



Mahidol University
Faculty of Nursing

วารสารพยาบาลศาสตร์

Nurs Sci J Thail



Vol. 42 No.4 October - December 2024

ISSN 2651-1959
(Online)

NURSING SCIENCE JOURNAL OF THAILAND

Research Articles

- Effects of Evidence-Based Nursing Care for Promoting Peripheral Tissue Perfusion among Critically Ill Patients with Peripheral Artery Disease: A Single-Blinded Randomized Controlled Trial
- Factors Predicting Health-Related Quality of Life in Patients with Post-COVID Condition
- Predictive Power of Health Literacy on COVID-19 Preventive Behaviors of Nursing Students
- Effect of a Program for Reducing Pre-Operative Anxiety in Patients Undergoing Total Knee Replacement Surgery Based upon Peplau's Interpersonal Relations Theory
- Social Determinants of Health in Predicting Quality of Life in Patients with Chronic Obstructive Pulmonary Disease
- Influence of Age, Parity, Dietary Intake, Physical Activity, Corona Virus 2019 Infection, and Depression on Gestational Weight Gain in Overweight and Obese Pregnant Women
- The Effects of Attitude and Perceived Behavioral Control Program towards the Intention of Vaginal Delivery for Primigravida Women
- Factors Influencing Postpartum Follow-Up for Diabetes Screening in Mothers with a History of Gestational Diabetes Mellitus



C O N T E N T S

Research Articles

- | | | |
|----|---|---|
| 1 | Effects of Evidence-Based Nursing Care for Promoting Peripheral Tissue Perfusion among Critically Ill Patients with Peripheral Artery Disease: A Single-Blinded Randomized Controlled Trial | Suphanun Taebtam,
Parichat Wonggom,
Parichat Tanmit |
| | ผลของการพยาบาลตามหลักฐานเชิงประจักษ์เพื่อส่งเสริมการกำซาบเนื้อเยื่อส่วนปลายในผู้ป่วยวิกฤตโรคหลอดเลือดแดงส่วนปลายอุดตัน: การทดลองแบบสุ่มชนิดปกปิดทางเดียว | ศุภานันท์ แทบตาม
ปาริชาติ วงศ์ก้อม
ปาริชาติ ตันมิตร |
| 14 | Factors Predicting Health-Related Quality of Life in Patients with Post-COVID Condition | Kritsaya Ponghan, Wimolrat Puwarawuttipanit,
Chontira Riangkam, Yong Rongrungruang |
| | ปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพในผู้ป่วยภาวะโพสท์โควิด | กฤษฎา พงษ์หาญ วิมลรัตน์ ภูวราวุฒิปานิช
ชลธิรา เรียงคำ ยงค์ รงค์รุ่งเรือง |
| 27 | Predictive Power of Health Literacy on COVID-19 Preventive Behaviors of Nursing Students | Yupares Payaprom, Pornpun Manasatchakun,
Sarinyaporn Chandeekaewsakoon |
| | อำนาจการทำนายของความรอบรู้ด้านสุขภาพที่มีต่อพฤติกรรมป้องกันโรคโควิด 19 ของนักศึกษาพยาบาล | ยุพเรศ พญาพรหม พรพรรณ มนัสจกุล
ศรินญาภรณ์ จันทร์ดีแก้วสกุล |
| 41 | Effect of a Program for Reducing Pre-Operative Anxiety in Patients Undergoing Total Knee Replacement Surgery Based upon Peplau's Interpersonal Relations Theory | Tanyarat Chatchawarnpan,
Wimolnun Pudtivarichapong,
Nopporn Vongsirimas,
Phuangphet Kaesornsamut |
| | ผลของโปรแกรมลดความวิตกกังวลก่อนผ่าตัดในผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าตามกรอบแนวคิดทฤษฎีสัมพันธภาพระหว่างบุคคลของเพปพลาว | ธัญญารัตน์ ชัชวาลพันธ์
วิมลนันท์ พุดวิณิขพงศ์
นพพร ว่องศิริมาศ พวงเพชร เกษรสมุทร |



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

Research Articles

- | | | |
|----|---|--|
| 53 | <p>Social Determinants of Health in Predicting
Quality of Life in Patients with Chronic
Obstructive Pulmonary Disease</p> <p>ปัจจัยสังคมกำหนดสุขภาพในการทำนาย
คุณภาพชีวิตผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง</p> | <p>Kannika Thapthimklang,
Warunee Phligbua,
Doungrut Wattanakitkriear</p> <p>กรรณิการ์ ทับทิมกลาง วารุณี พลิกบัว
ดวงรัตน์ วัฒนกิจไกรเลิศ</p> |
| 68 | <p>Influence of Age, Parity, Dietary Intake, Physical Activity,
Corona Virus 2019 Infection, and Depression on Gestational
Weight Gain in Overweight and Obese Pregnant Women</p> <p>อิทธิพลของอายุ จำนวนครั้งของการคลอด การบริโภคอาหาร กิจกรรมทางกาย
การติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 และภาวะซึมเศร้าต่อน้ำหนักที่เพิ่มขึ้น
ขณะตั้งครรภ์ในสตรีตั้งครรภ์ภาวะน้ำหนักเกินและอ้วน</p> | <p>Minticha Kraisit,
Nanthana Thananowan,
Piyanun Limruangrong</p> <p>มินธิชา ไกรสิทธิ์
นันทนา ธนาโนวรรณ
ปิยะนันท์ ลิ้มเรืองรอง</p> |
| 82 | <p>The Effects of Attitude and Perceived Behavioral
Control Program towards the Intention
of Vaginal Delivery for Primigravida Women</p> <p>ผลของโปรแกรมเสริมสร้างทัศนคติและการรับรู้
ความสามารถในการควบคุมการคลอดต่อความตั้งใจ
ในการคลอดทางช่องคลอดในสตรีตั้งครรภ์แรก</p> | <p>Pimchanok Klincha-em,
Ameporn Ratinthorn,
Nanthana Thananowan, Sasitara Nuampa</p> <p>พิมพ์ชนก กลิ่นชะเอม เอ็มพร รตินธร
นันทนา ธนาโนวรรณ
ศศิธรา น่วมภา</p> |
| 96 | <p>Factors Influencing Postpartum Follow-Up
for Diabetes Screening in Mothers with
a History of Gestational Diabetes Mellitus</p> <p>ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการกลับมาตรวจคัดกรองเบาหวานหลังคลอด
ในมารดาที่มีประวัติเป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์</p> | <p>Rewadee Meewong, Piyanun Limruangrong,
Wanna Phahuwatanakorn,
Dittakarn Boriboonhirunsarn</p> <p>เรวดี มีวงษ์ ปิยะนันท์ ลิ้มเรืองรอง
วรรณภา พาหุวัฒนกร ดิฐกานต์ บริบูรณ์หิรัญ</p> |



Effects of Evidence-Based Nursing Care for Promoting Peripheral Tissue Perfusion among Critically Ill Patients with Peripheral Artery Disease: A Single-Blinded Randomized Controlled Trial*

Suphanun Taebtam, RN, MSN¹, Parichat Wonggom, RN, PhD¹, Parichat Tanmit, MD²

Abstract

Purpose: To study the effects of evidence-based nursing care for promoting peripheral tissue perfusion among critically ill patients with peripheral artery disease.

Design: A single-blinded randomized controlled trial research.

Methods: The participants were critically ill patients with peripheral artery disease after revascularization and were conducted in a surgical intensive care unit. The 30 participants were recruited via purposive sampling with inclusion and exclusion criteria and randomly assigned to the experimental and control groups with 15 each using sequentially numbered, opaque, sealed envelopes. Evidence-based nursing care for promoting peripheral tissue perfusion among critically ill patients with peripheral artery disease was used as the study intervention. Data collection was implemented through case record form, ankle-brachial index measurement, and signs of 6Ps assessment form. Data were analyzed using the chi-square, Fisher's exact test, Mann-Whitney U test and independent t-test.

Main finding: After receiving the intervention, the mean ankle-brachial index level of the experimental group ($\bar{X} = 0.98$, $SD = 0.22$) was higher than that of the control group ($\bar{X} = 0.76$, $SD = 0.18$) at significance level .05 ($p = .006$). The incidences of signs of 6Ps, including pain and poikilothermia of the experimental group were significantly different from the control group ($p < .05$). However, the incidences of signs of 6P including pallor, paraesthesia, paralysis, and pulselessness in both study groups were not significantly different.

Conclusion and recommendations: This evidence-based nursing care is an effective method for promoting peripheral tissue perfusion and decreasing acute limb ischemic signs and symptoms among critically ill patients with peripheral artery disease. Thus, this evidence-based nursing care should be promoted to apply in care for another similar patients.

Keywords: evidence-based nursing care, peripheral artery disease, peripheral tissue perfusion

Nursing Science Journal of Thailand. 2024;42(4):1-13

Corresponding Author: Assistant Professor Parichat Wonggom, Faculty of Nursing, Khon Kaen University, Khon Kaen Province 40002, Thailand; e-mail: parwon@kku.ac.th

* Master's thesis, Master of Nursing Science in Adult and Gerontological Nursing, Faculty of Nursing, Khon Kaen University and this research was supported by the Fundamental Fund of Khon Kaen University, from the National Science, Research and Innovation Fund (NSRF)

¹ Faculty of Nursing, Khon Kaen University, Khon Kaen, Thailand

² Faculty of Medicine, Khon Kaen University, Khon Kaen, Thailand

Received: 13 August 2024 / Revised: 19 October 2024 / Accepted: 28 October 2024



ผลของการพยาบาลตามหลักฐานเชิงประจักษ์เพื่อส่งเสริมการกำซาบเนื้อเยื่อส่วนปลายในผู้ป่วยวิกฤตโรคหลอดเลือดแดงส่วนปลายอุดตัน: การทดลองแบบสุ่มชนิดปกปิดทางเดียว*

ศุภนันท์ แทบทาม, พยม.¹ ปาริชาติ วงศ์ก้อม, PhD¹ ปาริชาติ ตันมิตร, MD²

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์: เพื่อศึกษาผลของการพยาบาลตามหลักฐานเชิงประจักษ์เพื่อส่งเสริมการกำซาบเนื้อเยื่อส่วนปลายในผู้ป่วยวิกฤตโรคหลอดเลือดแดงส่วนปลายอุดตัน

