Mahidol University
Faculty of Nursing

วารสารพยาบาลศาสตร์
Nurs Sci J Thail

Vol. 40 No.2 April - June 2022

ISSN 0125-8885 (Print)
ISSN 2651-1959 (Online)

NURSING SCIENCE JOURNAL OF THAILAND

Research Papers

- The Influence of Age, Knowledge, Beliefs, Support, and Access to Health Care on 6 –Week Exclusive Breastfeeding among Postpartum Hill-Tribe Mothers
- Perceptions and Prevention of Unwanted Pregnancy among the Akha Adolescents
- Influence of Personal Factors, Body Mass Index, Attitude, and Social Support on Four-week Exclusive Breastfeeding in Postpartum Mothers
- Intention to Breastfeeding in Mothers Receiving Breastfeeding Information from Different Medias
- A Study Comparing the Knowledge, Surveillant and Preventive Behavior, and Control Behavior of Hand Foot Mouth Disease among Parents and Childcare Providers Living in High- and Low-epidemic Sub-districts: A Case Study in One District, Nakhon Ratchasima Province
- Effects of the Oral Health Promotion Program Using Sufficiency Economy Philosophy as a Framework on Knowledge, Attitude, and Skills towards Oral Health in Thai Novices
- Factors Influencing Self-management Behavior among Ischemic Stroke Patients
- Predictors of Psychological Well-Being among Adolescents Receiving Cancer Chemotherapy
- Problems with Health Services and Assessment of Telehealth needs for Peritoneal Dialysis: Patient, Caregiver, and Health Professional's Perspectives

Mahidol University
Faculty of Nursing

Nurs Sci J Thail
Vol. 40 No. 2
April - June 2022

CONTENTS

Research Papers

1 The Influence of Age, Knowledge, Beliefs, Support, and Access to Health Care on 6 –Week Exclusive Breastfeeding among Postpartum Hill-Tribe Mothers
Paparwarin Wangdi, Wanna Phahuwatnakorn, Piyanun Limruangrong

อิทธิพลของอายุ ความรู้ ความเชื่อ การสนับสนุน และการเข้าถึงบริการต่อการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียว 6 สัปดาห์ในมารดาหลังคลอดชาวเขา
ปภาวรินทร์ วังดี วรรณา พาหุวัฒนกร ปิยะนันท์ ลิมเรืองรอง

17 Perceptions and Prevention of Unwanted Pregnancy among the Akha Adolescents
Suphaphan Chansiri, Charoenchai Wongwatkit

การรับรู้และการป้องกันการตั้งครรภ์ไม่พร้อมในวัยรุ่นกลุ่มชาติพันธุ์อาข่า
สุภาพันธ์ จันทร์ศิริ เจริญชัย วงศ์วัฒน์กิจ

34 Influences of Personal Factors, Body Mass Index, Attitude, and Social Support on Four-week Exclusive Breastfeeding in Postpartum Mothers
Onjira Satjatam, Piyanun Limruangrong, Wanna Phahuwatanakorn, Pharuhas Chanprapaph

อิทธิพลของปัจจัยส่วนบุคคล ดัชนีมวลกาย ทัศนคติ และการสนับสนุนทางสังคม ต่อการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียว 4 สัปดาห์ในมารดาหลังคลอด
อรจิรา สัจธรรม ปิยะนันท์ ลิมเรืองรอง วรรณา พาหุวัฒนกร พฤหัส จันทร์ประภาพ

49 Intention to Breastfeeding in Mothers Receiving Breastfeeding Information from Different Medias
Waewta Sritong, Sudaporn Payakkaraung, Parnnarat Sangperm

ความตั้งใจเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ของมารดาที่ได้รับข้อมูลการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ผ่านสื่อต่างกัน
แววตา ศรีทอง สุดาภรณ์ พยัคฆเรือง พรรณรัตน์ แสงเพิ่ม

67 A Study Comparing the Knowledge, Surveillant and Preventive Behavior, and Control Behavior of Hand Foot Mouth Disease among Parents and Childcare Providers Living in High- and Low-epidemic Sub-districts: A Case Study in One District, Nakhon Ratchasima Province
Wannapha Panarat, Suda Hanklang, Kalaya Patanasri

การศึกษาเปรียบเทียบความรู้ พฤติกรรมเฝ้าระวังและป้องกันโรค และพฤติกรรมควบคุมโรคมือเท้าปากของผู้ปกครองและครูพี่เลี้ยงในตำบลที่มีการระบาดสูงกับตำบลที่มีการระบาดต่ำ : กรณีศึกษาในพื้นที่อำเภอหนึ่ง จังหวัดนครราชสีมา
วรรณภา ปาณาราช สุดา หันกลาง กัลยา พัฒนะศรี

Mahidol University
Faculty of Nursing

Nurs Sci J Thail
Vol. 40 No. 2
April - June 2022

CONTENTS (cont.)

Research Papers

87 Effects of the Oral Health Promotion Program Using Sufficiency Economy Philosophy as a Framework on Knowledge, Attitude, and Skills towards Oral Health in Thai Novices
Natma Thongteratham, Wallada Chanruangvanich, Suchada Pattramongkolrit, Yoothapichai Phosri, Orapan Tosingha, Thimaporn Suetrong, Jutharath Chanruangvanich

ผลของโปรแกรมการสร้างเสริมการดูแลสุขภาพช่องปากตามกรอบแนวคิดปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียง ต่อความรู้ ทัศนคติ และทักษะปฏิบัติในการดูแลสุขภาพช่องปาก ในสามเณรไทย
ณัฐมา ทองธีรธรรม วัลย์ลดา ฉันท์เรืองวณิชย์ สุชาดา ภัทรมงคลฤทธิ์ ยุทธพิชัย โพธิ์ศรี อรพรรณ โตสิงห์ ธิมาภรณ์ ซื่อตรง จุฑารัตน์ ฉันท์เรืองวณิชย์

108 Factors Influencing Self-management Behavior among Ischemic Stroke Patients
Wanwisa Srirung, Wimolrat Puwarawuttipanit, Sarunya Koositamongkol

ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการจัดการตนเองในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองชนิดตีบตัน
วันวิสาข์ ศรีรุ้ง วิมลรัตน์ ภู่วราวุฒิพานิช ศรัณยา โฆสิตะมงคล

124 Predictors of Psychological Well-Being among Adolescents Receiving Cancer Chemotherapy
Piyarat Samantarath, Sirada Kesornsri, Sudchai Jittayanont, Somjai Kanchanapongkul

ปัจจัยทำนายสุขภาวะทางจิตใจของวัยรุ่นโรคมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัด
ปิยรัตน์ สมันตรัฐ ศิรดา เกษรศรี สุดใจ จิตตยานนท์ สมใจ กาญจนาพงศ์กุล

140 Problems with Health Services and Assessment of Telehealth needs for Peritoneal Wards Dialysis: Patient, Caregiver, and Health Professional's Perspectives
Nattaya Rattana-umpa, Aurawamon Sriyuktasuth, Piyatida Jeungsmarn

ปัญหาบริการสุขภาพและการประเมินความต้องการการดูแลสุขภาพทางไกลสำหรับการล้างไตทางช่องท้อง : มุมมองของผู้ป่วย ผู้ดูแล และบุคลากรสุขภาพ
นาตยา รัตนอัมภา อรวมน ศรียุกตศุทธ ปิยะธิดา จึงสมาน

The Influence of Age, Knowledge, Beliefs, Support, and Access to Health Care on 6-Week Exclusive Breastfeeding among Postpartum Hill-Tribe Mothers*

Paparwarin Wangdi, MNS[1], Wanna Phahuwatnakorn, RN, PhD[1], Piyanun Limruangrong, RN, PhD[1]

Abstract

Purpose: To investigate the influence of age, breastfeeding knowledge, cultural beliefs, breastfeeding support, and access to health care on 6-week exclusive breastfeeding of postpartum hill-tribe mothers.

Design: Correlational predictive design.

Methods: The study sample consisted of 177 postpartum hill-tribe mothers at two secondary hospitals in Chiang Mai Province and Mae Hong Son Province. A set of questionnaires of demographic characteristics, the Breastfeeding Knowledge, the Cultural Beliefs, the Breastfeeding Support, and Access to Health Care, and the Breastfeeding Interview Questionnaire were used to collect data. Data were analyzed by using descriptive statistics and logistic regression analysis.

Main findings: The study findings showed that age, breastfeeding knowledge, cultural beliefs, breastfeeding support, and access to health care could together explain 9% of the variance in the 6-week exclusive breastfeeding of postpartum hill-tribe mothers (R^2 = .09). The only access to health care was the significant predicting factor (OR = 4.60, 95%CI = 1.07, 19.83, p < .05).

Conclusion and recommendations: According to the study findings, access to health care could help postpartum hill-tribe mothers' success in exclusive breastfeeding. Therefore, nurse-midwives should use more communication channels with this group of mothers so that they can access to advice and help when facing problems related to breastfeeding.

Keywords: access to health, beliefs, ethnicity, exclusive breastfeeding, postpartum women

Nursing Science Journal of Thailand. 2022;40(2):1-16

Corresponding Author: Assistant Professor Wanna Phahuwatnakorn, Faculty of Nursing, Mahidol University, Bangkok 10700, Thailand; e-mail: wanna.pha@mahidol.edu

* *Master's thesis, Master of Nursing Science Program in Midwifery, Faculty of Nursing, Mahidol University; and this thesis is supported by Rajamangala University of Technology Lanna and King Mongkut's University of Technology Thonburi Cooperation Center for Royal Project Foundation*

[1] *Faculty of Nursing, Mahidol University, Bangkok, Thailand*

Received: 19 February 2021 / Revised: 21 April 2021 / Accepted: 7 May 2021

อิทธิพลของอายุ ความรู้ ความเชื่อ การสนับสนุน และการเข้าถึงบริการ ต่อการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียว 6 สัปดาห์ ในมารดาหลังคลอดชาวเขา*

ปภาวรินทร์ วังดี, พย.ม.[1] วรรณา พาหุวัฒนกร, PhD[1] ปิยะนันท์ ลิมเรืองรอง, ปร.ด.[1]

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์: เพื่อศึกษาอิทธิพลของ อายุ ความรู้เกี่ยวกับการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ความเชื่อทางวัฒนธรรม การสนับสนุนการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ และการเข้าถึงบริการ ต่อการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียว 6 สัปดาห์ในมารดาหลังคลอดชาวเขา

รูปแบบการวิจัย: การศึกษาความสัมพันธ์เชิงทำนาย

วิธีดำเนินการวิจัย: กลุ่มตัวอย่างเป็นมารดาหลังคลอดชาวเขาที่รับการตรวจหลังคลอด ณ โรงพยาบาลระดับทุติยภูมิสองแห่งในจังหวัดเชียงใหม่ และจังหวัดแม่ฮ่องสอน จำนวน 177 ราย โดยใช้เครื่องมือแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ แบบสอบถามความเชื่อทางวัฒนธรรม แบบสอบถามการสนับสนุนการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ แบบสอบถามการเข้าถึงบริการ และแบบสัมภาษณ์การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติพรรณนาและสถิติถดถอยโลจิสติก

ผลการวิจัย: ผลการศึกษาพบว่าอายุ ความรู้เกี่ยวกับการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ความเชื่อทางวัฒนธรรม การสนับสนุนการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ และการเข้าถึงบริการ สามารถร่วมกันอธิบายความแปรปรวนของการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียว 6 สัปดาห์ในมารดาหลังคลอดชาวเขาได้ร้อยละ 9 (R^2 = .09) โดยการเข้าถึงบริการเป็นปัจจัยทำนายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติเพียงตัวเดียว (OR = 4.60, 95%CI = 1.07, 19.83, p < .05)

สรุปและข้อเสนอแนะ: การเข้าถึงบริการช่วยให้มารดาหลังคลอดชาวเขาประสบผลสำเร็จในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียว ดังนั้นพยาบาลผดุงครรภ์ควรเพิ่มช่องทางการติดต่อสื่อสาร เพื่อให้มารดาหลังคลอดชาวเขาที่มีปัญหาเกี่ยวกับการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ สามารถเข้าปรึกษาปัญหาได้และให้คำแนะนำและส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวในมารดาหลังคลอดชาวเขา

คำสำคัญ: การเข้าถึงบริการ ความเชื่อ กลุ่มชาติพันธุ์ การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียว สตรีหลังคลอด

Nursing Science Journal of Thailand. 2022;40(2):1-16

ผู้ประสานงานการเผยแพร่: ผู้ช่วยศาสตราจารย์วรรณา พาหุวัฒนกร, คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล บางกอกน้อย กรุงเทพฯ 10700, e-mail: wanna.pha@mahidol.edu

** วิทยานิพนธ์หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการผดุงครรภ์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล และวิทยานิพนธ์นี้ได้รับทุนสนับสนุนการทำวิจัยจากศูนย์ความร่วมมือมหาวิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคลล้านนา และมหาวิทยาลัยเทคโนโลยีพระจอมเกล้าธนบุรี เพื่อมูลนิธิโครงการหลวงและกิจกรรมวิชาการ*

[1] คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

วันที่รับบทความ: 19 กุมภาพันธ์ 2564 / วันที่แก้ไขบทความเสร็จ: 21 เมษายน 2564 / วันที่ตอบรับบทความ: 7 พฤษภาคม 2564

ความสำคัญของปัญหา

การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่มีประโยชน์ต่อมารดาและทารกทั้งทางด้านร่างกาย อารมณ์ สังคม และจิตใจ สามารถลดความเสี่ยงในการเกิดโรคเรื้อรังในมารดา ป้องกันโรคและลดอัตราการตายของทารกแรกเกิด[1] ปัจจุบันอัตราการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียว 6 เดือนทั่วโลกมีเพียง ร้อยละ 40[2] และในประเทศไทยมีอัตราการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวเพียงร้อยละ 23.1[3] ซึ่งเป็นอัตราที่ต่ำกว่าเป้าหมายที่องค์การอนามัยโลกได้ตั้งไว้ โดยองค์การอนามัยโลกได้กำหนดว่าในปี ค.ศ. 2030 ทุกประเทศทั่วโลกจะมีอัตราการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียว 6 เดือนอยู่ที่ร้อยละ 60[2] ในส่วนของประเทศไทย กรมอนามัยได้กำหนดเป้าหมายของอัตราการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียว 6 เดือนไม่น้อยกว่าร้อยละ 50 ในปี ค.ศ. 2025[3]

ชาวเขาจัดเป็นชนกลุ่มน้อย กลุ่มชาติพันธุ์ที่มีวัฒนธรรม ประเพณี ภาษา องค์ความรู้ มีการสืบทอดอัตลักษณ์ทางชาติพันธุ์ อาศัยอยู่บริเวณพื้นที่สูง กระจายตัวอยู่ในพื้นที่ต่างๆ ของประเทศไทย ส่วนใหญ่อาศัยอยู่ทางภาคเหนือและตะวันตก ปัจจุบันเรียกว่าชาวไทยภูเขา ปัญหาสุขภาพของชาวเขาส่วนใหญ่มักจะเกิดจากการขาดความรู้และการเข้าถึงบริการด้านสุขภาพ จากการวิจัยพบว่าสาเหตุมาจากที่อยู่อาศัยของชาวเขาห่างไกลจากพื้นที่บริการสาธารณสุข[4] การขาดความรู้ความเข้าใจในการสื่อสารภาษาไทย[5] นอกจากนี้ยังพบว่าทารกชาวเขาในภาคเหนือของประเทศไทยมีลักษณะแคระแกร็นไม่เติบโตตามวัย เมื่อเทียบกับมาตรฐานการเจริญเติบโตขององค์การอนามัยโลก[6] ซึ่งลักษณะดังกล่าวเป็นการบ่งชี้ถึงภาวะทุพโภชนาการในเด็ก แต่จากการสำรวจพบว่าอัตราการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ของชาวเขาตั้งแต่แรกเกิดถึง 2 ปี พบว่าสูงถึงร้อยละ 75[6] แต่ช่วง 6 เดือนแรกมารดาหลังคลอดชาวเขานิยมให้อาหารอื่นร่วมกับนมแม่ เช่น ข้าวและน้ำ[7] ดังนั้นการไม่ได้รับนมแม่อย่างเดียวในช่วง 6 เดือนแรกของกลุ่มทารกชาวเขาอาจเป็นสาเหตุของภาวะทุพโภชนาการได้

สาเหตุที่เป็นอุปสรรคทำให้มารดาหลังคลอดไม่ประสบความสำเร็จในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวจนครบ 6 เดือนมีหลายปัจจัย จากการทบทวนวรรณกรรมที่ศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในประเทศไทย แบ่งออกเป็นปัจจัยภายในบุคคล และปัจจัยภายนอกบุคคล ซึ่งปัจจัยภายใน ได้แก่ อายุของมารดา ความรู้เรื่องนมแม่ ความเชื่อของมารดาเกี่ยวกับการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่[8] ปัจจัยภายนอก ได้แก่ การสนับสนุนของครอบครัวในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่[9] เศรษฐานะของครอบครัว[8] และการเข้าถึงบริการการฝากครรภ์และการคลอดของสถานบริการสาธารณสุข[10] เป็นต้น ซึ่งการศึกษาส่วนใหญ่จะเป็นการศึกษาของมารดาหลังคลอดที่อาศัยในเมือง ดังนั้นในการศึกษาครั้งนี้จึงได้ศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ 6 สัปดาห์สำหรับมารดาหลังคลอดชาวเขา ซึ่งมีความเป็นอยู่ที่มีลักษณะเฉพาะ มีประเพณีวัฒนธรรม ความเชื่อ และการปฏิบัติตัวที่แตกต่างไปจากมารดาหลังคลอดในชุมชนเมือง

อายุ เป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ เนื่องจากอายุสามารถบอกถึงระดับวุฒิภาวะและความพร้อมทางร่างกายของมารดาได้ของบุคคลได้[11] โดยมารดาที่มีอายุตั้งแต่ 35 ปี ขึ้นไป มีแนวโน้มที่จะให้นมแม่อย่างเดียวได้น้อยกว่ากลุ่มมารดาอายุ 20-34 ปี[12] อย่างไรก็ตามชาวเขาส่วนใหญ่มักตั้งครรภ์ในช่วงอายุน้อยและมารดาหลังคลอดชาวเขาที่มีอายุตั้งแต่ 35 ปี มีแนวโน้มที่จะให้นมแม่ได้นานกว่ามารดาอายุน้อย[13]

ความรู้เกี่ยวกับการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่เป็นปัจจัยที่เอื้อ

ต่อการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวถึง 6 เดือนได้สำเร็จตามที่องค์การอนามัยโลกกำหนด[12] โดยมารดาหลังคลอดวัยรุ่นที่มีความรู้เกี่ยวกับการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ทำให้อัตราการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวเพิ่มขึ้น[14] อย่างไรก็ตาม งานวิจัยบางส่วนพบว่า ความรู้เกี่ยวกับการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ไม่สามารถทำนายการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียว 6 สัปดาห์ได้ในมารดาที่มีอายุระหว่าง 15-35 ปี[9] สำหรับการศึกษาปัจจัยเกี่ยวกับความรู้ในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ที่มีผลต่อการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในกลุ่มมารดาชาวเขาประเทศไทยยังไม่ชัดเจน งานวิจัยส่วนใหญ่จะเป็นการศึกษาในภาพรวม แต่เนื่องจากความรู้เกี่ยวกับการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่เป็นปัจจัยที่สามารถทำนายการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวได้ในหลายกลุ่มประชากร ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาอำนาจการทำนายของตัวแปรความรู้เกี่ยวกับการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในมารดาหลังคลอดชาวเขา

ความเชื่อทางวัฒนธรรมเป็นสิ่งที่ถ่ายทอดต่อกันได้ ต่างชนเผ่า ต่างพื้นที่อยู่อาศัย มีความเชื่อที่แตกต่างกัน จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าความเชื่อทางวัฒนธรรมมีผลต่อการเลี้ยงลูกด้วยแม่อย่างเดียว โดยความเชื่อทางวัฒนธรรมบางอย่างในกลุ่มชาวเขาบางเผ่าเป็นอุปสรรคขัดขวางการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียว[15] ซึ่งความเชื่อทางวัฒนธรรมเกี่ยวกับการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่มี 2 ด้านคือ ด้านคุณภาพและด้านปริมาณ โดยที่ด้านคุณภาพ หมายถึง ลักษณะของน้ำนมและการส่งผ่านสิ่งที่ไม่ดีจากแม่สู่ลูก ส่วนด้านปริมาณ หมายถึง ปริมาณน้ำนมที่เพียงพอต่อความต้องการของทารกและการส่งต่อความไม่เพียงพอของปริมาณน้ำนมจากรุ่นสู่รุ่น เช่น เชื่อว่าน้ำนมคุณภาพดีจะต้องเป็นน้ำนมสีขาวเท่านั้น หากน้ำนมเป็นสีเหลืองแสดงว่าน้ำนมเป็นน้ำนมที่ไม่ดี เชื่อว่าน้ำนมเป็นหนองไม่ควรให้ทารกรับประทาน ในด้านปริมาณเชื่อว่าหากทารกยังคงร้องไห้หลังดื่มนมเชื่อว่าปริมาณน้ำนมของมารดาไม่เพียงพอจำเป็นจะต้องให้อาหารอื่นเสริม หรือเชื่อว่าปริมาณน้ำนมสามารถถ่ายทอดจากรุ่นสู่รุ่นได้โดยหากแม่หรือพี่สาวหรือผู้หญิงในครอบครัวกล่าวว่าไม่สามารถเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ได้เนื่องจากมีน้ำนมไม่เพียงพอในการเลี้ยงดูทารกมารดาหลังคลอดก็จะเชื่อว่าตนเองไม่สามารถเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ได้เช่นเดียวกัน[16]

การสนับสนุนการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ เป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ โดยการสนับสนุนจากครอบครัว สามี ย่า ยาย มีบทบาทสำคัญทั้งในรูปแบบการส่งเสริมและขัดขวางการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่[17] หากสมาชิกครอบครัว โดยเฉพาะสามีสนับสนุนให้มารดาเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียว จะทำให้การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียว 6 เดือนประสบความสำเร็จ[18] ทั้งนี้ในกลุ่มมารดาชาวเขาพบว่า สมาชิกในครอบครัวโดยเฉพาะยายเป็นอุปสรรคต่อการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ให้สำเร็จ เนื่องจากเชื่อว่าการให้น้ำนมแม่อย่างเดียวไม่เพียงพอต่อความต้องการและการเจริญเติบโตของทารก นอกจากนี้หากยายมีประสบการณ์เลี้ยงลูกด้วยนมแม่ซึ่งมีน้ำนมไม่เพียงพอเชื่อมั่นว่าลักษณะทางกายภาพนี้ถ่ายทอดจากแม่สู่ลูกได้[16] ทั้งนี้ยังพบว่าสาเหตุหลักที่ทำให้มารดาชาวเขาไม่สามารถเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวได้สำเร็จ เกิดจากความคุ้นเคยจากการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ร่วมกับการให้น้ำหรืออาหารอื่นที่ปฏิบัติสืบทอดต่อกันมาจากบรรพบุรุษทั้งจากครอบครัวและชุมชน[15] นอกจากนี้หากมารดาหลังคลอดมีวิธีการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่แตกต่างจากการปฏิบัติที่เคยมีมาก่อนหน้าของย่า ยายหรือสตรีอาวุโสในหมู่บ้าน จะทำให้ไม่ได้รับการสนับสนุนจากครอบครัว และอาจนำไปสู่ความขัดแย้งและทำให้เกิดโชคร้ายขึ้นในหมู่บ้าน[15]

การเข้าถึงบริการ เป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียว ซึ่งประชากรกลุ่มชาวเขาสามารถเข้าถึง

บริการสุขภาพที่โรงพยาบาลหรือแหล่งบริการสาธารณสุขได้เพียงบางกลุ่ม เมื่อมารดาหลังคลอดชาวเขามีปัญหาเกี่ยวกับการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ มักจะไม่ได้รับการบริการด้านการให้คำปรึกษาจากบุคลากรด้านสุขภาพอย่างเพียงพอ เนื่องจากภาษาและวัฒนธรรมเป็นอุปสรรคในการเข้าถึงบริการ[19] ดังนั้นในการเข้าถึงบริการสาธารณสุข โดยเฉพาะบริการเกี่ยวกับปัญหามารดาหลังคลอด การให้นมบุตรของชาวเขาอาจมีผลต่อความต่อเนื่องและการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียว

จากการศึกษาของ Brown และคณะ[20] พบว่ามารดาหลังคลอดส่วนใหญ่ไม่ประสบความสำเร็จในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียว 6 เดือน ตามเป้าหมายที่องค์การอนามัยโลกกำหนด เนื่องจาก 6 สัปดาห์แรกหลังคลอดเป็นช่วงที่มารดาหลังคลอดหยุดเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียว จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่ายังคงมีข้อมูลน้อยมากในกลุ่มประชากรชาวเขา และยังมีปัญหาด้านโภชนาการ มารดาหลังคลอดชาวเขามีภาษา ความเชื่อ ลักษณะที่อยู่อาศัย วัฒนธรรมการปฏิบัติตัวหลังคลอดและการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่แตกต่างจากประชากรทั่วไปของประเทศ ซึ่งชาวเขามีที่อยู่อาศัยที่ห่างไกล มีภาษา ความเชื่อ วัฒนธรรมประเพณีที่ส่งผลต่อชีวิตประจำวันในเรื่องต่างๆ อีกทั้งผู้อาวุโสในครอบครัวหรือหมู่บ้านยังคงมีบทบาทสำคัญในการให้คำแนะนำในเรื่องต่างๆ รวมถึงการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียว มารดาหลังคลอดชาวเขามีอัตราการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่นานถึง 2 ปี แต่อัตราการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวต่ำ

ดังนั้น ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาปัจจัยทำนายการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวในระยะเวลา 6 สัปดาห์ของมารดาหลังคลอดชาวเขา ได้แก่ อายุ ความรู้เกี่ยวกับการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ความเชื่อทางวัฒนธรรม การสนับสนุนเกี่ยวกับการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ และการเข้าถึงบริการเพื่อให้ได้ข้อมูลที่ชัดเจน ทันสมัยในกลุ่มประชากรชาวเขา และนำข้อมูลที่ได้ไปใช้ในการวางแผนส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวสำหรับประชากรชาวเขาในประเทศไทยต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาอัตราการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียว 6 สัปดาห์ในมารดาหลังคลอดชาวเขา

2. เพื่อศึกษาอิทธิพลของ อายุ ความรู้เกี่ยวกับการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ความเชื่อทางวัฒนธรรม การสนับสนุนการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ และการเข้าถึงบริการต่อการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียว 6 สัปดาห์ในมารดาหลังคลอดชาวเขา

สมมติฐานการวิจัย

อายุ ความรู้เกี่ยวกับการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ความเชื่อทางวัฒนธรรม การสนับสนุนการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ และการเข้าถึงบริการ สามารถทำนายการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียว 6 สัปดาห์ในมารดาหลังคลอดชาวเขาได้

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาความสัมพันธ์เชิงทำนาย (correlational predictive design)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ เป็นมารดาหลังคลอดชาวเขาที่อาศัยอยู่บนพื้นที่สูงห่างไกลจากพื้นที่ราบทั่วไปของประเทศไทย หรืออาศัยอยู่ในชุมชน กลุ่มบ้าน หย่อมบ้านที่ยังคงมีความเป็นชนเผ่าหรือกลุ่มชาติพันธุ์นั้น โดยอาศัยอยู่ในอำเภออมก๋อย จังหวัดเชียงใหม่ และอำเภอแม่สะเรียง จังหวัดแม่ฮ่องสอน ที่เข้ารับบริการตรวจหลังคลอดในโรงพยาบาลระดับทุติยภูมิสองแห่ง ได้แก่ โรงพยาบาลอมก๋อย จังหวัดเชียงใหม่ และโรงพยาบาลแม่สะเรียง จังหวัดแม่ฮ่องสอน เลือกกลุ่มตัวอย่างแบบสะดวก ตามเกณฑ์การคัดเข้าแบ่งเป็นเกณฑ์ด้านมารดาและทารก โดยมารดาต้องมีอายุ 13-45 ปี คลอดปกติทางช่องคลอด ไม่มีภาวะแทรกซ้อนระยะหลังคลอด เช่น ติดเชื้อ ตกเลือดหลังคลอด เป็นต้น พูดและฟังภาษาไทยได้ หรือมีญาติพูดและฟังภาษาไทยได้

หรือมีญาติพูดและฟังภาษาไทยได้ หัวนมเต้านมปกติ คลอดเมื่ออายุครรภ์ 38-42 สัปดาห์ ส่วนด้านทารก ทารกน้ำหนักแรกเกิดอยู่ในช่วง 2,500-4,000 กรัม ไม่มีภาวะปากแหว่งเพดานโหว่ ชนิดต้องซ่อมแซม ไม่มีภาวะลิ้นติดชนิดรุนแรง คือ ทารกไม่มีลักษณะลิ้นรูปหัวใจ/ลิ้นรูปตัว V เมื่อกระดกลิ้น และไม่มีการยึดเกาะของ frenulum บริเวณปลายลิ้นของทารก

กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง จากการคำนวณขนาดตัวอย่างด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป G*power กำหนดระดับนัยสำคัญ .05 อำนาจการทดสอบที่ .80 และค่า Odd ratio ซึ่งการศึกษาในกลุ่มประชากรชาวเขาที่เกี่ยวข้องกับปัจจัยในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่มีค่อนข้างน้อย ดังนั้นผู้วิจัยจึงได้ใช้การอ้างอิงค่า effect size ตามวิธีวิจัยทางสังคมศาสตร์ โดยใช้ Medium effect size ที่ 1.72[21] ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 177 ราย

เครื่องมือการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลในการวิจัยครั้งนี้มี 6 ชุด ประกอบด้วย

ชุดที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วย 2 ส่วน ส่วนที่ 1 ข้อมูลด้านประชากร ประกอบด้วย อายุ ชนเผ่า ศาสนา สถานภาพสมรส อาชีพ ระดับการศึกษา ลักษณะครอบครัว จำนวนสมาชิกในครอบครัว รายได้ครอบครัว บุคคลที่ช่วยเหลือในการเลี้ยงดูบุตร บุคคลที่สนับสนุนในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ บุคคลที่มีอิทธิพลต่อการตัดสินใจในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียว ลักษณะที่อยู่อาศัย ส่วนที่ 2 แบบบันทึกข้อมูลการตั้งครรภ์ การคลอด และหลังคลอด บันทึกเกี่ยวกับจำนวนครั้งการตั้งครรภ์ อายุครรภ์ที่คลอด น้ำหนักทารกแรกเกิด น้ำหนักทารกปัจจุบัน สุขภาพมารดาและทารกหลังคลอด ปัญหาการให้นมหลังคลอด สำหรับส่วนที่ 2 ผู้วิจัยบันทึกจากแฟ้มประวัติ

ชุดที่ 2 แบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ โดยใช้แบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ของ สุวรรณา ชนะภัย และคณะ[9] ซึ่งมีลักษณะคำถามเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่และประโยชน์ของการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ข้อคำถามมีทั้งหมด 14 ข้อ ลักษณะเป็นคำถามปลายปิดเลือกตอบ 2 ตัวเลือกถูก/ผิด เกณฑ์การให้คะแนน คือ ตอบถูกได้ 1 คะแนน ตอบผิดได้ 0 คะแนน พิสัยคะแนน คือ 0-14 คะแนน คะแนนน้อยกว่า 11 คะแนน จัดอยู่ในกลุ่มคะแนนน้อย คะแนนตั้งแต่ 11 ถึง 13 คะแนน จัดอยู่ในกลุ่มคะแนนปานกลาง และคะแนนตั้งแต่ 14 คะแนน จัดอยู่ในกลุ่มคะแนนมาก คะแนนมากแปลว่ามีความรู้เรื่องการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่มาก

ชุดที่ 3 แบบสอบถามความเชื่อทางวัฒนธรรม ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องออกแบบโดยใช้ลักษณะทางด้านคุณภาพและปริมาณที่เกี่ยวข้องกับการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในกลุ่มชาวเขา ลักษณะคำถามเกี่ยวกับความเชื่อทางวัฒนธรรมในด้านการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ที่ปฏิบัติสืบทอดต่อมาของชาวเขา ประกอบด้วย 2 ส่วน ส่วนที่ 1 ลักษณะเป็นมาตรวัดแบบลิเคิร์ท (Likert scale) 5 อันดับ จำนวน 18 ข้อ โดยมีเกณฑ์การให้คะแนน คือ ตอบเห็นด้วยมากที่สุด ได้ 5 คะแนนตอบเห็นด้วยน้อยที่สุด ได้ 1 คะแนน พิสัยคะแนน คือ 18-90 คะแนน คะแนนน้อยกว่า 39 คะแนน จัดอยู่ในกลุ่มคะแนนน้อย คะแนนตั้งแต่ 39 ถึง 67 คะแนน จัดอยู่ในกลุ่มคะแนนปานกลาง และคะแนนตั้งแต่ 68 คะแนน จัดอยู่ในกลุ่มคะแนนมาก คะแนนมาก หมายถึง มารดาหลังคลอดมีความเชื่อทางวัฒนธรรมมาก เกี่ยวกับการเสริมอาหารอื่นหรือหยุดให้นมแม่แก่ทารก คะแนนน้อย หมายถึง มารดาหลังคลอดมีความเชื่อทางวัฒนธรรมน้อย เกี่ยวกับการเสริมอาหารอื่นแก่ทารก ส่วนที่ 2 ลักษณะคำถามเป็นคำถามปลายเปิด 1 ข้อ ถามความเชื่อเกี่ยวกับการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่

ชุดที่ 4 แบบสอบถามการสนับสนุนจากครอบครัว ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องและ

แนวคิดการสนับสนุนทางสังคมของ House[22] โดยใช้องค์ประกอบการรับรู้ของมารดาต่อการสนับสนุน 3 ด้าน ได้แก่ การสนับสนุนด้านอารมณ์ การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร การสนับสนุนด้านทรัพยากร ลักษณะเป็นมาตรวัดแบบลิเคิร์ท 5 อันดับ ข้อคำถามทั้งหมด 18 ข้อ โดยมีเกณฑ์การให้คะแนน คือ ตอบเห็นด้วยมากที่สุด ได้ 5 คะแนนตอบเห็นด้วยน้อยที่สุด ได้ 1 คะแนน พิสัยคะแนน คือ 18-90 คะแนน คะแนนน้อยกว่า 57 คะแนน จัดอยู่ในกลุ่มคะแนนน้อย คะแนนตั้งแต่ 57 ถึง 83 คะแนน จัดอยู่ในกลุ่มคะแนนปานกลาง และคะแนนตั้งแต่ 84 คะแนนจัดอยู่ในกลุ่มคะแนนมาก คะแนนมากหมายถึง มารดาหลังคลอดได้รับการสนับสนุนจากครอบครัวในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่มาก

ชุดที่ 5 แบบสอบถามการเข้าถึงบริการ ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับการเข้าถึงบริการของ Penchansky และ Thomas[23] และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องเรื่องการเข้าถึงบริการสาธารณสุขสำหรับชนกลุ่มน้อย[24] แบบสอบถามแบ่งออกเป็น 2 ส่วน คือ ส่วนที่ 1 เป็นข้อคำถามเติมคำลงในช่องว่าง เพื่อบ่งบอกลักษณะประชากรและพื้นหลังของกลุ่มตัวอย่าง ส่วนที่ 2 ข้อคำถามเกี่ยวกับการเข้าถึงบริการสาธารณสุขใน 5 ด้าน ได้แก่ ด้านความพอเพียงของบริการที่มีอยู่ ด้านความสามารถในการเข้าถึงแหล่งบริการ ด้านความสะดวกเมื่อเข้ารับบริการ ด้านความสามารถในการจ่ายค่าบริการ และด้านการได้รับความยอมรับในการใช้บริการ ลักษณะเป็นมาตรวัดแบบลิเคิร์ท 5 อันดับ ข้อคำถามทั้งหมด 10 ข้อ โดยมีเกณฑ์การให้คะแนน คือ ตอบเห็นด้วยมากที่สุด ได้ 5 คะแนน ตอบเห็นด้วยน้อยที่สุด ได้ 1 คะแนน พิสัยคะแนน คือ 10-50 คะแนน คะแนนน้อยกว่า 27 คะแนน จัดอยู่ในกลุ่มคะแนนน้อย คะแนนตั้งแต่ 27 ถึง 39 คะแนน จัดอยู่ในกลุ่มคะแนนปานกลาง และคะแนนตั้งแต่ 40 คะแนน จัดอยู่ในกลุ่มคะแนนมาก คะแนนมากหมายถึงมารดาหลังคลอดสามารถเข้าถึงบริการสุขภาพได้มาก

ชุดที่ 6 แบบสัมภาษณ์การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง แบบสอบถามแบ่งเป็น 2 ส่วน คือ ส่วนที่ 1 จำนวน 1 ข้อ คือ ข้อ 1 ลักษณะเป็นแบบเลือกตอบว่าลูกได้รับนมแม่อย่างเดียวในช่วง 6 สัปดาห์ที่ผ่านมาหรือไม่ เกณฑ์การให้คะแนน คือ ตอบได้รับนมแม่อย่างเดียว ได้ 1 คะแนน ตอบไม่ได้รับนมแม่อย่างเดียว ได้ 0 คะแนน ส่วนที่ 2 จำนวน 5 ข้อ ได้แก่ ข้อ 2-6 ลักษณะเป็นคำถามปลายปิด ถามเกี่ยวกับอาหารที่ลูกได้กินใน 6 สัปดาห์ที่ผ่านมา ได้แก่ น้ำ ข้าว นมผสม กล้วย หรืออาหารอื่น รวมถึงเวลาที่เริ่มให้และเหตุผลที่เริ่มอาหารชนิดนั้น

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลครั้งนี้ ได้แก่ แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ แบบสอบถามความเชื่อทางวัฒนธรรม แบบสอบถามการสนับสนุนจากครอบครัว แบบสอบถามการเข้าถึงบริการและแบบสัมภาษณ์การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ได้ผ่านการตรวจสอบความตรงของเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน ค่า CVI = .93 จากนั้นผู้วิจัยนำมาปรับปรุง แก้ไขเนื้อหาและความเหมาะสมของภาษา และผ่านการตรวจสอบค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือ โดยมีการทดสอบคุณภาพเครื่องมือวิจัย (try out) กับบุคคลที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง 30 คน แบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ได้ค่าความเชื่อมั่น KR-20 เท่ากับ .63 ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค มีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .85, .90 และ .63 ตามลำดับ จากการวิเคราะห์หาสัมประสิทธิ์ความเชื่อมั่นจากการเก็บข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างจำนวน 177 ราย แบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ได้ค่าความเชื่อมั่น KR-20 เท่ากับ .65 แบบสอบถามความเชื่อทางวัฒนธรรม แบบสอบถามการสนับสนุนจากครอบครัว และแบบสอบถามการเข้าถึงบริการ ได้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค มีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .90, .94 และ .81 ตามลำดับ

การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการทำวิจัยในคน คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล เลขที่ COA No.IRB-NS2019/514.1809 และขออนุญาตเก็บข้อมูลโรงพยาบาลอมก๋อย จังหวัดเชียงใหม่ต่อสาธารณสุขจังหวัดเชียงใหม่ และโรงพยาบาลแม่สะเรียง จังหวัดแม่ฮ่องสอน ต่อผู้อำนวยการโรงพยาบาลแม่สะเรียง จังหวัดแม่ฮ่องสอน

วิธีเก็บรวบรวมข้อมูล

ภายหลังจากการที่ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการทำวิจัยในคน คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล และอนุญาตให้เก็บข้อมูลจากสาธารณสุข และผู้อำนวยการโรงพยาบาลทั้งสองแห่ง ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลที่โรงพยาบาลแม่สะเรียง จังหวัดแม่ฮ่องสอนทุกวันจันทร์ถึงพุธ และโรงพยาบาลอมก๋อย จังหวัดเชียงใหม่ทุกวันพฤหัสบดีถึงวันศุกร์ โดยเข้าดำเนินการเก็บข้อมูลตั้งแต่เวลา 8.30-16.30 น. ด้วยตนเอง โดยผู้วิจัยเข้าพบผู้อำนวยการ หัวหน้าพยาบาล หัวหน้าฝ่ายงานบริการด้านปฐมภูมิและองค์รวม และพยาบาลปฏิบัติการฝ่ายงานบริการด้านปฐมภูมิและองค์รวม ส่วนงานตรวจหลังคลอด เพื่อแนะนำตัว ชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล และขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล จากนั้นพยาบาลปฏิบัติการตรวจหลังคลอด คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามคุณสมบัติที่กำหนด โดยพยาบาลสอบถามความสมัครใจในการให้ผู้วิจัยเข้าพบ ในช่วงเวลาที่มารดาหลังคลอดรอตรวจหรือรอรับยา เมื่อกลุ่มตัวอย่างสนใจผู้วิจัยเชิญกลุ่มตัวอย่างไปในบริเวณแยกที่จัดไว้อย่างเป็นสัดส่วน จากนั้นผู้วิจัยแนะนำตัวสร้างสัมพันธภาพ และชี้แจงเกี่ยวกับโครงการวิจัย วัตถุประสงค์การวิจัย สิทธิ์ของผู้ป่วยในการเข้าร่วมการวิจัย เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินยอมเข้าร่วมการวิจัย ให้กลุ่มตัวอย่างลงลายมือชื่อเป็นลายลักษณ์อักษร ในกรณีกลุ่มตัวอย่างมีอายุน้อยกว่า 18 ปี ให้ลงลายมือชื่อร่วมกันกับผู้ปกครองหรือสามี ผู้วิจัยเก็บหนังสือแสดงเจตนายินยอมเข้าร่วมวิจัยแยกจากแบบสอบถามเพื่อไม่ให้มีการเชื่อมโยงข้อมูล และบันทึกข้อมูลการตั้งครรภ์การคลอดจากแฟ้มประวัติของกลุ่มตัวอย่าง แล้วให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามจำนวน 5 ชุด ในกรณีกลุ่มตัวอย่างไม่สามารถอ่านหรือเขียนภาษาไทยได้ ผู้วิจัยจะเป็นผู้อ่านแบบสอบถามและทำเครื่องหมายในแบบสอบถามตามที่กลุ่มตัวอย่างเลือกตอบ ใช้เวลาในการตอบแบบสอบถามประมาณ 45-60 นาที เมื่อมารดาหลังคลอดตอบแบบสอบถามสมบูรณ์เรียบร้อยแล้ว ผู้วิจัยสัมภาษณ์มารดาหลังคลอด ด้วยแบบสัมภาษณ์การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ และกล่าวขอบคุณและแจ้งสิ้นสุดการเข้าร่วมวิจัย พร้อมทั้งรวบรวมข้อมูลจนครบ 177 ราย และนำข้อมูลไปวิเคราะห์ด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป ดังนี้

1. วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลและตัวแปรต่างๆ ที่ศึกษาโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา แจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปร ได้แก่ อายุ ความรู้เกี่ยวกับการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ความเชื่อทางวัฒนธรรม การสนับสนุนการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ และการเข้าถึงบริการต่อการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียว 6 สัปดาห์ในมารดาหลังคลอดชาวเขาด้วยสถิติทดสอบไคสแคว์ (Chi-square test)

3. วิเคราะห์อำนาจการทำนายการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวในมารดาหลังคลอดชาวเขา 6 สัปดาห์ และตัวแปรต้น ได้แก่ อายุ ความรู้เกี่ยวกับการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ความเชื่อทางวัฒนธรรม การสนับสนุนการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ และ

และการเข้าถึงบริการ โดยใช้สถิติถดถอยโลจิสติค (logistic regression) ด้วยวิธีวิเคราะห์ถดถอยแบบใส่ข้อมูลพร้อมกันในขั้นตอนเดียว (enter method) โดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ .05

ผลการวิจัย

จากการเก็บข้อมูลมารดาหลังคลอดชาวเขาที่เข้ารับบริการตรวจหลังคลอด ณ โรงพยาบาลอมก๋อย จังหวัดเชียงใหม่ และโรงพยาบาลแม่สะเรียง จังหวัดแม่ฮ่องสอน ระหว่างเดือนตุลาคม พ.ศ. 2562 ถึงเดือนกุมภาพันธ์ พ.ศ. 2563 จำนวน 177 ราย พบว่ากลุ่มตัวอย่างอย่างมีอายุ 16-43 ปี มีอายุเฉลี่ย 26.53 (SD = 6.06) ปีร้อยละ 46.3 มีอายุ 26-35 ปี ส่วนใหญ่ร้อยละ 95.5 เป็นชนเผ่ากะเหรี่ยงร้อยละ 58.8 นับถือศาสนาพุทธส่วนใหญ่ร้อยละ 93.2 มีสถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 51.4 ประกอบอาชีพทำนา/ทำไร่/เลี้ยงสัตว์ กลุ่มตัวอย่างมีระดับการศึกษาสูงสุดในระดับประถมศึกษาและระดับมัธยมศึกษาตอนต้นจำนวนเท่ากันคือร้อยละ 23.7 เป็นลักษณะครอบครัวขยายร้อยละ 55.4 ส่วนใหญ่มีจำนวนสมาชิกในครัวเรือนมากกว่า 3 คนคิดเป็นร้อยละ 88.1 โดยรายได้ครอบครัวเฉลี่ยต่อเดือนต่อเดือนของมารดาหลังคลอดอยู่ที่ 7,182 บาท (SD = 8,639.66) จากการสอบถามกลุ่มตัวอย่างที่ไม่มีรายได้เพิ่มเติมพบว่า จะปลูกผักปลูกข้าวเพื่อใช้รับประทานในครอบครัวตลอดปี และใช้แรงงานแลกเปลี่ยนสิ่งของเพื่อใช้ในชีวิตประจำวัน

กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 33.3 มีสมาชิกในครอบครัวช่วยเหลือในการเลี้ยงดูบุตรและร้อยละ 50.8 มีบุตรมากกว่า 1 คน ส่วนใหญ่ร้อยละ 90.4 มีบุตรที่มีน้ำหนักขึ้นตามเกณฑ์ มีเพียงร้อยละ 8.5 มีบุตรที่มีน้ำหนักขึ้นต่ำกว่าเกณฑ์ ซึ่งคิดเป็นจำนวน 15 คน โดยพบว่าเป็นมารดาที่เลี้ยงลูกด้วยนมแม่คู่กับการให้อาหารอื่น 6 คน และเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียว 9 คน ซึ่งกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ร้อยละ 98.3 ไม่มีปัญหาในการให้นมแม่หลังออกจากโรงพยาบาล มีเพียง 3 คนที่มีปัญหาในการให้นมแม่หลังออกจากโรงพยาบาล ซึ่งในจำนวนนี้กลุ่มตัวอย่าง 2 คน มีปัญหาหัวนมแตก ซึ่งกลุ่มตัวอย่างได้มาโรงพยาบาลและรับคำแนะนำและปรับวิธีการเข้าเต้าให้ถูกต้อง ส่วนกลุ่มตัวอย่าง 1 คนมีปัญหาน้ำนมน้อย สำหรับการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในช่วง 6 สัปดาห์ พบว่ากลุ่มตัวอย่างเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียว จำนวน 128 คน คิดเป็นร้อยละ 72.3 ส่วนมารดาที่เลี้ยงลูกด้วยนมแม่คู่กับการให้อาหารอื่นจำนวน 49 คน คิดเป็นร้อยละ 27.7

คะแนนความรู้เกี่ยวกับการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ของมารดาหลังคลอดชาวเขาอยู่ระหว่าง 5-14 คะแนน ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 12.28 (SD = 1.82) คะแนนความเชื่อทางวัฒนธรรมของมารดาหลังคลอดชาวเขาอยู่ระหว่าง 23-90 คะแนน ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 53.42 (SD = 15.15) คะแนนการสนับสนุนการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ของมารดาหลังคลอดชาวเขาอยู่ระหว่าง 22-90 คะแนน ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 70.36 (SD = 13.80) และคะแนนการเข้าถึงบริการของมารดาหลังคลอดชาวเขา อยู่ระหว่าง 13-50 คะแนน ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 33.68 (SD = 7.09)

ตารางที่ 1 ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปร อายุ ความรู้เกี่ยวกับการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ความเชื่อทางวัฒนธรรม การสนับสนุนการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ และการเข้าถึงบริการต่อการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียว 6 สัปดาห์ในมารดาหลังคลอดชาวเขา (N = 177)

ตัวแปรที่ศึกษา	การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวในระยะเวลา 6 สัปดาห์		χ^2	p-value
	ไม่ได้ให้นมแม่อย่างเดียว จำนวน (ร้อยละ)	นมแม่อย่างเดียว จำนวน (ร้อยละ)		
อายุ (ปี)			1.16	.763
≤19	8 (36.4)	14 (63.6)		
20-25	15 (26.3)	42 (73.7)		
26-34	21 (25.6)	61 (74.4)		
≥35	5 (31.3)	11 (68.8)		
ความรู้เกี่ยวกับการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่			1.07	.586
≤10	11 (34.4)	21 (65.6)		
11-13	25 (27.5)	66 (72.5)		
≥14	13 (24.1)	41 (75.9)		
ความเชื่อทางวัฒนธรรม			1.07	.587
≤38	7 (21.9)	25 (78.1)		
39-67	31 (27.7)	81 (72.3)		
≥68	11 (33.3)	22 (66.7)		
การสนับสนุนการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่			2.36	.307
≤56	9 (39.1)	14 (60.9)		
57-83	33 (27.5)	87 (72.5)		
≥84	7 (20.6)	27 (79.4)		
การเข้าถึงบริการ			6.96	.031
≤26	9 (40.9)	13 (59.1)		
27-39	35 (30.4)	80 (69.6)		
≥40	5 (12.5)	35 (87.5)		

จากตารางที่ 1 พบว่าปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ในเชิงบวกกับการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียว 6 สัปดาห์ในมารดาหลังคลอดชาวเขาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ คือ การเข้าถึงบริการ (χ^2 = 6.96, p < .05)

จากการวิเคราะห์ค่าสัมประสิทธิ์โลจิสติคของตัวแปรทำนายต่อการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียว 6 สัปดาห์ (N = 177) พบว่าอายุ ความรู้เกี่ยวกับการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ความเชื่อทางวัฒนธรรม การสนับสนุนการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ และการเข้าถึงบริการ สามารถร่วมกันทำนายการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียว 6 สัปดาห์ในมารดาหลังคลอดชาวเขาได้ร้อยละ 9 (Nagelkerke R^2 = .09) แต่มีเพียงการเข้าถึงบริการที่สามารถทำนายการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวใน 6 สัปดาห์

ในมารดาหลังคลอดชาวเขาได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (OR = 4.60, 95%CI = 1.07, 19.83, p < .05) ทั้งนี้มารดาหลังคลอดชาวเขาที่มีคะแนนการเข้าถึงบริการในระดับมาก มีโอกาสเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียว 6 สัปดาห์ เพิ่มขึ้น 4.6 เท่า เมื่อเทียบกับมารดาหลังคลอดชาวเขาที่มีคะแนนการเข้าถึงบริการในระดับน้อย ดังรายละเอียดในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ค่าสัมประสิทธิ์โลจิสติคของตัวแปรทำนายต่อการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียว 6 สัปดาห์ (N = 177)

ตัวแปรที่ศึกษา	B	SE	Wald	Sig	OR	95%CI for Exp (B)	
						Lower	Upper
อายุ (Ref. ≤19 ปี)							
20-25 ปี	.59	.57	1.08	.229	0.18	.59	5.53
26-34 ปี	.49	.56	.77	.379	1.63	.55	4.85
≥35 ปี	.16	.75	.05	.832	1.17	.27	5.08
ความรู้เกี่ยวกับการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ (Ref. ≤10 คะแนน)							
11-13 คะแนน	.27	.48	.33	.569	1.31	.52	3.33
≥14 คะแนน	.50	.53	.87	.350	1.64	.58	4.64
ความเชื่อทางวัฒนธรรม (Ref. ≤ 38 คะแนน)							
39-67 คะแนน	- .57	.54	1.11	.293	0.57	.20	1.63
≥68 คะแนน	- .94	.63	2.25	.134	0.39	.11	1.34
การสนับสนุนการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ (Ref. ≤56 คะแนน)							
57-83 คะแนน	.18	.53	.11	.735	1.20	.43	3.36
≥84 คะแนน	.13	.70	.03	.855	1.14	.29	4.52
การเข้าถึงบริการ (Ref. ≤26 คะแนน)							
27-39 คะแนน	.43	.55	.63	.429	1.54	.53	4.52
≥40 คะแนน	1.53	.75	4.20	.041*	4.60	1.07	19.83
ค่าคงที่	.09	.78	.01	.913	1.09		

Nagelkerk R^2 = .09

การอภิปรายผล

ผลการศึกษาพบว่าอายุ ความรู้เกี่ยวกับการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ความเชื่อทางวัฒนธรรม การสนับสนุนการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ และการเข้าถึงบริการ สามารถร่วมกันทำนายการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียว 6 สัปดาห์ในมารดาหลังคลอดชาวเขาได้ร้อยละ 9 (Nagelkerke R^2 = .09) โดยตัวแปรที่สามารถทำนายการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวใน 6 สัปดาห์ในมารดาหลังคลอดชาวเขาได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ คือ การเข้าถึงบริการ (OR = 4.60, 95%CI = 1.07, 19.83, p < .05) โดยมารดาหลังคลอดชาวเขาที่มีความสามารถในการเข้าถึงบริการได้มาก มีโอกาสเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียว 6 สัปดาห์เพิ่มขึ้น 4.6 เท่า เมื่อเทียบกับมารดาหลังคลอด

ชาวเขาที่มีความสามารถในการเข้าถึงบริการได้น้อย จากการศึกษาครั้งนี้กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวร้อยละ 72.3 และกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นวัยผู้ใหญ่อายุ 26-35 ปี มีความรับผิดชอบค่อนข้างสูง ได้รับการสนับสนุนในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่จึงค่อนข้างมาก และมารดาหลังคลอดชาวเขาแม้ว่าจะมีความเชื่อทางวัฒนธรรม เชื่อว่าต้องเสริมอาหารให้กับทารกร่วมกับนมแม่ แต่กลุ่มตัวอย่างได้รับการแนะนำจากการเข้ารับบริการในโรงพยาบาลและมีเทคโนโลยีในการเข้าถึงข้อมูลเกี่ยวกับการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ จึงทำให้กลุ่มตัวอย่างมีความรู้เกี่ยวกับการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ซึ่งจะพบว่าการเข้าถึงบริการมีความสัมพันธ์กับการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียว 6 สัปดาห์ในมารดาหลังคลอดชาวเขาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (χ^2 = 6.96, p < .05) จากการศึกษาครั้งนี้คะแนนความสามารถในการเข้าถึงบริการของกลุ่มตัวอย่างเฉลี่ย 33.68±7.09 คะแนน ซึ่งอยู่ในระดับปานกลาง นั่นคือกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่สามารถเข้าถึงบริการได้ โดยความสามารถในการเข้าถึงบริการ ประกอบด้วย ความพอเพียงของบริการที่มีอยู่ ความสามารถในการเข้าถึง แหล่งบริการ ความสะดวกเมื่อเข้ารับบริการ ความสามารถในการจ่ายค่าบริการ และการได้รับความยอมรับในการใช้บริการ ทั้งนี้ความพอเพียงของบริการในโรงพยาบาลอมก๋อย และโรงพยาบาลแม่สะเรียง มีการให้บริการในการให้คำแนะนำเกี่ยวกับการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ที่กลุ่มตัวอย่างสามารถมาขอคำปรึกษาได้เมื่อมีปัญหา ความสามารถในการเข้าถึงแหล่งบริการของมารดาหลังคลอดชาวเขาจะขึ้นอยู่กับระยะทางจากบ้านมาถึงโรงพยาบาลอยู่ในช่วง 500 เมตร ถึง 180 กิโลเมตร โดยระยะทางเฉลี่ยของกลุ่มตัวอย่างอยู่ที่ 23.5 กิโลเมตร ซึ่งเป็นระยะทางค่อนข้างไกล กลุ่มตัวอย่างต้องใช้เวลาเฉลี่ยในการเดินทางเฉลี่ยอยู่ที่ 1 ชั่วโมง 12 นาที มีการใช้เวลามากที่สุด 8 ชั่วโมงในการเดินทาง ซึ่งความสะดวกในการเดินทางจะทำให้การเข้าถึงบริการเป็นไปได้ง่าย แต่กลุ่มตัวอย่างบางคนต้องอาศัยพาหนะมากกว่า 1 ชนิดในการเดินทาง ซึ่งการเดินทางลักษณะนี้จะทำให้กลุ่มตัวอย่างมีความลำบากในการเข้าถึงบริการ

นอกจากนี้ความสะดวกในการเข้ารับบริการ สามารถสะท้อนได้จากระยะเวลาที่ใช้ในการรอรับบริการจากโรงพยาบาลยังเป็นการสะท้อนความพอเพียงของบริการในรูปแบบของการมีระบบที่ดี[25] เอื้อประโยชน์ให้มารดาชาวเขาหลังคลอดสามารถเข้าถึงบริการได้ง่าย ซึ่งระยะเวลาในการรอรับบริการของกลุ่มตัวอย่างเริ่มตั้งแต่ 10 นาที และรอยาวนานที่สุดคือ 8 ชั่วโมง โดยนับตั้งแต่ผู้รับบริการจับบัตรคิวลงทะเบียนจนกระทั่งกลุ่มตัวอย่างเสร็จสิ้นกระบวนการ ออกจากโรงพยาบาลกลับบ้าน ระยะเวลารอรับบริการเฉลี่ยของกลุ่มตัวอย่างอยู่ที่ 1 ชั่วโมง 56 นาที ในการเข้าถึงบริการยังประกอบไปด้วยด้านความสามารถในการจ่ายค่าบริการ แบ่งการใช้จ่ายได้เป็น 2 ส่วน ได้แก่ ค่ารักษาพยาบาลและค่าบริการอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องกับการเข้ารับบริการ[23] ในการเข้ารับบริการสุขภาพแต่ละครั้งชาวเขาส่วนใหญ่จะมีสิทธิประกันสุขภาพในการเข้ารับการรักษาพยาบาล (ร้อยละ 93.2) อย่างไรก็ตามการเข้ารับบริการแต่ละครั้ง ยังมีค่าใช้จ่ายส่วนอื่น เช่น ค่าอาหาร ค่าเดินทาง เป็นต้น ดังนั้นมารดาหลังคลอดชาวเขากลุ่มที่สามารถเข้าถึงบริการสุขภาพมากเพียงพอต่อความต้องการ เมื่อเข้ารับบริการได้รับการยอมรับในด้านความเชื่อ และมีบุคคลากรที่สามารถสื่อสารภาษาเผ่าของชาวเขาได้ จึงได้รับการบริการอย่างเหมาะสม อีกทั้งในการเข้ารับบริการมารดาหลังคลอดชาวเขายังมีสิทธิในการรักษา มีความสะดวกสบายในการเข้ารับบริการสุขภาพ จึงทำให้อัตราการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวแตกต่างกัน 4.6 เท่า เมื่อเทียบกับมารดาหลังคลอดชาวเขาที่มีคะแนนการเข้าถึงบริการสุขภาพน้อย

ส่วนปัจจัยอื่นๆ ได้แก่ อายุ ความรู้เกี่ยวกับการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ความเชื่อทางวัฒนธรรม การสนับสนุนการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ไม่สามารถทำนายการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียว 6 สัปดาห์ในมารดาหลังคลอดชาวเขาได้ สามารถอภิปรายได้ดังนี้

อายุไม่สามารถทำนายการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวในระยะเวลา 6 สัปดาห์ของมารดาหลังคลอดชาวเขาได้ ($p > .05$) เนื่องจากอายุเป็นปัจจัยหนึ่งในการกำหนดความพร้อมทางสรีระและวุฒิภาวะทางจิตใจ โดยเฉพาะในกระบวนการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ซึ่งต้องอาศัยการเรียนรู้และต้องเผชิญอุปสรรคต่างๆ ซึ่งโดยปกติมารดาในช่วงอายุผู้ใหญ่จะมีความพร้อมและความอดทน สามารถคิด วิเคราะห์ มีเหตุผล สามารถเรียนรู้และเผชิญอุปสรรคต่างๆ ได้ดี จึงประสบผลสำเร็จในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่มากกว่ามารดาที่มีอายุน้อย แต่สำหรับมารดาหลังคลอดชาวเขา อายุไม่สามารถทำนายการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวได้ อาจเป็นผลเนื่องมาจากมารดาหลังคลอดชาวเขามีวัฒนธรรมการแต่งงานมีครอบครัวตั้งแต่ยังไม่เข้าวัยผู้ใหญ่[26] มีหน้าที่รับผิดชอบทั้งด้านงานบ้าน การทำงาน และการดำรงชีพตั้งแต่อายุยังน้อย ดังนั้นจึงเป็นไปได้ว่ามารดาหลังคลอดชาวเขามีวุฒิภาวะมากพอในการรับผิดชอบครอบครัว รวมไปถึงการรับผิดชอบเลี้ยงดูบุตร โดยเฉพาะการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียว หากได้รับการสนับสนุนที่ดีทั้งจากครอบครัวและบุคลากรทางการแพทย์ เช่นเดียวกับการศึกษาของ สุวรรณา ชนะภัย และคณะ[9] ที่พบว่ามารดาวัยรุ่นมีศักยภาพทางด้านร่างกายและการเรียนรู้สูง หากมีความรักความต้องการบุตรและได้รับการสนับสนุนที่ดีจากสามีหรือญาติ จะส่งผลให้มารดาวัยรุ่นสามารถเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ได้เช่นเดียวกับมารดาในวัยผู้ใหญ่ นอกจากนี้กลุ่มตัวอย่างมีช่วงอายุอยู่ระหว่าง 16-43 ปี เป็นมารดาหลังคลอดวัยรุ่นจำนวน 22 คน คิดเป็นร้อยละ 12.43 อายุเฉลี่ยของกลุ่มตัวอย่างคือ 26.53 ปี (SD = 6.06) มารดาหลังคลอดชาวเขาส่วนใหญ่จัดอยู่ในกลุ่มผู้ใหญ่ จึงไม่มีความแตกต่างกันของกลุ่มตัวอย่าง

ความเชื่อทางวัฒนธรรมของมารดาหลังคลอดชาวเขาเป็นปัจจัยสำคัญที่จะกำหนดและส่งผลต่อการตัดสินใจในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียว อย่างไรก็ตามแม้มารดาหลังคลอดชาวเขามีความเชื่อทางวัฒนธรรม แต่กลุ่มตัวอย่างได้รับความรู้และข้อมูลเกี่ยวกับการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ จากการเข้ารับบริการในโรงพยาบาลและการเข้าถึงเทคโนโลยี จึงทำให้กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีคะแนนความรู้เกี่ยวกับการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่เฉลี่ย 12.28 คะแนน ซึ่งอยู่ในระดับปานกลาง ส่วนการสนับสนุนการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่จากครอบครัวของมารดาหลังคลอดชาวเขาพบว่า ลักษณะครอบครัวของมารดาหลังคลอดชาวเขาส่วนใหญ่เป็นลักษณะครอบครัวขยาย และถึงแม้บางส่วนจะอาศัยอยู่เป็นครอบครัวเดี่ยว แต่ก็ยังพบว่ามารดาหลังคลอดชาวเขาในช่วงหลังคลอดใหม่ๆ นั้นมักจะได้รับการช่วยเหลือและได้รับคำแนะนำจากครอบครัวเสมอ ไม่มีความแตกต่างกันของกลุ่มตัวอย่าง จากข้อมูลข้างต้นจึงทำให้อายุ ความรู้เกี่ยวกับการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ความเชื่อทางวัฒนธรรม และการสนับสนุนการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ สามารถทำนายการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียว 6 สัปดาห์ในมารดาหลังคลอดชาวเขาได้อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ

สรุปและข้อเสนอแนะ

การเข้าถึงบริการในระดับมากทำให้มารดาหลังคลอดชาวเขามีโอกาสเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียว 6 สัปดาห์เพิ่มขึ้น 4.6 เท่าเมื่อเทียบกับมารดาหลังคลอดชาวเขาที่มีคะแนนการเข้าถึงบริการในระดับน้อย ดังนั้น การทำให้มารดาหลังคลอดชาวเขาสามารถเข้าถึงบริการได้ จึงเป็นการส่งเสริมให้มารดาหลังคลอดชาวเขาประสบผลสำเร็จในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียว

ด้านการพยาบาล

พยาบาลควรส่งเสริมให้มารดาหลังคลอดชาวเขาสามารถเข้าถึงบริการสุขภาพโดยโรงพยาบาลควรให้บริการด้วยความเข้าใจในวัฒนธรรม ความเชื่อ และควรมีล่ามภาษาเผ่าของชาวเขา รวมถึงสื่อที่เป็นภาษาเฉพาะของชาวเขา เช่น เอกสารคำแนะนำหรือแผ่นพับ และควรเพิ่มช่องทางการติดต่อสื่อสาร เพื่อให้มารดาหลังคลอดชาวเขาที่มีปัญหาเกี่ยวกับการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ สามารถเข้ารับบริการปรึกษาปัญหาเพื่อช่วยส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวในมารดาหลังคลอดชาวเขา ในกรณีที่มารดาหลังคลอดไม่สามารถเข้าถึงบริการสุขภาพได้ ควรมีการส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวในชุมชนที่มารดาหลังคลอดชาวเขาอาศัยอยู่

ด้านการวิจัย

ควรมีการศึกษาโปรแกรมในการส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในกลุ่มประชากรชาวเขา และพยาบาลควรศึกษาความเชื่อ วัฒนธรรม ประเพณี ที่ส่งผลต่อการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่

References

1. Binns C, Lee M, Low WY. The long-term public health benefits of breastfeeding. Asia Pac J Public Health. 2016;28(1):7-14. doi: 10.1177/1010539515624964.
2. WHO, UNICEF. Tracking progress for breastfeeding policies and programmes: global breastfeeding scorecard 2017. Geneva: World Health Organization; 2017. 12 p.
3. Office of the National Economic and Social Development Board, Office of the Prime Minister. Thailand twelfth national economic and social development plan (2017-2021). Bangkok: WVO Officer of Printing Mill; 2016. 67 p. (in Thai).
4. Saramon P, Ruengorn C, Seangphichai S, Wonghankla B. Epidemic of inappropriate health products and associated adverse events among chronic disease patients in border area, Wieng Kan District, Chiang Rai Province. Thai Journal of Pharmacy Practice. 2019;11(2):307-17. (in Thai).
5. Potipairatana S. The potential development of ethnics group leaders in communication through online media for supporting accessibility to health services: operational research (round 1). Journal of Mass Communication. 2018;6(2):1-25. (in Thai).
6. Roesler AL, Smithers LG, Wangpakapattanawong P, Moore V. Stunting, dietary diversity and household food insecurity among children under 5 years in ethnic communities of northern Thailand. J Public Health (Oxf). 2019;41(4):772-80. doi: 10.1093/pubmed/fdy201.
7. Roesler AL, Smithers LG, Moore V, Wangpakapattanawong P. Local insights into improving child nutrition in northern Thailand: findings and recommendations regarding breastfeeding [scholar article]. The University of Adelaide, Chiang Mai University, KSC-GMS, ICRAF; 2014. 20 p.
8. Zhang Z, Zhu Y, Zhang L, Wan H. What factors influence exclusive breastfeeding based on the theory of planned behaviour. Midwifery. 2018;62:177-82. doi: 10.1016/j.midw.2018.04.006.

9. Chanapai S, Sinsuksai N, Thananowan N, Phahuwatanakorn W. Knowledge, attitude, self-efficacy, spousal and nurse support predicting 6-weeks exclusive breastfeeding. Nurs Sci J Thail. 2014; 32(1):51-60. (in Thai).
10. Ekure E, Antia-Obong O, Udo JJ, Edet E. Maternal exclusive breast-Feeding practice in Calabar, Nigeria: some related social characteristics. Niger J Clin Pract. 2003; 6(2):92-4.
11. Nuampa S, Sinsuksai N, Phahuwatanakorn W, Chanprapaph P. Personal factors, first feeding time and nurse support in predicting successful exclusive breastfeeding at discharge in mothers with cesarean section. Nurs Sci J Thail. 2013;31 (2):49-59. (in Thai).
12. Balogun OO, Dagvadorj A, Anigo KM, Ota E, Sasaki S. Factors influencing breastfeeding exclusivity during the first 6 months of life in developing countries: a quantitative and qualitative systematic review. Matern Child Nutr. 2015; 11(4):433-51. doi: 10.1111/mcn.12180.
13. Kounnavong S, Pak-Gorstein S, Akkhavong K, Palaniappan U, Berdaga V, Conkle J, et al. Key determinants of optimal breastfeeding practices in Laos. Food Nutri Sci. 2013;4: 61-70. doi: 10.4236/fns.2013.410A010.
14. Rueangseree M. Factors affected to exclusive breastfeeding only at least 6 month of adolescent postpartum mothers attending health promoting hospitals Muang District Ubon Ratchathani Province. UBRU Journal for Public Health Research. 2017;6(1):37-48. (in Thai).
15. Kakute PN, Ngum J, Mitchell P, Kroll KA, Forgwei GW, Ngwang LK, et al. Cultural barriers to exclusive breastfeeding by mothers in a rural area of Cameroon, Africa. J Midwifery Womens Health. 2005;50(4):324-8. doi: 10.1016/ j.jmwh.2005.01.005.
16. Osman H, El Zein L, Wick L. Cultural beliefs that may discourage breastfeeding among Lebanese women: a qualitative analysis. Int Breastfeed J. 2009;4:12. doi: 10.1186/1746-4358-4-12.
17. Thepha T, Marais D, Bell J, Muangpin S. Perceptions of northeast Thai breastfeeding mothers regarding facilitators and barriers to six-month exclusive breastfeeding: focus group discussions. Int Breastfeed J. 2018;13:14. doi: 10.1186/s13006-018-0148-y.
18. Jintrawet U, Tongsawas T, Somboon L. Factors associated with the duration of exclusive breastfeeding among postpartum mothers. Nursing Journal. 2014;41:133-44. (in Thai).
19. Fang DM, Stewart SL. Social–cultural, traditional beliefs, and health system barriers of hepatitis B screening among Hmong Americans: a case study. Cancer. 2018;124(7 Suppl 7):1576-82. doi: 10.1002/cncr.31096.

20. Brown CRL, Dodds L, Legge A, Bryanton J, Semenic S. Factors influencing the reasons why mothers stop breastfeeding. Can J Public Health. 2014;105(3):e179-85. doi: 10.17269/cjph.105.4244.
21. Lipsey MW, Wilson DB. Practical meta-analysis (applied social research methods series; Vol.49). Thousand Oaks, CA: Sage Publications; 2001. 247 p.
22. House JS. Work stress and social support. Reading, MA: Addison-Wesley. 1981. 156 p.
23. Penchansky R, Thomas JW. The concept of access: definition and relationship to consumer satisfaction. Med Care. 1981;19(2):127-40. doi: 10.1097/00005650-198102000-00001.
24. Szczepura A. Access to health care for ethnic minority populations. Postgrad Med J. 2005; 81(953):141-7. doi: 10.1136/pgmj.2004.026237.
25. Kang C, Tomkow L, Farrington R. Access to primary health care for asylum seekers and refugees: a qualitative study of service user experiences in the UK. Br J Gen Pract. 2019; 69(685):e537-45. doi: 10.3399/bjgp19X701309.
26. Gunmongkol S. The construction of a campaign to motivate Karen women to use contraceptives in Omkoi District, Chiang Mai [master's thesis]. Chiang Mai: Chiang Mai Rajabhat University; 2013. 81 p. (in Thai).

Perceptions and Prevention of Unwanted Pregnancy among the Akha Adolescents*

Suphaphan Chansiri, RN, MNS[1], Charoenchai Wongwatkit, PhD[2]

Abstract

Purpose: To explore the perceptions of unwanted pregnancy and the prevention of unwanted pregnancy among the Akha adolescents in Chiang Rai Province.

Design: Exploratory qualitative research design.

Methods: The study included 42 Akha adolescents in Chiang Rai Province. Data were collected through in-depth interview using a semi-structured questionnaire. Information gathered from the participants were analyzed by using descriptive statistics and content analysis approach.

Main findings: Five themes arose from data analysis, which are: 1) Unwanted pregnancy is the problem of themselves, families, and society. 2) Knowledge about unwanted pregnancy and the prevention are learned from schools, families, communities, and healthcare providers. 3) Prevention of unwanted pregnancy is challenging. 4) Factors affecting the unwanted pregnancy. 5) A need for increasing knowledge and receiving health service for preventing unwanted pregnancy. These perceptions have a great impact on preventive behaviors of unwanted pregnancy among Akha adolescents.

Conclusion and recommendations: The Akha adolescents have a perspective toward unwanted pregnancy in a negative way. The prevention of unwanted pregnancy is challenging due to several factors affecting the risky sexual behaviors. Most participants gain knowledge about unwanted pregnancy and the prevention from school; nonetheless, insufficient information from communities and health care providers is obtained. The study suggests that the healthcare providers should actively involve in providing knowledge in schools and communities, as well as developing online learning applications for Akha adolescents, with the concern of Akha's context and culture.

Keywords: adolescents, ethnic groups, perception, unwanted pregnancy

Nursing Science Journal of Thailand. 2022;40(2):17-33

Corresponding Author: Lecturer Suphaphan Chansiri, School of Nursing, Mae Fah Luang University, Chiang Rai 57100, Thailand; e-mail: suphaphan.cha@mfu.ac.th

** This research is funded by Center of Excellence for The-Hill-Tribe Health Research of Mae Fah Luang University and National Research Council of Thailand*

[1] School of Nursing, Mae Fah Luang University, Chiang Rai, Thailand

[2] School of Information Technology, Mae Fah Luang University, Chiang Rai, Thailand

Received: 30 May 2021 / Revised: 7 August 2021 / Accepted: 25 October 2021

การรับรู้และการป้องกันการตั้งครรภ์ไม่พร้อมในวัยรุ่นกลุ่มชาติพันธุ์อาข่า*

สุภาพันธ์ จันทร์ศิริ, พย.ม.[1] เจริญชัย วงศ์วัฒน์กิจ, PhD[2]

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์: เพื่อศึกษาการรับรู้เกี่ยวกับการตั้งครรภ์ไม่พร้อมและการป้องกันการตั้งครรภ์ไม่พร้อมในวัยรุ่นกลุ่มชาติพันธุ์อาข่า จังหวัดเชียงราย

รูปแบบการวิจัย: การวิจัยเชิงคุณภาพ

วิธีดำเนินการวิจัย: ศึกษาในวัยรุ่นกลุ่มชาติพันธุ์อาข่า จำนวน 42 คน ในจังหวัดเชียงราย รวบรวมข้อมูลด้วยการสัมภาษณ์แบบเจาะลึกรายบุคคลโดยใช้แบบสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้าง วิเคราะห์ข้อมูลโดยสถิติเชิงพรรณนา และวิเคราะห์เนื้อหา

ผลการวิจัย: 5 ประเด็นหลัก ได้แก่ 1) การตั้งครรภ์ไม่พร้อมเป็นปัญหาต่อตนเอง ครอบครัว และสังคม เป็นเหตุการณ์ที่ไม่ควรเกิดขึ้น 2) ความรู้เกี่ยวกับการตั้งครรภ์ไม่พร้อมและการป้องกันการตั้งครรภ์ไม่พร้อมที่ได้รับจากโรงเรียน ครอบครัว ชุมชน และบุคลากรทางสุขภาพ 3) การป้องกันการตั้งครรภ์ไม่พร้อมเป็นความท้าทาย 4) ปัจจัยที่มีผลต่อการตั้งครรภ์ไม่พร้อม 5) ความต้องการเสริมสร้างความรู้และบริการสุขภาพเพื่อป้องกันการตั้งครรภ์ไม่พร้อม ซึ่งการรับรู้ทั้งหมดนี้มีผลต่อพฤติกรรมการป้องกันการตั้งครรภ์ไม่พร้อมในวัยรุ่นกลุ่มชาติพันธุ์อาข่า

สรุปและข้อเสนอแนะ: วัยรุ่นกลุ่มชาติพันธุ์อาข่ามีมุมมองต่อการตั้งครรภ์ไม่พร้อมเป็นไปเชิงลบ การป้องกันการตั้งครรภ์ไม่พร้อมเป็นสิ่งที่ท้าท้าย เนื่องจากมีหลายปัจจัยที่ส่งเสริมให้มีเพศสัมพันธ์ที่ไม่ปลอดภัย ส่วนใหญ่ผู้ให้ข้อมูลได้เรียนรู้การตั้งครรภ์ไม่พร้อม และวิธีป้องกันจากโรงเรียน แต่จากชุมชนและบุคลากรทางด้านสุขภาพยังค่อนข้างน้อย การศึกษานี้มีข้อแนะนำว่าบุคลากรทางด้านสุขภาพควรเข้าไปให้ความรู้ในเรื่องวิธีป้องกันการตั้งครรภ์ไม่พร้อมในโรงเรียนและชุมชน และพัฒนาแอปพลิเคชันการเรียนรู้แบบออนไลน์ที่สอดคล้องกับบริบทและวัฒนธรรมของวัยรุ่นกลุ่มชาติพันธุ์อาข่า

คำสำคัญ: วัยรุ่น กลุ่มชาติพันธุ์ การรับรู้ การตั้งครรภ์ไม่พร้อม

Nursing Science Journal of Thailand. 2022;40(2):17-33

ผู้ประสานงานการเผยแพร่: อาจารย์สุภาพันธ์ จันทร์ศิริ, สำนักวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยแม่ฟ้าหลวง อำเภอเมือง จังหวัดเชียงราย 57100, e-mail: suphaphan.cha@mfu.ac.th

** รายงานการวิจัยนี้ได้รับทุนจากสำนักงานคณะกรรมการวิจัยแห่งชาติ ประจำปีงบประมาณ 2561 ผ่านศูนย์ความเป็นเลิศการวิจัยสุขภาพชนชาติพันธุ์ มหาวิทยาลัยแม่ฟ้าหลวง*

[1] สำนักวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยแม่ฟ้าหลวง

[2] สำนักวิชาเทคโนโลยีสารสนเทศ มหาวิทยาลัยแม่ฟ้าหลวง

วันที่รับบทความ: 30 พฤษภาคม 2564 / วันที่แก้ไขบทความเสร็จ: 7 สิงหาคม 2564 / วันที่ตอบรับบทความ: 25 ตุลาคม 2564

ความสำคัญของปัญหา

การตั้งครรภ์ไม่พร้อม เป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญในวัยรุ่น ในแต่ละปีประเทศกำลังพัฒนา มีสตรีวัยรุ่นอายุ 15-19 ปี คลอดบุตรประมาณ 12 ล้านคน และสตรีอายุน้อยกว่า 15 ปี คลอดบุตรประมาณ 777,000 คน และประมาณ 10 ล้านคน ตั้งครรภ์ไม่พร้อม[1] สำหรับประเทศไทยในระยะปี พ.ศ. 2551-2556 สตรีวัยรุ่นอายุ 15-19 ปี มีอัตราการคลอดบุตรอยู่ในช่วงประมาณ 56-70 คนต่อประชากรหญิงในกลุ่มอายุเดียวกันหนึ่งพันคน[2] ซึ่งหนึ่งในสามของการตั้งครรภ์และการคลอดบุตรในวัยรุ่นมาจากการตั้งครรภ์ไม่พร้อม[3] การตั้งครรภ์ไม่พร้อมส่งผลกระทบต่อมารดา ทารก ครอบครัว และสังคมประเทศชาติ ผลกระทบต่อมารดา ทางด้านร่างกาย มารดาอาจเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการทำแท้ง มักพบว่าในรายที่ตั้งครรภ์อายุน้อยกว่า 15 ปีไปรับบริการทำแท้งที่ผิดกฎหมาย[3] ด้านจิตใจ อาจทำให้เกิดภาวะเครียด วิตกกังวล และซึมเศร้า[4] นอกจากนี้ การตั้งครรภ์ไม่พร้อมที่เกิดขึ้นทำให้มารดาบางรายอาจไม่สนใจดูแลตนเอง ซึ่งอาจส่งผลให้เกิดภาวะแทรกซ้อนที่ตามมา เช่น ภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด ภาวะความดันโลหิตสูงในระยะตั้งครรภ์และระยะหลังคลอด ผลกระทบต่อทารก บางรายที่ตั้งครรภ์ดำเนินต่อไปทารกอาจเกิดก่อนกำหนดหรือมีน้ำหนักน้อย ซึ่งจะส่งผลต่อพัฒนาการและการเจริญเติบโตของทารกต่อไป[5] ผลกระทบต่อครอบครัว สังคมและประเทศชาติ โดยเฉพาะด้านเศรษฐกิจ ครอบครัวต้องเสียค่าใช้จ่ายในการดูแลมารดาและทารกอันเกิดจากภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้น ทำให้ต้องได้รับการรักษาในโรงพยาบาลในระยะสั้นและระยะยาว นอกจากนี้วัยรุ่นที่ตั้งครรภ์ไม่พร้อมบางรายอาจตัดสินใจทอดทิ้งทารก ซึ่งสร้างภาระให้กับสังคม โดยเฉพาะหน่วยงานที่มีบทบาทในการรับดูแลทารกที่ถูกทอดทิ้งที่จะต้องดูแลทารกเหล่านี้ต่อ[4] จะเห็นได้ว่าปัญหาการตั้งครรภ์ไม่พร้อมในวัยรุ่นเป็นปัญหาสำคัญที่ท้าทายและส่งผลกระทบในวงกว้าง

ในปัจจุบันวิธีป้องกันการตั้งครรภ์หรือคุมกำเนิดมีหลายวิธี ได้แก่ วิธีคุมกำเนิดแบบชั่วคราวชนิดที่มีฮอร์โมน เช่น ยาเม็ดคุมกำเนิด ยาฉีดคุมกำเนิด ยาฝังคุมกำเนิด ชนิดที่ไม่มีฮอร์โมน เช่น ถุงยางอนามัย ห่วงอนามัย และวิธีคุมกำเนิดแบบถาวร เช่น การทำหมัน[6-7] การเลือกใช้วิธีคุมกำเนิดที่มีประสิทธิภาพสามารถป้องกันการตั้งครรภ์ไม่พร้อมในวัยรุ่นได้ แต่อย่างไรก็ตาม ปัญหาที่พบในวัยรุ่นคือ ส่วนมากวัยรุ่นจะมีเพศสัมพันธ์ที่ไม่ปลอดภัย ไม่ได้ใช้วิธีคุมกำเนิดใดๆ และไม่ได้ตั้งใจจะใช้วิธีคุมกำเนิดใดๆ[8-10] นอกจากนี้วัยรุ่นมีความรู้ไม่เพียงพอเกี่ยวกับวิธีการคุมกำเนิดชนิดต่างๆ แม้ว่าจะได้รับการสอนจากโรงเรียน[11-13] วัยรุ่นบางรายวิตกกังวลเกี่ยวกับผลข้างเคียงของยาคุมกำเนิดต่อความปลอดภัยของตนเองมากกว่าการป้องกันการตั้งครรภ์ไม่พร้อม[8] นอกจากนี้ยังมีปัจจัยเสี่ยงอื่นที่พบในวัยรุ่นและนำไปสู่การตั้งครรภ์ในวัยรุ่น ได้แก่ วัยรุ่นขาดทักษะในการปฏิเสธต่อรองกับคนรัก[10] ขาดการควบคุมตนเอง[12] การดื่มสุราหรือใช้สารเสพติด[13] ปัญหาครอบครัว การขาดความรักและความอบอุ่นจากครอบครัว การสื่อสารเรื่องเพศในครอบครัวและสภาพเลี้ยงดูจากครอบครัว[11-12] ปัญหาจากสิ่งแวดล้อม การพักอาศัยอยู่ใกล้กับสิ่งแวดล้อมที่ยั่วยุสามารถเข้าถึงได้ง่าย[10] ตลอดจนการคบเพื่อน รวมทั้งปัจจัยด้านเศรษฐกิจ ศาสนาและวัฒนธรรม[12]

สำหรับวัยรุ่นอาข่า ซึ่งเป็นประชากรกลุ่มชาติพันธุ์กลุ่มหนึ่งที่มีภูมิลำเนาอาศัยอยู่บนแถบภูเขา เป็นประชากรกลุ่มหนึ่งที่ประสบกับปัญหาการตั้งครรภ์ไม่พร้อม ภายใต้ข้อจำกัดด้วยความยากจน ขาดความรู้และทักษะที่จำเป็น ห่างไกลในการเข้าถึงบริการสุขภาพและมีความเหลื่อมล้ำทางสังคมทางด้านบริการสุขภาพ[13] นอกจากนี้ยังมีพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศ เช่น การมีเพศสัมพันธ์ตั้งแต่อายุน้อย[14-15] ประกอบกับการมีความเชื่อที่ไม่ถูกต้องเกี่ยวกับการคุมกำเนิด เช่น บางรายเชื่อว่าการใช้ถุงยางอนามัยทำให้ความสุขทางเพศลดลง

การใช้ยาคุมกำเนิดไม่ปลอดภัยกับตนเอง จึงเลือกที่จะไม่ใช้วิธีคุมกำเนิดใดๆ[16] อย่างไรก็ตาม การศึกษาการรับรู้เกี่ยวกับการตั้งครรภ์ไม่พร้อม และวิธีป้องกันการตั้งครรภ์ไม่พร้อมในวัยรุ่นกลุ่มชาติพันธุ์ยังไม่พบว่ามีการศึกษาในประเทศไทย โดยเฉพาะในจังหวัดเชียงรายซึ่งเป็นจังหวัดหนึ่งในภาคเหนือตอนบน อยู่เหนือสุดของประเทศไทย เป็นชายแดนสามแผ่นดิน มีอาณาเขตติดต่อกับประเทศสหภาพพม่าและสาธารณรัฐประชาธิปไตยประชาชนลาว กลุ่มชาติพันธุ์ที่อาศัยอยู่ในจังหวัดเชียงรายส่วนใหญ่เป็นชนเผ่าอาข่า ซึ่งประชากรกลุ่มนี้เป็นกลุ่มที่มีความแตกต่างจากวัยรุ่นกลุ่มทั่วไปที่มีบริบทสังคม วัฒนธรรม ประเพณี และภาษาเข้ามาเกี่ยวข้อง ส่วนมากวัยรุ่นกลุ่มชาติพันธุ์อาข่าจะเข้ามารับบริการด้วยปัญหาเกี่ยวกับการตั้งครรภ์ไม่พร้อม ผู้วิจัยจึงมีความสนใจศึกษาการรับรู้เกี่ยวกับการตั้งครรภ์ไม่พร้อม และการป้องกันการตั้งครรภ์ไม่พร้อมในวัยรุ่นกลุ่มชาติพันธุ์อาข่า จังหวัดเชียงราย ว่าวัยรุ่นกลุ่มนี้มีการรับรู้เกี่ยวกับการตั้งครรภ์ไม่พร้อม และวิธีการป้องกันการตั้งครรภ์ไม่พร้อมอย่างไร ในประเด็นบริบทของสังคมและวัฒนธรรมอาข่าเกี่ยวกับการมีคู่/การมีเพศสัมพันธ์ ความรู้ ทัศนคติ มุมมองเกี่ยวกับการตั้งครรภ์ไม่พร้อมและการป้องกันการตั้งครรภ์ไม่พร้อม ตลอดจนการได้รับความรู้เกี่ยวกับการป้องกันการตั้งครรภ์จากครอบครัว ชุมชน โรงเรียน และประสบการณ์การใช้เทคโนโลยีเสริมสร้างความรู้เกี่ยวกับการตั้งครรภ์ไม่พร้อมและความต้องการที่อยากได้เพื่อนำไปสู่การพัฒนานวัตกรรมเสริมสร้างความรู้ และบริการสุขภาพ เพื่อป้องกันการตั้งครรภ์ไม่พร้อมในวัยรุ่นกลุ่มชาติพันธุ์อาข่า จังหวัดเชียงรายต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อศึกษาการรับรู้เกี่ยวกับการตั้งครรภ์ไม่พร้อม และการป้องกันการตั้งครรภ์ไม่พร้อมในวัยรุ่นกลุ่มชาติพันธุ์อาข่า จังหวัดเชียงราย

คำถามการวิจัย

การรับรู้เกี่ยวกับการตั้งครรภ์ไม่พร้อมและการป้องกันการตั้งครรภ์ไม่พร้อมในวัยรุ่นกลุ่มชาติพันธุ์อาข่า จังหวัดเชียงราย เป็นอย่างไร

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาวิจัยเชิงคุณภาพ (exploratory qualitative research design)

ผู้ให้ข้อมูล คือ วัยรุ่นกลุ่มชาติพันธุ์อาข่าเพศหญิงและชาย อายุ 10-19 ปี ที่อาศัยอยู่พื้นที่บนที่ราบสูง ได้แก่ ดอยตุง ดอยแม่สลอง ดอยหัวแม่คำ เทอดไทย และดอยวาวี หรือพื้นราบ ได้แก่ ในตัวเมืองหรือชานเมือง ในจังหวัดเชียงราย กำลังศึกษาอยู่ทั้งในรูปแบบการศึกษาในระบบ สังกัดกระทรวงศึกษาธิการ หรือการศึกษานอกระบบและการศึกษาตามอัธยาศัย ซึ่งเป็นการศึกษาที่มีความยืดหยุ่นและหลากหลายรูปแบบ ไม่มีข้อจำกัดเรื่องอายุและบริบทการศึกษา เลือกผู้ให้ข้อมูลแบบเฉพาะเจาะจง โดยกำหนดคุณสมบัติตามเกณฑ์ดังนี้ เกณฑ์การคัดเข้า คือ 1) สามารถฟัง พูด อ่าน เขียนภาษาไทยหรือภาษาอาข่าได้ 2) มีประสบการณ์การมีแฟน/คนรัก

ตามแนวคิดของ Moser และ Korstjens[17] จำนวนผู้ให้ข้อมูลขั้นต่ำควรมีอย่างน้อย 10 คน ในการศึกษาครั้งนี้มีผู้ให้ข้อมูลรวม 42 คน เป็นชาย 22 คน และหญิง 20 คน

เครื่องมือการวิจัย

แบบสัมภาษณ์แบบกึ่งโครงสร้าง พัฒนาโดยผู้วิจัยจากการทบทวนวรรณกรรม 11 ประเด็นหลัก ได้แก่ ข้อมูลส่วนบุคคล การมีแฟน/คนรัก ประสบการณ์การมีเพศสัมพันธ์ ปัจจัยที่ทำให้มีเพศสัมพันธ์ ความรู้เกี่ยวกับการตั้งครรภ์ไม่พร้อม ทัศนคติต่อการตั้งครรภ์ไม่พร้อม ประสบการณ์การป้องกันการตั้งครรภ์ไม่พร้อม การได้รับความรู้เกี่ยวกับการป้องกันการตั้งครรภ์ ความต้องการความรู้

และการบริการสุขภาพเพื่อป้องกันการตั้งครรภ์ไม่พร้อม ประสบการณ์การใช้เทคโนโลยีเสริมสร้างความรู้เกี่ยวกับการตั้งครรภ์ไม่พร้อม และความต้องการการใช้เทคโนโลยีเสริมสร้างความรู้เกี่ยวกับการตั้งครรภ์ไม่พร้อมที่อยากได้ แสดงดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 แบบสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้างแสดงประเด็นและหัวข้อตามแนวทางเก็บรวบรวมข้อมูล

ประเด็น/หัวข้อ	ตัวอย่างประเด็นย่อย/หัวข้อย่อย	ตัวอย่างคำถาม
แนะนำตัว ข้อมูลส่วนบุคคล	เพศ อายุ การศึกษา อาชีพ รายได้ ครอบครัว วัฒนธรรม ประเพณี	ปัจจุบันน้องอายุเท่าไหร่คะ? ปัจจุบันเรียนอยู่หรือทำงานคะ? จบการศึกษาสูงสุดชั้นไหนคะ? ปัจจุบันอาศัยอยู่ที่ไหนอาศัยอยู่กับบิดา/มารดาหรือบุคคลครอบครัวหรือไม่คะ? ในชุมชนของน้องมีวัฒนธรรมประเพณีอะไรบ้าง ลองเล่าให้พี่ฟังหน่อยค่ะ?
ความสัมพันธ์	การมีแฟน/คนรัก ในปัจจุบัน การมีแฟน/คนรัก ในอดีต	ปัจจุบันน้องมีแฟนหรือคู่รักหรือไม่คะ? ที่ผ่านมาน้องเคยมีแฟนหรือคู่รักหรือไม่คะ?
ประสบการณ์ การมีเพศสัมพันธ์	ทัศนคติต่อการมีเพศสัมพันธ์ ประสบการณ์การมีเพศสัมพันธ์ เชิงบวก/ลบ	น้องเคยหรือไม่เคยมีเพศสัมพันธ์? การดูแลตนเองเมื่อมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรกเป็นอย่างไร?
ปัจจัยที่ทำให้มีเพศสัมพันธ์	ปัจจัยเอื้อ/ปัจจัยขัดขวาง	น้องมีอิสระในการมีเพศสัมพันธ์หรือการมีคู่หรือไม่ อย่างไร? ปัจจัยที่เอื้อต่อการมีเพศสัมพันธ์หรือมีคู่มีอะไรบ้าง?
ความรู้เกี่ยวกับการตั้งครรภ์ ไม่พร้อม	ความหมาย สาเหตุ วิธีป้องกันการตั้งครรภ์	น้องเคยได้ยินการตั้งครรภ์ไม่พร้อมมั้ยคะ? ในความคิดของน้องคิดว่าการตั้งครรภ์ไม่พร้อมคืออะไร? อะไรบ้างที่ทำให้เกิดการตั้งครรภ์ไม่พร้อม? น้องพอรู้มั้ยคะว่าวิธีป้องกันไม่ให้เกิดการตั้งครรภ์ไม่พร้อมมีวิธีใดบ้าง?
ทัศนคติต่อการตั้งครรภ์ ไม่พร้อม	ความคิดเห็นต่อการตั้งครรภ์ ไม่พร้อม แง่บวก/ลบ	น้องมีความคิดเห็นอย่างไรเกี่ยวกับการตั้งครรภ์ไม่พร้อม? เพราะอะไรถึงคิดเช่นนั้น?
ประสบการณ์การป้องกัน การตั้งครรภ์ไม่พร้อม	ประสบการณ์การป้องกัน การตั้งครรภ์ไม่พร้อม	น้องลองเล่าประสบการณ์การป้องกันการตั้งครรภ์ไม่พร้อมให้พี่ฟังพอได้มั้ยคะ? น้องเลือกใช้วิธีใดบ้างคะ? เพราะอะไร?
การได้รับความรู้เกี่ยวกับ การป้องกันการตั้งครรภ์ ไม่พร้อม	จากครอบครัว จากชุมชน จากโรงเรียน	น้องเคยได้รับความรู้เกี่ยวกับการป้องกันการตั้งครรภ์หรือไม่? ได้รับจากแหล่งใด?
ความต้องการความรู้ และ การบริการสุขภาพเพื่อป้องกัน การตั้งครรภ์ไม่พร้อม	จากครอบครัว จากชุมชน จากโรงเรียน	น้องอยากให้ครอบครัว ชุมชน หรือโรงเรียน ให้ความรู้ หรือบริการสุขภาพเพื่อป้องกันการตั้งครรภ์ไม่พร้อมอย่างไรบ้าง?
ประสบการณ์การใช้เทคโนโลยี เสริมสร้างความรู้เกี่ยวกับ การตั้งครรภ์ไม่พร้อม	ประสบการณ์การใช้เทคโนโลยี เสริมสร้างความรู้เกี่ยวกับ การตั้งครรภ์ไม่พร้อม	น้องเคยมีประสบการณ์การใช้เทคโนโลยี เช่น ใช้มือถือ หรือใช้คอมพิวเตอร์ในการหาความรู้เกี่ยวกับการตั้งครรภ์ไม่พร้อมหรือไม่ อย่างไร ลองยกตัวอย่าง?
ความต้องการการใช้เทคโนโลยี เสริมสร้างความรู้เกี่ยวกับ การตั้งครรภ์ไม่พร้อมที่อยากได้	ความต้องการการใช้เทคโนโลยี เสริมสร้างความรู้เกี่ยวกับ การตั้งครรภ์ไม่พร้อมที่อยากได้	น้องอยากได้การสอนในเรื่องเกี่ยวกับการตั้งครรภ์ไม่พร้อมจากเทคโนโลยี เช่น มือถือ หรือคอมพิวเตอร์แบบไหน ลองยกตัวอย่าง?

