



Mahidol University
Faculty of Nursing

วารสารพยาบาลศาสตร์

Nurs Sci J Thail



Vol. 42 No.2 April - June 2024

ISSN 2651-1959
(Online)

NURSING SCIENCE JOURNAL OF THAILAND

Research Articles

- Existing Situations of Long COVID in Older Adults with Chronic Illness: A Mixed Method Study
- Factors Predicting Self-Care in Patients with Atrial Fibrillation
- Factors Predicting Disease Control in Patients with Asthma, Banphaeo General Hospital, Samut Sakhon
- The Influences of Sleep Quality, Hemoglobin, Length of Hospital Stay and Cognitive Function on Health-Related Quality of Life in Sepsis Survivors at a Non-University Teaching Hospital
- Factors Influencing Antenatal Care Service Utilization among Migrant Women in Bangkok Metropolitan Area
- Effect of the Promoting Program for Prenatal Diagnosis Understanding via Social Media on Anxiety and Knowledge among Risk Couples for Severe Fetal Thalassemia
- Factors Predicting Quality of Life among Early Surgical Menopausal Women
- Influence of Social Determinants of Health on Cardiovascular Risk among Patients with Schizophrenia in Mandalay, Myanmar



C O N T E N T S

Research Articles

- 1 Existing Situations of Long COVID in Older Adults with Chronic Illness: A Mixed Method Study
 สถานการณ์ของภาวะหลังการติดเชื้อโควิด-19
 ในผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง : การวิจัยผสมผสาน
 Pulawit Thongtaeng,
 Junjira Seesawang
 ปุณณวิชช์ ทองแตง
 จันทร์จิรา สีสว่าง

- 19 Factors Predicting Self-Care in Patients with Atrial Fibrillation
 ปัจจัยทำนายการดูแลตนเองของผู้ป่วย
 ภาวะหัวใจห้องบนสั่นพลิ้ว
 Phannathorn Ophasirikhosit, Sarinrut Sriprasong,
 Doungrut Wattanakitkrileart, Komsing Methavigul
 พรรณธร โอภาศิริโฆสิต ศรีรินทร์ ศรีประสงค์
 ดวงรัตน์ วัฒนกิจไกรเลิศ คมสิงห์ เมธาวีกุล

- 32 Factors Predicting Disease Control in Patients with Asthma, Banphaeo General Hospital, Samut Sakhon
 ปัจจัยทำนายการควบคุมโรคในผู้ป่วยโรคหืด
 โรงพยาบาลบ้านแพ้ว (องค์การมหาชน)
 สมุทรสาคร
 Pruegsa Junphongsri,
 Doungrut Wattanakitkrileart,
 Warunee Phligbua, Wanchai Dejsomritrutai
 พฤกษา จันทร์ผ่องศรี
 ดวงรัตน์ วัฒนกิจไกรเลิศ
 วารุณี พลิกบัว วันชัย เดชสมฤทธิฤทัย

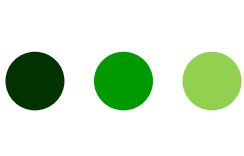
- 46 The Influences of Sleep Quality, Hemoglobin, Length of Hospital Stay and Cognitive Function on Health-Related Quality of Life in Sepsis Survivors at a Non-University Teaching Hospital
 อิทธิพลของคุณภาพการนอนหลับ ฮีโมโกลบิน
 ระยะเวลาการนอนโรงพยาบาลและการรู้คิดต่อคุณภาพชีวิต
 ด้านสุขภาพในผู้รอดชีวิตจากการติดเชื้อในกระแสเลือด
 ที่โรงพยาบาลศูนย์แพทยศาสตรศึกษาไม่สังกัดมหาวิทยาลัยแห่งหนึ่ง
 Angkhana Sathindamnoen,
 Wimolrat Puwarawuttipanit,
 Autchariya Pongkaew,
 Yong Rongrungruang
 อังคณา เสถียรดำเนิน
 วิมลรัตน์ ภูวราวุฒิปานิช
 อัจฉริยา พ่วงแก้ว
 ยงค์ รุ่งเรือง



C O N T E N T S (cont.)

Research Articles

- | | |
|--|---|
| <p>59 Factors Influencing Antenatal Care Service Utilization among Migrant Women in Bangkok Metropolitan Area</p> <p>ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการรับบริการฝากครรภ์ของสตรีแรงงานข้ามชาติในเขตกรุงเทพมหานคร</p> | <p>Pailin Thitichotrattana,
Rudee Pungbangkadee, Ameporn Ratinthorn</p> <p>ไพลิน ฐิติโชติรัตนนา
ฤดี ปุงบางกะดี เอ็มพร รตินธร</p> |
| <p>73 Effect of the Promoting Program for Prenatal Diagnosis Understanding via Social Media on Anxiety and Knowledge among Risk Couples for Severe Fetal Thalassemia</p> <p>ผลของโปรแกรมส่งเสริมความเข้าใจเกี่ยวกับการตรวจวินิจฉัยก่อนคลอดผ่านสื่อสังคมออนไลน์ต่อความวิตกกังวลและความรู้ของคู่เสี่ยงต่อการมีทารกเป็นโรคธาลัสซีเมียชนิดรุนแรง</p> | <p>Waraporn Rungrojprateep,
Wanna Phahuwatanakorn,
Piyanun Limruangrong,
Pharuhas Chanprapaph</p> <p>วราพร รุ่งโรจน์ประทีป
วรรณนา พาหุวัฒนกร
ปิยะนันท์ ลิ้มเรืองรอง พฤหัส จันทรประภาพ</p> |
| <p>89 Factors Predicting Quality of Life among Early Surgical Menopausal Women</p> <p>ปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตสตรีที่มีภาวะหมดประจำเดือนในระยะแรกหลังผ่าตัด</p> | <p>Janya Chanphong, Kitirat Techatraisak,
Nutchaya Sa-nga-aarekul</p> <p>จรรยา จันทรผ่อง กิติรัตน์ เตชะไตรศักดิ์
ณัฐชญา สง่าอารีกุล</p> |
| <p>104 Influence of Social Determinants of Health on Cardiovascular Risk among Patients with Schizophrenia in Mandalay, Myanmar</p> <p>อิทธิพลของปัจจัยสังคมกำหนดสุขภาพที่มีต่อความเสี่ยงในการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดในผู้ป่วยโรคจิตเภทเมืองมัณฑะเลย์ ประเทศเมียนมาร์</p> | <p>Thet Phoo Wai,
Yajai Sitthimongkol,
Thitipong Tankampuan</p> <p>Thet Phoo Wai
ยาใจ สิทธิมงคล
ฐิติพงษ์ ตันคำปวน</p> |



Existing Situations of Long COVID in Older Adults with Chronic Illness: A Mixed Method Study*

Pulawit Thongtaeng, RN, PhD¹, Junjira Seesawang, RN, PhD²

Abstract

Purpose: To study the primary symptoms, factors associated with Long COVID, and experiences with Long COVID in older adults with chronic illnesses.

Design: A mixed-methods sequential explanatory design.

Methods: In a quantitative phase, 92 participants who lived in a province of Northern Thailand were selected by cluster sampling. A personal data form and a questionnaire focusing on Long-COVID symptoms were used. Quantitative data were analyzed using descriptive statistics, chi-square tests, and binary logistic regression. In a qualitative phase, 30 informants were selected by purposive sampling. In-depth interviews were conducted with a semi-structure interview protocol, and data were analyzed by using content analysis.

Main findings: Long COVID was found 70.7% and the most common reported Long-COVID symptoms were hair loss (49.2%), chronic cough (43.1%), and fatigue (30.7%). Women had a 4.9 times higher likelihood of experiencing Long COVID compared to men (OR = 4.89, 95%CI [1.68, 14.22], p-value = .004). Older adults with moderate COVID-19 symptoms were 5.3 times more likely to develop Long COVID than those with mild symptoms (OR = 5.31, 95%CI [1.88, 15.00], p-value = .002). The qualitative findings revealed three main aspects 1) consequences of Long COVID, 2) strategies to cope with Long COVID, and 3) requirements for assistance and support. The in-depth interviews complemented the quantitative data, shedding light on the physical, psychological, and social impacts of Long COVID on older adults with chronic illnesses. They employed coping strategies including self-care, seeking information, and acceptance. The support they required while experiencing Long COVID included access to healthcare services for consultation, information about Long COVID, as well as continuous monitoring.

Conclusion and recommendations: Elderly with chronic illnesses may experience lasting effects from COVID-19, including symptoms like hair loss, chronic cough, and fatigue. Women and those with moderate infection levels are more prone to developing Long COVID. Nurses should closely monitor these patients, assess their symptoms, and provide guidance to prevent Long COVID. They should also encourage self-care during symptom occurrence and offer reliable support resources.

Keywords: chronic illness, long COVID, older persons

Nursing Science Journal of Thailand. 2024;42(2):1-18

Corresponding Author: Lecturer Junjira Seesawang, Prachomklao College of Nursing, Phetchaburi Province, 76000 Thailand; e-mail: jseesawang@yahoo.com

* This research project is supported by Boromarajonani College of Nursing, Chiang Mai

¹ Boromarajonani College of Nursing, Chiang Mai, Faculty of Nursing, Praboromarajchanok Institute, Ministry of Public Health, Thailand

² Prachomklao College of Nursing, Phetchaburi Province, Faculty of Nursing, Praboromarajchanok Institute, Ministry of Public Health, Thailand

Received: 14 November 2023 / Revised: 28 February 2024 / Accepted: 5 March 2024



สถานการณ์ของภาวะหลังการติดเชื้อโควิด-19 ในผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง : การวิจัยผสมผสาน*

ปูลวิษฐ์ ทองแดง, ประ.ด.¹ จันทร์จิรา สีสว่าง, PhD²

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์: เพื่อศึกษากลุ่มอาการสำคัญ ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะหลังการติดเชื้อโควิด-19 และประสบการณ์เกี่ยวกับภาวะหลังการติดเชื้อโควิด-19 ในผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง

รูปแบบการวิจัย: การวิจัยแบบผสมผสาน โดยวิธีการวิจัยเชิงปริมาณก่อนการวิจัยเชิงคุณภาพ

วิธีดำเนินการวิจัย: การวิจัยเชิงปริมาณคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างจากจังหวัดหนึ่งในภาคเหนือด้วยการคัดเลือกตัวอย่างแบบแบ่งกลุ่มจำนวน 92 ราย ใช้แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล และแบบสอบถามภาวะหลังการติดเชื้อโควิด-19 วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณด้วยสถิติเชิงพรรณนา ไคสแควร์ และการวิเคราะห์การถดถอยโลจิสติกส์ ส่วนการวิจัยเชิงคุณภาพ ผู้วิจัยคัดเลือกผู้ให้ข้อมูลแบบเจาะจงจำนวน 30 ราย เพื่อสัมภาษณ์เชิงลึกด้วยแบบสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้าง และวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพด้วยการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา

ผลการวิจัย: ภาวะหลังการติดเชื้อโควิด-19 พบถึงร้อยละ 70.7 และอาการที่พบได้บ่อย คือ ผม่ว (ร้อยละ 49.2) ไอเรื้อรัง (ร้อยละ 43.1) และอ่อนเพลีย (ร้อยละ 30.7) เพศหญิงมีโอกาสเกิดภาวะหลังการติดเชื้อโควิด-19 มากกว่าเพศชาย 4.9 เท่า (OR = 4.89, 95%CI [1.68, 14.22], p-value = .004) และความรุนแรงของอาการแสดงโรคโควิด-19 ระดับปานกลางมีโอกาสเกิดภาวะหลังการติดเชื้อโควิด-19 มากกว่าผู้ที่มีความรุนแรงของการติดเชื้อโควิด-19 ระดับเล็กน้อย 5.3 เท่า (OR = 5.31, 95%CI [1.88, 15.00], p-value = .002) ผลการศึกษาวิจัยเชิงคุณภาพพบประเด็นหลักที่สำคัญ 3 ประเด็น คือ 1) ผลกระทบจากภาวะหลังการติดเชื้อโควิด-19 2) การจัดการกับภาวะหลังการติดเชื้อโควิด-19 และ 3) ความต้องการการช่วยเหลือ ผลการสัมภาษณ์เชิงลึกช่วยอธิบายข้อมูลเชิงปริมาณว่า ภาวะหลังการติดเชื้อโควิด-19 ส่งผลกระทบต่อทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม ซึ่งผู้สูงอายุโรคเรื้อรังจัดการกับอาการที่เกิดขึ้นโดยการดูแลตนเอง แสวงหาข้อมูล และการยอมรับ สำหรับความต้องการการช่วยเหลือเมื่อเกิดภาวะดังกล่าว คือ ต้องการหน่วยบริการสุขภาพในการให้คำปรึกษาและข้อมูลเกี่ยวกับภาวะหลังการติดเชื้อโควิด-19 รวมถึงการติดตามอย่างต่อเนื่อง

สรุปและข้อเสนอแนะ: อาการผม่ว ไอเรื้อรัง และอ่อนเพลีย เป็นอาการส่วนใหญ่ที่พบในผู้สูงอายุโรคเรื้อรังหลังการติดเชื้อโควิด-19 เพศหญิงและการติดเชื้อระดับปานกลางสามารถทำนายการเกิดภาวะหลังการติดเชื้อโควิด-19 ในผู้สูงอายุโรคเรื้อรังได้ จากผลการศึกษาผู้สูงอายุโรคเรื้อรังต้องเผชิญกับภาวะหลังการติดเชื้อโควิด-19 เป็นระยะเวลานาน ดังนั้นพยาบาลควรมีการติดตามประเมินอาการและปัจจัยดังกล่าวเพื่อเฝ้าระวัง ให้คำแนะนำเพื่อป้องกันภาวะหลังการติดเชื้อโควิด-19 การดูแลตนเองเมื่อมีอาการ และแหล่งสนับสนุนที่เชื่อถือได้

คำสำคัญ: โรคเรื้อรัง ภาวะหลังการติดเชื้อโควิด-19 ผู้สูงอายุ

Nursing Science Journal of Thailand. 2024;42(2):1-18

ผู้ประสานงานการเผยแพร่: อาจารย์จันทร์จิรา สีสว่าง, วิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี อำเภอเมือง จังหวัดเพชรบุรี 76000, e-mail: jseesawangt@yahoo.com

* โครงการวิจัยนี้ได้รับทุนจาก วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี เชียงใหม่

¹ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี เชียงใหม่ คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข

² วิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข

วันที่รับบทความ: 14 พฤศจิกายน / 2566 วันที่แก้ไขบทความเสร็จ: 28 กุมภาพันธ์ / 2567 วันที่ตอบรับบทความ: 5 มีนาคม 2567

ความสำคัญของปัญหา

สถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (โควิด-19) เป็นปัญหาสำคัญทั่วโลก เนื่องจากทั่วโลกมีจำนวนผู้ติดเชื้อ 578 ล้านคน และเสียชีวิต 6.4 ล้านคน ซึ่งอัตราการเสียชีวิตจากโรคโควิดเพิ่มขึ้นตามอายุ สำหรับประเทศไทยมีจำนวนผู้ติดเชื้อสะสมจำนวน 4.59 ล้านคน และเสียชีวิตจำนวน 31,431 คน¹ ซึ่งมีจำนวนผู้สูงอายุที่ติดเชื้อโควิดจำนวน 170,861 คน โดยพบการติดเชื้อมากที่สุดในช่วงอายุระหว่าง 60-64 ปี² และในจังหวัดเชียงใหม่พบว่า ในปี พ.ศ. 2564 มีผู้สูงอายุติดเชื้อโควิด-19 จำนวน 660 คน และข้อมูล ณ วันที่ 1 พฤษภาคม พ.ศ. 2565 พบผู้สูงอายุติดเชื้อโควิด-19 เพิ่มจำนวน 469 คน² ทั้งนี้ยังคงมีผู้สูงอายุป่วยด้วยการติดเชื้อโควิด-19 เพิ่มขึ้นในจังหวัดเชียงใหม่ รวมถึงในหลายจังหวัดของประเทศไทย ซึ่งการติดเชื้อโควิด-19 ทำให้ผู้สูงอายุเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนรุนแรง และเสี่ยงต่อการเสียชีวิต ซึ่งอัตราการเสียชีวิตสูงที่สุดคือผู้สูงอายุที่มีอายุ 80 ปีขึ้นไป รวมถึงบุคคลที่มีโรคประจำตัวร่วมด้วย คนที่เป็นโรคหัวใจมีอัตราการเสียชีวิตสูงที่สุด รองลงมาคือโรคเบาหวาน โรคทางเดินหายใจ และโรคความดันโลหิตสูง¹ โดยหากมีการติดเชื้อในกลุ่มผู้สูงอายุจะมีโอกาสเสียชีวิตมากกว่ากลุ่มประชากรทั่วไป นอกจากนี้ผู้ป่วยบางรายที่ฟื้นตัวจากการติดเชื้อแล้วยังคงมีอาการหลงเหลืออยู่ โดยเฉพาะอย่างยิ่งผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรัง เช่น โรคเบาหวาน โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง³

ภาวะหลังการติดเชื้อโควิด-19 (post-COVID syndrome หรือ Long COVID) กลายเป็นปัญหาสำคัญของระบบสาธารณสุขในปัจจุบัน เป็นภาวะที่พบในผู้ป่วยที่มีประวัติติดเชื้อโควิด-19 มักพบโดยมาก 3 เดือนหลังจากช่วงของการติดเชื้อระยะเฉียบพลัน และต้องแสดงอาการเป็นเวลอย่างน้อย 2 เดือน กลุ่มอาการดังกล่าวอาจเป็นอาการใหม่ที่เกิดขึ้นหลังจากหายจากการติดเชื้อโควิด-19 แล้ว หรือเป็นอาการหลงเหลืออยู่เดิม แม้ผ่านช่วงฟื้นตัวจากการติดเชื้อมาแล้ว โดยอาการที่พบสามารถดีขึ้นหรือแย่ลงเมื่อเวลาผ่านไปหรือมีการกลับเป็นซ้ำใหม่ได้³ ทั้งนี้ภาวะ Long COVID ที่พบได้บ่อย

เช่น อาการภาวะเหนื่อยล้าหรืออ่อนเพลีย (fatigue) และหายใจลำบาก (dyspnea) อ่อนเพลียหรืออาการแย่ลงหลังจากมีกิจกรรมทางกายหรือว่ามีการใช้สมอง (post-exertional malaise) สูญเสียสัมผัสการได้กลิ่นและการรับรส (ageusia) อาการผมร่วง (alopecia) ความเครียด ความวิตกกังวล หงุดหงิด อาการทางจิตเวช และภาวะซึมเศร้า³ เป็นต้น โดยพบว่าความชุกของภาวะ Long COVID ในผู้ป่วยอยู่ในช่วงประมาณร้อยละ 29.9-76⁴⁻¹⁰ ทั้งนี้ภาวะ Long COVID ส่งผลต่อหลายระบบของร่างกาย โดยเฉพาะระบบทางเดินหายใจและระบบหัวใจ รวมถึงการทำงานของระบบภูมิคุ้มกันที่ผิดปกติไป ซึ่งอาการทางด้านร่างกายที่ปรากฏดังกล่าวยิ่งทำให้ผู้ป่วยมีความเครียดหรือวิตกกังวลเพิ่มมากขึ้น¹¹ รบกวนการใช้ชีวิตประจำวันตามปกติ จึงส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุโรคเรื้อรังที่มีภาวะ Long COVID³ ดังนั้นการติดตามดูแลต่อเนื่องจึงเป็นสิ่งสำคัญสำหรับผู้สูงอายุโรคเรื้อรังภายหลังการติดเชื้อโควิด-19

สำหรับปัจจัยเสี่ยงของการเกิดภาวะ Long COVID นั้นยังไม่ทราบแน่ชัด มีเพียงข้อสังเกตว่ามีปัจจัยที่พบได้ในหลายๆ การศึกษา เช่น เพศหญิงมีโอกาสพบได้มากกว่าเพศชาย⁶ ภาวะอ้วน มีโรคประจำตัว เช่นโรคเบาหวาน¹² ระดับความรุนแรงของการติดเชื้อโควิด-19¹³ ผู้ที่เคยมีประวัติติดเชื้อโควิด-19 แล้ว อายุมากกว่า 60 ปี¹⁴ มีอาการมากกว่า 5 อาการในช่วง 1 สัปดาห์แรกของการเจ็บป่วย และความรุนแรงของโรคมักในระยะแรก³ เป็นต้น โดยเฉพาะในกลุ่มผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรังจะมีโอกาสเกิดภาวะ Long COVID และเสี่ยงต่อการกลับเข้ารับการรักษาใหม่ได้มากกว่าผู้ป่วยกลุ่มอื่น⁴ ซึ่งอุบัติการณ์ของการเกิดภาวะ Long COVID พบว่าส่วนใหญ่ผู้ป่วยที่หายจากโควิด-19 ยังคงแสดงอาการในระยะยาวอย่างน้อย 1 อาการแม้เวลาจะผ่านไปแล้ว 2-3 เดือนก็ตาม^{5,15}

อย่างไรก็ตามจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวกับภาวะ Long COVID ในผู้ติดเชื้อโควิด-19 ส่วนใหญ่เป็นการศึกษาความชุกของการเกิดภาวะ Long COVID ในผู้ป่วยทั่วไป¹⁶⁻¹⁹ งานวิจัยที่ผ่านมายังไม่พบการศึกษาในกลุ่มผู้สูงอายุโรคเรื้อรังที่ติดเชื้อโควิด-19

ที่ตีพิมพ์เผยแพร่ในประเทศไทย ซึ่งกลุ่มผู้สูงอายุมีความเสี่ยงสูงที่จะเกิดอาการ Long COVID เรื้อรังอย่างต่อเนื่อง และการติดเชื้อโควิด-19 อาจส่งผลกระทบต่อการทำงานของสมองส่วนความคิดและความจำได้ ทำให้เกิดภาวะสับสนและสมองเสื่อมภายในหนึ่งปีหลังการติดเชื้อ³ ดังนั้นการศึกษาศาณการณของภาวะ Long COVID ในผู้สูงอายุโรคเรื้อรังภายหลังการติดเชื้อโควิด-19 โดยเฉพาะอย่างยิ่งในบริบทของผู้สูงอายุไทยที่มีความเชื่อและแนวคิดในการดูแลสุขภาพที่แตกต่างจากบริบทของต่างประเทศและจากประสบการณ์ของผู้วิจัยพบว่า ผู้สูงอายุที่มีภาวะ Long COVID ส่วนใหญ่มารับบริการสุขภาพที่ล่าช้า และใช้วิธีการดูแลตนเอง เช่น ซื้อมารับประทานเองหรือรอให้อาการทุเลาไปเอง ซึ่งอาจส่งผลกระทบต่อฟื้นฟูสภาพร่างกายหลังการติดเชื้อโควิด-19 ทั้งนี้ยังขาดองค์ความรู้ที่ทำให้เกิดความเข้าใจในการดูแลตนเองตามมุมมองของผู้สูงอายุ เช่น ความเชื่อ ปัญหาและความต้องการการดูแล และประสบการณ์การดูแลตนเองของผู้สูงอายุที่มีภาวะ Long COVID ซึ่งอาจมีความหลากหลายทั้งที่เหมือนกันและแตกต่างกัน ทั้งนี้ข้อมูลเชิงลึกจะทำให้ได้องค์ความรู้ที่จะเป็นประโยชน์อย่างยิ่งสำหรับบุคลากรสุขภาพที่สามารถนำไปพิจารณาและปรับเพื่อใช้เป็นแนวทางในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะ Long COVID เช่น ช่วยในการวางแผนการพยาบาลเพื่อลดหรือแก้ไขภาวะแทรกซ้อนของโควิด-19 ในระยะยาว และสามารถใช้เป็นข้อมูลเบื้องต้นในการพัฒนาระบบบริการของคลินิก Long COVID เพื่อตอบสนองความต้องการของผู้สูงอายุโรคเรื้อรังที่มีภาวะ Long COVID

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษากลุ่มอาการสำคัญของภาวะ Long COVID ที่เกิดขึ้นในผู้สูงอายุโรคเรื้อรังที่ติดเชื้อโควิด-19 และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะ Long COVID ที่เกิดขึ้นในผู้สูงอายุโรคเรื้อรังที่ติดเชื้อโควิด-19
2. เพื่อศึกษาประสบการณ์เกี่ยวกับผลกระทบและการจัดการกับภาวะ Long COVID รวมถึงความต้องการการช่วยเหลือของผู้สูงอายุโรคเรื้อรังที่มีภาวะ Long COVID

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษานี้เป็นการวิจัยแบบผสมผสาน (mixed method research) ผสานการวัดตัวแปรด้วยวิธีการวิจัยเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพแบบพรรณนา โดยใช้รูปแบบเชิงอธิบายเป็นลำดับ (explanatory sequential design) คือ เริ่มต้นเก็บรวบรวมข้อมูลเชิงปริมาณก่อนเก็บรวบรวมข้อมูลเชิงคุณภาพ หลังจากนั้นสรุปผลการวิจัยและตีความผลการวิจัยเชิงปริมาณ สรุปผลการวิจัยและตีความผลการวิจัยเชิงคุณภาพและอภิปรายถึงผลที่ได้จากวิจัยเชิงคุณภาพที่ไปอธิบายผลของข้อมูลเชิงปริมาณ²⁰ ซึ่งผลการวิจัยเชิงคุณภาพจะช่วยอธิบายผลที่ได้จากการวิจัยเชิงปริมาณในเชิงลึก ทำให้ได้ข้อมูลที่ลุ่มลึกรอบด้านเกี่ยวกับผู้สูงอายุโรคเรื้อรังที่มีภาวะ Long COVID ในประเด็นต่างๆ

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้สูงอายุในจังหวัดเชียงใหม่ที่ติดเชื้อโควิด-19 จำนวน 660 คน จากการสำรวจในช่วงเดือนมีนาคม พ.ศ. 2565² กลุ่มตัวอย่างในการศึกษานี้แบ่งเป็น 2 กลุ่ม คือ

- 1) ข้อมูลเชิงปริมาณ คำนวณกลุ่มตัวอย่างโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป²¹ โดยกำหนดค่าอำนาจในการทดสอบ (power of test) = .80 ระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 และกำหนดขนาดอิทธิพลในระดับปานกลาง (medium effect size)²² ได้กลุ่มตัวอย่าง 84 คน และผู้วิจัยคำนวณกลุ่มตัวอย่างเพิ่มร้อยละ 10 เพื่อป้องกันการสูญหายของกลุ่มตัวอย่าง ดังนั้นจำนวนกลุ่มตัวอย่างเท่ากับ 92 คน ซึ่งระหว่างดำเนินการวิจัยไม่มีการสูญหายของกลุ่มตัวอย่าง คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบแบ่งกลุ่ม (cluster random sampling) จากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ 6 แห่ง ในเขตอำเภอที่มีการระบาดระดับสีแดงในจังหวัดเชียงใหม่ โดยกลุ่มตัวอย่างมีคุณสมบัติตามเกณฑ์คัดเข้า ดังนี้ (1) ชายและหญิง อายุ 60 ปี ขึ้นไปที่มีโรคเรื้อรัง และมีประวัติติดเชื้อโควิด-19 ยืนยันผลติดเชื้อด้วย ATK หรือ RT-PCR ก่อนเดือนมกราคม พ.ศ. 2566 (2) ได้รับการรักษาแบบผู้ป่วยใน หรือแบบผู้ป่วยนอกเมื่อติดเชื้อโควิด-19 (3) สื่อสารภาษาไทยได้ และ (4) ไม่มีภาวะ cognitive impairment (ประเมิน TMSE ได้คะแนนมากกว่า 23 คะแนนขึ้นไป)

เกณฑ์ในการคัดออก คือ ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่ามีปัญหาสุขภาพจิต ส่วนเกณฑ์ยุติการวิจัยเมื่อเข้าร่วมโครงการวิจัยแล้ว ได้แก่ การมีภาวะความเจ็บป่วยรุนแรงจนต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล เช่น โรคหัวใจล้มเหลวที่มีอาการเจ็บหน้าอกเหนื่อยง่าย หรือผู้ป่วยที่อยู่ในระยะท้ายของชีวิต

2) ข้อมูลเชิงคุณภาพ เลือกรุ่นตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจงเพื่อสัมภาษณ์เชิงลึก โดยมีคุณสมบัติตามเกณฑ์คัดเข้า-คัดออก เช่นเดียวกับกลุ่มตัวอย่างสำหรับข้อมูลเชิงปริมาณ เป็นผู้สูงอายุที่ผ่านการตอบแบบสอบถามเชิงปริมาณในระยะที่ 1 เป็นกลุ่มตัวอย่างที่มีภาวะ Long COVID อย่างน้อย 1 อาการ และมีอาการมาแล้วอย่างน้อย 1 เดือน โดยผู้วิจัยจะตรวจสอบหมายเลขในแบบสอบถามกับบัญชีรายชื่อของกลุ่มตัวอย่างที่มีรายละเอียดของที่อยู่ในการติดต่อเพื่อการสัมภาษณ์ซึ่งในการวิจัยครั้งนี้กลุ่มตัวอย่างถูกสัมภาษณ์จำนวน 30 ราย เนื่องจากข้อมูลอิ่มตัว ไม่มีประเด็นใหม่เพิ่มเติมทั้งนี้ในการเชิญชวนกลุ่มตัวอย่างทั้ง 30 รายเพื่อสัมภาษณ์ พบว่ากลุ่มตัวอย่างทุกรายไม่มีการปฏิเสธเข้าร่วมการสัมภาษณ์

เครื่องมือการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการคัดกรองกลุ่มตัวอย่าง คือ แบบประเมิน TMSE (Thai Mental State Examination) เพื่อใช้ในการคัดกรองภาวะการทำงานของสมองด้านความรู้ ความเข้าใจ หรือคัดกรองภาวะสมองเสื่อม แบบประเมิน TMSE ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 6 ข้อ มีคะแนนเต็ม 30 คะแนน ถ้าได้คะแนนรวมน้อยกว่า 24 คะแนน ถือว่ามีภาวะ cognitive impairment คือ มีความผิดปกติทางด้านความสามารถของสมองโดยเฉพาะความจำ

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่

2.1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ BMI โรคประจำตัว ประวัติการตรวจพบเชื้อโควิด-19 ประวัติการฉีดวัคซีนโควิด-19 ระดับความรุนแรงของอาการแสดงโรคโควิด-19 ซึ่งแบ่งออกเป็นสามระดับคือ รุนแรงเล็กน้อย รุนแรงปานกลาง และรุนแรงมาก ตามเกณฑ์ขององค์การอนามัยโลก (ผู้ป่วยที่อาการแสดงโรคโควิด-19 รุนแรงน้อยหมายถึง ผู้ที่ไม่มีอาการแสดง

แต่ตรวจพบไวรัสในลำคอ มีอาการเล็กน้อยไม่ได้รับการรักษา หรือรักษาเกินยาแต่ไม่ได้นอนโรงพยาบาล ผู้ป่วยที่อาการแสดงโรคโควิด-19 รุนแรงปานกลาง หมายถึง ผู้ป่วยต้องนอนในโรงพยาบาล ไม่ได้ให้ออกซิเจน หรือได้รับออกซิเจนแบบเสียจมูกหรือครอบจมูก ผู้ป่วยที่อาการแสดงโรคโควิด-19 รุนแรงมากหมายถึง ผู้ป่วยต้องนอนในโรงพยาบาล และต้องให้ออกซิเจนแบบ high flow ใส่ท่อช่วยหายใจ ใส่เครื่องช่วยหายใจหรือพองอด อย่างใดอย่างหนึ่ง) และประวัติการรักษา

2.2 แบบสอบถามภาวะ Long COVID เป็นแบบสอบถามอาการที่เกิดขึ้นภายหลังรักษาโควิด-19 หายแล้ว ไม่น้อยกว่า 4 สัปดาห์ ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนเอกสารที่เกี่ยวข้อง^{12,16,18-19} เพื่อให้สอดคล้องและครอบคลุมภาวะ Long COVID เป็นคำถามปลายปิด จำนวน 36 ข้อ เป็นแบบให้เลือกตอบ มี และไม่มี และคำถามปลายเปิดจำนวน 1 ข้อซึ่งผู้ตอบสามารถตอบอาการที่เกิดขึ้นอื่นๆ ที่ไม่มีใน 36 รายการเพิ่มเติมได้ไม่จำกัดจำนวนอาการตามจริง

2.3 แบบสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้างเกี่ยวกับผลกระทบของภาวะ Long COVID การจัดการกับภาวะ Long COVID และความต้องการการช่วยเหลือของผู้สูงอายุโรคเรื้อรังที่มีภาวะหลัง Long COVID ซึ่งเป็นคำถามลักษณะปลายเปิดที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง^{3,11} ตัวอย่างแนวคำถาม เช่น “หลังการรักษาตัวจากโควิด-19 หายแล้วเกิน 4 สัปดาห์ ท่านมีอาการอะไรเกิดขึ้นบ้าง” “อาการที่เกิดขึ้นส่งผลกระทบต่อตัวท่านอย่างไรบ้าง” “ท่านจัดการกับอาการหรือความไม่สบายที่เกิดขึ้นอย่างไรบ้าง” ซึ่งในการสัมภาษณ์ผู้วิจัยจะถามคำถามแบบเจาะลึก (probing questions) เช่น “ขอให้ท่านช่วยอธิบายเพิ่มเติมในประเด็นนี้ ท่านหมายความว่าอย่างไร” เพื่อให้ได้ข้อมูลที่ชัดเจน

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือวิจัย

1. แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ผู้วิจัยให้ผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 ท่าน ซึ่งประกอบด้วย พยาบาลวิชาชีพที่มีประสบการณ์และความชำนาญในการดูแลผู้ป่วยที่ติดเชื้อโควิด-19 จำนวน 1 ท่าน อายุรแพทย์ที่มีประสบการณ์ในการตรวจรักษาผู้ป่วยที่มีภาวะ

Long COVID จำนวน 1 ท่าน และอาจารย์พยาบาลที่มีประสบการณ์ในการศึกษาวิจัยเกี่ยวกับการติดเชื้อโควิด-19 จำนวน 1 ท่าน ตรวจสอบความครอบคลุมของข้อมูลและความสอดคล้องกับจุดประสงค์ที่ต้องการวัด ซึ่งผู้วิจัยมีการปรับปรุงตามข้อเสนอแนะของผู้เชี่ยวชาญและวัดค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา (content validity index) ได้เท่ากับ 1.00 จึงนำไปใช้กับกลุ่มตัวอย่าง

2. แบบสอบถามภาวะ Long COVID ผ่านการตรวจสอบความครอบคลุมของเนื้อหา ความสอดคล้องกับจุดประสงค์ ความถูกต้องเหมาะสมของภาษา โดยผู้ทรงคุณวุฒิชุดเดียวกับที่ตรวจแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล หลังจากนั้นคำนวณหา ค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา (content validity index, CVI) ได้เท่ากับ .84 ภายหลังการปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิแล้ว ผู้วิจัยนำแบบสอบถามไปตรวจสอบความเชื่อมั่นในผู้สูงอายุที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างที่จะทำการศึกษจริง จำนวน 30 ราย จากนั้นหาค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถาม โดยใช้วิธีของคูเดอร์-ริชาร์ดสัน (Kuder-Richardson's method 20, KR-20) ซึ่งเหมาะสมกับแบบสอบถามแบบสองตัวเลือก คือ มีและไม่มี ได้เท่ากับ .78 สำหรับค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามในการศึกษาครั้งนี้ได้เท่ากับ .86

3. แบบสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้าง ซึ่งแนวคำถามดังกล่าวผ่านการตรวจสอบความเหมาะสมของแนวคำถาม และความชัดเจนของภาษาที่ใช้ครอบคลุมตามวัตถุประสงค์ โดยผู้ทรงคุณวุฒิที่มีประสบการณ์ด้านการพยาบาลผู้สูงอายุและงานวิจัยเชิงคุณภาพ ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาจำนวน 3 ท่านคือ พยาบาลวิชาชีพ อายุรแพทย์ และอาจารย์พยาบาล จำนวนละ 1 ท่าน และปรับแก้ตามข้อเสนอแนะ หลังจากนั้นนำไปทดลองสัมภาษณ์ผู้สูงอายุ (pilot study) จำนวน 3 ราย เพื่อตรวจสอบความเข้าใจ และความเหมาะสมของภาษา จากนั้นแก้ไขเพื่อให้สอดคล้องและเหมาะสมกับการศึกษาก่อนนำไปใช้ในการเก็บข้อมูลจริง

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยนี้ได้ผ่านการพิจารณาและได้รับอนุมัติจาก

คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสืบเชียงใหม่ BCNCT 05/2566 (รับรองตั้งแต่วันที่ 18 มกราคม พ.ศ. 2566 ถึง 17 มกราคม พ.ศ. 2567) หลังจากนั้นผู้วิจัยได้ดำเนินการพิทักษ์สิทธิของผู้เข้าร่วมวิจัย โดยการอธิบายวัตถุประสงค์ของการทำวิจัย ขั้นตอนในการเก็บรวบรวมข้อมูล ชี้แจงให้ทราบถึงสิทธิในการถอนตัวจากการวิจัย และสามารถปฏิเสธการเข้าร่วมวิจัยได้ตลอดเวลา โดยไม่มีผลกระทบใดๆ ต่อการเข้ารับบริการ รวมถึงแจ้งให้ทราบว่า ข้อมูลที่ได้จะไม่ลงชื่อหรือรหัสที่จะอ้างถึงผู้เข้าร่วมวิจัย และข้อมูลจะถูกเก็บรักษาเป็นความลับ ซึ่งจะนำมาใช้เพื่อการศึกษารุ่นนี้เท่านั้น โดยจะนำเสนอในภาพรวม ผู้วิจัยเริ่มดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลภายหลังจากผู้เข้าร่วมวิจัยลงนามในหนังสือแสดงเจตนายินยอมเข้าร่วมการวิจัยแล้วเท่านั้น

วิธีเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง โดยเริ่มต้นดำเนินการวิจัยเชิงปริมาณก่อนการวิจัยเชิงคุณภาพ เก็บข้อมูลเชิงปริมาณด้วยแบบสอบถาม และเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพด้วยการสัมภาษณ์เชิงลึก ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลตั้งแต่วันที่ 1 มีนาคม ถึงเดือนกรกฎาคม พ.ศ. 2566 ซึ่งขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล มีดังนี้

1. เมื่อได้รับการอนุมัติจริยธรรมการวิจัยจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์แล้ว ผู้วิจัยดำเนินการส่งหนังสือขอเก็บข้อมูลการวิจัยถึงนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดเชียงใหม่ เพื่อขออนุญาตดำเนินการวิจัยและเก็บข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่าง หลังจากนั้นผู้วิจัยติดต่อผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และพยาบาลประจำโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เพื่อชี้แจงข้อมูลเกี่ยวกับโครงการวิจัย และสำรวจกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์ที่กำหนด

2. หลังจากได้รับอนุญาต ผู้วิจัยแนะนำตัวกับผู้เข้าร่วมวิจัย ชี้แจงวัตถุประสงค์ วิธีเก็บรวบรวมข้อมูล และการพิทักษ์สิทธิของผู้เข้าร่วมวิจัย หลังจากให้ข้อมูลดังกล่าวกับกลุ่มตัวอย่างแล้ว ผู้วิจัยให้เวลากลุ่มตัวอย่าง 1 สัปดาห์ในการคิดและตัดสินใจว่าจะเข้าร่วมโครงการวิจัยหรือไม่ โดยแจ้งให้ทราบว่าผู้เข้าร่วมวิจัยมีสิทธิ์

ที่จะปฏิเสธ หรือถอนตัวจากการเข้าร่วมวิจัยได้ตลอดเวลา ทั้งนี้ไม่มีผลกระทบต่อการเข้ารับบริการ ข้อมูลที่ได้จากการตอบแบบสอบถามและการสัมภาษณ์เชิงลึกจะถูกเก็บไว้เป็นความลับ ไม่มีการเปิดเผยชื่อ นามสกุล ของผู้เข้าร่วมวิจัย ซึ่งกลุ่มตัวอย่างไม่ต้องลงชื่อในแบบสอบถาม และจะเปิดเผยข้อมูลในภาพรวมเพื่อประโยชน์ทางวิชาการเท่านั้น

3. ผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างที่สมัครใจเข้าร่วมการวิจัย ลงชื่อในหนังสือยินยอมเป็นลายลักษณ์อักษร และผู้วิจัยแจกแบบสอบถามแก่กลุ่มตัวอย่างใช้เวลาในการตอบแบบสอบถาม 20 นาที สำหรับกลุ่มตัวอย่างที่สามารถอ่านออกเขียนได้ให้ตอบแบบสอบถามด้วยตนเอง โดยไม่มีผู้วิจัยอยู่ด้วย ขณะตอบแบบสอบถาม แต่กลุ่มตัวอย่างที่มีปัญหาในการอ่านหรือมีปัญหาด้านสายตา ใช้เวลาตอบแบบสอบถาม 45 นาที โดยมีผู้วิจัยช่วยอ่านแบบสอบถามให้กลุ่มตัวอย่างฟัง

4. หลังจากเสร็จสิ้นการเก็บรวบรวมข้อมูลเชิงปริมาณ ผู้วิจัยทำการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจงตามความสมัครใจในการเข้าร่วมวิจัยเพื่อเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพ โดยตรวจสอบหมายเลขจากแบบสอบถามกับบัญชีรายชื่อ และติดต่อผู้ให้ข้อมูลตามที่อยู่ที่ได้จากพยาบาลวิชาชีพประจำโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ซึ่งข้อมูลการติดต่อดังกล่าวได้รับอนุญาตจากผู้ให้ข้อมูลแล้ว ผู้วิจัยเข้าพบผู้ให้ข้อมูลที่บ้าน และชี้แจงรายละเอียดเกี่ยวกับการสัมภาษณ์ สอบถามความสมัครใจอีกครั้ง จากนั้นผู้วิจัยขอความยินยอมในการบันทึกเสียงก่อนดำเนินการสัมภาษณ์เชิงลึกทุกครั้ง ผู้วิจัยสัมภาษณ์เชิงลึกในประเด็นที่เกี่ยวข้องกับผลกระทบของภาวะ Long COVID วิธีการจัดการ และความต้องการการช่วยเหลือ โดยใช้คำถามปลายเปิดร่วมกับคำถามเจาะลึก (probing question) เพื่อให้ได้ข้อมูลที่ละเอียดลึกซึ้ง และมีการจดบันทึกในช่วงที่มีการสัมภาษณ์ ซึ่งการสัมภาษณ์แต่ละรายใช้เวลาประมาณ 45-60 นาที ที่บ้านของผู้ให้ข้อมูลและที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ขึ้นอยู่กับความสะดวกของผู้ให้ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลส่วนบุคคล และภาวะ Long COVID วิเคราะห์ด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป (SPSS version 21) โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ผู้วิจัยทดสอบการกระจายตัวของข้อมูล (test of normal distribution) โดยวิธีการ Kolmogorov-Smirnov Test และวิเคราะห์ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะ Long COVID ด้วยสถิติ chi-square กรณีที่ไม่เป็นไปตามข้อตกลงเบื้องต้นของการใช้สถิติ chi-square จะมีการรวมกลุ่ม หรือใช้สถิติ Fisher's exact test และใช้สถิติ binary logistic regression ในการทำนายโอกาสที่จะเกิดภาวะ Long COVID ในผู้ป่วยสูงอายุโรคเรื้อรัง เนื่องจากการแจกแจงของข้อมูลที่ได้เป็นแบบโค้งปกติและข้อมูลตัวแปรตามคือการเกิดภาวะ Long COVID เป็นตัวแปรเชิงคุณภาพชนิด 2 กลุ่มย่อย (dichotomous variable)

2. ข้อมูลเชิงคุณภาพ เนื่องจากวิจัยนี้ใช้การวิจัยเชิงคุณภาพแบบพรรณนา (descriptive qualitative research) ผู้วิจัยใช้วิธีวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (content analysis) ตามแนวทางของ Hsieh และ Shannon²³ ดังนี้ ภายหลังการสัมภาษณ์ผู้สูงอายุรายที่ 1 ผู้วิจัยอ่านข้อมูลที่ได้อัดเทปจากการสัมภาษณ์อย่างละเอียดหลายๆ รอบ เพื่อทำความเข้าใจกับเนื้อหาของข้อมูล หลังจากนั้นกำหนดรหัส (code) โดยข้อมูลที่มีความหมายเหมือนกันจัดให้อยู่ในกลุ่มเดียวกัน เพื่อจัดเป็นกลุ่มหัวข้อเรื่อง (category) ตามความสัมพันธ์และความเชื่อมโยงของรหัส หลังจากนั้นผู้วิจัยสัมภาษณ์เชิงลึกต่อรายที่ 2 และนำข้อมูลในรายที่ 2 มาแยกออกเป็นกลุ่ม โดยบางกลุ่มข้อมูลสามารถรวมเข้ากับกลุ่มข้อมูลในรายที่ 1 ถ้าข้อมูลเหมือนกัน หรือตั้งชื่อกลุ่มข้อมูลใหม่ ถ้ากลุ่มข้อมูลนั้นมีความแตกต่างกัน จากนั้นสัมภาษณ์เชิงลึกต่อในรายต่อไป และนำข้อมูลมาจัดกลุ่มเช่นเดียวกับรายที่ผ่านมา ผู้วิจัยนำกลุ่มข้อมูลทั้งหมดมาจัดเรียงเพื่อแยกประเด็นหลัก (major category) และปรับเปลี่ยนชื่อเพื่อให้ครอบคลุมข้อมูลทั้งหมดในกลุ่มประเด็นหลัก ซึ่งผู้วิจัยมีการตรวจสอบความน่าเชื่อถือของข้อมูล (trustworthiness)

โดยนำผลการวิจัยให้ผู้ให้ข้อมูลตรวจสอบความถูกต้อง และเป็นจริงตรงกับความรู้สึกของผู้ให้ข้อมูล (member checking) และผู้วิจัย ได้ใช้การตรวจสอบแบบสามเส้าด้านวิธีการ โดยมีการเปรียบเทียบข้อมูลที่ได้จากเทคนิคการเก็บข้อมูล ทั้งการสัมภาษณ์เชิงลึก การสังเกต และการสำรวจเอกสาร จากแหล่งข้อมูลทุติยภูมิ นอกจากนี้ยังใช้การตรวจสอบสามเส้า ด้านผู้วิเคราะห์ โดยให้ผู้ทรงคุณวุฒิที่มีประสบการณ์ด้านการวิจัยเชิงคุณภาพทำหน้าที่วิเคราะห์ข้อมูลร่วมด้วย เพื่อนำข้อค้นพบมาเปรียบเทียบกัน เพื่อเป็นการยืนยันความตรงของข้อมูลในประเด็นที่ศึกษา โดยการพึ่งพาเกณฑ์อื่นๆ (dependability) นอกจากนี้ในทุกขั้นตอนของการเก็บรวบรวมข้อมูล ตลอดจนการวิเคราะห์ข้อมูล ผู้วิจัยมีหลักฐานยืนยัน สามารถตรวจสอบได้ เพื่อยืนยันผลการวิจัย (confirmability) คือ การบันทึกภาคสนาม (field note) แบบบันทึกข้อมูลทั่วไป เอกสารบันทึกข้อมูลที่ได้จากการถอดเทป และผลจากการวิเคราะห์ข้อมูล

ผลการวิจัย

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง จำนวน 48 คน คิดเป็นร้อยละ 52.2 อายุอยู่ระหว่าง 60-70 ปี ($\bar{X}$ = 67.3, SD = 4.37) จำนวน 67 คน คิดเป็นร้อยละ 72.8 ดัชนีมวลกายส่วนใหญ่ 18.5-22.9 จำนวน 45 คน คิดเป็นร้อยละ 48.9 มีโรคประจำตัว ส่วนใหญ่คือ โรคเบาหวาน จำนวน 17 คน คิดเป็นร้อยละ 18.4 ซึ่งจากผลการสำรวจพบว่า มีกลุ่มตัวอย่างบางส่วนที่มีโรคประจำตัวมากกว่า 1 โรค (ร้อยละ 34.8) ได้รับวัคซีนโควิดจำนวน 62 คน คิดเป็นร้อยละ 67.4 โดยส่วนใหญ่ได้รับ 2 เข็ม จำนวน 38 คน คิดเป็นร้อยละ 41.3 และติดเชื้อโควิดจำนวน 1 ครั้ง จำนวน 88 คน คิดเป็นร้อยละ 95.7 ส่วนใหญ่มีอาการระดับปานกลาง จำนวน 62 คน คิดเป็นร้อยละ 67.4 และได้รับยา Flavipiravir จำนวน 55 คน คิดเป็นร้อยละ 59.8 ดังแสดงในตารางที่ 1

ผลการศึกษาพบผู้มีภาวะ Long COVID จำนวน 65 คน คิดเป็นร้อยละ 70.7 โดยภาวะ Long COVID ที่พบได้บ่อยที่สุดคือ อาการผม่วง จำนวน 32 คน คิดเป็นร้อยละ 49.2 รองลงมาคือ อาการไอเรื้อรัง จำนวน 28 คน คิดเป็นร้อยละ 43.1 และอ่อนเพลียจำนวน 20 คน คิดเป็นร้อยละ 30.7 ส่วนอาการที่พบน้อยที่สุดคือ ความจำไม่ดี จำนวน 1 คน คิดเป็นร้อยละ 1.5 ดังแสดงในตารางที่ 2

ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการเกิดภาวะ Long COVID หลังการติดเชื้อโควิด ได้แก่ เพศ โดยเพศหญิงมีภาวะ Long COVID มากกว่าเพศชาย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p -value = .001) และผู้ป่วยที่มีความรุนแรงของอาการแสดงโรคโควิด-19 ระดับปานกลางมีภาวะ Long COVID มากกว่าผู้ป่วยที่มีอาการเล็กน้อย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p -value < .001) ดังตารางที่ 3

จากการวิเคราะห์ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะ Long COVID โดยใช้สถิติวิเคราะห์การถดถอยโลจิสติก (binary logistic regression) พบว่า ปัจจัยที่มีอิทธิพลกับการเกิดภาวะ Long COVID ในผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง ได้แก่ เพศหญิงมีโอกาสเกิดภาวะ Long COVID หลังการติดเชื้อโควิดมากกว่าเพศชาย 4.9 เท่า (OR = 4.89, 95%CI = 1.68, 14.22, p -value = .004) และผู้สูงอายุโรคเรื้อรังที่มีความรุนแรงของอาการแสดงโรคโควิด-19 ระดับปานกลางมีโอกาสเกิดภาวะ Long COVID หลังการติดเชื้อ มากกว่าผู้ป่วยที่มีอาการแสดงของการติดเชื้อโควิดระดับเล็กน้อย 5.3 เท่า (OR = 5.31, 95%CI = 1.88, 15.00, p -value = .002) ตามลำดับ ดังแสดงในตารางที่ 4

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง (N = 92)

ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง	จำนวน (คน)	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	44	47.8
หญิง	48	52.2
อายุ		
60-70 ปี	67	72.8
71-80 ปี	25	27.2
ดัชนีมวลกาย		
18.50-22.90	45	48.9
23.00-24.90	42	45.7
25.00-29.90	5	5.4
โรคประจำตัว (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)		
โรคเบาหวาน	17	18.4
โรคความดันโลหิตสูง	15	16.3
โรคไต	11	11.8
ไขมันในเลือดสูง	10	10.8
โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง	4	4.3
โรคหัวใจ	3	3.6
ระบุโรคประจำตัวมากกว่า 1 โรค	32	34.8
ประวัติการได้รับวัคซีนโควิดก่อนการติดเชื้อ		
เคย	62	67.4
ไม่เคย	30	32.6
จำนวนเข็มของวัคซีนโควิด		
ไม่เคย	30	32.6
1 เข็ม	24	26.1
2 เข็ม	38	41.3
ประวัติการติดเชื้อโควิด		
1 ครั้ง	88	95.7
2 ครั้ง	4	4.3
ความรุนแรงของอาการแสดง		
รุนแรงเล็กน้อย	30	32.6
รุนแรงปานกลาง	62	67.4
การรักษา		
Flavipiravir	55	59.8
LPV/RTV	30	32.6
Chloroquine	7	7.6

ตารางที่ 2 ภาวะ Long COVID ที่พบ และร้อยละของอาการที่พบต่อจำนวนผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง

อาการ	จำนวน	ร้อยละ
ผมร่วง	32	49.2
ไอเรื้อรัง	28	43.1
อ่อนเพลีย	20	30.7
ใจสั่น	15	23.1
เวียนศีรษะ	14	21.5
ปวดศีรษะ	13	20.0
วิตกกังวล	12	18.5
การไต่กลืนลดลง	10	15.4
เจ็บหน้าอก	9	13.8
หัวใจเต้นเร็ว	9	13.8
การรับรสผิดปกติ	7	10.8
นอนไม่หลับ	7	10.8
ปวดกล้ามเนื้อ	7	10.8
ปวดกระดูก	6	9.2
หายใจลำบาก	5	7.7
อ่อนแรง	5	7.7
ไข้	4	6.2
กล้ามเนื้อสั่น	3	4.6
ความจำไม่ดี	1	1.5
มีอาการมากกว่า 1 อาการ	59	90.8

ตารางที่ 3 ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการเกิดภาวะ Long COVID ในผู้สูงอายุโรคเรื้อรังที่ติดเชื้อโควิด-19 (N = 92)

ปัจจัย	ประสบการณ์ของภาวะ Long COVID				χ^2	p
	ไม่มีอาการ (n = 27)		มีอาการ (n = 65)			
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
เพศ					10.55	.001
ชาย	20	74.1	24	36.9		
หญิง	7	25.9	41	63.1		
อายุ					.03	.862
60-70 ปี	20	74.1	47	72.3		
71-80 ปี	7	25.9	18	27.7		
BMI					0.13	.716
18.5-22.9	14	51.9	31	47.7		
≥23	13	40.7	34	52.3		
โรคประจำตัว					1.32	.250
มีโรคประจำตัวอย่างน้อย 1 โรค	20	74.1	40	61.5		
มีโรคประจำตัวมากกว่า 1 โรค	7	25.9	25	38.5		
ประวัติการฉีดวัคซีนก่อนการติดเชื้อ					0.34	.559
ไม่เคยฉีด	10	37.0	20	30.8		
ฉีด	17	63.0	45	69.2		
จำนวนเข็มของวัคซีนโควิด					2.52	.283
ไม่เคยฉีด	10	37.1	20	30.8		
1 เข็ม	4	14.8	20	30.8		
2 เข็ม	13	48.1	25	38.4		
จำนวนครั้งของการติดโควิด					-	.578 ¹
1 ครั้ง	25	92.6	63	96.9		
2 ครั้ง	2	7.4	2	3.1		
ความรุนแรงของอาการแสดงโรคโควิด-19					12.35	< .001
รุนแรงเล็กน้อย	16	59.3	14	21.5		
รุนแรงปานกลาง	11	40.7	51	78.5		
การใช้ยารักษาโควิด					0.28	.594
Flavipiravir	15	55.6	40	61.5		
ยาอื่นๆ	12	44.4	25	38.5		

¹ Fisher's exact test

ตารางที่ 4 ปัจจัยทำนายการเกิดภาวะ Long COVID ในผู้สูงอายุโรคเรื้อรังที่ติดเชื้อโควิด-19

ปัจจัย	B	SE	Adjusted OR	95%CI ³		p-value
			Exp (B)	Lower	Upper	
เพศหญิง ¹	1.59	.54	4.89	1.68	14.22	.004
อาการรุนแรงปานกลาง ²	1.67	.53	5.31	1.88	15.00	.002
Cox & Snell R ² = .208, Nagelkerke R ² = .296, Predictive correct = 70.7%, 2 Log likelihood = 89.97						

¹กลุ่มเปรียบเทียบคือเพศชาย ²กลุ่มเปรียบเทียบคืออาการเล็กน้อย ³CI = Confident interval for odds ratio (OR)

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลจากการสัมภาษณ์เชิงลึก พบประเด็นหลักที่สำคัญ 3 ประเด็นคือ 1) ผลกระทบจากภาวะ Long COVID 2) การจัดการกับภาวะ Long COVID และ 3) ความต้องการความช่วยเหลือ โดยมีรายละเอียดดังนี้

1. ผลกระทบจากภาวะ Long COVID ผู้ให้ข้อมูลอธิบายเกี่ยวกับผลกระทบของภาวะ Long COVID โดยส่งผลกระทบต่อทั้งด้านร่างกาย ด้านจิตใจ และด้านสังคม ดังนี้

ร่างกายอ่อนแอและไม่เหมือนเดิม ผู้ให้ข้อมูลอธิบายว่าอาการที่เกิดขึ้นหลังการติดเชื้อโควิด-19 และมีอาการต่อเนื่องทำให้ผู้ให้ข้อมูลรู้สึกว่าสุขภาพของตนเองไม่แข็งแรงเหมือนเดิม ซึ่งผู้ให้ข้อมูลต้องคอยระมัดระวังเนื่องจากกลัวว่าจะเกิดอุบัติเหตุ หากตนเองกำลังทำงานอยู่แล้วมีอาการเกิดขึ้น เช่น อาการใจสั่น เวียนศีรษะ ปวดศีรษะ และหัวใจเต้นเร็ว ดังคำพูดของผู้ให้ข้อมูล “ป่าไม่เคยมีเลยนะอาการแบบนี้ ที่อยู่ดีๆ ก็ใจสั่น ป่าว่าร่างกายป่าไม่เหมือนเดิม แต่ก่อนยังปกติกว่านี้ ตอนนี้ต้องระวังมากกว่าเดิม กลัวจะล้มไปตอนกำลังทำงาน” (ผู้สูงอายุหญิงรายที่ 4) บางรายให้ข้อมูลว่าตนเองไม่สามารถทำงานหรือกิจวัตรประจำวันได้เหมือนก่อนการติดเชื้อโควิด เนื่องจากมีอาการอ่อนเพลีย ทำให้ทำงานได้ลดลงหรือต้องขอความช่วยเหลือจากสมาชิกครอบครัว ดังคำพูดของผู้ให้ข้อมูล “แต่ก่อนนี้ทำงานได้เยอะกว่านะ เดียวนี้ทำไปได้หน่อยเดียวก็รู้สึกเพลียๆ เหมือนไม่ค่อยมีแรง ยิ่งถ้าคืนไหนนอนไม่ค่อยหลับ ก็เลยเพลีย ทำงานไม่ไหว ต้องบอกให้ลูกช่วยทำ” (ผู้สูงอายุชายรายที่ 7) นอกจากนี้บางราย

ยังให้ข้อมูลว่า อาการที่เกิดขึ้นหลังการติดเชื้อโควิดทำให้ตนเองรู้สึกไม่สบาย และรบกวนการใช้ชีวิตประจำวัน เช่น อาการไอเรื้อรัง การไต่กลิ่นและการรับรสผิดปกติ เป็นต้น ดังคำพูดของผู้สูงอายุรายหนึ่ง “รู้สึกรำคาญตัวเอง มันไม่สบายตัว อย่างเวลาที่ไอจะไอติดต่อกันไม่หยุดไอจนเหนื่อย ถ้ากำลังกินข้าวอยู่ก็ต้องหยุดเลย กลัวจะสำลัก” (ผู้สูงอายุชายรายที่ 1)

กังวลใจกลัวเป็นโรคร้าย ผู้ให้ข้อมูลสะท้อนให้เห็นว่าภาวะ Long COVID ทำให้ผู้ให้ข้อมูลมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับอาการที่เกิดขึ้น และกังวลถึงอันตรายของภาวะ Long COVID ที่อาจมีผลต่อโรคเรื้อรังที่ตนเองเป็นอยู่ ดังคำกล่าวของผู้ให้ข้อมูลรายหนึ่ง “ก็กลัว กลัวว่าจะเป็นอะไรเยอะกว่าเดิม ปกติไม่เคยเจ็บหน้าอกเลย แต่พอหายโควิด ก็เป็นเลย ปากก็กังวลเพราะเป็นโรคหัวใจอยู่ คิดว่ามันจะอันตรายอะไรกับเราไหม มันจะรุนแรงกับโรคเราไหม” (ผู้สูงอายุหญิงรายที่ 11) ผู้ให้ข้อมูลบางรายอธิบายว่าตนเองรู้สึกวิตกกังวลเนื่องจากอาการผมร่วง ทำให้ผมบางลง ดังคำพูดของผู้ให้ข้อมูลรายหนึ่ง “ผมร่วงเยอะมาก เวลาหวีผมจะหลุดออกมาเป็นกำๆ เห็นตอนแรกตกใจเหมือนคนเป็นมะเร็ง เราก็กังวลนะ ร่วงไม่หยุด ตอนนีผมบางลงมาก รู้สึกไม่มั่นใจ ผมบางจนจะหมดหัว” (ผู้สูงอายุหญิงรายที่ 5)

แยกตัวเพราะกลัวการรังเกียจ ผู้ให้ข้อมูลบางรายที่มีอาการไอเรื้อรังให้ข้อมูลว่า ตนเองไม่ค่อยกล้าพูดคุยกับเพื่อนบ้านหรือคนรู้จัก เนื่องจากกลัวบุคคลอื่นจะรังเกียจหรือคิดว่าตนเองยังมีการติดเชื้อโควิด จึงมีการพบปะ พูดคุยกับผู้อื่นน้อยลง

และบางรายรายงานว่าอาการไอหายจึงออกไปพบปะผู้อื่น ดังคำกล่าวของผู้ให้ข้อมูลรายหนึ่ง “ยังมีไอตลอด แล้วเวลาหลายๆ อยู่กับคนอื่นแล้วไอขึ้นมา ก็เกรงใจเขา แล้วเขาก็จะทักว่า ยังไม่หายโควิด บางคนก็ถามว่าเป็นโควิดอีกแล้วหรือ เขาก็จะรีบหยิบหน้ากากมาใส่ หลังๆ เราก็เลยไม่ออกไป รออนหาย” (ผู้สูงอายุหญิงรายที่ 15) ในขณะที่ผู้ให้ข้อมูลบางรายไม่อยากจะออกไปพบปะกับเพื่อนบ้าน หรือญาติ เนื่องจากมีอาการผื่นร่วนง่วนจะถูกรังเกียจ ดังคำพูด “ช่วงนี้ลุงไม่ค่อยอยากไปไหน กลัวคนเค้าจะรู้ว่าเราเคยเป็นโควิด ผมมันก็บางไปเยอะ เดียวเค้าจะรังเกียจเอา” (ผู้สูงอายุชายรายที่ 3)

2. การจัดการกับภาวะ Long COVID ผู้ให้ข้อมูลกล่าวถึงวิธีการจัดการกับภาวะ Long COVID ดังนี้

ดูแลตนเองตามอาการ ผู้ให้ข้อมูลอธิบายว่าในช่วงแรกที่มีภาวะ Long COVID เกิดขึ้น ส่วนใหญ่พยายามดูแลตัวเองตามอาการที่เกิดขึ้น ในรายที่มีอาการผื่นร่วน มีการใช้แชมพูสมุนไพรที่ช่วยลดการหลุดร่วงของเส้นผม เช่น แชมพูอัญชัญ หรือมะกรูด แชมพูต่างๆ รวมถึงการกินวิตามินหรืออาหารเสริมที่บำรุงเส้นผม โดยซื้อจากร้านค้าต่างๆ หรือในรายที่มีอาการไอเรื้อรังจะซื้อยาแก้ไอ ทั้งที่เป็นสมุนไพรและยาแผนปัจจุบันจากร้านขายยาที่มีเภสัชกร ดังคำพูดของผู้ให้ข้อมูล “ผมร่วงติดต่อกัน ไม่หายสักที ก็ลองไปซื้อแชมพูที่ช่วยลดผมร่วงมาใช้ เป็นแชมพูอัญชัญ ให้ลูกสาวซื้อให้ เขาก็บอกว่าซื้อมาจากในบักซี ใช้แล้วแต่ก็ไม่ได้ดีขึ้นนะ” (ผู้สูงอายุหญิงรายที่ 14) บางรายให้ข้อมูลว่ามีการระมัดระวังเวลาทำงาน หากมีอาการใจสั่น หายใจลำบาก รู้สึกว่าหัวใจเต้นเร็ว หรือเวียนศีรษะ จะหยุดพักทันที เนื่องจากกลัวอันตรายที่อาจเกิดขึ้น “เวลาทำงานอยู่แล้วมีเวียนหัว จะหยุดเลย ไม่ฝืนทำต่อ กลัวจะเป็นอย่างอื่น ถ้าล้มแล้วเส้นเลือดแตกขึ้นมา เราเองก็รู้ว่าทำไมถึงเวียนหัว ความดันขึ้นไหม หรือว่าจากโควิดที่เคยเป็น” (ผู้สูงอายุชายรายที่ 25)

แสวงหาแนวทางแก้ไข ผู้ให้ข้อมูลอธิบายว่าเมื่อมีภาวะ Long COVID ผู้ให้ข้อมูลมีการสอบถามพูดคุยกับผู้ป่วยรายอื่นที่มีภาวะ Long COVID เช่นเดียวกับตนเอง เพื่อหาแนวทางในการดูแลตนเอง หากผู้ป่วยรายอื่นใช้วิธีการใดแล้วช่วยรักษาอาการให้หายได้

ดังคำพูดของผู้ให้ข้อมูลรายหนึ่ง “พยายามคุย ถามจากคนอื่นที่เขาเป็นเหมือนกันว่าเขาทำยังไง ก็คุยกับหลายคน อย่างอาการผื่นร่วน เขาก็ใช้หลายวิธี ทั้งสระ ทั้งกิน ทั้งทา ก็ไม่ได้ขึ้นนะ เขาก็บอกว่ามันต้องใช้เวลา พอนานๆ ไปก็เริ่มดีขึ้นมาก 2 เดือนถึงจะดีขึ้นบ้าง เราก็ลองตามที่เขาแนะนำ” (ผู้สูงอายุหญิงรายที่ 12) บางรายให้ข้อมูลว่าลูกหลานช่วยหาข้อมูลจากสื่อออนไลน์ แล้วนำข้อมูลมาบอกกลุ่มตัวอย่าง และซื้อผลิตภัณฑ์ที่ช่วยบรรเทาอาการที่เกิดขึ้น “ลูกซื้อเซรั่มแก้ผื่นร่วนมาให้ เขาก็บอกว่าอ่านเจอในมือถือ พันทิปอะไรสักอย่างนี่แหละ บ้างก็ลองใช้ดู แต่ก็ไม่ได้ดีขึ้นเท่าไร” (ผู้สูงอายุหญิงรายที่ 29) นอกจากนี้บางรายให้ข้อมูลว่า ตนเองมีการปรึกษา หาข้อมูลเกี่ยวกับภาวะ Long COVID จากบุคลากรทางสุขภาพ โดยส่วนใหญ่จะสอบถามแพทย์และพยาบาลเกี่ยวกับอาการที่เกิดขึ้น ระยะเวลาที่อาการจะคงอยู่ และแนวทางในการรักษา เช่น อาการใจสั่น การได้กลิ่น การรับรสผิดปกติ และเจ็บหน้าอก เป็นต้น ดังคำกล่าวของกลุ่มตัวอย่างรายหนึ่ง “พออาการเป็นเยอะก็ไปหาหมอที่อนามัยก็ถามเขาว่า จะทำยังไงให้มันหาย ตอนนั้นใจสั่น มันรู้สึกหวิวๆ กลัวจะเป็นอันตราย” (ผู้สูงอายุชายรายที่ 23)