รูปแบบการวิจัย: การวิจัยเชิงทดลองสุ่มแบบมีกลุ่มควบคุมชนิดปกปิดทางเดียว

วิธีดำเนินการวิจัย: กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยวิกฤตโรคหลอดเลือดแดงส่วนปลายอุดตันหลังผ่าตัดเปิดหลอดเลือดที่อุดตันที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยศัลยกรรมแห่งหนึ่ง เลือกตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจงโดยกำหนดเกณฑ์การคัดเข้าและคัดออกได้จำนวน 30 ราย ดำเนินการสุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 15 คน โดยใช้วิธีการสุ่มซองปิดผนึก กิจกรรมการทดลองได้แก่ การพยาบาลตามหลักฐานเชิงประจักษ์เพื่อส่งเสริมการกำซาบเนื้อเยื่อส่วนปลายในผู้ป่วยวิกฤตโรคหลอดเลือดแดงส่วนปลายอุดตัน เก็บรวบรวมข้อมูลด้วยแบบบันทึกข้อมูล เครื่องมือวัดค่าดัชนีการไหลเวียนของหลอดเลือดแดงส่วนปลาย และแบบประเมินอาการและอาการแสดงของภาวะขาดเลือดเฉียบพลัน วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติ chi-square, Fisher's exact test, Mann-Whitney U test และ Independent t-test

ผลการวิจัย: ค่าเฉลี่ยของค่าดัชนีการไหลเวียนของหลอดเลือดแดงส่วนปลายหลังการทดลองของผู้ป่วยกลุ่มทดลอง ($\bar{X}$ = 0.98, SD = 0.22) มากกว่าผู้ป่วยกลุ่มควบคุม ($\bar{X}$ = 0.76, SD = 0.18) ที่ระดับนัยสำคัญ .05 (p = .006) การเกิดอาการและอาการแสดงของภาวะขาดเลือดเฉียบพลันได้แก่ อาการปวดและอาการเย็น หลังการทดลองของผู้ป่วยกลุ่มทดลองแตกต่างจากผู้ป่วยกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญ (p < .05) แต่อาการซีด อาการชา อาการกล้ามเนื้ออ่อนแรงและการคล้ำสีพจรส่วนปลายไม่ได้ของทั้งสองกลุ่มที่ศึกษา พบว่าไม่มีความแตกต่างกัน

สรุปและข้อเสนอแนะ: การพยาบาลตามหลักฐานเชิงประจักษ์เพื่อส่งเสริมการกำซาบเนื้อเยื่อส่วนปลายในผู้ป่วยวิกฤตโรคหลอดเลือดแดงส่วนปลายอุดตัน สามารถช่วยเพิ่มค่าดัชนีการไหลเวียนของหลอดเลือดแดงส่วนปลาย และลดการเกิดอาการและอาการแสดงของภาวะขาดเลือดเฉียบพลัน ในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดแดงส่วนปลายอุดตันได้ จึงควรมีการนำการพยาบาลนี้ไปใช้ในการดูแลผู้ป่วยที่ลักษณะคล้ายคลึงกัน

คำสำคัญ: การพยาบาลตามหลักฐานเชิงประจักษ์ โรคหลอดเลือดแดงส่วนปลายอุดตัน การกำซาบเนื้อเยื่อส่วนปลาย

Nursing Science Journal of Thailand. 2024;42(4):1-13

ผู้ประสานงานการเผยแพร่: ผู้ช่วยศาสตราจารย์ปาริชาติ วงศ์ก้อม, คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น, จังหวัดขอนแก่น 40002, e-mail: parwon@kku.ac.th

*วิทยานิพนธ์หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น และงานวิจัยเรื่องนี้ได้รับงบประมาณสนับสนุนจากทุนสนับสนุนมูลฐานของมหาวิทยาลัยขอนแก่น กองทุนส่งเสริมด้านวิทยาศาสตร์วิจัยและนวัตกรรม (ววน.)

¹ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

² คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

วันที่รับบทความ: 13 สิงหาคม 2567 / วันที่แก้ไขบทความเสร็จ: 19 ตุลาคม 2567 / วันที่ตอบรับบทความ: 28 ตุลาคม 2567

ความสำคัญของปัญหา

โรคหลอดเลือดแดงส่วนปลายอุดตัน (peripheral arterial disease, PAD) เป็นโรคที่มีความผิดปกติของหลอดเลือดแดงส่วนปลายโดยเฉพาะบริเวณขาเกิดจากการอุดตันหรือตีบแคบของหลอดเลือดแดงทำให้บริเวณอวัยวะส่วนปลายมีเลือดไปเลี้ยงลดลงหรือไม่เพียงพอ นำไปสู่การกำเริบเนื้อเยื่อส่วนปลายผิดปกติ (ineffective peripheral tissue perfusion)¹⁻² รายงานการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบพบความชุกของโรค PAD ในกลุ่มประเทศรายได้ต่ำและรายได้ปานกลางถึง 172 ล้านคน³ สำหรับในประเทศไทยพบความชุกของโรคอยู่ที่ 7.2-12.7%⁴⁻⁵ นอกจากพยาธิสภาพของโรคยังพบว่ามีปัจจัยอื่น ๆ ที่มีผลต่อการเกิดการกำเริบเนื้อเยื่อส่วนปลายผิดปกติ ได้แก่ ความสูงอายุจากความเสื่อมของหลอดเลือด² การมีโรคประจำตัว เช่น โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง³ และโรคไขมันในเลือดสูง^{3,6} เป็นต้น รวมไปถึงความเย็นของอวัยวะส่วนปลายที่เป็นผลมาจากอุณหภูมิของสิ่งแวดล้อม ทำให้หลอดเลือดเกิดการหดตัวส่งผลต่อปริมาณเลือดที่ไหลเวียนมายังอวัยวะส่วนปลายลดลง⁷

การกำเริบเนื้อเยื่อส่วนปลายผิดปกติก่อให้เกิดอาการปวดบริเวณเท้าหรือขา มีอาการชา กล้ามเนื้ออ่อนแรง ผิวหนังเย็น ชีต คล้ำซีพอร์สส่วนปลายไม่ได้ เกิดบาดแผลจากการขาดเลือดและการเน่าตายของเนื้อเยื่อ^{1,8} อาจทำให้ถูกตัดขาหรือเท้าได้⁸ ส่งผลให้ผู้ป่วยไม่สามารถช่วยเหลือตัวเองในการดำเนินชีวิตประจำวันได้⁹ นอกจากอาการและอาการแสดงด้านร่างกาย ผู้ป่วยยังมีอาการด้านอารมณ์และจิตใจ คือผู้ป่วยส่วนใหญ่มักจะมีความกลัวและวิตกกังวลร่วมด้วย โดยเฉพาะในรายที่ถูกตัดขาพบว่ามีโอกาสเกิดโรคซึมเศร้าได้¹⁰ นอกจากนี้ยังส่งผลต่อค่ารักษาพยาบาลที่เพิ่มมากขึ้นและระยะเวลาการนอนโรงพยาบาลที่นานขึ้นอีกด้วย¹¹

ในปัจจุบันการรักษาผู้ป่วยโรค PAD มีเป้าหมายเพื่อเพิ่มการไหลเวียนเลือดไปยังส่วนปลายประกอบด้วย การปรับเปลี่ยน

พฤติกรรมสุขภาพที่เป็นปัจจัยเสี่ยง การรักษาด้วยยาและการผ่าตัดเปิดหลอดเลือดที่อุดตัน (revascularization) แต่อย่างไรก็ตามยังพบว่าในระยะ 24-36 ชั่วโมงหลังการผ่าตัดผู้ป่วยมีโอกาสเกิดการกำเริบเนื้อเยื่อส่วนปลายผิดปกติได้ ดังนั้นการประเมินและติดตามอาการอย่างใกล้ชิดจึงมีความจำเป็นเป็นอย่างยิ่งในผู้ป่วยกลุ่มนี้ รวมถึงการให้การพยาบาลเพื่อส่งเสริมการกำเริบเนื้อเยื่อส่วนปลาย วิธีการประเมินและติดตามอาการที่มีความจำเพาะกับผู้ป่วย PAD ประกอบด้วย การประเมินอาการภาวะขาดเลือดเฉียบพลัน (signs of 6Ps) ได้แก่ ปวด (pain) ผิวหนังเย็น (poikilothermia) ชา (paresthesia) ชีต (pallor) กล้ามเนื้ออ่อนแรง (paralysis) และชีพจรส่วนปลายคลำไม่ได้ (pulselessness)¹²⁻¹³ และการวัดค่าดัชนีการไหลเวียนของหลอดเลือดแดงส่วนปลาย (ankle-brachial index, ABI)¹⁴⁻¹⁵ ในส่วนของการให้การพยาบาลควรใช้วิธีการที่หลากหลายผสมผสานกันครอบคลุมทั้งการควบคุมปัจจัยเสี่ยง การให้การดูแลตามแผนการรักษา และการให้การพยาบาลเพื่อส่งเสริมการไหลเวียนเลือดไปยังอวัยวะส่วนปลาย

การปฏิบัติโดยใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ (evidence-based practice) มีส่วนช่วยในการพัฒนาคุณภาพการพยาบาลให้มีความน่าเชื่อถือมากยิ่งขึ้น ซึ่งเป็นการนำองค์ความรู้จากงานวิจัยมาประยุกต์ใช้ในการดูแลผู้ป่วย¹⁶ ดังนั้นการดูแลผู้ป่วย PAD เพื่อส่งเสริมการกำเริบเนื้อเยื่อส่วนปลายจึงมีความจำเป็นอย่างยิ่งที่ในการนำหลักฐานเชิงประจักษ์มาใช้เพื่อให้เกิดผลลัพธ์ที่พึงประสงค์ จากการทบทวนวรรณกรรมพบหลายการศึกษาที่เกี่ยวข้องกับการส่งเสริมการกำเริบเนื้อเยื่อส่วนปลายในผู้ป่วย PAD ไม่ว่าจะเป็นการให้การพยาบาลเพื่อควบคุมโรคและปัจจัยเสี่ยงโดยการให้ยา^{1,14} การดูแลความอบอุ่นของอวัยวะส่วนปลาย^{7,17} การจัดทำนั้งห้อยขาเพื่อส่งเสริมการไหลเวียนเลือดไปยังส่วนปลาย¹⁸ และการออกกำลังกายด้วยวิธี Buerger Allen Exercise (BAE)¹⁹⁻²⁰

