.K., Verger, P., & Macdonald, N.E. (2021). Vaccine hesitancy, acceptance, and anti-vaccination: Trends and future prospects for public health. *Annual Review of Public Health*. *42,* 175-191. http://doi.org/10.1146/annurev-publhealth-090419-102240

Huston, C. J. (2014). *Professional issues in nursing: Challengers & opporrrtunities* (3rd ed.) Lippincott Williams & Wikins.

Kang H.S., Chae, S.M., Hyun, M.S., & Singh – Carlson, S. (2012). Nursing students’ experiences of exposure to pandemic influenza A (H1N1). *Journal of Nursing Education Practice. 2*(2), 63 – 70. https://citeseerx.ist.psu.edu/document?repid=rep1&type=pdf&doi=69e2fc3a48b395c5c4aaa175491a23a1692cab94

Kaya, S. P., & Kaplan, S. (2020). Evaluating the relationship between nursing students’ awareness of the COVID-19 pandemic and health behaviors with health literacy. *Journal of Education and Research in Nursing, 17*(4), 304 - 311. https://jer-nursing.org/jvi.aspx?un=JERN-01112&volume=17&issue=4

Kerbage, H. S., Garvey, L., Willetts, G., & Olasoji, M. (2021). Undergraduate nursing students' resilience, challenges, and supports during corona virus pandemic. *International Journal of Mental Health Nursing, 30*(S1), 1407 - 1416. http://doi.org/10.1111/inm.12896

Košir, U., & Sørensen, K. (2020). COVID - 19: The key to flattening the curve is health literacy. *Perspective in Public Health*, *142*(5), 259-260. https://doi.org/10.1177/17579139 20936717

Li, D., Zou, L., Zhang, Z., Zhang, P., Zhang, J., Fu, W., Mao, J., & Cao, S. (2021). The psychological effect of COVID-19 on home-quarantined nursing students in China. *Frontiers in Psychiatry, 12*, 652296. http://doi.org/10.3389/fpsyt.2021.652296

Limsringam, P., Sasithanakornkaew, S., & Apisupachoke, W. (2022) . Information perception concerning novel Coronavirus (COVID-19) through social media on the attitude and preventive behaviors of citizens in Bangkok. *Journal of MCU Nakhondhat*, *8*(9), 18 - 33. https://so03.tci-thaijo.org/index.php/JMND/article/view/254986

Ministry of Public Health. (2023, July 27). *Protective equipment for healthcare personnel caring for Covid – 19 patients.* https://covid19.dms.go.th/Content/Select_Landding_page?contentId= 183

Ministry of Public Health, Department of Disease Control (2022, November 29). *Situation report Corona Virus Disease (COVID-19) in Thailand.* https://ddc.moph.go.th/viralpneumonia /news.php

Nutbeam, D. (2008). The evolving concept of health literacy. *Social Science and Medicine*, *67*(12), 2072 – 2078. http://doi.org/10.1016/j.socscimed.2008.09.050

Partouche, H., Gilberg, S., Renard, V., & Saint – Lary, O. (2019). Mandatory vaccination of infants in France: Is that the way forward. *European Journal of General Practice*, *25*(1), 49 – 54. http://doi.org/10.1080/13814788.2018.1561849

Sookpool, A., Kingmala, C., Phaengsuk, P.,Yuenyao, T., & Wongwangman, W. (2020). Effects of health literacy and health behavior development program for working people. *Journal of Public Health*, *29*(3), 419 - 429. https://thaidj.org/index.php/JHS/article/view/9207

Sorensen, K., Van den Broucke, S., Fullam, J., Doyle, G., Pelikan, J.M., & Slonska, Z, & Brand, H. (2012). Health literacy and public health: a systematic review and integration of definitions and models. *BMC Public Health. 12*(1), 80. https://doi.org/10.1186/1471-2458-12-80

Sritongpim, J., Narin, R., & Tuanrat, W. (2022). Effects of health literacy promotion program on health literacy and practices in prevention of Coronavirus Disease 2019 among persons with chronic diseases in a community. *Lanna Public Health Journal*, *18*(2), 30 - 42.

Tantinantrakul, S., Phinnarach, P., Loeknok, C., & Yamsri, T. (2021). Relationships functional health literacy for COVOD-19 on prevention behavior of COVID-19 among the First-year Nursing Student of Pathum Thani University, *Journal of Preventive Medicine Association of Thailand, 11*(3), 528 – 545. https://he01.tci-thaijo.org/index.php/JPMAT/article/view/250962

Thianthavorn, V., & Chitiang, N. (2021). Relationship between health literacy and behaviors to prevent COVID-19 among university students. *Thai Journal of Public Health and Health Sciences*, *4*(2), 126 – 137. https://he02.tci-thaijo.org/index.php/tjph/article/view/251352

Vacharaporn, C. (2017). Health Literacy: Concept and application for nursing practice. *Royal Thai Navy Medical Journal*, *44*(3), 183 – 197. https://he01.tci-thaijo.org/index.php/nmdjournal/article/ view/115970

Vrdelja, M., Učakar, V., & Kraigher, A. (2020). From mandatory to voluntary vaccination: Intention to vaccinate in the case of policy changes. *Public Health*, *180*, 57 – 63. http://doi.org/10.1016/j.puhe.2019.10.026

Vrdelja, M., Vrbovsek, S., Klopčič, V., Dadaczynski, K., & Okan, O. (2021). Facing the Growing COVID – 19 Infodemic: Digital Health Literacy and Information-Seeking Behaviour of University Students in Slovenia. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, *18*(16), 8507. d http://doi.org/10.3390/ijerph18168507

World Health Organization (2021a, December 20). *WHO Coronavirus (COVID – 19) dashboard*. https://covid19.who.int/.

World Health Organization (2021b, February 2). *Novel Coronavirus (2019-nCoV)*. https://www.who.int/docs/default-source/coronaviruse/situation-reports/20200202-sitrep-13-ncov-v3.pdf

World Health Organization (2021c, July 20). *Coronavirus disease (COVID-19) weekly epidemiological update and weekly operational update*. https://www.who.int/publications/m/item/weekly-epidemiological-update-on-covid-19---20-july-2021

ประสบการณ์การดูแลตนเองในการป้องกันการติดเชื้อของผู้ป่วยมะเร็งเม็ดเลือดขาว ที่ได้รับยาเคมีบำบัด ในช่วงการแพร่ระบาดของไวรัสโคโรนา 2019

The Lived Experiences of Self-Care to Prevent Infection among Patients with Leukemia Undergoing Chemotherapy During COVID - 19 Pandemic

ฉวีวรรณ พูลสุข[1], ศมนนันท์ ทัศนีย์สุวรรณ[1*], กิตติกร นิลมานัต[1]

Chaweewan Punsuk[1], Samonnan Thasaneesuwan[1*], Kittikorn Nilmanat[1]

(Received: January 7, 2024; Revised: March 5, 2024; Accepted: March 18, 2024)

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงคุณภาพแบบปรากฏการณ์วิทยา เพื่อบรรยายประสบการณ์การดูแลตนเองในการป้องกันการติดเชื้อของผู้ป่วยมะเร็งเม็ดเลือดขาวที่ได้รับยาเคมีบำบัด ในช่วงการแพร่ระบาดของไวรัสโคโรนา 2019 ผู้ให้ข้อมูลเป็นผู้ที่เป็นมะเร็งเม็ดเลือดขาวที่ได้รับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัด ในช่วงการแพร่ระบาดของไวรัสโคโรนา 2019 คัดเลือกผู้ให้ข้อมูลแบบเฉพาะเจาะจง เก็บข้อมูลโดยการสัมภาษณ์แบบเจาะลึกรายบุคคล จำนวน 12 ราย ระหว่างเดือนสิงหาคม พ.ศ. 2564 ถึงเดือนมีนาคม พ.ศ. 2565 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้วิธีการของโคไลซี่ ผลการศึกษา ผู้ให้ข้อมูลสะท้อนเกี่ยวกับประสบการณ์การดูแลตนเองในการป้องกันการติดเชื้อของผู้ป่วยมะเร็งเม็ดเลือดขาวที่ได้รับยาเคมีบำบัด ในช่วงการแพร่ระบาดของไวรัสโคโรนา 2019 ออกมา 2 ประเด็นหลัก คือ 1) การดูแลตนเองในมิติวิถีชีวิตปกติใหม่ และ 2) การสร้างภูมิคุ้มกันใจ

จากผลการศึกษาทำให้เข้าใจประสบการณ์การดูแลตนเองในการป้องกันการติดเชื้อของผู้ป่วยมะเร็งเม็ดเลือดขาวที่ได้รับยาเคมีบำบัด ในช่วงการแพร่ระบาดของไวรัสโคโรนา 2019 และสามารถนำมาวางแผนการพยาบาลเพื่อสนับสนุนให้ผู้ป่วยมะเร็งเม็ดเลือดขาว มีพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อที่เหมาะสมในสถานการณ์ไวรัสโคโรนา 2019 หรือสถานการณ์ที่มีการระบาดของโรคติดต่อติดเชื้อ

คำสำคัญ: การดูแลตนเองในการป้องกันการติดเชื้อ, การวิจัยเชิงคุณภาพ, มะเร็งเม็ดเลือดขาว, ยาเคมีบำบัด, ไวรัสโคโรนา 2019

[1] คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

[1] Faculty of Nursing, Prince of Songkla University

[*]Corresponding author: samonnun.t@psu.ac.th

Abstract

Descriptive phenomenological qualitative research was employed to explore the lived experiences of self-care to prevent infection among patients with leukemia undergoing chemotherapy during COVID-19 pandemic. Twelve participants, all of whom were leukemia undergoing chemotherapy during COVID-19 pandemic, were included in the study by purposing sampling. Data were collected through in-depth individual interviews and analyzed using the Colaizzi method. The study revealed two main themes encapsulating the lived experiences of self-care to prevent infection among patients with leukemia undergoing chemotherapy during COVID-19 pandemic: 1) new normal ways for self-care, and 2) boosting psychological immunity.

The findings contribute to a deeper understanding of the lived experiences involved in self-care to prevent infection among leukemia patients undergoing chemotherapy during COVID - 19 pandemic. Furthermore, the insights gained from this study can inform the development of nursing intervention aimed at providing support for self-care to prevent infection among patients with leukemia during the COVID-19 pandemic or other infectious and communicable disease.

Keywords: Self-care to prevent infection, Qualitative research, Leukemia, Chemotherapy, COVID-19

บทนำ

โรคมะเร็งเม็ดเลือดขาว เป็นโรคมะเร็งทางระบบโลหิตวิทยาซึ่งจัดเป็นปัญหาสุขภาพที่สำคัญของโลก จากสถิติผู้ป่วยมะเร็งทั่วโลกในปี ค.ศ. 2020 พบว่า มีผู้ป่วยมะเร็งเม็ดเลือดขาวรายใหม่ คิดเป็นร้อยละ 5.4 และมีอัตราการเสียชีวิต คิดเป็นร้อยละ 3.3 สำหรับในประเทศไทยพบ ผู้ป่วยรายใหม่ คิดเป็นร้อยละ 2.4 และมีอัตราการเสียชีวิต คิดเป็นร้อยละ 2.6 (The Global Cancer Observatory, 2022) จากรายงานของหน่วยเวชสถิติ โรงพยาบาลสงขลานครินทร์ (Division of Digital Innovation and Data Analytics, Faculty of Medicine, Prince of Songkla University, 2021) พบว่าในปี พ.ศ. 2561 มีผู้ป่วยมะเร็งเม็ดเลือดขาวจำนวน 376 ราย และมีอัตราการเสียชีวิตจำนวน 19 ราย และในปี พ.ศ. 2563 มีผู้ป่วยจำนวน 383 ราย และมีอัตราการเสียชีวิตจำนวน 24 ราย จากข้อมูลดังกล่าว พบว่า อุบัติการณ์การเกิดโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาว และอัตราการเสียชีวิตมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น

โรคมะเร็งเม็ดเลือดขาว เกิดจากความผิดปกติของเซลล์เม็ดเลือดขาวตัวอ่อนในไขกระดูกที่ไม่สามารถเจริญเป็นเซลล์เม็ดเลือดขาวตัวแก่ที่ทำหน้าที่ได้ตามปกติ แนวทางการรักษาหลักของผู้ป่วยมะเร็งเม็ดเลือดขาว คือ การรักษาด้วยยาเคมีบำบัด โดยออกฤทธิ์ยับยั้ง หรือขัดขวางกระบวนการ

เจริญเติบโต และการแบ่งตัวของเซลล์มะเร็งในระยะต่าง ๆ เพื่อลดจำนวนเซลล์มะเร็งให้มากที่สุด (Vakiti & Mewawalla, 2023) แต่อย่างไรก็ตาม แม้ว่ายาเคมีบำบัดจะออกฤทธิ์ทำลายเซลล์มะเร็งแล้ว แต่ยังส่งผลต่อเซลล์ปกติของร่างกาย จึงทำให้เกิดผลข้างเคียง และภาวะแทรกซ้อนมากมาย ซึ่งผลข้างเคียงที่รุนแรงที่สุด คือ ไขกระดูกถูกกดการทำงาน ส่งผลให้เม็ดเลือดต่ำ โดยเฉพาะเม็ดเลือดขาวต่ำ ทำให้ติดเชื้อได้ง่าย (Luo et al., 2022) โดยเฉพาะเมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มผู้ป่วยมะเร็งชนิดก้อนอื่น ๆ (El-Sharkawi & Iyengar, 2020)

จากสถานการณ์โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (Coronavirus Disease 19; COVID - 19) ในเมืองอู่ฮั่น มณฑลหูเป่ย สาธารณรัฐประชาชนจีน ตั้งแต่เดือนธันวาคม พ.ศ. 2562 ที่เกิดขึ้นอย่างรวดเร็ว และมีความรุนแรงจนแพร่กระจายเชื้อไวรัสไปยังประเทศต่าง ๆ ทั่วโลก ทำให้หลายประเทศมีนโยบายหรือมาตรการเพื่อป้องกันการแพร่กระจายของเชื้อไวรัส โดยเฉพาะกลุ่มเสี่ยงที่มีโอกาสติดเชื้อได้ง่าย และมีความรุนแรงของโรคมากกว่าบุคคลทั่วไป ซึ่งผู้ป่วยมะเร็งเม็ดเลือดขาวจัดเป็นกลุ่มเสี่ยงในการติดเชื้อ เนื่องจากมีภูมิคุ้มกันต่ำ (World Health Organization [WHO], 2020) และจากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมา มีการศึกษาเกี่ยวกับความชุกในการติดเชื้อของผู้ป่วยมะเร็งเม็ดเลือดขาวแบบเฉียบพลันชนิดมัยอีลอยด์ ที่ได้รับยาเคมีบำบัด พบว่า ผู้ป่วยมีการติดเชื้อทางเดินหายใจมากที่สุดร้อยละ 47 (Jain et al., 2020) และหากกลุ่มผู้ป่วยมะเร็งโลหิตวิทยา มีการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 จะมีระดับคุณภาพชีวิตในระดับต่ำสุด เมื่อเปรียบเทียบกับผู้ที่ติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 เพียงอย่างเดียว และกลุ่มผู้ป่วยมะเร็งโลหิตวิทยาที่ไม่ได้ติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (Passamonti et al., 2020) นอกจากนี้ยังพบว่าผู้ป่วยมะเร็งโลหิตวิทยาจะรู้สึกกลัว และกังวลต่อการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (Zomerdijk et al., 2022; Zomerdijk et al., 2023) ดังนั้น การดูแลตนเองที่ถูกต้องและเหมาะสมจึงเป็นสิ่งสำคัญในการป้องกันการติดเชื้อ และลดระดับความรุนแรงของโรค

สำหรับในประเทศไทยพบผู้ติดเชื้อรายแรกเมื่อวันที่ 13 มกราคม 2563 จึงมีมาตรการปิดเมืองหรือปิดประเทศ (lockdown) เพื่อป้องกันและควบคุมสถานการณ์ของการแพร่กระจายของเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ทำให้บุคคลต่าง ๆ รวมถึงผู้ป่วยมะเร็งเม็ดเลือดขาวมีชีวิตวิถีใหม่ (new normal) เพื่อป้องกันการติดเชื้อ (Zomerdijk et al., 2022) ปัจจุบันยังพบการระบาดของเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 อย่างต่อเนื่อง ทำให้มีผู้ป่วยติดเชื้อสะสม จำนวน 4,373,846 ราย และมีผู้เสียชีวิต จำนวน 29,472 ราย สำหรับจังหวัดสงขลามีผู้ป่วยติดเชื้อสะสม จำนวน 102,373 ราย และมีผู้เสียชีวิต จำนวน 426 ราย และพบว่ามีผู้ติดเชื้อ ติดอันดับ 1 ใน 10 ของประเทศ รวมถึงมีผู้ติดเชื้อรายใหม่เพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง จึงได้มีมาตราการให้หลีกเลี่ยงสถานที่เสี่ยงต่อการติดต่อโรค มีการป้องกันการติดเชื้อส่วนบุคคล ได้แก่ การสวมหน้ากากอนามัย การล้างมือบ่อย ๆ การเว้นระยะห่างจากบุคคลอื่น 1 - 2 เมตร และมีการให้บริการฉีดวัคซีน

ป้องกันเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 รวมถึงมีบริการการรักษาผู้ที่ติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 แบบผู้ป่วยนอก สำหรับผู้ที่ไม่มีอาการหรือมีอาการไม่รุนแรง โดยให้กักตัวที่บ้านจำนวน 10 วัน ซึ่งจะมีเจ้าหน้าที่คอยติดตามอาการ และส่งยาไปให้ที่บ้าน (Department of Disease Control, 2022)

การดูแลตนเองเป็นการปฏิบัติกิจกรรมที่บุคคลกระทำด้วยตนเองอย่างจงใจ มีเป้าหมาย และเรียนรู้ภายใต้สิ่งแวดล้อมที่คงที่หรือเปลี่ยนแปลงไป เพื่อรักษาไว้ซึ่งชีวิต สุขภาพ และความปลอดภัยของตนเอง (Orem et al., 2001) ดังนั้นภายใต้สถานการณ์ไวรัสโคโรนา 2019 ผู้วิจัยจึงเชื่อว่า ผู้ป่วยมะเร็งเม็ดเลือดขาวต้องมีการปรับเปลี่ยนตนเองให้สอดคล้องกับสถานการณ์ที่เปลี่ยนแปลงไป จากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมา ผู้ป่วยมะเร็งเม็ดเลือดขาวมีพฤติกรรมการดูแลตนเองในการป้องกันการติดเชื้ออยู่ในระดับปานกลางถึงดีมาก (Lekdamrongkul et al., 2014; Tesamut et al., 2017) แต่อย่างไรก็ตาม การศึกษาข้างต้นเป็นการศึกษาภายใต้สถานการณ์ปกติที่ยังไม่มีการแพร่ระบาดของไวรัสโคโรนา 2019 และจากการทบทวนวรรณกรรม ยังไม่พบการศึกษาเกี่ยวกับการดูแลตนเองในการป้องกันการติดเชื้อของผู้ป่วยมะเร็งเม็ดเลือดขาว ในช่วงการแพร่ระบาดของไวรัสโคโรนา 2019 ในบริบทไทยซึ่งเป็นสิ่งแวดล้อมใหม่ที่ผู้ป่วยมะเร็งเม็ดเลือดขาวกำลังประสบอยู่ อีกทั้งผู้ป่วยมะเร็งเม็ดเลือดขาวเป็นกลุ่มเสี่ยงต่อการติดเชื้อได้ง่ายกว่าบุคคลทั่วไป และจากสถิติพบว่า มีผู้เสียชีวิตจากการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 เป็นผู้ที่มีโรคประจำตัวเรื้อรัง ร้อยละ 23 ซึ่งโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวเป็นกลุ่มโรคหนึ่งที่มีอัตราการเสียชีวิตสูงขึ้น เนื่องจากมีภูมิคุ้มกันต่ำ ทำให้ติดเชื้อได้ง่าย (Department of Disease Control, 2022)

ดังนั้น ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาประสบการณ์การดูแลตนเองในการป้องกันการติดเชื้อของผู้ป่วยมะเร็งเม็ดเลือดขาว ในช่วงการแพร่ระบาดของไวรัสโคโรนา 2019 เพื่อให้เกิดความเข้าใจในประสบการณ์ของผู้ป่วยกลุ่มนี้ และเป็นแนวทางในการวางแผน ดูแล และช่วยเหลือผู้ป่วยในการดูแลตนเองอย่างครอบคลุมและรับมือกับเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น

วัตถุประสงค์

เพื่อบรรยายประสบการณ์การดูแลตนเองในการป้องกันการติดเชื้อของผู้ป่วยมะเร็งเม็ดเลือดขาวที่ได้รับยาเคมีบำบัด ในช่วงการแพร่ระบาดของไวรัสโคโรนา 2019

คำถามการวิจัย

ประสบการณ์การดูแลตนเองในการป้องกันการติดเชื้อของผู้ป่วยมะเร็งเม็ดเลือดขาวที่ได้รับยาเคมีบำบัด ในช่วงการแพร่ระบาดของไวรัสโคโรนา 2019 เป็นอย่างไร

กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยเชิงคุณภาพครั้งนี้ใช้กรอบแนวคิดการวิจัยคุณภาพเชิงปรากฏการณ์วิทยาแบบบรรยาย (descriptive phenomenology) โดยใช้แนวคิดของ Edmund Husserl เพื่อบรรยายประสบการณ์การดูแลตนเองในการป้องกันการติดเชื้อของผู้ป่วยมะเร็งเม็ดเลือดขาวที่ได้รับยาเคมีบำบัด ในช่วงการแพร่ระบาดของไวรัสโคโรนา 2019 ซึ่งเป็นกระบวนการแสวงหาความจริงของสิ่งที่ต้องการศึกษาเป็นไปตามธรรมชาติ ผู้วิจัยต้องเจาะลึกลงไปให้ถึงโครงสร้างหรือแก่นของประสบการณ์ของบุคคล เพื่อให้เกิดความเข้าใจอย่างลึกซึ้ง โดยผู้วิจัยต้องทำความเข้าใจปรากฏการณ์ที่ศึกษาโดยไม่มีการคิดล่วงหน้าปราศจากอคติ และต้องแสดงให้เห็นว่ามีการกักเก็บ (bracketing) ประสบการณ์ความรู้สึกของตนเองไว้ไม่นำมาปะปนกับประสบการณ์ของผู้ให้ข้อมูล (Husserl, 1965; Paley, 1997) ในงานวิจัยครั้งนี้นำมาใช้เป็นแนวทางในการเก็บรวบรวมข้อมูล และวิเคราะห์ข้อมูล

วิธีการวิจัย

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรคือ ผู้ป่วยมะเร็งเม็ดเลือดขาวที่ได้รับเคมีบำบัด ในช่วงที่มีการแพร่ระบาดของไวรัสโคโรนา 2019 ในภาคใต้ และกลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ป่วยมะเร็งเม็ดเลือดขาวที่ได้รับเคมีบำบัด ในช่วงที่มีการแพร่ระบาดของไวรัสโคโรนา 2019 ที่เข้ารับบริการ ณ โรงพยาบาลตติยภูมิแห่งหนึ่งในภาคใต้ คัดเลือกผู้ให้ข้อมูลแบบเฉพาะเจาะจง โดยมีคุณสมบัติตามที่กำหนด ดังนี้ 1) ผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยเป็นมะเร็งเม็ดเลือดขาวที่รับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัด ทั้งที่มารับบริการแบบติดตามอาการ และเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล รวมถึงมีประสบการณ์ในการดูแลตนเองในการป้องกันการติดเชื้อ ในช่วงการแพร่ระบาดของไวรัสโคโรนา 2019 2) อายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป ทั้งเพศหญิงและเพศชาย 3) สามารถสื่อสาร และเข้าใจภาษาไทยได้ดี 4) ยินดีเข้าร่วมการวิจัยและให้ข้อมูลในการสัมภาษณ์ เกณฑ์ในการคัดออก คือ มีภาวะแทรกซ้อนที่เป็นอุปสรรคต่อการสัมภาษณ์ ได้แก่ มีไข้สูง หายใจเหนื่อย อ่อนเพลียมาก เป็นต้น

การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง

การศึกษาครั้งนี้ ขออนุมัติการเก็บรวบรวมข้อมูลและผ่านการพิจารณาจริยธรรมจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ ตามรหัสหนังสือรับรองเลขที่ REC.64-245-19-9 วันที่รับรอง 27 กรกฎาคม 2564 โดยก่อนเก็บรวบรวมข้อมูลผู้วิจัยได้อธิบายรายละเอียดของโครงการวิจัยให้ผู้ให้ข้อมูลรับทราบ เมื่อผู้ให้ข้อมูลยืนยันเข้าร่วมการวิจัยและยินดีให้ข้อมูล ผู้วิจัยให้ผู้ให้ข้อมูลลงชื่อในหนังสือแสดงเจตนายินยอมเข้าร่วมวิจัย และขออนุญาตนัดสัมภาษณ์ และบันทึกเสียงระหว่างการสัมภาษณ์ ระหว่างการสัมภาษณ์คำนึงถึงการป้องกันการแพร่

ระบาดของไวรัสโคโรนา 2019 โดยผู้วิจัยและผู้ให้ข้อมูลใส่หน้ากาก 2 ชั้น (หน้ากากอนามัยด้านในและหน้ากากผ้าด้านนอก) และตลอดเวลาการสัมภาษณ์ มีการเว้นระยะห่างระหว่างการสัมภาษณ์อย่างน้อย 2 เมตร ข้อมูลที่ได้จากการศึกษาวิจัยของผู้ให้ข้อมูลไม่ปรากฏชื่อในงานวิจัย และมีการเก็บข้อมูลไว้เป็นความลับ การนำเสนอหรือการอภิปรายข้อมูลในงานวิจัย มีการใช้รหัสหมายเลขแทนชื่อจริงของผู้ให้ข้อมูล ผู้ให้ข้อมูลมีสิทธิ์ปฏิเสธหรือถอนตัวออกจากการวิจัยได้ตลอดเวลา ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ให้ข้อมูลจะถูกทำลายภายหลังการวิจัยเสร็จสมบูรณ์ 3 ปี (National Research Council of Thailand, 2017)

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย 1) แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล จำนวน 2 ตอน ตอนละ 7 ข้อ 2) แนวคำถามเกี่ยวกับประสบการณ์ดูแลตนเองในการป้องกันการติดเชื้อของผู้ป่วยมะเร็งเม็ดเลือดขาวที่ได้รับยาเคมีบำบัด ในช่วงการแพร่ระบาดของไวรัสโคโรนา 2019 จำนวน 9 ข้อ และ 3) แบบบันทึกภาคสนาม หลังจากนั้นผู้วิจัยนำเครื่องมือทั้งฉบับไปศึกษานำร่อง (pilot study) กับผู้ให้ข้อมูลที่มีคุณสมบัติคล้ายคลึงกับผู้ให้ข้อมูลที่กำหนด จำนวน 2 ราย และให้ผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบ จำนวน 3 ท่าน ได้แก่ อาจารย์พยาบาลที่มีความรู้และความเชี่ยวชาญเกี่ยวกับผู้ป่วยมะเร็งเม็ดเลือดขาว จำนวน 1 ท่าน อาจารย์พยาบาลที่มีความรู้และความเชี่ยวชาญเกี่ยวกับงานวิจัยเชิงคุณภาพ จำนวน 1 ท่าน และพยาบาลที่มีความรู้ ความเชี่ยวชาญ และมีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งเม็ดเลือดขาว จำนวน 1 ท่าน ผู้วิจัยตรวจสอบค่าสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับวัตถุประสงค์หรือเนื้อหา (Index of item objective congruence: IOC) ได้เท่ากับ 0.88 และได้ปรับปรุงข้อคำถามตามข้อเสนอแนะ รวมทั้งภาษาที่ใช้ในแนวคำถาม ก่อนนำไปศึกษาจริง

วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

หลังจากได้รับการอนุมัติการรับรองจริยธรรมวิจัยในมนุษย์ ผู้วิจัยทำหนังสือขออนุญาตเก็บข้อมูลที่โรงพยาบาลสงขลานครินทร์ และติดต่อหัวหน้าหอผู้ป่วยที่เกี่ยวข้อง เพื่อแนะนำตัว ชี้แจงรายละเอียด วัตถุประสงค์ และขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยผู้วิจัยขอความร่วมมือจากพยาบาลที่รับผิดชอบดูแลผู้ป่วยทั้งที่แผนกหอผู้ป่วยนอก และหอผู้ป่วยใน เป็นผู้แนะนำโครงการวิจัยเบื้องต้นให้แก่ผู้ให้ข้อมูลและญาติ หลังจากนั้นผู้วิจัยแนะนำตัว พร้อมทั้งอธิบายรายละเอียดในการวิจัยอีกครั้ง เมื่อผู้ให้ข้อมูลยินยอมเข้าร่วมการวิจัย ผู้วิจัยนัดวัน เวลาสัมภาษณ์ขณะผู้เข้าร่วมวิจัยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล สำหรับในรายที่ไม่สะดวกจะมีการนัดสัมภาษณ์ทางโทรศัพท์ การสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูลใช้ระยะเวลา 30 - 60 นาที และสัมภาษณ์ 2 - 3 ครั้งต่อราย และขออนุญาตในการบันทึกเสียงการสัมภาษณ์ ในขณะสัมภาษณ์ผู้วิจัยสังเกตลักษณะสีหน้า ท่าทางและพฤติกรรมของผู้ให้ข้อมูล พร้อมทั้งจดบันทึกประเด็นสำคัญ นอกจากนี้ผู้วิจัยทบทวนข้อมูลการสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูลในแต่ละวัน หลัง

วิเคราะห์ข้อมูล ผู้วิจัยนำผลการศึกษาที่ค้นพบไปให้ผู้ให้ข้อมูลตรวจสอบความถูกต้องอีกครั้ง เพื่อให้ได้ข้อมูลที่ตรงกันกับประสบการณ์จริงของผู้ให้ข้อมูล การสิ้นสุดการรวบรวมข้อมูล เมื่อข้อมูลมีความเพียงพอ และอิ่มตัว (data saturation) โดยพิจารณาจากการที่ผู้วิจัยไม่สามารถหาประเด็นใหม่ได้อีก ผู้วิจัยเข้าใจประสบการณ์ที่ศึกษาชัดเจน ครอบคลุมตามวัตถุประสงค์ที่ต้องการศึกษา ซึ่งผู้วิจัยและผู้ให้ข้อมูลเข้าใจตรงกันในข้อมูลที่ได้รับ การวิจัยครั้งนี้พบความอิ่มตัวของข้อมูล โดยมีผู้ให้ข้อมูลจำนวน 12 ราย เก็บรวบรวมข้อมูลระหว่างเดือนสิงหาคม พ.ศ. 2564 ถึงเดือนมีนาคม พ.ศ. 2565

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลในการวิจัยครั้งนี้ แบ่งเป็นข้อมูลส่วนบุคคล วิเคราะห์ข้อมูลโดยการแจกแจงความถี่ สำหรับข้อมูลเชิงคุณภาพจากการสัมภาษณ์ ใช้การวิเคราะห์ข้อมูลตามวิธีการของ Colaizzi (1978) โดยผู้วิจัยถอดบันทึกจากการสัมภาษณ์แบบคำต่อคำ ประโยคต่อประโยค จากนั้นผู้วิจัยอ่านทำความเข้าใจข้อมูลทั้งหมดในภาพรวม โดยเน้นความรู้สึกของผู้ให้ข้อมูลที่มีต่อประสบการณ์ และดำเนินการจัดกลุ่มคำหรือประโยคที่เกี่ยวข้องกับปรากฏการณ์ออกมาให้มากที่สุด และรวบรวมข้อมูลที่ได้จากการสังเกตภาคสนาม ได้แก่ ท่าทาง สีหน้า และน้ำเสียง เพื่อสนับสนุนประสบการณ์ นอกจากนี้ผู้วิจัยพยายามทำความเข้าใจในข้อความให้ตรงกับผู้ให้ข้อมูลสื่อสารออกมา โดยอ่านกลุ่มคำที่มีความสำคัญ แล้วให้ความหมายหรือรหัส (coding) กำหนดความหมายให้กับคำหรือประโยคที่เป็นปรากฏการณ์ที่ได้จากการศึกษา จากนั้นผู้วิจัยกำหนดหมวดหมู่ของข้อความให้สอดคล้องกับวัตถุประสงค์ของการวิจัย โดยเขียนเป็นประเด็นหลัก (themes) ประเด็นย่อย (sub themes) ซึ่งข้อสรุปที่ได้เป็นเพียงข้อสรุปชั่วคราว และมีการตรวจสอบความถูกต้องในการจัดกลุ่ม และการแบ่งหมวดหมู่ของข้อมูลกับทีมวิจัย เมื่อมีความคิดเห็นที่ตรงกัน ผู้วิจัยนำประเด็นที่ได้มาเขียนบรรยายโดยละเอียด โดยตั้งอยู่บนพื้นฐานของข้อมูลและประสบการณ์จริงของผู้ให้ข้อมูล พร้อมทั้งมีการอ้างอิงตัวอย่างคำพูดของผู้ให้ข้อมูล

การสร้างความน่าเชื่อถือในการวิจัย (Trustworthiness)

ผู้วิจัยใช้แนวคิดการสร้างความน่าเชื่อถือการศึกษาครั้งนี้ ตามแนวคิดของ Lincoln and Guba (1985) โดยหลังเสร็จสิ้นการสัมภาษณ์ และหลังวิเคราะห์ข้อมูล ผู้วิจัยสรุปข้อมูลให้ผู้ให้ข้อมูล เพื่อเป็นการตรวจสอบข้อมูล (member check) การใช้เวลาอยู่กับผู้ให้ข้อมูลอย่างเพียงพอ (prolong engagement) โดยใช้เวลาในการเก็บข้อมูลกับผู้ให้ข้อมูลจำนวน 2 – 3 ครั้ง แต่ละรายใช้เวลาประมาณ 30 - 60 นาที มีการสร้างสัมพันธภาพเพื่อให้เกิดความไว้วางใจ การสังเกตสีหน้า ท่าทาง และน้ำเสียงของผู้ให้ข้อมูลที่แสดงออกมาระหว่างการสัมภาษณ์ พร้อมทั้งบันทึกบรรยากาศขณะสัมภาษณ์ และตลอดกระบวนการวิจัย ผ่านการพิจารณาจากอาจารย์ที่ปรึกษา และคณะกรรมการในการพิจารณาการ

ศึกษาวิจัยทุกขั้นตอน (dependability) มีการเขียนบรรยายบริบทการศึกษา ข้อค้นพบ และข้อเสนอแนะจากการศึกษาอย่างละเอียด ชัดเจน เพื่อให้สามารถนำไปประยุกต์ใช้ (transferability) ตลอดจนมีหลักฐานการบันทึกข้อมูลต่าง ๆ เพื่อให้สามารถตรวจสอบความถูกต้อง ยืนยันผลการศึกษาได้ (confirmability)

ผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้มีผู้ให้ข้อมูลที่เป็นมะเร็งเม็ดเลือดขาวที่ได้รับยาเคมีบำบัด ในช่วงการแพร่ระบาดของไวรัสโคโรนา 2019 จำนวน 12 ราย เป็นเพศชาย จำนวน 7 ราย มีอายุระหว่าง 20 - 39 ปี และ 40 - 59 ปี จำนวน 4 รายเท่ากัน นับถือศาสนาพุทธ จำนวน 8 ราย สถานภาพสมรสคู่ จำนวน 10 ราย ระดับการศึกษาปริญญาตรีจำนวน 6 ราย ประกอบอาชีพลูกจ้าง จำนวน 4 ราย ใช้สิทธิ์สวัสดิการรักษาพยาบาลของราชการ จำนวน 10 ราย มีความเพียงพอของรายได้เหลือเก็บ จำนวน 7 ราย ได้รับการวินิจฉัยเป็นมะเร็งเม็ดเลือดขาวแบบเฉียบพลันชนิดมัยอีลอยด์ (Acute Myeloblastic Leukemia: AML) จำนวน 6 ราย ไม่มีโรคประจำตัว จำนวน 9 ราย ได้รับยาเคมีบำบัดสูตรแอซาไซทิดีนมากที่สุด (Azacitidine) จำนวน 3 ราย จำนวนครั้งที่ได้รับยาเคมีบำบัดอยู่ระหว่าง 3 - 5 ครั้ง จำนวน 7 ราย ครั้งสุดท้ายที่รับยาเคมีบำบัดระยะเวลา 3 สัปดาห์ จำนวน 5 ราย และผู้ให้ข้อมูลมีอาการข้างเคียงหลังได้รับยาเคมีบำบัด โดยมีไข้ จำนวน 9 ราย

ผลการศึกษาเกี่ยวกับประสบการณ์การดูแลตนเองในการป้องกันการติดเชื้อของผู้ป่วยมะเร็งเม็ดเลือดขาวที่ได้รับยาเคมีบำบัด ในช่วงการแพร่ระบาดของไวรัสโคโรนา 2019 ครอบคลุม 2 ประเด็นหลัก (themes) และ 4 ประเด็นย่อย (sub-themes) ได้แก่ 1) การดูแลตนเองในมิติวิถีชีวิตปกติใหม่ ประเด็นย่อย 1.1) ระมัดระวังตัวและเข้มงวดกับการดูแลตนเองอย่างเคร่งครัด และ 1.2) ชีวิตยุ่งยากลำบาก แต่ทำให้ชีวิตปลอดภัย และ 2) การสร้างภูมิคุ้มกันใจ ประเด็นย่อย 2.1) ใช้ชีวิตอย่างเข้าใจ ทำใจให้สงบ และ 2.2) เสริมกำลังใจจากคนรอบข้าง ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 แสดงผลการศึกษาประเด็นหลัก (Themes) และประเด็นย่อย (Sub-themes)

ประเด็นหลัก (Themes)	ประเด็นย่อย (Sub-themes)
1. การดูแลตนเองในมิติวิถีชีวิตปกติใหม่	- ระมัดระวังตัว และเข้มงวดกับการดูแลตนเองอย่างเคร่งครัด
	- ชีวิตยุ่งยากลำบาก แต่ทำให้ชีวิตปลอดภัย
2. การสร้างภูมิคุ้มกันใจ	- ใช้ชีวิตอย่างเข้าใจ ทำใจให้สงบ
	- เสริมกำลังใจจากคนรอบข้าง

ประเด็นหลัก (1) การดูแลตนเองในมิติวิถีชีวิตปกติใหม่

ผู้ให้ข้อมูลได้อธิบายถึงการดูแลตนเองให้สอดคล้องกับสถานการณ์การแพร่ระบาดของไวรัสโคโรนา 2019 กับมิติวิถีชีวิตปกติใหม่ (new normal) ตามมาตรการการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ โดยประสบการณ์ในการดูแลตนเองเพื่อป้องกันการติดเชื้อ สามารถแบ่งได้ 2 ประเด็นย่อย คือ 1) ระมัดระวังตัว และเข้มงวดกับการดูแลตนเองอย่างเคร่งครัด และ 2) ชีวิตยุ่งยากลำบาก แต่ทำให้ชีวิตปลอดภัย ดังนี้

ประเด็นย่อย (1.1) ระมัดระวังตัว และเข้มงวดกับการดูแลตนเองอย่างเคร่งครัด

ผู้ให้ข้อมูลจำนวน 8 ราย เล่าว่าการใช้ชีวิตในช่วงการแพร่ระบาดของไวรัสโคโรนา 2019 อย่างระมัดระวังมากขึ้น พยายามดูแลตัวเองอย่างเคร่งครัด และเข้มงวด เพื่อป้องกันการติดเชื้อ ผู้ให้ข้อมูลรู้ว่าการเป็นโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวและได้รับยาเคมีบำบัด ทำให้ภูมิคุ้มกันต่ำ ส่งผลให้ติดเชื้อได้ง่าย การแพร่ระบาดของไวรัสโคโรนา 2019 ทำให้ผู้ให้ข้อมูลมีโอกาสการติดเชื้อเพิ่มขึ้นได้ง่ายกว่าคนทั่วไป ทำให้ต้องมีการดูแลตนเองอย่างระมัดระวังและเคร่งครัดมากขึ้น เช่น การสวมหน้ากากอนามัยสองชั้น การเพิ่มความถี่ในการล้างมือ การรับประทานอาหารปรุงสุก สะอาด และ การแยกห้องน้ำและของใช้กับบุคคลในครอบครัว ดังตัวอย่างคำสัมภาษณ์ ดังนี้

