



วารสาร

**สุขภาพ และ
การศึกษาพยาบาล**

**Journal of Health
and Nursing Education**



ปีที่ 29 ฉบับที่ 2 (พฤษภาคม - สิงหาคม) 2566



วารสารสุขภาพและการศึกษาพยาบาล
ผ่านการรับรองคุณภาพ TCI กลุ่มที่ 1 (พ.ศ. 2565-2567)
<https://he02.tci-thaijo.org/index.php/Jolbcnm>

ISSN 2985-1033 (Online)



วารสารสุขภาพและการศึกษาพยาบาล Journal of Health and Nursing Education

วัตถุประสงค์

1. เผยแพร่ผลงานวิจัยและผลงานวิชาการที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพและการศึกษาพยาบาล
2. ส่งเสริมการสร้างเครือข่ายและสัมพันธภาพที่ดีระหว่างผู้ร่วมวิชาชีพทางด้านสุขภาพและการศึกษาพยาบาล

เจ้าของ

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครราชสีมา

คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข

177 ถนนช้างเผือก ตำบลในเมือง อำเภอเมืองนครราชสีมา จังหวัดนครราชสีมา

ฝ่ายจัดการ

1. นางสาวอุดมลักษณ์ กาญจนรังสีชัย
2. นายอรรถสิทธิ์ สิทธิปรี
3. นายปิยะพฤกษ์ พฤกษ์ชาติ
4. นางสาวบุญญาพร แสนยาใจ
5. นางสาวอลิศรา ลับไพบรี

กำหนดออกวารสาร ทุก 4 เดือน (ปีละ 3 ฉบับ)

ฉบับที่ 1 มกราคม - เมษายน

ฉบับที่ 2 พฤษภาคม - สิงหาคม

ฉบับที่ 3 กันยายน - ธันวาคม



รายนามผู้ทรงคุณวุฒิผู้พิจารณาและกลั่นกรองผลงานวิชาการ

บทความที่ตีพิมพ์เผยแพร่ในวารสารสุขภาพและการศึกษาพยาบาล

ปีที่ 29 ฉบับที่ 2 (พฤษภาคม - สิงหาคม) 2566

ได้ผ่านการพิจารณาและกลั่นกรองจากผู้ทรงคุณวุฒิเรื่องละ 2 – 3 ท่าน ดังนี้

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ ภายนอกสถาบันพระบรมราชชนก

ดร. ปรางทิพย์	ทาเสนะ เอลเทอร์	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชธานี
พว. ภคินี	อยู่สงวนพงศ์	โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา
ผศ. พิเชษฐ	เรืองสุขสุด	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น
ผศ. พิพัฒน์พงศ์	เข้มปัญญา	วิทยาลัยพยาบาลราชชนนีนครพนมมหาวิทยาลัยนครพนม
ดร. ลักขณา	ไชยนอก	สำนักวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี
ผศ. ดร. มะลิ	โพธิพิมพ์	คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยวงษ์ชวลิตกุล
ผศ. ดร.เบญจมาศ	สุขสถิตย์	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
ผศ. ธนวัฒน์	ธิตชนานันท์	คณะครุศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏนครราชสีมา
ผศ. ดร.ธนภมณ	ลีศรี	สำนักวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี
ผศ.ดร. ชูชาติ	วงศ์อนุชิต	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม
ผศ. ดร. ขวัญพนมพร	ธรรมไทย	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
ดร. สรินทิพย์	ทวีเดช	คณะบริหารศาสตร์ มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี
พว. เสาวลักษณ์	คุณทวี	โรงพยาบาลเมตตาประชารักษ์(วัดไร่ขิง)
ดร. นุชมาศ	แก้วกุลชล	นักวิชาการอิสระ
ผศ. ดร. วรณวดี	ณภัค	นักวิชาการอิสระ

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ ภายในสถาบันพระบรมราชชนก

ดร. ทศนีย์	ทิพย์สุนเนิน	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครราชสีมา
ดร. พัชรี	ใจการณ	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสรรพสิทธิประสงค์
อ. อนุชา	ไทยวงษ์	วิทยาลัยพยาบาลศรีมหาสารคาม
ดร. ทิพรัตน์	อุคเมืองเพีย	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครราชสีมา

**กองบรรณาธิการวารสารสุขภาพและการศึกษาพยาบาล
ประจำปี พ.ศ. 2565-2568**

ที่ปรึกษาภายในสถาบันพระบรมราชชนก

1. ศ. ร.อ. พญ. วณิษา ชื่นกองแก้ว รองอธิการบดี สถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข
2. ผศ. ดร. กมลรัตน์ เทอร์เนอร์ คณบดี คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก
กระทรวงสาธารณสุข
3. ผศ. ดร. พรฤดี นิธิรัตน์ รองคณบดี คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก
กระทรวงสาธารณสุข
4. อ. จงกตณี ต้อยเจริญ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครราชสีมา
คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข
5. อ. ดร. กิตติพร เนาว์สุวรรณ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสงขลา
คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข

บรรณาธิการ

- อ. พรรณทิพย์ โขมขุนทด เศรษฐฐาน โภคิน วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครราชสีมา
คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข

ผู้ช่วยบรรณาธิการ

- อ. ดร. สุหทัย โตสังวาลย์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครราชสีมา
คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข

กองบรรณาธิการบุคคลภายใน

1. อ. ดร. จิรนุช สมโชค ไวกั วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครราชสีมา
คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข
2. อ. ดร. วิภารัตน์ สุวรรณไวกัพัฒนะ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครราชสีมา
คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข
3. อ. ดร. ทศนีย์ ทิพย์สูงเนิน วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครราชสีมา
คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข
4. อ. มโนไท วงษาหล้า วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครราชสีมา
คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข
5. อ. ดร. สุภาพร วรรณสันทัด วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครราชสีมา
คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข

กองบรรณาธิการบุคคลภายนอก

1. รศ. ดร. รัชณี ศุภจินทรรัตน์
 2. รศ. ดร. ศิริพันธ์ ศิริพันธ์
 3. รศ. ดร. จันทรีทิรา เจียรณชัย
 4. ผศ. ดร. จิดาภา ผูกพันธ์
 5. ผศ. ดร. มะลิ โพธิพิมพ์
 6. ผศ. ดร. สุรีย์ ธรรมิกบวร
 7. ผศ. ดร. หทัยชนก บัวเจริญ
 8. ผศ. ดร. ศุภภาพิชญ์ มณีสาคร โพน โบร์แมนน์
 9. ผศ. จริยาพร ศรีสว่าง
 10. ผศ. ธนวัฒน์ ธิติชนานันท์
 11. ผศ. ดร. ธวัชชัย เอกสันติ
 12. ผศ. ดร. สุดาพร สถิตยยุทธการ
 13. อ. ดร. ปรางทิพย์ ทาเสนาะ เอลเทอร์
 14. อ. ดร. ปณิดา ครองยุทธ
 15. อ. ดร. รุ่งรัตน์ สุขะเดชะ
 16. อ. ดร. วิไลวรรณ ปะธิเก
 17. อ. ดร. สรินทิพย์ ทวีเดช
 18. อ. ดร. อติพร สำราญบัว
 19. พว. ดร. เกษราภรณ์ เกนบุปผา
 20. พว. ดร. เพ็ญศรี รักษ์วงศ์
 21. พว. ดร. สิ้นศักดิ์ชนม์ อุ่นพรมมี
 22. Mr. Kent Hamilton
- มหาวิทยาลัยวงษ์ชวลิตกุล
มหาวิทยาลัยนราธิวาสราชนครินทร์
มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี
มหาวิทยาลัยมหาสารคาม
มหาวิทยาลัยวงษ์ชวลิตกุล
มหาวิทยาลัยราชภัฏนครราชสีมา
มหาวิทยาลัยราชภัฏนครปฐม
มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี
มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
มหาวิทยาลัยราชภัฏนครราชสีมา
มหาวิทยาลัยราชภัฏนครราชสีมา
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
มหาวิทยาลัยราชธานี
วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร อุบลราชธานี
มหาวิทยาลัยวงษ์ชวลิตกุล
มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ (องครักษ์)
มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี
มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี
โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์
โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา
ศูนย์อนามัยที่ 9 นครราชสีมา
มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี

บทบรรณาธิการ

เรียน สมาชิกวารสาร และผู้อ่านทุกท่าน

วารสารสุขภาพและการศึกษาพยาบาล ดำเนินการโดยวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครราชสีมา คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข ได้รับการรับรองโดยศูนย์ดัชนีการอ้างอิงวารสารไทย (Thai-Journal Citation Index Centre [TCIJ]) ให้อยู่ในกลุ่มที่ 1 ตั้งแต่วันที่ 1 มกราคม พ.ศ. 2565 – 31 ธันวาคม พ.ศ. 2567 เนื้อหาในฉบับนี้ ประกอบด้วยบทความที่ครอบคลุมขอบเขตด้านสุขภาพและการศึกษาพยาบาลเช่นเคย โดยในด้านสุขภาพนั้น มีผลงานที่เผยแพร่สำหรับการดูแลสุขภาพ เช่น บทความวิจัยเรื่องผลของโปรแกรมการลดการสูบบุหรี่โดยใช้การรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อพฤติกรรม การลดการสูบบุหรี่อย่างมีส่วนร่วมของนักศึกษาที่ติดยูนิและ ปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะขาดออกซิเจนของทารกแรกเกิดในสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะน้ำหนักเกินและภาวะอ้วน ส่วนด้านการศึกษาพยาบาล มีบทความเกี่ยวกับการพัฒนาบุคลากรด้านสุขภาพ เช่น บทความวิจัยเรื่อง ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด-19 ของนักศึกษาพยาบาล และ บทความวิชาการที่ส่งเสริมการปฏิบัติงานของพยาบาล เรื่อง การดูแลมารดาที่มีภาวะท่อน้ำนมอุดตัน นอกจากนี้แล้ว ยังมีบทความวิจัยที่เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพในวิถีของชาวพุทธ คือ เรื่อง การประเมินผลโครงการอบรม “พระบริบาลภิกษุไข้” ประจำวัด 1 วัด 1 รูปทั่วไทย เฉลิมพระเกียรติสมเด็จพระอริยวงศาคตญาณ สมเด็จพระสังฆราช สกลมหาสังฆปริณายก ฉลองพระชนมายุครบ 8 รอบ: กรณีศึกษาจังหวัดนครราชสีมา งานวิจัยเหล่านี้จะเป็นประโยชน์สำหรับผู้ที่เกี่ยวข้องนำไปประยุกต์ใช้ หรือวางแผนในการดูแลสุขภาพประชาชนได้อย่างครอบคลุมมากยิ่งขึ้น

สำหรับการดำเนินงานของวารสารในปีที่ 29 ฉบับที่ 2 (พฤษภาคม – สิงหาคม) ปี 2566 นี้ ขอแจ้งให้ทราบว่า ดิฉันจะทำหน้าที่บรรณาธิการเป็นฉบับสุดท้ายเนื่องจากได้รับโอกาสไปศึกษาต่อในระดับที่สูงขึ้น ตลอดเวลาของการทำหน้าที่บรรณาธิการปีที่ 29 ฉบับที่ 1 และ 2 แม้จะเป็นระยะเวลาอันสั้น แต่ก็ทำให้ดิฉันได้รับประสบการณ์ ความรู้ และทักษะด้านการทำงานวารสารอย่างมากมาย ดิฉันมีความซาบซึ้งที่วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครราชสีมา ให้ความไว้วางใจในการปฏิบัติหน้าที่บรรณาธิการ และขอขอบพระคุณผู้แต่งทุกท่านที่ได้ส่งผลงานที่มีคุณค่ามาเผยแพร่กับวารสาร ขอขอบพระคุณผู้ทรงคุณวุฒิ กองบรรณาธิการ ฝ่ายจัดการ และที่ปรึกษาของวารสาร ที่มีส่วนร่วมในกระบวนการพิจารณาบทความเพื่อคงคุณภาพของวารสารให้มีมาตรฐานในระดับชาติอย่างต่อเนื่อง แล้วพบกันใหม่ในโอกาสต่อไป

พรรณทิพย์ โชมขุนทด เศรษฐาชน โภกิติน

บรรณาธิการ

สารบัญ

เรื่อง	หน้า
บทความวิจัย	
ผลกระทบของพฤติกรรมการใช้อุปกรณ์การเรียนออนไลน์ในช่วงแพร่ระบาดของ โควิด-19 ต่อปัญหาทางตาของผู้เรียนระดับปริญญาตรี <i>อำพร ศรียาภักย์, สุพิศร สมานิติ, นันทวัน เทียนแก้ว, สรายุทธ์ น้อยเกษม, ชนานันต์ สมานิติ</i>	e259643
สุขภาพทางใจของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในระหว่างการแพร่ระบาดของ ของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 <i>จิรัฐกร ฉวีรังสี, ทศฯ ชัยวรรณวรรต, สุจิตรา กฤติยาวรรณ, ทัศนีย์ ทิพย์สูงเนิน, พัชรี ใจการุณ</i>	e260271
ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด-19 ของนักศึกษาพยาบาล วิทยาลัยพยาบาลแห่งหนึ่ง <i>ทยาวิรี จันทรวินิจฉัย, แสงนภา บารมี</i>	e260699
ปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะขาดออกซิเจนของทารกแรกเกิดในสตรีตั้งครรภ์ที่มี ภาวะน้ำหนักเกินและภาวะอ้วน <i>บุญมี ภูค่านัจ, จารุวรรณ ก้าวหน้าไกล, สุภาพร สุภาทวีวัฒน์</i>	e261444
ผลของโปรแกรมการลดการสูบบุหรี่โดยใช้การรับรู้สมรรถนะแห่งตน ต่อพฤติกรรม การลดการสูบบุหรี่อย่างมีส่วนร่วมของนักศึกษาที่ติดบุหรี่ <i>เขมิกา ฅภัทรเดชาพันธ์, ภัควรินทร์ ภัทรศิริสมบูรณ์, จิรัชญา เหล่าคมพฤษาจารย์</i>	e261742
การวิเคราะห์จำแนกปัจจัยทางจิตวิทยาที่มีอิทธิพลต่อความสำเร็จในการตั้งครรภ์ของ ผู้มีบุตรยากที่รับการรักษาด้วยวิธีการทำเด็กหลอดแก้ว ศูนย์รักษาผู้มีบุตรยาก จังหวัดเชียงใหม่ <i>ณัฐพัชร์ ปิ่น ไชยธนา, วีรวรรณ วงศ์ปิ่นเพ็ชร</i>	e262083

เรื่อง

หน้า

การประเมินผลโครงการอบรม “พระปริบาลภิกษุไข้” ประจำวัด 1 วัด
1 รูปทั่วไทย เฉลิมพระเกียรติสมเด็จพระอริยวงศาคตญาณ สมเด็จพระสังฆราช
สกลมหาสังฆปริณายก ฉลองพระชนมายุครบ 8 รอบ: กรณีศึกษาจังหวัดนครราชสีมา
จงกลณี ต้อยเจริญ, นิสากร วิบูลชัย, ประทุม กงมหา, ไร่ไพ หมั่นสระเกษ,
กัญญาณัฐ เกิดชื่น, ทยาวิรุ จันทรวีวัฒน์, พรรณทิพย์ โชมขุนทดเศรษฐาชน โภคิน
ปัญญา ฉนำกลาง, อีสริยา ฉนำกลาง

e264094

ปัจจัยที่สัมพันธ์ต่อพฤติกรรมการป้องกันโควิด-19 ของหญิงตั้งครรภ์
จรรยา แก้วใจบุญ, คลฤดี เพชรขว้าง, ทิตยา กาวิละ,
วรินทร์ธร พันธุ์วงศ์, กัลยา จันทร์สุข

e262729

ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการรับรู้การติตราของผู้ป่วยวัณโรคปอดในชุมชน
กัทธ ดานา, นิสากร วิบูลชัย, มลฤดี แสนจันทร์, บรรจง จาคบุญนาถ,
วันสุ ทวีคณะ โชติ โพธิพันธ์, จริญญา จุฬารี

e263426

ผลของการนัดเด้านมต่อการแก้ปัญหาที่อ่อนน้ามนมอดตันในมารดาระยะให้นมบุตร
อังสนา ศิริวัฒนเมธานนท์, ปรางทิพย์ ทาเสนาะ เอลเทอร์, โสภา บุตรดา,

e264608

บทความวิชาการ

การดูแลมารดาที่มีภาวะที่อ่อนน้ามนมอดตัน
ปรางทิพย์ ทาเสนาะ เอลเทอร์, อังสนา ศิริวัฒนเมธานนท์, อังสนา วิศรุตเกษมพงศ์,
ชนตพร อ่อนชื่นชม, ขวัญฤทัย ยิ้มเกิด, ลินดา ข่มจิตร, อัญชลี จูิตะสา

e263406

ผลกระทบของพฤติกรรมการใช้อุปกรณ์การเรียนออนไลน์ในช่วงแพร่ระบาดของโควิด-19 ต่อปัญหาทางตาของผู้เรียนระดับปริญญาตรี

อำพร ศรียากย์, ปร.ค.^{1*}; สุพิตร สมานิติ, Ph.D.², นันทวัน เทียนแก้ว, ปร.ค.¹,

สรายุทธ์ น้อยเกษม, D.B.A.¹, ชนานันต์ สมานิติ ปร.ค.³

(วันที่ส่งบทความ: 7 ตุลาคม 2565; วันที่แก้ไข: 18 ธันวาคม 2565; วันที่ตอบรับ: 24 สิงหาคม 2566)

บทคัดย่อ

การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (โควิด-19) ทำให้การเรียนในชั้นเรียน เปลี่ยนรูปแบบ เป็นออนไลน์ทันที โดยที่ผู้เรียนไม่มีเวลาเตรียมตัวและมีความรู้ด้านเทคโนโลยีสารสนเทศที่ไม่มากพอ และเป็นการใช้ดวงตาที่หนักหน่วง เสี่ยงเกิดปัญหาทางตา งานวิจัยเชิงสำรวจนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษา พฤติกรรมการเรียนออนไลน์ ผลกระทบของพฤติกรรมการใช้อุปกรณ์การเรียนออนไลน์และความสัมพันธ์กับ ปัญหาทางตาของผู้เรียนระดับปริญญาตรีในช่วงแพร่ระบาดของโควิด-19 และเพื่อศึกษาวิธีการดูแลสุขภาพ ตาและการแก้ปัญหาที่เกี่ยวข้องกับตาจากการเรียนออนไลน์ของผู้เรียนในกลุ่มตัวอย่างผู้เรียนระดับปริญญา ตรีสาขาวิทยาศาสตร์การกีฬา จากมหาวิทยาลัยในกำกับของรัฐที่เรียนด้วยระบบออนไลน์ จำนวน 709 คน โดยการคัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง เครื่องมือที่ใช้เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น วิเคราะห์ ข้อมูลเชิงคุณภาพโดยวิธีวิเคราะห์เนื้อหา วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา และหาความสัมพันธ์ด้วยค่าสถิติเพียร์สัน ผลการวิจัยพบว่า นักศึกษาใช้โทรศัพท์มือถือเรียนออนไลน์มากที่สุด ใช้เวลา เรียนเฉลี่ยมากกว่า 3 ชั่วโมงต่อครั้ง มากกว่า 4 ชั่วโมงต่อวัน และ 5-6 วันต่อสัปดาห์ การเรียนออนไลน์ และการใช้อุปกรณ์ดิจิทัลทำให้เกิดปัญหาทางตาร้อยละ 74.5 ปัญหาที่พบบ่อย คือ ตาล้า ปวดตา และแสบ ตา พฤติกรรมใช้อุปกรณ์เรียนออนไลน์ที่มีความสัมพันธ์กับปัญหาทางตา เช่น การเรียนผ่านโทรศัพท์มือถือ การมองหน้าจอที่มีตัวอักษรและภาพเคลื่อนไหวเร็วต่อเนื่องนาน แสงสว่างของจอ และระยะเวลาใน การเรียน เป็นต้น การมีแนวทางดูแลสุขภาพและแนวปฏิบัติในการเรียนออนไลน์จะช่วยลดปัญหาทางตา จากการใช้อุปกรณ์เรียนออนไลน์ได้

คำสำคัญ: การเรียนออนไลน์, ผู้เรียนระดับปริญญาตรี, ปัญหาทางตา, การระบาดของโควิด-19

¹ อาจารย์, คณะวิทยาศาสตร์การกีฬา มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์ วิทยาเขตกำแพงแสน นครปฐม

² รองศาสตราจารย์, คณะวิทยาศาสตร์การกีฬา มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์ วิทยาเขตกำแพงแสน นครปฐม

³ อาจารย์, คณะบริหารธุรกิจ, สถาบันเทคโนโลยีพระจอมเกล้าเจ้าคุณทหารลาดกระบัง กรุงเทพมหานคร

* ผู้ประพันธ์บรรณกิจ: อำพร ศรียากย์, อีเมล: feduapsp@ku.ac.th

The Impact of Using Online Device Behavior during the COVID-19 Pandemic on Eye Issues of Undergraduate Students

Amphorn Sriyabhaya, Ph.D.¹; Supitr Samahito, Ph.D.²; Nanthawan Thienkaew, Ph.D.¹;

Sarayut Noikasem, D.B.A.¹; Chananan Samahito, Ph.D.³

(Received: October 7th, 2022; Revised: December 18th, 2022; Accepted: August 24th, 2023)

Abstract

The outbreak of the Coronavirus disease 2019 (COVID-19) immediately caused changes in the learning styles with the shift to online classes. Many students lacked necessary information technology skills and preparation time to be prepared for this shift which has led to increased eye strain and a higher risk of developing eye problems. Therefore, this survey research aimed to study online learning behavior, the impact of online device usage, the relationship with eye issues, and eye care guidelines among undergraduate students during the COVID-19 pandemic. The study participants were 709 undergraduate students studying sport sciences at public universities who were taking online classes who were selected using purposive sampling. The research tool used in this study was a questionnaire developed by the researchers. Content analysis was used to assess the qualitative data and the quantitative data were analyzed using descriptive statistics and Pearson Correlation coefficients. The findings revealed that the majority of university students spent an average of more than 3 hours online per study session, exceeding the recommended maximum online time of four hours per day on 5-6 days per week. As a result, symptoms of asthenopia, eyestrain, and burning eyes were reported by 74.5 percent of students with eye issues. The relationship between digital screen use and eye issues is influenced by various factors such as studying via smartphone, quick flipping to the next slide with text, text size, screen brightness, and more. Providing eye care guidelines for online classes could help decrease the occurrence of eye issues associated with the use of online digital devices.

Keywords: online learning, undergraduate student, eye issues, COVID-19 epidemic

¹ Lecturer, Faculty of Sports Science, Kasetsart University, Kamphaeng Saen Campus, Nakhon Pathom

² Associate professor, Faculty of Sports Science, Kasetsart University, Kamphaeng Saen Campus, Nakhon Pathom

³ Lecturer, Business School, King Mongkut's Institute of Technology Ladkrabang, Bangkok

* Corresponding Author: AmphornSriyabhaya, E-mail: feduapsp@ku.ac.th

บทนำ

การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (โควิด-19) ที่เกิดต่อเนื่องมาตั้งแต่ปลายปี พ.ศ. 2562 มาจนถึงปัจจุบัน ทำให้ต้องหยุดหรือเปลี่ยนแปลงรูปแบบการทำกิจกรรมบางอย่างไป กิจกรรมด้านการศึกษาเป็นกิจกรรมหนึ่งที่ได้รับผลกระทบ การจัดการเรียนการสอนต้องเปลี่ยนรูปแบบไปในหลายวิธี เพื่อลดการสัมผัสและเว้นระยะห่างกัน เพื่อช่วยป้องกันการแพร่กระจายของเชื้อ ระบบการศึกษาได้เปลี่ยนเป็นแบบออนไลน์อย่างเต็มรูปแบบในหลายประเทศ (Pokhrel & Chhetri, 2021) การเรียนผ่านแพลตฟอร์มออนไลน์ (Online learning) ถูกนำมาใช้อย่างแพร่หลาย โดยเฉพาะในระดับอุดมศึกษา การนำเทคโนโลยีมาใช้ร่วมกับเครือข่ายสัญญาณอินเทอร์เน็ตเป็นวิธีการที่ช่วยให้การเรียนดำเนินต่อไปได้ ช่วยลดการสัมผัสจากการทำกิจกรรมร่วมกันในชั้นเรียนได้ดี เป็นการสร้างการศึกษาที่มีปฏิสัมพันธ์เสมือนเรียนอยู่ในสถานที่จริงเข้าถึงข้อมูลได้รวดเร็วจากทุกสถานที่ ไม่ต้องเดินทาง และช่วยประหยัดค่าใช้จ่ายได้อีกด้วย (ชลธิศ ดาราวงษ์, 2563; Dumford & Miller, 2018) การแพร่ระบาดในระลอกที่สองมหาวิทยาลัยของไทยก็ได้ประกาศให้จัดการเรียนการสอนแบบออนไลน์อย่างเต็มรูปแบบเช่นกัน

จากการระบาดที่เกิดขึ้นอย่างกะทันหันของโควิด-19 ทำให้อาจารย์และผู้เรียนส่วนหนึ่งต้องเผชิญกับความท้าทายพิเศษเพราะขาดประสบการณ์ในการสอนและการเรียนรู้แบบออนไลน์ มีความหลากหลายของปัญหาจากการเรียนทั้งด้านร่างกายและจิตใจ (Al-Kumaim et al., 2021) สอดคล้องกับการศึกษาของ Molea and Nastasa (2020) ที่พบว่าการขาดทักษะดิจิทัลเป็นปัญหาหนึ่งที่ทำให้กระบวนการศึกษาด้วยแพลตฟอร์มออนไลน์มีประสิทธิภาพลดลงและเกิดปัญหาสุขภาพของผู้ใช้งานได้ การปรับเปลี่ยนรูปแบบการเรียนอย่างรวดเร็วที่ต้องนั่งจ้องมองหน้าจออุปกรณ์สื่อสาร ซึ่งเป็นอุปกรณ์ที่มีแสงส่องออกมาพร้อมกับมีตัวอักษรหรือภาพเคลื่อนไหวหรือมีภาพที่กระพริบขณะใช้งาน ทำให้ดวงตาต้องปรับโฟกัสใหม่ตลอดเวลา ในการทำงานของหน้าจออุปกรณ์ดิจิทัลยังมีกรดไขมันของเม็ดสี และมีการสิ้นของฟิสิกส์อยู่ตลอด เป็นอีกปัจจัยหนึ่งที่ทำให้ต้องเพ่งสายตามาก กล้ามเนื้อรอบดวงตาต้องทำงานหนักกว่าการอ่านหนังสือจากกระดาษ การใช้งานลักษณะนี้คิดต่อเป็นเวลานานนอกจากจะทำให้ประสิทธิภาพการทำงานลดลงแล้ว จะก่อให้เกิดผลเสียต่อตา มีการตอบสนองของตาที่ไม่เหมาะสม (อัจฉริยา วงษ์อินทร์จันทร์ และคณะ, 2565) เช่น เกิดเยื่อตาอักเสบ เคืองตา มีภาวะตาล้า ตาพร่ามัว ตาแห้ง ปวดกระบอกตา ปวดศีรษะ ตาล้น และเลนส์ตาเสื่อมสภาพ เป็นต้น

Gowrisankaran and Sheedy (2015) กล่าวว่าไว้ว่าพฤติกรรมที่จ้องมองหน้าจอคอมพิวเตอร์หรืออุปกรณ์จอแสดงภาพ (Visual display terminal) เป็นเวลานานจะก่อให้เกิดกลุ่มอาการของตาจากจอภาพคอมพิวเตอร์ (Computer Vision Syndrome [CVS]) มีความสัมพันธ์กับอาการทางตาและกล้ามเนื้อกับกระดูก อาการทางตาแสดงออกโดยมีอาการปวดศีรษะ ปวดตา ตาล้า ตาพร่ามัว ระคายเคือง และแสบร้อนในดวงตา ตาแดง และมองเห็นภาพซ้อน ความรุนแรงจะเพิ่มขึ้นตามระยะเวลาการใช้งานและการจ้องมองหน้าจอที่ต่อเนื่อง (Bali et al., 2014; Gowrisankaran & Sheedy, 2015) การทำงานกับหน้าจอดิจิทัลหรืออุปกรณ์ลักษณะใกล้เคียงกันนี้ดวงตาจะถูกใช้งานแตกต่างไปจากการอ่านตัวอักษรบนหน้ากระดาษ ไม่ว่า

จะเป็นระยะการมอง หรือมุมของคอที่ต้องก้มขณะอ่าน บ่อยครั้งที่พบว่า ตัวอักษรบนหน้าจอคอมพิวเตอร์ หรืออุปกรณ์ดิจิทัลนั้นมีความชัดเจน ไม่เพียงพอ การปรับความเข้มหรือความสว่างของหน้าจอซึ่งถูกปรับตั้งไว้ไม่เหมาะสม หรือแสงสว่างจากภายนอกที่ส่องกระทบหน้าจอแตกต่างกัน ปัจจัยเหล่านี้ล้วนทำให้ตาทำงานหนักมากกว่าปกติ ส่งผลให้เกิดปัญหาสุขภาพตามมา

ในระหว่างการแพร่ระบาดต่อเนื่องเป็นเวลานานของโควิด-19 ผู้คนหันมาใช้การสื่อสารแบบออนไลน์มากขึ้นหลายเท่าตัว โดยเฉพาะในการจัดการเรียนการสอนระดับอุดมศึกษาซึ่งเป็นระดับการศึกษาที่มุ่งพัฒนาผู้เรียนเพื่อพัฒนาคนให้มีความรู้ความสามารถ ตอบสนองต่อความต้องการกำลังคนในการพัฒนาประเทศที่เป็นความสามารถเฉพาะทาง (เรณูมาสมาอ่อน, 2559) แต่การเรียนผ่านแพลตฟอร์มออนไลน์อย่างเต็มรูปแบบโดยที่ผู้เรียน ไม่มีเวลาเตรียมตัว ต้องเรียนรู้วิธีใช้งานอุปกรณ์สื่อสารและแพลตฟอร์มออนไลน์ พร้อมไปกับการเรียนรู้เนื้อหาวิชาชีพตามหลักสูตร ดังเช่น การเรียนในสาขาวิทยาศาสตร์การกีฬา ที่ผู้เรียนมีทักษะดิจิทัลน้อย จะเน้นฟังบรรยาย สาธิตองค์ความรู้ในวิชาชีพเฉพาะทางแล้วลงสู่การฝึกปฏิบัติ การเปลี่ยนมาเรียนออนไลน์ในรูปแบบที่ไม่คุ้นเคย ที่ผู้เรียนเคลื่อนไหวน้อยลง กล้ามเนื้อทำงานซ้ำๆ ในท่าเดิมติดต่อกันวันละหลายชั่วโมงจากการนั่งเรียน พร้อมกับต้องจ้องมองหน้าจอ โทรศัพท์มือถือหรือคอมพิวเตอร์ที่มีตัวอักษรและภาพที่เคลื่อนไหวไปมาหรือมีภาพกระพริบอยู่ตลอดเวลา

ปัจจัยดังกล่าวล้วนเสี่ยงต่อการเกิดปัญหาสุขภาพตามมา และยังทำให้ประสิทธิภาพการเรียนรู้ลดลงอีกด้วย คณะผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาผลกระทบของพฤติกรรมการใช้อุปกรณ์การเรียนออนไลน์ต่อปัญหาทางตาของผู้เรียนระดับปริญญาตรีสาขาวิทยาศาสตร์การกีฬา เพื่อนำข้อมูลไปจัดทำแนวทางการเรียนการสอนแบบออนไลน์ ซึ่งจะเป็นหนทางหนึ่งที่ช่วยลดปัญหาสุขภาพ ช่วยเพิ่มประสิทธิภาพการเรียนการสอน และการประยุกต์ใช้แพลตฟอร์มออนไลน์ในชีวิตประจำวันของผู้เรียนที่ปลอดภัยต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาพฤติกรรมการเรียนออนไลน์ในช่วงแพร่ระบาดของโควิด-19 ของผู้เรียนระดับปริญญาตรี
2. เพื่อศึกษาผลกระทบของพฤติกรรมใช้อุปกรณ์ในการเรียนออนไลน์ และความสัมพันธ์ต่อปัญหาทางตาของผู้เรียนระดับปริญญาตรี
3. เพื่อศึกษาวิธีการดูแลสุขภาพตาและการแก้ปัญหาที่เกี่ยวข้องกับตาจากการเรียนออนไลน์ของผู้เรียนระดับปริญญาตรี

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงสำรวจ เก็บข้อมูลระหว่างเดือนมกราคม – มีนาคม 2565 ทำการศึกษาเฉพาะในกลุ่มตัวอย่างผู้เรียนระดับปริญญาตรีสาขาวิทยาศาสตร์การกีฬา ของมหาวิทยาลัยในกำกับของรัฐ ที่เรียนออนไลน์ผ่านแพลตฟอร์มระบบ Zoom ระบบ Webex ระบบ Meet และระบบ Microsoft Team โดยมีรายละเอียดดังนี้

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการวิจัยเป็นผู้เรียนระดับปริญญาตรี สาขาสาขาวิทยาศาสตร์การกีฬา จากมหาวิทยาลัยในกำกับของรัฐ จำนวน 14 สถาบัน คือ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น มหาวิทยาลัยมหิดล มหาวิทยาลัยแม่ฟ้าหลวง มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ มหาวิทยาลัยศิลปากร มหาวิทยาลัยพะเยา มหาวิทยาลัยมหาสารคาม มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี มหาวิทยาลัยวลัยลักษณ์ และมหาวิทยาลัยทักษิณ ที่เรียนออนไลน์ต่อเนื่อง มาตั้งแต่ปีการศึกษา 2563 จำนวน 2,810 คน

กลุ่มตัวอย่าง กำหนดขนาดโดยใช้หลักการของ Krejcie and Morgan (1970) ได้ จำนวน 341 คน เพื่อป้องกันความคลาดเคลื่อน คณะนักวิจัยใช้กลุ่มตัวอย่างที่เพิ่มขึ้นเป็นไม่น้อยกว่าร้อยละ 20 ของจำนวนประชากรแต่ละมหาวิทยาลัย ได้กลุ่มตัวอย่างมา จำนวน 709 คน คัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive sampling) ตามเกณฑ์การคัดเลือกเข้า คือ เป็นนิสิตนักศึกษาเพศชายและหญิง อายุตั้งแต่ 17-25 ปี กำลังเรียนในหลักสูตรวิทยาศาสตร์การกีฬาด้วยระบบออนไลน์ภายใต้มาตรการควบคุมการระบาดของโควิด-19 และเรียนต่อเนื่องมาไม่น้อยกว่า 1 ปีการศึกษายินดีให้ข้อมูลและทำแบบสอบถามด้วยความเต็มใจและเกณฑ์การคัดออก คือ ไม่ประสงค์เผยแพร่ข้อมูลส่วนตัว ไม่ได้เรียนออนไลน์ต่อเนื่อง และเป็นผู้ที่ตอบแบบสอบถามได้ไม่สมบูรณ์

การพิทักษ์สิทธิผู้ให้ข้อมูล

การวิจัยในครั้งนี้ได้ผ่านความเห็นชอบจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์ หนังสือรับรองเลขที่ COE65/016 เมื่อวันที่ 17 มกราคม 2565 และดำเนินการวิจัยตามหลักปฏิบัติพื้นฐานของการทำวิจัยในมนุษย์ กลุ่มตัวอย่างจะได้รับทราบเหตุผลและรายละเอียดการวิจัยอย่างละเอียดก่อนตัดสินใจเข้าร่วมงานวิจัย สามารถขอคำแนะนำการเข้าร่วมโครงการวิจัยจากนักวิจัย ครอบครัว เพื่อน หรือแพทย์ประจำตัวได้ มีเวลาตัดสินใจอย่างอิสระ และสามารถยุติได้ตลอดเวลา ข้อมูลทุกอย่างจะเก็บเป็นความลับและนำออกเผยแพร่ในลักษณะภาพรวม

เครื่องมือที่ในงานวิจัย

เครื่องมือที่ใช้เป็นแบบสอบถามการใช้อุปกรณ์การเรียนออนไลน์ในช่วงสถานการณ์ระบาดของโควิด-19 กับปัญหาทางตา คณะนักวิจัยสร้างขึ้นจากการวิเคราะห์เนื้อหา (Content analysis) แบ่งออกเป็น 3 ส่วน คือ

ส่วนที่ 1 ข้อมูลของผู้ตอบแบบสอบถาม คำถามแบบมีตัวเลือกตอบ ประกอบด้วย อายุ เพศ และชั้นปีที่กำลังศึกษา

ส่วนที่ 2 ลักษณะพฤติกรรมการใช้เทคโนโลยีสารสนเทศในระหว่างเรียนออนไลน์ของผู้เรียนระดับปริญญาตรี มีลักษณะเป็นแบบสำรวจรายการ (Checklist) จำนวน 13 ข้อ

ส่วนที่ 3 พฤติกรรมการใช้อุปกรณ์เรียนออนไลน์กับปัญหาทางสายตามี 2 ด้าน ได้แก่ ด้านสาเหตุของการเกิดปัญหาทางตาที่เกี่ยวข้องกับการเรียนออนไลน์ จำนวน 9 ข้อ และด้านพฤติกรรมใช้อุปกรณ์

การเรียนออนไลน์ที่ต่อปัญหาทางตา จำนวน 6 ข้อ ส่วนที่ 4 การดูแลสุขภาพตาและการแก้ปัญหาที่เกี่ยวข้องกับตาจากการเรียนออนไลน์ จำนวน 10 ข้อ

โดยส่วนที่ 3 และ 4 จัดทำเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Likert scale) 5 ระดับ คือ มากที่สุด (5) มาก (4) ปานกลาง (3) น้อย (2) และน้อยที่สุด (1) และ

ส่วนที่ 5 ความคิดเห็นและข้อเสนอแนะอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องกับปัญหาสายตาจากการเรียนออนไลน์ มีลักษณะเป็นคำถามปลายเปิด (Opened ended) เพื่อให้ผู้ตอบแสดงความคิดเห็นและให้ข้อเสนอแนะได้อย่างอิสระตามวัตถุประสงค์ของการวิจัย

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

แบบสอบถามผ่านการตรวจสอบคุณภาพเพื่อหาความแม่นยำเชิงเนื้อหา (Content validity) จากผู้เชี่ยวชาญจำนวน 5 คน ประกอบด้วย แพทย์และนักวิชาการสาธารณสุขจำนวน 2 คน นักวิชาการด้านเทคโนโลยีสารสนเทศ จำนวน 1 คน และอาจารย์ผู้สอนด้วยระบบออนไลน์ในมหาวิทยาลัย จำนวน 2 คน มีค่าดัชนีความสอดคล้อง (Index of Item Objective Congruence [IOC]) เท่ากับ .82 และมีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) เท่ากับ .86

วิธีเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ประชุมระดมความคิดของคณะนักวิจัยและผู้เชี่ยวชาญที่เกี่ยวข้องกับการจัดการเรียนการสอนออนไลน์ การใช้สื่อเทคโนโลยีเพื่อการสื่อสาร และผู้เชี่ยวชาญด้านตา เพื่อวางกรอบแนวคิดในการวิจัยและสร้างเครื่องมือ

2. ศึกษาและทบทวนเอกสารที่เกี่ยวข้องกับการเรียนออนไลน์ สื่อออนไลน์ ปัญหาสุขภาพตาที่เกิดจากการใช้สื่อออนไลน์ เป็นต้น แล้วนำมาวิเคราะห์เนื้อหา (Content analysis) เพื่อตรวจสอบความถูกต้องและยืนยันความสอดคล้องของข้อมูล หาประเด็นพฤติกรรมและผลกระทบของพฤติกรรมการเรียนออนไลน์ที่เกี่ยวข้องกับปัญหาทางตา สำหรับนำมาสร้างแบบสอบถาม

3. จัดทำแบบสอบถามการใช้อุปกรณ์การเรียนออนไลน์ในช่วงสถานการณ์ระบาดของโควิด-19 กับปัญหาทางตา จำนวน 1 ชุด แล้วนำแบบสอบถามไปตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ โดยผู้เชี่ยวชาญจำนวน 5 คน (Item-Objective Congruence: IOC) และหาค่าอำนาจจำแนกของข้อคำถามด้วยการหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) และวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงสำรวจของตัวแปร

4. ประชุมคณะนักวิจัยและผู้ช่วยวิจัย เพื่อสรุปประเด็นปัญหา ปรับปรุงแก้ไขแบบสอบถามตามข้อเสนอแนะของผู้เชี่ยวชาญ และจัดทำในรูปแบบออนไลน์แล้วนำไปทดลองใช้ในกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คน นำผลมาปรับปรุงแบบสอบถามและจัดทำฉบับสมบูรณ์

5. ประสานงานกับงานการศึกษาและผู้สอนในมหาวิทยาลัยกลุ่มตัวอย่าง เพื่อรับอาสาสมัครวิจัยตามเกณฑ์ที่กำหนด โดยให้ลงนามยินยอมเข้าร่วมการวิจัยเอกสารแบบออนไลน์

6. ส่งแบบสอบถามไปเก็บข้อมูลในกลุ่มตัวอย่างทำแบบสอบถามแบบออนไลน์ คนละ 1 ครั้ง ใช้เวลาในการตอบประมาณ 15 นาที

7. ผู้วิจัยตรวจสอบความสมบูรณ์ของแบบสอบถาม แล้วนำวิเคราะห์ข้อมูลและสรุปผลการวิจัย การวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพโดยการวิเคราะห์เนื้อหา (Content analysis) จากเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องเพื่อนำมาเป็นประเด็นในสร้างแบบสอบถาม โดยใช้วิธีการตรวจสอบสามเส้า (Triangulation technique) (Jones et al., 2014) เพื่อตรวจสอบความถูกต้องและยืนยันความสอดคล้องของข้อมูลจากแหล่งที่ต่างกัน

2. วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์คำนวณค่าทางสถิติ ได้แก่ ความถี่ (Frequency) ค่าเฉลี่ย (Mean [M]) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (SD) ค่าร้อยละ (Percentage) และหาความสัมพันธ์ด้วยค่าสหสัมพันธ์เพียร์สัน (Pearson Correlation) กำหนดนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ผลการวิจัย

กลุ่มตัวอย่างผู้เรียนระดับปริญญาตรีสาขาวิทยาศาสตร์การกีฬา ที่ศึกษาอยู่ใน 14 มหาวิทยาลัยในกำกับของรัฐ จำนวน 709 คน มีอายุระหว่าง 17-24 ปี เป็นเพศชาย จำนวน 433 คน (ร้อยละ 61.1) และเพศหญิง จำนวน 276 คน (ร้อยละ 38.9) ศึกษาในระดับชั้นปีที่ 1 จำนวน 178 คน (ร้อยละ 25.1) ชั้นปีที่ 2 จำนวน 260 คน (ร้อยละ 36.7) ชั้นปีที่ 3 จำนวน 153 คน (ร้อยละ 21.6) และชั้นปีที่ 4 จำนวน 118 คน (ร้อยละ 16.6)

พฤติกรรมการเรียนออนไลน์ในช่วงแพร่ระบาดของโควิด-19 ของผู้เรียนระดับปริญญาตรี

ผู้เรียนทุกคนมีกิจกรรมออนไลน์ในชีวิตประจำวันมากกว่าหนึ่งอย่าง กิจกรรมที่ทำนอกเหนือจากการเรียนจำนวนมากที่สุด คือ ฟังเพลง (ร้อยละ 83.2) รองลงมา คือ ดูหนัง ดูซีรีส์ (Series) ดูสารคดี (ร้อยละ 79.7) เล่นเกม (ร้อยละ 71.4) และอื่นๆ เช่น ออกกำลังกาย ดูกีฬา วาดรูป ขายของ อ่านนิยาย เล่นหุ้น เป็นต้น (ร้อยละ 3.4)

ส่วนใหญ่ใช้เวลาทำกิจกรรมออนไลน์อื่นๆ มากกว่า 120 นาที/วัน (ร้อยละ 74.3) รองลงมาคือ 90-120 นาที/วัน (ร้อยละ 14.9) 60-89 นาที/วัน (ร้อยละ 9.2) และน้อยกว่า 60 นาที/วัน (ร้อยละ 1.5) อุปกรณ์ที่ใช้ออนไลน์มากที่สุด คือ โทรศัพท์มือถือ (ร้อยละ 83.4) หลังจากเรียนออนไลน์ในช่วงแพร่ระบาดของโควิด-19 ต่อเนื่องไม่น้อยกว่า 1 ปี พบปัญหาทางตาและพฤติกรรมการใช้อุปกรณ์การเรียนออนไลน์ ดังนี้

ปัญหาทางตาจากการเรียนออนไลน์ในช่วงแพร่ระบาดของโควิด-19 ของผู้เรียนระดับปริญญาตรี

กลุ่มตัวอย่างมีปัญหาทางตายุ่ก่อน จำนวน 264 คน (ร้อยละ 37.2) และไม่มีปัญหาใด ๆ ทางตา จำนวน 445 คน (ร้อยละ 62.8) ภายหลังจากเรียนออนไลน์ 1 ปีการศึกษา ผู้เรียนมีปัญหาทางตาเพิ่มขึ้น โดยพบผู้ที่มีปัญหาทางตา จำนวน 528 คน (ร้อยละ 74.5) มีปัญหามากกว่าหนึ่งอย่างมากถึง 469 คน (ร้อยละ 66.2) รายละเอียดของปัญหาและไม่มีปัญหาใด ๆ ของตา จำนวน 181 คน (ร้อยละ 25.5) ปัญหาทางตาที่พบมากตามลำดับ คือ ตาฝ้า 355 คน (ร้อยละ 50.1) ปวดตา 327 คน (ร้อยละ 46.1) แสบตา 281 คน

(ร้อยละ 39.6) ตาพร่าและตาแห้งจำนวนเท่ากันที่ 178 คน (ร้อยละ 25.1) เคืองตา 146 คน (ร้อยละ 20.6) และอื่นๆ 10 คน (ร้อยละ 1.4)

พฤติกรรมการใช้เทคโนโลยีสารสนเทศในระหว่างเรียนออนไลน์ของผู้เรียนระดับปริญญาตรี

อุปกรณ์สื่อสารที่ใช้เรียนออนไลน์เป็นประจำ ที่พบมากที่สุดคือ โทรศัพท์มือถือ (ร้อยละ 68.8) รองลงมาเป็นโน้ตบุ๊ก (ร้อยละ 44.3) แท็บเล็ต/ไอแพด (ร้อยละ 37.1) คอมพิวเตอร์ตั้งโต๊ะ (ร้อยละ 11.9) และอื่นๆ (ร้อยละ 0.3) ตามลำดับ โดยมีผู้เรียนบางคนใช้อุปกรณ์มากกว่าหนึ่งชนิด ขนาดหน้าจอของอุปกรณ์ที่ใช้มากที่สุดสามขนาดคือ ขนาด 10-20 นิ้ว (ร้อยละ 53.5) รองลงมาคือ ขนาดน้อยกว่า 10 นิ้ว (ร้อยละ 26.7) และขนาด 20-30 นิ้ว (ร้อยละ 15.9) ตามลำดับ

เวลาที่ใช้ในการเรียนออนไลน์ พบว่า มีการเรียนตั้งแต่ 30 นาที ถึง มากกว่า 180 นาทีต่อครั้ง โดยมีความถี่สูงสุดที่ 60-120 นาทีต่อครั้ง (ร้อยละ 41.5) ใช้เวลาเรียนเฉลี่ยมากกว่า 4 ชั่วโมง/วัน (ร้อยละ 38.7) และ 5 – 6 วัน/สัปดาห์ (ร้อยละ 50.5) ในระหว่างเรียนพบว่า มีช่วงพักระหว่างเรียนทุกวิชา (ร้อยละ 27.7) มีช่วงพักระหว่างเรียนบางวิชา (ร้อยละ 57.0) เรียนต่อเนื่องจนหมดเวลา (ร้อยละ 13.4) และมีช่วงพักเมื่อร้องขอกับผู้สอน (ร้อยละ 2.0)

การใช้อุปกรณ์กรองแสงสีฟ้าขณะเรียนออนไลน์ พบว่า ส่วนใหญ่ไม่ได้ใช้ (ไม่มีให้ใช้; ร้อยละ 49.93) รองลงมาใช้แว่นกรองแสง (ร้อยละ 20.7) และใช้อุปกรณ์ที่มีฟังก์ชันกรองแสงสีฟ้า (ร้อยละ 17.2) โดยได้มีผู้ที่ไม่ได้ใช้ (ไม่ทราบประโยชน์ของการใช้งาน; ร้อยละ 12.1)

การจัดระดับหน้าจออุปกรณ์สื่อสารขณะเรียนออนไลน์ พบมากที่สุดคือ จัดในระดับเดียวกับสายตา (ร้อยละ 50.9) รองลงมาคือ จัดต่ำกว่าระดับสายตา (ไม่เกิน 20 องศา ร้อยละ 38.7) และ สูงกว่าระดับสายตา (ร้อยละ 4.4) และอื่นๆ (ร้อยละ 6.1) ตามลำดับ

การจัด/ปรับแสงสว่างของอุปกรณ์และสภาพแวดล้อม พบว่า มีการปรับให้มีความเข้มของแสงจากหน้าจอมากที่สุดคือ 60 - 40 % (ร้อยละ 42.7) รองลงมาคือ 80 - 60 % (ร้อยละ 29.9) 40 - 20 % (ร้อยละ 13.5) 100 - 80 % (ร้อยละ 11.3) และ 20 - 0 % (ร้อยละ 2.5) สำหรับแสงสว่างของสภาพแวดล้อม ส่วนใหญ่ใช้แสงปานกลาง (ร้อยละ 81.0) รองลงมาใช้แสงค่อนข้างน้อย (ร้อยละ 13.3) ใช้แสงมาก (ร้อยละ 3.1) และใช้แสงน้อยมาก (ร้อยละ 2.5) และไม่มีแสงสว่าง (ร้อยละ 0.1) ตามลำดับ

ท่าทางในขณะเรียนออนไลน์ ที่พบมากที่สุดคือ นั่งเรียนกับโต๊ะและใช้เก้าอี้มีพนักพิง (ร้อยละ 68.0) รองลงมาคือ นั่งเรียนกับโต๊ะและใช้เก้าอี้ไม่มีพนักพิง (ร้อยละ 16.4) ใช้โต๊ะและเก้าอี้กึ่งยืน (ร้อยละ 2.4) นอนหงาย (ร้อยละ 4.4) นอนคว่ำ (ร้อยละ 4.7) และมีหลายท่าสลับกันไปมา (ร้อยละ 4.2)

พฤติกรรมการใช้อุปกรณ์เรียนออนไลน์กับปัญหาทางสายตา

จากการวิเคราะห์เนื้อหาพบว่า ปัญหาทางตาที่เกิดจากการใช้เทคโนโลยีสารสนเทศมีความเกี่ยวข้องกับการเรียนออนไลน์ มีสาเหตุหลักของการเกิดปัญหาทางตา จำนวน 9 ประเด็น (ตารางที่ 1) และมีความเชื่อมโยงกับพฤติกรรมการใช้อุปกรณ์การเรียนออนไลน์ของผู้เรียน จำนวน 6 ประเด็น (ตารางที่ 2) หากผู้เรียนออนไลน์หรือผู้ใช้งานเทคโนโลยีสารสนเทศมีพฤติกรรมในกลุ่มดังกล่าวนี้ จะมีความเสี่ยงสูงที่จะเกิดปัญหาทางตามา

กลุ่มตัวอย่างการวิจัยครั้งนี้ มีพฤติกรรมการใช้อุปกรณ์เรียนออนไลน์ที่เป็นสาเหตุของการเกิดปัญหาทางตาทั้ง 9 ประเด็น ส่วนใหญ่ปฏิบัติตัวที่เป็นสาเหตุเสี่ยงต่อการเกิดปัญหาทางตาในระดับมาก 6 ประเด็น โดยเป็นพฤติกรรมทางลบจำนวน 2 ประเด็น คือ มองจอหน้าจอนานที่มีตัวอักษรหรือภาพที่เคลื่อนไหวตลอดเวลาและต่อเนื่องนาน และการจ้องมองหน้าจอนานที่สว่างมากต่อเนื่องเป็นเวลานาน และเป็นพฤติกรรมทางบวก จำนวน 4 ประเด็น คือ ให้ความสำคัญกับขนาดของจอและขนาดตัวอักษรที่ปรากฏบนจอ การปรับ/จัดระดับของการจัดอุปกรณ์ประกอบ ให้พอดีกับสายตา การให้ความสำคัญกับการปรับ/จัดระยะห่างของหน้าจอกับดวงตา และให้ความสำคัญกับความใสสะอาดของหน้าจอ เช่น มีฝุ่นเกาะ ความฝ้าของจอ และรอยขีดข่วน มีความถี่ของพฤติกรรมดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 สาเหตุของการเกิดปัญหาทางตาที่เกี่ยวข้องกับการเรียนออนไลน์ของผู้เรียนระดับปริญญาตรี

สาเหตุของการเกิดปัญหาทางตาที่เกี่ยวข้องกับการเรียนออนไลน์	ระดับความถี่ของพฤติกรรมผู้เรียน					M	SD
	มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด		
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)		
1. การมองจอหน้าจอนานที่มีตัวอักษรหรือภาพที่เคลื่อนไหวตลอดเวลาและต่อเนื่องนาน	180 (25.4%)	288 (40.6%)	198 (27.9%)	30 (4.2%)	13 (1.8%)	3.83	0.92
2. การให้ความสำคัญกับขนาดของจอและขนาดตัวอักษรที่ปรากฏบนจอ	147 (20.7%)	319 (45.0%)	219 (30.9%)	17 (2.4%)	7 (1.0%)	3.82	0.82
3. การจ้องมองหน้าจอนานที่สว่างมากต่อเนื่องเป็นเวลานาน	176 (24.8%)	276 (38.9%)	206 (29.1%)	41 (5.8%)	10 (1.4%)	3.80	0.93
4. การจ้องมองหน้าจอนานที่สว่างน้อยต่อเนื่องเป็นเวลานาน	112 (15.8%)	244 (34.4%)	245 (34.6%)	85 (12.0%)	23 (3.2%)	3.48	1.00
5. การปรับ/จัดให้มีความสว่างของแสงภายนอกมาก	119 (16.8%)	267 (37.7%)	275 (38.8%)	41 (5.8%)	7 (1.0%)	3.63	0.86
6. การปรับ/จัดให้มีความสว่างของแสงภายนอกน้อย	83 (11.7%)	231 (32.6%)	282 (39.8%)	83 (11.7%)	30 (4.2%)	3.36	0.98
7. การปรับ/จัดระดับของการจัดอุปกรณ์ประกอบ เช่น หน้าจอเมาส์และคีย์บอร์ดให้พอดีกับสายตา	136 (19.2%)	295 (41.6%)	227 (32.0%)	41 (5.8%)	10 (1.4%)	3.71	0.89
8. การให้ความสำคัญกับการปรับ/จัดระยะห่างของหน้าจอกับดวงตา	146 (20.6%)	298 (42.0%)	222 (31.3%)	41 (5.8%)	2 (0.3%)	3.77	0.85
9. ให้ความสำคัญกับความใสสะอาดของหน้าจอ เช่น มีฝุ่นเกาะ ความฝ้าของจอ และรอยขีดข่วน	170 (24.0%)	277 (39.1%)	225 (31.7%)	27 (3.8%)	10 (1.4%)	3.80	0.89

หมายเหตุ. n = 709

สำหรับพฤติกรรมการใช้อุปกรณ์การเรียนออนไลน์ที่ส่งผลต่อปัญหาทางตาพบว่า มีความถี่เฉลี่ยอยู่ในระดับปานกลางถึงมาก พบพฤติกรรมในระดับมาก จำนวน 2 ข้อ ซึ่งเป็นพฤติกรรมทางบวกที่จะช่วย

ลดปัญหาทางตาได้ คือ มีการเลือกตัวหนังสือ/พื้นหลังที่เห็นชัดเจน เพื่อลดการเพ่งของสายตามาก และมีการปรับแสง/ฟังก์ชันบนหน้าจอคอมพิวเตอร์ให้เหมาะสม สำหรับประเด็นอื่น ๆ อีก 4 ข้อ พบว่า มีความถี่ของพฤติกรรมอยู่ในระดับปานกลาง รายละเอียดดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 พฤติกรรมการใช้อุปกรณ์การเรียนออนไลน์ที่ส่งผลต่อปัญหาทางตาของผู้เรียนระดับปริญญาตรี

พฤติกรรมในการใช้อุปกรณ์การเรียนออนไลน์	ระดับความถี่ของพฤติกรรมผู้เรียน					M	SD
	มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด		
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)		
1. มีการเลือกตัวหนังสือ/พื้นหลังที่เห็นชัดเจนเพื่อลดการเพ่งของสายตามาก	163 (23.0%)	285 (40.2%)	233 (32.9%)	21 (3.0%)	7 (1.0%)	3.81	0.86
2. มีการใส่แว่นกรองแสง/แผ่นกรองแสงระหว่างการเรียนบนหน้าจอ	105 (14.8%)	176 (24.8%)	196 (27.6%)	97 (13.7%)	135 (19.0%)	3.03	1.32
3. มีการพักสายตาระหว่างเรียน/หยุดการทำงานเมื่อรู้สึกสายตามือยล้ามาก	105 (14.8%)	234 (33.0%)	294 (41.5%)	64 (9.0%)	12 (1.7%)	3.50	0.91
4. มีการปรับแสง/ฟังก์ชันบนหน้าจอคอมพิวเตอร์ให้เหมาะสม	117 (16.5%)	283 (39.9%)	264 (37.2%)	37 (5.2%)	8 (1.1%)	3.65	0.85
5. มีการจัดสถานที่เรียนให้หน้าจออยู่ในบริเวณที่ไม่มีแสงสะท้อนจากภายนอก/แสงสว่างเพียงพอ	0 (0%)	78 (11.0%)	508 (71.7%)	84 (11.8%)	39 (5.5%)	2.88	0.66
6. มีการจัดที่นั่งเหมาะสมกับการนั่งมองจอขณะเรียนออนไลน์	96 (13.5%)	244 (34.4%)	287 (40.5%)	68 (9.6%)	14 (2.0%)	3.48	0.91

หมายเหตุ. $n = 709$

ความสัมพันธ์ของปัญหาทางตากับพฤติกรรมการใช้อุปกรณ์การเรียนออนไลน์

ปัญหาทางตาและปัจจัยต่างๆ มีความสัมพันธ์ทางสถิติในเชิงบวก จำนวน 7 ประเด็น คือ ปัญหาทางตามีความสัมพันธ์ทางสถิติกับการปัญหาที่เกี่ยวข้องกับตาที่มีอยู่ก่อน ($r = .21, p < .01$) เวลาในการเรียนออนไลน์ต่อครั้ง ($r = .02, p < .05$) เวลาในการเรียนออนไลน์ต่อวัน ($r = .09, p < .05$) แสงสว่างของสภาพแวดล้อมขณะเรียน ($r = .12, p < .01$) อิริยาบถในขณะที่เรียนออนไลน์ ($r = .07, p < .05$) การจ้องมองตัวอักษรหรือภาพที่เคลื่อนไหวตลอดเวลา ($r = .15, p < .01$) และการจ้องมองหน้าจอที่สว่างมากติดต่อกันนาน ($r = .16, p < .01$) โดยพบความสัมพันธ์ทางสถิติในเชิงลบ จำนวน 2 ประเด็น คือ ปัญหาทางตาสัมพันธ์กับเวลาพักผ่อนหรือพักสายตาต่อวัน ($r = -.16, p < .01$) และการพักสายตาระหว่างเรียน/เมื่อรู้สึกเมื่อล้า ($r = -.10, p < .01$)

และยังพบความสัมพันธ์ทางสถิติของปัจจัยอื่นที่เกี่ยวข้องกับปัญหาทางตาหลายประเด็น เช่น ขนาดหน้าจออุปกรณ์สื่อสารที่เรียนออนไลน์ มีความสัมพันธ์กับการใช้อุปกรณ์กรองแสงสีฟ้า ($r = .09, p < .01$) และอุปกรณ์ที่ใช้เรียนออนไลน์เป็นประจำมีความสัมพันธ์กับปัญหาทางตาที่มีอยู่ก่อน ($r = .07, p < .05$) (รายละเอียดตารางที่ 3)

วิธีการดูแลสุขภาพตาและแก้ปัญหาที่เกี่ยวข้องกับตาจากการเรียนออนไลน์ของผู้เรียน

จากการวิเคราะห์เนื้อหาพบว่า ในการป้องกันและลดปัญหาทางตาจากการเรียนออนไลน์ ต้องให้ความสำคัญกับการดูแลสุขภาพตาและการแก้ปัญหาที่เกี่ยวข้องกับตาในขณะที่เรียนออนไลน์ ซึ่งมีแนวทางปฏิบัติที่สำคัญ 10 ประเด็น ดังตารางที่ 4 กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมที่ครอบคลุมทุกประเด็น มีพฤติกรรมเฉลี่ยอยู่ในระดับปานกลางถึงมาก และเห็นได้ว่ากลุ่มตัวอย่างมีความถี่ของการดูแลสุขภาพตาและการแก้ปัญหาที่เกี่ยวข้องกับตาจากการเรียนออนไลน์ในระดับมากที่สุดไม่ถึงร้อยละ 30 ในทุกข้อ ร่วมกับพฤติกรรมการใช้อุปกรณ์เพื่อการเรียนออนไลน์ต่างๆ ในชีวิตประจำวันที่พบในเบื้องต้น ถือว่า กลุ่มตัวอย่างมีความเสี่ยงสูงต่อการเกิดปัญหาทางตา

ตารางที่ 4 การดูแลสุขภาพตาและการแก้ปัญหาที่เกี่ยวข้องกับตาจากการเรียนออนไลน์

การดูแลสุขภาพตาและแก้ปัญหาที่เกี่ยวข้องกับตาจากการเรียนออนไลน์	ระดับความถี่ของพฤติกรรม					M	SD
	มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด		
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)		
1. มีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการใช้อุปกรณ์สื่อสารกับปัญหาของตา	112 (15.8%)	279 (39.4%)	291 (41.0%)	24 (3.4%)	3 (0.4%)	3.68	0.80
2. การให้ความสำคัญกับการเลือกอุปกรณ์การเรียนที่เหมาะสมกับการใช้สายตา	140 (19.7%)	293 (41.3%)	250 (35.5%)	23 (3.2%)	3 (0.4%)	3.77	0.82
3. การพักสายตาให้ได้สัมผัสกับระดับแสงที่แตกต่างกับในจอเป็นระยะ	134 (18.9%)	284 (40.1%)	255 (36.0%)	32 (4.5%)	4 (0.6%)	3.72	0.84
4. การหลีกเลี่ยงการเรียนบนหน้าจอในขณะที่อยู่บนยานพาหนะที่มีการสั่นสะเทือน	185 (26.1%)	249 (35.1%)	240 (33.9%)	27 (3.8%)	8 (1.1%)	3.81	0.91
5. การกะพริบตาให้บ่อยกว่าปกติในขณะที่เรียนออนไลน์ เพื่อให้มีน้ำหล่อเลี้ยงดวงตาอยู่เสมอ	105 (14.8%)	266 (37.5%)	272 (38.4%)	51 (7.2%)	15 (2.1%)	3.56	0.90
6. ความสม่ำเสมอในการดูแลดวงตาให้มีความชุ่มชื้น เช่น การดื่มน้ำ การประคบเย็นฯ	77 (10.9%)	210 (29.6%)	282 (39.8%)	107 (15.1%)	33 (4.7%)	3.27	1.00
7. ความสม่ำเสมอในการพักสายตา เพื่อให้ประสาทตาได้พักการใช้งาน	109 (15.4%)	283 (39.9%)	263 (37.1%)	47 (6.6%)	7 (1.0%)	3.62	0.86
8. การให้ความสำคัญกับการรับประทานอาหาร/อาหารเสริม ที่ช่วยบำรุงสายตา	88 (12.4%)	220 (31.0%)	273 (38.5%)	90 (12.7%)	38 (5.4%)	3.32	1.02
9. การตรวจสุขภาพตา ปรีกษาจักษุแพทย์เพื่อตรวจและรักษาความผิดปกติของดวงตาสม่ำเสมอ	72 (10.2%)	172 (24.3%)	251 (35.4%)	117 (16.5%)	97 (13.7%)	3.01	1.17
10. การให้ความสำคัญกับการบริหารวิธีแก้ไขสายตาเปรียบเทียบกับปัญหาสุขภาพด้านอื่น	105 (14.8%)	228 (32.2%)	270 (38.1%)	76 (10.7%)	30 (4.2%)	3.43	1.01

หมายเหตุ. n = 709

ความคิดเห็นและข้อเสนอแนะอื่นๆ

กลุ่มตัวอย่างให้ความคิดเห็นและข้อเสนอแนะอื่นๆ ที่เกี่ยวกับสาเหตุและปัญหาทางตาจากการเรียนออนไลน์ครั้งนี้ การมองจอในที่มืดนานๆ ก็ปวดตา หลายวิชาเรียนติดต่อกันเป็นเวลานาน ไม่ควรเรียนเกิน 3 ชั่วโมง นอกจากนี้มีปัญหาเกี่ยวกับตาแล้ว การนั่งเรียนนานๆ ทำให้ปวดเมื่อย หน้าจออุปกรณ์ที่ใช้เรียนมีขนาดเล็กทำให้ตัวหนังสือเล็ก ทำให้ต้องเพ่งสายตามากกว่าเดิม เป็นต้น

ด้านการป้องกันและแก้ปัญหาดังกล่าว ได้แก่ ไม่ควรจัดให้มีการเรียนต่อเนื่องนาน ผู้สอนควรให้การพักเป็นระยะๆ ควรใช้แสงสว่างจากจอและแสงจากภายนอกที่เหมาะสม ถ้ามีอุปกรณ์กรองแสงจะสบายตามาก ควรพักสายตาระหว่างทำกิจกรรมหน้าจอที่มีแสงสีฟ้าเป็นระยะๆ ควรมีน้ำตาเทียมติดตัว และควรมีการแนะนำการใช้งานของสายตาต่อแสงสว่างทุกครั้ง เป็นต้น

ด้านอื่นๆ ได้แก่ อุปกรณ์ที่ใช้เรียนไม่พร้อม อุปกรณ์มีหน้าจอขนาดเล็ก ไม่สะดวกใช้งาน มองไม่ถนัด เรียนนานๆ จะมีอาการปวดแสบตา และตาพร่า เรียนไม่รู้เรื่อง การเรียนออนไลน์ทำให้ไม่ได้เคลื่อนไหว และขาดทักษะการเข้าสังคม มหาวิทยาลัยควรหาวิธีการเรียนออนไลน์ที่เหมาะสมและมีการช่วยเหลือนักศึกษาเกี่ยวกับการเรียนออนไลน์ เช่น มีสวัสดิการวัดค่าสายตา ตรวจสอบสุขภาพตา ซึ่งวัสดุกรองแสง หรือตัดแว่น เป็นต้น

อภิปรายผลการวิจัย

จากการระบาดของโควิด-19 ทำให้มีการเรียนออนไลน์เพิ่มมากขึ้น ผู้ที่เรียนต่อเนื่องกัน ไม่น้อยกว่า 1 ปี มีปัญหาทางตาจำนวนมาก ได้แก่ ตาล้า ปวดตา แสบตา ตาแห้ง ตาพร่า เคืองตา และอื่น ๆ ตามลำดับ โดยมีปัญหามากกว่าหนึ่งอย่าง พบผู้ไม่มีปัญหาใดๆ เพียงร้อยละ 25.53 มีปัญหาเพิ่มขึ้น ร้อยละ 37.09 ซึ่งปัญหาเหล่านี้พบได้ในผู้ใช้อุปกรณ์ที่สื่อสารผ่านจอ เช่น คอมพิวเตอร์ โทรศัพท์มือถือ หรืออุปกรณ์ในลักษณะเดียวกันที่ต้องให้ความสำคัญกับการจ้องมองหน้าจอ (Bali et al., 2014; Dessie et al., 2018) หากใช้ติดต่อกันนาน เลือกลงอุปกรณ์ไม่เหมาะสม หรือมีพฤติกรรมเสี่ยง เช่น จ้องมองหน้าจอที่มีตัวอักษรหรือภาพที่เคลื่อนไหวเร็วต่อเนื่อง ปรับแสงสว่างหน้าจอมากหรือน้อยเกินไป รวมไปถึงการมองในระยะใกล้ ชิดดวงตา และการพักสายตา เป็นต้น ผู้ใช้งานจะเสี่ยงเกิดปัญหาในกลุ่มอาการต่อดวงตาและระบบการมองเห็นที่เรียกว่า กลุ่มอาการ CVS (Akinbinu & Mashalla, 2014; Gowrisankaran & Sheedy, 2015) อาการที่พบบ่อยที่สุด ได้แก่ ปวดศีรษะ ปวดตา ตาพร่ามัว ตาแห้ง ตาล้า และอาการอื่นๆ (Akinbinu & Mashalla, 2014) เช่นเดียวกับกลุ่มอาการที่พบในการวิจัยครั้งนี้ ความชุกและความรุนแรงของอาการแตกต่างกันตามจำนวนและความถี่ของพฤติกรรมเสี่ยงที่ปฏิบัติขณะออนไลน์ การใช้กล้ามเนื้อทำงานหนักยังเร่งให้เมื่อยล้าหรือมีอาการเร็วขึ้น ทำทางไม่ดี เช่น ก้มคอมองจอานานจะเกิดแรงเครียดซ้ำๆ เสี่ยงเกิดอาการเท็กเนคซินโดรม (Text neck syndrome; Ahmed et al., 2021; Kumari et al., 2021) เป็นอาการเจ็บปวดของกล้ามเนื้อบริเวณคอ บ่า และไหล่ รวมไปถึงความเสี่ยงของกระดูกข้อต่อ หรือหมอนรองกระดูกบริเวณคอ และทำให้มีความผิดปกติของตาาร่วมด้วย Vate-U-Lan (2015) พบว่า กลุ่มอาการนี้กลายเป็นปัญหาสุขภาพระดับ

โลก กระทบต่อผู้คนทุกวัย จำนวนหลายล้านคนที่เป็นผู้ใช้คอมพิวเตอร์และอินเทอร์เน็ต ซึ่งผู้ใช้อุปกรณ์แบบพกพาจะมีความเสี่ยงสูงกว่าผู้ใช้เดสก์ท็อป (Desktop) สอดคล้องกับพฤติกรรมของกลุ่มตัวอย่างที่เรียนออนไลน์ด้วยโทรศัพท์มือถือมากที่สุด

ปัญหาทางตามีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับเวลาในการเรียนออนไลน์ และการจ้องมองตัวอักษรหรือภาพที่เคลื่อนไหวตลอดเวลาต่อเนื่องนาน รวมไปถึงชนิดของอุปกรณ์ที่ใช้เรียนออนไลน์เป็นประจำมีความสำคัญไม่น้อย ซึ่งพฤติกรรมเสี่ยงต่าง ๆ (ตารางที่ 1 และ 2) มีความสัมพันธ์เชื่อมโยงกับการเกิดปัญหาทางตา การจ้องมองสิ่งใดสิ่งหนึ่งเป็นเวลานาน โดยเฉพาะการโฟกัสไปในบริเวณที่มีแสงสว่างมากและหน้าจอดิจิทัลขนาดเล็ก ดังเช่น มองภาพหรือตัวอักษรขณะเรียนออนไลน์ผ่านหน้าจอโทรศัพท์มือถือ เป็นการมองจ้องไปที่จุดรวมแสง ม่านตาจะหดเล็กหรือหรี่ตามากกว่าปกติ อีกทั้งตัวอักษรและภาพบนจอที่เคลื่อนไหวหรือการเปลี่ยนสไลด์เร็ว ตาของผู้เรียนจะต้องปรับโฟกัสใหม่ตลอดเวลา กล้ามเนื้อและระบบประสาทตาต้องทำงานหนัก ทำให้รู้สึกปวดต้อในลูกตา (Achingocular pain) หรือมีอาการอักเสบของม่านตาสั้นหน้าได้ ขณะเดียวกันการเพ่งมองในระยะใกล้เกินไปจะก่อให้เกิดการอ่อนแรง (Convergence insufficiency) มีผลให้เกิดอาการปวดตา และปวดศีรษะ โดยเฉพาะในรายที่มีตาเขซ่อนเร้น (Exophoria) และทำให้มีความรู้สึกปวดเมื่อยตา (Asthenopia) หรือภาวะตาเพลีย (Eye strain) และบางครั้งอาจเวียนศีรษะ คลื่นไส้ อาเจียน (Mohan et al., 2021)

กลุ่มตัวอย่าง มีการเรียนออนไลน์ที่มากถึง 5 – 6 วัน/สัปดาห์ และมีกิจกรรมออนไลน์อื่น ๆ ในชีวิตประจำวันมากกว่าหนึ่งอย่าง ด้วยเวลาเฉลี่ยมากกว่า 120 นาที/วัน เป็นการใช้เวลาทำกิจกรรมบนหน้าจอดิจิทัลที่เพิ่มมากขึ้นและต่อเนื่องนานกว่าหนึ่งปี โดยไม่ได้เตรียมความพร้อมทั้งด้านร่างกายจิตใจและความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการใช้สื่อดิจิทัลและเทคโนโลยีสารสนเทศมาก่อน จึงพบพฤติกรรมการใช้อุปกรณ์ออนไลน์สัมพันธ์กับปัญหาทางตาและเชื่อมโยงกันหลายด้าน (ตารางที่ 3) สอดคล้องกับवासนา พาวิน และคณะ (2558) ที่ว่า ประมาณ 90% ของผู้ใช้คอมพิวเตอร์ต่อเนื่องมากกว่า 3 ชั่วโมงต่อวัน จะมีอาการของ CVS อย่างใดอย่างหนึ่ง หรือเป็นร่วมกันจนส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิต การอ่านหนังสือบนจอดิจิทัลจะกะพริบน้อยกว่าปกติถึงครึ่งหนึ่งจากที่เคยกะพริบประมาณ 15 ครั้ง/นาที ทำให้มีน้ำตาไหลมาหล่อเลี้ยงไม่เพียงพอ ขาดชุ่มชื้น ทำให้ตาแห้งและระคายเคือง หากดวงตาอยู่ในสภาพที่เหน็ดเหนื่อยหรือตาแห้งก็จะก่อให้เกิดปัญหาสายตาสั้นได้ (Gowrisankaran & Sheedy, 2015) ขณะใช้งานจอดิจิทัลยังมีแสงสีฟ้าส่องออกมาจากหน้าจอไปยับยั้งการหลั่งสารเมลาโทนิน (Melatonin) ทำให้อ่อนหลับยากหรือนอนหลับระยะเวลาสั้น ๆ ทำให้มีภาวะอ่อนล้า สมาธิสั้นลงได้อีกด้วย (Dessie et al., 2018) ชนิดและลักษณะของอุปกรณ์ออนไลน์ที่ใช้เป็นประจำ ควรเลือกใช้อุปกรณ์ที่มีหน้าจอขนาดใหญ่เพื่อช่วยกระจายแสงปรับแสงสว่างของหน้าจอให้สบายตา โดยแสงสว่างบนหน้าจออยู่ในระดับความสว่างที่ 300-500 ลักซ์ หรือสังเกตจากเวลาที่เรากำลังจ้องมองนั้นไม่ควรหรี่ตามากเกินไป จัดให้จอภาพห่างจากดวงตา 18-24 นิ้ว หรือประมาณศอกแขนเอื้อม และควรใช้อุปกรณ์ที่มีอุปกรณ์กรองแสงสีฟ้าเพราะจะทำให้ดวงตาทำงานไม่หนักมาก (Zhan et al., 2019) วิธีการปฏิบัติตัวขณะใช้อุปกรณ์เรียนออนไลน์นับเป็นปัจจัยสำคัญที่เป็นสาเหตุของการเกิดปัญหาทางตา

ด้านการดูแลสุขภาพตาและแก้ปัญหาที่เกี่ยวข้องกับตาจากการเรียนออนไลน์ พบว่า มีหลักการปฏิบัติ 10 ประเด็น กลุ่มตัวอย่างทำได้ครบ อยู่ในระดับปานกลางถึงมาก (ตารางที่ 4) แต่ยังพบว่าเกิดปัญหาสุขภาพที่เกี่ยวข้องกับตาจำนวนมาก สถานการณ์ของ โควิด-19 ทำให้ต้องปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการเป็นอยู่ในทุกด้าน การเรียนออนไลน์เป็นรูปแบบใหม่ที่ผู้เรียนไม่มีเวลาเตรียมรับมือ การเปลี่ยนแปลงที่เกิดกะทันหันทำให้ผู้สอนและผู้เรียนที่ขาดทักษะดิจิทัลจะประสบปัญหาที่ทำให้การเรียนด้วยแพลตฟอร์มออนไลน์มีประสิทธิภาพลดลงและเกิดปัญหาสุขภาพได้ (Dumford & Miller, 2018; Molea & Nastasa, 2020) การเรียนออนไลน์อย่างเต็มรูปแบบที่ถูกนำมาใช้อย่างเร่งด่วน โดยเฉพาะการเรียนในสาขาวิทยาศาสตร์การกีฬาที่ผู้เรียนส่วนใหญ่ยังไม่คุ้นเคยกับการใช้อุปกรณ์ออนไลน์ มีทักษะดิจิทัลน้อย ไม่มีการลงฝึกปฏิบัติในห้องปฏิบัติการ ผู้เรียนไม่เตรียมตัวเรียนรูปแบบใหม่ล่วงหน้าก่อให้เกิดความหลากหลายของปัญหาจากการเรียนทั้งด้านร่างกายและจิตใจ (ปาจรา โพธิ์หัง และคณะ, 2559; Al-Kumaim et al., 2021) หากต้องเรียนนานควรหลีกเลี่ยงการเรียนผ่านจอดิจิทัลขนาดเล็กและจัดองค์ประกอบให้เหมาะสม โดยทุกฝ่ายต้องให้ความสำคัญและหาแนวทางป้องกันเพื่อไม่ให้เกิดผลกระทบร่วมกัน

สรุปผลการวิจัย

การเรียนออนไลน์ที่เกิดขึ้นอย่างกะทันหัน และดำเนินต่อเนื่องนานก่อให้เกิดปัญหาทางตาของผู้เรียน เช่น ตาล้า ปวดตา แสบตาตาแห้ง ตาพร่า เคืองตา เป็นต้น สำหรับผู้ที่มีปัญหาทางตาอยู่ก่อนแล้วทำให้เกิดปัญหาและความรุนแรงเพิ่มมากขึ้น เช่น กระจกตาอักเสบ น้ำตาไหล ปวดกระบอกตาลาม ไปถึงขมับ ลืมตาไม่ขึ้น ปวดศีรษะและวิงเวียน เป็นต้น ซึ่งพบมากในผู้ที่เรียนผ่านโทรศัพท์มือถือ ผู้ที่เกี่ยวข้องทุกฝ่ายควรให้ความสำคัญและหาทางป้องกันปัญหาแต่เนิ่น ๆ ในอนาคตการเรียนรู้ผ่านรูปแบบออนไลน์จะเติบโตขึ้นอีกหลายเท่าตัว ด้วยการเข้าถึงที่ง่าย สะดวก และรวดเร็ว เพื่อช่วยลดความเสี่ยง และความรุนแรงของปัญหาทางตาจากการเรียนออนไลน์ของผู้เรียน

ข้อเสนอแนะ

ข้อจำกัดในการวิจัย

การวิจัยในครั้งนี้มีข้อจำกัดในการเก็บข้อมูลเฉพาะผู้ที่เรียนระดับปริญญาตรีในมหาวิทยาลัยในกำกับของรัฐ และศึกษาเฉพาะตัวแปรทั่วไป ยังไม่ได้ศึกษาการเปลี่ยนหรือทางสรีรวิทยา

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. สถาบันการศึกษาและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรจัดทำระบบติดตามปัญหา ตรวจสุขภาพสายตา และประเมินระดับปัญหาให้กับนิสิตนักศึกษาอย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่อง
2. นำข้อค้นพบในแต่ละประเด็นจากงานวิจัยนี้ไปใช้วางแผนการสอนออนไลน์ ที่คำนึงถึงปัญหาสุขภาพของผู้เรียนร่วมด้วย โดยเฉพาะด้านสายตา เช่น ควรหลีกเลี่ยงการเรียนผ่านจอดิจิทัลขนาดเล็ก กระพริบตาบ่อย ๆ ไม่อยู่ในท่าเดิมเป็นเวลานานเกิน 1 ชั่วโมง และไม่ควรจัดให้เรียนติดต่อกันนาน

เกิน 3 ชั่วโมง หากจำเป็นต้องให้มีการพักทุก 1 ชั่วโมง หรือวิชาที่มีชั่วโมงการสอนยาวนานควรจัดให้มีการกิจกรรมที่หลากหลาย ให้ผู้เรียนได้เคลื่อนไหวร่างกายเป็นระยะ ๆ จะช่วยให้มีการไหลเวียนโลหิตที่ดี ช่วยเพิ่มการสนใจของผู้เรียนและลดความเบื่อหน่ายได้อีกด้วย ตลอดจนจัดให้มีการแลกเปลี่ยนความคิดเห็นให้ผู้เรียนได้โต้ตอบ จะได้กระตือรือร้น จะเป็นการช่วยเพิ่มประสิทธิภาพการเรียนรู้ได้อีกทาง

3. ควรเสริมสร้างทักษะดิจิทัลของผู้เรียนและผู้สอนในกลุ่มวิชาชีพเฉพาะทาง เพื่อให้มีความรู้ความเข้าใจในการใช้งานอุปกรณ์สื่อสาร สามารถใช้งานได้อย่างปลอดภัย รวมทั้งเตรียมร่างกายและจิตใจให้พร้อมสำหรับการเรียนที่ต้องนั่งจ้องมองหน้าจออยู่กับที่คนเดียวเป็นเวลานานๆ

4. เตรียมอุปกรณ์สื่อสารให้เหมาะสม อาทิ การเลือกขนาดจอ การปรับแสงสว่างในจอและแสงสว่างจากภายนอก จัดสิ่งแวดล้อมที่มีบรรยากาศสอดคล้องกับการเรียน เป็นต้น และหากมีปัญหาสุขภาพ โดยเฉพาะปัญหาทางตา ให้รีบแก้ไข ไม่ควรปล่อยทิ้งไว้

5. สถาบันการศึกษาควรจัดเตรียมสถานที่และหรืออุปกรณ์เรียนออนไลน์ที่มีคุณภาพและมีความปลอดภัยต่อผู้ใช้งาน ไว้บริการสำหรับผู้เรียนที่ไม่สามารถดำเนินการจัดหาได้เอง

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

ควรมีการศึกษาหาข้อมูลจากการเรียนออนไลน์ที่มีผลกระทบต่อสายตาในเชิงลึก ที่เป็นผลในระยะยาว เช่น ระยะ 5 ปี ระยะ 10 ปี เป็นต้น

กิตติกรรมประกาศ

คณะนักวิจัยขอขอบคุณผู้เชี่ยวชาญและกลุ่มตัวอย่างทุกคนที่เสียสละเวลาให้ข้อมูลสำหรับการทำวิจัยครั้งนี้

เอกสารอ้างอิง

- ชลธิศ ดาราวงษ์. (2563). ปัจจัยด้านการยอมรับเทคโนโลยีที่มีผลต่อความพึงพอใจและผลการเรียนของนักศึกษาหลักสูตรออนไลน์ในสถาบันระดับอุดมศึกษา. *วารสารวิจัยรำไพพรรณี*, 14(3), 158-166.
- ปาจรา โปธิหัง, พรพรรณ ศรีโสภา, และอนิชา ทศนาชนชัย. (2559). ปัจจัยเสี่ยงของกลุ่มอาการจอภาพคอมพิวเตอร์ของบุคลากรสายการสอนในมหาวิทยาลัยบูรพา. *วารสารการพยาบาลและการศึกษา* 9(2), 104-119.
- เรณูมาศ มาอูน. (2559). การจัดการเรียนการสอนในระดับอุดมศึกษาอย่างมีประสิทธิภาพ. *วารสารเทคโนโลยีภาคใต้*, 9(2), 169-176.
- วาสนา พาวิน, สติธร เทพตระการพร, และสันตณี เครือขอนแก่น. (2558). คอมพิวเตอร์วิชั่นซินโดรม: กรณีศึกษาในเด็ก 1 ราย. *ธรรมศาสตร์เวชสาร*, 15(1), 136-142.
- อัจฉริยา วงษ์อินทร์จันทร์, จุฬารัตน์ ตั้งภักดี, ศุภศักดิ์ วงษ์อินทร์จันทร์, สุรีพร เกียรติวงศ์ครู, และสุจิตรา คงกันกง. (2565). ความสัมพันธ์ระหว่างการใช้สื่อออนไลน์กับปัญหาสุขภาพของครุฑรวมของเด็กวัยเรียนในยุคไทยแลนด์ 4.0. *วารสารพยาบาลสงขลานครินทร์*, 42(1), 61-72.

- Ahmed, S., Akter, R., Pokhrel, N., & Samuel, A. J. (2021). Prevalence of text neck syndrome and SMS thumb among smartphone users in college-going students: A cross-sectional survey study. *Journal of Public Health, 29*(2), 411-416. <https://doi.org/10.1007/s10389-019-01139-4>
- Akinbinu, T. R., & Mashalla, Y. J. (2014). Impact of computer technology on health: Computer Vision Syndrome (CVS). *Medical Practice and Reviews, 5*(3), 20-30. <https://doi.org/10.5897/MPR.2014.0121>
- Al-Kumaim, N. H., Alhazmi, A. K., Mohammed, F., Gazem, N. A., Shabbir, M. S., & Fazea, Y. (2021). Exploring the impact of the COVID-19 pandemic on university students' learning life: An integrated conceptual motivational model for sustainable and healthy online learning. *Sustainability, 13*(5), 2546. <https://doi.org/10.3390/su13052546>
- Bali, J., Neeraj, N., & Bali, R. T. (2014). Computer vision syndrome: A review. *Journal of Clinical Ophthalmology and Research, 2*(1), 61-68. <http://dx.doi.org/10.4103/2320-3897.122661>
- Dessie, A., Adane, F., Nega, A., Wami, S. D., & Chercos, D. H. (2018). Computer vision syndrome and associated factors among computer users in Debre Tabor Town, Northwest Ethiopia. *Journal of environmental and public health, 2018*. <https://doi.org/10.1155/2018/4107590>
- Dumford, A. D., & Miller, A. L. (2018). Online learning in higher education: exploring advantages and disadvantages for engagement. *Journal of Computing in Higher Education, 30*(3), 452-465. <https://doi.org/10.1007/s12528-018-9179-z>
- Gowrisankaran, S., & Sheedy, J. E. (2015). Computer vision syndrome: A review. *Work, 52*(2), 303-314. <https://doi.org/10.1155/2018/4107590>
- Jones, I., Gratton, C., & Jones, D.I. (2014). *Research methods for sports studies* (3rd ed.). Routledge. <https://doi.org/10.4324/9781315796222>
- Krejcie, R. V., & Morgan, D. W. (1970). Determining sample size for research activities. *Educational and Psychological Measurement, 30*(3), 607-610. <https://doi.org/10.1177/001316447003000308>
- Kumari, S., Kumar, R., & Sharma, D. (2021). Text neck syndrome: The pain of modern era. *International Journal of Health Sciences and Research, 11*(11), 161-165. <https://doi.org/10.52403/ijhsr.20211121>
- Mohan, A., Sen, P., Shah, C., Jain, E., & Jain, S. (2021). Prevalence and risk factor assessment of digital eye strain among children using online e-learning during the COVID-19 pandemic: Digital eye strain among kids (DESK study-1). *Indian journal of ophthalmology, 69*(1), 140-144. https://doi.org/10.4103%2Fijo.2535_20
- Molea, R., & Nastasa, A. (2020). How Romanian higher education institutions have adapted to online learning process in the COVID-19 context through a student's eye. *Revista Romaneasca pentru Educatie Multidimensionala, 12*(2Sup1), 175-181. <https://doi.org/10.18662/rrem/12.2Sup1/304>

- Pokhrel, S., & Chhetri, R. (2021). A literature review on impact of COVID-19 pandemic on teaching and learning. *Higher Education for the Future*, 8(1), 133-141. <https://doi.org/10.1177/2347631120983481>
- Vate-U-Lan, P. (2015). Text neck epidemic: A growing problem for smart phone users in Thailand. Retrieved from <https://repository.au.edu/handle/6623004553/21259>
- Zhan, Z., Wu, J., Mei, H., Fong, P. S., Huang, M., & Shao, F. (2019). Gender differences in eye movements during online reading. In *International Conference on Technology in Education* (pp. 235-243). Springer, Singapore.

สุขภาพทางใจของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในระหว่างการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019

จิรังกูร ญัฐรังสี, ค.ม.¹; ทศฯ ชัยวรรณวรรต, พย.ม.^{2*}; สุกจิตรา กฤติยาธรรม, พย.ม.³;

ทัศนีย์ ทิพย์สุนเนิน, ปร.ค.⁴; พัชรี ใจการุณ, ปร.ค.⁵

(วันที่ส่งบทความ: 6 ธันวาคม 2565; วันที่แก้ไข: 5 มิถุนายน 2566; วันที่ตอบรับ: 23 สิงหาคม 2566)

บทคัดย่อ

สุขภาพทางใจเป็นปัจจัยที่มีผลต่อการดำเนินชีวิตและบทบาทหน้าที่ที่รับผิดชอบของบุคคล รวมถึงอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) การวิจัยเชิงพรรณนาแบบตัดขวางนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาสุขภาพทางใจจากกระดับความเครียดและภาวะซึมเศร้า และหาความสัมพันธ์ระหว่างความเครียดกับภาวะซึมเศร้าของอสม. ที่ปฏิบัติงานในสถานการณ์แพร่ระบาดของเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 รวบรวมข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างที่ได้จากการสุ่มแบบชั้นภูมิและสุ่มตัวอย่างแบบง่าย จำนวน 380 คน โดยใช้แบบวัดความเครียดสวนปรงชุด 20 ข้อ และแบบประเมินภาวะซึมเศร้า 9 คำถาม ซึ่งเป็นเครื่องมือมาตรฐานและมีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ .92 และ .87 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลโดยสถิติเชิงพรรณนา และสถิติสหสัมพันธ์ของเพียร์สัน ผลการศึกษาพบว่า ในภาพรวมอสม. มีความเครียดระดับปานกลาง ($M = 40.54$, $SD = 13.36$) และไม่มีภาวะซึมเศร้า ($M = 3.85$, $SD = 3.74$) โดยพบ อสม. มีความเครียดระดับสูง และระดับรุนแรง ร้อยละ 32.89 และ 8.43 ตามลำดับ มีภาวะซึมเศร้ารุนแรงร้อยละ 0.30 ความเครียดกับภาวะซึมเศร้ามีความสัมพันธ์กันทางบวกในระดับต่ำ (Pearson's $r = 0.33$, $p = .01$) หน่วยงานหรือบุคลากรที่เกี่ยวข้องควรเฝ้าระวังและป้องกันภาวะเครียดและซึมเศร้าของ อสม. ที่ปฏิบัติงานระหว่างการมีวิกฤตด้านสาธารณสุขในพื้นที่ที่รับผิดชอบ ส่วน อสม. ที่มีความเครียดหรือซึมเศร้าระดับสูงและรุนแรงควรได้รับการตรวจเพื่อการวินิจฉัยและให้การรักษาที่เหมาะสมต่อไป

คำสำคัญ: สุขภาพทางใจ, ความเครียด, ภาวะซึมเศร้า, สถานการณ์แพร่ระบาดของเชื้อโควิด 2019, อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

¹ อาจารย์, คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชธานี

² ผู้ช่วยศาสตราจารย์, คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี

³ อาจารย์, คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏศรีสะเกษ

⁴ อาจารย์, วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครราชสีมา คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข

⁵ อาจารย์, วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สรรพสิทธิ์ประสงค์คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข

* ผู้ประพันธ์บรรณกิจ: ทศฯ ชัยวรรณวรรต, อีเมล: kuntidahappy@gmail.com

Mental Well-being of Village Health Volunteers During the Outbreak of Coronavirus Disease 2019

JirungkoonNuttharungsri, M.Ed.¹; Tasa Chaiwannawat, M.N.S.^{2}; Sujitra Kitiyawan, .N.S.³;
ThassaneeThipsungnoen, Ph.D.⁴; Patcharee Jaigarun, Ph.D.⁵*

(Received: December 6th, 2022; Revised: June 5th, 2023; Accepted: August 23rd, 2023)

Abstract

The mental well-being of Village Health Volunteers (VHVs) can influence their daily lives, roles, and responsibilities, directly affecting the health of the general population. Expanding the knowledge related to the extent of stress and depression among the VHVs will be useful for increasing the effectiveness of their services. The objectives of this cross-sectional descriptive research were to 1) explore the levels of stress and depression among the VHVs working during the Coronavirus Disease 2019 outbreak situation and 2) study the relationship between stress and depression. Data were collected from 380 VHVs using the Department of Mental Health's stress scale (Suanprung Stress Test 20 [SPST – 20]) and the Depression Scale 9 Question (9Q). Descriptive statistics and Pearson's product moment correlations were analyzed. The results revealed that 50.79% of the VHVs were at moderate level ($M=40.54, SD=13.36$). Most of them (78.20%) were not depressed ($M=3.85, SD=3.74$) with only 0.30% having a high level of depression. Their stress level had a significantly positive relationship with depression (Pearson's $r = 0.33, p = .01$). Most of the health volunteers were moderately to severely stressed; therefore, the causes of stress should be explored and reduced. Even though significant evidence of depression among the VHVs was not detected in this study, it should be continuously screened for. Development of plans for referral for further care and support for the VHVs in the public health service system are recommended.

Keywords: mental well-being, stress, depression, COVID-19 epidemic situation, village health volunteer

¹ Lecturer, Faculty of Nursing, Ratchathani University

² Assistant Professor, Faculty of Nursing, Ubon Rachathani University

³ Lecturer, Faculty of Nursing, Sisaket Rajabhat University

⁴ Lecturer, Boromarajonani College of Nursing, Nakhonratchasima, Faculty of Nursing, Praboromarajchanok Institute, Ministry of Public Health

⁵ Lecturer, Boromarajonani College of Nursing Sunpasitthiprasong, Faculty of Nursing, Praboromarajchanok Institute, Ministry of Public Health

* Corresponding author: Tasa Chaiwannawat, E-mail: kuntidahappy@gmail.com

บทนำ

จากสถานการณ์แพร่ระบาดของเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (Coronavirus disease 2019 [COVID-19, โควิด-19]) ในช่วงปี พ.ศ. 2562-2565 ได้ส่งผลกระทบต่อประชาชนไทยในวงกว้างทั้งสุขภาพด้านร่างกาย และจิตใจของผู้ป่วยและผู้ที่เกี่ยวข้อง โดยผลกระทบทางด้านร่างกายผู้ป่วยส่วนใหญ่มักมีอาการเล็กน้อยถึงปานกลาง ผู้ป่วยบางคนหายจากโรคนี้อัตโนมัติโดยไม่ต้องรับการรักษา และบางกลุ่มที่มีอาการหลงเหลืออยู่ภายหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล(มณฑิรา ชาญณรงค์, 2565) ส่วนผลกระทบทางด้านสุขภาพจิตอาจพบได้ทั้งความเครียด วิตกกังวล ซึมเศร้า รวมถึงความรุนแรงของอาการทางจิตที่เพิ่มขึ้น (นฤนันท์ วุฒิสินธุ์ และคณะ, 2564) มีการศึกษาพบว่า ประชาชนชาวไทยเกิดความเครียดร้อยละ 78.78 และมีแนวโน้มซึมเศร้ามากขึ้นร้อยละ 43.97 และยังพบว่า การที่โรคมีการระบาดหลายครั้งทำให้ส่งผลต่อสุขภาพจิตอื่น ๆ ด้วยเช่น ประชาชนชาวไทยเกือบครึ่งหนึ่ง (ร้อยละ 41.98) รู้สึกวิตกกังวลกับการระบาดของโควิด-19 ระลอกใหม่ (นฤนันท์ วุฒิสินธุ์ และคณะ, 2564) ทำให้ปัญหาด้านสุขภาพจิตและจิตเวชที่มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น นอกจากนี้ยังทำให้ประชาชนมีความสุขลดลงเห็นได้จากผลการสำรวจความสุขของครอบครัวไทยในช่วงระบาดของเชื้อโควิด-19 พบว่าประมาณครึ่งหนึ่ง (ร้อยละ 54.13) มีความเครียดในระดับปานกลาง ส่วนผู้ที่มีระดับความเครียดสูงถึงสูงมากคิดเป็นร้อยละ 17.57 (กรมสุขภาพจิต, 2563) ซึ่งการสร้างเชื่อมั่นแก่ประชาชนเป็นหน้าที่ของบุคลากรทางการแพทย์ทุกระดับ ที่ทำงานอย่างหนักในการให้ข้อมูลข่าวสารการดูแลตนเองให้ประชาชนปลอดภัย มีการป้องกันตนเองจากการแพร่ระบาดของเชื้อโควิด-19 รวมไปถึงการให้ข้อมูลในการปฏิบัติตนเมื่อเกิดการเจ็บป่วยแล้ว

บุคลากรที่ทำหน้าที่ให้บริการในภาวะวิกฤติจากการระบาดของเชื้อโควิด-19อย่างต่อเนื่องยาวนาน ก็ได้รับผลกระทบด้านสุขภาพจิต โดยเฉพาะบุคลากรทางการแพทย์ซึ่งมีภาวะเหนื่อยล้าและหมดไฟ (ปริตดา หวังเกียรติ, 2563) มีความเครียดและอารมณ์ซึมเศร้าระดับปานกลางถึงสูง (เอกลักษณ์ แสงศิริลักษณ์ และสิรินรัตน์ แสงศิริลักษณ์, 2563) ซึ่งหากไม่มีการผ่อนคลาย จะมีความเครียดระดับสูงมากถึงสูงมากที่สุดและทำให้เกิดภาวะซึมเศร้าเกิดขึ้นได้ ดังการศึกษาของสวธยา วิวัฒน์ถาวร และณัฐพงษ์ กุลสิทธิจินดา (2563) พบว่า แพทย์ฝึกหัดในหน่วยศัลยกรรมกระดูกมีความเครียดในระดับสูงถึงสูงมากร้อยละ 54.5 มีภาวะซึมเศร้าระดับปานกลางถึงรุนแรงร้อยละ 4.7 ผลกระทบทางสุขภาพจิตยังเกิดขึ้นได้กับบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขในระดับปฐมภูมิ โดยเฉพาะอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ในทุกพื้นที่ เนื่องจากภารกิจงานเบี่ยงเบนได้กำหนดบทบาทหน้าที่ของ อสม. ในการช่วยเหลือดูแลสุขภาพของประชาชนตามระเบียบกระทรวงสาธารณสุข (ระเบียบกระทรวงสาธารณสุขว่าด้วยอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน พ.ศ. 2554, 2554; สมตระกูล ราศิริ และคณะ, 2564) โดยเฉพาะในช่วงการระบาดของเชื้อโควิด-19 อสม. เป็นผู้ที่มิบทบาทสำคัญในการดำเนินงานมีบทบาทหน้าที่ด้านสุขภาพจิตชุมชนประกอบด้วย 1) การประเมินคัดกรองภาวะสุขภาพจิตเบื้องต้นประกอบด้วยแนวทางการปฏิบัติแบ่งเป็น 3 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มผู้ป่วยที่รักษาหายกลุ่มผู้ที่แยกสังเกตอาการที่บ้าน และกลุ่มประชาชนทั่วไป 2) การปฐมพยาบาลทางจิตใจเบื้องต้นประกอบด้วยแนวทางการปฏิบัติที่ใช้หลัก 3 ส. ได้แก่ สอดส่องมองหาผู้ที่กำลังต้องการความช่วยเหลือ

ใส่ใจรับฟังปัญหาและความต้องการ และส่งต่อเชื่อมโยงการให้ความช่วยเหลือและแหล่งสนับสนุนอื่น ๆ

3) การให้คำแนะนำการเฝ้าระวังและป้องกันปัญหาสุขภาพจิตด้วยตนเองประกอบด้วยแนวทางการปฏิบัติ ตามกลุ่มผู้ประสบภาวะวิกฤตได้แก่กลุ่มผู้แยกสังเกตอาการที่บ้านกลุ่มประชาชนทั่วไปกลุ่มผู้สูงอายุ และ กลุ่มเด็ก และ 4) การดำเนินงานเรื่องวัคซีนสุขภาพจิตรายบุคคลโดยยึดหลัก อีดี ฮีดี สู้ และสร้างภูมิคุ้มกัน ในชุมชน (ยงยุทธ วงศ์ภิรมย์ศานติ์, 2563) ซึ่ง อสม. ได้ปฏิบัติหน้าที่ตามบทบาทอย่างเข้มแข็งมาโดยตลอด สอดคล้องกับการศึกษาของวิทยา ชินบุตร และนภัทร ภักดีศรีวิชญ์ (2564) ที่ศึกษาบทบาทของ อสม. ในการป้องกันการระบาดของโรคติดเชื้อโควิด-19ตามนโยบายรัฐบาล พบว่า อสม. มีการปฏิบัติงานตามบทบาท หน้าที่ มีการป้องกันโรค และด้านการส่งเสริมสุขภาพอยู่ในระดับมาก ส่วนปัญหาอุปสรรคในการป้องกันการระบาดของโรคติดเชื้อโควิด-19 ที่มากที่สุด คือ การไม่ให้ความร่วมมือ (ร้อยละ 57.60) รองลงมา คือ การไม่สวมหน้ากากอนามัย (ร้อยละ 14.13)

การปฏิบัติหน้าที่ของ อสม. ในช่วงที่มีการระบาดของเชื้อโควิด-19 มาอย่างยาวนานอาจทำให้เกิดผลกระทบทางด้านจิตใจและอารมณ์ซึ่งสอดคล้องกับการสำรวจภาวะเครียดของกรมสุขภาพจิต พบว่า บุคลากรสาธารณสุข 8 ใน 10 คน และ ประชาชน 4 ใน 10 คน มีความเครียดและกังวลจากการทำงาน ซึ่ง จะมีแนวโน้มให้บุคลากรสาธารณสุขมีความเหนื่อยล้าทางอารมณ์ รู้สึกหมดพลัง หดห้วง และสูญเสียพลังทางจิตใจ (กรมสุขภาพจิต, 2563) แต่ด้วยหน้าที่ที่ต้องรับผิดชอบในการส่งเสริมสุขภาพ และการทำความเข้าใจกับประชาชนเพื่อป้องกันไม่ให้เกิดการแพร่กระจายเชื้อ การปฏิบัติหน้าที่ของ อสม. ได้เสียสละในการไปดูแลประชาชน ทั้งที่ตนเองก็มีความกลัว กังวลจะติดเชื้อ รวมถึงการปฏิบัติหน้าที่ภายใต้ข้อจำกัดของงบประมาณที่สนับสนุนอุปกรณ์ป้องกันการติดต่อของประชาชน และประชาชนในชุมชนส่วนหนึ่งก็ขาดความตระหนักในการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรค จึงกล่าวได้ว่า อสม. ทำงานภายใต้ภาวะที่กดดัน กลัวจึงทำให้ อสม. เกิดปัญหาทางอารมณ์ มีความเครียดเกิดขึ้นได้ (ชนาการ สารคำ, 2564; เขียวลักษณ์ ชาวบ้านโพธิ์, 2564; Duet al., 2020; Liet al., 2020) ซึ่งจากแนวคิดความเครียดของบุคคลหากมีอยู่ระยะ นานไม่ได้รับการแก้ไขจะทำให้เกิดการเจ็บป่วยทางกาย และจิตใจ เพราะระยะของความเครียดเข้าระยะ หมดกำลัง (Stage of exhaustion) เมื่อเผชิญสิ่งกระตุ้นที่นานเกินไปจะหมดพลัง และอาจเกิดโรคจากการปรับตัว เช่น ความผิดปกติทางจิตใจ เช่น เกิดภาวะซึมเศร้า (เพียรดี เปี่ยมมงคล, 2553) ซึ่งจะส่งผลเสียต่อ การประสิทธิภาพในการทำงาน และการดำเนินชีวิตของบุคคล

อสม. เป็นบุคลากรทางสุขภาพที่สำคัญ มีบทบาทหน้าที่ในการส่งเสริมป้องกันการแพร่ระบาดของ โควิด-19 มาตลอดระยะเวลา และจากการศึกษาวิจัยที่ผ่านมายังมีการศึกษาสุขภาพทางใจในบุคลากร ทางสุขภาพกลุ่มอื่น ๆ แต่ยังไม่มีการศึกษาในกลุ่มของ อสม. ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาสุขภาพทางใจของ อสม. ในพื้นที่จังหวัดแห่งหนึ่ง เพื่อจะได้ทราบถึงปัญหาสุขภาพจิตที่เกิดขึ้น และจะนำผลการวิจัยเป็นการ ข้อเสนอเชิงนโยบายในการวางแผนการดูแล ช่วยเหลือ และป้องกันปัญหาทางสุขภาพจิตสำหรับ อสม.ต่อไป

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาระดับความเครียดและภาวะซึมเศร้าของ อสม. ที่ปฏิบัติงานในสถานการณ์แพร่ระบาดของเชื้อโควิด-19
2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเครียดกับภาวะซึมเศร้าของ อสม. ที่ปฏิบัติงานในสถานการณ์แพร่ระบาดของเชื้อโควิด-19

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นวิจัยเชิงพรรณนาแบบตัดขวาง (Cross-sectional descriptive research) เก็บข้อมูลระหว่างเดือน พฤศจิกายน 2563 ถึง 31 ตุลาคม 2564

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ คือ อสม. ในจังหวัดแห่งหนึ่ง ที่อยู่ในทะเบียนของระบบสารสนเทศสุขภาพภาคประชาชนและปฏิบัติหน้าที่ในความรับผิดชอบของเทศบาลจังหวัด จำนวน 35,226 คน (ระบบสารสนเทศสุขภาพภาคประชาชน กองสนับสนุนสุขภาพภาคประชาชน, 2564)

กลุ่มตัวอย่างจำนวน 380 คน ได้มาจากการคำนวณตามสูตรของKrejcie and Morgan (1970 อ้างถึงในธานินทร์ ศิลป์จารุ, 2560) ดังนี้

$$\text{สูตร} \quad n = \frac{x^2 Np(1-P)}{e^2(N-1)+x^2P(1-P)}$$

โดยที่ n = ขนาดกลุ่มตัวอย่าง

N = ขนาดของประชากร

e = ระดับความคลาดเคลื่อนของการสุ่มตัวอย่างที่ยอมรับได้

x^2 = ค่าไคสแควร์ที่ df เท่ากับ 1 และระดับความเชื่อมั่น 95% ($x^2=3.841$)

P = สัดส่วนของลักษณะที่สนใจในประชากร (ถ้าไม่ทราบให้กำหนด $P=0.5$)

$$\text{แทนที่ในสูตร} \quad n = \frac{3.841 \times 35,226 \times 0.5 \times 0.5}{(.5)^2(35,226 - 1) + 3.841 \times 0.5 \times 0.5}$$

$$n = \frac{33,825.77}{(0.0025 \times 35,225) + 0.87025}$$

$$n = \frac{33,825.77}{88.0625 + 0.87025}$$

$$n = \frac{33,825.77}{88.93275}$$

$$n = 380.35 \text{ หรือประมาณ } 380 \text{ คน}$$

มีการจับฉลากเลือกอำเภอ และเลือกตำบลในการเก็บข้อมูล เกณฑ์คัดเข้าคือ มีประสบการณ์เป็น อสม. 1 ปี ขึ้นไป ได้ปฏิบัติงานในช่วงสถานการณ์แพร่ระบาดโรคติดเชื้อโควิด-19 ของจังหวัดแห่งหนึ่ง สามารถอ่านออกเขียนได้ และยินดีให้ความร่วมมือในการตอบแบบสอบถาม

การพิทักษ์สิทธิผู้ให้ข้อมูล

การวิจัยนี้ได้ผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากสำนักงาน สาธารณสุขจังหวัดที่เป็นสถานที่เก็บข้อมูลในกลุ่มตัวอย่าง (หมายเลข SSJ.UB 2565-066) ซึ่งใน กระบวนการเก็บข้อมูลได้มีการอธิบายรายละเอียดในการให้ข้อมูลของกลุ่มตัวอย่าง ๆ สามารถปฏิเสธ การให้ข้อมูลได้ทุกเมื่อโดยไม่มีเงื่อนไข และจะไม่มีผลเสียใด ๆ ที่จะเกิดขึ้นกับกลุ่มตัวอย่าง มีการเก็บ รักษาความลับของข้อมูลด้วยการลงรหัสลับเป็นตัวเลข และเก็บเอกสารไว้ในตู้ที่มีกุญแจล็อกอย่างมิดชิด จำนวน 1 ปี หลังจากนั้นจึงทำลายด้วยเครื่องย่อยเอกสาร

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล มี 3 ชุด ดังนี้

1. แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา และรายได้ต่อ เดือน มีตัวเลือกให้ตอบหรือเติมคำในช่องว่าง

2. แบบวัดความเครียดสวนปรุงชุด 20 ข้อ (Suanprung Stress Test 20 [SPST –20]) พัฒนาโดย โรงพยาบาลสวนปรุง กรมสุขภาพจิตซึ่งผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ มีการ พัฒนาให้เครื่องมือสามารถนำมาใช้ประเมินได้อย่างรวดเร็ว มีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) มากกว่า .70 และมีความแม่นยำตรงตามสภาพมากกว่า .27 อย่างมีนัยสำคัญ ทางสถิติ (สุวรรณ มหัตนรินทร์กุล และคณะ, 2540) ลักษณะเป็นคำถามเพื่อให้ประเมินความรู้สึกที่มีต่อ เหตุการณ์ที่เกิดขึ้นในระยะเวลา 6 เดือนที่ผ่านมา มีจำนวน 20 ข้อตัวเลือกตอบเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Ratingscale) 5 ระดับ ตั้งแต่ ระดับ 1 (ไม่รู้สึกรึเครียด) จนถึง ระดับ 5 (รู้สึกเครียดมากที่สุด) ให้คะแนน ตามระดับ คะแนนรวมไม่เกิน 100 คะแนนการแปลผลจากคะแนนรวมตามช่วงคะแนนเพื่อแบ่งระดับ ความเครียดเป็น 4 ระดับ ได้แก่ มีความเครียดระดับน้อย (0-23 คะแนน) มีความเครียดระดับปานกลาง (24-41 คะแนน) มีความเครียดระดับสูง (42-62 คะแนน) และมีความเครียดระดับรุนแรง (ตั้งแต่ 63 คะแนน ขึ้นไป)

3. แบบประเมินภาวะซึมเศร้า 9 คำถาม (9Q) เป็นเครื่องมือที่กรมสุขภาพจิตนำมาใช้ โดยเครื่องมือ นี้พัฒนามาจาก The Mini International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I.) ของ Sheehan et al. (1998) มีลักษณะเป็นแบบสัมภาษณ์เชิงโครงสร้างเพื่อการวินิจฉัยโรคทางจิตเวชตามเกณฑ์ของสมาคมจิตแพทย์ อเมริกันและขององค์การอนามัยโลก ซึ่งพันธุณา กิตติรัตนไพบูลย์และมธุริน คำวงศ์ปิ่น (2548) ได้นำ มาแปลเป็นภาษาไทย และตรวจสอบพบความตรงอยู่ในเกณฑ์สูง มีประสิทธิภาพของการวินิจฉัยที่ตรง

กันอยู่ในเกณฑ์สูงมากสามารถนำมาใช้วินิจฉัยโรคทางจิตเวชในคนไทยได้ มีจำนวน 9 ข้อ ใช้ประเมินอาการที่เกิดขึ้นในช่วง 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา มีตัวเลือกตอบเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับ ตั้งแต่ระดับ 0 (ไม่มีภาวะซึมเศร้าเลย) ระดับ 1 (ซึมเศร้าเป็นบางวัน 1 – 7 วัน) ระดับ 2 (เป็นบ่อยมากกว่า 7 วัน) และระดับ 3 (เป็นทุกวัน) ให้คะแนนตามระดับ คะแนนรวมระหว่าง 0–27 คะแนนการแปลผลจากคะแนนรวมตามช่วงคะแนนเพื่อแบ่งระดับภาวะซึมเศร้าเป็น 4 ระดับ ได้แก่ไม่มีภาวะซึมเศร้า (น้อยกว่า 7 คะแนน) มีภาวะซึมเศร้าระดับน้อย (7-12 คะแนน) มีภาวะซึมเศร้าระดับปานกลาง (13- 18 คะแนน) และมีภาวะซึมเศร้าระดับรุนแรง (ตั้งแต่ 19 คะแนนขึ้นไป)

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

แบบวัด SPST – 20 และ แบบประเมิน 9Q เป็นเครื่องมือมาตรฐานที่ผ่านการพัฒนาและมีการนำมาใช้อย่างแพร่หลาย จึงไม่ได้นำไปตรวจสอบความตรงของเครื่องมือ (Validity) ส่วนการตรวจสอบความเชื่อมั่น (Reliability) ผู้วิจัยได้นำเครื่องมือทั้ง 2 ชุดไปทดลองใช้กับ อสม. ที่มีคุณสมบัติใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 ราย แล้วนำมาหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคของแบบวัดความเครียดสวนปรงชุด 20 ข้อ มีค่าเท่ากับ .92 และแบบประเมินภาวะซึมเศร้า 9 คำถาม มีค่าเท่ากับ .87

วิธีเก็บรวบรวมข้อมูล

ภายหลังที่โครงการได้รับการรับรองจริยธรรมผู้วิจัยทำดำเนินงานตามขั้นตอน ดังนี้

1. เตรียมผู้ช่วยวิจัยในการเก็บข้อมูล คือบุคลากรของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่เป็นสถานที่เก็บข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่าง ด้วยการเชิญประชุมร่วมรับฟังการดำเนินโครงการวัตถุประสงค์ของการวิจัย การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่างและการใช้เครื่องมือในการวิจัย

2. ผู้ช่วยวิจัยคัดเลือก อสม. ตามเกณฑ์คัดเข้า ในการประชุม อสม. ประจำเดือนของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล แล้วแจ้งข้อมูลในการทำวิจัย ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการศึกษา ข้อมูลการพิทักษ์สิทธิ และขอให้เข้าร่วมการวิจัยโดยสมัครใจ

3. ผู้ช่วยวิจัยแจกแบบสอบถามให้กลุ่มตัวอย่างหลังการเซ็นยินยอมเข้าร่วมการวิจัย และตรวจสอบความสมบูรณ์ของแบบสอบถาม

4. ผู้วิจัยไปรับแบบสอบถามคืนจากผู้ช่วยวิจัยด้วยตนเอง แล้วนำข้อมูลไปวิเคราะห์ต่อไป

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษาและรายได้ต่อเดือน โดยใช้สถิติสถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistics) ได้แก่ จำนวน ร้อยละ

2. วิเคราะห์ข้อมูลความเครียดและภาวะซึมเศร้า จากแบบวัด SPST – 20 และ แบบประเมิน 9Q โดยใช้สถิติสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ จำนวน ร้อยละค่าเฉลี่ย (Mean [M]) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard deviation [SD]) แล้วทดสอบการกระจายของข้อมูลพบที่มีการกระจายแบบปกติ เป็นไปตามเงื่อนไขของการใช้สถิติ จึงวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างความเครียดกับภาวะซึมเศร้า โดยใช้สถิติสหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's productmoment correlation)

ผลการวิจัย

กลุ่มตัวอย่างเป็น อสม. ในจังหวัดแห่งหนึ่ง ที่ปฏิบัติงานในสถานการณ์โรคติดเชื้อโควิด-19 จำนวน 380 คน ส่วนมากเป็นเพศหญิง (ร้อยละ 85.30) อยู่ในช่วงอายุ 50-60 ปี (ร้อยละ 55.51) รองลงมา มีช่วงอายุ 40-49 ปี (ร้อยละ 42.64) มีสถานภาพสมรสคู่ (ร้อยละ 76.6) มีการศึกษาอยู่ในระดับประถมศึกษา (ร้อยละ 48.20) รองลงมาคือระดับมัธยมศึกษา (ร้อยละ 45.24) และมีรายได้ต่ำกว่า 5000 บาทต่อเดือน (ร้อยละ 93.70) รายละเอียดดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของ อสม. ที่ปฏิบัติงานในสถานการณ์โรคติดเชื้อโควิด-19 ในจังหวัดแห่งหนึ่งจำแนกตามข้อมูลส่วนบุคคล

ข้อมูลส่วนบุคคล		จำนวน	ร้อยละ
เพศ	ชาย	56	14.70
	หญิง	324	85.30
อายุ	30-39 ปี	3	0.79
	40-49 ปี	162	42.64
	50-59 ปี	211	55.51
	60 ปีขึ้นไป	4	1.06
สถานภาพสมรส	โสด	87	22.89
	คู่	291	76.60
	หม้าย/หย่า/แยก	2	0.51
ระดับการศึกษา	ประถมศึกษา	183	48.20
	มัธยมศึกษา	172	45.24
	อนุปริญญา	23	6.05
	ปริญญาตรีขึ้นไป	2	0.51
รายได้ (ต่อเดือน)	ต่ำกว่า 5,000 บาท	356	93.70
	5001-10,000 บาท	18	4.73
	1,0001 บาท ขึ้นไป	6	1.57

หมายเหตุ. $n = 380$

ผลการประเมินระดับความเครียดของกลุ่มตัวอย่างพบว่าส่วนใหญ่มีความเครียดระดับปานกลาง (ร้อยละ 50.79) รองลงมา มีความเครียดระดับสูง (ร้อยละ 32.89) และระดับรุนแรง (ร้อยละ 8.43) ตามลำดับ ส่วนผลการประเมินภาวะซึมเศร้า พบว่าส่วนใหญ่ไม่มีภาวะซึมเศร้า (ร้อยละ 78.20) รองลงมา คือ มีภาวะซึมเศร้าระดับน้อย (ร้อยละ 19.10) และ มีภาวะซึมเศร้าระดับปานกลาง (ร้อยละ 2.40) ตามลำดับ รายละเอียดดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละของ อสม. ที่ปฏิบัติงานในสถานการณ์โรคติดเชื้อโควิด-19 ในจังหวัดแห่งหนึ่ง จำแนกตามระดับความเครียดและระดับภาวะซึมเศร้า

การประเมิน	จำนวน	ร้อยละ
ระดับความเครียด (M=40.54,SD=13.36)		
ระดับน้อย (0-23 คะแนน)	30	7.89
ระดับปานกลาง (24-41 คะแนน)	193	50.79
ระดับสูง (42-61 คะแนน)	125	32.89
ระดับรุนแรง (62 คะแนน ขึ้นไป)	32	8.43
ระดับภาวะซึมเศร้า(M=3.85,SD=3.74)		
ไม่มีภาวะซึมเศร้า (น้อยกว่า 7 คะแนน)	297	78.20
ภาวะซึมเศร้าระดับน้อย (7-12 คะแนน)	73	19.10
ภาวะซึมเศร้าระดับปานกลาง (13-18 คะแนน)	9	2.40
ภาวะซึมเศร้าระดับรุนแรง (19 คะแนน ขึ้นไป)	1	0.30

หมายเหตุ. n = 380

ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างความเครียดกับภาวะซึมเศร้าของกลุ่มตัวอย่าง พบว่าระดับความเครียดมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำกับระดับภาวะซึมเศร้า (Pearson's $r = .33$, $p = 0.01$) ดังรายละเอียดในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ความสัมพันธ์ระหว่างความเครียดกับภาวะซึมเศร้าของ อสม. ที่ปฏิบัติงานในสถานการณ์โรคติดเชื้อโควิด-19 ในจังหวัดแห่งหนึ่ง

ตัวแปร	ภาวะซึมเศร้า	
	r	p-value
ความเครียด	0.33	0.01*

หมายเหตุ .n = 380, *p-value < .05

อภิปรายผลการวิจัย

ระดับความเครียดและภาวะซึมเศร้าของ อสม. ที่ปฏิบัติงานในสถานการณ์แพร่ระบาดของเชื้อโควิด-19

จากผลการศึกษาพบว่า อสม. ที่ปฏิบัติงานในสถานการณ์โรคติดเชื้อโควิด-19 ในจังหวัดหนึ่งส่วนใหญ่มีความเครียดระดับปานกลาง อาจเป็นไปได้ว่า อสม. ได้รับการอบรมความรู้เกี่ยวกับโรคติดเชื้อโควิด-19 และการปฏิบัติตัว ทำให้มีการรับรู้เกี่ยวกับโรค เข้าใจเกี่ยวกับการติดต่อและการป้องกันที่ดีกว่าประชาชนทั่วไป ซึ่งตรงกับการศึกษาของ กิตติพร เนาวิสุวรรณ และคณะ (2563) ที่ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ความรุนแรงของโรคต่อบทบาทการดำเนินงานควบคุมโรคติดเชื้อโควิด-19 ในชุมชนของ อสม. ในประเทศไทย พบว่า การรับรู้ความรุนแรงของโรคติดเชื้อโควิด-19 มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางกับบทบาทการดำเนินงานควบคุมโรคติดเชื้อโควิด-19 ในชุมชนของ อสม. ในช่วงที่มีสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อโควิด-19 นอกจากนี้การปฏิบัติหน้าที่ของ อสม. ยังเป็นบทบาทหน้าที่ที่สำคัญในการช่วยป้องกัน และส่งเสริมสุขภาพของประชาชนอย่างจริงจัง การทำงานของ อสม. มีความเข้มแข็ง และได้เสียสละเพื่อดูแลประชาชน ทั้งที่อาจมีความกลัว กังวล เกี่ยวกับการนำเชื้อไปติดต่อกับคนในครอบครัว แต่ด้วยหน้าที่และความรับผิดชอบจึงทำให้ อสม. ไม่สามารถหลีกเลี่ยงบทบาทหน้าที่ที่ได้รับมอบหมายได้ สอดคล้องกับการศึกษาเกี่ยวกับบทบาทของ อสม. ในช่วงสถานการณ์โควิดของวิทยา ชินบุตร และนภัทร ภักดีสรวิชญ์ (2564) ที่พบว่าบทบาทของ อสม. ในการป้องกันการระบาดของโรคติดเชื้อโควิด-19 ตามบทบาทอยู่ในระดับมาก นอกจากนี้การทำงานของ อสม. ยังอยู่ภายใต้การดูแลของบุคลากรทางสาธารณสุขระดับสูงที่ให้คำปรึกษาและให้คำแนะนำในการดำเนินงานหรือเมื่อเกิดปัญหาอุปสรรค จึงทำให้ อสม. มีแนวทางในการปฏิบัติงานและไม่เกิดความเครียด ความกดดันจนเกินไป

ภาวะซึมเศร้า พบว่า อสม. ที่ปฏิบัติงานในสถานการณ์แพร่ระบาดของโรคติดเชื้อโควิด-19 ในจังหวัดหนึ่งส่วนใหญ่ไม่มีภาวะซึมเศร้า อาจมีเหตุผลมาจาก อสม. เป็นบุคลากรที่มีจิตอาสา เข้ามาทำงานในการดูแลสุขภาพของประชาชนด้วยความเต็มใจ ดังนั้นเมื่อมีสถานการณ์แพร่ระบาดของโรคติดเชื้อโควิด-19 เกิดขึ้น อสม. จะช่วยเหลืออย่างเต็มที่ ทั้งนี้เป็นการสะท้อนถึงเจตคติที่ดีในการปฏิบัติงาน สอดคล้องกับการศึกษาของ ธัชชา ทวยจด และคณะ (2565) พบว่า ความรู้เกี่ยวกับโรคและเจตคติในการป้องกันโรคติดเชื้อโควิด-19 มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อโควิด-19 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 ซึ่งการมีเจตคติที่ดีของ อสม. จะช่วยทำให้ อสม. ไม่ท้อแท้กับปัญหาได้ง่าย อีกทั้ง อสม. ยังเป็นผู้ที่มีความรู้เบื้องต้นในการดูแลสุขภาพจิต หากมีปัญหาระหว่างหรือเรื่องไม่สบายใจ อสม. จะปรึกษากันในที่ทำงาน และปรึกษากับเจ้าหน้าที่สาธารณสุขระดับสูง เพื่อมีวิธีการในการสังเกตตนเองและมีวิธีการไม่ให้เกิดภาวะซึมเศร้าได้ ความสัมพันธ์ระหว่างความเครียดกับภาวะซึมเศร้าของ อสม. ที่ปฏิบัติงานในสถานการณ์แพร่ระบาดของเชื้อโควิด-19

ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างความเครียดกับภาวะซึมเศร้าของ อสม. ที่ปฏิบัติงานในสถานการณ์โรคติดเชื้อโควิด-19 พบว่าระดับความเครียดมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำกับระดับภาวะซึมเศร้า สามารถอภิปรายผลได้ว่าหาก อสม. มีความเครียดจะเกิดภาวะซึมเศร้าได้ เพราะความเครียด

เป็นภาวะของอารมณ์ ความรู้สึก ที่ถูกบีบคั้น กดดัน ทำให้มีอาการแสดงที่ต่างกัน ซึ่งหากปล่อยให้เกิดความเครียดเรื้อรัง หากทางระบายออกไม่ได้หรือเครียดบ่อย ๆ กลายเป็นความทุกข์ทรมาน จนส่งผลกระทบต่อการใช้ชีวิตประจำวัน อาจพัฒนาเป็นโรคซึมเศร้า (Depressive disorder) โรคทางจิตเวช หรือส่งผลเสียต่อร่างกายและจิตใจระยะยาว (Martin, 2017; Cooper, 2021) และส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของ อสม. ได้สอดคล้องกับการศึกษาของปิยวัตร ตุงคโสภณ และคณะ (2565) ที่พบว่า ความเครียดและภาวะซึมเศร้า มีอิทธิพลต่อระดับคุณภาพชีวิตอย่างมาก ดังนั้นในการปฏิบัติงานของ อสม. ในช่วงที่มีการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อโควิด-19 ผู้บริหารระดับสูงควรมีการจัดการทางด้านการดูแลสุขภาพจิตแก่บุคลากร มีการประเมินความเครียด และส่งเสริมให้มีวิธีการจัดการอย่างเหมาะสมเพื่อป้องกันไม่ให้เกิดความเครียดเรื้อรังจนก่อให้เกิดภาวะซึมเศร้าเกิดขึ้นต่อไปได้ (อุไรวรรณ บุญส่ง และคณะ, 2564)

สรุปผลการวิจัย

ระหว่างที่มีการระบาดของโรคติดเชื้อโควิด-19 อสม. ที่ปฏิบัติงานในจังหวัดแห่งหนึ่ง ส่วนมากมีความเครียดอยู่ในระดับปานกลางและไม่มีภาวะซึมเศร้า และพบว่าภาวะเครียดและภาวะซึมเศร้ามีความสัมพันธ์กันในทิศทางเดียวกัน แสดงว่าผู้ที่มีความเครียดสูงจะเกิดภาวะซึมเศร้าได้สูงเช่นกัน

ข้อเสนอแนะ

บุคลากรของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่รับผิดชอบดูแลการปฏิบัติงานของ อสม. ขณะที่มีการระบาดของโรคหรือภาวะวิกฤตด้านสาธารณสุขอื่น ๆ ควรเฝ้าระวัง ประเมิน และค้นหา อสม. ที่อาจเกิดภาวะเครียดหรือซึมเศร้าขณะปฏิบัติงาน ให้การดูแลช่วยเหลืออย่างเหมาะสม

เอกสารอ้างอิง

- กรมสุขภาพจิต. (2563). ความสุขของคนไทยในช่วงการระบาดของไวรัสโควิด-19. <https://kku.world/0az1m>
- กิตติพร เนาวิสุวรรณ, นกษา สิงห์วีรธรรม, และนวพร คำแสงสวัสดิ์. (2563). ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ความรุนแรงของโรคต่อบทบาทการดำเนินงานควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในชุมชนของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ในประเทศไทย. *วารสารสถาบันบำราศนราดูร*, 14(2), 92–103.
- ธนากร สารคำ. (2564). ประสิทธิภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการติดตามผู้สัมผัสโรคในชุมชนระหว่างช่วงการระบาดทั่วของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019. *วารสารระบบบริการปฐมภูมิและเวชศาสตร์ครอบครัว*, 4(2), 70–79.
- รัชชา ทวยจด, เอมอัชฌา วัฒนบุรานนท์, สาวิตรี วิษณุโยธิน, และเสาวนีย์ ทองนพคุณ. (2565). ความรู้เจตคติ และพฤติกรรมกรรมการป้องกันและควบคุมโรคโควิด-19 ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) จังหวัดจันทบุรี. *วารสารสาธารณสุข มหาวิทยาลัยบูรพา*, 17(2), 42–55.

- ธานีทร ศิลปีจารุ. (2560). *การวิจัยและวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติด้วย Spss และ Amos* (พิมพ์ครั้งที่ 17). บิสซิเนสอาร์แอนด์ดี.
- นฤนันท์ วุฒิสินธุ์, กาญจนา คำคำ, และลลิตภัทร สุขเสื่อ. (2564). ความวิตกกังวลและความซึมเศร้าระหว่างสถานการณ์การระบาดของโควิด 19 ในประชากรไทยและเทคนิคการผ่อนคลาย. *วารสารการพัฒนารวมชนและคุณภาพชีวิต*, 9(3), 422–432.
- ปิยวัตร ตุงคโสภณ, พิทยา ธรรมวงศา, และฐนกร คำหารพล. (2565). การเฝ้าระวัง ป้องกัน และควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ภาวะสุขภาพจิตและคุณภาพชีวิตของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ในเขตสุขภาพที่ 8 ประเทศไทย. *วารสารสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น*, 4(2), 193–207.
- พันธุ์นภา กิตติรัตนไพบูลย์, และมธุริน คำวงศ์ปิ่น. (2548). ความตรงของเครื่องมือวินิจฉัยโรคทางจิตเวช Mini International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I.) ฉบับภาษาไทย. *วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย*, 13(3), 125-135.
- เพียรดี เปี่ยมมงคล. (2553). *การพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต*. ธรรมสาร.
- มณฑิรา ชาญณรงค์. (2565). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับอาการหลงเหลืออยู่หลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลของผู้ติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019. *วารสารสุขภาพและการศึกษาพยาบาล*, 28(1), e257651.
- ยงยุทธ วงศ์ภิรมย์ศานติ์. (2563). การดำเนินงานสุขภาพจิตภายใต้วิกฤตโควิด 19 ของประเทศไทย. *วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย*, 28(4), 280–291.
- เยาวลักษณ์ ชาวบ้านโพธิ์. (2564). บทบาทของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการป้องกันการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนาสายพันธุ์ใหม่ 2019 อำเภอพระประแดง จังหวัดสมุทรปราการ. *วารสารรัฐประศาสนศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏสวนสุนันทา*, 4(1), 44–58.
- ระบบสารสนเทศงานสุขภาพภาคประชาชน กองสนับสนุนสุขภาพภาคประชาชน. (2564). *รายงานตารางอสม. จำแนกตามเพศและ ตำบล / อำเภอ*. <https://www.thaiphc.net/phc/phcadmin/administrator/Report/OSMRP00001.php>
- ระเบียบกระทรวงสาธารณสุขว่าด้วยอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน พ.ศ. 2554. (2554, 20 มีนาคม). *ราชกิจจานุเบกษา*. เล่มที่ 128 ตอนพิเศษ 33 ง, หน้า 1–10.
- ปริตตา หวังเกียรติ. (2563, 28 เมษายน). “4 wave” ระบบสาธารณสุขไทย กับผลกระทบระยะยาวจาก “โควิด-19”. <https://www.hfocus.org/content/2020/04/19160>
- วิทยา ชินบุตร, และนภัทร ภักดีสรวิชญ์. (2564). บทบาทของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ในการป้องกันการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ตามนโยบายรัฐบาล อำเภอเมืองสุพรรณบุรี จังหวัดสุพรรณบุรี. *วารสารสังคมศาสตร์และมนุษยวิทยาเชิงพุทธ*, 6(2), 304–318.

- สมตระกูล ราศิริ, สุชาดา อินทรกำแหง ณ ราชสีมา, และชิตีรัตน์ ราศิริ. (2564). บทบาทของอาสาสมัคร
สาธารณสุขไทย. *วารสารวิจัยและพัฒนาด้านสุขภาพ*, 7(2), 80–97.
- สวรรยา วิวัฒน์ถาวร, และณัฏฐพงษ์ กุลสิทธิจินดา. (2563). ความเครียดและภาวะซึมเศร้าในแพทย์ฝึกหัด
โรงพยาบาลตำรวจ. *วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย*, 65(4), 373–384.
- สุวัฒน์ มหัตนรินทร์กุล, วิระวรรณ ตันติพิวัฒนสกุล, วนิดา พุ่มไพศาลชัย, กรองจิตต์ วงศ์สุวรรณ, และ
ราณี พรมานะจิรังกุล. (2540). *เปรียบเทียบแบบวัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกชุด
100 ตัวชี้วัด และ 26 ตัวชี้วัด*. โรงพยาบาลสวนปรุง.
- อุไรวรรณ บุญส่ง, ปราโมทย์ ทองสุข, และประภาพร ชูกำเหนิด. (2564). การจัดการภาวะวิกฤติใน
สถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อโควิด 19 ของผู้บริหารการพยาบาลระดับต้น โรงพยาบาล
ชุมชน 5 จังหวัดชายแดนใต้. *วารสารสุขภาพและการศึกษาพยาบาล*, 27(2), 137–149.
- เอกลักษณ์ แสงศิริรักษ์, และสิรินรัตน์ แสงศิริลักษณ์. (2563). ความเครียดและอารมณ์เศร้าของบุคลากร
ทางการแพทย์ในช่วงการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019. *วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่ง
ประเทศไทย*, 65(4), 400–408.
- Cooper, J. (2021, 12 July). *Stress and Depression*. <https://www.webmd.com/depression/features/stress-depression>
- Du, J., Dong, L. U., Wang, T., Yuan, C., Fu, R., Zhang, L., Liu, B., Zhang, M., Yin, Y., Qin, J., Bouey, J., Zhao, M., & Li, X. (2020). Psychological symptoms among frontline healthcare workers during COVID-19 outbreak in Wuhan. *General hospital psychiatry*, 67, 144-145. <https://doi.org/10.1016%2Fj.genhosppsy.2020.03.011>
- Li, G., Miao, J., Wang, H., Xu, S., Sun, W., Fan, Y., Zhang, C., Zhu, S., Zhu, Z., & Wang, W. (2020). Psychological impact on women health workers involved in COVID-19 outbreak in Wuhan: a cross-sectional study. *Journal of Neurology, Neurosurgery & Psychiatry*, 91(8), 895-897. <http://dx.doi.org/10.1136/jnnp-2020-323134>
- Martin, E. K. (2017). *Depression*. Lundbeck.
- Sheehan, D. V., Lecrubier, Y., Sheehan, K. H., Amorim, P., Janavs, J., Weiller, E., Hergueta, T., Baker, R., & Dunbar, G. C. (1998). The Mini-International Neuropsychiatric Interview (MINI): the development and validation of a structured diagnostic psychiatric interview for DSM-IV and ICD-10. *Journal of Clinical Psychiatry*, 59(20), 22-33.

ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด-19 ของนักศึกษาพยาบาล วิทยาลัยพยาบาลแห่งหนึ่ง

ทยาวิวี จันทรวินวัฒน์, พย.ม.*

แสงนภา บารมี, พย.ม.¹

(วันที่ส่งบทความ: 5 มกราคม 2566; วันที่แก้ไข: 21 สิงหาคม 2566; วันที่ตอบรับ: 27 สิงหาคม 2566)

บทคัดย่อ

การระบาดของโรคโควิด-19 ในนักศึกษาพยาบาลมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น พฤติกรรมการป้องกันโรคจึงมีความสำคัญเป็นอย่างยิ่ง การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด-19 ของนักศึกษาพยาบาล กลุ่มตัวอย่าง คือนักศึกษาพยาบาลศาสตรบัณฑิต จำนวน 110 คน ได้จากการสุ่มแบบชั้นภูมิ เครื่องมือการวิจัยเป็นแบบสอบถาม ประกอบด้วย ข้อมูลส่วนบุคคล ความรู้ ความเชื่อ ทักษะ และพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด-19 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน และสถิติถดถอยพหุคูณ ผลการศึกษา พบว่า 1) กลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยความรู้ ความเชื่อ ทักษะ และพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด-19 อยู่ในระดับสูง และ 2) ความรู้ ความเชื่อ และทักษะ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด-19 ($r(108) = .476, .339, .586, p < .01$ ตามลำดับ) และสามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด-19 ได้ร้อยละ 42 ($R^2 = 0.42, F(3, 106) = 20.59, p < .05$) โดยปัจจัยที่มีอิทธิพลมากที่สุด ได้แก่ ความเชื่อ ($Beta = 0.41$) รองลงมา คือ ความรู้ ($Beta = 0.26$) และทักษะ ($Beta = 0.16$) ตามลำดับ ดังนั้นการส่งเสริมพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด-19 ควรมุ่งเน้นการเสริมสร้างความรู้ ความเชื่อ ทักษะ ในการปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด-19 เพื่อป้องกันและลดการแพร่กระจายของเชื้อโควิด-19

คำสำคัญ: พฤติกรรมการป้องกัน, โรคโควิด-19, นักศึกษาพยาบาล

¹อาจารย์, วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครราชสีมา คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข

* ผู้ประพันธ์บทความ: ทยาวิวี จันทรวินวัฒน์, อีเมล: tayawee@knc.ac.th

Factors Predicting COVID-19 Preventive Behaviors Among Nursing Students in a Nursing College

Tayawee Juntarawiwat, M.N.S.¹ *

Sangnapa Baramee, M.N.S.¹

(Received: January 5th, 2023; Revised: August 21st, 2023; Accepted: August 27th, 2023)

Abstract

The COVID-19 pandemic has had a significant impact on nursing students and it is crucial for them to engage in preventive behaviors to mitigate the spread of the virus. This study aimed to investigate the factors influencing nursing students' COVID-19 prevention behavior. The study included 110 nursing students from different academic years who were selected through stratified random sampling. Data were collected using self-reported questionnaires consisting of a demographic questionnaire and measures of knowledge, beliefs, attitudes, and preventive behaviors related to COVID-19. Data were analyzed using descriptive statistics, Pearson's product moment correlations, and multiple linear regressions. The findings of the study revealed that nursing students had a high level of knowledge about COVID-19, as well as positive attitudes and beliefs towards preventive behaviors. The average scores for knowledge, attitudes, beliefs, and preventive behaviors were all in the high range. Furthermore, there were significant positive correlations between knowledge, beliefs, and attitudes, and preventive behaviors ($r(108) = .476, .339, .586, p < .01$ respectively), indicating that these factors were interrelated. Multiple linear regression analysis was conducted to determine the predictive power of knowledge, beliefs, and attitudes on nursing students' preventive behaviors. The results showed that these factors collectively accounted for 42.00% of the variance in preventive behaviors ($R^2 = 0.42, F(3, 106) = 20.59, p < .05$). Beliefs emerged as the most influential variable ($Beta = 0.41$), followed by knowledge ($Beta = 0.26$) and attitudes ($Beta = 0.16$). In conclusion, this study highlights the importance of beliefs, knowledge, and attitudes in promoting nursing students' preventive behaviors related to COVID-19. Therefore, health promotion efforts should focus on providing accurate knowledge and fostering positive beliefs and attitudes to enhance preventive behaviors in order to slow and prevent the spread of COVID-19 among nursing students.

Keywords: preventive behaviors, COVID-19, nursing students

¹ Registered Nurse, Professional Level, Boromarajonani College of Nursing, Nakhonratchasima, Faculty of Nursing, Praboromarajchanok Institute, Ministry of Public Health

* Corresponding author: Tayawee Juntarawiwat, E-mail: tayawee@knc.ac.th

บทนำ

โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 หรือโรคโควิด-19 (Coronavirus disease 2019 หรือ COVID-19) มีการแพร่ระบาดในหลายประเทศทั่วโลก ซึ่งเริ่มต้นที่ตลาดอาหารทะเลแห่งหนาน เมืองอู่ฮั่น มณฑลหูเป่ย์ ประเทศสาธารณรัฐประชาชนจีน ตั้งแต่วันที่ 30 ธันวาคม 2562 องค์การอนามัยโลก (World Health Organization [WHO]) ประกาศให้การระบาดของโรคโควิด-19 เป็นภาวะฉุกเฉินด้านสาธารณสุขระหว่างประเทศ (Public Health Emergency of International Concern [PHEIC]) ที่ต้องเร่งดำเนินการเพื่อป้องกันควบคุมโรคจากภัยสุขภาพที่เกิดขึ้น (กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข, 2563) และได้ประกาศเป็นโรคติดต่อที่ต้องเฝ้าระวังเมื่อวันที่ 1 ตุลาคม 2565 จากสถานการณ์การแพร่ระบาดไปทั่วโลก (ข้อมูลวันที่ 26 ธันวาคม 2565) พบผู้ติดเชื้อสะสมจำนวน 654,710,036 ราย ผู้เสียชีวิตจำนวน 6,672,237 ราย (กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข, 2565) สำหรับประเทศไทยมีการแพร่ระบาดถึงระลอกที่ 6 ยอดผู้ติดเชื้อสะสมจำนวน 4,681,309 ราย เสียชีวิตจำนวน 32,764 ราย และในพื้นที่จังหวัดนครราชสีมา มีผู้ป่วยและผู้เสียชีวิตเพิ่มขึ้น ยอดผู้ติดเชื้อสะสมจำนวน 214,071 ราย และเสียชีวิตสะสมจำนวน 353 ราย นอกจากนี้พบรายงานการฉีดวัคซีนเข็มกระตุ้นยังมีจำนวนน้อยเพียงร้อยละ 32.87 (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา, 2565) สะท้อนให้เห็นถึงโรคโควิด-19 มีการแพร่กระจายทั้งในประเทศและจังหวัดนครราชสีมาอย่างรวดเร็ว ส่งผลต่อประชาชนต้องปรับตัวในการดำเนินชีวิตวิถีใหม่เพื่อให้ปลอดภัยจากโรคโควิด-19 โดยการเว้นระยะห่างทางสังคม เรียนหรือทำงานที่บ้าน สวมหน้ากากอนามัยเมื่อออกจากบ้าน ล้างมือบ่อยๆ รวมถึงการฉีดวัคซีนป้องกันโรคโควิด-19 เป็นต้น

สาเหตุการแพร่กระจายของโรคโควิด-19 อย่างรวดเร็วเนื่องจากไวรัสมีการเปลี่ยนแปลงพันธุกรรม และกลายพันธุ์จากเดิมตลอดเวลา พบสายพันธุ์อัลฟา (Alpha) เบต้า (Beta) แกมมา (Gamma) เดลต้า (Delta) และโอมิครอน (Omicron) ซึ่งเป็นสายพันธุ์หลักของการระบาดทั่วโลก และประเทศไทยพบการระบาดโอมิครอน BA.2 มากที่สุดร้อยละ 53.79 รองลงมา โอมิครอน BA.4/BA.5 ร้อยละ 45.71 และ BA.1 ร้อยละ 0.51 โดยเฉพาะสายพันธุ์ BA.4 BA.5 สามารถแบ่งตัวได้ดีในเซลล์ปอด ทำลายปอด มีอาการปวดอวัยวะง่ายขึ้น แพร่ระบาดได้ง่ายและเร็วขึ้นกว่าเดิม และหลบเลี่ยงภูมิคุ้มกันได้ดีมากขึ้น ผู้ที่เคยติดเชื้อหรือมีการฉีดวัคซีนมาแล้วก็ติดเชื้อซ้ำได้ (กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข, 2565) และอีกสาเหตุที่สำคัญมาจากพฤติกรรมเสี่ยงที่ไม่ถูกต้องของประชาชน ไม่ปฏิบัติตามมาตรการคำแนะนำในการควบคุมและป้องกันการแพร่กระจายเชื้อโรคโควิด-19 ส่งผลทำให้พบผู้ติดเชื้อเพิ่มมากขึ้นทุกวัน ผลกระทบทางด้านจิตใจ พบปัญหาสุขภาพจิตและจิตเวชเพิ่มมากขึ้น จากการวิจัยการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ (Systematic review) ในกลุ่มประชาชนทั่วไปมีอาการวิตกกังวลร้อยละ 6.33 -50.90 ภาวะซึมเศร้า ร้อยละ 14.60 - 48.30 โรคเครียดหลังประสบเหตุการณ์ร้ายแรงร้อยละ 7.00- 53.80 ความทุกข์ทางจิตใจ ร้อยละ 34.43 – 38.00 และความเครียดร้อยละ 8.10 - 81.90 (Xiong et al., 2020) ผลกระทบทางสังคมและเศรษฐกิจ พบรายได้ลดลง คนตกงานว่างงานมากขึ้น ส่งผลกระทบเป็นลูกโซ่ต่อคุณภาพชีวิต การเข้าถึงการศึกษา และบริการสาธารณสุขลดลง (สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ กองโรคไม่ติดต่อ

กรมควบคุมโรค, 2564) สะท้อนถึงการหยุดชะงักทุกๆ มิติในการดำเนินชีวิตเป็นอย่างมาก

ผลกระทบทางการศึกษา ในกลุ่มเด็กและเยาวชน เป็นกลุ่มเปราะบางที่ได้รับผลกระทบมากที่สุดกลุ่มหนึ่ง พบการสูญเสียการเรียนรู้ทั้งในรูปแบบนามธรรมและรูปธรรม ยิ่งจะทำให้พัฒนาการของเด็กช้ามากขึ้น เกิดความเหลื่อมล้ำทางการศึกษา สำหรับนักศึกษาพยาบาลเป็นกลุ่มที่ได้รับผลกระทบมากเช่นกัน จากการจัดการเรียนการสอนถูกปรับเปลี่ยนมาเป็นรูปแบบออนไลน์ เนื่องจากมีการเรียนการสอนทั้งภาคทฤษฎีและภาคปฏิบัติ ทำให้เกิดช่องว่างของการเรียนการสอน การเข้าถึงการเรียนรู้ที่ไม่เท่ากัน การขาดสิ่งอำนวยความสะดวกสำหรับการเรียนออนไลน์ การฝึกปฏิบัติต้องหยุดชะงักหรือถูกเลื่อนออกไปอย่างไม่มีกำหนด ทำให้การผลิตพยาบาลสู่โรงพยาบาลล่าช้ากว่ากำหนด เกิดการหยุดชะงักต่อการพัฒนาวิชาชีพ (Ilankoon et al., 2020) นอกจากนี้ยังพบว่านักศึกษาพยาบาลมีความเครียดเกี่ยวกับโรคโควิดอยู่ในระดับปานกลาง (Aslan, & Pekince, 2021) และมีความวิตกกังวลอยู่ในระดับปานกลาง (มาลีวิฑ์ เลิศสาครศิริ และรัตน พิงเสมา, 2564) จะเห็นได้ว่านักศึกษาพยาบาลเป็นกลุ่มหนึ่งที่ต้องปรับเปลี่ยนรูปแบบการดำเนินชีวิตและการเรียนเป็นอย่างมาก

จากการศึกษาพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด-19 ของนักศึกษาพยาบาล พบว่า โดยรวมอยู่ในระดับดีมาก และมีความสัมพันธ์กับความรู้ (รังสฤษฎ์ แวดือราแม และคณะ, 2564; Albaqawi et al., 2020; Yuan et al., 2020) ทักษะคิด (Yuan et al., 2020) การสนับสนุนจากครอบครัว การได้รับข่าวสารจากสื่อ เพศ อายุ และระดับการศึกษา (Albaqawi et al., 2020) ในส่วนการศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมป้องกันโรคโควิด-19 ของนักศึกษาพยาบาลในต่างประเทศ พบว่า ปัจจัยเกี่ยวกับเพศ อายุ ศาสนา ภาวะสุขภาพ การรับประทานอาหารเช้า การเคลื่อนไหวร่างกาย ความรู้เกี่ยวกับโรคโควิด-19 การรับรู้ความเสี่ยงต่อการเกิดโรค การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้ประโยชน์ของการรักษาและป้องกันโรค การรับรู้อุปสรรค สิ่งชักนำให้เกิดการปฏิบัติ และการรับรู้ความสามารถของตนเอง สามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมป้องกันโรคโควิด-19 ได้ถึง 58.10% (Tsai et al., 2021) สำหรับประเทศไทยยังไม่พบการศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมป้องกันโรคโควิด-19 ในนักศึกษาพยาบาล

สถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 ของนักศึกษาพยาบาล วิทยาลัยพยาบาลแห่งหนึ่งในเขตจังหวัดนครราชสีมา พบว่า มีนักศึกษาและบุคลากรติดเชื้อโควิด-19 คิดเป็นร้อยละ 78.43 (กิจการนักศึกษาและทะนุบำรุงศิลปวัฒนธรรม, 2565) ซึ่งนักศึกษาพยาบาลเป็นกลุ่มที่อาศัยอยู่รวมกันภายในหอพักจำนวนมาก และการฝึกภาคปฏิบัติต้องสัมผัสใกล้ชิดกับผู้ป่วยจริงในโรงพยาบาล จึงมีความเสี่ยงสูงที่จะสามารถแพร่กระจายเชื้อได้ ซึ่งมาตรการการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อของทางสถาบันที่ผ่านมาได้ยึดหลัก DMHTT (D [Distancing] คือ การเว้นระยะห่างกับคนอื่นอย่างน้อย 1-2 เมตร; M [Mask Wearing] คือ การสวมหน้ากากผ้า หรือหน้ากากอนามัย; H [Hand Washing] คือ การหมั่นล้างมือบ่อยๆ ทั้งน้ำสบู่ และเจลแอลกอฮอล์ฆ่าเชื้อ; T [Testing] คือ ตรวจวัดอุณหภูมิร่างกายสม่ำเสมอ ทั้งก่อนเข้าทำงาน รับประทานอาหาร และหากทราบว่ามิประวัติไปพื้นที่เสี่ยง ควรเข้ารับการตรวจโควิด-19; T [Thai Cha na] คือ การสแกนแอปไทยชนะทุกครั้งที่เดินทางไปสถานที่ต่างๆ และโหลดแอปหมอชนะพร้อม ลงทะเบียนหากทำได้เพื่อ

ให้ทราบความเสี่ยงติดโรคของตนเอง หากมี SMS แจ้งเตือนว่ามีประวัติไปที่เกี่ยวข้องจะได้กักตัว หรือตรวจโควิด-19 ได้อย่างรวดเร็ว ตามมาตรฐานของกระทรวงสาธารณสุขอย่างเคร่งครัด (วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครราชสีมา, 2565) ดังนั้น ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการป้องกันโควิด-19 ของนักศึกษาพยาบาลเพื่อนำมาใช้เป็นแนวทางในการวางแผนเฝ้าระวัง การป้องกัน และการควบคุมโรคโควิด-19 ของนักศึกษาพยาบาลต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

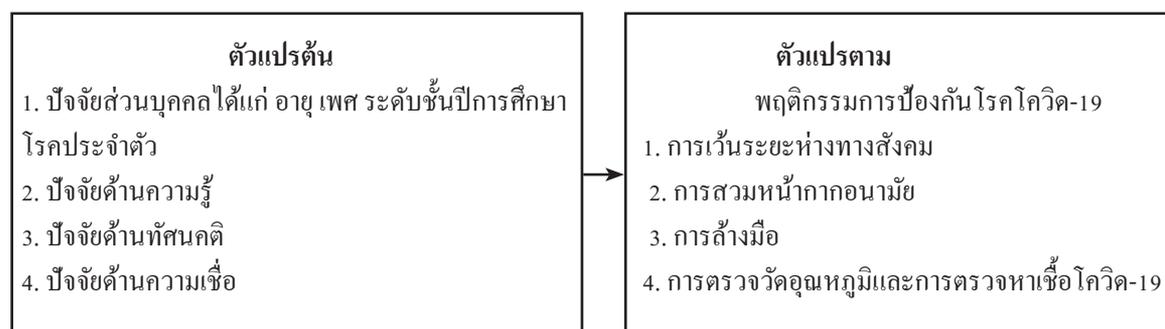
1. เพื่อศึกษาระดับความรู้ ทักษะคติ ความเชื่อ และพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด-19 ของนักศึกษาพยาบาล
2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างระหว่างข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ อายุ เพศ ระดับชั้นปีการศึกษา โรคประจำตัว กับพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด-19 ของนักศึกษาพยาบาล และปัจจัยด้านความรู้ ทักษะคติ ความเชื่อ กับพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด-19 ของนักศึกษาพยาบาล
3. เพื่อศึกษาปัจจัยทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด-19 ของนักศึกษาพยาบาล

สมมติฐานการวิจัย

1. ข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ อายุ เพศ ระดับชั้นปีการศึกษา โรคประจำตัว ความรู้ ทักษะคติ ความเชื่อ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด-19 ของนักศึกษาพยาบาล
2. ข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ อายุ เพศ ระดับชั้นปีการศึกษา โรคประจำตัว ความรู้ ทักษะคติ ความเชื่อ สามารถทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด-19 ของนักศึกษาพยาบาล

กรอบแนวคิดการวิจัย

ผู้วิจัยได้ทบทวนแนวคิดทฤษฎีและเอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ได้นำแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model [HBM]) ของ Becker (1974) มาประยุกต์ในการวิจัยครั้งนี้ ประกอบด้วย ปัจจัยความเชื่อของบุคคลต่อการรับรู้ ปัจจัยร่วม เช่น อายุ ระดับการศึกษา ความรู้เรื่องโรค การเจ็บป่วย และทัศนคติที่จะนำไปสู่การมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด-19 ของนักศึกษาพยาบาล



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาเชิงทำนาย (Predictive Research) ระยะเวลาศึกษาตั้งแต่เดือนมิถุนายน ถึง เดือน สิงหาคม พ.ศ. 2565

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ นักศึกษาพยาบาลศาสตรบัณฑิต ชั้นปีที่ 1-4 ประจำปีการศึกษา 2565 วิทยาลัยพยาบาลแห่งหนึ่ง ในเขตจังหวัดนครราชสีมา จำนวน 614 คน

กลุ่มตัวอย่าง กำหนดขนาด โดยใช้ Power analysis จากโปรแกรม G*power กำหนดค่าขนาดอิทธิพล (effect size [f]) ได้จากการคำนวณการวิจัยในอดีตที่คล้ายคลึงกับวิจัยที่ศึกษา (นภาพรรณ วิริยะศิริกุล และเบจวรรณ ถนอมชยธวัช, 2564) ได้เท่ากับ 0.174 ความน่าจะเป็นของความคลาดเคลื่อนในการทดสอบประเภทที่หนึ่ง (α) เท่ากับ .05 อำนาจการทดสอบ (power of test หรือ $(1-\beta)$) เท่ากับ .90 ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้น 101 ราย เพื่อป้องกันความเสี่ยงจากการสูญหายระหว่างการเก็บข้อมูล (Drop out) จึงเพิ่มขนาดกลุ่มตัวอย่างอีกร้อยละ 10 ได้กลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้น จำนวน 110 คน การเลือกกลุ่มตัวอย่างจากประชากรแบบแบ่งชั้นภูมิ (stratified random sampling) ตามชั้นปี โดยชั้นปีที่ 1 จำนวน 27 คน ชั้นปีที่ 2 จำนวน 25 คน ชั้นปีที่ 3 จำนวน 25 คน ชั้นปีที่ 4 จำนวน 33 คน แล้วสุ่มตัวอย่างแต่ละชั้นด้วยวิธีการสุ่มอย่างง่าย (Simple random sampling)

ผู้วิจัยเลือกกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์การคัดเลือกเข้า (Inclusion criteria) ได้แก่ เป็นนักศึกษาพยาบาลพยาบาลศาสตรบัณฑิต ชั้นปีที่ 1-4 ประจำปีการศึกษา 2565 จากสถาบันวิทยาลัยพยาบาลแห่งหนึ่ง ในเขตจังหวัดนครราชสีมา ลงทะเบียนเรียนระหว่างวันที่ 27 มิถุนายน 2565 – 19 มิถุนายน 2566 อายุ 18 ปีขึ้นไป และสมัครใจยินยอมเข้าร่วมการวิจัย เกณฑ์การคัดออกจากการศึกษา (Exclusion criteria) ได้แก่ ผู้ที่ลาออก เจ็บป่วย

การพิทักษ์สิทธิผู้ให้ข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้ได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครราชสีมา ตามเอกสารรับรองเลขที่ COA No.01/2565 วันที่รับรอง 24 กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2565 - 23 กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2566 ผู้วิจัยได้ทำการพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่างโดยการชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย ขั้นตอนการวิจัย ระยะเวลาในการวิจัย และประโยชน์ที่ผู้เข้าร่วมกลุ่มจะได้รับจากการวิจัยในครั้งนี้ รวมทั้งการเก็บรักษาความลับ ไม่เปิดเผยข้อมูลใด ๆ การเก็บรวบรวมข้อมูล เพื่อนำมาวิเคราะห์และสรุปผลการศึกษาในภาพรวมใช้ประโยชน์ในทางวิชาการเท่านั้น ไม่มีการระบุชื่อกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยสอบถามความสมัครใจยินยอมหรือปฏิเสธที่จะเข้าร่วมกลุ่มการศึกษาโดยไม่มีผลใด ๆ ทั้งนี้ผู้ช่วยวิจัยจะเป็นผู้ติดต่อโดยตรงกับกลุ่มตัวอย่าง

เครื่องมือที่ใช้ในงานวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในงานวิจัยนี้เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างจากการทบทวนวรรณกรรมและแนวคิดของ Becker (1974) มีทั้งหมด 3 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล จำนวน 4 ข้อ ลักษณะคำถามเป็นแบบเลือกตอบและเติมคำ ได้แก่ อายุ เพศ ระดับชั้นปีการศึกษา โรคประจำตัว

ส่วนที่ 2 ปัจจัยทำนายพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคโควิด-19 ของนักศึกษาพยาบาล ประกอบด้วย ปัจจัย 3 ด้าน จำนวน 30 ข้อ ได้แก่

1) ด้านความรู้ จำนวน 10 ข้อ ลักษณะเป็นข้อคำถามให้เลือกตอบถูกหรือผิด หากตอบคำถาม ถูกต้องได้ 1 คะแนน ตอบผิดได้ 0 คะแนน เกณฑ์การแปลผล แบ่งเป็น 3 ระดับ (Bloom, 1986) ได้แก่ ระดับต่ำ (คะแนนน้อยกว่าร้อยละ 60) ระดับปานกลาง (คะแนนร้อยละ 60-79) ระดับสูง (คะแนนร้อยละ 80 ขึ้นไป)

2) ด้านความเชื่อ จำนวน 10 ข้อ ลักษณะคำถามเชิงบวกจำนวน 5 ข้อ เชิงลบจำนวน 5 ข้อ เป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) 5 ระดับ คือ เห็นด้วยมากที่สุด เห็นด้วยมาก เห็นด้วยปานกลาง เห็นด้วยน้อย และเห็นด้วยน้อยที่สุด เกณฑ์การแปลผล แบ่งเป็น 3 ระดับ (Best, 1977) ได้แก่ ระดับน้อยเท่ากับ 1.00-2.33 ระดับปานกลางเท่ากับ 2.34-3.67 ระดับมากเท่ากับ 3.68-5.00

3) ด้านทัศนคติ จำนวน 10 ข้อ ลักษณะคำถามเชิงบวก เป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) 5 ระดับ คือ เห็นด้วยมากที่สุด เห็นด้วยมาก เห็นด้วยปานกลาง เห็นด้วยน้อย และเห็นด้วยน้อยที่สุด เกณฑ์การแปลผล แบ่งเป็น 3 ระดับ (Best, 1977) ได้แก่ ระดับน้อยเท่ากับ 1.00-2.33 ระดับปานกลางเท่ากับ 2.34-3.67 ระดับมากเท่ากับ 3.68-5.00

ส่วนที่ 3 พฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด-19 จำนวน 10 ข้อ ลักษณะคำถามเชิงบวก เป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) 5 ระดับ คือ ปฏิบัติทุกวัน บ่อยมาก เป็นบางครั้ง นานๆ ครั้ง และไม่เคยปฏิบัติ เกณฑ์การแปลผล แบ่งเป็น 3 ระดับ (Best, 1977) ได้แก่ ระดับน้อยเท่ากับ 1.00-2.33 ระดับปานกลางเท่ากับ 2.34-3.67 ระดับมากเท่ากับ 3.68-5.00

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

ผู้วิจัยนำเครื่องมือที่ใช้ในงานวิจัยมาตรวจสอบความเที่ยงตรงและความเชื่อมั่นดังนี้

1. การหาความเที่ยงตรง (Validity) ผู้วิจัยได้มีการตรวจสอบคุณภาพของแบบสอบถามปัจจัยด้านความรู้ ด้านความเชื่อ ด้านทัศนคติ และพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด-19 ด้วยการนำไปให้ผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 3 คน ได้แก่ อาจารย์ประจำคณะพยาบาลศาสตร์สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช 2 คน และพยาบาลวิชาชีพปฏิบัติงานในโรงพยาบาลจิตเวช 1 คน ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content validity index) เพื่อหาค่าดัชนีความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับจุดประสงค์ (Index of item – objective congruence [IOC]) ได้เท่ากับ 0.67-1.00

2. การทดสอบความเชื่อมั่น (Reliability) โดยนำแบบสอบถามไปทดลองใช้ (Try out) กับนักศึกษาพยาบาลศาสตรบัณฑิต จำนวน 30 คน ที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง คำถามปัจจัยด้านความรู้ จำนวนด้วยสูตร Kuder-Richardson (KR-20) ได้ค่าความยากเท่ากับ .32 - .84 และค่าอำนาจจำแนกเท่ากับ .20 - .42 ส่วนคำถามด้านความเชื่อ ด้านทัศนคติ และพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด-19 มีค่าความเชื่อ

มันด้วยสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ได้เท่ากับ .80, .83 และ .90 ตามลำดับ

วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยดำเนินการเก็บข้อมูล เมื่อได้รับการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์แล้วดำเนินการดังนี้

1. ผู้วิจัยทำบันทึกข้อความถึงผู้อำนวยการสถานศึกษาเพื่อขอชี้แจงรายละเอียด วัตถุประสงค์ และขออนุญาตดำเนินการเก็บข้อมูล
2. เตรียมผู้ช่วยวิจัย เป็นนักศึกษาพยาบาล วิทยาลัยพยาบาลแห่งหนึ่ง ในเขตจังหวัดนครราชสีมา ชั้นปีที่ 3 จำนวน 3 คน โดยชี้แจงเกี่ยวกับรายละเอียด วัตถุประสงค์ กระบวนการวิจัย การเก็บรวบรวมข้อมูล และการแจกแบบสอบถามออนไลน์ให้กลุ่มตัวอย่าง
3. ผู้ช่วยวิจัย เข้าพบกลุ่มตัวอย่างให้คำแนะนำในการตอบแบบสอบถาม และแจกแบบสอบถามออนไลน์ผ่านสื่อออนไลน์ เช่น ไลน์ ใช้เวลาในการตอบแบบสอบถามประมาณ 30 นาที
4. ผู้ช่วยวิจัยรวบรวมข้อมูลและตรวจสอบความสมบูรณ์ของข้อมูล และผู้วิจัยนำไปวิเคราะห์ผลด้วยวิธีการทางสถิติ

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคล โดยคำนวณค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
2. วิเคราะห์ข้อมูลปัจจัยทำนายพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคโควิด-19 ของนักศึกษาพยาบาล ด้านความรู้ ทักษะ และความเชื่อ และพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคโควิด-19 ในการคำนวณค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน แล้วแปลผลค่าเฉลี่ยเทียบกับเกณฑ์
3. วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ อายุ เพศ ระดับชั้นปีการศึกษา โรคประจำตัว ด้านความรู้ ทักษะ และความเชื่อของนักศึกษาพยาบาล กับพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคโควิด-19 ด้วยสถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน จากนั้นทดสอบหาอำนาจการทำนายโดยใช้สถิติสมการถดถอยพหุคูณ
4. วิเคราะห์ปัจจัยทำนายพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคโควิด-19 ด้วยสถิติสมการถดถอยพหุคูณ

ผลการวิจัย

ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างจำนวน 110 คน ส่วนใหญ่มีอายุเฉลี่ย 20.40 ($SD = 2.17$) เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 92.70) กำลังศึกษาอยู่ชั้นปีที่ 4 (ร้อยละ 30.00) ไม่มีโรคประจำตัว (ร้อยละ 97.30)

ความรู้ ทักษะ ความเชื่อ และพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคโควิด-19 ของนักศึกษาพยาบาล

ผลการศึกษาคำถามเกี่ยวกับความรู้ ทักษะ ความเชื่อ และพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคโควิด-19 ของนักศึกษาพยาบาล ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ค่าเฉลี่ย (M) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (SD) ของระดับความรู้ ทักษะคิด ความเชื่อ และพฤติกรรม การป้องกัน โรคโควิด-19 ของนักศึกษาพยาบาล

ปัจจัย	M	SD	แปลผล
ปัจจัยด้านความรู้	9.51	0.73	ระดับสูง
ปัจจัยด้านทักษะคิด	3.80	0.70	ระดับมาก
ปัจจัยด้านความเชื่อ	3.72	0.43	ระดับมาก
พฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคโควิด-19	4.47	0.56	ระดับมาก

หมายเหตุ. $n = 110$

ความสัมพันธ์ระหว่างระหว่างข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ อายุ เพศ ระดับชั้นปีการศึกษา โรคประจำตัว ความรู้ ทักษะคิด ความเชื่อ และพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคโควิด-19 ของนักศึกษาพยาบาล

ผลการวิเคราะห์ พบว่าความรู้ มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางกับพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคโควิด-19 ของนักศึกษาพยาบาลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ($r(108) = .476, p < .01$) ทักษะคิด มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำกับพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคโควิด-19 ของนักศึกษาพยาบาลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ($r(108) = .339, p < .01$) ความเชื่อ มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางกับพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคโควิด-19 ของนักศึกษาพยาบาลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ($r(108) = .586, p < .01$) หมายความว่า ความรู้ ทักษะคิด ความเชื่อที่เพิ่มขึ้นจะมีพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคโควิด-19 เพิ่มขึ้น ส่วนปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ อายุ เพศ ระดับชั้นปีการศึกษา และโรคประจำตัว ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคโควิด-19 ของนักศึกษาพยาบาล ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สันปัจจัยที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมกรรมการป้องกัน โรคโควิด-19 ของนักศึกษาพยาบาล

ตัวแปร	1	2	3	4	5	6	7	8
1. อายุ	-							
2. เพศ	-0.127	-						
3. ระดับชั้นปีการศึกษา	0.672**	-0.132	-					
4. โรคประจำตัว	-0.101	-0.038	-0.167*	-				
5. ความรู้	-0.039	0.182*	-0.048	-0.078	-			
6. ทักษะคิด	-0.262**	-0.101*	-0.167*	0.042	0.154	-		
7. ความเชื่อ	-0.039	0.046	-0.055	0.149	0.474**	0.331**	-	
8. พฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด-19	-0.017	0.072	-0.043	-0.093	0.476**	0.339**	0.586**	1.00

หมายเหตุ. * $p < .05$, ** $p < .01$

ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด-19 ของนักศึกษาพยาบาล

การทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นของสถิติการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณ พบว่า 1) ตัวแปรอิสระมีความสัมพันธ์เชิงเส้นตรง พิจารณาจาก Normal Probability Plot มีการแจกแจงแบบปกติ มีการเรียงตัวใกล้เคียงเส้นตรง 2) ตัวแปรอิสระอยู่ในมาตราอันตรภาคชั้นขึ้นไป 3) ค่าความแปรปรวนคงที่ โดยพิจารณาจากกราฟ Scatterplot ความคลาดเคลื่อนเป็นอิสระกัน (Autocorrelation) พิจารณาค่า Durbin-Watson ได้เท่ากับ 2.09 4) ตัวทำนายไม่สัมพันธ์กันเองสูง มีค่าไม่เกิน 10 และ 5) การแจกแจงของความคลาดเคลื่อนเป็น Normality โดยใช้ Kolmogorov-Smirnov Test พบว่า มีนัยสำคัญทางสถิติมากกว่า .05

ผลการวิเคราะห์ พบว่า ปัจจัยด้านความรู้ ทักษะคิด และความเชื่อ สามารถรวมทำนายพฤติกรรม การป้องกันโรคโควิด-19 ของนักศึกษาพยาบาลได้ร้อยละ 42.00 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($R^2 = .42$, $F(3, 106) = 20.59$, $p < .05$) โดยปัจจัยที่มีอิทธิพลมากที่สุด ได้แก่ ด้านความเชื่อ ($Beta = 0.41$, $t(106) = 4.66$, $p < .01$) รองลงมา คือ ด้านความรู้ ($Beta = 0.26$, $t(106) = 3.05$, $p < .01$) และทักษะคิด ($Beta = 0.16$, $t(106) = 2.09$, $p < .05$) ตามลำดับ ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 การวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอนของปัจจัยด้านความรู้ ด้านทักษะคิด ด้านความเชื่อที่สามารถทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด-19 ของนักศึกษาพยาบาล

ตัวแปร	Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	t	p - value
	B	Std. Error	Beta		
ความรู้	0.363	0.119	0.257	3.052	.003**
ทักษะคิด	0.132	0.062	0.164	2.085	.040*
ความเชื่อ	0.539	0.116	0.411	4.664	.000**
ค่าคงที่ (Constant)	0.232	0.534		4.435	.664

หมายเหตุ. $R = 0.65$, $R^2 = 0.42$, $F = 4.346$, $p\text{-value} = .05^*p < .05$, $**p < .01$

สามารถเขียนเป็นสมการทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด-19 ของนักศึกษาพยาบาล (Z_{Behavior}) ในรูปคะแนนมาตรฐาน (Standardized score) ได้ดังนี้

$$Z_{\text{Behavior}} = 0.257 Z_{\text{Knowledge}} + 0.164 Z_{\text{Attitudes}} + 0.411 Z_{\text{Beliefs}}$$

การอภิปรายผล

จากผลการวิจัย พบว่า นักศึกษาพยาบาลมีความรู้เกี่ยวกับโรคโควิด-19 อยู่ในระดับสูง สอดคล้องกับการศึกษาของรัชชัช ยืนยาว, ไวยพร พรหมวงศ์ และกัลยารัตน์ กาดสนิท (2564) เนื่องจากการจัดการเรียนการสอนสำหรับนักศึกษาพยาบาลทั้งภาคทฤษฎี ภาคทดลอง และภาคปฏิบัติได้ฝึกให้นักศึกษาพยาบาลมีความรู้ความเข้าใจถึงหลักการและเทคนิคการป้องกันการติดเชื้อและการแพร่กระจายเชื้อโรค และการสื่อสารประชาสัมพันธ์รณรงค์ผ่านทางสื่อต่างๆทุกวัน นำไปสู่การเพิ่มความรู้ในการป้องกันโรค

โควิด-19 ได้เป็นอย่างดี ทัศนคติอยู่ในระดับมาก ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของชัชชัย ยืนยาว และคณะ (2564) พบว่านักศึกษาพยาบาลมีทัศนคติอยู่ในระดับสูง จากการที่นักศึกษามีความมั่นใจในมาตรการของรัฐบาลและกระทรวงสาธารณสุข (Albaqawi et al., 2020) สอดคล้องกับการศึกษาของ Joshi, Madhura, and Jamadar (2020) ที่ศึกษาความพึงพอใจต่อมาตรการป้องกันและควบคุมโรคโควิด-19 ของสถาบัน และมีความตระหนักในการดูแลความสะอาดของมือ สวมหน้ากากอนามัย และการควบคุม ป้องกันการติดเชื้อจากโรคโควิด-19 ตามมาตรการการป้องกันและควบคุมการแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 ความเชื่ออยู่ในระดับมาก เนื่องจากนักศึกษามีความกลัวการติดเชื้อ มีความกังวลเกี่ยวกับความเป็นอยู่ของครอบครัว และมีความตระหนักในความรับผิดชอบต่อชุมชน จึงเห็นความสำคัญในความเสี่ยงของวิชาชีพพยาบาลต่อโรคโควิด-19 Lovric Farcic, Farcic, Miksic, and vcer (2020) และพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด-19 อยู่ในระดับมาก สอดคล้องกับการศึกษาของรังสฤษฎ์ แวดือราม และคณะ (2564); Albaqawi et al. (2020); Yuan et al. (2020) อธิบายได้ว่า นักศึกษาพยาบาลส่วนใหญ่ผ่านการฝึกภาคปฏิบัติในโรงพยาบาล มีประสบการณ์การเรียนรู้ถึงความเสี่ยง เรียนรู้การพัฒนาทักษะในการป้องกันการติดเชื้อและการแพร่กระจายเชื้อโรคจากการฝึกปฏิบัติงานบนหอผู้ป่วย สอดคล้องกับรายงานการศึกษาพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อในโรงพยาบาลของนักศึกษาพยาบาลโดยรวมอยู่ในระดับสูง (นภาพรรณ วิริยะศิริกุล และเบญจวรรณ ถนอมชยธวัช, 2564) แสดงถึงพฤติกรรมการป้องกันโรคของนักศึกษาพยาบาลมีความถูกต้อง มีคุณภาพและมีมาตรฐานตามหลักป้องกันและควบคุมการติดเชื้ออย่างเหมาะสม จึงมีพฤติกรรมการใช้มาตรการป้องกันโรคโควิด-19 อย่างต่อเนื่อง

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ทางบวกและสามารถร่วมทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด-19 ของนักศึกษาพยาบาล ได้แก่ ปัจจัยด้านความเชื่อ ปัจจัยด้านความรู้ และปัจจัยด้านทัศนคติ โดยปัจจัยที่สามารถทำนายได้สูงสุด คือ ความเชื่อ สอดคล้องกับการศึกษาในนักศึกษาพยาบาลของ Tsai et al. (2021) เนื่องมาจากความเชื่อของนักศึกษาพยาบาลมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด-19 มีการรับรู้ถึงความเสี่ยงต่อการติดเชื้อจากผู้ป่วยโรคโควิด-19 หากไม่มีการป้องกันผ่านสื่อต่างๆ ที่มีการเผยแพร่อย่างมาก มีการรับรู้ถึงความรุนแรงที่จะเป็นอันตรายถึงชีวิตจากการเจ็บป่วยรวมถึงบุคคลในครอบครัว รับรู้ถึงประโยชน์ของการป้องกันโรคโควิด-19 เป็นสิ่งที่ทุกคนต้องปฏิบัติ และการรับรู้อุปสรรค ในการป้องกันโรคโควิด-19 เป็นเรื่องที่ไม่ยุ่งยากต่อการดำเนินชีวิตของนักศึกษาพยาบาล จึงส่งผลต่อพฤติกรรมลดโอกาสเสี่ยงของโรคโควิด-19 ซึ่งอธิบายโดยแนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพของ Becker (1974) เป็นทฤษฎีที่ใช้อธิบายและทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรค ซึ่งใช้ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมนั้น เชื่อว่าการที่บุคคลจะมีพฤติกรรมสุขภาพ หลีกเลี่ยงจากการเป็นโรค จะต้องมีความเชื่อหรือการรับรู้ว่ามีโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคและรับรู้ว่าการเป็นโรคนั้นมีความรุนแรงและมีผลกระทบต่อการดำรงชีวิตการปฏิบัติที่เหมาะสม จะเกิดผลดีในการลดโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคหรือช่วยลดความรุนแรงของโรค โดยไม่มีอุปสรรคต่อการปฏิบัติ

ปัจจัยด้านความรู้ สามารถทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด-19 ของนักศึกษาพยาบาล รองลงมา สอดคล้องกับงานวิจัยในต่างประเทศของ Alshdefat, Jansirani Natarajan, Baker, and Qutishat (2021) พบงานวิจัยที่สนับสนุนปัจจัยด้านความรู้มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคทั้งในประเทศและต่างประเทศ (ชวิษฐ์ ยืนยาว และคณะ, 2564; Shabadi et al., 2020; White et al., 2020) จะเห็นได้ว่าความรู้มีความเกี่ยวข้องกับพฤติกรรมนำไปสู่การจดจำและมีความเข้าใจได้ โดยนักศึกษาพยาบาลได้มีความรู้จากสื่อรณรงค์การป้องกันการแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 ของรัฐบาล กระทรวงสาธารณสุข จังหวัดนครราชสีมา รวมถึงสื่อของสถาบันการศึกษา ทั้งการดูผ่านทางตา ได้ยินได้ฟัง ทำให้นักศึกษาทราบข้อมูลเกี่ยวกับโรคโควิด-19 ในระดับดีมาก ทั้งในเรื่องการติดต่อ การแพร่กระจายเชื้อ ผลกระทบต่อร่างกายจิตใจ วิถีชีวิตใหม่ ตลอดจนการควบคุมป้องกันการแพร่กระจายเชื้อได้เป็นอย่างดี

ปัจจัยด้านทัศนคติ สามารถทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด-19 ของนักศึกษาพยาบาล เช่นกัน ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ Yuan et al. (2020) พบว่า พบว่าปัจจัยด้านทัศนคติต่อพฤติกรรม การป้องกันโรคโควิด-19 สามารถร่วมทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด-19 ของนักศึกษาพยาบาล ในประเทศจีนได้ และการศึกษาในนักศึกษาพยาบาลประเทศโอมานของ Alshdefat et al. (2021) พบว่า ทัศนคติสามารถทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด-19 ได้เช่นกัน ซึ่งจากการศึกษาพบว่า นักศึกษาพยาบาลมีทัศนคติต่อการป้องกันโรคโควิด-19 ทางบวกและโดยรวมอยู่ในระดับที่ดี เนื่องจากมาตรการ ในการดำเนินงานที่เข้มงวดเพื่อบรรเทาผลกระทบจากโควิด-19 อาจมีส่วนทำให้นักศึกษาเกิดมุมมองในแง่ดี โดยไม่มีพฤติกรรมต่อต้านแนวทางการควบคุม และป้องกันการแพร่กระจายเชื้อของโรคโควิด-19 นักศึกษาพยาบาลสามารถปฏิบัติตามอย่างเคร่งครัด สามารถอธิบายตามแนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพของ Becker (1974) ได้ว่าการได้รับคำชี้แนะแนวทางปฏิบัติ หรือข้อควรระวัง จากบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข หรืออาจารย์ บุคคลในครอบครัวหรือจากบุคคลใกล้ชิด ทำให้นักศึกษาปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การปฏิบัติตามมาได้

สรุปผลการวิจัย

ผลการศึกษาพบว่า ความรู้ ทัศนคติ และความเชื่อ มีความสัมพันธ์ทางบวก และสามารถร่วมทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด-19 ของนักศึกษาพยาบาลได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยตัวแปรที่มีอิทธิพลมากที่สุด ด้านความเชื่อ รองลงมา ด้านความรู้ และด้านทัศนคติ ตามลำดับ

ข้อเสนอแนะ

จากการศึกษา มีข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้ ดังนี้

1. ด้านการพยาบาล พยาบาลและบุคลากรทางการแพทย์ ควรให้ความสำคัญกับการป้องกันโรคโควิด-19 ของนักศึกษาพยาบาล ด้วยการส่งเสริมให้นักศึกษาพยาบาลมีความเชื่อเกิดการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเป็นโรค การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้ถึงประโยชน์ของการรักษาและป้องกันโรค

การรับรู้ต่ออุปสรรค ร่วมกับการให้ความรู้ที่ถูกต้องเกี่ยวกับโรค และการมีทัศนคติเกี่ยวกับโรคโควิด-19 สามารถส่งผลให้นักศึกษาพยาบาล มีพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด-19 อย่างถูกต้องเหมาะสม

2. ด้านการวิจัย ควรศึกษาพัฒนาโปรแกรมการส่งเสริมความเชื่อ ความรู้ และทัศนคติเกี่ยวกับโรคโควิด-19 ที่มีผลต่อมีพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด-19 ในนักศึกษาพยาบาลต่อไป

3. ด้านการศึกษาพยาบาล สถาบันการศึกษาควรจัดการเรียนการสอน โดยเพิ่มเนื้อหาความรู้เกี่ยวกับโรคโควิด-19 ที่เป็นโรคอุบัติใหม่ ประโยชน์ของการรักษาและป้องกันโรค การแพร่ระบาดของโรค โอกาสเสี่ยงที่จะติดโรคโควิด-19 การสังเกตอาการป่วยความรุนแรง รวมถึง มาตรการที่ใช้ป้องกันการแพร่ระบาดภายในสถาบันการศึกษาเพื่อให้เกิดความปลอดภัยสูงสุด

4. ด้านการวางแผนนโยบาย สถาบันการศึกษาสามารถนำผลการวิจัยไปใช้เป็นแนวทางในการวางแผนกำหนดนโยบายเพื่อเฝ้าระวัง ป้องกัน และควบคุมการแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 ของนักศึกษาพยาบาลได้ ในการสร้างความเชื่อเกี่ยวกับโรคโควิด-19 ร่วมกับการให้ความรู้ และปรับทัศนคติเกี่ยวกับโรคโควิด-19 ให้สอดคล้องกับวิถีการดำเนินชีวิตใหม่ เช่น การอยู่ร่วมกันภายในหอพักนักศึกษา การขึ้นฝึกปฏิบัติงานบนหอผู้ป่วย การเรียนการสอน เป็นต้น รวมถึงการสนับสนุนอุปกรณ์ในการป้องกันต่างๆ ต่อไป

เอกสารอ้างอิง

กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. (2565). ข้อมูลการจำแนกตามสายพันธุ์ที่เฝ้าระวังและการกลายพันธุ์ของเชื้อ. สืบค้นจาก <https://www3.dmsc.moph.go.th/post-view/1599>

กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. (2563). คู่มือการปฏิบัติงาน ทีมช่วยเหลือเยียวยาจิตใจทุกระดับ: ผู้ประสบภาวะวิกฤตในกรณีการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19). ม.ป.ท.: กรมสุขภาพจิต.

กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. (2565). สรุปสถิติทั่วโลก รายงานสถานการณ์โควิด-19 ทั่วโลก. สืบค้นจาก <https://covid19.anamai.moph.go.th/en/>

กิจการนักศึกษาและทะนุบำรุงศิลปวัฒนธรรม. (2565). รายงานสถานการณ์เกี่ยวกับ COVID-19. วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครราชสีมา.

รัชชชัย ยืนยาว, ไวยพร พรหมวงศ์, และกัลยารัตน์ คาคสนิท. (2564). ความรู้ ทัศนคติ และพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนาสายพันธุ์ใหม่ 2019 (COVID-19) ของนักศึกษาพยาบาลในเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลภาคตะวันออกเฉียงเหนือ. วารสารการแพทย์โรงพยาบาลอุดรธานี, 29(2), 204-213.

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครราชสีมา. (2565). ประกาศวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครราชสีมา เรื่อง มาตรการเฝ้าระวัง ป้องกัน และควบคุมการแพร่ระบาดของโรค COVID-19. 3 มีนาคม 2565.

นภาพรรณ วิริยะศิริกุล, และเบจวรรณ ถนอมชยชวีช. (2564). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อในโรงพยาบาลของนักศึกษาพยาบาล. วารสารเทคโนโลยีภาคใต้, 14(1), 86-96.

- มาลีวัล เลิศสาครศิริ, และรัตนา พึ่งเสมา. (2564). พฤติกรรมการเรียนของนักศึกษาพยาบาลต่อการเรียนแบบออนไลน์ช่วงสถานการณ์โควิด-19. *วารสารการพยาบาลและการศึกษา*, 14(1), 33-47.
- รังสฤษฎ์ แวดือราม, ระวี แก้วสุกใส, พรทิวา คงคุณ, อัจฉมา สุวรรณกาญจน์, และกรรณภา ไชยประสิทธิ์. (2564). ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้และการรับรู้กับพฤติกรรมการดำเนินชีวิตแบบวิถีใหม่ (New Normal) เพื่อการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของนักศึกษาพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยนราธิวาสราชนครินทร์. *วารสารเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและสาธารณสุขภาคใต้*, 8(2), 80-89.
- สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ กองโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค. (2564). *รายงานผลการทบทวนผลกระทบเชิงเศรษฐกิจและสังคมจากการระบาดของโรคโควิด-19 ในระดับโลกและในประเทศไทย*. สืบค้นจาก <https://ddc.moph.go.th/uploads/publish/1177420210915075055.pdf>
- สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา. (2565). *สถานการณ์ covid 19 จังหวัดนครราชสีมา*. สืบค้นจาก <https://www.facebook.com/photo.php?fbid=587002833216704&set=pb.100057209779498.-2207520000.&type=3>
- Albaqawi, H. M., Alquwez, N., Balay-Odao, E., Bajet, J. B., Alabdulaziz, H., Alsolami, F., Tumala, R.B., Alsharari, A.F. Tork, H.M. M., Felemban, E.M., Cruz, J. P. (2020). Nursing Students' Perceptions, Knowledge, and Preventive Behaviors Toward COVID-19: A Multi-University Study. *Frontiers in public health*, 8(1). 573390. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2020.573390>
- Alshdefat, A., Jansirani Natarajan, M. A. J., Baker, R. A., & Qutishat, M. G. (2021). Knowledge, Attitude and Practice of Nursing Students towards COVID-19 Pandemic in Oman. *International Journal of Nursing Education*, 13(1), 23.
- Aslan, H., & Pekince, H. (2021). Nursing students' views on the COVID-19 pandemic and their perceived stress levels. *Perspectives in psychiatric care*, 57(2), 695-701. <https://doi.org/10.1111/ppc.12597>
- Becker, M.H. (1974). The health belief model and preventive health behavior. *Health Education Monographs*, 2(4), 354-385. <https://doi.org/10.1177/109019817400200407>
- Best, J. W. (1977). *Research in Education*. New Jersey: Prentice Hall Inc.
- Bloom, B. S. (1986). What We Are Learning about Teaching and Learning: A Summary of Recent Research. *Principal*, 66, 6-10.
- Ilanakoon, I. M. P. S., Kisokanth, G., & Warnakulasuriya, S. S. P. (2020). COVID-19: Impact on undergraduate nursing education in Sri Lanka. *Journal of Public Health Research*, 9(1), 1-3. <https://doi.org/10.4081/jphr.2020.1916>

- Joshi, K. P., Madhura, L., & Jamadar, D. (2020). Knowledge and awareness among nursing students regarding the COVID-19: A cross sectional study. *International Journal of Community Medicine and Public Health*, 7(7), 2518-2521. <https://doi.org/10.18203/2394-6040.ijcmph20202536>
- Lovric, R., Farcic, N., Miksic, S., & Vcev, A. (2020). Studying during the COVID-19 pandemic: A qualitative inductive content analysis of nursing students' perceptions and experiences. *Education Sciences*, 10(7), 188. <https://doi.org/10.3390/educsci10070188>
- Shabadi, N., Hombaiah, C., Thomas, J., Mathews, N., Khanum, R., Shwethashree, M., & Murthy, M. (2020). Knowledge, attitude, and practices toward COVID-19 among the college students in a southern city of Karnataka. *International Journal of Health & Allied Sciences*, 9(4), 343-347. https://doi.org/10.4103/ijhas.IJHAS_58_20
- Tsai, F. J., Hu, Y. J., Chen, C. Y., Tseng, C. C., Yeh, G. L., & Cheng, J. F. (2021). Using the health belief model to explore nursing students' relationships between COVID-19 knowledge, health beliefs, cues to action, self-efficacy, and behavioral intention: A cross-sectional survey study. *Medicine*, 100(11). e25210. <https://doi.org/10.1097/MD.00000000000025210>
- White, M. S., Omer, M., & Mohammad, G. N. (2020). Knowledge, attitude and practice on prevention of airborne and droplet infections during the outbreak of corona virus among the College Students in University of Bisha, Saudi Arabia. *International Journal of Contemporary Research and Review*, 11(4), 20773-20776.
- Xiong, J., Lipsitz, O., Nasri, F., Lui, L. M., Gill, H., Phan, L., Chen-Li, D., Iacobucci, M., Ho, R., Majeed, A., & McIntyre, R. S. (2020). Impact of COVID-19 pandemic on mental health in the general population: A systematic review. *Journal of Affective Disorders*. 277, 55-64. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2020.08.001>
- Yuan, T., Liu, H., Li, X. D., & Liu, H. R. (2020). Factors affecting infection control behaviors to prevent COVID-19: An online survey of nursing students in Anhui, China in March and April 2020. *Medical Science Monitor: International Medical Journal of Experimental and Clinical Research*, 26, e925877. <https://doi.org/10.12659/2FMSM.925877>

ปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะขาดออกซิเจนของทารกแรกเกิดในสตรีตั้งครรภ์ที่มี ภาวะน้ำหนักเกินและภาวะอ้วน

บุญมี ภูค่านิ้ว, ปร.ด.^{1*}

จารุวรรณ ก้าวหน้าไกล, Ph.D.¹

สุภาพร สุภาพวีวัฒน์, พย.บ.²

(วันที่ส่งบทความ: 20 กุมภาพันธ์ 2566; วันที่แก้ไข: 10 พฤษภาคม 2566; วันที่ตอบรับ: 12 พฤษภาคม 2566)

บทคัดย่อ

ภาวะน้ำหนักเกินและภาวะอ้วนในสตรีตั้งครรภ์ เป็นปัจจัยที่ส่งผลให้เกิดภาวะขาดออกซิเจนในทารกแรกเกิด การศึกษาแบบย้อนหลังนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะขาดออกซิเจนของทารกแรกเกิดในสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะน้ำหนักเกินและภาวะอ้วน เก็บรวบรวมข้อมูลจากเวชระเบียนของสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะน้ำหนักเกินและภาวะอ้วนที่มาคลอดระหว่างวันที่ 1 มกราคม - 31 ธันวาคม 2564 ณ ห้องคลอด โรงพยาบาลประจำจังหวัดแห่งหนึ่งในภาคตะวันออกเฉียงเหนือของประเทศไทย จำนวน 673 คน วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติพรรณนา สถิติไคสแควร์ และ Fisher Exact test ผลการวิจัย พบว่า ปัจจัยด้านมารดา ได้แก่ น้ำหนักตัวก่อนการตั้งครรภ์ ($\chi^2[1, n = 673] = 7.19, p = .016$) น้ำหนักสะสมตลอดการตั้งครรภ์ ($\chi^2[3, n = 673] = 18.13, p = .001$) จำนวนครั้งของการฝากครรภ์ ($\chi^2[3, n = 671] = 19.00, p = .023$) ภาวะน้ำคร่ำแตกก่อนเจ็บครรภ์คลอด ($\chi^2[1, n = 673] = 8.05, p = .019$) อายุครรภ์เมื่อคลอด ($\chi^2[2, n = 673] = 49.32, p = .000$) การชักนำการคลอด ($\chi^2[1, n = 673] = 9.02, p = .008$) ปัจจัยด้านทารก ได้แก่ ทารกที่คลอดก่อนกำหนด ($\chi^2[1, n = 673] = 65.57, p = .000$) ทารกที่คลอดใกล้เกินกำหนด ($\chi^2[1, n = 673] = 21.00, p = .001$) และทารกแรกเกิดที่มีน้ำหนักน้อยกว่า 2,500 กรัม ($\chi^2[1, n = 673] = 50.45, p = .000$) มีความสัมพันธ์กับภาวะขาดออกซิเจนของทารกแรกเกิดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 จากผลการศึกษาพยาบาลผดุงครรภ์สามารถนำไปเป็นข้อมูลเพื่อหาแนวทางป้องกันภาวะขาดออกซิเจนของทารกแรกเกิด ตั้งแต่การประเมินปัจจัยที่เสี่ยงและลดโอกาสเกิดปัจจัยเสี่ยง โดยเฉพาะเรื่องการควบคุมน้ำหนักก่อนและตลอดการตั้งครรภ์ให้เหมาะสม รวมถึงการเตรียมพร้อมเพื่อดูแลสตรีตั้งครรภ์และทารกในครรภ์ ทั้งในระยะตั้งครรภ์และระยะคลอด ซึ่งอาจส่งผลให้อัตราการเกิดภาวะขาดออกซิเจนของทารกแรกเกิดลดลง

คำสำคัญ: ภาวะขาดออกซิเจนของทารกแรกเกิด, สตรีตั้งครรภ์, ภาวะน้ำหนักเกิน, ภาวะอ้วน

¹ ผู้ช่วยศาสตราจารย์, คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

² พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ, โรงพยาบาลมหาสารคาม จังหวัดมหาสารคาม

* ผู้ประพันธ์บทความ: บุญมี ภูค่านิ้ว, อีเมล: bphoodaangau@gmail.com

Factors Associated with Birth Asphyxia in Overweight and Obese Pregnant Women

Boonmee Phoodaangau, Ph.D.^{1*}

Jaruwan Kownaklai, Ph.D.¹

Supaporn Supathawewat, B.N.S.²

(Received: February 20th, 2023; Revised: May 10th, 2023; Accepted: May 12nd, 2023)

Abstract

Pregnant women who are overweight and obese are considered at high risk for birth asphyxia. The objective of this retrospective research was to identify the factors associated with neonatal hypoxia in overweight and obese pregnant women. Data were collected from the medical records of 673 women meeting the definition of a singleton gestation, who were overweight or obese, and who had given birth between 1 January and 31 December 2021 in the delivery room of a provincial hospital in the Northeastern region of Thailand. Analysis of the data using Chi-square and Fisher Exact tests showed that the maternal and infant factors which were associated with birth asphyxia and were statistically significant at the .05 level were: pre-pregnancy weight ($\chi^2 [1, n = 673] = 7.19, p = .016$), cumulative weight gain throughout pregnancy ($\chi^2 [3, n = 673] = 18.13, p = .001$), the number of antenatal care visits ($\chi^2 [3, n = 671] = 19.00, p = .023$), premature rupture of the amniotic sack ($\chi^2 [1, n = 673] = 8.05, p = .019$), gestational age at birth ($\chi^2 [2, n = 673] = 49.32, p = .000$), induced labor ($\chi^2 [1, n = 673] = 9.02, p = .008$), preterm infants ($\chi^2 [1, n = 673] = 65.57, p = .000$), near-term infants ($\chi^2 [1, n = 673] = 21.00, p = .001$), and neonates weighing less than 2,500 g ($\chi^2 [1, n = 673] = 50.45, p = .000$). Based on the results, we suggest that midwives may use this information to develop methods to prevent neonatal hypoxia, whether through the assessment of various risk factors or, especially, factors related to weight control before and throughout pregnancy as monitoring and promoting weight control in pregnancy may result in a lower incidence rate of birth asphyxia in this population.

Keywords: birth asphyxia, pregnant women, overweight, obesity

¹ Assistant professor, Faculty of Nursing, Mahasarakham University

² Registered Nurse, Mahasarakham Hospital, Mahasarakham province

* Corresponding author: Boonmee Phoodaangau, Email: bphoodaangau@gmail.com

บทนำ

ภาวะขาดออกซิเจนในทารกแรกเกิด หมายถึง ภาวะที่ประกอบไปด้วยเลือดขาดออกซิเจน คาร์บอนไดออกไซด์ในเลือดสูง และมีภาวะกรดจากเมตาบอลิซึม (Rainaldi & Periman, 2016) หรือจากการไม่มีการระบายอากาศที่ปอด ร่วมกับปริมาตรเลือดที่ผ่านปอดมีน้อยหรือมีไม่เพียงพอหลังจากการคลอด ส่งผลให้อวัยวะที่สำคัญขาดออกซิเจนไปหล่อเลี้ยง ทำให้เกิดการสูญเสียหน้าที่และเสื่อมสภาพของอวัยวะนั้น ๆ (สมบัติ ศักดิ์สว่างวงษ์ และสุธีร์ รัตนะมงคลกุล, 2562) ทั้งนี้ ภาวะขาดออกซิเจนในทารกแรกเกิดจะยึดตามคะแนน Apgar score ที่ 1 นาทีน้อยกว่าหรือเท่ากับ 7 และแบ่งเป็นสองระดับความรุนแรง คือ ระดับอ่อนหรือปานกลาง คือ คะแนน 4-7 และระดับรุนแรง คือ คะแนน 0-3 (World Health Organization [WHO], 2015) โดยอัตราการเกิดภาวะขาดออกซิเจนในทารกแรกเกิด (Birth asphyxia rate) ถูกกำหนดเป็นตัวชี้วัดหนึ่งที่สำคัญในงานอนามัยแม่และเด็ก เพราะเป็นสาเหตุสำคัญของการตายปริกำเนิดและความพิการของทารก ซึ่งทั่วโลกพบทารกแรกเกิดเสียชีวิตจากภาวะนี้ถึงประมาณ 900,000 รายในแต่ละปี และส่วนมากเกิดขึ้นในระยะคลอด (WHO, 2022)

ในประเทศไทย ข้อมูลของกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข ปี พ.ศ. 2561 – 2565 รายงานอัตราการเกิดภาวะขาดออกซิเจนในทารกแรกเกิดรวมทั้ง 12 เขตสุขภาพ เท่ากับ 16.6, 16.4, 15.6, 16.5 และ 16.7 ต่อ 1,000 การเกิดมีชีพตามลำดับ เมื่อพิจารณาตามเขตสุขภาพ พบว่า เขตสุขภาพที่ 7 ซึ่งประกอบด้วยจังหวัดร้อยเอ็ด ขอนแก่น มหาสารคาม และกาฬสินธุ์ พบอัตราการเกิดภาวะขาดออกซิเจนในทารกแรกเกิดสูงสุดคือ 28.3 ต่อ 1,000 การเกิดมีชีพ (กองบริหารการสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข, 2566) สถิติห้องคลอดโรงพยาบาลหนองคายในปี พ.ศ. 2558 – 2562 พบอัตราการเกิดภาวะขาดออกซิเจนในทารกแรกเกิดเท่ากับ 27.39, 29.91, 32.52, 34.77 และ 32.90 ตามลำดับ (สุนิดา พรหมะ, 2563) และสถิติห้องคลอด โรงพยาบาลมหาสารคามในปี พ.ศ. 2560 – 2564 พบว่า อัตราการเกิดภาวะขาดออกซิเจนในทารกแรกเกิดเท่ากับ 23.61, 34.62, 30.63, 30.67 และ 34.1 ตามลำดับ ซึ่งเกินเกณฑ์เป้าหมายที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด คือ ไม่เกิน 25 ต่อ 1,000 การเกิดมีชีพ ดังนั้น อัตราการเกิดภาวะขาดออกซิเจนในทารกแรกเกิดจึงเป็นตัวชี้วัดหนึ่งที่สำคัญและสะท้อนคุณภาพการดูแลของงานอนามัยแม่และเด็ก

ปัจจัยที่ส่งเสริมให้เกิดภาวะขาดออกซิเจนในทารกแรกเกิดมีทั้งปัจจัยด้านมารดา ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการคลอดและปัจจัยด้านทารก โดยปัจจัยด้านมารดา ได้แก่ ภาวะรกเกาะต่ำ ภาวะรกลอกตัวก่อนกำหนด อายุน้อยกว่า 20 ปี อายุมากกว่า 35 ปี เป็นโรคเบาหวาน ภาวะความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ ภาวะโลหิตจางเมื่อคลอด น้ำคร่ำแตกก่อนการเจ็บครรภ์และภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด เป็นต้น (สุนิดา พรหมะ, 2563) ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการคลอด ได้แก่ ศีรษะทารกไม่ได้สัดส่วนกับเชิงกรานของมารดา การคลอดโดยใช้เครื่องดึงสุญญากาศ และภาวะมีไข้ทอน้ำคร่ำ (สมบัติ ศักดิ์สว่างวงษ์ และสุธีร์ รัตนะมงคลกุล, 2562) อายุครรภ์น้อยกว่า 37 สัปดาห์ (สุนิดา พรหมะ, 2563) เป็นต้น และปัจจัยด้านทารก ได้แก่ ภาวะติดเชื้อมีครรภ์ ความพิการแต่กำเนิด ภาวะค้ำขังในครรภ์ ทารกที่คลอดก่อนกำหนด น้ำหนักน้อยกว่า 2,500 กรัม (สมบัติ ศักดิ์สว่างวงษ์ และสุธีร์ รัตนะมงคลกุล, 2562; สุนิดา พรหมะ, 2563) และทารกเจริญเติบโตช้า

ในครรภ์ เป็นต้น (มนตรี ภูริปัญญาวณิช, 2561) ดังนั้น หากสามารถประเมินและลดปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเกิดภาวะขาดออกซิเจนในทารกแรกเกิดได้ ย่อมส่งผลให้อัตราการตายปริกำเนิดและความพิการของทารกลดลง

ภาวะน้ำหนักเกินและภาวะอ้วนในสตรีตั้งครรภ์ เป็นปัจจัยสำคัญที่ส่งผลให้ทารกแรกเกิดขาดออกซิเจนได้มากกว่าสตรีตั้งครรภ์ที่มีน้ำหนักปกติ (Feng & Huang, 2021; Liu et al, 2019) ซึ่งเกี่ยวข้องกับการเกิดภาวะขาดออกซิเจนของทารกในครรภ์ในระยะตั้งครรภ์ เช่น จากภาวะเบาหวานและความดันโลหิตสูงทั้งก่อนและขณะตั้งครรภ์ และปัจจัยที่เกี่ยวข้องในระยะคลอด เช่น การคลอดยาก การชักนำการคลอด (สุภาวดี พิณพิพัทธ์ รัตตสัมพันธ์, 2561) ทารกตัวโต และการคลอดคดไหล่ เป็นต้น (อรวรรณ พิณเลิศสกุล และศุภาวดี วายุเหือด, 2564; Liu et al, 2019) ภาวะน้ำหนักเกินและภาวะอ้วนในสตรีตั้งครรภ์จึงเป็นประเด็นที่งานอนามัยแม่และเด็กกำลังให้ความสนใจ เพราะภาวะดังกล่าว ส่งผลต่อการตั้งครรภ์ที่ไม่พึงประสงค์หลายอย่าง เช่น เบาหวาน ความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ (Feng & Huang, 2021) และการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง (สุภาวดี พิณพิพัทธ์ รัตตสัมพันธ์, 2561; Feng & Huang, 2021) รวมทั้งส่งผลต่อทารกแรกเกิด เช่น ภาวะขาดออกซิเจนในทารกแรกเกิด (อรวรรณ พิณเลิศสกุล และศุภาวดี วายุเหือด, 2564; Feng & Huang, 2021) ดังนั้น สตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะน้ำหนักเกินและภาวะอ้วนจึงเป็นกลุ่มที่ต้องดูแลอย่างใกล้ชิดเพื่อป้องกันภาวะขาดออกซิเจนของทารกแรกเกิด

ปัจจุบัน สตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะน้ำหนักเกินและภาวะอ้วนมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น ซึ่งส่วนหนึ่งเกี่ยวข้องกับน้ำหนักก่อนตั้งครรภ์ เช่น ในประเทศเยอรมนี 1 ใน 3 ของสตรีวัยเจริญพันธุ์มีภาวะน้ำหนักเกินและอ้วน (Stubert, et al., 2018) สำหรับประเทศไทย สตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะน้ำหนักเกินและภาวะอ้วนมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น ดังการศึกษาความชุกและปัจจัยที่มีผลต่อการมีน้ำหนักตัวเพิ่มขึ้นมากเกินเกณฑ์ขณะตั้งครรภ์ของสตรีตั้งครรภ์ในภาคตะวันออก จากโรงพยาบาลใน 4 จังหวัดคือ ชลบุรี ระยอง ฉะเชิงเทรา และสระแก้ว พบว่าความชุกของสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะน้ำหนักเกินและภาวะอ้วนก่อนตั้งครรภ์พบร้อยละ 35.4 และเมื่อแยกพิจารณาในกลุ่มนี้ พบว่า สตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะน้ำหนักเกิน ร้อยละ 37.4 มีภาวะอ้วนระดับที่ 1 ร้อยละ 42.4 และมีภาวะอ้วนระดับที่ 2 ร้อยละ 20.2 (สุพิศ ศิริอรุณรัตน์ และคณะ, 2561) ข้อมูลของโรงพยาบาลศูนย์ขอนแก่น จังหวัดขอนแก่น พบว่า มีจำนวนสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะน้ำหนักเกินในปี พ.ศ. 2555, 2556 และ 2557 เป็นร้อยละ 1.96, 2.42 และ 4.16 ตามลำดับ (รายงานสรุปความเสี่ยง แผนกฝากครรภ์ โรงพยาบาลขอนแก่น, 2557 อ้างถึงใน นภากรณ์ เกตุทอง และคณะ, 2562) และจากข้อมูลสถิติของโรงพยาบาลชัยนาทนเรนทร จังหวัดชัยนาท พบสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะน้ำหนักเกินก่อนการตั้งครรภ์เพิ่มมากขึ้นจากปี พ.ศ. 2560 ร้อยละ 23.97 เป็นร้อยละ 27.26 และ 28.31 ในปี พ.ศ. 2561 และ 2562 ตามลำดับ (แผนกฝากครรภ์ โรงพยาบาลชัยนาทนเรนทร, 2562 อ้างถึงใน จุติมา คาระบุตร, 2564) ดังนั้นจากสถิติสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะน้ำหนักเกินและภาวะอ้วนดังกล่าวชี้ให้เห็นความรุนแรงที่จะเพิ่มมากขึ้นในอนาคต จึงจำเป็นต้องได้รับการแก้ไข ป้องกัน และศึกษาติดตามทั้งในระยะสั้นและระยะยาว

โรงพยาบาลมหาสารคาม หน่วยงานห้องคลอด ให้บริการดูแลสตรีตั้งครรภ์ที่มีอายุครรภ์ตั้งแต่ 26 สัปดาห์ขึ้นไป ทั้งการตั้งครรภ์ปกติและมีภาวะเสี่ยงจนถึงระยะ 2 ชั่วโมงหลังคลอด หรือการคลอดดูแลที่อายุครรภ์ 24 สัปดาห์ ทารกในครรภ์มีน้ำหนักประมาณ 600 กรัมขึ้นไป มีเป้าหมายเพื่อดูแลและส่งเสริมสุขภาพของมารดาและทารกทุกระยะของการคลอดให้ปลอดภัยได้มาตรฐานวิชาชีพ โดยครอบครัวมีส่วนร่วม คุชญาติมิตร โดยในปี พ.ศ. 2560 – 2564 มีจำนวนผู้คลอดทั้งหมด 3,565, 3,443, 3,273, 3,064 และ 2,824 คน ตามลำดับ (งานห้องคลอด โรงพยาบาลมหาสารคาม, 2564) ซึ่งในโรงพยาบาลมหาสารคาม ยังไม่มีการเก็บรวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับความชุกของภาวะน้ำหนักเกินและภาวะอ้วนในสตรีตั้งครรภ์ ตลอดจนยังไม่มีหลักฐานเชิงประจักษ์เกี่ยวกับผลลัพธ์ของการตั้งครรภ์และการคลอดในสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะน้ำหนักเกินและภาวะอ้วน เช่น ภาวะขาดออกซิเจนของทารกแรกเกิด เป็นต้น จากปรากฏการณ์ดังกล่าว คณะผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาเกี่ยวกับภาวะขาดออกซิเจนของทารกแรกเกิด และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อภาวะขาดออกซิเจนของทารกแรกเกิดดังกล่าว เป็นการศึกษาแบบย้อนหลัง จากเวชระเบียนและระบบฐานข้อมูลของสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะน้ำหนักเกินและภาวะอ้วน ที่มาคลอดในหน่วยงานห้องคลอด โรงพยาบาลมหาสารคาม ในปี พ.ศ. 2564 เพื่อเป็นข้อมูลเบื้องต้นในการพัฒนาแนวทางการป้องกันภาวะขาดออกซิเจนของทารกแรกเกิดให้ครอบคลุมมากขึ้น

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะขาดออกซิเจนของทารกแรกเกิดในสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะน้ำหนักเกินและภาวะอ้วน ที่มาคลอด ณ ห้องคลอด โรงพยาบาลมหาสารคาม

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษาคั้งนี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาเรื่องผลลัพธ์การตั้งครรภ์และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อผลลัพธ์การตั้งครรภ์ในสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะน้ำหนักเกินและภาวะอ้วน โรงพยาบาลมหาสารคาม เป็นการศึกษาแบบย้อนหลัง (Retrospective research) จากเวชระเบียนของสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะน้ำหนักเกินและภาวะอ้วน ที่มาคลอดในหน่วยงานห้องคลอด โรงพยาบาลมหาสารคาม ในปี พ.ศ. 2564

นิยามเชิงปฏิบัติการ

ภาวะขาดออกซิเจนของทารกแรกเกิด (Birth Asphyxia) หมายถึง ทารกแรกเกิดที่มีคะแนน Apgar score ของทารกแรกเกิดที่ 1 นาทีน้อยกว่าหรือเท่ากับ 7 คะแนน

สตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะน้ำหนักเกิน หมายถึง สตรีตั้งครรภ์ที่มีดัชนีมวลกาย (Body mass index [BMI]) ก่อนการตั้งครรภ์มากกว่าหรือเท่ากับ 25 กิโลกรัมต่อตารางเมตร

สตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะอ้วน หมายถึง สตรีตั้งครรภ์ที่มีดัชนีมวลกาย ก่อนการตั้งครรภ์ มากกว่าหรือเท่ากับ 30 กิโลกรัมต่อตารางเมตร

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ศึกษา คือ เภสัชกรของสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะน้ำหนักเกินหรือภาวะอ้วนก่อนการตั้งครรภ์ทั้งหมด ที่มาคลอด ณ ห้องคลอด โรงพยาบาลมหาสารคาม ระหว่างวันที่ 1 มกราคม - 31 ธันวาคม 2564

กลุ่มตัวอย่าง คือ เภสัชกรของสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะน้ำหนักเกินหรือภาวะอ้วนก่อนการตั้งครรภ์ที่มาคลอด ณ ห้องคลอด โรงพยาบาลมหาสารคาม ในปี พ.ศ. 2564 โดยมีเกณฑ์การคัดเลือกเข้าศึกษา ประกอบด้วย 1) มีดัชนีมวลกายก่อนการตั้งครรภ์มากกว่าหรือเท่ากับ 25 กิโลกรัมต่อตารางเมตร 2) เป็นการตั้งครรภ์เดี่ยว 3) มีข้อมูลในแฟ้มประวัติและบันทึกครบถ้วน เกณฑ์การคัดออกจากการศึกษา คือ 1) เป็นการตั้งครรภ์แฝด 2) การบันทึกเวชระเบียนไม่ระบุน้ำหนักก่อนการตั้งครรภ์ หรือดัชนีมวลกายก่อนการตั้งครรภ์ 3) ผู้คลอดถูกส่งตัวไปปรึกษาหรือสิ้นสุดการตั้งครรภ์ในโรงพยาบาลอื่น เนื่องจากการเก็บรวบรวมข้อมูลจากเวชระเบียนของผู้คลอดทั้งหมดในปี พ.ศ. 2564 จำนวน 2,824 คน เพื่อคัดเลือกเฉพาะเวชระเบียนของผู้คลอดที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์การคัดเลือกที่กำหนด ซึ่งจะเป็นกลุ่มตัวอย่างในการศึกษาดังนั้น ในการศึกษาจึงไม่มีการคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่าง

การพิทักษ์สิทธิผู้ให้ข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้ได้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลมหาสารคาม เมื่อวันที่ 6 มิถุนายน 2565 (COA No 65/037, MSKH_REC 65-02-037) และได้ผ่านการเห็นชอบจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน มหาวิทยาลัยมหาสารคาม เมื่อวันที่ 13 มิถุนายน 2565 เลขที่การรับรอง 201-200/2565 เก็บรวบรวมข้อมูลจากอิเล็กทรอนิกส์ไฟล์เวชระเบียนของสตรีตั้งครรภ์ที่มาคลอด ณ ห้องคลอด โรงพยาบาลมหาสารคาม ในปี พ.ศ. 2564 ใช้รหัสแทนเลขประจำตัวผู้รับบริการเพื่อไม่ให้ผู้อื่นเข้าถึงข้อมูลของกลุ่มตัวอย่างได้ ไม่เปิดเผย ชื่อ-สกุล ของผู้รับบริการที่แบบบันทึกข้อมูลการวิเคราะห์ อภิปรายผลโดยภาพรวม และทำลายข้อมูลทันทีภายหลังการดำเนินการวิจัยเสร็จสิ้น

เครื่องมือที่ใช้ในงานวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล คือ แบบบันทึกข้อมูลสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะน้ำหนักเกินหรือภาวะอ้วน (Case record form) ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะน้ำหนักเกินและภาวะอ้วนในสตรีตั้งครรภ์และผลลัพธ์การตั้งครรภ์ รวมถึงพิจารณาข้อมูลเวชระเบียนที่โรงพยาบาลได้บันทึกไว้ในอิเล็กทรอนิกส์ไฟล์ ประกอบด้วย 3 ส่วน ดังนี้

1. แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลของสตรีตั้งครรภ์ เป็นแบบให้เลือกตอบ และเติมคำหรือตัวเลขได้แก่ อายุ อาชีพ น้ำหนักก่อนตั้งครรภ์ ส่วนสูง ดัชนีมวลกายก่อนการตั้งครรภ์ น้ำหนักก่อนคลอด น้ำหนักตัวที่เพิ่มขึ้นตลอดตั้งครรภ์ ประวัติโรคประจำตัว ที่อยู่ สิทธิการรักษา และการส่งต่อเพื่อรับการรักษา

2. แบบบันทึกข้อมูลทางสูติศาสตร์ และการรักษา เป็นแบบให้เลือกตอบ และเติมคำหรือตัวเลขได้แก่ จำนวนครั้งของการตั้งครรภ์ จำนวนครั้งของการคลอด จำนวนครั้งของการแท้ง การฝากครรภ์ อายุครรภ์ครั้งแรกที่มาฝากครรภ์ จำนวนครั้งของการฝากครรภ์ ความเข้มข้นของเลือดครั้งล่าสุด ภาวะเสี่ยง

ทางสูติศาสตร์ก่อนการตั้งครรภ์ ภาวะเสี่ยงทางสูติศาสตร์ขณะตั้งครรภ์หรือภาวะแทรกซ้อนจากการตั้งครรภ์ เช่น ภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์ ภาวะความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ ภาวะน้ำคร่ำแตกก่อนเจ็บครรภ์คลอด และระยะเวลามารดาอนพักรักษาตัวในโรงพยาบาล

3. แบบบันทึกข้อมูลการคลอด และผลลัพธ์การตั้งครรภ์ เป็นแบบให้เลือกตอบ และเติมคำหรือตัวเลขจำแนกเป็น ข้อมูลของมารดา และข้อมูลของทารก ข้อมูลของมารดา ได้แก่ อายุครรภ์เมื่อคลอด การชักนำการคลอด ส่วนนำและท่าของทารก วิธีการคลอด ระยะเวลาของการคลอด (กรณีคลอดทางช่องคลอด) การคาดคะเนการสูญเสียเลือดจากการคลอด ภาวะแทรกซ้อนของมารดาจากการคลอด สำหรับข้อมูลของทารก ได้แก่ เพศทารก น้ำหนักทารกแรกเกิด คะแนน Apgar score ของทารกแรกเกิด นาทีที่ 1 และ 5 ภาวะทารกแรกเกิดขาดออกซิเจน สถานภาพทารกเมื่อแรกเกิด (คลอดมีชีพ / ตายคลอด) ภาวะแทรกซ้อนของทารกแรกเกิด และการส่งต่อทารกแรกเกิด

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

คณะผู้วิจัยสร้างแบบบันทึกข้อมูลสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะน้ำหนักเกินหรือภาวะอ้วน จากข้อมูลเวชระเบียนของสตรีตั้งครรภ์ที่มาคลอด ณ ห้องคลอด โรงพยาบาลมหาสารคาม ในระบบฐานข้อมูลของโรงพยาบาลที่บันทึกไว้ในอิเล็กทรอนิกส์ไฟล์ เพื่อใช้ในการเก็บข้อมูลส่วนบุคคลของสตรีตั้งครรภ์ และข้อมูลทางคลินิกที่เกี่ยวข้องกับประวัติทางสูติศาสตร์และการรักษาตลอดจนผลลัพธ์การตั้งครรภ์ซึ่งเป็นข้อมูลจริงของสตรีตั้งครรภ์ที่มาคลอด ณ ห้องคลอด โรงพยาบาลมหาสารคาม ในปี พ.ศ. 2564 จึงไม่จำเป็นต้องตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือทั้งความตรงเชิงเนื้อหา และความเที่ยงของเครื่องมือ อย่างไรก็ตาม คณะผู้วิจัยได้นำเครื่องมือที่สร้างขึ้นไปทดลองใช้ (Try out) โดยเก็บรวบรวมข้อมูลจากอิเล็กทรอนิกส์ไฟล์เวชระเบียนของสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะน้ำหนักเกินและภาวะอ้วน กรณีตั้งครรภ์เดี่ยว ที่มาคลอดในหน่วยงานห้องคลอด โรงพยาบาลมหาสารคาม จำนวน 10 เวชระเบียน จากนั้นคณะผู้วิจัยนำผลการทดลองใช้เครื่องมือดังกล่าวมาพิจารณาร่วมกันและปรับปรุงให้สมบูรณ์และครอบคลุมก่อนนำไปใช้จริง

วิธีเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ภายหลังจากโครงการวิจัยผ่านการรับรองจริยธรรมจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยมหาวิทยาลัยมหาสารคาม และโรงพยาบาลมหาสารคามแล้ว ผู้วิจัยทำหนังสือขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูลนำส่งผู้อำนวยการโรงพยาบาล ประสานงานและเข้าพบหัวหน้าพยาบาล โรงพยาบาลมหาสารคาม เพื่อแนะนำตัว ชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการวิจัย พร้อมขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล และประสานงานกับหัวหน้างานห้องคลอดและฝ่ายเวชระเบียนงานห้องคลอดเพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ การขอเข้าถึงข้อมูลเวชระเบียน และขอความร่วมมือเก็บรวบรวมข้อมูล

2. การพัฒนาผู้ช่วยนักวิจัย โดยผู้วิจัยอธิบาย ชี้แจงวัตถุประสงค์ และสาธิตวิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล และการลงบันทึกในแบบบันทึกข้อมูลสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะน้ำหนักเกินหรือภาวะอ้วน (Case record form) แก่ผู้ช่วยวิจัย ซึ่งเป็นพยาบาลวิชาชีพปฏิบัติงาน ณ ห้องคลอดในโรงพยาบาลที่ศึกษา มีประสบการณ์เกี่ยวกับการวิจัย หรือมีประสบการณ์เป็นผู้ช่วยเก็บรวบรวมข้อมูลวิจัย โดยผู้วิจัยให้ผู้ช่วยวิจัยลองปฏิบัติเปิดโอกาสให้ซักถาม จนเกิดความเข้าใจ และสามารถลงบันทึกข้อมูลได้ถูกต้อง

3. การเก็บรวบรวมข้อมูล ดำเนินการโดยผู้วิจัย และผู้ช่วยวิจัย เก็บรวบรวมข้อมูลโดยการเปิดอิเล็กทรอนิกส์ไฟล์เวชระเบียนของสตรีตั้งครรภ์ที่มาคลอด ณ ห้องคลอด โรงพยาบาลมหาสารคาม ในปี พ.ศ. 2564 และคัดเลือกเฉพาะอิเล็กทรอนิกส์ไฟล์เวชระเบียนของสตรีตั้งครรภ์ที่มีคุณสมบัติตามกลุ่มตัวอย่างที่กำหนด บันทึกข้อมูลลง case record form หลังจากนั้นผู้วิจัยตรวจสอบความสมบูรณ์และความถูกต้องของข้อมูลก่อนนำไปวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติ

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์ ดังนี้ ข้อมูลส่วนบุคคลด้วยสถิติเชิงพรรณนา โดยการแจกแจงความถี่ หาค่าเฉลี่ย ร้อยละ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และหาความสัมพันธ์ของปัจจัยต่าง ๆ ต่อผลลัพธ์การเกิดภาวะขาดออกซิเจนของทารกแรกเกิด ด้วยการทดสอบไคสแควร์ (Chi-squared test) หรือ Fisher Exact test (กรณีไม่เป็นไปตามข้อตกลงของการทดสอบไคสแควร์) โดยใช้ค่า $p < .05$

ผลการวิจัย

สตรีตั้งครรภ์ที่มาคลอด ณ ห้องคลอด โรงพยาบาลมหาสารคาม ในปี พ.ศ. 2564 จำนวน 2,824 คน เป็นสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะน้ำหนักเกินและภาวะอ้วน จำนวน 673 คน (ร้อยละ 23.8) ของสตรีตั้งครรภ์ที่มาคลอดทั้งหมด โดยจำแนกเป็นสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะน้ำหนักเกิน จำนวน 447 คน (ร้อยละ 66.4) และสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะอ้วน จำนวน 226 คน (ร้อยละ 33.6) มีดัชนีมวลกายก่อนการตั้งครรภ์เฉลี่ย 29.23 ($SD = 3.68$) และพบว่า สถานภาพทารกเมื่อแรกเกิด คลอดมีชีพจำนวน 672 คน ตายคลอด 1 คน โดยมีทารกแรกเกิดที่มีภาวะขาดออกซิเจน จำนวน 31 คน (ร้อยละ 4.6) ของทารกแรกเกิดมีชีพในมารดาที่มีภาวะน้ำหนักเกินและภาวะอ้วน

ข้อมูลของกลุ่มตัวอย่างในการศึกษานี้ ส่วนใหญ่ มีอาชีพรับจ้างทั่วไป (ร้อยละ 49.9) อาศัยอยู่นอกเขตอำเภอเมือง (ร้อยละ 63.0) มีสิทธิการรักษาเป็นบัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้า (ร้อยละ 61.5) มีกลุ่มตัวอย่าง 2 คนที่ไม่ได้ฝากครรภ์ และ 1 คน ที่ไม่ระบุผลเลือด ข้อมูลการคลอดและผลลัพธ์การตั้งครรภ์ พบว่า ส่วนใหญ่ทารกในครรภ์มีศีรษะเป็นส่วนนำ (ร้อยละ 95.0) มีการคลอดผิดปกติ (ร้อยละ 73.6) โดยได้รับผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องมากที่สุด (ร้อยละ 97.8) สำหรับทารกแรกเกิด พบว่า ส่วนใหญ่มีน้ำหนักระหว่าง 2,500 – 3,500 กรัม (ร้อยละ 65.2) มีน้ำหนักเฉลี่ย 3,176.97 กรัม ($SD = 584.90$) ส่วนข้อมูลอื่น ดังตารางที่ 1 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะขาดออกซิเจนของทารกแรกเกิด

ปัจจัยด้านมารดา พบว่า น้ำหนักตัวก่อนการตั้งครรภ์ ($\chi^2 [1, n = 673] = 7.19, p = .016$) น้ำหนักสะสมตลอดการตั้งครรภ์ ($\chi^2 [3, n = 673] = 18.13, p = .001$) จำนวนครั้งของการฝากครรภ์ ($\chi^2 [3, n = 671] = 19.00, p = .023$) ภาวะน้ำค้ำแตกก่อนเจ็บครรภ์คลอด ($\chi^2 [1, n = 673] = 8.05, p = .019$) อายุครรภ์เมื่อคลอด ($\chi^2 [2, n = 673] = 49.32, p = .000$) การชักนำการคลอด ($\chi^2 [1, n = 673] = 9.02, p = .008$) มีความสัมพันธ์กับภาวะขาดออกซิเจนของทารกแรกเกิดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 แสดงความสัมพันธ์ของปัจจัยด้านมารดาที่มีต่อภาวะทารกแรกเกิดขาดออกซิเจน

ปัจจัย	จำนวน (ร้อยละ)	ภาวะขาดออกซิเจนของทารกแรกเกิด		χ^2	df	p-value
		ไม่มี จำนวน (ร้อยละ)	มี จำนวน (ร้อยละ)			
อายุ ($M = 28.69, SD = 5.55$)				4.59	2	.343
น้อยกว่า 25 ปี	164 (24.4)	157 (24.5)	7 (22.6)			
25-35 ปี	426 (63.3)	406 (63.3)	20 (64.5)			
มากกว่า 35 ปี	83 (12.3)	79 (12.2)	4 (12.9)			
น้ำหนักตัวก่อนการตั้งครรภ์ ($M = 73.79, SD = 10.52$)				7.19	1	.016*
น้อยกว่าหรือเท่ากับ 70 กิโลกรัม	321 (47.7)	313 (48.8)	8 (25.8)			
มากกว่าหรือเท่ากับ 71 กิโลกรัม	352 (52.3)	329 (51.2)	23 (74.2)			
น้ำหนักตัวก่อนคลอด ($M = 85.95, SD = 11.55$)				6.43	4	.733
61-70 กิโลกรัม	44 (6.5)	41 (6.4)	3 (9.7)			
71-80 กิโลกรัม	202 (30.0)	193 (30.0)	9 (29.0)			
81-90 กิโลกรัม	239 (35.5)	226 (35.3)	13 (41.9)			
91-100 กิโลกรัม	122 (18.1)	117 (18.3)	5 (16.1)			
มากกว่าหรือเท่ากับ 100 กิโลกรัม	66 (9.8)	65 (10.0)	1 (3.3)			
น้ำหนักสะสมตลอดการตั้งครรภ์ ($M = 12.13, SD = 5.74$)				18.13	3	.001*
น้อยกว่าหรือเท่ากับ 5 กิโลกรัม	89 (13.2)	77 (11.9)	12 (38.7)			
6-10 กิโลกรัม	192 (28.5)	185 (28.9)	7 (22.6)			
11-15 กิโลกรัม	227 (33.7)	220 (34.3)	7 (22.6)			
มากกว่าหรือเท่ากับ 16 กิโลกรัม	165 (24.5)	160 (25.0)	5 (16.1)			
ประวัติโรคประจำตัว				1.05	1	.769
ไม่มี	614 (91.2)	586 (91.3)	28 (90.3)			
มี	59 (8.8)	56 (8.7)	3 (9.7)			
มารดาส่งต่อเพื่อรับการรักษา				1.89	1	.457
ไม่ได้ส่งต่อ	476 (70.7)	457 (71.1)	19 (61.3)			
ส่งต่อ	197 (29.3)	185 (28.9)	12 (38.7)			
จำนวนครั้งของการตั้งครรภ์ ($M = 2.03, SD = 0.93$)				14.64	2	.067
1 ครั้ง	208 (30.9)	196 (30.6)	12 (38.7)			
2 ครั้ง	293 (43.5)	282 (43.8)	11 (35.5)			
มากกว่าหรือเท่ากับ 3 ครั้ง	172 (25.6)	164 (25.6)	8 (25.8)			

ปัจจัย	จำนวน (ร้อยละ)	ภาวะขาดออกซิเจนของทารกแรกเกิด		χ^2	df	p-value
		ไม่มี	มี			
		จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)			
จำนวนครั้งของการคลอด ($M = 1.82, SD = 0.74$)				8.14	2	.874
1 ครั้ง	240 (35.7)	227 (35.4)	13 (41.9)			
2 ครั้ง	325 (48.3)	312 (48.5)	13 (41.9)			
มากกว่าหรือเท่ากับ 3 ครั้ง	108 (16.0)	103 (15.9)	5 (16.1)			
จำนวนการแท้ง ($M = 0.21, SD = 0.52$)				4.95	2	.369
ไม่เคย	554 (82.3)	527 (82.2)	26 (83.9)			
1 ครั้ง	101 (15.0)	98 (15.3)	3 (9.7)			
มากกว่าหรือเท่ากับ 2 ครั้ง	18 (2.7)	16 (2.5)	2 (6.5)			
การฝากครรภ์ช้า (ไม่ฝากครรภ์ 2 คน)				10.68	1	.090
ไม่ช้า	456 (68.0)	440 (68.8)	16 (51.6)			
ช้า	215 (32.0)	200 (31.2)	15 (48.4)			
จำนวนครั้งของการฝากครรภ์ ($M = 10.54, SD = 3.72$; ไม่ฝากครรภ์ 2 คน)				19.00	3	.023*
น้อยกว่าหรือเท่ากับ 5	56 (8.3)	50 (7.8)	6 (19.4)			
6-10 ครั้ง	286 (42.5)	268 (41.7)	18 (58.1)			
11-15 ครั้ง	268 (39.8)	263 (41.0)	5 (16.1)			
มากกว่าหรือเท่ากับ 16 ครั้ง	61 (9.1)	59 (9.5)	2 (6.4)			
ภาวะซีด ($M = 35.88, SD = 3.94$; ไม่ระบุผลเลือด 1 คน)				8.21	1	.430
ไม่ซีด	572 (85.1)	543 (84.6)	29 (93.5)			
ซีด	100 (14.9)	98 (15.3)	2 (6.5)			
ภาวะเสี่ยงก่อนการตั้งครรภ์				1.13	1	.597
ไม่มี	473 (70.3)	449 (69.9)	24 (77.4)			
มี	200 (29.7)	193 (30.1)	7 (22.6)			
ภาวะเสี่ยงขณะตั้งครรภ์				1.48	1	.593
ไม่มี	252 (37.4)	243 (37.9)	9 (29.0)			
มี	421 (62.6)	399 (62.1)	22 (71.0)			
เป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์				3.99	1	.143
ไม่ใช่	560 (83.2)	535 (83.5)	25 (80.6)			
ใช่	113 (16.8)	107 (16.5)	6 (19.4)			

ปัจจัย	จำนวน (ร้อยละ)	ภาวะขาดออกซิเจนของทารกแรกเกิด		χ^2	df	p-value
		ไม่มี	มี			
		จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)			
เป็นความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์				5.79	1	.057
ไม่ใช่	585 (86.9)	560 (87.4)	25 (80.6)			
ใช่	88 (13.1)	82 (12.6)	6 (19.4)			
มีภาวะน้ำตาลในเลือด				3.02	1	.312
ไม่มี	650 (96.6)	621 (96.7)	29 (93.5)			
มี	23 (3.4)	21 (3.3)	2 (6.5)			
มีภาวะน้ำตาลต่ำก่อนเจ็บครรภ์คลอด				8.05	1	.019*
ไม่มี	605 (89.9)	582 (90.6)	23 (74.2)			
มี	68 (10.1)	60 (9.4)	8 (25.8)			
มีภาวะ CPD				3.98	1	.127
ไม่มี	514 (76.4)	486 (75.7)	28 (90.3)			
มี	159 (23.6)	156 (24.3)	3 (9.7)			
อายุครรภ์เมื่อคลอด				49.32	2	.000*
น้อยกว่า 37 สัปดาห์	66 (9.8)	49 (7.5)	17 (54.8)			
37-39 สัปดาห์	531 (78.9)	518 (80.8)	13 (41.9)			
มากกว่าหรือเท่ากับ 40 สัปดาห์	76 (11.3)	75 (11.7)	1 (3.2)			
การชักนำการคลอด				9.02	1	.008*
ไม่ได้ชักนำ	620 (92.1)	594 (92.7)	26 (83.9)			
ชักนำ	53 (7.9)	48 (7.3)	5 (16.1)			

หมายเหตุ. $n = 673$, * $p < .05$

สำหรับปัจจัยด้านทารกพบว่า ทารกที่คลอดก่อนกำหนด ($\chi^2[1, n=673]=65.57, p=.000$) ทารกที่คลอดใกล้เกินกำหนด (อายุครรภ์ที่มากกว่า 40 สัปดาห์ แต่ไม่เกิน 42 สัปดาห์; $\chi^2[1, n=673]=21.00, p=.001$) และทารกแรกเกิดที่มีน้ำหนักน้อยกว่า 2,500 กรัม ($\chi^2[1, n=673]=50.45, p=.000$) มีความสัมพันธ์กับภาวะขาดออกซิเจนของทารกแรกเกิด อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 แสดงความสัมพันธ์ของปัจจัยด้านทารกที่มีต่อภาวะทารกแรกเกิดขาดออกซิเจน

ปัจจัย	จำนวน (ร้อยละ)	ภาวะขาดออกซิเจนของทารกแรกเกิด		χ^2	df	p-value
		ไม่มี	มี			
		จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)			
ทารกคลอดก่อนกำหนด				65.57	1	.000*
ไม่มี	607 (90.2)	593 (92.4)	14 (45.2)			
มี	66 (9.8)	49 (7.6)	17 (54.8)			
ทารกคลอดใกล้เคียงกำหนด				21.00	1	.001*
ไม่มี	597 (88.7)	567 (88.3)	30 (96.8)			
มี	76 (11.3)	75 (11.7)	1 (3.2)			
ทารกน้ำหนักน้อยกว่า 2,500 กรัม				50.45	1	.000*
ไม่ใช่	615 (91.4)	600 (93.5)	15 (48.4)			
ใช่	58 (8.6)	42 (6.5)	16 (51.6)			
ทารกน้ำหนักมากกว่า 3,500 กรัม				1.24	1	.569
ไม่ใช่	492 (73.1)	467 (72.7)	25 (80.6)			
ใช่	181 (26.9)	175 (27.3)	6 (19.4)			
เพศทารก				1.16	1	.648
ชาย	328 (48.7)	314 (48.8)	14 (45.2)			
หญิง	345 (51.3)	328 (51.2)	17 (54.8)			

หมายเหตุ. $n = 673$, * $p < .05$

อภิปรายผลการวิจัย

การศึกษานี้ พบภาวะขาดออกซิเจนของทารกแรกเกิดในสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะน้ำหนักเกินและภาวะอ้วน (ร้อยละ 4.6) และพบปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะทารกแรกเกิดขาดออกซิเจน ดังนี้ ปัจจัยด้านมารดา ได้แก่ น้ำหนักตัวก่อนการตั้งครรภ์ น้ำหนักสะสมตลอดการตั้งครรภ์ จำนวนครั้งของการฝากครรภ์ มีภาวะน้ำคร่ำแตกก่อนเจ็บครรภ์คลอด อายุครรภ์เมื่อคลอด และการชักนำการคลอด สำหรับปัจจัยด้านทารก ได้แก่ ทารกที่คลอดก่อนกำหนด ทารกที่คลอดใกล้เคียงกำหนด และทารกแรกเกิดที่มีน้ำหนักน้อยกว่า 2,500 กรัม โดยน้ำหนักตัวก่อนการตั้งครรภ์ที่มากกว่า 70 กิโลกรัม และการมีน้ำหนักสะสมตลอดการตั้งครรภ์ที่มากขึ้น จะสัมพันธ์กับภาวะแทรกซ้อนต่อมารดาและทารกมากขึ้น เช่น ภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์ หรือทารกตัวโต หรือภาวะความดันโลหิตสูง ซึ่งอาจส่งผลต่อการคลอดยาก หรือการชักนำการคลอด (อรวรรณ พินิจเลิศสกุลและศุภาวดี วยูเหือด, 2564; Liu et al., 2019; Feng & Huang, 2021) นอกจากนี้การมีภาวะน้ำคร่ำแตกก่อนเจ็บครรภ์คลอด เป็นอีกสาเหตุที่อาจทำให้ทารกเกิดภาวะค้ำข้น เนื่องจาก

อาจทำให้เกิดภาวะน้ำคร่ำน้อย ปอดหรือสายสะดือทารกเกิดการกดเบียด ส่งผลต่อการหายใจลำบากเมื่อแรกเกิด โดยเฉพาะอย่างยิ่ง ภาวะน้ำคร่ำแตกก่อนเจ็บครรภ์คลอดในอายุครรภ์ที่น้อยกว่า 37 สัปดาห์ ซึ่งปอดของทารกยังทำงานได้ไม่ดี หรือมีภาวะสายสะดือข้อยู่ รกลอกตัวก่อนกำหนด รวมถึงการแตกของถุงน้ำคร่ำส่งผลให้มดลูกเกิดการหดตัว ทำให้ทารกในครรภ์ได้รับออกซิเจนน้อยลง หรือทารกอาจสำลักน้ำคร่ำได้ หรือกรณีน้ำคร่ำแตกเป็นระยะเวลานาน ส่งผลให้ติดเชื้อในโพรงมดลูก (Endometritis) และภาวะถุงน้ำคร่ำอักเสบ (Chorioamnionitis) ส่งผลให้ทารกอาจเสี่ยงต่อการติดเชื้อที่รุนแรง ทารกในครรภ์หรือทารกแรกเกิดขาดออกซิเจนได้ (สุจิตรา จันทสิงห์, 2563; อรพรรณ พินิจเลิศสกุล และศุภาวดี วายุเหือด, 2564)

จำนวนครั้งของการฝากครรภ์มีความสัมพันธ์ต่อการเกิดภาวะขาดออกซิเจนในทารกแรกเกิด ซึ่งการให้บริการการฝากครรภ์จะครอบคลุมกิจกรรมคุณภาพตั้งแต่การคัดกรอง การประเมินความเสี่ยง การติดตามภาวะสุขภาพทารกในครรภ์ และการให้คำแนะนำ เป็นต้น ดังนั้น ในสตรีตั้งครรภ์ที่มีความเสี่ยงสูง การนัดฝากครรภ์จะถี่หรือบ่อยครั้งขึ้น สำหรับสตรีตั้งครรภ์ที่ฝากครรภ์ไม่ครบตามเกณฑ์คุณภาพ ก็อาจไม่ได้รับการประเมินหรือคัดกรองที่ครอบคลุม หรือไม่ได้รับการเตรียมความพร้อมด้านสุขภาพที่ดีเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนต่อมารดาและทารกในครรภ์ ซึ่งอาจส่งผลให้ทารกในครรภ์ได้รับออกซิเจนไม่เพียงพอ หรือทารกแรกเกิดขาดออกซิเจนได้ สอดคล้องกับการศึกษาของ จิรัศย์พล ไทยนันท์ (2565) ที่พบว่าจำนวนครั้งของการฝากครรภ์มีความสัมพันธ์ต่อการเกิดภาวะขาดออกซิเจนในทารกแรกเกิด อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ส่วนการชักนำการคลอด ในสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะน้ำหนักเกินและภาวะอ้วนมีโอกาสดึงการคลอดสูง เนื่องจากสตรีตั้งครรภ์กลุ่มนี้มีโอกาสเป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์ หรือมีความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ รวมถึงความก้าวหน้าของการคลอดอาจล่าช้า ซึ่งส่งผลให้ทารกในครรภ์อยู่ในภาวะคับขัน และเป็นเงื่อนไขของการชักนำการคลอด (สุภางค์พิมพ์ รัตตสัมพันธ์, 2561)

ทารกที่น้ำหนักน้อยกว่า 2,500 กรัม สัมพันธ์กับการคลอดก่อนกำหนด สัมพันธ์กับการคลอดที่อายุครรภ์น้อยกว่า 37 สัปดาห์ หรือการคลอดก่อนกำหนด ซึ่งอวัยวะต่าง ๆ ยังทำงานไม่สมบูรณ์เต็มที่ โดยเฉพาะอย่างยิ่งการทำงานของปอด และทารกมีโอกาสดึงภาวะน้ำตาลต่ำ อุณหภูมิร่างกายต่ำ ซึ่งมีผลให้ทารกต้องใช้ออกซิเจนมาก และอาจมีภาวะหายใจลำบาก หรือขาดออกซิเจนได้ และทารกที่อยู่ในภาวะคับขัน สัมพันธ์กับอายุครรภ์ใกล้เกินกำหนด ที่เกี่ยวข้องกับสภาพรกเสื่อม และสอดคล้องกับการศึกษาของ สุจิตรา จันทสิงห์ (2563) ที่พบว่า ปัจจัยเสี่ยงที่มีความสัมพันธ์กับภาวะดังกล่าว ได้แก่ อายุครรภ์น้อยกว่า 37 สัปดาห์ มีภาวะเบาหวาน มีภาวะน้ำเดินมากกว่าหรือเท่ากับ 12 ชั่วโมง การคลอดระยะที่ 2 นานมากกว่าหรือเท่ากับ 60 นาที และการคลอดทางช่องคลอด สอดคล้องกับการศึกษาของ สุนิดา พรหมณะ (2563) ที่พบว่า ปัจจัยเสี่ยงที่มีผลต่อภาวะขาดออกซิเจนในทารกแรกเกิดในโรงพยาบาลหนองคาย ได้แก่ ทารกในครรภ์อยู่ในภาวะคับขัน ภาวะรกเกาะต่ำ ภาวะน้ำเดินก่อนเจ็บครรภ์ ภาวะความดันโลหิตสูงระหว่างตั้งครรภ์ และน้ำหนักทารกน้อยกว่า 2,500 กรัม และสอดคล้องกับการศึกษาของ จิรัศย์พล ไทยนันท์ (2565) ที่พบว่า ปัจจัยเสี่ยงที่มีผลต่อการเกิดภาวะขาดออกซิเจนในทารกแรกเกิดที่โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยบูรพา จังหวัดชลบุรี ได้แก่ อายุครรภ์น้อยกว่า 37 สัปดาห์ และน้ำหนักทารกแรกเกิดน้อยกว่า 2,500 กรัม

สรุปผลการวิจัย

การศึกษานี้ พบว่า น้ำหนักตัวก่อนการตั้งครรภ์ น้ำหนักสะสมตลอดการตั้งครรภ์ จำนวนครั้งของการฝากครรภ์ การมีภาวะน้ำคร่ำแตกก่อนเจ็บครรภ์คลอด อายุครรภ์เมื่อคลอด โดยทารกที่คลอดก่อนกำหนด ทารกที่คลอดใกล้เกินกำหนด การชักนำการคลอด และน้ำหนักทารกแรกเกิด โดยทารกแรกเกิดที่มีน้ำหนักน้อยกว่า 2,500 กรัม มีความสัมพันธ์ต่อภาวะขาดออกซิเจนของทารกแรกเกิด อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ข้อเสนอแนะ

1. ด้านการปฏิบัติการพยาบาล ประโยชน์ที่ได้จากการศึกษานำไปสู่การหาแนวทางเพื่อป้องกันภาวะขาดออกซิเจนของทารกแรกเกิด ตั้งแต่การประเมินปัจจัยที่เสี่ยงและลดโอกาสเกิดปัจจัยเสี่ยง การประเมินและคัดกรองภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ การประเมินน้ำหนักสะสมตลอดการตั้งครรภ์ การประเมินน้ำหนักและสุขภาพทารกในครรภ์เพื่อป้องกันภาวะทารกในครรภ์อยู่ในภาวะคับขัน การให้ความรู้แก่สตรีวัยเจริญพันธุ์ และสตรีตั้งครรภ์เกี่ยวกับน้ำหนักตัวที่เหมาะสมและน้ำหนักตัวสะสมตลอดการตั้งครรภ์ และการสังเกตอาการผิดปกติต่าง ๆ โดยเฉพาะอย่างยิ่ง การคลอดก่อนกำหนด รวมถึงการเตรียมพร้อมเพื่อดูแลสตรีตั้งครรภ์และทารกในครรภ์ ในระยะคลอด ตั้งแต่การวางแผนการคลอด การประเมินปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดภาวะทารกแรกเกิดขาดออกซิเจนแรกเริ่มในระยะคลอด เป็นต้น

2. ด้านการวิจัยทางการพยาบาล ปัจจัยบางอย่างที่การศึกษานี้ยังไม่สอดคล้องกับการศึกษาอื่น ๆ เช่น ภาวะมารดาเป็นเบาหวาน และภาวะความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ ไม่สัมพันธ์กับภาวะขาดออกซิเจนของทารกแรกเกิด อาจด้วยกลุ่มตัวอย่างมีจำนวนน้อย และส่วนใหญ่คลอดด้วยการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง ดังนั้น ควรทำการศึกษาเพิ่มเติม รวมถึงควรมีกลุ่มควบคุมหรือเปรียบเทียบ เพื่อให้เห็นความแตกต่างที่ชัดเจน ซึ่งจะนำไปสู่การประเมินปัจจัยได้อย่างน่าเชื่อถือมากขึ้น รวมถึงการวิจัยเพื่อพัฒนาแนวทางการดูแลสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะน้ำหนักเกินและภาวะอ้วน และการวิจัยเชิงทดลองเพื่อส่งเสริมให้สตรีตั้งครรภ์มีน้ำหนักที่เหมาะสมตลอดการตั้งครรภ์ และน้ำหนักทารกแรกเกิดมากกว่า 2,500 กรัม เป็นต้น ซึ่งอาจส่งผลให้อัตราการเกิดภาวะขาดออกซิเจนของทารกแรกเกิดลดลง

3. ด้านการศึกษาพยาบาล การวิจัยนี้ทำให้ทราบปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะขาดออกซิเจนในทารกแรกเกิดในกลุ่มสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะน้ำหนักเกินและภาวะอ้วน ซึ่งเป็นข้อมูลในการสอนหรือให้ความรู้แก่นิสิต นักศึกษาพยาบาล และพยาบาลในการดูแลสตรีวัยเจริญพันธุ์เพื่อควบคุมน้ำหนักตัวให้เหมาะสมในระยะก่อนตั้งครรภ์ และระยะตั้งครรภ์ รวมถึงปัจจัยที่ควรประเมินเพื่อเฝ้าระวังและป้องกันภาวะขาดออกซิเจนของทารกแรกเกิด

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณผู้อำนวยการโรงพยาบาลมหาสารคาม กลุ่มการพยาบาล ที่อนุญาตในการเก็บรวบรวมข้อมูล ขอขอบคุณพยาบาลวิชาชีพประจำห้องคลอดและเจ้าหน้าที่ห้องคลอด โรงพยาบาลมหาสารคาม ที่ช่วยเหลือจนการเก็บข้อมูลแล้วเสร็จ และขอขอบพระคุณการสนับสนุนงบประมาณ จากทุนสนับสนุนโครงการวิจัยของอาจารย์ งบประมาณเงินรายได้ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2565 คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

เอกสารอ้างอิง

- กองบริหารการสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข. (2566). *อัตราการเกิดภาวะขาดอากาศในทารกแรกเกิด (Birth Asphyxia Rate)*. <http://dashboard.anamai.moph.go.th/dashboard/birthasphyxia/index?year=2022>
- งานห้องคลอด โรงพยาบาลมหาสารคาม. (2564). *สถิติงานห้องคลอด โรงพยาบาลมหาสารคาม*. มหาสารคาม: โรงพยาบาลมหาสารคาม.
- จิรัชย์พล ไทยนันทน์. (2565). ความชุกและปัจจัยเสี่ยงที่มีผลต่อการเกิดภาวะขาดออกซิเจนในทารกแรกเกิดที่โรงพยาบาลมหาวิทาลัยบูรพา. *วารสารสาธารณสุขมหาวิทยาลัยบูรพา*, 17(2), 28-41.
- จิตติมา คาระบุตร. (2564). *ผลของโปรแกรมการจัดการตนเองต่อพฤติกรรมการควบคุมน้ำหนักรวมและการเพิ่มขึ้นของน้ำหนักตามเกณฑ์ในหญิงตั้งครรภ์ที่มีน้ำหนักเกินหรืออ้วน* (วิทยานิพนธ์ปริญญาโท) บัณฑิตไม่ได้ตีพิมพ์. มหาวิทยาลัยบูรพา.
- นภาพรณี เกตุทอง, ณัฐพร อุทัยธรรม, ชนุตพร สมใจ และสุชาดา บุญธรรม. (2562). *ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพในหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะน้ำหนักเกินและอ้วน* (รายงานการวิจัย). วิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี.
- มนตรี ฐิธิปัญญาณิช. (2561). การพัฒนาคุณภาพงานบริการเพื่อลดอัตราการเกิดภาวะขาดออกซิเจนในทารกแรกเกิดของโรงพยาบาลเสนา. *วารสารวิจัยวิทยาศาสตร์การแพทย์*, 22(2), 75-81.
- สมบัติ ศักดิ์สว่างวงษ์, และสุธีร์ รัตนะมงคลสกุล. (2562). *ปัจจัยเสี่ยงและคะแนนความเสี่ยงของการเกิดภาวะขาดออกซิเจนในทารกแรกเกิดในโรงพยาบาลกุมภวาปี จ.อุดรธานี*. *เวชสารแพทย์ทหารบก*, 72(1), 41-52.
- สุจิตรา จันทสิงห์ (2563). *ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะขาดออกซิเจนของทารกแรกเกิดที่มีคะแนนแอฟการ์ใน 1 นาที น้อยกว่าหรือเท่ากับ 7 ในโรงพยาบาลบัวใหญ่ จังหวัดนครราชสีมา*. *วารสารการแพทย์โรงพยาบาลศรีสะเกษ สุรินทร์ บุรีรัมย์*, 35(3), 679 – 688.
- สุนิดา พรณะ. (2563). *ปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดภาวะขาดออกซิเจนในทารกแรกเกิดในโรงพยาบาลหนองคาย*. *ศรีนครินทร์เวชสาร*, 35(3), 278 – 286.

- สุพิศ ศิริอรุณรัตน์, ตติรัตน์ เตชะศักดิ์ศรี และวรรณิ์ เดียววิเศษ. (2561). ความชุกและปัจจัยที่มีผลต่อการมีน้ำหนักตัวเพิ่มขึ้นมากเกินไปในขณะตั้งครรภ์ของหญิงตั้งครรภ์ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือของประเทศไทย. *วารสารพยาบาลสาธารณสุข, 32*(3), 19-36.
- สุภาภรณ์ พิมพ์ รัตตสัมพันธ์. (2561). ภาวะอ้วนในสตรีตั้งครรภ์: ผลกระทบต่อสุขภาพและการพยาบาล. *วารสารพยาบาลสงขลานครินทร์, 38*(1), 120-128.
- อรพรรณ พิณเลิศสกุล, และสุภาวดี วายเหือด. (2564). ภาวะน้ำหนักเกินและอ้วนในสตรีตั้งครรภ์: บทบาทที่ท้าทายของพยาบาลผดุงครรภ์. *วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ, 39*(1), 29-38.
- Feng, N., & Huang, X. (2021). Effect of pre-pregnancy body mass index and gestational weight gain on perinatal outcome. *International Journal of Clinical and Experimental Medicine, 14*(8), 2018-2188.
- Liu, L., Ma, Y., Wang, N., Lin, W., Liu, Y., & Wen, D. (2019). Maternal body mass index and risk of neonatal adverse outcomes in China: a systematic review and meta-analysis. *BMC Pregnancy and Childbirth, 19*(1), 105. <https://doi.org/10.1186/s12884-019-2249-z>
- Rainaldi, M.A., & Periman, J.M. (2016). Pathophysiology of Birth Asphyxia. *Clinics in Perinatology, 43*, 409-222. <https://doi.org/10.1016/j.clp.2016.04.002>
- Stubert, J., Reister, F., Hartmann, S., & Janni, W. (2018). The risks associated with obesity in pregnancy. *Deutsches Arzteblatt International, 115*, 276-283. <https://doi.org/10.3238/arztebl.2018.0276>
- World Health Organization (WHO). (2015). *International statistical classification of diseases and related health problems, 10th revision, Fifth edition, 2016*. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/246208>
- World Health Organization (WHO). (2022). *Perinatal asphyxia*. <https://www.who.int/teams/maternal-newborn-child-adolescent-health-and-ageing/newborn-health/perinatal-asphyxia#:~:text=Birth%20asphyxia%2C%20>

ผลของโปรแกรมการลดการสูบบุหรี่โดยใช้การรับรู้สมรรถนะแห่งตน ต่อพฤติกรรมการลดการสูบบุหรี่อย่างมีส่วนร่วมของนักศึกษาที่ติดบุหรี่

เจมิกา ฌักทรเดซานนท์, Ph. D.¹

ภักวรินทร์ ภักทศิริสมบุรณ์, พย.ม.^{2*}

จิรัชญา เหล่าคมพฤษณาจารย์, ปร.ด.¹

(วันที่ส่งบทความ: 11 มกราคม 2566; วันที่แก้ไข: 3 พฤษภาคม 2566; วันที่ตอบรับ: 26 พฤษภาคม 2566)

บทคัดย่อ

การสูบบุหรี่ เป็นอันตรายและส่งผลกระทบต่อร่างกาย จิตใจ เศรษฐกิจ และสังคม บุหรี่เป็นสาเหตุการตายที่สำคัญที่สุดของโรคที่สามารถป้องกันได้ การวิจัยกึ่งทดลองแบบศึกษากลุ่มเดี่ยววัดผลก่อนและหลังการทดลองนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมการเลิกสูบบุหรี่ของนักศึกษาก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมการลดการสูบบุหรี่ โดยใช้การรับรู้สมรรถนะแห่งตน กลุ่มตัวอย่างเป็นนักศึกษาที่ติดบุหรี่ มหาวิทยาลัยแห่งหนึ่ง จังหวัดชัยภูมิ จำนวน 20 คน เลือกตัวอย่างแบบเจาะจง เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย 1) แผนการสอนตามทฤษฎีการรับรู้สมรรถนะแห่งตน ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน มีค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา .60; 2) แบบประเมินระดับการตินิโคติน (Fagerstrom Test for Nicotine Dependence [FTND]) ฉบับแปลเป็นภาษาไทย มีค่าความเชื่อมั่น เท่ากับ .86 และ 3) ชุดตรวจกรองสารโคตินินในปัสสาวะอย่างง่าย วิเคราะห์ข้อมูลโดยสถิติเชิงพรรณนา Wilcoxon signed rank test และ McNemar test ผลการศึกษาพบว่า หลังการทดลองนักศึกษา มีคะแนนเฉลี่ยระดับการตินิโคตินลดลงจากก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .05 ($Z = -2.277, p = .023$) และพบสารโคตินินในปัสสาวะลดลงจากก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .05 จึงสรุปได้ว่า นักศึกษามีพฤติกรรมการสูบบุหรี่ลดลง ดังนั้น การศึกษานี้สามารถนำไปประยุกต์ใช้ในสังคมหรือพื้นที่อื่นเพื่อให้เกิดพฤติกรรมการลดการสูบบุหรี่ได้

คำสำคัญ: โปรแกรมการลดการสูบบุหรี่, การรับรู้สมรรถนะแห่งตน, พฤติกรรมการลดการสูบบุหรี่

¹ อาจารย์, คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏชัยภูมิ

² อาจารย์, คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏรำไพพรรณี

* ผู้ประพันธ์บทความ: ภักวรินทร์ ภักทศิริสมบุรณ์, อีเมล: phakwarin.p@rbru.ac.th

Effects of a Perceived Self-efficacy-based Smoking Reduction Program on Participatory Smoking Reduction Behaviors among University Students Addicted to Cigarettes

Khemika Napattaradechanon, Ph.D.¹

Phakwarin Phattharasirisomboon, M.N.S.²

Jirataya Laokompruittajarn, Ph.D.¹

(Received: January 11st, 2023; Revised: May 3rd, 2023; Accepted: May 26th, 2023)

Abstract

Smoking has immensely hazardous impacts on the body, mind, economy, and society. Cigarettes are the most significant cause of deaths from preventable diseases. This study was quasi-experimental research with one group pretest-posttest design. The main objective was to compare the smoking cessation behaviors of university students before and after participating in a smoking reduction program using perceived self-efficacy theory. The sample group included 20 students enrolled in a university in Chaiyaphum Province. Participants were enrolled using purposive sampling. The research instruments consisted of: 1) a lesson plan based on the theory of perceived self-efficacy which had its content validity verified by 5 experts and having a content validity index of .60; 2) the Fagerstrom Test for Nicotine Dependence (FTND), which was translated into Thai which has Cronbach's alpha coefficient of .86; 3) a simple screening test kit for urinary cotinine. The data analyzed using descriptive statistics, Wilcoxon signed rank tests and McNemar test. The results revealed that the participants' mean nicotine addiction level scores (at the .05 level [$Z = -2.277, p = .023$]) and their urine cotinine test results, (at the .05 level) were significantly lower after participating in the intervention when compared to the results prior to participating in the experiment. The conclusion is that smoking behavior among the university students was reduced. Therefore, this study implies that the program is applicable for students with similar characteristics in other societies or areas to reduce smoking behaviors.