นอกจากนี้การป้องกันการหดตัวของหลอดเลือดส่วนปลายจากความเย็นที่ดีที่สุดคือการสวมถุงเท้า โดยลักษณะของถุงเท้าที่ช่วยเพิ่มความอบอุ่นของอวัยวะส่วนปลายได้นั้น จะต้องเป็นถุงเท้าผ้าฝ้ายที่หลวมและไม่รัดข้อ^{7,17} จะเห็นได้ว่าการเกิดอาการชาบวมเนื้อเยื่อส่วนปลายผิดปกติในผู้ป่วย PAD นั้นเกิดได้จากหลากหลายสาเหตุร่วมกันตามที่กล่าวมาแล้วข้างต้น ดังนั้นในการดูแลผู้ป่วยให้เกิดประสิทธิภาพสูงสุด จึงควรใช้การดูแลหลากหลายวิธีร่วมกันเพื่อส่งเสริมการกำซาบเนื้อเยื่อส่วนปลาย

จากประสบการณ์ทางคลินิกและการสัมภาษณ์ และสังเกตการทำงานของพยาบาล²¹ พบว่าการให้การดูแลผู้ป่วย PAD ยังมีความแตกต่างกันขึ้นอยู่กับประสบการณ์และความรู้เดิมของพยาบาล เช่น การดูแลความอบอุ่นของอวัยวะส่วนปลายมีทั้งการใช้ผ้าห่มและการใช้ถุงเท้า เป็นต้น นอกจากนี้แนวทางการดูแลผู้ป่วย PAD ของหอผู้ป่วยยังไม่สอดคล้องกับหลักฐานเชิงประจักษ์ เช่น ไม่มีการวัด ABI ในการประเมินผู้ป่วย ซึ่งเป็นวิธีการวัดการไหลเวียนเลือดไปยังอวัยวะส่วนปลายโดยตรงที่มีความแม่นยำและจำเพาะสูง อาจส่งผลให้การประเมินนั้นยังไม่ครอบคลุม เป็นต้น ดังนั้นผู้วิจัยจึงได้ตระหนักถึงความสำคัญของการเกิดอาการชาบวมเนื้อเยื่อส่วนปลายผิดปกติในผู้ป่วยวิกฤตโรค PAD ว่าควรได้รับการดูแลรักษาพยาบาลอย่างเป็นระบบและมีประสิทธิภาพ จึงได้พัฒนาการพยาบาลตามหลักฐานเชิงประจักษ์เพื่อส่งเสริมการกำซาบเนื้อเยื่อส่วนปลายในผู้ป่วยวิกฤตโรคหลอดเลือดแดงส่วนปลายอุดตัน²¹ ซึ่งได้ผ่านการศึกษาเบื้องต้นถึงความเป็นได้ในการนำมาใช้แล้ว ในการศึกษาครั้งนี้จึงศึกษาผลของการพยาบาลตามหลักฐานเชิงประจักษ์เพื่อส่งเสริมการกำซาบเนื้อเยื่อส่วนปลายในผู้ป่วยวิกฤตโรค PAD โดยใช้รูปแบบการทดลอง ผลของการศึกษานี้จะเป็นประโยชน์เพื่อให้พยาบาลใช้เป็นแนวทางให้การพยาบาล สามารถปฏิบัติการพยาบาลได้อย่างมีประสิทธิภาพและเป็นมาตรฐานเดียวกัน ส่งผลให้เกิดผลลัพธ์ที่ดีต่อผู้ป่วย นำไปสู่การพัฒนาวิชาชีพและระบบบริการต่อไป

กรอบแนวคิดในการวิจัย

การศึกษานี้ผู้วิจัยใช้กรอบแนวคิดการพยาบาลตามหลักฐานเชิงประจักษ์ในการดูแล เพื่อส่งเสริมการกำซาบเนื้อเยื่อส่วนปลายในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดแดงส่วนปลายอุดตัน พัฒนารูปแบบการปฏิบัติการพยาบาลตามหลักฐานเชิงประจักษ์ของศูนย์ปฏิบัติการพยาบาลชั้นสูง²² และประเมินคุณภาพหลักฐานเชิงประจักษ์ตามเกณฑ์ของ The Joanna Briggs Institute Levels of Evidence²³ โดยมีวิธีการประเมินผลการกำซาบเนื้อเยื่อส่วนปลายในผู้ป่วยวิกฤตโรคหลอดเลือดแดงส่วนปลายอุดตัน ได้แก่ ค่า ABI และการเกิด signs of 6Ps

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อศึกษาผลของการพยาบาลตามหลักฐานเชิงประจักษ์เพื่อส่งเสริมการกำซาบเนื้อเยื่อส่วนปลายในผู้ป่วยวิกฤตโรคหลอดเลือดแดงส่วนปลายอุดตัน

สมมติฐานการวิจัย

1. ค่าเฉลี่ย ABI หลังการทดลองของผู้ป่วยกลุ่มทดลองที่ได้รับการพยาบาลตามหลักฐานเชิงประจักษ์เพื่อส่งเสริมการกำซาบเนื้อเยื่อส่วนปลายในผู้ป่วยวิกฤตโรคหลอดเลือดแดงส่วนปลายอุดตันแตกต่างจากผู้ป่วยกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามมาตรฐาน
2. อัตราการเกิด signs of 6Ps หลังการทดลองของผู้ป่วยกลุ่มทดลองที่ได้รับการพยาบาลตามการพยาบาลตามหลักฐานเชิงประจักษ์เพื่อส่งเสริมการกำซาบเนื้อเยื่อส่วนปลายในผู้ป่วยวิกฤตโรคหลอดเลือดแดงส่วนปลายอุดตันแตกต่างจากผู้ป่วยกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามมาตรฐาน

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงทดลองสุ่มแบบมีกลุ่มควบคุมชนิดปกปิดทางเดียว (a single-blinded randomized controlled trial)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้ป่วยวิกฤตโรคหลอดเลือดแดงส่วนปลาย
อุตตันอายุ 18-90 ปี ทั้งเพศชายและเพศหญิง ที่เข้ารับการรักษ
ในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยวิกฤตโรคหลอดเลือดแดงส่วนปลาย
อุตตันที่เข้ารับการรักษในหออภิบาลผู้ป่วยศัลยกรรม
โรงพยาบาลศรีนครินทร์ ระหว่างเดือนธันวาคม พ.ศ. 2566 - มีนาคม
พ.ศ. 2567 เลือกตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (purposive sampling)
โดยมีเกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ ได้รับการวินิจฉัย
จากแพทย์ว่าเป็นโรค PAD หลังการผ่าตัด revascularization
ระดับความรู้สึกตัว GCS เท่ากับ 10T หรือ 15 คะแนน
กรณีกลุ่มตัวอย่างอายุมากกว่า 60 ปี ไม่มีภาวะสับสนโดย
CAM-ICU ผล Negative และไม่มีภาวะสมองเสื่อมโดย
MMSE - Thai 2002 มากกว่า 22 คะแนน สามารถพูด อ่านหรือ
ฟังภาษาไทยได้เข้าใจ สัญญาณชีพคงที่ ผู้ป่วยหรือผู้แทน
โดยชอบธรรมยินยอมให้ความร่วมมือในการศึกษา และแพทย์เจ้าของไข้
ยินยอมให้ผู้ป่วยเข้าร่วมการศึกษา สำหรับเกณฑ์การคัดออก
ได้แก่ ผู้ป่วยที่มี systolic blood pressure (SBP) มากกว่า
160 mmHg หรือ น้อยกว่า 90 mmHg ผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดขา
เหนือระดับข้อเท้าขึ้นไปก่อนเข้ารับการรักษในหออภิบาล
ผู้ป่วยศัลยกรรม ผู้ป่วยที่ได้รับยาบีบหลอดเลือดขณะดำเนินการ
วิจัยและผู้ป่วยที่มีเลือดออกผิดปกติหลังการผ่าตัด และ
เกณฑ์ยุติการเข้าร่วมการวิจัย ได้แก่ ผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัด
ศัลยกรรมหลอดเลือดซ้ำภายใน 24 ชั่วโมง ผู้ป่วยที่มีหัวใจเต้น
ผิดจังหวะที่ต้องได้รับการรักษด้วยยาหรือการกระตุ้นหัวใจ
ด้วยไฟฟ้าและหัวใจหยุดเต้น ผู้ป่วยเสียชีวิต และผู้ป่วยหรือ
ผู้แทนโดยชอบธรรมขอยุติหรือถอนตัวจากการเข้าร่วมวิจัย

ค่าอิทธิพลที่คำนวณได้จากงานวิจัยใกล้เคียง²⁴ มีขนาด
ใหญ่เท่ากับ 2.53 ซึ่งต้องใช้ขนาดกลุ่มตัวอย่างทั้งหมดเพียง
10 ราย ผู้วิจัยจึงกำหนดขนาดอิทธิพลขนาดใหญ่ขึ้นต่ำสุด
ที่ .80²⁵ คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้โปรแกรม G*Power

version 3.1.9.7 เลือกใช้สถิติ Means: Difference between
two independent means (two group) กำหนดทดสอบ
สมมติฐานสองทาง (two-tailed test) โดยใช้ระดับนัยสำคัญ .05
อำนาจการทดสอบ (power of test) .80 ได้กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด
26 ราย เพื่อป้องกันความเสี่ยงจากการสูญหายระหว่างการเก็บข้อมูล
(dropout) จึงเพิ่มขนาดกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 5 ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่าง
ทั้งหมด 30 ราย

วิธีการสุ่มกลุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่มที่ศึกษา (random
assignment) ใช้วิธีการสุ่มของปิดผนึก ภายในบรรจุกระดาษ
ระบุกลุ่มที่ทดลองหรือกลุ่มควบคุมที่ผู้ป่วยได้รับมอบหมาย
โดยมีผู้วิจัยเป็นผู้จัดเตรียมของปิดผนึกและพยาบาลหัวหน้าเวร
ประจำหอผู้ป่วยเป็นผู้สุ่มของปิดผนึก

การปกปิด การวิจัยครั้งนี้เป็นการปกปิดข้อมูลทางเดียว
(single blinded) โดยเป็นการปกปิดผู้ประเมินผลลัพธ์ แต่
ไม่มีการปกปิดกลุ่มตัวอย่างและพยาบาลผู้ให้การดูแล