“เราต้องระมัดระวังมากขึ้นเป็นสองเท่าเลยค่ะ เพราะเดิมที่เป็นโรคนี้ภูมิต้านทานต่ำ เราก็ต้องระมัดระวังตัวเองอยู่แล้ว พอมีโควิดทุกอย่างมันต้องเคร่งครัดมากขึ้น ต้องระวังตนเองมากขึ้นไปอีก เราล้างบ่อยมาก คิดว่าน่าจะบ่อยกว่าคนทั่วไป พอหยิบจับอะไร ก็ล้างมือกับแอลกอฮอล์ตลอด ก็ถูทั่ว ๆ จนดูแล้วว่ามือสะอาดประมาณ 15 วินาที และใส่หน้ากากอนามัยทางการแพทย์ตลอดเวลา แม้กระทั่งอยู่บ้าน ตอนนอนก็ใส่ตลอด จะแยกห้องน้ำใช้กับสามีคนละห้อง ได้ไม่ต้องสัมผัสกันมาก อาหารก็ทำเองจะกินที่สุกสะอาด”

(ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 5)

“เราเป็นโรคที่ภูมิคุ้มกันต่ำ มันติดเชื้อได้ง่ายอยู่แล้ว ยิ่งมีโควิดอีก มันต้องระมัดระวังเป็นสองเท่าเลย ก็ต้องพยายามดูแลตัวเองมากขึ้น ยิ่งช่วงนี้ยังให้ยาเคมีบำบัด ก็ต้องระมัดระวังทุกอย่าง ต้องใส่แมสทางการแพทย์สองชั้น ล้างมือบ่อยมากกว่าเดิม ส่วนใหญ่ล้างกับสบู่ ล้างเสร็จแล้วก็ฉีดแอลกอฮอล์อีก ตอนล้างร้องเพลงช้าง 2 รอบ ประมาณ 1 นาที ล้างทุกครั้งที่เข้าห้องน้ำ ก่อนหลังกินข้าว จะกินของร้อน ๆ ของไม่สุกไม่กิน พวกของหมักดองไม่กิน ผักสดจะต้มให้สุกก่อนกิน แล้วจะแยกของใช้ พวกจานกับช้อน จะแยกเป็นของเราเลย ไม่ไปรวมกับใคร หลังกินเสร็จจะล้างให้สะอาดแล้วเอาไปนึ่งฆ่าเชื้อตลอด”

(ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 12)

ประเด็นย่อย (1.2): ชีวิตยุ่งยากลำบาก แต่ทำให้ชีวิตปลอดภัย

ผู้ให้ข้อมูลจำนวน 5 ราย เล่าว่าการใช้ชีวิตในช่วงการแพร่ระบาดของไวรัสโคโรนา 2019 มีความยุ่งยาก ลำบาก และไม่สะดวก ผู้ให้ข้อมูลพยายามดูแลตัวเองตามมาตรการเพื่อป้องกันการติดเชื้อ ซึ่งต้องมีอุปกรณ์ในการป้องกันการติดเชื้อเพิ่มขึ้น ทำให้เป็นภาระในการพกพา ผู้ให้ข้อมูลบางรายบอกถึงการดำเนินชีวิตที่ไม่สะดวกและยุ่งยากขึ้นเมื่อเทียบกับสถานการณ์ปกติ ทั้งในเรื่องของการซื้อวัตถุดิบมาประกอบอาหารหรือซื้ออาหารมารับประทาน การพบปะบุคคลใกล้ชิด การออกจากบ้านไปทำธุระ และการไปพบแพทย์ตามนัด เป็นต้น อย่างไรก็ตาม การมีมาตรการป้องกันโควิด ทำให้การใช้ชีวิตปลอดภัยขึ้น เนื่องจากสถานการณ์การแพร่ระบาดของไวรัสโคโรนา 2019 ทำให้บุคคลทั่วไปมีความตระหนักมากขึ้นในการป้องกันการติดเชื้อ โดยการปฏิบัติตามมาตรการป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 เช่น การเว้นระยะห่างจากบุคคลอื่น การสวมหน้ากากอนามัย เป็นต้น จากที่บุคคลปฏิบัติตามมาตรการดังกล่าว ส่งผลให้ผู้ป่วยมะเร็งเม็ดเลือดขาวสามารถลดการสัมผัสเชื้อจากบุคคล และสามารถดูแลตนเองเพื่อป้องกันการติดเชื้อได้ง่ายและปลอดภัยขึ้น ดังตัวอย่างคำสัมภาษณ์ของผู้ให้ข้อมูลดังนี้

“โรคของเรามันทำให้ภูมิคุ้มกันต่ำ ติดเชื้อง่าย แล้วตอนนี้มีทั้งตัวโรคเดิมแล้วต้องระวังโควิดด้วย รู้สึกมันลำบากขึ้น ไปไหนมาไหนก็ไม่สะดวก จะไปไหนอย่างน้อยก็ต้องมีหน้ากากอนามัย มีแอลกอฮอล์ เหมือนมีอะไรมาเป็นภาระเพิ่มขึ้นในการดำเนินชีวิต มันไม่คล่องตัว จากที่เรามีอิสระสบาย ๆ มันก็ลดลง ตั้งแต่มีโควิดเราไม่ออกไปไหน มีลูกชายเขาออกไปซื้อของบ้าง ก็เสี่ยงติดเชื้อ แต่อาจจะน้อยกว่าถ้าเราไปเอง เพราะเขาก็ป้องกันตัวเองระดับนึงอยู่แล้ว”

(ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 3)

“จริง ๆ เราป่วยเป็นโรคนี้ เม็ดเลือดขาวต่ำ ทำให้ติดเชื้อง่าย เราก็ป้องกันตัวเราอยู่แล้ว แต่พอช่วงที่มีโควิดมันก็ยุ่งยากขึ้นอีก ออกไปไหนก็ไม่สะดวก ออกไปซื้ออาหารเองก็ไม่ได้ กลัวติดเชื้อมานอนโรงพยาบาลก็ต้องตรวจเชื้อโควิดก่อนแอดมิท ญาติที่มาเฝ้าก็ต้องฉีดวัคซีน ต้องตรวจเอทีเค (ATK) ห้ามเปลี่ยนคนเฝ้าไข้ ญาติก็ต้องใส่แมส มันไม่สะดวกไปหมด มันซับซ้อนไปทุกอย่าง ยุ่งยากไปหมด”

(ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 9)

ผู้ให้ข้อมูลจำนวน 2 ราย สะท้อนเกี่ยวกับการมีมาตรการป้องกันโควิด ทำให้การใช้ชีวิตปลอดภัยขึ้น เนื่องจากสถานการณ์การแพร่ระบาดของไวรัสโคโรนา 2019 ทำให้บุคคลทั่วไปมีความ

ตระหนักมากขึ้นในการป้องกันการติดเชื้อ โดยการปฏิบัติตามมาตรการป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 เช่น การเว้นระยะห่างจากบุคคลอื่น การสวมหน้ากากอนามัย เป็นต้น จากที่บุคคลปฏิบัติตามมาตรการดังกล่าว ส่งผลให้ผู้ป่วยมะเร็งเม็ดเลือดขาวสามารถลดการสัมผัสเชื้อจากบุคคล และสามารถดูแลตนเองเพื่อป้องกันการติดเชื้อได้ง่ายและปลอดภัยขึ้น ดังตัวอย่างคำสัมภาษณ์ของผู้ให้ข้อมูล ดังนี้

"เราใช้ชีวิตเป็นปกติของเรา และง่ายขึ้น เราไม่ค่อยไปไหนอยู่แล้ว ปกติเป็นคนไม่ค่อยเข้าสังคม เหมือนไปงานอะไร ผมก็ไม่กินข้าวที่งานนะ มากินที่บ้าน ไปทำงานก็ต้มน้ำไปกินเอง พอมีโควิดก็ต่างคนต่างอยู่ ยิ่งไม่ต้องสุงสิง (ไม่ยุ่งเกี่ยว) กับใคร ลดการสัมผัสเชื้อ เราก็ได้ดูแลตัวเอง"

(ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 2)

"สำหรับโรคของเรา คือ เป็นโอกาสดีอย่างหนึ่ง ที่ต่างคนก็ต่างจะใส่แมส และก็ไม่มาใกล้เรา รู้สึกว่าโชคดีตรงนี้ เพราะว่าปกติเมื่อก่อน เวลามีใครมาเจอกัน จะเข้ามาติดตัว เราก็กลัวติดเชื้อ แต่ตอนนี้สบาย ไม่มีใครเข้ามาใกล้ฉัน ฉันก็ฟูมฟักรักษาตัวด้วยโรคของฉันเองได้สบาย"

(ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 10)

ประเด็นหลัก (2) การสร้างภูมิคุ้มกันใจ

ผู้ให้ข้อมูลจำนวน 9 ราย สะท้อนการดูแลตนเองเพื่อป้องกันการติดเชื้อในช่วงการแพร่ระบาดของไวรัสโคโรนา 2019 นอกจากการดูแลตนเองอย่างเคร่งครัดแล้ว จะสร้างเสริมภูมิคุ้มกันทางจิตใจ ใน 2 ประเด็นย่อย ได้แก่ 1) ใช้ชีวิตอย่างเข้าใจ ทำใจให้สงบ และ 2) เสริมกำลังใจจากคนรอบข้าง จากคนในครอบครัว ญาติพี่น้อง เพื่อนและได้รับกำลังใจจากบุคลากรทางการแพทย์ ดังตัวอย่างคำสัมภาษณ์ของผู้ให้ข้อมูล ดังนี้

ประเด็นย่อย (2.1) ใช้ชีวิตอย่างเข้าใจ ทำใจให้สงบ

สถานการณ์การแพร่ระบาดของไวรัสโคโรนา 2019 ทำให้ผู้ให้ข้อมูลรู้สึกกังวล เนื่องจากโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวที่ได้รับยาเคมีบำบัด จะมีภูมิคุ้มกันต่ำ ส่งผลให้ติดเชื้อได้ง่าย ผู้ให้ข้อมูลจำนวน 6 ราย เล่าถึงประสบการณ์ในการดูแลตนเองในขณะนั้นว่าพยายามปรับเปลี่ยนการดำเนินชีวิตอย่างเข้าใจ ทำจิตใจให้สงบ ผ่อนคลาย และไม่เครียด โดยเชื่อว่าการพยายามใช้ชีวิตอย่างเข้าใจตามหลักศาสนาที่ตนเองนับถือ การปรับจิตใจให้เข้มแข็งและสงบ จะช่วยส่งเสริมให้สามารถฟันฝ่าอุปสรรคต่าง ๆ ได้ รวมทั้งเป็นแรงกระตุ้นในการดูแลตนเองเพื่อป้องกันการติดเชื้อ ดังตัวอย่างคำสัมภาษณ์ของผู้ให้ข้อมูล ดังนี้

“เรารู้ว่าเราเป็นโรคที่ภูมิคุ้มกันไม่แข็งแรง มีความกังวลบ้างอยู่แล้ว แต่สถานการณ์แบบนี้เราก็ต้องป้องกันตัวเองให้ดีที่สุด ต้องปรับตัวให้ได้ เราก็ยึดหลักศาสนาของเรา พยายามจะไม่เครียด ไม่กังวลอะไร ทำจิตใจให้ผ่อนคลาย ใช้ชีวิตแบบเข้าใจ ทุกอย่างมันถูกกำหนดไว้แล้ว ถ้าเครียดก็กินไม่ได้นอนไม่หลับ ร่างกายไม่แข็งแรง ติดเชื้อได้ง่ายอีก บางครั้งก็โทรหาเพื่อนคุยบ้าง ก็สบายใจขึ้น อย่างน้อยเราสบายใจ มันก็น่าจะทำให้ร่างกายดีไปด้วย”

(ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 9)

“เราเป็นโรคนี้ ก็ใช้ชีวิตไม่เหมือนคนทั่วไป ต้องระมัดระวังทุกอย่าง ก็เครียดนะ แต่กลัวส่งผลต่อสุขภาพ กลัวร่างกายไม่แข็งแรงแล้วติดเชื้อ ก็ใช้หลักศาสนา ทำให้จิตใจเราสงบ บางครั้งก็หยิบอัลกุรอานจากมือถือมาอ่าน ทำให้จิตใจเราจดจ่อกับสิ่งนั้น มันสบายใจขึ้น สำหรับศาสนาอิสลามนั้น มันช่วยให้จิตใจเราสงบ ไม่เครียด เป็นภูมิต้านทานที่ดีเลย”

(ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 11)

ประเด็นย่อย (2.2) เสริมกำลังใจจากคนรอบข้าง

ผู้ให้ข้อมูลจำนวน 9 ราย เล่าว่าการได้รับกำลังใจจากคนรอบข้าง เป็นแรงเสริมผลักดันในการดูแลตนเองมากขึ้น ซึ่งกำลังใจที่ได้รับจะเป็นในรูปแบบการได้รับคำแนะนำในการดูแลตนเองจากคนรอบข้าง จากครอบครัว ญาติพี่น้อง เพื่อน และบุคลากรทางการแพทย์ ดังตัวอย่างคำสัมภาษณ์ของผู้ให้ข้อมูล ดังนี้

“เรามีกำลังใจดี แม่คอยซัพพอตเรามาก ลุง ป้า น้า อา พี่ น้อง ทุกคนทุ่มเทแรงกายแรงใจดูแลเราหมดเลย ไม่ว่าเรื่องอะไร กลายเป็นสิ่งที่ทำให้เราคิดได้ว่า เราต้องสู้ มีอะไรให้รักษาก็ทำไปตามสเต็ป พยายามดูแลตัวเอง”

(ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 10)

“มีพี่สะใภ้ 2 คนแนะนำเราดีมาก เป็นพยาบาล กับเภสัช เขาแนะนำเราตลอด คอยหาข้อมูลให้ เวลามีอบรมเกี่ยวกับผู้ป่วยโรคเลือด เขาจะให้เราเข้าไปฟัง ว่าต้องดูแลตัวเองยังไงไม่ให้ติดเชื้อ ต้องกินอาหารปรุงสุก ต้องรักษาความสะอาด

(ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 11)

อภิปรายผล

ผลการศึกษาเรื่องประสบการณ์การดูแลตนเองในการป้องกันการติดเชื้อของผู้ป่วยมะเร็งเม็ดเลือดขาวที่ได้รับยาเคมีบำบัด ในช่วงการแพร่ระบาดของไวรัสโคโรนา 2019 ปรากฏข้อมูลที่เป็นประเด็นสำคัญในการนำมาอภิปราย ตามมุมมองผู้ให้ข้อมูล ดังนี้

จากการศึกษา ผู้ให้ข้อมูลสะท้อนเกี่ยวกับการดำเนินชีวิตอย่างระมัดระวัง และเข้มงวดกับการดูแลตนเองอย่างเคร่งครัด เนื่องจากพยาธิสภาพของโรค และการรักษาด้วยยาเคมีบำบัด ทำให้เม็ดเลือดขาวต่ำ ส่งผลให้ผู้ป่วยมะเร็งเม็ดเลือดขาวมีความเสี่ยงในการติดเชื้อได้ง่าย จากการศึกษาของ Jain et al. (2020) พบว่า ผู้ป่วยมะเร็งเม็ดเลือดขาวชนิดเฉียบพลันแบบมัยอีลอยด์ที่ได้รับยาเคมีบำบัด มีการติดเชื้อทางเดินหายใจมากที่สุดถึงร้อยละ 47 ในสถานการณ์การแพร่ระบาดของไวรัสโคโรนา 2019 มีระบบทางเดินหายใจเป็นช่องทางในการติดต่อของเชื้อไวรัส ทำให้ผู้ป่วยมะเร็งเม็ดเลือดขาวมีความเสี่ยงในการติดเชื้อเพิ่มขึ้น ผู้ให้ข้อมูลจึงมีการปรับเปลี่ยนการดำเนินชีวิตอย่างระมัดระวัง และดูแลตนเองอย่างเคร่งครัด ซึ่งเป็นวิธีการปฏิบัติตัวในการป้องกันการติดเชื้อ ได้แก่ การสวมหน้ากากอนามัย 2 ชั้น การล้างมือบ่อยขึ้น การแยกของใช้ส่วนตัว การเว้นระยะห่างทางสังคม และการฉีดวัคซีนป้องกันเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 เป็นต้น และสอดคล้องกับการศึกษาของ Gheorghe et al. (2021) ศึกษาเกี่ยวกับความรู้ ทัศนคติ และการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยมะเร็งชาวโรมาเนีย ในช่วงที่มีการแพร่ระบาดของไวรัสโคโรนา 2019 พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีวิธีการดูแลตนเองในการป้องกันการติดเชื้อด้วยการล้างมือเป็นเวลามากกว่า 20 วินาที (ร้อยละ 90.9) หลีกเลี่ยงนำมือไปสัมผัสดวงตา จมูก และปาก (ร้อยละ 79.4) และรับประทานอาหารปรุงสุกและสะอาด (ร้อยละ 43) เพื่อป้องกันการติดเชื้อ

จากสถานการณ์ไวรัสโคโรนา 2019 ซึ่งมีการแพร่กระจายเชื้อไวรัสได้ง่ายจากคนสู่คน ส่งผลให้บุคคลทั่วไป มีการปฏิบัติตามมาตรการเพื่อป้องกันและควบคุมการแพร่กระจายเชื้อ ได้แก่ การเว้นระยะห่างจากบุคคลอื่นอย่างน้อย 2 เมตร การสวมหน้ากากอนามัย เป็นต้น ทำให้ผู้ป่วยมะเร็งเม็ดเลือดขาวมีการดูแลตนเองเพื่อป้องกันการติดเชื้อได้ง่ายและปลอดภัยมากขึ้น แต่อย่างไรก็ตาม แม้มาตรการป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ทำให้ผู้ป่วยมะเร็งเม็ดเลือดขาวมีการดูแลตนเองในการป้องกันการติดเชื้อได้ง่ายและปลอดภัยขึ้น แต่มีผู้ให้ข้อมูลจำนวน 5 ราย สะท้อนเกี่ยวกับการใช้ชีวิตยุ่งยากลำบาก จากการมีมาตรการป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 เนื่องจากมีการปฏิบัติกิจกรรมมากขึ้นเมื่อมาติดตามผลการรักษา และ/หรือเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล และมีอุปกรณ์พกพาในการป้องกันการติดเชื้อเพิ่มขึ้นทำให้เป็นภาระในการดำเนินชีวิต รวมถึงการดำเนินชีวิตไม่สะดวกและยุ่งยากขึ้น ได้แก่ ความลำบากในการออกไปซื้อวัตถุดิบมาประกอบอาหารหรือซื้ออาหารมารับประทาน ความลำบากในการพบปะบุคคลใกล้ชิด และการไปพบแพทย์ตามนัด เป็นต้น อย่างไรก็ตาม แม้ว่าการปฏิบัติ

ตามมาตรการป้องกันการติดเชื้อจะส่งผลให้เกิดความยุ่งยากลำบาก ผู้ป่วยมะเร็งเม็ดเลือดขาวก็มีการปฏิบัติตามมาตรการเพื่อดูแลตนเองในการป้องกันการติดเชื้อ เนื่องจากมีการตระหนักถึงความปลอดภัย และหากไม่ทำกิจกรรมนั้น ๆ อาจส่งผลรุนแรงต่อชีวิตมากกว่า สอดคล้องกับการศึกษาของ Chia et al. (2021) ศึกษาเกี่ยวกับการจัดการผู้ป่วยมะเร็งในช่วงที่มีการแพร่ระบาดไวรัสโคโรนา 2019 พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีการลดกิจกรรมนอกบ้าน หลีกเลี่ยงพบปะผู้คน แม้จะลดความสะดวกในการดำเนินชีวิต แต่สามารถปฏิบัติตามได้เพื่อป้องกันการติดเชื้อ เนื่องจากหากเกิดการติดเชื้อ อาจทำให้โรคมีความรุนแรงขึ้น

โรคมะเร็งเม็ดเลือดขาว เป็นความเจ็บป่วยที่มีความรุนแรงของอาการ ซึ่งส่งผลกระทบอย่างเป็นองค์รวม เนื่องจากตั้งแต่ได้รับการวินิจฉัยโรค การรักษาด้วยยาเคมีบำบัด รวมถึงการดูแลตนเองอย่างระมัดระวังมากขึ้น ส่งผลกระทบด้านจิตใจอย่างต่อเนื่อง ทำให้เกิดความเครียด วิตกกังวล และเมื่ออาการแย่ลง ยิ่งทำให้รู้สึกท้อแท้ หมดกำลังใจมากขึ้น รู้สึกถึงความไม่แน่นอนในชีวิต (Temtap et al., 2015) ดังนั้น การปรับตัวในการใช้ชีวิต การคิดด้านบวก การทำจิตใจให้สงบ ทำให้เสริมแรงในการดูแลตนเองเพื่อป้องกันการติดเชื้อ สอดคล้องกับการศึกษาของ Tesamut et al. (2017) ศึกษาเกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพของผู้ที่เป็นโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวแบบเฉียบพลันชนิดมัยอีลอยด์ที่ได้รับยาเคมีบำบัด พบว่า กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 20 เมื่อมีเรื่องไม่สบายใจหรือเครียด จะปรับตัวและปรึกษาบุคคลในครอบครัว ญาติ หรือเพื่อน ทำให้รู้สึกสบายใจขึ้น นอกจากนี้ผู้ให้ข้อมูลมีการใช้หลักศาสนาเป็นเครื่องยึดเหนี่ยวทางจิตใจในการเผชิญปัญหา และการปรับตัวในการดำเนินชีวิตกับความเจ็บป่วยที่ต้องเผชิญ รวมถึงการปรับเปลี่ยนการดูแลตนเองในการป้องกันการติดเชื้อ สอดคล้องกับการศึกษาของ Maiko et al. (2019) ศึกษาเกี่ยวกับประสบการณ์การดูแลทางจิตวิญญาณของผู้ที่เป็นมะเร็งในสถานพยาบาลผู้ป่วยนอก พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความศรัทธากับพระผู้เป็นเจ้า คิดว่าทุกอย่างที่เกิดขึ้นเป็นไปตามธรรมชาติที่พระผู้เป็นเจ้ากำหนด จึงทำให้สามารถปรับตัว และรับมือกับโรคได้ รวมถึงปรับตัวในการดูแลตนเองเพื่อป้องกันการติดเชื้อ

นอกจากนี้บุคคลรอบข้างถือเป็นแรงสนับสนุนที่สำคัญในการคอยดูแล ให้กำลังใจ และคอยช่วยเหลือเพื่อตอบสนองความต้องการพื้นฐาน เมื่อบุคคลเกิดการเจ็บป่วยมักต้องการที่พึ่งพา กำลังใจ และได้รับการดูแลจากบุคคลในครอบครัว และบุคคลใกล้ชิด (House, 1981) การคอยช่วยเหลือและกำลังใจที่ดีจากคนรอบข้าง ทำให้บุคคลสามารถปรับตัวกับการเจ็บป่วยได้ดี และทำให้บุคคลมีพฤติกรรมในการดูแลตนเองเพื่อป้องกันการติดเชื้อที่ดีขึ้น ในสถานการณ์แพร่ระบาดของไวรัสโคโรนา 2019 บุคคลในครอบครัวต้องมีความเข้าใจ มีการติดตามข่าวสารเพื่อช่วยป้องกันการแพร่กระจายเชื้อในครอบครัว รวมถึงการได้รับคำแนะนำจากบุคลากรทางการแพทย์ ในการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันการติดเชื้อ สอดคล้องกับการศึกษาของ Han and Choi (2018) ศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการ

ดูแลตนเองของผู้ป่วยมะเร็งโลหิตวิทยาหลังจำหน่าย พบว่า การสนับสนุนจากครอบครัว มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลตนเอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ การได้รับการช่วยเหลือและกำลังใจที่ดีจากบุคคลในครอบครัวส่งเสริมให้กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมการดูแลตนเองที่ดีขึ้น รวมถึงการปฏิบัติตัวที่ดีในการป้องกันการติดเชื้อ สอดคล้องกับการศึกษาของ Tesamut et al. (2017) ศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยทำนายพฤติกรรมสุขภาพของผู้ที่เป็นโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวแบบเฉียบพลันชนิดมัยอีลอยด์ ที่ได้รับยาเคมีบำบัด พบว่า การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ การได้รับความช่วยเหลือจากบุคคลใกล้ชิด ได้รับการดูแล เอาใส่ใจและกำลังใจ ส่งผลให้มีพฤติกรรมในการดูแลตนเองที่ดี รวมถึงการดูแลตนเองในการป้องกันการติดเชื้อ

สรุป

ในช่วงการแพร่ระบาดของไวรัสโคโรนา 2019 ผู้ที่เป็นมะเร็งเม็ดเลือดขาวที่ได้รับเคมีบำบัด มีการดูแลตนเองเพื่อป้องกันการติดเชื้อ โดยการระมัดระวังตัวและเข้มงวดกับการดูแลตนเองอย่างเคร่งครัด และเห็นว่ามาตรการ การป้องกันไวรัสโคโรนา 2019 ทำให้ชีวิตยุ่งยากลำบาก ขณะเดียวกันบางส่วนเห็นว่า มาตรการป้องกันไวรัสโคโรนา 2019 ทำให้ชีวิตปลอดภัย ได้มีกำลังใจจากคนรอบข้าง และ พยายามใช้ชีวิตอย่างเข้าใจ ทำใจให้สงบ เพื่อให้สามารถคงพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันการติดเชื้อได้อย่างต่อเนื่อง

ข้อเสนอแนะ

1. บุคลากรทางสุขภาพที่ให้การดูแลผู้ป่วยมะเร็งเม็ดเลือดขาวที่ได้รับเคมีบำบัด สามารถนำผลการวิจัย มาสนับสนุนวิธีในการดูแลตนเองเพื่อป้องกันการติดเชื้อ รวมทั้งการจัดกิจกรรมส่งเสริมการดูแลตนเอง ฯ เช่น การล้างมือ การสวมหน้ากากอนามัย เป็นต้น ในสถานการณ์การแพร่ระบาดของการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 รวมทั้งการส่งเสริม แหล่งสนับสนุนทางสังคม เพื่อให้ผู้ป่วยมีกำลังใจที่ดีในการดูแลตนเอง และปรับตัวกับสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019

2. ศึกษาและพัฒนางานวิจัยเกี่ยวกับโปรแกรมสนับสนุน/ส่งเสริมการป้องกันการติดเชื้อของมะเร็งเม็ดเลือดขาวที่ได้รับยาเคมีบำบัด ระหว่างการแพร่ระบาดของไวรัสโคโรนา 2019

กิตติกรรมประกาศ

งานวิจัยนี้ได้รับทุนสนับสนุนการวิจัย จากบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ และขอขอบคุณผู้ให้ข้อมูลทุกท่าน ที่เสียสละเวลาในการให้ข้อมูลที่มีคุณค่ายิ่งในการพัฒนาคุณภาพการพยาบาลในสถานการณ์โรคอุบัติใหม่ต่อไป

รายการอ้างอิง (References)

Chia, J. M. X., Goh, Z. Z. S., Chua, Z. Y., Ng, K. Y. Y., Ishak, D., Fung, S. M., Ngeow, J.Y.Y., & Griva, K. (2021). Managing cancer in context of pandemic: a qualitative study to explore the emotional and behavioural responses of patients with cancer and their caregivers to COVID - 19. *BMJ open*, *11*(1), e041070. https://doi.org/10.1136/bmjopen-2020-041070

Colaizzi, P.F. (1978, May 19). Psychological research as the Phenomenologist views it. In Valle RS, King M. (Eds). *Existential–phenomenological alternatives for psychology*. *(* pp. 48-71) . Oxford University Press. https://www.scirp.org/reference/ReferencesPapers? ReferenceID =573953

Department of Disease Control. (2022, February 20). *COVID-19*. https: / / ddc. moph. go. th/ viralpneumonia/index.php

Division of Digital Innovation and Data Analytics, Faculty of Medicine, Prince of Songkla University. (2021). *Statistics of leukemia at Songklanagarind hospital*. Author.

El-Sharkawi, D., & Iyengar, S. (2020). Haematological cancers and the risk of severe COVID-19: Exploration and critical evaluation of the evidence to date. *British Journal of Haematology, 19*0(3), 336 – 345. https://doi.org/10.1111/bjh.16956

Gheorghe, A.S., Negru, S.M., Nitipir, C., Mazilu, L., Marinca, M., Gafton, B., Ciuleanu, T.E., Schenker, M., Dragomir, R.D., Gheorghe, A.D., Stovicek, P.O., Bandi-Vasilica, M., Bot, A.C., Mihaila, R.I., Zob, D.L., Kaianto, A.L., Stanculeanu, D.L. (2021). Knowledge, attitudes, and practices related to the COVID-19 outbreak among Romanian adults with cancer: A cross-sectional national survey. *ESMO Journal*, *6*(1), 100027. https://doi.org/10.1016/j.esmoop.2020.100027

Han, A., & Choi, J.S. (2018). Factors influencing infection prevention self-care behaviors in patients with hematologic cancer after discharge. *European Journal of Oncology Nursing, 35*, 102 –106. https://doi.org/10.1016/j.ejon.2018.06.005

House, J.S. (1981). *Work stress and social support.* Prentice Hall. https://search.worldcat.org/th/title/Work-stress-and-social-support/oclc/654126161

Husserl, E. (1965). *Phenomenology and the crisis of philosophy*. Harpercollins. https://www.amazon.com/Phenomenology-Crisis-Philosophy-Edmund-Husserl/dp/0061311707

Jain, H., Rengaraj, K., Sharma, V., Bonda, A., Chanana, R., Thorat, J., Ronghe, A., Biswas, S., Nayak, L., Tembhare, P., Subramnian, P., Shetty, D., Paykar, M., Baqal, B., & Sengar, M. (2020). Infection prevalence in adolescents and adults with acute myeloid leukemia treated in an Indian Tertiary Care Center. *An American Society of Clinical Oncology Journal*, *6*, 1684 – 1695. https://doi.org/10.1200/GO.20.00240

Lekdamrongkul, P., Pongthavornkamol, K., Siritanaratkul, N., & Choompububpa, T. (2014). Factors predicting self-care behaviors among patients with hematological malignancies receiving chemotherapy. *Journal of Nursing Science*, *32*(3), 31-41. https://he02.tci-thaijo.org/index.php/ns/article/view/27186

Lincoln, S.Y., & Guba, G.E. (1985). *Naturalistic inquiry*. SAGE. https://us.sagepub.com/en-us/nam/naturalistic-inquiry/book842

Luo, X., Zhang, Y., & Chen, Q. (2022). Nursing care plan and management of patients with acute leukemia. *Alternative Therapies in Health and Medicine*, *28*(1), 80 – 85. https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34653028/

Maiko, S., Johns, S.A., Helft, P.R., Slaven, J.E., Cottingham, A.H., & Torke, A.M. (2019). Spiritual experiences of adults with advanced cancer in outpatient clinical settings. *Journal of Pain and Symptom Management, 57*(3), 576 - 586. https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman. 2018.11.026

National Research Council of Thailand. (2017). *Standards of Research Ethics Committee (SREC).* CU Press.

Orem, D.E., Taylor, S.G., & Renpenning, K.M. (2001). *Nursing: concepts of practice*. (6th ed). St. Mosby. https://www.amazon.com/Nursing-Concepts-Practice-Dorthea-Orem/dp/032300864X

Paley, J. (1997). Husserl, phenomenology and nursing. *Journal of Advanced Nursing*, *26*(1), 187–193. https://doi.org/10.1046/j.1365-2648.1997.1997026187.x

Passamonti, F., Cattaneo, C., Arcaini, L., Bruna, R., Cavo, M., Merli, F., Angelucci, E., Krampera, M., Cairoli, R., Giovanni, M., Fracchiolla, N., Ladetto, M., Passerini, G., Salvini, M., Marchetti, M., Lemoli, R., Molteni, A., Busca, A., Cuneo, A., … Corradini, P. (2020). Clinical characteristics and risk factors associated with COVID-19 severity in patients with haematological malignancies in Italy: A retrospective, multicentre, cohort study. *The Lancet. Haematology, 7*(10), e737 – e745. https://doi.org/10.1016/S2352-3026(20)30251-9

Temtap, S., Hirunchunha, S., & Nilmanat, K. (2015). Development of self-care promotion among patients with acute myeloid leukemia (AML) and receiving chemotherapy. *The Sothern College Network Journal of Nursing and Public Health, 2*(3), 21 - 40. https://he01.tci-thaijo.org/index.php/scnet/article/view/52543

Tesamut, L., Vannarit, T., & Tantimworawit, A. (2017). Factors predicting health behaviors among persons with acute myeloblastic leukemia receiving chemotherapy. *Nursing Journal, 44(Supplemen*t (1)), 45 - 56. https://he02.tci-thaijo.org/index.php/cmunursing/article/ view/148033

The Global Cancer Observatory. (2022, February 20). *Age-standardized (World) incidence and mortality rates, top 10 cancers*. https://gco.iarc.fr/today/data/factsheets/ populations/764-thailand-fact-sheets.pdf

Vakiti, A., & Mewawalla, P. (2023). *Acute myeloid leukemia*. StatPearls Publishing. https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29939652/

World Health Organization. (2020, February 20). *WHO coronavirus disease* (COVID -19). Geneva: Word Health Organization. https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019

Zomerdijk, N., Jongenelis, M. I., Collins, B., Turner, J., Short, C. E., Smith, A., & Huntley, K. (2023). Factors associated with changes in healthy lifestyle behaviors among hematological cancer patients during the COVID-19 pandemic. *Frontiers in Psychology, 14*. https://doi.org/10.3389/fpsyg.2023.1081397

Zomerdijk, N., Jongenelis, M., Yuen, E., Turner, J., Huntley, K., Smith, A., McIntosh, M., & Short, C.E. (2022). Experiences and needs of people with haematological cancers during the COVID-19 pandemic: A qualitative study. *Psycho-Oncology, 31*(3), 416 – 424. https://doi.org/10.1002/pon.5819

การพัฒนารูปแบบการเรียนรู้โดยสถานการณ์จำลองเสมือนจริง เพื่อส่งเสริมทักษะปฏิบัติการพยาบาลมารดา-ทารกและการผดุงครรภ์ ของนักศึกษาพยาบาล

The Development of Virtual Scenario Simulation-Based Learning Model to Enhance Practice Skills of Nursing Students in Maternal and Newborn Nursing and Midwifery

รณิดา ถิรปาลวัฒน์[1*], สิวาภรณ์ เจริญวงค์[1]

Ranida Thiraphalawat[1*], Ziwapon Charoenwong[1]

(Received: February 28, 2024; Revised: April 30, 2024; Accepted: May 7, 2024)

บทคัดย่อ

การวิจัยและพัฒนานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) พัฒนารูปแบบการเรียนรู้โดยสถานการณ์จำลองเสมือนจริง เพื่อส่งเสริมทักษะปฏิบัติการพยาบาลมารดา-ทารกและการผดุงครรภ์ ของนักศึกษาพยาบาล 2) ประเมินคุณภาพและความเหมาะสมของรูปแบบการเรียนรู้โดยสถานการณ์จำลองเสมือนจริง และ 3) เปรียบเทียบผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนด้านความรู้ ทักษะปฏิบัติ และความพึงพอใจในการเรียนของนักศึกษาพยาบาล ก่อนและหลังเรียนด้วยรูปแบบการเรียนรู้โดยสถานการณ์จำลองเสมือนจริง กลุ่มตัวอย่างคือผู้เชี่ยวชาญ 15 คน เลือกแบบเจาะจง เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสัมภาษณ์นำข้อมูลที่ได้ไปสังเคราะห์เพื่อพัฒนารูปแบบการเรียนรู้ การประเมินความคุณภาพของรูปแบบใช้กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 คน เมื่อได้รูปแบบการเรียนรู้โดยสถานการณ์จำลองเสมือนจริงแล้วนำไปทดลองนำร่อง เปรียบเทียบผลสัมฤทธิ์ทางด้านความรู้ ทักษะปฏิบัติ และความพึงพอใจในการเรียนรู้โดยสถานการณ์จำลองเสมือนจริง กับกลุ่มตัวอย่างนักศึกษาพยาบาล วิทยาลัยพยาบาลตำรวจ ชั้นปีที่ 3 จำนวน 66 คน โดยแบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 33 คนและกลุ่มควบคุม 33 คน

ผลการวิจัยพบว่า 1. รูปแบบการเรียนรู้โดยสถานการณ์จำลองเสมือนจริงเพื่อส่งเสริมทักษะปฏิบัติการพยาบาลมารดา-ทารกและการผดุงครรภ์ ของนักศึกษาพยาบาล มีองค์ประกอบสำคัญ 5 องค์ประกอบ คือ 1) ผู้สอน 2) ผู้เรียน 3) ลักษณะการจัดการฝึกปฏิบัติ 4) การออกแบบสถานการณ์

[1]วิทยาลัยพยาบาลตำรวจ

[1]Police Nursing College

*Corresponding Author: ranida21@gmail.com

จำลอง 5) ผลลัพธ์จากการเรียนรู้ 2. ผลการประเมินความเหมาะสมของรูปแบบอยู่ในระดับมากที่สุด (M = 4.88, S.D. = 0.26) 3. ผลการประเมินคุณภาพของรูปแบบอยู่ในระดับมากที่สุด (M = 4.58, S.D. =0.35) 4. คะแนนหลังการเรียนรู้ กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 6.50 คะแนน (S.D. = 1.52) กลุ่มควบคุมมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 5.67 คะแนน (S.D. = 1.03) ค่าเฉลี่ยความพึงพอใจ เท่ากับ 4.23 (S.D. = .33) ค่าเฉลี่ยทักษะปฏิบัติ เท่ากับ 4.33 (S.D. = .12)

คำสำคัญ : การจัดการเรียนรู้, สถานการณ์จำลองเสมือนจริง, การพัฒนารูปแบบ, ทักษะการพยาบาลมารดาทารกและการผดุงครรภ์

Abstract

The development of virtual scenario simulation-based learning model to enhance practice skills of nursing students in Maternal and Newborn Nursing and Midwifery .The objectives of this research and development were to: 1) develop a virtual scenario simulation-based learning model to enhance practice skills of nursing students in Maternal and Newborn Nursing and Midwifery; 2) evaluate the effectiveness and feasibility of the program; and 3) compare the learning achievement of knowledge, and practice skills and satisfaction of nursing students before and after participating in the virtual scenario simulation-based learning program. There were three phases of this research. First phase was study and analyze situation of using a virtual scenario simulation-based learning. Fifteen experts were selected as samples using the purposive sampling method. A questionnaire for interviews was utilized to obtain data. To develop virtual scenario simulation-based learning model in phase two, the information from the interview questionnaire was examined. After the instrument's quality was validated by five experts, 66 third-grade nursing students from Police Nursing College were divided into two groups: 33 individuals were assigned to the experimental group and 33 individuals to the control group. The samples were used to compare knowledge, practice skills, and satisfaction after utilizing virtual scenario simulation-based learning in phase three.