Keywords: smoking reduction program, perceived self-efficacy, smoking reduction behaviors

¹ Lecturer, Faculty of Nursing, Chaiyaphum Rajabhat University

² Lecturer, Faculty of Nursing, Rambhai Barni Rajabhat University

* Corresponding author: Phakwarin Phattharasirisomboon, E-mail: phakwarin.p@rbru.ac.th

บทนำ

บุหรี่ จัดเป็นสารเสพติดประเภทหนึ่งที่เป็นอันตรายและส่งผลกระทบต่อร่างกาย จิตใจ เศรษฐกิจ สังคม แก่ทั้งผู้เสพและผู้ที่ได้รับควันบุหรี่ในบรรยากาศที่ประกอบไปด้วยสารพิษที่ก่อมะเร็งได้มากถึง 70 ชนิด และทำลายสุขภาพจนอาจถึงขั้นเสียชีวิตได้ สำหรับสถานการณ์โลก มีผู้ที่สูบบุหรี่ประมาณ 1,100 ล้านคน และมีการคาดการณ์ว่า ภายใน พ.ศ. 2573 บุหรี่จะทำให้มีผู้เสียชีวิตมากถึง 10 ล้านคนต่อปี (เครือข่ายวิชาชีพแพทย์ในการควบคุมการบริโภคยาสูบ, 2561) ส่วนในประเทศไทย จากจำนวนประชากรอายุ 15 ปีขึ้นไปทั้งสิ้น 57 ล้านคน เป็นผู้ที่สูบบุหรี่ 9.9 ล้านคน (ร้อยละ 17.4) โดยกลุ่มเยาวชน (อายุ 15-19 ปี) มีอัตราการสูบบุหรี่ ร้อยละ 6.2 (กองสถิติสังคม สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2564) และทุก ๆ ปี คนไทยประมาณ 42,000 ถึง 52,000 คน เสียชีวิตด้วยโรคที่เป็นผลมาจากการสูบบุหรี่ คิดเฉลี่ยชั่วโมงละ 6 คน โดยโรคที่เป็นสาเหตุการตาย 3 อันดับแรก คือโรคหัวใจและหลอดเลือด ถุงลมโป่งพอง และมะเร็งปอด (เครือข่ายวิชาชีพแพทย์ในการควบคุมการบริโภคยาสูบ, 2561)

แม้ว่าจะทราบถึงพิษภัยจากบุหรี่เป็นอย่างดี แต่ยังคงพบอัตราการสูบบุหรี่ค่อนข้างสูง และไม่ผ่านเกณฑ์ข้อมูลความจำเป็นพื้นฐาน (จปฐ.) ตัวชี้วัดที่ 25 คน ในครัวเรือนไม่สูบบุหรี่ (ร้อยละ 100) โดยจากข้อมูลการสำรวจสถานการณ์และพฤติกรรมกาสูบบุหรี่ของนักศึกษาชั้นปีที่ 1 พบว่า นักศึกษาเกือบทั้งหมด (ร้อยละ 96.8) รู้ว่าบุหรี่มีผลเสียต่อสุขภาพ และส่วนใหญ่ (ร้อยละ 63.6) ความรู้เกี่ยวกับพิษภัยบุหรี่อยู่ในระดับสูง แต่ยังคงมีการสูบบุหรี่ ร้อยละ 7.3 เมื่อเทียบจากผลการสำรวจพฤติกรรมด้านสุขภาพของประชากรในปี 2564 ของสำนักงานสถิติแห่งชาติ พบว่ากลุ่มเยาวชน (อายุ 15-19 ปี) มีอัตราการสูบบุหรี่ ร้อยละ 6.2 (กองสถิติสังคม สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2564) โดยพฤติกรรมกาสูบบุหรี่ของนักศึกษาสูบบุหรี่ทุกวันร้อยละ 42.3 ส่วนมากเริ่มสูบบุหรี่เพราะอยากทดลอง (ร้อยละ 80.8) มีเหตุผลเพื่อการผ่อนคลาย (ร้อยละ 76.9) และใช้วิธีการปฏิเสธในการป้องกันและแก้ไขปัญหามากที่สุด (ร้อยละ 53.6) ปัญหาการปรับตัว การดำเนินชีวิตของนักศึกษา ส่งผลให้เกิดความเครียด สิ่งเหล่านี้ส่งผลต่อการเริ่มสูบบุหรี่ของนักศึกษา ส่วนในนักศึกษากลุ่มที่สูบบุหรี่ พบว่ายังขาดแรงจูงใจในการที่จะเลิกสูบบุหรี่ เนื่องจากยังไม่ตระหนักถึงผลเสียที่เกิดจากการสูบบุหรี่ ซึ่งจากการศึกษาของ อ้อยทิพย์ บัวจันทร์ และเมวดี ศรีมงคล (2557) สะท้อนให้เห็นว่าปัญหาการสูบบุหรี่ยังคงมีอยู่ และแม้ว่าจะมีเพียงร้อยละ 7.3 แต่ถ้าหากไม่ได้รับการแก้ไขในการส่งเสริม ควบคุม ป้องกันและดูแล อาจนำไปสู่ปัญหาการเกิดพฤติกรรมในการชักชวน ส่งผลด้านลบต่อการมีทัศนคติที่ไม่ดี รวมทั้งการหาซื้อบุหรี่ในปัจจุบันเข้าถึงได้ง่าย สะดวก รวดเร็ว (ไฟทอรี่ วุฒิส และคณะ, 2565) อาจทำให้มีแนวโน้มการสูบบุหรี่เพิ่มสูงขึ้นได้ ในอนาคตอันใกล้

การลดสูบบุหรี่จะลดอันตรายต่อภาวะสุขภาพได้ จึงมีการศึกษาปัจจัยที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมกาสูบบุหรี่ ดังเช่นการศึกษาของไฟทอรี่ วุฒิส และคณะ (2565) พบว่าปัจจัยด้านการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการหลีกเลี่ยงการสูบบุหรี่สามารถทำนายพฤติกรรมกาสูบบุหรี่อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (aOR=3.73, 95% CI = 2.09-6.67) ส่วนการศึกษาของสุรรัตน์ เวียงกมล และคณะ (2560) พบว่าการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการหลีกเลี่ยงการสูบบุหรี่มีความสัมพันธ์กับการสูบบุหรี่ในระยะแรกอย่างมีนัยสำคัญทาง

สถิติ (aOR = 2.47, 95% CI = 1.52-4.00) การศึกษาผลของปราณี แพณี และธนัช กนกเทศ (2563) พบว่า การใช้โปรแกรมการเสริมสร้างสมรรถนะแห่งตนต่อพฤติกรรมการลดสูบบุหรี่ของนักศึกษาทำให้กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับบุหรี่ การรับรู้ความสมรรถนะแห่งตนและความคาดหวังในผลลัพธ์ของการเลิกสูบบุหรี่หลังการทดลองเพิ่มขึ้น และมีระดับการติดยาโคติน (Nicotine) ลดลงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ 0.5 การศึกษาของศิริกัญญา ชมขุนทด และคณะ (2557) พบว่าโปรแกรมสร้างเสริมสมรรถนะแห่งตนและการมีส่วนร่วมของครอบครัวช่วยให้กลุ่มทดลองมีความมั่นใจในการหลีกเลี่ยงการสูบบุหรี่และความตั้งใจไม่สูบบุหรี่ภายหลังการทดลองมากกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .05 และมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .05 เช่นเดียวกับการศึกษาของอารม คงพัฒน์ และกุลชลิ ตันศิริตวันวงศ์ (2558) ที่พบว่าการใช้โปรแกรมการเสริมสร้างสมรรถนะแห่งตนเพื่อป้องกันการสูบบุหรี่ในนักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้นทำให้ค่าเฉลี่ยคะแนนสมรรถนะแห่งตนและพฤติกรรมในการป้องกันการสูบบุหรี่หลังการทดลองเพิ่มขึ้นและสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .05 จากผลการศึกษาที่กล่าวมาแสดงให้เห็นว่าโปรแกรมเสริมสร้างสมรรถนะแห่งตนมีผลต่อพฤติกรรมการสูบบุหรี่ และอาจจะช่วยเพิ่มอัตราความสำเร็จในการลดการสูบบุหรี่ได้ ดังนั้นหากนำปัจจัยด้านสมรรถนะแห่งตนมาใช้เป็นตัวแปรในการลดการสูบบุหรี่แก่นักศึกษาที่ติดยาบุหรี่ ช่วยให้มีพฤติกรรมและสมรรถนะแห่งตนในการลดการสูบบุหรี่ที่เพิ่มขึ้น

พฤติกรรมลดสูบบุหรี่ ประเมินจากแบบประเมินระดับการติดยาโคตินและการตรวจโคตินิน (Cotinine) ในปีสภาวะอย่างง่าย โดยแบบประเมินระดับการติดยาโคติน (The Fagerstrom Test for Nicotine Dependence [FTND]) เป็นเครื่องมือหนึ่งที่สามารถทำนายความสำเร็จในการเลิกบุหรี่ได้ สอดคล้องกับการศึกษาของ อัญชัญ จันทราภาส และคณะ (2564) ที่นำแบบประเมินระดับการติดยาโคติน มาใช้กับพนักงานในสถานประกอบการ จังหวัดนครปฐม พบว่าร้อยละ 94.6 มีระดับการติดยาโคตินในระดับน้อย หลังการใช้โปรแกรมช่วยเลิกบุหรี่ พนักงานสูบบุหรี่ลดลงร้อยละ 58.1 มีระดับความรุนแรงของการติดยาโคตินลดลง และความตั้งใจในการเลิกบุหรี่เพิ่มขึ้นกว่าก่อนการใช้โปรแกรมช่วยเลิกบุหรี่อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .01 ด้วยเหตุผลดังกล่าว การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยจึงได้ศึกษาผลของโปรแกรมลดการสูบบุหรี่โดยประยุกต์จากทฤษฎีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนและการมีส่วนร่วมของนักศึกษาที่ติดยาบุหรี่ เพื่อเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมลดสูบบุหรี่โดยการให้โปรแกรมที่มีความสอดคล้องกับการรับรู้สมรรถนะของแต่ละบุคคล รวมถึงการจัดให้มีแรงสนับสนุนทางสังคมอย่างสม่ำเสมอ ทั้งนี้เพื่อเป็นแนวทางหนึ่งของการแก้ไขปัญหาการสูบบุหรี่ในมหาวิทยาลัยได้อย่างมีประสิทธิภาพ ลดจำนวนผู้สูบบุหรี่หน้าเก่า รวมทั้งให้นักศึกษาที่สามารถลด ละ เลิกบุหรี่ได้เป็นแบบอย่างที่ดีด้านสุขภาพแก่ประชาชน และเป็นกำลังที่สำคัญทางด้านสาธารณสุขในการควบคุม แก้ไขปัญหาการสูบบุหรี่ต่อไป

วัตถุประสงค์

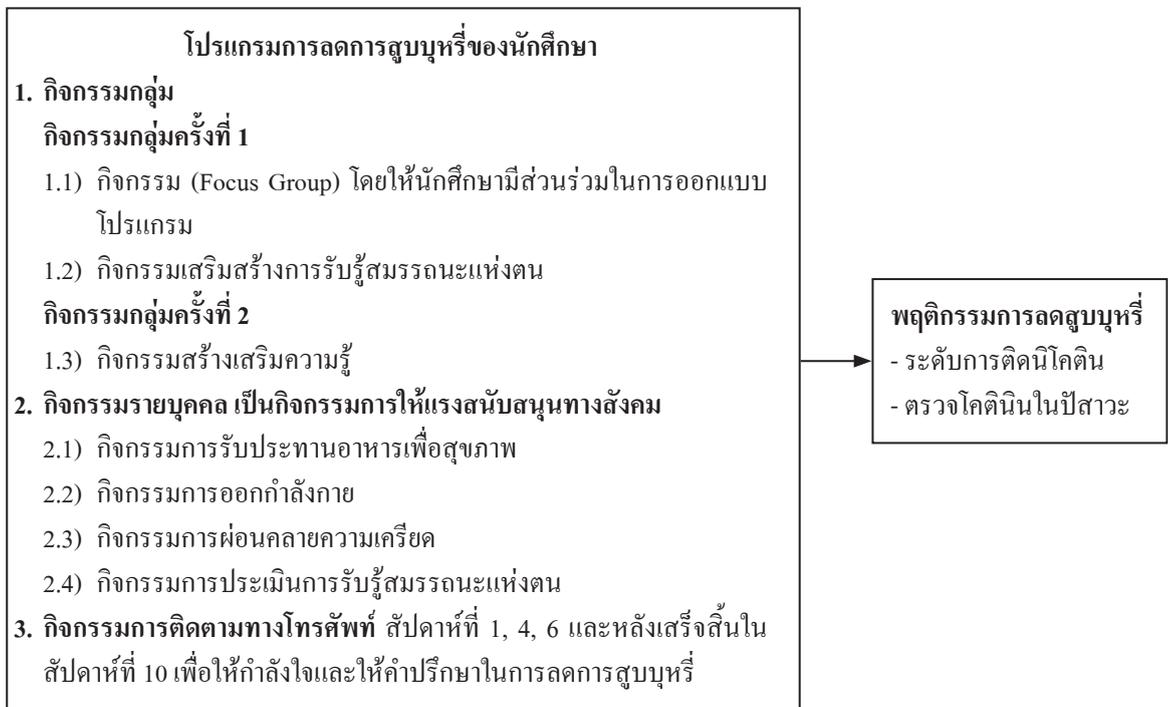
1. เพื่อศึกษาการสูบบุหรี่ของนักศึกษาที่ติดยาบุหรี่
2. เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมลดการสูบบุหรี่ของนักศึกษาได้แก่ ระดับการติดยาโคติน และสารโคตินินในปีสภาวะ ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมลดการสูบบุหรี่โดยใช้การรับรู้สมรรถนะแห่งตน

สมมุติฐานการวิจัย

ภายหลังการเข้าร่วมโปรแกรมการลดการสูบบุหรี่โดยใช้การรับรู้สมรรถนะแห่งตน กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมการลดสูบบุหรี่ ได้แก่ คะแนนเฉลี่ยของระดับการตัดสินใจคิด และสารโคตินินในปัสสาวะลดลงจากก่อนเข้าร่วมโปรแกรม

กรอบแนวคิดการวิจัย

ประยุกต์จากทฤษฎีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของ Bandura (1997) ซึ่งการพัฒนาการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อเรื่องใดเรื่องหนึ่งเกิดจากการที่บุคคลเรียนรู้ข้อมูลจาก 4 แหล่งคือ 1) การกระทำที่ประสบความสำเร็จด้วยตนเอง จะช่วยให้บุคคลมีการรับรู้ที่ตนเองมีสมรรถนะสูง 2) การสังเกตประสบการณ์ของผู้อื่นที่ประสบความสำเร็จในการกระทำเรื่องใดเรื่องหนึ่ง จะมีผลต่อการรับรู้ความสามารถของผู้ที่สังเกตเรื่องนั้นด้วย 3) การได้รับการชักจูงด้วยคำพูด โดยคำพูดว่า จะสามารถกระทำกิจกรรมนั้นได้ และ 4) สภาวะทางสรีระและอารมณ์ ซึ่งบุคคลที่เผชิญกับภาวะเครียด ความวิตกกังวล จะทำให้การรับรู้สมรรถนะลดลง โดยผู้วิจัยจัดกิจกรรมการเรียนรู้จากองค์ประกอบทฤษฎีการรับรู้สมรรถนะแห่งตน ผ่านโปรแกรมการลดการสูบบุหรี่ เพื่อให้นักศึกษาที่สูบบุหรี่มีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อพฤติกรรมการลดสูบบุหรี่ และสามารถลด ละ เลิกสูบบุหรี่ได้ โดยพฤติกรรมการลดสูบบุหรี่ ใช้แบบประเมินระดับการตัดสินใจคิด และตรวจโคตินินในปัสสาวะ สามารถสรุปเป็นกรอบแนวคิดในการวิจัย ได้ดังนี้



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) แบบศึกษากลุ่มเดียววัดผลก่อนและหลังการทดลอง (One group pretest-posttest design) เก็บข้อมูลระหว่างเดือนพฤศจิกายน พ.ศ. 2564 ถึง เดือนกุมภาพันธ์ พ.ศ. 2565

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ นักศึกษาที่สูบบุหรี่ และกำลังศึกษาระดับปริญญาตรีชั้นปีที่ 1-4 ประจำปีการศึกษา 2563 ในมหาวิทยาลัยแห่งหนึ่ง จังหวัดชัยภูมิ

กลุ่มตัวอย่าง การคำนวณขนาดโดยใช้สูตรคำนวณเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของกลุ่มตัวอย่างที่ไม่เป็นอิสระต่อกัน (Fleiss, 1981) กำหนดค่าสัมประสิทธิ์ความเชื่อมั่นที่ระดับนัยสำคัญ .05 ค่าอำนาจการทดสอบที่ร้อยละ 80 ได้ขนาดตัวอย่างจำนวน 16 คน แต่ เนื่องจากการศึกษาครั้งนี้กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูบบุหรี่ในมหาวิทยาลัย มีระยะเวลาการดำเนินกิจกรรมนาน 10 สัปดาห์ เพื่อป้องกันความไม่สมบูรณ์ของข้อมูลและให้มีกลุ่มตัวอย่างมากขึ้น จึงต้องเพิ่มจำนวนกลุ่มตัวอย่าง อีกร้อยละ 20 ได้ขนาดของกลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้นจำนวน 20 คน คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างจากประชากรแบบเจาะจง โดยมีเกณฑ์การคัดเข้า ได้แก่ เป็นเพศชายหรือหญิงที่สูบบุหรี่ มีผลประเมินระดับการตัดสินใจได้ 4 คะแนนขึ้นไป และผลการตรวจกรองสารโคตินินในปัสสาวะอย่างง่ายพบปัสสาวะเป็นสีชมพูส้ม ส่วนเกณฑ์คัดออก ได้แก่ ลาออกขณะดำเนินโปรแกรมและเข้าร่วมกิจกรรมตามโปรแกรมไม่ครบ

การพิทักษ์สิทธิผู้ให้ข้อมูล

การวิจัยนี้ผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยราชภัฏชัยภูมิ ลำดับที่ 1-009/2564 เลขที่ HE 64-1-005 รับรองวันที่ 11 เดือน ตุลาคม พ.ศ. 2564 ผู้วิจัยดำเนินการโดยชี้แจงถึงสิทธิในการถอนตัวจากการวิจัย ข้อมูลจะได้รับการเก็บรักษาเป็นความลับและนำมาใช้ในการวิจัยครั้งนี้เท่านั้น โดยจะนำเสนอข้อมูลในภาพรวม จากนั้นให้ลงนามในเอกสารแสดงความยินยอม การไม่เข้าร่วมหรือถอนตัวจากโครงการวิจัยนี้ จะไม่มีผลกระทบต่อผลประโยชน์หรือสิทธิใด ๆ ที่พึงได้รับของกลุ่มตัวอย่าง

เครื่องมือที่ใช้ในงานวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง คือ แผนการสอนตามทฤษฎีการรับรู้สมรรถนะแห่งตน ที่พัฒนามาจากแผนการจัดกิจกรรมสุขศึกษาของอรณิชา ชำนาญศิลป์ และเอมอัชฌา วัฒนบูรานนท์ (2565) ประกอบด้วยกิจกรรมการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพโดยการมีส่วนร่วมของนักศึกษา แบ่งเป็น 1) กิจกรรมรายกลุ่ม 2 ครั้ง ใช้เวลา 6 ชั่วโมง (2 สัปดาห์) และ 2) กิจกรรมรายบุคคล 4 ครั้ง ใช้เวลา 8 ชั่วโมง (8 สัปดาห์) รวมระยะเวลาทั้งสิ้น 10 สัปดาห์

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น ดังนี้

ตอนที่ 1 แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลการสูบบุหรี่ เป็นแบบเลือกตอบ จำนวน 12 ข้อ ประกอบด้วยเพศอายุ ชั้นปีที่กำลังศึกษา อายุที่เริ่มสูบบุหรี่ มวนแรก การได้รับมวนแรก การสูบบุหรี่

บุหรี่ยังคงมีคนในครอบครัว จำนวนการสูบบุหรี่ต่อวัน สิ่งกระตุ้นที่ทำให้นักศึกษาอยากสูบบุหรี่ ช่วงเวลาที่นักศึกษาชอบสูบบุหรี่ ยี่ห้อบุหรี่ที่นักศึกษาชอบสูบ และความต้องการเลิกสูบบุหรี่ของนักศึกษาในปัจจุบัน

ตอนที่ 2 พฤติกรรมการสูบบุหรี่ วัดโดยใช้แบบประเมิน ได้แก่

1) แบบประเมินระดับการติดยาโคติน ใช้แบบวัด Fagerstrom Test for Nicotine Dependence (FTND) ฉบับภาษาไทย เป็นเครื่องมือที่พัฒนาโดย ผ่องศรี ศรีมรกต (2550) และมีการใช้อย่างแพร่หลายสำหรับการประเมินความรุนแรงของการติดยาโคตินในผู้สูบบุหรี่ เป็นแบบมีตัวเลือกให้ตอบจำนวน 6 ข้อ คะแนนรวม 10 คะแนน สามารถแปลผลคะแนนจากคะแนนรวม เพื่อแบ่งเกณฑ์ระดับการติดยาโคตินเป็น 3 ระดับ ได้แก่ ติดยาโคตินระดับสูง (Highly dependent smokers; 8-10 คะแนน) ระดับน้อย (Less dependent smokers; 4-7 คะแนน) และไม่ติดยาโคติน (Nicotine independent; 0-3 คะแนน)

2) ชุดตรวจกรองสารโคตินินในปัสสาวะอย่างง่าย ผลิตโดย คณะเทคนิคการแพทย์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น (จินดารัตน์ ตระกูลทอง, และคณะ, 2554) ที่ผ่านการพัฒนาทดลองเทียบกับชุดตรวจวัดอย่างง่ายที่ใช้หลักการ Immunochromatography (COT) ที่พบว่ามีความไวของการตรวจวัดร้อยละ 78 และความจำเพาะของการตรวจวัดร้อยละ 100 ซึ่งใช้สำหรับการตรวจในกลุ่มตัวอย่างขนาดใหญ่ หรือใช้ตรวจกรองเพราะราคาถูกและตรวจวัดง่าย (ลิ้มทอง พรหมดี, และคณะ, 2555) เป็นการตรวจหาสารโคตินินที่ถูกขับออกทางปัสสาวะ อุปกรณ์คือ หลอดหยดพลาสติก ขนาด 1 มิลลิลิตร แถบสีมาตรฐานสำหรับอ่านค่าโคตินินในปัสสาวะแบบกึ่งปริมาณ ภาชนะพลาสติกที่สะอาดมีฝาปิดสนิท น้ำยาทดสอบโคตินินวิธีการตรวจ โดยใช้หลอดหยดคูดน้ำปัสสาวะของกลุ่มตัวอย่างผสมกับน้ำยาทดสอบโคตินิน น้ำปัสสาวะจะเปลี่ยนสีแล้วเทียบกับแถบสีมาตรฐานสำหรับอ่านค่าโคตินิน การแปลผลโดย หากพบปัสสาวะเปลี่ยนเป็นสีชมพูส้ม แสดงว่า มีโคตินินในปัสสาวะและมีการสูบบุหรี่ หากพบปัสสาวะสีเหลืองใส แสดงว่าไม่มีโคตินินในปัสสาวะและไม่มีการสูบบุหรี่

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

ผู้วิจัยนำแผนการสอนตามทฤษฎีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของโปรแกรมการลดการสูบบุหรี่ไปตรวจความตรงของเนื้อหา โดยเสนอต่อผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบ จำนวน 5 ท่าน ได้แก่ อาจารย์พยาบาลที่มีความเชี่ยวชาญและมีผลงานวิจัยเกี่ยวกับบุหรี่ 2 ท่าน อาจารย์กลุ่มวิชาการพยาบาลเด็กและวัยรุ่น 1 ท่าน พยาบาลคลินิกเลิกบุหรี่ 2 ท่าน วิเคราะห์ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content validity index [CVI]) เท่ากับ .60 ส่วนแบบประเมินระดับการติดยาโคตินินผู้พัฒนาเครื่องมือได้ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาแล้วผู้วิจัยนำมาใช้โดยไม่ได้ตัดแปลงใด ๆ จึงไม่ได้ตรวจความตรงของเนื้อหาซ้ำ

การหาค่าความเชื่อมั่น ผู้วิจัยนำแบบประเมินระดับการติดยาโคตินิน ซึ่งเป็นแบบประเมินมาตรฐานที่เป็นที่ยอมรับใช้อย่างแพร่หลาย ไปทดลองใช้กับนักศึกษาระดับปริญญาตรีในมหาวิทยาลัยแห่งหนึ่งจังหวัดชัยภูมิ ที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 10 คน หลังจากนั้นนำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์หาสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .86 เป็นเกณฑ์ที่ยอมรับได้ (Ebel & Frisbie, 1986)

วิธีเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ระเบียบเตรียมการทดลองเตรียมเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประสานงานกับผู้บริหารในมหาวิทยาลัย เพื่อชี้แจงโครงการ และขอความร่วมมือเป็นพื้นที่ศึกษาวิจัยเตรียมสถานที่ จากนั้นประสานงานกองกิจการนักศึกษาและสโมสรนักศึกษาคณะต่าง ๆ ในมหาวิทยาลัย ช่วยในการประชาสัมพันธ์โครงการวิจัย และเปิดรับสมัครนักศึกษาที่ติดบุหรี โดยวิธีเข้ากลุ่มไลน์ด้วยการสแกนคิวอาร์โค้ด แล้วบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล และพฤติกรรมการสูบบุหรี และประเมินพฤติกรรมการเลิกสูบบุหรีก่อนการทดลองโดยใช้แบบประเมินระดับการติดนิโคติน และตรวจโคตินินในปัสสาวะ

2. ระยะดำเนินการวิจัยใช้ระยะเวลาในการดำเนินกิจกรรม 10 สัปดาห์ ประกอบด้วยกิจกรรม ดังนี้

2.1 กิจกรรมรายกลุ่ม 2 ครั้ง ใช้ระยะเวลา 6 ชั่วโมง (2 สัปดาห์) โดยกิจกรรมกลุ่มครั้งแรกได้แก่ กิจกรรมสนทนากลุ่ม ใช้เวลา 2 ชั่วโมง โดยให้นักศึกษามีส่วนร่วมแสดงความคิดเห็น และข้อเสนอแนะในการออกแบบโปรแกรม หลังจากนั้นนำไปเสนอต่อผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงของเนื้อหา และทำการแก้ไขปรับปรุง ก่อนนำเนื้อหาไปจัดกิจกรรมเสริมสร้างการรับรู้สมรรถนะแห่งตน 2 ชั่วโมง โดยวิทยากรที่เชี่ยวชาญ ซึ่งกิจกรรมการเสริมสร้างการรับรู้สมรรถนะแห่งตนประกอบไปด้วย กิจกรรมการวิเคราะห์สถานการณ์ที่เสี่ยงต่อการสูบบุหรี การหลีกเลี่ยงเมื่อต้องอยู่ในสถานการณ์ที่ต้องสูบบุหรี การชักชวนไม่ให้สูบบุหรี การพูดชมเชยและสนับสนุนให้กำลังใจกัน กิจกรรมบอกเล่าประสบการณ์ โดยนำบุคคลที่มีความคล้ายคลึงกัน และประสบความสำเร็จในการเลิกสูบบุหรี มาร่วมแลกเปลี่ยนประสบการณ์ และใช้ตัวแบบที่เสนอผ่านวีดิทัศน์ ร่วมวิเคราะห์อภิปราย แสดงความคิดเห็นหาแนวทางในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การลดการสูบบุหรี และกิจกรรมรู้เขา รู้เรา โดยการฝึกทักษะการปฏิเสธการสูบบุหรี ส่วนกิจกรรมกลุ่มครั้งที่สอง เป็นกิจกรรมสร้างเสริมความรู้ โดยใช้เวลา 2 ชั่วโมง เพื่อให้ความรู้เกี่ยวกับบุหรีโดยการบรรยายเรื่องพิษภัยของบุหรี หลังจากนั้นร่วมวิเคราะห์ อภิปรายกลุ่มเกี่ยวกับผลกระทบของบุหรี และสรุปประเด็นการเรียนรู้

2.2 กิจกรรมรายบุคคล 4 ครั้ง ใช้ระยะเวลา 8 ชั่วโมง (8 สัปดาห์) โดยจัดกิจกรรมการให้แรงสนับสนุนทางสังคม ได้แก่ 1) กิจกรรมการรับประทานอาหารเพื่อสุขภาพ ช่วยลดพฤติกรรมสูบบุหรี ใช้เวลา 1 ชั่วโมง เพื่อเสริมสร้างกระบวนการตัดสินใจและสร้างการตอบสนองต่อตนเองผ่านกิจกรรมชิม ดม ชม และอ่าน เป็นการแสดงตัวอย่างอาหารจริง พร้อมให้ข้อมูลเชิงประจักษ์ ร่วมกันวางแผนการปฏิบัติตัวในการควบคุมความอยากสูบบุหรีด้วยอาหารเสริมสร้างกระบวนการตัดสินใจและสร้างการตอบสนองต่อตนเอง 2) กิจกรรมการออกกำลังกาย ใช้เวลา 1 ชั่วโมง เพื่อเสริมสร้างการตอบสนองต่อตนเองโดยสาธิตและฝึกปฏิบัติการออกกำลังกายด้วยวิธีการออกกำลังกายโดยใช้วิธีที่เหมาะสม 3) กิจกรรมการผ่อนคลายความเครียด ใช้เวลา 4 ชั่วโมง เพื่อเสริมสร้างการตอบสนองต่อตนเองและการตัดสินใจ โดยฝึกปฏิบัติการทำสมาธิและการทำกิจกรรมร่วมกับสังคม 4) กิจกรรมการประเมินการรับรู้สมรรถนะแห่งตน ใช้เวลา 2 ชั่วโมง เพื่อเสริมสร้างการตอบสนองต่อตนเองผ่านการอภิปรายวิธีการประเมินการรับรู้สมรรถนะแห่งตน โดยการวัดระดับนิโคติน แจกสติ๊กเกอร์สมรรถนะแห่งตนต่อสภาวะสุขภาพที่ควรจะเป็น และ

แลกเปลี่ยนเรียนรู้ผลจากสภาวะทางสุขภาพ มีการใช้คำพูดชักจูง พร้อมกับทบทวนความรู้และสรุปกิจกรรม
สมรรถนะแห่งตน ผ่านการอภิปรายวิธีการการรับรู้สมรรถนะแห่งตนถึงสภาวะทางสุขภาพ

2.3 กิจกรรมการติดตามทางโทรศัพท์ โดยติดตาม 4 ครั้ง เริ่มตั้งแต่ สัปดาห์ที่ 1 สัปดาห์ที่ 4
สัปดาห์ที่ 6 และหลังเสร็จสิ้นโปรแกรมการทดลองในสัปดาห์ ที่ 10 เพื่อให้กำลังใจ ให้คำปรึกษา กระตุ้น
ผ่อนคลายความเครียด สังเกตการณ์การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การสูบบุหรี่ และการกระตุ้นเดือน สอบถาม
ปัญหาและอุปสรรคต่าง ๆ ติดตามโดยคณะผู้วิจัย

3. ระยะประเมินผลการวิจัย หลังเสร็จสิ้นการทดลองใน สัปดาห์ที่ 10 ผู้วิจัยนัดหมายกลุ่มตัวอย่าง
เพื่อประเมินพฤติกรรม การเลิกสูบบุหรี่ หลังการทดลอง โดยใช้แบบประเมินระดับการตัดสินใจ และตรวจ
โคตินินในปัสสาวะในช่วงเช้า

การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลส่วนบุคคล วิเคราะห์ด้วยสถิติเชิงบรรยาย ได้แก่ การแจกแจงเป็นจำนวน ร้อยละ ส่วน
พฤติกรรม การลดการสูบบุหรี่ของนักศึกษา ได้แก่ ระดับการตัดสินใจ และสารโคตินินในปัสสาวะ
การแจกแจงเป็นจำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย (Mean [M]) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard deviation
[SD]) การวิเคราะห์เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรม การลดการสูบบุหรี่ก่อนและหลังการทดลอง เนื่องจากกลุ่ม
ตัวอย่างมีจำนวนน้อยกว่า 30 คน ข้อมูลมีการกระจายตัวไม่เป็นเส้นโค้งปกติ และเป็นการเปรียบเทียบความ
แตกต่างระหว่างประชากร 2 กลุ่มที่ไม่เป็นอิสระกัน จึงเลือกวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิตินอนพารามेटริก
(Non parametric statistics) โดยเปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยระดับการตัดสินใจด้วยสถิติ Wilcoxon signed
rank-test เนื่องจากตัวแปร มีมาตรวัดแบบเรียงลำดับขึ้นไป และเปรียบเทียบโคตินินในปัสสาวะด้วยสถิติ
McNemar test เนื่องจากตัวแปร มีมาตรวัดแบบนามบัญญัติที่มีเพียง 2 กลุ่มย่อย ได้แก่ พบโคตินิน (Positive)
และไม่พบโคตินิน (Negative)

ผลการวิจัย

กลุ่มตัวอย่าง 20 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย (ร้อยละ 95) มีอายุ 19 ปี (ร้อยละ 35) รองลงมาได้แก่
20 ปี (ร้อยละ 30) และ 23 ปี (ร้อยละ 15) เป็นนักศึกษาในชั้นปีที่ 1 (ร้อยละ 40) รองลงมาได้แก่ ชั้นปีที่ 2
(ร้อยละ 35) และชั้นปีที่ 4 (ร้อยละ 25) ตามลำดับ

ข้อมูลการสูบบุหรี่ของนักศึกษาที่ติดบุหรี่

กลุ่มตัวอย่างเริ่มสูบบุหรี่ครั้งแรกเมื่ออายุ 18 ปี (ร้อยละ 25) รองลงมาได้แก่ อายุ 15 ปี (ร้อยละ 20)
และ อายุ 17 ปี (ร้อยละ 15) โดยส่วนใหญ่ได้รับบุหรี่ครั้งแรกจากเพื่อน (ร้อยละ 80) มีสมาชิกในครอบครัว
สูบบุหรี่ ได้แก่ บิดา (ร้อยละ 50) ปู่ย่าตายาย (ร้อยละ 20) และพี่น้อง (ร้อยละ 10) จำนวนการสูบบุหรี่
ต่อวันในปัจจุบัน พบว่า สูบบุหรี่ 1 มวนต่อวัน (ร้อยละ 60) รองลงมาได้แก่ 2 มวนต่อวัน (ร้อยละ 20)
3 มวนต่อวัน (ร้อยละ 10) และ 4 มวนต่อวัน (ร้อยละ 10) สิ่งกระตุ้นที่ทำให้นักศึกษาอยากสูบบุหรี่ ได้แก่
การสังสรรค์กับเพื่อน (ร้อยละ 60) รองลงมาได้แก่ เพื่อนยื่นบุหรี่ให้สูบ (ร้อยละ 50) และอยู่ในวงสุรา

(ร้อยละ 30) ส่วนช่วงเวลาที่นักศึกษาชอบสูบบุหรี่ คือ หลังเลิกเรียน (ร้อยละ 45) รองลงมาคือช่วงพักกลางวัน (ร้อยละ 30) และขณะเข้าห้องน้ำ (ร้อยละ 25) สูบบุหรี่ยี่ห้อ SMS ของสี่เขียว (ร้อยละ 30) รองลงมาได้แก่ ยี่ห้อ SMS ของสี่แดง Wonder ของสี่แดง และ Wonder ของสี่เขียว (ซึ่งมีค่าเท่ากับที่ร้อยละ 15) และ ยี่ห้อ L&M และ กรองทิพย์ (ซึ่งมีค่าเท่ากับที่ร้อยละ 5) ปัจจุบันกลุ่มตัวอย่างมีความต้องการเลิกสูบบุหรี่ (ร้อยละ 90) และไม่ต้องการเลิกสูบบุหรี่ (ร้อยละ 10)

ผลการเปรียบเทียบพฤติกรรมผลการลดการสูบบุหรี่ของนักศึกษา ได้แก่ ระดับการตัดสินใจคิด และสารโคตินิน ในปีสภาวะ ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมการลดการสูบบุหรี่โดยใช้การรับรู้สมรรถนะแห่งตน

ผลการประเมินระดับการตัดสินใจคิด ก่อนการทดลอง มีนักศึกษาตัดสินใจคิดในระดับสูงร้อยละ 5 ระดับน้อยร้อยละ 15 และไม่ตัดสินใจคิด ร้อยละ 80 และมีคะแนนเฉลี่ยการตัดสินใจคิด 2.30 ($SD = 2.27$) ส่วนภายหลังการทดลอง มีนักศึกษาตัดสินใจคิดในระดับสูงร้อยละ 5.0 และไม่ตัดสินใจคิด ร้อยละ 95.0 และมีคะแนนเฉลี่ยการตัดสินใจคิด 0.90 ($SD = 2.10$) เมื่อวิเคราะห์โดยใช้สถิติ Wilcoxon signed rank-test เพื่อเปรียบเทียบระดับการตัดสินใจคิด พบว่าหลังการทดลองมีคะแนนเฉลี่ยระดับการตัดสินใจคิดลดลงจากก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .05 ($Z = -2.277, p = .023$) ดังนั้น จากระดับการตัดสินใจคิดลดลงจึงสรุปได้ว่า พฤติกรรมการสูบบุหรี่ลดลง ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยระดับการตัดสินใจคิด ก่อนการทดลองและหลังการทดลอง

ระดับการตัดสินใจคิด	M	SD	Z	p-value
ก่อนการทดลอง	2.30	2.27	-2.277	.023*
หลังการทดลอง	0.90	2.10		

หมายเหตุ. $n = 20, *p < .05$

ผลการตรวจกรองสารโคตินินในปีสภาวะอย่างง่าย พบว่าก่อนการทดลอง ส่วนใหญ่พบโคตินินในปีสภาวะ (ร้อยละ 85) และภายหลังการทดลอง ส่วนใหญ่ไม่พบโคตินินในปีสภาวะ (ร้อยละ 90) และการวิเคราะห์เปรียบเทียบโคตินินในปีสภาวะ พบว่าหลังการทดลองพบโคตินินในปีสภาวะลดลงจากก่อนการทดลอง เมื่อเปรียบเทียบการพบโคตินินในปีสภาวะก่อนการทดลองและหลังการทดลองด้วยสถิติ McNemar test พบว่ามีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) สรุปได้ว่า ภายหลังจากได้รับการทดลอง กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษามีโคตินินในปีสภาวะลดลง จึงสรุปได้ว่านักศึกษามีพฤติกรรมการสูบบุหรี่ลดลง ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบโคตินินในปัสสาวะ ก่อนการทดลองและหลังการทดลอง

โคตินินในปัสสาวะ	ก่อนการทดลอง		หลังการทดลอง		p-value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
พบโคตินิน (Positive)	17	85	2	10	< .001*
ไม่พบโคตินิน (Negative)	3	15	18	90	

หมายเหตุ. $n = 20$, $*p < .05$

อภิปรายผลการวิจัย

การสูบบุหรี่ของนักศึกษาที่ติดบุหรี่ พบว่าส่วนใหญ่เริ่มสูบบุหรี่ เมื่ออายุ 18 ปี โดยการชักชวนจากเพื่อน สูบบุหรี่ 1 มวนต่อวัน มีบิดาและสมาชิกในครอบครัวสูบบุหรี่และมีความต้องการอยากเลิกสูบบุหรี่ ทั้งนี้อาจเป็นเพราะนักศึกษาอยู่ในช่วงวัยรุ่น ซึ่งเป็นช่วงอายุที่มีความประจบประแจงและการเปลี่ยนแปลงตามระยะพัฒนาการตามช่วงวัย มีความต้องการเรียนรู้สิ่งต่างๆ ให้ความสำคัญกับกลุ่มเพื่อน ร่วมกับสภาพสังคมสิ่งแวดล้อม และสื่อต่าง ๆ ในปัจจุบันที่เอื้อต่อการเข้าถึงบุหรี่ได้โดยง่าย รวมถึงการมีสัมพันธภาพเชิงลบในครอบครัวและสมรรถนะแห่งตนในการปฏิเสธบุหรี่ จึงมีความเสี่ยงสูงในการเข้าถึงการสูบบุหรี่ได้โดยเรื่องง่าย สอดคล้องกับทฤษฎีการกระทำด้วยเหตุผล (Theory of reasoned action) โดยเชื่อว่าพฤติกรรมของบุคคลเกิดจาก 2 ปัจจัยสำคัญ ได้แก่ 1) ทศนคติที่มีต่อพฤติกรรมนั้น โดยมาจากความเชื่อ ค่านิยมและการประเมินคุณค่า และ 2) อิทธิพลของบรรทัดฐานทางสังคม โดยมาจากความเชื่อว่าการที่บุคคลจะมีพฤติกรรมใด ล้วนเป็นผลมาจากบรรทัดฐานทางสังคมที่มุ่งใจหรือทำให้คล้อยตามได้ ซึ่งส่งผลต่อการเกิดพฤติกรรมที่ถูกต้องเหมาะสม หรือพฤติกรรมที่ไม่ถูกต้อง ไม่เหมาะสมได้ (Fishbein & Ajzen, 1975) ซึ่งพฤติกรรม การสูบบุหรี่หรือการไม่สูบบุหรี่ของบุคคลจึงมีความสอดคล้องเป็นไปตามทฤษฎีนี้ และสอดคล้องกับการศึกษาของไพฑูรย์ วุฒิสโส และคณะ (2565) ที่พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมการสูบบุหรี่ครั้งแรกเมื่ออายุ 14 ปี จากการชักชวนของเพื่อน สูบบุหรี่ 1-2 มวนต่อวัน และมีบิดาและสมาชิกในครอบครัวสูบบุหรี่ และสอดคล้องกับการศึกษาของ Collins et al. (2020) ที่พบว่ากลุ่มตัวอย่างเริ่มสูบบุหรี่ครั้งแรกเมื่ออายุ 17 ปี จากการชักชวนของกลุ่มเพื่อนสนิท สูบบุหรี่ 1-3 มวนต่อวัน ส่วนใหญ่มีฐานะยากจนและครอบครัวไม่มีเวลาในการดูแล รวมถึงบิดามารดาและสมาชิกมีพฤติกรรมการสูบบุหรี่เป็นประจำ

การเปรียบเทียบพฤติกรรมการลดการสูบบุหรี่ของนักศึกษา ได้แก่ ระดับการตัดสินใจโคตินิน และสารโคตินินในปัสสาวะก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมการลดการสูบบุหรี่โดยใช้การรับรู้สมรรถนะแห่งตน พบว่าหลังการทดลองมีคะแนนเฉลี่ยระดับการตัดสินใจโคตินินและโคตินินในปัสสาวะลดลงจากก่อนการทดลอง ทั้งนี้อาจเป็นเพราะโปรแกรมการลดการสูบบุหรี่โดยใช้การรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อพฤติกรรมการลดการสูบบุหรี่อย่างมีส่วนร่วมของนักศึกษาที่ติดบุหรี่ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นมีกิจกรรมที่มีความหลากหลายทั้งในด้านการให้ความรู้โดยวิทยากรผู้เชี่ยวชาญ การให้กลุ่มตัวอย่างได้มีส่วนร่วมในการออกแบบกิจกรรมเพื่อส่งเสริมสมรรถนะของตนเอง การใช้แรงสนับสนุนทางสังคมในการส่งเสริม กระตุ้น ให้กำลังใจ การชมเชย

แก่กลุ่มตัวอย่าง รวมทั้งสมาชิกภายในกลุ่มตัวอย่างมีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้กันทั้งความรู้และประสบการณ์ จนทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการเลิกสูบบุหรี่ของเพื่อนที่มีความคล้ายคลึงกัน นอกจากนี้การจัดกิจกรรมเสริมสร้างการรับรู้สมรรถนะแห่งตน 2 ชั่วโมง จะช่วยสร้างเสริมความรู้ กระบวนการสังเกตและกระบวนการตัดสินใจที่จะลงมือกระทำ โดยนำเสนอตัวแบบที่ดี (Role model) ที่เป็นบุคคลจริง และตัวแบบที่เสนอผ่านการชมวีดิทัศน์ รวมทั้งอภิปรายสรุปประเด็นการเรียนรู้ร่วมกัน ซึ่งจะเป็นแรงจูงใจให้เกิดความเชื่อมั่นในตนเองมากขึ้น ตลอดจนการติดตามประเมินผลอย่างต่อเนื่อง จึงทำให้กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมการสูบบุหรี่ลดลง คะแนนเฉลี่ยระดับการตัดสินใจและโคตินินในปีสภาวะลดลง สอดคล้องกับทฤษฎีของ Bandura (1997) ที่กล่าวว่า การรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อเรื่องใดเรื่องหนึ่งเกิดจากการที่บุคคลเรียนรู้ข้อมูลจากการกระทำที่ประสบความสำเร็จด้วยตนเอง การสังเกตประสบการณ์ของผู้อื่นที่ประสบความสำเร็จ การได้รับการชักจูงด้วยคำพูดและสภาวะทางสรีระและอารมณ์ มีผลต่อการรับรู้สมรรถนะของตนเอง โดยบุคคลที่สามารถพัฒนาตนเองจากประเด็นดังกล่าวได้ ย่อมส่งผลให้เป็นผู้ที่มีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนที่ดี สอดคล้องกับผลการศึกษาของปราณี แผนดี และธนัช กนกเทศ (2563) พบว่าผลของโปรแกรมการส่งเสริมการลดสูบบุหรี่ต่อพฤติกรรมลดสูบบุหรี่ของนักศึกษาเมื่อเปรียบเทียบระหว่างกลุ่ม ผลปรากฏว่ากลุ่มทดลองมีระดับนิโคตินก่อนการทดลอง หลังการทดลองภายในกลุ่ม และระหว่างกลุ่มทดลองและเปรียบเทียบ แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .05 และสอดคล้องกับผลการศึกษาของหทัยทิพย์ ราชคมน์ (2560) พบว่าหลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับบุหรี่ ความเชื่อเกี่ยวกับบุหรี่ และความตั้งใจในการเลิกสูบบุหรี่สูงกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .05 เช่นเดียวกับกับผลการศึกษาของ Tucker et al. (2021) ที่พบว่าภายหลังการเข้าร่วมโปรแกรมการเลิกสูบบุหรี่แบบมีส่วนร่วมและการให้แรงสนับสนุนทางสังคมและการติดตามผลอย่างต่อเนื่อง ผลปรากฏว่า กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมการสูบบุหรี่ลดลง มีข้อเสนอแนะให้มีการติดตามผลอย่างต่อเนื่องเพื่อทำให้เกิดผลลัพธ์ที่มีประสิทธิภาพ

สรุปผลการวิจัย

การใช้โปรแกรมการลดการสูบบุหรี่โดยใช้การรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อพฤติกรรมลดการสูบบุหรี่อย่างมีส่วนร่วมของนักศึกษาที่ติดบุหรี่ ทำให้เกิดการรับรู้สมรรถนะแห่งตน และมีความมั่นใจในตนเองเพิ่มขึ้นว่าสามารถลดพฤติกรรมสูบบุหรี่ได้ สอดคล้องกับทฤษฎีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของแบนดูรา (Bandura, 1997) รวมถึงการจัดให้มีแรงสนับสนุนทางสังคมอย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่อง ส่งผลให้เมื่อสิ้นสุดการทดลอง นักศึกษาที่ติดบุหรี่ มีพฤติกรรมการสูบบุหรี่ลดลง โดยมีคะแนนเฉลี่ยระดับการตัดสินใจและสารโคตินินในปีสภาวะลดลงจากก่อนการทดลอง

ข้อเสนอแนะ

ด้านการปฏิบัติทางการพยาบาลและด้านการศึกษาพยาบาล สามารถนำไปโปรแกรมประยุกต์การรับรู้สมรรถนะของตนเอง มาใช้ในกระบวนการวางแผนเพื่อเป็นนโยบายในการดำเนินงานด้านการลด ละ เลิก และบำบัดผู้ติดยาเสพติดในมหาวิทยาลัย ให้มีความเหมาะสมในบริบทของแต่ละพื้นที่

ด้านการวิจัยทางการพยาบาล สามารถนำไปเป็นข้อมูลพื้นฐานสำหรับการวิจัยเพื่อส่งเสริมและพัฒนาโปรแกรมการป้องกันนักสูบบุหรี่ใหม่ในมหาวิทยาลัย และควรศึกษาเปรียบเทียบผลของโปรแกรมการลดการสูบบุหรี่โดยใช้การรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อพฤติกรรมการลดการสูบบุหรี่อย่างมีส่วนร่วมของนักศึกษาที่ติดยาเสพติด ในรูปแบบการวิจัยแบบสองกลุ่ม แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ เพื่อยืนยันประสิทธิภาพของโปรแกรม

กิตติกรรมประกาศ

วิจัยฉบับนี้ได้รับทุนอุดหนุนจากจากสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) ขอขอบพระคุณอธิการบดีและคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏชัยภูมิ ที่ให้คำแนะนำรวมทั้งสนับสนุนด้วยดีตลอดมา จนทำให้การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้บรรลุผลสำเร็จ

เอกสารอ้างอิง

- กองสถิติสังคม สำนักงานสถิติแห่งชาติ. (2564). *การสำรวจพฤติกรรมด้านสุขภาพของประชากร พ.ศ. 2564*. กองสถิติพยากรณ์ สำนักงานสถิติแห่งชาติ.
- เครือข่ายวิชาชีพแพทย์ในการควบคุมการบริโภคยาสูบ. (2561). *คู่มือการเลิกบุหรี่สำหรับประชาชน* (พิมพ์ครั้งที่ 8). ห้างหุ้นส่วนจำกัด สิ้นทิวทิจ พรินติ้ง.
- จินดารัตน์ ตรีภูมทอง, จุฬารัตน์ ปรียชาติกุล, ลิมทอง พรหมดี, และวิสุทธิ์ กังวานตรระกูล. (2554). การทดสอบชุดตรวจกรองสารนิโคตินในปีสภาวะ. *การประชุมนำเสนอผลงานวิจัยและโปสเตอร์เพื่อการควบคุมยาสูบ* (หน้า 47). กรุงเทพฯ: ศูนย์วิจัยและจัดการความรู้เพื่อการควบคุมยาสูบ (ศจย). คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี.
- ปราณี แผนดี, และธนัช กนกเทศ. (2563). ผลของโปรแกรมการส่งเสริมการลดสูบบุหรี่ต่อพฤติกรรมการลดสูบบุหรี่ของนักศึกษามหาวิทยาลัยราชภัฏกำแพงเพชร จังหวัดกำแพงเพชร. *รายงานสืบเนื่องจากการประชุมการนำเสนอผลงานวิจัยระดับบัณฑิตศึกษาครั้งที่ 15 ปีการศึกษา 2563*, 15(2563), 2914-2925. <https://rsujournals.rsu.ac.th/index.php/rgrc/article/view/1796/1389>
- ผ่องศรี ศรีมรกต. (2550). *การบำบัดเพื่อช่วยให้เลิกบุหรี่*. โรงพิมพ์ NP Press Limited Partnership.
- ไพฑูริย์ วุฒิสัย, ภัทรวรินทร์ ภัทรศิริสมบุญ, และบวรวิษ รอดรัมย์. (2565). ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของวัยรุ่น อำเภอเมือง จังหวัดชัยภูมิ. *วารสารพยาบาล*, 71(1), 1-9.

- ลิมทอง พรหมดี, พรทิวามามเมือง, สุทธิกานต์ สมบัติธีระ, และจินดารัตน์ ตระกูลทอง. (2550). ผลเปรียบเทียบการตรวจวัดโคตินีนในปัสสาวะด้วยวิธีเทียบสีและชุดสำเร็จในหญิงตั้งครรภ์ที่สัมผัสควันบุหรี่มือสอง. *วารสารเทคนิคการแพทย์*, 40(3), 4357-4365.
- ศิริัญญา ชมขุนทด, พรนภา หอมสินธุ์, และรุ่งรัตน์ ศรีสุริยเวศน์. (2557). ผลของโปรแกรมสร้างเสริมสมรรถนะแห่งตนและการมีส่วนร่วมของครอบครัวต่อความมั่นใจในการหลีกเลี่ยงการสูบบุหรี่และความตั้งใจไม่สูบบุหรี่ของนักเรียนชั้นประถมศึกษาชาย. *วารสารสาธารณสุขมหาวิทยาลัยบูรพา*, 9(1), 91-103.
- สุรรัตน์ เวียงกมล, พรนภา หอมสินธุ์, และรุ่งรัตน์ ศรีสุริยเวศน์. (2560). ต้นทุนชีวิตและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการสูบบุหรี่ระยะแรกของนักเรียนชายชั้นประถมศึกษาตอนปลาย จังหวัดกาฬสินธุ์. *วารสารพยาบาลสาธารณสุขไทย*, 31(2), 89-108.
- หทัยทิพย์ ราชกมน. (2560). ผลของโปรแกรมสุขศึกษาต่อความตั้งใจในการเลิกสูบบุหรี่ของผู้ที่สูบบุหรี่ในเขตโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านป่าบง ตำบลเจริญเมือง อำเภอพาน จังหวัดเชียงราย (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจไม่ได้อิงพิมพ์). มหาวิทยาลัยพะเยา.
- อรณิช ชำนาญศิลป์, และเอมอัสมา วัฒนบูรานนท์. (2565). ประสิทธิภาพของการจัดกิจกรรมสุขศึกษาตามทฤษฎีความสามารถของตนเองต่อพฤติกรรมป้องกันการสูบบุหรี่หรือเลิกทอริกซ์ของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนปลายในจังหวัดนนทบุรี. *วารสารคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา*, 30(1), 88-99.
- อ้อยทิพย์ บัวจันทร์, และเมวดี ศรีมงคล. (2557). การสูบบุหรี่: สถานการณ์และพฤติกรรมของนักศึกษาชั้นปีที่ 1 มหาวิทยาลัยราชภัฏชัยภูมิ. *วารสารพยาบาล*, 63(1), 35-42.
- อารม คงพัฒน์, และกุลชลิ ตันศิริตวงศ์. (2558). ผลของการใช้โปรแกรมการเสริมสร้างสมรรถนะแห่งตนเพื่อการป้องกันการสูบบุหรี่ในนักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้น ศูนย์การศึกษานอกโรงเรียนตำบลเกาะศรีบอยา อำเภอเหนือคลอง จังหวัดกระบี่. *วารสารการพัฒนาสุขภาพชุมชนมหาวิทยาลัยขอนแก่น*, 3(3), 409-426.
- อัญชัญ จันทราภาส, สุรินทร กลัมพากร, วิไลรัตน์ รุจิวัฒนพงศ์, และแอนน์ จิระพงษ์สุวรรณ. (2564). ประสิทธิภาพของโปรแกรมช่วยเลิกบุหรี่ในพนักงานสถานประกอบการ จังหวัดนครปฐม. *วารสารพยาบาล*, 70(1), 21-27.
- Bandura, A. (1997). *Self-efficacy: The exercise of control*. W H Freeman/Times Books/ Henry Holt & Co.
- Collins, B. N., Lepore, S. J., Winickoff, J. P., & Sosnowski, D. W. (2020). Parents' self-efficacy for tobacco exposure protection and smoking abstinence mediate treatment effects on child cotinine at 12-month follow-up: Mediation results from the kids safe and smokefree trial. *Nicotine & Tobacco Research: Official Journal of the Society for Research on Nicotine and Tobacco*, 22(11), 1981–1988. <https://doi.org/10.1093/ntr/ntz175>

- Ebel, R. L., & Frisbie, D. A. (1986). *Essentials of educational measurement* (4th ed.). Prentice-Hall.
- Fishbein, M., & Ajzen, I. (1975). *Belief, Attitude, Intention, and Behavior: An Introduction to Theory and Research*. Addison-Wesley.
- Fleiss, J.L. (1981). *Statistical method for rate and proportion* (2nd ed.). John Willey & Son.
- Tucker, J. S., Linnemayr, S., Pedersen, E. R., Shadel, W. G., Zutshi, R., DeYoreo, M., & Cabreros, I. (2021). Pilot randomized clinical trial of a text messaging-based intervention for smoking cessation among young people experiencing homelessness. *Nicotine & Tobacco Research: Official Journal of the Society for Research on Nicotine and Tobacco*, 23(10), 1691–1698.
<https://doi.org/10.1093/ntr/ntab055>

การวิเคราะห์จำแนกปัจจัยทางจิตวิทยาที่มีอิทธิพลต่อความสำเร็จในการตั้งครรภ์ของ ผู้มีบุตรยากที่ได้รับการรักษาด้วยวิธีการทำเด็กหลอดแก้ว ศูนย์รักษาผู้มีบุตรยาก จังหวัดเชียงใหม่

ณัฐพิมล ปิ่นไชยธนา, วท.ม^{1*},
วีรวรรณ วงศ์ปิ่นเพชร, วท.ค²,

(วันที่ส่งบทความ: 29 มีนาคม 2566; วันที่แก้ไข: 26 สิงหาคม 2566; วันที่ตอบรับ: 27 สิงหาคม 2566)

บทคัดย่อ

ภาวะมีบุตรยากเป็นปัญหาที่ส่งผลกระทบต่อคู่สมรสในหลาย ๆ ด้าน โดยเฉพาะด้านจิตใจ การช่วยเหลือผู้มีบุตรยากในทางการแพทย์คือการรักษาเพื่อให้เกิดการตั้งครรภ์ การทำเด็กหลอดแก้วเป็นหนึ่งในทางเลือกที่ได้รับการยอมรับ แต่ด้วยอัตราความสำเร็จในการตั้งครรภ์ที่ไม่สูงมากนัก การเพิ่มอัตราความสำเร็จในการตั้งครรภ์จึงเป็นประเด็นสำคัญ การวิจัยเชิงปริมาณนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อวิเคราะห์จำแนกปัจจัยทางจิตวิทยาที่มีอิทธิพลต่อความสำเร็จในการตั้งครรภ์ของผู้มีบุตรยากที่ได้รับการรักษาด้วยวิธีการทำเด็กหลอดแก้ว กลุ่มตัวอย่าง คือ หญิงมีบุตรยากที่เข้ารับการรักษาด้วยการทำเด็กหลอดแก้วในศูนย์รักษาผู้มีบุตรยากจังหวัดเชียงใหม่ เดือน กรกฎาคม- พฤศจิกายน 2565 จำนวน 320 คน เครื่องมือวิจัยประกอบด้วยแบบสอบถามข้อมูลทั่วไป แบบสอบถามผลการตั้งครรภ์ แบบประเมินความหวัง แบบประเมินการกำกับตนเอง แบบประเมินความไว้วางใจต่อผู้ให้การรักษา และแบบประเมินสัมพันธภาพระหว่างคู่สมรส ซึ่งมีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ .91, .90, .92 และ .94 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงบรรยาย และการวิเคราะห์จำแนกปัจจัย แบบขั้นตอน โดยวิธี วิลค์ แลมบ์ดา ผลการวิจัยพบว่า ตัวแปรที่ดีที่สุดในการจำแนกกลุ่มผู้มีบุตรยากที่ตั้งครรภ์สำเร็จและกลุ่มที่ตั้งครรภ์ไม่สำเร็จคือ สัมพันธภาพระหว่างคู่สมรส สามารถจำแนกกลุ่มได้ถูกต้องร้อยละ 58.8 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($p < .05$) ได้สมการจำแนกในรูปแบบคะแนนดิบและคะแนนมาตรฐาน คือ $Y' = -11.755 + 2.082X_4$ และ $Z'_Y = 1.0Z_{X_4}$ ศูนย์รักษาผู้มีบุตรยากควรส่งเสริมสนับสนุนให้เกิดสัมพันธภาพที่ดีระหว่างคู่สมรสตลอดกระบวนการรักษาเพื่อเพิ่มอัตราความสำเร็จของการตั้งครรภ์ต่อไป

คำสำคัญ: ความสำเร็จในการตั้งครรภ์, สัมพันธภาพระหว่างคู่สมรส, ภาวะมีบุตรยาก

¹ นักศึกษาหลักสูตรวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาจิตวิทยาการปรึกษา, คณะมนุษยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

² ผู้ช่วยศาสตราจารย์, คณะมนุษยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

*ผู้ประพันธ์บทความ: ณัฐพิมล ปิ่นไชยธนา, Email: npinchaithana@gmail.com

Discriminant Analysis of Psychological Factors Influencing the Success of Pregnancy Among Infertile Women Receiving In Vitro Fertilization at Chiang Mai Infertility Center

Natphimon Pinchaithana, M.S.^{1}*

Veerawan Wongpinpech, D.S.²

(Received: March 29th, 2023; Revised: August 26th, 2023; Accepted: August 27th, 2023)

Abstract

Infertility effects couples in many ways, especially psychologically. In the Medical field, in vitro fertilization is one of the accepted methods of fertility assistance to achieve pregnancy. However, the pregnancy success rate is not very high, so increasing the success rate is necessary. This quantitative research aimed to use discriminant analysis to study the psychological factors influencing the success of pregnant infertile women receiving in vitro fertilization in Chiang Mai. The sample consisted of 320 infertile women treated with in vitro fertilization at the Chiang Mai Infertility Center between July and November 2022. The research instruments consisted of a questionnaire of general information, the Pregnancy Results Questionnaire, the Hope scale, the Self-regulation scale, the Trust in the treatment provider scale, and the marital relationship scale. The last four instruments' Cronbach's alpha coefficients were .91, .90, .92 and .94, respectively. Descriptive statistics and the Wilk's Lambda stepwise discriminant analysis method were used to analyze the data. The results showed that marital relationship (X4) most accurately predicted between successful and unsuccessful pregnancies among the infertile women, with an accuracy of 58.8%. The discriminant function for raw scores was $Y' = -11.755 + 2.082X_4$, and the standard deviation was $Z'_Y = 1.0Z_{X_4}$. As a result, it is recommended that the infertility center should promote good relationships between couples throughout the treatment process in order to increase pregnancy success rates in the future.

Keywords: success in pregnancy, marital relationship, infertility

¹ Student, Master of Science program in Counseling Psychology, Faculty of Humanities, Chiang Mai University

² Assistant Professor, Faculty of Humanities, Chiang Mai University

* Corresponding Author: Natphimon Pinchaithana, Email: npinchaithana@gmail.com

บทนำ

ภาวะมีบุตรยากเป็นปัญหาที่พบบ่อยในกลุ่มสมรสปัจจุบันและมีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้นทั่วโลก ผลการวิเคราะห์ข้อมูลสำมะโนประชากรและเคหะ พบว่าอัตราส่วนของผู้หญิงที่สมรสหรือเคยสมรสที่ไม่มีบุตรได้เพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องจากร้อยละ 1.8 ในปี พ.ศ. 2513 เพิ่มขึ้นร้อยละ 8.8 ในปี พ.ศ. 2553 ซึ่งเพิ่มสูงขึ้นถึง 5 เท่าและมีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้นอย่างต่อเนื่อง ในปัจจุบัน (กองทุนประชากรแห่งสหประชาชาติ ประจำประเทศไทย, 2559) การวางแผนมีบุตรเมื่อพร้อมทำให้คู่สมรสบางคู่ตัดสินใจมีบุตรเมื่ออายุมากส่งผลให้โอกาสในการตั้งครรภ์ลดลง โดยเฉพาะฝ่ายหญิงที่มีอายุมากกว่า 35 ปี จะมีโอกาสการตั้งครรภ์ลดลง (Tomlinson et al., 1996) ภาวะมีบุตรยากส่งผลกระทบต่อคู่สมรสเป็นอย่างมากโดยเฉพาะ ด้านจิตใจ อารมณ์ และจิตสังคม การศึกษาที่ผ่านมาพบว่า คู่สมรสที่มีบุตรยากหลายคู่ต้องทนทุกข์กับสถานการณ์ดังกล่าวเป็นเวลายาวนานส่งผลกระทบต่อจิตใจเป็นอย่างมาก บางคนเกิดความวิตกกังวล ซึมเศร้า มีปัญหาความสัมพันธ์ (จารุวรรณ ก้าวหน้าไกล, 2555; Visser et al., 1994) ด้านเศรษฐกิจ ภาวะมีบุตรยากส่งผลกระทบต่อโดยตรงกับจำนวนประชากรในประเทศ จำนวนเด็กเกิดลดลงส่งผลให้จำนวนประชากรในประเทศไม่เป็นไปตามแผนพัฒนาประเทศ (สุจินตรา ชูเจริญพิพัฒน์, 2563) การช่วยเหลือผู้มีบุตรยากจึงมีความสำคัญและจำเป็น

การช่วยเหลือผู้มีบุตรยากในทางการแพทย์ ที่ได้รับการยอมรับในปัจจุบัน คือการให้การรักษาด้วยการทำเด็กหลอดแก้ว หรือการใช้เทคโนโลยีช่วยการเจริญพันธุ์ทางการแพทย์ เพื่อช่วยให้มีการตั้งครรภ์เกิดขึ้น และถึงแม้ว่าการทำเด็กหลอดแก้วสามารถแก้ไขปัญหาคือพื้นฐานทางธรรมชาติที่เป็นอุปสรรคต่อการตั้งครรภ์ได้หลายประการ แต่อัตราความสำเร็จในการตั้งครรภ์ก็ไม่ได้สูงมากนัก โดยพบว่าอัตราความสำเร็จในการตั้งครรภ์ของหญิงที่มีบุตรยากทุกกลุ่มอายุมีประมาณร้อยละ 30 เท่านั้น (กัศร พฤษยานานนท์, 2561) ดังนั้น การเพิ่มอัตราความสำเร็จในการตั้งครรภ์จึงมีความจำเป็น เพื่อจะได้ช่วยให้ผู้มีบุตรยากมีความสุขมากขึ้น ชีวิตรักได้รับการเติมเต็ม ลดการเกิดปัญหาสุขภาพจิต อีกทั้งยังมีประโยชน์ในด้านการส่งเสริมการเพิ่มจำนวนประชากรตามนโยบายของภาครัฐด้วย

อัตราความสำเร็จในการตั้งครรภ์เกี่ยวข้องกับปัจจัยทางชีวภาพหลายๆปัจจัย เช่น อายุของฝ่ายหญิง การตอบสนองต่อการกระตุ้นของรังไข่ และระยะเวลาในการมีบุตร (กัศร พฤษยานานนท์, 2561) ซึ่งเมื่อพิจารณาแล้วจะเห็นได้ว่า นอกจากปัจจัยทางด้านชีวภาพแล้ว อาจจะมีปัจจัยอื่นเข้ามาเกี่ยวข้องร่วมด้วย โดยเฉพาะปัจจัยทางด้านจิตวิทยา เนื่องจากกระบวนการรักษาก่อให้เกิดผลกระทบทางจิตใจได้ตลอดเวลา

จากการศึกษางานวิจัยที่ผ่านมายังไม่พบการศึกษาปัจจัยทางจิตวิทยาที่มีอิทธิพลต่อความสำเร็จในการตั้งครรภ์ของผู้มีบุตรยากที่ได้รับการรักษาด้วยวิธีการทำเด็กหลอดแก้วในประเทศไทย ขณะทำงานวิจัยในต่างประเทศพบว่า ปัจจัยทางจิตวิทยาที่น่าจะมีอิทธิพลต่ออัตราความสำเร็จของการรักษาภาวะมีบุตรยากจากการทำเด็กหลอดแก้วที่สำคัญ อาทิ ความหวัง (Hope) จากการศึกษาของ Mosalanejad et al. (2014) พบว่าความหวังจะช่วยให้ผู้มีบุตรยากสามารถเผชิญปัญหา ยอมรับและปรับตัวกับกระบวนการรักษาได้ ขณะที่

Samani et al. (2017) พบว่า ความหวังมีความสำคัญในการลดอาการทางจิตใจ ซึ่งจะช่วยเร่งการฟื้นตัวและการปรับตัวทางจิตใจในผู้ที่มีปัญหาภาวะมีบุตรยากที่อยู่ในกระบวนการรักษาทางการแพทย์ ส่วน Güneri et al. (2019) พบผลที่สอดคล้องกันว่าการมีความหวังจะนำไปสู่ความรู้สึกและความคาดหวังในเชิงบวกในสตรีที่มีบุตรยาก อีกทั้ง Shadbad and Vafa (2017) ยังพบว่าความหวังมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับสุขภาวะทางจิตในสตรีที่มีบุตรยากอย่างมีนัยสำคัญ ดังนั้น จึงสรุปว่าความหวังน่าจะเป็นปัจจัยหนึ่งที่ทำให้การบำบัดโรคหลอดเลือดหัวใจประสบความสำเร็จ

นอกจากความหวังแล้วการกำกับตนเอง (Self-regulation) ก็เชื่อได้ว่าน่าจะมีอิทธิพลต่อความสำเร็จในการตั้งครรภ์ของผู้มีบุตรยาก การศึกษาของ Li et al. (2019) พบว่าการกำกับตนเองของผู้มีบุตรยากจะส่งผลต่อการรับรู้สติและการรับรู้สติมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับคุณภาพชีวิตของผู้มีบุตรยาก ผู้มีบุตรยากที่มีการรับรู้สติที่ดีจะมีความสามารถในการควบคุมและกำกับตนเองให้สามารถเผชิญปัญหาได้มากขึ้นเมื่อเผชิญปัญหาได้มากขึ้นก็จะส่งผลดีต่อกระบวนการรักษา นอกจากนี้ยังพบว่าความไว้วางใจ ต่อผู้ให้การรักษา (Trust in the treatment provider) ก็เป็นอีกปัจจัยหนึ่งที่สำคัญ โดยความไว้วางใจเป็นตัวทำนายที่ดีถึงการเข้ารับการรักษาอย่างต่อเนื่อง โดยพบว่าผู้ป่วยที่มีความไว้วางใจต่อแพทย์สูงจะให้ความร่วมมือในการรักษาและการเข้ารับการรักษาอย่างต่อเนื่องส่งผลให้การรักษาพยาบาลมีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น (รัชนิดา ศิริธร, 2549; Thom et al., 1999) อีกทั้งจากการศึกษาของ Klitzman (2018) ที่ทำการศึกษาความสัมพันธ์ของผู้มีบุตรยากที่เข้ารับการรักษากับผู้ให้บริการที่ดูแลรักษาผู้มีบุตรยากและอุปสรรคในการสื่อสารระหว่างทั้งสองฝ่าย พบว่าผู้ป่วยมองว่าปฏิสัมพันธ์ของแพทย์มีหลากหลายตั้งแต่ดีไปจนถึงไม่ดี หากทั้งสองฝ่ายมีปฏิสัมพันธ์ที่ดีต่อกันผู้ป่วยได้รับข้อมูลอย่างเพียงพอผู้ป่วยอาจเต็มใจที่จะเข้าใจในอุปสรรคของการรักษาของตนเองและลดความเครียดของการรักษาได้

นอกจากนี้ยังพบว่าสัมพันธภาพระหว่างคู่สมรส (Marital Relationship) ก็น่าจะเป็นอีกปัจจัยที่สำคัญ สัมพันธภาพระหว่างคู่สมรสคือการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างคู่สมรส การปรับตัวเข้าหาซึ่งกันและกัน การพยายามหลีกเลี่ยงปัญหาและช่วยกันแก้ไขปัญหาความขัดแย้งต่าง ๆ ที่เกิดขึ้น การมีความเข้าใจและเห็นอกเห็นใจซึ่งกันและกัน (Spanier, 1976) โดยการศึกษาของ Matsubayashi et al. (2004) พบว่าหญิงมีบุตรยากที่ได้รับการสนับสนุนที่ดีจากสามีจะลดภาวะเครียดและภาวะซึมเศร้าได้ การศึกษาของ จริญญา ดิจะโปะ (2560) พบว่าสตรีมีบุตรยากที่มีคุณภาพชีวิตในระดับดีสามารถดำรงบทบาทภรรยาและสัมพันธภาพที่ดีระหว่างคู่สมรสมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิต การมีคุณภาพชีวิตที่ดีไม่มีภาวะเครียดและวิตกกังวลจะส่งผลดีต่อความสำเร็จของการรักษาได้

จากข้อสนับสนุนทางวิชาการดังกล่าวผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาอิทธิพลของความหวัง การกำกับตนเอง ความไว้วางใจต่อผู้ให้การรักษาและสัมพันธภาพระหว่างคู่สมรสว่ามีอิทธิพลต่อความสำเร็จในการตั้งครรภ์ของผู้มีบุตรยากที่รับการรักษาด้วยวิธีการทำเด็กหลอดแก้วหรือไม่ อย่างไร โดยข้อมูลที่ได้จากการศึกษาครั้งนี้จะสามารถนำไปใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานและแนวทางในการพัฒนากระบวนการรักษาและกระบวนการให้

คำปรึกษาแก่คู่สมรสผู้มีบุตรยากที่เข้ารับการรักษาด้วยวิธีการทำเด็กหลอดแก้ว เพื่อเพิ่มโอกาสในการตั้งครรภ์และลดการเกิดปัญหาสุขภาพจิตในคู่สมรสที่มีบุตรยากต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

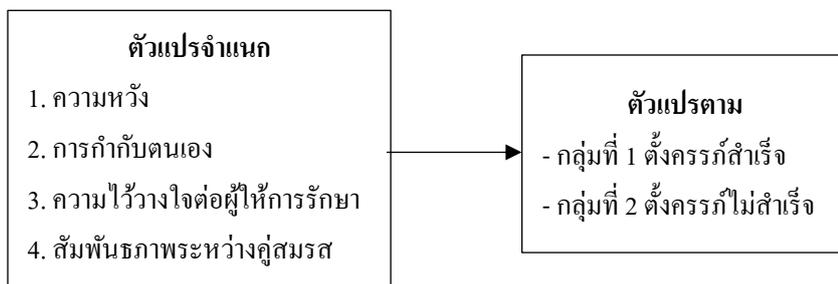
เพื่อวิเคราะห์จำแนกปัจจัยทางจิตวิทยาที่มีอิทธิพลต่อความสำเร็จในการตั้งครรภ์ของผู้มีบุตรยากที่เข้ารับการรักษาด้วยวิธีการทำเด็กหลอดแก้ว ศูนย์รักษาผู้มีบุตรยาก จังหวัดเชียงใหม่

สมมุติฐานงานวิจัย

มีปัจจัยทางจิตวิทยาที่มีอิทธิพลต่อความสำเร็จในการตั้งครรภ์ของผู้มีบุตรยากที่เข้ารับการรักษาโดยวิธีการทำเด็กหลอดแก้ว อย่างน้อย 1 ปัจจัย สามารถจำแนกผู้มีบุตรยากที่ตั้งครรภ์สำเร็จและตั้งครรภ์ไม่สำเร็จ

กรอบแนวคิดงานวิจัย

ตัวแปรทางจิตวิทยา ได้แก่ ความหวัง การกำกับตนเอง ความไว้วางใจต่อผู้ให้การรักษา และสัมพันธภาพระหว่างคู่สมรส เป็นปัจจัยเชิงสาเหตุที่ส่งผลต่อการตั้งครรภ์สำเร็จและการตั้งครรภ์ไม่สำเร็จของผู้มีบุตรยากโดยวิธีการทำเด็กหลอดแก้ว สรุปเป็นกรอบความคิดได้ดังภาพที่ 1



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดงานวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปริมาณ (Quantitative research) เพื่อศึกษาปัจจัยทางจิตวิทยาที่ส่งผลต่อความสำเร็จในการตั้งครรภ์ของผู้มีบุตรยากที่รับการรักษาด้วยวิธีการทำเด็กหลอดแก้ว ศูนย์รักษาผู้มีบุตรยาก จังหวัดเชียงใหม่ระหว่างเดือน กรกฎาคม- พฤศจิกายน พ.ศ.2565

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในงานวิจัย คือ คู่สมรสฝ่ายหญิงที่มีภาวะมีบุตรยากที่เข้ารับการรักษาในศูนย์รักษาผู้มีบุตรยากในจังหวัดเชียงใหม่ จำนวน 1000 คน

กลุ่มตัวอย่างผู้วิจัยใช้การคำนวณจากสองวิธีประกอบกัน ลำดับแรกผู้วิจัยใช้สูตรการคำนวณของ (Yamane, 1967 อ้างถึงใน พวงรัตน์ ทวีรัตน์, 2538) ที่ประชากร 1,000 คน ที่ระดับความเชื่อมั่น 95% ซึ่ง

พบว่าจะต้องมีกลุ่มตัวอย่างอย่างน้อยประมาณ 286 คน และเมื่อพิจารณาเพิ่มเติมการพิสูจน์สมมุติฐานงานวิจัยจะต้องได้กลุ่มตัวอย่างสองกลุ่มซึ่งไม่สามารถระบุจำนวนได้ตั้งแต่เริ่มต้น ผู้วิจัยจึงคำนวณเพิ่มเติมโดยใช้โปรแกรม G*Power version 3.1.9.7 (Faul et al, 2007) โดยกำหนดให้เป็นการทดสอบแบบสองทางสำหรับกลุ่มตัวอย่างสองกลุ่มที่เป็นอิสระแก่กัน กำหนดค่าอิทธิพลขนาดกลาง (Medium effect size) เท่ากับ 0.5 ระดับนัยสำคัญ (α) เท่ากับ .05 อำนาจการทดสอบเท่ากับ .99 ได้ขนาดของกลุ่มตัวอย่างกลุ่มละ 88 คน รวมสองกลุ่มเป็น 176 คน จากผลการคำนวณทั้งสองวิธี เพื่อป้องกันการให้ข้อมูลที่ไม่ครบถ้วน และหรือสิ้นสุดการรักษาก่อนถึงกระบวนการย้ายตัวอ่อนผู้วิจัยจึงได้เพิ่มจำนวนกลุ่มตัวอย่างอีกร้อยละ 12 จาก 286 คน ใช้กลุ่มตัวอย่างทั้งหมดที่ 320 คน คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยการสอบถามความสมัครใจกำหนดเกณฑ์ในการคัดเลือกอาสาสมัครวิจัย (Inclusion criteria) คือ หญิงมีบุตรยากที่เข้ารักษาด้วยการทำเด็กหลอดแก้วในศูนย์รักษาผู้มีบุตรยากจังหวัดเชียงใหม่ เดือน กรกฎาคม- พฤศจิกายน 2565 สามารถ ฟัง พูด อ่าน เขียนภาษาไทยได้ยินยอมให้ความร่วมมือในการตอบแบบสอบถามงานวิจัย และได้รับการยินยอมจากคู่สมรสแล้ว และเกณฑ์การคัดออก (Exclusion criteria) คือ กลุ่มตัวอย่างให้ข้อมูลไม่ครบถ้วนจนส่งผลกระทบต่อ การนำไปวิเคราะห์ข้อมูล หรือเป็นผู้ที่สิ้นสุดการรับการรักษา/ยุติการรักษาด้วยวิธีการทำเด็กหลอดแก้วก่อนถึงกระบวนการย้ายตัวอ่อน

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยในครั้งนี้ ผู้วิจัยเคารพในสิทธิของกลุ่มตัวอย่างโดยขอรับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน มหาวิทยาลัยเชียงใหม่เพื่อตรวจสอบความเหมาะสมของงานวิจัย COA No.097/64 CMUREC No.64/182 ซึ่งในการดำเนินการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยมีความตระหนักในสิทธิ สวัสดิภาพและความเป็นส่วนตัวของกลุ่มตัวอย่างไม่มีการเขียนชื่อของกลุ่มตัวอย่างในแบบสอบถาม การเก็บข้อมูลและข้อมูลที่ได้จากกลุ่มตัวอย่างนำมาวิเคราะห์ในภาพรวมเท่านั้น กลุ่มตัวอย่างมีเสรีภาพในการตัดสินใจเข้าร่วมหรือไม่เข้าร่วมในการวิจัย โดยผู้วิจัยได้ขอความสมัครใจและความยินยอมจากกลุ่มตัวอย่างเป็นลายลักษณ์อักษร

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้เป็นแบบสอบถามที่ให้ผู้ตอบประเมินด้วยตนเอง ซึ่งผ่านการตรวจสอบความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหาจากผู้เชี่ยวชาญเรียบร้อยแล้ว โดยแบบสอบถามฉบับนี้ แบ่งออกเป็น 6 ส่วนดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ อายุ เพศ จำนวนปีที่มิภาวะมีบุตรยาก จำนวนรอบของการรักษา ประวัติการรักษาทางจิตเวช

ส่วนที่ 2 แบบประเมินความหวัง (Hope) เป็นรายการประเมินสำหรับให้กลุ่มตัวอย่างซึ่งเป็นผู้มีบุตรยากประเมินว่ามีความเชื่อ ความหวัง ที่ช่วยให้เกิดแรงผลักดันให้มีเป้าหมายในการรักษา รู้สึกอยากเข้ารับการรักษาต่อเนื่องเพื่อ ไปให้ถึงความสำเร็จในการตั้งครรภ์ แบบสอบถามสร้างขึ้นเองตามแนวคิดของ Herth (1992) ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ซึ่งมีค่าอำนาจจำแนกรายข้อ

ตั้งแต่ .42 - .76 และมีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha ecoefficiency [α]) เท่ากับ .91 เป็นแบบมาตราประมาณค่า 6 ระดับ ตั้งแต่ จริงที่สุด (ระดับ 6) จนถึง ไม่จริงเลย (ระดับ 1) จำนวน 16 ข้อ คะแนนรวม 16-96 คะแนน ผู้มีบุตรยากที่ได้คะแนนสูง หมายถึงมีความหวังต่อผลสำเร็จในการตั้งครรภ์มากกว่าผู้ที่ได้คะแนนน้อยกว่า

ส่วนที่ 3 แบบประเมินการกำกับตนเอง (Self-Regulation) เป็นรายการประเมินสำหรับให้กลุ่มตัวอย่างซึ่งเป็นผู้มีบุตรยากประเมินว่ามีความสามารถในการควบคุมจัดการตนเองให้เรียนรู้และปฏิบัติตามขั้นตอนการรักษาอย่างอดทนและมีสติตลอดกระบวนการเพื่อไปให้ถึงความสำเร็จในการตั้งครรภ์ แบบสอบถามสร้างขึ้นเองตามแนวคิดของ สุพิชชา วงศ์จันทร์ (2557) ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ซึ่งมีค่าอำนาจจำแนกรายข้อ ตั้งแต่ .41- .82 และมีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha ecoefficiency [α]) เท่ากับ .90 เป็นแบบมาตราประมาณค่า 6 ระดับ ตั้งแต่ จริงที่สุด (ระดับ 6) จนถึง ไม่จริงเลย (ระดับ 1) จำนวน 12 ข้อ คะแนนรวม 12-72 คะแนน ผู้มีบุตรยากที่ได้คะแนนสูง หมายถึง มีการกำกับตนเองมากกว่าผู้ที่ได้คะแนนน้อยกว่า

ส่วนที่ 4 แบบประเมินความไว้วางใจต่อผู้ให้การรักษา (Trust) เป็นรายการประเมินสำหรับให้กลุ่มตัวอย่างซึ่งเป็นผู้มีบุตรยากประเมิน ความเชื่อมั่นที่มีต่อผู้ให้การรักษา การให้ความไว้วางใจ ความเชื่อถือและยอมรับความช่วยเหลือจากผู้ให้การรักษาเพื่อไปให้ถึงความสำเร็จในการตั้งครรภ์ซึ่งเป็นเป้าหมายของทั้งสองฝ่ายได้สำเร็จ แบบสอบถามสร้างขึ้นเองตามแนวคิดของ สุพิชชา วงศ์จันทร์ (2557) ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ซึ่งมีค่าอำนาจจำแนกรายข้อ ตั้งแต่ .49 - .88 และมีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha ecoefficiency [α]) เท่ากับ .92 เป็นแบบมาตราประมาณค่า 6 ระดับ ตั้งแต่ จริงที่สุด (ระดับ 6) จนถึง ไม่จริงเลย (ระดับ 1) จำนวน 12 ข้อ คะแนนรวม 12-72 คะแนน มีบุตรยากที่ได้คะแนนสูง หมายถึง มีความไว้วางใจต่อผู้ให้รักษามากกว่าผู้ที่ได้คะแนนน้อยกว่า

ส่วนที่ 5 แบบประเมินสัมพันธภาพระหว่างคู่สมรส (Marital Relationship) เป็นรายการประเมินสำหรับให้กลุ่มตัวอย่างซึ่งเป็นผู้มีบุตรยากประเมินการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างคู่สมรส การช่วยเหลือเกื้อกูลกันและกัน การมีส่วนร่วมในการแก้ไขปัญหาหรือความขัดแย้งต่าง ๆ ด้วยกัน การเข้าใจและเห็นอกเห็นใจซึ่งกันและกันตลอดกระบวนการรักษา เพื่อไปให้ถึงความสำเร็จในการตั้งครรภ์ แบบสอบถามสร้างขึ้นเองตามแนวคิดจากแบบประเมินสัมพันธภาพระหว่างคู่สมรส The Dyadic Adjustment Scale ของ Spanier (1983) ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ซึ่งมีค่าอำนาจจำแนกรายข้อ ตั้งแต่ .43 - .87 และมีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha ecoefficiency [α]) เท่ากับ .94 เป็นแบบมาตราประมาณค่า 6 ระดับ ตั้งแต่ จริงที่สุด (ระดับ 6) จนถึง ไม่จริงเลย (ระดับ 1) จำนวน 17 ข้อ คะแนนรวม 17-102 คะแนน มีบุตรยากที่ได้คะแนนสูง หมายถึงมีสัมพันธภาพระหว่างคู่สมรสมากกว่าผู้ที่ได้คะแนนน้อยกว่า

ส่วนที่ 6 แบบสอบถามผลการตั้งครรภ์ เป็นแบบสอบถามสำหรับกรอกผลการตั้งครรภ์ของกลุ่มสมรสที่เข้าร่วมโครงการวิจัยซึ่งได้รับความยินยอมเรียบร้อยแล้ว ลักษณะเป็นข้อคำถามแบบเติมคำตอบที่ให้ตัวแทนศูนย์รักษาผู้มีบุตรยากเป็นผู้ให้ข้อมูล

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

การตรวจสอบความตรงของเครื่องมือ (Validity) ผู้วิจัยนำแบบประเมินที่สร้างขึ้นทั้ง 4 ชุด ได้แก่ แบบประเมินความหวัง แบบประเมินการกำกับตนเอง แบบประเมินความไว้วางใจต่อผู้ให้การรักษา และแบบประเมินสัมพันธภาพระหว่างคู่สมรส ไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบจำนวน 3 ท่าน ประกอบด้วยผู้เชี่ยวชาญด้านเทคโนโลยีช่วยการเจริญพันธุ์ ผู้เชี่ยวชาญด้านการพยาบาล และผู้เชี่ยวชาญด้านจิตวิทยา ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) และปรับแก้ไขตามคำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิ โดยข้อคำถามที่นำมาใช้ มีค่าความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับวัตถุประสงค์ (Item objective congruence [IOC]) อยู่ระหว่าง .67-1.0 หลังจากนั้นทำการตรวจสอบความเชื่อมั่น (Reliability) โดยผู้วิจัยนำแบบประเมิน ทั้ง 4 ชุด ขอรับการรับรองจากคณะกรรมการวิจัยก่อนนำไปทดลองใช้ (Try out) กับกลุ่มตัวอย่างผู้มีบุตรยากที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่างจริงในงานวิจัยจำนวน 30 คน เพื่อดูความเชื่อมั่นและนำมาหาค่าอำนาจจำแนกรายข้อ (Item discrimination) ด้วยการหาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างข้อคำถามกับคะแนนรวม (Item-total correlation) และพิจารณาตัดข้อคำถามที่มีค่าอำนาจจำแนกต่ำออกโดยใช้ข้อคำถามที่มีอำนาจจำแนก 0.4 ขึ้นไป จากนั้นนำข้อคำถามที่เลือกใช้มาหาค่าความเชื่อมั่น (Reliability) ด้วยการหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient[α]) โดยให้ค่ามากกว่า .8 ขึ้นไป

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยจัดทำหนังสือราชการจากภาควิชาจิตวิทยา คณะมนุษยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่เพื่อนำส่งไปยังผู้บริหารหรือผู้มีอำนาจหน้าที่ของศูนย์รักษาผู้มีบุตรยาก ที่ใช้เป็นสถานที่เก็บข้อมูลเพื่ออนุญาตเก็บข้อมูลงานวิจัย เมื่อได้รับอนุญาตจากผู้บริหารหรือผู้มีอำนาจหน้าที่ของศูนย์รักษาผู้มีบุตรยากเรียบร้อยแล้ว ได้ทำการนัดหมายประสานงานกับผู้เกี่ยวข้องของศูนย์รักษาผู้มีบุตรยากเพื่ออธิบายวัตถุประสงค์การวิจัยและขอความร่วมมือในการประชาสัมพันธ์โครงการวิจัย หลังจากมีผู้สนใจเข้าร่วมโครงการแล้ว ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเองจนครบตามจำนวนและทำการตรวจสอบความครบถ้วนของข้อมูลในแบบสอบถามทุกฉบับ ก่อนนำไปวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์ลักษณะข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้สถิติบรรยาย (Descriptive statistics) ได้แก่ ค่าร้อยละ (Percentage) ค่าเฉลี่ย (Mean [M]) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard deviation [SD])
2. ทดสอบสมมุติฐานการวิจัยโดยใช้การวิเคราะห์จำแนกปัจจัย (Discriminant analysis) แบบขั้นตอน (Stepwise method) ซึ่งจะเลือกตัวแปรทีละตัวมาเข้าสมการ โดยหาตัวแปรที่ดีที่สุดในการจำแนก มาเข้าสมการเป็นตัวแรก จากนั้นก็จะหาตัวแปรที่ดีที่สุดตัวที่สองมาเข้าสมการเพื่อปรับปรุงแก้ไขทำให้สมการ

จำแนกประเภทดีขึ้นเพื่อหาสมการจำแนกประเภทที่ดีที่สุดโดยสถิติที่ใช้ในการตัดสินความสำคัญของสมการวิเคราะห์จำแนก คือ ค่าวิลค์ แลมบ์ดา (Wilks' lambda)

ผลการวิจัย

ผลการทดสอบค่าเฉลี่ยของตัวแปรทางจิตวิทยา ได้แก่ ตัวแปรความหวัง การกำกับตนเอง ความไว้วางใจต่อผู้ให้การรักษา และสัมพันธภาพระหว่างคู่สมรส ที่แบ่งกลุ่มผู้มีบุตรยากที่ตั้งครรภ์สำเร็จและตั้งครรภ์ไม่สำเร็จ พบว่าทั้งสองกลุ่มมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และพบว่าผู้มีบุตรยากที่ตั้งครรภ์สำเร็จมีคะแนนเฉลี่ยของทุกตัวแปรสูงกว่าผู้มีบุตรยากที่ตั้งครรภ์ไม่สำเร็จ ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการทดสอบความแตกต่างระหว่างกลุ่มของตัวแปรอิสระในกลุ่มผู้มีบุตรยากที่ตั้งครรภ์สำเร็จและตั้งครรภ์ไม่สำเร็จ

ตัวแปรอิสระ	กลุ่มที่	จำนวน	M	SD	Wilk's lambda	f	df ₁	df ₂	Sig.
ความหวัง (X1)	ตั้งครรภ์สำเร็จ	152	5.715	.385	.960	13.198	1	317	.000
	ตั้งครรภ์ไม่สำเร็จ	168	5.536	.484					
การกำกับตนเอง (X2)	ตั้งครรภ์สำเร็จ	152	5.795	.344	.975	8.193	1	317	.004
	ตั้งครรภ์ไม่สำเร็จ	168	5.666	.446					
ความไว้วางใจต่อผู้ให้การรักษา (X3)	ตั้งครรภ์สำเร็จ	152	5.757	.356	.951	16.412	1	317	.000
	ตั้งครรภ์ไม่สำเร็จ	168	5.564	.480					
สัมพันธภาพระหว่างคู่สมรส (X4)	ตั้งครรภ์สำเร็จ	152	5.761	.396	.949	17.053	1	317	.000
	ตั้งครรภ์ไม่สำเร็จ	168	5.538	.545					

หมายเหตุ. $n = 320$, $p < .05$

2. ผลการวิเคราะห์ค่าสถิติและการทดสอบนัยสำคัญทางสถิติของสมการจำแนกประเภทแสดงว่าสมการจำแนกประเภทของกลุ่มผู้มีบุตรยากที่ตั้งครรภ์สำเร็จและตั้งครรภ์ไม่สำเร็จสามารถจำแนกได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ค่าสถิติและการทดสอบนัยสำคัญทางสถิติของสมการจำแนกประเภทกลุ่มผู้มีบุตรยากที่ตั้งครรภ์สำเร็จและตั้งครรภ์ไม่สำเร็จ

function	eigenvalue	% of variance	Canonical correlation	Wilk's lambda	Chi-square	df.	p-value (Sig)
1	0.054	100.0	.226	.949	16.584	1	.000

หมายเหตุ. $n = 320$, $p < .05$

3. ผลการวิเคราะห์เพื่อสร้างสมการจำแนกกลุ่มผู้มีบุคลิกที่ตั้งครรถ์สำเร็จและตั้งครรถ์ไม่สำเร็จ เมื่อพิจารณาค่าสัมประสิทธิ์ของตัวแปรจำแนกในรูปคะแนนดิบและคะแนนมาตรฐาน พบว่า ตัวแปรสัมพันธภาพระหว่างคู่สมรส (X4) มีอิทธิพลในการจำแนกกลุ่มผู้มีบุคลิกที่ตั้งครรถ์สำเร็จและตั้งครรถ์ไม่สำเร็จออกจากกันได้ ซึ่งได้สมการจำแนกคือ $Y' = -11.755 + 2.082X4$ และ $Z'_Y = 1.0Z_{X4}$ และเมื่อพิจารณาค่าเฉลี่ยของสมการจำแนกกลุ่ม (Group centroids) พบว่าระหว่างกลุ่มผู้มีบุคลิกที่ตั้งครรถ์สำเร็จและตั้งครรถ์ไม่สำเร็จมีค่าเฉลี่ยต่างกันมาก แสดงว่าสมการสามารถจำแนกกลุ่มได้ดี ดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ค่าสัมประสิทธิ์ของตัวแปรที่จำแนกกลุ่มผู้มีบุคลิกที่ตั้งครรถ์สำเร็จและตั้งครรถ์ไม่สำเร็จ

ตัวแปร	ค่าสัมประสิทธิ์ของตัวแปรจำแนก ใน	
	รูปคะแนนดิบ (b)	รูปคะแนนมาตรฐาน (β)
สัมพันธภาพระหว่างคู่สมรส (X4)	2.082	1.000
ค่าคงที่ (Constant)	-11.755	
ค่าเฉลี่ยของแต่ละกลุ่ม (Group Centriod)		
ตั้งครรถ์สำเร็จ	.242	ตั้งครรถ์ไม่สำเร็จ
		-0.221

หมายเหตุ. $n = 320$, $p < .05$

และเมื่อนำตัวแปรสัมพันธภาพระหว่างคู่สมรสไปทำนายการเป็นสมาชิกของกลุ่ม พบว่าตัวแปรสัมพันธภาพระหว่างคู่สมรส มีประสิทธิภาพในการจำแนกกลุ่มได้ โดยประสิทธิภาพของสมการจำแนกกลุ่มในการนำมาทำนายการเป็นสมาชิกของกลุ่มผู้มีบุคลิกที่ตั้งครรถ์สำเร็จจำนวนทั้งหมด 152 คน ทำนายได้ถูกต้อง 127 คน คิดเป็นร้อยละ 83.6 และกลุ่มที่ตั้งครรถ์ไม่สำเร็จจำนวนทั้งหมด 168 คน ทำนายได้ถูกต้อง 61 คน คิดเป็นร้อยละ 36.3 เมื่อคิดรวมกันทั้งหมด (320 คน) พบว่าสามารถจำแนกกลุ่มได้ถูกต้อง (188 คน) ร้อยละ 58.8. ดังแสดงในตารางที่ 4

ตารางที่ 4 ประสิทธิภาพของสมการในการจำแนกกลุ่มผู้มีบุคลิกที่ตั้งครรถ์สำเร็จและตั้งครรถ์ไม่สำเร็จ

กลุ่มจริง	จำนวน (คน)	กลุ่มที่ทำนาย	
		ตั้งครรถ์สำเร็จ	ตั้งครรถ์ไม่สำเร็จ
		จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)
ตั้งครรถ์สำเร็จ	152	127 (83.6)	25 (16.4)
ตั้งครรถ์ไม่สำเร็จ	168	107 (63.7)	61 (36.3)

ร้อยละของการทำนายได้ถูกต้องจากสมการ เท่ากับ 58.8

หมายเหตุ. $n = 320$ คน

อภิปรายผลการวิจัย

จากการศึกษาปัจจัยทางจิตวิทยาที่มีอิทธิพลต่อความสำเร็จในการตั้งครรภ์ของผู้มีบุตรยากที่เข้ารับการรักษาดังกล่าวด้วยวิธีการทำเด็กหลอดแก้ว จังหวัดเชียงใหม่ พบว่า สัมพันธภาพระหว่างคู่สมรส เป็นตัวแปรที่สามารถจำแนกกลุ่มผู้มีบุตรยากที่ตั้งครรภ์สำเร็จและตั้งครรภ์ไม่สำเร็จได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สำหรับตัวแปรความหวัง การกำกับตนเอง และความไว้วางใจต่อผู้ให้การรักษา พบว่าไม่สามารถร่วมกันจำแนกกลุ่มผู้มีบุตรยากที่ตั้งครรภ์สำเร็จและตั้งครรภ์ไม่สำเร็จได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งจากผลการวิจัยดังกล่าวสามารถนำมาอภิปรายผลได้ ดังนี้

จากผลการวิเคราะห์ข้อมูลพบว่าสัมพันธภาพระหว่างคู่สมรสสามารถจำแนกกลุ่มผู้มีบุตรยากที่ตั้งครรภ์สำเร็จและตั้งครรภ์ไม่สำเร็จได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิตินั้น สะท้อนให้เห็นได้ว่าสัมพันธภาพระหว่างคู่สมรสเป็นตัวแปรสำคัญที่ช่วยให้ผู้มีบุตรยากที่รับการรักษาโดยการทำเด็กหลอดแก้วประสบความสำเร็จในการตั้งครรภ์มากกว่าตัวแปรตัวอื่น ๆ ที่ศึกษาในครั้งนี้ ซึ่งผู้วิจัยมีความเห็นว่าผลที่ได้มีความสอดคล้องกับหลักความเป็นจริง กล่าวคือ เมื่อสามีและภรรยาที่มีสัมพันธภาพที่ดีระหว่างกันจะเกิดการช่วยเหลือให้การสนับสนุนทั้งด้านร่างกายและจิตใจและเมื่อภรรยาได้รับการสนับสนุนจากสามีอย่างเต็มที่ก็ย่อมมีกำลังใจที่ดีและส่งผลดีต่อความสำเร็จของการรักษา ซึ่งผลที่ได้สอดคล้องกับการศึกษาของ Matsubayashi et al. (2004) ที่พบว่าหญิงมีบุตรยากที่ได้รับการสนับสนุนที่ดีจากสามีจะลดภาวะเครียดและภาวะซึมเศร้าได้ อีกทั้งจากการศึกษาของ Crawford (1987 อ้างถึงใน กรุณาภรณ์ อิศรางกูร ณ อยุธยา, 2538) ยังสะท้อนให้เห็นถึงความสำคัญของสัมพันธภาพของคู่สมรส ว่าเป็นไปตามหลักทฤษฎีการชดเชยความเครียด (Buffering hypothesis) การมีสัมพันธภาพที่ดีของคู่สมรสจะทำให้บุคคลเผชิญกับภาวะวิกฤตได้ง่ายขึ้นและทำให้ภาวะวิกฤตนี้ลดความรุนแรงลง นอกจากนี้การมีสัมพันธภาพที่ดีของคู่สมรสจะช่วยให้บุคคลมีความพร้อมที่จะปรับตัวต่อการเปลี่ยนแปลงที่จะเกิดขึ้นต่อไปได้อย่างเหมาะสม และการมีสัมพันธภาพที่ดีของคู่สมรสส่งผลโดยตรงต่อสุขภาพ โดยจะส่งผลให้เกิดความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองเกิดความรู้สึกได้เป็นส่วนหนึ่งของครอบครัวและได้รับการยอมรับ ซึ่งในกระบวนการรักษาด้วยการทำเด็กหลอดแก้วขั้นตอนที่สำคัญมากคือการฉีดกระตุ้นไข่ในขั้นตอนนี้เป็นขั้นตอนที่ภรรยาต้องรับฮอร์โมน โดยการฉีดเข้าร่างกายซ้ำ ๆ หลายวันทำให้ต้องเจ็บตัวเมื่อได้รับการสนับสนุนจากสามีอย่างเต็มที่ก็จะทำให้มีกำลังใจและผ่อนคลายรู้สึกว่าได้สู้คนเดียวและอีกขั้นตอนที่สำคัญคือขั้นตอนการย้ายตัวอ่อนเข้าสู่โพรงมดลูกโดยขั้นตอนนี้จะเริ่มจากการเตรียมเยื่อโพรงมดลูกให้พร้อมสำหรับการฝังตัวของตัวอ่อนซึ่งภรรยาต้องมีความพร้อมทั้งร่างกายและจิตใจหากได้รับการดูแลสนับสนุนช่วยเหลืออย่างใกล้ชิดภรรยาที่จะมีกำลังใจที่ดีส่งผลดีต่อร่างกาย ดังนั้นเมื่อผู้มีบุตรยากมีสัมพันธภาพที่ดีระหว่างภรรยาและสามีก็จะส่งผลให้อัตราความสำเร็จในการตั้งครรภ์จากการรักษาดังกล่าวด้วยวิธีการทำเด็กหลอดแก้วสูงขึ้นด้วย

สำหรับตัวแปรความหวัง การกำกับตนเอง และ ความไว้วางใจต่อผู้ให้การรักษา แม้ว่าจากผลการวิจัยจะไม่พบว่าสามารถร่วมกันจำแนกกลุ่มผู้มีบุตรยากที่ตั้งครรภ์สำเร็จและตั้งครรภ์ไม่สำเร็จได้อย่าง

มีนัยสำคัญทางสถิติ อย่างไรก็ตามผลการวิเคราะห์ข้อมูลพบว่ากลุ่มผู้มีบุตรยากที่ตั้งครรภ์สำเร็จมีค่าเฉลี่ยของทุกตัวแปรสูงกว่าผู้มีบุตรยากที่ตั้งครรภ์ไม่สำเร็จ ซึ่งสะท้อนให้เห็นได้ว่าการที่ผู้มีบุตรยากมีความหวังการกำกับตนเอง และความไว้วางใจต่อผู้ให้การรักษาอาจจะยังคงมีความสำคัญต่อกระบวนการรักษาสอดคล้องกับการศึกษาของ Mosalanejad et al. (2014) ที่พบว่าความหวังจะช่วยให้ผู้มีบุตรยากสามารถเผชิญปัญหา ยอมรับและปรับตัวกับกระบวนการการรักษาได้ Samani et al. (2017) พบว่าความหวังมีความสำคัญในการลดอาการทางจิตใจซึ่งจะช่วยเร่งการฟื้นตัวและการปรับตัวทางจิตใจในผู้ที่มีปัญหาภาวะมีบุตรยากที่อยู่ในกระบวนการรักษาทางการแพทย์ได้ ด้านการกำกับตนเอง (Self-regulation) สอดคล้องกับการศึกษาของ Li et al. (2019) ที่พบว่าการกำกับตนเองของผู้มีบุตรยากจะส่งผลต่อการรับรู้สติได้ดีและส่งผลให้ความสามารถในการควบคุมและกำกับตนเองให้สามารถเผชิญปัญหาได้มากขึ้น ด้านความไว้วางใจต่อผู้ให้การรักษา (Trust) สอดคล้องกับการศึกษาของ Thom et al. (1999) ที่พบว่าความไว้วางใจเป็นตัวทำนายที่ดีถึงการเข้ารับการรักษาอย่างต่อเนื่อง โดยพบว่าผู้ป่วยที่มีความไว้วางใจต่อแพทย์สูงจะให้ความร่วมมือในการรักษาและการเข้ารับการรักษาอย่างต่อเนื่องส่งผลให้การรักษาพยาบาลมีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น ดังนั้นการช่วยเหลือให้ผู้มีบุตรยากมีความหวังในการรักษา การเสริมสร้างความไว้วางใจต่อผู้ให้การรักษา และส่งเสริมให้ผู้มีบุตรยากมีการกำกับตนเองได้ดี ก็ย่อมจะส่งผลดีต่อผลการรักษาและเพิ่มความสำเร็จในการตั้งครรภ์จากการรักษาด้วยวิธีการทำเด็กหลอดแก้วให้สูงขึ้นได้ด้วย

สรุปผลการวิจัย

ข้อค้นพบจากการวิจัยพบว่ามีตัวแปรหนึ่งตัวแปรที่สามารถจำแนกผู้มีบุตรยากที่ตั้งครรภ์สำเร็จและตั้งครรภ์ไม่สำเร็จได้ คือสัมพันธภาพระหว่างคู่สมรส อีกทั้งตัวแปรจำแนกที่ศึกษาในกลุ่มผู้มีบุตรยากที่ตั้งครรภ์สำเร็จและตั้งครรภ์ไม่สำเร็จมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ทุกตัวแปร โดยพบว่ากลุ่มผู้มีบุตรยากที่ตั้งครรภ์สำเร็จมีค่าเฉลี่ยของทุกตัวแปรสูงกว่าผู้มีบุตรยากที่ตั้งครรภ์ไม่สำเร็จ

ข้อเสนอแนะ

ผลการวิจัยพบว่าปัจจัยที่จำแนกกลุ่มผู้มีบุตรยากที่ตั้งครรภ์สำเร็จและกลุ่มที่ตั้งครรภ์ไม่สำเร็จคือสัมพันธภาพระหว่างคู่สมรส ดังนั้นควรนำผลวิจัยไปประยุกต์ใช้ในกระบวนการรักษาผู้มีบุตรยากโดยแยกเป็นรายด้านดังนี้

1. ด้านการปฏิบัติการรักษาผู้มีบุตรยาก ในกระบวนการรักษาผู้มีบุตรยาก ผู้ที่เกี่ยวข้อง เช่น แพทย์พยาบาล ผู้ให้คำปรึกษาควรสอดแทรกแนวทางปฏิบัติเช่นการจัดให้มีกิจกรรมหรือโปรแกรมทางจิตวิทยาที่ส่งเสริมและสนับสนุนให้เกิดสัมพันธภาพที่ดีระหว่างคู่สมรสตลอดกระบวนการรักษา เช่น ในกระบวนการให้คำปรึกษาของพยาบาล จัดกิจกรรมให้สามีได้ทบทวนกระบวนการรักษาแต่ละขั้นตอนให้ภรรยาฟัง โดยมี

พยาบาลคอยให้คำแนะนำอย่างใกล้ชิด หรือ ในขั้นตอนของการติดยากระตุ้นไข้แนะนำแนวปฏิบัติให้สามีอยู่ให้กำลังใจภรรยาใกล้ชิดได้หรือให้คำแนะนำสามีในการช่วยเหลือภรรยาในระหว่างกระตุ้นไข้อย่างไรเพื่อช่วยให้เกิดผลลัพธ์ที่ดีในการรักษาต่อไป

2.ด้านการศึกษาพยาบาล กระบวนการพยาบาลผู้มีบุตรยาก พยาบาลเป็นผู้ที่อยู่ใกล้ชิดคู่สมรสที่มีบุตรยากมากที่สุด เป็นผู้ที่สร้างความเชื่อมั่น ความศรัทธาและความมั่นใจให้แก่ผู้มีบุตรยากในระหว่างรับการรักษา จึงควรได้รับการสนับสนุนส่งเสริมให้มีความเข้าใจในกระบวนการทางจิตวิทยา ควรให้ความรู้เกี่ยวกับตัวแปรทางจิตวิทยาที่ส่งผลต่อความสำเร็จในการตั้งครรภ์ของผู้มีบุตรยาก เพื่อจะได้พัฒนากระบวนการรักษาให้มีความครอบคลุมและเกิดผลลัพธ์ที่ดีในการรักษาต่อไป

3.ด้านการวิจัย จากผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยตัวแปรความหวัง การกำกับตนเอง และความไว้วางใจต่อผู้ให้การรักษาที่พบว่าในกลุ่มผู้มีบุตรยากที่ตั้งครรภ์สำเร็จมีค่าเฉลี่ยสูงกว่ากลุ่มที่ตั้งครรภ์ไม่สำเร็จ ดังนั้นจึงสรุปได้ว่าตัวแปรเหล่านี้ยังคงมีความสำคัญ ผู้ที่เกี่ยวข้องเช่น แพทย์ พยาบาลและผู้ให้การรักษา ควรให้ความสำคัญและทำการศึกษาเพิ่มเติมต่อไป

4.ข้อจำกัดงานวิจัย เนื่องจากงานวิจัยนี้ทำการศึกษาตัวแปรทางจิตวิทยาที่ตัวแปรและพบว่ามีเพียงหนึ่งตัวแปรที่มีอิทธิพลต่อความสำเร็จของการตั้งครรภ์ของผู้มีบุตรยาก ข้อเสนอแนะสำหรับงานวิจัยครั้งต่อไปผู้ทำการวิจัยควรคัดสรรตัวแปรที่ไม่ครอบคลุมทั้งหมด อาทิเช่น ปัจจัยส่วนบุคคลด้านเศรษฐกิจ ลักษณะครอบครัวของกลุ่มสมรส ลักษณะส่วนบุคคลของสตรีที่มีบุตรยาก อาทิเช่น การมองโลกในแง่บวกหรือลบ ลักษณะนิสัยใจคอ บุคคลที่อยู่รอบ ๆ คู่สมรส เช่น เพื่อน ความคาดหวังจากญาติของทั้งสองฝ่าย หรืออื่น ๆ เพิ่มเติม

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบคุณผู้เข้าร่วมการวิจัยทุกคน ผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่านที่ช่วยตรวจสอบเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยและขอขอบคุณผู้อำนวยการและบุคลากรในศูนย์รักษาผู้มีบุตรยาก จังหวัดเชียงใหม่ ที่อนุญาตให้เก็บข้อมูล และอำนวยความสะดวกในการเก็บข้อมูลวิจัยในครั้งนี้

เอกสารอ้างอิง

กรุณาภรณ์ อิศรางกูร ณ อยุธยา. (2538). ความสัมพันธ์ระหว่างภาพลักษณ์ สัมพันธภาพของคู่สมรสกับการปรับตัวของสตรีหมดประจำเดือน. (วิทยานิพนธ์ไม่ได้อิงพิมพ์). มหาวิทยาลัยมหิดล
กำธร พฤกษานานนท์. (2561). เทคโนโลยีช่วยการเจริญพันธุ์ (พิมพ์ครั้งที่1). ภาควิชาสูติศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์ มหาวิทยาลัย.