เครื่องมือการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ได้แก่ การพยาบาล
ตามหลักฐานเชิงประจักษ์เพื่อส่งเสริมการกำซาบเนื้อเยื่อ
ส่วนปลายในผู้ป่วยวิกฤตโรคหลอดเลือดแดงส่วนปลายอุตตัน²¹
ที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นโดยใช้กรอบแนวคิดในการพัฒนาแนวปฏิบัติ
การพยาบาลของศูนย์ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง²² สำหรับเนื้อหา
การพยาบาลตามหลักฐานเชิงประจักษ์ฯ โดยสรุปมีดังนี้

ส่วนที่ 1 การประเมินและติดตามการกำซาบเนื้อเยื่อ
ส่วนปลาย ได้แก่ signs of 6Ps ซีพจรส่วนปลาย capillary
refill time ทุก 1 ชั่วโมง และวัด ABI ทุก 8 ชั่วโมง
รายงานแพทย์เมื่อพบความผิดปกติหรือเปลี่ยนแปลงทันที

ส่วนที่ 2 การส่งตรวจผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ
ได้แก่ complete blood counts, arterial blood gases,
lactate, creatinine phosphokinase, electrolytes และ
renal function ทุก 6 ชั่วโมง

ส่วนที่ 3 การพยาบาลเพื่อส่งเสริมการกำซาบเนื้อเยื่อ

ส่วนปลาย ประกอบด้วย (1) การบริหารยา ได้แก่ ยาลดไขมัน ยาลดความดันโลหิต ยาละลายลิ่มเลือด ยาต้านการแข็งตัวของเลือด และยาขยายหลอดเลือด ในผู้ป่วยที่มีข้อบ่งชี้และเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนจากการให้ยา (2) การดูแลจัดทำ ได้แก่ จัดทำนอนหงายราบ 6-8 ชั่วโมง หลังผ่าตัด หลังจากนั้นจัดทำนอนหงายราบ ท่านอนหงายหัวสูง 20 องศาและท่านั่งห้อยขาสลับกัน (3) การดูแลให้ความอบอุ่นของอวัยวะส่วนปลายโดยการสวมถุงเท้าผ้าฝ้ายที่หลวม ข้อไม้รัด หรือการคลุมด้วยผ้าห่มสำลีตลอดเวลา และ (4) การส่งเสริมการทำกิจกรรมและการเคลื่อนไหวร่างกาย ด้วยวิธี BAE วันละ 5 ครั้ง ครั้งละ 3-6 รอบ

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย

2.1 แบบบันทึกข้อมูลสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดแดงส่วนปลายอุดตันที่เข้ารับการรักษา ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง ประกอบด้วย 2 ส่วน คือ ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป เพศ อายุ การวินิจฉัยโรค การผ่าตัด การได้รับการรักษาด้วยยา โรคประจำตัว ประวัติการสูบบุหรี่ และ ส่วนที่ 2 การกำซาบเนื้อเยื่อส่วนปลาย ประกอบด้วย ค่า ABI และ signs of 6Ps

2.2 เครื่องมือประเมินค่า ABI วัดโดยใช้เครื่องฟังเสียงการไหลเวียนของเส้นเลือด ยี่ห้อ IMEX รุ่น DOP CT+ และเครื่องวัดความดันโลหิต ยี่ห้อ SPIRIT รุ่น CK-E 301

2.3 แบบประเมิน signs of 6Ps พัฒนาโดยผู้วิจัย²¹ โดยประเมินการตรวจพบหรือไม่พบอาการ 6 ข้อต่อไปนี้ pain pallor pulselessness poikilothermia paraesthesia และ paralysis

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือจากผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน ได้ค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหาของการพยาบาลตามหลักฐานเชิงประจักษ์เพื่อส่งเสริมการกำซาบเนื้อเยื่อส่วนปลายในผู้ป่วยวิกฤตโรคหลอดเลือดแดงส่วนปลายอุดตัน เท่ากับ 1.00 แบบบันทึกข้อมูลเท่ากับ 1.00 และแบบประเมิน signs of 6Ps เท่ากับ 1.00 และประเมินคุณภาพของการพยาบาลตามหลักฐาน

เชิงประจักษ์โดยใช้การประเมินคุณภาพแนวปฏิบัติทางการพยาบาลพบว่า มีคุณภาพ เหมาะสม และสามารถนำไปใช้ได้ โดยมีคะแนน AGREE II ร้อยละ 93.6-100 และผู้เชี่ยวชาญทั้ง 5 ท่านแนะนำให้ใช้แผนการพยาบาลนี้

การตรวจความเที่ยงของเครื่องมือ เครื่องฟังเสียงการไหลเวียนของเส้นเลือดและเครื่องวัดความดันโลหิต ผ่านการ calibration เมื่อวันที่ 8 เดือนพฤษภาคม พ.ศ. 2566 และหาความเที่ยงของผู้ประเมิน ซึ่งเป็นผู้ช่วยวิจัยที่เป็นพยาบาลวิชาชีพที่มีความรู้ความสามารถในการดูแลผู้ป่วย PAD ผ่านการฝึกและสามารถวัดค่า ABI ได้ หาความเที่ยงโดยการให้ผู้ช่วยวิจัยประเมินผู้ป่วย PAD ที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์การคัดเข้าและเกณฑ์การคัดออก จำนวน 5 ราย โดยอิสระจากกัน พบว่าค่า ABI มีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ภายในชั้นของผู้ประเมิน เท่ากับ .99 และแบบประเมิน signs of 6Ps สถิติแคปปา เท่ากับ .90

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ผ่านการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น วันที่ 14 พฤศจิกายน พ.ศ. 2566 เลขที่โครงการ HE661446 ผู้วิจัยปฏิบัติต่อผู้เข้าร่วมวิจัยตามหลักจริยธรรมอย่างเคร่งครัด โดยมีการชี้แจงรายละเอียดเกี่ยวกับการวิจัย สิทธิของผู้ป่วยในการตัดสินใจตอบรับหรือปฏิเสธ โดยไม่มีผลกระทบต่อการรักษาผู้ป่วย หากยินยอมเข้าร่วมการวิจัย ผู้วิจัยขอให้กลุ่มตัวอย่างลงนาม โดยผู้เข้าร่วมวิจัยสามารถถอนตัวออกจากงานวิจัยได้ทุกเมื่อ ผู้วิจัยเก็บข้อมูลทุกอย่างไว้เป็นความลับ นำเสนอผลการวิจัยในภาพรวม

วิธีเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ผู้วิจัยทำหนังสือขออนุญาตผู้อำนวยการโรงพยาบาล ศรีนครินทร์ หัวหน้าฝ่ายการพยาบาลและหัวหน้าหออภิบาลผู้ป่วยศัลยกรรม เพื่อขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูลและทำการวิจัยกับผู้ป่วย

2. การเตรียมผู้ช่วยวิจัย คัดเลือกและแต่งตั้งผู้ช่วยวิจัยจำนวน 2 คน ที่เป็นพยาบาลวิชาชีพมีประสบการณ์ ความรู้

ความสามารถในการดูแลผู้ป่วยวิกฤตโรคหลอดเลือดแดงส่วนปลายอุดตันอย่างน้อย 5 ปี ผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์ประโยชน์ทั้งทางตรงและทางอ้อมที่ผู้ป่วยจะได้รับวิธีการทดลองการเก็บรวบรวมข้อมูล และหน้าที่ของผู้ช่วยวิจัย ทั้งนี้ผู้ช่วยวิจัยมีหน้าที่ในการประเมินผลการทดลองทั้งในกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง โดยผู้ช่วยวิจัยจะไม่ทราบว่าเป็นผู้ป่วยแต่ละคนอยู่กลุ่มทดลองหรือกลุ่มควบคุม

3. ผู้วิจัยขอความร่วมมือจากพยาบาลประจำหออภิบาลผู้ป่วยศัลยกรรม ในการสำรวจรายชื่อผู้ป่วย และคัดกรองผู้เข้าร่วมการวิจัยตามเกณฑ์ที่ได้กำหนดไว้ พยาบาลประจำหออภิบาลผู้ป่วยศัลยกรรม จะทำการเชื้อเชิญประชากรกลุ่มเป้าหมายในชั้นต้นเมื่อกลุ่มประชากรเป้าหมายมีความสนใจในโครงการ ผู้วิจัยเข้าพบผู้ป่วยเพื่อแนะนำตัว อธิบายรายละเอียดของโครงการ กรณียุติผู้ป่วยยินยอมเข้าร่วมการวิจัย ผู้วิจัยให้ผู้ป่วยลงลายมือชื่อในเอกสารแสดงความยินยอมเข้าร่วมวิจัย

4. เมื่อผู้ป่วยผ่านเกณฑ์คุณสมบัติเข้าร่วมการวิจัยและยินยอมเข้าร่วมการวิจัย จัดผู้เข้าร่วมวิจัยเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมโดยการสุ่มอย่างง่ายด้วยวิธีการสุ่มของปิดผนึก มีระยะเวลาในการดำเนินการวิจัย 24 ชั่วโมง โดยเริ่มดำเนินการวิจัยเมื่อผู้ป่วยหลังผ่าตัดมาถึงหออภิบาลผู้ป่วยศัลยกรรม มีรายละเอียดดังนี้

1) ผู้วิจัยซักประวัติข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยและบันทึกข้อมูลลงในแบบบันทึกข้อมูลทั่วไป หลังจากนั้นผู้ช่วยวิจัยประเมินและบันทึกค่า ABI และ signs of 6Ps ก่อนการทดลอง

2) การให้การพยาบาล

กลุ่มควบคุม ผู้ป่วยได้รับการพยาบาลตามแนวปฏิบัติการพยาบาลตามมาตรฐาน ประกอบด้วย การประเมิน signs of 6Ps ชีพจรส่วนปลาย ทุก 2-4 ชั่วโมง การส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการตามแผนการรักษา การดูแลให้ได้รับยาลดไขมัน ยาละลายลิ่มเลือด ยาต้านการแข็งตัวของเลือด ตามข้อบ่งชี้ และการดูแลนอนเหยียดขาตรง ร่วมกับการจัดท่านอนศีรษะสูง 15-30 องศา โดยพยาบาลประจำหอผู้ป่วย จนครบ 24 ชั่วโมง