Findings revealed the following: 1. The development of virtual scenario simulation-based learning model to enhance practice skills of nursing students in Maternal and Newborn Nursing and Midwifery consisted of five components included: 1) instructor; 2) learner; 3) practical course administration; 4) virtual scenario simulation-based learning design; and 5) learning outcomes. 2.The feasibility of virtual scenario simulation-based learning model demonstrated the highest level

(M = 4.88, S.D. = 0.26) 3.The effectiveness of virtual scenario simulation-based learning model shown the highest level (M= 4.58, S.D.= 0.35) 4.The experiment group's learning scores of post-test was 6.50 (S.D. = 1.52), the control group's learning scores of post-test was 5.67 (S.D. = 1.03), the average satisfaction score was 4.23 (S.D. = 0.33), and the average practice skill score was 4.33 (S.D. = 0.12)

Keywords: Learning management, Virtual scenario simulation, model development, Maternal and Newborn Nursing and Midwifery skill

บทนำ

ยุคที่มีการเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็วทั้งด้านสภาพสังคม เศรษฐกิจ และเทคโนโลยี ซึ่งนำไปสู่ความต้องการรูปแบบการจัดการเรียนการสอนในระดับอุดมศึกษา ที่สามารถตอบสนองวิธีการเรียนรู้ที่เหมาะสมกับนักศึกษา การสร้างทักษะแก่นักศึกษาในศตวรรษที่ 21 บทบาทของครูจำเป็นต้องเปลี่ยนแปลงจากที่ เป็นผู้ถ่ายทอดความรู้ (Lecturer) เป็นผู้สร้าง ประสบการณ์ในการเรียนรู้ (Facilitator) โดยสร้างสรรค์กระบวนการที่ทำให้ผู้เรียนได้ฝึกฝนผ่าน การลงมือทำจริงโดยครูเป็นผู้ให้การชี้แนะและสนับสนุน โดยมีการเน้นให้ผู้เรียนได้สร้างความรู้ ด้วยตนเอง โดยการใช้วิธีการจัดการเรียนการสอน ที่หลากหลายรูปแบบ ในการจัดการเรียนสอนทางการพยาบาลศาสตร์ เป็นการผลิตบัณฑิตที่เน้นทักษะปฏิบัติทางวิชาชีพเป็นแกนหลักโดยจะต้องตระหนักถึงความสำคัญของมาตรฐานการรักษาพยาบาลด้านคุณภาพและความปลอดภัยในการดูแลผู้ป่วย

การจัดการเรียนรู้โดยใช้สถานการณ์จำลอง (Simulation Based Learning: SBL) เป็นกลยุทธ์การสอนที่ให้ผู้เรียนฝึกทักษะการพยาบาลที่มีคุณภาพ เพิ่มความปลอดภัยและลดความผิดพลาดในการดูแลผู้ป่วย เนื่องจากสถานการณ์จำลองเสมือนจริงไม่ก่อให้เกิดอันตรายกับผู้ป่วยโดยตรง (Panawatthanapisuit et al., 2019) ซึ่งปัจจุบันการจัดการเรียนรู้หลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิตในยุคดิจิทัลมีการใช้สื่อเทคโนโลยีดิจิทัลประกอบการเรียนรู้มากยิ่งขึ้นเพื่อให้นักศึกษาพยาบาลสามารถเข้าถึงองค์ความรู้ทางวิชาชีพและสามารถเรียนรู้ด้วยตนเองได้ตลอดเวลาทุกที่ทุกเวลาเทคโนโลยีที่ส่งเสริมการเรียนรู้ที่ใกล้เคียงการฝึกทักษะปฏิบัติการพยาบาล (Meeboon et al., 2022) การใช้สถานการณ์จำลองเสมือนจริง (simulation) โดยจำลองสภาพแวดล้อมในการเรียนรู้ต่าง ๆ ให้เสมือนจริงหรือซ้อนทับกับโลกของความเป็นจริงมีความเหมาะสมทางพยาบาลศาสตร์ศึกษา (Kim et al., 2016) ผู้เรียนสามารถฝึกฝนทักษะการพยาบาลในสภาพแวดล้อมการเรียนรู้ที่ปลอดภัยก่อนให้การดูแลผู้ป่วยจริง ทั้งนี้เป้าหมายของการออกแบบการเรียนรู้เสมือนจริงดังที่กล่าว เพื่อพัฒนาความรู้ ทักษะ และเสริมสร้าง

ประสบการณ์ ทำให้ผู้เรียนเกิดความมั่นใจในการตัดสินใจในทางคลินิก เป็นการเตรียมความพร้อมในการเรียนรู้ของนักศึกษาหรือผู้เรียนให้สามารถประยุกต์ใช้ความรู้หรือนำความรู้และ ทักษะที่ได้รับการฝึกฝนไปใช้ในสถานการณ์.oโลกของความเป็นจริงได้นั่นเอง (Suwannakeeree et al., 2016) นอกจากนี้ผู้เรียนยังสามารถพัฒนาทักษะอื่นที่ไม่ใช่ทักษะในการปฏิบัติการพยาบาล เช่น การสื่อสาร การทำงานเป็นทีม ส่งเสริมให้เกิดการเรียนรู้จากการสะท้อนคิด และฝึกการปรับตัวก่อนเผชิญกับสถานการณ์จริง (Oyserman et al., 2012)

สถานการณ์ปัจจุบัน พบว่าปัจจัยจากการแพร่ระบาดของเชื้อไวรัส COVID-19 ซึ่งส่งผลกระทบเป็นวงกว้าง ปัญหาสำคัญคือปัญหาด้านเศรษฐกิจ (Kamjampa & Phosing, 2021) ด้านอนามัยแม่และเด็กของไทยพบว่าอัตราการเกิดลดน้อยลงจากสถิติประชากรแห่งชาติ ปีพ.ศ. 2563 ทารกเกิด 587,368 คน ปี พ.ศ. 2564 เกิด 544,570 คน ปี พศ. 2565 เกิด 502,107 คน และแนวโน้ม หญิงตั้งครรภ์ จะมีบุตร 1:3, 1:2, และ 1:1 ตามลำดับ (Department of Provincial Administration, Ministry of Interior, 2023) นั่นแสดงว่าหญิงตั้งครรภ์มีจำนวนลดน้อยลง การคลอดน้อยลง ดังนั้นการเรียนการสอนในรายวิชาปฏิบัติการพยาบาลมารดาทารก และการผดุงครรภ์ ย่อมได้รับผลกระทบ หากการเรียนการสอนยังเน้นเฉพาะการฝึกปฏิบัติจริงกับผู้ป่วยโดยตรงนักศึกษาพยาบาลบางคนมีโอกาสที่จะขาดทักษะและประสบการณ์ที่จะได้ปฏิบัติกับผู้ป่วย นอกจากนี้การพยาบาลสูติศาสตร์พยาบาลผู้ดูแลผู้ป่วยจะต้องคำนึงถึงความปลอดภัยของมารดาและทารกไปพร้อม ๆ กัน ดังนั้นการจัดการเรียนการสอนภาคปฏิบัติทางคลินิกในรายวิชาปฏิบัติการพยาบาลมารดา - ทารกและการผดุงครรภ์ จำเป็นต้องมีการฝึกปฏิบัติในหน่วยฝากครรภ์ ห้องคลอด และหอผู้ป่วยหลังคลอด ซึ่งมีบริบทแตกต่างกับหอผู้ป่วยอื่น ๆ ที่นักศึกษาได้เคยเรียนรู้จากการฝึกปฏิบัติการพยาบาลพื้นฐาน หรือปฏิบัติการพยาบาลผู้ใหญ่ทั่วไป จึงเป็นประสบการณ์ใหม่สำหรับนักศึกษาที่ต้องเผชิญ ทำให้นักศึกษามีความเครียดซึ่งเกิดจากความรู้สึกตื่นเต้น วิตกกังวล และกลัวการฝึกปฏิบัติ (Soontonmalai, 2017) นอกจากนี้ จากการประเมินผลการเรียนรู้หลังฝึกปฏิบัติการพยาบาลมารดา-ทารกและการผดุงครรภ ปีการศึกษา 2564 - 2565 ที่ผ่านมาพบว่าตัวนักศึกษาพยาบาลประเมินตนเองว่ามีพร่องทักษะในการปฏิบัติการบนหอผู้ป่วย รวมทั้งแหล่งฝึกประเมินว่านักศึกษาพยาบาลยังพร่องทักษะในการฝึกปฏิบัติบนหอผู้ป่วย (Police Nursing Collage, 2022) ซึ่งส่งผลต่อความมั่นใจ การตัดสินใจและทักษะปฏิบัติของนักศึกษาพยาบาลและอาจก่อให้เกิดอันตรายต่อมารดาและทารกในครรภ์ได้

การนำรูปแบบการเรียนรู้โดยใช้สถานการณ์จำลองเสมือนจริงมาใช้ในการจัดการเรียนการสอนในรายวิชาปฏิบัติการพยาบาลมารดา-ทารกและการผดุงครรภ์จึงเป็นสิ่งที่น่าสนใจและจำเป็น จากการทบทวนวรรณกรรมการจัดการเรียนรู้โดยใช้สถานการณ์จำลองเสมือนจริง พบว่าผู้เรียนมีความรู้เพิ่มขึ้น

หลังเรียนรู้โดยสถานการณ์จำลองเสมือนจริง (Chudjuajeen et al., 2021) แต่บางการศึกษาไม่พบความแตกต่างของความรู้ ระหว่างกลุ่มที่เรียนโดยใช้สถานการณ์จำลองเสมือนจริงและการสอนตามปกติ (Parker et al., 2011) ดังนั้นจึงมีผู้วิจัยศึกษาและพัฒนาการจัดการเรียนรู้โดยใช้สถานการณ์จำลองเพื่อเพิ่มประสิทธิการเรียนรู้มากยิ่งขึ้น เช่น Mahaprom et al. (2020) ที่ได้ศึกษา การพัฒนารูปแบบการจัดการเรียนรู้โดยใช้สถานการณ์จำลองเสมือนจริง ในรายวิชาการพยาบาลบุคคลที่มีปัญหาสุขภาพ Klayklueng et al. (2019) ได้ศึกษาการพัฒนารูปแบบการจัดการเรียนรู้ในรายวิชาการผดุงครรภ์โดยมีการจัดสถานการณ์จำลองกระบวนการคลอดในห้องคลอด แต่ยังไม่พบว่ามีการพัฒนารูปแบบการเรียนรู้ในรายวิชาปฏิบัติการพยาบาลมารดา - ทารก และการผดุงครรภ์มาก่อน ดังนั้นผู้วิจัยจึงมีความต้องการที่จะพัฒนารูปแบบการเรียนรู้โดยใช้สถานการณ์จำลองเสมือนจริงขึ้นเพื่อใช้เป็นแนวทางในการจัดการเรียนการสอน เพื่อส่งเสริมสมรรถนะทางการพยาบาล และความสามารถในตนเองของนักศึกษาพยาบาล ในด้านทักษะปฏิบัติการพยาบาล มารดา - ทารกและการผดุงครรภ์

วัตถุประสงค์

1. เพื่อพัฒนารูปแบบการเรียนรู้โดยสถานการณ์จำลองเสมือนจริง เพื่อส่งเสริมทักษะปฏิบัติการพยาบาลมารดา-ทารกและการผดุงครรภ์ ของนักศึกษาพยาบาล

2. เพื่อประเมินคุณภาพและความเหมาะสมของรูปแบบการเรียนรู้โดยสถานการณ์จำลองเสมือนจริง เพื่อส่งเสริมทักษะปฏิบัติการพยาบาลมารดา-ทารก และการผดุงครรภ์ ของนักศึกษาพยาบาล

3. เพื่อเปรียบเทียบผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนด้านความรู้ ทักษะปฏิบัติ และความพึงพอใจในการเรียนของนักศึกษาก่อนและหลังเรียนด้วยรูปแบบการจัดการเรียนรู้โดยสถานการณ์จำลองเสมือนจริง เพื่อส่งเสริมทักษะปฏิบัติการพยาบาลมารดา-ทารกและการผดุงครรภ์ ของนักศึกษาพยาบาล

คำถามวิจัย

องค์ประกอบของรูปแบบการเรียนรู้โดยสถานการณ์จำลองเสมือนจริง ที่เหมาะสมควรเป็นอย่างไร และผลของการนำไปใช้จะเป็นอย่างไร

สมมติฐานการวิจัย

1. นักศึกษาพยาบาลมีคะแนนด้านความรู้ เฉลี่ยหลังเรียนสูงกว่าคะแนนเฉลี่ยก่อนเรียน แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

2. คะแนนเฉลี่ยของทักษะปฏิบัติการพยาบาลมารดา - ทารกและการผดุงครรภ์ ของกลุ่มตัวอย่างอยู่ในระดับมาก

3. ค่าเฉลี่ยความพึงพอใจของรูปแบบการเรียนรู้โดยสถานการณ์จำลองเสมือนจริงของกลุ่มตัวอย่างอยู่ในระดับมาก

กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยและพัฒนา ดำเนินการวิจัยตามแนวทฤษฎีการเรียนรู้จากประสบการณ์ (Experiential learning theory) สะท้อนถึงองค์ประกอบการเรียนรู้การทำงานร่วมกันระหว่างผู้เรียนและสิ่งแวดล้อมในรูปของวงจรของการเรียนรู้ ประกอบด้วย 1) การบูรณาการประสบการณ์ 2) การสะท้อนจากกิจกรรม 3) การสร้างรูปแบบ 4) การทดลองปฏิบัติเพื่อพัฒนาความรู้ การเรียนรู้โดยใช้สถานการณ์จำลองเสมือนจริงเป็นการเรียนรู้ผ่านประสบการณ์ ซึ่งทฤษฎีที่นำมาใช้ในงานวิจัยในครั้งคือ การเรียนรู้จากประสบการณ์ของโคล์ป (Kolb's experiential learning theory) โดย Kolb's (2014) ได้อธิบายว่ากระบวนการที่ความรู้ถูกสร้างขึ้นจากการเปลี่ยนผ่านของประสบการณ์ (Transformation of experience) และการเรียนรู้สามารถอธิบายด้วยขั้นตอนหลัก 4 ขั้นตอนด้วยกันคือ 1) การเรียนรู้ประสบการณ์รูปธรรม (Concrete experience-CE) เป็นการจัดประสบการณ์การเรียนรู้ที่เป็นรูปธรรมให้ผู้เรียน 2) การสังเกตอย่างใคร่ครวญ (Reflection observation-RO) ผู้เรียนใคร่ครวญหรือสะท้อนคิดและอภิปรายร่วมกันเกี่ยวกับสิ่งที่เกิดขึ้นในสถานการณ์การเรียนรู้นั้น 3) สร้างมโนทัศน์เป็นแนวคิดนามธรรม (Abstract conceptualization-AC) ผู้เรียนมีการสร้างมโนทัศน์เป็นแนวคิดนามธรรม ที่เกิดจากการบูรณาการข้อสังเกตต่าง ๆ จนกลายเป็นความคิดรวบยอด หลักการ และสมมุติฐานจากประสบการณ์ที่ได้รับ และ 4) ประยุกต์หลักการไปใช้ในสถานการณ์ใหม่ (Active experimentation-AE) ผู้เรียนมีการนำความคิดรวบยอด หลักการ และสมมติฐานไปปฏิบัติจริง หรือประยุกต์ใช้ในสถานการณ์ใหม่ จนเกิดประสบการณ์ในเชิงรูปธรรมที่วนกลับมาวงจรเดิม แต่มีความซับซ้อนมากยิ่งขึ้น

วิธีการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยและพัฒนา (research and development) ซึ่งมีวิธีดำเนินการวิจัย (Luangphituck et al., 2020) ดังนี้

ระยะที่ 1 หรือขั้นตอนที่ 1 ศึกษาและวิเคราะห์สถานการณ์การจัดการเรียนการสอนโดยใช้สถานการณ์จำลองเสมือนจริง ซึ่งข้อมูลได้มาจากการสัมภาษณ์ผู้เชี่ยวชาญที่มีประสบการณ์ทางด้านการจัดการเรียนการสอนและ/หรือมีงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการจัดสภาพแวดล้อมทางการเรียนแบบเสมือนจริง เกี่ยวกับวิชาปฏิบัติการพยาบาลมารดาทารกและการผดุงครรภ์ จำนวน 15 คน แยกตามสังกัด ดังนี้ 1) สังกัดสถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข จำนวน 5 คน 2) สังกัดคณะพยาบาลศาสตร์มหาวิทยาลัยของรัฐหรือเอกชน จำนวน 5 คน 3) สังกัดวิทยาลัยพยาบาล 4 เหล่าทัพ 5 คน รวมทั้งหมด

15 คน โดยกำหนดให้เป็นกลุ่มผู้ให้ข้อมูลเพื่อการสัมภาษณ์เชิงลึก เพื่อนำข้อมูลมาออกแบบการจัดการเรียนการสอน และสร้างสถานการณ์จำลองเสมือนจริง

ระยะที่ 2 หรือ ขั้นตอนที่ 2 การพัฒนารูปแบบการเรียนรู้โดยสถานการณ์จำลองเสมือนจริง ประกอบด้วยขั้นตอนย่อย 3 ขั้นตอน ดังต่อไปนี้

1. ทบทวนวรรณกรรมและหลักฐานเชิงประจักษ์ที่ได้จากการทบทวนวรรณกรรม และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการสร้างสถานการณ์จำลองเสมือนจริง โดยเลือกสถานการณ์การพยาบาลสตรีตั้งครรภ์มาเป็นสถานการณ์จำลองนำร่องเนื่องจากยังไม่มีรูปแบบการเรียนรู้โดยสถาการณ์จำลองเสมือนจริงมาก่อน

2. ร่างรูปแบบการเรียนรู้โดยสถานการณ์จำลองเสมือนจริง โดยนำข้อมูลจากขั้นตอนที่ 1 มาสังเคราะห์เปรียบเทียบกับทบทวนวรรณกรรมและหลักฐานเชิงประจักษ์และพัฒนาเครื่องมือในการประเมินผลรูปแบบไปพร้อมกันในขั้นตอนนี้ ซึ่งผู้วิจัยได้ออกแบบคู่มือสำหรับอาจารย์ ในการจัดการเรียนรู้ 2. ร่างรูปแบบการเรียนรู้โดยสถานการณ์จำลองเสมือนจริง โดยนำข้อมูลจากขั้นตอนที่ 1 มาสังเคราะห์เปรียบเทียบกับทบทวนวรรณกรรมและหลักฐานเชิงประจักษ์และพัฒนาเครื่องมือในการประเมินผลรูปแบบไปพร้อมกันในขั้นตอนนี้ ซึ่งผู้วิจัยได้ออกแบบคู่มือสำหรับอาจารย์ ในการจัดการเรียนรู้โดยใช้สถานการณ์จำลองเสมือนจริง แบบทดสอบความรู้ก่อน และหลัง การเรียนการสอน แบบประเมินทักษะสำหรับอาจารย์ แบบประเมินความพึงพอใจ และทักษะปฏิบัติในรูปแบบเรียนรู้โดยใช้สถานการณ์จำลองเสมือนจริง

3. ขั้นตอนตรวจสอบความเหมาะสมและความเป็นไปได้ของรูปแบบและตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ โดยผู้วิจัยได้นำรูปแบบ แบบประเมินทักษะปฏิบัติ แบบประเมินความพึงพอใจ และแบบทดสอบความรู้ก่อนและหลัง ให้ผู้ทรงคุณวุฒิประเมินความเหมาะสม ผู้วิจัยนำผลการประเมินจากผู้ทรงคุณวุฒิทั้ง 5ท่านมาวิเคราะห์หาค่าความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหา (CVI) ซึ่งผู้ทรงคุณวุฒิดังกล่าวเป็นผู้มีความเชี่ยวชาญและประสบการณ์ด้านการจัดการเรียนการสอนหรือการออกแบบการเรียนการสอนโดยใช้สถานการณ์จำลองเสมือนจริง อย่างน้อย 5 ปี แพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านสูติศาสตร์ อาจารย์ผู้เชี่ยวชาญด้านการวัดและประเมินผล

นอกจากนี้แบบทดสอบความรู้ก่อนและหลัง เมื่อผู้ทรงตรวจสอบเนื้อหา และความถูกต้องเรียบร้อยผู้วิจัยนำข้อมูลมาหาค่า IOC และหาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ ของข้อสอบทั้ง 2 ชุด นำแบบทดสอบดังกล่าวไปทดสอบหาค่าความยากง่าย และค่าอำนาจจำแนก เพื่อคัดเลือกข้อสอบที่เหมาะสมต่อไป

ระยะที่ 3 ระยะทดลองใช้รูปแบบการเรียนรู้โดยใช้สถานการณ์จำลองเสมือนจริง ระยะนี้เป็นการใช้รูปแบบวิจัยกึ่งทดลอง (quasi-experimental research) ชนิดสองกลุ่ม โดยประชากรและกลุ่มตัวอย่าง ดังนี้

ประชากร เป็นนักศึกษาพยาบาลตำรวจชั้นปีที่ 3 ที่ลงทะเบียนเรียนในรายวิชาปฏิบัติการพยาบาลมารดา - ทารกและการผดุงครรภ์ ในปีการศึกษา 2565 จำนวน 66 คน

กลุ่มตัวอย่าง เป็นนักศึกษาพยาบาลวิทยาลัยพยาบาลตำรวจ ชั้นปีที่ 3 การกำหนดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้โปรแกรม G*power การทดสอบ Mean: Difference between two independent mean สำหรับการทดสอบทางเดียว กำหนดค่ากำลังการทดสอบ (power) .90 ค่าความคาดเคลื่อน (error) .05 ค่า(effect size) เท่ากับ .80 ได้ขนาดของกลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้น จำนวน 33 คน จากการสุ่มอย่างง่าย (simple random sampling) จากรายชื่อนักศึกษา แบ่งเป็นกลุ่มควบคุมจำนวน 33 คนเรียนด้วยวิธีการจัดการเรียนการสอนตามปกติ และกลุ่มทดลอง จำนวน 33 คน เข้ากลุ่มที่เรียนด้วยรูปแบบการจัดการเรียนรู้โดยใช้สถานการณ์จำลองเสมือนจริง

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยและการหาคุณภาพ

1. การสังเคราะห์เอกสาร เครื่องมือที่ใช้ได้แก่

1.1 แบบบันทึกรายการเชิงสังเคราะห์ ใช้บันทึกข้อมูลเกี่ยวกับแนวทางการพัฒนารูปแบบการจัดการสภาพแวดล้อมการจำลองแบบเสมือนจริง ที่ได้จากเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

1.2 แบบสัมภาษณ์เชิงลึก ใช้สัมภาษณ์ผู้เชี่ยวชาญจำนวน 15 คน เพื่อสัมภาษณ์ความคิดเห็นและข้อเสนอแนะ ในการพัฒนารูปแบบฯ เพื่อนำข้อมูลที่ได้มาสังเคราะห์ขั้นตอนของรูปแบบการจัดการสภาพแวดล้อมการจำลองแบบเสมือนจริง โดยมีค่าดัชนีความสอดคล้องที่ ระดับ 0.80 – 1.00

1.3 แบบประเมินคุณภาพของรูปแบบการเรียนรู้โดยสถานการณ์จำลองแบบเสมือนจริง ประเมินโดยผู้คุณวุฒิจำนวน 5 คน ได้ค่าความเชื่อมั่นความตรงของเนื้อหา (CVI) เท่ากับ .80

2. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ได้แก่

2.1 แบบทดสอบความรู้ก่อนและหลังเรื่อง การพยาบาลหญิงตั้งครรภ์ เป็นแบบ 4 ตัวเลือก จำนวน 20 ข้อ ซึ่งผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา และปรับปรุงตามคำแนะนำของผู้เชี่ยวชาญ หาความเที่ยงของแบบทดสอบด้วยวิธีคูเดอร์ริชาร์ดสันได้เท่ากับ 0.68

2.2 แบบประเมินทักษะปฏิบัติการพยาบาลโดยอาจารย์ผู้สอน เป็นแบบตรวจสอบรายการ จำนวน 10 ข้อ แบ่งเป็น 3 ระดับ ปฏิบัติถูกต้องสมบูรณ์ได้ 2 คะแนน ปฏิบัติถูกต้องบางส่วน ได้ 1 คะแนน และปฏิบัติไม่ถูกต้องได้ 0 คะแนน คะแนนรวม 30 คะแนน ผู้วิจัยตรวจสอบคุณภาพด้านความตรงของเครื่องมือโดยใช้ดัชนีความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับวัตถุประสงค์ (Index of Item-

Objective Congruence: IOC) จากผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน ได้ค่าระหว่าง .80 - 100 ผู้วิจัยนำแบบประเมินทักษะปฏิบัติการพยาบาลดังกล่าวไปหาค่าความเที่ยงระหว่างผู้สังเกต (Inter-rater Reliability) โดยให้อาจารย์ผู้สอนรายวิชาปฏิบัติการพยาบาลมารดา-ทารกและการผดุงครรภ์ที่มีประสบการณ์สอนไม่น้อยกว่า 5 ปี จำนวน 3 ท่าน ไปประเมินนักศึกษาชั้นปีที่ 4 ที่เคยผ่านการเรียนวิชาปฏิบัติการพยาบาลมารดา - ทารกและการผดุงครรภ์ และมาปฏิบัติทักษะปฏิบัติการพยาบาลในสถานการณ์จำลองที่สร้างมา ผลการประเมินจากอาจารย์พยาบาล 3 ท่านได้ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ภายในชั้น (Intraclass Correlation Coefficient: ICC) เท่ากับ .90

2.3 แบบประเมินความพึงพอใจของนักศึกษาต่อรูปแบบการจัดการเรียนรู้โดยใช้สถานการณ์จำลองเสมือนจริง ซึ่งมีมาตรวัดค่า 5 ระดับ จำนวน 10 ข้อ ประกอบด้วย ความพึงพอใจด้านการพัฒนาความรู้ การพัฒนาทักษะปฏิบัติ โดยใช้เกณฑ์ประเมิน 5 ระดับ

2.4 แบบบันทึกข้อมูลเชิงคุณภาพ เป็นข้อคำถามปลายเปิดเพื่อให้ นักศึกษากลุ่มทดลองได้แสดงความคิดเห็นและความรู้สึกต่อรูปแบบการเรียนรู้โดยสถานการณ์จำลองเสมือนจริง โดยใช้คำถามหลัก 3 คำถาม ได้แก่ “รู้สึกอย่างไร ข้อดีข้อเสีย นำไปใช้อย่างไร”

การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยนี้ผ่านการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของโรงพยาบาลตำรวจ เลขที่ COA61 / 066 อนุมัติเมื่อ 31 สิงหาคม 2565 ผู้วิจัยทำการพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มผู้ให้ข้อมูลโดยชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย วิธีการเก็บข้อมูล และขั้นตอนการวิจัยอย่างละเอียดก่อนทำการเก็บข้อมูล ซึ่งผู้วิจัยใช้นามสมมุติแทนกลุ่มผู้ให้ข้อมูลข้อมูลทุกอย่างถูกเก็บรักษาเป็นความลับ รายงานผลการวิจัยในภาพรวมของการศึกษาและเสนอในเชิงวิชาการเท่านั้น งานวิจัยนี้เป็นงานวิจัยเกี่ยวด้วยการเรียนการสอน ซึ่งแบ่งนักศึกษาออกเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มทดลองจำนวน 33 คน และ กลุ่มควบคุม จำนวน 33 คน ซึ่งจากการทดลองพบว่ากลุ่มทดลองที่เรียนรู้ด้วย Simulation ช่วยให้นักศึกษามีคะแนนความรู้หลังเรียนเพิ่มมากขึ้น และมีค่าเฉลี่ยด้านทักษะปฏิบัติอยู่ในระดับมาก เพื่อพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มควบคุม หลังจากทำการทดลองเสร็จสิ้นเรียบร้อยผู้วิจัยได้ทบทวนความรู้และแสดงบทบาทสมมุติตามสถานการณ์จำลองให้แก่กลุ่มควบคุมได้เรียนรู้เช่นเดียวกับกลุ่มทดลอง

วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

สังเคราะห์ข้อมูล โดยการรวบรวมข้อมูลจาก

1. แบบบันทึกรายการเชิงสังเคราะห์ ใช้บันทึกข้อมูลเกี่ยวกับแนวทางการพัฒนารูปแบบการเรียนรู้โดยสถานการณ์จำลองเสมือนจริง ที่ได้จากหลักฐานเชิงประจักษ์ในการสัมภาษณ์ผู้เชี่ยวชาญ ศึกษาทบทวนวรรณกรรมเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

2. แบบสัมภาษณ์เชิงลึก ใช้สัมภาษณ์ผู้เชี่ยวชาญจำนวน 15 คน เพื่อสัมภาษณ์ความคิดเห็นและข้อเสนอแนะในการพัฒนารูปแบบ เพื่อนำข้อมูลที่ได้มาสังเคราะห์ขั้นตอนของรูปแบบการเรียนรู้โดยสถานการณ์จำลองเสมือนจริง

3. แบบประเมินคุณภาพของรูปแบบการเรียนรู้โดยสถานการณ์จำลองแบบเสมือนจริง ประเมินโดยผู้คุณวุฒิจำนวน 5 คน

4. ในขั้นตอนการทดลองใช้รูปแบบ มีการเก็บรวบรวมข้อมูลที่เป็นแบบทดสอบความรู้ก่อนและหลังฝึกปฏิบัติ แบบประเมินทักษะปฏิบัติ และแบบประเมินความพึงพอใจ ของนักศึกษากลุ่มตัวอย่าง

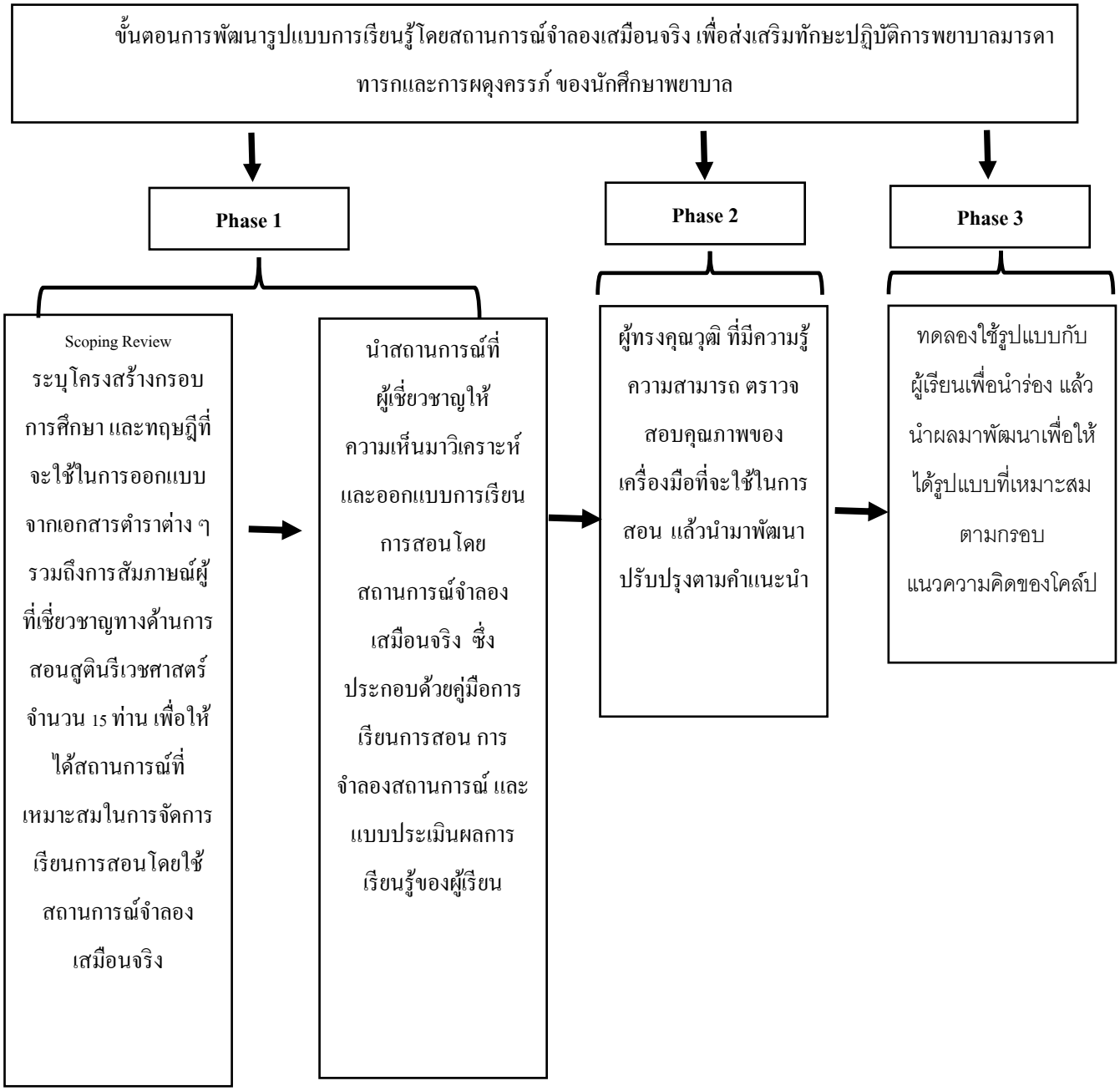
การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูล ใช้สถิติพรรณนา ได้แก่ ข้อมูลทั่วไป ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการทดสอบที Independent (t- test) โดยมีกลุ่มตัวอย่างเป็นนักศึกษาพยาบาลตำรวจชั้นปีที่ 3 จำนวน 66 คน แบ่งเป็นกลุ่มควบคุม 33 คน กลุ่มทดลองจำนวน 33 คน

ผลการวิจัย

จากการศึกษาวิจัยพบว่า

1. ขั้นตอนการพัฒนารูปแบบการเรียนรู้โดยสถานการณ์จำลองเสมือนจริง เพื่อส่งเสริมทักษะปฏิบัติการพยาบาลมารดา-ทารกและการผดุงครรภ์ ของนักศึกษาพยาบาล มีขั้นตอนตามแผนภาพที่ 1



ภาพที่ 1 ขั้นตอนการพัฒนารูปแบบการเรียนรู้โดยสถานการณ์จำลองเสมือนจริง เพื่อส่งเสริมทักษะปฏิบัติการพยาบาลมารดาทารกและการผดุงครรภ์ ของนักศึกษาพยาบาล

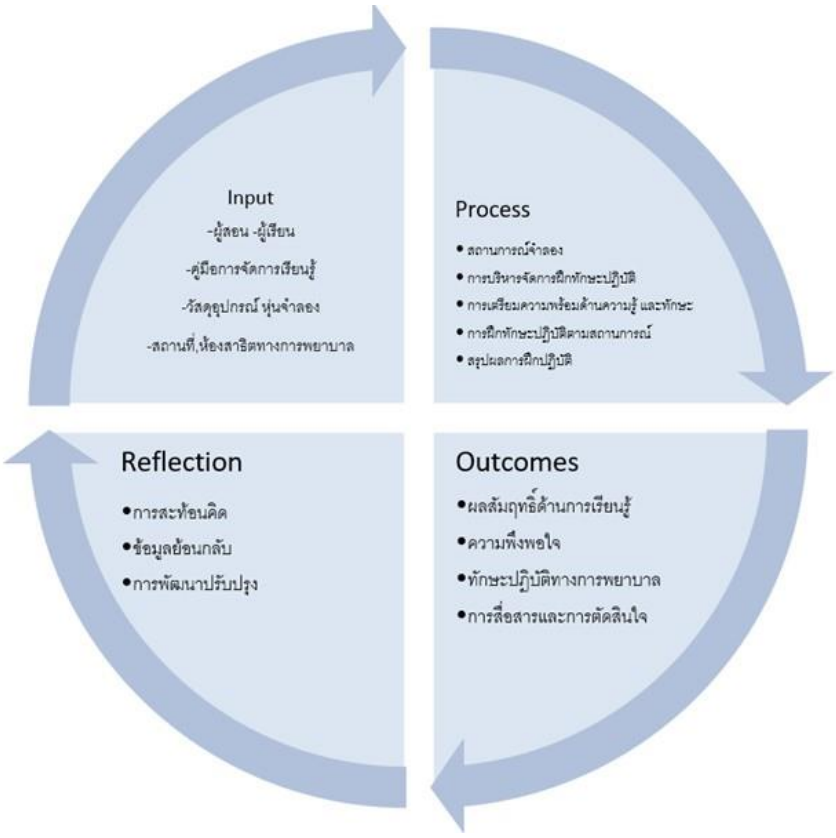
2. รูปแบบการเรียนรู้โดยใช้สถานการณ์จำลองเสมือนจริง ประกอบด้วย

2.1 Input ซึ่งประกอบด้วย ผู้สอน ผู้เรียน คู่มือการจัดการเรียนรู้ วัสดุอุปกรณ์ หุ่นจำลอง สถานที่ เช่น ห้องสาธิตทางการพยาบาล

2.2 Process เป็นขั้นตอนในการดำเนินการ ซึ่งประกอบด้วยโจทย์สถานการณ์จำลองเสมือนจริง การบริหารจัดการฝึกทักษะปฏิบัติ การเตรียมความพร้อมด้านความรู้และทักษะ การฝึกทักษะปฏิบัติตามสถานการณ์ สรุปผลการฝึกปฏิบัติ

2.3 Outcomes ที่จะได้รับคือ ผลลัพธ์ด้านการเรียนรู้ ความพึงพอใจในรูปแบบการเรียนรู้โดยใช้สถานการณ์จำลองเสมือนจริง ทักษะปฏิบัติทางการพยาบาลมารดา-ทารกและการผดุงครรภ์ การสื่อสารและการตัดสินใจ

2.4 Reflection ซึ่ง ภายหลังการเรียนรู้จะเป็นการสะท้อนคิด ให้ให้ข้อมูลย้อนกลับ สรุปผล เพื่อนำไปพัฒนาปรับปรุงในโอกาสต่อไป (ภาพที่ 2)



ภาพที่ 2 รูปแบบการเรียนรู้โดยสถานการณ์จำลองเสมือนจริง

การทดลองใช้รูปแบบการเรียนรู้โดยสถานการณ์จำลองเสมือนจริงที่ได้รับการพัฒนาขึ้น โดยมีกลุ่มตัวอย่างเป็นนักศึกษาพยาบาลตำรวจชั้นปีที่ 3 จำนวน 66 คน แบ่งเป็นกลุ่มควบคุม 33 คน กลุ่มทดลองจำนวน 33 คน ผลการวิเคราะห์คะแนนการทดสอบความรู้ก่อนเรียนของกลุ่มควบคุมมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 5.44 (S.D. = 1.41) คะแนนกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 5.47 (S.D. = 1.18) คะแนนผลการวิเคราะห์ค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ก่อนเรียนของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองไม่แตกต่างกัน (t = -.90, p = .37) คะแนนหลังการเรียนรู้กลุ่มควบคุมมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 5.67 (S.D. = 1.03) คะแนนกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 6.50 (S.D. = 1.52) คะแนน ผลการวิเคราะห์ค่าเฉลี่ยของคะแนนหลังการเรียนรู้ในกลุ่มทดลองมีค่ามากกว่ากลุ่มควบคุม (t = -2.66, p = 0.12) ซึ่งไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ .05 ดังแสดงในตาราง 1

ตารางที่ 1 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและการทดสอบ t ของคะแนนสอบวัดความรู้ ของนักศึกษาพยาบาลตำรวจชั้นปีที่ 3 เปรียบเทียบระหว่างกลุ่มควบคุม และกลุ่มทดลอง

คะแนนสอบวัดความรู้		**Mean**	**S.D.**	**df**	**t**	**p**
กลุ่มควบคุม	Pretest	5.44	1.41	33	-.90	.37
(n = 33)	posttest	5.67	1.03			
กลุ่มทดลอง	Pretest	5.47	1.18	33	-2.66	0.12
(n = 33)	posttest	6.5	1.52			

