



วารสารคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

The Journal of Faculty of Nursing Burapha University

ปีที่ 28 ฉบับที่ 3 กรกฎาคม - กันยายน 2563

ISSN 0858-4338

หน้า

บทความวิจัย

- ประสิทธิภาพของรูปแบบการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพผู้หญิงวัยกลางคนที่มีภาวะน้ำหนักเกิน เพื่อป้องกันโรคไตเรื้อรัง ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือตอนล่าง
Effectiveness of a Health Promotion Behavior Model to Prevent Chronic Kidney Disease Among Overweight Middle-Age Women in the Lower Northeastern Region
ณัฐธยาน์ วิสารพันธ์, วราภิชัย แก่นการ, ศิริรัตน์ อนุตระกูลชัย 1-15
- การประเมินผลโครงการพัฒนาเครือข่ายพยาบาลชุมชนในการขับเคลื่อนอำเภอจัดการสุขภาพ ของเขตสุขภาพที่ 7
Evaluation of the Development Project of Community Nurse Network in Driving the District Health Management of Health Region 7
ผดุงสิทธิ์ ชำนาญวรวิทย์, คลาวด์ย์ เคนท่ามี, กิตติศักดิ์ ไกรจันทร์, สากร อินทโกส, วิภา วิเศษ 16-26
- ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเบาหวาน ในโรงพยาบาลรัฐบาล เขตภาคเหนือตอนบน
Factors Associated with Health-Related Quality of Life among Pregnant Women with Diabetes Mellitus in Public Hospitals, Upper Northern Region Thailand
กนกอร ปัญญาโส, ศิริวรรณ แสงอินทร์, อุษา เชื้อหอม 27-40
- ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการปฏิบัติงานของผู้ดูแลที่ผ่านการอบรมในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ในเขตกรุงเทพมหานคร
Factors Influencing Job Performance Among Trained Caregivers for Caring Dependent Elderly in Bangkok
จิราวรรณ นามพันธ์, นฤมล เอื้ออนันท์กุล, สุรินทร์ กลัมพากร 41-52
- ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการตัดสินใจเลือกวิธีบำบัดทดแทนไตในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้าย Renal Diseases
พัสดี สังข์สี, ยุพิน ถนอมวิชัย, วัลภา คุณทรงเกียรติ, สายฝน ม่วงกุ่ม 53-65
- ปัจจัยทำนายความตั้งใจในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวก่อน 6 เดือนของมารดาหลังคลอด ที่ทำงานในโรงงานอุตสาหกรรม
Factors Predicting Exclusive Breastfeeding Intention for 6 Months among Working Mothers in the Industry
วันเพ็ญ ฤทธา, ดติรัตน์ เตชะศักดิ์ศรี, พิริยา สุภศรี 66-78
- ปัจจัยทำนายพฤติกรรมควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของสตรีที่เป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์ Gestational Diabetes Mellitus
แสงดาว แสงสว่าง, สุพัต ศิริอรุณรัตน์, ดติรัตน์ เตชะศักดิ์ศรี 79-89
- ความล่าช้าในการนำผู้ป่วยมาโรงพยาบาลของญาติผู้ป่วยโรคสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลัน Pre-Hospital Delay In Family Members Of Patients With Acute Ischemic Stroke
วิโรจน์รณ สว่างมงคล, เขมรัตน์ มาสินบุญ, วัลภา คุณทรงเกียรติ 90-101
- ปัจจัยทำนายความตั้งใจในการให้นมแม่แก่ทารกเกิดก่อนกำหนดของมารดามุสลิม Predictors of Breastfeeding Intention in Preterm Infant among Muslim Mothers
พวงศ์สุวรรณ สมมาเฮ, ศิริยุพา สนั่นเรืองศักดิ์, นฤมล อีระรังสิกุล 101-112
- ผลของโปรแกรมการพัฒนาศรัทธาและความเชื่อด้านสุขภาพของผู้ปกครองต่อการรับรู้ และพฤติกรรมป้องกันโรคมือ เท้า ปาก ในเด็กวัยก่อนเรียนที่ศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก Effects of Health Belief Development Program Among Parents on Perceptions and Hand-Foot-Mouth Disease Preventive Behaviors for Preschool-Aged Children in Child Development Center
ภาณุพงศ์ แฝงพงษ์, สุวรรณา จันทร์ประเสริฐ, สมสมัย รัตนกรทิพกุล 113-125

วารสารคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

THE JOURNAL OF FACULTY OF NURSING BURAPHA UNIVERSITY

ปีที่ 28 ฉบับที่ 3 กรกฎาคม - กันยายน 2563 Vol. 28 No. 3 July - September 2020

ISSN 0858-4338

บรรณาธิการ	รองศาสตราจารย์ ดร.จินตนา วัชรสินธุ์	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา
ที่ปรึกษาวารสารฯ	ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.พรชัย จุลเมตต์	คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา
กองบรรณาธิการ	รองศาสตราจารย์ ดร.นุจรี ไชยมงคล รองศาสตราจารย์ ดร.สุวรรณา จันทร์ประเสริฐ รองศาสตราจารย์ ดร.อาภรณ์ ตีนาน รองศาสตราจารย์ ดร.ภรภัทร เสงอุดมทรัพย์ รองศาสตราจารย์ ดร.ทัศน์ี ประสภกิตติคุณ รองศาสตราจารย์ ดร.จิราพร เกศพิชญวัฒนา รองศาสตราจารย์ ดร.ภัทราภรณ์ พุ่งปันคำ รองศาสตราจารย์ ดร.พรรณพิไล ศรีอาภรณ์ รองศาสตราจารย์ ดร.รัตนศิริ ทาโต รองศาสตราจารย์ ดร.นงนุช บุญยัง ศาสตราจารย์ ดร.ศศิธร พุ่มดวง Professor Dr. Ed Rosenberg	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ Appalachian State University
ฝ่ายจัดการและเลขานุการ	นายกิตติพิศ ทุปียะ	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

- วัตถุประสงค์
1. เพื่อเผยแพร่ความรู้ทางวิชาการ สาขาการพยาบาล และสาขาวิทยาศาสตร์สุขภาพอื่น ๆ
 2. เพื่อเผยแพร่ผลงานวิจัยสาขาต่าง ๆ อันเป็นประโยชน์ต่อวิชาชีพการพยาบาล
 3. เพื่อประชาสัมพันธ์วิชาชีพการพยาบาล

กำหนดเวลา ปีละ 4 ฉบับ (ม.ค.-มี.ค., เม.ย.-มิ.ย., ก.ค.-ก.ย., ต.ค.-ธ.ค.)

เจ้าของ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา
169 ถ.ลงหาดบางแสน ต.แสนสุข อ.เมือง จ.ชลบุรี 20131
ฝ่ายวารสารฯ: โทรศัพท์ 038-102822 โทรสาร 038-393476

การส่งบทความต้นฉบับ / ติดต่อสมัครสมาชิก

E-mail : jnurse@nurse.buu.ac.th

Website: <https://www.tci-thaijo.org/index.php/Nubuu/about/submissions#authorGuidelines>

พิมพ์ที่ ชลบุรีการพิมพ์
194/28 ซอยนิคมพัฒนา ถ.เจตนจำนงค์ ต.บางปลาสร้อย อ.เมือง จ.ชลบุรี
โทรศัพท์ 038-274991 โทรสาร 038-272732

วารสารคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

THE JOURNAL OF FACULTY OF NURSING BURAPHA UNIVERSITY

ปีที่ 28 ฉบับที่ 3 กรกฎาคม - กันยายน 2563 Vol. 28 No. 3 July - September 2020

สารบัญ

		หน้า
• ประสิทธิภาพของรูปแบบการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพ ผู้หญิงวัยกลางคนที่มีภาวะน้ำหนักเกินเพื่อป้องกันโรคไตเรื้อรัง ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือตอนล่าง	ณัฐธยาน์ วิสารพันธ์ วราทิพย์ แก่นการ ศิริรัตน์ อนุตระกูลชัย	1-15
• การประเมินผลโครงการพัฒนาเครือข่ายพยาบาลชุมชน ในการขับเคลื่อนอำเภอจัดการสุขภาพของเขตสุขภาพที่ 7	ผดุงศิษฐ์ ชำนาญบริรักษ์ ลดาวลัย เลนท่ามี กิตติศักดิ์ ไกรจันทร์ สาคร อินโทะไธ วิภา วิเสโส	16-26
• ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพ ของหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเบาหวานในโรงพยาบาลรัฐบาล เขตภาคเหนือตอนบน	กนกอร ปัญญาโส ศิริวรรณ แสงอินทร์ อุษา เชื้อหอม	27-40
• ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการปฏิบัติงานของผู้ดูแลที่ผ่านการอบรม ในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในเขตกรุงเทพมหานคร	จิราวรรณ นามพันธ์ นฤมล เอี่ยมณีกุล สุรินทร์ กลัมพากร	41-52
• ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการตัดสินใจเลือกวิธีบำบัดทดแทนไต ในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้าย	พัชรี สังข์สี ยุพิน ถนอมขวัญ วัลภา คุณทรงเกียรติ สายฝน ม่วงคุ้ม	53-65
• ปัจจัยทำนายความตั้งใจในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวย 6 เดือน ของมารดาหลังคลอดที่ทำงานในโรงงานอุตสาหกรรม	วันเพ็ญ ฤทธา ตติรัตน์ เตชะศักดิ์ศรี พิริยา ศุภศรี	66-78
• ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด ของสตรีที่เป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์	แสงดาว แจ่มสว่าง สุพิศ ศิริอรุณรัตน์ ตติรัตน์ เตชะศักดิ์ศรี	79-89
• ความล่าช้าในการนำผู้ป่วยมาโรงพยาบาลของญาติผู้ป่วย โรคสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลัน	วิไลภรณ์ สว่างมงคล เขมารัตน์ มาสิงบุญ วัลภา คุณทรงเกียรติ	90-101
• ปัจจัยทำนายความตั้งใจในการให้นมแม่แก่ทารกเกิดก่อนกำหนด ของมารดาตามุสลิม	พงศ์สุวรรณ สมาแอ ศิริยา สนั่นเรืองศักดิ์ นฤมล ชีระรังสิกุล	102-112
• ผลของโปรแกรมการพัฒนาความเชื่อด้านสุขภาพของผู้ปกครอง ต่อการรับรู้ และพฤติกรรมป้องกันการโรคมือ เท้า ปาก ในเด็กวัยก่อนเรียนที่ศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก	นาฏอนงค์ แผงพงษ์ สุวรรณา จันทรประเสริฐ สมสมัย รัตนกรชากุล	113-125

ประสิทธิผลของรูปแบบการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพผู้หญิงวัยกลางคน ที่มีภาวะน้ำหนักเกินเพื่อป้องกันโรคไตเรื้อรัง ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือตอนล่าง

ณัฐธยาน์ วิจารณ์พันธ์, พย.ม.^{1*} วราทิพย์ แก่นการ, ประ.ด.² ศิริรัตน์ อนุตระกูลชัย, พบ., ประ.ด.³

บทคัดย่อ

ภาวะน้ำหนักเกินในผู้หญิงวัยกลางคนเกิดขึ้นได้ง่ายและเป็นสาเหตุทำให้เกิดโรคไตวายเรื้อรังในอนาคต การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาประสิทธิผลของรูปแบบการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพผู้หญิงวัยกลางคนที่มีภาวะน้ำหนักเกินเพื่อป้องกันโรคไตเรื้อรัง ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือตอนล่าง คัดเลือกด้วยการสุ่มแบบหลายขั้นตอน กลุ่มตัวอย่างคือผู้หญิงวัยกลางคนที่มีภาวะน้ำหนักเกินจำนวน 108 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม จำนวนกลุ่มละ 54 คน เครื่องมือวิจัยประกอบด้วย รูปแบบการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพ ได้แก่ การให้ความรู้เพื่อป้องกันโรคไต การปรับพฤติกรรมด้านโภชนาการ การออกกำลังกาย และการจัดการกับอารมณ์ ร่วมกับการติดตามเยี่ยมบ้าน ประเมินผลโดยใช้แบบสอบถาม พฤติกรรมการป้องกันโรคไตเรื้อรัง แบบวัดคุณภาพชีวิต มีค่าความเชื่อมั่น เท่ากับ .90 และ .92 ตามลำดับ และแบบบันทึกผลลัพธ์ทางคลินิก วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ไคสแควร์ และทดสอบค่าทีที่เป็นอิสระต่อกัน

ผลการศึกษาพบว่ากลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันโรคไตเรื้อรัง อัตราการกรองของไต และคุณภาพชีวิตเพิ่มขึ้นสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และมีค่าเฉลี่ยของระดับความดันโลหิต ระดับน้ำตาลในเลือด ค่าเฉลี่ยดัชนีมวลกาย และเส้นรอบเอวลดลงต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ผลการศึกษาแสดงว่ารูปแบบการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพผู้หญิงวัยกลางคนที่มีภาวะน้ำหนักเกินมีประสิทธิผลในการป้องกันโรคไตเรื้อรัง บุคลากรทีมสุขภาพสามารถนำไปประยุกต์ใช้กับกลุ่มเสี่ยงโรคไตเรื้อรังได้

คำสำคัญ: ผู้หญิงวัยกลางคน ภาวะน้ำหนักเกิน พฤติกรรมสุขภาพ โรคไตเรื้อรัง

¹ อาจารย์ประจำคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏอุบลราชธานี

² ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ประจำคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏอุบลราชธานี

³ รองศาสตราจารย์ ประจำคณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

* ผู้เขียนหลัก e-mail: Nattayawisrapun@gmail.com

Effectiveness of a Health Promotion Behavior Model to Prevent Chronic Kidney Disease Among Overweight Middle-Age Women in the Lower Northeastern Region

Natthaya Wisarapun, M.N.S.^{1*}, Waratip KanKarn, Ph.D.², Sirirat Anutrakulchai, M.D, Ph.D.³

Abstract

Being overweight is common in middle-aged women and can lead to future chronic kidney disease. The purpose of this research was to study the effectiveness of a health promotion behavior model to prevent chronic kidney disease among overweight middle-age women in the lower Northeastern region. The participants were 108 overweight middle-age women, selected by multi-stage random sampling and equally divided into experimental and control groups. The health promotion behavior model consisted of health education to prevent chronic kidney disease, behavior adjustment, nutrition, exercise, and emotion management, and follow-up home visits. Data were collected by the chronic kidney disease prevention behavior questionnaire, the quality of life test (reliability coefficients were .90 and .92 respectively), and clinical outcome record forms. Data were analyzed by using descriptive statistics, chi-square, and independent t-test.

The results showed that, compared to the control group, the experimental group had significantly higher ($p < .05$) mean scores on chronic kidney disease preventive behavior, glomerular filtration rate, and quality of life. In addition, compared to the control group, the experimental group had significantly lower ($p < .05$) mean scores for blood pressure, blood sugar, body mass index and waist circumference. These findings indicate that the behavioral health promotion model for overweight middle-aged women is effective in the prevention of chronic kidney disease. Health team personnel can apply this model to women with high risk of the chronic kidney disease.

Key words: middle-age women, overweight, health promotion behavior, chronic kidney disease

¹ Lecturer, Faculty of Nursing, Ubon Ratchathani Rajabhat University

² Assistant Professor, Faculty of Nursing, Ubon Ratchathani Rajabhat University

³ Associate Professor, Faculty of Medicine Khon Kaen University

* Corresponding author e-mail: Nattayawisarapun@gmail.com

ความสำคัญของปัญหา

ภาวะน้ำหนักเกินและโรคอ้วนเป็นโรคที่สามารถป้องกันได้ เป็นปัจจัยเสี่ยงทางสุขภาพสำคัญอันดับต้น ๆ ของประชากรทั่วโลกและเป็นสาเหตุที่ทำให้เกิดเป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรังหลายชนิด (Kearns, Dee, Fitzgerald, Doherty, & Perry, 2014) เช่น โรคหัวใจและหลอดเลือด โรคเบาหวาน โรคมะเร็ง (Wang, Yang Chen, & Gou., 2016) ผู้ที่เป็นโรคอ้วนมีโอกาสเกิดโรคเรื้อรังดังกล่าวมากกว่าคนปกติ ถึง 2-3 เท่า และมีโอกาสเสียชีวิตมากกว่าคนปกติถึง 2 เท่า (Zheng et al., 2011; Singh et al., 2013) ในช่วง 3 ทศวรรษที่ผ่านมา ความชุกของผู้ใหญ่ที่มีภาวะน้ำหนักเกินและโรคอ้วนทั่วโลกเพิ่มขึ้นอย่างมาก ในสหรัฐอเมริกาความชุกของโรคอ้วนที่ปรับตามอายุในปี พ.ศ. 2556-2557 อยู่ที่ร้อยละ 40.4 ในผู้หญิง (Flegal, Kruszon-Moran, Carroll, Fryar, & Ogden, 2016) สำหรับความชุกของโรคอ้วนในประเทศไทยมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว จากการสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกายครั้งที่ 5 ปี พ.ศ. 2557 พบว่าความชุกของผู้ที่มีภาวะน้ำหนักเกินและอ้วนสูงถึงร้อยละ 37.5 และ 10.9 ตามลำดับ เพศหญิงเป็นโรคอ้วนมากกว่าเพศชายเกือบเท่าตัว โรคอ้วนถือเป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่ทำให้สูญเสียสุขภาพเป็นลำดับที่ 1 ในหญิงไทย เป็นเหตุให้ต้องเสียชีวิตก่อนวัยอันควร เกิดความสูญเสียจากการเจ็บป่วยหรือพิการ เป็นภัยเงียบที่บั่นทอนสุขภาพของคนไทยและมีแนวโน้มจะขยายตัวมากขึ้นในอนาคต (Aekplakorn, 2014)

ภาวะน้ำหนักเกินและโรคอ้วน เป็นสาเหตุที่ทำให้เกิดโรคเรื้อรังหลายชนิด เช่น โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน โรคหัวใจ และโรคไตเรื้อรัง (Wang et al., 2016) โดยเป็นหนึ่งในปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญที่สุดสำหรับโรคไตเรื้อรังที่เริ่มมีอาการครั้งแรก (Tsujimoto et al., 2014) และเป็นปัจจัยสำคัญในการดำเนินโรคทำให้ไตเสื่อมจนเข้าสู่โรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายได้ เนื่องจากผู้ที่มีภาวะอ้วนจะมีอัตราการกรองของไตที่มากขึ้น จากการที่มีเมตาบอลิซึมที่สูง ความดันในหน่วยไตเพิ่มขึ้น และไตถูกทำลายได้ ในระยะยาวอาจก่อให้เกิดโรคไตวายเรื้อรังได้ถึง 10 เท่าของคนที่มีค่าดัชนีมวลกาย (Body mass index; BMI) ปกติ (Kovesdy, Furth, Zoccali & World Kidney Day Steering

Committee, 2017) นอกจากนี้ยังพบว่าผู้ที่มี BMI > 30 กก.ต่อตารางเมตร มีแนวโน้มที่จะเป็นโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง และโรคหัวใจ มากกว่าคนที่มีน้ำหนักเหมาะสม 2-3 เท่า (Nitiyanant, 2011)

จากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่า ปัจจัยส่วนบุคคลที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดโรคอ้วน ได้แก่ เพศ และอายุ (Prasittipatt, Rudtanasudjatum, Methaphat, & Thetkathuek., 2018) โดยเฉพาะในผู้หญิงวัยกลางคน (อายุ 40-59 ปี) เป็นวัยที่มีบทบาทสำคัญต่อเศรษฐกิจและสังคมของประเทศในสัดส่วนที่สูงกว่าวัยอื่น ๆ เป็นกลไกขับเคลื่อนผลผลิตของเศรษฐกิจ และเป็นที่พักของเงินในครอบครัว บุคคลวัยนี้จะเริ่มมีความเสื่อมถอยในเกือบทุกระบบของร่างกายจากการเปลี่ยนแปลงของฮอร์โมนต่าง ๆ เป็นสาเหตุให้มน้ำหนักตัวเพิ่มขึ้นได้ง่าย ถึงแม้ว่าในปัจจุบันบุคคลมีการรับรู้และความเข้าใจในเรื่องโรคมากขึ้น แต่การปฏิบัติเพื่อป้องกันโรครังก็ยังไม่ชัดเจน โดยเฉพาะผู้หญิงวัยกลางคน ยังต้องทำงานนอกบ้านมากขึ้นเพื่อหาเลี้ยงตัวเองกับครอบครัว และยังมีภาระในการดูแลสมาชิกในครอบครัวทำให้ไม่ค่อยมีเวลาในการออกกำลังกาย รวมทั้งพฤติกรรมการบริโภคอาหารในช่วงเย็นซึ่งมีเวลาในการรับประทานนานกว่ามื้ออื่น ๆ ประกอบกับประชาชนในภาคตะวันออกเฉียงเหนือส่วนใหญ่รับประทานข้าวเหนียวเป็นอาหารหลักซึ่งมีปริมาณแป้งสูงส่งผลให้น้ำหนักตัวเพิ่มขึ้นได้ง่าย และใช้ปลาร้าปรุงอาหารซึ่งมีปริมาณโซเดียมสูง ทำให้ไตต้องทำงานหนักมากขึ้น (Wirunphan & KanKarn, 2018) นอกจากนี้การทำงานยังก่อให้เกิดความเครียด ส่งผลให้เกิดการหลั่งฮอร์โมนคอร์ติโคสเตียรอยด์ ซึ่งจะปลดปล่อยไขมันที่เนื้อเยื่อต่าง ๆ และยังออกฤทธิ์ยับยั้งการทำงานของอินซูลินทำให้เกิดภาวะน้ำตาลในเลือดสูง โดยเฉพาะในผู้ป่วยเบาหวาน เป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้เกิดโรคไตเรื้อรังตามมา (Jellinger et al., 2012) จากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่า ปัจจัยเสี่ยงในการเกิดไตเรื้อรังระยะที่ 3-5 ได้แก่ เพศหญิง อายุ และโรคเรื้อรัง (Sara, Suriyakrai & Toomnan, 2016) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่า อายุ และการออกกำลังกายมีความสัมพันธ์และทำนายการเกิดโรคไตเรื้อรังได้ และการทำงานของไตจะลดลงตามอายุ (Chaiyasung & Meetong, 2018) ประชากรที่มีอายุมากกว่า 30 ปี ถือว่าเป็นกลุ่มเสี่ยงต่อ

ไตเสื่อม โรคไตที่เกิดจากโรคอ้วนเป็นสิ่งที่ป้องกันได้ โดย
หลักสำคัญในการป้องกันการเกิดโรคไตเรื้อรัง ที่มีสาเหตุ
จากความอ้วน คือ การลดน้ำหนักอย่างถูกวิธี โดยจะช่วย
ชะลอความเสื่อมของไตและลดปริมาณไข่ขาวที่รั่วใน
ปัสสาวะได้ วิธีการลดน้ำหนักที่สำคัญประกอบด้วย
การส่งเสริมการออกกำลังกาย การรับประทานอาหารที่มี
ประโยชน์ และการจัดการกับความเครียด ซึ่งจะช่วย
ให้ผู้หญิงวัยกลางคนมีภาวะสุขภาพที่ดี ปลอดภัยจาก
โรคไตเรื้อรัง จึงต้องมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ

แบบจำลองการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์
(Pender, Murdaugh, & Parsons, 2011) มีแนวคิด
พื้นฐานจากทฤษฎีความคาดหวังในคุณค่า (expectancy-
value theory) ซึ่งกล่าวถึงความคาดหวังในผลลัพธ์ของ
การกระทำ และทฤษฎีการเรียนรู้ทางปัญญาสังคม (social
cognitive theory) ปัจจัยที่มีความสำคัญในการสร้างเสริม
แรงจูงใจ ให้เกิดความมุ่งมั่นในการกระทำพฤติกรรม
สร้างเสริมสุขภาพ และเป็นแก่นสำคัญของการทำ กิจกรรม
เพื่อสร้างเสริมสุขภาพ ที่ให้บุคคลเกิดการปรับเปลี่ยน
พฤติกรรมสุขภาพมี 6 องค์ประกอบดังนี้ 1) การรับรู้
ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรม (perceived benefit
of action) 2) การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรม
(perceived barriers to action) 3) การรับรู้ความสามารถ
ของตนเอง (perceived self-efficacy) 4) กิจกรรม
และความเกี่ยวเนื่องผลที่ได้ (Activity-related affect)
5) อิทธิพลระหว่างบุคคล (interpersonal influences)
และ 6) อิทธิพลของสถานการณ์ (Situational influences)
ซึ่งถือเป็นกุญแจสำคัญในการพัฒนาทรัพยากรมนุษย์และ
นำไปสู่การมีสุขภาพที่ดีพึงปรารถนา และเป็นยุทธวิธีเชิงรุก
ที่จะให้ผลในการแก้ปัญหาสุขภาพได้ดีที่สุด จากการทบทวน
วรรณกรรมที่ผ่านมาพบว่า การส่งเสริมสุขภาพเป็นกุญแจ
สำคัญทำให้บุคคลปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพในทางที่ดี
ขึ้น และสามารถป้องกันโรคได้ (Ponghan, Suntayakorn,
Prachanban & Wannapira, 2011; Nimit-arnun,
Roojanavech & Pochanapun, 2018; Raksilp &
Wirunphan, 2019) ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาประสิทธิผล
ของรูปแบบการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพผู้หญิงวัยกลางคน
ที่มีภาวะน้ำหนักเกินเพื่อป้องกันโรคไตเรื้อรัง โดยผลลัพธ์
ที่ใช้ติดตามคือ การประเมินผลลัพธ์ทางคลินิก ได้แก่ อัตรา

การกรองของไต ค่าเฉลี่ยของระดับความดันโลหิต ระดับ
น้ำตาลในเลือด ค่าเฉลี่ยดัชนีมวลกาย และเส้นรอบเอว
การประเมินพฤติกรรมสุขภาพเพื่อป้องกันโรคไตเรื้อรัง และ
คุณภาพชีวิต เป็นการจักระบบบริการการดูแลที่มีแผน
การดูแลอย่างต่อเนื่อง ยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง บูรณาการ
การดูแลที่สอดคล้องกับบริบทพื้นที่

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาประสิทธิผลของรูปแบบการส่งเสริม
พฤติกรรมสุขภาพผู้หญิงวัยกลางคนที่มีภาวะน้ำหนักเกิน
เพื่อป้องกันโรคไตเรื้อรังในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ
ตอนล่าง

2. เพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยผลลัพธ์ทางคลินิก
พฤติกรรมการป้องกันโรคไตเรื้อรัง และคุณภาพชีวิตของ
กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมก่อนและหลังการทดลอง

กรอบแนวคิดในการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้นำแนวคิดการส่งเสริมสุขภาพของ
เพนเดอร์ (Pender et al., 2011) ร่วมกับการทบทวน
วรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง มากำหนดรูปแบบการส่งเสริม
พฤติกรรมสุขภาพผู้หญิงวัยกลางคนที่มีภาวะน้ำหนักเกิน
เพื่อป้องกันโรคไตเรื้อรัง โดยพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ
ได้แก่ พฤติกรรมการออกกำลังกาย การบริโภคอาหาร
การจัดการความเครียด จะเกิดขึ้นจากการรับรู้ประโยชน์
พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ โดยการให้ความรู้ผ่านคู่มือ
การรับรู้อุปสรรคต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพโดยให้
แสดงความคิดเห็นถึงปัญหาอุปสรรคและแนวทางแก้ไข
การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อป้องกันโรคไตเรื้อรัง การรับรู้
สมรรถนะแห่งตนให้เหมาะสมในแต่ละบุคคล กิจกรรมและ
ความเกี่ยวเนื่องผลที่ได้ จัดกิจกรรมการออกกำลังกาย
ต่อเนื่องที่เหมาะสมกับบริบทของชุมชน ส่งเสริมอิทธิพล
ระหว่างบุคคล โดยการจัดกลุ่มดูแลสุขภาพคนบ้านเดียวกัน
ซักถามปัญหาทางโทรศัพท์หรือแอปพลิเคชันไลน์ แบบกลุ่ม
และรายบุคคล อิทธิพลจากสถานการณ์ โดยจัดเวที
แลกเปลี่ยนประสบการณ์ และยกย่องบุคคลต้นแบบ เมื่อ
ผู้หญิงวัยกลางคนมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพอย่างต่อเนื่อง
จะทำให้ผลลัพธ์ทางคลินิกและคุณภาพชีวิตดีขึ้นด้วย
ดังแสดงตามกรอบแนวคิด ดังนี้

การรับรู้ประโยชน์พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ

- การให้ความรู้เรื่องโรคไตเรื้อรังโดยใช้ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่รักษาด้วยการล้างไตทางช่องท้อง เล่าประสบการณ์ร่วมกับใช้คู่มือการป้องกันโรคไตเรื้อรังจากโครงการ CKDNET เพื่อสร้างแรงจูงใจในการปฏิบัติพฤติกรรม

การรับรู้อุปสรรคพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ

- การประชุมแบบมีส่วนร่วมโดยให้แสดงความคิดเห็นถึงปัญหาอุปสรรคและแนวทางแก้ไขการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อป้องกันโรคไตเรื้อรัง

การรับรู้สมรรถนะแห่งตน

- จัดประชุมเชิงปฏิบัติการเพื่อสร้างแกนนำด้านการออกกำลังกาย โภชนาการ และการจัดการกับความเครียดและส่งเสริมสมรรถนะด้านการออกกำลังกายให้เหมาะสมกิจกรรมและความเกี่ยวเนื่องผลที่ได้

- จัดกิจกรรมการออกกำลังกายต่อเนื่องที่เหมาะสมกับบริบทของชุมชนโดยแกนนำบริเวณศาลากลางหมู่บ้านหรือลานชุมชนสัปดาห์ละ 3 วัน ส่งเสริมการใช้สมุนไพร

สิ่งเสริมอิทธิพลระหว่างบุคคล

- การจัดกลุ่มดูแลสุขภาพคนบ้านเดียวกัน ช่วยเหลือ ให้กำลังใจ ซักถามปัญหาทางโทรศัพท์หรือแอปพลิเคชันไลน์ แบบกลุ่มและรายบุคคล

- ติดตามบันทึกการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย ชั่งน้ำหนักตัวและวัดเส้นรอบเอวในแต่ละสัปดาห์

อิทธิพลจากสถานการณ์

- จัดเวทีแลกเปลี่ยนประสบการณ์ และยกย่องบุคคลต้นแบบ

- สนับสนุนการใช้สมุนไพรไทยปรุงรสแทนผงปรุงรส และใช้ผักพื้นบ้านประกอบอาหาร

พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ เพื่อป้องกันโรคไตเรื้อรัง

- ด้านการบริโภคอาหาร
- ด้านการออกกำลังกาย
- ด้านการจัดการกับความเครียด

ผลลัพธ์ทางคลินิก

- อัตราการกรองของไต
- ระดับความดันโลหิต
- ระดับน้ำตาลในเลือด
- ดัชนีมวลกาย
- เส้นรอบเอว

คุณภาพชีวิต

ภาพที่ 1 แสดงกรอบแนวคิดในการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัย เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) แบบ 2 กลุ่ม โดยมีกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมเปรียบเทียบก่อนและหลังการทดลอง (Two groups pre-posttest design)

ประชากร คือ ผู้หญิงวัยกลางคนอายุ 40-59 ปี ที่มีภาวะน้ำหนักเกินตามเกณฑ์ขององค์การอนามัยโลก อาศัยอยู่ในชุมชนชนบทภาคตะวันออกเฉียงเหนือตอนล่าง (ชัยภูมิ นครราชสีมา บุรีรัมย์ โยธาธร ศรีสะเกษ สุรินทร์ อำนาจเจริญ อุบลราชธานี และบึงกาฬ)

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้หญิงวัยกลางคนอายุ 40-59 ปี ที่มีค่า BMI อยู่ระหว่าง 25.00-29.9 กก./ตร.ม. มีรอบเอว 24-29.9 นิ้ว (WHO, 2015) ไม่มีโรคประจำตัว สามารถรับรู้ติดต่อสื่อสารได้ปกติ และอาศัยอยู่ในชุมชนชนบทใน

เขตภาคตะวันออกเฉียงเหนือตอนล่าง เกณฑ์คัดออก คือ เข้าร่วมกิจกรรมการวิจัยน้อยกว่าร้อยละ 80 คำนวณกลุ่มตัวอย่างโดยใช้ขนาดอิทธิพล (Effect size) จากสูตรของ Glass (1976) และจากงานวิจัยเรื่อง ผลของโปรแกรมการสร้างเสริมสุขภาพพร้อมกับการใช้กลุ่มช่วยเหลือตนเองต่อพฤติกรรมป้องกันภาวะน้ำหนักเกินของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอเลิงนกทา จังหวัดยโสธร (Mongkholfamai, Songserm, Sansiritaweessook & Kankarn, 2018) พบว่า ขนาดอิทธิพลของงานวิจัยนี้เท่ากับ 3.49 ซึ่งเป็นขนาดอิทธิพลขนาดใหญ่ จากนั้นนำค่าอิทธิพลที่คำนวณได้ มาประมาณขนาดของกลุ่มตัวอย่างจากตารางโดยใช้อำนาจทดสอบ (Power) = .80 และ ระดับความมีนัยสำคัญ (α) = .05 จึงคำนวณได้ขนาดกลุ่มตัวอย่าง 86 คน และเพื่อป้องกันการสูญหายของกลุ่มตัวอย่างระหว่าง

การเก็บรวบรวมข้อมูล จึงเพิ่มขนาดกลุ่มตัวอย่างอีกครั้ง 20 (Polit & Gillespie, 2009) ดังนั้นขนาดของกลุ่มตัวอย่างทั้งหมดที่ใช้ในงานวิจัยครั้งนี้ คือ 108 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 54 คน และกลุ่มควบคุม 54 คน การวิจัยครั้งนี้ใช้การสุ่มกลุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอน โดยขั้นตอนที่ 1) สุ่มสามจังหวัดของภาคตะวันออกเฉียงเหนือตอนล่างได้แก่ นครราชสีมา บุรีรัมย์ และสุรินทร์ ขั้นตอนที่ 2) สุ่มหนึ่งอำเภอของแต่ละจังหวัด และขั้นตอนที่ 3) สุ่มหนึ่งตำบลในแต่ละอำเภอ 4) ใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างแบบง่ายจากหมู่บ้านของแต่ละตำบลโดยวิธีการจับฉลากเพื่อแบ่งกลุ่มเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยทำการทดลองโปรแกรมกับกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมคนละหมู่บ้าน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือสำหรับเก็บรวบรวมข้อมูล

1.1 แบบสัมภาษณ์ข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วยคำถามเกี่ยวกับ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ และการตรวจสุขภาพประจำปี

1.2 แบบวัดพฤติกรรมการป้องกันโรคไตเรื้อรัง ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ประกอบด้วย 3 ด้าน จำนวน 30 ข้อคำถาม ดังนี้ 1) ด้านโภชนาการ 10 ข้อ 2) การออกกำลังกาย 10 ข้อ และ 3) การจัดการกับอารมณ์ 10 ข้อ ลักษณะคำถามเป็นแบบลักษณะการวัดการปฏิบัติใน 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา ซึ่งมีลักษณะเป็นมาตราประมาณค่า (Likert scale) 4 ระดับ (ปฏิบัติสม่ำเสมอ = 4 คะแนน ปฏิบัติบางครั้ง = 3 คะแนน ปฏิบัตินาน ๆ ครั้ง = 2 คะแนน ไม่ปฏิบัติ = 1 คะแนน) โดยมีคะแนนรวมตั้งแต่ 30-120 คะแนน คะแนนรวมที่สูงกว่า แสดงว่ามีพฤติกรรม การป้องกันโรคไตเรื้อรังดีกว่าคะแนนต่ำกว่า การแปลผลคะแนนใช้วิธีของ Sisa-at (2013) โดยแบ่งพฤติกรรม การป้องกันโรคไตเรื้อรังเป็น 3 ระดับ ได้แก่ ระดับน้อย มีคะแนนรวม 30-60 คะแนน แสดงถึงการมีพฤติกรรม การป้องกันโรคไตเรื้อรังที่ไม่ดี ระดับปานกลาง คะแนนรวมอยู่ในช่วง 61-90 คะแนน แสดงถึงการมีพฤติกรรม การป้องกันโรคไตเรื้อรังปานกลาง และระดับสูง คะแนนรวมตั้งแต่ 91-120 คะแนน แสดงถึงการมีพฤติกรรม การป้องกันโรคไตเรื้อรังที่ดี แบบวัดนี้ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาจากผู้ทรง

คุณวุฒิ จำนวน 5 ท่าน คำนวณหาดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content Validity Index) เท่ากับ .92 ผู้วิจัยทดสอบความเชื่อมั่นของเครื่องมือโดยนำไปทดสอบกับหญิงวัยกลางคนที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 ราย แล้ว คำนวณหาค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ได้เท่ากับ .90

1.3 แบบประเมินคุณภาพชีวิตฉบับย่อชุดภาษาไทย (WHOQOL-BREF-THAI) เป็นเครื่องมือที่พัฒนา มาจากเครื่องชี้วัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลก (Mahatnirunkul, Tuntipivanakul & Pumpisanchai, 1998) มีองค์ประกอบ 4 ด้าน ได้แก่ ด้านสุขภาพร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านสัมพันธภาพทางสังคมและด้านสิ่งแวดล้อม มีข้อคำถาม 26 ข้อ เป็นมาตราประมาณค่า (Likert scale) 5 ระดับ (ไม่เลย = 1 คะแนน, เล็กน้อย = 2 คะแนน, ปานกลาง = 3 คะแนน, มาก = 4 คะแนน, มากที่สุด = 5 คะแนน) โดยมีคะแนนรวมตั้งแต่ 26-130 คะแนน คะแนนรวมที่สูง แสดงว่ามีคุณภาพชีวิตดีกว่าคะแนนรวม ที่ต่ำกว่า คุณภาพชีวิตสามารถแบ่งเป็น 3 ระดับ ได้แก่ ระดับน้อย มีค่าคะแนนรวมระหว่าง 26-60 คะแนน หมายถึงการมีคุณภาพชีวิตที่ไม่ดี ระดับปานกลาง มีค่าคะแนนรวมระหว่าง 61-95 คะแนน หมายถึงการมีคุณภาพชีวิตปานกลาง และระดับสูง มีค่าคะแนนรวมระหว่าง 96-130 คะแนน หมายถึงการมีคุณภาพชีวิตที่ดี ผู้วิจัย นำแบบประเมินนี้ไปทดสอบกับประชากรที่มีลักษณะ คล้ายกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 ราย ได้ค่าความเชื่อมั่น (Cronbach's alpha coefficient) เท่ากับ .92

1.4 แบบบันทึกผลลัพธ์ทางคลินิก ประกอบด้วย อัตราการกรองของไต ระดับความดันโลหิต ระดับน้ำตาลในเลือด ค่าดัชนีมวลกาย และเส้นรอบเอว

2. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง คือ รูปแบบการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพผู้หญิงวัยกลางคนที่มีภาวะ น้ำหนักเกินเพื่อป้องกันโรคไตเรื้อรังประกอบด้วยการให้ ความรู้เรื่องโรคไตเรื้อรัง การเล่าประสบการณ์ร่วมกับ ใช้คู่มือการป้องกันโรคไตเรื้อรังจากโครงการ CKDNET การประชุมแบบมีส่วนร่วมโดยให้แสดงความคิดเห็นถึง ปัญหาอุปสรรคและแนวทางแก้ไขการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การบริโภคอาหาร การประชุมเชิงปฏิบัติการในการสร้าง แกนนำด้านการออกกำลังกาย โภชนาการ และการจัดการ

กับความเครียด โดยแกนนำบริเวณศาลากลางหมู่บ้านหรือ
ลานชุมชนสัปดาห์ละ 3 วัน ส่งเสริมการใช้สมุนไพรการจัด
กลุ่มดูแลสุขภาพคนบ้านเดียวกัน ช่วยเหลือ ให้กำลังใจ
ซักถามปัญหาทางโทรศัพท์หรือแอปพลิเคชันไลน์ แบบกลุ่ม
และรายบุคคล ติดตามบันทึกการรับประทานอาหาร
การออกกำลังกาย ชั่งน้ำหนักตัวและวัดเส้นรอบเอว
ในแต่ละสัปดาห์ ร่วมกับใช้คู่มือการป้องกันโรคไตเรื้อรัง
จัดทำโดยโครงการป้องกันและชะลอโรคไตเรื้อรังภาค
ตะวันออกเฉียงเหนือ (Chronic Kidney Disease
Northeast Thailand: CKDNET) สื่อนำเสนอภาพนิ่ง
พฤติกรรมป้องกันโรคไตเรื้อรัง สมุดบันทึกพฤติกรรม

การป้องกันโรคไตเรื้อรัง เครื่องวัดความดันโลหิตมาตรฐาน
ชนิดปรอท รุ่น diplomat-presameter แบบตั้งโต๊ะและ
หุฟัง และเครื่องเจาะหาระดับน้ำตาลในเลือด ผ่านการ
ทดสอบเทียบค่าความเที่ยงตรงของการวัด ปีละ 1 ครั้ง โดย
กองวิศวกรรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข และได้ใช้
เครื่องมือดังกล่าว เครื่องเดียวกันตลอดการวิจัย ทดสอบ
ความตรงของเนื้อหา โดยนำเครื่องมือไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิ
จำนวน 3 ท่าน ได้แก่ แพทย์เวชปฏิบัติครอบครัว โภชนากร
พยาบาลประจำคลินิกโรคเรื้อรัง เพื่อตรวจสอบความ
สอดคล้องของวัตถุประสงค์

ตารางที่ 1 รายละเอียดของรูปแบบการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพผู้หญิงวัยกลางคนที่มีภาวะน้ำหนักเกินเพื่อป้องกัน
โรคไตเรื้อรัง

ระยะเวลา	กิจกรรม
เดือนที่ 1 2 ชั่วโมง	สร้างสัมพันธภาพ แนะนำทีมวิจัย ชี้แจงวัตถุประสงค์ วิธีการวิจัยและลงชื่อยินยอมเข้าร่วมการวิจัย วัตถุประสงค์เพื่อ ส่งเสริมการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมและการรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติ พฤติกรรมช่วยกระตุ้นให้เกิดพฤติกรรมที่ถูกต้อง แบ่งเป็นรายกลุ่ม ๆ ละ 15-20 คน ตามบริบทของชุมชน - ให้ความรู้เรื่องโรคไตเรื้อรังโดยใช้ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่รักษาด้วยการล้างไตทางช่องท้อง เล่าประสบการณ์ มีการแลกเปลี่ยนความคิดเห็นซึ่งกันและกัน ผู้วิจัยให้ความรู้เพิ่มเติมร่วมกับใช้คู่มือการป้องกันโรคไตเรื้อรัง จากโครงการ CKDNET - สนทนากลุ่มแบบมีส่วนร่วมโดยให้แสดงความคิดเห็นถึงปัญหาอุปสรรคและแนวทางแก้ไขการปรับเปลี่ยน พฤติกรรมเพื่อป้องกันโรคไตเรื้อรัง ได้แก่ ลดการบริโภคอาหารที่มีแป้งและไขมันสูง ลดเค็ม
เดือนที่ 2 2 ชั่วโมง	วัตถุประสงค์เพื่อ ส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตน - ประชุมเชิงปฏิบัติการ สตรีวัยกลางคนร่วมกันสร้างแกนนำการออกกำลังกาย การสาธิตการทำอาหาร ลดเค็มลดโรคไต และการจัดการกับความเครียด โดยนักโภชนาการ พยาบาลวิชาชีพ และนักกายภาพบำบัด เป็นผู้ให้ข้อเสนอแนะ - การส่งเสริมสมรรถนะด้านการออกกำลังกายให้เหมาะสมในแต่ละบุคคล - ฝึกทักษะการเลือกรายการอาหารตามหลักโภชนาการเพื่อป้องกันโรคไตเรื้อรัง
เดือนที่ 3-8 1 ชั่วโมง	วัตถุประสงค์เพื่อ ส่งเสริมกิจกรรมและความเกี่ยวเนื่องผลที่ได้จากการปฏิบัติ - จัดกิจกรรมการออกกำลังกายต่อเนื่องที่เหมาะสมกับบริบทของชุมชนโดยแกนนำบริเวณศาลากลาง หมู่บ้านหรือลานชุมชนนานครั้งละ 45 นาทีสัปดาห์ละ 3 วัน - ส่งเสริมการประกอบอาหารด้วยสมุนไพรพื้นบ้านแทนการใช้ผลปรุงรส และอาหารมีหลักลดปริมาณ แป้งและไขมันในสัดส่วนที่พอเหมาะ

ตารางที่ 1 (ต่อ)

ระยะเวลา	กิจกรรม
เดือนที่ 9 2 ชั่วโมง	วัตถุประสงค์เพื่อ ส่งเสริมอิทธิพลระหว่างบุคคล ความรู้ที่มิต่อพฤติกรรม และอิทธิพลจากสถานการณ์ - จัดกลุ่มดูแลสุขภาพคนบ้านเดียวกัน มีการติดตามบันทึกการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย น้ำหนักตัวและเส้นรอบเอวในแต่ละสัปดาห์ - จัดเวทีแลกเปลี่ยนประสบการณ์ในการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคไตเรื้อรัง และยกย่องบุคคลต้นแบบ - ติดตามสังเกตปัญหา ให้คำแนะนำ ช่วยเหลือ ให้กำลังใจ ชักถามปัญหา ทบทวนกิจกรรมที่ผ่านมา ทางโทรศัพท์หรือแอปพลิเคชันไลน์ แบบกลุ่มและรายบุคคล

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

โครงการวิจัยนี้ผ่านการเห็นชอบจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์มหาวิทยาลัยขอนแก่นเลขที่ HE601166 ก่อนดำเนินการเก็บข้อมูล กลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมในการวิจัยทุกคนได้รับการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่างโดยผู้วิจัยชี้แจงเกี่ยวกับวัตถุประสงค์วิธีการดำเนินการวิจัย ประโยชน์และความเสี่ยงในการเข้าร่วมวิจัย สิทธิ์ที่จะออกจากกรวิจัยได้ตลอดเวลา เมื่อผู้เข้าร่วมวิจัยเข้าใจเป็นอย่างดีแล้วให้ลงนามด้วยความสมัครใจ และผู้เข้าร่วมวิจัยสามารถบอกเลิกเมื่อใดก็ได้ ข้อมูลของกลุ่มตัวอย่างจะถูกเก็บเป็นความลับ การรายงานผลการวิจัย นำเสนอเป็นภาพรวมเท่านั้น ไม่มีผลกระทบต่อกลุ่มตัวอย่าง หรือหน่วยงานที่กลุ่มตัวอย่าง ปฏิบัติงานอยู่ และจะทำลายทิ้งเมื่อสิ้นสุดการวิจัย

การเก็บรวบรวมข้อมูล

เก็บรวบรวมข้อมูล ระหว่างเดือนพฤษภาคม พ.ศ. 2562 - กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2563 โดยผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่างโดยดำเนินการสร้างสัมพันธภาพ แนะนำตนเองชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย ขั้นตอนการวิจัยชี้แจงสิทธิในการตัดสินใจเข้าร่วมการวิจัย และให้กลุ่มตัวอย่างลงนามยินยอมในใบพิทักษ์สิทธิของผู้เข้าร่วมการวิจัย ผู้วิจัยสัมภาษณ์ข้อมูลส่วนบุคคล วัดพฤติกรรมการป้องกันโรคไตเรื้อรัง และประเมินคุณภาพชีวิต วัดรอบเอว ชั่งน้ำหนัก วัดส่วนสูง วัดความดันโลหิต และเจาะระดับน้ำตาลในเลือดเพื่อเป็นข้อมูลพื้นฐาน

กลุ่มทดลอง กลุ่มตัวอย่างเข้าร่วมกิจกรรมรูปแบบการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพผู้หญิงวัยกลางคนที่มีภาวะ

น้ำหนักเกินเพื่อป้องกันโรคไตเรื้อรัง ระยะเวลา 9 เดือน เป็นกิจกรรมกลุ่ม กลุ่มละ 15-20 คน และจัดวันเสาร์หรือวันอาทิตย์ ตามรายละเอียดกิจกรรมตารางที่ 1

กลุ่มควบคุม กลุ่มควบคุมได้รับการส่งเสริมสุขภาพจากเจ้าหน้าที่ประจำโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เช่น ชั่งน้ำหนัก วัดส่วนสูง วัดความดันโลหิต สาธิตการออกกำลังกายแนะนำการจัดการกับความเครียด และบริโภคอาหารที่ถูกตามหลักโภชนาการ

เมื่อเสร็จสิ้นการศึกษาเดือนที่ 10 ผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่างเพื่อทำการรวบรวมข้อมูลอีกครั้งด้วยแบบวัดพฤติกรรมการป้องกันโรคไตเรื้อรัง และคุณภาพชีวิตโดยใช้แบบสอบถามชุดเดิม วัดรอบเอว ชั่งน้ำหนัก วัดส่วนสูง วัดความดันโลหิต และเจาะระดับน้ำตาลในเลือด หลังจากนั้นผู้วิจัยให้ความรู้เกี่ยวกับผลกระทบของภาวะน้ำหนักเกินและการป้องกันโรคไตเรื้อรัง สาธิตการออกกำลังกาย และแนะนำการจัดการกับความเครียด และบริโภคอาหารที่ถูกตามหลักโภชนาการเพื่อป้องกันโรคไตเรื้อรัง

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างที่มีระดับการวัด nominal scale และ ordinal scale นำมาวิเคราะห์โดยการแจกแจงความถี่ร้อยละ เปรียบเทียบความแตกต่างของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองด้วยสถิติไคสแควร์ (Chi-square Test) ส่วนข้อมูลส่วนบุคคลที่อยู่ในระดับการวัด interval scale ขึ้นไป ทำการเปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองด้วยสถิติทดสอบค่าที (Independent t-Test)

2. เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนน

พฤติกรรมการป้องกันโรคไตเรื้อรัง และคะแนนคุณภาพชีวิต ค่าเฉลี่ยผลลัพธ์ทางคลินิก ได้แก่ อัตราการกรองของไต ระดับความดันโลหิต ระดับน้ำตาลในเลือด ดัชนีมวลกาย เส้นรอบเอว และคุณภาพชีวิตระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ด้วยสถิติทีอิสระ (Independent t-Test) ทั้งนี้ทดสอบการกระจายของข้อมูลโดยใช้ Kolmogorov-smirnov test การแจกแจงเป็นแบบโค้งปกติ

ผลการวิจัย

กลุ่มทดลองทั้งหมด 54 คน สามารถเข้าร่วมกิจกรรมและประเมินผลได้ครบถ้วนตามแผนการวิจัย ส่วนกลุ่มควบคุม พบว่ามีการสูญหายของกลุ่มตัวอย่างระหว่างการดำเนินกิจกรรม จำนวน 2 คน เนื่องจากมีการย้ายถิ่นที่อยู่ ดังนั้นในกลุ่มควบคุม จึงมีกลุ่มตัวอย่างทั้งหมดเมื่อสิ้นสุดการวิจัยจำนวน 52 คน

1. ข้อมูลส่วนบุคคล การทดสอบข้อมูลส่วนบุคคล ด้วยค่าไคสแควร์และสถิติค่าทีแบบอิสระ แสดงให้เห็นว่า กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีลักษณะส่วนบุคคลไม่แตกต่างกันที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ .05 (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบข้อมูลส่วนบุคคล

ตัวแปร	กลุ่มทดลอง (n=54) จำนวน (ร้อยละ)	กลุ่มควบคุม (n=52) จำนวน (ร้อยละ)	χ^2/t	p-value
สถานภาพ			3.396	.183
โสด	9 (16.67)	3 (5.77)		
สมรส	44 (81.48)	47 (90.38)		
หม้าย/หย่า/แยก	1 (1.85)	2 (3.85)		
ระดับการศึกษา			3.50	.320
ประถมศึกษา	40 (74.07)	36 (69.24)		
มัธยมศึกษา	8 (14.82)	8 (15.38)		
ปวส./อนุปริญญา	4 (7.41)	8 (15.38)		
ปริญญาตรี/สูงกว่า	2 (3.70)	0		
อาชีพ			2.491	.337
เกษตรกร	44 (81.48)	47 (90.38)		
รับจ้างทั่วไป	5 (9.26)	2 (3.85)		
บริษัทเอกชน	1 (1.85)	0		
แม่บ้าน	4 (7.41)	3 (5.77)		
การตรวจสุขภาพ			0.018	.894
ไม่ได้ตรวจ	42 (77.78)	41 (78.85)		
ได้รับการตรวจ	12 (22.22)	11 (21.15)		
อายุเฉลี่ย (ปี)	$\bar{X} = 51.74$ (SD=3.94)	$\bar{X} = 51.00$ (SD=3.13)	1.68*	.286
รายได้เฉลี่ยต่อเดือน (บาท)	$\bar{X} = 2,175.93$ (SD=1,855.43)	$\bar{X} = 2,376.96$ (SD=711.40)	-0.69*	.532

หมายเหตุ * ค่าสถิติ t

2. การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันโรคไตเรื้อรัง ผลลัพธ์ทางคลินิก และคุณภาพชีวิต ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมก่อนเข้าร่วมกิจกรรม รูปแบบการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพผู้หญิงวัยกลางคน ที่มีภาวะน้ำหนักเกินเพื่อป้องกันโรคไตเรื้อรัง พบว่า กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีคะแนนเฉลี่ยไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (ตารางที่ 3)

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบผลลัพธ์ทางคลินิก พฤติกรรมการป้องกันโรคไตเรื้อรัง และคุณภาพชีวิต ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมก่อนการเข้าร่วมกิจกรรม

ตัวแปร	กลุ่มทดลอง (n=54)			กลุ่มควบคุม (n=52)			t	p-value
	$\bar{X}$	S.D.	ระดับ	$\bar{X}$	S.D.	ระดับ		
ผลลัพธ์ทางคลินิก								
ดัชนีมวลกาย	27.67	2.70		27.04	2.68		1.204	.231
เส้นรอบเอว	89.56	8.21		87.67	6.25		1.325	.188
อัตราการกรองของไต	97.21	8.38		97.49	9.70		-.156	.877
ระดับน้ำตาลในเลือด	107.68	17.06		109.96	13.47		-.761	.449
ระดับความดันโลหิต								
ซิสโตลิก	130.54	17.00		129.52	14.14		.334	.739
ไดแอสโตลิก	72.93	10.22		74.90	10.78		-.969	.335
พฤติกรรมโดยรวม	86.17	10.54	ปานกลาง	86.76	9.08	ปานกลาง	-.315	.754
โภชนาการ	27.61	3.02	ปานกลาง	28.54	4.03	ปานกลาง	-.648	.519
การออกกำลังกาย	29.04	5.56	ปานกลาง	30.15	4.43	ปานกลาง	-1.142	.256
การจัดการความเครียด	29.51	5.43	ปานกลาง	28.54	4.57	ปานกลาง	1.003	.318
คุณภาพชีวิตโดยรวม	68.61	8.11	ปานกลาง	69.17	8.10	ปานกลาง	-.357	.722

3. การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันโรคไตเรื้อรัง ผลลัพธ์ทางคลินิก และคุณภาพชีวิต ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมหลังเข้าร่วมกิจกรรม รูปแบบการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพผู้หญิงวัยกลางคน ที่มีภาวะน้ำหนักเกินเพื่อป้องกันโรคไตเรื้อรัง พบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันโรคไตเรื้อรัง คุณภาพชีวิต และค่าเฉลี่ยอัตราการกรองของไตเพิ่มขึ้นกว่า ก่อนการทดลองและกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ส่วนค่าเฉลี่ยของระดับความดันโลหิต ระดับน้ำตาลในเลือด ค่าเฉลี่ยดัชนีมวลกาย และเส้นรอบเอวลดลงกว่าก่อนการทดลองและกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (ตารางที่ 4)

ตารางที่ 4 เปรียบเทียบผลต่างค่าเฉลี่ยผลลัพธ์ทางคลินิก พฤติกรรมการป้องกันโรคไตเรื้อรัง และคุณภาพชีวิตระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมหลังการเข้าร่วมโปรแกรม

ตัวแปร	ผลต่างค่าเฉลี่ยหลังการทดลอง				t	p-value
	กลุ่มทดลอง		กลุ่มควบคุม			
	$\bar{d}$	S.D.	$\bar{d}$	S.D.		
ผลลัพธ์ทางคลินิก						
- ดัชนีมวลกาย	-1.4204	2.52530	-.0006	1.61382	-3.434	.001
- เส้นรอบเอว	89.5556	8.20646	87.6731	6.05440	-4.010	0.00
อัตราการกรองของไต	1.6631	4.40261	-2.1798	4.32460	4.532	.000
ระดับน้ำตาลในเลือด	-5.9259	10.13280	-1.8846	6.09935	-2.476	.015
ระดับความดันโลหิต						
- ซีสโตลิก	-7.5370	13.18763	-1.0577	5.35198	-3.291	.001
- ไดแอสโตลิก	-1.4259	5.00793	.2500	5.60418	-1.625	.107
พฤติกรรมการป้องกันโรคไตโดยรวม	8.4630	9.89514	2.0002	7.86718	3.713	.000
- ด้านโภชนาการ	3.2778	4.52839	-.2308	4.80039	3.872	<.001
- ด้านการออกกำลังกาย	3.0926	4.90386	-.2885	4.64140	3.643	<.001
- ด้านการจัดการความเครียด	3.1481	4.78759	.0769	4.07694	3.550	.001
คุณภาพชีวิตโดยรวม	20.0741	15.08448	2.8269	9.60743	6.991	0.00

การอภิปรายผล

รูปแบบการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพผู้หญิงวัยกลางคนที่มีภาวะน้ำหนักเกินเพื่อป้องกันโรคไตเรื้อรัง จากการใช้โมเดลการสร้างเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ สามารถอธิบายผลการวิจัยได้ดังนี้

1. พฤติกรรมการป้องกันโรคไตเรื้อรังผลการศึกษาพบว่า กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยความแตกต่างคะแนนพฤติกรรมการป้องกันโรคไตเรื้อรังเพิ่มขึ้นมากกว่าก่อนการทดลอง และกลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .01$) ทั้งนี้เนื่องจากกรอบแนวคิดในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการจัดกิจกรรมโดยให้ความรู้เรื่องโรคไตเรื้อรังโดยใช้ผู้ป่วยกรณีศึกษาโรคไตวายระยะสุดท้ายที่ล้างไตทางช่องท้องประกอบการใช้สื่อการสอน และการสนทนากลุ่มแบบมีส่วนร่วมโดยให้แสดงความคิดเห็นถึงปัญหาอุปสรรคและแนวทางแก้ไขการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อป้องกันโรคไตเรื้อรัง ทำให้กลุ่มตัวอย่างรับรู้ตระหนักถึงความเสี่ยงและประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ รวมทั้งนักกายภาพบำบัดแนะนำการออกกำลังกายให้เหมาะสม

ในแต่ละบุคคล โดยกลุ่มตัวอย่างร่วมกันสร้างแกนนำการออกกำลังกายทำให้เกิดการรับรู้ความสามารถของตนเอง มีการจัดกลุ่มดูแลสุขภาพคนบ้านเดียวกัน และการใช้แหล่งประโยชน์จากชุมชน โดยจัดกิจกรรมการออกกำลังกายต่อเนื่องบริเวณศาลากลางหมู่บ้านหรือลานชุมชนสัปดาห์ละ 3 วัน มีการจัดตั้งกลุ่มแอปพลิเคชันไลน์ทำให้กลุ่มตัวอย่างมีที่ปรึกษาในแก้ปัญหาาร่วมกันลดความเครียด นอกจากนี้กลุ่มตัวอย่างได้รับการติดตามเยี่ยมเพื่อประเมินผลลัพธ์ที่ได้ และวางแผนปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ เพื่อให้สอดคล้องกับบริบทเนื่องจากประชาชนในภาคตะวันออกเฉียงเหนือตอนล่างส่วนใหญ่รับประทานข้าวเหนียวเป็นอาหารหลักซึ่งมีปริมาณแป้งสูงส่งผลให้น้ำหนักตัวเพิ่มขึ้นได้ง่าย และใช้ปลากระป๋องในการปรุงอาหารเป็นส่วนใหญ่ทำให้ได้รับปริมาณโซเดียมสูงส่งผลต่อการทำงานของไต ทั้งนี้โภชนาการมีการสาธิตการประกอบอาหารใช้สมุนไพรไทยปรุงรสแทนผงปรุงรส การกำหนดสัดส่วนอาหารในแต่ละมื้อทำให้มีพฤติกรรมสุขภาพในด้านโภชนาการ การออกกำลังกาย และการจัดการกับ

ความเครียดเพิ่มขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่า การสร้างเสริมสุขภาพร่วมกับการใช้กลุ่มช่วยเหลือตนเอง ส่งผลต่อพฤติกรรมการป้องกันภาวะน้ำหนักเกินของ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (Mongkholfai, et al., 2018) รวมทั้งการศึกษา ผลของโปรแกรมสร้างเสริมสุขภาพต่อพฤติกรรมการออกกำลังกายและการบริโภคอาหารในกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานพบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการออกกำลังกายและการบริโภคอาหาร ดีกว่าก่อนการทดลอง (Boonyamane, Kerdmong, Rawiworakul, & Amnatsattue, 2014)

2. ผลลัพธ์ทางคลินิก ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยอัตราการกรองของไตเพิ่มขึ้น ส่วนค่าเฉลี่ยของระดับความดันโลหิต ระดับน้ำตาลในเลือด ค่าเฉลี่ยดัชนีมวลกาย และเส้นรอบเอวลดลงกว่าก่อนการทดลอง และกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ทั้งนี้ เนื่องจากการส่งเสริมกิจกรรมและความเกี่ยวเนื่องผลที่ได้จากการปฏิบัติ รวมทั้งอิทธิพลระหว่างบุคคล ความรู้สึกที่มีต่อพฤติกรรม และอิทธิพลจากสถานการณ์โดยการจัดการกลุ่มดูแลสุขภาพคนบ้านเดียวกัน รวมทั้งมีการติดตามเยี่ยม กระตุ้นเตือน ให้กำลังใจและบันทึกการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย น้ำหนักตัวและเส้นรอบเอวในแต่ละสัปดาห์ การจัดเวทีแลกเปลี่ยนประสบการณ์ในการปฏิบัติ เพื่อป้องกันโรคไตเรื้อรัง และยกย่องบุคคลต้นแบบ ส่งผลให้กลุ่มตัวอย่างมีความตระหนักในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพอย่างต่อเนื่องทำให้ผลลัพธ์ทางคลินิกดีขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่า ผู้ป่วยเบาหวานมีค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลในเลือด หลังเข้าร่วมโปรแกรมสร้างเสริมสุขภาพลดลงกว่า ก่อนเข้าร่วมโปรแกรมสร้างเสริมสุขภาพ (Thangtumpitak, 2019) และการศึกษาที่พบว่าทุก 10 มิลลิเมตรปรอทของความดันโลหิตที่ลดลงจะสามารถชะลอการลดลงของอัตราการกรองของไต 6 ลูกบาศก์เซนติเมตรต่อนาทีต่อปี (Bakris et al., 2003)

3. คุณภาพชีวิตผลการศึกษาพบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตเพิ่มขึ้นกว่าก่อนการทดลอง และกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 เนื่องจากระบบการการสร้างโปรแกรมการสร้างเสริมสุขภาพนั้นการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพเกิดจากปัญหาและความต้องการที่สอดคล้องกับบริบทความเป็นอยู่ ซึ่ง

ประกอบด้วยกิจกรรมเสริมสร้างความรู้ด้านโภชนาการ การออกกำลังกายซึ่งเน้นการมีส่วนร่วมกิจกรรมสันทนาการ และมีการจัดกลุ่มดูแลสุขภาพคนบ้านเดียวกัน และการจัดตั้งกลุ่มแอปพลิเคชันไลน์ทำให้กลุ่มตัวอย่างมีที่ปรึกษาในแก้ปัญหาพร้อมกันลดความเครียดสอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่า ภายหลังได้รับโปรแกรมสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุกลุ่มทดลองมีคุณภาพชีวิตดีกว่ากลุ่มควบคุม (Panyasai, Kitisri, & Ngerndee, 2017) และแนวคิดการสร้างเสริมสุขภาพเป็นกระบวนการเพิ่มสมรรถนะของบุคคลให้มีความสามารถในการดูแลสุขภาพของตนเองให้ดีขึ้นและปรับเปลี่ยนด้านสิ่งแวดล้อมให้เอื้อต่อการเกิดสภาพการดำรงชีวิตที่นำไปสู่การมีสุขภาพดีจากการศึกษาแนวคิดดังกล่าวความสอดคล้องกับการสร้างเสริมสุขภาพคือ กระบวนการที่เพิ่มความรู้ความสามารถในการกระทำกิจกรรมต่าง ๆ ในการสร้างเสริมสุขภาพเพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุให้ดีขึ้นและนำไปสู่การมีสุขภาพที่ดี

ข้อเสนอแนะ

1. การประเมินคุณภาพชีวิตของผู้หญิงวัยกลางคน ควรติดตามอย่างน้อย 12 เดือน เพื่อให้เห็นการเปลี่ยนแปลงคุณภาพชีวิตด้านร่างกายที่ชัดเจนขึ้น

2. จากผลการศึกษา พบว่า การส่งเสริมพฤติกรรมด้านโภชนาการ การออกกำลังกาย และการจัดการความเครียด ควรดำเนินการอย่างต่อเนื่อง และต้องมีการติดตามอุปสรรคต่าง ๆ ที่จะทำให้ผู้หญิงวัยกลางคนไม่ปฏิบัติตามพฤติกรรมสุขภาพดังกล่าว เนื่องจากหลายสาเหตุ เช่น ความเหนื่อยล้าจากการทำงาน อิทธิพลของบริบทสังคม และวัฒนธรรม เช่น วัฒนธรรมการรับประทานอาหาร

3. จากผลการวิจัยที่ได้นำความก้าวหน้าในเทคโนโลยีและการใช้แอปพลิเคชันไลน์ในการติดตามทั้งแบบกลุ่มและส่วนตัวทำให้ง่าย และสะดวกต่อการสื่อสารและการถ่ายทอดข้อมูลจากผู้วิจัย และทำให้กลุ่มตัวอย่างสามารถหาความรู้เกี่ยวกับการประโยชน์ในการดูแลตนเองได้ง่าย

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบพระคุณผู้ทรงคุณวุฒิ ทีมสหสาขาวิชาชีพ สตรีวัยกลางคน และโครงการป้องกันและชะลอ

โรคไตเรื้อรังในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ (CKDNET)
มหาวิทยาลัยขอนแก่น ที่ช่วยสนับสนุนให้การศึกษาครั้งนี้

Reference

- Aekplakorn, W. (Editor). (2014). *Thai National Health Examination Survey, NHES 5th 2014*. Nonthaburi: Health Systems Research Institute.
- Bakris, GL, Weir MR, Shanifar, S, Zhang, Z, Douglas, JV, Dijk DJ, & Brenner, BM. (2003). of blood pressure level on progression of diabetic nephropathy. *Archives of Internal Medicine*, 163(13), 1555-65.
- Boonyamanee W, Kerdmong P, Rawiworrakul T, Amnatsattsue K, & Kaewboonchoo O. (2014). Effect of a health promotion program on exercise and food consumption behaviors for diabetes risk group. *Graduate Research Conference*, 1740-48.
- Chaiyasung, P., & Meetong, P. (2018). Factors predicting chronic kidney disease of patients with chronic disease in the community. *The journal of Prapokklao Hospitals Clinical Medical Education Center*, 35(2), 128-39. [In Thai]
- Flegal, K. M., Kruszon-Moran, D., Carroll, M. D., Fryar, C. D., & Ogden, C. L. (2016). Trends in obesity among adults in the United States, 2005 to 2014. *JAMA*, 315(21), 2284-2291.
- Glass, G. V. (1976). Primary, secondary, and meta-analysis of research. *Education Researcher*, 5, 3-8.
- Kovesdy, C. P., Furth, S. L., Zoccali, C., & World Kidney Day Steering Committee. (2017). Obesity and kidney disease: hidden consequences of the epidemic. *Indian Journal of Nephrol.* 27(2), 85-92.
- Kearns, K., Dee, A., Fitzgerald, A. P., Doherty, E., & Perry, I. J. (2014). Chronic disease burden associated with overweight and obesity in Ireland: the effects of a small BMI reduction at population level. *BMC public health*, 14, 143. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-14-143>
- Jellinger, P., Smith, D., Mehta, A., Ganda, O., Handelsman, Y., Rodbard, H., ... & Seibel, J. (2012). American association of clinical endocrinologists' guidelines for management of dyslipidemia and prevention of atherosclerosis. *Endocrine practice*, 18 (Supplement 1), 1-78.
- Mahatnirunkul, S., Tuntipivatanakul, W., & Pumpisanchai, W. (1998). Comparison of the WHOQOL-100 and the WHOQOL-BREF (26 items). *Journal Mental Health Thai*, 5, 4-15. [In Thai]
- Mongkholfamfai, J., Songserm, N., Sansiritaweessook, G & Kankarn, W. (2018). The effects of health promotion program and self-help group on preventive overweight behaviors among village health volunteers in Loei Nok Tha District, Yasothon Province. *Journal of Nursing and Health care*, 36(4), 157-66. [In Thai]
- Nimit-arnun, N., Roojanavech, S., & Pochanapun, S. (2018). Effectiveness of health promoting program for teachers at risk of knee osteoarthritis in Nakhon Pathom Primary Educational Service Area Office II. *The Journal of Faculty of Nursing Burapha University*, 26(1), 50-59. [In Thai]
- Nitiyanant, W. (Editor). (2011). *Obesity and Metabolic Syndrome*. Bangkok: Sukhumvit Media. [In Thai]

- Panyasai, K., Kitisri, C., & Ngerndee, P. (2017). Effectiveness of health promotion programs for Quality of Life Basic Need among the Elderly. *The Public Health Journal of Burapha University*, 12(2), 65-74. [In Thai]
- Pender, N. J., Murdaugh, C. L. & Parsons, M. A. (2011). *Health promotion in nursing practice* (6th ed.). Boston: Pearson.
- Polit, D. F., & Gillespie, B. (2009). The use of the intention to treat principle in nursing clinical trials. *Nursing Research*, 58, 391-399.
- Ponghan P, Suntayakorn C, Prachanban P, & Wannapira W. (2011). Effects of health promotion program on metabolic syndrome preventive behaviors among health volunteers. *Journal of Nursing and Health Sciences*, 5(3), 54-64. [In Thai]
- Prasittipatt, T., Rudtanasudjatum, K., Methaphat, C., & Thetkathuek, A. (2018). Factors influencing the abdominal obesity of employees in large-sized manufactories in the eastern region. *Journal of Health Science*, 27(5). 792-799. [In Thai]
- Raksilp, M. (2018). Cost- effectiveness of health promotion program and the use of self-help group to prevent obesity in village health volunteer. Leng Nok Tha District, Yasothon Province. *Journal of Nursing and Health Care*, 36(3). 127-136.
- Raksilp, M., & Wirunphan, B. (2019). The development of a health promotion program consistent with the lifestyle and culture to prevent chronic diseases of middle-aged women in the rural community Ubon Ratchathani Province. *Journal of Nursing and Health Care*, 37(2), 228-37. [In Thai]
- Sara, K., Suriyakrai, S., & Toomnan, J. (2016). Prevalence and factors associated with chronic kidney disease stages 3-5 in Trakan Phuet Phon hospital, Ubon Ratchathani. The national and international graduate research conference 2016 Mar 28. Khon Kaen: Khon Kaen University. P.887-94. Retrieved January, 20, 2019. From <https://gsbooks.gs.kku.ac.th/59/ingrc2016/pdf/MMP22.pdf> [In Thai]
- Siaa-at, B. (2013). *Statistical methods for research, Volume 1*. (5th ed.). Bangkok: Suwiriyasarn. [In Thai]
- Singh, G. M., Danaei, G., Farzadfar, F., Stevens, G. A., Woodward, M., Wormser, D., & Di Angelantonio, E. (2013). The age-specific quantitative effects of metabolic risk factors on cardiovascular diseases and diabetes: a pooled analysis. *Plos one*, 8(7), e65174.
- Thangtumpitak, T. (2019). Effectiveness of health promotion program for patients with diabetes mellitus at baan Nongnasang community, Roi Et province. *Srinagarind Medicine Journal*, 34(3), 243-8. [In Thai]
- Tsujimoto, T., Sairenchi, T., Iso, H., Irie, F., Yamagishi, K., Watanabe, H... & Ota, H. (2014). The dose-response relationship between body mass index and the risk of incident stage ≥ 3 chronic kidney disease in a general Japanese population: the Ibaraki prefectural health study (IPHS). *Journal of epidemiology*, 24(6), 444-451.

- Wang, J., Yang D.L, Chen Z.Z., & Gou, B.F. (2016). Associations of body mass index with cancer incidence among populations, genders, and menopausal status: A systematic review and meta-analysis. *Cancer Epidemiology*, 42, 1–8. doi:10.1016/j.canep.2016.02.010.
- Wirunphan, B., & KanKarn, W. (2018). Effects of self-management support programs on knee osteoarthritis protection behaviors and the quality of life among middle-aged women in Ubon Ratchathani Province. *Journal of Nursing and Health Care*, 36(2), 196-204. [In Thai]
- World Health Organization. Obesity and overweight. (2015). Retrieved January, 20, 2019. from <https://www.who.int/en/news-room/fact-sheets/detail/obesity-and-overweight>
- Zheng, W., McLerran, D.F., Rolland, B., Zhang, X., Inoue, M., Matsuo, K., & Irie, F. (2011). Association between body-mass index and risk of death in more than 1 million Asians. *New England Journal of Medicine*, 364(8), 719-729.