กลุ่มทดลอง ผู้ป่วยได้รับการพยาบาลตามแนวปฏิบัติการพยาบาลตามมาตรฐานร่วมกับการพยาบาลตามหลักฐานเชิงประจักษ์เพื่อส่งเสริมการกำซาบเนื้อเยื่อส่วนปลายในผู้ป่วยวิกฤตโรคหลอดเลือดแดงส่วนปลายอุดตัน โดยมีผู้วิจัยเป็นผู้ดำเนินการทั้งหมดต่อเนื่องจนครบ 24 ชั่วโมง

3) ผู้ช่วยวิจัยประเมินและบันทึกค่า ABI และ signs of 6Ps หลังการทดลองครบ 24 ชั่วโมงของทั้งสองกลุ่ม

การวิเคราะห์ข้อมูล

ใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป statistical package for social science for window version 28.0.1.0 วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้สถิติเชิงบรรยาย ทดสอบความแตกต่างของข้อมูลทั่วไประหว่างกลุ่ม โดยตัวแปรกลุ่มใช้สถิติ chi-square และสถิติ Fisher's exact test และในตัวแปรต่อเนื่องใช้สถิติ independent t-test และสถิติ Mann-Whitney U test วิเคราะห์เปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยของค่า ABI ระหว่างกลุ่ม โดยใช้สถิติ independent t-test เนื่องจากทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นพบว่าการแจกแจงแบบโค้งปกติ และวิเคราะห์เปรียบเทียบการเกิด signs of 6Ps ระหว่างกลุ่ม โดยใช้สถิติ Fisher's exact test

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง พบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นเพศชายร้อยละ 66.7 มีอายุเฉลี่ย 71.43 ปี (SD = 9.46) ได้รับการวินิจฉัยโรค chronic limb ischemia ร้อยละ 80 ได้รับการรักษาโดยการผ่าตัด endovascular ร้อยละ 83.3 การรักษาด้วยยาประกอบด้วย ยาลดไขมันร้อยละ 73.3 ยาละลายลิ่มเลือดร้อยละ 83.3 ยาต้านการแข็งตัวของเลือดร้อยละ 26.7 และยาขยายหลอดเลือดร้อยละ 20 โรคประจำตัวที่พบมากที่สุด คือ โรคความดันโลหิตสูงร้อยละ 83.3 ผู้ป่วยทั้งหมดไม่มีประวัติการผ่าตัด ส่วนใหญ่เคยมีประวัติสูบบุหรี่แต่ปัจจุบันเลิกสูบบุหรี่แล้วร้อยละ 40 จากการเปรียบเทียบลักษณะของผู้ป่วยระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่าไม่มีความแตกต่างกัน ที่ระดับนัยสำคัญ .05 ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วย (N = 30)

ข้อมูลทั่วไป	กลุ่มควบคุม (n = 15)		กลุ่มทดลอง (n = 15)		รวม (N = 30)		p-value
	n	%	n	%	n	%	
เพศ							> .999 ^a
ชาย	10	66.7	10	66.7	20	66.7	
หญิง	5	33.3	5	33.3	10	33.3	
อายุ							.416 ^b
$\bar{X}$ (SD)	72.87 (10.71)		70 (8.13)		71.43 (9.46)		
Min, Max	49, 89		51, 83		49, 89		
การวินิจฉัยโรค							.651 ^c
acute limb ischemia	4	26.7	2	13.3	6	20	
chronic limb ischemia	11	73.3	13	86.7	24	80	
ชนิดการผ่าตัด (operation)							.754 ^c
endovascular	12	80	13	86.6	25	83.3	
thromboembolectomy	2	13.3	2	13.3	4	13.3	
bypass surgery	1	6.7	0	0	1	3.3	
การรักษาด้วยยา							
cholesterol reduction	11	73.3	11	73.3	22	73.3	> .999 ^c
antiplatelet	13	86.7	12	80	25	83.3	> .999 ^c
anticoagulant	5	33.3	3	20	8	26.7	.682 ^c
peripheral vasodilators	5	33.3	1	6.7	6	20	.169 ^c
โรคประจำตัว							
hypertension	12	80	13	86.7	25	83.3	.624 ^a
diabetes mellitus	9	60	11	73.3	20	66.7	.439 ^a
chronic kidney disease	3	20	3	20	6	20	> .999 ^c
ischemic heart disease	2	13.3	3	20	5	16.7	> .999 ^c
Dyslipidemia	1	6.7	5	33.3	6	20	.169 ^c
ประวัติการสูบบุหรี่							.811 ^c
เลิกสูบ	7	46.7	5	33.3	12	40	
สูบ	4	26.7	5	33.3	9	30	
ไม่สูบ	4	26.7	5	33.3	9	30	

p < .05, ^a chi-square test, ^b independent t-test, ^c Fisher's exact test

2. ค่าเฉลี่ยของค่า ABI เมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของค่า ABI หลังการทดลอง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่า

ผู้ป่วยกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยของค่า ABI มากกว่าผู้ป่วยกลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = .006$) ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ค่าเฉลี่ยของค่า ABI หลังการทดลอง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม (N = 30)

ตัวแปร	กลุ่มควบคุม (n = 15)		กลุ่มทดลอง (n = 15)		df	t	p-value
	$\bar{X}$	SD	$\bar{X}$	SD			
ก่อนการทดลอง	0.65	0.16	0.69	0.21	28	.685	.499
หลังการทดลอง	0.76	0.18	0.98	0.22	28	.999	.006

3. การเกิด signs of 6Ps เมื่อเปรียบเทียบการเกิด signs of 6Ps หลังการทดลอง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่าการเกิด pain และ poikilothermia ของผู้ป่วยกลุ่มทดลอง ลดลงมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$)

แต่การเกิด pallor และ paraesthesia ของผู้ป่วยกลุ่มทดลอง ไม่แตกต่างจากกลุ่มควบคุม ส่วน paralysis และ pulselessness ไม่พบทั้งในผู้ป่วยกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ดังแสดงใน ตารางที่ 3

ตารางที่ 3 การเกิด signs of 6Ps หลังการทดลอง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม (N = 30)

Signs of 6Ps	กลุ่มควบคุม (n = 15)		กลุ่มทดลอง (n = 15)		p-value ^a
	n	%	n	%	
pain	15	100	9	60	.017
pallor	2	13.3	0	0	.483
poikilothermia	5	33.3	0	0	.042
paraesthesia	1	6.7	0	0	.999
paralysis	0	0	0	0	n/a
pulselessness	0	0	0	0	n/a

^a Fisher's exact test, n/a = not applicable

การอภิปรายผล

ผลการศึกษาในครั้งนี้พบว่า ภายหลังจากการทดลอง ผู้ป่วยกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยของค่า ABI มากกว่าผู้ป่วยกลุ่มควบคุม การเกิด signs of 6Ps ภายหลังจากการทดลองพบว่าการเกิด pain และ poikilothermia ของผู้ป่วยกลุ่มทดลองลดลงมากกว่ากลุ่มควบคุม แต่การเกิด pallor paraesthesia paralysis และ pulselessness พบว่าไม่มีความแตกต่างระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ซึ่งจะเห็นได้ว่าผลการทดลองมีทั้งในส่วนที่เป็นไปตามสมมติฐานและไม่เป็นไปตามสมมติฐาน โดยสามารถอภิปรายได้ดังนี้

จากลักษณะของกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาครั้งนี้พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคหลอดเลือดแดงส่วนปลายอุดตันชนิดเรื้อรัง ได้รับการรักษาโดยการผ่าตัดเพื่อเปิดทางเดินหลอดเลือดด้วยวิธี endovascular treatment ควบคู่ไปกับการรักษาด้วยยา ส่งผลให้ก่อนการทดลองผู้ป่วยทั้งในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมได้รับการแก้ไขพยาธิสภาพของโรคไปแล้วเบื้องต้น ส่งผลให้เลือดสามารถไหลเวียนไปเลี้ยงอวัยวะส่วนปลายได้ตั้งแต่ก่อนเริ่มการทดลอง จากเกณฑ์การแบ่งความรุนแรงของโรคหลอดเลือดแดงส่วนปลายอุดตันเฉียบพลัน

ของ Rutherford การตรวจพบ signs of 6Ps ยกเว้นอาการปวดนั้น ผู้ป่วยต้องอยู่ในระยะ IIb (immediately threatened) ขึ้นไป ซึ่งเป็นระยะที่ขาผู้ป่วยขาดเลือดมาเลี้ยงอย่างรุนแรง¹²⁻¹³ แต่เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างได้รับการรักษาดังที่กล่าวมาแล้วข้างต้น จึงทำให้ไม่เกิดอาการและอาการแสดงดังกล่าว ด้วยเหตุนี้จึงส่งผลให้การเกิดอาการ pallor paraesthesia paralysis และ pulselessness ไม่พบความแตกต่างกันระหว่างกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม

ในส่วนของคุณค่าเฉลี่ย ABI พบว่า หลังการทดลองผู้ป่วย กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ย ABI มากกว่ากลุ่มควบคุม จากผลการทดลองนี้ ชี้ให้เห็นว่า แม้ผู้ป่วยทั้งสองกลุ่มได้รับการแก้ไขเพื่อให้เลือดสามารถ ไหลเวียนไปยังอวัยวะส่วนปลายได้เพิ่มขึ้น แต่ในผู้ป่วยกลุ่มทดลอง มีการกำซาบเนื้อเยื่อส่วนปลายมากกว่ากลุ่มควบคุม ทั้งนี้เนื่องมาจาก กลุ่มทดลองได้รับการพยาบาลตามการพยาบาลตามหลักฐาน เชิงประจักษ์เพื่อส่งเสริมการกำซาบเนื้อเยื่อส่วนปลายในผู้ป่วย วิกฤตโรคหลอดเลือดแดงส่วนปลายอุดตันร่วมด้วย ซึ่งการพยาบาล ตามหลักฐานเชิงประจักษ์ฯ ในการศึกษาครั้งนี้ มีกระบวนการพัฒนา ตามกรอบแนวคิดการปฏิบัติตามหลักฐานเชิงประจักษ์ที่ชัดเจน²² สร้างจากหลักฐานเชิงประจักษ์ที่มีความทันสมัยและน่าเชื่อถือ ผ่านการประเมินคุณภาพโดยผู้เชี่ยวชาญการพยาบาล ตามหลักฐาน เชิงประจักษ์ฯ ประกอบด้วยวิธีการหลากหลายผสมผสานกัน ครอบคลุมทั้งการดูแลเพื่อควบคุมปัจจัยเสี่ยง การรักษาโรคและการ ให้การพยาบาลเพื่อส่งเสริมการไหลเวียนเลือดไปยังอวัยวะส่วนปลาย นอกจากนี้ยังครอบคลุมถึงการประเมินและติดตามอาการผู้ป่วย เพื่อเฝ้าระวังความผิดปกติที่อาจเกิดขึ้นได้ โดยมีรายละเอียดดังนี้