การประเมินค่าเฉลี่ยความพึงพอใจและทักษะปฏิบัติการในรูปแบบการเรียนรู้โดยสถานการณ์จำลองสถานการณ์จำลองเสมือนจริง พบว่ามีค่าเฉลี่ยความพึงพอใจเท่ากับ 4.23 (S.D. = .033) คือมีความพึงพอใจระดับมาก ในส่วนของการประเมินทักษะปฏิบัติที่ได้จากการเรียนรู้สถานการณ์จำลองเสมือนจริงมีค่าเฉลี่ย เท่ากับ 4.33 (S.D. = .12) ซึ่งถือว่าอยู่ในระดับมากเช่นกันดังแสดงในตาราง 2

ตารางที่ 2 ค่าเฉลี่ย และ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ความพึงพอใจต่อรูปแบบการเรียนรู้โดยสถานการณ์จำลองเสมือนจริงและทักษะปฏิบัติของนักศึกษาพยาบาลตำรวจชั้นปีที่ 3 ที่เรียนรู้ด้วยสถานการณ์จำลองเสมือนจริง (n = 33)

กลุ่มทดลอง	**Mean**	**S.D.**
ความพึงพอใจต่อรูปแบบการเรียนรู้โดยสถานการณ์จำลองเสมือนจริง	4.23	0.33
ทักษะปฏิบัติ	4.33	0.12

อภิปรายผล

รูปแบบการเรียนรู้โดยสถานการณ์จำลองเสมือนจริงในรายวิชาปฏิบัติการพยาบาลมารดาทารกและการผดุงครรภ์ สร้างขึ้นตามแนวความคิดทฤษฎีการเรียนรู้จากประสบการณ์ของ Kolb et al. (2014) มีขั้นตอนดังนี้คือ 1) ขั้นตอนการเตรียม กำหนดวัตถุประสงค์การเรียนรู้ที่คาดหวัง ออกแบบโจทย์สถานการณ์ บทบาทสมมุติ คู่มือสำหรับอาจารย์ผู้สอน นักศึกษา แบบประเมินความรู้ แบบประเมินทักษะปฏิบัติการพยาบาล จัดเตรียมอุปกรณ์ให้เหมาะสมกับสถานการณ์ที่จำลอง ในการศึกษาครั้งนี้ได้สร้างสถานการณ์จำลองเสมือนจริงเรื่องการพยาบาลสตรีตั้งครรภ์เป็นการนำร่อง 2) ขั้นปฏิบัติการในสถานการณ์จำลองเสมือนจริง ผู้เรียนแสดงบทบาทตามสถานการณ์ที่กำหนดเพื่อให้ผู้เรียนได้ฝึกทักษะปฏิบัติการพยาบาลเพื่อให้ผู้เรียนได้เรียนรู้และฝึกทักษะปฏิบัติและการตัดสินใจที่เหมาะสมตามสถานการณ์ที่กำหนดให้ 3) ขั้นการสรุปผล ถือเป็นขั้นตอนที่สำคัญ ในขั้นตอนนี้ผู้เรียนจะมีบทบาทสำคัญผู้สอนจะเป็นผู้ฟัง และกระตุ้นให้ผู้เรียนคิดและวิเคราะห์ การสะท้อนคิดจะช่วยให้ผู้เรียนได้เรียนรู้ทั้งทักษะปฏิบัติ ด้านวิชาการ จรรยาวิชาชีพ การทำงานเป็นทีมกับผู้อื่น การติดต่อสื่อสาร ได้ทราบจุดเด่นจุดบกพร่อง จุดที่ควรต้องพัฒนาตนเองเป็นอย่างดี นอกจากนี้ Klayklueng et al. (2019) เสนอแนะว่า การฝึกปฏิบัติตามสถานการณ์จำลองในแต่ละหน้าที่ ผู้เรียนทุก ๆ คนควรได้รับการฝึกทักษะในทุกหน้าที่หมุนเวียนกันจนครบ เพื่อให้ผู้เรียนทุกคนมีความพร้อมในทุกสถานการณ์ที่ต้องพบตอนขึ้นฝึกปฏิบัติจริง และเปิดโอกาสให้นักศึกษาได้เข้าสังเกตการณ์ตอนกลุ่มอื่นปฏิบัติสถานการณ์จำลองด้วย เพื่อให้เห็นปัญหาที่หลากหลายซึ่งจะทำให้ได้รับความรู้เพิ่มเติมมากยิ่งขึ้น

จากการทบทวนวรรณกรรม การสัมภาษณ์ผู้เชี่ยวชาญ และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องเกี่ยวกับรูปแบบการเรียนรู้โดยสถานการณ์จำลองเสมือนจริง เพื่อส่งเสริมทักษะปฏิบัติการพยาบาลมารดา - ทารกและการผดุงครรภ์ ของนักศึกษาพยาบาล ประกอบด้วย 1) การกำหนดวัตถุประสงค์ในการเรียนรู้ 2) กำหนดเนื้อหาที่ครอบคลุมสาระสำคัญในเรื่องการพยาบาลสตรีตั้งครรภ์ 3) ออกแบบโจทย์สถานการณ์จำลอง (Scenario) 4) กิจกรรมการเรียนรู้ 5) การสะท้อนคิดเพิ่มเสริมสร้างพลังใจให้นักศึกษาเห็นศักยภาพของตนเอง 6) การประเมินผลนักศึกษา มุ่งเน้น ทั้งความรู้ ความมั่นใจ การสื่อสาร ทักษะปฏิบัติ การตัดสินใจ โดยการประเมินก่อนและหลังการเรียนรู้ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Meeboon et al., (2022), Khachat et al. (2022) และ Mahaprom et al. (2020)

ผลการวิจัยการจัดการเรียนรู้โดยสถานการณ์จำลองเสมือนจริงในเรื่องการพยาบาลหญิงตั้งครรภ์ ซึ่งเป็นการสถานการณ์นำร่อง พบว่า คะแนนการทดสอบความรู้ก่อนเรียนของกลุ่มควบคุมมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 5.44 (S.D. = 1.41) คะแนนกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 5.47 (S.D. = 1.18) คะแนนหลังการเรียนรู้ กลุ่มควบคุมมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 5.67 (S.D. = 1.03) คะแนน กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ

6.50 (S.D. = 1.52) คะแนน ผลการวิเคราะห์ค่าเฉลี่ยของคะแนนหลังการเรียนรู้ในกลุ่มทดลองมีค่ามากกว่ากลุ่มควบคุม แต่อย่างไรก็ตามผลการวิเคราะห์ค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้หลังเรียนของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ .05 (t = -.90, p = .37) ในส่วน การประเมินค่าเฉลี่ยความพึงพอใจและทักษะปฏิบัติการในรูปแบบการเรียนรู้โดยสถานการณ์จำลองสถานการณ์จำลองเสมือนจริงของกลุ่มทดลอง พบว่ามีค่าเฉลี่ยความพึงพอใจเท่ากับ 4.23 (S.D. = .033) คือมีความพึงพอใจระดับมาก ในส่วนของการประเมินทักษะปฏิบัติที่ได้จากการเรียนรู้สถานการณ์จำลองเสมือนจริงมีค่าเฉลี่ย เท่ากับ 4.33 (S.D. = .12) ซึ่งถือว่าอยู่ในระดับมาก ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Chudjuajeen et al. (2022) พบว่านักศึกษามีความสามารถในการปฏิบัติการรักษาพยาบาลเบื้องต้นมากขึ้นหลังจากได้รับการจัดการเรียนรู้ด้วยสถานการณ์จำลองและมากกว่านักศึกษาที่ไม่ได้รับการจัดการเรียนรู้ด้วยสถานการณ์จำลอง Wongmak et al. (2023) ก็พบว่านักศึกษาพยาบาลที่ได้รับการสอนโดยใช้สถานการณ์จำลองเสมือนจริงมีค่าคะแนนเฉลี่ยความสามารถในการตัดสินใจทางคลินิกการสื่อสารอย่างปลอดภัยโดยใช้ ISBAR และการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วย หลังทดลองสูงกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ .05 ในวิชาการพยาบาลมารดาทารกและการผดุงครรภ์ 2 Pengrachrong et al. (2022) ได้ถอดบทเรียนกระบวนการจัดการเรียนการสอนโดยใช้สถานการณ์จำลองกับหุ่นเสมือนจริงระดับสูง ในวิชาการพยาบาลมารดา ทารกและการผดุงครรภ์ 2 พบว่าการเรียนโดยใช้วิธีนี้ช่วยพัฒนาการเรียนรู้ ทักษะปฏิบัติ การวิจัยครั้งนี้แม้จะพบว่าคะแนนการทดสอบความรู้หลังการเรียนการสอนของกลุ่มทดลองจะไม่แตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ทั้งนี้สาเหตุอาจมาจากการทดลองในครั้งนี้เป็นการทดลองนำร่อง ซึ่งกลุ่มตัวอย่างเป็นนักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 3 ที่ผ่านการเรียนการสอนในรายวิชาปฏิบัติการพยาบาลมารดา-ทารกและการผดุงครรภ์ 1 มาแล้วจึงทำให้ผลการเรียนรู้ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญที่ .05 แต่อย่างไรก็ตามผลการเรียนรู้ของกลุ่มทดลองพบว่ามีค่าเฉลี่ยมากกว่ากลุ่มควบคุม ซึ่งหากนำไปพัฒนาและทดลองใช้กับนักศึกษาชั้นปีที่ 3 ที่ยังไม่เคยผ่านการฝึกปฏิบัติในรายวิชาปฏิบัติการมารดา – ทารกและการผดุงครรภ์มาก่อนผู้วิจัยเชื่อว่าคะแนนความรู้ของกลุ่มตัวอย่างจะต้องมีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ .05 อีกทั้งในการวิจัยครั้งนี้ยังพบว่าคะแนนเฉลี่ยหลังเรียนเพิ่มขึ้นของกลุ่มทดลองมากกว่ากลุ่มควบคุม และความพึงพอใจและทักษะปฏิบัติในรูปแบบการเรียนรู้โดยสถานการณ์จำลองเสมือนจริงมีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับมาก ดังนั้น การเรียนรู้โดยสถานการณ์จำลองเสมือนจริงยังถือว่าเป็นรูปแบบการจัดการเรียนรู้ที่ทำให้ผู้เรียนพึงพอใจ เกิดทักษะในการปฏิบัติการพยาบาลได้ และเพิ่มระดับความรู้มากยิ่งขึ้น

สรุป

การเรียนรู้โดยใช้สถานการณ์จำลองเสมือนจริงมีประโยชน์อย่างมากต่อการเรียนการสอนทางการพยาบาล เพราะจะช่วยพัฒนาส่งเสริมทักษะการเรียนรู้ทางด้านปฏิบัติการพยาบาลสำหรับนักศึกษาพยาบาล นอกจากนี้ยังช่วยส่งเสริมด้านความรู้ ทักษะปฏิบัติทางการพยาบาล และนักศึกษามีความพึงพอใจต่อการเรียนในรูปแบบการเรียนรู้โดยสถานการณ์จำลองเสมือนจริงอยู่ในระดับมาก เพราะรูปแบบการเรียนรู้โดยวิธีนี้ เป็นการสร้างบรรยากาศสิ่งแวดล้อมการเรียนรู้ให้เสมือนจริงกับหอผู้ป่วย โดยรูปแบบการเรียนรู้โดยสถานการณ์จำลองเสมือนจริงมีองค์ประกอบที่สำคัญคือ 1) ผู้สอน 2) ผู้เรียน 3) ลักษณะการจัดการฝึกปฏิบัติ 4) การออกแบบสถานการณ์จำลอง 5) ผลลัพธ์จากการเรียนรู้ ขั้นตอนการจัดการเรียนการสอนที่สำคัญ มี 3 ขั้นตอน คือ 1) ขั้นเตรียม ประกอบด้วย การกำหนดผลลัพธ์การเรียนรู้ที่ต้องการ การออกแบบสถานการณ์ การออกแบบวิธีการประเมินผล การเตรียมสถานการณ์ เตรียมผู้สอน เตรียมผู้เรียน 2) ขั้นปฏิบัติในสถานการณ์จำลองประกอบด้วยการให้คำแนะนำก่อนฝึกปฏิบัติ การฝึกปฏิบัติตามสถานการณ์ และการสรุปผลการเรียนรู้ 3) ขั้นการประเมินผล โดยการประเมินจากการสังเกตพฤติกรรมของนักศึกษาที่แสดงออกในสถานการณ์ การประเมินความรู้ เปิดโอกาสให้ผู้เรียนได้แสดงความคิดเห็นและร่วมกันอภิปรายซึ่งกระตุ้นการเรียนรู้และนำผลลัพธ์ไปพัฒนาปรับปรุงตนเองได้อย่างมีประสิทธิภาพ

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะในการนำงานวิจัยไปใช้ประโยชน์

1. นำรูปแบบการเรียนรู้โดยสถานการณ์จำลองเสมือนจริงไปปรับปรุงและทดลองใช้กับนักศึกพยาบาลตำรวจชั้นปีที่ 3 ที่ยังไม่เคยฝึกปฏิบัติการพยาบาลมารดาทารกและการผดุงครรภ์มาก่อน เพื่อเพิ่มสมรรถนะด้านทักษะทางการพยาบาล ความรู้ การสื่อสารและการตัดสินใจทางการพยาบาลก่อนขึ้นฝึกปฏิบัติบนหอผู้ป่วย

2. สามารถนำรูปแบบการเรียนการสอนนี้เป็นตัวอย่างนำร่องพัฒนาการเรียนการสอนในสถานการณ์อื่น ๆ ในห้องคลอด และหลังคลอด ต่อไป และควรมีการพัฒนาดำเนินการจัดการเรียนการสอนโดยสถานการณ์จำลองกับหุ่นเสมือนจริงระดับสูง ในวิชาปฏิบัติการมารดา ทารกและการผดุงครรภ์ 2

3. ด้านการบริหารการศึกษา อาจารย์ผู้รับผิดชอบหลักสูตร สามารถนำรูปแบบการรเรียนรู้โดยสถานการณ์จำลองดังกล่าวนี้ไปใช้เป็นแนวทางสำหรับวางแผนในการเตรียมความพร้อมของนักศึกษาก่อนขึ้นฝึกปฏิบัติจริงบนหอผู้ป่วย

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยนำร่อง ดังนั้นการวิจัยครั้งต่อไปควรมีการพัฒนาแบบประเมินผลลัพธ์การเรียนรู้ ด้านการคิดอย่างมีวิจารณญาณ ความมั่นใจในตนเอง ด้านการสื่อสาร ด้านการตัดสินใจทางคลินิก เพิ่มสถานการณ์จำลองในห้องคลอด และหลังคลอด แล้วนำรูปแบบการเรียนรู้โดยสถานการณ์จำลองเสมือนจริงที่พัฒนาปรับปรุงแก้ไขไปทดลองใช้กับนักศึกษาพยาบาลตำรวจชั้นปีที่ 3 ที่ยังไม่เคยขึ้นฝึกปฏิบัติในรายวิชาปฏิบัติการพยาบาลมารดาทารกและการผดุงครรภ์ เพื่อส่งเสริมสมรรถนะของนักศึกษาด้านความรู้ ความมั่นใจ การตัดสินใจในทักษะทางคลินิกในรายวิชาปฏิบัติการพยาบาลมารดาทารกและการผดุงครรภ์ต่อไป

รายการอ้างอิง (References)

Chudjuajeen, S., Wutisukpaisan, S., & Khumsuk, W. (2022). Simulation Based-Learning: Application of nursing teaching. *The Journal of Boromarajonani College of Nursing Suphanburi*, *5*(1), 17 - 31. https://he02.tci-thaijo.org/index.php/SNC/article/view/258439

Chudjuajeen, S., Wutisukpaisan, S., & Narysangkharn S. (2021). The Use of High-Fidelity Simulation Based Learning in Nursing Education. *Journal of Boromarajonani College of Nursing, Surin,* 11(2), 149 – 163. https://he01.tci-thaijo.org/index.php/bcnsurin/article/view/248992

Department of Provincial Administration, Ministry of Interior, (2023). *Simulation Based Learning for Nursing Education.* http://updtate Mahidol.ac.th/post_multimedia/2023-12-29-thairath-news/

Kamjampa, C., & Phosing, P. (2021). Public Policy and Economic Solutions in the COVID-19 Spread. *Journal of Local Governance and Innovation*, *5*(3), 99 – 116. https://so03.tci-thaijo.org/index.php/JLGISRRU/article/view/253624

Khachat, S., Chansuvarn, S., Phothong, P., & Sripho, S. (2022). Development of Simulation-Based Learning with Standardized Patient Model to Promote Knowledge, Perceived Self-Confidence and Therapeutic of Communication Skill. *The Journal of Boromarajonani Collage of nursing, Suphunbury, 5*(2), 47 - 60. https://he02.tci-thaijo.org/index.php/SNC/article/view/260537

Kim, J., Part, J-H., & Shin, S. (2016). Effectiveness of simulation-based nursing education depending on fidelity: A meta-analysis. *BMC Medical Education*, 16, 152. https://bmcmededuc.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12909-016-0672-7#citeas

Klayklueng, W., Paerai, W., Aranyapak, P., & Kongjeera, A. (2019). Development of instructional management model through self- learning skills of nursing students: a case study of nurse midwifery subject. *Juornal of Nursing Siam University, 20*(39), 45 – 59. https://he01.tci-thaijo.org/index.php/nursingsiamjournal/article/view/195800

Kolb, A.Y., Kolb, D.A., Passarelli, A., & Sharma, G. (2014). On becoming an experiential education: The education role profile. Simulation & Gaming, 45(2), 204 – 234. http://doi.org/10.1177/1046878114534383.

Luangphituck, W., Noparoojjinda, S., Chompuming, W., & Poltana, P. (2020). Development of Preparadness Program for Proboromrajchanok Institute' s Comprehensive Examination in Adult Nursing with Blended Learning and Simulation-Based Learning: A pilot study. *Regional Health Promotion Center 9 Journal. 14*(34), 191 – 209. https://he02.tci-thaijo.org/index.php/RHPC9Journal/issue/view.209

Mahaprom, T., Chatrung, C., Noparoojjinda, S., Peawnalaw, S., & Doungkeaw, J. (2020) Development of an Instructional Model based-on Simulation-Based Learning in Nursing Care of Persons with Health Problems. *Multidisciplinary Journal for Health,* 2(1), 47-61. https://www.researchgate.net/publication/344852653_Development_of_an_Instructional_Model_based-on_Simulation-Based_Learning_in_Nursing_Care_of_Persons_with_Health_Problems

Meeboon, S., Tummee, S., & Charoenpon, S. (2022). Development of Nursing Students' Preparation Model for Principles and Techniques in Nursing Practicum through Simulation-based Learning Ward. *Journal of Prachomklao Collage of Nursing, Phetchaburi Province, 5*(1), 147 – 161. https://he01.tci-thaijo.org/index.php/pck/article/view/254079

Oyserman, D., Elmore, K., & Smith, G. (2012). *Handbook of Self and Identity.* London: Guilford Press.

Panawatthanapisuit, S., Lertlum, L., & Tanasansutee, C. (2019). Development of Simulation Scenario Model for Simulation Based Learning. *Journal of Health Science*, *28*(Special Issue), 33 - 41. https://thaidj.org/index.php/JHS/article/view/6788

Parker, R.A., McNeill, J.A., Pelayo, L.W., Goei, K.A., Howard, J., & Gunter, M.D. (2011). Pediatric clinical simulation: a pilot project. *The Journal of nursing education*, *50*(2), 105 – 111. https://doi.org/10.3928/01484834-20101230-05

Pengrachrong, J., Tulapan, P., & Imnam, P. (2022). Lesson Learned: The Process of Teaching and learning by Using Scenarios with High-Fidelity Human Simulation in Teaching Maternal and Newborn Nursing and Midwifery II. *Journal Health Sciences Scholarship*, *9*(1), 269 - 287. https://he01.tci-thaijo.org/index.php/johss/article/view/254851

Police Nursing Collage. (2022). Maternity-Newborn Nursing and Midwifery Practicum 1. *Course Syllabus*, 4-5.

Soontonmalai, K. (2017). Factors Prediction and Stress Reduction Guideline for Stress in Maternal-Newborn Nursing and Midwifery Practicum 1 of Police Nursing Student at Police Nursing Collage, *Journal of The Police Nurses, 9*(2), 128 - 138. https://he01.tci-thaijo.org/index.php/policenurse/article/view/107962

Suwannakeeree, W., Jullmusi, O., & Tangkawanich, T. (2016). Learning Management by Simulation Based-Learning for Nursing student. *Journal of Nursing science Chulalongkorn University, 28*(2), 1 - 14. https://he01.tci-thaijo.org/index.php/CUNS/article/view/80195

Wongmak, P., Chiengta, P., Phanpom, C., & Khamaural, N. (2023). Effects of Simulation-Based Learning on Clinical Decision-Making Abilities, Secure Communicate Using ISBAR, and Nursing Practice for Patient Safety of Nursing Students. *Journal of The Royal Thai Army Nurses*, *24*(2), 458 – 466. http://he01.thaijo.org/index/phd/JRTAN/article/view/263549.

การพัฒนาศักยภาพผู้ดูแลในการคัดกรองภาวะสมองเสื่อมผู้สูงอายุในชุมชน โดยเครื่องมือ IQCODE

Development of Potential of Caregivers to Screen Dementia for Community-dwelling olders by Using the IQCODE tool

ศิราณี ศรีหาภาค[1*], รัศมี ลือฉาย[2], สุพัฒนา อรุณไพร[2], วิภาวดี บรรพบุตร[3], เพ็ญพักตร์ ไชยฤทธิ์[4], กุลนรี หาญพัฒนชัยกูร[5], สุธิดา อินทรเพชร[1]

Siranee Sihapark[1], Russamee Luechai[2], Supatthana Aroonprai[2], Wipavadee Bunpabut[3], Penpak Chaiyarit[4], Kulnaree Hanpatchaiyakul[5], Suthida Intaraphet[1]

(Received: November 9, 2023; Revised: April 17, 2024; Accepted: April 26, 2024)

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยและพัฒนาเพื่อศึกษากระบวนการพัฒนาศักยภาพผู้ดูแลในการคัดกรองภาวะสมองเสื่อมผู้สูงอายุในชุมชน กลุ่มเป้าหมาย ได้แก่ ผู้ดูแลในชุมชน จำนวน 63 คน และผู้สูงอายุในชุมชน จำนวน 1,756 คน วิเคราะห์ข้อมูลเชิงพรรณนาด้วย จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และวิเคราะห์เปรียบเทียบด้วยสถิติ Paired t-test, Chi-square test และ ค่า 95 % CI

ผลการศึกษาพบว่า 1) ผู้ดูแลในชุมชน ร้อยละ 96.83 เป็นเพศหญิง มีอายุเฉลี่ย 50 ปี ร้อยละ 58.72 จบการศึกษาระดับมัธยมศึกษา/ปวช.ขึ้นไป และร้อยละ 10 ไม่มีประสบการณ์ดูแลผู้สูงอายุ 2) กระบวนการพัฒนาศักยภาพผู้ดูแลในการคัดกรองภาวะสมองเสื่อมผู้สูงอายุในชุมชน ประกอบด้วย

[1*] วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ขอนแก่น คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก

[1*]Boromarajonani College of Nursing Khon Kaen, Faculty of Nurisng, Praboromarajchanok Institute

[2]โรงพยาบาลร่องคำ

[2]Rong Kham Hospital

[3] โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลสามัคคี

[3]Samakkhi Health Promotion Hospital

[4]โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเหล่าอ้อย

Lao Oi Health Promotion Hospital

[5]คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเกษมบัณฑิต

[5]Nursing Faculty Kasem Bundit University

*Corresponding Author: siranee.s@bcnkk.ac.th

การคัดเลือกเครื่องมือคัดกรองภาวะสมองเสื่อมของผู้สูงอายุสำหรับผู้ดูแลในชุมชน พัฒนาหลักสูตรศักยภาพการคัดกรองภาวะสมองเสื่อมสำหรับผู้ดูแลในชุมชน และ อบรมพัฒนาศักยภาพผู้ดูแลในการคัดกรองภาวะสมองเสื่อมของผู้สูงอายุในชุมชน และ 3) ผลลัพธ์การพัฒนาศักยภาพผู้ดูแลเพื่อคัดกรองภาวะสมองเสื่อมผู้สูงอายุในชุมชนด้วยเครื่องมือ IQCODE พบว่าระดับความรู้ของผู้ดูแลหลังการอบรมสูงขึ้นกว่าก่อนการอบรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.01$) ส่วนด้านทัศนคติของผู้ดูแลพบว่าระดับทัศนคติเชิงลบหลังการอบรมลดลงกว่าก่อนการอบรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.01$) อย่างไรก็ตามระดับทัศนคติเชิงบวกของผู้ดูแลก่อนและหลังการอบรมไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ และ 4) ผลการคัดกรองภาวะสมองเสื่อมของผู้สูงอายุในชุมชนด้วยเครื่องมือ IQCODE โดยผู้ดูแลพบความชุกความเสี่ยงต่อภาวะสมองเสื่อม ร้อยละ 6.44 (95 % CI 5.4 – 7.7)

ภาวะสมองเสื่อมเป็นปัญหาที่สำคัญของผู้สูงอายุ การพัฒนาศักยภาพผู้ดูแลเพื่อคัดกรองภาวะสมองเสื่อมของผู้สูงอายุในชุมชนด้วยเครื่องมือที่มีคุณภาพและสอดคล้องกับบริบทเชิงพื้นที่ เป็นจุดเริ่มต้นที่สำคัญของการเข้าถึงระบบบริการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุสมองเสื่อม

คำสำคัญ: ผู้ดูแลในชุมชน, ภาวะสมองเสื่อม, การคัดกรอง, เครื่องมือ IQCODE

Abstract

The purpose of this research and development study was to examine process development of potential of caregivers to screen dementia for older adults living in community. The sample group consisted of 63 caregivers and 1756 older adults in the community. Descriptive data analysis used number, percentage, mean, and standard deviation and statistical comparison analysis were Paired t-test, Chi-square test and 95% CI.

The following findings were identified: 1) 96.83% of caregivers in the community were women, with an average age of 50; 58.72% had completed secondary school or above a vocational qualification; and 10% had no prior experience providing care for older adults; 2) The procedure development of potential of caregivers to screen dementia for older adults in community included training of potential for caregivers to screen dementia for older adults in the community, developing a curriculum for improving potential of caregivers to screen dementia for older adults in the community, and selection a dementia screening tool for older adults in the community; 3) The results of development of potential for caregivers to screen dementia for older adults in the community by using the IQCODE measurement revealed that the knowledge level of caregivers following training

was statistically substantially greater than score of caregivers before to training ($p < 0.01$). Negative attitude level of caregivers was shown to be statistically considerably lower after the training than it was before ($p < 0.01$). Nevertheless, there was no statistically significant difference in the positive attitude level of caregivers before and after the training; and 4) the IQCODE measurement, which caregivers used to screen for dementia in older adults living in the community, revealed 6.44% of the risk of dementia incidence (95%CI 5.4 – 7.7).

Dementia is a significant problem facing in older adults. Development of potential of caregivers to screen dementia for older adults living in the community by using appropriate and effective measuring techniques is important initial step in gaining access to the health care system for older adults with dementia.

Keywords: Caregivers in community, Dementia, screening, IQCODE measurement

บทนำ

ภาวะสมองเสื่อมเป็นปัญหาสำคัญเร่งด่วนของประเทศทั่วโลก ซึ่งผลการสำรวจทั่วโลกในช่วง ค.ศ. 2018 - 2019 พบอุบัติการณ์เกิดภาวะสมองเสื่อม ร้อยละ 1 ในช่วงอายุ 60 - 64 ปี เพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 20 ช่วงอายุ 85 ปีขึ้นไป และ ช่วงอายุ 90 - 95 ปี พบร้อยละ 40 (Dementia Forecasting Collaborators, 2019) เช่นเดียวกับประเทศไทยที่เข้าสู่สังคมผู้สูงอายุแบบก้าวกระโดด ทำให้ปัจจุบันมีประชากรผู้สูงอายุถึงร้อยละ 19.6 ของประชากรทั้งประเทศ (National Statistical Office, 2021) ซึ่งประมาณการผู้สูงอายุสมองเสื่อม จำนวน ปีค.ศ. 2019 มีผู้ป่วยสมองเสื่อม 670,047 คน ในปีค.ศ. 2050 คาดว่าจะมีจำนวน 2,391,672 คน (Dementia Forecasting Collaborators, 2019) ภาระและผลกระทบของโรคสมองเสื่อมจึงเป็นปัญหาที่สำคัญของประเทศไทยในปัจจุบันและอนาคต

การศึกษาในประเทศไทยพบค่าใช้จ่ายเฉลี่ยต่อปีสำหรับการดูแลผู้ป่วยโรคสมองเสื่อม จำนวน 8,014 ดอลลาร์สหรัฐต่อผู้ป่วยหนึ่งราย โดยในผู้ป่วยสมองเสื่อมระยะรุนแรง จะมีค่าใช้จ่าย จำนวน 9,860 ดอลลาร์สหรัฐ และ จำนวน 5,524 ดอลลาร์สหรัฐสำหรับผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมระยะเล็กน้อย (Kongpakwattana et al., 2019) และพบว่าการดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อมทำให้ผู้ดูแลมีปัญหาสุขภาพ ร้อยละ 4.3 ผู้ดูแลต้องลาออกจากงาน ร้อยละ 23.6 และผู้ดูแลหลักครึ่งหนึ่งไม่มีผู้ดูแลอื่นเพื่อช่วยเหลือ (Chuakhamfoo et al., 2020) การดูแลผู้สูงอายุ เป็นปัญหาที่สังคมไทยกำลังเผชิญโดยเฉพาะการรับมือกับโรคหรือการเจ็บป่วยด้วยภาวะสมองเสื่อมในช่วงวัยสูงอายุ

อย่างไรก็ตามภาวะสมองเสื่อมเป็นการเจ็บป่วยที่มีข้อจำกัดเกี่ยวกับองค์ความรู้ของการดูแลรักษา เป็นปัญหาที่สำคัญของประเทศไทย ได้แก่ การพร่องความรู้ ความเข้าใจในการคัดกรอง และพัฒนาศักยภาพสมองเพื่อป้องกัน ชะลอภาวะสมองเสื่อม (Puengsema, 2020) โดยเฉพาะข้อจำกัดด้านศักยภาพของบุคลากรสุขภาพและเป็นช่องว่างขององค์ความรู้ในระบบบริการ อีกทั้งการให้บริการดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมของไทยถูกออกแบบภายใต้ระบบการดูแลเฉพาะทางต้องอาศัยผู้เชี่ยวชาญในการตรวจวินิจฉัยโรค จึงทำให้เกิดความยากลำบากต่อการเข้าถึงระบบบริการดูแล การศึกษาที่ผ่านมาจึงพบว่าผู้สูงอายุสมองเสื่อมส่วนใหญ่ไม่เคยได้รับการวินิจฉัยภาวะสมองเสื่อม (Chen et al., 2022)

การพัฒนาศักยภาพการคัดกรองภาวะสมองเสื่อมของผู้สูงอายุในชุมชนสำหรับผู้ดูแลครั้งนี้มีเป้าหมายเพื่อพัฒนาสมรรถนะผู้ดูแลที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับการปฏิบัติงานระบบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว ให้สามารถคัดกรองภาวะสมองเสื่อมของผู้สูงอายุในชุมชนได้ทันท่วงที รวมทั้งการพัฒนาและคัดเลือกเครื่องมือคัดกรองภาวะสมองเสื่อมที่สอดคล้องกับบริบทของหน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิ เพื่อช่วยให้บุคลากรด้านสุขภาพใช้ตัดสินใจในการค้นหาผู้ป่วย ทำให้ผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมสามารถเข้าถึงบริการดูแลระยะยาวของสถานบริการสุขภาพปฐมภูมิอย่างรวดเร็ว ซึ่งจะช่วยลดภาระของผู้ดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อมในครอบครัว และทำให้คุณภาพชีวิตทั้งของผู้สูงอายุสมองเสื่อมและผู้ดูแลในครอบครัวดีขึ้น และทำให้เกิดการพัฒนาประสิทธิภาพการคัดกรองผู้สูงอายุสมองเสื่อมของระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิของประเทศไทย

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษากระบวนการพัฒนาศักยภาพผู้ดูแลในการคัดกรองภาวะสมองเสื่อมผู้สูงอายุในชุมชนด้วยเครื่องมือ IQCODE
2. เพื่อประเมินความชุกภาวะสมองเสื่อมของผู้สูงอายุในชุมชนด้วยเครื่องมือ IQCODE
3. เพื่อประเมินผลกระบวนการพัฒนาศักยภาพผู้ดูแลเพื่อคัดกรองภาวะสมองเสื่อมผู้สูงอายุในชุมชนด้วยเครื่องมือ IQCODE

วิธีการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยและพัฒนา (Research and Development) ดำเนินกิจกรรมระหว่างเดือนสิงหาคม 2561 – มิถุนายน 2562 โดยมีการดำเนินกิจกรรม 2 ระยะ ดังรายละเอียดต่อไปนี้

ระยะที่ 1 พัฒนาศักยภาพผู้ดูแลเพื่อคัดกรองภาวะสมองเสื่อมผู้สูงอายุในชุมชน เป็นขั้นตอนการพัฒนาศักยภาพของผู้ดูแลประกอบด้วย การคัดเลือกเครื่องมือการคัดกรองภาวะสมองเสื่อมของ

ผู้สูงอายุ การอบรมพัฒนาศักยภาพการคัดกรองภาวะสมองเสื่อมสำหรับผู้ดูแลในชุมชน ซึ่งดำเนินการในช่วงเดือนสิงหาคม 2561 - มกราคม 2562

ระยะที่ 2 ประเมินผลการพัฒนาศักยภาพผู้ดูแลเพื่อคัดกรองภาวะสมองเสื่อมผู้สูงอายุในชุมชน ซึ่งประเมินจาก ความรู้การคัดกรองภาวะสมองเสื่อม ทัศนคติในการดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อม หลังการอบรม และ ทักษะความสามารถในการคัดกรองภาวะสมองเสื่อมของผู้สูงอายุในชุมชนด้วย เครื่องมือ IQCODE (Jorm, 1994; Senanarong et al., 2001) โดยดำเนินการเดือนมกราคม – มิถุนายน 2562

การคัดเลือกพื้นที่วิจัย

มีเกณฑ์การคัดเลือกพื้นที่ ดังนี้ 1) อำเภอที่อยู่ห่างจาก จังหวัดขอนแก่น ซึ่งเป็นพื้นที่จังหวัดที่วางแผนดำเนินการวิจัยแบบการทดลองสุ่มแบบมีกลุ่มควบคุมในปีถัดไป 2) พื้นที่วิจัยเป็นพื้นที่ระดับตำบลที่ทุกตำบลเข้าร่วมกองทุนระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุข 3) ผู้บริหารของสถานบริการสุขภาพในระดับอำเภอและระดับจังหวัดยินดีเข้าร่วมดำเนินกิจกรรมการวิจัย

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรในการศึกษาครั้งนี้ประกอบด้วย กลุ่มเป้าหมายหลัก ได้แก่ ผู้ดูแลในชุมชน และอาสาสมัครสาธารณสุขที่อาศัยอยู่ในพื้นที่วิจัย มีทั้งหมด จำนวน 83 คน และ กลุ่มเป้าหมายรอง คือ ผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในพื้นที่วิจัย มีทั้งหมด จำนวน 2,554 คน

กลุ่มตัวอย่างระยะที่ 1 คือ ผู้ดูแลในชุมชน และอาสาสมัครสาธารณสุข มีเกณฑ์การคัดเลือกดังนี้ 1) เป็นผู้ดูแลผู้สูงอายุในระบบการดูแลระยะยาว หรือ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน 2) อาศัยอยู่ในพื้นที่ของอำเภอเป้าหมายในช่วงระยะเวลาที่ดำเนินการการคัดกรองภาวะสมองเสื่อมของผู้สูงอายุ

กลุ่มตัวอย่างระยะที่ 2 คือ 1) ผู้ดูแลในชุมชน และอาสาสมัครสาธารณสุข มีเกณฑ์การคัดเลือก คือ ผ่านอบรมการคัดกรองภาวะสมองเสื่อมด้วยเครื่องมือ IQCODE 2) ผู้สูงอายุ มีเกณฑ์การคัดเลือกดังนี้ 1) เป็นผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป อาศัยอยู่ในพื้นที่วิจัย และ 2) มีรายชื่ออยู่ในทะเบียนขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และมีเกณฑ์การคัดออก ได้แก่ ผู้สูงอายุที่ไม่มีญาติหรือผู้ดูแลที่สามารถให้ข้อมูลพฤติกรรมการเปลี่ยนแปลงของผู้สูงอายุที่ผ่านมาเปรียบเทียบกับปัจจุบันได้ ซึ่งผู้สูงอายุที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ของกลุ่มเป้าหมายในการวิจัยครั้งนี้ มีจำนวน 2,501 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

แบบประเมินความรู้ เป็นแบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับการประเมินภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น มีจำนวน 15 ข้อ เป็นลักษณะคำถาม เป็นแบบเลือกตอบ ใช่ หรือ ไม่ใช่ กำหนดให้ตอบถูกได้ 1 คะแนน และตอบผิดได้ 0 คะแนน และกำหนดเกณฑ์การประเมินระดับความรู้ เป็น 3 ระดับ โดยใช้หลักการแบ่งความรู้แบบอิงเกณฑ์ดังนี้ ความรู้ระดับสูง คะแนนร้อยละ 80 ขึ้นไป

(12 - 15 คะแนน) ความรู้ระดับปานกลาง คะแนนร้อยละ 50 - 79 (8 - 11 คะแนน) ความรู้ระดับต่ำ คะแนนน้อยกว่าร้อยละ 50 (0 - 7 คะแนน) (Vongchavalitkul et al., 2016) ซึ่งเครื่องมือผ่านการตรวจสอบความตรงของเนื้อหาจากจิตแพทย์และผู้เชี่ยวชาญด้านการดูแลผู้สูงอายุ จำนวน 5 คน ได้ค่า IOC เท่ากับ 0.80 และ ผ่านการทดสอบค่าความเชื่อมั่น KR - 20 จากการทดสอบกับผู้ดูแลในพื้นที่จังหวัดใกล้เคียง จำนวน 30 คน ได้ค่าเท่ากับ 0.76

แบบประเมินทัศนคติเกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุ เป็นแบบประเมินทัศนคติของผู้ดูแลในชุมชนที่ผู้วิจัยดัดแปลงจากการวิจัยความรู้และทัศนคติของผู้ดูแลผู้สูงอายุ ของ Vongchavalitkul et al. (2016) ซึ่งเป็นแบบวัดมาตราส่วนประเมินค่า มีค่าคะแนน 5 ระดับ โดยเป็นแบบทัศนคติเชิงบวก จำนวน 16 คำถาม และ แบบประเมินทัศนคติเชิงลบ จำนวน 14 คำถาม และแบ่งระดับการประเมินทัศนคติเชิงบวกและทัศนคติเชิงลบออกเป็น 3 ระดับ ได้แก่ ระดับทัศนคติสูง (คะแนน 4.00 - 5.00) ระดับทัศนคติปานกลาง (คะแนน 3.00 - 3.99) และระดับทัศนคติต่ำ (คะแนน 1.00 - 2.99) ซึ่งเครื่องมือผ่านการตรวจสอบความตรงของเนื้อหาจากจิตแพทย์และผู้เชี่ยวชาญด้านด้านการดูแลผู้สูงอายุ จำนวน 5 คน ได้ค่า IOC เท่ากับ 0.86 และ ผ่านการทดสอบค่าความเชื่อมั่นโดยใช้วิธีหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟ่าของครอนบาค จากการทดสอบกับผู้ดูแลพื้นที่จังหวัดขอนแก่น จำนวน 30 คน ได้ค่าเท่ากับ 0.84