การประเมินผลโครงการพัฒนาเครือข่ายพยาบาลชุมชนในการขับเคลื่อน อำเภोजัดการสุขภาพของเขตสุขภาพที่ 7

ผดุงศิษฐ์ ขำนาญบริรักษ์, ปร.ด.^{1*} ลดาวัลย์ เลนทำมี, พย.ม.² กิตติศักดิ์ ไกรจันทร์, พย.ม.³
สาคร อินทโธ, ปร.ด.⁴ วิภา วิเสโส, พย.ด.⁵

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงคุณภาพครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินผลโครงการพัฒนาเครือข่ายพยาบาลชุมชนในการขับเคลื่อนอำเภोजัดการสุขภาพของเขตสุขภาพที่ 7 รูปแบบการวิจัยเป็นการประเมินผลโครงการตามแบบจำลองซิปปโมเดล ประกอบด้วย 4 ด้าน คือ ด้านบริบท ปัจจัยนำเข้า กระบวนการดำเนินงานและผลผลิตจากโครงการ โดยเก็บข้อมูลจากรายงานผลการดำเนินงาน การสนทนากลุ่ม และการสัมภาษณ์แบบเจาะลึก จากผู้ให้ข้อมูลหลัก จำนวน 62 คน วิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพโดยใช้การวิเคราะห์เนื้อหา

ผลจากการวิจัย พบว่า (1) ด้านบริบท โครงการมีการเชื่อมโยงการทำงานระหว่างพยาบาลชุมชนกับเครือข่ายต่าง ๆ ในพื้นที่ได้อย่างเป็นรูปธรรม มีการขับเคลื่อนใน 3 ภาคส่วน ได้แก่ ภาควิชาการ ภาคการเมือง และภาคประชาชนสามารถแก้ปัญหาได้ด้วยตนเอง ด้วยกระบวนการเสริมพลัง สร้างคุณค่าให้กับคนทำงาน และหาแนวทางแก้ไขปัญหาร่วมกันเพื่อผลักดันให้เกิดนโยบายสาธารณะ (2) ด้านปัจจัยนำเข้า บุคลากรสามารถดำเนินโครงการร่วมกับภาคีเครือข่ายและสหวิชาชีพได้เป็นอย่างดี เป็นกลไกของการทำงานร่วมกัน มีการแผนงานการดำเนินงานของเครือข่าย โดยเน้นให้เครือข่ายได้มีการออกแบบกิจกรรมที่เป็นกลไกการหนุนเสริมสมรรถนะ ได้แก่ สมรรถนะเชิงวิชาการ เชิงวิชาชีพ การแลกเปลี่ยนเรียนรู้ การเสริมพลัง การสร้างสัมพันธ์ภายในทีม (3) ด้านกระบวนการ ใช้กลไกการขับเคลื่อนภายในพื้นที่ระดับอำเภอ ในการออกแบบกระบวนการพัฒนา โดยใช้บริบทพื้นที่เป็นฐาน และนำประเด็นสุขภาพที่เป็นปัญหามาเป็นเรื่องในการบริหารจัดการเป็น 1 อำเภอ 1 โครงการ รวมถึงให้ความสำคัญในการเป็นนักจัดกระบวนการเรียนรู้ในพื้นที่ของตนเอง (4) ด้านผลผลิตของการดำเนินงาน มีการพัฒนาด้านความรู้โดยใช้กระบวนการวิจัยเชิงคุณภาพ การวิเคราะห์ชุมชน การอบรมเชิงปฏิบัติการการวิจัยในงานประจำ โดยมีโครงการที่ดำเนินงานในพื้นที่ 10 โครงการ มีผลงานวิจัยที่เกิดขึ้นในพื้นที่ จำนวน 43 เรื่อง และนวัตกรรม จำนวน 13 ผลงาน

ผลจากการประเมินสะท้อนให้เห็นว่าทุกภาคส่วนทั้งภาครัฐ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และภาคประชาชนเห็นสอดคล้องกันว่าโครงการพัฒนาเครือข่ายพยาบาลชุมชนในการขับเคลื่อนอำเภोजัดการสุขภาพของเขตสุขภาพที่ 7 สามารถนำไปแก้ปัญหาดังกล่าวได้ของพื้นที่ จากข้อมูลสภาพปัญหาโรคและภัยสุขภาพที่เป็นจริงและสอดคล้องกับบริบทของพื้นที่ และเป็นการส่งเสริมให้หน่วยงานต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง เข้ามามีส่วนร่วมในการดำเนินงานได้อย่างเป็นรูปธรรม

คำสำคัญ: การประเมินโครงการ พยาบาลชุมชน อำเภोजัดการสุขภาพ เขตสุขภาพ

^{1,3,4} อาจารย์พยาบาล วิทยาลัยพยาบาลศรีมหาสารคาม จังหวัดมหาสารคาม

² พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ โรงพยาบาลนาคู จังหวัดมหาสารคาม

⁵ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

* ผู้เขียนหลัก e-mail: phadoongsit@smnc.ac.th

Evaluation of the Development Project of Community Nurse Network in Driving the District Health Management of Health Region 7

Phadoongsit Chumnaborirak, Ph.D.^{1*}, Ladawan Lenthummee, M.N.S.²,
Kittisak Kraichan, M.N.S.³, Sakorn Intolo, Ph.D.⁴, Wipa Wiseso, Ph.D.⁵

Abstract

This research aims to evaluate the development project of the community nurse network in driving the district health management of Region 7. This research and development study evaluated the project according to the CIPP Model. The evaluation consisted of four aspects: Context Evaluation, Input Evaluation, Process Evaluation, and Product Evaluation.

Results: 1) The Context Evaluation findings revealed that the project enabled connections between community nurses and different networks in a concrete way. There were three sectors involved: the academic sector, the political sector, and the citizen sector. This resulted in the community's self-problem-solving following the context. Public policy was driven by empowering the workforce and together finding proper solutions. 2) The Input Evaluation findings revealed that personnel could execute the project with network partners and multidisciplinary associates. The mechanism of work collaboration resulted in various operating plans, which focused on designing activities that boosted personnel competencies including academic and professional competencies, knowledge sharing, empowerment and team building. 3) The Process Evaluation findings revealed that project operations were driven in the district level to design an area-based developmental process wherein health issues were raised, leading to One District One Project. 4) The Product Evaluation findings revealed that knowledge development occurred via qualitative research methods such as community analysis and routine to research workshops. The result was 10 projects in different areas, 43 research studies, and 13 innovations.

Results from this evaluation suggest that all relevant parties (government, local government, and local citizens) agreed that the development project of the community nurse network in driving the district health management of Region 7 could solve the community's problems based on disease condition and actual health threats. In addition, the project helped motivate the participation of relevant sectors in the operations in a concrete way.

Keywords: project evaluation, community nurses, district health management, health region

^{1,3,4} Instructor, Srimahasarakham Nursing College

² Registered Nurse, Senior Professional Level, Na Dun Hospital, Maha Sarakham

⁵ Assistant Professor, Faculty of Nursing, Burapha University

* Corresponding author e-mail: phadoongsit@smnc.ac.th

ความสำคัญของปัญหา

ชมรมพยาบาลชุมชนแห่งประเทศไทย ซึ่งก่อตั้งปี พ.ศ. 2532 มุ่งหวังเป็นองค์กรที่เป็นแกนนำในการแลกเปลี่ยนความรู้เกี่ยวกับการพยาบาลชุมชนและการสร้างเสริมสุขภาพอนามัยของคนในสังคมให้ดีขึ้น ได้เห็นความสำคัญของการพัฒนาศักยภาพของพยาบาลชุมชน จากข้อมูลสำนักงานพัฒนาโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ กระทรวงสาธารณสุข (2017) พบว่ามีปัจจัยเสี่ยงที่เกี่ยวข้องกับโรคไม่ติดต่อเรื้อรังเพิ่มมากขึ้น (non-communicable disease: NCDs) โดยเฉพาะอย่างยิ่งพฤติกรรมเสี่ยงต่าง ๆ เช่น การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ การสูบบุหรี่ การบริโภคผักและผลไม้ที่ไม่เพียงพอ ภาวะอ้วน และการออกกำลังกายที่ไม่เพียงพอ ทำให้มีผลกระทบต่อชีวิต การเจ็บป่วย และโรคประจำตัวของประชาชน และเป็นปัญหาระดับชาติที่มีผลต่อความมั่นคงด้านเศรษฐกิจและสังคมของประเทศ ดังนั้นเพื่อช่วยลดปัญหาจากสถานการณ์สุขภาพดังกล่าว ชมรมพยาบาลชุมชนแห่งประเทศไทยจึงได้ดำเนินการในการแก้ปัญหาที่เกิดขึ้น ได้รับทุนจากสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) โดยมีการพัฒนาแผนงานโครงการสร้างเสริมสุขภาพในบริบทพยาบาลชุมชน การดำเนินงานระยะที่ 1 และ 2 (พ.ศ. 2547-2553) ให้มีความสำคัญกับการพัฒนาศักยภาพพยาบาลชุมชนโดยการหนุนเสริมทักษะการใช้เครื่องมือพัฒนาที่สำคัญคือ งานวิจัยเชิงคุณภาพ ในการเข้าไปร่วมเรียนรู้ ในระยะที่ 3 (พ.ศ. 2554-2557) ดำเนินการพัฒนาสมรรถนะพยาบาลชุมชนและภาคีเครือข่ายภายใต้แผนงานการพัฒนาสุขภาพในชุมชน โดยมีเป้าหมายที่สำคัญคือการมุ่งเสริมพลังอำนาจให้กับชุมชน เอื้อให้เกิดการเรียนรู้ปัญหาในชุมชนภายใต้การใช้อำนาจร่วมระหว่าง ทีมสุขภาพ ประชาชน องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และเครือข่ายในชุมชน เข้ามาแก้ไขปัญหาในชุมชน ขับเคลื่อนงานสร้างเสริมสุขภาพที่มีความเฉพาะเจาะจงในแต่ละบริบท (Community Nurse Association of Thailand, 2018) โดยมีเครือข่าย 6 พื้นที่ ได้แก่ เครือข่ายภาคเหนือ เครือข่ายภาคอีสานบน เครือข่ายภาคอีสานกลาง เครือข่ายภาคอีสานล่าง เครือข่ายภาคกลาง และตะวันออก และเครือข่ายภาคใต้ นับเป็นจุดแข็งในการขับเคลื่อนงานด้านการสร้างเสริมสุขภาพในระดับอำเภอ เครือข่ายชมรมพยาบาลชุมชนภาคอีสานกลาง

เริ่มก่อตั้งในปี พ.ศ. 2551 ภายใต้การบริหารจัดการโดยชมรมพยาบาลชุมชนแห่งประเทศไทย ทำการพัฒนาพื้นที่เรียนรู้ด้านการสร้างเสริมสุขภาพในพื้นที่เขตบริการสุขภาพที่ 7 ที่มีจังหวัดกาฬสินธุ์ ขอนแก่น ร้อยเอ็ด และมหาสารคาม ภายใต้แนวคิดโครงการพัฒนาต้นแบบการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพในบริบทพยาบาล ซึ่งในเขตสุขภาพที่ 7 มีประชากรทั้งสิ้น 5,075,348 คน มีสถานบริการด้านสุขภาพมีโรงพยาบาลมหาวิทยาลัย จำนวน 1 แห่ง ศูนย์หัวใจสิริกิติ์ โรงพยาบาลศูนย์ 2 แห่ง โรงพยาบาลทั่วไป 4 แห่ง โรงพยาบาลชุมชน 59 แห่ง มีหน่วยระดับบริการปฐมภูมิเขตเมือง (ศสม.) 17 แห่ง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) 828 แห่ง โรงพยาบาลเอกชน 7 แห่ง จากการรวบรวมข้อมูลสถิติโรคเฝ้าระวังทางระบาดวิทยาในระบบเฝ้าระวัง ที่มีอัตราป่วยสูงสุดในเขตสุขภาพที่ 7 พบว่า 3 อันดับ คือ โรคอุจจาระร่วง โรคไข้ไม่ทราบสาเหตุและโรคปอดอักเสบ (Health Service System Development Board (CSO) Health Region 7, 2015) ในส่วนปัญหาด้านสุขภาพแบ่งตามกลุ่มวัย พบว่า (1) กลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรังมีอัตราตายด้วยโรคหลอดเลือดหัวใจ มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นจาก 10.39 ต่อประชากรแสนคน ในปี 2552 เป็น 16.10 ต่อประชากรแสนคน ในปี 2558 ผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูงปี พ.ศ. 2558-2559 มีแนวโน้มสูงขึ้นซึ่งเกิดจากพฤติกรรมเสี่ยงต่าง ๆ (การบริโภคอาหารที่ไม่เหมาะสม การมีกิจกรรมทางกายที่ไม่เพียงพอ สูบบุหรี่ ดื่มสุรา) (2) กลุ่มด้านสุขภาพสตรีและเด็กปฐมวัย พบว่า มีภาวะขาดสารไอโอดีนในหญิงตั้งครรภ์ต่อเนื่อง มีคามัธยฐานที่ต่ำกว่าเป้าหมาย (3) กลุ่มเด็กวัยเรียนและวัยรุ่น จากการสำรวจระดับสติปัญญาเด็กนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 1 พบว่า ระดับสติปัญญาเฉลี่ยภาพรวมเขตสุขภาพที่ 7 ร้อยละ 94.28 ซึ่งต่ำกว่าค่ากลางของมาตรฐานสากลคือ IQ = 100 (4) กลุ่มผู้สูงอายุ มีผู้สูงอายุกลุ่มที่ 1 (กลุ่มติดสังคม) ฟังตนเองได้ ช่วยเหลือผู้อื่น ชุมชนและสังคมได้จำนวน 384,896 คน (ร้อยละ 94.81) กลุ่มที่ 2 (กลุ่มติดบ้าน) ดูแล ช่วยเหลือตนเองได้บ้าง จำนวน 23,758 คน (ร้อยละ 5.85) กลุ่มที่ 3 (กลุ่มติดเตียง) ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ พิกัดหรือทุพพลภาพ ต้องได้รับการช่วยเหลือจากผู้อื่น จำนวน 3,314 คน (ร้อยละ 0.82) (6) กลุ่มผู้ป่วยระยะสุดท้าย ผู้ป่วยมะเร็งตับและมะเร็งท่อน้ำดี ปี 2556 พบ

ผู้ป่วยมะเร็งตับและมะเร็งท่อน้ำดีรายใหม่มากกว่า 1,765 คน ซึ่งมีแนวโน้มสูงขึ้นเรื่อย ๆ ทุกปี โดยเป็นมะเร็งท่อน้ำดี ร้อยละ 63 (1,108 คน) มะเร็งตับ ร้อยละ 18 (320 คน) โดยประมาณร้อยละ 55 เกิดขึ้นกับประชากรวัยทำงานที่เป็นหัวหน้าครอบครัวอายุระหว่าง 40-60 ปี มีค่าใช้จ่ายในการผ่าตัด 80,000 บาท/คน (Health Region 7, 2017) ซึ่งเป็นปัญหาที่ใหญ่และมีความสลับซับซ้อนในการแก้ปัญหาที่เกิดขึ้น จะต้องอาศัยความร่วมมือจากหลายภาคส่วนเข้ามาแก้ไข อีกทั้งต้องมีการสนับสนุนงบประมาณให้มีความสอดคล้องกับปัญหาที่เกิดขึ้นในแต่ละพื้นที่ ซึ่งปัญหาส่วนใหญ่ที่เกิดขึ้น เป้าหมายในการดูแลประชาชนของเขตสุขภาพที่ 7 ประกอบด้วย เป้าหมายระยะสั้น คือ ลดอัตราการป่วย การตาย ลดความแออัดในโรงพยาบาล เพิ่มอัตราการเข้าถึงบริการในหน่วยบริการปฐมภูมิและผู้รับบริการ ความพึงพอใจ ส่วนเป้าหมายระยะยาว คือ อายุคาดเฉลี่ยเมื่อแรกเกิดไม่น้อยกว่า 80 ปี และอายุคาดเฉลี่ยการมีสุขภาพดีไม่น้อยกว่า 72 ปี โดยใช้เครือข่ายสุขภาพระดับอำเภอ (District Health System : DHS) เป็นกลไกในการขับเคลื่อน มีการดูแลแบบองค์รวมโดยหมอครอบครัวที่ผ่านการอบรมเพิ่มศักยภาพที่จำเป็น ได้แก่ การเยี่ยมบ้านตามหลักเวชศาสตร์ครอบครัว การให้คำปรึกษา การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและการรักษาพยาบาลเบื้องต้น โดยมีแพทย์ที่ปรึกษาหมอครอบครัวเพื่อให้คำแนะนำในการรักษา เชื่อมโยงข้อมูลด้วยระบบเทคโนโลยีสารสนเทศ มีทีมสหวิชาชีพจากโรงพยาบาลแม่ข่าย เป็นพี่เลี้ยงและพัฒนาศักยภาพในส่วนที่ขาดโดยใช้กระบวนการสอนแบบบริบทเป็นฐาน (Context-Based Learning : CBL) พัฒนาระบบส่งต่อที่มีประสิทธิภาพ ด้านวิชาการใช้กระบวนการจัดการเรียนรู้ เป็นเครื่องมือในการพัฒนาคน อีกทั้งมีการพัฒนาตามกลุ่มเป้าหมาย ซึ่งนานาชาติให้การยอมรับว่าเป็นระบบบริหารจัดการที่ดี ทำให้ค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพโดยรวมไม่สูง สถานะสุขภาพของประชาชนดีขึ้น อัตราการป่วยด้วยโรคเรื้อรังลดลง (Phirom, Chuencharoensuk, & Phithak, 2017)

จากการดำเนินโครงการที่ผ่านมาของเครือข่ายพยาบาลชุมชนอีสานตอนกลางที่มีการเชื่อมโยงการทำงานระหว่างพยาบาลชุมชนกับเครือข่ายต่าง ๆ ในพื้นที่ได้อย่างเป็นรูปธรรม การคัดเลือกพื้นที่ที่มีต้นทุนการดำเนินงาน

ทั้งจากพยาบาลชุมชน สหวิชาชีพ ข้าราชการ ชับเคลื่อนใน 3 ภาคส่วน ได้แก่ ภาควิชาการ ภาครัฐและภาคประชาชน มีการขับเคลื่อนการสร้างเสริมสุขภาพชุมชน และแก้ปัญหาได้ด้วยตนเอง ให้สอดคล้องกับบริบทในพื้นที่ ด้วยกระบวนการเสริมพลัง สร้างคุณค่าให้กับคนทำงาน สะท้อนปัญหาให้ชุมชนรับทราบ และหาแนวทางแก้ไขปัญหาร่วมกันเพื่อผลักดันให้เกิดนโยบายสาธารณะ แต่ยังมีปัญหาอุปสรรคในการดำเนินงาน เช่น การเก็บรวบรวมข้อมูลที่ไม่เป็นระบบ การวิเคราะห์ปัญหาที่ไม่ครอบคลุมทุกมิติ การวางแผนการดำเนินงานที่ไม่สอดคล้องกับสภาพปัญหาจริง อีกทั้งการติดตามประเมินผลไม่ต่อเนื่อง ซึ่งปัญหาที่เกิดขึ้นเนื่องจากบุคลากรไม่ได้รับการพัฒนาศักยภาพด้านการบริหารโครงการ ขาดการเชื่อมโยงข้อมูลที่น่าไปใช้ในการวางแผนงานที่สอดคล้องกับบริบทของชุมชน โดยใช้ระบบวัฒนธรรมสุขภาพท้องถิ่นเข้าร่วมในการวิเคราะห์ปัญหาที่เกิดขึ้น (Katha & Chawraingern, 2018) ซึ่งการจัดการด้านสุขภาพจะต้องมีการบริหารด้านกำลังคนและสมรรถนะ และด้านคุณภาพบริการ กลยุทธ์การดำเนินงานที่มีกระบวนการพัฒนาคุณภาพระดับอำเภอ พัฒนาการเรียนรู้ตามบริบทของพื้นที่ การใช้หลักเวชศาสตร์ครอบครัวมาพัฒนาบริการและพัฒนาคุณภาพบริการตามเกณฑ์ มีเป้าหมายการดำเนินงาน เพิ่มการประสานงานเครือข่ายสุขภาพระดับอำเภอ ซึ่งจะทำให้บุคลากรปฐมภูมิได้รับการพัฒนาสมรรถนะ ทักษะในการทำงาน การดำเนินงานในรูปแบบเครือข่ายมีประสิทธิภาพ (Public Health Administration, 2014)

จากปัญหาสุขภาพในพื้นที่ที่กล่าวมาแล้วนั้น พยาบาลชุมชนมีบทบาทของการเป็นบุคลากรในชุมชน มีความใกล้ชิดประชาชน และรู้ถึงบริบทปัญหาในพื้นที่ จึงเป็นส่วนสำคัญที่ทำให้กลไกการทำงานด้านการแก้ไขสุขภาพ เกิดการขับเคลื่อนงานสร้างเสริมสุขภาพที่มีความเฉพาะเจาะจงในแต่ละบริบท การสนับสนุนให้พยาบาลชุมชนพัฒนาศักยภาพ ให้สามารถขับเคลื่อนงานในลักษณะเครือข่าย ทำให้เกิดการขยายผลและพัฒนาเครือข่ายในระดับพื้นที่ของตนเอง เกิดแนวทางในการทำงาน การพิจารณาคัดเลือกพื้นที่ทำงาน ทั้งจากความสัมพันธ์ภายในเครือข่ายหน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิในพื้นที่และการขยายเครือข่ายในพื้นที่ต่างอำเภอ และจังหวัดอื่น ๆ

เกิดการพัฒนาศรณะพยาบาลชุมชนในการดำเนินงาน แก้ไขปัญหาสุขภาพที่สอดคล้องกับบริบท โดยใช้เครื่องมือ และกระบวนการทำงานร่วมกับทีมสหสาขา และภาคี เครือข่าย องค์กรต่าง ๆ ในพื้นที่ นำไปสู่การพัฒนานวัตกรรม สุขภาพชุมชน การดูแลสุขภาพที่ยั่งยืนต่อไป

วัตถุประสงค์

1. เพื่อประเมินผลโครงการพัฒนาเครือข่าย พยาบาลชุมชนในการขับเคลื่อนอำเภอจัดการสุขภาพ ของเขตสุขภาพที่ 7
2. เพื่อติดตามการบริหารจัดการและการมีส่วนร่วม ในโครงการพัฒนาเครือข่ายพยาบาลชุมชนในการขับเคลื่อน อำเภอจัดการสุขภาพของเขตสุขภาพที่ 7

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพ เพื่อประเมิน ผลและติดตามการบริหารจัดการโครงการพัฒนาเครือข่าย พยาบาลชุมชนในการขับเคลื่อนอำเภอจัดการสุขภาพ ของเขตสุขภาพที่ 7 ดังรายละเอียดต่อไปนี้

1. ขอบเขตด้านเนื้อหา โดยใช้รูปแบบการประเมิน ชิปปี้ (CIPP Evaluation Model) ของสตัฟเฟิลบีม (Stufflebeam, 1971) ประกอบกับพิจารณาความสอดคล้อง ด้าน (1) การประเมินบริบท คือ การประเมินสภาพแวดล้อม ภายในและภายนอกโครงการ ความสำคัญและให้ความสำคัญ ร่วมมือในการดำเนินงาน (2) การประเมินปัจจัยนำเข้า คือ การประเมินความเหมาะสมของปัจจัยนำเข้า ได้แก่ บุคลากร แผนการดำเนินงาน การใช้ทรัพยากรร่วมกัน (3) การประเมิน กระบวนการ คือ การประเมินความเหมาะสมของกระบวนการ ดำเนินงานของโครงการ ได้แก่ การบริหารโครงการ งบประมาณ การติดตามประเมินผล และ (4) การประเมิน ผลผลิต คือ ด้านความรู้ความเข้าใจในการดำเนินโครงการ ด้านการพัฒนาตนเอง ด้านการพัฒนาเครือข่าย

2. ขอบเขตด้านพื้นที่การศึกษา การศึกษาครั้งนี้ ใช้พื้นที่ต้นแบบในการพัฒนาเครือข่ายพยาบาลชุมชน จำนวน 9 อำเภอ โดยใช้วิธีเลือกแบบเจาะจง ประกอบด้วย 1) อำเภอเมือง จังหวัดมหาสารคาม 2) อำเภอ อาจสามารถ จังหวัดร้อยเอ็ด 3) อำเภอนาดูน จังหวัด มหาสารคาม 4) อำเภอหนองสองห้อง จังหวัดขอนแก่น

5) อำเภอเสลภูมิ จังหวัดร้อยเอ็ด 6) อำเภอหนองพอก จังหวัดร้อยเอ็ด 7) อำเภอยางสีสุราช จังหวัดมหาสารคาม 8) อำเภอกมลาไสย จังหวัดกาฬสินธุ์ 9) อำเภอนาเชือก จังหวัดมหาสารคาม

3. ขอบเขตด้านเวลา กำหนดให้มีประเมินผล โครงการพัฒนาเครือข่ายพยาบาลชุมชนในการขับเคลื่อน อำเภอจัดการสุขภาพในเขตสุขภาพที่ 7 ในระหว่าง 1 ตุลาคม 2560 - 30 เมษายน 2562

4. ผู้ให้ข้อมูลหลัก ประกอบด้วย

4.1 กลุ่มผู้ได้สัมภาษณ์แบบเชิงลึก ประกอบด้วย คณะกรรมการพัฒนาเครือข่ายพยาบาลชุมชนระดับ ภาคอีสานส่วนกลาง 3 คน พยาบาลชุมชนของในพื้นที่ ต้นแบบ 9 อำเภอ รวมทั้งสิ้น จำนวน 17 คน

4.2 กลุ่มสนทนากลุ่ม ประกอบด้วย คณะ กรรมการพัฒนาเครือข่ายพยาบาลชุมชนระดับอำเภอ นักวิชาการสาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขอำเภอที่ รับผิดชอบ DHS เจ้าหน้าที่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ตำบล เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล พยาบาล วิชาชีพ หน่วยปฐมภูมิ พื้นที่ต้นแบบ 9 อำเภอ อำเภอละ 5 คน รวม 45 คน

คุณสมบัติของผู้ให้ข้อมูลหลัก ใช้วิธีเลือกแบบ เจาะจง (Purposive Sampling) โดยเป็นผู้รับผิดชอบ ในการพัฒนาเครือข่ายพยาบาลชุมชนในพื้นที่ต้นแบบ 9 อำเภอ และต้องเป็นผู้ที่มีความสนใจและยินยอม ในการให้สัมภาษณ์

5. เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ประกอบด้วย

5.1 แบบบันทึกการทบทวนเอกสารผลการ ดำเนินงานโครงการในพื้นที่ต้นแบบ 9 อำเภอ ประกอบด้วย บริบทพื้นที่ของโครงการ การวางแผนงานการดำเนินงาน กระบวนการทำงาน งบประมาณ การจัดการงบประมาณ และผลการดำเนินงานของโครงการ

5.2 แบบสัมภาษณ์แบบเจาะลึก เพื่อประเมิน ผลการดำเนินโครงการในด้านต่าง ๆ ตามรูปแบบของชิปปี้ โดยรวบรวมข้อมูลจากผู้ให้ข้อมูลหลักในเรื่อง ด้านบริบท ปัจจัยนำเข้า กระบวนการ ผลผลิต ข้อคำถามหลักจำนวน 8 ข้อ แบบสัมภาษณ์แบบเจาะลึกได้ผ่านการตรวจสอบ ความตรงของเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 คน และ

ใช้เวลาสัมภาษณ์ 45 นาที

5.3 แบบสนทนากลุ่มเพื่อประเมินผลการดำเนินโครงการ รวบรวมข้อมูลจากตัวแทนพยาบาลชุมชนของอำเภอ ในเรื่อง ด้านบริบท ปัจจัยนำเข้า กระบวนการผลิต และปัญหา/อุปสรรค ในการดำเนินงาน ข้อคำถามหลักจำนวน 9 ข้อ แบบสนทนากลุ่มได้ผ่านการตรวจสอบความตรงของเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 คน และใช้เวลาสนทนากลุ่ม 60 นาที

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลเป็นการวิเคราะห์เนื้อหา (Strauss & Corbin, 1990) โดยการลงรหัสข้อมูล จัดกลุ่มประเภทข้อมูล การเรียนรู้ระหว่างเครือข่ายปฐมภูมิมาระดับอำเภอและโรงพยาบาลระดับอำเภอในบริบทของพื้นที่ มีการพัฒนาตนเอง และรายงานผลในลักษณะที่เป็นข้อมูลเชิงคุณภาพ

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยนี้ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมวิจัย ของวิทยาลัยพยาบาลศรีมหาสารคาม วันที่ 21 กันยายน 2561 เลขที่จริยธรรมวิจัย SNC 005/2561 คณะผู้วิจัยได้แจ้งวัตถุประสงค์และสอบถามความสมัครใจของกลุ่มตัวอย่าง ให้เวลาในการตัดสินใจก่อนเข้าร่วมดำเนินกิจกรรมทุกขั้นตอน ไม่เปิดเผยนามผู้ให้ข้อมูล เก็บเป็นความลับและนำเสนอผลการวิจัยเป็นภาพรวม รวมทั้งให้อิสระผู้ร่วมศึกษาถอนตัวหรือยุติการเข้าร่วมกิจกรรมได้ หากไม่สะดวก โดยมีการลงนามในใบยินยอมการวิจัย

ผลการศึกษา

ผลการศึกษาครั้งนี้ตอบตามวัตถุประสงค์ของการวิจัย โดยใช้ผลการประเมินตามองค์ประกอบ CIPP Model ดังนี้

1. บริบทพื้นที่ของโครงการ มีการถ่ายทอดนโยบาย การรับรู้ นโยบาย และการนำนโยบายไปสู่การปฏิบัติ นโยบายระบบสุขภาพระดับอำเภอ ถ่ายทอดนโยบายลงสู่ผู้ปฏิบัติทุกระดับ โดยมีคณะทำงานที่มีภาคส่วนอื่นเข้ามาเกี่ยวข้องมากขึ้น บางพื้นที่ได้มีการบูรณาการเครือข่าย และกำหนดหลักการทำงานที่มาจากทุกภาคส่วน โดยการจัดทำ

ระบบบริการภายใต้การกำหนดระบบบริการสุขภาพ แต่ยังไม่ได้บูรณาการในทุกสาขา เมื่อมีนโยบายประกาศชัดเจนจึงได้เชื่อมโยงและถูกบรรจุเข้าสู่แผนงานร่วมกับสาขาต่าง ๆ วัสดุอุปกรณ์และงบประมาณ มีการบริหารจัดการทรัพยากรลงสู่การปฏิบัติในระดับพื้นที่ 9 แห่ง และส่วนหนึ่งได้รับการสนับสนุนจากส่วนราชการในระดับท้องถิ่นและเครือข่ายของแต่ละพื้นที่ มีการสนับสนุนการพัฒนาศักยภาพคณะทำงานภายใต้โครงการพัฒนาเครือข่ายพยาบาลชุมชนในการขับเคลื่อนอำเภอ ให้มีสมรรถนะในการจัดการสุขภาพ โดยมุ่งผลสัมฤทธิ์ของการเรียนรู้ คือ การควบคุมตนเอง การวางแผน การนำ การเปลี่ยนแปลง การทำงานเป็นทีม และการใช้เครื่องมือ การบริหาร ซึ่งโครงการที่เครือข่ายพยาบาลชุมชนมีการดำเนินงาน มีการขับเคลื่อนการสร้างเสริมสุขภาพชุมชน และแก้ปัญหาได้ด้วยตนเอง ให้สอดคล้องกับบริบทในพื้นที่ ด้วยกระบวนการเสริมพลัง สร้างคุณค่าให้กับคนทำงาน สะท้อนปัญหาให้ชุมชนรับทราบ และหาแนวทางแก้ไขปัญหาร่วมกันเพื่อผลักดันให้เกิดนโยบายสาธารณะโดยมีการเชื่อมโยงในโครงการต่าง ๆ เช่น โครงการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว โดยชุมชนมีส่วนร่วม โครงการมีส่วนร่วมของวัยรุ่นและชุมชนในการป้องกันการตั้งครรภ์วัยรุ่นตำบล โครงการพัฒนาระบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ โรคเรื้อรัง เครือข่ายสุขภาพระดับอำเภอ โครงการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่มีภาวะแทรกซ้อนทางไตระยะที่ 3 เป็นต้น

2. ปัจจัยนำเข้า ด้านบุคลากร พบว่า บุคลากรในการดำเนินโครงการจะทำงานร่วมกับภาคีเครือข่ายและสหวิชาชีพ ซึ่งเป็นกลไกหนุนเสริมให้เกิดการทำงานร่วมกัน และมีเป้าหมายร่วมในการขับเคลื่อนอำเภอจัดการสุขภาพ การดำเนินงานด้านสุขภาพในชุมชน เช่น องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด เครือข่ายครูและนักเรียนในโรงเรียน เครือข่ายผู้สูงอายุ ผู้พิการ เยาวชนในชุมชน แกนนำในชุมชน โดยใช้กระบวนการพัฒนาที่มุ่งให้เกิดบรรยากาศการทำงานที่เสริมพลัง และการเชื่อมประสานการทำงานทั้งในระดับชุมชน ในระดับอำเภอ และในระดับจังหวัด โดยในระดับชุมชน ได้แก่ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ประชาชนชาวบ้าน ผู้นำชุมชน

ผู้นำตามธรรมชาติ แกนนำเยาวชน กลุ่มและเครือข่ายในชุมชนในระดับอำเภอ ได้แก่ โรงพยาบาลชุมชน สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ หน่วยงานต่าง ๆ เช่น โรงเรียน เกษตรอำเภอ พัฒนาชุมชน ธนาการเพื่อการเกษตรฯ องค์กรเอกชน เครือข่ายภาคประชาชน และหน่วยงานราชการในระดับจังหวัด เช่น สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด มหาวิทยาลัยวิทยาลัยพยาบาล

ด้านแผนการดำเนินงาน พบว่า ระบบบริหารจัดการแผนงานการดำเนินงานของเครือข่ายพยาบาลชุมชนภาคอีสานกลาง ได้รับการสนับสนุนทั้งด้านการพัฒนาศักยภาพบุคลากรทีมงาน และการจัดกิจกรรมหนุนเสริมทั้งส่วนกลางและส่วนภูมิภาค โดยเน้นให้เครือข่ายได้มีการออกแบบกิจกรรมที่เป็นกลไกการหนุนเสริมสมรรถนะ ได้แก่ สมรรถนะเชิงวิชาการ เชิงวิชาชีพ การแลกเปลี่ยนเรียนรู้ การเสริมพลัง การสร้างสัมพันธ์ภายในทีม และการสื่อสารประชาสัมพันธ์ รวมถึงให้ความสำคัญในการเป็นนักจัดกระบวนการเรียนรู้ในพื้นที่ของตนเอง ซึ่งแผนดำเนินงานของแต่ละพื้นที่เกิดจากการวิเคราะห์ปัญหาาร่วมกันในภาคเครือข่าย หลังจากนั้นจึงได้กำหนดแผนการดำเนินงานร่วมกัน โดยแผนการดำเนินงานเชื่อมโยงกับการพัฒนาเครือข่ายพยาบาลชุมชนในการขับเคลื่อนอำเภอจัดการสุขภาพในเขตสุขภาพที่ 7 โดยภาคส่วนต่างมีบทบาทหน้าที่ในการดำเนินงานขับเคลื่อนระบบสุขภาพอำเภอ ที่มีเป้าหมายอยู่ที่ประชาชน ซึ่งเป็นไปตามกรอบความร่วมมือระหว่างกระทรวงมหาดไทย กระทรวงสาธารณสุข สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติและสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ เพื่อสนับสนุนการพัฒนาคุณภาพชีวิตและสุขภาพของประชาชนด้วยระบบสุขภาพอำเภอ ที่มีกระบวนการเรียนรู้ไปพร้อมกับการขับเคลื่อน มีทีมเรียนรู้ ทำงานเป็นทีมเน้นความสุขของคนทำงาน ร่วมกับภาคีเครือข่ายเชื่อมโยงถึงตำบลที่เชื่อมโยงลงสู่ในระดับชุมชนหมู่บ้าน กำกับดูแลโดยสาธารณสุขอำเภอมีการปฏิบัติการขับเคลื่อนระบบสุขภาพอำเภอที่เป็นรูปธรรมที่ชัดเจน มีการกำหนดเป็นนโยบายแนวทางปฏิบัติที่สามารถนำสู่การปฏิบัติได้เป็นอย่างดี

ส่วนด้านการจัดการทรัพยากร พบว่า เป็นการจัดการทรัพยากรภายในเครือข่ายของแต่ละพื้นที่โดยวางกรอบการดำเนินงาน และเป้าหมายการพัฒนาที่เหมาะสม

กับบริบทของพื้นที่ เพื่อให้สามารถกระจายการใช้ทรัพยากรได้อย่างมีประสิทธิภาพ เช่น ด้านบริหาร งบประมาณ บุคลากร โดยมีคณะกรรมการบริหารทรัพยากร ซึ่งประกอบด้วยทุกภาคส่วนในการจัดทำข้อมูล เพื่อจัดสรรเงิน การพัฒนาบุคลากร ทำให้ประชาชนได้รับประโยชน์ในการจัดการสุขภาพ พึ่งตนเองในการแก้ไขปัญหาโดยมีการใช้บุคลากรและเครื่องมือร่วมกันเพื่อให้เกิดความใกล้เคียงกับการรับบริการที่โรงพยาบาลและสร้างความมั่นใจให้ผู้ป่วยและญาติได้

3. กระบวนการ พบว่า ด้านกระบวนการมีการถ่ายทอดการดำเนินงานโครงการ เจ้าหน้าที่ทุกระดับได้รับการถ่ายทอดโครงการ เพื่อให้เกิดความเข้าใจในวัตถุประสงค์ เป้าหมาย และผลลัพธ์ที่จะเกิดขึ้น โดยเน้นการมีส่วนร่วมเชื่อมโยงการทำงานระหว่างพยาบาลชุมชน ร่วมกับเครือข่ายต่าง ๆ ในพื้นที่ได้อย่างเป็นรูปธรรม ดังนี้

การบริหารโครงการ พบว่า ใช้กลไกการขับเคลื่อนภายในพื้นที่ย่อย (ระดับอำเภอ) ในการออกแบบกระบวนการพัฒนา โดยใช้บริบทพื้นที่เป็นฐาน และนำประเด็นสุขภาพที่เป็นปัญหามาเป็นเรื่องในการบริหารจัดการเป็น 1 อำเภอ 1 โครงการ (One District One Project : ODOP) โดยเป็นโครงการแก้ไขปัญหาสุขภาพ เช่น อำเภอนาดูน จังหวัดมหาสารคาม มีประเด็นเรื่องโรคเรื้อรัง อำเภอเมือง จังหวัดมหาสารคาม ประเด็นการตั้งครรภ์ไม่พร้อม อำเภออาจสามารถ จังหวัดร้อยเอ็ด และอำเภอหนองสองห้อง จังหวัดขอนแก่น ประเด็นการดูแลผู้สูงอายุ และอำเภอเสลภูมิ จังหวัดร้อยเอ็ด คือประเด็นการดูแลผู้ป่วยระยะท้าย และการดูแลต่อเนื่อง นอกจากนั้นยังมีประเด็นที่มีการกำหนดเป็นเชิงนโยบายที่เป็นปัญหาพื้นที่เป็นประเด็นตามกลุ่มอายุที่ต้องดำเนินงานขับเคลื่อนเช่นกัน โดยเชื่อมโยงการจัดบริการเข้าสู่แผนระบบบริการสุขภาพและบูรณาการเข้าไปในกิจกรรมของฝ่ายต่าง ๆ ในพื้นที่ดำเนินโครงการ ทั้งนี้ยังพบอุปสรรคในกระบวนการดำเนินการบูรณาการกับระบบพัฒนาบริการสุขภาพยังขาดการมีส่วนร่วม การบูรณาการประเด็นสุขภาพระดับอำเภอไม่ครอบคลุม

งบประมาณ ในพื้นที่ต้นแบบ 9 อำเภอ เบื้องต้นได้รับงบสนับสนุนจากสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) และมีการบูรณาการงบประมาณทั้ง

ในและนอกสังกัดกระทรวงสาธารณสุขร่วมกับท้องถิ่น เช่น ใช้กองทุนสุขภาพตำบล กองทุนชุมชน องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น รวมถึง การจัดงบประมาณสนับสนุนโรงพยาบาล ส่งเสริมสุขภาพตำบลและการจัดสรรงบประมาณสนับสนุน การดำเนินงานตามเกณฑ์คุณภาพ เป็นต้น

การติดตามประเมินผลโดยมุ่งเน้น “บริการทุกคน ทุกที่ ทุกอย่าง ต่อเนื่องทุกเวลา” ใช้พื้นที่เป็นฐาน ประชาชน เป็นศูนย์กลาง ภายใต้หลักการของ CBL เพื่อสนับสนุน ความเข้มแข็ง ตลอดจนบูรณาการติดตามประเมินผลของ แต่ละโครงการเป็นการเอื้อเสริมพลังในการทำงาน โดยมีการตั้งทีมเอื้อเสริมพลังในพื้นที่ทั้ง 9 แห่ง มีการกำหนดวันเวลาในการเอื้อ บพทของผู้เอื้อ การให้ คำแนะนำและการช่วยเหลือในปัญหาและอุปสรรคในการ ดำเนินงาน ซึ่งพบว่าทีมเอื้อเสริมพลัง มีผู้เข้าร่วมทั้งใน ระดับอำเภอและระดับตำบล จากภาคีเครือข่ายจากองค์กร ปกครองส่วนท้องถิ่น ผู้นำชุมชนทั้งจากเป็นทางการและ ไม่เป็นทางการ เช่น ชมรมผู้สูงอายุ จิตอาสา เพื่อสนับสนุน ให้แต่ละอำเภอมีการขับเคลื่อนระบบสุขภาพอำเภอตาม ประเด็นของพื้นที่

4. ผลผลิตของการดำเนินงาน ด้านความรู้
ความเข้าใจในการดำเนินโครงการ มีการสนับสนุนด้าน วิชาการให้เกิดการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ โดยมีการประชุม เชิงปฏิบัติการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกัน มีการเสวนาที่ได้ แลกเปลี่ยนแนวคิดในการดำเนินการปฏิบัติงานการขับเคลื่อน ระบบสุขภาพอำเภอ รวมทั้งมีข้อเสนอแนะจากผู้บริหาร ของภาคส่วนต่าง ๆ ที่มีส่วนเกี่ยวข้องในการดูแลสุขภาพ และแก้ไขปัญหาด้านสุขภาพ มีการสนับสนุนวิชาการที่เป็น ความรู้ที่เกี่ยวข้องในการดำเนินงาน เช่น การใช้เครื่องมือ วิเคราะห์ชุมชน การเขียนแผนงานโครงการแบบมุ่งผล สัมฤทธิ์ การแลกเปลี่ยนเรียนรู้ประสบการณ์การดำเนินงาน จากเวทีนำเสนอผลงานจากเครือข่ายอีสานตอนล่าง ใน รูปแบบเวทีการนำเสนอที่มีนักวิชาการ อาจารย์ผู้ทรงคุณวุฒิ ในพื้นที่ ทำให้ผู้เข้าร่วมประชุมได้เรียนรู้ในการดำเนินการ ขับเคลื่อนฯ ในประเด็นต่าง ๆ ที่สามารถนำไปใช้เป็นแนวคิด ในการขับเคลื่อนและเป็นแนวทางในการปฏิบัติในประเด็น ปัญหาของพื้นที่ในบริบทของตนเองได้

ด้านการพัฒนาตนเองโดยเน้นการพัฒนาศักยภาพ พยาบาลชุมชน และทีมบุคลากรในระดับอำเภอ ในเรื่อง

สมรรถนะการขับเคลื่อนระบบสุขภาพอำเภอ โดยใช้ กระบวนการวิจัยเชิงคุณภาพ การวิเคราะห์ชุมชน การอบรม เชิงปฏิบัติการ การวิจัยในงานประจำ การศึกษาดูงาน แลกเปลี่ยนระหว่างพื้นที่การเรียนรู้ของแผนงานเครือข่าย มาเป็นแนวทางในการพัฒนาทักษะ ให้เกิดการสร้างเสริม สุขภาพ การจัดการสุขภาพชุมชน การวางแผนงาน การสร้าง กระบวนการมีส่วนร่วมในการค้นหาปัญหาประเด็น การพัฒนา แนวทางการพัฒนาแก้ไขปัญา กระบวนการ การเรียนรู้การต่อยอดจากงานเดิม การเรียนรู้จากพื้นที่ ต้นแบบที่กำหนดเป็นพื้นที่ที่ขับเคลื่อน มีการศึกษาดูงาน นอกสถานที่ในพื้นที่ที่มีการดำเนินงานประสบผลสำเร็จ ที่โรงพยาบาลโนนสูง อำเภอโนนสูง จังหวัดนครราชสีมา เพื่อนำไปปรับใช้ในพื้นที่ของตนเอง ในส่วนของการอบรม เชิงปฏิบัติการ การวิจัยในงานประจำ (Routine to Research: R2R) ของเครือข่ายได้มีการอบรมอย่างต่อเนื่อง เพื่อเป็นการเกื้อหนุนทำให้เกิดการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ร่วมกันและสามารถนำงานวิจัย R2R ไปแก้ไขปัญาในงาน ได้โดยมีผู้เข้าร่วมอบรมเชิงปฏิบัติการการวิจัย R2R จำนวน 43 คน มีผลงานการวิจัย R2R จำนวน 43 เรื่อง และ นวัตกรรมที่เกิดขึ้นในพื้นที่ จำนวน 13 ผลงาน

ด้านการพัฒนาเครือข่าย พบว่าโดยการดำเนินงาน โครงการของแต่ละพื้นที่ 9 แห่ง จะมีเครือข่ายที่มีความหลากหลาย ทั้งภาครัฐ ภาคประชาสังคม และเอกชน เข้าทำงานร่วมกัน เกิดการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ประสบการณ์ และเกิดการทำงานร่วมกันของผู้บริหาร ผู้ปฏิบัติการและ เครือข่ายต่าง ๆ เกิดการเรียนรู้ร่วมกันตั้งแต่การวางแผน แบบมีส่วนร่วม ทำประชาคมระดับอำเภอ ตำบลและ หมู่บ้าน ต้องมีการวางแผนร่วมกันเพราะคนในชุมชน รู้ปัญหาในการแก้ไข ส่วนภาครัฐเป็นผู้ให้การสนับสนุนเพื่อ เอื้อในการพัฒนา มีการออกติดตามเอื้อเสริมพลังร่วมกัน เป็นการช่วยให้เกิดกำลังใจและเป็นการให้คำปรึกษา ในปัญหาที่เกิดขึ้น มีการใช้ทรัพยากรร่วมกัน ตั้งแต่พัฒนา บุคลากรร่วมกัน การใช้งบประมาณ การใช้วัสดุอุปกรณ์ ร่วมกัน อีกทั้งเป็นการเพิ่มศักยภาพของคนในพื้นที่ให้เกิด การเรียนรู้ร่วมกันโดยการจัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้และ ถอดบทเรียน ทุกคนมีความกระตือรือร้นให้ความร่วมมือ ในการทำกิจกรรม ซึ่งเครือข่ายที่เกิดเป็นระบบการเชื่อมโยง ระหว่างบุคคล หน่วยงาน องค์กร ทำให้สามารถแลกเปลี่ยน

ความรู้ ความคิด ข้อมูลข่าวสาร ทรัพยากร ตลอดจนส่งเสริมการทำงานร่วมกันได้อย่างมีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น

อภิปรายผล

การพัฒนาเครือข่ายพยาบาลชุมชนในการขับเคลื่อนอำเภอจัดการสุขภาพในเขตบริการสุขภาพที่ 7 ให้สามารถทำงานร่วมกับชุมชนและภาคเครือข่ายที่เป็นรูปธรรมชัดเจน การดำเนินงานที่ผ่านมาในได้นำกระบวนการวิจัยเชิงคุณภาพมาเป็นแนวทางในการพัฒนาทักษะให้แก่พยาบาลชุมชนและสหวิชาชีพ ด้วยกระบวนการเรียนรู้ในแต่ละขั้นตอนในการเข้าถึงสภาพปัญหาและปรากฏการณ์สุขภาพตามสภาพบริบทของชุมชน หลักการการฟังอย่างลึกซึ้ง (Deep Listening) เรื่องเล่าเร้าพลัง การสร้างแรงจูงใจ การถอดบทเรียน การวิเคราะห์ชุมชน R2R การศึกษาดูงาน แลกเปลี่ยนระหว่างพื้นที่การเรียนรู้ของแผนงานเครือข่าย เน้นกระบวนการพัฒนาเสริมทักษะเครือข่ายใช้กระบวนการถอดบทเรียนติดตามงานความก้าวหน้าและแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในพื้นที่ มีการจัดเวทีวิชาการระดับภาคของภาคอีสาน มีเครือข่ายอีสานตอนบนและตอนล่างร่วมนำเสนอเกิดการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ของเครือข่าย การสนับสนุนการพัฒนางานต่อเนื่อง ในเวทีระดับจังหวัดอบรมและต่อยอดให้พยาบาลมีสมรรถนะ มุ่งพัฒนาบทบาทพยาบาลให้ชัดเจนในการทำงานในชุมชนตลอดจนพัฒนาสู่งานวิจัยจะเกิดทักษะเพิ่มมากขึ้น โดยจะต้องเน้นการเสริมสร้างทักษะและสร้างความมั่นใจในการทำงานควบคู่กับการลงมือปฏิบัติจริง (Chumnanborirak, 2014) อีกทั้งพยาบาลต้องพัฒนาศักยภาพที่มีประสิทธิภาพ และทิศทางที่ชัดเจนในการทำงานกับทีมสหสาขาวิชาชีพ เพื่อกำหนดบทบาทและหน้าที่ความรับผิดชอบให้ชัดเจน ตลอดจนพยาบาลชุมชนต้องการแหล่งสนับสนุนเพื่อเพิ่มเติม เพื่อที่จะบริหารจัดการในพื้นที่ และการกระตุ้นและส่งเสริมที่เกี่ยวกับการทำงานกับทีมปฐมภูมิ นอกจากนี้ การพัฒนาระบบสุขภาพ รวมทั้งการสนับสนุนการพัฒนาในมิติอื่น ๆ อย่างครบวงจร โดยภาคีเครือข่ายทุกส่วนจะต้องมีส่วนร่วมอย่างแท้จริงในการจัดการปัญหาสุขภาพ และให้ความสำคัญกับประชาชน/ชุมชน/องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เครือข่ายทั้งภาครัฐและเอกชน ในการเป็นเจ้าของและเข้ามามีส่วนร่วมในการพัฒนาสุขภาพชุมชนอย่างเข้มแข็ง และ

ขับเคลื่อนพลังชุมชนร่วมกันอย่างต่อเนื่อง (Archanuphap, 2014) เกิดความเชื่อมโยงการดำเนินงานด้านสุขภาพทั้งระบบ โดยการทำงานร่วมกันเป็นทีม การเตรียมความพร้อมให้แก่บุคลากรที่เกี่ยวข้อง มีแนวทางการเตรียมความพร้อมแก่ทีมงานและมีการพัฒนาให้บุคลากรมีการรับรู้และพึงพอใจในการมีส่วนร่วม มีการวางแผนการใช้งบประมาณและบุคลากรร่วมกัน หน่วยงานและภาคีต่าง ๆ มีส่วนร่วมในการดำเนินงาน การจัดบริการสุขภาพครอบคลุมและสอดคล้องกับความต้องการของประชาชน (Phattharawirinkul, 2017) จะเห็นได้ว่าการดำเนินงานระบบสุขภาพระดับอำเภอเป็นไปอย่างต่อเนื่อง ดังนั้นระบบสุขภาพระดับอำเภอจึงเป็นกลไกที่สร้างการมีส่วนร่วมนำไปสู่ความสำเร็จในการแก้ไขปัญหา และการพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิเป็นไปตามเป้าหมายที่กำหนดไว้ทั้งด้านการทำงานร่วมกันในระดับอำเภอ การมีส่วนร่วมของเครือข่ายและชุมชน การทำงานจนเกิดคุณค่าทั้งกับผู้รับบริการ และตัวผู้ให้บริการเอง การแบ่งปันทรัพยากร การพัฒนาบุคลากร และการให้บริการสุขภาพตามบริบทที่จำเป็น (Nanthasen, 2015)

นอกจากนี้การพัฒนาเครือข่ายพยาบาลชุมชนในการขับเคลื่อนอำเภอจัดการสุขภาพ ยังส่งผลต่อการเปลี่ยนแปลงภายในหน่วยงาน ที่มีการพัฒนาระบบงานให้ดีขึ้น สร้างความเชื่อมั่นศรัทธาให้กับประชาชน ได้รับการยอมรับ ได้รับความร่วมมือจากหน่วยงานอื่น ๆ มีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ข้ามองค์กร เกิดเครือข่ายการเรียนรู้และการให้ความร่วมมือในการแก้ไขปัญหา จากการพัฒนาระบบงานที่เกิดขึ้นนั้นได้ส่งผลต่อภาคประชาชน ซึ่งมีผลในการปรับปรุงรูปแบบของการให้บริการโดยมุ่งเน้นให้มีการจัดบริการแก่ประชาชนแบบองค์รวมมากขึ้น มีคุณภาพและตรงตามความต้องการของกลุ่มเป้าหมายและประชาชน การพัฒนาระบบบริการที่มีประสิทธิภาพช่วยให้ประชาชนสามารถเข้าถึงระบบบริการได้มากขึ้น และกระบวนการเรียนรู้ยังสร้างพื้นที่ของการมีส่วนร่วมทั้งในด้านการแสดงความคิดเห็น และนำไปสู่การร่วมแก้ไขปัญหาของตนเอง โดยการเรียนรู้เกิดจากการบูรณาการทางความคิดที่เชื่อมโยงกับสรรพสิ่งทั้งหลายเป็นการบูรณาการความรู้ที่เกิดจากการปฏิสัมพันธ์ของมนุษย์ สิ่งมีชีวิต และธรรมชาติอื่น ๆ (Phlathnoi, 2019) ซึ่งเป็นการสร้างความภูมิใจและสนับสนุน

ให้รู้สึกถึงความมีคุณค่าในตนเอง เข้าใจต่อสถานการณ์ รวมถึงการยอมรับข้อจำกัดด้านบริการของภาครัฐ ผู้ป่วย และครอบครัวต่างมีส่วนร่วมในการจัดการดูแลสุขภาพ ซึ่งส่งผลต่อการสนับสนุนพลังอำนาจของภาคประชาชนให้ประชาชนมีศักยภาพในการดูแลสุขภาพของตนเองได้ดีขึ้น

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรศึกษาในมิติของการมีส่วนร่วมของเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง โดยศึกษาผลลัพธ์ของแผนงานในการดำเนินโครงการขับเคลื่อนอำเภอจัดการสุขภาพที่เกิดขึ้นกับประชาชนในมิติต่าง ๆ เช่น มิติด้านคุณภาพการให้บริการของเครือข่าย มิติด้านประสิทธิภาพของการปฏิบัติร่วมกับเครือข่าย และมิติด้านการพัฒนาองค์กร

2. ควรศึกษาวิจัยเชิงเปรียบเทียบกับโครงการที่ดำเนินการต่างพื้นที่ เช่น ต่างอำเภอ หรือต่างจังหวัด เพื่อให้ได้ปัจจัยที่มีผลต่อโครงการที่เกิดจากการดำเนินงานต่างพื้นที่

3. ควรศึกษาการเข้าถึงบริการสุขภาพ ในประเด็นของปัจจัยด้านการปฏิบัติการพยาบาล การจัดการสาธารณสุข และวัฒนธรรมสุขภาพของสถานพยาบาลในระดับปฐมภูมิ เพื่อเป็นแนวทางในการนำผลการวิเคราะห์มาใช้ในการกำหนดแนวทางการพยาบาลการเข้าถึงบริการสุขภาพของคนในชุมชน เพื่อพัฒนาให้มีระบบการให้บริการสาธารณสุขที่ดียิ่งขึ้น

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบคุณชมรมพยาบาลชุมชนแห่งประเทศไทย เครือข่ายพยาบาลชุมชนอีสานตอนกลาง ตัวแทนผู้บริหาร ผู้ปฏิบัติงาน และกลุ่มเป้าหมายในพื้นที่ศึกษาทุกท่านที่ให้ความกรุณาสละเวลาให้ข้อมูลในการศึกษาวิจัยที่สมบูรณ์และเป็นประโยชน์ต่อการศึกษานี้

เอกสารอ้างอิง

Archanuphap, S. (2014). *The development of district health system (DHS)*. Bangkok : National Health Security Office. [In Thai]

Chumnanborirak, P., & Srikaew, S. (2014). Development of knowledge and skills of emergency medical services among volunteer rescuers at Wungsang Subdistrict administration organization, Mahasarakham Province. *Nursing Journal of The Ministry of Public Health*, 24(3),132-142. [In Thai]

Community Nurse Association of Thailand. (2018). *Report of the community nurse network development project in driving health management districts in health region 7*. Mahasarakham: Community Nurse Association of Thailand. [In Thai]

Health Region 7. (2017). *Promotion and Prevention Excellence Strategic Plan 2017- 2036*. Khon Kaen : Health Region 7. [In Thai]

Health Service System Development Board (CSO) Health Region 7. (2015). *Summary of the health service system development, Health Region 7, Fiscal year 2015*. Khon Kaen : Health Region 7. [In Thai]

Katha, P., & Chawraingern, S. (2018). *Cultural epidemiology*. Nonthaburi: Society and Health Institute. [In Thai]

Nanthasen, W. (2015). Evaluation of development on district health system (DHS) in Mahasarakham provincial of Public Health. *Research and Development Health System Journal*, 7(30), 105-113. [In Thai]

Office of the Permanent Secretary, Ministry of Public Health. (2017). *Thailand Regional Health Profile 2012-2017*. Nonthaburi: Chinauksorn Printing. [In Thai]

Phattharawirinkul, T. (2017). The effectiveness of the district health system in Khaosaming District, Trat Province. *Primary Health Care Division Journal*, 13(1), 3-11. [In Thai]

- Phirom, K., Chuencharoensuk, K., & Phithak, J. (2017). Primary care service in Thailand after 5 years of being driven by the district health system. *Buddhachinaraj Medical Journal*, 34(3), 294-306. [In Thai]
- Phlainoi, S. (2019). *Various methods of lesson learned and synthesis of knowledge*. Bangkok: PA Living Company Limited. [In Thai]
- Public Health Administration, Office of the Permanent Secretary Ministry of Public Health. (2014). *District Health System (DHS)*. Nonthaburi: Ministry of Public Health. [In Thai]
- Strauss, A. & Corbin, J. (1990). *Basics of Qualitative Research: Grounded Theory Procedures and Techniques*. Thousand Oaks, CA: SAGE.
- Stufflebeam, D.L. (1971). *Education Evaluation and Decision Making*. Itasca, Illinois: Peacock Publisher.

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเบาหวานในโรงพยาบาลรัฐบาล เขตภาคเหนือตอนบน

กนกอร ปัญญาโส, พย.ม.^{1*} ศิริวรรณ แสงอินทร์, Ph.D.² อุษา เชื้อหอม, Ph.D.³

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นวิจัยเชิงความสัมพันธ์เพื่อศึกษาคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเบาหวาน กลุ่มตัวอย่างเป็นหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเบาหวาน ที่มารับบริการฝากครรภ์ในโรงพยาบาลรัฐบาล 3 แห่ง เขตภาคเหนือตอนบน จำนวน 150 คน เครื่องมือวิจัยประกอบด้วย แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลทางสถิติศาสตร์ แบบวัดคุณภาพชีวิต SF-12 เวอร์ชัน 2 แบบสอบถามการจัดการตนเอง และแบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา สถิติสัมพันธ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน สเปียร์แมน และพอยท์ไบซีเรียล

ผลวิจัยพบว่าคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพมีค่าเฉลี่ย 66.86 ($SD = 13.93$) ซึ่งอยู่ในระดับดี ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ อายุ ($r = .172, p < .05$) ระดับน้ำตาลในเลือด ($r = -.209, p < .05$) การจัดการตนเองด้านสุขภาพ ($r = .438, p < .01$) และการสนับสนุนทางสังคม ($r = .414, p < .01$) ผลการวิจัยครั้งนี้เสนอแนะว่าพยาบาลควรประเมินการจัดการตนเองและการสนับสนุนทางสังคมระหว่างที่มาฝากครรภ์ และควรมีการจัดกิจกรรมเพื่อส่งเสริมการจัดการตนเองและเปิดโอกาสให้ครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลสนับสนุน เพื่อส่งเสริมให้หญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเบาหวานมีคุณภาพชีวิตที่ดียิ่งขึ้น

คำสำคัญ: คุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพ การจัดการตนเองด้านสุขภาพ การสนับสนุนทางสังคม หญิงตั้งครรภ์ ภาวะเบาหวาน

¹ นิสิตหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการผดุงครรภ์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

² รองศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

³ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

* ผู้เขียนหลัก e-mail: kanokon_01@hotmail.com

Factors Associated with Health-Related Quality of Life among Pregnant Women with Diabetes Mellitus in Public Hospitals, Upper Northern Region Thailand

Kanokon Panyaso, M.N.S.^{1*}, Siriwan Sangin, Ph.D.², Usa Chuahorm, Ph.D.³

Abstract

This correlational research study aimed to examine factors associated with health-related quality of life in pregnant women with diabetes mellitus. The sample was 150 pregnant women with diabetes mellitus who attended antenatal services in three public hospitals in the upper northern region of Thailand. Research instruments consisted of personal and obstetrics record forms, the *12-item Short-Form Health Survey–Version 2*, and self-management and social support questionnaires. Data were analyzed using descriptive statistics and Pearson's product moment, Spearman's rank, and Point biserial correlations.

The results found a mean health-related quality of life score of 66.86 ($SD = 13.93$), considered a good level. Statistically significant factors associated with health-related quality of life were age ($r = .172, p < .05$), blood sugar levels ($r = -.209, p < .05$), self-management ($r = .438, p < .01$) and social support ($r = .414, p < .01$). The findings suggest that nurses should assess self-management and social support during antenatal visits. Nurses should also have activities to promote self-management and provide opportunities for families to learn to support and promote good health-related quality of life among pregnant women with diabetes mellitus.

Key words: health-related quality of life, self-management, social support, pregnant women, diabetes mellitus

¹ Master of Nursing Science Program in Nursing Midwifery, Faculty of Nursing, Burapha University

² Associate Professor, Faculty of Nursing, Burapha University

³ Assistant Professor, Faculty of Nursing, Burapha University

* Corresponding author e-mail: kanokon_01@hotmail.com

ความสำคัญของปัญหา

เบาหวาน (diabetes mellitus: DM) เป็นภาวะแทรกซ้อนทางอายุรกรรมที่พบบ่อยในขณะตั้งครรภ์เนื่องจากฮอร์โมนฮิวแมนพลาเซนทอล แลคโตเจน เอสโตรเจน โปรเจสเตอโรน และโปรแลคติน ที่สร้างขณะตั้งครรภ์ต่อต้านการทำงานของอินซูลิน ซึ่งมีหน้าที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด ทำให้น้ำตาลในเลือดสูงกว่าปกติ ภาวะเบาหวานในหญิงตั้งครรภ์มีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้นจากอุบัติการณ์ในปี ค.ศ. 2015 ของสมาคมเบาหวานนานาชาติ พบหญิงตั้งครรภ์มีภาวะน้ำตาลในเลือดสูง 20.9 ล้านคน หรือร้อยละ 16.2 โดยร้อยละ 85.1 ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์ (gestational diabetes mellitus: GDM) และร้อยละ 7.4 เป็นเบาหวานชนิดอื่น เช่น เบาหวานที่เป็นมาก่อนการตั้งครรภ์ (overt DM) (Netgrajang, 2019) สำหรับประเทศไทย พบอุบัติการณ์หญิงตั้งครรภ์ที่เป็นเบาหวานร้อยละ 5-14 ของหญิงที่มาฝากครรภ์ ซึ่งแตกต่างกันในแต่ละโรงพยาบาล เช่น โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ พบร้อยละ 7.91 โรงพยาบาลขอนแก่น พบร้อยละ 9.4 และโรงพยาบาลศิริราช พบร้อยละ 5.3 (Phalasri, Phahuwatanakorn, & Ratinthorn, 2015) ส่วนโรงพยาบาลลำปาง ซึ่งตั้งอยู่ในเขตภาคเหนือตอนบน ปี พ.ศ. 2560 พบร้อยละ 6.72

การตั้งครรภ์ที่มีภาวะเบาหวานเป็นการตั้งครรภ์เสี่ยงสูง ซึ่งจะส่งผลกระทบต่อภาวะสุขภาพของทารกในครรภ์และทารกแรกเกิด (Mokhlesi et al., 2019) รวมทั้งหญิงตั้งครรภ์ โดยภาวะเบาหวานก่อนการตั้งครรภ์เพิ่มอุบัติการณ์ของการแท้งและความพิการในระยะแรกของการตั้งครรภ์ ส่วนเบาหวานขณะตั้งครรภ์มีผลต่อทารกในครรภ์ในระยะท้ายของการตั้งครรภ์จากภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ ภาวะแคลเซียมในเลือดต่ำ ภาวะเลือดข้น ทารกตัวโต และเพิ่มภาวะเสี่ยงต่อการตายปริกำเนิด (Marquesim et al., 2016) ส่วนหญิงตั้งครรภ์ ภาวะเบาหวานมีผลเสียต่อภาวะสุขภาพทั้งด้านร่างกายและจิตใจ ด้านร่างกายได้แก่ การเพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ และยังมีโอกาสเกิดการติดเชื้อทางเดินปัสสาวะได้ง่ายขึ้น ส่วนด้านจิตใจ หญิงตั้งครรภ์ที่ทราบผลการวินิจฉัยว่าเป็นเบาหวานจะรู้สึกตกใจและมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับสุขภาพของตนเองและทารกในครรภ์จากผลกระทบของ

เบาหวาน ตั้งแต่ระยะตั้งครรภ์จนถึงหลังคลอด (Phalasri et al., 2015) การที่หญิงตั้งครรภ์มีโรคร่วมกับการตั้งครรภ์จะทำให้หญิงตั้งครรภ์ต้องเผชิญกับการเปลี่ยนแปลงด้านร่างกายและจิตใจเพิ่มมากกว่าปกติ ทำให้เกิดผลเสียต่อคุณภาพชีวิตได้ (Saadati, Sehhatiei & Mirhafourvand, 2018) นอกจากนี้การตั้งครรภ์ที่มีภาวะเบาหวานยังมีผลต่อการเปลี่ยนแปลงวิถีการดำเนินชีวิต และการปรับตัวต่อความเจ็บป่วย รวมทั้งการเปลี่ยนแปลงกิจกรรมทางกายและกิจกรรมทางสังคม ซึ่งส่งผลทำให้คุณภาพชีวิตลดลง (Bien, Rzonca, Kanczugowska & Iwanowicz-Palus, 2016; Mokhlesi et al., 2019)

จากที่กล่าวมาจะเห็นได้ว่า การตั้งครรภ์ที่มีภาวะเบาหวานมีผลเสียต่อภาวะสุขภาพของทารกในครรภ์และทารกแรกเกิด รวมทั้งภาวะสุขภาพด้านร่างกาย จิตใจ และสังคมของหญิงตั้งครรภ์ ซึ่งอาจมีผลต่อคุณภาพชีวิตของหญิงตั้งครรภ์ตามมา องค์การอนามัยโลกให้ความหมายของคุณภาพชีวิตว่าเป็นการรับรู้ต่อสถานะชีวิตของแต่ละบุคคล ภายใต้บริบทของวัฒนธรรมและระบบคุณค่าที่เขาอาศัยอยู่ และสัมพันธ์กับเป้าหมายชีวิต ความคาดหวัง มาตรฐาน และความหวัง ซึ่งประกอบด้วย สุขภาพร่างกาย สภาวะจิตใจ ความเป็นอิสระ ความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล และความสัมพันธ์กับสภาพแวดล้อมที่เขาอาศัยอยู่ (Bien et al., 2016; Lagadec et al., 2018) ซึ่งเป็นความหมายที่กว้างและครอบคลุมทุกด้านของชีวิต เนื่องจากสุขภาพเป็นองค์ประกอบที่สำคัญต่อการมีคุณภาพชีวิตที่ดี จึงเป็นที่มาของคำว่า คุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพ (Lagadec et al., 2018) ผู้เชี่ยวชาญทางด้านสุขภาพให้ความหมายของคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพว่าเป็นสิ่งที่สะท้อนถึงภาวะสุขภาพของแต่ละบุคคล ซึ่งประกอบด้วยสภาวะ (well-being) ด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม (Bien et al., 2016)

การศึกษาคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์พบว่า ช่วงแรกของการตั้งครรภ์หญิงตั้งครรภ์ส่วนใหญ่มีคุณภาพชีวิตดี แต่ช่วงท้ายของการตั้งครรภ์จะมีคุณภาพชีวิตไม่ดี และช่วงแรกของการตั้งครรภ์หญิงตั้งครรภ์กลุ่มที่มีภาวะน้ำตาลในเลือดสูงมีคุณภาพชีวิตด้านร่างกายต่ำกว่ากลุ่มที่มีภาวะน้ำตาลในเลือดปกติ แต่ช่วงท้ายของการตั้งครรภ์กลุ่มที่มีภาวะน้ำตาลในเลือดสูงมีคุณภาพชีวิตด้านร่างกายด้านจิตใจ และด้านสิ่งแวดล้อมต่ำกว่ากลุ่มที่มีภาวะน้ำตาล

ในเลือดปกติ (Marquesim et al., 2016) ส่วนการศึกษาของ Trutnovsky et al. (2012) พบว่า คุณภาพชีวิตด้านร่างกาย จิตใจ และสังคมลดลงตั้งแต่ช่วงกลางถึงช่วงปลายของการตั้งครรภ์ อย่างไรก็ตามจากการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ พบว่า ภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์ไม่มีผลต่อการเปลี่ยนแปลงคุณภาพชีวิตด้านร่างกายและจิตใจ แต่มีผลต่อคุณภาพชีวิตด้านสังคม (Mokhlesi et al., 2019) จะเห็นได้ว่า ผลของโรคเบาหวานในหญิงตั้งครรภ์ต่อคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพยังมีความหลากหลายและขัดแย้งกันอยู่ การศึกษาคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเบาหวานมีความสำคัญต่อการวางแผนการดูแลมารดาและทารกแรกเกิด และทำให้ผู้กำหนดนโยบายสุขภาพได้ตระหนักถึงความต้องการในการดูแลสุขภาพหญิงตั้งครรภ์กลุ่มนี้ (Mokhlesi et al., 2019)

จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเบาหวาน พบว่า อายุสามารถทำนายการเกิดภาวะเบาหวานในหญิงตั้งครรภ์ได้ (Limruangrong, Boriboonhirunsarn, Puangsrichareon & Pinitlertsakun, 2016) และหญิงตั้งครรภ์อายุ 25-29 ปี มีคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพดีกว่าหญิงตั้งครรภ์กลุ่มอายุอื่น (Emmanuel & Sun, 2014) ระดับการศึกษาที่มีความสัมพันธ์กับการจัดระดับประสบการณ์ชีวิต ช่วยเพิ่มพูนความรู้ ความเข้าใจในชีวิตกับบุคคล พัฒนาสติปัญญา ระดับการศึกษาที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตในหญิงตั้งครรภ์ (Rattanaprasop, 2009) รายได้เป็นปัจจัยพื้นฐานที่สำคัญต่อการดำรงชีวิต หากหญิงตั้งครรภ์มีรายได้ที่ต่ำจะเพิ่มความเสี่ยงต่อการมีคุณภาพชีวิตต่ำ (Rattanaprasop, 2009) ชนิดของเบาหวาน Delfa, Nicolucci, Bisson, Bonsembiante and Lappolla (2012) ศึกษาพบว่า ไตรมาสที่ 3 ของการตั้งครรภ์ เบาหวานก่อนการตั้งครรภ์และเบาหวานขณะตั้งครรภ์มีคุณภาพชีวิตด้านร่างกายดีกว่าหญิงตั้งครรภ์ปกติ แต่เบาหวานก่อนการตั้งครรภ์มีคุณภาพชีวิตทางด้านจิตใจต่ำกว่าหญิงตั้งครรภ์ปกติ ส่วนระยะหลังคลอด เบาหวานขณะตั้งครรภ์และหญิงตั้งครรภ์ปกติมีคุณภาพชีวิตดีขึ้น แต่เบาหวานก่อนการตั้งครรภ์มีคุณภาพชีวิตลดลง ระดับน้ำตาลในเลือดเป็นตัวชี้วัดการควบคุมโรคเบาหวานที่สำคัญ ถ้าบุคคลไม่เข้มงวดในการดูแลตนเอง รับประทานอาหาร

ตามที่ตนเองชอบ จะทำให้ระดับน้ำตาลในเลือดสูง ซึ่งส่งผลต่อภาวะสุขภาพและความปลอดภัยในชีวิต และทำให้คุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพลดลงได้ การจัดการตนเองด้านสุขภาพมีอิทธิพลทางบวกต่อคุณภาพชีวิตในหญิงตั้งครรภ์ (Tachasuksri et al., 2017) และวัยรุ่นที่เป็นเบาหวานก่อนการตั้งครรภ์ (Whittemore, Liberti, Jeon, Chao, Jaser & Grey, 2014) นอกจากนี้ยังพบว่า การสนับสนุนทางสังคมมีอิทธิพลทางบวกต่อคุณภาพชีวิตของหญิงตั้งครรภ์ (Tachasuksri et al., 2017; Plodpluang et al., 2017)

จากการทบทวนวรรณกรรมจะเห็นได้ว่า การศึกษาที่ผ่านมาส่วนใหญ่ศึกษาคุณภาพชีวิตในหญิงตั้งครรภ์ปกติ ส่วนหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเบาหวานทำการศึกษาเฉพาะในต่างประเทศ และจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องพบว่า อายุ ระดับการศึกษา รายได้ ชนิดของเบาหวาน ระดับน้ำตาลในเลือด การจัดการตนเองด้านสุขภาพ และการสนับสนุนทางสังคม เป็นตัวแปรที่สำคัญและมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเบาหวาน ด้วยเหตุนี้ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพ และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพในหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเบาหวานในโรงพยาบาลรัฐบาล เขตภาคเหนือตอนบนของประเทศไทย ซึ่งมีบริบทที่แตกต่างจากการศึกษาที่ผ่านมา ผลการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยคาดว่าจะได้เป็นข้อมูลพื้นฐานในการวางแผนการดูแลสุขภาพหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเบาหวานและทารกแรกเกิด รวมทั้งศึกษาต่อยอดเพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเบาหวานให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเบาหวานที่มารับบริการฝากครรภ์ในโรงพยาบาลรัฐบาล เขตภาคเหนือตอนบน

2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างอายุ ระดับการศึกษา รายได้ ชนิดของเบาหวาน ระดับน้ำตาลในเลือด การจัดการตนเองด้านสุขภาพ และการสนับสนุนทางสังคมกับคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเบาหวาน ที่มารับบริการฝากครรภ์ในโรงพยาบาลรัฐบาล เขตภาคเหนือตอนบน

กรอบแนวคิดการวิจัย

การศึกษานี้ผู้วิจัยนำแนวคิดคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพ (Wilson & Cleary, 1995) ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องมาใช้เป็นกรอบแนวคิดในการวิจัย โดยแนวคิดนี้กล่าวว่า คุณภาพชีวิตเป็นการรับรู้ของผู้ป่วยถึงผลกระทบจากโรคและการรักษาที่มีต่อการดำเนินชีวิตทั้งด้านร่างกาย จิตใจ ปฏิสัมพันธ์กับสังคม และการรับรู้ภาวะสุขภาพ โดยเป็นความพึงพอใจในชีวิตของแต่ละบุคคลเกี่ยวกับมิติทางด้านสุขภาพ ปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิต ได้แก่ 1) ลักษณะส่วนบุคคล คือ ปัจจัยส่วนบุคคล พัฒนาการ และด้านจิตใจ 2) ตัวแปรทางชีวภาพและสรีรวิทยา คือ ตัวแปรที่ครอบคลุมการทำหน้าที่ของระดับเซลล์ อวัยวะ และระบบการทำงานของอวัยวะต่าง ๆ 3) อาการ คือ การรับรู้ของผู้ป่วยถึงความผิดปกติทางร่างกาย จิตใจ และการคิด 4) ภาวะการทำหน้าที่ คือ ปัจจัยที่เป็นความสามารถสูงสุดในการทำหน้าที่ของบุคคลให้สำเร็จ 5) การรับรู้ภาวะสุขภาพทั่วไป เป็นการประเมินภาวะสุขภาพโดยรวมของบุคคล และ 6) ลักษณะของสภาพแวดล้อม คือ สภาพแวดล้อมทางสังคม เป็นความสัมพันธ์ของบุคคลที่มีผลต่อสุขภาพ เช่น ครอบครัว เพื่อน และบุคลากรทางสุขภาพ และสภาพแวดล้อมทางกายภาพ เช่น ที่อยู่อาศัย จากปัจจัยทั้ง 6 ด้านนี้ ปัจจัยที่ส่งผลโดยตรงต่อสุขภาพ ได้แก่ ลักษณะส่วนบุคคล ลักษณะของสภาพแวดล้อม และการรับรู้ภาวะสุขภาพทั่วไป ส่วนปัจจัยที่ส่งผลโดยอ้อม ได้แก่ ตัวแปรทางชีวภาพและสรีรวิทยา ส่งผลต่ออาการ อาการส่งผลต่อภาวะการทำหน้าที่ ภาวะการทำหน้าที่ส่งผลต่อการรับรู้ภาวะสุขภาพทั่วไป และการรับรู้ภาวะสุขภาพทั่วไปส่งผลต่อคุณภาพชีวิตโดยรวม ตามลำดับ