ทำใจยอมรับกับอาการที่เกิดขึ้น ผู้ให้ข้อมูลบางรายที่พยายามดูแลตนเองตามที่ได้ข้อมูล แต่อาการยังไม่ดีขึ้น จึงทำใจยอมรับกับอาการที่เกิดขึ้น และพยายามคิดว่าอาการจะดีขึ้นต้องใช้เวลาและอาการจะค่อยๆ หายไป ดังคำพูดของผู้ให้ข้อมูล “ก็รักษามาหลายวิธี มันก็ยังไม่ดีขึ้นตอนนั้นก็กังวล พออยู่ไปก็คิดว่า นานๆ ไปมันก็คงจะดีขึ้นเอง ตอนนั้นพึ่งหาย เชื่อว่าจะยังตายไม่หมด พอมันตายหมดก็คงหายเอง” (ผู้สูงอายุชายรายที่ 17) ผู้ให้ข้อมูลบางรายให้ข้อมูลสนับสนุนว่าเป็นเพราะตนเองอายุมากแล้ว จะเกิดอะไรขึ้นก็ยอมรับได้ “จะเป็นอะไรก็กันไปเถอะ แค่ออดตายมาได้นี้ก็พอใจแล้ว อายุเราก็เยอะมากแล้ว ปลงละ” (ผู้สูงอายุชายรายที่ 3)

3. ความต้องการการช่วยเหลือของผู้สูงอายุโรคเรื้อรังที่มีภาวะ Long COVID ผู้ให้ข้อมูลอธิบายและให้ข้อคิดเห็นเกี่ยวกับความช่วยเหลือที่ตนเองต้องการเมื่อมีภาวะ Long COVID ดังนี้

หน่วยงานที่ใช้บริการได้อย่างทั่วถึง ผู้ให้ข้อมูลอธิบายว่าต้องการให้มีหน่วยงานที่ตนเองสามารถใช้บริการได้อย่างทั่วถึงตลอดเวลา หรือมีแหล่งที่สามารถปรึกษาได้และมีการติดตามหลังการติดเชื้อโควิด-19 เช่น หน่วยบริการที่ให้คำแนะนำ หรือคำปรึกษาเกี่ยวกับภาวะ Long COVID และแนวทางในการดูแลตัวเอง เนื่องจากแต่ละคนมีอาการที่ไม่เหมือนกัน บางคนมีอาการน้อย แต่บางคนมีหลายอาการ ดังนั้นหากมีหน่วยบริการที่ผู้ป่วยสามารถใช้บริการได้อย่างทั่วถึงและตลอดเวลา จะช่วยบรรเทาความวิตกกังวลของผู้ป่วยได้ “อยากให้มีสถานที่หรือหน่วยที่เราจะไปปรึกษาได้ว่าถ้ามีอาการแบบนี้ มันเป็นอาการของโรคประจำตัวที่เราเป็น หรือว่าจากโควิด บางทีมันแยกไม่ออก เราไม่ใช้คนที่ไม่มีโรคเดิมอยู่ ถ้าเป็นอาการหลังจากโควิด จะมีวิธีการรักษาอย่างไร ต้องดูแลตัวเองอย่างไรบ้าง” (ผู้สูงอายุชายรายที่ 26) และผู้ให้ข้อมูลบางรายกล่าวว่า “อยากให้มีหน่วยงานที่สะดวกจะถามตอนไหนก็ได้ หรือไปทางง่าย ๆ หน่อย ไปโรงพยาบาลก็กลัววุ่นวาย” (ผู้สูงอายุชายรายที่ 3)

การให้ข้อมูลความรู้เกี่ยวกับภาวะ Long COVID ผู้ให้ข้อมูลอธิบายว่า ต้องการให้บุคลากรสุขภาพมีการให้ข้อมูลและความรู้เกี่ยวกับภาวะ Long COVID กับผู้ป่วยที่ติดเชื้อโควิด และประชาชนทั่วไป เพื่อให้สามารถดูแลตนเองได้ และไม่ตื่นตระหนกเมื่อเกิดอาการต่างๆ “ตอนแรกๆ ไม่รู้ว่าทำไมถึงมีอาการ เพิ่งมารู้ทีหลังเขาน่าจะบอกเราก่อนที่เราจะกลับบ้าน ว่าอาจจะมีปัญหาหรืออาการผิดปกติอะไร จะได้สังเกตตัวเองได้” (ผู้สูงอายุหญิงรายที่ 23) ผู้ให้ข้อมูลบางรายให้ข้อมูลสนับสนุนว่า เจ้าหน้าที่ควรให้ข้อมูลเกี่ยวกับโอกาสการเกิดภาวะ Long COVID หลังจากที่เราตรวจพบว่าตนเองเป็นโรคโควิดแล้วทุกครั้งเพื่อลดความวิตกกังวลและสามารถหาแนวทางแก้ไขที่เหมาะสมได้ ดังคำพูด “หลังตรวจพบว่า เป็นโควิด ควรจะบอกด้วยว่ามีโอกาสที่จะมีอาการลงโควิดนะ นี่ไม่บอกเราต้องไปหาข้อมูลถามคนโน้นคนนี่เอง หายากินเองยุ่งไปหมด” (ผู้สูงอายุหญิงรายที่ 5)

การติดตามอาการอย่างต่อเนื่อง ผู้ให้ข้อมูลยังให้ข้อคิดเห็นว่าการทำให้บุคลากรสุขภาพมีการติดตามภาวะสุขภาพของผู้ป่วยที่ติดเชื้อโควิด-19 อย่างต่อเนื่องเมื่อกลับไปพักฟื้นที่บ้านเพื่อประเมินภาวะ Long COVID ดังคำพูดของผู้ให้ข้อมูล “อยากให้หมอ พยาบาล ลงเยี่ยมบ้านมาสอบถามว่า เราเป็นยังงัยบ้าง หลังหายจากโควิด หรือว่าให้เราไปแจ้งที่อนามัยก็ได้ว่าเรามีอาการอะไร จะได้ช่วยเหลือเราได้” (ผู้สูงอายุหญิงรายที่ 16) และบางรายกล่าวว่า “ก็ควรจะมีการติดตาม โทรถามหรือมาเยี่ยมเราที่บ้านบ้างนะ ไม่ใช่พอรู้ว่าเราเป็นโควิดอาการไม่รุนแรง ก็ปล่อยเลย... อยากให้มาดูบ้างสักอาทิตย์ละครั้งก็ยิ่งดี จะได้ถามได้คุยกับหมอ” (ผู้สูงอายุหญิงรายที่ 10)

การอภิปรายผล

ผลการศึกษารังนี้พบว่า อาการผิดปกติภายหลังการป่วยเป็นโควิด-19 ที่พบได้บ่อย 3 อันดับแรก คือ หมดแรง ใจเรื้อรัง และอ่อนเพลีย ทั้งนี้สามารถอธิบายได้ว่าผู้สูงอายุมีการเปลี่ยนแปลงตามวัย คือ ฮอร์โมนเพศมีการผลิตลดลง และรุกรูขุมขนบนศีรษะลดลง เมื่อเกิดการติดเชื้อโควิด-19 จึงทำให้มีหมดแรงได้มากขึ้น นอกจากนี้ระบบการทำงานของเซลล์ขนตลอดทางเดินหายใจลดลง ทำให้การกำจัดเชื้อโรคไม่ดี ส่งผลให้อาจเกิดอาการไอเรื้อรังได้นานถึง 180 วันหลังการติดเชื้อโควิด-19 เนื่องจากร่างกายพยายามกำจัดเชื้อโรค นอกจากนี้การไหลเวียนเลือดในผู้สูงอายุลดลง จึงทำให้ผู้สูงอายุมีอาการอ่อนเพลียได้ง่ายเมื่อมีการเจ็บป่วยเกิดขึ้น³ ซึ่งแตกต่างจากการศึกษาของ กุลนาล มากบุญ และคณะ⁶ ที่พบว่า ความชุก 3 อันดับแรกของอาการผิดปกติภายหลังการป่วยเป็นโควิด-19 คือ เหนื่อยง่าย ไอ และอ่อนเพลีย และการศึกษาของ เมธาวี หวังชาลาบวร, ศรัณย์ วีระเมธัชชัย และชนกมณ ลีศรี¹⁶ พบว่า ภาวะเมื่อยล้าร่างกายหลังจากการทำกิจกรรม อาการหมดแรง และอาการหายใจลำบาก เป็นอาการที่พบบ่อยหลังการติดเชื้อโควิด-19 สำหรับการศึกษาอื่น¹⁹ พบว่าความชุกของการเกิดอาการหลังได้รับเชื้อ 4 สัปดาห์ คือ เหนื่อย หายใจไม่เต็ม และอ่อนเพลีย หลังได้รับเชื้อ

12 สัปดาห์ คือ เหนื่อยง่าย หายใจไม่อิ่ม และผมร่วง นอกจากนี้ การศึกษาภาวะ Long COVID หลังการติดเชื้อโควิด-19 แล้ว 2 ปี พบว่า อาการที่พบบ่อย คือ อ่อนเพลีย สูญเสียความจำ และสมาธิลดลง¹²

เมื่อพิจารณาปัจจัยต่างๆ ที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะ Long COVID ผลการศึกษาค้นพบว่าเพศหญิง มีอาการหลงเหลือจากการติดเชื้อมากกว่าเพศชาย และผู้ที่มีอาการระดับปานกลางขึ้นไป ขณะติดเชื้อโควิด-19 พบว่ามีความเสี่ยงที่จะเกิดภาวะ Long COVID ได้มากกว่าผู้ติดเชื้อที่มีอาการระดับเล็กน้อย ทั้งนี้อาจอธิบายได้ว่า ภูมิคุ้มกันของผู้หญิงอาจมีความอ่อนไหวและตอบสนองต่อเชื้อโรค ได้เร็ว ทำให้หลังหายจากการติดเชื้อโควิด-19 ร่างกายจะตอบสนอง ต่อเชื้อโรคได้เร็ว ซึ่งขากขึ้นส่วนของเชื้อไวรัสที่ยังตกค้างอยู่ตาม แห่งกักเก็บในอวัยวะต่างๆ กลายเป็นสาเหตุที่กระตุ้นให้ร่างกาย เกิดการอักเสบขึ้นมาได้ใหม่ รวมถึงกระตุ้นให้เกิดอาการจากภาวะ Long COVID นอกจากนี้ยีนของเพศหญิงบางตัวและฮอร์โมนเอสโตรเจน ถือเป็นอีกปัจจัยหนึ่งที่ทำให้ภูมิคุ้มกันทำงานตอบสนองมากเกินไป จนเกิดโรคภูมิคุ้มกันต่อต้านตนเอง (autoimmune disease) ขึ้นมาได้ โดยเฉพาะอย่างยิ่งผู้สูงอายุหญิงซึ่งมีการเสื่อมลงของระบบภูมิคุ้มกัน ร่วมกับระดับของฮอร์โมนเอสโตรเจนที่ลดลง²⁴ สำหรับผู้ที่มีความรุนแรงของการติดเชื้อโควิด-19 ระดับปานกลางถึงรุนแรงมีแนวโน้ม เกิดภาวะ Long COVID ได้มากกว่าผู้ป่วยที่มีอาการเล็กน้อย ทั้งนี้ อาจเนื่องมาจากความเครียดขณะเจ็บป่วย การอักเสบ และภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ ซึ่งอาจใช้ระยะเวลาเวลานานกว่าอาการจะหายไป^{13,24} ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาที่พบผลการวิจัยเช่นเดียวกันว่า ภาวะ Long COVID มักพบในผู้ติดเชื้อไวรัสโควิด-19 ที่มีอาการรุนแรง และเพศหญิง^{3,6,13,16,18-19} อย่างไรก็ตามปัจจัยหรือกลุ่มเสี่ยง ในการเกิดภาวะ Long COVID นั้น ยังถือว่าเป็นเพียงการศึกษาวิจัย ในระยะแรก และในบางกลุ่มประชากร เช่น อายุ ประเภทของโรค ประจำตัว จึงอาจยังไม่ใช่คำตอบที่ยืนยันกลุ่มเสี่ยงได้เฉพาะเจาะจง เนื่องจากผู้ป่วยที่มีโรคประจำตัวแต่มีการควบคุมโรคได้ดีก็อาจไม่เกิด ภาวะ Long COVID และในขณะเดียวกันผู้ป่วยที่ไม่ใช่กลุ่มเสี่ยงจาก ผลการศึกษา ก็อาจมีโอกาสเผชิญกับภาวะ Long COVID ได้เช่นกัน²⁵

ผลการศึกษาเชิงคุณภาพพบว่า ภาวะ Long COVID ส่วนใหญ่ ที่ผู้สูงอายุโรคเรื้อรังเผชิญ เช่น ผมร่วง ไอเรื้อรัง อ่อนเพลีย ใจสั่น ล้วนส่งผลกระทบต่อด้านร่างกาย จิตใจ และสังคมของผู้สูงอายุ โรคเรื้อรัง สำหรับด้านร่างกายอาการที่เกิดขึ้นมักจะส่งผลต่อการ ใช้ชีวิตประจำวันของผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง เช่น อาการอ่อนเพลียที่อาจ ส่งผลต่อการทำงานหรือความทนต่อการทำกิจกรรมต่างๆ ที่ลดลง อาจเกิดภาวะพึ่งพาสมาชิกครอบครัว³ และอาการที่เกิดขึ้นยังส่งผล ให้ผู้สูงอายุโรคเรื้อรังเกิดความวิตกกังวลถึงอันตรายหรือความรุนแรง ที่อาจส่งผลกระทบต่อโรคเรื้อรังที่ตนเองเป็นอยู่ เช่น อาการใจสั่น เจ็บ หน้าอก หรือสูญเสียภาพลักษณ์ เช่น อาการผมร่วง เป็นต้น นอกจากนี้บางอาการยังส่งผลกระทบต่อการพบปะพูดคุยกับบุคคลอื่น เช่น อาการไอเรื้อรัง ที่ส่งผลให้ผู้สูงอายุโรคเรื้อรังกังวลว่าบุคคลอื่น จะรังเกียจตนเอง รู้สึกรำคาญตนเองเมื่อมีการไอขณะพูดคุย จึงเป็นสาเหตุให้ผู้สูงอายุโรคเรื้อรังลดหรือไม่ติดต่อสื่อสาร กับบุคคลอื่นแบบเผชิญหน้า จนกว่าอาการดังกล่าวจะหายไป ซึ่งผลกระทบจากภาวะ Long COVID ที่เกิดขึ้นกับผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง สอดคล้องกับผลการศึกษาที่ผ่านมาที่พบว่า ผู้ป่วยที่ติดเชื้อโควิด-19 และมีประสบการณ์ของภาวะ Long COVID ได้รับผลกระทบ จากภาวะดังกล่าวทั้งภาวะสุขภาพที่เปลี่ยนแปลงไป ปัญหา ด้านสุขภาพจิต เช่น กลัว อาย และเป็นทุกข์ และการฟื้นฟูสภาพ และการหายจากโรคที่ช้าลง²⁵

ข้อมูลจากการสัมภาษณ์จะเห็นได้ว่าผู้สูงอายุโรคเรื้อรังที่มี ภาวะ Long COVID พยายามจัดการกับอาการที่เกิดขึ้นโดยการดูแล ตนเองด้วยวิธีการที่ตนเองคิดว่าจะสามารถบรรเทาอาการต่างๆ ได้ ในเบื้องต้น เช่น การซื้อยาแก้ไอรับประทาน การใช้สมุนไพร เพื่อบรรเทาอาการผมร่วง และมีการแสวงหาข้อมูลจากทั้งบุคคลและ สื่อต่างๆ เช่น บุคคลที่มีประสบการณ์เช่นเดียวกัน สื่อออนไลน์ รวมถึงมีการปรึกษานักวิชาการสุขภาพ เพื่อนำข้อมูลมาใช้ในการดูแล ตนเอง ซึ่งจากการสัมภาษณ์ผู้สูงอายุโรคเรื้อรังสะท้อนให้เห็นว่า ตนเองเลือกใช้วิธีการดังกล่าวในการจัดการกับภาวะ Long COVID เนื่องจากมองว่าการติดเชื้อโควิด-19 เป็นโรคที่เกิดขึ้นใหม่

ทำให้ยังไม่มีวิธีการรักษาที่ชัดเจน เป็นเพียงการรักษาตามอาการที่เกิดขึ้นเท่านั้น และแต่ละคนมีอาการแตกต่างกัน บางคนมีอาการหลงเหลืออยู่ภายหลังการติดเชื้อโควิด-19 ในขณะที่บางคนไม่มีอาการดังกล่าว ซึ่งผู้สูงอายุโรคเรื้อรังเชื่อว่าอาการจะหายไปก็ต่อเมื่อไม่มีเชื้อโควิด-19 อยู่ในร่างกายแล้ว นอกจากนี้การเห็นผลลัพธ์ที่ดีที่เกิดขึ้นกับผู้ที่มีการประคบประหม่อม ทำให้ผู้สูงอายุโรคเรื้อรังบางรายตัดสินใจเลือกใช้รูปแบบดังกล่าวในการจัดการกับภาวะ Long COVID อย่างไรก็ตามในบางรายที่พยายามดูแลตนเองด้วยวิธีการที่หลากหลาย แต่อาการยังไม่ทุเลา ผู้สูงอายุโรคเรื้อรังจะยอมรับกับอาการที่เกิดขึ้น โดยคิดว่าการรักษาภาวะ Long COVID ต้องใช้เวลานานกว่าอาการจะหายไป ทั้งนี้อาการที่เกิดขึ้นอาจส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยได้ในระยะยาว¹⁵ อย่างไรก็ตามผลการศึกษาที่ผ่านมา²⁵ พบว่าผู้ป่วยที่มีภาวะ Long COVID มีการแสวงหาความรู้เกี่ยวกับภาวะดังกล่าวจากสื่อออนไลน์เป็นส่วนใหญ่ และจัดการกับอาการดังกล่าวตามข้อมูลที่ได้จากสื่อออนไลน์

ทั้งนี้การเผชิญกับภาวะ Long COVID ของผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง ผู้ให้ข้อมูลสะท้อนถึงความต้องการการช่วยเหลือเมื่อตนเองต้องเผชิญกับภาวะ Long COVID โดยให้ข้อคิดเห็นว่า การมีหน่วยงานที่สามารถเข้าถึงได้ตลอดเวลาและพร้อมให้คำปรึกษาหรือคำแนะนำในการดูแลตนเองเมื่อเกิดภาวะ Long COVID เป็นสิ่งสำคัญ และข้อมูลที่ถูกต้องเพียงพอ จะช่วยให้ผู้สูงอายุโรคเรื้อรังสามารถประเมินและสังเกตตนเองได้เมื่อกลับไปใช้ชีวิตที่บ้าน รวมถึงการติดตามอย่างต่อเนื่อง เพื่อสอบถามอาการที่อาจเกิดขึ้นหลังการติดเชื้อโควิด-19 จะช่วยให้ผู้สูงอายุโรคเรื้อรังได้รับการพยาบาลที่ถูกต้อง ตลอดจนช่วยลดความรุนแรงหรือผลกระทบต่อโรคเรื้อรังที่เป็นอยู่ ซึ่งผลการวิจัยดังกล่าวสอดคล้องกับการศึกษาอื่น ที่พบว่าผู้ป่วยที่มีภาวะ Long COVID ต้องการแหล่งบริการสุขภาพที่สามารถเข้าถึงข้อมูลเกี่ยวกับภาวะดังกล่าวได้ง่าย มีการให้ข้อมูลที่ถูกต้อง รวมถึงการมีกลุ่มที่คอยช่วยเหลือและให้คำปรึกษาผู้ป่วยที่มีภาวะ Long COVID

สรุปและข้อเสนอแนะ

การศึกษานี้เป็นการวิจัยแบบผสมผสานด้วยวิธีการวิจัยเชิงปริมาณก่อนการวิจัยเชิงคุณภาพ เพื่อศึกษาสถานการณ์ของภาวะ Long COVID ในผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง ผลการวิจัยพบว่าภาวะ Long COVID ที่พบได้บ่อยที่สุด 3 ลำดับแรก คือ อาการผมร่วง ไอเรื้อรัง อ่อนเพลีย สำหรับปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการเกิดภาวะ Long COVID ในผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง ได้แก่ เพศหญิงและความรุนแรงของการติดเชื้อโควิด-19 ในระดับปานกลาง ภาวะ Long COVID ส่งผลกระทบต่อด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม ซึ่งผู้สูงอายุโรคเรื้อรังมีการจัดการกับอาการโดยการดูแลตนเอง แสวงหาข้อมูลปรึกษานักวิชาการสุขภาพ และยอมรับกับอาการที่เกิดขึ้น ทั้งนี้ผู้สูงอายุโรคเรื้อรังต้องการให้มีศูนย์หรือหน่วยบริการให้คำปรึกษาเกี่ยวกับภาวะ Long COVID การให้ข้อมูลเกี่ยวกับภาวะ Long COVID และการติดตามอย่างต่อเนื่อง

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

บุคลากรสุขภาพควรมีการติดตามผู้สูงอายุโรคเรื้อรังที่หายจากการติดเชื้อโควิด-19 เช่น การติดตามเยี่ยมบ้านโดยพยาบาล หรืออาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เพื่อสอบถามและประเมินภาวะ Long COVID ที่อาจเกิดขึ้นในแต่ละราย สอบถามผู้ป่วยถึงผลกระทบต่อการใช้ชีวิตและการทำกิจกรรมของผู้ป่วยที่เกิดจากภาวะ Long COVID รวมถึงซักถามความรู้สึกกังวลหรือความเครียด และวางแผนให้การพยาบาลตามอาการที่พบในแต่ละราย นอกจากนี้ควรมีการให้ความรู้และข้อมูลเกี่ยวกับภาวะ Long COVID ก่อนจำหน่ายผู้ป่วยกลับบ้าน เพื่อให้ผู้ป่วยเข้าใจ สามารถสังเกตและประเมินตนเองเมื่อกลับไปอยู่บ้านได้อย่างถูกต้อง

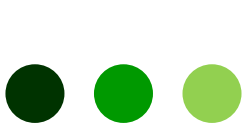
ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

ในการศึกษาครั้งต่อไปควรมีการศึกษาถึงผลกระทบของภาวะ Long COVID ต่อผู้สูงอายุโรคเรื้อรังในระยะยาว

References

1. Department of Disease Control, Ministry of Public Health. The coronavirus disease 2019 (COVID-19) [Internet]. Nonthaburi: Department of Disease Control, Ministry of Public Health; 2021 [cited 2023 Sep 14]; Available from: <https://ddc.moph.go.th/viralpneumonia/> (in Thai).
2. Department of Older Persons, Ministry of Social Development and Human Security. Older adults infected with COVID-19 in Thailand [Internet]. Bangkok: Department of Older Persons, Ministry of Social Development and Human Security; 2022 [cited 2023 Sep 14]; Available from: <https://www.dop.go.th/th/known/side/1/1/857>. (in Thai).
3. Phuaphae J, Wirojratana V, Boonchun N. Management of long COVID in older adults. *Journal of Gerontology Geriatric Medicine*. 2021;20(3):81-6. (in Thai).
4. Wongsemsin S, Chinoraso J, Yeekian C. Symptom and factor effect on severity of long COVID. *Chonburi Hospital Journal*. 2022;47(3):233-40. (in Thai).
5. Huang C, Huang L, Wang Y, Li X, Ren L, Gu X, et al. 6-month consequences of COVID-19 in patients discharged from hospital: a cohort study. *Lancet*. 2021;397(10270):220-32. doi: 10.1016/S0140-6736(20)32656-8.
6. Makboon K, Intree S, Sreedee S, Mungme K, Komonmusik K, Samnao R. Prevalence of long COVID among students of Sirindhorn college of public health, Praboromarajchanok institute. *Journal of Health Science Research*. 2023;17(1):125-36. (in Thai).
7. Liang L, Yang B, Jiang N, Fu W, He X, Zhou Y, et al. Three-month follow-up study of survivors of Coronavirus disease 2019 after discharge. *J Korean Med Sci*. 2020;35(47):e418. doi: 10.3346/jkms.2020.35.e418.
8. Menges D, Ballouz T, Anagnostopoulos A, Aschmann HE, Domenghino A, Fehr JS, et al. Burden of post-COVID-19 syndrome and implications for healthcare service planning: a population-based cohort study. *PLoS One*. 2021;16(7):e0254523. doi: 10.1371/journal.pone.0254523.
9. Moreno-Pérez O, Merino E, Leon-Ramirez JM, Andres M, Ramos JM, Arenas-Jiménez J, et al. Post-acute COVID-19 syndrome. Incidence and risk factors: a Mediterranean cohort study. *J Infect*. 2021;82(3):378-83. doi: 10.1016/j.jinf.2021.01.004.
10. Xiong Q, Xu M, Li J, Liu Y, Zhang J, Xu Y, et al. Clinical sequelae of COVID-19 survivors in Wuhan, China: a single-centre longitudinal study. *Clin Microbiol Infect*. 2021;27(1):89-95. doi: 10.1016/j.cmi.2020.09.023.
11. Davis HE, Assaf GS, McCorkell L, Wei H, Low RJ, Re'em Y, et al. Characterizing Long COVID in an international cohort: 7 months of symptoms and their impact. *EClinicalMedicine*. 2021;38:101019. doi: 10.1016/j.eclinm.2021.101019.
12. Kim Y, Bae S, Chang HH, Kim SW. Long COVID prevalence and impact on quality of life 2 years after acute COVID-19. *Sci Rep*. 2023;13(1):11207. doi: 10.1038/s41598-023-36995-4.
13. Hua MJ, Gonakoti S, Shariff R, Corpuz C, Acosta RAH, Chang H, et al. Prevalence and characteristics of long COVID 7-12 months after hospitalization among patients from an urban safety-net hospital: a pilot study. *AJPM Focus*. 2023;2(3):100091. doi: 10.1016/j.focus.2023.100091.
14. Hu Y, Liu Y, Zheng H, Liu L. Risk factors for long COVID in older adults. *Biomedicine*. 2023;11(11):3002. doi: 10.3390/biomedicine11113002.

15. Tantipasawasin P, Tantipasawasin S. Post-COVID condition (Long COVID). Chonburi Hospital Journal. 2022;47(1):67-84. (in Thai).
16. Wangchalabovorn M, Weerametachai S, Leesri T. Prevalence of post COVID-19 conditions in SARS-CoV-2 infected patients at 3-month telephone follow-up. Regional Health Promotion Center 9 Journal. 2022;16(1):265-84. (in Thai).
17. Lopez-Leon S, Wegman-Ostrosky T, Perelman C, Sepulveda R, Rebolledo PA, Cuapio A, et al. More than 50 long-term effects of COVID-19: a systematic review and meta-analysis. Sci Rep. 2021;11(1):16144. doi: 10.1038/s41598-021-95565-8.
18. Natanant S, Suriyong P. Incidence and risk factors of post COVID-19 condition: a cross-sectional study. Ramathibodi Medical Journal. 2023;46(1):32-46. doi: 10.33165/rmj.2023.46.1.260117. (in Thai).
19. Tancharoensukjit T. Prevalence and factors associated with post acute COVID syndrome (Long COVID) in patients infected coronavirus disease 2019 who received inpatient treatment Lan Krabue hospital. Journal of The Department of Medical Services. 2023;48(1):51-9. (in Thai).
20. Creswell JW. A concise introduction to mixed methods research. Thousand Oaks, CA: Sage Publications; 2015. 152 p.
21. Faul F, Erdfelder E, Buchner A, Lang AG. 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.
22. Cohen J. Statistical power analysis for the behavioral sciences. 2nd ed. New York: Routledge Academic; 1988. 567 p.
23. Hsieh H-F, Shannon SE. Three approaches to qualitative content analysis. Qual Health Res. 2005;15(9):1277-88. doi: 10.1177/10497323052766871277-88.
24. Yong SJ. Long COVID or post-COVID-19 syndrome: putative pathophysiology, risk factors, and treatments. Infect Dis (Lond). 2021;53(10):737-754. doi: 10.1080/23744235.2021.1924397737-54.
25. Hossain MM, Das J, Rahman F, Nesa F, Hossain P, Islam AMK, et al. Living with “Long COVID”: a systematic review and metasynthesis of qualitative evidence. PLoS One. 2023;18(2):e0281884. doi: 10.1371/journal.pone.0281884.



Factors Predicting Self-Care in Patients with Atrial Fibrillation*

Phannathorn Ophasirikhosit, RN, MNS¹, Sarinrut Sriprasong, RN, PhD¹, Doungrut Wattanakitkrileart, RN, DNS¹, Komsing Methavigul, MD²

Abstract

Purpose: To explore the predictive correlation of eHealth literacy, trust in health care provider, self-efficacy, and perception of symptom severity on self-care in patients with atrial fibrillation.

Design: Predictive correlational research.

Methods: The study included 108 individuals who were followed up for diagnosis of atrial fibrillation at a tertiary hospital in the metropolitan region. Data were collected using a demographic data questionnaire, Self-Care of Chronic Illness Inventory, eHealth Literacy Questionnaire, Health Care Relationship Trust Scale, and Atrial Fibrillation Symptom and Burden. Data were analyzed using descriptive statistics and multiple linear regression.

Main findings: The overall self-care level was very good (73.2%). The results showed that eHealth literacy, trust in health care providers, self-efficacy, and perception of symptom severity could together explain 28.7% of the variance in self-care in patients with atrial fibrillation. The significant predicting factors on self-care in patients with atrial fibrillation were self-efficacy ($\beta = .46$, $p < .001$), and trust in health care provider ($\beta = .21$, $p = .012$).

Conclusion and recommendations: Self-efficacy and trust in health care provider can predict self-care in patients with atrial fibrillation. Health care providers should support patients to develop self-efficacy by reflecting on the outcomes of their self-care, providing positive reinforcement, and introducing a patient model of good self-care. In addition, health care providers should establish a trust between them and patients by actively listening to their problems and encouraging decision-making participation.

Keywords: atrial fibrillation, eHealth literacy, self-care, self-efficacy, trust

Nursing Science Journal of Thailand. 2024;42(2):19-31

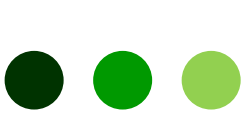
Corresponding Author: Assistant Professor Sarinrut Sriprasong, Faculty of Nursing, Mahidol University, Bangkok 10700, Thailand; e-mail: sarinrut.sri@mahidol.ac.th

* 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

² Central Chest Institute of Thailand, Department of Medical Services, Ministry of Public Health, Nonthaburi, Thailand

Received: 19 October 2023 / Revised: 8 January 2024 / Accepted: 15 February 2024



ปัจจัยทำนายการดูแลตนเองของผู้ป่วยภาวะหัวใจห้องบนสั่นพลิ้ว*

พรรณธร โอภาศิริโฆษิต, พย.ม¹ ศรีนรินทร์ ศรีประสงค์, พร.ด.¹ ดวงรัตน์ วัฒนกิจไกรเลิศ, พย.ด.¹ คมสิงห์ เมธาวิกุล, พ.บ.²

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์: เพื่อหาความสัมพันธ์เชิงทำนายของความรอบรู้สารสนเทศอิเล็กทรอนิกส์ด้านสุขภาพ ความไว้วางใจในบุคลากรสุขภาพ การรับรู้ความสามารถตนเอง การรับรู้ความรุนแรงของอาการ ต่อการดูแลตนเองของผู้ป่วยภาวะหัวใจห้องบนสั่นพลิ้ว

รูปแบบการวิจัย: ความสัมพันธ์เชิงทำนาย

วิธีดำเนินการวิจัย: กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยภาวะหัวใจห้องบนสั่นพลิ้ว ที่เข้ารับการตรวจที่โรงพยาบาลตติยภูมิแห่งหนึ่งในเขตปริมณฑล จำนวน 108 ราย เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามส่วนบุคคล แบบประเมินการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง แบบประเมินความรอบรู้สารสนเทศอิเล็กทรอนิกส์ด้านสุขภาพ แบบประเมินความไว้วางใจในบุคลากรสุขภาพ และแบบประเมินความรุนแรงของอาการและภาระของอาการในผู้ป่วยภาวะหัวใจห้องบนสั่นพลิ้ว วิเคราะห์ด้วยสถิติเชิงพรรณนา และสถิติการวิเคราะห์การถดถอยเชิงพหุคูณ

ผลการวิจัย: กลุ่มตัวอย่างมีภาพรวมการดูแลตนเองระดับดีมาก ร้อยละ 73.2 โดยความรอบรู้สารสนเทศอิเล็กทรอนิกส์ด้านสุขภาพ ความไว้วางใจในบุคลากรสุขภาพ การรับรู้ความสามารถตนเอง การรับรู้ความรุนแรงของอาการ สามารถร่วมกันอธิบายความแปรปรวนของการดูแลตนเองของผู้ป่วยภาวะหัวใจห้องบนสั่นพลิ้ว ได้ร้อยละ 28.7 ปัจจัยที่มีอำนาจทำนายการดูแลตนเองได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ การรับรู้ความสามารถตนเอง ($\beta = .46, p < .001$) และความไว้วางใจในบุคลากรสุขภาพ ($\beta = .21, p = .012$)

สรุปและข้อเสนอแนะ: การรับรู้ความสามารถตนเอง และความไว้วางใจในบุคลากรสุขภาพ สามารถทำนายการดูแลตนเองของผู้ป่วยภาวะหัวใจห้องบนสั่นพลิ้วได้ บุคลากรสุขภาพควรส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีการรับรู้ความสามารถตนเอง โดยสะท้อนผลของการดูแลตนเองให้ผู้ป่วยรับทราบ กล่าวชื่นชมพฤติกรรมดูแลตนเองที่ดีของผู้ป่วย และยกตัวอย่างผู้ป่วยที่มีการดูแลตนเองที่ดีนอกจากนั้น บุคลากรสุขภาพควรสร้างความไว้วางใจ ด้วยการรับฟังปัญหา และให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ

คำสำคัญ: ภาวะหัวใจห้องบนสั่นพลิ้ว ความรอบรู้ด้านสุขภาพทางอิเล็กทรอนิกส์ การดูแลตนเอง การรับรู้ความสามารถตนเอง ความไว้วางใจ

Nursing Science Journal of Thailand. 2024;42(2):19-31

ผู้ประสานงานการเผยแพร่: ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ศรีนรินทร์ ศรีประสงค์, คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล บางกอกน้อย กรุงเทพฯ 10700, e-mail: sarinrut.sri@mahidol.ac.th

* วิทยานิพนธ์หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

¹ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

² สถาบันโรคทรวงอก กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข

วันที่รับบทความ: 19 ตุลาคม 2566 / วันที่แก้ไขบทความเสร็จ: 8 มกราคม 2567 / วันที่ตอบรับบทความ: 15 กุมภาพันธ์ 2567

ความสำคัญของปัญหา

ภาวะหัวใจห้องบนสั่นพลิ้ว (atrial fibrillation, AF) เป็นภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะที่พบบ่อย ในปี พ.ศ. 2559 พบว่ามีผู้ป่วยภาวะหัวใจห้องบนสั่นพลิ้วทั่วโลกถึง 46.3 ล้านคน¹ และในปี พ.ศ. 2562 เพิ่มขึ้นถึง 59.7 ล้านคน² สำหรับประเทศไทย ในปี พ.ศ. 2559 ความชุกของผู้ป่วยภาวะหัวใจห้องบนสั่นพลิ้วที่มีอายุ 65 ปีขึ้นไปอยู่ที่ร้อยละ 1.9 และเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 2.8 ในปี พ.ศ. 2564³ และจากสถิติผู้ป่วยภาวะหัวใจห้องบนสั่นพลิ้วที่เข้ารับการรักษาในสถาบันโรคทรวงอก 5 ปีย้อนหลัง พบว่ามีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้น โดยในปี พ.ศ. 2560 มีจำนวนผู้ป่วยทั้งหมด 3,910 ราย และเพิ่มเป็น 4,200 รายต่อปี ในปี พ.ศ. 2564 อีกทั้งผู้ป่วยภาวะหัวใจห้องบนสั่นพลิ้ว มักได้รับผลกระทบทั้งทางด้านร่างกาย และอาจได้รับผลกระทบทางด้านจิตใจ อารมณ์ สังคมและเศรษฐกิจ¹ และสามารถทำให้ผู้ป่วยเกิดภาวะแทรกซ้อน ได้แก่ โรคหลอดเลือดสมอง ภาวะหัวใจล้มเหลว และเสียชีวิตได้² อย่างไรก็ตาม หากผู้ป่วยมีการดูแลตนเองอย่างเหมาะสม เช่น ปฏิบัติตามแผนการรักษา ควบคุมอาหาร ออกกำลังกาย จะสามารถช่วยลดผลกระทบทางร่างกายที่อาจเกิดขึ้นได้⁴

จากการศึกษาส่วนใหญ่พบว่า ผู้ป่วยภาวะหัวใจห้องบนสั่นพลิ้วยังมีการดูแลตนเองที่ไม่เหมาะสม โดยการศึกษาของ Son, Lee และ Kim⁵ พบว่าค่าเฉลี่ยพฤติกรรม的自我ดูแลตนเองโดยภาพรวมในผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะหัวใจห้องบนสั่นพลิ้วอยู่ในระดับน้อย ($\bar{X} = 31.71$, $SD = 7.06$, Range 14-70) นอกจากนี้ การศึกษาเกี่ยวกับพฤติกรรมที่เป็นส่วนหนึ่งของการดูแลตนเอง ได้แก่ พฤติกรรมการคงภาวะสุขภาพพบว่า ผู้ป่วยภาวะหัวใจห้องบนสั่นพลิ้วมีอัตราการเข้าด้านการแข็งตัวของเลือด ใน 1 ปี เพียงร้อยละ 76⁴ พฤติกรรมการติดตามตนเองเพื่อเฝ้าระวังอาการ พบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่คิดว่าอาการเจ็บหน้าอกเป็นเรื่องปกติของภาวะหัวใจห้องบนสั่นพลิ้ว และเป็นเรื่องยากที่จะบอกได้ว่าอาการที่เกิดขึ้นเป็นผลจากภาวะหัวใจห้องบนสั่นพลิ้วหรือโรคร่วมอื่น⁶ และพฤติกรรมการจัดการตนเองพบว่า ผู้ป่วยร้อยละ 58 เมื่อมีอาการผิดปกติไม่แน่ใจในการไปพบแพทย์เพื่อตรวจหาอาการหัวใจห้องบนสั่นพลิ้ว

และหากผู้ป่วยต้องการไปพบแพทย์ ไม่แน่ใจว่าควรไปเมื่อไหร่อย่างไรก็ตาม ยังไม่มีการศึกษาเกี่ยวกับพฤติกรรม的自我ดูแลตนเองของผู้ป่วยภาวะหัวใจห้องบนสั่นพลิ้วในประเทศไทย

ทฤษฎีการดูแลตนเองในภาวะเจ็บป่วยเรื้อรัง พัฒนาโดย Riegel และคณะ⁷ กล่าวถึง พฤติกรรมการดูแลตนเอง 3 ด้าน ได้แก่ การคงภาวะสุขภาพ การติดตามตนเอง และการจัดการตนเอง ซึ่งภาวะหัวใจห้องบนสั่นพลิ้ว เป็นภาวะการเจ็บป่วยเรื้อรังที่ต้องการการดูแลตนเอง เช่น การรับประทานยาสม่ำเสมอ การสังเกตอาการ เช่น ใจสั่น ภาวะเลือดออก และการจัดการกับอาการผิดปกติอย่างเหมาะสม เพื่อนำไปสู่ผลลัพธ์ทางสุขภาพที่ดี และทฤษฎีได้อธิบายถึงปัจจัยที่ส่งผลต่อการดูแลตนเอง ซึ่งอาจเป็นปัจจัยที่ส่งเสริมหรือขัดขวางการดูแลตนเองของผู้ป่วย ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยจึงได้เลือก 4 ปัจจัย ซึ่งเป็นปัจจัยที่พยาบาลสามารถหาแนวทางในการส่งเสริมการดูแลตนเองของผู้ป่วย และเหมาะสมในสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ที่ผู้ป่วยอาจมีข้อจำกัดในการเข้าถึงบุคลากรสุขภาพ ดังนี้

ความรู้รอบรู้สารสนเทศอิเล็กทรอนิกส์ด้านสุขภาพ เป็นปัจจัยด้านทักษะในการค้นหา ศึกษา ประเมินเนื้อหาเกี่ยวกับสุขภาพบนอินเทอร์เน็ต เพื่อการนำไปประยุกต์ใช้ในการจัดการปัญหาสุขภาพ จากการศึกษาของ Chuang และคณะ⁸ พบว่าความรู้รอบรู้สารสนเทศอิเล็กทรอนิกส์ด้านสุขภาพมีผลโดยตรงต่อการดูแลตนเองในด้านการจัดการตนเอง แต่ไม่มีความสัมพันธ์ต่อด้านการคงภาวะสุขภาพในผู้ป่วยหัวใจล้มเหลว ในขณะที่ Lin และคณะ⁹ พบว่าความรู้รอบรู้สารสนเทศอิเล็กทรอนิกส์ด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์กับการดูแลตนเองทั้งในด้านการคงภาวะสุขภาพ และการจัดการตนเองในผู้ป่วยหัวใจล้มเหลว ซึ่งขัดแย้งกับการศึกษาของ Cho และ Ha¹⁰ พบว่าความรู้รอบรู้สารสนเทศอิเล็กทรอนิกส์ด้านสุขภาพไม่มีความสัมพันธ์ต่อการดูแลตนเองในด้านการคงภาวะสุขภาพในผู้ป่วยความดันโลหิตสูง ($r = .14$, $p = .865$) ทั้งนี้ไม่พบการศึกษาเกี่ยวกับความสัมพันธ์ของความรู้รอบรู้สารสนเทศอิเล็กทรอนิกส์ด้านสุขภาพ ต่อการดูแลตนเองของผู้ป่วยภาวะหัวใจห้องบนสั่นพลิ้ว

ความไว้วางใจในบุคลากรสุขภาพ เป็นความมั่นใจของผู้ป่วยต่อความสามารถในการดูแลของบุคลากรสุขภาพ เช่น การให้คำแนะนำและการดูแลที่มีคุณภาพ โดยหากผู้ป่วยไว้วางใจและร่วมมือกับบุคลากรสุขภาพ จะส่งผลให้เกิดการดูแลตนเองที่ดี⁴ จากการศึกษาเชิงคุณภาพพบว่า ความไว้วางใจในบุคลากรสุขภาพช่วยสนับสนุนการดูแลตนเองของผู้ป่วยหัวใจล้มเหลว¹¹ ส่วน Zhou และคณะ¹² พบว่าความไว้วางใจในบุคลากรสุขภาพสามารถทำนายการดูแลตนเองของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($\beta = .242, p < .001$) อย่างไรก็ตาม แม้การศึกษาส่วนใหญ่พบความสัมพันธ์ระหว่างความไว้วางใจในบุคลากรสุขภาพต่อการดูแลตนเอง ทั้งในงานวิจัยเชิงคุณภาพและเชิงปริมาณ¹¹⁻¹² แต่ไม่พบการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความไว้วางใจในบุคลากรสุขภาพ และการดูแลตนเองในผู้ป่วยภาวะหัวใจห้องบนสั่นพลิ้ว

การรับรู้ความสามารถตนเอง เป็นความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเองในการควบคุมและดำเนินพฤติกรรม การดูแลตนเอง ซึ่งเป็นแรงผลักดันให้เกิดการดูแลตนเอง จากการศึกษาของ Chen และคณะ¹³ พบว่าการรับรู้ความสามารถตนเองสามารถทำนายการดูแลตนเอง ด้านการคงภาวะสุขภาพในการรับประทานยาต้านการแข็งตัวของเลือดอย่างสม่ำเสมอ ($\beta = -.48, p < .001$) นอกจากนี้ยังพบว่า การรับรู้ความสามารถตนเองมีความสัมพันธ์ต่อการดูแลตนเองของผู้ป่วยหัวใจล้มเหลวผู้ใหญ่มาก (path coefficient = .402, $p < .001$)¹⁴ อย่างไรก็ตาม ยังไม่พบการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ความสามารถตนเอง และการดูแลตนเองของผู้ป่วยภาวะหัวใจห้องบนสั่นพลิ้วที่ครอบคลุมพฤติกรรมดูแลตนเองทั้ง 3 ด้าน

การรับรู้ความรุนแรงของอาการ เป็นปัจจัยด้านอาการเกี่ยวกับการตระหนักถึงความรุนแรงของอาการผิดปกติที่เกิดขึ้นขึ้นอยู่กับประสบการณ์ของผู้ป่วย ซึ่งส่งผลต่อการตัดสินใจในการจัดการตนเอง จากศึกษาในผู้ป่วยหัวใจล้มเหลวพบว่า การรับรู้อาการว่ามีความรุนแรงมากมีความสัมพันธ์ต่อการดูแลตนเองในด้านการคงภาวะสุขภาพที่ลดลง¹⁵ โดยความรุนแรงของอาการที่เพิ่มขึ้น เช่น หายใจลำบาก อ่อนล้า ทำให้เกิด

ความยากลำบากในการดำเนินชีวิตประจำวัน และการดูแลตนเอง¹⁶ ทั้งนี้ยังไม่พบการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ความรุนแรงของอาการ และการดูแลตนเองของผู้ป่วยภาวะหัวใจห้องบนสั่นพลิ้ว

จากการทบทวนวรรณกรรมในผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือด เช่น ผู้ป่วยหัวใจล้มเหลว พบว่าความรอบรู้สารสนเทศอิเล็กทรอนิกส์ด้านสุขภาพ ความไว้วางใจในบุคลากรสุขภาพ การรับรู้ความสามารถตนเอง การรับรู้ความรุนแรงของอาการ มีความสัมพันธ์และทำนายการดูแลตนเองของผู้ป่วยได้ อย่างไรก็ตาม ยังไม่พบการศึกษาในผู้ป่วยภาวะหัวใจห้องบนสั่นพลิ้วโดยเฉพาะในประเทศไทย อีกทั้งการศึกษาดูแลตนเองของผู้ป่วยภาวะหัวใจห้องบนสั่นพลิ้วที่พบยังไม่ครอบคลุมทั้งด้านการคงภาวะสุขภาพ การติดตามตนเอง และการจัดการตนเอง ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาว่าปัจจัยดังกล่าวสามารถทำนายการดูแลตนเองของผู้ป่วยกลุ่มนี้ได้หรือไม่ ซึ่งผลการศึกษาที่ได้ อาจนำมาใช้เป็นข้อมูลสำหรับพยาบาล ในการส่งเสริมปัจจัยที่สามารถทำนายการดูแลตนเอง และส่งเสริมการดูแลตนเองของผู้ป่วยภาวะหัวใจห้องบนสั่นพลิ้วได้ ซึ่งจะช่วยให้ผู้ป่วยเกิดการดูแลตนเองที่ดียิ่งขึ้น โดยเฉพาะผู้ป่วยภาวะหัวใจห้องบนสั่นพลิ้วที่เข้ารับการรักษาในสถาบันโรคทรวงอก อีกทั้งข้อมูลที่ได้จะเป็นข้อมูลพื้นฐานสำหรับการวิจัยในการพัฒนาโปรแกรม เพื่อส่งเสริมการดูแลตนเองของผู้ป่วย

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อศึกษาการดูแลตนเองของผู้ป่วยภาวะหัวใจห้องบนสั่นพลิ้วและอำนาจการทำนายของความรอบรู้สารสนเทศอิเล็กทรอนิกส์ด้านสุขภาพ ความไว้วางใจในบุคลากรสุขภาพ การรับรู้ความสามารถตนเอง การรับรู้ความรุนแรงของอาการ ต่อการดูแลตนเองของผู้ป่วยภาวะหัวใจห้องบนสั่นพลิ้ว

สมมติฐานการวิจัย

ความรอบรู้สารสนเทศอิเล็กทรอนิกส์ด้านสุขภาพ ความไว้วางใจในบุคลากรสุขภาพ การรับรู้ความสามารถตนเอง การรับรู้ความรุนแรงของอาการ สามารถทำนายการดูแลตนเองของผู้ป่วยภาวะหัวใจห้องบนสั่นพลิ้วได้

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษาวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาความสัมพันธ์เชิงทำนาย (predictive correlational research)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่ามีภาวะหัวใจห้องบนสั่นพลิ้ว ทั้งเพศหญิงและเพศชายที่มารับการรักษา ณ สถาบันโรคทรวงอก กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจห้องบนสั่นพลิ้ว ที่มาติดตามการรักษาที่คลินิกผู้ป่วยนอกโรคหัวใจ และคลินิกยาต้านการแข็งตัวของเลือด โดยมีคุณสมบัติตามเกณฑ์คัดเข้า ดังนี้ 1) อายุ 18 ปีขึ้นไป 2) ได้รับการวินิจฉัยว่ามีภาวะหัวใจห้องบนสั่นพลิ้วตั้งแต่ 3 เดือนขึ้นไป 3) สามารถทำกิจกรรมต่างๆ ได้ด้วยตนเอง และมีเกณฑ์คัดออก ดังนี้ 1) ผู้ป่วยที่มีการเจ็บป่วยรุนแรงหรือระยะท้าย 2) ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคจิตเภท โรคอารมณ์สองขั้ว หรือโรคที่มีผลต่อการดูแลตนเอง 3) ผู้ป่วยภายหลังจี้ไฟฟ้าหัวใจ ใส่เครื่องกระตุ้นหัวใจ หรือมีประวัติผ่าตัดหัวใจ 4) ผู้ป่วยอายุ 60 ปี ขึ้นไปที่มีการประเมินภาวะบกพร่องทางการรู้คิด โดยเครื่องมือ Mini-Cognitive Assessment Instrument (Mini-Cog) ได้คะแนนน้อยกว่า 3 คะแนน

การคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่าง ใช้วิธีวิเคราะห์อำนาจการทดสอบ โดยใช้สถิติ multiple linear regression กำหนดระดับนัยสำคัญที่ระดับ .05 อำนาจการทดสอบที่ระดับ .90 ตัวแปรในการทำนาย 4 ตัวแปร แต่เนื่องจากไม่มีความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรต้นและตัวแปรตามในผู้ป่วยที่เหมือนกลุ่มตัวอย่าง ดังนั้น จึงกำหนดขนาดอิทธิพล (effect size) ที่ขนาดกลาง ได้ค่าขนาดอิทธิพล .15 ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 108 ราย

เครื่องมือการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการคัดกรองผู้ป่วย ได้แก่ แบบประเมินภาวะบกพร่องทางปัญญา mini-cognitive assessment instrument ใช้ฉบับแปลเป็นภาษาไทย ด้วยเทคนิคแปลย้อนกลับของ สุภาพร ตรงสกุล และคณะ¹⁷ มีข้อคำถาม 2 ข้อ ได้แก่ การทวนซ้ำคำ 3 คำ

และการวาดรูปนาฬิกา คะแนนน้อยกว่า 3 คะแนน หมายถึงผู้ป่วยอาจมีภาวะบกพร่องทางการรู้คิด ส่วนเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบไปด้วยแบบสอบถามทั้งหมด 6 ชุด ดังนี้

1. แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม ประกอบด้วย 2 ส่วน ได้แก่ ข้อมูลส่วนบุคคล และข้อมูลเกี่ยวกับการเจ็บป่วย ได้แก่ ชนิดและระยะเวลาการเจ็บป่วยของภาวะหัวใจห้องบนสั่นพลิ้ว ยาที่ใช้ในการรักษา CHA₂DS₂-VASc, HAS-BLED score และโรคร่วม
2. แบบประเมินการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง (Self-Care of Chronic Illness Inventory) พัฒนาโดย Riegel และคณะ¹⁸ ผู้วิจัยใช้ฉบับแปลเป็นภาษาไทยด้วยเทคนิคแปลย้อนกลับ โดย จอม สุวรรณโณ มีข้อคำถาม 19 ข้อ ได้แก่ การคงภาวะสุขภาพ 7 ข้อ การติดตามตนเอง 5 ข้อ และการจัดการตนเอง 7 ข้อ ให้คะแนนแบบมาตราประมาณค่า (rating scale) 5 ระดับ ตั้งแต่ 1 หมายถึง ไม่ได้ทำเลย ถึง 5 หมายถึง ทำประจำ คะแนนรวมจะถูกแปลงเป็นคะแนนมาตรฐานอยู่ในช่วง 0-100 โดย 70 คะแนนขึ้นไป หมายถึง ผู้ป่วยดูแลตนเองในระดับดี
3. แบบประเมินความรู้สารสนเทศอิเล็กทรอนิกส์ด้านสุขภาพ (eHealth Literacy Questionnaire) พัฒนาโดย Norman และ Skinner¹⁹ ผู้วิจัยใช้ฉบับแปลเป็นภาษาไทยโดย กระทรวงสาธารณสุข มีข้อคำถาม 8 ข้อ โดยประเมิน 6 ทักษะ ได้แก่ ความรอบรู้เดิม ความรอบรู้ด้านสุขภาพ ความรอบรู้สารสนเทศ ความรู้ทางวิทยาศาสตร์ การรู้เท่าทันสื่อ และการรู้คอมพิวเตอร์ ให้คะแนนแบบมาตราประมาณค่า 5 ระดับ ตั้งแต่ 1 หมายถึง ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง ถึง 5 หมายถึง เห็นด้วยอย่างยิ่ง คะแนนรวมอยู่ในช่วง 8-40 คะแนน โดยแบ่งคะแนนความรู้สารสนเทศอิเล็กทรอนิกส์ด้านสุขภาพเป็น 3 ระดับ ได้แก่ 8-18.67 หมายถึง ระดับน้อย 18.68-29.34 หมายถึง ระดับปานกลาง และ 29.35-40.00 หมายถึง ระดับมาก
4. แบบประเมินความไว้วางใจในบุคลากรสุขภาพ (Health Care Relationship Trust Scale) ผู้วิจัยใช้ฉบับแปลเป็นภาษาไทย

ด้วยเทคนิคแปลย้อนกลับของ สิริพร บุตตะพิมพ์ และคณะ²⁰ มีข้อคำถาม 13 ข้อ ประเมินความไว้วางใจ 3 ด้าน ได้แก่ ความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล 5 ข้อ การสื่อสารและรับฟังด้วยความเคารพ 3 ข้อ และการมีส่วนร่วมในการรักษา 5 ข้อ ให้คะแนนแบบมาตรประมาณค่า 5 ระดับ ตั้งแต่ 0 หมายถึง ไม่เคยเลย ถึง 4 หมายถึง ตลอดเวลา คะแนนรวมอยู่ในช่วง 0-52 คะแนน โดยแบ่งคะแนนความไว้วางใจในบุคลิกภาพเป็น 3 ระดับ ได้แก่ 0-17.33 หมายถึง ระดับน้อย 17.34-34.66 หมายถึง ระดับปานกลาง และ 34.67-52.00 หมายถึง ระดับมาก

5. แบบประเมินความมั่นใจในการดูแลตนเอง (Self-Care Self-Efficacy Scale) พัฒนาโดย Yu และคณะ²¹ ผู้วิจัยใช้ฉบับแปลเป็นภาษาไทยด้วยเทคนิคแปลย้อนกลับโดย จอม สุวรรณโณ มีข้อคำถาม 10 ข้อ ได้แก่ ความมั่นใจในการคงภาวะสุขภาพ 3 ข้อ การติดตามตนเอง 4 ข้อ และการจัดการตนเอง 3 ข้อ ให้คะแนนแบบมาตรประมาณค่า 5 ระดับ ตั้งแต่ 0 หมายถึง ไม่มั่นใจเลย ถึง 5 หมายถึง มั่นใจที่สุด คะแนนรวมจะถูกแปลงเป็นคะแนนมาตรฐานอยู่ในช่วง 0-100 โดยแบ่งคะแนนการรับรู้ความสามารถตนเองเป็น 3 ระดับ ได้แก่ 0-33.33 หมายถึง ระดับต่ำ 33.34-66.66 หมายถึง ระดับปานกลาง และ 66.67-100 หมายถึง ระดับสูง

6. แบบประเมินความรุนแรงของอาการและภาระของอาการในผู้ป่วยภาวะหัวใจห้องบนเต้นพลิ้ว (Atrial Fibrillation Symptom and Burden) ผู้วิจัยใช้ฉบับแปลเป็นภาษาไทยด้วยเทคนิคแปลย้อนกลับของ นฤนาท ไชยจำ และคณะ²² โดยใช้ส่วนที่ 1 การประเมินความรุนแรงของภาวะหัวใจห้องบนเต้นพลิ้ว เพื่อประเมินการรับรู้ความรุนแรงของอาการที่ส่งผลกระทบต่อชีวิตประจำวัน มีข้อคำถาม 8 ข้อ แต่ละคำถามมี 4 ตัวเลือก ได้แก่ 0 หมายถึง ไม่มีเลย 2 หมายถึง เล็กน้อย 3 หมายถึง ปานกลาง 5 หมายถึง รุนแรง คะแนนรวมอยู่ในช่วง 0-40 คะแนน โดยแบ่งอาการเป็น 4 กลุ่ม คือ คะแนน 0 หมายถึง ไม่มีอาการ 1-10 หมายถึง มีอาการน้อย 11-20 หมายถึง มีอาการปานกลาง และมากกว่า 20 หมายถึง มีอาการรุนแรง

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

การตรวจสอบความเชื่อมั่นของเครื่องมือ

แบบประเมินการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง แบบประเมินความรอบรู้สารสนเทศอิเล็กทรอนิกส์ด้านสุขภาพ แบบประเมินความไว้วางใจในบุคลิกภาพสุขภาพ แบบประเมินความมั่นใจในการดูแลตนเอง ผู้วิจัยได้นำมาทดสอบความเชื่อมั่นกับผู้ป่วยภาวะหัวใจห้องบนเต้นพลิ้วที่มีคุณสมบัติเดียวกันกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 ราย โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .74, .96, .96 และ .93 ตามลำดับ และแบบประเมินความรุนแรงของอาการและภาระของอาการในผู้ป่วยภาวะหัวใจห้องบนเต้นพลิ้ว ผู้วิจัยได้นำมาทดสอบความเชื่อมั่นกับผู้ป่วยกลุ่มเดียวกัน ด้วยวิธีการทดสอบซ้ำ ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .89

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล (COA No. IRB-NS2022/736.1201) และได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยเกี่ยวกับมนุษย์ สถาบันโรคทรวงอก (COA No. 039/2566) การศึกษาดำเนินการตามคำประกาศหลักการและมาตรฐานทางจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของเฮลซิงกิ หลังจากผู้เข้าร่วมวิจัยได้รับทราบข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับการวิจัยครบถ้วน ผู้เข้าร่วมวิจัยทุกคนจะต้องลงนามในหนังสือแสดงเจตนายินยอมเข้าร่วมการศึกษาวิจัย โดยระหว่างการศึกษาจะมีการใช้มาตรการเว้นระยะห่างทางสังคม และมีการประเมินอาการไม่พึงประสงค์เนื่องจากการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019

วิธีเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยเก็บข้อมูลที่คลินิกผู้ป่วยนอกโรคหัวใจ และคลินิกยาต้านการแข็งตัวของเลือด สถาบันโรคทรวงอก ระหว่างเดือนมีนาคมถึงพฤษภาคม พ.ศ. 2566 โดยให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามด้วยตนเอง จำนวน 5 ชุด ได้แก่ แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบประเมินการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง แบบประเมิน

ความรอบรู้สารสนเทศอิเล็กทรอนิกส์ด้านสุขภาพ แบบประเมินความไว้วางใจในบุคลากรสุขภาพ และแบบ ประเมินความรุนแรงของอาการและภาระของอาการ ในผู้ป่วยภาวะหัวใจห้องบนเต้นพลิ้ว ใช้เวลาประมาณ 45 นาที ส่วนข้อมูลการเจ็บป่วย ผู้วิจัยขออนุญาตตามระเบียบของ โรงพยาบาลในเก็บรวบรวมจากเวชระเบียน ซึ่งข้อมูลที่ได้ จะถูกนำเสนอเป็นภาพรวม และไม่มีการเปิดเผย ชื่อ-นามสกุล

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูล โดยใช้โปรแกรม IBM SPSS Statistics โดย

1) ข้อมูลส่วนบุคคล ข้อมูลความรอบรู้สารสนเทศอิเล็กทรอนิกส์ ด้านสุขภาพ ความไว้วางใจในบุคลากรสุขภาพ การรับรู้ความสามารถ ตนเอง การรับรู้ความรุนแรงของอาการ และการดูแลตนเองของ ผู้ป่วยภาวะหัวใจห้องบนเต้นพลิ้ว ใช้สถิติเชิงพรรณนา 2) วิเคราะห์ ความสัมพันธ์ของความรอบรู้สารสนเทศอิเล็กทรอนิกส์ด้านสุขภาพ ความไว้วางใจในบุคลากรสุขภาพ การรับรู้ความสามารถตนเอง การรับรู้ความรุนแรงของอาการต่อการดูแลตนเอง โดยใช้สถิติ Spearman correlation เนื่องจากตัวแปรมีการแจกแจง ไม่เป็นโค้งปกติ และ 3) วิเคราะห์อำนาจการทำนาย โดยใช้ สถิติ multiple linear regression ด้วยวิธีการนำตัวแปร เข้าสู่สมการพร้อมกันในครั้งเดียว (enter method) ซึ่งตัวแปร ได้ผ่านการทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นของการใช้สถิติ กำหนด ระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ผลการวิจัย

1. กลุ่มตัวอย่างเป็นเพศชายร้อยละ 56.5 มีอายุเฉลี่ย 66.6 ปี ($SD = 10.6$) มีค่าดัชนีมวลกายเกินเกณฑ์ปกติร้อยละ 88 ($\bar{X} = 26.4 \text{ kg/m}^2$, $SD = 5$) มีประวัติสูบบุหรี่ร้อยละ 44.4 มีประวัติดื่มสุราร้อยละ 60.2 ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นชนิด Permanent AF มากที่สุด (ร้อยละ 44.4) มีระยะเวลาการเจ็บป่วย 1-5 ปี ร้อยละ 33.4 ใช้สิทธิบัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้ามากที่สุด (ร้อยละ 44.4) และทั้งหมดมีโรคประจำตัว ได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 75 โรคไขมันในเลือดสูงร้อยละ 72.2 และโรคเบาหวานร้อยละ 44.4 ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีคะแนนความเสี่ยงในการเป็นโรคหลอดเลือด สมอง (CHA_2DS_2-VASc score) มากกว่าหรือเท่ากับ 2 (ร้อยละ 80.6) มีผู้ที่ได้รับยาต้านการแข็งตัวของเลือดร้อยละ 91.7 โดยมีคะแนน HAS-BLED score 0-2 คะแนน ร้อยละ 88.9 และส่วนใหญ่ ุได้ยากลุ่ม Beta-blockers ร้อยละ 89.8

2. การดูแลตนเอง กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยการดูแล ตนเองโดยภาพรวม 88.6 คะแนน ($SD = 6.7$) โดยมีคะแนนอยู่ใน ระดับดีมากร้อยละ 73.2 เมื่อพิจารณาการดูแลตนเองในแต่ละด้าน พบว่าด้านการติดตามตนเอง มีคะแนนเฉลี่ย 93.8 คะแนน ($SD = 10.6$) และด้านการคงภาวะสุขภาพ มีคะแนนเฉลี่ย 87.8 คะแนน ($SD = 9.8$) โดยคะแนนอยู่ในระดับดีมาก ร้อยละ 77.8 และ 68.5 ตามลำดับ อย่างไรก็ตาม เกือบครึ่งหนึ่งของกลุ่มตัวอย่าง (ร้อยละ 48.1) มีการ ดูแลตนเองด้านการจัดการตนเองอยู่ในระดับดี และมีคะแนนเฉลี่ย ต่ำที่สุดใน 3 ด้าน เท่ากับ 84.3 ($SD 11.4$) ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 พิสัย ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการแปลผลของการดูแลตนเองของผู้ป่วยภาวะหัวใจห้องบนเต้นพลิ้ว (N = 108)

การดูแลตนเอง	พิสัยที่เป็นไปได้	พิสัยคะแนนที่ได้	$\bar{X} \pm SD$	การแปลผล
โดยภาพรวม	0-100	69-100	88.6 ± 6.7	ระดับดีมาก
ด้านการคงภาวะสุขภาพ	0-100	61-100	87.8 ± 9.8	ระดับดีมาก
ด้านการติดตามตนเอง	0-100	60-100	93.8 ± 10.6	ระดับดีมาก
ด้านการจัดการตนเอง	0-100	56-100	84.3 ± 11.4	ระดับดี

3. ข้อมูลตัวแปรที่ศึกษา ความรอบรู้สารสนเทศอิเล็กทรอนิกส์ด้านสุขภาพ มีคะแนนเฉลี่ย 22.6 คะแนน (SD = 13.2) โดยเกือบครึ่งหนึ่งมีความรอบรู้สารสนเทศอิเล็กทรอนิกส์ด้านสุขภาพน้อย (ร้อยละ 46.3)

ความไว้วางใจในบุคลากรสุขภาพ พบว่ามีคะแนนเฉลี่ย 50.7 คะแนน (SD = 4.8) โดยกลุ่มตัวอย่างเกือบทั้งหมด (ร้อยละ 96.3) มีความไว้วางใจในบุคลากรสุขภาพมาก

การรับรู้ความสามารถตนเอง พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความสามารถตนเอง 89.9 คะแนน (SD = 13.1) โดยเกือบทั้งหมดมีการรับรู้ความสามารถตนเองสูง (ร้อยละ 95.4)

กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความรุนแรงของอาการ 5.1 คะแนน (SD = 3.7) โดยกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ (ร้อยละ 82.4) มีการรับรู้ความรุนแรงของอาการว่ามีอาการน้อย ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 พิสัย ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการแปลผลของตัวแปรที่ศึกษา (N = 108)

ตัวแปรที่ศึกษา	พิสัยที่เป็นไปได้	พิสัยคะแนนที่ได้	$\bar{X} \pm SD$	การแปลผล
ความรอบรู้สารสนเทศอิเล็กทรอนิกส์ด้านสุขภาพ	8-40	8-40	22.6 ± 13.2	ระดับปานกลาง
ความไว้วางใจในบุคลากรสุขภาพ	0-52	23-52	50.7 ± 4.8	ระดับมาก
การรับรู้ความสามารถตนเอง	0-100	48-100	89.9 ± 13.1	การรับรู้สูง
การรับรู้ความรุนแรงของอาการ	0-40	0-16	5.1 ± 3.7	อาการน้อย

4. ปัจจัยที่สัมพันธ์ต่อการดูแลตนเองของผู้ป่วยภาวะหัวใจห้องบนสั่นพลิ้ว จากการวิเคราะห์โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์สเปียร์แมนพบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการดูแลตนเองของผู้ป่วยภาวะหัวใจห้องบนสั่นพลิ้ว ได้แก่ การรับรู้ความสามารถตนเอง ($r_s = .45, p < .01$) และความไว้วางใจในบุคลากรสุขภาพ ($r_s = .29, p < .01$) ส่วนความรอบรู้สารสนเทศอิเล็กทรอนิกส์ด้านสุขภาพ และการรับรู้ความรุนแรงของอาการ ไม่มีความสัมพันธ์กับการดูแลตนเอง ($r_s = .19, r_s = -.03$ ตามลำดับ, $p > .05$) ดังแสดงในตารางที่ 3

5. ปัจจัยที่สามารถทำนายการดูแลตนเองของผู้ป่วยภาวะหัวใจห้องบนสั่นพลิ้ว จากการวิเคราะห์สมการถดถอยเชิงพหุคูณ

แบบขั้นตอนเดียวพบว่า ความรอบรู้สารสนเทศอิเล็กทรอนิกส์ด้านสุขภาพ ความไว้วางใจในบุคลากรสุขภาพ การรับรู้ความสามารถตนเอง การรับรู้ความรุนแรงของอาการ สามารถร่วมกันอธิบายความแปรปรวนของการดูแลตนเองของผู้ป่วยภาวะหัวใจห้องบนสั่นพลิ้วได้ร้อยละ 28.7 และปัจจัยที่สามารถทำนายการดูแลตนเองของผู้ป่วยภาวะหัวใจห้องบนสั่นพลิ้ว ได้แก่ การรับรู้ความสามารถตนเอง ($\beta = .46, p < .001$) และความไว้วางใจในบุคลากรสุขภาพ ($\beta = .21, p = .012$) ส่วนปัจจัยความรอบรู้สารสนเทศอิเล็กทรอนิกส์ด้านสุขภาพ และการรับรู้ความรุนแรงของอาการ ไม่สามารถทำนายการดูแลตนเองได้ ดังแสดงในตารางที่ 4