- กองทุนประชากรแห่งสหประชาชาติ ประจำประเทศไทย. (2559). รายงานสถานการณ์ประชากรไทย พ.ศ. 2558 โฉมหน้าครอบครัวไทย ยุคเกิดน้อย อายุยืน. https://thailand.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/State%20of%20Thailand%20Population%20report%202015-Thai%20Family_th.pdf
- จรัญญา คีจะโปะ. (2560). ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ความเครียด การดำรงบทบาทภรรยา สัมพันธภาพระหว่างคู่สมรส กับคุณภาพชีวิตของสตรีที่มีบุตรยาก. *วารสารวิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี*, 28(2), 67-79
- จารุวรรณ ก้าวหน้าไกล. (2555). การประยุกต์ใช้ทฤษฎีทางการพยาบาลครอบครัวในการดูแลคู่สมรสที่มีบุตรยาก. *วารสารสมาคมพยาบาลฯ สาขาภาคตะวันออกเฉียงเหนือ*, 30(3), 6-15.
- พวงรัตน์ ทวีรัตน์. (2538). *วิธีการวิจัยทางพฤติกรรมศาสตร์และสังคมศาสตร์*. (พิมพ์ครั้งที่ 6). สำนักงานทดสอบทางการศึกษาและจิตวิทยา มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร.
- รัชนิดา ศิริธร. (2549). *การพัฒนาและทดสอบความตรงของแบบวัดที่ใช้ประเมินความไว้วางใจของผู้รับบริการต่อเภสัชกรชุมชน*. (วิทยานิพนธ์เภสัชศาสตร์ มหาลัยมหิดล, มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์). <http://kb.psu.ac.th/psukb/handle/2553/2756>
- ศุจินตรา ชูเจริญพิพัฒน์. (2563). การศึกษาการกระจายตัวของสถานพยาบาลที่ให้บริการด้านเทคโนโลยีช่วยการเจริญพันธุ์ทางการแพทย์ ตามพระราชบัญญัติคุ้มครองเด็กที่เกิดโดยอาศัยเทคโนโลยีช่วยการเจริญพันธุ์ทางการแพทย์ พ.ศ. 2558. *เอกสารเผยแพร่สำนักสถานพยาบาลและการประกอบโรคศิลป์*, สืบค้นจาก https://mrd.hss.moph.go.th/mrd1_hss/?p=1594
- สุพิชชา วงศ์จันทร์. (2557). *อิทธิพลทางจิตสังคมและการกำกับตนเองที่มีต่อพฤติกรรมสุขภาพของผู้รับบริการที่มีภาวะอ้วนในเขตกรุงเทพมหานคร*. (วิทยานิพนธ์ ปริญญาวิทยาศาสตรดุษฎีบัณฑิต, มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ). <http://bsris.swu.ac.th/thesis/52199120034RB9022549f.pdf>
- Faul, F., Erdfelder, E., Lang, A. G., & Buchner, A. (2007). G* Power 3: A Flexible statistical power analysis program for social, behavioral, and biomedical sciences. *Behavior Research Methods*, 39(2), 175-191.
- Güneri, S. E., Kavlak, O., & Göker, E. N. T. (2019). Hope and Hopelessness in Infertile Women: Phenomenological Study. *Current Approaches in Psychiatry/Psikiyatride Guncel Yaklasimlar*, 11(1), 24-36. <https://doi.org/10.18863/pgy.530714>
- Herth, K. (1992). Abbreviated instrument to measure hope: development and psychometric evaluation. *Journal of advanced nursing*, 17(10), 1251-1259. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.1992.tb01843.x>

- Klitzman, R. (2018). Impediments to communication and relationships between infertility care providers and patients. *BMC women's health*, 18(1), 1-12. <https://doi.org/10.1186/s12905-018-0572-6>
- Li, J., Luo, H., & Long, L. (2019). Mindfulness and fertility quality of life in Chinese women with infertility: assessing the mediating roles of acceptance, autonomy and self-regulation. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 37(5), 455-467.
<https://doi.org/10.1080/02646838.2019.1577958>
- Matsubayashi, H., Hosaka, T., Izumi, S. I., Suzuki, T., Kondo, A., & Makino, T. (2004). Increased depression and anxiety in infertile Japanese women resulting from lack of husband's support and feelings of stress. *General hospital psychiatry*, 26(5), 398-404.
<https://doi.org/10.1016/j.genhosppsy.2004.05.002>
- Mosalanejad, L., Abdolahifard, K., & Jahromi, M. G. (2014). Therapeutic vaccines: hope therapy and its effects on psychiatric symptoms among infertile women. *Global journal of health science*, 6(1), 192-200. <https://doi.org/10.5539/gjhs.v6n1p192>
- Samani, R. O., Vesali, S., Navid, B., Vakiliniya, B., & Mohammadi, M. (2017). Evaluation on hope and psychological symptoms in infertile couples undergoing assisted reproduction treatment. *International journal of fertility & sterility*, 11(2), 123-129.
<https://doi.org/10.26226/morressier.573c1513d462b80296c97fa3>
- Shadbad, N. R., & Vafa, M. A. (2017). Anticipating the amount of hope for infertile women undergoing IVF treatment based on psychological well-being and spiritual health. *International Journal of Scientific Study*. 5(4), 286-292.
- Spanier, G. B., & Thompson, L. (1982). A confirmatory analysis of the dyadic adjustment scale. *Journal of Marriage and the Family*, 44(3), 731-738. <https://doi.org/10.2307/351593>
- Spanier, G. B. (1976). Measuring dyadic adjustment: New scales for assessing the quality of marriage and similar dyads. *Journal of Marriage and the Family*, 38(1), 15-28. <https://doi.org/10.2307/350547>
- Thom, D. H., Ribisl, K. M., Stewart, A. L., Luke, D. A., & The Stanford Trust Study Physicians. (1999). Further validation and reliability testing of the Trust in Physician Scale. *Medical care*, 37(5), 510-517. <https://doi.org/10.1097/00005650-199905000-00010>
- Tomlinson, M. J., Amisshah-Arthur, J. B., Thompson, K. A., Kasraie, J. L., & Bentick, B. (1996). Infertility: prognostic indicators for intrauterine insemination (IUI): statistical model for IUI success. *Human Reproduction*, 11(9), 1892-1896.
<https://doi.org/10.1093/oxfordjournals.humrep.a019513>

Visser, A. Ph., Haan, G., & Wouters, I. (1994). Psychosocial aspects of in vitro fertilization. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology*. 15(1), 35-43.
<https://doi.org/10.3109/01674829409025627>

การประเมินผลโครงการอบรม “พระปริบาลภิกษุไซ้” ประจำวัด 1 วัด 1 รูปทั่วประเทศ เฉลิมพระเกียรติสมเด็จพระอริยวงศาคตญาณ สมเด็จพระสังฆราช สกลมหาสังฆปริณายก ฉลอง พระชนมายุครบ 8 รอบ: กรณีศึกษาจังหวัดนครราชสีมา

จกมลณี ต้อยเจริญ, วท.ม.¹, นิสากกร วิบูลชัย, Ph.D.^{2*}, ประทุม กงมหา, พย.ม.¹,
จำไพ หมั่นสระเกษ, พย.ม.¹, กัญญาณัฐ เกิดชื่น, พย.ม.¹,
ทยาวิรุ จันทรวัดวัฒน์, พย.ม.¹, พรรณทิพย์ โชมขุนทด เศรษฐฐานโมคิน, พย.ม.¹,
ปัญญา ฉนำกลาง, ส.ม.³, อสิริยา ฉนำกลาง, ส.บ.³

(วันที่ส่งบทความ: 10 กรกฎาคม 2566; วันที่แก้ไข: 28 สิงหาคม 2566; วันที่ตอบรับ: 29 สิงหาคม 2566)

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินผลโครงการอบรม “พระปริบาลภิกษุไซ้” ประจำวัด 1 วัด 1 รูปทั่วประเทศเฉลิมพระเกียรติสมเด็จพระอริยวงศาคตญาณ สมเด็จพระสังฆราช สกลมหาสังฆปริณายก ฉลองพระชนมายุครบ 8 รอบ กรณีศึกษาจังหวัดนครราชสีมา โดยใช้การประเมินรูปแบบซิปป์ 4 ด้าน คือ บริบท ปัจจัยนำเข้า กระบวนการ และผลผลิต กลุ่มเป้าหมาย คือ พระภิกษุ จำนวน 159 รูป และผู้เกี่ยวข้อง จำนวน 14 คน โดยเลือกแบบเฉพาะเจาะจง เครื่องมือวิจัย ประกอบด้วย 1) แบบสัมภาษณ์ 2) แบบสอบถามความคิดเห็นด้านปัจจัยนำเข้า 3) แบบวัดความรู้ 4) แบบประเมินทักษะปฏิบัติ 5) แนวคำถามสนทนากลุ่ม 6) แบบสอบถามความพึงพอใจ และ 7) แบบวิเคราะห์เอกสาร เก็บรวบรวมข้อมูลระหว่างเดือนเมษายน - มิถุนายน 2566 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการวิเคราะห์เนื้อหา ผลการวิจัยพบว่า 1) ด้านบริบท ได้แก่ วัดอุประสงค์ของโครงการ มีความสอดคล้องกับนโยบาย ปัญหาสุขภาพและความต้องการของพระภิกษุ นำไปสู่ความจำเป็นของการดำเนินโครงการ 2) ด้านปัจจัยนำเข้า ได้แก่ คุณลักษณะของวิทยากร คุณสมบัติของพระภิกษุผู้เข้าอบรม ระยะเวลา วัสดุอุปกรณ์ ความพร้อมของสถานที่จัดอบรม และการบริหารจัดการ มีความเหมาะสมอยู่ในระดับมาก 3) ด้านกระบวนการ มีการดำเนินงานตามแผนที่กำหนด โดยใช้รูปแบบการอบรม ประกอบด้วย 4 องค์ประกอบหลัก ได้แก่ (1) การมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย (2) การส่งเสริมการเรียนรู้สมรรถนะแห่งตน ได้แก่ การเสริมสร้างความตระหนักในการดูแลสุขภาพ การให้ความรู้ทางด้านสุขภาพ การฝึกทักษะปฏิบัติ และการใช้ตัวแบบ (3) การประเมินผลการเรียนรู้ และ (4) การเสริมพลัง และ 4) ด้านผลผลิต ภายหลังการอบรมพระภิกษุมีความรู้ในการดูแลสุขภาพ ระดับดีมาก มีทักษะปฏิบัติผ่านตามเกณฑ์ที่กำหนด และมีความพึงพอใจ ระดับดีมาก

คำสำคัญ: การประเมินรูปแบบซิปป์, โครงการอบรม, ผู้ดูแล, พระภิกษุไซ้

¹ อาจารย์, วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครราชสีมา, คณะพยาบาลศาสตร์, สถาบันพระบรมราชชนก, กระทรวงสาธารณสุข

² ผู้ช่วยศาสตราจารย์, วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครราชสีมา, คณะพยาบาลศาสตร์, สถาบันพระบรมราชชนก, กระทรวงสาธารณสุข

³ นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ, สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา

* Corresponding author: นิสากกร วิบูลชัย, E-mail: nisakorn@knc.ac.th

**Evaluation of a Training Project to Enhance the Healthcare Capabilities of Buddhist Monks
Serving as Caregivers on the Occasion of His Holiness Somdet Phra Ariyavongsagatayana,
the Supreme Patriarch of Thailand's 96th Birthday Anniversary: A Case Study in
Nakhon Ratchasima Province**

Jongkolnee Tuicharoen, M.Sc.¹, Nisakorn Vibulchai, Ph.D.^{2}, Partoom Kongmaha, M.N.S.¹,
Rumpai Munsrakeat, M.N.S.¹, Kanyanat Kerdchuen, M.N.S.¹,
Tayawee Juntarawiwat, M.N.S.¹, Phunthip Chomkhuntod Sethathanapokin, M.N.S.¹,
Punya Chanumklang, M.P.H.³, Isariya Chanumklang B.P.H.³,*

(Received: July 10th, 2023; Revised: August 28th, 2023; Accepted: August 29th, 2023)

Abstract

This study aimed to evaluate a training project designed to enhance the healthcare capabilities of Buddhist monks serving as caregivers on the Occasion of His Holiness, Somdet Phra Ariyavongsagatayana, the Supreme Patriarch of Thailand's, 96th Birthday Anniversary This case study was conducted in Nakhon Ratchasima province, Thailand. The evaluation was conducted using the CIPP model, which assesses four aspects of a case study: context, input, process, and productivity. The participants were 159 trainee Buddhist monks and a 14 members of the training committee, who were selected through purposive sampling. The research instruments included questions for interviews, questionnaires about the input of the project, a knowledge test, a practice skills assessment, questions for focus-group discussions, questionnaires to assess trainee satisfaction, and a document analysis form. Data collection took place from May to June 2022. The collected data was analyzed using frequencies, percentages, and content analysis techniques. The results revealed the following findings: 1) In terms of the context, the objectives of the project were found comply with the related health policies, health problems, social situations, and the trainees' needs. 2) Regarding the input, the qualifications of the lecturers and trainees, timing, budgets, materials, training location, and potential of project management were deemed highly appropriate and exceeded the established criteria. 3) In relation to the process, the training process was successfully implemented according to the action plan. The implementation model consisted of four major components: (1) participation of networks, (2) enhancement of self-efficacy through health awareness promotion, health education, skill training, and role modeling, (3) learning evaluation, and (4) empowerment. 4) With regards to productivity, the trainees demonstrated the highest level of knowledge acquisition. The healthcare skills of the trainees also surpassed the established criteria. Furthermore, the trainees expressed the highest level of satisfaction with the training they received.

Keywords: CIPP model, project of training, caregiver, sick Buddhist monks

¹ Lecturer, Boromarajonani College of Nursing, Nakhon Ratchasima, Faculty of Nursing, Praboromarajchanok Institute, Ministry of Public Health

² Assistant Professor, Boromarajonani College of Nursing, Nakhon Ratchasima, Faculty of Nursing, Praboromarajchanok Institute, Ministry of Public Health

³ Public Health Technical Officer, Professional Level, Nakhon Ratchasima Public Health Provincial Office

* Corresponding author: Nisakorn Vibulchai, E-mail: nisakorn@knc.ac.th

บทนำ

สภาวะการเปลี่ยนแปลงทางสังคม เศรษฐกิจ และสิ่งแวดล้อมในปัจจุบัน ส่งผลกระทบต่อภาวะสุขภาพของประชาชนทั่วไป รวมถึงในกลุ่มพระภิกษุ ซึ่งมีแนวโน้มปัญหาสุขภาพด้วยโรคเรื้อรังมากขึ้น โดยเฉพาะอย่างยิ่ง โรคอ้วน เบาหวาน และไขมันในเลือดสูง จากข้อมูลการคัดกรองสุขภาพพระภิกษุสามเณรจากวัดทั่วประเทศ พ.ศ. 2559 เมื่อเทียบกับ พ.ศ. 2549 พบว่า พระภิกษุกกลุ่มสุขภาพดีลดลงเหลือร้อยละ 52.30 จากร้อยละ 60.30 พระภิกษุอาพาธกลับเพิ่มสูงขึ้นเป็นร้อยละ 28.50 จากร้อยละ 17.50 โดยส่วนใหญ่เป็นพระภิกษุสูงอายุ ไม่มีผู้ดูแล และมีภาวะเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง นอกจากนี้ยังพบพระภิกษุกกลุ่มเสี่ยงถึงร้อยละ 19.00 ปัจจัยที่ทำให้อาพาธ คือ ไขมันและน้ำตาลในเลือดสูง ดัชนีมวลกายเกินเกณฑ์มาตรฐาน และการสูบบุหรี่ ส่วนโรคที่พบมากที่สุด 5 อันดับแรกเป็นโรคเรื้อรังทั้งหมด ได้แก่ โรคมะเร็ง โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง และโรคไตวายเรื้อรัง (โรงพยาบาลสงฆ์ กรมการแพทย์, 2559) โรคเรื้อรังเหล่านี้ล้วนมีผลกระทบต่อสุขภาพและประสิทธิภาพในการประกอบกิจกรรมทางพระพุทธศาสนา

ปัญหาสุขภาพด้วยโรคเรื้อรังรวมถึงภาวะน้ำหนักเกินและโรคอ้วนในพระภิกษุพบว่า พระภิกษุมีน้ำหนักเกินถึงร้อยละ 16.26 อ้วนระดับ 1-3 ร้อยละ 33.60 รอบเอวเกิน 36 นิ้ว ร้อยละ 21.14 (ศรีเมืองพลึงฤทธิ์, 2562) ส่วนใหญ่จากการฉันทาอาหารที่ไม่ถูกหลักโภชนาการ (ศนิกันต์ ศรีมณี และคณะ, 2561; เตะกณ ทองเดิมและจิรนนท์ แก้วมา, 2562; รัชบุ ปินตาดง และธนภพ โสตรโยม, 2564) และการมีกิจกรรมประจำวันที่เคลื่อนไหวร่างกายน้อย (พระณัฐวุฒิ พันทะลิม, 2564) ทำให้เกิดความไม่สมดุลของพลังงานที่ร่างกายได้รับมีการเผาผลาญใช้พลังงานลดลง เนื่องจากพระธรรมวินัยได้กำหนดให้พระภิกษุฉันอาหารตามญาติโยมหรือผู้มีจิตศรัทธาจัดมาถวาย ปัจจุบันคนส่วนใหญ่นิยมซื้ออาหารสำเร็จรูปในการตัดบาตร โดยเฉพาะอาหารและขนมหวาน เช่น แกงเจียวหวาน พะโล้ ผัดกะเพรา ขนมเมื่อดขนุน ฝอยทอง นอกจากปริมาณไขมันและน้ำตาลในอาหารเหล่านี้สูงแล้ว ยังพบว่าปริมาณโซเดียมสูงอีกด้วย รวมถึงการถวายน้ำปานะที่นิยมถวายในรูปของเครื่องดื่ม น้ำผลไม้ เครื่องดื่มชูกำลัง ชา/กาแฟกระป๋องสำเร็จรูป ซึ่งมีปริมาณน้ำตาลสูง (อลงกรณ์ สุขเรืองกุล, 2560; พระณัฐวุฒิ พันทะลิม, 2564) นอกจากนี้จากพุทธบัญญัติที่พระภิกษุควรอยู่ในอาการสำรวมเป็นผู้ดำรงในศีล 227 ข้อ ส่งผลให้พระภิกษุมีข้อจำกัดไม่สามารถบริหารร่างกายได้ตามหลักการออกกำลังกายทางกายภาพของแพทย์ เช่น บุคคลทั่วไปได้ ทำให้พระภิกษุสามเณรมีความเสี่ยงการเกิดโรคอ้วนและโรคไม่ติดต่อเรื้อรังอื่น ๆ ตามมา ปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่สำคัญคือพฤติกรรมสุขภาพและวิถีชีวิตที่ไม่ถูกต้องเหมาะสม (กระทรวงสาธารณสุข, 2560) นอกจากนี้ปัญหาสุขภาพของพระภิกษุยังมาจากการมีความรู้และความตระหนักในการดูแลสุขภาพไม่เพียงพอ โดยพบว่าเมื่อเจ็บป่วยพระภิกษุส่วนใหญ่ซื้อยาตนเอง มีเพียงบางส่วนไปรักษาที่คลินิกเอกชนและโรงพยาบาล แม้พระภิกษุส่วนใหญ่มีสิทธิการรักษาพยาบาลคือ สิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า แต่ยังมีพระภิกษุ ร้อยละ 31.88 ที่ไม่มีหลักประกันสุขภาพใด ๆ (นพรัตน์ ตรงศูนย์ และสุดาทิพย์ นพพิบูลย์, 2566)

จากปัญหาดังกล่าวข้างต้นสถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข ได้เล็งเห็นความสำคัญของการพัฒนาศักยภาพพระภิกษุในการเป็น “พระบริหารภิกษุใจ” ซึ่งหมายถึง พระภิกษุผู้ดูแลพระภิกษุอาพาธ จึงได้จัดโครงการอบรม “พระบริหารภิกษุใจ” ประจำปีวัด 1 วัด 1 รูป ทั่วประเทศ เพื่อเฉลิมพระเกียรติสมเด็จพระอริยวงศาคตญาณ สมเด็จพระสังฆราช สกลมหาสังฆปริณายก ถวายเป็นพุทธบูชา 8 รอบ (26 มิถุนายน 2566) โดยวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครราชสีมา ได้รับมอบหมายจากสถาบันพระบรมราชชนกให้ดำเนินโครงการอบรมแก่พระภิกษุในพื้นที่จังหวัดนครราชสีมา ซึ่งมีจำนวนวัดมากถึง 2,178 วัด พระภิกษุ-สามเณร จำนวน 9,964 รูป และพบข้อมูลพระภิกษุกลุ่มป่วยมากถึงร้อยละ 25 ส่วนใหญ่ป่วยเป็นเบาหวานเกือบร้อยละ 30 ความดันโลหิตสูงอีกเกือบร้อยละ 40 (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา, 2566) ทั้งนี้การจัดโครงการอบรมได้ใช้กลยุทธ์การบูรณาการการเรียนการสอน การพัฒนานักศึกษา การวิจัยและการทำนุบำรุงศิลปะและวัฒนธรรม กับพันธกิจบริการวิชาการ โดยการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วนทั้งในระดับวิทยาลัย สถาบันพระบรมราชชนก และชุมชนในพื้นที่ เพื่อให้พระภิกษุที่เข้าโครงการอบรมมีองค์ความรู้และทักษะในการสร้างเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และทักษะในการบริหารพระภิกษุใจ ซึ่งเป็นการอบรมความรู้พื้นฐานในลักษณะเดียวกับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ที่เป็นประชาชนทั่วไป โดยคาดว่าพระภิกษุที่ได้รับการอบรมจะสามารถทำหน้าที่ “อสม. พระ” ดูแลพระภิกษุอาพาธ ให้การสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคช่วยเหลือดูแลเบื้องต้น ปฐมพยาบาล และช่วยฟื้นคืนชีพเบื้องต้นแก่พระภิกษุในวัด เพื่อคุณภาพชีวิตที่ดีของพระภิกษุในวัด นอกจากนี้ อสม.พระเหล่านี้ยังสามารถถ่ายทอดความรู้พื้นฐานด้านสุขภาพแก่ญาติโยมและดำรงตนเป็นตัวอย่างที่ดีด้านสุขภาพให้แก่ชุมชนอีกด้วย ดังนั้นเพื่อให้การดำเนินโครงการอบรมมีประสิทธิภาพ บรรลุวัตถุประสงค์ของโครงการ การประเมินโครงการอย่างมีระบบจึงเป็นวิธีการที่ดีในการที่จะได้ข้อมูลอย่างครบทุกขั้นตอนของการอบรม

การประเมินโครงการ เป็นกระบวนการบ่งชี้ถึงคุณค่าของโครงการ โดยการตรวจสอบความก้าวหน้าของงานที่กำลังดำเนินการ ตลอดจนพิจารณาผลสัมฤทธิ์ของโครงการที่เกิดขึ้นว่ามีความสำเร็จตามวัตถุประสงค์ของโครงการมากหรือน้อยอย่างไร จากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับรูปแบบการประเมินผลพบว่า รูปแบบซีพี (CIPP model) ของสตีฟเฟิลบีม (Stufflebeam, & Coryn, 2014) เป็นรูปแบบการประเมินผลทั้งระบบและช่วยในการตัดสินใจ (Decision - oriented evaluation model) โดยเป็นการประเมินความก้าวหน้า เพื่อให้ทราบรายละเอียดต่างๆ และมีการประเมินผลสรุปหลังการดำเนินงานสิ้นสุดแล้วเพื่อบ่งชี้ผลสัมฤทธิ์ของการดำเนินงาน รูปแบบดังกล่าวจึงมีความครอบคลุม เหมาะสมกับการนำไปประเมินผลโครงการอบรมพระบริหารภิกษุใจ เพื่อให้ได้ข้อมูลผลการประเมินโครงการอบรมที่ถูกต้องและน่าเชื่อถือ ครอบคลุมกระบวนการสำคัญของการดำเนินโครงการทั้งในด้านบริบท ด้านปัจจัยนำเข้า ด้านกระบวนการ และด้านผลผลิต อันจะเป็นประโยชน์ต่อผู้เกี่ยวข้องกับการดำเนินการจัดโครงการ และสามารถนำมาใช้ประกอบการพิจารณาปรับปรุงพัฒนาการดำเนินโครงการ ตลอดจนเป็นข้อมูลพื้นฐานในการสร้างเสริมและดูแลสุขภาพของพระภิกษุ ต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อประเมินผลโครงการอบรม “พระบริบาลภิกษุใช้” ประจำวัด 1 วัด 1 รูปทั่วไทย เฉลิมพระเกียรติ สมเด็จพระอริยวงศาคตญาณ สมเด็จพระสังฆราช สกลมหาสังฆปริณายก ฉลองพระชนมายุครบ 8 รอบ กรมศึกษาจังหวัดนครราชสีมา โดยศึกษาบริบท ปัจจัยเบื้องต้น กระบวนการดำเนินการ และผลผลิต ตามรูปแบบการประเมินผลแบบซิปปี้ (CIPP model)

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษานี้เป็นการวิจัยเชิงประเมินผล (Evaluation research) เพื่อประเมินผลโครงการอบรม “พระบริบาลภิกษุใช้” ๑ ตามรูปแบบของซิปปี้ 4 ด้าน ได้แก่ ด้านบริบท (Context) ด้านปัจจัยเบื้องต้น (Input) ด้านกระบวนการดำเนินการ (Process) และด้านผลผลิต (Product) (Stufflebeam, 2008) โดยกำหนดกรอบการประเมิน ได้แก่ ประเด็นการประเมิน ตัวบ่งชี้ในการประเมิน แนวทางการประเมิน ผู้ให้ข้อมูลหรือแหล่งข้อมูล เครื่องมือ และเกณฑ์ที่ใช้ในการประเมิน

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

1. พระภิกษุผู้เข้าอบรม จำนวน 159 รูป ระหว่างเดือน เมษายน 2566 – พฤษภาคม 2566 ซึ่งผู้วิจัยกำหนดขนาดตัวอย่างเป็นประชากรทั้งหมดที่เข้ารับการอบรม โดยกำหนดเกณฑ์คัดเลือก ดังนี้ 1) เป็นพระภิกษุที่มีฉันทามติจากที่ประชุมของพระสังฆาธิการระดับจังหวัด อำเภอละ 5 รูป จำนวน 32 อำเภอ 2) จำวัดในวัดที่ประจำอยู่อย่างน้อย 1 พรรษา 3) ผลการตรวจคัดกรองโควิด 19 เบื้องต้น โดยใช้ชุดตรวจโควิดแบบเร่งด่วน (Antigen test Kid; ATK) เป็นลบ 4) ไม่มีภาวะเจ็บป่วยรุนแรงที่เป็นอุปสรรคต่อการเข้าร่วมกิจกรรมในโครงการ เช่น เบาหวาน ความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ ภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะ วัณโรคที่อยู่ระหว่างการรักษา เป็นต้น 5) สามารถสื่อสารด้วยภาษาไทย และ 6) สม่ครใจเข้าร่วมวิจัย เกณฑ์คัดออก คือ 1) ไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมในโครงการครบตามที่หลักสูตรกำหนด และ 2) มีอาพาธขณะเข้าร่วมโครงการ

2. คณะกรรมการดำเนินโครงการ จำนวน 14 คน เลือกแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive sampling) ประกอบด้วย 1) เจ้าคณะจังหวัดและผู้แทนพระภิกษุของจังหวัดนครราชสีมา จำนวน 5 รูป 2) ผู้รับผิดชอบงานสุขภาพพระภิกษุจากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา จำนวน 2 คน 3) ผู้รับผิดชอบงานสุขภาพพระภิกษุสำนักงานพระพุทธศาสนาจังหวัดนครราชสีมา จำนวน 2 คน และ 4) อาจารย์ที่มีประสบการณ์ในการบริการวิชาการแก่พระภิกษุของวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครราชสีมา จำนวน 5 คน

การพิทักษ์สิทธิ์ผู้ให้ข้อมูล

โครงการวิจัยผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครราชสีมา เลขที่ COA No. 02/2566 ผู้วิจัยพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่างด้วยการชี้แจงโครงการวิจัย วัตถุประสงค์การวิจัย ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ ความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นและการจัดการ

แก้ไขสิทธิ์ในการตอบรับหรือปฏิเสธในการเข้าร่วมวิจัย และขออนุญาตเก็บข้อมูลวิจัย ข้อมูลที่ได้จากการศึกษาจะเก็บเป็นความลับ เปิดเผยข้อมูลเฉพาะส่วนที่เป็นข้อสรุปและการวิเคราะห์ข้อมูล

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. แบบสัมภาษณ์คณะกรรมการดำเนินโครงการ เป็นแบบสัมภาษณ์แบบมีโครงสร้างแบบปลายเปิด แบ่งออกเป็น 2 ตอนดังนี้ ตอนที่ 1 ข้อมูลพื้นฐาน ข้อมูลส่วนตัวผู้ให้สัมภาษณ์ วันเวลา สถานที่สัมภาษณ์ ผู้ให้สัมภาษณ์ มีความเกี่ยวข้องในส่วนใด ตอนที่ 2 รายการสัมภาษณ์ ด้านบริบท ประกอบด้วย ปัญหา และสภาพสังคมปัจจุบัน นำไปสู่ความจำเป็นของการดำเนินโครงการ

2. แบบสอบถามความคิดเห็นด้านปัจจัยนำเข้า สำหรับพระภิกษุผู้เข้าอบรม สร้างโดยผู้วิจัย ประกอบด้วยข้อคำถามเกี่ยวกับความเหมาะสม/ความพร้อมด้านบริบทและด้านปัจจัยนำเข้า แบ่งเป็น 3 ตอนดังนี้ ตอนที่ 1 ข้อมูลพื้นฐาน จำนวน 9 ข้อ ได้แก่ อายุ จำนวนพรรษา วัดที่สังกัด ประสบการณ์การอบรมทางด้านสุขภาพ โรคประจำตัว การสูบบุหรี่ การออกกำลังกาย ประเภทของอาหารและเครื่องดื่ม ลักษณะเป็นข้อคำถามปลายเปิด ให้ผู้ตอบบันทึกลงตามช่องว่าง และข้อคำถามเลือกตอบให้ผู้ตอบทำเครื่องหมาย “ถูก” หน้าข้อความ ตอนที่ 2 ข้อคำถามเกี่ยวกับความเหมาะสม/ความพร้อมด้านบริบท และด้านปัจจัยนำเข้า ข้อคำถามมีลักษณะเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) 5 ระดับ ได้แก่ มากที่สุด มาก ปานกลาง น้อย และน้อยที่สุด ตอนที่ 3 เป็นแบบสอบถามปลายเปิด โดยให้แสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับข้อเสนอแนะเพิ่มเติมอื่น ๆ เกี่ยวกับโครงการ

3. แบบวัดความรู้ ผู้วิจัยนำมาจากแบบวัดความรู้ทางด้านสุขภาพของสถาบันพระบรมราชชนก จำนวน 40 ข้อ 5 ด้าน ได้แก่ ด้านส่งเสริมสุขภาพ ด้านการป้องกันโรค ด้านการรักษาพยาบาล และด้านการฟื้นฟูสุขภาพ ลักษณะคำถามเป็นแบบถูก-ผิด (True-False Items) เกณฑ์ประเมินแบบอิงเกณฑ์ของ Bloom (1971) (ร้อยละ 80 - 100 = มีความรู้อยู่ในระดับดีมาก ร้อยละ 60 - 79 = มีความรู้อยู่ในระดับปานกลาง น้อยกว่าร้อยละ 60 = มีความรู้อยู่ในระดับน้อย) (บุญชม ศรีสะอาด, 2554)

4. แบบประเมินทักษะปฏิบัติ ผู้วิจัยประยุกต์มาจากแบบประเมินทักษะปฏิบัติทางด้านสุขภาพของสถาบันพระบรมราชชนก จำนวน 14 ด้าน (1) การตรวจร่างกาย ได้แก่ การวัดสัญญาณชีพ ชั่งน้ำหนัก ส่วนสูง และการประเมินดัชนีมวลกาย (2) การประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน (Barthel Activities of Daily Living: ADL) (3) การคัดกรองเบาหวานและความดันโลหิตสูง โดยใช้ สบซ. โมเดล (4) การเจาะหาระดับน้ำตาลในเลือดจากเส้นเลือดฝอยที่ปลายนิ้ว (5) การฉีดอินสุลินด้วยตนเอง (6) การดูแลบาดแผลเบื้องต้น (7) การป้อนอาหารและยา (8) การให้ยาและอาหารทางสายยาง (9) การเช็ดตัวลดไข้ (10) การนวดผ่อนคลาย (11) การออกกำลังกาย (12) การจัดทำ การเคลื่อนย้าย และการพลิกตะแคงตัว (13) การช่วยฟื้นคืนชีพเบื้องต้น (Cardiopulmonary resuscitation: CPR) (14) การคัดกรองสุขภาพจิต ลักษณะคำถามเป็นแบบผ่าน-ไม่ผ่าน (Pass-Fail items) เกณฑ์ประเมินแบบอิงเกณฑ์ของ Bloom (1971) (ร้อยละ 80 - 100 = มีทักษะอยู่ในระดับดีมาก ร้อยละ 60 - 79 = มีทักษะอยู่ในระดับปานกลาง น้อยกว่าร้อยละ 60 = มีทักษะอยู่ในระดับน้อย) โดยกำหนดเกณฑ์ผ่านคือ มีคะแนนทักษะปฏิบัติมากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 60

5. แบบสอบถามความพึงพอใจ ผู้วิจัยสร้างขึ้นเอง จำนวน 15 ข้อ 5 ด้าน 1) รูปแบบการอบรม 2) ความพร้อมของการจัดอบรม 3) ความรู้และประสบการณ์ที่ได้รับ 4) ความคุ้มค่า และ 5) ความพึงพอใจโดยภาพรวม ข้อคำถามมีลักษณะเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) 5 ระดับได้แก่ มากที่สุด มาก ปานกลาง น้อย และน้อยที่สุด

6. แนวคำถามการสนทนากลุ่ม เพื่อใช้ในการประเมินผลด้านปัจจัยนำเข้าและกระบวนการดำเนินการ สำหรับกิจกรรมการสนทนากลุ่มโดยผู้วิจัยเป็นผู้ดำเนินการใช้เวลา 1 ชั่วโมง เพื่อให้ผู้เข้าร่วมกิจกรรมได้อภิปรายอย่างกว้างขวางในประเด็นเกี่ยวกับ รูปแบบการดำเนินการจัดการอบรม ลักษณะเป็นคำถามปลายเปิด

7. แบบวิเคราะห์เอกสาร ใช้วิเคราะห์รายละเอียดเกี่ยวกับบริบท ปัจจัยนำเข้า จากเอกสารหลักสูตรการอบรมพระปริบาลภิกษุใช้ ของสถาบันพระบรมราชชนก และเอกสารอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องจากหน่วยงานอื่น

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

ผู้วิจัยนำเครื่องมือวิจัยที่ 1-5 ตรวจสอบความตรงของเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ได้ค่าดัชนีความสอดคล้อง (Item - Objective Congruence: IOC) เท่ากับ .67-1.00 และนำเครื่องมือวิจัยที่ 2, 3 และ 5 ไปทดสอบกับพระภิกษุมีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 รูป โดยเครื่องมือวิจัยที่ 2 มีค่าความเชื่อมั่นสัมประสิทธิ์ของแอลฟาของคอนนาค เท่ากับ 0.97 เครื่องมือวิจัยที่ 3 มีค่าความเชื่อมั่นโดยใช้ KR-20 ของ Kuder-Richardson เท่ากับ 0.63 และเครื่องมือวิจัยที่ 5 มีค่าความเชื่อมั่นสัมประสิทธิ์ของแอลฟาของคอนนาค เท่ากับ 0.88

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลระหว่างเดือนเมษายน ถึง เดือนมิถุนายน 2566 ผู้วิจัยกำหนดวิธีการในการรวบรวมข้อมูลในแต่ละด้านของการประเมินผล โดยด้านบริบท ประเมินจาก แบบวิเคราะห์เอกสาร แบบสัมภาษณ์ และ แบบสอบถาม ด้านปัจจัยนำเข้า ประเมินจาก แบบวิเคราะห์เอกสาร แบบสัมภาษณ์ และ แบบสอบถาม ด้านกระบวนการ ประเมินจาก แนวคำถามการสนทนากลุ่ม และด้านผลผลิต ประเมินจาก แบบวัดความรู้ แบบประเมินทักษะปฏิบัติ และแบบสอบถามความพึงพอใจ

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลเชิงปริมาณวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูปด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
2. ข้อมูลเชิงคุณภาพ ใช้การวิเคราะห์เนื้อหา (Content analysis) สำหรับข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์ การสนทนากลุ่ม และการวิเคราะห์เอกสาร โดยผู้วิจัยใช้การบรรยายในลักษณะพรรณนาความ (description) แล้วสร้างเป็นข้อสรุป

ผลการวิจัย

การวิจัยตามรูปแบบการประเมินผลแบบชิปปี้ ประกอบด้วย ด้านบริบท ปัจจัยเบื้องต้น กระบวนการดำเนินการ และผลผลิต ดังนี้

1. ด้านบริบท: การประเมินด้านวัตถุประสงค์ของโครงการอบรม จากผลการสัมภาษณ์คณะกรรมการดำเนินงานโครงการพบว่า ทุกคนมีความเห็นว่าวัตถุประสงค์ของการจัดการอบรมมีความสอดคล้องกับปัญหาสุขภาพพระภิกษุในพื้นที่และสภาพสังคมปัจจุบัน อันนำไปสู่ความจำเป็นของการดำเนินโครงการ ดังตัวอย่างคำพูด

“จังหวัดนครราชสีมาวัดและพระจำนวนมาก แต่มีวัดส่งเสริมสุขภาพและพระ อสว. น้อยมาก ไม่ครอบคลุมทุกวัด จำนวนพระที่เจ็บป่วยยังมีมาก การอบรมพระให้เป็นพระบริบาลประจำวัด จึงเป็นเรื่องที่ดีและคิดว่าจำเป็น” (กรรมการมรราวาสชาย 1, เม.ย. 66)

“เดี๋ยวนี้มีพระป่วยมากขึ้น เป็นเบาหวาน ความดันกันเยอะฉันอาหารตามที่ญาติโยมถวาย เวลาเจ็บป่วย ถ้าไม่หนักเกินไปพระก็ดูแลตัวเอง ซัวยาหรือฉันสมุนไพร ถ้าหนักก็ไปหาหมอ หรือให้ญาติโยมพาไป การอบรมนี้เป็นเรื่องที่ดีและจำเป็นที่ช่วยให้พระมีความรู้และดูแลสุขภาพกันได้ในวัดได้” (กรรมการพระภิกษุ 1, เม.ย. 66)

พระภิกษุผู้เข้าอบรม ร้อยละ 100 มีความคิดเห็นว่า วัตถุประสงค์ของโครงการสอดคล้องกับความต้องการการอบรม และผลการวิเคราะห์เอกสารคู่มือการอบรม นโยบายสาธารณสุข นโยบายสถาบันพระบรมราชชนก ปัญหาและสภาพสังคมปัจจุบันพบว่า มีความสอดคล้องกันในการพัฒนาด้านสาธารณสุขที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพของประชาชน โดยมีเป้าหมายเพื่อให้ประชาชนชาวไทยทุกคนเข้าถึงบริการสุขภาพอย่างเท่าเทียมกัน พร้อมทั้งให้ความสำคัญต่อการให้บริการสุขภาพระดับปฐมภูมิแก่ประชาชน มุ่งเน้นการสร้างเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค โดยเฉพาะกลุ่มโรคเรื้อรัง ซึ่งสอดคล้องกับนโยบายของสถาบันพระบรมราชชนกในการมุ่งสร้างสุขภาวะชุมชน โดยมีกลยุทธ์การขับเคลื่อนที่สำคัญหนึ่งคือ การเชื่อมระหว่าง บ้าน วัด โรงเรียน (บวร) ในการสร้างสุขภาวะชุมชน โดยบูรณาการ การจัดการเรียนการสอน พัฒนานักศึกษาวิจัย และทะนุบำรุงศิลปและวัฒนธรรม กับการบริการวิชาการ เป็นการส่งเสริมให้อาจารย์ นักศึกษา และบุคลากร ได้นำองค์ความรู้ไปให้บริการวิชาการแก่พระภิกษุ และสนับสนุนให้นักศึกษาในสังกัดสถาบันพระบรมราชชนก ซึ่งเป็นสถาบันการศึกษาเฉพาะทางด้านวิทยาศาสตร์สุขภาพ ได้ร่วมเรียนรู้จากประสบการณ์ตรงในการเป็นผู้ให้ความรู้ทางสุขภาพ โดยการนำความรู้จากการศึกษาไปถ่ายทอดให้พระภิกษุผู้เป็นกลุ่มเป้าหมาย และเป็นการพัฒนาสมรรถนะนักศึกษา เพื่อเป็นผู้นำทางด้านสุขภาพในอนาคตตามวิสัยทัศน์ ของสถาบันพระบรมราชชนก นอกจากนี้สถาบันพระบรมราชชนกได้รับพระเมตตาจากสมเด็จพระอริยวงศาคตญาณ สมเด็จพระสังฆราช สกลมหาสังฆปริณายก ประทานอนุญาตให้โครงการอบรมนี้ เป็นโครงการเฉลิมพระเกียรติในวโรกาสฉลองพระชนมายุ 8 รอบ (26 มิถุนายน 2566) สถาบันพระบรมราชชนกจึงได้กำหนดเป็นนโยบายสำคัญและมอบหมายสถาบันการศึกษาในสังกัดดำเนินการขับเคลื่อนการดำเนินงานในพื้นที่ ภายใต้หลักสูตรอบรม “พระบริบาลภิกษุใช้” ของสถาบันพระบรม

ราชชนกที่ได้พัฒนาขึ้น สำหรับพื้นที่จังหวัดนครราชสีมา เจ้าคณะจังหวัดนครราชสีมาได้เมตตาให้ความสำคัญและกำหนดเป็นนโยบายขับเคลื่อนการพัฒนาสุขภาพพระภิกษุในจังหวัด โดยวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครราชสีมา เป็นแกนนำในการดำเนินการร่วมกับภาคีเครือข่าย อาทิเช่น เครือข่ายคณะสงฆ์จังหวัดนครราชสีมา สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา สำนักงานพระพุทธศาสนาจังหวัดนครราชสีมา องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เป็นต้น

2. **ด้านปัจจัยเบื้องต้น:** ผลการประเมินความเหมาะสมด้านปัจจัยนำเข้าตามการรับรู้ของพระภิกษุผู้เข้าอบรม ได้แก่ คุณลักษณะของวิทยากรอบรม คุณสมบัติของพระภิกษุผู้เข้าอบรม ระยะเวลา วัสดุอุปกรณ์ ความพร้อมของสถานที่การอบรม และการบริหารจัดการอบรม พบว่า มีความเหมาะสมอยู่ในระดับมาก

3. **ด้านกระบวนการดำเนินการ:** วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครราชสีมาได้จัดการอบรมตามหลักสูตร“พระบริหารภิกษุใช้” ของสถาบันพระบรมราชชนกที่ได้พัฒนาขึ้น จำนวน 35 ชั่วโมง โดยมีแกนหลักสูตรการอบรมประกอบด้วย 1) สุขภาพและหลักการสร้างเสริมสุขภาพ 2) การป้องกันโรค 3) ปัญหาสุขภาพที่พบบ่อยในพระภิกษุ 4) การปฐมพยาบาลเบื้องต้น 5) การนำ สบช. โมเดลมาใช้ในการประเมินภาวะสุขภาพ 6) การประเมินกิจวัตรประจำวัน 7) การวัดสัญญาณชีพและการดูแลเมื่อมีไข้ 8) การดูแลสุขวิทยาส่วนบุคคลและจัดสิ่งแวดล้อมที่ส่งเสริมสุขภาพ 9) การช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐาน 10) การใส่ยาที่ถูกต้อง 11) การเจาะหาระดับน้ำตาลในเลือดจากเส้นเลือดฝอยที่ปลายนิ้วและการฉีดยาเบาหวาน 12) บาดแผลและการทำแผล 13) แนวทางการออกกำลังกายและการเคลื่อนไหว 14) การเคลื่อนย้ายและพลิกตะแคงตัว 15) การนวดผ่อนคลายและนวดเพื่อสุขภาพ 16) การจัดอาหารสำหรับพระภิกษุที่มีปัญหาสุขภาพ และ17) การให้อาหารทางสายยาง

รูปแบบการพัฒนาศักยภาพพระภิกษุในการเป็นพระบริหารภิกษุใช้ มี 4 องค์ประกอบหลัก ได้แก่

1. การมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย ประกอบด้วย คณะสงฆ์จังหวัดนครราชสีมา สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา สำนักงานพระพุทธศาสนาจังหวัดนครราชสีมา วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครราชสีมา องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่เห็นความสำคัญในการดูแลสุขภาพพระภิกษุ มีการประชุมออกแบบและวางแผนกิจกรรมร่วมกัน

2. การส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตน ประกอบด้วย

2.1 การเสริมสร้างความตระหนักในการดูแลสุขภาพของพระภิกษุ เป็นการสร้างเสริมความพร้อมในการเรียนรู้ทางด้านจิตใจ โดยพระภิกษุและผู้ถวายความรู้ร่วมกันกำหนดวัตถุประสงค์ ปรับทัศนคติที่ถูกต้องในการดูแลสุขภาพ สร้างแรงจูงใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ซึ่งทำให้พระภิกษุเห็นความสำคัญและรับรู้ประโยชน์ของการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ

2.2 การให้ความรู้ทางด้านสุขภาพ เป็นการพูดชักจูงเพื่อให้เกิดกำลังใจต่อการดูแลสุขภาพพระภิกษุอาพาธ การสร้างพลังและการกระตุ้นเตือนต่อการดูแลสุขภาพพระภิกษุอาพาธ เป็นการพูดชักจูงเพื่อให้เกิดกำลังใจต่อการดูแลสุขภาพโดยวิทยากรที่มีความเชี่ยวชาญ โดยใช้วิธีการบรรยายร่วม

กับอภิปรายในหัวข้อเกี่ยวกับความสำคัญของการดูแลสุขภาพ ปัญหาสุขภาพที่พบบ่อยในพระภิกษุ การส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพได้แก่ การพิจารณาและฉันทนาการ การออกกำลังกาย การดูแลสุขภาพกาย และสุขภาพจิต เป็นต้น ซึ่งการชักจูงโดยใช้คำพูดจะช่วยให้พระภิกษุเกิดกำลังใจและพลังใจในความสามารถดูแลสุขภาพของตนเองได้

2.3 การฝึกทักษะปฏิบัติ เป็นการฝึกทักษะการประเมินภาวะสุขภาพและดูแลสุขภาพเบื้องต้น ดังนี้ (1) การตรวจร่างกาย ได้แก่ การวัดสัญญาณชีพ ชั่งน้ำหนัก ส่วนสูง และการประเมินดัชนีมวลกาย (2) การประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน (3) การคัดกรองเบาหวานและความดันโลหิตสูง โดยใช้ สบช. โมเดล (4) การเจาะหาระดับน้ำตาลในเลือดจากเส้นเลือดฝอยที่ปลายนิ้ว (5) การฉีดอินซูลินด้วยตนเอง (6) การดูแลบาดแผลเบื้องต้น (7) การป้อนอาหารและยา (8) การให้ยาและอาหารทางสายยาง (9) การเช็ดตัวลดไข้ (10) การนวดผ่อนคลาย (11) การออกกำลังกาย (12) การจัดทำ การเคลื่อนย้าย และการพลิกตะแคงตัว (13) การช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐาน (14) การคัดกรองสุขภาพจิต โดยใช้แบบประเมิน 2Q และ 9Q

2.4 การใช้ตัวแบบ โดยเสนอหรือยกตัวอย่างตัวแบบที่มีการดูแลสุขภาพที่ดีผ่านการอภิปรายกลุ่ม ทำให้พระภิกษุได้แลกเปลี่ยนประสบการณ์และเห็นตัวอย่างความสำเร็จของผู้อื่น เกิดการเลียนแบบ และรับรู้เกี่ยวกับความสามารถของตนเองมากขึ้น

3. การประเมินผลการเรียนรู้ เป็นการวัดและตัดสินว่า กระบวนการถ่ายทอดความรู้และพัฒนาทักษะปฏิบัติมีประสิทธิภาพมากน้อยเพียงใด โดยการให้ข้อมูลย้อนกลับรายบุคคลและรายกลุ่ม การวัดความรู้ และทักษะปฏิบัติ

4. การเสริมพลัง เป็นการติดตาม ชื่นชม และให้กำลังใจการดูแลสุขภาพของพระภิกษุและการปฏิบัติหน้าที่เป็นพระบริบาลภิกษุใช้ในวัดที่ประจำอยู่อย่างต่อเนื่อง ผ่านช่องทางไลน์กลุ่ม และโทรศัพท์

4. ด้านผลผลิต:

4.1 ข้อมูลทั่วไป พบว่า พระภิกษุผู้เข้าอบรม จำนวน 159 รูป อายุเฉลี่ย 47.14 ปี ($SD = 13.96$) ระยะเวลาจำพรรษาเฉลี่ย 14 พรรษา มีภาวะเจ็บป่วยด้วยความดันโลหิตสูง ร้อยละ 24.81 เบาหวาน ร้อยละ 15.53 ไขมันในเลือดสูง ร้อยละ 17.47 โรคหัวใจ ร้อยละ 4.85 โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ร้อยละ 6.18 สูบบุหรี่ ร้อยละ 35.42 ออกกำลังกาย ร้อยละ 8.67 ต่อมเครื่องตีประเภชุกำลัง น้ำอัดลม กาแฟสำเร็จรูป ผสมครีมเทียม และน้ำตาล ร้อยละ 76.55 มีความเสี่ยงที่จะเป็นโรคซึมเศร้า

4.2 ความรู้ด้านสุขภาพ พบว่า ร้อยละ 85.58 ของพระภิกษุมีความรู้ด้านสุขภาพอยู่ในระดับดีมาก โดยข้อที่ตอบถูกมากที่สุด คือ การฉีดอินซูลินให้ฉีดเข้าชั้นใต้ผิวหนัง รองลงมา คือ การจัดการขยะที่ดีช่วยลดสัตว์นำโรคที่อยู่ในวัดได้ และยาก่อนอาหารควรฉีกก่อนอาหาร 15-20 นาที ส่วนข้อที่ตอบถูกน้อยที่สุด คือ การฉีดอินซูลินให้ระวังการใจสั้น เหงื่อออก ตาลาย และหน้ามืด รองลงมา คือ พระภิกษุควรฉีกผลไม้ ข้าวหรือแป้ง และเนื้อสัตว์ในสัดส่วนพอ ๆ กัน ในแต่ละวัน

4.3 ทักษะปฏิบัติ พบว่า พระภิกษุทุกรูปผ่านเกณฑ์การประเมินทักษะปฏิบัติด้านสุขภาพ 14

ด้าน ได้แก่ (1) การตรวจร่างกาย ได้แก่ การวัดสัญญาณชีพ ชั่งน้ำหนัก ส่วนสูง และการประเมินดัชนีมวลกาย (2) การประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน (ADL) (3) การคัดกรองเบาหวานและความดันโลหิตสูง โดยใช้ สบช. โมเดล (4) การเจาะหาระดับน้ำตาลในเลือดจากเส้นเลือดฝอยที่ปลายนิ้ว (5) การฉีดอินซูลินด้วยตนเอง (6) การดูแลบาดแผลเบื้องต้น (7) การป้อนอาหารและยา (8) การให้ยาและอาหารทางสายยาง (9) การเช็ดตัวลดไข้ (10) การนวดผ่อนคลาย (11) การออกกำลังกาย (12) การจัดทำ การเคลื่อนย้าย และการพลิกตะแคงตัว (13) การช่วยฟื้นคืนชีพเบื้องต้น (14) การคัดกรองสุขภาพจิต โดยใช้แบบประเมิน 2Q และ 9Q

4.4 ความพึงพอใจต่อการการพัฒนาศักยภาพพระภิกษุในการเป็นพระบริหารภิกษุใช้จังหวัด นครราชสีมา ผลการวิจัย พบว่า พระภิกษุมีความพึงพอใจโดยภาพรวม ระดับมากที่สุด ($M = 4.46, SD = .72$) โดยพบว่า มีความพึงพอใจต่อรูปแบบการอบรม ระดับมากที่สุด ($M = 4.52, SD = .63$) ความพร้อมของการจัดอบรม ระดับมากที่สุด ($M = 4.39, SD = .82$) ความรู้และประสบการณ์ที่ได้รับ ระดับมากที่สุด ($M = 4.45, SD = .71$) และเห็นว่าการอบรมมีความคุ้มค่า ระดับมากที่สุด ($M = 4.48, SD = .72$) นอกจากนี้ผลลัพธ์จากการสนทนากลุ่มในพระภิกษุผู้เข้าอบรม ได้ข้อตกลงร่วมกันในการจัดทำสถานี รัชสุขภาพประจำวัดสำหรับพระบริหารภิกษุใช้ในการดูแลสุขภาพพระภิกษุและประชาชนในพื้นที่ต่อไป

อภิปรายผลการวิจัย

ผลการวิจัยมีประเด็นการอภิปรายผลตามการประเมินรูปแบบชิปปี้ (CIPP model) 4 ด้าน คือ ด้านบริบท ปัจจัยเบื้องต้น กระบวนการดำเนินการ และผลผลิต ดังนี้

1. ด้านบริบท ผลการประเมินด้านบริบทของโครงการ จากการวิเคราะห์ข้อมูลแบบสัมภาษณ์ ของคณะกรรมการดำเนินงานโครงการ แบบสอบถามของพระภิกษุผู้เข้าอบรม และการวิเคราะห์เอกสารที่เกี่ยวข้อง พบว่า วัตถุประสงค์ของการอบรมมีความสอดคล้องกับนโยบายด้านสาธารณสุข นโยบายสถาบันพระบรมราชชนก ความต้องการของพระภิกษุผู้อบรม ปัญหาและสภาพสังคมปัจจุบัน อยู่ในระดับมาก อันนำไปสู่ความจำเป็นของการดำเนินโครงการ ทั้งนี้เนื่องจาก สถานะการเปลี่ยนแปลงทางสังคม เศรษฐกิจ และสิ่งแวดล้อมในปัจจุบัน ส่งผลกระทบต่อภาวะสุขภาพของประชาชนทั่วไป รวมถึงในกลุ่มพระภิกษุ ซึ่งมีแนวโน้มปัญหาสุขภาพด้วยโรคเรื้อรังมากขึ้น โดยเฉพาะอย่างยิ่ง โรคอ้วน เบาหวาน และไขมันในเลือดสูง สอดคล้องกับข้อมูลการคัดกรองสุขภาพพระภิกษุ สามเณรจากวัดทั่วประเทศ พบว่า พระภิกษुकลุ่มสุขภาพดีลดลงเหลือร้อยละ 52.30 จากร้อยละ 60.30 พระภิกษุอาพาธกลับเพิ่มสูงขึ้นเป็นร้อยละ 28.50 จากร้อยละ 17.50 โดยส่วนใหญ่เป็นพระภิกษุสูงอายุ ไม่มีผู้ดูแล และมีภาวะเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง นอกจากนี้ยังพบพระภิกษुकลุ่มเสี่ยงถึงร้อยละ 19.00 (โรงพยาบาลสงฆ์ กรมการแพทย์, 2559) และสอดคล้องกับข้อมูลผลการคัดกรองเบื้องต้นในพระภิกษุจังหวัดนครราชสีมา จำนวน 7,478 รูป พบว่ามีสัดส่วนพระภิกษุที่เป็นผู้สูงอายุมากถึงร้อยละ 34.89 เจ็บป่วยด้วยโรคเบาหวาน ร้อยละ 29.41 ความดันโลหิตสูง ร้อยละ 35.47 โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ร้อยละ 4.43 วัณโรค ร้อยละ 0.85 โรคทางจิตเวช ร้อย

ละ 2.64 และโรคอื่น ๆ ร้อยละ 19.70 (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา, 2565) นอกจากนี้ยังพบว่าจังหวัดนครราชสีมา มีจำนวนวัดมากถึง 2,190 วัด แต่มีจำนวนวัดส่งเสริมสุขภาพเพียง 11 วัด (0-1 วัด ต่ออำเภอ) คิดเป็น ร้อยละ 0.50 วัดต่อจังหวัด และมีพระอาสาสมัครสุขภาพประจำวัด (พระ อสว.) จำนวน 79 รูป (0-8 รูป ต่ออำเภอ) คิดเป็น ร้อยละ 3.61 รูปต่อจังหวัด (กรมอนามัย, 2566) ซึ่งถือว่ายังมีสัดส่วนจำนวนพระภิกษุที่ทำหน้าที่ด้านสุขภาพในวัดจำนวนน้อย จากสถานการณ์ดังกล่าวข้างต้น การดูแลสุขภาพพระภิกษุจึงมีความสำคัญและจำเป็นอย่างยิ่งเพื่อตอบสนองต่อความจำเป็นและความคาดหวังของพระภิกษุ ดังนั้นการดำเนินโครงการอบรม “พระบริบาลภิกษุไข้” ฯ จังหวัดนครราชสีมา จึงเป็นโครงการที่มีความจำเป็นและสอดคล้องกับความต้องการของบุคคลและสังคมโดยรวม

2. ด้านปัจจัยนำเข้า ผลการประเมินด้านปัจจัยนำเข้า ได้แก่ คุณลักษณะของวิทยากรอบรม คุณสมบัติของพระภิกษุผู้เข้าอบรม ระยะเวลา วัสดุอุปกรณ์ ความพร้อมของสถานที่การอบรม และการบริหารจัดการอบรม พบว่า มีความเหมาะสม/ความพร้อม ในระดับมาก ทั้งนี้เนื่องจาก หลักสูตรการอบรม “พระบริบาลภิกษุไข้” เป็นหลักสูตรที่สถาบันการศึกษาในสังกัดสถาบันพระบรมราชชนกได้ร่วมกันพัฒนาขึ้นบนพื้นฐานขององค์ความรู้ด้านสุขภาพและประสบการณ์บริการวิชาการด้านสุขภาพที่สั่งสมมาอย่างต่อเนื่อง ทำให้การออกแบบและกำหนดคุณลักษณะ คุณสมบัติของวิทยากร คุณสมบัติผู้เข้าอบรม และระยะเวลา มีความเป็นไปได้และเหมาะสม สามารถนำมาประยุกต์ใช้กับบริบทในพื้นที่จริงได้ นอกจากนี้โครงการอบรมนี้ถือเป็นโครงการระดับนโยบายของสถาบันพระบรมราชชนกที่ถ่ายทอดสู่การปฏิบัติแก่สถาบันการศึกษาในสังกัดในการจัดทำโครงการอบรมเพื่อเฉลิมพระเกียรติสมเด็จพระอริยวงศาคตญาณ สมเด็จพระสังฆราช สกลมหาสังฆปริณายก ในวโรกาสฉลองพระชนมายุ 8 รอบ (26 มิถุนายน 2566) จึงทำให้ได้รับการสนับสนุนและความร่วมมือเป็นอย่างดีทั้งในการจัดอบรม ทั้งด้านความพร้อมของสถานที่จัดการอบรมจากวัดในพื้นที่ ด้านงบประมาณและวัสดุอุปกรณ์ จากผู้มีจิตศรัทธาร่วมกันบริจาคสมทบทุนเพิ่มเติมจากงบประมาณที่ได้รับการจัดสรรจากสถาบันพระบรมราชชนก นอกจากนี้การมีคณะกรรมการดำเนินงานโครงการที่มาจากภาคีเครือข่ายทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้อง ซึ่งมีความมุ่งมั่นตั้งใจและประสบการณ์การดูแลสุขภาพพระภิกษุในพื้นที่อย่างต่อเนื่อง นับตั้งแต่การดำเนินงานขับเคลื่อนธรรมนูญสุขภาพพระภิกษุในพื้นที่จังหวัดนครราชสีมา ปี พ.ศ. 2561 โดยดำเนินโครงการอบรมแกนนำเครือข่ายวัดส่งเสริมสุขภาพพร้อมสร้างสุขภาพพระภิกษุและประชาชน จังหวัดนครราชสีมา ต่อมาในปี 2562 ดำเนินโครงการอบรมการดูแลสุขภาพแบบองค์รวมและตรวจคัดกรองสุขภาพพระภิกษุ จังหวัดนครราชสีมา เฉลิมพระเกียรติในโอกาสมหามงคลพระราชพิธีบรมราชาภิเษก ในปี 2563 ดำเนินโครงการพัฒนาศักยภาพเครือข่ายส่งเสริมสุขภาพพระภิกษุ ชุมชนสุขภาพดี จังหวัดนครราชสีมา ปี พ.ศ. 2565 ดำเนินโครงการอบรมพระคิลานุปัฏฐาก และ ปี พ.ศ. 2566 ดำเนินโครงการหน่วยแพทย์อาสาถวายการตรวจสุขภาพพระภิกษุ จังหวัดนครราชสีมา ด้วยปัจจัยดังกล่าวส่งผลต่อปัจจัยนำเข้าของการดำเนินโครงการ ทำให้สามารถบริหารจัดการโครงการได้อย่างเหมาะสม เป็นตามแผนที่กำหนดและบรรลุตามวัตถุประสงค์โครงการ

3. ด้านกระบวนการ การจัดโครงการอบรม “พระปริบาลภิกษุไซ้” ๑ เป็นไปตามหลักสูตรกำหนด และได้รับแบบการพัฒนาศักยภาพพระภิกษุในการเป็นพระปริบาลภิกษุไซ้ ที่มีลักษณะเฉพาะ 4 องค์ประกอบหลัก ได้แก่ (1) การมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย (2) การส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตน (3) การประเมินผลการเรียนรู้ และ (4) การเสริมพลัง ทั้งนี้เนื่องจาก การขับเคลื่อนกระบวนการจัดอบรมตามหลักสูตรที่กำหนดได้ดำเนินการภายใต้ทฤษฎีการรับรู้สมรรถนะแห่งตน (Self-efficacy theory) ของ แบนดูรา (Bandura, 1997) ซึ่งเชื่อว่าการรับรู้สมรรถนะแห่งตนเป็นการรับรู้ของบุคคลเกี่ยวกับความสามารถของตนเองในการกระทำพฤติกรรมต่าง ๆ ให้สำเร็จตามเป้าหมาย กล่าวคือเมื่อบุคคลมีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการกระทำพฤติกรรมใดแล้ว จะส่งผลให้บุคคลนั้นมีการกระทำหรือปฏิบัติพฤติกรรมนั้น การรับรู้สมรรถนะแห่งตนของบุคคลสามารถพัฒนาได้จากแหล่งข้อมูล 4 แหล่ง (Bandura, 1997) ได้แก่ 1) ประสบการณ์ที่ประสบความสำเร็จด้วยตนเอง (Enactive mastery experience) โดยเชื่อว่าเมื่อบุคคลสามารถทำกิจกรรมบางอย่างได้ด้วยตนเอง ก็จะเกิดความเชื่อมั่นในตนเองเพิ่มขึ้น 2) การสังเกตผู้อื่นประสบความสำเร็จในการเผชิญกับสถานการณ์แบบเดียวกันหรือได้เห็นตัวแบบ (Vicarious experience) ทำให้บุคคลเกิดการเรียนรู้จากการสังเกตการปฏิบัติของตัวแบบ 3) การได้รับการชักจูง หรือชี้แนะด้วยคำพูด (Verbal persuasion) การที่บุคคลได้รับการชักจูงหรือชี้แนะให้มีความเชื่อว่า เขามีความสามารถที่จะปฏิบัติกิจกรรมได้ และ 4) สภาวะทางด้านร่างกายและอารมณ์ (Physiological and affective states) เป็นสภาวะความพร้อมทั้งทางด้านร่างกายและอารมณ์ในการที่จะปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ ได้ด้วยตนเอง จากแนวคิดทฤษฎีดังกล่าวข้างต้น คณะกรรมการดำเนินโครงการอบรมได้นำมาบูรณาการกับหลักสูตรอบรม “พระปริบาลภิกษุไซ้” ของสถาบันพระบรมราชชนกที่พัฒนาขึ้น ในการออกแบบกิจกรรมการจัดอบรม อาทิเช่น การเสริมสร้างทัศนคติในตนเอง โดยร่วมกันกำหนดวัตถุประสงค์ ปรับทัศนคติและสร้างแรงจูงใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ การให้ความรู้ทางด้านสุขภาพตามเนื้อหาของหลักสูตรที่กำหนด การฝึกทักษะการประเมินภาวะสุขภาพและดูแลสุขภาพเบื้องต้น เป็นต้น ส่งผลให้การดำเนินโครงการด้านกระบวนการ สามารถดำเนินการไปได้ตามแผนที่กำหนด

4. ด้านผลผลิต ภายหลังจากอบรม พบว่า ร้อยละ 85.58 ของพระภิกษุมีความรู้ด้านสุขภาพอยู่ในระดับดีมาก พระภิกษุทุกรูปผ่านเกณฑ์การประเมินทักษะปฏิบัติด้านสุขภาพทั้ง 14 ด้าน และมีความพึงพอใจต่อการอบรมโดยรวม อยู่ในระดับมาก ($M = 4.46, SD = .72$) แสดงให้เห็นว่า โครงการอบรมฯ บรรลุผลสำเร็จตามเป้าประสงค์ ส่งผลทำให้พระภิกษุที่ผ่านการอบรมมีศักยภาพในการดูแลสุขภาพตนเองตามหลักพระธรรมวินัย สามารถนำความรู้และทักษะไปดูแลพระภิกษุที่เจ็บป่วยภายในวัดได้ และสามารถถ่ายทอดความรู้ด้านสุขภาพไปสู่ประชาชน ชุมชน และสังคมได้ รวมทั้ง เป็นผู้นำด้านสุขภาพที่จะช่วยส่งเสริมให้ชุมชนและสังคมดูแลสุขภาพพระภิกษุอย่างถูกต้องตามหลักพระธรรมวินัย สอดคล้องกับธรรมนูญสุขภาพพระสงฆ์แห่งชาติ พ.ศ.2560 สอดคล้องกับการศึกษาของ มัญจวรรณ ลียุทธานนท์ และคณะ (2562) ที่ได้พัฒนารูปแบบถวายความรู้การดูแลด้านสุขภาพสำหรับพระภิกษุสงฆ์ 5 องค์ประกอบ ได้แก่ การมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย การมีจุดประสงค์การถวายความรู้ กระบวนการถวายความรู้ การประเมินผลการถวายความรู้ และการให้ข้อมูลย้อนกลับ ผลการทดสอบประสิทธิผลของรูปแบบเมื่อเปรียบ

เทียบคะแนนเฉลี่ยความสามารถในการดูแลสุขภาพตนเองของพระภิกษุสงฆ์พบว่าคะแนนหลังการถวายความรู้ตามรูปแบบสูงกว่าคะแนนก่อนการถวายความรู้ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t(60) = 3.84, p < .05$) และความพึงพอใจต่อรูปแบบมีคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับดี ($M = 4.49, SD = 0.44$) และการศึกษาของ อรรถวิทย์ สิงห์ศาลาแสง และคณะ (2565) พบว่า ภายหลังจากพัฒนาศักยภาพพระสงฆ์ มีคะแนนเฉลี่ย พฤติกรรมสุขภาพสูงกว่าก่อนการพัฒนาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ค่าอัตราการกรองของไต (GFR) อยู่ใน เกณฑ์ปกติมากขึ้น มีภาวะไขมันในเลือดสูงลดลง และพระสงฆ์ทุกรูปที่ป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูงและ โรคเบาหวาน สามารถควบคุมโรคได้ดีขึ้น ดังนั้น การจัดอบรมพระภิกษุอย่างมีแบบแผนตามหลักสูตร การอบรมพระภิกษุใช้ของสถาบันพระบรมราชชนก และเปิดโอกาสให้ทุกภาคส่วนมีส่วนร่วม ทำให้พระ ภิกษุมีความรู้และทักษะในการดูแลสุขภาพ และสามารถนำความรู้ไปใช้ในการดูแลสุขภาพตนเอง ดูแล พระภิกษุที่เจ็บป่วยภายในวัด และสามารถถ่ายทอดความรู้ด้านสุขภาพไปสู่ประชาชน ชุมชน และสังคม ได้ เป็นผู้นำด้านสุขภาวะที่จะช่วยส่งเสริมให้ชุมชนและสังคมดูแลสุขภาพพระภิกษุอย่างถูกต้องตามหลัก พระธรรมวินัยได้

สรุปผลการวิจัย

การประเมินผลโครงการอบรม “พระบริบาลภิกษุใช้” ประจำวัด 1 วัด 1 รูปทั่วไทย เฉลิมพระเกียรติ สมเด็จพระอริยวงศาคตญาณ สมเด็จพระสังฆราช สกลมหาสังฆปริณายก ฉลองพระชนมายุครบ 8 รอบ กรณีศึกษาจังหวัดนครราชสีมา โดยใช้การประเมินรูปแบบชิปปี้ (CIPP model) ได้สะท้อนให้เห็นถึงคุณค่า ของโครงการจากผลสัมฤทธิ์ของโครงการที่เกิดขึ้นทั้งในด้านของบริบท ปัจจัยนำเข้า กระบวนการ และ ผลผลิต

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะในการนำไปใช้

1. สถานศึกษา/สถานบริการสุขภาพอื่นที่สนใจสามารถนำรูปแบบการอบรม “พระบริบาลภิกษุใช้” จากการศึกษาวิจัยครั้งนี้ไปประยุกต์ใช้ให้สอดคล้องกับบริบท ทรัพยากร และสถานการณ์ด้านสุขภาพ ของพระสงฆ์ที่เป็นอยู่ในพื้นที่นั้น ทั้งนี้ควรมีการเตรียมความพร้อมพื้นที่และการมีส่วนร่วมภาคีเครือข่าย และผู้ดำเนินการอบรมควรมีองค์ความรู้และประสบการณ์หรือผ่านการอบรมเกี่ยวกับการส่งเสริมการรับ รู้สมรรถนะแห่งตน และการเสริมพลัง
2. ผู้บริหารและบุคลากรทางสุขภาพ สามารถนำวิธีการประเมินผลโครงการตามหลักสูตรการ อบรม “พระบริบาลภิกษุใช้” ไปประยุกต์ใช้ได้ โดยควรศึกษาบริบท ปัจจัยนำเข้า ตามสถานการณ์ใน พื้นที่จริง และปรับกิจกรรมการอบรมให้สอดคล้องกับระดับความรู้ความสามารถและทักษะปฏิบัติของ ผู้อบรม รวมถึงสร้างบรรยากาศที่เอื้อต่อการพัฒนาศักยภาพและมีการประเมินผลการเรียนรู้ด้วยวิธีการ ที่หลากหลาย

ข้อเสนอแนะการวิจัยครั้งต่อไป

ศึกษาวิจัยติดตามผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นอย่างยั่งยืนจากการนำองค์ความรู้และทักษะปฏิบัติหลักสูตรการอบรมสู่การปฏิบัติจริงในพื้นที่ และศึกษาวิจัยเชิงปฏิบัติการในการพัฒนาสุขภาพของพระสงฆ์ในวัด โดยแกนนำพระภิกษุที่ผ่านการอบรม

เอกสารอ้างอิง

- กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. (2566). *ระบบข้อมูลวัดส่งเสริมสุขภาพ*. <https://healthtemple.anamai.moph.go.th/public/index.php/home/province/09/30>
- กระทรวงสาธารณสุข. (2560). *A Guideline of Community Health Services for Community Health Centers*. กระทรวงสาธารณสุข.
- กลุ่มคลังข้อมูลสถิติ กองสถิติพยากรณ์ สำนักงานสถิติแห่งชาติ. (2564). *สถิติบุคลากรและศาสนสถานทางศาสนาในประเทศไทย*. http://ittdashboard.nso.go.th/preview.php?id_project=56
- โกนิญ์ ศรีทอง, ชลวิทย์ เจียรจิตต์, เบญจมาศ สุขสถิต, และชัยวัชร พรหมจิตติพงศ์. (2564). สถานการณ์-ความรอบรู้ด้านสุขภาพของพระสงฆ์ในสังคมไทย. *วารสารสันติศึกษาปริทรรศน์มจร*, 9(5), 1793-1804.
- เฉลิมพล ต้นสกุล, รุ่งโรจน์ พุ่มริ้ว, และเพียงจันทร์ โรจนวิภาต. (2560). *การศึกษาพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารและการดูแลสุขภาพตนเองของพระภิกษุสงฆ์ ในเขตทวีวัฒนา กรุงเทพมหานคร* (รายงานการวิจัย). มหาวิทยาลัยกรุงเทพธนบุรี.
- ฐาปะณี คงรุ่งเรือง. (2565). *ความรอบรู้ด้านสุขภาพของพระสงฆ์ในการส่งเสริมการมีกิจกรรมทางกาย* (รายงานการวิจัย). สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย. <https://hp.anamai.moph.go.th/th/km-research-person/download/?did=204835&id=75830&reload=>
- บุญชม ศรีสะอาด. (2554). *หลักการวิจัยเบื้องต้น* (พิมพ์ครั้งที่9). บริษัทสุวีริยาสาส์น.
- พระณัฐภูมิ พันทะลี. (2564). การดูแลสุขภาพพระสงฆ์ไทยในปัจจุบัน. *วารสารวิชาการ The New Viridian Journal of Arts, Humanities and Social Sciences (สาขามนุษยศาสตร์ สังคมศาสตร์ และศิลปะ)*, 1(3), 14-27.
- พระราชวรมนี, พระมงคลวชิรากร, พระมงคลธรรมวิธาน, และวีระศักดิ์ พุทธาศรี. (2560). *ธรรมนูญสุขภาพพระภิกษุแห่งชาติ พุทธศักราช 2560*. บริษัท โอ.เอส. พรินต์ติ้ง เฮาส์ จำกัด. https://www.nationalhealth.or.th/sites/default/files/upload_files/Buddhist_Monk_Chater.pdf
- พระสุกสะหวັນ บุคชะหมวน. (2559). *การดูแลสุขภาพตนเองของพระสงฆ์ในเขตดุสิต กรุงเทพมหานคร* (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารบัณฑิต ไม้ได้ตีพิมพ์). มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์. http://ethesisarchive.library.tu.ac.th/thesis/2016/TU_2016_5605030047_5917_5641.pdf

- พิชิต ปรีมาตร. (2565). การสร้างความร่วมมือของภาครัฐพัฒนาระบบป้องกันและลดอาการป่วยซ้ำซ้อน พระสงฆ์ป่วยโรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง ในจังหวัดนครราชสีมา. *วารสาร มจร พุทธปัญญาปริทรรศน์*, 7(1), 241-253. <https://so03.tci-thaijo.org/index.php/jmbr/article/view/253497/172825>
- มีภูววรรณ ลียุทธานนท์, ผกาสรณ์ อุไรวรรณ, จริยญา แก้วสกุลทอง, และปภาสินี แซ่ตัว. (2562). การพัฒนารูปแบบถวายความรู้การดูแลด้านสุขภาพสำหรับพระภิกษุสงฆ์. *วารสารสุขภาพและการศึกษาพยาบาล*, 25(2), 104-117. <https://he02.tci-thaijo.org/index.php/Jolbcnm/article/view/233388>
- มินตรา สารรักษ์, วรรัตน์ สังวะลี, และวิลาศ คำแพงศรี. (2560). ความชุกและปัจจัยที่สัมพันธ์กับการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังของพระภิกษุสงฆ์ อำเภอวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี. *วารสารวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี*, 19(1), 37-48. https://li01.tci-thaijo.org/index.php/sci_ubu/article/view/86427/68561
- ยุทธนา พูนเกิดมะเร็ง และ พิชิต ปรีมาตร. (2557). *การบูรณาการหลักการดูแลสุขภาพตามหลักพระพุทธศาสนา ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำวัด* (รายงานการวิจัย). มหาวิทยาลัยมหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย วิทยาเขตนครราชสีมา. <http://198.7.63.81:8080/xmlui/handle/123456789/393>
- สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา. (2565). *สรุปรายงานประจำปีงบประมาณ 2565*. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา.
- สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา. (2566). *สรุปรายงานประจำปีงบประมาณ 2566*. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา.
- สุวรรณ อรุณพงศ์ไพศาล, และสมพร รุ่งเรืองกลกิจ. (2553). การปรับปรุงเครื่องมือคัดกรองภาวะซึมเศร้า KKU-DI เพื่อให้มีความไวต่อเพศภาวะ. *วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย*, 55(2), 177-189.
- อรรณีวิทย์ สิงห์ศาลาแสง, พุฒิพงศ์ สัตยวงศ์ทิพย์, และทองทิพย์ สละวงษ์ลักษณ์. (2565). การพัฒนาศักยภาพพระสงฆ์ในการป้องกันโรคและภาวะแทรกซ้อนของโรคเรื้อรัง ตำบลหนองพลวง อำเภอจักราช จังหวัดนครราชสีมา. *วารสารมหาวิทยาลัยคริสเตียน*, 28(1), 88-100. <https://he01.tci-thaijo.org/index.php/CUTJ/article/view/247956/172258>
- Bandura, A., & Walters, R. H. (1977). *Social learning theory*. Prentice Hall, Englewood cliffs.
- Likert, R. (1961). *New patterns of management*. McGraw-Hill.
- Stufflebeam, D.L., & Shinkfield, A.J. (2007). *Evaluation Theory, Models, and Applications*. Jossey-Bass.
- Stufflebeam, D.L. (2000). The CIPP Model for Evaluation. In Stufflebeam, D. L., Madaus, G. F., & Kellaghan, T. (Eds.). *Evaluation models: Viewpoints on educational and human services evaluation* (Vol. 49). Springer Science & Business Media. https://doi.org/10.1007/0-306-47559-6_16

ปัจจัยที่สัมพันธ์ต่อพฤติกรรมการป้องกันโควิด-19 ของหญิงตั้งครรภ์

จรรยา แก้วใจบุญ, ศศ.ม.¹

คลฤดี เพชรขว้าง, พย.ม.²

ทิตติยา กาวิละ, พย.ม.^{1*}

วรินทร์ธร พันธุ์วงศ์, พย.ม.¹

กัลยา จันทร์สุข, พย.ม.³

(วันที่ส่งบทความ: 29 เมษายน 2566; วันที่แก้ไข: 28 สิงหาคม 2566; วันที่ตอบรับ: 29 สิงหาคม 2566)

บทคัดย่อ

โรคโควิด-19 เป็นโรคติดต่อที่มีการระบาดทั่วโลก ส่งผลกระทบต่อสุขภาพประชาชนตลอดจนหญิงตั้งครรภ์ในวงกว้าง การวิจัยเชิงสหสัมพันธ์ (Correlation research) นี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยที่สัมพันธ์ต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันการติดเชื้อโควิด-19 ของหญิงตั้งครรภ์ที่มาฝากครรภ์โรงพยาบาลพะเยา ในระหว่างเดือนสิงหาคม ถึง พฤศจิกายน 2565 จำนวน 152 คน รวบรวมข้อมูลด้วยแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ความรู้เกี่ยวกับการติดเชื้อโควิด-19 การรับรู้เกี่ยวกับโรคโควิด-19 และพฤติกรรมการดูแลตนเองในการป้องกันโรคโควิด-19 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา และสหสัมพันธ์เพียร์สัน (Pearson's correlation) ผลการศึกษา พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความรู้ต่อการติดเชื้อโควิด-19 อยู่ในระดับดี ร้อยละ 75 รองลงมาคือ มีความรู้ระดับปานกลาง ร้อยละ 21.10 ด้านการรับรู้ข้อมูลเกี่ยวกับโรคโควิด-19 ของหญิงตั้งครรภ์ พบว่า มีค่าเฉลี่ยภาพรวมอยู่ในระดับมาก ($M=4.21, SD=0.56$) และค่าเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันการติดเชื้อโควิด-19 ของหญิงตั้งครรภ์ พบว่า ภาพรวมอยู่ในระดับดี ($M=1.73, SD=0.22$) สำหรับปัจจัยที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันการติดเชื้อโควิด-19 ของหญิงตั้งครรภ์ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ ปัจจัยด้านความรู้ ($r=.163, p<.05$) และการรับรู้ ($r=.242, p<.05$) จากผลการศึกษาดังกล่าว หน่วยบริการด้านสูติกรรม จึงควรส่งเสริมความรู้ การรับรู้ข้อมูลเกี่ยวกับโรค และการดูแลตนเองให้แก่หญิงตั้งครรภ์เพื่อป้องกันการติดเชื้อโควิด-19 อย่างต่อเนื่อง

คำสำคัญ: โรคโควิด-19, พฤติกรรมการป้องกันโควิด-19, หญิงตั้งครรภ์

¹ อาจารย์, วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี พะเยา คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข

² พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ, วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี พะเยา คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข

³ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ, โรงพยาบาลพะเยา

*ผู้ประพันธ์บทความ: ทิตติยา กาวิละ, อีเมล: thitiya.k@bcnpy.ac.th

Factors Related to COVID-19 Infection Prevention Behavior Among Pregnant Women

Junya Kaewjaiboon, M.A.¹

Dolruedi Pechkwang, M.N.S.²

Thitiya Kawila, M.N.S.^{1}*

Varintorn Punwong, M.N.S.¹

Kanlaya Jansuk, M.N.S.³

(Received: April 29th, 2023; Revised: August 28th, 2023; Accepted: August 29th, 2023)

Abstract

The COVID-19 pandemic is the global outbreak a coronavirus, an infectious disease that can infect humans and pregnant women all over the world. The purpose of this study was to investigate the factors associated with COVID-19 infection prevention self-care behaviors among 152 pregnant women who attended antenatal care visits at the Phayao Hospital from August to November 2022. Data on demographics, knowledge about COVID-19 prevention self-care, perceptions of COVID-19, and self-care COVID-19 infection prevention behaviors were x collected using research questionnaires. Data was analyzed using descriptive statistics and Pearson's correlations. The findings revealed that the majority of participants (75%) had good knowledge of COVID-19 self-care prevention, while 21.10% of participants had moderate knowledge. The overall perception of COVID-19 was at high level ($M=4.21$, $SD = 0.56$) and COVID-19 self-care prevention was at good level ($M=1.73$, $SD = 0.22$). Additionally, the study found that knowledge ($r = .163$, $p < .05$) and perception of COVID-19 ($r = .242$, $p < .05$) were statistically significantly associated with the COVID-19 self-care prevention behaviors of pregnant women. As a result, the Obstetric Care Unit should continue to educate pregnant women in order to strengthen their awareness and COVID-19 self-care preventative practices.