การศึกษานี้ผู้วิจัยคัดสรรปัจจัยสำคัญบางประการที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิตในหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเบาหวาน ซึ่งประกอบด้วยคุณลักษณะส่วนบุคคล ได้แก่ อายุ ระดับการศึกษา และรายได้ ตัวแปรทางชีวภาพและสรีรวิทยา ได้แก่ ชนิดของเบาหวาน และระดับน้ำตาลในเลือด ภาวะการทำหน้าที่ ได้แก่ การจัดการตนเองด้านสุขภาพ และลักษณะของสภาพแวดล้อม ได้แก่ การสนับสนุนทางสังคม

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นงานวิจัยเชิงพรรณนาแบบศึกษาความสัมพันธ์

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ คือ หญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเบาหวาน ที่มารับบริการฝากครรภ์ในโรงพยาบาลรัฐบาล เขตภาคเหนือตอนบน

กลุ่มตัวอย่าง คือ หญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเบาหวาน ที่มารับบริการฝากครรภ์ในโรงพยาบาลรัฐบาล เขตภาคเหนือตอนบน 3 แห่ง ได้แก่ โรงพยาบาลลำปาง โรงพยาบาลพะเยา และโรงพยาบาลแพร่ ระหว่างเดือนพฤษภาคม ถึงเดือนกันยายน พ.ศ. 2562 จำนวน 150 ราย เลือกกลุ่มตัวอย่างตามความสะดวก (convenience sampling) โดยมีเกณฑ์การคัดเลือก (inclusion criteria) ดังนี้ 1) เป็นหญิงไทยที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นเบาหวาน มาอย่างน้อย 1 เดือน 2) มีอายุครรภ์ 28-41 สัปดาห์ และ 3) มีสติสัมปชัญญะดี สามารถสื่อสารและเข้าใจภาษาไทยได้ดี

ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง คำนวณด้วยโปรแกรม G*Power 3.1.9.2 สำหรับการทดสอบความสัมพันธ์ด้วยสถิติ Pearson's correlation coefficient โดยกำหนดขนาดอิทธิพล (effect size) เท่ากับ .3 (ขนาดปานกลาง) (Cohen, 1988) ระดับนัยสำคัญ (α) เท่ากับ .05 อำนาจการทดสอบ (power of test) ที่ .95 และกำหนดค่า p สำหรับสมมติฐานหลัก เท่ากับ 0 แทนค่าในโปรแกรม ได้กลุ่มตัวอย่าง 138 ราย เพื่อป้องกันการสูญหายของกลุ่มตัวอย่างจึงเพิ่มอีกร้อยละ 10 ได้กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 150 ราย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย 4 ส่วน ดังนี้

1. แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลทางสถิติศาสตร์ ได้แก่ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ ส่วนสูง น้ำหนักก่อนการตั้งครรภ์ น้ำหนักปัจจุบัน จำนวนครั้งของการตั้งครรภ์ อายุครรภ์ อายุครรภ์ที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นเบาหวาน ชนิดของเบาหวาน ระดับน้ำตาลในเลือด และภาวะแทรกซ้อนอื่น ๆ ระหว่างการตั้งครรภ์

2. แบบวัดคุณภาพชีวิต SF-12 เวอร์ชัน 2 (Ware et al., 2009) เกี่ยวกับการรับรู้ถึงภาวะสุขภาพใน 4 สัปดาห์

ที่ผ่านมา มีจำนวน 12 ข้อ แบ่งเป็น 2 ด้าน ได้แก่ ด้านร่างกาย และด้านจิตใจ แบบวัดนี้ยังสามารถรายงานคะแนนตามมิติทางสุขภาพ 8 มิติ ได้แก่ การทำงานของร่างกาย บทบาททางร่างกาย ความเจ็บปวดทางร่างกาย ภาวะสุขภาพทั่วไป พลัง หน้าที่ทางสังคม บทบาททางอารมณ์ และสุขภาพจิต ลักษณะคำถามเป็นแบบเลือกตอบตามความรู้สึกนึกคิดของตนเองมากที่สุด มีเกณฑ์การให้คะแนนแต่ละข้อแตกต่างกัน การแปลผล คะแนนรวม 12-56 คะแนน จากนั้นแปลงคะแนนให้อยู่ในช่วง 0-100 คะแนน โดยใช้สูตร [(ค่าคะแนนที่เป็นจริง - ค่าคะแนนต่ำสุดที่เป็นไปได้) / ผลต่างของช่วงคะแนนที่เป็นไปได้] $\times$ 100 แปลผลคะแนนต่อเนื่อง คะแนนรวมสูงคุณภาพชีวิตดีกว่าคะแนนรวมต่ำ โดยคะแนน 50-100 หมายถึง มีคุณภาพชีวิตดี คะแนนน้อยกว่า 50 หมายถึง มีคุณภาพชีวิตไม่ดี การแปลผลรายด้าน ด้านร่างกาย (PCS) คะแนนรวม 6-26 คะแนน และด้านจิตใจ (MCS) คะแนนรวม 6-30 คะแนน แปลงคะแนนให้อยู่ในช่วง 0-100 คะแนน คะแนน 50-100 หมายถึง มีคุณภาพชีวิตด้านร่างกาย/ด้านจิตใจดี คะแนนน้อยกว่า 50 หมายถึง มีคุณภาพชีวิตด้านร่างกาย/ด้านจิตใจไม่ดี ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .77

3. แบบสอบถามการจัดการตนเอง เป็นแบบสอบถามที่ Radarith, Tachasuksri and Siriarunrat (2019) ดัดแปลงจากแบบสอบถามการจัดการตนเองของผู้ที่เป็นเบาหวาน ที่ Reantippayasakul & Boonsatean (2017) แปลมาจาก Diabetes Self-Management Questionnaire-Revised (Schmitt et al., 2013) มีจำนวน 20 ข้อ ประกอบด้วยการจัดการตนเอง 4 ด้าน ได้แก่ ด้านการรับประทานอาหาร ด้านการออกกำลังกาย ด้านการติดตามและการป้องกันภาวะแทรกซ้อน และด้านการรักษาด้วยยา ลักษณะเป็นมาตราประมาณค่า 4 ระดับ ตั้งแต่ไม่ปฏิบัติ (0 คะแนน) ถึงปฏิบัติตามที่สุด (3 คะแนน) คะแนนรวม 0-60 คะแนน จากนั้นแปลงคะแนนให้อยู่ในช่วง 0-100 แปลผลคะแนนต่อเนื่อง คะแนนรวมสูงมีการจัดการสุขภาพตนเองสูงกว่าคะแนนรวมต่ำ โดยคะแนน 0-33.33 หมายถึง มีการจัดการสุขภาพตนเองระดับต่ำ คะแนน 33.34-66.66 หมายถึง มีการจัดการสุขภาพตนเองระดับปานกลาง คะแนน 66.67-100 หมายถึง มีการจัดการสุขภาพตนเองระดับสูง มีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .78

4. แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม เป็นแบบสอบถามที่ Radarith et al. (2019) ดัดแปลงมาจากแบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม (Tachasuksri et al., 2017) มีจำนวน 15 ข้อ ประกอบด้วยการสนับสนุนทางสังคม 4 ด้าน ได้แก่ ด้านอารมณ์ ด้านบทบาทหน้าที่ด้านข้อมูล และด้านสิ่งของ ลักษณะเป็นมาตราประมาณค่า 4 ระดับ ตั้งแต่ไม่เป็นจริง (1 คะแนน) ถึงเป็นจริงมากที่สุด (4 คะแนน) แปลผลคะแนนต่อเนื่อง คะแนนรวมสูงมีการสนับสนุนทางสังคมสูงกว่าคะแนนรวมต่ำ โดยคะแนน 15.00-30.00 หมายถึง ได้รับการสนับสนุนทางสังคมระดับต่ำ คะแนน 30.01-45.00 หมายถึง ได้รับการสนับสนุนทางสังคมระดับปานกลาง คะแนน 45.01-60.00 หมายถึง ได้รับการสนับสนุนทางสังคมระดับสูง มีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .96

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

ผู้วิจัยนำแบบวัดคุณภาพชีวิต SF-12 เวอร์ชัน 2 แบบสอบถามการจัดการตนเอง และแบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม ไปทดลองใช้กับหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเบาหวาน 30 คน และนำมาหาค่าความเที่ยงโดยใช้สัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .85, .85 และ .82 ตามลำดับ

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ผ่านการรับรองจริยธรรมการวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา เลขที่ 01-10-2561 และคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคนโรงพยาบาลลำปาง เลขที่ 17/62 โรงพยาบาลพะเยา เลขที่ 5/2562 และโรงพยาบาลแพร่ เลขที่ 8/2562 หลังจากนั้นผู้วิจัย/ผู้ช่วยวิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยเริ่มจากแนะนำตัว ชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล และประโยชน์ของการวิจัยให้หญิงตั้งครรภ์ทราบ เพื่อขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล พร้อมทั้งแจ้งให้หญิงตั้งครรภ์ทราบถึงสิทธิ์ที่จะถอนตัวจากการวิจัยได้ตลอดเวลาโดยไม่มีผลกระทบใดๆ ข้อมูลที่ได้จากการตอบแบบสอบถามจะถูกเก็บไว้เป็นความลับ มีการใช้รหัสแทนชื่อจริง ข้อมูลที่ได้มานำมาใช้เฉพาะในการศึกษาครั้งนี้เท่านั้น หากหญิงตั้งครรภ์ยินดียอมรับร่วมการวิจัย ผู้วิจัยขอให้ลงนามในใบยินยอมเข้าร่วม

การวิจัย

การเก็บรวบรวมข้อมูล

หลังจากได้รับการอนุมัติการเก็บข้อมูลวิจัยจากโรงพยาบาลทั้ง 3 แห่งแล้ว ผู้วิจัยประสานงานกับหัวหน้าพยาบาล และหัวหน้าแผนกฝากครรภ์ของโรงพยาบาล แต่ละแห่ง เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย และเก็บรวบรวมข้อมูลระหว่างเดือนพฤษภาคม - กันยายน พ.ศ. 2562 โดยทุกวันจันทร์ - ศุกร์ เวลา 8.00 - 12.00 น. เจ้าหน้าที่แผนกฝากครรภ์คัดเลือกหญิงตั้งครรภ์ตามเกณฑ์ที่กำหนด แล้วส่งให้มาพูดคุยกับผู้วิจัย/ผู้ช่วยวิจัย หลังจากนั้นผู้วิจัย/ผู้ช่วยวิจัยดำเนินการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่างตามขั้นตอน เมื่อได้กลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัย/ผู้ช่วยวิจัยเก็บรวบรวมข้อมูล โดยอธิบายวิธีการตอบแบบสอบถามให้กลุ่มตัวอย่างเข้าใจแล้ว ให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามในสถานที่จัดเตรียมไว้ ส่วนผู้วิจัย/ผู้ช่วยอยู่บริเวณที่กลุ่มตัวอย่างมองเห็นได้ เพื่อให้ซักถามหากมีข้อสงสัย กลุ่มตัวอย่างใช้เวลาตอบแบบสอบถามประมาณ 30 นาที เมื่อกลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามเสร็จ ผู้วิจัย/ผู้ช่วยวิจัยกล่าวขอบคุณ

การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลทางสถิติศาสตร์ รวมทั้งตัวแปรต่าง ๆ วิเคราะห์โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ส่วนปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพ ได้แก่ อายุ รายได้ การจัดการตนเองด้านสุขภาพ และการสนับสนุนทางสังคม วิเคราะห์โดยใช้สถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's correlation coefficient [r]) ระดับการศึกษา และระดับน้ำตาลในเลือด ใช้สถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบ สเปียร์แมน (Spearman rank correlations coefficient [r_s]) และชนิดของเบาหวาน ใช้สถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์พอยท์ไบเซรียล (Point biserial correlation coefficient [r_{pb}]) โดยก่อนวิเคราะห์ข้อมูลผู้วิจัยได้ทดสอบ

ข้อตกลงเบื้องต้นสถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สันพบว่า ตัวแปรทุกตัวมีการกระจายแบบโค้งปกติ กราฟแสดงความสัมพันธ์ของตัวแปรเป็นเส้นตรงทางบวกไปในทิศทางเดียวกัน

ผลการวิจัย

1. กลุ่มตัวอย่างมีอายุเฉลี่ย 31.44 ปี (SD = 5.33) เกือบทั้งหมดมีสถานภาพคู่ (ร้อยละ 97.30) จบการศึกษาระดับปริญญาตรีหรือสูงกว่ามากที่สุด (ร้อยละ 35.30) ประกอบอาชีพรับจ้างมากที่สุด (ร้อยละ 23.30) มีรายได้เฉลี่ย 18,952.67 บาท (SD = 10,913.37) มีดัชนีมวลกายเฉลี่ย 26.47 กก./ม.2 (SD = 5.93) น้ำหนักปัจจุบันเฉลี่ย 73.58 กิโลกรัม (SD = 15.25) ส่วนใหญ่เป็นครรภ์หลัง (ร้อยละ 66.70) มีอายุครรภ์เฉลี่ย 32.80 สัปดาห์ (SD = 3.38) และอายุครรภ์ที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นเบาหวานเฉลี่ย 17.27 สัปดาห์ (SD = 7.13) ส่วนใหญ่เป็นเบาหวานชนิดเบาหวานขณะตั้งครรภ์ (ร้อยละ 88.70) มีระดับน้ำตาลในเลือดเฉลี่ย 106.06 mg/dL (SD = 28.64) ส่วนใหญ่ไม่มีภาวะแทรกซ้อนระหว่างการตั้งครรภ์ (ร้อยละ 93.30) ส่วนที่มีภาวะแทรกซ้อน ภาวะแทรกซ้อนที่พบมากที่สุดได้แก่ ภาวะความดันโลหิตสูง (ร้อยละ 4.6)

2. กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพเฉลี่ย 66.86 (SD = 13.93) ซึ่งอยู่ในระดับดี เมื่อจำแนกเป็นรายด้าน พบว่า ด้านร่างกาย มีคะแนนเฉลี่ย 63.23 (SD = 15.19) ซึ่งอยู่ในระดับดี ส่วนด้านจิตใจ มีคะแนนเฉลี่ย 69.88 (SD = 15.09) ซึ่งอยู่ในระดับดีเช่นกัน สำหรับการจัดการตนเองด้านสุขภาพ มีคะแนนเฉลี่ย 64.34 (SD = 9.03) ซึ่งอยู่ในระดับปานกลาง ส่วนการสนับสนุนทางสังคม มีคะแนนเฉลี่ย 49.59 (SD = 6.87) ซึ่งอยู่ในระดับสูง (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 ช่วงคะแนน ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการแปลผลของคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพ การจัดการตนเอง ด้านสุขภาพ และการสนับสนุนทางสังคมของหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเบาหวานในโรงพยาบาลรัฐบาล เขตภาคเหนือตอนบน (n = 150)

ตัวแปร	ช่วงคะแนน		Mean	SD	การแปลผล
	ค่าที่เป็นไปได้	ค่าที่เป็นจริง			
คุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพ	0 - 100	29.55 - 93.18	66.86	13.93	ระดับดี
ด้านร่างกาย	0-26	20-95	63.23	15.19	ระดับดี
ด้านจิตใจ	0-30	33-100	69.88	15.09	ระดับดี
การจัดการตนเองด้านสุขภาพ	0 - 100	40.28 - 83.75	64.34	9.03	ระดับปานกลาง
การสนับสนุนทางสังคม	15 - 60	29 - 60	49.59	6.87	ระดับสูง

3. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ อายุ ($r = .172$, $p < .05$) ระดับน้ำตาลในเลือด ($r = -.209$, $p < .05$) การจัดการตนเองด้านสุขภาพ ($r = .438$, $p < .01$) และการสนับสนุนทางสังคม ($r = .414$, $p < .01$) ส่วนระดับการศึกษาและรายได้ไม่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สันระหว่างตัวแปรคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเบาหวานในโรงพยาบาลรัฐบาล เขตภาคเหนือตอนบน (n = 150)

ตัวแปร	1	2	3	4	5	6	7	8
1. อายุ (r)	1							
2. ระดับการศึกษา (r_s)	-.140	1						
3. รายได้ (r)	.124	.466**	1					
4. ระดับน้ำตาลในเลือด (r_s)	-.071	.107	.070	1				
5. ชนิดของภาวะเบาหวาน (r_{pb})	-.030	.179*	.169*	-.178*	1			
6. การจัดการตนเองด้านสุขภาพ (r)	.127	-.036	-.035	-.244*	-.251*	1		
7. การสนับสนุนทางสังคม (r)	.006	-.098	-.042	-.232**	-.030	.552**	1	
8. คุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพ (r)	.172*	-.030	-.091	-.209*	-.031	.438**	.414**	1

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

การอภิปรายผล

1. **คุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพ** พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพอยู่ในระดับดี และเมื่อจำแนกเป็นรายด้าน พบว่า ด้านร่างกายและจิตใจอยู่ในระดับดี ทั้งนี้เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ (ร้อยละ 88.70) เป็นเบาหวานชนิดเบาหวานขณะตั้งครรภ์ และมีระดับน้ำตาลในเลือดเฉลี่ย 106.06 mg/dL ซึ่งเกินค่าปกติเล็กน้อย รวมทั้งกลุ่มตัวอย่างเกือบทั้งหมด (ร้อยละ 93.30) ไม่มี

ภาวะแทรกซ้อนระหว่างตั้งครรภ์ จึงไม่ส่งผลทำให้คุณภาพชีวิตไม่ดี ในทางตรงกันข้ามหากมีภาวะแทรกซ้อนระหว่างตั้งครรภ์ ภาวะแทรกซ้อนระหว่างตั้งครรภ์มีผลต่อกิจกรรมทางกายและการทำหน้าที่ทางสังคม จะส่งผลทำให้คุณภาพชีวิตไม่ดี (Da Costa, Dritsa, Verreault, Balaa, Kudzman & Khalife, 2010) ซึ่งสอดคล้องกับผลการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ ที่พบว่า ภาวะแทรกซ้อนก่อนหรือระหว่างการตั้งครรภ์มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตที่ไม่ดีของ

หญิงตั้งครรภ์ (Lagadec et al., 2018) นอกจากนี้เมื่อพิจารณาจากบริบทของประชาชนในเขตภาคเหนือตอนบน ซึ่งเป็นสังคมชนบท มักมีความผูกพันกับศาสนา ยึดมั่นในขนบธรรมเนียมประเพณี และมีวัดเป็นศูนย์กลางทางจิตใจ ด้วยเหตุผลต่าง ๆ เหล่านี้ ผลการศึกษาครั้งนี้จึงพบว่า หญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเบาหวานมีคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพอยู่ในระดับดี ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาเปรียบเทียบกับคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพระหว่างหญิงที่มีภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์ จำนวน 245 คน กับหญิงตั้งครรภ์ที่มีระดับน้ำตาลปกติ จำนวน 108 คน ที่พบว่า คุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพของทั้ง 2 กลุ่มไม่แตกต่างกัน (Danyliv et al., 2015) รวมทั้งยังสอดคล้องกับการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบจากหลายการศึกษาในต่างประเทศ เพื่อศึกษาผลของภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์ต่อคุณภาพชีวิต ผลการศึกษาส่วนใหญ่พบว่า ภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์ไม่มีผลต่อการเปลี่ยนแปลงคุณภาพชีวิตด้านร่างกายและจิตใจ แต่มีผลต่อคุณภาพชีวิตด้านสังคม (Mokhlesi et al., 2019)

2. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพ

2.1 อายุ พบว่า อายุมีความสัมพันธ์ทางบวก ระดับต่ำกับคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพ ทั้งนี้เนื่องจากอายุบอกร่องวุฒิภาวะหรือความสามารถในการจัดการสิ่งต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นได้ และอายุมีความสัมพันธ์กับประสบการณ์ในอดีต ที่ส่งผลต่อการเผชิญปัญหาและการแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้น รวมทั้งอายุยังเป็นตัวกำหนดบทบาทในสังคม ผู้ที่มีอายุมากจะมีวุฒิภาวะ พัฒนาการ ประสบการณ์ชีวิต และมีการตัดสินใจที่ดี ทำให้ปรับตัวต่อการเปลี่ยนแปลงในชีวิตได้ดี ซึ่งส่งผลทำให้มีคุณภาพชีวิตที่ดี และเมื่อพิจารณาจากข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ (ร้อยละ 77.30) มีอายุอยู่ในช่วง 20 - 35 ปี และมีอายุเฉลี่ย 31.44 ปี ซึ่งจัดเป็นวัยผู้ใหญ่ จึงมีวุฒิภาวะ ประสบการณ์ชีวิต และสามารถปรับตัวต่อการเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นระหว่างการตั้งครรภ์ได้ดี ส่งผลให้มีคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพที่ดีตามมา ผลการศึกษาครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาของ Emmanuel & Sun (2014) ที่พบว่า หญิงตั้งครรภ์อายุ 25-29 ปี มีคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพดีกว่าหญิงตั้งครรภ์กลุ่มอายุอื่น นอกจากนี้จากการทบทวน

วรรณกรรมอย่างเป็นระบบ เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตของหญิงตั้งครรภ์ยังพบว่า ผลการวิจัยจำนวน 15 ฉบับจาก 37 ฉบับได้ผลเป็นไปในทำนองเดียวกันว่า อายุของมารดาเป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์อย่างยิ่งต่อคุณภาพชีวิตที่ดี (Lagadec et al., 2018)

2.2 ระดับน้ำตาลในเลือด พบว่า ระดับน้ำตาลในเลือดมีความสัมพันธ์ทางลบระดับต่ำกับคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพ ทั้งนี้สามารถอธิบายได้ว่า ระดับน้ำตาลในเลือดเป็นตัวชี้วัดการควบคุมภาวะเบาหวานที่สำคัญ ซึ่งมีความสัมพันธ์กับการรับประทานอาหาร และการออกกำลังกาย บุคคลจะต้องมีความตั้งใจสูง มีการรับรู้และตระหนักถึงความเสี่ยงต่อการเกิดอันตราย และมีดูแลสุขภาพตนเอง แต่ถ้าบุคคลที่ไม่เข้มงวดในการดูแลสุขภาพตนเอง ดำเนินชีวิตเหมือนคนปกติ รับประทานอาหารตามที่ตนเองชอบ จะทำให้ระดับน้ำตาลในเลือดสูง ซึ่งส่งผลต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนต่อสุขภาพและความปลอดภัยในชีวิตของหญิงตั้งครรภ์และทารก ภาวะแทรกซ้อนต่อหญิงตั้งครรภ์ เช่น ความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ คลอดก่อนกำหนด การติดเชื้อ ภาวะน้ำตาลต่ำมาก การคลอดยาก และการตกเลือดหลังคลอด สำหรับทารก ภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์ทำให้เพิ่มอัตราทุพพลภาพ และทารกเสียชีวิตในครรภ์ หายใจลำบาก ทารกตัวโต มีภาวะตัวเหลือง มีภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ แคลเซียมในเลือดต่ำ เป็นต้น สิ่งที่เกิดขึ้นนี้มีผลทำให้คุณภาพชีวิตขณะตั้งครรภ์ไม่ดีตามมา (Pornkuna & Anusornteerakul, 2017)

2.3 การจัดการตนเองด้านสุขภาพ พบว่า การจัดการตนเองด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกระดับปานกลางกับคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพ สามารถอธิบายได้ว่า กลุ่มตัวอย่างเมื่อวินิจฉัยว่าเป็นเบาหวาน จะได้รับการดูแลจากบุคลากรทางสุขภาพตามมาตรฐานของโรงพยาบาล โดยได้รับการรักษาจากแพทย์เฉพาะทาง ได้รับคำแนะนำปรึกษาการเลือกรับประทานอาหารที่เหมาะสม จากนักโภชนาการ และได้รับคำแนะนำเกี่ยวกับภาวะเบาหวานในหญิงตั้งครรภ์และการดูแลตนเองจากพยาบาล ส่งผลให้กลุ่มตัวอย่างมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การรับประทานอาหาร และมีการดูแลสุขภาพตนเองอย่างเหมาะสม การจัดการตนเองด้านสุขภาพอย่างเหมาะสม จะช่วยควบคุมโรคและลดการเกิดภาวะแทรกซ้อน อันจะ

นำไปสู่คุณภาพชีวิตที่ดีได้ (Judy et al., 2010) ดังที่
การศึกษาพบว่า การจัดการตนเองด้านสุขภาพมีอิทธิพล
ทางบวกต่อคุณภาพชีวิตของวัยรุ่นที่เป็นเบาหวานชนิดที่ 1
(Whittemore et al., 2014) และในหญิงตั้งครรภ์
(Tachasuksri et al., 2017)

2.4 การสนับสนุนทางสังคม พบว่า การ
สนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกระดับปานกลาง
กับคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพ ทั้งนี้เนื่องจาก การสนับสนุน
ทางสังคมเป็นพื้นฐานสำคัญที่เป็นแรงกระตุ้นทำให้เกิด
การตอบสนองไปในทางที่เหมาะสม เช่น การเป็นที่รัก
ได้รับการยกย่อง มีคุณค่าในตนเอง การได้รับการดูแล
เอาใจใส่ ทำให้เกิดการปรับตัวนำไปสู่การมีคุณภาพชีวิต
ที่ดี และเมื่อพิจารณาจากข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง
พบว่า กลุ่มตัวอย่างเกือบทั้งหมด (ร้อยละ 97.30) มี
สถานภาพสมรสคู่ จึงได้รับการสนับสนุนทางสังคมจาก
ครอบครัวหรือสามี ในการดูแลเรื่องอาหารและยา และ
ความสุขสบายด้านร่างกายและจิตใจ รวมทั้งได้รับความรัก
ความเอาใจใส่ ทำให้หญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเบาหวาน
มีแรงจูงใจในการดูแลตนเอง ซึ่งเป็นตัวบ่งชี้ที่สำคัญอันนำไป
สู่คุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพที่ดีตามมา ซึ่งสอดคล้องกับ
ผลการศึกษาของ Gul, Riaz, Batool, Yasmin and Riaz
(2018) ที่พบว่า การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์
ทางบวกกับคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์
และผลการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบที่พบว่า การ
มีครอบครัวและเพื่อนเป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับ
คุณภาพชีวิตที่ดี (Lagadec et al., 2018) รวมทั้งผล
การศึกษาของ Chareoesan et al. (2012) ที่พบว่า
การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพ
ชีวิตของหญิงตั้งครรภ์ และสามารถทำนายคุณภาพชีวิต
ของหญิงตั้งครรภ์ได้ นอกจากนี้ยังสอดคล้องกับผลการ
ศึกษาแบบจำลองเชิงสาเหตุคุณภาพชีวิตของหญิงตั้งครรภ์
ที่พบว่า การสนับสนุนทางสังคมมีอิทธิพลทางบวกต่อ
คุณภาพชีวิตของหญิงตั้งครรภ์ (Tachasuksri et al., 2017;
Plodpluang et al., 2017)

ปัจจัยที่ไม่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตในมิติ
สุขภาพของหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเบาหวาน ได้แก่ ระดับ
การศึกษา รายได้ ชนิดของโรคเบาหวาน

2.5 ระดับการศึกษา พบว่า ระดับการศึกษา

ไม่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพ ทั้งนี้
เนื่องจาก กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ (ร้อยละ 70.70) จบ
การศึกษาระดับมัธยมปลาย/ปวช. ขึ้นไป ซึ่งการศึกษา
ระดับนี้ช่วยให้สามารถแสวงหาความรู้ในการดูแลตนเอง
จากสื่อต่าง ๆ รวมทั้งอินเทอร์เน็ตที่สามารถเข้าถึงข้อมูลได้
ง่าย นอกจากนี้เมื่อได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นเบาหวานขณะ
ตั้งครรภ์จะได้คำแนะนำเกี่ยวกับการดูแลตนเองจากแพทย์
พยาบาล และสหวิชาชีพ เช่น การรับประทานอาหาร
การออกกำลังกาย วิธีการป้องกันและแก้ไขภาวะน้ำตาล
ในเลือดต่ำหรือสูง เป็นต้น จึงทำให้สามารถดูแลตนเองได้
อย่างเหมาะสม ระดับการศึกษาจึงไม่มีความสัมพันธ์กับ
คุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษา
ที่พบว่า ระดับการศึกษาไม่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิต
ของผู้ป่วยเบาหวาน (Srichaijaroonpong, Inthasoi,
Petchwisai, & Prisan, 2016)

2.6 รายได้ พบว่า รายได้ไม่มีความสัมพันธ์
กับคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพ ทั้งนี้เนื่องจากกลุ่มตัวอย่าง
ส่วนใหญ่มีรายได้เฉลี่ย 18,952.67 บาท/เดือน (SD =
10913.37) ซึ่งตามบริบทของประชาชนในเขตภาคเหนือ
ตอนบน ที่เป็นสังคมชนบท อัตราค่าครองชีพจึงไม่สูงมากนัก
รายได้จำนวนนี้จึงเพียงพอต่อการดำรงชีวิตและไม่ก่อให้เกิด
ผลกระทบต่อง่ายพื้นฐาน จึงไม่ส่งผลต่อคุณภาพ
ชีวิตในมิติสุขภาพ ผลการศึกษาค้นนี้สอดคล้องกับที่
Srichaijaroonpong et al. (2016) ศึกษาพบว่า รายได้
ไม่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเบาหวาน

2.7 ชนิดของเบาหวาน พบว่า ชนิดของ
เบาหวานไม่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพ
ซึ่งสามารถอธิบายได้ว่า ไม่ว่ากลุ่มตัวอย่างจะเป็นเบาหวาน
ก่อนการตั้งครรภ์ (overt DM) หรือเบาหวานขณะตั้งครรภ์
(GDM) หญิงตั้งครรภ์ต้องผ่านกระบวนการให้คำแนะนำ
ในการดูแลสุขภาพ เพื่อควบคุมระดับน้ำตาลให้อยู่ในระดับ
ปกติ อีกทั้งการศึกษาค้นนี้ กลุ่มตัวอย่างเป็นเบาหวานก่อน
การตั้งครรภ์ เพียงร้อยละ 11.30 ซึ่งมีจำนวนน้อยเกินไป
ที่จะสะท้อนให้เห็นความสัมพันธ์ที่แท้จริง ดังนั้นชนิดของ
เบาหวานจึงไม่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพ
ผลการศึกษาค้นนี้สอดคล้องกับการศึกษาของ Ying Shiu,
Choi, Fan Lee, Fung Yu and Ng (2014) ที่ศึกษา
แบบจำลองเชิงสาเหตุคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพของ

ผู้สูงอายุชาวจีนที่เป็นเบาหวาน พบว่า ระดับน้ำตาลในเลือดไม่มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพ

จากแนวคิดคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพของ Wilson and Cleary (1995) ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง ที่นำมาใช้เป็นกรอบแนวคิดในการศึกษาครั้งนี้พบว่า ลักษณะส่วนบุคคล ได้แก่ อายุ มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพ แต่ระดับการศึกษาและรายได้ไม่มีผลต่อคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพ ตัวแปรทางชีวภาพและสรีรวิทยา ได้แก่ ชนิดของโรคเบาหวาน ไม่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพ (แต่มีความสัมพันธ์กับการจัดการตนเองด้านสุขภาพ) และระดับน้ำตาลในเลือด มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพ (และมีความสัมพันธ์กับการจัดการตนเองด้านสุขภาพด้วย) ภาวะการทำงานที่ ได้แก่ การจัดการตนเองด้านสุขภาพ มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพ และลักษณะของสภาพแวดล้อม ได้แก่ การสนับสนุนทางสังคม มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพ (และมีความสัมพันธ์กับการจัดการตนเองด้านสุขภาพด้วย) ดังนั้นจึงสรุปได้ว่าแนวคิดคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพของ Wilson and Cleary (1995) สามารถอธิบายความสัมพันธ์ระหว่างโครงสร้างและสามารถเพิ่มลูกศรเชื่อมโยงตัวแปรทางชีวภาพและสรีรวิทยา ได้แก่ ระดับน้ำตาลในเลือด และภาวะการทำงานที่ ได้แก่ การจัดการตนเองด้านสุขภาพ ไปยังคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพโดยตรง อย่างไรก็ตามมี 3 ตัวแปรที่ไม่สามารถอธิบายความสัมพันธ์ระหว่างโครงสร้างได้ ซึ่งได้แก่ ระดับการศึกษา รายได้ และชนิดของโรคเบาหวาน

ข้อจำกัดของการวิจัย

1. การศึกษาครั้งนี้เก็บข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างที่มารับบริการในโรงพยาบาลรัฐบาลเฉพาะเขตภาคเหนือตอนบน จำนวน 3 แห่ง ไม่รวมสถานพยาบาลอื่น ซึ่งอาจมีลักษณะการให้บริการและสภาพแวดล้อมที่แตกต่างกัน
2. การศึกษาครั้งนี้ใช้แบบวัดคุณภาพชีวิต SF-12 (เวอร์ชัน 2) ซึ่งเป็นเครื่องมือประเมินคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพแบบทั่วไป (generic instrument) อาจไม่ไวต่อการเปลี่ยนแปลงของโรคหรือสุขภาพ เนื่องจากไม่เฉพาะต่อโรค

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. พยาบาลแผนกฝากครรภ์ควรมีการประเมินการจัดการตนเองด้านสุขภาพ และการสนับสนุนทางสังคม เพื่อใช้เป็นแนวทางการพัฒนาและส่งเสริมคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเบาหวาน
2. พยาบาลควรมีการจัดกิจกรรมส่งเสริมการจัดการตนเองด้านสุขภาพ ทั้ง 4 ด้าน ได้แก่ ด้านการรับประทานอาหาร ด้านการออกกำลังกาย ด้านการติดตามและการป้องกันภาวะแทรกซ้อน และด้านการรักษาด้วยยาแก่หญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเบาหวาน โดยการให้ความรู้ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในกลุ่มที่มีอายุน้อย รายได้ต่ำ และควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ดี รวมทั้งสนับสนุนให้ครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมในกิจกรรมการดูแลรักษาต่าง ๆ ซึ่งจะส่งผลให้หญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเบาหวานมีคุณภาพชีวิตที่ดียิ่งขึ้น

ข้อเสนอแนะเพื่อการวิจัยครั้งต่อไป

1. การศึกษาครั้งนี้เป็นวิจัยเชิงความสัมพันธ์ ควรมีการศึกษาต่อยอดองค์ความรู้เกี่ยวกับคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเบาหวาน โดยใช้รูปแบบการวิจัยเชิงทำนาย และการวิจัยเชิงทดลอง เพื่อส่งเสริมคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเบาหวาน
2. การศึกษาครั้งต่อไปควรศึกษาในบริบทของแต่ละภูมิภาค และควรศึกษาปัจจัยอื่น ๆ ที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพ เช่น พฤติกรรมการรับประทานอาหาร ความวิตกกังวล ความเครียด เป็นต้น
3. การศึกษาครั้งต่อไปควรเลือกใช้เครื่องมือประเมินคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพแบบเฉพาะ (specific instrument) ต่อหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเบาหวาน

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณโรงพยาบาลลำปาง โรงพยาบาลพะเยา และโรงพยาบาลแพร่ ที่อนุญาตให้เก็บข้อมูลวิจัย และขอขอบคุณเจ้าของเครื่องมือวิจัย รวมทั้งขอขอบคุณพยาบาลและบุคลากรแผนกฝากครรภ์ของโรงพยาบาลทั้ง 3 แห่ง ที่อำนวยความสะดวกในการเก็บข้อมูล ท้ายนี้ผู้วิจัยขอขอบคุณกลุ่มตัวอย่างทุกคนที่ให้ความร่วมมือในการทำวิจัยครั้งนี้

References

- Bien, A., Rzonca, F., Kanczugowska, A., & Iwanowicz-Palus, G. (2016). Factors affecting the quality of life and the illness acceptance of pregnant women with diabetes. *Int J Environ Res Public Health*, 13(68), 1-13.
- Chareoesan, P., Doundee, K. & Poonperm, R. (2012). The Quality of life among pregnant women who received antenatal care at Phramongkutklao Hospital. *Journal of The Royal Thai Army Nurses*, 13(3), 47-59. [In Thai]
- Cohen, J. (1988). *Statistical Power Analysis for the Behavioral Sciences* (2nd Eds.). Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates, Publishers.
- Cohen, S., Gottlieb, B. H., & Underwood, L. G. (2000). Social relationships and health. In S. Cohen, L. G. Underwood, & B. H. Gottlieb (Eds.), *Social support measurement and intervention: A guide for health and social scientists* (p. 3-25). NY: Oxford University Press.
- Da Costa, D., Dritsa, M., Verreault, N., Balaa, C., Kudzman, J., & Khalifé, S. (2010). Sleep problems and depressed mood negatively impact health-related quality of life during pregnancy. *Arch Womens Ment Health*, 13(3), 249-57.
- Dalfrà, M. G., Nicolucci, A., Bisson, T., Bonsembiante, B., & Lapolla, A. (2012). Quality of life in pregnancy and post-partum: a study in diabetic patients. *Qual Life Res*, 21(2), 291-8.
- Danyliv, A., Gillespie, P., O'Neill, C., Noctor, E., O'Dea, A., Tierney, M., ...Dunne, F. P. (2015). Health related quality of life two to five years after gestational diabetes mellitus: cross-sectional comparative study in the ATLANTIC DIP cohort. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 15(274), 1-9.
- Emmanuel, E. N., & Sun, J. (2014). Health related quality of life across the perinatal period among Australian women. *J Clin Nurse*, 23(11-12), 1611-9.
- Gul, B., Riaz, M. A., Batool, N., Yasmin, H., & Riaz, M. N. (2018). Social support and health related quality of life among pregnant women. *J Pak Med Assoc*, 68(6), 872-875.
- Lagadec, N., Steinecker, M., Kapassi, A., Magnier, A. M., Chastang, J., Robert, S., ...Ibanez, G. (2018). Factors influencing the quality of life of pregnant women: a systematic review. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 18(455), 1-14.
- Limruangrong, P., Boriboonhirunsarn, D., Puangsricharern, A., & Pinitlertsakun, O. (2016). Factors influencing the occurrence of gestational diabetes mellitus in pregnant women with abnormal glucose challenge test. *J NURS SCI*, 34(2), 58-69. [In Thai]
- Judy, A. W., Fulcher, G., McDonald, E., Spencer, N., Mortlock, M. Y., Bourne, M., Simmons, R. D. (2010). Psychological factors that influence quality of life and potential for self-management in multiple sclerosis. *Int J MS Care*, 12, 133-141.

- Kasemthap, W., Sakthong, P., & Pupa, K. (2007). Assessment of 8,000 heart surgery projects presented as the 80th Birthday Anniversary of His Majesty the King and dedicated as the 84th Birthday Anniversary of Her Majesty the King Mr. Kanlayaniwattana Krom Luang Narathiwatratchanakharin. National Health Security Office.
- Marquesim N. A. Q., Lima, S. A. M., Costa, R. A. A., Rodrigues, M. R. K., Ferraz, G. A. R., Cassetari, B. F. N., ...Calderon, I. M. P. (2016) Health related quality of life in pregnant women with diabetes or mild hyperglycemia. *International Archives of Medicine*, 9(345), 1-7.
- Mokhlesi, S., Simbar, M., Tehrani, F. R., Kariman, N., & Majd, H. A. (2019). Quality of life and gestational diabetes mellitus: a review study. *International Journal of Women's Health and Reproduction Sciences*, 7(3), 255-262.
- Netgrajang, C. (2019). Strengthening multidisciplinary approach to prevent and control complications of diabetes mellitus in pregnant women. *J Prapokklao Hosp Clin Med Educat Center*, 36(2), 168-177. [In Thai]
- Plodpluang, U., Boonyarat, A., Kanhadilok, S., Luk-in, P., Uthathum, N., Pomphayoon, P. & Intana, J. (2017). Path analysis of factors affecting quality of life of pregnant women. *Nursing Journal of the Ministry of Public Health*, 27(3), 42-56. [In Thai]
- Phalasri A., Phahuwatanakorn W., & Ratinthorn A. (2015). Predictive factors of anxiety in women with first diagnosed gestational diabetes mellitus. *Journal of Nursing and Health Care*, 33(2), 15-22. [In Thai]
- Pornkuna, W., & Anusornteerakul, S. (2017). The effects of program on knowledge, blood sugar level control and re-admission of women with insulin-dependent gestational diabetes mellitus. *Srinagarind Med J*, 32(2), 135-142. [In Thai]
- Radarith, C., Tachasuksri, T. & Siriarunrat, S. (2019). Factors influencing self-management among women with gestational diabetes mellitus. *The Journal of Faculty of Nursing Burapha University*, 27(1), 50-59. [In Thai]
- Rattanaprasop, N. (2009). Quality of life of pregnant women who attend ANC clinic and those who decide to terminate their pregnancy. Master of Science Program in Mental Health, Faculty of Medicine, Chulalongkorn University. [In Thai]
- Reantippayasakul, O., & Boonsatean, W. (2017). A comparison of illness perception and self-management among adults and elderly with type 2 diabetes in Pathum Thani Province. *Thai Red Cross Nursing Journal*, 10(1), 100-125. [In Thai]
- Saadati, F., Sehhatiei Shafaei F, Mirghafourvand M. Sleep quality and its relationship with quality of life among high-risk pregnant women (gestational diabetes and hypertension). *J Matern Fetal Neonatal Med*, 31(2), 150-157.
- Schmitt, A., Gahr, A., Hermanns, N., Kuzer, B., Huber, J., & Haak, T. (2013). The diabetes self-management questionnaire (DSMQ): development and evaluation of an instrument to assess diabetes self-care activities associated with glycemic control. *Health and Quality of Life Outcomes*, 11(138), 1-14.

- Srichaijaronpong, S., Inthasoi, T. & Petchwisai, A. (2016). Factors relating to the quality of life of the diabetic patients at Ban Chiang Kruea Pho Chai health promoting hospital, Chiang Kruea sub district, Muang district, Sakon Nakorn province. *Office of Disease Prevention and Control 7 Khon Kaen Province*, 33(3), 23-33. [in Thai]
- Tachasuksri, T., Siriarunrat, S., Suppasri, P., Suppaseemanont, W., Boonnate, N. & Kwannate, C. (2017). Causal model for quality of life among pregnant women. *The Southern College Network Journal of Nursing and Public Health*, 4(1), 28-46. [in Thai]
- Trutnovsky, G., Panzitt, T., Magnet, E., Stern, C., Lang, U., & Dorfer, M. (2012). Gestational diabetes: women's concerns, mood state, quality of life and treatment satisfaction. *J Matern Fetal Neonatal Med*, 25(11), 2464-6.
- Wattana, C. (2015). Self-management support: strategies for promoting disease control. *Journal of Phrapokklao Nursing College*, 26(Suppl. 1), 117-127. [In Thai]
- Ware, et al. (2009). SF-12v2 Health Survey: Administration guide for clinical trial investigators. Lincoln, RI: Quality Metric Incorporated.
- Whittemore, R., Liberti, L., Jeon, S., Chao, A., Jaser, S. S., & Grey, M. (2014). Self-management as a mediator of family functioning and depressive symptoms with health outcomes in youth with type 1 Diabetes. *Western Journal of Nursing Research*, 36(9), 1254-1271.
- Wilson, I. B., & Cleary P. D. (1995). Linking clinical variables with health-related quality of life: a conceptual model of patient outcomes. *JAMA*, 273(1), 59-65.
- Shiu, A. T. Y., Choi, K. C., Lee, D. T. F., Yu, D. S. F., & Ng, W. M. (2014). Application of a health-related quality of life conceptual model in community-dwelling older Chinese people with diabetes to understand the relationships among clinical and psychological outcomes. *J Diabetes Invest*, 5(6), 677-686.

ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการปฏิบัติงานของผู้ดูแลที่ผ่านการอบรม ในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในเขตกรุงเทพมหานคร

จิราวรรณ นามพันธ์, พย.ม.¹ นฤมล เอื้อมณีกุล, Ph.D.^{2*} สุรินทร์ กลัมพากร, Ph.D.²

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงทำนายครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการปฏิบัติงานของผู้ดูแลที่ผ่านการอบรมในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในเขตกรุงเทพมหานคร กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ดูแลที่ผ่านการอบรมในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ในปี 2559 จำนวน 182 คน คัดเลือกโดยการสุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอน เก็บรวบรวมข้อมูลระหว่างเดือนกุมภาพันธ์ - เดือนเมษายน 2562 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ 1) แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วย แบบสอบถามปัจจัยส่วนบุคคล แบบสอบถามด้านทัศนคติต่อการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง และแบบสอบถามด้านแรงจูงใจในการปฏิบัติงานในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง 2) แบบสอบถามปัจจัยสถานการณ์ ประกอบด้วย แบบสอบถามด้านสิ่งแวดล้อมในการทำงานและแบบสอบถามปัจจัยด้านองค์การและสังคม 3) แบบสอบถามการปฏิบัติงานของผู้ดูแลที่ผ่านการอบรมในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ .73, .77, .88, .86 และ .94 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติพรรณนา ได้แก่ ค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน

ผลการศึกษาพบว่า การปฏิบัติงานของผู้ดูแลที่ผ่านการอบรมในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในเขตกรุงเทพมหานคร อยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 3.9$, $SD = 0.5$) โดยปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานของผู้ดูแลที่ผ่านการอบรมในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในเขตกรุงเทพมหานคร อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ อายุ ประสบการณ์ ทัศนคติ แรงจูงใจ วิธีการทำงาน เครื่องมือเครื่องใช้ สถานที่ในการทำงาน นโยบายของหน่วยงาน การฝึกอบรม ผลตอบแทน สัมพันธภาพในหน่วยงาน และสภาพแวดล้อมทางสังคม โดยพบว่า เครื่องมือเครื่องใช้ แรงจูงใจ ประสบการณ์ และผลตอบแทน เป็นตัวแปรที่สามารถร่วมกันพยากรณ์การปฏิบัติงานของผู้ดูแลที่ผ่านการอบรมในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในเขตกรุงเทพมหานครได้ร้อยละ 37 ผลการศึกษาเสนอแนะว่า ผู้บริหารควรสนับสนุนด้านเครื่องมือ เครื่องใช้ สร้างแรงจูงใจ และผลตอบแทนที่เหมาะสม รวมถึงการพิจารณาระบบที่เลี้ยงให้ผู้ที่มีประสบการณ์ในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงมาก่อนปฏิบัติงานร่วมกับผู้ที่ไม่เคยมีประสบการณ์

คำสำคัญ: การปฏิบัติงาน ผู้ดูแลที่ผ่านการอบรม การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง

¹ นิสิตหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (การพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน) ภาควิชาการพยาบาลสาธารณสุข คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

² รองศาสตราจารย์ ภาควิชาการพยาบาลสาธารณสุข คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

* ผู้เขียนหลัก email: narumon.aue@mahidol.ac.th

Factors Influencing Job Performance Among Trained Caregivers for Caring Dependent Elderly in Bangkok

Jeerawan Nampan, M.S.N.¹, Naruemon Auemaneekul, Ph.D.^{2*}, Surintorn Kalampakorn, Ph.D.²

Abstract

This research was designed to examine factors related to job performance among trained caregivers caring for dependent elderly in Bangkok. In 2016, 182 such caregivers were selected through proportionate multi-stage sampling. Data were collected from February to April 2019 using three types of self-administered questionnaires: 1) personal data questionnaires including individual factors, attitude and motivation; 2) situational factor questionnaires covering work environments and organizational and social factors, and; 3) a questionnaire measuring job performance of trained caregivers of caring-dependent elderly. Cronbach's alphas for the questionnaires were .73, .77, .88, .86 and .94, respectively. Data were analysed using descriptive statistics and stepwise multiple regression.

The results showed that job performance among trained caregivers of caring-dependent elderly in Bangkok was at a moderate level ($\bar{X} = 3.9$, $SD = 0.5$). Several individual variables: age, caregivers' experience caring for dependent elderly, attitude of the elderly care recipient, motivation of the elderly care recipient, method of work, equipment, workplace, policy of organization, training, job reward, co-worker relationships and social environment had statistically significant correlations with job performance of trained caregivers of dependent elderly in Bangkok. Factors significantly predicting job performance among these caregivers were equipment, attitude of care-dependent elderly, caregivers' experience, and job reward. These predictors together explained 37 percent of the variance in caregivers' job performance.

The findings suggest that public health administrators should be encouraged to develop job performance among trained caregivers of care-dependent elderly by supporting well-functioning equipment, motivating trained caregivers to work, supporting job rewards, and considering a mentoring system to encourage trained caregivers who have experience with care-dependent elderly to mentor trained caregivers who do not have such experience.

Key words: job performance, trained caregivers, caring for elderly dependents

¹ Student of Master of Nursing Science Program in Community Nursing Practice, Department of Public Health Nursing, Faculty of Public Health, Mahidol University

² Associate Professor, Department of Public Health Nursing, Faculty of Public Health, Mahidol University

* Corresponding author email: naruemon.aue@mahidol.ac.th

ความสำคัญของปัญหา

สถานการณ์ปัจจุบันของโลกพบว่า โครงสร้างอายุประชากรโลกนั้น กำลังเปลี่ยนไปในทิศทางที่มีอายุสูงขึ้น จากสถิติจำนวนประชากรโลกขององค์การสหประชาชาติ พบว่า ในปี พ.ศ.2559 ประชากรที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป คิดเป็นร้อยละ 12 ของประชากรทั้งหมด โดยสถานการณ์ ผู้สูงอายุดังกล่าวนี้รวมถึงประเทศไทยซึ่งมีประชากรที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป คิดเป็นร้อยละ 16.5 ของประชากรทั้งหมด คาดว่าในปี พ.ศ.2564 ประเทศไทยจะเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุอย่างสมบูรณ์ คือ มีประชากรสูงอายุมากถึง ร้อยละ 20 (Institute for Population and Social Research, Mahidol University [IPSR] & Foundation of Thai Gerontology Research and Development institute [TGRI], 2017) รวมถึง กรุงเทพมหานครซึ่งมีประชากรสูงอายุมากที่สุดเมื่อเทียบกับจังหวัดอื่น โดย กรุงเทพมหานครมีอัตราผู้สูงอายุในจังหวัด คิดเป็น ร้อยละ 16.5 ของประชากรทั้งหมดในกรุงเทพมหานคร (Department of Older Persons, 2016) ทั้งนี้ เมื่ออายุเพิ่มมากขึ้น ส่งผลให้ความชุกของการเกิดโรคเรื้อรังของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงเพิ่มสูงขึ้น จากรายงานสถานการณ์ผู้สูงอายุ ปี พ.ศ.2557 พบว่า ประชากรสูงอายุ ร้อยละ 37 มีภาวะทุพพลภาพและมีข้อจำกัดในการทำกิจวัตรประจำวัน ด้วยตนเอง ต้องการผู้ดูแลที่เหมาะสม แต่ในปัจจุบันรูปแบบครอบครัวและลักษณะการอยู่อาศัยของผู้สูงอายุไทยได้เปลี่ยนแปลงไปมาก สัดส่วนผู้สูงอายุอยู่เพียงลำพังคนเดียวหรืออยู่ลำพังกับคู่สมรสมีแนวโน้มสูงขึ้น พบว่าผู้สูงอายุถึงร้อยละ 9 ไม่มีผู้ดูแลที่เหมาะสม (IPSR & TGRI, 2017) จากปัญหาดังกล่าว จำเป็นต้องมีแผนรองรับอย่างเหมาะสมของภาครัฐ จึงเป็นจุดเริ่มต้นของนโยบายระบบการดูแลระยะยาว เพื่อการพัฒนาาระบบและบูรณาการงานเยี่ยมบ้านสำหรับตอบสนองการดูแลระยะยาว โดยการจัดหารูปแบบการบริการที่เหมาะสม จึงเป็นจุดเริ่มต้นของการฝึกอบรมผู้ดูแลเพื่อเป็นส่วนหนึ่งในการสร้างระบบการดูแลระยะยาวสำหรับรองรับการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง กองการพยาบาลสาธารณสุข สำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร มีความตระหนักต่อสภาพปัญหาและต้องการตอบสนองต่อนโยบายระบบการดูแลระยะยาว จึงได้จัดให้มีการอบรมเพื่อพัฒนาศักยภาพผู้ดูแลผู้ป่วยและผู้สูงอายุที่ต้องได้รับ

การดูแลต่อเนื่องที่บ้านในเขตกรุงเทพมหานครขึ้นเป็นครั้งแรกในปี พ.ศ.2559 มีผู้เข้ารับการอบรมและผ่านเกณฑ์การอบรม ทั้งสิ้น 1,183 ราย อย่างไรก็ตาม จากการสำรวจในปี พ.ศ.2561 พบว่า ผู้ดูแลที่ผ่านการอบรมในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงที่ยังคงปฏิบัติงานอยู่ในระบบ มีจำนวนคงเหลือเพียง 620 คน อีกทั้งบางส่วนปฏิบัติงานได้ไม่ต่อเนื่องตามแผนการดูแลที่ได้รับมอบหมาย และไม่สามารถปฏิบัติงานได้ในบางบทบาทที่กำหนด ประกอบด้วย 1) การคัดกรองหรือประเมินผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง 2) การดูแลกิจวัตรประจำวัน 3) การดูแลสภาพแวดล้อมให้ปลอดภัย 4) การจัดทำรายงานผลการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ซึ่งมีผลกระทบต่อการปฏิบัติงานทั้งเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ ส่งผลให้ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงไม่ได้รับดูแลอย่างมีประสิทธิภาพตามเป้าหมายที่กำหนดไว้

จากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมา ยังไม่พบการศึกษาการปฏิบัติงานของผู้ดูแลที่ผ่านการอบรมในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงของกรุงเทพมหานคร พบเพียงการศึกษาเกี่ยวกับพฤติกรรมและการดูแลของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในครอบครัวซึ่งเป็นญาติผู้ป่วย ซึ่งผู้ดูแลดังกล่าวเป็นผู้ดูแลอย่างไม่เป็นทางการ และไม่ได้รับการฝึกอบรม นอกจากนี้ ยังพบการศึกษาเกี่ยวกับการปฏิบัติงานของอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุที่บ้าน (อผส.) ซึ่งมีพื้นที่การปฏิบัติงานในต่างจังหวัด โดยอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุดังกล่าวความแตกต่างจากกลุ่มเป้าหมายที่ต้องการศึกษา คือ ผู้ดูแลที่ผ่านการอบรมในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงของกรุงเทพมหานคร ทั้งด้านบทบาทในการปฏิบัติงานที่ได้รับมอบหมาย เนื้อหาและจำนวนชั่วโมงในหลักสูตรการอบรม รวมถึง แม้ว่าผู้ดูแลที่ผ่านการอบรมในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงที่จะปฏิบัติงานมากกว่า 1 ปี แต่ยังไม่มีการศึกษาที่ชัดเจนว่าการปฏิบัติงานของผู้ดูแลที่ผ่านการอบรมในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในเขตกรุงเทพมหานครเป็นอย่างไร และมีปัจจัยใดบ้างที่มีอิทธิพลต่อการปฏิบัติงานของผู้ดูแลที่ผ่านการอบรมในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงของกรุงเทพมหานคร อีกทั้ง ผู้ดูแลในกลุ่มดังกล่าวนี้เป็นผู้ดูแลที่ผ่านการอบรมเป็นรุ่นแรกและเป็นการปฏิบัติงานในภาคจิตอาสา ไม่ได้รับค่าตอบแทน ต้องปฏิบัติงานที่ซับซ้อนมากกว่าการปฏิบัติงานอาสาสมัครทั่วไป โดยต้องรับบทบาทในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะ

พึ่งพิงในบริบทของกรุงเทพมหานคร ซึ่งผู้สูงอายุในเขตเมืองและชนบท มีการดำเนินชีวิต ปัญหาและความต้องการที่ค่อนข้างแตกต่างกัน การกำหนดนโยบาย แผนการดำเนินงาน และแนวทางการปฏิบัติเกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุ จึงควรพิจารณาให้เหมาะสมและสอดคล้องกับสภาพของผู้สูงอายุในแต่ละพื้นที่ การดำเนินงานของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่บ้านในภาพรวมของประเทศ จึงยังคงมีความแตกต่างกันตามบริบทของชุมชน อีกทั้งจากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมา ยังพบว่า ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติงานของผู้ดูแลนั้นมีความผันแปรแตกต่าง ไม่สอดคล้องกันในแต่ละการศึกษา รวมทั้งปัญหาที่พบจากการปฏิบัติงานของผู้ดูแล ที่ได้จากการสนทนากลุ่มร่วมกับผู้ดูแลที่ผ่านการอบรม การสอบถามจากพยาบาลผู้จัดการสุขภาพ และจากการประเมินติดตามผลเบื้องต้นในพื้นที่ของพยาบาลผู้ตรวจการ พบว่า จำนวนผู้ดูแลที่ยังคงปฏิบัติงานอยู่ในระบบมีจำนวนลดลง ผู้ดูแลไม่สามารถปฏิบัติงานได้ครบถ้วนทุกบทบาท มีสาเหตุที่เกี่ยวข้องหลายด้าน เช่น ปัญหาด้านเครื่องมือ เครื่องใช้ในการปฏิบัติงาน การเดินทางไปปฏิบัติงานไม่สะดวก ปัญหาด้านค่าตอบแทน ไม่สามารถปฏิบัติงานในบางบทบาทที่ยุ่งยาก ซับซ้อน มีความต้องการมีส่วนร่วมในการปฏิบัติงาน ปัญหาด้านสัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยและญาติในความดูแล เป็นต้น ซึ่งปัญหาเหล่านี้อาจมีอิทธิพลต่อการปฏิบัติงานของผู้ดูแลที่ผ่านการอบรมในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในเขตกรุงเทพมหานคร ทั้งนี้ จากปัญหาที่พบดังกล่าวมีความเกี่ยวข้องกับปัจจัยภายในตัวของบุคคล และปัจจัยภายนอกด้านอื่น ๆ ซึ่งสามารถเชื่อมโยงสอดคล้องและครอบคลุมตามแนวคิดของ แมคคอกมิกและอิลเจน (McCormick & Ilgen, 1985) กล่าวว่า การที่บุคคลจะปฏิบัติงานได้ดีเพียงใดขึ้นอยู่กับปัจจัยใหญ่ ๆ 2 ประการ ได้แก่ ปัจจัยส่วนบุคคลและปัจจัยสถานการณ์ โดยปัจจัยส่วนบุคคล เป็นลักษณะที่แสดงความเป็นเอกลักษณ์เฉพาะบุคคลใดบุคคลหนึ่ง จะมีความแตกต่างกันในแต่ละบุคคล และจะส่งผลให้พฤติกรรมการทำงานของแต่ละบุคคลมีความแตกต่างกัน ส่วนปัจจัยสถานการณ์นั้น เป็นเงื่อนไขการแสดงความสามารถในการปฏิบัติงาน ซึ่งได้แก่ ตัวแปรด้านสิ่งแวดล้อมในการปฏิบัติงาน และตัวแปรทางด้านองค์การและสังคม การศึกษาครั้งนี้จึงประยุกต์กรอบแนวคิดของ แมคคอกมิกและอิลเจน (McCormick & Ilgen,

1985) มาใช้ เนื่องจากสามารถอธิบายความสัมพันธ์ของการปฏิบัติงานกับปัจจัยที่เกี่ยวข้องทั้งด้านปัจจัยภายในส่วนบุคคลและปัจจัยภายนอกที่เกี่ยวข้องได้อย่างครอบคลุม

ผู้วิจัยในฐานะพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน และเป็นบุคลากรของกองการพยาบาลสาธารณสุข สำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร ซึ่งมีหน้าที่รับผิดชอบในการปฏิบัติงานเกี่ยวกับการดูแลผู้ดูแลที่ผ่านการอบรมในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในเขตกรุงเทพมหานคร จึงสนใจศึกษาการปฏิบัติงานของผู้ดูแลที่ผ่านการอบรมในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในเขตกรุงเทพมหานคร รวมถึงปัจจัยเชิงสาเหตุของการปฏิบัติงาน ซึ่งผลการศึกษาที่ได้จะเป็นข้อมูลสะท้อนกลับต่อระบบการดำเนินงานและผู้ที่มีส่วนที่เกี่ยวข้อง เพื่อนำไปสู่การพัฒนาแนวทางในการบริหารจัดการพัฒนาระบบ ในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงและต้องได้รับการดูแลที่บ้านอย่างต่อเนื่องที่มีคุณภาพได้มาตรฐานต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

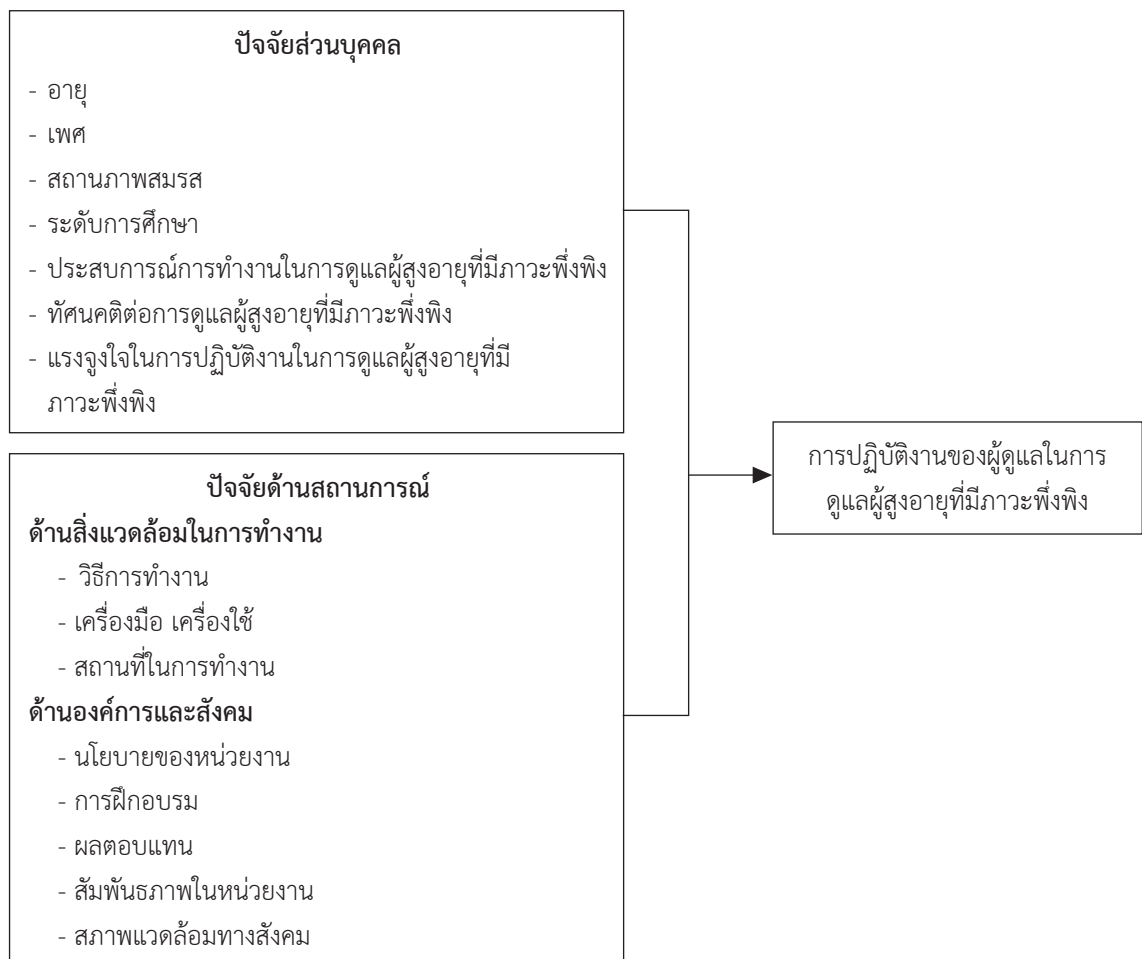
1. เพื่อศึกษาการปฏิบัติงานของผู้ดูแลที่ผ่านการอบรมในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในเขตกรุงเทพมหานคร
2. เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการปฏิบัติงานของผู้ดูแลที่ผ่านการอบรมในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในเขตกรุงเทพมหานคร

กรอบแนวคิดในการวิจัย

กรอบแนวคิดที่ใช้ในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ ผู้วิจัยได้จากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับพฤติกรรมกรดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงของผู้ดูแลซึ่งเป็นญาติ การปฏิบัติงานของอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุ จากการศึกษาพบว่า การปฏิบัติงานหรือพฤติกรรมในการดูแลผู้สูงอายุนั้น มีหลากหลายปัจจัยที่เกี่ยวข้อง ไม่ว่าจะเป็นปัจจัยภายในส่วนบุคคล และปัจจัยสิ่งแวดล้อมที่มีความเกี่ยวข้องในด้านต่าง ๆ ที่ช่วยสนับสนุนให้ผู้ดูแลปฏิบัติงานหรือดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงได้อย่างมีประสิทธิภาพ (Suksabuy, 2017; Whangmahaporn, 2017; Kumsom, Lagampan, & Boonyamalik, 2019) ร่วมกับปัญหาที่พบจากการปฏิบัติงานของผู้ดูแลที่ผ่านการอบรมในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในเขต

กรุงเทพมหานคร ซึ่งปัจจัยเหล่านี้มีความสอดคล้องกับปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานตามแนวคิดของแมคคอร์มิคและอิลเจน (McCormick & Ilgen, 1985) ซึ่งกล่าวว่า การที่บุคคลจะปฏิบัติงานได้ดีเพียงใด ขึ้นอยู่กับปัจจัยที่เกี่ยวข้อง 2 ประการ คือ 1) ปัจจัยส่วนบุคคล เป็นลักษณะเฉพาะซึ่งมีความแตกต่างกันในแต่ละบุคคล และเป็นสิ่งที่มีอิทธิพลทำให้พฤติกรรมในการปฏิบัติงานของบุคคลแตกต่างกัน ได้แก่ อายุ เพศ สถานภาพสมรส ประสบการณ์ ทักษะ และแรงจูงใจในการปฏิบัติงาน 2) ปัจจัยด้านสถานการณ์ หมายถึง เงื่อนไขทางเหตุการณ์

หรือลักษณะของสิ่งแวดล้อม นอกตัวบุคคลที่มีผลต่อการปฏิบัติงานของบุคคล ลักษณะสิ่งแวดล้อมต่าง ๆ ซึ่งเป็นเงื่อนไขการแสดงความสามารถในการปฏิบัติงานที่มีผลต่อการปฏิบัติงาน แบ่งได้เป็น 2 ประเภท คือ ด้านสิ่งแวดล้อมในการทำงาน ได้แก่ วิธีการทำงาน เครื่องมือ เครื่องใช้ สถานที่ในการทำงาน และด้านองค์การและสังคม ได้แก่ นโยบายของหน่วยงาน การฝึกอบรม ผลตอบแทน สัมพันธภาพในหน่วยงาน และสภาพแวดล้อมทางสังคม ดังภาพที่ 1



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบงานวิจัย เป็นการศึกษาเชิงพรรณนา แบบตัดขวาง เพื่อศึกษาการปฏิบัติงานของผู้ดูแลที่ผ่านการอบรมในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในเขตกรุงเทพมหานคร

และปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการปฏิบัติงานของผู้ดูแลที่ผ่านการอบรมในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในเขตกรุงเทพมหานคร

ประชากร คือ ผู้ดูแลที่ผ่านการอบรมในหลักสูตร

การพัฒนาศักยภาพผู้ดูแลผู้ป่วยและผู้สูงอายุที่ต้องได้รับการดูแลต่อเนื่องที่บ้านโดยสำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร ในปีงบประมาณ 2559 และปฏิบัติงานในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในศูนย์บริการสาธารณสุข สำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร โดยแบ่งเป็นผู้ดูแลที่พัฒนามาจากอาสาสมัครสาธารณสุข จำนวน 568 คน และบุคคลภายนอก 52 ราย รวมทั้งสิ้น จำนวน 620 คน ภายใต้งานดูแลของศูนย์บริการสาธารณสุข 68 แห่ง

กลุ่มตัวอย่าง คัดเลือกจากประชากรเป้าหมายตามเกณฑ์การคัดเข้าเป็นกลุ่มตัวอย่าง คือ 1) เพศชายหรือหญิง 2) อายุมากกว่า 18 ปี 3) เป็นผู้ดูแลที่ผ่านการอบรมในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในเขตกรุงเทพมหานครที่พัฒนามาจากอาสาสมัครสาธารณสุขของกรุงเทพมหานคร 4) ปฏิบัติงานภายใต้การดูแลของศูนย์บริการสาธารณสุข สำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร วิธีการคำนวณกลุ่มตัวอย่างโดยใช้สูตรคำนวณที่ทราบจำนวนประชากรของแดเนียล (Daniel, 2010) โดยอ้างอิงค่าสัดส่วนของประชากรจากผลการศึกษาที่มีกลุ่มตัวอย่างลักษณะคล้ายกัน (Jukchai, Khuneepong, & Changkeaw, 2017) ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 177 คน เพื่อการป้องกันกรณีความไม่สมบูรณ์ของแบบสอบถามที่ได้รับคืนและการสูญหายของแบบสอบถาม ผู้วิจัยจึงกำหนดกลุ่มตัวอย่างเพิ่มขึ้นอีกร้อยละ 10 ดังนั้น กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ทั้งสิ้น 195 คน

การได้มาซึ่งกลุ่มตัวอย่างใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอน โดยเริ่มสุ่มอย่างง่ายด้วยวิธีจับฉลากแบบไม่ใส่คืน ขั้นตอนที่ 1 สุ่มศูนย์บริการสาธารณสุข 33 แห่ง จาก 68 แห่งของทุกเขตพื้นที่ของกรุงเทพมหานคร ขั้นตอนที่ 2 เขียนฉลากลำดับที่หมายเลขตามทะเบียนรายชื่อของผู้ดูแลที่ผ่านการอบรมในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในเขตกรุงเทพมหานคร ของศูนย์บริการสาธารณสุข ทั้ง 33 แห่ง แล้วสุ่มอย่างง่ายที่ละกลุ่มเขตพื้นที่ จนครบทั้ง 6 กลุ่มพื้นที่ รวมทั้งสิ้นจำนวน 195 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ เป็นแบบสอบถาม ซึ่งผู้วิจัยพัฒนามาจากกรอบแนวคิดของแมคคอร์มิคและ อิลเจน (McCormick & Ilgen, 1985) และบูรณาการกับวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง โดยการศึกษาข้อมูลพื้นฐาน โครงสร้างของตัวแปรแต่ละตัว จากเอกสาร ตำรา บทความ วิทยานิพนธ์ ตลอดจนงานวิจัย

ต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง รวมทั้งข้อเสนอแนะของผู้เชี่ยวชาญ มากำหนดเป็นแบบสอบถาม ซึ่งแบบสอบถามในการวิจัยครั้งนี้ มี 1 ชุด ประกอบด้วย 3 ส่วน ดังนี้

1. ปัจจัยส่วนบุคคล แบ่งเป็น 3 ส่วน คือ 1) แบบสอบถามปัจจัยส่วนบุคคล ซึ่งลักษณะคำถามเป็นข้อคำถามแบบปลายเปิดและปลายปิด จำนวน 11 ข้อ ได้แก่ อายุ เพศ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา และประสบการณ์การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง 2) แบบสอบถามในด้านทัศนคติต่อการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง จำนวน 5 ข้อ และ 3) แบบสอบถามในด้านแรงจูงใจในการปฏิบัติงานในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง จำนวน 6 ข้อ โดยแบบสอบถามในด้านทัศนคติต่อการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงและแบบสอบถามในด้านแรงจูงใจในการปฏิบัติงานในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงลักษณะคำถามเป็นข้อคำถามแบบปลายปิด ชนิด Likert scale 5 ระดับ (1 คะแนน = ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง, 5 คะแนน = เห็นด้วยอย่างยิ่ง) การพิจารณาแปลผลคะแนนโดยใช้วิธีการอิงกลุ่ม (Ritcharoon, 2010) ในการศึกษาครั้งนี้ใช้การแบ่งคะแนนออกเป็น 3 ระดับ ได้แก่ ระดับต่ำ ($\bar{x} \pm S.D.$) ระดับปานกลาง ($=\bar{x} \pm S.D.$) และระดับสูง ($>\bar{x} \pm S.D.$) คะแนนแรงจูงใจสูงกว่า หมายถึง การรับรู้แรงจูงใจในการปฏิบัติงานในการดูแลผู้สูงอายุสูงกว่าคะแนนต่ำกว่า คะแนนการรับรู้ทัศนคติสูงกว่า หมายถึง การรับรู้ทัศนคติต่อการดูแลผู้สูงอายุสูงกว่าคะแนนต่ำกว่า

2. แบบสอบถามปัจจัยสถานการณ์ ผู้วิจัยพัฒนามาจากกรอบแนวคิดของแมคคอร์มิคและอิลเจน (McCormick & Ilgen, 1985) และบูรณาการกับวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง ประกอบด้วย 2 ด้าน ได้แก่ 1) แบบสอบถามปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมในการทำงานทั้งหมดจำนวน 10 ข้อ 2) แบบสอบถามปัจจัยด้านองค์การและสังคม จำนวน 17 ข้อ โดยแบบสอบถามปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมในการทำงาน และแบบสอบถามปัจจัยด้านองค์การและสังคม มีลักษณะคำถามเป็นข้อคำถามแบบปลายปิด ชนิด Likert scale 5 ระดับ (1 คะแนน = ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง, 5 คะแนน = เห็นด้วยอย่างยิ่ง) การพิจารณาแปลผลคะแนนโดยใช้วิธีการอิงกลุ่ม (Ritcharoon, 2010) ในการศึกษาครั้งนี้ใช้การแบ่งคะแนนการรับรู้ปัจจัยในด้านนั้น ๆ ที่เอื้อต่อการปฏิบัติงาน ออกเป็น 3 ระดับ

ได้แก่ ระดับต่ำ ($<\bar{X} \pm S.D.$) ระดับปานกลาง ($=\bar{X} \pm S.D.$) และระดับสูง ($>\bar{X} \pm S.D.$) คะแนนการรับรู้สูงกว่า หมายถึง การรับรู้ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมในการทำงานสูงกว่าคะแนนต่ำกว่า คะแนนการรับรู้ปัจจัยด้านองค์การและสังคมสูงกว่า หมายถึง การรับรู้ปัจจัยด้านองค์การและสังคมสูงกว่าคะแนนต่ำกว่า

3. แบบสอบถามการปฏิบัติงานของผู้ดูแลในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม โดยประยุกต์บทบาทหน้าที่ของผู้ดูแลที่ผ่านการอบรมในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในเขตกรุงเทพมหานคร ที่กำหนดโดยสำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร มาเป็นแนวทางในการสร้างแบบสอบถามดังกล่าว 4 ด้าน ได้แก่ ด้านการคัดกรองหรือประเมินผู้สูงอายุ ด้านการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงตามกิจวัตรประจำวัน ด้านการดูแลสภาพแวดล้อม และด้านการจัดทำรายงานผลการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง จำนวน 30 ข้อ มีลักษณะเป็นข้อคำถามแบบปลายปิด ชนิด Likert scale 5 ระดับ (1 คะแนน = ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง, 5 คะแนน = เห็นด้วยอย่างยิ่ง) การพิจารณาแปลผลคะแนนโดยใช้วิธีการอิงกลุ่ม (Ritcharoon, 2010) ในการศึกษาครั้งนี้ใช้การแบ่งคะแนนการปฏิบัติงานของผู้ดูแลในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ออกเป็น 3 ระดับ ได้แก่ ระดับต่ำ ($<\bar{X} \pm S.D.$) ระดับปานกลาง ($=\bar{X} \pm S.D.$) และระดับสูง ($>\bar{X} \pm S.D.$) คะแนนสูงกว่า หมายถึง การปฏิบัติงานของผู้ดูแลในการดูแลผู้สูงอายุสูงกว่าคะแนนต่ำกว่า