ตารางที่ 3 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์สเปียร์แมน (r_s) ระหว่างความรอบรู้สารสนเทศอิเล็กทรอนิกส์ด้านสุขภาพ ความไว้วางใจในบุคลากรสุขภาพ การรับรู้ความสามารถตนเอง การรับรู้ความรุนแรงของอาการ ต่อการดูแลตนเองของผู้ป่วยภาวะหัวใจห้องบนสั่นพลิ้ว (N = 108)

ตัวแปร	1	2	3	4	5
ความรอบรู้สารสนเทศอิเล็กทรอนิกส์ด้านสุขภาพ	1				
ความไว้วางใจในบุคลากรสุขภาพ	.13	1			
การรับรู้ความสามารถตนเอง	.07	.05	1		
การรับรู้ความรุนแรงของอาการ	-.08	-.08	.10	1	
การดูแลตนเอง	.19	.29**	.45**	-.03	1

**p < .01

ตารางที่ 4 ค่าสัมประสิทธิ์ถดถอยเชิงพหุคูณของความรอบรู้สารสนเทศอิเล็กทรอนิกส์ด้านสุขภาพ ความไว้วางใจในบุคลากรสุขภาพ การรับรู้ความสามารถตนเอง การรับรู้ความรุนแรงของอาการ ต่อการดูแลตนเองของผู้ป่วยภาวะหัวใจห้องบนสั่นพลิ้ว (N = 108)

ตัวแปร	B	SE _B	β	t	p-value	95%CI
ค่าคงที่	51.40	7.15		7.19	< .001	37.21, 65.58
ความรอบรู้สารสนเทศอิเล็กทรอนิกส์ด้านสุขภาพ	.07	.04	.14	1.60	.113	-.02, .15
ความไว้วางใจในบุคลากรสุขภาพ	.30	.12	.21	2.55	.012	.07, .53
การรับรู้ความสามารถตนเอง	.24	.04	.46	5.46	< .001	.15, .32
การรับรู้ความรุนแรงของอาการ	-.11	.16	-.06	-.74	.462	-.42, .19

R = .54, R² = .29, F = 10.36, p < .001

การอภิปรายผล

การดูแลตนเอง

การดูแลตนเองโดยภาพรวมพบว่า อยู่ในระดับดีมากร้อยละ 73.2 และระดับดีร้อยละ 25.9 อาจเนื่องมาจากการเก็บข้อมูลที่โรงพยาบาลระดับตติยภูมิที่เฉพาะทางด้านโรคหัวใจ ซึ่งมีบุคลากรสุขภาพจากสหสาขาวิชาชีพที่มีความรู้ความสามารถในการดูแลผู้ป่วยโดยตรง ดังนั้น กลุ่มตัวอย่างจะได้รับการศึกษาเกี่ยวกับการดูแลตนเองจากทีมสหสาขาวิชาชีพ ซึ่งรวมถึงแพทย์โรคหัวใจ พยาบาลวิชาชีพชั้นสูง และเภสัชกร สอดคล้องตามแนวทางสำหรับการจัดการภาวะหัวใจห้องบนสั่นพลิ้วที่แนะนำว่า การให้การศึกษาเกี่ยวกับการดูแลและจัดการตนเอง และการสะท้อนพฤติกรรมที่ดีของผู้ป่วย โดยบุคลากรจากสหสาขาวิชาชีพ จะช่วยให้ผู้ป่วยเกิดพฤติกรรมดูแลตนเองที่ดี ซึ่งจะช่วยในการปรับปรุงผลลัพธ์สำหรับผู้ป่วยและครอบครัว¹

การดูแลตนเองด้านการติดตามตนเอง เช่น การสังเกตและเฝ้าระวังอาการ และด้านการคงภาวะสุขภาพ เช่น การรับประทานยาสม่ำเสมอพบว่า อยู่ในระดับดีมากร้อยละ 77.8 และ 68.5 ตามลำดับ อาจเนื่องจากกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 59.3 มีภาวะหัวใจห้องบนสั่นพลิ้วที่เป็นต่อเนื่องมากกว่า 1 ปี และร้อยละ 54.6 มีภาวะหัวใจห้องบนสั่นพลิ้วนานกว่า 5 ปี โดยจากการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 93.5 สามารถจำแนกอาการผิดปกติที่เกิดขึ้นได้ทันที

ซึ่งเป็นผลมาจากประสบการณ์ทางด้านอาการที่มาก²³ อาจทำให้ผู้ป่วยจัดการอาการได้รวดเร็ว อีกทั้งกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 89.8 มีสิทธิการรักษาที่ครอบคลุมการมาตรวจตามนัด และร้อยละ 79.6 อาศัยอยู่ใกล้โรงพยาบาล ซึ่งอาจทำให้เข้าถึงการรักษาได้สะดวก²³ จากผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างมาตรวจตรงตามวันนัดเป็นประจำ ซึ่งเป็นกิจกรรมหนึ่งในด้านการคงภาวะสุขภาพถึงร้อยละ 99.1 อย่างไรก็ตาม การดูแลตนเองด้านการจัดการตนเองอยู่ในระดับดีมากเพียงร้อยละ 36.1 เนื่องจากผลการศึกษาที่พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีการใช้ยาเพื่อบรรเทาหรือให้หายเมื่อเกิดอาการผิดปกติบ่อย อาจเนื่องมาจากผู้ป่วยมักจะได้รับคำแนะนำว่าไม่ควรปรับยาด้วยตนเอง และไม่มียาเฉพาะเมื่อเกิดอาการจากภาวะหัวใจห้องบนสั่นพลิ้ว แต่หากมีอาการผิดปกติ เช่น ใจสั่น อาจใช้วิธีการพักหรือลดการทำกิจกรรมเพื่อควบคุมและสังเกตอาการ

การรับรู้ความสามารถตนเอง

ผลการศึกษาพบว่า การรับรู้ความสามารถตนเองสามารถทำนายการดูแลตนเองของผู้ป่วยภาวะหัวใจห้องบนสั่นพลิ้วได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($\beta = .46$, $p < .001$) ซึ่งเป็นไปตามสมมุติฐานการวิจัย และสนับสนุนทฤษฎีการดูแลตนเองในภาวะเจ็บป่วยเรื้อรัง ที่กล่าวว่า การรับรู้ความสามารถตนเองเป็นปัจจัยด้านความมั่นใจ ซึ่งส่งผลต่อความเชื่อมั่นของผู้ป่วยเกี่ยวกับความสามารถในการดูแลตนเอง จึงเป็นแรงขับให้ผู้ป่วยเกิดการดูแล

ตนเอง^{21,23} อาจเนื่องมาจากกลุ่มตัวอย่างเคยมีประสบการณ์อาการผิดปกติจากภาวะหัวใจห้องบนสั่นพลิ้ว โดยครั้งล่าสุด ได้แก่ เหนื่อย/อ่อนเพลีย (ร้อยละ 61.1) และกลุ่มตัวอย่างมักจะมีอาการดีขึ้นภายหลังการจัดการเบื้องต้น เช่น นอน นั่งพัก เป็นต้น อาจทำให้กลุ่มตัวอย่างเกิดความมั่นใจในการดูแลตนเอง อีกทั้งกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 54.6 มีภาวะหัวใจห้องบนสั่นพลิ้ว ซึ่งต้องมาตรวจตามนัดเป็นระยะเวลานานกว่า 5 ปี ดังนั้น กลุ่มตัวอย่างจะได้รับข้อมูลสุขภาพตัวอย่าง และการสะท้อนผลของการดูแลตนเอง ที่จะช่วยส่งเสริมการรับรู้ความสามารถในการดูแลตนเอง สอดคล้องกับ Son, Lee และ Kim¹¹ ที่พบว่าหากผู้ป่วยหัวใจล้มเหลวรับรู้ว่าคุณสามารถจัดการสุขภาพได้ดี จะทำให้เกิดความมั่นใจ และส่งเสริมให้เกิดการดูแลตนเองที่ดี

ความไว้วางใจในบุคลากรสุขภาพ

ผลการศึกษาพบว่า ความไว้วางใจในบุคลากรสุขภาพสามารถทำนายการดูแลตนเองของผู้ป่วยภาวะหัวใจห้องบนสั่นพลิ้วได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($\beta = .21, p = .012$) ซึ่งปฏิบัติตามสมมติฐานการวิจัย และสนับสนุนทฤษฎีการดูแลตนเองในภาวะเจ็บป่วยเรื้อรัง ที่กล่าวว่า ความไว้วางใจที่ผู้ป่วยมีต่อบุคลากรสุขภาพสามารถเป็นแรงจูงใจให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการดูแลตัวเอง เช่น การปฏิบัติตามแผนการรักษา ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 54.6 มีระยะเวลาการเป็นภาวะหัวใจห้องบนสั่นพลิ้ว และต้องมาตรวจตามนัดเป็นเวลานานกว่า 5 ปี ทำให้กลุ่มตัวอย่างคุ้นเคยกับบุคลากรสุขภาพ รวมถึงการที่กลุ่มตัวอย่างได้รับการรักษา และคำแนะนำเรื่องสุขภาพจากบุคลากรสุขภาพผู้เชี่ยวชาญด้านโรคหัวใจที่โรงพยาบาลระดับตติยภูมิ ทำให้กลุ่มตัวอย่างเกิดความไว้วางใจในความเชี่ยวชาญของบุคลากรสุขภาพ และส่งเสริมให้มีส่วนร่วมในการดูแลตนเอง¹¹ สอดคล้องกับ Zhou และคณะ¹² ที่พบว่าความไว้วางใจในบุคลากรสุขภาพสามารถทำนายการดูแลตนเองของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($\beta = .242, p < .001$)

ความรอบรู้สารสนเทศอิเล็กทรอนิกส์ด้านสุขภาพ

ผลการศึกษาพบว่า ความรอบรู้สารสนเทศอิเล็กทรอนิกส์

ด้านสุขภาพไม่สามารถทำนายการดูแลตนเองของผู้ป่วยภาวะหัวใจห้องบนสั่นพลิ้วได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($\beta = .14, p = .113$) ซึ่งไม่เป็นไปตามสมมติฐานการวิจัย และไม่สอดคล้องกับทฤษฎีการดูแลตนเองในภาวะเจ็บป่วยเรื้อรัง ที่กล่าวว่า ทักษะการดูแลตนเองเป็นสิ่งสำคัญในการวางแผน ตั้งเป้าหมาย และตัดสินใจในการดูแลตนเอง²³ โดยความรอบรู้สารสนเทศอิเล็กทรอนิกส์ด้านสุขภาพเป็นทักษะที่จำเป็นในการพัฒนาทักษะการตัดสินใจ เพื่อการจัดการปัญหาสุขภาพที่เกิดขึ้น¹⁹ และภายหลังจากการวิเคราะห์เพิ่มเติมพบว่ากลุ่มตัวอย่างมากถึง 2 ใน 3 ที่มีอายุมากกว่าเท่ากับ 60 ปี และมีระดับการศึกษาน้อยกว่ามัธยมศึกษา มีความรอบรู้สารสนเทศอิเล็กทรอนิกส์ด้านสุขภาพในระดับน้อย (8-18.67 คะแนน) ดังที่พบในการศึกษาของ Ghazi และคณะ²⁴ ผู้สูงอายุที่มีระดับการศึกษาน้อยมีปัญหาเรื่องความรอบรู้สารสนเทศอิเล็กทรอนิกส์ด้านสุขภาพมากกว่าผู้สูงอายุที่มีระดับการศึกษาสูงกว่า จากความสามารถในการใช้อินเทอร์เน็ตและความสามารถในการรับรู้ข้อมูล อีกทั้งมีกลุ่มตัวอย่างเพียงร้อยละ 39.8 ที่สามารถสืบค้นข้อมูลเกี่ยวกับสุขภาพจากอินเทอร์เน็ต ดังนั้นความรอบรู้สารสนเทศอิเล็กทรอนิกส์ด้านสุขภาพจึงไม่มีความสัมพันธ์ และไม่สามารถทำนายการดูแลตนเองของผู้ป่วยภาวะหัวใจห้องบนสั่นพลิ้วได้

การรับรู้ความรุนแรงของอาการ

ผลการศึกษาพบว่า การรับรู้ความรุนแรงของอาการไม่สามารถทำนายการดูแลตนเองของผู้ป่วยภาวะหัวใจห้องบนสั่นพลิ้วได้ ($\beta = -.06, p = .462$) ซึ่งไม่เป็นไปตามสมมติฐานการวิจัย และไม่สอดคล้องกับทฤษฎีการดูแลตนเองในภาวะเจ็บป่วยเรื้อรัง ที่กล่าวว่า การรับรู้ความรุนแรงของอาการเป็นปัจจัยที่มีผลต่อการตัดสินใจในการจัดการดูแลตนเองของผู้ป่วย⁷ อาจเนื่องจากกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 70.4 เป็นหัวใจห้องบนสั่นพลิ้วชนิด Permanent และ Persistent AF ซึ่งมีระยะเวลาการเจ็บป่วยนาน ทำให้มีอาการคงที่และไม่รุนแรงเท่าชนิด Paroxysmal AF⁴ และอาจเกี่ยวกับระยะเวลาเก็บข้อมูลที่เป็นการเก็บข้อมูลภายหลังสถานการณ์แพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019

ทำให้ผู้ป่วยที่แม้ไม่มีอาการก็มาตรวจตามนัดที่โรงพยาบาล ดังนั้นกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 90.7 จึงมีการรับรู้ความรุนแรงของอาการว่ามีอาการน้อยหรือไม่มีอาการ ทำให้ข้อมูลตัวแปรมีการกระจายตัวไม่เพียงพอ อีกทั้งแนวทางการดูแลตนเองของผู้ป่วยภาวะหัวใจห้องบนสั่นพลิ้วแต่ละชนิดไม่แตกต่างกัน เช่น ต้องรับประทานยาต้านการแข็งตัวของเลือดสม่ำเสมอ⁴ จึงทำให้การดูแลตนเองของผู้ป่วยไม่แตกต่างกัน ดังนั้นการรับรู้ความรุนแรงของอาการจึงไม่สามารถทำนายการดูแลตนเองได้ แตกต่างกับการศึกษาของ McCabe และคณะ²⁵ ที่ศึกษาในผู้ป่วยที่มีการกลับเป็นซ้ำของภาวะหัวใจห้องบนสั่นพลิ้ว และกำลังจะเข้ารับการรักษาหัวใจ ทำให้ผู้ป่วยมีอาการไม่คงที่ ดังนั้นผู้ที่มีอาการน้อยจึงมีการดูแลตนเองที่แตกต่างกับผู้ที่มีอาการมาก จึงทำให้การรับรู้ความรุนแรงของอาการสามารถทำนายการดูแลตนเองของผู้ป่วยได้

สรุปและข้อเสนอแนะ

ผลการศึกษาในครั้งนี้สรุปได้ว่า ปัจจัยที่สามารถทำนายการดูแลตนเองของผู้ป่วยภาวะหัวใจห้องบนสั่นพลิ้ว ได้แก่ การรับรู้ความสามารถตนเอง และความไว้วางใจในบุคลากรสุขภาพ ซึ่งสนับสนุนทฤษฎีการดูแลตนเอง ในภาวะเจ็บป่วยเรื้อรังบางปัจจัยที่ส่งผลต่อการดูแลตนเอง โดยกลุ่มตัวอย่างมีระยะเวลาการเจ็บป่วยที่นาน ส่งผลให้คุ้นเคยกับบุคลากรสุขภาพ รวมถึงในการศึกษาครั้งนี้ เป็นโรงพยาบาลระดับตติยภูมิที่มีความเฉพาะทางด้านโรคหัวใจ กลุ่มตัวอย่างจึงเกิดความไว้วางใจและเชื่อมั่นในบุคลากรสุขภาพ และเกิดการดูแลตนเองที่ดี อีกทั้งกลุ่มตัวอย่างเมื่อมาตรวจตามนัด จะได้รับรู้ข้อมูลการดูแลและการจัดการตนเอง โดยเฉพาะผู้ที่ดูแลตนเองได้ดี จะทำให้กลุ่มตัวอย่างมีความมั่นใจในการดูแลและจัดการตนเอง และเกิดการดูแลตนเองที่ดี

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

ด้านปฏิบัติการพยาบาล

1. พยาบาลและบุคลากรสุขภาพ ควรส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีการรับรู้ความสามารถตนเอง โดยสะท้อนผลของการดูแลตนเอง

ให้ผู้ป่วยรับทราบ ด้วยการให้ผู้ป่วยร่วมประเมินการดูแลตนเองและผลลัพธ์ทางสุขภาพที่ผ่านมา มีการกล่าวชื่นชมพฤติกรรมดูแลตนเองที่ดีของผู้ป่วย และยกตัวอย่างผู้ป่วยที่มีการดูแลตนเองที่ดี

2. พยาบาลและบุคลากรสุขภาพ ควรส่งเสริมให้ผู้ป่วยเกิดความไว้วางใจในบุคลากรสุขภาพ โดยการให้เวลา ใส่ใจในการรับฟังปัญหา และให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมตัดสินใจในการดูแลรักษา

ด้านการวิจัยทางการแพทย์

1. จากการศึกษาครั้งนี้ พบว่า ความรอบรู้สารสนเทศ อิเล็กทรอนิกส์ด้านสุขภาพ ความไว้วางใจในบุคลากรสุขภาพ การรับรู้ความสามารถตนเอง การรับรู้ความรุนแรงของอาการ สามารถร่วมกันอธิบายความแปรปรวนของการดูแลตนเองได้เพียงร้อยละ 28.7 ดังนั้น จึงควรมีการศึกษาปัจจัยอื่นตามทฤษฎีการดูแลตนเองในภาวะเจ็บป่วยเรื้อรังเพิ่มเติมที่พยาบาลสามารถประเมินและหาแนวทางจัดการได้ เช่น ความสามารถในการรู้คิด และการทำหน้าที่ (ภาวะเปราะบาง) การสนับสนุนจากครอบครัว หรือการเข้าถึงการดูแล เป็นต้น

2. เนื่องจากการเก็บข้อมูลในการศึกษาครั้งนี้ เก็บข้อมูลในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ เฉพาะทางโรคหัวใจ ซึ่งทีมบุคลากรสุขภาพในคลินิกมีความเชี่ยวชาญในการดูแลรักษาผู้ป่วยภาวะหัวใจห้องบนสั่นพลิ้ว ดังนั้น จึงควรมีการศึกษาในโรงพยาบาลที่มีระดับการดูแลรักษาที่แตกต่างกัน ในระดับปฐมภูมิ หรือระดับทุติยภูมิ ที่มีความแตกต่างกันในด้านความพร้อมของบุคลากรสุขภาพที่มีความเชี่ยวชาญเฉพาะทางในการให้บริการ

References

- Hindricks G, Potpara T, Dagres N, Arbelo E, Bax JJ, Blomstrom-Lundqvist C, et al. 2020 ESC Guidelines for the diagnosis and management of atrial fibrillation developed in collaboration with the European Association for Cardio-Thoracic Surgery (EACTS): The task force for the diagnosis and management

- of atrial fibrillation of the European Society of Cardiology (ESC) developed with the special contribution of the European Heart Rhythm Association (EHRA) of the ESC. *Eur Heart J*. 2020; 42(5):373-498. doi: 10.1093/eurheartj/ehaa612.
2. Virani SS, Alonso A, Aparicio HJ, Benjamin EJ, Bittencourt MS, Callaway CW, et al. Heart disease and stroke statistics-2021 update: a report from the American Heart Association. *Circulation*. 2021; 143(8):e254-e743. doi: 10.1161/CIR.0000000000000950.
 3. Suwanwela NC, Chutinet A, Autjimanon H, Ounahachok T, Decha-Umphai C, Chockchai S, et al. Atrial fibrillation prevalence and risk profile from novel community-based screening in Thailand: A prospective multi-centre study. *Int J Cardiol Heart Vasc*. 2021;32:100709. doi: 10.1016/j.ijcha.2020.100709.
 4. Andrade JG, Aguilar M, Atzema C, Bell A, Cairns JA, Cheung CC, et al. The 2020 Canadian Cardiovascular Society/Canadian Heart Rhythm Society comprehensive guidelines for the management of atrial fibrillation. *Can J Cardiol*. 2020;36(12):1847-948. doi: 10.1016/j.cjca.2020.09.001.
 5. Son Y-J, Lee K, Kim B-H. Gender differences in the association between frailty, cognitive impairment, and self-care behaviors among older adults with atrial fibrillation. *Int J Environ Res Public Health*. 2019;16(13):2387. doi: 10.3390/ijerph16132387.
 6. Vest BM, Quigley BM, Lillvis DF, Horrigan-Maurer C, Firth RS, Curtis AB, et al. Comparing patient and provider experiences with atrial fibrillation to highlight gaps and opportunities for improving care. *J Gen Intern Med*. 2022;37(12):3105-13. doi: 10.1007/s11606-021-07303-5.
 7. Riegel B, Jaarsma T, Lee CS, Stromberg A. Integrating symptoms into the middle-range theory of self-care of chronic illness. *Adv Nurs Sci*. 2019;42(3): 206-15. doi: 10.1097/ANS.0000000000000237.
 8. Chuang HW, Kao CW, Lin WS, Chang YC. Factors affecting self-care maintenance and management in patients with heart failure: testing a path model. *J Cardiovasc Nurs*. 2019;34(4):297-305. doi: 10.1097/JCN.0000000000000575.
 9. Lin C-Y, Ganji M, Griffiths MD, Bravell ME, Brostrom A, Pakpour AH. Mediated effects of insomnia, psychological distress and medication adherence in the association of eHealth literacy and cardiac events among Iranian older patients with heart failure: a longitudinal study. *Eur J Cardiovasc Nurs*. 2020;19(2):155-64. doi: 10.1177/1474515119873648.
 10. Cho GY, Ha MN. Mediating effects of health belief on the correlations among disease-related knowledge, ehealth literacy, and self-care behaviors in outpatients with hypertension. *Korean J Adult Nurs*. 2019;31(6):638-49. doi: 10.7475/kjan.2019.31.6.638.
 11. Son Y-J, Lee Y-M, Kim EY. How do patients develop self-care behaviors to live well with heart failure?: A focus group interview study. *Collegian*. 2019;26(4):448-56. doi: 10.1016/j.colegn.2018.12.004.
 12. Zhou C, Chen J, Tan F, Lai S, Li X, Pu K, et al. Relationship between self-care compliance, trust, and satisfaction among hypertensive patients in China. *Front Public Health*. 2022;10:1085047. doi: 10.3389/fpubh.2022.1085047.
 13. Chen PT, Wang TJ, Hsieh MH, Liu JC, Liu CY, Wang KY, et al. Anticoagulation adherence and its associated factors in patients with atrial fibrillation: a cross-sectional study. *BMJ Open*. 2019;9(9):e029974. doi: 10.1136/bmjopen-2019-029974.

14. Chen AMH, Yehle KS, Plake KS, Rathman LD, Heinle JW, Frase RT, et al. The role of health literacy, depression, disease knowledge, and self-efficacy in self-care among adults with heart failure: an updated model. *Heart Lung*. 2020;49(6):702-8. doi: 10.1016/j.hrtlng.2020.08.004.
15. Ryou C, Kang S-M, Jang Y. Factors associated with self-care behaviours among Koreans with heart failure. *Eur J Cardiovasc Nurs*. 2021;20(3): 276-84. doi: 10.1177/1474515120934060.
16. Austin RC, Schoonhoven L, Richardson A, Kalra PR, May CR. Qualitative interviews results from heart failure survey respondents on the interaction between symptoms and burden of self-care work. *J Clin Nurs*. 2023;32(15-16):4649-62. doi: 10.1111/jocn.16484.
17. Trongsakul S, Lambert R, Clark A, Wongpakaran N, Cross J. Development of the Thai version of mini-cog, a brief cognitive screening test. *Geriatr Gerontol Int*. 2015;15(5):594-600. doi: 10.1111/ggi.12318.
18. Riegel B, Barbaranelli C, Sethares KA, Daus M, Moser DK, Miller JL, et al. Development and initial testing of the self-care of chronic illness inventory. *J Adv Nurs*. 2018;74(10):2465-76. doi: 10.1111/jan.13775.
19. Norman CD, Skinner HA. eHEALS: The eHealth literacy scale. *J Med Internet Res*. 2006;8(4):e27. doi: 10.2196/jmir.8.4.e27.
20. Buttapim S, Wanitkun N, Sindhu S, Kasemsarn C. Predictive factors of patients' quality of life three months after post coronary artery bypass graft surgery. *Thai Journal of Cardio-Thoracic Nursing*. 2018;29(2):127-40. (in Thai).
21. Yu DS, De Maria M, Barbaranelli C, Vellone E, Matarese M, Ausili D, et al. Cross-cultural applicability of the self-care self-efficacy scale in a multi-national study. *J Adv Nurs*. 2021;77(2): 681-92. doi: 10.1111/jan.14617.
22. Chaijum N, Sriprasong S, Saneha C, Methavigul K. Factors influencing unpleasant symptoms in patients with atrial fibrillation. *Nursing Science Journal of Thailand*. 2023;41(2):62-75. (in Thai).
23. Riegel B, Jaarsma T, Stromberg A. A middle-range theory of self-care of chronic illness. *Adv Nurs Sci*. 2012;35(3):194-204. doi: 10.1097/ANS.0b013e318261b1ba.
24. Ghazi SN, Berner J, Anderberg P, Sanmartin Berglund J. The prevalence of eHealth literacy and its relationship with perceived health status and psychological distress during Covid-19: a cross-sectional study of older adults in Blekinge, Sweden. *BMC Geriatr*. 2023;23(1):5. doi: 10.1186/s12877-022-03723-y.
25. McCabe PJ, Stuart-Mullen LG, McLeod CJ, T OB, Schmidt MM, Branda ME, et al. Patient activation for self-management is associated with health status in patients with atrial fibrillation. *Patient Prefer Adher*. 2018;12:1907-16. doi: 10.2147/PPA.S172970.



Factors Predicting Disease Control in Patients with Asthma, Banphaeo General Hospital, Samut Sakhon*

Pruegsa Junphongsri, RN, MNS¹, Doungrut Wattanakitkrileart, RN, DNS¹, Warunee Phligbua, RN, PhD¹, Wanchai Dejsomritrutai, MD²

Abstract

Purpose: This study aimed to examine the predictive power of body mass index (BMI), comorbidity (hypertension, gastroesophageal reflux disease, or GERD), sleep quality, and trigger avoidance behavior on disease control in patients with asthma.

Design: Predictive correlational research.

Methods: The sample consisted of 139 patients with asthma, aged 20 years and older, who had been admitted to the lung clinic of Banphaeo General Hospital in Samut Sakhon Province. Convenience sampling was used to select those having normal cognition, no other type of lung disease, no psychiatric disorder, and no comorbidities with severe symptoms. Data were collected by using personal data questionnaire and an asthma control assessment form based on Global Initiative for Asthma (GINA) criteria, the Pittsburgh Sleep Quality Index, the GERD-Q Questionnaire, and a questionnaire on trigger avoidance behavior. The data were analyzed by employing descriptive statistics and logistic regression.

Main findings: The results revealed that 74.8% of the respondents were female, with a mean age of 60.41 years (SD = 13.9), and 59% had good control of asthma. BMI, GERD, and sleep quality were associated with asthma control ($\chi^2 = 11.19$, $p < .01$; $\chi^2 = 9.09$, $p < .01$; $\chi^2 = 4.83$, $p = .028$, respectively). The analysis of predictive power showed that BMI (OR = 9.98, 95%CI [2.76, 36.08], $p < .001$), GERD (OR = 2.78, 95%CI [1.25, 6.21], $p = .012$), and sleep quality (OR = 2.53, 95%CI [1.03, 6.18], $p = .042$) were able to significantly predict asthma control in patients.

Conclusion and recommendations: BMI, GERD, and sleep quality were predictors of asthma control. The findings recommend that nurses should promote the control of body weight and GERD and improve sleep quality for better asthma control.

Keywords: asthma, body mass index, gastroesophageal reflux, sleep quality

Nursing Science Journal of Thailand. 2024;42(2):32-45

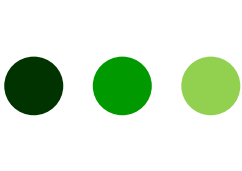
Corresponding Author: Associate Professor Doungrut Wattanakitkrileart, Faculty of Nursing, Mahidol University, Bangkok 10700, Thailand; e-mail: doungrut.wat@mahidol.ac.th

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

¹ Faculty of Nursing, Mahidol University, Bangkok, Thailand

² Faculty of Medicine Siriraj Hospital, Bangkok, Thailand

Received: 19 October 2023 / Revised: 8 January 2024 / Accepted: 5 February 2024



ปัจจัยทำนายการควบคุมโรคในผู้ป่วยโรคหืด โรงพยาบาลบ้านแพ้ว (องค์การมหาชน) สมุทรสาคร*

พญกษา จันทร์ผ่องศรี, พย.ม.¹ ดวงรัตน์ วัฒนกิจไกรเลิศ, พย.ด.¹ วารุณี พลิกบัว, ปร.ด.¹ วันชัย เดชสมฤทธิ์ฤทัย, พบ.²

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์: เพื่อศึกษาอำนาจการทำนายของดัชนีมวลกาย การมีโรคประจำตัวความดันโลหิตสูง และกรดไหลย้อน คุณภาพการนอนหลับ และพฤติกรรมหลีกเลี่ยงปัจจัยกระตุ้น ต่อการควบคุมโรคในผู้ป่วยโรคหืด

รูปแบบการวิจัย: การวิจัยหาความสัมพันธ์เชิงทำนาย

วิธีดำเนินการวิจัย: กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยโรคหืดอายุ 20 ปีขึ้นไปที่ได้รับการรักษา ณ คลินิกโรคปอด โรงพยาบาลบ้านแพ้ว (องค์การมหาชน) จังหวัดสมุทรสาคร จำนวน 139 ราย เลือกตัวอย่างแบบสะดวกด้วยเกณฑ์ต้องมีการรู้คิดปกติ ไม่มีโรคปอดอื่นๆ ไม่มีโรคทางจิตเวช ไม่มีโรคร่วมที่มีอาการรุนแรง เก็บข้อมูลโดยใช้แบบประเมินดังนี้ ข้อมูลส่วนบุคคล การควบคุมอาการโรคหืด ตามแนวทางของ GINA คุณภาพการนอนหลับ匹ตส์เบิร์ก อาการโรคกรดไหลย้อน และพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านการหลีกเลี่ยงการสัมผัสปัจจัยกระตุ้น วิเคราะห์ข้อมูลโดยสถิติเชิงพรรณนา และสถิติถดถอยโลจิสติก

ผลการวิจัย: กลุ่มตัวอย่างเป็นเพศหญิงร้อยละ 74.8 อายุเฉลี่ย 60.41 ปี (SD 13.9) ควบคุมโรคหืดได้ร้อยละ 59 ดัชนีมวลกาย การมีโรคกรดไหลย้อน และคุณภาพการนอนหลับมีความสัมพันธ์กับการควบคุมโรคหืดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($\chi^2 = 17.19$, $p < .01$; $\chi^2 = 9.09$, $p < .01$; $\chi^2 = 4.83$, $p = .028$ ตามลำดับ) ผลวิเคราะห์อำนาจการทำนายพบว่า ดัชนีมวลกาย (OR = 9.98, 95%CI [2.76, 36.08], $p < .001$) การมีโรคกรดไหลย้อน (OR = 2.78, 95%CI [1.25, 6.21], $p = .012$) และคุณภาพการนอนหลับ (OR = 2.53, 95%CI [1.03, 6.18], $p = .042$) สามารถทำนายการควบคุมโรคในผู้ป่วยโรคหืดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

สรุปและข้อเสนอแนะ: ดัชนีมวลกาย การมีโรคกรดไหลย้อน และคุณภาพการนอนหลับเป็นปัจจัยทำนายการควบคุมโรคในผู้ป่วยโรคหืด ดังนั้นพยาบาลควรส่งเสริมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อควบคุมน้ำหนักและโรคกรดไหลย้อน และส่งเสริมคุณภาพการนอนหลับเพื่อควบคุมโรคหืดได้ดียิ่งขึ้น

คำสำคัญ: โรคหืด ดัชนีมวลกาย กรดไหลย้อน คุณภาพการนอนหลับ

Nursing Science Journal of Thailand. 2024;42(1):32-45

Corresponding Author: รองศาสตราจารย์ดวงรัตน์ วัฒนกิจไกรเลิศ, คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล บางกอกน้อย กรุงเทพฯ 10700; e-mail: doungrut.wat@mahidol.ac.th

* วิทยานิพนธ์หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

¹ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

² คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล

วันที่รับบทความ: 19 ตุลาคม 2566 / วันที่แก้ไขบทความเสร็จ: 8 มกราคม 2567 / วันที่ตอบรับบทความ: 5 กุมภาพันธ์ 2567

ความสำคัญของปัญหา

โรคหืดเป็นโรคทางเดินหายใจเรื้อรัง พบร้อยละ 1-18 ของประชากรในประเทศต่างๆ ทั่วโลก¹ คาดการณ์ว่าในปี ค.ศ. 2050 จะพบผู้ป่วยโรคหืดถึง 400 ล้านรายทั่วโลก และอาจมีผู้เสียชีวิตกว่า 455,000 ราย² จากข้อมูลกระทรวงสาธารณสุข ประเทศไทย พบจำนวนผู้ป่วยโรคหืดมีแนวโน้มลดลง แต่กลับพบการเสียชีวิตเพิ่มขึ้นจากสถิติคลินิกโรคปอด โรงพยาบาลบ้านแพ้ว (องค์การมหาชน) ในปี พ.ศ. 2563 ถึงปี พ.ศ. 2565 พบผู้ป่วยโรคหืดจำนวน 750 ราย 621 ราย และ 650 รายตามลำดับ³ และมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น

ลักษณะทางคลินิกของโรคหืดมีความหลากหลาย เนื่องจากการอักเสบของทางเดินหายใจเรื้อรัง เมื่อมีสิ่งกระตุ้น หลอดลมจะมีการตอบสนองไวกว่าปกติ ทำให้ทางเดินหายใจถูกอุดกั้นได้ เป้าหมายหลักในการรักษาโรคหืดตาม Global Initiative for Asthma Guideline¹ คือ การควบคุมโรคหืด (asthma control) ซึ่งหมายถึงระดับการควบคุมอาการทางคลินิกของผู้ป่วยโรคหืด ประกอบด้วย 2 ส่วน คือ การควบคุมอาการ และผลลัพธ์ ไม่เพียงประสงค์ที่จะเกิดขึ้น การควบคุมอาการโรคหืดพิจารณาจาก ลักษณะอาการหลังจากผู้ป่วยได้รับยาควบคุมโรคหืดย้อนหลัง ในช่วง 4 สัปดาห์ที่ผ่านมา ได้แก่ 1) ไม่มีอาการหอบเหนื่อย หรือหายใจมีเสียงวี๊ด ในช่วงกลางวัน 2) ไม่มีการตื่นมาไอ หรือหอบเหนื่อยช่วงกลางคืนจากโรคหืด 3) ไม่มีการใช้ยาขยายหลอดลม และ 4) ไม่มีข้อจำกัดในการทำกิจวัตรประจำวัน ซึ่งหากพบลักษณะอาการเพียง 1 ข้อ หมายถึงควบคุมโรคหืดไม่ได้ แม้จะมีการประเมินสภาพปอดหลังการรักษา 3-6 เดือน และอย่างน้อยทุก 1-2 ปี เพื่อประเมินความเสี่ยงต่อการกำเริบของโรคอย่างต่อเนื่อง⁴ แต่อัตราการควบคุมโรคหืดไม่ได้ในประเทศไทย สูงถึงร้อยละ 51.8⁵ และมีอาการหืดกำเริบมารักษาที่แผนกฉุกเฉิน และรักษาตัวในโรงพยาบาลร้อยละ 35 และร้อยละ 17 ตามลำดับ ทำให้ผู้ป่วยร้อยละ 44 ต้องขาดเรียนและทำงาน⁶ แสดงถึงการมีปัจจัยอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องนอกเหนือจากการรักษา เช่น ความร่วมมือในการใช้ยาคอร์ติโคสเตียรอยด์⁵ ภาวะซึมเศร้า^{5,7} เทคนิคการใช้ยาชนิดสูด⁵ เป็นต้น

การศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยสนใจศึกษาปัจจัยดัชนีมวลกาย⁷⁻¹⁰ การมีโรคความดันโลหิตสูง¹¹⁻¹² การมีโรคกรดไหลย้อน^{11,13-14} คุณภาพการนอนหลับ¹⁵⁻¹⁷ และพฤติกรรมหลักเสี่ยงปัจจัยกระตุ้น¹⁸⁻¹⁹ ซึ่งปัจจัยข้างต้นมีผลต่อกระบวนการปรับตัวของผู้ป่วยในการควบคุมโรคหืด โดยใช้กรอบแนวคิดการปรับตัวของ Roy²⁰ ซึ่งอธิบายว่าบุคคลเป็นระบบเปิดสามารถปรับตัวต่อการเปลี่ยนแปลง ต่อสิ่งที่มากระตุ้นเรียกว่าสิ่งเร้า (stimuli) ได้แก่ สิ่งเร้าตรง สิ่งเร้าร่วม และสิ่งเร้าแฝง ผ่านกลไกควบคุมและกลไกรู้คิด เกิดการปรับตัว ด้านต่างๆ นำไปสู่สิ่งนำออก โดยศึกษาในรูปแบบของผลลัพธ์จากการปรับตัวและปัจจัยที่เป็นสิ่งเร้า ซึ่งมีผลต่อการควบคุมโรคหืด จากการทบทวนวรรณกรรมพบปัจจัยหลากหลายที่เกี่ยวข้องกับการควบคุมโรคหืด บางปัจจัยยังหาข้อสรุปไม่ได้ เนื่องจากยังมีการศึกษาน้อย บางปัจจัยผลการศึกษาที่ไต่ถามมีความขัดแย้งกัน

ดัชนีมวลกาย (body mass index) เป็นสิ่งเร้าร่วมมีผลต่อการปรับตัวทางสรีระ²⁰ ดัชนีมวลกายมากกว่า 22.9 kg/m² หรือภาวะอ้วนมีความสัมพันธ์กับการเพิ่มของไขมันบริเวณรอบอก และรอบท้อง ส่งผลให้ความจุปอดโดยรวม การระบายอากาศและการแลกเปลี่ยนออกซิเจนลดลง⁹ ซึ่งมีการศึกษาพบว่าดัชนีมวลกายเฉลี่ยของผู้ป่วยโรคหืดที่ควบคุมอาการไม่ได้คือ 29.1 kg/m² และดัชนีมวลกายมากกว่า 35 kg/m² มีอัตราการควบคุมโรคหืดไม่ได้ร้อยละ 43.2¹¹ ต่างจากการศึกษาในประเทศเม็กซิโกพบว่า กลุ่มตัวอย่างที่อ้วนและไม่อ้วนมีการควบคุมโรคหืดไม่แตกต่างกัน (p = .094)⁷ จากการศึกษาข้างต้นแสดงให้เห็นว่า การเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยาของภาวะอ้วนมีผลต่อความไม่สมดุลออกซิเจนส่งผลต่อการปรับตัวเพื่อควบคุมโรคหืด ซึ่งการศึกษาดัชนีมวลกายต่อการควบคุมโรคหืด ส่วนใหญ่เป็นการศึกษาในต่างประเทศซึ่งโครงสร้างทางสรีระของประชากร (ชาวยุโรป) และพฤติกรรมสุขภาพการรับประทานอาหารแตกต่างจากคนไทย จึงสนใจศึกษาปัจจัยดังกล่าว

การมีโรคความดันโลหิตสูง (hypertension) หมายถึง ผู้ป่วยโรคหืดมีโรคประจำตัวเป็นโรคความดันโลหิตสูง โดยระดับความดันซิสโตลิกมากกว่าหรือเท่ากับ 140 mmHg และ/หรือ ความดันโลหิต

ไดแอสโตลิก มากกว่าหรือเท่ากับ 90 mmHg อ้างอิงจากการวัดความดันโลหิตที่สถานพยาบาล จัดเป็นเสี่ยงร่วม²⁰ ที่ส่งผลต่อการควบคุมโรคหืด ความดันโลหิตที่สูงขึ้นส่งผลต่อการเกิดการหดตัวของหลอดเลือดกล้ามเนื้อเรียบรอบทางเดินหายใจนำไปสู่หืดกำเริบได้¹² มีผลต่อการปรับตัวทางสรีรวิทยาด้านการได้รับออกซิเจน²⁰ โดยการศึกษาพบผู้ป่วยโรคหืดเป็นโรคความดันโลหิตสูงร้อยละ 41¹¹ และการศึกษาพบว่าผู้ป่วยโรคหืดที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง ใช้จ่ายสุขภาพลดลดชนิด SABA เพิ่มขึ้น 1.19 เท่า (OR = 1.19, 95%CI = 1.13, 1.26, $p < .05$) และเข้ารับการรักษาที่แผนกฉุกเฉินและนอนโรงพยาบาลเพิ่มขึ้น 1.11 เท่า (OR = 1.11, 95%CI = 1.03, 1.19, $p < .05$)¹² ซึ่งแสดงให้เห็นว่าการมีโรคความดันโลหิตสูงอาจมีผลต่อการควบคุมโรคหืดแต่การศึกษาความสัมพันธ์ของโรคความดันโลหิตสูงและการควบคุมโรคหืดทั้งในและต่างประเทศยังพบน้อยพบเพียงการศึกษาความดันโลหิตสูงเป็นหนึ่งในโรคร่วมต่อการควบคุมโรคหืด^{5,11} ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาปัจจัยดังกล่าว

การมีโรคกรดไหลย้อน (gastroesophageal reflux disease, GERD) จัดเป็นเสี่ยงร่วมมีผลต่อกระบวนการปรับตัวทางสรีระ²⁰ ในผู้ป่วยโรคหืด เนื่องจากกรดในทางเดินอาหารไหลย้อนเข้าสู่ทางเดินหายใจ กระตุ้นคอหอยหรือกล่องเสียงทำให้หลอดลมตีบ มีอาการไอและหลอดลมไวกว่าปกติ¹³ ซึ่งการมีโรคกรดไหลย้อนอาจมีผลต่อการปรับตัวเกี่ยวกับการได้รับออกซิเจน²⁰ และพบผู้ป่วยโรคหืดที่เป็นโรคกรดไหลย้อนมีการควบคุมอาการไม่ได้ร้อยละ 43¹¹ ต่างจากการศึกษาของ Mallah และคณะ¹⁴ ที่พบว่าโรคกรดไหลย้อนมีความสัมพันธ์กันน้อยกับอาการหืดกำเริบ จากการทบทวนวรรณกรรมในประเทศไทยพบเพียงข้อมูลผู้ป่วยโรคหืดเป็นโรคกรดไหลย้อนร้อยละ 15.4⁵ ยังไม่พบการศึกษาปัจจัยดังกล่าวโดยตรงและการศึกษาที่ผ่านมาบางผลการวิจัยยังพบข้อขัดแย้ง¹⁴ ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาปัจจัยดังกล่าว

คุณภาพการนอนหลับ (sleep quality) คือ ผลรวมของลักษณะการนอนหลับของผู้ป่วยโรคหืด 2 ลักษณะ คือ การนอนหลับเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ รวมถึงการรักษาสมดุลของการนอนหลับ²¹ เป็นการปรับตัวด้านการทำกิจกรรมและการพักผ่อนเพื่อให้เกิดสมดุลของร่างกาย²⁰ มีความสัมพันธ์กับอาการหืดที่แย่ลง การนอนหลับที่

ไม่มีคุณภาพมีผลต่อการหลั่งฮอร์โมนอะดรีนาลีน (adrenaline) คอร์ติซอล (cortisol) และเมลาโทนิน (melatonin) ส่งผลให้ทางเดินหายใจอักเสบเพิ่มขึ้น หลอดลมมีความไวต่อสิ่งกระตุ้นทำให้โรคหืดกำเริบช่วงกลางคืนได้¹⁵ ซึ่งผู้ป่วยโรคหืดที่มีคุณภาพการนอนหลับไม่ดีมีการควบคุมโรคหืดไม่ได้ 1.96 เท่า (OR = 1.96, 95%CI = 1.04, 3.17, $p = .039$)¹⁶ จากการทบทวนงานวิจัยเกี่ยวกับคุณภาพการนอนหลับในประเทศไทย พบแต่การศึกษาคุณภาพการนอนหลับในผู้ป่วยกลุ่มอื่นที่ใกล้เคียงกัน เช่น ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว ยังไม่พบการศึกษาคุณภาพการนอนหลับต่อการควบคุมโรคหืด จึงสนใจศึกษาปัจจัยดังกล่าว

พฤติกรรมหลีกเลี่ยงปัจจัยกระตุ้น (factors trigger avoidance behavior) คือ การปฏิบัติของผู้ป่วยโรคหืดในการหลีกเลี่ยงจากปัจจัย กิจกรรม และเงื่อนไขที่มีผลกระตุ้นทำให้อาการหืดแย่ลง จัดเป็นการปรับตัวด้านอัตมโนทัศน์ ด้านร่างกาย²⁰ มีผลต่อการควบคุมโรคหืด ปัจจัยกระตุ้นต่างๆ ได้แก่ การติดเชื้อในระบบทางเดินหายใจ การสัมผัสสารก่อภูมิแพ้และสารระคายเคือง การเปลี่ยนแปลงของอากาศ การเปลี่ยนแปลงของอารมณ์ มีโอกาสทำให้ผู้ป่วยมีอาการกำเริบและควบคุมโรคหืดไม่ได้ ซึ่งการศึกษาพบว่าการสัมผัสมลภาวะทางอากาศ และปัจจัยกระตุ้นทำให้ผู้ป่วยโรคหืดควบคุมโรคหืดไม่ได้ 1.7 เท่า (OR = 1.70, 95%CI = 1.45, 1.99, $p < .05$)¹⁸ แสดงถึงการปรับตัวที่ไม่ดี ในประเทศไทยพบการศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองในผู้ป่วยโรคหืด¹⁹ และพบการศึกษาปัจจัยดังกล่าวในกลุ่มผู้ป่วยเด็กโรคหืด ซึ่งยังไม่ครอบคลุมการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาปัจจัยดังกล่าว

การศึกษาปัจจัย ดัชนีมวลกาย การมีโรคความดันโลหิตสูง การมีโรคกรดไหลย้อน คุณภาพการนอนหลับ และพฤติกรรมหลีกเลี่ยงปัจจัยกระตุ้น บางการศึกษาพบผลขัดแย้งกัน ส่วนใหญ่ศึกษาในต่างประเทศ ซึ่งมีโครงสร้างทางสรีระ ระบบบริการสาธารณสุข สิ่งแวดล้อม และสภาพภูมิอากาศแตกต่างจากประเทศไทย จึงอาจนำผลการศึกษามาอ้างอิงในคนไทยไม่ได้ ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาทั้ง 5 ปัจจัยต่อการควบคุมโรคในผู้ป่วยโรคหืด เพื่อเป็นแนวทางพัฒนาคุณภาพการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยโรคหืดต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อศึกษาอำนาจการทำนายของดัชนีมวลกาย การมีโรคประจำตัวความดันโลหิตสูง และกรดไหลย้อน คุณภาพการนอนหลับ และการหลีกเลี่ยงปัจจัยกระตุ้น ต่อการควบคุมโรคในผู้ป่วยโรคหืด โรงพยาบาลบ้านแพ้ว (องค์การมหาชน) สมุทรสาคร

สมมติฐานการวิจัย

ดัชนีมวลกาย การมีโรคประจำตัวความดันโลหิตสูง และกรดไหลย้อน คุณภาพการนอนหลับ และการหลีกเลี่ยงปัจจัยกระตุ้น สามารถทำนายการควบคุมโรคในผู้ป่วยโรคหืด โรงพยาบาลบ้านแพ้ว (องค์การมหาชน) สมุทรสาครได้

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยหาความสัมพันธ์เชิงทำนาย (predictive correlational study)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรเป็นผู้ป่วยอายุ 20 ปีขึ้นไป ทั้งเพศหญิงและชาย ที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคหืด 3 เดือนขึ้นไป โดยการตรวจสมรรถภาพปอดด้วย Spirometry/Peak flow meter หรือโดยอาการและอาการแสดง และมารับการตรวจที่คลินิกโรคปอด โรงพยาบาลบ้านแพ้ว (องค์การมหาชน) จังหวัดสมุทรสาคร เก็บข้อมูลระหว่างเดือนมีนาคมถึงเดือนมิถุนายน พ.ศ. 2566

คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบสะดวกจากประชากรตามเกณฑ์ที่กำหนดโดยมีเกณฑ์คัดเข้า คือ 1) สามารถสื่อสารและเข้าใจภาษาไทยได้ เกณฑ์การคัดออก คือ 1) ผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป มีความบกพร่องด้านการรู้คิด คัดกรองโดยเครื่องมือคัดกรองภาวะบกพร่องของสมอง (mini-cog) ฉบับภาษาไทย²² โดยมีคะแนนน้อยกว่า 3 คะแนน 2) มีโรคทางจิตเวชจากเวชระเบียน เช่น โรคจิตเภท 3) มีโรคร่วมที่อาการรุนแรง เช่น มะเร็งระยะแพร่กระจาย ไตวายระยะสุดท้าย 4) มีการวินิจฉัยเป็นโรคปอดอื่นๆ เช่น โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างด้วยวิธีวิเคราะห์อำนาจการทดสอบ (power analysis) โดยโปรแกรม G*power รุ่น 3.1.9.4 สำหรับสถิติ Logistic regression กำหนดระดับความเชื่อมั่นที่แอลฟาเท่ากับ .05 อำนาจทดสอบเท่ากับ .85 ค่า Odds ratio เท่ากับ 3.80 อ้างอิงจากการทบทวนวรรณกรรมที่ศึกษาโรคกรดไหลย้อนต่อการควบคุมโรคหืดในผู้ป่วยผู้ใหญ่²³ ที่ใกล้เคียงกับการวิจัยครั้งนี้ คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างได้จำนวน 139 ราย

สถานที่เก็บรวบรวมข้อมูลคือคลินิกโรคปอด ไม่เฉพาะเจาะจงโรคหืด ผู้ป่วยโรคหืดจะได้รับความรู้ ขั้นตอนการรักษาจากแพทย์ ข้อมูลในการดูแลตนเองจากพยาบาล และข้อมูลการใช้ยาชนิดสุดท้ายจากเภสัชกร

เครื่องมือการวิจัย

ส่วนที่ 1 เครื่องมือคัดกรองภาวะบกพร่องของสมอง (mini-cog) ฉบับภาษาไทย สำหรับกลุ่มตัวอย่างที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป ของ Borson และคณะ แปลเป็นภาษาไทยโดย สุภาพร ตรงสกุล และคณะ²² ประกอบด้วย 2 ส่วน ดังนี้ ส่วนที่ 1 การทดสอบความจำระยะสั้นโดยให้ระลึกคำ 3 คำ ค่ะแนมเต็ม 3 คะแนน ส่วนที่ 2 การบริหารจัดการโดยให้วาดรูปนาฬิกาตามคำบอก ใส่ตัวเลขให้ครบ บนหน้าปัดและให้เข็มนาฬิกาชี้บอกเวลา 11 นาฬิกา 10 นาที ค่ะแนมเต็ม 2 คะแนน รวมทั้งแบบสอบถามคะแนนเต็ม 5 คะแนน การแปลผล 0-2 คะแนน หมายถึงอาจมีความบกพร่องด้านการคิดรู้ และ 3-5 คะแนน หมายถึงไม่มีความบกพร่องด้านการคิดรู้ คะแนนน้อยกว่า 3 คะแนน หมายถึงอาจมีความบกพร่องด้านการรู้คิด จัดอยู่ในเกณฑ์การคัดออก สำหรับผู้มีอายุน้อยกว่า 60 ปี ไม่ได้ทำการประเมินด้วยเครื่องมือคัดกรองข้างต้น

ส่วนที่ 2 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

1) แบบสอบถามส่วนบุคคล และประวัติการเจ็บป่วย จำนวน 23 ข้อ ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา (สูงสุด) อาชีพ รายได้เฉลี่ยต่อเดือน ความเพียงพอของรายได้ ผู้ดูแลขณะป่วย ประวัติญาติสายตรงในครอบครัวเป็นโรคหืด ประวัติการสูบบุหรี่ ประวัติดื่มสุรา การใช้ยาคอร์ติโคสเตียรอยด์ชนิดสูด

จำนวนครั้งของการหยุดใช้ยาคอร์ติโคสเตียรอยด์ชนิดสูด การได้รับคำแนะนำเกี่ยวกับการปฏิบัติตน ข้อมูลการรักษาในช่วง 1 ปีที่ผ่านมา การได้รับคำแนะนำเกี่ยวกับการใช้ยาคอร์ติโคสเตียรอยด์ชนิดสูด ประสิทธิภาพการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลและที่แผนกฉุกเฉิน เนื่องจากหืดกำเริบในช่วง 1 ปี อาการหายใจมีเสียงวี๊ด หายใจไม่อิ่ม ในช่วง 4 สัปดาห์ ความสม่ำเสมอในการพบแพทย์ตามนัดในช่วง 1 ปี การขาดงาน ขาดเรียนจากอาการหืด น้ำหนัก ส่วนสูง และความดันโลหิต (วันที่มารับบริการ)

2) แบบบันทึกข้อมูลประวัติการเจ็บป่วยจากเวชระเบียน จำนวน 9 ข้อ ได้แก่ ระยะเวลาที่ได้รับวินิจฉัยเป็นโรคหืด ระยะเวลาที่ได้รับการรักษาด้วยยาคอร์ติโคสเตียรอยด์ โรคประจำตัว ความดันโลหิตสูง โรคกรดไหลย้อน และโรคประจำตัวอื่นๆ ที่ปรากฏข้อมูลในเวชระเบียน (นอกจากโรคหืด) ยารักษาโรคหืดที่ได้รับ ยาอื่นๆ และสิทธิการรักษา ประวัติได้รับวัคซีนป้องกันโรคไขหวัดใหญ่/วัคซีนป้องกันโรคปอดอักเสบ/วัคซีนป้องกันโรคโควิด-19

3) แบบประเมินการควบคุมอาการโรคหืดตามแนวทางของ GINA¹ แปลเป็นฉบับภาษาไทยโดยสมาคมสภาองค์กรโรคหืดแห่งประเทศไทย⁴ มีคำถามจำนวน 4 ข้อ โดยผู้ป่วยตอบแบบสอบถามด้วยตนเองเกี่ยวกับอาการโรคหืดในช่วง 4 สัปดาห์ที่ผ่านมา เลือกตอบ “ใช่” หรือ “ไม่ใช่” หากตอบ “ใช่” ให้ 1 คะแนน และตอบ “ไม่ใช่” ให้ 0 คะแนน แปลผลโดยแบ่งระดับการควบคุมโรคหืดเป็น 2 กลุ่ม ตามสมาคมองค์กรโรคหืดแห่งประเทศไทย คือ ควบคุมได้ (controlled) หมายถึง ตอบ “ใช่” ทั้ง 4 ข้อ และควบคุมอาการไม่ได้ (uncontrolled) หมายถึง ตอบ “ใช่” อย่างน้อย 1 ข้อ คำนวณหาค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือ โดยวิธีการทดสอบซ้ำ ใช้สูตรสัมประสิทธิ์แคปปาของโคเฮน (Cohen's kappa) ได้ค่าเท่ากับ .86

4) แบบประเมินคุณภาพการนอนหลับพิตส์เบิร์ก (Pittsburgh Sleep Quality Index, PSQI) พัฒนาโดย Buysse และคณะ แปลเป็นฉบับภาษาไทยโดย ตะวันชัย จิระประมุขพิทักษ์ และวรวิญ ตันชัยสวัสดิ์²¹ ประเมินคุณภาพการนอนหลับในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา แบ่งเป็น 7 ด้าน คำถามจำนวน 19 ข้อ ประกอบด้วย 2 ส่วน

ส่วนที่ 1 ตอบแบบอัตนัย และส่วนที่ 2 แบบเลือกตอบ ลักษณะคำตอบเป็นมาตราประมาณค่า 4 ระดับ เลือกเพียง 1 คำตอบ คำนวณคะแนนตามรายด้านและนำผลคะแนนรายด้านรวมกัน ซึ่งคะแนนรวมที่เป็นไปได้อยู่ระหว่าง 0-21 คะแนน โดยคะแนนรวมอยู่ระหว่าง 0-5 คะแนน หมายถึงมีคุณภาพการนอนหลับดี และคะแนนรวมมากกว่า 5 คะแนน หมายถึงมีคุณภาพการนอนหลับไม่ดี แบ่งระดับคุณภาพการนอนหลับตามผู้พัฒนาเครื่องมือ การศึกษาครั้งนี้หาความเชื่อมั่นของเครื่องมือโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ได้ค่าเท่ากับ .88

5) แบบประเมินอาการโรคกรดไหลย้อน (GERD-Q Questionnaire, GQQ) พัฒนาโดย Jones และคณะ แปลเป็นฉบับภาษาไทยโดย บริษัทแอสตราเซนเนกา (ประเทศไทย)²⁴ ประกอบด้วยอาการโรคกรดไหลย้อนในช่วง 7 วันที่ผ่านมา คำถามจำนวน 6 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นมาตราประมาณค่า 4 ระดับ ดังนี้ ข้อ 1, 2 และข้อ 5, 6 ให้คะแนนตามความถี่ของอาการจำแนกความถี่ของอาการ ตั้งแต่ 0-7 วัน และแบ่งช่วงคะแนนเป็น 4 ระดับตั้งแต่ 0-3 คะแนน โดยมีอาการ 0 วัน เท่ากับ 0 คะแนน มีอาการ 1 วัน เท่ากับ 1 คะแนน มีอาการ 2-3 วัน เท่ากับ 2 คะแนน มีอาการ 4-7 วัน เท่ากับ 3 คะแนน สำหรับข้อ 3, 4 ให้คะแนนตรงกันข้ามกับข้อ 1, 2 และข้อ 5, 6 ตามความถี่ของอาการ หากผลรวมคะแนนแต่ละข้อมากกว่าหรือเท่ากับ 8 คะแนนขึ้นไป หมายถึงเป็นโรคกรดไหลย้อน การศึกษาครั้งนี้หาความเชื่อมั่นของเครื่องมือโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ได้ค่าเท่ากับ .86

6) แบบสอบถามพฤติกรรมและการดูแลตนเองด้านการหลีกเลี่ยงการสัมผัสปัจจัยกระตุ้น พัฒนาโดย รุ่งทิพย์ พลจรัส และคณะ¹⁹ คำถามจำนวน 32 ข้อ ถามเกี่ยวกับการหลีกเลี่ยงสัมผัสปัจจัยกระตุ้น ได้แก่ การหลีกเลี่ยงสารก่อภูมิแพ้ การจัดสภาพแวดล้อมในบ้านเหมาะสม การหลีกเลี่ยงออกกำลังกายหนักมาก การหลีกเลี่ยงการรับประทานอาหารรสจัด และการหลีกเลี่ยงอื่นๆ เป็นมาตราประมาณค่า 5 ระดับ โดยปฏิบัติเป็นประจำเท่ากับ 4 คะแนน และไม่ปฏิบัติเลยเท่ากับ 0 คะแนนตามลำดับ เลือก 1 คำตอบ คะแนนอยู่ในช่วง 0-128 คะแนน

โดยคะแนนช่วง 0-43 หมายถึงมีพฤติกรรมหลักเลียงสัมผัสปัจจัยกระตุ้นระดับไม่ดี คะแนนช่วง 44-86 หมายถึงมีพฤติกรรมหลักเลียงสัมผัสปัจจัยกระตุ้นระดับปานกลางและคะแนนช่วง 87-128 หมายถึงมีพฤติกรรมหลักเลียงสัมผัสปัจจัยกระตุ้นระดับดี คำนวณค่าหาความเชื่อมั่นของเครื่องมือ โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ได้ค่าเท่ากับ .87

แบบสอบถามทั้งหมดได้รับอนุญาตการใช้จากผู้พัฒนาเครื่องมือการวิจัย และได้ตรวจสอบความเชื่อมั่นในผู้ป่วยโรคหืดที่มีลักษณะคล้ายกลุ่มตัวอย่าง 30 ราย ก่อนนำเครื่องมือไปใช้ในการวิจัย

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน คณะพยาบาลศาสตร์มหาวิทยาลัยมหิดล (CoA No. IRB-NS2022/731.1912) และคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์โรงพยาบาลบ้านแพ้ว (องค์การมหาชน) (003/66) ผู้วิจัยดำเนินการเชิญชวนและขอความยินยอมเข้าร่วมวิจัยจากกลุ่มตัวอย่าง ผู้เข้าร่วมวิจัยรับทราบข้อมูลทั้งหมด และเข้าร่วมวิจัยโดยสมัครใจตามกระบวนการวิจัย โดยคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยจากทั้งสองแห่ง

วิธีเก็บรวบรวมข้อมูล

หลังได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล จึงยื่นขอการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์โรงพยาบาลบ้านแพ้ว (องค์การมหาชน) เมื่อได้รับการรับรอง นำหนังสือแนะนำตัวจากมหาวิทยาลัยมหิดลเสนอต่อผู้อำนวยการโรงพยาบาลบ้านแพ้ว (องค์การมหาชน) เพื่อขออนุญาตเข้าถึงข้อมูลและขอความอนุเคราะห์จากเจ้าหน้าที่ประจำคลินิกเพื่อประเมินกลุ่มตัวอย่างโรคหืดตามเกณฑ์กำหนด เก็บข้อมูลด้วยตนเองโดยแนะนำตนเองแจ้งวัตถุประสงค์การวิจัยและพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง ข้อมูลที่ได้ถือเป็นความลับ นำเสนอข้อมูลแบบภาพรวมและนำไปใช้ประโยชน์ทางวิชาการเท่านั้น เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินยอมเข้าร่วมทำการลงนามในเอกสารยินยอมเข้าร่วมการวิจัย ใช้ระยะเวลาตอบแบบสอบถามประมาณ 30-45 นาที

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลโดยแกรมสำเร็จรูป ใช้สถิติเชิงพรรณนา แจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ใช้สถิติ chi-square ทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างดัชนีมวลกาย การมีโรคความดันโลหิตสูง การมีโรคกรดไหลย้อน คุณภาพการนอนหลับ และพฤติกรรมหลักเลียงปัจจัยกระตุ้นต่อการควบคุมโรคหืด วิเคราะห์อำนาจการทำนายโดยสถิติวิเคราะห์การถดถอยโลจิสติก ด้วยวิธีเลือกตัวแปรอิสระเข้าสมการถดถอยทั้งหมดในขั้นตอนเดียว (enter logistic regression analysis) ทดสอบความเหมาะสมของสมการด้วย Hosmer and Lemeshow test กำหนดนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยค่า chi-square เท่ากับ 13.00 การทดสอบพบว่าไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = .112$) จึงสรุปได้ว่าแบบจำลองข้อมูลชุดนี้มีความเหมาะสม

ผลการวิจัย

กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคหืดสามในสี่เป็นเพศหญิง อายุมากกว่า 60 ปีขึ้นไปร้อยละ 51 อายุเฉลี่ย 60.41 ปี (Min = 26 ปี, Max = 91 ปี, $\bar{X} = 60.41$ ปี, SD 13.9) จบการศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 64.7 ไม่ได้ประกอบอาชีพร้อยละ 41.7 โดยมีรายได้ต่อเดือนไม่เกิน 5,000 บาทร้อยละ 47.5 ซึ่งรายได้เพียงพอร้อยละ 66.2 มีผู้ดูแลขณะเจ็บป่วยเป็นบุตรร้อยละ 47.5 ได้รับวินิจฉัยว่าเป็นโรคหืด 6-10 ปี ($\bar{X} = 11.36$ ปี, SD 9.7) ร้อยละ 43.2 ใช้นาสูดคอร์ติโคสเตียรอยด์วันละ 2 ครั้งร้อยละ 71.2 ไม่เคยหยุดใช้นาสูดคอร์ติโคสเตียรอยด์ชนิดสูดมากกว่า 1 สัปดาห์ร้อยละ 75.5 ได้รับคำแนะนำเกี่ยวกับประโยชน์ของการใช้นาสูดคอร์ติโคสเตียรอยด์ชนิดสูดร้อยละ 99.3 กลุ่มตัวอย่างมีอาการหอบเหนื่อย หายใจไม่อิ่ม หรือหายใจมีเสียงวี๊ดในช่วง 4 สัปดาห์ที่ผ่านมาร้อยละ 49.6 แพทย์เป็นผู้ให้ข้อมูลการรักษาและคำแนะนำเกี่ยวกับการปฏิบัติตนร้อยละ 62.6 การติดตามอาการตามแพทย์นัดในช่วง 1 ปีที่ผ่านมาต่อเนื่องร้อยละ 94.2 มีการใช้นาสูดคอร์ติโคสเตียรอยด์ชนิดสูด (ICS) ร้อยละ 33.1 และกลุ่มตัวอย่างได้รับวัคซีนป้องกันโรคไข้หวัดใหญ่/โรคโควิด-19 ร้อยละ 45.3

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลพบกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 59 ควบคุมโรคได้ดี กลุ่มตัวอย่างมีค่าดัชนีมวลกายมากกว่า 22.9 kg/m² ร้อยละ 77 เป็นโรคความดันโลหิตสูงร้อยละ 56.8 ระดับความดันโลหิต ณ วันที่เก็บข้อมูลมากกว่า 140/90 mmHg ร้อยละ 27.8 เป็นโรค กรดไหลย้อนร้อยละ 34.5 มีคุณภาพการนอนหลับไม่ดี ร้อยละ 70.5 คุณภาพการนอนหลับเชิงอัตนัยไม่ค่อยดีร้อยละ 41 ใช้ระยะเวลา ตั้งแต่เข้านอนจนกระทั่งหลับค่อนข้างนานร้อยละ 46.8 มีพฤติกรรมหลีกเลี่ยงปัจจัยกระตุ้นระดับดีร้อยละ 71.2 และไม่พบพฤติกรรมหลีกเลี่ยงปัจจัยกระตุ้นระดับไม่ดี

ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์โดยใช้สถิติ chi-square

พบสามตัวแปรมีความสัมพันธ์กับการควบคุมโรคหืดอย่างมี นัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ ดัชนีมวลกาย ($\chi^2 = 17.19, p < .01$) การมีโรคกรดไหลย้อน ($\chi^2 = 9.09, p < .01$) และคุณภาพ การนอนหลับ ($\chi^2 = 4.83, p = .028$) ดังตารางแสดงที่ 1

วิเคราะห์อำนาจการทำนายพบสามตัวแปรที่สามารถทำนาย การควบคุมโรคหืดในผู้ป่วยโรคหืดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ ดัชนีมวลกาย (OR = 9.98, 95%CI = 2.76, 36.08, $p < .001$) การมีโรคกรดไหลย้อน (OR = 2.78, 95%CI = 1.25, 6.21, $p = .012$) และคุณภาพการนอนหลับ (OR = 2.53, 95%CI = 1.03, 6.18, $p = .042$) ดังตารางแสดงที่ 2

ตารางที่ 1 ความสัมพันธ์ระหว่างดัชนีมวลกาย โรคความดันโลหิตสูง โรคกรดไหลย้อน คุณภาพการนอนหลับและการหลีกเลี่ยง ปัจจัยกระตุ้น และการควบคุมโรคในผู้ป่วยโรคหืด โดยใช้สถิติ chi-square (N = 139)

ตัวแปร	การควบคุมโรคหืด				χ ²	p-value
	ควบคุมได้ (n = 82)		ควบคุมไม่ได้ (n = 57)			
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
1. ดัชนีมวลกาย (kg/m ²)					17.19	< .01
น้อยกว่า 22.9	29	90.6	3	9.4		
มากกว่า 22.9	53	49.5	54	50.5		
2. การมีโรคความดันโลหิตสูง					1.57	.210
ไม่เป็น	39	65.0	21	35.0		
เป็น	43	54.4	36	45.6		
3. การมีโรคกรดไหลย้อน					9.09	< .01
ไม่เป็น	62	68.1	29	31.9		
เป็น	20	41.7	28	58.3		
4. คุณภาพการนอนหลับ					4.83	.028
ดี	30	73.2	11	26.8		
ไม่ดี	52	53.1	46	46.9		
5. พฤติกรรมหลีกเลี่ยงปัจจัยกระตุ้น					.052	.820
ระดับดี	59	59.6	40	40.4		
ระดับปานกลาง	23	57.5	17	42.5		