Keywords: COVID-19, COVID-19 prevention behavior, Pregnant women

¹ Lecturer, Boromarajonani College of Nursing, Phayao, Faculty of Nursing, Praboromarajchanok Institute, Ministry of Public Health

² Registered Nurse, Senior Professional Level, Boromarajonani College of Nursing, Phayao, Faculty of Nursing, Praboromarajchanok Institute, Ministry of Public Health

³ Registered Nurse, Professional Level, Phayao Hospital

* Corresponding author: Thitiya Kawila, e-mail: thitiya.k@bcnpy.ac.th

บทนำ

โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (Coronavirus Disease-2019) หรือโรคโควิด-19 มีการแพร่ระบาดอย่างรวดเร็วไปทั่วโลก มีผู้ติดเชื้อและเสียชีวิตเป็นจำนวนมาก องค์การอนามัยโลก (World Health Organization, 2020) ได้แถลงยืนยันการพบเชื้อโรคไวรัสโคโรนา และพบการแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2562 จนกระทั่งเดือนมีนาคม พ.ศ. 2564 องค์การอนามัยโลกได้ประกาศให้การแพร่ระบาดของเชื้อโรคไวรัสโคโรนา 2019 อยู่ในภาวะฉุกเฉินไปทั่วโลก ต้นปี พ.ศ. 2565 มีผู้ติดเชื้อมากกว่า 400 ล้านคน และพบผู้เสียชีวิตเกือบ 6 ล้านคน (WHO, 2022) ในประเทศไทย พบการระบาดกระจายไปทั่วประเทศ จากรายงานสถานการณ์ของโรคโควิด-19 ระลอกเดือนมกราคม 2565 พบยอดผู้ติดเชื้อ 3,628,327 ราย ผู้เสียชีวิตจำนวน 25,136 ราย (ศูนย์บริหารสถานการณ์ โควิด-19, 2565) ซึ่งเป็นสถานการณ์รุนแรงมากยิ่งขึ้นและมีการระบาดอย่างต่อเนื่องที่ส่งผลกระทบต่ออย่างรุนแรงต่อประชากรทั่วโลก

หญิงตั้งครรภ์เป็นอีกกลุ่มหนึ่งที่มีความเสี่ยงสูงต่อการติดเชื้อโรคดังกล่าว จากรายงานหญิงตั้งครรภ์ติดเชื้อโควิด-19 ในประเทศสหรัฐอเมริกาตั้งแต่วันที่ 22 มกราคม ถึง วันที่ 28 ธันวาคม พ.ศ. 2564 จำนวน 51,396 ราย เสียชีวิตจำนวน 60 ราย คิดเป็นร้อยละ 0.12 (Centers for Disease Control and Prevention (U.S.), 2020) จากการศึกษาของ Allotey, Stallings, Bonet, Yap, Chatterjee, & Kew, et al. (2020) มีการรวบรวมสถิติการติดเชื้อของหญิงตั้งครรภ์ทั่วโลก พบว่า หญิงตั้งครรภ์มีการติดเชื้อจำนวน 64,676 คน เป็นการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ร้อยละ 10 โดยหญิงตั้งครรภ์ที่รับไว้ในโรงพยาบาล ไม่แสดงอาการ ร้อยละ 73 และแสดงอาการ ร้อยละ 28 อาการที่พบบ่อย คือ ไอ (ร้อยละ 40) และไอ (ร้อยละ 41) แม้ว่าอาการในหญิงตั้งครรภ์จะไม่แตกต่างกับคนทั่วไป แต่ความเสี่ยงที่โรคจะมีความรุนแรงกว่าคนทั่วไปเนื่องจากหญิงตั้งครรภ์มีการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกายมากกว่าปกติ เช่น ประสิทธิภาพการทำงานของปอดลดลง ร่างกายมีการใช้ออกซิเจนเพิ่มขึ้น ระบบภูมิคุ้มกันมีการเปลี่ยนแปลงไปจากเดิม (Rasmussen, Smulian, Lednicky, Wen, & Jamieson, 2020) สำหรับประเทศไทย จากรายงานสถานการณ์การแพร่ระบาดของหญิงตั้งครรภ์ หญิงหลังคลอด 6 สัปดาห์ และทารกแรกเกิด ที่ติดเชื้อโควิด-19 ของกรมอนามัย ตั้งแต่วันที่ 1 เมษายน 2564 ถึงวันที่ 5 มีนาคม 2565 พบว่าหญิงตั้งครรภ์และหญิงหลังคลอด 6 สัปดาห์ มีการติดเชื้อโควิด-19 สะสมจำนวน 7,210 ราย ในจำนวนนี้มีเสียชีวิต 110 ราย คิดเป็นร้อยละ 1.5 ในขณะที่มีทารกแรกเกิดที่คลอดจากหญิงกลุ่มนี้ พบทารกแรกเกิดติดเชื้อโควิด-19 จำนวน 319 ราย คิดเป็นร้อยละ 8 เสียชีวิต 67 ราย คิดเป็นร้อยละ 1.6 (กรมอนามัย, 2565) ซึ่งแนวโน้มการติดเชื้อของกลุ่มหญิงตั้งครรภ์พบว่าเพิ่มสูงขึ้น สำหรับจังหวัดพะเยา สาธารณสุขจังหวัดรายงานสถานการณ์ผู้ติดเชื้อผู้ติดเชื้อโควิด-19 ในวันที่ 19 กุมภาพันธ์ 2565 มีจำนวน 1,645 ราย ซึ่งพบผู้ป่วยรายใหม่สูงถึง 101 รายต่อวัน (คมชัดลึก, 2565) นอกจากนี้สถิติหญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อโควิด-19 มารับการรักษาที่โรงพยาบาลพะเยาระหว่างเดือนตุลาคม 2564 ถึงเดือนกันยายน 2565 มีจำนวน 25 ราย ในขณะที่ระหว่างเดือนตุลาคม 2565 ถึง เดือน มีนาคม 2566 มีจำนวน 12 ราย (งานเวชระเบียนโรงพยาบาลพะเยา, 2565) จากสถิติดังกล่าวเห็นได้ว่าแนวโน้มความรุนแรงของการแพร่ระบาดของเชื้อโควิด-19 ในหญิงตั้งครรภ์จังหวัดพะเยามีแนวโน้มที่เพิ่มสูงขึ้น

จากข้อมูลข้างต้นกล่าวได้ว่าหญิงตั้งครรภ์มีความเสี่ยงต่อการเกิดอาการที่รุนแรงกว่าบุคคลทั่วไป โดยมีอัตราการรักษาตัวในหอผู้ป่วยวิกฤตเพิ่มขึ้น 3 เท่า และมีการใช้เครื่องช่วยหายใจเพิ่มขึ้นถึง 2.9 เท่า (Zambrano et al., 2020) มีความเสี่ยงต่อถุงน้ำคร่ำแตกก่อนการเจ็บครรภ์คลอด (Chen et al., 2020) การคลอดก่อนกำหนด อีกทั้งยังเพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะครรภ์เป็นพิษ และการแข็งตัวของเลือดผิดปกติ สำหรับในหญิงตั้งครรภ์ที่เป็นเบาหวาน ความดันโลหิตสูง โรคอ้วน และการตั้งครรภ์เมื่อมีอายุมากส่งผลทำให้ความรุนแรงของโรคมามากขึ้น (Allotey et al., 2020; Rasmussen et al., 2020) และเพิ่มอัตราการผ่าตัดคลอด (Boushra, Koyfman, & Long, 2020) นอกจากนี้ ยังพบการติดเชื้อโควิด-19 จากมารดาสู่ทารกในครรภ์ การตรวจเลือดจากสายสะดือ น้ำคร่ำ น้ำนม สารคัดหลั่งในช่องคลอด และอุจจาระทารก โดยพบอัตราการติดเชื้อโควิด-19 จากมารดาสู่ทารก ร้อยละ 3.2-5.3 (Jafari, Pormohammad, Neshin, Ghorbani, Bose, Alimohammadi, et al., 2021) ทำให้เกิดผลกระทบต่อทารก ได้แก่ ภาวะหายใจลำบาก โรคทางเดินหายใจ และภาวะตัวเหลืองภายหลังคลอดเพิ่มขึ้น (Norman et al., 2021) จากความรุนแรงของโรคที่มีผลต่อหญิงตั้งครรภ์และทารกในครรภ์ การปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันการติดเชื้อโควิด-19 ลดการแพร่กระจายเชื้อ และลดความรุนแรงของการติดเชื้อจึงมีความสำคัญเป็นอย่างมาก รวมถึงการฉีดวัคซีนป้องกันโรคโควิด-19 ในหญิงตั้งครรภ์ (ชเนนทร์ วนาภิรักษ์, 2564) ทำให้ต้องปรับรูปแบบการดำเนินชีวิตและความเป็นอยู่วิถีใหม่ในภาวะโควิด-19 เช่น การสวมหน้ากากอนามัยเมื่อออกจากบ้าน การล้างมือบ่อยๆ การรับประทานอาหาร การรักษา ระยะห่างทางสังคม หลีกเลี่ยงสถานที่แออัด รักษาความสะอาดอยู่เสมอ การใช้ระบบโอนเงินดิจิทัลมากกว่า การใช้เงินสด การติดต่อสื่อสารทางออนไลน์มากกว่าการออกไปพบเจอกัน วิถีชีวิตใหม่เหล่านี้ ได้กระทบต่อการดำเนินชีวิตเดิมไปอย่างมาก ทำให้บุคคลไม่ชินในการปฏิบัติจนถึงละเลยในการปฏิบัติหรือการแสดงพฤติกรรมเพื่อป้องกันการติดเชื้อโควิด-19

การศึกษาของ รังสรรค์ โฉมยา และกรรณิกา พันธุ์ศรี (2563) พบว่า พฤติกรรมเสี่ยงที่ส่งผลให้มีการติดเชื้อสูงสุด คือ พฤติกรรมในด้านการสวมใส่หน้ากาก การล้างมือ การรับประทานอาหาร การเว้นระยะห่างทางสังคม และความเชื่อเกี่ยวกับการดูแลตัวเอง และพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อโควิด-19 พฤติกรรมเสี่ยงเหล่านี้ส่งผลให้หญิงตั้งครรภ์ติดเชื้อโควิด-19 ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาของ สุธา แวะหะยี (2563) ที่พบว่า การรับรู้ความรุนแรงของโรคมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการป้องกันของโรค อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .01$) กล่าวได้ว่าหญิงตั้งครรภ์ต้องมีความรู้และการรับรู้ความรุนแรงของโรคที่จะดูแลสุขภาพตนเอง และทารกในครรภ์ เริ่มตั้งแต่ระยะตั้งครรภ์ จึงจะทำให้เกิดการแสดงออกทางพฤติกรรมที่เหมาะสม และจากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า ปัจจัยที่ก่อให้เกิดและมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมมีทั้งปัจจัยภายในและปัจจัยภายนอก (อากาศ ฝนฟ้าคะนอง, สุรินธร กลัมพากร, สุนีย์ ลำคำปิ่น, และทัศนีย์ รวีวรกุล, 2561)

อย่างไรก็ตาม ผลการวิจัยที่ผ่านมา ยังไม่มีการศึกษาพฤติกรรมการป้องกันโควิด 2019 ของหญิงตั้งครรภ์ในจังหวัดพะเยาซึ่งเป็นพื้นที่หนึ่งที่มีการแพร่ระบาดของเชื้อไวรัสดังกล่าวและยังคงมีการแพร่ระบาดอย่างต่อเนื่อง นอกจากนี้โรงพยาบาลพะเยาเป็นโรงพยาบาลประจำจังหวัดมีหน้าที่รับส่งต่อหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะแทรกซ้อนจากทุกโรงพยาบาลในจังหวัดจึงทำให้มีโอกาสเผชิญหน้ากับหญิงตั้งครรภ์ใน

สถานการณ์การแพร่ระบาด ดังนั้นผู้วิจัยซึ่งเป็นพยาบาลผดุงครรภ์จึงมีความสนใจที่จะศึกษาปัจจัยที่สัมพันธ์ต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันการติดเชื้อโควิด-19 ของหญิงตั้งครรภ์จังหวัดพะเยา เพื่อนำผลจากการศึกษามาเป็นข้อมูลพื้นฐานในการส่งเสริมความรู้และการดูแลตนเองแก่หญิงตั้งครรภ์ในยุคความเป็นอยู่วิถีใหม่ อันจะส่งผลต่อการตั้งครรภ์ยุคใหม่ที่มีคุณภาพและสามารถดูแลตนเองและป้องกันการติดเชื้อโควิด-19 ได้อย่างเหมาะสม

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาความรู้ต่อการติดเชื้อโควิด-19 ของหญิงตั้งครรภ์
2. เพื่อศึกษาปัจจัยด้านการรับรู้ข้อมูลเกี่ยวกับโรคโควิด-19 ของหญิงตั้งครรภ์
3. เพื่อศึกษาพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันการติดเชื้อโควิด-19 ของหญิงตั้งครรภ์
4. เพื่อศึกษาปัจจัยที่สัมพันธ์ต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันการติดเชื้อโควิด-19 ของหญิงตั้งครรภ์

กรอบแนวคิดการวิจัย

กรอบแนวคิดการวิจัยประยุกต์ตามกรอบแนวคิดความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model: HBM) ของ Becker (อ้างใน อภิวดี อินทเจริญ, คันธมาพันธ์ กาญจนภูมิ, กัลยา ดันสกุล, และ สุวรรณ ปัตตะพัฒน์, 2564) ที่เกี่ยวข้องกับการตัดสินใจของบุคคลที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมสุขภาพ โดยการที่ บุคคลจะเกิดพฤติกรรมในการป้องกันตนเองจากโรคนั้น บุคคลต้องเกิดการรับรู้และแรงจูงใจ และต้องมีความเชื่อว่าตนเองมีโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรค และโรคนั้นมีความรุนแรง มีผลกระทบต่อการดำเนินชีวิต รวมทั้งมีความเชื่อว่า การป้องกันตนเองจากโรคนั้นจะเกิดผลดี ช่วยลดโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรค หรือลดความรุนแรงของโรคได้ โดยแนวคิดแบบความเชื่อด้านสุขภาพ ในด้านการรับรู้ ประกอบด้วย 1) การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค 2) การรับรู้ความรุนแรงของโรค 3) การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรค 4) การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรค สรุปกรอบแนวคิดการวิจัย ดังภาพที่ 1



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ เป็น การวิจัยเชิงสหสัมพันธ์ (Correlation research) เก็บข้อมูลระหว่างเดือนสิงหาคม-พฤศจิกายน 2565 ในแผนกฝากครรภ์ โรงพยาบาลพะเยา

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ศึกษา คือ หญิงตั้งครรภ์ที่มาฝากครรภ์ รพ.พะเยา ในเดือน สิงหาคม 2565 ถึง พฤศจิกายน 2565 กำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่าง โดยการเทียบสัดส่วนตามตารางของเครจซี่และมอร์แกน (Krejcie & Morgan, 1970) ได้เท่ากับ 152 คน โดยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยการสุ่มอย่างง่ายและตามเกณฑ์คัดเข้า (Inclusion criteria) คือ (1) ไม่มีภาวะทางสุขภาพจิต ที่ได้รับการวินิจฉัยโดยแพทย์ (2) สามารถพูด อ่าน หรือ ฟังภาษาไทยเข้าใจ และ (3) เป็นผู้ที่สมัครใจเข้าร่วมการวิจัย

การพิทักษ์สิทธิผู้ให้ข้อมูล

การวิจัยนี้ดำเนินการเมื่อได้รับการพิจารณารับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลพะเยา รหัสโครงการ 65-02-07 รหัสการรับรองจริยธรรม COA No.166 ลงวันที่ 16 สิงหาคม 2565 โดยผู้วิจัยทำหนังสือขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูลเสนอผู้อำนวยการ โรงพยาบาลพะเยา เมื่อได้รับอนุญาตแล้ว ผู้วิจัยดำเนินการติดต่อผู้เกี่ยวข้องเพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย และแนะนำตัว ชี้แจงการพิทักษ์สิทธิ์ โดยได้อธิบายวัตถุประสงค์และประโยชน์ของการวิจัยขั้นตอนและวิธีการวิจัย การเข้าร่วมการวิจัยหรือถอนตัวออกจากกรวิจัยโดยไม่ต้องแจ้งเหตุผล และกลุ่มตัวอย่างที่สมัครใจเข้าร่วมการวิจัยจะต้องลงนามในเอกสารยินยอมเข้าร่วมการวิจัยก่อนเริ่มทำการเก็บรวบรวมข้อมูล หากกลุ่มตัวอย่างไม่พร้อมหรือไม่ยินดีที่จะเข้าร่วมวิจัยนี้ สามารถปฏิเสธการเข้าร่วมได้และไม่มีผลกระทบใด ๆ ต่อกลุ่มตัวอย่าง ผลของการวิจัยจะมีการนำเสนอเฉพาะภาพรวม ไม่มีการเปิดเผยข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างเป็นรายบุคคล

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษานี้ผู้วิจัยสร้างขึ้น คือ แบบสอบถาม ประกอบด้วย 4 ส่วน ดังนี้

1. แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วยคำถามเกี่ยวกับอายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส อาชีพ อายุครรภ์ โรคประจำตัว การได้รับวัคซีนป้องกันโรคโควิด-19
2. แบบสอบถามความรู้ต่อการติดเชื้อโควิด-19 ประกอบด้วย 5 ประเด็น ได้แก่ 1) ด้านการติดเชื้อ 2) ด้านอาการ 3) ด้านการคัดกรองโรคด้วยตนเอง 4) ด้านการติดเชื้อโควิดในหญิงตั้งครรภ์ และ 5) ด้านการป้องกันโรค เป็นข้อคำถามปลายปิดให้เลือกตอบ 2 ตัวเลือก คือ ใช่ และ ไม่ใช่ (1 = ตอบถูก, 0 = ตอบผิด) จำนวน 33 ข้อ แบ่งเป็นข้อคำถามทางบวกจำนวน 24 ข้อ และข้อคำถามทางลบจำนวน 9 ข้อ ตัวอย่างข้อคำถาม เช่น โรคโควิด-19 สามารถติดต่อโดยการไอหรือจามโดยผ่านละอองน้ำลาย หรือจากการสัมผัสน้ำมูก น้ำลาย เวลาไอหรือจามรดกันของผู้ที่ติดเชื้อใช่หรือไม่ การแปลผลคิดจากคะแนนรวมทั้งหมด โดยมีเกณฑ์ในการบอกระดับความรู้ ดังนี้ มีความรู้ดีมาก คือคะแนน 27-33 (ร้อยละ 80 เป็นต้นไป) มีความรู้ปานกลาง คือคะแนน 20-26 (ร้อยละ 60-79) และมีความรู้น้อย คือคะแนนน้อยกว่า 20 (น้อยกว่าร้อยละ 60) ตามลำดับ

3. แบบสอบถามด้านการรับรู้เกี่ยวกับโรคโควิด-19 ประกอบด้วย 4 ด้านคือ 1) การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค 2) การรับรู้ความรุนแรงของโรค 3) การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรค และ 4) การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรค ลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Likert scale) 5 ระดับ จำนวน 25 ข้อ ตัวอย่างข้อคำถาม เช่น *รับรู้ข่าวสารที่แท้จริงที่ทุกคนมีความเสี่ยงต่อการติดเชื้อโควิด-19 ในระดับใด* การแปลคะแนนคิดจากคะแนนเฉลี่ยรวมทั้งหมด โดยมีเกณฑ์ในการจัดระดับการรับรู้เกี่ยวกับโรคโควิด-19 ดังนี้ *รับรู้มากที่สุด* ($M = 4.50 - 5.00$) *รับรู้มาก* ($M = 3.50 - 4.49$) *รับรู้ปานกลาง* ($M = 2.50 - 3.49$) *รับรู้น้อย* ($M = 1.50 - 2.49$) และ *รับรู้น้อยที่สุด* (คะแนนเฉลี่ย 1.00 – 1.49) ตามลำดับ

4. แบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลตนเองของหญิงตั้งครรภ์ เพื่อป้องกันการติดเชื้อโควิด-19 พัฒนาโดยมีจำนวน 25 ข้อ เป็นคำถามแบบปลายปิด มีคำตอบ 3 ตัวเลือก คือ ปฏิบัติทุกครั้ง (2 คะแนน) ปฏิบัติบางครั้ง (1 คะแนน) และไม่ปฏิบัติ (0 คะแนน) ตัวอย่างคำถาม เช่น *ท่านสวมใส่หน้ากากอนามัยทุกครั้งเมื่อออกจากบ้านและเมื่อมาฝากครรภ์* จัดระดับพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันการติดเชื้อโควิด-19 เป็น 5 ระดับ มีพฤติกรรมการดูแลตนเองการดูแลตนเองเพื่อป้องกันการติดเชื้อโควิด-19 ระดับดีมาก ($M = 1.81-2$) ระดับดี ($M = 1.41-1.80$) ระดับปานกลาง ($M = 0.61-1.40$) ระดับน้อย ($M = 0.21-0.60$) และระดับน้อยที่สุด ($M = 0-0.20$)

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

ตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (Content Validity) ของแบบสอบถาม โดยผู้ทรงคุณวุฒิเป็นอาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านการผดุงครรภ์ จำนวน 3 ท่าน เพื่อพิจารณาตรวจสอบ ปรับปรุงแก้ไขให้เกิดความสมบูรณ์ ตรวจสอบความตรงของเนื้อหาโดยการหาค่า IOC ได้ค่า IOC เท่ากับ 0.67-1 และนำแบบสอบถามที่ได้รับการปรับปรุงแก้ไขแล้ว ไปทดลองใช้ (Try out) กับหญิงตั้งครรภ์ที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่าง ที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน ทดสอบค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับติดเชื้อโควิด-19 ใช้สูตรแบบคูเดอร์-ริชาร์ดสัน (Kuder-Richardson) ได้ค่าเท่ากับ 0.71 ส่วนแบบสอบถามด้านการรับรู้เกี่ยวกับโรคโควิด-19 และแบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันการติดเชื้อโควิด-19 ของหญิงตั้งครรภ์ วิเคราะห์หาค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถาม โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ได้ค่าเท่ากับ 0.92 และ 0.83 ตามลำดับ

วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

เมื่อได้รับหนังสืออนุมัติในการเก็บรวบรวมข้อมูลแล้ว ผู้วิจัยได้ประสานงานกับหัวหน้ากลุ่มงานสูติกรรมและหัวหน้าตึกฝากครรภ์โรงพยาบาลพะเยาเพื่อดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล ดังนี้

1. คณะผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง ในระหว่างเดือนสิงหาคม- พฤศจิกายน 2565 ในแผนกฝากครรภ์ โรงพยาบาลพะเยา

2. ผู้วิจัยแนะนำตนเอง ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง และการลงนามแสดงความยินยอมเข้าร่วมการวิจัย เมื่อหญิงตั้งครรภ์ยินยอมสมัครใจเป็นกลุ่มตัวอย่าง และเซ็นยินยอมในเอกสารแสดงความยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย จากนั้นผู้วิจัยอธิบายวิธีการ

ตอบแบบสอบถามให้แก่กลุ่มตัวอย่างก่อนดำเนินการเก็บข้อมูล และให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามด้วยตนเอง โดยใช้เวลาตอบแบบสอบถามประมาณ 15-20 นาที

3. กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามเรียบร้อยแล้ว จากนั้นผู้วิจัยนำแบบสอบถามที่ได้มาตรวจสอบความสมบูรณ์ของข้อมูล ได้แบบสอบถามที่สมบูรณ์จำนวน 152 ฉบับ คิดเป็นร้อยละ 100 และรวบรวมข้อมูลที่ได้เพื่อทำการวิเคราะห์ข้อมูลต่อไป

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. การวิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคล ใช้สถิติการแจกแจงความถี่ ร้อยละ (Percentage)
2. การวิเคราะห์ความรู้ของหญิงตั้งครรภ์ต่อการติดเชื้อโควิด-19 โดยใช้สถิติการแจกแจงความถี่ ร้อยละ (Percentage) และ ค่าเฉลี่ย (Mean) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard deviation)
3. การวิเคราะห์การรับรู้ข้อมูลเกี่ยวกับโรคโควิด-19 และการวิเคราะห์พฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันการติดเชื้อโควิด-19 ของหญิงตั้งครรภ์ โดยใช้สถิติค่าเฉลี่ย (Mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard deviation)
4. การวิเคราะห์ปัจจัยที่สัมพันธ์ต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันการติดเชื้อโควิด-19 ของหญิงตั้งครรภ์ โดยใช้สถิติประสิทธิสหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's correlation)

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลส่วนบุคคล พบว่า กลุ่มตัวอย่างจำนวน 152 คน ส่วนมากมีอายุอยู่ในช่วง 26-34 ปี (ร้อยละ 55.30) จบการศึกษาระดับมัธยมศึกษา/ประกาศนียบัตรวิชาชีพ (ปวช.) มากที่สุด ร้อยละ 55.3 มากกว่าครึ่งมีสถานภาพสมรสแล้ว (ร้อยละ 60.5) ส่วนใหญ่ไม่ได้ประกอบอาชีพหรือเป็นแม่บ้าน ร้อยละ 31.6 กลุ่มตัวอย่างมีอายุครรภ์มากที่สุดอยู่ระหว่าง 29-40 สัปดาห์ (ร้อยละ 44.7) และมากกว่าครึ่งของกลุ่มตัวอย่างเคยได้รับวัคซีนป้องกันโรคโควิด-19 ก่อนตั้งครรภ์ (ร้อยละ 50.70) รองลงมาเคยได้รับวัคซีนระหว่างตั้งครรภ์ (ร้อยละ 37.50) และที่ไม่เคยได้รับวัคซีนป้องกันโรคโควิด-19 (ร้อยละ 11.8)

2. ระดับความรู้ของหญิงตั้งครรภ์ต่อการติดเชื้อโควิด-19 ผลการวิจัย พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความรู้ต่อการติดเชื้อโควิด-19 อยู่ในระดับดี (ร้อยละ 75.00) รองลงมาคือ มีความรู้ระดับปานกลาง (ร้อยละ 21.10) ตามลำดับ เมื่อแยกพิจารณาเป็นรายด้าน พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยความรู้ในระดับมากที่สุดคือ ด้านการคัดกรองโรคด้วยตนเอง ($M = 0.98, SD = 0.07$) ด้านอาการ ($M = 0.94, SD = 0.12$) และความรู้ด้านการติดเชื้อ ($M = 0.88, SD = 0.13$) รองลงมาได้แก่ ค่าคะแนนเฉลี่ยความรู้ในระดับมาก ในด้านการติดเชื้อโควิดในหญิงตั้งครรภ์ ($M = 0.67, SD = 0.18$) โดยข้อคำถามที่ได้คะแนนต่ำสุดซึ่งน้อยกว่า ร้อยละ 50 คือ เชื้อโควิด-19 สามารถผ่านทางน้ำนมได้ปริมาณสูง มารดาหลังคลอดที่ติดเชื้อจึงไม่สามารถให้นมลูกได้ สตรีตั้งครรภ์ต้องระวังการติดเชื้อจากบุคคลอื่นโดยไม่จำเป็นต้องเฝ้าระวังการติดเชื้อจากบุคคลในครอบครัวและญาติใกล้ชิด และการแพร่กระจายเชื้อโรคโควิดสู่บุคคลอื่น สามารถแพร่กระจายได้เฉพาะช่วงที่แสดงอาการไข้ หวัด ไอ จาม ปวดกล้ามเนื้อ เท่านั้น

3. การรับรู้ข้อมูลเกี่ยวกับโควิด-19 ของหญิงตั้งครรภ์ ผลการวิจัย พบว่า ภาพรวมอยู่ในระดับมาก ($M=4.21, SD = 0.56$) เมื่อพิจารณาในรายด้าน พบว่า ด้านการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรค มีค่าเฉลี่ยการรับรู้สูงสุดซึ่งอยู่ในระดับมาก ($M=4.44, SD = 0.62$) รองลงคือ การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการติดเชื้อโควิด-19 ($M=4.22, SD = 0.60$) การรับรู้ความรุนแรงของโรค ($M=4.16, SD = 0.68$) และ การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรค ($M=4.10, SD = 0.71$) ตามลำดับ

4. ระดับพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันการติดเชื้อโควิด-19 ของหญิงตั้งครรภ์ พบว่า ภาพรวมอยู่ในระดับดี ($M=1.73, SD = 0.22$) เมื่อพิจารณาในรายข้อ พบว่า รายข้อที่มีคะแนนน้อยที่สุดคือ “หากไม่มีกระดาษทิชชู เมื่อไอ จาม ท่านปิดปากจมูกโดยยกแขนข้างใดข้างหนึ่งมาจับไหล่ตนเองฝั่งตรงข้าม ใช้มูมข้อศอกและต้นแขนด้านในปิดปากปิดจมูกแทนการใช้อุ้งมือปิดปากจมูก” ($M=1.51, SD = 0.58$) “ท่านไม่สัมผัสตา จมูก ปาก โดยไม่จำเป็น” ($M = 1.53, SD = 0.52$) “ท่านล้างมือทำความสะอาดด้วยสบู่หรือแอลกอฮอล์เจลทุกครั้งหลังสัมผัสเงินเหรียญหรือธนบัตร” ($M = 1.54, SD = 0.52$) “ปฏิบัติตัวยุคใหม่ ด้วยการลดการสัมผัส เช่น ซ้อสินค้า ทำธุรกรรมต่างๆ ชำระค่าสินค้าและบริการ โดยผ่านระบบอินเทอร์เน็ต” ($M = 1.55, SD = 0.52$) “ท่านหลีกเลี่ยงการไปในสถานที่ที่มีคนแออัด แหล่งชุมชน เช่น ห้างสรรพสินค้า ตลาดสด ตลาดนัด โรงพยาบาลและร้านอาหาร” ($M=1.57, SD = 0.49$)” ตามลำดับ

5. ปัจจัยที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันการติดเชื้อโควิด-19 ของหญิงตั้งครรภ์

5.1 ปัจจัยด้านความรู้ที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันการติดเชื้อโควิด-19 ของหญิงตั้งครรภ์พบว่า มีความสัมพันธ์เชิงบวกในระดับต่ำกับพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันการติดเชื้อโควิด-19 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .163, p < .05$) เมื่อพิจารณารายด้านพบว่า ความรู้ด้านการติดเชื้อ และด้านอาการ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันการติดเชื้อโควิด-19 ของหญิงตั้งครรภ์ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r = .160, p < .05$ และ $r = .200, p < .05$ ตามลำดับ)

ตารางที่ 1 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ระดับความรู้ของหญิงตั้งครรภ์ต่อการติดเชื้อโควิด-19 รายด้าน และความสัมพันธ์ระหว่างความรู้และพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันการติดเชื้อโควิด-19 ของหญิงตั้งครรภ์

ตัวแปร	M	SD	ระดับความรู้	พฤติกรรมป้องกันโควิด-19	
				r	p-value
ความรู้เกี่ยวกับการติดเชื้อ	0.88	0.13	มากที่สุด	.160	.049*
ความรู้ด้านอาการ	0.94	0.12	มากที่สุด	.200	.014*
ความรู้ด้านการคัดกรองโรคด้วยตนเอง	0.98	0.07	มากที่สุด	.013	.872
ความรู้ด้านการติดเชื้อโควิดในหญิงตั้งครรภ์	0.67	0.18	มาก	.100	.222
ความรู้ด้านการป้องกันโรค	0.86	0.15	มากที่สุด	.070	.392
ภาพรวมด้านความรู้เกี่ยวกับโควิด-19	0.85	0.10	มากที่สุด	.163	.044*

หมายเหตุ. $N = 152, * p < 0.05$

5.2 ปัจจัยด้านการรับรู้ที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันการติดเชื้อโควิด-19 ของหญิงตั้งครรภ์ ภาพรวม พบว่า มีความสัมพันธ์เชิงบวกในระดับต่ำกับพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันการติดเชื้อโควิด-19 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .242, p < 0.05$) เมื่อพิจารณารายด้านพบว่า ปัจจัยด้านการ

รับรู้ที่สัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันการติดเชื้อโควิด-19 ได้แก่ การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการติดเชื้อ ($r = .221, p < 0.05$) และการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรค ($r = .307, p < 0.001$) (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ระดับการรับรู้เกี่ยวกับโรคโควิด-19 ของหญิงตั้งครรภ์ และความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านการรับรู้ข้อมูลกับพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันการติดเชื้อโควิด-19 ของหญิงตั้งครรภ์

การรับรู้ข้อมูลเกี่ยวกับโรคโควิด-19	M	SD	ระดับการรับรู้	พฤติกรรมป้องกันโควิด-19	
				r	p-value
การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการติดเชื้อโควิด-19	4.22	0.60	มาก	.211	.009*
การรับรู้ความรุนแรงของโรค	4.16	0.68	มาก	.134	.100
การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรค	4.44	0.62	มาก	.159	.050
การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรค	4.10	0.71	มาก	.307	.000*
ภาพรวมด้านการรับรู้เกี่ยวกับโควิด-19	4.21	0.56	มาก	.242	.003*

หมายเหตุ. $N = 152, * p < 0.05$

อภิปรายผลการวิจัย

1. ความรู้ของหญิงตั้งครรภ์ต่อการติดเชื้อโควิด-19 พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความรู้ต่อการติดเชื้อโควิด-19 อยู่ในระดับดี อธิบายได้ว่า ปัจจุบันการให้ความรู้เกี่ยวกับโรคโควิด-19 มีการให้ข้อมูลหลายช่องทางทั้งจากภาครัฐบาลและเอกชน เช่น ข้อมูลจากศูนย์บริหารสถานการณ์โควิด-19 ข้อมูลจากสื่อผ่านระบบออนไลน์ โฆษณาการณรงค์ทางวิทยุและโทรทัศน์ การให้ข้อมูลเสียงตามสายผ่านผู้นำชุมชน (อภิญญาพัทธ์ กุศิยารังสิทธิ, 2563) ส่งผลให้หญิงตั้งครรภ์มีความรู้ในระดับดี สอดคล้องกับการศึกษาของธานี กล่อมมใจและคณะ (2563) ที่พบว่าประชาชนส่วนใหญ่มีความรู้เรื่องการป้องกันตนเองจากการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 การวิเคราะห์ความรู้เกี่ยวกับการป้องกันตนเองจากการติดเชื้อไวรัสโคโรนาสายพันธุ์ใหม่ 2019 พบว่า ภาพรวมตอบถูก อาจเป็นเพราะว่า ผลจากการให้ข้อมูลข่าวสารจากศูนย์บริหารสถานการณ์โควิด-19 ที่ได้ให้ข้อมูลข่าวสารในช่องทางที่หลากหลายและเป็นการให้ข้อมูลอย่างต่อเนื่อง ส่งผลให้หญิงตั้งครรภ์กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความรู้เกี่ยวกับโรคโควิด-19 ทั้งในด้านการติดเชื้ออาการ การคัดกรองโรคด้วยตนเอง การติดเชื้อในหญิงตั้งครรภ์ และการป้องกันโรค แต่อย่างไรก็ตาม ยังพบกลุ่มตัวอย่างที่มีความรู้ในระดับน้อย ประเด็นที่ตอบผิดมากที่สุดคือ เชื้อไวรัสโควิด-19 สามารถแพร่ระบาดผ่านทางน้ำนมได้ปริมาณสูง มารดาหลังคลอดที่ติดเชื้อไม่สามารถให้นมลูกได้ และหญิงตั้งครรภ์ต้องระวังการติดเชื้อ จากข้อมูลเหล่านี้มีความเกี่ยวข้องกับการปฏิบัติตัวของหญิงตั้งครรภ์ หากหญิงตั้งครรภ์ยังไม่ทราบอาจมีผลต่อพฤติกรรมป้องกันโรคและก่อให้เกิดการแพร่ระบาดได้ ดังนั้น ในการรณรงค์ให้ความรู้แก่หญิงตั้งครรภ์จึงสมควรจำเป็นและควรเน้นย้ำในประเด็นที่ส่งผลต่อการแพร่ระบาดของโรคเพื่อสามารถนำความรู้ที่ได้ไปใช้ในการดูแลตนเองเพื่อป้องกันการติดเชื้อได้

2. การรับรู้ข้อมูลเกี่ยวกับโควิด-19 ของหญิงตั้งครรภ์ ผลการวิจัย พบว่า ภาพรวมอยู่ในระดับมาก อธิบายได้ว่า การให้ข้อมูลข่าวสารในยุคปัจจุบัน มีหลากหลายช่องทาง และน่าสนใจมาก โดยเฉพาะในโรคที่กำลังมีการแพร่กระจายทั่วโลก ทุกกลุ่มให้ความสนใจและเข้าถึงข้อมูลได้ รวมถึงสตรีตั้งครรภ์ที่ต้องมีการดูแลตนเองและทารกในครรภ์ การรับรู้ข้อมูลและการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันตนเอง จึงมีความสำคัญมาก เพื่อให้เกิดความปลอดภัยต่อตนเองและทารกในครรภ์ สอดคล้องกับ ผลการศึกษาของ ปทุมมา ลิมศรีงาม และคณะ (2564) ที่พบว่า การรับรู้เรื่องเชื้อโควิด-19 ผ่านสื่อสังคมออนไลน์มีความสัมพันธ์ในเชิงบวกกับการรับรู้ข้อมูลข่าวสารจากหน่วยงานรัฐอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ กล่าวคือ เมื่อ มีการเปิดรับข้อมูลข่าวสารเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในสื่อสังคมออนไลน์มาก ก็จะมีการรับรู้ข้อมูลข่าวสารความรุนแรงและผลกระทบที่จะส่งผลต่อหญิงตั้งครรภ์ เช่น การเกิดภาวะน้ำคร่ำแตกก่อนกำหนด (Chen et al., 2020) มีความเสี่ยงต่อการคลอดก่อนกำหนด (Allotey et al., 2020; Rasmussen et al., 2020) การเพิ่มอัตราการผ่าตัดคลอด และการเสียชีวิตของหญิงระยะตั้งครรภ์และหลังคลอดได้ (Boushra, Koyfman, & Long, 2020) นอกจากนี้ยังรับรู้ผลกระทบต่อทารกในครรภ์ เช่น การขาดออกซิเจน การเจริญเติบโตช้าในครรภ์ (Rasmussen et al., 2020) ภาวะหายใจลำบากหลังคลอด และ เพิ่มอัตราการเข้ารับการรักษาที่หอผู้ป่วยวิกฤติทารกแรกเกิด (Chen et al., 2020) จึงส่งผลให้หญิงตั้งครรภ์ให้ความสนใจข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโควิด-19 ทำให้มีการรับรู้ข้อมูลของโรคโควิด-19 อยู่ในระดับมาก ทั้งในด้านการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรคซึ่งมีค่าเฉลี่ยการรับรู้สูงสุดในระดับมาก การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการติดเชื้อโควิด-19 การรับรู้ความรุนแรงของโรค และการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรค

3. พฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันการติดเชื้อโควิด-19 ของหญิงตั้งครรภ์ จากผลการวิจัยหญิงตั้งครรภ์ส่วนใหญ่มีความรู้ในระดับดี แสดงถึงความตระหนักและความสนใจต่อโรคโควิด-19 ทำให้หญิงตั้งครรภ์แสดงพฤติกรรมการป้องกันตนเองเพื่อป้องกันการติดเชื้อได้ดีมาก เช่น สวมใส่หน้ากากอนามัยทุกครั้งเมื่อออกจากบ้านและเมื่อมาฝากครรภ์ กรณีมีอาการป่วย เช่น เป็นหวัด คัดจมูก มีน้ำมูกจะใส่หน้ากากอนามัยเสมอ เป็นต้น พฤติกรรมของหญิงตั้งครรภ์ที่เกิดขึ้นเป็นไปตามการให้ความรู้และคำแนะนำการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันการติดเชื้อโควิด-19 ของหน่วยงานภาครัฐและเอกชนและการให้ข้อมูลผ่านระบบออนไลน์ ที่เข้าถึงได้เป็นอย่างดีและมีความต่อเนื่อง สอดคล้องกับผลการวิจัยของ สาโรจน์ นาคจู (2565) ที่ศึกษาพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมปฏิบัติในภาพรวมอยู่ในระดับมาก โดยพฤติกรรมที่ปฏิบัติมากที่สุด คือหากทราบว่าใกล้ชิดผู้ป่วยยืนยันติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 จะแยกกักตัวและสังเกตอาการ 14 วัน รองลงมา คือ ใส่หน้ากากอนามัยหรือตลอดเวลาเมื่อออกนอกบ้าน สอดคล้องกับการศึกษาของ ธานี กล่อมใจ และคณะ (2563) ที่ศึกษาพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของประชาชนจังหวัดพะเยา พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมการป้องกันตนเองภาพรวมอยู่ในระดับมาก อธิบายได้ว่า การที่บุคคลรวมถึงหญิงตั้งครรภ์ได้รับข้อมูลข่าวสารจากหลากหลายช่องทาง และหลากหลายรูปแบบเป็นประจำทุกวัน โดยมีการเน้นย้ำให้เห็นถึงความรุนแรงของโรคที่มีต่อสุขภาพมีผลต่อพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อโรคโควิด-19 ได้อย่างเหมาะสม

เมื่อพิจารณารายข้อพบว่า ข้อที่มีคะแนนน้อยที่สุด คือ หากไม่มีกระดาษทิชชู เมื่อไอ จาม ท่านปิดปากและจมูกโดยยกแขนข้างใดข้างหนึ่งมาจับไหล่ตนเองฝั่งตรงข้าม ใช้มุมข้อศอกและต้นแขนด้านในปิดปากปิดจมูก แทนการใช้ อู้งมือปิดปากจมูก อาจเนื่องมาจากพฤติกรรมนี้ยังไม่เป็นที่คุ้นเคยในการปฏิบัติ จึงมีคะแนนเฉลี่ยน้อย ส่วนด้านการไม่สัมผัสสตา จมูก ปาก โดยไม่จำเป็น การล้างมือทำความสะอาดด้วยสบู่ หรือ แอลกอฮอล์เจลทุกครั้งหลังสัมผัสเงินเหรียญหรือธนบัตร การปฏิบัติตัวยุคใหม่ ด้วยการลดการสัมผัส เช่น ซื้อสินค้า ทำธุรกรรมต่าง ๆ ชำระค่าสินค้าและบริการ โดยผ่านระบบอินเทอร์เน็ต การหลีกเลี่ยงการไปในสถานที่ที่มีคนแออัด แหล่งชุมชน ยังมีการปฏิบัติในระดับปานกลาง จึงมีความจำเป็นที่ต้องให้คำแนะนำและเน้นย้ำในประเด็นที่ควรปฏิบัติแก่หญิงตั้งครรภ์ที่มาฝากครรภ์ ฝากครรภ์ให้หญิงตั้งครรภ์ปฏิบัติให้เป็นนิสัยอันจะส่งผลต่อการป้องกันการติดเชื้อและการแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 ได้

4. ปัจจัยที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันการติดเชื้อ โควิด-19 ของหญิงตั้งครรภ์ พบว่า ปัจจัยด้านความรู้เกี่ยวกับการป้องกันตนเองจากการติดเชื้อไวรัสโคโรนาสายพันธุ์ใหม่ 2019 มีความสัมพันธ์กันเชิงบวกในระดับต่ำอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .163, p < .05$) กล่าวได้ว่า การมีความรู้ต่อการติดเชื้อโควิด-19 ที่เพิ่มขึ้นจะส่งผลให้มีพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันการติดเชื้อโควิด-19 เพิ่มขึ้นซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ ธานี กล่อมใจ และคณะ (2563) ที่พบว่าความรู้มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของประชาชน อธิบายได้ว่า การที่หญิงตั้งครรภ์มีความรู้ที่มากขึ้น จะทำให้สามารถรับรู้ข้อมูลของโรคโควิด-19 และมีการปฏิบัติตนเพื่อดูแลตนเองในการป้องกันการติดเชื้อมากขึ้น โดยเฉพาะความรู้ด้านการติดเชื้อและด้านอาการ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อโควิด-19 ของหญิงตั้งครรภ์ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ส่วนการรับรู้มีสัมพันธ์เชิงบวกในระดับต่ำกับพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันการติดเชื้อโควิด-19 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .242, p < 0.05$) อธิบายได้ว่า หญิงตั้งครรภ์รับรู้เกี่ยวกับโรคโควิด-19 ที่มากขึ้นส่งผลให้มีพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันการติดเชื้อโควิด-19 มากขึ้นด้วย ซึ่งการรับรู้เป็นสิ่งที่มนุษย์จะต้องใช้ตอบสนองต่อสิ่งเร้าต่าง ๆ ทั้งวัตถุ สิ่งของ รวมทั้งสิ่งมีชีวิตทั้งหลาย การรับรู้ที่ดีเกี่ยวข้องกับประสบการณ์เดิม ได้แก่ ความคิด ความรู้ และการกระทำเกี่ยวข้องกับความต้องการและความสนใจในขณะนั้น สอดคล้องกับการที่หญิงตั้งครรภ์ มีความรู้เกี่ยวกับโรคโควิด-19 ร่วมกับเกิดการแพร่กระจายของเชื้อโควิด-19 ขึ้นทั่วโลกและส่งผลกระทบต่อชีวิตและสุขภาพทำให้เกิดความสนใจ ตระหนัก ต่อการเกิดโรค การรับรู้เกี่ยวกับโรคโควิด-19 จึงมีพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันโรค สอดคล้องกับผลการศึกษาของ มนัสนันท์ ลิมปวิทยากุล (2558) ที่พบว่า การรับรู้ข้อมูลข่าวสาร ความรู้ การรับรู้การเผชิญอันตรายของการติดเชื้อไวรัสอีโบลาส่งผลให้กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อดังกล่าวนี้การให้หญิงตั้งครรภ์ได้รับรู้เกี่ยวกับการติดเชื้อโควิด-19 จึงมีการป้องกันการติดเชื้อโควิด-19 ด้วย

สรุปผลการวิจัย

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความรู้ต่อการติดเชื้อโควิด-19 ในภาพรวมอยู่ในระดับมาก และพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันการติดเชื้อโควิด-19 อยู่ในระดับดี สำหรับปัจจัยที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันการติดเชื้อโควิด-19 ของหญิงตั้งครรภ์ ได้แก่ ปัจจัยด้านความรู้ และการรับรู้

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. บุคลากรที่ดูแลหญิงตั้งครรภ์ แพทย์ พยาบาลในแผนกฝากครรภ์ ควรเพิ่มแนวปฏิบัติในการให้ความรู้ และส่งเสริมการรับรู้ต่อการติดเชื้อโควิด-19 แก่หญิงตั้งครรภ์และครอบครัว เพื่อให้หญิงตั้งครรภ์สามารถดูแลตนเองได้อย่างถูกต้อง
2. ผลการวิจัยพบว่ายังมีบางประเด็นของพฤติกรรมป้องกันการโรคที่ยัง ปฏิบัติได้ไม่ถูกต้อง จึงมีความจำเป็นที่ต้องให้คำแนะนำและเน้นย้ำในประเด็นที่ควรปฏิบัติแก่หญิงตั้งครรภ์ที่มาฝากครรภ์ รมงรงค์ให้หญิงตั้งครรภ์ปฏิบัติให้เป็นนิสัยอันจะส่งผลต่อการป้องกันการติดเชื้อโรคโควิด-19

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษาวิจัยโดยเน้นแนวปฏิบัติ/ นวัตกรรมในการให้ความรู้ต่อการป้องกันโรคโควิด-19/โรคติดต่ออุบัติใหม่สำหรับหญิงตั้งครรภ์
2. ควรศึกษาเชิงคุณภาพ เกี่ยวกับผลกระทบระยะยาวต่อการติดเชื้อโควิด-19 ในสตรีตั้งครรภ์
3. ควรศึกษายาทบาทของพยาบาลพี่เลี้ยงที่สอนนักศึกษาพยาบาลต่อการป้องกันการติดเชื้อโควิด-19

เอกสารอ้างอิง

- กรมอนามัย. (2565). *กรมอนามัย ห่วงหญิงตั้งครรภ์ แนวโน้มติดเชื้อโควิด-19 สูงขึ้น เผยผลโพล พบร้อยละ 98 กังวล โอมิครอน*. สืบค้นจาก <https://pr.moph.go.th/index.php?url=pr/detail/2/02/171679/>.
- คมชัดลึก. (2565). *ยอดผู้ป่วยโควิด19 พะเยา พุ่งไม่หยุด ติดเชื้อใหม่รายวันทะลุ 100 ราย*. สืบค้นจาก <https://www.komchadluek.net/news/506045>
- งานเวชระเบียน โรงพยาบาลพะเยา. (2565). *รายงานจำนวนหญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อโควิด-19*. พะเยา: โรงพยาบาลพะเยา.
- ชเนนทร์ วนาภิรักษ์. (2564). *วัคซีนโควิด-19 ในสตรีตั้งครรภ์และให้นมบุตร 8 กย.2564*. สืบค้นจาก <https://web.med.cmu.ac.th/index.php/th/allarticle/25-highlight-news/1351-19-65>.
- ธานี กล่อมใจ, จรรยา แก้วใจบุญ, และทักษิภา ชัชวรัตน์. (2563). *ความรู้และพฤติกรรมของประชาชนเรื่องการป้องกันตนเอง จากการติดเชื้อไวรัสโคโรนา สายพันธุ์ใหม่ 2019*. ใน รายงานการวิจัย. วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี พะเยา.

- ปทุมมา ลิมศรีงาม, ศรีณัษฐ ศศิชนากรแก้ว, และวราพรรณ อภิศุภะโชค. (2564). การรับรู้ข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (โควิด-19) ผ่านสื่อสังคมออนไลน์กับทัศนคติและพฤติกรรมการป้องกันโรค ในกรุงเทพมหานคร. *วารสารมหาวิทยาลัยนครสวรรค์*, 8(9), 18-33.
- มนัสนันท์ ลิ้มปวิทยากุล. (2558). *การรับรู้เรื่องโรคติดเชื้อไวรัสอีโบล่าของประชาชนไทย พ.ศ. 2558*. สำนักสื่อสารความเสี่ยงและพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. กรุงเทพฯ: แคนเน็กซ์ อินเตอร์คอร์ปอเรชั่น จำกัด.
- รังสรรค์ โฉมยา, และกรรณิกา พันธุ์ศรี. (2563). ความตระหนักเกี่ยวกับพฤติกรรมการป้องกันการติดต่อโรคไวรัสโคโรนาสายพันธุ์ใหม่ (โควิด-19): การเปรียบเทียบระหว่างวัย. *วารสารมนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม*, 39(6), 71-82.
- สาโรจน์ นาจจุ. (2565). พฤติกรรม การ ป้องกัน ตนเอง จาก การ ติด เชื้อ ไวรัส โคโรนา 2019 (COVID-19) ของ ประชาชน ใน กรุงเทพมหานคร. *วารสารวิชาการสถาบันวิทยาการจัดการแห่งแปซิฟิก (สาขามนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์)*, 7(3), 151-160.
- อภิญญาพัทธ์ กุติยารังสีทิ. (2563). สื่อที่ใช้ในการรณรงค์ของภาครัฐเพื่อป้องกันโรคระบาดโควิด-19 ของประเทศไทย. *วารสารเทคโนโลยีสื่อสารมวลชน มทร.พระนคร*, 5(2), 77-86.
- อภิชาติ อินทเจริญ, กันธมาพันธ์ กาญจนภูมิ, กัลยา ต้นสกุล, และสุวรรณา ปัตตะพัฒน์. (2564). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของประชาชนในเขตเทศบาลเมืองคอหงส์จังหวัดสงขลา. *วารสารสภาการสาธารณสุขชุมชน*, 3(2), 19-30.
- อาภาพร เผ่าวัฒนา, สุรินทร์ กลั้มพากร, สุณีย์ ลำกำป็น, และทัศนีย์ รวีวรกุล. (2561). *การสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคในชุมชน: การประยุกต์แนวคิดและทฤษฎีสู่การปฏิบัติ (ฉบับปรับปรุง)*. กรุงเทพฯ: เอ็มเอ็น คอมพิวเตอร์.
- สุดา แวหะยี่. (2563). การรับรู้ความรุนแรงและพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (โควิด-19) ของวัยรุ่นในเขตตำบลสะเตงนอก อำเภอเมือง จังหวัดยะลา. *วารสารวิชาการสาธารณสุขชุมชน*, 6(4), 158-168.
- Allotey, J., Fernandez, S., Bonet, M., Stallings, E., Yap, M., Kew, T., Zhou, D., Coomar, D., Sheikh, J., Lawson, H., Ansari, K., Attarde, S., Littmoden, M., Banjoko, A., Barry, K., Akande, O., Sambamoorthi, D., van Wely, M., van Leeuwen, E., ... & Thangaratinam, S. (2020). Clinical manifestations, risk factors, and maternal and perinatal outcomes of coronavirus disease 2019 in pregnancy: living systematic review and meta-analysis. *bmj*, 370, 1-17.
<https://doi.org/10.1136/bmj.m3320>
- Becker, M. H. (1974). The health belief model and sick role behavior. *Health Education Monographs*, 2(4), 409-419. <https://doi.org/10.1177/109019817400200407>

- Boushra, M. N., Koefman, A., & Long, B. (2021). COVID-19 in pregnancy and the puerperium: A review for emergency physicians. *The American Journal of Emergency Medicine*, *40*, 193-198. <https://doi.org/10.1016/j.ajem.2020.10.055>
- Centers for Disease Control and Prevention (CDC). (2020). *Data on COVID-19 during pregnancy: severity of maternal illness*. CDC COVID Data Tracker. <https://stacks.cdc.gov/view/cdc/99547>
- Chen, H., Guo, J., Wang, C., Luo, F., Yu, X., Zhang, W., Li, J., Zhao, D., Xu, D., Gong, Q., Liao, J., Yang, H., Hou, W., & Zhang, Y. (2020). Clinical characteristics and intrauterine vertical transmission potential of COVID-19 infection in nine pregnant women: a retrospective review of medical records. *The lancet*, *395*(10226), 809-815. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)30360-3](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30360-3)
- Jafari, M., Pormohammad, A., Sheikh Neshin, S. A., Ghorbani, S., Bose, D., Alimohammadi, S., Basirjafari, S., Mohammadi, M., Rasmussen-Ivey, C., Razizadeh, M.H., Nouri-Vaskeh, M., & Zarei, M. (2021). Clinical characteristics and outcomes of pregnant women with COVID-19 and comparison with control patients: A systematic review and meta-analysis. *Reviews in Medical Virology*, *31*(5), 1-16. <https://doi.org/10.1002/rmv.2208>
- Krejcie, R. V., & Morgan, D. W. (1970). Determining sample size for research activities. *Educational and psychological measurement*, *30*(3), 607-610. <https://doi.org/10.1177/001316447003000308>
- Norman, M., Navér, L., Söderling, J., Ahlberg, M., Askling, H. H., Aronsson, B., Byström, E., Jonsson, J., Sengpiel, V., Ludvigsson, J.F., Håkansson, S., & Stephansson, O. (2021). Association of maternal SARS-CoV-2 infection in pregnancy with neonatal outcomes. *Jama*, *325*(20), 2076-2086. <https://doi.org/10.1001/jama.2021.5775>
- Rasmussen, S. A., Smulian, J. C., Lednicky, J. A., Wen, T. S., & Jamieson, D. J. (2020). Coronavirus disease 2019 (COVID-19) and pregnancy: what obstetricians need to know. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, *222*(5), 415-426. <https://doi.org/10.1016/j.ajog.2020.02.017>
- Zambrano, L., D., Ellington, S., Strid, P., Galang, R., R., Oduyebo, T., Tong, V., T., Woodworth, K.R., Nahabedian III, J.F., Azziz-Baumgartner, E., Gilboa, S. M., & Meaney-Delman, D. (2020). Update: Characteristics of symptomatic women of reproductive age with laboratory-confirmed SARS-CoV-2 infection by pregnancy status — United States, January 22–October 3, 2020. *Morbidity and Mortality Weekly Report*, *69*(44), 1641-1647. <https://doi.org/10.15585/mmwr.mm6944e3>

ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการรับรู้การติตราของผู้ป่วยวัณโรคปอดในชุมชน

กัทธ ดานา, ปร.ศ. ; นิสากร วิบูลชัย, Ph.D.*;

มฤดี แสนจันทร์, พย.ม.¹; บรรจง จากบุญนาท, พย.ม.;

วันสู ทวีคณะ โชติ โทธิพรัตน์, พย.บ.³; จริญญา จุฬารี, พ.บ.

(วันที่ส่งบทความ: 1 มิถุนายน 2566; วันที่แก้ไข: 29 สิงหาคม 2566; วันที่ตอบรับ: 30 สิงหาคม 2566)

บทคัดย่อ

การติตราในผู้ป่วยวัณโรคปอดถือเป็นปัจจัยสำคัญที่กระทบต่อการตรวจวินิจฉัย การปฏิบัติตามแผนการรักษาของผู้ป่วยและการหายจากการติดเชื้อวัณโรค การวิจัยเชิงวิเคราะห์แบบภาคตัดขวางนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความชุกและปัจจัยที่สัมพันธ์กับการรับรู้การติตราของผู้ป่วยวัณโรคปอดในชุมชนกลุ่มตัวอย่าง เป็นผู้ป่วยวัณโรคปอดในชุมชนที่ผ่านการรักษาในระยะเข้มข้นแล้ว และอาศัยในเขตอำเภอเมือง จังหวัดมหาสารคาม จำนวน 26 คน เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ข้อมูล ปัจจัยด้านคลินิกและจิตสังคมและแบบวัดการรับรู้ว่าคุณเองถูกติตราของผู้ที่เป็นวัณโรค วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา สถิติ Chi-square, Odds ratio และ Multiple logistic regression ผลการศึกษาพบว่าความชุกของการรับรู้การติตราในผู้ป่วยวัณโรคปอด ระดับสูงร้อยละ 53.8 (95%CI, 3.48-7.21) และพบปัจจัยที่สัมพันธ์กับการรับรู้การติตราในผู้ป่วยวัณโรคปอดในชุมชน คือ ไม่มีผู้ดูแลในครอบครัวอย่างต่อเนื่อง ($aOR= 2.41$; 95% CI: 1.27, 3.06) มีดัชนีมวลกายต่ำกว่าเกณฑ์ ($aOR= 1.22$; 95% CI: 1.01, 2.05) ความเครียดในระดับสูง ($aOR= 1.12$; 95% CI: 1.04, 2.17) และใช้แอลกอฮอล์และยาเสพติด ($aOR= 1.45$; 95% CI: 1.06, 3.18) ดังนั้นควรนำปัจจัยเหล่านี้เป็นข้อมูลสำหรับการจัดการดูแลและกำหนดมาตรการในการลดติตราของผู้ป่วยวัณโรคปอดในชุมชน

คำสำคัญ: การรับรู้การติตรา, ผู้ป่วย, วัณโรคปอด, ชุมชน

¹ อาจารย์, วิทยาลัยพยาบาลศรีมหาสารคาม คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก

² ผู้ช่วยศาสตราจารย์, วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครราชสีมา คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก

³ พยาบาลวิชาชีพ, โรงพยาบาลมหาสารคาม

⁴ นายแพทย์เชี่ยวชาญ, โรงพยาบาลมหาสารคาม

* ผู้ประพันธ์บรรณกิจ: นิสากร วิบูลชัย, อีเมล: nisakorn@knc.ac.th

Factors Related to Perceived Stigma among Patients with Pulmonary Tuberculosis in the Community

Kamthorn Dana, Ph.D.¹; Nisakorn Vibulchai, Ph.D.^{2};*

Monruedee Sanchan, MN.S.¹; Bunjong Jadboonnak, MN.S.³;

Wansu Taweekanchoteponthiporn, BN.S.³; Charanya Churari, M.D.⁴

(Received: June 1st, 2023; Revised: August 29th, 2023; Accepted: August 30th, 2023)

Abstract

Stigma in pulmonary tuberculosis is an important factor affecting the diagnosis, compliance with treatment plans, and recovery from tuberculosis infection. This cross-sectional analytical study aimed to assess the prevalence of, and factors related to perceived stigma among patients with pulmonary tuberculosis living in the community. The participants were purposively selected from 26 pulmonary tuberculosis patients who were not in the active phase of the disease and resided in the area of the Mueang district of Maha Sarakham province. Data was collected using questionnaires about their general characteristics, clinical and psychosocial factors and the Internalized Stigma of Tuberculosis Scale, Thai Version [IS-T-Thai]. Data were analyzed using descriptive statistics, Chi-square tests, Odds ratios, and multiple logistic regressions. The results of the study revealed that the prevalence of perceived stigma was at 53.8%. The factors related to perceived stigma among pulmonary tuberculosis patients were: constant lack of family caregivers (aOR = 2.41; 95% CI: 1.27, 3.06), low body mass index (aOR = 1.22; 95% CI: 1.01, 2.05), high levels of stress (aOR = 1.12; 95% CI: 1.04, 2.17), and alcohol and drug use (aOR = 1.45; 95% CI: 1.06, 3.18). Therefore, these factors should be used as information for the implementation of nursing care and interventions and measures to reduce the stigma of pulmonary tuberculosis patients in the community.

Keyword: perceived stigma, patients, pulmonary tuberculosis, community

¹ Lecturer, Srimaharakham Nursing College, Faculty of Nursing, Praboromarajchanok Institute

² Assistant Professor, Boromarajonani College of Nursing Nakhon Ratchasima, Faculty of Nursing, Praboromarajchanok Institute

³ Registered Nurse, Maharakham Hospital

⁴ Medical Doctor (Expert Level), Maharakham Hospital

* Corresponding author: Nisakorn Vibulchai, E-mail: nisakorn@knc.ac.th

บทนำ

วันโรคเป็นโรคติดเชื้อที่เป็นสาเหตุของการเสียชีวิตที่สูงสุดอันดับสองรองจากการเสียชีวิตจากการโรคติดเชื้อโควิด ถึงแม้จะมีวิธีการตรวจวินิจฉัยและการรักษาที่ดีแล้วก็ตาม แต่ยังคงเป็นปัญหาทางด้านสุขภาพที่สำคัญ ที่ผ่านมามีทั่วโลกพบผู้ติดเชื้อวันโรคประมาณ 10.6 ล้านคน ในปี 2564 และพบว่ากว่า 95% ของผู้ป่วยและผู้เสียชีวิตอยู่ในประเทศที่กำลังพัฒนา (World Health Organization [WHO], 2023) และในประเทศไทยเองก็ถือว่าเป็นหนึ่งในพื้นที่ที่มีการระบาดของวันโรคอย่างต่อเนื่องเช่นกัน (WHO, 2019) องค์การสหประชาชาติและองค์การอนามัยโลกได้กำหนดให้การควบคุมและป้องกันวันโรคเป็นเป้าหมายแห่งการพัฒนาที่ยั่งยืน โดยกำหนดเป้าหมายลดอัตราป่วยวันโรครายใหม่ให้เหลือ 20 และ 10 ต่อประชากรแสนคนในปี พ.ศ. 2573 และ พ.ศ. 2578 ตามลำดับ และสาเหตุสำคัญประการหนึ่งที่ส่งผลให้การป้องกันและแก้ไขปัญหาวันโรคในปัจจุบันยังไม่บรรลุผลสำเร็จคือการตีตราและการเลือกปฏิบัติ

การตีตรา (Stigmatization) เป็นกระบวนการทางสังคมหรือทัศนคติเชิงสังคมที่ลดคุณค่าของบุคคลหรือกลุ่มบุคคล ซึ่งมักจะเชื่อมโยงกับสิ่งต่างๆด้านลบเกิดการแยก และลดสถานภาพของบุคคลนั้นลง ทำให้เกิดการด้อยค่าของกลุ่มคนดังกล่าวในสายตาของสังคม ซึ่งไม่สอดคล้องกับบรรทัดฐานและความคาดหวังของสังคม (Motlova, et al., 2010) โดยทั่วไปมักพบในกลุ่มเปราะบาง (Vulnerable population) เช่น ผู้ติดเชื้อเอชไอวี (Human Immunodeficiency Virus [HIV])/เอดส์ (Acquired Immune Deficiency Syndrome [AIDS]) วันโรค ผู้ที่ภาวะเจ็บป่วยทางจิต ผู้ที่มีภาวะพิการทุพพลภาพและมีประวัติเป็นผู้เสพหรือติดยาเสพติด เป็นต้น แนวคิดเกี่ยวกับการตีตราเป็นความเชื่อและทัศนคติแบบผิดๆ ที่ได้มีการหยั่งรากลึกอยู่ทั้งในระดับของบุคคลรวมถึงบรรทัดฐานทางสังคมและวัฒนธรรม บุคคลที่อยู่ในข่ายของการถูกตีตรามักจะถูกแบ่งแยกและกีดกันในการมีปฏิสัมพันธ์กับสังคม นอกจากนี้ยังถือได้ว่าการรับรู้ที่ตนเองถูกตีตราเป็นปัจจัยสำคัญอย่างหนึ่งที่ขัดขวางการพัฒนาและปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของบุคคลให้ไปในทางที่เหมาะสม (Motlova, et al., 2010) การตีตราของสังคมที่มีต่อบุคคลส่งผลให้บั่นทอนความรู้สึกภาคภูมิใจในตนเอง ก่อให้เกิดการรับรู้และตระหนักถึงการถูกปฏิเสธ รวมไปถึงส่งผลกระทบต่อสถานภาพและเครือข่ายต่าง ๆ ทางสังคมของบุคคล (Fung, et al., 2007)

จากการทบทวนวรรณกรรมพบหลักฐานทางวิชาการจำนวนมากที่ระบุว่า การวิตกกังวลล่วงหน้าว่าจะถูกตีตราและถูกเลือกปฏิบัติจากสังคมหาว่าตนเองป่วยเป็นวันโรค เป็นเหตุผลสำคัญที่ทำให้พวกเขาไม่ไปรับบริการที่สถานพยาบาล การตีตราที่เกี่ยวข้องกับโรคมักส่งผลกระทบต่อประสิทธิภาพของการวินิจฉัยและการรักษาโรคนั้นๆ การตีตราและการเลือกปฏิบัติต่อผู้ป่วยวันโรคปอด การมีพฤติกรรม การแสวงหาการรักษาที่ไม่เหมาะสม และการไม่ปฏิบัติตามแนวทางการดูแลรักษา ถือเป็นความท้าทายที่สำคัญโดยตรงต่อการควบคุมวันโรคโดยเฉพาะในกลุ่มประเทศที่มีรายได้น้อย (Deribew, et al., 2010; Tadesse, 2016) การตีตราถือเป็นประเด็นที่เป็นปัญหาและอุปสรรคที่สำคัญต่อการเข้าถึงระบบการรักษาและส่งผลกระทบต่อสุขภาพทางกาย จิตใจและสังคม ตลอดจนมักส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตโดยรวมของผู้ป่วยวันโรค ความรู้สึกเป็นดรามานี้อาจทำให้ผู้ป่วยมักปิดบังข้อเท็จจริงเกี่ยวกับโรคของตนเองกับคนรอบข้าง

และผู้ป่วยอาจแยกตัวเองออกจากสังคมได้ (Lee, et al., 2017; Moya, et al., 2015) และมีผลกระทบอย่างมีนัยสำคัญต่อการวินิจฉัยโรค ความสม่ำเสมอของการรับการรักษา และการหายจากโรค และยังอาจส่งผลกระทบต่ออาการของผู้ดูแลในครอบครัว (Mukerji & Turan, 2018) รวมถึงความสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วยกับผู้ให้บริการทางด้านสุขภาพด้วย (Vaz et al., 2016)

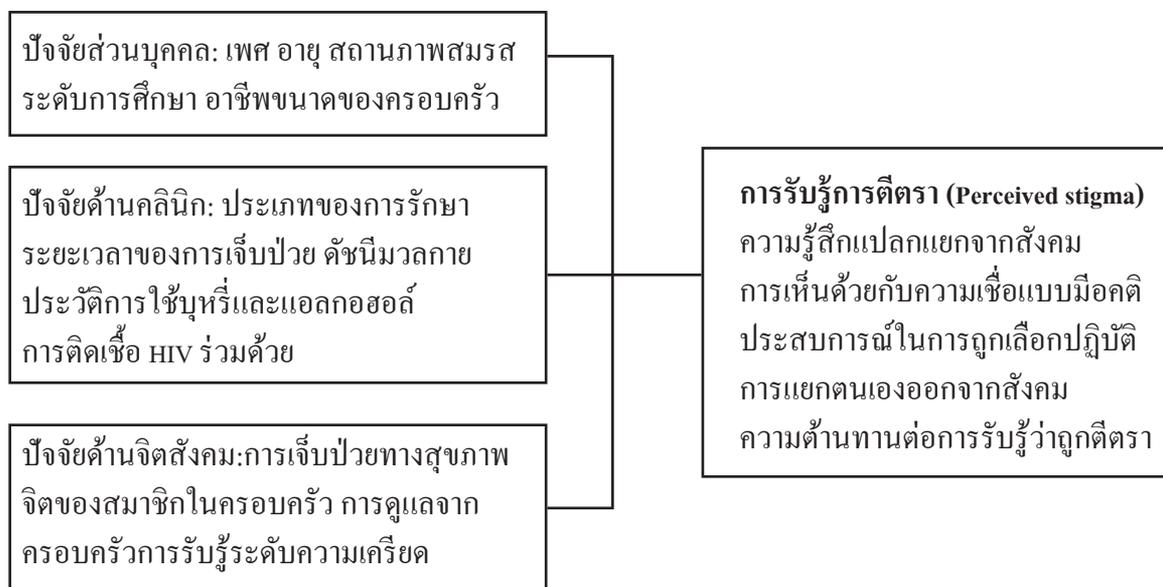
ที่ผ่านมายังมีหลักฐานการศึกษาเกี่ยวกับการตีตราและการถูกเลือกปฏิบัติอันเนื่องมาจากวัณโรคในประเทศไทยค่อนข้างน้อย โดยเฉพาะในพื้นที่ศึกษาเป็นพื้นที่ที่ได้รับการสนับสนุนการดำเนินงานภายใต้โครงการพัฒนารูปแบบการดูแลแบบกลุ่มเพื่อนช่วยเพื่อนสำหรับผู้ที่เป็นวัณโรคในชุมชนที่เชื่อว่าการให้ผู้ที่เป็วัณโรคได้มีการดูแลช่วยเหลือกันเองร่วมกับแกนนำสุขภาพของเครือข่ายที่มีอยู่แล้วในชุมชน โดยมุ่งเน้นที่การพัฒนาศักยภาพให้สามารถร่วมกันดูแลช่วยเหลือผู้ที่เป็วัณโรค และตัวแปรด้านการรับรู้ถึงการตีตราของตัวผู้ป่วยเองถือเป็นปัจจัยที่ส่งผลต่อคุณภาพการดูแลรักษาผู้ป่วยในชุมชน ซึ่งประเด็นดังกล่าวนี้ยังไม่พบว่ามีการศึกษาและการรายงานในพื้นที่ผู้วิจัยและทีมวิจัยได้ตระหนักถึงความสำคัญของการทราบถึงสถานการณ์ปัญหาการตีตราอันเนื่องมาจากวัณโรค ทั้งนี้เพื่อนำข้อมูลข้อค้นพบที่ได้มาประกอบการวางแผนการดำเนินงานและผลักดันเชิงนโยบายภายใต้โครงการวิจัยในพื้นที่ ตลอดจนนำข้อมูลเพื่อวางแผนติดตามสถานการณ์ในพื้นที่ต่อไปในอนาคต

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาความชุกและปัจจัยที่สัมพันธ์กับการรับรู้การตีตราของผู้ป่วยวัณโรคปอดในชุมชน

กรอบแนวคิดการวิจัย

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ผู้วิจัยได้ทบทวนแนวคิดและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ในประเด็นลักษณะส่วนบุคคลของผู้ป่วย และลักษณะด้านคลินิกและจิตสังคมที่ประกอบด้วย ประเภทของการรักษา ระยะเวลาของการเจ็บป่วย ดัชนีมวลกาย ประวัติการใช้บุหรี่และแอลกอฮอล์ การติดเชื้อ HIV ร่วมด้วย การเจ็บป่วยทางสุขภาพจิตของสมาชิกในครอบครัว การได้รับการสนับสนุนทางสังคม และการรับรู้ระดับความเครียด และร่วมกับการทบทวนแนวคิดการรับรู้การตีตรา (Perceived stigma) โดยการรับรู้ที่ตนเองถูกตีตราเป็นปัจจัยที่เชื่อมโยงกับพฤติกรรมสุขภาพของบุคคล (Motlova, et al., 2010) ที่แบ่งเป็น 5 ด้าน คือ ความรู้สึกแปลกแยกจากสังคม การเห็นด้วยกับความเชื่อแบบมีอคติ ประสบการณ์ในการถูกเลือกปฏิบัติ การแยกตนเองออกจากสังคม และความต้านทานต่อการรับรู้ที่ถูกตีตรา ดังภาพที่ 1



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษานี้เป็นการวิจัยเชิงวิเคราะห์แบบภาคตัดขวาง (Cross sectional analytical study) เก็บรวบรวมข้อมูลระหว่าง เดือน มกราคม - มีนาคม 2566

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้ป่วยวัณโรคปอดที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ ที่มีอายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป ที่รับบริการจากโรงพยาบาลมหาสารคาม มีที่อยู่ในพื้นที่อำเภอเมือง จังหวัดมหาสารคาม ที่รับบริการจากคลินิกวัณโรคของโรงพยาบาลมหาสารคาม ระหว่าง เดือนมกราคม – มีนาคม 2566 จำนวน 125 คน กลุ่มตัวอย่างคำนวณขนาดตัวอย่างโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป WinPepi ด้วยการแทนค่า Confidence level ที่ 95%, Acceptable difference 0.046, Assumed proportion 0.53, Population size 225, Expected loss of subjects 10% ได้กลุ่มตัวอย่าง 76 คน ใช้วิธีการคัดเลือกตัวอย่างแบบเจาะจงตามเกณฑ์การคัดเข้า (Inclusion criteria) คือ ผู้ป่วยที่สามารถสื่อสารภาษาไทยได้ดี เป็นผู้ป่วยที่เข้าสู่ระบบการรักษาที่ผ่านระยะเข้มข้น (Active phase) และยินยอมเข้าร่วมการศึกษา มีเกณฑ์การคัดออก (Exclusion criteria) โดยคัดตัวอย่างที่มีภาวะแทรกซ้อนรุนแรง เข้านอนรักษาตัวในโรงพยาบาลเกิน 1 สัปดาห์และขอลอนตัวออกจากการศึกษา ออกเหลือกลุ่มตัวอย่าง 26 ราย

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์โรงพยาบาลมหาสารคามเลขที่ MSKH_REC 65-02-020 เมื่อวันที่ 26 มกราคม 2565 ก่อนดำเนินการรวบรวมข้อมูลผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยได้อธิบายชี้แจงวัตถุประสงค์และรายละเอียดของการใช้เครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูล กลุ่มตัวอย่างสามารถ

ปฏิเสธการเข้าร่วมกระบวนการวิจัยได้ และผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างลงนามเมื่อยินดีเข้าร่วมการศึกษา และข้อมูลที่ได้จากการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยจะเก็บเป็นความลับ จะนำเสนอผลการวิจัยในภาพรวมและไม่มีผลกระทบต่อ การเข้ารับบริการและการรักษาของผู้ป่วย

เครื่องมือการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล คือ แบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนแนวคิด ทฤษฎีและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง แบ่งเป็น 3 ตอน ดังนี้

ตอนที่ 1 ข้อมูลลักษณะส่วนบุคคล จำนวน 6 ข้อคำถาม ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพและขนาดของครอบครัว

ตอนที่ 2 ข้อมูล ปัจจัยด้านคลินิกและจิตสังคม จำนวน 8 ข้อคำถาม ประกอบด้วย ประเภทของการรักษา ระยะเวลาของการเจ็บป่วย คับขันมวลกาย ประวัติการใช้บุหรี่และแอลกอฮอล์ การติดเชื้อ HIV ร่วมด้วย การเจ็บป่วยทางสุขภาพจิตของสมาชิกในครอบครัว การดูแลจากครอบครัวและการรับรู้ระดับความเครียด มี 2 ตัวเลือกตอบ

ตอนที่ 3 แบบวัดการรับรู้ว่าคุณเองถูกตีตราของผู้ที่เป็นวัณโรคฉบับภาษาไทย (Internalized Stigma of Tuberculosis Scale Thai Version [IS-T-Thai]) ที่ผู้วิจัยดัดแปลงจาก ชูชาติ วงศ์อนุชิตและคณะ (Wong-Anuchit et al., 2016) จำนวน 29 ข้อคำถาม มีตัวเลือกตอบ 4 ระดับ คือ 1 (ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง) 2 (ไม่เห็นด้วย) 3 (เห็นด้วย) และ 4 (เห็นด้วยอย่างยิ่ง) ประกอบด้วย 5 ด้าน คือ ความรู้สึกแปลกแยกจากสังคม ข้อ 1,5,8,16,17,21 การเห็นด้วยกับความเชื่อแบบมีอคติ ข้อ 2,6,10,18,19,23,29 ประสบการณ์ในการถูกเลือกปฏิบัติ ข้อ 3,15,22,25,28 การแยกตนเองออกจากสังคม ข้อ 4,9,11,12,13,20 และความต้านทานต่อการรับรู้ว่าคุณถูกตีตรา ข้อ 7,14,24,26,27 โดยประเด็นความต้านทานต่อการรับรู้ว่าคุณถูกตีตราเกณฑ์การให้คะแนนจะตรงข้ามกับประเด็นอื่น

เกณฑ์การแปลผลคะแนนการรับรู้การตีตราของผู้ป่วยวัณโรค คะแนนแต่ละด้านคำนวณโดยรวม ค่าคะแนนที่ผู้ประเมินตอบในแต่ละข้อคำถามเข้าด้วยกันแล้วหารด้วยจำนวนข้อคำถามของด้านย่อยนั้นๆ จะอยู่ในช่วงระหว่าง 1 ถึง 4 คะแนน การแปลผลแบ่งค่าคะแนนออกเป็น 2 ระดับ (Ritsher et al, 2003) คือ การรับรู้ว่าคุณถูกตีตราในระดับต่ำ (does not report high internalized stigma; 1.00-2.50 คะแนน) และการรับรู้ว่าคุณถูกตีตราในระดับสูง (reports high internalized stigma; 2.51-4.00 คะแนน)

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

เครื่องมือวิจัยแบบสอบถามตอนที่ 2 ข้อมูลปัจจัยด้านคลินิกและจิตสังคม ได้ผ่านการตรวจสอบความตรงจากผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน ได้ค่าความตรง .91 และเครื่องมือวิจัยตอนที่ 3 แบบวัดการรับรู้ว่าคุณถูกตีตราของผู้ที่เป็นวัณโรคฉบับภาษาไทย ดัดแปลงขึ้นจากแบบวัดการรับรู้การตีตราภายในใจตนเองของการมีภาวะเจ็บป่วยทางจิต ฉบับภาษาไทย (Internalized Stigma of Mental Illness Scale [ISMI-Thai]) ที่แปลโดยชูชาติ วงศ์อนุชิต และคณะ (Wong-Anuchit et al., 2016) ซึ่งในการปรับปรุงเครื่องมือวิจัยดังกล่าว เพื่อนำมาใช้กับผู้ที่เป็วัณโรคในบริบทของสังคมไทยนั้น คณะผู้วิจัยได้ดำเนินการปรับปรุงโดยใช้วิธีที่

ว่า “ผู้ที่เป็วันโรค” แพนวลีที่ว “มีภาวะเจ็บป่วยทางจิต” ในทูกๆ ซ้อค้ำถำม พร้อมทั้งปรับรูปประโยค และค้ำให้เหมำะสมกับบริบทของผู้ที่เป็วันโรคและผู้วิจัยได้ค้ำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลเพื่อตรวจสอบ คุณสมบัตินการวัดทางจิตวิทยาในกุ่มผู้ป่วยวันโรคที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกุ่มตัวอย่าง ได้ค้ำความเชื่อ มั่นโดยวิธีหาค้ำสัมประสิทธิ์แอลฟำของครอนบำค (Cronbach’s alpha coefficient) เทำกับ .82

การเก็บรวบรวมข้อมูล

หลังกการวิจัยได้รับการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ ผู้วิจัยทำหนังสือขออนุญาต ประชุมชี้แจงทีมวิจัยจากโรงพยาบาลมหาสารคามและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ดังนี้

1. ผู้วิจัยค้ำเนินการร่วมกับทีมวิจัย โดยทำทะเบียนรายช้อจากระบบงานวันโรคของโรงพยาบาล และตรวจสอบความสมบูรณ์และความเป็นปัจจุบันของข้อมูล
2. อบรมเชิงปฏิบัติการทีมวิจัยเกี่ยวกับการลงพื้นที่เก็บรวบรวมข้อมูล การเข้าถึงผู้รับบริการและ ครอบครัว รวมถึงวิธีการใช้เครื่องมือวิจัยในชุมชน
3. ค้ำเนินการลงพื้นที่เข้าถึงผู้ป่วยและครอบครัว เพื่อดำเนินการขอความยินยอมในการเข้าร่วม โครงการวิจัยและการยินยอมให้ข้อมูล โดยการแนะนำตัวผู้วิจัย อธิบายวัตถุประสงค์ การพิทักษ์สิทธิ์ผู้ให้ ข้อมูล และการลงนามยินยอมให้ข้อมูลและนำเสนอข้อมูล โดยใช้เวลำประมาณ 30-45 นาที
4. ตรวจสอบความครบถ้วนและความถูกต้องของข้อมูล ก่อนลงบันทึกในคอมพิวเตอร์ เพื่อการ วิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลลักษณะส่วนบุคคล ลักษณะค้ำนคลินิกและจิตสังคม และการรับรู้วตนเองถูกตีตรา ใช้ สถิติ ความถี่ ร้อยละ ค้ำเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
2. ความสัมพันธ์ระหว่างข้อมูลลักษณะส่วนบุคคล ลักษณะค้ำนคลินิกและจิตใจและการรับรู้ว ตนเองถูกตีตรา วิเคราะห์แบบตัวแปรคู่ (Bivariate analysis) ใช้สถิติ Chi-square, Odds ratio และวิเคราะห์ แบบตัวแปรพหุ (Multivariable analysis) ใช้สถิติ Multiple logistic regression, 95% Confidence interval, ค้ำ p-value ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ น้อยกวำ 0.05