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ แบบสอบถามที่พัฒนาขึ้นทั้งหมดตรวจสอบโดยผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 ท่าน

- 1) แบบสอบถามทัศนคติต่อการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง และแบบสอบถามด้านแรงจูงใจในการปฏิบัติงานในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ได้ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (CVI) เท่ากับ .84 และ .87 ตามลำดับ
- 2) แบบสอบถามปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมในการทำงาน และปัจจัยด้านองค์การและสังคม ได้ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (CVI) เท่ากับ .97 และ .84 ตามลำดับ
- 3) แบบสอบถามด้านการปฏิบัติงานของผู้ดูแลในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ได้ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (CVI) เท่ากับ .88

ภายหลังปรับตามข้อเสนอแนะ และนำไปทดลองใช้กับผู้ดูแลที่ผ่านการอบรมในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง

ในเขตกรุงเทพมหานครที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์คัดเข้าจำนวน 30 คน ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ .73, .77, .88, .86 และ .94 ตามลำดับ

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยเสนอโครงการวิจัยและได้รับการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากคณะกรรมการสุขภาพศาสตร์มหาวิทยาลัยมหิดล เอกสารรับรองโครงการวิจัย (เลขที่ MUPH 2018-131) จากนั้น ผู้วิจัยติดต่อประสานงานทางโทรศัพท์กับพยาบาลผู้จัดการสุขภาพผู้ควบคุม กำกับ ติดตามการปฏิบัติงานของผู้ดูแลที่ผ่านการอบรมในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในเขตกรุงเทพมหานคร 33 คน ประจำศูนย์บริการสาธารณสุขที่ 33 ได้เป็นกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 33 แห่ง เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย รายละเอียดของแบบสอบถาม วิธีการและขั้นตอนการรวบรวมข้อมูล ประโยชน์ของการวิจัย สิทธิในการตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมการวิจัยรวมถึงการเก็บข้อมูลเป็นความลับ เพื่อให้พยาบาลผู้จัดการสุขภาพของศูนย์บริการสาธารณสุขแต่ละแห่งช่วยชี้แจงรายละเอียดและเก็บแบบสอบถาม และเปิดโอกาสให้พยาบาลผู้จัดการสุขภาพซักถามในประเด็นที่ไม่เข้าใจ ซึ่งในแบบสอบถามมีคำชี้แจงรายละเอียดแก่ผู้ตอบแบบสอบถามไว้อย่างชัดเจนด้วย ผู้ตอบแบบสอบถามใส่เป็นรหัส เมื่อกลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามเรียบร้อยแล้ว นำใส่ซองปิดผนึก ผู้วิจัยเท่านั้นสามารถเข้าถึงข้อมูลได้ การรายงานผลการวิจัยนำเสนอเป็นภาพรวมเท่านั้น ไม่มีผลกระทบต่อกลุ่มตัวอย่างและจะทำลายทิ้งเมื่อสิ้นสุดการวิจัย เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินดียินยอมเข้าร่วมการวิจัยจึงให้ลงนามในเอกสารยินยอมแล้วดำเนินการรวบรวมข้อมูลต่อไป

การเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลโดยส่งแบบสอบถามพร้อมใบเซ็นยินยอมเข้าร่วมการวิจัย เอกสารชี้แจงการเก็บข้อมูล ส่งให้พยาบาลผู้จัดการสุขภาพของศูนย์บริการสาธารณสุขแต่ละแห่งช่วยชี้แจงรายละเอียดและเก็บแบบสอบถาม ผู้วิจัยกำหนดระยะเวลาในการตอบแบบสอบถามไว้ 3 สัปดาห์ และนัดหมายเพื่อรับแบบสอบถามคืนจากพยาบาลผู้จัดการสุขภาพ ทำการเก็บข้อมูลระหว่างเดือนกุมภาพันธ์ ถึงเดือนเมษายน 2562 จากกลุ่มตัวอย่าง 195 คน หลังจากเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยได้ตรวจสอบความครบถ้วนของการตอบแบบสอบถาม หลังตรวจสอบเหลือจำนวนกลุ่มตัวอย่าง 182 คน คิดเป็น

ร้อยละ 93.33 ของข้อมูลทั้งหมด

การวิเคราะห์ข้อมูล ใช้โปรแกรมสำเร็จรูปทางสถิติ โดย ข้อมูลทั่วไปและตัวแปรที่ศึกษา ใช้สถิติพรรณนา ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน วิเคราะห์โดย สถิติสหสัมพันธ์ของเพียร์สัน และสถิติการวิเคราะห์ถดถอย พหุแบบขั้นตอน โดยกำหนดนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลส่วนบุคคล พบว่า ผู้ดูแลที่ผ่านการอบรม ในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในเขตกรุงเทพมหานคร ส่วนใหญ่ เป็นเพศหญิง ร้อยละ 89.0 โดยมีอายุอยู่ในช่วง 51-60 ปี ร้อยละ 41.2 อายุเฉลี่ยประมาณ 57.19 ปี (S.D. = 10.35) มีสถานภาพคู่ ร้อยละ 57.1 ส่วนใหญ่มีการ ศึกษาในระดับชั้น มัธยมศึกษาตอนปลาย ร้อยละ 27.5 และ ประถมศึกษา ร้อยละ 26.9 ด้านรายได้ของครอบครัว พบว่า ส่วนใหญ่มีรายได้น้อยกว่า 5,000 บาทต่อเดือน ร้อยละ 28.5 รองลงมา มีรายได้ของครอบครัว ระหว่าง 5,001 - 10,000 บาทต่อเดือน ร้อยละ 21.5 และรายได้ ของครอบครัว มากกว่า 20,000 บาทต่อเดือน ร้อยละ 19.8 ด้านสถานภาพทางเศรษฐกิจ ส่วนใหญ่มีรายได้สมดุลกับ รายจ่าย ร้อยละ 58.9 และมีหนี้สิน ร้อยละ 27.4 ด้าน ประสบการณ์การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ร้อยละ 86.3 เคยมีด้านประสบการณ์การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ก่อนเข้ารับการอบรม โดยส่วนใหญ่เคยเป็นผู้ดูแลร่วม ในการดูแลผู้สูงอายุ ร้อยละ 45.6 และเคยเป็นผู้ดูแลหลัก ในการดูแลผู้สูงอายุ ร้อยละ 40.7 ผู้ดูแลที่ผ่านการอบรม ในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในเขตกรุงเทพมหานคร ส่วนใหญ่มีการรับรู้ด้านทัศนคติต่อการดูแลผู้สูงอายุที่มี ภาวะพึ่งพิง อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 69.2 ($\bar{X} = 4.1$, S.D. = 0.5) และมีการรับรู้แรงจูงใจต่อการดูแลผู้สูงอายุที่ มีภาวะพึ่งพิง อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 72 ($\bar{X} = 4.0$, S.D. = 0.5) กลุ่มตัวอย่างทั้งหมดเป็นผู้ดูแลที่ผ่านการอบรม ในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในเขตกรุงเทพมหานคร ซึ่งพัฒนามาจากอาสาสมัครสาธารณสุข กรุงเทพมหานคร

2. ข้อมูลปัจจัยด้านสถานการณ์ พบว่า ผู้ดูแลที่ ผ่านการอบรมในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในเขต กรุงเทพมหานคร ส่วนใหญ่มีการรับรู้ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม ในการทำงานอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 60.3 ($\bar{X} =$

4.13, S.D. = 0.60) เมื่อแบ่งรายด้านพบว่า ด้านวิธีการ ทำงาน ส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 59.9 ($\bar{X} = 4.2$, S.D. = 0.6) ด้านเครื่องมือเครื่องใช้ในการทำงาน ส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 59.9 ($\bar{X} = 4.2$, S.D. = 0.5) และด้านสถานที่ทำงาน ส่วนใหญ่อยู่ในระดับ ปานกลาง ร้อยละ 58.2 ($\bar{X} = 4.0$, S.D. = 0.7)

ผู้ดูแลที่ผ่านการอบรมในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะ พึ่งพิงในเขตกรุงเทพมหานคร ส่วนใหญ่มีการรับรู้ปัจจัย ด้านองค์การและสังคมอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 60.8 ($\bar{X} = 4.02$, S.D. = 0.62) เมื่อแบ่งรายด้าน พบว่า ด้าน นโยบายของหน่วยงาน ส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 59.9 ($\bar{X} = 4.0$, S.D. = 0.7) ด้านการฝึกอบรม ส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 54.9 ($\bar{X} = 4.2$, S.D. = 0.6) ด้านผลตอบแทน ส่วนใหญ่อยู่ในระดับ ปานกลาง ร้อยละ 64.8 ($\bar{X} = 4.2$, S.D. = 0.5) ด้าน สัมพันธภาพในหน่วยงาน ส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 67.6 ($\bar{X} = 3.7$, S.D. = 0.6) และด้านสภาพแวดล้อม ทางสังคม ส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 57.1 ($\bar{X} = 4.0$, S.D. = 0.7)

3. การปฏิบัติงานในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะ พึ่งพิงของผู้ดูแลที่ผ่านการอบรมในเขตกรุงเทพมหานคร พบว่า ผู้ดูแลที่ผ่านการอบรมในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะ พึ่งพิงในเขตกรุงเทพมหานคร ส่วนใหญ่มีระดับการปฏิบัติงาน การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 61.5 รองลงมาอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 23.6 ($\bar{X} = 3.9$, S.D. = 0.4) เมื่อพิจารณารายข้อพบว่า ผู้ดูแล ที่ผ่านการอบรมในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในเขต กรุงเทพมหานคร แบ่งกลุ่มผู้สูงอายุตามความสามารถใน การทำกิจวัตรประจำวัน ออกเป็น 3 กลุ่ม คือกลุ่มติดสังคม ติดบ้าน ติดเตียงได้ถูกต้อง มีคะแนนเฉลี่ยมากที่สุด ($\bar{X} = 4.60$, S.D. = 0.59) รองลงมา คือ ผู้ดูแลที่ผ่านการอบรม ในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในเขตกรุงเทพมหานคร วัดสัญญาณชีพผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงได้ โดยใช้เครื่องวัด ความดันโลหิตได้ ($\bar{X} = 4.57$, S.D. = 0.58) และผู้ดูแลที่ ผ่านการอบรมในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในเขต กรุงเทพมหานคร ช่วยให้อาหารทางสายยางกับผู้ป่วยที่ใส่ สายยางให้อาหารได้ มีคะแนนเฉลี่ยน้อยที่สุด ($\bar{X} = 3.23$, S.D. = 1.23) เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่าด้านการคัดกรอง

หรือประเมินผู้สูงอายุ ส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 64.8 ($\bar{X} = 4.1$, S.D. = 0.5) ด้านการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงตามกิจวัตรประจำวัน ส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 61.5 ($\bar{X} = 3.9$, S.D. = 0.6) ด้านการดูแลสภาพแวดล้อม ส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 65.9 ($\bar{X} = 4.1$, S.D. = 0.6) และด้านการจัดทำรายการผลการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 63.7 ($\bar{X} = 3.9$, S.D. = 0.5)

4. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับการปฏิบัติงานของผู้ดูแลในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง พบว่า ปัจจัยส่วนบุคคลที่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงของผู้ดูแลที่ผ่านการอบรมในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในเขตกรุงเทพมหานคร อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ อายุ ($r = -.148$, $p < .05$) ประสบการณ์การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ($r = .148$, $p < .05$) ทักษะต่อการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ($r =$

.208, $p < .01$) และแรงจูงใจในการปฏิบัติงานในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ($r = .412$, $p < .01$) (ตารางที่ 1)

5. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านสถานการณ์กับการปฏิบัติงานของผู้ดูแลในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง พบว่า ปัจจัยด้านสถานการณ์ที่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงของผู้ดูแลที่ผ่านการอบรมในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในเขตกรุงเทพมหานครอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ คือ ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมในการทำงาน ได้แก่ วิธีการทำงาน ($r = .41$, $p < .01$) เครื่องมือเครื่องใช้ ($r = .474$, $p < .01$) สถานที่ในการทำงาน ($r = .163$, $p < .05$) และปัจจัยด้านองค์การและสังคม ได้แก่ นโยบายของหน่วยงาน ($r = .317$, $p < .01$) การฝึกอบรม ($r = .272$, $p < .01$) ผลตอบแทน ($r = .456$, $p < .01$) สัมพันธภาพในหน่วยงาน ($r = .207$, $p < .01$) และสภาพแวดล้อมทางสังคม ($r = .298$, $p < .01$) (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรที่ศึกษา ($n = 182$)

ตัวแปร	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16
1 การปฏิบัติงาน	1	-1.48*	0.141*	.054	.048	.148*	.208**	.412**	.417**	.474**	.163*	.317**	.272**	.456**	.207**	.298**
2 อายุ		1	-.031	.000	.068	.008	-.057	-.163*	-.097	-.049	-.023	-.202**	.027	-.017	.008	.050
3 เพศ			1	.056	.055	-.031	-.023	.037	.106	.095	.127	.095	.068	.166*	.099	.107
4 สถานภาพ				1	.050	.097	-.081	-.010	-.053	.017	.051	-.041	.014	-.053	.079	-.048
5 วุฒิการศึกษา					1	-.002	.130	-.007	-.004	-.123	-.032	-.027	-.041	-.080	-.042	-.059
6 ประสบการณ์*						1	.019	.043	.009	-.130	-.084	-.134	-.067	-.022	.039	.020
7 ทักษะ							1	.329**	.218**	.182*	.363**	.219**	.314**	.164*	.210**	.130
8 แรงจูงใจ								1	.505**	.278**	.335**	.331	.401**	.193**	.452**	.329**
9 วิธีการทำงาน									1	.292**	.391**	.430**	.549**	.235**	.473**	.218**
10 เครื่องมือ										1	.165*	.289**	.347**	.194**	.194**	.182*
11 สถานที่											1	.248**	.294**	.155*	.251**	.363**
12 นโยบาย												1	.483**	.312**	.435**	.219
13 การฝึกอบรม													1	.268**	.405**	.314**
14 ผลตอบแทน														1	.459**	.164*
15 สัมพันธภาพ															1	.210**
16 สภาพแวดล้อม																1

** p-value < .01

* p-value < .05

6. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการปฏิบัติงานของผู้ดูแลในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง เมื่อนำตัวแปรทั้งหมด 15 ตัวแปร ทำการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน (Stepwise) พบว่า ปัจจัยที่สามารถร่วมทำนายการปฏิบัติงานในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงของผู้ดูแลที่ผ่านการอบรมในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในเขตกรุงเทพมหานคร มี 4 ตัวแปร ประกอบด้วย 1) ปัจจัยสถานการณ์: ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมในการทำงาน ด้านเครื่องมือ เครื่องใช้

2) ปัจจัยส่วนบุคคล: ด้านแรงจูงใจในการปฏิบัติงานในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง 3) ปัจจัยส่วนบุคคล: ประสบการณ์การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง และ 4) ปัจจัยสถานการณ์: ปัจจัยด้านองค์การและสังคม ด้านผลตอบแทน ร่วมพยากรณ์การปฏิบัติงานของผู้ดูแลในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในเขตกรุงเทพมหานคร ได้ร้อยละ 37.0 (Adjusted $R^2 = .370$) (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 ผลการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณของตัวแปรทำนายการปฏิบัติงานของผู้ดูแลในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง
(n = 182)

ตัวแปร	R ² - Change	Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	
		b	Std. Error	β	P-value
เครื่องมือเครื่องใช้	.225	.278	.060	.333	<.001
แรงจูงใจในการปฏิบัติงานในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง	.100	.258	.059	.271	<.001
ประสบการณ์การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง	.035	.164	.054	.183	.002
ผลตอบแทน	.024	.168	.064	.192	.009
Constant= .989, R ² = .384, Adjusted R ² = .370, F = 27.597, p < .001					

อภิปรายผลการวิจัย

การอภิปรายผลการศึกษามีดังนี้

1. การปฏิบัติงานของผู้ดูแลที่ผ่านการอบรมเพื่อดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในเขตกรุงเทพมหานคร พบว่าการปฏิบัติงานของผู้ดูแลในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในเขตกรุงเทพมหานครอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 61.5 รองลงมาอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 23.6 ซึ่ง เมื่อพิจารณารายละเอียดรายข้อ พบว่า ผู้ดูแลที่ผ่านการอบรมในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในเขตกรุงเทพมหานครสามารถปฏิบัติงานในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงที่ใช้ทักษะในการปฏิบัติงานที่ไม่ยุ่งยาก ไม่ซับซ้อนได้ดี ดังเช่น ด้านการคัดกรองหรือประเมินผู้สูงอายุ ได้แก่ การแบ่งกลุ่มผู้สูงอายุตามความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน การวัดสัญญาณชีพผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงโดยใช้เครื่องวัดความดันโลหิต สำหรับการใช้งานที่ต้องใช้ทักษะในการปฏิบัติงานที่มีความยุ่งยากซับซ้อนนั้นยังมีข้อจำกัด ดังเช่น ด้านการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงตามกิจวัตรประจำวัน

ได้แก่ การให้อาหารทางสายยางกับผู้ป่วยที่ใส่สายยางให้อาหาร ซึ่งจากการตอบแบบสอบถาม มีคะแนนเฉลี่ยน้อยที่สุด ($\bar{X} = 3.23$, S.D. = 1.23) สามารถอภิปรายได้ว่า ผู้ดูแลที่ผ่านการอบรมเพื่อดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในเขตกรุงเทพมหานครนั้น มีบทบาทในการปฏิบัติงานเป็นอาสาสมัครสาธารณสุข (อ.ส.ส) กรุงเทพมหานครมาก่อน ซึ่งของบทบาทอาสาสมัครสาธารณสุขกรุงเทพมหานครที่ถูกกำหนดไว้ คือ การรักษาพยาบาลเบื้องต้น ได้แก่ ตรวจวัดความดันโลหิต วัดอุณหภูมิร่างกาย ตรวจวัดชีพจร การหายใจ เพื่อค้นหาความผิดปกติ เป็นต้น (Health Promotion Division, Department of Health, 2015) จึงมีทักษะเบื้องต้นในการปฏิบัติงานด้านการประเมินผู้ป่วยและผู้สูงอายุและการวัดสัญญาณชีพ เมื่อได้รับการอบรมในหลักสูตรเพื่อพัฒนาศักยภาพผู้ดูแลผู้ป่วยและผู้สูงอายุที่ต้องได้รับการดูแลต่อเนื่องที่บ้านซึ่งเป็นหลักสูตรเฉพาะสำหรับผู้ดูแล จึงสามารถปฏิบัติงานในด้านดังกล่าวได้ดียิ่งขึ้น อย่างไรก็ตาม การปฏิบัติงานที่ต้องใช้ทักษะการปฏิบัติงาน

ที่มีความยุ่งยากซับซ้อน ดังเช่น การให้อาหารทางสายยาง นั้นเป็นทักษะที่ผู้ดูแลที่ผ่านการอบรมเพื่อดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในเขตกรุงเทพมหานครได้รับการฝึกอบรมในหลักสูตรเป็นครั้งแรก โดยมีการเรียนภาคทฤษฎี 1 ชั่วโมง และการฝึกภาคปฏิบัติในทักษะด้านนี้ 3 ชั่วโมง สอดคล้องกับ ผลจากการการสนทนากลุ่มร่วมกับผู้ดูแลที่ผ่านการอบรม และการสอบถามจากพยาบาลผู้จัดการสุขภาพ พบว่าผู้ป่วยและผู้สูงอายุไม่ยินยอมและไม่มั่นใจที่จะได้รับการการดูแลที่ซับซ้อนจากผู้ดูแลที่ผ่านการอบรมเพื่อดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง จึงทำให้ผู้ดูแลที่ผ่านการอบรมเพื่อดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในเขตกรุงเทพมหานครนั้น รู้สึกไม่มั่นใจในบทบาทดังกล่าว และบางส่วนไม่สามารถปฏิบัติงานได้

2. ปัจจัยทำนายการปฏิบัติงานการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงของผู้ดูแลที่ผ่านการอบรมในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในเขตกรุงเทพมหานคร จากผลการวิจัยพบว่า ตัวแปรด้านเครื่องมือ เครื่องใช้ แรงจูงใจในการปฏิบัติงาน ในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ประสบการณ์การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง และผลตอบแทน สามารถรวมพยากรณ์การปฏิบัติงานของผู้ดูแลในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในเขตกรุงเทพมหานคร ได้ร้อยละ 37.0 ($\text{Adjusted } R^2 = .370$) ซึ่งสนับสนุนแนวคิดของแมคคอมิคและอิลเจน (McCormick & Ilgen, 1985) ที่กล่าวว่า การที่บุคคลจะปฏิบัติงานได้ดีเพียงใดนั้นขึ้นอยู่กับปัจจัยใหญ่ ๆ 2 ประการได้แก่ ปัจจัยส่วนบุคคลและปัจจัยสถานการณ์ โดยปัจจัยส่วนบุคคล เป็นลักษณะที่แสดงความเป็นเอกลักษณ์เฉพาะบุคคลใดบุคคลหนึ่ง จะมีความแตกต่างกันในแต่ละบุคคล และจะส่งผลให้พฤติกรรมการทำงานของแต่ละบุคคลมีความแตกต่างกัน ทั้งนี้ แรงจูงใจในการปฏิบัติงานในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง และประสบการณ์การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงนั้นเป็นส่วนหนึ่งของปัจจัยส่วนบุคคล ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่าแรงจูงใจสามารถทำนายการปฏิบัติงานของอาสาสมัครผู้สูงอายุ สภาภาษาชาวไทยได้ (Poosanasuwansri, Daothaisong, Chongmontri, & Keawpoung, 2018) และสอดคล้องการศึกษาที่พบว่า ผู้ดูแลที่มีประสบการณ์ด้านการดูแลผู้สูงอายุมาก่อน จะสามารถดูแลผู้สูงอายุได้มีประสิทธิภาพมากกว่าผู้ดูแลที่ไม่เคยมีประสบการณ์เลย (Sawathol, Pengpint, Senanikorn, & Srisuraphol,

2017)

ปัจจัยสถานการณ์ ซึ่งประกอบด้วย ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมในการทำงาน ได้แก่ เครื่องมือ เครื่องใช้ สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่า การได้รับการสนับสนุนวัสดุอุปกรณ์ สามารถทำนายการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านได้ (Potavech, Chansamart, Kosolgitiumpron, & Yupart, 2008)) และปัจจัยด้านองค์การและสังคม ได้แก่ ด้านผลตอบแทน สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่า ผลตอบแทนด้านการเงิน ด้านลักษณะของงาน และด้านความภาคภูมิใจ สามารถทำนายประสิทธิภาพการปฏิบัติงานได้ (Srisawang & Chaiprasert, 2019) การศึกษาครั้งนี้บ่งชี้ว่า เพื่อการปฏิบัติงานอย่างมีประสิทธิภาพ ควรสนับสนุนปัจจัยดังกล่าวให้กับผู้ดูแลที่ผ่านการอบรมในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในเขตกรุงเทพมหานครอย่างเหมาะสม

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. ผู้ดูแลไม่สามารถปฏิบัติงานในทักษะที่มีความซับซ้อนได้ ควรมีการพิจารณาหลักสูตรเพิ่มเติมในด้านการฝึกทักษะการปฏิบัติงานที่มีความยุ่งยากซับซ้อน พยาบาลผู้จัดการสุขภาพควรติดตามการปฏิบัติงานและมีการนิเทศอย่างใกล้ชิด เพื่อความชำนาญและมั่นใจในการปฏิบัติงานเพิ่มมากขึ้น

2. ควรมีการสนับสนุนเครื่องมือเครื่องใช้ ในด้านวัสดุ อุปกรณ์และสิ่งอำนวยความสะดวกต่าง ๆ ที่ใช้ในการปฏิบัติงาน และควรมีแนวทางในการกำกับ ติดตาม และการดูแลรักษาให้อยู่ในสภาพที่พร้อมใช้งานที่ชัดเจน รวมถึงมีการจัดหาเพิ่มเติมในกรณีที่ไม่มีเพียงพอหรือขาด ซึ่งรวมถึงการอนุญาตให้ผู้ดูแลสามารถเข้าถึงข้อมูลที่เป็นของผู้ป่วยตามขอบเขตที่เหมาะสมสำหรับการปฏิบัติงาน

3. ควรผลักดันและสนับสนุนงบประมาณเพื่อสร้างแรงจูงใจในการปฏิบัติงานอย่างต่อเนื่องสม่ำเสมออย่างต่อเนื่อง รวมไปถึงแรงผลักดันนโยบายการจ่ายค่าตอบแทน เพื่อใช้สนับสนุนในการปฏิบัติงาน และควรมีการสนับสนุนผลตอบแทนในด้านอื่นที่เกี่ยวข้อง เพื่อสร้างขวัญกำลังใจในการปฏิบัติงาน และลดภาระค่าใช้จ่ายที่ต้องใช้สำหรับการปฏิบัติงาน เช่น ค่าเดินทาง เป็นต้น

4. ควรจัดให้มีระบบพี่เลี้ยงในการทำงานร่วมกัน

ระหว่างผู้ดูแลที่มีประสบการณ์การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง กับผู้ดูแลที่ผ่านการอบรมในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในเขตกรุงเทพมหานครแต่ยังไม่เคยมีประสบการณ์

References

- Daniel, W. W. (2010). *Biostatistics: a foundation for analysis in the health sciences* (10th ed.). Las Vegas: Edwards Brothers Malloy.
- Department of Older Persons. (2016). *Statistics of elderly in Thailand*. Retrieved December 20, 2017, from: <http://www.dop.go.th/th/know/1/51>. (In Thai)
- Health Promotion Division, Department of Health. (2014). *Guideline for Bangkok village health volunteer*. Bangkok: Health Department. (In Thai)
- Institute for Population and Social Research, Mahidol University and Foundation of Thai Gerontology Research and Development institute. (2017). *Situation of the Thai elderly*. Bangkok: Foundation of Thai Gerontology Research and Development institute. (In Thai)
- Jukchai, P., Khuneepong, A., & Changkeaw, W. (2017). Factors affecting the performance of village health volunteers (VHVs) of family care teams, Pathum Thani province. *Journal of Public Health Nursing*, 31(1), 16-28. (In Thai)
- Mccormick, J. E., & Ilgen, R. D. (1985). *Industrial and organizational psychology* (3rd ed.). Newjersey: Prentice-Hall.Inc.
- Kumsom, C., Lagampan, S., & Boonyamalik, P. (2019). Factors influencing caring practices for dependent older adults in the long term care system: Roi Et province. *Thai Red Cross Nursing Journal*, 12(2), 200-203. (In Thai)
- Poosanasuwansri, D., Daothaisong, K., Chongmontri, K., & Keawpoung, S. (2018). *Factors related to elderly caregiver volunteers performance, The Thai Red Cross Society* (Research Report). Bangkok: First Aid and Health Care Training Center, The Thai Red Cross Society. (In Thai)
- Potavech, E., Chansamart, R., Kosolgitiumpron, S., & Yupart, Y. (2008). Factors affecting the performance on basic public health of the village public health volunteers in Srichiangmai district, Nongkhai province. *Rajabhat Maha Sarakham University Journal*, 2(3), 269-273. (In Thai)
- Ritcharoon, P. (2010). *Measurement evaluation*. Bangkok: House of kermyst. (in Thai)
- Sawathol, C., Pengpint, T., Senanikorn, A., & Srisuraphol, W. (2017). Care for elderly dependents in the northeast area of Thailand. *Journal of MCU Peace Studies*, 5(1), 387- 405. (In Thai)
- Srisatidnarakul, B. (2010). *Methodology of nursing research*. Bangkok: You and I inter media. (In Thai)
- Suksabuy, P. (2017). Evaluation of long term care for dependent elders by family care teams in Chai Buri district, Surat Thani province. *Region 11 Medical Journal*, 31(2), 266-267. (In Thai)
- Srisawang, S., & Chaiprasert, N. (2019). Welfare and compensation of manufacturing employees in Pathumthani province. *VRU Research and Development Journal Science and Technology*, 14(2), 297-302. (In Thai)
- Whangmahaporn, P. (2017). Role of care for the elderly at home volunteers: transforming from government to public governance. *Journal of Politics, Administration and Law*, 8(2), 33-58. (In Thai)

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการตัดสินใจเลือกวิธีบำบัดทดแทนไต ในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้าย

พัชรี สังข์สี, พย.ม.¹ ยุพิน ถนัดวนิชย์, Ph.D.^{2*} วัลภา คุณทรงเกียรติ, Ph.D.² สายฝน ม่วงคุ้ม, Ph.D.²

บทคัดย่อ

ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ไม่สามารถตัดสินใจเลือกวิธีบำบัดทดแทนไตที่เหมาะสมกับบริบทของตนเองได้ ทำให้มีความไม่ต่อเนื่องในการรักษา การศึกษาครั้งนี้เป็นแบบเชิงพรรณนาหาความสัมพันธ์ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการตัดสินใจเลือกวิธีบำบัดทดแทนไตของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้าย กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากอายุรแพทย์โรคไตว่าเป็นโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายและจำเป็นต้องรักษาด้วยการบำบัดทดแทนไต จำนวน 82 ราย คัดเลือกโดยวิธีการสุ่มอย่างง่าย เครื่องมือที่ใช้เก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล แบบประเมินความหวังต่อการบำบัดทดแทนไต แบบประเมินความชอบต่อวิธีบำบัดทดแทนไต แบบประเมินความสามารถในการเข้ารับบริการบำบัดทดแทนไต แบบประเมินทัศนคติของผู้ป่วยต่อการบำบัดทดแทนไต และแบบประเมินการตัดสินใจเลือกวิธีบำบัดทดแทนไต วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา และสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน

ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายมีการตัดสินใจเลือกวิธีบำบัดทดแทนไตอยู่ระดับสูง ($\bar{X} = 40.59, SD = 2.02$) และพบว่า ความหวังต่อการบำบัดทดแทนไต ความชอบต่อวิธีบำบัดทดแทนไตและความสามารถในการเข้ารับบริการบำบัดทดแทนไตมีความสัมพันธ์กับการตัดสินใจเลือกวิธีบำบัดทดแทนไตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .32, r = .29, r = .34, p < .01$) ส่วนทัศนคติของผู้ป่วยต่อการบำบัดทดแทนไตไม่มีความสัมพันธ์กับการตัดสินใจเลือกวิธีบำบัดทดแทนไต ($r = -.01, p > .05$)

ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายมีความสามารถในการตัดสินใจเลือกวิธีบำบัดทดแทนไตด้วยตนเอง พยาบาลวิชาชีพและบุคลากรด้านสุขภาพควรมีการสนับสนุนความรู้เกี่ยวกับการเจ็บป่วยและวิธีบำบัดทดแทนไตเพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความเข้าใจ มีทัศนคติที่ดี และมีความชอบต่อวิธีบำบัดทดแทนไตที่ตนเองเลือก และสุดท้าย ต้องส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีความหวังในการดำเนินชีวิตแม้ว่าต้องได้รับการรักษาด้วยวิธีบำบัดทดแทนไต

คำสำคัญ: ความหวัง ความชอบ ทัศนคติ ความสามารถในการเข้ารับบริการ การตัดสินใจ ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้าย

¹ นิสิตหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

² ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

* ผู้เขียนหลัก email: ytanat@hotmail.com

Factors Related to Self-determination to Select Dialysis Modalities in Patients with End-stage Renal Diseases

Patcharee Sangsee, M.N.S.¹, Yupin Tanatwanit, Ph.D.^{2*}, Wanlapa Kunsongkeit, Ph.D.²,
Saifone Mounkum, Ph.D.²

Abstract

Most patients with end-stage renal diseases (ESRD) cannot select the most appropriate dialysis modality, which can then lead to not being able to continue dialysis. This correlational descriptive study aimed to examine factors on ability to select dialysis modalities. The sample was 82 randomly-selected subjects who had been diagnosed by nephrologists with end-stage renal diseases and had to be treated with renal replacement therapies. Data-collection instruments included a personal data record form and questionnaires: hope regarding dialysis modalities, preference of dialysis modalities, accessibility to dialysis service, attitude toward dialysis modalities, and an intrinsic motivation inventory. The data were analyzed via descriptive statistics and Pearson's product moment correlation coefficients.

The results showed that most ESRD patients had a high level of ability to self-select appropriate dialysis modalities ($\bar{x} = 40.59$, $SD = 2.02$), and that hope, preference, and accessibility factors were significantly related to ability to self-select appropriate dialysis modalities ($r = .32$, $r = .29$, $r = .34$, $p < .01$ respectively). There was no association between patient's attitude toward dialysis modalities and ability to self-determine dialysis modalities ($r = -.01$, $p > .05$).

Professional nurses and other healthcare personnel should support ESRD patients acquiring knowledge relating to their illness and renal replacement therapy options. This will enhance understanding, positive attitudes, and preference for the renal replacement therapies selected, and will promote hope for high quality of life even though their survival depends on renal replacement therapy.

Key words: hope, preference, accessibility, attitude, self-determination, end-stage renal diseases.

¹ Master of Nursing Science in Adult Nursing, Faculty of Nursing, Burapha University

² Assistant Professor, Faculty of Nursing, Burapha University

* Corresponding author e-mail: ytanat@hotmail.com

บทนำ

โรคไตเรื้อรังระยะสุดท้าย (End-stage renal disease: ESRD) เป็นปัญหาด้านสาธารณสุขที่สำคัญระดับโลกและมีแนวโน้มที่จำนวนกลุ่มผู้ป่วยจะเพิ่มสูงมากขึ้นอย่างรวดเร็ว โดยเฉพาะในประชากรวัยผู้ใหญ่ (Fresenius Medical Care, 2013) จากการรายงานประจำปีของ Saran et al. (2019) พบว่า ประเทศสหรัฐอเมริกา มีผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายในปี ค.ศ 2015 - 2016 จำนวน 2,077 และ 2,161 คนต่อประชากรล้านคน ซึ่งเพิ่มขึ้นมากกว่าร้อยละ 3 ต่อปี เช่นเดียวกับรายงานของ Kramer et al. (2019) ที่พบว่า ในปี 2016 ทวีปยุโรปได้มีจำนวนผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายมากถึง 121 คนต่อประชากรล้านคน ส่วน Hyodo et al. (2019) ได้ทำการสำรวจและรายงานในทวีปเอเชีย จำนวนผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายปี ค.ศ. 2015 พบว่ามีจำนวน 144.29 ต่อประชากรล้านคน และมีแนวโน้มจะเพิ่มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่องในประชากรวัยผู้ใหญ่เช่นกัน สอดคล้องกับสถานการณ์ในประเทศไทยที่ประมาณการได้ว่าในปี ค.ศ. 2565 ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายอาจมีการเพิ่มจำนวนมากถึง 1,200 คนต่อประชากรล้านคน (Kochasenee & Jiitinan, 2019) จากข้อมูลสถิติทั่วโลกดังกล่าวเห็นได้ชัดเจนว่า ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายมีจำนวนเพิ่มขึ้นทุกปี กลายเป็นปัญหาสำคัญระดับโลกรวมทั้งประเทศไทยด้วยเช่นกัน ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายเหล่านี้จึงจำเป็นต้องเข้ารับการรักษาด้วยการบำบัดทดแทนไตเพื่อการมีชีวิตรอดยาวนานขึ้นและมีคุณภาพชีวิตที่ดีต่อไป การบำบัดทดแทนไตเป็นการรักษาที่มีเป้าหมายหลักเพื่อกำจัดของเสียและน้ำส่วนเกินออกจากร่างกายป้องกันและบรรเทาอาการที่เกิดขึ้นจากภาวะยูรีเมีย และช่วยรักษาสสมดุลของเกลือแร่ของร่างกายให้อยู่ในระดับปกติ ซึ่งในปัจจุบันการบำบัดทดแทนไตด้วยวิธีฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมและการล้างไตผ่านทางช่องท้องเป็นทางเลือกหลักของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้าย (Bezerra, Silva, & Elias, 2018)

แม้ว่าการบำบัดทดแทนไตด้วยวิธีฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมและการล้างไตผ่านทางช่องท้องได้เป็นทางเลือกหลักเพื่อให้ผู้ป่วยตัดสินใจเลือกด้วยตนเอง แต่ในความเป็นจริงผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายยังไม่สามารถตัดสินใจเลือกวิธีบำบัดทดแทนไตได้ด้วยตนเองมากถึง

ร้อยละ 67 และร้อยละ 31.3 ถูกตัดสินใจเลือกโดยแพทย์ และมีโอกาสตัดสินใจเลือกร่วมกับแพทย์เพียงร้อยละ 12.87 (Song et al., 2013) การมีทางเลือกและการตัดสินใจเลือกวิธีการรักษาพยาบาลด้วยตนเองของผู้ป่วย ภายใต้การได้รับข้อมูลที่เพียงพอประกอบการตัดสินใจย่อมทำให้เกิดผลลัพธ์ด้านการรักษาที่ดี เนื่องจากผู้ป่วยจะเป็นผู้ที่รับรู้และเข้าใจบริบทของตนเองมากที่สุด (Lindberg, Johansson, & Broström, 2019) หากผู้ป่วยไม่สามารถตัดสินใจเลือกวิธีบำบัดทดแทนไตด้วยตนเองอาจส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม จิตวิญญาณ และเศรษฐกิจ ซึ่งนำไปสู่ความไม่ต่อเนื่องในการบำบัดทดแทนไตในที่สุด (Saeed et al., 2020)

การตัดสินใจเลือกวิธีการรักษาที่เหมาะสมด้วยตนเองที่เกิดขึ้นจากแรงจูงใจภายในจะนำไปสู่การคงอยู่ในการรักษาอย่างต่อเนื่องและสามารถดำเนินชีวิตได้ใกล้เคียงปกติ ส่งผลให้เกิดผลลัพธ์ด้านการรักษาที่ดี (Ryan & Deci, 2017) จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า ความหวังต่อวิธีบำบัดทดแทนไตเป็นปัจจัยหนึ่งที่ช่วยผลักดันให้ผู้ป่วยจัดการกับอาการแทรกซ้อนจากภาวะยูรีเมีย เนื่องจากความคาดหวังถึงผลลัพธ์ด้านการรักษาที่ดีจะช่วยให้ผู้ป่วยตัดสินใจเลือกวิธีบำบัดทดแทนไตที่เหมาะสมได้ (Cassidy et al., 2018) ร่วมกับความชอบต่อวิธีบำบัดทดแทนไตเป็นอีกปัจจัยหนึ่งที่ช่วยกำหนดทิศทางในการตัดสินใจให้เป็นไปตามความต้องการของบุคคลและมีความเหมาะสมตามบริบทของตนเอง (Qazi, Chen, & Zhu, 2018) และด้วยเหตุที่ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายต้องเข้ารับการรักษาด้วยวิธีบำบัดทดแทนไตอย่างต่อเนื่อง ความสามารถในการเข้ารับบริการบำบัดทดแทนไตจึงมีความสำคัญอย่างยิ่ง หากผู้ป่วยมีความสะดวกในการเข้ารับบริการบำบัดทดแทนไต ผู้ป่วยจะตัดสินใจเลือกวิธีบำบัดทดแทนไตที่มีความเหมาะสมและมีความต่อเนื่อง ส่งผลให้เกิดผลลัพธ์ด้านการรักษาที่ดี (Lorcy, Turmel, Oger, Couchoud, & Vigneau, 2015) นอกจากนี้การได้รับข้อมูลเกี่ยวกับวิธีบำบัดทดแทนไตจากบุคคลที่น่าเชื่อถือยังสามารถส่งผลถึงทัศนคติของผู้ป่วยต่อการบำบัดทดแทนไต ซึ่งผู้ป่วยอาจได้รับข้อมูลทั้งในเชิงบวกและเชิงลบ โดยทัศนคติที่เกิดขึ้นนั้นจะสนับสนุนให้ผู้ป่วยเกิดแรงจูงใจภายในและสามารถตัดสินใจเลือกวิธีบำบัดทดแทนไตที่

ถูกต้องและเหมาะสมกับบริบทของตนเองและคงอยู่กับการรักษาได้อย่างยั่งยืน

ดังนั้น การรู้ถึงปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการตัดสินใจเลือกวิธีบำบัดทดแทนไตที่เหมาะสมกับบริบทของตนเองจะนำไปสู่ความต่อเนื่องในการรักษา ส่งผลให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดี โดยผลการวิจัยสามารถนำไปใช้เป็นแนวทางสำหรับพยาบาล และบุคลากรในทีมสุขภาพในการวางแผนส่งเสริมให้ผู้ป่วยตัดสินใจเลือกวิธีบำบัดทดแทนไตได้ถูกต้องและเหมาะสมต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาการตัดสินใจเลือกวิธีบำบัดทดแทนไตในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้าย

เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการตัดสินใจเลือกวิธีบำบัดทดแทนไตในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้าย

กรอบแนวคิดการวิจัย

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ได้ประยุกต์ใช้ทฤษฎีการตัดสินใจด้วยตนเอง (Self-determination theory) ของ Ryan and Deci (2017) เป็นกรอบแนวคิดในการศึกษา ซึ่งทฤษฎีนี้มุ่งเน้นการตัดสินใจด้วยตนเองว่าแรงจูงใจของบุคคลมี 3 ระดับ ดังนี้ 1) ไร้แรงจูงใจ (Amotivation) เป็นพฤติกรรมที่เกิดขึ้นเองโดยไม่มีแรงจูงใจหรือไม่สามารถควบคุมพฤติกรรมนั้นได้ 2) แรงจูงใจภายนอก (Extrinsic motivation) เป็นระดับแรงจูงใจที่ต้องอาศัยผลตอบแทนเป็นตัวขับเคลื่อนให้เกิดพฤติกรรม จึงเป็นพฤติกรรมที่เกิดขึ้นและไม่ยั่งยืน และ 3) แรงจูงใจภายใน (Intrinsic motivation) ส่งผลให้เกิดการตัดสินใจด้วยตนเองอย่างแท้จริง เกิดจากความสนใจ เห็นคุณค่า และมีความพึงพอใจในทางเลือกผลที่เกิดขึ้นจึงเป็นความต้องการของบุคคลอย่างแท้จริงจึงมีความต่อเนื่องและยั่งยืนแรงจูงใจภายในเกิดขึ้นได้จากปัจจัยความต้องการพื้นฐาน 3 ประการ ได้แก่ 1) ความเป็นอิสระในตนเอง (Autonomy) หมายถึง การรับรู้ว่ามีทางเลือก และมีอิสระในการเลือกในสิ่งที่ตนเองต้องการ 2) ความสามารถแห่งตน (Competence) หมายถึง การรับรู้สมรรถนะของตนเองเกี่ยวกับการปฏิบัติพฤติกรรม และ 3) การมีปฏิสัมพันธ์ที่ดีกับบุคคลอื่น (Relatedness) เพื่อจะได้รับข้อมูลเกี่ยวกับการรักษาจาก

บุคคลที่น่าเชื่อถือมาประกอบการตัดสินใจ (โดยผ่านการวิเคราะห์ ติความเพื่อประกอบการตัดสินใจ)

จากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายได้พบว่า มีปัจจัยที่สำคัญ น่าสนใจ และเกี่ยวข้องกับแรงจูงใจภายใน ดังนี้ ความหวังของผู้ป่วยต่อวิธีบำบัดทดแทนไต เป็นความคิดและความรู้สึกของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่สามารถเกิดขึ้นได้อย่างอิสระถึงผลลัพธ์ด้านการรักษาที่คาดว่าจะเกิดขึ้นกับตนเองในอนาคต (Cassidy et al., 2018) ส่วนความชอบต่อวิธีบำบัดทดแทนไต เป็นความปรารถนาของผู้ป่วยในการตัดสินใจเลือกวิธีบำบัดทดแทนไตที่จะเข้ารับการรักษาด้วยวิธีที่มีความสอดคล้องกับบริบทของตนเอง คือ พยาธิสภาพของโรค บริบทด้านร่างกาย และความต้องการของตนเองซึ่งสามารถส่งผลให้เกิดผลลัพธ์ที่ดีด้านการรักษา (Ladin et al., 2017; Qazi, Chen, & Zhu, 2018) โดยความหวังของผู้ป่วยต่อวิธีบำบัดทดแทนไต และความชอบต่อวิธีบำบัดทดแทนไตย่อมนำมาซึ่งความต่อเนื่องในการรักษา และผลลัพธ์ที่ดีในการรักษา จึงจัดให้ความหวังความหวังของผู้ป่วยต่อวิธีบำบัดทดแทนไต และความชอบต่อวิธีบำบัดทดแทนไตอยู่ในปัจจัยความต้องการพื้นฐานด้านความเป็นอิสระในตนเอง (Autonomy)

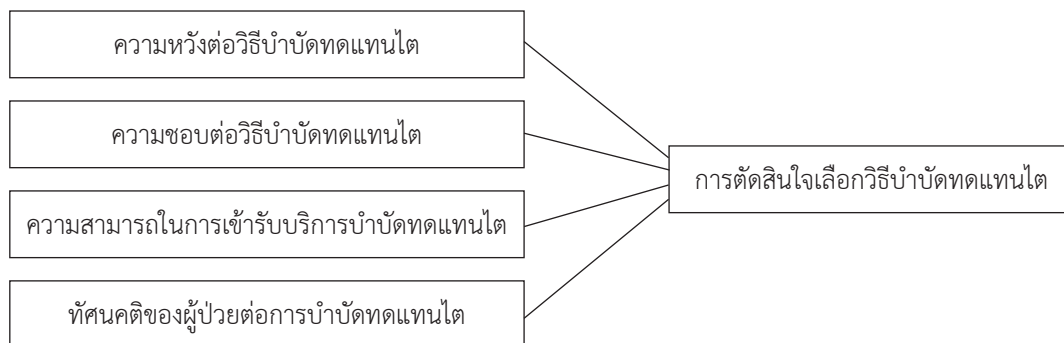
ความสามารถในการเข้ารับบริการบำบัดเป็นความสามารถแห่งตนของผู้ป่วย (Patient's competence) หมายถึง ศักยภาพของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่จะเข้ารับบริการบำบัดทดแทนไตในสถานที่ให้บริการบำบัดทดแทนไตซึ่งเป็นปัจจัยหนึ่งที่ผู้ป่วยพิจารณาเพื่อตัดสินใจเลือกวิธีบำบัดทดแทนไต เนื่องจาก มีการรักษาในระยะยาวย่อมมีผลต่อค่าใช้จ่าย หากผู้ป่วยมีข้อจำกัดด้านความสะดวก ความห่างไกล และมีภาระค่าใช้จ่ายที่เพิ่มมากขึ้นซึ่งอาจทำให้มีผลกระทบต่อการตัดสินใจเลือกวิธีบำบัดทดแทนไตนั้น ๆ (Yazawa et al., 2019)

ส่วนทัศนคติของผู้ป่วยต่อวิธีบำบัดทดแทนไต เป็นความรู้สึกนึกคิดของผู้ป่วยที่มีต่อการบำบัดทดแทนไต จากการได้รับข้อมูลจากบุคคลอื่น รวมทั้งผู้ให้บริการทางด้านสุขภาพ ซึ่ง Lazarewicz et al. (2018) พบว่า ผู้ป่วยได้รับข้อมูลจากบุคคลอื่นที่มีปฏิสัมพันธ์ที่ติดกันย่อมทำให้เกิดความเข้าใจ และความรู้สึกเชิงบวกต่อข้อมูลต่าง ๆ นั้น และมีผลต่อการตัดสินใจเลือกวิธีบำบัดทดแทนไตต่อมา

ความสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วยและบุคคลอื่น โดยเฉพาะบุคลากรทางการแพทย์จึงจัดเป็นปัจจัยด้านการมีปฏิสัมพันธ์ที่ดีกับบุคคลอื่น (Relatedness) ตามแนวคิดของ Ryan and Deci (2017)

ดังนั้น ความหวังของผู้ป่วยต่อวิธีบำบัดทดแทนไต

ความชอบต่อวิธีบำบัดทดแทนไต ความสามารถในการเข้ารับบริการบำบัดทดแทนไต และทัศนคติของผู้ป่วยต่อวิธีบำบัดทดแทนไต จึงเป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้เกิดแรงจูงใจภายในต่อการตัดสินใจเลือกวิธีบำบัดทดแทนไต สามารถสรุปได้ดังภาพที่ 1



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาเพื่อหาความสัมพันธ์ (Correlational descriptive research) โดยเก็บข้อมูลในช่วงเดือนกุมภาพันธ์ ถึง มีนาคม พ.ศ. 2563

การกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากอายุรแพทย์โรคไตว่าเป็นผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายจากการพิจารณาผลเลือดเกี่ยวกับอัตราการกรองของไต (eGFR) อยู่ในระดับ <15 มิลลิลิตรต่อนาทีต่อพื้นที่ผิวกาย 1.73 ตารางเมตร และเป็นผู้ป่วยที่มาพบแพทย์ตามนัดที่คลินิกโรคไต ณ แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลสระบุรี และมีแผนการรักษาด้วยวิธีบำบัดทดแทนไต

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากอายุรแพทย์โรคไตว่าเป็นผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายโดยพิจารณาอัตราการกรองของไต (eGFR) อยู่ในระดับ <15 มิลลิลิตรต่อนาทีต่อพื้นที่ผิวกาย 1.73 ตารางเมตร จากการตรวจเลือดในวันที่มาพบแพทย์ตามนัดตามปกติในวันนั้น และอายุรแพทย์โรคไตมีแผนการรักษาว่าจำเป็นต้องเข้ารับการรักษาด้วยวิธีบำบัดทดแทนไต และมีลักษณะตามที่กำหนด คือ มีอายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป ไม่เคยมีประสบการณ์ได้รับการบำบัดทดแทนไตมาก่อน ไม่มีข้อ

จำกัดในการล้างไตผ่านทางช่องท้องหรือการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม และผู้ป่วยรู้สึกตัวดี มีสติสัมปชัญญะสมบูรณ์ และสามารถสื่อสารภาษาไทยได้เข้าใจเป็นอย่างดี

ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง มาจากการวิเคราะห์ค่าอำนาจในการทดสอบด้วยโปรแกรม G*Power analysis version 3.1.9.2 (Faul, Erdfelder, Lang, & Buchner, 2007) โดยกำหนดระดับนัยสำคัญที่ .05 กำหนดอำนาจในการทดสอบเท่ากับ .80 และกำหนดขนาดความสัมพันธ์ของตัวแปร (Effect size) เท่ากับ .30 อยู่ในระดับปานกลาง (Polit & Beck, 2017) คำนวณได้ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง 82 ราย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย

1. แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล แบ่งเป็น 1) ข้อมูลทั่วไป ประกอบด้วย เพศ อายุ ศาสนา สถานภาพสมรส บทบาทในครอบครัว จำนวนสมาชิกในครอบครัว ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ สิทธิการรักษา ผู้ดูแลหลัก บุคคลที่มีส่วนเกี่ยวข้องในการตัดสินใจเลือกวิธีบำบัดทดแทนไต และ 2) ข้อมูลทางคลินิก ได้แก่ โรคประจำตัว และประสบการณ์เข้ารับการรักษาให้คำปรึกษาก่อนบำบัดทดแทนไต
2. แบบประเมินความหวังต่อวิธีบำบัดทดแทนไต ที่ Lertlulm (1999) ได้แปลเป็นไทยด้วยวิธีการแปลย้อนกลับ (Back translation) จากเครื่องมือ Miller's

hope scale ของ Miller (1985) โดยใช้ประเมินความหวังในการดำเนินชีวิตของผู้ป่วยที่อยู่ในระยะวิกฤตและในผู้ป่วยที่รอดชีวิตจากภาวะความเจ็บป่วย โดยข้อคำถามสร้างขึ้นจากโครงสร้างของความหวัง ประกอบด้วย 3 ด้าน ได้แก่ ด้านความพึงพอใจต่อตนเอง บุคคลอื่น และชีวิต (22 ข้อ) ด้านการหลีกเลี่ยงจากสิ่งที่คุกคามจากความหวัง (12 ข้อ) และด้านความคาดหวังเกี่ยวกับอนาคต (6 ข้อ) เป็นแบบวัดลิเคิร์ต (Likert scale) 5 ระดับ มีคะแนนตั้งแต่ 1-5 คะแนน โดย 1 คะแนน หมายถึง ไม่เห็นด้วย และ 5 คะแนน หมายถึง เห็นด้วยอย่างยิ่ง คะแนนสูง หมายถึง ผู้ป่วยมีความหวังต่อวิธีบำบัดทดแทนไตในระดับสูง หากมีคะแนนต่ำ หมายถึง ผู้ป่วยมีความหวังต่อวิธีบำบัดทดแทนไตในระดับต่ำ

3. แบบประเมินความชอบต่อวิธีบำบัดทดแทนไต เป็นแบบประเมินที่ผู้วิจัยได้แปลย้อนกลับเป็นภาษาไทยมาจากเครื่องมือ Treatment perception and preference measure (TPP) ของ Sidani, Epstein, Fox, and Miranda (2018) โดยแบ่งเป็น 2 ส่วน ได้แก่ 1) ข้อมูลเกี่ยวกับวิธีการรักษาในแต่ละวิธี และ 2) การรับรู้เกี่ยวกับวิธีการรักษา จำนวน 9 ข้อ ผลลัพธ์ของวิธีการรักษา ความพึงพอใจ ความเสี่ยง และความสะดวกในการปฏิบัติตามขั้นตอนของการบำบัดทดแทนไต เป็นแบบวัดลิเคิร์ต (Likert scale) 5 ระดับ มีคะแนนตั้งแต่ 0-4 คะแนน โดย 0 คะแนน หมายถึง ไม่เห็นด้วย และ 4 คะแนน หมายถึง เห็นด้วยอย่างยิ่ง และปรับข้อคำถามให้มีความสอดคล้องกับผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายในประเทศไทย คะแนนสูง หมายถึง ผู้ป่วยมีความชอบต่อวิธีบำบัดทดแทนไตสูง หากมีคะแนนต่ำ หมายถึง ผู้ป่วยมีความชอบต่อวิธีบำบัดทดแทนไตต่ำ

4. แบบประเมินความสามารถในการเข้ารับบริการบำบัดทดแทนไต โดย Chaisawat et al. (2016) ซึ่งพัฒนามาจากแนวคิดการเข้าถึงบริการด้านสุขภาพของผู้ป่วย โดย Penchansky and Thomas (1981) เป็นแนวคิดวิธีการประเมินการเข้าถึงบริการด้านสุขภาพ เพื่อประเมินถึงความคิดเห็น มุมมองของบุคคล ความพึงพอใจของผู้รับบริการ การเข้าถึงแหล่งบริการ แบ่งออกเป็น 3 ประเด็น ได้แก่ ระยะทางจากที่พักอาศัยถึงสถานบริการบำบัดทดแทนไต ระยะเวลาในการเดินทาง และค่าใช้จ่ายที่ใช้

ในการเดินทาง (6 ข้อ) เป็นแบบวัดลิเคิร์ต (Likert scale) 5 ระดับ มีคะแนนตั้งแต่ 1-5 คะแนน โดย 1 คะแนน หมายถึง น้อยที่สุด และ 5 คะแนน หมายถึง มากที่สุด คะแนนสูง หมายถึง ผู้ป่วยมีความสามารถในการเข้ารับบริการบำบัดทดแทนไตอยู่ในระดับสูง หากมีคะแนนต่ำ หมายถึง ผู้ป่วยมีความสามารถในการเข้ารับบริการบำบัดทดแทนไตอยู่ในระดับต่ำ

5. แบบประเมินทัศนคติของผู้ป่วยต่อการบำบัดทดแทนไต โดยผู้วิจัยได้แปลมาจากเครื่องมือ The PRACTA-Attitude toward Treatment and Health questionnaire (PRACTA-ATH) ของ Chylinska et al. (2017) พัฒนามาจากแนวคิดทัศนคติต่อวิธีการรักษาและสุขภาพจำนวน 16 ข้อประกอบด้วยข้อคำถามที่ครอบคลุมปัจจัยที่เป็นองค์ประกอบของทัศนคติ 4 ด้าน ได้แก่ 1) ด้านความเข้าใจ 2) ด้านความรู้สึกเชิงบวก 3) ด้านความรู้สึกเชิงลบ และ 4) ด้านแรงจูงใจ ซึ่งเป็นข้อคำถามทางบวก 13 ข้อ และข้อคำถามทางลบ 3 ข้อ แต่ละข้อแบ่งระดับการวัดลิเคิร์ต (Likert scale) 7 ระดับ มีคะแนนตั้งแต่ 1-7 คะแนน โดย 1 คะแนน หมายถึง ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง และ 7 คะแนน หมายถึง เห็นด้วยอย่างยิ่ง คะแนนสูง หมายถึง ผู้ป่วยมีทัศนคติต่อการบำบัดทดแทนไตในระดับสูง หากมีคะแนนต่ำ หมายถึง ผู้ป่วยมีทัศนคติต่อการบำบัดทดแทนไตในระดับต่ำ

6. แบบประเมินการตัดสินใจเลือกวิธีบำบัดทดแทนไต โดยผู้วิจัยได้ดำเนินการแปลย้อนกลับเป็นภาษาไทย (Back translation) มาจาก Intrinsic motivation inventory (IMI) ของ Ryan and Deci (2017) ที่ถูกสร้างขึ้นตามแนวคิดการตัดสินใจด้วยตนเอง (Self-determination theory) ประกอบด้วย 3 องค์ประกอบ ได้แก่ ความเป็นอิสระในตนเอง ความสามารถแห่งตน และการมีปฏิสัมพันธ์ที่ดีต่อบุคคลอื่น จำนวน 6 ข้อ ลักษณะคำถามเป็นแบบมาตรวัดด้วยสายตา (Visual analogue scale) 7 ระดับ แทนค่าคะแนนเป็น 1 หมายถึง ไม่เป็นจริง และคะแนน 7 หมายถึง จริงที่สุด คะแนนสูง หมายความว่า ผู้ป่วยสามารถตัดสินใจเลือกได้ด้วยตนเองอยู่ในระดับสูง และหากมีคะแนนต่ำ หมายความว่า ผู้ป่วยสามารถตัดสินใจเลือกได้ด้วยตนเองอยู่ในระดับต่ำ

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือวิจัย

การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือการวิจัย

ผู้วิจัยนำแบบประเมินความชอบต่อวิธีบำบัดทดแทนไต ทศนคติของผู้ป่วยต่อการบำบัดทดแทนไต และแบบประเมินการตัดสินใจเลือกวิธีบำบัดทดแทนไตไปตรวจสอบความตรงของเนื้อหาและความเหมาะสมของภาษา ด้วยวิธีการแปลย้อนกลับ (Brislin, 1986) โดยอาจารย์พยาบาลจบการศึกษาระดับดุษฎีบัณฑิตจากต่างประเทศ เป็นผู้เชี่ยวชาญที่สามารถใช้สองภาษาได้เป็นอย่างดี จำนวน 1 ท่าน แปลจากภาษาอังกฤษเป็นภาษาไทย จากนั้นจึงดำเนินการตรวจสอบความเหมาะสมของภาษา ด้วยวิธีการแปลย้อนกลับโดยอาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญที่สามารถใช้สองภาษาและไม่เคยเห็นเครื่องมือวิจัยชุดต้นฉบับมาก่อนซึ่งมีจำนวน 3 ท่าน ซึ่งมีความเชี่ยวชาญด้านระบบทางเดินปัสสาวะ 1 ท่าน มีความเชี่ยวชาญการท้าววิจัย 1 ท่าน และได้รับประกาศนียบัตรจากสถาบันแปลระดับสากล (The Institute of Translation and Interpreting, U.K.) 1 ท่าน จากนั้นจึงทดสอบดัชนีความเที่ยงตรง (Content validity index [CVI]) ได้ผลการทดสอบความตรงตามเนื้อหา เท่ากับ .95, .92 และ .96 ตามลำดับ

การตรวจสอบหาความเที่ยงของเครื่องมือการวิจัย

ผู้วิจัยนำแบบประเมินความหวังต่อการบำบัดทดแทนไต แบบประเมินความชอบต่อวิธีบำบัดทดแทนไต แบบประเมินความสามารถในการเข้ารับบริการบำบัดทดแทนไต ทศนคติของผู้ป่วยต่อการบำบัดทดแทนไต และแบบประเมินการตัดสินใจเลือกวิธีบำบัดทดแทนไต นำไปทดลองใช้กับผู้ป่วยที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 ราย จากนั้นจึงนำผลที่ได้มาวิเคราะห์ด้วยสูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha efficiency) โดยแบบประเมินความหวังต่อการบำบัดทดแทนไตได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ .82 แบบประเมินความชอบต่อวิธีบำบัดทดแทนไตได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ .80 แบบประเมินความสามารถในการเข้ารับบริการบำบัดทดแทนไตได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ .85 และแบบประเมินทศนคติของผู้ป่วยต่อการบำบัดทดแทนไต และแบบ

ประเมินการตัดสินใจเลือกวิธีบำบัดทดแทนไตได้ค่าความเที่ยง .82

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การศึกษาค้นคว้านี้ได้รับการรับรองจริยธรรมการวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย ระดับบัณฑิตศึกษา คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา รหัส 1-11-2562 และคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลสระบุรี ตามเลขที่หนังสือรับรอง EC004/2563 การวิจัยนี้ยึดหลักของการสมัครใจของผู้เข้าร่วมการวิจัย และได้รับการชี้แจงเกี่ยวกับวัตถุประสงค์ ความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นขณะเข้าร่วมการวิจัย และแนวทางการป้องกันความเสี่ยงร่วมกับเปิดโอกาสให้ผู้เข้าร่วมวิจัยทุกรายตัดสินใจอย่างอิสระในการลงนามในใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัย โดยสามารถแจ้งหยุดการเข้าร่วมจากการวิจัยแบบชั่วคราวและถาวรได้ตลอดเวลาโดยไม่ต้องให้เหตุผลต่อผู้วิจัยและไม่มีผลกระทบต่อการรักษาพยาบาลในฐานะผู้ป่วยจากโรงพยาบาล

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ภายหลังจากผ่านการรับรองจริยธรรมการวิจัยจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยระดับบัณฑิตศึกษา คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา (รหัส 01-11-2662) และโรงพยาบาลสระบุรี (รหัส EC004/2563) ผู้วิจัยจึงเข้าแนะนำตนเองกับหัวหน้าแผนกผู้ป่วยนอกและพยาบาลประจำคลินิกโรคไตตามลำดับ เพื่อชี้แจงรายละเอียดของการวิจัย จากนั้นผู้วิจัยประสานงานกับพยาบาลวิชาชีพประจำคลินิกโรคไตก่อนวันนัด 1 วัน เพื่อคัดแยกหมายเลขผู้ป่วยนอกที่เป็นโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายและมีคุณสมบัติตามเกณฑ์ และจับฉลากเลขคู่หรือเลขคี่ในการกำหนดผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่มีเลขตัวสุดท้ายของหมายเลขผู้ป่วยนอกตรงกับเลขที่จับฉลากได้เพื่อระบุกลุ่มตัวอย่างในแต่ละวัน เก็บข้อมูลที่แผนกผู้ป่วยนอกในบริเวณใกล้คลินิกโรคไต โดยผู้วิจัยทำการเก็บข้อมูลทุกวันอังคาร ตั้งแต่เวลา 10.30-15.00 น. ในวันต่อมาผู้วิจัยจึงนำหมายเลขผู้ป่วยนอกของกลุ่มตัวอย่างที่มีหมายเลขตัวสุดท้ายตรงกับเลขที่จับฉลากได้ไปประสานงานกับพยาบาลวิชาชีพประจำคลินิกโรคไต เพื่อเชิญกลุ่มตัวอย่างให้ผู้วิจัยเข้าพบภายหลังที่ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาจากอายุรแพทย์โรคไตแล้ว ผู้วิจัยแนะนำตัว

ชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล ประโยชน์ของการวิจัย และการพิทักษ์สิทธิ์ เมื่อกลุ่มตัวอย่างสมัครใจเข้าร่วมงานวิจัยแล้ว ผู้วิจัยจึงให้กลุ่มตัวอย่างลงนามในใบยินยอม และแจกแบบสอบถามและแบบประเมินพร้อมทั้งอธิบายขั้นตอนการตอบแบบสอบถามและแบบประเมิน กลุ่มตัวอย่างต้องใช้ระยะเวลาประมาณ 30-40 นาที ในการตอบ เมื่อกลุ่มตัวอย่างตอบเสร็จเรียบร้อยแล้ว ผู้วิจัยตรวจสอบความถูกต้องครบถ้วน และได้บรรจุแบบสอบถามและแบบประเมินที่รับคืนทุกฉบับในซองสีน้ำตาลปิดผนึก พร้อมกล่าวขอบคุณกลุ่มตัวอย่าง

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลและตัวแปรที่ศึกษาโดยใช้สถิติพรรณนา โดยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยและการตัดสินใจเลือกวิธีบำบัดทดแทนไต ด้วยสถิติสหสัมพันธ์ของเพียร์สัน ซึ่งทุกตัวแปรเป็นไปตามข้อตกลงเบื้องต้นของสถิติ

ผลการวิจัย

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงร้อยละ 63.4 มีอายุ 36-59 ปี หรือวัยผู้ใหญ่ตอนกลางร้อยละ 75.5 รอง

ลงมา คือ อายุ 21-35 ปี หรือวัยผู้ใหญ่ตอนต้นร้อยละ 19.6 โดยมีอายุเฉลี่ย 43.40 ปี ($SD = 11.43$) นับถือศาสนาพุทธร้อยละ 91.5 มีสถานภาพสมรสคู่ร้อยละ 83 และมีบทบาทเป็นสมาชิกของครอบครัวร้อยละ 67.1 อาศัยอยู่กับครอบครัวร้อยละ 95.1 ส่วนใหญ่ได้รับการศึกษาร้อยละ 93.9 ประกอบอาชีพเกษตรกรรม (ทำไร่ ทำนา ทำสวน) ร้อยละ 40.2 มีรายได้ของครอบครัวต่อเดือน 5,001-10,000 บาท ต่อเดือนร้อยละ 47.30 รองลงมา 10,001-30,000 บาท ต่อเดือนร้อยละ 45.1 สิทธิการรักษาครั้งนี้ใช้บัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้าร้อยละ 59.8 ไม่มีผู้ดูแลหลักร้อยละ 90.2 และกลุ่มตัวอย่างมีคู่สมรสเป็นผู้เกี่ยวข้องในการตัดสินใจเลือกวิธีบำบัดทดแทนไตร้อยละ 72

กลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยความหวังต่อวิธีบำบัดทดแทนไตอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 136.11$, $SD = 14.05$) มีความชอบต่อวิธีบำบัดทดแทนไตอยู่ในระดับสูง ($\bar{X} = 24.80$, $SD = 4.89$) มีความสามารถในการเข้ารับบริการบำบัดทดแทนไตอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 20.62$, $SD = 3.10$) ผู้ป่วยมีทัศนคติที่ดีต่อการบำบัดทดแทนไต ($\bar{X} = 103.54$, $SD = 3.32$) และสามารถตัดสินใจเลือกวิธีบำบัดทดแทนไตได้ด้วยตนเอง ($\bar{X} = 40.59$, $SD = 2.02$) ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของความหวังต่อวิธีบำบัดทดแทนไต ความชอบต่อวิธีบำบัดทดแทนไต ความสามารถในการเข้ารับบริการบำบัดทดแทนไต ทัศนคติของผู้ป่วยต่อการบำบัดทดแทนไต และการตัดสินใจเลือกวิธีบำบัดทดแทนไตของกลุ่มตัวอย่าง ($n = 82$)

ตัวแปร	ช่วงคะแนน		$\bar{X}$	SD
	เป็นไปได้	เป็นจริง		
ความหวังต่อวิธีบำบัดทดแทนไต	40-200	102-168	136.11	14.05
ความชอบต่อวิธีบำบัดทดแทนไต	0-36	16-36	24.80	4.89
ความสามารถในการเข้ารับบริการบำบัดทดแทนไต	6-30	12-26	20.62	3.10
ทัศนคติของผู้ป่วยต่อการบำบัดทดแทนไต	16-112	94-106	103.54	3.23
การตัดสินใจเลือกวิธีบำบัดทดแทนไต	7-42	33-42	40.59	2.02

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการตัดสินใจเลือกวิธีบำบัดทดแทนไตในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้าย ผลการศึกษา พบว่า ความหวังต่อวิธีบำบัดทดแทนไตมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการตัดสินใจเลือกวิธีบำบัดทดแทนไต

($r = .32$, $p < .01$) ความชอบต่อวิธีบำบัดทดแทนไตมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการตัดสินใจเลือกวิธีบำบัดทดแทนไต ($r = .29$, $p < .01$) ความสามารถในการเข้ารับบริการบำบัดทดแทนไตมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการตัดสินใจเลือกวิธี

บำบัดทดแทนไต ($r = .34, p < .01$) และทัศนคติของผู้ป่วย
ต่อการบำบัดทดแทนไตไม่มีความสัมพันธ์ทางบวกกับ

การตัดสินใจเลือกวิธีบำบัดทดแทนไต ($r = -.01, p > .05$)
ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการตัดสินใจเลือกวิธีบำบัดทดแทนไตในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้าย

ตัวแปร	การตัดสินใจเลือกวิธีบำบัดทดแทนไต	p-value
ความหวังต่อวิธีบำบัดทดแทนไต	.320	.003
ความชอบต่อวิธีบำบัดทดแทนไต	.292	.008
ความสามารถในการเข้ารับบริการบำบัดทดแทนไต	.340	.003
ทัศนคติของผู้ป่วยต่อการบำบัดทดแทนไต	-.013	.908

อภิปรายผล

1. การตัดสินใจเลือกวิธีบำบัดทดแทนไตในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้าย กลุ่มตัวอย่างมีการตัดสินใจเลือกวิธีบำบัดทดแทนไตอยู่ในระดับสูง อาจเนื่องจากส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง เป็นเพศที่มีการดูแลเอาใจใส่ตนเองด้านสุขภาพมากกว่าเพศชาย และต้องพยายามหาวิธีบำบัดดูแลตนเองเมื่อยามเจ็บป่วย จึงได้พยายามเข้าใจและทำการตัดสินใจเลือกวิธีบำบัดทดแทนไตเพื่อคาดหวังจะให้ตนเองมีชีวิตยืนยาวและยังคงมีสุขภาพที่ดีพอจะประกอบอาชีพด้วยตนเองได้ สอดคล้องกับผลการศึกษาที่พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ยังคงประกอบอาชีพมากถึงร้อยละ 86.5 ดังการศึกษาของ Chang et al. (2016) ที่พบว่าปัจจุบันเพศหญิงจำเป็นต้องช่วยหารายได้ ร่วมกับต้องทำหน้าที่ในการดูแลสมาชิกภายในครอบครัว เพศหญิงจึงมีแรงจูงใจในการตัดสินใจเลือกวิธีบำบัดทดแทนไต นอกจากนี้กลุ่มตัวอย่างมีคู่ชีวิตและคู่ชีวิตได้ช่วยแสดงความคิดเห็นและมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ ถึงผลดีหรือผลเสียในการตัดสินใจเลือกวิธีบำบัดทดแทนไต จึงถือได้ว่าคู่ชีวิตเป็นผู้สนับสนุนการตัดสินใจ ดังเช่นผลการศึกษาเชิงคุณภาพของ Raj et al. (2020) ที่พบว่า ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่มีคู่สมรสหรือได้รับการสนับสนุนจากบุคคลในครอบครัวอาจสามารถตัดสินใจเลือกบำบัดทดแทนไตได้ดี และสามารถคงอยู่ในการรักษาได้อย่างต่อเนื่อง

นอกจากนี้ระบบบริการสุขภาพแก่ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายภายหลังการวินิจฉัยจากอายุรแพทย์โรคไต ทุกคนที่จำเป็นต้องได้รับการบำบัดทดแทนไตต้องได้รับการให้คำปรึกษาก่อนการบำบัดทดแทนไตจากอายุรแพทย์โรคไตและพยาบาลวิชาชีพเพื่อให้ข้อมูล

ประกอบการตัดสินใจเลือกวิธีบำบัดทดแทนไต จึงทำให้กลุ่มตัวอย่างได้รับข้อมูลเพียงพอที่จะสามารถช่วยในการตัดสินใจได้ ซึ่งเมื่อพิจารณารายชื่อของการตัดสินใจเลือกวิธีบำบัดทดแทนไตในกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้าย พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความมั่นใจเกี่ยวกับการเจ็บป่วยและข้อมูลที่ได้รับจากบุคลากรทางการแพทย์อยู่ในระดับสูง ($\bar{X} = 6.93, SD = 0.26$) ร่วมกับให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการตัดสินใจเลือกวิธีบำบัดทดแทนไตด้วยตนเอง ทำให้ผู้ป่วยเกิดความพึงพอใจต่อวิธีบำบัดทดแทนไตที่ตนเองได้เลือกจึงเป็นสิ่งสนับสนุนการตัดสินใจด้วยแรงจูงใจภายใน ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาของ Russell and Boulware (2018) ที่พบว่า ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการให้คำปรึกษาก่อนการบำบัดทดแทนไตได้มีข้อมูลสนับสนุนให้มีการตัดสินใจเลือกวิธีบำบัดทดแทนไตดีกว่าผู้ที่ไม่ได้รับการให้คำปรึกษาก่อนการบำบัดทดแทนไต และการศึกษาของ Lindberg et al. (2019) กล่าวว่า การเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการตัดสินใจเลือกวิธีบำบัดทดแทนไตด้วยตนเอง ผู้ป่วยสามารถตัดสินใจได้ดีและมีความเหมาะสมกับบริบทของตนเองจนนำไปสู่ความต่อเนื่องในการรักษาต่อไป

2. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการตัดสินใจเลือกวิธีบำบัดทดแทนไตในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้าย

ความหวังต่อวิธีบำบัดทดแทนไตมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการตัดสินใจเลือกวิธีบำบัดทดแทนไตในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้าย ($r = .32, p < .01$) ทั้งนี้สามารถอธิบายได้จากลักษณะของกลุ่มตัวอย่างที่ส่วนใหญ่คิดว่าตนเองยังเป็นที่ต้องการของบุคคลใกล้ชิดในครอบครัว และบุคคลใกล้ชิดในครอบครัวยังเป็นบุคคลสำคัญที่ต้องช่วย

กลุ่มตัวอย่างในการตัดสินใจเป็นอย่างมาก ทำให้รับรู้ถึงการมีคุณค่าในตนเอง ร่วมกับความเชื่อมั่นและคาดการณ์ได้ว่า ตนเองจะสามารถผ่านพ้นเหตุการณ์ความเจ็บป่วยไปได้ ด้วยดี และสามารถมีความสุขในอนาคตได้ จึงทำให้กลุ่มตัวอย่างมีแรงจูงใจภายในที่ต้องการรักษาตนเองและตัดสินใจเลือกวิธีบำบัดทดแทนไตซึ่งคิดว่าเป็นวิธีที่ทำให้ตนเองมีความสุข และสามารถมีชีวิตอยู่กับครอบครัวได้ต่อไป อีกทั้งการคาดหวังถึงผลลัพธ์ที่ดีภายหลังเข้ารับการรักษานำไปสู่การเกิดกำลังใจและมีแรงจูงใจที่จะตัดสินใจเลือกวิธีดูแลตนเองต่อไป ความหวังจึงเป็นรากฐานในการตัดสินใจที่มีประสิทธิภาพ และมีช่วยให้ผู้ป่วยสามารถเผชิญกับโรคได้อย่างมีประสิทธิภาพ เกิดความปรารถนาในการแสวงหาวิธีการรักษาและเพิ่มคุณค่าของชีวิตให้มีความสุขมากยิ่งขึ้น (Miller, 1985) สอดคล้องกับการศึกษาเชิงคุณภาพเกี่ยวกับการตัดสินใจเลือกวิธีบำบัดทดแทนไตของ Cassidy et al. (2018) ที่พบว่า การคาดหวังถึงผลลัพธ์ที่ดีในอนาคตเป็นอีกปัจจัยหนึ่งที่ช่วยผลักดันให้ผู้ป่วยสามารถจัดการกับอาการแทรกซ้อน และสามารถบรรเทาความทุกข์ทรมานจากภาวะยูรีเมียด้วยวิธีบำบัดทดแทนไต เกิดเป็นแรงจูงใจภายในต่อการตัดสินใจเลือกวิธีบำบัดทดแทนไตที่คิดว่าจะมีความเหมาะสมกับการดำเนินชีวิตให้ใกล้เคียงปกติและเกิดประโยชน์กับตนเองมากที่สุด เพราะฉะนั้น ความหวังของกลุ่มตัวอย่างจึงมีความสัมพันธ์กับการตัดสินใจเลือกวิธีบำบัดทดแทนไต

ความชอบต่อวิธีบำบัดทดแทนไตมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการตัดสินใจเลือกวิธีบำบัดทดแทนไตในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้าย ($r = .29, p < .01$) อภิปรายปรากฏการณ์ได้จากลักษณะของกลุ่มตัวอย่างที่พบว่า มีความชอบต่อวิธีบำบัดทดแทนไตด้วยวิธีฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมมีผู้ป่วยมากถึงร้อยละ 80 โดยคิดว่าการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมจะเป็นวิธีที่ช่วยให้ภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ จากภาวะยูรีเมียบรรเทาลงหรือหมดไป หรือมีอาการดีขึ้นทั้งในระยะสั้นและระยะยาวช่วยลดความเสี่ยงจากอาการรุนแรงต่าง ๆ และง่ายต่อการปฏิบัติตาม สุดท้ายกลุ่มตัวอย่างได้จัดว่าวิธีบำบัดทดแทนไตที่ตนเองตัดสินใจเลือกนั้นมีความเหมาะสมและจะเกิดผลลัพธ์กับประโยชน์มากที่สุด ดังนั้น เมื่อกลุ่มตัวอย่างมีความชอบต่อวิธีบำบัดทดแทนไต จึงทำให้กลุ่มตัวอย่าง

มีทางเลือกสำหรับตนเองในการตัดสินใจเลือก จึงทำให้รู้สึกมีความง่าย ไม่ยากลำบาก เมื่อต้องตัดสินใจเลือกวิธีบำบัดทดแทนไต ซึ่งเป็นไปตาม Ryan and Deci (2017) ที่กล่าวว่า ความชอบและความเป็นอิสระในการเลือกเป็นปัจจัยสำคัญในความสามารถในการตัดสินใจ ดังการศึกษาเชิงคุณภาพของ Lee et al. (2008) ที่พบว่า ความชอบเป็นปัจจัยสำคัญในการตัดสินใจเลือกวิธีบำบัดทดแทนไตแล้วยังส่งผลให้ผู้ป่วยมีผลลัพธ์ด้านการรักษาที่มีประสิทธิภาพมากขึ้น และลดการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรง ทำให้อัตราการเข้ารับการบำบัดทดแทนไตแบบฉุกเฉินลดลง

ความสามารถในการเข้ารับบริการบำบัดทดแทนไตมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการตัดสินใจเลือกวิธีบำบัดทดแทนไตในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้าย ($r = .34, p < .01$) โดยพบว่าแหล่งที่ตั้งของสถานพยาบาลและสถานบริการบำบัดทดแทนไตมีความสะดวกสบายในการเข้ารับบริการ และกลุ่มตัวอย่างทุกคนไม่ต้องรับผิดชอบค่าใช้จ่ายในการมาโรงพยาบาลมากนัก สอดคล้องกับการใช้สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง ส่วนใหญ่ใช้สิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าและสิทธิอื่น ๆ ดังนั้น เมื่อกลุ่มตัวอย่างพิจารณาแล้วเห็นว่าวิธีการรักษาที่ตนเองจะเลือกนั้น ตนเองมีความสามารถในการเข้าถึงบริการได้เป็นอย่างดี ย่อมทำให้ผู้ป่วยสามารถตัดสินใจเลือกได้ด้วยตนเอง (Penchansky & Thomas, 1981) ดังผลการศึกษาเกี่ยวกับการเข้าถึงบริการบำบัดทดแทนไตในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายของ Lorcy et al. (2015) พบว่า ความสามารถในการเข้าถึงบริการบำบัดทดแทนไตมีความสำคัญและมีผลต่อการตัดสินใจเลือกวิธีบำบัดทดแทนในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้าย และยังเห็นพ้องกับผลการศึกษาของ Chaisawat (2016) ที่พบว่า ความสามารถในการเข้าถึงบริการสุขภาพในระดับสูงสามารถส่งเสริมให้ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังเลือกและยินดีเข้ารับบริการด้านสุขภาพนั้นได้อย่างต่อเนื่อง ดังนั้น ความสามารถในการเข้ารับบริการบำบัดทดแทนไตจึงเป็นปัจจัยเกี่ยวข้องกับความสามารถแห่งตน (Competence) ที่จัดว่าเป็นแรงจูงใจภายในในการช่วยตัดสินใจเลือกวิธีการรักษาด้วยตนเอง (Ryan & Deci, 2017)

อย่างไรก็ตามการศึกษานี้ยังพบว่าทัศนคติของผู้ป่วยต่อการบำบัดทดแทนไตไม่มีความสัมพันธ์กับการตัดสินใจเลือกวิธีบำบัดทดแทนไตในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง

ระยะสุดท้าย แม้ว่ากลุ่มตัวอย่างจะมีทัศนคติที่ดีต่อวิธีบำบัดทดแทนไต แต่ทัศนคติของกลุ่มตัวอย่างกลับไม่มีความสัมพันธ์กับการตัดสินใจเลือกวิธีบำบัดทดแทนไต อาจเนื่องมาจากความสามารถตัดสินใจเลือกวิธีบำบัดทดแทนไตมีปัจจัยอื่น ๆ มาเกี่ยวข้อง เช่น ความกลัว และความวิตกกังวล ดังเช่นการศึกษาเกี่ยวกับทัศนคติและพฤติกรรมการตัดสินใจในผู้ป่วยโรคมะเร็ง (n = 450) ของ He et al. (2014) ที่พบว่า แม้ผู้ป่วยจะได้รับข้อมูลเกี่ยวกับการรักษาจากบุคลากรทางการแพทย์ และมีทัศนคติที่ดีต่อวิธีการรักษาในรูปแบบต่าง ๆ แต่ไม่สามารถส่งผลให้ผู้ป่วยมีการตัดสินใจเลือกวิธีการรักษาที่เหมาะสมกับตนเองได้เนื่องจากมีปัจจัยด้านความกลัวการแทงเข็มฉีดยา และมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับผลกระทบจากวิธีการรักษาที่จะได้รับ ซึ่งมีบริบทเป็นโรคเรื้อรังและจำเป็นต้องตัดสินใจเลือกวิธีการรักษาเช่นเดียวกับผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้าย

ข้อเสนอแนะ

พยาบาลวิชาชีพและทีมสุขภาพควรมีความรู้และทักษะในการสร้างความหวังในชีวิตให้กับผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้าย โดยเฉพาะอย่างยิ่งการสร้างความคิดหวังที่ดีจากผลการรักษาพยาบาล และควรมีการเพิ่มพูนความรู้และความเข้าใจที่ดีเกี่ยวกับโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้าย วิธีบำบัดทดแทนไต สภาวะการเจ็บป่วยของตนเอง และผลลัพธ์ที่ดีที่คาดว่าจะเกิดจากการรักษาพยาบาล เมื่อผู้ป่วยเกิดความรู้และความเข้าใจที่ดี ย่อมนำมาซึ่งความสามารถในการตัดสินใจเลือกวิธีบำบัดทดแทนไตตามความชอบของตนเองและมีความสอดคล้องกับความต้องการและบริบทของตนเองมากที่สุด รวมทั้งสอดคล้องกับความสามารถของตนในการที่จะเข้ารับบริการเพื่อการบำบัดทดแทนไตด้วยวิธีนั้น ๆ ดังนั้นการช่วยให้ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายมีความรู้ความเข้าใจที่ดีอย่างเพียงพอจะทำให้ผู้ป่วยมีความหวัง มีความชอบต่อวิธีบำบัดทดแทนไตที่ตนเองจะเลือก จนส่งผลให้มีความต่อเนื่องในการรักษาพยาบาลนั้น ๆ ตลอดจนมีชีวิตรื่นเริงอย่างมีคุณภาพต่อไป

Reference

- Bezerra, I. C., Silva, C. B., & Elias, M. R. (2018). Decision-making process in the pre-dialysis CKD patients: Do anxiety, stress and depression matter. *Biomed Central Nephrology*, 19(98), 1-6.
- Brislin, R. (1986). Field methods in cross-cultural psychology. In W. J. Lonner & J. W. Berry (Eds.), *The Wording and Translation of Research Instruments*. Newbury park, CA: Sage publications.
- Cassidy, B. P., Harwood, L., Getchell, L. E., Smith, M., Sibbald, S. L., & Moist, L. M. (2018). Educational support around dialysis modality decision making in patients with chronic kidney disease: A qualitative study. *Canadian Journal of Kidney Health and Disease*, 5, 1-9.
- Chaisawat, P., Pawananan, P., Nanongkai, S., & Kittipichai, V. (2016). Utilization of elderly health services, tambon viharu khao, amphor tha-chang, Singburi. *Vajira Nursing Journal*, 18(2), 42-50. [In Thai]
- Chang, P.Y., Chien, L.N, Lin, Y.F, Wu, M.S, Chiu, W.T, & Chiou, H.Y. (2016). Risk factors of gender for renal progression in patients with early chronic kidney disease. *Medicine*, 95(30), 1-7.
- Chylinska, J., Lazarewicz, M. A., Rzakiewicz, M., Adamus, M., Jaworski, M., Haugan, G., & Wlodarczyk, D. (2017). The role of gender in the active attitude toward treatment and sociodemographic factors as moderators. *Biomed Central Geriatrics*, 17(284), 1-10.