การประเมินอาการและอาการแสดงของการกำซาบเนื้อเยื่อ ส่วนปลาย โดยการศึกษาครั้งนี้ กลุ่มทดลองได้รับการประเมิน signs of 6Ps ซิพจรส่วนปลาย และ capillary refill time ทุก 1 ชั่วโมง ในขณะที่กลุ่มควบคุมได้รับการประเมินทุก 2-4 ชั่วโมง ส่งผลให้กลุ่มทดลองได้รับการประเมินและเฝ้าระวังอย่างใกล้ชิด ตรวจจับความผิดปกติได้รวดเร็วมากกว่า นำไปสู่การพิจารณา

การรายงานแพทย์ เพื่อพิจารณาแผนการรักษาได้ถูกต้องและรวดเร็ว นอกจากนี้กลุ่มทดลองยังได้รับการวัด ABI ซึ่งเป็นวิธีที่มีความจำเพาะต่อการประเมินการไหลเวียนเลือดไปยังอวัยวะ ส่วนปลาย ทำให้สามารถประเมินได้ถูกต้องและแม่นยำกว่า ในกลุ่มควบคุม ซึ่งสอดคล้องกับคำแนะนำของสมาคมโรคหัวใจ อเมริกาและยุโรป และการศึกษาของ Kulezic, Macek และ Acosta²⁶ ที่แนะนำให้ใช้การประเมิน signs of 6Ps ร่วมกับการวัด ABI พบว่าสามารถประเมินและติดตามการกำซาบเนื้อเยื่อส่วนปลาย ผิดปกติได้ นอกจากนี้ยังมีการติดตามผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ ที่จำเพาะต่อการติดตามการขาดเลือดของอวัยวะส่วนปลาย ได้แก่ lactate และ creatinine kinase ซึ่งได้รับการติดตามทั้งสองกลุ่ม แต่ในกลุ่มทดลองได้รับการติดตามต่อเนื่องทุก 6 ชั่วโมงหลัง การผ่าตัด ทำให้มีการติดตามการเกิดการกำซาบเนื้อเยื่อส่วนปลาย ผิดปกติได้ดีกว่ากลุ่มควบคุม ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Natarajan, Patel และ Mukherjee¹² และการศึกษาของ Björck และคณะ¹⁵ พบว่าการส่งตรวจ lactate และ creatinine kinase ในผู้ป่วย PAD สามารถตรวจจับการขาดเลือดของอวัยวะส่วนปลายได้

ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้ป่วยกลุ่มทดลองได้รับการดูแล เพื่อควบคุมปัจจัยเสี่ยงโดยการดูแลให้ยาลดไขมันในผู้ป่วยทุกราย เพื่อป้องกันการอุดตันของหลอดเลือดจากไขมัน การติดตามและ ควบคุมระดับความดันโลหิตไม่เกิน SBP >140 mmHg หากพบ SBP สูง พิจารณารายงานแพทย์เพื่อให้ยาลดความดันโลหิต ในขณะที่กลุ่มควบคุมไม่ได้รับการเฝ้าระวังเกี่ยวกับความดันโลหิต ของผู้ป่วย ซึ่งความดันโลหิตสูงจะส่งผลให้เกิดแรงต้านของ หลอดเลือดส่วนปลายทำให้เลือดไปเลี้ยงอวัยวะส่วนปลายได้ยากขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของ Sagris และคณะ²⁷ ที่ได้ศึกษาผลของ การใช้ยา Statin พบว่าสามารถเพิ่มการไหลเวียนเลือดไปยังอวัยวะ ส่วนปลาย และลดสาเหตุของการตายได้ และคำแนะนำของสมาคม โรคหัวใจอเมริกาและยุโรป^{1,14} นอกจากยาลดไขมันแล้ว ผู้ป่วยกลุ่มทดลองยังได้รับยาละลายลิ่มเลือด ยาต้านการแข็งตัวของเลือดและยาขยายหลอดเลือด รวมถึงการเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อน

ส่งผลให้ผู้ป่วยกลุ่มทดลองได้รับการป้องกันการอุดตันหลอดเลือดซ้ำจากการมีลิ้มเลือด และได้รับการขยายหลอดเลือดเพิ่มเติม ส่งผลให้มีเลือดไหลเวียนไปยังอวัยวะส่วนปลายได้ดียิ่งขึ้นหลังการผ่าตัด สอดคล้องกับคำแนะนำของสมาคมโรคหัวใจอเมริกาและยุโรป^{1,14} ที่แนะนำให้ยาเหล่านี้เพื่อป้องกันการอุดตันของหลอดเลือดซ้ำในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดแดงส่วนปลายอุดตันหลังผ่าตัด

หากอุณหภูมิของสิ่งแวดล้อมเย็นจะส่งผลให้เกิดการหดตัวของหลอดเลือดบริเวณอวัยวะส่วนปลายทำให้การไหลเวียนเลือดลดลง ดังนั้นทั้งในผู้ป่วยกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมจึงควรได้รับการดูแลให้บริเวณอวัยวะส่วนปลายอุ่น โดยในผู้ป่วยกลุ่มทดลองทุกรายได้รับการดูแลโดยการสวมถุงเท้าผ้าฝ้ายขนาดใหญ่ ข้อมือรัดหรือคลุมด้วยผ้าห่มสำลีตลอดเวลา ร่วมกับการเปลี่ยนผ้ารองเท้าทุกครั้งที่ยก ในขณะที่กลุ่มควบคุมได้รับเพียงการคลุมด้วยผ้าห่มของโรงพยาบาลในบางรายเท่านั้น ผลการศึกษาพบว่าบริเวณอวัยวะส่วนปลายของผู้ป่วยกลุ่มทดลองอุ่นมากกว่ากลุ่มควบคุม ซึ่งกับสอดคล้องกับการศึกษาของ Morais, Nóbrega และ Carvalho⁷ ที่แนะนำการสวมถุงเท้าที่หนาหรือคลุมด้วยผ้าห่มชนิดหนา สามารถเพิ่มการไหลเวียนเลือดไปยังส่วนปลายได้ดีในผู้ป่วย PAD และการศึกษาของ McIntosh และคณะ¹⁷ ที่แนะนำให้สวมถุงเท้า ใส่เสื้อผ้าหรือคลุมด้วยผ้าที่หนา พบว่าสามารถเพิ่มความอบอุ่นของอวัยวะส่วนปลายได้

นอกจากนี้การดูแลจัดทำเพื่อส่งเสริมให้เลือดไหลเวียนไปเลี้ยงส่วนปลาย โดยในผู้ป่วยกลุ่มทดลองจะได้รับการดูแลจัดทำนอนหงายราบ 6-8 ชั่วโมงหลังการผ่าตัดเพื่อป้องกันการเลือดออกบริเวณขาหนีบในช่วงที่มีการทำหัตถการ หลังจากนั้นจัดทำนอนหงายหัวสูง 20 องศา ทำนอนหงายราบ และทำนั้งห้อยขา สลับกัน ร่วมกับดูแลให้ผู้ป่วยหลีกเลี่ยงการงอขาข้างที่มีพยาธิสภาพ ซึ่งผลการศึกษาพบว่า การจัดทำดังกล่าวสามารถช่วยเพิ่มระดับการกำซาบเนื้อเยื่อส่วนปลายในผู้ป่วยได้ดี โดยเฉพาะทำนั้งห้อยขาที่อาศัยแรงโน้มถ่วงของโลกในการช่วยให้เลือดไหลไปยังอวัยวะส่วนปลายมากขึ้น จึงเป็นการเพิ่มการไหลเวียนเลือดได้ดีที่สุด

สอดคล้องกับการศึกษาของ Kawasaki และคณะ¹⁸ ที่พบว่าในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดแดงส่วนปลายอุดตันการจัดทำนั้งห้อยขาสามารถเพิ่มการไหลเวียนเลือดไปยังอวัยวะส่วนปลายได้ดีกว่าทำอื่นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) และการศึกษาของ Morais, Nóbrega และ Carvalho⁷ พบว่าการหลีกเลี่ยงการงอขาสามารถเพิ่มระดับการกำซาบเนื้อเยื่อส่วนปลายในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดแดงส่วนปลายอุดตันได้ และการส่งเสริมการทำกิจกรรมและการเคลื่อนไหวร่างกาย ในผู้ป่วยกลุ่มทดลองยังได้รับการส่งเสริมให้ออกกำลังกายด้วยวิธี BAE ซึ่งสามารถเพิ่มการไหลเวียนไปยังส่วนปลาย โดยใช้การปรับเปลี่ยนท่าทางและตำแหน่งของขา ร่วมกับการหดและคลายตัวของกล้ามเนื้อขาส่วนล่าง ผลการศึกษาพบว่าสามารถช่วยเพิ่มระดับการกำซาบเนื้อเยื่อส่วนปลายในผู้ป่วยได้ สอดคล้องกับการศึกษาของ Radhika และคณะ¹⁹ พบว่าในผู้ป่วยเบาหวานที่มีปัญหาหลอดเลือดร่วมมีการไหลเวียนเลือดไปยังอวัยวะส่วนปลาย ของผู้ป่วยเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) หลังออกกำลังกายแบบ BAE และการศึกษาของ Srivastava, John และ Reddy²⁰ พบว่าในผู้ป่วยเบาหวานมีค่าเฉลี่ยของปริมาณการไหลเวียนเลือดเพิ่มมากขึ้นหลังออกกำลังกายด้วยวิธี BAE

โดยสรุป การพยาบาลตามหลักฐานเชิงประจักษ์เพื่อส่งเสริมการกำซาบเนื้อเยื่อส่วนปลายในผู้ป่วยวิกฤตโรคหลอดเลือดแดงส่วนปลายอุดตันที่พัฒนาขึ้นมีคุณภาพ น่าเชื่อถือ สามารถช่วยให้ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดแดงส่วนปลายอุดตันมีการไหลเวียนเลือดไปยังส่วนปลายได้ดีขึ้น