เครื่องมือ IQCODE เป็นแบบสอบถามเกี่ยวกับพฤติกรรมการเปลี่ยนแปลงของผู้สูงอายุโดยผู้ดูแลในครอบครัว ซึ่งเป็นการเปรียบเทียบ ความจำ สติปัญญาและความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันในแต่ละสถานการณ์ของผู้สูงอายุ ในระยะเวลา 10 ปีที่ผ่านมากับปัจจุบัน มีจำนวน 16 ข้อ และแต่ละข้อมีคำตอบให้เลือก 5 ตัวเลือก (Jorm, 1994) ในประเทศไทยใช้จุดตัดที่คะแนน 3.47 หมายถึง มีภาวะสมองเสื่อม ซึ่งมีค่า sensitivity ร้อยละ 83.5 และ specificity ร้อยละ 81.5 (Senanarong et al., 2001)

การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง

ได้รับการรับรองจริยธรรมการวิจัยจาก คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สถาบันพัฒนาการคุ้มครองการวิจัยในมนุษย์ เลขที่ สคม. 344 / 2560 วันที่ 25 เมษายน 2560 โดยมีการชี้แจงกลุ่มเป้าหมายให้ทราบถึงวัตถุประสงค์การวิจัย สิทธิในการปฏิเสธเข้าร่วมหรือถอนตัวจากการวิจัย การรักษาความลับและการเก็บรักษาข้อมูล การแสดงความสมัครใจโดยลงลายมือชื่อในเอกสารโครงการวิจัย เป็นต้น

วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

การเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย มี 2 ระยะ 1) การเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย ระยะที่ 1 เป็นการประเมินความรู้และทัศนคติก่อนการอบรมการพัฒนาศักยภาพการคัดกรองภาวะสมองเสื่อมของผู้สูงอายุของผู้ดูแลในชุมชน 2) การเก็บรวมรวมข้อมูล ระยะที่ 2 เป็นการประเมินความรู้และทัศนคติหลังการ

อบรมการพัฒนาศักยภาพการคัดกรองภาวะสมองเสื่อมของผู้สูงอายุของผู้ดูแลในชุมชน และประเมินทักษะปฏิบัติการคัดกรองภาวะสมองเสื่อมจากผลการคัดกรองภาวะสมองเสื่อมของผู้สูงอายุในชุมชนโดยผู้ดูแลในชุมชนที่ผ่านการอบรม

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์เชิงพรรณนา โดย ข้อมูลเกี่ยวกับ ข้อมูลส่วนบุคคล ความรู้ ทัศนคติ ภาวะสมองเสื่อม ถูกวิเคราะห์และนำเสนอผลด้วย สถิติเชิงพรรณนาตามระดับการวัดตัวแปร ได้แก่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

วิเคราะห์เชิงอ้างอิง โดยข้อมูลการเปรียบเทียบความรู้และทัศนคติของผู้ดูแลในชุมชนก่อนและหลังการอบรม วิเคราะห์ด้วยสถิติ แล้ววิเคราะห์ข้อมูลเชิงพรรณนา และวิเคราะห์เชิงอ้างอิงด้วย Paired t-test และวิเคราะห์ผลการคัดกรองภาวะสมองเสื่อมด้วย Chi-square test, Fisher Exact test และค่า 95% CI

ผลการวิจัย

1. ลักษณะทั่วไปของผู้ดูแลในชุมชนที่เข้าร่วมการวิจัย

พบว่าผู้ดูแลที่เข้ารับการอบรม เป็นเพศหญิง ร้อยละ 96.83 มีอายุเฉลี่ย 50 ปี ส่วนใหญ่ยังคงประกอบอาชีพอยู่ร้อยละ 98.41 และพบว่าส่วนใหญ่ ร้อยละ 93.65 เป็นอาสาสมัครประจำหมู่บ้าน นอกจากนี้ยังพบว่า ผู้ดูแลจบการศึกษาระดับมัธยมศึกษา / ปวช. ร้อยละ 52.38 และสูงกว่าระดับมัธยมศึกษา ร้อยละ 6.34 และพบว่าผู้ดูแลผ่านการอบรมหลักสูตรผู้ดูแล 70 ชั่วโมงของกรมอนามัย ร้อยละ 87.30 และพบว่าผู้ดูแลไม่มีประสบการณ์การดูแลผู้สูงอายุ ประมาณร้อยละ 10 (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 ลักษณะทั่วไปของผู้ดูแลในชุมชนที่เข้าร่วมการวิจัย (n = 63)

ปัจจัยส่วนบุคคล	จำนวน (คน)	ร้อยละ (%)
1. เพศ		
ชาย	2	3.17
หญิง	61	96.83
2. อายุ (Mean 50.14 years, S.D. 8.96)		
20 – 29	2	3.17
30 – 39	4	6.35
40 – 49	22	34.92
50 – 59	26	41.27

ปัจจัยส่วนบุคคล	จำนวน (คน)	ร้อยละ (%)
60 ปีขึ้นไป	9	14.29
3. ระดับการศึกษา		
ประถมศึกษา	26	41.27
มัธยมศึกษา/ปวช.	33	52.38
ปริญญาตรี	2	3.17
ปวส.	2	3.17
4. สถานภาพสมรสปัจจุบันของท่านคือ		
โสด	2	3.17
คู่	51	80.95
หม้าย/หย่า/แยก	10	15.87
5. อาชีพ		
เกษียณอายุ	1	1.59
เกษตรกรรม (ทำนา ทำไร่ เลี้ยงสัตว์ ฯลฯ)	56	88.89
ค้าขาย	2	3.17
รับจ้าง	2	3.17
แม่บ้าน	2	3.17
6. มีประสบการณ์เป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.)	59	93.65
7. มีประสบการณ์ผ่านการอบรมผู้ดูแลผู้สูงอายุ 70 ชั่วโมง (Care Giver)	55	87.30
8. มีประสบการณ์ดูแลผู้สูงอายุที่ผ่านมา	57	90.48
9. ระยะเวลาการดูแลผู้สูงอายุที่ผ่านมา (IQR 3-10, range 0-40)		
$\leq$5 ปี	33	57.89
6 – 10 ปี	10	17.54
11 – 15 ปี	8	14.04
16 – 20 ปี	3	5.26
>20 ปี	3	5.26
10.ระยะเวลาการทำหน้าที่ผู้ดูแลในชุมชน (เดือน) (Mean 23.71, SD 14.26)		
$\leq$ 12 เดือน	23	36.51
13 – 24 เดือน	9	14.29
25 – 36 เดือน	30	47.62
มากกว่า 36 เดือน	1	1.59

2. กระบวนการพัฒนาศักยภาพผู้ดูแลในการคัดกรองภาวะสมองเสื่อมผู้สูงอายุในชุมชนด้วยเครื่องมือ IQCODE

ระยะที่ 1 พัฒนาศักยภาพผู้ดูแลเพื่อคัดกรองภาวะสมองเสื่อมผู้สูงอายุในชุมชน ดำเนินการในช่วงเดือนสิงหาคม 2561 - มกราคม 2562 ประกอบด้วย 2 ขั้นตอน ได้แก่

1. การคัดเลือกเครื่องมือคัดกรองภาวะสมองเสื่อมของผู้สูงอายุสำหรับผู้ดูแลในชุมชน เป็นจุดเริ่มต้นของการคัดกรองภาวะสมองเสื่อม ที่ดำเนินการร่วมกันระหว่าง นักวิจัย จิตแพทย์ และผู้เชี่ยวชาญที่ให้คำปรึกษา ในประเทศไทย และ ประเทศสหรัฐอเมริกา เพื่อคัดเลือกเครื่องมือการคัดกรองภาวะสมองเสื่อมร่วมกัน ทำให้เกิดการทบทวนเครื่องมือคัดกรองภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุสำหรับผู้ดูแลในชุมชน หรือ อาสาสมัครสาธารณสุขซึ่งมิใช่บุคลากรวิชาชีพด้านสุขภาพในประเทศไทย พบว่าเครื่องมือการคัดกรองภาวะสมองเสื่อมที่ถูกนำมาใช้ที่ผ่านมาโดยกระทรวงสาธารณสุข และ ในการวิจัย ได้แก่ เครื่องมือคัดกรอง AMT (Hodkinson, 1972; Jitapunkul et al., 1991) และ เครื่องมือคัดกรอง Mini cog (Borson et al., 2003; Trongsakul, et al., 2015) อย่างไรก็ตามพบว่าเครื่องมือทั้ง 2 ประเภทที่นำมาใช้ในการประเมินในชุมชนและมีข้อจำกัดในการใช้เกี่ยวกับ ระดับการศึกษาของผู้สูงอายุที่มีการศึกษาน้อย และ ในกรณีที่ผู้สูงอายุเริ่มมีอาการสมองเสื่อมไม่สามารถถามได้ ในการเลือกเครื่องมือในการวิจัยครั้งนี้เลือกใช้เครื่องมือ IQCODE (Jorm et al., 1994; Senanarong et al., 2001) เนื่องจากเครื่องมือมีความไว และ ความจำเพาะสูงมากโดยการประเมินของบุคลากรด้านสุขภาพ และผู้ดูแลที่ไม่ใช่บุคลากรด้านสุขภาพสามารถใช้ได้ อีกทั้งเป้าหมายของการคัดเลือกเครื่องมือเพื่อค้นหาเครื่องมือที่เหมาะสมกับผู้สูงอายุที่มีภาวะการพึ่งพิงในระบบการดูแลระยะยาว

2. การพัฒนาหลักสูตรศักยภาพการคัดกรองภาวะสมองเสื่อมสำหรับผู้ดูแลในชุมชน เป็นขั้นตอนการพัฒนาเนื้อหาการอบรมร่วมกับของนักวิจัยและผู้จัดการดูแลในพื้นที่ร่วมกัน โดยมีจิตแพทย์และผู้เชี่ยวชาญของประเทศไทยและสหรัฐอเมริกาเป็นที่ปรึกษา ซึ่งเนื้อหาอบรมการคัดกรองภาวะสมองเสื่อมของผู้สูงอายุ ประกอบด้วยชุดความรู้ 2 ชุด ได้แก่ **ชุดที่ 1 ความรู้เกี่ยวกับภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุสำหรับผู้ดูแลในชุมชน (Care giver)** เพื่ออธิบายความหมายและนิยามภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุ ตลอดจนปัจจัยที่ทำให้เกิดภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุ อาการและอาการแสดงออกของผู้สูงอายุสมองเสื่อมในผู้สูงอายุ และการจำแนกระดับความรุนแรงของภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุ และ **ชุดที่ 2 การคัดกรองภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุโดยผู้ดูแล** เป็นการอธิบายเกี่ยวกับหลักการและแนวทางการประเมินคัดกรองภาวะสมองเสื่อมผู้สูงอายุในชุมชนโดยผู้ดูแล ด้วยเครื่องมือ IQCODE

3. การอบรมพัฒนาศักยภาพของผู้ดูแลในชุมชนเพื่อการคัดกรองภาวะสมองเสื่อมผู้สูงอายุในชุมชน เป็นขั้นตอนการอบรมผู้ดูแลในชุมชนโดยนักวิจัยและผู้จัดการดูแลในพื้นที่ร่วมกันตามเนื้อหาการอบรมการคัดกรองภาวะสมองเสื่อมของผู้สูงอายุด้วยเครื่องมือ IQCODE ที่กำหนดไว้ซึ่งรูปแบบการจัดการเรียนรู้มีความหลากหลาย ได้แก่ การบรรยายและคลิปวิดีโอ การสาธิต และการแสดงบทบาทสมมติ และกำหนดระยะเวลาการอบรม 7 ชั่วโมง โดยมีการประเมินความรู้ และ ทัศนคติของผู้ดูแลในชุมชน ก่อนและหลังการอบรม

ระยะที่ 2 ประเมินผลลัพธ์การพัฒนาศักยภาพผู้ดูแลเพื่อคัดกรองภาวะสมองเสื่อมผู้สูงอายุในชุมชน ดำเนินการในช่วงเดือนมกราคม - มิถุนายน 2562 ประกอบด้วย 2 ขั้นตอน ได้แก่

1. การคัดกรองภาวะสมองเสื่อมของผู้สูงอายุในชุมชนโดยเครื่องมือ IQCODE เป็นขั้นตอนหลังเสร็จสิ้นการอบรม ผู้ดูแลในชุมชนที่ผ่านการอบรมทุกคนดำเนินการคัดกรองภาวะสมองเสื่อมของผู้สูงอายุในชุมชนตามความรับผิดชอบของตนเอง ซึ่งมีทั้งหมด 3 ตำบลโดยมีนักวิจัยและผู้จัดการดูแลของแต่ละตำบลทำหน้าที่เป็นพี่เลี้ยงและติดตามผลการดำเนินการคัดกรองของผู้ดูแลในชุมชนระหว่างทำหน้าที่คัดกรอง

2. ประเมินผลการคัดกรองภาวะสมองเสื่อมผู้สูงอายุของผู้ดูแลในชุมชน เป็นขั้นตอนการประเมินศักยภาพการปฏิบัติการคัดกรองภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุของผู้ดูแลในชุมชน จากผลการคัดกรองภาวะสมองเสื่อมผู้สูงอายุ การสะท้อนประสบการณ์คัดกรองภาวะสมองเสื่อมผู้สูงอายุของผู้ดูแลในชุมชน ทำให้ผลลัพธ์ความชุกของการคัดกรองภาวะสมองเสื่อมผู้สูงอายุในชุมชนด้วยเครื่องมือ IQCODE โดยผู้ดูแลในชุมชน

3. ผลการคัดกรองภาวะสมองเสื่อมของผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในชุมชนด้วยเครื่องมือ IQCODE

ผู้ดูแลในชุมชนที่ผ่านการอบรมการคัดกรองภาวะสมองเสื่อมด้วยเครื่องมือ IQCODE จำนวน 63 คน ได้ดำเนินการคัดกรองผู้สูงอายุในชุมชนที่รับผิดชอบ ผู้สูงอายุที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์จำนวน 2,501 คน และพบว่า**ผู้สูงอายุที่รับการคัดกรอง จำนวน 1,756 คน คิดเป็นร้อยละ 70.21**

ผลการคัดกรองพบว่าผู้สูงอายุในชุมชนมากกว่าครึ่งหนึ่งเป็นผู้หญิง มีอายุเฉลี่ย 70.68 ปี ส่วนใหญ่มีการศึกษาระดับประถมศึกษา และพบว่าผู้สูงอายุร้อยละ 97.49 อาศัยอยู่ร่วมกับคนในครอบครัว และ ร้อยละ 97.95 ผู้สูงอายุมีผู้ดูแล ซึ่งผู้ดูแลผู้สูงอายุมากกว่าครึ่งเป็นลูกสาวหรือลูกชาย รองมาคือคู่สมรส อย่างไรก็ตามพบว่าผู้สูงอายุ ร้อยละ 2.51 อาศัยอยู่คนเดียวเพียงลำพัง ร้อยละ 12.36 มีปัญหาการเดิน นอกจากนี้พบว่าผู้สูงอายุป่วยด้วยโรคเรื้อรังเกือบครึ่งหนึ่ง โรคที่พบบ่อย ได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน โรคหัวใจ ตามลำดับ และพบว่าผู้สูงอายุที่เสี่ยงต่อภาวะสมองเสื่อม มีอายุเฉลี่ย ร้อยละ 77.88 และพบป่วยด้วยโรคเรื้อรังจำนวนสัดส่วนสูงกว่ากลุ่มที่ไม่มีภาวะสมองเสื่อมอย่างมีนัยสำคัญทาง

สถิติ และพบว่าผู้สูงอายุที่เสี่ยงต่อภาวะสมองเสื่อม มีสัดส่วนความสามารถในการเดินน้อยกว่ากลุ่มที่ไม่มีภาวะสมองเสื่อมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ตารางที่ 2 ลักษณะทางประชากรของผู้สูงอายุที่ถูกคัดกรองด้วยเครื่องมือ IQCODE (n = 1,756)

ลักษณะทางประชากรของผู้สูงอายุ	Total (n=1,756) n (%)	High Risk Dementia (n=113) n (%)	Non-Dementia (n=1,643) n (%)	*P* value
1. เพศ				
ชาย	755 (43.00)	36 (31.86)	719 (43.76)	0.01*
หญิง	1,001 (57.00)	77 (68.14)	924 (56.24)	
2. อายุ (ปี) Mean (SD)	70.68 (7.39)	77.88 (7.71)	70.19 (7.10)	
60 – 69 ปี	866 (49.32)	17 (15.04)	849 (51.67)	<0.01*
70 – 79	670 (38.15)	49 (43.36)	621 (37.80)	
80 ปี และ มากกว่า	220 (12.53)	47 (41.59)	173 (10.53)	
3. การศึกษา				
ประถมศึกษาและต่ำกว่า	1,673 (95.27)	107 (94.69)	1,566 (95.31)	0.76*
สูงกว่าประถมศึกษา	83 (4.39)	6 (5.31)	77 (4.69)	
มัธยมศึกษา	44 (2.51)	3 (2.65)	41 (2.50)	
ปริญญาตรี	33 (1.88)	3 (2.65)	30 (1.83)	
ปวช./ปวส.	6 (0.34)	0 (0.00)	6 (0.37)	
4. จำนวนสมาชิกในครอบครัว Mean (S.D.)	4.44 (1.85)	4.68 (1.76)	4.42 (1.85)	
อยู่คนเดียว	44 (2.51)	2 (1.77)	42 (2.56)	0.45**
อยู่ร่วมกันในครอบครัว	1,712 (97.49)	111 (98.23)	1,601 (97.44)	
2 คน	206 (11.73)	10 (8.85)	196 (11.93)	
3 – 5 คน	1,081 (61.56)	72 (63.72)	1,009 (61.41)	
6 – 8 คน	395 (22.49)	27 (23.89)	368 (22.40)	
9 คน และ มากกว่า	30 (1.71)	2 (1.77)	28 (1.70)	
5. ผู้ดูแลในครอบครัว				
ไม่มีผู้ดูแลในครอบครัว	36 (2.05)	0 (0.00)	36 (2.19)	0.09**
มีผู้ดูแลในครอบครัว	1,720 (97.95)	113 (100.00)	1,607 (97.81)	
ลูกสาว/ลูกชาย	884 (50.34)	80 (70.80)	804 (48.93)	
คู่สมรส	558 (31.78)	12 (10.62)	546 (33.23)	

ลักษณะทางประชากรของผู้สูงอายุ	Total (n=1,756) n (%)	High Risk Dementia (n=113) n (%)	Non-Dementia (n=1,643) n (%)	*P* value
หลาน	150 (8.54)	12 (10.62)	138 (8.40)	
ลูกสะใภ้/ลูกเขย	62 (3.53)	4 (3.54)	58 (3.96)	
ญาติพี่น้อง	62 (3.53)	5 (4.42)	57 (3.47)	
เพื่อนบ้าน ผู้ดูแลรับจ้าง	4 (0.23)	0 (0.00)	4 (0.27)	
6. ความสามารถในการเดิน				
เดินได้ปกติ	1,539 (87.64)	58 (51.33)	1,481 (90.14)	< 0.01*
ติดบ้าน	190 (10.82)	45 (39.82)	145 (8.83)	
ติดเตียง	27 (1.54)	10 (8.85)	17 (1.03)	
7. โรคเรื้อรัง				
ไม่มี	895 (50.97)	35 (30.97)	860 (52.34)	< 0.01*
มี	861 (49.03)	78 (69.03)	783 (47.66)	
HT	427 (24.32)	40 (35.40)	387 (23.55)	0.01
DM	337 (19.19)	26 (23.01)	311 (18.93)	0.32
CHD	61 (3.47)	8 (7.08)	53 (3.23)	0.05
Cataract	47 (2.68)	4 (3.54)	43 (2.62)	0.54
COPD	38 (2.16)	5 (4.42)	33 (2.01)	0.09
Stroke	32 (1.82)	8 (7.08)	24 (1.46)	0.01
Cancer	26 (1.48)	2 (1.77)	24 (1.46)	0.68
CKD	15 (0.85)	0 (0.00)	15 (0.91)	0.62
Thyroid	15 (0.85)	1 (0.88)	14 (0.85)	1.00
Parkinson	6 (0.34)	1 (0.88)	5 (0.30)	0.33

*Chi-square test, **Fisher Exact test

ผลการคัดกรองภาวะสมองเสื่อมของผู้สูงอายุในชุมชนด้วยเครื่องมือ IQCODE โดยผู้ดูแลที่ผ่านการอบรมพบ**ความชุกของความเสี่ยงสูงต่อการเกิดภาวะสมองเสื่อม ร้อยละ 6.44 (95 % CI 5.4 – 7.7)** โดยจำแนกเป็นอาการเปลี่ยนแปลงแย่ลงปานกลาง ร้อยละ 4.44 อาการเปลี่ยนแปลงแย่ลงรุนแรง ร้อยละ 1.99 (ตารางที่ 3)

ตารางที่ 3 ความชุกภาวะสมองเสื่อมของผู้สูงอายุในชุมชนด้วยเครื่องมือ IQCODE (n = 1,756)

ผลการคัดกรองภาวะสมองเสื่อมด้วย IQCODE	จำนวน	ร้อยละ	95% CI
1. ไม่มีภาวะสมองเสื่อม (คะแนนเฉลี่ยน้อยกว่า 3.47)	**1,643**	**93.56**	**92.3 – 94.6**
ดีขึ้น	831	47.32	
ไม่เปลี่ยนแปลง	531	30.24	
อาการเปลี่ยนแปลงแย่ลงเล็กน้อย	281	16.00	
2. สงสัยมีภาวะสมองเสื่อม (คะแนนเฉลี่ย 3.47 – 5.00)	**113**	**6.44**	**5.4 – 7.7**
อาการเปลี่ยนแปลงแย่ลงปานกลาง	78	4.44	
อาการเปลี่ยนแปลงแย่ลงรุนแรง	35	1.99	

4. ผลลัพธ์การพัฒนาศักยภาพผู้ดูแลในชุมชนในการคัดกรองภาวะสมองเสื่อมผู้สูงอายุด้วยเครื่องมือ IQCODE

ความรู้และทัศนคติของผู้ดูแลในชุมชนก่อนและหลังการอบรมการคัดกรองภาวะสมองเสื่อมของผู้สูงอายุในชุมชน

ผลการศึกษาพบว่าก่อนการฝึกอบรมผู้ดูแลมีคะแนนความรู้เฉลี่ย 10.69 และมีระดับความรู้เกี่ยวกับการคัดกรองภาวะสมองเสื่อม ระดับปานกลาง มากที่สุด ร้อยละ 66.67 รองมาคือ มีความรู้ระดับสูง ร้อยละ 31.75 และหลังการฝึกอบรม ผู้ดูแลมีคะแนนความรู้เฉลี่ย 12.76 และมีระดับความรู้เกี่ยวกับการคัดกรองภาวะสมองเสื่อม ระดับสูง มากที่สุด ร้อยละ 76.19 รองมาคือ มีความรู้ระดับปานกลาง ร้อยละ 23.81 และพบว่าระดับความรู้เกี่ยวกับการคัดกรองภาวะสมองเสื่อมของผู้ดูแลหลังการอบรมมีคะแนนเฉลี่ยสูงขึ้นกว่าก่อนการอบรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.01$)

จากการประเมินทัศนคติด้วยข้อคำถามเชิงบวก พบว่าผู้ดูแลมีคะแนนทัศนคติเฉลี่ยในระดับสูงที่ใกล้เคียงกันทั้งก่อนและหลังการฝึกอบรม คือ 4.21 และ 4.22 ตามลำดับ ส่วนผลการประเมินด้วยข้อคำถามเชิงลบ พบว่าผู้ดูแลมีคะแนนทัศนคติเชิงลบเฉลี่ยหลังการฝึกอบรมในระดับที่ต่ำกว่าก่อนการอบรม คือ 1.93 และ 2.23 ตามลำดับ ซึ่งผลการเปรียบเทียบทัศนคติของผู้ดูแลพบว่าระดับทัศนคติเชิงบวกก่อนและหลังการอบรมไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญ (p 0.98) ส่วนระดับนทัศนคติเชิงลบพบว่าหลังการอบรมคะแนนเฉลี่ยเชิงลบลดลงอย่างมีนัยสำคัญ ($p < 0.01$) (ตารางที่ 4)

ตารางที่ 4 เปรียบเทียบระดับคะแนนความรู้และทัศนคติของผู้ดูแลในชุมชนในการคัดกรองภาวะ สมองเสื่อมของผู้สูงอายุก่อนและหลังการอบรม (n = 63)

การประเมิน	ระดับ n (%)			Mean	Mean Difference	*t*	*df*	*P* value*
	ต่ำ	ปานกลาง	สูง					
ความรู้ของผู้ดูแล								
ก่อนการอบรม	1 (1.59)	42 (66.67)	20 (31.75)	10.69 (1.42)	2.06	7.37	62	< 0.01
หลังการอบรม	0 (0.00)	15 (23.81)	48 (76.19)	12.76 (1.71)				
ทัศนคติของผู้ดูแล								
ทัศนคติเชิงบวก								
ก่อนการอบรม	2 (3.17)	12 (19.05)	49(77.78)	4.21 (0.54)	0.01	0.03	62	0.98
หลังการอบรม	2 (3.17)	9 (14.29)	52(82.54)	4.22 (0.59)				
ทัศนคติเชิงลบ								
ก่อนการอบรม	52 (82.54)	7 (11.11)	4(6.35)	2.23 (0.86)	0.30	3.11	62	0.01
หลังการอบรม	59 (93.65)	3 (4.76)	1(1.59)	1.93 (0.61)				

* Paired t-test

อภิปรายผล

1. การคัดเลือกเครื่องมือ IQCODE เพื่อพัฒนาศักยภาพการคัดกรองภาวะสมองเสื่อมของผู้สูงอายุสำหรับผู้ดูแลในชุมชน

การคัดเลือกเครื่องมือคัดกรองภาวะสมองเสื่อมของผู้สูงอายุสำหรับผู้ดูแลในชุมชนเป็นประเด็นสำคัญในการ**เริ่มต้นการพัฒนาการคัดกรองภาวะสมองเสื่อมในการศึกษาครั้งนี้** ซึ่งการศึกษาที่ผ่านมาของประเทศไทยพบว่าการค้นหาผู้ป่วยสมองเสื่อมในชุมชนมีการใช้เครื่องมือคัดกรองภาวะสมองเสื่อมที่มีความหลากหลาย (Na Chiangmai & Wongupparaj, 2020) ในการศึกษาครั้งนี้เลือกใช้เครื่องมือ IQCODE ด้วยเป็นเครื่องมือที่ประเมินภาวะสมองเสื่อมจากการเปรียบเทียบความจำ สติปัญญาและความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน และ พฤติกรรมการเปลี่ยนแปลง ในช่วง 10 ปีที่ผ่านมากับปัจจุบันของผู้สูงอายุ (Jorm, 1994) ซึ่งมีความสอดคล้องกับนิยามภาวะสมองเสื่อมขององค์การอนามัยโลกที่กล่าวว่า ภาวะสมองเสื่อมเป็นคำศัพท์ที่ใช้เพื่อครอบคลุมโรคหลายโรคที่ส่งผลต่อความจำ การรับรู้อื่น ๆ ที่ นำไปสู่การเปลี่ยนแปลงของอารมณ์และพฤติกรรม และมีผลกระทบต่อความสามารถในการทำกิจกรรมประจำวันและการมีส่วนร่วมอย่างอิสระในสังคม (World Health Organization [WHO], 2017; WHO, 2020)

นอกจากนี้เครื่องมือคัดกรองภาวะสมองเสื่อมเป็นเครื่องมือที่มีความไวและความจำเพาะสูงที่ศึกษาในประเทศที่พัฒนาแล้ว แต่มีข้อจำกัดของระดับการศึกษาของผู้สูงอายุที่มีผลกระทบต่อการใช้แบบคัดกรองของประเทศไทย (Na Chiangmai & Wongupparaj, 2020) โดยเฉพาะผู้สูงอายุในประเทศไทยพบว่า ร้อยละ 78.4 จบการศึกษาระดับประถมศึกษาปีที่ 4 และ ร้อยละ 7.4 ไม่ได้เข้าโรงเรียน (Aekplakorn et al., 2020) ซึ่งเครื่องมือ IQCODE เป็นเครื่องมือที่สามารถประเมินได้ทั้งบุคลากรด้านสุขภาพและผู้ดูแลที่มิใช่บุคลากรด้านสุขภาพ การศึกษาการใช้เครื่องมือIQCODE โดยบุคลากรที่ผ่านมาพบว่าได้ผลดี เป็นเครื่องมือที่มีคุณภาพ มีความไวและความจำเพาะสูง และเครื่องมือนี้มีความสัมพันธ์กับเครื่องมือ TMSE (Senanarong et al., 2001) สามารถลดข้อจำกัดเรื่องลิขสิทธิ์ของการใช้เครื่องมือ **การเลือกเครื่องมือที่มีหลักฐานเชิงประจักษ์ เครื่องมือที่เหมาะสมกับบริบททางสังคมวัฒนธรรมและการพัฒนาความสามารถในการใช้เครื่องมือของผู้ปฏิบัติงานในระดับปฐมภูมิจึงเป็นสิ่งที่สามารถลดช่องว่างขององค์ความรู้การคัดกรองภาวะสมองเสื่อมของผู้สูงอายุในชุมชนของประเทศไทย**

2. ความรู้ ทัศนคติ และทักษะปฏิบัติการคัดกรองภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุของผู้ดูแลในชุมชนการพัฒนาศักยภาพผู้ดูแลในครั้งนี้เป็นการพัฒนาความรู้ ทัศนคติ และทักษะการปฏิบัติเกี่ยวกับการคัดกรองภาวะสมองเสื่อมของผู้สูงอายุในชุมชน ซึ่งการศึกษาที่ผ่านมาพบว่าการดูแลรักษาผู้สูงอายุสมองเสื่อมส่วนใหญ่มีข้อจำกัดในความรู้ ความเข้าใจในการคัดกรอง และพัฒนาศักยภาพสมองเพื่อป้องกันชะลอภาวะสมองเสื่อม (Puengsema, 2020) และผลการศึกษาครั้งนี้พบว่าระดับคะแนนเฉลี่ยความรู้ในการคัดกรองภาวะสมองเสื่อมของผู้ดูแลหลังการอบรมมีคะแนนเฉลี่ยสูงขึ้นกว่าก่อนการอบรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.01$) การพัฒนาศักยภาพผู้ดูแลจึงทำให้ผู้ดูแลมีความรู้ในการคัดกรองภาวะสมองเสื่อมของผู้สูงอายุเพิ่มขึ้น อย่างไรก็ตามกระบวนการพัฒนาศักยภาพของผู้ดูแลในชุมชนมีความสำคัญมากและในการพัฒนาศักยภาพผู้ดูแลครั้งนี้พบว่าผู้ดูแลในชุมชนมากกว่าร้อยละ 58.72 จบการศึกษาระดับมัธยมศึกษา / ปวช. ขึ้นไป ร้อยละ 87.30 ผ่านการอบรมหลักสูตรผู้ดูแล 70 ชั่วโมง และร้อยละ 93.65 มีประสบการณ์เป็นอาสาสมัครสาธารณสุข

ด้านผลการประเมินทัศนคติพบว่า ทัศนคติเชิงบวกของผู้ดูแลก่อนและหลังการอบรมอยู่ในระดับสูงและไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ ทั้งนี้เนื่องจากผู้เข้ารับการอบรมทั้งหมดมีประสบการณ์ดูแลผู้ป่วยในชุมชนและปฏิบัติหน้าที่เกี่ยวข้องกับการดูแลสุขภาพประชาชน ทำให้ความรู้สึกและมุมมองต่อผู้ป่วยสมองเสื่อมมีในเชิงบวก อย่างไรก็ตาม**ผลการประเมินทัศนคติเชิงลบพบว่าหลังการอบรมทัศคติเชิงลบลดลงกว่าก่อนการอบรมอย่างมีนัยสำคัญ** ($p < 0.01$) ทั้งนี้เนื่องจากความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับภาวะสมองเสื่อมที่มีจำกัดของผู้เข้ารับการอบรมทำให้มุมมองเชิงลบต่อผู้สูงอายุสมองเสื่อม ดังเช่นพบว่า ผู้เข้ารับการอบรมคิดว่าผู้สูงอายุเป็นบุคคลที่มักเชื่อในความคิดของ

ตนเองเป็นการสายเกินไปในการปรับปรุงตัวเองของผู้สูงอายุในการได้รับบริการความรู้ และคิดว่าผู้สูงอายุไม่ควรมีบทบาทในการประกอบธุรกิจและปกครองบ้านเมือง แต่หลังจากการอบรมทัศนคติเชิงลบของผู้เข้ารับการอบรมเปลี่ยนแปลงดีขึ้น สอดคล้องกับแผนปฏิบัติการขององค์การอนามัยโลกที่กำหนด การสร้างความตระหนักรู้เรื่องโรคสมองเสื่อมให้เกิดขึ้นในประชาชน และ สังคมเข้าใจโรคสมองเสื่อม ประชาชนในสังคมเป็นมิตรกับผู้ป่วยสมองเสื่อม เป็น 2 ใน 7 กิจกรรมหลัก ของแผนปฏิบัติการดูแลโรคสมองเสื่อมโลก (WHO, 2017)

การพัฒนาศักยภาพผู้ดูแลผู้สูงอายุในระบบการดูแลระยะยาว และ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ด้วยเครื่องมือการประเมินที่เหมาะสม จึงมีความสำคัญในการเข้าถึงและการดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อมของสถานบริการสุขภาพปฐมภูมิของประเทศไทย การพัฒนาสมรรถนะของบุคลากรของหน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิ จึงเป็นสิ่งที่สำคัญเพื่อช่วยให้บุคลากรด้านสุขภาพใช้ในการตัดสินใจให้บริการการดูแล ซึ่งจะทำให้ผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมสามารถเข้าถึงระบบการดูแลภาวะสมองเสื่อมอย่างรวดเร็วและพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อมในหน่วยบริการสุขภาพให้มีคุณภาพ

3. ความชุกของภาวะสมองเสื่อมโดยการคัดกรองด้วยเครื่องมือ IQCODE ของผู้ดูแลในชุมชน

ผลการคัดกรองภาวะสมองเสื่อมของผู้สูงอายุในชุมชนด้วยเครื่องมือ IQCODE โดยผู้ดูแลที่ผ่านการอบรม พบมี**ความชุกของความเสี่ยงสูงต่อการเกิดภาวะสมองเสื่อม ร้อยละ 6.44 ใกล้เคียงกับผลการสำรวจภาวะสมองเสื่อมของประเทศทั่วโลกพบความชุกของการเกิดโรคสมองเสื่อม ประมาณ ร้อยละ 5.2 ในผู้มีอายุ 60 ปีขึ้นไป** (WHO, 2017) และมีความแตกต่างไม่มากกับการศึกษาในประเทศไทย โดยการประเมินภาวะสมองเสื่อมของผู้สูงอายุด้วยเครื่องมือ MMSE ของการสำรวจข้อมูลของประเทศไทยพบร้อยละ 8.1 (Aekplakorn et al., 2014) และการประเมินด้วยเครื่องมือ MMSE ในจังหวัดขอนแก่น พบสัดส่วนผู้สูงอายุที่สงสัยมีภาวะสมองเสื่อม ร้อยละ 9.29 (Sihapark et al., 2021) ทั้งนี้เนื่องจากความแตกต่างในเชิงบริบทของพื้นที่ และลักษณะทางประชากรของผู้สูงอายุที่พบว่ามีเสี่ยงต่อภาวะสมองเสื่อมแตกต่างกัน ได้แก่ อายุเฉลี่ย การเกษียณ ความสามารถในการเดิน และ โรคเรื้อรัง ได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง โรคหัวใจ โรคหลอดเลือดสมอง เป็นต้น

สรุป

การพัฒนาศักยภาพผู้ดูแลเพื่อคัดกรองภาวะสมองเสื่อมของผู้สูงอายุในชุมชนด้วย**เครื่องมือ IQCODE เป็นการเลือกเครื่องมือที่คุณภาพ มีหลักฐานเชิงประจักษ์ มีความสอดคล้องและเหมาะสมกับบริบทเชิงพื้นที่** มีผลทำให้ระดับความรู้และทัศนคติการคัดกรองภาวะสมองเสื่อมของผู้ดูแลสูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และสามารถพัฒนาทักษะปฏิบัติการคัดกรองภาวะสมองเสื่อมของผู้สูงอายุใน

ชุมชน ทำให้ได้ผลลัพธ์การคัดกรองที่น่าเชื่อถือ ซึ่งจะนำไปสู่การพัฒนาระบบการค้นหาหรือการคัดกรองผู้สูงอายุสมองเสื่อมของหน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิและเข้าถึงระบบบริการดูแลสุขภาพในชุมชน อย่างไรก็ตามกระบวนการพัฒนาศักยภาพของผู้ดูแลในชุมชนจะต้องดำเนินการภายใต้ผู้ที่มีประสบการณ์หรือมีความเชี่ยวชาญเกี่ยวกับภาวะสมองเสื่อม

ข้อเสนอแนะ

1. ขยายผลการพัฒนาศักยภาพผู้ดูแลเพื่อคัดกรองภาวะสมองเสื่อมของผู้สูงอายุในชุมชนด้วยเครื่องมือ IQCODE เพื่อพัฒนาระบบการคัดกรองภาวะสมองเสื่อมของผู้สูงอายุในชุมชนโดยอาสาสมัครสาธารณสุขที่ดำเนินอย่างต่อเนื่องประจำทุกปี เพื่อให้ผลการคัดกรองภาวะสมองเสื่อมมีความน่าเชื่อถือ และสามารถนำมาใช้ประโยชน์ต่อไป

2. ควรมีการวิจัยและพัฒนาเพื่อยืนยันผลการคัดกรองภาวะสมองเสื่อมด้วยเครื่องมือ IQCODE - ของผู้ดูแลในชุมชนโดยวิชาชีพด้านสุขภาพ เช่น พยาบาล และ แพทย์ผู้เชี่ยวชาญ เพื่อนำไปสู่การพัฒนาระบบการคัดกรองภาวะสมองเสื่อมที่มีประสิทธิภาพของผู้ดูแลในชุมชนต่อไป

กิตติกรรมประกาศ

การวิจัยครั้งนี้อยู่ภายใต้โครงการวิจัยเรื่อง การสร้างความร่วมมือเพื่อการดูแลรักษาผู้ป่วยสมองเสื่อมสูงอายุ โดยทุนสนับสนุนจาก NIMH, NIH , USA และ มูลนิธิสังคมและสุขภาพ

รายการอ้างอิง (References)

Aekplakorn, W., Puckcharern, H., Thailkla, & Satheannoppakao, W. (2014). *National Health Examination Survey VI (NHES VI) report*. Health Systems Research Institute.