แบบสัมภาษณ์แบบกึ่งโครงสร้างได้ผ่านผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือโดยการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาจากผู้เชี่ยวชาญ ได้ค่าดัชนีความสอดคล้อง (Index of Item-Objective Congruence, IOC) ในข้อคำถามทุกข้อมากกว่า 0.7 ขึ้นไป

แบบสัมภาษณ์ได้รับการแปลเป็นภาษาอาข่า โดยใช้วิธีการแปลย้อนกลับ (back translation method) โดยผู้แปลเป็นผู้ที่สามารถฟัง พูด อ่าน เขียนได้ดีทั้งภาษาไทยและภาษาอาข่า

ในการวิจัยนี้มีผู้วิจัยเป็นเครื่องมือหลักในการวิจัย ซึ่งผู้วิจัยเป็นผู้ที่มีคุณสมบัติหรือประสบการณ์การทำวิจัยเชิงคุณภาพหรือการเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพและผ่านการเรียนและอบรมการทำวิจัยเชิงคุณภาพ

การพิทักษ์สิทธิ์ผู้ให้ข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้ได้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงราย กระทรวงสาธารณสุข หมายเลข CRPPHO 5/2562

การเก็บรวบรวมข้อมูล

งานวิจัยนี้มีการเตรียมล่ามผู้หญิง 1 คน มีคุณสมบัติสามารถฟังและพูดภาษาไทยและภาษาอาข่าได้ และผู้วิจัยมีการอบรมล่ามเกี่ยวกับการรักษาความลับและความเป็นส่วนตัวของผู้ให้ข้อมูล

เป็นการศึกษาเชิงคุณภาพ ผู้วิจัยเข้าถึงผู้ให้ข้อมูลทั้งในกลุ่มวัยรุ่นอาข่าที่ศึกษาอยู่ในระบบและนอกระบบฯ โดยผู้วิจัยประสานกับครูฝ่ายวิชาการเพื่อนัดหมายพบผู้ให้ข้อมูลที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์คัดเข้า จากนั้นผู้วิจัยพบผู้ให้ข้อมูลตามที่นัดหมาย แนะนำตัว แจ้งวัตถุประสงค์ ชี้แจงขั้นตอนการดำเนินการวิจัย การพิทักษ์สิทธิ์ให้ผู้ให้ข้อมูลอ่านเอกสารชี้แจงและหนังสือแสดงเจตนายินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย โดยให้เวลาในการอ่าน 10-15 นาที หลังจากผู้ให้ข้อมูลอ่านเสร็จให้เวลาในการซักถามข้อสงสัย และฝากเอกสารชี้แจงโครงการวิจัยและเอกสารยินยอมให้ผู้ให้ข้อมูลไปให้ผู้ปกครอง หลังจากได้รับเอกสารยินยอมจากผู้ให้ข้อมูลและผู้ปกครองของผู้ให้ข้อมูล ครูฝ่ายวิชาการโทรประสานกับผู้วิจัยให้ผู้วิจัยเข้าพบผู้ให้ข้อมูล

ผู้วิจัยเข้าพบผู้ให้ข้อมูล โดยผู้วิจัยเป็นผู้สัมภาษณ์ด้วยตนเองด้วยวิธีสัมภาษณ์เชิงลึกรายบุคคล (in-depths interviews) ตามแบบสัมภาษณ์แบบกึ่งโครงสร้างใช้เวลาประมาณ 45-60 นาที ผู้วิจัยสัมภาษณ์ในสถานที่ที่มีความเป็นส่วนตัวระหว่างผู้วิจัยและผู้ให้ข้อมูล ภาษาที่ใช้สื่อสารเป็นภาษาไทย ในกรณีที่ผู้ให้ข้อมูลไม่สามารถสื่อสารภาษาไทยได้จะมีล่ามช่วยในการสื่อสาร หลังจากสัมภาษณ์ผู้วิจัยสรุปใจความสำคัญแล้วให้ผู้ให้ข้อมูลตรวจสอบอีกครั้ง ผู้วิจัยสัมภาษณ์จนกระทั่งข้อมูลมีความอิ่มตัวและไม่ปรากฏข้อมูลใหม่ มีการสร้างความน่าเชื่อถือให้กับงานวิจัยโดยวิธีการบันทึกเทป การสัมภาษณ์และการถอดเทปแบบคำต่อคำ ประโยคต่อประโยค

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลโดยวิเคราะห์เนื้อหา (content analysis) ตามขั้นตอนของ Crabtree และ Miller[18] ดังนี้ คือ 1) ถอดความข้อมูลแบบคำต่อคำ 2) อ่านทำความเข้าใจข้อมูลที่ได้จากการถอดความ 3) นำข้อมูลที่ได้มาให้รหัสเบื้องต้น 4) จัดข้อมูลให้เป็นหมวดหมู่ 5) ตรวจสอบความสมบูรณ์ของข้อมูล 6) นำเสนอข้อมูลในรูปแบบการเปรียบเทียบข้อมูล 7) การสร้างและสรุปข้อมูล 8) การอธิบายสาเหตุและการเชื่อมโยงข้อมูล และ 9) วิเคราะห์ข้อมูล โดยนำข้อมูลมาหาข้อสรุปตามความเป็นจริงที่ปรากฏ และให้ครอบคลุมตามวัตถุประสงค์ที่ศึกษาวิจัยความน่าเชื่อถือของผลการศึกษา (trustworthiness) ประกอบด้วย 1) ผู้วิจัยเป็นเครื่องมือหลักในการวิจัย ซึ่งผู้วิจัยเป็นผู้ที่มีคุณสมบัติหรือประสบการณ์การทำวิจัยเชิงคุณภาพหรือการเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพ และผ่านการเรียนและอบรมการทำวิจัยเชิงคุณภาพ 2) ผู้วิจัยนำข้อมูลกลับไปให้ผู้ให้ข้อมูลตรวจสอบความถูกต้อง (member checking) และการนำข้อมูลและผลการวิเคราะห์ไปให้ผู้อื่นได้อ่านและถามข้อสงสัย (peer debriefing)

ผลการวิจัย

ข้อมูลส่วนบุคคล

ผู้ให้ข้อมูลเป็นนักเรียนวัยรุ่นกลุ่มชาติพันธุ์อาข่า จำนวน 42 คน เป็นชาย 22 คน หญิง 20 คน แบ่งเป็นการศึกษาในระบบและการศึกษานอกระบบฯ กลุ่มละ 21 คน เป็นชาย 11 คน หญิง 10 คน ผู้ให้ข้อมูลอยู่ในช่วงวัยรุ่นตอนปลาย อายุ 17-19 ปี ส่วนใหญ่เรียนอยู่ในระดับชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 5 หรือเทียบเท่าร้อยละ 52.4 รองลงมาเรียนอยู่ชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 6 หรือเทียบเท่าร้อยละ 28.6 ผู้ให้ข้อมูลที่อยู่ในการศึกษานอกระบบฯ เรียน และทำงานรับจ้างด้วยร้อยละ 23.8 แต่ในระบบการศึกษาเรียนอย่างเดียวร้อยละ 100 ผู้ให้ข้อมูลมากกว่าครึ่ง (ร้อยละ 52.4) มีรายได้ครอบครัวน้อยกว่าหรือเท่ากับ 5,000 บาทต่อเดือน รองลงมาร้อยละ 45.2 มีรายได้ครอบครัวอยู่ระหว่าง 5,000-10,000 บาทต่อเดือน

พฤติกรรมการมีเพศสัมพันธ์

ผู้ให้ข้อมูลร้อยละ 100 มีประสบการณ์การมีแฟน/คู่รัก ส่วนใหญ่ร้อยละ 71.4 มีอิสระในการมีแฟน/คู่รัก ร้อยละ 23.8 มีประสบการณ์การมีเพศสัมพันธ์ จำนวนผู้ให้ข้อมูลที่อยู่ในการศึกษานอกระบบฯ (คิดเป็นร้อยละ 28.6) มีประสบการณ์การมีเพศสัมพันธ์มากกว่าจำนวนผู้ให้ข้อมูลที่เรียนในระบบการศึกษา (ร้อยละ 19) ในภาพรวมร้อยละ 70 ของผู้ให้ข้อมูลที่มีประสบการณ์การมีเพศสัมพันธ์ มีเพศสัมพันธ์ครั้งแรกเมื่ออายุ 13-16 ปี และร้อยละ 30 เมื่ออายุน้อยกว่า 13 ปี ร้อยละ 50 ของผู้ให้ข้อมูลที่มีประสบการณ์การมีเพศสัมพันธ์ ไม่ใช้วิธีใดคุมกำเนิดใดๆ รองลงมาร้อยละ 30 ใช้วิธีการหลั่งภายนอก และร้อยละ 20 ใช้ถุงยางอนามัย

จากการสัมภาษณ์จากผู้ให้ข้อมูลเล่าว่า ตามบริบทของสังคมและวัฒนธรรมอาข่าเกี่ยวกับการมีคู่หรือการมีเพศสัมพันธ์จะมีเพศสัมพันธ์ได้เมื่อแต่งงานพร้อมอยู่ด้วยกัน มีแฟนได้แต่ห้ามมีเพศสัมพันธ์กัน ถ้ามีเพศสัมพันธ์กันแล้วผู้ใหญ่รู้จะต้องแต่งงานกัน ถ้าหากตั้งครรภ์จะให้ฝ่ายชายมาสู่ขอฝ่ายหญิงมาทำพิธีให้เรียบร้อยและให้อยู่ร่วมกัน สำหรับประเพณีที่ทำให้หนุ่มสาวมีโอกาสมาเจอกันพบรักกัน พอสรุปได้ 6 ประเพณี ได้แก่ 1) ประเพณีไข่แดง จัดช่วงเดือนมีนาคม-เมษายน มักจะจัดช่วงเดียวกับเทศกาลสงกรานต์ ประเพณีนี้ส่วนหนึ่งทำให้หนุ่มสาวได้มาเจอกัน จีบกัน และนำไข่แดงย้อมสีธรรมชาติมาให้คนที่ตนเองรัก 2) ประเพณีโล้ชิงช้า จัดช่วงเดือนธันวาคม เป็นประเพณีที่มีการเลี้ยงฉลอง การเต้นรำ และการละเล่นสนุกสนาน ทำให้มีโอกาสที่หนุ่มสาวได้มาเจอกัน ภายในงานมีกิจกรรมเต้น อาจเอาคู่ของตัวเองไปเต้นแล้วก็โล้ชิงช้า 3) ประเพณีกินข้าวใหม่ จัดช่วงฤดูกาลหลังเก็บเกี่ยวข้าวเสร็จ โดยแต่ละบ้านจะนำข้าวใหม่มารวมกันเป็นการเฉลิมฉลองการกินข้าวใหม่ร่วมกันซึ่งจัดทุกปีๆ ละครั้ง ประเพณีมีส่วนทำให้หนุ่มสาวเจอกันถ้าไปร่วม 4) ประเพณีชิมชา จัดช่วงฤดูหนาวจะมีนักท่องเที่ยวมาเที่ยว ทำให้มีโอกาสได้พบปะหนุ่มสาวหลากหลาย 5) ประเพณีลอยกระทง จัดช่วงเดือนพฤศจิกายนตอนกลางคืน ทำให้หนุ่มสาวได้เจอกันอาจจะพาคู่ของตนไปลอยกระทงร่วมกัน หรือพบเจอกับเพื่อนใหม่ และ 6) งานคริสต์มาส จัดในช่วงเดือนธันวาคม เป็นงานที่แสดงการขอบคุณต่อพระเจ้าที่สร้างโลกจัดขึ้นที่โบสถ์ตอนกลางคืน มีกิจกรรมร้องเพลง มีการแจกขนม และมีคนต่างหมู่บ้านมาเที่ยว ทำให้หนุ่มสาวได้พบกัน จากการเข้าร่วมประเพณีหรืองานดังกล่าวที่กล่าวมาข้างต้น เป็นประเพณีที่อยู่คู่กับชาวอาข่าล้วนแล้วแต่เป็นประเพณีที่ทำให้หนุ่มสาวได้พบปะกัน

การรับรู้การตั้งครรภ์ไม่พร้อมและการป้องกันการตั้งครรภ์ไม่พร้อม

ผู้ให้ข้อมูลได้ให้ข้อมูลเกี่ยวกับการรับรู้ของตนเองต่อเรื่องการตั้งครรภ์ไม่พร้อมและการป้องกัน ซึ่งสามารถแบ่งเป็นประเด็นหลักได้ 5 ประเด็น (ตารางที่ 2) ดังนี้

ตารางที่ 2 ประเด็นหลักและประเด็นย่อยของการรับรู้การตั้งครรภ์ไม่พร้อมและการป้องกันการตั้งครรภ์ไม่พร้อม

ประเด็นหลัก (theme)	ประเด็นย่อย (subtheme)
1. การตั้งครรภ์ไม่พร้อมเป็นปัญหาต่อตนเอง ครอบครัว และสังคม เป็นเหตุการณ์ที่ไม่ควรเกิดขึ้น	1.1 การตั้งครรภ์ไม่พร้อมเป็นปัญหาต่อตนเองในด้านการเรียน และด้านจิตใจ 1.2 การตั้งครรภ์ไม่พร้อมสร้างความยากลำบากเป็นภาระต่อตนเองและครอบครัว 1.3 การตั้งครรภ์ไม่พร้อมและสามีทอดทิ้ง เป็นปัญหาครอบครัว 1.4 การตั้งครรภ์ไม่พร้อมเป็นปัญหาสังคม
2. ความรู้เกี่ยวกับการตั้งครรภ์ไม่พร้อม และการป้องกันการตั้งครรภ์ไม่พร้อมที่ได้รับจากโรงเรียนครอบครัว ชุมชน และบุคลากรทางสุขภาพ	2.1 ความรู้เกี่ยวกับการตั้งครรภ์ไม่พร้อม และการป้องกันการตั้งครรภ์ไม่พร้อมที่ได้รับจากโรงเรียน 2.2 ความรู้เกี่ยวกับการตั้งครรภ์ไม่พร้อม และการป้องกันการตั้งครรภ์ไม่พร้อมที่ได้รับจากครอบครัว 2.3 ความรู้เกี่ยวกับการตั้งครรภ์ไม่พร้อม และการป้องกันการตั้งครรภ์ไม่พร้อมที่ได้รับจากชุมชน 2.4 ความรู้เกี่ยวกับการตั้งครรภ์ไม่พร้อม และการป้องกันการตั้งครรภ์ไม่พร้อมที่ได้รับจากบุคลากรทางสุขภาพ
3. การป้องกันการตั้งครรภ์ไม่พร้อมเป็นความท้าทาย	3.1 ความหมายของการตั้งครรภ์ไม่พร้อม 3.2 สาเหตุของการตั้งครรภ์ไม่พร้อม 3.3 วิธีป้องกันการตั้งครรภ์ไม่พร้อม และประสบการณ์การป้องกันการตั้งครรภ์ไม่พร้อม
4. ปัจจัยที่มีผลต่อการตั้งครรภ์ไม่พร้อม	4.1 ปัจจัยด้านบุคคล 4.2 ปัจจัยด้านมุมมองของครอบครัว 4.3 ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมที่โรงเรียนและเพื่อน 4.4 ปัจจัยด้านวัฒนธรรมและวิถีชีวิตในชุมชน
5. ความต้องการเสริมสร้างความรู้และบริการสุขภาพ เพื่อป้องกันการตั้งครรภ์ไม่พร้อม	5.1 ต้องการให้บุคลากรทางสุขภาพเข้ามาให้ความรู้และบริการสุขภาพเพื่อป้องกันการตั้งครรภ์ไม่พร้อมในชุมชน 5.2 ต้องการความรู้เพื่อป้องกันการตั้งครรภ์ไม่พร้อม จากแหล่งข้อมูลที่น่าเชื่อถือและเข้าถึงได้ง่าย

ประเด็นที่ 1 : การตั้งครรภ์ไม่พร้อมเป็นปัญหาต่อตนเอง ครอบครัว และสังคม เป็นเหตุการณ์ที่ไม่ควรเกิดขึ้น

ผู้ให้ข้อมูลที่อยู่ในการศึกษาในระบบ และการศึกษานอกระบบฯ ค่อนข้างมีทัศนคติเชิงลบต่อการตั้งครรภ์ไม่พร้อม โดยมองว่าการตั้งครรภ์ไม่พร้อมเป็นเหตุการณ์ที่ไม่พึงประสงค์ เป็นสิ่งที่ไม่ควรเกิดขึ้น พอสรุปได้ดังต่อไปนี้

1.1 การตั้งครรภ์ไม่พร้อมเป็นปัญหาต่อตนเองในด้านการเรียนและด้านจิตใจ

ด้านการเรียนทำให้สูญเสียอนาคต หมดโอกาสทางการศึกษา ดังคำกล่าวของผู้ให้ข้อมูล

ในกลุ่มการศึกษาในระบบฯ นักเรียนชาย

"ผมคิดว่า...การท้องไม่พร้อมไม่ดี เพราะทำให้เสียการเรียนครับพี่" (male04 formal education)

ในกลุ่มการศึกษานอกระบบฯ นักเรียนหญิง

"ไม่ดีค่ะ เพราะมันจะทำให้ตัดอนาคตเด็กคนหนึ่งกำลังท้องในวัยเรียน" (female10 non-formal education)

ด้านจิตใจทำให้ตนเองมีความวิตกกังวลจนถึงขั้นเสียสติ ดังการให้สัมภาษณ์ที่ว่า

"หนูรู้สึกไม่ดีถ้าเกิดขึ้นหนูคงคิดมาก และเสียสติไปเลย" (female08 formal education)

1.2 การตั้งครรภ์ไม่พร้อมสร้างความยากลำบากเป็นภาระต่อตนเองและครอบครัว

ดังคำกล่าวของผู้ให้ข้อมูล ในกลุ่มการศึกษานอกระบบฯ

"หนูว่ามันไม่ดีขนาดหนูเองยังรับผิดชอบตัวเองไม่ได้ แต่ถ้าเราท้องขึ้นมามันเป็นอีกภาระหนึ่งเพิ่มภาระอีกขั้นหนึ่ง ขนาดลำพังตัวเองก็ยังดูแลไม่ได้ค่ะ" (female08 non-formal education)

"....ไม่ดี เพราะว่าเพื่อนหนูเค้าก็เรียนอยู่แล้วก็ท้องในวัยเรียนแล้วก็ออก... มันลำบากเขาด้วยอย่างนี้ เพราะว่าตัวของเขายังดูตัวเองไม่ได้ เลี้ยงดูก็ไม่ค่อยเป็น เพราะยังเด็กอยู่ จะลำบากพ่อแม่อีก" (female06 non-formal education)

ในกลุ่มการศึกษาในระบบฯ รายหนึ่งเล่าว่า

"รู้สึกว่าการตั้งครรภ์ไม่พร้อมเป็นสิ่งที่ไม่ควรเกิดขึ้น เพราะจะทำให้เราลำบาก คนรอบข้างก็จะลำบากไปด้วยครับ"(male08 formal education)

1.3 การตั้งครรภ์ไม่พร้อมและสามีทอดทิ้ง เป็นปัญหาครอบครัว

ดังตัวอย่างการให้สัมภาษณ์ ในกลุ่มนอกระบบการศึกษารายหนึ่ง ซึ่งได้เห็นประสบการณ์จากเพื่อนที่ว่า

"...ตั้งแต่เค้ามีลูกสามีเค้าทิ้งสามีเค้าหย่า ทำความลำบากกับแม่เค้า แต่ว่าหนูก็ชวนเขามาเรียนที่นี่ แต่เค้าไม่มาเพราะว่าเค้าต้องเลี้ยงลูกอายุ 1 เดือน" (female06 non-formal education)

1.4 การตั้งครรภ์ไม่พร้อมเป็นปัญหาสังคม

ดังตัวอย่างการให้สัมภาษณ์ ในกลุ่มในระบบการศึกษารายหนึ่งที่ว่า

"ผมมองว่า...การท้องไม่พร้อมไม่ดี เพราะอาจจะทำให้มีปัญหาการทำแท้งหรือเด็กถูกทิ้ง เป็นปัญหาสังคมที่จะรับเด็กดูแลต่อครับ" (male02 formal education)

อย่างไรก็ตามมีบางคนที่รู้สึกเฉยๆ ต่อการตั้งครรภ์ไม่พร้อม ดังการให้สัมภาษณ์ที่ว่า

"รู้สึกเฉยๆ คนเราผิดพลาดกันได้" (male10 formal education)

ประเด็นที่ 2 : ความรู้เกี่ยวกับการตั้งครรภ์ไม่พร้อมและการป้องกันการตั้งครรภ์ไม่พร้อมที่ได้รับจากโรงเรียน ครอบครัว ชุมชน และบุคลากรทางสุขภาพ

ผู้ให้ข้อมูลได้เรียนรู้การป้องกันการตั้งครรภ์ไม่พร้อมจากโรงเรียน ครอบครัว และชุมชน เพื่อไม่ให้การตั้งครรภ์ไม่พร้อมเกิดขึ้น ส่วนใหญ่ผู้ให้ข้อมูลได้รับความรู้จากทางโรงเรียน แต่จากครอบครัวและชุมชนยังค่อนข้างน้อย ดังนี้

2.1 ความรู้เกี่ยวกับการตั้งครรภ์ไม่พร้อมและการป้องกันการตั้งครรภ์ไม่พร้อมที่ได้รับจากโรงเรียน

ปัญหาการสอนเกี่ยวกับการป้องกันการตั้งครรภ์ไม่พร้อมในโรงเรียน คือ ความรู้ที่ได้รับไม่เพียงพอ

"ผมคิดว่ามันไม่พอครับ มันน้อยเกินไปที่พวกผมควรจะรู้" (male08 formal education)

สำหรับกลุ่มการศึกษานอกระบบฯ

"กศน.ไม่ได้สอนในเรื่องสุขภาพทางเพศ และการป้องกันท้องครับ จะสอนการสร้างอาชีพครับ ถ้าผมมีปัญหาผมจะ

ถามเพื่อน และหาข้อมูลจากอินเทอร์เน็ตครับ" (male08 non-formal education)

2.2 ความรู้เกี่ยวกับการตั้งครรภ์ไม่พร้อมและการป้องกันการตั้งครรภ์ไม่พร้อมที่ได้รับจากครอบครัว

ผู้ให้ข้อมูลเกือบครึ่งไม่ได้รับการสอนจากครอบครัว ดังการให้ข้อมูลที่ว่า

"ครอบครัวไม่สอน เพราะไม่ให้มีเพศสัมพันธ์ ให้เรียนรู้สืบค้นเอง" (female05 formal education)

"ครอบครัวหนูไม่สอนค่ะ บ้านหนูไม่ค่อยคุยเรื่องเพศ เรื่องการตั้งครรภ์และการป้องกันตั้งครรภ์ เรื่องเพศเป็นเรื่องส่วนตัว เป็นเรื่องต้องห้าม และหนูก็ไม่กล้าถามพ่อกับแม่เรื่องนี้ ครอบครัวจึงไม่คุยกันเรื่องนี้ค่ะ" (female03 formal education)

2.3 ความรู้เกี่ยวกับการตั้งครรภ์ไม่พร้อมและการป้องกันการตั้งครรภ์ไม่พร้อมที่ได้รับจากชุมชน

ผู้ให้ข้อมูลมากกว่าครึ่งไม่ได้รับการสอนเกี่ยวกับการป้องกันการตั้งครรภ์ไม่พร้อมจากชุมชน ดังการให้ข้อมูลที่ว่า

"ที่หมู่บ้านไม่มีการรวมตัว ถึงมีการรวมตัวก็ไม่ได้พูดเรื่องแบบนี้ค่ะ ไม่เปิดกว้างเรื่องนี้มั้งคะ" (female03 formal education)

"ไม่มีการสอนครับ เพราะในหมู่บ้านก็อยู่ใครอยู่มันแต่ในที่ประชุมก็จะพูดเกี่ยวกับการพัฒนาหมู่บ้าน" (male08 formal education)

2.4 ความรู้เกี่ยวกับการตั้งครรภ์ไม่พร้อมและการป้องกันการตั้งครรภ์ไม่พร้อมที่ได้รับจากทางบุคลากรทางสุขภาพ

มีบุคลากรทางสุขภาพเข้ามาให้ความรู้ในหมู่บ้านในเรื่องอื่น

"เจ้าหน้าที่สุขภาพจะมาให้ความรู้เรื่องโรคเบาหวาน โรคความดันโลหิต แต่เรื่องการป้องกันตั้งครรภ์ไม่พร้อมไม่ค่อยมีเข้ามาครับ ผมจะได้ความรู้จากครูครับ" (male08 formal education)

ประเด็นที่ 3 : การป้องกันการตั้งครรภ์ไม่พร้อมเป็นความท้าทาย

ผู้ให้ข้อมูลค่อนข้างอธิบายความหมาย สาเหตุ และการป้องกันการตั้งครรภ์ไม่พร้อมได้ ดังนี้

3.1 ความหมายของการตั้งครรภ์ไม่พร้อม

ผู้ให้ข้อมูลกลุ่มการศึกษาในระบบ อธิบายการตั้งครรภ์ไม่พร้อม หมายถึง *"การตั้งครรภ์ในวัยก่อนเรียน วัยเรียน วัยก่อนแต่งงาน เป็นการตั้งครรภ์ที่ไม่พร้อมในด้านร่างกาย การเงิน และการศึกษา เกิดขึ้นโดยไม่ได้ตั้งใจ"* สำหรับผู้ให้ข้อมูลกลุ่มการศึกษานอกระบบฯ อธิบายการตั้งครรภ์ไม่พร้อมหมายถึง *"การตั้งครรภ์ในวัยที่ยังไม่ถึงเวลา วัยไม่พร้อมจะใช้ชีวิตคู่ เลี้ยงดูบุตรด้วยตนเองยังไม่ได้ เกิดขึ้นจากการไม่ป้องกันและการรู้เท่าไม่ถึงการณ์"*

3.2 สาเหตุของการตั้งครรภ์ไม่พร้อม

ผู้ให้ข้อมูลกลุ่มการศึกษาในระบบ อธิบายสาเหตุของการตั้งครรภ์ไม่พร้อม เกิดจากการมีเพศสัมพันธ์โดยไม่ป้องกัน ไม่ระมัดระวัง ไม่สวมถุงยางอนามัย สำหรับผู้ให้ข้อมูลกลุ่มการศึกษานอกระบบฯ อธิบายสาเหตุของการตั้งครรภ์ไม่พร้อมเกิดจากการปล่อยตัว ไม่ดูแลตนเอง ไม่ได้ใส่ถุงยางอนามัยป้องกัน

3.3 วิธีป้องกันการตั้งครรภ์ไม่พร้อมและประสบการณ์การป้องกันการตั้งครรภ์ไม่พร้อม

ผู้ให้ข้อมูลระบุการป้องกันการตั้งครรภ์ไม่พร้อม สรุปได้ 4 วิธี ดังนี้

1) การหลีกเลี่ยงการมีเพศสัมพันธ์ *"ผมกับแฟนเลี่ยงที่จะไม่มีเพศสัมพันธ์กัน เพราะกลัวท้อง"* (male04 formal education)

2) การใช้ถุงยางอนามัย *"ก่อนที่จะมีเพศสัมพันธ์ก็สวมถุงยางอนามัยก่อนที่จะมีเพศสัมพันธ์ทุกครั้งครับ"* (male02 formal education)

3) การใช้ยาคุมกำเนิด "หนูกินยาคุม แผง 21 เม็ดทุกเดือน กินคุมไว้ไม่ให้ท้อง" (female02 formal education) และ

4) การหลั่งภายนอก *"ผมใช้วิธีปล่อยข้างนอกกับแฟน"* (male01 non-formal education)

อย่างไรก็ตาม แม้ว่าผู้ให้ข้อมูลจะพออธิบายความรู้เกี่ยวกับความหมาย สาเหตุ และวิธีป้องกันการตั้งครรภ์ไม่พร้อมได้ แต่ผู้ให้ข้อมูลมองว่าสถานการณ์การตั้งครรภ์ไม่พร้อมเป็นเรื่องยากและท้าทายที่ทุกคนจะสามารถป้องกันได้ ดังการให้ข้อมูลที่ว่า

"หนูคิดว่ามันยากมากที่พวกเราจะป้องกันไม่ให้ท้องได้ เรามีแฟนรักกันมาก เรียนที่เดียวกัน มาพักอยู่หอพักเดียวกัน และเราก็ไม่รู้วิธีป้องกันทั้งหมด เพื่อนหนูก็ท้องไปแล้ว" (female09 non-formal education)

ประเด็นที่ 4 : ปัจจัยที่มีผลต่อการตั้งครรภ์ไม่พร้อม

ผู้ให้ข้อมูลอธิบายปัจจัยที่มีผลต่อการตั้งครรภ์ไม่พร้อม ประกอบด้วย ปัจจัยด้านบุคคล ปัจจัยด้านมุมมองของครอบครัว ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมที่โรงเรียนและเพื่อน และปัจจัยด้านวัฒนธรรมและวิถีชีวิตในชุมชน ดังนี้

4.1 ปัจจัยด้านบุคคล ได้แก่

1) การขาดความยับยั้งชั่งใจในตนเอง ยกตัวอย่างการให้ข้อมูล

"บางครั้งผมก็ควบคุมอารมณ์ตนเองไม่อยู่ครับ เวลาอยู่กับแฟนสองคนก็จะเผลอมีอะไรกันไปโดยไม่ได้ป้องกัน มันเป็นอารมณ์ชั่ววูบไม่ได้คิด มาคิดได้อีกทีทีหลัง" (male09 formal education)

2) ความอยากรู้อยากลอง ยกตัวอย่าง *"ผมกับเพื่อนก็อยากรู้อยากลองทำกับแฟนเวลาไปเที่ยวกับกลุ่มเพื่อนครับ"* (male01 non-formal education)

3) การขาดความระมัดระวังตนเอง มีเพศสัมพันธ์ไม่ปลอดภัย ไม่ป้องกันตนเอง เช่น ไม่สวมถุงยางอนามัยหรือไม่ใช้วิธีคุมกำเนิดใดๆ ดังคำกล่าวของผู้ให้ข้อมูล

"บางครั้งหนูกับแฟนไม่ทันได้ระวัง ไม่ได้สวมถุงยางอนามัย และหนูก็ไม่ได้กินยาคุมเพราะเห็นเพื่อนกินแล้วอ้วนและเป็นสิว" (female01 non-formal education)

4) การไม่รู้วิธีป้องกันตนเอง ยกตัวอย่าง

"หนูไม่รู้ค่ะว่าจะป้องกันตนเองไม่ให้ท้องอย่างไร เมื่อมีความสัมพันธ์กับแฟนก็ปล่อยเลยตามเลย..." (female04 non-formal education)

4.2 ปัจจัยด้านมุมมองของครอบครัว ผู้ให้ข้อมูลส่วนมากมีอิสระในการมีแฟน ครอบครัวไม่ได้ห้ามในการมีแฟน โดยจำนวนผู้ให้ข้อมูลที่อยู่ในการศึกษานอกระบบฯ มีอิสระในการมีแฟนมากกว่าจำนวนผู้ให้ข้อมูลอยู่ในการศึกษาในระบบ ยกตัวอย่าง

"พ่อแม่อนุญาตให้มีคู่ ตอนไหนก็ได้ มีอิสระในการมีคู่ พ่อแม่ไม่ได้ห้าม" (male03 formal education)

"ไปเที่ยวได้ มีแฟนได้ บอกพ่อแม่รู้ก็ไม่มีปัญหา" (female07 formal education)

4.3 ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมที่โรงเรียนและเพื่อน ได้แก่ การเรียนที่เดียวกัน หรืออยู่หอพักรวมกัน ยกตัวอย่าง

"อยู่โรงเรียนเดียวกันเรียนด้วยกัน ก็มีโอกาสที่ผมกับแฟนก็จะสานต่อความสัมพันธ์ในเรื่องแบบนั้นต่อ" (male09 formal education)

"ผมมาเรียนโรงเรียนการศึกษานอกระบบในเมืองอย่างว่าต้องอยู่ไกลพ่อไกลแม่ มาเช่าหอพักรวมบางครั้งนัดเพื่อนและแฟนมาที่หอ บางครั้งก็นัดแฟนก็จะมานอนด้วยทำให้มีอะไรกัน ห้ามใจไม่ได้ครับ" (male09 non-formal education)

4.4 ปัจจัยด้านวัฒนธรรมและวิถีชีวิตในชุมชน ชาวอาข่ามีประเพณีที่จัดขึ้นเกือบตลอดทั้งปี มีประเพณีที่ทำให้หนุ่มสาวได้มีโอกาสมาเจอกันพบรักกัน เช่น ประเพณีไข่แดง ประเพณีโล้ชิงช้า ประเพณีกินข้าวใหม่ ประเพณีชิมชา ประเพณีลอยกระทง และงานคริสต์มาส ดังรายงานไว้ข้างต้น ผู้ให้ข้อมูลเล่าว่า

"หลังจากเข้าร่วมงานประเพณีแล้ว อาจจะมีนัดกับแฟนไปต่อ และมีโอกาสที่จะมีอะไรกันได้" (male01 non-formal education)

ประเด็นที่ 5 : ความต้องการเสริมสร้างความรู้และบริการสุขภาพเพื่อป้องกันการตั้งครรภ์ไม่พร้อม

ผู้ให้ข้อมูลต้องการได้รับความรู้และการบริการสุขภาพเพื่อป้องกันการตั้งครรภ์ไม่พร้อมจากบุคลากรทางสุขภาพให้เข้ามาสอนและให้บริการสุขภาพในชุมชน และต้องการความรู้จากแหล่งข้อมูลที่น่าเชื่อถือและเข้าถึงได้ง่าย เนื่องจากอยู่ไกลจากแหล่งบริการทางสุขภาพ ดังนี้

5.1 ต้องการให้บุคลากรทางสุขภาพเข้ามาให้ความรู้และบริการสุขภาพเพื่อป้องกันการตั้งครรภ์ไม่พร้อมในชุมชน ผู้ให้ข้อมูลต้องการได้รับความรู้จากบุคลากรทางสุขภาพเข้ามาสอนในชุมชน

"อยากให้มีการจัดอบรมมีการสอนที่หมู่บ้าน" (female02 formal education)

"อยากให้หมอมาสอนในชุมชนครับว่า วิธีการป้องกันและวิธีการหลีกเลี่ยงทำยังไง" (male08 formal education)

ผู้ให้ข้อมูลต้องการให้เจ้าหน้าที่สาธารณสุขเข้ามาให้บริการสุขภาพในชุมชน

"หนูอยากถามหมอเวลาหนูหรือเพื่อนมีปัญหา... โทรไปโรงพยาบาลก็ไม่รู้จะโทรไปเบอร์ไหน ต้องการคำแนะนำจากหมอ อยากให้หมอตอบคำถามได้ตลอดเวลาก็น่าจะดี" (female02 formal education)

5.2 ต้องการความรู้เพื่อป้องกันการตั้งครรภ์ไม่พร้อมจากแหล่งข้อมูลที่น่าเชื่อถือและเข้าถึงได้ง่าย โดยจากการสอบถามประสบการณ์การใช้เทคโนโลยีเสริมสร้างความรู้เกี่ยวกับการตั้งครรภ์ไม่พร้อม และความต้องการที่อยากได้ พบว่าส่วนใหญ่ไม่เคยใช้ ปัญหาที่พบ

"เวลาจะหาอะไรก็ไปหาที่ google ครับ มันจะมีข้อมูลที่ใช่และไม่ใช่ครับ" (male09 formal education)

สำหรับความต้องการที่อยากได้ ผู้ให้ข้อมูลต้องการสื่อการสอนออนไลน์หรือแอปพลิเคชันเสริมสร้างความรู้และบริการสุขภาพเพื่อป้องกันการตั้งครรภ์ไม่พร้อม

"อยากได้เทคโนโลยีที่ให้ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับเพศศึกษาการติดเชื้อการป้องกันครบในแอปพลิเคชันเดียว" (male09 formal education)

และต้องการให้เสนอด้วยรูปภาพ รูปการ์ตูน หรือวิดีโอตัวหนังสือไม่เยอะ ดังการให้ข้อมูลที่ว่า

"รูปการ์ตูนน่ารักๆ ให้ดูแล้วรู้เรื่องเลยไม่ต้องบรรยายเพราะอ่านและเข้าใจยาก" (female03 formal education)

และส่วนใหญ่อยากให้ภาษาตอนแสดงผลเป็นภาษาไทยตอนฟังเสียงอยากให้เป็นภาษาอาข่า และตอนพิมพ์เข้าไปอยากให้เป็นภาษาไทย ดังการให้ข้อมูลที่ว่า

"อยากให้มีพอกดเข้าไปอยากให้มีเสียงพูดเป็นภาษาอาข่า บางทีเราเป็นล่ามให้พ่อแม่ฟัง พ่อแม่จะได้รู้เรื่อง" (male07 formal education)

การอภิปรายผล

การอภิปรายผลการรับรู้การตั้งครรภ์ไม่พร้อมและการป้องกันการตั้งครรภ์ไม่พร้อมในวัยรุ่นกลุ่มชาติพันธุ์อาข่า ตามประเด็นที่พบ

ประเด็นที่ 1 : การตั้งครรภ์ไม่พร้อมเป็นปัญหาต่อตนเอง ครอบครัว และสังคม เป็นเหตุการณ์ที่ไม่ควรเกิดขึ้น อธิบายได้ว่าผู้ให้ข้อมูลได้รับความรู้เกี่ยวกับการตั้งครรภ์ไม่พร้อมจากทางโรงเรียน ครอบครัว ชุมชน หรือจากอินเทอร์เน็ตจึงทำให้ค่อนข้างมีทัศนคติต่อการตั้งครรภ์ไม่พร้อมในเชิงลบ และการที่ผู้ให้ข้อมูลส่วนใหญ่มองว่าการตั้งครรภ์ไม่พร้อมเป็นปัญหาส่งผลกระทบต่อตนเองเป็นหลัก อาจเนื่องจากผู้ให้ข้อมูลอยู่ในช่วงวัยรุ่น ซึ่งเป็นวัยที่จะคิดถึงแต่ตนเอง ยึดตัวเองเป็นศูนย์กลาง[19] ประกอบกับปัจจุบันผู้ให้ข้อมูลทุกคนกำลังเรียนหนังสือในโรงเรียน และได้เห็นประสบการณ์การตั้งครรภ์ไม่พร้อมจากเพื่อน จึงทำให้ผู้ให้ข้อมูลมองว่าการตั้งครรภ์ไม่พร้อมส่งผลต่อการเรียนหมดอนาคตในการศึกษาต่อ สอดคล้องกับ

การศึกษาที่พบว่า นักเรียนที่ตั้งครรภ์ไม่พร้อมร้อยละ 43 ลาออกจากโรงเรียน และร้อยละ 37 ไปเรียนที่โรงเรียนใหม่[20] และจากการที่ผู้ให้ข้อมูลมองว่าการตั้งครรรภ์ไม่พร้อมเป็นภาระต่อตนเองและครอบครัว อาจเนื่องมาจากปัจจุบันผู้ให้ข้อมูลทุกคนยังเรียนหนังสืออยู่ สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่าการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นเป็นภาระต่อตนเองและครอบครัว เพราะยังเรียนไม่จบ[21] จากการที่ครอบครัวและชุมชน โดยเฉพาะอย่างยิ่งพ่อแม่หรือสามีไม่ยอมรับการตั้งครรภ์ จึงทำให้ผู้ให้ข้อมูลมองว่าตั้งครรภ์ไม่พร้อมส่งผลต่อสภาพจิตใจของตน สอดคล้องกับการศึกษางานวิจัยเชิงคุณภาพที่พบว่า การตั้งครรภ์ไม่พร้อมในวัยรุ่นทำให้วัยรุ่นมีปัญหาต่อสุขภาพจิต เช่น ภาวะเครียด วิตกกังวล หรือซึมเศร้า[4] และการที่ผู้ให้ข้อมูลมองว่าการตั้งครรภ์ไม่พร้อมเป็นปัญหาต่อสังคม เนื่องมาจากผู้ให้ข้อมูลรับรู้ว่าหากเกิดการตั้งครรภ์ไม่พร้อมอาจนำมาซึ่งการทำแท้งหรือการทอดทิ้งทารก ซึ่งหากเกิดการทอดทิ้งทารกจะสร้างภาระต่อสังคมโดยเฉพาะหน่วยงานที่มีบทบาทในการรับดูแลทารกที่ถูกทอดทิ้งที่จะต้องดูแลทารกเหล่านี้ต่อไป

ประเด็นที่ 2 : การได้รับความรู้เกี่ยวกับการตั้งครรภ์ไม่พร้อมและการป้องกันการตั้งครรภ์ไม่พร้อมจากโรงเรียน ครอบครัว ชุมชน และบุคลากรทางสุขภาพ ผู้ให้ข้อมูลที่เรียนในระบบได้รับการเรียนรู้เรื่องการตั้งครรภ์ไม่พร้อมจากที่โรงเรียน ซึ่งจะมีการสอนในเรื่องดังกล่าว แต่สำหรับการศึกษานอกระบบฯ ไม่ได้สอนในเรื่องนี้ แต่จะสอนในเรื่องการสร้างอาชีพเป็นส่วนใหญ่ อย่างไรก็ตามผู้ให้ข้อมูลก็ได้รับการสอนจากครอบครัว จึงทำให้พอรู้ในเรื่องดังกล่าว โดยเฉพาะการสอนลูกผู้ชายให้มีความรับผิดชอบ ป้องกันตนเองไม่ให้ฝ่ายหญิงท้อง แต่สำหรับบางคนไม่ได้รับคำแนะนำเรื่องเพศจากครอบครัว เนื่องมาจากบางคนรู้สึกอาย ไม่กล้าคุยเรื่องเพศกับพ่อแม่ และบางครอบครัวมองว่าเรื่องเพศเป็นเรื่องส่วนตัว เป็นเรื่องต้องห้าม สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่า วัยรุ่นส่วนใหญ่มักจะอายไม่กล้าปรึกษาปัญหาเรื่องเพศกับครอบครัว และครอบครัวก็ไม่มีการสื่อสารเรื่องเพศกับลูก เพราะมีมุมมองต่อการสื่อสารเรื่องเพศกับลูกว่าเป็นการชี้นำให้ลูกมีเพศสัมพันธ์ก่อนวัยอันควร[11,16] แต่สำหรับการได้รับความรู้ในเรื่องนี้จากชุมชนและจากบุคลากรทางสุขภาพ ผู้ให้ข้อมูลเล่าว่ายังได้รับความรู้ค่อนข้างน้อย เพราะเจ้าหน้าที่สาธารณสุขจะเข้ามาสอนในเรื่องโรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง ประกอบผู้ให้ข้อมูลกำลังเรียนหนังสือ บางครั้งถ้าเจ้าหน้าที่สาธารณสุขมาสอนอาจไม่ได้เข้าร่วม

ประเด็นที่ 3 : การป้องกันการตั้งครรภ์ไม่พร้อมเป็นความท้าทาย อธิบายได้ว่า เนื่องจากผู้ให้ข้อมูลมีประสบการณ์ในการมีแฟนทุกคน และบางคนเรียนอยู่โรงเรียนเดียวกัน พักอยู่หอรวม การหักห้ามใจไม่ให้มีเพศสัมพันธ์กัน จึงเป็นเรื่องที่ยาก และเนื่องด้วยพัฒนาการตามวัยของวัยรุ่นอาข่าที่กำลังอยู่ช่วงวัยรุ่นซึ่งมีการเปลี่ยนแปลงของฮอร์โมน มีแรงขับทางเพศสูง[19] ประกอบกับมีปัจจัยแวดล้อมที่เอื้อต่อการมีเพศสัมพันธ์ที่ไม่ปลอดภัย จึงทำให้ผู้ให้ข้อมูลรับรู้ว่าการป้องกันการตั้งครรภ์ไม่พร้อมเป็นความท้าทาย

ประเด็นที่ 4 : ปัจจัยที่มีผลต่อการตั้งครรภ์ไม่พร้อมในวัยรุ่นอาข่า มีหลายปัจจัย ได้แก่

1. ปัจจัยด้านบุคคล เช่น 1) การขาดความยับยั้งชั่งใจในตนเอง ควบคุมตนเองในด้านอารมณ์และพฤติกรรมไม่ได้ ทำให้หลงผิดหรือทำผิดพลาด 2) ความอยากรู้อยากลอง 3) การขาดความระมัดระวังตนเอง มีเพศสัมพันธ์ไม่ปลอดภัย ไม่ป้องกันตนเอง เช่น ไม่สวมถุงยางอนามัยหรือไม่ใช่วิธีคุมกำเนิดใดๆ 4) การไม่รู้วิธีป้องกันตนเอง อธิบายได้ว่า ผู้ให้ข้อมูลทั้งหมดอยู่ในช่วงวัยรุ่นตอนปลาย อายุอยู่ระหว่าง 17-19 ปี วัยนี้โดยธรรมชาติมักจะมีความอยากรู้อยากลอง[20] และในการศึกษานี้พบว่าวัยรุ่นส่วนหนึ่งมีเพศสัมพันธ์ที่ไม่ปลอดภัย ไม่ได้ป้องกันตนเอง เช่น ไม่ได้ใช้ถุงยางอนามัยขณะมีเพศสัมพันธ์

เนื่องจากไม่สะดวกใจที่จะใช้ เพราะรู้สึกขัดขวางความรู้สึกทางเพศ หรือในขณะที่จะมีเพศสัมพันธ์ไม่ได้เตรียมหรือพกถุงยางอนามัยไว้พร้อมใช้ วัยรุ่นบางรายมีความรู้เกี่ยวกับการป้องกันการตั้งครรภ์ที่ไม่เพียงพอ เข้าใจผิดคิดว่าการหลั่งภายนอกสามารถป้องกันการตั้งครรภ์ได้ บางรายกลัวการใช้ยาคุมกำเนิดเนื่องจากได้เห็นประสบการณ์จากเพื่อนที่ได้รับผลข้างเคียงจากการใช้ยาคุมกำเนิด เช่น มีรูปร่างอ้วน หรือเป็นสิว ตนเองจึงไม่อยากมีรูปร่างอ้วน หรือเป็นสิวเหมือนเพื่อน อาจเนื่องมาผู้ให้ข้อมูลเป็นวัยรุ่นกำลังอยู่ในช่วงวัยที่สนใจในตัวเอง เป็นห่วงรูปลักษณ์ของตนเอง และเป็นวัยที่กำลังรักสวย รักงาม[19] และบางรายไม่รู้วิธีป้องกันการตั้งครรภ์ สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่า วัยรุ่นมีความตระหนักต่อความเสี่ยงในการตั้งครรภ์ต่ำ ยากที่จะมีเพศสัมพันธ์ที่ปลอดภัย ประกอบกับการไม่มีความรู้หรือมีความรู้น้อยเกี่ยวกับวิธีป้องกันการตั้งครรภ์จึงไม่ได้นำวิธีป้องกันการตั้งครรภ์ไปใช้[22]

2. ปัจจัยด้านมุมมองของครอบครัว ผลการศึกษาพบว่า วัยรุ่นอาข่ารับรู้ว่าครอบครัวให้อิสระตนในการมีแฟน และไม่ได้ห้ามในการมีแฟน สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่า ผู้ปกครองของนักเรียนวัยรุ่นส่วนใหญ่ยอมรับการคบเพื่อนต่างเพศในวัยรุ่น[23]

3. ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมที่โรงเรียนและเพื่อน เช่น การเรียนที่เดียวกันหรือการมาอยู่หอพักรวม อธิบายได้ว่า ผู้ให้ข้อมูลทุกคนกำลังเรียนหนังสืออยู่และมีแฟนทุกคน บางคนมีแฟนเรียนอยู่โรงเรียนเดียวกันหรือพักหอพักรวมด้วยกัน โดยเฉพาะผู้ให้ข้อมูลที่มาเรียนนอกระบบการศึกษาฯ ในเมือง ซึ่งอยู่ไกลห่างจากครอบครัว จึงมีโอกาสที่จะมีเพศสัมพันธ์กับแฟน และ

4. ปัจจัยด้านวัฒนธรรมและวิถีชีวิตในชุมชน เนื่องจากชาวอาข่ามีประเพณีที่จัดขึ้นเกือบตลอดทั้งปี ทำให้หนุ่มสาวได้มีโอกาสมาเจอกัน พบรักกัน หลังเข้าร่วมงานอาจมีโอกาสนัดกันไปต่อ และมีโอกาสที่จะมีเพศสัมพันธ์กันได้

ประเด็นที่ 5 : ความต้องการเสริมสร้างความรู้และบริการสุขภาพเพื่อป้องกันการตั้งครรภ์ไม่พร้อม อธิบายได้ว่า แม้ว่าผู้ให้ข้อมูลจะได้รับความรู้เรื่องการป้องกันการตั้งครรภ์ไม่พร้อมจากทางโรงเรียน แต่การจัดการเรียนการสอนในโรงเรียนจะเน้นสอนตามหนังสือ เน้นการบรรยาย ทำให้กลุ่มบางคนไม่เห็นภาพและไม่เข้าใจ ไม่สามารถนำไปปฏิบัติใช้ในชีวิตจริงได้ สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่าครูส่วนใหญ่สอนเพศวิถีศึกษาแบบบรรยาย ไม่เปิดโอกาสให้ผู้เรียนได้คิด วิเคราะห์ และตั้งคำถาม จึงทำให้นักเรียนบางคนยังขาดความเข้าใจและความตระหนักเกี่ยวกับการคุมกำเนิด[24] สำหรับการได้รับการสอนจากทางครอบครัว บางครอบครัวก็ไม่ได้สอนในเรื่องดังกล่าว เพราะมองว่าเป็นเรื่องน่าอาย ทำให้บางคนไปหาข้อมูลจากทางอินเทอร์เน็ต ซึ่งก็ไม่แน่ใจว่าข้อมูลที่ได้รับมีความถูกต้องน่าเชื่อถือหรือไม่ อนึ่งในชุมชน ผู้ให้ข้อมูลเล่าว่าในชุมชนไม่ค่อยมีเจ้าหน้าที่สาธารณสุขไปให้ความรู้ในเรื่องดังกล่าว อาจเนื่องมาจากชุมชนอยู่ห่างไกลหรือเนื่องจากผู้ให้ข้อมูลทุกคนกำลังเรียนหนังสือ บางครั้งไม่ได้เข้าไปรับความรู้ในชุมชน เพราะส่วนใหญ่เจ้าหน้าที่สาธารณสุขก็จะมาสอนเกี่ยวกับโรคที่พบในผู้ใหญ่ ซึ่งผู้ที่ไปเข้าร่วมรับฟังก็เป็นรุ่นพ่อแม่ผู้ปกครอง จึงทำให้ผู้ให้ข้อมูลต้องการเสริมสร้างความรู้ และบริการสุขภาพในด้านการให้คำปรึกษา การแจกถุงยางอนามัยหรือการแจกยาคุมกำเนิด เพื่อป้องกันการตั้งครรภ์ไม่พร้อมจากบุคลากรสุขภาพให้เข้ามาในชุมชนหรือในโรงเรียน นอกจากนี้ เมื่อผู้ให้ข้อมูลประสบปัญหาจะสืบค้นหาจากอินเทอร์เน็ต เพราะไม่กล้าถามจากพ่อแม่หรือคนในครอบครัวโดยตรง ซึ่งไม่แน่ใจว่าข้อมูลที่ได้รับจากอินเทอร์เน็ตจะถูกต้องหรือไม่ จึงทำให้ผู้ให้ข้อมูลต้องการสื่อการสอนที่น่าเชื่อถือและเข้าถึงได้ง่าย โดยต้องการสื่อการสอนออนไลน์หรือแอปพลิเคชันเสริมสร้างความรู้และบริการสุขภาพเพื่อป้องกันการตั้งครรภ์ไม่พร้อมจากบุคลากรสุขภาพ เพราะสามารถเปิดเข้าศึกษาความรู้ได้ทุกที่ ทุกเวลา โดยมีคุณสมบัติความรู้ครบถ้วน

ให้คำตอบในสิ่งที่อยากรู้ นำเสนอด้วยรูปภาพ รูปการ์ตูน หรือวิดีโอ ตัวหนังสือไม่เยอะ เสียงภาษาอาข่า ใช้งานง่าย ไม่มีค่าใช้จ่าย และมีการแจ้งเตือนการรับประทานยาคุมกำเนิดหรือการใช้ถุงยางอนามัย

สรุปและข้อเสนอแนะ

วัยรุ่นกลุ่มชาติพันธุ์อาข่ามีมุมมองต่อการตั้งครรภ์ไม่พร้อมเป็นไปในเชิงลบต่อตนเอง เช่น ทำให้สูญเสียอนาคต หมดโอกาสทางการศึกษา สร้างความยากลำบากเป็นภาระต่อตนเองและครอบครัวที่ต้องเลี้ยงดูทารกเพราะตนเองกำลังเรียนอยู่ บางรายมีปัญหาครอบครัว ถูกสามีทิ้ง และบางรายอาจตัดสินใจทำแท้งหรือทอดทิ้งทารกให้เป็นภาระของสังคมเลี้ยงดู การตั้งครรภ์ไม่พร้อมจึงเป็นเหตุการณ์ที่ไม่ควรเกิดขึ้นกับตนเอง อย่างไรก็ตามการป้องกันการตั้งครรภ์ไม่พร้อมเป็นความท้าทายเนื่องด้วยช่วงวัยที่กำลังอยู่ในช่วงวัยรุ่น ประกอบกับทุกคนมีแฟนหรือคนรัก และกำลังเรียนหนังสืออยู่ทั้งหมด การหักห้ามใจที่จะไม่ให้มีเพศสัมพันธ์กันเป็นเรื่องที่ยาก เพราะบางคู่เรียนอยู่โรงเรียนเดียวกัน พักหอพักเดียวกัน และบางรายมีทัศนคติไม่ดีต่อวิธีการป้องกันการตั้งครรภ์ เช่น การใช้ถุงยางอนามัย โดยเฉพาะผู้ชายมองว่าไม่สะดวกใจที่จะใช้ถุงยางอนามัย เพราะขัดขวางความรู้สึกทางเพศ สำหรับผู้หญิงมีทัศนคติต่อการใช้ยาคุมกำเนิดที่ไม่ดีจากการที่ได้เห็นประสบการณ์จากเพื่อน เช่น ทำให้รูปร่างอ้วน เป็นสิว ดังนั้นจึงเลือกที่จะไม่ใช้ยาคุมกำเนิด นอกจากนี้บางคู่ก็ไม่ได้เตรียมถุงยางอนามัยไว้พร้อมใช้จึงเลือกใช้วิธีการหลั่งภายนอก ซึ่งมีโอกาสที่จะตั้งครรภ์ได้ นอกจากนี้ส่วนใหญ่มักจะได้เรียนรู้การตั้งครรภ์ไม่พร้อมและวิธีป้องกันจากโรงเรียน แต่จากชุมชนและจากบุคลากรทางสุขภาพค่อนข้างน้อย ทำให้วัยรุ่นกลุ่มชาติพันธุ์อาข่าต้องการได้รับการเสริมสร้างความรู้และบริการสุขภาพ เพื่อป้องกันการตั้งครรภ์ไม่พร้อมจากบุคลากรสุขภาพให้เข้ามาให้ความรู้ในชุมชนหรือในโรงเรียน เป็นไปในลักษณะสอนตัวต่อตัวหรือผลิตสื่อการสอนออนไลน์หรือแอปพลิเคชันเสริมสร้างความรู้และบริการสุขภาพเพื่อป้องกันการตั้งครรภ์ไม่พร้อมจากบุคลากรสุขภาพ เพราะสามารถเปิดเข้าศึกษาความรู้ได้ตลอดเวลา และบุคลากรทางสุขภาพเป็นผู้ที่มีความน่าเชื่อถือ ทั้งนี้มีข้อเสนอแนะดังนี้

1. พยาบาลหรือเจ้าหน้าที่บุคลากรสุขภาพควรมุ่งเน้นการให้บริการเชิงรุก โดยเข้าไปให้ความรู้ในเรื่องวิธีป้องกันการตั้งครรภ์ไม่พร้อมในชุมชนหรือโรงเรียนของกลุ่มวัยรุ่นชาติพันธุ์อาข่า
2. ควรจัดทำสื่อการสอนออนไลน์หรือแอปพลิเคชันเสริมสร้างความรู้และบริการสุขภาพ เพื่อป้องกันการตั้งครรภ์ไม่พร้อม และศึกษาวิจัยถึงประสิทธิผลของการใช้แอปพลิเคชันในกลุ่มวัยรุ่นชาติพันธุ์อาข่า
3. ศึกษาวิจัยประสิทธิผลของโปรแกรมบูรณาการพลังครอบครัว พลังเพื่อน พลังโรงเรียน และพลังชุมชน ในการป้องกันการตั้งครรภ์ไม่พร้อมในวัยรุ่นกลุ่มชาติพันธุ์อาข่าต่อไป

ข้อจำกัดของการศึกษา

ภาษาที่ใช้สื่อสาร ผู้ให้ข้อมูลวัยรุ่นกลุ่มชาติพันธุ์อาข่าบางคนพูดภาษาไทยได้ไม่ชัด จึงมีล่ามในการช่วยแปลภาษาจากภาษาไทยเป็นภาษาอาข่า และจากภาษาอาข่าเป็นภาษาไทย จึงมีโอกาสที่ทำให้ความเข้าใจมีความคลาดเคลื่อนได้ อย่างไรก็ตาม นักวิจัยได้ป้องกันประเด็นดังกล่าว โดยหลังจากสัมภาษณ์ผู้วิจัยสรุปใจความสำคัญแล้ว ให้ล่ามช่วยแปลข้อมูลย้อนกลับให้กับผู้ให้ข้อมูลตรวจสอบอีกครั้ง

References

1. United Nations Population Fund. Girlhood, not motherhood: preventing adolescent pregnancy. New York: UNFPA; 2015. 58 p.

2. Sukrat B, Okascharoen C, Rattanasiri S, Aekplakorn W, Arunakul J, Saejeng K, et al. Estimation of the adolescent pregnancy rate in Thailand 2008–2013: an application of capture-recapture method. BMC Pegnancy Childbirth. 2020;20(1):120. doi: 10.1186/s12884-020-2808-3.
3. Unite for Children. Situation analysis of adolescent pregnancy in Thailand: synthesis report 2015. Bangkok: UNICEF; 2015. 42 p.
4. Aziato L, Hindin MJ, Maya ET, Manu A, Amuasi SA, Lawerh RM, et al. Adolescents' responses to an unintended pregnancy in Ghana: a qualitative study. J Pediatr Adolesc Gynecol. 2016;29(6): 653-8. doi: 10.1016/j.jpag.2016.06.005.
5. Ganchimeg T, Ota E, Morisaki N, Laopaiboon M, Lumbiganon P, Zhang J, et al. Pregnancy and childbirth outcomes among adolescent mothers: a World Health Organization multicountry study. BJOG. 2014;121 Suppl 1:40-8. doi: 10.1111/1471-0528.12630.
6. Colquitt CW, Martin TS. Contraceptive methods: a review of nonbarrier and barrier products. J Pharm Pract. 2017;30(1):130-5. doi: 10.1177/0897190015585751.
7. Aliyu B, Onwuchekwa C. Birth control: contraceptive drugs/pills and methods in the last decades. Trop J Obstet Gynaecol. 2018;35(3):233-40. doi: 10.4103/TJOG.TJOG_11_18.
8. Abiodun OM, Balogun OR. Sexual activity and contraceptive use among young female students of tertiary educational institutions in Ilorin, Nigeria. Contraception. 2009;79(2):146-9. doi: 10.1016/j.contraception.2008.08.002.
9. Asnong C, Fellmeth G, Plugge E, San Wai N, Pimanpanarak M, Paw MK, et al. Adolescents' perceptions and experiences of pregnancy in refugee and migrant communities on the Thailand-Myanmar border: a qualitative study. Reprod Health. 2018;15(1):83. doi: 10.1186/s12978-018-0522-7.
10. Bonkuea P. A study of unwanted teenage pregnancies in Pathiu District, Chumphon Province. Community Health Development Quarterly Khon Kaen University. 2017;5(2):195-216. (in Thai).
11. Udmuangpia T, Häggström-Nordin E, Worawong C, Tanglakmankhonge K, Bloom T. A qualitative study: perceptions regarding adolescent pregnancy among a group of Thai adolescents in Sweden. Pac Rim Int J Nurs Res Thail. 2017;21(1):75-87.
12. Jonas K, Crutzen R, van den Borne B, Sewpaul R, Reddy P. Teenage pregnancy rates and associations with other health risk behaviours: a three-wave cross-sectional study among South African school-going adolescents. Reprod Health. 2016;13(1):50. doi: 10.1186/s12978-016-0170-8.
13. Sychareun V, Faxelid E, Thomsen S, Somphet V, Popenoe R. Customary adolescent sexual practices among the Akha of northern Lao PDR: considerations for public health. Cult Health Sex. 2011;13 Suppl 2: 249-62. doi: 10.1080/13691058.2011.634924.
14. Tawatchai A, Pilasinee W, Siriyaporn S, Thapakorn R. Health situation of Akha hill tribe in Chiang Rai Province, Thailand. J Public Hlth Dev. 2016;14(1):77-97.
15. Yimyam S, Narin R. Sexual risk behaviors and family violence among Akha women. Nursing Journal. 2014;42(4):146-55. (in Thai).

16. Lyttleton C, Sayanouso D. Cultural reproduction and "minority" sexuality: intimate changes among ethnic Akha in the upper Mekong. Asian Stud Rev. 2011;35(2):169-88. doi: 10.1080/10357823.2011.575205.
17. Moser A, Korstjens I. Series: Practical guidance to qualitative research. Part 3: Sampling, data collection and analysis. Eur J Gen Pract. 2018;24(1):9-18. doi: 10.1080/13814788.2017.1375091.
18. Crabtree BF, Miller WL. Doing qualitative research. London: SAGE; 1992. 50 p.
19. Leifer G. Introduction to maternity & pediatric nursing. 6th ed. St. Louis, MI: Elsevier; 2011. 841 p.
20. Onyeka IN, Miettola J, Ilika AL, Vaskilampi T. Unintended pregnancy and termination of studies among students in Anambra State, Nigeria: are secondary schools playing their part? Afr J Reprod Health. 2011;15(2):109-15.
21. Pillay N. Pathways to school completion for young mothers: are we winning the fight? SAJCH. 2018;12(2 Suppl 1):S15-8. doi: 10.7196/sajch.2018.v12i2.1530.
22. Ssewanyana D, Mwangala PN, Marsh V, Jao I, van Baar A, Newton CR, et al. Young people's and stakeholders' perspectives of adolescent sexual risk behavior in Kilifi County, Kenya: a qualitative study. J Health Psychol. 2018;23(2):188-205. doi: 10.1177/1359105317736783.
23. Mangkhang W, Kumsuk S. Family communication, attitude, and practice related to friendships among junior high school students in Nakhon Lampang Municipality. Journal of Boromarajonani College of Nursing, Bangkok. 2014;30(3):45-53. (in Thai).
24. Ministry of Education. Review of comprehensive sexual education in Thailand. Bangkok; 2016. 66 p. (in Thai).

Influence of Personal Factors, Body Mass Index, Attitude, and Social Support on Four-week Exclusive Breastfeeding in Postpartum Mothers*

Onjira Satjatam, RN, MNS[1], Piyanun Limruangrong, RN, PhD[1], Wanna Phahuwatanakorn, RN, PhD[1], Pharuhas Chanprapaph, MD, MSc[2]

Abstract

Purpose: This study explored the influence of personal factors, body mass index, attitude, and social support on four-week exclusive breastfeeding in postpartum mothers.

Design: Predictive research design.

Methods: The sample group consisted of 107 mothers who received postpartum examinations at two university hospitals. Data were collected by using a demographic data questionnaire, a breastfeeding attitude questionnaire, a family support in breastfeeding questionnaire, and an interview form on the duration of exclusive breastfeeding. Data were analyzed using percentages, means, standard deviations, and logistic regression.

Main findings: age, parity, body mass index, attitude, and family support could together to predict the likelihood on four-week exclusive breastfeeding by 14% (Nagelkerke R^2 = .14) and two factors were able to predict four weeks of exclusive breastfeeding in postpartum mothers with statistical significance, namely age (OR = .88, 95%CI = .80, .97, $p < .05$) and breastfeeding attitude (OR = 1.15, 95%CI = 1.02, 1.29, $p < .05$).

Conclusion and recommendations: Age and breastfeeding attitude were able to increase the likelihood on four-week exclusive breastfeeding in postpartum mothers. Based on the findings of this study, the researcher recommends that nurses provide attentive nursing care and give time to postpartum mothers, particularly in the case of older mothers, and promote positive attitudes about breastfeeding in postpartum mothers.

Keywords: attitude, body mass index, exclusive breastfeeding, postpartum mothers, social support

Nursing Science Journal of Thailand. 2022;40(2):34-48

Corresponding Author: Associate Professor Piyanun Limruangrong, Faculty of Nursing, Mahidol University, Bangkok 10700, Thailand; e-mail: piyanun.lim@mahidol.ac.th

** Master's Thesis, Master of Nursing Science Program in Midwifery, Faculty of Nursing, Mahidol University; this research is partially supported by Graduate Studies of Mahidol University Alumni Association*

[1] *Faculty of Nursing, Mahidol University, Bangkok, Thailand*

[2] *Faculty of Medicine Siriraj Hospital Mahidol University, Bangkok, Thailand*

Received: 15 May 2021 / Revised: 10 June 2021 / Accepted: 23 July 2021

อิทธิพลของปัจจัยส่วนบุคคล ดัชนีมวลกาย ทัศนคติ และการสนับสนุนทางสังคมต่อการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียว 4 สัปดาห์ในมารดาหลังคลอด*

อรจิรา สัจธรรม, พย.ม.[1] ปิยะนันท์ ลิมเรืองรอง, ปร.ด.[1] วรรณา พาหุวัฒนกร, PhD[1] พฤหัส จันทร์ประภาพ, พ.บ., Msc[2]

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์: การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาอิทธิพลของปัจจัยส่วนบุคคล ดัชนีมวลกาย ทัศนคติ การสนับสนุนทางสังคมต่อการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียว 4 สัปดาห์ในมารดาหลังคลอด

รูปแบบการวิจัย: การศึกษาวิจัยเชิงทำนาย

วิธีดำเนินการวิจัย: กลุ่มตัวอย่างเป็นมารดาที่เข้ารับการตรวจหลังคลอดที่โรงพยาบาลมหาวิทยาลัย 2 แห่ง จำนวน 107 ราย เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบสอบถามทัศนคติเกี่ยวกับการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ แบบสอบถามการสนับสนุนการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่จากสมาชิกในครอบครัว และแบบสัมภาษณ์ระยะเวลาการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียว วิเคราะห์ข้อมูลโดยการคำนวณค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติถดถอยโลจิสติค

ผลการวิจัย: อายุ การคลอดบุตร ดัชนีมวลกาย ทัศนคติ และการสนับสนุนทางสังคมจากสมาชิกในครอบครัว สามารถร่วมกันทำนายโอกาสในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียว 4 สัปดาห์ได้ร้อยละ 14 (Nagelkerke R^2 = .14) โดยมี 2 ปัจจัยที่สามารถทำนายการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียว 4 สัปดาห์ในมารดาหลังคลอดได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ คือ อายุ (OR = .88, 95%CI = .80, .97, $p < .05$) และทัศนคติเกี่ยวกับการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ (OR = 1.15, 95%CI = 1.02, 1.29, $p < .05$)

สรุปและข้อเสนอแนะ: อายุ และทัศนคติเกี่ยวกับการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ช่วยเพิ่มโอกาสของการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียว 4 สัปดาห์ในมารดาหลังคลอดได้ จากผลการศึกษาครั้งนี้มีข้อเสนอแนะว่า พยาบาลควรให้การพยาบาลด้วยความเอาใจใส่ และมีเวลาให้กับมารดาหลังคลอด โดยเฉพาะในมารดาที่มีอายุมาก และเสริมสร้างทัศนคติที่ดีเกี่ยวกับการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ให้กับมารดาหลังคลอด

คำสำคัญ: ทัศนคติ ดัชนีมวลกาย การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียว มารดาหลังคลอด การสนับสนุนทางสังคม

Nursing Science Journal of Thailand. 2022;40(2):34-48

ผู้ประสานงานการเผยแพร่: รองศาสตราจารย์ปิยะนันท์ ลิมเรืองรอง, คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล บางกอกน้อย กรุงเทพฯ 10700, e-mail: piyanun.lim@mahidol.ac.th

** วิทยานิพนธ์หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการผดุงครรภ์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล และงานวิจัยนี้ได้รับทุนอุดหนุนบางส่วนจากบัณฑิตวิทยาลัย และสมาคมศิษย์เก่าบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล*

[1] คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

[2] คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล

วันที่รับบทความ: 15 พฤษภาคม 2564 / วันที่แก้ไขบทความเสร็จ: 10 มิถุนายน 2564 / วันที่ตอบรับบทความ: 23 กรกฎาคม 2564

ความสำคัญของปัญหา

นมแม่ถือเป็นอาหารที่ดีที่สุดสำหรับทารก และเป็นจุดเริ่มต้นที่จะช่วยให้ทารกนั้นเจริญเติบโตต่อไปอย่างมีคุณภาพตลอดทั้งชีวิต ซึ่งไม่มีอาหารใดในโลกจะมีคุณค่าเทียบเท่านมแม่ได้ ด้วยคุณค่าและคุณประโยชน์ของนมแม่ที่มีนานัปการ องค์การยูนิเซฟและองค์การอนามัยโลกได้เห็นถึงความสำคัญดังกล่าว จึงได้มีการแนะนำให้เลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวในช่วงหกเดือนแรกของช่วงชีวิต ซึ่งจะช่วยส่งเสริมพัฒนาการของทารก และยังช่วยปกป้องทารกจากการติดเชื้อ สำหรับในประเทศไทย จากข้อมูลการสำรวจสถานการณ์เด็กและสตรีที่จัดทำโดยสำนักงานสถิติแห่งชาติ ร่วมกับองค์การทุนเพื่อเด็กแห่งสหประชาชาติในปี พ.ศ. 2559 พบว่าทารกที่ได้รับนมแม่อย่างเดียวในช่วง 6 เดือนแรกมีเพียงร้อยละ 23 และยิ่งไปกว่านั้นยังพบว่ามีทารกเพียงร้อยละ 13 ที่ได้รับนมแม่ต่อเนื่องจนถึง 2 ปี จากสถานการณ์ดังกล่าวทำให้เห็นได้ว่า ในประเทศไทยมีอัตราของการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในระดับที่ต่ำ และลดลงตามระยะเวลาที่ยาวนานขึ้น ด้วยเหตุนี้กระทรวงสาธารณสุขและเครือข่ายจึงร่วมกันรณรงค์ส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ โดยมีการตั้งเป้าหมายในปี พ.ศ. 2568 ให้เด็กไทยมากกว่าร้อยละ 50 ได้รับนมแม่อย่างเดียวนานถึง 6 เดือนซึ่งสอดคล้องตามแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 12 (พ.ศ. 2560-2564) ที่ได้ตั้งเป้าหมายการเพิ่มอัตราการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียว 6 เดือนไม่น้อยกว่าร้อยละ 50

การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวสามารถส่งผลต่อภาวะสุขภาพทั้งต่อตัวมารดาและทารกมีการศึกษาพบว่ามารดาที่เลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวในระยะเวลาที่สั้นจะส่งผลกระทบต่อภาวะสุขภาพของมารดา ดังนี้ คือ มีน้ำหนักตัวคงค้างหลังคลอด เพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดโรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวานชนิดที่ 2 ไขมันในเลือดสูง โรคหัวใจและหลอดเลือด นอกจากนี้ยังเพิ่มความเสี่ยงของการเกิดมะเร็งเต้านม มะเร็งรังไข่ และภาวะซึมเศร้าหลังคลอด เป็นต้น[1-2] สำหรับผลกระทบต่อทารก มีการศึกษาพบว่าจะเพิ่มความเสี่ยงของภาวะน้ำหนักเกินในทารกได้มากขึ้น เสี่ยงต่อการติดเชื้อได้ง่ายขึ้น และมีอัตราการเสียชีวิตที่เพิ่มสูงขึ้น[1-2]

ในช่วง 1 เดือนแรกหลังคลอดถือเป็นช่วงเวลาสำคัญสำหรับมารดาหลังคลอดที่เริ่มต้นการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่และจะยังคงการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ต่อไปจนสำเร็จได้ (golden period) เนื่องจากช่วงระยะเวลาดังกล่าวมารดามีการเปลี่ยนแปลงทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ และการปรับบทบาทการเป็นมารดา ซึ่งเป็นช่วงที่จะพบปัญหาการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ได้มากที่สุด[3] ไม่ว่าจะเป็นในเรื่องของปริมาณน้ำนมที่ไม่เพียงพอ เจ็บหัวนม ทารกไม่ยอมดูดนมแม่ เป็นต้น ทำให้มารดาต้องใช้ความอดทนเป็นอย่างมาก หากมารดาประสบความสำเร็จในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวในช่วงนี้ จะทำให้มารดาเกิดประสบการณ์ที่ดีต่อการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ และสามารถคงการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ต่อไปได้ แต่ถ้าหากขาดการส่งเสริม สนับสนุน ช่วยเหลือ ก็อาจมีแนวโน้มที่จะหยุดการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ได้เช่นกัน ดังนั้นจึงถือได้ว่า 1 เดือนแรกหลังคลอดจึงเป็นช่วงเวลาสำคัญต่อการวางแผนการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ซึ่งจะส่งผลต่อระยะเวลาการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ต่อไปในอนาคต

จากการทบทวนวรรณกรรม พบปัจจัย 5 ประเด็นที่ส่งผลต่อการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียว ได้แก่ 1) ปัจจัยด้านคุณลักษณะประชากรของมารดาและครอบครัว 2) ปัจจัยด้านภาวะสุขภาพและความเสี่ยงของมารดาและทารก 3) ปัจจัยด้านความรู้ ทัศนคติ และทักษะของมารดา 4) ปัจจัยด้านโครงสร้างและการสนับสนุน และ 5) ปัจจัยด้านวัฒนธรรมทางสังคม เศรษฐกิจ และสิ่งแวดล้อม ซึ่งในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยพบปัจจัย 4 ด้านที่สำคัญและน่าสนใจที่มีผลต่อการ

เลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวนั้น ดังนี้ ปัจจัยด้านคุณลักษณะประชากรของมารดาและครอบครัว ได้แก่ อายุ การคลอดบุตร ปัจจัยด้านภาวะสุขภาพและความเสี่ยงของมารดาและทารก ได้แก่ มารดาที่มีดัชนีมวลกายก่อนการตั้งครรภ์มากกว่าหรือเท่ากับ 25 กิโลกรัมต่อตารางเมตร ปัจจัยด้านความรู้ ทัศนคติ และทักษะของมารดา ได้แก่ ทัศนคติเกี่ยวกับการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ และปัจจัยด้านโครงสร้างและการสนับสนุน ได้แก่ การสนับสนุนทางสังคมจากสมาชิกในครอบครัว ซึ่งปัจจัยดังกล่าวสามารถนำมาปรับเปลี่ยน และส่งเสริมให้เกิดเป็นแนวทางในการให้การพยาบาลดูแลและส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวให้การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวประสบความสำเร็จและคงการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ให้ยาวนานขึ้นต่อไปได้ โดยแต่ละปัจจัยมีรายละเอียด ดังนี้

อายุ เป็นตัวบ่งบอกถึงการเจริญเติบโตและพัฒนาการของร่างกายมนุษย์ เต้านมของสตรีจะมีการขยายขนาดใหญ่ขึ้นตั้งแต่อายุประมาณ 10-12 ปี และเสร็จสมบูรณ์ในวัยเจริญพันธุ์เมื่ออายุ 16-17 ปี ซึ่งเต้านมจะสามารถเจริญเติบโตเต็มที่เมื่ออายุ 35 ปี[4] มีการศึกษาพบว่า อายุของมารดามีความสัมพันธ์ทางลบกับการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวที่ระยะเวลา 1 เดือน โดยทำการศึกษาในมารดาจำนวน 658 ราย ที่มีอายุระหว่าง 30-37 ปี พบว่ามารดาที่มีอายุมากมีสัดส่วนของการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวที่ระยะเวลา 1 เดือนน้อยกว่าในมารดาที่มีอายุน้อยเป็น 0.94 เท่า[5] ซึ่งมีการศึกษาที่สนับสนุน พบว่ามารดาที่มีอายุมากกว่าหรือเท่ากับ 30 ปี เป็นปัจจัยเสี่ยงที่ก่อให้เกิดการสร้างน้ำนมที่ล่าช้ากว่าปกติ (delayed lactogenesis) มากกว่ามารดาที่อายุน้อยกว่า 30 ปีอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ[6]

การคลอดบุตร กล่าวได้ว่าจำนวนครั้งของการคลอดส่งผลต่อระยะเวลาการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ โดยมีการศึกษาพบว่า มารดาที่ตั้งครรภ์ครั้งแรกเป็นปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญต่อการสร้างน้ำนมที่ล่าช้า (delayed lactogenesis) เมื่อเทียบกับมารดาที่ตั้งครรภ์หลังมากถึง 3.16 เท่า[6] เนื่องจากในมารดาที่ตั้งครรภ์หลังจะมีปริมาณของต่อมน้ำนมสำหรับรองรับฮอร์โมนโปรแลคตินที่มากกว่าในมารดาที่ตั้งครรภ์แรก[7] นอกจากจำนวนครั้งของการคลอดที่สัมพันธ์กับกระบวนการสร้างน้ำนมแล้ว ยังอาจกล่าวได้ว่าจำนวนครั้งของการคลอดที่มากขึ้นยังมีความสัมพันธ์กับประสบการณ์การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ซึ่งมีผลต่อการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ที่ระยะเวลา 1 เดือนด้วยเช่นกัน มีการศึกษาสนับสนุนพบว่า ในมารดาครรภ์หลังเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวที่ระยะเวลา 1 เดือนเพิ่มขึ้นกว่าในมารดาครรภ์แรกถึง 1.28 เท่า[8]

ดัชนีมวลกาย เป็นตัวชี้วัดที่ใช้ในการประเมินภาวะโภชนาการก่อนการตั้งครรภ์ โดยใช้เกณฑ์ขององค์การอนามัยโลก โดยภาวะน้ำหนักเกินและอ้วนนั้น เป็นภาวะสุขภาพที่ร่างกายมีการสะสมของไขมันในระดับที่มากกว่าปกติ หรือผิดปกติ ซึ่งอาจจะส่งผลทำให้เกิดความผิดปกติของสุขภาพตามมาในภายหลังได้ และยังสามารถส่งผลต่อการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในมารดาหลังคลอดได้ด้วย ซึ่งจากการศึกษาเปรียบเทียบมารดาที่มีดัชนีมวลกายก่อนการตั้งครรภ์มากกว่าหรือเท่ากับ 25 กิโลกรัมต่อตารางเมตร พบว่ามีความเสี่ยงต่อการหยุดเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวที่ระยะเวลา 1 เดือนมากกว่าในมารดาที่มีน้ำหนักปกติเป็นสองเท่า[9] และเสี่ยงต่อกระบวนการสร้างน้ำนมที่ล่าช้า (delayed lactogenesis)[6] อันเป็นผลมาจากการเปลี่ยนแปลงของระดับฮอร์โมนต่างๆ ในร่างกายและความผิดปกติของกระบวนการเมตาบอลิซึม[10] ทำให้มารดาครรภ์แรกที่มีดัชนีมวลกายมากกว่าหรือเท่ากับ 25 กิโลกรัมต่อตารางเมตรมีปริมาณน้ำนมในช่วง 2 สัปดาห์แรกหลังคลอดน้อยกว่ามารดาครรภ์แรกที่มีน้ำหนักปกติ ซึ่งส่งผลต่อระยะเวลาการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวที่ระยะเวลา 1 เดือน มีการศึกษาสนับสนุนพบว่าในช่วง 1 เดือนแรกหลังคลอด

ของมารดาที่มีดัชนีมวลกายมากกว่าหรือเท่ากับ 25 กิโลกรัมต่อตารางเมตรนั้น มารดามีอัตราการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียว 1 เดือน เพียงร้อยละ 28.6 สืบเนื่องมาจากสาเหตุของปริมาณน้ำนมที่ไม่เพียงพอที่เป็นปัญหาในช่วงเริ่มต้นของการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่[11] และยังมีการศึกษาพบว่าในมารดาครรภ์แรกที่มีดัชนีมวลกายมากกว่าหรือเท่ากับ 25 กิโลกรัมต่อตารางเมตรจะมีระยะเวลาการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวที่สั้นกว่ามารดาครรภ์แรกที่มีน้ำหนักปกติเป็น 0.74 เท่า[12] นอกจากนี้ยังพบว่าสตรีตั้งครรภ์ที่มีดัชนีมวลกายมากกว่าหรือเท่ากับ 25 กิโลกรัมต่อตารางเมตรจะมีขนาดของเต้านมที่ใหญ่ บริเวณรอบๆ ลานนมมีเนื้อเยื่อไขมันที่มากเกินไป ทำให้ลานนมมีบริเวณกว้างใหญ่ และหัวนมแบน บุ๋ม ซึ่งส่งผลให้การดูดนมของทารกหรือการให้นมของมารดามีความยากหรือลำบากเพิ่มมากขึ้น[13]

ทัศนคติเกี่ยวกับการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ หมายถึง ความรู้สึกนึกคิด ความเชื่อ ความคิดเห็นภายในของมารดาต่อการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ การที่มารดามีทัศนคติที่ดีจะมีผลต่อการตัดสินใจเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ เป็นผลให้มารดามีโอกาสประสบความสำเร็จในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวและสามารถคงการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ได้อย่างต่อเนื่อง ซึ่งส่งผลต่อระยะเวลาการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวยาวนานขึ้น โดยมีการศึกษาในมารดาที่มีดัชนีมวลกายมากกว่าหรือเท่ากับ 30 กิโลกรัมต่อตารางเมตร พบว่ามารดาที่มีทัศนคติที่ดีต่อการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่จะส่งผลต่อค่าเฉลี่ยของระยะเวลาการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวที่ยาวนานขึ้นกว่าในมารดาที่มีทัศนคติที่ไม่ดีต่อการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ[14] และมีการศึกษาในมารดาชาวละตินที่มีดัชนีมวลกายก่อนการตั้งครรภ์มากกว่าหรือเท่ากับ 25 กิโลกรัมต่อตารางเมตร พบว่ามารดาที่เลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียว 6 เดือน มีคะแนนเฉลี่ยของทัศนคติในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ที่สูงกว่าในมารดาที่ไม่ได้เลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียว อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ[15]

การสนับสนุนทางสังคม เป็นการสนับสนุนช่วยเหลือที่บุคคลได้รับจากการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลหรือกลุ่มบุคคล ซึ่งมีการช่วยเหลือกันในด้านอารมณ์ ด้านการประเมิน ด้านข้อมูล และด้านทรัพยากร ซึ่งการสนับสนุนทางสังคมนี้สามารถช่วยลดภาวะตึงเครียดของบุคคล และเป็นตัวกันชนที่ช่วยลดผลกระทบจากความเครียดที่มีผลต่อภาวะสุขภาพได้[16] การสนับสนุนทางสังคมที่ดีจะสามารถช่วยให้มารดาสามารถก้าวผ่านอุปสรรค และประสบความสำเร็จในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวได้ จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าการสนับสนุนจากสามีและญาติ สามารถทำนายการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียว 6 สัปดาห์ได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ[17] การส่งเสริมให้สามีและครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมในการสนับสนุนช่วยเหลือมารดาเกี่ยวกับการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ จะช่วยให้มารดาสามารถเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ได้ยาวนานขึ้น

จากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่า ปัจจัยที่มีผลต่อการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวมีหลายประการด้วยกัน และส่วนใหญ่เป็นการศึกษาการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียว 6 เดือน แต่การศึกษาครั้งนี้เลือกศึกษาการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียว 4 สัปดาห์ เนื่องจากในระยะเวลา 4 สัปดาห์แรกหลังคลอดเป็นช่วงเวลาสำคัญในการวางแผนการส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ต่อไปจนสำเร็จได้ (golden period) เนื่องจากในระยะ 2-4 สัปดาห์หลังคลอด มารดาร้อยละ 58 จะมีการรับรู้ว่าน้ำนมไม่เพียงพอสำหรับบุตร ทำให้เกิดความมั่นใจในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ลดลง และเปลี่ยนไปใช้นมผสมแทน[18] ซึ่งในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยมีความสนใจที่จะทำการศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียว 4 สัปดาห์ ได้แก่ อายุ การคลอดบุตร ดัชนีมวลกาย ทัศนคติเกี่ยวกับการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ และการสนับสนุนทางสังคมจากสมาชิกในครอบครัว

ซึ่งปัจจัยดังกล่าวสามารถนำไปคัดกรองกลุ่มเสี่ยงในมารดาหลังคลอด และจะเป็นแนวทางในการให้การพยาบาลดูแลและส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ให้ประสบความสำเร็จในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียว เพื่อประชากรที่มีคุณภาพต่อประเทศชาติต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาอำนาจการทำนายของอายุ การคลอดบุตรดัชนีมวลกาย ทัศนคติเกี่ยวกับการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ และการสนับสนุนทางสังคมจากสมาชิกในครอบครัว ต่อการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียว 4 สัปดาห์ในมารดาหลังคลอด

สมมติฐานการวิจัย

อายุ การคลอดบุตร ดัชนีมวลกาย ทัศนคติเกี่ยวกับการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ และการสนับสนุนทางสังคมจากสมาชิกในครอบครัว สามารถทำนายการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียว 4 สัปดาห์ในมารดาหลังคลอด

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงทำนาย (predictive research)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ เป็นมารดาหลังคลอดซึ่งเข้ารับการตรวจหลังคลอด 4-6 สัปดาห์ที่โรงพยาบาลศิริราช และโรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ

กลุ่มตัวอย่างคัดเลือกจากประชากรตามเกณฑ์การคัดเข้าดังนี้ มีอายุมากกว่าหรือเท่ากับ 18 ปี คลอดปกติ และตั้งครรภ์เดี่ยว เต้านมปกติทั้งสองข้าง เลี้ยงลูกด้วยตนเองอย่างน้อย 4 สัปดาห์ และสามารถฟัง พูด อ่าน เขียนภาษาไทยได้ และเกณฑ์การคัดออกของกลุ่มตัวอย่าง ดังนี้ มีข้อห้ามในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ เช่น ติดเชื้อเอชไอวี ใช้สารเสพติด เป็นวัณโรคระยะติดต่อ เป็นต้น มีภาวะแทรกซ้อนที่เป็นอุปสรรคในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ เช่น ภาวะความดันโลหิตสูง โรคหัวใจ เป็นต้น ทารกเสียชีวิต ทารกมีน้ำหนักแรกเกิดน้อยกว่า 2,500 กรัม และทารกมีปัญหาในการดูดกลืน เช่น ปากแหว่ง เพดานโหว่ มีภาวะลิ้นติดรุนแรง เป็นต้น

การคำนวณขนาดของกลุ่มตัวอย่าง ด้วยโปรแกรม G*Power สำหรับการวิเคราะห์สถิติถดถอยโลจิสติค (logistic regression) ที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล กำหนดการทดสอบสมมติฐานเป็นสองทาง ระดับนัยสำคัญ (level of significance) ที่ .05 อำนาจการทดสอบ (power of test) ที่ระดับ .90 จากงานวิจัยที่มีความใกล้เคียงกันของ Rahman และคณะ[19] โดยค่า Odd ratio ได้ 5.03 จากตัวแปรทัศนคติเกี่ยวกับการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ แทนค่าในโปรแกรม G*Power ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่าง 95 ราย ป้องกันข้อมูลไม่สมบูรณ์ร้อยละ 20[5] จะได้จำนวนกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 114 ราย แบ่งสัดส่วนของกลุ่มตัวอย่างตามจำนวนของประชากรที่มารับบริการ ดังนี้ โรงพยาบาลศิริราช กลุ่มตัวอย่างเป็นมารดาหลังคลอดจำนวนทั้งหมด 91 ราย และโรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ กลุ่มตัวอย่างเป็นมารดาหลังคลอดจำนวนทั้งหมด 23 ราย

ในการเก็บรวบรวมข้อมูลวิจัยจากจำนวนกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 114 ราย พบกลุ่มตัวอย่างถูกคัดออก เนื่องจากทารกมีน้ำหนักแรกเกิดน้อยกว่า 2,500 กรัม จำนวน 7 ราย ดังนั้นกลุ่มตัวอย่างทั้งหมดในงานวิจัยครั้งนี้จะมีจำนวน 107 ราย

เครื่องมือการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล มีจำนวนทั้งหมด 4 ชุดประกอบด้วย

ชุดที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ซึ่งประกอบด้วยข้อมูล 2 ส่วน ดังนี้ 1) ลักษณะทางด้านประชากร ได้แก่ อายุ

ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส อาชีพ รายได้ของครอบครัว และลักษณะของครอบครัว ข้อคำถามมีจำนวน 6 ข้อ และ 2) ข้อมูลการตั้งครรภ์ ได้แก่ น้ำหนักก่อนการตั้งครรภ์และส่วนสูง น้ำหนักที่เพิ่มขึ้นทั้งหมดขณะตั้งครรภ์ จำนวนครั้งของการตั้งครรภ์ จำนวนครั้งของการคลอด จำนวนบุตรที่มีชีวิต ประสบการณ์การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ วันที่คลอดบุตร อายุครรภ์เมื่อคลอด น้ำหนักทารกแรกเกิด ภาวะสุขภาพของทารกแรกเกิด และลักษณะหัวนมของมารดา ข้อคำถามมีจำนวน 11 ข้อ

ชุดที่ 2 แบบสอบถามทัศนคติเกี่ยวกับการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ (The Iowa Infant Feeding Attitude Scale, IIFAS) ผู้วิจัยใช้แบบสอบถามของ de la Mora และคณะ[20] แปลเป็นภาษาไทยโดย สุวรรณา ชนะภัย และคณะ[17] มีลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Likert scale) 5 อันดับ ประกอบด้วย ข้อคำถามทั้งหมดจำนวน 17 ข้อ เป็นข้อความทางบวกจำนวน 8 ข้อ และข้อความทางลบจำนวน 9 ข้อ โดยมีเกณฑ์การให้คะแนน ตั้งแต่ 1 หมายถึง ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง จนถึง 5 หมายถึง เห็นด้วยอย่างยิ่ง ซึ่งในคำถามข้อความทางลบจะกลับคะแนนก่อนนำไปคำนวณ พิสัยของคะแนนอยู่ระหว่าง 17-85 คะแนน

ชุดที่ 3 แบบสอบถามการสนับสนุนการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่จากสมาชิกในครอบครัว ผู้วิจัยใช้แบบสอบถามของ ชญาภา ชัยสุวรรณ และคณะ[21] ซึ่งทำการศึกษาอำนาจการทำนายของการสนับสนุนจากสามี ย่ายาย และพยาบาลต่อระยะเวลาในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียว โดยสร้างจากแนวคิดการสนับสนุนทางสังคมของ House[16] ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง โดยผู้วิจัยได้ดัดแปลงแบบสอบถามการสนับสนุนการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่จากสามี และย่ายายมาเป็นชุดเดียวกัน โดยดัดแปลงเป็นสมาชิกในครอบครัว (สามี พ่อแม่ พี่น้อง ปู่ ย่า ตา ยาย) เป็นแบบสอบถามเพื่อประเมินการรับรู้ของมารดาต่อการสนับสนุนทั้ง 4 ด้านของสมาชิกในครอบครัว ในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่มีข้อคำถามจำนวน 24 ข้อ ประกอบด้วยการรับรู้การสนับสนุนทั้งหมด 4 ด้าน ได้แก่ ด้านอารมณ์ ด้านการประเมิน ด้านข้อมูลข่าวสาร และด้านทรัพยากร โดยคำตอบเป็นมาตรประมาณค่า (Likert scale) 5 ระดับ ตั้งแต่ 1 หมายถึง เห็นด้วยน้อยที่สุด จนถึง 5 หมายถึง เห็นด้วยมากที่สุด คะแนนรวมทั้งหมดอยู่ระหว่าง 24-120 คะแนน

ชุดที่ 4 แบบสัมภาษณ์ระยะเวลาการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียว โดยมีข้อคำถาม 3 ข้อ ประกอบด้วย 1) ปัจจุบันทารกได้รับนมอย่างไร 2) 24 ชั่วโมงก่อนมาโรงพยาบาลทารกได้รับอาหารอะไรมาบ้าง และ 3) ทารกได้รับนมแม่เพียงอย่างเดียวเป็นระยะเวลานานเท่าใด (หน่วยเป็นสัปดาห์)

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ โดยได้รับการตรวจสอบความตรงจากผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน โดยแบบสอบถามการสนับสนุนการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่จากสมาชิกในครอบครัว คำนวณค่าความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity Index, CVI) ได้ .91 และนำแบบสอบถามทัศนคติเกี่ยวกับการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่และแบบสอบถามการสนับสนุนการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่จากสมาชิกในครอบครัว ไปหาค่าความเชื่อมั่นกับมารดาที่มีลักษณะคล้ายกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ดังนี้ .76 และ .91 ตามลำดับ

การพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่าง

ในการวิจัยครั้งนี้ ได้รับการพิจารณาและรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล COA no. Si 508/2019 และคณะอนุกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ ชุดที่ 3 สาขาวิทยาศาสตร์ COA No. 121/2562 และเมื่อผ่านการพิจารณา และได้รับการอนุมัติให้เข้าเก็บข้อมูลแล้ว ผู้วิจัยจึงเริ่มดำเนินการวิจัย โดยเก็บ

รวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง ปฏิบัติตามกระบวนการมาตรฐานที่กำหนดโดยคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน โดยคำนึงการให้ข้อมูลที่เป็นจริงและครบถ้วน การให้อิสระในการตัดสินใจเข้าร่วมการวิจัย การเก็บรักษาความลับ และสิทธิการปฏิเสธหรือการถอนตัวออกจากโครงการวิจัย

วิธีเก็บรวบรวมข้อมูล

1. เมื่อโครงร่างวิทยานิพนธ์ได้รับการรับรองโครงการวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมในคน คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล และจากคณะอนุกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ ชุดที่ 3 สาขาวิทยาศาสตร์ และได้รับการอนุมัติให้เก็บข้อมูล ผู้วิจัยจึงดำเนินการเก็บข้อมูลด้วยตนเอง

2. ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยดำเนินการ ในขณะที่กลุ่มตัวอย่างมาเข้ารับการตรวจหลังคลอด โดยขณะรอแพทย์ตรวจและเมื่อกลุ่มตัวอย่างมีความพร้อม ผู้วิจัยนำกลุ่มตัวอย่างไปยังสถานที่ที่จัดเตรียมไว้ ซึ่งห้องที่เป็นสัดส่วนและมีความเป็นส่วนตัว เพื่อสร้างสัมพันธภาพ รวมทั้งอธิบายการพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่างและขออนุญาตกลุ่มตัวอย่างในการขอใช้แฟ้มประวัติของกลุ่มตัวอย่าง เพื่อบันทึกข้อมูลการตั้งครรภ์และการคลอด

3. ผู้วิจัยอธิบายวิธีการตอบแบบสอบถามทั้ง 3 ชุด ได้แก่ 1) แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล จำนวน 17 ข้อ 2) แบบสอบถามทัศนคติเกี่ยวกับการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่จำนวน 17 ข้อ 3) แบบสอบถามการสนับสนุนการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่จากสมาชิกในครอบครัว จำนวน 24 ข้อ โดยผู้วิจัยให้เวลากลุ่มตัวอย่างในการตอบแบบสอบถาม โดยใช้เวลาประมาณ 30-35 นาที เมื่อกลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามเรียบร้อย ผู้วิจัยสัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่างด้วยแบบสัมภาษณ์จำนวน 1 ชุด คือ แบบสัมภาษณ์ระยะเวลาการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวจำนวน 3 ข้อ โดยใช้เวลาประมาณ 5 นาที ผู้วิจัยเก็บรวบรวมแบบสอบถามและตรวจสอบความครบถ้วนสมบูรณ์ของแบบสอบถาม

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลส่วนบุคคล นำมาวิเคราะห์ด้วยสถิติเชิงพรรณนา โดยการแจกแจงความถี่ คำนวณหาร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. ข้อมูลการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ นำมาวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติแจกแจงความถี่ และร้อยละ

3. ทดสอบอิทธิพลของปัจจัยส่วนบุคคล (อายุ การคลอดบุตร) ดัชนีมวลกาย ทัศนคติเกี่ยวกับการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ และการสนับสนุนทางสังคมจากสมาชิกในครอบครัวต่อการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียว 4 สัปดาห์ในมารดาหลังคลอด โดยใช้สถิติถดถอยโลจิสติค (logistic regression analysis) ด้วยวิธีวิเคราะห์ถดถอยแบบใส่ข้อมูลพร้อมกันทั้งหมด (enter method) โดยให้รหัส 0 กลุ่มที่ไม่เลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียว และรหัส 1 กลุ่มที่เลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียว

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลคุณลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง กลุ่มตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้ จำนวน 107 ราย ครึ่งหนึ่งของกลุ่มตัวอย่างมีอายุ ≤29 ปีคือ ร้อยละ 46.7 มีอายุมากที่สุดคือ 40 ปี อายุน้อยที่สุดคือ 20 ปี และมีอายุเฉลี่ยประมาณ 29.31 ปี ส่วนใหญ่มีการศึกษาระดับปริญญาตรีและสูงกว่าปริญญาตรี ร้อยละ 65.4 รองลงมาคือระดับมัธยมศึกษาร้อยละ 29.9 กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสเป็นคู่คิดเป็นร้อยละ 97.2 มีอาชีพรับจ้าง/พนักงานบริษัทมากที่สุดคิดเป็นร้อยละ 46.7 รองลงมาเป็นแม่บ้านร้อยละ 18.7 ซึ่งกลุ่มตัวอย่างมีรายได้ของครอบครัว 15,000-30,000 บาทต่อเดือน ร้อยละ 46.7 รองลงมามากกว่า 30,000 บาทร้อยละ 44.9 โดยครอบครัวมีรายได้มากที่สุดเดือนละ 100,000 บาท น้อยที่สุดเดือนละ 8,000 บาท และมีรายได้ของครอบครัวเฉลี่ย 36,574.77 บาท และพบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีรายได้

เพียงพอกับค่าใช้จ่ายคิดเป็นร้อยละ 89.7 และมีลักษณะครอบครัวเป็นครอบครัวขยายร้อยละ 60.8 กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีดัชนีมวลกายก่อนการตั้งครรภ์อยู่ในเกณฑ์น้ำหนักปกติ (18.50-24.99 กิโลกรัมต่อตารางเมตร) มากที่สุดคิดเป็นร้อยละ 50.5 รองลงมาเป็นภาวะน้ำหนักต่ำกว่าเกณฑ์ (<18.50 กิโลกรัมต่อตารางเมตร) คิดเป็นร้อยละ 28.0 ส่วนภาวะน้ำหนักเกิน (25.00-29.99 กิโลกรัมต่อตารางเมตร) และภาวะอ้วน (≥30.00 กิโลกรัมต่อตารางเมตร) พบร้อยละ 21.5

2. ข้อมูลเกี่ยวกับการตั้งครรภ์และการคลอด กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ตั้งครรภ์เป็นครั้งแรกคิดเป็นร้อยละ 66.4 และคลอดเป็นครั้งแรกมากถึงร้อยละ 70.1 ซึ่งยังไม่มีประสบการณ์การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ร้อยละ 70.1 กลุ่มตัวอย่างมีอายุครรภ์เมื่อคลอดอยู่ในช่วง 38-38^{+6} สัปดาห์ คิดเป็นร้อยละ 37.4 รองลงมาร้อยละ 26.2 อยู่ในช่วง 39-39^{+6} สัปดาห์ น้ำหนักทารกแรกเกิดอยู่ในช่วง 3,000-3,999 กรัม คิดเป็นร้อยละ 58.7 ภาวะสุขภาพของทารกแรกเกิดส่วนใหญ่แข็งแรงดีคิดเป็นร้อยละ 100 และกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีลักษณะหัวนมปกติมากถึงร้อยละ 58.9

3. ข้อมูลการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ กลุ่มตัวอย่างเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวพบร้อยละ 74.8 รองลงมากลุ่มตัวอย่างให้นมแม่ร่วมกับอาหารอื่นพบร้อยละ 25.2 แสดงรายละเอียดในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของทารก จำแนกตามชนิดของอาหารที่ได้รับเมื่ออายุ 4 สัปดาห์

อาหารทารก	จำนวน (N = 107)	ร้อยละ
ชนิดของอาหารที่ทารกได้รับ		
นมแม่อย่างเดียว	80	74.8
นมแม่ร่วมกับอาหารอื่น (นมผสมและอาหารอื่นๆ)	27	25.2

ตารางที่ 2 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านการคลอดบุตร ดัชนีมวลกาย อายุ ทัศนคติเกี่ยวกับการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ และการสนับสนุนทางสังคมจากสมาชิกในครอบครัวต่อการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียว 4 สัปดาห์ในมารดาหลังคลอด (N = 107)

ตัวแปรที่ศึกษา	นมแม่อย่างเดียว	ไม่ใช่นมแม่อย่างเดียว	χ^2	p-value
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)		
การคลอดบุตร			.00	.97
ครรภ์แรก/ไม่เคยคลอดบุตร	56 (74.7)	19 (25.3)		
ครรภ์หลัง/เคยคลอดบุตร	24 (75)	8 (25)		
ดัชนีมวลกาย			.43	.81
น้ำหนักเกินและอ้วน	16 (69.6)	7 (30.4)		
น้ำหนักปกติ	41 (75.9)	13 (24.1)		
น้ำหนักต่ำกว่าเกณฑ์	23 (76.7)	7 (23.3)		
	$\bar{X}$±SD	$\bar{X}$±SD	t-test	p-value
อายุ	28.73±5.59	31.04±5.58	1.86	.07
ทัศนคติเกี่ยวกับการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่	52.94±4.42	51.26±4.55	-1.69	.09
การสนับสนุนทางสังคมจากสมาชิกในครอบครัว	96.13±13.15	95.59±10.77	- .19	.85

4. การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียว 4 สัปดาห์ กับปัจจัยที่ต้องการศึกษาพบว่า การคลอดบุตร (χ^2 = .00, p = .97) ดัชนีมวลกาย (χ^2 = .43, p = .81) อายุ (t = 1.86, p = .07) ทัศนคติเกี่ยวกับการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ (t = -1.69, p = .09) และการสนับสนุนทางสังคมจากสมาชิกในครอบครัว (t = - .19, p = .85) ไม่มีความสัมพันธ์กับการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียว 4 สัปดาห์ ในมารดาหลังคลอดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แสดงรายละเอียดในตารางที่ 2

5. ปัจจัยที่มีผลต่อการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียว 4 สัปดาห์ จากการวิเคราะห์โดยใช้สถิติถดถอยโลจิสติค พบว่า อายุ การคลอดบุตร ดัชนีมวลกาย ทัศนคติเกี่ยวกับการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ และการสนับสนุนทางสังคมจากสมาชิกในครอบครัว สามารถร่วมกันทำนายความผันแปรของการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียว 4 สัปดาห์ในมารดาหลังคลอดได้ร้อยละ 14 (Nagelkerke R^2 = .14) ซึ่งมีเพียง 2 ปัจจัยที่ช่วยเพิ่มโอกาสของการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียว 4 สัปดาห์ในมารดาหลังคลอดได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติคือ อายุ (OR = .88, 95%CI [.80, .97], p < .05) และทัศนคติเกี่ยวกับการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ (OR = 1.15, 95%CI [1.02, 1.29], p < .05) แสดงรายละเอียดในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ค่าสัมประสิทธิ์โลจิสติคของตัวแปรทำนายต่อการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียว 4 สัปดาห์ ในมารดาหลังคลอด (N = 107)

ตัวแปรที่ศึกษา	B	SE	Wald	df	p-value	Exp(B)	95%CI
อายุ	- .13	.05	6.17	1	.01*	.88	.80, .97
การคลอดบุตร							
ครรภ์แรก/ไม่เคยคลอดบุตร[Ref]						1.00	Reference
ครรภ์หลัง/เคยคลอดบุตร	.61	.57	1.15	1	.28	1.84	.60, 5.61
ดัชนีมวลกาย							
น้ำหนักเกินและอ้วน[Ref]						1.00	Reference
น้ำหนักปกติ	.17	.59	.09	1	.77	1.19	.38, 3.78
น้ำหนักต่ำกว่าเกณฑ์	.34	.68	.26	1	.61	1.41	.37, 5.35
ทัศนคติเกี่ยวกับการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่	.14	.06	5.44	1	.02*	1.15	1.02, 1.29
การสนับสนุนทางสังคมจากสมาชิกในครอบครัว	- .01	.02	.25	1	.62	.99	.95, 1.03
ค่าคงที่	-1.78	3.10	.33	1	.57	.17	

*p < .05, Nagelkerke R^2 = .14, Overall Percentage = 75.7

การอภิปรายผล

ผลการศึกษาพบว่า ปัจจัยที่ศึกษาทั้ง 5 ปัจจัย ได้แก่ อายุ การคลอดบุตร ดัชนีมวลกาย ทัศนคติเกี่ยวกับการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ และการสนับสนุนทางสังคมจากสมาชิกในครอบครัว สามารถร่วมกันทำนายความผันแปรของการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียว 4 สัปดาห์ในมารดาหลังคลอด ได้ร้อยละ 14 (Nagelkerke R^2 = .14) โดยมีปัจจัยที่มีผลต่อการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียว 4 สัปดาห์ในมารดาหลังคลอดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ มี 2 ปัจจัย คือ อายุ และทัศนคติเกี่ยวกับการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่

อายุ เป็นปัจจัยส่วนบุคคล ซึ่งสามารถทำนายการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียว 4 สัปดาห์ได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (OR = .88, 95%CI = .80, .97, p < .05) หมายความว่า มารดาที่มีอายุเพิ่มขึ้น 1 ปี มีโอกาสเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวลดลงร้อยละ 12 จากกรอบแนวคิดปัจจัยที่มีผลต่อการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ซึ่งได้จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า ปัจจัยด้านคุณลักษณะประชากรของมารดาคืออายุ สามารถส่งผลต่อการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ได้ จากสถานการณ์ในสังคมปัจจุบันพบว่า สตรีมีแนวโน้มที่จะวางแผนในการมีบุตรช้าลงกว่าในอดีต เนื่องมาจากการเปลี่ยนแปลงบทบาทหน้าที่ทางสังคม และค่านิยมต่อการแต่งงานที่เปลี่ยนแปลงไป ทำให้สตรีได้รับการศึกษาที่สูงขึ้น มีการทำงานนอกบ้านเพิ่มมากขึ้น และมีความต้องการความก้าวหน้าและประสบความสำเร็จในหน้าที่การงานก่อนการมีครอบครัวเพิ่มมากยิ่งขึ้น ด้วยปัจจัยเหล่านี้ทำให้สตรีเลือกที่จะเลื่อนอายุการแต่งงานและมีบุตรช้าลง เมื่อแต่งงานและมีบุตรเกิดขึ้น สตรีอาจมีความกังวลในการเลี้ยงดูบุตรค่อนข้างสูง เพราะการเลี้ยงดูบุตรต้องใช้เงินจำนวนมาก การทำงานนอกบ้านหาเงินเพื่อเลี้ยงดูบุตรให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Kitano และคณะ[22] พบว่า มารดาที่มีอายุมากกว่าหรือเท่ากับ 35 ปีมีโอกาสเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวที่ระยะเวลา 1 เดือนหลังคลอดลดลง 1.34 เท่า (OR = 1.34, 95%CI = 1.03, 1.73, p = .029 แต่พบการศึกษาที่ขัดแย้งพบว่า มารดาที่มีอายุมากจะมีระยะเวลาการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ที่ยาวนานกว่ามารดาที่มีอายุน้อย[23] เนื่องจากมารดาที่มีอายุมาก ซึ่งมีประสบการณ์ และวุฒิภาวะที่มากขึ้นนั้น ส่งผลต่อกระบวนการคิด การตัดสินใจ การแก้ไขปัญหา และการปรับตัวได้ดีกว่าในมารดาที่มีอายุน้อย ทำให้มีความเป็นไปได้ที่จะเริ่มต้นเลี้ยงลูกด้วยนมแม่และให้นมแม่อย่างต่อเนื่องได้มากกว่ามารดาที่อายุน้อยกว่า

ทัศนคติเกี่ยวกับการเลี้ยงลูกด้วนมแม่สามารถทำนายการเลี้ยงลูกด้วนนมแม่อย่างเดียว 4 สัปดาห์ได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (OR = 1.15, 95%CI = 1.02, 1.29, p < .05) หมายความว่า การที่มารดามีทัศนคติที่ดีต่อการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่เพิ่มขึ้นหนึ่งหน่วย มีโอกาสเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียว 4 สัปดาห์เพิ่มเป็น 1.15 เท่าและจากการศึกษาครั้งนี้พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีคะแนนทัศนคติเกี่ยวกับการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อยู่ระหว่าง 41-63 ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 52.51 (SD = 4.49) จากกรอบแนวคิดปัจจัยที่มีผลต่อการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ซึ่งได้จากการทบทวนวรรณกรรมนั้นพบว่า ทัศนคติในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ของมารดาจะส่งผลต่อการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ เนื่องมาจากทัศนคติเป็นความรู้สึกนึกคิด ความเชื่อ หรือความคิดเห็นภายในที่มารดามีต่อการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ที่เกิดจากการเรียนรู้ การได้รับข้อมูลจากแหล่งต่างๆ ทั้งจากบุคลากรทางการแพทย์ ครอบครัว และสังคม ก่อเกิดเป็นทัศนคติได้ทั้งทางบวกและทางลบต่อการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ อันจะส่งผลต่อการแสดงออกทางความคิด ความรู้สึก ออกมาเป็นการกระทำ ในมารดาที่มีทัศนคติที่ดีต่อการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ จะก่อให้เกิดการแสดงออกทางด้านความคิด ความเชื่อ และพฤติกรรมในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ซึ่งเริ่มตั้งแต่การตัดสินใจการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ซึ่งเริ่มตั้งแต่การตัดสินใจการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ เป็นผลให้มารดาสามารถเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ได้อย่างต่อเนื่องต่อไปได้ สอดคล้องกับการศึกษาเชิงคุณภาพที่พบว่า มารดาที่มีทัศนคติที่ดีต่อการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ จะคิดว่านมแม่เป็นสารอาหารที่ดีที่สุดสำหรับทารก ซึ่งส่งผลให้ทารกมีสุขภาพดีนั้นจะทำให้มารดาเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ได้อย่างต่อเนื่อง ซึ่งส่งผลต่อระยะเวลาการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ให้ยาวนานต่อไปได้[24] มารดาที่มีทัศนคติที่ดีเกี่ยวกับการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่จะส่งผลต่อการตัดสินใจการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในระยะเริ่มต้น เป็นผลให้มารดาสามารถเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างต่อเนื่องได้ยาวนานขึ้นการศึกษาครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาทัศนคติของมารดาเกี่ยวกับการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ที่ระยะเวลา 6 สัปดาห์หลังคลอดพบว่า ทัศนคติเกี่ยวกับการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่

สามารถทำนายระยะเวลาการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ที่ 6 สัปดาห์หลังคลอดได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) โดยพบว่ามารดาที่เลี้ยงลูกด้วยนมแม่ที่ระยะเวลา 6 สัปดาห์มีทัศนคติเกี่ยวกับการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่สูงกว่ามารดาที่เลี้ยงลูกด้วยนมผสม[25]

การคลอดบุตร ผลการศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่างที่เป็นครรภ์หลังหรือการที่มารดาเคยคลอดบุตรมาก่อน สามารถทำนายการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียว 4 สัปดาห์ได้อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ เมื่อเปรียบเทียบกับมารดาที่เป็นครรภ์แรกหรือการที่มารดาไม่เคยคลอดบุตรมาก่อนหน้านี้ ($p = .28$) อธิบายได้ว่า จำนวนครั้งของการคลอดบุตร ไม่ได้ช่วยเพิ่มโอกาสในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียว 4 สัปดาห์ในมารดาหลังคลอด จากการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่คลอดเป็นครั้งแรกมากถึงร้อยละ 70.1 ซึ่งยังไม่มีประสบการณ์การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่มากถึงร้อยละ 70.1 และคลอดเป็นครรภ์หลังร้อยละ 29.9 จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า จำนวนครั้งของการคลอดสัมพันธ์กับประสบการณ์ในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ แต่ไม่ได้ส่งผลถึงการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียว 4 สัปดาห์ในมารดาหลังคลอด กล่าวคือ จำนวนครั้งของการคลอดไม่ว่าจะในมารดาที่คลอดครรภ์แรกหรือในมารดาที่คลอดมากกว่าหนึ่งครั้งอาจไม่ได้มีประสบการณ์การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่มาตั้งแต่ครรภ์ก่อนหน้านั้น อาจขาดความรู้และประสบการณ์ในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ซึ่งส่งผลต่อการตัดสินใจในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ได้ ดังนั้นเมื่อเกิดปัญหาหรืออุปสรรคในระหว่างการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ขึ้น มารดาอาจตัดสินใจเลี้ยงทารกด้วยนมผสมแทนการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ซึ่งส่งผลต่อระยะเวลาการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ให้มีระยะเวลาที่สั้นลงได้ จากที่กล่าวมาจะเห็นได้ว่าในการศึกษาครั้งนี้ จำนวนครั้งของการคลอดบุตรมีผลต่อการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียว 4 สัปดาห์ไม่แตกต่างกัน สอดคล้องกับการศึกษาของ Hill และคณะ[26] ที่พบว่าจำนวนครั้งของการคลอดไม่มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติต่อการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างต่อเนื่อง ($p > .5$)

ดัชนีมวลกาย ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีน้ำหนักปกติ และน้ำหนักต่ำกว่าเกณฑ์ สามารถทำนายการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียว 4 สัปดาห์ได้อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = .77$ และ $.61$ ตามลำดับ) อธิบายได้ว่า ดัชนีมวลกายเป็นตัวชี้วัดที่ใช้ในการประเมินภาวะโภชนาการก่อนการตั้งครรภ์ โดยภาวะน้ำหนักเกินและอ้วน จะเป็นภาวะที่ส่งผลต่อกระบวนการสร้างน้ำนมและการหลั่งน้ำนมในปริมาณที่ลดลง[27] เมื่อปริมาณน้ำนมที่สร้างและหลั่งมาไม่เพียงพอ ทำให้ส่งผลต่อระยะเวลาการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ที่สั้นลง ซึ่งมีการศึกษาพบว่ามารดาที่มีดัชนีมวลกายก่อนการตั้งครรภ์มากกว่าหรือเท่ากับ 25 กิโลกรัมต่อตารางเมตร จะมีความเสี่ยงต่อการหยุดการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวที่ระยะเวลา 1 เดือนมากกว่าในมารดาที่มีน้ำหนักปกติเป็นสองเท่า[9] แต่จากการศึกษาในครั้งนี้พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีดัชนีมวลกายก่อนการตั้งครรภ์อยู่ในเกณฑ์ปกติ (18.50-24.99 กิโลกรัมต่อตารางเมตร) มากถึงร้อยละ 50.5 รองลงมาเป็นภาวะน้ำหนักต่ำกว่าเกณฑ์ (<18.50 กิโลกรัมต่อตารางเมตร) คิดเป็นร้อยละ 28 ส่วนภาวะน้ำหนักเกิน (25.00-29.99 กิโลกรัมต่อตารางเมตร) และภาวะอ้วน (≥30.00 กิโลกรัมต่อตารางเมตร) พบเพียงร้อยละ 21.5 จะเห็นได้ว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีดัชนีมวลกายก่อนการตั้งครรภ์อยู่ในเกณฑ์ภาวะน้ำหนักเกินและอ้วนพบเพียงส่วนน้อย ทำให้การศึกษาครั้งนี้ดัชนีมวลกายไม่มีผลต่อการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียว 4 สัปดาห์ในมารดาหลังคลอดได้

การสนับสนุนทางสังคมจากสมาชิกในครอบครัว ผลการศึกษาพบว่า การสนับสนุนทางสังคมจากสมาชิกในครอบครัวสามารถทำนายการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียว 4 สัปดาห์ได้อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = .62$) อธิบายได้ว่า การสนับสนุนทางสังคมจากสมาชิกในครอบครัว ไม่ได้เพิ่มโอกาสในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียว 4 สัปดาห์ในมารดาหลังคลอด ในการศึกษาครั้งนี้พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีลักษณะครอบครัวเป็นครอบครัวขยายร้อยละ 60.8 และมีลักษณะเป็น

ครอบครัวเดี่ยวร้อยละ 39.3 ซึ่งจากการศึกษาพบว่า มารดาได้รับการสนับสนุนการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่จากสามีมากถึงร้อยละ 62.6 รองลงมาเป็นบิดามารดาคิดเป็นร้อยละ 34.6 และพี่น้องคิดเป็นร้อยละ 2.8 ซึ่งสามีมีหน้าที่รับผิดชอบหลักในการทำงานหารายได้เพื่อเลี้ยงดูครอบครัว ซึ่งในระยะเวลาการเลี้ยงลูกในช่วง 1 เดือนแรกหลังคลอดนั้นเป็นช่วงที่มารดาหลังคลอดมีสิทธิในการลาคลอด แต่สำหรับสามีที่เป็นข้าราชการหรือลูกจ้างข้าราชการนั้นมีสิทธิในการลาเพื่อไปช่วยเหลือภรรยาที่กำลังจะคลอดบุตรได้ไม่เกิน 15 วัน นอกจากนี้ในภาคเอกชนยังไม่มีระเบียบออกมาแน่ชัด ซึ่งจากการศึกษาครั้งนี้ไม่พบข้อมูลการลาคลอดของสามี แต่ด้วยภาระงาน/การประกอบอาชีพเป็นผลทำให้สามีไม่ได้อยู่ใกล้ชิดเพื่อดูแลช่วยเหลือมารดาหลังคลอดในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ได้อย่างเต็มที่ในช่วงระยะเวลา 1 เดือนแรกหลังคลอด ซึ่งเป็นช่วงระยะที่มารดาหลังคลอดจะประสบพบกับปัญหาการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ได้มากที่สุด และจำเป็นต้องได้รับการสนับสนุนช่วยเหลือให้สามารถผ่านพ้นอุปสรรคหรือปัญหาที่เกิดขึ้นในช่วงระยะเวลาดังกล่าวไปได้ให้เร็วที่สุด ส่วนสมาชิกในครอบครัว เช่น พ่อแม่ พี่น้อง ส่วนใหญ่จะอาศัยอยู่ในบริเวณเดียวกัน แต่อาจแยกบ้านกัน หรืออาศัยอยู่ในต่างจังหวัด มารดาหลังคลอดอาจให้สมาชิกในครอบครัวช่วยเลี้ยงดูบุตรหลังจากที่ตนเองกลับไปทำงานแล้ว โดยจากการศึกษาในครั้งนี้พบว่าการสนับสนุนทางสังคมจากสมาชิกในครอบครัว ไม่มีผลต่อการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียว 4 สัปดาห์ในมารดาหลังคลอด

สรุปและข้อเสนอแนะ

จากผลการศึกษาพบว่า มี 2 ปัจจัยที่มีผลต่อการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียว 4 สัปดาห์ในมารดาหลังคลอด ได้แก่ อายุ และทัศนคติเกี่ยวกับการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ จึงมีข้อเสนอแนะที่ได้จากผลการวิจัย ดังนี้

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. บุคลากรทางการแพทย์ โดยเฉพาะพยาบาล ควรให้การพยาบาลด้วยความเอาใจใส่ และให้เวลากับมารดาหลังคลอด โดยเฉพาะในกลุ่มมารดาที่มีอายุมากเพื่อส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ และช่วยแก้ไขปัญหาในระหว่างการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ เพื่อเสริมสร้างทัศนคติที่ดีเกี่ยวกับการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ให้กับมารดาหลังคลอด

2. ควรมีการจัดทำโปรแกรมสำหรับการให้ความรู้ส่งเสริม และสนับสนุนการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในมารดาวัยทำงานที่มีอายุมาก ตั้งแต่ในระยะตั้งครรภ์ และต่อเนื่องไปจนถึงระยะหลังคลอด

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวที่ระยะเวลาที่ยาวนานขึ้น เช่น 6 เดือน หรือ 12 เดือน

2. ควรมีการศึกษาเชิงทดลองและกึ่งทดลอง สำหรับการจัดทำโปรแกรมการส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ โดยการเสริมสร้างทัศนคติที่ดีเกี่ยวกับการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่

3. ควรมีการศึกษาตัวแปรหรือปัจจัยอื่นที่คาดว่าจะสามารถทำนายโอกาสในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวในมารดาหลังคลอด เช่น น้ำหนักที่เพิ่มขึ้นทั้งหมดขณะตั้งครรภ์ ดัชนีมวลกาย เป็นต้น โดยการศึกษาแบบ case control

References

1. Spatz DL, Lessen R. Risks of not breastfeeding-position statement. Morrisville, NC: International Lactation Consultant Association; 2011. 11 p.
2. World Health Organization. Promoting and protecting breastfeeding for a better start in life [Internet]. Geneva: WHO; 2020 [cited 2020 Dec 8]. Available from: http://www.afro.who.int/news/promoting-and-protecting-breastfeeding-better-start-life-1.

3. Piejko E. The postpartum visit--why wait 6 weeks? Aust Fam Physician. 2006;35(9):674-8.
4. Lauwers J. Maternal breastfeeding anatomy. In: Mannel R, Martens PJ, Walker M, editors. Core curriculum for lactation consultant practice. 3rd ed. Burlington, MA: Jones & Bartlett Learning; 2013. p.261-73.
5. Zanardo V, Cavallin F, Guerrini P, Bertin M, Straface G. Prepregnancy body mass index shift across gestation: an association with breastfeeding practices? Breastfeed Med. 2017;12(10):615-20. doi: 10.1089/bfm.2017.0037.
6. Nommsen-Rivers LA, Chantry CJ, Peerson JM, Cohen RJ, Dewey KG. Delayed onset of lactogenesis among first-time mothers is related to maternal obesity and factors associated with ineffective breastfeeding. Am J Clin Nutr. 2010; 92(3):574-84. doi: 10.3945/ajcn.2010.29192.
7. Wambach K, Genna CW. Anatomy and physiology of lactation. In: Wambach K, Riordan J, editors. Breastfeeding and human lactation 5th ed. Burlington, MA: Jones & Bartlett Learning; 2016. p.79-115.
8. Mosquera PS, Lourenc BH, Gimeno SGA, Malta MB, Castro MC, Cardoso MA, et al. Factors affecting exclusive breastfeeding in the first month of life among Amazonian children. PLoS ONE. 2019;14(7): e0219801. doi: 10.1371/journal.pone.0219801.
9. Tehranian A, Hosseini L, Nariman S, Eslami B, Rastad H, Aghajani F. The association between prepregnancy body mass index and breastfeeding duration in iranian women. J Comp Pediatr. 2017;8(3): e12361. doi: 10.5812/compreped.12361.
10. Ernst B, Thurnheer M, Schultes B. Basal serum prolactin levels in obesity—unrelated to parameters of the metabolic syndrome and unchanged after massive weight loss. Obes Surg. 2009;19(8): 1159-62. doi: 10.1007/s11695-009-9856-0.
11. O'Sullivan EJ, Perrine CG, Rasmussen KM. Early breastfeeding problems mediate the negative association between maternal obesity and exclusive breastfeeding at 1 and 2 months postpartum. J Nutr. 2015;145(10):2369-78. doi: 10.3945/jn.115.214619.
12. Boudet-Berquier J, Salanave B, Desenclos J-C, Castetbon K. Association between maternal prepregnancy obesity and breastfeeding duration: data from a nationwide prospective birth cohort. Matern Child Nutr. 2018;14(2):e12507. doi: 10.1111/mcn.12507.
13. Katz KA, Nilsson I, Rasmussen KM. Danish health care providers' perception of breastfeeding difficulty experienced by women who are obese, have large breasts, or both. J Hum Lact. 2010; 26(2):138-47. doi: 10.1177/0890334409349805.
14. Hauff LE, Leonard SA, Rasmussen KM. Associations of maternal obesity and psychosocial factors with breastfeeding intention, initiation, and duration. Am J Clin Nutr. 2014;99(3):524-34. doi: 10.3945/ajcn.113.071191.
15. Holbrook KE, White MC, Heyman MB, Wojcicki JM. Maternal sociodemographic characteristics and the use of the Iowa infant attitude feeding scale to describe breastfeeding initiation and

duration in a population of urban, Latina mothers: a prospective cohort study. Int Breastfeed J. 2013;8(1):7. doi: 10.1186/1746-4358-8-7.

16. House JS. Work stress and social support. Reading, MA: Adison-Wesley; 1981. 156 p.
17. Chanapai S, Sinsuksai N, Thananowan N, Phahuwatanakorn W. Knowledge, attitude, self-efficacy, spousal and nurse support predicting 6-weeks exclusive breastfeeding. Nursing Science Journal of Thailand. 2014;32(1):51-60. (in Thai).
18. Ertem IO, Votto N, Leventhal JM. The timing and predictors of the early termination of breastfeeding. Pediatrics. 2001;107(3):543-8. doi: 10.1542/peds.107.3.543.
19. Rahman N, Dewi NU, Fitrasyah SI, Bohari B, Oktaviani V, Rifai M. Factors related to exclusive breastfeeding among mothers in the city of Palu, Central Sulawesi, Indonesia. Malaysian Journal of Nutrition. 2017;23(2):175-89.
20. de la Mora AM, Russell DW, Dungy CI, Losch ME, Dusdieker L. The Iowa infant feeding attitude scale: analysis of reliability and validity1. J Appl Soc Psychol. 1999;29(11):2362-80. doi: 10.1111/j.1559-1816.1999.tb00115.x.
21. Chaisuwan C, Prasopkittikun T, Sangperm P, Payakkaraung S. Predictive power of support from husbands, grandmothers and nurses on duration of exclusive breastfeeding. Nursing Science Journal of Thailand. 2012;30(1):70-80. (in Thai).
22. Kitano N, Nomura K, Kido M, Murakami K, Ohkubo T, Ueno M, et al. Combined effects of maternal age and parity on successful initiation of exclusive breastfeeding. Prev Med Rep. 2016;3:121-6. doi: 10.1016/j.pmedr.2015.12.010.
23. Milligan RA, Pugh LC, Bronner YL, Spatz DL, Brown LP. Breastfeeding duration among low income women. J Midwifery Womens Health. 2000;45(3):246-52. doi: 10.1016/s1526-9523(00)00018-0.
24. Claesson IM, Larsson L, Steen L, Alehagen S. "You just need to leave the room when you breastfeed" Breastfeeding experiences among obese women in Sweden - a qualitative study. BMC Pregnancy Childbirth. 2018;18(1):39. doi: 10.1186/s12884-017-1656-2.
25. Ho Y-J, McGrath JM. A Chinese version of Iowa infant feeding attitude scale: reliability and validity assessment. Int J Nurs Stud. 2011;48(4):475-8. doi: 10.1016/j.ijnurstu.2010.09.001.
26. Hill P, Humenick SS, Argubright TM, Aldag JC. Effects of parity and weaning practices on breastfeeding duration. Public Health Nurs. 2007;14(4):227-34. doi: 10.1111/j.1525-1446.1997.tb00295.x.
27. Gussler J, Arensberg MB. Impact of maternal obesity on pregnancy and lactation: the health care challenge. Nutr Today. 2011;46(1):6-11. doi: 10.1097/NT.0b013e3181e988ea.

Intention to Breastfeeding in Mothers Receiving Breastfeeding Information from Different Medias*

Waewta Sritong, RN, MNS[1], Sudaporn Payakkaraung, RN, PhD[1], Parnnarat Sangperm, RN, PhD[1]

Abstract

Purpose: To compare the maternal intention to exclusive breastfeeding and continued breastfeeding among mothers receiving three different types of breastfeeding media: personal media, personal media along with specialized media, and personal media along with the internet link.

Design: Quasi-experimental design.

Methods: The study samples were postpartum mothers in the obstetric ward a university hospital, Bangkok. There were 75 people divided into 3 groups. Data were collected from July to October, 2018. The research instruments consisted of 3 types of media which were personal media, specific media and internet link. Tools used for data collection included two interviewing questionnaires asking about 1) mother's and infant's general information, and 2) their opinion towards breastfeeding information obtained and their intention to exclusive and continued breastfeeding. The data were analyzed using descriptive statistics and Kruskal Wallis test by ranks.

Main findings: The study showed that intention to exclusive breastfeeding ($p < .05$) and intention to continued breastfeeding ($p < .05$) were significantly different among three groups of mothers: receiving personal media only, receiving personal media along with specific media, and receiving personal media along with the internet link. For post hoc comparison, the mothers receiving personal media along with specific media and mothers receiving personal media along with the internet link had longer duration of intention to exclusive breastfeeding and intention to continued breastfeeding than the mothers receiving the personal media only.

Conclusion and recommendations: According to the study findings, the mothers receiving personal media along with either specific media or the internet link showed their intention with longer duration to exclusive breastfeeding and continued breastfeeding than the mothers receiving personal media only. Therefore, nurses should apply multimodal implementation of breastfeeding education for mothers by integrating specific media, like booklet, and internet platform in the routine advice given by nurses. Several sources of information given will facilitate mothers to obtain at hand information which would enhance their intention to breastfeed longer.

Keywords: breastfeeding, intention, media

Nursing Science Journal of Thailand. 2022;40(2):49-66

Corresponding Author: Associate Professor Sudaporn Payakkaraung, Faculty of Nursing, Mahidol University, Bangkok 10700, Thailand; e-mail: sudaporn.pay@mahidol.ac.th

** Master's thesis, Master of Nursing Science Program in Pediatric Nursing, Faculty of Nursing, Mahidol University*

[1] Faculty of Nursing, Mahidol University, Bangkok, Thailand

Received: 22 April 2021 / Revised: 8 June 2021 / Accepted: 15 July 2021

ความตั้งใจเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ของมารดาที่ได้รับข้อมูลการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ผ่านสื่อต่างกัน*

แววตา ศรีทอง, พย.ม.[1] สุดาภรณ์ พยัคฆเรือง, ปร.ด.[1] พรรณรัตน์ แสงเพิ่ม, ปร.ด.[1]

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์: เพื่อศึกษาเปรียบเทียบความตั้งใจเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวและความตั้งใจเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ต่อเนื่องของมารดาที่ได้รับสื่อเกี่ยวกับการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ที่แตกต่างกัน 3 ประเภท ได้แก่ สื่อบุคคล สื่อบุคคลร่วมกับสื่อเฉพาะกิจ และสื่อบุคคลร่วมกับสื่ออินเทอร์เน็ต

รูปแบบการวิจัย: การศึกษากึ่งทดลอง

วิธีดำเนินการวิจัย: กลุ่มตัวอย่าง คือ มารดาหลังคลอดในหอผู้ป่วยสูติกรรมของโรงพยาบาล มหาวิทยาลัยแห่งหนึ่ง กรุงเทพมหานคร จำนวน 75 คน แบ่งออกเป็น 3 กลุ่ม เก็บรวบรวมข้อมูลระหว่างเดือนกรกฎาคม-ตุลาคม พ.ศ. 2562 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วยสื่อ 3 ประเภท คือ สื่อบุคคล สื่อเฉพาะกิจ และสื่ออินเทอร์เน็ต เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลประกอบด้วยแบบสัมภาษณ์สองชุด ถามเกี่ยวกับ 1) ข้อมูลทั่วไปของมารดาและทารก 2) ความคิดเห็นต่อการได้รับข้อมูลการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ผ่านสื่อ และความตั้งใจของมารดาในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวและต่อเนื่อง วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา และ Kruskal Wallis test by ranks

ผลการวิจัย: ผลการศึกษาพบว่า มารดาที่ได้รับสื่อบุคคล มารดาที่ได้รับสื่อบุคคลร่วมกับสื่อเฉพาะกิจและสื่อบุคคลร่วมกับสื่ออินเทอร์เน็ต มีความตั้งใจเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียว และความตั้งใจเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ต่อเนื่องแตกต่างกัน ($p < .05$) และเมื่อเปรียบเทียบรายคู่ พบว่ามารดาที่ได้รับสื่อบุคคลร่วมกับสื่อเฉพาะกิจและสื่อบุคคลร่วมกับสื่ออินเทอร์เน็ต มีความตั้งใจเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียว และมีความตั้งใจเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ต่อเนื่องนานกว่ามารดาที่ได้รับสื่อบุคคลเพียงอย่างเดียว

สรุปและข้อเสนอแนะ: มารดาที่ได้รับสื่อบุคคลร่วมกับสื่อเฉพาะกิจและสื่อบุคคลร่วมกับสื่ออินเทอร์เน็ต มีความตั้งใจเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียว และความตั้งใจเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ต่อเนื่องนานกว่ามารดาที่ได้รับสื่อบุคคลเพียงอย่างเดียว ดังนั้นพยาบาลควรบูรณาการหลากหลายช่องทางและวิธีการในการให้ข้อมูลการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ เช่น การใช้สื่อหนังสือคู่มือ หรืออินเทอร์เน็ต ร่วมกับการให้คำแนะนำโดยพยาบาล ช่องทางหลากหลายจะช่วยเอื้ออำนวยให้มารดาได้รับข้อมูลที่ต้องการอย่างสะดวก ซึ่งจะช่วยส่งเสริมให้มารดามีความตั้งใจในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ยาวนานขึ้น

คำสำคัญ: การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ความตั้งใจ สื่อ

Nursing Science Journal of Thailand. 2022;40(2):49-66

ผู้ประสานงานการเผยแพร่: รองศาสตราจารย์สุดาภรณ์ พยัคฆเรือง, คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล บางกอกน้อย กรุงเทพฯ 10700, e-mail: sudaporn.pay@mahidol.ac.th

** วิทยานิพนธ์หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลเด็ก คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล*

[1] คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

วันที่รับบทความ: 22 เมษายน 2564 / วันที่แก้ไขบทความเสร็จ: 8 มิถุนายน 2564 / วันที่ตอบรับบทความ: 15 กรกฎาคม 2564

ความสำคัญของปัญหา

น้ำนมแม่เป็นอาหารที่ยอมรับกันทั่วโลกว่ามีประโยชน์และเหมาะสมมากที่สุดสำหรับทารก เนื่องจากน้ำนมแม่มีคุณค่าทางโภชนาการ สารอาหารครบถ้วน ช่วยในการเจริญเติบโตและส่งเสริมพัฒนาการทางด้านสมองและความคิด[1] ซึ่งองค์การอนามัยโลก (World Health Organization) และองค์การทุนเพื่อเด็กแห่งสหประชาชาติ (United Nations Children's Fund) ได้แนะนำให้มารดาทุกคนเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียว (exclusive breastfeeding) นาน 6 เดือนหลังคลอด และเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ต่อเนื่อง (continued breastfeeding) ร่วมกับอาหารตามวัยจนครบ 2 ปีหรือนานกว่านั้น โดยองค์การอนามัยโลกได้ตั้งเป้าหมายของการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียว 6 เดือนให้ได้ร้อยละ 50 ภายในปี พ.ศ. 2568[2] การที่มารดาจะสามารถเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวและต่อเนื่องได้นั้น ปัจจัยด้านมารดาปัจจัยหนึ่งที่มีส่วนสำคัญ ที่จะทำให้การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่นั้นประสบความสำเร็จ คือความตั้งใจของมารดา กล่าวคือเมื่อมารดามีความตั้งใจ มารดาจะมีการกำหนดเป้าหมายที่ชัดเจน มุ่งมั่นและพร้อมฟันฝ่ากับอุปสรรคเพื่อไปสู่เป้าหมายที่วางไว้[3] ปัจจุบันมีการสนับสนุนให้มารดามีความตั้งใจเลี้ยงลูกด้วยนมแม่เพิ่มมากขึ้น แต่จากการสำรวจสถานการณ์เด็กและสตรีในประเทศไทยในปี พ.ศ. 2562 ขององค์การทุนเพื่อเด็กแห่งสหประชาชาติและสำนักงานสถิติแห่งชาติ พบว่าประเทศไทยมีอัตราการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวในทารกอายุ 0-5 เดือนเพียงร้อยละ 14[4] ซึ่งยังต่ำกว่าเป้าหมายที่กำหนดไว้มาก ซึ่งการเปลี่ยนแปลงด้านร่างกาย จิตใจและการเผชิญปัญหาของมารดาหลังคลอด อาจมีผลทำให้มารดามีความตั้งใจเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ลดลง[5]

การส่งเสริมให้มารดาเลี้ยงลูกด้วยนมแม่นั้น สิ่งสำคัญคือการทำให้มารดามีความรู้ที่ถูกต้องเกี่ยวกับการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ซึ่งจะส่งผลให้มารดามีความตั้งใจในการให้นมบุตรและตัดสินใจเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในที่สุด มีการศึกษาพบว่าความรู้เกี่ยวกับการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ มีความสัมพันธ์กับความตั้งใจของมารดาในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวนาน 6 เดือน โดยมารดาที่มีความรู้เกี่ยวกับการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่มากจะมีคะแนนความตั้งใจเลี้ยงลูกด้วยนมแม่มากกว่ามารดาที่มีความรู้เกี่ยวกับการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่น้อย[6] นอกจากนี้ผลของการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความตั้งใจเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวของหญิงตั้งครรภ์ในประเทศพม่า พบว่ามารดาที่มีความรู้เกี่ยวกับการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในระดับปานกลางและมาก จะมีความตั้งใจเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ต่อเนื่องนานกว่ามารดาที่มีความรู้เกี่ยวกับการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในระดับน้อย[7] ซึ่งการที่มารดามีความรู้เกี่ยวกับการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่นั้นจะทำให้มารดามีความเข้าใจในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ รับรู้ว่าการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่นั้นมีประโยชน์ทั้งต่อตนเองและทารก ส่งผลให้มารดาเกิดความตั้งใจที่จะเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ โดยในปัจจุบันมีการส่งเสริมความรู้ให้กับมารดาผ่านช่องทางต่างๆ และมีการนำสื่อเข้ามาใช้เพิ่มมากขึ้น

สื่อสามารถแบ่งออกตามหลักการได้ 4 ประเภท ได้แก่ สื่อบุคคล สื่อมวลชน สื่อเฉพาะกิจ และสื่ออินเทอร์เน็ต[8] ปัจจุบันประเทศไทยมีการใช้สื่อทั้ง 4 ประเภท ในการให้ความรู้เกี่ยวกับการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ เช่น สื่อบุคคล ผ่านทางบุคลากรทางการแพทย์ในการให้คำแนะนำการเริ่มให้นมแม่ การป้องกันและแก้ไขปัญหาต่างๆ เป็นต้น นอกจากนี้ยังมีการจัดกิจกรรมในรูปแบบคุณแม่อาสา เพื่อพูดคุยแลกเปลี่ยนประสบการณ์การดูแลทารกและการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่[9] สื่อมวลชน ผ่านการดู การฟัง การอ่าน ในรูปแบบการโฆษณาประชาสัมพันธ์ผ่านทางโทรทัศน์ ส่วนสื่อเฉพาะกิจ โดยการใช้โปสเตอร์ แผ่นพับ และสำหรับสื่ออินเทอร์เน็ต ผ่านทางเว็บไซต์ และแอปพลิเคชันต่างๆ เช่น เว็บไซต์มูลนิธิศูนย์นมแม่แห่งประเทศไทย แอปพลิเคชันนมแม่ เลี้ยงลูกด้วยนมแม่ เป็นต้น ซึ่งสื่อแต่ละประเภทมีข้อดีข้อเสีย

และการเข้าถึงมารดาแตกต่างกัน การให้ความรู้ผ่านสื่อที่มารดาสนใจและมีความสะดวกในการเข้าถึงหรือใช้งาน จะจูงใจให้มารดาเกิดความสนใจเนื้อหาในสื่อนั้นมากขึ้น รับข้อมูลความรู้ที่ถูกต้องภายในสื่อนั้นได้เต็มที่

การที่มารดาจะเลือกใช้สื่อที่ให้ความรู้เกี่ยวกับการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ประเภทใดนั้นขึ้นอยู่กับหลายปัจจัย เช่น ความสะดวกในการใช้ ความเด่นของสื่อนั้นๆ ที่ดึงดูดความสนใจ ความต้องการหรือการใช้ประโยชน์จากสื่อ ประสบการณ์การใช้สื่อของมารดา การศึกษาและสถานะทางสังคม[10] โดยเนื้อหาที่ได้รับมีผลต่อการเปลี่ยนแปลงทัศนคติ นำไปสู่ความตั้งใจและพฤติกรรมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ กล่าวคือมารดาจะมีการตีความหมายของเนื้อหาข้อมูลที่ได้รับนั้น หากสอดคล้องกับทัศนคติและความเชื่อของตนเอง มารดาจะเลือกจดจำเนื้อหาข้อมูลนั้น เพื่อนำไปใช้หรือเก็บเป็นประสบการณ์ในการคิดหรือตัดสินใจ แต่หากไม่สอดคล้องกับทัศนคติหรือความเชื่อของตนเอง มารดาอาจเปลี่ยนแปลงทัศนคติหรือความเชื่อเดิมส่งผลให้ความตั้งใจและพฤติกรรมเปลี่ยนแปลงไปได้[8] มีการศึกษาพบว่าหญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับความรู้เกี่ยวกับการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ผ่านสื่อบุคลากรทางการแพทย์และสื่ออินเทอร์เน็ต มีความตั้งใจเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวมากกว่าหญิงตั้งครรภ์ที่ไม่ได้รับความรู้ผ่านสื่อบุคลากรทางการแพทย์และสื่ออินเทอร์เน็ต[11] และการได้รับความรู้ผ่านสื่อที่ต่างกันก็จะส่งผลต่อความตั้งใจเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ต่างกันด้วย โดยมารดาที่ได้รับความรู้ผ่านสื่อมวลชนร่วมกับสื่อบุคคลมีความตั้งใจเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวมากกว่ามารดาที่ได้รับสื่อมวลชนหรือสื่อบุคคลเพียงอย่างเดียว[12]

จากการศึกษาที่ผ่านมายังขาดข้อมูลที่ชัดเจนเกี่ยวกับประเภทของสื่อที่เหมาะสมในการให้ข้อมูลการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ที่ถูกต้อง เพื่อให้มารดามีความตั้งใจเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวและต่อเนื่องยาวนานมากขึ้น นอกจากนี้ยังไม่พบว่ามีการศึกษาในประเทศไทยที่ศึกษาในมารดาหลังคลอด ซึ่งเป็นระยะที่สำคัญในการปรับบทบาทการเป็นมารดาและตัดสินใจให้นมบุตร[13] ผู้วิจัยจึงมีความสนใจศึกษาเปรียบเทียบความตั้งใจเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวและความตั้งใจเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ต่อเนื่องของมารดาที่ได้รับข้อมูลเกี่ยวกับการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ผ่านสื่อบุคคล หรือสื่อบุคคลร่วมกับสื่อเฉพาะกิจ หรือสื่ออินเทอร์เน็ตตามความสนใจของมารดา โดยในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยไม่ได้นำสื่อมวลชนเข้ามาศึกษา เนื่องจากสื่อมวลชนเป็นสื่อที่ควบคุมได้ยาก และต้องใช้งบประมาณสูงในการผลิตและเผยแพร่ ผลการศึกษาที่ได้จะเป็นประโยชน์ในการนำมาออกแบบการให้ความรู้เกี่ยวกับการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ผ่านสื่อแก่มารดา เพื่อส่งเสริมความตั้งใจเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ นำไปสู่พฤติกรรมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวของมารดา และต่อเนื่องยาวนานเพิ่มมากขึ้น

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบความตั้งใจเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวของมารดาที่ได้รับสื่อบุคคล สื่อบุคคลร่วมกับสื่อเฉพาะกิจ และสื่อบุคคลร่วมกับสื่ออินเทอร์เน็ต
2. เพื่อเปรียบเทียบความตั้งใจเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ต่อเนื่องของมารดาที่ได้รับสื่อบุคคล สื่อบุคคลร่วมกับสื่อเฉพาะกิจ และสื่อบุคคลร่วมกับสื่ออินเทอร์เน็ต

สมมติฐานการวิจัย

1. มารดาที่ได้รับสื่อบุคคล สื่อบุคคลร่วมกับสื่อเฉพาะกิจ และสื่อบุคคลร่วมกับสื่ออินเทอร์เน็ตมีความตั้งใจเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวแตกต่างกัน
2. มารดาที่ได้รับสื่อบุคคล สื่อบุคคลร่วมกับสื่อเฉพาะกิจ และสื่อบุคคลร่วมกับสื่ออินเทอร์เน็ตมีความตั้งใจเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ต่อเนื่องแตกต่างกัน

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้ เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (quasi-experimental study)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ เป็นมารดาหลังคลอดที่พักรักษาตัวในหอผู้ป่วยสูติกรรม คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช เลือกกลุ่มตัวอย่างแบบสะดวก (convenience sampling) ตามคุณสมบัติที่กำหนด คือ มารดาอายุ 18 ปีขึ้นไป คลอดบุตรครบกำหนดอายุครรภ์เท่ากับหรือมากกว่า 37 สัปดาห์ มารดาเป็นผู้ดูแลทารกเองเมื่อกลับบ้าน และมารดาไม่มีภาวะแทรกซ้อนหลังคลอดหรือมีประวัติเจ็บป่วยที่ไม่สามารถให้นมแม่แก่บุตรได้ หรือต้องเว้นระยะในการให้นมบุตร โดยบุตรไม่มีความพิการหรือความเจ็บป่วยที่เป็นอุปสรรคต่อการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่

กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างจากงานวิจัยที่เกี่ยวข้องของ Nguyen และคณะ[12] ศึกษาการได้รับข้อมูลเกี่ยวกับการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ผ่านสื่อมวลชนและสื่อบุคคลต่อความตั้งใจเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวของมารดาหลังคลอดในประเทศเวียดนาม โดยนำค่าเฉลี่ยความตั้งใจเลี้ยงลูกด้วยนมแม่กลุ่มที่ไม่ได้รับสื่อ ($\overline{X}$ = 69.79) ความตั้งใจเลี้ยงลูกด้วยนมแม่กลุ่มที่ได้รับสื่อมวลชน ($\overline{X}$ = 76.24) ความตั้งใจเลี้ยงลูกด้วยนมแม่กลุ่มที่ได้รับสื่อบุคคล ($\overline{X}$ = 84.75) ความตั้งใจเลี้ยงลูกด้วยนมแม่กลุ่มที่ได้รับสื่อมวลชนร่วมกับสื่อบุคคล ($\overline{X}$ = 88.29) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเฉลี่ยทั้ง 4 กลุ่ม (SD = 16.18) คำนวณโดยใช้โปรแกรม G* Power Version 3.9.1.2 ได้ขนาดอิทธิพลเท่ากับ .39 กำหนดค่าความเชื่อมั่นที่ .05 อำนาจการทดสอบ .80 ได้กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 69 คน แบ่งเป็นกลุ่มตัวอย่างมารดาที่ได้รับสื่อบุคคล 23 คน มารดาที่ได้รับสื่อบุคคลร่วมกับสื่อเฉพาะกิจ 23 คน มารดาที่ได้รับสื่อบุคคลร่วมกับสื่ออินเทอร์เน็ต 23 คน และเพื่อป้องกันการสูญหายของกลุ่มตัวอย่างในการวิจัย ผู้วิจัยจึงกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างเพิ่มขึ้นร้อยละ 10[14] ทำให้มีจำนวนกลุ่มตัวอย่างเท่ากับ 75 คน แบ่งเป็น 3 กลุ่มจะได้กลุ่มละ 25 คน

เครื่องมือการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ ประกอบด้วย 2 ส่วน ดังนี้

1) เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย ประกอบด้วยสื่อ 3 ประเภท คือ สื่อบุคคล สื่อเฉพาะกิจ และสื่ออินเทอร์เน็ต ซึ่งผู้วิจัยได้จัดรูปแบบและเนื้อหาการให้ข้อมูลเกี่ยวกับการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ผ่านสื่อแต่ละประเภทแก่มารดาดังนี้ คือ สื่อบุคคลโดยพยาบาลประจำหอผู้ป่วย ให้ข้อมูลการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ตามปกติ สื่อเฉพาะกิจโดยเป็นเล่มเอกสารความรู้ สื่ออินเทอร์เน็ตโดยเป็นอินโฟกราฟฟิกความรู้ผ่าน QR code และจัดทำไว้ในรูปแบบของพวงกุญแจ โดยสื่อทั้ง 3 ประเภท มีเนื้อหา 9 หัวข้อ ได้แก่ การเตรียมตัวเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ประโยชน์ของนมแม่ การเปรียบเทียบสารอาหารในนมแม่และนมผสม ท่าอุ้มและวิธีอุ้มลูกเข้าเต้า วิธีการกระตุ้นน้ำนมให้มาเร็วและเพียงพอ อาหารสำหรับแม่ให้นมบุตร การให้นมแม่เมื่อแม่ไปทำงาน การเก็บรักษาน้ำนม ซึ่งผู้วิจัยรวบรวมมาจากมูลนิธิศูนย์นมแม่แห่งประเทศไทย และขออนุญาตนำมาใช้เป็นเครื่องมือดำเนินการวิจัยในครั้งนี้ โดยเนื้อหาดังกล่าวสร้างโดยมูลนิธิศูนย์นมแม่แห่งประเทศไทยร่วมกับสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ มีคณะกรรมการผู้จัดทำประกอบด้วยแพทย์และพยาบาลผู้มีความเชี่ยวชาญด้านการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ซึ่งผ่านการเรียบเรียงและตรวจสอบเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิก่อนนำมาเผยแพร่สู่สาธารณะ ทั้งนี้ทีมผู้วิจัยได้ตรวจสอบความตรงภายในเนื้อหาของสื่อทั้ง 3 ประเภท พบว่ามีเนื้อหาเหมือนกันก่อนนำไปใช้ในการวิจัย

2) เครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูล แบ่งเป็น 2 ชุด ประกอบด้วย

ชุดที่ 1 แบบสัมภาษณ์ข้อมูลทั่วไป แบ่งเป็น 3 ส่วน ได้แก่ ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของมารดา จำนวน 10 ข้อ ประกอบด้วย

อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ สถานภาพสมรส รายได้ ลักษณะครอบครัว จำนวนสมาชิกในครอบครัว จำนวนบุตร ประวัติการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ของมารดา ส่วนที่ 2 ข้อมูลทั่วไปของทารก จำนวน 5 ข้อ ประกอบด้วย ประวัติการคลอด เพศของทารก น้ำหนักแรกเกิด การได้ดูดนมแม่ และการเจ็บป่วยหลังคลอด ส่วนที่ 3 ข้อมูลการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ จำนวน 3 ข้อ ประกอบด้วย ความตั้งใจเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียว ความตั้งใจเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ต่อเนื่อง และการได้รับข้อมูลเกี่ยวกับการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ของมารดา การแปลผลความตั้งใจการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวหรือต่อเนื่อง แปลตามระยะเวลาเป็นจำนวนเดือนที่มารดาตอบ โดยจำนวนเดือนมากแสดงว่ามารดามีความตั้งใจเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวหรือต่อเนื่องมาก จำนวนเดือนน้อยแสดงว่ามารดามีความตั้งใจเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวหรือต่อเนื่องน้อย

ชุดที่ 2 แบบสัมภาษณ์การได้รับข้อมูลการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ผ่านสื่อ แบ่งเป็น 2 ส่วน ได้แก่ ส่วนแรกเป็นความคิดเห็นของมารดาเกี่ยวกับการได้รับข้อมูลการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ผ่านสื่อ จำนวน 5 ข้อ ประกอบด้วย ชนิดของสื่อและความถี่ของการใช้สื่อ เนื้อหาภายในสื่อที่เป็นประโยชน์กับมารดา ข้อมูลที่มารดาต้องการได้รับเพิ่มเติม ปัญหาและอุปสรรคในการศึกษาข้อมูลผ่านสื่อ และข้อเสนอแนะ โดยเป็นคำถามปลายเปิดเพื่อให้มารดาแสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับสื่อและข้อมูลการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ที่มารดาได้รับ ข้อมูลที่ได้นำมาใช้ในการอภิปรายและปรับปรุงการพัฒนารูปแบบของสื่อให้มีความเหมาะสมต่อไป จึงไม่ได้ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาและความเที่ยงของเครื่องมือดังกล่าว ส่วนที่ 2 เป็นความตั้งใจในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ของมารดาหลังคลอด 6 สัปดาห์ จำนวน 2 ข้อ ประกอบด้วย ความตั้งใจเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียว และความตั้งใจเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ต่อเนื่อง การแปลผลความตั้งใจการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวหรือต่อเนื่อง แปลตามระยะเวลาเป็นจำนวนเดือนที่มารดาตอบโดยจำนวนเดือนมากแสดงว่ามารดามีความตั้งใจเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวหรือต่อเนื่องมาก จำนวนเดือนน้อยแสดงว่ามารดามีความตั้งใจเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวหรือต่อเนื่องน้อย

การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง

โครงการวิจัยนี้ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคนของคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล COA No.IRB-NS2019/496.2503 และคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยของคณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช COA 087/2562 ผู้วิจัยดำเนินการเชิญชวนกลุ่มตัวอย่าง เข้าร่วมการวิจัยตามเกณฑ์มาตรฐานที่กำหนดโดยคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน กลุ่มตัวอย่างได้รับรายละเอียดของโครงการวิจัย มีอิสระในการตัดสินใจเข้าร่วมโครงการวิจัย และสามารถถอนตัวจากโครงการได้ตลอดเวลาโดยไม่ต้องชี้แจงเหตุผล และไม่มีผลกระทบต่อการรักษาพยาบาลของมารดาหรือการดูแลที่บุตรควรจะได้รับ ข้อมูลต่างๆ ที่ได้จากการวิจัยถูกเก็บไว้เป็นความลับ การนำเสนอข้อมูลต่างๆ นำเสนอในภาพรวม เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินดีเข้าร่วมการวิจัย จึงให้ลงชื่อในหนังสือแสดงเจตนายินยอมเข้าร่วมการวิจัย

วิธีเก็บรวบรวมข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยเป็นผู้เก็บข้อมูลด้วยตนเอง ที่คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช ตั้งแต่เดือนกรกฎาคม-ตุลาคม พ.ศ. 2562 หลังจากได้รับอนุมัติให้เก็บข้อมูลตามลำดับขั้นแล้ว ผู้วิจัยดำเนินการเก็บข้อมูลด้วยตนเอง 2 ครั้ง โดยครั้งที่ 1 ในวันที่มารดากลับบ้าน และครั้งที่ 2 ในวันที่มารดามาตรวจหลังคลอด 6 สัปดาห์ จำนวนกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 75 คน กลุ่มตัวอย่างทุกคนเป็นมารดาหลังคลอดที่ได้รับการดูแลตามแนวทางปฏิบัติการดูแลและให้ความรู้เกี่ยวกับการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่แก่มารดาหลังคลอดตามมาตรฐานของทางโรงพยาบาล จากพยาบาลประจำหอผู้ป่วย

สูติกรรม ซึ่งเป็นการพยาบาลตามปกติ โดยผู้วิจัยจัดมารดาเข้ากลุ่มกลุ่มละ 25 คนจำนวน 3 กลุ่มดังนี้ กลุ่มที่ 1 มารดาที่ได้รับสื่อบุคคลเป็นมารดาที่ได้รับการพยาบาลปกติ ซึ่งได้รับความรู้เกี่ยวกับการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ จำนวน 9 เรื่อง เรื่องละ 1 ครั้ง เป็นระยะเวลา 3 วันก่อนกลับบ้าน กลุ่มที่ 2 มารดาที่ได้รับสื่อบุคคลร่วมกับสื่อเฉพาะกิจ เป็นมารดาที่ได้รับการพยาบาลตามปกติร่วมกับได้รับสื่อเล่มเอกสารความรู้ก่อนกลับบ้าน กลุ่มที่ 3 มารดาที่ได้รับสื่อบุคคลร่วมกับสื่ออินเทอร์เน็ต เป็นมารดาที่ได้รับการพยาบาลตามปกติร่วมกับได้รับสื่อพวงกุญแจ QR Code ก่อนกลับบ้าน โดยการจัดมารดาเข้ากลุ่มที่ 2 และ 3 ผู้วิจัยสอบถามความสะดวกและความต้องการของมารดาในการรับข้อมูลจากสื่อเพิ่มเติมเกี่ยวกับการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ หากมารดาตอบต้องการเล่มเอกสารความรู้ ผู้วิจัยจัดให้มารดาอยู่กลุ่มที่ 2 (มารดาที่ได้รับสื่อบุคคลร่วมกับสื่อเฉพาะกิจ) หากมารดาตอบต้องการพวงกุญแจ QR Code ผู้วิจัยจัดให้มารดาอยู่กลุ่มที่ 3 (มารดาที่ได้รับสื่อบุคคลร่วมกับสื่ออินเทอร์เน็ต)

การเก็บข้อมูลครั้งที่ 1 เก็บข้อมูลที่หอผู้ป่วยสูติกรรม โดยขออนุญาตเก็บข้อมูลมารดาก่อนกลับบ้าน ผู้วิจัยดำเนินการเก็บข้อมูลมารดาในกลุ่มที่ 1 จนครบ 25 คนก่อนแล้วจึงดำเนินการเก็บข้อมูลในกลุ่มที่ 2 และกลุ่มที่ 3 ไปพร้อมกันจนครบตามจำนวนกลุ่มละ 25 คน ขั้นตอนการเก็บข้อมูลเป็นดังนี้ ผู้วิจัยสอบถามมารดาโดยใช้แบบสัมภาษณ์ชุดที่ 1 หลังสัมภาษณ์เรียบร้อยแล้ว มารดากลุ่มที่ 1 กลับบ้านได้ตามปกติ มารดากลุ่มที่ 2 ผู้วิจัยแนะนำและสาธิตให้มารดาเปิดอ่านเล่มเอกสารความรู้จนครบทุกหน้า และมอบให้มารดานำไปศึกษาต่อที่บ้าน มารดากลุ่มที่ 3 ผู้วิจัยแนะนำและสาธิตโดยให้มารดานำโทรศัพท์มือถือของตนเองสแกน QR Code ทีละเรื่อง อ่านข้อมูลจนครบ และมอบให้มารดานำไปศึกษาต่อที่บ้าน การตอบแบบสัมภาษณ์ชุดที่ 1 และแนะนำการใช้สื่อเล่มเอกสารความรู้และพวงกุญแจ QR code ในมารดาแต่ละรายใช้เวลาประมาณ 15-20 นาที

การเก็บข้อมูลครั้งที่ 2 เก็บข้อมูลที่ห้องตรวจวางแผนครอบครัว ในวันที่มารดามาตรวจหลังคลอด 6 สัปดาห์ ผู้วิจัยสัมภาษณ์มารดาหลังจากมารดาได้รับการตรวจจากแพทย์เรียบร้อยแล้ว โดยใช้แบบสัมภาษณ์ชุดที่ 2 แบบสัมภาษณ์การได้รับข้อมูลการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ผ่านสื่อ และความตั้งใจในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ของมารดาหลังคลอด 6 สัปดาห์ ใช้เวลาในการสัมภาษณ์ประมาณ 10-15 นาที ทั้งนี้ภายหลังกลับบ้านกลุ่มตัวอย่างทั้ง 3 กลุ่มอาจค้นหาข้อมูลด้วยตนเองทางอินเทอร์เน็ตหรือจากแหล่งอื่น อย่างไรก็ตามเนื้อหาความรู้เกี่ยวกับการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ทั้ง 9 เรื่อง ที่มารดาได้รับจากทั้งสื่อบุคคลและสื่อเฉพาะกิจหรือสื่ออินเทอร์เน็ต เป็นข้อมูลที่จำเป็นและเพียงพอสำหรับการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป กำหนดนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ดังนี้ วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปส่วนบุคคลของมารดาและทารก โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เปรียบเทียบข้อมูลทั่วไปของมารดาทั้ง 3 กลุ่มโดยใช้สถิติ ANOVA และสถิติ Fisher's exact test และการวิเคราะห์ความแตกต่างของความตั้งใจเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียว และความตั้งใจเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ต่อเนื่องระหว่างมารดา 3 กลุ่ม ด้วยสถิติ Non-Parametric คือ Kruskal Wallis test by ranks

ผลการวิจัย

มารดาหลังคลอดบุตรครบกำหนดจำนวน 75 ราย มีอายุอยู่ในช่วง 15-40 ปี โดยเฉลี่ย 26 ปี (SD = 6.30) รายละเอียดของข้อมูลทั่วไปเปรียบเทียบระหว่างมารดาสามกลุ่มพบว่า อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ สถานภาพสมรส รายได้ของครอบครัว ลักษณะของครอบครัว จำนวนสมาชิกในครอบครัว จำนวนบุตร และจำนวนเดือนที่มารดาเลี้ยงลูกด้วยนมแม่นานที่สุด ทั้ง 3 กลุ่มไม่แตกต่างกัน ($p > .05$) ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของมารดาจำแนกตามข้อมูลส่วนบุคคล

ข้อมูลมารดา	สื่อบุคคล		สื่อบุคคลร่วมกับสื่อเฉพาะกิจ		สื่อบุคคลร่วมกับสื่ออินเทอร์เน็ต		p-value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
อายุ (ปี)							.729[1]
<20	7	28	3	12	6	24	
20-40	18	72	22	88	19	76	
รวม	25	100	25	100	25	100	
ระดับการศึกษา							.156[2]
ประถมศึกษา-มัธยมศึกษา	19	76	13	52	14	56	
อนุปริญญา หรือ ปวส.	5	20	6	24	4	16	
ปริญญาตรี	1	4	6	24	7	28	
รวม	25	100	25	100	25	100	
อาชีพ							.180[2]
ข้าราชการ/พนักงานของรัฐ/ พนักงานรัฐวิสาหกิจ/ พนักงานบริษัท	4	16	10	30	11	44	
ค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว	5	20	2	18	4	16	
รับจ้างทั่วไป	4	16	7	28	4	16	
ไม่ได้ทำงาน/แม่บ้าน	12	48	6	24	6	24	
รวม	25	100	25	100	25	100	
รายได้ของครอบครัวต่อเดือน							.159[2]
10,001-15,000 บาท	9	36	10	40	8	32	
15,001-30,000 บาท	8	32	13	52	9	36	
30,001-50,000 บาท	8	32	2	8	8	32	
รวม	25	100	25	100	25	100	
รายได้พียงพอกับค่าใช้จ่าย							.923[2]
มีเหลือเก็บ	4	16	3	12	4	16	
พอใช้	20	80	22	88	21	84	
ไม่พอใช้	1	4	-	-	-	-	
รวม	25	100	25	100	25	100	
จำนวนบุตรที่มีชีวิต (ไม่นับครรภ์นี้)							.189[2]
ไม่มี	9	36	8	32	13	52	
1 คน	10	40	12	48	11	44	
2 คน	3	12	5	20	1	4	
3 คน	3	12	-	-	-	-	
รวม	25	100	25	100	25	100	

ตารางที่ 1 (ต่อ)

ข้อมูลมารดา	สื่อบุคคล		สื่อบุคคลร่วมกับสื่อเฉพาะกิจ		สื่อบุคคลร่วมกับสื่ออินเทอร์เน็ต		p-value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
เคยเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ (ไม่นับครรภ์นี้)							.420[2]
ไม่ใช่	9	36	8	32	13	52	
ใช่	16	64	17	68	12	48	
รวม	25	100	25	100	25	100	
เคยเลี้ยงลูกด้วยนมแม่นานที่สุด (n = 45)							.358[2]
<6 เดือน	8	50	15	88.24	11	91.67	
6-12 เดือน	5	31	1	5.88	-	-	
>12 เดือน	3	18	1	5.88	1	8.33	
รวม	16	100	17	100	12	100	
ปัญหาหรืออุปสรรคที่พบในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่							
หัวนมมีปัญหา (หัวนมสั้น หัวนมแตก)	1	6.25	-	-	1	8.33	
น้ำนมน้อยไม่พอให้ลูกกิน	6	37.50	7	41.18	5	41.67	
หยุดให้นมเพื่อเตรียมตัวกลับไปทำงาน	5	31.25	8	47.06	5	41.67	
ไม่มีปัญหา	4	25	2	11.76	1	8.33	
รวม	16	100	17	100	12	100	

[1]ANOVA, [2]Fisher's exact

ทารกจำนวน 75 คนพบว่า ร้อยละ 61.33 คลอดปกติ และมีน้ำหนักแรกเกิดในช่วง 2,510-4,025 กรัม หรือโดยเฉลี่ย 3,097.13 กรัม (SD = 341.82) รายละเอียดข้อมูลทั่วไปเปรียบเทียบระหว่างทารกจำแนกตามมารดาที่ได้รับสื่อต่างกันสามกลุ่ม พบว่าประวัติการคลอด อายุครรภ์เมื่อคลอด เพศ น้ำหนักแรกเกิด การได้ดูดนมแม่ใน 1 ชั่วโมงหลังคลอด และระยะเวลาที่ทารกได้ดูดนมแม่ใน 1 ชั่วโมงหลังคลอดไม่แตกต่างกัน ($p > .05$) ดังแสดงในตารางที่ 2

ความตั้งใจเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียว และความตั้งใจเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ต่อเนื่อง ก่อนจำหน่ายกลับบ้านและหลังกลับบ้านได้ 6 สัปดาห์ของมารดาแต่ละกลุ่มที่ได้รับสื่อต่างกัน มีรายละเอียดดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละของทารกจำแนกตามข้อมูลส่วนบุคคล

ข้อมูลทารก	สื่อบุคคล		สื่อบุคคลร่วมกับสื่อเฉพาะกิจ		สื่อบุคคลร่วมกับสื่ออินเทอร์เน็ต		p-value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
ประวัติการคลอด							.385[2]
คลอดปกติ	15	60	13	52	18	72	
ผ่าตัดคลอด	10	40	12	48	7	28	
รวม	25	100	25	100	25	100	
อายุครรภ์เมื่อคลอด							.986[2]
37 สัปดาห์	6	24	5	20	6	24	
38 สัปดาห์	6	24	7	28	8	32	
39 สัปดาห์	9	36	10	40	7	28	
40 สัปดาห์	4	16	3	12	4	16	
รวม	25	100	25	100	25	100	
เพศ							.955[2]
ชาย	14	56	15	60	16	64	
หญิง	11	44	10	40	9	36	
รวม	25	100	25	100	25	100	
น้ำหนักแรกเกิด							.599[1]
2501-3000 กรัม	13	52	10	40	11	44	
3001-3500 กรัม	7	28	12	48	12	48	
3501-4000 กรัม	4	16	3	12	2	8	
>4000 กรัม	1	4	-	-	-	-	
รวม	25	100	25	100	25	100	
ได้กินนมแม่ใน 1 ชั่วโมงหลังคลอด							1[2]
ไม่ใช่	17	68	17	68	16	64	
ใช่	8	32	8	32	9	36	
รวม	25	100	25	100	25	100	
ระยะเวลาที่ได้กินนมแม่ใน 1 ชั่วโมงหลังคลอด							.703[2]
5 นาที	5	62.5	2	25	5	55.56	
10 นาที	3	37.5	4	50	2	22.22	
15 นาที	-	-	1	12.5	2	22.22	
>15 นาที	-	-	1	12.5	-	-	
รวม	8	100	8	100	9	100	

[1] ANOVA, [2] Fisher's exact

ตารางที่ 3 ร้อยละของมารดาที่ตั้งใจเลี่ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียว และเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างต่อเนื่อง จำแนกตามกลุ่มที่ได้รับสื่อต่างกันในช่วงก่อนจำหน่ายและหลังกลับบ้าน 6 สัปดาห์

ความตั้งใจเลี้ยงลูกด้วยนมแม่	สื่อบุคคล		สื่อบุคคลร่วมกับสื่อเฉพาะกิจ		สื่อบุคคลร่วมกับสื่ออินเทอร์เน็ต	
	ก่อน (ร้อยละ)	หลัง (ร้อยละ)	ก่อน (ร้อยละ)	หลัง (ร้อยละ)	ก่อน (ร้อยละ)	หลัง (ร้อยละ)
มารดาตั้งใจเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียว						
ไม่ตั้งใจ	-	4	4	-	-	-
1 เดือน	4	4	4	-	8	-
2 เดือน	12	24	28	4	32	8
3 เดือน	32	32	32	20	32	24
4 เดือน	-	-	4	4	-	-
5 เดือน	-	-	-	-	-	-
6 เดือน	52	36	28	72	28	68
>6 เดือน	-	-	-	-	-	-
มารดาตั้งใจเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ต่อเนื่อง						
1 เดือน	-	4	-	-	-	-
2 เดือน	-	4	-	-	-	-
3 เดือน	8	16	4	-	12	4
6 เดือน	36	44	48	28	40	32
12 เดือน	52	28	44	60	44	44
18 เดือน	-	-	4	4	-	-
24 เดือน	4	4	-	8	-	16
36 เดือน	-	-	-	-	4	4

มารดากลุ่มที่ได้รับข้อมูลผ่านสื่อบุคคลร่วมกับสื่อเฉพาะกิจทุกคน ได้อ่านข้อมูลเพิ่มเติมเกี่ยวกับการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่จากเล่มเอกสารความรู้ โดยร้อยละ 60 อ่าน 2 ครั้ง เนื้อหาที่มารดาได้รับประโยชน์มากที่สุดคือ การบีบเก็บน้ำนมเมื่อแม่ไปทำงาน ร้อยละ 28 นอกจากนั้นมารดายังต้องการได้รับข้อมูลเพิ่มเติม โดยร้อยละ 20 ต้องการทราบเกี่ยวกับเครื่องปั๊มนมยี่ห้อต่างๆ และวิธีการใช้ ร้อยละ 8 ต้องการทราบเกี่ยวกับการปั๊มนมเมื่อแม่ไปทำงานและวิธีเก็บน้ำนมส่งต่างจังหวัด ดังแสดงในตารางที่ 4

มารดากลุ่มที่ได้รับข้อมูลผ่านสื่อบุคคลร่วมกับสื่ออินเทอร์เน็ตทุกคน ได้เปิดเข้าดูข้อมูลเพิ่มเติมเกี่ยวกับการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่จากพวงกุญแจ QR code โดยร้อยละ 60 เข้าดูมากที่สุด 5-10 ครั้ง เนื้อหาที่มารดาได้รับประโยชน์มากที่สุดคือ เทคนิคการบีบเก็บน้ำนม ร้อยละ 24 นอกจากนั้นมารดาร้อยละ 8 ยังต้องการได้รับข้อมูลเพิ่มเติมในอีก 3 เรื่อง ได้แก่ การแก้ไขอาการผิดปกติของหัวนม เช่น หัวนมแดง หัวนมแตก เป็นต้น การแก้ไขอาการต่างๆ ของบุตร เช่น สะอึก ท้องอืด เป็นต้น และอาหารที่แม่ให้นมบุตรไม่ควรรับประทาน ดังแสดงในตารางที่ 4

ตารางที่ 4 ร้อยละของมารดาในกลุ่มที่ได้รับสื่อบุคคลร่วมกับสื่อเฉพาะกิจ และกลุ่มที่รับสื่อบุคคลร่วมกับสื่ออินเทอร์เน็ต จำแนกตามเนื้อหาการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ที่ได้รับประโยชน์มากที่สุดและที่ต้องการเพิ่มเติม

ข้อมูลที่มารดาได้รับ	สื่อเฉพาะกิจ (ร้อยละ)	สื่ออินเทอร์เน็ต (ร้อยละ)
เนื้อหาการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ที่ได้รับประโยชน์มากที่สุด		
การปฏิบัติตัวเมื่อแม่ไปทำงาน	28	12
ระยะเวลาของการเก็บรักษาน้ำนม	20	16
เทคนิคการบีบเก็บน้ำนม	16	24
ทำอย่างไรให้น้ำนมมาเร็วและเพียงพอ	12	12
นมแม่แน่ที่สุด	8	4
ท่าอุ้ม	8	-
วิธีเอาลูกเข้าเต้าแม่	4	20
อาหารสำหรับแม่ให้นมบุตร	4	12
รวม	100	100
เนื้อหาการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ที่มารดาต้องการได้รับเพิ่มเติม		
เครื่องปั๊มนมยี่ห้อต่างๆ และวิธีการใช้	20	4
การปั๊มนมเมื่อแม่ไปทำงานและวิธีเก็บน้ำนมส่งต่างจังหวัด	8	-
อาหารที่แม่ให้นมบุตรไม่ควรรับประทาน	8	8
สารอาหารในนมแม่ เช่น DHA, ARA	4	-
อาหารเสริมตามวัยที่ควรให้บุตรเมื่อเริ่มลดนมแม่	4	-
การแก้ไขอาการต่างๆ ของบุตร เช่น สะอึก ถ่ายเหลว	4	8
การแก้ไขอาการผิดปกติของหัวนม เช่น หัวนมแตก หัวนมแตก	-	8
การทำความสะอาดขวดนม	4	4
ไม่มีข้อแนะนำเพิ่มเติม	48	68
รวม	100	100

ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรที่ศึกษา

เนื่องจากข้อมูลมีการแจกแจงไม่ปกติ ผู้วิจัยจึงเลือกใช้สถิติ nonparametric คือ Kruskal Wallis test

วิเคราะห์ความแตกต่างของความตั้งใจเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวของมารดาทั้ง 3 กลุ่ม โดยเปรียบเทียบระยะเวลาเป็นจำนวนเดือนของความตั้งใจเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียว พบว่ามีสื่ออย่างน้อย 1 ประเภทที่ทำให้มารดามีความตั้งใจเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียว แตกต่างจากกลุ่มอื่นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($p = .005$) ดังแสดงในตารางที่ 5

ตารางที่ 5 เปรียบเทียบความตั้งใจเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวของมารดาทั้ง 3 กลุ่ม ด้วยสถิติ Kruskal Wallis test by ranks

ประเภทของสื่อ	$\bar{X}$±SD	Mean Rank	χ^2	df	p
สื่อบุคคล	3.64±1.93	27.78			
สื่อบุคคลร่วมกับสื่อเฉพาะกิจ	5.16±1.40	44.24	10.74	2	.005
สื่อบุคคลร่วมกับสื่ออินเทอร์เน็ต	4.96±1.96	41.98			

เมื่อเปรียบเทียบพหุคูณเพื่อหาคู่ที่แตกต่างกันต่อ โดยใช้ค่าเฉลี่ยอันดับของแต่ละกลุ่ม (mean rank) ซึ่งเป็นค่าแสดงความแตกต่างของความตั้งใจเลี้ยงลูกด้วยนมแม่เป็นจำนวนเดือนของมารดาแต่ละกลุ่ม โดยค่า mean rank มาก หมายถึงมารดามีความตั้งใจมาก และค่า mean rank น้อย หมายถึงมารดามีความตั้งใจน้อย เปรียบเทียบกับเกณฑ์ที่ใช้ตัดสินความแตกต่างระหว่างกลุ่ม

โดยที่กลุ่มที่ i และ j แตกต่างกันเมื่อ varø = Ri - Rj $\geq \sqrt{x^2 a, k-1}\ \sqrt{var\ \emptyset}$ แต่เนื่องจากจำนวนกลุ่มตัวอย่าง (n) และจำนวนกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด (N) มีจำนวนเท่ากันในการหาค่าความแตกต่างระหว่างกลุ่มทั้งความตั้งใจเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ และความตั้งใจเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียว จึงหา varø เพียงครั้งเดียวโดยการคำนวณจากสูตร[15]

$$var\emptyset = \frac{N(N+1)}{12}\left[\frac{1}{ni} + \frac{1}{nj}\right]$$

N = จำนวนกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด

n = จำนวนกลุ่มตัวอย่างของกลุ่ม i และ j

ได้ค่าความแตกต่างระหว่างกลุ่มเท่ากับ 9.59 จึงนำมาเปรียบเทียบทีละคู่ดังนี้

คู่ที่ 1 เปรียบเทียบระหว่าง ความตั้งใจเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ของมารดาหลังได้รับสื่อบุคคลและสื่อบุคคลร่วมกับสื่อเฉพาะกิจ 44.24 - 27.78 = 16.46 เมื่อเทียบกับเกณฑ์ (9.59) ซึ่งมากกว่า หมายความว่าความตั้งใจเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ของมารดาหลังได้รับสื่อบุคคลและสื่อบุคคลร่วมกับสื่อเฉพาะกิจแตกต่างกัน ($p < .05$)

คู่ที่ 2 เปรียบเทียบระหว่าง ความตั้งใจเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ของมารดาหลังได้รับสื่อบุคคลและสื่อบุคคลร่วมกับสื่ออินเทอร์เน็ต 41.98 - 27.78 = 14.20 เมื่อเทียบกับเกณฑ์ (9.59) ซึ่งมากกว่า หมายความว่าความตั้งใจเลี้ยงลูกด้วยนแม่ของมารดาหลังได้รับสื่อบุคคลและสื่อบุคคลร่วมกับสื่ออินเทอร์เน็ตแตกต่างกัน ($p < .05$)

คู่ที่ 3 เปรียบเทียบระหว่าง ความตั้งใจเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ของมารดาหลังได้รับสื่อบุคคลร่วมกับสื่อเฉพาะกิจและสื่อบุคคลร่วมกับสื่ออินเทอร์เน็ต 44.24 - 41.98 = 2.26 เมื่อเทียบกับเกณฑ์ (9.59) ซึ่งน้อยกว่า หมายความว่าความตั้งใจเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ของมารดาหลังได้รับสื่อเฉพาะกิจและสื่ออินเทอร์เน็ตไม่แตกต่างกัน ($p > .05$)

จากการเปรียบเทียบพหุคูณสรุปได้ว่าความตั้งใจเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวของมารดาหลังได้รับสื่อบุคคลแตกต่างจากมารดาที่ได้รับสื่อบุคคลร่วมกับสื่อเฉพาะกิจ ($p < .05$) และสื่อบุคคลร่วมกับสื่ออินเทอร์เน็ต ($p < .05$) ส่วนความตั้งใจเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวของมารดาหลังได้รับสื่อเฉพาะกิจและสื่ออินเทอร์เน็ตไม่แตกต่างกัน ($p > .05$) โดยมารดากลุ่มสื่อบุคคลร่วมกับสื่อเฉพาะกิจ

มีความตั้งใจเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวมากที่สุด (mean rank = 44.24) รองลงมาคือมารดากลุ่มสื่อบุคคลร่วมกับสื่ออินเทอร์เน็ต (mean rank = 41.98) และมารดากลุ่มสื่อบุคคลอย่างเดียว (mean rank = 27.78) ตามลำดับ

วิเคราะห์ความแตกต่างของความตั้งใจเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ต่อเนื่องของมารดาทั้ง 3 กลุ่ม ผลการวิเคราะห์พบว่ามีสื่ออย่างน้อย 1 ประเภทที่ทำให้มารดามีความตั้งใจเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ต่อเนื่องแตกต่างจากกลุ่มอื่นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (p = .003) ดังแสดงในตารางที่ 6

ตารางที่ 6 เปรียบเทียบความตั้งใจเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ต่อเนื่องของมารดาทั้ง 3 กลุ่ม ด้วยสถิติ Kruskal Wallis test by ranks

ประเภทของสื่อ	$\bar{X}$±SD	Mean Rank	χ^2	df	p
สื่อบุคคล	7.56±4.96	26.78			
สื่อบุคคลร่วมกับสื่อเฉพาะกิจ	11.52±4.87	44.10	11.24	2	.003
สื่อบุคคลร่วมกับสื่ออินเทอร์เน็ต	12.60±7.93	43.12			

เมื่อเปรียบเทียบพหุคูณเพื่อหาคู่ที่แตกต่างกัน โดยใช้ค่าเฉลี่ยอันดับของแต่ละกลุ่ม (mean rank) เปรียบเทียบกับเกณฑ์ที่ใช้ตัดสินความแตกต่างระหว่างกลุ่ม (คำนวณเกณฑ์ที่ใช้ตัดสินความแตกต่างระหว่างกลุ่ม = 9.59) พบว่าความตั้งใจเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ของมารดาหลังได้รับสื่อบุคคลมีความตั้งใจเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ต่อเนื่อง แตกต่างจากมารดาที่ได้รับสื่อบุคคลร่วมกับสื่อเฉพาะกิจ ($p < .05$) และสื่อบุคคลร่วมกับสื่ออินเทอร์เน็ต ($p < .05$) ส่วนมารดาได้รับสื่อบุคคลร่วมกับเฉพาะกิจและสื่อบุคคลร่วมกับสื่ออินเทอร์เน็ตมีความตั้งใจเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ต่อเนื่องแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญที่ระดับ .05 ($p > .05$) โดยมารดากลุ่มสื่อบุคคลร่วมกับสื่อเฉพาะกิจมีความตั้งใจเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ต่อเนื่องมากที่สุด (mean rank = 44.10) รองลงมาคือมารดากลุ่มสื่อบุคคลร่วมกับสื่ออินเทอร์เน็ต (mean rank = 43.12) และมารดากลุ่มสื่อบุคคลอย่างเดียว (mean rank = 26.27) ตามลำดับ

การอภิปรายผล

การศึกษาครั้งนี้ มารดากลุ่มที่ได้รับสื่อบุคคล มารดากลุ่มที่ได้รับสื่อบุคคลร่วมกับสื่อเฉพาะกิจ และมารดากลุ่มที่ได้รับสื่อบุคคลร่วมกับสื่ออินเทอร์เน็ต มีความตั้งใจเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียว และความตั้งใจเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ต่อเนื่องแตกต่างกัน มารดากลุ่มที่ได้รับสื่อบุคคลร่วมกับสื่อเฉพาะกิจมีความตั้งใจเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียว 6 เดือน และความตั้งใจเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ต่อเนื่องที่ 12 เดือนมากที่สุด รองลงมาคือมารดากลุ่มที่ได้รับสื่อบุคคลร่วมกับสื่ออินเทอร์เน็ต และมารดากลุ่มที่ได้รับสื่อบุคคลอย่างเดียวตามลำดับ และเมื่อเปรียบเทียบรายคู่พบว่า มารดาที่ได้รับสื่อบุคคลร่วมกับสื่อเฉพาะกิจและสื่อบุคคลร่วมกับสื่ออินเทอร์เน็ตมีความตั้งใจเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวและมีความตั้งใจเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ต่อเนื่องนานกว่ามารดาที่ได้รับสื่อบุคคลเพียงอย่างเดียว

จากผลการศึกษาภายหลังการได้รับสื่อ เมื่อพิจารณาจำนวนเดือนที่มารดาส่วนใหญ่ของแต่ละกลุ่มตั้งใจจะเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียว พบว่ามารดาทั้ง 3 กลุ่ม ตั้งใจเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียว 6 เดือน โดยในกลุ่มที่ได้รับสื่อบุคคลร่วมกับสื่อเฉพาะกิจพบร้อยละ 72 รองลงมาคือกลุ่มที่ได้รับสื่อบุคคลร่วมกับสื่ออินเทอร์เน็ตพบร้อยละ 68 ในขณะที่กลุ่มที่ได้รับสื่อบุคคลพบเพียงร้อยละ 36 ซึ่งอธิบายได้จากมารดากลุ่มที่ได้รับสื่อบุคคลที่มีความตั้งใจเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อยู่ในระดับต่ำกว่ากลุ่มอื่นนั้น อาจเกิดจากปัญหาที่พบเมื่อต้องเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ด้วยตนเอง คือ น้ำนมไม่เพียงพอ (ร้อยละ 42.9) เจ็บหัวนม หัวนมแตก (ร้อยละ 42.9) เต้านมคัด (ร้อยละ 14.3) ส่งผลต่อความตั้งใจเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ อาจทำให้มารดาตัดสินใจให้นมผสมแทนนมแม่หรือหยุดให้นมแม่ สอดคล้องกับการศึกษาของ สุดาภรณ์ พยัคฆเรือง, พรรณรัตน์ แสงเพิ่ม และชญาดา สามารถ[16] ซึ่งศึกษาปัญหาการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ เมื่อมารดากลับไปอยู่ที่บ้านในช่วง 2 เดือนแรกหลังคลอด พบว่ามารดาต้องเผชิญกับปัญหาแทรกซ้อนภายหลังออกจากโรงพยาบาล เช่น เต้านมเป็นก้อน มารดาคิดว่าตนเองมีน้ำนมไม่เพียงพอสำหรับทารก จึงต้องเสริมด้วยนมผสม ซึ่งในการศึกษาครั้งนี้พบว่ามารดาอีก 2 กลุ่มที่ได้รับสื่อบุคคลร่วมกับสื่อเฉพาะกิจ และมารดากลุ่มที่ได้รับสื่อบุคคลร่วมกับสื่ออินเทอร์เน็ตมีความตั้งใจเลี้ยงลูกด้วยนมแม่เพิ่มขึ้น อาจเนื่องจากเมื่อมารดาเผชิญปัญหาการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ มารดาสามารถศึกษาวิธีแก้ปัญหาเบื้องต้นจากเล่มเอกสารความรู้หรือพวงกุญแจ QR Code ได้ทันที และสามารถศึกษาซ้ำได้หลายครั้ง โดยจากผลการศึกษาพบว่ามีมารดากลุ่มที่ได้รับสื่อบุคคลร่วมกับสื่อเฉพาะกิจร้อยละ 60 อ่านซ้ำจำนวน 2 ครั้ง ร้อยละ 28 อ่านซ้ำ 3 ครั้ง และมีมารดากลุ่มที่ได้รับสื่อบุคคลร่วมกับสื่ออินเทอร์เน็ตร้อยละ 60 สแกนข้อมูลในพวงกุญแจ QR Code จำนวน 6-10 ครั้ง ร้อยละ 20 สแกนข้อมูลในพวงกุญแจ QR Code จำนวนมากกว่า 10 ครั้ง โดยเนื้อหาที่มารดาทั้ง 2 กลุ่มระบุว่าทบทวนซ้ำและมีประโยชน์มากที่สุดคือ การปฏิบัติตัวเมื่อแม่ไปทำงาน รองลงมาคือระยะเวลาของการเก็บรักษาน้ำนมและเทคนิคการบีบเก็บน้ำนม ซึ่งอาจทำให้มารดาสามารถจัดการกับปัญหาเบื้องต้นได้ และคงความตั้งใจในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ต่อไป

ถึงแม้ว่าการโทรศัพท์เพื่อขอรับคำปรึกษาจากพยาบาลประจำหอผู้ป่วย หรือเดินทางเข้ามาปรึกษาด้วยตนเองที่คลินิกนมแม่ จะทำให้มารดาได้รับข้อมูลและช่วยแก้ไขปัญหาให้กับมารดาได้อย่างครบถ้วนและตรงประเด็น แต่มารดาอาจมีความยากลำบากและใช้เวลานานในการเดินทาง หรือโทรศัพท์เพื่อขอคำปรึกษา จึงทำให้มารดากลุ่มที่ได้รับสื่อบุคคลอย่างเดียวจำนวนเพียง 3 ราย เดินทางเข้ามาปรึกษาที่คลินิกนมแม่ และจำนวน 4 รายโทรศัพท์มาสอบถามหรือขอคำแนะนำจากพยาบาล การเข้าถึงที่ยากลำบากอาจทำให้มารดาบางส่วนไม่สามารถเผชิญปัญหาที่เกิดขึ้นในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ทำให้ความตั้งใจในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่เปลี่ยนแปลงไป ในขณะที่มารดากลุ่มที่ได้รับสื่อบุคคลร่วมกับสื่อเฉพาะกิจ แก้ปัญหาด้วยการอ่านทบทวนความรู้จากเล่มเอกสารความรู้ที่ได้รับด้วยตนเอง โดยมีมารดาร้อยละ 60 อ่านซ้ำจำนวน 2 ครั้ง ส่วนมารดากลุ่มที่ได้รับสื่อบุคคลร่วมกับสื่ออินเทอร์เน็ต มีมารดาร้อยละ 60 เข้าถึงข้อมูลการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่จากพวงกุญแจ QR Code จำนวน 6-10 ครั้ง ซึ่งสื่อทั้ง 2 ชนิดมีขนาดเล็กสามารถพกพาได้และสะดวกในการใช้ มีข้อมูลความรู้ในการแก้ไขปัญหาเบื้องต้นสามารถหยิบใช้ได้ทันทีเมื่อต้องการ ไม่ต้องเสียเวลาไปแสวงหาข้อมูลจากแหล่งอื่น จึงเป็นเหตุผลหนึ่งที่ทำให้มารดาบางส่วนที่ได้รับสื่อกลับไปทบทวนที่บ้าน ยังคงมีความตั้งใจในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ และทำให้ความตั้งใจเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวและความตั้งใจเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ต่อเนื่องของทั้ง 3 กลุ่มแตกต่างกัน

เมื่อพิจารณาความตั้งใจเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ที่ 6 เดือนพบว่ามารดาทั้ง 3 กลุ่มมีการเปลี่ยนแปลงความตั้งใจเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ก่อนและหลังได้รับสื่อ โดยกลุ่มที่ได้รับสื่อบุคคลพบลดจากร้อยละ 52 เป็นร้อยละ 36 ในขณะที่กลุ่มที่ได้รับสื่อบุคคลร่วมกับสื่อเฉพาะกิจเพิ่มจากร้อยละ 28 เป็นร้อยละ 72 และกลุ่มที่ได้รับสื่อบุคคลร่วมกับสื่ออินเทอร์เน็ตเพิ่มจากร้อยละ 28 เป็นร้อยละ 68 ซึ่งเป็นไปตามแนวคิดการเปลี่ยนแปลงความตั้งใจของ Jaccard ที่กล่าวถึงความตั้งใจของบุคคลสามารถเปลี่ยนแปลงได้จากหลายองค์ประกอบ ได้แก่ ช่วงระยะเวลาของการตั้งใจที่จะกระทำพฤติกรรม การได้รับข้อมูลข่าวสารใหม่ ลำดับขั้นของการกระทำพฤติกรรม ความสามารถของบุคคล ความจำ และอุปนิสัย[17] ความตั้งใจของมารดาในช่วงก่อนออกจากโรงพยาบาล และภายหลังกลับบ้าน 6 สัปดาห์อาจมีการเปลี่ยนแปลงไป ในการวิจัยครั้งนี้มารดาทั้ง 3 กลุ่มมีโอกาสเผชิญกับปัญหาและความยากลำบากในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ รวมทั้งมารดาทุกคนยังได้รับความรู้และคำแนะนำจากพยาบาลประจำหอผู้ป่วยสูติกรรมในรูปแบบเดียวกันก่อนกลับบ้าน แต่เมื่อกลับไปดูแลบุตรด้วยตนเองที่บ้าน มารดาอาจเผชิญปัญหาและอุปสรรคในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ อาจหลงลืมความรู้ที่ได้จากพยาบาล เมื่อเจอปัญหาในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่จึงไม่สามารถจดจำความข้อมูลความรู้ หรือวิธีแก้ไขปัญหาที่ได้รับจากพยาบาลได้หมด แต่มารดากลุ่มที่ได้รับสื่อบุคคลร่วมกับสื่อเฉพาะกิจและมารดากลุ่มที่ได้รับสื่อบุคคลร่วมกับสื่ออินเทอร์เน็ต สามารถทบทวนความรู้ได้จากสื่อที่ได้รับคือเล่มเอกสารความรู้ และพวงกุญแจ QR code ซึ่งมีข้อมูลพร้อมใช้ทำให้มารดาแก้ไขปัญหาได้ทันที หรือข้อมูลดังกล่าวช่วยในการเตรียมตัวและวางแผนให้นมในระยะยาวได้ จึงทำให้ความตั้งใจเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ของทั้ง 2 กลุ่มนี้เพิ่มมากขึ้น ในขณะที่มารดากลุ่มที่ได้รับสื่อบุคคลเพียงอย่างเดียวไม่สามารถจดจำข้อมูลความรู้ได้ทั้งหมด อาจทำให้มารดาต้องเผชิญกับปัญหาการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ดังการศึกษาที่พบว่าเมื่อมารดากลับบ้าน แม้มารดาจะพยายามทำตามที่ได้รับการสอนจากพยาบาล แต่ไม่สามารถปฏิบัติได้ ทำให้มารดามีความเครียดและกดดันทั้งจากตนเองและสมาชิกในครอบครัว[16] จึงอาจเป็นเหตุผลหนึ่งที่ทำให้ความตั้งใจในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในกลุ่มที่ได้รับสื่อบุคคลเพียงอย่างเดียวลดลง

จากผลการศึกษาพบประเด็นใจที่น่าสนใจ คือ มารดากลุ่มที่ได้รับสื่อบุคคลร่วมกับสื่อเฉพาะกิจมีความตั้งใจเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ต่อเนื่องที่ 6 เดือน ลดลงจากร้อยละ 48 เป็นร้อยละ 28 แต่ที่ 12 เดือนเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 44 เป็นร้อยละ 60 และที่ 24 เดือน เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 0 เป็นร้อยละ 8 ส่วนมารดาในกลุ่มที่ได้รับสื่อบุคคลร่วมกับสื่ออินเทอร์เน็ตมีความตั้งใจเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ต่อเนื่องที่ 6 เดือน ลดลงจากร้อยละ 40 เป็นร้อยละ 32 ที่ 12 เดือน ไม่มีการเปลี่ยนแปลง แต่ที่ 24 เดือนเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 0 เป็นร้อยละ 16 ซึ่งอาจสะท้อนว่าการที่มารดาได้รับสื่อกลับไปทบทวนด้วยตนเองที่บ้าน จะทำให้มารดามีความความตั้งใจในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ต่อเนื่องยาวนานขึ้น ความตั้งใจเป็นตัวกำหนดพฤติกรรม กล่าวคือเมื่อบุคคลมีความตั้งใจ บุคคลจะมีการกำหนดเป้าหมายที่ชัดเจน วางแผนในการปฏิบัติพฤติกรรม มีความมุ่งมั่นและพร้อมฟันฝ่ากับอุปสรรคเพื่อไปสู่เป้าหมายที่วางไว้[4]

จากผลการศึกษา มารดาที่ได้รับสื่อบุคคลร่วมกับสื่อเฉพาะกิจและสื่อบุคคลร่วมกับสื่ออินเทอร์เน็ตมีความตั้งใจเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียว และความตั้งใจเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ต่อเนื่องไม่แตกต่างกัน เนื่องจากสื่อทั้งสองชนิดคือเล่มเอกสารความรู้และพวงกุญแจ QR Code มีเนื้อหาเกี่ยวกับการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ที่เหมือนกัน พกพาง่าย ใช้ได้สะดวกและใช้ได้ทันทีเมื่อต้องการทบทวนข้อมูล นอกจากนี้มารดาทั้ง 2 กลุ่มประกอบอาชีพในการทำงานเท่ากันคือ ร้อยละ 76 โดยเนื้อหาที่มารดาให้ความสนใจ และระบุว่าได้รับประโยชน์มากที่สุดคือ

การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่เมื่อแม่ไปทำงาน ระยะเวลาของการเก็บรักษาน้ำนม เทคนิคการบีบเก็บน้ำนม วิธีเอาลูกเข้าเต้านม เป็นต้น ซึ่งเป็นเนื้อหาที่ตรงกับความต้องการของมารดา มารดาจึงเลือกจดจำเนื้อหาข้อมูลนั้นเพื่อนำไปใช้ หรือเก็บเป็นประสบการณ์ในการคิด หรือตัดสินใจ[8] จึงทำให้มารดาทั้ง 2 กลุ่มมีความตั้งใจเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียว และความตั้งใจเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ต่อเนื่องไม่แตกต่างกัน

สรุปและข้อเสนอแนะ

การส่งเสริมให้มารดามีความตั้งใจในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ การให้ข้อมูลแก่มารดามีความสำคัญในด้านการปฏิบัติการพยาบาล นอกเหนือจากการให้ข้อมูลด้วยสื่อบุคคลผ่านบุคลากรทางด้านสุขภาพ จึงควรมีการออกแบบการให้ข้อมูลเกี่ยวกับการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ผ่านสื่อในรูปแบบต่างๆ เช่น เอกสารความรู้ หรือสื่อที่สามารถเข้าถึงทางอินเทอร์เน็ตได้ เพื่อใช้เป็นการทบทวนความรู้ความเข้าใจ ซึ่งจะทำให้มารดามีความมั่นใจและตั้งใจเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียว หรือให้นมแม่อย่างต่อเนื่องยาวนานขึ้น

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษาการให้ข้อมูลการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ผ่านสื่อทั้ง 3 ประเภทในมารดากลุ่มอื่น เช่น มารดาวัยรุ่น มารดาหลังคลอดที่มีบุตรป่วย เป็นต้น

2. ควรมีศึกษาการให้ข้อมูลเกี่ยวกับการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ผ่านสื่อแต่ละประเภทในรูปแบบอื่นๆ เช่น การใช้แผ่นโปสเตอร์รวมความรู้ การสร้างกลุ่มไลน์ให้ข้อมูลและคำปรึกษา เป็นต้น

3. เนื่องจากความตั้งใจเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ของมารดาอาจเปลี่ยนแปลงจากปัจจัยแวดล้อมได้ จึงควรมีการศึกษาติดตามถึงพฤติกรรมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียว 6 เดือน

References

1. Jedrychowski W, Perera F, Jankowski J, Butscher M, Mroz E, Flak E, et al. Effect of exclusive breastfeeding on the development of children's cognitive function in the Krakow prospective birth cohort study. Eur J Pediatr. 2012;171(1):151-8. doi: 10.1007/s00431-011-1507-5.
2. World Health Organization. Breastfeeding [Internet]. Geneva: WHO; 2017 [cited 2018 May 30]. Available from: http://www.who.int/topics/breastfeeding/en/
3. Ajzen I. The theory of planned behavior. Organ Behav Hum Decis Process. 1991;50(2):179-211. doi: 10.1016/0749-5978(91)90020-T.
4. National Statistical Office of Thailand. Project for the survey of the situation of children and women in Thailand 2019, key summary report [Internet]. Bangkok: National Statistical Office; 2020 [cited 2021 Mar 15] Available from: http://www.nso.go.th/sites/2014/DocLib13/ด้านสังคม/สาขาประชากร/สถานการณ์เด็กและสตรี/2562/MICS6_report_071063.pdf. (in Thai).
5. Apartsakun P. Discouraging factors of breastfeeding among Thai women. Journal of Public Health Nursing. 2016;30(2):133-46. (in Thai).
6. Wichianchai W, Limprapaipong T, Saowaros C. Factors influencing intention to exclusive breastfeeding for 6 months after giving birth of pregnant women attending antenatal care of Phra-Pok-Klao Hospital. Journal of Phrapokklao Nursing College. 2006;18(1):1-13. (in Thai).

7. Nakcharoen S. Communication patterns in public relations projects to promote breastfeeding [master' thesis]. Bangkok: Chulalongkorn University; 2006. 195 p. (in Thai).
8. Chinnawon A. Public relations media. Bangkok: Chulalongkorn University Press; 2010. 373 p. (in Thai).
9. Sasombat P. Communication process of "Nommea Group" breastfeeding. Journal of Communication Arts. 2007;25(2):41-62. (in Thai).
10. Satawethin P. Mass communication: processes and theory. 3rd ed. Bangkok: Parbpim Printing; 2003. 280 p. (in Thai).
11. Hmone MP, Li M, Agho K, Alam A, Dibley MJ. Factors associated with intention to exclusive breastfeed in central women's hospital, Yangon, Myanmar. Int Breastfeed J. 2017; 12:29. doi: 10.1186/s13006-017-0120-2.
12. Nguyen PH, Kim SS, Nguyen TT, Hajeebhoy N, Tran LM, Alayon S, et al. Exposure to mass media and interpersonal counseling has additive effects on exclusive breastfeeding and its psychosocial determinants among Vietnamese mothers. Matern Child Nutr. 2016;12(4):713-25. doi: 10.1111/mcn.12330.
13. Somanusorn M. The obstetrics nursing, volume 2. 12th ed. Nonthaburi: Yutharin Printing; 2015. 213 p. (in Thai).
14. Polit DF, Beck CT. Nursing research: generating and assessing evidence for nursing practice. 9th ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2012. 802 p.
15. Jirawatanakul A. Statistics for health science research. Bangkok: S Asia Place; 2015. 313 p. (in Thai).
16. Payakkaraung S, Sangperm P, Samart C. Breastfeeding problem in early postpartum period: mother's experiences. Nursing Science Journal of Thailand. 2016;34(3):30-40. (in Thai).
17. Sitthichaiyuk W. Factors affecting determination to purchase dietary supplement products of undergraduate student at Burapha University, Chonburi Province [dissertation]. Chonburi: Burapha University; 2016. 143 p. (in Thai).

A Study Comparing the Knowledge, Surveillant and Preventive Behavior, and Control Behavior of Hand Foot Mouth Disease among Parents and Childcare Providers Living in High- and Low-epidemic Sub-districts: A Case Study in One District, Nakhon Ratchasima Province*

Wannapha Panarat, RN, MNS,[1] Suda Hanklang, RN, DrPH[1] Kalaya Patanasri, RN, MSc[1]

Abstract

Purpose: To compare the differences of knowledge of disease, surveillant and preventive behavior, and control behavior of hand foot mouth disease among parents and child care providers in child development centers between a high-epidemic sub-district and a low-epidemic sub-district in Nakhon Ratchasima Province.

Design: Descriptive research.

Methods: Through random sampling, 65 and 64 parents of children in child care centers from high- and low-epidemic sub-districts for hand foot mouth disease, respectively, were recruited. All childcare providers from both sub-districts (n = 8, and n = 6, respectively) were also recruited. Data were collected using three questionnaires including knowledge, surveillant and preventive behavior, and control behavior of hand foot mouth disease. Independent sample t-test and Mann-Whitney U test were used for the data analysis.

Main findings: The control behavior scores of parents in low-epidemic sub-district were significantly higher than those in high- epidemic sub-district ($p < .05$). Parents in both sub-districts had low knowledge and moderate surveillant and preventive behaviour, however, no significant differences were found. The knowledge about hand foot mouth disease scores of childcare providers in low-epidemic sub-district were significantly higher than those in high-epidemic sub-district ($p < .01$) while surveillant and preventive behavior as well as control behavior were not significantly different.

Conclusions and recommendations: Parents from both sub-districts have low knowledge of hand foot mouth disease; thus, knowledge should be given every year, focusing on the causes, symptoms and spread of disease. Childcare providers should be strict with screening for the disease among children by using a flashlight to inspect and examine the oral cavity and checking the child's fever every morning before entering the centers. Local authorities should support health screening equipment and provide separate rooms for sick children in the child care centers.

Keywords: behavior, caregivers, hand foot and mouth disease, knowledge, prevention and control

Nursing Science Journal of Thailand. 2022;40(2):67-86

Corresponding Author: Lecturer Wannapha Panarat, Faculty of Nursing, Vongchavalitkul University, Nakhon Ratchasima Province 30000, Thailand; e-mail: wanoa150@gmail.com

** Research Grant for Teacher Development, Vongchavalitkul University*

[1] Faculty of Nursing, Vongchavalitkul University, Nakhon Ratchasima Province, Thailand

Received: 10 April 2021 / Revised: 6 February 2022 / Accepted: 9 February 2022

การศึกษาเปรียบเทียบความรู้ พฤติกรรมเฝ้าระวังและป้องกันโรค และพฤติกรรมควบคุมโรคมือเท้าปากของผู้ปกครองและครูพี่เลี้ยง ในตำบลที่มีการระบาดสูง กับตำบลที่มีการระบาดต่ำ : กรณีศึกษาในพื้นที่อำเภอหนึ่ง จังหวัดนครราชสีมา*

วรรณภา ปาณาราช, พย.ม.[1] สุดา หันกลาง, ส.ด.[1] กัลยา พัฒนะศรี, วท.ม.[1]

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์: เปรียบเทียบความแตกต่าง ความรู้เกี่ยวกับโรค พฤติกรรมเฝ้าระวังและป้องกันโรคและพฤติกรรมควบคุมโรคมือเท้าปาก ของผู้ปกครองและครูพี่เลี้ยงในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก ระหว่างตำบลที่มีการระบาดสูงกับต่ำ

รูปแบบการวิจัย: การวิจัยเชิงพรรณนา

วิธีดำเนินการวิจัย: สุ่มตัวอย่างอย่างง่าย ได้ผู้ปกครอง 65 คน จากศูนย์พัฒนาเด็กเล็กในตำบลที่มีการระบาดสูง และผู้ปกครอง 64 คน จากศูนย์พัฒนาเด็กเล็กในตำบลที่มีการระบาดต่ำ และทำการสำรวจครูพี่เลี้ยงทุกคนจากแต่ละตำบล (จำนวน 8 คน จากตำบลที่มีการระบาดสูง และ 6 คน จากตำบลที่มีการระบาดต่ำ) เก็บข้อมูลด้วยแบบสอบถาม 3 ชุด ได้แก่ แบบวัดความรู้ พฤติกรรมเฝ้าระวังและป้องกันโรค และพฤติกรรมควบคุมโรคมือเท้าปาก วิเคราะห์ข้อมูลด้วยวิธีการทดสอบ ที แบบอิสระ และการทดสอบแมนวิทนีย์ ยู

ผลการวิจัย: คะแนนพฤติกรรมควบคุมโรคของผู้ปกครองที่อยู่ในตำบลที่มีการระบาดต่ำ สูงกว่าผู้ปกครองในตำบลที่มีการระบาดสูงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) ผู้ปกครองทั้งสองกลุ่มมีความรู้อยู่ในระดับต่ำและพฤติกรรมเฝ้าระวังและป้องกันโรคอยู่ในระดับปานกลาง แต่ไม่พบความแตกต่างกันระหว่างกลุ่ม ส่วนในกลุ่มครูพี่เลี้ยง พบว่า คะแนนความรู้เกี่ยวกับโรคมือเท้าปากของครูพี่เลี้ยงในตำบลที่มีการระบาดต่ำ สูงกว่าครูพี่เลี้ยงที่อยู่ในตำบลที่มีการระบาดสูงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .01$) ขณะที่พฤติกรรมเฝ้าระวังและป้องกันโรค และพฤติกรรมควบคุมโรคไม่แตกต่างกัน

สรุปและข้อเสนอแนะ: ผู้ปกครองมีความรู้เกี่ยวกับโรคมือเท้าปากในระดับต่ำ ควรส่งเสริมความรู้ทุกปี เน้นประเด็นสาเหตุ อาการ และการแพร่กระจายของโรค และให้ครูพี่เลี้ยงเข้มงวดกับการคัดกรองโรคให้เด็ก โดยใช้ไฟฉายส่องช่องปากและวัดไข้เด็กก่อนเข้าศูนย์พัฒนาเด็กเล็กทุกเช้า หน่วยงานท้องถิ่นควรสนับสนุนอุปกรณ์ในการตรวจสุขภาพ และจัดทำห้องแยกเด็กป่วย

คำสำคัญ: พฤติกรรม ผู้ดูแลเด็ก โรคมือเท้าปาก ความรู้ การป้องกันและควบคุมโรค

Nursing Science Journal of Thailand. 2022;40(2):67-86

ผู้ประสานงานการเผยแพร่: อาจารย์วรรณภา ปาณาราช, คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยวงษ์ชวลิตกุล อำเภอเมือง นครราชสีมา จังหวัดนครราชสีมา 30000, e-mail: wanoa150@gmail.com

** ทุนวิจัยพัฒนาอาจารย์ มหาวิทยาลัยวงษ์ชวลิตกุล*

[1] คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยวงษ์ชวลิตกุล

วันที่รับบทความ: 10 เมษายน 2564 / วันที่แก้ไขบทความเสร็จ: 6 กุมภาพันธ์ 2565 / วันที่ตอบรับบทความ: 9 กุมภาพันธ์ 2565

ความสำคัญของปัญหา

โรคมือเท้าปาก เป็นโรคติดต่อพบมากในเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี เกิดจากเชื้อไวรัสในกลุ่ม Enterovirus สายพันธุ์ที่ก่อโรคมือเท้าปาก ได้แก่ Coxsackie virus group A, B และ Enterovirus 71 เชื้อที่เป็นสาเหตุหลักของโรคมือเท้าปากแตกต่างกันในแต่ละพื้นที่ ที่พบบ่อยทั่วไป ได้แก่ Coxsackie virus A16 และ Human enterovirus 71 โดย group A ค่าความชุกร้อยละ 50 มักมีอาการไม่รุนแรงสามารถหายเองได้ แต่ Enterovirus 71 ความชุกร้อยละ 6 มักมีภาวะแทรกซ้อนรุนแรง[1] เช่น ก้านสมองอักเสบ ภาวะหายใจและระบบไหลเวียนของโลหิตล้มเหลว และเสียชีวิตอย่างรวดเร็ว[2] ปัจจัยนำให้เกิดการระบาด ได้แก่ สุขอนามัยสิ่งแวดล้อมและสุขวิทยาส่วนบุคคลบกพร่อง การอยู่ด้วยกันจำนวนมาก โดยเฉพาะในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก เล่นใกล้ชิดกัน ใช้อุปกรณ์ของเล่นร่วมกัน ทำให้เชื้อโรคสามารถแพร่กระจายและติดต่อระหว่างกันได้ง่าย เป็นต้น[3] โดยเชื้อไวรัสแพร่ผ่านทางระบบทางเดินอาหารและการหายใจ ติดต่อโดยตรงจากการสัมผัสสารคัดหลั่งจากจมูก ลำคอ น้ำจากในตุ่มใส และอุจจาระของผู้ป่วยซึ่งมีเชื้อไวรัสอยู่ (fecal-oral route) เชื้อจะติดมากับมือ ภาชนะ ของเล่นที่ใช้ร่วมกัน[4] มักพบอาการไข้อาจเกิน 39 องศาเซลเซียส 2 วันแล้วมีไข้ต่ำๆ ประมาณ 37.5-38.5 องศาเซลเซียส ปวดศีรษะ คลื่นไส้ เจ็บคอ น้ำลายไหล ปวดเมื่อยเป็นระยะเวลา 3-5 วันแล้วหายได้เอง หรือมีไข้ร่วมกับตุ่มพองใสที่บริเวณในปาก ฝ่ามือ นิ้วมือ เท้า อาจอยู่นาน 7-10 วัน เด็กจึงไม่อยากรับประทานอาหารหรือไม่ดูดนมเพราะเจ็บปาก[5] ซึ่งการเจ็บป่วยอาจส่งผลต่อพัฒนาการและสุขภาพโดยรวมของเด็ก อีกทั้งยังส่งผลกระทบต่อผู้ปกครองที่ต้องหยุดงานเพื่อดูแลเด็ก ทำให้ขาดรายได้และเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลมากขึ้น[3] ดังนั้นการป้องกันและควบคุมโรคอย่างมีประสิทธิภาพจึงเป็นเครื่องมือสำคัญในการลดจำนวนเด็กป่วยจากโรคนี้ จากข้อมูลกระทรวงสาธารณสุขแม้ว่าจะมีมาตรการควบคุมเฝ้าระวังโรคออกมาตลอด แต่ก็ยังพบอัตราป่วยลดลงไม่ชัดเจน ในปี พ.ศ. 2558-2560 พบว่าอัตราป่วย 63.56, 122.05 และ 107.07 ต่อแสนประชากร มียอดผู้เสียชีวิตปีละ 3 ราย ตามลำดับ[6]

โรคมือเท้าปากยังไม่มีวัคซีนป้องกันโดยเฉพาะ[7] การเฝ้าระวังป้องกันจึงเป็นวิธีช่วยควบคุมการระบาดของโรคได้ กระทรวงสาธารณสุขได้กำหนดมาตรการเฝ้าระวังควบคุมการระบาดของโรคมือเท้าปาก สำหรับศูนย์พัฒนาเด็กเล็กสถานรับเลี้ยงเด็กและสถานศึกษาใน พ.ศ. 2555 ซึ่งระบุการควบคุมด้านสิ่งแวดล้อม พร้อมบทบาทของผู้ดูแลเด็กในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก[8] ผู้ที่ดูแลเด็ก ได้แก่ ผู้ปกครองและครูพี่เลี้ยงเป็นบุคคลสำคัญ เนื่องจากอยู่ใกล้ชิดกับเด็ก สามารถสังเกตเห็นสิ่งผิดปกติได้ตั้งแต่เริ่มแรก ผู้ดูแลเด็กจึงควรได้รับความรู้เกี่ยวกับโรค มาตรการเฝ้าระวังและควบคุมป้องกันโรคเป็นระยะๆ ตามคำแนะนำของกระทรวงสาธารณสุข และปฏิบัติอย่างเคร่งครัดจึงจะสามารถควบคุมป้องกันการระบาดของโรคได้[8] จากการศึกษาพบว่าครูพี่เลี้ยงและผู้ปกครองส่วนใหญ่มีความรู้เกี่ยวกับโรคมือเท้าปาก อยู่ในระดับปานกลางร้อยละ 59.6[3,9] ครูพี่เลี้ยงมีความรู้ในการคัดกรองโรคมือเท้าปากผ่านเกณฑ์ถึงร้อยละ 95 แต่มีความรู้ในการดำเนินการควบคุมป้องกันโรคผ่านเกณฑ์เพียงร้อยละ 39.8 นอกจากนี้ครูพี่เลี้ยงในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กที่เคยมีประวัติการระบาดของโรค ครูพี่เลี้ยงที่มีประสบการณ์ทำงานนานกว่า 10 ปี และการเป็นผู้บริหารจะมีแนวโน้มที่จะผ่านเกณฑ์ความรู้ทั้งการคัดกรองและการป้องกันสูงกว่า มีครูพี่เลี้ยงเพียงร้อยละ 3.5 ที่รู้ว่าควรให้เด็กล้างมือด้วยน้ำสบู่ทุกครั้งก่อนรับประทานอาหารและหลังเข้าห้องน้ำ และเพียงร้อยละ 6.1 ที่รู้ว่าควรตรวจเด็ก

ตั้งแต่ก่อนเข้าศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก ไม่ใช่ตรวจขณะเข้าแถวตอนเช้า และเมื่อมีเด็กป่วยโรคมือเท้าปากในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก ครูพี่เลี้ยงไม่ได้ดำเนินการลดกิจกรรมร่วมกันของเด็กถึงร้อยละ 23.7[10] มีการรายงานโรคกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุข และขอคำแนะนำเพียงร้อยละ 80.9 ที่เหลือบางแห่งไม่ได้แจ้งเจ้าหน้าที่รับทราบ เพราะกลัวต้องปิดศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก จึงนำไปสู่การปกปิดข้อมูล[10] ซึ่งไม่เป็นไปตามมาตรการเฝ้าระวังควบคุมการระบาดของโรคมือเท้าปาก ทำให้ควบคุมการระบาดของโรคไม่ได้ ส่วนผู้ปกครองมีพฤติกรรมการป้องกันโรคมือเท้าปากภาพรวมอยู่ในระดับสูง[11] แต่ยังพบว่ามักจะมีพฤติกรรมไม่ถูกต้อง ได้แก่ เมื่อพบว่าลูกป่วย ผู้ปกครองยังพาลูกหลานไปในที่สาธารณะ สนามเด็กเล่น ห้างสรรพสินค้า[12] เหล่านี้อาจจะเป็นสาเหตุให้มีการแพร่เชื้อแก่เด็กคนอื่นๆ

จังหวัดนครราชสีมาพบมีโรคมือเท้าปากเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง และสูงสุดในกลุ่มเด็ก 0-4 ปี ในปี พ.ศ. 2557-2559 มีผู้ป่วย 2,552, 1,442 และ 3,414 คนตามลำดับ คิดเป็นอัตราป่วย 147.86 ต่อแสนประชากร[13] แสดงให้เห็นว่าการดำเนินมาตรการควบคุมโรคตามเกณฑ์ที่สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมากำหนดยังไม่สำเร็จ อำเภอที่สนใจศึกษาแห่งหนึ่งในจังหวัดนครราชสีมา มีศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก 10 แห่ง ใน 4 ตำบล ซึ่งยังมีการระบาดของโรคมือเท้าปากในเด็กอายุ 0-4 ปี ในปี พ.ศ. 2557-2560 พบ 1, 3, 13 และ 15 รายตามลำดับ ซึ่งจำนวนผู้ป่วยสูงขึ้นทุกปี[14] เมื่อพิจารณาจำนวนผู้ป่วยแต่ละตำบลพบว่า ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กบางแห่งไม่มีการระบาด บางแห่งระบาดจำนวนมาก ทั้งที่ได้มีการนำมาตรการควบคุมโรคตามเกณฑ์ของกระทรวงสาธารณสุขมาปฏิบัติเช่นเดียวกับอำเภออื่น แสดงให้เห็นว่าผู้ปกครองและครูพี่เลี้ยงแต่ละตำบลอาจมีระดับความรู้และพฤติกรรมการป้องกันควบคุมโรคมือเท้าปากแตกต่างกัน ผู้วิจัยจึงศึกษาเปรียบเทียบระดับความรู้ พฤติกรรมเฝ้าระวังและป้องกันโรคมือเท้าปาก และพฤติกรรมควบคุมโรคมือเท้าปากของผู้ปกครองและครูพี่เลี้ยงในพื้นที่ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กระหว่างตำบลที่พบสถิติผู้ป่วยสูงและต่ำของอำเภอแห่งนี้ เพื่อเป็นข้อมูลพื้นฐานในการกำหนดแนวทางมาตรการเฝ้าระวังป้องกันโรคที่เหมาะสมกับพื้นที่

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อเปรียบเทียบความรู้เกี่ยวกับโรคมือเท้าปาก พฤติกรรมเฝ้าระวังและป้องกันโรคมือเท้าปาก และพฤติกรรมควบคุมโรคมือเท้าปาก เมื่อมีผู้ป่วยในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กของผู้ปกครองและครูพี่เลี้ยงในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กระหว่างตำบลที่มีการระบาดสูงและต่ำ

สมมติฐานการวิจัย

ระดับความรู้เกี่ยวกับโรคมือเท้าปาก พฤติกรรมเฝ้าระวังและป้องกันโรคมือเท้าปาก และพฤติกรรมควบคุมโรคมือเท้าปาก เมื่อมีผู้ป่วยในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กของผู้ปกครองและครูพี่เลี้ยงในตำบลที่มีการระบาดต่ำ ดีกว่าตำบลที่มีการระบาดสูง

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา (descriptive research)

ประชากร หมายถึง ผู้ปกครองและครูพี่เลี้ยงในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก สังกัดองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นจาก 4 ตำบล ในอำเภอแห่งหนึ่ง จังหวัดนครราชสีมา ซึ่งมีศูนย์พัฒนาเด็กเล็กทั้งหมด 10 แห่ง เด็กจำนวน 386 คน ครูพี่เลี้ยงจำนวน 23 คน จากสถิติปี พ.ศ. 2560 พบผู้ป่วยโรคมือ เท้า ปากในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก ในอำเภอแห่งนี้จำนวน 15 คน[14]

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ปกครองและครูพี่เลี้ยงในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กแบ่งเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มที่อยู่ในตำบลที่มีสถิติผู้ป่วยโรคมือเท้าปากสูงกับต่ำ อ้างอิงตามสถิติผู้ป่วยโรคมือเท้าปากปี พ.ศ. 2560 เลือกแบบเจาะจงตำบลที่มีสถิติผู้ป่วยสูง ซึ่งมีเพียง 1 ตำบล และสุ่มอย่างง่ายจับสลากตำบลที่มีสถิติผู้ป่วยต่ำจาก 3 ตำบล มา 1 ตำบล

จากนั้นคัดเลือกศูนย์พัฒนาเด็กเล็กที่สังกัดในตำบลนั้นๆ ในตำบลที่มีการระบาดสูง เลือกแบบเจาะจงศูนย์พัฒนาเด็กเล็กทั้งหมด ซึ่งมีเพียง 2 แห่ง และในตำบลที่มีการระบาดต่ำสุ่มอย่างง่ายจับสลากศูนย์พัฒนาเด็กเล็กจาก 5 แห่ง สุ่มมา 3 แห่ง

จากนั้นคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างในแต่ละศูนย์พัฒนาเด็กเล็กที่คัดเลือกได้ มี 2 กลุ่มคือ ครูพี่เลี้ยงกับผู้ปกครอง ในตัวอย่างที่เป็นครูพี่เลี้ยงจะสำรวจครูทุกคนตามศูนย์พัฒนาเด็กเล็กที่คัดเลือกจากข้างต้น ตำบลที่มีการระบาดสูงมี 8 คน ตำบลที่มีการระบาดต่ำมี 8 คน ส่วนตัวอย่างที่เป็นผู้ปกครองสุ่มอย่างง่าย โดยจับสลากรายชื่อเด็กที่มารับบริการตามศูนย์พัฒนาเด็กเล็กแต่ละแห่ง ตามที่คัดเลือกข้างต้น โดยสุ่มรายชื่อตามสัดส่วนจำนวนเด็กทั้งหมดในแต่ละแห่ง คำนวณขนาดตัวอย่างผู้ปกครองจากสูตร[15]

$$n = \frac{Z^2_{\alpha/2} \cdot N\,\pi(1-\pi)}{Z^2_{\alpha/2} \cdot \pi\,(1-\pi)+(N-1)\,d^2}$$

แทนค่า

$$n = \frac{(1.96)^2(386)(0.90)(1-0.90)}{(1.96)^2(0.90)(1-0.90)+(386-1)(0.05)^2}$$

$$n = 102.03$$

กำหนดค่าสัดส่วนประชากร (π) ด้วยค่าสัดส่วนตัวอย่าง P จากงานวิจัยใกล้เคียงกัน[16] ซึ่งวัดการปฏิบัติดูแลเด็กในการควบคุมป้องกันโรคมือเท้าปากของผู้ดูแลเด็กได้ถูกต้องร้อยละ 94.1 ในที่นี้จึงกำหนด P = .90 กำหนดค่าความคลาดเคลื่อนที่ยอมให้เกิดได้สูงสุด (d) สำหรับค่าเฉลี่ยคือ $|\pi-P|$ ในที่นี้กำหนดไว้ไม่เกิน .05 และค่าสถิติของการแจกแจงแบบปกติมาตรฐาน ($Z_{\alpha/2}$) ที่สอดคล้องกับระดับนัยสำคัญ (α = .05) เท่ากับ 1.96 N คือ ขนาดประชากรผู้ปกครองที่ทราบแน่ชัดเท่ากับ 386 คน จากการทบทวนวรรณกรรมพบงานวิจัยที่ศึกษาในประเด็นใกล้เคียงกัน ในกลุ่มครูและผู้ดูแลเด็กในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กมีการสูญหายของตัวอย่างร้อยละ 27[17] แต่ด้วยบริบทสถานที่เก็บข้อมูลในการศึกษาครั้งนี้ ทั้งครูและผู้ปกครองมีสัมพันธ์ภาพที่ดีต่อกัน และให้ความร่วมมือในกิจกรรมต่างๆ ดี ผู้วิจัยจึงป้องกันการตอบแบบสอบถามไม่ครบ และความไม่สมบูรณ์ของข้อมูล โดยกำหนดโอกาสสูญหายของกลุ่มตัวอย่างที่ร้อยละ 25 ทำให้เพิ่มตัวอย่างอีกจำนวน 26 คน ได้ตัวอย่างผู้ปกครองทั้งหมด 129 คน แบ่งเป็น 2 กลุ่มๆ ละ 64-65 คน

จากนั้นคัดเลือกตัวอย่างตามเกณฑ์ที่กำหนด ได้แก่ สามารถพูด อ่าน เขียนภาษาไทยได้เข้าใจ ดูแลเด็กเป็นระยะเวลาต่อเนื่องไม่น้อยกว่า 6 เดือน ไม่จำกัดเพศ เมื่อสิ้นสุดการวิจัยมีผู้เข้าร่วมที่ผ่านเกณฑ์ที่กำหนด และสมัครใจตอบแบบสอบถาม และส่งคืนแบบสอบถามสมบูรณ์รวม 143 คน โดยในตำบลที่มีการระบาดสูงมีกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 73 คน เป็นครูพี่เลี้ยง 8 คน ผู้ปกครอง 65 คน ส่วนตำบลที่มีการระบาดต่ำมีกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 70 คน เป็นครูพี่เลี้ยง 6 คน ผู้ปกครอง 64 คน

เครื่องมือการวิจัย

เครื่องมือวิจัยนี้ผ่านการตรวจสอบคุณภาพ โดยผู้เชี่ยวชาญ 3 คน ซึ่งเป็นพยาบาลผู้เชี่ยวชาญเรื่องโรคติดต่อในสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา และอาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านการวิจัยเกี่ยวกับระบาดวิทยา หาค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity Index, CVI) และทดลองใช้กับผู้ดูแลเด็ก (ผู้ปกครองและครูพี่เลี้ยง) ที่มีคุณสมบัติคล้ายกับกลุ่มตัวอย่างในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กที่ไม่ถูกสุ่มเลือกรวมจำนวน 30 คน รายละเอียดดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามคุณลักษณะประชากร ใช้ประเมินทั้งผู้ปกครองและครูพี่เลี้ยงจำนวน 12 ข้อ ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ จำนวนเด็กที่อยู่ในความดูแลของครูพี่เลี้ยง หรือที่อยู่ในความอุปการะของผู้ปกครอง ระยะเวลาทำงานของครูพี่เลี้ยง หรือดูแลเด็กของผู้ปกครอง ประสบการณ์ที่เคยได้รับการอบรมหรือได้รับความรู้เกี่ยวกับโรคมือเท้าปากมาก่อน แหล่งข้อมูลเกี่ยวกับโรคมือเท้าปากที่เคยได้รับ การรับรู้ประวัติเคยมีผู้ป่วยโรคมือเท้าปากในชุมชนที่อยู่อาศัยของผู้ปกครอง หรือในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กแห่งนั้น

ส่วนที่ 2 แบบประเมินความรู้เกี่ยวกับโรคมือเท้าปาก ใช้ประเมินทั้งผู้ปกครองและครูพี่เลี้ยง ได้ดัดแปลงจากแบบประเมินความรู้ของ รัตติญา เจริญโชคพาณิชย์ และเทพนาฏ พุ่มไพบูลย์[18] ต้นฉบับมี 22 ข้อดัดแปลงเหลือจำนวน 18 ข้อ โดยคงรูปประโยคสรรพนาม รักษาเนื้อความเดิมไว้ รายละเอียดการดัดแปลง ได้แก่ หัวข้อสาเหตุและลักษณะโรคตัดออก 1 ข้อ หัวข้อการแพร่กระจายตัดออก 2 ข้อ หัวข้ออาการ การป้องกันและรักษาโรคเพิ่ม 1 ข้อ ข้อคำถามใจความว่า *“การรักษาโรคมือเท้าปากเพื่อบรรเทาอาการเท่านั้น ยังไม่มียารักษาโรคโดยเฉพาะ”* หัวข้ออาการที่เป็นสัญญาณรุนแรงเตือนให้รีบนำผู้ป่วยส่งโรงพยาบาลทันทีตัดออก 2 ข้อ ลักษณะการตอบเป็นแบบเลือกตอบถูก-ผิด เกณฑ์ให้คะแนน ตอบถูกได้ 1 คะแนน ตอบผิดได้ 0 คะแนน คะแนนรวมตั้งแต่ 0-18 คะแนน แบ่งคะแนนเป็น 3 ระดับ[18] การแปลผล ถ้าได้ 15-18 (มากกว่าร้อยละ 80) หมายถึง มีความรู้ระดับสูง 11-14 คะแนน (ระหว่างร้อยละ 60-80) หมายถึง มีความรู้ระดับปานกลาง 0-10 คะแนน (น้อยกว่าร้อยละ 60) หมายถึง มีความรู้ระดับต่ำ ค่า CVI เท่ากับ 1 ความเชื่อมั่นได้ค่า KR-20 เท่ากับ .81

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามพฤติกรรมการเฝ้าระวังและป้องกันโรคมือเท้าปาก ใช้ประเมินทั้งผู้ปกครองและครูพี่เลี้ยง ดัดแปลงมาจากแบบสอบถามพฤติกรรมการป้องกันโรคมือเท้าปากของ รัตติญา เจริญโชคพาณิชย์ และเทพนาฏ พุ่มไพบูลย์[18] ต้นฉบับมี 13 ข้อ ดัดแปลงเหลือจำนวน 12 ข้อ โดยคงรักษาเนื้อความเดิมไว้ เพิ่มเนื้อหาเกี่ยวกับการจัดการเมื่อสงสัยว่าเด็กมีอาการคล้ายโรคมือเท้าปาก รายละเอียดการดัดแปลง ได้แก่ หัวข้อสุขลักษณะส่วนบุคคลทั้งเด็ก ผู้ปกครอง และครูพี่เลี้ยง ได้รวมเนื้อหาที่ใกล้เคียงกันเป็นข้อเดียวกันจำนวน 5 ข้อเหลือ 2 ข้อ หัวข้อการดูแลสิ่งแวดล้อมเพื่อป้องกันโรคที่บ้านของผู้ปกครองและที่ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กของครูพี่เลี้ยง ไม่มีการดัดแปลง หัวข้อการเฝ้าระวัง คัดกรอง สังเกตอาการของโรค รวมถึงการจัดการเมื่อสงสัยว่าเด็กมีอาการคล้ายโรคมือเท้าปาก เพิ่มข้อคำถามอีก 2 ข้อ โดยลักษณะข้อคำถามของครูพี่เลี้ยงเป็นการสอบถามพฤติกรรมดูแลเด็กในขณะอยู่ศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก ส่วนลักษณะข้อคำถามของผู้ปกครองเป็นการสอบถามพฤติกรรมขณะดูแลเด็กที่บ้าน ซึ่งมีประเด็นคำถามเรื่องเดียวกัน ลักษณะการตอบเป็นแบบมาตรประมาณค่า 4 ระดับ เกณฑ์ให้คะแนน คำถามเชิงบวก ปฏิบัติทุกครั้งให้ 4 คะแนน ปฏิบัติบางครั้งให้ 3 คะแนน ปฏิบัติน้อยมากให้ 2 คะแนน ไม่ปฏิบัติเลยให้ 1 คะแนน หากเป็นข้อคำถามเชิงลบให้คะแนนกลับกันกับข้อคำถามเชิงบวก คะแนนรวมตั้งแต่ 12-48 คะแนน แบ่งคะแนนเป็น 3 ระดับ[18] แปลผลคะแนน ถ้าได้ 39-48 คะแนน (มากกว่าร้อยละ 80) หมายถึง มีพฤติกรรมนั้นระดับสูง

ได้ 29-38 คะแนน (ระหว่างร้อยละ 60-80) หมายถึง มีพฤติกรรมนั้นระดับปานกลาง และได้ 12-28 คะแนน (น้อยกว่าร้อยละ 60) หมายถึง มีพฤติกรรมนั้นระดับต่ำ ค่า CVI เท่ากับ 1 และความเชื่อมั่นได้ค่า Cronbach's alpha coefficient เท่ากับ .70

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามพฤติกรรมการควบคุมโรคมือเท้าปากเมื่อพบผู้ป่วยในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก โดยผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม[4,13,19] แบ่งเป็น 2 ส่วน

4.1 แบบสอบถามพฤติกรรมการควบคุมโรคมือเท้าปากเมื่อพบผู้ป่วยในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก ใช้ประเมินพฤติกรรมทั้งผู้ปกครองและครูพี่เลี้ยงจำนวน 12 ข้อ ครอบคลุมเนื้อหา ได้แก่ การได้รับข้อมูลคำแนะนำในการควบคุมโรคมือเท้าปาก การปฏิบัติตามมาตรการควบคุมโรคตามเกณฑ์ที่สาธารณสุขกำหนด เมื่อพบผู้ป่วยในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก เกณฑ์คะแนน 0-4 ไม่เคยเกิดเหตุการณ์ให้ 0 คะแนน เรียงลำดับขึ้นไปจนถึงปฏิบัติทุกครั้ง 4 คะแนน คะแนนรวมตั้งแต่ 12-48 คะแนน แบ่งคะแนนเป็น 3 ระดับ[20] ถ้าได้ 39-48 คะแนน (มากกว่าร้อยละ 80) หมายถึง มีพฤติกรรมนั้นระดับสูงได้ 29-38 คะแนน (ระหว่างร้อยละ 60-80) หมายถึง ระดับปานกลางได้ 12-28 คะแนน (น้อยกว่าร้อยละ 60) หมายถึง ระดับต่ำ ค่า CVI = 1 และความเชื่อมั่นได้ค่า Cronbach's alpha coefficient เท่ากับ .74

4.2 แบบสัมภาษณ์การปฏิบัติเพื่อป้องกันควบคุมโรคมือเท้าปาก และการจัดการเมื่อมีการระบาดของโรคในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก เป็นคำถามปลายเปิดใช้สัมภาษณ์ครูพี่เลี้ยงเป็นรายบุคคล เพื่อให้ทราบแนวปฏิบัติเดิมของครูพี่เลี้ยงว่ามีความเหมาะสมหรือไม่ เป็นไปตามแนวทางของกระทรวงสาธารณสุขหรือไม่ ข้อคำถามมี 2 ข้อ ได้แก่

ข้อ 1 เมื่อพบเด็กที่มีอาการสงสัยจะเป็นโรคมือเท้าปาก ท่านปฏิบัติอย่างไรเพื่อป้องกันไม่ให้เกิดการระบาดของโรคในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก

ข้อ 2 หากมีการระบาดของโรคมือเท้าปากในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก ท่านปฏิบัติอย่างไร

การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ผ่านการพิจารณาและรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา เลขที่รับรอง 106/2017 ผู้วิจัยทำหนังสือขออนุญาตเก็บข้อมูลในพื้นที่เข้าชี้แจงวัตถุประสงค์ ประโยชน์ ความเสี่ยง ขั้นตอนการวิจัยและระยะเวลาเก็บข้อมูล และชี้แจงการพิทักษ์สิทธิ์แก่กลุ่มตัวอย่าง กลุ่มตัวอย่างมีสิทธิ์ตอบรับหรือปฏิเสธเข้าร่วมวิจัยก็ได้ เมื่อเข้าร่วมการวิจัยแล้วสามารถออกจากการวิจัยได้เมื่อต้องการ ไม่จำเป็นต้องชี้แจงเหตุผล พร้อมทั้งได้ให้ลงลายมือชื่อในหนังสือขอความยินยอมในการทำวิจัยและหนังสือแสดงเจตนายินยอมเข้าร่วมวิจัยด้วยความสมัครใจ ซึ่งข้อมูลที่ได้จะเก็บเป็นความลับ รักษาข้อมูลไว้ 2 ปี จึงทำลาย

วิธีเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ผู้วิจัยเตรียมคณะวิจัย ให้เข้าใจรายละเอียดการใช้เครื่องมือการเก็บข้อมูลวิจัยและตรวจสอบความสมบูรณ์ของแบบสอบถาม โดยเก็บข้อมูลระหว่างเดือนกุมภาพันธ์ถึงเมษายน พ.ศ. 2561

2. ผู้วิจัยประสานหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง หัวหน้า/บุคลากรศูนย์พัฒนาเด็กเล็กแต่ละแห่ง เพื่อชี้แจงรายละเอียดการวิจัย ขั้นตอนการเก็บข้อมูล และขอตัวแทนแห่งละ 1 คนในตำบลที่มีสถิติผู้ป่วยสูงจำนวน 2 แห่ง และตำบลที่มีสถิติผู้ป่วยต่ำ 3 แห่ง เพื่อคอยประสานงานเก็บแบบสอบถามคืนจากกลุ่มตัวอย่าง

3. ภายหลังได้รายชื่อครูพี่เลี้ยงทุกคน และรายชื่อผู้ปกครองจากการสุ่มอย่างง่าย ผู้วิจัยและทีมเข้าพบครูพี่เลี้ยงและผู้ปกครองตามศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก เพื่อขอความสมัครใจเข้าร่วมวิจัย ชี้แจงการตอบแบบสอบถามด้วยตนเอง แล้วให้ตอบแบบสอบถามด้วยตนเองใช้เวลาประมาณ 30-45 นาที โดยเลือกช่วงเวลาในการเก็บข้อมูลที่ผู้ปกครองและครูพี่เลี้ยงสะดวกในเวลาเช้า หรือเย็น กรณีกลุ่มตัวอย่างไม่สะดวกตอบแบบสอบถามทันที ผู้วิจัยให้แบบสอบถามไปตอบที่บ้านและส่งแบบสอบถามคืนในวันต่อมาแก่ผู้ประสานงานในสถานที่นั้นๆ ในกลุ่มครูพี่เลี้ยงผู้วิจัยจะสัมภาษณ์ข้อมูลในแบบสอบถามส่วนที่ 4.2 เป็นรายบุคคลเพิ่มเติมในช่วงเวลาหลังเลิกงาน

4. ผู้วิจัยและทีมตรวจสอบความสมบูรณ์ของข้อมูลและนำมาวิเคราะห์ข้อมูลต่อไป

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์คุณลักษณะของกลุ่มตัวอย่างและตัวแปรที่ศึกษา ด้วยสถิติพรรณนาในรูป ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าลำดับของค่าเฉลี่ย

2. วิเคราะห์ความแตกต่างและเปรียบเทียบคะแนนความรู้เกี่ยวกับโรคมือเท้าปาก คะแนนพฤติกรรมเฝ้าระวังและป้องกันโรคมือเท้าปาก พฤติกรรมควบคุมโรคมือเท้าปาก ด้วยสถิติการทดสอบที แบบสองกลุ่มอิสระ (independent sample t-test) สำหรับกลุ่มผู้ปกครอง เนื่องจากข้อมูลผ่านข้อตกลงเบื้องต้นของสถิติการทดสอบที สำหรับกลุ่มครูพี่เลี้ยงเนื่องจากมีกลุ่มตัวอย่างจำนวนน้อย เลือกสถิตินอนพาราเมตริก คือ การทดสอบแมนวิทนีย์ ยู (Mann-Whitney U test)

3. วิเคราะห์เชิงเนื้อหาและแจกความถี่ข้อมูลจากแบบสัมภาษณ์การปฏิบัติเพื่อป้องกันควบคุมโรคมือเท้าปากของครูพี่เลี้ยง จัดกลุ่มเปรียบเทียบกับมาตรการเฝ้าระวังควบคุมการระบาดของโรคมือเท้าปากสำหรับศูนย์พัฒนาเด็กเล็กตามแนวทางของกระทรวงสาธารณสุขกำหนดไว้

ผลการวิจัย

ลักษณะทั่วไปของตัวอย่าง

ผู้ปกครองจากทั้งสองตำบล รวม 129 คน แบ่งตำบลที่มีการระบาดสูง 65 คน ตำบลที่มีการระบาดต่ำ 64 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง อายุเฉลี่ยของสองกลุ่ม 47.81 ปี (SD = 13.41) ทั้งสองกลุ่มจบการศึกษาระดับประถมศึกษากว่าร้อยละ 50 และประกอบอาชีพเกษตรกรมากกว่าร้อยละ 50 รายได้เฉลี่ยของครอบครัว 12,043.10 บาท (SD = 6,499.18) และ 10,154.52 บาท (SD = 1,279.35) ตามลำดับ ใน 1 ปีที่ผ่านมา ผู้ปกครองเคยได้รับการอบรมเรื่องโรคมือเท้าปากร้อยละ 53.8 และ 82.8 ตามลำดับ เมื่อเปรียบเทียบลักษณะทั่วไปของผู้ปกครองระหว่างตำบลที่มีการระบาดสูงกับต่ำ พบว่า เพศ ระดับการศึกษา จำนวนเด็กที่ดูแลไม่แตกต่างกัน ($p > .05$) แต่อายุ รายได้เฉลี่ยของครอบครัว ผู้ปกครองตำบลที่ระบาดสูง มากกว่าตำบลที่ระบาดต่ำอย่างมีนัยสำคัญที่ .05 ($p < .05$ และ $p < .001$ ตามลำดับ) และตำบลที่มีการระบาดต่ำเคยมีประสบการณ์ได้รับการอบรมโรคมือเท้าปากในปีที่ผ่านมา มากกว่าตำบลที่มีการระบาดสูงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 ($p < .001$) ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 การเปรียบเทียบคุณลักษณะทั่วไปของกลุ่มผู้ปกครองในตำบลที่มีการระบาดสูงและต่ำ (N = 129)

คุณลักษณะทางประชากร	ตำบลที่มีการระบาดสูง (n = 65)		ตำบลที่มีการระบาดต่ำ (n = 64)		ค่าสถิติ	p-value
	n	%	n	%		
เพศ					2.22[1]	.140
ชาย	12	18.5	6	9.4		
หญิง	53	81.5	58	90.6		
ระดับการศึกษา					5.66[1]	.340
ไม่ได้เรียน	1	1.5	0	0		
ประถมศึกษา	35	53.8	32	50.0		
ม.ต้น	10	15.4	13	20.3		
ม.ปลาย	14	21.5	11	17.2		
อนุปริญญา/ปวส.	2	3.1	7	10.9		
ปริญญาตรี	3	4.6	1	1.6		
เคยได้รับการอบรม/ข้อมูลโรคมือ เท้า ปาก ในปีที่ผ่านมา					12.48	< .001
ไม่เคย	30	46.2	11	17.2		
เคย	35	53.8	53	82.8		
	$\bar{x}$	SD	$\bar{x}$	SD		
อายุ (ปี)	50.42	13.09	45.16	13.31	2.26[2]	.030
รายได้ของครอบครัว	12,043.10	6,499.18	10,154.52	1279.35	-5.84[2]	< .001
จำนวนเด็กที่ดูแล	1.32	0.53	1.22	0.52	1.13[2]	.260

[1] สถิติไคร์สแควร์, [2] สถิติที

ลักษณะทั่วไปของครูพี่เลี้ยงจำนวน 14 คน มาจากตำบลที่มีการระบาดสูง 8 คน ตำบลที่มีการระบาดต่ำ 6 คน เพศหญิงทั้งหมด ทั้ง 2 กลุ่มจบการศึกษาระดับปริญญาตรี ร้อยละ 62.5, 83.3 ตามลำดับ ในช่วง 1 ปีที่ผ่านมา ครูพี่เลี้ยงทั้ง 2 กลุ่มทุกคนเคยได้รับการอบรมเรื่องโรคมือเท้าปาก เมื่อเปรียบเทียบลักษณะทั่วไปของครูพี่เลี้ยงพบว่า ครอบครัวครูพี่เลี้ยงในตำบลที่มีการระบาดต่ำมีรายได้มากกว่าครอบครัวครูพี่เลี้ยงในตำบลที่มีการระบาดสูงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 ($p < .05$) นอกจากนั้นไม่แตกต่างกัน ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 การเปรียบเทียบจำนวน ร้อยละ และอันดับที่ค่าเฉลี่ยของคุณลักษณะทั่วไปของกลุ่มครูพี่เลี้ยงในตำบลที่มีการระบาดสูงและต่ำ (N = 14)

คุณลักษณะทางประชากร	ตำบลที่มีการระบาดสูง (n = 8)		ตำบลที่มีการระบาดต่ำ (n = 6)		ค่าสถิติ	p-value
	n	%	n	%		
เพศหญิง	8	100	6	100	-	-
ระดับการศึกษา						
ม.ปลาย	2	25.0	1	16.7	1.07[1]	.590
ปริญญาตรี	5	62.5	5	83.3		
ปริญญาโท	1	12.5	0	0		
เคยการได้รับการอบรม/ข้อมูลโรคมือเท้าปากในปีที่ผ่านมา	8	100	6	100	-	-
	Mean Rank		Mean Rank			
อายุ (ปี)	6.94	-	8.25	-	19.50[2]	.560
รายได้ของครอบครัว	4.94	-	10.30	-	3.50[2]	.015
จำนวนเด็กที่ดูแล	8.25	-	6.50	-	18.00[2]	.440

[1] สถิติไคร์สแควร์, [2] สถิติแมนวิทนีย์ ยู

2. ความรู้เกี่ยวกับโรคมือเท้าปาก

กลุ่มผู้ปกครองในตำบลที่มีการระบาดสูงและต่ำ ส่วนใหญ่มีคะแนนความรู้เกี่ยวกับโรคในภาพรวมในระดับต่ำ ร้อยละ 87.7 และ 89.1 ตามลำดับ คะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับโรคมือเท้าปากเท่ากับ 7.82 (SD = 2.85) และ 7.86 (SD = 2.25) ตามลำดับ ดังตารางที่ 3 เมื่อพิจารณาความรู้รายด้านทั้ง 4 ด้าน พบว่าทั้ง 2 ตำบลส่วนใหญ่มีคะแนนความรู้ด้านสาเหตุ และลักษณะทั่วไปของโรคในระดับต่ำร้อยละ 91.3 และ 96.9 ตามลำดับ โดยเมื่อพิจารณาข้อคำถามในด้านดังกล่าวพบว่า ข้อที่มักตอบผิดได้แก่ โรคมือเท้าปากเกิดจากเชื้อแบคทีเรียใช่หรือไม่ และโรคมือเท้าปากมีชื่อเรียกอีกชื่อหนึ่งว่าโรคปากเท้าเปื่อยใช่หรือไม่

กลุ่มครูพี่เลี้ยงในตำบลที่มีการระบาดสูง ส่วนใหญ่มีความรู้เกี่ยวกับโรคในภาพรวมระดับต่ำคิดเป็นร้อยละ 75 (6 คน) ครูพี่เลี้ยงร้อยละ 25 ไม่ได้เข้าอบรมเพื่อเพิ่มพูนความรู้กับเจ้าหน้าที่สาธารณสุข แต่ได้รับความรู้จากช่องทางอื่น เช่น อินเทอร์เน็ต โทรทัศน์ เป็นต้น เมื่อพิจารณารายด้านพบว่าครูพี่เลี้ยงมากกว่าครึ่งมีความรู้ ด้านสาเหตุและลักษณะทั่วไปของโรคอยู่ในระดับต่ำร้อยละ 62.5 (5 คน) ด้านการแพร่กระจายเชื้อและการป้องกันรักษาโรคอยู่ในระดับปานกลางร้อยละ 62.5 เท่ากันทั้ง 2 ด้าน ส่วนตำบลที่มีการระบาดต่ำครูพี่เลี้ยงส่วนใหญ่มีความรู้เกี่ยวกับโรคในภาพรวมระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 83.3 (5 คน) ทุกคนหรือร้อยละ 100 ได้เข้าอบรมเพื่อเพิ่มพูนความรู้กับเจ้าหน้าที่สาธารณสุข และทุกคนมีการศึกษาความรู้จากช่องทางอื่น เช่น อินเทอร์เน็ต ครูพี่เลี้ยงถ่ายทอดความรู้ให้กันเองเพิ่มเติม เป็นต้น เมื่อพิจารณาความรู้รายด้านพบว่า ครึ่งหนึ่งของครูพี่เลี้ยงมีความรู้ด้านสาเหตุของโรคอยู่ในระดับต่ำร้อยละ 50 ด้านการแพร่กระจายของโรคระดับปานกลางร้อยละ 50 และส่วนใหญ่มีความรู้การป้องกันรักษาโรคอยู่ในระดับสูงร้อยละ 83.3

เมื่อเปรียบเทียบคะแนนความรู้เกี่ยวกับโรคมือเท้าปากของผู้ปกครอง ระหว่างตำบลที่มีการระบาดสูงกับต่ำพบว่าคะแนนความรู้ไม่แตกต่างกัน ($p > .05$) ในขณะที่คะแนนความรู้ของครูพี่เลี้ยง ในตำบลที่มีการระบาดต่ำมีค่าสูงกว่าตำบลที่มีการระบาดสูงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 ($p < .01$) ดังตารางที่ 3 และ 4

3. พฤติกรรมเฝ้าระวังและป้องกันโรคมือเท้าปาก

ผู้ปกครองในตำบลที่มีการระบาดสูง ส่วนใหญ่มีพฤติกรรมการเฝ้าระวังและการป้องกันโรคอยู่ระดับปานกลางร้อยละ 66.2 ตำบลที่มีการระบาดต่ำอยู่ในระดับต่ำร้อยละ 53.2 คะแนนพฤติกรรมการเฝ้าระวังและป้องกันโรคเฉลี่ย 36.54 (SD = 4.13) และ 37.75 (SD = 7.51) ตามลำดับ เมื่อพิจารณารายข้อพบว่า ผู้ปกครองมีพฤติกรรมการตรวจคัดครองโรคให้เด็กก่อนไปศูนย์พัฒนาเด็กเล็กทุกเช้าเพียงร้อยละ 16.4 และ 29.9 ตามลำดับ

ส่วนครูพี่เลี้ยง ทั้งในตำบลที่มีการระบาดสูงและต่ำมีพฤติกรรมการเฝ้าระวังและป้องกันโรคในระดับสูงร้อยละ 100 (ทุกคน) และ 83.3 (5 คน) ตามลำดับ เมื่อพิจารณารายข้อพบว่า ครูพี่เลี้ยงมีพฤติกรรมไม่เหมาะสม ได้แก่ ไม่ได้ตรวจคัดกรองและสังเกตอาการของโรคมือเท้าปากของเด็กก่อนเข้าศูนย์พัฒนาเด็กเล็กทุกครั้งสม่ำเสมอทุกเช้า พบร้อยละ 50 เท่ากันทั้งสองตำบล และไม่ได้ทำความสะอาดของเล่นหลังเด็กเล่นเสร็จทุกครั้ง พบร้อยละ 75 (6 คน) และ 100 (ทุกคน) ตามลำดับ

เมื่อเปรียบเทียบคะแนนพฤติกรรมการเฝ้าระวังและป้องกันโรคมือเท้าปาก ระหว่างตำบลที่มีการระบาดสูงและต่ำ พบว่าทั้งผู้ปกครองและครูพี่เลี้ยงมีคะแนนพฤติกรรมการเฝ้าระวังและป้องกันโรคมือเท้าปากไม่แตกต่างกัน ($p > .05$) ดังตารางที่ 3 และ 4

4. พฤติกรรมการควบคุมโรคมือเท้าปาก เมื่อมีผู้ป่วยในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก

กลุ่มผู้ปกครอง ตำบลที่มีการระบาดสูง ส่วนใหญ่มีพฤติกรรมการควบคุมโรคมือเท้าปากระดับปานกลางร้อยละ 61.5 ตำบลที่มีการระบาดต่ำอยู่ระดับสูงร้อยละ 93.8 คะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 35.28 (SD = 9.28) และ 38.39 (SD = 1.96) ตามลำดับ พิจารณารายข้อพบว่า เมื่อได้รับแจ้งว่ามีผู้ป่วยในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กแล้ว ผู้ปกครองยังมีพฤติกรรมดูแลเด็กที่ไม่ถูกต้อง ได้แก่ ไม่เคยตรวจคัดกรองสุขภาพเด็กโดยการใช้ไฟฉายส่องดูในช่องปาก ตรวจมือ และวัดไข้ก่อนไปศูนย์พัฒนาเด็กเล็กร้อยละ 52.3 และ 6.3 ตามลำดับ อีกทั้งเมื่อพบว่าเด็กในปกครองของตนเข้าข่ายเป็นโรคมือเท้าปากหรือป่วยแล้ว ผู้ปกครองไม่ได้แจ้งชื่อและที่อยู่ของเด็กแก่ครู หรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุขรับทราบทุกครั้ง ร้อยละ 10.8 และ 4.8 ตามลำดับ ตำบลที่มีการระบาดสูงมีผู้ปกครองไม่เคยศึกษาหาข้อมูลหรือได้รับข้อมูลการระบาดของโรค ความรู้เกี่ยวกับโรคมือเท้าปาก คำแนะนำการควบคุมโรคจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขพบร้อยละ 26.15 ขณะที่ตำบลที่มีการระบาดต่ำ ผู้ปกครองมีประสบการณ์เคยหาข้อมูล หรือได้รับข้อมูลทุกคน แต่มีพฤติกรรมที่เหมาะสมเพียงบางข้อ ได้แก่ การแยกเด็กป่วยออกจากเด็กไม่ป่วยหรือไม่พาเด็กไปในที่แออัด ชุมนุม พบร้อยละ 71.6 และ 88.1 ตามลำดับ

กลุ่มครูพี่เลี้ยงในตำบลที่มีการระบาดสูงและต่ำมีพฤติกรรมการควบคุมโรคมือเท้าปากในระดับสูงร้อยละ 100 (8 คน) และ 83.3 (5 คน) ตามลำดับ เมื่อพิจารณารายข้อพบว่า ครูพี่เลี้ยงทั้งในตำบลที่มีการระบาดสูงและต่ำมีพฤติกรรมไม่เหมาะสม ได้แก่ ไม่เคยตรวจคัดกรองสุขภาพเด็กโดยการใช้ไฟฉายส่องดูในช่องปาก ตรวจมือ วัดไข้ ก่อนเข้าโรงเรียนทุกเช้า ในตำบลที่มีการระบาดสูงพบร้อยละ 25 (2 คน) ส่วนตำบลที่มีการระบาดต่ำพบถึงร้อยละ 66.7 (4 คน) โดยครูพี่เลี้ยงส่วนใหญ่ให้เหตุผลว่าไม่มีไฟฉาย ปรอทวัดไข้ไม่เพียงพอหรือบางแห่งไม่มีปรอทวัดไข้

เมื่อเปรียบเทียบคะแนนพฤติกรรมการควบคุมโรคมือเท้าปากเมื่อมีผู้ป่วยในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก พบว่าผู้ปกครองในตำบลที่มีการระบาดต่ำมีคะแนนพฤติกรรมควบคุมโรคมือเท้าปาก สูงกว่าตำบลที่มีการระบาดสูงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 ($p < .05$) ในขณะที่คะแนนพฤติกรรมการควบคุมโรคมือเท้าปากของครูพี่เลี้ยงระหว่างตำบลที่มีการระบาดสูงและต่ำ ไม่มีความแตกต่างกัน ($p > .05$) ดังตารางที่ 3 และ 4

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนความรู้เกี่ยวกับโรคมือเท้าปาก พฤติกรรมเฝ้าระวังและป้องกันโรคมือเท้าปาก และพฤติกรรมควบคุมโรคมือเท้าปากเมื่อมีผู้ป่วยในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กของผู้ปกครองระหว่างตำบลที่มีการระบาดสูงและต่ำ (N = 129)

คะแนนของผู้ปกครอง	ตำบลที่มีการระบาดสูง (65 คน)		ตำบลที่มีการระบาดต่ำ (64 คน)		t	p-value
	$\bar{X}$	SD	$\bar{X}$	SD		
1. ความรู้เกี่ยวกับโรคมือเท้าปาก (พิสัย 0-15 คะแนน)	7.82	2.85	7.86	2.25	- .10	.92
2. พฤติกรรมเฝ้าระวังและป้องกันโรคมือเท้าปาก (พิสัย 12-48 คะแนน)	36.54	4.13	37.75	7.51	-1.14	.26
3. พฤติกรรมการควบคุมโรคมือเท้าปากฯ (พิสัย 12-48 คะแนน)	35.28	9.28	38.39	1.96	-2.63	.01

ตารางที่ 4 เปรียบเทียบอันดับที่ค่าเฉลี่ยของคะแนนความรู้เกี่ยวกับโรคมือเท้าปาก พฤติกรรมเฝ้าระวังและป้องกันโรคมือเท้าปาก และพฤติกรรมควบคุมโรคมือเท้าปากเมื่อมีผู้ป่วยในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กของครูพี่เลี้ยงระหว่างตำบลที่มีการระบาดสูงและต่ำ (N = 14)

คะแนนของครูพี่เลี้ยง	ตำบลที่มีการระบาดสูง (8 คน)	ตำบลที่มีการระบาดต่ำ (6 คน)	U	p-value
	Mean Rank	Mean Rank		
1. ความรู้เกี่ยวกับโรคมือเท้าปาก	4.88	11.00	3.00	.005
2. พฤติกรรมเฝ้าระวังและป้องกันโรคมือเท้าปาก	7.13	8.00	21.00	.76
3. พฤติกรรมการควบคุมโรคมือเท้าปากฯ	8.69	5.92	14.50	.23

5. การปฏิบัติเพื่อป้องกัน ควบคุม โรคมือเท้าปาก และการจัดการเมื่อมีการระบาดของโรคในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กของครูพี่เลี้ยง

จากการสัมภาษณ์ครูพี่เลี้ยงรายบุคคลจำนวน 14 คน แบ่งตำบลที่มีการระบาดสูง 8 คน และระบาดต่ำ 6 คน วิเคราะห์ข้อมูลเชิงเนื้อหาเกี่ยวกับการปฏิบัติในสถานการณ์จริง เพื่อป้องกัน ควบคุม และการจัดการเมื่อมีการระบาดของโรคในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก พบข้อจำกัดที่ทำให้ไม่สามารถปฏิบัติตามมาตรการเฝ้าระวังควบคุมการระบาดของโรคมือเท้าปาก[8] ดังนี้

1) ครูพี่เลี้ยงจากศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก 5 แห่ง จากทั้งสองตำบล มีจำนวน 9 คนที่ปฏิบัติถูกต้องมีการตรวจสุขภาพเด็กก่อนเข้าศูนย์พัฒนาเด็กเล็กทุกวันตามเกณฑ์ แต่มีจำนวน 3 คนในตำบลที่มีการระบาดต่ำบางแห่งไม่ได้ตรวจทุกวัน และจำนวน 2 คนในตำบลที่มีการระบาดสูง บางครั้งไม่ได้ตรวจสุขภาพเด็กตอนเช้าก่อนเข้าโรงเรียนตามมาตรการ ให้เหตุผลว่า *“เด็กมาตอนเช้าจำนวนมาก ตรวจสุขภาพก่อนเข้าศูนย์พัฒนาเด็กเล็กไม่ทัน จึงต้องตรวจหลังเข้าแถวหรือก่อนเข้าห้องเรียนแทน”* ทำให้ไม่สามารถคัดกรองสุขภาพเด็กก่อนเข้าศูนย์พัฒนาเด็กเล็กได้อย่างมีประสิทธิภาพ

2) ในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กจากทั้งสองตำบลมีอุปกรณ์ตรวจร่างกายไม่เพียงพอ เช่น ไม่มีปรอทวัดไข้ ในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กตำบลที่มีการระบาดสูงและต่ำตำบลละ 2 แห่ง และพบว่าศูนย์พัฒนาเด็กเล็กในตำบลที่มีการระบาดต่ำ 2 แห่ง ตำบลที่มีการระบาดสูงอีก 1 แห่ง แจ้งว่าไม่มีไฟฉายหรือมีไม่เพียงพอ จึงตรวจร่างกายไม่ละเอียด ดังคำกล่าวว่า *“ต้องใช้มือสัมผัสผิวหนังเพื่อคลำดูว่าร้อนหรือไม่ และส่องดูแผล ตุ่มในช่องปากด้วยตาเปล่า เพราะไม่มีอุปกรณ์ตรวจ”*

3) เมื่อพบเด็กที่มีอาการสงสัยเป็นโรคมือเท้าปาก ครูพี่เลี้ยงทั้งสองตำบลจะแยกเด็กให้ห่างออกจากคนอื่นๆ โดยครูพี่เลี้ยงบางคนให้เด็กใส่หน้ากากอนามัยไว้ ครูพี่เลี้ยงบางคนไม่ได้ให้เด็กใส่หน้ากากอนามัย แต่ทั้งหมดไม่ได้แยกเด็กที่สงสัยเป็นโรคมือเท้าปากไปอยู่ห้องแยกจากเด็กคนอื่น เนื่องจากพบว่าศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก 1 แห่งในตำบลที่มีการระบาดสูง และ 2 แห่งในตำบลที่มีการระบาดต่ำ ไม่มีห้องแยกสำหรับเด็กที่สงสัยเป็นโรคมือเท้าปาก และศูนย์พัฒนาเด็กเล็กที่มีการระบาดสูงและต่ำตำบลละ 1 แห่ง มีห้องแยกแต่มีครูพี่เลี้ยงจำนวนน้อย ไม่สามารถเข้าไปดูแลเด็กในห้องแยกได้ จึงต้องให้เด็กมาอยู่ในห้องร่วมกับเด็กคนอื่นระหว่างรอผู้ปกครองมารับ ทำให้มีโอกาสแพร่เชื้อแก่เด็กคนอื่นๆ ได้

4) ครูพี่เลี้ยงทั้งสองตำบลจะแจ้งชื่อ ที่อยู่ของเด็กแก่เจ้าหน้าที่สาธารณสุขรับทราบทันที เมื่อได้รับการยืนยันว่าเด็กเป็นโรคมือเท้าปากจริง รวมถึงลดกิจกรรมบางอย่างของเด็ก ทำความสะอาดสถานที่ตามมาตรการที่กำหนด แต่ในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กที่มีการระบาดต่ำ 2 แห่ง มีน้ำยาทำความสะอาดไม่เพียงพอต่อการใช้งานในบางครั้ง เนื่องจากได้รับการสนับสนุนจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้องน้อย จึงทำความสะอาดไม่ทั่วถึง

5) ในตำบลที่มีการระบาดสูงพบว่า เด็กที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคมือเท้าปาก บางคนหยุดเรียนไม่ครบ 7 วันตามแพทย์สั่ง ซึ่งยังไม่พ้นระยะแพร่เชื้อ แต่ผู้ปกครองให้เด็กมาเรียนก่อนกำหนด ทำให้เสี่ยงต่อการแพร่เชื้อแก่เด็กรายอื่น ถึงแม้ครูพี่เลี้ยงมีการให้คำแนะนำแก่ผู้กครองแล้วก็ตาม ซึ่งมักพบในผู้ปกครองของเด็กที่ให้ความใส่ใจในการดูแลเด็กน้อย และเป็นเด็กที่เคยมีประวัติป่วยเป็นโรคมือเท้าปากมาในปีก่อนๆ เหล่านี้อาจเป็นสาเหตุให้การควบคุมการระบาดของโรคมือเท้าปากในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กยากขึ้น

6) ในตำบลที่มีการระบาดสูงพบว่า เด็กบางคนป่วยเป็นโรคมือเท้าปาก ขาดเรียนอยู่บ้าน แต่ผู้ปกครองไม่แจ้งข้อมูลการเจ็บป่วยให้ครูพี่เลี้ยงรับทราบโดยเร็ว ทำให้การดูแลป้องกันการติดเชื้อให้เด็กคนอื่นๆ ช้าออกไปและอาจไม่มีประสิทธิภาพ ซึ่งมักพบในผู้ปกครองที่ไม่ได้เข้าร่วมการประชุมผู้ปกครองก่อนเปิดภาคการศึกษา และครูพี่เลี้ยงแจ้งว่าบางครั้งการประชุม