ตารางที่ 2 ค่าสัมประสิทธิ์ถดถอยโลจิสติกของตัวแปรทำนายต่อการควบคุมโรคในผู้ป่วยโรคหืด

ตัวแปร (y = control)	B	SE	Wald statistic	OR	95%CI	p-value
1. ดัชนีมวลกาย (kg/m²)						
น้อยกว่า 22.9 ¹	-	-	-	-	-	-
มากกว่า 22.9	2.30	.65	12.33	9.98	2.76, 36.08	< .001
2. การมีโรคความดันโลหิตสูง						
ไม่เป็น ¹	-	-	-	-	-	-
เป็น	.41	.40	1.03	1.51	.68, 3.35	.310
3. การมีโรคกรดไหลย้อน						
ไม่เป็น ¹	-	-	-	-	-	-
เป็น	1.02	.40	6.27	2.78	1.25, 6.21	.012
4. คุณภาพการนอนหลับ						
ดี ¹	-	-	-	-	-	-
ไม่ดี	.92	.45	4.15	2.53	1.03, 6.18	.042
5. พฤติกรรมหลีกเลี่ยงปัจจัยกระตุ้น						
ระดับดี ¹	-	-	-	-	-	-
ระดับปานกลาง	-.06	.45	.02	.93	.39, 2.21	.822

¹ กลุ่มเปรียบเทียบ; CI = Confident interval for odds ratio (OR)Cox & Snell R² = .21, Nagelkerke R² = .29, Predictive correct = 71.2%, 2 Log likelihood = 155.021 Note

การอภิปรายผล

ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 59 ควบคุมโรคหืดได้ ไกล่เคียงกับการศึกษาปัจจัยการควบคุมโรคหืดด้วยผู้ใหญ่และผู้สูงอายุที่พบว่าผู้ป่วยมากกว่าครึ่ง (ร้อยละ 66.5) ควบคุมโรคได้ แตกต่างจากการศึกษาในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิพบ กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 54.6 ควบคุมโรคหืดไม่ได้ ทั้งนี้อาจเป็นเพราะการวิจัยดังกล่าวเก็บข้อมูลในช่วงที่มีเหตุการณ์มลภาวะทางอากาศมีค่าฝุ่นละอองสูงกว่าเกณฑ์มาตรฐาน ในการศึกษาในกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 75.5 ไม่เคยหยุดใช้ยาคอร์ติโคสเตียรอยด์ชนิดสูดมากกว่า 1 สัปดาห์ แสดงถึงการใช้ยาสม่ำเสมอ และยังได้รับคำแนะนำเกี่ยวกับประโยชน์การใช้ยาคอร์ติโค

สเตียรอยด์ชนิดสูด โดยผู้ให้ข้อมูลการรักษาและคำแนะนำเกี่ยวกับการปฏิบัติตนแก่ผู้ป่วยโรคหืดในช่วง 1 ปีที่ผ่านมาร้อยละ 62.6 เป็นแพทย์เฉพาะทางโรคปอด อีกทั้งกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 94.2 ยังมติดตามอาการตามนัดในช่วง 1 ปีอย่างสม่ำเสมอ ซึ่งร้อยละ 45.3 ได้รับวัคซีนป้องกันไข้หวัดใหญ่/โรคติดเชื้อ COVID-19 สอดคล้องกับคำแนะนำขององค์กรโรคหืดแห่งประเทศไทยว่า การฉีดวัคซีนป้องกันไข้หวัดใหญ่ช่วยลดอัตราการติดเชื้อไข้หวัดใหญ่ ลดความรุนแรงและภาวะแทรกซ้อน เช่น ปอดอักเสบ ลดการกำเริบของโรคหืดได้ นอกจากนี้กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 43.2 ป่วยเป็นโรคหืดช่วงระยะ 6-10 ปี จึงทำให้มีประสบการณ์ดูแลตนเองและสามารถควบคุมโรคหืดได้ดีขึ้น

ปัจจัยทำนายการควบคุมโรคในผู้ป่วยโรคหืด

ดัชนีมวลกายมีความสัมพันธ์กับการควบคุมโรคหืด ($\chi^2 = 17.19, p < .01$) และสามารถทำนายการควบคุมโรคในผู้ป่วยโรคหืดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($OR = 9.98, 95\%CI [2.76, 36.08], p < .001$) ดัชนีมวลกายเป็นสิ่งที่เร้าร่วมที่มีความสัมพันธ์กับการปรับตัวตามทฤษฎีของ Roy²⁰ โดยผู้ป่วยโรคหืดมีค่าดัชนีมวลกายมากกว่า 22.9 kg/m^2 หรืออ้วนจะเสี่ยงต่อการควบคุมโรคหืดไม่ได้ เป็น 9.98 เท่าของผู้ป่วยที่มีค่าดัชนีมวลกายน้อยกว่า 22.9 kg/m^2 ผลการศึกษาคือเป็นตามสมมติฐานที่ตั้งไว้ การศึกษานี้พบเพศหญิงร้อยละ 75.4 ควบคุมโรคหืดไม่ได้ สอดคล้องกับการศึกษาพบว่าค่าดัชนีมวลกายในผู้ป่วยโรคหืดเพศหญิงมีความสัมพันธ์กับการควบคุมโรคหืดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($\chi^2 = 3.88, p < .05$)⁹ และสอดคล้องกับผลการศึกษาพบว่าผู้ป่วยที่อ้วนและดัชนีมวลกายมากกว่าหรือเท่ากับ 30 kg/m^2 มีความสัมพันธ์การควบคุมโรคหืดไม่ได้เป็น 2.2 เท่าเมื่อเทียบกับผู้ป่วยที่มีดัชนีมวลกายปกติ ($OR = 2.20, 95\%CI [1.20, 4.10], p = .006$)¹⁰ อาจเนื่องจากกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาส่วนใหญ่รับประทานอาหารจำพวก กะทิ ของมัน และอาหารทะเลเป็นประจำ จึงอาจเป็นสาเหตุหนึ่งที่ทำให้พบกลุ่มตัวอย่างมีดัชนีมวลกายเกินและอ้วนเป็นส่วนใหญ่ ซึ่งดัชนีมวลกายระดับอ้วนส่งผลต่อการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยาของปอด รวมทั้งการอักเสบเรื้อรังในร่างกายของผู้ป่วยที่อ้วนมีความสัมพันธ์กับภาวะหลอดลมไวเกินต่อสิ่งกระตุ้นจึงส่งผลต่อการควบคุมโรคหืด⁸ ทำให้ผู้ป่วยปรับตัวต่อการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยาของปอดได้ยากขึ้น โดยพบผู้ป่วยโรคหืดร้อยละ 77 มีภาวะอ้วนและร้อยละ 50.5 ที่มีภาวะอ้วนควบคุมโรคหืดไม่ได้

การมีโรคความดันโลหิตสูงไม่มีความสัมพันธ์กับการควบคุมโรคหืด ($\chi^2 = 1.57, p = .210$) และไม่สามารถทำนายการควบคุมโรคในผู้ป่วยโรคหืดได้ ($OR = 1.51, 95\%CI [.68, 3.35], p = .310$) ผลการศึกษานี้แสดงถึงการมีโรคความดันโลหิตสูง ซึ่งเป็นสิ่งที่เร้าร่วมไม่มีผลต่อการปรับตัวตามทฤษฎีการปรับตัวของ Roy²⁰ การเป็นโรคความดันโลหิตสูงไม่มีผลต่อการควบคุมโรคหืด

ไม่เป็นไปตามสมมติฐานที่ตั้งไว้ โดยผลการศึกษาพบผู้ป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูงร้อยละ 56.8 สอดคล้องกับการศึกษาพบว่าผู้ป่วยโรคหืดร้อยละ 58.5 เป็นโรคความดันโลหิตสูง ซึ่งผลการศึกษาพบว่าโรคหืดไม่มีความสัมพันธ์ต่อการควบคุมโรคหืด⁷ อาจเป็นเพราะผู้ป่วยความดันโลหิตสูงทุกรายในการศึกษาครั้งนี้ได้รับการรักษาด้วยยาและพบกลุ่มตัวอย่างเพียงร้อยละ 27.8 ที่มีระดับความดันโลหิตสูงมากกว่า $140/90 \text{ mmHg}$ ซึ่งร้อยละ 94.2 มาตรวจตามนัดสม่ำเสมอ ผู้ป่วยร้อยละ 72.2 จึงควบคุมความดันโลหิตได้ แสดงถึงความสามารถปรับตัวต่อการควบคุมโรคหืด และสัดส่วนของกลุ่มที่เป็นความดันโลหิตสูงควบคุมโรคหืดได้ (ร้อยละ 54.4) และควบคุมโรคหืดไม่ได้ (ร้อยละ 45.6) ใกล้เคียงกัน

การมีโรคกรดไหลย้อนมีความสัมพันธ์กับการควบคุมโรคหืด ($\chi^2 = 9.09, p < .01$) และสามารถทำนายการควบคุมโรคในผู้ป่วยโรคหืดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ หากผู้ป่วยโรคหืดเป็นโรคกรดไหลย้อนจะมีความเสี่ยงควบคุมโรคหืดไม่ได้เป็น 2.78 เท่าของผู้ป่วยที่ไม่เป็นโรคกรดไหลย้อน ($OR = 2.78, 95\%CI [1.25, 6.21], p = .012$) ซึ่งการมีโรคกรดไหลย้อนเป็นสิ่งที่เร้าร่วมที่มีผลต่อการปรับตัวตามทฤษฎีของ Roy²⁰ เป็นตามสมมติฐานที่ตั้งไว้ แม้กลุ่มตัวอย่างโรคหืดเพียงร้อยละ 34.5 เป็นโรคกรดไหลย้อนแต่ร้อยละ 58.3 ที่เป็นโรคกรดไหลย้อนควบคุมโรคหืดไม่ได้ อาจเป็นเพราะกรดในทางเดินอาหารไหลย้อนเข้าไปในทางเดินหายใจทำให้มีอาการ เช่น หลอดลมตีบ ไอ อาจนำไปสู่การบาดเจ็บที่ปอดเฉียบพลัน และกลุ่มอาการหายใจลำบากเฉียบพลันรุนแรงขึ้นได้¹³ ทำให้ปรับตัวเพื่อควบคุมโรคหืดได้ยากขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาพบผู้ป่วยควบคุมโรคหืดไม่ได้ร้อยละ 56 เป็นโรคกรดไหลย้อนร้อยละ 60.2 และพบว่าโรคกรดไหลย้อนสามารถทำนายการควบคุมโรคหืดไม่ได้เป็น 2.02 เท่าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($OR = 2.02, 95\%CI [1.04, 3.92], p = .044$)¹⁶ จึงอาจทำให้โรคกรดไหลย้อนมีผลต่อการควบคุมโรคหืด

คุณภาพการนอนหลับมีความสัมพันธ์กับการควบคุมโรคหืด ($\chi^2 = 4.83, p < .028$) และสามารถทำนายการควบคุมโรคในผู้ป่วย

โรคหืดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($OR = 2.53, 95\%CI [1.03, 6.18]$, $p = .042$) หากผู้ป่วยโรคหืดมีคุณภาพการนอนหลับไม่ดีจะมีโอกาสควบคุมโรคหืดไม่ได้เป็น 2.53 เท่าของผู้ป่วยที่มีคุณภาพการนอนหลับดี แสดงถึงคุณภาพการนอนหลับมีผลต่อการปรับตัวด้านการทำกิจกรรม และการพักผ่อนตามแนวคิดของ Roy²⁰ เป็นตามสมมติฐานที่ตั้งไว้ สอดคล้องกับการศึกษาพบว่าคะแนน PSQI ที่สูงขึ้นมีความสัมพันธ์กับคะแนน ACT ที่ลดลง (poor asthma control) ($r = -.63$; $p < .001$) และคุณภาพการนอนหลับเป็นปัจจัยทำนายการควบคุมโรคหืด ($p < .001$)¹⁷ ซึ่งคุณภาพการนอนหลับไม่ดีมีความสัมพันธ์กับการควบคุมโรคหืดไม่ดี 1.96 เท่าเมื่อเทียบกับกลุ่มที่ไม่มีปัญหาการนอนหลับ ($OR = 1.96, 95\%CI [1.04, 3.17]$, $p = .039$)¹⁶ เนื่องจากคุณภาพการนอนหลับไม่ดีของผู้ป่วยโรคหืดส่งผลกระทบต่อระบบทางเดินหายใจ โดยเกิดความไม่สมดุลต่อการไหลเวียนของฮอร์โมนต่างๆ ส่งผลให้หลอดเลือดวอดสิ่งกระตุ้นทำให้โรคหืดกำเริบในช่วงกลางคืนได้¹⁵ โดยพบผู้ป่วยโรคหืดร้อยละ 70.5 มีคุณภาพการนอนหลับไม่ดี ($PSQI > 5$) และควบคุมโรคหืดไม่ได้ร้อยละ 46.9 การศึกษานี้พบกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 51 เป็นผู้สูงอายุสอดคล้องกับการศึกษาภาวะนอนไม่หลับของผู้สูงอายุในจังหวัดทางภาคเหนือของประเทศไทยพบว่า ผู้สูงอายุมีคุณภาพการนอนหลับไม่ดีถึงร้อยละ 44²⁵ อาจเนื่องจากการเปลี่ยนแปลงของฮอร์โมนเมลาโทนิลดลง ส่งผลให้วงจรการหลับและการตื่นเปลี่ยนแปลง จึงทำให้ความสามารถในการปรับตัวต่อการเปลี่ยนแปลงของการนอนหลับยากขึ้น อาจส่งผลกระทบต่อการควบคุมโรคหืดได้

พฤติกรรมหลีกเลี่ยงปัจจัยกระตุ้นไม่มีความสัมพันธ์กับการควบคุมโรคหืด ($\chi^2 = .05$, $p = .820$) และไม่สามารถทำนายการควบคุมโรคในผู้ป่วยโรคหืดได้ ($OR = .93, 95\%CI [.39, 2.21]$, $p = .882$) แสดงถึงพฤติกรรมหลีกเลี่ยงปัจจัยกระตุ้นไม่มีผลต่อการปรับตัวด้านอัตโนโนที่คนด้านร่างกายตามทฤษฎีการปรับตัวของ Roy²⁰ ซึ่งไม่เป็นไปตามสมมติฐานที่ตั้งไว้ อาจเนื่องจากการระบาดของโรค COVID-19 อีกครั้ง มีการรณรงค์ให้ประชาชนป้องกันตนเองตามมาตรการของรัฐ ประกอบกับจังหวัดสมุทรสาครยังประสบปัญหา

วิกฤตมลภาวะทางอากาศ พบค่าฝุ่นละออง (PM 2.5) เกินมาตรฐาน (80-98 ไมโครกรัมต่อลูกบาศก์เมตร) ประชาชนจึงป้องกันตนเองจากอันตรายของฝุ่นละออง (PM 2.5) อาจทำให้กลุ่มตัวอย่างดูแลป้องกันตนเองจากการติดเชื้อ และมลภาวะทางอากาศมากขึ้น พบกลุ่มตัวอย่างควบคุมโรคหืดไม่ได้ร้อยละ 42.5 มีพฤติกรรมหลีกเลี่ยงปัจจัยกระตุ้นอยู่ในระดับปานกลาง และร้อยละ 40.4 มีพฤติกรรมหลีกเลี่ยงปัจจัยกระตุ้นระดับดี แสดงถึงความไม่สัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมหลีกเลี่ยงปัจจัยกระตุ้นและการควบคุมโรคหืด แม้จะพบว่าพฤติกรรมหลีกเลี่ยงปัจจัยกระตุ้นไม่มีผลต่อการควบคุมโรคหืด แต่กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมหลีกเลี่ยงปัจจัยกระตุ้นระดับปานกลางควบคุมโรคหืดไม่ได้ร้อยละ 42.5 แสดงว่าพฤติกรรมหลีกเลี่ยงปัจจัยกระตุ้นอาจมีผลต่อการควบคุมโรคหืด ซึ่งกลุ่มตัวอย่างบางรายประสบปัญหาสัมผัสควันไฟจากบ้านใกล้เคียงแบบหลีกเลี่ยงไม่ได้ ทำให้ต้องตื่นขึ้นมาไอและสูดหายใจหอบเหนื่อย สอดคล้องกับการศึกษาซึ่งพบว่า การสัมผัสมลภาวะทางอากาศและปัจจัยกระตุ้นมีความสัมพันธ์กับการควบคุมโรคหืดไม่ได้ 1.7 เท่าเมื่อเทียบกับกลุ่มที่สามารถหลีกเลี่ยงมลภาวะทางอากาศ และปัจจัยกระตุ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($OR = 1.70, 95\%CI [1.45, 1.99]$, $p < .05$)¹⁸

สรุปและข้อเสนอแนะ

โดยสรุป ดัชนีมวลกาย การมีโรคกรดไหลย้อน และคุณภาพการนอนหลับสามารถทำนายการควบคุมโรคในผู้ป่วยโรคหืดได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยผู้ป่วยโรคหืดมีค่าดัชนีมวลกายมากกว่า 22.9 kg/m^2 หรืออ้วนจะมีความเสี่ยงในการควบคุมโรคหืดไม่ได้เป็น 9.9 เท่าของผู้ป่วยที่มีค่าดัชนีมวลกายน้อยกว่า 22.9 kg/m^2 หากผู้ป่วยโรคหืดเป็นโรคกรดไหลย้อนจะมีความเสี่ยงควบคุมโรคหืดไม่ได้เป็น 2.78 เท่าของผู้ป่วยที่ไม่เป็นโรคกรดไหลย้อน และหากผู้ป่วยโรคหืดมีคุณภาพการนอนหลับไม่ดีจะมีโอกาสควบคุมโรคหืดไม่ได้เป็น 2.53 เท่าของผู้ป่วยที่มีคุณภาพการนอนหลับดี ซึ่งปัจจัยข้างต้นเป็นปัจจัยที่สามารถแก้ไขได้ ดังนี้

ด้านการปฏิบัติการพยาบาล

1) ควรประเมินค่าดัชนีมวลกาย คุณภาพการนอนหลับ และคัดกรองโรคกรดไหลย้อน และให้การพยาบาลตามหลักฐานเชิงประจักษ์ โดยจัดกิจกรรมให้คำแนะนำการปฏิบัติตนเพื่อคัดกรองตนเองเบื้องต้นเกี่ยวกับภาวะอ้วน และการนอนหลับที่ไม่มีคุณภาพ เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถควบคุมโรคหืดได้อย่างมีประสิทธิภาพ ทั้งนี้จากการใช้แบบประเมินโรคกรดไหลย้อน (GQQ) พบกลุ่มตัวอย่างเป็นกรดไหลย้อนทั้งหมดร้อยละ 25.9 พยาบาลจึงควรคัดกรองโรคกรดไหลย้อน เพื่อให้ผู้ป่วยเหล่านี้ได้รับการรักษาพยาบาลอย่างเหมาะสม

2) การศึกษาพบว่าบริบทที่ศึกษาพบปัญหาฝุ่นควันค่อนข้างมาก ซึ่งเป็นปัจจัยกระตุ้นที่อาจกระทบต่อผู้ป่วยโรคหืด ดังนั้นจึงควรให้การพยาบาลโดยพัฒนาสื่อแนะนำการปฏิบัติตนเพื่อหลีกเลี่ยงสัมผัสฝุ่นควัน ดูแลสภาพแวดล้อมที่อยู่อาศัยที่เหมาะสมกับโรคหืด และประสานงานพยาบาลชุมชนร่วมดูแลสิ่งแวดล้อมให้เหมาะสมกับผู้ป่วยโรคหืด เพื่อควบคุมโรคหืดได้ดียิ่งขึ้น

ด้านการวิจัย

1) การศึกษาครั้งนี้พบว่าร้อยละ 50.5 ของผู้ป่วยที่มีดัชนีมวลกายเกินควบคุมโรคหืดไม่ได้ ดังนั้นควรพัฒนาและศึกษาถึงประสิทธิผลของตารางอาหาร และตารางออกกำลังกายในการควบคุมดัชนีมวลกายให้อยู่ในเกณฑ์ปกติหรือใกล้เคียงปกติ เพื่อลดการกำเริบของโรคหืด

2) จากการวิเคราะห์แต่ละองค์ประกอบของคุณภาพการนอนหลับ พบปัญหาคุณภาพการนอนหลับเชิงอัตนัย และการใช้ระยะเวลาตั้งแต่เข้านอนจนกระทั่งหลับค่อนข้างนาน ทำให้มีผลต่อการควบคุมโรคหืด ดังนั้นจึงควรพัฒนาและศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมส่งเสริมคุณภาพการนอนหลับที่เหมาะสมกับผู้ป่วยโรคหืดทั้งกลุ่มวัยผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ

ข้อจำกัด การศึกษาครั้งนี้บริบทเป็นโรงพยาบาลระดับทุติยภูมิ คลินิกโรคปอด ไม่เฉพาะเจาะจงต่อโรคหืดชนิดของยาที่เลือกใช้หลากหลายโดยแพทย์สั่งจ่ายยาตามสิทธิการรักษา ผู้ป่วยโรคหืดบางรายจึงอาจได้รับยารักษาต่างกัน

ช่วงที่ศึกษาบริบทอากาศร้อน ลักษณะชุมชนทำเกษตรและอุตสาหกรรม พบฝุ่นควันจากการเผาเศษวัชพืช และสุมคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบสะดวกตามเกณฑ์กำหนด ซึ่งอาจเป็นข้อจำกัดในการนำผลการศึกษาไปอ้างอิงกับกลุ่มผู้ป่วยโรคหืดที่มีลักษณะและบริบทที่แตกต่างจากการวิจัยครั้งนี้

References

1. Global Initiative for Asthma (GINA). 2022 GINA Report, Global strategy for asthma management and prevention [Internet]. Fontana, WI: Global Initiative for Asthma; 2022 [cited 2022 Jul 5]. Available from: <https://ginasthma.org/ginareports/>
2. World Health Organization. Asthma: key facts [Internet]. Geneva, Switzerland: WHO; 2022 [cited 2022, Jun 30]. Available from: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/asthma>.
3. Lung clinic; Banphaeo General Hospital, data of persons with asthma 2020-2022. Samut Sakhon: Banphaeo General Hospital; 2022. (in Thai).
4. Thai Asthma Council and Association, Thoracic Society of Thailand under Royal Patronage. Guideline for adult asthma management in Thailand 2022. [Internet]. Bangkok: Thai Asthma Council; 2022 [cited 2022 Jun 20]. Available from: <https://www.tac.or.th/wp-content/uploads/2022/03/แนวทางการรักษาโรคหืดในประเทศไทย-TAC-2022-TK-edited.pdf>. (in Thai).
5. Arpibanwana S, Wattanakitkileart D, Pongthavornkamol K, Dejsomritrutai W. Factors influencing disease control in patients with asthma. Journal of Nursing Science. 2018;36(4):39-51. (in Thai).

6. Kawamatawong T, Sangasapaviriya A, Saiphoklang N, Oer-Areemit N, Sriprasart T, Kamalaporn H, et al. Guidelines for the management of asthma in adults: evidence and recommendations. *Asian Pac J Allergy Immunol.* 2022;40(1):1-21. doi: 10.12932/AP-210421-1118.
7. Bedolla-Barajas M, Morales-Romero J, Fonseca-López JC, Pulido-Guillén NA, Larenas-Linnemann D, Hernández-Colín DD. Anxiety and depression in adult patients with asthma: the role of asthma control, obesity and allergic sensitization. *J Asthma.* 2021;58(8):1058-66. doi: 10.1080/02770903.2020.1759087.
8. Baffi CW, Winnica DE, Holguin F. Asthma and obesity: mechanisms and clinical implications. *Asthma Res Pract.* 2015;1:1. doi: 10.1186/s40733-015-0001-7.
9. Yotmon K. The factors predicting the level of asthma control among adult and elderly asthmatic patients [master's thesis]. Bangkok: Thammasat University; 2021. 199 p. (in Thai).
10. Abrahamsen R, Gundersen GF, Svendsen MV, Klepaker G, Kongerud J, Fell AKM. Possible risk factors for poor asthma control assessed in a cross-sectional population-based study from telemark, Norway. *PLoS One.* 2020;15(5):e0232621. doi: 10.1371/journal.pone.0232621.
11. Tomisa G, Horváth A, Santa B, Keglevich A, Tamási L. Epidemiology of comorbidities and their association with asthma control. *Allergy Asthma Clin Immunol.* 2021;17(1):95. doi: 10.1186/s13223-021-00598-3.
12. Christiansen SC, Zuraw BL. Treatment of hypertension in patients with asthma. *N Engl J Med.* 2019;381(11):1046-57. doi: 10.1056/NEJMr1800345.
13. Grandes XA, Talanki Manjunatha R, Habib S, Sangaraju SL, Yopez D. Gastroesophageal reflux disease and asthma: a narrative review. *Cureus.* 2022;14(5):e24917. doi: 10.7759/cureus.24917.
14. Mallah N, Turner JM, González-Barcala FJ, Takkouche B. Gastroesophageal reflux disease and asthma exacerbation: a systematic review and meta-analysis. *Pediatr Allergy Immunol.* 2022;33(1):e13655. doi: 10.1111/pai.13655.
15. Alanazi TM, Alghamdi HS, Alberreer MS, Alkewaiheen AM, Alkhalefah AM, Omair A, et al. The prevalence of sleep disturbance among asthmatic patients in a tertiary care center. *Sci Rep.* 2021;11(1):2457. doi: 10.1038/s41598-020-79697-x.
16. Kabengele BO, Kayembe J-MN, Kayembe PK, Kashongue ZM, Kaba DK, Akilimali PZ. Factors associated with uncontrolled asthma in adult asthmatics in Kinshasa, Democratic Republic of Congo. *PLoS One.* 2019;14(4):e0215530. doi: 10.1371/journal.pone.0215530.
17. Akinwalere OO, Adeniyi BO, Awopeju OF, Erhabor GE. Impact of sleep quality on asthma control amongst asthmatics at Federal Medical Centre, Owo, Ondo State. *West Afr J Med.* 2020;37(5):460-7.

18. Yung J, Osahan S, Friedman SM, Li J, Cone JE. Air pollution/Irritants, asthma control, and health-related quality of life among 9/11-exposed individuals with asthma. *Int J Environ Res Public Health*. 2019;16(11):1924. doi: 10.3390/ijerph16111924.
19. Poljarus R, Charoenkitkarn V, Wattanakitkrileart D, Rattanasumawong P. Factor influencing self-care behavior in patients with asthma. *Journal of The Police Nurses*. 2019;11(1):129-38. (in Thai).
20. Roy SC, Andrews HA. The Roy adaptation model. 2nd ed. Stamford, CT: Appleton & Lange; 1999. 574 p.
21. Jirapramukpitak T, Tanchaisawat W. Sleep disturbances among nurses of Songklanagarind Hospital. *Journal of the Psychiatrist Association of Thailand*. 1997;42(3):123-32.
22. Trongsakul S, Lambert R, Clark A, Wongpakaran N, Cross J. Development of the Thai version of mini-cog, a brief cognitive screening test. *Geriatr Gerontol Int*. 2015;15(5): 594-600. (in Thai).
23. Liang B, Yi Q, Feng Y. Association of gastroesophageal reflux disease with asthma control. *Dis Esophagus*. 2013;26(8):794-8. doi: 10.1111/j.1442-2050.2012.01399.x
24. AstraZeneca Thailand Limited. Gastroesophageal reflux disease questionnaire: GQQ [Internet]. Bangkok: AstraZeneca Thailand Limited; [cited 2022 Aug 10]. Available from: <https://images.app.goo.gl/qzcqQDH7Hb23cB13A>. (in Thai).
25. Thichumpa W, Howteerakul N, Suwannapong N, Tantrakul V. Sleep quality and associated factors among the elderly living in rural Chiang Rai, northern Thailand. *Epidemiol Health*. 2018; 40:e2018018. doi: 10.4178/epih.e2018018.



The Influences of Sleep Quality, Hemoglobin, Length of Hospital Stay and Cognitive Function on Health-Related Quality of Life in Sepsis Survivors at a Non-University Teaching Hospital*

Angkhana Sathiandamnoen, RN, MNS¹, Wimolrat Puwarawuttipanit, RN, PhD¹, Autchariya Pongkaew, RN, DNS¹, Yong Rongrungruang, MD²

Abstract

Purpose: To study the influences of sleep quality, hemoglobin, length of hospital stay and cognitive function on health-related quality of life in sepsis survivors.

Design: predictive correlational research design.

Methods: The sample consisted of 102 post-sepsis patients aged 18 years old and above admitted to the internal medicine ward of a non-university teaching hospital. Data were collected by using 1) the records form of personal information and history of illness of sepsis survivors, 2) the EuroQol 5-Dimension 5-Level for the assessment of quality of life, 3) the Veran & Snyder-Halpern Sleep Scale and 4) the Thai Mental State Examination. The data were analyzed by using descriptive statistics & multiple regression analysis.

Main findings: The sepsis survivors had moderate health-related quality of life at $\bar{X} = .55$ (SD = 0.39). Multiple regression analysis revealed that all of the independent variables could account for 50% of the variance explained in health-related quality of life in sepsis survivors (adjusted $R^2 = .50$), whereby sleep quality was the factor best able to predict health-related quality of life in sepsis survivors ($\beta = .49$, $p < .001$), followed by cognitive function at ($\beta = .31$, $p < .001$).

Conclusion and recommendations: Sleep quality and cognitive function have been found as significant predictors of health-related quality of life in sepsis survivors. This study supports the significance of the assessment of sleep quality and cognitive function in sepsis survivors which leads to develop nursing programs for recovery and promotion of quality of life among sepsis survivors.

Keywords: cognitive function, health-related quality of life, hemoglobin, sleep quality

Nursing Science Journal of Thailand. 2024;42(2):46-58

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

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

¹ Faculty of Nursing, Mahidol University, Bangkok, Thailand

² Faculty of Medicine Siriraj hospital, Bangkok, Thailand

Received: 14 November 2023 / Revised: 15 February 2024 / Accepted: 5 March 2024



อิทธิพลของคุณภาพการนอนหลับ ฮีโมโกลบิน ระยะเวลาการนอนโรงพยาบาล และการรู้คิดต่อคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพในผู้รอดชีวิตจากการติดเชื้อในกระแสเลือดที่โรงพยาบาลศูนย์แพทยศาสตรศึกษาไม่สังกัดมหาวิทยาลัยแห่งหนึ่ง*

อังคณา เสถียรดำเนิน, พย.ม.¹ วิมลรัตน์ ภู่วราวุฒิปานิช, PhD¹ อัจฉริยา พ่วงแก้ว, พย.ด.¹ ยงค์ รงค์รุ่งเรือง, พบ.²

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์: เพื่อศึกษาอำนาจการทำนายของคุณภาพการนอนหลับ ระดับฮีโมโกลบิน ระยะเวลาการนอนโรงพยาบาล และการรู้คิดต่อคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้รอดชีวิตจากการติดเชื้อในกระแสเลือด

รูปแบบการวิจัย: การศึกษารูปแบบความสัมพันธ์เชิงทำนาย

วิธีดำเนินการวิจัย: กลุ่มตัวอย่าง คือผู้ป่วยหลังจากการติดเชื้อในกระแสเลือดอายุ 18 ปีขึ้นไป จำนวน 102 ราย ที่เข้ารับการรักษานในแผนกผู้ป่วยอายุรกรรม ที่โรงพยาบาลศูนย์แพทยศาสตรศึกษาไม่สังกัดมหาวิทยาลัยแห่งหนึ่ง เก็บข้อมูลโดยใช้ 1) แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลและประวัติการเจ็บป่วยของผู้รอดชีวิตจากการติดเชื้อในกระแสเลือด 2) แบบประเมินคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ 3) แบบประเมินคุณภาพการนอนหลับ และ 4) แบบประเมินการรู้คิด วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติพรรณนาและการวิเคราะห์ถดถอยเชิงพหุคูณ

ผลการวิจัย: คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้รอดชีวิตจากการติดเชื้อในกระแสเลือดอยู่ในระดับปานกลาง มีค่าเฉลี่ย 0.55 (SD = 0.39) ผลการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณพบว่า ตัวแปรอิสระทั้งหมดสามารถอธิบายความแปรปรวนของคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้รอดชีวิตจากการติดเชื้อในกระแสเลือดได้ร้อยละ 50 (adjusted $R^2 = .50$) โดยคุณภาพการนอนหลับสามารถทำนายคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้รอดชีวิตจากการติดเชื้อในกระแสเลือดได้มากที่สุด ($\beta = .49, p < .001$) รองลงมาคือ การรู้คิด ($\beta = .31, p < .001$)

สรุปและขอเสนอแนะ: คุณภาพการนอนหลับและการรู้คิดเป็นปัจจัยที่ส่งผลต่อการมีคุณภาพชีวิตลดลงของผู้รอดชีวิตจากการติดเชื้อในกระแสเลือด ผลการศึกษานี้สนับสนุนความสำคัญของการประเมินคุณภาพนอนหลับ และการรู้คิดของผู้ป่วยที่รอดชีวิตจากการติดเชื้อในกระแสเลือด และนำไปสู่การพัฒนาโปรแกรมการพยาบาลเพื่อการฟื้นฟูสภาพและส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยที่รอดชีวิตจากการติดเชื้อในกระแสเลือด

คำสำคัญ: การรู้คิด คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ ฮีโมโกลบิน คุณภาพการนอนหลับ

Nursing Science Journal of Thailand. 2024;42(2):46-58

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

* วิทยานิพนธ์หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

¹ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

² คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล

วันที่รับบทความ: 14 พฤศจิกายน 2566 / วันที่แก้ไขบทความเสร็จ: 15 กุมภาพันธ์ 2567 / วันที่ตอบรับบทความ: 5 มีนาคม 2567

ความสำคัญของปัญหา

ความก้าวหน้าในการรักษาโรคติดเชื้อและการปฏิบัติตามแนวทางการจัดการภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดอย่างเร่งด่วนและมีประสิทธิภาพ¹ สามารถลดความรุนแรงของโรคทำให้ผู้ป่วยพ้นจากภาวะช็อกโดยเร็ว ส่งผลให้มีผู้รอดชีวิตจากการติดเชื้อในกระแสเลือดทั่วโลกเพิ่มขึ้น อัตราการเสียชีวิตลดลงร้อยละ 52.8 ตั้งแต่ปี ค.ศ. 1990-2017² สำหรับประเทศไทยในปี พ.ศ. 2561-2562 พบจำนวนผู้ป่วยที่รอดชีวิตจากการติดเชื้อในกระแสเลือดเพิ่มขึ้นร้อยละ 67.8 และ 71.9 ตามลำดับ³ ผู้รอดชีวิตจากการติดเชื้อในกระแสเลือด (sepsis survivors) คือ ผู้รอดชีวิตจากความตายด้วยภาวะช็อกหรือการติดเชื้อในกระแสเลือด⁴ ซึ่งการวินิจฉัยติดเชื้อในกระแสเลือดใช้เกณฑ์ sepsis-3⁵ ดังนั้นผู้ที่รอดชีวิตจากการติดเชื้อในกระแสเลือดจะเป็นผู้ป่วยที่ไม่เข้าเกณฑ์ sepsis-3⁶ จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า ผู้รอดชีวิตหลังติดเชื้อในกระแสเลือดมีคุณภาพชีวิตไม่ดี ต้องเผชิญกับผลกระทบทั้งด้านร่างกายและจิตใจในระยะยาว ซึ่งส่งผลต่อการทำกิจวัตรประจำวันและคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ⁷ การทบทวนวรรณกรรมคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ (health-related quality of life) เป็นลักษณะความเป็นอยู่ที่ดีในด้านความสมบูรณ์ทางด้านร่างกาย จิตใจ และการดำรงชีวิตอยู่ในสังคมของบุคคล ซึ่งไม่ใช่เพียงแค่ปราศจากโรคหรือทุพพลภาพ⁸ แต่ส่วนใหญ่ผู้รอดชีวิตหลังติดเชื้อในกระแสเลือดได้รับผลกระทบ ทั้งด้านร่างกายและด้านจิตใจ เช่น การเคลื่อนไหวไม่ดี กล้ามเนื้ออ่อนแรง ความเจ็บปวด ไม่สบาย วิตกกังวล มีปัญหาในการนอนหลับและเกิดภาวะแทรกซ้อน เช่น โรคเบาหวานและโรคหลอดเลือดหัวใจ การเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลซ้ำความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันได้น้อยลง และคุณภาพชีวิตของผู้รอดชีวิตจากการติดเชื้อในกระแสเลือดภายหลังจากจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลยังคงต่ำกว่าเกณฑ์ทั่วไปเป็นระยะเวลานาน⁹ ส่งผลให้ผู้ป่วยเหล่านี้ต้องประสบกับปัญหาจากการเจ็บป่วยอย่างรุนแรงและทนทุกข์ทรมานจากผลกระทบของโรค ภาวะแทรกซ้อนจากการดูแลรักษาต่อทางด้านร่างกายและจิตใจตั้งแต่พักรักษาตัว

ในโรงพยาบาล ต่อเนื่องไปจนถึงที่บ้าน เช่น มีข้อจำกัดในการทำกิจวัตรประจำวัน ทุพพลภาพ อ่อนเพลีย ติดเชื้อซ้ำ มีความวิตกกังวล เครียด บกพร่องการรับรู้ สูญเสียความทรงจำ ตลอดจนปัญหาด้านสังคมและสิ่งแวดล้อม สูญเสียบทบาทในครอบครัว ต้องพึ่งพาผู้ดูแล หากไม่ได้รับการแก้ไขเป็นเวลานานจะทำให้ปัญหาเหล่านั้นรุนแรงยากต่อการแก้ไข ค่าใช้จ่ายรวมถึงทรัพยากรที่ใช้ในการรักษาเพิ่มมากขึ้น จึงทำให้มีคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพไม่ดี⁷

Wilson และ Cleary¹⁰ กล่าวว่า คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพเป็นการรับรู้ของผู้ป่วยถึงผลกระทบจากโรคและการรักษาที่มีต่อการดำเนินชีวิตทั้งด้านร่างกายจิตใจ ปฏิสัมพันธ์กับสังคม และการรับรู้ภาวะสุขภาพ โดยเป็นความพึงพอใจในชีวิตของแต่ละบุคคลเกี่ยวกับมิติทางด้านสุขภาพ มีการเชื่อมโยงสาเหตุระหว่างปัจจัยด้านชีววิทยาและสรีรวิทยาที่ส่งผลต่อปัจจัยอื่นๆ ได้แก่ ปัจจัยด้านบุคคล ปัจจัยด้านอาการ ปัจจัยด้านสภาวะการทำหน้าที่ ปัจจัยด้านการรับรู้สุขภาพโดยรวม มาเป็นปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ โดยคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้รอดชีวิตจากการติดเชื้อในกระแสเลือดที่ห่อผู้ป่วยลดลง เนื่องจากผลกระทบจากโรคและได้รับการรักษาในห่อผู้ป่วย มีผลต่อการฟื้นฟูสภาพร่างกายและจิตใจ ทำให้มีอุปสรรคในการดำรงชีวิตหลังการเจ็บป่วย และมีปัจจัยที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพทั้งทางตรงและทางอ้อม ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรมพบปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้รอดชีวิตจากการติดเชื้อในกระแสเลือด ดังนี้

ปัจจัยด้านอาการ ได้แก่ การนอนหลับมีความสำคัญและเกี่ยวข้องโดยตรงต่อคุณภาพชีวิต เนื่องจากหลังติดเชื้อในกระแสเลือดมีการยับยั้งการหลั่งสารเมลาโทนิมากขึ้น ส่งผลให้คุณภาพการนอนหลับลดลง และการศึกษาของ McKinley และคณะ¹¹ พบว่าคุณภาพการนอนหลับที่ไม่ดีมีความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพชีวิตในผู้รอดชีวิตจากภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด หลังออกจากห่อผู้ป่วยวิกฤตระยะ 2 เดือน ($r = -.34, p = .001$) และ 6 เดือน ($r = -.46, p = .001$) ตามลำดับ และผู้รอดชีวิตได้รับผลกระทบ เช่น ความคิดความจำลดลง อารมณ์ไม่ดี อ่อนเพลีย ภูมิคุ้มกันลดลง

ความรุนแรงของโรคเพิ่มขึ้น และความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันลดลง คุณภาพการนอนหลับไม่ดีส่งผลให้มีคุณภาพชีวิตลดลง¹² ส่วนการรู้คิดสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตในผู้รอดชีวิตหลังภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด นำไปสู่คุณภาพชีวิตที่ไม่ดี ผู้รอดชีวิตมีความบกพร่องของสมรรถนะทางสมอง ร้อยละ 31.5¹³ ซึ่งส่งผลกระทบต่อทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ มักมีปัญหาด้านสมาธิ การเข้าใจสิ่งต่างๆ และเรียนรู้สิ่งใหม่ๆ ขาดความสามารถในการตัดสินใจและจัดการกับปัญหาต่างๆ ในชีวิตประจำวันได้ลดลง จึงควรแก้ไขหรือฟื้นฟูภายหลังเจ็บป่วยตั้งแต่เนิ่นๆ เพื่อส่งผลต่อประสิทธิภาพการรักษาสูงสุด ก่อให้เกิดความผาสุกในการดำรงชีวิตประจำวันและคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้รอดชีวิตเหล่านี้

ปัจจัยด้านชีววิทยาและสรีรวิทยา ระดับฮีโมโกลบินมีสัมพันธ์กับอัตราการรอดชีวิตและคุณภาพชีวิตลดลง โดยเฉพาะผู้สูงอายุและผู้ป่วยที่มีร่างกายอ่อนแอ¹⁴ ภายหลังติดเชื้อในกระแสเลือดทำให้ระดับฮีโมโกลบินลดลง และเกิดภาวะพร่องออกซิเจนของเนื้อเยื่อในร่างกาย ทำให้สมรรถภาพทางด้านร่างกาย ความแข็งแรงของกล้ามเนื้อลดลง ส่งผลต่อการดูแลตนเองและกิจวัตรประจำวันลดลง ภาวะโลหิตจางอาจแตกต่างกันไปตามการเข้าถึงระบบสุขภาพของผู้ป่วย เชื้อชาติและพื้นที่ทางภูมิศาสตร์ ทำให้ผลการศึกษาคคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพแตกต่างกัน จากการทบทวนวรรณกรรมผู้ป่วยอาจไม่แสดงอาการชัดเจน ขาดการสะท้อนสภาพปัญหา ส่วนใหญ่เป็นการศึกษาในต่างประเทศซึ่งมุ่งเน้นไปที่ผู้สูงอายุ ผู้วิจัยจึงเห็นความสำคัญในดูแลรักษาให้ครอบคลุมอย่างเป็นระบบในบริบทของประเทศไทย เพื่อเพิ่มค่าฮีโมโกลบินได้ดีขึ้นและคุณภาพชีวิตของผู้รอดชีวิตจากการติดเชื้อในกระแสเลือดที่ดีขึ้นต่อไป

ปัจจัยลักษณะของสภาพแวดล้อม ระยะเวลาการนอนโรงพยาบาลมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้รอดชีวิตหลังติดเชื้อในกระแสเลือดทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ โดยเฉพาะผู้ป่วยสูงอายุที่นอนอยู่โรงพยาบาลเป็นระยะเวลานาน มักเกิดความถดถอยในการทำกิจกรรม ความผิดปกติด้านการรู้คิด มีผลต่อการรอดชีวิตของผู้ป่วย ทำให้คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพไม่ดี ต้องเสียค่าใช้จ่ายในการรักษามากขึ้น จากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมาประเทศไทยมีการศึกษา

เกี่ยวกับจำนวนระยะเวลานอนโรงพยาบาลน้อยมาก ส่วนใหญ่มุ่งเน้นการเปลี่ยนแปลงระบบการพยาบาล แต่ยังไม่พบการศึกษาความสัมพันธ์ระยะเวลาก่อนนอนโรงพยาบาลกับคุณภาพชีวิตในกลุ่มผู้รอดชีวิตจากการติดเชื้อในกระแสเลือด เพื่อให้ทราบผลการวิจัยนำมาเป็นข้อมูลพื้นฐานในการพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้รอดชีวิตจากการติดเชื้อในกระแสเลือดให้พื้นหายสามารถกลับบ้านได้เร็วขึ้นและมีคุณภาพชีวิตที่ดีต่อไป

จากการทบทวนวรรณกรรมยังไม่พบการศึกษาคคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพในกลุ่มผู้รอดชีวิตจากการติดเชื้อในกระแสเลือดในประเทศไทย และในต่างประเทศพบว่าศึกษาคคุณภาพชีวิตในผู้รอดชีวิตหลังติดเชื้อในกระแสเลือดในระยะสั้นยังมีจำนวนน้อย มุ่งเน้นไปที่ผู้ป่วย ICU เป็นส่วนใหญ่⁹ จึงต้องมีการนำมาศึกษาในประเทศไทย ซึ่งมีความแตกต่างกันทางบริบทและวัฒนธรรม โดยผู้ที่รอดชีวิตจากการติดเชื้อในกระแสเลือดเป็นผู้ที่ได้รับผลกระทบจากการเจ็บป่วยและการรักษาในหอผู้ป่วยทางด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม ซึ่งล้วนเป็นปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพโดยตรง จึงมีผลต่อความพึงพอใจต่อระบบบริการสุขภาพมาก ผู้รอดชีวิตจำนวนมากต้องทนทุกข์ต่อผลกระทบต่างๆ และระยะเวลาในการฟื้นหายนาน แสดงให้เห็นว่าการศึกษาคคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพในผู้ที่รอดชีวิตจากการติดเชื้อในกระแสเลือดก่อนจำหน่ายมีความจำเป็นและสำคัญอย่างยิ่ง เนื่องจากระยะเริ่มฟื้นตัว สามารถฟื้นฟูให้หายใกล้เคียงปกติได้เร็วขึ้น จึงสนใจที่จะศึกษาปัจจัยสัมพันธ์ดังกล่าว ซึ่งจะทำให้ทราบถึงระดับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพและปัจจัย เพื่อเป็นข้อมูลพื้นฐานสำหรับการส่งเสริมคุณภาพชีวิตในระยะที่ผู้ป่วยรักษาอยู่ในโรงพยาบาล เนื่องจากมีบุคลากรทางการแพทย์และครอบครัวที่มีส่วนร่วมเตรียมความพร้อมก่อนจำหน่าย⁵

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาคคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้รอดชีวิตจากการติดเชื้อในกระแสเลือด
2. เพื่อศึกษาปัจจัยที่ทำนายคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้รอดชีวิตจากการติดเชื้อในกระแสเลือด

สมมติฐานการวิจัย

คุณภาพการนอนหลับ ระดับฮีโมโกลบิน ระยะเวลาการนอนโรงพยาบาล และการรู้คิดสามารถทำนายคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้รอดชีวิตจากการติดเชื้อในกระแสเลือดได้

วิธีดำเนินการวิจัย เป็นการศึกษาความสัมพันธ์เชิงทำนาย

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้ป่วยหลังจากการติดเชื้อในกระแสเลือดที่แพทย์อนุญาตให้กลับบ้านได้ อายุ 18 ปีขึ้นไป ทั้งเพศชายและหญิงที่เข้ารับการรักษาในแผนกผู้ป่วยอายุรกรรม ศูนย์แพทยศาสตรศึกษาไม่สังกัดมหาวิทยาลัย

กลุ่มตัวอย่าง คือ กลุ่มประชากรรอดชีวิตหลังการติดเชื้อในกระแสเลือด ตั้งแต่ 48 ชั่วโมงขึ้นไป โดยไม่เข้าเกณฑ์ภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด (sepsis-3) ก่อนออกจากโรงพยาบาล ที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลราชบุรี จำนวน 102 คน โดยมีเกณฑ์การคัดเข้า ได้แก่ 1) ผู้รอดชีวิตที่แพทย์พิจารณาแล้วว่าพ้นจากการติดเชื้อในกระแสเลือด ไม่เข้าเกณฑ์การวินิจฉัยตาม Sepsis-3 โดยคะแนนรวมน้อยกว่าหรือเท่ากับ 2 คะแนน ประกอบด้วย อาการที่สงสัยว่าผู้ป่วยติดเชื้อร่วมกับเกณฑ์การประเมิน ได้แก่ SBP ≤ 100 mmHg RR ≥ 22 /min และ GCS ≤ 13 หรือแพทย์อนุญาตให้กลับบ้านได้ ก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล และ 2) มีสติสัมปชัญญะดี รับรู้ต่อ วัน เวลา สถานที่ถูกต้องขณะให้ข้อมูล สามารถเข้าใจและสื่อสาร ภาษาไทยได้ถูกต้อง ส่วนเกณฑ์การคัดออก ได้แก่ 1) ผู้ป่วยที่แพทย์วินิจฉัยมีความผิดปกติทางระบบประสาท มีความบกพร่องเกี่ยวกับกระบวนการรับรู้ ความจำ หรือการใช้ความคิด เช่น โรคสมองเสื่อม alzheimer, chronic delirium เป็นต้น 2) ผู้ป่วยที่แพทย์วินิจฉัยเป็นโรคจิตเวชระยะควบคุมอาการไม่ได้ และมีผลต่อความจำ 3) มีแผนการรักษาด้วยการผ่าตัดทั้งฉุกเฉินและรอได้และ 4) หญิงตั้งครรภ์ กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้ power analysis สำหรับสถิติสัมประสิทธิ์ถดถอยพหุคูณ (multiple linear regressions) โดยกำหนดความเชื่อมั่นที่ระดับ .05

อำนาจทดสอบ (level of power) .80 จากงานวิจัยที่คล้ายคลึงกับการศึกษาครั้งนี้ คือการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างคุณภาพการนอนหลับกับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพในผู้ป่วยหลังจำหน่ายจากหอผู้ป่วยวิกฤต 2 เดือน โดยมีค่าความสัมพันธ์เท่ากับ $-.35^{11}$ คำนวณค่า $R^2 = .12$ จึงคำนวณค่าขนาดอิทธิพลเท่ากับ .14 โดยมีตัวแปรในการทำนาย 4 ตัวแปร คำนวณด้วยโปรแกรม G*Power 3.1.9.4 ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างจำนวน 91 ราย ผู้วิจัยเพิ่มกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 10 เพื่อป้องกันการสูญหายของข้อมูลได้กลุ่มตัวอย่างรวมทั้งหมด 102 ราย จากการรวบรวมข้อมูลจริงมีผู้เข้าร่วมวิจัยทั้งสิ้นจำนวน 102 คน

เครื่องมือการวิจัย

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามเพื่อคัดกรองผู้เข้าร่วมการวิจัย โดยใช้แบบประเมิน quick Sequential Organ Failure Assessment (qSOFA) 3 ข้อ ได้แก่ ค่าความดันโลหิตซิสโตลิก ≤ 100 mmHg อัตราการหายใจ ≥ 22 /min Glasgow Coma Score ≤ 13 เนื่องจากสามารถพยากรณ์คล้ายกับ SOFA แต่ใช้สะดวกรวดเร็ว บอกได้ถึงความล้มเหลวของระบบที่สำคัญ ได้แก่ หัวใจ หายใจ และประสาท และร่วมกับการวินิจฉัยของแพทย์

ส่วนที่ 2 ประกอบด้วยแบบสอบถามจำนวน 4 ชุด ดังนี้

ชุดที่ 1 แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลและประวัติการเจ็บป่วยและการรักษา 22 ข้อ 1) แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล โดยให้เติมคำตอบลงในช่องว่าง ดังนี้ เพศ ศาสนา อาชีพ ระดับ การศึกษา สถานภาพสมรส สิทธิการรักษาพยาบาล โรคประจำตัว เป็นข้อความให้เลือกตอบ ส่วนอายุ รายได้เฉลี่ย จำนวนสมาชิกในครอบครัว ผู้ดูแลภายหลังจำหน่าย ส่วนคำถามความเหนื่อยล้า เป็นมาตรประเมินเส้นตรงยาว 10 เซนติเมตร แต่ละด้านมีวลีที่สื่อถึงสิ่งที่ต้องการวัด 2) แบบบันทึกข้อมูลประวัติการเจ็บป่วย โดยให้เติมคำตอบลงในช่องว่างดังนี้ การวินิจฉัยโรค สัญญาณชีพที่แผนกอายุรกรรมแรกรับ พบหรือสงสัยแหล่งติดเชื้อชนิดของเชื้อ ระดับฮีโมโกลบิน อัตราส่วนนิวโทรฟิลต่อลิมโฟไซต์ ดัชนีบาร์เซลเอตีแอล ดัชนีมวลกาย ระดับอัลบูมิน ระดับแลคเตท และระยะเวลาการนอนโรงพยาบาล

ชุดที่ 2 แบบประเมินคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ (EuroQoL 5-Dimension 5-Level, EQ-5D-5L) พัฒนาโดย The EuroQol Group¹⁵ แปลโดย จันทนา พัฒนเกสัช¹⁶ ผู้วิจัยขออนุญาตใช้แบบประเมิน โดยลงทะเบียนงานวิจัยที่เว็บไซต์ EuroQol group (<http://www.euroqol.org/register-to-use-eq-5d.html>) และได้รับอนุญาตในการใช้แบบประเมินดังกล่าว ซึ่งประกอบด้วย 2 ส่วน ได้แก่ 1) EQ-5D-5L แสดงถึงความพึงพอใจของบุคคลต่อภาวะสุขภาพของตนเอง มี 5 ข้อคำถาม ประกอบด้วย มิติทางสุขภาพ 5 มิติ คือ การเคลื่อนไหว การดูแลตนเอง การทำกิจกรรมในชีวิตประจำวัน ความเจ็บปวดและการไม่สุขสบาย และความวิตกกังวลและความซึมเศร้า แบ่งเป็น 5 ระดับ จากนั้นนำเลขที่ได้ในแต่ละข้อไปแปลงคำตอบเหล่านั้นให้เป็น utility score มีค่าตั้งแต่ -1 ถึง 1 โดย 0 หมายถึง การตาย คะแนน 1 หมายถึง ภาวะสุขภาพที่สมบูรณ์ที่สุด ส่วนคะแนนติดลบ หมายถึงผู้ป่วยมีภาวะที่แย่กว่าการตายนำผลคะแนนไปใช้ในการวิเคราะห์หาค่าความสัมพันธ์กับตัวแปรแต่ละตัวของการศึกษา 2) Visual analogue scale 1 ข้อ สะท้อนถึงความรู้สึกของบุคคลที่มีต่อภาวะสุขภาพของตนเอง มีคะแนน 0-100 ขอบบนคือ คะแนน 100 หมายถึงสุขภาพที่ดีที่สุด และขอบล่างคือ คะแนน 0 หมายถึงสุขภาพที่แย่ที่สุด นำส่วน VAS มาช่วยอภิปรายผลการศึกษา จากการมีสุขภาพที่ไม่สมบูรณ์ และ utility score มีความแตกต่างกันไปในแต่ละประเทศ ขึ้นอยู่กับทัศนคติที่มีต่อภาวะสุขภาพ

ชุดที่ 3 แบบประเมินคุณภาพการนอนหลับ (Verran-Snyder-Halpern Sleep Scale, VSH)¹⁷ แปลและดัดแปลงโดย พรสวรรค์ โรจนกิตติ¹⁸ 15 ข้อ ใช้มาตราประเมินเป็นเส้นตรงยาว 10 เซนติเมตร แต่ละด้านมีสิ่งที่สื่อถึงสิ่งที่ต้องการวัด โดยมีความหมายที่ตรงกันข้าม มีค่าอยู่ระหว่าง 0-150 คะแนน การแปลผลแบ่งเป็น 5 ระดับ ได้แก่ 0-30 คะแนน หมายถึง มีคุณภาพการนอนหลับที่ไม่ดีที่สุด 31-60 หมายถึง มีคุณภาพการนอนหลับที่ไม่ดี 61-90 หมายถึง มีคุณภาพการนอนหลับที่ปานกลาง 91-120 หมายถึง มีคุณภาพการนอนหลับที่ดี และ 121-150 หมายถึง มีคุณภาพการนอนหลับที่ดีที่สุด

ชุดที่ 4 แบบประเมินการรู้คิด (Thai Mental State Examination, TMSE) ของกลุ่มฟื้นฟูสมรรถภาพสมอง พัฒนาโดย นิพนธ์ พงวรินทร์¹⁹ คะแนนรวม 30 คะแนน มี 6 ด้าน ได้แก่ ด้านการรับรู้ ด้านการจดจำ ด้านความใส่ใจ ด้านการคำนวณ ด้านภาษา การระลึกได้ คะแนน ≤ 23 หมายถึง การรู้คิดผิดปกติ

คุณภาพของเครื่องมือวิจัย

แบบสอบถามทุกชุดได้รับอนุญาตจากผู้พัฒนาเครื่องมือวิจัย และผ่านการทดสอบความเชื่อมั่นโดยนำแบบประเมินคุณภาพการนอนหลับและแบบประเมินคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ ทดลองใช้กับผู้ป่วยหลังพ้นภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดที่มีคุณสมบัติเดียวกันกับกลุ่มตัวอย่าง 30 รายที่หอผู้ป่วยอายุรกรรมในโรงพยาบาลศูนย์แพทยศาสตรศึกษาไม่สังกัดมหาวิทยาลัย นำมาหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคได้เท่ากับ .90 และ .82 ตามลำดับ ส่วนแบบประเมินการรู้คิด ใช้วิธีการ Test Retest Reliability โดยนำไปทดสอบกับกลุ่มตัวอย่างเดิมสองครั้ง ระยะเวลาห่าง 1 อาทิตย์ เพื่อทดสอบความคงที่ของแบบวัด (stability) หาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์โดยใช้สูตรของเพียร์สัน (Pearson product moment correlation) ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .97 ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยไม่ได้ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (content validity) ของเครื่องมือ เนื่องจากเป็นเครื่องมือมาตรฐานที่นิยมใช้ในการวิจัยอย่างแพร่หลาย รวมทั้งมีความตรงเชิงเนื้อหาอยู่ในระดับดี

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

ในการวิจัยครั้งนี้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมของคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล ร่วมกับคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล (MU-MOU) เลขที่ CoA No. IRB-NS2022/671.0703 และคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของโรงพยาบาลศูนย์แพทยศาสตรศึกษาไม่สังกัด มหาวิทยาลัยแห่งหนึ่งในจังหวัดราชบุรี (รบ 0032.102.6.1/024) จึงเริ่มดำเนินการวิจัย โดยผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย ระยะเวลาในการดำเนินการวิจัย ก่อนให้กลุ่มตัวอย่างลงนามยินยอม และสมัครใจเข้าร่วมโครงการ

วิธีเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง ณ โรงพยาบาลศูนย์แพทย์ศาสตร์ศึกษาไม่สังกัด มหาวิทยาลัยแห่งหนึ่งในจังหวัดราชบุรี ซึ่งมีผู้ป่วยอายุรกรรม 4 ห้องผู้ป่วย ใช้เวลาตั้งแต่เดือนเมษายนถึงสิงหาคม พ.ศ. 2565 โดยนำหนังสือแนะนำตัวจากบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดลเสนอต่อผู้อำนวยการโรงพยาบาล เมื่อได้รับอนุญาตให้ทำการเก็บข้อมูลจึงเข้าไปแนะนำตัวชี้แจงรายละเอียดของการวิจัย และดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลจากการสัมภาษณ์และตอบแบบสอบถามตามลำดับขั้นตอนเก็บข้อมูลส่วนบุคคล ข้อมูลการเจ็บป่วยและการรักษาจากแฟ้มประวัติของผู้ป่วย พร้อมทั้งอธิบายรายละเอียดของโครงการวิจัย ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับจากการวิจัยความเสี่ยงของการวิจัย วิธีการรักษา ความลับของข้อมูล กลุ่มตัวอย่าง และสิทธิในการไม่เข้าร่วมการถอนตัวออกจากการวิจัย ตามเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมวิจัย โดยใช้เวลาประมาณ 30-45 นาทีจนได้กลุ่มตัวอย่างครบ 102 คน จึงยุติการเก็บรวบรวมข้อมูล และนำข้อมูลไปวิเคราะห์โดยวิธีทางสถิติ

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์ สำเร็จรูปทางสถิติ SPSS วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคล คะแนนคุณภาพการนอนหลับ ระดับฮีโมโกลบิน ระยะเวลาการนอนโรงพยาบาล การรู้คิดและคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ โดยใช้สถิติพรรณนาด้วยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าสูงสุด ค่าต่ำสุด ค่าเฉลี่ย ค่ามัธยฐาน และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน หาความสัมพันธ์โดยใช้สถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน สำหรับการหาอำนาจในการทำนายคุณภาพการนอนหลับ ระดับฮีโมโกลบิน ระยะเวลาการนอนโรงพยาบาล การรู้คิดต่อคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้รอดชีวิต จากการติดเชื้อในกระแสเลือด โดยใช้การวิเคราะห์ถดถอยแบบเส้นตรงพหุคูณ (multiple regression analysis) ใช้สถิติถดถอยพหุคูณ กำหนดระดับนัยสำคัญที่ .05 ผลการตรวจสอบข้อตกลงเบื้องต้นของการวิเคราะห์สถิติถดถอยพหุคูณพบว่า 1) ตัวแปรต้นกับตัวแปรตามมีความสัมพันธ์กันเชิงเส้นตรง 2) ความแปรปรวนของความคลาดเคลื่อนในการพยากรณ์

ของตัวแปรพยากรณ์ทุกตัวมีค่าคงที่และ 3) ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรต้นไม่มีปัญหาความสัมพันธ์พหุร่วมเชิงเส้น

ผลการวิจัย

1. ลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง พบว่ากลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 102 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงร้อยละ 54.9 อายุเฉลี่ย 63.23 ปี (SD = 18.28) สถานะภาพสมรสคู่ร้อยละ 45 ศาสนาพุทธร้อยละ 100 ไม่ได้ประกอบอาชีพร้อยละ 52.9 ศึกษาในระดับประถมศึกษาร้อยละ 52 จำนวนสมาชิกในครอบครัว 2-4 คนร้อยละ 65.6 โดยผู้ดูแลเป็นบุตรหลานร้อยละ 49 รายได้ครอบครัวเฉลี่ย 9,408.82 บาท (SD = 8,445.50) สิทธิประกันสุขภาพถ้วนหน้าร้อยละ 80.4 มีโรคประจำตัวร้อยละ 80.4 ซึ่งพบมากที่สุด 3 อันดับแรก ได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน และโรคไต ร้อยละ 50.9, 37.2 และ 21.6 ตามลำดับ ประวัติการเจ็บป่วยและการรักษา พบติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะ ร้อยละ 48 พบเชื้อ E.coli ร้อยละ 25.5 อัตราส่วนนิวโทรฟิลต่อลิมโฟไซต์ ค่าเฉลี่ย 12 เท่า ดัชนีบาร์ธเอดีแอล ส่วนมากไม่เป็นภาวะพึ่งพา ร้อยละ 50.9 ดัชนีมวลกายปกติ ร้อยละ 51 มีความเหนื่อยล้าระดับมาก ร้อยละ 69.6 ระดับอัลบูมินเฉลี่ย <3.5 g/dl ร้อยละ 57.8 และระดับแลคเตท >2.1 mmol/L ร้อยละ 57.8

2. ตัวแปรที่ศึกษา คุณภาพการนอนหลับค่าเฉลี่ย 68.68 (SD = 29.89) ระดับฮีโมโกลบินค่าเฉลี่ย 10.24 (SD = 2.89) ระยะเวลาการนอนโรงพยาบาลค่าเฉลี่ย 24.29 วัน (SD = 15.39) IQR = 24.75 การรู้คิดค่าเฉลี่ย 23.83 (SD = 5.27) มีคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ค่าเฉลี่ย .55 (SD = 0.39) และภาวะสุขภาพระดับปานกลาง ค่าเฉลี่ย 61.81 (SD = 18.85) รายละเอียดดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ค่าต่ำสุดสูงสุด ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของตัวแปรที่ศึกษา (N = 102)

ตัวแปร	ค่าต่ำสุด-สูงสุด	ค่าเฉลี่ย	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
1. คุณภาพการนอนหลับ	13-131	68.68	29.89
2. ระดับฮีโมโกลบิน	1.90-18.10	10.24	2.89
3. ระยะเวลาการนอนโรงพยาบาล	3-64	24.29	15.39
4. การรู้คิด	3-30	23.83	5.27
5. คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพโดยรวม	-1-1	.55	0.39
- มิติด้านการเคลื่อนไหว	0-0.30	.12	0.14
- ด้านการดูแลตนเอง	0-0.25	.09	0.11
- ด้านอาการเจ็บปวดหรืออาการไม่สบายตัว	0-0.68	.07	0.10
- ด้านการทำกิจกรรมที่ทำเป็นประจำ	0-0.21	.06	0.09
- ด้านความวิตกกังวล/ความซึมเศร้า	0-0.25	.03	0.05
6. ภาวะสุขภาพ	20-100	61.81	18.85

3. ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์พบว่า คุณภาพการนอนหลับ ระดับฮีโมโกลบินและการรู้คิด มีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้รอดชีวิตจากการติดเชื้อในกระแสเลือด ที่ระดับนัยสำคัญ .05 ($r = .67, p < .01, r = .13, p < .05, r = .59, p < .01$) ตามลำดับ ส่วนระยะเวลาการนอนโรงพยาบาลมีความสัมพันธ์ทางด้านลบกับคุณภาพชีวิต ด้านสุขภาพของผู้รอดชีวิตจากการติดเชื้อในกระแสเลือด ($r = -.14, p < .05$) ดังแสดงในตารางที่ 2

4. ผลการวิเคราะห์ด้วยสมการถดถอยพหุคูณ พบว่า ตัวแปรอิสระ คุณภาพการนอนหลับ ระดับฮีโมโกลบิน

ระยะเวลาการนอนโรงพยาบาล และการรู้คิดสามารถร่วมกันอธิบายความแปรปรวนของคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้รอดชีวิตหลังติดเชื้อในกระแสเลือด ได้ร้อยละ 50 ($\text{adjusted } R^2 = .50$) โดยพบว่าคุณภาพการนอนหลับและการรู้คิดสามารถทำนายคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้รอดชีวิตหลังติดเชื้อในกระแสเลือดได้ที่ระดับนัยสำคัญ .05 ($\beta = .49, p < .001, \beta = .31, p < .001$) ตามลำดับ ส่วนระดับฮีโมโกลบินและระยะเวลาการนอนโรงพยาบาลไม่สามารถทำนายคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพได้ ดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 2 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรที่ศึกษา (N = 102)

ตัวแปร	1	2	3	4	5
1. คุณภาพการนอนหลับ	1				
2. ระดับฮีโมโกลบิน	.18	1			
3. ระยะเวลาการนอนโรงพยาบาล	-.23*	-.04	1		
4. การรู้คิด	.55**	.11	-.03	1	
5. คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ	.67**	.13*	-.14*	.59**	1

* p value < .05, ** p value < .01

ตารางที่ 3 ผลการวิเคราะห์สัมประสิทธิ์ความถดถอยของสมการของตัวแปรแต่ละตัว ในการทำนายคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของกลุ่มตัวอย่าง (N = 102)

ตัวแปรทำนาย	B	SE	β	t	p-value	95%CI	
						Lower	Upper
ค่าคงที่	-.29	.13		-2.14	.035		
คุณภาพการนอนหลับ	.00	.00	.49	5.67	< .001	.004	.009
ระดับฮีโมโกลบิน	.00	.01	.01	.13	.890	-.018	.020
ระยะเวลาการนอนโรงพยาบาล	.00	.00	-.01	-.18	.851	-.004	.003
การรู้คิด	.02	.00	.31	3.70	< .001	.009	.031