- Fresenius Medical Care. (2013). Annual report 2013. Retrieved April 1, 2019, from https://www.freseniusmedicalcare.com/fileadmin/data/de/pdf/investors/News_Publications/Annual_Reports/2013/FMC_Annual_Report_2013_en.pdf.
- Faul, F., Erdfelder, E., Lang, G. A., & Buchner, A. (2007). G*power: A flexible statistical power analysis program for the social, behavioral, and biomedical sciences. *Behavior Research Methods*, 39(2), 175-191.
- He, F., Li, D., Cao, R., Zeng, J., & Guan, H. (2014). The attitude-behavior discrepancy in medical decision making. *Iranian Red Crescent Medical Journal*, 16(12), e14612. <https://doi.org/10.5812/ircmj.14612>.
- Hyodo, T., Fukagawa, M., Hirawa, N., Hayashi, M., Nitta, K., Chan, S., & Widiana, G. (2019). Present status of renal replacement therapy in Asian countries as of 2016: Cambodia, Laos, Mongolia, Bhutan, and Indonesia. *Renal Replacement Therapy*, 5(12), 1-11.
- Kochasenee, P., & Jittinan, A. (2019). Chronic kidney disease and initiation of dialysis. *Essentials in hemodialysis*. Bangkok: Text and journal publication. [In Thai]
- Kramer, A., Pippias, M., Noordzij, M., Stel, V. S., Andrushev, A. M., Aparicio-Madre, M. I., & Jager, K. J. (2019). The european renal association – european dialysis and transplant association (era-edta) registry annual report 2016: A summary. *Clinical Kidney Journal*, 11(1), 1-19.
- Lazarewicz, M. A., Włodarczyk, D., Chylinska, J., Jaworski, M., Rządkiwicz, M., Adamus, M., & Espnes, G. A. (2018). Testing a new tool assessing attitude towards treatment and health in primary health care setting: senior patients and doctors perspectives. *Scandinavian Journal of Public Health*, 47(1), 1-9.
- Ladin, K., Pandya, R., Perrone, R. D., Meyer, K. B., Kannam, A., Loke, R., Oskoui, T., Weiner, D. E., & Wong, J. B. (2018). Characterizing approaches to dialysis decision making with older adults: A qualitative study of nephrologists. *Clinical Journal of The American Society of Nephrology : CJASN*, 13(8), 1188-1196.
- Lee, A., Gudex, C., Povlsen, J. V., Bonnevie, B., & Nielsen, C. P. (2008). Patients' views regarding choice of dialysis modality. *Nephrology Dialysis Transplantation*, 23(12), 3953-3959.
- Lertlulm, L. (1999). *Hope of elderly*. Graduate school. Khon Kaen University. [In Thai]
- Lindberg, J., Johansson, M., & Broström, L. (2019). Temporising and respect for patient self-determination. *Journal of Medical Ethics*, 45(3), 161-167.
- Lorcy, N., Turmel, V., Oger, E., Couchoud, C., & Vigneau, C. (2015). Opinion of french nephrologists on renal replacement therapy: survey on their personal choice. *Clinical Kidney Journal*, 8(6), 785-788.
- Miller, J.F. (1985). "Hope". *American Journal of Nursing*, 85, 23-25.
- Penchansky, R., & Thomas, J. W. (1981) The concept of access definition and relationships to consumer satisfaction. *Medical Care*, 19, 127-140.

- Polit, D.F., & Beck, C.T. (2004). *Nursing research: Principles and methods*. (7th Ed.), Lippincott Williams & Wilkins, Philadelphia.
- Polit, D.F., & Beck, C.T. (2017). *Nursing research: generating and assessing evidence for nursing practice* (10th Ed.), Philadelphia: Wolters Kluwer Health.
- Qazi, H. A., Chen, H., & Zhu, M. (2018). Factors influencing dialysis withdrawal: a scoping review. *Biomed Central Nephrology*, 19(96), 3-11.
- Russell, J. S., & Boulware, E. L. (2018). End-stage renal disease treatment options education. *Seminar in Dialysis*, 31, 122-128.
- Ryan, R. M., & Deci, E. L. (2017). *Self-determination theory basic psychological needs in motivation, development, and wellness*. New York: The Guilford Press.
- Saeed, F., Muhammad, S., Khalid, R., Raza, N., Ronald, E., Sarah, D., Muhammad, M., & Kevin, F. (2020). Dialysis decision-making and preferences for end-of-life care: perspectives of pakistani patients receiving maintenance dialysis. *Journal of Pain and Symptom Management*, 59(3), 1-8.
- Saran, R., Robinson, B., Abbott, K. C., Agodoa, L., Bragg-Gresham, J., Balkrishnan, R., ... Shahinian, V. (2019). Us renal data system 2018 annual data report: Epidemiology of kidney disease in the united states. *American Journal of Kidney Diseases*, 73(3), 1-772.
- Shafi, S. T., Saleem, M., Anjum, R., Abdullah, W., & Shafi, T. (2018). Refusal of hemodialysis by hospitalized chronic kidney disease patients in Pakistan. *Saudi Journal of Kidney Diseases and Transplantation*, 29(2), 401-408.
- Sidani, S., Epstein, D. R., Fox, M., & Miranda, J. (2018). Psychometric properties of the treatment perception and preferences measure. *Clinical Nursing Research*, 27(6), 743-761
- Song, M.K., Lin, F.C., Gilet, C. A., Arnold, R. M., Bridgman, J. C., & Ward, S. E. (2013). Patient perspectives on informed decision-making surrounding dialysis initiation. *Nephrol Dial Transplant*, 28, 2815-2823.
- Winterbottom, A., Bekker, H. L., Conner, M., & Mooney, A. (2012). Choosing dialysis modality: decision making in a chronic illness context. *Health Expectations*, 17, 710-723.
- Yazawa, M., Omae, K., Shibagaki, Y., Inaba, M., Tsuruya, K., & Kurita, N. (2019). The effect of transportation modality to dialysis facilities on health related quality of life among hemodialysis patients: results from the Japanese dialysis outcomes and practice pattern study. *Clinical Kidney Journal*, 110, 1-7.

ปัจจัยทำนายความตั้งใจในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียว 6 เดือน ของมารดาหลังคลอดที่ทำงานในโรงงานอุตสาหกรรม

วันเพ็ญ ฤทธา, พย.ม.¹ ตติรัตน์ เตชะศักดิ์ศรี, Dr.P.H.^{2*} พิริยา ศุภศรี, วท.ม.³

บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นการวิจัยเชิงทำนาย เพื่อศึกษาความตั้งใจในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียว 6 เดือน และปัจจัยทำนายความตั้งใจในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียว 6 เดือน ของมารดาที่ทำงานในโรงงานอุตสาหกรรม กลุ่มตัวอย่างคือ มารดาหลังคลอดที่จะกลับไปทำงาน จำนวน 155 ราย เก็บข้อมูลโดยใช้ด้วยแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ความตั้งใจในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียว 6 เดือน ทศนคติเกี่ยวกับการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิงในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ การรับรู้ความสามารถในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ และการสนับสนุนการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ของโรงงานอุตสาหกรรม ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค .74, .73, .94, .92 และ .96 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติพรรณนาและการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน

ผลการศึกษาพบว่า คะแนนเฉลี่ยความตั้งใจในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียว 6 เดือน เท่ากับ 36.70 ($SD = 7.44$) การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิงในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ การรับรู้ความสามารถในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ และการสนับสนุนการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ของโรงงานอุตสาหกรรม สามารถอธิบายความแปรปรวนของความตั้งใจในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียว 6 เดือนได้ร้อยละ 46.5 โดยการคล้อยตามกลุ่มอ้างอิงในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่เป็นตัวทำนายที่ดีที่สุดและมีนัยสำคัญทางสถิติ ($\beta = .50, p < .001$) ดังนั้นพยาบาลควรส่งเสริมความตั้งใจในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ โดยเพิ่มการมีส่วนร่วมของครอบครัวและโรงงานอุตสาหกรรมร่วมกับการรับรู้ความสามารถในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ของมารดาที่ทำงานในโรงงานอุตสาหกรรม

คำสำคัญ: ความตั้งใจในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ทศนคติ การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิง การรับรู้ความสามารถ โรงงานอุตสาหกรรม

¹ นิสิตหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการผดุงครรภ์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

² ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

³ รองศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

* ผู้เขียนหลัก E-mail: tatiratp@yahoo.com

Factors Predicting Exclusive Breastfeeding Intention for 6 Months among Working Mothers in the Industry

Wanphen Ritta, M.N.S.¹, Tatirat Tachasuksri, Dr.P.H.^{2*}, Piriya Suppasri, M.Sc.³

Abstract

This predictive study aimed to examine exclusive breastfeeding intention for 6 months and factors predicting exclusive breastfeeding intention for 6 months among mothers working in industry. The sample was 155 postpartum mothers returning to work in industry. Data collected by questionnaires included demographic data, exclusive breastfeeding intention for 6 months, attitude toward exclusive breastfeeding, subjective norm regarding exclusive breastfeeding, breastfeeding self-efficacy and industry support for breastfeeding. The questionnaires' Cronbach's alpha coefficients were .74, .73, .94, .92 and .96, respectively. Data were analyzed using descriptive statistics and stepwise multiple regression.

The results found that the mean score of exclusive breastfeeding intention for 6 months was 36.70 ($SD = 7.44$). Subjective norm regarding exclusive breastfeeding, breastfeeding self-efficacy and industry support for breastfeeding explained 46.5% of the variance in exclusive breastfeeding intention for 6 months. The subjective norm regarding exclusive breastfeeding was the best predictor of exclusive breastfeeding intention for 6 months ($\beta = .50, p < .001$). The results of this study suggest that nurses should promote exclusive breastfeeding intention and family and industry participation, as well as promote breastfeeding self-efficacy among working mothers in industry.

Key words: breastfeeding intention, attitude, subjective norm, self-efficacy, industry

¹ Master of Nursing Science in Midwifery, Faculty of Nursing, Burapha University

² Assistant Professor, Faculty of Nursing, Burapha University

³ Associate Professor, Faculty of Nursing, Burapha University

* Corresponding author E-mail: tatiratp@yahoo.com

ความสำคัญของปัญหา

ปัจจุบันประเทศต่าง ๆ ทั่วโลกตระหนักถึงความสำคัญเกี่ยวกับการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่มากขึ้น เนื่องจากนมแม่มีสารอาหารที่เหมาะสมสำหรับการเจริญเติบโตและพัฒนาการด้านร่างกายและสติปัญญา ตลอดจนเสริมสร้างภูมิคุ้มกันโรคและเพิ่มความผูกพันระหว่างมารดาและทารก องค์การอนามัยโลก (World Health Organization, WHO) และองค์การทุนเพื่อเด็กแห่งสหประชาชาติ (UNICEF) แนะนำให้มารดาทุกคนเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวอย่างน้อย 6 เดือน จากนั้นจึงให้อาหารเสริมกับทารก ร่วมกับนมแม่จนถึง 2 ปี หรือนานกว่า พร้อมทั้งกำหนดแนวทางสู่ความสำเร็จในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ 10 ขั้นตอน โดยเริ่มตั้งแต่ระยะตั้งครรภ์จนถึงหลังคลอดเมื่อกลับไปดูแลลูกที่บ้าน (WHO, 2018) โดยมีเป้าหมายความสำเร็จในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียว 6 เดือน ร้อยละ 50 ภายใน พ.ศ. 2568 (WHO, 2014) จากข้อมูลขององค์การทุนเพื่อเด็กแห่งสหประชาชาติ ในปี ค.ศ. 2018 พบว่า อัตราการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียว 6 เดือน โดยภาพรวมทั่วโลกมีร้อยละ 41 (WHO, 2018) สำหรับประเทศไทย จากการสำรวจสถานการณ์เด็กและสตรี พบว่า อัตราการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียว 6 เดือน เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 5.4 ใน พ.ศ. 2548 เป็นร้อยละ 12.3 และ 23.1 ใน พ.ศ. 2555 และ 2558 ตามลำดับ (National Statistical Office, 2007; 2013; National Statistical Office & United Nations Children's Fund, 2017) และจากการศึกษาในกลุ่มมารดาที่ทำงานนอกบ้านในปี พ.ศ. 2561 พบว่า มีอัตราการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียว 6 เดือน ร้อยละ 18.4 (Rattasumpum & Keawma, 2018) จากข้อมูลดังกล่าว จะเห็นว่าได้ว่าอัตราการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่มีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้น แต่ยังไม่บรรลุเป้าหมายตามที่องค์การอนามัยโลกกำหนดไว้ โดยเฉพาะกลุ่มมารดาที่ทำงานนอกบ้าน

การที่ความสำเร็จในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ยังไม่เป็นไปตามเป้าหมายที่กำหนด เนื่องจากปัจจุบันผู้หญิงต้องออกไปทำงานนอกบ้านเพิ่มขึ้น เพื่อช่วยแบ่งเบาภาระครอบครัว ส่งผลให้รูปแบบการดูแลบุตรหลังคลอดเปลี่ยนแปลงไป และเป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้ไม่ประสบความสำเร็จในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียว 6 เดือน

สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่า สาเหตุสำคัญที่ทำให้มารดาเริ่มให้นมผสมและอาหารเสริมแก่ทารกก่อน 6 เดือน คือ การกลับไปทำงาน (ร้อยละ 71.1) โดยเฉพาะในกลุ่มที่ทำงานในสถานประกอบการ โรงงานอุตสาหกรรม หรือ บริษัท มีจำนวนวันที่สามารถลาคลอดแตกต่างกัน (Khobkhun, Saritsumbut, & Khurirungputjai, 2010) ประกอบกับปัญหาด้านเศรษฐกิจ ส่งผลให้มารดากลับไปทำงานก่อนครบวันลาคลอด เมื่อกลับไปทำงาน ช่วงเวลาการทำงานไม่เอื้อต่อการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ปฏิกริยาเชิงลบของผู้ร่วมงาน และบริบทของสถานที่ทำงานที่ไม่เอื้อต่อการเก็บน้ำนม ส่งผลต่อระยะเวลาในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างต่อเนื่องลดลง (Lomrattananont & Sriratanaban, 2013) จังหวัดระยองเป็นเขตพัฒนาพิเศษภาคตะวันออก (Eastern Economic Corridor: EEC) ที่มีแรงงานวัยเจริญพันธุ์เข้ามาทำงานจำนวนมาก และเป็นพื้นที่มีอัตราการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียว 6 เดือน ต่ำกว่าเกณฑ์ที่กำหนด สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่า มารดาในเขตพื้นที่สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเขต 6 โดยภาพรวมมีค่าเฉลี่ยในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวระยะเวลา 5.52 เดือน และพบว่ามารดาที่อาศัยในจังหวัดระยองมีระยะเวลาเฉลี่ยในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวต่ำที่สุด เท่ากับ 4.43 เดือน (Armpat, Pisaipun, Sanebud, Krudtakad, & Juntarasuk, 2015) ถึงแม้ว่าจะมีการรณรงค์และส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในมารดาที่ทำงานในโรงงานอุตสาหกรรมโดยการจัดทำโครงการส่งเสริมการจัดตั้งมุมนมแม่ในสถานประกอบการ แต่การจัดมุมนมแม่เพียงอย่างเดียวอาจไม่เพียงพอที่จะช่วยให้มารดาที่ทำงานยังคงการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างต่อเนื่องถึง 6 เดือน

ปัจจัยที่มีส่วนสำคัญในการส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียว 6 เดือนให้ประสบความสำเร็จขึ้นอยู่กับหลายปัจจัย โดยเฉพาะความตั้งใจในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียว 6 เดือน ดังแนวคิดทฤษฎีพฤติกรรมตามแบบแผนของ Ajzen (1991) กล่าวว่า การที่บุคคลจะสามารถปฏิบัติตนให้ประสบความสำเร็จ ขึ้นอยู่กับความตั้งใจในการปฏิบัติกิจกรรมนั้น ๆ สอดคล้องกับการศึกษาของ Wongphinit, Sinsuksai, and Yusamran (2016) พบว่า ความตั้งใจในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่สามารถร่วม

ทำนายโอกาสในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวย 1 เดือนของมารดาหลังคลอดได้ร้อยละ 49.9 และการศึกษาที่พบว่า ความตั้งใจในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ของมารดามีความสัมพันธ์ทางบวกกับระยะเวลาในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวย (Bai, Middlestadt, Peng, & Fly, 2010) ดังนั้น มารดาจะประสบความสำเร็จในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวย 6 เดือน มารดาต้องมีความตั้งใจในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่

การศึกษานี้ใช้แนวคิดพฤติกรรมตามแบบแผนของ Ajzen (1991) ที่อธิบายเกี่ยวกับความตั้งใจที่จะกระทำพฤติกรรมของบุคคลเป็นผลมาจากปัจจัย 3 ประการ คือทัศนคติต่อพฤติกรรม การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิง และการรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรม ร่วมกับ การทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวกับปัจจัยที่มีผลต่อความตั้งใจในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวย 6 เดือน ของมารดาหลังคลอดที่ทำงานในโรงงานอุตสาหกรรม ได้แก่ ทัศนคติในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ เป็นปัจจัยภายในตัวบุคคลที่เกี่ยวกับความเชื่อในประโยชน์ที่ได้รับจากการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวย หากมารดามีทัศนคติที่ดีและคิดว่านมแม่มีประโยชน์ต่อสุขภาพของทารก จะส่งผลให้มีความตั้งใจในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ดังการศึกษาที่ผ่านมาพบว่า ทัศนคติในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่มีความสัมพันธ์ทางบวกและสามารถร่วมทำนายความตั้งใจในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวยได้ (Bai et al., 2010; Pruekphattaranon & Nusom, 2014) การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิงในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ เป็นปัจจัยทางสังคมที่เกี่ยวข้องกับการรับรู้ของมารดาต่อความคาดหวังให้กระทำพฤติกรรมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ของบุคคลที่มีความสำคัญกับมารดา ได้แก่ สามี ย่า ยาย และเพื่อน ส่งผลต่อความตั้งใจในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ของมารดา ดังการศึกษาพบว่า การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิงในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่มีความสัมพันธ์ทางบวก และสามารถทำนายความตั้งใจในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ได้ (Bai et al., 2010; Chansiri, Phahuwatanakorn, & Yusamran, 2017) การรับรู้ความสามารถในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ เป็นความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเองในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ถึงแม้ว่าจะมีความยากลำบากส่งผลให้มีความพยายามหาวิธีการแก้ไขปัญหา เพื่อให้ตนเองประสบความสำเร็จในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ได้ ดัง

การศึกษาพบว่า การรับรู้สมรรถนะแห่งตนมีความสัมพันธ์ทางบวกและทำนายความตั้งใจในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวยได้ (Bai et al., 2010; Chansiri et al., 2017) และการสนับสนุนการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ของโรงงานอุตสาหกรรม เป็นปัจจัยเกี่ยวกับบริบทแวดล้อมของมารดา ดังการศึกษาพบว่า ปัจจัยที่มีผลให้หญิงหลังคลอดตัดสินใจหยุดให้นมบุตร เนื่องจากสถานที่ทำงานขาดสิ่งอำนวยความสะดวกเกี่ยวกับการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่และไม่มีนโยบายในการส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ (Amin et al., 2011) ดังนั้นหากมารดาได้รับรู้สถานประกอบการให้สนับสนุนการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ จะส่งผลให้มีความตั้งใจในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างต่อเนื่องเมื่อต้องกลับไปทำงานและคงไว้ซึ่งพฤติกรรมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ต่อเนื่องต่อไป ดังนั้นสามารถสรุปทัศนคติในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิงในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ การรับรู้ความสามารถในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ และการสนับสนุนการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ของโรงงานอุตสาหกรรมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความตั้งใจในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ของมารดาหลังคลอดที่ทำงานในโรงงานอุตสาหกรรม

จากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับปัจจัยที่มีผลต่อความตั้งใจในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ของมารดาหลังคลอดพบว่า การศึกษาส่วนใหญ่ทำในกลุ่มมารดาที่ทำงานนอกบ้าน แต่มีการศึกษาน้อยในมารดาที่ทำงานในโรงงานอุตสาหกรรม ซึ่งมีบริบทที่แตกต่างจากการทำงานนอกบ้านประเภทอื่น โดยส่วนใหญ่เป็นการสำรวจเกี่ยวกับระยะเวลาในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในกลุ่มมารดาที่ทำงานในโรงงานอุตสาหกรรม แต่ไม่พบการศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยที่มีผลต่อความตั้งใจในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวย 6 เดือนของมารดาที่ทำงานในโรงงานอุตสาหกรรม ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาหาปัจจัยทำนายความตั้งใจในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวย 6 เดือนของมารดาหลังคลอดที่ทำงานในโรงงาน อันนำไปสู่ความสำเร็จในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ โดยใช้แนวคิดทฤษฎีพฤติกรรมตามแบบแผนของ Ajzen (1991) และการทบทวนวรรณกรรมเป็นกรอบในการศึกษาปัจจัยทำนายความตั้งใจในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวย 6 เดือน ในมารดาที่ทำงานในโรงงานอุตสาหกรรม ผลการศึกษาสามารถนำไปใช้เป็นแนวทางการส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวย 6 เดือน

ของสถานพยาบาลและสถานประกอบการต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาความตั้งใจในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียว 6 เดือนของมารดาหลังคลอดที่ทำงานในโรงงานอุตสาหกรรม

2. เพื่อศึกษาปัจจัยทำนายความตั้งใจในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียว 6 เดือนของมารดาหลังคลอดที่ทำงานในโรงงานอุตสาหกรรม ได้แก่ ทักษะคิดในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ การรับรู้ความสามารถในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิงในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ และการสนับสนุนการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ของโรงงานอุตสาหกรรม

กรอบแนวคิดในการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ ใช้แนวคิดพฤติกรรมตามแบบแผนของ Ajzen (1991) อธิบายว่าพฤติกรรมของบุคคลที่แสดงออกเป็นผลมาจากความตั้งใจที่จะกระทำพฤติกรรมนั้น ซึ่งเป็นผลมาจากปัจจัย 3 ประการ คือ ทักษะคิดต่อพฤติกรรม การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิง และการรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรม ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความตั้งใจในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ของมารดาหลังคลอดที่ทำงานในโรงงานอุตสาหกรรม ได้แก่ ทักษะคิดในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ เป็นปัจจัยเกี่ยวกับความเชื่อในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ของมารดา หากมารดามีทัศนคติที่ดีในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ส่งผลให้มีความตั้งใจในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียว 6 เดือน การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิงในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ เป็นการรับรู้ความคาดหวังในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ของบุคคลที่มีความสำคัญกับมารดา หากกลุ่มอ้างอิงคาดหวังให้มารดาเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียว 6 เดือน มารดาจะมีความตั้งใจในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ตามความคาดหวังของกลุ่มอ้างอิง การรับรู้ความสามารถในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ เป็นความมั่นใจในความสามารถของตนเองในการจัดการปัญหาและอุปสรรคในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ส่งผลให้มารดามีความตั้งใจในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียว 6 เดือน และการสนับสนุนการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ของโรงงานอุตสาหกรรม เป็นปัจจัยเกี่ยวกับการดำเนินการส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ให้กับ

พนักงานของตนเอง หากโรงงานอุตสาหกรรมมีการสนับสนุนการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ จะช่วยลดปัญหาและอุปสรรคต่อการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่จากการกลับไปทำงานในระยะหลังคลอด จึงส่งผลให้มารดามีความตั้งใจในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างต่อเนื่องภายหลังจากกลับมาทำงานมากขึ้น

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงทำนาย (Predictive research design)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ มารดาหลังคลอดที่ทำงานในโรงงานอุตสาหกรรม และมารับบริการการคลอดที่โรงพยาบาลระยอง และโรงพยาบาลเฉลิมพระเกียรติสมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมารี ระยอง กลุ่มตัวอย่าง คือ อายุตั้งแต่ 20 ปีขึ้นไป คลอดทางช่องคลอดครั้งแรกที่อายุครรภ์ตั้งแต่ 37 สัปดาห์ เต็มมปกติ ไม่มีข้อห้ามในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ไม่มีภาวะแทรกซ้อน และวางแผนกลับไปทำงานในโรงงานอุตสาหกรรมภายหลังคลอด ในช่วงเดือนมีนาคมถึงมิถุนายน พ.ศ. 2563 การคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้ค่า $R^2 = .08$ จากการศึกษาของ Nguyen, Deoises, and Siriarunrat (2013) ในการคำนวณ Effect size ได้เท่ากับ .087 กำหนดระดับนัยสำคัญที่ .05 ค่า power of test = .80 คำนวณกลุ่มตัวอย่างโดยใช้โปรแกรม G* Power 3.19.4 (Faul, Erdfelder, Lang, & Buchner, 2007) ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 143 ราย เพิ่มขนาดกลุ่มตัวอย่างอีกร้อยละ 10 เนื่องจากอาจมีการสูญหายของข้อมูล ดังนั้นได้กลุ่มตัวอย่างเท่ากับ 158 ราย แต่จากผลทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นของการวิเคราะห์ถดถอยพบว่าคุณค่ามีค่าผิดปกติ (Outlier) จำนวน 3 ราย พิจารณาจากค่า Z-Score ของ Residuals มากกว่า 3 จึงตัดข้อมูลที่มีค่าผิดปกติออก และเหลือข้อมูลที่ใช้ในการวิเคราะห์ในการศึกษานี้ จำนวน 155 ราย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบไปด้วยเครื่องมือ 6 ชุด มีรายละเอียดดังนี้

1. แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วย ข้อมูลทั่วไป ได้แก่ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส รายได้ครอบครัว บุคคลที่อาศัยอยู่ด้วย ลักษณะของ

ครอบครัว ระยะเวลาการลาคลอด ข้อมูลการตั้งครรภ์และการคลอด ได้แก่ จำนวนครั้งของการตั้งครรภ์ จำนวนครั้งของการแท้ง น้ำหนักบุตร

2. แบบสอบถามความตั้งใจในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียว 6 เดือน พัฒนาขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง มีข้อคำถามทั้งหมด 10 ข้อ ประกอบด้วย 2 ด้าน คือ ความมุ่งมั่นในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียว และความมุ่งมั่นในการแก้ไขปัญหาและอุปสรรคในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ เป็นข้อคำถามด้านลบ ได้แก่ ข้อ 1, 2, 3 และ 4 ลักษณะแบบสอบถามเป็นมาตรประมาณค่า 5 ระดับ (ตั้งใจน้อยที่สุด ถึง ตั้งใจมากที่สุด) มีค่าระหว่าง 10-50 คะแนน คะแนนรวมมาก หมายถึง มีความตั้งใจในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่มากกว่ากลุ่มที่มีคะแนนรวมน้อย

3. แบบสอบถามทัศนคติเกี่ยวกับการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ใช้แบบประเมิน The Iowa Infant Feeding Attitude Scale (De La Mora, Russell, Dungy, Losch, & Dusdieker, 1999) แปลเป็นภาษาไทยโดย Owatanapanich, Somtang, and Sukprasong (2015) ผลการตรวจสอบความเที่ยงของเครื่องมือในกลุ่มมารดาหลังคลอด 48 ชั่วโมง ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ .86 ข้อคำถามทั้งหมดมีจำนวน 17 ข้อ เป็นข้อคำถามด้านลบจำนวน 7 ข้อ ได้แก่ ข้อ 2, 4, 6, 8, 10, 11 และ 14 ลักษณะแบบสอบถามเป็นมาตรประมาณค่า 5 ระดับ (เห็นด้วยน้อยที่สุด ถึง เห็นด้วยมากที่สุด) มีค่าระหว่าง 17-85 คะแนน คะแนนรวมมาก หมายถึง มีทัศนคติเกี่ยวกับการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ที่ดีกว่ากลุ่มที่มีคะแนนรวมน้อย

4. แบบสอบถามการคล้อยตามกลุ่มอ้างอิงในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ใช้แบบประเมินการคล้อยตามกลุ่มอ้างอิงในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ (Wongyai, Somboon, & Kantaruksa, 2011) ผลการตรวจสอบความเที่ยงของเครื่องมือในกลุ่มสตรีตั้งครรภ์ ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ .88 มีข้อคำถามทั้งหมด 12 ข้อ ลักษณะแบบสอบถามเป็นมาตรประมาณค่า 5 ระดับ (ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง ถึง เห็นด้วยอย่างยิ่ง) มีค่าอยู่ระหว่าง 12-60 คะแนน คะแนนรวมมาก หมายถึง มีความเชื่อที่จะเลี้ยงลูกด้วยนมแม่คล้อยตามกลุ่มอ้างอิงมากกว่ากลุ่มที่มีคะแนนรวมน้อย

5. แบบสอบถามการรับรู้ความสามารถในการ

เลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ใช้แบบประเมินสมรรถนะแห่งตนในการให้นมบุตรในแม่ทำงาน (Benjamas, Punyarat, Surintorn, & Diane, 2016) แปลและดัดแปลงจาก Self-efficacy Scale-Short Form (BSES-SF) (Dennis, 2003) ผลการตรวจสอบความเที่ยงของเครื่องมือในมารดาหลังคลอด ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ .93 มีข้อคำถามทั้งหมด 20 ข้อ ลักษณะแบบสอบถามเป็นมาตรประมาณ 5 ระดับ (ไม่มั่นใจ ถึง มั่นใจมาก) มีค่าระหว่าง 20-100 คะแนน คะแนนรวมมาก หมายถึง มีความมั่นใจในความสามารถที่จะเลี้ยงลูกด้วยนมแม่มากกว่ากลุ่มที่มีคะแนนรวมน้อย

6. แบบสอบถามการสนับสนุนการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ของโรงงานอุตสาหกรรม พัฒนาโดยใช้แนวคิดของ House (1981) ประกอบด้วย 4 ด้าน คือ ด้านอารมณ์ ด้านข้อมูล ด้านประเมินผล และด้านทรัพยากร มีข้อคำถามทั้งหมด 10 ข้อ ลักษณะแบบสอบถามเป็นมาตรประมาณค่า 5 ระดับ (เห็นด้วยน้อยที่สุด ถึง เห็นด้วยมากที่สุด) มีค่าระหว่าง 10-50 คะแนน คะแนนรวมมาก หมายถึง มีการสนับสนุนการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ของโรงงานอุตสาหกรรมเป็นจริงมากกว่ากลุ่มที่มีคะแนนรวมน้อย

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือการวิจัย

การหาความตรงตามเนื้อหา (content validity) ของแบบสอบถามความตั้งใจในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่และการสนับสนุนการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ของโรงงานอุตสาหกรรม โดยผู้ทรงคุณวุฒิด้านการพยาบาลแม่และเด็กจำนวน 5 ท่าน ได้ ค่า CVI เท่ากับ .96 และ 1.00 ตามลำดับ จากนั้นนำแบบสอบถามทั้งหมดไปทดลองใช้กับมารดาหลังคลอดที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์การคัดเข้าเป็นกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 ราย ได้แก่ แบบสอบถามความตั้งใจในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียว 6 เดือน ทัศนคติเกี่ยวกับการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิงในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ การรับรู้ความสามารถในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ และการสนับสนุนการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ของโรงงานอุตสาหกรรม ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ .74, .73, .94, .92 และ .96 ตามลำดับ

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการ

พิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยบูรพา รหัสโครงการวิจัย G-HS 018/2563 และคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลระยอง กระทรวงสาธารณสุข เลขที่โครงการ RYH REC No. E006/2563 ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยดำเนินการเก็บข้อมูลโดยอธิบายวัตถุประสงค์และขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูลให้กลุ่มตัวอย่างทราบ การเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้เป็นไปด้วยความสมัครใจ โดยให้กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ตัดสินใจด้วยตนเอง หากกลุ่มตัวอย่างต้องการออกจากการศึกษา สามารถกระทำได้ตลอดเวลา ไม่มีผลกระทบใดๆ ต่อกลุ่มตัวอย่าง การรวบรวมข้อมูลไม่มีการระบุชื่อหรือที่อยู่ของกลุ่มตัวอย่าง ข้อมูลที่ได้จะเป็นความลับ มีเพียงผู้วิจัยและอาจารย์ที่ปรึกษาเท่านั้นที่สามารถเข้าถึงข้อมูลได้ และจะนำไปใช้ประโยชน์ทางวิชาการเท่านั้น ส่วนผลการวิจัยจะนำเสนอในภาพรวมภายหลังผลการวิจัยได้รับการตีพิมพ์เผยแพร่ในวารสารแล้ว ข้อมูลทั้งหมดจะถูกทำลาย เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินดียินยอมเข้าร่วมการวิจัย จึงให้ลงนามยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

การเก็บรวบรวมข้อมูล

เมื่อได้รับรองจริยธรรมแล้ว ผู้วิจัยติดต่อหัวหน้าพยาบาลโรงพยาบาลระยอง และโรงพยาบาลเฉลิมพระเกียรติสมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมารี ระยอง เพื่อชี้แจงเกี่ยวกับการวิจัยและการเก็บรวบรวมข้อมูล พร้อมทั้งเตรียมผู้ช่วยวิจัย โดยอธิบายเกี่ยวกับการวิจัย การเก็บรวบรวมข้อมูล และการพิทักษ์สิทธิในการเข้าร่วมงานวิจัย เพื่อเก็บรวบรวมข้อมูลที่โรงพยาบาลระยอง จากนั้นคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์คุณสมบัติที่กำหนด ชี้แจงวัตถุประสงค์ การตอบแบบสอบถาม และการพิทักษ์สิทธิเมื่อสมัครใจแล้ว ผู้วิจัยจึงให้กลุ่มตัวอย่างลงนามยินยอมเข้าร่วมการวิจัย จากนั้นดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล ใช้เวลาในการตอบแบบสอบถามประมาณ 15 นาที ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยตรวจสอบข้อมูลและนำมาวิเคราะห์

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยนำข้อมูลไปวิเคราะห์ทางสถิติโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป โดยกำหนดค่าระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 ประกอบด้วยวิธีการวิเคราะห์ดังนี้

1. ข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลตัวแปรที่ศึกษาของมารดาหลังคลอดที่ทำงานของโรงงานอุตสาหกรรม

วิเคราะห์โดยใช้สถิติพรรณนา

2. ปัจจัยทำนายความตั้งใจในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ของมารดาที่ทำงานในโรงงานอุตสาหกรรม ได้แก่ทัศนคติต่อการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ การรับรู้ความสามารถของตนเองในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิงในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ และการสนับสนุนการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ของโรงงานอุตสาหกรรม วิเคราะห์โดยใช้สถิติถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน ผลการทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นจากข้อมูลจำนวน 155 รายพบว่า ไม่มีค่าผิดปกติ การกระจายของข้อมูลเป็นปกติ ตัวแปรต้นทุกตัวไม่มีความสัมพันธ์กันเอง และเป็นอิสระต่อกัน

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลส่วนบุคคล กลุ่มตัวอย่างมีอายุเฉลี่ย 28.94 ปี ($SD = 3.69$) อายุอยู่ในช่วง 25-29 ปี มากที่สุด ร้อยละ 47.74 จบการศึกษาชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น ร้อยละ 30.32 สถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 92.90 ทำงานในช่วงเวลาทำการปกติ ร้อยละ 67.10 รายได้ของครอบครัวเฉลี่ย 36,419.35 บาท ($SD = 16,072.43$) จำนวนวันในการลาหลังคลอดมากที่สุด คือ 90 วัน ร้อยละ 73.55 จำนวนวันที่ตั้งใจลาหลังคลอดมากที่สุด คือ 90 ร้อยละ 74.19 ส่วนใหญ่ตั้งครรถ์ครั้งแรก ร้อยละ 87.10 และได้รับความรู้เกี่ยวกับการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่จากแพทย์และพยาบาล ร้อยละ 81.26 ลักษณะครอบครัวเป็นครอบครัวเดี่ยว ร้อยละ 52.90 หลังคลอดเวลาคลอดบุตรส่วนใหญ่ต้องการดูแลบุตรเองคิดเป็นร้อยละ 78.06 โดยให้ย่า/ยายดูแลบุตรในช่วงที่ไปทำงาน คิดเป็นร้อยละ 63.23

2. ข้อมูลความตั้งใจในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียว 6 เดือน กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยความตั้งใจในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียว 6 เดือน โดยรวมเท่ากับ 36.70 ($SD = 7.44$) เมื่อพิจารณารายด้านพบว่า ด้านความมุ่งมั่นในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียว มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 17.17 ($SD = 4.27$) และด้านความมุ่งมั่นในการแก้ไขปัญหาและอุปสรรคในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 19.52 ($SD = 4.57$) ข้อที่มีคะแนนมากที่สุด คือ ความตั้งใจในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียว 6 เดือน ถึงแม้จะต้องตื่นมาให้นมลูกตอนกลางคืน ($M = 4.01$, $SD = 1.05$) รองลงมาคือ ความตั้งใจ

ในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวนาน 6 เดือน ถึงแม้จะมี (ตารางที่ 1)

ความลำบากในการให้นมแม่ ($M = 3.91$, $SD = 0.96$)

ตารางที่ 1 ค่าพิสัย ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของความตั้งใจในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวนาน 6 เดือน ($n = 155$)

ตัวแปร	Range		M	SD
	Possible	Actual		
ความตั้งใจในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวนาน 6 เดือน	10-50	14-50	36.70	7.44
ด้านความมุ่งมั่นในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวนาน	5-25	7-25	17.17	4.27
ด้านความมุ่งมั่นในการแก้ไขปัญหาและอุปสรรคในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่	5-25	5-25	19.52	4.57

3. ข้อมูลตัวแปรต้นที่ศึกษา ทักษะในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่มีคะแนนเฉลี่ย 65.77 ($SD = 6.39$) การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิงในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่มีคะแนนเฉลี่ย 47.75 ($SD = 8.54$) การรับรู้ความสามารถในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่มีคะแนนเฉลี่ย 74.26 ($SD = 11.69$) และการสนับสนุนการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ของโรงงานอุตสาหกรรมมีคะแนนเฉลี่ย 23.08 ($SD = 10.34$) (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 ค่าพิสัย ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของตัวแปรต้นที่ศึกษา ($n = 155$)

ตัวแปร	Range		M	SD
	Possible	Actual		
ทักษะเกี่ยวกับการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่	17-85	52-79	65.77	6.39
การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิงในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่	12-60	32-60	47.75	8.54
การรับรู้ความสามารถในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่	20-100	51-100	74.26	11.69
การสนับสนุนการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ของโรงงานอุตสาหกรรม	10-50	10-50	23.08	10.34

4. ข้อมูลความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปร การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิงในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ การรับรู้ความสามารถในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ การสนับสนุนการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ของโรงงานอุตสาหกรรม มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความตั้งใจในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวนาน 6 เดือน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยการคล้อยตามกลุ่มอ้างอิงในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่มีความสัมพันธ์สูงที่สุด ($r = .62$, $p < .001$) (ตารางที่ 3)

ตารางที่ 3 การวิเคราะห์สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรที่ศึกษา ($n = 155$)

ตัวแปร	1	2	3	4	5
1. ความตั้งใจในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวนาน 6 เดือน	1.00				
2. ทักษะเกี่ยวกับการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่	.22**	1.00			
3. การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิงในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่	.62***	.34***	1.00		
4. การรับรู้ความสามารถในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่	.50***	.27***	.51***	1.00	
5. การสนับสนุนการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ของโรงงานอุตสาหกรรม	.32***	.00	.14*	.27***	1.00

* $p < .05$, ** $p < .01$, *** $p < .001$

5. ปัจจัยทำนายการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียว 6 เดือน ทศนคติเกี่ยวกับการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิงในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ การรับรู้ความสามารถในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ และการสนับสนุนการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ของโรงงานอุตสาหกรรม สามารถทำนายความตั้งใจในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียว 6 เดือน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ร้อยละ 46.5 ($R^2 = .465$,

$F_{(3, 151)} = 43.73, p < .001$) โดยการคล้อยตามกลุ่มอ้างอิงในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่เป็นปัจจัยทำนายความตั้งใจในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ที่ดีที่สุด ($\beta = .50, p < .001$) รองลงมาคือ การสนับสนุนการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ของโรงงานอุตสาหกรรม ($\beta = .20, p = .002$) และการรับรู้ความสามารถในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ($\beta = .20, p = .008$) (ตารางที่ 4)

ตารางที่ 4 ค่าสัมประสิทธิ์ถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอนของตัวแปรทำนายความตั้งใจในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียว 6 เดือน ($n = 155$)

ตัวแปร	b	S.E.	β	t	p
ค่าคงที่	3.99	3.09		1.29	.20
การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิงในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่	.43	.06	.50	7.14	<.001
การสนับสนุนการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ของโรงงานอุตสาหกรรม	.14	.04	.20	3.15	.002
การรับรู้ความสามารถในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่	.12	.04	.20	2.70	.008
$R^2 = .465$, Adjusted $R^2 = .454$, $F_{(3, 151)} = 43.73$, $p < .001$					

การอภิปรายผล

ความตั้งใจในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ของมารดาที่ทำงานในโรงงานอุตสาหกรรม มีคะแนนเฉลี่ยโดยรวมเท่ากับ 36.70 จากคะแนนเต็มเท่ากับ 50 ($SD = 7.44$) เมื่อพิจารณารายชื่อพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความตั้งใจให้น้ำนมผสม และอาหารเสริม ก่อนลูกอายุครบ 6 เดือน ในระดับมากและมากที่สุด ร้อยละ 23.87, 26.45 และ 39.35 ตามลำดับ แสดงให้เห็นว่า มารดาที่ทำงานในโรงงานอุตสาหกรรมมีความตั้งใจในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ร่วมกับให้น้ำนมผสม และอาหารเสริม ในช่วง 6 เดือนแรกหลังคลอด ทั้งนี้เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างเป็นมารดาที่ต้องกลับไปทำงานหลังครบเวลาคลอด มีลักษณะครอบครัวเป็นครอบครัวเดี่ยวร้อยละ 52.90 และวางแผนให้ครอบครัวเป็นผู้ดูแลบุตรในต่างจังหวัดภายหลังครบเวลาในการลาคลอด ร้อยละ 21.94 จึงเป็นอุปสรรคในการที่จะเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียว 6 เดือน สอดคล้องกับการศึกษาพบว่า มารดาหลังคลอดมีความตั้งใจในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวนาน 6 เดือน ในระดับปานกลาง ร้อยละ 54.0 (Wangsawat, Kaleang, Phibal, Jaisomkom, & Hayeese, 2014)

การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิงในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่

มีอิทธิพลทางบวกและสามารถทำนายความตั้งใจในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียว 6 เดือนได้มากที่สุด ($\beta = .50, p < .001$) เมื่อมารดารับรู้ว่าคุณสมบัติได้แก่ สามี สมาชิกครอบครัว เพื่อน และบุคลากรด้านสาธารณสุข คาดหวังให้มารดาเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ส่งผลให้มารดามีความตั้งใจในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่คล้อยตามกลุ่มอ้างอิง เนื่องจากการคล้อยตามกลุ่มอ้างอิงเป็นการรับรู้ความคาดหวังของบุคคลที่มีความสำคัญใกล้ชิดกับมารดา ได้แก่ สามี ย่า/ยาย เพื่อน และบุคลากรด้านสาธารณสุข เช่น แพทย์ และพยาบาล หากบุคคลที่มีความสำคัญใกล้ชิดคาดหวังให้มีการปฏิบัติพฤติกรรม บุคคลจะคล้อยตามความคาดหวังของกลุ่มอ้างอิง จึงมีความตั้งใจและปฏิบัติพฤติกรรมนั้นตามมา (Ajzen, 1991) ประกอบกับกลุ่มตัวอย่างต้องการดูแลบุตรด้วยตัวเอง เมื่อครบเวลาคลอด โดยให้ย่า/ยายช่วยดูแลบุตรในช่วงที่ไปทำงานคิดเป็นร้อยละ 63.23 จึงทำให้การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิงในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่สามารถทำนายความตั้งใจในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ได้มากที่สุด สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่า กลุ่มอ้างอิงในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ได้แก่ สามี ครอบครัว เพื่อนร่วมงาน สามารถทำนายความตั้งใจในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ 6 เดือน ของแรงงานสตรีตั้งครรภ์ ($\beta = .19, p = .01$) (Bratajaya,

Hemchayat, & Turner, 2015) และการคล้อยตามกลุ่มอ้างอิงในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่มีอิทธิพลทางบวก และสามารถทำนายความตั้งใจในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียว 6 เดือน ของสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นได้สูงที่สุด ($\beta = .463, p < .001$) (Chansiri et al., 2017)

การรับรู้ความสามารถในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่มีอิทธิพลทางบวกและสามารถทำนายความตั้งใจในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียว 6 เดือนได้ ($\beta = .20, p = .008$) อธิบายได้ว่า หากมารดามีความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเองในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่มาก จะมีความตั้งใจในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียว 6 เดือนมากด้วย เนื่องจากการรับรู้ความสามารถของตนเองเป็นปัจจัยที่แสดงถึงความสามารถในการควบคุมพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับการจัดการกับปัญหาหรืออุปสรรคในการปฏิบัติพฤติกรรม ส่งผลให้บุคคลมีความตั้งใจและตัดสินใจกระทำพฤติกรรมตามความเชื่อมั่นของตนในการควบคุมพฤติกรรมนั้น (Ajzen, 1991) ประกอบกับกลุ่มตัวอย่างเป็นวัยผู้ใหญ่ มีรายได้เฉลี่ยของครอบครัวค่อนข้างสูง ($M = 36,419.35, SD = 16,072.43$) ส่วนใหญ่สถานภาพสมรสคู่ (ร้อยละ 92.90) และได้รับความรู้เกี่ยวกับการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่จากแพทย์และพยาบาล (ร้อยละ 81.29) ส่งผลให้มีความสนใจเรียนรู้การส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ จึงมีการรับรู้ความสามารถและความตั้งใจในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ตามมา สอดคล้องกับการศึกษาของ Chansiri et al. (2017) พบว่า การรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่มีอิทธิพลทางบวกและสามารถทำนายความตั้งใจในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียว 6 เดือน ของสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นได้ ($\beta = .181, p < .05$)

การสนับสนุนการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ของโรงงานอุตสาหกรรมมีอิทธิพลทางบวกและสามารถทำนายความตั้งใจในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียว 6 เดือนได้ ($\beta = .20, p = .002$) อธิบายได้ว่า หากโรงงานอุตสาหกรรมมีการสนับสนุนการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ จะส่งผลต่อมารดาหลังคลอดให้มีความตั้งใจในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่มากขึ้น เนื่องจากโรงงานอุตสาหกรรมเป็นแหล่งสนับสนุนทางสังคม และเป็นปัจจัยด้านบริบทแวดล้อมที่มีความสำคัญอย่างมากต่อการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ของมารดาหลังคลอดที่กลับไปทำงาน หากโรงงานอุตสาหกรรมมีนโยบายและจัดบริการ

ส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ได้แก่ จัดสถานที่สำหรับปั๊มนมในที่ทำงานที่สะอาดและสะดวก ให้เวลาในการหยุดพักระหว่างวันในการปั๊มนม มีอุปกรณ์ในการปั๊มนมและแช่น้ำนม จะส่งผลให้มารดามีความตั้งใจที่จะเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียว 6 เดือน ภายหลังกลับไปทำงานมากขึ้น ดังการศึกษาของ Amin et al. (2011) พบว่า ปัจจัยที่ทำให้มารดาหลังคลอดตัดสินใจหยุดให้นมบุตร เนื่องจากสถานที่ทำงานไม่มีนโยบายและขาดสิ่งอำนวยความสะดวกในการส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่า การสนับสนุนการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่แก่มารดาในสถานประกอบการ ได้แก่ การให้ความรู้ การจัดอุปกรณ์ในการปั๊มนม และการจัดกิจกรรมรณรงค์ส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ส่งผลให้อัตราการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียว 6 เดือนของมารดาที่ทำงานในโรงงานอุตสาหกรรมสูงกว่าในระยะก่อนให้การสนับสนุน ($\chi^2 = 4.13, p = .042$) (Yimyam, Thapphansan, & Chumphan, 2012)

ทัศนคติเกี่ยวกับการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ไม่สามารถทำนายความตั้งใจในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียว 6 เดือนได้ ถึงแม้ว่ากลุ่มตัวอย่างจะมีทัศนคติค่อนข้างดี ($M = 65.77, SD = 6.39$) แต่เนื่องจากมารดาต้องกลับไปทำงานภายหลังครบเวลาคลอดและอยู่ร่วมกับสามีเป็นครอบครัวเดี่ยว (ร้อยละ 52.90) จึงไม่สามารถดูแลทารกด้วยตนเองได้ จำเป็นต้องพึ่งพาผู้อื่นในการดูแลทารกหลังคลอด เช่น ญาติ และผู้ดูแลเด็ก รวมทั้งยังวางแผนให้ครอบครัวเป็นผู้ดูแลบุตรในต่างจังหวัดภายหลังครบเวลาในการลาคลอดแล้ว (ร้อยละ 21.94) ส่งผลให้ทัศนคติเกี่ยวกับการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ไม่สามารถทำนายความตั้งใจในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียว 6 เดือนได้ สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่า ทัศนคติในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่มีความสัมพันธ์ทางบวก ($r = .171, p < .05$) แต่ไม่สามารถทำนายความตั้งใจในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวของสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นได้ (Chansiri et al., 2017)

สรุปและข้อเสนอแนะ

จากผลการศึกษาครั้งนี้พบว่า การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิงในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ การรับรู้ความสามารถในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ และการสนับสนุนของโรงงาน

อุตสาหกรรมในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่สามารถร่วมทำนายความตั้งใจในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวยาว 6 เดือน

1. พยาบาลและเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องควรจัดกิจกรรมส่งเสริมความตั้งใจในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ โดยเพิ่มการรับรู้ความสามารถของตนเองร่วมกับการมีส่วนร่วมของครอบครัวและโรงงานอุตสาหกรรมในการส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ เพื่อให้มารดาสามารถเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ได้อย่างเดียวยาวอย่างน้อย 6 เดือน อย่างต่อเนื่องเมื่อกลับไปทำงาน

2. ผู้บริหารของโรงงานอุตสาหกรรมควรกำหนดนโยบายสนับสนุนการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างน้อย 6 เดือน เพื่อกระตุ้นมารดาให้เลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างต่อเนื่องภายหลังกลับไปทำงาน

3. การศึกษาครั้งต่อไป ควรพัฒนาโปรแกรมส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในมารดาหลังคลอดที่ทำงานในโรงงานอุตสาหกรรม โดยการจัดกิจกรรมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ประสบการณ์ และแนวทางในการแก้ไขปัญหาและอุปสรรคในการเลี้ยงลูกด้วยนมของมารดาที่ทำงานในโรงงานอุตสาหกรรมและประสบความสำเร็จในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ เพื่อเพิ่มการรับรู้ความสามารถในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ร่วมกับการมีส่วนร่วมของครอบครัวและโรงงานอุตสาหกรรมในการสนับสนุนการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่

References

Ajzen, I. (1991). The theory of planned behaviors. *Organizational Behavior and Human Decision Processes*, 50(2), 179-211.

Amin, R. M., Said, Z. M., Sutan, R., Shah, S. A., Darus, A., & Shamsuddin, K. (2011). Work related determinants of breastfeeding discontinuation among employed mothers in Malaysia. *International Breastfeeding Journal*, 6(4), 1-6. doi: 10.1186/1746-4358-6-4.

Armpat, J., Pisaipun, P., Sanebud, T., Krudtakad, S., & Juntarasuk, C. (2015). *Comparison of breastfeeding periods among provinces in the regions 6th of the National health security office (Rayong branch)*. Thailand National Conference 2015: Diversity in Health and Well-Being, Phitsanulok, 25-26 June 2015 (pp. 957-970). Phitsanulok: Boromarajonani College of Nursing, Buddhachinaraj. [in Thai]

Bai, Y., Middlestadt, S. E., Peng, C., & Fly, A. D. (2010). Predictors of continuation of exclusive breastfeeding for the first six months of life. *Journal of Human Lactation*, 26(1), 26-34.

Benjamas, T., Punyarat, L., Surintorn, K., & Diane, L. S. (2016). Effects of the community-based breastfeeding promotion program for working mother: A quasi-experimental study. *Pacific Rim Internation*, 20(3), 196-209. [in Thai]

Bratajaya, C. N. A., Hemchayat, M., & Turner, K. (2015). Predictors of intention to practice exclusive breastfeeding among pregnant working women in Jakarta, Indonesia. *Journal of Health Research*, 29(1), 69-75.

Chansiri, S., Phahuwatanakorn, W., & Yusamran, C. (2017). Influences of breastfeeding attitude subjective norm and self-efficacy on intention to exclusive breastfeeding among teenage pregnant women. *Journal of Nursing Science*. 35(4), 49-60. [in Thai]

De La Mora, A., Russell, D. W., Dungy, C. I., Losch, M., & Dusdieker, L. (1999). The Iowa infant feeding attitude scale: Analysis of reliability and validity. *Journal of Applied Social Psychology*, 29(11), 2362-2380.

- Dennis, C. L. (2003). The breastfeeding self-efficacy scale: Psychometric assessment of the short form. *Journal of Obstetric, Gynecologic, and Neonatal Nursing*, 32(6), 734-744.
- Faul, F., Erdfelder, E., Lang, A. G., & Buchner, A. (2007). G*Power 3: A flexible statistical power analysis program for the social, behavioral, and biomedical sciences. *Behavior Research Methods*, 39(2), 175-191.
- House, J. S. (1981). *Work stress and social support*. MA: Addison-Wesley.
- Khobkhun, J., Saritsumbut, P., & Khurirungputjai, N. (2010). *Factors influencing duration of exclusive breast-feeding*. Bangkok: Kasetsart University. [in Thai]
- Lomrattananont, C., & Sriratanaban, P. (2013). Ideal and actual motherhood identity of working women. *Journal of Social Sciences*, 18(1), 74-88. [in Thai]
- National Statistical Office. (2007). *Multiple indicator cluster survey (MICS) December 2005-February 2006: Final report*. Retrieved from https://www.unicef.org/equity/archive/files/MICS_Final_Report2.pdf
- National Statistical Office. (2013). *Executive summary multiple indicator cluster survey 2012*. Retrieved from https://mics-surveys-prod.s3.amazonaws.com/MICS4/East%20Asia%20and%20the%20Pacific/Thailand/2012-2013/Summary/Thailand%202012%20MICS%20Summary_English.pdf
- National Statistical Office & United Nations Children's Fund. (2017). *Thailand 14 provinces multiple indicator cluster survey (MICS) 2015-2016, Final report*. Retrieved from https://www.unicef.org/thailand/sites/unicef.org.thailand/files/2018-06/unicef%20MICS%2014%20Provinces_EN-Hi%20res_0.pdf
- Nguyen, Q., Deoises, W., & Sirarunrat, S. (2013). Factors predicting degree of intention for exclusive breastfeeding among Vietnamese pregnant women. *Journal of Science, Technology and Humanities*, 11(1), 35-42.
- Owatanapanich, S., Somrang, K., & Sukprasong, P. (2015). Factors related to successful breastfeeding at King Narai Hospital, Lopburi Province. *Journal of Health Science*, 24(2), 200-210. [in Thai]
- Pruekphattaranon, K. & Nusom, P. (2014). Factors related to post-delivery mother's determination to feed their babies only by breastfeeding. *Thai Journal of Nursing Council*, 29(3), 55-68. [in Thai]
- Rattasumpun, S. & Keawma, B. (2018). Factors predicting successfulness in exclusive breastfeeding among working mothers. *Songklanagarind Journal of Nursing*, 38(4), 14-24. [in Thai]
- Wangswat, T., Kaleang, N., Phibal, A., Jaisomkom, R., & Hayeese, W. (2014). Factors influencing intention to exclusive breastfeeding for 6 months of mothers in Naradhiwat Province. *Nursing Journal*, 41, 123-133. [in Thai]

- Wongphinit, U., Sinsuksai, N., & Yusamran, C. (2016). Personal factors, social support and effective suckling at discharge in predicting exclusive breastfeeding at one month among first-time mothers. *Journal of The Royal Thai Army Nurses*, 17(1), 88-95. [in Thai]
- Wongyai, J., Somboon, L., & Kantaruksa, K. (2011). Predicting factors of exclusive breastfeeding intention among pregnant women. *Nursing Journal*, 38(1). 17-26. [in Thai]
- World Health Organization. (2014). *Global targets 2025*. Retrieved from https://www.who.int/nutrition/topics/nutrition_globaltargets2025/en/
- World Health Organization. (2018). *Ten steps to successful breastfeeding* (Revised 2018). Retrieved from <http://www.who.int/nutrition/bfhi/ten-steps/en>.
- Yimyam, S., Thapphansan, P., Chumphan, S. (2012). Development of ways of promoting breastfeeding in workplaces. *Thai Journal of Nursing Council*, 27(2), 122-133. [in Thai]

ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด ของสตรีที่เป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์

แสงดาว แจ้สว่าง, พย.ม.¹ สุพิศ ศิริอรุณรัตน์, Dr.P.H.^{2*} ตติรัตน์ เตชะศักดิ์ศรี, Dr.P.H.²

บทคัดย่อ

พฤติกรรมการควบคุมระดับน้ำตาลที่ดีจะช่วยให้สตรีตั้งครรภ์มีระดับน้ำตาลในเลือดอยู่ในเกณฑ์ปกติ การวิจัยเชิงทำนายนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาพฤติการณ์ระดับน้ำตาลในเลือดของสตรีที่เป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์และปัจจัยทำนายพฤติกรรมการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของสตรีที่เป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์ กลุ่มตัวอย่างคือ สตรีที่เป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์จำนวน 110 ราย ที่มารับบริการฝากครรภ์ ณ โรงพยาบาลระดับตติยภูมิ ในจังหวัดชลบุรี คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างด้วยวิธีการสุ่มอย่างง่าย เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปและข้อมูลเกี่ยวกับการตั้งครรภ์ ความรอบรู้ด้านสุขภาพ การรับรู้ความสามารถของตนเอง และพฤติกรรมการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนาและสถิติการถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน

ผลการวิจัยพบว่า สตรีที่เป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์ทุกรายมีระดับน้ำตาลในเลือดอยู่ในเกณฑ์ปกติ ปัจจัยที่สามารถทำนายพฤติกรรมการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของสตรีที่เป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์ ได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติคือ การรับรู้ความสามารถของตนเอง ($\beta = .483, t = 5.933, p < .001$) และความรอบรู้ด้านสุขภาพ ($\beta = .213, t = 2.619, p = .01$) โดยสามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของสตรีที่เป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์ได้ร้อยละ 30.1 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($F_{(1,107)} = 6.858, R^2 = .301, p = .01$) ผลการวิจัยนี้สามารถใช้เป็นแนวทางในการพัฒนารูปแบบการพยาบาล ที่ส่งเสริมให้สตรีตั้งครรภ์มีการรับรู้ความสามารถของตนเองและมีความรอบรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์เพื่อให้มีพฤติกรรมการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดที่ดีต่อไป

คำสำคัญ: เบาหวานขณะตั้งครรภ์ การรับรู้ความสามารถของตนเอง ความรอบรู้ด้านสุขภาพ พฤติกรรมการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด

¹ นิสิตหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการผดุงครรภ์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

² ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

* ผู้เขียนหลัก e-mail: pits1962@yahoo.com

Factors Predicting Blood Glucose Control Behavior among Pregnant Women with Gestational Diabetes Mellitus

Sangdaw Jangsavang, M.N.S.¹, Supit Siriarunrat, Dr.P.H.^{2*}, Tatirat Tachasuksri, Dr.P.H.²

Abstract

Good blood glucose control behaviors help pregnant women maintain a normal blood glucose level. This predictive correlational research aimed to study blood glucose level in pregnant women with gestational diabetes mellitus, and to examine factors predicting blood glucose control behaviors. The sample was 110 pregnant women with gestational diabetes mellitus attending antenatal clinics at a tertiary care hospital in Chonburi Province. The sample was selected by simple random sampling. Data were collected by demographic and obstetrics questionnaires, the Health Literacy scale, the Self-Efficacy Scale, and the Blood Control Behaviors Checklist. Data were analyzed by descriptive statistics and stepwise multiple regression.

Results showed that all pregnant women with gestational diabetes mellitus had normal levels of blood sugar two hours postprandial. The variables significantly predicting blood glucose control behaviors were self-efficacy ($\beta = .483$, $t = 5.933$, $p < .001$) and health literacy ($\beta = .213$, $t = 2.619$, $p = .01$). These two variables explained 30.1% of the variance in blood glucose control behaviors ($F_{(1,107)} = 6.858$, $R^2 = .301$, $p = .01$). The results suggest that nurses could improve blood glucose control behaviors of pregnant women with gestational diabetes mellitus by promoting self-efficacy and health literacy.