Borson, S., Scanlan, J.M., Chen, P., & Ganguli, M. (2003). The Mini-Cog as a screen for dementia: validation in a population-based sample. *Journal of the American Geriatrics Society, 51*(10), 1451-4. http://doi.org/10.1046/j.1532-5415.2003.51465

Chen, H., Lekoff, S., Chuengsatiansup, K., Sihapark, S., Hinton, L., Gallagher-Thompson, D., Tongsiri, S., Wisetpholchai, B., Fritz, S., Lamont, A., Domlyn, A., Wandersman, A., & Marques A. H. (2022). Implementation Science in Thailand: Design and Methods of a geriatric Mental Health Cluster – Randomized Trail. Psychiatric Service. *73*(1), 83 – 91. http://doi.org/10.1176/appi.ps.202000028

Chuakhamfoo, N.N., Phanthunane, P., Chansirikarn, S., & Pannarunothai S. (2020). Health and long-term care of the elderly with dementia in rural Thailand: a cross-sectional survey through their caregivers. *BMJ Open, 10*(3), e032637. http://doi.org/10.1136/bmjopen-2019-032637

Dementia Forecasting Collaborators. (2019). Estimation of the global prevalence of Dementia in 2019 and forecasted prevalence in 2050: an analysis for the Global Burden of Disease Study 2019. *Lancet Public Health, 7*(2), e105-e125. http://doi.org/10.1016/S2468-2667(21)00249-8

Hodkinson, H. M. (1972). Evaluation of a Mental Test Score for Assessment of Mental Impairment in the Elderly. Age *Ageing, 1*(4), 233 - 238. http://doi.org/10.1093/ageing/1.4.233

Jitapunkul, S., Pillay, I., & Ebrahim, S. (1991). The Abbreviated Mental Test: Its Use and Validity. *Age Ageing, 20*(5), 332 - 336. http://doi.org/10.1093/ageing/20.5.332

Jorm, A.F. (1994). A short form of the Informant Questionnaire on Cognitive Decline in the Elderly (IQCODE): development and cross-validation. *Psychological Medicine, 24*(1), 145-153. http://doi.org/10.1017/S003329170002691X

Kongpakwattana, K., Dejthevaporn, C., Krairit, O., Dilokthornsakul, P., Mohan, D., & Chaiyakunapruk. N., (2019) A Real-World Evidence Analysis of Associations Among Costs, Quality of Life, and Disease-Severity Indicators of Alzheimer's Disease in Thailand. *Value Health, 22*(10), 1137 - 1145. http://doi.org/10.1016/j.jval.2019.04.1937

Na Chiangmai, N., & Wongupparaj, P. (2 020). Dementia screening tests in Thai older adults: a systematic review. *Journal of Mental Health of Thailand, 28*(3), 187 – 198. https://www.academia.edu/87191003/Dementia_screening_tests_in_Thai_older_adults

National Statistical Office. (2021). *The 2 0 2 1 Survey of the Older Persons in Thailand*. National Statistical Office. https://www.dop.go.th/download/knowledge/th1663828576-1747_1.pdf

Puengsema, R. (2020). Nursing Role in Caring for Persons with Dementia. *Thai Red Cross Nursing Journal, 13*(1), 15 - 24. https://he02.tci-thaijo.org/index.php/trcnj/article/view/243779

Senanarong, V., Assavisaraporn, S., Sivasiriyanonds, N., Printarakul, T., Jamjumrus, P., Udompunthuruk, S., & Poungvarin, N. (2001). The IQCODE: An Alternative Screening Test for Dementia for Low Educated Thai Elderly. *Journal of the Medical Association of Thailand, 84* (5), 648 – 655. https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/11560213/

Sihapark, S., Amornrojanavaravutti, W., Kam-on, N., Srioad, P., Srihanoo, P., & Tupsai, T. (2021) Problems and Needs of Long-Term Care for Elderly Community Dwellers Supported by Long Term Care Fund in Khon Kaen Province. *Regional Health Promotion Center 9, 15*(36), 44 – 62. https://he02.tci-thaijo.org/index.php/RHPC9Journal/issue/archive

Trongsakul, S., Lambert, R., Clark, A., Wongpakaran, N., & Cross, J. (2015). Development of the Thai version of Mini-Cog, a brief cognitive screening test. *Geriatrics & Gerontology International, 15*(5), 594 - 600. http://doi.org/10.1111/ggi.12318

Vongchavalitkul, B., Sanguanwongwan, W., Chatchaisucha, S., Limsarun, T., Thaisamak, S., & Ruengkhajhon, K. (2016). Knowledge and Attitude of the Elderly Caregivers: A Case Study of Thammapakorn Phoklang and Watmuang Elderly Care Center Nakhonratchasima Province. *Journal of Business Administration the Association of Private Education Institutions of Thailand, 5*(2), 74 – 91. https://so02.tci-thaijo.org/index.php/apheitvu/issue/view/8165

World Health Organization. (2017, February 27). *Global action plan on the public health response to dementia 2017-2025.* https://www.who.int/publications/i/item/global-action-plan-on-the-public-health-response-to-dementia-2017-2025.

World Health Organization. (2020, May 29). *The Epidemiology and impact of dementia: Current state and future trends*. https://www.who.int/mental_health/neurology/dementia/dementia_thematicbrief_epidemiology.pdf

ความรู้ ทัศนคติและการปฏิบัติในการป้องกันโรคติดเชื้อระบบทางเดินหายใจในผู้ป่วยที่มารับบริการผู้ป่วยนอก

Knowledge, Attitude, and Practices in Prevention of Respiratory Infectious Diseases among Patients Receiving Services at an Outpatient Department

สหรัฐ งามเมืองปัก[1*], อะเคื้อ อุณหเลขกะ[1], วันชัย เลิศวัฒนวิลาศ[1]

Saharat Ngammuangpak[1*], Akeau Unahalekhaka[1], Wanchai Lertwatthanawilat[1]

(Received: July 20, 2023; Revised: August 28, 2023; Accepted: September 1, 2023)

บทคัดย่อ

โรคติดเชื้อระบบทางเดินหายใจก่อให้เกิดผลกระทบต่อประชาชนจำนวนมากอย่างรุนแรง การวิจัยเชิงพรรณนานี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความรู้ ทัศนคติและการปฏิบัติในการป้องกันโรคติดเชื้อระบบทางเดินหายใจของผู้ป่วยที่มารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอก และความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ทัศนคติและการปฏิบัติในการป้องกันโรคติดเชื้อระบบทางเดินหายใจ กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ป่วยที่มารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอกในโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยแห่งหนึ่งในภาคเหนือ จำนวน 400 คน ระยะเวลาการวิจัยตั้งแต่เดือนกรกฎาคมถึงเดือนตุลาคม พ.ศ. 2565 รวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามความรู้ทัศนคติและการปฏิบัติในการป้องกันโรคติดเชื้อระบบทางเดินหายใจ ให้ผู้ป่วยตอบด้วยตนเอง ประกอบด้วยคำถามเกี่ยวกับข้อมูลทั่วไป ความรู้ ทัศนคติและการปฏิบัติในการป้องกันโรคติดเชื้อระบบทางเดินหายใจ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา และหาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ ทัศนคติและการปฏิบัติในการป้องกันโรคติดเชื้อระบบทางเดินหายใจโดยใช้สถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบสเปียร์แมน

ผลการวิจัยพบว่า คะแนนความรู้ ทัศนคติและการปฏิบัติในการป้องกันโรคติดเชื้อระบบทางเดินหายใจของกลุ่มตัวอย่างอยู่ในระดับสูง ความรู้มีความสัมพันธ์ทางบวกกับทัศนคติในการป้องกันโรคติดเชื้อระบบทางเดินหายใจในระดับต่ำมาก ($r = .239$, $p < 0.01$) ทัศนคติมีความสัมพันธ์ทางบวกกับ

[1]คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

[1]Faculty of Nursing, Chiang Mai University

*Corresponding Author: saharat_ng@cmu.ac.th

การปฏิบัติในการป้องกันโรคติดเชื้อระบบทางเดินหายใจในระดับต่ำ ($r = .306$, $p < 0.01$) และความรู้มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการปฏิบัติในการป้องกันโรคติดเชื้อระบบทางเดินหายใจในระดับต่ำมาก ($r = .300$, $p < 0.01$)

ผลการวิจัยช่วยให้ได้แนวทางในการให้ความรู้และส่งเสริมการปฏิบัติในการป้องกันโรคติดเชื้อระบบทางเดินหายใจแก่ผู้ป่วยที่มารับบริการแผนกผู้ป่วยนอก

คำสำคัญ : ความรู้, ทัศนคติ, การปฏิบัติ, การป้องกัน, โรคติดเชื้อระบบทางเดินหายใจ

Abstract

Respiratory infectious diseases have severe and long-lasting impacts on the population. This descriptive study aims to determine the knowledge, attitude, and practices in prevention of respiratory infectious diseases among patients receiving services at an outpatient department, and to examine the relationship between knowledge, attitude, and practices in prevention of respiratory infectious diseases. Samples included 400 patients who had received services at the outpatient department of a university hospital in the Northern region during July to October 2022. The study instrument was a self-administered questionnaire related to knowledge, attitude, and practices in prevention of respiratory infectious diseases consisting of general information, knowledge, attitude, and practices in prevention of respiratory infectious diseases. Data were analyzed using descriptive statistics, and Spearman's correlation coefficient was used to analyze the relationship among knowledge, attitude, and practices in prevention of respiratory infectious diseases.

The study results showed that the knowledge, attitude, and practices in prevention of respiratory infectious diseases of the participants were at a high level. Knowledge had a very low level of positive correlation with attitude in prevention of respiratory infectious diseases ($r = .239$, $p < 0.01$). Attitude had a low level of positive correlation with practices in prevention of respiratory infectious diseases ($r = .306$, $p < 0.01$), and knowledge had a very low level of positive correlation with practices in prevention of respiratory infectious diseases ($r = .300$, $p < 0.01$).

The study results provide guidelines for educating and promoting practices in prevention of respiratory infectious diseases for patients receiving services at outpatient department.

Keywords: Knowledge, Attitude, Practices, Prevention, Respiratory infectious diseases

บทนำ

โรคติดเชื้ออุบัติใหม่ระบบทางเดินหายใจ (Emerging respiratory infectious diseases) หมายถึง โรคติดเชื้อระบบทางเดินหายใจซึ่งเกิดจากเชื้อชนิดใหม่ที่มีอุบัติการณ์สูงเพิ่มขึ้นในช่วงสองทศวรรษที่ผ่านมา และมีแนวโน้มที่จะพบเพิ่มขึ้นในอนาคตอันใกล้ ก่อให้เกิดผลกระทบอย่างกว้างขวาง (Ministry of Public Health, 2021) เช่น โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ซึ่งพบว่าตั้งแต่เดือนธันวาคม พ.ศ. 2562 ถึงเดือนกรกฎาคม พ.ศ. 2566 มีผู้ติดเชื้อทั่วโลกมากกว่า 767 ล้านราย เสียชีวิตมากกว่า 6.9 ล้านราย อัตราป่วยตายคิดเป็นร้อยละ 0.9 ในประเทศไทยพบผู้ป่วยกว่า 4.7 ล้านราย ผู้ป่วยเสียชีวิต 34,371 ราย อัตราป่วยตายคิดเป็นร้อยละ 0.72 (World Health Organization [WHO], 2023) และแม้ว่าผู้ป่วยจะหายจากโรค แต่พบว่าปอดยังมีความผิดปกติอยู่ซึ่งต้องใช้เวลาในการฟื้นตัว หรืออาจจะไม่สามารถกลับมาทำงานได้ตามปกติ ขึ้นอยู่กับความรุนแรงของโรค (Galiatsatos, 2022) นอกจากการเจ็บป่วยทางร่างกาย ข้อมูลจากการสำรวจของกรมสุขภาพจิต ประเทศไทย พบว่าประชาชนมีความกังวลต่อโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในระดับสูง ร้อยละ 18.15 (Department of Mental Health, 2020) การศึกษาในประเทศจีนพบว่าประชาชนมีความเครียดในระดับปานกลาง มากถึงร้อยละ 8.1 มีภาวะวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้า ร้อยละ 28.8 และ 16.5 ตามลำดับ (Wang et al., 2020)

การระบาดรุนแรงทำให้ต้องปิดสถานศึกษาและปรับเปลี่ยนวิธีการเรียนใหม่เป็นรูปแบบออนไลน์ ส่งผลกระทบต่อนักเรียนนักศึกษากว่า 1.5 พันล้านคนทั่วโลก (UNESCO, 2023) ธุรกิจท่องเที่ยวได้รับผลกระทบโดยตรงจากมาตรการดังกล่าว ส่งผลให้การเติบโตของผลิตภัณฑ์มวลรวม (GDP) ในปี ค. ศ. 2020 เสียหายกว่า 2.1 ล้านล้านเหรียญสหรัฐ (Uğur & Akbıyık, 2020) การระบาดของโรคทำให้โรงพยาบาลต้องรับผู้ป่วยเข้ารับการรักษาเป็นผู้ป่วยในจำนวนมาก ทำให้จำนวนเตียงไม่เพียงพอต่อจำนวนผู้ป่วยที่เพิ่มขึ้น ดังเช่นในประเทศอินเดียที่จำนวนเตียงสำหรับผู้ป่วยหนักไม่เพียงพอและเกิดวิกฤติขาดแคลนออกซิเจน (British Broadcasting Corporation [BBC], 2021) โรงพยาบาลเป็นสถานที่ซึ่งมีโอกาสเกิดการแพร่กระจายเชื้อระบบทางเดินหายใจได้ง่าย โดยเฉพาะอย่างยิ่งในแผนกผู้ป่วยนอก ซึ่งมีผู้ป่วยมารอรับการตรวจรักษาเป็นจำนวนมากในแต่ละวัน ผู้ป่วยจำนวนมากมีโรคประจำตัวที่ทำให้ภูมิต้านทานของร่างกายต่ำ ผู้ป่วยบางส่วนป่วยด้วยโรคระบบทางเดินหายใจ เช่น วัณโรคปอด ทำให้โอกาสแพร่กระจายเชื้อระบบทางเดินหายใจสูง อีกทั้งข้อจำกัดทางด้านสถานที่ของห้องตรวจผู้ป่วยนอกที่การถ่ายเทอากาศไม่ดีและไม่สามารถจำกัดจำนวนผู้เข้ารับการตรวจรักษาในแต่ละวันได้ และการรอตรวจที่ใช้เวลานาน หากมีผู้ป่วยด้วยโรคติดเชื้อระบบทางเดินหายใจมารอรับการตรวจอยู่ด้วย อาจเกิดการแพร่กระจายเชื้อได้ง่าย ทำให้ผู้ป่วยรายอื่นมีโอกาสได้รับเชื้อและเกิดการติดเชื้อ

การปฏิบัติในการป้องกันตนเองจากโรคติดเชื้อระบบทางเดินหายใจอย่างถูกต้องของผู้ป่วย ประกอบด้วย การป้องกันการติดเชื้อจากฝอยละอองน้ำมูกน้ำลาย การป้องกันการติดเชื้อทางอากาศ และการป้องกันการติดเชื้อจากการสัมผัสสารคัดหลั่งจากระบบทางเดินหายใจ ทั้งขณะอยู่ในชุมชนและขณะรอรับการตรวจที่แผนกผู้ป่วยนอก มีความสำคัญในการลดความเสี่ยงต่อการติดเชื้อ ข้อมูลจากการศึกษาความรู้ ทัศนคติ และการปฏิบัติในการป้องกันวัณโรคของประชาชนในชุมชน ประเทศไนจีเรีย พบว่าประชาชนมีความรู้ ทัศนคติและการปฏิบัติในการป้องกันวัณโรคอยู่ในระดับดี ร้อยละ 60.0, 50.0 และ 65.2 ตามลำดับ (Ohiengbomwan et al., 2022) สอดคล้องกับการศึกษาความรู้ ทัศนคติและการปฏิบัติในการป้องกันวัณโรคของประชาชนที่มารับบริการที่สถานบริการสาธารณสุขในเมืองมุมไบ ประเทศอินเดีย พบว่ามีความรู้ ทัศนคติและการปฏิบัติในระดับดี ร้อยละ 60.0, 88.5 และ 73.1 ตามลำดับ (Laiby et al., 2022) ในประเทศไทย การศึกษาการปฏิบัติในการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของประชาชนในจังหวัดพะเยา พบว่าภาพรวมการปฏิบัติอยู่ในระดับดีมาก (Glomjai et al., 2020) ปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติ คือ ความรู้และทัศนคติ ซึ่งหากบุคคลมีความรู้เรื่องใดเรื่องหนึ่งอย่างถูกต้องจะทำให้เกิดทัศนคติที่ดีต่อเรื่องนั้น ส่งผลให้เกิดพฤติกรรมหรือมีการปฏิบัติที่ถูกต้องเหมาะสม (Schwartz, 1975) การปฏิบัติในการป้องกันโรคติดเชื้อระบบทางเดินหายใจของผู้ป่วยที่มารับบริการผู้ป่วยนอก จึงอาจเป็นผลจากการมีความรู้ในการป้องกันโรคติดเชื้อระบบทางเดินหายใจที่ถูกต้องของผู้ป่วย ทำให้เกิดทัศนคติที่ดีต่อการป้องกันโรค ส่งผลให้ผู้ป่วยมีการปฏิบัติในการป้องกันโรคติดเชื้อระบบทางเดินหายใจอย่างเหมาะสม การศึกษาเกี่ยวกับความรู้ ทัศนคติและการปฏิบัติในการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในกลุ่มผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคเบาหวาน ในเขตตำบลเชียงแหว อำเภอกุมภวาปี จังหวัดอุดรธานี พบว่าตัวอย่างมีความรู้ ทัศนคติและการปฏิบัติในระดับมาก ร้อยละ 63.33, 47.33 และ 87.33 ตามลำดับ (Srikongpan, 2021) การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ ทัศนคติและการปฏิบัติในการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของประชาชนในตำบลปรุใหญ่ อำเภอเมือง จังหวัดนครราชสีมา พบว่าความรู้มีความสัมพันธ์ทางบวกต่อทัศนคติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .49, p < .001$) ทัศนคติมีความสัมพันธ์ทางบวกต่อการปฏิบัติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .79, p < .001$) และความรู้มีความสัมพันธ์ทางบวกต่อการปฏิบัติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .47, p < .001$) (Phansuma & Boonruksa, 2021)

การศึกษาความรู้ ทัศนคติและการปฏิบัติในการป้องกันโรคติดเชื้อระบบทางเดินหายใจส่วนใหญ่เป็นการศึกษาในชุมชน แต่ยังไม่พบการศึกษาความรู้ ทัศนคติและการปฏิบัติในการป้องกันโรคติดเชื้อระบบทางเดินหายใจของผู้ป่วยในบริบทขณะรอรับการตรวจที่แผนกผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลซึ่งมีโอกาสเกิดการแพร่กระจายเชื้อได้ง่ายและรวดเร็ว ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาความรู้ ทัศนคติและการปฏิบัติของผู้ป่วยที่มารับบริการผู้ป่วยนอก ในโรงพยาบาลมหาวิทยาลัย โดยใช้แนวคิดของ Schwartz

(1975) ความรู้อาจมีความสัมพันธ์กับทัศนคติและการปฏิบัติของผู้ป่วย การปฏิบัติของผู้ป่วยอาจมีความสัมพันธ์กับความรู้และทัศนคติ โดยความรู้ที่ถูกต้องในการป้องกันโรคติดเชื้อระบบทางเดินหายใจจะก่อให้เกิดทัศนคติที่ดี และส่งผลให้มีการปฏิบัติในการป้องกันโรคติดเชื้อระบบทางเดินหายใจ ซึ่งผลการศึกษาอาจช่วยให้ได้ข้อมูลที่มีประโยชน์ต่อหน่วยงานและโรงพยาบาลในการให้ความรู้แก่ผู้ป่วย เพื่อป้องกันการติดเชื้อและการแพร่กระจายโรคติดเชื้อระบบทางเดินหายใจ และลดผลกระทบรุนแรงที่อาจเกิดขึ้นกับผู้ป่วย

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาความรู้ ทัศนคติและการปฏิบัติในการป้องกันโรคติดเชื้อระบบทางเดินหายใจของผู้ป่วยที่มารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอกในโรงพยาบาลมหาวิทยาลัย

2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ ทัศนคติและการปฏิบัติในการป้องกันโรคติดเชื้อระบบทางเดินหายใจของผู้ป่วยที่มารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอกในโรงพยาบาลมหาวิทยาลัย

วิธีการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาหาความสัมพันธ์ (descriptive correlational research) เพื่อศึกษาความรู้ ทัศนคติและการปฏิบัติในการป้องกันโรคติดเชื้อระบบทางเดินหายใจ และความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ ทัศนคติและการปฏิบัติในการป้องกันโรคติดเชื้อระบบทางเดินหายใจในผู้ป่วยที่มารับบริการผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลมหาวิทยาลัย ระยะเวลาดำเนินการวิจัยตั้งแต่เดือนกรกฎาคมถึงเดือนตุลาคม พ.ศ. 2565

กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา คือ ผู้ป่วยที่มารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอก ในโรงพยาบาลมหาวิทยาลัย ในช่วงเดือนกรกฎาคมถึงเดือนตุลาคม พ.ศ. 2565 คำนวณขนาดของกลุ่มตัวอย่างโดยใช้สูตรของ Yamane (1973) กำหนดค่าความเชื่อมั่นร้อยละ 95 ค่าความคลาดเคลื่อนร้อยละ 5 ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 400 ราย

เกณฑ์การคัดเข้า คือ ผู้ป่วยที่มารับบริการผู้ป่วยนอกทั้งเพศชายและหญิงที่มีอายุตั้งแต่ 20 ปีขึ้นไป สามารถฟัง พูด อ่าน และเขียนภาษาไทยได้ด้วยตนเองและยินดีเข้าร่วมวิจัย

เกณฑ์การคัดออก คือ ผู้ป่วยมีอาการเจ็บปวดจากโรคที่เป็นอยู่ หรือต้องได้รับการตรวจรักษาอย่างเร่งด่วนอันเนื่องมาจากภาวะของโรค

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย คือ แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย และแบบสอบถามความรู้ ทัศนคติและการปฏิบัติในการป้องกันโรคติดเชื้อระบบทางเดินหายใจ ให้ผู้ป่วยตอบด้วยตนเอง ประกอบด้วยคำถาม 4 ส่วน คือ

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ประกอบด้วยคำถามเกี่ยวกับ เพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ สถานภาพสมรส การเคยได้รับความรู้เรื่องการป้องกันโรคติดเชื้อระบบทางเดินหายใจ ประวัติการป่วยด้วยโรคติดเชื้อระบบทางเดินหายใจ ประวัติการได้รับวัคซีนป้องกันโรคติดเชื้อระบบทางเดินหายใจ ลักษณะคำถามเป็นแบบปลายเปิดและปลายปิด

ส่วนที่ 2 ความรู้ในการป้องกันโรคติดเชื้อระบบทางเดินหายใจ ประกอบด้วยคำถามเกี่ยวกับสาเหตุของการเกิดโรค วิธีการแพร่กระจายเชื้อ และวิธีการป้องกันโรคติดเชื้อระบบทางเดินหายใจ ลักษณะคำถามเป็นแบบปรนัย จำนวน 22 ข้อ 3 ตัวเลือก คือ ถูก ผิด และไม่ทราบ เกณฑ์การให้คะแนน คือ ตอบถูก ให้ 1 คะแนน ตอบผิดหรือไม่ทราบ ไม่ได้คะแนน การแปลผลโดยแบ่งเป็น 3 ระดับ คือ ความรู้ระดับต่ำ ระดับปานกลาง และระดับสูง (Bloom, 1968) ดังนี้

≤ 13 คะแนน	หมายถึง	มีความรู้ระดับต่ำ
14 – 17 คะแนน	หมายถึง	มีความรู้ระดับปานกลาง
18 – 22 คะแนน	หมายถึง	มีความรู้ระดับสูง

ส่วนที่ 3 ทัศนคติในการป้องกันโรคติดเชื้อระบบทางเดินหายใจ ประกอบด้วยคำถามเกี่ยวกับทัศนคติต่อโรคติดเชื้อระบบทางเดินหายใจ ทัศนคติต่อการป้องกันโรคและประโยชน์ของการป้องกันโรคติดเชื้อระบบทางเดินหายใจ จำนวน 15 ข้อ คำถามมีลักษณะเป็นมาตราส่วนประมาณค่า แบ่งเป็น 4 ระดับ คือ เห็นด้วยอย่างยิ่ง เห็นด้วย ไม่เห็นด้วย และไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง จำนวน 15 ข้อ แปลผลโดยแบ่งเป็น 3 ระดับ คือ ทัศนคติระดับต่ำ ระดับปานกลาง และระดับสูง (Kannasuth, 1999) ดังนี้

≤ 20 คะแนน	หมายถึง	มีทัศนคติระดับต่ำ
21 - 40 คะแนน	หมายถึง	มีทัศนคติปานกลาง
41 - 60 คะแนน	หมายถึง	มีทัศนคติระดับสูง

ส่วนที่ 4 การปฏิบัติในการป้องกันโรคติดเชื้อระบบทางเดินหายใจ ประกอบด้วยคำถามเกี่ยวกับการปฏิบัติในการป้องกันการติดเชื้อจากฝอยละอองน้ำมูกน้ำลาย การติดเชื้อทางอากาศ และการติดเชื้อจากการสัมผัสสารคัดหลั่งจากระบบทางเดินหายใจ ทั้งขณะอยู่ในที่ชุมชนและขณะรอรับการตรวจที่แผนกผู้ป่วยนอก จำนวน 20 ข้อ ลักษณะคำถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับ คือ ปฏิบัติทุกครั้ง ปฏิบัติบ่อยครั้ง ปฏิบัติบางครั้ง และไม่ปฏิบัติ แปลผลโดยแบ่งเป็น 3 ระดับ คือ การปฏิบัติในระดับต่ำ ระดับปานกลาง และระดับสูง (Kannasuth, 1999) ดังนี้

≤ 20 คะแนน	หมายถึง	มีการปฏิบัติระดับต่ำ
21 - 40 คะแนน	หมายถึง	มีการปฏิบัติปานกลาง
41 - 60 คะแนน	หมายถึง	มีการปฏิบัติระดับสูง

แบบวัดความรู้ ทัศนคติและแบบสอบถามการปฏิบัติในการป้องกันโรคติดเชื้อระบบทางเดินหายใจ ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 6 ท่าน คำนวณหาค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content Validity Index [CVI]) ได้ค่า CVI เท่ากับ 0.99, 0.99 และ 0.97 ตามลำดับ นำไปทดลองใช้กับผู้ป่วยในโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยที่มีลักษณะเดียวกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน เพื่อหาค่าความเชื่อมั่นของแบบวัดและแบบสอบถาม โดยใช้สูตรคูเดอร์-ริชาร์ดสัน KR-20 (Kuder-Richardson Reliability) ได้เท่ากับ 0.88 แบบวัดทัศนคติและแบบสอบถามการปฏิบัติในการป้องกันโรคติดเชื้อระบบทางเดินหายใจหาค่าความสอดคล้องภายในโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient)ได้ค่าเท่ากับ 0.79 และ 0.86 ตามลำดับ

การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยนี้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยของคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ ได้รับการอนุมัติเลขที่ 230 / 65 COA – NUR – 027 / 65 ลงวันที่ 22 เมษายน 2565 และจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย โรงพยาบาลมหาวิทยาลัย โครงการวิจัยเลขที่ NONE – 2565 – 09068

วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง โดยแต่งกายด้วยชุดสุภาพ ไม่สวมชุดปฏิบัติงาน คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์การคัดเข้าและความพร้อมของกลุ่มตัวอย่างในแต่ละห้องตรวจจนครบตามจำนวนที่ต้องการ โดยแนะนำตัว สร้างความคุ้นเคยกับกลุ่มตัวอย่าง ขอความร่วมมือในการทำวิจัย ชี้แจงวัตถุประสงค์ การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง หากกลุ่มตัวอย่างยินยอมเข้าร่วมการวิจัย ขอให้ลงนามในแบบยินยอมเข้าร่วมการวิจัย ชี้แจงวิธีการตอบแบบสอบถามเพื่อให้กลุ่มตัวอย่างให้ข้อมูลตามความเป็นจริงมากที่สุด โดยสามารถตอบแบบสอบถามบริเวณที่นั่งพักสำหรับรอพบแพทย์ที่ปราศจากเสียงรบกวน ใช้เวลาประมาณ 20 นาที ผู้วิจัยอยู่ในบริเวณนั้น หากมีข้อสงสัยผู้วิจัยอธิบายให้เข้าใจ รับแบบสอบถามคืนทันทีที่กลุ่มตัวอย่างตอบเสร็จ โดยให้กลุ่มตัวอย่างส่งแบบสอบถามคืนในกล่องที่จัดเตรียมไว้บริเวณด้านหน้าห้องตรวจ ผู้วิจัยตรวจสอบความสมบูรณ์ของแบบสอบถามที่ได้รับ นำมาวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติ

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติ ด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป ข้อมูลทั่วไป วิเคราะห์โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา โดยการแจกแจงความถี่ คำนวณค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ระดับความรู้ ทัศนคติ และการปฏิบัติในการป้องกันโรคติดเชื้อระบบทางเดินหายใจใช้สถิติเชิงพรรณนา โดยการแจกแจงความถี่ คำนวณค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ทดสอบการกระจายของข้อมูลโดยใช้สถิติ Kolmogorov -Smirnov test (K - S test) พบว่าคะแนนความรู้ ทัศนคติและการปฏิบัติในการป้องกันโรคติดเชื้อระบบทางเดินใจมีการกระจายไม่เป็นแบบปกติ ที่ระดับนัยสำคัญ .05 จึงวิเคราะห์หาค่าความสัมพันธ์ของคะแนนความรู้ ทัศนคติและการปฏิบัติในการป้องกันโรคติดเชื้อระบบทางเดินหายใจโดยใช้สถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบสเปียร์แมน (Spearman rank – order correlation coefficient)

ผลการวิจัย

กลุ่มตัวอย่างมีจำนวนทั้งหมด 400 ราย เป็นเพศหญิงร้อยละ 59.8 เพศชายร้อยละ 40.2 อายุตั้งแต่ 20 - 85 ปี อายุเฉลี่ย 43.5 ปี กลุ่มอายุที่พบมากที่สุดคือ กลุ่มอายุ 20 - 30 ปี คิดเป็นร้อยละ 28.2 รองลงมาคือกลุ่มอายุ 51 – 60 ปี ร้อยละ 20.7 กลุ่มตัวอย่างสำเร็จการศึกษาระดับปริญญาตรีขึ้นไป คิดเป็นร้อยละ 49.5 รองลงมาคือ ระดับมัธยมศึกษา และ ปวช. และ ปวส. ร้อยละ 27.8 และ 12.2 ตามลำดับ มีโรคประจำตัวร้อยละ 55.0 โรคประจำตัวที่พบมาก 3 ลำดับแรก คือ โรคความดันโลหิตสูง พบร้อยละ 39.5 โรคเบาหวานและโรคไขมันในเลือดสูง พบร้อยละ 25.0 และ 23.7 ตามลำดับ กลุ่มตัวอย่างเคยได้รับความรู้เรื่องการป้องกันโรคติดเชื้อระบบทางเดินหายใจร้อยละ 84.0 แหล่งความรู้ที่กลุ่มตัวอย่างได้รับมากที่สุด 3 ลำดับแรก คือ บุคลากรการแพทย์ คิดเป็นร้อยละ 99.7 รองลงมาคือ อินเทอร์เน็ตและโทรทัศน์ คิดเป็นร้อยละ 57.4 และ 43.5 ตามลำดับ เคยป่วยด้วยโรคติดเชื้อระบบทางเดินหายใจใน 1 ปีที่ผ่านมาร้อยละ 50.0 โดยป่วยเป็นโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ร้อยละ 74.5 รองลงมาคือโรคไข้หวัด โรคไข้หวัดใหญ่และโรคปอดอักเสบ คิดเป็นร้อยละ 26.0, 3.0 และ 0.5 ตามลำดับ เคยได้รับวัคซีนป้องกันโรคไข้หวัดใหญ่และโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ร้อยละ 41.8 และ 91.5 ตามลำดับ

ความรู้ในการป้องกันโรคติดเชื้อระบบทางเดินหายใจ พบว่ากลุ่มตัวอย่างได้คะแนนความรู้อยู่ระหว่าง 7 – 22 คะแนน ค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้คิดเป็น 18.1 คะแนน จากคะแนนเต็ม 22 คะแนน กลุ่มตัวอย่างมีความรู้ในระดับสูง ปานกลางและต่ำ คิดเป็นร้อยละ 66.2, 26.0 และ 7.8 ตามลำดับ (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามระดับความรู้ในการป้องกันโรคติดเชื้อระบบทางเดินหายใจ (n = 400)

ระดับความรู้	ช่วงคะแนน	จำนวน	ร้อยละ
สูง	18 – 22	265	66.2
ปานกลาง	14 – 17	104	26.0
ต่ำ	0 – 13	31	7.8

พิสัย = 7 – 22 คะแนนเฉลี่ย = 18.1 คะแนน ส่วนเบี่ยงมาตรฐาน = 2.8 ค่ามัธยฐาน = 19.0

กลุ่มตัวอย่างมีทัศนคติต่อการป้องกันโรคติดเชื้อระบบทางเดินหายใจอยู่ในระดับสูงและระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 81.5 และ 18.5 ตามลำดับ (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามระดับทัศนคติที่มีต่อการป้องกันโรคติดเชื้อระบบทางเดินหายใจ (n = 400)

ระดับทัศนคติ	ช่วงคะแนน	จำนวน	ร้อยละ
สูง	41 – 60	326	81.5
ปานกลาง	21 – 40	74	18.5
ต่ำ	0 – 20	0	0

พิสัย = 32 – 60 คะแนนเฉลี่ย = 45.3 คะแนน ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน = 5.4 ค่ามัธยฐาน = 45.0

กลุ่มตัวอย่างมีการปฏิบัติในการป้องกันโรคติดเชื้อระบบทางเดินหายใจอยู่ในระดับสูง ปานกลาง และต่ำ คิดเป็นร้อยละ 58.3, 41.5 และ 0.2 ตามลำดับ (ตารางที่ 3)

ตารางที่ 3 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามระดับการปฏิบัติในการป้องกันโรคติดเชื้อระบบทางเดินหายใจ (n = 400)

ระดับการปฏิบัติ	ช่วงคะแนน	จำนวน	ร้อยละ
สูง	41 – 60	233	58.3
ปานกลาง	21 – 40	166	41.5
ต่ำ	0 – 20	1	0.2

พิสัย = 15 – 60 คะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติ = 43.1 คะแนน ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน = 9.6 ค่ามัธยฐาน = 43.0

ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ ทัศนคติและการปฏิบัติในการป้องกันโรคติดเชื้อระบบทางเดินหายใจของผู้ป่วย พบว่า ความรู้มีความสัมพันธ์ทางบวกกับทัศนคติในการป้องกันโรคติดเชื้อระบบทางเดินหายใจในระดับต่ำมากอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .293$, $p < .01$) ความรู้มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการปฏิบัติในการป้องกันโรคติดเชื้อระบบทางเดินหายใจในระดับต่ำอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .300$, $p < .01$) และทัศนคติมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการปฏิบัติในระดับต่ำมาก อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .306$, $p < .01$) (ตารางที่ 4)

ตารางที่ 4 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ ทัศนคติและการปฏิบัติในการป้องกันโรคติดเชื้อระบบทางเดินหายใจของกลุ่มตัวอย่าง (n = 400)

ตัวแปร	ความรู้	ทัศนคติ	การปฏิบัติ
ความรู้	1.00		
ทัศนคติ	.293*	1.00	
การปฏิบัติ	.300*	.306*	1.00

หมายเหตุ. * $p < .01$, Spearman's correlation

อภิปรายผล

กลุ่มตัวอย่างมีความรู้ในการป้องกันโรคติดเชื้อระบบทางเดินหายใจอยู่ในระดับสูง ทั้งนี้เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างของการวิจัยนี้ ร้อยละ 84.0 เคยได้รับความรู้เรื่องการป้องกันโรคติดเชื้อระบบทางเดินหายใจจากบุคลากรการแพทย์ ร้อยละ 99.7 และศึกษาหาความรู้ด้วยตนเองจากอินเทอร์เน็ต ร้อยละ 57.4 กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 49.5 สำเร็จการศึกษาระดับปริญญาตรีขึ้นไป และโรคติดเชื้อระบบทางเดินหายใจกำลังเป็นปัญหาและอยู่ในความสนใจในช่วงที่ศึกษา กลุ่มตัวอย่างจึงสนใจแสวงหาความรู้ และสื่อสาธารณะนำเสนอข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับวิธีการป้องกันโรคติดเชื้อระบบทางเดินหายใจอย่างต่อเนื่อง ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับผลการศึกษาความรู้ ทัศนคติและพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของพนักงานในโรงงานอุตสาหกรรมขนาดกลางและขนาดใหญ่ ในจังหวัดพัทลุงและสงขลา ที่กลุ่มตัวอย่างมีความรู้อยู่ในระดับดีมาก ถึงร้อยละ 92 ซึ่งอาจเนื่องมาจากการได้รับข่าวสารทางสื่อต่าง ๆ และมาตรการการให้ความรู้แก่พนักงานในโรงงาน (Meksawi et al., 2022) และสอดคล้องกับการศึกษาเรื่องความรู้ ทัศนคติและการปฏิบัติในการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของประชาชนในประเทศภูฏานของ Tshering et al. (2022) พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีความรู้ในระดับสูง คิดเป็นร้อยละ 86.38 กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 45 มีระดับการศึกษาดี และได้รับความรู้เรื่องการป้องกันโรค

ติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 จากโทรทัศน์ สื่อสาธารณะต่าง ๆ จากเพื่อนและครอบครัวและจากบุคลากรการแพทย์ และของ Shahabi et al. (2022) ที่ศึกษาความรู้ ทัศนคติและพฤติกรรมในการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของประชาชนในประเทศอิหร่าน ที่พบว่ากลุ่มตัวอย่างร้อยละ 65.8 มีความรู้ในระดับสูง อาจเนื่องมาจากสำเร็จการศึกษาระดับปริญญาตรีขึ้นไปและได้รับความรู้เรื่องการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 จากโทรทัศน์และจากสื่อสาธารณะ

แม้ว่ากลุ่มตัวอย่างจะมีความรู้ในระดับสูง แต่พบว่าความรู้ในบางเรื่อง กลุ่มตัวอย่างน้อยกว่าร้อยละ 10 ตอบคำถามได้ถูกต้อง ได้แก่ การป้องกันการป่วยซ้ำด้วยโรคติดเชื้อระบบทางเดินหายใจ การป้องกันโรคติดเชื้อระบบทางเดินหายใจเมื่ออยู่ร่วมกับผู้อื่น วิธีการถอดหน้ากากอนามัย การป้องกันการป่วยด้วยโรคติดเชื้อระบบทางเดินหายใจ การป้องกันการติดเชื้อระบบทางเดินหายใจหลังฉีดวัคซีนป้องกันโรค จึงยังมีความจำเป็นที่จะต้องส่งเสริมความรู้แก่ผู้ป่วยที่มารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอกในการป้องกันโรคติดเชื้อระบบทางเดินหายใจ โดยให้ความรู้เพิ่มเติมเกี่ยวกับการป้องกันการป่วยซ้ำด้วยโรคติดเชื้อระบบทางเดินหายใจ วิธีการแพร่กระจายโรคติดเชื้อระบบทางเดินหายใจ การฉีดวัคซีนป้องกันโรคติดเชื้อระบบทางเดินหายใจ และวิธีการสวมและถอดหน้ากากอนามัยอย่างถูกต้อง

กลุ่มตัวอย่างมีทัศนคติในการป้องกันโรคติดเชื้อระบบทางเดินหายใจอยู่ในระดับสูง สอดคล้องกับการศึกษาของ Phansuma and Boonruksa (2021) ที่พบว่าประชาชนในตำบลปรุใหญ่ อำเภอเมือง จังหวัดนครราชสีมา มีทัศนคติต่อการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในระดับสูง ร้อยละ 71.3 และการศึกษาของ Shahabi et al. (2022) ที่ศึกษาความรู้ ทัศนคติและการปฏิบัติในการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในกลุ่มประชาชนในประเทศอิหร่าน โดยพบว่ากลุ่มตัวอย่างร้อยละ 63.2 มีทัศนคติในการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในระดับสูง กลุ่มตัวอย่างในการวิจัยนี้เห็นด้วยอย่างยิ่งและเห็นด้วยว่า การสวมหน้ากากอนามัยช่วยให้ปลอดภัยจากโรคติดเชื้อระบบทางเดินหายใจ ร้อยละ 98.5 การเว้นระยะห่างทางสังคมช่วยให้ปลอดภัยจากโรคติดเชื้อระบบทางเดินหายใจ ร้อยละ 97.7 การทำความสะอาดมือมีขั้นตอนที่ไม่ซับซ้อนและปฏิบัติได้ง่าย ร้อยละ 95.3 และการทำความสะอาดมือช่วยป้องกันโรคติดเชื้อระบบทางเดินหายใจได้ ร้อยละ 94.5 อย่างไรก็ตาม กลุ่มตัวอย่างบางส่วนเห็นด้วยอย่างยิ่งและเห็นด้วยมากว่าการสวมหน้ากากอนามัยทำให้อึดอัดและหายใจลำบาก การใช้หน้ากากอนามัยทำให้สื่นเปลือง การเว้นระยะห่างทางสังคมเป็นอุปสรรคต่อการพบปะเพื่อนฝูง และทำให้ห่างเหินกับญาติผู้ใหญ่ การฉีดวัคซีนป้องกันโรคติดเชื้อระบบทางเดินหายใจทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนรุนแรง มีขั้นตอนที่ยุ่งยากซับซ้อนและเสียเวลา การทำความสะอาดมือบ่อย ๆ ทำให้มือแห้ง ติดเชื้อได้ง่ายและเสียเวลาในการทำกิจกรรมอื่น ๆ จึงควรส่งเสริมทัศนคติที่ดีโดยการสร้างความตระหนักให้เห็นถึงความสำคัญของการป้องกันโรคติดเชื้อระบบทางเดินหายใจแก่ผู้ป่วย