ผลการวิจัย

กุ่มตัวอย่างคือผู้ป่วยวันโรคปอดในชุมชน เป็เพศชาย ร้อยละ 76.92 มีอายุมากกว่า 60 ปี ร้อยละ 61.54 ค้ำกลางอายุ 67.50 ปี (P_{25} 56.50, P_{75} 75.00) ประกอบอาชีพเกษตรกร ร้อยละ 61.54 เรียนจบชั้นประถม ศึกษา ร้อยละ 84.62 และอาศัยอยู่กับครอบครัวที่มีสมาชิกมากกว่า 5 คน ร้อยละ 53.85 ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ลักษณะทางประชากรของผู้ป่วยวัยโรคปอดในชุมชน

ตัวแปร	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	20	76.92
หญิง	6	23.08
อายุ (อายุต่ำสุด 26 ปี, อายุสูงสุด 79 ปี, Median 67.50 ปี [P ₂₅ 56.50, P ₇₅ 75.00])		
น้อยกว่า 60 ปี	10	38.46
60 ปี ขึ้นไป	16	61.54
สถานภาพสมรส		
โสด	2	7.69
คู่	16	61.54
หม้าย/หย่า/แยก	8	30.77
ระดับการศึกษา		
ประถมศึกษา	22	84.62
มัธยมศึกษา	4	15.38
อาชีพ		
ไม่มีอาชีพ	8	30.77
เกษตรกร	16	61.54
ค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว	2	7.69
ขนาดของครอบครัว (จำนวน)		
5 คน ขึ้นไป	12	46.15
น้อยกว่า 5 คน	14	53.85

หมายเหตุ. n=26

การรับรู้การตีตราของผู้ป่วยวัยโรคปอดในชุมชน

โดยรวมพบความชุกของการรับรู้การถูกตีตราของผู้ป่วยวัยโรคปอดในชุมชนอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 53.85 (95%CI, 3.48-7.21) การรับรู้การถูกตีตราในแต่ละด้าน พบว่า ความรู้สึกแปลกแยกจากสังคมอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 65.38 (95%CI, 4.59-8.16) การเห็นด้วยกับความเชื่อแบบมีอคติ อยู่ในระดับสูง ร้อยละ 65.38 (95%CI, 4.59-8.16) การแยกตนเองออกจากสังคม อยู่ในระดับสูง ร้อยละ 73.07 (95%CI, 5.39-8.74) และด้านความต้านทานต่อการรับรู้ที่ถูกตีตราอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 84.62 (95%CI, 6.69-9.49) ส่วนด้านประสบการณ์ในการถูกเลือกปฏิบัติ อยู่ในระดับต่ำ ร้อยละ 53.85 (95%CI, 3.48-7.21) ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 การรับรู้การตีตราของผู้ป่วยวัณโรคปอด

การรับรู้การตีตรา	จำนวน	ร้อยละ	95%Confident Interval
ความรู้สึกแปลกแยกจากสังคม (Alienation)			
ต่ำ	9	34.62	1.84-5.41
สูง	17	65.38	4.59-8.16
การเห็นด้วยกับความเชื่อแบบมีอคติ (Stereotype Endorsement)			
ต่ำ	9	34.62	1.84-5.41
สูง	17	65.38	4.59-8.16
ประสบการณ์ในการถูกเลือกปฏิบัติ (Discrimination Experience)			
ต่ำ	14	53.85	3.48-7.21
สูง	12	46.15	2.79-6.52
การแยกตนเองออกจากสังคม (Social Withdrawal)			
ต่ำ	7	26.93	1.26-4.61
สูง	19	73.07	5.39-8.74
ความต้านทานต่อการรับรู้ว่าคุณถูกตีตรา (Stigma Resistance)			
ต่ำ	4	15.38	0.51-3.31
สูง	22	84.62	6.69-9.49
การรับรู้การตีตราโดยรวม (Perceived stigma)			
ต่ำ	12	46.15	2.79-6.52
สูง	14	53.85	3.48-7.21

หมายเหตุ. n=26

ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการรับรู้การตีตราของผู้ป่วยวัณโรคปอดในชุมชน

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลทีละหลายตัวแปร (Multivariate analysis) พบว่าผู้ป่วยวัณโรคปอดที่รับรู้ว่าคุณเองถูกตีตราสูงถึง 2 เท่า ($aOR= 2.41$; 95% CI: 1.27, 3.06) ในผู้ป่วยกลุ่มที่ไม่ได้รับการดูแลจากครอบครัวอย่างต่อเนื่อง นอกจากนี้แล้วยังพบว่าปัจจัยเสี่ยงที่ส่งผลต่อการรับรู้ถึงการถูกตีตราของผู้ป่วยวัณโรคปอดในชุมชนประกอบด้วย ผู้ป่วยที่มีน้ำหนักน้อยหรือมีค่าดัชนีมวลกายต่ำกว่าเกณฑ์ ($aOR= 1.22$; 95% CI: 1.01, 2.05) ผู้ที่มีความเครียดอยู่ในระดับสูง ($aOR= 1.12$; 95% CI: 1.04, 2.17) และปัจจัยด้านผู้ป่วยที่ใช้แอลกอฮอล์และยาเสพติด ($aOR= 1.45$; 95% CI: 1.06, 3.18) ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการรับรู้การตีตราของผู้ป่วยวัณโรคปอด

ปัจจัย	การรับรู้การตีตรา		cOR (95% CI)	aOR (95% CI)
	ต่ำ n (%)	สูง n (%)		
เพศ				
ชาย	10 (83.33)	10 (71.43)	1*	1*
หญิง	2 (16.67)	4 (28.57)	2.00 (0.29, 13.51)	1.75 (0.57, 8.14)
อายุ				
น้อยกว่า 60 ปี	6 (50.00)	4 (28.57)	2.50 (0.49, 12.64)	2.06 (0.62, 9.51)
60 ปี ขึ้นไป	6 (50.00)	10 (71.43)	1*	1*
ประเภทของการรักษา				
รายใหม่	2 (16.67)	4 (28.57)	0.50(0.07, 3.38)	0.86 (0.25, 4.81)
ต่อเนื่อง	10 (83.33)	10 (71.43)	1*	1*
ระยะเวลาในการป่วย				
น้อยกว่าหรือเท่ากับ 6 เดือน	4 (33.33)	4 (28.57)	1*	1*
มากกว่า 6 เดือน	8 (66.67)	10 (71.43)	1.30(0.24, 6.63)	1.02 (0.04, 5.33)
ขนาดของครอบครัว				
5 คนขึ้นไป	5 (41.67)	7 (50.0)	1*	1*
น้อยกว่า 5 คน	7 (58.33)	7 (50.0)	0.70 (1.15, 3.38)	0.47 (0.63, 2.78)
การติดเชื้อ HIV ร่วมด้วย				
ใช่	0	1 (7.14)	1.90(0.32, 2.80)	1.25 (0.28, 2.77)
ไม่ใช่	12 (100)	13 (92.86)	1*	1*
การเจ็บป่วยทางสุขภาพจิตของสมาชิกในครอบครัว				
ใช่	1 (8.33)	3 (21.43)	0.33 (0.03, 3.72)	0.35 (0.23, 3.79)
ไม่ใช่	11 (91.67)	11 (78.57)	1*	1*
ดัชนีมวลกาย(BMI)				
ต่ำกว่าเกณฑ์	4 (33.33)	8 (57.14)	1.38 (1.07, 1.86)	1.22 (1.01, 2.05)
ปกติ	8 (66.67)	6 (42.86)	1*	1*
การได้รับการดูแลจากครอบครัวต่อเนื่อง				
ใช่	2 (16.67)	5 (35.71)	1*	1*
ไม่ใช่	10 (83.33)	9 (64.29)	2.64 (1.52, 3.56)	2.41 (1.27, 3.06)
การรับรู้ระดับความเครียด				
ต่ำปานกลาง	1 (8.33)	5 (35.71)	1*	1*
สูง	11 (91.67)	9 (64.29)	1.16 (1.02, 1.67)	1.12 (1.04, 2.17)
การใช้แอลกอฮอล์และยาเสพติด				
ใช่	6 (50.00)	8 (57.14)	1.75 (1.16, 3.53)	1.45 (1.06, 3.18)
ไม่ใช่	6 (50.00)	6 (42.86)	1*	1*

หมายเหตุ.1* = Reference category

อภิปรายผล

การรับรู้การตีตราของผู้ป่วยวัณโรคปอดในชุมชน

การศึกษาครั้งนี้พบว่ามากกว่าครึ่งของผู้ป่วยวัณโรคปอดในชุมชนที่มีความชุกของการรับรู้ถึงการถูกตีตราอยู่ในระดับสูง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาที่พบว่าผู้ป่วยที่พบความชุกของการถูกตีตราสูงคือผู้ที่เป็วันโรคปอด (Mohammedhussein, et al, 2020) และผลการสำรวจในภาพรวมของประเทศไทยที่ผ่านมาที่พบว่าส่วนใหญ่แล้วผู้ป่วยวัณโรคปอดมักจะตีตราตนเอง(กองควบคุมวัณโรค กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2564) โดยที่สัดส่วนของคำตอบที่ตีตราตนเองสูง เช่น การพยายามลดการพบปะผู้คนและการเข้าสังคมระหว่างที่ป่วยเป็นวัณโรค และยังพบการถูกตีตราจากผู้อื่น เช่น การถูกเลือกปฏิบัติในสถานที่ทำงาน การถูกคำสั่งจากหัวหน้าหรือเจ้าหน้าที่ฝ่ายบุคคลออกคำสั่งให้สวมหน้ากากอนามัย การถูกย้ายให้ไปทำงานในแผนกที่ไม่มีปฏิสัมพันธ์กับลูกค้า และถูกตีตรารุนแรงถึงขั้นให้ออกจากการปฏิบัติงาน สามารถอธิบายได้ว่าผู้ที่เป็นวัณโรคส่วนใหญ่มักปิดบังข้อมูลและไม่กล้าเปิดเผยตนเอง อาจเนื่องจากมีความกังวลกลัวสังคมรังเกียจและไม่ยอมรับ (Self-stigma) ขณะเดียวกันชุมชนที่ผู้ป่วยอาศัยอยู่ก็อาจเกิดความรังเกียจและหวาดกลัวในการแพร่กระจายเชื้อของผู้ที่เป็นวัณโรค (Social stigma) สิ่งเหล่านี้ล้วนเป็นประเด็นปัญหาทั้งการรับรู้และการแสดงออกที่ส่งผลให้ ผู้ป่วยวัณโรคปอดเกิดความรู้สึกถึงการถูกตีตราได้ (Corrigan et al., 2006) และถ้าไม่ได้รับการประเมินและบริหารจัดการที่เหมาะสมประชากรที่มีความเปราะบางกลุ่มนี้อาจไม่สามารถเข้าถึงบริการสุขภาพและการรักษาอย่างต่อเนื่องซึ่งจะกระทบต่อการหายขาดและเพิ่มความเสี่ยงของการแพร่กระจายเชื้ออย่างต่อเนื่องในชุมชนได้

ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการรับรู้การตีตราของผู้ป่วยวัณโรคปอดในชุมชน

ผลการศึกษาพบปัจจัยที่สัมพันธ์กับการรับรู้การตีตราของผู้ป่วยวัณโรคปอดในชุมชน คือ การไม่ได้รับการดูแลจากครอบครัวอย่างต่อเนื่อง ผู้ที่มีความเครียดอยู่ในระดับสูง ผู้ป่วยที่มีค่าดัชนีมวลกายต่ำกว่าเกณฑ์ และผู้ป่วยที่ใช้แอลกอฮอล์และยาเสพติด

การได้รับการดูแลจากครอบครัว คือการรับรู้และการได้รับการปฏิบัติดูแลจากสมาชิกที่อยู่ในครอบครัว (Li et al., 2014) โดยเฉพาะช่วงเวลาที่ยากลำบากจากการเจ็บป่วยด้วยโรควัณโรคปอด สมาชิกในครอบครัวและเพื่อนบ้าน ถือเป็นผู้ที่มิบทบาทในการสนับสนุนและช่วยเหลือผู้ป่วย การดูแลผู้ป่วยถือเป็นความรับผิดชอบอย่างหนึ่งของครอบครัว และส่งผลต่อความสามารถในการจัดการดูแลตนเองเพิ่มขึ้น (Chenet al., 2021) การได้รับการสนับสนุนจากครอบครัวและการสนับสนุนทางสังคมที่ไม่ดี มีความสัมพันธ์กันอย่างมากกับการรับรู้ถึงการถูกตีตรา ซึ่งอาจเกี่ยวข้องกับความจริงที่ว่า การไม่ได้รับการดูแลและยอมรับที่ดีจากสังคม อาจมีแนวโน้มที่ทำให้ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกถูกทอดทิ้ง โดดเดี่ยวและความรู้สึกไร้ค่า (Kumaret al., 2016)

การศึกษาครั้งนี้แสดงให้เห็นว่าผู้ป่วยที่รับรู้ถึงความเครียดของตนเองในระดับที่สูงมีแนวโน้มที่จะรับรู้การตีตราเพิ่มขึ้นหนึ่งเท่า ซึ่งสอดคล้องกับหลายการศึกษาที่พบว่าความรู้สึกกังวลและภาวะซึมเศร้ามักสัมพันธ์กับการรับรู้การถูกตีตราในผู้ป่วยวัณโรค (Chen et al., 2023; Mohammedhussein, et al., 2020) สิ่งนี้

อาจอธิบายได้ว่าเมื่อเกิดการเจ็บป่วยโดยเฉพาะเป็นการป่วยที่เกิดจากการติดเชื้อ โรคติดต่อ ที่สามารถแพร่กระจายไปสู่บุคคลรอบข้างได้และขั้นตอนของการตรวจวิเคราะห์และกระบวนการรักษาและการติดตาม อาจใช้ระยะเวลาานาน ซึ่งผู้ป่วยอาจเก็บซ่อนความรู้สึกและความทุกข์ทรมานใจเนื่องจากความรู้สึกกลัวผลกระทบจากการติดเชื้อ ภาวะแทรกซ้อนจากโรคและการรับประทานยารักษา รวมทั้งความกังวลกับการที่ตนเองต้องแยกตัวออกจากครอบครัวและสังคม (Chen et al., 2021)

ผู้ที่มีพฤติกรรมการใช้แอลกอฮอล์และใช้ยาเสพติด พบเป็นปัจจัยอย่างหนึ่งที่สัมพันธ์กับการรับรู้การตีตราในผู้ที่เป็วัน โรคปอด สอดคล้องกับผลการศึกษาที่พบว่าผู้ป่วยวัน โรคปอดที่มีพฤติกรรมการใช้ บุหรี่และการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์มักส่งผลต่อความรู้สึกว่าตัวเองถูกตีตราเพิ่มสูงขึ้นด้วย (Teo et al., 2020) และจากการรวบรวมข้อมูลขององค์การอนามัยโลก พบว่าปัจจุบันผู้ป่วยวัน โรคปอดพบความชุกของการดื่มแอลกอฮอล์เพิ่มสูงขึ้นและที่สำคัญการใช้เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ยังถือเป็นปัจจัยเสี่ยงของการติดเชื้อ วัน โรคปอดในอัตราที่สูงด้วย (Necho et al., 2021) ทั้งนี้ผู้ป่วยที่ใช้แอลกอฮอล์มักส่งผลให้ผลลัพธ์ของการรักษาวัน โรคได้ไม่ดีเท่าที่ควร หรือการรักษาอาจล้มเหลวได้ นำไปสู่การหยุดการรักษา หยุดรับประทาน ยา ซึ่งยังเป็นปัจจัยส่งเสริมให้เชื้อวัน โรคคือยา มีอัตราการกลับเป็นซ้ำได้ง่าย เหตุการณ์เหล่านี้มักทำให้มีความจำเป็นที่ต้องใช้ระยะเวลายาวนานมากขึ้นสำหรับการดูแลรักษาผู้ป่วย และยังทำให้ผู้ป่วยเหล่านี้เกิดความรู้สึกถึงการถูกตีตราเพิ่มขึ้นด้วย (de la Haye et al., 2012; Yohannes et al., 2022)

การที่ผู้ป่วยมีน้ำหนักน้อยหรือมีค่าดัชนีมวลกายต่ำกว่าเกณฑ์มาตรฐานถือเป็นปัญหาที่สำคัญที่พบ ร่วมกับการติดเชื้อวัน โรค จากหลักฐานที่ผ่านมามักพบว่าผู้ที่เสียชีวิตจากการติดเชื้อวัน โรคนั้นส่วนใหญ่มักพบในผู้ป่วยที่มีปัญหาการขาดสารอาหารในระดับสูง (Gupta et al., 2009) ซึ่งสามารถอธิบายได้ว่า การที่ผู้ป่วยขาดสารอาหารเป็นปัจจัยเสี่ยงที่เป็นกลไกในการเหนี่ยวนำไปสู่ภาวะภูมิคุ้มกันบกพร่องที่ทำให้ร่างกายเกิดความอ่อนแอให้กับผู้ป่วย และการที่มีภาวะทุพโภชนาการเป็นปัจจัยเสี่ยงและช่วยลดประสิทธิภาพการ ทำหน้าที่ของระบบภูมิคุ้มกันภายในร่างกายประเภท T-lymphocytes และ macrophages ได้ (Chanet et al., 1997) ทั้งนี้ปัญหาเหล่านี้อาจส่งผลให้เชื้อวัน โรคที่แฝงภายในร่างกายสามารถกลับมาส่งผลให้ติดเชื้อและ แสดงอาการที่รุนแรงขึ้น อาจส่งผลให้การรักษาและการใช้ยารักษาวัน โรคมีประสิทธิภาพลดลงด้วย สิ่ง ที่ตามมาคือผู้ป่วยต้องใช้เวลาในการรับประทานยาเวลานานขึ้น จนหลายคนอาจไม่สามารถอดทนกับ ภาวะแทรกซ้อนดังกล่าวได้ ทั้งนี้ปัญหาเหล่านี้ล้วนส่งผลกระทบต่อความรู้สึกถูกตีตราจากการวัน โรคสูง ขึ้นด้วย

อย่างไรก็ตามการศึกษาครั้งนี้เป็นการสำรวจผู้ป่วยวัน โรคปอดที่รับบริการและอาศัยอยู่จริงใน พื้นที่เขตอำเภอเมืองมหาสารคามและคัดเลือกตัวอย่างเฉพาะกลุ่มที่ผ่านการรักษาในระยะ 2 เดือนขึ้นไป แล้วเท่านั้น ข้อค้นพบด้านการรับรู้การตีตราและปัจจัยที่สัมพันธ์กับการรับรู้การตีตราที่ได้ครั้งนี้ จึงไม่ สามารถอธิบายได้ครอบคลุมถึงผู้ป่วยวัน โรคปอดที่อยู่ในช่วงของการรักษาในระยะอื่นและในพื้นที่อื่น ได้ทั้งหมด

สรุปผลการวิจัย

ผลการศึกษาครั้งนี้พบว่าผู้ป่วยวัณโรคปอดในชุมชนมีความทุกข์ของการรับรู้การตีตราในระดับสูง และปัจจัยเสี่ยงกับการรับรู้การตีตราของผู้ป่วยวัณโรคปอดในชุมชน ประกอบด้วย การได้รับการสนับสนุนทางสังคมในระดับต่ำ มีดัชนีมวลกายต่ำกว่าเกณฑ์ ผู้ที่มีความเครียดอยู่ในระดับสูง และผู้ที่ใช้แอลกอฮอล์และยาเสพติด ดังนั้นผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องในการดูแลผู้ป่วยในชุมชนควรรำพึงถึงปัจจัยที่ค้นพบนี้มาร่วมพิจารณาใช้ในการประเมินความเสี่ยงและกำหนดเป็นมาตรการหรือกิจกรรมเพื่อช่วยลดปัญหาของการรับรู้ถึงการถูกตีตราเพื่อประสิทธิภาพของการรักษาและการติดตามผู้ป่วยวัณโรคปอดในชุมชนอย่างยั่งยืน

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะในการประยุกต์ใช้ผลงานวิจัย

พยาบาล รวมทั้งผู้ให้บริการสุขภาพในระดับชุมชน ควรรำพึงถึงข้อค้นพบจากการศึกษาเป็นข้อมูลพื้นฐานเพื่อประกอบสำหรับการให้ข้อมูลคำปรึกษาและการจัดบริการผู้ป่วย โดยการส่งเสริมเน้นให้ผู้ป่วยได้รับการสนับสนุนจากสมาชิกในครอบครัวและชุมชนในด้านต่างๆ ส่งเสริมการจัดหาอาหารที่เหมาะสมและอาหารที่มีคุณค่าทางโภชนาการ การให้คำปรึกษาและแนวทางการจัดการกับความวิตกกังวลและความเครียดและวิธีการจัดการตนเองสำหรับการหลีกเลี่ยงแอลกอฮอล์และสารเสพติดอื่นๆ

ข้อเสนอแนะในการศึกษาครั้งต่อไป

ควรศึกษาการรับรู้การตีตราในผู้ป่วยวัณโรคปอดให้ครอบคลุมทุกระยะของการรักษาโดยเฉพาะเมื่อผู้ป่วยกลับไปอยู่ในชุมชน นอกจากนี้ควรศึกษาแนวคิดเกี่ยวกับการตีตราผู้ป่วยวัณโรคในกลุ่มผู้ปฏิบัติงานในสถานบริการสุขภาพ ในประเด็นเกี่ยวกับความรู้ ความคิดเห็น ประสบการณ์ ทักษะ ความกังวลและพฤติกรรมบริการเมื่อให้บริการผู้ป่วยวัณโรคจะช่วยให้มีข้อมูลเกี่ยวกับการรับรู้การตีตราที่ครอบคลุมและรอบด้านเพื่อส่งเสริมคุณภาพการบริการผู้ป่วยในชุมชนอย่างต่อเนื่อง

เอกสารอ้างอิง

กองควบคุมวัณโรค กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. (2564). รายงานฉบับสมบูรณ์ผลการสำรวจสถานการณ์การตีตราและเลือกปฏิบัติอันเนื่องมาจากวัณโรคในหน่วยบริการสุขภาพภาครัฐในพื้นที่เฝ้าระวังของประเทศ ประจำปี พ.ศ. 2564. <https://www.tbthailand.org/download/Manual/รายงาน%20TB%20Stigma.pdf>

Chan, J., Tanaka, K., Mannion, C., Carroll, D., Tsang, M., Xing, Y., & Bloom, B. R. (1997). Effects of protein calorie malnutrition on mice infected with BCG. *Journal of Nutritional Immunology*, 5(1), 11-19. https://doi.org/10.1300/J053v05n01_03

- Chen, X., Chen, Y., Zhou, L., & Tong, J. (2023). The role of self-esteem as moderator of the relationship between experienced stigma and anxiety and depression among tuberculosis patients. *Scientific reports*, *13*(1), 6889. <https://doi.org/10.1038/s41598-023-34129-4>
- Chen, X., Du, L., Wu, R., Xu, J., Ji, H., Zhang, Y., Zhu, X., & Zhou, L. (2021). Tuberculosis-related stigma and its determinants in Dalian, Northeast China: A cross-sectional study. *BMC Public Health*, *21*(1), 6. <https://doi.org/10.1186/s12889-020-10055-2>
- Corrigan, P. W., Watson, A. C., & Barr, L. (2006). The self-stigma of mental illness: Implications for self-esteem and self-efficacy. *Journal of Social and Clinical Psychology*, *25*(8), 875–884. <https://doi.org/10.1521/jscp.2006.25.8.875>
- de la Haye, B., Wild, S. H., Stevenson, J., Johnston, F., Blatchford, O., & Laurenson, I. F. (2012). Tuberculosis and alcohol misuse in Scotland: a population-based study using enhanced surveillance data. *The international journal of tuberculosis and lung disease: the official journal of the International Union against Tuberculosis and Lung Disease*, *16*(7), 886–890. <https://doi.org/10.5588/ijtld.11.0624>
- Deribew, A., Abebe, G., Apers, L., Jira, C., Tesfaye, M., Shifa, J., Abdisa, A., Woldemichael, K., Deribie, F., Bezabih, M., Aseffa, A., & Colebunders, R. (2010). Prejudice and misconceptions about tuberculosis and HIV in rural and urban communities in Ethiopia: A challenge for the TB/HIV control program. *BMC public health*, *10*, 400. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-10-400>
- Fung, K. M., Tsang, H. W., Corrigan, P. W., Lam, C. S., & Cheung, W. M. (2007). Measuring self-stigma of mental illness in China and its implications for recovery. *The International journal of social psychiatry*, *53*(5), 408–418. <https://doi.org/10.1177/0020764007078342>
- Gupta, K. B., Gupta, R., Atreja, A., Verma, M., & Vishvkarma, S. (2009). Tuberculosis and nutrition. *Lung India: official organ of Indian Chest Society*, *26*(1), 9–16. <https://doi.org/10.4103/0970-2113.45198>
- Kumar, K., Kumar, A., Chandra, P., & Kansal, H. M. (2016). A study of prevalence of depression and anxiety in patients suffering from tuberculosis. *Journal of family medicine and primary care*, *5*(1), 150–153. <https://doi.org/10.4103/2249-4863.184641>
- Lee, L. Y., Tung, H. H., Chen, S. C., & Fu, C. H. (2017). Perceived stigma and depression in initially diagnosed pulmonary tuberculosis patients. *Journal of clinical nursing*, *26*(23–24), 4813–4821. <https://doi.org/10.1111/jocn.13837>
- Li, H., Ji, Y., & Chen, T. (2014). The roles of different sources of social support on emotional well-being among Chinese elderly. *PLoS one*, *9*(3), e90051. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0090051>

- Mohammedhussein, M., Hajure, M., Shifa, J. E., & Hassen, T. A. (2020). Perceived stigma among patient with pulmonary tuberculosis at public health facilities in southwest Ethiopia: A cross-sectional study. *PloS one*, *15*(12), e0243433. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0243433>
- Motlová, L., Dragomirecka, E., Kitzlerová, E., & Hynková, T. (2010). Improving physical health of people with schizophrenia: An important objective for mental health care. *Die Psychiatrie: Grundlagen&Perspektiven*, *7*(1), 33-36. <https://doi.org/10.1055/s-0038-1669710>
- Moya, E. M., Biswas, A., Chávez Baray, S. M., Martínez, O., & Lomeli, B. (2014). Assessment of stigma associated with tuberculosis in Mexico. *Public health action*, *4*(4), 226–232. <https://doi.org/10.5588/pha.14.0065>
- Mukerji, R., & Turan, J. M. (2018). Exploring manifestations of TB-related stigma experienced by women in Kolkata, India. *Annals of global health*, *84*(4), 727–735. <https://doi.org/10.1055/s-0038-1669710>
- Necho, M., Tsehay, M., Seid, M., Zenebe, Y., Belete, A., Gelaye, H., & Muche, A. (2021). Prevalence and associated factors for alcohol use disorder among tuberculosis patients: A systematic review and meta-analysis study. *Subst Abuse Treat Prev Policy*, *16*, 2. <https://doi.org/10.1186/s13011-020-00335-w>
- Ritsher, J. B., Otilingam, P. G., & Grajales, M. (2003). Internalized stigma of mental illness: Psychometric properties of a new measure. *Psychiatry research*, *121*(1), 31–49. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2003.08.008>
- Tadesse, S. (2016). Stigma against tuberculosis patients in Addis Ababa, Ethiopia. *PloS one*, *11*(4), e0152900. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0152900>
- Teo, A. K. J., Tan, R. K. J., Smyth, C., Soltan, V., Eng, S., Ork, C., Sok, N., Tuot, S., Hsu, L. Y., & Yi, S. (2020). Characterizing and measuring tuberculosis stigma in the community: A mixed-methods study in Cambodia. *Open forum infectious diseases*, *7*(10), ofaa422. <https://doi.org/10.1093/ofid/ofaa422>
- Vaz, M., Travasso, S. M., & Vaz, M. (2016). Perceptions of stigma among medical and nursing students and tuberculosis and diabetes patients at a teaching hospital in southern India. *Indian journal of medical ethics*, *1*(1), 8–16. <https://doi.org/10.20529/IJME.2016.003>
- Wong-Anuchit, C., Mills, A. C., Schneider, J. K., Rujkorakarn, D., Kerdpong bunchote, C., & Panyayong, B. (2016). Internalized Stigma of Mental Illness Scale - Thai Version: Translation and assessment of psychometric properties among psychiatric outpatients in central Thailand. *Archives of psychiatric nursing*, *30*(4), 450–456. <https://doi.org/10.1016/j.apnu.2016.01.012>

World Health Organization. (2019, 15 October). *Global tuberculosis report 2019*. <https://www.who.int/publications/i/item/9789241565714>

World Health Organization. (2023, 21 April). *Tuberculosis*. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/tuberculosis>

Yohannes, K., Ayano, G., Toitole, K. K., Teferi, H. M., & Mokona, H. (2022). Harmful alcohol use among patients with tuberculosis in Gedeo Zone, Southern Ethiopia. *Subst Abuse Rehabil*, 13, 117-125. <https://doi.org/10.2147/SAR.S384921>

ผลของการนวดเต้านมต่อการแก้ไขปัญหาท่อน้ำนมอุดตันในมารดาในระยะให้นมบุตร

อังสนา ศิริวัฒนเมฆานนท์, พย.ม.¹

ปรางทิพย์ ทาเสนาะ เอลเทอร์, Ph.D.^{2*}

โสภา บุตรดา, พย.ม.¹

(วันที่ส่งบทความ: 10 สิงหาคม 2566; วันที่แก้ไข: 30 สิงหาคม 2566; วันที่ตอบรับ: 31 สิงหาคม 2566)

บทคัดย่อ

ท่อน้ำนมอุดตันของมารดาในระยะให้นมบุตรทำให้ปริมาณน้ำนมไหลน้อยและมารดามีอาการเจ็บปวดเพิ่มขึ้น ถ้าปัญหาไม่ได้รับการแก้ไขอาจนำไปสู่ภาวะเต้านมอักเสบได้ การวิจัยกึ่งทดลองนี้มีจุดประสงค์เพื่อทดสอบประสิทธิผลของวิธีการนวดเต้านมแบบพื้นฐาน 6 ท่า (Six-Step Basic Breast Massage [SBM]) กลุ่มเข้าร่วมการวิจัยจำนวน 64 คน เป็นมารดาในระยะให้นมบุตรที่มารับบริการที่คลินิกนมแม่ในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิแห่งหนึ่งในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ได้รับการคัดเลือกตามเกณฑ์คัดเข้าและคัดออกแล้วแบ่งเป็นกลุ่มทดลอง และกลุ่มเปรียบเทียบจำนวนกลุ่มละ 32 คน โดยไม่มีการสุ่ม กลุ่มทดลองได้รับการนวดเต้านมแบบ SBM ส่วนกลุ่มเปรียบเทียบได้รับการบีบน้ำนมตามปกติ เก็บข้อมูลด้วยแบบบันทึกประสิทธิผลการนวดเต้านม ซึ่งได้รับการตรวจความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน มีค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหาทั้งฉบับเท่ากับ .91 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา ไคว์สแควร์ และ Mann Whitney U Test ผลการศึกษาพบว่า หลังการทดลอง ความรุนแรงของท่อน้ำนมอุดตันของทั้งสองกลุ่มมีความแตกต่างกัน ($\chi^2 = 32.0, p < .001$) มารดาที่ได้รับการนวดเต้านมแบบ SBM มีการไหลของน้ำนมสูงกว่า ($U = 115.0, p < .01$) มีความเจ็บปวดน้อย ($U = 18.50, p < .001$) และมีความพึงพอใจมากกว่า ($U = 204.0, p < .001$) กลุ่มเปรียบเทียบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ การนวดแบบ SBM มีประสิทธิผลในการแก้ไขปัญหาท่อน้ำนมอุดตัน พยาบาลจึงควรนำ SBM มาให้บริการมารดาในระยะให้นมบุตรที่มีท่อน้ำนมอุดตันอย่างต่อเนื่อง และเผยแพร่วิธีการนวดให้กับผู้ดูแลมารดาในระยะให้นมบุตร รวมทั้งพัฒนาเป็นโปรแกรมและแนวปฏิบัติการดูแลมารดาหลังคลอดที่มีท่อน้ำนมอุดตันต่อไป

คำสำคัญ: การนวดเต้านม, การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่, ท่อน้ำนมอุดตัน

¹ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ, โรงพยาบาลบุรีรัมย์

² อาจารย์, มหาวิทยาลัยราชธานี

*ผู้ประพันธ์บทความ: ปรางทิพย์ ทาเสนาะ เอลเทอร์, อีเมล: prangthip.elter@rtu.ac.th

Effect of Breast Massage on Solving Problems with Blocked Mammary Ducts in Nursing Mothers

Aungsana Siriwattanametant, M.N.S.¹

Prangthip Thasanoh Elter, Ph.D.^{2}*

Sopa Budda, M.N.S.¹

(Received: August 10th, 2023; Revised: August 30th, 2023; Accepted: August 31st, 2023)

Abstract

Blocked mammary ducts in nursing mothers result in decreased breast milk and increased pain. If the problem is not solved, it will lead to mastitis. This quasi-experimental research aimed to investigate the effectiveness of a breast massage regimen, hereafter referred to as Six-Step Basic Breast Massage (SBM). Participants were 64 nursing mothers who were attending the lactation clinic in a tertiary hospital in northeast Thailand and met the set inclusion and exclusion criteria. Half (32) of the participants were assigned to the experimental and the other half to the comparison group without randomization. The mothers in the experimental group were treated using SBM, while the mothers in the comparison group were treated with traditional manual expression. Data were collected using the Effectiveness of SBM Record Form which was validated by five experts. The scale's content validity index was .91. Data were analyzed using descriptive statistics, Chi squares, and Mann Whitney *U* Tests. The research findings revealed that, after the experiment, there was a difference in the severity of the duct blockage in the two groups ($\chi^2 = 32.0, p < .001$). Mothers treated with SBM had statistically significantly more milk flow ($U = 115.0, p < .001$), less pain ($U = 18.50, p < .001$), and were more satisfied than mothers treated using manual expression. Therefore, it can be concluded that SBM is effectively able to solve issues with blocked ducts and that nurses should continue to use it to treat lactating mothers having issues with blocked mammary ducts, taught to the mothers' caregivers, and integrated into the programs and guidelines for care of postpartum mothers with blocked ducts.

Keyword: breast massage, breastfeeding, blocked mammary ducts

¹ Registered nurse, professional level, Buriram hospital

² Lecturer, Ratchathani University

* Corresponding author: PrangthipThasanoh Elter, E-mail: Prangthip.elter@rtu.ac.th

บทนำ

ภาวะท่อน้ำนมอุดตัน ทำให้น้ำนมระบายออกจากเต้านมไม่เพียงพอ จึงค้างอยู่ในเต้านมบางกลีบ ส่งผลให้มารดามีอาการเจ็บเต้านม น้ำนมไหลไม่เป็นปกติผิวหนังบริเวณนั้นมีอาการแดง หากไม่ได้รับการแก้ไขจะพัฒนาไปสู่ภาวะเต้านมอักเสบ (Munsittikul et al., 2022) ติดเชื้อ หรือเป็นหนองได้อย่างรวดเร็ว เนื่องจากเชื้อแบคทีเรียเจริญเติบโตได้ดีในน้ำนม (ศิริรัตน์ เกียรติภูพานุสรณ์, 2561) ปัญหาต่อเนื่องจากภาวะท่อน้ำนมอุดตันนี้อาจกลายเป็นอุปสรรคต่อความสำเร็จของการเลี้ยงบุตรด้วยนมแม่จนครบ 6 เดือน ตามเป้าหมายขององค์การอนามัยโลก (พฤษหัส จันทร์ประภาพ, 2560) ซึ่งกำหนดไว้ไม่น้อยกว่าร้อยละ 50 ภายในปี พ.ศ. 2568 ปัจจุบันยังไม่มีรายงานสถิติการเกิดท่อน้ำนมอุดตันในประเทศไทย แต่จากข้อมูลของโรงพยาบาลศิริราชที่รวบรวมในปี พ.ศ. 2559 พบว่าเป็นปัญหาที่พบบ่อย 5 อันดับแรก โดยพบร้อยละ 45.9 ของมารดาในระยะให้นมบุตรที่มารับบริการด้วยปัญหาของเต้านม (Munsittikul et al., 2022) และจากข้อมูลรายงานการให้บริการคลินิกนมแม่ (ไม่ได้ตีพิมพ์) ของโรงพยาบาลบุรีรัมย์ ในปี พ.ศ. 2561- 2563 พบว่าจำนวนมารดาที่มีปัญหาท่อน้ำนมอุดตันเพิ่มขึ้นทุกปี คือ มีจำนวน 953 ราย, 1,033, และ 1,699 ราย คิดเป็นร้อยละ 12.60, 19.21, และ 27.81 ของจำนวนมารดาทั้งหมดที่มารับบริการที่คลินิกนมแม่ ตามลำดับ

ความเจ็บปวดและความไม่สบายจากสาเหตุต่าง ๆ รวมทั้งจากภาวะท่อน้ำนมอุดตัน อาจส่งผลให้มารดายุติการเลี้ยงบุตรด้วยนมแม่ได้ (Sokan-Adeaga et al., 2019) หากปัญหาเหล่านี้ไม่ได้รับการแก้ไขอย่างเหมาะสมอาจทำให้มีโอกาสนี้แต่ละประเทศจะไม่บรรลุเป้าหมายของ WHO เห็นได้จากรายงานผลการสำรวจทั่วโลกในปี พ.ศ. 2563 พบว่าอัตราการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียว 6 เดือนมีเพียงร้อยละ 44 เท่านั้น (United Nations Children's Fund, Division of Data, Analysis, Planning and Monitoring, 2021) และจากผลการสำรวจสถานการณ์เด็กและสตรีในประเทศไทยล่าสุดในปี พ.ศ. 2562 พบว่า อัตราการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่าง เดียวนาน 6 เดือนมีเพียงร้อยละ 14 (สำนักงานสถิติแห่งชาติ ประเทศไทย, 2563) ซึ่งยังต่ำกว่าอัตราเฉลี่ยทั่วโลกถึง 3 เท่าและประเทศไทยยังเป็นประเทศที่มีอัตราการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่าง เดียวนาน 6 เดือนต่ำที่สุดของประเทศในกลุ่มอาเซียนอีกด้วย การที่จะเพิ่มอัตราการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่าง เดียว 6 เดือนเกือบ 4 เท่าในระยะเวลา 3 ปี จึงเป็นความท้าทายของบุคลากรด้านสุขภาพ

การแก้ไขปัญหาท่อน้ำนมอุดตันของมารดาในระยะให้นมบุตร เป็นวิธีการหนึ่งที่จะช่วยส่งเสริมให้มารดาประสบความสำเร็จการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียว 6 เดือนได้ อย่างไรก็ตาม จากการสืบค้นเว็บไซต์วารสารไทย (Thai Journals Online) ในเดือนเมษายน 2565 โดยใช้คำสำคัญคือ ท่อน้ำนมอุดตัน พบบทความวิชาการจำนวน 2 เรื่อง ที่เสนอวิธีการต่าง ๆ เพื่อแก้ไขปัญหาท่อน้ำนมอุดตัน รวมทั้งการนวดเต้านม แต่ยังไม่มียานวิจัยที่เสนอประสิทธิผลของวิธีการเหล่านั้น ส่วนในวารสารต่างประเทศพบวาทะคลินิกนมแม่ของคณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลศิริราช ได้ทำการทดลองในคลินิกเพื่อเปรียบเทียบระยะเวลาในการรักษา (Resolution time) การลดขนาดของก้อน และความเจ็บปวด ของการนวดแบบดั้งเดิม (Traditional breast massage [TBM]) 3 ขั้นตอน กับแบบผสมผสาน (Integrated breast massage [IBM]) 4 ขั้นตอน (Munsittikul et al., 2022) พบว่าหลังการนวดครั้งแรก การนวดแบบ IBM สามารถแก้ปัญหาท่อน้ำนมอุดตันได้เร็วกว่า

เจ็บปวดน้อยกว่า และขนาดของก้อนลดลงมากกว่าการนวด TBM นอกจากนี้ Witt et al. (2016) ใช้วิธีการนวดเพื่อการรักษา (Therapeutic breast massage in lactation [TBML]) พบว่า มารดาทราบว่าอาการเจ็บปวดที่เต้านมและหัวนมลดลง โดยส่วนมาก (ร้อยละ 65) บอกว่าการนวดมีประโยชน์สามารถช่วยแก้ปัญหาได้ Zhao et al. (2014) ใช้วิธีการนวดเพื่อการรักษาแบบ 6 ขั้นตอน (Six-step recanalization manual therapy [SSRMT]) พบว่า หลังจากรักษาแล้ว 1 ครั้ง มารดาส่วนมาก มีการตอบสนองต่อการรักษาอยู่ในระดับ 1 คือ มีการแก้ไขได้อย่างสมบูรณ์ อย่างไรก็ตามในปัจจุบันยังไม่สามารถสรุปได้ว่าวิธีการนวดเต้านมวิธีใดมีประสิทธิภาพมากที่สุดในการแก้ไขปัญหาเต้านม (ศศิธรา น่วมภา และคณะ, 2563) จึงยังต้องพัฒนาวิธีการนวดใหม่ ๆ ต่อไป เพื่อเป็นทางเลือกหนึ่งในการแก้ปัญหา มารดาที่มีภาวะท่อน้ำนมอุดตัน

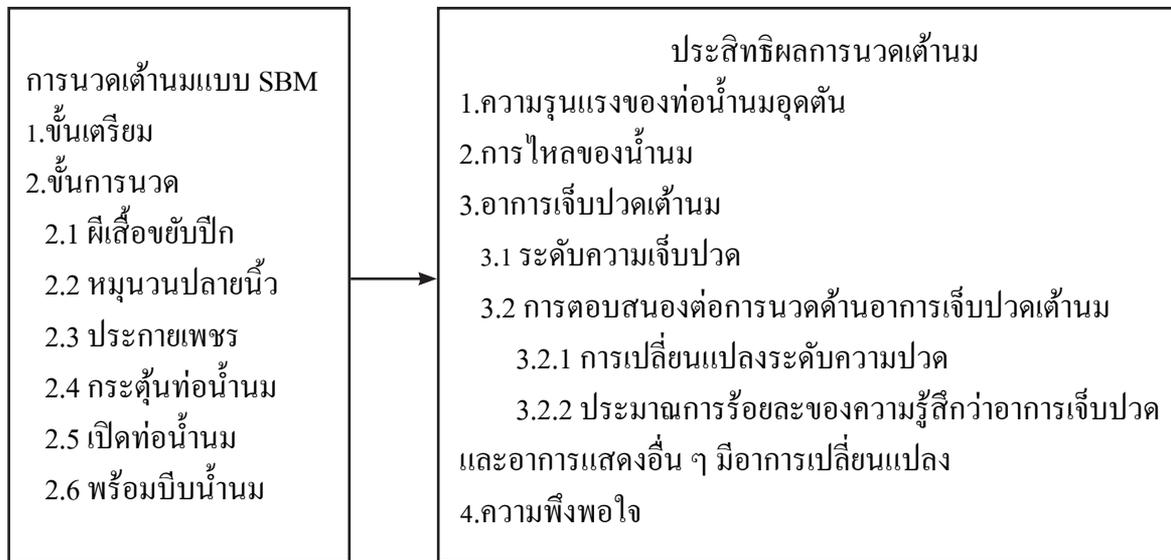
การนวดเต้านมเป็นหน้าที่อิสระของพยาบาลที่ใช้แก้ไขปัญหาของเต้านมได้ แต่การศึกษาในประสิทธิผลของการนวดเต้านมในมารดาที่มีท่อน้ำนมอุดตันในประเทศไทยยังมีน้อย และยังไม่มีย่อสรุปว่าวิธีการนวดใดเหมาะสมในการแก้ปัญหาท่อน้ำนมอุดตัน คลินิกนมแม่โรงพยาบาลบุรีรัมย์ได้พัฒนาวิธีการนวดเต้านมด้วยท่าพื้นฐาน 6 ท่า (Six-Step Basic Breast Massage [SBM]) โดยพัฒนาจากการนวดเพื่อกระตุ้นการสร้างน้ำนมใหม่ (Relactation) ของกลุ่มแม่บ้านฟิลิปปินส์ (Arugaan Mother Support Group) ซึ่งนำเสนอในการประชุมที่โรงพยาบาลสมิติเวช ในปี 2552 และได้แนวคิดให้มารดาที่มีปัญหาน้ำนมไหลน้อยรวมทั้งมารดาที่มีปัญหาท่อน้ำนมอุดตันเป็นระยะเวลาเกินกว่า 10 ปี จากการศึกษาข้อมูลจากการบันทึกผลการให้บริการย้อนหลัง (เดือนเมษายน-ตุลาคม 2564) พบว่ามารดาที่มีปัญหาท่อน้ำนมอุดตัน และได้รับการนวดแบบ SBM จำนวน 32 ราย มีน้ำนมไหลออกได้เกลี้ยงเต้าและไหลพุ่งกว่าก่อนการนวด ผู้วิจัยพิจารณาเห็นว่า การนวดเต้านมแบบ SBM มีศักยภาพที่จะแก้ปัญหาท่อน้ำนมอุดตันของมารดาหลังคลอดได้ เพราะเป็นการแก้ปัญหาที่สาเหตุ ลดการอุดตันต่อเต้านม เพิ่มการระบายน้ำนม และช่วยบรรเทาอาการปวดได้ สอดคล้องกับผลการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับประสิทธิผลการนวดเต้านมในแบบต่าง ๆ จึงได้ทำการวิจัยนี้เพื่อทดสอบผลของการนวดแบบ SBM ต่อการแก้ปัญหาท่อน้ำนมอุดตันเพื่อให้มารดาที่ให้นมบุตรในระยะหลังคลอดปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นและสามารถให้นมบุตรได้ประสบความสำเร็จตามระยะเวลาที่เหมาะสมต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อเปรียบเทียบความรุนแรงของท่อน้ำนมอุดตัน การไหลของน้ำนม อาการปวด และความพึงพอใจของมารดาที่มีท่อน้ำนมอุดตันและได้รับการนวดด้วยวิธี SBM กับมารดาที่มีท่อน้ำนมอุดตันและได้รับการบีบน้ำนมตามปกติ

กรอบแนวคิด

แนวคิดการเปลี่ยนแปลงทางกายวิภาคและสรีรวิทยาของเต้านม เมื่อเต้านมมีภาวะท่อน้ำนมอุดตัน จะทำให้มารดามีอาการปวดและน้ำนมไหลน้อยลง แต่เมื่อเต้านมได้รับการนวดอย่างเหมาะสม จะช่วยให้โลหิตมีการไหลเวียนดีขึ้น ตำแหน่งที่ถูกอุดตันจะอ่อนตัวลง ความรุนแรงของการอุดตันลดลง ส่งผลให้น้ำนมไหลได้ดีขึ้น อาการเจ็บปวดเต้านมลดลง และมารดามีความพึงพอใจต่อการให้บริการ ดังแสดงในภาพที่ 1



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

สมมุติฐานการวิจัย

1. มารดาที่มีท่อน้ำนมอุดตันและได้รับการนวดด้วยวิธี SBM และมารดาที่ได้รับการบีบน้ำนมตามปกติมีความรุนแรงของท่อน้ำนมอุดตันแตกต่างกัน
2. มารดาที่มีท่อน้ำนมอุดตันและได้รับการนวดด้วยวิธี SBM มีการไหลของน้ำนมมากกว่ามารดาที่มีท่อน้ำนมอุดตันและได้รับการบีบน้ำนมตามปกติ
3. มารดาที่มีท่อน้ำนมอุดตันและได้รับการนวดด้วยวิธี SBM มีอาการปวดน้อยกว่ามารดาที่มีท่อน้ำนมอุดตันและได้รับการบีบน้ำนมตามปกติ
4. มารดาที่มีท่อน้ำนมอุดตันและได้รับการนวดด้วยวิธี SBM มีความพึงพอใจมากกว่ามารดาที่มีท่อน้ำนมอุดตันและได้รับการบีบน้ำนมตามปกติ

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง (Quasi-experimental design) แบบ 2 กลุ่ม ที่มีการทดสอบก่อนและหลังการทดลอง (Two group pretest-posttest design) เพื่อศึกษาผลของการนวดเต้านมแบบพื้นฐาน 6 ท่า ต่อการไหลของน้ำนม อาการปวด และความพึงพอใจของมารดาระยะให้นมบุตรที่มีปัญหาท่อน้ำนมอุดตัน และมารับบริการในคลินิกนมแม่ โรงพยาบาลระดับตติยภูมิแห่งหนึ่งในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ระหว่างเดือน กรกฎาคม 2565 ถึง มกราคม 2566

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร เป็นมารดาระยะให้นมบุตรที่มีปัญหาท่อน้ำนมอุดตันและมารับบริการในคลินิกนมแม่ โรงพยาบาลระดับตติยภูมิแห่งหนึ่งในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ในระหว่างเดือน กรกฎาคม 2565 ถึง มกราคม 2566 จำนวน 135 คน

กลุ่มตัวอย่าง ได้มาจากการคัดเลือกแบบเจาะจง (Purposive sampling) ตามเกณฑ์คัดเข้า (Inclusion criteria) ได้แก่ 1) กำลังอยู่ในระหว่างการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ 2) มาขอรับบริการด้วยอาการที่แสดงว่ามีปัญหาท่อน้ำนมอุดตัน เช่น น้ำนมไหลน้อยลง บีบน้ำนมไม่ออก มีจุดสีขาวที่หัวนม เต้านมเป็นก้อนจากน้ำนมไม่ไหล เป็นต้น 3) ไม่มีประวัติการผ่าตัดเต้านมข้างใดข้างหนึ่งหรือทั้ง 2 ข้าง 4) มีความตั้งใจในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ 5) เป็นคนไทยที่สามารถสื่อสาร พูด อ่าน และเขียนภาษาไทยได้ ส่วนเกณฑ์การคัดออก (Exclusion criteria) ได้แก่ มารดาที่มีโรคผิวหนังชนิดติดต่อ เช่น กลาก เกื้อื้อน ที่บริเวณเต้านม เลือดออกง่าย หรือมีภาวะซีด เต้านมบวมแดงชัดเจน และมีไข้สูงเกิน 38.5 องศาเซลเซียส และเกณฑ์การถอนกลุ่มตัวอย่างออกจากงานวิจัย (Withdrawal criteria) ได้แก่ มารดาที่ไม่ประสงค์จะเข้าร่วมวิจัยอีกต่อไป หรือมีอาการไม่พึงประสงค์ระหว่างร่วมการวิจัย เช่น เจ็บปวดเต้านมมาก คลื่นไส้ อาเจียน และหน้ามืดเป็นลม เป็นต้น

ขนาดกลุ่มตัวอย่าง ได้จากการคำนวณตามหลักการเรื่องอำนาจการทดสอบ (Power of test) โดยใช้แอปพลิเคชัน G*power เลือก *t*-test แบบ Different between two independent means (Two groups) ใช้ค่าอำนาจการทดสอบจากการวิจัยของระวีวัฒน์ นุมนานิตและคณะ (2561) เกี่ยวกับโปรแกรมการกระตุ้นการหลั่งน้ำนม ซึ่งพบว่ามารดาในกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยของระยะเวลาการมาของน้ำนมเต็มเต้าเท่ากับ 34.2 ชั่วโมง ($SD = 7.3$) ซึ่งเร็วกว่ากลุ่มควบคุมที่มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 41.5 ชั่วโมง ($SD = 12.5$) กำหนดค่าอำนาจการทดสอบได้เท่ากับ .71 กำหนดค่า Alpha (α) = .05 และค่า Power = .80 กำหนดได้กลุ่มตัวอย่างกลุ่มละ 26 คน ได้เพิ่มกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 20 เพื่อชดเชยกรณีสูญหายระหว่างการเก็บข้อมูล ได้กลุ่มตัวอย่างกลุ่มละ 32 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

การศึกษานี้มีเครื่องมือในการวิจัย (Research intervention) คือ การนวดเต้านมด้วยวิธี SBM พัฒนาขึ้นที่คลินิกนมแม่ที่เป็นพื้นที่วิจัย และเครื่องมือในการเก็บข้อมูล คือ แบบบันทึกข้อมูลและแบบประเมินความพึงพอใจ พัฒนาขึ้นโดยผู้วิจัย มีรายละเอียดของเครื่องมือดังนี้

1. การนวดเต้านมด้วยวิธี SBM ประกอบด้วย 2 ขั้นตอน และการนวดเต้านม 6 ท่า สรุปโดยย่อดังนี้

1.1 ขั้นการเตรียม การนวดทำในสถานที่ที่เป็นส่วนตัว เตรียมผู้นวดด้วยการล้างมือให้สะอาด ถอดเครื่องประดับที่มือ และขออนุญาตมารดา ก่อนลงมือ นวด เตรียมผู้รับการนวดด้วยการให้ถอดเสื้อชั้นใน สวมใส่เสื้อผ้าที่สบาย และจัดทำให้นั่งหลังตรงบนเก้าอี้

1.2 ขั้นการนวด ด้วยวิธี SBM ในการนวดแต่ละท่าใช้เวลาประมาณ 5 นาที น้ำหนักในการนวดกดลงพอประมาณ ผ่อนมือตามการสังเกตสีหน้าและการสอบถามถึงอาการปวดของมารดา การนวดจะมีความต่อเนื่อง และเกิดความร้อนขึ้นภายในเต้านม ขนาดและลักษณะเต้าของมารดาที่แตกต่างกันในแต่ละราย ไม่มีผลต่อวิธีการนวด

1.2.1 ท่าที่ 1 ฝ่ามือซ้ายปัด ฝ่ามือขวาฝ่ามือลงบริเวณเต้านมด้านใน นวดหมุนวนรอบฐานเต้านมจากเต้าด้านในออกไปด้านนอก 5 ครั้ง และหมุนวนกลับจากด้านนอกเข้าด้านใน 5 ครั้ง

1.2.2 ท่าที่ 2 หมุนวนปลายนิ้ว ผู้ควบคุมใช้ข้อมือขวาองเต้านมขวาของมารดาไว้ และใช้ปลายนิ้วทั้ง 4 ของมือซ้ายวางบนบริเวณเหนือลานหัวนม แล้ววนวดโดยการหมุนวนไปรอบ ๆ เต้านม 5 รอบ แล้วสลับนิ้วที่ละเต้า

1.2.3 ท่าที่ 3 ประกายเพชร ผู้ควบคุมวางฝ่ามือขวาบนเต้าขวาด้านขวา และวางฝ่ามือซ้ายบนเต้าขวาด้านซ้าย นิ้วหัวแม่มือทั้ง 2 กางออกตั้งฉากกับนิ้วทั้งหมด แล้วบีบมือทั้ง 2 เข้าหากันพร้อม ๆ กับเลื่อนมือลงไปที่ลานหัวนม ทำสลับขึ้นลง จากนั้นใช้มือซ้ายและขวาแตะสลับเต้านมส่วนล่าง 5 ครั้ง และใช้มือคลี่เต้านมด้านล่างด้วยนิ้ว 5 ครั้ง

1.2.4 ท่าที่ 4 กระตุ้นท่อน้ำนม ผู้ควบคุมใช้มือซ้ายประคองเต้านมขวาของผู้ถูกควบคุม กำมือขวาเหลือเพียงนิ้วชี้ วางลงบริเวณขอบนอกของลานหัวนม กดนิ้วชี้พร้อมกับวนที่ปลายนิ้วในตำแหน่งเดียวกัน ขยับนิ้วเปลี่ยนตำแหน่ง กดและวนนิ้วในลักษณะเดิมโดยไม่ให้สัมผัสกับหัวนม

1.2.5 ท่าที่ 5 เปิดท่อน้ำนม ผู้ควบคุมวัดตำแหน่งการวางของนิ้วชี้ข้างซ้าย โดยใช้สามนิ้วของมือข้างขวาวางทาบลงเหนือฐานหัวนมด้านบน แล้วใช้สามนิ้วของมือซ้ายวางทาบต่อจากนิ้วสุดท้ายของมือขวา จากนั้นใช้มือขวาวางที่ข้างแขนของผู้ถูกควบคุม มือซ้ายใช้นิ้วชี้กดและหมุนวนลงในตำแหน่งที่วัดได้ คลายการกดลง แล้วกดซ้ำ 5 ครั้ง

1.2.6 ท่าที่ 6 พร้อมบีบน้ำนม มี 3 ขั้นตอน คือ 1) ใช้นิ้วชี้ของทั้งสองมือนาบลงที่ขอบลานหัวนมทั้งสองข้าง ปลายนิ้วชี้ลงพื้น ออกแรงกดข้างนิ้วทั้งสองเข้าหากันในลักษณะบีบ-คลาย สลับกัน 2) ใช้นิ้วหัวแม่มือทั้งสองข้างวางบนขอบนอกของลานหัวนมด้านบน นิ้วชี้วางด้านตรงข้าม กดนิ้วเข้าหากันพร้อมกับคลึงไปมา และ 3) วางนิ้วหัวแม่มือขวาบนขอบนอกของลานหัวนมด้านบน วางนิ้วชี้ลงด้านตรงข้าม เป็นรูปตัว C ออกแรงกดนิ้วเข้าหากัน ในลักษณะบีบ-คลาย สลับกัน เมื่อทำครบ 3 ขั้นตอนแล้วจึงเปลี่ยนข้าง แล้วทำเช่นเดิม โดยทุกขั้นตอนจะไม่สัมผัสถูกหัวนม

2. แบบบันทึกประสิทธิภาพการนวดเต้านมแบบพื้นฐาน 6 ขั้นตอน แบ่งเป็น 3 ส่วน โดยส่วนที่ 1 และ 2 ถูกบันทึกโดยนักวิจัย และส่วนที่ 3 สำหรับให้มารดาที่เข้าร่วมการวิจัยเป็นผู้ตอบคำถามด้วยตนเอง (Self-report) ซึ่งแต่ละส่วนมีรายละเอียดดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป มีจำนวน 8 ข้อ เกี่ยวข้องกับ อายุ การศึกษา สถานสมรส อาชีพ รายได้ อายุของบุตร วิธีการให้นมบุตร และอาการสำคัญที่มาขอรับบริการที่คลินิกนมแม่ โดยให้ตอบเป็นการเติมคำสั้น ๆ แบบเลือกตอบและทำเครื่องหมายบนภาพกราฟฟิกรูปหน้าอกที่มีเต้านมด้านซ้ายและขวา

ส่วนที่ 2 ประสิทธิภาพการนวดเต้านม ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากแบบบันทึกเดิมของคลินิกนมแม่ โดยเพิ่มการบันทึกความรุนแรงของท่อน้ำนมอุดตัน การไหลของน้ำนม และอาการเจ็บปวดเต้านม ซึ่งมีรายละเอียดวิธีการวัดและประเมินดังนี้

1) ความรุนแรงของท่อน้ำนมอุดตัน แบ่งเป็น 5 ระดับ ตั้งแต่ระดับ 0 (ไม่มีก้อน) ถึงระดับ 4 (มีก้อนมากกว่า 1 ก้อน/มีการอุดตัน > 1 พื้นที่) ตามเกณฑ์ของ Witt et al. (2016) โดยผู้วิจัยวัดขนาดก้อนด้วยเครื่องเวอร์เนียร์คาลิเปอร์ (Vernier Caliper)

2) การไหลของน้ำนม ผู้ควบคุมบีบน้ำนมโดยใช้นิ้วหัวแม่มือและนิ้วชี้วางห่างจากหัวนมประมาณ 1 นิ้ว แล้วกดปลายนิ้วหัวแม่มือและนิ้วชี้เข้าหาผนังหน้าอก แล้วบีบนิ้วทั้งสองข้างเข้าหากัน จำนวน 10 ครั้ง แล้วบันทึกระดับการไหลของน้ำนมตามเกณฑ์ของมารีย์มาเชและคณะ (2562) ซึ่งแบ่งเป็น 5 ระดับ และให้คะแนน ตั้งแต่ ระดับ 0 (ไม่ไหล = 0 คะแนน) ถึงระดับ 4 (ไหลดี หมายถึง น้ำนมไหลพุ่ง = 4 คะแนน)

3) อาการเจ็บปวดเต้านม ประเมินตามวิธีการของ Witt et al. (2016) โดยวัด 2 แบบ คือ 1) วัดระดับความเจ็บปวดด้วยมาตรวัดความเจ็บปวดด้วยสายตา (Visual analogue scale [VAS]) โดยผู้ควบคุมอธิบายวิธีการประมาณอาการเจ็บปวดด้วยมาตรวัดความเจ็บปวดด้วยสายตาให้มารดาเข้าใจว่ามีคะแนนเต็ม 10 คะแนน คะแนน 1 หมายถึงมีความเจ็บปวดน้อยที่สุด และ คะแนน 10 คือ มีความเจ็บปวดมากที่สุด และ 2) การประเมินการตอบสนองต่อการนวดเต้านม อาการเจ็บปวดเต้านม โดยผู้ควบคุมจะถามว่า “คุณแม่คะ ความเจ็บปวดของคุณแม่เปลี่ยนแปลงไปอย่างไรคะ” แล้วบันทึกข้อมูล 2 ลักษณะ คือ 1) การเปลี่ยนแปลงของระดับความเจ็บปวด มี 3 ระดับ คือ มากกว่าเดิม (มีระดับความเจ็บปวดมากกว่าก่อนการนวด) ไม่เปลี่ยนแปลง (มีระดับความเจ็บปวดเท่ากับก่อนการนวด) และน้อยกว่าเดิม (มีระดับความเจ็บปวดน้อยกว่าก่อนการนวด) และ 2) ประมาณการร้อยละของความรู้สึกรู้สึกว่าอาการเจ็บปวดและอาการแสดงอื่น ๆ มีการเปลี่ยนแปลง 6 ระดับ ตั้งแต่ ระดับ 1 (ไม่เปลี่ยนแปลง) ถึงระดับ 6 (ปัญหาถูกแก้ไขแล้ว)

ส่วนที่ 3 แบบประเมินความพึงพอใจในการนวดเต้านม เป็นแบบประเมินสำหรับมารดาได้รายงานด้วยตนเองจำนวน 10 ข้อ ประเมินหลังการนวด 30 นาที โดยถามเกี่ยวกับพฤติกรรมของพยาบาลผู้ควบคุม สถานที่ ระยะเวลา และภาพรวม คำตอบเป็นมาตรประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับ จาก 1 (พึงพอใจน้อยที่สุด = 1 คะแนน) ถึง 5 (พึงพอใจมากที่สุด = 5 คะแนน) คะแนนอยู่ในช่วง 10-50 คะแนน คะแนนมากถึงมีความพึงพอใจมาก คะแนนน้อย หมายถึง มีความพึงพอใจน้อย การแปลผลช่วงคะแนนเฉลี่ยระดับความพึงพอใจ ใช้ตามเกณฑ์ของบุญใจ ศรีสถิตยน์รากร (2550) แบ่งเป็น 5 ระดับ คือ พึงพอใจในระดับน้อยที่สุด ($M = 1.00-1.80$) น้อย ($M = 1.81-2.60$) ปานกลาง ($M = 2.61-3.40$) มาก ($M = 3.41-4.20$) และมากที่สุด ($M = 4.21-5.00$)

3. สื่อการสอนและอุปกรณ์อื่น ๆ ได้แก่ 3.1) สื่อการสอนได้แก่แผ่นภาพแสดงลำดับการนวดเต้านมชนิดตั้งได้ เพื่อใช้ประกอบการดูขณะนวดเต้านมเรียบเรียงเป็นภาพชัดเจนตามลำดับของการนวดเต้านม และแผ่นพับเรื่องการนวดเต้านม เพื่อให้มารดาสามารถนำกลับไปปฏิบัติเองที่บ้าน เนื้อหาครอบคลุมการนวดเต้านม และการบีบน้ำนมด้วยมืออย่างถูกวิธี 3.2) อุปกรณ์ที่ใช้ในการนวดนม ได้แก่ ที่นอนสำหรับมารดาหุ้มด้วยผ้าฝ้าย ขนาด 3.5 ฟุต หมอนสำหรับรองคอและไหล่จำนวน 2 ใบ น้ำมันมะพร้าวบริสุทธิ์สกัดเย็น ผ้าขนหนูหรือผ้าขาวแดงสำหรับคลุมตัว และขวดสำหรับการเก็บน้ำนม 3.3) เครื่องเวอร์เนียร์คาลิเปอร์ ซึ่งเป็นเครื่องมือวัดขนาดของก้อนที่มีความละเอียด และความคลาดเคลื่อนน้อย

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

1. วิธีการนวดเต้านมแบบ SBM เป็นวิธีที่ผู้ควบคุมได้เรียนรู้และพัฒนาด้วยละเอียดที่กล่าวมาข้างต้น โดยผู้ควบคุม คือ หัวหน้าโครงการวิจัย ได้รับการฝึกนวดเต้านมเพื่อกระตุ้นการสร้างน้ำนมใหม่จากกลุ่ม

แม่บ้านฟิลิปปินส์ จำนวน 8 ชั่วโมง และต่อมาในปี 2558 ได้แสดงวิธีการนวดเต้านม ให้ผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบความถูกต้อง ในงาน 11th One Asia Breastfeeding Partners Forum 2015 ประเทศมาเลเซีย และได้รับการนวดจริงจากผู้เชี่ยวชาญเพื่อสังเกตน้ำหนักมือจนเป็นที่ยอมรับได้ ผู้นวดได้ใช้ทักษะการนวดในการแก้ปัญหามารดาหลังคลอดมารับบริการที่คลินิกนมแม่ ตั้งแต่ปี 2552 ถึงปัจจุบัน รวมจำนวนประมาณ 5,000 ชั่วโมง มีรายละเอียดการนวดพร้อมภาพประกอบดังที่ได้เผยแพร่แล้ว (อังสนา ศิริวัฒน์เมฆานนท์ และคณะ, 2565)

2. แบบบันทึกประสิทธิภาพการนวดเต้านมแบบพื้นฐาน 6 ขั้นตอน ได้รับการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content validity) จากผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน ประกอบด้วย อาจารย์พยาบาลด้านสูติศาสตร์ ผู้เชี่ยวชาญด้านนมแม่จากสมาคมพยาบาลนมแม่ประเทศไทย พยาบาลวิชาชีพผู้เชี่ยวชาญ (Advanced Practice nurse) สาขาผดุงครรภ์ แพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านนมแม่จากมูลนิธิศูนย์นมแม่แห่งประเทศไทย และอาจารย์ผู้เชี่ยวชาญด้านการวิจัยจากคณะพยาบาลศาสตร์มหาวิทยาลัยมหิดล แล้วคำนวณค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา (Content validity index [CVI]) พบว่าแบบบันทึกส่วนที่ 1 มีค่า CVI รายข้อ (I-CVI) มากกว่า .6 ทุกข้อ ส่วนที่ 2 มีค่า I-CVI เท่ากับ 1 และส่วนที่ 3 มี 1 ข้อที่ได้คะแนนน้อยกว่า .6 จึงได้ปรับแก้ไขโดยไม่ได้ประเมินใหม่เนื่องจากค่า CVI เฉลี่ยของส่วนนี้ได้เท่ากับ .78 ซึ่งเป็นค่าที่ยอมรับได้ ส่วน CVI ของแบบบันทึกทั้งฉบับ (S-CVI) ได้เท่ากับ .91 หลังจากนั้นนักวิจัยได้นำแบบบันทึกไปทดลองใช้กับมารดาที่มาใช้บริการที่พื้นที่วิจัยควบคู่ไปกับแบบบันทึกเดิม จำนวน 10 คน เพื่อศึกษาความเป็นไปได้ในการใช้งาน ความสะดวก และลำดับของการประเมิน และปรับปรุงการเรียงลำดับข้อใหม่เพื่อให้การบันทึกสอดคล้องกับขั้นตอนการนวด และได้แยกส่วนที่ 3 ออกจากส่วนที่ 1-2 เพื่อให้ข้อมูลที่บันทึกโดยนักวิจัยและตอบโดยมารดาเป็นอิสระจากกัน ส่วนที่ 3 นี้ ได้นำไปทดสอบความเที่ยงกับมารดาที่มาบริการนวดเต้านมในคลินิกนมแม่ จำนวน 30 คน ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ .74

3. สื่อการสอนและอุปกรณ์อื่น ๆ แผ่นภาพแสดงลำดับการนวดเต้านม และแผ่นพับเรื่องการนวดเต้านม เป็นเอกสารสำหรับแจกผู้รับบริการทุกคนที่คลินิกนมแม่ได้พัฒนาขึ้นและใช้มาแล้วหลายปี จึงไม่ได้หาความตรงเชิงเนื้อหาใหม่ อุปกรณ์ที่ใช้ในการนวดนม ได้แก่ ที่นอน หมอน ผ้าขนหนู และขวดเก็บน้ำนม เป็นอุปกรณ์ที่ใช้ประจำในคลินิกนมแม่ นักวิจัยได้ประเมินแล้วพบว่ามีความปลอดภัยและสะดวกในการใช้งาน ส่วนน้ำมันมะพร้าวบริสุทธิ์สกัดเย็นได้เลือกใช้ชนิดที่ผลิตจากโรงงานที่ได้มาตรฐานและวางขายในร้านที่จำหน่ายสมุนไพรที่ผลิตโดยหน่วยงานของรัฐ ส่วนเครื่องเวอร์เนียร์คาลิเปอร์ เป็นเครื่องมือที่ใหม่ ใช้ในการวิจัยนี้เป็นครั้งแรก ยังคงมีความแม่นยำตามมาตรฐานการผลิต

วิธีเก็บรวบรวมข้อมูล

หลังจากโครงการวิจัยได้รับอนุมัติจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์แล้ว ผู้วิจัยได้พบผู้บริหารของโรงพยาบาล เพื่ออธิบายวัตถุประสงค์ และรายละเอียดของโครงการวิจัย และขออนุญาตเก็บข้อมูล แล้วดำเนินการเก็บข้อมูลที่คลินิกนมแม่ในโรงพยาบาล ตามขั้นตอนดังนี้

1. นักวิจัยคัดกรองมารดาที่มาขอรับบริการที่คลินิกนมแม่ตามเกณฑ์การคัดเข้าและคัดออก

2. มารดาที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์จะได้รับทราบข้อมูลสำคัญของโครงการวิจัยตามเอกสารชี้แจง และข้อมูลการพิทักษ์สิทธิผู้ให้ข้อมูล แล้วสอบถามความยินยอมในการเข้าร่วมการวิจัยโดยสมัครใจ มารดาที่ยินดีเข้าร่วมการวิจัยจะเซ็นเอกสารแสดงความยินยอม และได้รับการจัดให้เข้ากลุ่มทดลองหรือกลุ่มเปรียบเทียบโดยไม่มีกลุ่ม โดย 32 คนแรก จะถูกจัดให้อยู่กลุ่มเปรียบเทียบก่อน เพื่อป้องกันการปนเปื้อนข้อมูลที่อาจเกิดขึ้นได้ขณะผู้รับบริการนั่งรอที่หน้าคลินิกนมแม่

3. ดำเนินการเก็บข้อมูลในกลุ่มเปรียบเทียบก่อน โดยมารดาได้รับการบริการตามขั้นตอนปกติ คือ การซักประวัติ ตรวจเต้านม และบีบน้ำนมด้วยมือ โดยการสลับบีบกับการคลำทั่วทั้งเต้า ส่วนกลุ่มทดลองได้รับการบริการตามขั้นตอนปกติ คือ การซักประวัติและตรวจเต้านม แต่จะได้รับการนวดเต้านมแบบ SBM ตามขั้นตอนที่ได้อธิบายไว้ในหัวข้อเครื่องมือแทนการบีบน้ำนม

4. หลังจากการนวดเต้านมแบบ SBM ในกลุ่มทดลอง หรือการบีบน้ำนมในกลุ่มเปรียบเทียบ ผู้วิจัยบันทึกผลในแบบบันทึกประสิทธิภาพการนวดเต้านม จนครบ 64 คน

การพิทักษ์สิทธิผู้ให้ข้อมูล

โครงการวิจัยได้รับการรับรองจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของโรงพยาบาลที่เป็นพื้นที่วิจัย เป็นระยะเวลา 1 ปี อนุมัติเลขที่ บร. 0033.102.1/27 ลงวันที่ 21 กรกฎาคม 2565 นักวิจัยได้ให้ข้อมูลและเอกสารชี้แจงเกี่ยวกับการวิจัยแก่มารดาที่สนใจเข้าร่วมการวิจัย และได้อธิบายว่า ข้อมูลที่ได้จากการสอบถามจะเก็บไว้เป็นความลับ ไม่มีข้อมูลที่ระบุตัวตนของผู้เข้าร่วมการวิจัย คำตอบที่ให้ต่อนักวิจัยไม่มีผลต่อการให้บริการของคลินิกนมแม่ หรือบริการอื่นใดในโรงพยาบาลที่เป็นพื้นที่วิจัย และการนวดจะไม่มีผลด้านลบต่อความสามารถในการเลี้ยงบุตรด้วยนมแม่ ผู้ที่ตัดสินใจเข้าร่วมการวิจัย ได้ลงลายมือชื่อ ใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัย ผู้วิจัยตรวจสอบความพร้อมของตนเองและของอาสาสมัครก่อนการนวดหรือบีบน้ำนมทุกครั้ง เน้นย้ำให้อาสาสมัครได้บอกเล่าความไม่สบายเหล่านั้นตามความเป็นจริง และสามารถให้หยุดการนวดหรือขอออกจากกรวิจัยได้ตลอดเวลาโดยไม่ต้องแจ้งเหตุผล

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลทั่วไป ระดับการไหลของน้ำนม ระดับความเจ็บปวดและการตอบสนองต่อการนวดด้านอาการเจ็บปวดเต้านม และระดับความพึงพอใจของมารดา วิเคราะห์ด้วยสถิติเชิงพรรณนา

2. วิเคราะห์ความแตกต่างของ ความรุนแรงของท่อน้ำนมอุดตัน ระดับการไหลของน้ำนม การเปลี่ยนแปลงระดับความเจ็บปวด และ ประสิทธิภาพการร้อยละ ของความรู้สึกว่าอาการเจ็บปวด และอาการแสดงอื่น ๆ มีการเปลี่ยนแปลง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบด้วยสถิติไควสแควร์

3. เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนความเจ็บปวด คะแนนการไหลของน้ำนมและคะแนนความพึงพอใจทั้งก่อนและหลังการทดลอง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ด้วย สถิติ Mann Whitney U Test เนื่องจากได้รับการทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นด้วยสถิติ Kolmogorov-Smirnov Test of Normality ที่ระดับนัยสำคัญ .05 ($\alpha > .05$) พบว่าข้อมูลมีการแจกแจงไม่เป็นโค้งปกติ ทั้งนี้ยกเว้นคะแนนความเจ็บปวดเฉลี่ยก่อนการทดลองที่มีการแจกแจงปกติทั้งสองกลุ่มจึงเปรียบเทียบด้วยสถิติ independent t-test

ผลการวิจัย

การนำเสนอผลศึกษาประสิทธิผลของการนวดเต้านมแบบ SBM ผู้แต่งจะนำเสนอข้อมูลทั่วไปของมารดาที่เข้าร่วมการวิจัยก่อน แล้วตามด้วยผลการศึกษาตัวแปรตามลำดับสมมุติฐาน ได้แก่ ตัวแปรด้านความรุนแรงของท่อน้ำนมอุดตัน การไหลของน้ำนม อาการเจ็บปวด และระดับความพึงพอใจ ดังนี้

ข้อมูลทั่วไป

ลักษณะของมารดาในกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ มีความคล้ายคลึงกัน คือ ส่วนใหญ่มีอายุอยู่ระหว่าง 20-35 ปี (ร้อยละ 75 และ 62.5; $M = 31.47, SD = 5.1$; $M = 30.8, SD = 5.1$, ตามลำดับ) จบการศึกษาระดับปริญญาตรี (ร้อยละ 78.1 และ 56.1 ตามลำดับ) สถานภาพสมรส (ร้อยละ 93.8 และ 90.6 ตามลำดับ) มีอาชีพรับราชการ (ร้อยละ 43.8 และ 37.5 ตามลำดับ) มีรายได้ระหว่าง 15,000-25,000 บาทต่อเดือน (ร้อยละ 50 และ 53.1; $M = 26,562.5, SD = 10,247.5$; $M = 26,531.3, SD = 8,568.5$, ตามลำดับ) ให้นมบุตรโดยการให้ดูดจากเต้าและดูดจากขวดที่เก็บนมที่ปั๊มจากเต้า (ร้อยละ 93.8 ทั้งสองกลุ่ม) มีบุตรอายุระหว่างแรกเกิดถึง 5 เดือน (ร้อยละ 87.5 และ 90.6; $M = 4.1, SD = 5.4$; $M = 3.2, SD = 2.6$, ตามลำดับ) และมารับบริการเนื่องจากมีปัญหาท่อน้ำนมอุดตันที่เต้านมข้างซ้าย (ร้อยละ 62.5 และ 68.8 ตามลำดับ)

ความรุนแรงของท่อน้ำนมอุดตัน

ก่อนการทดลองความรุนแรงของท่อน้ำนมอุดตันทั้งสองกลุ่มไม่แตกต่างกัน โดยกลุ่มทดลองส่วนมากมีความรุนแรงในระดับ 2 ส่วนกลุ่มเปรียบเทียบส่วนมากมีความรุนแรงในระดับ 3 โดยทั้งสองกลุ่มมีผู้ที่มีความรุนแรงในระดับ 4 เกือบถึงร้อยละ 20 หลังการทดลอง พบว่าความรุนแรงของท่อน้ำนมอุดตันของทั้งสองกลุ่มมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งสอดคล้องกับสมมุติฐานการวิจัย โดยทั้งสองกลุ่มส่วนมากมีความรุนแรงระดับ 1 และไม่มีใครมีความรุนแรงในระดับ 4 เลย ดังในตารางที่ 1

การไหลของน้ำนม

ก่อนการทดลองระดับการไหลของน้ำนมของทั้งสองกลุ่มไม่แตกต่างกัน โดยส่วนมากทั้งสองกลุ่มมีการไหลอยู่ในระดับ 1 หลังการทดลองระดับการไหลของทั้งสองกลุ่มแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยกลุ่มทดลองส่วนมากมีการไหลอยู่ในระดับ 4 และกลุ่มเปรียบเทียบมีการไหลอยู่ในระดับ 2 และ 3 ทั้งนี้ไม่มีมารดาคนใดมีน้ำนมไหลอยู่ในระดับ 0 หรือ 1 เลย ดังในตารางที่ 1

เมื่อทดสอบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยการไหลของน้ำนมก่อนการทดลองด้วยสถิติ Mann-Whitney *U* Test พบว่าการไหลของน้ำนมของทั้งสองกลุ่มไม่แตกต่างกัน ส่วนหลังการทดลอง พบว่ามารดาที่ได้รับการนวดเต้านมแบบ SBM มีการไหลของน้ำนมสูงกว่ามารดาที่ได้รับการบีบนมตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังในตารางที่ 2 ซึ่งสอดคล้องกับสมมุติฐานการวิจัย

ความเจ็บปวด

ระดับความเจ็บปวดประเมินด้วยมาตรวัด VAS มีค่าคะแนน 1-10 คะแนน พบว่าก่อนการทดลองกลุ่มทดลองส่วนมากมีระดับความเจ็บปวด 6 และ 10 คะแนน (ร้อยละ 31.25 เท่ากัน) หลังการทดลองส่วนใหญ่อยู่ในระดับ 0 คะแนน (ร้อยละ 53.12) ส่วนกลุ่มเปรียบเทียบก่อนการทดลองส่วนใหญ่อยู่ในระดับ

7 คะแนน (ร้อยละ 31.25) และหลังการทดลองส่วนใหญ่อยู่ในระดับ 3 คะแนน (ร้อยละ 34.80) โดยมีค่าคะแนนความเจ็บปวดเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานดังในตารางที่ 1

เมื่อทดสอบความแตกต่างระหว่างคะแนนความเจ็บปวดเฉลี่ยก่อนการทดลอง ด้วยสถิติทีที่สองกลุ่มอิสระจากกัน (Independent t-test) พบว่าคะแนนเฉลี่ยของกลุ่มทดลอง ($M = 6.4, SD = 1.6$) ไม่แตกต่างจากกลุ่มเปรียบเทียบ ($M = 6.7, SD = 1.4$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t(62), = -.584, p = .369$) แต่เมื่อทดสอบหลังการทดลองด้วยสถิติ Mann Whitney U Test พบว่ามารดาที่ได้รับการนวดเต้านมแบบ SBM มีความเจ็บปวดน้อยกว่ามารดาที่ได้รับการบีบนมแบบปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังในตารางที่ 2 ซึ่งสอดคล้องกับสมมุติฐานการวิจัย

การตอบสนองต่อการนวดด้านอาการเจ็บปวดเต้านม

ผลการประเมินการตอบสนองต่อการรักษาด้านอาการเจ็บปวดเต้านมหลังการทดลอง โดยประเมินการเปลี่ยนแปลงของระดับความเจ็บปวดหลังการนวดทันทีพบว่า ทั้งสองกลุ่มได้ให้ผลการประเมินที่แตกต่างกัน ในกลุ่มทดลองส่วนมากบอกว่า *เจ็บน้อยกว่าเดิม* ส่วนกลุ่มเปรียบเทียบส่วนมากบอกว่า *เจ็บมากกว่าเดิม* ดังในตารางที่ 1

ผลการประมาณการร้อยละของความรู้สึกว่าอาการเจ็บปวดและอาการแสดงอื่น ๆ มีการเปลี่ยนแปลง ทั้งสองกลุ่มได้ให้ผลการประเมินที่แตกต่างกัน โดยพบว่า หลังการนวด กลุ่มทดลองส่วนมากประมาณว่ามีการเปลี่ยนแปลงอยู่ในระดับ 6 ส่วนกลุ่มเปรียบเทียบส่วนมากประมาณว่ามีการเปลี่ยนแปลงในระดับ 4 ดังในตารางที่ 1

ระดับความพึงพอใจ

ระดับความพึงพอใจภาพรวมของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม อยู่ในระดับพึงพอใจมากที่สุดทั้งสองกลุ่ม ($M = 4.95, SD = 0.8; M = 4.68, SD = 2.6$, ตามลำดับ) เมื่อทดสอบความแตกต่างของความพึงพอใจด้วยสถิติ Mann-Whitney U Test พบว่ามารดาที่ได้รับการนวดเต้านมแบบ SBM มีความพึงพอใจมากกว่ามารดาที่ได้รับการบีบนมตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังตารางที่ 2 ซึ่งสอดคล้องกับสมมุติฐานการวิจัย

เมื่อพิจารณาระดับความพึงพอใจรายข้อพบว่ากลุ่มทดลองให้คะแนนเต็ม ($M = 5.0, SD = 0.0$) จำนวน 6 ข้อ คือ 1) พยาบาลอธิบายวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการนวด และระยะเวลาที่ใช้ขนาดก่อนเริ่มการนวด 2) พยาบาลเปิดโอกาสให้ระบายความวิตกกังวลและอาการเจ็บเกี่ยวกับอาการท่อน้ำนมอุดตันที่เผชิญและรับฟังอย่างตั้งใจ 3) พยาบาลสามารถตอบคำถามและความวิตกกังวลเกี่ยวกับอาการท่อน้ำนมอุดตันที่จะเกิดต่อปริมาณน้ำนมได้อย่างชัดเจน 4) พยาบาลมีทักษะการนวดนมเพื่อแก้ไขปัญหาท่อน้ำนมอุดตันได้อย่างชำนาญและเทคนิคที่อ่อนโยน 5) พยาบาลประเมินอาการและให้การช่วยเหลือโดยการนวดเต้านมได้อย่างทันที่ และ 6) การนวดเต้านมเพื่อแก้ไขปัญหาท่อน้ำนมอุดตันช่วยให้อาการเจ็บปวดเต้านมของฉันทลดลง ส่วนข้อ การนวดเต้านมเพื่อแก้ไขปัญหาท่อน้ำนมอุดตันใช้ระยะเวลาในการนวดเหมาะสม ให้คะแนนน้อยที่สุด ($M = 4.7, SD = 0.6$) ส่วนกลุ่มเปรียบเทียบให้คะแนนข้อ พยาบาลมีทักษะ

การนวดนมเพื่อแก้ไขปัญหาท่อน้ำนมอุดตันได้อย่างชำนาญและเทคนิคที่อ่อนโยน และข้อ พยายาม ประเมินอาการและให้การช่วยเหลือโดยการนวดเต้านมได้อย่างทันท่วงที มากที่สุด ($M = 4.8, SD = 0.4$ เท่ากันทั้งสองข้อ) และให้คะแนน สถานที่ในการนวดเต้านมมีความเป็นส่วนตัว น้อยที่สุด ($M = 3.9, SD = 0.8$)

ตารางที่ 1 ความรุนแรงของท่อน้ำนมอุดตัน การไหลของน้ำนมและความเจ็บปวดเต้านม จำแนกตามกลุ่ม ทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ

ผลการประเมิน	กลุ่มทดลอง		กลุ่มเปรียบเทียบ		χ^2	p-value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
ความรุนแรงของท่อน้ำนมอุดตัน (ก่อนการทดลอง)					2.66	.46
ระดับ 0 ไม่มีก้อน	0	0	0	0		
ระดับ 1 มีก้อน 1 ตำแหน่งเส้นผ่าศูนย์กลาง < 3 ซม.	7	21.9	4	12.5		
ระดับ 2 มีก้อน 1 ตำแหน่งเส้นผ่าศูนย์กลาง > 3 ซม < 5 ซม.	13	40.6	10	31.2		
ระดับ 3 มีก้อน 1 ตำแหน่ง เส้นผ่าศูนย์กลาง > 5 ซม.	7	21.9	12	37.5		
ระดับ 4 มีก้อนมากกว่า 1 ก้อน/มีการอุดตัน > 1 พื้นที่	5	15.6	6	18.8		
ความรุนแรงของท่อน้ำนมอุดตัน (หลังการทดลอง)					32.0	< .001*
ระดับ 0 ไม่มีก้อน	0	0	0	0		
ระดับ 1 มีก้อน 1 ตำแหน่งเส้นผ่าศูนย์กลาง < 3 ซม.	18	56.3	20	62.5		
ระดับ 2 มีก้อน 1 ตำแหน่งเส้นผ่าศูนย์กลาง > 3 ซม < 5 ซม.	10	31.2	6	18.8		
ระดับ 3 มีก้อน 1 ตำแหน่ง เส้นผ่าศูนย์กลาง > 5 ซม.	4	12.5	6	18.8		
ระดับ 4 มีก้อนมากกว่า 1 ก้อน/มีการอุดตัน > 1 พื้นที่	0	0	0	0		
ระดับการไหลของน้ำนม (ก่อนการทดลอง)					2.09	.56
ระดับ 0 = ไม่ไหล (0 คะแนน)	10	31.2	9	28.1		
ระดับ 1 = น้ำนมซึมออกมาแต่ไม่เป็นหยด (1 คะแนน)	16	50.0	15	46.9		
ระดับ 2 = น้ำนมไหล 1-2 หยด (2 คะแนน)	6	18.8	6	18.8		
ระดับ 3 = น้ำนมไหล > 3 หยด แต่ไม่มีน้ำนมพุ่ง (3 คะแนน)	0	0	2	6.2		
ระดับ 4 = น้ำนมไหลพุ่ง (4 คะแนน)	0	0	0	0		
คะแนนเฉลี่ยการไหลของน้ำนม (ก่อนการทดลอง)	$M = 0.9$	$SD = 1.0$	$M = 1.0$	$SD = 0.9$		
ระดับการไหลของน้ำนม (หลังการทดลอง)					37.1	< .001*
ระดับ 0 = ไม่ไหล (0 คะแนน)	0	0	0	0		
ระดับ 1 = น้ำนมซึมออกมาแต่ไม่เป็นหยด (1 คะแนน)	0	0	0	0		
ระดับ 2 = น้ำนมไหล 1-2 หยด (2 คะแนน)	0	0	13	40.6		
ระดับ 3 = น้ำนมไหล > 3 หยด แต่ไม่มีน้ำนมพุ่ง (3 คะแนน)	2	6.2	13	40.6		
ระดับ 4 = น้ำนมไหลพุ่ง (4 คะแนน)	30	93.8	6	18.8		
คะแนนเฉลี่ยการไหลของน้ำนม (หลังการทดลอง)	$M = 4.0$	$SD = 0$	$M = 3.8$	$SD = .4$		