Key words: gestational diabetes mellitus, health literacy, self-efficacy, blood sugar control behaviors

¹ Master of Nursing Science Program in Midwifery, Faculty of Nursing, Burapha University

² Assistant Professor, Faculty of Nursing, Burapha University

* Corresponding author e-mail: pits1962@yahoo.com

ความสำคัญของปัญหา

ภาวะเบาหวานในสตรีตั้งครรภ์เป็นภาวะแทรกซ้อนที่พบมากที่สุดในระยะตั้งครรภ์ โดยเฉพาะภาวะเบาหวานที่เกิดขึ้นในขณะการตั้งครรภ์ (Gestational Diabetes Mellitus [GDM]) ในปี 2017 พบอุบัติการณ์ทั่วโลก ร้อยละ 16.2 หรือ 20.9 ล้านคน จากสตรีคลอดบุตรทั้งหมด 131.4 ล้านคน ซึ่งในเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ พบภาวะเบาหวานขณะการตั้งครรภ์สูงสุดจากทั่วโลก คือ ร้อยละ 24.2 จากสตรีคลอดบุตรทั้งหมด 6.9 ล้านคน (International Diabetes Federation, 2017) ในประเทศไทย พบความชุกของภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์แตกต่างกันในแต่ละพื้นที่ การศึกษาของ Phaibool & Wongkham (2009) ณ โรงพยาบาลศรีนครินทร์ จังหวัดขอนแก่น ในปี พ.ศ. 2552 การศึกษาของ Singwongsa & Boriboonhirunsarn (2016) ณ โรงพยาบาลศิริราช ในปี พ.ศ. 2559 และการศึกษาของ Lee และคณะในปี 2561 (Lee et al., 2018) พบอุบัติการณ์ร้อยละ 13.7, 15.6 และ 17.1 ตามลำดับ จากสถิติข้างต้นแสดงให้เห็นว่าภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์ยังคงเป็นปัญหาที่มีแนวโน้มที่เพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง นอกจากนี้สตรีที่เป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์มีพฤติกรรมการควบคุมระดับน้ำตาลไม่เหมาะสม กล่าวคือ มักชอบรับประทานอาหารและดื่มเครื่องดื่มที่มีรสหวาน ดื่มน้ำอัดลม (Suwannarat, Tachasuksri, & Siriarunrat, 2019) รับประทานอาหารไขมันสูงที่มีกากใยน้อย รับประทานจุบจิบ มีลักษณะนิสัยติดรสหวาน ทำให้ต้องปรุงรสด้วยน้ำตาล บังคับตนเองไม่ได้ (Boonkaew, Jitramontree, & Wirojratana, 2015) ส่วนการออกกำลังกาย พบว่าสตรีที่เป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์ส่วนใหญ่มีพฤติกรรมการออกกำลังกายก่อนการตั้งครรภ์ และขณะตั้งครรภ์ในระดับน้อยถึงไม่ออกกำลังกายเลย (Limruangrong, Sinsuksai, Ratinthorn, & Boriboonhirunsarn, 2011) การปฏิบัติพฤติกรรมเหล่านี้ส่งผลให้ระดับน้ำตาลในเลือดเพิ่มขึ้น (Limruangrong, Boriboonhirunsarn, Puangsricharern, & Pinitlertsakun, 2016) และทำให้การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดเป็นไปได้ยาก หากสตรีที่มีภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้อยู่ตามเกณฑ์ปกติได้ อาจส่งผลกระทบต่อมารดาและทารกในครรภ์ตามมา

ผลกระทบของภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์จะมีโอกาสเกิดมากขึ้นหากสตรีตั้งครรภ์ดูแลควบคุมระดับน้ำตาลได้ไม่ดี ผลกระทบต่อสตรีตั้งครรภ์ เช่น ความดันโลหิตสูงจากการตั้งครรภ์ ปริมาณน้ำคร่ำมาก ทำให้เกิดการคลอดก่อนกำหนด คลอดยาก ทารกมีขนาดตัวโต เพิ่มอัตราการผ่าตัดคลอดบุตรทางหน้าท้อง และเพิ่มความเสี่ยงในการเป็นเบาหวานในอนาคต (Keawkitikul et al., 2012) ผลกระทบต่อทารก เช่น ทารกมีขนาดตัวโต ทารกมีภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำในระยะหลังคลอดทันที การหายใจไม่ดี มีอาการหายใจลำบากแรกเกิด และมีภาวะตัวเหลืองเป็นต้น (Mitanchéz, Burguet, & Simeoni, 2014) การลดผลกระทบดังกล่าวสตรีตั้งครรภ์ต้องมีพฤติกรรมดูแลตนเองที่เหมาะสม โดยเฉพาะพฤติกรรมมารับประทานอาหาร และการออกกำลังกาย เพื่อให้เกิดภาวะสมดุลของพลังงานที่รับประทานเข้าไปและพลังงานที่นำออกมาใช้ ซึ่งสามารถป้องกันได้โดยการส่งเสริมให้หญิงตั้งครรภ์มีพฤติกรรมสุขภาพที่ดีเพื่อการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดที่เหมาะสม

แนวคิดทฤษฎีที่อธิบายปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพได้ดีและถูกนำมาใช้มากในการศึกษาพฤติกรรม การดูแลตนเองของคนที่เป็นเบาหวาน คือ แนวคิดการรับรู้ความสามารถของตนเองของ Bandura (1986) ที่เชื่อว่ากระบวนการเกิดพฤติกรรมของบุคคลควรมีลักษณะของการกำหนด การอาศัยซึ่งกันและกันของตัวแปร 3 องค์ประกอบได้แก่ 1) ปัจจัยภายในตัวบุคคล 2) เงื่อนไขเชิงพฤติกรรม และ 3) เงื่อนไขเชิงสิ่งแวดล้อม ในการศึกษาครั้งนี้ ปัจจัยภายในตัวบุคคล ได้แก่ ความรอบรู้ด้านสุขภาพ โดยเน้นเพียง 3 องค์ประกอบที่เกี่ยวกับพฤติกรรม การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด คือ ความรู้ความเข้าใจเรื่องโรคเบาหวาน การเข้าถึงข้อมูล และการสื่อสารข้อมูลกับบุคลากรทางสุขภาพ (Nutbeam, 2008) เงื่อนไขเชิงพฤติกรรม ได้แก่ การรับรู้ความสามารถของตนเอง และเงื่อนไขเชิงสิ่งแวดล้อม ได้แก่ ลักษณะครอบครัว จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพ เป็นปัจจัยภายในบุคคลที่มีผลต่อการเกิดพฤติกรรม เป็นทักษะส่วนบุคคล ด้านความรู้ ความเข้าใจ และการเข้าถึงข้อมูล เพื่อใช้ในการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพ สอดคล้องกับการศึกษาพบว่า ความรอบรู้ด้านทางสุขภาพมีผลต่อ

พฤติกรรมการดูแลตนเองในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ($R^2 = .179, p < .05$) (Rattanawarang & Chantha, 2018) การรับรู้ความสามารถของตนเอง เป็นปัจจัยเชิงพฤติกรรมที่เกี่ยวกับความเชื่อมั่นในความสามารถปฏิบัติพฤติกรรมของตนเอง หากมีการรับรู้ความสามารถของตนเองระดับสูง จะส่งผลให้มีพฤติกรรมการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้อย่างเหมาะสม สอดคล้องกับการศึกษาพบว่า การรับรู้ความสามารถของตนเองมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการรับประทานอาหารในผู้ป่วยเบาหวาน และในสตรีที่เป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์ (Kaiser, Razurel, & Jeannot, 2013) เป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการจัดการตนเองของสตรีที่มีภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์มากที่สุด ($\beta = .63, t = 11.65, p < .001$) (Radarith, Tachasuksri, & Siriarunrat, 2019) ลักษณะของครอบครัวเป็นอีกปัจจัยหนึ่งที่มีผลต่อสุขภาพ โดยบุคคลที่มีลักษณะครอบครัวขยายมีพฤติกรรมสุขภาพที่ดีกว่า ได้แก่ การรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การไม่ดื่มสุรา และการไม่สูบบุหรี่ (Turagabeci, Nakamura, Kizuki, & Takano, 2007)

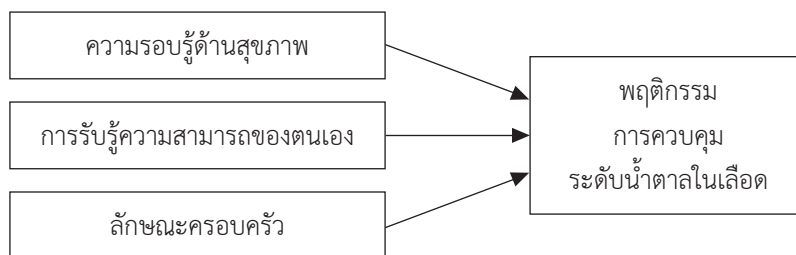
จากการทบทวนวรรณกรรมข้างต้นแสดงให้เห็นว่า ปัจจัยความรอบรู้ด้านสุขภาพ การรับรู้ความสามารถของตนเอง และลักษณะครอบครัว เป็นปัจจัยสำคัญที่มีผลต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของบุคคลที่เป็นเบาหวาน อย่างไรก็ตามการศึกษาปัจจัยความรอบรู้ทางด้านสุขภาพ และการรับรู้ความสามารถของตนเองนั้น ส่วนใหญ่เป็นการศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยเบาหวานทั่วๆ ไป ยังมีความจำกัดในการศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดในกลุ่มสตรีที่เป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์ นอกจากนี้ยังขาดการศึกษาผลลัพธ์ของการดูแลรักษาพยาบาลในสตรีที่เป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์ต่อการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดว่าอยู่ในเกณฑ์ปกติเป็นจำนวนมากน้อยเพียงใด ผลจากการศึกษาค้นนี้จะสามารถนำไปประยุกต์ใช้ในการให้การรักษาพยาบาลและการจัดบริการการพยาบาล เพื่อช่วยให้สตรีตั้งครรภ์มีพฤติกรรมการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดที่ดี และมีระดับน้ำตาลในเลือดอยู่ในเกณฑ์ปกติต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาอุบัติการณ์ระดับน้ำตาลในเลือดของสตรีที่เป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์
2. เพื่อศึกษาปัจจัยทำนายพฤติกรรมการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของสตรีที่เป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์

กรอบแนวคิดในการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ศึกษาภายใต้แนวคิดของ Bandura (1986) ที่เชื่อว่า กระบวนการเกิดพฤติกรรมของบุคคลควรมีลักษณะของการกำหนด การอาศัยซึ่งกันและกันของตัวแปร 3 องค์ประกอบได้แก่ 1) ปัจจัยภายในตัวบุคคล 2) เงื่อนไขเชิงพฤติกรรม และ 3) เงื่อนไขเชิงสิ่งแวดล้อมในการศึกษา ปัจจัยภายในตัวบุคคล ได้แก่ ความรอบรู้ด้านสุขภาพ เงื่อนไขเชิงพฤติกรรม ได้แก่ การรับรู้ความสามารถของตนเอง และเงื่อนไขเชิงสิ่งแวดล้อม ได้แก่ ลักษณะครอบครัว หากสตรีที่เป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์มีความรอบรู้ด้านสุขภาพดีจะส่งผลให้มีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมไปในทางที่ดี กล่าวคือ สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้ดีขึ้นได้ และเมื่อสตรีตั้งครรภ์เชื่อว่าตนเองมีความสามารถในการปฏิบัติพฤติกรรมและมีความคาดหวังในผลลัพธ์ของการปฏิบัติพฤติกรรมนั้น จะทำให้สตรีตั้งครรภ์มีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของตนในทางที่ดีขึ้น นอกจากนี้ลักษณะครอบครัวขยายจะส่งเสริมพฤติกรรมการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดที่ดี ในทางตรงข้ามถ้าสตรีที่เป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์มีความรอบรู้ด้านสุขภาพและการรับรู้ความสามารถของตนเองต่ำ และมีลักษณะครอบครัวเดียว จะมีแนวโน้มที่จะตัดสินใจไม่กระทำพฤติกรรม หรือมีพฤติกรรมการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดในระดับต่ำ ดังนั้นการที่สตรีที่เป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์มีการรับรู้ความสามารถของตนเองและความรอบรู้ด้านสุขภาพที่ดี ก็จะสามารถส่งผลให้มีพฤติกรรมการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดที่ดีได้ ดังแสดงในภาพที่ 1



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัยเป็นแบบบรรยายและทำนาย
ประชากร คือ สตรีที่เป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์
และมารับบริการฝากครรภ์ โรงพยาบาลระดับตติยภูมิ ใน
จังหวัดชลบุรี

กลุ่มตัวอย่าง คือ สตรีที่เป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์
และมารับบริการฝากครรภ์ โรงพยาบาลชลบุรี และ
โรงพยาบาลสมเด็จพระบรมราชเทวี ณ ศรีราชา ในระหว่าง
เดือนกันยายน-ธันวาคม พ.ศ. 2563 โดยมีเกณฑ์การคัดเลือก
คือ ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์เป็น
ระยะเวลาอย่างน้อย 2 เดือน ก่อนเข้าร่วมในการวิจัย ได้
รับการรักษาโดยการควบคุมอาหาร ไม่มีภาวะแทรกซ้อน
ได้แก่ ความดันโลหิตสูงระหว่างการตั้งครรภ์ ภาวะครรภ์
เป็นพิษ ภาวะไทรอยด์ผิดปกติ ครรภ์แฝด ภาวะรกเกาะต่ำ
ภาวะทารกเจริญเติบโตในครรภ์ช้า เป็นต้น สามารถสื่อสาร
อ่าน เขียนภาษาไทยได้

จำนวนกลุ่มตัวอย่าง คำนวณด้วยการวิเคราะห์
อำนาจทดสอบ กำหนดค่าความเชื่อมั่นระดับนัยสำคัญที่
.05 อำนาจการทดสอบ เท่ากับ .9 (Grove, Burns, & Gray,
2012) และค่าขนาดอิทธิพลขนาดกลาง กำหนดที่ .15
(Cohen, 1988) จำนวนตัวแปรต้นที่ศึกษา เท่ากับ 3 ใช้
สถิติ F-test และ Linear multiple regression: Fixed
model, R^2 deviation from zero ได้กลุ่มตัวอย่าง
ประมาณ 100 ราย เพื่อป้องกันการสูญหายของข้อมูล
ในการศึกษาครั้งนี้จึงเพิ่มจำนวนกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 10
ดังนั้นจึงใช้กลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้นจำนวน 110 ราย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย 5 ส่วน

1. แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปและข้อมูลเกี่ยวกับ
การตั้งครรภ์ ได้แก่ อายุ ศาสนา สถานภาพสมรส ระดับ
การศึกษา อาชีพ รายได้ ลักษณะครอบครัว และข้อมูล
เกี่ยวกับการตั้งครรภ์ ได้แก่ ประวัติการตั้งครรภ์ การคลอด

ประวัติโรคประจำตัว การได้รับข้อมูลเรื่องเบาหวาน ลักษณะ
คำถามเป็นแบบเลือกตอบและแบบเติมคำลงในช่องว่าง
จำนวน 14 ข้อ

2. แบบวัดความรู้ด้านสุขภาพ ผู้วิจัยสร้างขึ้น
จากการทบทวนวรรณกรรม ผ่านการหาความตรงเชิงเนื้อหา
โดยให้ผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 ท่าน แล้วนำมาหาค่าดัชนี
ความตรงเชิงเนื้อหา ได้เท่ากับ .90 ประกอบด้วย 2 ส่วน
โดยส่วนที่ 1 เป็นแบบวัดความรู้เรื่องโรคเบาหวาน จำนวน
20 ข้อ ให้คะแนนเป็น 1 เมื่อตอบถูก ให้คะแนนเป็น 0 เมื่อ
ตอบผิด หรือตอบว่าไม่ทราบ และส่วนที่ 2 แบบวัดความ
สามารถในการเข้าถึงแหล่งข้อมูลและทักษะการสื่อสาร
จำนวน 10 ข้อ เป็นข้อคำถามทางบวกทั้งหมด ให้คะแนน
เป็นแบบ Likert type scale 3 ระดับจาก เป็นจริงมาก
ถึงไม่เป็นจริง ให้คะแนนจาก 2-0 คือ คะแนนรวมของ
ความรู้ด้านสุขภาพได้จากผลรวมของคะแนนส่วนที่ 1
กับ ส่วนที่ 2 ซึ่งมีคะแนนรวมเท่ากับ 0-40 คะแนน โดย
คะแนนรวมมาก หมายถึง มีความรู้ด้านสุขภาพระดับ
สูง คะแนนรวมน้อย หมายถึง มีความรู้ด้านสุขภาพ
ระดับต่ำ

3. แบบวัดการรับรู้ความสามารถของตนเอง ซึ่ง
ประยุกต์มาจากแบบสอบถามการรับรู้ความสามารถของ
ตนเองสำหรับผู้ป่วยเบาหวานของ Bekerle & Lavin
(2013) ผู้วิจัยได้นำเครื่องมือหาความตรงเชิงเนื้อหาโดยให้
ผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 ท่าน ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา
แล้วนำมาหาค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา ได้เท่ากับ .83
ประกอบด้วย 6 ด้าน ได้แก่ การรับประทานอาหาร
การออกกำลังกาย การสังเกตอาการผิดปกติ การติดตาม
ประเมินระดับน้ำตาลด้วยตนเอง การรักษาเบาหวาน และ
การตัดสินใจมาโรงพยาบาล แบบวัดนี้มีข้อคำถามจำนวน
10 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นมาตราประมาณค่า 10 ระดับ ให้
คะแนนจาก 0-10 คะแนน และมีเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้

คะแนน 0 หมายถึง มีการรับรู้ถึงความมั่นใจในความสามารถของตนเองต่ำ (ไม่สามารถทำได้เลย) คะแนน 10 หมายถึง มีการรับรู้ถึงความมั่นใจในความสามารถของตนเองสูง (สามารถทำได้แน่นอน) คะแนนรวม 0-100 คะแนน โดยค่าคะแนนรวมมาก หมายถึง มีการรับรู้ความมั่นใจในความสามารถของตนเองสูง คะแนนรวมน้อย หมายถึง มีการรับรู้ความมั่นใจในความสามารถของตนเองต่ำ

4. แบบวัดพฤติกรรมการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด ประเมินจากแบบสอบถามพฤติกรรมการจัดการภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์ด้วยตนเอง (Suwannarat et al., 2019) ประกอบด้วย 6 องค์ประกอบ ได้แก่ การปฏิบัติตัวในการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การสังเกตอาการผิดปกติ การติดตามประเมินระดับน้ำตาลด้วยตนเอง การรักษาเบาหวาน และการตัดสินใจมาโรงพยาบาล จำนวน 15 ข้อ ประกอบด้วยข้อคำถามทางบวก จำนวน 11 ข้อ (ข้อที่ 1, 2, 4, 5, 8, 10, 11, 12, 13, 14, และ 15) และข้อคำถามทางลบ จำนวน 4 ข้อ (ข้อที่ 3, 6, 7, และ 9) มีลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตราประมาณค่า 4 ระดับ จากคะแนน 1-4 ของข้อคำถามทางบวก ได้แก่ ไม่ได้ปฏิบัติ ปฏิบัติบ้าง ปฏิบัติมาก และปฏิบัติมากที่สุด ส่วนข้อคำถามทางลบให้คะแนนในลักษณะตรงกันข้ามสำหรับการแปลผลคะแนน คะแนนรวมทั้งหมดย่อยในช่วง 0-65 คะแนน โดยคะแนนรวมน้อย หมายถึง มีพฤติกรรมการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดต่ำ และคะแนนรวมมาก หมายถึง มีพฤติกรรมการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดสูง

5. แบบบันทึกของผู้วิจัย ผู้วิจัยใช้บันทึกข้อมูลเกี่ยวกับประวัติการตั้งครรภ์ ประวัติการคลอด ข้อมูลเกี่ยวกับภาวะเบาหวาน ระยะเวลาที่เป็น การรักษาที่ได้รับ ผลการตรวจระดับน้ำตาล และภาวะแทรกซ้อนระหว่างการตั้งครรภ์

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

นำแบบวัดความรู้ด้านสุขภาพ และแบบวัดการรับรู้ความสามารถของตนเองให้ผู้เชี่ยวชาญจำนวน 5 ท่าน ได้ค่าดัชนีความตรงของเนื้อหา เท่ากับ .83 และ .90 ตามลำดับ หลังจากนั้นผู้วิจัยนำข้อเสนอมาปรับปรุงแก้ไขแบบสอบถามให้ถูกต้องตามคำแนะนำ ส่วนแบบวัดพฤติกรรมการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ตรวจ

ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา เนื่องจากเป็นแบบวัดที่ Suwannarat et al. (2019) ได้ผ่านใช้ในการวิจัยมาแล้ว โดยมีค่าดัชนีความตรงของเนื้อหา เท่ากับ .82 และนำไปทดลองใช้กับสตรีตั้งครรภ์ที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์การคัดเข้าจำนวน 30 คน ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ .86, .71, และ .80 ตามลำดับ

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การศึกษานี้ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมระดับบัณฑิตศึกษา คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา รหัส 07-07-2562 คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมงานวิจัยโรงพยาบาลสมเด็จพระบรมราชเทวี ณ ศรีราชา ฉบับที่ 034/2562 และคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยของโรงพยาบาลชลบุรี รหัส 87/62/N/q จากนั้นผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่าง แนะนำตัว อธิบายวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล กลุ่มตัวอย่างมีสิทธิเข้าร่วมวิจัยหรือถอนตัวออกจากการวิจัยโดยไม่มีผลกระทบต่อการรักษา และสามารถยุติการเข้าร่วมวิจัยได้ตลอดเวลา ข้อมูลที่ได้จะถูกเก็บเป็นความลับ การนำเสนอผลการศึกษาเป็นภาพรวมและภายหลังที่มีการเผยแพร่ผลการศึกษารวมทั้งหมดจะถูกทำลาย เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินยอมเข้าร่วมการวิจัย ให้ลงนามยินยอมการเข้าร่วมวิจัย

การเก็บรวบรวมข้อมูล

หลังจากผ่านการรับรองจริยธรรมการวิจัยจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยระดับบัณฑิตศึกษา คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา โรงพยาบาลสมเด็จพระบรมราชเทวี ณ ศรีราชา และโรงพยาบาลชลบุรี แล้ว ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยด้วยตนเอง โดยเก็บข้อมูลที่แผนกฝากครรภ์โรงพยาบาลสมเด็จพระบรมราชเทวี ณ ศรีราชาในวันอังคาร และแผนกฝากครรภ์โรงพยาบาลชลบุรีในวันศุกร์ ระหว่างเดือนกันยายน-ธันวาคม พ.ศ. 2563 คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างจากสมุดฝากครรภ์ของสตรีที่เป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์ และคัดเลือกเฉพาะสตรีตั้งครรภ์ที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนด จากนั้นทำการสุ่มกลุ่มตัวอย่างโดยใช้การทำเลขคู่และเลขคี่ หากผู้วิจัยจับฉลากจับฉลากได้เป็นเลขคู่ จึงสามารถนำมาเป็นกลุ่มตัวอย่างได้ จากนั้นแนะนำตัว ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล ประโยชน์ที่คาดว่าจะ

จะได้รับ และการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง พร้อมทั้งขอความร่วมมือในการทำวิจัย เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินดีเข้าร่วมการวิจัย จึงขอให้กลุ่มตัวอย่างลงชื่อในใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลส่วนบุคคลวิเคราะห์ด้วยสถิติพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และวิเคราะห์หาปัจจัยทำนายพฤติกรรมการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของสตรีที่เป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์โดยใช้การวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน กำหนดระดับนัยสำคัญที่ .05

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลส่วนบุคคลพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีอายุเฉลี่ย 32.85 ปี ($SD = 6.18$) โดยมีอายุระหว่าง 20-35 ปี มากที่สุดร้อยละ 56.40 นับถือศาสนาพุทธร้อยละ 99.09 มีสถานภาพสมรสคู่ร้อยละ 94.45 ลักษณะครอบครัวเป็นครอบครัวเดี่ยวร้อยละ 84.55 จบการศึกษาระดับมัธยมศึกษาตอนปลายมากที่สุดร้อยละ 30.91 รองลงมาคือระดับมัธยมศึกษาตอนต้นร้อยละ 18.18 รายได้ของครอบครัวเฉลี่ย 27,379.75 บาท/เดือน ($SD = 12,045.03$) มีรายได้ 20,001-30,000 บาท/เดือน มากที่สุดร้อยละ 41.82 รองลงมา คือ 10,000-20,000 บาท/เดือน ร้อยละ 23.63 ค่าดัชนีมวลกายก่อนการตั้งครรภ์ตามเกณฑ์ร้อยละ 51.82 การเพิ่มขึ้นของน้ำหนักขณะตั้งครรภ์ต่ำกว่าเกณฑ์ร้อยละ

50.00 รองลงมาคือการเพิ่มขึ้นของน้ำหนักขณะตั้งครรภ์ตามเกณฑ์ ร้อยละ 35.45 การได้รับข้อมูลเกี่ยวกับโรคเบาหวาน กลุ่มตัวอย่างทุกรายเคยได้รับข้อมูลร้อยละ 100.00 โดยแหล่งที่มาของข้อมูลมาจากพยาบาล แพทย์ และบุคลากรทางการแพทย์ร้อยละ 76.36, 72.73, และ 44.55 ตามลำดับ

2. ข้อมูลเกี่ยวกับการตั้งครรภ์และการคลอดพบว่า เป็นสตรีตั้งครรภ์ที่ 2 มากที่สุด (ร้อยละ 36.36) รองลงมาคือ ตั้งครรภ์ที่ 3 ร้อยละ 30.91 ไม่มีประวัติแท้ง ร้อยละ 70.00 ไม่มีประวัติการคลอดทารกน้ำหนักมากกว่า 4,000 กรัม ร้อยละ 96.36 ไม่มีประวัติเป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์ในท้องก่อนร้อยละ 95.45 มีประวัติคนในครอบครัวเป็นเบาหวานร้อยละ 56.36 สตรีตั้งครรภ์ได้รับการวินิจฉัยว่ามีภาวะเบาหวานจากการตั้งครรภ์ในช่วงอายุครรภ์ 14-26 คือไตรมาสที่ 2 มากที่สุดร้อยละ 53.64 ระยะเวลาที่ได้รับการวินิจฉัยว่ามีภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์เป็นมานานไม่น้อยกว่า 2 เดือน มากที่สุดร้อยละ 59.09

3. ข้อมูลตัวแปรทำนายพฤติกรรมการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยความรอบรู้ด้านสุขภาพเท่ากับ 32.66 ($SD = 2.65$) คะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความสามารถของตนเองเท่ากับ 71.30 ($SD = 19.28$) และมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดเท่ากับ 45.89 ($SD = 4.69$) ซึ่งคะแนนทั้งหมดค่อนข้างดี

ตารางที่ 1 ช่วงคะแนน ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของตัวแปรที่ศึกษา ($n = 110$)

ตัวแปร	ช่วงคะแนน		M	SD
	ค่าที่เป็นไปได้	ค่าที่ได้จริง		
ความรอบรู้ด้านสุขภาพ	0-40	27-40	32.70	2.68
การรับรู้ความสามารถของตนเอง	0-100	14-100	70.30	19.12
พฤติกรรมควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด	0-65	28-51	41.62	6.05

4. อุบัติการณ์ระดับน้ำตาลในเลือดพบว่า สตรีที่เป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์ร้อยละ 95.45 มีผลการเจาะระดับน้ำตาลในเลือด 2 ชั่วโมงหลังอาหาร ที่ตรวจครั้งสุดท้าย

ก่อนที่จะเข้าร่วมโครงการวิจัย อยู่ในเกณฑ์ปกติ (≤ 120 mg/dl) โดยมีค่าน้ำตาลในเลือดเฉลี่ย 100.83 mg/dl ($SD = 13.31$)

ตารางที่ 2 จำนวน และร้อยละของผลการตรวจระดับน้ำตาลในเลือด ($n = 110$)

ระดับน้ำตาล	จำนวน	ร้อยละ
ระดับน้ำตาลในเลือดตามเกณฑ์ปกติ (≤ 120 mg/dl)	105	95.45
ระดับน้ำตาลในเลือดสูงเกินเกณฑ์ (≥ 120 mg/dl)	5	4.55
$(M = 100.83, SD = 13.31, Max = 140, Min = 70)$		

5. ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดพบว่า การรับรู้ความสามารถของตนเองและความรอบรู้ด้านสุขภาพสามารถร่วมทำนายพฤติกรรมการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ร้อยละ 30.1 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($F_{(1,107)} = 6.858, R^2 = .301, p = .01$) โดยการรับรู้ความสามารถของตนเองเป็นตัวแปรที่ทำนายพฤติกรรมการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของสตรีที่เป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์ได้ ($\beta = .483, t = 5.933, p < .001$)

สามารถร่วมทำนายพฤติกรรมการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของสตรีที่เป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์ได้ร้อยละ 25.6 และความรอบรู้ด้านสุขภาพเป็นตัวแปรที่ทำนายพฤติกรรมการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ ($\beta = .213, t = 2.619, p = .01$) สามารถทำนายพฤติกรรมการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของสตรีที่เป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์ได้ร้อยละ 4.5 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (ตารางที่ 3) เขียนสมการในรูปคะแนนดิบ คือ (BEH) = $25.208 + .117(SE) + .377(HL)$

ตารางที่ 3 ค่าสัมประสิทธิ์ถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอนระหว่างตัวแปรที่สามารถทำนายพฤติกรรมการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด (BEH) ของสตรีที่เป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์ ($n = 110$)

ตัวแปรทำนาย	b	SE	β	t	R^2 change	p
Constant	25.208	4.770		5.285		< .001
การรับรู้ความสามารถของตนเอง (SE)	.117	.020	.483	5.933	.256	< .001
ความรอบรู้ด้านสุขภาพ (HL)	.377	.144	.213	2.619	.045	.01
$R = .549, R^2 = .301, Adjusted R^2 = .288, F_{(1,107)} = 6.858, p = .01$						

การอภิปรายผล

การศึกษานี้พบว่า กลุ่มตัวอย่างเกือบทั้งหมดมีระดับน้ำตาลในเลือด 2 ชั่วโมงหลังอาหาร อยู่ในเกณฑ์ปกติ ทั้งนี้เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างเป็นสตรีที่เป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์ที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์มาเป็นเวลาอย่างน้อย 2 เดือน จึงได้รับการดูแลรักษา และคำแนะนำจากแพทย์พยาบาลมาระยะหนึ่ง ทำให้มีความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน และการปฏิบัติตนเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด ในระดับค่อนข้างดีโดยมีคะแนนเฉลี่ยความรอบรู้ด้านสุขภาพเท่ากับ 32.66 ($SD = 2.65$) และมีการรับรู้ความสามารถของตนเองในระดับค่อนข้างดีในทางดีเช่นกัน ($M = 71.30, SD = 19.28$) สอดคล้องกับผลการวิเคราะห์ปัจจัยทำนายที่พบว่า การรับรู้ความสามารถของตนเอง และความรอบรู้ด้านสุขภาพ เป็นปัจจัยทำนาย

พฤติกรรมการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ ซึ่งสามารถอธิบายได้ดังนี้

การรับรู้ความสามารถของตนเองสามารถร่วมทำนายพฤติกรรมการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของสตรีที่เป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์ได้ร้อยละ 25.6 กล่าวคือการรับรู้ความสามารถของตนเองที่ดียิ่งส่งผลต่อพฤติกรรมการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของสตรีที่เป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์ให้ดีขึ้น ทั้งนี้อธิบายได้ว่า การรับรู้ความสามารถของตนเองเป็นความเชื่อว่าตนเองสามารถจัดการกับสถานการณ์ต่าง ๆ ซึ่งเป็นแรงจูงใจที่ทำให้เกิดความมุ่งมั่น ยืนหยัด และตัดสินใจที่จะกระทำพฤติกรรมต่าง ๆ เพื่อให้บรรลุเป้าหมายตามที่คาดหวัง ดังนั้นเมื่อสตรีที่เป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์มีความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเอง รับรู้ว่าตนเองสามารถปฏิบัติตัวเพื่อควบคุมเบาหวานได้

ในระดับสูง สตรีตั้งครรภ์ก็จะมี ความพยายามที่จะกระทำ พฤติกรรมการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดที่ดี คือมีการ รับประทานอาหาร และออกกำลังกายที่เหมาะสม เพื่อให้ บรรลุเป้าหมาย คือมีระดับน้ำตาลในเลือดที่เหมาะสม สอดคล้องกับทฤษฎีของ Bandura (1986) ซึ่งในการศึกษา ครั้งนี้การรับรู้ความสามารถของตนเอง เป็นปัจจัยที่มี อิทธิพลและสามารถทำนายพฤติกรรมการควบคุมระดับ น้ำตาลในเลือดได้ดีที่สุด สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่า การรับรู้สมรรถนะแห่งตนเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการ จัดการตนเองของสตรีที่มีภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์ มากที่สุด (Radarith et al., 2019) และการรับรู้ความสามารถ ของตนเองมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการจัดการตนเองใน การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้สูงอายุโรคเบาหวาน ที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ (Boonprasit, Somanusorn, & Sumngern, 2016)

ความรอบรู้ด้านสุขภาพ สามารถร่วมทำนาย พฤติกรรมการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของสตรีที่เป็น เบาหวานขณะตั้งครรภ์ได้ร้อยละ 4.5 จากกรอบแนวคิด การรับรู้ความสามารถของตนเองของ Bandura (1986) ที่ กล่าวว่าปัจจัยภายในบุคคล เป็นปัจจัยเงื่อนไขที่จะส่งต่อ ความคิดและสติปัญญาของบุคคลมีผลให้เกิดการเรียนรู้ที่จะ เปลี่ยนแปลงพฤติกรรมในทางที่ดี ความรอบรู้ด้านสุขภาพ เป็นปัจจัยภายในของบุคคลเนื่องจากเป็นทักษะส่วนบุคคล ด้านความรู้ ความเข้าใจและทักษะทางสังคมที่กำหนด ความสามารถของบุคคลในการเข้าถึง เข้าใจ และใช้ข้อมูล ในการส่งเสริมและดำรงรักษาสุขภาพที่ดี (Nutbeam, 2008) การที่สตรีที่เป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์มีความรอบรู้ ด้านสุขภาพเกี่ยวกับโรคเบาหวาน สามารถค้นหาข้อมูล และมีทักษะการสื่อสารข้อมูลโดยขอคำแนะนำจากบุคลากร ทางสุขภาพได้ ช่วยให้สตรีตั้งครรภ์มีการปรับปรุงพฤติกรรม ในการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย รวมไปถึง การรับการรักษาที่เหมาะสมได้ ส่งผลให้มีพฤติกรรมการ ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดดีและสามารถดูแลตนเอง ให้มีระดับน้ำตาลให้อยู่ในเกณฑ์ปกติได้ สอดคล้องกับ การศึกษาของ Rattanawarang, & Chantha (2018) ที่ พบว่า ความรอบรู้ด้านทางสุขภาพ สามารถร่วมทำนาย พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ได้ร้อยละ 17.9 และความรู้เรื่องเกี่ยวกับโรคเบาหวาน

มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการควบคุมระดับน้ำตาลใน เลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลิน (Phromjak, 2007)

ลักษณะครอบครัว ไม่สามารถร่วมทำนายพฤติกรรมการ ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของสตรีที่เป็นเบาหวาน ขณะตั้งครรภ์ได้ เนื่องจากการศึกษานี้สตรีตั้งครรภ์ส่วนใหญ่ มีลักษณะครอบครัวเป็นครอบครัวเดี่ยว (ร้อยละ 84.55) ซึ่งอาจขาดการสนับสนุนจากครอบครัวที่ส่งเสริมให้สตรี ตั้งครรภ์มีพฤติกรรมการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดที่ เหมาะสมได้ดียิ่งขึ้น รวมทั้งการศึกษานี้ไม่มีลักษณะของ ครอบครัวที่อยู่คนเดียว ดังนั้นผลการศึกษานี้จึงไม่สอดคล้อง กับการศึกษาของ Turagabeci, Nakamura, Kizuki, & Takano (2007) ที่พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีลักษณะของ ครอบครัวที่หลากหลาย เช่น การอยู่คนเดียว การอยู่เป็นคู่ การอยู่เป็นครอบครัวเดี่ยว และการอยู่เป็นครอบครัวขยาย ซึ่งส่งผลให้ลักษณะครอบครัวเป็นปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรม สุขภาพอย่างชัดเจน

ข้อเสนอแนะ

พยาบาลผดุงครรภ์ควรนำผลการวิจัยไปใช้ในการ พัฒนาแนวทางในการส่งเสริมพฤติกรรมการควบคุมระดับ น้ำตาลในเลือดของสตรีที่เป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์ โดย การจัดกลุ่มให้คำแนะนำ และสร้างประสบการณ์ให้เกิด การเรียนรู้ในเรื่องการปฏิบัติตัวด้านการรับประทานอาหาร และการออกกำลังกาย ตลอดจนการสังเกตอาการผิดปกติ มีการแลกเปลี่ยนและแชร์ประสบการณ์ตรงจากสตรีที่เคย มีภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์ที่สามารถควบคุมระดับ น้ำตาลในเลือดให้อยู่ตามเกณฑ์ปกติ เพื่อเสริมสร้างให้เกิด การรับรู้ความสามารถ และมีความรอบรู้ด้านสุขภาพ ซึ่งจะ เป็นผลให้เกิดพฤติกรรมการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดที่ เหมาะสม และมีระดับน้ำตาลในเลือดอยู่ในเกณฑ์ปกติได้

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณหัวหน้าแผนกฝากครรภ์โรงพยาบาล ชลบุรี โรงพยาบาลสมเด็จพระบรมราชเทวี ณ ศรีราชา และ กลุ่มตัวอย่างที่ให้ความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล

Reference

- Bandura, A. (1986). *Social foundation of thought and action: A social cognitive theory*. New Jersey: Prentice-Hall.
- Bekerle, C. M., & Lavin, M. A. (2013). Association of self-efficacy and self-care with glycemic control in diabetes. *Diabetes Spectrum*, 26(3), 172-178.
- Boonkaew, N., Jitramontree, N., & Wirojratana, V. (2015). Relationships between emotional distress, health literacy, and glycemic control behaviors of the elderly with type 2 diabetes. *Nursing Journal of the Ministry of Public Health*, 24(3), 119-131. [In Thai]
- Boonprasit, S., Somanusorn, S., & Sumngern, C. (2016). Factors related to self-management for controlling plasma glucose in uncontrolled diabetes elderly. *Journal of Boromarajonani College of Nursing Bangkok*, 32(1), 44-56. [In Thai]
- Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences* (2nd ed.). NJ: Lawrence Erlbaum Associates.
- Grove, S., Burns, N., & Gray, J. (2012). *The practice of nursing research: Appraisal, synthesis and generation of evidence* (7th ed.). MO: Saunders.
- International Diabetes Federation. (2017). *IDF Diabetes Atlas* (8th ed.). Retrieved from <https://www.idf.org/component/attachments/attachments.html?id=1405&task=download>
- Kaiser, B., Razurel, C., & Jeannot, E. (2013). Impact of health beliefs, social support and self-efficacy on physical activity and dietary habits during the post-partum period after gestational diabetes mellitus: Study protocol. *Biomedcentral Pregnancy Childbirth*, 13(133), 1-7. DOI:10.1186/1471-2393-13-133.
- Keawkitikul, J., Sittikariya, T., Saentaweek, P., Jiangchariyanon, P., Senayuttitam, S., & Khienwong, P. (2012). Adverse pregnancy outcomes in gestational diabetes mellitus and pre-gestational diabetes mellitus at Phichit hospital. *Phichit Hospital Journal*, 27(2), 70-82. [In Thai]
- Lee, K. W., Ching, S. M., Ramachandran, V., Yee, A., Hoo, F. K., Chia, Y. C., ... Veettil, S. K. (2018). Prevalence and risk factors of gestational diabetes mellitus in Asia: A systematic review and meta-analysis. *Biomedcentral Pregnancy and Childbirth*, 18(494), 1-20. DOI:10.1186/s12884-018-2131-4.
- Limruangrong, P., Boriboonhirunsarn, D., Puangsricharern, A., & Pinitlertsakun, O. (2016). Factors influencing the occurrence of gestational diabetes mellitus in pregnant women with abnormal glucose challenge test. *Journal of Nursing Science*, 34(2), 58-69. [In Thai]
- Limruangrong, P., Sinsuksai, N., Ratinthorn, A., & Boriboonhirunsarn, D. (2011). Effectiveness of a self-regulation program on diet control, exercise, and two-hour postprandial blood glucose levels in Thai with gestational diabetes mellitus. *Pacific Rim International Journal Nursing Research*, 15(3). 173-187.

- Mitanchez, D., Burguet, A., & Simeoni, U. (2014). Infants born to mothers with gestational diabetes mellitus: Mild neonatal effects, a long-term threat to global health. *The Journal of Pediatrics*, 164(3), 445-450.
- Nutbeam, D. (2008). The evolving concept of health literacy. *Social Science and Medicine*, 67, 2072-2078.
- Phaibool, M., & Wongkham, J. (2009). Diagnosis of gestational diabetes mellitus in Srinagarind hospital. *Srinagarind Medical Journal*, 24(3), 186-189. [In Thai]
- Phromjak, S. (2007). Factors affecting patients' behavior in controlling the blood glucose levels in non-insulin dependent diabetes mellitus. *Journal of Health Systems Research*, 1(2), 10-18. [In Thai]
- Radarith, C., Tachasuksri, T., & Siriarunrat, S. (2019). Factors influencing self-management among women with gestational diabetes mellitus. *The Journal of Faculty of Nursing Burapha University*, 27(1), 50-59. [In Thai]
- Rattanawarang, W., & Chantha, W. (2018). Health literacy of self-care behaviors for blood glucose control in patients with type 2 diabetes, Chainat province. *The Journal of Baromrajonani College of Nursing Nakhonratchasima*, 24(2), 34-51. [In Thai]
- Turagabeci, A. R., Nakamura, K., Kizuki, M., & Takano, T. (2007). Family structure and health, how companionship acts as a buffer against ill health. *Biomedcentral*, 5(61), 1-9.
- Singwongsa, A., & Boriboonhirunsarn, D. (2016). Incidence and associated factors of gestational diabetes mellitus diagnosed during 24-28 weeks of gestation. *Thai Journal of Obstetrics and Gynecology*, 24, 184-192. [In Thai]
- Suwannarat, K., Tachasuksri, T., & Siriarunrat, S. (2019). Effects of a self-management support program on diabetes self-management behavior and blood sugar level in women with gestational diabetes mellitus. *Journal of Phrapokklao Nursing College*, 30(2), 1-13. [In Thai]

ความล่าช้าในการนำผู้ป่วยมาโรงพยาบาลของญาติผู้ป่วย โรคสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลัน

วิไลภรณ์ สว่างมงคล, พย.ม.¹ เขมารดี มาสิงบุญ, D.S.N.^{2*} วัลภา คุณทรงเกียรติ, Ph.D.²

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงพรรณนาครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความล่าช้าในการนำผู้ป่วยมาโรงพยาบาลของญาติผู้ป่วยโรคสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลัน และปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความล่าช้าในการนำผู้ป่วยมาโรงพยาบาล โดยใช้กรอบแนวคิดการจัดการอาการของดอตต์และคณะ กลุ่มตัวอย่าง คือ ญาติผู้ป่วยที่นำผู้ป่วยโรคสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลันมารับการรักษา ณ โรงพยาบาลแห่งหนึ่งในจังหวัดชลบุรี ชั่วกว่า 210 นาที (3.5 ชั่วโมง) จำนวน 85 ราย คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามคุณสมบัติที่กำหนด ระหว่างเดือนตุลาคม พ.ศ. 2561 ถึงเดือนกุมภาพันธ์ พ.ศ. 2562 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย แบบข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยและญาติ แบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง แบบสอบถามความตระหนักในการเกิดโรคสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลัน แบบประเมินการรับรู้ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลัน และแบบสอบถามการจัดการอาการโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลัน วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา

ผลการวิจัยพบว่า ระยะเวลาที่ญาติผู้ป่วยโรคสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลันนำผู้ป่วยมาโรงพยาบาล ตั้งแต่เริ่มเกิดอาการของโรคสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลัน เฉลี่ย 1,768 นาที (ประมาณ 29.5 ชั่วโมง) การจัดการอาการเมื่อญาติพบผู้ป่วยมีอาการของโรคสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลัน คือ 1) รอให้อาการของผู้ป่วยดีขึ้นหรือหายไปเองจึงไม่พาไปโรงพยาบาล (ร้อยละ 48.3) 2) พยายามให้ผู้ป่วยผ่อนคลายด้วยการนอนพัก (ร้อยละ 32.9) 3) หายามาให้ผู้ป่วยรับประทาน เช่น แอสไพริน หรือ พาราเซตามอล (ร้อยละ 9.4) 4) บอกใครบางคนที่อยู่ใกล้ (ร้อยละ 3.5) กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยของความรู้เกี่ยวกับโรคสมองขาดเลือดอยู่ในระดับต่ำ ($M = 17.5$, $SD = 3.20$) ความตระหนักในการเกิดโรคสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลันอยู่ในระดับต่ำ ($M = 1.68$, $SD = 0.47$) และการรับรู้ความรุนแรงของโรคสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลันอยู่ในระดับต่ำ ($M = 29.29$, $SD = 24.69$) ผลการวิจัยเสนอแนะว่า บุคลากรทางสุขภาพควรส่งเสริมให้ญาติผู้ป่วยมีความรู้ ความตระหนักและรับรู้ความรุนแรงของโรคสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลัน และมีการจัดการอาการที่ถูกต้อง เหมาะสม เพื่อให้ผู้ป่วยมารับการรักษาได้ทันเวลา

คำสำคัญ: ความล่าช้าในการนำผู้ป่วยมาโรงพยาบาล ความรู้เกี่ยวกับโรคสมองขาดเลือด ความตระหนักของการเกิดโรคสมองขาดเลือด การรับรู้ความรุนแรง การจัดการอาการ

¹ นิสิตหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

² ผู้ช่วยศาสตราจารย์ สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

* ผู้เขียนหลัก e-mail: khemarad@hotmail.com

Pre-Hospital Delay in Family Members of Patients with Acute Ischemic Stroke

Wilaiporn Swangmongkol, M.N.S.¹, Khemaradee Masingboon, D.S.N.^{2*},
Wanlapa Kunsongkeit Ph.D.²

Abstract

This descriptive study aimed to explore the pre-hospitalization delay caused by family members of patients with acute ischemic stroke, and its related factors. The sample was 85 family members of patients with acute ischemic stroke who arrived a hospital in Chonburi after 210 minutes (3.5 hours). The sample was recruited using inclusion criteria and a random time frame from October 2018 to February 2019. The research instruments included a demographic questionnaire, the stroke knowledge questionnaire, the stroke awareness questionnaire, the perception of stroke severity questionnaire, and the response to stroke symptoms questionnaire. Reliability scores of the questionnaires were .77, .63, .95 and .86 respectively. Data were analyzed using descriptive statistics.

The results revealed that the mean hospital arrival time was 1,768 minutes (approximately 29.5 hours). Symptom management strategies included: 1) doing nothing and waiting for the patient recovery by him/herself (48.3%); 2) letting the patient sleep (32.9 %); 3) giving medication such as aspirin or paracetamol (9.4 %), and; 4) telling someone (3.5 %). The subjects had low scores on stroke knowledge ($M = 17.5$, $SD = 3.20$), stroke awareness ($M = 1.68$, $SD = 0.47$), and perceived stroke severity ($M = 29.29$, $SD = 24.69$). The findings indicate that health care professionals should provide more information about stroke to enhance family members' stroke knowledge, awareness, and perception of stroke severity. Consequently, this would promote appropriate symptom management in order to decrease pre-hospitalization delay, resulting in more patients receiving more timely treatment.

Keywords: pre-hospitalization delay, stroke knowledge, stroke awareness, perceived stroke severity, symptom management

¹ Master of Nursing Science Program in Adult Nursing, Faculty of Nursing Burapha Univesity

² Assistant Professor, Faculty of Nursing Burapha Univesity

* Corresponding author e-mail: khemarad@hotmail.com

ความสำคัญของปัญหา

โรคสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลัน (Acute ischemic stroke) เป็นภาวะฉุกเฉินที่เป็นสาเหตุสำคัญของการเสียชีวิตและทุพพลภาพของประชากรทั่วโลก รวมทั้งประเทศไทย สาเหตุเกิดจากการตีบหรืออุดตันของหลอดเลือดในสมอง ทำให้สมองขาดเลือดไปเลี้ยงและสูญเสียการทำงานอย่างเฉียบพลัน (American Heart Association, 2019) โดยอาการเตือนของโรคที่สังเกตได้โดยใช้หลัก BEFAST ได้แก่ มีการทรงตัวผิดปกติ มองเห็นไม่ชัด ทันทีทันใด โดยเฉพาะตาข้างเดียว เห็นภาพซ้อน ขาที่ใบหน้า แขน/ขาอ่อนแรง ปากเบี้ยวพูดไม่ชัด ทานอาหารแล้วสำลัก และระยะเวลาที่เกิดอาการ (Stroke Foundation, 2017) ซึ่งมาตรฐานการรักษาในปัจจุบัน ได้แก่ การมีระบบ Stroke fast track เพื่อให้ผู้ป่วยได้เข้าถึงการรักษาด้วยยา recombinant tissue plasminogen activator (rt-PA) ให้ทันภายในระยะเวลา 270 นาที (4.5 ชั่วโมง) นับระยะเวลาตั้งแต่ผู้ป่วยเกิดอาการของโรคสมองขาดเลือด (AHA/ASA, 2018) เพื่อให้เนื้อสมองได้รับออกซิเจนอย่างเพียงพอ ซึ่งจะช่วยลดการเสียชีวิตและความพิการได้ถึงร้อยละ 30 (Hacke et al., 2008) จากประสบการณ์ในการทำงานที่โรงพยาบาลแห่งหนึ่งในจังหวัดชลบุรี พบว่า จำนวนผู้ป่วยโรคสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลันที่มาล่าช้ามีจำนวนมากขึ้น ทั้งที่มีการพัฒนาระบบ Stroke fast track และสถานบริการสาธารณสุข มีการรณรงค์ จัดอบรมให้ความรู้แก่ประชาชน สร้างเครือข่ายกระจายความรู้มากมาย แต่ผู้ป่วยที่มีอาการของโรคสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลันส่วนใหญ่ยังมาโรงพยาบาลล่าช้า

ความล่าช้าในการนำผู้ป่วยมาโรงพยาบาล (Pre-hospital delay) ของการศึกษานี้ หมายถึง ระยะเวลาที่ญาตินำผู้ป่วยโรคสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลันมาถึงโรงพยาบาล (Pre-hospital time) ช้ากว่า 210 นาที (3.5 ชั่วโมง) (Mandelzweig, Goldbourt, Boykoet, & Tanneal, 2006) ซึ่งผู้ป่วยโรคสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลัน ส่วนใหญ่เมื่อเกิดอาการจะมีข้อจำกัดในการสื่อสาร ไม่สามารถบอกถึงอาการ และจัดการอาการที่เกิดขึ้นได้ ญาติผู้ป่วยหรือผู้ที่พบเห็นอาการของผู้ป่วยจะเป็นบุคคลที่ตัดสินใจนำผู้ป่วยมาโรงพยาบาล (Pinyosree, 2008) ซึ่งสอดคล้องกับที่ ดอดด์และคณะ (Dodd et al.,

2001) นำเสนอไว้ในทฤษฎีการจัดการอาการว่า กรณีที่ผู้ป่วยไม่สามารถจัดการอาการด้วยตนเองได้ ญาติผู้ป่วยเป็นบุคคลสำคัญที่จะช่วยจัดการกับอาการของผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ

จากการศึกษาที่ผ่านมาทั้งในและต่างประเทศพบว่า ผู้ป่วยที่มีอาการคาดว่าจะเกิดโรคสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลัน ถูกนำส่งโรงพยาบาลช้ากว่าเวลาที่สมารถให้การรักษาด้วยยาละลายลิ่มเลือดได้ มีการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยโรคสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลัน ส่วนใหญ่มารับการรักษาในโรงพยาบาลช้ากว่า 270 นาที (Yiadthaisong, Wongpiriyayothar, & Kuleelung, 2019) คำมัธยฐานของระยะเวลาตั้งแต่ผู้ป่วยเกิดอาการของโรคสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลัน จนมาถึงโรงพยาบาล เท่ากับ 474 นาที (Kim et al., 2011) ถึง 1,117.7 นาที หรือ 18.6 ชั่วโมง (Khantichitr, Sanchaisuriya, & Thepphawan, 2016) และยังพบว่า ผู้ป่วยโรคสมองขาดเลือดที่ญาติพามาโรงพยาบาล มีเพียงร้อยละ 8 ของผู้ป่วยโรคสมองขาดเลือดที่มาโรงพยาบาลเร็ว นอกนั้นอีกร้อยละ 92 มาโรงพยาบาลล่าช้า (Ashraf et al., 2015)

อย่างไรก็ตาม เมื่อญาติพบอาการที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยญาติจะมีการตอบสนองหรือจัดการอาการโรคสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลันในระยะเวลาที่แตกต่างกัน ขึ้นกับความรู้ ความตระหนัก และการรับรู้ความรุนแรงของอาการที่เกิดขึ้น ซึ่งมีหลายปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความล่าช้าในการนำผู้ป่วยมาโรงพยาบาล โดยเฉพาะปัจจัยส่วนบุคคลของญาติ ได้แก่ ความรู้ ความตระหนัก และการรับรู้ความรุนแรงของโรคสมองขาดเลือด ซึ่งมีความเกี่ยวข้องในการจัดการอาการและตัดสินใจของญาติในการนำผู้ป่วยมาโรงพยาบาล (Pinyosree, 2008) ผลจากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่า ร้อยละ 8-52 ของกลุ่มตัวอย่างขาดความรู้เกี่ยวกับโรค ปัจจัยเสี่ยง และอาการของโรคสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลัน ทำให้ผู้ป่วยมาโรงพยาบาลล่าช้า (Saengsuwan, Suangpho, & Tiamkao, 2017) นอกจากนี้ยังพบว่า ญาติผู้ป่วยส่วนใหญ่ขาดความตระหนักเกี่ยวกับอาการของโรคสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลัน โดยขณะที่พบอาการของโรคสมองขาดเลือดที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย เช่น มุมปากเบี้ยว พูดไม่ชัด แขนขาชาหรืออ่อนแรง ญาติไม่ตระหนักกว่าอาการเหล่านี้เป็นอาการเตือนของโรคสมอง

ขาดเลือดระยะเฉียบพลัน จึงรอดูอาการก่อนจนเมื่ออาการมีความรุนแรงมากขึ้นจึงพาผู้ป่วยมาโรงพยาบาล ทำให้การนำผู้ป่วยมาโรงพยาบาลเกิดความล่าช้า ซึ่งพบมากถึงร้อยละ 83.1 ของผู้ป่วยโรคสมองขาดเลือด (Jiang et al., 2016) และถึงแม้ผู้ป่วยจะมีอาการเตือนของโรคสมองขาดเลือดต่าง ๆ เกิดขึ้น แต่ผู้ป่วยส่วนใหญ่ยังรู้สึกตัว มีสติ ทำให้ญาติขาดการรับรู้ถึงความรุนแรงของโรคสมองขาดเลือด ซึ่งพบว่าญาติเพียงร้อยละ 50 เท่านั้นที่รับรู้ว่าเป็นโรคสมองขาดเลือดเป็นโรคที่รุนแรง จึงยังพบความล่าช้าในการนำผู้ป่วยมาโรงพยาบาลเพื่อรับการรักษาด้วย rt-PA (Seremwe et al., 2017)

จากข้อมูลข้างต้น ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาความล่าช้าและการจัดการอาการของญาติผู้ป่วยโรคสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลันในการนำผู้ป่วยมาโรงพยาบาล และปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความล่าช้าและการจัดการอาการในการนำผู้ป่วยมาโรงพยาบาลของญาติผู้ป่วยโรคสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลัน ณ โรงพยาบาลแห่งหนึ่ง ในจังหวัดชลบุรี เป็นโรงพยาบาลที่มีระบบ Stroke fast track ซึ่งใช้เกณฑ์ในการรับการรักษาด้วยยา rt-PA ภายในระยะเวลา 210 นาที (3.5 ชั่วโมง) โดยพบว่า ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2557-2559 มีผู้ป่วยที่มาล่าช้าในระยะก่อนมาโรงพยาบาล เพิ่มมากขึ้นคิดเป็นร้อยละ 64.9, 58.5 และ 64.7 ของผู้ป่วยโรคสมองขาดเลือดทั้งหมด (Emergency Unit: A Hospital In Chonburi province, 2017) โดยคาดหวังว่าผลวิจัยที่ได้จะช่วยให้บุคลากรทางการแพทย์เข้าใจถึงปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความล่าช้าในการนำผู้ป่วยมาโรงพยาบาลของญาติผู้ป่วยโรคสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลัน และสามารถนำไปปรับปรุง เพื่อเป็นแนวทางในการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยโรคสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลันในรูปแบบเชิงรุกเข้าสู่ชุมชน ทำให้ผู้ป่วยและญาติตัดสินใจมาโรงพยาบาลได้เร็วขึ้น ไม่เสียโอกาสในการได้รับยา rt-PA ลดความพิการ ลดอัตราการเสียชีวิต และช่วยป้องกันผู้ป่วยในกลุ่มเสี่ยงที่จะเป็นโรคสมองขาดเลือดให้มาโรงพยาบาลได้รวดเร็ว และรักษาทันเวลาต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาความล่าช้าในการนำผู้ป่วยมาโรงพยาบาลของญาติผู้ป่วยโรคสมองขาดเลือดระยะ

เฉียบพลัน

2. เพื่อศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความล่าช้าและการจัดการอาการในการนำผู้ป่วยมาโรงพยาบาลของญาติผู้ป่วยโรคสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลัน ได้แก่ ความรู้เกี่ยวกับโรคสมองขาดเลือด ความตระหนักในการเกิดโรคสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลัน การรับรู้ความรุนแรงของโรคสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลัน

กรอบแนวคิดในการวิจัย

กรอบแนวคิดในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยใช้ทฤษฎีการจัดการอาการ (Dodd et al., 2001) ในการศึกษา โดยใช้แนวคิดในส่วนของบุคคลซึ่งประกอบด้วย ประสบการณ์การมีอาการ วิธีการจัดการอาการ และผลลัพธ์ของการจัดการอาการ ซึ่งสามารถอธิบายได้ว่า ประสบการณ์การมีอาการ เป็นประสบการณ์ของบุคคลที่มีต่อความเจ็บป่วย สามารถเปลี่ยนแปลงได้ตลอดเวลา เกี่ยวข้องกับการรับรู้อาการ การประเมินอาการ และการตอบสนองต่ออาการ เมื่อผู้ป่วยเกิดอาการผิดปกติ ผู้ป่วยและญาติจะรับรู้ถึงความผิดปกติของร่างกายที่เกิดขึ้น (ซึ่งจะแตกต่างกันไปตามลักษณะส่วนบุคคล) แต่เนื่องจากผู้ป่วยไม่สามารถตอบสนองหรือจัดการความผิดปกติดังกล่าวได้ ญาติผู้ป่วยจึงเป็นผู้ตอบสนองหรือจัดการแทนโดยจะประเมินลักษณะอาการ จากความรู้ที่มีอยู่ ประเมินถึงความรุนแรงของอาการ ตระหนักถึงความผิดปกติหรือการเกิดโรค จากลักษณะอาการและความผิดปกติในตำแหน่งต่าง ๆ รวมถึงผลกระทบของอาการที่เกิดขึ้น ญาติจะมีการตอบสนองต่ออาการ โดยเลือกใช้วิธีการจัดการอาการที่แตกต่างกัน เพื่อบรรเทาหรือทำให้ผลลัพธ์ด้านลบของอาการเกิดขึ้นช้าที่สุด การจัดการอาการ เป็นกระบวนการที่ต่อเนื่องและสามารถเปลี่ยนแปลงได้ ขึ้นอยู่กับระยะเวลา ประสบการณ์การรับรู้ถึงความรุนแรงของอาการ ความรู้ ความตระหนักของญาติต่ออาการที่เกิดขึ้น ซึ่งผลลัพธ์ของการจัดการอาการ คือระยะเวลาหรือความล่าช้าในการนำผู้ป่วยมาโรงพยาบาล เป็นผลลัพธ์ที่บ่งชี้ถึงประสิทธิภาพในการจัดการอาการที่เกิดจากประสบการณ์การมีอาการและวิธีการจัดการอาการ

วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบงานวิจัย เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive research) แบบกรณีศึกษา

ประชากร คือ ญาติผู้ป่วยที่นำผู้ป่วยโรคสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลันมาที่โรงพยาบาลแห่งหนึ่ง ในจังหวัดชลบุรี ชำกว่า 210 นาที (3.5 ชั่วโมง)

กลุ่มตัวอย่าง คือ ญาติผู้ป่วยที่นำผู้ป่วยโรคสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลันมาที่โรงพยาบาลแห่งหนึ่ง ในจังหวัดชลบุรี ชำกว่า 210 นาที (3.5 ชั่วโมง) โดยมีอายุตั้งแต่ 20 ปีขึ้นไป เป็นบุคคลที่มีความเกี่ยวข้องในครอบครัวของผู้ป่วยโรคสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลัน ได้แก่ คู่สมรส ผู้ร่วมสายโลหิตกันทางบิดาหรือมารดา และ/หรือเครือญาติ ผู้ดูแลที่ไม่ใช่สายเลือดเดียวกันรวมถึงเพื่อน และเป็นผู้ตัดสินใจนำผู้ป่วยมาโรงพยาบาลเพื่อรับการรักษา มีการรับรู้และสติสัมปชัญญะสมบูรณ์

ขนาดของกลุ่มตัวอย่างได้มาจากการคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างของ Yamane (Yamane, 1973 อ้างถึงใน Srisathitnarakun, 2010) และผู้วิจัยได้เพิ่มกลุ่มตัวอย่างอีกร้อยละ 10 เพื่อให้ได้ข้อมูลที่อ้างอิงไปยังกลุ่มประชากรได้ดียิ่งขึ้น ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างจำนวน 85 ราย

การได้มาซึ่งกลุ่มตัวอย่างใช้วิธีการสุ่มกลุ่มตัวอย่างโดยใช้กรอบเวลา (Chirawatkun, 2007) เนื่องจากผู้ป่วยที่เข้ามารับการรักษาที่โรงพยาบาลในแต่ละวันไม่สามารถกำหนดได้ว่าผู้ป่วยจะมารับการรักษาวันใด โดยกำหนดระยะเวลาในการเก็บรวบรวมข้อมูล ระหว่างเดือนตุลาคม พ.ศ. 2561 ถึง เดือนกุมภาพันธ์ พ.ศ. 2562 ซึ่งนำญาติผู้ป่วยทั้งหมดในช่วงเวลาที่ทำการศึกษามาเป็นกลุ่มตัวอย่าง จากนั้นทำการคัดเลือกญาติผู้ป่วยโรคสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลันตามคุณสมบัติที่กำหนด

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ประกอบด้วยแบบสอบถาม 6 ชุด ดังนี้

1. แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยโรคสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลัน ได้แก่ ข้อมูลส่วนบุคคล และข้อมูลการเจ็บป่วย รวมถึงระยะเวลาต่าง ๆ ในการมารักษาของผู้ป่วย

2. แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของญาติผู้ป่วยโรคสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลัน ได้แก่ ความสัมพันธ์ในครอบครัว เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา

อาชีพ รายได้เฉลี่ยของครอบครัว ยานพาหนะที่ใช้เดินทางมาโรงพยาบาล การได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรคสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลัน และบุคคลในครอบครัวที่เคยเป็นโรคสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลัน

3. แบบสอบถามการจัดการอาการโรคสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลัน โดยใช้แบบสอบถามการตอบสนองต่ออาการโรคหลอดเลือดสมอง (The Response to Stroke Symptoms Questionnaire [RSSQ]) ที่พัฒนาขึ้นโดย Barr, McKinley, O'Brien, and Herkes (2006) และ Potisopha, et al. (2015) ได้นำมาแปลเป็นภาษาไทยด้วยวิธีการแปลย้อนกลับ ซึ่งใช้เฉพาะส่วนที่เกี่ยวกับการตอบสนองทางพฤติกรรม เปลี่ยนจากสอบถามผู้ป่วยมาเป็นสอบถามญาติผู้ป่วย เพื่อประเมินญาติผู้ป่วยโรคสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลันว่ามีวิธีการจัดการอย่างไรในครั้งแรก เมื่อพบผู้ป่วยมีอาการของโรคสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลัน แบบสอบถามประกอบด้วย ข้อคำถาม 1 คำถาม มีคำตอบให้เลือกตอบ 10 ข้อ โดยให้เลือกเพียงคำตอบเดียว การคิดคะแนนอยู่ในช่วง 1-5 การแปลคะแนนอ้างอิงจากค่าเฉลี่ย โดยค่าเฉลี่ยคะแนนที่ต่ำ หมายถึงญาติผู้ป่วยมีการจัดการอาการที่ไม่ดี เมื่อพบเห็นอาการของผู้ป่วยโรคสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลัน ค่าเฉลี่ยคะแนนที่สูง หมายถึง ญาติผู้ป่วยมีการจัดการที่ดีเมื่อพบเห็นอาการของผู้ป่วยโรคสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลัน

4. แบบประเมินการรับรู้ความรุนแรงของโรคสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลัน เป็นแบบประเมินการรับรู้ของญาติผู้ป่วยโรคสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลัน เกี่ยวกับความรุนแรงของโรคสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลัน ที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยเมื่อพบผู้ป่วยมีอาการของโรคสมองขาดเลือดก่อนนำผู้ป่วยมาโรงพยาบาล โดยใช้แบบประเมินการรับรู้ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลัน (Pinyosree, 2008) ลักษณะข้อคำถามเป็นแบบประเมินโดยการเปรียบเทียบด้วยสายตา (Visual analog scale) 1 ข้อ การคิดคะแนนมีค่าตั้งแต่ 0-100 คะแนน โดยกลุ่มตัวอย่างที่ได้คะแนน 0-50 แสดงว่า มีการรับรู้ความรุนแรงของโรค อยู่ในระดับต่ำ และกลุ่มตัวอย่างที่ได้คะแนน 51-100 แสดงว่า มีการรับรู้ความรุนแรงของโรค อยู่ในระดับสูง

5. แบบสอบถามความตระหนักในการเกิดโรค

สมองขาดเลือดระยะเฉียบพลัน เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง เพื่อประเมินความตระหนักในการเกิดโรคสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลันของญาติผู้ป่วยโรคสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลัน เกี่ยวกับอาการในการเกิดโรคสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลัน ขณะผู้ป่วยเกิดอาการของโรคสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลัน ก่อนนำผู้ป่วยมาโรงพยาบาล มีข้อคำถามทั้งหมด จำนวน 9 ข้อ โดยข้อ 1-8 สอบถามญาติผู้ป่วยเกี่ยวกับความตระหนักของอาการในการเกิดโรคสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลัน ส่วนข้อ 9 สอบถามญาติผู้ป่วยโรคสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลัน ในภาพรวมเกี่ยวกับความตระหนักในการเกิดโรคสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลัน ซึ่งคะแนนอยู่ในช่วง 1-3 คะแนน แปลผลคะแนน โดยการนำคะแนนของกลุ่มตัวอย่างทั้งหมดในข้อ 9 ซึ่งคะแนนอยู่ในช่วง 1-3 คะแนน ค่าเฉลี่ยคะแนนที่ต่ำ หมายถึง ญาติผู้ป่วยมีความตระหนักในการเกิดโรคสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลันน้อย ค่าเฉลี่ยคะแนนที่สูง หมายถึง ญาติผู้ป่วยมีความตระหนักในการเกิดโรคสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลันสูง

6. แบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับโรคสมองขาดเลือด เป็นแบบสอบถามเพื่อประเมินความรู้ของญาติผู้ป่วยเกี่ยวกับโรคสมองขาดเลือด ประกอบด้วย ปัจจัยเสี่ยง อาการ และการรักษาของโรคสมองขาดเลือดของผู้ป่วย ขณะผู้ป่วยเกิดอาการของโรคสมองขาดเลือด ก่อนนำผู้ป่วยมาโรงพยาบาล โดยใช้แบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง (Saeko, 2009) มีข้อคำถาม จำนวน 13 ข้อ คะแนนเต็ม 13 คะแนน มีลักษณะข้อคำถามเป็นคำถามปลายปิด 2 ตัวเลือก คือ ใช่ และไม่ใช่ การแปลผลคะแนน โดยการนำคะแนนผลรวมซึ่งอยู่ในช่วง 0-26 คะแนน มาหาค่าเฉลี่ยของคะแนนรวม ค่าเฉลี่ยที่ต่ำ หมายถึง ญาติผู้ป่วยมีความรู้เกี่ยวกับโรคสมองขาดเลือด ค่าเฉลี่ยที่สูง หมายถึง ญาติผู้ป่วยมีความรู้เกี่ยวกับโรคสมองขาดเลือด

คุณภาพเครื่องมือวิจัย

แบบสอบถามความตระหนักในการเกิดโรคสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลันได้ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 ท่าน ได้ค่า Validity = .83 และนำแบบสอบถามทั้งหมดไปทดสอบ

หาความเชื่อมั่นโดยทดลองใช้กับญาติผู้ป่วยโรคสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลัน ที่โรงพยาบาลแห่งหนึ่งในจังหวัดชลบุรี ที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 20 ราย มาวิเคราะห์หาค่าความเชื่อมั่น (Reliability) ดังนี้ แบบสอบถามความตระหนักในการเกิดโรคสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลัน ใช้วิธีสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) = .63 ส่วนแบบสอบถามการจัดการอาการโรคสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลัน แบบสอบถามการรับรู้ความรุนแรงของโรคสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลัน ใช้วิธีการวัดซ้ำ (Test-retest method) ได้ค่าความเชื่อมั่น = .86 และ .95 ตามลำดับ และแบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับโรคสมองขาดเลือด ใช้การวิเคราะห์ Kuder-Richardson (KR-20) ได้ค่าความเชื่อมั่น = .77

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยนำโครงการวิจัยและเครื่องมือการวิจัยผ่านการรับรองจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยระดับบัณฑิตศึกษา คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา (รหส 05-07-2561) ในการเก็บข้อมูลผู้วิจัยได้เข้าพบกลุ่มตัวอย่างพร้อมเอกสารเพื่อขอความร่วมมือในการเข้าร่วมการวิจัย พร้อมชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอนของการวิจัย และสิทธิในการเข้าร่วมการวิจัยหรือการปฏิเสธการเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้ ซึ่งข้อมูลในการวิจัยทั้งหมดของกลุ่มตัวอย่างจะถูกเก็บเป็นความลับด้วยการลงรหัสข้อมูล นำเสนอเป็นภาพรวมของกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา และทำลายทิ้งหลังจากสิ้นสุดการวิจัยแล้ว 1 ปี หากกลุ่มตัวอย่างต้องการถอนตัวออกจากการศึกษา ก็จะสามารถยกเลิกได้ตลอดเวลา และไม่มีผลกระทบต่อการรักษาพยาบาลที่ได้รับ หลังจากกลุ่มตัวอย่างรับทราบและตัดสินใจเข้าร่วมการวิจัยแล้วจึงลงนามยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเองที่หอผู้ป่วยอายุรกรรม โรงพยาบาลแห่งหนึ่งในจังหวัดชลบุรี โดยประสานงานหัวหน้าพยาบาล หัวหน้าหอผู้ป่วยพยาบาลประจำหอผู้ป่วย รวมถึงเจ้าหน้าที่หรือบุคลากรทางการแพทย์ เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ และขั้นตอนการวิจัย รวมถึงการพิทักษ์สิทธิให้กลุ่มตัวอย่างทราบ โดยขอความร่วมมือในการลงนามยินยอมเข้าร่วมการวิจัยด้วยความ

สมัครใจ กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามที่ห้องประชุม ด้วยความเป็นส่วนตัว และสอบถามได้ตลอดเวลา ใช้เวลา ประมาณ 30-40 นาที ผู้วิจัยทำการตรวจสอบความครบถ้วน ของแบบสอบถามพร้อมใส่ซองปิดผนึก และกล่าวขอบคุณ กลุ่มตัวอย่างที่ให้ข้อมูลในการศึกษาวิจัยครั้งนี้

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์ สำเร็จรูป โดยข้อมูลทั่วไป ตัวแปรที่ศึกษาและปัจจัยที่ เกี่ยวข้องกับความล่าช้าในการนำผู้ป่วยมาโรงพยาบาลของ ญาติผู้ป่วยโรคสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลัน ผู้วิจัยวิเคราะห์ ข้อมูลด้วยสถิติพรรณนา ได้แก่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย (Mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard deviation)

ผลงานวิจัย

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยโรคสมองขาดเลือด ระยะเฉียบพลัน พบว่า ผู้ป่วยร้อยละ 67 เป็นเพศชาย มีอายุ เฉลี่ย 53.5 ปี (SD = 11.7) โดยมีอายุระหว่าง 41-60 ปี มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 63.5 ส่วนใหญ่ร้อยละ 83.6 มี สถานภาพสมรสคู่ มีโรคประจำตัวเป็นโรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 47 รองลงมาเป็นโรคเบาหวาน ร้อยละ 16.5 และมีภาวะไขมันในเลือดสูง พบร้อยละ 2.4 กลุ่มตัวอย่าง ร้อยละ 49.4 ยังคงดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ และสูบบุหรี่ ร้อยละ 51.8 จากการศึกษายังพบผู้ป่วยที่มีภาวะเครียด ก่อนมีอาการของโรคสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลัน ร้อยละ 34.1 และมีประวัติคนในครอบครัวเป็นโรคสมอง ขาดเลือด เพียงร้อยละ 7.1

อาการของผู้ป่วยที่เกิดขึ้นก่อนนำมารักษาพยาบาล ส่วนใหญ่จะมีอาการแขน/ขาอ่อนแรงครึ่งซีก ซึ่งคิดเป็น ร้อยละ 65.9 รองลงมาจะมีอาการแขน/ขาชาครึ่งซีก ร้อยละ 45.9 นอกจากนั้นยังพบอาการกลืนน้ำลายลำบาก อ่อนแรงครึ่งซีกและอาการพูดไม่ชัด ร้อยละ 27.1 เท่ากัน ส่วนอาการที่เกิดขึ้นเมื่อญาตินำผู้ป่วยมาโรงพยาบาลช้ากว่า 210 นาที อาการแรกเริ่มของผู้ป่วยที่หน่วยงานอุบัติเหตุ และฉุกเฉิน ส่วนใหญ่จะพบอาการแขน/ขาอ่อนแรงครึ่งซีก มากขึ้นคิดเป็นร้อยละ 78.8 อาการแขน/ขาชาครึ่งซีก ร้อยละ 52.9 อาการกลืนน้ำลายลำบาก อ่อนแรงครึ่งซีก ร้อยละ 48.2 และอาการพูดไม่ชัด ร้อยละ 47.1 นอกจากนั้นยังพบผู้ป่วย พูดสับสน ร้อยละ 3.5 จากที่เริ่มแรกไม่มีอาการนี้

ส่วนที่ 2 ข้อมูลทั่วไปของญาติผู้ป่วยโรคสมอง ขาดเลือดระยะเฉียบพลัน พบว่า เป็นภรรยาของผู้ป่วย ร้อยละ 43.5 รองลงมา เป็นสามีและบุตร คิดเป็นร้อยละ 18.8 เท่ากัน ซึ่งเป็นเพศหญิง ร้อยละ 70.6 มีอายุอยู่ในช่วง 41-60 ปี ร้อยละ 58.8 (SD = 11.17) และมีสถานภาพ สมรสคู่ ร้อยละ 77.6 ระดับการศึกษาจบประถมศึกษา ร้อยละ 44.7 รองลงมา จบมัธยมศึกษาตอนต้น ร้อยละ 18.8 ส่วนใหญ่ประกอบอาชีพรับจ้าง/ ผู้ใช้แรงงาน คิดเป็น ร้อยละ 51.8 นอกจากนั้นยังพบอีกว่า กลุ่มตัวอย่าง ไม่เคยได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรคสมองขาดเลือดระยะ เฉียบพลันจากช่องทางใดเลย คิดเป็นร้อยละ 56.5

ส่วนที่ 3 ความล่าช้าในการนำผู้ป่วยมาโรงพยาบาล ของญาติผู้ป่วยโรคสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลัน พบว่า ค่าเฉลี่ยระยะเวลาที่กลุ่มตัวอย่างนำผู้ป่วยมาโรงพยาบาล เท่ากับ 29.5 ชั่วโมง (ใช้เวลามากกว่า 24 ชั่วโมง) ระยะเวลา ที่กลุ่มตัวอย่างนำผู้ป่วยมาโรงพยาบาลล่าช้า ส่วนใหญ่ใช้ เวลาอยู่ในช่วงมากกว่า 361-1,440 นาที (ระยะเวลา 6-24 ชั่วโมง) คิดเป็นร้อยละ 56.5 (M = 1767.8) รองลงมา มากกว่า 1,441 นาที (มากกว่า 24 ชั่วโมง) คิดเป็นร้อยละ 35.3 และที่ใช้ระยะเวลามากที่สุด เท่ากับ 14,453 นาที (240.9 ชั่วโมง หรือ ประมาณ 10 วัน) ซึ่งถือว่าเป็นเวลาที่ ล่าช้ามาก โดยญาติมีวิธีการจัดการอาการเมื่อพบผู้ป่วย โรคสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลัน ดังนี้ 1) รอให้การ ของผู้ป่วยดีขึ้นหรือหายไปเองจึงไม่พาไปโรงพยาบาล (ร้อยละ 48.3) 2) พยายามให้ผู้ป่วยผ่อนคลายด้วยการ นอนพัก (ร้อยละ 32.9) 3) หายามาให้ผู้ป่วยรับประทาน (เช่น แอสไพริน, พาราเซตามอล) (ร้อยละ 9.4) 4) บอก คนอื่น ๆ (ร้อยละ 9.4)

ส่วนที่ 4 ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความล่าช้าในการนำ ผู้ป่วยมาโรงพยาบาลของญาติผู้ป่วยโรคสมองขาดเลือด ระยะเฉียบพลัน

1. ความรู้เกี่ยวกับโรคสมองขาดเลือด พบว่า กลุ่มตัวอย่างตอบคำถามได้ถูกต้อง ในข้อที่ถามเกี่ยวกับ เมื่อมีอาการแสดงของโรคสมองขาดเลือด ควรรีบไปพบแพทย์ เพื่อทำการรักษาให้เร็วที่สุด ร้อยละ 74.1 ในส่วนของ ข้อคำถามอื่น ๆ กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ตอบไม่แน่ใจว่า ข้อคำถามนั้นถูกหรือผิด เช่น ในข้อที่ถามเกี่ยวกับอาการ ต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นเป็นอาการของโรคสมองขาดเลือดระยะ

เฉียบพลัน กลุ่มตัวอย่างตอบไม่แน่ใจมากกว่า ร้อยละ 50 และในข้อคำถามเกี่ยวกับความรู้เกี่ยวกับการรักษาโรคสมองขาดเลือดที่ได้ผลดี ต้องเริ่มภายใน 210 นาที หรือ 3.5 ชั่วโมงหลังมีอาการ กลุ่มตัวอย่างมีความตอบไม่แน่ใจมากถึงร้อยละ 77.6

2. ความตระหนักในการเกิดโรคสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลัน พบว่า อาการเริ่มแรกของผู้ป่วยที่พบมากที่สุดคือ อาการชา หรืออ่อนแรงของกล้ามเนื้อ แขนหรือขา หรือทั้งแขนและขา ข้างใดข้างหนึ่ง ทันทีทันใด พบมากถึงร้อยละ 94.1 อาการที่พบบรองลงมา คือ อาการสูญเสียความสามารถในการทรงตัว ทันทีทันใด เช่น เดินเซ หรือเดินลำบาก พบร้อยละ 83.5 และอาการชา หรืออ่อนแรงบริเวณใบหน้า ปากเบี้ยว กลืนลำบาก หรือน้ำไหลออกจาก