ผู้ปกครองมักจะเน้นเรื่องการเรียนมากกว่าการดูแลสุขภาพและป้องกันโรคที่มักเกิดกับเด็ก จึงอาจจะทำให้ผู้ปกครองขาดข้อมูล ไม่ทราบแนวทางปฏิบัติที่ถูกต้อง

7) จำนวนครูพี่เลี้ยงไม่เพียงพอ สัดส่วนครูต่อเด็กมากเกินไป (มาตรฐาน 1:10 คน) ในตำบลที่มีการระบาดสูงและต่ำมีสัดส่วนเฉลี่ย 1:17 คนและ 1:14 คน ตามลำดับ อาจทำให้ประสิทธิภาพการดูแลเด็กไม่เป็นไปตามมาตรฐาน โดยเฉพาะด้านการควบคุม ป้องกันการติดเชื้อโรคมือเท้าปาก

การอภิปรายผล

กลุ่มผู้ปกครอง

1. ความรู้เกี่ยวกับโรคมือเท้าปาก คะแนนความรู้ของผู้ปกครองในตำบลที่มีการระบาดต่ำและสูงไม่แตกต่างกัน ซึ่งไม่เป็นไปตามสมมติฐาน โดยพบว่าทั้ง 2 กลุ่มมีคะแนนความรู้โดยรวมอยู่ในระดับต่ำ สอดคล้องกับผลการศึกษาที่ผ่านมา[18] โดยตำบลที่มีการระบาดต่ำมีคะแนนเฉลี่ยสูงกว่าตำบลที่มีการระบาดสูงเพียงเล็กน้อย ทั้งนี้อธิบายได้ว่ากลุ่มตัวอย่างทั้ง 2 ตำบล ส่วนใหญ่อยู่ในวัยกลางคน (อายุ 40-60 ปี) ซึ่งเป็นวัยที่เริ่มมีการเปลี่ยนแปลงทางสติปัญญาเกี่ยวกับความจำที่ลดลง อีกทั้งข้อจำกัดความรู้เรื่องโรคมือเท้าปากอาจเป็นประเด็นเฉพาะด้านการแพทย์ จึงทำให้ยากต่อการจดจำและทำความเข้าใจ ประกอบกับกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาครั้งนี้ ผู้ปกครองทั้งสองตำบลมีลักษณะคล้ายคลึงกันคือ ส่วนใหญ่จบการศึกษาสูงสุดระดับประถมศึกษา จึงมีคะแนนความรู้โรคมือเท้าปากอยู่ในระดับต่ำทั้งคู่ สอดคล้องกับผลการศึกษาของ รัตติญา เจริญโชคพาณิชย์ และเทพนาฏ พุ่มไพบูลย์ พบว่าระดับการศึกษามีความสัมพันธ์กับความรู้เรื่องโรคมือเท้าปาก โดยผู้ปกครองที่ไม่ได้เรียน หรือจบการศึกษาสูงสุดระดับประถมศึกษามีคะแนนความรู้เรื่องโรคมือเท้าปากต่ำกว่าผู้ที่จบการศึกษาระดับมัธยมศึกษาขึ้นไป[18] ประกอบกับเมื่อพิจารณาคุณลักษณะประชากรของตัวอย่างที่ศึกษาครั้งนี้ พบว่าผู้ปกครองในตำบลที่มีการระบาดต่ำ เคยมีประสบการณ์รับการอบรมเรื่องโรคมือเท้าปากในรอบปีที่ผ่านมามากกว่าผู้ปกครองในตำบลที่มีการระบาดสูงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) จึงอาจเป็นเหตุให้มีคะแนนความรู้เฉลี่ยสูงกว่าตำบลที่มีการระบาดสูงเพียงเล็กน้อย แต่ไม่แตกต่างกันทางสถิติ

2. พฤติกรรมเฝ้าระวังและป้องกันโรคมือเท้าปาก ระดับคะแนนพฤติกรรมเฝ้าระวังและป้องกันโรคมือเท้าปากของผู้ปกครองระหว่างตำบลที่มีการระบาดต่ำกับสูงไม่แตกต่างกัน ซึ่งไม่เป็นไปตามสมมติฐาน ทั้ง 2 กลุ่มมีคะแนนอยู่ในระดับปานกลาง สอดคล้องกับผลศึกษาที่ผ่านมาพบว่าส่วนใหญ่ผู้ปกครองมีพฤติกรรมการป้องกันโรคมือเท้าปากในระดับปานกลาง[9,21] แต่มีบางงานวิจัยที่พบว่า ผู้ปกครองเด็กส่วนใหญ่มีการปฏิบัติป้องกันโรคมือเท้าปากอยู่ในระดับสูง[3,11,22] จากการศึกษาครั้งนี้พบผู้ปกครองในตำบลที่มีการระบาดต่ำมีพฤติกรรมตรวจคัดกรองและสังเกตอาการโรคมือเท้าปากให้เด็กทุกเช้าก่อนไปศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก มากกว่าตำบลที่มีการระบาดสูงเพียงเล็กน้อยร้อยละ 29.9 และ 16.4 ตามลำดับ จึงทำให้ระดับคะแนนพฤติกรรมเฝ้าระวังและป้องกันโรคมือเท้าปากไม่แตกต่างกัน ซึ่งการปฏิบัติดังกล่าวไม่เป็นไปตามมาตรการเฝ้าระวังควบคุมการระบาดของโรคมือเท้าปากของกรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข พ.ศ. 2555[8] ที่กำหนดให้ผู้ปกครองควรตรวจคัดกรอง และสังเกตอาการป่วยเป็นโรคมือเท้าปากของเด็กก่อนไปศูนย์พัฒนาเด็กเล็กทุกวัน และหากมีอาการป่วยควรให้หยุดเรียนทันที เพื่อลดการแพร่กระจายเชื้อสู่เด็กคนอื่น สาเหตุอาจมาจากผู้ปกครองทั้งสองตำบลมีความรู้ในเรื่องอาการของโรคมือเท้าปากอยู่เพียงระดับปานกลางร้อยละ 64.6 และ 79.7 ตามลำดับ บางส่วนไม่ทราบว่าต้องสังเกตอาการใดบ้างที่บ่งบอกว่าเป็นโรคมือเท้าปาก จึงนำไปสู่การมีพฤติกรรมเฝ้าระวัง

และป้องกันโรคมือเท้าปากไม่เหมาะสม โดยเฉพาะด้านการตรวจคัดกรองและสังเกตอาการของโรคมือเท้าปากให้เด็กทุกเช้าก่อนศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก สอดคล้องกับผลการศึกษาที่ผ่านมาพบว่า ปัจจัยด้านความรู้โรคมือเท้าปากมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับพฤติกรรมป้องกันโรคมือเท้าปากของผู้ปกครองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ[11]

3. พฤติกรรมควบคุมโรคมือเท้าปาก เมื่อมีผู้ป่วยในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก กลุ่มผู้ปกครองในที่มีการระบาดต่ำมีคะแนนพฤติกรรมควบคุมโรคมือเท้าปาก เมื่อมีผู้ป่วยในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กสูงกว่าตำบลที่ระบาดสูงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) เป็นไปตามสมมติฐาน โดยผู้ปกครองในตำบลที่มีการระบาดสูง ส่วนใหญ่มีพฤติกรรมการควบคุมโรคมือเท้าปากระดับปานกลาง ตำบลที่มีการระบาดต่ำอยู่ระดับสูง จากมาตรการเฝ้าระวังควบคุมการระบาดของโรคมือเท้าปากสำหรับศูนย์พัฒนาเด็กเล็กใน พ.ศ. 2555[8] กำหนดให้เมื่อมีผู้ป่วยในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก ผู้ปกครองต้องสังเกตอาการของเด็กก่อนไปศูนย์พัฒนาเด็กเล็กทุกวัน หากพบมีอาการคล้ายโรคมือเท้าปาก ควรให้หยุดเรียนอย่างน้อย 7 วัน พาเด็กพบแพทย์ พร้อมแจ้งชื่อให้ครูพี่เลี้ยงทราบทุกครั้ง แต่จากการศึกษาครั้งนี้พบว่า แม้มีผู้ป่วยในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กแล้ว ผู้ปกครองในตำบลที่มีการระบาดสูงกว่าครึ่งก็ยังไม่ตรวจสุขภาพเด็กก่อนไปศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก และเมื่อพบว่าเด็กมีอาการเข้าข่ายเป็นโรคมือเท้าปาก หรือป่วยเป็นโรคแล้ว มีการแจ้งชื่อ ที่อยู่เด็กแก่ครูหรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุขน้อยเพียงร้อยละ 25 เท่านั้น สอดคล้องกับคำสัมภาษณ์ของครูพี่เลี้ยงพบว่า ผู้ปกครองในตำบลที่มีการระบาดสูง แม้ทราบว่าเด็กได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคมือเท้าปากแล้วก็ยังไม่แจ้งชื่อแก่ครูพี่เลี้ยง แต่กลับให้เด็กมาเรียนก่อนกำหนด ซึ่งมักพบในผู้ปกครองของเด็กที่ให้ความใส่ใจในการดูแลเด็กน้อยและเป็นเด็กที่เคยมีประวัติป่วยเป็นโรคมือเท้าปากมาในปีก่อนๆ ผู้ปกครองที่ไม่ได้เข้าร่วมประชุมผู้ปกครองก่อนเปิดภาคการศึกษา อีกทั้งยังพบว่าผู้ปกครองในตำบลที่มีการระบาดสูงร้อยละ 26.15 ไม่เคยศึกษาหาข้อมูลหรือได้รับข้อมูลการระบาดของโรค ความรู้เกี่ยวกับโรคมือเท้าปาก คำแนะนำการควบคุมโรคจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ขณะที่ตำบลที่มีการระบาดต่ำผู้ปกครองมีประสบการณ์เคยหาข้อมูลหรือได้รับข้อมูลทุกคน เหล่านี้จึงอาจเป็นหนึ่งสาเหตุที่ทำให้ผู้ปกครองในตำบลที่มีการระบาดสูงมีพฤติกรรมการควบคุมโรคมือเท้าปาก เมื่อมีผู้ป่วยในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กน้อยกว่าตำบลที่มีการระบาดต่ำ

กลุ่มครูพี่เลี้ยง

1. ความรู้เกี่ยวกับโรคมือเท้าปาก ครูพี่เลี้ยงในตำบลที่มีการระบาดต่ำ มีคะแนนความรู้เกี่ยวกับโรคมือเท้าปากสูงกว่าตำบลที่มีการระบาดสูงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .01$) เป็นไปตามสมมติฐาน โดยตำบลที่มีการระบาดสูงส่วนใหญ่มีความรู้เกี่ยวกับโรคมือเท้าปากในระดับต่ำ โดยพบว่าครูพี่เลี้ยงในตำบลที่มีการระบาดสูง ไม่ได้เข้ารับการอบรมเพื่อเพิ่มพูนความรู้เรื่องโรคมือเท้าปาก การป้องกันและควบคุมการระบาดของโรคในปีที่ผ่านมาร้อยละ 25 ส่วนตำบลที่มีการระบาดต่ำส่วนใหญ่มีความรู้ในระดับปานกลาง โดยทุกคนร้อยละ 100 ได้เข้ารับการอบรมเพื่อเพิ่มพูนความรู้ในปีที่ผ่านมา เหล่านี้อาจเป็นสาเหตุให้ครูพี่เลี้ยงในตำบลที่มีการระบาดสูง มีคะแนนความรู้เกี่ยวกับโรคมือเท้าปากในระดับต่ำ สอดคล้องกับผลการศึกษาของ สมนึก เลิศสุโภชวณิชย์ และคณะ[23] พบว่าประสบการณ์ได้รับการอบรมดูแลเด็กมีความสัมพันธ์กับระดับคะแนนความรู้เกี่ยวกับการป้องกันควบคุมโรคติดต่อในเด็กอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) เมื่อพิจารณาลักษณะความรู้รายด้าน พบว่าทั้ง 2 ตำบลมักมีความรู้เรื่องสาเหตุของโรคในอยู่ในระดับต่ำ มีความรู้เรื่องการแพร่กระจายของโรคอยู่ในระดับปานกลาง ส่วนครูพี่เลี้ยงในตำบลที่มีการระบาดสูง มักตอบผิดด้านการ

ป้องกันรักษาโรค ได้แก่ ยังไม่มีวัคซีนป้องกันโรคมือเท้าปากในปัจจุบัน (ตอบผิด 5 คนใน 8 คน) แอลกอฮอล์เจลสามารถฆ่าเชื้อโรคมือเท้าปากได้ (ตอบผิด 6 คน) และการรักษาโรคมือเท้าปากทำได้เพียงบรรเทาอาการเท่านั้น ยังไม่มียารักษาโรคโดยเฉพาะ (ตอบผิด 6 คน) สอดคล้องกับผลศึกษาของ บุญเลิศ จันทร์หอม[16] พบว่าร้อยละ 5 ของผู้ดูแลเด็กตอบคำถามไม่ถูกต้องเรื่องแหล่งแพร่เชื้อโรค อาการ การป้องกันของโรคเหล่านี้จึงอาจเป็นเหตุให้มีความรู้ด้านนี้ไม่เพียงพอ

2. พฤติกรรมเฝ้าระวังและป้องกันโรคมือเท้าปาก ครูพี่เลี้ยงในตำบลที่ระบาดต่ำกับสูง มีคะแนนพฤติกรรมเฝ้าระวังและป้องกันโรคมือเท้าปากไม่แตกต่างกัน ($p > .05$) ไม่เป็นไปตามสมติฐาน พบว่าทั้ง 2 ตำบลมีพฤติกรรมการเฝ้าระวังและป้องกันโรคมือเท้าปากอยู่ในระดับสูง สอดคล้องกับผลศึกษาที่ผ่านมา พบว่าครูพี่เลี้ยงมีพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อโรคมือเท้าปากอยู่ในระดับดี[11,24-25] เมื่อพิจารณาระดับการศึกษาของครูพี่เลี้ยงพบว่า ส่วนใหญ่สำเร็จการศึกษาตั้งแต่ระดับปริญญาตรีขึ้นไป อาจทำให้ระดับความตั้งใจในการคัดกรองโรคมือเท้าปากสูงกว่ากลุ่มที่สำเร็จการศึกษาต่ำกว่าระดับปริญญาตรี[26] แต่การศึกษาครั้งนี้พบพฤติกรรมการตรวจคัดกรองสุขภาพให้เด็กก่อนเข้าศูนย์พัฒนาเด็กเล็กทุกเช้าของครูพี่เลี้ยงทั้งสองตำบลมีเพียงร้อยละ 50 ซึ่งไม่เป็นไปตามเกณฑ์การเฝ้าระวังโรคของกรมควบคุมโรคกำหนด และขัดแย้งกับผลศึกษาในครูของสถานบริการเลี้ยงเด็ก เขตเทศบาลนครขอนแก่น ที่มีการเฝ้าระวังตรวจเด็กก่อนเข้าศูนย์พัฒนาเด็กเล็กสูงถึงร้อยละ 90.9[10] หากพิจารณาเหตุผลที่มีการตรวจคัดกรองสุขภาพเด็กก่อนเข้าศูนย์พัฒนาเด็กเล็กไม่เป็นไปตามเกณฑ์นั้น จากข้อมูลสัมภาษณ์ครูพี่เลี้ยงพบว่าอาจเกิดจากตอนเช้ามีเด็กมาศูนย์พัฒนาเด็กเล็กพร้อมกันจำนวนมาก ไม่มีการจัดระเบียบเด็กจึงตรวจคัดกรองสุขภาพเด็กไม่ทันไม่ครบทุกคน อีกทั้งบางแหล่งขาดอุปกรณ์คัดกรอง ได้แก่ ปรอทวัดไข้ ไฟฉาย ทำให้ไม่สามารถคัดกรองสุขภาพให้เด็กก่อนศูนย์พัฒนาเด็กเล็กทุกเช้าอย่างละเอียดตามมาตรการได้

3. พฤติกรรมควบคุมโรคมือเท้าปาก เมื่อมีผู้ป่วยในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก ครูพี่เลี้ยงในตำบลที่มีการระบาดสูงกับต่ำมีค่าเฉลี่ยลำดับคะแนนพฤติกรรมควบคุมโรคมือเท้าปากไม่แตกต่างกัน ($p > .05$) ไม่เป็นไปตามสมมติฐาน พบว่าทั้ง 2 ตำบลมีพฤติกรรมควบคุมโรคมือเท้าปากเมื่อมีผู้ป่วยในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กอยู่ในระดับสูง แต่ในตำบลที่มีการระบาดสูงยังไม่สามารถควบคุมการระบาดของโรคได้ดีพอ จากข้อมูลสัมภาษณ์ครูพี่เลี้ยงในตำบลที่มีการระบาดสูงพบว่า ไม่ได้รับความร่วมมือจากผู้ปกครองในการควบคุมโรคเท่าที่ควร ได้แก่ แม้ผู้ปกครองทราบว่าเด็กป่วย ขาดเรียนอยู่บ้าน แต่ไม่มีการแจ้งรายชื่อให้ครูพี่เลี้ยงรับทราบ ทำให้การดูแลป้องกันการติดเชื้อให้เด็กคนอื่นๆ ช้าออกไป และอาจไม่มีประสิทธิภาพ อีกทั้งเมื่อเด็กป่วยโรคมือเท้าปาก ผู้ปกครองให้เด็กหยุดเรียนไม่ครบ 7 วันตามคำสั่งแพทย์ และให้เด็กมาเรียนก่อนกำหนด อาจเพิ่มโอกาสแพร่เชื้อในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก ควบคุมโรคมือเท้าปากไม่ได้ จึงมีสถิติการระบาดสูง สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมา พบว่าการที่ผู้ปกครองและครูพี่เลี้ยงปฏิบัติตามมาตรการเฝ้าระวังควบคุมโรค ให้เด็กที่ป่วยหยุดเรียนทันที และให้หยุดเรียนต่อเนื่อง 1 สัปดาห์ หรือจนกว่าจะหายเป็นปกติ มีความสัมพันธ์กับจำนวนเด็กป่วยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .01$) โดยทำให้พบเด็กป่วยลดลงถึงร้อยละ 88.5[27] ดังนั้นการให้ความร่วมมือของผู้ปกครองในการเฝ้าระวังโรค เป็นส่วนหนึ่งที่มีความสำคัญในการช่วยควบคุมโรคมือเท้าปากไม่ให้แพร่กระจายในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก และช่วยลดสถิติการระบาดของโรคได้ อีกหนึ่งเหตุผลจากการสัมภาษณ์ครูพี่เลี้ยงในการศึกษาครั้งนี้ พบว่าศูนย์พัฒนาเด็กเล็กทั้งสองตำบลขาดหรือได้รับการสนับสนุนทรัพยากรจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้องไม่เพียงพอ ได้แก่ ปรอทวัดไข้ ไฟฉาย น้ำยาทำความสะอาดทั่วไป

แอลกอฮอล์เจลล้างมือ งบประมาณจัดทำห้องแยกเด็กป่วย จำนวนครูพี่เลี้ยงดูแลเด็ก เหล่านี้อาจมีส่วนทำให้ครูพี่เลี้ยงไม่สามารถปฏิบัติตามมาตรการของกระทรวงสาธารณสุขได้[8] สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาเกี่ยวกับปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการควบคุมป้องกันโรคมือเท้าปากของครูพี่เลี้ยง พบว่าความพอเพียงของทรัพยากรในการป้องกันและควบคุมโรค การสนับสนุนจากบุคลากรสาธารณสุขและองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น[24,28] กำลังคน[29] มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมควบคุมป้องกันโรคมือเท้าปากของครูพี่เลี้ยงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยการมีทรัพยากรที่เพียงพอ ได้รับคำแนะนำจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข การได้รับการสนับสนุนจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นทั้งด้านงบประมาณ กำลังบุคคล มีผลให้ครูพี่เลี้ยงมีพฤติกรรมควบคุมโรคมือเท้าปากได้ถูกต้องมากขึ้น สามารถดำเนินการควบคุมการระบาดของโรคได้ดีขึ้น

สรุปและข้อเสนอแนะ

จากการศึกษาพบว่า ผู้ปกครองทั้งในตำบลที่มีการระบาดของโรคสูงและต่ำ ยังมีความรู้เกี่ยวกับโรคมือเท้าปากในระดับต่ำทั้งคู่ แต่ในตำบลที่มีการระบาดต่ำ มีพฤติกรรมควบคุมโรคเมื่อมีผู้ป่วยในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กดีกว่าตำบลที่มีการระบาดสูง โดยผู้ปกครองขาดความรู้เกี่ยวกับโรคในเรื่องสาเหตุและลักษณะทั่วไปของโรค การป้องกันโรค การมีพฤติกรรมการป้องกันโรค และการตรวจคัดกรองสุขภาพเด็กก่อนไปศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก ในขณะที่ครูพี่เลี้ยงในตำบลที่มีการระบาดต่ำมีความรู้อยู่ในระดับสูงกว่าในตำบลที่มีการระบาดสูง และทั้งสองตำบลมีพฤติกรรมควบคุมโรคเมื่อมีผู้ป่วยในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กอยู่ในระดับสูงทั้งคู่ ซึ่งพบว่ามีข้อจำกัดบางอย่างที่ทำให้ครูพี่เลี้ยงไม่สามารถปฏิบัติตามมาตรการเฝ้าระวังควบคุมการระบาดของโรคมือเท้าปาก ได้แก่ ขาดน้ำยาทำความสะอาดอุปกรณ์ตรวจคัดกรองโรค ไม่มีห้องแยกเด็กป่วยในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก อีกทั้งสัดส่วนของครูต่อเด็กเกินมาตรฐาน อาจทำให้ประสิทธิภาพการดูแลเด็กไม่เป็นไปตามมาตรการของกระทรวงสาธารณสุขกำหนด และบางครั้งผู้ปกครองไม่ให้ความร่วมมือในการควบคุม ป้องกันโรค จากผลการศึกษาผู้วิจัยมีข้อเสนอแนะดังนี้

1. ควรส่งเสริม เร่งรัดการพัฒนาให้ทั้งผู้ปกครองและครูพี่เลี้ยงได้มีความรู้เรื่องโรคมือเท้าปาก โดยเฉพาะประเด็นสาเหตุ การแพร่เชื้อ การป้องกันควบคุมโรค รวมถึงการตรวจคัดกรอง สังเกตอาการของโรคเบื้องต้น การจัดการเมื่อพบเด็กสงสัยหรือป่วยเป็นโรคมือเท้าปาก โดยจัดให้มีการทบทวนความรู้ทุกๆ ปีก่อนเปิดภาคการศึกษา อีกทั้งควรประเมินความรู้ของครูพี่เลี้ยงและผู้ปกครอง พร้อมแจ้งผลการประเมินให้ครูพี่เลี้ยงและผู้ปกครองทราบทุกครั้ง เพื่อให้เกิดความเข้าใจที่ถูกต้องตรงกัน สามารถประยุกต์ใช้ปฏิบัติจริงในการป้องกันและควบคุมโรคแก่เด็กเล็กในแนวทางเดียวกันตามมาตรการของกระทรวงสาธารณสุข

2. หน่วยงานที่รับผิดชอบพื้นที่ ได้แก่ สาธารณสุข องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ควรส่งเสริมให้มีระบบการเฝ้าระวังโรค โดยทุกภาคส่วนจากชุมชน ไม่เพียงเฉพาะผู้ปกครอง และครูพี่เลี้ยงเด็ก เนื่องจากเด็กใช้ชีวิตอยู่ในชุมชน เช่น การให้สุขศึกษาแก่ชุมชน องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นควรให้การสนับสนุนอุปกรณ์ต่างๆ ที่จำเป็นอย่างเพียงพอในการควบคุมป้องกันโรค งบประมาณเพิ่มอัตรากำลังครูพี่เลี้ยง ให้ได้ตามมาตรฐาน (1:10) เพื่อให้ครูพี่เลี้ยงปฏิบัติงานได้ถูกต้อง ดูแลเด็กได้ทั่วถึง และเด็กในชุมชนปลอดภัยจากโรคมือเท้าปาก

References

1. Phuenpa J. Genome characterization of human enterovirus 71 and coxsackievirus A16 in Thai pediatric patients with hand foot and mouth disease during 2009-2010 [master's thesis]. Bangkok: Chulalongkorn University; 2010. 76 p. (in Thai).
2. Chokephaibulkit K. Hand foot mouth disease and enterovirus 71 [Internet]. Bangkok: Faculty of Medicine Siriraj Hospital; 2016 [cited 2017 Dec 13]. Available from: https://www.si.mahidol.ac.th/sidoctor/e-pl/articledetail.asp?id=492. (in Thai).
3. Phupiufa S. Health behaviors related to preventing disease of hand foot and mouth disease of caregivers child care in child development center Huai Mek District, Kalasin. Research and Development Health System Journal. 2014;7(1):143-51. (in Thai).
4. Poovorawan Y. Hand foot and mouth disease. In: Luangon W, editor. Practice guidelines for hand foot and mouth disease and enterovirus 71 for medical and public health personnel in 2014. Bangkok: Printing Office War Veterans Organization of Thailand Under Royal Patronage of His Majesty the King; 2014. p.3-8. (in Thai).
5. Department of Disease Control, Ministry of Public Health. Symptoms of hand foot mouth [Internet]. Nonthaburi: Department of Disease Control; 2019 [cited 2019 Dec 15]. Available from: https://ddc.moph.go.th/disease_detail.php?d=11. (in Thai).
6. Division of Innovation and Research, Department of Disease Control, Ministry of Public Health. Prevention research program control disease and health hazards 2019-2021 [Internet]. Nonthaburi: Division of Innovation and Research, Department of Disease Control; 2019 [cited 2019 Dec 15]. Available from: http://www.oic.go.th/FILEWEB/CABINFOCENTER28/DRAWER068/GENERAL/DATA0000/00000275.PDF. (in Thai).
7. Khuntayaporn P. Hand foot and mouth disease in children [Internet]. Bangkok: Faculty of Pharmacy, Mahidol University; 2016 [cited 2016 Dec 13]. Available from: http://www.pharmacy.mahidol.ac.th/th/knowledge/article/352. (in Thai).
8. Department of Disease Control, Ministry of Public Health. Surveillance approach prevent and control the spread of hand foot and mouth disease for child care centers 2012. 11 p. (in Thai).
9. Sribenchamas N, Samruayruen K, Srijaroen W. Factors affecting health behavior prevention of hand foot and mouth disease among guardians at the child development center in Pitsanulok Province. PSRU Journal of Science and Technology. 2017;2(3):9-19. (in Thai).
10. Aiewtrakun J, Chotivanich W, Mungwatthana P, Nuangpho W, Thitisuriyarax S, Suwan S, et al. Knowledge and practice in prevention and control of hand, foot and mouth disease in child care centers in Khon Kaen Municipality. Srinagarind Medical Journal. 2012;27(3):250-7. (in Thai).

11. Sangnimitchaikul W, Rutchanagul P. Factors predicting preventive health behavior regarding hand foot and mouth disease among pre-kindergarten's caretakers and parents. Ramathibodi Nursing Journal. 2015;21(3): 336-51. (in Thai).
12. Yenjai P. Deesamer S. Saengchai R, Kadtan W. Factor affecting health-protective behavior of hand, foot and mouth disease among parent and babysitters of pre-school children at Day-Care Center in Seeboathong Sub-district, Angthong Province [Internet]. Bangkok: Bangkokthonburi University; 2017 [cited 2019 Jan 20]. Available from: https://bit.ly/3 AK6Z72 . (in Thai).
13. Nakhonratchasima Health Provincial Office. General information and status health Nakhon Ratchasima Province [Internet]. Nakhon Ratchasima: Nakhonratchasima Health Provincial Office; 2017 [cited 2018 Dec 20]. Available from: http://www.korathealth.com/korathealth/download/attractfile/15154252023.pdf. (in Thai).
14. Bua Lai District Health Office. Number of hand foot and mouth disease patients in Bua Lai District, Nakhon Ratchasima Province 2014-2017. Nakhon Ratchasima: Bua Lai District Health Office; 2017. 4 p. (in Thai).
15. Daniel WW. Biostatistics: a foundation for analysis in the health sciences. 8th ed. New York: Wiley & Sons; 2005. 944 p.
16. Junhom B. The practice of caregivers and child health care in the prevention of hand foot and mouth disease childcare centers, Laplae District, Uttaradit Province [master's thesis]. Chiang Mai: Chiang Mai University; 2014. 74 p. (in Thai).
17. Rattanamanee K, Khamngoen R, Saetew P. Knowledge, attitudes, and practices on the prevention and control of pandemic influenza Type A H1N1 2009 among teachers child care providers in nurseries located in Surat Thani Province. Nursing Journal of The Ministry of Public Health. 2012;22(3):26-38. (in Thai).
18. Charoenchokpanit R, Pumpaibool T. Knowledge attitude and preventive behaviors towards hand foot and mouth disease among caregivers of children under five years old in Bangkok, Thailand. Journal of Health Research. 2013;27(5): 281-6. (in Thai).
19. Bureau of Epidemiology, Department of Disease Control, Ministry of Public Health. Hand, foot and mouth disease situation report Thailand 2014 and situation of hand, foot and mouth disease in educational institutions in the district Bangkok (506 Report, Week 51: 30 December 2014) [Internet]. Nonthaburi: Bureau of Epidemiology, Department of Disease Control; 2015 [cited 2017 Dec 27]. Available from: http://www.boe.moph.go.th/files/report/20150106_66194901.pdf. (in Thai).
20. Bloom BS. Taxonomy of educational objectives, handbook I: cognitive domain. New York: David Mckay; 1956. 207 p.

21. Boonsorn W. The factors affecting prevent hand foot mouth disease of mother in kindergarten of Thammasat University. Pathumthani: Unit Health Promotion, Thammasat University Hospital; 2015. 34 p. (in Thai).
22. Nuankerd K, Mekrungrongwong S. Factors affecting the prevention behavior of hand foot mouth disease among guardians in Child Development Centers. Nursing Journal of the Ministry of Public Health. 2020;30(1):107-19. (in Thai).
23. Lertsuphotvanit S, Phadoongmai M, Nak-ai W, Yoocharoen P. Knowledge, attitude and practice regarding prevention and control of communicable diseases in children among child care workers and parents, 2017. Disease Control Journal. 2018;44(2):207-16. doi: 10.14456/dcj.2018.19. (in Thai).
24. Weiangkham D, Ponmark J, Thisara P, Samerchuea S. Predictors of preventive behaviors for hand foot and mouth disease among caregivers in childcare center. Journal of Nursing and Health Care. 2017;35(2):16-24. (in Thai).
25. Provincial Office for Local Administration, Department of Local Administration, Ministry of Interior. Standards of childcare center operations of the local government organization fiscal year 2016 [Internet]. Tak: Provincial Office for Local Administration; 2017 [cited 2018 Dec 9]. Available from: https://www.taklocal.org/govdoc_detail.php?id=7623. (in Thai).
26. Kaseatsuntorn S, Kasatpibal N, Chitreecheur J. Factors predicting intention to screen for hand foot and mouth disease among child care attendants in child development centers in the south. Nursing Journal. 2015;42(1):74-84. (in Thai).
27. Panichakul T, Patumasut P, Somboon S. Absence from school reduces spreading of hand-foot-mouth disease in school. SDU Research Journal Humanities and Social Science. 2012;5(2):1-12. (in Thai).
28. Chanakun U. Behavior of teachers for control and prevention of hand foot mouth disease in childcare centers Mueang District, Krabi Province. Community Health Development Quarterly Khon Kaen University. 2015;3(3):453-68. (in Thai).
29. Anon K, Thanapop C, Sweatsriskul P, Rattanasuwan P. Administrative factors and preventive practice towards hand, foot and mouth disease control among caregivers in Nakhon Si Thammarat Province. Journal of Safety and Health. 2015;8(29):13-26. (in Thai).

Effects of the Oral Health Promotion Program Using Sufficiency Economy Philosophy as a Framework on Knowledge, Attitude, and Skills towards Oral Health in Thai Novices*

Natma Thongteratham, RN, PhD[1], Wallada Chanruangvanich, RN, DNS[1], Suchada Pattramongkolrit, RN, PhD[1], Yoothapichai Phosri, RN, MNS[1], Orapan Tosingha, RN, DNS[1], Thimaporn Suetrong, RN, MNS[1], Jutharath Chanruangvanich, DDS[2]

Abstract

Purpose: To study the effects of the oral health promotion program using sufficiency economy philosophy as a framework for Thai novices' knowledge, attitude, and skills towards oral health.

Design: A quasi-experimental study using a one-group pre-and post-test design.

Methods: Participants of 104 Thai novices were selected from a rural Buddhist School. Data collection was at baseline, immediately, and one month after program implementing. The research instruments consisted of the personal record form, knowledge about oral health scale, attitude towards oral health scale, and skill towards oral health scale. Paired t-test was used to compare pre-and post-test scores.

Main findings: When compared average scores between baseline and after the program immediately, knowledge toward oral health in Thai novices were significantly decreased ($t = 32.03$, $p < .001$) while attitude and skills were significantly increased ($t = -96.92$, $p < .001$; and $t = -2.64$, $p = .010$, respectively). When compared average scores between baseline and one-month after the program, knowledge and attitudes became increased ($t = -56.37$, $p < .001$; and $t = -121.42$, $p < .001$, respectively) while skills decreased ($t = 2.55$, $p = .013$).

Conclusion and recommendations: The program using sufficiency economy philosophy as a framework could partly support its effectiveness by being able to improve knowledge and attitude, except skills, towards oral health in Thai novices at one-month after the program. The findings suggest that the program needs some revision by increasing the program duration and more attractive activities, as well as having buddy system, for example. Effects of the oral health promotion program using sufficiency economy philosophy as a framework in other specific vulnerable groups such as out-of-school children, layperson, immigrants, or aging people should be further studied.

Keywords: attitude, knowledge, oral health program, skills, sufficiency economy philosophy

Nursing Science Journal of Thailand. 2022;40(2):87-107

Corresponding Author: Lecturer Natma Thongteratham, Faculty of Nursing, Mahidol University, Bangkok, 10700, Thailand; e-mail: natma.the@mahidol.ac.th

** This research project is supported by China Medical Board of New York, Inc., Faculty of Nursing, Mahidol University*

[1] Faculty of Nursing, Mahidol University, Bangkok, Thailand

[2] Dental Center, Chaophya Hospital, Bangkok, Thailand

Received: 23 May 2021 / Revised: 4 February 2022 / Accepted: 7 February 2022

ผลของโปรแกรมการสร้างเสริมการดูแลสุขภาพช่องปาก ตามกรอบแนวคิดปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียง ต่อความรู้ ทัศนคติ และทักษะปฏิบัติในการดูแลสุขภาพช่องปาก ในสามเณรไทย*

ณัฐมา ทองธีรธรรม, ปร.ด.[1] วัลย์ลดา ฉันท์เรืองวณิชย์, พย.ด.[1] สุชาดา ภัทรมงคลฤทธิ์, ปร.ด[1] ยุทธพิชัย โพธิ์ศรี, พย.ม.[1] อรพรรณ โตสิงห์, พย.ด.[1] ธิมาภรณ์ ซื่อตรง, พย.ม.[1] จุฑารัตน์ ฉันท์เรืองวณิชย์, ท.บ.[2]

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์: เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการสร้างเสริมการดูแลสุขภาพช่องปากในสามเณร ตามกรอบแนวคิดปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียงต่อความรู้ ทัศนคติ และทักษะปฏิบัติในการดูแลสุขภาพช่องปาก

รูปแบบการวิจัย: การวิจัยแบบกึ่งทดลองชนิดกลุ่มเดียวทดสอบก่อนและหลังการทดลอง

วิธีดำเนินการวิจัย: สามเณร 104 รูป ณ โรงเรียนพระปริยัติธรรม แผนกสามัญศึกษาแห่งหนึ่ง ได้รับเลือกเป็นตัวอย่างในการศึกษา การเก็บรวบรวมข้อมูล 3 ครั้งคือ ก่อนรับโปรแกรม หลังรับโปรแกรมทันที และหลังรับโปรแกรมหนึ่งเดือน เครื่องมือการวิจัยประกอบด้วย แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล แบบประเมินความรู้การดูแลสุขภาพช่องปาก แบบประเมินทัศนคติการดูแลสุขภาพช่องปาก และแบบประเมินทักษะปฏิบัติการดูแลสุขภาพช่องปาก การวิเคราะห์ข้อมูลใช้สถิติทดสอบทีแบบสองกลุ่มสัมพันธ์กัน

ผลการวิจัย: เมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยระหว่างก่อนและหลังได้รับโปรแกรมทันทีพบว่า ความรู้ในการดูแลสุขภาพช่องปากของสามเณรลดลง ($t = 32.03$, $p < .001$) แต่ทัศนคติและทักษะปฏิบัติดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = -96.92$, $p < .001$; $t = -2.64$, $p = .010$ ตามลำดับ) และเมื่อเปรียบเทียบระหว่างก่อนและหลังได้รับโปรแกรมหนึ่งเดือน ความรู้และทัศนคติเพิ่มขึ้น ($t = -56.37$, $p < .001$; $t = -121.42$, $p < .001$ ตามลำดับ) ส่วนทักษะปฏิบัติลดลงอย่างมีนัยสำคัญ ($t = 2.55$, $p = .013$)

สรุปและข้อเสนอแนะ: ผลการวิจัยสนับสนุนประสิทธิผลของโปรแกรมการสร้างเสริมการดูแลสุขภาพช่องปากตามกรอบแนวคิดปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียงบางส่วน โดยภายหลังการได้รับโปรแกรมหนึ่งเดือน สามเณรมีความรู้และทัศนคติดีขึ้น ยกเว้นเรื่องทักษะปฏิบัติ จึงควรปรับปรุงโปรแกรมโดยอาจเพิ่มจำนวนวันดำเนินการและกิจกรรมที่น่าสนใจ รวมถึงมีระบบพี่เลี้ยงหรือการกระตุ้นเตือน เป็นต้น และควรมีการศึกษาเพิ่มเติมถึงผลของโปรแกรมการสร้างเสริมการดูแลสุขภาพช่องปาก โดยใช้กรอบแนวคิดปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียงในกลุ่มเปราะบางอื่นๆ เช่น เด็กนอกโรงเรียน แรงงาน ผู้อพยพ หรือผู้สูงอายุ

คำสำคัญ: ทัศนคติ ความรู้ โปรแกรมดูแลสุขภาพช่องปาก ทักษะปฏิบัติ ปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียง

Nursing Science Journal of Thailand. 2022;40(2):87-107

ผู้ประสานงานการเผยแพร่: อาจารย์ณัฐมา ทองธีรธรรม, คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล บางกอกน้อย กรุงเทพฯ 10700, e-mail: natma.the@mahidol.ac.th

** โครงการวิจัยได้รับทุนจากเงินกองทุน ซี.เอ็ม.บี. คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล*

[1] คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

[2] ศูนย์ทันตกรรม โรงพยาบาลเจ้าพระยา

วันที่รับบทความ: 23 พฤษภาคม 2564 / วันที่แก้ไขบทความเสร็จ: 4 กุมภาพันธ์ 2565 / วันที่ตอบรับบทความ: 7 กุมภาพันธ์ 2565

ความสำคัญของปัญหา

ปัญหาสุขภาพช่องปากในเด็กและเยาวชนเป็นปัญหาสาธารณสุขสำคัญระดับโลก[1-2] ซึ่งประเด็นปัญหาทั้งในระยะสั้นและระยะยาว ส่งผลให้เกิดความสูญเสียทางเศรษฐกิจจากการรักษาโรคช่องปากตั้งแต่วัยเด็ก[1-5] กล่าวคือต้องเข้ารับการรักษา เสียเงิน เสียเวลา และรัฐบาลต้องใช้งบประมาณเป็นจำนวนมาก เพื่อใช้จ่ายในการบรรเทาและแก้ปัญหาทันตสาธารณสุข[4-5] และบั่นทอนสุขภาพโดยรวมของเด็กและเยาวชน[1-5] ถึงแม้ว่าปัญหาสุขภาพช่องปาก อาจไม่ได้เป็นโรคที่ร้ายแรง เร่งด่วนฉุกเฉิน หรือเป็นโรคที่ก่อให้เกิดอันตรายถึงชีวิต แต่เป็นสาเหตุของปัญหาสุขภาพทางกาย หรืออาจส่งผลต่อสุขภาพทางจิตสังคมได้ เช่น การพูด การออกเสียง บุคลิกภาพ ภาพลักษณ์ และความสามารถในการทำงาน เป็นต้น[4-5] และที่สำคัญคือเป็นแหล่งการติดเชื้อสำคัญที่สามารถแพร่กระจายสู่อวัยวะอื่นๆ ทำให้เกิดอันตรายถึงชีวิตได้[4-5] โรคในช่องปากบั่นทอนสุขภาพกายและสุขภาพจิตสังคมดังกล่าวมา ยังอาจเป็นการยากที่จะบำบัดรักษาฟื้นฟูให้ดีดังเดิม

โรคช่องปากสามารถป้องกันได้ด้วยการดูแลสุขภาพอย่างเหมาะสมตั้งแต่วัยเด็ก ประกอบด้วย การมีความรู้เรื่องการดูแลสุขภาพช่องปาก อาหารสุขภาพที่ดีต่อช่องปาก มีทักษะการแปรงฟันอย่างถูกวิธี ทักษะการใช้ไหมขัดฟันอย่างถูกต้อง และพฤติกรรมการดูแลสุขภาพที่เหมาะสม เป็นต้น[1-7] แต่ในปัจจุบันพบว่าแนวโน้มของการเกิดโรคช่องปากได้แก่ ฟันผุและเหงือกอักเสบ ยังคงมีอัตราสูง[5-7] โดยกรมทันตสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข กำหนดเป้าหมายสุขภาพดีช่องในวัยเด็ก พบโรคฟันผุไม่เกินร้อยละ 50 ในปี พ.ศ. 2563 แต่จากรายงานผลการสำรวจสภาวะสุขภาพช่องปากแห่งชาติพบว่า โรคฟันผุในกลุ่มเด็กและวัยรุ่นสูงมากกว่าเป้าหมายกำหนด[1-3] ดังนั้นถึงแม้ว่ามีนโยบายการสร้างเสริมสุขภาพช่องปากในเด็กและวัยรุ่น แต่ผลลัพธ์ยังไม่บรรลุเป้าหมายตามนโยบายกำหนด ดังนั้นแนวทางการปฏิบัติในการแก้ไขปัญหาสุขภาพช่องปากในเด็กและเยาวชน ยังคงต้องการการแก้ไข

สำหรับโรคฟันผุเป็นที่ทราบกันว่าเป็นปัญหาทางทันตสาธารณสุขมาต่อเนื่อง สามารถพบได้ในประชากรทุกเพศทุกวัย[1-6] สำหรับสถานการณ์ในประเทศไทย[1-2] พบว่ากว่าครึ่งหนึ่งของกลุ่มเด็กอายุ 12 ปี มีปัญหาฟันผุ (ร้อยละ 49.3-56.8)[1-6] และผลคือต้องเข้ารับการรักษาด้วยการถอนฟันประมาณ 1.5-1.7 ซี่ต่อคน[1-2] จากผลสำรวจสภาวะทันตสุขภาพแห่งชาติครั้งที่ 8 พ.ศ. 2560 พบว่าร้อยละ 52.9[1] ของเด็กไทยอายุ 3 ปี มีฟันผุอย่างน้อย 1 ซี่[1] โดยเด็กแต่ละคนจะเป็นโรคฟันผุเฉลี่ยประมาณ 2.8 ซี่[1] จากที่มีฟันน้ำนมเกือบครบทุกซี่แล้ว (19.9 ซี่)[1] ซึ่งเป้าหมายทันตสุขภาพประเทศไทยในปี พ.ศ. 2563 ต้องการให้เด็กกลุ่มอายุ 3 ปี เป็นโรคฟันผุไม่เกินร้อยละ 50.3[1] และยังพบอีกด้วยว่าร้อยละ 52 ของเด็กอายุ 12 ปี[1] มีประสบการณ์การเป็นโรคฟันผุ โดยค่าเฉลี่ยฟันผุ ถอน อุด (Decayed Missing and Filled permanent Tooth mean, DMFT) เท่ากับ 1.4 ซี่/คน[1] ทั้งนี้ในกลุ่มนี้มีการสูญเสียฟันร้อยละ 3.0 ซี่/คน[1] ตลอดจนเด็กที่มีฟันผุและยังไม่ได้รับการรักษานี้ถึงร้อยละ 31.5[1] โดยพบว่าความชุกของการเกิดโรคฟันผุสูงสุดในภาคตะวันออกเฉียงเหนือร้อยละ 61.1 รองลงมาคือ ภาคเหนือร้อยละ 51.1 ภาคกลางร้อยละ 49.2 และภาคใต้ร้อยละ 44.0 ตามลำดับ[1] ค่าเฉลี่ยฟันผุ ถอน อุด 1.6, 1.3, 1.3 และ 1.1 ซี่/คน ตามลำดับ[1] ความชุกการเกิดโรคฟันผุในเขตชนบทสูงกว่าเขตเมืองและกรุงเทพฯ โดยมีความชุกร้อยละ 55.8, 50.0 และ 40.6 ตามลำดับ[1] และมีค่าเฉลี่ยฟันผุ ถอน อุด ในเขตชนบท เขตเมือง และกรุงเทพมหานคร 1.5, 1.3 และ 1.1 ซี่/คน ตามลำดับ[1] ซึ่งสรุปได้ว่าเด็กในวัยดังกล่าวมีฟันผุสูง โดยเมื่อเปรียบเทียบจากการสำรวจครั้งที่ผ่านๆ มา จะพบว่าแนวโน้มเพิ่มมากขึ้น[1-6]

สถานการณ์ปัญหาสภาวะเหงือกอักเสบและโรคปริทนต์ในเด็กวัยเรียนและเยาวชน จากรายงานการสำรวจสภาวะทันตสุขภาพแห่งชาติครั้งล่าสุดคือ ครั้งที่ 8 พ.ศ. 2560 จากผลสำรวจกลุ่มเด็กอายุ 12 ปี มีสภาวะเหงือกอักเสบสูงกว่าการสำรวจครั้งก่อน จากร้อยละ 50.3 เป็นร้อยละ 66.3[1] ทั้งนี้ร้อยละ 34.5 มีเลือดออกและร้อยละ 31.8 มีหินน้ำลายและมีเลือดออกร่วมด้วย[1] แต่ก็ยังมีเด็กอีกร้อยละ 16.7 ที่มีหินน้ำลายในช่องปากโดยไม่มีการอักเสบของเหงือก[1] ซึ่งที่กล่าวมามีความจำเป็นต้องได้รับการขูดหินปูน เนื่องด้วยเด็กเหล่านี้มีโอกาสที่จะพัฒนาเกิดเป็นเหงือกอักเสบได้ พบว่าเด็กเขตเมืองจะมีสภาวะปริทันต์ดีกว่าเด็กในเขตชนบทเล็กน้อย ภาคกลางเป็นภาคที่พบเด็กมีปัญหาเหงือกอักเสบสูงสุด ซึ่งถือว่ามีแนวโน้มปัญหาที่รุนแรงมากขึ้น จากการผลการสำรวจสามารถสรุปได้ว่าเด็กวัยรุ่นอายุ 12 ปี ดังกล่าวมีพฤติกรรมการทำความสะอาดช่องปากยังไม่มีประสิทธิภาพจนไปสู่การเกิดโรคเหงือกอักเสบ[1-2]

สาเหตุของการเกิดโรคฟันผุในวัยเด็กมีความซับซ้อนและมีปัจจัยร่วมที่เกี่ยวข้องหลายปัจจัย[4-7] ทั้งปัจจัยทางชีววิทยา ปัจจัยทางพฤติกรรม และปัจจัยทางสังคมและสิ่งแวดล้อม หลายการศึกษาเพื่อค้นหาปัจจัยของการเกิดโรคฟันผุในวัยเด็กจึงมุ่งเน้นไปที่ปัจจัยดังกล่าวข้างต้น เช่น พฤติกรรมการไม่ทำความสะอาดช่องปาก การแปรงฟันไม่ถูกวิธี การไม่ใช้ไหมขัดฟัน พฤติกรรมการรับประทานอาหารหวาน/ขนมหวานในเด็ก ปัจจัยทางเชื้อชาติและสังคมที่รวมถึงความไม่เท่าเทียมกันทางสังคมทำให้เกิดช่องว่างของการเข้าถึงบริการทันตสาธารณสุขที่แตกต่างกัน เป็นต้น[4-7] จากหลายการศึกษายังระบุอีกว่าเด็กที่มีฟันน้ำนมผุมีเชื้อโรคในช่องปากมาก และมีโอกาสเสี่ยงที่ฟันแท้ผุ หรือเกิดการซ้อนเกได้สูง ปัจจัยสาเหตุของการเกิดโรคฟันน้ำนมผุที่ส่งผลเสียต่อวัยเด็กมีหลายประการ สาเหตุโรคฟันน้ำนมผุในกลุ่มเด็กและเยาวชนนั้นมีหลายประการทั้งปัจจัยนอกเหนือการควบคุมได้ เช่น โครงสร้างของฟันที่สร้างไม่สมบูรณ์เนื่องจากคลอดก่อนกำหนด น้ำหนักตัววันแรกเกิดน้อยหรือแม่มีการติดเชื้อขณะตั้งครรภ์ แต่ส่วนใหญ่เป็นปัจจัยที่สามารถควบคุมและจัดการได้ ได้แก่ ความรู้เรื่องการดูแลสุขภาพช่องปาก อาหารสุขภาพดีต่อช่องปาก พฤติกรรมดูแลสุขภาพช่องปาก ทักษะการแปรงฟันอย่างถูกต้อง ทักษะการใช้ไหมขัดฟันอย่างถูกวิธี และทัศนคติและความเชื่อต่อการดูแลสุขภาพช่องปากตนเอง เป็นต้น โดยในบางครอบครัวเชื่อว่าฟันน้ำนมไม่มีความสำคัญ เมื่อผุต้องถอนทิ้งไม่ต้องรักษา ซึ่งแท้ที่จริงแล้วฟันน้ำนมมีความสำคัญต่อการเจริญเติบโตของใบหน้า และช่วยให้ฟันแท้เจริญเติบโตได้เป็นปกติ และขึ้นในตำแหน่งที่ถูกต้อง หากเด็กสูญเสียฟันน้ำนมก่อนกำหนดจะทำให้ไม่มีฟันเคี้ยวอาหาร หรือเคี้ยวอาหารไม่ละเอียด มีผลต่อภาวะโภชนาการ ส่งผลต่อการเจริญเติบโตของเด็ก ทำให้การเจริญเติบโตของเด็กลดลงตามจำนวนฟันผุที่เพิ่มขึ้น ซึ่งพบฟันผุในเด็กที่มีสภาวะทุพโภชนาการมากกว่าเด็กปกติ[4-9]

ผลกระทบจากการเกิดโรคในช่องปากในกลุ่มเด็กและเยาวชนปัจจุบัน คือ โรคฟันผุและโรคเหงือกอักเสบ ซึ่งทั้งสองโรคดังกล่าวสามารถส่งผลกระทบต่อสุขภาพโดยรวมของเด็กในหลายๆ มิติ เช่น ปวดฟันทำให้รับประทานอาหารไม่ได้ เด็กนอนไม่หลับ การเคี้ยวอาหารที่จำเป็นต่อการเจริญเติบโต เช่น ผัก ผลไม้ และเนื้อสัตว์ได้น้อยลง การได้รับสารอาหารที่จำเป็นต่อการเจริญเติบโตตามช่วงวัย และพัฒนาการไม่เพียงพอ ส่งผลให้เด็กสภาพร่างกายไม่แข็งแรง/อ่อนแอ การเจริญเติบโตช้า และอาจเป็นสาเหตุให้สูญเสียฟันก่อนวัยอันควร ตามมาด้วยปัญหาบุคลิกภาพในอนาคตได้ จากการศึกษายังระบุอีกว่าเด็กที่มีฟันน้ำนมผุพบเชื้อโรคในช่องปากจำนวนมาก และมีโอกาสเสี่ยงที่ฟันแท้จะผุหรือเกิดการซ้อนเกได้สูงกว่า[1-7]

ความสำคัญของพระพุทธศาสนาในสังคมไทย คือ เป็นศาสนาประจำชาติไทย โดยทั่วประเทศไทยมีวัดจำนวน 41,654 วัด พระภิกษุจำนวน 292,592 รูป และสามเณรจำนวน 59,439 รูป ตามลำดับ[10] พระภิกษุและสามเณรในฐานะประชากรของประเทศไทย มีความต้องการการดูแลให้มีสุขภาวะที่ดี ตามมาตรฐานนโยบายรัฐเช่นเดียวกับประชากรไทยกลุ่มอื่น[10] แต่จากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับสุขภาพทั่วไป และสุขภาพช่องปากของพระภิกษุและสามเณรไทย พบว่ามีอย่างจำกัดมาก ตลอดจนพบประเด็นที่น่าสนใจศึกษาจากบริบทของสามเณรไทย ซึ่งเป็นกลุ่มเด็กและเยาวชนที่บรรพชาบวชเรียนเข้าในระบบของโรงเรียนพระปริยัติธรรมแผนกสามัญศึกษา ได้รับการดูแล การอบรม และการศึกษาเล่าเรียนจากโรงเรียนพระปริยัติธรรม แผนกสามัญศึกษาที่จัดระบบเฉพาะเน้นแผนการศึกษาสองส่วน คือ แผนการเรียนนักธรรมและภาษาบาลี และแผนการเรียนตามระบบการศึกษาขั้นพื้นฐาน กระทรวงศึกษาธิการ ซึ่งแตกต่างจากกลุ่มเด็กและเยาวชนไทยทั่วไป ตลอดจนการดูแลและการเลี้ยงดูสามเณรไทยดังกล่าว กลายเป็นบทบาทของพระภิกษุและครูโรงเรียนพระปริยัติธรรม แผนกสามัญศึกษาแบบระบบโรงเรียนประจำ โดยสามเณรไทยต้องแยกมาจากครอบครัวเดิม คือ บิดา มารดา ปู่ย่าตายาย พี่น้อง และญาติ เพื่อการต้องถือวัตรปฏิบัติตามศีล 10 อย่างเคร่งครัด และสมบูรณ์[10] ดังนั้นบทบาทผู้ดูแลดูแลสุขภาพของสามเณรไทย ซึ่งยังอยู่วัยเด็กและเยาวชนที่กำลังเจริญเติบโต และต้องการพัฒนาการด้านร่างกายและจิตสังคม ถูกส่งผ่านจากครอบครัวสู่บุคลากรโรงเรียนพระปริยัติธรรม ในบทบาทผู้ดูแลสามเณร ตลอดระยะเวลาศึกษาเล่าเรียนในโรงเรียนประจำดังกล่าว ซึ่งบุคลากรดังกล่าวอาจขาดองค์ความรู้เฉพาะ และแนวปฏิบัติในการจัดการดูแลสุขภาพในสามเณรอย่างเหมาะสม โดยเฉพาะประเด็นที่สนใจในการศึกษานี้ คือ สุขภาพช่องปากในกลุ่มเด็กและเยาวชน จึงอาจเกิดปัญหาและผลกระทบของสุขภาพช่องปากตามที่กล่าวมาข้างต้นได้ โดยสามเณรไทย คือ กลุ่มเด็กและเยาวชนที่ยังเข้าไม่ถึงระบบการดูแลสุขภาพช่องปาก รวมทั้งเป็นกลุ่มเด็กและเยาวชนช่วงอายุ 12-20 ปี อันเป็นกลุ่มเปราะบางที่ต้องการการดูแลจากบุคลากรสุขภาพตามนโยบายการดูแลสุขภาพของรัฐเช่นเดียวกับกลุ่มอื่นประชากรไทยอื่นๆ[1-7,10]

จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง พบว่าการพัฒนาแนวปฏิบัติเพื่อให้เกิดประสิทธิผลสูงสุดในการสร้างเสริมสุขภาพช่องปากในกลุ่มสามเณรไทยที่มีความจำเพาะตามบริบท[10-11] ซึ่งจากผลการตรวจสุขภาพช่องปากประจำปีของสามเณรไทยกลุ่มนี้[11] พบว่ายังคงต้องการการดูแลสุขภาพช่องปากเพิ่มเติม รวมทั้งจะมีสามเณรกลุ่มเข้าใหม่ในระดับชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 1 ทุกปีการศึกษา[11] ดังนั้นทีมสุขภาพจึงตระหนักเห็นถึงความสำคัญของการพัฒนาโปรแกรมการสร้างเสริมสุขภาพช่องปากในสามเณรไทย ซึ่งควรเป็นกระบวนการพัฒนา/สร้างพฤติกรรมที่มีความต่อเนื่องและยั่งยืน[1-2] จึงมีความจำเป็นอย่างยิ่งที่ทีมสุขภาพ จะต้องให้ความสำคัญและสนใจรูปแบบการฝึกอบรมทางพฤติกรรมศาสตร์เพื่อการพัฒนาพฤติกรรมการดูแลช่องปากในกลุ่มวัยดังกล่าวเพื่อลดปัญหาทันตสุขภาพของประเทศได้ในอนาคต[1-2]

ปัญหาสุขภาพช่องปากเป็นปัญหาทันตสาธารณสุขสำคัญของไทย ผู้วิจัยในฐานะบุคลากรสาธารณสุขที่มีหน้าที่รับผิดชอบในการดูแลสุขภาวะที่ดีของประชาชนแบบองค์รวม จึงสนใจศึกษาผลของโปรแกรมการพัฒนาพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากต่อ ความรู้ ทัศนคติ ทักษะปฏิบัติ และสุขภาพช่องปากในสามเณร ในโรงเรียน

พระปริยัติธรรม แผนกสามัญศึกษา[11-14] ซึ่งจากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า ปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียง (Sufficiency Economy Philosophy, SEP) เป็นทฤษฎีซึ่งประกอบด้วย ความพอประมาณ ความมีเหตุผล การบริหารความเสี่ยง ความรู้ และคุณธรรม ภายใต้เงื่อนไขของการใช้ทรัพยากรอย่างมีความรู้และคู่คุณธรรม[12-14] ซึ่งสอดคล้องกับแนวทางสายกลางของพุทธศาสนา (middle way) ในพระภิกษุสามเณรไทย ดังอธิบายในกรอบแนวคิด ดังนั้นเพื่อจะนำผลการศึกษาที่ได้ครั้งนี้ไปใช้ต่อยอดปรับปรุง และการพัฒนาโปรแกรมการพัฒนาพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากให้เหมาะสมกับบริบทของสามเณรและพื้นที่อย่างแท้จริง อันจะนำไปสู่การมีสุขภาพช่องปากที่ดีอย่างยั่งยืน ให้ครอบคลุมทุกมิติ และส่งผลให้สามเณรเรียนเก่ง ดี มีสุข และสุขภาพแข็งแรงต่อไป

กรอบแนวคิดการวิจัย

ปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียง (Sufficiency Economy Philosophy, SEP) เป็นปรัชญาที่คิดและพัฒนาโดยพระบาทสมเด็จพระปรมินทรมหาภูมิพลอดุลยเดชมหาราช แห่งแผ่นดินไทย ตลอดระยะเวลา 60 ปี ในการทำงานพัฒนาประเทศอย่างไม่รู้จักเหน็ดเหนื่อย เพื่อยกระดับชีวิตของประชาชนชาวไทย และนำมาซึ่งความสุขที่แท้จริงและยั่งยืน[12-14] เป้าหมายของการดำเนินการตาม SEP คือ การสร้างการพัฒนาที่สมดุลและมั่นคงในทุกระดับ ตั้งแต่ระดับบุคคลครอบครัวและชุมชนไปจนถึงสังคมโดยรวม โดยการพัฒนาความสามารถในการรับมืออย่างเหมาะสมกับความท้าทายที่สำคัญ ที่เกิดจากการเปลี่ยนแปลงอย่างกว้างขวางและรวดเร็วอย่างโลกาภิวัตน์ ในสภาพทางวัตถุสังคมสิ่งแวดล้อมและวัฒนธรรมของโลก[12-14] SEP ประกอบด้วย ความพอประมาณความมีเหตุผล การบริหารความเสี่ยง ความรู้ และคุณธรรม[12-14] SEP เป็นแนวคิดชี้นำการดำเนินชีวิตอย่างมั่นคง ปลอดภัย และมีคุณภาพ ภายใต้เงื่อนไขของการใช้ทรัพยากรอย่างมีความรู้และคุณธรรม ซึ่งสอดคล้องกับแนวทางสายกลางของพุทธศาสนา (middle way) ของพระภิกษุสามเณรไทย ยึดหลักปฏิบัติอย่างเป็นปกติ (ศีลแปลว่า ปกติ) มีข้อห้ามปฏิบัติอันเป็นความเสี่ยง ไม่สมเหตุสมผล ไม่ปลอดภัย ไม่เหมาะไม่ควร และเกินความประมาณตนอย่างปกติวิสัยที่สามเณรพึงปฏิบัติ โดยกำหนดไว้ว่า “ศีล 10”[10] ได้แก่ 1) งดการฆ่าสัตว์ 2) งดลักทรัพย์ 3) งดการมีเพศสัมพันธ์ (หญิงพรหมจารี) 4) งดพูดมุสา 5) งดเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ การบริโภค 6) งดอาหารในเวลากลางคืน (หลังเที่ยง) 7) งดเต้นรำ ร้องเพลงประโคม และการแสดงละคร 8) งดการแต่งกาย ทรงผม น้ำหอม เครื่องสำอาง และเครื่องขัดผิว 9) งดนอนบนเตียง (เช่น วางเหนือที่นอนโดยไม่ใช้ผ้าฝ้าย) และ 10) งดรับเงิน ดังนั้นการพัฒนาโปรแกรมสร้างเสริมสุขภาพช่องปากในสามเณรไทย ให้เหมาะสมกับวัตรปฏิบัติตามหลักศีล 10 อันเคร่งครัดตามหลักพระพุทธศาสนา และก่อเกิดประโยชน์อย่างแท้จริงและยั่งยืน จึงนำกรอบแนวคิดปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียงมาประยุกต์ใช้ เพื่อพัฒนาโปรแกรมในการศึกษาครั้งนี้[10-14]

โปรแกรมการสร้างเสริมการดูแลช่องปากในสามเณรพัฒนาขึ้นโดยทีมวิจัย ตามกรอบแนวคิดปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียง[12-14] โดยครอบคลุมผลลัพธ์ต่อปัจจัยด้านความรู้ ทัศนคติ ทักษะปฏิบัติการดูแลสุขภาพช่องปาก เพื่อนำไปสู่การพัฒนาเป็นแนวปฏิบัติการสร้างเสริมสุขภาพช่องปากอย่างเหมาะสมกับบริบทของสามเณรในพระพุทธศาสนาต่อไป (แสดงภาพที่ 1)

<table>
<tr><td colspan="4">แนวปฏิบัติทางสายกลางของพระพุทธศาสนา (Buddhism middle way)[10]</td></tr>
<tr><td colspan="3">กรอบแนวคิดเศรษฐกิจพอเพียง (The philosophy of sufficiency economy)[12-14]</td><td rowspan="2">ศีล 10 สามเณร[10]</td></tr>
<tr><td>ความพอประมาณ (moderation)</td><td>ความมีเหตุผล (reasonableness)</td><td>ภูมิคุ้มกันในตัวที่ดี (risk management)</td></tr>
<tr><td>1. สนับสนุนอุปกรณ์ดูแลสุขภาพช่องปากอย่างพอประมาณและอย่างสมเหตุสมผล ให้พอเพียงตามความจำเป็นพื้นฐานสามเณร: แปรงสีฟัน ยาสีฟัน ไหมขัดฟัน</td><td>3. การตัดสินใจดำเนินการเรื่องต่างๆ อย่างมีเหตุผลได้ถูกต้องตามหลักวิชาการฯและความรู้ ด้วยการให้ความรู้เรื่อง อาหารที่มีประโยชน์ต่อสุขภาพช่องปาก การแปรงฟัน และการใช้ไหมขัดฟันอย่างถูกวิธี</td><td>5. สร้างภูมิคุ้มกันสุขภาพช่องปาก โดยการตรวจสุขภาพช่องปาก โดยทันตแพทย์</td><td rowspan="2">1) งดการฆ่าสัตว์
2) งดลักทรัพย์
3) งดการมีเพศสัมพันธ์
4) งดพูดมุสา
5) งดเครื่องดื่มแอลกอฮอล์
6) งดอาหารในเวลากลางคืน
7) งดเต้นรำ ร้องเพลงประโคมและการแสดงละคร
8) งดการแต่งกาย ทรงผม น้ำหอม เครื่องสำอาง และเครื่องขัดผิว
9) งดนอนบนเตียง
10) งดรับเงิน</td></tr>
<tr><td>2. จัดบุคคลเป็นแหล่งสนับสนุนการดูแลสุขภาพช่องปากที่พอประมาณและอย่างมีเหตุผล ให้พอเพียงตามต้องการของสามเณร : สามเณรแกนนำ ครูพยาบาล เข้ามามีส่วนร่วมในการดำเนินงานโครงการฯ</td><td>4. ร่วมกับการฝึกปฏิบัติการดูแลช่องปากด้วยตนเอง เรื่องการแปรงฟันและการใช้ไหมขัดฟันอย่างถูกวิธี โดยมีสามเณรแกนนำ ครูพยาบาล และพยาบาลวิชาชีพ ร่วมติดตามการปฏิบัติใกล้ชิด และให้คำแนะนำทันที เพื่อให้ผลได้ถูกต้องตามหลักวิชาการฯ</td><td>6. สร้างภูมิคุ้มกันสุขภาพช่องปาก โดยการให้คำแนะนำแก้ปัญหาการดูแลช่องปากแบบรายบุคคลทันที หลังการตรวจสุขภาพ โดยทันตแพทย์และพยาบาลวิชาชีพ</td></tr>
</table>

เงื่อนไขความรู้ (knowledge)[12-14]		**เงื่อนไขคุณธรรม** (virtue)[12-14]
ความรู้การดูแลสุขภาพช่องปาก (knowledge toward oral health)	ทักษะปฏิบัติการดูแลสุขภาพช่องปาก (skills toward oral health)	ทัศนคติการดูแลสุขภาพช่องปาก (attitude toward oral health)

ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัยประยุกต์ตามกรอบแนวคิดปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียง (The Sufficiency Economy Philosophy, SEP)[10-14]

สำหรับแนวคิดหลักของปรัชญาของเศรษฐกิจพอเพียง มุ่งเน้นการปฏิบัติเพื่อให้ชีวิตดำเนินไปในแบบทางสายกลาง ซึ่งเหมาะสมสอดคล้องกับวิถีปฏิบัติและความเป็นอยู่ของภิกษุและสามเณรไทย ที่เป็นอยู่อย่างวิถีเดิมที่สุด (Buddhism middle way) โดยยึดหลักความเป็นอยู่อันเรียบง่าย พอประมาณแก่ตน และสมเหตุผล ดังนั้นทีมวิจัยจึงได้พัฒนาองค์ประกอบสำคัญของโปรแกรมฯ[10-14] ได้ดังนี้

ความพอประมาณ (moderation) หมายถึง ความพอดีต่อความจำเป็นและเหมาะสมกับฐานะของสามเณร สังคม สิ่งแวดล้อม รวมทั้งวัฒนธรรมท้องถิ่น ไม่ให้มากเกินไป ไม่ให้น้อยเกินไป และต้องไม่เบียดเบียนตนเองและผู้อื่น (avoiding extreme and overindulgence)[10-14] ซึ่งในโปรแกรม คือ 1) การจัดหาและสนับสนุนอุปกรณ์การดูแลช่องปากอย่างเพียงพอและสมเหตุผล ตามความจำเป็นพื้นฐานของสามเณร ประกอบด้วย แปรงสีฟัน ยาสีฟัน ไหมขัดฟัน กระจก แก้วน้ำ/ขันน้ำ และ 2) จัดเตรียมบุคคลอย่างพอประมาณและสมเหตุผลให้เป็นแหล่งสนับสนุนการดูแลสุขภาพช่องปาก ซึ่งสามเณรสามารถเข้าถึงได้ ประกอบด้วย การเตรียมสามเณรแกนนำและครูพยาบาลของโรงเรียน เข้ามามีส่วนร่วมในการดำเนินงานโครงการฯ เพราะสอดคล้องกับวัตรปฏิบัติของสามเณรที่เป็นอยู่เดิมมากที่สุดที่อยู่ด้วยกันตลอดเวลา

ความมีเหตุผล (reasonableness) หมายถึง การตัดสินใจดำเนินการเรื่องต่างๆ อย่างมีสมเหตุผล ได้ตามหลักวิชาการ หลักกฎหมาย หลักศีลธรรมจริยธรรม และวัฒนธรรมที่ดีงาม คิดถึงปัจจัยที่เกี่ยวข้องอย่างถ้วนถี่ โดยคำนึงถึงผลที่คาดว่าจะเกิดขึ้นจากการกระทำนั้นๆ ได้อย่างรอบคอบ (causal connection between actions and consequences)[10-14] ส่วนนี้เปรียบเหมือนการสร้างปัญญาและความรอบรู้ให้สามเณร ซึ่งในโปรแกรม คือ 3) โดยการให้ความรู้เกี่ยวกับสุขภาพช่องปาก ประกอบด้วย การบริโภคอาหารที่ดีต่อสุขภาพช่องปาก วิธีการแปรงฟันและเทคนิคการใช้ไหมขัดฟันอย่างถูกวิธี ซึ่งจะเป็นหลักวิชาการในการตัดสินใจการดูแลสุขภาพช่องปากอย่างมีเหตุผลต่อไป และ 4) การร่วมฝึกปฏิบัติการดูแลช่องปากด้วยตนเองเรื่องการฝึกแปรงฟัน และใช้ไหมขัดฟันอย่างถูกวิธี โดยมีสามเณรแกนนำ ครูพยาบาล และพยาบาลวิชาชีพร่วมติดตามการปฏิบัติใกล้ชิด และให้คำแนะนำปรับแก้ไขทันที เพื่อให้ผลได้ถูกต้องตามหลักวิชาการฯ

ภูมิคุ้มกันในตัวที่ดี (risk management) หมายถึง การจัดการกับความเสี่ยงต่างๆ เกี่ยวกับสุขภาพช่องปากที่อาจเกิดขึ้น เพื่อการเตรียมตัวพร้อมรับผลกระทบและการเปลี่ยนแปลงตลอดจนสามารถปรับตัวและรับมือได้อย่างทันท่วงที[10-14] ซึ่งในโปรแกรมคือ 5) การตรวจประเมินสุขภาพช่องปากพร้อมกับการให้คำแนะนำโดยทันตแพทย์แบบรายบุคคล และ 6) สร้างภูมิคุ้มกันสุขภาพช่องปาก โดยการให้คำแนะนำแก้ปัญหาการดูแลช่องปากแบบรายบุคคลทันที หลังการตรวจสุขภาพโดยทันตแพทย์และพยาบาลวิชาชีพ

เงื่อนไขความรู้ ในการนำวิชาการต่างๆ มาใช้วางแผนและดำเนินการทุกขั้นตอน และเงื่อนไขคุณธรรมเสริมสร้างพื้นฐานจิตใจของคนในชาติให้มีความซื่อสัตย์สุจริต รู้รัก สามัคคีไม่โลภ ไม่ตระหนี่ และรู้จักแบ่งปันให้ผู้อื่น[10-14]

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อเปรียบเทียบคะแนน ความรู้ ทัศนคติ และทักษะปฏิบัติการดูแลสุขภาพช่องปากในสามเณร จากการได้รับโปรแกรมการพัฒนาพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากตามกรอบแนวคิดปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียง ระหว่างก่อนการได้รับโปรแกรม และภายหลังการได้รับโปรแกรม

สมมติฐานการวิจัย

คะแนนความรู้ ทัศนคติ และทักษะปฏิบัติการดูแลสุขภาพช่องปาก ในสามเณรที่ได้รับโปรแกรมการพัฒนาพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากตามกรอบแนวคิดปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียง ภายหลังการได้รับโปรแกรมทันที และภายหลังการได้รับโปรแกรมหนึ่งเดือน มากกว่าก่อนการได้รับโปรแกรม

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลองชนิดกลุ่มเดียวทดสอบก่อนและหลังการทดลอง (one group pre- and post-test design)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ สามเณร จำนวน 157 รูป ในโครงการบริการวิชาการเพื่อกิจกรรมความรับผิดชอบต่อสังคม (Corporate Social Responsibility, CSR) ของคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล ณ โรงเรียนสอนพระพุทธศาสนาแห่งหนึ่ง จังหวัดสิงห์บุรี ในระดับชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 1–6

ขนาดกลุ่มตัวอย่างและวิธีการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง (sample size and sampling)

จำนวนสามเณร ระดับชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 1–6 ณ โรงเรียนสอนพระพุทธศาสนาแห่งหนึ่ง จังหวัดสิงห์บุรี เท่ากับ 157 รูป มีสามเณรที่เข้าร่วมโครงการบริการวิชาการฯ และ

ได้รับโปรแกรมฯ ครบถ้วน รวมทั้งได้เข้าร่วมการประเมินผลครั้งที่ 1 (ระยะหลังรับโปรแกรมทันที) ด้วยจำนวน 108 รูป ส่วนในช่วงประเมินผลโปรแกรมฯ ครั้งที่ 2 (ระยะหลังรับโปรแกรมหนึ่งเดือน) มีสามเณรจำนวน 4 รูป ลากลับบ้าน ดังนั้นการศึกษาครั้งนี้จำนวนกลุ่มตัวอย่างที่มีข้อมูลครบในการศึกษาเท่ากับ 104 รูป

เครื่องมือการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ประกอบด้วย 2 ส่วน

1. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง คือ โปรแกรมการสร้างเสริมการดูแลช่องปากในสามเณร ระยะเวลาหนึ่งวัน ซึ่งทีมวิจัยพัฒนาขึ้นตามกรอบแนวคิดปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียงและการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง[10,12-14] ประกอบด้วย

ส่วนที่ 1 ส่วนความพอประมาณ (moderation)[10,12-14]

1) การจัดหาและสนับสนุนอุปกรณ์การดูแลช่องปากอย่างเพียงพอและสมเหตุผล ตามความจำเป็นพื้นฐานของสามเณร ประกอบด้วย แปรงสีฟัน ยาสีฟัน ไหมขัดฟัน กระจก แก้วน้ำ/ขันน้ำ และมอบถวายแก่สามเณร ระยะเวลาประมาณ 30 นาที ดำเนินกิจกรรมโดยพยาบาลวิชาชีพร่วมกับครูพยาบาลโรงเรียน

2) การจัดเตรียมบุคคลอย่างพอประมาณและสมเหตุผล ให้เป็นแหล่งสนับสนุนการดูแลสุขภาพช่องปากซึ่งสามเณรสามารถเข้าถึงได้ ประกอบด้วย การเตรียมสามเณรแกนนำและครูพยาบาลโรงเรียน เข้ามามีส่วนร่วมในการดำเนินงานโครงการฯ เพราะสอดคล้องกับวัตรปฏิบัติของสามเณรที่เป็นอยู่เดิมมากที่สุดที่อยู่ด้วยกันตลอดเวลา ด้วยการให้ความรู้เกี่ยวกับสุขภาพช่องปากประกอบด้วย การบริโภคอาหารที่ดีต่อสุขภาพช่องปาก วิธีการแปรงฟันและเทคนิคการใช้ไหมขัดฟันอย่างถูกวิธี ระยะเวลาประมาณ 30 นาที ดำเนินกิจกรรมโดยพยาบาลวิชาชีพ

ส่วนที่ 2 ส่วนความมีเหตุผล (reasonableness)[10,12-14]

3) โดยการให้ความรู้เกี่ยวกับสุขภาพช่องปากประกอบด้วย การบริโภคอาหารที่มีดีต่อสุขภาพช่องปาก วิธีการแปรงฟันและเทคนิคการใช้ไหมขัดฟันอย่างถูกวิธี ซึ่งจะเป็นหลักวิชาการในการตัดสินใจการดูแลสุขภาพช่องปากอย่างมีเหตุผลต่อไป ระยะเวลาประมาณ 30 นาที ดำเนินกิจกรรมตามโปรแกรมโดยพยาบาลวิชาชีพ

4) การร่วมฝึกปฏิบัติการดูแลช่องปากด้วยตนเองของสามเณร เรื่องการฝึกแปรงฟันและใช้ไหมขัดฟันอย่างถูกวิธี โดยมีสามเณรแกนนำที่ได้รับการเตรียมและทบทวนทักษะปฏิบัติ ครูพยาบาลประจำห้องพยาบาลโรงเรียน และพยาบาลวิชาชีพ ร่วมให้คำแนะนำและติดตามทักษะปฏิบัติแบบรายบุคคลอย่างใกล้ชิด ตลอดจนให้คำแนะนำปรับแก้ไขทันที เพื่อให้ผล ได้ถูกต้องตามหลักวิชาการฯ ระยะเวลาประมาณ 30 นาที

ส่วนที่ 3 ส่วนภูมิคุ้มกันในตัวที่ดี (risk management)[10,12-14]

5) การตรวจประเมินสุขภาพช่องปากของสามเณรแบบรายบุคคล ระยะเวลาประมาณ 5-10 นาที ดำเนินกิจกรรมตามโปรแกรมโดยทันตแพทย์ร่วมกับพยาบาลวิชาชีพ

6) สร้างภูมิคุ้มกันสุขภาพช่องปากของสามเณร โดยการให้คำแนะนำแก้ปัญหาการดูแลช่องปากแบบรายบุคคลทันที หลังการตรวจสุขภาพ ระยะเวลาประมาณ 5-10 นาที ดำเนินกิจกรรมตามโปรแกรมโดยทันตแพทย์ร่วมกับพยาบาลวิชาชีพ

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย

1) แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลในสามเณร ประกอบด้วย 2 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลพื้นฐานส่วนบุคคล ประกอบด้วย ระดับชั้นการศึกษาปัจจุบัน ประวัติการเข้าร่วมกิจกรรมบริการวิชาการอบรมการดูแลสุขภาพช่องปาก (เคย/ไม่เคย) และจำนวนครั้งการเข้าร่วมกิจกรรมบริการวิชาการอบรมการดูแลสุขภาพช่องปาก (จำนวนครั้ง)

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามข้อมูลพื้นฐานเกี่ยวกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปาก จำนวน 10 ข้อ ข้อคำถามสอบถามเกี่ยวกับประสบการณ์ของสามเณรในรอบปีการศึกษาที่ผ่านมาได้แก่ อาการปวดฟัน การเข้ารับการตรวจฟัน ใครเป็นผู้ตรวจฟันให้ การเข้ารับการรักษาฟันและเหงือก สถานที่ไปรับการรักษาฟันและเหงือก สาเหตุการหยุดเรียน การฉันน้ำอัดลม การฉันน้ำหวาน/น้ำผลไม้ การฉันลูกอม การฉันขนมถุงกรุบกรอบ

2) แบบประเมินความรู้การดูแลสุขภาพช่องปากในสามเณร จำนวน 5 ข้อ ทีมวิจัยพัฒนาจากการทบทวนวรรณกรรมและเอกสารวิจัยที่เกี่ยวข้อง[6-9,12-14,15-19] โดยข้อคำถามเกี่ยวกับความรู้ ความเข้าใจ และการนำไปใช้เกี่ยวกับการรักษาความสะอาดปากฟัน ผลเสียของการไม่แปรงฟัน อาหารที่มีประโยชน์เสริมสร้างสุขภาพฟันดี การปฏิบัติตนที่ถูกต้องเพื่อสุขภาพฟันดี และการป้องกันและรักษาฟัน โดยแบบประเมินเพื่อ วัดความรู้เกี่ยวกับการดูแลช่องปากและฟัน คำตอบเป็นแบบปรนัยมี 4 ตัวเลือก คะแนนอยู่ในช่วง 0-5 คะแนน ซึ่งผู้ตอบได้คะแนน สูงกว่าหมายถึงมีความรู้เกี่ยวกับการดูแลช่องปากและฟันมากกว่าผู้ตอบที่ได้คะแนนน้อยกว่าตามลำดับ

3) แบบประเมินทัศนคติการดูแลสุขภาพช่องปากในสามเณร จำนวน 10 ข้อ ทีมวิจัยพัฒนาจากการทบทวนวรรณกรรมและเอกสารวิจัยที่เกี่ยวข้อง[6-9,12-14,15-19] ข้อคำถามเกี่ยวกับความรู้สึกเชิงบวกของสามเณรต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากและฟัน ว่าเป็นสิ่งที่ดี มีคุณค่า มีประโยชน์ สิ่งที่ควรทำเพื่อการป้องกันโรค ควรปฏิบัติอย่างสม่ำเสมอ สบายใจที่จะปฏิบัติ ปฏิบัติแล้วให้ความรู้สึกสะอาด ปฏิบัติแล้วทำให้หายกังวล ทำให้ไม่มีกลิ่นปาก ไม่มีเหงือกบวม และไม่มีเลือดออก เป็นต้น ลักษณะคำตอบของแบบประเมินเป็นมาตรวัด (rating scale) มี 5 ระดับ คือ เห็นด้วยอย่างยิ่ง เห็นด้วย เฉยๆ ไม่เห็นด้วย และไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง คะแนนอยู่ในช่วง 10-50 คะแนน ซึ่งผู้ตอบได้คะแนนสูงกว่า หมายถึง มีทัศนคติการดูแลสุขภาพช่องปากดีกว่าผู้ตอบที่ได้คะแนนน้อยกว่าตามลำดับ

4) แบบประเมินทักษะปฏิบัติการดูแลสุขภาพช่องปากในสามเณร จำนวน 6 ข้อ ทีมวิจัยพัฒนาจากการทบทวนวรรณกรรมและเอกสารวิจัยที่เกี่ยวข้อง[6-9,12-14,15-19] โดยข้อคำถามเกี่ยวกับทักษะปฏิบัติการทำความสะอาดช่องปากและฟันอย่างถูกต้องและสม่ำเสมอ และในขั้นตอนของการแปรงฟันสามเณรต้องสามารถปฏิบัติได้อย่างครบถ้วนและถูกเวลา ประกอบด้วยช่วงเวลาในการแปรงฟันและการบ้วนน้ำในแต่ละครั้งหลังการแปรงฟัน เป็นต้น คำตอบเป็นแบบปรนัยมี 4 ตัวเลือก และคำตอบที่ถูกต้องมีเพียงข้อเดียว คะแนนอยู่ในช่วง 0-6 คะแนน ซึ่งผู้ตอบได้คะแนนสูงกว่า หมายถึง มีทักษะปฏิบัติการดูแลสุขภาพช่องปากสูงกว่าผู้ตอบที่ได้คะแนนน้อยกว่าตามลำดับ

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือการวิจัย

1. การตรวจสอบความเหมาะสมและประเมินความตรงตามกรอบแนวคิดที่ใช้พัฒนาโปรแกรมการสร้างเสริมการดูแลช่องปากในสามเณร โดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 4 ท่านที่มีประสบการณ์ในด้านการดูแลสุขภาพช่องปากและการพยาบาล ประกอบด้วย อาจารย์พยาบาลผู้มีประสบการณ์ในการทำงานมากกว่า 5 ปี จำนวน 3 ท่าน

และทันตแพทย์ผู้มีประสบการณ์ ในการทำงานมากกว่า 5 ปี จำนวน 1 ท่าน จากนั้นผู้วิจัย นำโปรแกรมดังกล่าวมาปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิ

2. การหาความตรงด้านเนื้อหา (content validity) และการหาความเชื่อมั่นของเครื่องมือ (reliability) ของเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลในการวิจัยครั้งนี้ ประกอบด้วย 1) แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลในสามเณร 2) แบบประเมินความรู้การดูแลสุขภาพช่องปากในสามเณร 3) แบบประเมินทัศนคติการดูแลสุขภาพช่องปากในสามเณร 4) แบบประเมินทักษะปฏิบัติการดูแลสุขภาพช่องปากในสามเณร และ 5) โปรแกรมการสร้างเสริมการดูแลสุขภาพช่องปากในสามเณร ตามกรอบแนวคิดปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียง สำหรับความตรงด้านเนื้อหา (content validity) ดำเนินการก่อนเริ่มโครงการบริการวิชาการ โดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 4 ท่าน ที่มีประสบการณ์ด้านการดูแลสุขภาพช่องปากและการพยาบาล ประกอบด้วย อาจารย์พยาบาลผู้มีประสบการณ์ในการทำงานมากกว่า 5 ปี จำนวน 3 ท่าน และทันตแพทย์ผู้มีประสบการณ์ในการทำงานมากกว่า 5 ปี จำนวน 1 ท่าน จากนั้นทีมวิจัยดำเนินการปรับปรุงแก้ไขเนื้อหาตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิทุกประการ และได้ความตรงตามเนื้อหาทุกเครื่องมือการวิจัย

สำหรับการหาค่าความเชื่อมั่นเครื่องมือ ด้วยการคำนวณค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ได้ดำเนินการวิเคราะห์จากข้อมูลปฐมภูมิของกลุ่มตัวอย่างที่เป็นสามเณรในการศึกษาครั้งนี้ จำนวน 104 คน ค่าความเชื่อมั่นของแบบประเมินความรู้เท่ากับ .60 ค่าความเชื่อมั่นของแบบประเมินทัศนคติเท่ากับ .70 และค่าความเชื่อมั่นของแบบประเมินทักษะปฏิบัติเท่ากับ .70 ตามลำดับ ซึ่งค่าความเชื่อมั่นของแบบประเมินที่พัฒนา และได้รับการนำมาใช้ เป็นครั้งแรกอยู่ในระดับที่พอยอมรับได้

โครงการวิจัยนี้โครงการวิจัยนี้ได้รับเอกสารการยกเว้นการรับรอง จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล COA. No.IRB-NS2016/72.0711 ลงวันที่ 24 พฤศจิกายน 2559 เนื่องจากเป็นการนำข้อมูลปฐมภูมิของโครงการบริการวิชาการประจำปี ของคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล เพื่อนำมาศึกษาวิจัยโดยรับอนุญาตการเข้าใช้ข้อมูลปฐมภูมิของสามเณรกลุ่มเป้าหมายจากพระอาจารย์ผู้อำนวยการโรงเรียนพระพุทธศาสนา ในฐานะที่เป็นผู้ปกครองของสามเณร โดยผ่านผู้ช่วยคณบดีฝ่ายบริการวิชาการ และคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์ เพื่อนำข้อมูลมาใช้เพื่อการศึกษาวิจัยในลักษณะการวิเคราะห์ข้อมูลทุติยภูมิ (secondary data analysis) ข้อมูลทั้งหมดดังกล่าวได้ถูกเก็บไว้เป็นความลับ ไม่เปิดเผยชื่อกลุ่มตัวอย่าง และนำเสนอข้อมูลในภาพรวมเท่านั้น

วิธีเก็บรวบรวมข้อมูล

การวิจัยเพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการสร้างเสริมสุขภาพช่องปากในสามเณร ตามกรอบแนวคิดปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียง อยู่ภายใต้โครงการบริการวิชาการเพื่อกิจกรรมความรับผิดชอบต่อสังคม (CSR) คณะพยาบาลศาสตร์ ปีงบประมาณ พ.ศ. 2559 ซึ่งมีการดำเนินการโครงการฯ ระหว่างเดือนกรกฎาคม พ.ศ. 2559 ถึงกุมภาพันธ์ พ.ศ. 2560 โดยมีขั้นตอนในการดำเนินงานดังนี้

1. ขั้นตอนการเตรียมการ ทีมวิจัยพัฒนาและทดสอบคุณภาพเครื่องมือวิจัย ในส่วนค่าความตรงตามเนื้อหา (content validity) ของเครื่องมือการวิจัยทั้งหมด ประกอบด้วย โปรแกรมการสร้างเสริมสุขภาพช่องปากในสามเณร ตามกรอบแนวคิดปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียง

และแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากในสามเณร แบบประเมินความรู้การดูแลสุขภาพช่องปากในสามเณร แบบประเมินทัศนคติการดูแลสุขภาพช่องปากในสามเณร และแบบประเมินทักษะปฏิบัติการดูแลสุขภาพช่องปากในสามเณร ตามลำดับ ส่วนค่าความเชื่อมั่น (reliability) คำนวณจากข้อมูลของกลุ่มตัวอย่างสามเณร (จำนวน 104 รูป) ภายหลังสิ้นสุดการได้รับโปรแกรม

2. ขั้นดำเนินการ ประกอบด้วย โปรแกรมการสร้างเสริมสุขภาพช่องปาก ตามกรอบแนวคิดปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียง เป็นโครงการบริการวิชาการเพื่อกิจกรรมความรับผิดชอบต่อสังคม (CSR) ของคณะพยาบาลศาสตร์ ที่ดำเนินการ ในสามเณรจำนวน 157 รูป ณ โรงเรียนพระพุทธศาสนาแห่งหนึ่ง ซึ่งหลังจากโครงการวิจัยได้รับเอกสารยืนยันการยกเว้นการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล ทีมวิจัยดำเนินการเข้าขออนุญาตการใช้ข้อมูลของสามเณร จากพระอาจารย์ผู้อำนวยการโรงเรียนพระพุทธศาสนา ผ่านผู้ช่วยคณบดีฝ่ายบริการวิชาการ และคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์ หลังได้รับการอนุมัติจากทุกฝ่ายเป็นหนังสือลงลายมือชื่อเรียบร้อยแล้ว จึงนำข้อมูลดังกล่าวมาเพื่อวิเคราะห์ ตามวัตถุประสงค์และทดสอบตามสมมติฐานการวิจัยในครั้งนี้ต่อไป สำหรับการดำเนินการตามโปรแกรมการสร้างเสริมสุขภาพช่องปาก ตามกรอบแนวคิดปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียง มีรายละเอียดดังนี้