R = .72, R² = .52, Adjusted R² = .50

การอภิปรายผล

ผลการศึกษาพบว่าผู้รอดชีวิตจากการติดเชื้อในกระแสเลือดมีคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพในระดับปานกลาง มีค่าเฉลี่ย 0.55 (SD = 0.39) สอดคล้องกับการศึกษาของ Nannan Panday และคณะ⁹ ที่ศึกษาคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้รอดชีวิตจากการติดเชื้อในกระแสเลือดเปรียบเทียบกับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพในประชากรทั่วไป 28 วันหลังจำหน่าย มีคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพลดลง โดยอาจเนื่องมาจากกลุ่มตัวอย่างนี้ส่วนใหญ่อายุมากกว่า 60 ปีขึ้นไป ทำให้ปัจจัยเสี่ยงหลายประการ เช่น มีความเสื่อมของร่างกายและภูมิคุ้มกันลดลง และมีโรคประจำตัวอยู่เดิม เป็นปัจจัยที่นำไปสู่อาการรุนแรงของโรค โดยผู้รอดชีวิตที่มีโรคร่วมมีคุณภาพชีวิตต่ำกว่าผู้ที่ไม่ได้โรคร่วม แต่ได้รับการรักษาอย่างรวดเร็วตั้งแต่แรกรับในโรงพยาบาล จึงทำให้ความรุนแรงของโรคลดลง พบการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะมากที่สุดร้อยละ 48 และส่วนใหญ่พบเชื้อ E. coli ร้อยละ 25.5 เมื่อผู้ป่วยได้รับยาปฏิชีวนะที่เหมาะสมและครอบคลุมเชื้อ มีการตอบสนองต่อการรักษาและหายขาด ทำให้ผู้ป่วยปลอดภัยและลดอัตราการเสียชีวิต จากภาวะช็อกจากการติดเชื้อ มีการตอบสนองต่อการรักษาและหายขาด ทำให้ผู้ป่วยปลอดภัยและลดอัตราการเสียชีวิตจากภาวะช็อกจากการติดเชื้อ ผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ

แรกรับของกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีระดับแลคเตทสูง >2.1mmol/L ร้อยละ 57.8 ระดับอัลบูมินต่ำ <3.5g/dl ร้อยละ 57.8 และฮีโมโกลบินต่ำร้อยละ 87.7 มีผลต่อระบบภูมิคุ้มกันและการตอบสนองต่อการติดเชื้อ ทำให้ความรุนแรงของการติดเชื้อในกระแสเลือดมากขึ้น มีอัตราส่วนนิวโตรฟิลต่อลิมโฟไซต์ค่าเฉลี่ย 12.03 เท่า (SD = 1.24) สัมพันธ์กับอัตราการเสียชีวิตในโรงพยาบาล ส่งผลต่อความอ่อนแอของกล้ามเนื้อ ก่อให้เกิดความเหนื่อยล้าระดับมากร้อยละ 69.6 และการรู้คิดผิดปรกติร้อยละ 61.8 ส่งผลให้มีปัญหาการเดินและการเคลื่อนไหว การทำกิจวัตรประจำวันได้ลดลง มีภาวะฟังกาโดยสมบูรณ์ร้อยละ 31.4 ส่งผลให้ระยะเวลาการนอนโรงพยาบาลนาน เนื่องจากพยาธิสรีรวิทยาของการติดเชื้อระยะการอักเสบรุนแรงใช้เวลานานหลายวัน และมีภูมิคุ้มกันต่ำลงเป็นเวลานาน ผู้รอดชีวิตยังฟื้นตัวได้ไม่เต็มที่และใช้เวลาในการฟื้นตัวนาน จึงมีผลทำให้ผู้รอดชีวิตกลุ่มนี้มีคุณภาพชีวิตที่ไม่ดีเท่าที่ควร แต่ภายหลังผู้ป่วยได้รับการรักษา ทำให้ความรุนแรงของโรคลดลง มีการส่งเสริมด้านโภชนาการ ได้รับสารน้ำและสารอาหารที่เพียงพอต่อร่างกาย ทำให้เกิดการฟื้นตัวของร่างกายดีขึ้น เมื่อระยะเวลาผ่านไปร่างกายมีการฟื้นหายจากภาวะเจ็บป่วย การสนับสนุนจากบุคลากรทางการแพทย์ ครอบครัว สังคม และสิ่งแวดล้อม ส่งผลให้ผู้รอดชีวิตมีคุณภาพดีขึ้นเรื่อยๆ

ปัจจัยที่ทำนายคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้รอดชีวิตหลังติดเชื้อในกระแสเลือดได้ ได้แก่ คุณภาพการนอนหลับและการรู้คิด

คุณภาพการนอนหลับ สามารถทำนายคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้รอดชีวิตหลังติดเชื้อในกระแสเลือดได้ ซึ่งอธิบายได้ว่าคุณภาพการนอนหลับเกี่ยวข้องโดยตรงกับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้รอดชีวิตหลังติดเชื้อในกระแสเลือด เนื่องจากพยาธิสภาพหลังติดเชื้อในกระแสเลือดมีการยับยั้งการหลั่งสารเมลาโทนิมากขึ้น ส่งผลให้คุณภาพการนอนหลับลดลง โดยกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีคุณภาพการนอนหลับที่ไม่ดีร้อยละ 35.3 พบปัญหาการนอนหลับไม่สนิท และหลับๆ ตื่นๆ ตลอดคืน อาจเนื่องมาจากแบบแผนความเป็นอยู่ที่เปลี่ยนแปลงไปเมื่อเจ็บป่วย การไม่คุ้นเคยกับสิ่งแวดล้อมในโรงพยาบาล ซึ่งคุณภาพการนอนหลับที่ไม่ดีมีความสัมพันธ์กับภาวะสุขภาพไม่แข็งแรง ภูมิคุ้มกันของร่างกายลดลงทำให้คุณภาพชีวิตลดลง ซึ่งกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ร้อยละ 79.4 เป็นวัยสูงอายุ และมีโรคประจำตัวร้อยละ 80.4 ทำให้แบบแผนการนอนหลับเปลี่ยนแปลงมีการรบกวนจากบริบทต่างๆ ในหอผู้ป่วย พบอาการนอนไม่หลับบ่อยครั้งและมีผลกระทบรุนแรง ส่งผลต่อความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันลดลง ทำให้คุณภาพชีวิตลดลงตามมา สอดคล้องกับการศึกษาของ Huang และคณะ⁷ รายงานว่าผู้รอดชีวิตจากการติดเชื้อจำนวนมากได้รับความทุกข์ทรมานจากปัญหาการนอนหลับ ส่งผลให้คุณภาพชีวิตไม่ดี เช่นเดียวกับการศึกษาของ McKinley และคณะ¹¹ พบว่าคุณภาพการนอนหลับมีความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพชีวิตในผู้รอดชีวิตหลังออกจาก ICU ระยะ 2 เดือน ($r = -.34$, $p = .001$) และ 6 เดือน ($r = -.45$, $p = .001$) ตามลำดับ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เกิดจากภาวะเจ็บป่วยวิกฤตที่เกิดขึ้นคุกคามต่อผู้ป่วยและสิ่งแวดล้อมขณะรักษาในโรงพยาบาล ผู้รอดชีวิตมีปัญหาในการนอนหลับทำให้ร่างกายไม่มีพลังในการทำกิจกรรมและดำรงชีวิต โดยคุณภาพการนอนหลับไม่ดีส่งผลให้คุณภาพชีวิตลดลง

การรู้คิด พบว่าสามารถทำนายคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้รอดชีวิตหลังติดเชื้อในกระแสเลือดได้ โดยผู้ป่วยมีอาการตั้งแต่อารมณ์สับสนเล็กน้อยไปจนถึงอาการโคม่า เพื่อทำให้สูญเสียการรับรู้ความจำ ซึ่งคงอยู่นานหลายเดือนหลังจากติดเชื้อ ทั้งนี้อาจเป็นเพราะกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นวัยผู้สูงอายุ เมื่อเกิดพยาธิสภาพที่สมองหลังการอักเสบติดเชื้อ ทำให้สูญเสียการรับรู้ ความจำ และมีการเปลี่ยนแปลงของอวัยวะและระบบต่างๆ ทำให้เกิดข้อจำกัดในการทำกิจกรรม ไม่สามารถทำหน้าที่ได้ปกติ มีภาวะพึ่งพาโดยสมบูรณ์ร้อยละ 31.4 ต้องรักษาในโรงพยาบาลนาน และหลังเจ็บป่วยมีคุณภาพการนอนหลับไม่ดี ส่งผลให้การรู้คิดลดลงและคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพไม่ดี สอดคล้องกับการศึกษาของ Fleischmann-Struzek และคณะ¹³ พบว่าผู้ป่วยที่รอดชีวิตมีความบกพร่องของสมรรถนะทางสมองร้อยละ 31.5 ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตลดลง การศึกษาของ Mostel และคณะ²⁰ พบว่าผู้รอดชีวิตจากภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดมีการรู้คิดลดลง ส่งผลกระทบในการดำรงชีวิตประจำวัน และคุณภาพชีวิตไม่ดี

ระดับฮีโมโกลบินและระยะเวลาการนอนโรงพยาบาล ไม่สามารถทำนายคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพได้ พบว่าระดับฮีโมโกลบินไม่สามารถทำนายคุณภาพชีวิตของผู้รอดชีวิตจากการติดเชื้อในกระแสเลือดได้ กลุ่มตัวอย่างมีระดับฮีโมโกลบินต่ำระดับปานกลาง ค่าเฉลี่ย 10.24 (SD = 2.89) โดยระดับฮีโมโกลบินต่ำมีผลต่อการเปลี่ยนแปลงทางด้านชีววิทยาของอวัยวะและระบบต่างๆ อาจเป็นเพราะสาเหตุของระดับฮีโมโกลบินต่ำขึ้นอยู่กับหลายปัจจัย เช่น จากภาวะเม็ดเลือดแดงแตกระหว่างติดเชื้อ หรือมีภาวะโลหิตจางเรื้อรังอยู่ก่อนจากโรคเบาหวานและโรคไตเรื้อรังมีผลต่อโรคโลหิตจาง²¹ โดยกลุ่มตัวอย่างมีโรคประจำตัวเป็นโรคเบาหวานร้อยละ 37.3 และโรคไตร้อยละ 21.6 หรือการเจ็บจากจากการรักษาให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ การสูญเสียเลือดจากการทำการหัตถการและการลดลงของปริมาณธาตุเหล็ก การผลิต erythropoietin ภาวะโภชนาการระหว่างรักษาในโรงพยาบาล เป็นต้น ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ ทำให้สมรรถภาพทางกาย ความแข็งแรง

ของกล้ามเนื้อลดลง ส่งผลต่อการดูแลตนเองและกิจวัตรประจำวันลดลง ต้องพึ่งพาผู้อื่น ทำให้คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้รอดชีวิตลดลง แตกต่างกับการศึกษาของ Wouters และคณะ¹⁴ พบว่าระดับฮิโมโกลบินต่ำมีความสัมพันธ์กับการรอดชีวิตโดยรวมที่แย่ลง และคุณภาพชีวิตที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพลดลงโดยเฉพาะผู้สูงอายุจากการเสื่อมตามวัยและโรคร่วมมากกว่าวัยอื่น เช่นเดียวกับระยะเวลาการนอนโรงพยาบาลเป็นปัจจัยที่ไม่สามารถทำนายคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ ทั้งนี้อาจเป็นเพราะกลุ่มตัวอย่างหลังรอดชีวิตจากการติดเชื้อในกระแสเลือดในระยะก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลส่วนใหญ่เป็นวัยสูงอายุ การฟื้นตัวช้ากว่าวัยอื่น เสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ได้ง่าย เช่น กล้ามเนื้ออ่อนแรง ข้อยึดติด เกิดภาวะสับสนเฉียบพลัน เป็นต้น ซึ่งภาวะแทรกซ้อนเหล่านี้ต้องการเวลาในการดูแลรักษา จึงมีแนวโน้มนอนโรงพยาบาลนานขึ้น แต่กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นวัยสูงอายุไม่มีการะที่ต้องดูแลสามารถเข้าถึงระบบการดูแลสุขภาพ ทำให้ได้รับการรักษาจนกระทั่งความรุนแรงของโรคลดลง และส่วนใหญ่มีการสนับสนุนทางสังคมโดยบุตรหลานดูแล แตกต่างกับการศึกษาของ Huang และคณะ⁷ พบว่าระยะเวลาการนอนโรงพยาบาลส่งผลเสียต่อคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ เพราะมีโรคร่วมอื่นที่ส่งผลทำให้คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพลดลง

สรุปและข้อเสนอแนะ

โดยสรุปผู้รอดชีวิตจากการติดเชื้อในกระแสเลือดมีคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ซึ่งปัจจัยที่ทำนายคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้รอดชีวิตหลังติดเชื้อในกระแสเลือดได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ คุณภาพการนอนหลับและการรู้คิด ดังนั้นบุคลากรทางการแพทย์ควรตระหนักถึงความสำคัญของการประเมินคุณภาพการนอนหลับและการรู้คิดของผู้ป่วยขณะที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล เพื่อวางแผนแก้ไข ปัญหาด้านสุขภาพอย่างเหมาะสมก่อนจำหน่ายกลับบ้าน และส่งเสริมฟื้นฟูให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

ด้านปฏิบัติพยาบาล

จากการศึกษาครั้งนี้พบว่า คุณภาพการนอนหลับและการรู้คิด เป็นตัวแปรที่สามารถทำนายคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้รอดชีวิตจากการติดเชื้อในกระแสเลือดได้ ดังนั้นพยาบาลควรมีการประเมินคุณภาพการนอนหลับและการรู้คิดของผู้ป่วยตั้งแต่แรกรับ ติดตามเฝ้าระวังต่อเนื่อง และส่งเสริมให้มีการจัดการปัจจัยรบกวนการนอนหลับและฟื้นฟูการรู้คิดที่เหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละราย มีการประสานความร่วมมือกับสหสาขาวิชาชีพอื่นๆ ในการร่วมบำบัดรักษา โดยมุ่งเน้นการฟื้นฟูสมรรถภาพทั้งร่างกายและจิตใจ ตั้งแต่ระยะพักรักษาตัว จนกระทั่งระยะติดตามรักษา ผู้รอดชีวิตก่อนจำหน่ายกลับบ้าน เพื่อให้ผู้รอดชีวิตมีการฟื้นตัวอย่างเร็วขึ้น และมีคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพที่ดี

ด้านการทำวิจัย

1. ควรมีการทำวิจัยในกลุ่มผู้รอดชีวิตจากการติดเชื้อในกระแสเลือด เปรียบเทียบคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพในระยะต่างๆ เพื่อให้เกิดความชัดเจนในการส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้รอดชีวิตหลังการติดเชื้อในกระแสเลือดตามบริบทในประเทศไทย

2. ควรมีการศึกษาเชิงลึกในลักษณะงานวิจัยเชิงคุณภาพ ในปัจจัยทำนายคุณภาพการนอนหลับและการรู้คิดต่อคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้รอดชีวิตจากการติดเชื้อในกระแสเลือด เพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตก่อนจำหน่ายจากโรงพยาบาลให้ดีขึ้น

3. ควรมีการศึกษาเพิ่มเติมจากตัวแปรอื่นๆ ที่ศึกษาในครั้งนี้ เช่น อัตราส่วนนิวโทรฟิลต่อลิมโฟไซต์ ดัชนีบาร์เรล เอทีแอล ดัชนีมวลกาย ระดับอัลบูมิน ระดับแลคเตท เป็นต้น เพื่อให้ได้ผลการวิจัยมาช่วยสนับสนุนและพัฒนาการสร้างโปรแกรมการส่งเสริมคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพในผู้รอดชีวิตจากการติดเชื้อในกระแสเลือดต่อไป

References

1. Evans L, Rhodes A, Alhazzani W, Antonelli M, Coopersmith CM, French C, et al. Surviving sepsis campaign: international guidelines for management of sepsis and septic shock 2021. *Intensive Care Med.* 2021;47(11):1181-247. doi: 10.1007/s00134-021-06506-y.
2. Rudd KE, Johnson SC, Agesa KM, Shackelford KA, Tsoi D, Kievlan DR, et al. Global, regional, and national sepsis incidence and mortality, 1990-2017: analysis for the global burden of disease study. *Lancet.* 2020;395(10219):200-11. doi: 10.1016/S0140-6736(19)32989-7.
3. Strategy and Planning Division, Department of Health, Ministry of Public Health. Public health statistics A.D. 2018 [Internet]. Nonthaburi: Department of Health, Ministry of Public Health; 2019. [cited 2020 Jan 5]. Available from: <https://www.dohdatacenter.anamai.moph.go.th>. (in Thai).
4. Shankar-Hari M, Harrison DA, Ferrando-Vivas P, Rubenfeld GD, Rowan K. Risk factors at index hospitalization associated with longer-term mortality in adult sepsis survivors. *JAMA Netw Open.* 2019;2(5):e194900. doi: 10.1001/jamanetworkopen.2019.4900.
5. Apitzsch S, Larsson L, Larsson AK, Linder A. The physical and mental impact of surviving sepsis a qualitative study of experiences and perceptions among a Swedish sample. *Arch Public Health.* 2021;79(1):66. doi: 10.1186/s13690-021-00585-5.
6. Singer M, Deutschman CS, Seymour CW, Shankar-Hari M, Annane D, Bauer M, et al. The third international consensus definitions for sepsis and septic shock (Sepsis-3). *JAMA.* 2016;315(8):801-10. doi: 10.1001/jama.2016.0287.
7. Huang CY, Daniels R, Lembo A, Hartog C, O'Brien J, Heymann T, et al. Life after sepsis: an international survey of survivors to understand the post-sepsis syndrome. *Int J Qual Health Care.* 2019;31(3):191-8. doi: 10.1093/intqhc/mzy137.
8. Royal Institute of Thailand. Dictionary A.D.1999. 4th ed. Bangkok: Aksorn; 2003. 1436 p. (in Thai).
9. Nannan Panday RS, Minderhoud TC, Chantalou DS, Alam N, Nanayakkara PWB. Health related quality of life in sepsis survivors from the prehospital antibiotics against sepsis (PHANTASI) trial. *PLoS ONE.* 2019;14(10):e0222450. doi: 10.1371/journal.pone.0222450.
10. Wilson IB, Cleary PD. Linking clinical variables with health-related quality of life. A conceptual model of patient outcomes. *JAMA.* 1995;273(1):59-65.
11. McKinley S, Fien M, Elliott R, Elliott D. Health-related quality of life and associated factors in intensive care unit survivors 6 months after discharge. *Am J Crit Care.* 2016;25(1):52-8. doi: 10.4037/ajcc2016995.
12. Alexopoulou C, Bolaki M, Akoumianaki E, Erimaki S, Kondili E, Mitsias P, et al. Sleep quality in survivors of critical illness. *Sleep Breath.* 2019;23(2):463-71. doi: 10.1007/s11325-018-1701-z.

13. Fleischmann-Struzek C, Rose N, Freytag A, Spoden M, Prescott HC, Schettler A, et al. Epidemiology and costs of postsepsis morbidity, nursing care dependency, and mortality in Germany, 2013 to 2017. *JAMA Netw Open*. 2021;4(11):e2134290. doi: 10.1001/jamanetworkopen.2021.34290.
14. Wouters HJCM, van der Klauw MM, de Witte T, Stauder R, Swinkels DW, Wolffenbuttel BHR, et al. Association of anemia with health-related quality of life and survival: a large population-based cohort study. *Haematologica*. 2019;104(3):468-76. doi: 10.3324/haematol.2018.195552.
15. Rabin R, de Charro F. EQ-5D: a measure of health status from the EuroQol Group. *Ann Med*. 2001; 33(5):337-43. doi: 10.3109/07853890109002087.
16. Pattanaphesaj J. Health-related quality of life measure (EQ-5D-5L): measurement property testing and its preference-based score in Thai population [dissertation]. Bangkok: Mahidol University; 2014. 180 p. (in Thai).
17. Snyder-Halpern R, Verran JA. Instrumentation to describe subjective sleep characteristics in healthy subjects. *Res Nurs Health*. 1987;10(3): 155-63. doi: 10.1002/nur.4770100307.
18. Rojjanakitti P. Relationships between personal factors, environmental factors and sleep quality in surgical patients after operation [master's thesis]. Bangkok: Chulalongkorn University; 2001. 123 p. (in Thai).
19. Pongvarin N. Loss of cognition in the elderly. *Siriraj Medical Journal*. 1993;2(46):139-49. (in Thai).
20. Mostel Z, Perl A, Marck M, Mehdi SF, Lowell B, Bathija S, et al. Post-sepsis syndrome - an evolving entity that afflicts survivors of sepsis. *Mol Med*. 2019;26(1):6. doi: 10.1186/s10020-019-0132-z.
21. Jung SM, Kim YJ, Ryoo SM, Kim WY. Relationship between low hemoglobin levels and mortality in patients with septic shock. *Acute Crit Care*. 2019;34(2):141-7. doi: 10.4266/acc.2019.00465.



Factors Influencing Antenatal Care Service Utilization among Migrant Women in Bangkok Metropolitan Area*

Pailin Thitichotrattana, RN, MNS¹, Rudee Pungbangkadee, RN, PhD¹, Ameporn Ratinthorn, RN, PhD¹

Abstract

Purpose: To investigate the factors that influence antenatal care services utilization among migrant women in the Bangkok metropolitan area.

Design: Predictive study design.

Methods: The sample was 180 Myanmar migrant women who gave birth at Bhumibol Adulyadej Hospital and Lerdsin Hospital during February - July 2022. The data were collected by using 6 questionnaires including personal and pregnancy data, knowledge about antenatal care, attitude toward antenatal care, social support, health service resources, and risk of pregnancy questionnaires. Data were analyzed by frequency, percentage, mean, standard deviation, chi-square test, and logistic regression analysis.

Main findings: The results revealed that the migrant women with good social support were 4.44 times more likely to receive adequate antenatal care services than those with moderate and low social support (AOR = 4.44; 95%CI = 1.25, 15.80; $p < .05$). The migrant women with social security scheme were 2.94 times more likely to receive adequate antenatal care services than uninsured ones (AOR = 2.94; 95%CI = 1.41, 6.13; $p < .05$). Significant difference was not found between the group with health insurance card and the uninsured group. Knowledge about antenatal care, attitude toward antenatal care, perceived convenience of visiting health service resources, and risk of pregnancy could not influence adequate antenatal care utilization.

Conclusion and recommendations: Only social support and health insurance factors significantly influence adequate antenatal care services utilization. Services should be promoted among migrant pregnant women by informing them about the benefits of having insurance for health. Social support should be assessed during prenatal care so that a necessary support from significant others to receive prenatal care as required would be planned and implemented.

Keywords: antenatal care, migrant, service utilization

Nursing Science Journal of Thailand. 2024;42(2):59-72

Corresponding Author: Assistant Professor Rudee Pungbangkadee, Faculty of Nursing, Mahidol University, Bangkok 10700, Thailand; e-mail: rudee.pun@mahidol.ac.th

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

¹ Faculty of Nursing, Mahidol University, Bangkok, Thailand

Received: 31 October 2023 / Revised: 5 February 2024 / Accepted: 6 February 2024



ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการรับบริการฝากครรภ์ ของสตรีแรงงานข้ามชาติในเขตกรุงเทพมหานคร*

ไพลิน จูติโชติรัตน, พย.ม.¹ ฤดี ปุ่บบางกะดี, พย.ด.¹ เอ็มพร รตินธร, PhD¹

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์: เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการรับบริการฝากครรภ์ของสตรีแรงงานข้ามชาติในกรุงเทพมหานคร

รูปแบบการวิจัย: รูปแบบการวิจัยเชิงทำนาย

วิธีดำเนินการวิจัย: เก็บข้อมูลในสตรีแรงงานข้ามชาติชาวเมียนมาที่มากลอดบุตรในโรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช และโรงพยาบาลเลิดสิน ในช่วงกุมภาพันธ์ - กรกฎาคม พ.ศ. 2565 จำนวน 180 คน เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม 6 ชุด คือ แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลเกี่ยวกับการตั้งครรภ์ แบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับการฝากครรภ์ แบบสอบถามทัศนคติต่อการฝากครรภ์ แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม แบบสอบถามแหล่งบริการทางสุขภาพ และแบบประเมิน ความเสี่ยงของการตั้งครรภ์ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน การทดสอบไคสแควร์ และการวิเคราะห์การถดถอยโลจิสติก

ผลการวิจัย: พบว่ากลุ่มที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมระดับดีมีโอกาสดังรับบริการฝากครรภ์ครบตามเกณฑ์ 4.44 เท่าของกลุ่มที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมระดับปานกลางและต่ำ (AOR = 4.44; 95%CI = 1.25, 15.80; $p < .05$) กลุ่มที่มีสิทธิประกันสังคมมีแนวโน้มที่จะมารับบริการฝากครรภ์ครบตามเกณฑ์มากกว่ากลุ่มที่ไม่มีสิทธิการรักษาเป็น 2.94 เท่า (AOR = 2.94; 95%CI = 1.41, 6.13; $p < .05$) ส่วนกลุ่มที่มีสิทธิการรักษาประกันสุขภาพมีการฝากครรภ์ครบตามเกณฑ์ ไม่แตกต่างจากกลุ่มที่ไม่มีสิทธิการรักษาพยาบาล ความรู้เกี่ยวกับการฝากครรภ์ ทัศนคติต่อการฝากครรภ์ การรับรู้ความสะดวกต่อการไปรับบริการในแหล่งบริการทางสุขภาพ และความเสี่ยงของการตั้งครรภ์ไม่มีอิทธิพลต่อการรับบริการฝากครรภ์ ($p > .05$)

สรุปและข้อเสนอแนะ: ปัจจัยการสนับสนุนทางสังคม และสิทธิการรักษาพยาบาลมีอิทธิพลต่อการรับบริการฝากครรภ์ครบตามเกณฑ์ จึงควรให้ข้อมูลเกี่ยวกับประโยชน์ในการมีสิทธิการรักษาพยาบาลอย่างใดอย่างหนึ่ง และควรประเมินระดับการสนับสนุนทางสังคมจากบุคคลใกล้ชิด เพื่อวางแผนและดำเนินการให้บุคคลใกล้ชิดได้มีส่วนร่วมสนับสนุนการฝากครรภ์ตามเกณฑ์

คำสำคัญ: การฝากครรภ์ แรงงานข้ามชาติ การรับบริการ

Nursing Science Journal of Thailand. 2024;42(2):59-72

ผู้ประสานงานการเผยแพร่: ผู้ช่วยศาสตราจารย์ฤดี ปุ่บบางกะดี, คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล บางกอกน้อย กรุงเทพฯ 10700, e-mail: rudee.pun@mahidol.ac.th

* วิทยานิพนธ์หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการผดุงครรภ์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

¹ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

วันที่รับบทความ: 31 ตุลาคม 2566 / วันที่แก้ไขบทความเสร็จ: 5 กุมภาพันธ์ 2567 / วันที่ตอบรับบทความ: 6 กุมภาพันธ์ 2567

ความสำคัญของปัญหา

ประเทศไทยเป็นสังคมสูงวัยและมีอัตราการเกิดน้อย ทำให้เกิดการขาดแคลนแรงงานภายในประเทศ จึงมีการนำเข้าแรงงานข้ามชาติมากขึ้น ในปี พ.ศ. 2564 มีจำนวนแรงงานข้ามชาติเฉลี่ย 2,380,767 คน ร้อยละ 23 ทำงานอยู่ในกรุงเทพมหานคร ส่วนใหญ่กว่าร้อยละ 62 เป็นแรงงานสัญชาติเมียนมา โดยเป็นแรงงานหญิงร้อยละ 44¹ ซึ่งมากกว่าร้อยละ 80 ของแรงงานข้ามชาติในประเทศไทยอยู่ในวัยเจริญพันธุ์ (อายุ 15-49 ปี)² โดยพบว่าการตั้งครรภ์เป็นภาวะสุขภาพอันดับต้นๆ ในกลุ่มประชากรแรงงานข้ามชาติ จากการศึกษาพบว่าสตรีแรงงานข้ามชาติเมียนมาที่อาศัยอยู่กับคู่ครอง มีการตั้งครรภ์ร้อยละ 24.7³ การศึกษาการบริการสุขภาพของแรงงานข้ามชาติในกรุงเทพมหานคร พบว่าร้อยละ 53 มีสัญชาติเมียนมา และพบว่าการตั้งครรภ์และการคลอด เป็นการมารับบริการของแรงงานข้ามชาติมากเป็นอันดับ 3 จาก 21 อันดับของการมารับบริการในกลุ่มโรคต่างๆ⁴ อีกทั้งปัญหาที่มักพบในสตรีตั้งครรภ์แรงงานข้ามชาติ คือ การฝากครรภ์ไม่เป็นไปตามมาตรฐานหรือไม่เพียงพอถึงร้อยละ 47⁵ ทำให้อาจเกิดปัญหาจากการคลอดและความเจ็บป่วยในทารกได้ ซึ่งเป็นการเพิ่มภาระค่าใช้จ่ายแก่โรงพยาบาลและรัฐบาลมากขึ้น โดยพบว่าความผิดปกติในทารกแรกเกิด จัดเป็นภาวะสุขภาพอันดับต้นๆ ที่พบในกลุ่มประชากรข้ามชาติสัญชาติเมียนมาลาว กัมพูชา โดยเฉพาะอย่างยิ่งกลุ่มแรงงานข้ามชาติที่เข้ามาผิดกฎหมายหรือไม่ถือเอกสารอนุญาตให้ทำงาน⁶

การฝากครรภ์ เป็นบริการพื้นฐานที่จำเป็นสำหรับการดูแลสุขภาพของมารดาและทารกให้มีสุขภาพแข็งแรงสมบูรณ์ ส่งเสริมสุขภาพ ให้ความรู้และคำแนะนำเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวขณะตั้งครรภ์ รวมทั้งมีการคัดกรองและวินิจฉัยโรค เพื่อป้องกันและลดโอกาสเสี่ยงหรือความรุนแรงของภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น ลดอัตราการเสียชีวิตของมารดาและทารกในระยะตั้งครรภ์และคลอด⁷ จากการทบทวนงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง พบว่าการฝากครรภ์ไม่ครบตามเกณฑ์ส่งผลกระทบต่อมารดา เช่น ภาวะโลหิตจาง⁸ ภาวะซึมเศร้าหลังคลอด⁹ เป็นต้น นอกจากผลกระทบต่อมารดาแล้วยังส่ง

ผลกระทบต่อทารกอีกด้วย เช่น การคลอดก่อนกำหนด¹⁰ ทารกน้ำหนักตัวน้อย¹¹ เป็นต้น ประเทศไทยได้มีการพัฒนาปรับเกณฑ์การฝากครรภ์คุณภาพอย่างต่อเนื่อง โดยเกณฑ์การฝากครรภ์คุณภาพในช่วงเวลาการตั้งครรภ์ของกลุ่มตัวอย่าง ใช้เกณฑ์การฝากครรภ์อย่างน้อย 5 ครั้ง ตามช่วงอายุครรภ์ที่กำหนด¹² ทั้งนี้การฝากครรภ์ไม่ครบตามเกณฑ์ ทำให้สตรีตั้งครรภ์ไม่ได้รับการตรวจคัดกรองความเสี่ยงและความผิดปกติ ไม่ได้รับความรู้ ยาบำรุง ส่งผลให้สตรีตั้งครรภ์มีพฤติกรรมสุขภาพในระยะตั้งครรภ์ที่ไม่เหมาะสม อาจมีภาวะแทรกซ้อนต่อสุขภาพของทั้งมารดาและทารกในครรภ์ได้

การฝากครรภ์เป็นพฤติกรรมการใช้บริการสุขภาพอย่างหนึ่ง ซึ่งจากโมเดลพฤติกรรมของการใช้บริการทางสุขภาพของ Andersen ได้กล่าวว่า พฤติกรรมมารับบริการสุขภาพของบุคคล ขึ้นอยู่กับคุณลักษณะด้านบริบท และคุณลักษณะส่วนบุคคล ได้แก่ ปัจจัยนำ (predisposing) ซึ่งเป็นปัจจัยพื้นฐานที่ก่อให้เกิดการแสดงพฤติกรรมสุขภาพของบุคคล ปัจจัยสนับสนุน (enabling) เป็นปัจจัยที่เอื้อหรือขัดขวางการแสดงพฤติกรรมสุขภาพนั้นๆ และปัจจัยความต้องการด้านสุขภาพ (need) เป็นปัจจัยที่แสดงถึงความจำเป็นในการเข้ารับบริการสุขภาพ ซึ่งเกิดจากทั้งการรับรู้ของตัวบุคคลเอง และการประเมินจากบุคลากรทางการแพทย์ด้วย¹³ ซึ่งการฝากครรภ์นั้นสัมพันธ์กับผลลัพธ์ของการตั้งครรภ์ทั้งสุขภาพของมารดาและทารกในครรภ์ จากการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องพบว่า การที่สตรีจะเข้ารับบริการฝากครรภ์ตามเกณฑ์หรือไม่นั้นมีปัจจัยที่เกี่ยวข้องอยู่หลายปัจจัย ปัจจัยนำ ได้แก่ ความรู้เกี่ยวกับการฝากครรภ์ ทักษะติดต่อการฝากครรภ์ ปัจจัยสนับสนุน ได้แก่ การสนับสนุนทางสังคม สิทธิการรักษาพยาบาล การรับรู้ความสะดวกต่อการไปรับบริการในแหล่งบริการทางสุขภาพ และปัจจัยความต้องการด้านสุขภาพ ได้แก่ ความเสี่ยงของการตั้งครรภ์ โดยมีรายละเอียดดังนี้ ความรู้เกี่ยวกับการฝากครรภ์ คือ การที่สตรีตั้งครรภ์ที่มีความรู้เกี่ยวกับการฝากครรภ์และเข้าใจความสำคัญของการเริ่มฝากครรภ์เร็ว และการมาฝากครรภ์ตามนัด เพื่อผลลัพธ์ที่ดีของการตั้งครรภ์

กล่าวคือสตรีที่มีความรู้เกี่ยวกับการฝากครรภ์สูงมีแนวโน้มที่จะฝากครรภ์ครบตามเกณฑ์มากกว่าผู้ที่มึระดับความรู้ที่ต่ำกว่า^{5,14} ทักษะคิดต่อการฝากครรภ์ คือ การที่สตรีตั้งครรภ์เชื่อว่าการฝากครรภ์เป็นวิธีที่สามารถส่งเสริมสุขภาพและป้องกันความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นขณะตั้งครรภ์ได้ เป็นสิ่งจูงใจให้สตรีตั้งครรภ์เข้ารับการฝากครรภ์และฝากครรภ์อย่างสม่ำเสมอ สตรีที่มีทัศนคติทางลบต่อการฝากครรภ์มีแนวโน้มที่จะมาฝากครรภ์ไม่สม่ำเสมอและมาฝากครรภ์ล่าช้ากว่าสตรีที่มีทัศนคติทางบวกต่อการฝากครรภ์ และยังพบว่าสตรีตั้งครรภ์ที่มีทัศนคติที่ดีต่อการฝากครรภ์มีแนวโน้มที่จะมาฝากครรภ์ครั้งแรกภายใน 12 สัปดาห์ สูงกว่าสตรีที่ไม่มีทัศนคติที่ดีต่อการฝากครรภ์ (AOR = 52.16; 95%CI = 10.24, 265.57; p < .001)¹⁴ การสนับสนุนทางสังคม กล่าวคือสตรีตั้งครรภ์ที่ได้รับการสนับสนุนจากบุคคลรอบข้างต่อการฝากครรภ์ รวมทั้งการสนับสนุนด้านอารมณ์ในรูปแบบการเอาใจใส่ ดูแล ให้ความรัก หรือการสนับสนุนด้านเครื่องอำนวยความสะดวก เช่น การพาไปฝากครรภ์ การช่วยเหลือทางการเงิน และการสนับสนุนในรูปแบบของคำแนะนำ ข้อเสนอแนะ การแก้ปัญหาเกี่ยวกับการฝากครรภ์ สตรีที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมมีโอกาสฝากครรภ์ครบตามเกณฑ์มากกว่าสตรีที่ไม่ได้รับการสนับสนุนทางสังคม หรือได้รับการสนับสนุนจากครอบครัวที่ต่ำกว่า¹⁴ สิทธิการรักษาพยาบาล การมีประกันสุขภาพเป็นปัจจัยที่จะเอื้ออำนวยหรือขัดขวางต่อการรับบริการสุขภาพ¹³ กล่าวคือผู้ที่ไม่มึสิทธิการรักษาพยาบาล หากเจ็บป่วยหรือตั้งครรภ์เมื่อเข้ารับบริการจะต้องเสียค่าใช้จ่ายเองทั้งหมด ซึ่งแตกต่างจากผู้ที่มีประกันสุขภาพหรือมึสิทธิการรักษาพยาบาลอย่างใดอย่างหนึ่ง ซึ่งผู้ที่มีประกันสุขภาพมีแนวโน้มที่จะฝากครรภ์ตามเกณฑ์มากกว่าสตรีที่ไม่มีประกันสุขภาพ^{5,15} การรับรู้ความสะดวกต่อการไปรับบริการในแหล่งบริการทางสุขภาพ การที่บุคคลรับรู้ความสะดวกต่อการไปรับบริการในแหล่งบริการทางสุขภาพ มีสถานพยาบาลหรือแหล่งบริการทางสุขภาพประจำ ลักษณะของสถานบริการนั้นๆ เวลาในการรอรับบริการ เวลาทำการของสถานบริการ รวมถึงการคมนาคม ระยะเวลาดำเนินการเดินทางที่เอื้อหรือเป็นอุปสรรคต่อการมารับบริการ

สุขภาพ¹⁶ พบว่าการไปใช้บริการในแหล่งบริการมีความสะดวกสบายในการมาฝากครรภ์ ก็จะสนับสนุนให้สตรีตั้งครรภ์เข้ารับการฝากครรภ์ครบตามเกณฑ์ ในทางตรงกันข้ามหากสตรีตั้งครรภ์รับรู้ถึงความสะดวกสบายต่อการเข้ารับบริการ อาจเป็นปัจจัยที่ทำให้ไม่มาฝากครรภ์ได้¹⁷⁻¹⁹ ความเสี่ยงของการตั้งครรภ์ โดยพบว่าการที่บุคคลมองสุขภาพของตนเอง หรือมีประสบการณ์ต่อการเจ็บป่วยและกังวลเกี่ยวกับสุขภาพของตนเอง ทำให้บุคคลเห็นถึงความสำคัญของปัญหาสุขภาพนั้นๆ และการประเมินสุขภาพจากบุคลากรทางการแพทย์ ทำให้บุคคลทราบถึงความจำเป็นต่อการรับบริการสุขภาพ¹³ พบว่าการที่สตรีมีประวัติความเสี่ยงของการตั้งครรภ์เป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการฝากครรภ์ครั้งแรกภายใน 12 สัปดาห์¹⁴ และสตรีตั้งครรภ์ที่มีประสบการณ์ในการเจ็บป่วยหรืออาการผิดปกติ เช่น มีประวัติเคยแท้งบุตรในครรภ์ก่อน มีแนวโน้มที่จะมาฝากครรภ์ตามเกณฑ์มากกว่าสตรีตั้งครรภ์ที่มีความเสี่ยงต่ำหรือประสบการณ์ในการตั้งครรภ์ที่ผ่านมาไม่มึอันตรายใดๆ^{17-18,20}

จะเห็นได้ว่าสตรีแรงงานข้ามชาติที่เข้ามาทำงานในประเทศไทยส่วนใหญ่อยู่ในกรุงเทพมหานคร และเป็นวัยเจริญพันธุ์ มีอัตราการตั้งครรภ์ที่สูง และปัญหาที่มักพบคือเมื่อสตรีแรงงานข้ามชาติตั้งครรภ์มักมาฝากครรภ์ไม่ครบตามเกณฑ์ อาจส่งผลให้เกิดปัญหาสุขภาพและภาวะแทรกซ้อนต่อมารดาและทารกในครรภ์ได้ ซึ่งส่งผลต่อการสืบเผ่าพันธุ์และการดูแลสุขภาพ รวมทั้งงบประมาณของโรงพยาบาลและรัฐบาลที่มากขึ้น ซึ่งจากการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องพบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการรับบริการฝากครรภ์ ได้แก่ ความรู้เกี่ยวกับการฝากครรภ์ ทักษะคิดต่อการฝากครรภ์ การสนับสนุนทางสังคม สิทธิการรักษาพยาบาล การรับรู้ความสะดวกต่อการไปรับบริการในแหล่งบริการทางสุขภาพ และความเสี่ยงของการตั้งครรภ์ ดังนั้นผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษาถึงลักษณะการรับบริการฝากครรภ์ของสตรีแรงงานข้ามชาติที่อยู่ในเขตกรุงเทพมหานคร และศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการรับบริการฝากครรภ์ตามเกณฑ์ของสตรีแรงงานข้ามชาติในเขตกรุงเทพมหานคร เพื่อนำผลการวิจัยครั้งนี้ไปใช้เป็นแนวทาง

ในการส่งเสริมสุขภาพพัฒนารูปแบบการให้บริการฝากครรภ์ และวางแผนระบบการบริการฝากครรภ์ที่เหมาะสมและสอดคล้องกับสตรีแรงงานข้ามชาติในกรุงเทพมหานครต่อไป

กรอบแนวคิดการวิจัย

กรอบแนวคิดของการศึกษา ได้แก่ แนวคิดพฤติกรรมของการใช้บริการทางสุขภาพ¹⁶ ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรม แนวคิดพฤติกรรมการใช้บริการสุขภาพประกอบด้วย 4 ส่วน ได้แก่ คุณลักษณะด้านบริบท (contextual characteristics) คุณลักษณะส่วนบุคคล (individual characteristics) พฤติกรรมสุขภาพ (health behaviors) และผลลัพธ์ (outcomes) โดยการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยศึกษาคุณลักษณะส่วนบุคคล ซึ่งเป็นปัจจัยที่นำไปสู่การแสดงพฤติกรรมสุขภาพ และการใช้บริการสุขภาพในระดับตัวบุคคลที่ส่งผลต่อพฤติกรรมสุขภาพ คือ การรับบริการฝากครรภ์ ซึ่งประกอบด้วย ปัจจัยนำ หมายถึง ปัจจัยที่เป็นพื้นฐานและก่อให้เกิดแรงจูงใจในการแสดงพฤติกรรมทางสุขภาพของบุคคล ซึ่งจะประกอบไปด้วย ลักษณะประชากร พันธุกรรม โครงสร้างทางสังคม และความเชื่อ ซึ่งรวมไปถึงความรู้ ทักษะ ค่านิยมเกี่ยวกับสุขภาพและบริการ ที่จะส่งผลต่อการรับรู้ ความจำเป็นในการใช้บริการสุขภาพของบุคคล โดยปัจจัยนำที่ทำให้สตรีตั้งครรภ์รับบริการฝากครรภ์ที่เป็นไปตามเกณฑ์นั้น ได้แก่ ความรู้เกี่ยวกับการฝากครรภ์ และทัศนคติต่อการฝากครรภ์ ปัจจัยสนับสนุน หมายถึง ปัจจัยที่เอื้ออำนวยหรือขัดขวางการรับบริการ¹³ ประกอบด้วย ความสามารถในการจ่ายค่าบริการ รวมถึงราคาของการดูแลสุขภาพผู้ป่วย โดยประเมินจากการมีประกันสุขภาพ นอกจากนี้การสนับสนุนที่ได้จากเครือข่ายทางสังคมของบุคคล ก็ถูกจำแนกไว้ในปัจจัยสนับสนุนส่วนบุคคล ส่วนองค์กรผู้ให้บริการด้านสุขภาพในระดับบุคคล หมายถึง การมีแหล่งหรือสถานบริการประจำ แพทย์ประจำตัว คลินิกชุมชน นอกจากนี้ยังรวมถึงระยะเวลาการเดินทางและเวลาในการรอรับบริการ พบว่าปัจจัยสนับสนุนที่ทำให้สตรีตั้งครรภ์รับบริการฝากครรภ์ที่เป็นไปตามเกณฑ์ ได้แก่ การสนับสนุนทางสังคม สิทธิการรักษาพยาบาล และการรับรู้ความสะดวกต่อการไปรับบริการในแหล่งบริการทางสุขภาพ

ปัจจัยความต้องการด้านสุขภาพ หมายถึง การที่สตรีตั้งครรภ์มองสุขภาพโดยทั่วไปของตนเอง รวมถึงประสบการณ์และอารมณ์ที่มีต่ออาการของการเจ็บป่วย ทำให้เกิดความกังวลเกี่ยวกับภาวะสุขภาพของตนเอง การรับรู้ความต้องการทางสุขภาพของสตรีตั้งครรภ์ได้จาก 2 ทาง คือ การรับรู้ของตนเองเกี่ยวกับความสำคัญและขนาดของปัญหาสุขภาพ นำไปสู่การตัดสินใจในการไปหรือไม่ไปพบแพทย์ และได้จากการประเมินภาวะสุขภาพจากบุคลากรทางการแพทย์ เป็นการรับทราบถึงความต้องการด้านสุขภาพโดยการตัดสินใจของบุคลากรทางการแพทย์และการตรวจวัดต่างๆ ที่เกี่ยวกับสถานะหรือความต้องการในการดูแลรักษาทางสุขภาพ ปัจจัยความต้องการด้านสุขภาพของสตรีตั้งครรภ์ที่ได้จากการรับรู้ความต้องการทางสุขภาพและการประเมินภาวะสุขภาพที่บอกถึงความจำเป็นต่อการรับบริการฝากครรภ์ ได้แก่ ความเสี่ยงของการตั้งครรภ์

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อศึกษาอิทธิพลของปัจจัยด้านความรู้เกี่ยวกับการฝากครรภ์ ทัศนคติต่อการฝากครรภ์ สิทธิการรักษาพยาบาล การสนับสนุนทางสังคม การรับรู้ความสะดวกต่อการไปรับบริการในแหล่งบริการทางสุขภาพ และความเสี่ยงของการตั้งครรภ์ต่อการรับบริการฝากครรภ์ของสตรีแรงงานข้ามชาติชาวเมียนมาในเขตกรุงเทพมหานคร

สมมติฐานการวิจัย

ความรู้เกี่ยวกับการฝากครรภ์ ทัศนคติต่อการฝากครรภ์ สิทธิการรักษาพยาบาล การสนับสนุนทางสังคม การรับรู้ความสะดวกต่อการไปรับบริการในแหล่งบริการทางสุขภาพ และความเสี่ยงของการตั้งครรภ์ มีอิทธิพลต่อการรับบริการฝากครรภ์ของสตรีแรงงานข้ามชาติชาวเมียนมาในเขตกรุงเทพมหานคร

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษารูปแบบเชิงทำนาย (predictive study design) เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการรับบริการฝากครรภ์ของสตรีแรงงานข้ามชาติชาวเมียนมาในเขตกรุงเทพมหานคร

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

การศึกษานี้ ศึกษาในสตรีแรงงานข้ามชาติชาวเมียนมา ที่มาคลอดบุตรในโรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช (ซึ่งเป็นโรงพยาบาลที่ไม่ขายบัตรประกันสุขภาพ) และโรงพยาบาลเลิดสิน (ซึ่งเป็นโรงพยาบาลที่ขายบัตรประกันสุขภาพ) ในช่วงเดือนกุมภาพันธ์ถึงเดือนกรกฎาคม พ.ศ. 2565 และทั้ง 2 แห่งมีขนาดใกล้เคียงกัน เลือกลุ่มตัวอย่างตามคุณสมบัติที่กำหนด ได้แก่ มารดาหลังคลอด อายุมากกว่าหรือเท่ากับ 18 ปี เป็นแรงงานข้ามชาติสัญชาติเมียนมา ที่เข้ามาอาศัยในประเทศไทยอย่างถูกกฎหมาย ไม่มีภาวะแทรกซ้อนรุนแรงหลังคลอด เช่น ชัก ตกเลือดหลังคลอด โรคทางจิตเวช เป็นต้น

คำนวณขนาดของกลุ่มตัวอย่างด้วยโปรแกรม G*Power กำหนดค่านัยสำคัญ (alpha) เท่ากับ .05 อำนาจการทดสอบ (power of test) เท่ากับ .80 จากการทบทวนวรรณกรรม และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง พบว่าการสนับสนุนทางสังคมเป็นปัจจัยที่สำคัญต่อการใช้บริการฝากครรภ์ของแรงงานข้ามชาติ โดยใช้ผลการวิจัยของ ลินน ซอ เหมียว, ศรียามน ตีรพัฒน์ และ เนตร หงษ์ไกรเลิศ⁵ ที่มีความใกล้เคียงกับงานวิจัยครั้งนี้ พบว่าสตรีชาวเมียนมาที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมในระดับสูงฝากครรภ์คุณภาพมากกว่าผู้ที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมต่ำ 3.81 เท่า (AOR = 3.81; 95%CI [2.00, 7.27]; $p < .001$) ผู้วิจัยจึงเลือกตัวแปรการสนับสนุนทางสังคมมาใช้ในการคำนวณ ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างจำนวน 180 คน ดังนั้น จึงศึกษาวิจัยจากโรงพยาบาลละ 90 คน

เครื่องมือการวิจัย

1. แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลเกี่ยวกับการตั้งครรภ์ ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้น มี 16 ข้อประกอบด้วย ข้อมูลส่วนบุคคลของมารดา ได้แก่ อายุ อาชีพ ระดับการศึกษา รายได้ สิทธิการรักษาพยาบาล และข้อมูลเกี่ยวกับการตั้งครรภ์ ได้แก่ ลำดับของการตั้งครรภ์ และคลอดบุตร การวางแผนในการตั้งครรภ์ อายุครรภ์เมื่อทราบว่าตั้งครรภ์ อายุครรภ์เมื่อมาฝากครรภ์ครั้งแรก สถานที่ฝากครรภ์ และประวัติการฝากครรภ์ ซึ่งเป็นตารางประเมินการมารับบริการฝากครรภ์ ในช่วงอายุต่างๆ ได้แก่ อายุครรภ์น้อยกว่าหรือเท่ากับ 12 สัปดาห์,

13 ถึง 19+6 สัปดาห์, 20 ถึง 25+6 สัปดาห์, 26 ถึง 31+6 สัปดาห์, 32 ถึง 40 สัปดาห์ ซึ่งประเมินเป็นการฝากครรภ์ครบตามเกณฑ์ หมายถึง การมารับบริการฝากครรภ์ทุกช่วงอายุครรภ์ที่กำหนด เบื้องต้น และฝากครรภ์ไม่ครบตามเกณฑ์ หมายถึง การมารับบริการฝากครรภ์ไม่ครบตามทุกช่วงอายุครรภ์ที่กำหนด รวมถึงไม่มาฝากครรภ์ โดยผู้วิจัยเป็นผู้เก็บข้อมูลจากเอกสารฝากครรภ์

2. แบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับการฝากครรภ์ ซึ่งผู้วิจัยดัดแปลงมาจากแบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับการฝากครรภ์ของ เรณู ศรีสุข, วรณิ เดียววิเศษ และวิไลพรรณ สวัสดิ์พาณิชย์¹⁴ สอบถามเกี่ยวกับอายุครรภ์และการมาฝากครรภ์ที่เหมาะสม และความสำคัญของการฝากครรภ์ จำนวนครั้งในการฝากครรภ์ที่เหมาะสม มี 10 ข้อ ลักษณะข้อคำถามแบบเลือกตอบถูกผิด แปลความหมายของคะแนนเป็น 3 ระดับ คือ 0-5, 6-8 และ 9-10 คะแนน หมายถึง สตรีแรงงานข้ามชาติมีความรู้เกี่ยวกับการฝากครรภ์ในระดับต่ำ ปานกลาง และสูง ตามลำดับ การศึกษานี้พบค่าความตรงตามเนื้อหา 0.70 ค่าความเชื่อมั่น KR-20 เท่ากับ 0.72

3. แบบสอบถามทัศนคติต่อการฝากครรภ์ ซึ่งผู้วิจัยดัดแปลงมาจากแบบสอบถามทัศนคติต่อการฝากครรภ์ของ เรณู ศรีสุข, วรณิ เดียววิเศษ และวิไลพรรณ สวัสดิ์พาณิชย์¹⁴ สอบถามความคิดเห็น ความเข้าใจเกี่ยวกับการฝากครรภ์ รวมถึงความรู้สึกเมื่อมาฝากครรภ์ มี 7 ข้อ ลักษณะคำถามเป็นมาตราวัดลิเคอร์ท 5 ระดับ แปลความหมายของคะแนนเป็น 3 ระดับ คือ 7-16, 17-25 และ 26-35 คะแนน หมายถึง สตรีแรงงานข้ามชาติมีทัศนคติต่อการฝากครรภ์ที่ดีในระดับต่ำ ปานกลาง และดี ตามลำดับ การศึกษานี้พบค่าความตรงตามเนื้อหา 1.0 ค่าความเชื่อมั่นสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ 0.83

4. แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม ซึ่งผู้วิจัยดัดแปลงมาจากแบบสอบถามการสนับสนุนของครอบครัวต่อการฝากครรภ์ของ เรณู ศรีสุข, วรณิ เดียววิเศษ และวิไลพรรณ สวัสดิ์พาณิชย์¹⁴ สอบถามเกี่ยวกับการได้รับการให้ความช่วยเหลือ ดูแล ให้กำลังใจ ในขณะที่ตั้งครรภ์จากบุคคลรอบข้างของสตรีตั้งครรภ์

เกี่ยวกับการฝากครรภ์ มี 12 ข้อ ลักษณะคำถามเป็นมาตราวัดลิเคิร์ต 5 ระดับ แปลความหมายของคะแนนเป็น 3 ระดับ คือ 12-28, 29-44 และ 45-60 คะแนน หมายถึง สตรีแรงงานข้ามชาติได้รับการสนับสนุนทางสังคมในระดับต่ำ ปานกลาง และดี ตามลำดับ การศึกษาครั้งนี้พบค่าความตรงตามเนื้อหา 1.0 ค่าความเชื่อมั่นสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ 0.81

5. แบบสอบถามแหล่งบริการทางสุขภาพ ซึ่งผู้วิจัยดัดแปลงมาจากแบบสอบถามปัจจัยเอื้อของ นนทรี สัจจาธรรม²¹ สอบถามเกี่ยวกับการรับรู้ความสะดวกต่อการไปรับบริการในแหล่งบริการทางสุขภาพ การที่บุคคลมีสถานพยาบาลหรือแหล่งบริการทางสุขภาพที่สามารถเข้าถึงได้ การคมนาคม ระยะทางและเวลาการเดินทาง เวลาในการรอรับบริการรวมถึงขั้นตอนการบริการ เวลาเปิดทำการของสถานบริการ การให้บริการของเจ้าหน้าที่ สิ่งอำนวยความสะดวกเมื่อรับบริการ รวมถึงความเหมาะสมของค่าบริการ มี 13 ข้อ ลักษณะคำถามเป็นมาตราวัดลิเคิร์ต 3 ระดับ แปลความหมายของคะแนนเป็น 3 ระดับ คือ 13-21, 22-30 และ 31-39 คะแนน หมายถึง การรับรู้ความสะดวกต่อการไปรับบริการในแหล่งบริการทางสุขภาพมีระดับต่ำ ปานกลาง และสูง ตามลำดับ การศึกษาครั้งนี้พบค่าความตรงตามเนื้อหา 1.0 ค่าความเชื่อมั่นสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ 0.75

6. แบบประเมินความเสี่ยงของการตั้งครรภ์ ซึ่งผู้วิจัยดัดแปลงมาจากแบบสอบถามปัจจัยความต้องการของ ลินน ซอ เหมียว, คริยามน ตีรพัฒน์ และเนตร หงษ์ไกรเลิศ⁵ ที่สร้างขึ้นภายใต้กรอบแนวคิดโมเดลพฤติกรรมของการใช้บริการทางสุขภาพของ Andersen ซึ่งมีเนื้อหาเกี่ยวกับความเสี่ยงหรือภาวะแทรกซ้อนขณะตั้งครรภ์ปัจจุบันและการตั้งครรภ์ครั้งก่อน รวมทั้งประวัติการเจ็บป่วยด้วยโรคทางอายุรกรรมที่อาจเกิดอันตรายต่อสตรีตั้งครรภ์และทารกในครรภ์ ประกอบด้วยคำถาม 2 ข้อ แปลความหมายเป็น ไม่มีความเสี่ยงของการตั้งครรภ์ เมื่อตอบว่า “ไม่มี” ทุกข้อ และมีความเสี่ยงของการตั้งครรภ์ เมื่อตอบว่า “มี” อย่างน้อย 1 ข้อ การศึกษาครั้งนี้พบค่าความตรงตามเนื้อหา 1.0

เครื่องมือวิจัยของการศึกษานี้ได้รับการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา และความเหมาะสมของภาษาที่ใช้จากผู้ทรงคุณวุฒิ ซึ่งเป็นอาจารย์พยาบาลที่มีความเชี่ยวชาญด้านการดูแลและศึกษาวิจัยเกี่ยวกับสตรีตั้งครรภ์แรงงานข้ามชาติจำนวน 3 ท่าน และหาความเชื่อมั่นกับสตรีแรงงานข้ามชาติที่มีลักษณะคล้ายคลึงกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คน

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยนี้ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล COA No.IRB-NS2021/648.2312 โรงพยาบาลเลิดสิน เลขที่หนังสือ 025 และโรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช รหัสโครงการ IRB No. 8/65 ผู้วิจัยชี้แจงข้อมูลเกี่ยวกับงานวิจัย สิทธิของกลุ่มตัวอย่างในการตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมวิจัย ตลอดจนการขอถอนตัวออกจากงานวิจัยโดยไม่ต้องอธิบายเหตุผล ซึ่งจะไม่ส่งผลต่อการรับบริการด้านสุขภาพที่พึงได้รับจากโรงพยาบาล ข้อมูลที่ได้จากการศึกษาจะเก็บเป็นความลับ และนำข้อมูลไปอภิปรายหรือเผยแพร่ในลักษณะภาพรวมของการวิจัยเท่านั้น

วิธีเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยนำหนังสือแนะนำตัวจากบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล เสนอต่อผู้อำนวยการเพื่อขออนุญาตในการเก็บข้อมูลวิจัยทั้ง 2 โรงพยาบาล เมื่อได้รับอนุญาตแล้ว ผู้วิจัยเข้าพบพยาบาลประจำการในหน่วยหลังคลอดของทั้ง 2 โรงพยาบาล เพื่อแนะนำตัวและชี้แจงรายละเอียดเกี่ยวกับการวิจัย จากนั้นผู้วิจัยจะเข้าพบกลุ่มตัวอย่างที่อยู่ในเกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง แนะนำตัวอธิบายเกี่ยวกับโครงการวิจัย วัตถุประสงค์ ประโยชน์ของการวิจัย และสิทธิของผู้เข้าร่วมวิจัย และขอความร่วมมือกับกลุ่มตัวอย่าง เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินดีเข้าร่วมวิจัยแล้ว ลงนามยินยอมและดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล กรณีที่กลุ่มตัวอย่างไม่สามารถสื่อสารภาษาไทยได้ ผู้วิจัยจะเป็นคนเชิญชวนโดยให้ล่าม ซึ่งเป็นล่ามรับจ้าง ญาติ หรือเพื่อนเป็นผู้แปล และอ่านตามเอกสารชี้แจงเข้าร่วมการวิจัยฉบับภาษาเมียนมา หนังสือแสดงเจตนาเข้าร่วมโครงการวิจัยฉบับภาษาเมียนมา เพื่อขอความยินยอมในการเข้าร่วมวิจัย และอ่านตามแบบสอบถามฉบับภาษาเมียนมาในการเก็บข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป SPSS statistic version 18 กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ .05

1. วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลเกี่ยวกับการตั้งครรภ์โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. วิเคราะห์ข้อมูลการรับบริการฝากครรภ์ (ครบ/ไม่ครบตามเกณฑ์) สิทธิการรักษาพยาบาล (ไม่มีสิทธิการรักษา/สิทธิประกันสังคม/สิทธิประกันสุขภาพ) และความเสี่ยงของการตั้งครรภ์ (เสี่ยง/ไม่เสี่ยง) ความรู้เกี่ยวกับการฝากครรภ์ ทักษะคิดต่อการฝากครรภ์ การสนับสนุนทางสังคม การรับรู้ความสะดวกต่อการไปรับบริการในแหล่งบริการทางสุขภาพ โดยใช้สถิติพรรณนา

3. วิเคราะห์ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการฝากครรภ์ของสตรีแรงงานข้ามชาติ โดยการใช้สถิติไคร้สแควร์ (chi-square) ทดสอบหาความสัมพันธ์ของตัวแปรปัจจัยด้านความรู้เกี่ยวกับการฝากครรภ์ ทักษะคิดต่อการฝากครรภ์ สิทธิการรักษาพยาบาล การสนับสนุนทางสังคม การรับรู้ความสะดวกต่อการไปรับบริการในแหล่งบริการทางสุขภาพ และความเสี่ยงของการตั้งครรภ์ ต่อการรับบริการฝากครรภ์ของสตรีแรงงานข้ามชาติ โดยบางตัวแปรอาจมีการจัดกลุ่มข้อมูลใหม่ เพื่อให้เหมาะสมแก่การวิเคราะห์ทางสถิติ หลังจากนั้นนำตัวแปรที่มีความสัมพันธ์มาวิเคราะห์การถดถอยโลจิสติก (logistic regression)

ผลการวิจัย

ข้อมูลส่วนบุคคล ข้อมูลเกี่ยวกับการตั้งครรภ์และการฝากครรภ์ของกลุ่มตัวอย่าง พบว่ามีอายุระหว่าง 18-43 ปี เฉลี่ย 29.26 ปี (SD = 5.38) ร้อยละ 80.6 มีอายุอยู่ในช่วง 20-34 ปี ส่วนใหญ่ได้เรียนหนังสือร้อยละ 78.3 การประกอบอาชีพเป็นพนักงานโรงงาน ร้อยละ 36.7 งานรับใช้ในบ้านหรือพี่เลี้ยงเด็กร้อยละ 18.9 ค้าขายหรือทำธุรกิจร้อยละ 17.8 การมีรายได้เพียงพอร้อยละ 82.2 โดยมีรายได้เฉลี่ย 18,107.78 บาทต่อเดือน (SD = 7,294.86) ส่วนใหญ่เป็นการตั้งครรภ์และคลอดบุตรครั้งแรก ร้อยละ 42.2 และ 48.3 ตามลำดับ โดยสตรีมีการวางแผนต่อการตั้งครรภ์ครั้งนี้ถึงร้อยละ 70.6 และทราบว่าตนเองตั้งครรภ์ตั้งแต่ไตรมาสแรกร้อยละ 76.7 สตรีตั้งครรภ์ส่วนใหญ่ไม่มีประวัติความเสี่ยงในการตั้งครรภ์ครั้งนี้ ร้อยละ 66.7 สตรีมาฝากครรภ์เมื่ออายุครรภ์มากกว่า 12 สัปดาห์ ร้อยละ 57.8 ฝากครรภ์ที่คลินิก ร้อยละ 44.4 และมีสตรีตั้งครรภ์กลุ่มตัวอย่างที่มารับบริการฝากครรภ์ครบตามเกณฑ์ ร้อยละ 36.7 (หรือจำนวน 66 คน) และไม่ครบตามเกณฑ์ ร้อยละ 63.3 (หรือจำนวน 114 คน)

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการมารับบริการฝากครรภ์ของสตรีแรงงานข้ามชาติ ได้แก่ การสนับสนุนทางสังคม ($\chi^2 = 8.93$, $p = .003$) สิทธิการรักษาพยาบาล ($\chi^2 = 12.18$, $p = .002$) และความเสี่ยงของการตั้งครรภ์ ($\chi^2 = 3.87$, $p = .049$) ด้านความรู้เกี่ยวกับการฝากครรภ์ ทักษะคิดต่อการฝากครรภ์ และการรับรู้ความสะดวกต่อการไปรับบริการในแหล่งบริการทางสุขภาพ ไม่มีความสัมพันธ์กับการมารับบริการฝากครรภ์ของสตรีแรงงานข้ามชาติ ($p > .05$)

ตารางที่ 1 ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้เกี่ยวกับการฝากครรภ์ ทักษะคิดต่อการฝากครรภ์ การสนับสนุนทางสังคม สิทธิการรักษาพยาบาล การรับรู้ความสะอาดต่อการไปรับบริการในแหล่งบริการทางสุขภาพ และความเสี่ยงของการตั้งครรภ์ กับการมารับบริการฝากครรภ์ของสตรีแรงงานข้ามชาติ (N = 180)

ตัวแปร	การรับบริการฝากครรภ์			χ^2	p-value
	ครบตามเกณฑ์	ไม่ครบตามเกณฑ์	รวม		
	(n = 66) n (%)	(n = 114) n (%)	n (%)		
ความรู้เกี่ยวกับการฝากครรภ์				4.32	.115
ระดับต่ำ-ปานกลาง	31 (47.0)	60 (52.6)	91 (50.6)		
ระดับสูง	35 (53.0)	54 (47.4)	89 (49.4)		
รวม	66 (100.0)	114 (100.0)	180 (100.0)		
ทักษะคิดต่อการฝากครรภ์				2.17	.337
ระดับต่ำ-ปานกลาง	15 (22.7)	33 (28.9)	48 (26.7)		
ระดับดี	51 (77.3)	81 (71.1)	132 (73.3)		
รวม	66 (100.0)	114 (100.0)	180 (100.0)		
การสนับสนุนทางสังคม				8.93	.003
ระดับต่ำ-ปานกลาง	3 (4.5)	24 (21.1)	27 (15.0)		
ระดับดี	63 (95.5)	90 (78.9)	153 (85.0)		
รวม	66 (100.0)	114 (100.0)	180 (100.0)		
สิทธิการรักษาพยาบาล				12.18	.002
ไม่มีสิทธิการรักษา	20 (30.3)	63 (55.3)	83 (46.1)		
สิทธิประกันสังคม	31 (47.0)	28 (24.5)	59 (32.8)		
สิทธิประกันสุขภาพ	15 (22.7)	23 (20.2)	38 (21.1)		
รวม	66 (100.0)	114 (100.0)	180 (100.0)		
การรับรู้ความสะอาดต่อการไปรับบริการในแหล่งบริการทางสุขภาพ				1.78	.41
ระดับต่ำ-ปานกลาง	10 (15.2)	19 (16.7)	29 (16.1)		
ระดับสูง	56 (84.8)	95 (83.3)	151 (83.9)		
รวม	66 (100.0)	114 (100.0)	180 (100.0)		
ความเสี่ยงของการตั้งครรภ์				3.87	.049
ไม่มีความเสี่ยงของการตั้งครรภ์	38 (57.6)	82 (71.9)	120 (66.6)		
มีความเสี่ยงของการตั้งครรภ์	28 (42.4)	32 (28.1)	60 (33.3)		
รวม	66 (100.0)	114 (100.0)	180 (100.0)		

การสนับสนุนทางสังคม สิทธิการรักษาพยาบาล และความเสี่ยงของการตั้งครรภ์สามารถร่วมทำนาย การมารับบริการฝากครรภ์ได้ร้อยละ 16 อย่างมีนัยสำคัญ ทางสถิติที่ระดับ .05 (Nagelkerke $R^2 = .16$, $p < .05$) และสามารถทำนายการมารับบริการฝากครรภ์ได้ถูกต้อง ร้อยละ 64.4 (overall percentage = 64.4) โดยมีเพียง การสนับสนุนทางสังคม และสิทธิการรักษาพยาบาลที่ สามารถทำนายการมารับบริการฝากครรภ์ได้อย่างมีนัยสำคัญ ทางสถิติที่ระดับ .05 พบว่าสตรีตั้งครรภ์ที่ได้รับการ สนับสนุนทางสังคมระดับดีมีโอกาที่จะมารับบริการ