กลุ่มตัวอย่างมีการปฏิบัติในการป้องกันโรคติดเชื้อระบบทางเดินหายใจอยู่ในระดับสูง อาจเนื่องมาจากกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 84.0 เคยได้รับความรู้เรื่องการป้องกันโรคติดเชื้อระบบทางเดินหายใจมาก่อน สอดคล้องกับการศึกษาของ Meksawi et al. (2022) ที่ศึกษาความรู้ ทัศนคติและพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของพนักงานในโรงงานอุตสาหกรรมขนาดกลางและขนาดใหญ่ในจังหวัดพัทลุงและสงขลา ที่พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีการปฏิบัติในภาพรวมอยู่ในระดับดีมาก ซึ่งอาจเป็นผลจากกลุ่มตัวอย่างได้รับข่าวสารจากสื่อต่าง ๆ และมาตรการการจัดการในโรงงาน การประชาสัมพันธ์และการให้ความรู้แก่พนักงาน และการศึกษาของ Phansuma and Boonruksa (2021) ที่ศึกษาความรู้ ทัศนคติและการปฏิบัติในการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของประชาชนในตำบลปรุใหญ่ อำเภอเมือง จังหวัดนครราชสีมา พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีการปฏิบัติในการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในระดับดี ร้อยละ 72.4 ซึ่งกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 62.9 ได้รับความรู้จากอินเทอร์เน็ตและสื่อสาธารณะ และสอดคล้องกับการศึกษาของ Shahabi et al. (2022) ที่ศึกษาความรู้ ทัศนคติและการปฏิบัติในการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของประชาชนในประเทศอิหร่าน ที่พบว่ากลุ่มตัวอย่างร้อยละ 90.6 มีการปฏิบัติในระดับดี โดยกลุ่มตัวอย่างได้รับความรู้จากสื่อสาธารณะร้อยละ 49.2 การศึกษาครั้งนี้พบว่า กิจกรรมที่กลุ่มตัวอย่างปฏิบัติทุกครั้งมากที่สุดคือ การสวมหน้ากากอนามัยปิดปาก จมูก จนถึงคางทุกครั้งก่อนออกจากบ้าน ร้อยละ 77.5 หลังฉีดวัคซีนป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ครบแล้ว ยังคงสวมหน้ากากอนามัย ร้อยละ 72.5 และสวมหน้ากากอนามัยเมื่อต้องพูดคุยกับบุคคลอื่น ร้อยละ 70.7 ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาเรื่องการปฏิบัติในการป้องกันตนเองจากการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ที่พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีการสวมหน้ากากอนามัยทุกครั้งเมื่อออกจากบ้านและเมื่อใกล้ชิดต่อกลุ่มเสี่ยงต่อการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (Phansuma & Boonruksa, 2021; Khumsan, 2021; Shahabi et al., 2022; Meksawi et al., 2022)

อย่างไรก็ตาม ผลการศึกษาพบว่ากิจกรรมที่กลุ่มตัวอย่างน้อยกว่าร้อยละ 50 มีการปฏิบัติทุกครั้ง ได้แก่ การหลีกเลี่ยงการอยู่ในที่อากาศถ่ายเทไม่สะดวก การฉีดวัคซีนเพื่อป้องกันโรคติดเชื้อระบบทางเดินหายใจทุกปี การทิ้งหน้ากากอนามัยโดยม้วนใส่ถุงพลาสติกขนาดเล็กก่อนทิ้งลงในถังขยะ การหลีกเลี่ยงการไปงานเลี้ยงสังสรรค์ การเว้นระยะห่างทางสังคม การไอจามใส่กระดาษทิชชูแทนการไอจามใส่ฝ่ามือ การทำความสะอาดมือหลังจากถอดหน้ากากอนามัย การทำความสะอาดมือโดยใช้เวลาอย่างน้อย 20 วินาที การทำความสะอาดมือทันทีหลังสัมผัสเหรียญหรือธนบัตร การไม่พูดคุยกับบุคคลอื่นขณะรับประทานอาหาร การปิดฝาชักโครกก่อนกดชักโครกและการออกกำลังอย่างน้อย 30 นาทีทุกวัน ผลการวิจัยนี้สอดคล้องกับการศึกษาของ Phansuma and Boonruksa (2021) ที่ศึกษาความรู้ ทัศนคติและการปฏิบัติในการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของประชาชนในตำบลปรุใหญ่ อำเภอเมือง จังหวัดนครราชสีมา ที่กลุ่มตัวอย่างมีการทำความสะอาดมืออย่างถูกต้องเพียงร้อยละ 59.8 และ

ปฏิบัติบ่อยครั้งเพียงร้อยละ 40.2 ซึ่งอาจเป็นเพราะกลุ่มตัวอย่างขาดความตระหนัก จึงควรส่งเสริมความตระหนักเพื่อให้ผู้ป่วยเห็นถึงความสำคัญเกี่ยวกับวิธีการป้องกันโรคติดเชื้อระบบทางเดินหายใจที่ถูกต้องและมีประสิทธิภาพ และมีการปฏิบัติในการป้องกันโรคติดเชื้อระบบทางเดินหายใจที่ถูกต้อง

จากการศึกษาในครั้งนี้พบว่า ความรู้ ทัศนคติและการปฏิบัติในการป้องกันโรคติดเชื้อระบบทางเดินหายใจมีความสัมพันธ์กัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งตรงกับแนวคิดของชวาร์ทเรื่องความสัมพันธ์ของความรู้ ทัศนคติและการปฏิบัติ โดยความรู้มีผลต่อการปฏิบัติทั้งทางตรงและทางอ้อม หรือความรู้มีผลต่อทัศนคติก่อนแล้วการปฏิบัติจึงเกิดขึ้นตามทัศนคตินั้น (Schwartz, 1975) คือ หากผู้ป่วยมีความรู้ที่ถูกต้องในการป้องกันโรคติดเชื้อระบบทางเดินหายใจ ก็จะส่งผลต่อการมีทัศนคติที่ดีและมีการปฏิบัติที่ดีในการป้องกันโรคติดเชื้อระบบทางเดินหายใจ สอดคล้องกับผลการศึกษาของ Phansuma and Boonruksa (2021) ที่ศึกษาความรู้ ทัศนคติและการปฏิบัติในการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของประชาชนในตำบลปรุใหญ่ อำเภอเมือง จังหวัดนครราชสีมา ที่พบว่าความรู้มีความสัมพันธ์ทางบวกกับทัศนคติในการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ($r = 0.49$, $p < .001$) และมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการปฏิบัติป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ($r = 0.47$, $p < .001$) และทัศนคติมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการปฏิบัติป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ($r = 0.79$, $p < .001$)

สรุป

กลุ่มตัวอย่างมีความรู้ในการป้องกันโรคติดเชื้อระบบทางเดินหายใจระดับสูง ระดับปานกลาง และระดับต่ำ คิดเป็นร้อยละ 66.2, 26.0 และ 7.8 ตามลำดับ เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างจากการวิจัยนี้ร้อยละ 84.0 เคยได้รับความรู้เรื่องการป้องกันโรคติดเชื้อระบบทางเดินหายใจจากบุคลากรการแพทย์ ร้อยละ 99.7 และศึกษาหาความรู้ด้วยตนเองจากอินเทอร์เน็ตร้อยละ 57.4 และสื่อสาธารณะมีการนำเสนอข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับวิธีการป้องกันโรคติดเชื้อระบบทางเดินหายใจอย่างต่อเนื่อง กลุ่มตัวอย่างมีทัศนคติต่อการป้องกันโรคติดเชื้อระบบทางเดินหายใจระดับสูงและระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 81.5 และ 18.5 ตามลำดับ กลุ่มตัวอย่างมีการปฏิบัติในการป้องกันโรคติดเชื้อระบบทางเดินหายใจระดับสูง ระดับปานกลางและระดับต่ำ คิดเป็นร้อยละ 58.3, 41.5 และ 0.2 ตามลำดับ ความรู้มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำมากกับทัศนคติในการป้องกันโรคติดเชื้อระบบทางเดินหายใจ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ ($r = .293$, $p < .01$) ความรู้มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำมากกับการปฏิบัติในการป้องกันโรคติดเชื้อระบบทางเดินหายใจ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .300$, $p < .01$) และทัศนคติมีความสัมพันธ์ทางบวกใน

ระดับต่ำกับการปฏิบัติในการป้องกันโรคติดเชื้อระบบทางเดินหายใจ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .306$, $p < .01$)

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะในการนำงานวิจัยไปใช้ประโยชน์

1. ควรส่งเสริมความรู้ที่ถูกต้องในการป้องกันโรคติดเชื้อระบบทางเดินหายใจแก่ผู้ป่วยที่มารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอกในเรื่องการป้องกันการป่วยซ้ำด้วยโรคติดเชื้อระบบทางเดินหายใจ วิธีการแพร่กระจายโรคติดเชื้อระบบทางเดินหายใจ วิธีการสวมและถอดหน้ากากอนามัย การฉีดวัคซีนป้องกันโรคติดเชื้อระบบทางเดินหายใจ และให้ความรู้เรื่องโรคติดเชื้อระบบทางเดินหายใจอื่น ๆ

2. ควรส่งเสริมทัศนคติที่ดีในการป้องกันโรคติดเชื้อระบบทางเดินหายใจของผู้ป่วยที่มารับบริการแผนกที่ผู้ป่วยนอกในเรื่องการสวมหน้ากากอนามัย การเว้นระยะห่างทางสังคม การทำความสะอาดมือ และการฉีดวัคซีนป้องกันโรคติดเชื้อระบบทางเดินหายใจ โดยการสร้างความตระหนักให้เห็นถึงความสำคัญของเรื่องดังกล่าว

3. ควรส่งเสริมการปฏิบัติที่ถูกต้องในการป้องกันโรคติดเชื้อระบบทางเดินหายของผู้ป่วยที่มารับบริการที่ผู้ป่วยนอก โดยพัฒนาสื่อที่ส่งเสริมการปฏิบัติในด้านที่ยังมีการปฏิบัติน้อย ได้แก่ การเว้นระยะห่างทางสังคม การฉีดวัคซีนป้องกันโรคติดเชื้อระบบทางเดินหายใจ วิธีการสวมและถอดหน้ากากอนามัย มารยาทในการไอจาม การทำความสะอาดมือ การออกกำลังกายเพื่อให้ร่างกายแข็งแรง

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

ควรศึกษาปัจจัยทำนายการปฏิบัติในการป้องกันโรคติดเชื้อระบบทางเดินหายใจในผู้ป่วยที่มารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอกและพัฒนาโปรแกรมสำหรับผู้ป่วยที่มารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอกเพื่อส่งเสริมการปฏิบัติที่ถูกต้องในการป้องกันโรคติดเชื้อระบบทางเดินหายใจ

รายการอ้างอิง (References)

Bloom, B. S. (1968). *Learning for mastery: Evaluation comment*. University of California.

British Broadcasting Corporation. (2021, April 23). *Covid-19: Delhi hospitals run out of oxygen supplies*. https://www.bbc.com/news/world-asia-india-56851265.

Department of Mental Health. (2020, March 24). *Report on screening concerning COVID-19*. https://www.dmh.go.th/covid19/

Galiatsatos, P. (2022, February 28). *COVID-19 Lung Damage*. https://www.hopkinsmedicine.org/health/%20conditions-and-diseases/coronavirus/what-coronavirus-does-to-the-lungs

Glomjai, T., Kaewjiboon, J., & Chachvarat, T. (2020). Knowledge and Behavior of People regarding Self-care Prevention from Novel Coronavirus 2019 (COVID-19). *Journal of Nursing, Public Health, and Education*, *21*(2), 29-39. https://he01.tci-thaijo.org/index.php/bcnpy/article/view/243309

Kannasuth, P. (1999). *Statistics for Research Methods in Behavioral Sciences.* (3rd ed.). Darnsutha.

Khumsan, N. (2021). Knowledge, Attitudes, and Preventive Behaviorsof COVID-19 among People Living in Amphoe U-thong, Suphanburi Province. *Journal of Prachomklao College of Nursing, Phetchaburi Province, 4*(1), 33-48. https://he01.tci-thaijo.org/index.php/pck/article/view/247955

Laiby, R., Debjani, P., & Prashant, B. (2022). Knowledge, Attitude and Practices Towards Tuberculosis: Study Amongst Urban Adults Visiting the Community Health Center. *International Journal of Medicine and Public Health, 12*(1), 28 – 32. https://www.ijmedph.org/index.php/ijmph/article/view/260.

Meksawi, S., Kamnurdmanee, O., Kongrit, V., & Maneelok, S. (2022). Knowledge, Attitudes, and Behaviors of COVID-19 Prevention among Employees in Medium and Large Factory in Phatthalung and Songkhla Province. *Thaksin University Online Journal*, 2, OSHE-03(27). http://libapp.tsu.ac.th/OJS/index.php/TSUOJ

Ministry of Public Health. (2021). *Guidelines for risk management in hospitals in the event of an epidemic of emerging diseases/recurrent respiratory incidences 2021.* Charansanitwong Printing.

Ohiengbomwan, O.T., Komolafe, I.O., Alayande, S., Njor, B.E., Onisile, D.F., & Oguzie, J. (2022). Cross‐sectional community‐based assessment of knowledge, attitude and practices on tuberculosis in Osun State, South‐west, Nigeria. *Health & Social Care in the Community, 30*(5), e3171-e3183.https://doi.org/10.1111/hsc .13762

Phansuma, D., & Boonruksa, P. (2021). Knowledge, Attitudes, and Preventive Behaviors of COVID-19 among Residents in Pru Yai Sub-district, Muang District, Nakhon Ratchasima Province. *Srinagarind Medical Journal, 35*(5), 597-604. https://li01.tci-thaijo.org/index.php /SRIMEDJ /article/view/252568

Schwartz, N.E. (1975). *Nutrition, knowledge, attitude, and practice of high school graduates*. Journal of the American Dietetic Association, *66*(1), 28 – 31. https://pubmed.ncbi.nlm.nih. gov/1110296/

Shahabi, N., Takhti, H. K., Azad, M. H., Rad, R. E., Ghaffari, H. R., Mohseni, S., Aghamolaei, T., & Norozian, F. (2022). Knowledge, Attitude, and Preventive Behaviors of Hormozgan Residents toward COVID-19, One Month after the Epidemic in Iran. *Z Gesundh Wiss.*, *30*(6), 1565-1576. http://doi.org/10.1007/s10389-020-01454-1

Srikongpan, P. (2021). *Knowledge, Attitude about Coronavirus disease 2019 and Behaviors for prevention of Coronavirus disease 2019 among a group of elderly diabetic patients in Chiangwae Subdistrict Kumphawapi District Udon Thani Province*. https://backoffice.udpho.org/openaccess/control/download.php?id=NzE=

Tshering, Y., Tshering,C., Nirmala, K., & Dipsika, R. (2022). Knowledge, Attitude and Practices towards COVID-19 Preventive Measures Among adults in Bhutan: A cross-sectional study. *Plos one, 17*(12), e0278535. http://doi.org/10.1371/journal.pone.0278535

Ugur, N. G., & Akbıyık, A. (2020). Impacts of COVID-19 on global tourism industry: A cross-regional comparison. *Tourism Management Perspectives*, *36*, 1-13. https://doi.org/10.1016 /j.tmp.2020

UNESCO. (2023, June 21). *Education: from school closure to recovery*. https://www.unesco.org/en/covid-19/education-response

Wang, C., Pan, R., Wan, X., Tan, Y., Xu, L., Ho, C.S., & Ho, R. C. (2020). Immediate Psychological Responses and Associated Factors During the Initial Stage of the 2019 Coronavirus Disease (COVID-19) Epidemic among the General Population in China. *International journal of environmental research and public health, 17*(5), 1729. http://doi.org/10.3390/ ijerph17051729

World Health Organization. (2023). *WHO Coronavirus (COVID-19) Dashboard. Advice for the public.* Author

Yamane, T. (1973). *Statistics: An introductory analysis* (2nd ed.). Herper & Row.

ศึกษาความเป็นไปได้และการยอมรับการใช้รูปแบบการเยี่ยมติดตามผู้ป่วยโรคเรื้อรังโดยทีมเครือข่ายผู้ดูแลในชุมชนพิปูน จังหวัดนครศรีธรรมราช: การศึกษาเชิงคุณภาพ

Feasibility and Acceptability of a Chronic Disease Patient-Caregiver Network of Follow-Up Model for Local Caregivers, Phipun, Nakhon Si Thammarat Province:A Qualitative Study

ประดิษฐ์พร พงศ์เตรียง[1], อรัญญา รักหาบ[1*], ทัศนีย์ สุนทร[1], วิลาวรรณ มากยอด[2]

Praditporn Pongtriang[1], Aranya Rakhab[1*], Thassanee Soontorn[1], Wilawan Makyod[2]

(Received: December 20, 2023; Revised: February 28, 2024; Accepted: March 25, 2024)

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงคุณภาพนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความเป็นไปได้และการยอมรับการใช้รูปแบบการเยี่ยมติดตามผู้ป่วยโรคเรื้อรังโดยทีมเครือข่ายผู้ดูแลในชุมชนพิปูน จังหวัดนครศรีธรรมราช ซึ่งรูปแบบดังกล่าวนี้เป็นนวัตกรรมที่พัฒนาจากเครือข่ายผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่ใช้ชุมชนเป็นศูนย์กลาง ที่มุ่งเน้นการระบุและการจัดการผู้ป่วยที่เป็นโรคเรื้อรังในชุมชนพิปูน เครื่องมือวิจัย คือ แบบสังเกตและการสัมภาษณ์แบบกึ่งโครงสร้าง กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง 7 ราย และผู้ดูแล 15 ราย โดยมีเป้าหมายเพื่อประเมินผลของรูปแบบการเยี่ยมติดตามผู้ป่วยโรคเรื้อรังจากทีมเครือข่ายผู้ดูแลในชุมชน วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้เทคนิคการวิเคราะห์เนื้อหา

ผลการศึกษาพบว่า การใช้รูปแบบการเยี่ยมติดตามผู้ป่วยโรคเรื้อรังโดยทีมเครือข่ายผู้ดูแลในชุมชนครั้งนี้มีความสำคัญ ซึ่งบ่งชี้ว่ารูปแบบดังกล่าวนี้มีความเป็นไปได้ที่จะนำไปใช้ได้จริงและมีการยอมรับการใช้รูปแบบการเยี่ยมติดตามผู้ป่วยโรคเรื้อรังโดยทีมเครือข่ายในการจัดการโรคเรื้อรังในชุมชน

[1]คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏสุราษฎร์ธานี

[1]Faculty of Nursing, Surathani Rajabhat University

[2]โรงพยาบาลกรุงเทพ-สุราษฎร์

[2]Bangkok Hospital Surat, Suratthani, Thailand

[*]Corresponding Author: aranya.rak@sru.ac.th

รูปแบบนี้สามารถนำไปปรับใช้ให้เหมาะกับความต้องการของชุมชน เนื่องจากมีความยืดหยุ่น และความสามารถใช้ในการขยายผลได้ โดยเฉพาะการฝึกอบรมผู้ดูแลและการจัดตั้งระบบเครือข่ายการดูแลโรคเรื้อรังในชุมชน เพื่อให้ผู้ป่วยในชุมชนมีความสะดวกในการเข้าถึงบริการสุขภาพ และได้รับการดูแลที่ดี ซึ่งนำไปสู่การปรับปรุงในการเข้าถึงและการจัดการด้านการดูแลสุขภาพ จุดเด่นที่สำคัญของรูปแบบนี้ คือ การส่งเสริมสนับสนุนให้มีการเยี่ยมติดตามสุขภาพที่บ้าน ทำให้ประหยัดเวลาและลดค่าใช้จ่ายต่อผู้ป่วยและผู้ดูแล รวมทั้งรูปแบบดังกล่าวนี้ยังเป็นที่ยอมรับในทีมผู้ให้บริการด้านการดูแลสุขภาพที่เกี่ยวข้องต่าง ๆ ด้วย ตลอดจนผู้ป่วยโรคเรื้อรังมีอิสระในการตัดสินใจในการรับการดูแลทำให้เสริมศักยภาพของผู้ป่วย

นอกจากนี้ รูปแบบการเยี่ยมติดตามนี้ ยังมุ่งเน้นถึงความสำคัญของระบบการตรวจเยี่ยมติดตามผลอย่างละเอียด โดยให้ความสำคัญและความจำเป็นในการดูแลอย่างต่อเนื่อง ซึ่งความครอบคลุมนี้มีความสำคัญอย่างยิ่งต่อการดูแลผู้ป่วยเป็นรายบุคคล โดยเฉพาะอย่างยิ่งสำหรับผู้ที่มีอาการเรื้อรังในสภาพแวดล้อมของชุมชน

รูปแบบดังกล่าวนี้ อาจจะนำไปเป็นต้นแบบเพื่อไปปรับประยุกต์ใช้ในชุมชนอื่น ๆ ที่มีบริบทใกล้เคียงกัน ซึ่งอาจจะมีการบูรณาการตามสภาพของแต่ละชุมชนโดยชุมชนตามความเหมาะสม ในการจัดการกับโรคเรื้อรังในพื้นที่ เพื่อให้เกิดประสิทธิภาพในการปรับปรุงการจัดการโรคเรื้อรัง โดยดึงการมีส่วนร่วมในท้องถิ่นและความร่วมมือแบบสหสาขาวิชาชีพในการยกระดับการให้บริการด้านการดูแลสุขภาพในชุมชน

คำสำคัญ: ผู้ดูแล, โรคเรื้อรัง, ชุมชน, เครือข่าย, รูปแบบการติดตาม

Abstract

The objective of this qualitative study was to evaluate the feasibility and acceptability of a Chronic Disease Patient-Caregiver Network (CDP-CN) of follow-up model in community. This innovative approach involved establishing a community - centered network of caregivers, focusing on identifying and managing patients with chronic diseases. The methodology encompassed the use of observation forms and semi - structured interviews with seven diabetes and hypertension patients and 15 caregivers, aiming to identify challenges, devise solutions, and evaluate the CDP - CN of follow - up model's efficacy. Content analysis techniques were applied for data analysis.

The findings of this study are significant, indicating that the CDP-CN of follow - up model is a viable and effective method for managing chronic diseases in communities. The model was adapted

to fit the specific needs, flexibility and scalability. Particularly, training for caregivers and the establishment of a network system. It facilitated enhanced patient care in chronic disease management and led to notable improvements in healthcare access and management. A critical advantage of this model was its support for home-based health monitoring, which proved to be both time-efficient and cost-effective for patients and caregivers. Also, the model's acceptability among all divers' teams involved, including patients, caregivers, and healthcare providers due to enhance patient autonomy and empowerment.

Additionally, the importance of a thorough follow-up visit system model was highlighted, emphasizing the need for continuous care. This comprehensive approach is crucial for delivering personalized, patient-focused care, especially for those with chronic conditions in community environments.

The CDP - CN of follow-up model's success illustrates its potential as a template for community healthcare initiatives, especially in managing chronic diseases in less urbanized areas. It emphasizes the importance of community-based care, local involvement, and multidisciplinary collaboration, offering an effective solution for improving chronic disease management and healthcare delivery.

Keywords: Caregiver, Chronic disease, Community**,** Network**,** Follow-up model

Introduction

In recent years, the socio-economic progress in Thailand has led to prominent lifestyle and health shifts, with significant implications (Vollset et al., 2020) Although this development has extended life expectancy, it has concurrently escalated the prevalence of diseases, largely attributed to an aging demographic. This scenario has entrenched chronic health issues, especially non - communicable diseases like hypertension, diabetes, cancer, and stroke, which are increasingly common (World Health Organization, 2023) These diseases are often tied to unhealthy lifestyle choices, adversely affecting individuals, their families, communities, and ultimately, the country's socio-economic growth (AlQuaiz et al., 2021) The rising consumer culture and the gravitation towards Westernized living standards have prioritized short-term conveniences, undermining long - term health. Additionally, technological advancements have led to a decrease in physical activity,

introducing new public health challenges such as obesity (Liu et al., 2023) The prevalence of diseases associated with inactive lifestyles and poor nutrition, such as diabetes and hypertension, continues to climb (Gamage & Seneviratne, 2021) Despite heightened public health efforts and investments, the burden on individuals and healthcare systems intensifies as the frequency of these conditions rises (Park et al., 2020) leaving patients to grapple with the lifelong management of these chronic diseases and their debilitating complications, significantly impacting their quality of life (AlQuaiz et al., 2021)

Previous studies have predominantly focused on investigating how healthcare practitioners view and manage chronic illnesses. (Michielsen et al., 2023) However, patients with chronic conditions in rural communities face significant challenges in accessing healthcare services (Saddi, et al., 2018) Their concerns extend beyond health issues and encompass various complex everyday life situations, significantly impacting both their physical and mental well -being (Saddi et al., 2018; World Health Organization, 2022) Furthermore, family caregivers are burdened with the responsibilities of long-term care, struggling with a multitude of physical, mental, and social challenges (Centers for Disease Control and Prevention [CDC], (2019) Therefore, it is crucial to strengthen healthcare systems by implementing caregiver networks, as these support systems have been shown to deliver positive results for both caregivers and patients, benefiting the entire healthcare system (Karam et al., 2021) The concept of a care network plays a pivotal role in addressing chronic conditions, offering a range of strategies to establish links between services, to improve coordination within healthcare systems, and to promote collaboration with external stakeholders and service users (Rajamani & Iyer, 2023)

Phipun, a rural district in southern Thailand, has a total population of 3,944 people across 1,078 households. Its economy is predominantly agricultural, reflecting an integrated economic structure. The district faces challenges due to the migration of its working-age population to urban areas in search of employment. Health statistics reveal that in Phipun, 302 individuals have been diagnosed with diabetes, and 791 with hypertension. There are also 15 patients who are bedridden due to chronic illnesses (Health Data Center, 2023) A significant issue affecting the district is the management of non-communicable diseases, largely attributed to a widespread lack of awareness regarding healthy lifestyle practices

Furthermore, Phipun's healthcare system faces its own set of challenges, including the absence of a clear care plan for bedridden patients with chronic diseases. Most healthcare services were provided through lower - quality local health facilities and relied on the assistance of village health volunteers as VHVs who play a crucial role in delivering healthcare services and health education at the grassroots level in Thailand, particularly in rural and remote areas. These factors collectively contributed to the health-related challenges experienced by the Phipun community.

Evidence supports the idea that patient care delivered through a model of multi-disciplinary, healthcare networks can enhance disease control and reduce the risk of additional health complications (Saddi et al., 2018; Schenker & Costa, 2019) Local community health networks play a pivotal role and should receive backing to prevent health - related issues among service users (Clark & Himmelberger, 2023; Michielsen et al., 2023) This may involve minimizing the likelihood of more severe complications by enhancing rehabilitation networks for bedridden patients, ultimately leading to improved health outcomes and quality of life.

In this study, which forms a part of a participatory action research initiative, we explored and formulated a novel patient-caregiver network model within three communities in Phipun. Our qualitative analysis was aimed at devising a network that highlights the importance of community engagement and reducing complexities to bolster the resilience and interconnectedness of patient-caregiver relationships, particularly in the context of chronic disease management in community settings. By adopting a forward-thinking strategy, we shifted our focus to developing a comprehensive, multi-disciplinary, and multi- health network model dedicated to overcoming the multifaceted obstacles of chronic disease care. This led to the creation of the Chronic Disease Patient-Caregiver Network ("CDP-CN") of follow-up model. The process of evaluating the practicality and reception of such networks is intricate and ever-evolving, necessitating an all-encompassing approach. Through ongoing adjustments based on their feedback and practical experiences, we refined our model to more accurately meet the complex needs of the patient-caregiver network, highlighting the necessity for a model that adeptly navigates the challenges of chronic disease management at the community level.

Objectives

This qualitative study aimed to evaluate the feasibility and acceptability of a CDP - CN of follow - up model in Phipun district, Nakhon Si Thammarat province, Thailand.

Research methodology

This descriptive qualitative research is the fourth phase of the participatory action research project titled “Developing a caregiver network for chronic disease patients by community at municipality of Phipun, Nakhon-Sri Thammarat” The study examines the basic elements of the chronic care model, which was introduced by Wagner (1998) This approach allows for a comprehensive exploration of how the model integrates with Clinical Information Systems. The study highlights the importance of involving a multidisciplinary team, engaging the community, and fostering collaboration among organizations to manage follow-up care for people with chronic health conditions.

Participants

The qualitative part involved 22 volunteers, including 15 caregivers and 7 patients, who were dealed with chronic conditions such as diabetes and hypertension. This was conducted to evaluate the feasibility and acceptability of a CDP - CN of follow-up model.

Data collection

The data collection for the study was segmented into four phases, aligning with the Participatory Action Research (PAR) methodology for the initial three stages. This method highlighted the importance of engaging the community and collaborative efforts to tackle health issues in Phipun, Thailand. In this concluding phase, the study aimed to summarize the research findings and perform an evaluative review. A gathering of all public health leaders (15 in number) was organized to discuss and provide a thorough overview of a CDP - CN of follow-up model’s progression. Additionally, the effectiveness of the community's involvement was assessed through individual interviews with representatives from the CDP - CN of follow-up model, each lasting between 15 to 20 minutes. This step was crucial for reflecting on the network's impact and its efficiency in addressing the community's chronic disease management needs.

For research purposes, three main instruments were utilized:

1. An observation form to track the CDP-CN of follow-up model evolution.

2. A semi-structured interview, conducted in Thai, aimed at extracting detailed insights from network representatives about the CDP - CN's of follow-up model development, referencing existing literature for context.

3. A satisfaction interview protocol focused on community engagement, needs, objectives, and encountered challenges. This protocol was reviewed for content validity by three community work experts with refining based on their feedback.

The interview process involved six questions designed to gather diverse perspectives and experiences from network representatives regarding the CDP - CN of follow - up model. These questions explored feelings about the network's operation, benefits derived from the model, involvement in its development, obstacles faced, and recommendations for its enhancement, and strategies for sustaining its growth within the community.

Before implementation, the interview protocol underwent a thorough review by three specialists in community work to guarantee its content's consistency and relevance. Adjustments were made based on their feedback, ensuring that the final set of questions effectively captured the community's views and experiences with the CDP - CN of follow - up model. This reflective and evaluative stage provided critical insights into the network's functioning, offering a foundation for future improvements and sustained development in managing chronic diseases within the community.

Data analysis

The qualitative data analysis in this study involved the examination of interview and observation data collected during follow-up visits. Content analysis, as described by Creswell and Creswell (2018) was carried out to identify and summarize key points pertaining to the development of the CDP - CN of follow - up model and the level of community involvement. All themes were coded by reading through the transcriptions, and the researcher interpreted and captured the phrase, sentence, or paragraph by coding and theming its relevance to the research aim. The new code was assigned in the code book. All themes were recorded and confirmed by member checking.

Research Rigor

To enhance the trustworthiness of the research, data triangulation was employed by considering information from both observations and interviews with multidisciplinary teams. The audio recordings of the interviews were transcribed and then cross-checked for accuracy with community representatives to ensure data fidelity.

To promote transparency and community engagement, the research team shared their initial findings with the community, encouraging reflection on the results. This collaborative reflection was particularly valuable when current actions did not yield the desired outcomes, prompting a need for change. Following this feedback process and the recommendation of new solutions to address practical challenges from the participants, the research team made necessary adjustments to the supporting data and refined insights and results based on feedback received in previous cycles. This iterative approach ensured that the research was responsive to the needs and perspectives of the community it sought to serve.

Audit trail process

The provided patterns are used in the process of editing transcripts in a research context to identify participants and categorize them based on their conditions and roles. Here's how they work: (DM, 1): This pattern is used to identify a participant who is living with Diabetes Mellitus (DM). The "DM" represents the interviewee's condition, and the number "1" in parentheses indicates the number of informants with this condition. (HT, 1): This pattern is used to identify a participant who is living with Hypertension (HT). The "HT" represents the interviewee's condition, and the number "1" in parentheses indicates the number of informants with this condition. (CG, 1): This pattern is used to identify a participant who is a caregiver (CG). The "CG" represents the interviewee's role as a caregiver, and the number "1" in parentheses indicates the number of informants in the caregiver role. (CLD, 1): This pattern is used to identify a participant who is a community leader (CLD). The "CLD" represents the interviewee's role as a community leader, and the number "1" in parentheses indicates the number of informants in the community leader role.These symbols and patterns help researchers categorize and differentiate participants in the study based on their health conditions (DM or HT) and their role as CG. This system is useful for tracking and analyzing data related to specific participant groups in the research results.

Ethical consideration

The research procedures and potential benefits were thoroughly explained to all of participants, and they each provided informed written consent. We ensured that they understood their rights, the confidentiality of their data, the voluntary nature of their participation, and their right to withdraw from the study at any time. This study accepts an ethical and transparent approach by presenting its findings in a single, comprehensive publication rather than dividing it into smaller parts. This ensures a coherent and complete presentation, facilitating a clear understanding of the study's scope and significance. This approach is respected for its transparency and research integrity. Additionally, this research received ethical approval from the Human Research Ethics Committee at Suratthani Rajabhat University (Approval No. 2560 / 005)

Results

The research participants were 15 caregivers who were all community health volunteers. The participants were all female, and most worked in rubber agriculture. The other group of participants involved in the study was seven patients dealing with chronic diseases, specifically individuals with diabetes and hypertension.

Throughout the research process, the emphasis was on engaging multiple healthcare teams in activities such as problem identification, action planning, implementing follow-up visits, evaluating visit results, and concluding network development. This research was conducted in the Phipun region of Nakhon Si Thammasat, Southern Thailand, and the subsequent findings were directly aligned with the study's objectives.

The results were categorized into two primary sections. The first part focuses on the feasibility of the CDP - CN of follow - up model, and the second part delves into the supporting results, specifically examining the acceptability and satisfaction levels within the patient data for each of these components.

Results of the feasibility "CDP-CN" of follow-up model

All fifteen caregivers with chronic diseases, including individuals with diabetes and hypertension, successfully adhered to the model within a relatively short period of three months. This

high level of adherence is a positive indicator of the model's effectiveness in engaging and involving the target population.

The response the question as “How do you feel about the operation of the chronic disease patient-caregiver network model?” as describe from patients and caregivers as following reflection:

"I believe this is the first time in our community where such a multidisciplinary model has been established for us. Although this model is something new and, at times, seems quite complex due to its multidisciplinary nature, I am not always sure if my knowledge is sufficient to fully engage with it. However, I am committed to giving my best effort to make it work." (CG, 5)

Another reflects on the feasibility of the CDP-CN of follow-up model from the Diabetes patient as the below details:

“I have had diabetes for 10 years, I think this is the first time I will get visit form variety professions, I am so excited and promise to follow this model” (DM, 2)

Also, the positive feedback after employing the model, the caregivers expressed positive feelings. Many of them noted that this model was unique in its incorporation of multiple disciplines to address their needs. This feedback highlights the model's feasibility and suggests that it rounds with the patient-caregivers' expectations and requirements.

"I'm grateful that our Phipun community has enabled both hypertension and diabetes patients to monitor their health conditions at home. This feels like a dream come true within the framework of this model. The proactive initiatives of our community's public health officer and local officials have made this possible. I am committed that this development will significantly benefit our community." (CG, 6)

However, one participant raised a valid concern regarding the negative comment, specifically that the intervention did not contain the provision of sphygmomanometers after the completion of this research project. During follow-up visits on appointment days, participants consistently expressed their concerns and frustrations as the following argument:

"While this project has greatly benefited our community, I'm concerned about the availability of the sphygmomanometers for hypertension and diabetes patients in Phipun once the project ends. The model's effectiveness might be at risk if these crucial tools aren't available." (CG, 1)

These results show that the "CDP-CN" of follow-up model has confirmed feasibility and received positive feedbacks from patient-caregivers. However, sustainability concerns were also raised, emphasizing the importance of addressing the long-term availability of necessary resources for chronic disease management in the community.

Results of the acceptability and satisfaction altitudes

Fifteen caregivers responded in the questionnaires, and the majority of them expressed a high level of satisfaction with the CDP - CN of follow - up model. They noted that the model had a positive impact on their health outcomes and especially reduced the need for hospital visits within a short three-month period. This highlights the model's effectiveness in enhancing both the satisfaction and health outcomes of caregivers in a relatively brief timeframe. These responses highlight the tangible and positive impacts of the CDP - CN of follow - up model on healthcare access and management for patient-caregivers. They response this question “How have you benefited from the chronic disease patient-caregiver network model?

As mentioned earlier, one patient who living with hypertension addressed the opinion on care model benefit and satisfaction as the following reflective quote:

"I’m sure that this model can enhance my ability to monitor my blood pressure because I can now check it at home, eliminating the need to go to a health center. This has saved me time and money that I used to spend on traveling to the hospital" (HT, 2)

Another patient also expressed the positive reflection on the care model:

"You know, before this project came here, whenever I had a headache, I had to go to the health center. But now, it's not only convenient for me but also for my daughter, who takes care of me." (HT, 3)

As same as the above representative patients who had reflected in the new care model satisfaction, most of caregivers were satisfied with the model of care:

"I am happy to use this model, and I am committed to adhering to every step of it because I understand that it was created through multidisciplinary brainstorming. That's why I am determined to follow this model." (CG, 4)

Another community leader reflected on the feelings of being part of the network for patient care as the following details:

"I feel proud to be part of the team, even though I do not have much knowledge, but I am a part of One who has helped the team" (CMD,1)

The participants confirm that the CDP-CN of follow-up model has had tangible and beneficial effects on healthcare access and management for the patient-caregiver group. These benefits include the convenience of home-based health monitoring, resulting in significant time and cost savings. Moreover, the respondents highlight their commitment to follow the model's guidelines due to its development through a multidisciplinary approach, which has instilled confidence and a strong commitment to adhering to its recommendations

Discussion

As the research aim to evaluate the feasibility and acceptability of the CDP-CN of follow-up model in the Phipun district, Nakhon Si Thammarat province, Thailand, the research results show that the network following and visiting diabetic and hypertension patients in the community was feasible. This result may be due to the follow-up visit process based on community participation aiming to solve the problems of patients who need continuous care. The design of the follow-up visit plan is not too frequent, and the follow-up visits for each patient took an appropriate amount of time and benefit the patient and family caregivers. Including the excellent follow-up team, they can carry out their duties with confidence due to the composition of the team that complements each other's strengths. It is similar to the recent study that reveals that teamwork is a crucial component of the health care system for chronic patients in the community (Surendran et al., 2022) In term of acceptability, the results revealed that most participant were satisfaction and willing to be part of community care team. These results may cause of the confidence in multidisciplinary care team that could fill the patient' gaps and needs (Ruiz-Ramos et al., 2021)

The CDP - CN of follow - up model aligns with the principles of the Chronic Care Model, particularly emphasizing proactive patient care, as conceptualized by Wagner (1998) This is evident in its community visitation strategies and active engagement, embodying a comprehensive and multifaceted approach to address health issues. Research, such as Clark and Himmelberger (2023) supports the idea that patient engagement and autonomy are crucial in influencing health outcomes, a notion central to the CDP - CN of follow - up model.