มุมปาก ข้างใดข้างหนึ่ง ทันทีทันใด พบร้อยละ 54.1 เมื่อพิจารณาในภาพรวม พบว่า กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 68.2 ไม่แน่ใจว่าอาการที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยเป็นอาการของโรคสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลัน และร้อยละ 31.8 ไม่เห็นด้วยหรือไม่ตระหนักว่าอาการที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยเป็นอาการของโรคสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลัน และไม่มีกลุ่มตัวอย่างรายใดที่เห็นด้วยว่าอาการที่เกิดขึ้นเป็นอาการของโรคสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลันเลย

3. กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีการรับรู้ความรุนแรงของโรคสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลัน อยู่ในระดับต่ำ (0-50 คะแนน) คิดเป็นร้อยละ 87.1 และมีเพียง ร้อยละ 12.9 ที่รับรู้ถึงความรุนแรงของโรคสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลัน อยู่ในระดับสูง

ตารางที่ 1 สรุปคะแนน ค่าเฉลี่ย และการแปลผลของข้อมูล ความล่าช้าในการนำผู้ป่วยมาโรงพยาบาล (ระยะเวลา) ความรู้เกี่ยวกับโรคสมองขาดเลือด ความตระหนักในการเกิดโรคสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลัน การรับรู้ความรุนแรงของโรคสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลัน และการจัดการอาการโรคสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลัน

ปัจจัย	พิสัยคะแนนของแบบวัด	ค่าคะแนนที่ได้	คะแนนเฉลี่ยที่ได้	แปลผล
	ต่ำสุด-สูงสุด	ต่ำสุด-สูงสุด	(Mean)	
1. ความล่าช้าในการนำผู้ป่วยมาโรงพยาบาล (ระยะเวลา/นาที)	210-14453	232-14453	1767.8/นาที (29.5 ชั่วโมง)	ล่าช้ามาก
2. ความรู้เกี่ยวกับโรค	0-26	11-25	17.5	ระดับต่ำ
3. ความตระหนักในการเกิดโรค	1-3	1-2	1.68	ระดับต่ำ
4. การรับรู้ความรุนแรงของโรค	0-100	0-90	29.29	ระดับต่ำ
5. การจัดการอาการ	1-5	1-4	1.80	ระดับต่ำ

จากตารางที่ 1 พบว่า คะแนนค่าเฉลี่ยของความล่าช้าในการนำผู้ป่วยมาโรงพยาบาล เท่ากับ 1767.8/นาที หรือ 29.5 ชั่วโมง ซึ่งญาติผู้ป่วยใช้เวลานานมากในการจัดการอาการก่อนนำผู้ป่วยมาโรงพยาบาล และในส่วนของปัจจัยอื่น เมื่อเปรียบเทียบกับค่าคะแนนสูงสุดของแบบประเมิน พบว่า ด้านความรู้เกี่ยวกับโรค ค่าคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับต่ำ ($M = 17.5$) ในส่วนความตระหนักในการเกิดโรคสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลันของญาติผู้ป่วยมีค่าคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับต่ำ ($M = 1.68$) และการรับรู้ความรุนแรงของโรคสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลันของญาติผู้ป่วย อยู่ในระดับต่ำ ($M = 29.29$)

การอภิปรายผล

ผู้วิจัยอภิปรายผลการศึกษาดังนี้

1. ความล่าช้าในการนำผู้ป่วยมาโรงพยาบาลของญาติผู้ป่วยโรคสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลัน (ณ โรงพยาบาลที่ทำการศึกษานี้) ผลการศึกษา พบว่า ระยะเวลาตั้งแต่ผู้ป่วยเริ่มมีอาการของโรคสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลัน จนถึงเวลาที่กลุ่มตัวอย่างนำผู้ป่วยมาโรงพยาบาล ณ จุดคัดกรองที่แผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 1,768 นาที (ประมาณ 29.5 ชั่วโมง) เป็นระยะเวลาที่ล่าช้ามากที่ญาติผู้ป่วยนำผู้ป่วยมาโรงพยาบาล โดยระยะเวลาที่ญาติผู้ป่วยนำผู้ป่วยมาโรงพยาบาล ส่วนใหญ่อยู่ในช่วงเวลามากกว่า 361-1,440 นาที (มากกว่า 6-24

ชั่วโมง) ร้อยละ 56.5 รองลงมา ใช้ระยะเวลา มากกว่า 1,440 นาที (มากกว่า 24 ชั่วโมง) ร้อยละ 35.3 และใช้ระยะเวลาอยู่ในช่วง 210-270 นาที (3.5-4.5 ชั่วโมง) ร้อยละ 5.9 ซึ่งพบว่ามีผลสอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมา ที่พบว่า ค่าเฉลี่ยของระยะเวลาตั้งแต่เกิดอาการจนถึงห้องฉุกเฉินของโรงพยาบาลมีความล่าช้าเช่นกัน เท่ากับ 301 นาที (5.02 ชั่วโมง) (Kamsareeruk, & Jitpanya, 2015) และ 1,117.7 นาที (18.6 ชั่วโมง) (Khantichitr et al., 2016) จะเห็นว่า ความล่าช้าที่เกิดขึ้นในการนำผู้ป่วยมาโรงพยาบาลของการศึกษานี้มีความล่าช้ามากกว่าการศึกษาอื่น ถึงแม้ว่าบริบทของแต่ละโรงพยาบาลจะแตกต่างกัน แต่การตัดสินใจของญาติหรือบุคคลที่อยู่กับผู้ป่วยขณะผู้ป่วยมีอาการมีความสำคัญที่ทำให้เกิดความล่าช้าในการนำผู้ป่วยมาโรงพยาบาล

ความล่าช้าในการนำผู้ป่วยมาโรงพยาบาลของญาติผู้ป่วยโรคสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลัน อาจเนื่องจากอาการของโรคสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลัน ที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยส่วนใหญ่ผู้ป่วยรู้สึกตัว ยังพอพูดหรือขยับตัวได้ แต่จะมีอาการที่เฉพาะเจาะจง ได้แก่ อาการแขน/ขาอ่อนแรงครึ่งซีก ซึ่งคิดเป็นร้อยละ 65.9 รองลงมามีอาการแขน/ขาครึ่งซีก ร้อยละ 45.9 ซึ่งทำให้ญาติคิดว่าอาการที่เกิดขึ้นยังไม่รุนแรง รอดูอาการได้ พักผ่อนคงดีขึ้น (Singhard, 2011) นอกจากนี้พบว่า ญาติผู้ป่วย ร้อยละ 44.7 จบการศึกษาระดับประถมศึกษา รองลงมาร้อยละ 18.8 จบมัธยมศึกษาตอนต้น ซึ่งอาจเป็นเหตุผลหนึ่งที่ทำให้ญาติตัดสินใจมาโรงพยาบาลล่าช้า ซึ่งผลการศึกษาที่ผ่านมา พบว่าระดับการศึกษามีผลกับการรับรู้และการตัดสินใจนำผู้ป่วยโรคสมองมาโรงพยาบาล สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่า บุคคลที่มีระดับการศึกษาน้อยจะมีความรู้เกี่ยวกับอาการเตือน ปัจจัยเสี่ยงและการรักษาของโรคสมองขาดเลือดน้อยกว่าบุคคลที่มีการศึกษามาก ทำให้ญาติผู้ป่วยมีข้อมูลเกี่ยวกับโรคสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลันน้อย ญาติผู้ป่วยจึงนำผู้ป่วยมาโรงพยาบาลล่าช้า (Singhard, 2011) โดยผลจากการศึกษารังนี้ยังพบว่า ญาติผู้ป่วยไม่เคยได้รับข้อมูลข่าวสารจากช่องทางใดเลยเกี่ยวกับโรคสมองขาดเลือดมากถึงร้อยละ 56.5 จะเห็นว่าปัจจัยต่าง ๆ ด้านบุคคลน่าจะมีผลต่อความล่าช้าในการนำผู้ป่วยมาโรงพยาบาลเช่นกัน เมื่อผู้ป่วยเกิดอาการของโรคสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลัน

การจัดการอาการโรคสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลันจากการศึกษาพบว่า ญาติผู้ป่วยมีการจัดการอาการโรคสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลันอยู่ในระดับต่ำ มีคะแนนเฉลี่ย เท่ากับ 1.80 คะแนน จากคะแนนเต็ม 5 คะแนน คิดเป็นร้อยละ 36 เมื่อผู้ป่วยเริ่มมีอาการของโรคสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลัน กลุ่มตัวอย่างเลือกวิธีการจัดการอันดับแรกคือ คิดว่าอาการของผู้ป่วยจะดีขึ้นหรือหายไปเอง ถึงร้อยละ 48.3 ญาติจึงดูแลให้ผู้ป่วยนอนพักแล้วสังเกตอาการที่บ้านต่อจนอาการผู้ป่วยเปลี่ยนแปลงในทางที่แย่ลงแล้วจึงตัดสินใจนำผู้ป่วยมาโรงพยาบาล รองลงมาคือพยายามให้ผู้ป่วยผ่อนคลายด้วยการนอนพัก ร้อยละ 32.9 ซึ่งจากการศึกษาพบว่า ไม่มีกลุ่มตัวอย่างรายใดโทรหมายเลขฉุกเฉิน 1669 หรือพาผู้ป่วยไปคลินิก หรือโรงพยาบาลเลย ซึ่งอาจเป็นการจัดการอาการที่ถูกต้องที่สุดของญาติผู้ป่วยในช่วงเวลานั้น จึงใช้ระยะเวลานานในการรอให้ผู้ป่วยอาการดีขึ้น ทำให้เกิดความล่าช้าในการนำผู้ป่วยมาโรงพยาบาล ถ้าหากญาติผู้ป่วยหรือบุคคลที่อยู่กับผู้ป่วยขณะนั้น มีวิธีการจัดการเมื่อผู้ป่วยมีอาการของโรคสมองขาดเลือด โดยตอบสนองต่ออาการของผู้ป่วยด้วยการโทรศัพท์หมายเลขฉุกเฉิน เพื่อขอความช่วยเหลือ หรือนำผู้ป่วยส่งโรงพยาบาลทันทีจะทำให้ผู้ป่วยมาถึงโรงพยาบาลได้เร็ว (Potisopha, Utriyaprasit, & Sindhu, 2015)

2. ความรู้เกี่ยวกับโรคสมองขาดเลือด ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ ร้อยละ 77.6 ไม่แน่ใจเกี่ยวกับระยะเวลาในการรักษาโรคสมองขาดเลือดที่ได้ผลดี ต้องเริ่มภายใน 210 นาที หรือ 3.5 ชั่วโมงหลังมีอาการ และมากกว่าร้อยละ 50 ไม่แน่ใจเกี่ยวกับอาการแสดงและอาการเตือนของโรคสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลัน จากการวิเคราะห์ข้อมูลด้วยการแปลผลจากค่าเฉลี่ย พบว่า มีคะแนนเฉลี่ย 17.5 คะแนน จากคะแนนเต็ม 26 คะแนน จะเห็นได้ว่า ญาติผู้ป่วยมีความรู้เกี่ยวกับโรคสมองขาดเลือด และเมื่อพิจารณาคำตอบรายข้อด้านความรู้ส่วนใหญ่ตอบไม่แน่ใจ ซึ่งไม่แตกต่างกับงานวิจัยของ Chaiyo (2014) ที่พบว่า บุคคลที่มีความรู้เกี่ยวกับโรคสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลันอยู่ในระดับน้อย จะมีโอกาสเข้ารับการรักษาโรคสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลันในระยะเวลานานเกินกว่า 180 นาที (3 ชั่วโมง) เช่นกัน แสดงให้เห็นว่าความไม่แน่ใจของญาติผู้ป่วย ส่งผลให้การตัดสินใจนำผู้ป่วย

มาโรงพยาบาลล่าช้า เนื่องจากความไม่รู้ว่าการที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย คืออาการที่อาจเกิดโรคสมองขาดเลือดซึ่งจำเป็นต้องได้รับการรักษาอย่างรวดเร็วที่สุด

3. ความตระหนักในการเกิดโรคสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลัน ผลการศึกษา พบว่าญาติผู้ป่วยส่วนใหญ่ไม่แน่ใจว่าอาการที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย เป็นอาการของโรคสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลัน โดยอาการที่พบ ได้แก่ อาการชา หรืออ่อนแรงของกล้ามเนื้อ แขนหรือขา หรือทั้งแขนและขา ข้างใดข้างหนึ่ง ทันที่ทันใด ญาติไม่แน่ใจ ร้อยละ 72.5 อาการสูญเสียความสามารถในการทรงตัว ทันที่ทันใด เช่น เดินเซ หรือเดินลำบาก อย่างทันทันใด ญาติไม่แน่ใจ ร้อยละ 74.6 อาการชา หรืออ่อนแรงบริเวณใบหน้า ข้างใดข้างหนึ่ง ปากเบี้ยว กลืนลำบาก หรือน้ำไหลออกจากมุมปาก ข้างใดข้างหนึ่ง ทันที่ทันใด ญาติไม่แน่ใจ ร้อยละ 78.3 อาการพูดผิดปกติทันทันใด เช่น อาการพูดไม่ชัด พูดจาสับสน ลิ้นแข็ง พูดตะกุกตะกัก นึกคำพูดไม่ออก หรือพูดไม่ได้อย่างทันทันใด ญาติไม่แน่ใจ ร้อยละ 84.4 และอาการมองเห็นผิดปกติทันทันใด อย่างใดอย่างหนึ่ง เช่น ตาข้างใดข้างหนึ่งมองไม่เห็นทันที หรือตามัว มองไม่ชัด หรือ มองเห็นภาพซ้อน ญาติไม่แน่ใจ ร้อยละ 61.5 และที่สำคัญญาติผู้ป่วยทั้งหมดไม่มีรายใดที่เห็นด้วยว่าอาการที่เกิดขึ้นทั้งหมดเป็นอาการของโรคสมองขาดเลือดเลย จากการวิเคราะห์ข้อมูลด้วยการแปลผลจากค่าเฉลี่ยพบว่า คะแนนเฉลี่ยความตระหนักในการเกิดโรคสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลันในภาพรวม เท่ากับ 1.68 คะแนน จากคะแนนเต็ม 3 คะแนน จะเห็นได้ว่า ความตระหนักในการเกิดโรคสมองของญาติผู้ป่วยมีค่าคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับค่อนข้างต่ำ ($M = 1.68$) แสดงให้เห็นว่า เมื่อญาติผู้ป่วยไม่มีความตระหนักเกี่ยวกับอาการในการเกิดโรคสมองขาดเลือด จะส่งผลให้การตัดสินใจนำผู้ป่วยมาโรงพยาบาลล่าช้า ซึ่งไม่แตกต่างกับการศึกษาของ Jiang et al. (2016) ที่พบว่า ญาติหรือบุคคลขาดความตระหนักเกี่ยวกับอาการของโรคสมองขาดเลือดจะทำให้ผู้ป่วยมาโรงพยาบาลล่าช้า

4. ความรุนแรงของโรคสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลัน ผลการศึกษา พบว่า ญาติผู้ป่วย ร้อยละ 87.1 มีการรับรู้ความรุนแรงของโรคสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลันอยู่ในระดับต่ำ โดยมีคะแนนเฉลี่ย 29.29 คะแนน ($SD =$

24.69) จากคะแนนเต็ม 100 คะแนน และพบว่า ร้อยละ 3.5 ของผู้ป่วยที่มาล่าช้า มีอาการเปลี่ยนแปลงมากขึ้น โดยมีอาการพูดจาสับสน ซึ่งแสดงให้เห็นว่า ถึงแม้ผู้ป่วยจะมีอาการต่าง ๆ แต่ผู้ป่วยยังรู้สึกตัว สื่อสารได้ ไม่มีอาการที่ญาติผู้ป่วยรู้สึกวุ่นวายถึงชีวิต เช่น อาการเหนื่อยหอบ หายใจไม่ออก สับสนวุ่นวาย หรือหมดสติ รวมถึง จากที่ญาติผู้ป่วยไม่เคยได้รับข้อมูลเกี่ยวกับโรคสมองจากช่องทางใดเลย จึงส่งผลให้ญาติไม่ทราบถึงความรุนแรงของโรคสมองขาดเลือด และไม่คิดว่าจะทำให้พิการหรือเสียชีวิตได้ จึงรอดอาการ คิดว่าอาการของผู้ป่วยจะดีขึ้นหรือหายไปเอง ทำให้เกิดความล่าช้าในการนำผู้ป่วยมา ซึ่งคล้ายคลึงกับการศึกษาของ Kamsareeruk and Jitpanya (2015) ที่พบว่า การรับรู้ความรุนแรงของอาการ มีความสัมพันธ์ด้านลบกับระยะเวลาการมารับการรักษาของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลัน เมื่อรับรู้ความรุนแรงของอาการมาก ระยะเวลาการมารับการรักษาของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลันใช้นเวลาน้อย แต่ถ้ารับรู้ความรุนแรงของอาการน้อย ระยะเวลาการมารับการรักษาของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลันใช้เวลานาน ทำให้เกิดความล่าช้าในการนำผู้ป่วยมาโรงพยาบาลได้

จากผลการศึกษา สามารถอธิบายโดยรวมได้ว่า เมื่อญาติผู้ป่วยโรคสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลันมีความรู้เกี่ยวกับโรคสมองขาดเลือดน้อยจึงไม่เข้าใจเกี่ยวกับอาการที่เกิดขึ้น ไม่รับรู้และไม่ตระหนักว่าอาการดังกล่าวเป็นอาการของเกิดโรคสมองขาดเลือด รวมถึงไม่รับรู้ถึงความรุนแรงของอาการของโรคสมองขาดเลือดที่เกิดขึ้น (คะแนนการรับรู้อยู่ในระดับต่ำ) ทำให้มีการตอบสนองและจัดการอาการด้วยวิธีการที่ไม่ถูกต้อง โดยส่วนใหญ่เฝ้ารอดูอาการไม่นำส่งโรงพยาบาล จึงใช้ระยะเวลานานในการจัดการอาการที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยทำให้เกิดความล่าช้าในการนำผู้ป่วยมาโรงพยาบาล ซึ่งสอดคล้องกับทฤษฎีการจัดการอาการ (Dodd et al., 2001) ที่ว่าการรับรู้ประสบการณ์การมีอาการ มีผลต่อการเลือกวิธีการจัดการอาการที่แตกต่างกัน และเกิดผลลัพธ์ที่เหมาะสมหรือไม่เหมาะสมตามมา

สรุปและข้อเสนอแนะ

กล่าวโดยสรุปจะเห็นได้ว่า ญาติผู้ป่วยมีความรู้

เกี่ยวกับโรคสมองขาดเลือดที่ไม่มีความชัดเจนหรือมีความรู้ที่ถูกต้อง มีความตระหนักในการเกิดโรคสมองขาดเลือดและมีการรับรู้ความรุนแรงของโรคสมองขาดเลือดอยู่ในระดับต่ำ ส่งผลให้มีการจัดการอาการโรคสมองขาดเลือดไม่คอดี ทำให้เกิดความล่าช้าในการนำผู้ป่วยมาโรงพยาบาล เมื่อเกิดอาการของโรคสมองขาดเลือด ดังนั้นบุคลากรทางการแพทย์ควรดำเนินการอย่างเร่งด่วนในการให้ความรู้เกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยง อาการเตือน ความตระหนักในการเกิดโรค รวมถึงความรุนแรงของโรค และวิธีการจัดการอาการที่ถูกต้อง ในการรักษา รวมทั้งผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นเมื่อผู้ป่วยมารักษาได้ทันเวลาหรือมารักษาล่าช้า โดยเฉพาะประชาชนที่ไม่มีเวลาในการหาความรู้หรือรับฟังข่าวสารต่าง ๆ เกี่ยวกับโรคสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลัน นอกจากนี้สามารถนำผลการศึกษาที่ได้เป็นพื้นฐานในการทำวิจัย ขยายผลการศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยและญาติผู้ป่วยที่มาโรงพยาบาลทันเวลาในการรักษา และมาล่าช้า ในเขตหรือสถานที่อื่น ๆ โดยเน้นลักษณะทั่วไปที่ครอบคลุมโรคสมองขาดเลือด และพัฒนาแนวทาง หรือโปรแกรมในการดูแลและป้องกัน การเกิดโรคหลอดเลือดสมองต่อไป

ข้อจำกัดของการวิจัย

งานวิจัยนี้ศึกษาเฉพาะในกลุ่มตัวอย่างที่มาโรงพยาบาลล่าช้า เกิน 210 นาที ทำให้ข้อมูลที่ได้ไม่สามารถเห็นความแตกต่างหรือหาค่าความสัมพันธ์เกี่ยวกับปัจจัยอื่น ๆ ได้ รวมถึงบริบทของโรงพยาบาลที่ศึกษา มีเกณฑ์การได้รับยา rt-PA ที่แตกต่างจากโรงพยาบาลอื่น ทำให้ไม่สามารถสรุปผลการวิจัยได้ชัดเจน โดยเฉพาะความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรที่ศึกษา ในการทำวิจัยต่อไป ควรทำการศึกษาที่ครอบคลุมทั้งในกลุ่มตัวอย่างที่มาทันเวลาได้รับยา rt-PA และกลุ่มที่มีความล่าช้าไม่สามารถรับยาได้ทันเวลา

Reference

- American Heart Association/American Stroke Association [AHA/ ASA]. (2015). The Warning Signs. Retrieved from http://www.strokeassociation.org/STROKEORG/WarningSigns/Stroke-Warning-Signs-and-Symptoms_UCM_308528_SubHomePage.jsp
- American Heart Association/American Stroke Association [AHA/ ASA]. (2018). guideline. Retrieved from http://www.lpn.go.th/newlp/wp-content/uploads/2013/10/Ischemic-Stroke-AHA_ASA2018.pdf
- American Heart Association. (2019). *About stroke*. Retrieved from <https://www.stroke.org/en/about-stroke>
- Ashraf, V. V., Maneesh, M., Praveenkumar, R., Saifudheen, K., & Girija, A. S. (2015). Factors delaying hospital arrival of patients with acute stroke. *Annals of Indian Academy of Neurology*, 18(2), 162-166.
- Barr, J., McKinley, S., O'Brien, E., & Herkes, G. (2006). Patient recognition of and response to symptoms of TIA or Stroke. *Neuroepidemiology*, 26, 168-175.
- Chaiyo, S. (2014). Factors predicting the visiting time in patients with acute ischemic stroke. Master of Nursing Science Thesis in Adult Nursing, Graduate School, Khon Kaen University. [InThai]
- Chirawatkun, A. (2007). *Statistics*. Nonthaburi: Office to dismiss the Ministry of Public Health. [InThai]
- Division of Non Communicable Disease Department of Disease Control. (2019). Non-communicable disease information. Retrieved from <http://www.thaincd.com/2016/mission/documents-detail.php?id=13486&tid=32&gid=1-020> [InThai]

- Dodd, M., Janson, S., Facione, N., Faucett, J., Froelicher, E. S., Humphreys, J., Lee, K., Miaskowski, C., Puntillo, K., Rankin, S., & Taylor, D. (2001). Advancing the science of symptom management. *Journal of Advanced Nursing*, 33(5), 668-676.
- Emergency Unit A Hospital In Chonburi province. (2017). Patient statistics in 2018. Chon Buri: A hospital In Chonburi province. [InThai]
- Jiang, B., Ru, X., Sun, H., Liu, H., Sun, D., Liu, Y., Huang, J., He, L., & Wang, W. (2016). Pre-hospital delay and its associated factors in first-ever stroke registered in communities from three cities in China. *Scientific Reports*, 6(29795), 1-10.
- Kamsareeruk, J., & Jitpanya, Ch. (2015). Factors Related to Prehospital Time in Patients with Acute Ischemic Stroke. *Journal of The Police Nurse*, 7(2), 106-119. [InThai]
- Khantichitr, Ph., Sanchaisuriya, P., & Thepphawan, P. (2016). Time-to-Treatment of Stroke patients: Experience from Ubon Ratchathani Province, Master of Nursing Science Thesis in Adult Nursing, Faculty of Nursing, Health Systems Research Institute. [InThai]
- Pinyosree, N. (2008). Factors related to seeking treatment after the onset of acute ischemic stroke patients. Master of Nursing Science Program in Nursing Science, Faculty of Nursing, Chulalongkorn University. [InThai]
- Potisopha, W., Utriyaprasit, K., & Sindhu, S. (2015). Relationships among response to symptoms mode of transportation and hospital arrival time of acute stroke patients. *Journal of Nursing Science & Health*, 38(1), 9-20. [InThai]
- Rerkasem, K. (2009). Pathophysiology and management in carotid artery stenosis. Chiang Mai: Chiang Mai University. [InThai]
- Saeko, U. (2009). A study of stroke awareness in stroke risk patients. Master of Nursing Science Program in Nursing Science, Faculty of Nursing, Chulalongkorn University. [InThai]
- Saengsuwan, J., Suangpho, P., & Tiamkao, S. (2017). Knowledge of stroke risk factors and warning signs in patients with recurrent stroke or recurrent transient ischemic attack in Thailand. *Neurology Research International*, 2017(2017), 1-7.
- Seremwe, F., Kaseke, F., Chikwanha, T. M., & Chikwasha, V. (2017). Factors associated with hospital arrival time after the onset of stroke symptoms: A cross-sectional study at two teaching hospitals in Harare, Zimbabwe. *Malawi Medical Journal*, 29(2), 171-176.
- Singhard, S. (2011). Factors associated with knowledge of stroke warning signs, Risk factors and treatment among elderly patients with stroke. Master of Nursing Science Thesis in Gerontological Nursing, Graduate School, Khon Kaen University. [InThai]
- Srisathitnarakun, B. (2010). The methodology in nursing research. Bangkok: U&I Intermedia. [InThai]
- Yiadthaisong, K., Wongpiriyayothar, A. & Kuleelung, P. (2019). Factors Predicting Prehospital Time of Patients with Acute Ischemic Stroke in Acute Phase. *Journal of Nursing and Health Care*, 37(1), 148-156. [InThai]

ปัจจัยทำนายความตั้งใจในการให้นมแม่แก่ทารกเกิดก่อนกำหนด ของมารตามุสลิม

พงศ์สุวรรณ สมาแฮ, พย.ม.¹ ศิริยุพา สนั่นเรืองศักดิ์, ส.ด.^{2*} นฤมล ชีระรังสิกุล, ปร.ด.²

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงทำนายครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยทำนายความตั้งใจในการให้นมแม่แก่ทารกเกิดก่อนกำหนดของมารตามุสลิม กลุ่มตัวอย่าง คือ มารตามุสลิมหลังคลอด 3 ถึง 7 วันที่มีทารกเกิดก่อนกำหนดอายุครรภ์ น้อยกว่า 37 สัปดาห์ คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจงตามคุณสมบัติที่กำหนด จำนวน 74 ราย เข้ารับการรักษาที่หออภิบาลทารกแรกเกิดวิกฤต และหออภิบาลทารกแรกเกิดป่วย ในโรงพยาบาลปัตตานี และโรงพยาบาลยะลา เก็บข้อมูลในเดือนมิถุนายน พ.ศ. 2563 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วย แบบสอบถามเจตคติต่อการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ แบบสอบถามการคล้อยตามกลุ่มผู้ใกล้ชิดในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ แบบสอบถามการรับรู้ความสามารถในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ และแบบสอบถามความตั้งใจในการให้นมแม่ ความเชื่อมั่นของแอลฟาครอนบาคทั้งฉบับเท่ากับ .93, .94, .89 และ .82 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติพรรณนา และวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน

ผลการวิจัย พบว่า การคล้อยตามกลุ่มผู้ใกล้ชิดในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ เป็นตัวแปรเพียงตัวเดียวที่สามารถทำนายความตั้งใจในการให้นมแม่ได้ร้อยละ 30.2 ($R^2 = .302$, $F_{(1, 74)} = 31.18$, $p < .001$) ผลการศึกษานี้มีข้อเสนอแนะว่าการส่งเสริมการให้นมแม่แก่ทารกเกิดก่อนกำหนด ควรเพิ่มการสนับสนุนจากกลุ่มผู้ใกล้ชิด เพื่อส่งเสริมความตั้งใจของมารดาในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่

คำสำคัญ: ความตั้งใจในการให้นมแม่ ทารกเกิดก่อนกำหนด มารตามุสลิม

¹ นิสิตหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลเด็ก มหาวิทยาลัยบูรพา

² ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ประจำคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

* ผู้เขียนหลัก e-mail: siriypa_s@buu.ac.th

Predictors of Breastfeeding Intention in Preterm Infant among Muslim Mothers

Pongsuwan Samahae, M.N.S.¹, Siriyupa Sananreangsak, Dr.P.H.^{2*},
Narumon Teerarungsikul, Ph.D.²

Abstract

This predictive research aimed to examine predictors of Muslim mothers' intention to breastfeed preterm infants. The sample was Muslim mothers who had given birth with a gestational age less than 37 weeks. Seventy-four participants were recruited by purposive sampling from the Neonatal Intensive Care Unit and Nursery Unit in Pattani Hospital and Yala Hospital. Data were collected in June 2020. The research instruments consisted of attitude toward breastfeeding questionnaire, subjective norm for breastfeeding questionnaire, perceived self-efficacy for breastfeeding questionnaire and intention for breastfeeding questionnaire. Cronbach's alpha reliability scores were .93, .94, .89 and .82 respectively. Data were analyzed by descriptive statistics and stepwise multiple regression.

The results revealed that subjective norm for breastfeeding accounted for 30.2% of the variance for Muslim mothers' intention to breastfeed their preterm infants ($R^2 = .302$, $F_{(1,74)} = 31.18$, $p < .001$). This finding suggests that an intervention to promote preterm breastfeeding should emphasize promoting a subjective norm to support breastfeeding intention among mothers.

Keywords: breastfeeding intention, preterm infant, Muslim mothers

¹ Master Nursing Student at Faculty of Nursing, Burapha University, Thailand

² Assistant Professor, Faculty of Nursing, Burapha University, Thailand

* Corresponding author E-mail: siriypu_s@buu.ac.th

ความสำคัญของปัญหา

ทารกเกิดก่อนกำหนด (Preterm infant) หมายถึง ทารกที่มีอายุครรภ์น้อยกว่า 37 สัปดาห์ เป็นสาเหตุสำคัญของความเจ็บป่วย และทำให้มีความเสี่ยงต่อการเสียชีวิตสูง จากรายงานขององค์การอนามัยโลก พบว่า ทารกที่มีอายุครรภ์น้อยกว่า 37 สัปดาห์ ทั่วโลกประมาณ 15 ล้านคนต่อปี (World Health Organization [WHO], 2018) ซึ่งประเทศที่พัฒนาแล้วพบอัตราการเกิดทารกเกิดก่อนกำหนดเพิ่มขึ้น จากปี พ.ศ. 2557 ถึง 2559 คิดเป็นร้อยละ 9.57, 9.63 และ 9.85 ตามลำดับ (Ministry of Public Health [MoPH], 2018) สำหรับประเทศไทยยังไม่พบรายงานอัตราการเกิดของทารกเกิดก่อนกำหนดที่แน่ชัด ซึ่งส่วนใหญ่น้ำหนักตัวที่น้อยมักจะเกิดขึ้นกับทารกเกิดก่อนกำหนด (American Academy of Pediatrics [AAP], 2012) ซึ่งในปัจจุบันมีเพียงสถิติเฉพาะทารกแรกเกิดที่มีน้ำหนักตัวน้อยกว่า 2,500 กรัม ในระหว่างปี พ.ศ. 2559 ถึง 2561 พบร้อยละ 6.26, 7.19 และ 7.26 ตามลำดับ (MoPH, 2018)

ทารกเกิดก่อนกำหนดมีความไม่สมบูรณ์ทางด้านร่างกาย และหน้าที่อวัยวะต่าง ๆ ทารกกลุ่มนี้ยังมีความเสี่ยงต่อการเจ็บป่วย ความพิการ และมีภาวะแทรกซ้อนที่สำคัญ เช่น Apnea of prematurity (ร้อยละ 84) Neonatal sepsis (ร้อยละ 36) และ Necrotizing enterocolitis (ร้อยละ 28) เป็นต้น (Thatrimontrichai, 2014; Doyle & Gibson, 2014) การให้นมแม่ในทารกเกิดก่อนกำหนดถือว่าเป็นสิ่งจำเป็นต่อการเจริญเติบโต เนื่องจากนมแม่เป็นแหล่งสารอาหาร และมีภูมิคุ้มกัน ลดการเกิดภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ นมแม่จึงเปรียบเสมือนวัคซีนป้องกันโรคในทารก แต่ทารกเกิดก่อนกำหนดมีความไม่สมบูรณ์ของระบบประสาทที่เกี่ยวข้องกับการดูดกลืน น้ำหนักตัวที่น้อยทำให้ไม่มีแรงในการดูดเต้านมตามปกติ (AAP, 2012; Jirapaet & Jirapaet, 2008) ทำให้ขาดการกระตุ้นการสร้างและการหลั่งน้ำนมของมารดา ส่งผลให้มารดามีปริมาณน้ำนมไม่เพียงพอ ซึ่งองค์การอนามัยโลกมีเป้าหมายในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ระหว่างปี พ.ศ. 2559 ถึง 2564 อย่างน้อยร้อยละ 50 (WHO, 2018) จากสถิติพบว่า ปี พ.ศ. 2559 ประเทศไทยมีอัตราการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ร้อยละ 23.1 และใน 5 จังหวัดภาคใต้พบเพียงร้อยละ 15

ซึ่งไม่เป็นไปตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้ ซึ่งประชากรส่วนใหญ่ร้อยละ 95 นับถือศาสนาอิสลาม (MoPH, 2018)

ความสำเร็จในการให้นมแม่แก่ทารกเกิดก่อนกำหนด ขึ้นอยู่กับความตั้งใจของมารดาในการบีบเก็บน้ำนม (Chanachai, Phahuwatanakorn, Sinsuksai, & Thananowan, 2014) จากการศึกษาพบว่า มารดามุสลิมมีคะแนนเฉลี่ยความตั้งใจในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวนาน 6 เดือนอยู่ในระดับปานกลาง ($M = 33.55$, $SD = 4.44$) (Wangsawat, Kaleang, Phibal, Jaisomkorn, & Hayeese, 2014) ตามหลักคำสอนทางศาสนาอิสลามระบุไว้ว่า การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่เป็นหน้าที่ของมารดาที่พึงกระทำโดยเฉพาะมารดาทารกเกิดก่อนกำหนด หากมารดาไม่สามารถให้นมแม่ได้ ย่อมส่งผลต่อความตั้งใจ และลดบทบาทหน้าที่การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ตามมา (Ash-sharee, 2009) เช่นเดียวกันกับหลายการศึกษา พบว่า ความสำเร็จในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ต้องมีความตั้งใจของมารดาที่สูง จึงจะสามารถบีบเก็บน้ำนมได้อย่างต่อเนื่อง แต่ถ้าหากมีความตั้งใจน้อย ก็ส่งผลให้พฤติกรรมการบีบเก็บน้ำนม และการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ลดลงตามมา (Chansiri, Phahuwatanakorn, & Yusamran, 2017; Danthes, 2016)

ความตั้งใจในการให้นมแม่ถือเป็นสิ่งที่สำคัญ ที่ทำให้มารดาตัดสินใจในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างต่อเนื่อง สอดคล้องกับทฤษฎีพฤติกรรมตามแผนของ Ajzen (2002) ที่อธิบายไว้ว่า ความตั้งใจขึ้นอยู่กับปัจจัย 3 ประการ ได้แก่ 1) เจตคติต่อพฤติกรรม (Attitude toward behavior) 2) การคล้อยตามกลุ่มครอบครัว หรือกลุ่มสังคม (Subjective norms) และ 3) การรับรู้ความสามารถของตนเองในการควบคุมพฤติกรรม (Perceived behavioral control) จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า ปัจจัยสำคัญที่มีผลต่อความตั้งใจในการให้นมแม่แก่ทารกเกิดก่อนกำหนด ได้แก่ เจตคติต่อการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ การคล้อยตามกลุ่มผู้ใกล้ชิดในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ (Kantaroat, 2006; Wongyai, 2011) และการรับรู้ความสามารถในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ (Chansiri et al., 2017)

เจตคติต่อการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ เป็นความเชื่อต่อการรับรู้เกี่ยวกับการให้นมแม่ โดยอาจจะเป็นทางบวก หรือทางลบ (Ajzen, 2002) มารดาที่มีเจตคติทางบวก ก็จะมี

ความตั้งใจในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่มากขึ้น จากการศึกษาพบว่า เจตคติต่อการให้นมมารดาแก่ทารกเกิดก่อนกำหนดเป็นตัวแปรที่ดีที่สุดที่สามารถทำนายความตั้งใจในการให้นมมารดาแก่ทารกเกิดก่อนกำหนดได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($\beta = .463, p < .001$) (Kantaroat, 2006) และมารดาที่มีเจตคติต่อการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดาอย่างเดียว มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความตั้งใจเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดาเพียงอย่างเดียวของสตรีตั้งครรภ์ ($r = .264, p < .001$) (Wongyai, 2011)

การคล้อยตามกลุ่มผู้ใกล้ชิดในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ มีผลต่อความตั้งใจในการให้นมแม่ (Ajzen, 2002) มารดาที่ได้รับการสนับสนุนจากเครือญาติมีโอกาสเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียว 6 สัปดาห์ เป็น 2.285 เท่าของมารดาที่ไม่ได้รับการสนับสนุนจากสามี (Chanachai et al., 2014) เช่นเดียวกับการศึกษาที่พบว่า บรรทัดฐานของกลุ่มผู้ใกล้ชิดเกี่ยวกับการให้นมมารดา เป็นตัวแปรที่สามารถทำนายความตั้งใจในการให้นมมารดาแก่ทารกเกิดก่อนกำหนด (Kantaroat, 2006) นอกจากนั้นยังมีการศึกษาการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในทารกครบกำหนด พบว่า บรรทัดฐานของกลุ่มอ้างอิงเกี่ยวกับการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดาอย่างเดียว เป็นตัวแปรที่สามารถทำนายความตั้งใจในการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดาอย่างเดียว (Wongyai, 2011) และการสนับสนุนของบิดาต่อการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่สามารถร่วมกันทำนายความตั้งใจในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวนาน 6 เดือน (Wangsawat et al., 2014)

การรับรู้ความสามารถในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ เป็นความเชื่อมั่นของมารดาในความสามารถของตนเองในการให้นมแม่ (Ajzen, 2002) มารดาที่มีความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเองจะมีความตั้งใจในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่า การรับรู้สมรรถนะแห่งตน เป็นตัวแปรที่สามารถทำนายความตั้งใจในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียว ($\beta = .181, p < .05$) (Chansiri et al., 2017) และมารดาที่มีการรับรู้สมรรถนะในตนเองสูง มีโอกาสเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียว 6 สัปดาห์หลังคลอดเป็น 1.077 เท่าของมารดาที่มีการรับรู้สมรรถนะในตนเองต่ำ (Chanachai et al., 2014)

จากการทบทวนวรรณกรรมดังกล่าวมาข้างต้นจะเห็นได้ว่า เจตคติ การคล้อยตาม และการรับรู้ความสามารถ

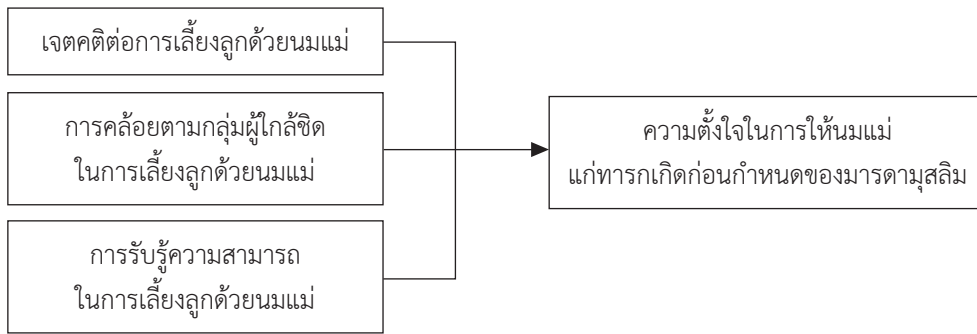
เป็นปัจจัยที่มีผลต่อความตั้งใจในการให้นมแม่ โดยการศึกษาส่วนใหญ่เป็นกลุ่มมารดาที่นับถือศาสนาพุทธ และศึกษาการให้นมแม่ในทารกครบกำหนด แต่ยังไม่พบการศึกษาจำนวนน้อยในกลุ่มมารดามุสลิม และทารกเกิดก่อนกำหนด ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจที่ศึกษาปัจจัยทำนายความตั้งใจในการให้นมแม่แก่ทารกเกิดก่อนกำหนดของมารดามุสลิม เพื่อนำผลวิจัยไปใช้เป็นข้อมูลพื้นฐาน และแนวทางการสนับสนุนมารดามุสลิมให้มีความตั้งใจในการให้นมแม่แก่ทารกเกิดก่อนกำหนดอย่างมีประสิทธิภาพ

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อศึกษาอำนาจการทำนายของเจตคติต่อการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ การคล้อยตามกลุ่มผู้ใกล้ชิดในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ และการรับรู้ความสามารถในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ต่อความตั้งใจในการให้นมแม่แก่ทารกเกิดก่อนกำหนดของมารดามุสลิม

กรอบแนวคิดในการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ใช้กรอบแนวคิดทฤษฎีพฤติกรรมตามแผน (Theory of planned behavior [TPB]) ของ Ajzen (2002) ที่กล่าวไว้ว่า พฤติกรรมของบุคคลอยู่ภายใต้การควบคุมของความตั้งใจที่จะกระทำ และปฏิบัติในสิ่งนั้น ๆ (Behavioral intention: BI) โดยมีปัจจัยส่งเสริมให้เกิดความตั้งใจที่จะกระทำพฤติกรรมมีอยู่ 3 ประการ คือ 1) เจตคติต่อพฤติกรรม (Attitude toward behavior) 2) บรรทัดฐานของกลุ่มอ้างอิงหรือคล้อยตามกลุ่มผู้ใกล้ชิด (Subjective norm: SN) และ 3) การรับรู้ความสามารถของตนเอง (Perceived behavioral control: PBC) ซึ่งปัจจัยทั้ง 3 มีผลโดยตรงต่อความตั้งใจที่จะแสดงพฤติกรรมออกมา การให้นมแม่แก่ทารกเกิดก่อนกำหนดของมารดามุสลิมจะประสบผลสำเร็จได้นั้น มารดาต้องมีความตั้งใจในการให้นมแม่ โดยมารดาต้องมีความเชื่อ และเจตคติที่ดีต่อการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ มีบุคคลในครอบครัว และบุคลากรทีมสุขภาพให้การสนับสนุน รวมทั้งต้องมีการรับรู้ความสามารถตนเองในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ จึงส่งผลให้มารดามีความตั้งใจสูงในการให้นมแม่แก่ทารกเกิดก่อนกำหนดได้สำเร็จ ดังแสดงในกรอบแนวคิดภาพที่ 1



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงทำนาย (Predictive research) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยทำนายความตั้งใจในการให้นมแม่แก่ทารกเกิดก่อนกำหนดของมารดามุสลิม

ประชากร คือ มารดามุสลิมที่มีทารกเกิดก่อนกำหนดอายุครรภ์น้อยกว่า 37 สัปดาห์ ที่เข้ารับการรักษาในหออภิบาลทารกแรกเกิด และหออภิบาลทารกแรกเกิดวิกฤตของโรงพยาบาลใน 5 จังหวัดภาคใต้ ได้แก่ ปัตตานี ยะลา นราธิวาส สงขลา และสตูล

กลุ่มตัวอย่าง คือ มารดามุสลิมที่มีทารกเกิดก่อนกำหนดอายุครรภ์น้อยกว่า 37 สัปดาห์ และเข้ารับการรักษาในหออภิบาลทารกแรกเกิดวิกฤต (Neonatal intensive care unit: NICU) และหออภิบาลทารกแรกเกิดป่วย (Nursery: NS) การได้มาซึ่งกลุ่มตัวอย่างด้วยวิธีการสุ่มอย่างง่ายโดยการจับฉลากได้ 2 โรงพยาบาล จาก 5 โรงพยาบาล คือ โรงพยาบาลปัตตานี และโรงพยาบาลยะลา คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามคุณสมบัติที่กำหนดไว้ดังนี้ นับถือศาสนาอิสลาม ไม่จำกัดวิธีการคลอด ไม่มีข้อห้ามในการให้นมแม่ เช่น มารดาไม่ได้รับยาที่ส่งผลต่อการให้นมแม่ และมารดาไม่ติดเชื้อไวรัสเอชไอวี (Human immunodeficiency virus: HIV) สามารถฟัง อ่าน และพูดภาษาไทยได้เข้าใจ ไม่มีปัญหาของการได้ยิน ไม่เป็นมารดาวัยรุ่นที่ตั้งครรภ์ ไม่พึงประสงค์ และไม่เป็นมารดาที่ป่วยทางจิตเวช

การคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน (Multiple regression) จึงคำนวณกลุ่มตัวอย่างด้วยสูตรของ Tabachnick and Fidell (2001) โดยมีสูตรดังนี้ จำนวนกลุ่มตัวอย่าง $N > 50 + 8M$ (M = จำนวนตัวแปรต้น) ซึ่งในงานวิจัยมีตัวแปรอิสระ 3 ตัว ดังนั้นในการศึกษา

ครั้งนี้จึงได้กลุ่มตัวอย่างเท่ากับ 74 ราย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบ่งเป็นข้อมูลส่วนบุคคลของมารดามุสลิม ได้แก่ อายุ สถานภาพ การศึกษา อาชีพ รายได้ของครอบครัว ลักษณะครอบครัว วิธีการคลอด และข้อมูลของทารกเกิดก่อนกำหนด ได้แก่ เพศ อายุครรภ์ อายุปัจจุบัน น้ำหนักแรกเกิด และปัญหาสุขภาพหลังคลอดภายใน 24 ชั่วโมง

2. แบบสอบถามเจตคติต่อการเลี้ยงลูกด้วยนมเมื่อนำมาจากแบบสอบถามเจตคติต่อการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวของ Kantaroat (2006) แบบสอบถามมีค่าดัชนีความเที่ยงตรงของเนื้อหา และค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .94 และ .88 ตามลำดับ มีข้อคำถาม 23 ข้อ ประกอบด้วย 2 ส่วน คือ ความเชื่อเกี่ยวกับผลของการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ข้อคำถามทางบวกมีค่าคะแนนตั้งแต่ 1-5 (1 คือไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง ถึง 5 คือ เห็นด้วยอย่างยิ่ง) ส่วนข้อคำถามทางลบให้คะแนนกลับกัน และการประเมินผลลัพธ์ของการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ข้อคำถามทาง บวกมีค่าคะแนนตั้งแต่ 1 ถึง 5 (1 คือ ไม่ดีเลย ถึง 5 คือ ดีมาก) ส่วนข้อคำถามทางลบให้คะแนนกลับกัน จะได้ค่าคะแนนตั้งแต่ 1-25 คะแนน ดังนั้นคะแนนเจตคติต่อการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ มีช่วงคะแนนอยู่ระหว่าง 23-575 คะแนน คะแนนรวมมากแสดงว่า มารดามีเจตคติทางบวกต่อการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่

3. แบบสอบถามการคล้อยตามกลุ่มผู้ใกล้ชิดในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ผู้วิจัยนำมาจากแบบสอบถามบรรทัดฐานกลุ่มผู้ใกล้ชิดเกี่ยวกับการเลี้ยงลูกด้วยนมมารดาอย่างเดียวของ Kantaroat (2006) แบบสอบถามมีค่าดัชนีความเที่ยงตรงของเนื้อหา และค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 1 และ .88 ตามลำดับ มีข้อคำถาม 6 ข้อ ประกอบด้วย 2 ส่วน

คือ ความเชื่อเกี่ยวกับความคาดหวังของกลุ่มผู้ใกล้ชิดเกี่ยวกับการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ และแรงจูงใจที่จะปฏิบัติตามความคาดหวังของกลุ่มผู้ใกล้ชิดในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ เป็นข้อคำถามทางบวกทั้งหมด มีค่าคะแนนตั้งแต่ 1 ถึง 5 (1 คือ ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง ถึง 5 คือ เห็นด้วยอย่างยิ่ง) คะแนนการคล้อยตามกลุ่มผู้ใกล้ชิดในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ได้มาจากผลคูณของความเชื่อเกี่ยวกับความคาดหวังของกลุ่มผู้ใกล้ชิดเกี่ยวกับการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ กับแรงจูงใจที่จะปฏิบัติตามความคาดหวังของกลุ่มผู้ใกล้ชิดในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ จะได้ค่าคะแนนเท่ากับ 1-25 ดังนั้นการคล้อยตามกลุ่มผู้ใกล้ชิดมีช่วงคะแนนอยู่ระหว่าง 6-150 คะแนน ซึ่งค่าคะแนนรวมมากหมายถึง มีการคล้อยตามกลุ่มผู้ใกล้ชิดมากขึ้น

4. แบบสอบถามการรับรู้ความสามารถในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ผู้วิจัยนำมาจากแบบสอบถามสมรรถนะแห่งตนในการให้นมบุตรของแม่วัยทำงานของ Thussanasupap, Lapvongwatana, Kalamakorn and Spatz (2016) แบบสอบถามมีค่าดัชนีความเที่ยงตรงของเนื้อหา และค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .93 และ .93 ตามลำดับ ประกอบด้วย ความมั่นใจในการให้นมบุตรของแม่ มีจำนวน 20 ข้อ มีลักษณะเป็นมาตรประมาณค่า 5 ระดับ ตั้งแต่ 1 ถึง 5 (1 หมายถึง ไม่มั่นใจ ถึง 5 หมายถึง มั่นใจมากที่สุด) คะแนนเฉลี่ยรวมอยู่ระหว่าง 20-100 คะแนน คะแนนรวมมากหมายถึง มารดามีการรับรู้ความสามารถในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่มากขึ้น

5. แบบสอบถามความตั้งใจในการให้นมแม่แก่ทารกเกิดก่อนกำหนด ผู้วิจัยนำมาจากแบบสอบถามความตั้งใจในการปั๊มน้ำนมของมารดาในทารกคลอดก่อนกำหนดของ Chaiwat (2018) แบบสอบถามมีค่าดัชนีความเที่ยงตรงของเนื้อหา และค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .82 และ .82 ตามลำดับ ประกอบด้วย ความตั้งใจในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ความตั้งใจที่จะปั๊มน้ำนมให้กับทารกตามเวลาอย่างต่อเนื่อง และตลอดระยะเวลาที่ทารกเข้ารับการรักษารักษาในโรงพยาบาล มีจำนวน 3 ข้อ เป็นลักษณะมาตรประมาณค่า 4 ระดับ ตั้งแต่ 1 ถึง 4 (1 หมายถึง ไม่มีความตั้งใจ จนถึง 4 หมายถึง มีความตั้งใจมาก) คะแนนเฉลี่ยรวมอยู่ระหว่าง 3-12 คะแนน คะแนนรวมมากหมายถึง มารดามีความตั้งใจมากในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

1. ความตรงตามเนื้อหา

ผู้วิจัยได้นำแบบสอบถามเจตคติต่อการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดาอย่างเดียวย แบบสอบถามบรรทัดฐานกลุ่มผู้ใกล้ชิดเกี่ยวกับการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดาอย่างเดียวย แบบสอบถามสมรรถนะแห่งตนในการให้นมบุตรของแม่ทำงาน และแบบสอบถามความตั้งใจในการปั๊มน้ำนมของมารดาทารกคลอดก่อนกำหนด มาใช้โดยไม่มีการดัดแปลง ซึ่งแบบสอบถามทั้ง 4 ฉบับ ได้ผ่านการทดสอบความเที่ยงตรงตามเนื้อหาจากการศึกษาครั้งก่อนเรียบร้อยแล้ว

2. ความเชื่อมั่นของแบบสอบถาม

หลังจากเก็บข้อมูลครบตามจำนวนที่กำหนดแล้ว ผู้วิจัยได้หาค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามทั้งฉบับได้ผลดังนี้ แบบสอบถามเจตคติต่อการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวย แบบสอบถามการคล้อยตามกลุ่มผู้ใกล้ชิดในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ แบบสอบถามการรับรู้ความสามารถในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ และแบบสอบถามความตั้งใจในการให้นมแม่แก่ทารกเกิดก่อนกำหนดเท่ากับ .93, .94, .89, และ .82 ตามลำดับ

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ได้ผ่านการรับรองโดยคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของมหาวิทยาลัยบูรพา (รหัส G-HS 023/ 2563) โรงพยาบาลปัตตานี (รหัส 009/ 2563) และโรงพยาบาลยะลา (รหัส 014/ 2563) ก่อนดำเนินการเก็บข้อมูล ผู้วิจัยได้แนะนำตัวเอง อธิบายวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการเก็บข้อมูล พร้อมทั้งชี้แจงประโยชน์ และสิทธิในการตอบรับ หรือปฏิเสธ และสามารถบอกยุติการเข้าร่วมวิจัยได้ตลอดเวลา โดยไม่มีผลต่อการรักษา และข้อมูลจะเก็บเป็นความลับ การนำเสนอข้อมูลเป็นภาพรวมเท่านั้น เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินยอมเข้าร่วมการวิจัยให้ลงนามยินยอม และดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลในเดือนมิถุนายน พ.ศ. 2563

การเก็บรวบรวมข้อมูล

หลังจากได้ผ่านการรับรองโดยคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของมหาวิทยาลัยบูรพา และทั้ง 2 โรงพยาบาลแล้ว ผู้วิจัยเก็บข้อมูลในมารดาที่มีทารกเกิดก่อนกำหนดที่มีอายุครรภ์น้อยกว่า 37 สัปดาห์

หลังคลอด 3 ถึง 7 วัน ก่อนมารดากลับบ้าน นอกจากนั้น ผู้วิจัยทำการฝึกผู้ช่วยวิจัยเพื่อช่วยเก็บข้อมูลโรงพยาบาลละ 1 คน เนื่องจากผู้วิจัยหลักเป็นบุรุษพยาบาล และไม่ให้เกิดการขัดหลักของศาสนาที่ไม่ให้ชายคนอื่นที่ไม่ใช่บุคคลในครอบครัว หรือสามีพูดคุย จึงจำเป็นต้องมีผู้ช่วยวิจัยที่เป็นพยาบาลหญิงร่วมในการเก็บข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูล

ใช้โปรแกรมสำเร็จรูป กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ดังนี้

1) วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลโดยใช้สถิติพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ พิสัย ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2) วิเคราะห์อำนาจในการทำนายเจตคติต่อการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ การคล้อยตามกลุ่มผู้ใกล้ชิดในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ และการรับรู้ความสามารถในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ต่อความตั้งใจในการให้นมแม่แก่ทารกเกิดก่อนกำหนดของมารดามุสลิมโดยการวิเคราะห์สถิติถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน (Stepwise multiple regression analysis) ก่อนการวิเคราะห์ข้อมูลได้ทดสอบข้อตกลงเบื้องต้น (Assumption) ได้ผลดังนี้ ตัวแปรทำนายและตัวแปรตามเป็นระดับ interval ความแปรปรวนของความคลาดเคลื่อนมีการกระจายแบบปกติ (Homoscedasticity) ความสัมพันธ์เชิงเส้นตรง (Linearity) ไม่มี outliers ทดสอบโดย Scatter plot ระหว่าง Standardized predicted value กับ Standardized residual ไม่เกิด autocorrelation ทดสอบโดย Durbin-Watson ได้เท่ากับ 2.206 (ค่าปกติ 1.5 ถึง 2.5) ไม่มี Multicollinearity ทดสอบโดยสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's correlation coefficients) มีค่าน้อยกว่า .85

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง

ข้อมูลส่วนบุคคลของมารดาในกลุ่มตัวอย่าง พบว่ามารดามุสลิมจำนวน 74 ราย มีอายุเฉลี่ย 28.23 ปี ($SD = 5.76$) ส่วนใหญ่มารดามีสถานภาพคู่ (ร้อยละ 93.2) เกือบครึ่งหนึ่งจบการศึกษาระดับปริญญาตรี หรือเทียบเท่า (ร้อยละ 41.9) ประกอบอาชีพปลูกจ้างประจำมากที่สุด (ร้อยละ 23.0) รายได้ของครอบครัวเฉลี่ยเดือนละ 16,244 บาท ($SD = 8,066.59$) ส่วนใหญ่มีลักษณะเป็นครอบครัวขยาย (ร้อยละ 73.0) โดยมีปู่ ย่า ตา ยาย เป็นผู้ช่วยเหลือในการดูแลบุตร (ร้อยละ 77) และส่วนมากคลอดปกติทางช่องคลอด (Normal delivery) (ร้อยละ 55.4) ข้อมูลของทารกเกิดก่อนกำหนด พบว่า เป็นเพศหญิงมากที่สุด (ร้อยละ 54.1) มีอายุครรภ์เฉลี่ย 31.03 สัปดาห์ ($SD = 3.584$) น้ำหนักเฉลี่ย 1,648 กรัม ($SD = .640$) ระยะเวลารักษาเฉลี่ย 8.79 วัน ($SD = 1.101$) มีปัญหาสุขภาพหลังคลอดภายใน 24 ชั่วโมง พบว่า มีอาการหายใจเร็วเฉียบพลันร่วมกับภาวะน้ำตาลในกระแสเลือดต่ำมากที่สุด (ร้อยละ 37.8)

2. เจตคติต่อการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ การคล้อยตามกลุ่มผู้ใกล้ชิดในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ การรับรู้ความสามารถในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ และความตั้งใจในการให้นมแม่แก่ทารกเกิดก่อนกำหนดของมารดามุสลิม พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยเจตคติต่อการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่เท่ากับ 394.25 คะแนน ($SD = 84.15$) การคล้อยตามกลุ่มผู้ใกล้ชิดในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 106.04 คะแนน ($SD = 30.0$) การรับรู้ความสามารถในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 77.06 คะแนน ($SD = 16.19$) และความตั้งใจในการให้นมแม่มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 10.91 คะแนน ($SD = 1.62$) (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 ค่าพิสัย ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของเจตคติต่อการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ การคล้อยตามกลุ่มผู้ใกล้ชิดในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ การรับรู้ความสามารถในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ และความตั้งใจในการให้นมแม่แก่ทารกเกิดก่อนกำหนดของมารดามุสลิม ($n = 74$)

ตัวแปร	คะแนนที่เป็นไปได้	คะแนนจริง	$\bar{X}$	SD
1. เจตคติต่อการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่	23-575	209-570	394.25	84.15
2. การคล้อยตามกลุ่มผู้ใกล้ชิดในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่	6-150	6-150	106.04	30.0
3. การรับรู้ความสามารถในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่	20-100	42-100	77.06	16.19
4. ความตั้งใจในการให้นมแม่	3-12	3-12	10.91	1.62

3. อำนาจการทำนายของเจตคติต่อการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ การคล้อยตามกลุ่มผู้ใกล้ชิดในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ และการรับรู้ความสามารถในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ต่อความตั้งใจในการให้นมแม่แก่ทารกเกิดก่อนกำหนดของมารดามุสลิม

จากการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน พบว่า การคล้อยตามกลุ่มผู้ใกล้ชิดในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่เป็นตัวแปรเพียงตัวเดียวที่สามารถทำนายความตั้งใจในการให้นมแม่ได้ร้อยละ 30.2 ($R^2 = .302, F_{(1, 74)} = 31.18$,

$p < .001$) ส่วนตัวแปรเจตคติต่อการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ และการรับรู้ความสามารถในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ไม่สามารถเป็นตัวแปรทำนายความตั้งใจในการให้นมแม่ อย่างไรก็ตามเจตคติต่อการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ การคล้อยตามกลุ่มผู้ใกล้ชิดในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ และการรับรู้ความสามารถในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความตั้งใจในการให้นมแม่แก่ทารกเกิดก่อนกำหนดของมารดามุสลิม ดังตารางที่ 2 และ 3

ตารางที่ 2 ความสัมพันธ์ระหว่างเจตคติต่อการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ การคล้อยตามกลุ่มผู้ใกล้ชิดในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ การรับรู้ความสามารถในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ กับความตั้งใจในการให้นมแม่แก่ทารกเกิดก่อนกำหนดของมารดามุสลิม ($n = 74$)

ตัวแปร	r	p -value
1. เจตคติต่อการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่	.309	.007
2. การคล้อยตามกลุ่มผู้ใกล้ชิดในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่	.550	.000
3. การรับรู้ความสามารถในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่	.268	.021

ตารางที่ 3 การวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน (Stepwise multiple regression) เพื่อทำนายความตั้งใจในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่แก่ทารกเกิดก่อนกำหนดของมารดามุสลิม ($n = 74$)

ตัวแปรทำนาย	B	SE	β	t	p -value
การคล้อยตามกลุ่มผู้ใกล้ชิดในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่	.030	.005	.550	5.584	<.001
Constant = 7.755, $R^2 = .302$, $R^2_{\text{Adjusted}} = .293$, $F_{(1, 74)} = 31.18$, $p < .001$					

การอภิปรายผล

การคล้อยตามกลุ่มผู้ใกล้ชิดในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ เป็นแปรเพียงตัวเดียวที่สามารถทำนายความตั้งใจในการให้นมแม่ได้ร้อยละ 30.2 ทั้งนี้สามารถอธิบายได้ตามทฤษฎีพฤติกรรมตามแผน (Theory of planned behavior) ของ Ajzen (2002) ที่กล่าวว่า บรรทัดฐานกลุ่มอ้างอิงถูกกำหนดโดยความเชื่อของบุคคลในกลุ่มอ้างอิงต่อการกระทำพฤติกรรม และแรงจูงใจที่จะปฏิบัติตามความคาดหวังของกลุ่มอ้างอิง ซึ่งการรับรู้ว่าเป็นสมาชิกในครอบครัวเป็นที่พึง และแบบอย่างในการให้ความสำคัญเกี่ยวกับนมแม่ กับบทบาทตนเอง ก็จะได้รับถึงอิทธิพลของบุคคลดังกล่าว ส่งผลให้บุคคลมีความตั้งใจที่จะกระทำพฤติกรรมนั้น ๆ และมีพฤติกรรมอย่างต่อเนื่อง จากผลการวิจัยครั้งนี้ พบว่า มารดากลุ่มตัวอย่างมีความคิดเห็นเกี่ยวกับการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ คล้อยตามกลุ่มอ้างอิงที่เป็นพยาบาลมากที่สุด รองลงมาคือแพทย์ และยาย รวมทั้งลักษณะกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นครอบครัวขยาย จะเห็นได้ว่าบุคลากรทีมสุขภาพเป็นกลุ่มอ้างอิงที่มีอิทธิพลต่อความตั้งใจในการให้นมแม่ เนื่องจากพยาบาล และแพทย์มีความน่าเชื่อถือเชิงวิชาชีพ เมื่อให้ข้อมูลเกี่ยวกับการให้นมแม่ สาธิต วิธีการร่วมแก้ไขปัญหาลดอุปสรรคต่าง ๆ จึงทำให้มารดาเห็นความสำคัญเพิ่มขึ้น ส่งผลต่อความตั้งใจในการให้นมแม่แก่ทารกเกิดก่อนกำหนด รวมทั้งสังคมชนบทที่มีลักษณะครอบครัวขยายได้รับการสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว และเครือข่ายเกี่ยวกับการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ นอกจากนั้นตามหลักของบทบัญญัติอิสลามถือว่าเป็นหน้าที่หลักของมารดาต้องให้นมลูกหลังคลอดอย่างน้อย 2 ปี แนะนำให้ครอบครัวมีบทบาท การช่วยเหลือเกี่ยวกับการให้นมมารดาแก่บุตรภายในบ้าน (Ash-sharee, 2009) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Kantharot (2006) พบว่า บรรทัดฐานของกลุ่มผู้ใกล้ชิดเกี่ยวกับการให้นมมารดา ร่วมกันอธิบายความแปรปรวนของความตั้งใจในการให้นมมารดาแก่ทารกเกิดก่อนกำหนดได้ร้อยละ 40.1 ($p < .01$) อีกทั้งมีการศึกษาในทารกครบกำหนด พบว่า บรรทัดฐานกลุ่มอ้างอิงเกี่ยวกับการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดาอย่างเดียวยังสามารถทำนายความตั้งใจการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดาอย่างเดียว (Wongyai, 2011) และการสนับสนุนของบิดาต่อการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ของมารดามุสลิม สามารถทำนาย

ความตั้งใจการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวนาน 6 เดือน (Wangsawat et al., 2014)

ส่วนปัจจัยที่ไม่สามารถทำนายความตั้งใจในการให้นมแม่แก่ทารกเกิดก่อนกำหนดของมารดามุสลิม คือเจตคติต่อการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ พบว่า มีความสัมพันธ์ทางบวกอยู่ในระดับน้อย แต่ไม่สามารถทำนายความตั้งใจในการให้นมแม่แก่ทารกเกิดก่อนกำหนดของมารดามุสลิม อภิปรายได้ว่า กลุ่มตัวอย่างมีลักษณะคล้ายคลึงกัน คือ นับถือศาสนาอิสลาม มีอายุเฉลี่ย 28.23 ปี ($SD = 5.76$) จากผลการศึกษานี้ พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความคิดเห็นเกี่ยวกับการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ว่าสามารถเพิ่มน้ำหนักร่างกายของทารก ($\bar{X} = 18.79$, $SD = 5.52$) มารดามีความรู้สึกลึกซึ้งภาคภูมิใจในการเป็นมารดา ($\bar{X} = 18.32$, $SD = 5.62$) การให้นมแม่เป็นสิ่งที่ง่าย สะดวก และประหยัดค่าใช้จ่าย ($\bar{X} = 18.24$, $SD = 5.51$) จะเห็นได้ว่ามารดากลุ่มตัวอย่างมีความรู้สึกลึกซึ้งภาคภูมิใจในการทำบทบาทหน้าที่ของมารดา โดยธรรมชาติมารดาจะรักลูก ต้องการให้ลูกมีการเจริญเติบโตที่เหมาะสมสอดคล้องกับงานวิจัยของ Wongyai (2011) พบว่า บรรทัดฐานของกลุ่มอ้างอิงเกี่ยวกับการให้นมแม่สามารถทำนายความตั้งใจเลี้ยงบุตรด้วยนมแม่อย่างเดียวนในสตรีตั้งครรภ์ได้ร้อยละ 84.89 ($p < .001$) แต่แตกต่างจากงานวิจัยของ Kantharot (2006) ที่พบว่า เจตคติ และบรรทัดฐานกลุ่มผู้ใกล้ชิดเกี่ยวกับการให้นมมารดาแก่ทารกเกิดก่อนกำหนด ร่วมกันทำนายความตั้งใจในการให้นมมารดาแก่ทารกเกิดก่อนกำหนดได้ร้อยละ 40.1 ($p < .01$)

การรับรู้ความสามารถในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ พบว่า มีความสัมพันธ์ทางบวกอยู่ในระดับน้อย แต่ไม่สามารถทำนายความตั้งใจในการให้นมแม่แก่ทารกเกิดก่อนกำหนดของมารดามุสลิม อภิปรายได้ว่า กลุ่มตัวอย่างมีการศึกษาระดับปริญญาตรี หรือเทียบเท่า (ร้อยละ 41.9) มารดามีอาชีพเป็นแม่บ้าน (ร้อยละ 7.9) มารดามีบุตรมากกว่า 2 คนขึ้นไป (ร้อยละ 78.4) จากผลการศึกษานี้ พบว่า มารดามีความมั่นใจเกี่ยวกับความสามารถในการให้นมบุตรได้ดี ($\bar{X} = 4.01$, $SD = .95$) มีความมั่นใจว่าสามารถให้นมแม่ได้เมื่ออยู่ในครอบครัวอย่างสุขสบาย ($\bar{X} = 4.08$, $SD = .61$) ทั้งนี้เนื่องมาจากมารดากลุ่มตัวอย่างมีประสบการณ์ในการเลี้ยงดูบุตรด้วยนมแม่ การที่บุคคลมีประสบการณ์โดยตรงจะเพิ่มความสามารถของตนเอง ทำให้บุคคล

พยายามทำสิ่งต่าง ๆ เพื่อบรรลุเป้าหมายตามที่ต้องการ (Iamsupasit, 2013) อีกทั้งมารดา muslim หลังคลอดในกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ต้องทำงานนอกบ้าน ถึงแม้ว่าจะมีความตั้งใจในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในช่วงแรก แต่มีเวลาให้นมบุตรน้อยลง จึงทำให้การรับรู้ความสามารถมีความสัมพันธ์กับความตั้งใจในการให้นมแม่ แต่ไม่สามารถทำนายความตั้งใจในการให้นมแม่แก่ทารกเกิดก่อนกำหนดได้ ซึ่งแตกต่างกับการศึกษาที่ผ่านมา พบว่า การรับรู้สมรรถนะแห่งตนเป็นตัวแปรที่สามารถทำนายความตั้งใจในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Chansiri et al., 2017) และมารดาที่มีการรับรู้สมรรถนะในตนเองสูงมีโอกาเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวก่อน 6 สัปดาห์หลังคลอดเป็น 1.077 เท่าของมารดาที่มีการรับรู้สมรรถนะในตนเองต่ำ (Chanachai et al., 2014)

ข้อเสนอแนะ

1. พยาบาล และบุคลากรทางสาธารณสุข สามารถนำผลการวิจัยไปใช้เป็นแนวทางวางแผนการส่งเสริมการให้นมแม่แก่ทารกเกิดก่อนกำหนด โดยเน้นกลุ่มผู้ใกล้ชิดให้มีการส่งเสริมให้มารดาเกิดความตั้งใจในการให้นมแม่เพิ่มมากขึ้น
2. การศึกษาครั้งต่อไป ควรศึกษาติดตามผลระยะยาวเกี่ยวกับความตั้งใจในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่แก่ทารกเกิดก่อนกำหนดของมารดา muslim หลังจำหน่ายกลับบ้านแล้ว เพื่อให้มารดามีความตั้งใจในการปั๊มนมหรือนมแม่ หรือให้นมแม่แก่ทารกเกิดก่อนกำหนดอย่างเหมาะสมตามวัย

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบพระคุณ โรงพยาบาลปัตตานี และโรงพยาบาลยะลาที่อนุญาตให้เก็บข้อมูลวิจัย และกลุ่มตัวอย่างทุกท่านที่เข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้

References

- Ajzen, I. (2002). Perceived behavior control, Self-efficacy, Local of control, and the theory of planned behavior. *Journal of Applied Social Psychology*, 32(4), 1-20.

- American Academy of Pediatrics [AAP]. (2012). Breastfeeding and the Use of Human Milk. *Pediatrics*, 129(3), 287-841.
- Ash-sharee, A. (2009). *Paradigm of well-being in Islamic* (Ed). Bangkok: ThaiHealth promotion foundation.
- Chanachai, S., Sinsuksai, N., Thananowan, N., & Phahuwatanakorn, W. (2014). Knowledge, Attitude, Self-Efficacy, Spousal and Nurse Support Predicting 6-weeks Exclusive Breastfeeding. *Journal of Nursing Science*, 32(1), 51-60. [In Thai]
- Chansiri, S., Phahuwatanakorn, W., & Yusamran, C. (2017). Influences of Breastfeeding Attitude, Subjective Norm, and Self-Efficacy on Intention to Exclusive Breastfeeding among Teenage Pregnant Women. *Journal of Nursing Science*, 35(4), 49-60. [In Thai]
- Chaiwat, L., Teerarungsikul, N., & Sananreangsak, S. (2018). Effects of breastmilk expression promoting program on maternal intention and human milk expression behavior among mothers with preterm infants. *Chonburi Hospital Journal*, 43(1), 86-90. [In Thai]
- Danthes, D. (2016). *Working pregnant women on attitude intention to exclusive breastfeeding. Master's degree thesis*, Local administration, Chiang Mai University. [In Thai]
- Doyle, L.W. & Gibson, A.M. (2014). Respiratory outcomes for the tiniest or most immature infants. *Seminars in Fetal & Neonatal Medicine*, 19, 105-111.
- Kantharot, K. (2006). *Predictors of Breastfeeding Intention Among Mothers of Preterm Infants. Master's degree thesis*, Local administration, Chiang Mai University. [In Thai]

- Patient statistics in Pattani Hospital. (2019). *Statistics of newborns with gestational age less than 37 weeks (fiscal year's 2019) Pattani Hospital*. Pattani: Pattani Hospital. [In Thai]
- Patient statistics in Yala Hospital. (2019). *Statistics of newborns with gestational age less than 37 weeks (fiscal year 2019) Yala Hospital*. Yala: Yala Hospital. [In Thai]
- Iamsupasit, S. (2013). *Theories and techniques in behavior modification* (8th ed). Bangkok: Chulalongkorn University. [In Thai]
- Jirapaet, K., & Jirapaet, W. (2008). *Assessment of neonatal health status* (2nd ed). Bangkok: Suttha checkpoint.
- Ministry of Public Health. (2018). *Summary of important statistics 2018, Ministry of Public Health*. Nonthaburi: Strategy Division and Ministry of Public Health. [In Thai]
- Tabachnick, B.G., & Fidell, L.S. (2001). *Using multivariate statistics* (4th ed). Boston, MA: Allyn and Bacon.
- Thatrimontrichai, A. (2014). Care of Preterm Infant in Canada. *Songklanagrin Medical Journal*, 32(2), 117-128.
- Thussanasupap, B., Lapvongwatana, P., Kalamakorn, S., & Spatz, D. (2016). Effects of Community-Based Breastfeeding Promotion Program for Working Mothers: A Quasi - experimental Study. *Pacific Rim International Journal of Nursing Research*, 20(3), 196 - 209.
- Wangsawat, T., Kaleang, N., Phibal, A., Jaisomkorn, R., & Hayeese, W. (2014). *Factors Influencing Intention to Exclusive Breastfeeding for 6 Months of Mothers in Naradhiwat Province. Master's degree thesis*, Local administration, Chiang Mai University. [In Thai]
- World Health Organization [WHO]. (2018). *WHO recommendations on interventions to improve Preterm birth outcomes*. Switzerland: World Health Organization.
- Wongyai, J. (2011). Predicting Factors of Exclusive Breastfeeding Intention Among Pregnant Women. *Nursing journal*, 38(1), 17-26. [In Thai]

ผลของโปรแกรมการพัฒนาความเชื่อด้านสุขภาพของผู้ปกครอง ต่อการรับรู้ และพฤติกรรมการป้องกันโรคมือ เท้า ปาก ในเด็กวัยก่อนเรียนที่ศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก

นาฏอนงค์ แฝงพงษ์, พย.ม.^{1*} สุวรรณ จันทร์ประเสริฐ, ส.ด.² สมสมัย รัตนกริธากุล, ส.ด.³

บทคัดย่อ

การวิจัยกึ่งทดลองครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการพัฒนาความเชื่อด้านสุขภาพของผู้ปกครองต่อการรับรู้และพฤติกรรมการป้องกันโรคมือ เท้า ปากในเด็กวัยก่อนเรียนที่ศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ปกครองเด็กวัยก่อนเรียนที่ศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก ที่มีอายุ 21-59 ปี จำนวน 60 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 30 คน และกลุ่มควบคุม 30 คน ซึ่งได้จากการสุ่มแบบหลายขั้นตอน เครื่องมือการวิจัย ประกอบด้วย เครื่องมือการทดลอง ได้แก่ โปรแกรมความเชื่อด้านสุขภาพ วัสดุทัศน คู่มือปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันโรค และเครื่องมือการเก็บรวบรวมข้อมูล คือ แบบสอบถาม วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา Chi-Square, Fisher's exact test และ Independent t-test

ผลการศึกษาพบว่า หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยการรับรู้โอกาสเสี่ยง และการรับรู้ความรุนแรงของโรค ระดับมาก ($M = 4.36$, $SD = 0.46$; $M = 4.50$, $SD = 0.38$ ตามลำดับ) การรับรู้ประโยชน์ ระดับมากที่สุด ($M = 4.63$, $SD = 0.31$) การรับรู้อุปสรรคอยู่ในระดับน้อยที่สุด ($M = 1.42$, $SD = 1.34$) และมีการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันโรคเป็นประจำ ($M = 2.66$, $SD = 0.21$) กลุ่มทดลอง มีการเปลี่ยนแปลงค่าเฉลี่ยการรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันโรค และพฤติกรรมป้องกันโรค เพิ่มขึ้นมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 2.370$, $p < .01$, $t = 2.158$, $p < .05$, $t = 1.935$, $p < .05$ และ $t = 2.160$, $p < .05$ ตามลำดับ) และมีการเปลี่ยนแปลงการรับรู้อุปสรรค ลดลงมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = -3.083$, $p < .02$)

ผลการศึกษาในพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน บุคลากรสุขภาพ และผู้บริหารองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น หรือครูผู้ดูแลศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก นำไปใช้เป็นแนวทางในการป้องกันโรคมือ เท้า ปาก ในเด็กวัยก่อนเรียนผ่านการมีส่วนร่วมของผู้ปกครอง

คำสำคัญ: ความเชื่อด้านสุขภาพ การรับรู้ พฤติกรรมป้องกันโรคมือ เท้า ปาก ศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก

¹ นิสิตหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

² รองศาสตราจารย์ และ ³ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

* ผู้เขียนหลัก e-mail: natanong2009@hotmail.com

Effects of Health Belief Development Program Among Parents on Perceptions and Hand-Foot-Mouth Disease Preventive Behaviors for Preschool-Aged Children in Child Development Center

Natanong Faengphong, M.N.S^{1*}, Suwanna Junprasert, Dr.P.H²,
Somsamai Rattanaagreeethakul, Dr.PH.³

Abstract

This quasi-experimental research studied the effects of a health belief development program on the perception of and preventive behaviors regarding hand-foot-mouth disease (HFMD) among parents of preschool-aged children in a child development center. The sample was 60 parents aged 21-59 recruited by multi-stage sampling and divided into experimental ($n = 30$) and control groups ($n = 30$). The experimental instrument was the health belief model program: a video and a handbook for disease preventive behaviors. Data collection tools were questionnaires. Data were analyzed by descriptive statistics, Chi-Square, Fisher's exact test and independent t-test.