ฝากครรภ์ตามเกณฑ์ 4.44 เท่าของสตรีตั้งครรภ์ที่ได้รับการ สนับสนุนทางสังคมระดับต่ำ-ปานกลางที่ระดับ นัยสำคัญ .05 (AOR = 4.44, 95%CI [1.25, 15.80], $p < .05$) สตรีแรงงานข้ามชาติที่มีสิทธิประกันสังคมมี แนวโน้มที่จะมารับบริการฝากครรภ์ตามเกณฑ์มากกว่า สตรีแรงงานข้ามชาติที่ไม่มีสิทธิการรักษาเป็น 2.94 เท่า ที่ระดับนัยสำคัญ .05 (AOR = 2.94, 95%CI [1.41, 6.13], $p < .05$) ในขณะที่สตรีแรงงานข้ามชาติที่มีสิทธิการรักษา ประกันสุขภาพมารับบริการฝากครรภ์ครบตามเกณฑ์ไม่ แตกต่างจากกลุ่มที่ไม่มีสิทธิการรักษา

ตารางที่ 2 ค่าสัมประสิทธิ์การถดถอยโลจิสติกของการสนับสนุนทางสังคม สิทธิการรักษาพยาบาล และความเสี่ยงของการตั้งครรภ์ ต่อการมารับบริการฝากครรภ์ของสตรีแรงงานข้ามชาติ (N = 180)

ตัวแปร	B	SE	Wald	df	p-value	AOR	95%CI
การสนับสนุนทางสังคม							
ระดับดี	1.49	.65	5.29	1	.021	4.44	1.25, 15.80
ระดับต่ำ-ปานกลาง (เกณฑ์เปรียบเทียบ)							
สิทธิการรักษาพยาบาล							
สิทธิประกันสังคม	1.08	.38	8.21	1	.004	2.94	1.41, 6.13
สิทธิประกันสุขภาพ	.69	.43	2.52	1	.112	1.99	.85, 4.64
ไม่มีสิทธิการรักษา (เกณฑ์เปรียบเทียบ)							
มีความเสี่ยงของการตั้งครรภ์	.52	.34	2.31	1	.129	1.68	.86, 3.30
ไม่มีความเสี่ยงของการตั้งครรภ์ (เกณฑ์เปรียบเทียบ)							
ค่าคงที่ (constant)	-2.59	.66	15.54	1	< .001	.075	

Cox & Snell $R^2 = .12$, Nagelkerke $R^2 = .16$, Predictive correct = 64.4%, Hosmer and Lemeshow test; $\chi^2 = 3.36$, df = 6, p-value = .763

การอภิปรายผล

ผลการศึกษา พบว่าปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการมารับ บริการฝากครรภ์ของสตรีแรงงานข้ามชาติในเขต กรุงเทพมหานคร ได้แก่ การสนับสนุนทางสังคม และสิทธิ การรักษาพยาบาล ($p < .05$)

การสนับสนุนทางสังคม พบว่ากลุ่มตัวอย่างได้รับ การช่วยเหลือสนับสนุนจากสามี นายจ้าง และเพื่อนร่วมงาน โดยพบว่ากลุ่มที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมระดับดี มีโอกาสที่จะ รับบริการฝากครรภ์ครบตามเกณฑ์ 4.44 เท่าของกลุ่มที่ได้รับการ สนับสนุนทางสังคมระดับต่ำ-ปานกลาง ทั้งนี้สามารถอธิบายได้ว่า

การได้รับการสนับสนุนจากบุคคลรอบข้างทั้งด้านอารมณ์ ด้านการอำนวยความสะดวก ด้านข่าวสารหรือการสนับสนุน ในรูปแบบของคำแนะนำ และด้านการประเมิน²² เป็นปัจจัยสนับสนุนการรับบริการทางสุขภาพ¹³ การที่สตรีตั้งครรภ์ได้รับการสนับสนุนทางสังคมอย่างดีก็จะสามารถเป็นปัจจัยที่เอื้อต่อการมีพฤติกรรมสุขภาพที่ดีในระหว่างตั้งครรภ์และการมาฝากครรภ์ครบตามเกณฑ์ ในทางตรงกันข้ามหากสตรีตั้งครรภ์ได้รับการสนับสนุนทางสังคมในระดับที่ต่ำ หรือไม่ได้รับการสนับสนุนทางสังคม ก็จะเป็นอุปสรรคต่อการมารับบริการฝากครรภ์ สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาที่พบว่า สตรีแรงงานข้ามชาติชาวเมียนมาที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมในระดับสูง จะมีการฝากครรภ์ครบตามเกณฑ์มากกว่าผู้ที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมต่ำ 3.81 เท่า (AOR = 3.81; 95%CI = 2.00, 7.27; p < .001)⁵

สิทธิการรักษาพยาบาล พบว่าสตรีแรงงานข้ามชาติที่มีสิทธิประกันสังคมมารับบริการฝากครรภ์ครบตามเกณฑ์มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 47 ขณะที่สตรีที่มีสิทธิประกันสุขภาพมารับบริการฝากครรภ์ครบตามเกณฑ์ร้อยละ 22.7 และสตรีที่ไม่มีสิทธิการรักษาพยาบาลใดๆ มาฝากครรภ์ครบตามเกณฑ์ร้อยละ 30.3 โดยกลุ่มที่มีสิทธิประกันสังคมมีแนวโน้มที่จะมารับบริการฝากครรภ์ครบตามเกณฑ์มากกว่ากลุ่มที่ไม่มีสิทธิการรักษาถึง 2.94 เท่า ทั้งนี้สามารถอธิบายได้ว่าการมีสิทธิการรักษาพยาบาลอย่างใดอย่างหนึ่งบ่งบอกถึงความสามารถในการจ่ายค่าบริการทางสุขภาพ เป็นปัจจัยที่จะเอื้ออำนวยต่อการมาการรับบริการสุขภาพ¹³ นอกจากนี้สิทธิประกันสังคม ยังมีนโยบายที่สามารถเลือกใช้บริการในแหล่งบริการสุขภาพได้มากกว่าผู้ที่ไม่มีสิทธิประกันสุขภาพ จึงเป็นการเพิ่มโอกาสในการมาฝากครรภ์ได้มากกว่าผู้ที่ไม่มีสิทธิการรักษาพยาบาล เมื่อเข้ารับบริการทางสุขภาพจากแหล่งบริการทางสุขภาพใดก็ตามจะต้องรับผิดชอบค่าใช้จ่ายเองทั้งหมด ซึ่งเป็นปัจจัยที่ขัดขวางต่อการเข้ารับบริการทางสุขภาพได้ กล่าวคือการมีสิทธิการรักษาพยาบาลก็จะสามารถเป็นปัจจัยที่เอื้อต่อการมารับบริการฝากครรภ์ของสตรีตั้งครรภ์ หากสตรีตั้งครรภ์ไม่มีหลักประกันสุขภาพ

หรือไม่มีสิทธิการรักษาพยาบาลใดๆ ถือเป็นอุปสรรคต่อการมารับบริการฝากครรภ์ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาของ Tang และคณะ¹⁵ ที่พบว่าสตรีตั้งครรภ์ที่มีสถานะเป็นผู้พวยพที่มีประกันสุขภาพในประเทศจีน มีแนวโน้มที่จะฝากครรภ์อย่างน้อย 5 ครั้งตามเกณฑ์มากกว่าสตรีที่ไม่มีประกันสุขภาพ (AOR = 2.01; 95%CI = 1.28, 3.18; p < .01) และการศึกษาพบว่า กลุ่มที่มีสิทธิการรักษาประกันสุขภาพมาฝากครรภ์ครบตามเกณฑ์ไม่แตกต่างจากกลุ่มที่ไม่มีสิทธิการรักษาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ทั้งนี้อาจเนื่องด้วยนโยบายเกี่ยวกับสิทธิการรักษาพยาบาล ในส่วนของประกันสุขภาพของแรงงานข้ามชาติที่ยังไม่ครอบคลุมต่อการเข้ารับบริการในคลินิก ทำให้กลุ่มสตรีแรงงานข้ามชาติที่มีสิทธิการรักษาประกันสุขภาพ หากไปฝากครรภ์ในสถานพยาบาลหรือแหล่งบริการทางสุขภาพอื่นที่ไม่ได้ซื้อสิทธิไว้ ทำให้สตรีตั้งครรภ์แรงงานข้ามชาติจำเป็นต้องชำระค่าใช้จ่ายเอง ซึ่งอาจเป็นข้อจำกัดและอุปสรรคต่อการเข้ารับบริการฝากครรภ์ได้เช่นกัน ส่วนสตรีที่มีสิทธิประกันสังคมสามารถฝากครรภ์ทั้งคลินิกและโรงพยาบาล ทำให้มีสถานบริการสุขภาพเพิ่มมากขึ้น เป็นการเพิ่มโอกาสการฝากครรภ์ได้อย่างเพียงพอ และครบตามเกณฑ์ได้มากกว่า เมื่อเทียบกับสตรีที่มีสิทธิประกันสุขภาพ

สำหรับด้านความรู้เกี่ยวกับการฝากครรภ์ ทักษะต่อการฝากครรภ์ การรับรู้ความสะดวกต่อการไปรับบริการในแหล่งบริการทางสุขภาพ และความเสี่ยงของการตั้งครรภ์ ไม่มีอิทธิพลต่อการมารับบริการฝากครรภ์ของสตรีแรงงานข้ามชาติที่มาคลอดในโรงพยาบาลในเขตกรุงเทพมหานคร อาจเนื่องมาจากกลุ่มตัวอย่างเป็นกลุ่มที่ได้รับความรู้ในขณะรับบริการฝากครรภ์เกี่ยวกับการปฏิบัติตัวขณะตั้งครรภ์และการฝากครรภ์จากเจ้าหน้าที่ ทำให้สตรีแรงงานข้ามชาติทั้งกลุ่มที่ฝากครรภ์ครบตามเกณฑ์และไม่ครบตามเกณฑ์ มีระดับความรู้เกี่ยวกับการฝากครรภ์ที่ใกล้เคียงกัน และมีคะแนนความรู้เกี่ยวกับการฝากครรภ์ในระดับสูง สตรีแรงงานข้ามชาติส่วนใหญ่มีทัศนคติต่อการฝากครรภ์ในระดับที่ดีร้อยละ 73.3 อาจเนื่องมาจากสตรีแรงงานข้ามชาติในกลุ่มนี้ ส่วนใหญ่มีการวางแผน

การตั้งครรภ์ และร้อยละ 83.9 มีการรับรู้ความสะดวกต่อการไปรับบริการในแหล่งบริการทางสุขภาพระดับสูง ทั้งนี้เนื่องจากบริบทที่ศึกษาอยู่ในเขตเมือง ทำให้มีความสะดวกในการเข้าถึงแหล่งบริการทางสุขภาพต่างๆ

การที่ความรู้เกี่ยวกับการฝากครรภ์ ทักษะต่อการฝากครรภ์ การรับรู้ความสะดวกต่อการไปรับบริการในแหล่งบริการทางสุขภาพ และความเสี่ยงของการตั้งครรภ์ไม่มีอิทธิพลต่อการมารับบริการฝากครรภ์ของสตรีแรงงานข้ามชาติ มีความสอดคล้องกับการศึกษาก่อนหน้า²³⁻²⁵ ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากบริบทของการศึกษาเก็บข้อมูลในช่วงวิกฤตการระบาดของโรคโควิด 19 ที่ทำให้หนึ่งโรงพยาบาลที่ทำการศึกษามีนโยบายจำกัดจำนวนผู้ที่เข้ามาใช้บริการฝากครรภ์ในโรงพยาบาล โดยไม่รับบริการฝากครรภ์ในสตรีตั้งครรภ์ที่ไม่ใช่คนไทย ทำให้สตรีแรงงานข้ามชาติที่รู้แหล่งบริการทางสุขภาพอื่นไปฝากครรภ์ต่อที่คลินิกหรือโรงพยาบาลอื่นแทน ทำให้ลักษณะกลุ่มตัวอย่างที่เก็บข้อมูลในโรงพยาบาลภูมิพล ส่วนใหญ่ฝากครรภ์ที่คลินิก แม้ว่าบริบทสังคมเมืองจะมีแหล่งบริการทางสุขภาพที่หลากหลาย ทำให้กลุ่มสตรีแรงงานข้ามชาติสามารถไปใช้บริการและเข้าถึงได้ง่ายกว่าในพื้นที่ชนบทหรือชายแดน²⁶ แต่ด้วยข้อจำกัดเกี่ยวกับเรื่องสิทธิและค่าใช้จ่ายที่สตรีแรงงานข้ามชาติต้องรับผิดชอบเอง จึงเป็นข้อจำกัดต่อการมารับบริการฝากครรภ์ครบตามเกณฑ์ของสตรีแรงงานข้ามชาติกลุ่มตัวอย่าง ทำให้มีกลุ่มตัวอย่างที่มารับบริการฝากครรภ์ครบตามเกณฑ์เพียงร้อยละ 36.7 เท่านั้น

สรุปและข้อเสนอแนะ

ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการมารับบริการฝากครรภ์ของสตรีแรงงานข้ามชาติ ได้แก่ การสนับสนุนทางสังคม และสิทธิการรักษาพยาบาล ส่วนความรู้เกี่ยวกับการฝากครรภ์ ทักษะต่อการฝากครรภ์ การรับรู้ความสะดวกต่อการไปรับบริการในแหล่งบริการทางสุขภาพ และความเสี่ยงของการตั้งครรภ์ ไม่มีอิทธิพลต่อการมารับบริการฝากครรภ์ของสตรีแรงงานข้ามชาติ ที่มาคลอดในโรงพยาบาลในเขตกรุงเทพมหานคร ดังนั้นผู้วิจัยจึงมีข้อเสนอแนะ ดังนี้

1. ควรประเมินระดับการสนับสนุนทางสังคมจากบุคคลใกล้ชิดของสตรีตั้งครรภ์แรงงานข้ามชาติ เพื่อส่งเสริมสนับสนุนให้สตรีตั้งครรภ์แรงงานข้ามชาติมารับบริการฝากครรภ์ตามเกณฑ์
2. ควรส่งเสริมการเข้ารับบริการของสตรีแรงงานข้ามชาติ โดยพัฒนาสื่อประชาสัมพันธ์เกี่ยวกับสิทธิการรักษาในรูปแบบภาษาต่างชาตินั้นๆ เพื่อส่งเสริมให้สตรีแรงงานข้ามชาติเห็นถึงประโยชน์ของการมีสิทธิการรักษาพยาบาล

ข้อจำกัดของการศึกษา

การสื่อสารระหว่างผู้วิจัยและกลุ่มตัวอย่างในกรณีในกลุ่มตัวอย่างอ่านภาษาเมียนมาไม่ได้ และต้องใช้ล่ามในการช่วยอ่านแบบสอบถามภาษาเมียนมา อาจทำให้กลุ่มตัวอย่างรู้สึกไม่เป็นส่วนตัว และขณะที่ล่ามแปล อาจมีการขยายความ ซึ่งอาจส่งผลต่อความตรงของข้อมูลที่ได้รับ

References

1. Foreign Workers Administration Office, Department of Employment, Ministry of Labour. Statistics of foreign workers with work permits throughout the Kingdom, June 2021 [cited 2021 Aug 10]. Available from: https://www.doe.go.th/prd/assets/upload/files/alien_th/945ef7c31755e7e937ecd5da4a1d24d7.pdf. (in Thai).
2. Huguet JW. Thailand migration report 2014. Bangkok: Thammasat Press; 2014. 247 p. (in Thai).
3. Thein SS, Thepthien B. Unmet need for family planning among Myanmar migrant women in Bangkok, Thailand. Br J Midwifery. 2020;28(3):182-93. doi: 10.12968/bjom.2020.28.3.182.
4. Prapaipin P. Health care service used by migrant workers in Bangkok metropolis: a case study of Vajira hospital [dissertation]. Bangkok: Navamindradhiraj University; 2017. 83 p. (in Thai).

5. Myo LZ, Tiraphat S, Hongkailert N. Factors affecting the utilization of quality antenatal care services among Myanmar migrants in Thai health care facilities: Tak and Samut Sakhon Province. *Journal of Public Health and Development*. 2016;14(3):45-57.
6. Harkins B. Thailand migration report 2019. Bangkok: United Nation Thematic Working Group on Migration in Thailand; 2019. 195 p.
7. Srisawad K, Aksorn E. Health promoting behavior in pregnant migrant. *Journal of The Royal Thai Army Nurses*. 2020;21(1):87-95. (in Thai).
8. Poowung W. The prevalence and associate factors of anemia in mothers delivered in Nongkhai hospital. *Nursing, Health, and Education Journal*. 2020;3(1):18-27. (in Thai).
9. Heaman MJ, Martens PJ, Brownell MD, Chartier MJ, Derksen SA, Helewa ME. The association of inadequate and intensive prenatal care with maternal, fetal, and infant outcomes: a population-based study in Manitoba, Canada. *J Obstet Gynaecol Can*. 2019;41(7):947-59. doi: 10.1016/j.jogc.2018.09.006.
10. Sriautharawong V. Factors related to complications during pregnancy of mothers who delivered at Hua Hin hospital. *Region 4-5 Medical Journal*. 2019;38(2):126-39. (in Thai).
11. Phayuharnarak S, Purinthapibal S. Factors affecting birth of low birth weight babies of pregnant women attending antenatal care in Wang Wiset hospital, Trang province. *Journal of Health Science*. 2020;29(3):497-507. (in Thai).
12. Department of Health, Ministry of Public Health. Letter notifying of adjustment of implementation goal criteria indicators related to maternal and child health for the fiscal year 2021 [Internet]. Nonthaburi: Department of Health; 2020. Available from: <https://government.icti.co.th/uploads/20170526150118cCA8LR2/store/20210303163338VgTUXmx.pdf>. (in Thai).
13. Andersen RM. Revisiting the behavioral model and access to medical care: does it matter? *J Health Soc Behav*. 1995;36(1):1-10. doi: 10.2307/2137284.
14. Srisuk R, Deoisres W, Sawatphanit W. Factors influencing initiation of antenatal care within the first 12 weeks of pregnancy among pregnant women visiting antenatal clinics in Phanut Nikhom district, Chonburi province. *Chonburi Hospital Journal*. 2016;41(2):149-56. (in Thai).
15. Tang X, Ding L, Feng Y, Wang Y, Zhou C. Antenatal care use and its determinants among migrant women during the first delivery: a nation-wide cross-sectional study in China. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2019;19(1):355. doi: 10.1186/s12884-019-2520-3.
16. Andersen RM, Davidson PL, Baumeister SE. Improving access to care. In: Kominski GF, editor. *Changing the US health care system: key issues in health services policy and management*. 4th ed. San Francisco, CA: Jossey-Bass Publishers; 2014. p.33-69.

17. Tolera H, Gebre-Egziabher T, Kloos H. Using Andersen's behavioral model of health care utilization in a decentralized program to examine the use of antenatal care in rural western Ethiopia. *PLoS ONE*. 2020;15(1):e0228282. doi: 10.1371/journal.pone.0228282.
18. You H, Yu T, Gu H, Kou Y, Xu XP, Li XL, et al. Factors associated with prescribed antenatal care utilization: a cross-sectional study in eastern rural China. *Inquiry*. 2019;56(5):004695801986543. doi: 10.1177/0046958019865435.
19. Chaurasiya SP, Pravara NK, Khanal V, Giri D. Factors affecting antenatal care utilization among the disadvantaged Dalit population of Nepal: a cross-sectional study. *The Open Public Health Journal*. 2019;12(1):155-63. doi: 10.2174/1874944501912010155.
20. Pooltananan P, Luengratsameerung S. Effect of unfulfilled standard antenatal care on pregnancy outcomes. *Thai Journal of Obstetrics and Gynaecology*. 2019;27(2):71-8.
21. Sajjathram N. Factors related on antenatal and self care behavior of pregnant women in Amphoe Bang Kruai Nonthaburi province [dissertation]. Nonthaburi: Rajapruk University; 2019. 113 p. (in Thai).
22. House JS. Social support and social structure. *Sociol Forum* 1987;2(1):135-46.
23. Rangsansarit H. Factors associated with delay antenatal care after 12 weeks of pregnancy among the first visiting of pregnant women in government antenatal clinics in Kathu district, Phuket province. *Journal of Sciences and Technology Northern*. 2020;1(3):12-25. (in Thai).
24. Kehra S, Dureh N, Teamkaew R. Factors affecting to perception of risk for pregnant women in Pattani province. *Thai Journal of Public Health and Health Sciences*. 2021;4(3):80-95. (in Thai).
25. Polprasarn P, Chareonsanti J, Sriarporn P. Prenancy risk perception, time of pregnancy recognition, and first antenatal care visit of adolescent pregnant women. *Kuakarun Journal of Nursing*. 2019;26(1):107-20. (in Thai).
26. Thongpan S. Problems and policy recommendations related to transnational migrant workers in Thailand: the result of research synthesis supported by the national research council of Thailand. *Journal of Multidisciplinary Academic Research and Development*. 2020;2(4):1-21. (in Thai).



Effect of the Promoting Program for Prenatal Diagnosis Understanding via Social Media on Anxiety and Knowledge among Risk Couples for Severe Fetal Thalassemia*

Waraporn Rungrojprateep, RN, MNS¹, Wanna Phahuwatanakorn, RN, PhD¹, Piyanun Limruangrong, RN, PhD¹, Pharuhas Chanprapaph MD, MSc²

Abstract

Purpose: To study the effect of the promoting program for prenatal diagnosis understanding via social media on anxiety and knowledge among risk couples for severe fetal thalassemia.

Design: Experimental study.

Methods: The subjects were pregnant women and their husbands, who were diagnosed as couples at risk of having a baby with severe thalassemia. There were 61 couples who received antenatal care services at two university hospitals (31 pairs of experimental group and 30 pairs of control group). The instruments used for data collection included the State Anxiety Inventory Form X-1, and the Knowledge of Thalassemia and Preparation before the Prenatal Diagnosis. Data were analyzed by independent t-test, paired sample t-test, Mann-Whitney test, and Wilcoxon signed-rank test.

Main findings: The promoting program for prenatal diagnosis understanding via social media could significantly reduce anxiety among pregnant women and their husbands ($p < .05$) and significantly increase knowledge in pregnant women ($p = .001$).

Conclusion and recommendations: The promoting program for prenatal diagnosis understanding via social media can be used to reduce anxiety and increase knowledge among pregnant women and husbands who are at risk of having severe fetal thalassemia. The study findings suggest that nurses and midwives should apply this program as a practice guideline to care for couples at risk of having fetal thalassemia with closely monitoring via assessment forms and online applications.

Keywords: anxiety, couples, knowledge, prenatal diagnosis, thalassemia

Nursing Science Journal of Thailand. 2024;42(2):73-88

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

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

¹ Faculty of Nursing, Mahidol University, Bangkok, Thailand

² Faculty of Medicine Siriraj, Mahidol University, Bangkok, Thailand

Received: 27 June 2023 / Revised: 13 September 2023 / Accepted: 15 September 2023



ผลของโปรแกรมส่งเสริมความเข้าใจเกี่ยวกับการตรวจวินิจฉัยก่อนคลอดผ่านสื่อสังคมออนไลน์ ต่อความวิตกกังวลและความรู้ของคู่เสี่ยง ต่อการมีทารกเป็นโรคธาลัสซีเมียชนิดรุนแรง*

วรารพ รุ่งโรจน์ประทีป, พย.ม.¹ วรรณา พาหุวัฒนกร, PhD¹ ปิยะนันท์ ลิ้มเรืองรอง, ปร.ด.¹ พงษ์ส จันทร์ประภาพ, MD, MSc²

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์: เพื่อศึกษาผลของการใช้โปรแกรมการส่งเสริมความเข้าใจเกี่ยวกับการตรวจวินิจฉัยก่อนคลอดผ่านสื่อสังคมออนไลน์ ต่อความวิตกกังวลและความรู้ของคู่เสี่ยงต่อการมีทารกเป็นโรคธาลัสซีเมียชนิดรุนแรง

รูปแบบการวิจัย: เป็นการศึกษาเชิงทดลอง

วิธีดำเนินการวิจัย: กลุ่มตัวอย่างเป็นสตรีตั้งครรภ์และสามีที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นคู่เสี่ยงต่อการมีทารกเป็นโรคธาลัสซีเมียชนิดรุนแรง ที่มารับบริการฝากครรภ์ที่โรงพยาบาลมหาวิทยาลัย 2 แห่ง จำนวน 61 คู่ (กลุ่มทดลอง 31 คู่ และกลุ่มควบคุม 30 คู่) เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบวัดความวิตกกังวลขณะเผชิญ แบบวัดความรู้เรื่องโรคธาลัสซีเมีย และวิธีการในการเตรียมตัวก่อนตรวจวินิจฉัยก่อนคลอด วิเคราะห์ข้อมูลโดยการทดสอบทีแบบสองกลุ่มอิสระและแบบสองกลุ่มสัมพันธ์กัน การทดสอบแมนนิตนีย์ การทดสอบวิลคอกซัน

ผลการวิจัย: โปรแกรมการส่งเสริมความเข้าใจเกี่ยวกับการตรวจวินิจฉัยก่อนคลอดผ่านสื่อสังคมออนไลน์ช่วยลดความวิตกกังวลของสตรีตั้งครรภ์และสามีอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) และช่วยเพิ่มความรู้ของสตรีตั้งครรภ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = .001$)

สรุปและข้อเสนอแนะ: โปรแกรมการส่งเสริมความเข้าใจเกี่ยวกับการตรวจวินิจฉัยก่อนคลอดผ่านสื่อสังคมออนไลน์ช่วยลดความวิตกกังวลและเพิ่มความรู้ในสตรีตั้งครรภ์และสามีที่เป็นคู่เสี่ยงธาลัสซีเมีย จากผลการศึกษาเสนอแนะให้พยาบาลและผดุงครรภ์นำโปรแกรมไปใช้เป็นแนวทางในการดูแลคู่เสี่ยงต่อการมีทารกเป็นโรคธาลัสซีเมีย พร้อมทั้งติดตามคู่เสี่ยงอย่างต่อเนื่องด้วยแบบประเมินและการติดตามทางสื่อออนไลน์

คำสำคัญ: ความวิตกกังวล คู่สมรส ความรู้ การตรวจวินิจฉัยก่อนคลอด โรคธาลัสซีเมีย

Nursing Science Journal of Thailand. 2024;42(2):73-88

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

* วิทยานิพนธ์หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการผดุงครรภ์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

¹ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

² คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล

วันที่รับบทความ: 27 มิถุนายน 2566 / วันที่แก้ไขบทความเสร็จ: 13 กันยายน 2566 / วันที่ตอบรับบทความ: 15 กันยายน 2566

ความสำคัญของปัญหา

ธาลัสซีเมีย (thalassemia) เป็นความผิดปกติของเลือดที่ถ่ายทอดทางพันธุกรรม โดยการสังเคราะห์ฮีโมโกลบินได้น้อยหรือไม่ได้โดย ส่งผลให้เม็ดเลือดแดงมีอายุสั้นและแตกง่าย¹ การเป็นโรคหรือพาหะธาลัสซีเมียสามารถถ่ายทอดความผิดปกติไปสู่รุ่นลูกหลานต่อไปได้² จากการรวบรวมสถิติในประเทศไทยพบว่า ในช่วงปี พ.ศ. 2550-2559 สตรีตั้งครรภ์และสามีที่เสี่ยงต่อการให้กำเนิดทารกเป็นโรคธาลัสซีเมียมีมากกว่า 50,000 คู่ของประชากรไทย และทารกแรกเกิดเป็นโรคธาลัสซีเมียประมาณ 12,000 คนของประชากรไทย³

ปัจจุบันองค์การอนามัยโลกได้กำหนดให้สถานบริการของรัฐบาลจัดระบบบริการสุขภาพเพื่อควบคุมและป้องกันโรคธาลัสซีเมียชนิดรุนแรง เพื่อลดจำนวนผู้ป่วยใหม่หรือลดจำนวนทารกเกิดใหม่ที่มีโอกาสเป็นโรคธาลัสซีเมียชนิดรุนแรง⁴ การตรวจคัดกรองมี 3 วิธี ได้แก่ Mean Corpuscular Volume (MCV), Osmotic Fragility test (OF), Dichlorophenol Idophenol Precipitation test (DCIP)⁵ หลังจากนั้นจะมีการตรวจยืนยันด้วยวิธีมาตรฐาน ซึ่งมี 2 วิธี ได้แก่ hemoglobin typing, DNA analysis หากผลการตรวจคัดกรองของสตรีตั้งครรภ์และสามีผิดปกติ บุคลากรสุขภาพให้คำปรึกษาและแนะนำสตรีตั้งครรภ์และสามี ให้รับการตรวจวินิจฉัยก่อนคลอดเพื่อประเมินความผิดปกติของทารกในครรภ์ ซึ่งการตรวจวินิจฉัยก่อนคลอดมี 4 วิธี ได้แก่ การตรวจด้วยคลื่นเสียงความถี่สูง การเก็บตัวอย่างชิ้นเนื้อรก การเจาะน้ำคร่ำ และการเจาะเลือดทารกในครรภ์จากทางสายสะดือ⁶

อย่างไรก็ตาม เมื่อสตรีตั้งครรภ์และสามีทราบผลการตรวจคัดกรองว่าเป็นพาหะธาลัสซีเมียชนิดเดียวกัน และเป็นคู่เสี่ยงต่อการให้กำเนิดทารกในครรภ์เป็นโรคธาลัสซีเมีย จะรู้สึกตกใจ สับสน ผิดหวัง รวมทั้งวิตกกังวล แม้ว่าจะได้รับคำปรึกษาและคำแนะนำเกี่ยวกับโรคและเหตุการณ์ที่จะได้รับแล้วเป็นอย่างดี⁷ การทราบผลการตรวจดังกล่าวเป็นเสมือนการได้รับข่าวร้ายที่สตรีตั้งครรภ์และสามีไม่ได้เตรียมใจมาก่อน อาจทำให้บางรายมีภาวะปฏิเสธที่จะยอมรับผลการตรวจที่เกิดขึ้น⁸ และไม่สามารถเข้าใจคำแนะนำและข้อมูลที่ได้รับจากบุคลากรสุขภาพ⁹

ความวิตกกังวลของคู่เสี่ยง เริ่มเกิดขึ้นเมื่อทราบว่าเป็นคู่เสี่ยงธาลัสซีเมีย⁷ ในระหว่างการรอการตรวจวินิจฉัยก่อนคลอด คู่เสี่ยงมีข้อสงสัยในข้อมูลที่ได้รับ และต้องการเวลาในการตัดสินใจต่อการรักษา รวมทั้งต้องการให้บุคลากรสุขภาพเสนอทางเลือกแนวทางการรักษาให้กับคู่เสี่ยง และสิ่งที่สำคัญ คือ ต้องการให้บุคลากรสุขภาพเห็นอกเห็นใจและเข้าใจในความรู้สึกในฐานะบุคคลหนึ่ง⁹ อีกทั้งส่วนใหญ่มีความวิตกกังวลเกี่ยวกับการทำหัตถการตรวจวินิจฉัยก่อนคลอดกลัวความเจ็บปวดที่จะได้รับและกังวลเกี่ยวกับอันตรายที่อาจเกิดขึ้นกับทารกในครรภ์ รวมทั้งผลของการตรวจวินิจฉัยก่อนคลอด⁷

นอกจากนี้ สตรีตั้งครรภ์อาจมีความรู้สึกผิดและตำหนิตนเองที่เป็นสาเหตุทำให้ทารกต้องเป็นโรค ช่วงเวลาดังกล่าวถือเป็นช่วงวิกฤตที่เกิดขึ้น โดยสามีเป็นบุคคลที่มีอิทธิพลต่อความรู้สึก ความคาดหวัง ความไม่แน่นอน ความเชื่อ และค่านิยมของสตรีตั้งครรภ์ในการตรวจคัดกรองและตรวจวินิจฉัยก่อนคลอด¹⁰ สามีที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นคู่เสี่ยงต่อการมีทารกเป็นโรคธาลัสซีเมียชนิดรุนแรง มีระดับความวิตกกังวลขณะเผชิญอยู่ในระดับสูงกว่าปกติ ซึ่งมีวิตกกังวลเกี่ยวกับขั้นตอนของการทำหัตถการตรวจวินิจฉัยก่อนคลอด ความเสี่ยงที่จะเกิดภาวะแทรกซ้อน หรือโอกาสที่จะแท้งบุตรของสตรีตั้งครรภ์¹¹

ดังนั้นภายหลังจากทราบผลการเป็นคู่เสี่ยงธาลัสซีเมีย สตรีตั้งครรภ์ต้องการคนที่อยู่เป็นเพื่อนเพื่อปรับอารมณ์ให้รู้สึกดีขึ้น มีคนคอยอยู่ข้างๆ รับฟังอย่างไม่ตัดสิน เปิดโอกาสให้ได้รับบายความรู้สึก และได้รับข้อมูลที่ถูกต้องตามที่สตรีตั้งครรภ์ต้องการ¹⁰ ซึ่งที่ได้รับอาจจะไม่ชัดเจน เนื่องจากการรับรู้ของคู่เสี่ยงในช่วงเวลาที่ทราบข่าวร้าย และความซับซ้อนของข้อมูลเกี่ยวกับโรคธาลัสซีเมียทำให้เกิดความคลุมเครือและไม่เข้าใจ จึงมีการค้นหาข้อมูลความรู้เพิ่มเติมผ่านอินเทอร์เน็ต หรือพูดคุยกับคนที่เคยมีประสบการณ์มาก่อน หรือไปตรวจที่สถานพยาบาลอื่นเพิ่ม⁹ อย่างไรก็ตาม ข้อมูลที่ค้นหาได้อาจเป็นข้อมูลที่ไม่น่าเชื่อถือและบางครั้งอาจไม่ถูกต้องทั้งหมด ส่งผลให้เกิดความวิตกกังวลเพิ่มขึ้น ดังนั้น คู่เสี่ยงควรมีโอกาสที่จะมีช่องทางในการติดต่อสอบถามข้อมูลในประเด็นที่ยังสงสัยกับบุคลากรสุขภาพได้ทุกเมื่อเพื่อลดความวิตกกังวลและสามารถเข้าใจสถานการณ์ได้มากขึ้น

ปัจจุบันมีการพัฒนาโปรแกรมเกี่ยวกับการให้ความรู้และการให้คำปรึกษาเกี่ยวกับการตรวจคัดกรอง และการตรวจวินิจฉัยก่อนคลอด ที่มีผลต่อการตัดสินใจของสตรีตั้งครรภ์ ระดับความวิตกกังวล ระดับความรู้ และทัศนคติต่อการตรวจ เช่น การศึกษาของ Yesilcinar และ Güvenç¹² พบว่า การให้ความรู้และการให้คำปรึกษาสำหรับการตรวจคัดกรอง รวมทั้งการให้ความรู้เกี่ยวกับการตรวจวินิจฉัยก่อนคลอดที่คลินิก และผ่านทางโทรศัพท์ ทำให้กลุ่มทดลองมีความรู้เพิ่มขึ้น และความวิตกกังวลลดลง เมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มควบคุม ($p < .05$)¹³

การให้บริการด้านสุขภาพทางไกล และให้ความรู้ผ่านสื่อออนไลน์ เป็นการสื่อสาร 2 ทางที่จะให้ความรู้จากบุคลากรสุขภาพ และสามารถสอบถามข้อสงสัยได้ทันที ประกอบกับการเกิดสถานการณ์การแพร่ระบาดของเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 สถานบริการด้านสุขภาพก็มีการปรับเปลี่ยนรูปแบบการให้บริการ¹⁴ จากการศึกษาโปรแกรมที่มีอยู่ในปัจจุบันส่วนใหญ่ เป็นการให้ข้อมูลก่อนการตรวจคัดกรอง และก่อนการตรวจวินิจฉัยก่อนคลอดเฉพาะกลุ่มสตรีตั้งครรภ์ มีส่วนน้อยที่ให้ข้อมูลทั้งสตรีตั้งครรภ์และสามี ซึ่งสามีมีอิทธิพลต่อการตัดสินใจของสตรีตั้งครรภ์ และข้อมูลที่ให้ไม่ค่อนข้างมาก รวมทั้งการให้ข้อมูลเป็นช่วงที่สตรีตั้งครรภ์และสามีไม่ได้เตรียมใจ ไม่พร้อมที่จะได้รับข้อมูลที่มีค่อนข้างมาก อาจทำให้ประสิทธิภาพการรับรู้ข้อมูลไม่เต็มที่ และเกิดความวิตกกังวลเพิ่มขึ้น ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจที่จะทำการศึกษาโปรแกรมการส่งเสริมความเข้าใจเกี่ยวกับการตรวจวินิจฉัยก่อนคลอดผ่านสื่อสังคมออนไลน์ เพื่อมีส่วนช่วยในการลดระดับความวิตกกังวล และเพิ่มความรู้ของคู่เสี่ยงต่อการมีทารกเป็นโรคธาลัสซีเมียชนิดรุนแรง

กรอบแนวคิดในการวิจัย

การศึกษานี้นำทฤษฎีการดูแลอย่างเอื้ออาทรของ Swanson เป็นกรอบแนวคิดที่ใช้ในการพัฒนาโปรแกรม ซึ่งทฤษฎีการดูแลอย่างเอื้ออาทรของ Swanson¹⁵ เป็นทฤษฎีทางการพยาบาลที่ใช้ในการดูแลผู้ป่วยและครอบครัว มุ่งเน้นการพยาบาลโดยส่งเสริมศักดิ์ศรีของผู้รับบริการ การเคารพในบุคคล การเสริมพลังอำนาจ ซึ่งแนวคิดนี้เหมาะสมกับสตรีตั้งครรภ์และสามีที่เป็นคู่เสี่ยง

ธาลัสซีเมีย ที่เป็นกลุ่มตัวอย่างในการศึกษานี้ ประกอบไปด้วยกิจกรรม 5 ประการ ได้แก่ การทำความเข้าใจ รู้จักผู้ป่วยในฐานะบุคคลหนึ่ง (knowing) การอยู่เฝ้าดูแล (being with) การปฏิบัติช่วยเหลือ (doing for) การสนับสนุนส่งเสริม (enabling) การคงไว้ซึ่งความเชื่อ ความศรัทธา (maintain belief) จากแนวคิดทฤษฎีการดูแลอย่างเอื้ออาทรของ Swanson ได้นำมาพัฒนาเป็นโปรแกรมโดยกิจกรรม Knowing ผู้วิจัยเริ่มทำความรู้จัก พูดคุย สอบถามปัญหา ความรู้สึก ข้อสงสัย เมื่อได้รับทราบผลการวินิจฉัยว่าเป็นคู่เสี่ยงธาลัสซีเมีย ผ่านวิดีโอคอล ส่วนกิจกรรม Being with ผู้วิจัยให้ข้อมูลและทำให้คู่เสี่ยงรู้สึกได้ว่ายังมีผู้วิจัยที่คอยอยู่ข้างๆ และสามารถติดต่อสอบถามได้ตลอดเวลา ทั้งทางโทรศัพท์และทางไลน์ สำหรับกิจกรรม Doing for ผู้วิจัยช่วยแก้ไขปัญหสุขภาพที่เกี่ยวข้องกับโรคธาลัสซีเมียแต่ละบุคคล รวมถึงความรู้สึก ความวิตกกังวลที่เกิดขึ้นในช่วง 1 สัปดาห์ ก่อนรับการตรวจวินิจฉัยก่อนคลอด และกิจกรรม Enabling ผู้วิจัยให้แนวคิดทัศนคติความรู้โดยเนื้อหาคล้ายคลึงกับข้อมูลที่ได้รับจากการให้คำปรึกษาทางพันธุกรรมแบบปกติ ซึ่งเป็นการเน้นย้ำ เนื่องจากในช่วงได้รับวินิจฉัยว่าเป็นคู่เสี่ยงและได้รับการให้คำปรึกษาครั้งแรก คู่เสี่ยงอาจจะได้รับข้อมูลไม่ครบถ้วน นอกจากนั้นการให้ข้อมูลด้วยวิธีทัศนคติจะทำให้คู่เสี่ยงสามารถเรียนรู้ได้หลายครั้งก่อนเข้ารับการตรวจวินิจฉัยก่อนคลอด ในกรณีที่คู่เสี่ยงมีความวิตกกังวล ผู้วิจัยสาธิตวิธีการผ่อนคลายความวิตกกังวลผ่านทางวิดีโอคอล ในส่วนกิจกรรม Maintain belief ผู้วิจัยแนะนำแนวทางตามความเป็นจริง ให้ข้อเสนอแนะที่เหมาะสมกับการตัดสินใจของคู่เสี่ยง เช่น ผู้วิจัยแนะนำข้อดีข้อเสียของการตัดสินใจจะเข้ารับการตรวจหรือไม่เข้ารับการตรวจ และให้สตรีตั้งครรภ์ตัดสินใจเข้ารับการตรวจวินิจฉัยก่อนคลอดด้วยตนเอง

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อศึกษาผลการใช้โปรแกรมการส่งเสริมความเข้าใจเกี่ยวกับการตรวจวินิจฉัยก่อนคลอดผ่านสื่อสังคมออนไลน์ ต่อความวิตกกังวลและความรู้ของคู่เสี่ยง ต่อการมีทารกเป็นโรคธาลัสซีเมียชนิดรุนแรง

สมมติฐานการวิจัย

1. คู่เสี่ยงที่ได้รับโปรแกรมการส่งเสริมความเข้าใจเกี่ยวกับการตรวจวินิจฉัยก่อนคลอดผ่านสื่อสังคมออนไลน์ มีระดับความวิตกกังวลภายหลังได้รับโปรแกรม น้อยกว่า ก่อนได้รับโปรแกรม
2. คู่เสี่ยงที่ได้รับโปรแกรมการส่งเสริมความเข้าใจเกี่ยวกับการตรวจวินิจฉัยก่อนคลอดผ่านสื่อสังคมออนไลน์ มีระดับความวิตกกังวลภายหลังได้รับโปรแกรม น้อยกว่า คู่เสี่ยงที่ไม่ได้รับโปรแกรม
3. คู่เสี่ยงที่ได้รับโปรแกรมการส่งเสริมความเข้าใจเกี่ยวกับการตรวจวินิจฉัยก่อนคลอดผ่านสื่อสังคมออนไลน์ มีคะแนนความรู้ภายหลังจากได้รับโปรแกรม มากกว่า ก่อนได้รับโปรแกรม
4. คู่เสี่ยงที่ได้รับโปรแกรมการส่งเสริมความเข้าใจเกี่ยวกับการตรวจวินิจฉัยก่อนคลอดผ่านสื่อสังคมออนไลน์ มีคะแนนความรู้ภายหลังจากได้รับโปรแกรม มากกว่า คู่เสี่ยงที่ไม่ได้รับโปรแกรม

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาเชิงทดลองแบบสุ่ม (Randomized Controlled Trials, RCTs)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

สตรีตั้งครรภ์และสามี ที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นคู่เสี่ยงในการให้กำเนิดทารกเป็นโรคธาลัสซีเมีย คัดเลือกตามเกณฑ์การคัดเข้า คือ สตรีตั้งครรภ์ มีอายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป มีอายุครรภ์ไม่เกิน 20 สัปดาห์ สตรีตั้งครรภ์และสามีสามารถอ่านเขียนสื่อสารโดยใช้ภาษาไทยได้ มีโทรศัพท์สมาร์ทโฟนสามารถเชื่อมต่ออินเทอร์เน็ตได้ มีสามีที่สามารถเข้าร่วมการวิจัยได้ เกณฑ์การคัดออก คือ สตรีตั้งครรภ์และสามี มีประวัติการรักษาทางจิตเวช เกณฑ์การถอนตัว สตรีตั้งครรภ์ไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมได้ครบทั้ง 2 ครั้ง สามีไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมครั้งที่ 2 ได้

ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง มีการคำนวณจากโปรแกรมสำเร็จรูป G*Power 3.1.9.4 ค่า effect size ของตัวแปรที่ได้จากงานวิจัยที่นำมาใช้ในการอ้างอิง ที่ศึกษาผลของโปรแกรมการสนับสนุนด้านข้อมูล ต่อความวิตกกังวลในสตรีตั้งครรภ์อายุมากที่ได้รับการเจาะ

น้ำคร่ำ¹⁶ ได้ค่า effect size = .65 กำหนด $\alpha = .05$, power of test = .80 ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่าง (สตรีตั้งครรภ์และสามี) กลุ่มละ 30 คู่ รวมทั้งหมด 60 คู่ และเพื่อป้องกันการสูญหายของกลุ่มตัวอย่าง ได้เพิ่มขนาดกลุ่มตัวอย่างอีก 10% จึงได้กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 66 คู่ โดยการแบ่งกลุ่มตัวอย่างเป็น 2 กลุ่ม โดยแบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 33 คู่ และกลุ่มควบคุม 33 คู่ ผู้วิจัยสุ่มกลุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง (random assignment) โดยใช้โปรแกรมการสุ่มในคอมพิวเตอร์ วิธีการแบ่งกลุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง มีดังนี้

1) โปรแกรมสุ่มมี 2 ส่วน ได้แก่ “ลำดับที่” และ “เลขที่สุ่มได้” จากจำนวนกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 66 คน ผู้วิจัยจึงใส่ตัวเลข 1-66 ในช่อง “ลำดับที่” จากนั้นโปรแกรมจะทำการสุ่มตัวเลขซึ่งจะปรากฏว่า หมายเลขใดเป็นกลุ่มทดลองหรือกลุ่มควบคุม ในช่อง “เลขที่สุ่มได้” เช่น ลำดับที่ 1 สุ่มจากโปรแกรมคอมพิวเตอร์ อยู่ในกลุ่มทดลอง และลำดับที่ 66 สุ่มจากโปรแกรมคอมพิวเตอร์ อยู่ในกลุ่มควบคุม

2) ขณะเก็บข้อมูล เมื่อกลุ่มตัวอย่างเข้ารับบริการในแต่ละวัน ผู้วิจัยกำหนดลำดับที่ของกลุ่มตัวอย่าง โดยเริ่มจาก 1, 2, 3, 4, 5,... ต่อเนื่องจนครบ 66 ตามลำดับ เช่น วันที่ 1 มีผู้เข้ารับบริการที่ตรงตามเกณฑ์ฯ คนแรก ผู้วิจัยกำหนดลำดับที่ 1 หลังจากนั้นเปิดดูโปรแกรมที่สุ่มไว้ จะทำให้ทราบว่า ลำดับที่ 1 เป็นกลุ่มทดลองหรือกลุ่มควบคุม ต่อมาเมื่อมีผู้เข้ารับบริการตรงตามเกณฑ์คนที่ 2 ผู้วิจัยกำหนดลำดับที่ 2 หลังจากนั้นเปิดดูโปรแกรมที่สุ่มไว้ จะทำให้ทราบว่า ลำดับที่ 2 เป็นกลุ่มทดลองหรือกลุ่มควบคุม ดำเนินต่อไปจนครบวันที่ 1

เมื่อเก็บข้อมูลวันที่ 2 ผู้วิจัยกำหนดลำดับที่ต่อจากวันที่ 1 และดำเนินการเช่นเดียวกัน จนครบ 66 คน

ขณะดำเนินการเก็บข้อมูลมีกลุ่มตัวอย่างที่ต้องถอนจากการเข้าร่วมการวิจัย จำนวน 5 คู่ ได้แก่ กลุ่มทดลอง 2 คู่ เนื่องจากเข้าร่วมโปรแกรมไม่ครบทั้ง 2 ครั้ง และกลุ่มควบคุม 3 คู่ เนื่องจากเกิดภาวะแท้งก่อนเข้ารับการตรวจวินิจฉัยก่อนคลอด 1 คู่ ตอบแบบสอบถามไม่ครบทั้ง 2 ครั้ง 2 คู่ ดังนั้นกลุ่มตัวอย่างที่นำมาใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูลของการศึกษาครั้งนี้ 61 คู่ แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 31 คู่ กลุ่มควบคุม 30 คู่

เครื่องมือการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยมี 2 ส่วน ประกอบด้วย เครื่องมือในการดำเนินการวิจัย และเครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล

1. เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย ได้แก่ โปรแกรมการส่งเสริมความเข้าใจเกี่ยวกับการตรวจวินิจฉัยก่อนคลอดผ่านสื่อสังคมออนไลน์ ซึ่งผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากทฤษฎีการดูแลของ Swanson¹⁵ ประกอบด้วย

1.1 แผนการสอนเกี่ยวกับความรู้เรื่องโรคธาลัสซีเมีย และการเตรียมตัวก่อนตรวจวินิจฉัยก่อนคลอด และวิธีการผ่อนคลายความวิตกกังวล

1.2 วิดีทัศน์ความรู้เรื่องโรคธาลัสซีเมีย และการเตรียมตัวก่อนตรวจวินิจฉัยก่อนคลอด

1.3 แบบบันทึกการให้คำแนะนำ สำหรับผู้วิจัยบันทึกในส่วนที่เป็นข้อคำถามจากสตรีตั้งครรภ์และสามี (ผ่านทางออนไลน์) พร้อมกับประเด็นการให้คำแนะนำ

2. เครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย

2.1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบ่งออกเป็น 4 ส่วน ได้แก่ ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปสำหรับสตรีตั้งครรภ์ ส่วนที่ 2 ข้อมูลทั่วไปสำหรับสามี ส่วนที่ 3 เป็นข้อมูลเกี่ยวกับการตั้งครรภ์ ส่วนที่ 4 การหาข้อมูลเกี่ยวกับโรคธาลัสซีเมีย

2.2 แบบวัดความวิตกกังวลขณะเผชิญ ฉบับภาษาไทยของ นิตยา คชภักดี, สายฤดี วรกิจโกศาทร และมาลี นิสสัยสุข¹⁷ จำนวน 20 ข้อ เป็นข้อความเชิงบวก 10 ข้อ ได้แก่ ข้อ 1, 2, 5, 8, 10, 11, 15, 16, 19 และ 20 ส่วนข้อความเชิงลบ ได้แก่ ข้อ 3, 4, 6, 7, 9, 12, 13, 14, 17 และ 18 ลักษณะข้อคำถามเป็นแบบทดสอบมาตรประมาณค่า (rating scale) แบ่งคะแนนออกเป็น 4 ระดับ มีคะแนนตั้งแต่ 1-4 คะแนน ได้แก่ ไม่มีเลย มีบ้าง มีค่อนข้างมาก มีมากที่สุด โดยผู้ตอบจะต้องพิจารณาในแต่ละข้อให้ตรงกับความรู้สึกของตนเอง ในขณะนั้นมากที่สุด เกณฑ์การให้คะแนน ในข้อความที่มีความหมายเชิงบวกให้คะแนนดังนี้ ไม่มีเลย 4 คะแนน มีบ้าง 3 คะแนน มีค่อนข้างมาก 2 คะแนน มีมากที่สุด 1 คะแนน คะแนนรวมมีพิสัย

20-80 คะแนน โดยคะแนนต่ำแสดงว่ามีความวิตกกังวลน้อย คะแนนสูงแสดงว่ามีความวิตกกังวลมาก วิเคราะห์ค่าความเที่ยง โดยทดลองใช้กับสตรีตั้งครรภ์ที่มีคุณสมบัติใกล้เคียงกับผู้เข้าร่วมการวิจัย ที่จะศึกษาจำนวน 30 คน ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ได้เท่ากับ .72

2.3 แบบวัดความรู้เรื่องโรคธาลัสซีเมียและวิธีการในการเตรียมตัวก่อนตรวจวินิจฉัยก่อนคลอด ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมจำนวน 20 ข้อ ประกอบด้วย ความรู้เรื่องโรคธาลัสซีเมีย 10 ข้อ และความรู้เกี่ยวกับวิธีการในการเตรียมตัวก่อนตรวจวินิจฉัยทารกก่อนคลอด 10 ข้อ โดยเป็นแบบเลือกตอบใช่ หรือ ไม่ใช่ ถ้าตอบถูกได้ 1 คะแนน ตอบผิดได้ 0 คะแนน คะแนนทั้งหมดจะอยู่ในช่วง 0-20 คะแนน

ผู้วิจัยได้นำไปใช้กับสตรีตั้งครรภ์และสามีที่มีลักษณะคล้ายกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คู่ ทดสอบสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ภายในชั้น (intraclass correlation coefficient) และประเมินความเที่ยง โดยวิธีการทดสอบและการทดสอบซ้ำ (test-retest reliability) ได้ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน (Pearson product moment correlation coefficient) ได้เท่ากับ .80

การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา

ตรวจสอบความตรงของเครื่องมือตามเนื้อหา (content validity) โดยเสนอต่อผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน เพื่อพิจารณาและตรวจสอบความถูกต้องตรงตามเนื้อหา ความครอบคลุม ความเหมาะสมของภาษาที่ใช้ เมื่อผ่านการพิจารณาจากผู้ทรงคุณวุฒิแล้ว ผู้วิจัยได้ปรับปรุงแก้ไขเพิ่มเติม ในส่วนของแบบวัดความรู้เรื่องโรคธาลัสซีเมีย และวิธีการในการเตรียมตัวก่อนตรวจวินิจฉัยก่อนคลอด ได้ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content Validity Index, CVI) เท่ากับ .93

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การศึกษาครั้งนี้ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน คณะพยาบาลศาสตร์ ร่วมกับคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี และคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล

มหาวิทยาลัยมหิดล หมายเลขเอกสารรับรอง MU-MOU CoA No. IRB-NS2022/689.2005 ผู้วิจัยอธิบายวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการศึกษา และการเก็บรวบรวมข้อมูลให้กลุ่มตัวอย่างเข้าใจ การเข้าร่วมในการวิจัยครั้งนี้ขึ้นอยู่กับความสมัครใจและมอบเอกสารชี้แจงให้กลุ่มตัวอย่างได้ศึกษา ข้อมูลทุกอย่างถูกเก็บรักษาไว้เป็นความลับ ผลการวิจัยนำเสนอเป็นภาพรวม และใช้เพื่อประโยชน์ทางการศึกษาเท่านั้น เมื่อผู้วิจัยแจ้งการพิทักษ์สิทธิ์แล้วกลุ่มตัวอย่างยินยอมเข้าร่วมการวิจัยด้วยความสมัครใจ จึงให้ลงนามในเอกสารยินยอม และดำเนินการวิจัยต่อไป

วิธีเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยเป็นผู้ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง และขอความร่วมมือจากพยาบาลประจำหน่วยฝากครรภ์และหน่วยเวชศาสตร์มารดาและทารกในครรภ์ให้ขออนุญาตสถิติตั้งครรภ์ที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ เพื่อให้ผู้วิจัยเข้าพบ หลังจากนั้นผู้วิจัยเข้าไปแนะนำตนเองชี้แจงถึงวัตถุประสงค์ของการวิจัย ขั้นตอน วิธีการ และระยะเวลาของการวิจัย อธิบายในเรื่องการพิทักษ์สิทธิ์ของผู้เข้าร่วมวิจัย การรักษาความลับของข้อมูลและการนำข้อมูลไปใช้ทางด้านวิชาการ หลังจากนั้นให้ผู้เข้าร่วมวิจัยลงชื่อยินยอมเข้าร่วมวิจัยโดยได้รับการบอกกล่าว และดำเนินการทดลอง ดังนี้

กลุ่มควบคุม

1. ภายหลังที่กลุ่มตัวอย่างได้รับผลการตรวจวินิจฉัยจากแพทย์ประจำคลินิกว่าเป็นคู่เสี่ยงธาลัสซีเมีย ผู้วิจัยขอข้อมูลการติดต่อผ่านทางแอปพลิเคชันไลน์ของกลุ่มตัวอย่าง พร้อมชี้แจงการส่งลิงก์ Google form สำหรับตอบแบบสอบถาม
2. ผู้วิจัยส่งลิงก์ Google form สำหรับตอบแบบสอบถามครั้งที่ 1 จำนวน 3 ชุด ได้แก่ แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบวัดความวิตกกังวลขณะเผชิญ และแบบวัดความรู้เรื่องโรคธาลัสซีเมียและการเตรียมตัวก่อนตรวจวินิจฉัยก่อนคลอด
3. กลุ่มตัวอย่างได้รับความรู้และคำแนะนำเกี่ยวกับโรคธาลัสซีเมียและการตรวจวินิจฉัยก่อนคลอดจากแพทย์และพยาบาลประจำคลินิก ในลักษณะการให้คำปรึกษา

แบบรายบุคคล (คู่เสี่ยง) พร้อมรับแผ่นพับเรื่องโรคธาลัสซีเมียและวิธีการเจาะน้ำคร่ำ และนัดตรวจวินิจฉัยก่อนคลอด ช่วงระยะเวลา 1-2 สัปดาห์ โดยขึ้นอยู่กับอายุครรภ์

4. ผู้วิจัยชี้แจงเรื่องการส่งลิงก์ Google form สำหรับตอบแบบสอบถามครั้งที่ 2 จำนวน 2 ชุด ได้แก่ แบบวัดความวิตกกังวลขณะเผชิญ และแบบวัดความรู้เรื่องโรคธาลัสซีเมียและวิธีการในการเตรียมตัวก่อนตรวจวินิจฉัยก่อนคลอด ผ่านทางแอปพลิเคชันไลน์ ก่อนวันนัดตรวจวินิจฉัยก่อนคลอด 1 วัน

กลุ่มทดลอง

1. ภายหลังที่กลุ่มตัวอย่างได้รับผลการตรวจวินิจฉัยจากแพทย์ประจำคลินิกว่าเป็นคู่เสี่ยงธาลัสซีเมีย ผู้วิจัยขอข้อมูลการติดต่อผ่านทางแอปพลิเคชันไลน์ของกลุ่มตัวอย่าง พร้อมชี้แจงการส่งลิงก์ Google form สำหรับตอบแบบสอบถาม
2. ผู้วิจัยส่งลิงก์ Google form สำหรับตอบแบบสอบถามครั้งที่ 1 จำนวน 3 ชุด ได้แก่ แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบวัดความวิตกกังวลขณะเผชิญ และแบบวัดความรู้เรื่องโรคธาลัสซีเมียและการเตรียมตัวก่อนตรวจวินิจฉัยก่อนคลอด
3. กลุ่มตัวอย่างได้รับความรู้และคำแนะนำเกี่ยวกับโรคธาลัสซีเมีย และการตรวจวินิจฉัยก่อนคลอดจากแพทย์และพยาบาลประจำคลินิก ในลักษณะการให้คำปรึกษาแบบรายบุคคล (คู่เสี่ยง) พร้อมรับแผ่นพับเรื่องโรคธาลัสซีเมียและวิธีการเจาะน้ำคร่ำ และนัดตรวจวินิจฉัยก่อนคลอดช่วงระยะเวลา 1 สัปดาห์
4. ผู้วิจัยให้ข้อมูลการติดต่อผ่านแอปพลิเคชันไลน์ ซึ่งมีผู้วิจัยและกลุ่มตัวอย่างที่ใช้สำหรับการติดต่อสื่อสารผ่านทางข้อความและผ่านทางวิดีโอคอล และนัดวันเวลาสำหรับการเข้าร่วมโปรแกรม โดยผู้วิจัยจะนัดหมายกับกลุ่มตัวอย่างเพื่อพบกันผ่านทางแอปพลิเคชันไลน์ 2 วัน วันละ 1 ครั้ง ครั้งละ 20-30 นาที
5. ครั้งที่ 1 วันต่อมาหลังวันรับทราบผลว่าเป็นคู่เสี่ยง ผู้วิจัยติดต่อกลุ่มตัวอย่างทางแอปพลิเคชันไลน์ตามเวลาที่นัดหมาย ผู้วิจัยโทรแบบวิดีโอคอลและเริ่มสร้างสัมพันธภาพ และสอบถามปัญหาและความรู้สึกที่เกิดขึ้นหลังได้รับทราบผลการวินิจฉัยว่าเป็นคู่เสี่ยง

ชาลส์ซีเมีย และมีโอกาสให้กำเริบอาการในครรภ์เป็นโรค เป็นการพูดคุยโดยเปิดโอกาสให้กลุ่มตัวอย่างได้ระบายความรู้สึก

ผู้วิจัยให้ชมวิดิทัศน์ความรู้เรื่องโรคชาลส์ซีเมียและการเตรียมตัวก่อนตรวจวินิจฉัยก่อนคลอด ในส่วนของโรคชาลส์ซีเมียประมาณ 15 นาที หลังจากนั้นเปิดโอกาสให้ซักถามถึงประเด็นที่ยังมีข้อสงสัย และสาธิตวิธีการผ่อนคลายความวิตกกังวล รวมทั้งติดตามอาการไม่สุขสบายที่เกิดขึ้นในช่วงการตั้งครรภ์ และแนะนำการปฏิบัติตัวเพื่อแก้ปัญหาที่เกิดขึ้นในแต่ละบุคคล และนัดหมายเวลาเข้าร่วมกิจกรรมในวันต่อไป

6. ครั้งที่ 2 วันต่อมาหลังจากครั้งที่ 1 ผู้วิจัยติดต่อกลุ่มตัวอย่างทางแอปพลิเคชันไลน์ตามเวลาที่นัดหมาย ผู้วิจัยโทรแบบวิดีโอคอลสอบถามปัญหาและเปิดโอกาสให้กลุ่มตัวอย่างได้ระบายความรู้สึก หลังจากนั้นผู้วิจัยให้ชมวิดิทัศน์ในส่วนของ การเตรียมตัวก่อนรับการตรวจวินิจฉัยก่อนคลอดประมาณ 15 นาที หลังจากนั้นเปิดโอกาสให้ซักถามถึงประเด็นที่ยังมีข้อสงสัย และสาธิตวิธีการผ่อนคลายความวิตกกังวล รวมทั้งติดตามอาการไม่สุขสบายที่เกิดขึ้นในช่วงการตั้งครรภ์ และแนะนำการปฏิบัติตัวเพื่อแก้ปัญหาที่เกิดขึ้นในแต่ละบุคคล

ผู้วิจัยแจ้งให้ทราบว่าสามารถติดต่อสอบถามกับผู้วิจัยได้ตลอดเวลาผ่านทางแอปพลิเคชันไลน์ เมื่อมีปัญหาเกี่ยวกับการตั้งครรภ์ หรือมีข้อสงสัยที่อาจจะเกิดขึ้นในช่วงระหว่างรอเข้ารับ การตรวจวินิจฉัยก่อนคลอด รวมทั้งผู้วิจัยจะติดต่อกลุ่มตัวอย่างผ่านทางแอปพลิเคชันไลน์วันละ 1 ครั้ง ในช่วงเวลาเช้าก่อนเที่ยง เป็นการส่งข้อความกล่าวทักทาย เพื่อสอบถามอาการไม่สุขสบาย และความวิตกกังวลที่อาจเกิดขึ้น จนถึงก่อนวันนัดตรวจวินิจฉัยก่อนคลอด โดยแต่ละคู่ได้รับการติดตามจากผู้วิจัยประมาณ 5 ครั้ง โดยจะเป็นช่วงระยะเวลา 1 สัปดาห์ก่อนเข้ารับการตรวจ

7. การประเมินผล ก่อนถึงวันนัดตรวจวินิจฉัยก่อนคลอด 1 วัน ผู้วิจัยส่งลิงก์ Google form แบบสอบถามจำนวน 2 ชุด ได้แก่ แบบวัดความวิตกกังวลขณะเผชิญ และแบบวัดความรู้เรื่องโรคชาลส์ซีเมีย และวิธีการในการเตรียมตัวก่อนตรวจ

ก่อนคลอด ผ่านทางแอปพลิเคชันไลน์ ซึ่งคะแนนในส่วนนี้ ผู้วิจัยนำไปวิเคราะห์เป็นผลลัพธ์ของการวิจัยครั้งนี้ พร้อมกล่าวขอบคุณและยุติการสนทนาในแอปพลิเคชันไลน์

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง ด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เปรียบเทียบข้อมูลทั่วไประหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยใช้สถิติ chi-square

2. วิเคราะห์เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยของคะแนนความวิตกกังวลขณะเผชิญก่อนและหลังการทดลองในแต่ละกลุ่ม ด้วยสถิติ paired sample t-test เนื่องจากทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นข้อมูลมีการแจกแจงแบบโค้งปกติ และเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยของคะแนนความรู้ก่อนและหลังการทดลองในแต่ละกลุ่ม ด้วยสถิติ Wilcoxon signed-rank test เนื่องจากทดสอบข้อตกลงเบื้องต้น ข้อมูลมีการแจกแจงแบบโค้งไม่ปกติ

3. วิเคราะห์เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยของคะแนนความวิตกกังวลขณะเผชิญระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ด้วยสถิติ independent t-test เนื่องจากทดสอบข้อตกลงเบื้องต้น ข้อมูลมีการแจกแจงแบบโค้งปกติ และเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยของคะแนนความรู้ ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ด้วยสถิติ Mann-Whitney test เนื่องจากทดสอบข้อตกลงเบื้องต้น ข้อมูลมีการแจกแจงแบบโค้งไม่ปกติ

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลส่วนบุคคลของสตรีตั้งครรภ์และสามี

เมื่อทดสอบความแตกต่างของข้อมูลส่วนบุคคลพบว่า สตรีตั้งครรภ์และสามีทั้งสองกลุ่มไม่มีความแตกต่างกัน ดังแสดงในตารางที่ 1



ตารางที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของสตรีตั้งครรภ์และสามีในกลุ่มทดลอง (n = 31) และกลุ่มควบคุม (n = 30)

ลักษณะบุคคล	สตรีตั้งครรภ์			สามี		
	กลุ่มทดลอง	กลุ่มควบคุม	χ^2 (p-value)	กลุ่มทดลอง	กลุ่มควบคุม	χ^2 (p-value)
	n (%)	n (%)		n (%)	n (%)	
อายุ (ปี)			.40 (.527)			.44 (.510)
20-30	18 (58.1)	15 (50)		15 (48.4)	12 (40)	
31-50	13 (41.9)	15 (50)		16 (51.6)	18 (60)	
อาชีพ			.77 ¹			.91 ¹
พนักงานเอกชน	11 (35.5)	14 (46.7)		13 (41.8)	14 (46.7)	
ข้าราชการ	3 (9.7)	2 (6.7)		2 (6.5)	1 (3.3)	
ธุรกิจส่วนตัว	7 (22.5)	7 (23.3)		10 (32.3)	11 (36.7)	
อื่นๆ	10 (32.3)	7 (23.3)		6 (19.4)	4 (13.3)	
ระดับการศึกษา			.92 ¹			.67 ¹
ประถม	2 (6.5)	2 (6.7)		3 (9.7)	1 (3.3)	
มัธยม/ปวช./ปวส.	15 (48.5)	13 (43.3)		16 (51.6)	15 (50)	
ปริญญาตรีและสูงกว่า	14 (45.2)	15 (50)		12 (38.7)	14 (46.7)	
มีญาติสายตรงเป็นโรค/พาหะ			.51 ¹			.47 ¹
ไม่มี	6 (19.4)	2 (6.7)		4 (12.9)	5 (16.7)	
ไม่ทราบ	15 (48.4)	18 (60)		17 (54.8)	19 (63.3)	
ญาติฝ่ายบิดา	2 (6.4)	1 (3.3)		2 (6.5)	3 (10)	
ญาติฝ่ายมารดา	8 (25.8)	9 (30)		8 (25.8)	3 (10)	

¹ Fisher's exact test

2. การได้รับข้อมูลเกี่ยวกับโรคธาลัสซีเมีย

เมื่อทดสอบความแตกต่างของการได้รับข้อมูลเกี่ยวกับโรคธาลัสซีเมีย พบว่าสตรีตั้งครรภ์และสามีทั้งสองกลุ่มไม่มีความแตกต่างกัน ดังแสดงในตารางที่ 2

3. ข้อมูลทางสูติกรรมของสตรีตั้งครรภ์

เมื่อทดสอบความแตกต่างข้อมูลสูติกรรมของสตรีตั้งครรภ์ พบว่าสตรีตั้งครรภ์ทั้งสองกลุ่มไม่มีความแตกต่างกัน โดยกลุ่มทดลองร้อยละ 54.8 ตั้งครรภ์ครั้งแรก ส่วนกลุ่มควบคุม

ส่วนใหญ่ร้อยละ 66.7 ตั้งครรภ์ครั้งหลัง และทั้งสองกลุ่มส่วนใหญ่ไม่เคยให้กำเนิดบุตรเป็นโรคธาลัสซีเมีย ดังแสดงในตารางที่ 3