ระยะก่อนการได้รับโปรแกรม สามเณรเข้ารับการประเมินครั้งที่ 1 ด้วยแบบประเมินที่พัฒนาขึ้น โดยทีมวิจัย ประกอบด้วย แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากในสามเณร แบบประเมินความรู้การดูแลสุขภาพช่องปากในสามเณร แบบประเมินทัศนคติการดูแลสุขภาพช่องปากในสามเณร และแบบประเมินทักษะปฏิบัติการดูแลสุขภาพช่องปากในสามเณร โดยสามเณรตอบแบบสอบถามด้วยตนเอง และอาจารย์พี่เลี้ยงช่วยอ่านให้ฟัง กรณีที่อ่านหนังสือไม่ได้/อ่านไม่เก่ง (ส่วนใหญ่เป็นสามเณรในระดับชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 1 และ 2) ใช้เวลาตอบแบบประเมินทั้งสิ้นประมาณ 15 นาที

ระยะได้รับโปรแกรม ซึ่งใช้ระยะเวลารวม 120 นาที ภายในหนึ่งวัน ประกอบด้วย สามเณรกลุ่มเป้าหมายเข้าร่วมโปรแกรมการให้ความรู้เรื่องอาหารสุขภาพต่อช่องปากประโยชน์ของการแปรงฟัน และโทษจากการไม่แปรงฟัน หรือแปรงฟันไม่ถูกวิธี ชมการสาธิตวิธีการแปรงฟันที่ถูกต้อง ใช้ระยะเวลาส่วนนี้ 45 นาที จากนั้นได้รับการย้อมสีฟันเพื่อใช้ทดสอบการแปรงฟัน และเข้าร่วมการฝึกปฏิบัติการแปรงฟันและใช้ไหมขัดฟันอย่างถูกวิธีด้วยตนเอง โดยมีครูพยาบาลโรงเรียน พยาบาลวิชาชีพ และสามเณรแกนนำ เป็นพี่เลี้ยงในสัดส่วนพี่เลี้ยง 1 คนต่อสามเณร 5-6 รูป/ครั้ง โดยทำหน้าที่ให้คำแนะนำเพิ่มเติม/ปรับปรุงแก้ไขวิธีการแปรงฟันและการใช้ไหมขัดฟันทันทีกรณีสามเณรปฏิบัติไม่ถูกต้อง/ไม่ถูกวิธี และแนะนำให้สามเณรนำวิธีการแปรงฟันไปปฏิบัติในชีวิตประจำวันอย่างต่อเนื่อง ใช้ระยะเวลากิจกรรมส่วนนี้ 45 นาที ต่อจากนั้นสามเณรทุกรูปจะได้รับการตรวจสุขภาพช่องปากและความสะอาดของปากและฟันโดยทันตแพทย์วิชาชีพ ขั้นตอนการสอนและฝึกทวนซ้ำทั้งสองกิจกรรมใช้ระยะเวลาส่วนนี้รวม 30 นาทีต่อคน และบันทึกข้อมูลทั้งหมดลงในแบบฟอร์มที่จัดเตรียมไว้โดยอาจารย์พี่เลี้ยงเมื่อเสร็จสิ้นการทำกิจกรรมแล้ว

เมื่อเสร็จสิ้นการได้รับโปรแกรมดังกล่าว สามเณรเข้ารับการประเมินครั้งที่ 2 หลังการได้รับโปรแกรมทันที

สามเณรทุกรูปได้รับการประเมินอีกครั้ง ด้วยแบบประเมินชุดเดียวกันกับครั้งที่ 1 โดยสามเณรตอบแบบสอบถามด้วยตนเอง และมีอาจารย์พี่เลี้ยงช่วยอ่านให้ฟัง กรณีที่อ่านหนังสือไม่ได้/อ่านไม่เก่ง ใช้เวลาตอบแบบประเมินประมาณ 15 นาที

จากนั้นการประเมินผลครั้งที่ 3 หลังการได้รับโปรแกรมหนึ่งเดือน สามเณรเข้ารับการประเมินซ้ำเป็นครั้งที่ 3 ด้วยแบบแบบประเมินชุดเดียวกันกับครั้งที่ 1 และครั้งที่ 2 โดยสามเณรตอบแบบสอบถามด้วยตนเอง และมีอาจารย์พี่เลี้ยงช่วยอ่านให้ฟัง กรณีที่อ่านหนังสือไม่ได้/อ่านไม่เก่ง ใช้เวลาตอบแบบประเมินประมาณ 15 นาที

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลโดยโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 โดยวิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลและคะแนนความรู้ คะแนนทัศนคติ และคะแนนทักษะปฏิบัติของกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้สถิติแบบพรรณา ประกอบด้วย ความถี่ ร้อยละ ค่าต่ำสุด-สูงสุด ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และวิเคราะห์เปรียบเทียบคะแนนความรู้ คะแนนทัศนคติ และคะแนนทักษะปฏิบัติของกลุ่มตัวอย่าง ก่อนและหลังการได้รับโปรแกรมด้วยสถิติทดสอบ paired t-test โดยได้ผ่านการทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นของการใช้สถิติ

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลพื้นฐานของสามเณร

สามเณร 104 รูป เป็นเพศชายทั้งหมด ช่วงอายุอยู่ระหว่าง 11-18 ปี จำแนกตามระดับการศึกษาแบ่งเป็น 2 ระดับชั้นการศึกษาหลัก ได้แก่ ชั้นมัธยมศึกษาตอนต้นจำนวน 73 รูป คิดเป็นร้อยละ 70.2 และมัธยมศึกษาตอนปลาย จำนวน 31 รูป คิดเป็นร้อยละ 29.8 ตามลำดับ

2. สุขภาพช่องปากและพฤติกรรมบริโภคอาหารของสามเณร

ในระยะหนึ่งปีที่ผ่านมาพบว่า สามเณรส่วนใหญ่ไม่มีอาการปวดฟัน คิดเป็นร้อยละ 77.9 และสามเณรได้เข้ารับการตรวจสุขภาพช่องปาก คิดเป็นร้อยละ 77.9 รวมทั้งได้เข้ารับการรักษาสุขภาพช่องปาก/ฟัน/เหงือกโดยทันตแพทย์ คิดเป็นร้อยละ 75.5 ซึ่งมาออกหน่วยตรวจและรักษาที่โรงเรียนโดยตรง และสามเณรส่วนใหญ่มีพฤติกรรมการฉันน้ำหวาน/น้ำผลไม้ คิดเป็นร้อยละ 99 น้ำอัดลม คิดเป็นร้อยละ 98.1 ลูกอม คิดเป็นร้อยละ 92.3 และขนมกรุบกรอบคิดเป็นร้อยละ 92.3 ตามลำดับ ดังแสดงตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ข้อมูลพื้นฐานสุขภาพช่องปาก การตรวจและการดูแลรักษาสุขภาพช่องปาก ฟัน เหงือก และพฤติกรรมบริโภคอาหารของสามเณร ในระยะหนึ่งปีที่ผ่านมา (N = 104)

สุขภาพช่องปาก ในระยะ ๑ ปีที่ผ่านมา	จำนวน (รูป)	ร้อยละ
อาการปวดฟัน		
ไม่มี	81	77.9
มี	23	22.1
การตรวจสุขภาพช่องปาก/ฟันประจำปี		
ได้รับ	81	77.9
ไม่ได้รับ	23	22.1
ตรวจสุขภาพช่องปาก/ฟันโดย		
ทันตแพทย์	77	75.5
ครู/ครูห้องพยาบาล	27	24.5
การเข้ารับการรักษาสุขภาพช่องปาก/ฟัน/เหงือก		
ได้รับ	64	61.5
ไม่ได้รับ	40	38.5
เข้ารับการรักษาสุขภาพช่องปาก/ฟัน/เหงือกโดย		
ทันตแพทย์ที่มาที่โรงเรียน	84	80.6
ทันตแพทย์ที่โรงพยาบาล	14	13.6
ทันตแพทย์ที่โรงพยาบาลเอกชน/คลินิก	6	5.8
พฤติกรรมบริโภคอาหารสุขภาพช่องปาก (การฉันอาหาร) ในระยะ ๑ ปีที่ผ่านมา		
น้ำอัดลม		
ไม่ฉัน	2	1.9
ฉัน	102	98.1
น้ำหวาน/น้ำผลไม้		
ไม่ฉัน	1	1.0
ฉัน	103	99.0
ลูกอม		
ไม่ฉัน	8	7.7
ฉัน	96	92.3
ขนมกรุบกรอบ		
ไม่ฉัน	8	7.7
ฉัน	96	92.3

3. เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ คะแนนทัศนคติ และคะแนนทักษะปฏิบัติในการดูแลสุขภาพช่องปากก่อนและหลังการได้รับโปรแกรมของสามเณร

เมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนความรู้ คะแนนทัศนคติ และคะแนนทักษะปฏิบัติในการดูแลสุขภาพช่องปากของสามเณร ระหว่างก่อนและหลังการได้รับโปรแกรมทันที พบว่า คะแนนความรู้ลดลง (t = 32.03, p < .001) คะแนนทัศนคติดีขึ้น (t = -96.92, p < .001) และคะแนนทักษะปฏิบัติในการดูแลสุขภาพช่องปากของสามเณรดีขึ้น (t = -2.64, p = .010) และเมื่อเปรียบเทียบระหว่างก่อนและหลังการได้รับโปรแกรมหนึ่งเดือน พบว่าคะแนนความรู้ดีขึ้น (t = -56.37, p < .001) คะแนนทัศนคติดีขึ้น (t = -121.42 , p < .001) แต่คะแนนทักษะปฏิบัติในการดูแลสุขภาพช่องปากของสามเณรน้อยลง (t = 2.55, p = .013) ตามลำดับ ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบคะแนนความรู้ คะแนนทัศนคติ และคะแนนทักษะปฏิบัติในการดูแลสุขภาพช่องปากในสามเณร ระหว่างก่อนการได้รับโปรแกรม หลังการได้รับโปรแกรมทันที และหลังการได้รับโปรแกรมหนึ่งเดือน (N = 104)

ตัวแปร	Range	Min-Max	$\bar{X}$ (SD)	Mean Differences	t	p
ความรู้	0-5					
ก่อนการได้รับโปรแกรม (ref.)		1-5	4.51 (.92)			
หลังการได้รับโปรแกรมทันที		0-5	4.31 (1.18)	0.2	32.03	< .001
หลังการได้รับโปรแกรมหนึ่งเดือน		2-5	4.64 (.69)	-0.13	-56.37	< .001
ทัศนคติ	10-50					
ก่อนการได้รับโปรแกรม (ref.)		33-50	40.28 (3.70)			
หลังการได้รับโปรแกรมทันที		34-50	41.69 (3.84)	-1.41	-96.92	< .001
หลังการได้รับโปรแกรมหนึ่งเดือน		36-50	41.63 (3.06)	-1.35	-121.42	< .001
ทักษะปฏิบัติ	0-6					
ก่อนการได้รับโปรแกรม (ref.)		0-3	.16 (.48)			
หลังการได้รับโปรแกรมทันที		0-3	.17 (.52)	-0.01	-2.64	.010
หลังการได้รับโปรแกรมหนึ่งเดือน		0-1	.09 (.29)	0.07	2.55	.013

* significance level at .05, (ref.) = reference group

*วิเคราะห์เปรียบเทียบคะแนนก่อนกับหลังรับโปรแกรมทันที และคะแนนก่อนกับคะแนนหลังรับโปรแกรมหนึ่งเดือน

การอภิปรายผล

ผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนของความรู้ ทัศนคติ และทักษะปฏิบัติในการดูแลสุขภาพช่องปากในสามเณรไทย ระหว่างก่อนและหลังการได้รับโปรแกรมการสร้างเสริมการดูแลสุขภาพช่องปาก ตามกรอบแนวคิดปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียงพบว่า ภายหลังการได้รับโปรแกรมทันที ความรู้ลดลง แต่ทัศนคติและทักษะปฏิบัติมีคะแนนเพิ่มขึ้นที่นัยสำคัญ .05 แต่ภายหลังการได้รับโปรแกรม

คะแนนความรู้กลับเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญเมื่อเปรียบเทียบกับก่อนได้รับโปรแกรม รวมทั้งทัศนคติก็ดีขึ้น แต่ทักษะปฏิบัติกลับลดลงอย่างมีนัยสำคัญ ซึ่งอาจอภิปรายได้ดังต่อไปนี้

ความรู้ในการดูแลสุขภาพช่องปากของสามเณร

เป็นที่น่าสนใจว่า กลุ่มตัวอย่างที่ได้รับโปรแกรมการสร้างเสริมการดูแลสุขภาพช่องปาก ตามกรอบแนวคิดปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียง มีความรู้หลังการทดลองทันทีลดลง แต่ภายหลังการทดลอง 1 เดือน ความรู้เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ อาจอธิบายได้ว่าโดยหลักปฏิบัติของพระพุทธศาสนาที่อาจเป็นข้อจำกัดต่อวิถีการเรียนรู้ของสามเณร ที่ไม่สามารถเข้าถึงแหล่งความรู้ได้ เช่น การค้นคว้าความรู้ผ่านทางอินเทอร์เน็ต ดูโทรทัศน์ ฟังวิทยุ เป็นต้น เนื่องจากวิถีทางพุทธศาสนาที่เข้มงวด ตามหลักศีล 10 ซึ่งสามเณรไม่มีโทรศัพท์มือถือ ไม่ใช้อินเทอร์เน็ต ไม่มีคอมพิวเตอร์ ไม่มีโทรทัศน์/วิทยุ การพูดคุยซักถามกันต้องปฏิบัติอย่างสำรวมกิริยา เป็นต้น[10] อาจส่งผลให้สามเณรได้รับความรู้อย่างจำกัด และเมื่อเข้าโปรแกรมในการศึกษาครั้งนี้ ได้รับเนื้อหาความรู้หลายส่วนที่เป็นเนื้อหาใหม่ เช่น อาหารที่มีประโยชน์ต่อสุขภาพช่องปาก การแปรงฟันและการใช้ไหมขัดฟันอย่างถูกวิธี เป็นต้น ประกอบกับเป็นการให้ความรู้ครั้งเดียว ดังนั้นสามเณรจึงอาจยังไม่เข้าใจในเนื้อหาความรู้ใหม่ทั้งหมด และต้องใช้ระยะเวลาทำความเข้าใจให้นานมากขึ้น รวมถึงการได้รับข้อมูลเนื้อหาที่เป็นความรู้มากกว่าหนึ่งครั้ง และประกอบกับรูปแบบการให้ความรู้ เป็นการสอนบรรยายและสาธิตร่วมด้วย ซึ่งอาจไม่น่าสนใจมากพอ ตลอดจนอาจมีความแตกต่างของรูปแบบการเรียนรู้ในรายบุคคลของสามเณรแต่ละรูป (variance of learning style) ด้วย จึงทำให้ความรู้ไม่ได้เพิ่มขึ้นตามที่คาดหวัง แต่อย่างไรก็ตามเมื่อประเมินความรู้หลังการได้รับโปรแกรมหนึ่งเดือนพบว่า คะแนนเพิ่มขึ้นอย่างชัดเจน ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยก่อนหน้าที่ศึกษาผลของโปรแกรมการสร้างเสริมสุขภาพช่องปากต่อความรู้ในเด็กและวัยรุ่น[8-9,15-19] ซึ่งอธิบายได้ว่า พัฒนาการของเด็กอายุระหว่าง 7-14 ปี เป็นช่วงที่มีการเพิ่มขึ้นของการเรียนรู้และสติปัญญา เด็กสามารถคิดเป็นเหตุเป็นผลมากขึ้น สามารถคิดและแก้ไขปัญหาได้มากขึ้น เริ่มเข้าใจแนวความคิดเชิงนามธรรมพื้นฐานง่ายๆ เริ่มสนใจอ่านหนังสือต่างๆ เพื่อที่จะร่วมอภิปราย/พูดคุยกับเพื่อนฝูงได้ ชอบแสดงออกทางความคิดและแสดงการมีส่วนร่วม และรับฟังความคิดเห็นของผู้อื่น มีความคิดริเริ่มทำสิ่งใหม่ๆ มีความอยากรู้อยากเห็น เรียนรู้และเข้าใจสิ่งต่างๆ ได้เร็ว การที่สามเณรได้เข้าร่วมโปรแกรมจึงเป็นโอกาสใหม่ๆ ที่ทำให้สามเณรเริ่มสนใจหรือให้ความใส่ใจในเรื่องสุขอนามัยของช่องปากมากขึ้น ประกอบกับมีทัศนคติต่อเรื่องนี้ดีขึ้น ทำให้สนใจในข้อมูลเรื่องสุขอนามัยช่องปากมากขึ้นด้วย อย่างไรก็ตาม ผลการศึกษาที่พบว่า ความรู้หลังโปรแกรมทันทีลดลงนั้น สะท้อนให้เห็นถึงความจำเป็นที่อาจต้องมีการปรับรูปแบบของโปรแกรมในเรื่องของการให้ความรู้ด้วยเช่นกัน

ทัศนคติในการดูแลสุขภาพช่องปากของสามเณร

กลุ่มตัวอย่างที่ได้รับโปรแกรมการสร้างเสริมการดูแลสุขภาพช่องปาก ตามกรอบแนวคิดปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียง มีทัศนคติในการดูแลสุขภาพช่องปากดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ โดยมีทัศนคติดีขึ้นทั้งหลังการได้รับโปรแกรมทันที และหลังการได้รับโปรแกรมหนึ่งเดือน ทั้งนี้อาจเนื่องจากโปรแกรมซึ่งพัฒนาจากกรอบแนวคิดปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียง (SEP) เป็นเครื่องมือการพัฒนาระบบที่ยั่งยืนในปัจจุบัน[12-14] การศึกษานี้พบความแตกต่างด้านทัศนคติต่อการดูแลสุขภาพช่องปากของสามเณรไทยในทิศทางที่ดีขึ้น อันเป็นผลหลังจากการได้รับโปรแกรมซึ่งอยู่ในส่วนของเงื่อนไขคุณธรรม (virtue) ผลการศึกษาสอดคล้องตามกรอบแนวคิดปรัชญาของ SEP อธิบายได้ว่าสามเณรหลังจากการได้รับโปรแกรมมีทัศนคติต่อสุขภาพช่องปากในระดับที่เพิ่มมากขึ้น เนื่องมาจากผ่านกระบวนการพัฒนาอย่างเป็นระบบ

ตามหลักปรัชญาที่ใช้ การสร้างทัศนคติเริ่มจากแนวคิดความพอประมาณ (moderation) ประกอบด้วยการสนับสนุนอุปกรณ์ เช่น แปรงสีฟัน ยาสีฟัน ไหมขัดฟัน เพื่อการดูแลสุขภาพช่องปากอย่างพอประมาณ สมเหตุสมผล และพอเพียงตามความจำเป็นพื้นฐานสามเณรเท่านั้นไม่มากเกินสมควร แต่ต้องไม่ให้ขาดแคลน อันเป็นในส่วนของการการสร้างความพอดี/พอประมาณ ต่อด้วยหลักสร้างความรอบรู้ ทำให้มีเหตุมีผลเหมาะสม (reasonableness) พัฒนาความสามารถในการตัดสินใจดำเนินการเรื่องต่างๆ อย่างมีเหตุผล ถูกต้องตามหลักวิชาการและความรู้ ผ่านทางการให้ความรู้เรื่องอาหารที่มีประโยชน์ต่อสุขภาพช่องปาก การแปรงฟัน และการใช้ไหมขัดฟันอย่างถูกวิธี ร่วมกับการฝึกปฏิบัติการดูแลช่องปากด้วยตนเองเรื่องการแปรงฟันและการใช้ไหมขัดฟันอย่างถูกวิธี โดยมีสามเณรแกนนำ ครูพยาบาลโรงเรียน และพยาบาลวิชาชีพ ร่วมติดตามการปฏิบัติใกล้ชิด และให้คำแนะนำทันที เพื่อให้ผลได้ถูกต้องตามหลักวิชาการ และสุดท้ายมีการสร้างภูมิคุ้มกันให้ตนเองที่ดี (risk management) ด้วยปัญญาประเมินและประมาณตนเอง ไม่ประมาท ควบคุมกำกับตนเอง ผ่านทางการสร้างภูมิคุ้มกันสุขภาพช่องปากให้แข็งแรง โดยการตรวจสุขภาพช่องปากด้วยทันตแพทย์วิชาชีพร่วมกับการสร้างภูมิคุ้มกันในตนเองของสามเณร โดยการให้คำแนะนำการแก้ปัญหาการดูแลช่องปากแบบรายบุคคลทันทีหลังการตรวจสุขภาพโดยทันตแพทย์และพยาบาลวิชาชีพ เพื่อนำไปสู่การปฏิบัติด้วยตนเอง ตลอดจนมีการจัดแหล่งสนับสนุนการดูแลสุขภาพช่องปากในระยะต่อเนื่องตามต้องการของสามเณร เช่น มีสามเณรแกนนำ ครูพยาบาล เป็นที่ปรึกษาสุขภาพช่องปากให้ด้วย เป็นต้น[8-9,12-14,15-19]

จากโปรแกรมที่สามเณรได้รับดังกล่าว พบว่าส่งผลต่อด้านคุณธรรม (virtue) ตามกรอบแนวคิดการศึกษาอย่างชัดเจน ซึ่งในการวิจัยครั้งนี้ ด้านคุณธรรม (virtue) หมายถึง ทัศนคติต่อสุขภาพช่องปากของสามเณรเพิ่มมากขึ้น ซึ่งทัศนคติมีพื้นฐานที่ยึดติดอยู่กับหลักคุณธรรมในตัวบุคคลอยู่[14,15,19] ทัศนคติคือค่านิยมหรือเป็นบรรทัดฐานของบุคคล[8-9,19] ซึ่ง SEP อธิบายไว้ว่าคุณธรรมอันเกิดนั้นจักยั่งยืน อาจสืบทอด เรียนรู้หรือเกิดเพิ่มขึ้นได้ผ่านการสังเกตของบุคคลแบบพลวัตร[12-14,19] อย่างไรก็ตามยังสามารถอธิบายเพิ่มเติมจากหลักพระพุทธศาสนาได้ว่าจากสามเณรมีวัตรปฏิบัติตนเพื่อการพัฒนาคุณธรรมในตนเองอยู่เป็นกิจวัตรประจำวัน เช่น การปฏิบัติสมาธิ การทำวัตรสวดมนต์ และการถือศีล 10 เป็นต้น[10] อันเป็นกิจปกติของสามเณรเพื่อการฝึกปฏิบัติพัฒนาจิตตน[10] ซึ่งอาจเป็นปัจจัยสนับสนุนที่อาจส่งผลต่อทัศนคติที่เพิ่มมากขึ้นอย่างเด่นชัด จากผลการศึกษานี้ด้วยสอดคล้องกับงานวิจัยในอดีตที่ศึกษาผลของโปรแกรมการสร้างเสริมสุขภาพช่องปากต่อ ทัศนคติในเด็กและวัยรุ่น[8-9,15-19] โดยพบว่าทัศนคติมีผลต่อพฤติกรรมในการป้องกันโรคฟันผุในเด็กและวัยรุ่น[8-9,15] ซึ่งทัศนคติของบุคล (attitude) คือ ระดับความมากน้อยของความรู้สึกในด้านบวกหรือลบที่มีต่อสิ่งใดสิ่งหนึ่ง ซึ่งเป็นความรู้สึกที่แสดงให้เห็นถึงความแตกต่างว่าเห็นด้วยหรือไม่เห็นด้วย ในการศึกษานี้คือการประเมินทางบวกหรือทางลบของสามเณรต่อการดูแลสุขภาพช่องปาก (การกระทำใดๆ) หรือเป็นความรู้สึกโดยรวมของสามเณรในการสนับสนุนต่อการดูแลสุขภาพช่องปาก (การกระทำนั้นๆ) ในทางบวกหรือทางลบ กล่าวโดยสรุปทัศนคติของสามเณรจากการผลการศึกษานี้คือคุณลักษณะทางจิตหรือคุณลักษณะภายในตัวบุคคลของสามเณรที่มีต่อการดูแลสุขภาพช่องปาก ว่ามีความพร้อมที่จะแสดงพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปาก หรือตอบสนองต่อสถานการณ์ในการดูแลสุขภาพช่องปากนั้นออกมาได้ เพราะเกิดมีทัศนคติเชิงบวกเพิ่มมากขึ้นภายหลังการได้รับโปรแกรม[8-9,15-19]

ทักษะปฏิบัติในการดูแลสุขภาพช่องปากของสามเณร

กลุ่มตัวอย่างที่ได้รับโปรแกรมการสร้างเสริมการดูแลสุขภาพช่องปาก ตามกรอบแนวคิดปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียง พบว่ามีทักษะปฏิบัติในการดูแลสุขภาพช่องปากที่ระยะทันที

หลังได้รับโปรแกรมดีขึ้นเล็กน้อยจากก่อนการได้รับโปรแกรม อาจอธิบายได้ว่า โปรแกรมส่วนของทักษะปฏิบัติจะอยู่ในส่วนเงื่อนไขความรู้ (knowledge) ตามกรอบแนวคิด[12-14] โดยจากกรณีในการศึกษานี้ ทักษะปฏิบัติในการดูแลสุขภาพช่องปากหลังได้รับการฝึกปฏิบัติตามโปรแกรมประกอบด้วย ทักษะการแปรงฟันและการใช้ไหมขัดฟันอย่างถูกวิธี ซึ่งเป็นทักษะปฏิบัติที่มีส่วนเกี่ยวข้องสัมพันธ์กับความรู้ที่ได้รับจากโปรแกรมดังกล่าวมาข้างต้น ประกอบกับการได้ร่วมฝึกทักษะปฏิบัติรายบุคคลกับครูพยาบาลและพยาบาลวิชาชีพ ส่งผลให้สามเณรรับรู้ทักษะปฏิบัติในการดูแลช่องปากดีขึ้นทันทีหลังรับโปรแกรม ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาก่อนหน้าที่พบว่าบุคคลที่ยังพร่องในส่วนของความรู้ที่เพียงพอ จึงไม่สามารถนำไปสู่การเปลี่ยนทักษะปฏิบัติเพื่อสุขภาพในตัวบุคคลได้เหมาะสม[8-9,15,19] สำหรับทักษะปฏิบัติต่อการปฏิบัติเพื่อสุขภาพนั้น[8-9,15] ประกอบด้วย 3 ส่วน คือ ส่วนพฤติกรรมการป้องกันโรค (preventative health behavior) เป็นการปฏิบัติของบุคคลเพื่อป้องกันไม่ให้โรคเกิดขึ้น ได้แก่ การแปรงฟันและการใช้ไหมขัดฟันหลังอาหารเพื่อการป้องกันโรคฟันผุและโรคเหงือกอักเสบ การรับประทานอาหารที่มีประโยชน์ไม่มีโทษต่อฟัน เป็นต้น[15] ส่วนพฤติกรรมเมื่อเจ็บป่วย (illness behavior) หมายถึงการปฏิบัติที่บุคคลกระทำเมื่อมีอาการผิดปกติหรือเกิดโรคขึ้น ได้แก่ การไปหาทันตแพทย์เพื่ออุดฟันหรือถอนฟัน การแสวงหาการรักษาพยาบาล การเพิกเฉย การถามเพื่อนฝูงเกี่ยวกับอาการของตน[15] และส่วนพฤติกรรมที่เป็นบทบาทของการเจ็บป่วย (sick-role behavior) คือ การปฏิบัติที่บุคคลกระทำหลังจากได้ทราบผลการวินิจฉัยโรคแล้ว การดูแลรักษาฟันตนเองและไปรับการรักษาอย่างต่อเนื่อง การลดหรือการเลิกกิจกรรมที่จะทำให้อาการของโรคยิ่งมากขึ้น เช่น การรับประทาน น้ำอัดลม ขนมกรุบกรอบ ลูกอม น้ำหวาน เป็นต้น[16]

แต่อย่างไรก็ตามที่ระยะหลังการได้รับโปรแกรมหนึ่งเดือน พบว่าคะแนนทักษะปฏิบัติในการดูแลช่องปากลดลงมากจากก่อนการได้รับโปรแกรมอธิบายได้ว่า แม้ว่าความรู้ดีขึ้น ทัศนคติดีขึ้น แต่สำหรับในส่วนของทักษะปฏิบัติในการดูแลช่องปากไม่ดีขึ้น เพราะทักษะปฏิบัติอาจจะยังขึ้นกับปัจจัยเกี่ยวข้องอีกหลายประการ ซึ่งในการศึกษาครั้งนี้อาจยังไม่ได้นำเข้าร่วมในการศึกษา รวมทั้งข้อสังเกตที่น่าจะเป็นไปได้ คือ สามเณรไม่ได้อยู่กับครอบครัว แต่อยู่รวมกันเป็นหมู่ใหญ่จำนวนกว่าร้อยคนแบบโรงเรียนประจำ และพระอาจารย์พี่เลี้ยงที่มีจำนวนน้อยและต้องประกอบกิจทางสงฆ์ด้วย อาจส่งผลต่อการดูแลใกล้ชิดการย้ำเตือน ให้มีวินัยในปฏิบัติการแปรงฟันและการใช้ไหมขัดฟันอย่างต่อเนื่องด้วย ตลอดจนการประเมินทักษะปฏิบัติด้วยแบบข้อคำถามแบบมีตัวเลือกคำตอบ (Multiple Choice Question, MCQ) อาจมีความคาบเกี่ยวหรือทับซ้อนกับส่วนของความรู้ในการปฏิบัติ ดังนั้น ลักษณะของแบบประเมินอาจเป็นข้อจำกัดประการหนึ่งที่ควรได้รับการพัฒนาปรับปรุงต่อไป

กล่าวสรุปได้ว่า การพัฒนาทัศนคติในการดูแลสุขภาพช่องปากในสามเณร อันเป็นส่วนของเงื่อนไขคุณธรรม (virtue) จากผลการได้รับโปรแกรมนี้ เกิดขึ้นได้อย่างชัดเจน ในขณะที่ผลของโปรแกรมต่อความรู้อาจยังไม่สามารถสรุปได้ชัดเจน แม้พบว่าความรู้เพิ่มขึ้นภายหลังการได้รับโปรแกรมหนึ่งเดือน ส่วนทักษะปฏิบัติในการดูแลสุขภาพช่องปากในสามเณรที่ไม่ได้ผลตามที่คาดหวัง สะท้อนให้เห็นว่าโปรแกรมยังคงต้องการการพัฒนารูปแบบที่มีลักษณะจำเพาะ ให้เป็นไปตามแนวบรรทัดฐานหรือจริยธรรมทางพระพุทธศาสนา เพื่อวัตถุประสงค์พัฒนามุ่งเน้นส่วนทักษะปฏิบัติในการดูแลสุขภาพช่องปากของสามเณร เช่น โปรแกรมการสนทนาธรรมกลุ่มแบบเพื่อนช่วยเหลือเพื่อนในการดูแลสุขภาพช่องปากอย่างมีสติ เป็นต้น จากการศึกษานี้สังเกตได้ว่าการมีเพียงเงื่อนไขคุณธรรม ยังไม่เพียงพอที่จะเพิ่มผลลัพธ์ที่ยั่งยืนในการดูแลสุขภาพช่องปากของสามเณรได้

เว้นแต่จะมีความรู้และทักษะปฏิบัติที่เพียงพอด้วย อันเป็นไปตามแนวคิด SEP รวมทั้งจากปรัชญาทางพุทธศาสนาที่สอนให้ต้องปฏิบัติตาม “ทางสายกลาง”[10] ซึ่งทั้งสองแนวคิดนี้มีความเหมาะสมกับบริบทของสามเณรและนักบวชในพระพุทธศาสนาไทย ตลอดจนมีความเหมาะสมกับยุคโลกาภิวัตน์ ในการจัดการกับวิกฤตและความผันผวนของการพร่องทรัพยากรธรรมชาติ ความเสื่อมโทรมของสิ่งแวดล้อม ความยากจน และความไม่เท่าเทียมกัน ดังนั้น SEP จึงถูกมองว่าเป็นกรอบแนวคิดปรัชญาในการแก้ปัญหารูปแบบนี้ได้ดี

ข้อจำกัดของการวิจัย

1. รูปแบบการศึกษาเป็นแบบกลุ่มเดียวที่ไม่มีกลุ่มเปรียบเทียบ ทำให้มีข้อจำกัดในเรื่องของการควบคุมปัจจัยรบกวนอื่นๆ ที่อาจมีผลทางตรงหรือทางอ้อมต่อผลลัพธ์ของการศึกษาได้

2. การศึกษาครั้งนี้ไม่มีการเลือกกลุ่มตัวอย่าง เนื่องจากเป็นการศึกษาวิเคราะห์ข้อมูลทุติยภูมิ ทำให้มีข้อจำกัดในการเป็นตัวแทนที่ดี และการอ้างอิงไปยังกลุ่มประชากรสามเณรในประเทศได้

3. การวิจัยครั้งนี้เป็นการนำข้อมูลจากโครงการบริการวิชาการฯ มาศึกษาวิจัย ซึ่งไม่ได้มีการออกแบบเก็บข้อมูลปัจจัยที่อาจมีผลต่อตัวแปรศึกษา เช่น ภาวะโรคร่วม โรคประจำตัว ประวัติการเจ็บป่วยในอดีตที่เกี่ยวกับช่องปาก เป็นต้น

สรุปและข้อเสนอแนะ

การวิจัยครั้งนี้สนับสนุนสมมติฐานการวิจัยบางส่วน โดยโปรแกรมการสร้างเสริมการดูแลช่องปากในสามเณรไทยตามกรอบแนวคิดปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียง มีผลต่อการสร้างทัศนคติและทักษะปฏิบัติเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพช่องปากในสามเณรกลุ่มเป้าหมายได้ดีภายหลังได้รับโปรแกรมทันที แต่ภายหลังการได้รับโปรแกรมหนึ่งเดือน ทัศนคติยังคงดีขึ้นและความรู้กลับมาเพิ่มขึ้น แต่ทักษะปฏิบัติกลับลดลง

ข้อเสนอแนะในการปฏิบัติพยาบาล

อาจต้องมีการปรับปรุงโปรแกรมในเรื่องของการเพิ่มระยะเวลาการเรียนรู้ เพิ่มการฝึกทักษะปฏิบัติโดยการสาธิตและสาธิตย้อนกลับ และควรปรับกิจกรรมการเรียนรู้ให้น่าสนใจมากขึ้น รวมถึงการปรับระบบพี่เลี้ยงและการกระตุ้นเตือนเพื่อให้เกิดผลลัพธ์ด้านความรู้ ทัศนคติ และการปฏิบัติที่มีความคงทน นอกจากนี้การนำกรอบแนวคิดปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียง บูรณาการร่วมกับแนวปฏิบัติทางสายกลางของพระพุทธศาสนา (Buddhism middle way) มาใช้ในการสร้างเสริมการดูแลสุขภาพช่องปากในกลุ่มเฉพาะ (ดังเช่นกลุ่มของสามเณรในการศึกษาครั้งนี้) จำเป็นอย่างยิ่งที่พยาบาลจะต้องตระหนักและคำนึงถึงความแตกต่างทางวัฒนธรรมและบริบทของประชากรที่มีความจำเพาะและแตกต่างจากประชากรทั่วไปอย่างมาก

ข้อเสนอแนะการวิจัยต่อไป

การศึกษาผลของโปรแกรมการสร้างเสริมการดูแลสุขภาพช่องปาก ตามกรอบแนวคิดปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียงในกลุ่มเป้าหมายอื่นๆ เช่น กลุ่มเด็กที่ไม่อยู่ในระบบโรงเรียน กลุ่มแรงงาน กลุ่มผู้อพยพ หรือกลุ่มผู้สูงอายุ เป็นต้น ควรมีการศึกษาเพิ่มเติมต่อไป เพื่อการขยายผลกลุ่มเป้าหมายไปสู่กลุ่มเปราะบางอื่นๆ ให้ครอบคลุมต่อไป

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล สำหรับทุนสนับสนุนโครงการวิจัยจากกองทุน ซี.เอ็ม.บี (China Medical Board, CMB) และขอขอบคุณภาควิชาการพยาบาลศัลยศาสตร์ สำหรับการสนับสนุนตลอดการดำเนินโครงการวิจัยนี้จนสำเร็จ

References

1. Bureau of Dental Health. The 8th national survey of the oral health report in Thailand. Nonthaburi: Bureau of Dental Health, Department of Health, Ministry of Public Health; 2019 [cited 2021 Feb 9]. Available from: http://dental2.anamai.moph.go.th/ewt_dl_link.php?nid=2423&filename=dental_health_survey.(in Thai).
2. Division of Strategic Management, Bureau of Dental Health. Guidelines for the implementation of dental public health, the fiscal year 2021. Nonthaburi: Bureau of Dental Health, Department of Health, Ministry of Public Health; 2021 [cited 2021 Feb 9] . Available from: http://dental2.anamai.moph.go.th/ewtadmin/ewt/dental/ewt_dl_link.php?nid=4411&filename=st. (in Thai).
3. Agrasuta V. Dental service utilization among Thai working age group and elderly in 2013 and 2015 health and welfare surveys. Thai Dental Public Health Journal. 2018;23(1):26-37. (in Thai).
4. Rugg-Gunn A, Durward C, Ungchusak C, Khitdee C. Early childhood caries – a major public health problem. Thai Dental Public Health Journal. 2017;22 Suppl:1-2.
5. Rugg-Gunn A, Woodward M. Review of the aetiology of early childhood caries. Thai Dental Public Health Journal. 2017;22 Suppl:14-43.
6. LA Al-Meedani, YH Al-Dlaigan. Prevalence of dental caries and associated social risk factors among preschool children in Riyadh, Saudi Arabia. Pak J Med Sci. 2016;32(2):452-6. doi: 10.12669/pjms.322.9439.
7. Peltzer K, Mongkolchati A, Satchaiyan G, Rajchagool S, Pimpak T. Sociobehavioral factors associated with caries increment: a longitudinal study from 24 to 36 months old children in Thailand. Int J Environ Res Public Health. 2014;11(10):10838-50. doi: 10.3390/ijerph111010838.
8. Raktao U, Wongwech C. Knowledge, attitude, and practice of parents/guardians regarding oral health care of pre-school children. The Southern College Network Journal of Nursing and Public Health. 2015;2(1):52-64. (in Thai).
9. Tipsodsong A, Pithpornchaiyakul S. Oral health knowledge, attitude, and practices in care providers of visually impaired children. Songklanakarin Dental Journal. 2015;3(1):1-17. (in Thai).
10. Information Technology Division, Office of the Secretary, National Office of Buddhism. Basic information on Buddhism in 2018-2020. Nakhon Pathom: Office of the Secretary, National Office of Buddhism; 2020 [cited 2021 Feb 9]. Available from: https://onab.go.th/th/page/item/index/id/1. (in Thai).
11. Department of Surgical Nursing, Faculty of Nursing, Mahidol University. Annual report of cooperate social responsibility project (CSR) of promoting oral hygiene care behavior in novice at Phidum Temple, Inburi District, SinghaBuri Province. 2015. 2 July - 5 August. (in Thai).

12. Avery GC, Bergsteiner H. Sufficiency thinking: Thailand's gift to an unsustainable world. Oxfordshire: Routledge; 2016. 328 p.
13. Barua P, Tejativaddhana P. Impact of application of sufficiency economy philosophy on the well-being of Thai population: a systematic review and meta-analysis of relevant studies. J Popul Soc Stud. 2019; 27(3):195-219. doi: 10.25133/JPSSv27n3.0013.
14. Bergsteiner H, Dharmapiya P. The sufficiency economy philosophy process. In: sufficiency thinking: Thailand's gift to an unsustainable world. Avery GC, Bergsteiner H, editors. Oxfordshire: Routledge; 2016. p.32-52.
15. AGH Priya Devadas Nakre. Effectiveness of oral health education programs: a systematic review. J Int Soc Prev Community Dent. 2013;3(2):103-15. doi: 10.4103/2231-0762.127810.
16. Angelopoulou MV, Constantine J, Kavvadia K, Kavvadia O. School-based oral health-education program using experiential learning or traditional lecturing in adolescents: a clinical trial. Int Dent J. 2014;64(5):278-4. doi: 10.1111/idj.12123.
17. Bertness J, Holt K. Promoting oral health in young children: a resource guide. Washington DC: National Maternal and Child Oral Health Resource Center, Georgetown University; 2013. 24 p.
18. Ungchusak C. Oral health promotion and prevention of early childhood caries. Thai Dental Public Health Journal. 2017;22 Suppl:45-61.
19. Buathong C, Promsiripaiboon Y, Vatchalavivat A. The effects of oral health promotion program on dental caries prevention behaviors of grade six students at Ban Banghean School at Plaipraya District, Krabi Province. Community Health Development Quarterly Khon Kaen University. 2015;3(2):293-306. (in Thai).

Factors Influencing Self-management Behavior among Ischemic Stroke Patients*

Wanwisa Srirung, RN, MNS[1], Wimolrat Puwarawuttipanit, RN, PhD[1], Sarunya Koositamongkol, RN, PhD[1]

Abstract

Purpose: To study the influence of hope, rehabilitation motivation, family support, and fatigue on self-management behavior among ischemic stroke patients.

Design: Correlational predictive research.

Methods: The sample was comprised of 128 ischemic stroke patients, both males and females, aged 18 years or older who came for a follow-up appointment after discharge at the out-patient department, Prasat Neurological Institute between March and May, 2020. The questionnaires included the demographic characteristics, the Herth Hope Index, Stroke Rehabilitation Motivation Scale, Family Support Questionnaires, Fatigue Severity Scale, and Self-management Behavior questionnaire. Data were analyzed by using descriptive statistics and multiple regression analysis.

Main findings: An average age of the sample was 62.58 years old (SD = 9.14), and 97.7% of them had self-management behaviors at a high level ($\overline{X}$ = 92.76, SD = 6.37). All of the independent variables explained 44.4% of the variance in self-management behavior (R^2 = .44). The factors significantly influencing self-management behavior were motivation for rehabilitation, family support, and hope (β = .41, p < .001, β = .24, p < .01 and β = .19, p < .05) respectively. Even though fatigue did not demonstrate the prediction, the significant correlation with self-management behavior was found.

Conclusion and recommendations: Hope, motivation for rehabilitation, and family support could affect self-management behavior. Thus, it is recommended that healthcare team should be aware of the importance of building hope and motivation for rehabilitation. Families should be engaged in a program development and encouragement for promoting self-management behavior of the patients, consequently leading to good quality of life after ischemic stroke.

Keywords: family, hope, ischemic stroke, motivation, self-management behavior

Nursing Science Journal of Thailand. 2022;40(2):108-123

Corresponding Author: Associate Professor Wimolrat Puwarawuttipanit, Faculty of Nursing, Mahidol University, Bangkok 10700, Thailand; e-mail: wimolrat.puw@mahidol.ac.th

** Master's thesis, Master of Nursing Science Program in Adult and Gerontological Nursing, Faculty of Nursing, Mahidol University*

[1] Faculty of Nursing, Mahidol University, Bangkok, Thailand

Received: 2 February 2021 / Revised: 26 April 2021 / Accepted: 11 May 2021

ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการจัดการตนเองในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองชนิดตีบตัน*

วันวิสาข์ ศรีรุ้ง, พย.ม.[1] วิมลรัตน์ ภู่วราวุฒิพานิช, ปร.ด.[1] ศรัณยา โฆสิตะมงคล, ปร.ด.[1]

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์: เพื่อศึกษาอิทธิพลของความหวัง แรงจูงใจในการฟื้นฟูสมรรถภาพ การสนับสนุนจากครอบครัว และความเหนื่อยล้าต่อพฤติกรรมการจัดการตนเองในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองชนิดตีบตัน

รูปแบบการวิจัย: การศึกษาวิเคราะห์ความสัมพันธ์เชิงทำนาย

วิธีดำเนินการวิจัย: กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองชนิดตีบตันทั้งเพศหญิงและเพศชายมีอายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป ที่มารับการตรวจติดตามการรักษาหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ณ แผนกผู้ป่วยนอก สถาบันประสาทวิทยา ระหว่างเดือนมีนาคม ถึงเดือนพฤษภาคม พ.ศ. 2563 จำนวน 128 ราย เก็บข้อมูลโดยใช้แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล แบบประเมินความหวัง แบบวัดแรงจูงใจในการฟื้นฟูสมรรถภาพ แบบประเมินการสนับสนุนจากครอบครัว แบบประเมินความเหนื่อยล้า และแบบประเมินพฤติกรรมการจัดการตนเอง วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา และการวิเคราะห์ถดถอยเชิงพหุคูณ

ผลการวิจัย: การศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีอายุเฉลี่ย 62.58 ปี (SD = 9.14) ร้อยละ 97.7 มีพฤติกรรมการจัดการตนเองอยู่ในระดับสูง ($\overline{X}$ = 92.77, SD = 6.37) ตัวแปรอิสระทั้งหมดสามารถร่วมกันทำนายความแปรผันของพฤติกรรมการจัดการตนเองในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองชนิดตีบตันได้ร้อยละ 44.4 (R^2 = .44) โดยแรงจูงใจในการฟื้นฟูสมรรถภาพ การสนับสนุนจากครอบครัว และความหวังเป็นปัจจัยที่สามารถทำนายพฤติกรรมการจัดการตนเองได้อย่างมีนัยสำคัญ (β = .41, $p < .001$, β = .24, $p < .01$, β = .19, $p < .05$) ตามลำดับ ส่วนความเหนื่อยล้ามีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการจัดการตนเองอย่างมีนัยสำคัญ แต่ไม่สามารถทำนายได้

สรุปและข้อเสนอแนะ: ความหวัง แรงจูงใจในการฟื้นฟูสมรรถภาพ และการสนับสนุนจากครอบครัวมีผลต่อพฤติกรรมการจัดการตนเองในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองชนิดตีบตัน ดังนั้น ทีมสุขภาพควรตระหนักถึงความสำคัญของการสร้างความหวังและแรงจูงใจในการฟื้นฟูสมรรถภาพ ตลอดจนครอบครัวของผู้ป่วยควรมีส่วนร่วมในการพัฒนาโปรแกรม การให้กำลังใจในการดูแลผู้ป่วย เพื่อส่งเสริมพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วย และนำไปสู่การมีคุณภาพชีวิตที่ดีภายหลังการเจ็บป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองชนิดตีบตัน

คำสำคัญ: ครอบครัว ความหวัง โรคหลอดเลือดสมองชนิดตีบตัน แรงจูงใจ พฤติกรรมการจัดการตนเอง

Nursing Science Journal of Thailand. 2022;40(1):108-123

ผู้ประสานงานการเผยแพร่: รองศาสตราจารย์วิมลรัตน์ ภู่วราวุฒิพานิช, คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล บางกอกน้อย กรุงเทพฯ 10700, e-mail: wimolrat.puw@mahidol.ac.th

** วิทยานิพนธ์หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล*

[1] คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

วันที่รับบทความ: 2 กุมภาพันธ์ 2564 / วันที่แก้ไขบทความเสร็จ: 26 เมษายน 2564 / วันที่ตอบรับบทความ: 11 พฤษภาคม 2564

ความสำคัญของปัญหา

โรคหลอดเลือดสมอง เป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่เป็นปัญหาด้านสาธารณสุขที่สำคัญ เนื่องจากก่อให้เกิดความพิการและการเสียชีวิตเป็นลำดับที่ 2 ของโลก โดยพบผู้ป่วยทั่วโลกประมาณ 17 ล้านคน ในจำนวนนี้เสียชีวิตประมาณปีละ 6.7 ล้านคน ซึ่งผู้รอดชีวิตมักหลงเหลือความพิการอย่างถาวรจำนวน 5 ล้านคน นอกจากนี้ยังพบผู้ป่วยรายใหม่เพิ่มขึ้นประมาณ 800,000 คนต่อปี และพบว่าในทุก 6 วินาที จะมีผู้เสียชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองอย่างน้อย 1 คน โดยร้อยละ 80 ของการเกิดโรคหลอดเลือดสมองมีสาเหตุมาจากหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตัน[1] ส่วนในประเทศแถบเอเชีย เช่น ญี่ปุ่น เกาหลี และจีน ก็พบว่าโรคหลอดเลือดสมองเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับต้นๆ ด้วยเช่นกัน[2] สำหรับประเทศไทยจากข้อมูลในปี พ.ศ. 2560 พบว่าโรคหลอดเลือดสมองเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับ 3 รองจากโรคมะเร็งและโรคหลอดเลือดหัวใจ และจากสถิติของสำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุขพบอัตราการป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองต่อประชากรแสนคนในภาพรวมของประเทศในปี พ.ศ. 2558-2561 เท่ากับ 451.39, 467.46 และ 506.20 ตามลำดับ นอกจากนี้โรคหลอดเลือดสมองยังเป็นสาเหตุของความพิการที่พบมากถึง 2 ใน 3 ของผู้รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมอง โดยผู้ป่วยส่วนใหญ่จะมีอาการแขนขาอ่อนแรงครึ่งซีก เคลื่อนไหวลำบาก ซึ่งพบได้มากที่สุดถึงร้อยละ 88 และยังพบความบกพร่องเกี่ยวกับการรับรู้ความรู้สึก การรู้คิด การพูด การกลืน การมองเห็น การควบคุมการขับถ่าย ทำให้ผู้ป่วยมีความสามารถในการดูแลตนเองได้น้อยลง ต้องได้รับการดูแลช่วยเหลือจากครอบครัว และบั่นทอนความสามารถในการจัดการกับภาวะสุขภาพของตนเอง[3]

การจัดการตนเองเป็นความสามารถในการดูแลตนเองอย่างมีประสิทธิภาพในสภาวะที่ร่างกายได้รับความเจ็บป่วย มีความสำคัญอย่างยิ่งโดยเฉพาะในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง สำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองนั้นมีความซับซ้อนของโรค เนื่องจากมีความบกพร่องทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ จึงส่งผลให้มีความยากลำบากในการจัดการตนเอง ซึ่งหากผู้ป่วยไม่สามารถจัดการกับภาวะการเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นได้ย่อมจะส่งผลเกิดภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ตามมา การศึกษาของ Joice[4] พบว่าการมีพฤติกรรมการจัดการตนเองที่เหมาะสมจะช่วยให้ผู้รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองสามารถลดความเสี่ยงต่อการกลับเป็นซ้ำ อีกทั้งยังช่วยให้การฟื้นฟูสมรรถภาพประสบความสำเร็จมากยิ่งขึ้น ในขณะที่การศึกษาของ Sadler และคณะ[5] พบว่าการจัดการตนเองจะช่วยให้ผลลัพธ์ระยะยาวของโรคหลอดเลือดสมองเป็นไปในทางที่ดีขึ้น ทีมสุขภาพจึงให้ความสำคัญกับการเสริมสร้างพฤติกรรมการจัดการตนเอง เพื่อให้เกิดการฟื้นหายจากโรค ในขณะที่ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองส่วนใหญ่กลับไม่คุ้นเคยกับคำว่าการจัดการตนเอง และไม่เข้าใจว่าการจัดการตนเองเป็นส่วนสำคัญในการดูแลตนเอง เพื่อให้ฟื้นหายจากโรคหลอดเลือดสมอง ดังนั้นในการเพิ่มขีดความสามารถของพฤติกรรมการจัดการตนเอง จึงเป็นสิ่งที่คุ้มค่าในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถพึ่งพาตนเองได้มากที่สุด และเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย

การศึกษาถึงพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองชนิดตีบตันในระยะฟื้นฟูของ Guan, Wang และ Lian[6] พบว่าผู้ป่วยมีพฤติกรรมการจัดการตนเองในเรื่องการรับประทานอาหารและการใช้ชีวิตประจำวันอยู่ในระดับดี ส่วนในเรื่องการเคลื่อนไหวร่างกาย การควบคุมความดันโลหิต การควบคุมปัจจัยเสี่ยง

การรับประทานยา และการจัดการภาวะความเจ็บป่วย อยู่ในระดับปานกลาง ซึ่งตัวแปรที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยนั้น ได้แก่ ระดับการศึกษา ความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง และการสนับสนุนทางสังคม ซึ่งนอกจากปัจจัยดังกล่าวข้างต้นแล้ว อาจยังมีปัจจัยอื่นๆ อีกหลายประการที่อาจส่งผลต่อพฤติกรรมการจัดการตนเองในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองชนิดตีบตัน

ความหวังเป็นสิ่งที่ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองใช้ในการเผชิญกับความเครียดในสถานการณ์ที่คุกคามภาวะสุขภาพ จากการศึกษาของ โฉมพิไล นันทรักษา และณิชาภัตร พุฒิคามิน[7] พบว่าความหวังของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในระยะฟื้นฟูอยู่ในระดับสูง แต่จะลดลงเมื่อระยะเวลาผ่านไป และการศึกษาของ Kortte และคณะ[8] ชี้ให้เห็นว่าความหวังมีผลต่อการมีส่วนร่วมในการเคลื่อนไหวร่างกายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในระยะ 3 เดือนหลังจำหน่าย นอกจากนี้ยังพบว่า ความหวังมีความสัมพันธ์และสามารถทำนายพฤติกรรมการจัดการตนเองในผู้ป่วยโรคหัวใจได้[9-10] เช่นเดียวกับแรงจูงใจที่มีความสำคัญทั้งในการใช้ชีวิตประจำวันและการฟื้นฟูสมรรถภาพ ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองการที่มีแรงจูงใจอยู่ในระดับสูงจะเป็นสิ่งสำคัญที่จะทำให้ผู้ป่วยสามารถทำกายภาพบำบัดเพื่อฟื้นฟูสมรรถภาพร่างกายได้อย่างมีประสิทธิภาพ[11-12] และระดับของการเคลื่อนไหวภายหลังการเกิดโรคหลอดเลือดสมองขึ้นอยู่กับแรงจูงใจในการฟื้นฟูสมรรถภาพ[13-14] ในขณะที่ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ยังคงมีความพิการทางร่างกายหลงเหลืออยู่ ยังคงต้องทำกายภาพบำบัดอย่างต่อเนื่องไปอีก 1-2 ปี ซึ่งเป็นระยะเวลาที่ยาวนานอาจทำให้ผู้ป่วยเกิดความเบื่อหน่าย ท้อแท้และขาดแรงจูงใจ จนอาจส่งผลให้เกิดความล้มเหลวในการจัดการตนเองได้[12]

นอกจากนี้ การสนับสนุนจากครอบครัวยังมีความสำคัญในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองชนิดตีบตัน เพื่อให้มีพฤติกรรมการจัดการตนเองที่ดี แต่ปัญหาที่พบบ่อยคือ สมาชิกครอบครัวไม่มีเวลาเพียงพอในการดูแลผู้ป่วย ขาดความรู้และทักษะในการดูแลผู้ป่วย จึงอาจส่งผลให้ผู้ป่วยไม่ได้รับการช่วยเหลืออย่างถูกต้อง และเกิดภาวะแทรกซ้อนทั้งด้านร่างกายและจิตใจ รวมไปถึงการที่ผู้ป่วยไม่สามารถมีพฤติกรรมการจัดการตนเองที่ดีได้ จากการศึกษาของ Rosland และคณะ[13] ชี้ให้เห็นว่าการสนับสนุนจากครอบครัวมีส่วนสำคัญ และเป็นแรงสนับสนุนที่จะทำให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมการจัดการตนเองที่ดี และสามารถเอาชนะอุปสรรคที่เกิดขึ้นจากการเจ็บป่วยเรื้อรัง โดยการสนับสนุนจากครอบครัวมีผลต่อความยึดมั่นในการออกกำลังกายและการสนับสนุนทางสังคมมีผลต่อพฤติกรรมการจัดการตนเองในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง[6,14]

ความเหนื่อยล้า เป็นปรากฏการณ์ที่พบได้บ่อยหลังจากการเจ็บป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมอง โดยพบอุบัติการณ์ร้อยละ 29-77[15] ซึ่งอาการเหนื่อยล้าเป็นปัจจัยเสี่ยงและสามารถทำนายภาวะสุขภาพทางกายของผู้ป่วย ความเหนื่อยล้าของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจะรบกวนการดำเนินชีวิตประจำวัน และปฏิเสธการทำกายภาพบำบัด ส่งผลต่อการดูแลตนเองและพฤติกรรมการจัดการตนเอง ซึ่งท้ายที่สุดก็จะทำให้การฟื้นฟูสมรรถภาพเป็นไปอย่างล่าช้าและส่งผลต่อการฟื้นหายของโรค[16-17]

จากการทบทวนวรรณกรรมร่วมกับกรอบแนวคิดการจัดการตนเองของบุคคลและครอบครัว (a revised self-and family management framework)[18] พบว่ามีปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการจัดการตนเอง ทั้งปัจจัยอำนวยความสะดวกและปัจจัยที่เป็นอุปสรรค

พฤติกรรมการจัดการตนเอง มีการศึกษาที่เกี่ยวข้องกับปัจจัยทำนายพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยในหลายโรค จากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่า ความหวัง แรงจูงใจในการฟื้นฟูสมรรถภาพ การสนับสนุนจากครอบครัว และความเหนื่อยล้า มีความสำคัญกับการฟื้นตัวของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในด้านต่างๆ แต่ยังไม่พบการศึกษาที่เกี่ยวข้องกับปัจจัยดังกล่าวต่อพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองชนิดตีบตัน นอกจากนี้การศึกษาของ Guan, Wang และ Lian[6] พบว่าการสนับสนุนทางสังคมกับพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองนั้นมีความสัมพันธ์กันน้อย และยังไม่พบการศึกษาที่เกี่ยวกับการสนับสนุนจากครอบครัวโดยตรง อีกทั้งในประเทศไทยเป็นประเทศที่อยู่กันอย่างเป็นครอบครัว ต้องพึ่งพาอาศัยกัน การนำตัวแปรนี้มาศึกษาในประเทศไทยอาจให้ผลการศึกษาที่แตกต่างกัน ด้วยเหตุนี้ ผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษาปัจจัยด้านความหวัง แรงจูงใจในการฟื้นฟูสมรรถภาพ การสนับสนุนจากครอบครัว และความเหนื่อยล้าที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองชนิดตีบตัน โดยคาดหวังให้ผลการศึกษาเป็นแนวทางสำหรับบุคลากรด้านสุขภาพที่เกี่ยวข้องในการดูแลผู้ป่วยนำไปใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานในการประเมินและการวางแผนให้การดูแลผู้ป่วย โดยส่งเสริมปัจจัยที่เป็นปัจจัยสนับสนุน และยับยั้งหรือวางแผนแก้ไขปัจจัยที่เป็นอุปสรรคต่อพฤติกรรมการจัดการตนเอง

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาถึงอิทธิพลของความหวัง แรงจูงใจในการฟื้นฟูสมรรถภาพ การสนับสนุนจากครอบครัว และความเหนื่อยล้าต่อพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองชนิดตีบตัน

สมมุติฐานการวิจัย

ความหวัง แรงจูงใจในการฟื้นฟูสมรรถภาพ การสนับสนุนจากครอบครัว และความเหนื่อยล้า สามารถทำนายพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองชนิดตีบตันได้

กรอบแนวคิดการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยใช้กรอบแนวคิดการจัดการตนเองของบุคคลและครอบครัว (a revised self-and family management framework)[18] ที่กล่าวไว้ว่าในการที่บุคคลจะมีพฤติกรรมการจัดการตนเองได้อย่างเหมาะสมนั้นขึ้นอยู่กับปัจจัยที่เป็นสิ่งอำนวยความสะดวก และปัจจัยสิ่งที่เป็นอุปสรรคส่งผลให้บุคคลมีกระบวนการที่จะกระทำสิ่งหนึ่งสิ่งใดอย่างมีระบบแบบแผน เพื่อให้เกิดผลลัพธ์ที่เป็นประโยชน์ต่อตนเองและครอบครัวทั้งในระยะสั้นและระยะยาว ซึ่งองค์ประกอบของกรอบแนวคิดนี้ประกอบไปด้วย 3 มิติหลัก ได้แก่ สิ่งอำนวยความสะดวกและสิ่งที่เป็นอุปสรรค กระบวนการจัดการตนเอง และผลลัพธ์ ซึ่งประกอบด้วยผลลัพธ์ในระยะสั้นและระยะยาว

ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยมีความสนใจศึกษาปัจจัยที่เป็นสิ่งอำนวยความสะดวก และปัจจัยสิ่งที่เป็นอุปสรรคที่คาดว่าจะมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองชนิดตีบตัน ได้แก่ ความหวัง แรงจูงใจในการฟื้นฟูสมรรถภาพ การสนับสนุนจากครอบครัว และความเหนื่อยล้า โดยความหวัง และแรงจูงใจในการฟื้นฟูสมรรถภาพ จัดเป็นปัจจัยด้านบุคคลที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการจัดการตนเองของบุคคล ซึ่งจัดอยู่ในบริบทของสิ่งอำนวยความสะดวก การสนับสนุนจากครอบครัว จัดเป็นแหล่งประโยชน์ หรือแหล่งทรัพยากรที่มีความสำคัญและส่งผลโดยตรงต่อพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ซึ่งอยู่ในบริบทของสิ่งอำนวยความสะดวกเช่นกัน และความเหนื่อยล้า เป็นอาการปฏิกิริยา

การตอบสนองของร่างกาย ภายหลังการเจ็บป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมอง เป็นอาการอ่อนเพลีย เหน็ดเหนื่อย ทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ ที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โดยจัดเป็นสถานะทางสุขภาพที่เป็นอุปสรรคต่อการมีพฤติกรรมการจัดการตนเองที่ดี

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาวิเคราะห์ความสัมพันธ์เชิงทำนาย

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ คือ ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคหลอดเลือดสมองที่มีสาเหตุมาจากหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตัน ทั้งที่ได้รับการวินิจฉัยครั้งแรกและมีการกลับเป็นซ้ำของโรคหลอดเลือดสมอง ทั้งเพศหญิงและเพศชายมีอายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป ที่มารับการตรวจติดตามการรักษาแบบผู้ป่วยนอก หลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลตามคุณสมบัติที่กำหนด คือ มีอาการแขนขาอ่อนแรงข้างใดข้างหนึ่ง โดยข้างที่อ่อนแรงมีกำลังกล้ามเนื้อมากกว่าหรือเท่ากับ grade 3 สามารถสื่อสารและเข้าใจภาษาไทยได้ ไม่มีความผิดปกติด้านการรับรู้หรือความจำโดยใช้แบบทดสอบสมรรถภาพสมองของไทย (Thai Mental State Examination, TMSE) ในการคัดกรอง และไม่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคซึมเศร้าหรือโรคทางจิตเวชอื่นๆ ร่วมด้วย

กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้วิธีวิเคราะห์อำนาจการทดสอบ จากการทบทวนวรรณกรรมที่คล้ายคลึงกันของกฤษฎา จอดนอด และณิชาธร ภาโนมัย[19] ที่ศึกษาถึงการสนับสนุนทางสังคมต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองโรงพยาบาลบึงกาฬ ได้ค่า r = .34 คำนวณจากการใช้โปรแกรมสำเร็จรูป G*Power ได้ค่าอิทธิพลขนาดกลาง f^2 = .13 กำหนดอำนาจการทดสอบ .90 และ α = .05 มีตัวแปรอิสระที่ศึกษา 4 ตัวแปร ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 128 ราย

เครื่องมือการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยในครั้งนี้ แบ่งออกเป็น 2 ส่วน

ส่วนที่ 1 เครื่องมือที่ใช้คัดกรองผู้ป่วย

โดยการประเมินกำลังกล้ามเนื้อแขนขา และแบบทดสอบสมรรถภาพสมองของไทย

ส่วนที่ 2 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่

1. แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลและประวัติการเจ็บป่วย เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจำนวน 11 ข้อ ประกอบด้วยข้อมูลทั่วไปจำนวน 9 ข้อ และข้อมูลด้านสุขภาพและประวัติการเจ็บป่วย จำนวน 2 ข้อ

2. แบบประเมินความหวัง (Herth Hope Index, HHI)[20] ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 12 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นมาตรประมาณค่า 4 ระดับ ตั้งแต่ (1) ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง ถึง (4) เห็นด้วยอย่างยิ่ง การแปลผล คะแนนรวมสูง หมายถึง มีความหวังในระดับสูง

3. แบบวัดแรงจูงใจในการฟื้นฟูสมรรถภาพ (Stroke Rehabilitation Motivation Scale, SRMS)[21] ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 28 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นมาตรประมาณค่า 5 ระดับ ตั้งแต่ (1) ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง ถึง (5) เห็นด้วยอย่างยิ่ง การแปลผล คะแนนรวมสูง หมายถึง มีแรงจูงใจในการฟื้นฟูสมรรถภาพอยู่ในระดับสูง

4. แบบประเมินการสนับสนุนจากครอบครัว ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 12 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นมาตรประมาณค่า 5 ระดับ ตั้งแต่ (1) ไม่เคยเลย ถึง (5) มากที่สุด การแปลผล คะแนนรวมสูง หมายถึง ได้รับการสนับสนุนจากครอบครัวมาก

5. แบบประเมินความเหนื่อยล้า (Fatigue Severity Scale, FSS)[22] ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 12 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นมาตรประมาณค่า 7 ระดับ ตั้งแต่ (1) ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง ถึง (7) เห็นด้วยอย่างยิ่ง คะแนนรวมของแบบสอบถามอยู่ระหว่าง 9-63 คะแนน คิดคะแนนความเหนื่อยล้าโดยนำคะแนนจากการตอบแบบสอบถามทั้งหมด หารด้วยจำนวนข้อคำถามทั้งหมด การแปลผลคะแนนตั้งแต่ 4 คะแนนขึ้นไป แสดงว่ามีปัญหาจากความเหนื่อยล้า

6. แบบประเมินพฤติกรรมการจัดการตนเอง ในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองชนิดตีบตัน ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 26 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นมาตรประมาณค่า 4 ระดับ ตั้งแต่ (1) ไม่ปฏิบัติเลย ถึง (4) ปฏิบัติเป็นประจำ การแปลผลคะแนนรวมสูง หมายถึง มีพฤติกรรมการจัดการตนเองอย่างเหมาะสมอยู่ในระดับสูง

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูล

แบบประเมินความหวัง แรงจูงใจในการฟื้นฟูสมรรถภาพ และความเหนื่อยล้า เป็นเครื่องมือมาตรฐานที่ใช้ในการวิจัยอย่างแพร่หลาย ผู้วิจัยนำมาใช้โดยไม่ได้ดัดแปลง จึงไม่ได้หาความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือ ส่วนแบบประเมินการสนับสนุนจากครอบครัว และแบบประเมินพฤติกรรมการจัดการตนเองนั้น ผู้วิจัยได้นำมาดัดแปลงเพื่อให้เหมาะสมกับบริบทของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองชนิดตีบตัน เมื่อพิจารณาความถูกต้องเหมาะสมของภาษา ความสอดคล้องกับวัตถุประสงค์ ตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน ได้ดัชนีความตรงตามเนื้อหาเท่ากับ .86 และ .80 ตามลำดับ จากนั้นนำเครื่องมือทุกชุดไปตรวจหาความเชื่อมั่น โดยนำไปทดสอบใช้ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองชนิดตีบตันที่มีคุณสมบัติเช่นเดียวกันกับกลุ่มตัวอย่าง 30 ราย ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคดังนี้ แบบประเมินความหวัง = .80 แบบวัดแรงจูงใจในการฟื้นฟูสมรรถภาพ = .91 แบบประเมินการสนับสนุนจากครอบครัว = .90 แบบประเมินอาการเหนื่อยล้า = .87 และแบบประเมินพฤติกรรมการจัดการตนเอง = .85

การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง

โครงการวิจัยครั้งนี้ผ่านความเห็นชอบจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล รหัสโครงการ COA No.IRB-NS2020/540.1401 และคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สถาบันประสาทวิทยา เลขที่ 021/2563 จึงเริ่มดำเนินการวิจัย โดยผู้วิจัยคำนึงถึงการพิทักษ์สิทธิ์ของผู้เข้าร่วมวิจัย 3 ด้าน ได้แก่ ประโยชน์ที่ได้รับจากการวิจัย ความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นจากการวิจัย และการรักษาความลับของกลุ่มตัวอย่าง การนำเสนอข้อมูลต่างๆ จะนำเสนอในภาพรวม เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินดีเข้าร่วมการวิจัยจะให้มีการลงนามในหนังสือแสดงเจตนายินยอมเข้าร่วมการวิจัย

วิธีเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเองที่สถาบันประสาทวิทยา ระหว่างเดือนมีนาคม-พฤษภาคม พ.ศ. 2563 โดยนำหนังสือจากบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล ถึงผู้อำนวยการสถาบันประสาทวิทยา เพื่อขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูล จากนั้นเข้าพบหัวหน้าแผนกผู้ป่วยนอก สถาบันประสาทวิทยา และพยาบาลประจำคลินิก เพื่อขอความอนุเคราะห์ในการแนะนำผู้วิจัยให้กับกลุ่มตัวอย่าง หากผู้ป่วยสนใจเข้าร่วมการวิจัย ผู้วิจัยแนะนำตนเองและชี้แจงรายละเอียดโครงการวิจัย รวมถึงขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูลและเชิญชวนผู้ป่วยเข้าร่วมโครงการวิจัย เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัยจึงให้ลงนามในหนังสือแสดงความยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย และตอบแบบสอบถามใช้เวลา

โดยรวมทั้งหมดประมาณ 45 นาที เมื่อได้กลุ่มตัวอย่างครบจำนวน 128 ราย จึงยุติการเก็บรวบรวมข้อมูล แล้วนำข้อมูลไปวิเคราะห์

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป SPSS และนำเสนอในรูปแบบตารางแสดงความถี่ ร้อยละ และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างความหวัง แรงจูงใจในการฟื้นฟูสมรรถภาพ และการสนับสนุนจากครอบครัวต่อพฤติกรรมการจัดการตนเอง โดยใช้สถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของสเปียร์แมน เนื่องจากมีการกระจายตัวไม่เป็นโค้งปกติ และความสัมพันธ์ระหว่างความเหนื่อยล้าต่อพฤติกรรมการจัดการตนเอง โดยใช้สถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน เนื่องจากมีการกระจายตัวของข้อมูลเป็นโค้งปกติ วิเคราะห์ปัจจัยทำนายโดยใช้สถิติวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบนำตัวแปรเข้าสมการพร้อมกัน กำหนดนัยสำคัญทางสถิติไว้ที่ระดับ .05

ผลการวิจัย

1. ลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง พบว่ากลุ่มตัวอย่างเป็นเพศชายร้อยละ 51.6 เพศหญิงร้อยละ 48.4 มีอายุระหว่าง 38-88 ปี อายุเฉลี่ย 62.58 ปี (SD = 9.13) ส่วนใหญ่ร้อยละ 65.6 เป็นผู้สูงอายุที่มีอายุมากกว่า 60 ขึ้นไป มีสถานภาพสมรสร้อยละ 55.5 จำนวนสมาชิกในครอบครัวส่วนใหญ่มีประมาณ 4-5 คน โดยกลุ่มตัวอย่างมีผู้ดูแลถึงร้อยละ 95.3 ซึ่งผู้ดูแลหลักส่วนใหญ่เป็นคู่สมรสและลูกในสัดส่วนที่ใกล้เคียงกันคือ ร้อยละ 41.4 และ 37.5 ตามลำดับ จบการศึกษาระดับปริญญาตรีขึ้นไปร้อยละ 39.7 รองลงมาคือทำธุรกิจค้าขายร้อยละ 18 นอกจากนี้ยังพบว่ามีกลุ่มตัวอย่างที่ไม่ได้ประกอบอาชีพถึงร้อยละ 29.7 ซึ่งเป็นวัยเกษียณร้อยละ 19.5 และว่างงานร้อยละ 10.2 แต่อย่างไรก็ตาม กลุ่มตัวอย่างยังมีรายได้เพียงพอใช้จ่ายในครอบครัว และเหลือเก็บร้อยละ 84.2 และใช้สิทธิ์ในการรักษาเบิกจ่ายตรงจากต้นสังกัดร้อยละ 59.4

ส่วนข้อมูลด้านการเจ็บป่วยพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีระยะเวลาการเจ็บป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองชนิดตีบตันมากกว่า 6 เดือนขึ้นไปถึงร้อยละ 82 และน้อยกว่า 6 เดือนเพียงร้อยละ 18 มีโรคร่วมหรือโรคประจำตัว อย่างน้อยหนึ่งโรคร้อยละ 93 ซึ่งโรคประจำตัวที่พบมาก 3 อันดับ ได้แก่ โรคไขมันในเลือดสูงร้อยละ 92.4 โรคความดันโลหิตสูงร้อยละ 73.9 และโรคเบาหวานร้อยละ 53.8

2. ลักษณะตัวแปรที่ศึกษา กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนความหวังเฉลี่ยเท่ากับ 41.91 (SD = 4.14) โดยร้อยละ 87.5 มีความหวังอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 12.5 มีความหวังอยู่ในระดับปานกลาง คะแนนเฉลี่ยแรงจูงใจในการฟื้นฟูสมรรถภาพเท่ากับ 31.16 (SD = 2.36) โดยกลุ่มตัวอย่างทั้งหมดมีแรงจูงใจในการฟื้นฟูสมรรถภาพอยู่ในระดับสูง คะแนนเฉลี่ยการสนับสนุนจากครอบครัวเท่ากับ 51.61 (SD = 6.56) โดยร้อยละ 84.4 ได้รับการสนับสนุนจากครอบครัวอยู่ในระดับสูง และร้อยละ 15.6 ได้รับการสนับสนุนจากครอบครัวอยู่ในระดับปานกลาง คะแนนเฉลี่ยความเหนื่อยล้าเท่ากับ 3.41 (SD = 0.59) โดยร้อยละ 87.5 ไม่มีปัญหาจากความเหนื่อยล้า และร้อยละ 12.5 มีปัญหาจากความเหนื่อยล้า และพฤติกรรมการจัดการตนเองโดยรวมมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 92.76 (SD = 6.37) โดยร้อยละ 97.7 มีพฤติกรรมการจัดการตนเองอย่างเหมาะสมอยู่ในระดับสูง และร้อยละ 2.3 มีพฤติกรรมการจัดการตนเองอย่างเหมาะสมอยู่ในระดับปานกลาง รายละเอียดดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ลักษณะของตัวแปรที่ศึกษา (N = 128)

ตัวแปร	Range	$\bar{x}$	SD
ความหวัง	30-48	41.91	4.14
แรงจูงใจในการฟื้นฟูสมรรถภาพ	22-34.5	31.16	2.36
การสนับสนุนจากครอบครัว	35-60	51.61	6.56
ความเหนื่อยล้า	1.78-5.11	3.41	0.59
พฤติกรรมการจัดการตนเองโดยรวม	72-103	92.76	6.37
ด้านการรับประทานอาหาร	13-20	17.82	1.77
ด้านการหลีกเลี่ยงปัจจัยเสี่ยง	8-12	10.91	1.13
ด้านการออกกำลังกาย	14-24	19.84	2.73
ด้านการจัดการกับอารมณ์และความเครียด	9-16	14.06	1.49
ด้านการรับประทานยา	11-16	15.77	0.67
ด้านความร่วมมือในการรับการรักษา	10-16	14.36	1.60

3. ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรที่ศึกษา พบว่าจากการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างความหวัง แรงจูงใจในการฟื้นฟูสมรรถภาพ การสนับสนุนจากครอบครัว และความเหนื่อยล้าต่อพฤติกรรมการจัดการตนเองในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองชนิดตีบตัน พบว่าความหวังมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการจัดการตนเองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (r_s = .51, p < .01) แรงจูงใจในการฟื้นฟูสมรรถภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการจัดการตนเองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (r_s = .56, p < .01) การสนับสนุนจากครอบครัวมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการจัดการตนเองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (r_s = .45, p < .01) และความเหนื่อยล้ามีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมการจัดการตนเองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (r = - .27, p < .01) ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรที่ศึกษากับพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองชนิดตีบตัน (N = 128)

ตัวแปรที่ศึกษา	1	2	3	4	5
1. ความหวัง[1]	1				
2. แรงจูงใจในการฟื้นฟูสมรรถภาพ	.62*	1			
3. การสนับสนุนจากครอบครัว	.37*	.34*	1		
4. ความเหนื่อยล้า	- .28*	- .39*	- .25*	1	
5. พฤติกรรมการจัดการตนเอง	.51*[1]	.56*[1]	.45*[1]	- .27*[2]	1

[1] Spearman rank correlation coefficient, [2] Pearson correlation coefficient, *p < .01

4. ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการจัดการตนเองในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองชนิดตีบตัน ผลการวิเคราะห์สมการถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอนเดียว พบว่าตัวแปรอิสระทั้งหมดสามารถร่วมกันอธิบายความแปรปรวนของพฤติกรรมการจัดการตนเองในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองชนิดตีบตันได้ร้อยละ 44.4 ที่นัยสำคัญ .05 (R^2 = .44) โดยพบว่าแรงจูงใจในการฟื้นฟูสมรรถภาพสามารถทำนายพฤติกรรมการจัดการตนเองในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองชนิดตีบตันได้มากที่สุด (β = .41, p < .001) รองลงมาคือการสนับสนุนจากครอบครัว (β = .24, p = .002) และความหวังสามารถ (β = .19, p = .036) ในขณะที่ความเหนื่อยล้าไม่สามารถทำนายพฤติกรรมการจัดการตนเองในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองชนิดตีบตันได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ผลการวิเคราะห์การถดถอยเพื่อพยากรณ์ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการจัดการตนเองในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองชนิดตีบตัน (N = 128)

ตัวแปรที่ศึกษา	b	SE b	β	t	p-value	95%CI for b	
						Lower Bound	Upper Bound
constant	34.17	7.97		4.29	< .001	18.39	49.95
ความหวัง	.29	.14	.19	2.12	.036	.02	.57
แรงจูงใจในการฟื้นฟูสมรรถภาพ	1.07	.24	.41	4.19	< .001	.60	1.55
การสนับสนุนจากครอบครัว	.23	.07	.24	3.16	.002	.08	.37
ความเหนื่อยล้า	.34	.78	.03	.43	.666	-1.21	1.89

R = .67, R^2 = .44, Adjusted R^2 = .43

การอภิปรายผล

ผลการศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่างเป็นเพศชายและเพศหญิงในสัดส่วนที่ใกล้เคียงกันคือ ร้อยละ 51.6 และร้อยละ 48.4 ตามลำดับ โดยส่วนใหญ่ร้อยละ 65.6 เป็นผู้สูงอายุ สอดคล้องกับการศึกษาของ Benjamin และคณะ[23] ที่พบว่า อายุและเพศมีผลโดยตรงต่อความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองชนิดตีบตัน โดยผู้สูงอายุจะมีอัตราการเจ็บป่วยและอัตราการเสียชีวิตที่สูงขึ้น ตลอดจนคุณภาพชีวิตลดลงภายหลังจากเกิดโรคหลอดเลือดสมองเมื่อเทียบกับผู้ป่วยที่มีอายุน้อยกว่า นอกจากนี้เพศก็ยังมีผลต่ออุบัติการณ์และผลลัพธ์ของโรคหลอดเลือดสมอง ซึ่งพบในเพศชายมากว่าเพศหญิง ทั้งนี้อาจเป็นผลเนื่องมาจากพฤติกรรมความเสี่ยงของเพศชายในเรื่องการสูบบุหรี่ การดื่มสุราที่เป็นปัจจัยเสี่ยงกระตุ้นให้เกิดลิ่มเลือดอุดตันในหลอดเลือด แต่อย่างไรก็ตามอุบัติการณ์การเกิดโรคหลอดเลือดสมองในเพศหญิงก็มีแนวโน้มที่สูงขึ้นเนื่องจากเพศหญิงมีอายุขัยเฉลี่ยที่ยาวนานขึ้น รวมทั้งมีความแตกต่างทางด้านฮอร์โมนเพศ

ในด้านการศึกษาของกลุ่มตัวอย่าง จากงานวิจัยครั้งนี้พบว่า กว่าหนึ่งในสามของกลุ่มตัวอย่างจบการศึกษาระดับปริญญาตรีหรือสูงกว่า คิดเป็นร้อยละ 39.7 และอีกหนึ่งในสามจบการศึกษาระดับประถมศึกษาหรือต่ำกว่า คิดเป็นร้อยละ 32.9 และระดับมัธยมศึกษาหรือเทียบเท่าร้อยละ 27.4 ประกอบอาชีพรับราชการและรัฐวิสาหกิจร้อยละ 21.9 มีรายได้เพียงพอใช้จ่ายในครอบครัวและเหลือเก็บ ร้อยละ 84.2 แต่อย่างไรก็ตาม

มีกลุ่มตัวอย่างถึงร้อยละ 29.7 ที่ไม่ได้ประกอบอาชีพซึ่งเป็นกลุ่มข้าราชการบำนาญที่อยู่ในวัยเกษียณร้อยละ 19.5 และกลุ่มว่างงานร้อยละ 10.2 นอกจากนี้กลุ่มตัวอย่างใช้สิทธิ์เบิกจ่ายตรงจากต้นสังกัดในการเข้ารับการรักษาพยาบาลร้อยละ 59.4 สอดคล้องกับการศึกษาของ Yan และคณะ[24] ที่พบว่าผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองส่วนใหญ่มีสถานะทางเศรษฐกิจและสังคมอยู่ในระดับปานกลางถึงสูง ร้อยละ 67.5 ในขณะจบการศึกษาระดับมัธยมศึกษาหรือเทียบเท่าร้อยละ 51.6 ร้อยละ 32.7 จบการศึกษาระดับปริญญาตรีหรือสูงกว่า และร้อยละ 38.2 ว่างงานเนื่องจากอยู่ในวัยเกษียณ โดยผู้ป่วยที่มีฐานะเศรษฐกิจและสังคมอยู่ในระดับต่ำจะมีอัตราการเกิดความพิการและอัตราการเสียชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองชนิดตีบตันมากกว่าเมื่อเทียบกับผู้ป่วยที่มีฐานะเศรษฐกิจและสังคมอยู่ในระดับปานกลางและระดับสูงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ความหวังของกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่อยู่ในระดับสูง และเมื่อเปรียบเทียบระดับความหวังกับระยะเวลาในการเจ็บป่วย พบว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีระยะเวลาในการเจ็บป่วยน้อยกว่า 6 เดือน จะมีคะแนนความหวังเฉลี่ย ($\overline{X}$ = 42.13, SD = 3.81) สูงกว่ากลุ่มที่มีระยะเวลาในการเจ็บป่วยที่ยาวนานกว่า 6 เดือนเล็กน้อย ($\overline{X}$ = 41.85, SD = 4.22) สอดคล้องกับการศึกษาของ โฉมพิไล นันทรักษา และณิชาภัตร พุฒิคามิน[7] พบว่าผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในระยะฟื้นฟูจะมีความหวังอยู่ในระดับสูงและจะลดลงเมื่อระยะเวลาการเจ็บป่วยยาวนานขึ้น นั่นแสดงให้เห็นว่าในกลุ่มผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีระยะเวลาการเจ็บป่วยที่ยาวนาน จะเกิดความความท้อแท้ มีความหวังลดลง และอาจนำไปสู่การมีพฤติกรรมการจัดการตนเองที่ไม่เหมาะสม ในการศึกษาครั้งนี้พบว่าความหวังมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางกับพฤติกรรมการจัดการตนเองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (r_s = .51, p < .01) และความหวังสามารถทำนายพฤติกรรมการจัดการตนเองในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองชนิดตีบตันได้ (β = .19, p < .05) อธิบายได้ว่าความหวังเป็นสิ่งที่ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองใช้ในการเผชิญกับความเครียดในสถานการณ์ที่คุกคามภาวะสุขภาพ ความสำคัญของความหวังจะช่วยในการเอาชนะความท้าทายในการดำรงชีวิตของผู้ที่มีความบกพร่องเรื้อรังทั้งด้านร่างกายและจิตใจ นอกจากนี้การพิจารณาแบบสอบถามรายข้อพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความคิดเห็นว่าชีวิตมีคุณค่าและมีความหมายสูงที่สุด รองลงมาคือมีความเข้มแข็งภายในจิตใจ แสดงให้เห็นว่ากลุ่มตัวอย่างเห็นคุณค่าในตนเองร่วมกับส่วนใหญ่มีความหวังโดยรวมอยู่ในระดับสูง จึงส่งผลให้มีพฤติกรรมการจัดการตนเองอย่างเหมาะสมมากขึ้นด้วย สอดคล้องกับการศึกษาของ Lei, Han และ Liu[25] ที่ทำการศึกษาถึงพฤติกรรมการจัดการตนเองในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองพบว่า ความหวังมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการจัดการตนเองในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง และสามารถทำนายพฤติกรรมการจัดการตนเองในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังนั้นผลการศึกษาถึงปัจจัยด้านความหวังจึงเป็นไปตามสมมติฐาน และสอดคล้องกับกรอบแนวคิดการจัดการตนเองของบุคคลและครอบครัว กล่าวคือ ความหวังนับเป็นความปรารถนาหรือความเชื่อ เมื่อมองเห็นเป้าหมายและความเป็นไปได้ที่จะเกิดผลลัพธ์ที่ดีในอนาคต ซึ่งนับเป็นปัจจัยที่อำนวยความสะดวกต่อการมีพฤติกรรมการจัดการตนเองอย่างเหมาะสม

ปัจจัยด้านแรงจูงใจในการฟื้นฟูสมรรถภาพพบว่ากลุ่มตัวอย่างทั้งหมดมีแรงจูงใจในการฟื้นฟูสมรรถภาพอยู่ในระดับสูง เมื่อพิจารณารายด้านพบว่าแรงจูงใจด้านการควบคุมจากภายนอกมีคะแนนเฉลี่ยสูงที่สุด ($\overline{X}$ = 4.67, SD = 0.34) โดยมีประเด็นรายข้อที่น่าสนใจ กล่าวคือ กลุ่มตัวอย่างมีความเห็นว่าการเริ่มต้นการฟื้นฟูสมรรถภาพโดยเร็วที่สุด จะทำให้สามารถฟื้นตัวได้เร็ว ($\overline{X}$ = 4.79, SD = 0.44) และกลุ่มตัวอย่าง

ยังได้รับการอำนวยความสะดวกจากครอบครัวและเพื่อนร่วมงานในการฟื้นฟูสมรรถภาพ ($\overline{X}$ = 4.59, SD = 0.62) นั่นหมายความว่าแรงจูงใจภายนอกมีความสำคัญต่อการฟื้นฟูสมรรถภาพของกลุ่มตัวอย่าง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Rapoliene และคณะ[12] ที่พบว่า ในระยะแรกของการฟื้นฟูสมรรถภาพนั้น แรงจูงใจภายนอกเป็นสิ่งที่สำคัญกว่าแรงจูงใจภายในตัวบุคคล แต่เมื่อระยะเวลาผ่านไปกลับพบว่าแรงจูงใจภายในจะมีความสำคัญมากขึ้นและส่งผลต่อความสม่ำเสมอในการมีพฤติกรรมการออกกำลังกายเพื่อฟื้นฟูสมรรถภาพของผู้ป่วย ถึงแม้ว่าการฟื้นฟูสมรรถภาพจะได้ผลดีในช่วง 3-6 เดือนแรก แต่ผู้ป่วยก็ยังคงต้องทำการฟื้นฟูสมรรถภาพอย่างต่อเนื่องไปอีก 1-2 ปี อาจส่งผลทำให้ผู้ป่วยรู้สึกเบื่อหน่าย ขาดความสนใจและขาดแรงจูงใจในการฟื้นฟูสมรรถภาพ แต่ในการศึกษาในครั้งนี้แสดงให้เห็นว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีระยะเวลาในการเจ็บป่วยมากกว่า 6 เดือนกลับมีคะแนนเฉลี่ยของแรงจูงใจในการฟื้นฟูสมรรถภาพโดยรวม ($\overline{X}$ = 31.20, SD = 2.29) สูงกว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีระยะเวลาการเจ็บป่วยน้อยกว่าหรือเท่ากับ 6 เดือนเล็กน้อย ($\overline{X}$ = 30.92, SD = 2.71) ในขณะที่คะแนนเฉลี่ยรายด้านของทั้งสองกลุ่มมีความใกล้เคียงกัน ที่เป็นเช่นนี้อาจเป็นผลมาจากการได้รับแรงกระตุ้นจากครอบครัวหรือเพื่อนร่วมงานในการฟื้นฟูสมรรถภาพภายหลังจากการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง และยังพบว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีระดับการศึกษาสูงจะมีคะแนนแรงจูงใจในการฟื้นฟูสมรรถภาพเฉลี่ยสูงกว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีระดับการศึกษาต่ำกว่ากล่าวคือ กลุ่มตัวอย่างที่จบการศึกษาระดับปริญญาตรีหรือสูงกว่า ($\overline{X}$ = 31.97, SD = 1.78) ระดับมัธยมหรือเทียบเท่า ($\overline{X}$ = 31.85, SD = 1.75) และระดับประถมศึกษาหรือต่ำกว่า ($\overline{X}$ = 29.59, SD = 2.68) ตามลำดับ และเมื่อพิจารณาเกี่ยวกับเศรษฐานะ จะพบว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีรายได้เพียงพอ ($\overline{X}$ = 31.29, SD = 2.22) จะมีคะแนนแรงจูงใจในการฟื้นฟูสมรรถภาพเฉลี่ยสูงกว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีรายได้ไม่เพียงพอ ($\overline{X}$ = 30.19, SD = 2.05)

จากการศึกษาพบว่า แรงจูงใจในการฟื้นฟูสมรรถภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางกับพฤติกรรรมการจัดการตนเอง (r_s = .56, p < .01) และสามารถทำนายพฤติกรรมการจัดการตนเองในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองชนิดตีบตันได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (β = .41, p < .001) สอดคล้องกับการศึกษาของ Park, Ko และ Kang[14] ที่พบว่าแรงจูงใจในการฟื้นฟูสมรรถภาพมีความสัมพันธ์ต่อการยึดมั่นในการฟื้นฟูสมรรถภาพ และสามารถทำนายการยึดมั่นในการฟื้นฟูสมรรถภาพได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เช่นเดียวกับการศึกษาของ Maclean และคณะ[11] ที่แสดงให้เห็นว่าระดับของการเคลื่อนไหวภายหลังการเกิดโรคหลอดเลือดสมองขึ้นอยู่กับแรงจูงใจในการฟื้นฟูสภาพ อธิบายได้ว่าเมื่อผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองชนิดตีบตันมีแรงจูงใจในการฟื้นฟูสมรรถภาพอยู่ในระดับสูง ซึ่งเป็นปัจจัยที่เอื้ออำนวยความสะดวกให้ผู้ป่วยมีความต้องการที่จะฟื้นหายจากโรคหลอดเลือดสมอง มีการใช้ทรัพยากรต่างๆ อย่างเหมาะสม จะส่งผลให้มีพฤติกรรมการจัดการตนเองอย่างที่ดีมากขึ้น

การสนับสนุนจากครอบครัว กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ได้รับการสนับสนุนจากครอบครัวอยู่ในระดับสูง อธิบายได้ว่ากลุ่มตัวอย่างได้รับการสนับสนุนจากครอบครัวเป็นอย่างดี เนื่องจากสังคมไทยเป็นสังคมของความกตัญญูกตเวที ร่วมกับค่านิยมของสังคมไทยที่ภรรยาต้องดูแลสามีและสมาชิกทุกคนในครอบครัวต้องดูแลซึ่งกันและกัน จากการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีผู้ดูแลหลักคือคู่สมรสและลูกในสัดส่วนที่ใกล้เคียงกันคือร้อยละ 41.4 และร้อยละ 37.5 ตามลำดับ โดยที่การสนับสนุนจากครอบครัวมีความสัมพันธ์ทางบวกระดับปานกลางกับพฤติกรรมการจัดการตนเอง (r_s = .45, p < .01) และสามารถทำนายพฤติกรรมการจัดการตนเองในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองชนิดตีบตันได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (β = .24, p = .002) นั่นความหมายว่าผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองชนิดตีบตันที่ได้รับ

การสนับสนุนจากครอบครัวอยู่ในระดับสูง ส่งผลให้มีพฤติกรรมการจัดการตนเองในระดับดีด้วยเช่นกัน กล่าวคือเมื่อผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองชนิดตีบตันได้รับการช่วยเหลือ การดูแลเอาใจใส่ ตลอดจนกำลังใจจากครอบครัวในด้านต่างๆ จะช่วยให้ผู้ป่วยมีกำลังใจและมีความเชื่อมั่นมากขึ้นในการที่จะปฏิบัติพฤติกรรมการจัดการตนเองให้เป็นผลสำเร็จ อีกทั้งยังเพิ่มศักยภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองชนิดตีบตันในการมีพฤติกรรมการจัดการตนเองที่เหมาะสมอีกด้วย ถึงแม้ว่ายังไม่พบงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการสนับสนุนจากครอบครัวต่อพฤติกรรมการจัดการตนเองในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองชนิดตีบตันโดยตรง แต่ทว่าการสนับสนุนจากครอบครัวนั้นเป็นส่วนหนึ่งของการสนับสนุนทางสังคม การศึกษาครั้งนี้จึงสอดคล้องกับการศึกษาของ Guan, Wang และ Lian[6] และการศึกษาของ Lei, Han และ Liu[24] ที่พบว่าการสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง สามารถทำนายพฤติกรรมการจัดการตนเองได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ความเหนื่อยล้า จากผลการศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีคะแนนความเหนื่อยล้าเฉลี่ย 3.41 (SD = 2.36) ส่วนใหญ่ร้อยละ 87.5 ไม่มีปัญหาจากความเหนื่อยล้า และมีเพียงส่วนน้อยคือร้อยละ 12.5 ที่มีปัญหาจากความเหนื่อยล้า อธิบายได้ว่ากลุ่มตัวอย่างกว่าครึ่งมีระยะเวลาการเจ็บป่วยมากกว่า 1 ปี คิดเป็นร้อยละ 59.3 ซึ่งอาจมีการฟื้นตัวจากโรคหลอดเลือดสมองชนิดตีบตัน ร่วมกับกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีผู้ดูแลหลักที่สามารถคอยดูแลช่วยเหลือสิ่งต่างๆ เพื่ออำนวยความสะดวกให้กับผู้ป่วย จึงส่งผลให้ผู้ป่วยไม่มีปัญหาจากความเหนื่อยล้า แต่อย่างไรก็ตามความเหนื่อยล้าก็ยังเป็นอาการสำคัญอย่างหนึ่งที่เกิดขึ้นภายหลังจากการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง และจำเป็นต้องได้รับการรักษาหรือการแก้ไข เนื่องจากความเหนื่อยล้าหลังเกิดโรคหลอดเลือดสมองส่งผลเสียต่อประสิทธิภาพการทำงานและบทบาทในชีวิตประจำวัน รวมถึงการกลับไปทำงาน โดยผลการศึกษาในครั้งนี้ยังแสดงให้เห็นว่า ความเหนื่อยล้ามีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมการจัดการตนเองในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองชนิดตีบตันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -.27$, $p < .01$) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Muina-Lopez และ Guidon[26] ที่ได้ทำการศึกษาถึงความเหนื่อยล้าภายหลังจากการเกิดโรคหลอดเลือดสมองต่อสมรรถนะแห่งตนและความสามารถในการทำงาน (functional ability) ในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเรื้อรังพบว่า ความเหนื่อยล้ามีความสัมพันธ์ทางลบกับการทำกิจวัตรประจำวันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยความเหนื่อยล้าที่เกิดขึ้นเป็นความเหนื่อยล้าทางกายมากที่สุด รองลงมาเป็นความเหนื่อยล้าที่เกี่ยวข้องกับการทำกิจกรรมต่างๆ และความเหนื่อยล้าทางจิตใจตามลำดับ

ถึงแม้ว่าการศึกษาในครั้งนี้จะชี้ให้เห็นว่าความเหนื่อยล้ามีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมการจัดการตนเอง หากแต่ความเหนื่อยล้าไม่สามารถทำนายพฤติกรรมการจัดการตนเองได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($\beta = .03$, $p = .66$) จึงไม่เป็นไปตามสมมติฐานและกรอบแนวคิดการจัดการตนเองของบุคคลและครอบครัวที่ได้อธิบายไว้ว่าอาการข้างเคียงหรือผลกระทบจากการเจ็บป่วย ซึ่งในการศึกษาครั้งนี้หมายถึงความเหนื่อยล้านั้นเป็นปัจจัยที่เป็นอุปสรรคต่อการที่บุคคลจะมีพฤติกรรมการจัดการตนเองที่ดี ทั้งนี้อาจเป็นผลเนื่องมาจากการที่กลุ่มตัวอย่างเกือบทั้งหมดคือร้อยละ 95.3 มีผู้ดูแลอย่างใกล้ชิด โดยส่วนใหญ่เป็นคู่สมรสและลูกหลาน และร้อยละ 89.8 มีจำนวนสมาชิกในครอบครัวมากกว่า 2 คนขึ้นไป ทำให้มีผู้ช่วยเหลือหรือดูแลผู้ป่วย และลดภาระในการทำกิจกรรมต่างๆ จึงส่งผลให้ในการศึกษาครั้งนี้กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่มีความเหนื่อยล้า และอาจไม่ส่งผลต่อพฤติกรรมการจัดการตนเอง

สรุปและข้อเสนอแนะ

จากการวิจัยในครั้งนี้พบว่าความหวัง แรงจูงใจในการฟื้นฟูสมรรถภาพ และการสนับสนุนจากครอบครัวสามารถทำนายพฤติกรรมการจัดการตนเองในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองชนิดตีบตันได้ ดังนั้นทีมสุขภาพจึงควรพัฒนาแนวทางในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองชนิดตีบตัน ดังนี้

ด้านการปฏิบัติการพยาบาล

1. พยาบาลและทีมสุขภาพควรจัดกิจกรรมเพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีแรงจูงใจในการฟื้นฟูสมรรถภาพ

2. พยาบาลควรมีการส่งเสริมให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแล และช่วยเหลือเพื่อเสริมศักยภาพพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยให้เหมาะสมมากยิ่งขึ้น ในด้านความหวังควรมีการพัฒนากิจกรรมการพยาบาลเพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีความหวังและนำไปสู่พฤติกรรมการจัดการตนเองที่เหมาะสมต่อไป

ด้านการทำวิจัย

1. สามารถนำผลการวิจัยในครั้งนี้ไปเป็นข้อมูลพื้นฐาน เพื่อนำไปสู่การพัฒนาโปรแกรมสร้างเสริมพฤติกรรมการจัดการตนเอง สำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง หรือโปรแกรมเสริมสร้างปัจจัยด้านต่างๆ ที่มีความสัมพันธ์ และมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการจัดการตนเอง เพื่อให้ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีพฤติกรรมการจัดการตนเองที่เหมาะสมต่อไป

2. ควรมีการศึกษาถึงปัจจัยอื่นๆ ที่เป็นปัจจัยอำนวยความสะดวก และปัจจัยที่เป็นอุปสรรคต่อการมีพฤติกรรมการจัดการตนเองที่เหมาะสมที่ยังไม่ได้ศึกษาในครั้งนี้ ซึ่งอาจเป็นตัวแปรที่มีความสัมพันธ์ และมีอิทธิพลมากกว่าตัวแปรที่ทำการศึกษาในครั้งนี้

3. ควรมีการศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยโรคทางระบบประสาทอื่นๆ ที่แตกต่างไปจากการศึกษาในครั้งนี้ เนื่องจากผู้ป่วยโรคทางระบบประสาทโรคอื่นๆ อาจมีความแตกต่างกันในด้านลักษณะของโรค ความหวัง แรงจูงใจในการฟื้นฟูสมรรถภาพ การสนับสนุนจากครอบครัวและความเหนื่อยล้า เพื่อให้ได้ข้อมูลที่สามารถนำไปประยุกต์ใช้ได้ในหลายบริบท อีกทั้งเป็นประโยชน์ในการวางแผนการดูแลผู้ป่วยกลุ่มโรคอื่นด้วย

References

1. World Health Organization. Global health estimates 2016: disease burden by cause, age, sex, by country and by region, 2006-2016 [Internet]. Geneva, Switzerland; WHO; 2018 [cited 2019 Sep 7]. Available from: http://www.who.int/healthinfo/global_burden_disease/estimates/en/index1.html.
2. Venketasubramanian N, Yoon BW, Pandian J, Navarro JC. Stroke epidemiology in South, East, and South-East Asia: a review. J Stroke. 2017;19(3):286-94. doi: 10.5853/jos.2017.00234.
3. Coupland AP, Thapar A, Qureshi MI, Jenkins H, Davies AH. The definition of stroke. J R Soc Med. 2017;110(1):9-12. doi: 10.1177/0141076816680121.
4. Joice S. Self-management following stroke. Nurs Stand. 2012;26(22):39-46. doi: 10.7748/ns2012.02.26.22.39.c8919.
5. Sadler E, Wolfe CDA, Jones F, McKevitt C. Exploring stroke survivors' and physiotherapists' views of self-management after stroke: a qualitative study in the UK. BMJ Open. 2017;7(3):e011631. doi: 10.1136/bmjopen-2016-011631.