ผลการประเมิน	กลุ่มทดลอง		กลุ่มเปรียบเทียบ		χ^2	p-value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
คะแนนเฉลี่ยความเจ็บปวด (ก่อนการทดลอง)	M = 6.4	SD = 1.6	M = 6.7	SD = 1.4		
คะแนนเฉลี่ยความเจ็บปวด (หลังการทดลอง)	M = 0.9	SD = 1.0	M = 4.1	SD = 1.4		
การเปลี่ยนแปลงระดับความปวด (หลังการนัดทันที)					25.03	< .001*
มากกว่าเดิม	0	0	12	37.5		
ไม่เปลี่ยนแปลง	3	9.4	10	31.2		
น้อยกว่าเดิม	29	90.6	10	31.3		
ประมาณการร้อยละของความรู้สึกว่าอาการเจ็บปวด และ อาการแสดงอื่น ๆ มีการเปลี่ยนแปลง					110	< .001*
ระดับ 1 ไม่เปลี่ยนแปลง	0	0	0	0		
ระดับ 2 เปลี่ยนแปลงไปร้อยละ 10	0	0	0	0		
ระดับ 3 เปลี่ยนแปลงไปร้อยละ 25	2	6.2	2	6.2		
ระดับ 4 เปลี่ยนแปลงไปร้อยละ 50	0	0	18	56.3		
ระดับ 5 เปลี่ยนแปลงไปร้อยละ 75	8	25.0	12	37.5		
ระดับ 6 ปัญหาถูกแก้ไขแล้ว	22	68.8	0	0		

หมายเหตุ. n = กลุ่มละ 32 คน, *p < .001

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบการไหลของน้ำนม ความเจ็บปวดเต้านม และความพึงพอใจก่อนและหลังการทดลอง
ในมารดาที่ได้รับการนวดเต้านมแบบ SBM และได้รับการบีบนมตามปกติ ด้วยสถิติ Mann-Whitney U Test

ตัวแปร	กลุ่มทดลอง	กลุ่มเปรียบเทียบ	U	p-value
	Mean rank	Mean rank		
ก่อนการทดลอง				
การไหลของน้ำนม	31.11	33.78	471	.551
หลังการทดลอง				
การไหลของน้ำนม	44.91	20.09	115.00	< .001*
ความเจ็บปวด	17.08	47.90	18.50	< .001*
ความพึงพอใจ	42.13	22.88	204.0	< .001*

หมายเหตุ. n = กลุ่มละ 32 คน, *p < .001

จากผลการวิจัยดังกล่าว สรุปได้ว่า มารดาที่ได้รับการนวดเต้านมแบบ SBM และมารดาที่ได้รับการบีบนมตามปกติ มีความรุนแรงของท่อน้ำนมอุดตันแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานการวิจัย และมารดาที่ได้รับการนวดเต้านมแบบ SBM มีคะแนนเฉลี่ยการไหลของน้ำนมมากกว่า มีคะแนนเฉลี่ยความปวดน้อยกว่า และมีคะแนนความพึงพอใจมากกว่ามารดาที่ได้รับการบีบนมตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานการวิจัยเช่นกัน

อภิปรายผล

เมื่อเปรียบเทียบประสิทธิผลของการนวดเต้านมแบบ SBM กับการบีบน้ำนมตามปกติ พบว่ามารดาทั้งสองกลุ่มมีความรุนแรงของท่อน้ำนมอุดตันแตกต่างกัน และมารดาที่ได้รับการนวดเต้านมแบบ SBM มีคะแนนเฉลี่ยการไหลของน้ำนมมากกว่า มีคะแนนเฉลี่ยความปวดน้อยกว่า และมีคะแนนความพึงพอใจมากกว่ามารดาที่ได้รับการบีบน้ำนมตามปกติ ซึ่งสอดคล้องกับสมมุติฐานการวิจัยซึ่งอภิปรายผลได้ดังนี้ มารดาทุกคนในการศึกษานี้มีความรุนแรงของท่อน้ำนมอุดตันในระดับ 1-4 หลังการทดลองพบว่าความรุนแรงของท่อน้ำนมอุดตันของมารดาทั้งสองกลุ่มแตกต่างกัน โดยมีความรุนแรงส่วนมากอยู่ที่ระดับ 1 เท่านั้น ไม่มีใครมีความรุนแรงในระดับ 4 เลย ทั้งนี้เป็นไปตามการเปลี่ยนแปลงทางกายภาพและสรีรวิทยาของบริเวณที่อุดตันที่เมื่อเต้านมได้รับการนวดแล้ว จะมีการไหลเวียนของระบบเลือดและระบบน้ำเหลืองดีขึ้น ทำให้ก้อนมีขนาดลดลง เช่นเดียวกับการศึกษาของ Witt et al. (2016) ที่พบว่าหลังนวดด้วยวิธี TMBL ความรุนแรงของท่อน้ำนมอุดตันลดลง โดยมารดาที่มีก้อนขนาดใหญ่กว่า 3 ซม. ลดจากร้อยละ 68 เหลือเพียงร้อยละ 7 และมารดาร้อยละ 57 รายงานว่าปัญหาท่อน้ำนมอุดตันได้รับการแก้ไขแล้ว ขณะที่ Zhao et al. (2014) ที่พัฒนาการนวดแบบ SSRMT เพื่อรักษาภาวะท่อน้ำนมอุดตัน พบว่ามารดาส่วนมาก (ร้อยละ 91.2) ประเมินว่าการตอบสนองต่อการรักษาอยู่ในระดับ 1 คือ เป็นการรักษาอย่างสมบูรณ์ โดยประเมินจากการที่มารดามีการไหลของน้ำนมกลับมาเป็นปกติ พร้อมกับก้อนที่เต้านมลดขนาดลงจนเป็นปกติ หรือเหลือเพียงการคัดตึงเฉพาะที่ และไม่มีอาการปวดเต้านม ส่วนในประเทศไทย Munsittikul et al. (2022) ได้เปรียบเทียบการลดขนาดของก้อนจากการนวด 2 วิธี พบว่า มารดาที่ได้รับการนวดแบบ IBM มีพิสัยระหว่างควอร์ไทล์ (Interquartile range) ของการลดขนาดของก้อน มากกว่ามารดาที่ได้รับการนวดด้วยวิธี TBM ดังนั้นการนวดที่มีประสิทธิภาพจึงเป็นอีกวิธีการหนึ่งที่สามารถลดขนาดของก้อนที่เกิดจากท่อน้ำนมอุดตันได้ มารดาที่ได้รับการนวดเต้านมแบบ SBM มีคะแนนเฉลี่ยการไหลของน้ำนมมากกว่ากลุ่มที่ได้รับการบีบน้ำนมตามปกติ เพราะการนวดเต้านมช่วยส่งเสริมการไหลเวียนเลือดและน้ำเหลืองภายในเต้านม กระตุ้นกระบวนการสร้างน้ำนม และส่งเสริมการระบายน้ำนม (กฤษณา ปิงวงศ์ และกรรณิการ์ กันธะรักษา, 2560; Munsittikul et al., 2022) การบีบน้ำนมตามปกตินั้นเป็นการส่งเสริมการไหลของน้ำนมให้เกิดขึ้น แต่ไม่มีการกระตุ้นการทำงานของต่อมน้ำนมอย่างเป็นขั้นตอน ทำให้การไหลของน้ำมน้อยกว่า ขณะที่การนวดแบบ SBM ช่วยส่งเสริมการไหลของน้ำนมที่เป็นขั้นตอน โดยการนวดท่าที่ 4 และ 5 เป็นการกระตุ้นต่อมน้ำนมและเปิดท่อน้ำนมตามหลักสรีรวิทยา ทำให้น้ำนมพร้อมที่จะไหลออกมาเมื่อนวดด้วยท่าที่ 6 ซึ่งเป็นท่าพร้อมบีบน้ำนม สอดคล้องกับการศึกษาของ ระวีวัฒน์ นุমানิต และคณะ (2561) ที่ศึกษาระยะเวลาการเริ่มไหลของน้ำนม และระยะเวลาการมาของน้ำนมเต็มเต้าในมารดาหลังผ่าตัดคลอดบุตรทางหน้าท้องที่เข้าร่วมโปรแกรมการกระตุ้นการหลั่งน้ำนม ที่ประกอบด้วยการนวดแบบ SBM ร่วมกับการประคบเต้านมด้วยลูกประคบสมุนไพร พบว่ามารดาที่เข้าร่วมโปรแกรมมีระยะเวลาการเริ่มไหลของน้ำนมเฉลี่ย และมีค่าเฉลี่ยของระยะเวลาการมาของน้ำนมเต็มเต้าเร็วกว่ามารดาที่ไม่ได้เข้าร่วมโปรแกรม ซึ่งแตกต่างจากการศึกษาของ กนกพร เอื้ออารีย์กุล และคณะ (2561) ที่ใช้การนวดแบบ SBM เป็นส่วน

หนึ่งของโปรแกรมการกระตุ้นน้ำนมในมารดาของทารกคลอดก่อนกำหนด ผลการศึกษาพบว่า ปริมาณน้ำนมมาเฉลี่ยในวันที่ 4 และ วันที่ 10 หลังคลอด และจำนวนวันเฉลี่ยที่มารดามีปริมาณน้ำนมเพียงพอต่อความต้องการของทารกเป็นวันแรก ของกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบไม่แตกต่างกัน จึงไม่สามารถสรุปได้ว่าการนวดเต้านมจะสามารถเพิ่มการผลิตน้ำนมได้ในทุกกรณี

การที่คะแนนเฉลี่ยความรู้สึกเจ็บปวดเต้านมหลังการทดลองของมารดาที่ได้รับการนวดแบบ SBM น้อยกว่ามารดาที่ได้รับการบีบน้ำนมตามปกติ นั้น เป็นเพราะว่าการนวดช่วยผ่อนคลายความตึงเครียดของร่างกาย การไหลเวียนดีขึ้น ทำให้รู้สึกปวดลดลง เช่นเดียวกับการศึกษาของ Munsittikul et al. (2022) ที่พบว่าหลังการทดลองกลุ่มที่ได้รับการนวดด้วยวิธี IBM มีค่ามัธยฐานของคะแนนความเจ็บปวดลดลงมากกว่ากลุ่มที่ได้รับการนวดแบบ TBM และการศึกษาของ Witt et al. (2016) พบว่ามารดาหลังคลอดที่ได้รับการนวดแบบ TMBL นั้น มีคะแนนความปวดเต้านมหลังการนวดน้อยกว่าก่อนการนวด ในการศึกษาครั้งนี้เมื่อให้ประเมินการเปลี่ยนแปลงระดับความปวดของตนเอง พบว่ามารดาที่ได้รับการนวดแบบ SBM ส่วนมากบอกว่าอาการปวดลดลงน้อยกว่าเดิม และปัญหาถูกแก้ไขแล้ว ขณะที่มารดาที่ได้รับการบีบน้ำนมตามปกติส่วนมากประเมินว่ามีการเปลี่ยนแปลงไปร้อยละ 50 โดยที่ไม่มีใครที่รู้สึกว่าการนวดได้ถูกแก้ไขแล้ว และมารดาในกลุ่มนี้ได้ประเมินการเปลี่ยนแปลงระดับความเจ็บปวดทั้ง 3 ระดับ ในจำนวนใกล้เคียงกัน โดยส่วนมากประเมินว่าเจ็บปวดมากกว่าเดิม อาจเป็นเพราะการบีบจะเป็นการกระตุ้นความรู้สึกปวดเพิ่มมากขึ้น โดยเฉพาะในมารดาที่ไม่ชินกับการบีบน้ำนมด้วยมือ

ผลลัพธ์จากการมารดาที่ได้รับการนวดแบบ SBM มีน้ำนมไหลมากขึ้น แต่เจ็บปวดน้อยลง และมีขนาดของก้อนลดลง ทำให้มารดาที่มีความพึงพอใจต่อการนวดมากกว่ากลุ่มที่ได้รับการบีบน้ำนมตามปกติ เนื่องจากปัญหาท่อน้ำนมอุดตันได้รับการแก้ไข และในกระบวนการแก้ไอนั้นพยาบาลได้ให้ข้อมูลเกี่ยวกับขั้นตอนการนวด เปิดโอกาสให้มารดาระบายความวิตกกังวลและความไม่สุขสบายต่าง ๆ ให้การช่วยเหลือและตอบข้อสงสัยได้ชัดเจน เป็นการสนับสนุนทางสังคมโดยพยาบาลซึ่งเป็นปัจจัยหนึ่งที่จะทำให้มารดาประสบความสำเร็จในการเลี้ยงลูกด้วยนมมารดาอย่างเดียว 6 เดือน (กุสุมาลี โพธิ์ปัสสาและคณะ, 2565) นอกจากนี้ผู้วิจัยยังมีความชำนาญในการนวด และนวดด้วยความนุ่มนวลอ่อนโยนซึ่งเป็นคุณลักษณะที่สำคัญของการนวดเต้านม (กฤษณา ปิงวงส์ และคณะ, 2563) ทั้งนี้มารดาได้ให้คะแนน ความเป็นส่วนตัวของสถานที่นวดน้อยที่สุด เป็นเพราะการนวดทำในคลินิกนมแม่ที่ห้องนวดถูกแยกจากห้องทำงานของพยาบาล โดยใช้ฉากบังถึงแม้ฉากจะกั้นไม่ให้บุคคลอื่นมองเห็นการนวดได้ แต่การที่ห้องแคบทำให้มารดา รู้สึกไม่เป็นส่วนตัวจากเสียงการสนทนา หรือเสียงที่เกิดจากการทำงานของพยาบาลและผู้รับบริการรายอื่น การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยออกแบบการวิจัยตามหลักการทำให้ความแปรปรวนของตัวแปรตามมีค่าสูงสุด ความแปรปรวนอันเนื่องมาจากความคลาดเคลื่อนมีค่าต่ำสุด และควบคุมอิทธิพลของตัวแปรที่ไม่เกี่ยวข้องให้มีค่าน้อยที่สุด (The max min con principle) แต่ยังมีข้อจำกัด คือ การเลือกกลุ่มตัวอย่างที่จะต้องให้แตกต่างกันน้อยที่สุดนั้น ผู้วิจัยไม่ได้ทดสอบนัยสำคัญ เป็นเพียงการนำเสนอเทียบเคียงข้อมูลส่วนบุคคลระหว่างกลุ่มเท่านั้น นอกจากนี้ยังมีความเสี่ยงต่อการเกิดความลำเอียงในการเก็บข้อมูลเนื่องจากหัวหน้าโครงการวิจัย

เป็นผู้ควบคุม บิบน่านม และเก็บข้อมูลเอง จึงทำให้ทราบตลอดเวลาว่ามารดา รายใดเป็นกลุ่มทดลองหรือกลุ่มเปรียบเทียบ คณะผู้วิจัยตระหนักในประเด็นนี้ จึงได้ลดความเสี่ยงดังกล่าวด้วยการพัฒนาเครื่องมือให้มีความน่าเชื่อถือ ใช้อุปกรณ์ในการวัดขนาดก้อนในเต้านมแทนการกะประมาณ และใช้ข้อมูลจากการสอบถาม ร่วมกับการตรวจร่างกายในการประเมินความเจ็บปวด เป็นต้น และเนื่องจากผู้ควบคุมมีเพียง 1 คน สามารถวัดได้ที่ละคน และใช้เวลานานประมาณ 45-90 นาที ในกระบวนการเก็บข้อมูลทั้งหมด ทำให้เหนื่อยล้าได้ ผู้ควบคุมจึงตรวจสอบความพร้อมด้านร่างกายและจิตใจก่อนการคัดกรองอาสาสมัครรายใหม่เสมอ การวัดทำด้วยความระมัดระวังในการลงน้ำหนักมือตลอดเวลา และสอบถามระดับความเจ็บปวดหรือความไม่สุขสบายอื่น ๆ ที่ได้รับการควบคุมบ่อย ๆ

สรุปผลการวิจัย

การควบคุมแบบ SBM ช่วยลดระดับการอุดตันของท่อน้ำนม ช่วยให้ท่อน้ำนมไหลมากขึ้น ลดอาการปวด และเพิ่มความพึงพอใจในการบริการ อย่างไรก็ตามการควบคุมเต้านมเป็นการแก้ไขปัญหาเพียงชั่วคราว ใช้ระยะเวลาให้บริการต่อรายค่อนข้างนาน และพยาบาล 1 คน สามารถให้บริการได้ครั้งละ 1 คนเท่านั้น

ข้อเสนอแนะ

1. นำการควบคุมแบบ SBM มาให้บริการมารดาในระยะให้นมบุตรที่มีปัญหาท่อน้ำนมอุดตันอย่างต่อเนื่อง
2. เผยแพร่วิธีการควบคุมโดยการจัด โปรแกรมการอบรมเชิงปฏิบัติการให้กับพยาบาลและญาติที่ดูแลมารดาในระยะให้นมบุตร เพื่อให้ผู้เข้าอบรมสามารถวินิจฉัยภาวะท่อน้ำนมอุดตันได้ วัดได้ถูกวิธีและลงน้ำหนักมือได้อย่างเหมาะสม
3. พัฒนาหุ่นเต้านมสำหรับฝึกการควบคุมแบบ SBM เพื่อให้สามารถฝึกให้กับพยาบาล นักศึกษาพยาบาลและญาติที่ดูแลมารดาในระยะให้นมบุตรได้จำนวนมากขึ้นโดยไม่กระทบต่อผู้รับบริการ
4. พัฒนาโปรแกรมและแนวปฏิบัติการดูแลมารดาหลังคลอดที่มีปัญหาท่อน้ำนมอุดตัน โดยประสานความรู้ที่เป็นภูมิปัญญาท้องถิ่น สอดคล้องกับวิถีการดำรงชีวิตของมารดาและครอบครัวในช่วงที่เลี้ยงลูกด้วยนมแม่ เพื่อให้มารดาสามารถแก้ปัญหาได้เอง และลดการกลับมาโรงพยาบาลซ้ำ

เอกสารอ้างอิง

- กนกพร เอื้ออารีย์กุล, พรรณรัตน์ แสงเพิ่ม, สุดาภรณ์ พยัคฆเรือง. (2561). ผลของโปรแกรมกระตุ้นน้ำนมต่อปริมาณน้ำนมและระยะเวลาที่มารดาน้ำนมเพียงพอสำหรับทารก ในมารดาทารกเกิดก่อนกำหนดที่ผ่าตัดคลอด. *วารสารพยาบาลศาสตร์*, 36, 71-82.
- กุสุมาลี โพธิ์ปัสสา, วิยะดา ทิพม่อม, และกิตติยาพร สังฆศรีสมบัติ. (2565). ปัจจัยที่มีผลต่อการเลี้ยงลูกด้วยนมมารดาอย่างเดียว 6 เดือนในทารกแรกเกิด: การทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ. *วารสารโรงพยาบาลสกลนคร*, 25(3), 154-167.
- กฤษณา ปิงวงศ์, และกรรณิการ์ กันธะรักษา. (2560). การนวดเต้านมเพื่อส่งเสริมการสร้างและหลั่งน้ำนม. *พยาบาลสาร*, 44(4), 169-176.
- กฤษณา ปิงวงศ์, กรรณิการ์ กันธะรักษา, และนงลักษณ์ เจลิมสุข. (2563). ประสิทธิภาพของการนวดเต้านมต่อการกระตุ้นเต้านมในมารดาที่ให้นมบุตร: การทบทวนอย่างเป็นระบบ. *พยาบาลสาร*, 47(2), 43-55.
- บุญใจ ศรีสถิตนรากร. (2550). *ระเบียบวิธีการวิจัยทางพยาบาลศาสตร์* พิมพ์ครั้งที่ 4. คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- พฤษัท จันทรประภาพ. (2560). การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่. ใน ประภัทร วณิชพงษ์พันธ์ กุศล รัศมีเจริญ, และตรีภพ เลิศบรรณพงษ์, บรรณาธิการ. *ตำราสูติศาสตร์*. กรุงเทพฯ: พี เอ ลีฟวิ่ง จำกัด; 2560. หน้า 427-40.
- มารียามะแซ, ศศิกันต์ กาละ, และ วราภรณ์ ชัชเวช. (2562). ผลของโปรแกรมการนวดเต้านมด้วยตนเองต่อการไหลของน้ำนมในมารดาครรภ์แรก. *วารสารมหาวิทยาลัยนราธิวาสราชนครินทร์*, 11(3), 1-14.
- ระวีวัฒน์ นุমানิต, สุภาพร กาญจโน, และกิตติยา กมลตรี. (2561). ผลของโปรแกรมการกระตุ้นการหลั่งน้ำนมต่อระยะเวลาการเริ่มไหลของน้ำนมและระยะเวลาการมาของน้ำนมเต็มเต้าในมารดาหลังผ่าตัดคลอดบุตรทางหน้าท้อง. รายงานวิจัยไม่ได้ตีพิมพ์.
- ศศิธรา น่วมภา, พรนภา ตั้งสุขสันต์, วาสนา จิติมา, และกันยรัชต์ เกยเจริญ. (2563). การนวดเต้านมเพื่อส่งเสริมและแก้ไขปัญหาการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่: การปฏิบัติพยาบาลตามหลักฐานเชิงประจักษ์. *วารสารพยาบาลศาสตร์*, 38(3): 4-21.
- ศิริรัตน์ เกียรติภูลานุสรณ์. (2561). การจัดการทางกายภาพบำบัดในผู้ป่วยท่อน้ำนมอุดตัน. *วารสารมหาวิทยาลัยคริสเตียน*, 24, 320-334.
- สำนักงานสถิติแห่งชาติ ประเทศไทย. (2563). *โครงการสำรวจสถานการณ์เด็กและสตรีในประเทศไทย พ.ศ. 2562*, รายงานผลฉบับ สมบูรณ์. กรุงเทพมหานคร, ประเทศไทย.
- อังสนา ศิริวัฒน์เมฆานนท์, ปาลิตา โพธิ์ตา, โสภา บุตรดา, อรดี โชคสวัสดิ์, และปรางทิพย์ทาเสนาะ เอลเทออร์. (2565). การนวดเต้านมเพื่อแก้ไขภาวะท่อน้ำนมอุดตัน. *วารสารวิทยาศาสตร์สุขภาพ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สรรพสิทธิ์ประสงค์*, 6(2), 118-132.

- Munsittikul, N., Tantaobharse, S., Siripattanapipong, P., Wutthigate, P., Ngercham, S., & Yangthara, B. (2022). Integrated breast massage versus traditional breast massage for treatment of plugged milk duct in lactating women: a randomized controlled trial. *International breastfeeding journal*, 17(1), 43. <https://doi.org/10.1186/s13006-022-00485-6>
- Sokan-Adeaga, M. A., Sokan-Adeaga, A. A., and Sokan-Adeaga, E. D. (2019). A systematic review on exclusive breastfeeding practice in Sub-Saharan Africa: facilitators and barriers. *Acta Scientific Medical Sciences*, 3, 53-56.
- United Nations Children’s Fund, Division of Data, Analysis, Planning and Monitoring. (2021). [cited 2022 Jun2]. *Global UNICEF Global Databases: Infant and Young Child Feeding: Exclusive breastfeeding*, New York.
- Witt, A. M., Bolman, M., Kredit, S., & Vanic, A. (2016). Therapeutic Breast Massage in Lactation for the Management of Engorgement, Plugged Ducts, and Mastitis. *Journal of Human Lactation: Official Journal of International Lactation Consultant Association*, 32(1), 123–131. <https://doi.org/10.1177/0890334415619439>
- Zhao, C., Tang, R., Wang, J., Guan, X., Zheng, J., Hu, J., Hu, G., & Song, C. (2014). Six-Step Recanalization Manual Therapy: A Novel Method for Treating Plugged Ducts in Lactating Women. *Journal of Human Lactation: Official Journal of International Lactation Consultant Association*, 30(3), 324–330. <https://doi.org/10.1177/0890334414532314>

การดูแลมารดาที่มีภาวะท่อน้ำนมอุดตัน

ปรางทิพย์ ทาเสนาะ เอลเทอร์ Ph.D¹

อังสนา ศิริวัฒนเมฆานนท์ พย.ม.²

อังสนา วิศรุตเกษมพงศ์, พย.ม.^{3*}

ชนตพร อ่อนชื่นชม, พย.ม.¹

ขวัญฤทัย ยิ้มเกิด, ศษ. ม.¹

ลินดา ช่มจิตรี, พย. บ.²

อัญชลี วิจิตรสาร, พย. ม.⁴

(วันที่ส่งบทความ: 31 พฤษภาคม 2566; วันที่แก้ไข: 28 สิงหาคม 2566; วันที่ตอบรับ: 29 สิงหาคม 2566)

บทคัดย่อ

การอุดตันการไหลของน้ำนมเป็นระยะเวลานานอาจส่งผลให้เกิดภาวะท่อน้ำนมอุดตัน ซึ่งทำให้มารดามีเจ็บปวดเต้านมและไม่สบาย การดูแลภาวะท่อน้ำนมอุดตันที่ไม่เหมาะสมอาจทำให้ลูกกลามเป็นปัญหาเต้านมที่รุนแรง เช่น เต้านมเป็นฝีหรืออักเสบจนต้องยุติการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ การดูแลรักษามีเป้าหมายหลักคือการระบายน้ำนม โดยอาจใช้วิธีการประคบร้อนหรือเย็น การนวดเต้านม การรักษาด้วยคลื่นเหนือเสียง และการใช้ผลิตภัณฑ์เสริมอาหารเลซิดิน ส่วนการพยาบาลมารดาที่มีปัญหาท่อน้ำนมอุดตันจะเน้นการดูแลเต้านมก่อนหรือขณะให้นมบุตร การเปลี่ยนพฤติกรรมกาให้นมบุตรของมารดาและการนวดเต้านม บทความนี้มีจุดประสงค์เพื่อนำเสนอข้อมูลทั่วไปของภาวะท่อน้ำนมอุดตัน การรักษา การประเมินผล และการพยาบาล เพื่อการดูแลมารดาที่มีภาวะท่อน้ำนมอุดตันอย่างมีประสิทธิภาพ

คำสำคัญ: ภาวะท่อน้ำนมอุดตัน, การเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดา, มารดาในระยะให้นมบุตร

¹ อาจารย์, มหาวิทยาลัยราชธานี

² พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ, โรงพยาบาลบุรีรัมย์

³ อาจารย์, วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครราชสีมา, คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก, กระทรวงสาธารณสุข

⁴ อาจารย์, วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครราชสีมา สรรพสิทธิ์ประสงค์, คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก, กระทรวงสาธารณสุข

* ผู้ประพันธ์บรรณกิจ: อังสนา วิศรุตเกษมพงศ์, อีเมล: angšana@knc.ac.th

Care for Mothers with Blocked Mammary Ducts

*Prangthip Thasanoh Elter, Ph.D.*⁵

*Aungsana Siriwattanametanon M.N.S.*⁶

Angsana Visarutkasenphong, M.N.S.^{7*}

*Thanotphon Aon-chenchom, M. N. S.*¹

*Kwanreutai Yimkerd, M.A.*¹

*Linda Komjitr, B.S.N.*²

*Anchalee Thitasarn, M. N.S.*⁸

(Received: May 31st, 2023; Revised: August 28th, 2023; Accepted: August 29th, 2023)

Abstract

An obstruction of milk flow for very long time may result in blocked mammary ducts which causes pain and discomfort in mothers. Improper care for blocked mammary ducts may cause progression of the problems into more severe conditions, such as a breast abscess or mastitis, which will necessitate the termination of breastfeeding. The primary goal of treatments for this condition is to drain the milk from the breast using hot or cold compresses, breast massage, ultrasound therapy, or prescribing supplemental Lecithin. Nursing care for mothers with blocked mammary ducts focuses on breast care before and during breastfeeding, changes in breastfeeding behavior, and breast massage. This article aims to present general information about blocked mammary ducts, their evaluation and treatment, and nursing care, to facilitate effective care for mothers with this issue.

Keywords: blocked mammary ducts, breastfeeding, lactating mother

¹ Lecturer, Ratchathani University

² Registered Nurse, Buriram hospital

³ Lecturer, Boromarajonani College of Nursing, Nakhon Ratchasima, Faculty of Nursing, Praboromarajchanok Institute, Ministry of Public Health

⁴ Lecturer, Boromarajonani College of Nursing, Nakhon Sanpasithiprasong, Faculty of Nursing, Praboromarajchanok Institute, Ministry of Public Health

*Corresponding author: AngsanaVisarutkasenphong, E-mail: angsana@knc.ac.th

บทนำ

ท่อน้ำนมอุดตัน (Blocked, plugged, หรือ clogged mammary ducts) เกิดจากการที่ท่อน้ำนมถูกปิดกั้นจนน้ำนมระบายออกจากเต้านมไม่สะดวกจึงค้างอยู่ในเต้านม กลายเป็นแหล่งเจริญเติบโตของแบคทีเรีย (ศิริรัตน์ เกียรติภูณานุสรณ์, 2561) หากไม่ได้รับการแก้ไขอย่างเหมาะสมจะพัฒนาไปเป็นภาวะเต้านมอักเสบ ติดเชื้อ หรือเป็นหนองได้ในที่สุด อาการที่พบบ่อยได้แก่ เจ็บเต้านมและผิวหนังบริเวณนั้น ซึ่งความเจ็บปวด ไม่สบายใจ จากสาเหตุต่าง ๆ รวมทั้งจากภาวะท่อน้ำนมอุดตันนี้อาจส่งผลให้มารดายุติการเลี้ยงบุตรด้วยนมแม่ (Ayodeji et. al., 2019) สาเหตุดังกล่าวจึงเป็นอุปสรรคหนึ่งต่อความสำเร็จการเลี้ยงบุตรด้วยนมแม่จนครบ 6 เดือน ตามเป้าหมายขององค์การอนามัยโลก (พหุศาสตร์ จันทรทรัพย์ประภาพร, 2560) ในปี พ.ศ. 2562 พบว่า อัตราการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่าง เดียวนาน 6 เดือน ของประเทศไทยมีเพียงร้อยละ 14 ซึ่งยังต่ำกว่าอัตราเฉลี่ยทั่วโลกถึง 3 เท่า (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2563) นอกจากนี้ประเทศไทยยังเป็นประเทศที่มีอัตราการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวนาน 6 เดือน ต่ำที่สุดของประเทศในกลุ่มอาเซียนอีกด้วย การส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างจริงจังโดยการช่วยเหลือ ค้นหาและแก้ไขปัญหาของมารดาในระหว่างการให้นมบุตรใน 6 เดือนแรก จึงเป็นความท้าทายของบุคลากรด้านสุขภาพ บทความนี้เรียบเรียงจากการทบทวนวรรณกรรม และประสบการณ์ของผู้แต่งในการปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยหลังคลอด และคลินิกนมแม่ โดยมีจุดประสงค์เพื่อเป็นแนวทางสำหรับพยาบาลและเจ้าหน้าที่ด้านสุขภาพในการดูแลมารดาที่มีปัญหาท่อน้ำนมอุดตัน

กายวิภาคของเต้านมและกลไกการสร้างและการไหลของน้ำนม

เต้านม (Corpus Mammae) ประกอบด้วยเนื้อเยื่อไขมัน และท่อน้ำนม (Duct) ซึ่งจะแตกแขนงเป็นฝอย ส่วนปลายพองเป็นกระเปาะต่อมน้ำนม (Alveolar) น้ำนมที่สร้างภายในเซลล์ต่อมน้ำนม (Alveolar cells) จะรวมอยู่ภายในกระเปาะต่อมน้ำนม (Alveolus) เมื่อเซลล์กล้ามเนื้อเล็ก (Myoepithelial cells) หดตัวจะบีบไล่น้ำนมให้ไหลไปตามท่อ (Ductile) และไปรวมกันที่ท่อน้ำนม (Lactiferous duct) ซึ่งจะไปเปิดที่หัวนม (Nipple) มีความยาวประมาณ 1 เซนติเมตร เส้นผ่าศูนย์กลางประมาณ 16 มิลลิเมตร ลักษณะนุ่มและลื่นไปตามรูปปากของทารกภายในหัวนมจะมีท่อน้ำนมประมาณ 15 - 20 ท่อ ส่วนลานนม (Areola) มีเส้นผ่าศูนย์กลางประมาณ 1.5 - 2.5 เซนติเมตร ในชั้นผิวหนังของหัวนมและลานหัวนมจะมีกล้ามเนื้อเรียบ เรียงประสานกันตามแนวรัศมีออกไปจากหัวนม และเป็นวงกลมล้อมรอบท่อน้ำนม เมื่อกระตุ้นหัวนมและลานหัวนมกล้ามเนื้อเหล่านี้จะหดตัวทำให้หัวนมหดเล็กลง หลังทารกคลอดจะเกิดการกระตุ้นกลุ่มเนื้อเยื่อที่ทำหน้าที่ในการสร้างน้ำนม (Alveoli) ให้สร้างและหลั่งน้ำนม (Lawrence & Lawrence, 2022) เนื่องจากมีการเปลี่ยนแปลงของฮอร์โมน คือ ฮอร์โมนเอสโตรเจนและโปรเจสเตอโรนลดต่ำลง ในขณะที่ฮอร์โมนโพรแลคตินและออกซิโทซินเพิ่มสูง

มารดาทุกคนสามารถประสบความสำเร็จในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ได้ โดยไม่ได้ขึ้นอยู่กับขนาดและรูปร่างของเต้านมและหัวนม (U.S. Department of Agriculture, WIC breast feeding support, 2023)

เพราะในการดูดนมที่ถูกต้องนั้นทารกต้องอม (Latch on) ทั้งหัวนมและลานนม ส่วนมารดาที่หัวนมสั้นหรือบวมอาจจะให้นมบุตรลำบากกว่ามารดาที่มีหัวนมปกติในช่วงแรก แต่เมื่อได้รับการดูแลช่วยเหลือที่ถูกต้องมารดาที่มีปัญหาของหัวนมเหล่านี้จะสามารถประสบผลสำเร็จในการเลี้ยงลูกด้วยแม่ได้เช่นกัน จากการทบทวนวรรณกรรมและประสบการณ์ของผู้แต่งในการดูแลมารดาในระยะให้นมบุตรที่มีท่อน้ำนมอุดตันพบว่าปัญหาที่หัวนม เช่น มารดาเจ็บหัวนม หรือหัวนมบวม เป็นจุดเริ่มต้นของท่อน้ำนมอุดตันก็จริง แต่สาเหตุของปัญหาที่สำคัญที่สุด คือ การมีพฤติกรรมที่ส่งเสริมให้ท่อน้ำนมอุดตัน การให้นมบุตรโดยไม่ถูกวิธี รวมถึงการใช้เครื่องปั๊มนมโดยไม่ดูแลหัวนมอย่างถูกต้อง โดยลักษณะของเต้านมหรือหัวนมไม่มีผลต่อการเกิดท่อน้ำนมอุดตันโดยตรง

ภาวะท่อน้ำนมอุดตัน

ภาวะท่อน้ำนมอุดตันเป็นปัญหาที่พบได้บ่อยในมารดาในระยะให้นมบุตร ปัจจุบันยังไม่มีรายงานสถิติการเกิดท่อน้ำนมอุดตันของประเทศไทย แต่จากข้อมูลของโรงพยาบาลศิริราชที่รวบรวมในปี พ.ศ. 2559 พบว่ามารดาในระยะให้นมบุตรที่มารับบริการด้วยปัญหาของเต้านมมีภาวะท่อน้ำนมอุดตันมากถึง ร้อยละ 45.9 (Munsittikul et al., 2022) และเป็นปัญหาที่พบบ่อย 5 อันดับแรกของมารดาในกลุ่มนี้ ส่วนการศึกษาในต่างประเทศ Witt et al. (2016) พบอุบัติการณ์มากกว่าโรงพยาบาลศิริราช โดยพบร้อยละ 67

สาเหตุ

สาเหตุเบื้องต้นของท่อน้ำนมอุดตันมาจากทั้งด้านมารดาและทารก สาเหตุด้านมารดา ได้แก่ มารดามีปัญหาที่หัวนม เช่น เจ็บหัวนม หัวนมบวม หรือมีพฤติกรรมที่ส่งเสริมให้ท่อน้ำนมอุดตัน เช่น สวมเสื้อผ้าที่รัดแน่นเกินไป เป็นต้น (ศิริรัตน์ เกียรติภูณานุสรณ์, 2563) รวมทั้งมีพฤติกรรมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ที่ไม่เหมาะสม เช่น ปล่อยให้ลูกดูดนมไม่ถูกวิธี ทารกอมไม่ลึกถึงลานนม คุณแม่ไม่เกลียดเต้า คุณเพียงเบา ๆ คุณไม่บ่อยพอ มารดาให้นมบุตรในท่าที่ไม่ถูกต้อง หยดให้นมแบบทันทีทันใด หรือ ไม่ได้บีบหน้านมด้วยมือภายหลังปั๊มนมเรียบร้อยแล้ว เป็นต้น ทำให้น้ำนมไม่ถูกระบายออกในขณะที่การสร้างยังคงดำเนินต่อไป ส่วนสาเหตุด้านทารก ได้แก่ ทารกดูดนมไม่มีประสิทธิภาพเนื่องจากมีภาวะลิ้นติด (Tongue tie) เป็นต้น

พยาธิสภาพ

พยาธิสภาพของภาวะท่อน้ำนมอุดตันมี 2 ลักษณะ คือ มีการสร้างน้ำนมแล้วการระบายออกไม่เพียงพอ และมีการปิดกั้นการระบายของน้ำนม (ศิริรัตน์ เกียรติภูณานุสรณ์, 2563) เมื่อเต้านมมีการสร้างน้ำนมแล้วการระบายออกไม่เพียงพอ เกิดการคั่งของน้ำนมทำให้กระเปาะของต่อมน้ำนมถูกยืดออก ท่อน้ำนมอุดตัน การระบายน้ำนมถูกปิดกั้นทำให้เต้านมบวม น้ำนมที่คั่งอยู่ในเต้านมเกิดเปลี่ยนแปลงระดับโมเลกุลจนหนาตัวและกลายเป็นก้อนไตแข็ง (Breast lump) ไปกดท่อน้ำนมข้างเคียงทำให้เกิดการอุดตัน ส่งผลให้มารดาเกิดความรู้สึกไม่สบายที่บริเวณเต้านม เต้านมคัดตึงขยายวงกว้างมากขึ้นอย่างรวดเร็ว พยาธิสภาพอีกประการ คือ เมื่อการระบายของน้ำนมถูกปิดกั้น ทำให้เซลล์ที่ทำหน้าที่ในการหลั่งน้ำนมจะถูกกดจนแบน ฉีกขาด และสูญเสียประสิทธิภาพ น้ำนมจึงถูกดูดซึมกลับ ส่งผลให้ต่อมน้ำนมสูญเสียโครงสร้างและไม่สามารถผลิตน้ำนมได้อีก

อาการและอาการแสดง

ในระยะแรกมารดาจะให้ประวัติว่าการไหลของน้ำนมผิดปกติไปจากเดิม เช่น น้ำนมไม่ไหล ไหลน้อยลง น้ำนมที่ไหลพุ่งออกจากท่อน้ำมนั้นมีขนาดเล็กกลง หรือบางท่อน้ำนมออกมาต่อมารู้สึกไม่สบาย ปวดเต้านม มีไข้ หนาวสั่น อ่อนเพลีย คลำเต้านมได้เป็นก้อนแข็ง เจ็บเต้านมข้างที่เป็นไตแข็ง เมื่อบีบน้ำนมจะพบว่าสีของน้ำนมไม่สม่ำเสมอและมารดาจะมีอาการเจ็บแสบเหมือนไฟช็อตไปตามเส้นของท่อน้ำนมในเต้านม มารดาที่เจ็บปวดมากจะไม่อยากสัมผัสเต้านม ไม่อยากให้นบุตรดูดนม หรือทนกับอาการเจ็บปวดมากจนทำให้มีอาการมากขึ้น และกลายเป็นเต้านมอักเสบ (Mastitis) ท่อน้ำนมที่อุดตันถ้าไม่ได้รับการแก้ไขจะกลายเป็นกาแลคโตซีล (Galactocele) ซึ่งทำให้เต้านมขยายใหญ่ คลำได้เป็นก้อน และมีอาการปวดเมื่อบีบเต้านม และน้ำนมจะมีลักษณะเป็นครีมข้นสีขาวนวล

ผลตรวจเต้านมด้วยการดู (Inspection) อาจพบว่าลักษณะภายนอกของเต้านมโดยทั่วไปเหมือนเต้านมปกติ บางครั้งจะพบท่อน้ำนมขุ่นขึ้นมาตามเส้นแนวใต้ผิวหนัง ดังภาพที่ 1 ผิวหนังบริเวณนั้นมีอาการแดง เมื่อตรวจโดยการคลำ (Palpation) จะพบเต้านมมีก้อนเป็นไตแข็ง อาจพบจุดสีขาวที่ปลายของหัวนม (พลุห์ส จันทรประภาพร, 2560) ดังภาพที่ 2 ซึ่งเกิดจากการเจริญเติบโตของเยื่อบุผิว (Epithelium) หรือการสะสมอัดแน่นของน้ำนมหรือไขมัน จุดสีขาวนี้มีความสัมพันธ์กับภาวะท่อน้ำนมอุดตัน และจะมีอาการเจ็บปวดอย่างมากเมื่อลูกดูดนม (ศิริรัตน์ เกียรติกุลานุสรณ์, 2563) อาการของภาวะท่อน้ำนมอุดตันดังกล่าวอาจพบทีละข้าง หรือเกิดขึ้นสองข้างพร้อมกัน หากมารดาให้บุตรดูดนมอย่างมีประสิทธิภาพ อาการเหล่านี้จะหายไปเอง



ภาพที่ 1 เส้นเลือดคูนขึ้นใต้ผิวหนัง
ถ่ายภาพโดย อังสนา ศิริวัฒน์เมฆานนท์



ภาพที่ 2 จุดสีขาวบริเวณรูออกของน้ำนม
ถ่ายภาพโดย อังสนา ศิริวัฒน์เมฆานนท์

การวินิจฉัย

ท่อน้ำนมอุดตันสามารถวินิจฉัยได้ด้วยการซักประวัติและการตรวจร่างกายด้วยการดูและการคลำ โดยควรซักประวัติมารดาเกี่ยวกับสาเหตุ ปัจจัยเสี่ยง ประวัติการมีตะกอนขนาดเล็กหลุดออกมาในน้ำนม และระยะเวลาที่เกิดอาการ ตลอดจนประวัติการเกิดโรคมะเร็งในครอบครัวหรือโรคทางพันธุกรรมอื่น ๆ การตรวจร่างกายด้วยการดู ทำให้ได้โดยการสังเกตอาการปรากฏที่เต้านมหรือหัวนม เช่น ผิวหนังของเต้านมมีอาการแดง หรือสังเกตพฤติกรรมของมารดาขณะให้นมบุตรเพื่อประเมินเทคนิคการนำทารกเข้าเต้า และการคลำ เช่น การสัมผัสบริเวณเต้านม ซึ่งจะพบว่าเต้านมอุ่นหรือร้อน ผิวไม่เรียบ มีความรู้สึกสัมผัสได้ก่อนแข็ง เป็นต้น

การรักษา

การรักษาภาวะท่อน้ำนมอุดตันที่ดีที่สุด คือการป้องกัน และการป้องกันที่ดีที่สุด คือ การแนะนำให้มารดาดูแลตนเอง โดยมีหลักการสำคัญ คือ การทำให้นมเกลี้ยงเต้า การใช้ความร้อน การนวด และการพัก (ศิริรัตน์ เกียรติภูณานุสรณ์, 2563) วิธีการนวดเพื่อป้องกันควรเป็นวิธีการที่มารดาสามารถทำได้ด้วยตนเอง มีความสะดวกและทำได้ตลอดเวลา กรณีที่มารดาแก้ไขปัญหาด้วยตนเองแล้ว หรือได้รับการนวดโดยผู้เชี่ยวชาญแล้วแต่ไม่ได้ผล แพทย์เทคนิคการแพทย์หรือพยาบาล อาจจะให้การรักษาด้วยวิธีการต่าง ๆ แบบผสมผสานตามขอบเขตวิชาชีพของตน เช่น การประคบร้อนหรือเย็น การรักษาด้วยคลื่นเหนือเสียง (Ultrasound therapy) การรักษาด้วยยาที่ช่วยละลายไขมัน เช่น เลซิธิน (Lecithin) และ การรักษาแบบ (Comprehensive treatment [CT]) หรือแบบกายภาพบำบัด(Physical therapy [PT]) เป็นต้น การประคบร้อนหรือเย็นอยู่ในขอบเขตของวิชาชีพพยาบาล จึงจะได้อีกว่าเพิ่มเติมในหัวข้อการพยาบาลมารดาที่มีภาวะท่อน้ำนมอุดตัน ส่วนการรักษาด้วยคลื่นเหนือเสียง การรักษาด้วยเลซิธิน และการรักษาแบบผสมผสานมีสาระพอสังเขปดังนี้

การรักษาด้วยคลื่นเหนือเสียง ทำได้โดยใช้ความแรง 2 วัตต์/ตร. ซม. ต่อเนื่องกันนาน 5 นาที/ครั้ง/วัน ทั้งนี้หากมีผลข้างเคียง เช่น อาการเจ็บหรือรู้สึกร้อนมากให้หยุดทันที ประสิทธิภาพของการรักษาด้วยวิธีนี้ขึ้นอยู่กับเทคนิคการทำและวิธีการดูแล และยังไม่ทราบแน่ชัดเกี่ยวกับกลไกการรักษาของคลื่นเหนือเสียง แต่มีการศึกษาถึงผลของการใช้คลื่นเหนือเสียงช่วยลดอาการปวดในมารดาที่มีเต้านมคัดตึงจากภาวะท่อน้ำนมอุดตัน พบว่ามีส่วนช่วยให้มารดาไม่ทุกข์ทรมานจากอาการปวดคัดตึงเต้านม และเกิดความมั่นใจในการให้นมบุตร (Ho, Wong, Lai, Yip, Lueung, & Lee, 2023) นอกจากนี้คลื่นเหนือเสียงยังมีส่วนช่วยในการรักษามารดาที่มีเต้านมอักเสบ ด้วยการใช้น้ำทางเข็มที่เจาะระบายหนองออกจากเต้านมแทนการผ่าตัดเพื่อระบายหนอง ซึ่งเป็นวิธีที่แผลมีขนาดเล็กกว่าและเจ็บปวดน้อยกว่าวิธีผ่าตัด (Sarki et al., 2022) การรักษาวิธีนี้จึงอาจเป็นทางเลือกหนึ่งของมารดาในระยะให้นมบุตรที่มีภาวะท่อน้ำนมอุดตัน

การรักษาด้วยเลซิธิน เลซิธินประกอบไปด้วยสารต่าง ๆ เช่น โคลีน (Choline) กรดไขมัน (Fatty acids) กลีเซอรอล (Glycerol) ไตรกลีเซอไรด์ (Triglycerides) กรดฟอสฟอริก และ ฟอสโฟลิพิด (Phospholipids) เช่น ฟอสฟาติดีลโคลีน (Phosphatidylcholine) ซึ่งจัดอยู่ในกลุ่มผลิตภัณฑ์เสริมอาหาร

ชนิดรับประทานทั้งในรูปแบบน้ำและแคปซูล โดยแพทย์จะสั่งให้รับประทาน 1 ซ้อนโต๊ะ/มื้อ วันละ 3-4 มื้อ หรือรับประทาน 2 แคปซูล (1,200 mg.) 2-3 ครั้งต่อวัน เลซิตินมีคุณสมบัติเป็นอิมัลซิไฟเออร์ (Emulsifier) ที่ช่วยละลายไขมัน ช่วยให้ไขมันและน้ำมันละลายเข้ากันได้ จึงเชื่อว่าจะสามารถช่วยลดความหนืดของน้ำนม ลดการอุดตันของท่อน้ำนม และป้องกันท่อน้ำนมอุดตันได้ อย่างไรก็ตามในปัจจุบันยังไม่มีหลักฐานทางวิชาการเกี่ยวกับประสิทธิภาพของเลซิตินต่อการลดปัญหาท่อน้ำนมอุดตันในสตรีที่เลี้ยงลูกด้วยนมมารดา และผลกระทบของเลซิตินต่อสุขภาพของทารกยังไม่มีข้อมูลที่เพียงพอถึง ดังนั้นการใช้ผลิตภัณฑ์อาหารเสริมเลซิติน จึงควรใช้ด้วยความระมัดระวัง (Katie et. al., 2018) โดยการปฏิบัติตามแผนการรักษาอย่างเคร่งครัด และสังเกตความผิดปกติที่เกิดขึ้นระหว่างการรับประทานเลซิติน

การรักษาแบบผสมผสาน เป็นการรักษาที่ใช้หลายวิธีการร่วมกัน เช่น ตัวอย่างโปรแกรมการรักษาภาวะท่อน้ำนมอุดตัน ของ Cooper and Kowalsky (2015) ซึ่งประกอบด้วย 4 ขั้นตอน คือ 1) ขั้นตอนประคบร้อนด้วยแผ่นประคบร้อน (Hydro collator packs) ด้วยอุณหภูมิสูง 160 °F วางตรงตำแหน่งที่มีอาการนานประมาณ 10 นาที 2) ขั้นตอนอัลตราซาวด์เพื่อการรักษา โดยใช้ความถี่ 1-MHz 3) ขั้นตอนนวดโดยจัดทำนวดเป็นท่าตะแคงกึ่งหงาย แล้วนวดแบ่งเป็น 2 ขั้นตอนย่อย คือ 3.1) นวดโดยใช้มือทั้งสองข้างจับเต้านมข้างที่มีอาการ แล้วเริ่มนวดจากบริเวณใกล้หัวนม คลึงเบาๆ ขยับไปยังหัวนม และสลับขยับออกห่างหัวนม และ 3.2) นวดและบีบไล่น้ำนมออกจากก้อน และ 4) ขั้นให้ความรู้ แม้ว่าโปรแกรมจะพัฒนาโดยนักกายภาพบำบัด แต่อาจนำมาประยุกต์เป็นโปรแกรมสหวิชาชีพด้านสุขภาพ เช่น นักกายภาพบำบัด แพทย์ หรือพยาบาล เป็นต้น

การประเมินผลการรักษาภาวะท่อน้ำนมอุดตัน

การประเมินผลการรักษาภาวะท่อน้ำนมอุดตันทำได้โดยการพิจารณาจากระดับความรุนแรงของท่อน้ำนมอุดตัน ที่จัดระดับตามขนาดและจำนวนของก้อน (Witt et al., 2016) และการตอบสนองต่อการรักษาที่จัดระดับตามการไหลของน้ำนม อาการเจ็บ และขนาดของก้อน (Zhao et al., 2014) ดังมีรายละเอียดดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 แนวทางการประเมินผลการรักษาภาวะท่อน้ำนมอุดตัน

การประเมินระดับความรุนแรง		การประเมินการตอบสนองต่อการรักษา	
ของท่อน้ำนมอุดตันตาม			
ระดับ	การตรวจพบ	เกรด	การตรวจพบ
ระดับ 0	ไม่มีก้อน	เกรด 1 (แก้ไขปัญหาได้ อย่างสมบูรณ์)	ประเมินจากการที่น้ำนมกลับมาไหลตามปกติ ร่วมกับการตรวจพบว่าก้อนต่าง ๆ (หรืออาการ กััดตึงเต้านมเฉพาะที่) ที่เคยตรวจพบนั้นยุบ หายไปอย่างสมบูรณ์ และไม่มีอาการเจ็บเต้านม

การประเมินระดับความรุนแรง

การประเมินการตอบสนองต่อการรักษา

ของท่อน้ำนมอุดตัน

ระดับ 1	มีก้อน 1 ตำแหน่ง ขนาดเส้นผ่าศูนย์กลางน้อยกว่า 3 ซม.	เกรด 2 (อาการดีขึ้นมาก)	ประเมินจากการตรวจพบว่าน้ำนมกลับมาไหลตามปกติหรือเกือบปกติ ร่วมกับการตรวจพบว่าอาการเจ็บเต้านมลดลงอย่างมาก และขนาดของก้อน (หรือขนาดของพื้นที่ที่มีอาการคัดตึง) ก็ลดลงอย่างมากเช่นกัน
ระดับ 2	มีก้อน 1 ตำแหน่ง ขนาดเส้นผ่าศูนย์กลางน้อยกว่า 3 ซม. แต่ไม่ถึง 5 ซม.	เกรด 3 (อาการดีขึ้น)	ประเมินจากการตรวจพบว่าน้ำนมไหลออกเพิ่มขึ้น ร่วมกับการตรวจพบว่าขนาดของก้อน (หรือขนาดของพื้นที่ที่มีอาการคัดตึง) ลดลงเล็กน้อยหรือปานกลาง และยังคงมีอาการปวดเต้านม
ระดับ 3	มีก้อน 1 ตำแหน่ง ขนาดเส้นผ่าศูนย์กลางมากกว่า 5 ซม. และ	เกรด 4 (ไม่ตอบสนองต่อการรักษา)	ประเมินจากการตรวจพบว่าการไหลของน้ำนมไม่เปลี่ยนแปลง ร่วมกับการตรวจพบว่าก้อน (หรือขนาดของพื้นที่ที่มีอาการคัดตึง) ขนาดเท่าเดิม และยังคงมีอาการเจ็บเต้านม
ระดับ 4	มีก้อนมากกว่า 1 ก้อน (หรือมีตำแหน่งการอุดตันมากกว่า 1 พื้นที่)	-	-

การประเมินการตอบสนองต่อการรักษานี้ควรทำโดยผู้ดูแลในทันทีที่ที่นัดเสร็จ โดยให้ประเมินเต้านมทีละข้าง ถ้าผลการประเมินไม่เหมือนกัน ให้ใช้เต้าที่ได้ผลการประเมินที่มีประสิทธิภาพน้อยกว่า (อยู่ในเกรดสูงกว่า) เป็นตัวแทนของการประเมินโดยภาพรวมของมารดารายนั้น

การพยาบาลมารดาที่มีภาวะท่อน้ำนมอุดตัน

การพยาบาลมารดาที่มีภาวะท่อน้ำนมอุดตันที่จะกล่าวถึงต่อไปนี้เป็น การดูแลแบบประคับประคอง หรือการดูแลตามอาการ ภายหลังการให้การพยาบาลแล้ว การแก้ปัญหาจะไม่ได้ผลทันที โดยอาจต้องใช้เวลาประมาณ 24-48 ชั่วโมง อย่างไรก็ตามหากได้รับการดูแลแบบประคับประคองเกิน 48 ชั่วโมงแล้วอาการไม่ดีขึ้น ควรแนะนำให้มารดาเข้าโรงพยาบาลเพื่อรับการรักษาด้วยวิธีอื่น ๆ บทบาทที่สำคัญของพยาบาล ได้แก่ การสอนให้มารดาดูแลเต้านมก่อนหรือขณะให้นมบุตร การปรับพฤติกรรม การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ และการนวดเต้านม โดยมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

การดูแลเต้านม

พยาบาลควรสอนให้มารดามีดูแลเต้านมก่อนหรือขณะให้นมบุตรโดยก่อนให้นม ควรประคบเต้านมด้วยน้ำอุ่นจัด ประมาณ 3-5 นาที หรือใช้ฝักบัวที่ต่อกับเครื่องทำน้ำอุ่น โดยปรับระดับน้ำให้อุ่นจัดนิดที่เต้านม หรือแช่เต้านมในภาชนะขนาดเล็กที่พอเหมาะกับเต้านมมารดาแต่ละราย เพื่อกระตุ้นไหลเวียน

โลหิตขณะบุตรคุณนม ควรนวดเต้านมเบา ๆ จากโคนไปหาหัวนมเพื่อส่งเสริมการไหลของน้ำนม หากพบจุดสีขาวบริเวณหัวนม (White dot) ควรใช้ผ้าชุบน้ำอุ่นถูออกเบา ๆ หรือใช้ปลายเล็บกดหรือบีบออก หากพบว่าบริเวณปลายสุดของหัวนมมีอาการพอง (Milk blister) ควรใช้ปลายเข็มสะอาด (Sterile needle) สดักออก

การปรับพฤติกรรมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่

มารดาส่วนใหญ่ให้ความสำคัญกับการระบายน้ำนม แต่เมื่อสังเกตเห็นอาการที่แสดงถึงภาวะท่อน้ำนมเริ่มอุดตัน อาจไม่ได้เอาใจใส่ดูแล หรือแก้ปัญหาที่อย่างทันท่วงที มารดาจึงยังมีพฤติกรรมเดิม ๆ ที่ส่งเสริมให้เกิดภาวะท่อน้ำนมอุดตัน เช่น การสวมเสื้อชั้นในมีโครง การนอนให้นมในท่าเดิม ๆ ซ้ำ การใช้เครื่องปั๊มนมไม่มีคุณภาพ ขนาดของกรวยปั๊มไม่เหมาะสม หรือขณะปั๊มกดกรวยเข้าหาเต้านมจนท่อน้ำนมถูกกดโดยปากกรวย เป็นต้น นอกจากนี้มารดาอาจไม่ได้ให้ความสำคัญเมื่อเต้านมถูกกระทบกระเทือน เช่น ชนหรือกระแทกโดยทารก หรือขาดความระมัดระวังทำให้เกิดอุบัติเหตุจนเต้านมได้รับบาดเจ็บ ทำให้ปัญหาความรุนแรงขึ้นโดยไม่รู้ตัว พยาบาลจึงควรสอนสาธิตให้การตรวจเต้านมด้วยตนเอง การนำบุตรเข้าเต้าและคุณนมอย่างถูกวิธี และอธิบายวิธีการสังเกตการไหลของน้ำนมและอาการอื่น ๆ ที่แสดงว่าท่อน้ำนมเริ่มอุดตัน เมื่อมารดาเกิดภาวะท่อน้ำนมเริ่มอุดตันแล้วควรให้บุตรคุณนมข้างที่มีอาการบ่อยที่สุดเท่าที่จะทำได้ แม้ว่ามารดาจะรู้สึกเจ็บที่เต้านมหรือไม่สุขสบาย และควรอุ้มทารกคุณนมโดยให้คางของทารกอยู่ในตำแหน่งที่มีอาการปวด และควรสลับทำอุ้มในแต่ละมือ เพื่อให้การระบายน้ำนมดียิ่งขึ้น

การนวดเต้านม

นวดเต้านมมีวัตถุประสงค์เพื่อช่วยระบายน้ำนมที่คั่งค้างภายในท่อน้ำนม ส่งเสริมการทำงานอย่างต่อเนื่อง ลดความตึงเครียด และทำให้ร่างกายผ่อนคลาย การนวดเต้านมเพื่อลดอาการท่อน้ำนมอุดตันที่ได้จากการทบทวนวรรณกรรมโดย ศศิธราน น่วมภาและคณะ (2563) พบว่ามี 3 รูปแบบ คือ 1) การนวดเพื่อการบำบัด (Therapeutic breast massage in lactation [TBML]) 2) การนวดเพื่อการรักษาแบบ 6 ขั้นตอน (Six-step recanalization manual therapy [SSRMT]) และ 3) การนวดแบบผสมผสานหรือแบบกายภาพบำบัด (Comprehensive treatment [CT] หรือ Physical therapy [PT]) เนื่องจากการนวดวิธีที่ 3 คือ การนวดแบบผสมผสานหรือแบบกายภาพบำบัดได้กล่าวไว้แล้วในหัวข้อการรักษา ในหัวข้อนี้จึงขอเสนอรูปแบบการนวดวิธีที่ 1 และ 2 ดังสาระพอสังเขปดังนี้

การนวดเพื่อการบำบัด เป็นการนวดที่ช่วยเพิ่มการไหลเวียนของระบบเลือดและน้ำเหลือง ซึ่งจะส่งผลต่อการลดอาการบวมของเนื้อเยื่อบริเวณเต้านม ประกอบด้วยการนวดเต้านมและการบีบน้ำนม เทคนิคการนวดจะใช้การคลึงเต้านมด้วยมือทั้งสองข้าง หรือนวดด้วยหลังกำปั้นเป็นจังหวะอย่างเบาเมื่อส่วนเทคนิคการบีบน้ำนม มี 2 วิธี คือ การบีบน้ำนมแบบพื้นฐาน และ การบีบน้ำนมร่วมกับการนวดเต้านม (ศศิธราน น่วมภาและคณะ, 2563) Witt et al. (2016) ได้ทดลองใช้การนวดเพื่อการบำบัดในมารดาที่เต้านมคัดตึงหรืออักเสบร่วมกับการฝึกมารดาให้นวดเต้านมด้วยตนเอง และให้ความรู้เกี่ยวกับการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดา เช่น การอุ้มบุตรคุณนม การประเมินปริมาณน้ำนม และการเกิดเต้านมคัดตึง เป็นต้น ผลการศึกษาพบว่ามารดารับรู้ว่าการเจ็บปวดที่เต้านมและหัวนมลดลง

การนวดเพื่อการรักษาแบบ 6 ขั้นตอน พัฒนาโดย Zhao et al. (2014) มี 6 ขั้นตอน คือ 1) ขั้นตอนเตรียมความพร้อม 2) ขั้นตอนล้างทางออกของน้ำนม 3) ขั้นตอนจัดการกับหัวนม 4) ขั้นตอนกดและเหยียดลานนม 5) ขั้นตอนกดและนวดเต้านม และ 6) ขั้นตอนตรวจสอบปริมาณน้ำนมที่เหลือค้าง ทั้งนี้ Zhao et al. ได้ศึกษาประสิทธิภาพของการนวดนี้ในการรักษาภาวะท่อน้ำนมอุดตันในมารดาในระยะให้นมบุตร จำนวน 3,491 คน พบว่า หลังจากรักษาแล้ว 1 ครั้ง มารดาส่วนมาก (ร้อยละ 91.2) มีการตอบสนองต่อการรักษาอยู่ในระดับ 1 คือ มีการแก้ไขได้อย่างสมบูรณ์

การนวดที่ไม่ถูกต้องนอกจากจะไม่สามารถแก้ปัญหาท่อน้ำนมอุดตันได้แล้ว อาจเกิดปัญหาอื่น ๆ ตามมาได้อีก ก่อนการนวดเต้านม ผู้นวดจึงควรวินิจฉัยอาการ และวินิจฉัยแยกภาวะท่อน้ำนมอุดตันออกจากความผิดปกติของเต้านมชนิดอื่น ๆ เช่น เนื้องอกเต้านม มะเร็งเต้านม หรืออาการเลือดคั่ง อย่างถูกต้อง ห้ามนวดเต้านมในมารดาที่มีเต้านมอักเสบหรือติดเชื้อ เป็นโรคผิวหนัง หรือเต้านมมีความผิดปกติอื่น ๆ เช่น เต้านมเป็นฝี เนื้องอก มีแผลหรือก้อนเลือดคั่ง มะเร็งเต้านม ผิวหนังไหม้ และมีอาการแทรกซ้อนรุนแรง หรือมีประวัติการผ่าตัดเสริมหรือลดขนาดของเต้านม เป็นต้น

การพยาบาลมารดาและทารกเป็นการพยาบาลที่เน้นครอบครัวเป็นศูนย์กลาง (Family-centered care) การป้องกันและแก้ปัญหาท่อน้ำนมอุดตันในมารดาในระยะให้นมบุตร ต้องอาศัยความร่วมมือกันระหว่างมารดาหลังคลอด ครอบครัว แพทย์ พยาบาล และบุคลากรในสาขาวิชาชีพที่เกี่ยวข้อง ในการวางแผน ให้บริการ และประเมินผลการดูแล ทั้งนี้ก่อนที่มารดาหลังคลอดจะถูกจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล พยาบาลควรประเมินการได้รับการสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัวของมารดา ประชาสัมพันธ์ ช่องทางการติดต่อโรงพยาบาลเมื่อมารดามีปัญหาเกี่ยวกับเต้านม และสอนสมาชิกครอบครัวที่จะทำหน้าที่เป็นผู้ดูแลหลักให้ทราบเกี่ยวกับการประเมินภาวะท่อน้ำนมอุดตันและการแก้ไขเบื้องต้น ซึ่งจะช่วยให้สามารถวินิจฉัยปัญหานี้ได้อย่างรวดเร็ว ลดโอกาสการเกิดปัญหาของเต้านมที่รุนแรงเมื่อปัญหาถูกละเลย

สรุปและข้อเสนอแนะ

ภาวะท่อน้ำนมอุดตันเป็นปัญหาที่พบได้บ่อยในระยะให้นมบุตร โดยมีสาเหตุส่วนใหญ่เริ่มต้นมาจากการมีพฤติกรรมการให้นมบุตรที่ไม่ถูกต้อง หรือมารดาไม่ได้แก้ไขปัญหของเต้านมอย่างทันทั่วทั้งที่เมื่อเริ่มมีอาการ ทำให้มีอาการรุนแรงขึ้นจนเป็นเต้านมอักเสบได้ การรักษาภาวะท่อน้ำนมอุดตันมีหลายวิธี ตามขอบเขตของวิชาชีพด้านสุขภาพที่เกี่ยวข้อง ส่วนบทบาทของพยาบาลที่นำเสนอในบทความนี้ได้เน้นการสอนมารดาในการดูแลเต้านม การปรับพฤติกรรมการให้นม และการนวดเต้านม โดยมีข้อเสนอแนะในการส่งเสริมบทบาทของครอบครัวในการช่วยเหลือมารดาในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ สังเกตพฤติกรรมที่เสี่ยงต่อการเกิดท่อน้ำนมอุดตันของมารดาและเป็นผู้ช่วยเหลือในการแสวงหาแหล่งสนับสนุนทางสังคมอื่น ๆ เพื่อให้มารดาสามารถเลี้ยงบุตรด้วยนมแม่ได้ครบ 6 เดือนโดยไม่มีปัญหาของเต้านมหรือหัวนมที่รุนแรงจนต้องยุติการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดา

เอกสารอ้างอิง

- กฤษณา ปิงวงศ์, วรรณิการ์ กันชะรักษา, และนงลักษณ์ เฉลิมสุข. (2563). ประสิทธิภาพของการนวดเต้านมต่อการคัดตึงเต้านมในมารดาที่ให้นมบุตร: การทบทวนอย่างเป็นระบบ. *พยาบาลสาร*, 47(2), 143-155.
- กฤษณา ปิงวงศ์, และวรรณิการ์ กันชะรักษา. (2560). การนวดเต้านมเพื่อส่งเสริมการสร้างและหลั่งน้ำนม. *พยาบาลสาร*, 44(4), 169-176.
- พฤษ จันทรประภาพ. (2560). การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่. ใน ประภัทร วณิชพงษ์พันธ์, กุศล รัศมีเจริญ, และตรีภพ เลิศบรรณพงษ์ (บรรณาธิการ). *ตำราสูติศาสตร์* (หน้า 427-440). กรุงเทพฯ: พี เอ ลีฟวิ่ง จำกัด.
- ศิริรัตน์ เกียรติภูลานุสรณ์. (2561). การจัดการทางกายภาพบำบัดในผู้ป่วยท่อน้ำนมอุดตัน. *วารสารมหาวิทยาลัยคริสเตียน*, 24(2), 320-334.
- ศศิธรา น่วมภา, พรนภา ตั้งสุขสันต์, วาสนา จิตินา, และกันชรัญญ์ เกษเจริญ. (2563). การนวดเต้านมเพื่อส่งเสริมและแก้ไขปัญหาการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่: การปฏิบัติพยาบาลตามหลักฐานเชิงประจักษ์. *วารสารพยาบาลศาสตร์*, 38(3), 4-21.
- สำนักงานสถิติแห่งชาติ. (2563). *โครงการสำรวจสถานการณ์เด็กและสตรีในประเทศไทย พ.ศ. 2562*. รายงานผลฉบับสมบูรณ์. ประเทศไทย.
- อังสนา วงศ์ศิริ. (2557). พลังนวดเพิ่มน้ำนม. ใน บทความวิชาการการศึกษาต่อเนื่องสาขาพยาบาลศาสตร์ เล่มที่ 14 *การส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่* (หน้า 45-52). กรุงเทพฯ: ศิริยอดการพิมพ์.
- อังสนา วงศ์ศิริ. (2556, 5 – 7 มิถุนายน). *การนวดเต้านม: วิธีแห่งการเพิ่มน้ำนม* [เอกสารนำเสนอ]. การประชุมวิชาการนมแม่แห่งชาติ ครั้งที่ 4, กรุงเทพฯ.
- อังสนา วงศ์ศิริ. (2551). การแก้ไขปัญหาหัวนมและเต้านม. ใน *วิทยา ธิฐาพันธ์, นิสารัตน์ พิทักษ์วัชร, และประทักษ์ โอประเสริฐสวัสดิ์ (บรรณาธิการ), เวชศาสตร์ปริกำเนิดในเวชปฏิบัติ* (หน้า 209-213). กรุงเทพฯ: ยูเนียนศรีเอชเอ็น.
- Cooper, B. B., & Kowalsky, D. (2015). Physical therapy intervention for treatment of blocked milk ducts in lactating women. *Journal of Women's Health Physical Therapy*, 39(3), 115–126. <https://doi.org/10.1097/JWH.000000000000037>
- Ho, L.-F., Wong, A. O., Lai, O.-K., Yip, W.-Y., Leung, P.-H., & Lee, S.-K. (2023). Change in mode of feeding after ultrasonic therapy for lactating mothers with blocked mammary ducts. *Hong Kong Journal of Gynaecology, Obstetrics & Midwifery*, 23(1), 41–45. <https://doi.org/10.12809/hkjgom.23.1.07>
- Lawrence, R. A., & Lawrence, R. M. (2022). *Breastfeeding: A guide for the medical profession* (9th ed.). Elsevier Health Sciences.

- Munsittikul, N., Tantaobharse, S., Siripattanapipong, P., Wutthigate, P., Ngercham, S., & Yangthara, B. (2022). Integrated breast massage versus traditional breast massage for treatment of plugged milk duct in lactating women: a randomized controlled trial. *International breastfeeding journal*, 17(1), 43. <https://doi.org/10.1186/s13006-022-00485-6>
- Sarki, S., Khadka, S., Khaniya, S., Rajbanshi, S., Adhikary, S., Agrawal, C. S., Srivastava, A., & Kataria, K. (2022). Management of lactational breast abscess with vacuum Suction drainage versus ultrasound-guided needle aspiration: A randomized controlled trial. *Indian Journal of Surgery*, 84(Suppl 3), 682–688. <https://doi.org/10.1007/s12262-021-02993-x>
- Sokan-Adeaga, M. A., Sokan-Adeaga, A. A., and Sokan-Adeaga, E. D. (2019). A systematic review on exclusive breastfeeding practice in Sub-Saharan Africa: facilitators and barriers. *Acta Scientifica Medical Sciences*, 3, 53-56.
- U.S. Department of Agriculture, WIC breast feeding support. (2023). Breast and nipple size and shape. <https://wicbreastfeeding.fns.usda.gov/breast-and-nipple-size-and-shape>
- Westerfield, K. L., Koenig, K., & Oh, R. (2018). Breastfeeding: Common questions and answers. *American Family Physician*, 98(6), 368–373.
- Witt, A. M., Bolman M., Kredit S., & Vanic A. (2016). Therapeutic breast massage in lactation for the management of engorgement, plugged ducts, and mastitis. *Journal of Human Lactation*, 32(1), 123–131. <https://doi.org/10.1177/0890334415619>
- Zhao, C., Tang, R., Wang, J., Guan, X., Zheng, J., Hu, J., Hu, G., & Song, C. (2014). Six-step recanalization manual therapy: A novel method for treating plugged ducts in lactating women. *Journal of Human Lactation*, 30(3), 324–330. <https://doi.org/10.1177/0890334414532314>

คำแนะนำสำหรับผู้นิพนธ์

วารสารสุขภาพและการศึกษาพยาบาล เป็นวารสารที่ตีพิมพ์บทความที่ผ่านการพิจารณาและกลั่นกรองจากผู้เชี่ยวชาญ (Peer-reviewed journal) ในสาขานั้น ๆ โดยผู้เชี่ยวชาญและผู้นิพนธ์ไม่ทราบชื่อกันและกัน (Double-blind review) โดยบทความที่จะได้รับการพิจารณาต้องสอดคล้องกับ วัตถุประสงค์ และขอบเขตการตีพิมพ์ และผู้แต่งได้ปฏิบัติตามบทบาทหน้าที่ของผู้นิพนธ์ (Duties of authors) ตามที่ปรากฏใน จริยธรรมในการตีพิมพ์ผลงานวิชาการในวารสาร (Publication ethics) อย่างเคร่งครัด

คำแนะนำในการเตรียมต้นฉบับ

การจัดรูปแบบเอกสาร

พิมพ์ต้นฉบับบทความด้วยโปรแกรม Microsoft word กำหนดขนาดกระดาษเป็น A4 จัดระยะขอบกระดาษ 1 นิ้ว (หรือ 2.54 ซม.) โดยรอบ ใช้อักษร Angsana new ทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ ระยะห่างระหว่างบรรทัด 1 บรรทัด และจัดรูปแบบในหัวข้อต่าง ๆ ดังรายละเอียดในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 รูปแบบการพิมพ์เพื่อเตรียมต้นฉบับบทความ

รายการ	ลักษณะตัวอักษร	รูปแบบการพิมพ์	ขนาดตัวอักษร
ชื่อเรื่อง	หนา	กลางหน้ากระดาษ	18
ชื่อผู้นิพนธ์และผู้ร่วมนิพนธ์ (ถ้ามี)	เอน	ชิดขวา	16
บทคัดย่อ	ปกติ	กลางหน้ากระดาษ	18
Abstract	ปกติ	กลางหน้ากระดาษ	18
ตำแหน่งและสถานที่ทำงานของผู้นิพนธ์และผู้ร่วมนิพนธ์ (เชิงอรรถ)	ปกติ	ชิดซ้าย	14
หัวข้อใหญ่	หนา	ชิดซ้าย	18
หัวข้อย่อย	หนา	ชิดซ้าย	16
หัวข้อย่อย	ปกติ	ใช้หมายเลขกำกับ	16
ตัวอย่างการจัดลำดับเลข (ไม่เกิน 3 ลำดับ)	ปกติ	1. XXX	16
ข้อความในเนื้อหา	ปกติ		16
ข้อความในตาราง	ปกติ		14

คำแนะนำทั่วไป

1. ชื่อเรื่องภาษาไทยและภาษาอังกฤษ บทคัดย่อภาษาไทยและภาษาอังกฤษ (Abstract) ต้องมีเนื้อความตรงกัน
2. พิมพ์ชื่อผู้พิมพ์และผู้ร่วมพิมพ์พร้อมวุฒิการศึกษาสูงสุด (ย่อ) ไว้ใต้ชื่อเรื่อง และตำแหน่งวิชาชีพและสถานที่ทำงานเขียนไว้ที่เชิงบรรทัด พร้อมระบุชื่อผู้ประพันธ์บรรณกิจ และอีเมล
3. มีบทคัดย่อความยาวไม่เกิน 300 คำ ทั้งสองภาษา โดยจัดเป็นย่อหน้าเดียว ไม่ต้องจัดเยื้อง
4. เขียนเอกสารอ้างอิงถูกต้อง ตรงกันทั้งเอกสารอ้างอิงในเนื้อหา และเอกสารอ้างอิงท้ายเรื่อง จำนวนไม่ควรเกิน 30 ชื่อเรื่อง
5. ความยาวต้นฉบับ เมื่อรวมกับเอกสารอ้างอิงและบทคัดย่อแล้ว บทความวิจัยเชิงปริมาณไม่เกิน 15 หน้า บทความวิจัยเชิงคุณภาพ วิจัยแบบผสมวิธี หรือการสังเคราะห์งานวิจัย ไม่เกิน 18 หน้า และบทความวิชาการไม่เกิน 12 หน้า หรือขึ้นอยู่กับดุลยพินิจของบรรณาธิการวารสาร

แนวทางการเขียนบทคัดย่อเฉพาะประเภท

1. บทคัดย่อรายงานการวิจัย ประกอบด้วยปัญหาการวิจัย วัตถุประสงค์ ลักษณะกลุ่มตัวอย่าง ลักษณะสำคัญของระเบียบวิธีวิจัยที่เลือกใช้ ผลการวิจัย โดยให้รายงานสถิติที่สำคัญ รวมทั้งขนาดของผล (Effect size) ช่วงความเชื่อมั่น (Confidence interval) และระดับนัยสำคัญ
2. บทคัดย่อรายงานการทบทวนวรรณกรรมหรือการวิเคราะห์ห่อภิมาณ ประกอบด้วยปัญหาการวิจัย เสนอในการประเมินและเลือกรายงานการวิจัย ประเภทของผู้เข้าร่วมการวิจัยในรายงานวิจัยที่เลือกมา รายงานผลการวิจัยที่สำคัญ รวมถึงขนาดของผล ที่สำคัญที่สุด และตัวแปรกำกับ (Moderator) ที่สำคัญ ของต่อขนาดของผลเหล่านั้น สรุป ข้อจำกัด และคำแนะนำการนำไปใช้ในด้านทฤษฎี นโยบาย และ/หรือ การปฏิบัติ
3. บทคัดย่อบทความเกี่ยวกับทฤษฎี นำเสนอแนวคิดพื้นฐานและลักษณะสำคัญของทฤษฎี ปรัชญาการที่ผสมในการนำทฤษฎีไปอธิบาย และเชื่อมโยงไปสู่ผลลัพธ์ที่ได้จากการนำทฤษฎีไปใช้
4. บทคัดย่อบทความเกี่ยวกับวิธีวิทยาการวิจัย อธิบายการแบ่งประเภทและลักษณะสำคัญของวิธีที่นำเสนอ ลักษณะปัญหาการวิจัยที่เหมาะสมในการนำไปใช้ กระบวนการ ลักษณะสำคัญ หรือประเด็นการวิเคราะห์ทางสถิติที่เกี่ยวข้องกับระเบียบวิธีที่นำเสนอ

การส่งบทความ

ส่งต้นฉบับที่สมบูรณ์ผ่านช่องทางของศูนย์ดัชนีการอ้างอิงวารสารไทย (Thai – Journal Citation Index Centre [TCI]) ที่ <https://he02.tci-thaijo.org/index.php/Jolbcnm/about/submissions>

ชื่อเรื่องภาษาไทย

ชื่อ นามสกุลผู้แต่งคนที่ 1, พย.ม. ^{1*}

ชื่อ นามสกุลผู้แต่งคนที่ 2, Ph.D. ²

บทคัดย่อ

การเขียนบทคัดย่อ จัดเป็นย่อหน้าเดียว ไม่ต้องจัดเยื้อง โดยใช้ตัวอักษร Angsana new ลักษณะตัวอักษรปกติ ขนาด 16 ความยาวไม่เกิน 300 คำ ทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ ไม่ควรมีอ้างอิงในเนื้อหา รายละเอียดในหน้าบทคัดย่อภาษาไทยต้องมีรายละเอียดเหมือนกับหน้าบทคัดย่อภาษาอังกฤษ

บทคัดย่อของความวิจัย เขียนเป็นความเรียง เริ่มต้นจาก.....(ปัญหาการวิจัยที่สรุปพอสังเขปได้จากบทนำ)..... (วัตถุประสงค์และหรือระเบียบวิธีวิจัย).....(การคัดเลือก ลักษณะ และ จำนวนกลุ่มตัวอย่าง).....(เครื่องมือวิจัยที่ใช้และผลการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ)..... (ผลการวิจัย โดยให้รายงานสถิติที่สำคัญ รวมทั้งขนาดของผล [Effect size] ช่วงความเชื่อมั่น [Confidence interval] และระดับนัยสำคัญ).....(อภิปราย และสรุปผลการวิจัย).....

บทคัดย่อของบทความวิชาการ เขียนเป็นความเรียง เริ่มต้นจาก.....(ปัญหา หรือสถานการณ์ที่ต้องการนำเสนอแนวคิด)..... (เนื้อหา/ ประเด็นที่ต้องการนำเสนอ).....(วัตถุประสงค์ของผู้แต่งที่ต้องการนำเสนอเนื้อหาดังกล่าว).....(อภิปราย การนำผลจากประเด็นที่นำเสนอไปใช้ประโยชน์).....

คำสำคัญ: การเขียนชื่อเรื่อง, บทคัดย่อ, การ เขียนคำสำคัญ

¹ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ, โรงพยาบาลXXXX

² ผู้ช่วยศาสตราจารย์, คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยXXXX

* ผู้ประพันธ์บรรณกิจ: ชื่อ นามสกุลผู้ประสานงาน, อีเมล: XXXX@knc.ac.th

Title in English

Name Surname, M.N.S.^{1*}

Name Surname, Ph.D.²

Abstract

XXXXXXXXXXXXXX

Keyword: XXXXXX, XXXXXX, XXXXXX

¹ Registered Nurse, Professional Level, XXXXXX Hospital

² Assistant Professor, Faculty of Nursing, XXXX University.

* Corresponding author: Name Surname, E-mail: XXXX@gmail.com

บทนำ

ให้อธิบายความสำคัญของประเด็นที่ศึกษา ความสัมพันธ์กับงานวิจัยที่ผ่านมา สมมุติฐาน จุดประสงค์ และการเชื่อมโยงกับทฤษฎีที่ใช้ แบ่งเป็นหัวข้อรองดังนี้
วัตถุประสงค์ (ถ้ามี)

1. XXXX

สมมุติฐานการวิจัย (ถ้ามี)

1. XXXX

กรอบแนวคิดการวิจัย (ถ้ามี)

เขียนอธิบายหรือสร้างกล่องข้อความแสดงความเชื่อมโยงกรอบแนวคิด ตัวแปรที่ศึกษา

วิธีดำเนินการวิจัย

เขียนย่อหน้านำ 1 ย่อหน้า เกี่ยวกับการออกแบบการวิจัย ระยะเวลาและสถานที่เก็บข้อมูล และ ขอบเขตการวิจัย แล้วแบ่งหัวข้อรอง ตามลำดับดังนี้

นิยามเชิงปฏิบัติการ (ถ้ามี)

อธิบายความหมายของตัวแปรและวิธีการวัดในการวิจัยนี้ ตัวอย่างเช่น

มาตรการกีดกัน หมายถึง หญิงตั้งครรภ์ อายุครรภ์ 31 – 42 สัปดาห์ ที่มารับบริการในหอผู้ป่วยคลอด ณ โรงพยาบาลXXXX ระหว่างเดือนกุมภาพันธ์ ถึง เมษายน พ.ศ. 2564

ระดับความเจ็บปวด หมายถึง ความรู้สึกไม่สบายทั้งทางร่างกายและจิตใจที่เกิดขึ้นกับมารดาคลอดในขณะที่มีผลตรวจคัดตัว ในการศึกษาครั้งนี้ประเมินโดยใช้มาตรวัดความเจ็บปวดด้วยสายตา (Visual analogue scale [VAS])

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

อธิบายลักษณะประชากรและกลุ่มตัวอย่าง การคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่าง กระบวนการเลือกกลุ่มตัวอย่าง เป็นต้น

การพิทักษ์สิทธิผู้ให้ข้อมูล

อธิบายการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง ระบุหมายเลขการรับรอง วันที่และช่วงเวลาที่รับรองโดยคณะกรรมการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ หากเป็นการวิจัยในกลุ่มเปราะบางหรือลักษณะพิเศษ เช่น เด็ก สตรีตั้งครรภ์ หรือพระภิกษุ ให้อธิบายพอสังเขปว่านักวิจัยได้พิทักษ์สิทธิให้เหมาะสมกับกลุ่มเปราะบางเหล่านั้นอย่างไร

เครื่องมือที่ใช้ในงานวิจัย

อธิบายลักษณะเครื่องมือโดยสังเขป ระบุว่าเป็นการสร้างหรือพัฒนาจากเครื่องมืออื่น รวมทั้งจำนวน ข้อ การตอบ ระดับ วิธีการวัด และการให้คะแนน ตัวอย่างการเขียนเครื่องมือในการวิจัย ตัวอย่างเช่น

1. แผนการสอนการเตรียมสตรีวัยรุ่นที่ตั้งครรภ์เพื่อการคลอดด้วยตนเอง ผู้วิจัยประยุกต์มาจากแผนการสอนXXXX ของXXXX (2562) ที่สร้างมาจากแนวคิดการส่งเสริมการคลอดด้วยตนเองของ Balaskas (1991)

2. แบบสอบถามพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อโควิด-19 จำนวน 10 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับ คือ การปฏิบัติตัวเป็นประจำ ถึง ไม่เคยปฏิบัติตัว การให้คะแนน หากตอบปฏิบัติเป็นประจำ ได้ 3 คะแนน และตอบ ไม่เคยปฏิบัติ ได้ 0 คะแนน แปลผลจากคะแนนเฉลี่ยเพื่อแบ่งระดับพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อโควิด-19 ตามเกณฑ์ของXXXX (2560) ดังนี้ มีการปฏิบัติน้อย ($M = 0.00-0.99$) มีการปฏิบัติปานกลาง ($M = 1.00 - 1.99$) และมีการปฏิบัติมาก ($M = 2.00$ ขึ้นไป)

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

อธิบายการหาความเที่ยงและความตรงของเครื่องมือ พร้อมทั้งรายงานผล หากพัฒนาจากเครื่องมือเดิมให้ระบุขั้นตอนการขอคัดแปลงหรือแปลเครื่องมือ รายงานค่าความเที่ยงและความตรง พร้อมระบุอ้างอิงวิธีเก็บรวบรวมข้อมูล

อธิบายขั้นตอนการเข้าถึงกลุ่มตัวอย่าง และการบริหารเครื่องมือวิจัย กรณีงานวิจัยนั้นมีหลายขั้นตอน หรือมีกลุ่มตัวอย่างหลายกลุ่ม อาจนำเสนอเป็นแผนภูมิ ตาราง หรือเขียนลำดับหัวข้อตามความเหมาะสม ตามตัวอย่าง ดังนี้

1. กิจกรรมสำหรับกลุ่มทดลอง
 - 1.1 ขั้นตอนก่อนการทดลอง ผู้วิจัยเตรียมกลุ่มตัวอย่าง โดย
 - 1.1.1 รับสมัครผู้ช่วยวิจัยเข้าร่วมโครงการจำนวน 5 คน โดยกำหนดคุณสมบัติ คือ.....
 - 1.1.2 XXXX
 - 1.2 ขั้นการทดลอง จัดกิจกรรมที่..... เป็นระยะเวลา 6 สัปดาห์ ดังนี้
 - 1.2.1 สัปดาห์ที่ 1 ประกอบด้วย
 - 1.2.2 สัปดาห์ที่ 2 กิจกรรม.....
2. กิจกรรมสำหรับกลุ่มทดลอง
 - 2.1 XXXX
3. ผู้วิจัยตรวจสอบความสมบูรณ์ของข้อมูลที่ได้ และนำไปวิเคราะห์ข้อมูลต่อไป

การวิเคราะห์ข้อมูล

ระบุสถิติที่ใช้วิเคราะห์ให้เหมาะสมตามประเภทของข้อมูล ตัวแปรหรือระดับการวัด รวมทั้งผลการตรวจสอบข้อตกลงเบื้องต้น (ถ้ามี) ของสถิติที่เลือกใช้

ผลการวิจัย

เขียนสรุปการรวบรวมและวิเคราะห์ข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับผลการวิจัยนำเสนอ 1 ย่อหน้า แล้วอธิบายผลการวิเคราะห์ข้อมูลทั้งหมด รวมทั้งส่วนที่ไม่พบนัยสำคัญทางสถิติ ไม่เป็นไปตามสมมติฐาน ไม่คาดคิด หรือมีขนาดของผลน้อย (Small effect size)

การนำเสนอผลการวิจัย สามารถเลือกรูปแบบบรรยายหรือนำเสนอในตารางได้ตามความเหมาะสม กรณีนำเสนอด้วยตาราง ให้เขียนย่อหน้าเพื่อบรรยายจุดเด่น แล้วจึงอ้างอิงไปยังตาราง ทั้งนี้ข้อมูลในการบรรยายไม่ควรซ้ำซ้อนกับข้อมูลในตาราง ตัวอย่างการนำเสนอผลการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณ ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 การวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณของปัจจัยส่วนบุคคล และการรับรู้ความเชื่อด้านสุขภาพเกี่ยวกับโรคโควิด-19

ตัวแปร	Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	t	P - value
	B	Std. Error	Beta		
สถานภาพ	0.241	0.334	0.352	3.191	0.004*
รายได้ต่อเดือน	0.185	0.029	0.250	6.305	0.000**
การมีโรคประจำตัว	0.162	0.029	0.209	5.644	0.000*
การรับรู้ความเชื่อด้านสุขภาพเกี่ยวกับโรคโควิด-19	0.129	0.024	0.193	5.343	0.000**
ค่าคงที่ (Constant)	4.329	0.216		20.085	0.000**

หมายเหตุ. $R = .60$, $R^2 = .45$, $F = 26.085$, $*p < .01$, $**p\text{-value} < .001$