4. ข้อมูลผลการตรวจคัดกรอง

เมื่อทดสอบความแตกต่างข้อมูลการตรวจคัดกรองของสตรีตั้งครรภ์และสามี พบว่าสตรีตั้งครรภ์และสามีทั้งสองกลุ่มไม่มีความแตกต่างกัน โดยทั้งสองกลุ่มส่วนใหญ่มีผลเลือดค่า MCV อยู่ระหว่าง 60-79 fL. ดังแสดงในตารางที่ 4

ตารางที่ 2 การได้รับข้อมูลเกี่ยวกับโรคธาลัสซีเมียของสตรีตั้งครรภ์และสามีกลุ่มทดลอง (n = 31) และกลุ่มควบคุม (n = 30)

การได้รับข้อมูลเกี่ยวกับ โรคธาลัสซีเมีย	สตรีตั้งครรภ์			สามี		
	กลุ่มทดลอง	กลุ่มควบคุม	χ^2 (p-value)	กลุ่มทดลอง	กลุ่มควบคุม	χ^2 (p-value)
	n (%)	n (%)		n (%)	n (%)	
เคยได้รับข้อมูลมาก่อน			.60 (.437)			1.35 (.245)
เคย	21 (67.7)	23 (76.7)		22 (71)	17 (56.7)	
ไม่เคย	10 (32.3)	7 (23.3)		9 (29)	13 (43.3)	
บุคคลผู้ให้ข้อมูล			.72 ¹			.36 ¹
บุคลากรทางการแพทย์	19 (61.3)	20 (66.7)		19 (61.3)	13 (43.3)	
บุคลากรทางการแพทย์ และญาติ	2 (6.4)	3 (10)		3 (9.7)	4 (13.4)	
ไม่เคย	10 (32.3)	7 (23.3)		9 (29)	13 (43.3)	
สื่อออนไลน์ที่ได้รับข้อมูล			1.36 (.506)			.136 ¹
Google	17 (54.8)	16 (53.3)		16 (51.6)	16 (53.3)	
Social media	4 (12.9)	7 (23.3)		6 (19.4)	1 (3.4)	
ไม่เคย	10 (32.3)	7 (23.3)		9 (29)	13 (43.3)	

¹ Fisher's exact test

ตารางที่ 3 ข้อมูลทางสถิติกรรมของสตรีตั้งครรภ์กลุ่มทดลอง (n = 31) และกลุ่มควบคุม (n = 30)

ลักษณะส่วนบุคคล	กลุ่มทดลอง n (%)	กลุ่มควบคุม n (%)	χ^2	p-value
การตั้งครรภ์			2.86	.091
ครรภ์แรก	17 (54.8)	10 (33.3)		
ครรภ์หลัง	14 (45.2)	20 (66.7)		
เคยให้กำเนิดบุตรเป็นโรคธาลัสซีเมีย				.301 ¹
เคย	7 (22.6)	3 (10)		
ไม่เคย	24 (77.4)	27 (90)		

¹ Fisher's exact test

ตารางที่ 4 ข้อมูลทางผลการตรวจคัดกรองของสตรีตั้งครรภ์และสามีในกลุ่มทดลอง (n = 31) และกลุ่มควบคุม (n = 30)

การตรวจคัดกรอง	สตรีตั้งครรภ์			สามี		
	กลุ่มทดลอง	กลุ่มควบคุม	p-value	กลุ่มทดลอง	กลุ่มควบคุม	p-value
	n (%)	n (%)		n (%)	n (%)	
ผลเลือดค่า MCV			.217 ¹			.426 ¹
<60 FL	2 (6.5)	6 (20)		2 (6.5)	6 (20)	
60-79 FL	27 (87)	21 (70)		27 (87)	21 (70)	
≥80 FL	2 (6.5)	3 (10)		2 (6.5)	3 (10)	

¹ Fisher's exact test

5. ข้อมูลชนิดของการเป็นคู่เสี่ยงธาลัสซีเมีย

เมื่อทดสอบความแตกต่างของข้อมูลการเป็นคู่เสี่ยงธาลัสซีเมียในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ส่วนใหญ่เป็นพาหะธาลัสซีเมียชนิด β -thalassemia / Hemoglobin E คิดเป็นร้อยละ 67.7 เท่ากันทั้งสองกลุ่ม ดังแสดงในตารางที่ 5

6. ข้อมูลแสดงการเปรียบเทียบคะแนนความวิตกกังวลและความรู้ของสตรีตั้งครรภ์

เมื่อเปรียบเทียบคะแนนความวิตกกังวลของสตรีตั้งครรภ์ก่อนและหลังได้รับโปรแกรม พบว่ากลุ่มทดลองมีคะแนนความวิตกกังวลภายหลังได้รับโปรแกรมน้อยกว่าก่อนได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$)

และเมื่อเปรียบเทียบคะแนนความวิตกกังวลระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่ากลุ่มทดลองมีคะแนนความวิตกกังวลภายหลังการทดลองน้อยกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = .005$)

เมื่อเปรียบเทียบคะแนนความรู้ของสตรีตั้งครรภ์ก่อนและหลังได้รับโปรแกรม ในกลุ่มทดลองพบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนความรู้ภายหลังได้รับโปรแกรมมากกว่าก่อนได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) และเมื่อเปรียบเทียบคะแนนความรู้ของสตรีตั้งครรภ์ ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่ากลุ่มทดลองมีคะแนนความรู้ภายหลังการทดลองมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = .001$) ดังแสดงในตารางที่ 6

ตารางที่ 5 ข้อมูลชนิดของการเป็นคู่เสี่ยงธาลัสซีเมียของสตรีตั้งครรภ์และสามีในกลุ่มทดลอง (n = 31) และกลุ่มควบคุม (n = 30)

การเป็นคู่เสี่ยงธาลัสซีเมีย	กลุ่มทดลอง n (%)	กลุ่มควบคุม n (%)	p-value
ชนิดของพาหะธาลัสซีเมีย			.707 ¹
β/β^E	21 (67.7)	20 (66.7)	
β/β	3 (9.7)	1 (3.3)	
Alpha SEA/N	7 (22.6)	9 (30)	

¹ Fisher's exact test

ตารางที่ 6 เปรียบเทียบ ค่าเฉลี่ย คะแนนความวิตกกังวลและความรู้ของสตรีตั้งครรภ์ก่อนและหลังได้รับโปรแกรม และระหว่างกลุ่มทดลอง (n = 31) และกลุ่มควบคุม (n = 30)

กลุ่ม	ความวิตกกังวล			ความรู้		
	ก่อนทดลอง	หลังทดลอง	t ¹	ก่อนทดลอง	หลังทดลอง	Z ²
	$\bar{X}$ (SD)	$\bar{X}$ (SD)		$\bar{X}$ (SD)	$\bar{X}$ (SD)	
กลุ่มทดลอง	51.39 (11.44)	41.45 (10.70)	4.59 ($< .001$)	18.35 (1.20)	19.84 (0.37)	4.44 ($< .001$)
กลุ่มควบคุม	50.10 (11.39)	49.93 (12.13)	0.11 (.917)	18.80 (1.42)	19.10 (1.16)	1.51 (.131)
t (ระหว่างกลุ่ม) ³	.741	.558	-	-	-	-
Z (ระหว่างกลุ่ม) ⁴	-	-	-	1.65	3.23	-
p-value	.660	.005	-	.100	.001	-

¹ paired t-test ² Wilcoxon signed rank test ³ independent t-test ⁴ Mann-Whitney test

7. ข้อมูลแสดงการเปรียบเทียบคะแนนความวิตกกังวลและความรู้ของสามี

เมื่อเปรียบเทียบคะแนนความวิตกกังวลของสามี ก่อนและหลังได้รับโปรแกรม ในกลุ่มทดลองพบว่า สามีในกลุ่มทดลองมีคะแนนความวิตกกังวลภายหลังได้รับโปรแกรมน้อยกว่าก่อนได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) และเมื่อเปรียบเทียบคะแนนความวิตกกังวล ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่ากลุ่มทดลองมีคะแนนความวิตกกังวลภายหลังการทดลอง

น้อยกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$)

เมื่อเปรียบเทียบคะแนนความรู้ของสามี ก่อนและหลังได้รับโปรแกรม ในกลุ่มทดลองพบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนความรู้ภายหลังได้รับโปรแกรมมากกว่าก่อนได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = .001$) และเมื่อเปรียบเทียบคะแนนความรู้ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่ากลุ่มทดลองมีคะแนนความรู้ภายหลังการทดลองไม่แตกต่างจากกลุ่มควบคุมที่นัยสำคัญ .05 ($p = .776$) ดังแสดงในตารางที่ 7

ตารางที่ 7 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ย คะแนนความวิตกกังวล และความรู้ของสามีก่อนและหลังได้รับโปรแกรม และระหว่างกลุ่มทดลอง (n = 31) และกลุ่มควบคุม (n = 30)

กลุ่ม	ความวิตกกังวล			ความรู้		
	ก่อนทดลอง	หลังทดลอง	t ¹	ก่อนทดลอง	หลังทดลอง	Z ²
	$\bar{X}$ (SD)	$\bar{X}$ (SD)		$\bar{X}$ (SD)	$\bar{X}$ (SD)	
กลุ่มทดลอง	48.35 (8.45)	39.90 (8.19)	4.87 ($< .001$)	18.71 (1.76)	19.74 (0.63)	3.46 (.001)
กลุ่มควบคุม	48.83 (9.28)	50.73 (10.44)	1.60 (.121)	18.57 (1.79)	19.30 (1.02)	2.16 (.031)
t (ระหว่างกลุ่ม) ³	.21	4.52	-	-	-	-
Z (ระหว่างกลุ่ม) ⁴	-	-	-	1.76	.28	-
p-value	.834	$< .001$	-	.079	.776	-

¹ paired t-test ² Wilcoxon signed rank test ³ independent t-test ⁴ Mann-Whitney test

การอภิปรายผล

ผลการศึกษาของสตรีตั้งครรภ์ในครั้งนี้เป็นไปตามสมมติฐานการวิจัยทุกข้อ ส่วนผลการศึกษาของสามีพบว่า เป็นไปตามสมมติฐานเกือบทุกข้อ ยกเว้นสามีที่เป็นคู่เสี่ยงต่อการมีทารกเป็นโรคธาลัสซีเมียชนิดรุนแรงหลังได้รับโปรแกรม มีคะแนนความรู้ไม่แตกต่างจากสามีกลุ่มที่ไม่ได้รับโปรแกรมที่นัยสำคัญ .05 ($p = .776$) ซึ่งไม่เป็นไปตามสมมติฐานการวิจัยข้อที่ 4

จากผลการศึกษาครั้งนี้พบว่า ก่อนเข้าร่วมโปรแกรมกลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มมีความวิตกกังวลอยู่ในระดับค่อนข้างสูงเนื่องจากคู่เสี่ยงได้รับผลการตรวจและไม่ได้เตรียมใจมาก่อนว่าทารกในครรภ์จะเสี่ยงต่อการเป็นโรคธาลัสซีเมียชนิดรุนแรง หรืออาจจะสูญเสียทารกในครรภ์จากการตั้งครรภ์ที่เกิดขึ้น ซึ่งกระทบต่อความคาดหวังที่มี และอาจจะอยู่ในภาวะที่กำลังทำใจยอมรับข้อมูลในทางลบเกี่ยวกับการตั้งครรภ์ โปรแกรมการส่งเสริมความเข้าใจเกี่ยวกับการตรวจวินิจฉัยก่อนคลอดผ่านสื่อสังคมออนไลน์ซึ่งใช้แนวคิดทฤษฎีการดูแลอย่างเอื้ออาทรของ Swanson¹⁵ ได้แก่ การทำความเข้าใจ การอยู่เฝ้าดูแล การปฏิบัติช่วยเหลือ การสนับสนุนส่งเสริม การคงไว้ซึ่งความเชื่อ ความศรัทธาในการทำความเข้าใจนั้น ผู้วิจัยสอบถามประเมินความรู้สึกและความเข้าใจในข้อมูลที่ได้รับของแต่ละบุคคล ซึ่งทำให้ผู้วิจัยสามารถให้การดูแลและคำแนะนำได้เหมาะสมตามแต่ละบุคคล จะเห็นได้จากผลการศึกษาว่า สตรีตั้งครรภ์กลุ่มตัวอย่างทั้งกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ส่วนใหญ่เคยได้รับข้อมูลเกี่ยวกับโรคธาลัสซีเมียมาแล้ว (ร้อยละ 76.7 และร้อยละ 67.7 ตามลำดับ) และสามีกลุ่มตัวอย่าง (ร้อยละ 56.7 และร้อยละ 71 ตามลำดับ) กลุ่มตัวอย่างยังมีความวิตกกังวลอยู่ในระดับสูง รวมทั้งไม่เคยให้กำเนิดบุตรเป็นโรคธาลัสซีเมีย (ร้อยละ 90 และร้อยละ 77.4 ตามลำดับ)

ดังนั้นการทำความเข้าใจ จะทำให้กลุ่มตัวอย่างเกิดความไว้วางใจในตัวผู้วิจัย และกล้าที่จะระบายความรู้สึกที่เกิดขึ้นโดยผู้วิจัยในฐานะพยาบาลผดุงครรภ์สอบถามเป็นรายบุคคลทางวิดีโอคอล ซึ่งมีความเป็นส่วนตัวและพบว่า กลุ่มตัวอย่างบางราย

มีความเข้าใจคำว่า คู่เสี่ยงธาลัสซีเมียไม่ถูกต้อง โดยเข้าใจว่าทารกในครรภ์เป็นโรคธาลัสซีเมียแล้ว ซึ่งผู้วิจัยได้พูดคุยปรับความเข้าใจเบื้องต้น ซึ่งทำให้กลุ่มตัวอย่างเริ่มเข้าใจและเกิดความไว้วางใจ จึงได้ระบายความรู้สึก¹⁵ ส่งผลให้ความวิตกกังวลลดลง โดยในส่วนที่กลุ่มตัวอย่างไม่เข้าใจ ผู้วิจัยให้คำอธิบายเพิ่มเติมเกี่ยวกับรายละเอียดของโรคธาลัสซีเมีย และการตรวจวินิจฉัยก่อนคลอด รวมทั้งให้กลุ่มตัวอย่างเกิดความมั่นใจว่า มีผู้วิจัยที่สามารถให้ความช่วยเหลือได้ตลอดเวลาเมื่อเกิดปัญหาขึ้น เช่น กลุ่มตัวอย่างบางรายส่งข้อความทางไลน์ เพื่อสอบถามเกี่ยวกับการเตรียมตัวก่อนเข้ารับการตรวจในวันรุ่งขึ้น ซึ่งผู้วิจัยได้ให้คำแนะนำเพิ่มเติม ทำให้กลุ่มตัวอย่างลดความวิตกกังวล และส่งผลให้กลุ่มตัวอย่างสามารถรับข้อมูลเกี่ยวกับโรคธาลัสซีเมีย และการตรวจวินิจฉัยก่อนคลอด จะทำให้กลุ่มตัวอย่างพร้อมที่จะเข้ารับการตรวจวินิจฉัยก่อนคลอด ทั้งนี้เห็นได้ว่าหลังจากได้รับโปรแกรมกลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มมีความวิตกกังวลลดลงโดยสตรีตั้งครรภ์ในกลุ่มทดลอง มีคะแนนเฉลี่ย 41.45 คะแนน กลุ่มควบคุมมีคะแนนเฉลี่ย 49.93 คะแนน ส่วนสามีในกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ย 39.90 คะแนน กลุ่มควบคุมมีคะแนนเฉลี่ย 50.73 คะแนน ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ เบญจวรรณ คล้ายทับทิม, ฉวีวรรณ อยู่สำราญ และนิตยา สีนสุกใส¹⁶ ผลการศึกษาพบว่าการสนับสนุนด้านข้อมูลส่งผลให้ความวิตกกังวลลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$)

ในส่วนความรู้ของกลุ่มตัวอย่างจากผลการศึกษาครั้งนี้สามารถอธิบายได้ว่า เมื่อบุคคลอยู่ในภาวะเกิดความวิตกกังวลและปฏิเสธในช่วงแรก บุคคลนั้นอาจจะรับข้อมูลได้ไม่เต็มที่⁹ ซึ่งกลุ่มตัวอย่างที่เป็นคู่เสี่ยงในการศึกษาครั้งนี้ แม้ว่าจะเคยได้รับการอธิบายข้อมูลเกี่ยวกับโรคธาลัสซีเมียมาแล้ว โดยในสตรีตั้งครรภ์กลุ่มตัวอย่างทั้งกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองเคยได้รับข้อมูลจากบุคลากรทางการแพทย์ (ร้อยละ 66.7 และร้อยละ 61.3 ตามลำดับ) และสามีกลุ่มตัวอย่าง (ร้อยละ 43.3 และร้อยละ 61.3 ตามลำดับ) แต่คะแนนความรู้เกี่ยวกับโรคธาลัสซีเมียและการเตรียมตัวก่อนตรวจวินิจฉัยก่อนคลอด ก่อนเข้าร่วมโปรแกรมของสตรีตั้งครรภ์

ในกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ย 18.35 คะแนน กลุ่มควบคุมมีคะแนนเฉลี่ย 18.80 คะแนน ส่วนสามีในกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ย 18.71 คะแนน กลุ่มควบคุมมีคะแนนเฉลี่ย 18.57 คะแนน จากคะแนนเต็ม 20 คะแนน โดยผู้วิจัยสนับสนุนส่งเสริมด้านข้อมูลให้กลุ่มตัวอย่างผ่านวิถีทัศนความรู้ ซึ่งเป็นการให้ความรู้แบบทวนซ้ำและเน้นย้ำ ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดทฤษฎีของ Swanson ในส่วนของ enabling คือ เสริมความสามารถของผู้ป่วยในการดูแลตนเอง¹⁵ เมื่อกลุ่มตัวอย่างมีความสบายใจและพร้อมที่จะรับข้อมูลได้มากกว่าในช่วงแรกที่รับทราบผลคู่เสี่ยง เพื่อให้เข้าใจในสถานการณ์ที่เกิดขึ้น สามารถปรับตัวได้อย่างเหมาะสม และเปิดโอกาสให้พูดคุยถึงประเด็นที่ยังมีข้อสงสัย ซึ่งพบว่าส่วนใหญ่กลุ่มตัวอย่างมีความกังวลกลัวว่าลูกจะเป็นโรค ไม่เข้าใจการถ่ายทอดลักษณะทางพันธุกรรมของโรคธาลัสซีเมีย โดยเข้าใจว่าขณะนี้ทารกในครรภ์เป็นโรคธาลัสซีเมียแล้ว และต้องการทราบขั้นตอนในระหว่างการทำตรวจวินิจฉัยว่าจะได้รับความเจ็บปวดระหว่างการทำหัตถการกังวลว่าทารกจะได้รับอันตรายจากการตรวจ และวิตกกังวลว่าผลการตรวจจะผิดปกติและต้องยุติการตั้งครรภ์

ผู้วิจัยให้คำอธิบายเพิ่มเติมในสิ่งที่กลุ่มตัวอย่างยังมีข้อสงสัยพร้อมสอบถามความเข้าใจและความรู้สึกอีกครั้งพบว่า กลุ่มตัวอย่างที่ได้รับคำอธิบายเพิ่มเติมมีความเข้าใจมากขึ้น มีสีหน้าที่มีความหวังต่อการตั้งครรภ์ครั้งนั้นมากขึ้น จากการได้พูดคุยพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีพื้นฐานความรู้ ความเข้าใจที่ดี มีข้อสงสัยเกี่ยวกับโรคธาลัสซีเมียเพียงบางประการเท่านั้น ซึ่งสอดคล้องกับผลการประเมินความรู้หลังได้รับโปรแกรม โดยสตรีตั้งครรภ์ในกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ย 19.84 คะแนน กลุ่มควบคุมมีคะแนนเฉลี่ย 19.10 คะแนน ส่วนสามีในกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ย 19.74 คะแนน กลุ่มควบคุมมีคะแนนเฉลี่ย 19.30 คะแนน ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของเกษม เรืองรองมรกด, ภาวิน พัวพรพงษ์ และสุธีร์ รัตนมงคลกุล¹⁸ ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างสตรีตั้งครรภ์และสามีมีระดับคะแนนความรู้หลังรับชมวิถีทัศนความรู้สูงกว่าก่อนรับชมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .01$)

ในส่วนของสามีหลังได้รับโปรแกรม มีคะแนนความรู้ไม่แตกต่างจากสามีที่ไม่ได้รับโปรแกรมที่นัยสำคัญ .05 ($p = .776$) สามารถอธิบายได้ว่า สามีเป็นบุคคลที่มีอิทธิพลต่อความรู้สึก ความคาดหวัง ความไม่แน่นอน ความเชื่อ และค่านิยมของสตรีตั้งครรภ์ในการตรวจคัดกรองและตรวจวินิจฉัยก่อนคลอด¹⁰ ซึ่งถือว่าเป็นเสาหลักและเป็นที่พักพิงของสตรีตั้งครรภ์ที่ต้องเผชิญกับความวิตกกังวลที่เกิดขึ้น โดยสามีกลุ่มควบคุมอาจมีการค้นคว้าหาข้อมูลเกี่ยวกับโรคธาลัสซีเมียและการตรวจวินิจฉัยก่อนคลอดจากสื่อต่างๆ เพิ่มเติม ซึ่งสังเกตได้จากสามีกลุ่มควบคุมมีการสอบถามข้อมูลเพิ่มเติม ภายหลังจากได้รับแผ่นพับความรู้และได้รับคำแนะนำจากผู้วิจัยในหลายประเด็นที่ยังคงวิตกกังวล และเป็นห่วงสตรีตั้งครรภ์ในการเข้ารับการตรวจวินิจฉัยก่อนคลอด จึงส่งผลให้คะแนนความรู้ของสามีกลุ่มควบคุมเพิ่มขึ้น เมื่อเทียบกับก่อนการได้รับการพยาบาลตามปกติ และเป็นผลทำให้มีความรู้ไม่แตกต่างจากสามีกลุ่มที่ได้รับโปรแกรม

ในช่วงสถานการณ์การแพร่ระบาดของเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ทำให้การให้คำแนะนำหรือการติดต่อกับผู้ป่วยได้ยากลำบากขึ้น แต่การนำสื่อออนไลน์มาเป็นช่องทางในการติดต่อสื่อสารทางด้านสุขภาพถือเป็นประโยชน์ต่อผู้ป่วย และช่องทางการติดต่อสื่อสารออนไลน์สามารถนำไปใช้ได้ แม้ว่าจะไม่ได้อยู่ในช่วงสถานการณ์โรคระบาดก็ตาม อีกทั้งเป็นการให้ความมั่นใจกับผู้ป่วยว่าเมื่อเกิดปัญหาขึ้น สามารถติดต่อสอบถามและได้รับคำแนะนำจากบุคลากรด้านสุขภาพทางสื่อสังคมออนไลน์ได้ตลอดเวลา

สรุปและข้อเสนอแนะ

โปรแกรมการส่งเสริมความเข้าใจเกี่ยวกับการตรวจวินิจฉัยก่อนคลอดผ่านสื่อสังคมออนไลน์ มีส่วนช่วยลดระดับความวิตกกังวลและเพิ่มความรู้เกี่ยวกับโรคธาลัสซีเมีย และการตรวจวินิจฉัยก่อนคลอดของคู่เสี่ยงต่อการมีทารกเป็นโรคธาลัสซีเมียชนิดรุนแรงได้ ดังนั้นพยาบาลควรมีการประเมินระดับความวิตกกังวลและความรู้ ภายหลังที่สตรีตั้งครรภ์และสามีได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นคู่เสี่ยงธาลัสซีเมีย

และนำโปรแกรมการส่งเสริมความเข้าใจไปเป็นแนวทางในการส่งเสริมความเข้าใจให้กับคู่เสี่ยงเป็นรายบุคคล โดยการนำสื่อวีดิทัศน์คู่มือโปรแกรมไปใช้ให้เหมาะสม พร้อมทั้งติดตามคู่เสี่ยงอย่างต่อเนื่องด้วยวิธีการทำแบบสอบถามวัดระดับความวิตกกังวลและความรู้ พร้อมทั้งให้คำแนะนำเพิ่มเติมเป็นรายบุคคล โดยการจัดห้องสำหรับพูดคุยที่มีลักษณะเป็นส่วนตัวหรือผ่านช่องทางออนไลน์ตามความเหมาะสมในตามบริบทของแต่ละโรงพยาบาล โดยใช้เวลาไม่นาน ตั้งแต่ได้รับการวินิจฉัย เข้ารับการตรวจวินิจฉัยก่อนคลอด จนถึงวันรับฟังผลการตรวจ ซึ่งถือได้ว่าเป็นการให้การพยาบาลอย่างองค์รวม จะมีส่วนช่วยลดระดับความวิตกกังวล และเพิ่มความรู้ของคู่เสี่ยงได้

References

1. Paiboonsukwong K, Jopang Y, Winichagoon P, Fucharoen S. Thalassemia in Thailand. *Hemoglobin*. 2022;46(1):53-7. doi: 10.1080/03630269.2022.2025824.
2. Thongsong T, Wanapirak C. Hematological diseases in pregnant women. In: Thongsong T, editor. *Obstetrics*. 6th ed. Bangkok: Laksameerung; 2021. p.745-60. (in Thai).
3. Busabawalai T, Poonchai K, Thanuchit S, Onjorn O, Malathong N, Chuenchom S, et al. Complete research report project evaluation and control of thalassemia blood plants in pregnant women. Nonthaburi: Health Intervention and Technology Assessment Program; 2019. 115 p. (in Thai).
4. World Health Organization. EB118.R1 Thalassemia and other hemoglobinopathies - Item 5.2 of the Agenda (Documents EB118/5 and EB118/5 Add.1). In: WHO, Executive Board, 118th Session, Geneva, 29-31 May 2006 - Resolutions and decisions, annexes, summary records. Geneva: World Health Organization; 2006. p.63-4, 144-8. Available from: http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/EBSS-EB118-2006-REC1/english/Res/res-eb118_2006_rec1-en.pdf
5. Mensah C, Sheth S. Optimal strategies for carrier screening and prenatal diagnosis of α - and β -thalassemia. *Hematology Am Soc Hemato Educ Program*. 2021;2021(1):607-13. doi: 10.1182/hematology.2021000296.
6. Aziz MA, Khan WA, Banu B, Das SA, Sadiya S, Begum S. Prenatal diagnosis and screening of thalassemia mutations in Bangladesh: presence of rare mutations. *Hemoglobin*. 2020;44(6):397-401. doi: 10.1080/03630269.2020.1830797.
7. Chuenwattana P, Yusamran C. Invasive prenatal diagnosis of thalassemia: principle and nursing care. *Nursing Science Journal of Thailand*. 2017; 35(3):4-13. (in Thai).
8. Atienza-Carrasco J, Linares-Abad M, Padilla-Ruiz M, Morales-Gil IM. Breaking bad news to antenatal patients with strategies to lessen the pain: a qualitative study. *Reprod Health*. 2018;15:11. doi: 10.1186/s12978-018-0454-2.
9. Srisutthikamol N, Sripichyakan K, Baosoung C, Klunklin P. Refining woman-centered care in prenatal screening and diagnosis for thalassemia: a qualitative descriptive study among northeastern Thai women. *Pac Rim Int J Nurs Res*. 2021;25(3):389-406.

10. Moudi Z, Jam R, Ansari H, Montazer Zohour M. Effect of shared decision-making on anxiety of women recommended for prenatal screening tests in southeast of Iran. *J Family Reprod Health*. 2020;14(3):192-7. doi: 10.18502/jfrh.v14i3.4673.
11. Thain E, Shuman C, Miller K, Sappleton K, Myles-Reid D, Chitayat D, et al. Prenatal and preconception genetic counseling for consanguinity: consanguineous couples' expectations, experiences, and perspectives. *J Genet Couns*. 2019;28(5): 982-92. doi: 10.1002/jgc4.1150.
12. Yeşilçınar İ, Güvenç G. Counselling and education for prenatal screening and diagnostic tests for pregnant women: randomized controlled trial. *Int J Nurs Pract*. 2021;27(5):e13000. doi: 10.1111/ijn.13000.
13. Lindgren P, Stadin M, Blomberg I, Nordin K, Sahlgren H, Ingvaldstad Malmgren C. Information about first-trimester screening and self-reported distress among pregnant women and partners - comparing two methods of information giving in Sweden. *Acta Obstet Gynecol Scand*. 2017;96(10):1243-50. doi: 10.1111/aogs.13195.
14. Thanthitithanakun B, Duphaskul S. Health believes model on post-Covid-19 information during digital transformation. *Journal of MCU Ubon Review*. 2022;7(3):487-502. (in Thai).
15. Swanson KM. Kristen Swanson's theory of caring. In: Smith MC, Parker ME, editors. *Nursing theories and nursing practice*. 4th ed. Philadelphia, PA: F. A. Davis Company; 2015. p.521-31.
16. Klaitabtim B, Yusamran C, Sinsuksai N. Effect of an information support program on anxiety in advanced maternal-age women receiving amniocentesis. *Journal of Nursing and Health Care*. 2016;34(3):81-7. (in Thai).
17. Kochapakdee N, Worakitpokathorn S, Nissaisuk M. The anxiety scale [copies of documents]. Bangkok: Mahidol University; 1988. (in Thai).
18. Raungrongmorakot K, Puapornpong P, Rattanamongkolgul S. Knowledge, attitudes and practice of premarital, preconceptional blood tests and thalassemia among pregnant women and their spouses during the first prenatal visit. *Journal of Medicine and Health Sciences*. 2012;19(2):22-8. (in Thai).



Factors Predicting Quality of Life among Early Surgical Menopausal Women*

Janya Chanphong, RN, PhD¹, Kitirat Techatraisak, MD, PhD², Nutchaya Sa-nga-aarekul, RN, MPH²

Abstract

Purpose: To study the predicting factors on quality of life among early surgical menopausal women including education, occupation, income, perceive general self-efficacy, self-care, and social support.

Design: Predictive correlational study design.

Methods: The participants consisted of 113 early surgical menopausal women who came to follow-up after surgery at the obstetric-gynecological clinic at a university hospital in Bangkok during March 2022 until May 2023. Data were collected using a demographic questionnaire, General Self-Efficacy Questionnaire, Menopausal Self-Care Questionnaire, Multidimensional Scale of Perceived Social Support and the Menopause-Specific Quality of Life Questionnaire. Descriptive statistics and multiple linear regression were applied to the data analysis.

Main findings: The results revealed that all factors could explain 39.2% of the variance in quality of life ($R^2 = .154$). The factors that significantly predicted quality of life among early surgical menopausal women were surgical menopausal symptoms ($\beta = .275$, $p < .003$) and perceived social support ($\beta = -.256$, $p < .024$).

Conclusion and recommendations: Healthcare team should promote family, friends and significant persons to support the women in early surgical menopausal period and try to promote them how to reduce surgical menopausal symptoms for increasing their quality of life.

Keywords: menopause, quality of life, self-efficacy, social support, surgery

Nursing Science Journal of Thailand. 2024;42(2):89-104

Corresponding Author: Assistant Professor Janya Chanphong, Faculty of Nursing, Mahidol University, Bangkok 10700, Thailand; e-mail: janya.che@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 Faculty of Medicine Siriraj Hospital, Mahidol University, Bangkok, Thailand

Received: 26 January 2024 / Revised: 19 March 2024 / Accepted: 22 March 2024



ปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตสตรีที่มีภาวะ หมดประจำเดือนในระยะแรกหลังผ่าตัด*

จรรยา จันทรผ่อง, ประด. ¹ กิติรัตน์ เตชะไตรศักดิ์, พ.บ., ประด. ² ณัฐชญา สง่าอารีย์กุล, ส.ม. ²

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์: เพื่อศึกษาปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตสตรีที่มีภาวะหมดประจำเดือนในระยะแรกหลังผ่าตัด ได้แก่ ระดับการศึกษา อาชีพ/การมีงานทำ รายได้ การรับรู้ความสามารถของตนเอง การดูแลตนเองในวัยหมดประจำเดือน การสนับสนุนทางสังคม

รูปแบบการวิจัย: รูปแบบการศึกษาความสัมพันธ์เชิงทำนาย

วิธีดำเนินการวิจัย: กลุ่มตัวอย่าง คือ สตรีที่มีภาวะหมดประจำเดือนในระยะแรกหลังผ่าตัด จำนวน 113 คน ที่มารับบริการที่แผนกสูติศาสตร์-นรีเวชวิทยา โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยแห่งหนึ่งในกรุงเทพมหานคร ในช่วงเดือนมีนาคม พ.ศ. 2565 ถึง เดือนพฤษภาคม พ.ศ. 2566 เครื่องมือวิจัยประกอบด้วยแบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล แบบประเมินการรับรู้ความสามารถของตนเอง แบบสอบถามการดูแลตัวเองในวัยหมดประจำเดือน แบบสอบถามการรับรู้การสนับสนุนทางสังคม และแบบสอบถามคุณภาพชีวิตของสตรีที่หมดประจำเดือน วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลโดยใช้สถิติบรรยาย และวิเคราะห์ปัจจัยทำนายโดยใช้สถิติถดถอยเชิงพหุ

ผลการวิจัย: ปัจจัยที่ศึกษาทุกตัวร่วมอธิบายความแปรปรวนของคุณภาพชีวิตโดยรวมได้ร้อยละ 39.2 ($R^2 = .154$) ตัวแปรที่สามารถทำนายได้อย่างมีนัยสำคัญ คือ กลุ่มอาการหมดประจำเดือน ($\beta = .275, p < .003$) และการสนับสนุนทางสังคม ($\beta = -.256, p < .024$)

สรุปและข้อเสนอแนะ: ทีมสุขภาพควรมีการส่งเสริมให้ครอบครัว เพื่อน และบุคคลใกล้ชิด มีส่วนร่วมในการดูแลช่วยเหลือระดับประคับประคองสตรีที่หมดประจำเดือนระยะแรกหลังผ่าตัด รวมทั้งการจัดการลดกลุ่มอาการหมดประจำเดือนจากการผ่าตัด เพื่อส่งเสริมคุณภาพชีวิตของสตรีกลุ่มนี้ให้ดียิ่งขึ้น

คำสำคัญ: ภาวะหมดประจำเดือน คุณภาพชีวิต การรับรู้ความสามารถของตนเอง การสนับสนุนทางสังคม การผ่าตัด

Nursing Science Journal of Thailand. 2024;42(2):89-104

ผู้ประสานงานการเผยแพร่: ผู้ช่วยศาสตราจารย์จรรยา จันทรผ่อง, คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล บางกอกน้อย กรุงเทพฯ 10700, e-mail: janya.che@mahidol.ac.th

* โครงการวิจัยได้รับทุนจากเงินกองทุน ซี. เอ็ม. บี. คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

¹ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

² คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล

วันรับบทความ: 26 มกราคม 2567 / วันที่แก้ไขบทความเสร็จ: 19 มีนาคม 2567 / วันที่ตอบรับบทความ: 22 มีนาคม 2567

ความสำคัญของปัญหา

ปัญหาด้านสุขภาพของสตรีวัยหมดประจำเดือนเป็นปัญหาที่มีความสำคัญทางสาธารณสุข ภาวะหมดประจำเดือนที่เกิดตามธรรมชาติจะเกิดเมื่อสตรีมีการขาดประจำเดือนตั้งแต่ประจำเดือนครั้งสุดท้าย 12 เดือนขึ้นไป โดยไม่ได้เกิดจากสาเหตุของความผิดปกติทางสรีรวิทยาหรือพยาธิวิทยาใดๆ แต่เกิดจากการที่รังไข่เหลือไข่น้อยมาก ทำให้ขาดฮอร์โมนเอสโตรเจน เริ่มมีอาการแสดงของภาวะขาดประจำเดือนที่ชัดเจนเรื่อยๆ จนเข้าสู่วัยหมดประจำเดือนโดยสมบูรณ์¹ แตกต่างจากสตรีที่หมดประจำเดือนจากการผ่าตัด ที่เกิดจากการตัดรังไข่ออกทั้ง 2 ข้าง โดยจะตัดมดลูกออกหรือไม่ก็ตาม ซึ่งแนวโน้มนี้เพิ่มขึ้นเนื่องจากโรคทางนรีเวช เช่น ถุงน้ำหรือเนื้องอกรังไข่ ภาวะเยื่อบุมดลูกเจริญผิดที่ และยังมี การผ่าตัดเอารังไข่ออกทั้งสองข้างเพื่อป้องกันการเกิดมะเร็งรังไข่เพิ่มขึ้นด้วย ซึ่งจะทำให้สตรีเหล่านี้เกิดการขาดฮอร์โมนเพศอย่างทันทีทันใด เสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อน และเกิดปัญหาสุขภาพที่รุนแรงตามมา เช่น อาการร้อนวูบวาบ อารมณ์เปลี่ยนแปลง ปวดศีรษะ ปวดข้อ ปัสสาวะลำบาก ปัญหาทางเพศ ปัญหาด้านสติปัญญาหรือการรู้คิด (cognitive function) และปัญหาด้านการนอนหลับ ซึ่งจะรุนแรงกว่าสตรีที่หมดประจำเดือนตามธรรมชาติ²⁻³ สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่า สตรีที่หมดประจำเดือนจากการผ่าตัดจะได้รับผลกระทบต่อคุณภาพการนอนหลับมากกว่าสตรีที่หมดประจำเดือนตามธรรมชาติ⁴⁻⁵ นอกจากนี้ยังมีการศึกษาพบว่า สตรีที่หมดประจำเดือนจากการผ่าตัดจะมีระดับเทสโทสเตอโรนลดลงได้ถึงร้อยละ 50 ตั้งแต่ระยะแรกหลังผ่าตัด มีผลต่อความต้องการทางเพศ ความรู้สึกตื่นตัวทางเพศ และการไม่ถึงจุดสุดยอดทางเพศ และส่งผลกระทบต่อความรู้สึกการมีสุขภาพดี (well-being) ทั่วไป และอารมณ์ที่เปลี่ยนแปลง หรือมีอาการร้อนวูบวาบ และเหงื่อออกตอนกลางคืนที่มากขึ้น รวมถึงมีผลกระทบต่อ

มวลกล้ามเนื้อที่เปลี่ยนแปลงด้วย⁶ และยังพบว่าคุณภาพชีวิตของสตรีที่หมดประจำเดือนจากการผ่าตัดต่ำกว่าสตรีที่หมดประจำเดือนตามธรรมชาติ ทั้งด้านกลุ่มอาการทางกายที่เกิดจากการขาดประจำเดือน และกลุ่มอาการด้านจิตใจ⁷ ซึ่งโดยทั่วไปถ้าเป็นการหมดประจำเดือนตามธรรมชาติจะมีค่าเฉลี่ยของการหมดประจำเดือนที่อายุ 51 ปี ทำให้สตรีมีช่วงชีวิตในวัยหลังหมดประจำเดือนเป็นเวลายาวนานประมาณ 1 ใน 3 ของอายุ เมื่อเทียบกับอายุขัยเฉลี่ย แต่การหมดประจำเดือนจากการผ่าตัดรังไข่ออกทั้ง 2 ข้างก่อนเวลาที่หมดประจำเดือนตามธรรมชาติ ทำให้สตรีกลุ่มนี้ต้องใช้ชีวิตในวัยหลังหมดประจำเดือนยาวนานขึ้น ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตในช่วงระยะเวลาที่มากขึ้น

องค์การอนามัยโลก ได้ให้คำจำกัดความของคุณภาพชีวิต หมายถึง การรับรู้ของแต่ละบุคคลต่อสถานะในชีวิตของตน ภายใต้บริบทของวัฒนธรรมและความหมายของระบบในสังคมที่พวกเขาอาศัยอยู่และสัมพันธ์กับเป้าหมาย ความคาดหวัง มาตรฐานของสังคม และสิ่งอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง ครอบคลุมในประเด็นสุขภาพร่างกายของแต่ละคน สภาพจิตใจ ระดับของความอิสระ สัมพันธภาพทางสังคม ความเชื่อ และความสัมพันธ์ที่มีต่อสภาพแวดล้อม⁸ คุณภาพชีวิตของสตรีที่หมดประจำเดือนจากการผ่าตัดจึงเป็นเรื่องที่สำคัญ เพราะสตรีกลุ่มนี้เป็นประชากรกลุ่มที่มีบทบาทต่อการพัฒนาประเทศ เนื่องจากเป็นช่วงวัยที่สตรีต้องปฏิบัติหน้าที่สำคัญหลายบทบาทในเวลาเดียวกัน เช่น การเป็นมารดาและภรรยา การรับผิดชอบหน้าที่การงานในสังคม ถ้าคุณภาพชีวิตของสตรีกลุ่มนี้ต่ำจะส่งผลกระทบมิใช่เพียงแต่ตัวของผู้สตรีเท่านั้น แต่จะส่งผลกระทบต่อครอบครัว ชุมชนและสังคมโดยรวมด้วย จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า มีปัจจัยหลายประการที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของสตรีในวัยหมดประจำเดือน 1) ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ ระดับการศึกษา⁹⁻¹⁰ การมีงานทำ⁹⁻¹⁰ รายได้⁹ การรับรู้ความสามารถของตนเอง¹¹ การดูแลตนเองในวัยหมดประจำเดือน¹² และ 2) ปัจจัยสิ่งแวดล้อม ได้แก่ การสนับสนุนทางสังคม¹³⁻¹⁵

ปัจจัยด้านระดับการศึกษามีผลต่อคุณภาพชีวิตของสตรีที่หมดประจำเดือน โดยสตรีที่มีการศึกษาสูงจะมีคุณภาพชีวิตที่ดีกว่าสตรีที่มีระดับการศึกษาที่ต่ำกว่า ทั้งนี้เนื่องจากสตรีที่มีการศึกษาสูงจะเข้าถึงแหล่งข้อมูลและบริการสุขภาพได้ดีกว่า ทำให้มีโอกาสจัดการกับภาวะแทรกซ้อนหรือกลุ่มอาการต่างๆ จากการขาดประจำเดือนได้ดีกว่าสตรีที่มีระดับการศึกษาต่ำกว่า⁹⁻¹⁰ สตรีที่ทำงานนอกบ้านจะมีคุณภาพชีวิตที่ดีกว่าสตรีกลุ่มที่เป็นแม่บ้าน เนื่องจากได้รับการสนับสนุนทางสังคมที่ดีกว่าจากกลุ่มเพื่อนและสังคมรอบตัว ในทางตรงกันข้ามสตรีที่เป็นแม่บ้านมักจะวุ่นวายอยู่กับการทำงานบ้าน ทำให้รู้สึกเหนื่อยล้าและเป็นภาระ ขาดการเข้าสังคม พบปะผู้คนและสิ่งแวดล้อมภายนอก ทำให้มีคุณภาพชีวิตต่ำกว่าสตรีที่ทำงานนอกบ้าน⁹⁻¹⁰ นอกจากนี้ยังพบว่ารายได้มีผลต่อคุณภาพชีวิต โดยสตรีที่มีฐานะทางการเงินดีจะมีภาวะโภชนาการที่เหมาะสม มีเวลาไปพบแพทย์และเผชิญกับปัญหาที่เกิดจากการหมดประจำเดือนได้ดีกว่าสตรีที่มีเศรษฐกิจต่ำ สตรีที่รับรู้ความสามารถของตนเองต่ำ จะมีการรับรู้ความรุนแรงของกลุ่มอาการขาดประจำเดือนสูง ส่งผลให้คุณภาพชีวิตต่ำ เนื่องจากการรับรู้ความสามารถของตนเองจะช่วยส่งเสริมให้บุคคลรักษาสุขภาพตนเองและมีพฤติกรรมการเผชิญปัญหาที่ดี มีการตั้งเป้าหมายที่สอดคล้องกับความเป็นจริงตามความสามารถของตนเอง ทำให้ไปสู่เป้าหมายนั้นสำเร็จ¹¹ การดูแลตนเองเป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้สตรีมีภาวะสุขภาพที่ดี การดูแลตนเองมีความหมายรวมถึง การได้รับข้อมูล การได้เรียนรู้ และความสนใจในการทำกิจกรรมของบุคคลเพื่อดำรงไว้ซึ่งสุขภาพและการส่งเสริมสุขภาพของตนเองและสมาชิกในครอบครัว เพื่อให้มีชีวิตที่ยืนยาว การปฏิบัติกิจกรรมในการดูแลตนเองจะทำให้สตรีสามารถเผชิญกับปัญหาต่างๆ ที่จะเกิดขึ้นในช่วงวัยหมดประจำเดือนและมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นได้¹² การสนับสนุนทางสังคมส่งผลต่อคุณภาพชีวิต โดยทำให้เกิดการเสริมพลัง (empower) แก่ผู้ได้รับการสนับสนุน ทำให้มีสุขภาพจิตที่ดี ลดความกดดัน และทำให้เผชิญอุปสรรคได้อย่างมั่นคง และยังช่วยเพิ่มพลังการรับรู้ต่อการมีสุขภาพที่ดีของบุคคล ช่วยลดปัญหาทั้งด้านร่างกายและจิตใจ¹³⁻¹⁵

แม้ว่าการศึกษาที่ผ่านมาพบว่า กลุ่มสตรีที่หมดประจำเดือนจากการผ่าตัดจะได้รับผลกระทบด้านร่างกายเปลี่ยนแปลงไปก่อนเวลาและรุนแรงจากผลของการขาดฮอร์โมนก่อนกำหนด ส่งผลต่อเนื่องถึงภาวะสุขภาพทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ ทำให้คุณภาพชีวิตต่ำลง แต่อย่างไรก็ตามจากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า ในประเทศไทยมีการศึกษาเกี่ยวกับความรุนแรงของกลุ่มอาการหมดประจำเดือนและคุณภาพชีวิตของสตรีที่หมดประจำเดือนตามธรรมชาติซึ่งเป็นการศึกษาเชิงสำรวจ การศึกษาเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตของสตรีวัยหมดประจำเดือนที่ได้รับการรักษาด้วยฮอร์โมนและไม่ได้รับฮอร์โมน และการศึกษาพฤติกรรมสุขภาพของสตรีที่มีภาวะหมดประจำเดือน โดยการศึกษาดังกล่าวเป็นงานวิจัยที่ทำเมื่อ 10-20 ปีที่ผ่านมา และเป็นการศึกษาในสตรีที่หมดประจำเดือนตามธรรมชาติ แต่ยังไม่พบการศึกษาปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตของสตรีที่หมดประจำเดือนจากการผ่าตัด ซึ่งเป็นกลุ่มที่ได้รับผลกระทบมากกว่าและยาวนานกว่า ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตของสตรีที่มีภาวะหมดประจำเดือนจากการผ่าตัด ซึ่งเป็นตัวแปรที่ได้จากการทบทวนวรรณกรรมในต่างประเทศ แต่ยังไม่มีการนำมาศึกษาในบริบทหรือสังคมไทยที่มีลักษณะทางวัฒนธรรมที่แตกต่างออกไป จึงไม่สามารถนำผลการวิจัยดังกล่าวมาอ้างอิงในกลุ่มประชากรไทยได้ ปัจจัยดังกล่าวได้แก่ ระดับการศึกษา อาชีพ/การมีงานทำ รายได้ การรับรู้ความสามารถของตนเอง การดูแลตนเองในวัยหมดประจำเดือนและการสนับสนุนทางสังคมต่อคุณภาพชีวิตของสตรีที่หมดประจำเดือนในระยะ 3 เดือนแรกหลังผ่าตัด เพื่อนำผลการศึกษาที่ได้ไปวางแผนการพยาบาลต่อการส่งเสริมคุณภาพชีวิตของสตรีกลุ่มนี้

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อศึกษาปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตสตรีที่มีภาวะหมดประจำเดือนในระยะแรกหลังผ่าตัด ได้แก่ ระดับการศึกษา อาชีพ/การมีงานทำ รายได้ การรับรู้ความสามารถของตนเอง การดูแลตนเองในวัยหมดประจำเดือน และการสนับสนุนทางสังคม

สมมติฐานการวิจัย

ระดับการศึกษา อาชีพ/การมีงานทำ รายได้ การรับรู้ความสามารถของตนเอง การดูแลตนเองในวัยหมดประจำเดือน และการสนับสนุนทางสังคม สามารถร่วมกันทำนายคุณภาพชีวิตของสตรีที่มีภาวะหมดประจำเดือนในระยะแรกหลังผ่าตัด

วิธีดำเนินการวิจัย

งานวิจัยนี้มีรูปแบบการศึกษาความสัมพันธ์เชิงทำนาย (predictive correlational study design)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ สตรีที่มีภาวะหมดประจำเดือนในระยะ 3 เดือนแรกหลังผ่าตัด

กลุ่มตัวอย่าง คือ สตรีที่มีภาวะหมดประจำเดือนในระยะ 3 เดือนแรกหลังผ่าตัด มารับบริการที่แผนกสูติศาสตร์-นรีเวชวิทยา คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลศิริราช โดยมาตรวจติดตามอาการภายหลังผ่าตัดที่หน่วยคลินิกวัยทองและต่อมไร้ท่อทางนรีเวช หน่วยตรวจโรคนรีเวช หน่วยโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ และหอผู้ป่วยอายุรกรรม 100 ปีสมเด็จพระศรีนครินทร์ ชั้น 11/2 คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยกำหนดคุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่างที่คัดเข้าร่วมงานวิจัย คือสตรีวัยเจริญพันธุ์ที่ได้รับการผ่าตัดรังไข่ออกทั้ง 2 ข้าง ในระยะ 3 เดือนแรกหลังผ่าตัด สามารถพูด อ่าน และเขียนภาษาไทยได้ เกณฑ์การคัดออกคือ สตรีที่มีภาวะหมดประจำเดือนที่เกิดขึ้นเองตามธรรมชาติ สตรีที่เคยได้รับการรักษาด้วยฮอร์โมนบำบัด

การคำนวณขนาดของกลุ่มตัวอย่าง ใช้โปรแกรม G*Power 3.1.9.4 กำหนดค่า effect size จากการหาความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรคุณภาพชีวิต และการรับรู้ความสามารถของตนเอง จากงานวิจัยของ Jafari¹⁶ ที่ทำการศึกษาปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตสตรีที่มีภาวะหมดประจำเดือน โดยมีตัวแปรต้นที่ศึกษาคือความรู้ทางสุขภาพ และการรับรู้ความสามารถของตนเอง ได้ค่า $r = .34$

คำนวณ $r^2 = .11$ และคำนวณ $f^2 = .129$ กำหนด error = .05 และ power = .80 จำนวนตัวแปรต้น 6 ตัว ได้กลุ่มตัวอย่าง 113 คน และในการศึกษาครั้งนี้ กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามได้ครบถ้วนสมบูรณ์ทั้ง 113 คน

เครื่องมือการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูลในการวิจัยครั้งนี้ มี 5 ชุดประกอบด้วย

ชุดที่ 1 แบบบันทึกข้อมูลทั่วไป ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น ลักษณะแบบสอบถามเป็นคำถามชนิดเลือกตอบและเติมคำ จำนวน 9 ข้อ แบ่งเป็น 2 ส่วน 1) แบบบันทึกข้อมูลทั่วไป จำนวน 5 ข้อ ได้แก่ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ/การมีงานทำ รายได้ สถานภาพสมรส และ 2) แบบบันทึกเกี่ยวกับโรคและการรักษา จำนวน 4 ข้อ ได้แก่ จำนวนวันหลังผ่าตัด กลุ่มอาการการขาดประจำเดือน วิธีการจัดการภาวะหมดประจำเดือน และโรคประจำตัว

ชุดที่ 2 แบบประเมินการรับรู้ความสามารถของตนเอง (General Self-Efficacy) สร้างขึ้นโดย Schwarzer และ Jerusalem¹⁷ ใช้ประเมินการรับรู้ของบุคคลต่อความสามารถของตนเองในด้านต่างๆ ซึ่งมีการแปลเป็นภาษาไทยโดย วาทีณี สุขมาก, อัจฉรี ศิริสุนทร และประภาพร มีนา¹⁸ ประกอบด้วยข้อคำถามปลายปิดจำนวน 10 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นมาตราประมาณค่า (rating scale) 4 ระดับ ได้แก่ ไม่เป็นความจริงเลย เป็นความจริงบ้าง เป็นความจริงพอควร และเป็นความจริงอย่างยิ่ง คะแนนน้อยสุดคือ 1 และมากที่สุด คือ 4 คะแนน มีคะแนนรวมระหว่าง 10 ถึง 40 คะแนน การแปลผลแบ่งเป็น 3 ระดับ คือการรับรู้ความสามารถของตนเองต่ำ คะแนนอยู่ระหว่าง 10-20 คะแนน การรับรู้ความสามารถของตนเองปานกลาง คะแนนอยู่ระหว่าง 21-30 คะแนน การรับรู้ความสามารถของตนเองสูง คะแนนอยู่ระหว่าง 31-40 คะแนน โดยมีค่าความเที่ยงของเครื่องมือเท่ากับ .84¹⁸

ชุดที่ 3 แบบสอบถามการดูแลตนเองในวัยหมดประจำเดือน (Menopausal Self-Care Questionnaire) ผู้วิจัยได้สร้างขึ้นจาก

การทบทวนวรรณกรรม ประกอบด้วยคำถามเกี่ยวกับการดูแลตนเอง ในวัยหมดประจำเดือน 6 ด้าน จำนวน 25 ข้อ ได้แก่ การดูแลด้านโภชนาการ 9 ข้อ ด้านกิจกรรมทางกาย 3 ข้อ ด้านการจัดการอาการร้อนวูบวาบและเหงื่อออกตอนกลางคืน 3 ข้อ ด้านระบบทางเดินปัสสาวะ 3 ข้อ ด้านการจัดการอารมณ์ 3 ข้อ ด้านความจำ 4 ข้อ ประเมินค่าด้วยมาตรประมาณค่า 5 ระดับ ได้แก่ ไม่เคย นานๆ ครั้ง เป็นบางครั้ง บ่อยครั้ง เป็นประจำคะแนนน้อยที่สุดคือ 1 และมากที่สุด คือ 5 คะแนนรวมระหว่าง 25 ถึง 125 คะแนน การแปลผลแบ่งเป็น 3 ระดับคือ การดูแลตนเองไม่ดี คะแนนอยู่ระหว่าง 25-58 คะแนน การดูแลตนเองปานกลาง คะแนนอยู่ระหว่าง 59-92 คะแนน และการดูแลตนเองดี คะแนนอยู่ระหว่าง 93-125 คะแนน

ชุดที่ 4 แบบสอบถามการรับรู้การสนับสนุนทางสังคม (Multidimensional Scale of Perceived Social Support: MSPSS) สร้างขึ้นโดย Zimet และคณะ¹⁹ ซึ่งมีการแปลเป็นภาษาไทยโดยพิทักษ์พล บุญมาลิก²⁰ ประกอบด้วยข้อคำถามปลายปิดจำนวน 12 ข้อ แบ่งเป็น 3 ด้าน ด้านละ 4 ข้อ ได้แก่ การรับรู้การสนับสนุนจากครอบครัว การรับรู้การสนับสนุนจากเพื่อน และการรับรู้การสนับสนุนจากบุคคลสำคัญอื่นๆ ประเมินค่าด้วยมาตรวัดแบบลิเคิร์ตสเกล (Likert scale) 7 ระดับ ได้แก่ ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง ไม่เห็นด้วย ไม่ค่อยเห็นด้วย ไม่แน่ใจ ค่อนข้างเห็นด้วย เห็นด้วย และเห็นด้วยอย่างยิ่ง คะแนนน้อยที่สุด คือ 1 และมากที่สุด คือ 7 คะแนน คะแนนรวมอยู่ระหว่าง 12 ถึง 84 การแปลผลแบ่งเป็น 3 ระดับ คือการสนับสนุนทางสังคมต่ำ คะแนนอยู่ระหว่าง 12-36 คะแนน การสนับสนุนทางสังคมปานกลาง คะแนนอยู่ระหว่าง 37-61 และการสนับสนุนทางสังคมสูง คะแนนอยู่ระหว่าง 62-84 โดยมีค่าความเที่ยงค่าระหว่าง .88 - .89²⁰

ชุดที่ 5 แบบสอบถามคุณภาพชีวิตของสตรีที่หมดประจำเดือน (The Menopause-Specific Quality of Life Questionnaire: MENQOL) ของ Hilditch และคณะ²¹ มีจำนวน 29 ข้อ ซึ่งแปลเป็นภาษาไทยด้วยเทคนิคการแปลย้อนกลับโดยผู้วิจัย แบบสอบถามแบ่งเป็น 4 มิติ ตามกลุ่มอาการที่เกิดขึ้น

ได้แก่ ด้านระบบประสาทอัตโนมัติ 3 ข้อ ด้านจิตสังคม 7 ข้อ ด้านร่างกาย 15 ข้อ และด้านเพศสัมพันธ์ 3 ข้อ ลักษณะคำถามให้เลือกตอบว่า “ในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา อาการเหล่านี้มีผลกระทบต่อชีวิตของท่าน มากน้อยเพียงใด” การตอบแบบสอบถามถ้าไม่มีอาการหรือปัญหาเกิดขึ้นให้ตอบ “ไม่มี” (ให้คะแนน 1) แล้วทำข้อต่อไป ถ้ามีอาการเกิดขึ้นให้ตอบ “มี” แล้ววงกลมรอบตัวเลขที่คิดว่าเป็นระดับความรุนแรงของปัญหานั้น ซึ่งมีผลกระทบต่อชีวิตของผู้ตอบ ตั้งแต่ระดับ 0 ถึง 6 ระดับ โดยระดับ 0 บ่งบอกถึงไม่รบกวนหรือไม่มีผลกระทบต่อชีวิตประจำวัน ระดับ 6 บ่งบอกถึงมีอาการและมีผลกระทบต่อชีวิตประจำวันมากที่สุด จากนั้นให้แปลงคะแนนความรุนแรงของปัญหา 0 ถึง 6 ให้เป็นคะแนนตั้งแต่ 2-8 โดยมีค่าความเที่ยงของเครื่องมือเท่ากับ .86²²

การให้คะแนนแต่ละมิติ ต้องแบ่งแยกออกจากกัน เนื่องจากแต่ละมิติมีจำนวนข้อไม่เท่ากัน แบบสอบถามมี 4 มิติ จึงต้องใช้ค่าเฉลี่ยของแต่ละมิติเป็นตัวแทนในการวัดคะแนนของมิตินั้น แต่ละมิติมีค่าคะแนนระหว่าง 1-8 ถ้าคะแนนที่ได้ยิ่งน้อยบ่งบอกถึงการมีคุณภาพชีวิตของสตรีที่มีภาวะหมดประจำเดือนดีกว่า ค่าคะแนนที่ได้มากกว่าในการแปลผลใช้ค่าเฉลี่ยคะแนนที่เข้าใกล้ 1 หมายถึงคุณภาพชีวิตดี ค่าเฉลี่ยคะแนนที่เข้าใกล้ 8 คุณภาพชีวิตไม่ดี

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

ผู้วิจัยได้ดำเนินการตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือดังนี้

1) การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (content validity) แบบสอบถามการดูแลตนเองในวัยหมดประจำเดือน เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม มีการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน ได้แก่ พยาบาลชำนาญการพิเศษด้านสตรีวัยทอง 1 ท่าน อาจารย์พยาบาลที่มีประสบการณ์การสอนในหน่วยนรีเวชวิทยา 1 ท่าน และพยาบาลหัวหน้าหอผู้ป่วยนรีเวช 1 ท่าน ได้ค่า CVI = .80 ส่วนแบบประเมินการรับรู้ความสามารถของตนเอง แบบสอบถามการรับรู้การสนับสนุนทางสังคม และแบบสอบถามคุณภาพชีวิตของสตรีที่หมดประจำเดือน เป็นเครื่องมือ

ที่ใช้อย่างสากลกับกลุ่มประชากรเดียวกันจึงไม่มีการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา

2) การทดสอบความเที่ยงของเครื่องมือ (reliability) ผู้วิจัยดำเนินการทดสอบความเที่ยงของเครื่องมือทุกชุดกับกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณลักษณะตามเกณฑ์การคัดเลือกจำนวน 20 คน โดยการหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค ดังนี้ แบบประเมินการรับรู้ความสามารถของตนเอง แบบสอบถามการดูแลตนเองในวัยหมดประจำเดือน แบบสอบถามการรับรู้การสนับสนุนทางสังคม แบบสอบถามคุณภาพชีวิตของสตรีที่หมดประจำเดือน ได้ค่าความเที่ยงดังนี้ .82, .87, .94, .90 ตามลำดับ

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ได้รับการพิจารณาเห็นชอบจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล ร่วมกับคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน คณะแพทยศาสตร์ ศิริราชพยาบาล (MU-MOU CoA No. IRB-NS2021/641.2411) ผู้วิจัยมีการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง โดยการชี้แจงให้กลุ่มตัวอย่างได้เข้าใจทุกขั้นตอนของกระบวนการวิจัย จากนั้นเปิดโอกาสให้กลุ่มตัวอย่างได้ตัดสินใจในการเข้าร่วมงานวิจัยก่อนเริ่มการวิจัย และให้กลุ่มตัวอย่างสมัครใจและยินยอมเข้าร่วมการวิจัย โดยข้อมูลที่ได้รับจากผู้เข้าร่วมวิจัยจะถูกเก็บไว้เป็นความลับ และจะใช้ประโยชน์เฉพาะในการทำวิจัยเท่านั้น กลุ่มตัวอย่างสามารถยกเลิกหรือออกจากกรวิจัยครั้งนี้ได้ตลอดเวลา โดยไม่มีผลกระทบใดๆ ต่อการรับบริการในครั้งต่อไป

วิธีเก็บรวบรวมข้อมูล

ภายหลังจากได้การรับรองจริยธรรมการวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน และได้รับอนุมัติเก็บข้อมูลจากคณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลศิริราช ผู้วิจัยดำเนินการเข้าพบหัวหน้างานการพยาบาลสูติศาสตร์-นรีเวชวิทยา และหัวหน้าหอผู้ป่วยหรือหัวหน้าหน่วยตรวจโรคที่เป็นสถานที่เก็บข้อมูลเพื่อชี้แจงรายละเอียดในการเก็บรวบรวมข้อมูลและขอความร่วมมือ

ในการวิจัย ทีมผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยเริ่มดำเนินการเก็บข้อมูลโดยมีการเตรียมผู้ช่วยวิจัยจำนวน 3 คน ผู้วิจัยหรือผู้ช่วยวิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่าง จากนั้นผู้วิจัยหรือผู้ช่วยวิจัยแนะนำตัว ชี้แจงวัตถุประสงค์ และวิธีเก็บรวบรวมข้อมูลให้ทราบในทุกขั้นตอน และเปิดโอกาสให้กลุ่มตัวอย่างตัดสินใจในการเข้าร่วมวิจัย ถ้ากลุ่มตัวอย่างยินยอมและสมัครใจจึงให้กลุ่มตัวอย่างลงนามในเอกสารยินยอมเข้าร่วมโครงการและเอกสารชี้แจงรายละเอียดโครงการ แล้วจึงแจกแบบสอบถามให้ผู้เข้าร่วมวิจัยตอบด้วยตนเอง ระยะเวลาการเก็บรวบรวมข้อมูลตั้งแต่เดือนมีนาคม 2565 ถึงเดือนพฤษภาคม 2566 รวมระยะเวลา 14 เดือน ทั้งนี้เนื่องจากเป็นช่วงสถานการณ์โรคโควิด (COVID-19) ระบอบทำให้มีการจำกัดจำนวนผู้เข้ารับการรักษา มีผลให้การเก็บข้อมูลใช้ระยะเวลามากกว่าที่ควรจะเป็น

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป SPSS Version 18 (Scientific Software International, Chicago, IL, USA) กำหนดระดับนัยสำคัญที่ .05 และมีขั้นตอนการวิเคราะห์ตามลำดับ ดังนี้

1. ข้อมูลส่วนบุคคล วิเคราะห์โดยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
2. ข้อมูลการรับรู้ความสามารถของตนเอง การดูแลตนเองในวัยหมดประจำเดือน การสนับสนุนทางสังคม และคุณภาพชีวิตสตรีที่มีภาวะหมดประจำเดือนระยะแรกหลังผ่าตัดวิเคราะห์โดยการหาค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
3. สร้างตัวแปรหุ่นสำหรับปัจจัยการศึกษา อาชีพ รายได้ และกลุ่มอาการขาดประจำเดือน และวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรต้นและตัวแปรตามด้วยสถิติ point biserial correlation ส่วนปัจจัยการรับรู้ความสามารถของตนเอง การดูแลตนเองในวัยหมดประจำเดือน การสนับสนุนทางสังคม มีลักษณะเป็นข้อมูลต่อเนื่อง วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรต้นและตัวแปรตามด้วยสถิติ Pearson product moment correlation

4. วิเคราะห์การทำนายของปัจจัยที่ศึกษาด้วยสถิติ

ถดถอยเชิงพหุ (multiple linear regression analysis)

การทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นของสถิติถดถอยเชิงพหุ ได้แก่ 1) Auto Correlation พบว่าค่า Durbin Watson อยู่ในเกณฑ์ที่ผ่านข้อตกลง (1.5-2.5) 2) Multicollinearity ดูจากค่า VIF พบว่าอยู่ในระดับที่ไม่มีปัญหา 3) ค่า Standardize Residual มีแนวโน้มการแจกแจงเป็นปกติ ค่าเฉลี่ยเป็น 0 และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เข้าใกล้ 1 และ 4) ไม่พบปัญหา Heteroscedasticity ของสมการทำนายโดยพิจารณาจากกราฟ Scatter Plot ระหว่าง Standardize Residual และค่า Standardize Predicted Value

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง

สตรีที่มีภาวะหมดประจำเดือนระยะแรกหลังผ่าตัดร้อยละ 63.7 มีอายุระหว่าง 45-55 ปี อายุเฉลี่ย 45.6 ปี (SD = 5.77) ส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับปริญญาตรีคิดเป็นร้อยละ 44.2 มากกว่าครึ่งหรือร้อยละ 54.9 มีสถานภาพสมรสเป็นคู่และอยู่ด้วยกัน มีอาชีพรับราชการมากที่สุดคิดเป็นร้อยละ 24.8 มีรายได้อยู่ระหว่าง 10,001-20,000 บาท ร้อยละ 30.1 ระยะเวลาเฉลี่ยหลังผ่าตัด 47.5 วัน (SD = 23.28) และมีกลุ่มอาการหมดประจำเดือนถึงร้อยละ 69.9 ส่วนใหญ่ไม่มีการจัดการอาการถึงร้อยละ 60.2 รองลงมา มีการปรับเปลี่ยนวิถีชีวิต และมีการออกกำลังกายเพียงร้อยละ 20.4 เท่านั้น และมีโรคประจำตัวถึงร้อยละ 45.1 ดังแสดงตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของสตรีที่มีภาวะหมดประจำเดือนระยะแรกหลังผ่าตัดจำแนกตามความถี่ และร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าต่ำสุด และค่าสูงสุด (N = 113)

ตัวแปร	min - max	$\bar{X}$ (SD)	n (%)
อายุ (ปี)	21 - 55	45.6 (5.77)	
<35			8 (7.1)
35-<45			33 (29.2)
45-55			72 (63.7)
ระดับการศึกษา			
ไม่ได้เรียน			3 (2.7)
ต่ำกว่าปริญญาตรี			45 (39.8)
ปริญญาตรี			50 (44.2)
ปริญญาโท			14 (12.4)
ปริญญาเอก			1 (0.9)
สถานภาพสมรส			
โสด			39 (34.5)
อยู่ร่วมกัน			14 (12.4)
สมรส (คู่)			48 (42.5)
ม่าย			5 (4.4)
หย่าร้าง			4 (3.5)
ไม่ได้อยู่ร่วมกัน			3 (2.7)

ตารางที่ 1 (ต่อ)