6. Guan F-G, Wang M, Lian X-Q. The status quo and influence of self-management behaviors in convalescent stroke patients. Front Nurs. 2018;5(2):119-25. doi: 10.2478/fon-2018-0016.
7. Nantharaksa C, Phuthikhamin N. Hope in patients with cerebrovascular disease during rehabilitation phase. North-Eastern Thai Journal of Neuroscience. 2013;8(2):35-55. (in Thai).
8. Kortte KB, Stevenson JE, Hosey MM, Castillo R, Wegener ST. Hope predicts positive functional role outcomes in acute rehabilitation populations. Rehabil Psychol. 2012;57(3):248-55. doi: 10.1037/a0029004.
9. Chen Y, Fu G, Liang F, Wei J, He J, Bai J. Symptoms, hope, self-management behaviors, and quality of life among Chinese preoperative patient with symptomatic valvular heart diseases. J Transcult Nurs. 2020;31(3):284-93. doi: 10.1177/1043659619864157.
10. Wang L-Y, Chang P-C, Shih F-J, Sun C-C, Jeng C. Self-care behavior, hope, and social support in Taiwanese patients awaiting heart transplantation. J Psychosom Res. 2006;61(4):485-91. doi: 10.1016/j.jpsychores.2004.11.013.
11. Maclean N, Pound P, Wolfe C, Rudd A. Qualitative analysis of stroke patients' motivation for rehabilitation. BMJ. 2000;321(7268):1051-4. doi: 10.1136/bmj.321.7268.1051.
12. Rapoliene J, Endzelyte E, Jaseviciene I, Savickas R. Stroke patients motivation influence on the effectiveness of occupational therapy. Rehabil Res Pract. 2018;2018:9367942. doi: 10.1155/2018/9367942.
13. Rosland A-M, Heisler M, Choi H-J, Silveira MJ, Piette JD. Family influences on self-management among functionally independent adults with diabetes or heart failure: do family members hinder as much as they help? Chronic Illn. 2010;6(1):22-33. doi: 10.1177/1742395309354608.
14. Park AS, Ko E, Kang HS. Comparison of motivation for rehabilitation, family support and adherence to rehabilitation between depressive and non-depressive stroke patients. Korean J Rehabil Nurs. 2016;19(2):138-47. doi: 10.7587/kjrehn.2016.138.
15. Acciarresi M, Bogousslavsky J, Paciaroni M. Post-stroke fatigue: epidemiology, clinical characteristics and treatment. Eur Neurol. 2014;72(5-6):255-61. doi: 10.1159/000363763.
16. MacIntosh BJ, Edwards JD, Kang M, Cogo-Moreira H, Chen JL, Mochizuki G, et al. Post-stroke fatigue and depressive symptoms are differentially related to mobility and cognitive performance. Front Aging Neurosci. 2017;9:343. doi: 10.3389/fnagi.2017.00343.

17. Flinn NA, Stube JE. Post-stroke fatigue: qualitative study of three focus groups. Occup Ther Int. 2010;17(2):81-91. doi: 10.1002/oti.286.
18. Grey M, Schulman-Green D, Knafl K, Reynolds NR. A revised self- and family management framework. Nurs Outlook. 2015;63(2):162-70. doi: 10.1016/j.outlook.2014.10.003.
19. Jodnok K, Panomai N. Factors affecting self-care behaviors of stroke patients in Bungkan hospital, Bungkan District, Bungkan Province. North-Eastern Thai Journal of Neuroscience. 2018;13(2):38-55. (in Thai).
20. Herth K. Abbreviated instrument to measure hope: development and psychometric evaluation. J Adv Nurs. 1992;17(10):1251-9. doi: 10.1111/j.1365-2648.1992.tb01843.x.
21. White GN, Cordato D, O'Rourke F, Mendis RL, Ghia DK, Chan DKY. Validation of the stroke rehabilitation motivation scale: a pilot study. Asian J Gerontol Geriatr. 2012;7(2):80-7.
22. Krupp LB, LaRocca NG, Muir-Nash J, Steinberg AD. The fatigue severity scale: application to patients with multiple sclerosis and systemic lupus erythematosus. Arch Neurol. 1989;46(10):1121-3. doi: 10.1001/archneur.1989.00520460115022.
23. Benjamin EJ, Blaha MJ, Chiuve SE, Cushman M, Das SR, Deo R, et al. Heart disease and stroke statistics-2017 update: a report from the American Heart Association. Circulation. 2017;135(10): e146-e603. doi: 10.1161/CIR.0000000000000485.
24. Yan H, Liu B, Meng G, Shang B, Jie Q, Wei Y, et al. The influence of individual socioeconomic status on the clinical outcomes in ischemic stroke patients with different neighborhood status in Shanghai, China. Int J Med Sci. 2017;14(1):86-96. doi: 10.7150/ijms.17241.
25. Lei T-T, Han H-M, Liu X-J. Multiple mediation effects of health locus of control and hope on the relationship between stroke patients' social support and self-management. Front Nurs. 2020;7(1):49-57. doi: 10.2478/fon-2020-0005.
26. Muina-Lopez R, Guidon M. Impact of post-stroke fatigue on self-efficacy and functional ability. Eur J Physiother. 2013;1(2):86-92. doi: 10.3109/21679169.2013.792868.

Predictors of Psychological Well-Being among Adolescents Receiving Cancer Chemotherapy*

Piyarat Samantarath, RN, PhD[1], Sirada Kesornsri, RN, PhD[2], Sudchai Jittayanont, RN, BNS[3], Somjai Kanchanapongkul, MD, Dip[3]

Abstract

Purpose: This research aims to investigate the predictive abilities of symptom experiences, anxiety, and resiliency on psychological well-being among adolescents undergoing and underwent chemotherapy for cancer.

Design: Predictive study.

Methods: Participants were 100 adolescents undergoing cancer treatment at the Division of Pediatric Hematology and Oncology at a tertiary referral hospital in Bangkok. Data were collected through Demographic and Medical Record Form, the Modified Memorial Symptom Assessment Scale, Hospital Anxiety and Depression Scale, Connor-Davidson Resilience Scale, and Ryff's Psychological Well-Being Scale. Data were analyzed by stepwise method of multiple regression analysis.

Main findings: An average score of psychological well-being reported by adolescents with cancer was 77.30 (SD = 8.66). Resiliency and symptom experience could significantly predict psychological well-being and explain 29% of the variances (R^2 = .29).

Conclusions and recommendations: Resiliency and symptom experience were statistically significant predictors of psychological well-being in adolescents underwent cancer chemotherapy. Nurses should play heed to assess the symptoms and help adolescents to be able to manage the symptoms either during chemotherapy session or completed treatment phase, as well as promote adolescents' psychological well-being through activities that strengthen their resiliency. In addition, parents' awareness of the importance of promoting adolescents' resiliency should be raised so that their adolescents will achieve the adjustment to illness and increased psychological well-being.

Keywords: adolescent with cancer, chemotherapy, psychological well-being, resilience, symptom experiences

Nursing Science Journal of Thailand. 2022;40(2):124-139

Corresponding Authors: Pol. Maj. Piyarat Samantarath, Faculty of Nursing, Huachiew Chalermprakiet University, Samutprakarn Province 10540, Thailand; e-mail: piyarat.sam@live.hcu.ac.th

* *This research project was supported by Huachiew Chalermprakiet University*

[1] *Faculty of Nursing, Huachiew Chalermprakiet University, Samutprakarn, Thailand*

[2] *Faculty of Nursing, Mahidol University, Nakorn Pathom, Thailand*

[3] *Queen Sirikit National Institute of Child Health, Bangkok, Thailand*

Received: 7 November 2021 / Revised: 5 February 2022 / Accepted: 8 February 2022

ปัจจัยทำนายสุขภาวะทางจิตใจของวัยรุ่นโรคมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัด*

ปิยรัตน์ สมันตรัฐ, ปร.ด.[1] ศิรดา เกษรศรี, ปร.ด.[2] สุดใจ จิตตยานนท์ พย.บ.[3] สมใจ กาญจนาพงศ์กุล พ.บ., อว.[3]

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์: เพื่อศึกษาอำนาจการทำนายของประสบการณ์ด้านอาการ ภาวะวิตกกังวล และความแข็งแกร่งและยืดหยุ่นของชีวิต ต่อสุขภาวะทางจิตใจของผู้ป่วยวัยรุ่นโรคมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัด

รูปแบบการวิจัย: การวิจัยเชิงทำนาย

วิธีดำเนินการวิจัย: กลุ่มตัวอย่างในการวิจัย ได้แก่ ผู้ป่วยวัยรุ่นโรคมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัด จำนวน 100 ราย ที่มารับการรักษาที่แผนกโลหิตวิทยาและมะเร็งเด็กโรงพยาบาลระดับตติยภูมิขั้นสูงแห่งหนึ่งในกรุงเทพมหานคร เก็บข้อมูลโดยใช้แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลโรคและการรักษา แบบบันทึกอาการจากโรคและการรักษา แบบวัดอาการวิตกกังวลและอาการซึมเศร้าฉบับภาษาไทย แบบวัดความแข็งแกร่งและยืดหยุ่นของชีวิต และแบบวัดการรับรู้สุขภาวะทางจิตใจ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้การวิเคราะห์ถดถอยเชิงพหุคูณด้วยวิธีการถดถอยแบบขั้นตอน

ผลการวิจัย: ผู้ป่วยวัยรุ่นโรคมะเร็งมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้สุขภาวะทางจิตใจเท่ากับ 77.30 (SD = 8.66) ความแข็งแกร่งและยืดหยุ่นของชีวิต และประสบการณ์ด้านอาการ สามารถทำนายสุขภาวะทางจิตใจในผู้ป่วยวัยรุ่นโรคมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัด ได้ร้อยละ 29 (R^2 = .29)

สรุปและข้อเสนอแนะ: ความแข็งแกร่งและยืดหยุ่นของชีวิต และประสบการณ์ด้านอาการสามารถทำนายสุขภาวะทางจิตใจในวัยรุ่นโรคมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัดได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ พยาบาลที่ดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้ควรให้ความสำคัญกับการประเมินอาการ และช่วยให้ผู้ป่วยสามารถจัดการกับอาการต่างๆ ทั้งในระหว่างการได้รับการรักษาหรือหลังจากหยุดยาเคมีบำบัดแล้ว และควรส่งเสริมมีสุขภาวะทางจิตใจที่ดี โดยการจัดกิจกรรมเพื่อพัฒนาความแข็งแกร่งและยืดหยุ่นของชีวิต อีกทั้งสร้างความตระหนักของผู้ปกครองถึงความสำคัญในการส่งเสริมให้วัยรุ่นพัฒนาความแข็งแกร่งและยืดหยุ่นของชีวิต เพื่อที่จะปรับตัวต่อความเจ็บป่วยและมีสุขภาวะทางจิตใจที่ดีได้

คำสำคัญ: วัยรุ่นโรคมะเร็ง เคมีบำบัด สุขภาวะทางจิตใจ ความแข็งแกร่งและยืดหยุ่นของชีวิต ประสบการณ์ด้านอาการ

Nursing Science Journal of Thailand. 2022;40(2):124-139

ผู้ประสานงานการเผยแพร่: พ.ต.ต.หญิงปิยรัตน์ สมันตรัฐ, คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ อำเภอบางพลี จังหวัดสมุทรปราการ 10540, e-mail: piyarat.sam@live.hcu.ac.th

** งานวิจัยนี้ได้รับทุนสนับสนุนจากมหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ*

[1] คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ

[2] คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

[3] สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี

วันที่รับบทความ: 7 พฤศจิกายน 2564 / วันที่แก้ไขบทความเสร็จ: 5 กุมภาพันธ์ 2565 / วันที่ตอบรับบทความ: 8 กุมภาพันธ์ 2565

ความสำคัญของปัญหา

โรคมะเร็งเป็นสาเหตุการตายที่สำคัญอันดับหนึ่งของคนไทยโดยอัตราการเสียชีวิตมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นจาก 94.8 ในปี พ.ศ. 2554 เป็น 122.3 ต่อประชากร 100,000 คน ในปี พ.ศ. 2561[1] โรคมะเร็งยังคงเป็นสาเหตุการตายที่สำคัญในเด็กอายุต่ำกว่า 15 ปี รองลงมาจากอุบัติเหตุและโรคติดเชื้อ โดยอัตราการเสียชีวิตอยู่ที่ 11.8 รายต่อแสนคน[1] โดยประมาณหนึ่งในสามของผู้ป่วยมะเร็งในวัยเด็กได้รับการวินิจฉัยในช่วงวัยรุ่น[2] ซึ่งหมายถึงบุคคลอายุระหว่าง 10 ถึง 19 ปี ถือเป็นช่วงที่มีการเปลี่ยนแปลงและมีพัฒนาการทั้งทางร่างกาย สติปัญญา อารมณ์และบุคลิกภาพ และสังคมอย่างรวดเร็ว จากการสำรวจปัญหาสุขภาพจิตในกลุ่มต่างๆ พบว่ากลุ่มวัยรุ่นมีความเสี่ยงสูงที่จะเกิดโรคจิตเภท โรคซึมเศร้า และการใช้สารเสพติด[3] ดังนั้นวัยรุ่นกลุ่มที่ได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคมะเร็งถือเป็นสถานการณ์ที่ซับซ้อนและยากลำบากสำหรับวัยรุ่น ผู้ซึ่งยังคงอยู่ในกระบวนการพัฒนาความสามารถด้านสติปัญญาและเพิ่งจะเริ่มคิดถึงและวางแผนอนาคต ผู้ป่วยกลุ่มนี้จึงเป็นกลุ่มเสี่ยงต่อภาวะเบี่ยงเบนทางสุขภาพจิต

ปัจจุบันอัตรารอดชีพของโรคมะเร็งสูงขึ้น โดยอัตรารอดชีพ 5 ปีของโรคมะเร็งในเด็กตั้งแต่แรกเกิด-19 ปี อยู่ระหว่างร้อยละ 54.9-98.8[2] ดังนั้นในการดูแลเด็กป่วยกลุ่มนี้จึงมุ่งที่ผลที่ตามมาจากการรักษาและการยกระดับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย จากการทบทวนงานวิจัยที่ศึกษาในกลุ่มวัยรุ่นโรคมะเร็งในช่วง 10 ปีที่ผ่านมายืนยันว่าผู้ป่วยวัยรุ่นโรคมะเร็งมีคุณภาพชีวิตต่ำกว่าเด็กปกติวัยเดียวกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ[4-5] นอกจากนี้ยังพบว่าคุณภาพชีวิตด้านจิตใจของผู้ป่วยเด็กและวัยรุ่นโรคมะเร็งอยู่ในระดับปานกลางค่อนไปทางต่ำ[4] ซึ่งผลกระทบของโรคและการรักษามะเร็งในวัยรุ่นมีผลทั้งทางกาย อารมณ์และจิตใจและสังคม สำหรับผลกระทบทางกาย ได้แก่ ประสบการณ์ด้านอาการที่เด็กวัยรุ่นต้องเผชิญไม่ว่าจากตัวโรคหรือการรักษา[4,6] ผลกระทบทางด้านอารมณ์และจิตใจของวัยรุ่นที่ได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคมะเร็ง ได้แก่ ภาวะวิตกกังวล ภาวะซึมเศร้า ขาดความมั่นใจ รู้สึกแตกต่าง กลัวว่ากลับมาเป็นโรคอีก และกังวลผลกระทบต่อสุขภาพในอนาคต[7-8] นอกจากนี้การได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคมะเร็งในวัยนี้ ทำให้วัยรุ่นขาดการพัฒนาด้านสังคม เนื่องจากความเจ็บป่วยทำให้ยังต้องพึ่งพิงผู้ปกครองสูงกว่าเพื่อนวัยเดียวกัน ขาดการมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคม อีกทั้งเป็นอุปสรรคต่อการเรียนและการทำงาน ซึ่งหากผู้ป่วยวัยรุ่นไม่ได้รับการดูแลช่วยเหลือที่เหมาะสม อาจกลายเป็นปัญหาสุขภาพจิตในระยะยาวได้ ถึงแม้ว่าการได้รับการวินิจฉัยและการรักษาโรคมะเร็งจะส่งผลกระทบด้านลบต่อผู้ป่วยกลุ่มนี้ แต่ปัญหาหรือผลกระทบต่อภาวะสุขภาพจิตดังกล่าวเป็นปัญหาที่สามารถป้องกันหรือลดผลกระทบได้ หากบุคลากรด้านสุขภาพเข้าใจปัจจัยภายในตัวผู้ป่วยที่สามารถจัดการกับปัญหาหรือสิ่งเร้าที่เข้ามากระทบ

สุขภาวะทางจิตใจ (psychological well-being) หมายถึง การที่บุคคลประเมินตนเองว่ามีสุขภาพดี มีแหล่งความเข้มแข็งภายในตัวเองที่จะจัดการกับความเครียด ความกดดันต่างๆ และไม่เจ็บป่วย[9] เป็นสภาวะที่บุคคลปราศจากปัญหาสุขภาพจิต และการมีสภาวะที่สมบูรณ์ในสมรรถนะของตน อันประกอบด้วย ความเป็นตัวของตัวเอง (autonomy) การเรียนรู้และรู้จักสิ่งแวดล้อม (environmental mastery) การมีเป้าหมายของชีวิต (purpose in life) การรู้จักและยอมรับตัวเอง (self-acceptance) มีการเติบโต (personal growth) และมีสัมพันธภาพที่ดีกับบุคคลรอบข้าง (positive relations with others)[10] สุขภาวะทางจิตใจยังหมายรวมถึงการมี

สภาวะทางบวกในด้านต่างๆ ของชีวิต เช่น การคิดบวก การมีความพึงพอใจในชีวิต และการมีความสุข แนวคิดสุขภาวะทางจิตใจเป็นแนวคิดที่กำลังได้รับความสนใจมากขึ้น เนื่องจากสุขภาวะทางจิตใจนั้นมีความสำคัญต่อบุคคล เพราะสะท้อนให้เห็นถึงการดำเนินชีวิตอย่างมีคุณภาพของบุคคล และแสดงถึงการมีความสุข มีคุณภาพชีวิต และความพึงพอใจในชีวิต

ในปัจจุบันการศึกษาเกี่ยวกับสุขภาวะทางจิตใจของวัยรุ่นโรคมะเร็งยังมีไม่มาก[8,11-13] การศึกษาหนึ่งจากประเทศโรมาเนีย ได้ศึกษาสุขภาวะทางจิตใจของผู้ป่วยวัยรุ่นระหว่างการรักษาโรคมะเร็ง ตามองค์ประกอบของ Ryff ผลการศึกษาพบว่าผู้ป่วยวัยรุ่นที่มีสุขภาวะทางจิตใจสูงจะรายงานถึงผลกระทบของโรคต่อภาวะจิตสังคมต่ำ[12] อีกการศึกษาหนึ่งประเมินผลกระทบทางบวกและทางลบของโรคมะเร็งและคุณภาพชีวิตของวัยรุ่นที่ได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคมะเร็งตั้งแต่อายุ 8 ปีขึ้นไปและหยุดการรักษาแล้วอย่างน้อย 1 ปี ในการศึกษานี้สุขภาวะทางจิตใจ ถูกประเมินในฐานะที่เป็นองค์ประกอบหนึ่งของคุณภาพชีวิต โดยพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีคะแนนสุขภาวะทางจิตใจอยู่ในเกณฑ์ปกติ คะแนนเฉลี่ย 51.66 (SD = 8.89) ซึ่งสูงกว่าสุขภาวะทางกายซึ่งมีคะแนนเฉลี่ย 47.83 (SD = 7.31)[8] อีกการศึกษาหนึ่งในประเทศจีน สุขภาวะทางจิตใจประเมินจากอาการซึมเศร้าและความรู้สึกมีคุณค่าในตัวเอง โดยพบว่ากลุ่มตัวอย่างไม่ค่อยมีอาการซึมเศร้า คะแนนเฉลี่ย 16.54 (SD = 8.95, พิสัย 0-60) แต่อย่างไรก็ตามพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนความรู้สึกมีคุณค่าในตัวเองอยู่ในระดับปานกลาง คะแนนเฉลี่ยอยู่ที่ 25.85 (SD = 6.32, พิสัย 10-40)[11] อีกการศึกษาหนึ่งในอิตาลี สุขภาวะทางจิตใจประเมินจากภาวะซึมเศร้า (depression) อาการทางกายโดยไม่ทราบสาเหตุ (somatization) และภาวะวิตกกังวล (anxiety) ผลการศึกษาชี้ให้เห็นว่า เมื่อเวลาผ่านไปวัยรุ่นโรคมะเร็งมีสุขภาวะทางจิตใจดีขึ้น โดยพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยของภาวะซึมเศร้า อาการทางกายโดยไม่ทราบสาเหตุ และภาวะวิตกกังวล ในช่วง 12 เดือนหลังได้รับการวินิจฉัยลดลง เมื่อเทียบกับช่วง 6 เดือนหลังได้รับการวินิจฉัย[13] จะเห็นได้ว่ายังมีการศึกษาอยู่อย่างจำกัด และตัวแปรสุขภาวะทางจิตใจในแต่ละการศึกษามีความแตกต่างกัน แต่ทุกการศึกษาให้ผลการศึกษาที่น่าสนใจเหมือนกันคือ เมื่อผ่านระยะเวลาหนึ่ง สุขภาวะทางจิตใจของวัยรุ่นโรคมะเร็งดีขึ้น[8,11,13] และมีคะแนนสูงกว่าสุขภาวะทางกาย[8] จึงเป็นข้อสังเกตที่น่าสนใจว่า ปัจจัยทำนายใดมีอิทธิพลต่อภาวะสุขภาวะทางจิตใจของวัยรุ่นกลุ่มนี้

ประสบการณ์ด้านอาการซึ่งเป็นผลมาจากโรค กระบวนการของการวินิจฉัยและการรักษา ถือเป็นสิ่งเร้าภายนอกที่ทำให้วัยรุ่นเกิดความเครียด ถึงแม้ว่ายังไม่มีหลักฐานเชิงประจักษ์ที่ยืนยันถึงความสัมพันธ์ระหว่างประสบการณ์ด้านอาการกับสุขภาวะทางจิตใจของผู้ป่วยวัยรุ่นโรคมะเร็ง แต่มีการศึกษาที่เพิ่มขึ้นซึ่งยืนยันถึงความสัมพันธ์ระหว่างประสบการณ์ด้านอาการและคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยวัยรุ่นโรคมะเร็งโดยพบว่า ประสบการณ์ด้านอาการสามารถอธิบายความแปรปรวนของคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยวัยรุ่นโรคมะเร็งได้ร้อยละ 33.2-56.7[4,14] ผลการศึกษานี้อาจสนับสนุนความสัมพันธ์ระหว่างประสบการณ์ด้านอาการกับสุขภาวะทางจิตใจ จากการศึกษาของ Ho และคณะ[11] เสนอว่าสุขภาวะทางจิตใจ ซึ่งประเมินจากอาการซึมเศร้าและความรู้สึกมีคุณค่าในตัวเอง มีความสัมพันธ์ระดับปานกลางกับคุณภาพชีวิต โดยที่อาการซึมเศร้ามีความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพชีวิต ($r = -.54$, $p < .01$) ในขณะที่ความรู้สึกมีคุณค่าในตัวเองมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิต ($r = .56$, $p < .01$)[11]

นอกจากนี้ยังมีผลการศึกษาที่สนับสนุนความสัมพันธ์ระหว่างประสบการณ์ด้านอาการ กับมิติทางด้านจิตใจของผู้ป่วยวัยรุ่นโรคมะเร็ง กล่าวคือประสบการณ์ด้านอาการอธิบายความผันแปรของความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย (uncertainty in illness) ของวัยรุ่นโรคมะเร็ง[15] และประสบการณ์ด้านอาการ ได้แก่ อาการปวด เหนื่อยล้า และคลื่นไส้ มีความสัมพันธ์กับอารมณ์เชิงบวก ($r = .22$, $p < .05$) และอารมณ์เชิงลบ ($r = .48$, $p < .01$) โดยที่วัยรุ่นโรคมะเร็งที่มีอาการมากจะรายงานถึงอารมณ์เชิงลบเพิ่มขึ้น แต่อย่างไรก็ดี วัยรุ่นโรคมะเร็งที่มีอาการน้อยไม่ได้รายงานถึงอารมณ์เชิงบวกเพิ่มขึ้น[6] ตามกรอบแนวคิดของ Lazarus และ Folkman[16] เมื่อวัยรุ่นที่ป่วยเป็นโรคมะเร็งมีประสบการณ์ด้านอาการจะเข้าสู่การประเมินขั้นปฐมภูมิว่า ประสบการณ์ด้านอาการเป็นสิ่งเร้าที่คุกคาม หรือมีอันตรายต่อตนเอง ส่งผลให้วัยรุ่นเกิดความเครียด มีปัญหาสุขภาพจิต และอาจกระทบต่อสุขภาวะทางจิตใจได้

ความแข็งแกร่งและยืดหยุ่นของชีวิต (resilience) หมายถึง ความสามารถของบุคคลในการปรับตัวและฟื้นตัวภายหลังจากการเผชิญกับสถานการณ์ที่ก่อให้เกิดความยากลำบากหรือเหตุการณ์วิกฤต เป็นคุณลักษณะหนึ่งที่ช่วยให้บุคคลผ่านพ้นปัญหาอุปสรรคและดำเนินชีวิตได้อย่างมีความสุข[17] เป็นปัจจัยภายในตนเอง ในการช่วยจัดการกับความเครียด (coping) ส่งผลให้สามารถปรับตัวต่อการเจ็บป่วยและป้องกันการเกิดปัญหาสุขภาพจิตในระยะยาว ความแข็งแกร่งและยืดหยุ่นของชีวิตเป็นตัวแปรที่ยังมีการศึกษาอยู่อย่างจำกัดในกลุ่มวัยรุ่นที่มีภาวะสุขภาพเบี่ยงเบน โดยเฉพาะในกลุ่มผู้ป่วยโรคมะเร็ง โดยพบว่าผู้ป่วยวัยรุ่นโรคมะเร็งที่กำลังได้รับการรักษามีคะแนนความแข็งแกร่งและยืดหยุ่นของชีวิตปานกลางขึ้นไป[14,18] อย่างไรก็ตามในการศึกษาในวัยรุ่นที่กำลังได้รับยาเคมีบำบัดพบว่าร้อยละ 15.5 ของกลุ่มตัวอย่างมีคะแนนความแข็งแกร่งและยืดหยุ่นของชีวิตอยู่ในระดับต่ำ ซึ่งแสดงถึงมีปัญหาในการจัดการกับภาวะสุขภาพของตนเอง[18] นอกจากนี้จากผลการศึกษายังยืนยันถึงความสัมพันธ์ระหว่างความแข็งแกร่งและยืดหยุ่นของชีวิตกับคุณภาพชีวิต โดยพบว่าความแข็งแกร่งและยืดหยุ่นของชีวิตมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิต ($r = .44$, $p < .001$) และเมื่อเพิ่มตัวแปรความแข็งแกร่งและยืดหยุ่นของชีวิตเข้าไปในสมการ สามารถอธิบายความแปรปรวนของคุณภาพชีวิตของกลุ่มตัวอย่าง เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 56.7 เป็นร้อยละ 62.1[14] ถึงแม้ว่ายังไม่มีหลักฐานเชิงประจักษ์ที่สนับสนุนความสัมพันธ์ระหว่างความแข็งแกร่งและยืดหยุ่นของชีวิตกับสุขภาวะทางจิตใจในผู้ป่วยวัยรุ่นโรคมะเร็ง แต่จากการศึกษาในกลุ่มวัยรุ่นที่ไม่มีปัญหาสุขภาพในประเทศไทยและประเทศอิหร่าน พบว่าความแข็งแกร่งและยืดหยุ่นของชีวิตมีความสัมพันธ์ทางบวกกับสุขภาวะทางจิตใจ ($r = .66$, $p < .01$ และ $r = -.67$, $p < .01$ ตามลำดับ)[19-20] และความแข็งแกร่งและยืดหยุ่นของชีวิตร่วมกับการรับรู้สถานการณ์ความเครียด การสนับสนุนทางสังคม และการจัดการความเครียดแบบมุ่งแก้ปัญหาและแบบมุ่งจัดการอารมณ์ ร่วมกันอธิบายความแปรปรวนของสุขภาวะทางจิตใจของวัยรุ่นได้ร้อยละ 63[20] ตามกรอบแนวคิดของ Lazarus และ Folkman[16] หากวัยรุ่นที่ป่วยเป็นโรคมะเร็งประเมินขั้นต้นว่าประสบการณ์ด้านอาการเป็นสิ่งเร้าที่คุกคามหรือมีอันตรายต่อตนเอง ก็จะเข้าสู่ขั้นตอนการประเมินขั้นทุติยภูมิเพื่อแสวงหาแหล่งประโยชน์ที่เป็นปัจจัยภายในตนเอง ซึ่งในที่นี้ก็คือความแข็งแกร่งและยืดหยุ่นของชีวิต ส่งผลให้วัยรุ่นสามารถปรับตัวต่อการเจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็ง ไม่มีปัญหาสุขภาพจิตและมีสุขภาวะทางจิตใจที่ดีได้

การได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคมะเร็งในวัยรุ่น การรักษา อีกทั้งผลกระทบของโรคและการรักษาที่ตามมาเป็นสถานการณ์ที่ก่อให้เกิดความตึงเครียด และส่งผลต่อภาวะสุขภาพจิตของวัยรุ่น ภาวะวิตกกังวลและซึมเศร้าเป็นตัวแปรด้านภาวะสุขภาพจิตที่ผู้วิจัยจำนวนหนึ่งให้ความสนใจ Farhangi, Badiei และ Moharreri[7] ศึกษาความชุกของอาการผิดปกติทางจิตเวชในผู้ป่วยเด็กและวัยรุ่นโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวอายุ 7-17 ปี ที่กำลังได้รับการรักษาเพื่อให้โรคสงบคงอยู่ (maintenance phase) จำนวน 42 คน พบว่า กลุ่มตัวอย่างเกินครึ่งมีภาวะวิตกกังวล (ร้อยละ 59.5) และเกือบทุกคนมีภาวะซึมเศร้า Wu และคณะ[18] พบว่าผู้ป่วยวัยรุ่นโรคมะเร็งอายุ 11-19 ปีที่กำลังได้รับยาเคมีบำบัด พบว่าร้อยละ 20.8 ของกลุ่มตัวอย่างมีภาวะวิตกกังวล[18] จากการทบทวนการศึกษา 10 ปีที่ผ่านมา พบว่ายังมีการศึกษาจำนวนไม่มากพอที่ศึกษาถึงปัญหาหรือภาวะสุขภาพจิตในผู้ป่วยกลุ่มนี้ ขณะที่ได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัด นอกจากนี้จากการศึกษาความต้องการการดูแลของผู้ป่วยกลุ่มนี้ เสนอแนะว่าผู้ป่วยวัยรุ่นโรคมะเร็งต้องการการดูแลภาวะสุขภาพจิต ซึ่งพบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่ต้องการการสนับสนุนทางอารมณ์จากบุคลากรด้านสุขภาพ (ร้อยละ 84)[21] และต้องการให้บุคลากรด้านสุขภาพพูดคุยด้วยเพื่อลดความทุกข์ทรมานทางจิตใจ[21-22]

สุขภาวะทางจิตใจเป็นกระบวนทัศน์ที่เป็นนามธรรมและอัตวิสัย ซึ่งเริ่มมีผู้วิจัยให้ความสนใจมากขึ้น เนื่องจากสะท้อนให้เห็นถึงความสามารถในการปรับตัวต่อการเปลี่ยนแปลงและการดำเนินชีวิตอย่างมีคุณภาพ แต่อย่างไรก็ดี ยังมีรายงานการศึกษาอยู่อย่างจำกัดในกลุ่มผู้ป่วยวัยรุ่นโรคมะเร็ง และจากการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับสุขภาวะทางจิตใจของผู้ป่วยวัยรุ่นโรคมะเร็ง พบว่ายังไม่มีการศึกษาถึงความสัมพันธ์ระหว่างประสบการณ์ด้านอาการกับสุขภาวะทางจิตใจ และความสัมพันธ์ระหว่างความแข็งแกร่งและยืดหยุ่นของชีวิต กับสุขภาวะทางจิตใจ ยังมีการศึกษาค่อนข้างจำกัดอยู่ในกลุ่มวัยรุ่นที่ไม่มีปัญหาสุขภาพ ตามกรอบแนวคิดของ Lazarus และ Folkman[16] หากวัยรุ่นที่ป่วยเป็นมะเร็งรับรู้ถึงประสบการณ์ด้านอาการและประเมินในขั้นต้นว่า อาการเป็นสิ่งที่คุกคามหรือเป็นอันตรายต่อตนเอง ย่อมส่งผลให้วัยรุ่นเกิดความเครียดหรือมีภาวะวิตกกังวล แต่เมื่อวัยรุ่นประเมินขั้นทุติยภูมิว่าตนเองมีปัจจัยภายในตนเองที่จะเผชิญกับปัญหาหรืออันตรายที่เข้ามาคุกคามได้ ก็จะส่งผลให้วัยรุ่นสามารถปรับตัวและกลับมาสู่ภาวะสมดุลได้ ด้วยเหตุนี้ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาสุขภาวะทางจิตใจของผู้ป่วยวัยรุ่นโรคมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัด และศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างประสบการณ์ด้านอาการ ภาวะวิตกกังวล และความแข็งแกร่งและยืดหยุ่นของชีวิต กับสุขภาวะทางจิตใจของผู้ป่วยวัยรุ่นโรคมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัด เพื่อที่จะได้เพิ่มความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยง ได้แก่ ประสบการณ์ด้านอาการ และปัจจัยปกป้อง ได้แก่ ความแข็งแกร่งและยืดหยุ่นของชีวิตที่มีความสัมพันธ์กับสุขภาวะทางจิตใจผู้ป่วยวัยรุ่นโรคมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัด เพื่อจะเป็นองค์ความรู้พื้นฐานในการนำไปใช้ประโยชน์ในการพัฒนาโปรแกรมในการส่งเสริมสุขภาวะทางจิตใจของผู้ป่วยกลุ่มนี้ต่อไป

กรอบแนวคิดในการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยใช้กรอบแนวคิดความเครียดและการจัดการความเครียดของ Lazarus และ Folkman[16] ซึ่งกล่าวว่าความเครียดเป็นผลมาจากสิ่งแวดล้อมภายนอกร่วมกับปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ ทัศนคติ ลักษณะประจำตัว อารมณ์ ประสบการณ์ในอดีต ตลอดจนความต้องการของบุคคลนั้นเข้ามากระทบต่อบุคคลนั้นๆ ส่งผลให้บุคคลมีการใช้กระบวนการทางความคิดและสติปัญญา (cognitive appraisal)

ประเมินว่าเหตุการณ์หรือสิ่งคุกคามนั้นๆ มีอันตรายต่อตนเองอย่างไร โดยขั้นตอนแรกคือ การประเมินขั้นปฐมภูมิ (primary appraisal) หากประเมินว่ามีผลทางลบต่อตนเองในลักษณะใดลักษณะหนึ่ง ไม่ว่าจะเป็นลักษณะแรก คือ การเกิดอันตรายหรือสูญเสีย (harm or loss) เป็นการคาดการณ์ว่าตนเองสูญเสียพลังความสามารถอันมาจากความเจ็บป่วย ลักษณะที่สองคือการถูกคุกคาม (threat) เป็นการคาดการณ์ว่าสิ่งคุกคามนั้นทำให้เกิดความยุ่งยากลำบากตามมา หรือลักษณะสุดท้ายคือการท้าทาย (challenge) เป็นการคาดการณ์ว่าตนเองสามารถควบคุมเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นได้ ซึ่งการประเมิน 2 ลักษณะแรก ก็จะก่อให้เกิดความเครียด (stressful appraisal) ขึ้น จากนั้นบุคคลก็จะเข้าสู่ขั้นตอนการประเมินขั้นทุติยภูมิ (secondary appraisal) ซึ่งเป็นขั้นตอนที่มีความซับซ้อนและอาศัยความรู้และสติปัญญามากกว่าในขั้นตอนแรก เพื่อแสวงหาแหล่งประโยชน์ทั้งปัจจัยภายในตนเองและปัจจัยภายนอก ในการช่วยจัดการกับความเครียด (coping) และขั้นตอนการประเมินซ้ำซึ่งจะเกิดขึ้นอย่างต่อเนื่อง และนำไปสู่การปรับตัวหรือออกมาในรูปของการสู้หรือหนี เพื่อรักษาภาวะสมดุลของจิตใจ

จากกรอบแนวคิดความเครียดและการจัดการกับความเครียด ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง กล่าวได้ว่าอาการที่เป็นผลจากโรคมะเร็งและการรักษาด้วยยาเคมีบำบัด จึงเปรียบเสมือนสิ่งที่คุกคามที่ทำให้วัยรุ่นโรคมะเร็งรับรู้ว่าตนเองไม่เหมือนเดิม อยู่ในอันตราย และจะพยายามที่จะเอาชนะต่อสถานการณ์ที่มาคุกคามนั้น เพื่อควบคุมให้จิตใจกลับมาอยู่ในภาวะสมดุลอีกครั้ง โดยในขั้นตอนการประเมินหากวัยรุ่นโรคมะเร็งประเมินว่า ประสบการณ์ด้านอาการที่ตนเองกำลังเผชิญอยู่เป็นอันตรายหรือเป็นการถูกคุกคาม ก็จะส่งผลให้วัยรุ่นโรคมะเร็งเกิดความเครียด และมีการนำปัจจัยภายในตนเอง กล่าวคือความแข็งแกร่งและยืดหยุ่นของชีวิตมาช่วยในการเผชิญความเครียด ส่งผลให้สามารถปรับตัวต่อการเจ็บป่วยได้ ป้องกันการเกิดปัญหาสุขภาพจิตที่สำคัญ ได้แก่ ภาวะวิตกกังวล และยังส่งผลในระยะยาวทำให้วัยรุ่นโรคมะเร็งอยู่ในสภาวะที่สมบูรณ์ในสมรรถนะของตน หรือมีสุขภาวะทางจิตใจ ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดสุขภาวะทางจิตใจของ Ryff[10]

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อศึกษาอิทธิพลของประสบการณ์ด้านอาการ ภาวะวิตกกังวล และความแข็งแกร่งและยืดหยุ่นของชีวิตต่อสุขภาวะทางจิตใจผู้ป่วยวัยรุ่นโรคมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัด

สมมติฐานการวิจัย

ประสบการณ์ด้านอาการ ภาวะวิตกกังวล และความแข็งแกร่งและยืดหยุ่นของชีวิต สามารถทำนาย สุขภาวะทางจิตใจผู้ป่วยวัยรุ่นโรคมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัดได้

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษานี้เป็นการศึกษาวิจัยเชิงทำนาย (predictive research)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรเป้าหมายในการศึกษาครั้งนี้ คือ ผู้ป่วยวัยรุ่นเพศหญิงและเพศชายอายุระหว่าง 10-19 ปี ที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคมะเร็งที่เคยได้รับ หรืออยู่ระหว่างได้รับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัด

กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ ผู้ป่วยกลุ่มดังกล่าวที่มาตรวจติดตามการรักษาหรือรับยาเคมีบำบัดที่คลินิกโรคเลือดและมะเร็งในเด็ก และหอผู้ป่วยเด็กโรคเลือด โรงพยาบาลระดับตติยภูมิขั้นสูงแห่งหนึ่งในกรุงเทพมหานคร

การกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง โดยคำนวณค่าขนาดอิทธิพลจากค่า square multiple correlation (R^2)

ความสามารถของประสบการณ์ด้านอาการในการทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยวัยรุ่นโรคมะเร็ง ซึ่งมีค่า R^2 = .33[4] ได้ค่าขนาดอิทธิพลเท่ากับ .49 จึงนำมากำหนดเป็นค่าอิทธิพลระดับปานกลาง กำหนดระดับนัยสำคัญที่ .05 อำนาจการทดสอบ .80 จำนวนตัวแปรทำนาย 3 ตัวแปร ได้ขนาดตัวอย่าง 76 คน แต่เนื่องจากค่าอิทธิพลของปัจจัยหรือตัวแปรอื่นอาจต่ำกว่าค่าที่นำมาคำนวณ ซึ่งมาจากตัวแปรตัวเดียว ผู้วิจัยจึงเพิ่มขนาดตัวอย่างเป็น 100 คน ซึ่งเป็นขนาดตัวอย่างที่เหมาะสม[23]

เลือกกลุ่มตัวอย่างแบบสะดวก (convenience sampling) โดยกำหนดคุณสมบัติดังนี้

เกณฑ์การคัดเลือกผู้เข้าร่วมการวิจัย (inclusion criteria) ได้แก่ อายุระหว่าง 10-19 ปี ได้รับทราบผลการวินิจฉัยว่าเป็นโรคมะเร็ง เคยได้รับหรืออยู่ในระหว่างการรักษาด้วยยาเคมีบำบัด สามารถอ่านและเขียนภาษาไทยได้ และยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

เกณฑ์การคัดออกผู้เข้าร่วมการวิจัย (exclusion criteria) ผู้ป่วยที่มีความบกพร่องทางสติปัญญา หรือมีอาการเหนื่อยหายใจไม่สะดวก กำลังได้รับออกซิเจน หรือมีภาวะซึมมาก

เครื่องมือการวิจัย

1) แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล โรค และการรักษา ผู้วิจัยได้พัฒนาและใช้ในงานวิจัย *“ประสบการณ์ด้านอาการและอิทธิพลของอาการต่อคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยวัยรุ่นโรคมะเร็งระบบโลหิตวิทยาระหว่างได้รับยาเคมีบำบัด”*[4] ประกอบด้วย แบบสัมภาษณ์ข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ อายุ เพศ การศึกษา การหยุดเรียนระหว่างการรักษา ลักษณะที่พักอาศัย การได้รับแรงสนับสนุนจากครอบครัวขณะได้รับการรักษา และแบบบันทึกข้อมูลเกี่ยวกับโรคและการรักษา ได้แก่ วันที่ได้รับการวินิจฉัย ชนิดของโรคมะเร็ง diagnosis status, status of disease, treatment protocol, treatment phase, type of treatment และชนิดของเคมีบำบัดที่ได้รับในปัจจุบัน ซึ่งผู้วิจัยเป็นผู้บันทึกข้อมูลจากเวชระเบียนของผู้ป่วย

2) แบบบันทึกอาการจากโรคและการรักษา (The Modified Memorial Symptom Assessment Scale 7-12, MSAS 7-12)[24] พัฒนาโดย Collins และคณะ[24] แปลเป็นภาษาไทยด้วยวิธีการแปลย้อนกลับ (back-translation) โดยยุพาภรณ์ พงษ์สิงห์[25] และถูกนำไปใช้ประเมินประสบการณ์ด้านอาการในผู้ป่วยวัยรุ่นโรคมะเร็ง ผ่านการตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (content validity) ได้ค่า CVI มากกว่า .80[25] แบบสอบถามนี้ใช้ประเมินอาการทางกายและทางจิตในผู้ป่วยเด็กโรคมะเร็งในหลายมิติ ได้แก่ การเกิดอาการ ความถี่ในการเกิดอาการ ความรุนแรงของอาการ และความรู้สึกทุกข์ทรมาน/รบกวนจากอาการ ประกอบด้วยข้อคำถามเกี่ยวกับอาการที่พบบ่อย 8 อาการ ได้แก่ อาการอ่อนเปลี้ยไม่มีแรง ปวด คันยุบยิบ เบื่ออาหาร คลื่นไส้ นอนหลับยาก รู้สึกเศร้า รู้สึกหงุดหงิด อย่างไรก็ตามจะมีช่องว่างให้ผู้ป่วยเติมอาการอื่นๆ ที่มีนอกเหนือจาก 8 อาการ โดยกลุ่มตัวอย่างจะถูกถามว่ามีอาการดังกล่าวใน 2 วันที่ผ่านมาหรือไม่ ตัวอย่างข้อคำถาม ได้แก่ *“หนู/น้องมีอาการอ่อนเปลี้ยไม่มีแรงมากกว่าปกติหรือไม่”* (การเกิดอาการ) *“ถ้ามี มีอาการอ่อนเปลี้ยไม่มีแรงนานเท่าไร”* (ความถี่ในการเกิดอาการ) *“มีอาการอ่อนเปลี้ยไม่มีแรงมากเท่าไร”* (ความรุนแรงของอาการ) และ *“อาการอ่อนเปลี้ยไม่มีแรงรบกวนกิจวัตรประจำวันมากแค่ไหน”* (ความรู้สึกทุกข์ทรมาน/รบกวนจากอาการ) การตอบแบบสอบถามให้กลุ่มตัวอย่างประเมินว่ามีอาการที่ระบุหรือไม่ ถ้ามีให้ประเมินความถี่ของอาการตั้งแต่ 1 ระยะเวลาสั้นๆ ถึง 3 เกือบตลอดเวลา ความรุนแรงของอาการตั้งแต่ 1 รุนแรงเล็กน้อย ถึง 3 รุนแรงมาก สำหรับความทุกข์ทรมานจากอาการ (อาการรบกวนกิจวัตรประจำวันอย่างไร) ตั้งแต่ 0 ไม่รบกวนเลย ถึง 3 รบกวนมาก คะแนนของอาการแต่ละอาการ คือ ค่าเฉลี่ยของคะแนนทั้ง 3 มิติ มีค่าระหว่าง 0-3 คะแนน คะแนนรวมของประสบการณ์ด้านอาการ มาจากคะแนนรวมของแต่ละอาการ

หารด้วยจำนวนอาการที่พบ มีค่าระหว่าง 0-3 คะแนน โดยที่คะแนนมาก หมายถึง มีอาการมาก ในการศึกษาครั้งนี้ได้ทดสอบความเชื่อมั่น (reliability) กับผู้ป่วยวัยรุ่นโรคมะเร็งที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 20 ราย ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) เท่ากับ .94 และค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคจากกลุ่มตัวอย่างครั้งนี้เท่ากับ .89

3) แบบวัดอาการวิตกกังวลและอาการซึมเศร้าฉบับภาษาไทย (Thai Hospital Anxiety and Depression Scale) พัฒนาโดย Zigmond และ Snaith[26] ฉบับภาษาไทย (Thai HADS) แปลโดย ธนา นิลชัยโกวิทย์, มาโนช หล่อตระกูล และอุมาภรณ์ ไพศาลสุทธิเดช[27] ซึ่งรายงานค่าความไว (sensitivity) และความจำเพาะ (specificity) ของแบบสอบถามส่วนอาการวิตกกังวลเท่ากับร้อยละ 100 และร้อยละ 86 ตามลำดับ เป็นแบบวัดอาการวิตกกังวลและอาการซึมเศร้าของผู้ป่วยในโรงพยาบาล ในการศึกษาครั้งนี้ นำมาใช้เฉพาะข้อคำถามสำหรับวัดอาการวิตกกังวล 7 ข้อ เป็นแบบสอบถามที่ให้ผู้ป่วยตอบด้วยตนเอง ตัวอย่างข้อคำถาม ได้แก่ *"ฉันมีความรู้สึกกลัว คล้ายกับว่ากำลังจะมีเรื่องไม่ดีเกิดขึ้น"* กลุ่มตัวอย่างให้คะแนนคำตอบแต่ละข้อแบบ rating scale มีคะแนนข้อละตั้งแต่ 0-3 คะแนน คะแนนรวมอยู่ระหว่าง 0-21 คะแนน การแปลผลแบ่งเป็นช่วงของคะแนน 3 ระดับ คือ 0-7 คะแนน แสดงว่าไม่มีภาวะวิตกกังวล 8-10 คะแนน แสดงว่ามีภาวะวิตกกังวลแต่ยังไม่ถือเป็นความผิดปกติทางจิตเวชที่ชัดเจน และ 11-21 คะแนน แสดงว่ามีภาวะวิตกกังวลที่ถือว่าเป็นความผิดปกติทางจิตเวช ในการศึกษาครั้งนี้ใช้เกณฑ์คะแนนรวมตั้งแต่ 8 คะแนนขึ้นไป แปลว่ามีภาวะวิตกกังวล ทดสอบความเชื่อมั่น (reliability) กับผู้ป่วยวัยรุ่นโรคมะเร็งที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 20 ราย ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ .70 และค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคจากกลุ่มตัวอย่างครั้งนี้เท่ากับ .71

4) แบบวัดความแข็งแกร่งและยืดหยุ่นของชีวิต (Connor–Davidson Resilience Scale, CD-RIS) แบบสอบถามพัฒนาโดย Connor และ Davidson[17] ต่อมาได้รับการแปลเป็นภาษาไทยด้วยวิธีการแปลแบบย้อนกลับโดย นพพร ว่องศิริมาศ, วารีรัตน์ ถาน้อย และปิยาณี คล้ายนิล โยบาส[28] และนำไปใช้วัดความแข็งแกร่งและยืดหยุ่นของชีวิต นักศึกษามหาวิทยาลัย 966 คน ผลการทดสอบมีความตรงเชิงโครงสร้าง (construct validity) และค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ .86[21] แบบวัดนี้ใช้วัดความแข็งแกร่งและยืดหยุ่นของชีวิตในวัยรุ่น ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 10 ข้อ เป็นแบบสอบถามที่ให้ผู้ป่วยตอบด้วยตนเอง ตัวอย่างข้อคำถาม ได้แก่ *"ฉันสามารถจัดการกับสิ่งต่างๆ ที่เข้ามาไม่ว่าจะเป็นอะไรก็ตาม"* การตอบแบบสอบถามเป็นมาตรวัดที่มี 5 ระดับ มีค่าคะแนนระหว่าง 0 (ไม่จริงที่สุด) ถึง 4 (จริงตลอดเวลา) มีค่าคะแนนรวมอยู่ระหว่าง 0 ถึง 40 คะแนน ค่าคะแนนสูงสะท้อนถึงการมีความแข็งแกร่งและยืดหยุ่นของชีวิตสูง ทดสอบความเชื่อมั่น (reliability) กับผู้ป่วยวัยรุ่นโรคมะเร็งที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 20 ราย ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค .85 และค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคจากกลุ่มตัวอย่างครั้งนี้เท่ากับ .87

5) แบบวัดสุขภาวะทางจิตใจ (Psychological Well-Being Scale, PWBS) พัฒนาโดย Ryff และ Keyes[29] ได้รับการแปลเป็นภาษาไทยด้วยวิธีการแปลแบบย้อนกลับโดย ปิยาณี คล้ายนิล โยบาส และคณะ[30] และนำมาใช้วัดสุขภาวะทางจิตใจของนักเรียนมัธยมจำนวน 624 คน พบว่ามีความตรงเชิงโครงสร้าง (construct validity) และค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคขององค์ประกอบอยู่ระหว่าง .68 - .81 แบบวัดนี้เป็นลักษณะข้อความที่ใช้วัดสุขภาวะทางจิตใจของวัยรุ่นจำนวน 18 ข้อ ประกอบด้วยข้อคำถามใน 6 องค์ประกอบ คือ ความเป็นตัวของตัวเอง (autonomy) การเรียนรู้ด้านสิ่งแวดล้อม (environmental mastery) จุดมุ่งหมายชีวิต

(purpose in life) การเติบโตส่วนบุคคล (personal growth) การมีสัมพันธภาพทางบวกกับผู้อื่น (positive relations with others) และการยอมรับตนเอง (self-acceptance) เป็นแบบสอบถามที่ให้ผู้ป่วยตอบด้วยตนเอง ตัวอย่างข้อคำถาม ได้แก่ *"การรักษาสัมพันธภาพที่ใกล้ชิดกับบุคคลอื่นเป็นความยากลำบากและอึดอัดสำหรับฉันตลอดมา"* กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามโดยให้ค่าคะแนนจาก (1) ไม่เห็นด้วยอย่างมาก ถึง (6) เห็นด้วยอย่างมาก คะแนนรวมอยู่ระหว่าง 18-108 โดยที่ค่าคะแนนที่สูงสะท้อนถึงสุขภาวะทางจิตใจที่สูง ในการศึกษาครั้งนี้ได้ทดสอบความเชื่อมั่น (reliability) กับผู้ป่วยวัยรุ่นโรคมะเร็งที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 20 ราย ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค .71 และค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคจากกลุ่มตัวอย่างครั้งนี้เท่ากับ .79

การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ผ่านการพิจารณารับรองจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี และคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติภายใต้โครงการวิจัยเรื่อง *"ประสบการณ์ด้านอาการ ภาวะวิตกกังวล ความยืดหยุ่น และสุขภาวะทางจิตใจของผู้ป่วยวัยรุ่นโรคมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัด"* (REC.061/2562 และ อ.675/2561) การเข้าร่วมโครงการวิจัยเป็นไปตามความสมัครใจ และได้รับการลงนามยินยอมจากกลุ่มตัวอย่างและผู้ปกครองของกลุ่มตัวอย่าง ตลอดระยะเวลาการเก็บข้อมูลไม่พบกลุ่มตัวอย่างขอถอนตัว แสดงท่าทีอึดอัดใจ หรือไม่สบายใจในการตอบแบบสอบถาม

วิธีเก็บรวบรวมข้อมูล

หลังจากโครงการวิจัยได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ และได้รับการอนุญาตจากสถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินีให้เก็บข้อมูล ผู้วิจัยเข้าพบแพทย์ หัวหน้าพยาบาล เจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้อง ณ คลินิกโรคเลือดและมะเร็งในเด็กและหอผู้ป่วยอายุรกรรมเฉพาะโรค เพื่อชี้แจงรายละเอียดในการดำเนินการวิจัยและวางแผนการเข้าพบกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยขอให้พยาบาลวิชาชีพประจำการเป็นผู้ตรวจสอบคุณสมบัติของผู้ป่วยวัยรุ่นโรคมะเร็งตามเกณฑ์การคัดเลือกและการคัดออกผู้เข้าร่วมวิจัยและแจ้งชื่อต่อผู้ร่วมวิจัย จากนั้นผู้วิจัยจะแจ้งให้แพทย์เจ้าของไข้ทราบ ในการขออนุญาตนำผู้ป่วยเข้าร่วมโครงการวิจัย จากนั้นผู้วิจัยขอให้พยาบาลวิชาชีพประจำหน่วยเป็นผู้เชิญชวนอาสาสมัครและผู้ปกครองที่มารับการตรวจและรักษาพยาบาล ขณะที่รอรับการตรวจ หรือหลังรับการตรวจเรียบร้อยแล้ว หรือขณะได้รับยาเคมีบำบัดหรือการรักษาอื่น ขึ้นอยู่กับความสะดวกของอาสาสมัคร หากผู้ป่วยและผู้ปกครองสมัครใจเข้าร่วมวิจัย ผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่างเพื่อชี้แจงโครงการวิจัย และให้อาสาสมัครและผู้ปกครองลงนามในหนังสือยินยอมเข้าร่วมการวิจัย และดำเนินการเก็บข้อมูลโดยวิธีตอบแบบสอบถามด้วยตนเอง (self-report) หรือผู้วิจัยอ่านข้อคำถามให้ในรายที่อ่านหนังสือไม่คล่อง ใช้เวลาไม่เกิน 15-20 นาที จากนั้นผู้วิจัยบันทึกข้อมูลเกี่ยวกับโรคและการรักษาจากเวชระเบียนของผู้ป่วย

เกณฑ์การถอนผู้ร่วมวิจัย/อาสาสมัครหรือยุติการเข้าร่วมการวิจัย (withdrawal or termination criteria) หากระหว่างการตอบแบบสอบถามหรือการสัมภาษณ์ ผู้วิจัยพบว่าผู้ร่วมวิจัยมีอาการมากขึ้น หรือผู้ร่วมวิจัยมีความรู้สึกอึดอัด อ่อนล้าในการตอบคำถาม ผู้วิจัยจะยุติและถอนผู้เข้าร่วมวิจัยรายนั้นออกจากการวิจัย และประสานงานกับแพทย์และพยาบาลที่หน่วยตรวจรักษาเพื่อให้การรักษาพยาบาลต่อไป

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลและลักษณะตัวแปรในการศึกษาครั้งนี้โดยใช้สถิติร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และวิเคราะห์ปัจจัยที่สามารถทำนายสุขภาวะทางจิตใจในผู้ป่วยวัยรุ่นโรคมะเร็ง โดยใช้สถิติถดถอยเชิงพหุคูณแบบขั้นตอน (stepwise multiple regression analysis) โดยข้อมูลได้ผ่านการทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นของการใช้สถิติ ได้แก่ ข้อมูลมีการแจกแจงแบบโค้งปกติ ตัวแปรตามและตัวแปรอิสระมีความสัมพันธ์เชิงเส้นตรง โดยที่ค่าสหสัมพันธ์เพียร์สันอยู่ระหว่าง .33 - .50 ไม่มีปัญหาความสัมพันธ์พหุร่วมเชิงเส้น (multicollinearity) ค่าความคลาดเคลื่อนจากการพยากรณ์มีการแจกแจงแบบโค้งปกติ มีค่าเฉลี่ยของความคลาดเคลื่อนเท่ากับศูนย์ ค่าความแปรปรวนของความคลาดเคลื่อนในการพยากรณ์ของตัวแปรอิสระทุกตัวมีความคงที่ (homocedasticity) และค่าความคลาดเคลื่อนของตัวแปรอิสระและตัวแปรตามเป็นอิสระจากกัน เมื่อเปรียบเทียบตารางขอบเขตค่า Durbin-Watson ที่ $\alpha = .05$ (1.50-1.58) ค่า Durbin-Watson = 1.96 ซึ่งมีค่าอยู่ในช่วงที่ไม่มีความสัมพันธ์ ซึ่งเป็นไปตามข้อตกลงเบื้องต้นของการใช้สถิติ

ผลการวิจัย

ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้เป็นผู้ป่วยวัยรุ่นโรคมะเร็งจำนวน 100 คน มีอายุระหว่าง 10-19 ปี อายุเฉลี่ย 12.78 ปี โดยส่วนใหญ่อายุระหว่าง 10-14 ปี (ร้อยละ 75) เกินครึ่งเป็นเพศชาย (ร้อยละ 59) ประมาณครึ่งหนึ่งของกลุ่มตัวอย่างกำลังศึกษาอยู่ชั้นประถมศึกษาตอนปลาย (ร้อยละ 51) และอีกหนึ่งในสามกำลังศึกษาอยู่ชั้นมัธยมต้น (ร้อยละ 33) หนึ่งในสี่ของกลุ่มตัวอย่างอยู่ในระหว่างหยุดพักการเรียนเพื่อรักษาโรค (ร้อยละ 25) กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่พักอาศัยในบ้านของตนเอง (ร้อยละ 79) และเกือบทั้งหมดได้รับการดูแลช่วยเหลือระหว่างการรักษาจากสมาชิกในครอบครัว (ร้อยละ 96) สำหรับบุคคลที่ให้การช่วยเหลือระหว่างการรักษามากที่สุดกลุ่มตัวอย่างประมาณหนึ่งในสามระบุว่า ได้รับการดูแลช่วยเหลือจากปู่ย่า ตายาย มากที่สุด (ร้อยละ 32) รองลงมาคือแม่ (ร้อยละ 23) และทั้งพ่อและแม่ (ร้อยละ 21)

ข้อมูลการเจ็บป่วยและการรักษาของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างอยู่ระหว่างการได้รับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัดหรือหยุดยาเคมีบำบัดแล้ว ชนิดของมะเร็งส่วนใหญ่คือ มะเร็งเม็ดเลือดขาว (ร้อยละ 72) รองลงมาได้แก่มะเร็งต่อมน้ำเหลือง (ร้อยละ 12) กลุ่มตัวอย่างมากกว่าหนึ่งในสามได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นมะเร็งมาประมาณ 5-10 ปี (ร้อยละ 39) และประมาณหนึ่งในห้าของกลุ่มตัวอย่างอยู่ในระยะ 6 เดือนแรกหลังได้รับการวินิจฉัย (ร้อยละ 23) ส่วนใหญ่อยู่ในระยะโรคสงบ (ร้อยละ 81) เกือบครึ่งอยู่ระหว่างการรักษาด้วยยาเคมีบำบัด (ร้อยละ 44) ส่วนใหญ่ได้รับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัดอย่างเดียว (ร้อยละ 88) โดยประมาณหนึ่งในสามได้รับการรักษาตาม Protocol สำหรับมะเร็งเม็ดเลือดขาวเฉียบพลันชนิดเสี่ยงสูงของชมรมโรคมะเร็งเด็กแห่งประเทศไทย (ThaiPOG) (ร้อยละ 35)

ความสัมพันธ์และการทำนายของปัจจัยที่ศึกษา

กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนประสบการณ์ด้านอาการเฉลี่ย 1.12 (SD = 0.05) คะแนนความแข็งแกร่งและยืดหยุ่นของชีวิตเฉลี่ย 28.38 (SD = 0.57) คะแนนอาการวิตกกังวลเฉลี่ย 3.84 (SD = 0.28) และมีการรับรู้สุขภาวะทางจิตใจคะแนนเฉลี่ย 77.30 (SD = 8.66) ดังแสดงในตารางที่ 1 ส่วนผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างสุขภาวะทางจิตใจของผู้ป่วยวัยรุ่นโรคมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัด พบว่าความแข็งแกร่งและยืดหยุ่นของชีวิตมีความสัมพันธ์ทางบวกกับสุขภาวะทางจิตใจ

และมีความสัมพันธ์กันสูงสุด (r = .50, p < .001) รองลงมาเป็นภาวะวิตกกังวลที่มีความสัมพันธ์ทางลบกับสุขภาวะทางจิตใจ (r = - .39, p < .001) และประสบการณ์ด้านอาการความสัมพันธ์ทางลบกับสุขภาวะทางจิตใจ และมีความสัมพันธ์กันต่ำที่สุด (r = - .33, p < .001) ดังแสดงในตารางที่ 1

ผลการวิเคราะห์ปัจจัยทำนายสุขภาวะทางจิตใจของผู้ป่วยวัยรุ่นโรคมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัด พบว่าความแข็งแกร่งและยืดหยุ่นของชีวิต (β = .454, p < .001) และประสบการณ์ด้านอาการ (β = - .244, p < .05) สามารถทำนายสุขภาวะทางจิตใจในผู้ป่วยวัยรุ่นโรคมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัดได้ร้อยละ 29 (R^2 = .29) ภาวะวิตกกังวลไม่อยู่ในสมการทำนายสุขภาวะทางจิตใจ แสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 1 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรที่ศึกษา

	คะแนนรวม		$\bar{X}$ (SD)	1	2	3	4
	ค่าที่เป็นไปได้	ค่าที่ได้จริง					
1. ประสบการณ์ด้านอาการ	0-3	0-2.40	1.12 (0.05)	1			
2. ความแข็งแกร่งและยืดหยุ่นของชีวิต	0-40	3-40	28.38 (0.57)	- .18	1		
3. ภาวะวิตกกังวล	0-21	0-14	3.84 (0.28)	.42*	- .36*	1	
4. สุขภาวะทางจิตใจ	18-108	61-95	77.30 (8.66)	- .33*	.50*	- .39*	1

*p < .001

ตารางที่ 2 ค่าสัมประสิทธิ์ถดถอยของปัจจัยทำนายสุขภาวะทางจิตใจของกลุ่มตัวอย่าง (N = 100)

ตัวแปรทำนาย	b	SE_b	β	t	p-value	95%CI
ความแข็งแกร่งและยืดหยุ่นของชีวิต	.69	.13	.454	5.28	< .001	.43, .94
ประสบการณ์ด้านอาการ	-3.68	1.29	- .244	-2.84	.005	-6.25, -1.11

R^2 = .31, Adjust R^2 = .29

การอภิปรายผล

ผลการศึกษาพบว่า ความแข็งแกร่งและยืดหยุ่นของชีวิตและประสบการณ์ด้านอาการ สามารถทำนายสุขภาวะทางจิตใจในผู้ป่วยวัยรุ่นโรคมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัดได้ร้อยละ 29

ผลการศึกษาครั้งนี้เป็นไปตามสมมติฐานการวิจัย โดยพบว่า ปัจจัยด้านความแข็งแกร่งและยืดหยุ่นของชีวิตสามารถทำนายสุขภาวะทางจิตใจผู้ป่วยวัยรุ่นโรคมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัด (β = .454, p < .001) กล่าวคือ ผู้ป่วยวัยรุ่นโรคมะเร็งถึงแม้ว่าจะอยู่ในสถานการณ์ที่ประเมินว่าคุกคามหรือเป็นอันตรายต่อตนเอง วัยรุ่นโรคมะเร็งจะแสวงหาปัจจัยภายในตนเองนั่นคือความแข็งแกร่งและยืดหยุ่นของชีวิต ทำให้สามารถเผชิญความเครียดได้อย่างมีประสิทธิภาพ ส่งผลให้มีการรับรู้สุขภาวะทางจิตใจที่ดี สอดคล้องกับงานวิจัยที่ผ่านมาที่ศึกษาในวัยรุ่นที่มีภาวะสุขภาพปกติ[19-20] ที่พบว่าความแข็งแกร่งและ

ยืดหยุ่นของชีวิตมีความสัมพันธ์ทางบวกกับสุขภาวะทางจิตใจ และร่วมกับปัจจัยอื่นในการทำนายสุขภาวะทางจิตใจในวัยรุ่นที่กำลังศึกษาอยู่ในชั้นมัธยมปลาย นอกจากนี้อิทธิพลของความแข็งแกร่งและยืดหยุ่นของชีวิตต่อสุขภาวะทางจิตใจยังเป็นไปในทิศทางเดียวกันอิทธิพลของความแข็งแกร่งและยืดหยุ่นของชีวิตต่อกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยวัยรุ่นโรคมะเร็ง[14] ที่พบว่าความแข็งแกร่งและยืดหยุ่นของชีวิตมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิต ($r = .44$, $p < .001$) และสามารถอธิบายความแปรปรวนของคุณภาพชีวิตของวัยรุ่นโรคมะเร็งกำลังได้รับการรักษาและสนับสนุนผลการศึกษาที่เสนอว่า สุขภาวะทางจิตใจมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของวัยรุ่นที่เคยป่วยเป็นโรคมะเร็ง และอยู่ระหว่างการติดตามหลังการรักษา[11] จากผลการศึกษาครั้งนี้สามารถอธิบายได้ว่าเมื่อวัยรุ่นรับรู้ว่าตนเองป่วยเป็นโรคมะเร็ง วัยรุ่นที่มีความแข็งแกร่งและยืดหยุ่นของชีวิต จะสามารถดึงเอาคุณลักษณะนี้ออกมาใช้เพื่อให้สามารถเผชิญสถานการณ์อันยากลำบากนี้ไปได้อย่างมีประสิทธิภาพ ส่งผลให้วัยรุ่นมีความเชื่อมั่นและยอมรับตนเอง มีเป้าหมายในชีวิต และพัฒนาไปสู่การมีสุขภาวะทางจิตใจที่ดีได้ ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดสุขภาวะทางจิตใจ

ผลการศึกษาครั้งนี้เป็นไปตามสมมติฐานการวิจัย โดยพบว่าปัจจัยด้านประสบการณ์ด้านอาการ สามารถทำนายสุขภาวะทางจิตใจผู้ป่วยวัยรุ่นโรคมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัด ($\beta = - .244$, $p < .05$) กล่าวคือ ผู้ป่วยวัยรุ่นโรคมะเร็งที่มีประสบการณ์ด้านอาการมาก และรับรู้ว่าอาการนั้นคุกคามหรือเป็นอันตรายต่อตนเอง จะส่งผลให้เกิดความเครียด และถ้าหากว่าวัยรุ่นไม่สามารถแสวงหาปัจจัยภายในและภายนอกที่จะช่วยให้สามารถเผชิญความเครียดได้อย่างมีประสิทธิภาพ จะส่งผลให้มีปัญหาสุขภาพจิตหรือรับรู้สุขภาวะทางจิตใจที่ไม่ดี ผลการศึกษาครั้งนี้เป็นไปในทิศทางเดียวกับกับผลการศึกษาที่ผ่านมา ที่ศึกษาอิทธิพลของประสบการณ์ด้านอาการต่อคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยวัยรุ่นโรคมะเร็งที่พบว่า วัยรุ่นที่มีประสบการณ์ด้านอาการมากจะส่งผลให้มีคุณภาพชีวิตลดลง[4,14] โดย Wu และคณะ[14] พบว่าคะแนนความทุกข์ทรมานจากอาการสามารถทำนายความแปรปรวนของคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยได้ร้อยละ 56.7 เช่นเดียวกับ ปิยรัตน์ สมันตรัฐ และคณะ[4] ศึกษาในผู้ป่วยวัยรุ่นโรคมะเร็งระบบโลหิตวิทยาที่กำลังได้รับเคมีบำบัดวัยรุ่นโรคมะเร็งระบบโลหิตวิทยาพบว่าอาการรู้สึกเศร้า ผมร่วง และนอนไม่หลับหรือหลับยาก สามารถร่วมกันทำนายความแปรปรวนของคุณภาพชีวิตได้ร้อยละ 33.2 และสนับสนุนผลการศึกษาที่เสนอว่า สุขภาวะทางจิตใจมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของวัยรุ่นที่เคยป่วยเป็นโรคมะเร็งและอยู่ระหว่างการติดตามหลังการรักษา[11] อธิบายได้ว่าผู้ป่วยวัยรุ่นโรคมะเร็งรับรู้ประสบการณ์ด้านอาการเปรียบได้กับสิ่งเร้าที่ก่อให้เกิดความเครียด ทำให้รู้สึกผู้ป่วยวัยรุ่นโรคมะเร็งรู้สึกถูกคุกคามหรือเป็นอันตราย ส่งผลกระทบต่อจิตใจ และถ้าหากไม่สามารถแสวงหาปัจจัยภายในและภายนอกที่จะช่วยให้เผชิญความเครียดอย่างมีประสิทธิภาพ ส่งผลให้เสียสมดุลของการมีสุขภาวะทางจิตใจที่ดีได้

ผลการศึกษาครั้งนี้ไม่เป็นไปตามสมมติฐานการวิจัย โดยพบว่า ภาวะวิตกกังวลไม่สามารถทำนายสุขภาวะทางจิตใจผู้ป่วยวัยรุ่นโรคมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัด โดยภาวะวิตกกังวลมีความสัมพันธ์ทางลบกับการรับรู้สุขภาวะทางจิตใจของผู้ป่วยวัยรุ่นโรคมะเร็ง แต่จากผลการศึกษา ภาวะวิตกกังวลไม่สามารถทำนายสุขภาวะทางจิตใจผู้ป่วยวัยรุ่นโรคมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัด อธิบายได้ว่าภาวะวิตกกังวลมีความสัมพันธ์กับความแข็งแกร่งและยืดหยุ่นของชีวิต ($r = - .36$, $p < .01$) และประสบการณ์ด้านอาการ ($r = .42$, $p < .01$) ซึ่งอยู่ในสมการทำนายสุขภาวะทางจิตใจของวัยรุ่นโรคมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัดแล้ว จึงไม่ถูกเลือกเข้าไปในสมการทำนายสุขภาวะทางจิตใจของวัยรุ่นโรคมะเร็ง[23]

สรุปและข้อเสนอแนะ

จากผลการศึกษาที่พบว่า ประสบการณ์ด้านอาการและความแข็งแกร่งและยืดหยุ่นของชีวิต สามารถทำนายสุขภาวะทางจิตใจผู้ป่วยวัยรุ่นโรคมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัด ผลการศึกษาสามารถนำไปสู่การพัฒนาการพยาบาลในด้านต่างๆ ได้ดังนี้

ข้อเสนอแนะด้านการปฏิบัติการพยาบาล

พยาบาลหรือบุคลากรด้านสุขภาพที่ดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้ควรให้ความสำคัญกับการประเมินอาการ อีกทั้งช่วยให้ผู้ป่วยสามารถจัดการกับอาการต่างๆ เพื่อลดความเครียดหรือความไม่สุขสบาย ที่อาจส่งผลต่อสุขภาวะทางจิตใจของผู้ป่วย ทั้งในระหว่างการได้รับการรักษา หรือหลังจากหยุดยาเคมีบำบัดแล้ว และควรส่งเสริมให้วัยรุ่นที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังมีสุขภาวะทางจิตใจที่ดี โดยการจัดกิจกรรมเพื่อพัฒนาความแข็งแกร่งและยืดหยุ่นของชีวิต อีกทั้งแนะนำให้ผู้ปกครองตระหนักถึงความสำคัญและส่งเสริมให้วัยรุ่นพัฒนาความแข็งแกร่งและยืดหยุ่นของชีวิต เพื่อที่จะปรับตัวต่อความเจ็บป่วยและมีสุขภาวะทางจิตใจที่ดีได้

ข้อเสนอแนะด้านการวิจัย

ควรมีการศึกษาเพิ่มเติมเกี่ยวกับปัจจัยอื่นที่มีหลักฐานเชิงประจักษ์ ยืนยันว่าสามารถทำนายการรับรู้สุขภาวะทางจิตใจของวัยรุ่น เช่น การสนับสนุนทางสังคม วิธีการจัดการความเครียด อีกทั้งควรมีการศึกษาระยะยาวเพื่อให้เห็นการเปลี่ยนแปลงของการรับรู้สุขภาวะทางจิตใจและปัจจัยที่เกี่ยวข้อง เพื่อที่จะได้นำผลการศึกษามาเป็นประโยชน์ในการส่งเสริมสุขภาวะทางจิตใจของผู้ป่วยกลุ่มนี้ได้อย่างครอบคลุม

References

1. Ministry of Public Health. Public health statistics A.D.2019. Nonthaburi: Strategy and Planning Division; 2020. 146 p. (in Thai).
2. Pui CH, Gajjar AJ, Kane JR, Qaddoumi IA, Pappo AS. Challenging issues in pediatric oncology. Nat Rev Clin Oncol. 2011;8(9):540-9. doi: 10.1038/nrclinonc.2011.95.
3. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-IV-TR. Washington, DC: American Psychiatric Association; 1994. 866 p.
4. Samantarath P, Pongthavornkamol K, Olson K, Sriyuktasuth A, Sanpakit K. Multiple symptoms and their Influences on health-related quality of life in adolescents with hematologic malignancies undergoing chemotherapy. Pac Rim Int J Nurs Res Thail. 2018;22(4):319-31.
5. Sritipsukho P, Wisai M, Thavorncharoensap M. Reliability and validity of the Thai version of the Pediatric Quality of Life Inventory 4.0. Qual Life Res. 2013;22(3):551-7. doi: 10.1007/s11136-012-0190-y.
6. Wesley KM, Zelikovsky N, Schwartz LA. Physical symptoms, perceived social support, and affect in adolescents with cancer. J Psychosoc Oncol. 2013;31(4):451-67. doi: 10.1080/07347332.2013.798761.
7. Farhangi H, Badiei Z, Moharreri F. Prevalence of psychiatric symptoms in ALL patients during maintenance therapy. Iran J Ped Hematol Oncol. 2015;5(2):77-82.

8. Castellano-Tejedor C, Eiroa-Orosa F-J, Pérez-Campdepadrós M, Capdevila L, de Toledo JS, Blasco-Blasco T. Perceived positive and negative consequences after surviving cancer and their relation to quality of life. Scand J Psychol. 2015; 56(3):306-14. doi: 10.1111/sjop.12199.
9. Adams T, Bezner J, Steinhardt M. The conceptualization and measurement of perceived wellness: integrating balance across and within dimensions. Am J Health Promot. 1997;11(3): 208-18. doi: 10.4278/0890-1171-11.3.208.
10. Ryff D. Happiness is everything, or is it? Explorations on the meaning of psychological well-being. J Pers Soc Psychol. 1989;57(6):1069-81. doi: 10.1037/0022-3514.57.6.1069.
11. Ho L, Li W, Cheung AT, Ho E, Lam K, Chiu SY, et al. Relationships among hope, psychological well-being and health-related quality of life in childhood cancer survivors. J Health Psychol. 2021;26(10):1528-37. doi: 10.1177/1359105319882742.
12. Bogdan L, Gherasim-Diaconu LR. Psychological well-being and adjustment to illness of adolescents with cancer. Annals of A.I.I. Cuza University. Psychology Series. 2018;27:45-59.
13. TremTremolada M, Taverna L, Chiavetta IT, Bonichini S, Putti MC, Biffi A. Psychological wellbeing in adolescents with leukaemia: a comparative study with typical development peers. Int J Environ Res Public Health. 2020; 17(2):567. doi: 10.3390/ijerph17020567.
14. Wu WW, Tsai SY, Liang SY, Liu CY, Jou ST, Berry DL. The mediating role of resilience on quality of life and cancer symptom distress in adolescent patients with cancer. J Pediatr Oncol Nurs. 2015;32(5):304-13. doi: 10.1177/1043454214563758.
15. Tiwaree C, Kantawng S, Wonghongkul T, Lertwatthanawilat W. Predicting factors of uncertainty in Illness among children with leukemia undergoing chemotherapy. Pac Rim Int J Nurs Res Thail. 2016;20(1):33-44.
16. Lazarus R, Folkman S. Stress appraisal and coping. New York: Springer Publishing; 1984. 456 p.
17. Connor KM, Davidson JRT. Development of a new resilience scale: the Connor-Davidson Resilience Scale (CD-RISC). Depress Anxiety. 2003;18(2):76-82. doi: 10.1002/da.10113.
18. Wu LM, Sheen J-M, Shu H-L, Chang S-C, Hsiao C-C. Predictors of anxiety and resilience in adolescents undergoing cancer treatment. J Adv Nurs. 2013; 69(1):158-66. doi: 10.1111/j.1365-2648.2012.06003.x.
19. Akbari A, Khormaiee F. The prediction of mediating role of resilience between psychological well-being and emotional intelligence in students. International Journal of School Health. 2015; 2(3):e26238. doi: 10.17795/INTJSH-26238.
20. Jirathikrengkrai C, Vongsirimas N, Thanoi W, Phetrasuwan S. Factors in predicting psychological well-being in late adolescents. Nursing Science Journal of Thailand. 2021;39(2):77-89. (in Thai).

21. Sawyer S, McNeil R, McCarthy M, Orme L, Thompson K, Drew S, et al. Unmet need for healthcare services in adolescents and young adults with cancer and their parent carers. Support Care Cancer. 2017;25(7):2229-39. doi: 10.1007/s00520-017-3630-y.
22. Ngamsiriudom V, Panitrat R, Chunyasing S, Mudausen J. Caring needs and preparedness of adolescent patients during undergoing chemotherapy. Siriraj Nursing Journal. 2011;4(1): 24-34. (in Thai).
23. Hair JF, Black WC, Babin BJ, Anderson RE. Multivariate data analysis. 7th ed. Upper Saddle River, NJ: Prentice Hall; 2009. 816 p.
24. Collins JJ, Devine TD, Dick GS, Johnson EA, Kilham HA, Pinkerton CR, et al. The measurement of symptoms in young children with cancer: the validation of the memorial symptom assessment scale in children aged 7-12. J Pain Symptom Manage. 2002;23(1):10-6. doi: 10.1016/s0885-3924(01)00375-x.
25. Pongsing Y. Thai mothers' reports of symptoms in young children receiving chemotherapy [dissertation]. Portland: Oregon Health & Science University; 2010. 225 p.
26. Zigmond AS, Snaith RP. The hospital anxiety and depression scale. Acta Psychiatr Scand. 1983;67(6):361-70. doi: 10.1111/j.1600-0447.1983.tb09716.x.
27. Nilchaikovit T, Lotrakul M, Phisansuthideth U. Development of Thai version of hospital anxiety and depression scale in cancer patients. Journal of the Psychiatric Association of Thailand. 1996;41(1):18-30. (in Thai).
28. Vongsirimas N, Thanoi W, Klainin-Yobas P. Evaluating psychometric properties of the Connor-Davidson resilience scale (10-item CD-RISC) among university students in Thailand. Nursing Science Journal of Thailand. 2017; 35(3):25-35. (in Thai).
29. Ryff CD, Keyes CL. The structure of psychological well-being revisited. J Pers Soc Psychol. 1995; 69(4):719. doi:10.1037//0022-3514.69.4.719.
30. Klainin-Yobas P, Thanoi W, Vongsirimas N, Lau Y. Evaluating the English and Thai-versions of the psychological well-being scale across four samples. Psychology. 2020;11(1):71-86. doi: 10.4236/psych.2020.111006.