สรุปและข้อเสนอแนะ

การพยาบาลตามหลักฐานเชิงประจักษ์เพื่อส่งเสริมการกำซาบเนื้อเยื่อส่วนปลายในผู้ป่วยวิกฤตโรคหลอดเลือดแดงส่วนปลายอุดตัน สามารถช่วยเพิ่มค่า ABI และลดการเกิด signs of 6Ps ในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดแดงส่วนปลายอุดตันได้ โดยเฉพาะในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดแดงส่วนปลายในระยะวิกฤต 24 ชั่วโมงแรก

ไปใช้ในการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องหลังผ่านพ้นระยะวิกฤต นอกจากนี้ควรมีการศึกษวิจัยเพิ่มเติมในกลุ่มผู้ป่วยที่มีปัจจัยเสี่ยงที่แตกต่างกันและศึกษาในผู้ป่วยโรคอื่น ๆ ที่มีปัญหาการไหลเวียนเลือดไปเลี้ยงบริเวณส่วนปลายเช่นกัน

References

1. Gerhard-Herman MD, Gomik HL, Barrett C, Barshes NR, Corriere MA, Drachman DE, et al. 2016 AHA/ACC guideline on the management of patients with lower extremity peripheral artery disease: a report of the American college of cardiology/American heart association task force on clinical practice guidelines. *Circulation*. 2017;135(12):726-79. doi: 10.1161/CIR.0000000000000502.
2. Centers for Disease Control and Prevention. About peripheral arterial disease (PAD) [Internet]. Atlanta, GA: CDC; 2022 [cited 2022 Aug 1]. Available from: https://www.cdc.gov/heart-disease/about/peripheral-arterial-disease.html?CDC_AAref_Val=.
3. Song P, Fang Z, Wang H, Cai Y, Rahimi K, Zhu Y, et al. Global and regional prevalence, burden, and risk factors for carotid atherosclerosis: a systematic review, meta-analysis, and modelling study. *Lancet Glob Health*. 2020;8:e721-9. doi: 10.1016/S2214-109X(20)30117-0.
4. Arworn S, Kosachunhanun N, Sony K, Inpankaew N, Sritara P, Phrommintikul A, et al. Underrecognition and undertreatment for peripheral arterial disease in diabetic patients in Thailand. *J Med Assoc Thai*. 2017;100(2):149-57.
5. Senanarong V, Hamphadungkit K. Peripheral vascular disease is associated with cognition, activities of daily living, and gait performance. *Thai Journal of Neurology*. 2019;35(4):18-23. (in Thai).
6. Sopittapan B, Kanogsunthornrat N, Siripitayakunkit A. Knowledge and self-care practice in patients with peripheral arterial occlusive disease. *Thai Journal of Cardio-thoracic Nursing*. 2018;29(2):43-54. (in Thai).
7. Morais SCR, Nóbrega MMLD, Carvalho EC. Cross-mapping of results and nursing interventions: contribution to the practice. *Rev Bras Enferm*. 2018;71(4):83-90. doi: 10.1590/0034-7167-2017-0324.
8. Sonpee C, Chaiviboontham S, Pootracool P. Development and evaluation of clinical practice guideline for patients with critical limb ischemia undergoing revascularization. *Thai Journal of Nursing and Midwifery Practice*. 2022;9(2):23-42. (in Thai).
9. Bevan GH, White Solaru KT. Evidence-based medical management of peripheral artery disease. *Arterioscler Thromb Vasc Biol*. 2020;40(3):41-53. doi: 10.1161/ATVBAHA.119.312142.
10. Zahner GJ, Cortez A, Duralde E, Ramirez JL, Wang S, Hiramoto J, et al. Association of comorbid depression with patient outcomes in critical limb ischemia. *Vasc Med*. 2020;25(1):25-32. doi: 10.1177/1358863X198802.
11. Kohn CG, Alberts MJ, Peacock WF, Bunz TJ, Coleman CI. Cost and inpatient burden of peripheral artery disease: findings from the national inpatient sample. *Atherosclerosis*. 2019;286:142-6. doi: 10.1016/j.atherosclerosis.2019.05.026.
12. Natarajan B, Patel P, Mukherjee A. Acute lower limb ischemia-etiology, pathology, and management. *Int J Angiol*. 2020;29(3):168-74. doi: 10.1055/s-0040-1713769.

13. Rungkhachonsak S, Sumnuan T, Vutisirinukool S, Dechpong S. Prognostic factors of major amputations in patients with acute limb ischemia. *Health Science Clinical Research*. 2022;37(1):22-32. (in Thai).
14. Abramson BL, AL-Omram M, Anand SS, Albalawi Z, Coutinho T, de Mestral C, et al. Canadian cardiovascular society 2022 guidelines for peripheral arterial disease. *Can J Cardiol*. 2022;38(5):560-87. doi: 10.1016/j.cjca.2022.02.029.
15. Björck M, Eamshaw JJ, Acosta S, Bastos Gonçalves F, Cochenne F, Debus ES, et al. Editor's choice – European society for vascular surgery 2020 clinical practice guidelines on the management of acute limb ischaemia. *Eur J Vasc Endovasc Surg*. 2020;59(2):173-218. doi: 10.1016/j.ejvs.2019.09.006.
16. Khammathit A. The evidence-based approach in health care management, applied to nursing. *The Southern College Network Journal of Nursing and Public Health*. 2021;8(2):315-28. (in Thai).
17. McIntosh SE, Freer L, Grissom CK, Auerbach PS, Rodway GW, Cochran A, et al. Wilderness medical society clinical practice guidelines for the prevention and treatment of frostbite: 2019 update. *Wilderness Environ Med*. 2019;30(4):19-32. doi: 10.1016/j.wem.2019.05.002.
18. Kawasaki T, Uemura T, Matsuo K, Masumoto K, Harada Y, Chuman T, et al. The effect of different positions on lower limbs skin perfusion pressure. *Indian J Plast Surg*. 2013;46(3):508-12. doi: 10.4103/0970-0358.121995.
19. Radhika J, Poomalai G, Nalini S, Revathi R. Effectiveness of Buerger Allen exercise on lower extremity perfusion and peripheral neuropathy symptoms among patients with diabetes mellitus. *Iran J Nurs Midwifery Res*. 2020;25(4):291-5. doi: 10.4103/ijnmr.IJNMR_63_19.
20. Srivastava J, John RP, Reddy H. Effectiveness of Buerger Allen's exercise on foot perfusion among type 2 diabetes mellitus patients. *Ann Rom Soc Cell Biol*. 2022;26(1):2721-32.
21. Taebtam S, Wonggom P. The development and feasibility study of evidence-based nursing care for promoting peripheral tissue perfusion among critically patients with peripheral artery disease. *Journal of Nursing Science and Health*. 2024;47(3):68-81. (in Thai).
22. Soukup SM. The center for advanced nursing practice evidence-based practice model: promoting the scholarship of practice. *Nurs Clin North Am*. 2000;35(2):301-9.
23. Wolters Kluwer Health. JBI EBP database guide [Internet]. Philadelphia, PA: Wolters Kluwer Health; 2022 [cited 2022 Aug 1]. Available from: <https://ospguides.ovid.com/OSPguides/jbidb.htm>.
24. Sathya K, Karthi R. A study to assess the effectiveness of Buerger Allen exercise to prevent risk of diabetic foot by improving lower extremity perfusion among clients with type-2 diabetes mellitus in selected hospitals at Villupuram District, Tamilnadu. *International Journal of Research and Review*. 2019;6(3):83-8.
25. Cohen L, Manion L, Morrison K. Research methods in education. 6th ed. London: Routledge; 2007. 656 p.
26. Kulezic A, Macek M, Acosta S. Inadequacies of physical examination in patients with acute lower limb ischemia are associated with dreadful consequences. *Ann Vasc Surg J*. 2022;82(1):190–6. doi: 10.1016/j.avsg.2021.10.067.
27. Sagris M, Katsaros I, Giannopoulos S, Rosenberg RD, Altin SE, Rallidis L, et al. Statins and statin intensity in peripheral artery disease. *Vasa*. 2022; 51(4):198–211. doi: 10.1024/0301-1526/a001012.



Factors Predicting Health-Related Quality of Life in Patients with Post-COVID Condition*

Kritsaya Ponghan, RN, MNS¹, Wimolrat Puwarawuttipanit, RN, PhD¹, Chontira Riangkam, RN, PhD¹, Yong Rongrungruang, MD²

Abstract

Purpose: To study predictive power of body-mass index, sleep quality, fatigue, and social support on health-related quality of life among patients with post-COVID condition.

Design: Predictive correlational research.

Methods: The sample consisted of 126 patients with post-COVID condition aged 18 years and older, who had been admitted to the outpatient departments of two tertiary hospitals in Bangkok. The research instruments included personal data and illness record questionnaires, Pittsburgh Sleep Quality Index, Functional Assessment of Chronic Illness Therapy-Fatigue Scale, Revised Thai version of the Multidimensional Scale of Perceived Social Support, and EuroQol Group-5 Dimension-5 Levels. Data were analyzed using descriptive statistics and multiple regression.

Main findings: The utility score of patients with post-COVID condition ranged from -1 to 1, with a mean of .83 (SD = .10). Multiple regression analysis revealed that all of the independent variables could account for 68% ($R^2 = .68$) of the variance explained in health-related quality of life. The strongest predictor was fatigue ($\beta = .67$, $p < .001$), followed by social support ($\beta = .21$, $p < .001$) and sleep quality ($\beta = -.13$, $p = .033$).

Conclusion and recommendations: Nurses and health care providers should assess health-related quality of life and its determinant factors, namely fatigue, sleep quality, and social support. Moreover, nursing programs should be created to relieve fatigue or promote sleep quality and social support in patients with post-COVID condition to achieve a good health-related quality of life in the future.