ตัวแปร	min - max	$\bar{X}$ (SD)	n (%)
อาชีพ/การมีงานทำ			
เกษตรกร			4 (3.5)
แม่บ้าน			14 (12.4)
รับราชการ			28 (24.8)
พนักงานรัฐวิสาหกิจ			6 (5.3)
พนักงานบริษัท			20 (17.7)
ธุรกิจส่วนตัว			15 (13.3)
ลูกจ้าง			13 (11.5)
อื่นๆ			13 (11.5)
รายได้ (บาทต่อเดือน)			
≤10,000			18 (15.9)
10,001-20,000			34 (30.1)
20,001-30,000			22 (19.5)
30,001-40,000			12 (10.6)
40,001-50,000			14 (12.4)
≥50,001			13 (11.5)
จำนวนวันหลังผ่าตัด (วัน)	9 - 90	47.5 (23.28)	
≤30			40 (35.4)
30-59			51 (45.1)
60-90			22 (19.5)
กลุ่มอาการการขาดประจำเดือน			
มี			79 (69.9)
ไม่มี			34 (30.1)
การจัดการกลุ่มอาการขาดประจำเดือน			
การฝังเข็ม			2 (1.8)
สมุนไพร			1 (0.9)
วิตามิน			8 (7.1)
สมาธิ			11 (9.7)
การปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตและมีการออกกำลังกาย			23 (20.4)
ไม่มีการจัดการ			68 (60.2)
โรคประจำตัว			
ไม่มีโรคประจำตัว			62 (54.9)
มีโรคประจำตัว			51 (45.1)

2. ข้อมูลการรับรู้ความสามารถของตนเอง การดูแลตนเอง ในวัยหมดประจำเดือน การสนับสนุนทางสังคม คุณภาพ ชีวิตสตรีที่มีภาวะหมดประจำเดือนระยะแรกหลังผ่าตัด

สตรีที่มีภาวะหมดประจำเดือนระยะแรกหลังผ่าตัด
ส่วนใหญ่ (ร้อยละ 54.0) มีการรับรู้ความสามารถของตนเอง
อยู่ในระดับปานกลาง และเกือบสามในสี่ (ร้อยละ 73.5) มีการดูแล
ตนเองระดับปานกลาง แต่มากกว่าสามในสี่ (ร้อยละ 78.8) รับรู้
ได้รับการสนับสนุนทางสังคมอยู่ในระดับสูง ส่วนค่าเฉลี่ยคุณภาพชีวิต
ทั้งโดยรวมและรายด้านนับว่าอยู่ในระดับดี เนื่องจากคะแนนเฉลี่ย
แต่ละด้านอยู่ระหว่าง 2.12 ถึง 3.39 ดังแสดงในตารางที่ 2

จากการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปร
ที่ศึกษาพบว่า การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์
ระดับต่ำกับคุณภาพชีวิตของสตรีที่มีภาวะหมดประจำเดือน
ระยะแรกหลังผ่าตัดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -.19$,
 $p < .05$) และกลุ่มอาการหมดประจำเดือนมีความสัมพันธ์
ระดับต่ำกับคุณภาพชีวิตของสตรีที่มีภาวะหมดประจำเดือน
ระยะแรกหลังผ่าตัดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .27$,
 $p < .001$) ส่วนตัวแปรอื่นๆ ไม่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิต
ที่ระดับนัยสำคัญ .05 ดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 2 ร้อยละ ค่าต่ำสุด-ค่าสูงสุด ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของการรับรู้ความสามารถของตนเอง การดูแลตนเอง
การสนับสนุนทางสังคม และคุณภาพชีวิตสตรีที่มีภาวะหมดประจำเดือนระยะแรกหลังผ่าตัด (N = 113)

ตัวแปร	n (%)	min - max	$\bar{X}$ (SD)
การรับรู้ความสามารถของตนเอง		13.00 - 43.00	30.55 (4.99)
ระดับสูง	48 (42.5)		
ระดับปานกลาง	61 (54.0)		
ระดับต่ำ	4 (3.5)		
การดูแลตนเองในวัยหมดประจำเดือน		42.00 - 120.00	80.64 (14.79)
ดี	24 (21.2)		
ปานกลาง	83 (73.5)		
ไม่ดี	6 (5.3)		
การสนับสนุนทางสังคม		25.00 - 84.00	70.07 (11.06)
สูง	89 (78.8)		
ปานกลาง	23 (20.3)		
ต่ำ	1 (0.9)		
คุณภาพชีวิตสตรีวัยหมดประจำเดือนจากการผ่าตัด			
โดยรวม		1.00 - 7.54	2.89 (1.45)
- ด้านระบบประสาทอัตโนมัติ		1.00 - 8.00	3.39 (1.92)
- ด้านจิตสังคม		1.00 - 8.00	2.63 (1.73)
- ด้านร่างกาย		1.00 - 8.00	3.25 (1.63)
- ด้านเพศสัมพันธ์		1.00 - 8.00	2.12 (1.59)

ตารางที่ 3 ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรที่ศึกษาและคุณภาพชีวิตของสตรีที่มีภาวะหมดประจำเดือนระยะแรกหลังผ่าตัด (N = 113)

ตัวแปร	1	2	3	4	5	6	7	8
1. ระดับการศึกษา (ต่ำกว่า ป.ตรี / ป.ตรีขึ้นไป)	1							
2. อาชีพ (มีอาชีพ /ว่างงาน)	.15	1						
3. รายได้ (<30,000 บาท / >30,000 บาท)	.47	.36**	1					
4. กลุ่มอาการขาดประจำเดือน (yes / no)	-.06	-.05	-.01	1				
5. การรับรู้ความสามารถของตนเอง	.19	.08	.28**	.03	1			
6. การดูแลตนเองในวัยหมดประจำเดือน	.23*	.06	.22**	-.01	.44**	1		
7. การสนับสนุนทางสังคม	.33**	.12	.28**	.04	.36**	.46**	1	
8. คุณภาพชีวิตสตรีที่หมดประจำเดือน	.07	-.06	.10	.27**	.02	-.10	-.19*	1

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

3. ปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตของสตรีที่มีภาวะหมดประจำเดือนระยะแรกหลังผ่าตัด

จากการวิเคราะห์ถดถอยเชิงพหุพบว่า ปัจจัยที่ศึกษาทุกตัวสามารถร่วมกันทำนายคุณภาพชีวิตของสตรีที่มีภาวะหมดประจำเดือนระยะแรกหลังผ่าตัดได้ร้อยละ 39.2 ($R^2 = .15$, $p = .05$) โดยมีเพียงสองตัวแปรที่สามารถทำนายคุณภาพชีวิต

ได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ คือ กลุ่มอาการขาดประจำเดือน ($\beta = .28$, $p\text{-value} = .003$) การสนับสนุนทางสังคม ($\beta = -.26$, $p\text{-value} = .020$) กล่าวคือ สตรีที่มีกลุ่มอาการขาดประจำเดือนจะมีผลทำให้คุณภาพชีวิตไม่ดี และสตรีที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมดีจะมีคุณภาพชีวิตที่ดี ดังแสดงตารางที่ 4

ตารางที่ 4 ค่าสัมประสิทธิ์ของการวิเคราะห์ถดถอยเชิงพหุระหว่างปัจจัยทำนายกับคุณภาพชีวิตสตรีที่มีภาวะหมดประจำเดือนระยะแรกหลังผ่าตัด (N = 113)

ตัวแปร	B	SE	β	t	p-value	95%CI
1. ค่าคงที่ (constant)	4.27	1.07	-	3.99	< .001	2.15, 6.40
2. การศึกษา (ป.ตรีขึ้นไป / ต่ำกว่าป.ตรี)	.29	.31	.10	.93	.354	-.33, .91
3. อาชีพ (มีอาชีพ/ว่างงาน)	-.26	.33	-.08	-.79	.431	-.92, .40
4. รายได้ (> 30,000 บาท/ < 30,000 บาท)	.47	.34	.15	1.38	.171	-.20, 1.14
5. กลุ่มอาการหมดประจำเดือน(Yes/ No)	.87	.286	.28	3.03	.003	.30, 1.43
6. การรับรู้ความสามารถของตนเอง	.02	.030	.08	.75	.455	-.04, .08
7. การสนับสนุนทางสังคม	-.03	.031	-.26	-2.37	.024	-.06, -.01
8. การดูแลตนเองในวัยหมดประจำเดือน	-.01	.011	-.07	-.68	.499	-.03, -.01

Adjusted $R^2 = .09$, $R^2 = .15$

การอภิปรายผล

การศึกษาครั้งนี้พบว่าตัวแปรสามารถร่วมกันพยากรณ์คุณภาพชีวิตของสตรีที่มีภาวะหมดประจำเดือนในระยะแรกหลังผ่าตัดได้ร้อยละ 39.2 โดยมีตัวแปร กลุ่มอาการหมดประจำเดือน และการสนับสนุนทางสังคม สามารถทำนายคุณภาพชีวิตได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งสามารถอธิบายได้ดังนี้

กลุ่มอาการหมดประจำเดือน พบว่าสตรีส่วนมากถึงร้อยละ 69.9 ($n = 79$) มีกลุ่มอาการหมดประจำเดือนในระยะแรกหลังผ่าตัด เช่น เหงื่ออกง่าย ร้อนวูบวาบ หงุดหงิดง่าย ไม่มีสมาธิ นอนไม่หลับ หลงลืมง่าย ผิวแห้ง มีผลทำให้คุณภาพชีวิตของสตรีกลุ่มนี้ลดลง สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่าความรุนแรงของกลุ่มอาการหมดประจำเดือนจะทำให้คุณภาพชีวิตต่ำลง^{10,23} และการศึกษาที่พบว่าอาการขาดฮอร์โมนจากระดับต่ำอย่างทันทีทันใดจากการผ่าตัดจะทำให้เกิดอาการของระบบประสาทอัตโนมัติ คือ อาการร้อนวูบวาบ เหงื่อออกตอนกลางคืนรุนแรงกว่ากลุ่มที่หมดประจำเดือนตามธรรมชาติ³ และผลของอาการที่เกี่ยวข้องกับระบบประสาทอัตโนมัติเป็นปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิต เนื่องจากทำให้เกิดปัญหาการนอนหลับ อารมณ์ และการทำงานของระบบการรู้คิด⁴ สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่าสตรีที่หมดประจำเดือนจากการผ่าตัดจะได้รับผลกระทบต่อคุณภาพการนอนหลับมากกว่าสตรีที่หมดประจำเดือนตามธรรมชาติ⁴⁻⁵ นอกจากนี้ยังมีการศึกษาที่พบว่าคุณภาพชีวิตของสตรีที่หมดประจำเดือนจากการผ่าตัดต่ำกว่าสตรีที่หมดประจำเดือนตามธรรมชาติทั้งด้านกลุ่มอาการทางกายที่เกิดจากการขาดประจำเดือน กลุ่มอาการด้านจิตใจ⁷

การสนับสนุนทางสังคม พบว่า ค่าเฉลี่ยการสนับสนุนทางสังคมของสตรีที่หมดประจำเดือนระยะแรกหลังผ่าตัดมีระดับสูงถึงร้อยละ 78.8 ($n = 89$) แสดงถึงสตรีส่วนมากได้รับการช่วยเหลือประคับประคองสนับสนุนจากครอบครัว เพื่อน สังคมในด้านต่างๆ อยู่ในระดับสูง การสนับสนุนทางสังคมส่งผลต่อคุณภาพชีวิตโดยทำให้เกิดการเสริมพลังแก่ผู้ได้รับ

การสนับสนุน ทำให้มีสุขภาพจิตที่ดี ลดความกดดัน และทำให้เผชิญอุปสรรคได้อย่างมั่นคง การสนับสนุนทางสังคมยังช่วยเพิ่มพลังการรับรู้ต่อการมีสุขภาพที่ดีของบุคคล ช่วยลดปัญหาทั้งด้านร่างกายและจิตใจ¹⁵ สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่าการสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับคุณภาพชีวิตโดยรวม ($r = .68, p \leq .001$) และรายด้านของสตรีวัยหมดประจำเดือนชาวอิหร่าน ได้แก่ ด้านระบบประสาทอัตโนมัติ ($r = .58, p \leq .001$) ด้านจิตสังคม ($r = .65, p \leq .001$) ด้านร่างกาย ($r = .59, p \leq .001$) และด้านเพศสัมพันธ์ ($r = .48, p \leq .001$)¹⁴ นอกจากนี้ยังพบว่าสตรีที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมสูงจะช่วยลดผลกระทบจากการเกิดกลุ่มอาการหมดประจำเดือน โดยเป็นกลไกที่ช่วยลดความกดดันด้านจิตใจและอารมณ์ของสตรีที่หมดประจำเดือนอีกด้วย¹³ นอกจากนี้ยังพบว่าการสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว โดยเฉพาะการสนับสนุนด้านอารมณ์และการให้ข้อมูลข่าวสาร (informational) จะช่วยเพิ่มความสามารถในการเผชิญความเครียดและลดกลุ่มอาการทางด้านร่างกายและจิตใจได้ ดังนั้นจึงกล่าวได้ว่าการสนับสนุนทางสังคมส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของสตรีด้วย

อย่างไรก็ตามการศึกษานี้มีตัวแปรที่ไม่สามารถพยากรณ์คุณภาพชีวิตของสตรีที่หมดประจำเดือนในระยะแรกหลังผ่าตัดได้ คือ การศึกษา การมีงานทำ/อาชีพ รายได้ การรับรู้ความสามารถของตนเอง และการดูแลตนเองในวัยหมดประจำเดือน ซึ่งสามารถอธิบายได้ดังนี้

ระดับการศึกษา อาชีพ/การมีงานทำ ไม่สามารถพยากรณ์คุณภาพชีวิตของสตรีที่หมดประจำเดือนในระยะแรกหลังผ่าตัดได้แต่อย่างไรก็ตามจากการศึกษานี้พบว่าสตรีมากกว่าครึ่งหรือร้อยละ 57.5 มีระดับการศึกษาค่อนข้างสูงคือปริญญาตรีและสูงกว่าปริญญาตรี และส่วนมากถึงร้อยละ 76.1 เป็นสตรีที่ทำงาน นอกจากนี้สตรีที่เป็นกลุ่มตัวอย่างในการศึกษานี้มีค่าคะแนนคุณภาพชีวิตทั้งโดยรวม ($\bar{X} = 2.89, SD 1.45$) และรายด้านอยู่ในระดับดี ได้แก่ ด้านระบบประสาทอัตโนมัติ

($\bar{X} = 3.39$, SD 1.92) ด้านจิตสังคม ($\bar{X} = 2.63$, SD 1.73) ด้านร่างกาย ($\bar{X} = 3.25$, SD 1.63) และด้านเพศสัมพันธ์ ($\bar{X} = 2.12$, SD 1.59) เนื่องจากลักษณะกลุ่มไม่มีความหลากหลาย จึงอาจจะเป็นเหตุที่ทำให้ไม่พบอิทธิพลของระดับการศึกษา อาชีพ/การมีงานทำ ต่อคุณภาพชีวิตของสตรีกลุ่มนี้ ซึ่งแตกต่างจากงานวิจัยที่พบว่าระดับการศึกษา อาชีพ/การมีงานทำ มีความสัมพันธ์เชิงลบกับความรุนแรงในการเกิดกลุ่มอาการ ประจำเดือน โดยสตรีที่มีระดับการศึกษาที่สูงกว่าจะมีการรับรู้ ความรุนแรงในการเกิดกลุ่มอาการ ประจำเดือนที่ต่ำกว่า สตรีที่มีระดับการศึกษาที่ต่ำกว่า ทั้งนี้เพราะสตรีที่มีระดับ การศึกษาสูงกว่าจะมีความตระหนักเกี่ยวกับกลุ่มอาการ ประจำเดือน และมีแนวทางในการจัดการกลุ่มอาการที่เกิดขึ้น รวมทั้งแสวงหาวิธีการรักษาได้ดีกว่าสตรีที่มีระดับการศึกษา ที่ต่ำกว่า⁹⁻¹⁰ ทำให้คุณภาพชีวิตดีกว่า เช่นเดียวกับสตรีที่ทำงาน นอกบ้าน จะมีคุณภาพชีวิตที่ดีกว่าสตรีกลุ่มที่เป็นแม่บ้าน เนื่องจากการได้รับการสนับสนุนทางสังคมที่ดีกว่าจากกลุ่มเพื่อน และสังคมรอบตัว ในทางตรงกันข้ามสตรีที่เป็นแม่บ้าน มักจะร่นวายุอยู่กับการทำงานบ้าน ทำให้รู้สึกเหนื่อยล้าและ เป็นภาระ ขาดการเข้าสังคมพบปะผู้คนและสิ่งแวดล้อมภายนอก ทำให้มีคุณภาพชีวิตต่ำกว่าสตรีที่ทำงานนอกบ้าน⁹⁻¹⁰

รายได้ ไม่สามารถพยากรณ์คุณภาพชีวิตของสตรีที่ ประจำเดือนในระยะแรกหลังผ่าตัดได้ จากการศึกษา สตรีร้อยละ 45.2 มีรายได้ต่ำกว่า 20,000 บาท/เดือน ซึ่งเป็นรายได้ที่ค่อนข้างต่ำเมื่อเทียบกับรายได้เฉลี่ยครัวเรือน ประชากรไทยคือ 27,352 บาท/เดือน²⁴ จึงอาจส่งผลให้ไม่เห็น อิทธิพลของรายได้ต่อคุณภาพชีวิต การศึกษานี้ไม่สอดคล้องกับ การศึกษาที่พบว่า สตรีที่มีเศรษฐกิจดีจะมีคุณภาพชีวิตที่ดีกว่าสตรี ที่มีเศรษฐกิจต่ำกว่า ทั้งนี้เนื่องจากสตรีที่มีเศรษฐกิจดีสามารถ เข้าถึงแหล่งให้ความช่วยเหลือหรือการขอรับคำปรึกษาเมื่อเกิดกลุ่ม อาการ ประจำเดือนได้มากกว่า นอกจากนั้นในช่วงเวลาที่ทำการ เก็บข้อมูลเป็นช่วงสถานการณ์ COVID-19 แพร่ระบาด ซึ่งส่งผลกระทบ ต่อการประกอบอาชีพและภาวะเศรษฐกิจของประชาชนทั้งประเทศ

การรับรู้ความสามารถของตนเองไม่สามารถพยากรณ์ คุณภาพชีวิตของสตรีที่หมดประจำเดือนในระยะแรกหลังผ่าตัดได้ และมีค่าคะแนนส่วนมากอยู่ระดับปานกลางร้อยละ 54.0 ทั้งนี้อาจเนื่องจากแบบสอบถามที่นำมาใช้ประเมินการรับรู้ ความสามารถของตนเองเป็นแบบวัดการรับรู้ความสามารถ ของตนเองแบบทั่วไป ไม่เฉพาะเจาะจงกับปัญหาการหมด ประจำเดือนจากการผ่าตัด จึงทำให้ไม่สามารถพยากรณ์คุณภาพ ชีวิตของสตรีกลุ่มนี้ได้ จึงอาจส่งผลให้การศึกษานี้ไม่สอดคล้องกับ การศึกษาที่พบว่า การรับรู้ความสามารถของตนเองและการรับรู้ ด้านสุขภาพสามารถร่วมทำนายคุณภาพชีวิตของสตรีวัยหมด ประจำเดือนชาวอิหร่านได้ร้อยละ 18¹⁶ และการศึกษาที่พบว่า การรับรู้ความสามารถของตนเองต่ำมีความสัมพันธ์ทางลบ กับการรับรู้ความรุนแรงในการเกิดกลุ่มอาการ ประจำเดือน และการส่งเสริมการรับรู้ความสามารถของตนเองร่วมกับลด การรับรู้ภาวะเครียดจะช่วยลดกลุ่มอาการร้อนวูบวาบ (hot flush) ในสตรีที่เข้าสู่วัยหมดประจำเดือนได้¹¹ ซึ่งการเกิด อาการร้อนวูบวาบส่งผลให้คุณภาพชีวิตของสตรีกลุ่มนี้ลดลง⁴

การดูแลตนเองในวัยหมดประจำเดือนไม่สามารถพยากรณ์ คุณภาพชีวิตของสตรีที่หมดประจำเดือนในระยะแรกหลังผ่าตัดได้ และสตรีเกือบสามในสี่มีค่าคะแนนอยู่ระดับปานกลางร้อยละ 73.5 ทำให้การดูแลตนเองของสตรีกลุ่มตัวอย่างคล้ายคลึงกัน จึงอาจเป็นเหตุ ให้ไม่พบอิทธิพลของการดูแลตนเองต่อคุณภาพชีวิตของสตรีกลุ่มนี้ งานวิจัยนี้ไม่สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาซึ่งพบว่า การให้ความรู้ เรื่องการดูแลตนเองในวัยหมดประจำเดือนมีความสัมพันธ์ทางลบ กับการรับรู้ความรุนแรงของกลุ่มอาการขาดประจำเดือนอย่างมี นัยสำคัญทางสถิติ¹¹ กล่าวคือการรับรู้ความรุนแรงของกลุ่ม อาการ ประจำเดือนอย่างน้อยจะทำให้คุณภาพชีวิตดีขึ้น^{10,23}

ข้อจำกัดการศึกษา

ในการศึกษานี้กลุ่มตัวอย่างคือสตรีวัยหมดประจำเดือน ระยะแรกหลังผ่าตัดที่มารับบริการที่แผนกสูติศาสตร์-นรีเวชวิทยา คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลศิริราชเท่านั้น จึงจำกัดการอ้างอิง ไปยังกลุ่มประชากรที่เป็นสตรีวัยหมดประจำเดือนระยะแรก หลังผ่าตัดกลุ่มอื่น

สรุปและข้อเสนอแนะ

จากผลการวิจัยพบว่าสตรีที่มีภาวะหมดประจำเดือนระยะแรกหลังผ่าตัดมีส่วนมากมีการรับรู้ความสามารถของตนเอง และการดูแลตนเองระดับปานกลาง มีการสนับสนุนทางสังคมระดับสูง และมีคุณภาพชีวิตทั้งโดยรวมและรายด้านระดับดี การเกิดกลุ่มอาการหมดประจำเดือนและการสนับสนุนทางสังคมเป็นตัวแปรที่สามารถทำนายคุณภาพชีวิตของสตรีกลุ่มนี้ได้ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ผลการศึกษาดังกล่าวมีข้อเสนอแนะดังนี้

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. พยาบาลควรมีการส่งเสริมให้ครอบครัว เพื่อน บุคคลใกล้ชิด มีส่วนร่วมในการดูแลช่วยเหลือ ประคับประคองในด้านต่างๆ แก่สตรีที่มีภาวะหมดประจำเดือนระยะแรกหลังผ่าตัด

2. พยาบาลควรให้คำแนะนำเรื่องวิธีต่างๆ ในการจัดการ เพื่อลดกลุ่มอาการของการขาดประจำเดือนจากการผ่าตัด

3. พยาบาลควรมีการส่งเสริมให้ความรู้เรื่องของการดูแลตนเอง และส่งเสริมการรับรู้ความสามารถของตนเอง แก่สตรีที่มีภาวะหมดประจำเดือนระยะแรกหลังผ่าตัด ซึ่งเป็นช่วงเปลี่ยนผ่านจากระยะที่มีประจำเดือนสู่ระยะหมดประจำเดือนอย่างทันทีทันใด ร่างกายยังไม่สามารถปรับตัวกับการลดระดับลงของฮอร์โมนเพศหญิงได้

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการวิจัยเชิงทดลองเพื่อเปรียบเทียบผลของการจัดการเพื่อลดอาการที่เกิดจากการหมดประจำเดือนวิธีต่างๆ ต่อระดับคุณภาพชีวิตหรือระดับความรุนแรงในการเกิดกลุ่มอาการขาดประจำเดือนจากการผ่าตัด

2. ควรมีการศึกษาซ้ำในกลุ่มตัวอย่างที่มีความเป็นตัวแทนของประชากร โดยศึกษาปัจจัยเดิมและเพิ่มปัจจัยอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องคุณภาพชีวิตของสตรีที่มีภาวะหมดประจำเดือนระยะแรกหลังผ่าตัดเพิ่มเติม เช่น กิจกรรมทางกาย (physical activity) เป็นต้น

References

1. World Health Organization. Menopause [Internet]. Geneva: WHO; 2022 [cited 2024 Jan 15]. Available from: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/menopause>.
2. C Pillay O, Manyonda I. The surgical menopause. Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol. 2022;81: 111-8. doi: 10.1016/j.bpobgyn.2022.03.001.
3. Kingsberg SA, Larkin LC, Liu JH. Clinical effects of early or surgical menopause. Obstet Gynecol. 2020;135(4):853-68. doi: 10.1097/ACG.0000000000003729.
4. Lee J, Han Y, Cho HH, Kim M-R. Sleep Disorders and menopause. J Menopausal Med. 2019;25(2): 83-7. doi: 10.6118/jmm.19192.
5. Cho NY, Kim S, Nowakowski S, Shin C, Suh S. Sleep disturbance in women who undergo surgical menopause compared with women who experience natural menopause. Menopause. 2019;26(4): 357-64. doi: 10.1097/GME.0000000000001257.
6. Stuursma A, Lanjouw L, Idema DL, de Bock GH, Mourits MJE. Surgical menopause and bilateral oophorectomy: effect of estrogen-progesterone and testosterone replacement therapy on psychological well-being and sexual functioning; a systematic literature review. J Sex Med. 2022; 19(12):1778-89. doi: 10.1016/j.jsxm.2022.08.191.
7. Page CE, Soreth B, Metcalf CA, Johnson RL, Duffy KA, Sammel MD, et al. Natural vs. surgical postmenopause and psychological symptoms confound the effect of menopause on executive functioning domains of cognitive experience. Maturitas. 2023;170:64-73. doi: 10.1016/j.maturitas.2023.01.00.

8. World Health Organization. The World Health Organization Quality of Life (WHOQOL) [Internet]. Geneva: WHO; 1998 [cited 2021 Mar 9]. Available from: <https://www.who.int/publications/i/item/WHO-HIS-HSI-Rev.2012.03>.
9. Namazi M, Sadeghi R, Behboodi Moghadam Z. Social Determinants of health in menopause: an integrative review. *Int J Womens Health*. 2019;11:637-47. doi: 10.2147/IJWH.S228594.
10. Nazarpour S, Simbar M, Ramezani Tehrani F, Alavi Majd H. Factors associated with quality of life of postmenopausal women living in Iran. *BMC Womens Health*. 2020;20(1):104. doi: 10.1186/s12905-020-00960-4.
11. Weidner K, Bittner A, Beutel M, Goeckenjan M, Brähler E, Garthus-Niegel S. The role of stress and self-efficacy in somatic and psychological symptoms during the climacteric period – Is there a specific association? *Maturitas*. 2020;136:1-6. doi: 10.1016/j.maturitas.2020.03.004.
12. Karimi L, Mokhtari Seghaleh M, Khalili R, Vahedian-Azimi A. The effect of self-care education program on the severity of menopause symptoms and marital satisfaction in postmenopausal women: a randomized controlled clinical trial. *BMC Women Health*. 2022;22(1):71. doi: 10.1186/s12905-022-01653-w.
13. Aloufi B, Hassanien NS. The association of menopausal symptoms and social support among Saudi women at primary health care centers in Taif, Saudi Arabia. *Cureus*. 2022;14(6):e26122. doi: 10.7759/cureus.26122.
14. Jalambadani Z, Rezapour Z, Movahedi Zadeh S. Investigating the relationship between menopause specific quality of life and perceived social support among postmenopausal women in Iran. *Exp Aging Res*. 2020;46(4):359-66. doi: 10.1080/0361073X.2020.1776020.
15. Nguyen TTP, Phan HT, Vu TMT, Tran PQ, Do HT, Vu LG, et al. Physical activity and social support are associated with quality of life in middle-aged women. *PLoS One*. 2022;17(5):e0268135.6. doi: 10.1371/journal.pone.0268135.
16. Jafari Giv S, Peyman N, Esmaeili H, Tajfard M. Prediction of the quality of life of menopausal women based on health literacy and self-efficacy. *Journal of Education and Community Health*. 2020;7(1):29-36. doi: 10.29252/jech.7.1.29.
17. Schwarzer R, Jerusalem M. Generalized self-efficacy scale. In: Weinman J, Wright S, Johnston M, editors. *Measure in health psychological: a user's portfolio. Causal and control beliefs*. Winsor, UK: NFER-NELSON; 1995. p.35-7.
18. Sukmak V, Sirisoonthon A, Meena P. Validity of the general perceived self-efficacy scale. *J Psychiatr Assoc Thailand*. 2001;47(1):31-7.
19. Zimet GD, Powell SS, Farley GK, Werkman S, Berkoff KA. Psychometric characteristics of the multidimensional scale of perceived social support. *J Pers Assess*. 1990;55(3-4):610-7. doi: 10.1080/00223891.1990.9674095.
20. Boonyamalik P. Epidemiology of adolescent suicidal ideation: roles of perceived life stress, depressive symptoms, and substance use [dissertation]. Baltimore, MD: Johns Hopkins University; 2005. 422 p.

21. Hilditch JR, Lewis J, Peter A, Maris BV, Ross A, Franssen E, et al. A menopause-specific quality of life questionnaire: development and psychometric properties. *Maturitas*. 1996; 24(3):161-75. doi: 10.1016/s0378-5122(96)82006-8.
22. Phligbua W, Smith EML, Barton DL. Psychometric properties of the Menopause Specific Quality of Life questionnaire among Thai women with a history of breast cancer. *Eur J Oncol Nurs*. 2018;36:75-81. doi: 10.1016/j.ejon.2018.08.008.
23. Rathnayake N, Lenora J, Alwis G, Lekamwasam S. Prevalence and severity of menopausal symptoms and the quality of life in middle-aged women: a study from Sri Lanka. *Nurs Res Pract*. 2019;2019:2081507. doi: 10.1155/2019/2081507.
24. Office of National Resource and Environment Policy and Planning, Ministry of Natural Resources and Environment. Index report "Income expedition and household debt (2007-2021) [Internet]. Bangkok: National Statistical Office; 2023 [cited 2024 May 18]. Available from: http://env_data.onep.go.th/reports/subject/view/74.



Influence of Social Determinants of Health on Cardiovascular Risk among Patients with Schizophrenia in Mandalay, Myanmar*

Thet Phoo Wai, MNS¹, Yajai Sitthimongkol, RN, PhD¹, Thitipong Tankampuan, RN, PhD¹

Abstract

Purpose: To examine the influence of Social Determinants of Health (SDH) on cardiovascular (CV) risk among patients with schizophrenia.

Design: Predictive correlational research.

Methods: One hundred and forty-five patients with schizophrenia who were attending the Outpatient Department at Psychiatric Hospital in Mandalay, Myanmar were recruited by convenience sampling. Data were collected using demographic and SDH information, and CV RISK tool. Descriptive statistics and linear regression were used for data analysis.

Main findings: The findings revealed that 6.3% of the sample were at risk of cardiovascular disease. Education, income, employment, marital status, family support, antipsychotic drugs, duration of illness, and residence jointly accounted for 18% of the variance explained in CV risk ($R^2 = .18$, $F_{(8, 136)} = 3.82$, $p < .001$). Among these factors, residence, duration of illness, and employment were significant predictors of CV risk ($\beta = .31$, $p < .001$; $\beta = .22$, $p = .007$; $\beta = .16$, $p = .050$, respectively).

Conclusion and recommendations: This study showed that SDH including residence, illness, and employment were significant predictors of CV risk among patients with schizophrenia. Psychiatric nurses should conduct screening for CV risk at the time of diagnosis of schizophrenia. Supported employment, and behavioral interventions to promote physical activity should be implemented to prevent cardiovascular diseases particularly in patients who were unemployed, had long duration of illness and living in rural areas.

Keywords: cardiovascular risk, Myanmar, schizophrenia, social determinants of health

Nursing Science Journal of Thailand. 2024;42(2):105-120

Corresponding Author: Associate Professor Yajai Sitthimongkol, Faculty of Nursing, Mahidol University, Bangkok 10700, Thailand; e-mail: yajai.sit@mahidol.ac.th

* Master's thesis, Master of Nursing Science Program (International Program), Faculty of Nursing, Mahidol University

¹ Faculty of Nursing, Mahidol University, Bangkok, Thailand

Received: 19 October 2023 / Revised: 9 January 2024 / Accepted: 5 February 2024



อิทธิพลของปัจจัยสังคมกำหนดสุขภาพที่มีต่อความเสี่ยงในการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดในผู้ป่วยโรคจิตเภท เมืองมณฑลพะเยา ประเทศเมียนมาร์*

Thet Phoo Wai, พย.ม.¹ ยาใจ ลิทธิมงคล, PhD¹ ฐิติพงษ์ ตันคำปวน, PhD¹

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์: เพื่อศึกษาอิทธิพลของปัจจัยสังคมกำหนดสุขภาพที่มีต่อความเสี่ยงในการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดในผู้ป่วยโรคจิตเภท

รูปแบบการวิจัย: การศึกษาความสัมพันธ์เชิงทำนาย

วิธีดำเนินการวิจัย: กลุ่มตัวอย่างมีจำนวนจำนวน 145 ราย เป็นผู้ป่วยโรคจิตเภท คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างด้วยวิธีแบบสะดวกจากแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลจิตเวช เมืองมณฑลพะเยา ประเทศเมียนมาร์ เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม 1) ข้อมูลส่วนบุคคลและปัจจัยสังคมกำหนดสุขภาพ 2) แบบประเมิน CV RISK วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา และสถิติถดถอยสถิติถดถอยเชิงเส้น

ผลการวิจัย: ผลการวิจัยพบว่ากลุ่มตัวอย่างร้อยละ 6.3 มีความเสี่ยงในการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด ปัจจัยทั้งหมด ได้แก่ ระดับการศึกษา รายได้ การจ้างงาน สถานภาพสมรส การสนับสนุนจากครอบครัว ยารักษาโรคจิต ระยะเวลาการป่วย และที่อยู่อาศัย สามารถร่วมกันอธิบายความแปรปรวนของความเสี่ยงในการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดได้ร้อยละ 18 ($R^2 = .18$, $F_{(8, 136)} = 3.82$, $p < .001$) ที่อยู่อาศัย ระยะเวลาการป่วย และการจ้างงานเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการเกิดความเสี่ยงในการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด ($\beta = .31$, $p < .001$; $\beta = .22$, $p = .007$; $\beta = .16$, $p = .050$ ตามลำดับ)

สรุปและข้อเสนอแนะ: ปัจจัยสังคมกำหนดสุขภาพ ประกอบด้วย ที่อยู่อาศัย ระยะเวลาการป่วย และการจ้างงานเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการเกิดความเสี่ยงในการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดในผู้ป่วยจิตเภท ดังนั้น โรงพยาบาลจิตเวชควรจัดให้มีระบบการคัดกรองความเสี่ยงในการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด ตั้งแต่ผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคจิตเภท และจัดทำโครงการส่งเสริมการจ้างงาน การมีกิจกรรมทางกายเพื่อป้องกันการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด โดยเฉพาะกับผู้ป่วยจิตเภทที่มีภาวะว่างงาน มีระยะเวลาป่วยนาน และอาศัยอยู่ในชนบท

คำสำคัญ: ความเสี่ยงในการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด ประเทศเมียนมาร์ โรคจิตเภท ปัจจัยสังคมกำหนดสุขภาพ

Nursing Science Journal of Thailand. 2024;42(2):105-120

ผู้ประสานงานการเผยแพร่: รองศาสตราจารย์ยาใจ ลิทธิมงคล, คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล บางกอกน้อย กรุงเทพฯ 10700, e-mail: yajai.sit@mahidol.ac.th

* วิทยานิพนธ์หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (หลักสูตรนานาชาติ) คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

¹ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

วันที่รับบทความ: 19 ตุลาคม 2566 / วันที่แก้ไขบทความเสร็จ: 9 มกราคม 2567 / วันที่ตอบรับบทความ: 5 กุมภาพันธ์ 2567

Background and Significance

Life expectancy in patients with severe mental illnesses (SMI) was found to be substantially shorter than in the general population due to greater cardiovascular (CV) risk. The increased premature mortality is the highest in schizophrenia. Cardiovascular disease (CVD) seems to play a major role in cause-specific mortality in people with SMI.¹⁻³ A meta-analysis of over 3 million patients with SMI showed the prevalence of CVD among patients with schizophrenia was 5.4% in Asia, 9.7% in Europe, 14.6% in North America, and 20.6% in Oceania.¹ As a consequence, patients with schizophrenia and CVD had an increased risk of burden, including symptom exacerbation, higher readmission rate, and higher healthcare costs.³ Though the disease burden of both SMI and CVD is greater in western countries compared with Asian countries, prevention of CVD in patients with schizophrenia in Asian countries through improvements in levels of risk factors needs more attention.

Several factors could contribute to the risk of CVD among patients with SMI, including antipsychotic use, unhealthy behaviors, barriers to medical care, poor treatment adherence and social deprivation. Atypical antipsychotic drugs also increased the risk of developing metabolic syndrome and cardiovascular adverse events, and the duration of illness was contributing factors to CV risk among patients with SMI.^{1,4-5} Unhealthy behaviors, including smoking, sedentary behaviors,

and unhealthy diets, were also found to account for developing CVD among patients with schizophrenia. One case-control study reported that patients with SMI who exercised at less than recommended levels and ate too many portions of calorie intake had a higher risk of developing obesity, diabetes, and CVD.⁶ Demographic characteristics, including education, income, employment, marital status, and residence, were found to be associated with developing metabolic syndrome and CV risk among patients with schizophrenia.^{5,7-8} Support from family could engage patients in healthy behaviors, including healthy diet consumption, physical activity, and smoking cessation.⁹

Even though patients with schizophrenia are a vulnerable population for developing CVD, inequalities in the access to healthcare services are still observed, in particular concerning CVD.² According to the Non-Communicable Diseases (NCDs) country profile by the World Health Organization, CVD was found to be a major cause of death in the Myanmar population.¹⁰ However, there is no evidence identifying the prevalence of CV risk in patients with schizophrenia in Myanmar. Thus, it is interesting to explore the socioeconomic inequalities of CV risk among Myanmar patients with schizophrenia.

The social determinants of health (SDH) framework organized by Healthy People 2020 was used to guide this study.¹¹⁻¹² SDH is defined as “conditions in which people are born, grow, work, live, and age, and these conditions are shaped by

socioeconomic and political context.” This framework has been developed to help health professionals begin to better understand and address a variety of factors that can influence probability of developing chronic diseases such as CVD, Type 2 Diabetes and cancer.¹¹⁻¹² This framework structured SDH into five main domains, including economic stability, education, health and health care, social and community context, and neighborhood and built environment.

Regarding economic stability, evidence showed that patients with schizophrenia who were unemployed and had low monthly income were likely to develop metabolic syndrome ($\chi^2 = 47.5$ and $\chi^2 = 23.4$, $p < .001$, respectively).⁷ For the education domain, Asaye et al.⁷ reported that education was also associated with the prevalence of metabolic syndrome among psychiatric patients ($\chi^2 = 22.0$, $p < .001$). According to the health and health care domain, antipsychotic drugs and duration of illness predisposed to cardiovascular risk among patients with schizophrenia ($\chi^2 = 5.37$, $p = .02$; $t = 4.35$, $p < .001$, respectively).^{4-5, 8} Concerning social and community context, support from family members was associated with CV risk reduction behaviors, including physical activity and healthy eating diet (OR = 13.84, 95%CI [4.68, 40.94]; OR = 9.47, 95%CI [3.52, 25.46], respectively).⁹ Marital status was found to be associated with the prevalence of metabolic syndrome (OR = 2.73, 95%CI [1.41, 5.24], $p < .05$).⁸ Residence, as regard to neighborhood and built

environment, was correlated with the prevalence of metabolic syndrome ($\chi^2 = 14.1$, $p < .001$).⁷ The findings of these studies support factors, according to SDH framework, that had an influence on CV risk among patients with schizophrenia. In this study, education, income, employment, marital status, family support, antipsychotic drugs, duration of illness, and residence were selected as predicting factors of CV risk for patients with schizophrenia. According to SDH, education was represented as the education domain; employment and income were represented as the economic stability domain; marital status and family support were represented as the social and community context domain; residence was represented as the neighborhood environment domain; antipsychotic drugs and duration of illness were represented as the access to health care domain. This study thus aimed to identify the prevalence of CV risk in Myanmar patients with schizophrenia and examine the factors affecting the risk of CVD among these patients receiving treatment at the psychiatric hospital in Mandalay, Myanmar.

Objectives

1. To examine the prevalence of patients with schizophrenia who were at risk of cardiovascular diseases.
2. To examine the predictive power of social determinants of health, including education, income, employment, marital status, family support, antipsychotic drugs, duration of illness, and residence, on cardiovascular risk among patients with schizophrenia in Myanmar.

Objectives

1. To examine the prevalence of patients with schizophrenia who were at risk of cardiovascular diseases.
2. To examine the predictive power of social determinants of health, including education, income, employment, marital status, family support, antipsychotic drugs, duration of illness, and residence, on cardiovascular risk among patients with schizophrenia in Myanmar.

Research Questions

1. What was the prevalence of patients with schizophrenia who were at risk of cardiovascular disease?
2. Could social determinants of health, including education, income, employment, marital status, family support, antipsychotic drugs, duration of illness, and residence, predict cardiovascular risk among Myanmar patients with schizophrenia?

Methodology

This study was a predictive correlational study design.

Population and Sample

This study was conducted with a convenience sampling method to recruit patients having been diagnosed with schizophrenia spectrum disorders according to ICD-10, F 20-2, or DSM 5 and attending the outpatient department at the psychiatric hospital in Mandalay, Myanmar. A sample size was calculated using G* power software version (3.1.9.7). A minimal required sample size was 108 determined by power = 0.90, effect size = 0.25, number of predictors = 15, and an α of .05.⁸ The inclusion criteria included

the patients aged ranging from 30-70 years old and during the stable phase of schizophrenia. Stable phase is the period during which psychotic symptoms are less severe. This phase was justified by the medication records indicating that the patients took antipsychotic medications with stable dose for at least six months prior to participation in this study. The patients with intellectual disability and cognitive impairment assessed by psychiatrists using Mental Status Exam within six months were excluded.

Research Instruments

This study employed two questionnaires to collect data as followed.

1. Demographic and SDH information was comprised of age, sex, marital status, education, employment, monthly family income, family support, and residence. Clinical information included duration of illness, antipsychotic drugs, which were categorized into atypical and typical, dosage of drugs, and time of medication prescription. All information was obtained from both self-reports and from available case records.

In Myanmar, families are responsible for caring for ill members when they live in the same households.¹³ In this way, family members are able to share emotional bonding, provide care, and notice any changes in the patient's symptoms, as well as reduce economic strains. In this study, family support was measured by using one item: Are the participants living with caregivers in the same household or living alone?

Residence referred to a home where a person lives in during a particular period of time. Residence was categorized into rural and urban. The quality of urban and rural life is a multi-dimensional composite concept to measure people's living standards and status.¹⁴ In Myanmar, rural inhabitants have lower economic status, lower literacy rate, and lower middle and high school enrollment than urban inhabitants. The quality of housing conditions, access to safe water, and toilet sanitation are poor in rural areas. Health care expenditure and the provision of health care services by the government are low in rural areas, so these conditions hinder rural people from accessing health care. Thus, these composite concepts relate to their well-being of them. In this study, neighborhood and built environment were measured by using one item: Do the participants live in urban or rural area?

2. Cardiovascular Relative Individual Risk (CV RISK): The tool was developed by Zdrenghea, et al.¹⁵ based on the INTERHEART study, a standardized case-control observational study for cardiovascular diseases in 52 countries. This tool is composed of 13 items in total: 6 items are risk factors, including age and gender, hereditary, stress, smoking, hypertension, and obesity; 2 items are protective factors (including physical activity and healthy diet); and the remaining items are laboratory data of blood tests, including HDL, LDL, or total cholesterol, triglycerides, and fasting blood glucose. CV risk can be calculated based on either clinical risk and lab test or only clinical risk.

In this study, CV risk was calculated based on clinical risk which included risk and protective factors. The score was given for 1 point for every risk factor. Regarding the interpretation, the CV RISK test result is expressed as an abstract score, resulting from a deduction of 25% in the case of physical activity and 15% in the case of healthy diet from the number of risk points. The participants were categorized into patients with CVD and without CVD. The resulting points of risk could be compared with optimal risk and with maximal risk based on this categorization.

CV RISK was translated into Burmese language using the forward-backward translation process after receiving permission from the questionnaire developer. Three experts from the Department of Mental Health and the Department of Cardiology judged the validity of the contents of the instrument. The stability of CV RISK was tested with a pilot study of 30 patients who had similar characteristics with the sample and reassessed in those 30 patients after two weeks. According to Pearson correlation analysis, there was a significant association between cardiovascular risk score between two occasions ($r = .86, p < .001$).

Ethical Consideration

Ethical approval for the study was obtained from the Institutional Review Board (IRB) of the Faculty of Nursing, Mahidol University (COA. No.IRB-NS2021/615.0505) and the Ministry of Health and Education, Myanmar. Permission for data

collection was obtained from an authorized person in the setting. Prior to the data collection, the participants were given research information via telephone interview, and oral consent was obtained. The code number system was used, and data were kept confidential.

Data Collection

Data collection took place from January to February 2022 after obtaining ethical clearance and permission from all concerned sectors. The objectives of the study were explained to in-charge nurses who were working at the outpatient unit of the psychiatric hospital in Mandalay, Myanmar. The nurses assisted the researcher to recruit the patients who met the inclusion criteria and introduced the researcher to the patients and their family. Participants who agreed to participate in the study were given the research information, and oral consent was obtained. The participants were informed of their right to refuse to participate in the study at any time without any effect on their treatment or health care services.

Data were obtained from medical records and phone interview. During the phone interview, if the participants tended to get aggressive, confused, or had disorganized speech while answering the phone, the interview was stopped. The participant's condition was informed to psychiatric nurses at the hospital to further management.

Data Analysis

The data were analyzed using Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) software version 18.¹⁶ Continuous variables were analyzed using mean, standard deviation, and range. Categorical

data were analyzed using frequency and percentage. Spearman and Pearson correlation, independent sample t-test, and one-way ANOVA were used for univariate analysis. Linear regression was used to determine the predictive power of independent variables on CV risk.

Findings

Demographic Characteristics of the Participants and SDH

One hundred and forty-five patients with schizophrenia were included in this study. Their mean age was 44.9 years (SD = 8.4). Two-thirds of them were male (64.8%). Nearly half of them perceived enough monthly income (52.4%).

Education domain: About 40% of participants had primary school level, followed by high school (33.1%) and secondary school (19.3%).

Economic stability domain: Over half of the participants were unemployed (54.5%). The average monthly income for the whole family was about 118.5 USD (SD = 43.7), which was considered low economic status.

Built and neighborhood environment domain: More than half of the participants were rural inhabitants (55.2%).

Social and community context domain: Almost all participants (97.2%) were living with caregivers in the same household. However, the majority of them were single (73.8%).

Regarding health and health care domain: The average year for the duration of illness was 8.9 years (SD = 5.4). Almost all (94.5%) had been prescribed atypical antipsychotic drugs (see Table 1).

Table 1 Social Determinants of Health of the Participants (N = 145)

Social Determinants of Health	Frequency (n)	Percent (%)	$\bar{X}$	SD
Education domain				
Education				
Primary school	59	40.7		
Secondary school	28	19.3		
High school	48	33.1		
Undergraduate	10	6.9		
Economic stability domain				
Employment				
Unemployed	79	54.5		
Employed	66	45.5		
Family monthly income (USD)				
Min = 44.8, Max = 279.9			118.5	43.7
Neighborhood and built environment domain				
Residence				
Urban	65	44.8		
Rural	80	55.2		
Social and community context domain				
Family support				
Living with caregiver in the same household	141	97.2		
Living alone	4	2.8		
Marital status				
Single	107	73.8		
Married	23	15.9		
Divorced, Widowed	15	10.3		
Health and health care domain				
Antipsychotic drugs				
Typical antipsychotic drugs	1	0.7		
Atypical antipsychotic drugs	137	94.5		
Both typical and atypical	7	4.8		
Duration of illness (years)				
Min = 2, Max = 30			8.94	5.4

Cardiovascular Risk

Concerning CV risk factors, most participants (65.5%) reported that their parents did not develop CVD before the age of 60. Most of them were non-smokers (62.1%), had no obesity (89.7%), and no hypertension (84.8%). Only 8.3% of the participants had underlying medical diseases, including diabetes, hypertension, and CVD. In addition, 42.8% reported that they

experienced stress as a consequence of financial burden, family, or daily hassles.

Considering protective factors, 62.1% consumed healthy diet based on three groups of foods in Mandalay, Myanmar, such as body-growth food, energizing food, and disease-protective food. Nearly eighty percent (78.6%) did not do any physical activities for at least 30 minutes per day (see Table 2).

Table 2 Risk and Protective Factors for CVD of the Participants (N = 145)

Cardiovascular Disease	Frequency (n)	Percent (%)	$\bar{X}$	SD
Risk Factors				
Age and gender				
Male	94	64.8		
< 40 years	30	20.7		
40-65 years	64	44.1		
Female	51	35.2		
< 50 years	28	19.3		
50-70 years	23	15.9		
Hereditary				
Not known exactly	6	4.1		
Parents without CVD < 60 yrs	95	65.5		
Parents with CVD < 60 yrs	44	30.3		
Smoking				
Nonsmokers	90	62.1		
Former smokers	4	2.7		
Smokers	51	35.2		
Obesity				
BMI < 30kg/m ²	130	89.7		
BMI ≥ 30kg/m ²	15	10.3		
BP				
<140/90mmHg	123	84.8		
≥140/90mmHg	22	15.2		
Medical history				
No	133	91.7		
Yes	12	8.3		
Stress				
Yes	62	42.8		
No	83	57.2		
Protective factors				
Healthy diet				
Yes	90	62.1		
No	55	37.9		
Physical activity				
No	114	78.6		
Yes	31	21.4		



Results by Research Questions

The findings showed that 6.3% had maximal CV risk based on CV RISK. The mean score for cardiovascular risk was 7.94 (SD = 2.20). Table 3 describes the details of CV risk.

Intercorrelation was analyzed only for continuous and ordinal measures. Regarding intercorrelations, duration of illness and residence had positive association with CV risk ($r = .29, p = .001$; $r = .38, p < .001$, respectively). The intercorrelations between variables were shown in Table 4.

Table 3 Prevalence of CV Risk by Age and Gender

Category	Optimal		Maximal		$\bar{X}$	SD	Possible Range	
	CV Risk		CV Risk					
	n	%	n	%				
Without CVD								
<40 years (M); <50 years (F)	56	38.6	2	1.4	7.16	1.32	5.6-11	
40-65years (M); 50-75 years (F)	80	55.2	4	2.8	8.08	1.35	5.3-12	
With CVD								
40-65 years (M); 50-75 years (F)	0	0	3	2.1	18.67	5.77	12-22	
Total	136	93.8	9	6.3	7.94	2.20	5.3-22	

Table 4 Inter Correlation Among Education, Income, Family Support, Duration of Illness, Antipsychotic Drugs, Residence, and Cardiovascular Risk (N = 145)

Variables	1	2	3	4	5	6	7
1) Education	1						
2) Income	.24 ^{1**}	1					
3) Family support	.14 ¹	.10 ¹	1				
4) Antipsychotic drugs	-.08 ¹	-.17 ^{1*}	-.15 ¹	1			
5) Duration of illness	-.06 ¹	.08 ²	.10 ¹	-.08 ¹	1		
6) Residence	.09 ¹	.16 ¹	-.10 ¹	-.10 ¹	.13 ¹	1	
7) Risk score	.09 ¹	.05 ²	-.05 ¹	-.11 ¹	.22 ^{2**}	.38 ^{1**}	1

* $p < .05$, ** $p < .01$, ¹ Spearman correlation, ² Pearson correlation

Independent samples t-test was performed to compare cardiovascular risk between unemployed and employed groups. There was no significant difference in CV risk between the unemployed and employed ($\bar{X} = -.28$, $SD = .36$; $t_{(143)} = -.76$, $p = .44$).

One-way ANOVA test was performed to compare the effect of marital status on CV risk. There was no significant difference in CV risk between at least two groups [$F_{(3, 141)} = .611$, $p = .609$].

After testing assumptions, the variables were put into the model by enter method. According to

regression analysis (as shown in Table 5), education, income, employment, marital status, family support, antipsychotic drugs, duration of illness, and residence jointly accounted for 18% of the variance in CV risk among patients with schizophrenia ($R^2 = .18$, $F_{(8,136)} = 3.82$, $p < .001$). Employment was coded into dummy variables (unemployed-0 and employed-1). Among eight predictors, residence ($\beta = .31$, $p < .001$), duration of illness ($\beta = .22$, $p = .007$), and employment ($\beta = .16$, $p = .050$) were significantly predicted CV risk among patients with schizophrenia.

Table 5 Prediction of SDH on CV Risk (N = 145)

Variables	B	SE	β	T	p-value	95%CI	
						lower	Upper
(constant)	4.76	2.29		2.08	.039	.23	9.29
Residence	1.34	.36	.31	3.73	< .001	.63	2.06
Duration of illness	.09	.03	.22	2.74	.007	.03	.15
Employment	.71	.36	.16	1.98	.050	.001	1.42
Marital status	.20	.21	.08	.96	.34	-.22	.63
Education	.61	.36	.14	1.71	.09	-.10	1.33
Income	-1.55	.00	-.05	-.67	.50	.00	.00
Antipsychotic drugs	-.11	.77	-.01	-.14	.89	-1.63	1.41
Family support	-.50	1.09	-.04	-.46	.64	-2.66	1.65

$R = .43$, $R^2 = .18$, adjusted $R^2 = .14$, $F = 3.82$, $p < .001$

Discussion

The findings showed that around six percent of participants were at high risk of CVD. This rate was slightly lower than previous studies^{4,17} which reported CV risk in 10 years among patients with schizophrenia, though based on different CV risk scores of 7.6% and 7.4%, respectively. The possible

explanation of the findings may be due to various factors, including risk and SDH factors.

Concerning risk factors, as shown in Table 1, the majority of participants in this study were at middle age ($\bar{X} = 44$ years), which was consistent with recent studies in which most of the patients with SMI were at middle age.^{1,3} However, one study

revealed that the significantly increased CV risk associated with SMI is evident in young adults.¹⁸ Thus, the data recommended more thorough screening of cardiovascular risk factors for patients with SMI starting at a younger age.

Concerning sex, two-thirds of participants were male (65%), which was consistent with the previous review in which the incidence of schizophrenia was higher among men than women, with a ratio of 1.4.2 As for sex differences in CV risk for schizophrenic patients, a higher risk was found in females than males.²

Concerning SDH factors, the majority of participants in this study had low education, low household income, and were unemployed. Low socioeconomic status or poverty pushes them to have lower access to health care services. As for the social context shown in Table 1, the vast majority were single but lived with other family members in the same household. According to Asian culture, family relationships with care, help, and respect for each other are valued. Family members have a willingness to live with cousins or next generations in the same household, and extended families are found, especially in rural areas. It was evident that receiving family support or a good family environment is essential for the willingness to change or enhance cardiovascular preventive behaviors (i.e., physical activity, healthy diet consumption, and medication adherence).¹⁹ The participants in this study were likely to receive good family support. As for health and health care, the majority had been prescribed

atypical antipsychotic drugs, and nearly 80 percent had been prescribed more than one type of antipsychotic drugs: risperidone (86.9%), followed by clozapine (60.7%) and olanzapine (27.6%). There is a difference in the metabolic effects of each individual antipsychotic drug. Then, the percent of participants who had metabolic abnormalities (i.e., obesity and diabetes) in this study was low. Although it was evident that the duration of mental illness was significantly associated with CV risk, the presence of negative symptoms, medical comorbidity, substance use, or smoking can also impact CV risk.^{4,17} However, the illness duration in this study was slightly lower than that in previous studies,^{4,17} and only a few participants have comorbidity and smoke. Most participants in our study were from rural areas, where the undeveloped infrastructure or fragmentation between mental and medical health services, inadequate human resources or health services, and low health care expenditure can be hindrances to access to health care for participants. To conclude, these characteristics of participants showed the inequality in access to health care services, which could lead to a high risk of CVD. However, the majority of the participants lived in the same household with family members and may receive family support, as well as a lower likelihood of behavioral risk factors (i.e., smoking and unhealthy diet), which might be an explanation for the slightly lower rate of patients who are at risk of CVD.

Residence was found to be the strongest predictor of CV risk in this study ($\beta = .31, p < .001$). This finding could be due to several factors. First, the economic status of Myanmar rural inhabitants was lower than that of urban inhabitants. Individuals with lower economic status were more likely to develop unhealthy behaviors (i.e., smoking, betel chewing, and sedentary behaviors).²⁰ Second, rural inhabitants relied on herbal and traditional medicine due to their easy accessibility. Concerning human resources for health, the health work force, including doctors and nurses per 1000 population, is 1.47 in all states and regions in Myanmar. There is a wide difference in the distribution of health work force between rural and urban areas. One doctor needed to cover 633 people in urban areas, whereas one doctor needed to cover 3447 people in rural areas.²¹ As for the mental health care system, there is a shortage of manpower (such as psychiatrists, mental health nurses, psychologists, counselors, and trained social workers), undeveloped infrastructure, and inadequate mental health services, and low expenditure on mental health care, particularly in rural areas.²² According to these factors, the rural inhabitants do not get screening from health professionals and are at high risk of CVD.

Duration of illness was a significant predictor of CV risk in this study ($\beta = .22, p = .007$). This finding was consistent with previous studies.^{4,17} Patients with longer duration of illness were more likely to be physically inactive and had increased exposure

to antipsychotic drugs, which can cause metabolic abnormalities leading to CVD.^{4,17} Another possible explanation might be that patients who had longer duration of illness had poor social and occupational functioning, thus having problems obtaining or maintaining jobs.²³ Then, patients with schizophrenia became dependent and had no income, which can be a hindrance to health-seeking behaviors, leading to a higher risk of CVD. Then, low socioeconomic status made them stressed, leading to engagement in unhealthy behaviors (i.e., smoking, alcohol drinking, and sedentary behaviors).²⁴ According to these explanations, patients who had longer duration of illness might be at high risk of CVD.

Employment had a significant association with CV risk in this study ($\beta = .16, p = .050$). This result conforms to a previous study⁷ in which employment had a negative association with CV risk. The unemployment rate in schizophrenia was high, resulting from cognitive impairment, deficit in social functioning, early age of the onset of schizophrenia, and low level of education.²⁴ Thus, patients with schizophrenia have poor income, which can hinder healthy food availability and health-seeking behaviors. Then, people with low socioeconomic status were associated with stress, leading to engagement in unhealthy behaviors (i.e., smoking, alcohol drinking, and sedentary behaviors).²⁴

Education and income could not have an influence on CV risk in schizophrenia patients. This result was contrary to previous findings⁷⁻⁸ in

which the prevalence of metabolic syndrome was high among patients with primary school and low income. This difference might be due to the participants in our study were less likely to develop CV risk factors, including smoking and consumption unhealthy diet, compared to previous studies.

Marital status, family support and antipsychotic drugs could not predict CV risk in this study. These findings were in contrast to previous literature. This might be related to the homogeneity of participants.

Conclusion and Recommendations

The results of our study provided insight and awareness about CV risk to mental health nurses and other health professionals who are taking care of patients with schizophrenia. Regular screening and management of CV risk factors is essential to decreasing the incidence of CVD. This study also suggests psychiatric nurses to encourage patients with schizophrenia to engage in healthy behaviors and pre-vocational training to facilitate working ability in their own community after deinstitutionalization.

Residence, duration of illness, and employment could predict CV risk in this study. Future studies in which lifestyle behavior change and supported employment could reduce CV risk among patients with schizophrenia should be conducted. Moreover, the number of participants should be recruited from psychiatric hospitals and community in future studies to reduce the homogeneity of participants.

Limitations

The data collection was conducted during the COVID-19 pandemic of which the situation restricted the process of data collection; thus, phone interview and one-single item question for certain variables were used. For further research, valid instruments such as the Neighborhood Scale and Multidimensional Scale of Perceived Social Support (MSPSS) should be used to assess neighborhood and social context.

Acknowledgement

Special and deepest gratitude to all patients with schizophrenia who participated in the study.

References

1. Correll CU, Solmi M, Veronese N, Bortolato B, Rosson S, Santonastaso P, et al. Prevalence, incidence and mortality from cardiovascular disease in patients with pooled and specific severe mental illness: a large-scale meta-analysis of 3,211,768 patients and 113,383,368 controls. *World Psychiatry*. 2017;16(2):163-80. doi: 10.1002/wps.20420.
2. Ratna VVJ, Vempadapu M, Kolakota RK, Mugada V. Risk of cardiovascular disease in schizophrenia: a mini review. *Asian Journal of Research in Pharmaceutical Science*. 2019;9(2): 131-6. doi: 10.5958/2231-5659.2019.00019.5.
3. Correll CU, Ng-Mak DS, Stafkey-Mailey D, Farrelly E, Rajagopalan K, Loebel A. Cardiometabolic comorbidities, readmission, and costs in schizophrenia and bipolar disorder: a real-world analysis. *Ann Gen Psychiatry*. 2017;16:9. doi: 10.1186/s12991-017-0133-7.

4. Kapıcı Y, Güc B, Tekin A, Abuş S. The relationship of ten-year cardiovascular disease risk and clinical features in patients with schizophrenia. *Noro Psikiyatr Ars.* 2023;60(3):231-5. doi: 10.29399/npa.28292.
5. Saldanha NC, Balasundaram S, Sarkar S, Hanifah M. Prevalence and correlates of metabolic syndrome among psychiatric inpatients at a tertiary care center. *Telangana Journal of Psychiatry.* 2021;7(2): 114-21. doi: 10.4103/tjp.tjp_33_21.
6. Jahrami HA, Faris MAE, Saif ZQ, Hammad LH. Assessing dietary and lifestyle risk factors and their associations with disease comorbidities among patients with schizophrenia: a case-control study from Bahrain. *Asian J Psychiatr.* 2017;28:115-23. doi: 10.1016/j.ajp.2017.03.036.
7. Asaye S, Bekele S, Tolessa D, Cheneke W. Metabolic syndrome and associated factors among psychiatric patients in Jimma University Specialized Hospital, South West Ethiopia. *Diabetes Metab Syndr.* 2018;12(5):753-60. doi: 10.1016/j.dsx.2018.04.037.
8. Odeigah LO, Agede OA, Ogunjemilua SB, Obalowu IA, Mutalub YB. Interplay between lipid profile and weight-related outcomes in healthy overweight adults: in-sights from comprehensive analyses. *Pan Afri J Life Sci.* 2023;7(2):676-81. doi: 10.36108/pajols/3202/70.0270.
9. Bailey JM, Wye PM, Wiggers JH, Bartlem KM, Bowman JAJPr. Family carers: a role in addressing chronic disease risk behaviours for people with a mental illness? *Prev Med Rep.* 2017;7:140-6. doi: 10.1016/j.pmedr.2017.05.014.
10. World Health Organization. Non-communicable diseases country profile 2018. Geneva: World Health Organization; 2018. 223 p.
11. Healthy People 2020: Social determinants of health [Internet]. Washington, DC: Office of Disease Prevention and Health Promotion. [updated 2022] Available from: <https://www.healthypeople.gov/2020/topics-objectives/topic/social-determinants-of-health>.
12. Krisberg K. Shift toward social determinants transforming public health work: targeting causes of health disparities. *The Nation's Health.* 2016;46(5):1-21.
13. Evason N. Myanmar (Burmese) culture [Internet]. The Cultural Atlas; 2017. Available from: <https://culturalatlas.sbs.com.au/myanmar-burmese-culture/burmese-myanmar-culture-family>.
14. Central Statistical Organization, UNDP, World Bank. Myanmar living condition survey 2017: key indicators report. 2nd ed. Nay Pyi Taw and Yangon, Myanmar: Ministry of Planning and Finance, UNDP and World Bank. 2018. 188 p.
15. Zdrenghia D, Guşetu G, Zdrenghia M, Cismaru G, Caloian B, Vaidean G, et al. CV RISK—A new relative cardiovascular risk score. *Med Hypotheses.* 2019; 132:109362. doi: 10.1016/j.mehy.2019.109362.
16. SPSS Inc. PASW Statistics for Windows, version 18.0. Chicago, IL: SPSS Inc.; 2009.
17. Haddad C, Hallit S, Salameh P, Bou-Assi T, Zoghbi M. Coronary heart disease risk in patients with schizophrenia: a Lebanese cross-sectional study. *J Comorb.* 2017;7(1):79-88. doi: 10.15256/joc.2017.7.107.

18. Rossom R, Hooker S, O'Connor P, Crain A, Sperl-Hillen J. Cardiovascular risk for patients with and without schizophrenia, schizoaffective disorder, or bipolar disorder. *J Am Heart Assoc.* 2022;11:e021444. doi: 10.1161/JAHA.121.021444.
19. Jeemon P, Harikrishnan S, Ganapathi S, Sivasankaran S, Binukumar B, Padmanabhan S, et al. Efficacy of a family-based cardiovascular risk reduction intervention in individuals with a family history of premature coronary heart disease in India (PROLIFIC): an open-label, single-centre, cluster randomised controlled trial. *Lancet Glob Health.* 2021;9(10):e1442-50. doi: 10.1016/S2214-109X(21)00319-3.
20. Aye SKK, Hlaing HH, Htay SS, Cumming R. Multimorbidity and health seeking behaviours among older people in Myanmar: a community survey. *PLoS One.* 2019;14(7):e0219543. doi: 10.1371/journal.pone.0219543.
21. Saw YM, Than TM, Thaung Y, Aung S, Shiao LW-S, Win EM, et al. Myanmar's human resources for health: current situation and its challenges. *Heliyon.* 2019;5(3):e01390. doi: 10.1016/j.heliyon.2019.e01390.
22. Lin K, Lin S, Sein TT. The challenges faced by service providers on satellite mental health-care facilities in Yangon, Myanmar: a qualitative study. *J Health Res.* 2020;36(1):89-98. doi: 10.1108/JHR-02-2020-0029.
23. Kumari S, Dahuja S, Singh U. Association of clinical factors with socio-occupational functioning among individuals with schizophrenia. *Ind Psychiatry J.* 2023;32(1):65-70. doi: 10.4103/ipj.ipj_141_20.
24. Algren MH, Ekholm O, Nielsen L, Ersbøll AK, Bak CK, Andersen PT. Associations between perceived stress, socioeconomic status, and health-risk behaviour in deprived neighbourhoods in Denmark: a cross-sectional study. *BMC Public Health.* 2018;18(1):250. doi: 10.1186/s12889-018-5170-x.

วารสารพยาบาลศาสตร์

ปีที่ 42 ฉบับที่ 2 เมษายน - มิถุนายน 2567

บทความวิจัย

- สถานการณ์ของภาวะหลังการติดเชื้อโควิด-19 ในผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง : การวิจัยผสมผสาน
- ปัจจัยทำนายการดูแลตนเองของผู้ป่วยภาวะหัวใจห้องบนสั่นพลิ้ว
- ปัจจัยทำนายการควบคุมโรคในผู้ป่วยโรคหืด โรงพยาบาลบ้านแพ้ว (องค์การมหาชน) สมุทรสาคร
- อิทธิพลของคุณภาพการนอนหลับ ฮีโมโกลบิน ระยะเวลาการนอนโรงพยาบาล และการรู้คิดต่อคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพในผู้รอดชีวิตจากการติดเชื้อในกระแสเลือด ที่โรงพยาบาลศูนย์แพทยศาสตรศึกษาไม่สังกัดมหาวิทยาลัยแห่งหนึ่ง
- ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการรับบริการฝากครรภ์ของสตรีแรงงานข้ามชาติในเขตกรุงเทพมหานคร
- ผลของโปรแกรมส่งเสริมความเข้าใจเกี่ยวกับการตรวจวินิจฉัยก่อนคลอด ผ่านสื่อสังคมออนไลน์ต่อความวิตกกังวลและความรู้ของคู่เสี่ยงต่อการมีทารกเป็นโรคธาลัสซีเมียชนิดรุนแรง
- ปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตสตรีที่มีภาวะหมดประจำเดือนในระยะแรกหลังผ่าตัด
- อิทธิพลของปัจจัยสังคมกำหนดสุขภาพที่มีต่อความเสี่ยงในการเกิดโรคหัวใจ และหลอดเลือดในผู้ป่วยโรคจิตเภท เมืองมณฑลเยลีย์ ประเทศเมียนมาร์