Additionally, the importance of leadership involvement and environmental awareness, as emphasized by Fernando and Hughes (2019) resonates with the CDP-CN of follow-up model's principles. This proactive, community-focused approach engages leadership and other healthcare teams effectively to address chronic diseases, ensuring sustainable healthcare efforts. This is further supported by Pype et al. (2018) who highlight the role of leadership in raising awareness and stimulating consumer demand for resources and support in chronic disease management.

However, as pointed out by Haldane et al. (2019) some community initiatives may require hospital follow-up, such as laboratory tests, suggesting the need for a coordinated approach between community and healthcare systems. This coordination is crucial for the CDP - CN of follow - up model on a coordinated and integrated approach involving various multidisciplinary teams (Kim et al., 2020)

Nurses are pivotal in this integrated approach. Their role as a central hub in the care team, providing vital patient data and managing resources, is indispensable for continuity of care. They bridge the gap between community and hospital care, enhancing communication and coordination, and ensuring patients receive timely and appropriate care.

In conclusion, the CDP - CN of follow - up model, with its emphasis on proactive patient care, leadership, environmental awareness, and a coordinated approach involving nurses, presents a promising solution for chronic disease management in the Phipun community. This holistic, community-centered model aligns with established healthcare principles, offering a potential blueprint for enhancing patient care and health outcomes in similar settings.

Limitations of this study

1. Scope Limitation: The study focused solely on healthcare settings in Southern Thailand, for a short period of time i.e., 3 months only, potentially limiting the generalizability of its findings and recommendations to healthcare systems with different resources and cultural contexts.

2. Need for Further Studies: To address these limitations and provide recommendations that are more context-specific and broadly applicable, additional studies and research are necessary. These future studies can validate the effectiveness of the proposed strategies in diverse healthcare settings.

Conclusions

The CDP-CN of follow-up model for DM and hypertension patients, as implemented in Phipun, Thailand, marks a pivotal advancement in chronic disease management in communities. Its focus on community involvement and minimizing complications has generated significant improvements in patient-caregiver relationships and overall health outcomes. Tailored to address the specific challenges of chronic disease management in Phipun, the CDP - CN of follow - up network has confirmed to be feasibility and acceptability to its participants. The CDP - CN of follow-up model's adaptability and positive reception in Phipun suggest its potential as a scalable and versatile framework for other communities with similar healthcare challenges. Its ability to improve healthcare dynamics and outcomes in Phipun serves as a compelling model for replication, offering a path forward for enhancing chronic disease management in community settings worldwide. However, the sustainability of the care network and clinical outcomes monitoring must be a concern and attention in this patient group. Therefore, the government agency needs to support the local care team to operate the further visiting program policy-driven successfully. In addition, this study only focuses on the DM and hypertension patients' care in the community, so there may be some limitations in using the pattern of network for any other diseases of chronic patients.

Suggestions

The study's recommendations can be summarized as follows:

1. Enhancing Follow-Up Visits for Better Engagement and Continuity:

Strengthening follow-up visits is crucial for maintaining continuous care and engaging diverse teams effectively. This entails collecting and incorporating feedback from patients, their families, and caregivers to better understand and address their specific needs. In this context, nurses play a crucial role as advocates, educators, coordinators, assessors, and communicators, utilizing their multifaceted skills to tailor follow-up visits. This approach ensures that the visits are patient-centered, thereby improving patient outcomes.

2. Improving Information Recording Practices:

The current method of recording patient and family information should be broadened to cover all aspects of care. This can be achieved by adopting advanced technologies like electronic health records, which enhance the efficiency of data collection and storage. The addition of a quick search feature can also streamline this process.

3. Initiating a Thorough Quality of Life Study:

It's important to start an in-depth study based on follow-up visits to evaluate the quality of life from various perspectives and assess the proficiency of the follow-up team. Such a study would provide essential insights for the ongoing development of the network and refinement of visitation strategies. In the CDP-CN of follow-up model, nurses, as key players, are vital for delivering effective, patient-centered care and facilitating community engagement. The further study could pay attention on the research development to develop and evaluate the community care program by integrating the digital technology for health outcomes monitoring.

In summary, these suggestions underscore the importance of enhancing follow-up visits, expanding information recording systems, and conducting comprehensive quality of life studies, with nurses playing a central role in these improvements within the framework of the CDP - CN of follow - up model in Phipun, Thailand.

References

AlQuaiz, A. M., Kazi, A., Almigbal, T. H., AlHazmi, A. M., Qureshi, R., & AlHabeeb, K. M. (2021). Factors Associated with an Unhealthy Lifestyle among Adults in Riyadh City, Saudi Arabia. *Healthcare (Basel), 9*(2), 221. https://doi.org/10.3390/healthcare9020221

Centers for Disease Control and Prevention (2019, August 7). *Caregiving for Family and Friends: A Public Health Issue*. https://www.cdc.gov/aging/caregiving/caregiver-brief.html

Clark, A., & Himmelberger, L. K. (2023). Patient autonomy: Cancer. *The Journal of the American Dental Association, 154*(1), 94 - 95. https://doi.org/10.1016/j.adaj.2022.08.011

Creswell, J. W., & Creswell, J. D. (2018). *Research design: qualitative, quantitative, and mixed methods approach.* (5th ed.). Thousand Oaks, California, SAGE.

Fernando, G., & Hughes, S. (2019). Team approaches in palliative care: a review of the literature. *International Journal of Palliative Nursing, 25*(9), 444 - 451. https://doi.org/10.12968/ijpn.2019.25.9.444

Gamage, A.U., & Seneviratne, R.D. (2021). Physical inactivity, and its association with hypertension among employees in the district of Colombo. *BMC Public Health 21*, 2186. https://doi.org/10.1186/s12889-021-12013-y

Haldane, V., Chuah, F. L, Srivastava, A., Singh, S. R., Koh, G. C., Seng, C. K., & Legido-Quigley, H. (2019). Community participation in health services development, implementation, and evaluation: A systematic review of empowerment, health, community, and process outcomes. *PLoS One*, *14*(5), e0216112. https://doi.org/10.1371/journal.pone.0216112

Health Data Center. (2023). *NCDs Reports of Phipun district*, *Nakhon Si Thammarat province, Thailand.* https://nrt.hdc.moph.go.th/hdc/reports

Karam, M., Chouinard, M-C., Poitras, M-E., Couturier, Y., Vedel, I., Grgurevic, N., & Hudon, C. (2021). Nursing care coordination for patients with Complex needs in primary healthcare: a scoping review. *International Journal of Integrated Care*, *21*(1), 16. https://doi.org/10.5334/ijic.5518

Kim, M. S., Lee, S. J., Park, M. S., Jeong, E. H., & Chang, S. O. (2020). Toward a conceptual framework for the interdisciplinary function-focused care in nursing homes. *Japan Journal of Nursing Science, 17*(3), e12330. https://doi.org/10.1111/jjns.12330

Liu, Y., Zhang, H., & Xu, R. (2023). The impact of technology on promoting physical activities and mental health: a gender-based study. *BMC Psychol 11*, 298. https://doi.org/10.1186/s40359-023-01348-3

Michielsen, L., Bischoff, E. W. M. A., Schermer, T., & Laurant, M. (2023). Primary healthcare competencies needed in the management of person-centred integrated care for chronic illness and multimorbidity: Results of a scoping review. *BMC Primary Care*, *24*(1) , 98. https://doi.org/10.1186/s12875-023-02050-4

Park, J. H., Moon, J. H., Kim, H. J., Kong, M. H., & Oh, Y. H. (2020). Sedentary Lifestyle: Overview of Updated Evidence of Potential Health Risks. *Korean journal of family medicine, 41*(6), 365 – 373. https://doi.org/10.4082/kjfm.20.0165

Pype, P., Mertens, F., Helewaut, F., & Krystallidou, D. (2018). Healthcare teams as complex adaptive systems: understanding team behaviour through team members' perception of interpersonal interaction. *BMC Health Serv Res, 18*(1), 570. https://doi.org/10.1186/s12913-018-3392-3

Rajamani, S.K., & Iyer, R.S. (2023). Networks in Healthcare: A Systematic Review. *Bio Med Informatics, 3*(2), 391 - 404. https://doi.org/10.3390/biomedinformatics3020026

Ruiz-Ramos, J., Hernández, M. H., Juanes-Borrego, A. M., Milà, R., Mangues-Bafalluy, M. A., & Mestres, C. (2021). The Impact of Pharmaceutical Care in Multidisciplinary Teams on Health Outcomes: Systematic Review and Meta-Analysis. *Journal of the American Medical Directors Association, 22*(12), 2518 - 2526. https://doi.org/10.1016/j.jamda.2021.05.038

Saddi, F.C., Harris, M.J., Coelho, G.A., Pêgo, R.A., Parreira, F., Pereira, W., Santos, A.K.C., Almeida, H.R., & Costa, D.S. (2018). Perceptions and evaluations of front-line health workers regarding the Brazilian National Program for Improving Access and Quality to Primary Care (PMAQ): a mixed-method approach. *Cadernos de saude publica, 34*(10), e00202417. doi.org/10.1590/0102-311X00202417

Schenker, M., & Costa, D. H. D. (2019). Advances and challenges of health care of the elderly population with chronic diseases in Primary Health Care. *Cien Saude Colet*, *24*(4), 1369 - 1380. doi.org/10.1590/1413-81232018244.01222019

Surendran, S., Foo, C.D., Matchar, D. B., Ansah, J. P., Car, J., Choon, G., & Koh, H. (2022). Developing integration among stakeholders in the primary care networks of Singapore: a qualitative study. *BMC Health Services Research, 22*(1), 782. https://doi.org/10.1186/s12913-022-08165-1

Vollset, S.E., Goren, E., Yuan, C.W., Cao, J., Smith, A.E., Hsiao, T., Bisignano, C., Azhar, G.S., Castro, E., Chalek, J., Dolgert, A.J., Frank, T., Fukutaki, K., Hay, S.I., Lozano, R., Mokdad, A.H., Nandakumar, V., Pierce, M., Pletcher, M., & Murray, C.J.L. (2020). Fertility, mortality, migration, and population scenarios for 195 countries and territories from 2017 to 2100: a forecasting analysis for the Global Burden of Disease Study. *The Lancet*, *396*(10258), 1285 - 1306. https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30677-2

Wagner, E.H. (1998). Chronic disease management: what will it take to improve care for chronic illness?. *Effective Clinical Practice*, *1*(1), 2 - 4. https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/10345255/

World Health Organization. (2022, June 17). *Mental health*. https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-strengthening-our-response

World Health Organization. (2023, September 16). *Noncommunicable diseases*. https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/noncommunicable-diseases

คำแนะนำการเตรียมและส่งต้นฉบับ
วารสารมหาวิทยาลัยนราธิวาสราชนครินทร์

วารสารมหาวิทยาลัยนราธิวาสราชนครินทร์ เป็นวารสารที่รับตีพิมพ์เผยแพร่บทความวิจัยและบทความวิชาการ ที่เกี่ยวข้องกับวิทยาศาสตร์สุขภาพ เช่น ด้านการแพทย์ (Medicine) ด้านการพยาบาล (Nursing) ด้านทันตกรรม (Dentistry) ด้านสาธารณสุขศาสตร์ (Health profession) และด้านอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องกับวิทยาศาสตร์สุขภาพ โดยบทความที่จะตีพิมพ์เผยแพร่ ต้องเป็นผลงานวิจัยที่แล้วเสร็จไม่เกิน 5 ปี ไม่เคยตีพิมพ์หรืออยู่ในระหว่างพิจารณาตีพิมพ์ในวารสารอื่นเมื่อได้รับการตอบรับให้ตีพิมพ์ ถ้าเป็นบทความวิจัยที่เป็นหรือเป็นส่วนหนึ่งของวิทยานิพนธ์ / ดุษฎีนิพนธ์ ต้องมีหนังสือรับรอง และลงนามทั้งอาจารย์ที่ปรึกษาหลักและนักศึกษาผู้ทำวิทยานิพนธ์ / ดุษฎีนิพนธ์ กองบรรณาธิการขอสงวนสิทธิ์ในการแก้ไขต้นฉบับเพื่อความเหมาะสมและเป็นไปตามเกณฑ์ที่กองบรรณาธิการกำหนด โดย บทความที่จะตีพิมพ์เผยแพร่ ต้องผ่านการพิจารณา กลั่นกรอง ตรวจสอบ จากผู้ทรงคุณวุฒิ (Peer review) ที่มีความรู้ความชำนาญ มีประสบการณ์ ในด้านที่เกี่ยวข้องในการประเมินบทความ เพื่อให้ข้อคิดเห็น ข้อเสนอแนะ ที่เป็นประโยชน์ ก่อนการตีพิมพ์เผยแพร่ จำนวนอย่างน้อย 2 ท่าน โดยจะไม่เปิดเผยข้อมูลของผู้เขียนและผู้ประเมินบทความ (Double blinded peer review)

ประเภทของบทความ

1. บทความวิจัย
2. บทความวิชาการ
3. บทความปริทัศน์ บทความพิเศษ และปกิณกะ

การเตรียมบทความต้นฉบับ

1. ต้นฉบับพิมพ์ด้วยคอมพิวเตอร์โปรแกรมสำเร็จรูป MS Word 97/03 for Windows แบบอักษร Angsana New ขนาดตัวอักษร 16 อักษรปกติ พิมพ์หน้าเดียวบนกระดาษ A4 ระยะขอบกระดาษด้านบน-ด้านล่าง 2.54 ซม. ด้านใน 3.17 ซม. ด้านนอก 2.54 ซม. ไม่เกิน 12 หน้า (ไม่รวมรายการอ้างอิง)

2. ชื่อเรื่อง ทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ พิมพ์ไว้หน้าแรกตรงกลาง ขนาดตัวอักษร 18 ตัวหนา

3. ชื่อผู้นิพนธ์ ทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ อยู่ใต้ชื่อเรื่องโดยชิดขอบกระดาษด้านขวา ขนาดตัวอักษร 14 อักษรปกติ และให้ระบุตัวเลขเป็นตัวยกท้ายชื่อผู้เขียน เพื่อแสดงรายละเอียดเกี่ยวกับสถานที่ทำงานของผู้เขียนบทความทุกคนไว้ที่เชิงอรรถในหน้าแรก

4. ชื่อหน่วยงานของผู้นิพนธ์ ทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ อยู่ส่วนล่างสุด ที่เชิงอรรถในหน้าแรก ขนาดตัวอักษร 12 ปกติ ระบุหน่วยงานรองและหน่วยงานหลัก และระบุตัวเลขเป็นตัวยกหน้าชื่อหน่วยงานผู้นิพนธ์ทุกท่าน และ E-mail Address ของผู้เขียนหลักเพื่อเป็น Corresponding Author

5. บทคัดย่อ (Abstract) ทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ ความยาวไม่เกิน 300 คำ

6. คำสำคัญ (Key words) ทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ (จำนวน 3 - 5 คำ)

7. การพิมพ์หัวข้อ หัวข้อใหญ่สุด ให้ชิดขอบด้านซ้าย หัวข้อย่อยเว้นห่างจากหัวข้อใหญ่ 4 ตัวอักษร และหัวข้อย่อยขนาดเดียวกัน ต้องพิมพ์ให้ตรงกัน เมื่อขึ้นหัวข้อใหญ่ ควรเว้นระยะพิมพ์หนึ่งบรรทัด

8. การใช้ตัวเลข คำย่อ และวงเล็บควรใช้เลขอารบิคทั้งหมด ใช้คำย่อที่เป็นสากลเท่านั้น (ระบุคำเต็มไว้ในครั้งแรก) การวงเล็บภาษาอังกฤษ ควรใช้ดังนี้ (Student centered learning)

9. กรณีมีรูปภาพ บันทึกเป็นไฟล์ที่มีนามสกุล JPEGs หรือ Tiffs เท่านั้น และให้พิมพ์เป็นภาษาอังกฤษทั้งหมด (เริ่มใช้ในวารสารปีที่ 17 เป็นต้นไป)

10. บทความวิจัย ให้เรียงลำดับสาระ ดังนี้

10.1 บทคัดย่อ (Abstract)

10.2 บทนำ (Introduction) ระบุความสำคัญของปัญหาการวิจัย กรอบแนวคิด สมมุติฐาน การทบทวนหรืออ้างอิงเอกสาร/ทฤษฎี / งานวิจัย ที่นำไปสู่กรอบแนวคิดหรือวัตถุประสงค์การวิจัย

10.3 วัตถุประสงค์ (Objectives)

10.4 วิธีการวิจัย (Research methodology) ระบุแบบแผนการวิจัยการได้มาซึ่งกลุ่มตัวอย่างและการกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล และการวิเคราะห์ข้อมูล

10.5 ผลการวิจัย (Results) เสนอผลที่พบตามวัตถุประสงค์การวิจัยตามลำดับอย่างชัดเจน ควรเสนอในรูปตารางหรือแผนภูมิ กรณีมีตารางหรือแผนภูมิให้พิมพ์เป็นภาษาอังกฤษทั้งหมด (เริ่มใช้ในวารสารฯ ปีที่ 17 เป็นต้นไป)

10.6 อภิปรายผล (Discussion) เสนอเป็นความเรียง ชี้ให้เห็นถึงความเชื่อมโยงของผลการวิจัยกับกรอบแนวคิด และงานวิจัยที่ผ่านมา ไม่ควรอภิปรายเป็นข้อ ๆ แต่ชี้ให้เห็นถึงความเชื่อมโยงของตัวแปรที่ศึกษาทั้งหมด

10.7 สรุป (Conclusions) ระบุข้อสรุปที่สำคัญ สอดคล้องกับวัตถุประสงค์หรือไม่

10.8 ข้อเสนอแนะ (Suggestion) ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้ และสำหรับการวิจัยต่อไป

10.9 รายการอ้างอิง (References) ใช้รูปแบบการอ้างอิง APA 7th Edition และต้องเป็นรายการที่มีการอ้างอิงไว้ในเนื้อหาเท่านั้น รายการอ้างอิงที่นำมาอ้างอิงต้องมีความทันสมัย ทันต่อเหตุการณ์ และควรตีพิมพ์เผยแพร่ไม่เกิน 5 ปีย้อนหลัง และให้พิมพ์เป็นภาษาอังกฤษทั้งหมด

11. บทความวิชาการ ประกอบด้วย

11.1 บทคัดย่อ (Abstract)

11.2 บทนำ (Introduction)

11.3 เนื้อเรื่อง (Content) แสดงสาระสำคัญที่ต้องการนำเสนอตามลำดับ

11.4 บทสรุป (Conclusion)

11.5 ข้อเสนอแนะ (Suggestion)

11.6 รายการอ้างอิง (References)

12. การพิมพ์รายการอ้างอิง

ให้ใช้ APA Formatted References, 7th edition (เริ่มใช้ในบทความ วารสารฯ ปีที่ 16 ฉบับที่ 2 เป็นต้นไป)

การชำระค่าตีพิมพ์

1. วารสารจะดำเนินการเก็บค่าธรรมเนียมการตีพิมพ์ เมื่อบทความผ่านการพิจารณารับประเมินบทความจากผู้ทรงคุณวุฒิ ซึ่งจะมีการแจ้งผลการพิจารณาตีพิมพ์เบื้องต้นผ่านทางระบบ Thaijo ตามที่ผู้นิพนธ์ Submission บทความ

2. รายละเอียดค่าธรรมเนียมการตีพิมพ์บทความ

	บุคคลภายในมหาวิทยาลัย		บุคคลภายนอกมหาวิทยาลัย
บทความภาษาไทย	3,000	บาท	4,500 บาท
บทความภาษาอังกฤษ	5,000	บาท	7,000 บาท

ตัวอย่างการเขียนรายการอ้างอิง

การอ้างอิงในเนื้อหา

ใช้ระบบนาม-ปี (Author's last name – year of Publication) ถ้าชื่อสกุลผู้เขียนเป็นภาษาไทยให้แปลเป็นภาษาอังกฤษ โดยมีรูปแบบการเขียน ดังนี้

1. ผู้แต่ง 1 คน

   สกุล (ปี) หรือ (สกุล, ปี) Siriphan (2016) หรือ (Siriphan, 2016)

2. ผู้แต่ง 2 คน

Siriphan and Kaewchai (2016) หรือ (Siriphan & Kaewchai, 2016)

3. ผู้แต่ง 3 คนขึ้นไป

ให้ใส่เฉพาะสกุลผู้แต่งคนแรกตามด้วยคำว่า et al.

(Seeley et al., 2016) หรือ Seeley et al. (2016) ในการอ้างอิงครั้งแรก และการอ้างอิงครั้งต่อไป

4. ผู้แต่งเป็นหน่วยงาน

4.1 ให้ใส่ชื่อหน่วยงานแทนชื่อผู้แต่ง สำหรับการอ้างอิงครั้งแรกให้ใส่ชื่อเต็มขอหน่วยงาน ตามด้วยอักษรย่อในเครื่องหมายวงเล็บเหลี่ยม [ ] และต่อไปให้ใช้เฉพาะอักษรย่อ หากอักษรย่อบางหน่วยงานซ้ำกันให้ใส่ชื่อเต็มของหน่วยงานในการอ้างอิงทุกครั้ง

การอ้างอิงครั้งแรก

(World Health Organization [WHO], 2020)

การอ้างอิงครั้งต่อมา

(WHO, 2020)

4.2 ให้ใส่ชื่อเต็มของหน่วยงาน กรณีที่มีทั้งชื่อหน่วยงานใหญ่และหน่วยงานย่อย เฉพาะต่างประเทศ ให้ใส่ชื่อหน่วยงานใหญ่ คั่นด้วยเครื่องหมายจุลภาค (,) ตามด้วยชื่อหน่วยงานย่อย

World Health Organization

University of Southampton, Faculty of Health Sciences

5. การอ้างอิงเอกสารมากกว่าหนึ่งงานที่ผู้แต่งต่างกัน

ให้ใส่ชื่อผู้แต่งโดยเรียงตามลำดับอักษร แยกแต่ละรายการอ้างอิง โดยคั่นด้วยเครื่องหมายอัฒภาค (;) หากมีทั้งงานภาษาไทยและภาษาต่างประเทศให้เรียงรายการอ้างอิงภาษาไทยก่อน

(Knecht, et al., 2000; Moskal, 2000; Schrock, 2000)

การอ้างอิงในรายการอ้างอิงท้ายบทความ (References)

1. การลงชื่อผู้แต่ง

1.1 ผู้แต่ง 1 คน

ให้ใส่ชื่อสกุล คั่นด้วยเครื่องหมายจุลภาค (,) ตามด้วยอักษรย่อชื่อต้น และอักษรย่อชื่อกลาง (ถ้ามี)

Ahmad Asmuni	ลงชื่อผู้แต่งเป็น Asmuni, A.
John W. Creswell	ลงชื่อผู้แต่งเป็น Creswell, J.W.
Harison Michael Campbell	ลงชื่อเป็น Campbell, H.M.

1.2 ผู้แต่ง 2 คน

ให้ใส่ชื่อสกุล คั่นด้วยเครื่องหมายจุลภาค (,) ตามด้วยอักษรย่อชื่อต้น และอักษรย่อชื่อกลางของผู้แต่งทั้ง 2 คน โดยใส่เครื่องหมายจุลภาคคั่น และตามด้วย & หน้าชื่อสกุลผู้แต่งคนที่ 2

Sutter, J., & Jue, A.

1.3 ผู้แต่ง 3 – 20 คน

ให้ใส่ชื่อสกุล คั่นด้วยเครื่องหมายจุลภาค ตามด้วยอักษรย่อชื่อต้น และอักษรย่อชื่อกลางของผู้แต่งทุกคน โดยใส่เครื่องหมายจุลภาคคั่นระหว่างผู้แต่งทุกคนและตามด้วย & หน้าชื่อสกุลผู้แต่งคนสุดท้าย

Fonghoi, W., Tayjasanant, C., & Nomnian, S.

1.4 ผู้แต่ง 21 คนขึ้นไป

ให้ใส่ชื่อผู้แต่งคนที่ 1 ถึงคนที่ 19 คั่นด้วยเครื่องหมายจุลภาค (,) ระหว่างผู้แต่งทุกคน ตามด้วยเครื่องหมายมหัพภาค 3 จุด (. . .) โดยหน้าและหลังของแต่ละจุด ต้องเว้นวรรค 1 ตัวอักษร และตามด้วยชื่อผู้แต่งคนสุดท้าย

Yagi, K., Sato, Y., Sakaguchi, S., Goda, M., Hamano, H., Aizawa, F., Shimizu, M., Inoue-Hamano, A., Nishimori, T., Tagi, M., Kanno, M., Matsuoka-Ando, R., Yoshioka, T., Matstubara, Y., Izawa-Ishizawz, Y., Shimizu, R., Maruo, A., Kuniki, Y., Sakamoto, … Ishizawa, K.

1.5 บรรณาธิการ

ให้ใส่ชื่อบรรณาธิการ ตามด้วยตัวย่อ Ed. หากมากกว่า 1 คนให้ใช้ Eds. ไว้ในเครื่องหมายวงเล็บ ( )

Shelley, M., & Sahin, I. (Eds.)

2. ประเภทรายการอ้างอิง

2.1 บทความ

2.1.1 บทความในวารสาร ฉบับตีพิมพ์

1. ชื่อผู้แต่ง ให้ใส่ตามหลักเกณฑ์การลงชื่อผู้แต่ง
2. ปีพิมพ์ ให้ใส่ไว้ในเครื่องหมายวงเล็บ ( ) สำหรับงานภาษาต่างประเทศให้ใช้เป็นปี ค.ศ.
3. ชื่อบทความ สำหรับงานภาษาต่างประเทศ ให้พิมพ์ตัวอักษรตัวแรกด้วยตัว พิมพ์ใหญ่ทุกคำ ยกเว้นคำสันธาน
4. ชื่อวารสาร ให้พิมพ์ตัวอักษรตัวแรกในแต่ละคำด้วยตัวพิมพ์ใหญ่ และเป็น*ตัวพิมพ์เอียง*

5. ปีที่วารสาร พิมพ์ด้วย*ตัวพิมพ์เอียง*

6. ฉบับที่ ให้ใส่ไว้ในเครื่องหมายวงเล็บ ติดกับปีที่ แต่ไม่ต้องเป็นตัวพิมพ์เอียง

7. เลขหน้า

ตัวอย่าง

U-senyang, S., Trichandhara, K., & Rinthaisong, I. (2017). Antecedents of Organizational Health in Southern Thailan. International Journal of Behavioral Science, *12*(1), 79 – 97.

2.1.2 บทความในวารสาร ฉบับที่เผยแพร่ออนไลน์

นามสกุล,/อักษรย่อของชื่อ./(ปีพิมพ์)./ชื่อบทความ./*ชื่อวารสาร,/ปีที่*(ฉบับที่),/เลขหน้า./URL

ตัวอย่าง

Fonghoi, W. (2019). In-service Secondary School English Language teachers' Instructional Practices, Challenges, and their Training Needs: A Focus Group Interview Study, *Princess of Naradhiwas University Journal of Humanities and Social Sciences*, *6*(2), 152 – 165. http://so05.tci-thaijo.org/index/php/pnuhuso/article/View/ 173972/142226

2.1.3 บทความในวารสาร ที่มีเลข Digital Object Identifier (DOI)

นามสกุล,/อักษรย่อของชื่ อ./(ปีพิมพ์)./ชื่อบทความ./*ชื่อวารสาร,/ปีที่*(ฉบับที่),/เลขหน้า./ https://doi.org/////////เลข DOI

ตัวอย่าง

Sayoh, I., Rusling, D.A., Brown, T., & Fox, K.R. (2020). DNA Structural Changes Induced by Intermolecular Triple Helix Formation. *ACS Omega 2020*, *5,* 1679-1687. http://doi.org/10.1021/acsomega.9b03776

2.1.4 บทความในนิตยสาร

นามสกุล,/อักษรย่อของชื่อ./(ปี,/เดือน/วัน)./ชื่อบทความ./*ชื่อนิตยสาร,/ปีที่*(ฉบับที่),/เลขหน้า.

ตัวอย่าง

Walt, V. (2021). The Lonely Quest for Ethical Chocolate. *Fortune*, *183*(2), 54 - 58.

2.1.5 บทความในนิตยสารออนไลน์

นามสกุล,/อักษรย่อของชื่ อ./(ปี,/เดือน/วัน)./ชื่อบทความ./*ชื่อนิตยสาร,/ปีที่*(ฉบับที่),/เลขหน้า./ URL

ตัวอย่าง

Kelleher, K. (2020, February 13). Here are the Biggest Tax Law Changes to Look Out for this Year. *Time, 195*(3). http://time.com/5770130/tax-law-changes-2020/

2.2 หนังสือ

1. ชื่อผู้แต่ง ให้ใส่ตามหลักเกณฑ์การลงชื่อผู้แต่ง

2. ปีพิมพ์ ให้ใส่ไว้ในเครื่องหมายวงเล็บ ( ) สำหรับงานต่างประเทศ ให้ใช้เป็นปีค.ศ. กรณีที่ไม่ปรากฏปีพิมพ์ให้ใส่ n.d.

3. ชื่อหนังสือ สำหรับงานภาษาต่างประเทศ ให้พิมพ์ตัวอักษรตัวแรกด้วยตัวพิมพ์ใหญ่ทุกคำ ยกเว้นคำสันธาน

4. กรณีหนังสือจัดพิมพ์ครั้งที่ 2 ขึ้นไป ให้ระบุ (พิมพ์ครั้งที่/เลข) ไว้หลังชื่อหนังสือโดยไม่ต้องคั่นด้วยเครื่องหมายมหัพภาค (.) สำหรับงานต่างประเทศให้ใส่ตัวย่อ ed. ไว้หลังครั้งที่พิมพ์

5. สำนักพิมพ์ ไม่ใส่คำว่า สำนักพิมพ์ ห้างหุ้นส่วน จำกัด บริษัท จำกัด มหาชน ยกเว้นสำนักพิมพ์ของสถาบันการศึกษา ให้ใส่ตามข้อมูลที่ปรากฏ เช่น สำนักพิมพ์มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย เป็นต้น หรือภาษาต่างประเทศที่ใช้คำว่า Books หรือ Press

6. กรณีไม่ปรากฏสำนักพิมพ์ ให้ใส่ n.p.

7. กรณีที่ชื่อผู้แต่งและสำนักพิมพ์เหมือนกัน ให้ใส่คำว่า Author แทนตรงสำนักพิมพ์

ตัวอย่าง

Mackey, A. (2007). *Oxford Applied Linguistics: Conversational Interaction in Second Language Acquisition*. Oxford University Press.

Shelley, M., & Sahin, I. (Eds.). (2022). *Studies on Education, Science, and Technology 2021*. ISTES Organization.

2.2.1 บทในหนังสือ

นามสกุล,/อักษรย่อของชื่อ อ./(ปี พิ มพ์)./ชื่ อบทหรื อชื่ อบทความ./In/ชื่ อบรรณาธิ การ /(Ed. หรือ/////////Eds.),/*ชื่อหนังสือ*/(p./เลขหน้า)./สำนักพิมพ์.

ตัวอย่าง

Button, L. (2009). Facing Time: The Evocation of Time in Visual and Literary Forms of Autobiography. In S. Panja, S. Chakrabarti & C. Devadawson (Eds.), *Word, Image, Text: Studies in Literary and Visual Culture* (PP. 152-160). Orient BlackSwan.

2.2.2 หนังสืออิเล็กทรอนิกส์

นามสกุล,/อักษรย่อของชื่อ./(ปีพิมพ์)./*ชื่อเรื่อง*/(พิมพ์ครั้งที่)./สำนักพิมพ์./URL

ตัวอย่าง

Fedorov, A. (2007). *Media Education: Sociology Surveys. House*. http://files.eric. ed.gor /fulltext/ED557586.pdf

2.3 วิทยานิพนธ์

1. ชื่อผู้แต่ง ให้ใส่ตามหลักเกณฑ์การลงชื่อผู้แต่ง

2. ปีที่เผยแพร่ ให้ใส่ไว้ในเครื่องหมายวงเล็บ ( ) สำหรับงานต่างประเทศ ให้ใช้เป็นปี ค.ศ.

3. ชื่อวิทยานิพนธ์ สำหรับงานภาษาต่างประเทศ ให้พิมพ์ตัวอักษรตัวแรกด้วยตัวพิมพ์ใหญ่ทุกคำ ยกเว้นคำสันธาน (Conjunction) ได้แก่ for, and, or, but, while, when, after, before, because และเป็น*ตัวพิมพ์เอียง*

4. ให้ใส่คำว่า วิทยาพิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต หรือวิทยานิพนธ์ปริญญาดุษฎีบัณฑิต ในเครื่องหมายวงเล็บ [ ] สำหรับงานภาษาต่างประเทศ ให้ใส่คำว่า Master's thesis หรือ Doctoral dissertation

5. ชื่อมหาวิทยาลัย

2.3.1 วิทยานิพนธ์ ฉบับตีพิมพ์

นามสกุล,/อักษรย่อของชื่อ./(ปีที่เผยแพร่)./*ชื่อวิทยานิพนธ์* /[Master's thesis หรือ Doctoral ///////dissertation]./ชื่อมหาวิทยาลัย.

ตัวอย่าง

Mayi, L. (2011). *Doing Repair in Native-Non-Native Talk: A Conversation Analytic Study of Thai-English Interaction* [Master's thesis]. York St John University.

2.3.2 วิทยานิพนธ์ จากฐานข้อมูลออนไลน์

นามสกุล,/อักษรย่อของชื่อ./(ปีที่เผยแพร่)./*ชื่อวิทยานิพนธ์* /[Master's thesis หรือ Doctoral ///////dissertation,/ชื่อมหาวิทยาลัย]./ชื่อฐานข้อมูล./URL

ตัวอย่าง

Hounkong, K. (2015). *Coptosapelta Flavescens as a Potential Anti-Entamoebba Histolytica and Anti-Giardia Intestinalis* [Doctoral dissertation, Prince of Songkla

University]. PSU Knowledge Bank. http://kb.psu.ac.th/psukb/bitstream/2010 /10246/1/404643.pdf

2.4 รายงานการวิจัย

1. ชื่อผู้แต่ง ให้ใส่ตามหลักเกณฑ์การลงชื่อผู้แต่ง

2. ปี ให้ใส่ไว้ในเครื่องหมายวงเล็บ ( ) สำหรับงานต่างประเทศ ให้ใช้เป็นปี ค.ศ.

3. ชื่อเรื่อง สำหรับงานภาษาต่างประเทศ ให้พิมพ์ตัวอักษรตัวแรกด้วยตัวพิมพ์ใหญ่ทุกคำ ยกเว้นคำสันธาน (Conjunction) ได้แก่ for, and, or, but, while, when, after, before, because และเป็น*ตัวพิมพ์เอียง*

4. สำนักพิมพ์

ตัวอย่าง

Rushton, N. (2022). *Register of Change Part 1 2000-2010* (Research Report). Cambridge University Press & Assessment. http://files/eric/ed/gov/fulltext /ED622104.pdf

2.5 เอกสารประกอบการประชุมวิชาการ (Proceeding)

1. ชื่อผู้แต่ง ให้ใส่ตามหลักเกณฑ์การลงชื่อผู้แต่ง

2. ปี ให้ใส่ไว้ในเครื่องหมายวงเล็บ ( ) สำหรับงานต่างประเทศ ให้ใช้เป็นปี ค.ศ.

3. ชื่อบทความ สำหรับงานต่างประเทศให้พิมพ์ตัวอักษรตัวแรกด้วยตัวพิมพ์ใหญ่ทุกคำ ยกเว้นคำสันธาน (Conjunction) ได้แก่ for, and, or, but, while, when, after, before, because และเป็นตัวพิมพ์เอียง

4. ให้ใส่คำว่า In ตามด้วยชื่อบรรณาธิการหรือชื่อหน่วยงาน หากเป็นบรรณาธิการให้ใส่คำว่า Ed. หรือ Eds. ไว้ในเครื่องหมายวงเล็บ กำกับไว้หลังชื่อบรรณาธิการ

5. ชื่อหัวข้อการประชุม ให้เป็นตัวเอียง

6. ชื่อการประชุม ให้พิมพ์ตัวอักษรตัวแรกในแต่ละคำด้วยตัวพิมพ์ใหญ่ และเป็น*ตัวพิมพ์เอียง* จากนั้นให้ใส่ตัวอักษรย่อ PP. ตามด้วยเลขหน้า ไว้ในเครื่องหมายวงเล็บ

7. ชื่อฐานข้อมูล / ชื่อหน่วยงานจัดการประชุม

ตัวอย่าง

Kakinuma, Y. (2022). Catching on to Crypto: Evidence from the Stock Exchange of Thailand. In Faculty of Management and Tourism, Burapha University, Business transformation thriving through changes and turbulences, *The International and National Conference on Business Administration and Accountancy 2022: INCBAA 2022* (p.4), Faculty of Management and Tourism, Burapha University.

2.6 สารสนเทศจากเว็บไซต์

นามสกุล,/อักษรย่อของชื่อ./(ปี,/เดือน/วันที่เผยแพร่)./*ชื่อเรื่อง*./ชื่อเว็บไซต์./URL

ตัวอย่าง

Sirisilla, S. (2022, December 19). *Effective Use of Statistics in Research–Methods and Tools for Data Analysis.* Enago Academy. https://www.enago.com/academy/statistics-in-research-data-analysis/

ข้อแนะนำในการส่งต้นฉบับ

เมื่อผู้นิพนธ์เตรียมไฟล์ต้นฉบับตามการเตรียมต้นฉบับบทความวิจัย/บทความวิชาการแล้ว สามารถส่งไฟล์ต้นฉบับทาง

E-mail: pnu_jr@hotmail.com และ https://li01.tci-thaijo.org/index.php/pnujr

โดยลงทะเบียนสมาชิกเข้าเว็บไซต์ แล้วทำตามคำแนะนำสำหรับการใช้งานเบื้องต้นของระบบ ThaiJO (สำหรับผู้แต่ง Author) ซึ่งมีรายละเอียดตามหัวข้อดังนี้

- การลงทะเบียนผู้นิพนธ์ (Author Register) (ผู้ใช้ยังไม่มี Username, Password ในระบบ ThaiJO)
- การส่งบทความ (Submission)
- รอตรวจสอบสถานะ การตอบรับ/ปฏิเสธ ทาง E-mail

ข้อแนะนำการส่งเอกสารที่เกี่ยวข้อง

ผู้นิพนธ์ศึกษา ตรวจสอบขั้นตอนการส่งบทความ และดาวน์โหลดเอกสารที่เกี่ยวข้อง ที่เว็บไซต์ **http://journal.pnu.ac.th/index.php?option=com_content&view=article&id=67&Itemid=41** หลังจากนั้นส่งเอกสารที่เกี่ยวข้องและบทความต้นฉบับ จำนวน 1 ชุด ทางไปรษณีย์ ส่งมาที่

บรรณาธิการวารสารมหาวิทยาลัยนราธิวาสราชนครินทร์

ชั้น 3 สำนักงานอธิการบดี มหาวิทยาลัยนราธิวาสราชนครินทร์

99 ม. 8 ต. โคกเคียน อ. เมือง จ. นราธิวาส 96000

การติดต่อวารสารมหาวิทยาลัยนราธิวาสราชนครินทร์

ติดต่อได้ที่ งานวารสาร (คุณปิยนุช วัจนศิริ หรือ คุณซัมซียะห์ เจ๊ะสาเม๊าะ)

Tel 073-709-030 ต่อ 1161, Fax 073-709-030 ต่อ 1173

Mobile phone 09-3604-3247 E-mail: pnu_jr@hotmail.com