Problems with Health Services and Assessment of Telehealth Needs for Peritoneal Dialysis: Patient, Caregiver, and Health Professional's Perspectives*

Nattaya Rattana-umpa, RN, PhD[1], Aurawamon Sriyuktasuth, RN, DSN[1], Piyatida Jeungsmarn, MD[2]

Abstract

Purpose: To explore health service problems and assess the needs toward telehealth for peritoneal dialysis in patients undergoing continuous ambulatory peritoneal dialysis, caregivers, and health professionals.

Design: Mixed methods study.

Methods: A quantitative part was conducted in the first phase to explore health service problems in patients with peritoneal dialysis and telehealth needs in 200 patients/caregivers and 28 health professionals. Data were collected using three questionnaires including 1) personal information form, 2) dialysis health service problem questionnaire, and 3) telehealth needs questionnaire. Descriptive statistics, independent t-test, and one-way ANOVA were applied for data analysis. In the second phase, the researchers conducted focus groups among patient, caregiver, and health professional groups to gain further insights from the data obtained in the first phase. Data were analyzed by using content analysis.

Main findings: The patients/caregivers reported health service problems at a moderate level and overall needs for telehealth at a high level. For health professionals, they identified problems in providing health services and needs for telehealth at high levels. Main care features suggested from all groups included resources for knowledge and skills related peritoneal dialysis and self care, communication channels in various forms, notifications of abnormalities and treatment dues, dialysis fluid follow-up, and recording/monitoring health and dialysis related information.

Conclusion and recommendations: Health services for patients undergoing continuous ambulatory peritoneal dialysis in Thailand are currently a challenge for health problem management of the country. Developing a health service that meets the needs of all key stakeholders by using information technology may improve service efficiency and health outcomes in this population group.

Keywords: health services, needs assessment, peritoneal dialysis, telehealth

Nursing Science Journal of Thailand. 2022;40(2):140-156

Corresponding Author: Associate Professor Aurawamon Sriyuktasuth, Faculty of Nursing, Mahidol University, Bangkok 10700, Thailand; e-mail: aurawamon.sri@mahidol.ac.th

** This research is funded by Health System Research Institute (HSRI)*

[1] Faculty of Nursing, Mahidol University, Bangkok, Thailand

[2] CAPD Center, Banphaeo Hospital, Charoenkrung Branch, Bangkok, Thailand

Received: 2 September 2021 / Revised: 18 February 2022 / Accepted: 21 February 2022

ปัญหาบริการสุขภาพและการประเมินความต้องการการดูแลสุขภาพทางไกลสำหรับการล้างไตทางช่องท้อง: มุมมองของผู้ป่วย ผู้ดูแล และบุคลากรสุขภาพ*

นาตยา รัตนอัมภา, ค.ด.[1] อรวมน ศรียุกตศุทธ, DSN[1], ปิยะธิดา จึงสมาน, พ.บ.[2]

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์: เพื่อศึกษาปัญหาบริการสุขภาพและประเมินความต้องการของผู้ป่วยล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่อง ผู้ดูแล และบุคลากรสุขภาพต่อการดูแลสุขภาพทางไกลสำหรับการล้างไตทางช่องท้อง

รูปแบบการวิจัย: การวิจัยแบบผสมผสาน

วิธีดำเนินการวิจัย: ระยะแรกศึกษาวิจัยเชิงปริมาณ เพื่อศึกษาปัญหาบริการสุขภาพสำหรับผู้ป่วยล้างไตทางช่องท้องและความต้องการการดูแลสุขภาพทางไกลในผู้ป่วย/ผู้ดูแล จำนวน 200 คน และบุคลากรสุขภาพจำนวน 28 คน เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม ได้แก่ 1) แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป 2) แบบสอบถามปัญหาบริการสุขภาพสำหรับผู้ป่วยล้างไตทางช่องท้อง และ 3) แบบสอบถามความต้องการบริการสุขภาพทางไกล วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา สถิติทดสอบที และวิเคราะห์ความแปรปรวนทางเดียว ในระยะที่สองผู้วิจัยดำเนินการสนทนากลุ่มในกลุ่มผู้ป่วย กลุ่มผู้ดูแล และกลุ่มทีมสหวิชาชีพ เพื่อให้ได้ข้อมูลเชิงลึกมาสนับสนุนข้อมูลที่ได้จากในระยะแรก วิเคราะห์ข้อมูลด้วยการวิเคราะห์เนื้อหา

ผลการวิจัย: กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วย/ผู้ดูแลระบุปัญหาเกี่ยวกับการบริการสุขภาพในระดับปานกลาง และมีความต้องการใช้บริการดูแลสุขภาพทางไกลโดยรวมในระดับมาก ส่วนกลุ่มตัวอย่างบุคลากรสุขภาพระบุปัญหาการให้บริการ และความต้องการให้บริการสุขภาพทางไกลในระดับมาก รูปแบบการดูแลที่ได้รับการเสนอแนะจากกลุ่มตัวอย่างประกอบด้วย แหล่งข้อมูลความรู้และทักษะที่เกี่ยวข้องกับการล้างไตและการดูแลตนเอง ช่องทางการติดต่อสื่อสารกันในรูปแบบต่างๆ การแจ้งเตือนความผิดปกติและแจ้งเตือนการตรวจรักษา การติดตามน้ำยาล้างไต การบันทึกและติดตามข้อมูลสุขภาพและข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับการล้างไต

สรุปและข้อเสนอแนะ: การจัดบริการสุขภาพแก่กลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่องของประเทศไทยในปัจจุบันยังเป็นประเด็นท้าท้ายต่อการจัดการปัญหาสุขภาพของประเทศ การพัฒนาบริการสุขภาพที่ตอบสนองความต้องการของผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย โดยนำเทคโนโลยีสารสนเทศมาใช้อาจช่วยเพิ่มประสิทธิภาพการบริการและผลลัพธ์ทางสุขภาพในผู้ป่วยกลุ่มนี้ได้มากขึ้น

คำสำคัญ: บริการสุขภาพ การประเมินความต้องการ การล้างไตทางช่องท้อง การดูแลสุขภาพทางไกล

Nursing Science Journal of Thailand. 2022;40(2):140-156

ผู้ประสานงานการเผยแพร่: รองศาสตราจารย์อรวมน ศรียุกตศุทธ, คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล บางกอกน้อย กรุงเทพฯ 10700, e-mail: aurawamon.sri@mahidol.ac.th

** รายงานการวิจัยนี้ได้รับทุนสนับสนุนจากสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.)*

[1] คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

[2] ศูนย์ล้างไตทางช่องท้อง โรงพยาบาลบ้านแพ้ว สาขาเจริญกรุง

วันที่รับบทความ: 2 กันยายน 2564 / วันที่แก้ไขบทความเสร็จ: 18 กุมภาพันธ์ 2565 / วันที่ตอบรับบทความ: 21 กุมภาพันธ์ 2565

ความสำคัญของปัญหา

การรักษาด้วยวิธีการล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่อง (Continuous Ambulatory Peritoneal Dialysis, CAPD) ถูกกำหนดให้เป็นวิธีการรักษาหลักสำหรับผู้ป่วยไตวายเรื้อรังมาตั้งแต่ปี พ.ศ. 2551 โดยภาครัฐมีนโยบาย “PD First” เพื่อช่วยเหลือผู้ป่วยในระบบสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติที่เลือกวิธีการล้างไตทางช่องท้องโดยไม่ต้องจ่ายค่ารักษา[1] ทำให้มีจำนวนผู้ป่วยไตวายเรื้อรังในประเทศไทยได้รับการรักษาด้วยวิธีนี้เพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องทุกปี

ด้วยปริมาณผู้ป่วยที่เพิ่มขึ้นจากนโยบายสุขภาพของประเทศ ประเด็นท้าทายของประเทศไทย คือ การออกแบบบริการสุขภาพอย่างไรให้สามารถดูแลผู้ป่วยล้างไตทางช่องท้องที่ทำการล้างไตด้วยตนเองที่บ้านได้อย่างทั่วถึง ผู้ป่วยมีความปลอดภัย มีคุณภาพชีวิตที่ดี ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนที่นำไปสู่การล้มเหลวทางเทคนิค (technical failure) สามารถล้างไตทางช่องท้องต่อไปได้โดยไม่ต้องเปลี่ยนวิธีการบำบัดทดแทนไต ซึ่งถือเป็นตัวบ่งชี้ถึงประสิทธิภาพการให้บริการสุขภาพในผู้ป่วยกลุ่มนี้[2]

จากอดีตจนถึงปัจจุบัน พบว่ามีความพยายามในการพัฒนาบริการสุขภาพสำหรับผู้ป่วยล้างไตทางช่องท้องให้มีคุณภาพมากขึ้นในหลายมิติ เช่น การขยายเครือข่ายบริการการล้างไตทางช่องท้อง การอบรมให้ความรู้แก่ผู้ป่วยและญาติ การเยี่ยมบ้าน การพัฒนาสมรรถนะพยาบาลวิชาชีพที่ให้การดูแลผู้ป่วยล้างไตทางช่องท้อง (PD nurse) ให้สามารถดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้ได้อย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น อย่างไรก็ดี ผู้ป่วยที่รับการรักษาด้วยวิธีนี้ต้องดูแลตนเองหรือมีสมาชิกในครอบครัวเป็นผู้ดูแลและทำการล้างไตเองที่บ้าน โดยมีนัดมาพบแพทย์ที่ศูนย์ล้างไตฯ เพื่อติดตามการรักษาทุก 1-2 เดือน ถึงแม้จะมีความพยายามในการเพิ่มคุณภาพการดูแล แต่เห็นได้ว่าบริการสุขภาพยังคงมีช่องว่างระหว่างผู้ให้และผู้ใช้บริการ ส่งผลกระทบต่อผลลัพธ์การดูแล[3] โดยการให้บริการในปัจจุบันไม่เอื้อให้ผู้ป่วย รวมทั้งสมาชิกในครอบครัวหรือผู้ดูแลเข้าถึงบริการจากศูนย์ล้างไตฯ ได้ง่ายและสะดวกรวดเร็ว ทันต่อเหตุการณ์ โดยเฉพาะเมื่อเกิดปัญหาเกี่ยวกับการล้างไต เช่น มีอาการผิดปกติ สีหรือปริมาตรน้ำยาล้างไตที่ออกจากช่องท้องผิดปกติไปจากเดิม บ่อยครั้งที่ผู้ป่วยต้องเดินทางมาที่สถานบริการก่อนวันนัด ต้องเสียเวลาเสียค่าใช้จ่ายในการเดินทาง บางรายรอจนถึงวันนัดทำให้ปัญหาซับซ้อนและยากต่อการแก้ไข อีกทั้งไม่เอื้อต่อทีมสุขภาพในการประเมินปัญหา ให้ความช่วยเหลือผู้ป่วยขณะทำการล้างไตเองที่บ้านได้อย่างใกล้ชิดและต่อเนื่อง ทำให้ปัญหาไม่ได้รับการแก้ไขอย่างทันท่วงที ในขณะที่จำนวนผู้ป่วยเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องทุกๆ ปี แต่จำนวนบุคลากรสุขภาพยังไม่เพียงพอและระบบบริการที่มีอยู่ในปัจจุบัน ยังไม่สามารถตอบโจทย์ปัญหาดังกล่าวได้

การนำเทคโนโลยีสารสนเทศสุขภาพมาใช้เชื่อมโยงระหว่างผู้ให้บริการกับผู้ป่วยมีความจำเป็นอย่างยิ่ง จากความก้าวหน้าของเทคโนโลยีในปัจจุบัน ทำให้มีการพัฒนาระบบการดูแลสุขภาพทางไกล เพื่อให้บริการแก่ผู้ป่วยกลุ่มต่างๆ จำนวนมากในหลายรูปแบบโดยเฉพาะในต่างประเทศ สำหรับการให้บริการแก่ผู้ป่วยล้างไตทางช่องท้องนั้น พบว่ามีการใช้ในรูปแบบต่างๆ ได้แก่ การใช้ webpage การใช้สื่อออนไลน์ ผ่าน blog หรือ twitter การใช้ telemedicine การใช้ electronic medical record เพื่อเก็บข้อมูลสุขภาพของผู้ป่วยรายบุคคลหรือทั้งกลุ่มประชากร รวมถึงการให้ผู้ป่วยบันทึกข้อมูลสุขภาพของตนเองในรูปแบบของ web-based[4-5] ผลจากหลายการศึกษาที่ผ่านมาในต่างประเทศพบว่า การดูแลสุขภาพทางไกลในผู้ป่วยล้างไตทางช่องท้องช่วยเพิ่มผลลัพธ์การดูแล และความพึงพอใจ ทำให้ผู้ป่วยสามารถล้างไตที่บ้านได้ ลดการใช้บริการของโรงพยาบาล และค่าใช้จ่ายในการดูแล[6]

จากปัญหาที่กล่าวมา ผู้วิจัยได้เล็งเห็นประโยชน์ทางการแพทย์และการพยาบาลในการนำเทคโนโลยีสารสนเทศสุขภาพมา

มาใช้ในการพัฒนาการบริการสุขภาพ จึงได้มีการจัดทำโครงการเพื่อพัฒนานวัตกรรมการดูแลสุขภาพทางไกลสำหรับผู้ป่วยล้างไตทางช่องท้อง ผ่านแอปพลิเคชันในโทรศัพท์มือถือขึ้น โดยแนวคิดของนวัตกรรมนี้เกิดจากการมองเห็นปัญหาความต้องการแก้ไขปัญหา และการทบทวนวรรณกรรม อย่างไรก็ดีเพื่อให้แน่ใจได้ว่านวัตกรรมที่พัฒนาขึ้นตอบสนองความต้องการผู้ใช้อย่างแท้จริง และนำไปสู่ความยั่งยืนในการนำไปใช้ ผู้วิจัยจึงต้องการศึกษาความต้องการจากผู้เกี่ยวข้องหลัก เพื่อนำข้อมูลไปใช้ในการตัดสินใจการออกแบบ และวางแผนดำเนินโครงการ[7-8]

การศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยศึกษาจากผู้เกี่ยวข้องหลัก ได้แก่ ผู้ป่วยล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่อง ผู้ดูแล และทีมสหวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในศูนย์ล้างไตทางช่องท้อง เพื่อให้ทราบปัญหาบริการสุขภาพที่มีอยู่ในปัจจุบัน ความต้องการการบริการการดูแลสุขภาพทางไกล บริการและรูปแบบที่ต้องการ โดยใช้วิธีการวิจัยแบบผสมผสาน (mixed methods research) ทำให้ได้ข้อมูลทั้งเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ ซึ่งมีความสำคัญในการนำมาใช้วางแผนให้บริการสุขภาพทางไกล[9] ข้อมูลที่ได้จากการศึกษาครั้งนี้ จะนำมาใช้ในการออกแบบและพัฒนาการดูแลสุขภาพทางไกลให้เหมาะสมตรงกับความต้องการเอื้อต่อการใช้งาน สามารถนำไปใช้ประโยชน์ได้จริง และมีความยั่งยืน ช่วยเพิ่มประสิทธิภาพสูงสุดในการดูแลผู้ป่วย และเพิ่มความสำเร็จในการรักษาด้วยการล้างไตทางช่องท้องต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อศึกษาปัญหาบริการสุขภาพและประเมินความต้องการของผู้ป่วยล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่อง ผู้ดูแล และทีมสหวิชาชีพ ต่อการดูแลสุขภาพทางไกลสำหรับการล้างไตทางช่องท้อง

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ใช้วิธีการวิจัยแบบผสมผสาน โดยระยะแรกศึกษาวิจัยเชิงปริมาณเพื่อสำรวจความคิดเห็นต่อปัญหาบริการสุขภาพสำหรับผู้ป่วยล้างไตทางช่องท้อง และความต้องการการดูแลสุขภาพทางไกลในกลุ่มผู้ป่วย ผู้ดูแล และทีมสหวิชาชีพ โดยการใช้แบบสอบถาม จากนั้นศึกษาวิจัยเชิงคุณภาพโดยการสนทนากลุ่ม (focus group) เพื่อให้ได้ข้อมูลเชิงลึกมาสนับสนุนข้อมูลที่ได้จากในระยะแรก รายละเอียดการดำเนินการวิจัยแต่ละระยะเป็นดังนี้

ระยะแรก

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง การศึกษาครั้งนี้ประกอบด้วยกลุ่มประชากร 2 กลุ่มหลัก ได้แก่ กลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยการล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่องหรือผู้ดูแล (กรณีที่ผู้ป่วยมีผู้ดูแลทำการล้างไตทางช่องท้องให้แก่ผู้ป่วยที่บ้าน) และกลุ่มทีมสหวิชาชีพ

กลุ่มตัวอย่าง-กลุ่มที่ 1 ผู้ป่วยที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่องหรือผู้ดูแลทั้งเพศหญิงและเพศชาย ที่มารับบริการที่ศูนย์ล้างไตฯ แห่งหนึ่งในกรุงเทพมหานคร ตามคุณสมบัติที่กำหนดดังนี้

กรณีเป็นผู้ป่วย อายุ 18 ปีขึ้นไป ล้างไตทางช่องท้องมาแล้วอย่างน้อย 6 เดือน สื่อสารภาษาไทยได้เข้าใจ ไม่ได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคร้ายแรง เช่น ติดเชื้อขั้นรุนแรง มีภาวะหัวใจล้มเหลวรุนแรง ไม่เป็นโรคจิตเวช และไม่มีภาวะนอนติดเตียง

กรณีเป็นผู้ดูแล อายุ 18 ปีขึ้นไป เป็นผู้ดูแลการล้างไตทางช่องท้องให้แก่ผู้ป่วยที่บ้าน ตั้งแต่ 6 เดือนขึ้นไป และอาศัยอยู่บ้านเดียวกับผู้ป่วย สื่อสารภาษาไทยได้เข้าใจ

ผู้วิจัยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบสะดวก (convenience sampling) กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป G* Power[10] เลือกสถิติวิเคราะห์ one-way ANOVA และเปรียบเทียบสูงสุด 4 กลุ่ม กำหนดระดับนัยสำคัญ (level of significance)

ที่ .05 อำนาจการทดสอบ (power) ที่ .80 เนื่องจากไม่มีงานวิจัยที่คล้ายคลึงมาก่อน นักวิจัยจึงกำหนดค่าขนาดอิทธิพลปานกลางสำหรับการใช้สถิติ one-way ANOVA เท่ากับ 0.25[11] ได้กลุ่มตัวอย่าง 180 คน เพิ่มจำนวนกลุ่มตัวอย่างกรณีมีการสูญหายของตัวอย่าง (drop out) ประมาณร้อยละ 10 ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้ป่วยหรือผู้ดูแลจำนวน 200 คน

กลุ่มตัวอย่าง-กลุ่มที่ 2 กลุ่มทีมสหวิชาชีพ โดยในระยะแรกของการศึกษาในกลุ่มทีมสหวิชาชีพทั้งหมด ประกอบด้วย แพทย์ พยาบาล นักวิชาการสาธารณสุข และนักกำหนดอาหาร ที่ปฏิบัติงานที่ศูนย์ล้างไตฯ ซึ่งเป็นสถานที่ทำวิจัย จำนวนทั้งสิ้น 28 คน ผู้วิจัยคัดเลือกทีมสหวิชาชีพทุกรายที่ปฏิบัติงานที่ศูนย์ล้างไตฯ ในช่วงเวลาการเก็บข้อมูลที่ให้บริการแก่ผู้ป่วยมาแล้วไม่น้อยกว่า 2 ปี

เครื่องมือการวิจัย

แบบสอบถามสำหรับผู้ป่วยหรือผู้ดูแล ประกอบด้วย 3 ส่วน ได้แก่

1) แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษาสูงสุด อาชีพหลัก รายได้ สิทธิการรักษาพยาบาล และระยะเวลาในการล้างไตทางช่องท้องของผู้ป่วย และข้อมูลผู้ดูแลหลัก

2) แบบสอบถามปัญหาบริการสุขภาพสำหรับผู้ป่วยล้างไตทางช่องท้อง พัฒนาโดยผู้วิจัย จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง โดยสอบถามความคิดเห็นต่อการใช้บริการจากศูนย์ล้างไตฯ และปัญหาที่พบในประเด็นต่างๆ จำนวน 7 ข้อ ลักษณะเป็นแบบเลือกตอบมาตราส่วน 5 ระดับ จาก 1 (เป็นปัญหาน้อยที่สุด) ถึง 5 (เป็นปัญหามากที่สุด) รวมทั้งมีคำถามปลายเปิดเพื่อให้ระบุข้อคิดเห็นอื่นๆ เพิ่มเติม คะแนนรวมแบบสอบถามมีค่าระหว่าง 1-5 คะแนน แบ่งคะแนนเป็น 3 ระดับดังนี้ คะแนนระหว่าง 1.00-2.30 คะแนน มีปัญหาในระดับน้อย คะแนนระหว่าง 2.31-3.60 คะแนน มีปัญหาในระดับปานกลาง และคะแนนระหว่าง 3.61-5.00 คะแนน มีปัญหาในระดับมาก

3) แบบสอบถามความต้องการบริการสุขภาพทางไกล พัฒนาโดยผู้วิจัย จากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับบริการสุขภาพทางไกลที่ได้มีการพัฒนา และใช้ในกลุ่มผู้ป่วยล้างไตทางช่องท้องรวมทั้งผู้ป่วยโรคเรื้อรังกลุ่มอื่นๆ[12-14] จำนวน 6 ข้อ เพื่อสอบถามความคิดเห็นเกี่ยวกับรูปแบบการบริการสุขภาพทางไกลสำหรับการล้างไตทางช่องท้องที่ต้องการโดยใช้แอปพลิเคชันผ่านโทรศัพท์มือถือ ข้อสุดท้ายเป็นรูปแบบปลายเปิดให้กลุ่มตัวอย่างระบุรูปแบบที่ต้องการด้วยตนเอง รวมทั้งมีคำถามปลายเปิดเพื่อให้ระบุข้อคิดเห็นอื่นๆ เพิ่มเติม คำถามเป็นแบบเลือกตอบมาตราส่วน 10 ระดับ จาก 1 (ต้องการน้อยที่สุด) ถึง 10 (ต้องการมากที่สุด) คะแนนรวมแบบสอบถามมีค่าระหว่าง 1-10 คะแนน แบ่งคะแนนเป็น 3 ระดับดังนี้ คะแนนระหว่าง 1.00-4.00 คะแนน มีความต้องการในระดับน้อย คะแนนระหว่าง 4.01-7.00 คะแนน มีความต้องการในระดับปานกลาง และคะแนนระหว่าง 7.01-10.00 คะแนน มีความต้องการในระดับมาก

ทั้งนี้ เกณฑ์การแบ่งคะแนนของแบบสอบถามปัญหาบริการสุขภาพฯ และแบบสอบถามความต้องการบริการสุขภาพทางไกลสำหรับผู้ป่วย/ผู้ดูแลใช้พิสัยของช่วงคะแนน/จำนวนระดับที่ต้องการ

แบบสอบถามสำหรับทีมสหวิชาชีพ ประกอบด้วย 3 ส่วน ได้แก่

1) แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป

2) แบบสอบถามปัญหาบริการสุขภาพสำหรับผู้ป่วยล้างไตทางช่องท้อง พัฒนาจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง โดยสอบถามความคิดเห็นต่อการให้บริการของศูนย์ล้างไตฯ และปัญหาที่พบในประเด็นต่างๆ จำนวน 7 ข้อ ลักษณะเป็นแบบเลือกตอบมาตราส่วน 5 ระดับ จาก 1 (เป็นปัญหาน้อยที่สุด) ถึง 5 (เป็นปัญหามากที่สุด) รวมทั้งมีคำถามปลายเปิดเพื่อให้ระบุข้อคิดเห็นอื่นๆ เพิ่มเติม คะแนนรวมแบบสอบถามมีค่าระหว่าง 1-5 คะแนน แบ่งคะแนนเป็น 3 ระดับดังนี้ คะแนนระหว่าง 1.00-2.30 คะแนน มีปัญหาในระดับน้อย คะแนนระหว่าง 2.31-3.60 คะแนน มีปัญหาในระดับปานกลาง และคะแนนระหว่าง 3.61-5.00 คะแนน มีปัญหาในระดับมาก

3) แบบสอบถามความต้องการบริการสุขภาพทางไกล พัฒนาจากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับบริการสุขภาพทางไกลที่ได้มีการพัฒนาและใช้ในกลุ่มผู้ป่วยล้างไตทางช่องท้อง รวมทั้งผู้ป่วยโรคเรื้อรังกลุ่มอื่นๆ[12-14] จำนวน 7 ข้อ เพื่อสอบถามความคิดเห็นเกี่ยวกับรูปแบบการบริการสุขภาพทางไกลสำหรับการล้างไตทางช่องท้องที่ต้องการโดยใช้แอปพลิเคชันผ่านโทรศัพท์มือถือ ข้อสุดท้ายเป็นรูปแบบปลายเปิดให้กลุ่มตัวอย่างระบุรูปแบบที่ต้องการด้วยตนเอง รวมทั้งมีคำถามปลายเปิดเพื่อให้ระบุข้อคิดเห็นอื่นๆ เพิ่มเติม คำถามเป็นแบบเลือกตอบมาตราส่วน 10 ระดับ จาก 1 (ต้องการน้อยที่สุด) ถึง 10 (ต้องการมากที่สุด) คะแนนรวมแบบสอบถามมีค่าระหว่าง 1-10 คะแนน แบ่งคะแนนเป็น 3 ระดับดังนี้ คะแนนระหว่าง 1.00-4.00 คะแนน มีความต้องการในระดับน้อย คะแนนระหว่าง 4.01-7.00 คะแนน มีความต้องการในระดับปานกลาง และคะแนนระหว่าง 7.01-10.00 คะแนน มีความต้องการในระดับมาก

ทั้งนี้ เกณฑ์การแบ่งคะแนนของแบบสอบถามปัญหาบริการสุขภาพฯ และแบบสอบถามความต้องการบริการสุขภาพทางไกลสำหรับทีมสหวิชาชีพ ใช้พิสัยของช่วงคะแนน/จำนวนระดับที่ต้องการ

เครื่องมือวิจัยผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 คน คำนวณหาค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา (content validity index) ของแบบสอบถามได้เท่ากับ 1.0 ผู้วิจัยนำแบบสอบถามปัญหาบริการสุขภาพสำหรับผู้ป่วยล้างไตทางช่องท้อง และความต้องการบริการสุขภาพทางไกลสำหรับกลุ่มผู้ป่วยหรือผู้ดูแลไปทดสอบกับกลุ่มที่มีคุณสมบัติคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คน คำนวณค่าความเชื่อมั่น (Cronbach's alpha coefficient) ได้เท่ากับ .96 และ .90 ตามลำดับ และในกลุ่มตัวอย่างทั้ง 200 คน ได้เท่ากับ .96 และ .96 ตามลำดับ ส่วนแบบสอบถามสำหรับทีมสหวิชาชีพ ได้แก่ แบบสอบถามปัญหาบริการสุขภาพสำหรับผู้ป่วยล้างไตทางช่องท้อง และความต้องการบริการสุขภาพทางไกล นำไปทดสอบกับพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานที่ศูนย์ล้างไตฯ อื่นที่มีคุณสมบัติคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 10 คน คำนวณค่าความเชื่อมั่นได้เท่ากับ .94 และ .90 ตามลำดับ และในกลุ่มตัวอย่างทั้ง 28 คน ได้เท่ากับ .96 ทั้งสองแบบสอบถาม

วิธีเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยอบรมผู้ช่วยนักวิจัยที่เป็นพยาบาลวิชาชีพจำนวน 2 คน เพื่อช่วยเก็บข้อมูล เมื่อได้รับอนุญาตเข้าเก็บข้อมูลที่ศูนย์ล้างไตฯ ผู้วิจัยขอความร่วมมือจากเจ้าหน้าที่ประจำศูนย์เพื่อเข้าถึงกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนดและทาบทามเบื้องต้น ผู้วิจัยและผู้ช่วยนักวิจัยเข้าพบผู้ที่มีความสนใจเพื่อชี้แจงข้อมูลเกี่ยวกับการวิจัย หากยินดีร่วมโครงการวิจัยให้ลงนามในเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมวิจัยและหนังสือแสดงเจตนายินยอมเข้าร่วมวิจัย และเริ่มดำเนินการเก็บข้อมูลโดยให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถาม ใช้เวลาประมาณ 15-20 นาที กรณีกลุ่มตัวอย่างมีปัญหาเรื่องสายตาไม่สะดวกในการอ่านแบบสอบถาม ผู้วิจัยและผู้ช่วยนักวิจัยอ่านข้อคำถามให้กลุ่มตัวอย่างฟัง และให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถาม

ระยะที่สอง

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยดำเนินการวิจัยเชิงคุณภาพโดยการสนทนากลุ่ม 3 กลุ่มในกลุ่มผู้ป่วย กลุ่มผู้ดูแล และกลุ่มทีมสหวิชาชีพ กลุ่มละ 8-10 คน กลุ่มละหนึ่งครั้ง เพื่อให้ได้ข้อมูลที่ชัดเจนจากแต่ละกลุ่ม ผู้วิจัยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างในระยะที่สองโดยเลือกแบบเจาะจง (purposive sampling) จากกลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมการวิจัยในระยะแรก ในส่วนของผู้ป่วยและผู้ดูแลพิจารณาให้มีคุณลักษณะที่หลากหลายในด้านเพศ อายุ ระยะเวลาการรักษาด้วยการล้างไตทางช่องท้อง และมีความสามารถในการให้ข้อมูลเพื่อให้ได้มาซึ่งข้อมูลที่สมบูรณ์ ส่วนในกลุ่มทีมสหวิชาชีพพิจารณาให้มีผู้แทนจากทุกสาขาวิชาชีพทั้งกลุ่มแพทย์ พยาบาล นักวิชาการสาธารณสุข และนักกำหนดอาหาร โดยกลุ่มตัวอย่างที่มาจากกลุ่มผู้ป่วย มีจำนวน 8 คน กลุ่มผู้ดูแล 10 คน และกลุ่มทีมสหวิชาชีพ 8 คน รวมจำนวนทั้งหมด 26 คน

เครื่องมือการวิจัย

ประกอบด้วย แนวคำถามในการสัมภาษณ์ เป็นลักษณะแบบกึ่งโครงสร้างสำหรับการสนทนากลุ่มเพื่อให้ได้ข้อมูลเชิงลึกเพิ่มเติมจากผลการศึกษาระยะแรก ข้อคำถามครอบคลุมประเด็นเกี่ยวกับปัญหาบริการสุขภาพในปัจจุบัน และความต้องการการดูแลสุขภาพทางไกลและรูปแบบที่ต้องการ รวมทั้งข้อเสนอแนะในการพัฒนาการดูแลสุขภาพทางไกล ตัวอย่างคำถาม เช่น ท่านมักพบปัญหาใดในการใช้/ให้บริการของศูนย์ล้างไตแก่ผู้ป่วยล้างไตทางช่องท้อง ท่านเห็นด้วยหรือไม่ และมีความคิดเห็นอย่างไรต่อการบริการดูแลสุขภาพทางไกล รูปแบบที่ท่านต้องการเป็นอย่างไร เป็นต้น

วิธีเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยดำเนินการสนทนากลุ่มกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 3 กลุ่ม แบ่งเป็น กลุ่มผู้ป่วย กลุ่มผู้ดูแล และกลุ่มทีมสหวิชาชีพ ตามวันเวลาที่นัดหมาย โดยใช้ห้องประชุมของศูนย์ล้างไตฯ แต่ละกลุ่มใช้เวลาในการสนทนาประมาณ 1 ชั่วโมง 30 นาที การสนทนากลุ่มมีการจดบันทึกพร้อมกับการบันทึกเทป หลังเสร็จสิ้นผู้วิจัยถอดเทปการสนทนาเพื่อนำไปวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ

การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง

การศึกษานี้เป็นส่วนหนึ่งของโครงการวิจัย เรื่อง การดูแลสุขภาพทางไกลสำหรับการล้างไตทางช่องท้อง : การพัฒนาและทดสอบประสิทธิผลของระบบเพื่อการเพิ่มผลลัพธ์ทางสุขภาพในผู้ป่วยล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่อง (ช่วงเวลาที่ 1) เพื่อศึกษาความต้องการการดูแลสุขภาพทางไกลสำหรับการล้างไตทางช่องท้อง และพัฒนาระบบเพื่อนำไปใช้ ได้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล [หมายเลขเอกสารรับรอง COA No.IRB-NS2017/411.0707] การศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ ขั้นตอนการเก็บข้อมูลและสิทธิในการถอนตัวจากการวิจัย รวมทั้งแจ้งการเก็บรักษาความลับ และนำมาใช้ในการวิจัยเท่านั้น

การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลทั่วไป ข้อมูลปัญหาบริการสุขภาพสำหรับผู้ป่วยล้างไตทางช่องท้อง และความต้องการการดูแลสุขภาพทางไกล วิเคราะห์ด้วยสถิติเชิงพรรณนา และเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความต้องการการดูแลสุขภาพทางไกลของกลุ่มตัวอย่างโดยใช้สถิติ independent t-test และ one-way ANOVA วิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพด้วยการวิเคราะห์เนื้อหา (content analysis) โดยผู้วิจัยและที่ปรึกษาโครงการวิจัย ซึ่งเป็นผู้เชี่ยวชาญด้านงานวิจัยเชิงคุณภาพ นำข้อความที่ได้จากการถอดเทปเสียงการสนทนากลุ่มแบบคำต่อคำมาอ่านอย่างละเอียดหลายๆ ครั้ง แยกประโยคที่เกี่ยวข้องกับปัญหาและความต้องการบริการดูแลสุขภาพทางไกล ทำความเข้าใจ แยกประเด็นของแต่ละกลุ่ม จากนั้นนำมาสรุปเป็นข้อค้นพบที่ได้ นำไปอธิบายสนับสนุนผลการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ ส่วนความน่าเชื่อถือของงานวิจัย ผู้วิจัยยึดหลักความน่าเชื่อถือ (credibility) การถ่ายโอนงานวิจัย (transferability) การพึ่งพาเกณฑ์อื่นได้ (dependability) และการยืนยันผลการวิจัย (confirmability)[15] โดยผู้วิจัยเลือกผู้ให้ข้อมูลที่มีประสบการณ์จริง และสามารถถ่ายทอดประสบการณ์ให้เข้าใจได้ทั้งกลุ่มผู้ป่วย ผู้ดูแล และทีมสหวิชาชีพ (credibility) ระบุลักษณะกลุ่มตัวอย่างและสถานที่ทำวิจัยเพื่อให้สามารถประยุกต์ข้อค้นพบนั้นกับกลุ่มประชากรที่มีลักษณะคล้ายคลึงกัน (transferability) ระบุขั้นตอนการเก็บข้อมูล การวิเคราะห์และสรุปผล (dependability) รวมทั้งเก็บรวบรวมเอกสารเพื่อยืนยันผลการวิจัย (confirmability)

ผลการวิจัย

ลักษณะกลุ่มตัวอย่าง ในส่วนการวิจัยเชิงปริมาณพบว่ากลุ่มตัวอย่างผู้ป่วย/ผู้ดูแลจำนวน 200 คน แบ่งเป็นผู้ป่วย 141 คน (ร้อยละ 70.5) และผู้ดูแล 59 คน (ร้อยละ 29.5) เป็นเพศชายและเพศหญิงใกล้เคียงกัน (ร้อยละ 51.5 และ 48.5 ตามลำดับ)

มีอายุระหว่าง 22-94 ปี อายุเฉลี่ย 56.25 ปี (SD = 14.65) ระยะเวลาการได้รับการล้างไตทางช่องท้องอยู่ระหว่าง 6 เดือน ถึง 10 ปี เฉลี่ย 2 ปี 10 เดือน (SD = 27.03) ส่วนใหญ่ใช้สิทธิประกันสุขภาพถ้วนหน้า (ร้อยละ 87.5)

ส่วนกลุ่มตัวอย่างทีมสหวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในศูนย์ล้างไตฯ รวม 28 คน ประกอบด้วย แพทย์ 8 คน พยาบาลวิชาชีพ 10 คน ผู้ช่วยพยาบาล 2 คน นักวิชาการสาธารณสุข 7 คน และนักกำหนดอาหาร 1 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 71.4) มีอายุระหว่าง 21-57 ปี อายุเฉลี่ย 31.29 ปี (SD = 7.20) ระยะเวลาการปฏิบัติงานที่ศูนย์ล้างไตฯ อยู่ระหว่าง 2 ถึง 12 ปี 6 เดือน เฉลี่ย 5 ปี 4 เดือน (SD = 34.50)

ปัญหาเกี่ยวกับการบริการสุขภาพผู้ป่วยล้างไตทางช่องท้อง

กลุ่มตัวอย่างให้ความเห็นเกี่ยวกับปัญหาการใช้/ให้บริการสุขภาพแก่ผู้ป่วยล้างไตทางช่องท้อง โดยให้คะแนน 1 (มีปัญหาน้อยที่สุด) ถึง 5 (มีปัญหามากที่สุด) ผลการศึกษาเชิงปริมาณพบว่า กลุ่มผู้ป่วย/ผู้ดูแลรายงานปัญหาการใช้บริการเฉลี่ยโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X}$±SD = 2.94±1.42) และรายข้อในระดับปานกลางเช่นกัน นอกจากนี้ยังระบุปัญหาเกี่ยวกับการล้างไตเพิ่มเติมที่พบบ่อยคือ ปัญหาการส่งน้ำยาล้างไตให้ไม่เพียงพอ ทำให้ไม่พอใช้ ส่วนกลุ่มทีมสหวิชาชีพมีความเห็นเกี่ยวกับปัญหาการให้บริการโดยรวมอยู่ในระดับมาก ($\bar{X}$±SD = 3.93±1.20) และรายข้อในระดับมากเช่นกัน โดยเห็นว่าการให้บริการที่เป็นปัญหามากที่สุดคือ ปัญหาการแจ้งข่าวสารที่สำคัญให้แก่ผู้ป่วยและผู้ดูแลทราบ ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับปัญหาบริการสุขภาพสำหรับผู้ป่วยล้างไตทางช่องท้องของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มผู้ป่วย/ผู้ดูแล (n = 200)			กลุ่มทีมสหวิชาชีพ (n = 28)		
ปัญหาการใช้บริการสุขภาพ	$\bar{X}$±SD	ระดับ	ปัญหาการให้บริการสุขภาพ	$\bar{X}$±SD	ระดับ
ปัญหาการใช้บริการโดยรวม	2.94±1.42	ปานกลาง	ปัญหาการให้บริการโดยรวม	3.93±1.20	มาก
1. การติดตามดูแลจากทีมสุขภาพ	3.03±1.66	ปานกลาง	1. การแจ้งข่าวสารที่สำคัญแก่ผู้ป่วยและผู้ดูแล	4.14±1.24	มาก
2. การได้รับความช่วยเหลือเมื่อเกิดปัญหา	3.02±1.70	ปานกลาง	2. การให้ความรู้และทักษะในการล้างไตและการดูแลสุขภาพ	3.96±1.35	มาก
3. การได้รับความรู้และทักษะในการล้างไตและดูแลสุขภาพ	3.00±1.71	ปานกลาง	3. การให้ความช่วยเหลือเมื่อผู้ป่วยเกิดปัญหา	3.96±1.37	มาก
4. การเดินทางมารับบริการ	2.94±1.42	ปานกลาง	4. การเฝ้าระวังปัญหา	3.96±1.17	มาก
5. ความสะดวกในการติดต่อกับทีมสุขภาพที่ศูนย์ล้างไตฯ	2.90±1.63	ปานกลาง	5. ช่องทางการติดต่อสื่อสาร	3.86±1.38	มาก
6. ช่องทางการติดต่อสื่อสาร	2.84±1.59	ปานกลาง	6. การติดตามปัญหาและให้การดูแลได้เหมาะสม รวดเร็ว	3.82±1.34	มาก
7. ค่าใช้จ่ายในการเดินทางมารับบริการที่ศูนย์ล้างไตฯ	2.70±1.28	ปานกลาง	7. การจัดทำและรายงานข้อมูลของผู้ป่วย	3.82±1.25	มาก

ความต้องการการดูแลสุขภาพทางไกล กลุ่มตัวอย่างให้คะแนนความต้องการบริการดูแลสุขภาพทางไกลจาก 1 (น้อยที่สุด) ถึง 10 (มากที่สุด) ผลการศึกษาพบว่ากลุ่มผู้ป่วย/ผู้ดูแลระบุความต้องการการใช้บริการดูแลสุขภาพทางไกลโดยรวมในระดับมาก ($\bar{X}$±SD = 7.01±3.01) และรายข้อในระดับปานกลางถึงมาก ส่วนกลุ่มตัวอย่างทีมสหวิชาชีพระบุความต้องการให้บริการดูแลสุขภาพทางไกลโดยรวมในระดับมาก ($\bar{X}$±SD = 8.54±1.29) และรายข้อในระดับมากเช่นเดียวกัน ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับความต้องการการดูแลสุขภาพทางไกลของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มผู้ป่วย/ผู้ดูแล (n = 200)			กลุ่มทีมสหวิชาชีพ (n = 28)		
ความต้องการ	$\bar{X}$±SD	ระดับ	ความต้องการ	$\bar{X}$±SD	ระดับ
ความต้องการโดยรวม	7.01±3.01	มาก	ความต้องการโดยรวม	8.54±1.29	มาก
1. มีแหล่งความรู้และทักษะการล้างไตและการดูแลตนเอง	7.46±3.04	มาก	1. มีการให้ความรู้และทักษะการล้างไตและการดูแลตนเองแก่ผู้ป่วย	8.61±1.44	มาก
2. มีช่องทางรับข้อมูลข่าวสารที่สำคัญได้สะดวกรวดเร็ว	7.46±3.20	มาก	2. มีช่องทางแจ้งข้อมูลข่าวสารที่สำคัญให้แก่ผู้ป่วยทราบ	8.61±1.42	มาก
3. มีช่องทางติดต่อสื่อสารกับศูนย์ล้างไตเพิ่มขึ้น	7.13±3.30	มาก	3. มีช่องทางในการติดต่อสื่อสารกับผู้ป่วยเพิ่มขึ้น	8.57±1.43	มาก
4. มีระบบการแจ้งเตือนเมื่อมีความผิดปกติเกิดขึ้น	6.28±3.32	ปานกลาง	4. มีระบบช่วยรวบรวมข้อมูลผู้ป่วยประมวลผลและออกรายงาน	8.54±1.43	มาก
5. มีการบันทึกข้อมูลการล้างไตผ่านโทรศัพท์มือถือ	6.16±3.21	ปานกลาง	5. มีระบบการแจ้งเตือนความผิดปกติจากข้อมูลที่ผู้ป่วยบันทึก	8.46±1.53	มาก
			6. มีการติดตามข้อมูลการล้างไตของผู้ป่วย	8.43±1.45	มาก

นอกจากนี้เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของเพศ อายุ และระยะเวลาที่ผู้ป่วยได้รับการล้างไตทางช่องท้องต่อคะแนนเฉลี่ยความต้องการบริการดูแลสุขภาพทางไกลโดยใช้สถิติ independent t-test และ one-way ANOVA พบว่า เพศ อายุ และระยะเวลาการล้างไตทางช่องท้องที่แตกต่างกัน มีความต้องการการดูแลสุขภาพทางไกลไม่แตกต่างกัน ($p > .05$) ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความต้องการการดูแลสุขภาพทางไกลของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วย/ผู้ดูแล (n = 200)

ตัวแปร	จำนวน	ร้อยละ	$\bar{X}$	SD	t/F	p-value
เพศ						
ชาย	103	51.5	7.26	2.96	1.256[1]	.211
หญิง	97	48.5	6.73	3.05		
อายุ (ปี) (Min = 22, Max = 94, $\bar{X}$ = 56.25, SD = 14.65)						
≤60	117	58.5	7.04	2.97	.214[1]	.831
>60	83	41.5	6.95	3.09		
ระยะเวลาการล้างไตฯ[3] (ปี) (Min = 6 เดือน, Max = 10 ปี, $\bar{X}$ = 2 ปี 10 เดือน, SD = 27.03)						
<3	136	68.7	7.10	2.97	.211[2]	.810
3-5	33	16.7	6.76	3.21		
>5	29	14.6	6.85	3.01		

[1] Independent t-test, [2] One-Way ANOVA, [3] ไม่ระบุข้อมูล 2 ราย (n = 198)

ผลการสนทนากลุ่ม ในส่วนข้อมูลที่ได้จากการสนทนากลุ่มแยกรายละเอียดได้เป็นสองประเด็นหลัก คือ ปัญหาบริการสุขภาพในปัจจุบัน และความต้องการการดูแลสุขภาพทางไกลและรูปแบบที่ต้องการ โดยกลุ่มผู้ป่วย กลุ่มผู้ดูแล และกลุ่มทีมสหวิชาชีพมีมุมมองในแต่ละประเด็นดังนี้

ปัญหาบริการสุขภาพในปัจจุบัน

กลุ่มผู้ป่วย: จากการสนทนากลุ่มพบว่า ผู้ป่วยประสบปัญหาการจัดการตนเองเกี่ยวกับการล้างไตทางช่องท้อง เมื่อเกิดปัญหาจึงไม่สามารถประเมินและแก้ไขปัญหาได้อย่างเหมาะสม โดยผู้ป่วยกล่าวว่า *“เคยมีปัญหาสายรั่วตรงข้อต่อ ไม่รู้ต้องทำยังไงเลยพับสาย เอาหนังยางรัดไว้” “เคยแผลเหมือนแดงๆ ไม่รู้ว่าติดเชื้อรึเปล่า”* และเมื่อผู้ป่วยประสบปัญหา ต้องการความช่วยเหลือหรือคำแนะนำจากทีมสุขภาพ การติดต่อสื่อสารกับศูนย์ล้างไตฯ ด้วยการโทรศัพท์เพียงช่องทางเดียว บางครั้งไม่สะดวก ติดต่อไม่ได้ ทำให้ไม่ได้รับความช่วยเหลือได้ทันท่วงทีเมื่อประสบปัญหาหรือเมื่อต้องการ บ่อยครั้งที่ผู้ป่วยต้องเดินทางมาที่ศูนย์ล้างไตฯ เพื่อเข้ารับบริการเพิ่มเติมนอกเหนือจากวันนัดตรวจตามปกติ ทำให้มีภาระค่าใช้จ่ายในการเดินทางเพิ่มขึ้น ทั้งนี้ถึงแม้ว่าผู้ป่วยจะได้รับความรู้ ได้รับการฝึกสอนจากศูนย์ล้างไตฯ แต่ผู้ป่วยไม่สามารถจดจำได้ทั้งหมด ทำให้มีความรู้ในการดูแลตนเองรวมทั้งทักษะการแก้ไขปัญหาที่เกิดจากการล้างไตไม่ดีพอเป็นสาเหตุให้เกิดภาวะแทรกซ้อนตามมา นอกจากนี้ผู้ป่วยยังพบปัญหาบริการการจัดส่งน้ำยาล้างไตที่บ้านมีความล่าช้า ความเข้มข้นของน้ำยาไม่ตรงตามที่แพทย์สั่ง ทำให้น้ำยาล้างไตไม่พอใช้ ต้องเดินทางมาขอยืมจากศูนย์ล้างไตฯ ไปใช้ชั่วคราวก่อน

กลุ่มผู้ดูแล: ผู้ดูแลระบุปัญหาเกี่ยวกับการได้รับความรู้ในการดูแลผู้ป่วย โดยเห็นว่าศูนย์ล้างไตฯ มีการให้ความรู้เกี่ยวกับการล้างไตและการดูแลสุขภาพผู้ป่วยที่เป็นประโยชน์ บุคลากรมีความรู้ความสามารถ แต่ผู้ดูแลจดจำความรู้ไม่ได้อย่างแม่นยำ เมื่อต้องลงมือปฏิบัติด้วยตนเองหรือเมื่อประสบปัญหาจึงเกิดความไม่แน่ใจ ไม่มั่นใจในการแก้ปัญหา โดยผู้ดูแลกล่าวว่า *“จำไม่ได้ ไม่แน่ใจว่าต้องทำอย่างไร” “บางอย่างไม่รู้ว่าให้กินได้หรือไม่”* นอกจากนี้มีข้อมูลอื่นๆ ที่ต้องการทราบเพื่อใช้ในการดูแลผู้ป่วย ผู้ดูแลส่วนหนึ่งแก้ปัญหาด้วยการหาความรู้

จากแหล่งข้อมูลอื่น เช่น จากอินเทอร์เน็ต อย่างไรก็ดี ถึงแม้ผู้ดูแลจะเข้าถึงแหล่งข้อมูลอื่นได้ แต่เนื่องจากข้อมูลมีจำนวนมากและหลากหลาย ทำให้ต้องใช้เวลานาน และไม่แน่ใจในข้อมูลที่ได้ไม่สามารถตัดสินใจเลือกข้อมูลที่จะนำไปปฏิบัติได้ ต้องสอบถามจากแพทย์และพยาบาลอีกครั้งหนึ่ง โดยผู้ดูแลกล่าวว่า *"ต้องหาข้อมูลเอง เข้าอินเทอร์เน็ตเอา ข้อมูลเยอะ ไม่รู้ถูกหรือผิด..... ต้องมาถามหมอ ถามพยาบาลอีกที"* อีกประการหนึ่งคือผู้ดูแลให้ข้อคิดเห็นว่า ผู้ดูแลแต่ละคนมีระดับความรู้ ประสบการณ์ภาระการดูแล ทักษะการประเมินปัญหาและการจัดการปัญหาต่างกัน ผู้ดูแลบางรายไม่สามารถประเมินปัญหาและภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นได้ และต้องการความช่วยเหลือสนับสนุนจากทีมสุขภาพอย่างมากในการดูแลผู้ป่วย

กลุ่มทีมสหวิชาชีพ: ทีมสหวิชาชีพพบปัญหาช่องทางการติดต่อเพื่อแจ้งข่าวสารกับผู้ป่วยที่ไม่เอื้อกับการทำงาน โดยพบว่าการแจ้งข้อมูลสำคัญแก่ผู้ป่วยหรือผู้ดูแลทางโทรศัพท์รายบุคคลมีประโยชน์ แต่ปัญหาคือ ใช้เวลา หากต้องการติดต่อกับผู้ป่วยจำนวนมาก และต้องใช้บุคลากรมาก โดยแพทย์กล่าวว่า *"เคยมีเรื่องสำคัญที่ต้องแจ้งให้ทุกคนรู้ คนไข้เกือบพันคน ต้องโทรแจ้งรายคนทุกราย ใช้เวลามาก ต้องแบ่งกันไปโทร"* บางข้อมูลใช้วิธีติดประกาศที่ศูนย์ล้างไตฯ ซึ่งผู้รับบริการอาจได้รับข้อมูลไม่ทั่วถึง โดยพยาบาลกล่าวว่า *"แจ้งข่าวด้วยการติดประกาศ ผู้ป่วยที่ไม่ได้มาศูนย์จะไม่ทราบ แต่ถ้าแจ้งเวลาเลื่อนนัด แจ้งเรื่องสำคัญต้องใช้การโทรเท่านั้น เพราะบางคนอาจจะพลาดได้"* นอกจากนี้การติดต่อทางโทรศัพท์ บางครั้งติดต่อยาก กว่าจะติดต่อได้ก็ใช้เวลา *"การโทรไปถามข้อมูลผู้ป่วย บางครั้งโทรติดบ้าง โทรไม่ติดบ้าง รับสายบ้าง ไม่รับสายบ้าง"*

ในมุมมองของทีมสหวิชาชีพยังเห็นว่าการให้ความรู้และทักษะการล้างไตและการดูแลสุขภาพแก่ผู้ป่วยและผู้ดูแลยังเป็นปัญหา โดยพบว่าผู้ป่วยและผู้ดูแลมักขาดความมั่นใจในความรู้ โดยพยาบาลกล่าวว่า *"ทางศูนย์จะสอนผู้ป่วยและคนดูแลระยะหนึ่ง หลังจากนั้นให้เขาไปปฏิบัติเอง ซึ่งปัญหาที่พบมากคือขาดความมั่นใจ"* อีกทั้งพบว่าภายหลังการให้ความรู้ผู้ป่วยและผู้ดูแลมักลืม จำความรู้หรือข้อมูลที่เคยสอนไม่ได้ ไม่สามารถแก้ไขปัญหาเบื้องต้นในภาวะฉุกเฉินจากการล้างไตฯ ได้ *"ปกติมีการสอนเรื่องความรู้ต่างๆ อยู่แล้ว แต่นานไปผู้ป่วยญาติ ก็ลืมว่าต้องทำอย่างไร แก้ปัญหาอย่างไร"*

นอกจากนี้ในการติดตามปัญหาและให้ความช่วยเหลือแก่ผู้ป่วยพบว่ายังมีความล่าช้า ไม่ทันต่อเหตุการณ์ การประเมินปัญหาส่วนใหญ่ทำเมื่อผู้ป่วยมาตรวจตามนัดเดือนละครั้ง โดยตรวจสอบสัญญาณชีพและน้ำหนักตัวในวันที่มาตรวจ ร่วมกับข้อมูลที่บันทึกลงในสมุดบันทึกการล้างไตในช่วงเวลาที่ผ่านมา และผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ ดังตัวอย่างจากนักกำหนดอาหารกล่าวว่า *"ความผิดปกติด้านอาหารและโภชนาการ เรื่องน้ำหนักตัว เราจะไม่มีทางได้รู้เลย จนกว่าจะถึงวันนัด"*

จากการสนทนากลุ่มทั้งสามกลุ่มสะท้อนให้เห็นปัญหาการให้และการใช้บริการสุขภาพสำหรับผู้ป่วยล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่องตามมุมมองของแต่ละกลุ่ม และเพื่อแก้ปัญหาหรือลดช่องว่างของการบริการสุขภาพที่มีอยู่ในปัจจุบัน ผู้วิจัยสอบถามความต้องการการดูแลสุขภาพทางไกลโดยใช้แอปพลิเคชันผ่านโทรศัพท์มือถือ และรูปแบบที่ต้องการจากผู้ให้ข้อมูลทั้งสามกลุ่ม พบข้อมูลดังนี้

ความต้องการการดูแลสุขภาพทางไกลและรูปแบบที่ต้องการ

กลุ่มตัวอย่างทั้งสามกลุ่มมีความคิดเห็นเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพทางไกลในทิศทางที่น่าจะเป็นประโยชน์ ในการมีช่องทางการดูแลเพิ่มเติม โดยผู้ป่วยเห็นว่าถ้ามีการดูแลสุขภาพทางไกลจะช่วยให้มีช่องทางการสื่อสารระหว่างผู้ป่วยและศูนย์ล้างไตฯ เพิ่มขึ้น ผู้ป่วยได้รับการติดตามการล้างไตอย่างใกล้ชิดมากขึ้น *"คิดว่ามันดีนะคะ รู้สึกอุ่นใจถ้ามีคนคอยดูการล้าง(ไต)ของเรา"*

ส่วนกลุ่มผู้ดูแลเห็นด้วยว่า ถ้ามีการดูแลสุขภาพทางไกลผ่านโทรศัพท์มือถือจะเป็นประโยชน์ต่อผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วย และเกิดประโยชน์ต่อผู้ป่วยในที่สุด โดยกล่าวว่า *"ถ้ามีเทคโนโลยีใหม่ๆ ขึ้นมา คิดว่าเกิดประโยชน์ในการดูแลมากกว่าค่ะ....เป็นสิ่งที่ดีอยู่แล้ว เพียงแต่ใครจะจับต้องได้ก่อน เพราะท้ายสุดก็เกิดประโยชน์กับคนที่เราดูแล"* และในมุมมองของกลุ่มทีมสหวิชาชีพเห็นว่า การมีเทคโนโลยีสารสนเทศมาช่วยในการดูแลผู้ป่วย อาจสามารถลดปัญหาการให้บริการที่มีในปัจจุบันได้ ช่วยให้ผู้ป่วยมั่นใจในการรักษาด้วยการล้างไตทางช่องท้องมากขึ้น โดยแพทย์กล่าวว่า *"เรื่องของการล้างไตทางช่องท้องเนื่องจากต้องอาศัยความรู้ความเข้าใจ และการปฏิบัติที่ถูกต้องของผู้ดูแลหรือตัวผู้ป่วย.....ถ้ามีแอปพลิเคชันหรือช่องทางการติดต่อสื่อสารที่จะสามารถช่วยให้ผู้ป่วยและญาติเข้าใจ มีการเรียนรู้อย่างต่อเนื่อง หรือมีการติดต่อสอบถามได้ทันท่วงทีเมื่อมีข้อสงสัยแบบนี้ก็จะทำให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลมั่นใจและดูแลตัวเองได้ดียิ่งขึ้น และจะประสบความสำเร็จในการรักษา"*

ส่วนรูปแบบที่ต้องการนั้น ทุกกลุ่มต้องการให้มีแหล่งความรู้ที่รวบรวมไว้ให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลสามารถศึกษาทบทวนเพิ่มเติมได้เองตามเวลาที่สะดวก โดยมีสื่อที่น่าสนใจในรูปแบบวิดีโอมากกว่าตัวหนังสือ ตัวอย่างข้อมูลที่ผู้ป่วยและผู้ดูแลต้องการ เช่น ปัญหาที่พบบ่อยในการล้างไตและวิธีการแก้ไขปัญหาเบื้องต้น ข้อมูลแนะนำอาหารที่เหมาะสมและเฉพาะเจาะจงกับผู้ป่วยแต่ละราย เมนูอาหารผู้ป่วยโรคไต เป็นต้น

นอกจากนี้ผู้ให้ข้อมูลทุกกลุ่มต้องการช่องทางเพิ่มเติมในการติดต่อสื่อสารระหว่างกัน นอกเหนือจากการพูดคุยทางโทรศัพท์ คือต้องการช่องทางที่สามารถส่งรูปภาพ เพื่อขอคำปรึกษาปัญหาหรือให้คำปรึกษาได้ชัดเจนมากขึ้น กลุ่มทีมสหวิชาชีพยังต้องการช่องทางการสื่อสารที่เอื้อต่อการทำงาน สามารถใช้ระบบในการแจ้งข้อมูลข่าวสารที่สำคัญให้แก่ผู้ป่วยจำนวนมากได้รับทราบโดยตรงอย่างสะดวกรวดเร็ว อีกทั้งต้องการวิธีที่แน่ใจได้ว่าผู้ป่วยได้รับทราบข่าวสารที่แจ้งไปเรียบร้อยแล้ว *"อาจจะต้องมีปุ่มเล็กๆ ให้กดว่ารับทราบข้อมูลข่าวสารนั้นแล้ว"* ทั้งนี้นอกเหนือจากช่องทางการสื่อสารระหว่างบุคลากรศูนย์ล้างไตฯ และผู้ป่วยแล้ว ช่องทางการพูดคุยสนทนาระหว่างกลุ่มผู้ป่วยด้วยกันเองในรูปแบบกระดานสนทนา (web board) เพื่อใช้แลกเปลี่ยนประสบการณ์และให้กำลังใจซึ่งกันและกัน เป็นรูปแบบหนึ่งที่กลุ่มผู้ป่วยต้องการ รวมถึงต้องการช่องทางให้สามารถแจ้งข้อมูล ตรวจสอบหรือติดตามสถานะของน้ำยาล้างไตได้ด้วย โดยผู้ป่วยกล่าวว่า *"อยากให้มีการแจ้งข้อมูลหรือสอบถามเรื่องน้ำยาได้ เช็คสถานะน้ำยา ว่าเราจะได้วันที่เท่าไร ไปรษณีย์รับเรื่องเมื่อไร ตามจุดๆ ว่าถึงตรงไหน"*

ผู้ให้ข้อมูลแต่ละกลุ่มต้องการให้มีการแจ้งเตือนแบบต่างๆ ตามมุมมองของตนเอง ประกอบด้วยการแจ้งเตือนความผิดปกติของข้อมูลสุขภาพและการล้างไตของผู้ป่วย และการแจ้งเตือนความจำในเรื่องที่ต้องปฏิบัติ โดยต้องการให้มีการตรวจสอบข้อมูลที่ผู้ป่วยบันทึกและส่งมายังศูนย์ล้างไตฯ หากผิดปกติให้มีการแจ้งเตือนทั้งผู้ป่วยและศูนย์ล้างไตฯ ให้รับทราบ ระบบควรประมวลข้อมูลและแสดงผลข้อมูลในรูปแบบตาราง หรือกราฟ ให้เห็นลักษณะของข้อมูลได้อย่างชัดเจน จะช่วยให้เข้าใจข้อมูลได้สะดวกรวดเร็วยิ่งขึ้น และเมื่อพบความผิดปกติสามารถให้ความช่วยเหลือเพื่อจัดการปัญหาได้ทันต่อเหตุการณ์ โดยแพทย์กล่าวว่า *"มีการแจ้งเตือนเราว่าน้ำหนักเริ่มขึ้นเร็วเกินไป ซึ่งคนไข้อาจมีภาวะบวม ถ้ามีระบบแจ้งเตือน เราจะให้การช่วยเหลือได้ทันท่วงที เช่น การส่งน้ำยาไปให้ที่บ้าน หรือให้ญาติมารับน้ำยาแบบที่เข้มข้นเพื่อไปดึงน้ำส่วนเกินออก"*

ส่วนการแจ้งเตือนความจำที่ต้องการเป็นการแจ้งเตือนที่เกี่ยวข้องกับการดูแลรักษา โดยผู้ป่วยและผู้ดูแลต้องการให้มีการแจ้งเตือนต่างๆ เช่น เตือนวันนัดตรวจ วันฉีดยากระตุ้นเม็ดเลือด เป็นต้น ทีมสหวิชาชีพต้องการระบบการแจ้งเตือนการทำหัตถการ

ที่สำคัญ ได้แก่ การเปลี่ยนสายข้อต่อการล้างไต (transfer set) และการตรวจความเพียงพอของการล้างไต เพื่อให้บริการสุขภาพแก่ผู้ป่วยได้ตามมาตรฐานที่กำหนด โดยพยาบาลกล่าวว่า *"แจ้งเตือนเปลี่ยนสาย เพราะคนไข้ต้องเปลี่ยนสาย ทุก 6 เดือน เป็นการเตือนทั้งสองฝั่ง เพื่อศูนย์จะได้เตรียมอุปกรณ์ไว้ให้พอ ถ้ารู้ว่ามีจำนวนกี่เคสแต่ละเดือน อันนี้เป็นสิ่งที่เราอยากมีระบบการบันทึกและแจ้งเตือนเพื่อจัดการให้ได้เปลี่ยนตามกำหนด"*

การบันทึกข้อมูลการล้างไตและข้อมูลสุขภาพผ่านโทรศัพท์มือถือและส่งข้อมูลมายังศูนย์ล้างไตฯ เพื่อเฝ้าระวังติดตามการล้างไตนั้น กลุ่มผู้ป่วยและผู้ดูแลส่วนใหญ่เห็นว่าการลงบันทึกข้อมูลการล้างไตผ่านโทรศัพท์มือถือทุกรอบของการล้างไตอาจเป็นภาระมากเกินไป ไม่สะดวก และยังคงต้องการบันทึกลงสมุดบันทึกตามแบบเดิมควบคู่กันไปด้วย จึงเสนอแนะรูปแบบว่า ควรบันทึกลงในสมุดบันทึกทุกรอบตามเดิม ส่วนการบันทึกผ่านแอปพลิเคชันในโทรศัพท์มือถือ ควรทำเพียงวันละครั้ง โดยบันทึกสรุปยอดรวม ในส่วนผู้ป่วยกล่าวว่า *"การบันทึกสี่รอบ มีประโยชน์แต่ไม่สะดวก โอกาสทำน้อย สรุปรอบเดียวน่าจะสะดวกกว่า"* ส่วนผู้ดูแลกล่าวว่า *"แจ้งวันละรอบ รวมทั้งหมดในหนึ่งวันคือทำครั้งเดียวไปเลย เช่นตอนเช้าของทุกวัน"* โดยกลุ่มทีมสหวิชาชีพเห็นว่าข้อมูลการล้างไตโดยใช้ปริมาตรรวมต่อวันมีความเพียงพอในการเฝ้าระวังปัญหาและติดตามความผิดปกติของการล้างไต ในส่วนของแพทย์กล่าวว่า *"ถ้าเป็นรายวันก็จะลดภาระของเขาได้มากกว่า แล้วก็เห็นด้วยที่ให้สรุปเลยวันละครั้ง ซึ่งเพียงพอ ไม่จำเป็นต้องประเมินทุกรอบ"*

ผู้ให้ข้อมูลทั้งสามกลุ่มมีข้อเสนอแนะเกี่ยวกับการพัฒนาการดูแลสุขภาพทางไกลว่า ควรเป็นรูปแบบที่ใช้งานได้ง่าย ไม่ยุ่งยากซับซ้อน ขนาดตัวอักษรชัดเจน อ่านง่าย และคำนึงถึงผู้ป่วยที่เป็นผู้สูงอายุ บางรายไม่ถนัดการใช้เทคโนโลยี หรือไม่ได้ใช้โทรศัพท์สมาร์ตโฟนอาจมีข้อจำกัดในการเข้าถึงการบริการสุขภาพลักษณะนี้ นอกจากนี้ศูนย์ล้างไตฯ ควรมีบุคลากรที่เพียงพอในการให้บริการดูแลสุขภาพทางไกล สามารถตอบคำถามหรือปัญหาผ่านทางแอปพลิเคชันได้อย่างรวดเร็ว ในส่วนพยาบาลเวรที่รับหน้าที่อยู่เวรนอกเวลาราชการ (on call) เสนอว่าควรมีอุปกรณ์ เช่น โทรศัพท์สมาร์ตโฟนหรือแท็บเล็ต และอินเทอร์เน็ตพร้อมใช้ให้แก่บุคลากรเพื่อเข้าสู่ระบบได้ง่ายและสะดวก

การอภิปรายผล

จากการศึกษาเพื่อประเมินความต้องการการดูแลสุขภาพทางไกลจากผู้เกี่ยวข้องหลัก ให้ทราบปัญหาการบริการสุขภาพที่มีอยู่ในปัจจุบัน ความต้องการการดูแลสุขภาพทางไกลและรูปแบบที่ต้องการ โดยใช้วิธีการวิจัยแบบผสมผสานพบว่าปัญหาการบริการสุขภาพในปัจจุบันที่กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วย/ผู้ดูแลรายงานว่าเป็นปัญหามากที่สุดคือ การติดตามการดูแลจากทีมสุขภาพ ($\bar{X}$±SD = 3.03±1.66) ซึ่งใกล้เคียงกับปัญหาการได้รับความช่วยเหลือและคำแนะนำเมื่อเกิดปัญหา ($\bar{X}$±SD = 3.02±1.70) อาจเนื่องมาจากปริมาณผู้ป่วยมีจำนวนมาก และผู้ป่วยต้องดูแลและทำการล้างไตเองที่บ้าน ถึงแม้ศูนย์ล้างไตฯ จะมีการสอนให้ความรู้แก่ผู้ป่วยและผู้ดูแลตั้งแต่เริ่มฝึกการล้างไตฯ และมีการให้ความรู้เป็นระยะหรืออบรมซ้ำในบางราย ผลจากการสนทนากลุ่มพบว่าผู้ป่วยและผู้ดูแลส่วนใหญ่ไม่สามารถจดจำหรือเข้าใจได้ทั้งหมด เมื่อเกิดปัญหาจึงไม่สามารถแก้ไขปัญหาด้วยตนเอง และอาจไม่ได้รับความสะดวกในการติดต่อศูนย์ล้างไตฯ ได้ในทันทีตามความต้องการ กลุ่มตัวอย่างจึงเห็นว่าทั้งสองประเด็นนี้เป็นปัญหาที่พบมากที่สุด จากปัญหาการใช้บริการสุขภาพที่กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยและผู้ดูแลระบุสอดคล้องกับการดูแลสุขภาพทางไกลที่กลุ่มตัวอย่างต้องการ โดยพบว่ารูปแบบการบริการหรือฟังก์ชันที่ต้องการให้มีมากที่สุดคือ การมีแหล่งข้อมูลความรู้และทักษะที่เกี่ยวข้องกับการล้างไตและการดูแลตนเอง ($\bar{X}$±SD = 7.46±3.04) และการได้รับข้อมูลที่สำคัญจากทาง

ศูนย์ล้างไตฯ ได้สะดวกรวดเร็ว ($\bar{X}$±SD = 7.46±3.20) เพื่อให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลมีแหล่งความรู้ที่สามารถศึกษาทบทวนด้วยตนเองได้ตามต้องการ และจัดการตนเองได้อย่างถูกต้องเหมาะสมมากขึ้น ปัญหาและความต้องการดังกล่าวสอดคล้องกับกลุ่มทีมสหวิชาชีพเช่นเดียวกัน โดยกลุ่มทีมสหวิชาชีพต้องการให้การดูแลสุขภาพทางไกลมีฟังก์ชันการให้ความรู้และทักษะที่เกี่ยวข้องกับการดูแลตนเอง ($\bar{X}$±SD = 8.61±1.44) และมีระบบแจ้งข้อมูลข่าวสารที่สำคัญจากทางศูนย์ล้างไตฯ ($\bar{X}$±SD = 8.61±4.12) ให้แก่ผู้ป่วยมากที่สุด เพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลจัดการปัญหาได้อย่างเหมาะสม โดยเฉพาะเมื่อเกิดปัญหาเฉพาะหน้าทำให้ลดโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ทั้งนี้จากหลักฐานเชิงประจักษ์พบว่า การจัดการตนเองที่ดีในผู้ป่วยล้างไตทางช่องท้องสามารถลดการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการล้างไตทางช่องท้องได้อย่างมีนัยสำคัญ[13] อีกทั้งการให้ความรู้ที่มีประสิทธิภาพ เพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลมีความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้องเป็นปัจจัยความสำเร็จลำดับแรกของการล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่อง[14] ทำให้ผู้ป่วยสามารถล้างไตทางช่องท้องได้อย่างปลอดภัยและต่อเนื่อง หากได้มีโอกาสทบทวนความรู้ จะทำให้เกิดความมั่นใจในการดูแลตนเองได้ดียิ่งขึ้น จากงานวิจัยที่ผ่านมาในผู้ป่วยหลายกลุ่มโรคยืนยันว่าการนำเทคโนโลยีสารสนเทศมาใช้ในการให้ความรู้และสนับสนุนการจัดการตนเองผ่านแอปพลิเคชันโทรศัพท์มือถือสามารถเพิ่มการจัดการปัญหาสุขภาพของผู้ป่วยได้ดีขึ้น ส่งผลให้ผลลัพธ์ทางคลินิกดีขึ้นด้วย[16-21] ทั้งนี้รูปแบบที่ต้องการมีความสอดคล้องกันคือ ต้องการสื่อความรู้ที่เข้าใจง่าย เป็นภาพวิดีโออาจเนื่องจากเป็นรูปแบบที่มีประสิทธิภาพ ทำให้เห็นภาพชัดเจนทำความเข้าใจได้ง่ายและรวดเร็วกว่าสื่อความรู้ในรูปแบบข้อความ

ความต้องการลำดับต่อมาที่กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วย/ผู้ดูแลและกลุ่มทีมสหวิชาชีพมีความต้องการตรงกัน และมีความต้องการในระดับมาก ได้แก่ ความต้องการมีช่องทางในการรับส่งข้อมูลข่าวสาร และสามารถติดต่อสื่อสารกันได้สะดวกและรวดเร็วมากขึ้น เนื่องจากการใช้โทรศัพท์เพียงช่องทางเดียวในการให้บริการผู้ป่วยจำนวนมากอาจไม่เพียงพอ จากการสนทนากลุ่มพบข้อมูลที่ตรงกันว่า การติดต่อแต่ละฝ่ายทางโทรศัพท์ใช้เวลาค่อนข้างมากหลายครั้งที่ติดต่อไม่ได้ ทำให้การให้ข้อมูลหรือแก้ไขปัญหามีความล่าช้าอีกทั้งการใช้โทรศัพท์มีข้อจำกัดที่สามารถใช้เสียงได้เพียงอย่างเดียวไม่สามารถใช้ภาพเพื่ออธิบายความผิดปกติได้ชัดเจน หลายครั้งผู้ป่วย/ผู้ดูแลต้องเดินทางมาที่ศูนย์ล้างไตฯ โดยไม่จำเป็นทำให้เสียเวลาและค่าใช้จ่าย จึงมีความต้องการระบบการดูแลที่ทำให้การติดต่อสื่อสารระหว่างกันมีประสิทธิภาพมากขึ้น ผลการศึกษาที่ผ่านมาพบว่าการดูแลสุขภาพทางไกลผ่านแอปพลิเคชันในโทรศัพท์มือถือสามารถเพิ่มคุณภาพการสื่อสารระหว่างผู้ป่วยและผู้ให้บริการ รวมทั้งช่วยลดการเดินทางมาโรงพยาบาลโดยไม่จำเป็นของผู้ป่วยได้อย่างมีนัยสำคัญ[22-23]

ความต้องการระบบการดูแลสุขภาพทางไกลที่ทั้งกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วย/ผู้ดูแล และกลุ่มทีมสหวิชาชีพมีความต้องการในลำดับสุดท้ายเช่นเดียวกันคือ มีการบันทึกข้อมูลสุขภาพและการล้างไตผ่านโทรศัพท์มือถือแทนการบันทึกในสมุดบันทึกการล้างไตเพื่อส่งข้อมูลให้ศูนย์ล้างไตฯ ทราบ และให้ความช่วยเหลือได้ทันเหตุการณ์หากเกิดความผิดปกติ โดยค่าเฉลี่ยความต้องการในกลุ่มทีมสหวิชาชีพอยู่ในระดับมาก ($\bar{X}$±SD = 8.43±1.45) อาจเนื่องมาจากมีความต้องการพัฒนาการบริการแบบเชิงรุกเพื่อส่งเสริมภาวะสุขภาพ และลดภาวะแทรกซ้อนแก่ผู้รับบริการส่วนค่าเฉลี่ยความต้องการในกลุ่มผู้ป่วย/ผู้ดูแลอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X}$±SD = 6.16±3.21) สอดคล้องกับผลการสนทนากลุ่มที่กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยและผู้ดูแลให้ข้อคิดเห็นว่า แม้การบันทึกข้อมูลการล้างไตผ่านโทรศัพท์มือถือจะทำให้ศูนย์ล้างไตฯ ได้เฝ้าระวังและติดตามความผิดปกติ แต่ไม่ต้องการบันทึกทุกรอบเนื่องจากอาจเป็นภาระมากเกินไป และในมุมมองของผู้ป่วย/ผู้ดูแลบางส่วนเห็นว่าการบันทึกลงสมุดบันทึกยังคงมีความจำเป็นและต้องการ

ทำควบคู่กันไปกับการบันทึกในระบบใหม่ เนื่องจากเกรงปัญหาระบบขัดข้อง อินเทอร์เน็ตช้า เป็นต้น อีกทั้งเกรงว่าจะไม่มีข้อมูลการล้างไต หากต้องไปรับการรักษาที่โรงพยาบาลอื่นในกรณีฉุกเฉิน จึงยังต้องการบันทึกลงสมุดไว้เป็นหลักฐานด้วยเช่นเดิม สะท้อนให้เห็นว่าผู้ป่วย/ผู้ดูแลมีความคุ้นชินกับการบันทึกลงสมุดบันทึก ซึ่งเป็นสิ่งที่ปฏิบัติมาโดยตลอด การทำสิ่งใหม่ที่มีการใช้เทคโนโลยีร่วมด้วย อาจทำให้เกิดความรู้สึกไม่ไว้วางใจและต้องการเวลาในการเรียนรู้ จึงยังต้องการบันทึกในสมุดบันทึกแบบเดิมควบคู่กันไปกับการบันทึกปริมาตรรวมต่อวันผ่านโทรศัพท์มือถือเพื่อความมั่นใจ ซึ่งกลุ่มทีมสหวิชาชีพเห็นชอบว่าการบันทึกรูปแบบนี้มีความเพียงพอและเหมาะสมในการติดตามความผิดปกติของผู้ป่วย

สำหรับฟังก์ชันอื่นๆ ที่ทั้งกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยและผู้ดูแลต้องการ ได้แก่ การมีช่องทางการติดตามน้ำยาล้างไต ช่องทางการสนทนาเพื่อแลกเปลี่ยนประสบการณ์ระหว่างผู้ป่วยและผู้ดูแลด้วยกันเอง การแจ้งเตือนความจำ และกลุ่มทีมสหวิชาชีพให้ข้อเสนอแนะการแจ้งเตือนการทำหัตถการต่างๆ ของผู้ป่วย เนื่องจากผู้ป่วยแต่ละรายมีกำหนดการตรวจรักษาและทำหัตถการที่จำเป็นแตกต่างกัน เช่น การเปลี่ยนสายต่อล้างไตทางช่องท้องทุก 6 เดือน และการตรวจความเพียงพอในการล้างไตทางช่องท้องปีละ 1 ครั้ง[14] เป็นต้น สะท้อนให้เห็นถึงความต้องการบริการสุขภาพเพื่อแก้ไขปัญหาตามประสบการณ์และมุมมองของแต่ละกลุ่ม

นอกจากนี้กลุ่มตัวอย่างยังมีข้อคิดเห็นว่า การใช้ระบบการดูแลสุขภาพทางไกลอาจเป็นข้อจำกัดสำหรับผู้ป่วยบางรายโดยเฉพาะกลุ่มผู้ที่ไม่ได้ใช้โทรศัพท์สมาร์ตโฟน หรือไม่มีสัญญาณอินเทอร์เน็ต และกลุ่มผู้สูงอายุที่ไม่คุ้นเคยกับเทคโนโลยี สอดคล้องกับผลการวิจัยเชิงสำรวจที่พบว่า อุปสรรคในการใช้ระบบการดูแลสุภาพทางไกลสำหรับผู้ป่วยคือ การไม่มีอุปกรณ์และสัญญาณอินเทอร์เน็ตที่ดีในการใช้งาน[24] อย่างไรก็ดีผลการศึกษาครั้งนี้พบว่ากลุ่มตัวอย่างผู้ป่วย/ผู้ดูแลไม่ว่าเพศหญิงหรือชาย วัยผู้ใหญ่หรือผู้สูงอายุ ประสบการณ์การล้างไตมากหรือน้อยต่างก็มีความต้องการการดูแลสุขภาพทางไกลไม่แตกต่างกัน สะท้อนให้เห็นว่าทุกกลุ่มควรได้รับการสนับสนุนให้เข้าถึงการบริการดูแลสุขภาพทางไกลสำหรับการล้างไตทางช่องท้องตามความต้องการ จึงเป็นโจทย์ที่ท้าทายสำหรับผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในการส่งเสริมให้ประชาชนเข้าถึงปัจจัยพื้นฐานเหล่านี้ร่วมกับเรียนรู้การใช้เทคโนโลยีได้อย่างทั่วถึงและเท่าเทียม

ผลการศึกษาครั้งนี้ทำให้ผู้วิจัยได้รับข้อมูลที่เป็นประโยชน์จากผู้เกี่ยวข้องหลัก เพื่อนำไปใช้ออกแบบและพัฒนาระบบการดูแลสุขภาพทางไกลในผู้ป่วยที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่องให้มีความเหมาะสม ตรงกับความต้องการ และเอื้อต่อการใช้งานทั้งในส่วนของผู้ป่วย ผู้ดูแลและทีมสหวิชาชีพ เพื่อประโยชน์ในการเพิ่มประสิทธิภาพสูงสุดในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้ต่อไป

ข้อจำกัดการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้ศึกษาเฉพาะกลุ่มผู้ป่วยล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่องที่เข้ารับการรักษาในศูนย์ล้างไตฯ แห่งหนึ่งในกรุงเทพมหานคร เลือกกลุ่มตัวอย่างแบบสะดวกในการศึกษาข้อมูลเชิงปริมาณ และแบบเจาะจงในการศึกษาข้อมูลเชิงคุณภาพด้วยการสนทนากลุ่ม จึงอาจมีข้อจำกัดในการนำผลวิจัยไปใช้ในการอ้างอิงกลุ่มประชากรที่ศูนย์ล้างไตฯ อื่นได้

สรุปและข้อเสนอแนะ

การศึกษาความต้องการของผู้ป่วยล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่อง บุคลากรสุขภาพ และผู้ที่เกี่ยวข้องต่อการดูแลสุขภาพทางไกลมีความจำเป็น ผลการศึกษาทำให้ได้ข้อมูลเชิงประจักษ์ถึงความเป็นไปได้และแนวทางการพัฒนาการดูแลสุขภาพทางไกลเพื่อนำมาใช้เอื้อประโยชน์แก่ผู้ที่สามารถเข้าถึงระบบบริการนี้ได้ โดยจะช่วยแก้ปัญหาการให้บริการในปัจจุบันและเพิ่มผลลัพธ์การดูแลให้ดีขึ้นในอนาคต การดูแลสุขภาพทางไกลที่ออกแบบ

ให้สอดคล้องกับความต้องการของผู้ใช้ ทำให้มั่นใจได้ว่าระบบที่จะพัฒนาขึ้นตอบสนองความต้องการของผู้ใช้อย่างแท้จริงและเกิดประโยชน์สูงสุด อย่างไรก็ดี ควรมีการศึกษาเพื่อพัฒนาและทดสอบประสิทธิผลของการดูแลสุขภาพทางไกลต่อความสำเร็จในการรักษาด้วยการล้างไตทางช่องท้องต่อไป

References

1. The National Health Security Office. Guidelines for obtaining service expenses for chronic renal disease patients. In: Guidelines for obtaining health care expenses. Nonthaburi: Sahamit Printing and Publishing; 2019. p.163-4. (in Thai).
2. Luz LD, Ankawi G, Digvijay K, Rosner MH, Ronco C. Technique failure in peritoneal dialysis: etiologies and risk assessment. Blood Purif. 2021;50(1):42-9. doi: 10.1159/000508159.
3. Varitsakul R, Sindhu S. "Let's keep close": increasing peritoneal dialysis service effectiveness through bridging the gap between patient and provider. Renal Society of Australasia Journal. 2015;11(2):73-7.
4. Struijk DG. e-Health: remote health care models in peritoneal dialysis. Contrib Nephrol. 2012;178:74-8. doi: 10.1159/000337814.
5. Dey V, Jones A, Spalding EM. Telehealth: acceptability, clinical interventions and quality of life in peritoneal dialysis. SAGE Open Med. 2016;4: 2050312116670188. doi: 10.1177/2050312116670188.
6. Lew SQ. Telehealth in peritoneal dialysis: review of patient management. Adv Perit Dial. 2018;34(2018):32-7.
7. Watkins R, Meiers MW, Visser YL. A guide to assessing needs: essential tools for collecting information, making decisions, and achieving development results [Internet]. Washington DC: The World Bank; 2012 [cited 2019 Aug 23]. Available from: https://doi.org/10.1596/978-0-8213-8868-6.
8. AlDossary S, Martin-Khan MG, Bradford NK, Armfield NR, Smith AC. The development of a telemedicine planning framework based on needs assessment. J Med Syst. 2017;41(5):74. doi: 10.1007/s10916-017-0709-4.
9. AlDossary S, Armfield NR, Smith AC, MartinKhan MG. A needs-based planning framework for telemedicine services: a practical guide [Internet]. Herston, Queensland: National Health and Medical Research Council (NHMRC) Centre of Research Excellence in Telehealth, Faculty of Medicine, The University of Queensland, Australia; 2019 [cited in 2021 Aug 23]. Available from: https://coh.centre.uq.edu.au/files/2613/COH_UQ_ Telemedicine_practical_guide.pdf.
10. Faul F, Erdfelder E, Buchner A, Lang A-G. Statistical power analyses using G*Power 3.1: Tests for correlation and regression analyses. Behav Res Methods. 2009;41(4):1149-60. doi: 10.3758/BRM.41.4.1149.
11. Cohen J. A power primer. Psychol Bull. 1992;112(1):155-9. doi: 10.1037//0033-2909.112.1.155.

12. Ngaoratsamee J, Sroisong S. Nursing care for end stage renal disease patients with continuous ambulatory peritoneal dialysis. Journal of Nursing and Health Sciences. 2021;15(1):50-61. (in Thai).
13. Varitsakul R, Sindhu S, Sriyuktasuth A, Viwatwongkasem C, Dennison Himmelfarb CR. The relationships between clinical, socio-demographic and self-management: factors and complications in Thai peritoneal dialysis patients. Renal Society of Australasia Journal. 2013;9:85-92.
14. Sukrungraung I, Rongmuang D, Fukfon K. Caring of peritoneal dialysis patients under peritoneal dialysis first policy: from policy to nursing practice. Nursing Public Health and Education Journal. 2020;21(1):3-15. (in Thai).
15. Lincoln Y, Guba E. Naturalistic inquiry. London: Sage Publication; 1985. 415 p.
16. Hamine S, Gerth-Guyette E, Faulx D, Green BB, Ginsburg AS. Impact of mHealth chronic disease management on treatment adherence and patient outcomes: a systematic review. J Med Internet Res. 2015;17(2):e52. doi: 10.2196/jmir.3951.
17. Ruzic L, Sanford JA. Needs assessment-mHealth applications for people aging with multiple sclerosis. J Healthc Inform Res. 2018;2:71-98. doi: 10.1007/s41666-018-0023-z.
18. Riangkam C, Sriyuktasuth A, Pongthavornkamol K, Kusakunniran W, Sriwijitkamol A. Effects of a mobile health diabetes self-management program on HbA1c, self-management and patient satisfaction in adults with uncontrolled type 2 diabetes: a randomized controlled trial. J Health Res. 2021;1-11. doi: 10.1108/JHR-02-2021-0126.
19. Bonoto BC, de Araujo VE, Godoi IP, de Lemos LL, Godman B, Bennie M, et al. Efficacy of mobile apps to support the care of patients with diabetes mellitus: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. JMIR Mhealth Uhealth. 2017;5(3):e4. doi: 10.2196/mhealth.6309.
20. Hsia BC, Wu S, Mowrey WB, Jariwala SP. Evaluating the ASTHMAXcel mobile application regarding asthma knowledge and clinical outcomes. Respir Care. 2020;65(8):1112-9. doi: 10.4187/respcare.07550.
21. Athilingam P, Osorio RE, Kaplan H, Oliver D, O'Neachtain T, Rogal PJ. Embedding patient education in mobile platform for patients with heart failure theory-based development and beta testing. Comput Inform Nurs. 2016; 34(2):92-8. doi: 10.1097/CIN.0000000000000216.
22. Mungia R, Mendoza, de la Rosa E, Nguyen T, Reyes SC, Schramm D, et al. Development of a mobile application to enhance knowledge, awareness and communication of dry mouth amongst dental practitioners and patients: a South Texas Oral Health Network Study. Tex Dent J. 2021;138(3):172-85.
23. Aiyegbajejea FO, Ajayib DD. Mobile health communication: effective reduction of patients' travel needs to hospitals. Int J Healthc Manag. 2020;13(1):28-34. doi: 10.1080/20479700.2018.1434862.
24. ctc-ri.org [Internet]. Telehealth needs assessment. Providence, RI: Care Transformation Collaborative of Rhode Island; 2020 [cited 2021 Jun 23]. Available from: https://www.ctc-ri.org/telehealth-project-overview/telehealth-needs-assessment.

วารสารพยาบาลศาสตร์
ปีที่ 40 ฉบับที่ 2 เมษายน - มิถุนายน 2565

รายงานการวิจัย

- อิทธิพลของอายุ ความรู้ ความเชื่อ การสนับสนุน และการเข้าถึงบริการ ต่อการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียว 6 สัปดาห์ในมารดาหลังคลอดชาวเขา
- การรับรู้และการป้องกันการตั้งครรภ์ไม่พร้อมในวัยรุ่นกลุ่มชาติพันธุ์อาข่า
- อิทธิพลของปัจจัยส่วนบุคคล ดัชนีมวลกาย ทัศนคติ และการสนับสนุนทางสังคม ต่อการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียว 4 สัปดาห์ในมารดาหลังคลอด
- ความตั้งใจเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ของมารดาที่ได้รับข้อมูลการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ผ่านสื่อต่างกัน
- การศึกษาเปรียบเทียบความรู้ พฤติกรรมเฝ้าระวังและป้องกันโรค และพฤติกรรมควบคุมโรคมือเท้าปากของผู้ปกครองและครูพี่เลี้ยงในตำบลที่มีการระบาดสูงกับตำบลที่มีการระบาดต่ำ : กรณีศึกษาในพื้นที่อำเภอหนึ่ง จังหวัดนครราชสีมา
- ผลของโปรแกรมการสร้างเสริมการดูแลสุขภาพช่องปาก ตามกรอบแนวคิดปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียง ต่อความรู้ ทัศนคติ และทักษะปฏิบัติในการดูแลสุขภาพช่องปาก ในสามเณรไทย
- ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการจัดการตนเองในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองชนิดตีบตัน
- ปัจจัยทำนายสุขภาวะทางจิตใจของวัยรุ่นโรคมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัด
- ปัญหาบริการสุขภาพและการประเมินความต้องการการดูแลสุขภาพทางไกลสำหรับการล้างไตทางช่องท้อง : มุมมองของผู้ป่วย ผู้ดูแล และบุคลากรสุขภาพ