The results revealed that, after the intervention, the experimental group had high level mean scores for perceived susceptibility and perceived severity ($M = 4.36$, $SD = 0.46$; $M = 4.50$, $SD = 0.38$ respectively). The highest mean score was for perceived benefits ($M = 4.63$, $SD = 0.31$). A lower mean score was found for perceived barriers ($M = 1.42$, $SD = 0.34$), and a moderate mean score for HFMD preventive behaviors ($M = 2.66$, $SD = 0.21$). There were several changes in health beliefs: in the experimental group, post-intervention scores for perceived susceptibility, perceived severity, and perceived benefits of HFMD preventive behaviors were significantly higher than in the control group ($t = 2.370$, $p = .010$; $t = 2.158$, $p = .018$; $t = 1.935$, $p = .029$, and $t = 2.160$, $p = .017$ respectively). Similarly, the experimental group's post-intervention perceived barriers score was significantly lower than the control group's score ($t = -3.083$, $p = .002$).

The results suggest that community nurse practitioners, health workers and related parties could use this program as a guideline for prevention of hand-foot-mouth disease for preschool-aged children in child development center through the participation of parents.

Key words: health belief, hand-foot-mouth disease, preventive behaviors, child development center

¹ Master of Nursing Science Program in Community Nurse Practitioner, Faculty of Nursing, Burapha University

² Associate Professor and ³ Assistant Professor, Faculty of Nursing, Burapha University

* Corresponding author e-mail: natanong2009@hotmail.com

ความสำคัญของปัญหา

โรคมือ เท้า ปาก เป็นโรคติดต่อที่เป็นปัญหาสาธารณสุขสำคัญ จากรายงานของ (World Health Organization, WHO, 2017) พบการระบาดของโรคมือ เท้า ปาก มากที่สุดในแถบทวีปเอเชีย ได้แก่ จีน ญี่ปุ่น เกาหลีใต้ สิงคโปร์ เวียดนาม และไทย โดยพบสาเหตุเกิดจากการติดเชื้อ Enterovirus 71 (EV71) และ Coxsackie A16 (CA16) คิดเป็นร้อยละ 88.00 และ 73.00 ตามลำดับ (Rabenau, Richter, & Doerr, 2010) สำหรับประเทศไทย มีการระบาดของโรคมือ เท้า ปาก จากเชื้อ Enterovirus 71 (EV71) ครั้งแรกในปี พ.ศ. 2544 ในรายที่ได้รับเชื้อ Enterovirus 71 จะมีอาการรุนแรง และเสียชีวิตได้จากภาวะแทรกซ้อน เช่น อาเจียนบ่อย หายใจหอบ ชีพ ชักเกร็ง มีภาวะร่างกายขาดน้ำ ปอดบวม น้ำ ก้นสมองอักเสบ สมอง และเยื่อหุ้มสมองอักเสบ กล้ามเนื้อเยื่อหัวใจอักเสบ ช็อก และหมดสติ การเสียชีวิตส่วนมากเกิดจากภาวะหัวใจวาย หรือมีระบบหายใจล้มเหลว (Bureau of Epidemiology, Department of Disease Control, 2017) โดยพบว่าในปี พ.ศ. 2560 มีจำนวนผู้ป่วยทั้งสิ้น 70,377 ราย คิดเป็นอัตราป่วย 107.57 ต่อแสนประชากร เสียชีวิต 3 ราย ปี พ.ศ. 2561 มีจำนวนผู้ป่วยทั้งสิ้น 69,774 ราย คิดเป็นอัตราป่วย 105.06 ต่อแสนประชากร เสียชีวิต 2 ราย และปี พ.ศ. 2562 มีจำนวนผู้ป่วยทั้งสิ้น 67,243 ราย คิดเป็นอัตราป่วย 101.25 ต่อแสนประชากร เสียชีวิต 1 ราย ซึ่งในจำนวนผู้เสียชีวิตทุกรายเป็นเด็กอายุ 2.5-5 ปี (Bureau of Epidemiology, Department of Disease Control, 2020)

สาเหตุเกิดจากการติดเชื้อไวรัสในกลุ่มเอนเทอโร (Enterovirus) ติดต่อกันโดยการสัมผัสกับน้ำมูก น้ำลาย น้ำ ในตุ่มพอง และอุจจาระของผู้ป่วยทำให้มีอาการไข้ เจ็บปาก เจ็บคอ มีผื่นหรือตุ่มน้ำใส หรือเม็ดแดง ๆ ในปาก ฝ่ามือ ฝ่าเท้า ซึ่งโรคนี้นี้ยังไม่มียารักษาและวัคซีนในการป้องกัน ถ้ามีอาการรุนแรงจะเสียชีวิตได้ (Bureau of Epidemiology, Department of Disease Control, 2017) ส่วนใหญ่พบการติดต่อในเด็กที่มีอายุ 3-5 ปี ซึ่งเป็นวัยอยากรู้อยากเห็น มีการเรียนรู้ผ่านการเล่น และชอบเล่นกับเพื่อนวัยใกล้เคียงกัน จึงพบการระบาดในเด็กวัยนี้มากที่สุด ซึ่งเป็นวัยที่มีภูมิคุ้มกันต่ำ เมื่อเกิดการเจ็บป่วยอาจทำให้เสียชีวิตได้

ง่ายกว่าวัยอื่น (Phuphaibul, 2013) เมื่อเด็กอายุ 3-5 ปี อยู่ที่บ้านจะมีผู้ปกครองดูแลในการทำกิจวัตรประจำวัน และเมื่อเด็กไปที่ศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก ซึ่งเป็นสถานที่ที่มีเด็กอยู่รวมกันเป็นจำนวนมาก เล่นคลุกคลีกัน มีการจัดประสบการณ์และส่งเสริมพัฒนาการเรียนรู้ที่ต้องใช้ของเล่น และอุปกรณ์ร่วมกัน การใช้สถานที่ร่วมกัน ทำให้เด็กมีโอกาสเสี่ยงในการรับเชื้อโรคมือ เท้า ปาก จากการใช้ของร่วมกัน จึงพบการแพร่กระจายเชื้อของโรคมือ เท้า ปาก ภายในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กได้ง่าย (Vanichanan & Putthacharoen, 2017)

การป้องกันและควบคุมโรคในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก เป็นวิธีที่สำคัญที่จะช่วยลดการแพร่ระบาดของโรคมือ เท้า ปาก และลดอัตราการเสียชีวิตในเด็กกลุ่มอายุ 3-5 ปี (World Health Organization, WHO, 2011) ผู้ปกครองเด็กถือเป็นบุคคลสำคัญที่ช่วยป้องกันโรคมือ เท้า ปาก ในบ้านและศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก เนื่องจากเป็นผู้ที่ใกล้ชิดเด็กมากที่สุด และมีบทบาทในการดูแลเด็กให้ทำกิจวัตรประจำวันเพื่อการป้องกันโรค เช่น การล้างมือก่อนและหลังรับประทานอาหาร หลังการขับถ่ายอุจจาระ ปัสสาวะ (Luby & Halder, 2008; Luby, Huda, Halder & Unicomb, 2011) การใช้ช้อนกลางในการรับประทานอาหาร การใช้ผ้าเช็ดหน้าหรือผ้าปิดปากเมื่อไอ จาม การจัดให้มีแก้วน้ำ ถ้วย ช้อนและผ้าเช็ดหน้าส่วนตัวของเด็กขณะอยู่ที่บ้านและเมื่อไปศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก โดยการตรวจคัดกรองเด็ก ตรวจความผิดปกติของปาก มือ และเท้า ทุกวัน ก่อนไปศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก และกำกับดูแลเด็กเล็กให้ปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันการโรค (Bureau of Epidemiology, Department of Disease Control, 2012) จะช่วยป้องกันการระบาดของโรคมือ เท้า ปากในบุตรของตน และในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กได้

จังหวัดอุบลราชธานี มีการระบาดของโรคมือ เท้า ปาก มากที่สุดของสำนักงานควบคุมป้องกันโรคเขต 10 การระบาดตั้งแต่ปี พ.ศ. 2558-2560 พบอัตราป่วย 53.33 85.48 และ 98.97 ต่อแสนประชากร ตามลำดับ (Bureau of Epidemiology, Department of Disease Control, 2017) จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า มีการศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยที่มีความสัมพันธ์และทำนายพฤติกรรม การป้องกันโรคมือ เท้า ปาก ของผู้ปกครองที่บ้านและ

ผู้ดูแลเด็กในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กเป็นจำนวนมาก และมีการนำปัจจัยที่ศึกษามาพัฒนาเป็นโปรแกรมเพื่อใช้เป็นแนวทางในการป้องกันโรคมือ เท้า ปาก ของผู้ดูแลเด็กที่ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กจำนวนมากแต่การศึกษามีส่วนร่วมของผู้ปกครองกับศูนย์พัฒนาเด็กเล็กหรือการพัฒนาโปรแกรมเพื่อช่วยให้ผู้ปกครองเด็กมีส่วนร่วมในการป้องกันโรคในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กยังมีการศึกษาน้อย และไม่มีการศึกษาที่ส่งเสริมพฤติกรรมการป้องกันโรคมือ เท้า ปาก ให้เด็กวัยก่อนเรียนโดยให้ผู้ปกครองมีส่วนร่วมกำกับดูแลเด็กในปกครองให้ปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันโรค และยังพบว่าพฤติกรรมการป้องกันโรคของผู้ปกครองเด็กยังไม่สามารถควบคุมและป้องกันโรคได้ การพัฒนาพฤติกรรมการป้องกันโรคมือ เท้า ปาก ของผู้ปกครองเพื่อลดการระบาดของโรคมือ เท้า ปาก ในเด็กวัยก่อนเรียนที่ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กได้นั้น ผ่านโปรแกรมการพัฒนาความเชื่อด้านสุขภาพ ตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model) ของ Rosenstock (1974) ที่กล่าวไว้ว่า บุคคลจะปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกัน เพื่อหลีกเลี่ยงจากการเป็นโรคนั้น ขึ้นกับความเชื่อด้านสุขภาพ จากการรับรู้ 3 มิโนทัศน์ ได้แก่ (1) การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเป็นโรค (2) การรับรู้ความรุนแรงของการเป็นโรค (3) การรับรู้ประโยชน์และอุปสรรคของพฤติกรรมการป้องกันโรค การศึกษาในครั้งนี้จึงใช้แนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ของ Rosenstock (1974) มาเป็นกรอบแนวคิดในการสร้างการรับรู้และพฤติกรรมการป้องกันโรคมือ เท้า ปาก ในผู้ปกครองเด็กที่ศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก

ดังนั้นการศึกษาผลของโปรแกรมการพัฒนาความเชื่อด้านสุขภาพของผู้ปกครองต่อการรับรู้ และพฤติกรรมการป้องกันโรคมือ เท้า ปาก ในเด็กวัยก่อนเรียนที่ศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก ในเขตอำเภอเมือง จังหวัดอุบลราชธานี โดยใช้กระบวนการเรียนรู้ สร้างทัศนคติที่ดี และฝึกประสบการณ์การป้องกันโรค เพื่อให้เกิดการรับรู้โอกาสเสี่ยงและความรุนแรงของโรคมือ เท้า ปาก ตลอดจนการรับรู้ประโยชน์และลดการรับรู้อุปสรรคของพฤติกรรมการป้องกันโรคมือ เท้า ปาก ซึ่งจะมีผลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคมือ เท้า ปาก ของผู้ปกครองเด็กวัยก่อนเรียน ผลการศึกษาจะเป็นแนวทางให้พยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน บุคลากรสุขภาพ และผู้ที่เกี่ยวข้อง สามารถนำไปใช้เป็น

แนวทางในการป้องกันโรคมือ เท้า ปาก ในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กได้อย่างมีประสิทธิภาพ และลดอัตราการป่วยและการเสียชีวิตจากโรคดังกล่าว

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

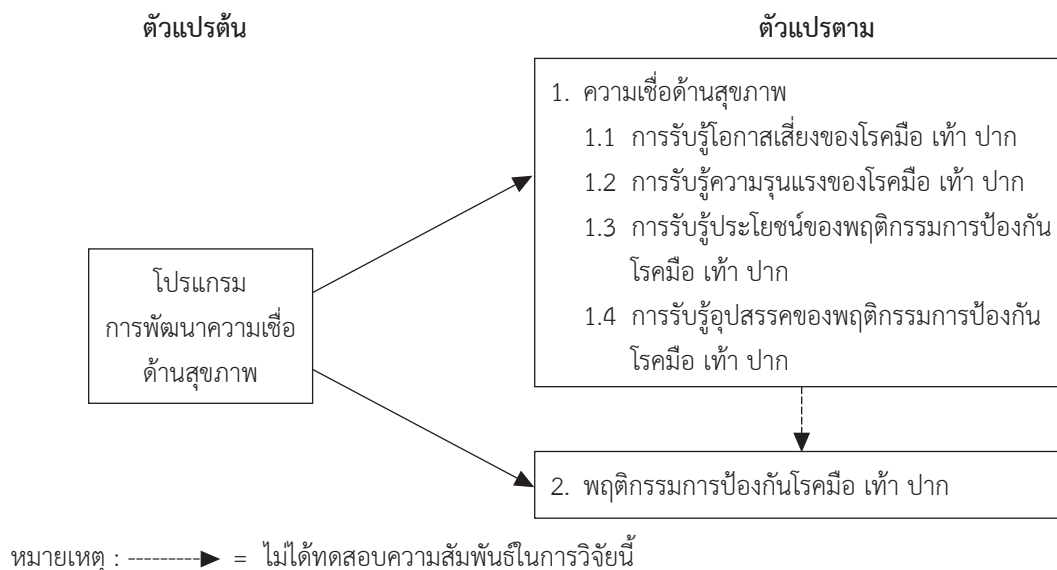
1. เพื่อเปรียบเทียบการเปลี่ยนแปลงการรับรู้โอกาสเสี่ยงของโรคมือ เท้า ปาก การรับรู้ความรุนแรงของโรคมือ เท้า ปาก การรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมการป้องกันโรคมือ เท้า ปาก และการรับรู้อุปสรรคของพฤติกรรมการป้องกันโรคมือ เท้า ปาก ก่อนและหลังการทดลอง ระหว่างกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม
2. เพื่อเปรียบเทียบการเปลี่ยนแปลงของพฤติกรรมการป้องกันโรคมือ เท้า ปาก ก่อนและหลังการทดลอง ระหว่างกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม

กรอบแนวคิดในการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้นำแนวคิดเกี่ยวกับแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model) (Rosenstock, 1974) ซึ่งกล่าวไว้ว่า บุคคลจะปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันโรคนั้นขึ้นกับความเชื่อด้านสุขภาพของบุคคล จากการรับรู้ 3 มิโนทัศน์ ได้แก่ (1) การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเป็นโรค (Perceived susceptibility) (2) การรับรู้ความรุนแรงของการเป็นโรค (Perceived severity) และ (3) การรับรู้ประโยชน์ และอุปสรรคของพฤติกรรมการป้องกันโรค (Perceived benefits of taking action and barriers to taking action) ผู้วิจัยจึงจัดกระบวนการเรียนรู้เพื่อสร้างการรับรู้ให้แก่ผู้ปกครองเด็กวัยก่อนเรียน ผ่านกิจกรรม การให้ความรู้เกี่ยวกับโรคมือ เท้า ปาก การสร้างทัศนคติที่ดีต่อพฤติกรรมการป้องกันโรค วิเคราะห์โอกาสเสี่ยงและความรุนแรงของการเกิดโรคมือ เท้า ปาก การพัฒนาพฤติกรรมการป้องกันโรคเพื่อให้ผู้ปกครองเด็กวัยก่อนเรียนเกิดการรับรู้ 4 ด้าน ได้แก่ การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเป็นโรค (Perceived susceptibility) การรับรู้ความรุนแรงของการเป็นโรค (Perceived severity) และการรับรู้ประโยชน์และลดอุปสรรคของพฤติกรรมการป้องกันโรค (Perceived benefits of taking action and barriers to taking action) การรับรู้ดังกล่าวมีผลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรค

มือ เท้า ปาก ในการวิจัยนี้ไม่ได้ทำการทดสอบความสัมพันธ์
ทางสถิติของปัจจัยการรับรู้ กับพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรค

ดังภาพที่ 1



หมายเหตุ : -----> = ไม่ได้ทดสอบความสัมพันธ์ในการวิจัยนี้

ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัย การวิจัยกึ่งทดลอง แบบการศึกษา
สองกลุ่มวัดก่อนและหลังการทดลอง

ประชากร ผู้ปกครองเด็กวัยก่อนเรียนในศูนย์พัฒนา
เด็กเล็ก ในเขตอำเภอเมือง จังหวัดอุบลราชธานี จำนวน
2,356 คน (Ubon Ratchathani Province Office for
Local Administration, 2018)

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ปกครองเด็กวัยก่อนเรียนใน
ศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก อำเภอเมือง จังหวัดอุบลราชธานี โดย
มีเกณฑ์การคัดเลือก คือ มีอายุ 21-59 ปี ไม่มีโรคประจำตัว
ไม่เคยดูแลเด็กป่วยด้วยโรคมือ เท้า ปาก และมีเด็กใน
ปกครองที่มีอายุ 3-5 ปี เด็กไม่มีโรคประจำตัว หรือโรคเรื้อรัง
ได้แก่ โรคหอบหืด โรคผิวหนัง โรคภูมิแพ้ สำหรับเกณฑ์
การคัดออก คือ ผู้ปกครองไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมได้
ครบ และมีการย้ายที่อยู่อาศัย

คำนวณขนาดตัวอย่าง โดยการกำหนดขนาดของ
กลุ่มตัวอย่าง คำนวณจากค่าอิทธิพล (effect size: ES)
ประมาณค่าของขนาดอิทธิพลจาก ค่าเฉลี่ย 2 กลุ่ม ได้
กำหนดค่าอำนาจในการทดสอบ (power analysis) = .80
(Cohen, 1988) สำหรับการคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่าง
ในงานวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ศึกษางานวิจัยของ Pensuk &

Banchonhuttakit (2013) เรื่อง ผลของโปรแกรม
การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคมือ เท้า ปาก ของ
ผู้ปกครองเด็กก่อนวัยเรียนในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก อำเภอ
บ้านกรวด จังหวัดบุรีรัมย์ ซึ่งเป็นงานวิจัยกึ่งทดลองแบบ
สองกลุ่ม วัดก่อนและหลังการทดลอง โดยนำค่าที่เกิดจาก
การทดลองมากำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง คือ ค่าเฉลี่ย
คะแนนการปฏิบัติในการป้องกันโรคของกลุ่มทดลอง ($\bar{X}_E$)
เท่ากับ 56.21 ($SD = 6.21$) และกลุ่มควบคุม ($\bar{X}_C$) เท่ากับ
50.47 ($SD = 5.43$) ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของกลุ่ม
ควบคุม เท่ากับ 5.43 นำมาคำนวณหาขนาดอิทธิพล ได้
= 1.06 ซึ่งเป็นค่าขนาดอิทธิพลที่มากกว่า .80 จึงใช้ขนาด
อิทธิพลขนาดใหญ่มาประมาณขนาดตัวอย่าง จากตาราง
ประมาณขนาดกลุ่มตัวอย่างแบบทดสอบสมมติฐาน
ทางเดียว (Table 6-3 Estimated sample requirements
as a function of effect size for $\alpha = .05$ and power
analysis = .80) (Polit, 1996, p 143) ได้ขนาดของ
กลุ่มตัวอย่าง กลุ่มละ 20 คน เนื่องจากการวิจัยครั้งนี้
เป็นการวิจัยเชิงทดลองต้องมีการติดตามวัดผลเป็นเวลา
6 สัปดาห์ เพื่อไม่ให้เกิดการสูญหายของกลุ่มตัวอย่าง
ผู้วิจัยจึงเพิ่มกลุ่มตัวอย่างอีกร้อยละ 50 (Pensuk &
Banchonhuttakit, 2013) จึงได้มีขนาดของกลุ่มตัวอย่าง

อย่างน้อย 30 ราย ต่อกลุ่ม นั่นคือ กลุ่มทดลอง 30 คน และ
กลุ่มควบคุม 30 คน

การสุ่มกลุ่มตัวอย่าง เป็นการสุ่มแบบหลายขั้นตอน
(multistage random sampling) โดยเริ่มต้นสุ่ม
กลุ่มตัวอย่างจากศูนย์พัฒนาเด็กเล็กที่มีลักษณะสิ่งแวดล้อม
และบริบทของศูนย์พัฒนาเด็กเล็กที่คล้ายคลึงกันและมี
จำนวนเด็กวัยก่อนเรียนมากกว่า 50 คนขึ้นไป จำนวน
12 ศูนย์ ทำการสุ่มตัวอย่างแบบแบ่งกลุ่ม (Cluster
random sampling) โดยการจับฉลากศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก
มา 2 ศูนย์ ได้ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กบ้านด้ามพริ้ว และศูนย์
พัฒนาเด็กเล็กองค์การบริหารส่วนตำบลปะอาว หลังจากนั้น
ทำการประชาสัมพันธ์เพื่อรับอาสาสมัครผู้เข้าร่วมวิจัยจาก
ผู้ปกครองทั้ง 2 ศูนย์ และทำการสุ่มผู้ปกครองที่สมัครใจทั้ง
สองกลุ่มด้วยวิธีสุ่มอย่างง่าย (Simple random sampling)
โดยนำรายชื่อผู้ปกครองที่สมัครเข้าร่วมวิจัยทั้งหมดมาทำ
ฉลากหมายเลขและจับฉลากขึ้นมาทีละรายชื่อจนครบ
30 ราย และทำการสุ่มกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดย
นำชื่อศูนย์พัฒนาเด็กเล็กทั้ง 2 ศูนย์ มาจับฉลาก (Random
assignment) ได้ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กบ้านด้ามพริ้วเป็นกลุ่ม
ทดลอง และศูนย์พัฒนาเด็กเล็กองค์การบริหารส่วนตำบล
ปะอาวเป็นกลุ่มควบคุม

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย

เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ได้แก่ โปรแกรม
การพัฒนาความเชื่อด้านสุขภาพ วิดีทัศน์ เรื่องโรคมือ เท้า
ปาก ของกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข ในหัวข้อ
สถานการณ์การระบาดของโรคมือ เท้า ปาก ในระดับ
ประเทศ ระดับภูมิภาค และระดับจังหวัด สาเหตุ และการ
ติดต่อของโรคมือ เท้า ปาก อาการและอาการแสดง ภาวะ
แทรกซ้อน การตรวจคัดกรองเด็ก การล้างมือ 7 ขั้นตอน
และคู่มือปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันโรค

เครื่องมือที่ใช้เก็บรวบรวมข้อมูล คือ แบบสอบถาม
ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเอง จากการทบทวนวรรณกรรม และ
งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง แบ่งเป็น 3 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ปกครอง ได้แก่ อายุ
เพศ ระดับการศึกษา ลักษณะแบบสอบถามเป็นคำถาม
ปลายปิด-เปิด จำนวน 3 ข้อ

ส่วนที่ 2 พฤติกรรมการป้องกันโรคมือ เท้า ปาก
ได้แก่ พฤติกรรมการล้างมือ การใช้ช้อนกลาง แก้วน้ำ

ถ้วย ช้อนและผ้าเช็ดหน้าส่วนตัว การใช้ผ้าหรือผ้าเช็ดหน้า
ปิดปากเมื่อไอ จาม การกักกักดูแลติดตามเด็กให้ปฏิบัติ
พฤติกรรมการป้องกันโรค การตรวจคัดกรองเด็กทุกวัน
ก่อนมาศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก จำนวน 13 ข้อ ลักษณะแบบ
มาตรฐานค่า 4 ระดับ คือ ปฏิบัติเป็นประจำ (3) ปฏิบัติ
บางครั้ง (2) ปฏิบัติน้อยครั้ง (1) และไม่ปฏิบัติเลย (0)
และนำผลรวมทุกข้อนำมาหาค่าเฉลี่ยรายข้อ โดยมีเกณฑ์
การแปลผลระดับพฤติกรรมการป้องกันโรค เพื่อใช้
ในการพรรณนาข้อมูลเป็น 4 ระดับ ดังนี้ ปฏิบัติเป็นประจำ
(2.51 - 3.00) ปฏิบัติบางครั้ง (1.51 - 2.50) ปฏิบัติน้อย
ครั้ง (0.51 - 1.50) ไม่ปฏิบัติเลย (0.00 - 0.50) คะแนน
รวมสูง หมายถึง พฤติกรรมการป้องกันโรคมือ เท้า ปาก
ดีกว่าคะแนนต่ำกว่า

ส่วนที่ 3 การรับรู้เกี่ยวกับโรคมือ เท้า ปาก ประกอบ
ด้วย เครื่องมือ 4 ตอน ลักษณะแบบมาตรฐานค่า
5 ระดับ คือ มากที่สุด (5) มาก (4) ปานกลาง (3) น้อย (2)
และน้อยที่สุด (1) ดังนี้

ตอนที่ 1 การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเป็นโรค
มือ เท้า ปาก มีเนื้อหาครอบคลุมการใช้ของใช้ร่วมกัน
การอยู่ร่วมกันเป็นจำนวนมาก การเล่นคลุกคลีกัน จำนวน
11 ข้อ

ตอนที่ 2 การรับรู้ความรุนแรงของโรคมือ เท้า
ปาก มีเนื้อหาครอบคลุมการเกิดแผลในปาก มือ เท้า
ทานอาหารไม่ได้ มีไข้ เบื่ออาหาร อ่อนเพลีย เสียชีวิต ใช้
ระยะเวลาในการรักษา ภาวะแทรกซ้อนความยากลำบาก
ในการรักษา และค่าใช้จ่ายในการรักษา จำนวน 10 ข้อ

ตอนที่ 3 การรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมการ
ป้องกันโรคมือ เท้า ปาก มีเนื้อหาครอบคลุมการป้องกัน
การติดเชื้อ ลดความรุนแรงของโรค ป้องกันการระบาดของ
โรค สร้างสุขนิสัยที่ดีของเด็ก จำนวน 13 ข้อ

ตอนที่ 4 การรับรู้อุปสรรคของพฤติกรรมการ
ป้องกันโรคมือ เท้า ปาก มีเนื้อหาครอบคลุมการสิ้นเปลือง
เวลา ความยุ่งยาก อุปกรณ์ ค่าใช้จ่าย จำนวน 13 ข้อ

นำผลรวมทุกข้อนำมาหาค่าเฉลี่ยรายข้อ โดยมี
เกณฑ์การแปลผลระดับการรับรู้ เพื่อใช้ในการพรรณนา
ข้อมูลเป็น 5 ระดับ ดังนี้ มีการรับรู้มากที่สุด (4.51 - 5.00)
มีการรับรู้มาก (3.51 - 4.50) มีการรับรู้ปานกลาง (2.51 -
3.50) มีการรับรู้น้อย (1.51 - 2.50) มีการรับรู้ที่น้อยที่สุด

(1.00 - 1.50) คะแนนรวมสูง หมายถึง การรับรู้เกี่ยวกับโรคมือ เท้า ปาก สูงกว่าคะแนนต่ำกว่า

ตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ โดยการนำเครื่องมือเสนอให้ผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบคุณภาพ จำนวน 5 ท่าน ประกอบด้วย อาจารย์พยาบาลด้านเวชปฏิบัติชุมชน 2 ท่าน อาจารย์พยาบาลด้านการพยาบาลเด็กและวัยรุ่น 1 ท่าน แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว 1 ท่าน และกุมารแพทย์เฉพาะทางโรคติดเชื้อ 1 ท่าน ผลการหาค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาของแบบสอบถาม เท่ากับ 1 ทุกชุด หลังจากนั้นนำไปทดลองใช้กับผู้ปกครองในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กประชาสามัคคีที่มีลักษณะคล้ายกลุ่มตัวอย่าง นำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์ค่าความเชื่อมั่น ด้วยวิธีแอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ผลการวิเคราะห์ค่าความเชื่อมั่น พบว่า แบบสอบถามพฤติกรรมการป้องกันโรค การรับรู้โอกาสเสี่ยงของโรค การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันโรค และการรับรู้อุปสรรคของพฤติกรรมการป้องกันโรค ได้ค่าความเชื่อมั่นที่ระดับสูง (Cronbach's alpha coefficient = .88 .91 .95 .96 และ .94 ตามลำดับ)

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง การวิจัยนี้ได้ผ่านการอนุมัติจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยระดับบัณฑิตศึกษา คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา รหัสจริยธรรม 08-07-2562 วันที่ 4 กันยายน 2562 ในการเก็บข้อมูล ผู้วิจัยทำการประชาสัมพันธ์ขอรับสมัครอาสาสมัครผู้ปกครอง นัดหมายผู้ปกครองที่สมัครเพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย วิธีการดำเนินการวิจัย และสิทธิในการเข้าร่วมโดยการสมัครใจ และการถอนตัวจากการวิจัยได้ตลอดเวลาโดยไม่มีผลกระทบใด ๆ การรักษาความเป็นส่วนตัว และเป็นความลับของกลุ่มตัวอย่าง และข้อมูลต่าง ๆ มีคณะผู้วิจัยเท่านั้นที่สามารถเข้าถึงข้อมูลได้ การนำเสนอและเผยแพร่ผลการวิจัยทำในภาพรวม และทำลายข้อมูลทั้งหมดภายหลังการเผยแพร่ผลการวิจัยแล้ว 1 ปี เมื่อสิ้นสุดการวิจัยได้นัดกลุ่มควบคุมอีกครั้ง เพื่อให้กลุ่มควบคุมได้มีโอกาสเข้าร่วมกิจกรรมการทดลอง โดยให้อยู่บนความสมัครใจของกลุ่มควบคุม พร้อมมอบชุดอุปกรณ์ของใช้ส่วนตัว และคู่มือปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันโรคมือ เท้า ปาก

การเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยดำเนินการทดลอง

เอง และมีผู้ช่วยวิจัยร่วมดำเนินการทดลองด้วย จำนวน 2 คน ซึ่งเป็นพยาบาลวิชาชีพ โดยได้เตรียมผู้ช่วยวิจัย ในเนื้อหา โรคมือ เท้า ปาก การล้างมือ 7 ขั้นตอน การตรวจคัดกรอง การกำกับดูแลติดตามเด็กให้ปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันโรค และชี้แจงขั้นตอนการดำเนินกิจกรรมการสนทนากลุ่ม พร้อมทั้งชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง วิธีการเก็บข้อมูล รายละเอียดเกี่ยวกับแบบสอบถาม และวิธีการรวบรวมข้อมูลส่งกลับคืนผู้วิจัย เมื่อเตรียมผู้ช่วยวิจัยแล้ว ดำเนินการ เก็บข้อมูลระหว่างเดือน ธันวาคม พ.ศ. 2562 ถึงเดือนมกราคม พ.ศ. 2563 โดยมีขั้นตอน ดังนี้ ผู้วิจัยนำหนังสือจากคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา ถึงหัวหน้าศูนย์พัฒนาเด็กเล็กที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย และขออนุญาตดำเนินการวิจัย และเก็บรวบรวมข้อมูล ก่อนเก็บข้อมูลผู้วิจัยชี้แจงให้กลุ่มตัวอย่างทราบถึงวัตถุประสงค์ของการวิจัย วิธีการดำเนินการวิจัย ประโยชน์ที่จะเกิดขึ้นจากการวิจัย การเข้าร่วมเป็นไปโดยความสมัครใจ เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินยอมเข้าร่วมการวิจัยให้ลงนามในใบยินยอมเข้าร่วมวิจัย หลังจากนั้นจัดให้กลุ่มตัวอย่างนั่งห่างกันพอควร แจกแบบสอบถามการวิจัย โดยใช้เวลา 15-20 นาที ทำเสร็จให้ใส่ซองปิดผนึกนำมาส่งผู้วิจัย และนัดพบอีก 6 สัปดาห์เพื่อทำการเก็บรวบรวมข้อมูลหลังการทดลอง โดยใช้แบบสอบถามชุดเดิมด้วยวิธีการเช่นเดียวกับการก่อนการทดลอง ทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

การทดลอง

กิจกรรมที่ 1 สัปดาห์ที่ 0 สร้างการรับรู้โอกาสเสี่ยงและความรุนแรงของโรค โดยมีกิจกรรม การบรรยายและชมวิดีโอทัศนสถานการณ์โรคมือ เท้า ปาก สาเหตุและการติดต่อ อาการแสดง ภาวะแทรกซ้อน และผลกระทบ กิจกรรมกลุ่ม “รู้เท่าทันการแพร่ระบาดของโรคมือ เท้า ปาก” แสดงบทบาทสมมติให้ผู้ปกครองเป็นเด็กป่วยในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก ใช้ดินสอพองที่ผสมกับสีผสมอาหารทาบริเวณมือของผู้ปกครองที่ป่วย ทำการเรียนและเล่นร่วมกันในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก หลังจากนั้นสนทนากลุ่มและแลกเปลี่ยนความคิดเห็น จากต้นแบบผู้ปกครองที่เคยดูแลบุตรที่ป่วยโรคมือ เท้า ปาก และร่วมกันวิเคราะห์ความเสี่ยงของการเกิดโรคและความรุนแรงของโรค ใช้เวลา 2 ชั่วโมง

กิจกรรมที่ 2 สัปดาห์ที่ 1 สร้างการรับรู้ประโยชน์ และรับรู้อุปสรรคน้อยเมื่อปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันโรค และการปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันโรค โดยมีกิจกรรมการบรรยาย หัวข้อ ประโยชน์ของการล้างมือ การใช้ช้อนกลาง การใช้แก้วน้ำ ถ้วย และช้อนส่วนตัว การใช้ผ้าหรือผ้าเช็ดหน้า ปิดปากเมื่อ ไอ จาม การตรวจคัดกรองเด็ก และการกำกับดูแลเด็กให้ปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันโรค ชมวีดิทัศน์เด็กวัยก่อนเรียนที่มีร่างกายแข็งแรงส่งผลอย่างไรต่อเด็กและผู้ปกครอง ทำกิจกรรม “ทำงานง่าย ๆ แต่ป้องกันโรคได้ดี” โดยชมวีดิทัศน์การล้างมือ 7 ขั้นตอน พร้อมทั้งฝึกปฏิบัติการล้างมือ 7 ขั้นตอน ก่อนการล้างมือให้ผู้ปกครองเช็ดมือด้วยผ้าเย็น และสังเกตดูความสะอาดของมือก่อนการสาธิตการล้างมือ และกิจกรรม “สถานการณ์จำลองการกำกับดูแลเด็กให้ปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันโรค” โดยจำลองเหตุการณ์กิจกรรมในตอนเช้าของเด็กก่อนที่จะไปศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก ให้ผู้ปกครองวิเคราะห์อุปสรรคในการกำกับดูแลเด็กให้ปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันโรค มีการสนทนากลุ่ม และแลกเปลี่ยนความคิดเห็นในประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันโรค มอบชุดอุปกรณ์ปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันโรค และมอบคู่มือปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันโรค ใช้เวลา 1 ชั่วโมง

กิจกรรมที่ 3 สัปดาห์ที่ 2 ติดตามผลการปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันโรคและหาแนวทางการแก้ไขเป็นรายบุคคล โดยการเยี่ยมบ้านของผู้ปกครองแต่ละคน ใช้เวลาคนละ 1 ชั่วโมง

การวิเคราะห์ข้อมูล โดยโปรแกรมสำเร็จรูปทางคอมพิวเตอร์ ด้วยสถิติพรรณนา โดยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และทดสอบ

ความแตกต่างของสัดส่วนระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ด้วยสถิติ Chi-Square Fisher's exact test และทดสอบค่าเฉลี่ยการเปลี่ยนแปลงของการรับรู้ตามความเชื่อด้านสุขภาพ และพฤติกรรมการป้องกันโรคมือ เท้า ปาก หลังการทดลอง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยใช้การทดสอบค่าทีแบบอิสระ ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 เมื่อทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นของ สถิติ Independent t-test พบว่า มีการแจกแจงข้อมูลเป็นแบบปกติ (Normal distribution)

ผลการวิจัย

กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 86.70) เท่ากัน ทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีอายุระหว่าง 21-34 ปี มากที่สุด (ร้อยละ 43.30 และร้อยละ 40.00 ตามลำดับ) กลุ่มทดลองมีอายุเฉลี่ย 39.07 ปี ($SD = 10.48$) ในขณะที่กลุ่มควบคุมมีอายุเฉลี่ย 39.63 ปี ($SD = 10.06$) กลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่มีระดับการศึกษาอยู่ในระดับชั้นมัธยมศึกษา (ร้อยละ 70.00 และร้อยละ 60.00 ตามลำดับ) และทดสอบความแตกต่างของสัดส่วนระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่า เพศ อายุ ระดับการศึกษา ไม่มีความแตกต่างกันที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 ($p\text{-value} = 1.000, .948$ และ .592 ตามลำดับ)

วิเคราะห์ข้อมูลการรับรู้ตามความเชื่อด้านสุขภาพ และพฤติกรรมการป้องกันโรค ก่อนและหลังการทดลอง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยการหาค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ดังตารางที่ 1 และ 2

ตารางที่ 1 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของการรับรู้ตามความเชื่อด้านสุขภาพ ก่อนและหลังการทดลอง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

การรับรู้ตาม ความเชื่อ ด้านสุขภาพ	กลุ่มทดลอง ($n = 30$)						กลุ่มควบคุม ($n = 30$)					
	ก่อนการทดลอง			หลังการทดลอง			ก่อนการทดลอง			หลังการทดลอง		
	<i>M</i>	<i>SD</i>	ระดับ	<i>M</i>	<i>SD</i>	ระดับ	<i>M</i>	<i>SD</i>	ระดับ	<i>M</i>	<i>SD</i>	ระดับ
การรับรู้โอกาสเสี่ยง	3.63	0.51	มาก	4.36	0.46	มาก	3.51	0.63	มาก	3.76	0.55	มาก
การรับรู้ความรุนแรง	3.76	0.41	มาก	4.50	0.38	มาก	3.83	0.68	มาก	4.13	0.63	มาก
การรับรู้ประโยชน์	4.19	0.43	มาก	4.63	0.31	มากที่สุด	4.32	0.48	มาก	4.47	0.36	มาก
การรับรู้อุปสรรค	2.73	1.30	ปานกลาง	1.42	0.34	น้อยที่สุด	2.73	0.55	ปานกลาง	2.55	1.30	ปานกลาง

จากตารางที่ 1 พบว่า กลุ่มทดลอง มีการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค การรับรู้ความรุนแรงของโรค ก่อนและหลังการทดลอง อยู่ในระดับมาก ($M = 3.63, SD = 0.51$; $M = 4.36, SD = 0.46$; $M = 3.76, SD = 0.41$; $M = 4.50, SD = 0.38$ ตามลำดับ) การรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรม การป้องกันโรค ก่อนการทดลอง อยู่ในระดับมาก ($M = 4.19, SD = 0.43$) และหลังการทดลอง อยู่ในระดับมากที่สุด ($M = 4.63, SD = 0.31$) การรับรู้อุปสรรคของพฤติกรรม การป้องกันโรค ก่อนการทดลองอยู่ในระดับปานกลาง ($M = 2.73, SD = 1.30$) หลังการทดลองมีการรับรู้อุปสรรค

น้อยที่สุด ($M = 1.42, SD = 0.34$) ในกลุ่มควบคุม มีการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรม การป้องกันโรค ก่อนและหลังการทดลอง อยู่ในระดับมาก ($M = 3.51, SD = 0.63$; $M = 3.76, SD = 0.55$; $M = 3.83, SD = 0.68$; $M = 4.13, SD = 0.63$; $M = 4.32, SD = 0.48$; $M = 4.47, SD = 0.36$ ตามลำดับ) การรับรู้อุปสรรคของพฤติกรรม การป้องกันโรค ก่อนและหลังการทดลอง มีการรับรู้ในระดับปานกลาง ($M = 2.73, SD = 0.55$; $M = 2.55, SD = 1.30$ ตามลำดับ)

ตารางที่ 2 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของพฤติกรรม การป้องกันโรค ก่อนและหลังการทดลอง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

การรับรู้ตาม ความเชื่อ ด้านสุขภาพ	กลุ่มทดลอง ($n = 30$)						กลุ่มควบคุม ($n = 30$)					
	ก่อนการทดลอง			หลังการทดลอง			ก่อนการทดลอง			หลังการทดลอง		
	<i>M</i>	<i>SD</i>	ความถี่	<i>M</i>	<i>SD</i>	ความถี่	<i>M</i>	<i>SD</i>	ความถี่	<i>M</i>	<i>SD</i>	ความถี่
พฤติกรรมป้องกันโรค	2.15	0.53	บางครั้ง	2.66	0.21	ประจำ	2.19	0.56	บางครั้ง	2.39	0.42	บางครั้ง

จากตารางที่ 2 พบว่า ก่อนการทดลอง กลุ่มทดลอง มีการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันโรคเป็นบางครั้ง ($M = 2.15, SD = 0.53$) และหลังการทดลองมีการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันโรคเป็นประจำ ($M = 2.66, SD = 0.21$) และในกลุ่มควบคุม มีการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันโรคเป็นบางครั้งทั้งก่อนและหลังการทดลอง ($M = 2.19, SD =$

0.56 ; $M = 2.39, SD = 0.42$ ตามลำดับ)

เมื่อเปรียบเทียบการเปลี่ยนแปลงการรับรู้ตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ พฤติกรรม การป้องกันโรค มือ เท้า ปาก ก่อนและหลังการทดลอง ระหว่างกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม ด้วยการทดสอบค่าทีแบบอิสระแบบทางเดียว ดังรายละเอียดในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบการเปลี่ยนแปลงการรับรู้ตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ และพฤติกรรม การป้องกันโรค ก่อนและหลังการทดลอง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ตัวแปร	n	M_{diff}	SD_{diff}	t	p -value (1-tailed)
การรับรู้โอกาสเสี่ยงของโรคมือ เท้า ปาก					
กลุ่มทดลอง	30	0.74	0.64	2.370	.010
กลุ่มควบคุม	30	0.25	0.92		
การรับรู้ความรุนแรงของโรคมือ เท้า ปาก					
กลุ่มทดลอง	30	0.74	0.53	2.158	.018
กลุ่มควบคุม	30	0.30	0.98		
การรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมการป้องกันโรคมือ เท้า ปาก					
กลุ่มทดลอง	30	0.44	0.62	1.935	.029
กลุ่มควบคุม	30	0.15	0.55		

ตารางที่ 3 (ต่อ)

ตัวแปร	n	M_{diff}	SD_{diff}	t	p-value (1-tailed)
การรับรู้อุปสรรคของพฤติกรรมการป้องกันโรคมือ เท้า ปาก					
กลุ่มทดลอง	30	-1.31	1.41	-3.083	.002
กลุ่มควบคุม	30	-0.18	1.41		
พฤติกรรมการป้องกันโรค					
กลุ่มทดลอง	30	0.51	0.54	2.160	.017
กลุ่มควบคุม	30	0.19	0.60		

*p (1-tailed) < .05

จากตารางที่ 3 พบว่า กลุ่มทดลองมีการเปลี่ยนแปลงการรับรู้โอกาสเสี่ยงของโรค เพิ่มขึ้นมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ < .05 ($t = 2.370$, p (1-tailed) = .010) การรับรู้ความรุนแรงของโรคเพิ่มขึ้นมากกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ < .05 ($t = 2.158$, p (1-tailed) = .018) การรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมการป้องกันโรค เพิ่มขึ้นมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ < .05 ($t = 1.935$, p (1-tailed) = .029) พฤติกรรมการป้องกันโรคมือ เท้า ปาก เพิ่มขึ้นมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ < .05 ($t = 2.160$, p (1-tailed) = .017) และการรับรู้อุปสรรคของพฤติกรรมการป้องกันโรคมือ เท้า ปาก ลดลงมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ < .05 ($t = -3.083$, p (1-tailed) = .002)

อภิปรายผล

ผลการวิจัยมีประเด็นสำคัญที่นำมาอภิปราย ดังนี้

1. ผู้ปกครองกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรม ฯ มีการเปลี่ยนแปลงการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค ก่อนและหลังการทดลองเพิ่มขึ้นมากกว่ากลุ่มควบคุม เนื่องจาก การศึกษานี้ได้จัดกิจกรรมเพื่อสร้างการรับรู้โอกาสเสี่ยงของโรค โดยให้ผู้ปกครองชมวีดิทัศน์สถานการณ์ของโรคระดับประเทศ ภูมิภาค และจังหวัด ทำให้ผู้ปกครองเกิดความรู้และความเข้าใจการติดต่อ และการแพร่ระบาดของโรคมากขึ้น หลังจากนั้นจัดกิจกรรมกลุ่ม บทบาทสมมติ “รู้เท่าทันการแพร่ระบาดของโรคมือ เท้า ปาก” บรรยายสาเหตุและการติดต่อ สนทนากลุ่มและแลกเปลี่ยน

ความคิดเห็นจากต้นแบบผู้ปกครอง และวิเคราะห์โอกาสเสี่ยง เพื่อให้ผู้ปกครองเกิดการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคเพิ่มขึ้นทำให้หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีการเปลี่ยนแปลงการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค เพิ่มขึ้นมากกว่ากลุ่มควบคุม สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่า กิจกรรมการบรรยาย เกี่ยวกับ สาเหตุ ปัจจัยเสี่ยง แหล่งแพร่กระจายเชื้อ การติดต่อ และวิเคราะห์ความเสี่ยง ทำให้ผู้ปกครองเกิดการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคมือ เท้า ปาก เพิ่มขึ้น (Pensuk & Banchonhuttakit, 2013)

2. ผู้ปกครองกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรม ฯ มีการเปลี่ยนแปลงการรับรู้ความรุนแรงของโรค ก่อนและหลังการทดลองเพิ่มขึ้นมากกว่ากลุ่มควบคุม เนื่องจาก การศึกษานี้ได้จัดกิจกรรมเพื่อสร้างการรับรู้ความรุนแรงของโรค โดยให้ผู้ปกครองรับฟังการบรรยายและชมวีดิทัศน์เกี่ยวกับ อาการและอาการแสดง ภาวะแทรกซ้อน และผลกระทบเมื่อเจ็บป่วยด้วยโรคมือ เท้า ปาก ทำให้ผู้ปกครองมีความรู้ และความเข้าใจความรุนแรงของโรคมือ เท้า ปากมากขึ้น หลังจากนั้นให้ผู้ปกครองต้นแบบที่เคยดูแลบุตรที่ป่วยด้วยโรคมือ เท้า ปาก เล่าประสบการณ์เกี่ยวกับการดูแลบุตรที่ป่วย และวิเคราะห์ความรุนแรงของการเกิดโรค ทำให้ผู้ปกครองเกิดการรับรู้ความรุนแรงของโรคมือ เท้า ปาก มากขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของ Sanongyard, Jametim, Dhanawan & Maungchang (2016) ซึ่งพบว่า กิจกรรมการบรรยายและชมวีดิทัศน์ เกี่ยวกับ อาการและอาการแสดง ภาวะแทรกซ้อน และผลกระทบเมื่อเจ็บป่วยด้วยโรคมือ เท้า ปาก ทำให้ผู้ปกครองเกิดการรับรู้ความรุนแรงของโรคมือ เท้า ปากมากขึ้น

3. ผู้ปกครองกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรม ฯ มีการเปลี่ยนแปลงการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรม การป้องกันโรค ก่อนและหลังการทดลองเพิ่มขึ้นมากกว่า กลุ่มควบคุม เนื่องจากในการศึกษานี้ได้จัดกิจกรรม โดยให้ผู้ปกครองรับฟังการบรรยายประโยชน์ของการล้างมือ การใช้ช้อนกลาง การใช้แก้วน้ำ ถ้วย และช้อนส่วนตัว การใช้ผ้าหรือผ้าเช็ดหน้า ปิดปากเมื่อ ไอ จาม การตรวจ คัดกรองเด็ก และการกำกับดูแลเด็กให้ปฏิบัติพฤติกรรม การป้องกันโรค พร้อมทั้งชมวิดิทัศน์เด็กวัยก่อนเรียนที่มี ร่างกายแข็งแรงส่งผลอย่างไรต่อเด็กและผู้ปกครอง ทำให้ ผู้ปกครองเข้าใจประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรม การป้องกันโรค และสุดท้ายให้ผู้ปกครองสนทนากลุ่มและ แลกเปลี่ยนความคิดเห็นในประโยชน์ของการปฏิบัติ พฤติกรรม การป้องกันโรค ส่งผลให้ผู้ปกครองเกิดการรับรู้ ประโยชน์ในการปฏิบัติพฤติกรรม การป้องกันโรคมากขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่า การสร้างการรับรู้ประโยชน์ ของการปฏิบัติพฤติกรรม การป้องกันโรค โดยการบรรยาย ชมวิดิทัศน์และปฏิบัติพฤติกรรม การล้างมือ การตรวจ คัดกรองเด็ก ทำให้ผู้ปกครองเกิดการรับรู้ประโยชน์ของ การปฏิบัติพฤติกรรม การป้องกันโรคเพิ่มขึ้น (Sanongyard et al., 2016)

4. ผู้ปกครองกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรม ฯ มีการเปลี่ยนแปลงการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรม การป้องกันโรค ก่อนและหลังการทดลอง ลดลงมากกว่า กลุ่มควบคุม ในการศึกษา นี้ ได้จัดกิจกรรมฝึกปฏิบัติการ ล้างมือ 7 ขั้นตอน การตรวจคัดกรอง และมีการกำกับ ติดตามเด็กให้ทำพฤติกรรม การป้องกันโรคเพื่อให้ผู้ปกครอง เกิดความสะดวกและง่ายต่อการปฏิบัติพฤติกรรม การ ป้องกันโรค พร้อมทั้งได้จัดเตรียมอุปกรณ์ในการปฏิบัติ พฤติกรรม การป้องกันโรค ได้แก่ ผ้าเช็ดมือ สบู่ ช้อน ถ้วย แก้วน้ำ ผ้าเช็ดหน้า และมอບคู่มือปฏิบัติพฤติกรรม การป้องกันโรค ให้นำไปใช้ปฏิบัติ เพื่อให้ผู้ปกครองเกิดการ ปฏิบัติพฤติกรรม การป้องกันโรคมือ เท้า ปาก อย่างต่อเนื่อง หลังจากนั้นวิเคราะห์ปัญหาและอุปสรรคของการปฏิบัติ และเยี่ยมบ้านผู้ปกครอง ทำให้กลุ่มทดลองมีการเปลี่ยนแปลง การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรม การป้องกันโรค มือ เท้า ปาก ลดลงมากกว่ากลุ่มควบคุม สอดคล้องกับ การศึกษา พบว่า การฝึกทักษะการล้างมือ ตรวจคัดกรอง

และมอບชุดสบู่เพื่อนำไปปฏิบัติ ทำให้ผู้ปกครองมีการรับรู้ อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรม การป้องกันโรคมือ เท้า ปาก ลดลง (Sanongyard et al., 2016)

5. ผู้ปกครองกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรม ฯ มีการเปลี่ยนแปลงของพฤติกรรม การป้องกันโรค ก่อนและ หลังการทดลองเพิ่มขึ้นมากกว่ากลุ่มควบคุม ซึ่งการสร้าง การรับรู้โอกาสเสี่ยงของโรค การสร้างการรับรู้ความรุนแรง ของโรค การสร้างการรับรู้ประโยชน์และการรับรู้อุปสรรค ของพฤติกรรม การป้องกันโรค เพื่อให้ผู้ปกครองเด็กวัย ก่อนเรียนมีการรับรู้ตามความเชื่อด้านสุขภาพ ส่งผลให้ ผู้ปกครองมีค่าเฉลี่ยคะแนนการปฏิบัติพฤติกรรม การป้องกัน โรคเป็นประจำ ในเรื่อง ล้างมือเมื่อกลับจากนอกบ้าน จัดเตรียมของใช้ส่วนตัวให้เด็กในปกครองไปศูนย์พัฒนา เด็กเล็ก ตรวจดูตุ่มไสบริเวณปาก มือ เท้า ของเด็กก่อน และ หลังกลับจากศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก ดูแลให้เด็กในปกครอง ล้างมือหลังกลับจากนอกบ้าน และเมื่อกลับจากศูนย์พัฒนา เด็กเล็ก ดูแลกำกับให้เด็กใช้แก้วน้ำ ถ้วย ช้อน และ ผ้าเช็ดหน้าส่วนตัวไม่ปะปนกับผู้อื่น ทำให้ผู้ปกครองมีการ ปฏิบัติพฤติกรรม การป้องกันโรคมือ เท้า ปาก อย่างต่อเนื่อง ส่งผลให้ผู้ปกครองมีการปฏิบัติพฤติกรรม การป้องกันโรค ทำให้หลังการทดลองกลุ่มทดลองมีการเปลี่ยนแปลง ของพฤติกรรม การป้องกันโรคมือ เท้า ปาก เพิ่มขึ้นมากกว่า กลุ่มควบคุม สอดคล้องกับ Peansukwech & Banchonhuttakit (2017) พบว่า การสร้างการรับรู้โอกาส เสี่ยงของการเกิดโรค การสร้างการรับรู้ความรุนแรงของโรค การสร้างการรับรู้ประโยชน์ให้มากและมีการรับรู้อุปสรรค น้อยเมื่อจะปฏิบัติพฤติกรรม การป้องกันโรค ทำให้ ผู้ปกครองมีการปฏิบัติพฤติกรรม การป้องกันโรคมือ เท้า ปาก

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. พยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน และบุคลากรสุขภาพ ที่เกี่ยวข้อง สามารถนำโปรแกรม ฯ ไปใช้เพื่อป้องกันโรค มือ เท้า ปาก ในผู้ปกครองเด็กวัยก่อนเรียนที่ศูนย์พัฒนา เด็กเล็กในเขตจังหวัดอุบลราชธานี ก่อนเปิดรับเด็กเล็กใหม่ เข้ามาในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก โดยการจัดอบรมให้ผู้ปกครอง ที่เป็นรายใหม่ทุกราย

2. ผู้บริหารองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นหรือครู ผู้ดูแลเด็กในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก สามารถนำกิจกรรมไปจัด

เป็นแผนงานในด้านการป้องกันโรคมือ เท้า ปาก ในแต่ละปี โดยการจัดอบรมก่อนเปิดเรียนในแต่ละปีการศึกษาให้ผู้ปกครองเด็กวัยก่อนเรียนที่เป็นรายใหม่ทุกรายที่นำเด็กมาเรียนในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก

3. ผลการวิจัยครั้งนี้พบว่า หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีการปฏิบัติพฤติกรรมเป็นบางครั้งในหัวข้อ การใช้ช้อนกลาง และการใช้ผ้าเช็ดหน้า หรือผ้าปิดปาก เมื่อไอ จาม จึงควรเพิ่มกิจกรรมเพื่อสร้างการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคมือ เท้า ปาก การรับรู้ความรุนแรงของโรคมือ เท้า ปาก และการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรม การป้องกันโรคมือ เท้า ปาก โดยเน้นหัวข้อการใช้ช้อนกลาง และการใช้ผ้าเช็ดหน้า หรือผ้าปิดปาก เมื่อไอ จาม โดยการสร้างวิดิทัศน์ หรือการพัฒนาสื่อที่เป็นรูปธรรมมากขึ้นเพื่อใช้เป็นแนวทางในการป้องกันโรคติดต่ออื่นได้ด้วย

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณผู้มีอุปการคุณทุกท่าน กลุ่มตัวอย่าง ที่ให้ความร่วมมือในการวิจัย ตลอดจนเพื่อน และบุตรที่ให้อำลัใจ และความช่วยเหลือตลอดมา

References

Bureau of Epidemiology, Department of Disease Control. (2017). *Guidelines for the prevention and control of hand, foot, mouth disease outbreaks in the child development center*. Retrieved January 25, 2018, from <http://www.boe.moph.go.th/> [In Thai]

Bureau of Epidemiology, Department of Disease Control. (2017). *Epidemiological Surveillance Report*. Retrieved January 4, 2018, from <http://www.boe.moph.go.th/> [In Thai]

Bureau of Epidemiology and Department of Disease Control. (2020). *Epidemiological Surveillance Report*. Retrieved February 1, 2020, from <http://www.boe.moph.go.th/> [In Thai]

Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences* (2nd ed.). New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates.

Luby, P., & Halder, K. (2008). Associations among handwashing indicators, wealth, and symptoms of childhood respiratory illness in urban bangladesh. *Med in Health*, 13(6), 835-844.

Luby, P., Huda, T., Halder, A.K., & Unicomb, L. (2011). The effect of handwashing at recommended times with water alone and with soap on child diarrhea in rural Bangladesh: an observational study. *Journal PubMed*, 8(6), 1037-1048.

Peansukwech, U., & Banchonhuttakit, P. (2017). Effect of health education program in childhood prevention of hand foot mouth disease by the application of health belief model and social support of caregivers and child's parents in child care center at Muang district, khon kaen province. *Srinagarind Medical Journal*, 29(2),1-5. [In Thai]

Pensuk, P., & Banchonhuttakit, P. (2013). Effects of behavioral modification for hand foot mouth disease prevention among parents of pre-school children in child development center; Ban Kruat disdriect, Burirum province. *Journal of Public Health*, 8(1), 81-93. [In Thai]

Phuphaibul, R. (2013). *Nursing care plan for healthy and ill children*. Bangkok: Dharma Council Printing. [In Thai]

Polit, D.F. (1996). *Data Analysis and Statistics for Nursing Research*. Stamford: CT Appleton & Large.

Rosenstock, I. M. (1974). The health belief model and preventive health behavior. *Health Education Monographs*, 2(4), 328-335.

- Rabenau, H.F., Richter, M., & Doerr, H.W. (2010). Hand foot mouth disease in China: Patterns of spread and transmissibility during 2008-2009. *Epidemiology*, 22(6), 781-792.
- Sanongyard, J., Jametm, N., Dhanawan, W., & Maungchang, Y. (2016). The effects of program over three-dimensional comic book knowledge to Infection control among parents by applying health belief patterns, social support, and epidemiological principles of child parents in child development centers Suphan Buri province. *Chonburi Hospital Journal*, 40(3), 217-226. [In Thai]
- Ubon Ratchathani Province Office for Local Administration. (2018). *Development center information pre school-aged children in Ubon Ratchathani province*. [In Thai]
- Vanichanan, C., & Putthacharoen, O. (2017). *Infectious diseases across the regions*. Bangkok: Tri Thap Book Process. [In Thai]
- World Health Organization [WHO]. (2011). *A guide to clinical management and public health response for hand, foot mouth disease (HFMD) 2011*. Retrieved from <http://www.who.int/nmh/publications/ncd-progress-monitor-2011/en/>
- World Health Organization [WHO]. (2017). *Communicable diseases progress monitor 2017*. Retrieved from <http://www.who.int/nmh/publications/ncd-progress-monitor-2017/en/>

คำแนะนำสำหรับผู้เขียนในการเตรียมและส่งต้นฉบับ วารสารคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

วารสารคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา ขอเชิญนักวิจัยทางการแพทย์พยาบาลและศาสตร์อื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องทางด้านสุขภาพ ส่งบทความทางวิชาการเพื่อลงตีพิมพ์เผยแพร่ในวารสาร บทความที่จะส่งลงตีพิมพ์ต้องไม่เคยลงตีพิมพ์ หรือไม่เคยตีพิมพ์ด้วยภาษาอื่น ๆ ในวารสารอื่นมาก่อน ต้นฉบับบทความทุกเรื่องจะได้รับการประเมินก่อนการตีพิมพ์ (Peer review) จากผู้ทรงคุณวุฒิที่มีความเชี่ยวชาญอย่างน้อย 2 ท่าน และต้องผ่านการพิจารณาเห็นชอบจากบรรณาธิการวารสารก่อนที่จะลงตีพิมพ์

ประเภทของบทความ

วารสารคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา รับบทความทางวิชาการที่เขียนเป็นภาษาไทยและภาษาอังกฤษ โดยเป็นบทความวิจัยทางการแพทย์พยาบาล หรือศาสตร์อื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องทางด้านสุขภาพ การบริการทางสุขภาพ ความรู้ในศาสตร์ทางการแพทย์พยาบาล และสาขาอื่นที่เป็นประโยชน์ต่อสุขภาพและวิชาชีพการพยาบาล

การเตรียมต้นฉบับ

1. จัดพิมพ์ต้นฉบับด้วยคอมพิวเตอร์โปรแกรมสำเร็จรูป Microsoft Word ด้วยอักษร TH SarabunPSK หรือ Angsana New ขนาด 16 point บนกระดาษขนาด A4 พิมพ์หน้าเดียวเว้นระยะบรรทัด 1 บรรทัด (single space) เว้นระยะห่างจากขอบกระดาษทั้ง 4 ด้าน ด้านละ 1 นิ้ว พิมพ์เลขหน้ากำกับทุกแผ่น และจำนวนเนื้อหาไม่เกิน 12 หน้า (รวม References)

2. หน้าแรก (ให้เป็นเลขหน้า 0 โดยไม่นับรวมกับเนื้อหา) ให้พิมพ์ชื่อเรื่องภาษาไทย และ ภาษาอังกฤษ ขนาด 20 point และเพิ่มชื่อผู้เขียน คุณวุฒิ ตำแหน่ง และสถานที่ทำงานทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ และระบุผู้เขียนหลัก (Corresponding author) โดยใส่เครื่องหมาย * ไว้ท้ายชื่อ และระบุ e-mail address ไว้ด้วย

3. หน้าถัดมาให้เป็นเลขหน้า 1 ให้พิมพ์ชื่อเรื่องทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ พิมพ์ไว้ตรงกลางของหน้าแรก ด้วยอักษรขนาด 22 Point และต่อด้วยบทคัดย่อ และ Abstract (ไม่เกิน 250 คำ) และคำสำคัญ (Key words) ไม่เกิน 5 คำทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ

4. ส่วนประกอบในบทคัดย่อ ได้แก่ วัตถุประสงค์ของการศึกษา (ไม่ต้องมีส่วนนำ) รูปแบบและวิธีการวิจัย (กลุ่มตัวอย่าง สถานที่และช่วงเวลาเก็บข้อมูล เครื่องมือวิจัย และการวิเคราะห์ข้อมูล) ผลการวิจัย สรุป และข้อเสนอแนะ

5. บทความวิจัย เรียงลำดับหัวข้อ ดังนี้

- ความสำคัญของปัญหา
- วัตถุประสงค์ของการวิจัย
- กรอบแนวคิดในการวิจัย
- วิธีดำเนินการวิจัย (ประกอบด้วย รูปแบบการวิจัย ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง การเก็บรวบรวมข้อมูล และการวิเคราะห์ข้อมูล)
- ผลการวิจัย
- การอภิปรายผล
- ข้อจำกัดในการวิจัย
- สรุปและข้อเสนอแนะ
- กิตติกรรมประกาศ (หากมี)
- References

6. การใช้ภาษาไทยโดยยึดหลักของราชบัณฑิตยสถาน หลีกเลี่ยงการใช้ภาษาอังกฤษในข้อความภาษาไทย ยกเว้นกรณีจำเป็นและไม่ใช้คำย่อ นอกจากเป็นคำที่ยอมรับกันโดยทั่วไป การแปลศัพท์อังกฤษเป็นไทย หรือการเขียนทับศัพท์ภาษาอังกฤษให้ยึดหลักของราชบัณฑิตยสถาน การใช้ศัพท์ภาษาอังกฤษในเนื้อเรื่องภาษาไทย ให้ใช้อักษรตัวพิมพ์เล็ก ยกเว้นชื่อเฉพาะให้ขึ้นต้นด้วยอักษรตัวพิมพ์ใหญ่

7. กรณีบทความภาษาอังกฤษ ใช้แบบ American English

8. การอ้างอิงทั้งในเนื้อหา และ References เขียนด้วยภาษาอังกฤษ โดยใช้ APA 6th edition style ไม่เกิน 20 ชื่อ และเอกสารที่ใช้อ้างอิงไม่เกิน 10 ปี ยกเว้นตำราหรือเอกสารทฤษฎีบางประเภท หากเอกสารอ้างอิงนั้นเขียนเนื้อหาเป็นภาษาไทย ให้ปรับเป็นภาษาอังกฤษ แล้วต่อท้ายด้วยคำว่า [in Thai]

9. กรณีที่ต้นฉบับเป็นวิทยานิพนธ์หรือดุษฎีนิพนธ์ จะต้องได้รับการรับรองจากอาจารย์ที่ปรึกษาและผู้ร่วมเขียนทุกคนตามแบบฟอร์มของวารสาร

การส่งบทความ

1. การส่งบทความเพื่อลงตีพิมพ์ ต้องเสียค่าธรรมเนียม ตามระเบียบประกาศของคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา โดยส่งจ่ายธนาณัติ ในนาม “เหรียญกษาปณ์วารสารคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา ต.แสนสุข อ.เมือง จ.ชลบุรี 20131”

2. Submission บทความในระบบ online ทาง : <https://www.tci-thaijo.org/index.php/Nubuu/author/submit/1> โดยจัดทำเป็น 1 zip.file เพื่อ upload

ประกอบด้วย 3 ไฟล์ คือ

- 1) หน้า ‘0’ ที่มีแต่ชื่อเรื่องและชื่อผู้เขียน,
- 2) หน้า ‘1-12’ ที่มีชื่อเรื่อง บทคัดย่อ abstract เนื้อหา และ References, และ
- 3) หนังสือรับรองที่ผู้เขียนลงนามและกรอกข้อมูลครบถ้วน

(download แบบฟอร์มได้ที่ goo.gl/cisWzA และ goo.gl/rArbPV)

3. ส่งต้นฉบับบทความทั้งหมดทาง E-mail : jnurse@nurse.buu.ac.th

หมายเหตุ

1. หากบทความของท่านไม่ได้รับการพิจารณาตีพิมพ์ ฝ่ายวารสารขอสงวนสิทธิ์ในการคืนค่าใช้จ่าวดังกล่าว
2. การเขียนอ้างอิง ใช้แบบ APA 6th edition ซึ่งสามารถ download และศึกษาตัวอย่างได้จาก URL: <http://www.edu.buu.ac.th/webnew/jform/journal-ref.pdf>

Author Guideline

The Journal of Faculty of Nursing Burapha University

The Journal of Faculty of Nursing Burapha University is a peer reviewed journal published 4 issues per year. Researchers in nursing and health related sciences are invited to submit manuscripts to be published in this journal. These manuscripts should not have been published previously in other journals or in other languages. The original manuscript will be reviewed by at least two reviewers and will be finally approved by the Journal editor.

Types of Manuscripts

The Journal of the Faculty of Nursing Burapha University will accept manuscripts of research articles written in English with contents relating to nursing research or health sciences, health services, knowledge in nursing and other sciences which are beneficial to health and the nursing profession.

Preparation of Manuscripts

1. Typing manuscript using Microsoft Word with Times New Roman with the font size of 12 points on A4 size paper, one page printing, single space, margin size should be spaced at 1 inch from each side on 4 edges, page number typed on every page with a maximum of 12 pages (including references)

2. The first page (it should be page "0" and not included the content). In this page should contain the title of manuscript typed with the font size of 12 points, the authors, their qualifications, positions, and work address. Identify the

corresponding author by typing * after the name and provide e-mail address

3. The next page should start with page number "1" and the title should be in the middle of this page with the font size of 18 points and then the abstract (which should be a maximum of 250 words) and key words (up to a maximum of 5 words). Abstract and key words must be duplicated and provided in both English and Thai language.

4. A structured abstract should be included as part of the manuscript. The abstract should contain purpose of the study without detailed background, design and methods, including type of study, sample, setting and duration of data collection, measurement, and types of data analysis, results, conclusions and implication.

5. The contents should be ordered as follows:

- Significance of the Problem
- Purpose the Study
- Conceptual Framework
- Methods (including the design, population and sample, research instruments, ethical consideration, data collection procedure, and data analysis)
- Results
- Discussion
- Conclusions and Implication for Nursing
- Acknowledgments (if applicable)
- References

6. Use American English for manuscripts.
7. Writing references in text and in the references' part should be based on the APA 6th edition style with the maximum of 20 citations and these citations should be up to date and should not be older than 10 years except where these citations are from textbooks or classic articles. If the reference was originally written in Thai please amend to be in English, and then put the term 'in Thai' at the end of each citation.
8. If the original manuscript is a thesis or dissertation, it must be endorsed by an advisor and all co-authors according to the journal's form.

Submission of Manuscript

1. Fees are charged according to the regulation and announcement of the Faculty of Nursing, Burapha University. Money orders should be submitted to "Treasurer of Journal of Faculty of Nursing Burapha University, Faculty of Nursing Burapha University, Saensuk, Chon Buri 20131

2. Submission on line via : <https://www.tci-thaijo.org/index.php/Nubuu/author/submit/1> by upload zip.file including at least 3 files;
 - 1) page '0' which contains title and author's name and information;
 - 2) page '1-12' which consists of abstract (Thai and English), contents and references;
 - 3) the cover letter, which all required information and endorsement are completed.
(the cover letter form is available at goo.gl/jfZcpc and goo.gl/wC4p3n)
3. The original manuscript should be submitted to E-mail: jnurse@nurse.buu.ac.th

Note:

1. If your manuscript is not accepted for publication, the journal reserves the right to refund such fee.
2. Write references in accordance with the APA 6th edition style. This style can be previewed and downloaded from: URL: <http://www.edu.buu.ac.th/webnew/jform/journal-ref.pdf>

ศูนย์วิจัยและปฏิบัติการ เพื่อการเรียนรู้และพัฒนาเด็กเล็กคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

ศูนย์วิจัยและปฏิบัติการเพื่อการเรียนรู้และพัฒนาเด็กเล็กคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา การส่งเสริมสุขภาพของครอบครัวนับเป็นสิ่งสำคัญในภาวะสังคมปัจจุบัน ซึ่งต้องเริ่มตั้งแต่วัยเด็ก ต้องวางรากฐานในการพัฒนาเด็กทั้งด้านร่างกาย จิตสังคม บุคลิกภาพ และสติปัญญา ดังนั้นการอบรมเลี้ยงดูในวัยเด็กจึงต้องใช้ผู้อบรมเลี้ยงดูที่มีความรู้ความสามารถเข้าใจเด็กทั้งด้านชีวจิตสังคม และวิธีเสริมพัฒนาการเด็ก คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพาได้มองเห็นความสำคัญดังกล่าว จึงได้จัดตั้งโครงการศูนย์พัฒนาเด็กเล็กขึ้นตั้งแต่ปีงบประมาณ พ.ศ. 2540



การรับสมัคร

1. รับเด็กอายุระหว่าง 1½ เดือน ถึง 4 ปี
2. รับเลี้ยงเด็กปกติ คือ เด็กที่ไม่มีความพิการหรือบกพร่องทางด้านร่างกายและจิตใจที่ต้องได้รับการดูแลเป็นพิเศษ
3. รับสมัครตามลำดับก่อน - หลังจนครบตามจำนวนที่ทางศูนย์ฯ กำหนดไว้

สนใจสอบถามข้อมูลเพิ่มเติมได้ที่ :

ศูนย์วิจัยและปฏิบัติการเพื่อการเรียนรู้และพัฒนาเด็กเล็ก คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา
เลขที่ 169 ถนนลงหาดบางแสน ต.แสนสุข อ.เมือง จ.ชลบุรี 20131 โทรศัพท์ 038-102222 ต่อ 2859
โทรสาร 038-393476 และ <http://nurse.buu.ac.th/2017/service-childcenter.php>

สมัครสมาชิก วารสารคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

☐ สมาชิกใหม่ ☐ ต่ออายุสมาชิก ☐ ส่งบทความลงวารสาร

ด้วยข้าพเจ้า นาย/นาง/นางสาว.....ชื่อสกุล.....

ชื่อหน่วยงาน.....

อีเมลล์.....เบอร์โทร.....

สถานที่จัดส่งวารสาร

ที่อยู่เลขที่.....หมู่ที่.....ซอย.....ถนน.....ตำบล/แขวง.....

อำเภอ/เขต.....จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....

อัตราค่าสมาชิกวารสาร

บุคคลทั่วไป/หน่วยงาน

☐ 1 ปี 4 ฉบับ จำนวนเงิน 500 บาท ☐ 3 ปี 12 ฉบับ จำนวนเงิน 1,300 บาท

นิสิตนักศึกษา

☐ 1 ปี 4 ฉบับ จำนวนเงิน 450 บาท ☐ 3 ปี 12 ฉบับ จำนวนเงิน 1,250 บาท

เริ่มรับ ปีที่.....ฉบับที่.....พ.ศ.....สิ้นสุด ปีที่.....ฉบับที่.....พ.ศ.....

อัตราค่าธรรมเนียมการส่งบทความเพื่อตีพิมพ์

☐ บทความละ 2,000 บาท

ชำระเงิน ได้ 2 ช่องทาง

1. ชำระด้วยเงินสด

2. โอนเงินเข้าบัญชี

(386-1-00442-9 ธนาคารกรุงไทย สาขาแหลมทองบางแสน ชื่อบัญชี มหาวิทยาลัยบูรพา)

แจ้งส่งหลักฐานการโอนเงินได้ที่

1. ฝ่ายวารสารคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา ต.แสนสุข อ.เมือง จ.ชลบุรี 20131

2. Scan ส่ง e-mail : jnurse@nurse.buu.ac.th

ลงชื่อ.....ผู้สมัคร