Keywords: fatigue, health-related quality of life, post-COVID condition, sleep quality, social support

Nursing Science Journal of Thailand. 2024;42(4):14-26

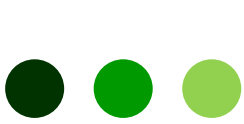
Corresponding Author: Associate Professor Wimolrat Puwarawuttipanit, Faculty of Nursing, Mahidol University, Bangkok 10700, Thailand; e-mail: wimolrat.puw@mahidol.ac.th

* 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: 15 July 2024 / Revised: 1 October 2024 / Accepted: 2 October 2024



ปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ ในผู้ป่วยภาวะโพลีโควิด*

กฤษฎา พงษ์หาญ, พย.ม.¹ วิมลรัตน์ ภู่วราวุฒิปานิช, ปร.ด.¹ ชลธิรา เรียงคำ, ปร.ด.¹ ยงค์ รงค์รุ่งเรือง, พบ.²

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์: เพื่อศึกษาอำนาจการทำนายของดัชนีมวลกาย คุณภาพการนอนหลับ ความเหนื่อยล้า และการสนับสนุนทางสังคมต่อคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยภาวะโพลีโควิด

รูปแบบการวิจัย: ความสัมพันธ์เชิงทำนาย

วิธีดำเนินการวิจัย: กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยภาวะโพลีโควิดอายุ 18 ปีขึ้นไป ที่เข้ารับการตรวจรักษาในแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลระดับตติยภูมิสองแห่ง ในกรุงเทพมหานคร จำนวน 126 ราย เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลและประวัติการเจ็บป่วยของผู้ป่วยภาวะโพลีโควิด แบบประเมินคุณภาพการนอนหลับของพิตส์เบิร์ก แบบประเมินความเหนื่อยล้า แบบประเมินหลายมิติเกี่ยวกับการรับรู้การสนับสนุนทางสังคม และแบบประเมินคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติพรรณนาและการวิเคราะห์ถดถอยเชิงพหุคูณ

ผลการวิจัย: ค่าอรรถประโยชน์ของผู้ป่วยภาวะโพลีโควิดมีค่าตั้งแต่ -1 ถึง 1 มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ .83 (SD = .10) ตัวแปรอิสระทั้งหมดสามารถร่วมกันอธิบายความแปรปรวนของคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพในผู้ป่วยภาวะโพลีโควิดได้ร้อยละ 68 ($R^2 = .68$) โดยปัจจัยความเหนื่อยล้าสามารถทำนายคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยภาวะโพลีโควิดได้มากที่สุด ($\beta = .67, p < .001$) รองลงมา คือ การสนับสนุนทางสังคม ($\beta = .21, p < .001$) และคุณภาพการนอนหลับ ($\beta = -.13, p = .033$)

สรุปและข้อเสนอแนะ: พยาบาลและบุคลากรสุขภาพควรมีการประเมินคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพในผู้ป่วยภาวะโพลีโควิด รวมทั้งประเมินปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ ได้แก่ ความเหนื่อยล้า คุณภาพการนอนหลับ การสนับสนุนทางสังคม และวางแผนการดูแล รวมถึงสร้างโปรแกรมการพยาบาลเพื่อบรรเทาความเหนื่อยล้าหรือส่งเสริมคุณภาพการนอนหลับ และการสนับสนุนทางสังคมเพื่อให้ผู้ป่วยภาวะโพลีโควิดมีคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพที่ดีต่อไป

คำสำคัญ: ความเหนื่อยล้า คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ ภาวะโพลีโควิด คุณภาพการนอนหลับ การสนับสนุนทางสังคม

Nursing Science Journal of Thailand. 2024;42(4):14-26

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: 15 กรกฎาคม 2567 / วันที่แก้ไขบทความเสร็จ: 1 ตุลาคม 2567 / วันที่ตอบรับบทความ: 2 ตุลาคม 2567

ความสำคัญของปัญหา

โรคโควิด 19 เป็นโรคติดต่อจากการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ซึ่งแพร่ระบาดมาตั้งแต่ปี พ.ศ. 2563 ส่งผลกระทบต่อระบบเศรษฐกิจ สังคม และระบบสุขภาพทั่วโลก รวมถึงประเทศไทย ถึงแม้ว่าจำนวนผู้ติดเชื้อโควิด 19 มีแนวโน้มลดลง อย่างไรก็ตาม ผู้ป่วยที่รอดชีวิตจากการติดเชื้อโควิด 19 แสดงอาการผิดปกติที่คงอยู่ต่อเนื่อง หรือที่เรียกว่า ภาวะโพสท์โควิด (post-COVID condition) โดยการศึกษาผู้ป่วยที่รอดชีวิตจากการติดเชื้อโควิด 19 ทั่วโลกพบว่ามีผู้ป่วยภาวะโพสท์โควิดร้อยละ 43¹ ซึ่งการศึกษาในประเทศไทยพบว่ามีผู้ป่วยภาวะโพสท์โควิดถึงร้อยละ 64² ผู้ป่วยภาวะโพสท์โควิดหมายถึง ผู้ป่วยที่เคยติดเชื้อโควิด 19 และมีอาการหรืออาการแสดง หรือมีภาวะผิดปกติที่คงอยู่ต่อเนื่องหรือเกิดขึ้นใหม่นานมากกว่า 28 วัน หลังจากติดเชื้อ³ โดยอาการไม่สามารถอธิบายได้ด้วยการวินิจฉัยจากสาเหตุอื่น ๆ พยาธิสภาพของภาวะโพสท์โควิดเกิดจาก 3 กลไก ได้แก่ 1) โปรตีนของไวรัสที่ยังหลงเหลืออยู่ 2) การอักเสบระยะยาวนาน และ 3) ภาวะภูมิคุ้มกันตนเอง⁴ โดยอาการของภาวะโพสท์โควิดที่พบบ่อยที่สุด ได้แก่ อาการเหนื่อยล้า รongลงมาคือมีอาการหลงลืม หายใจลำบาก มีอาการปวดข้อ และมีอาการเจ็บหน้าอก⁵ ซึ่งภาวะโพสท์โควิดส่งผลกระทบต่อการทำหน้าที่ของร่างกาย รบกวนการใช้ชีวิตประจำวัน ทำให้ความสามารถในการทำกิจกรรมลดลง ส่งผลทำให้คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพลดลง⁶ และอาจทำให้ผู้ป่วยต้องกลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาล สูญเสียค่าใช้จ่าย นอกจากนี้ภาวะโพสท์โควิดเป็นได้หลายเดือนหรือหลายปีอาจส่งผลทำให้ผู้ป่วยรู้สึกวิตกกังวล และเกิดภาวะเครียดเนื่องจากการเจ็บป่วยเรื้อรังได้

การทบทวนวรรณกรรมพบว่าผู้ป่วยที่รอดชีวิตจากการติดเชื้อโควิด 19 หลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล 2 เดือน มีคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพที่ลดลงร้อยละ 44⁶ จากกรอบแนวคิดคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของ Ferrans และคณะ⁷ กล่าวว่าคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพเป็นการรับรู้ผลกระทบจากโรคและการรักษาที่ส่งผลต่อมิติสุขภาพ ประกอบด้วยปัจจัยที่ส่งผลโดยตรงและโดยอ้อม ซึ่งปัจจัยที่ส่งผล

โดยตรง ได้แก่ ปัจจัยเฉพาะส่วนบุคคล ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม และปัจจัยด้านการรับรู้สุขภาพทั่วไป ส่วนปัจจัยที่ส่งผลโดยอ้อมเป็นการเชื่อมโยงสาเหตุระหว่างปัจจัยด้านการทำหน้าที่ทางชีววิทยา ซึ่งส่งผลต่อปัจจัยด้านอาการ จากนั้นจึงส่งผลกระทบต่อปัจจัยด้านสภาวะการทำหน้าที่ รวมถึงส่งผลกระทบต่อปัจจัยด้านการรับรู้สุขภาพทั่วไป ซึ่งเป็นปัจจัยที่ส่งผลโดยตรงต่อคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ โดยคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของภาวะโพสท์โควิดที่ลดลง อาจเนื่องจากผลกระทบจากโรคและการได้รับการรักษา ส่งผลต่อการฟื้นฟูทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ ส่งผลกระทบต่อการใช้ชีวิตประจำวันภายหลังการเจ็บป่วย โดยมีปัจจัยทั้งทางตรงและทางอ้อม ซึ่งจากการทบทวนวรรณกรรมพบปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยภาวะโพสท์โควิด ดังนี้

ดัชนีมวลกายเป็นปัจจัยเฉพาะส่วนบุคคล โดยผู้ป่วยที่มีภาวะอ้วนจะมีปริมาณเซลล์ไขมันในร่างกายมาก เมื่อติดเชื้อโควิด 19 เซลล์ไขมันผลิต inflammatory adipokines ทำให้เกิดการอักเสบเรื้อรังและรุนแรง ส่งผลทำให้เกิดอาการของภาวะโพสท์โควิดมากกว่าปกติ⁸ ซึ่งกระทบต่อการดำเนินชีวิตประจำวันทำให้คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพลดลง จากการศึกษาของ Chen และคณะ⁸ พบว่าผู้ป่วยที่รอดชีวิตจากการติดเชื้อโควิด 19 หลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล 1 เดือน ที่มีภาวะอ้วนมีโอกาสเกิดคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพทางกายที่ไม่ดีมากกว่าผู้ป่วยที่มีน้ำหนักปกติ 3.94 เท่า (OR = 3.94, 95%CI [1.47, 10.52], p = .006) อย่างไรก็ตาม ยังไม่สามารถสรุปได้ว่าปัจจัยด้านดัชนีมวลกายสามารถทำนายคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพในผู้ป่วยภาวะโพสท์โควิดได้ เนื่องจากการศึกษาของ Gamberini และคณะ⁹ พบว่า ดัชนีมวลกายไม่สามารถทำนายคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพได้ในผู้ป่วยที่รอดชีวิตจากการติดเชื้อโควิด 19 หลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล 3 เดือน ($\beta = -.001$, p = .55)

คุณภาพการนอนหลับเป็นปัจจัยด้านอาการ โดยผู้ป่วยติดเชื้อโควิด 19 ที่มีคุณภาพการนอนหลับไม่ดีพบว่า มีอัตราฟื้นตัวได้ช้ากว่า มีภูมิคุ้มกันต่ำกว่า และมีอัตราการนอนโรงพยาบาลนาน

มากกว่าเมื่อเปรียบเทียบกับผู้ป่วยติดเชื้อโควิด 19 ที่มีคุณภาพการนอนหลับดี ส่งผลกระทบทำให้คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพลดลง¹⁰ ซึ่งการศึกษาของ Saffari และคณะ¹¹ พบว่าผู้ป่วยที่รอดชีวิตจากการติดเชื้อโควิด 19 หลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล 1 เดือนที่มีอาการนอนไม่หลับระดับปานกลางมีโอกาสเกิดคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพทางกายลดลงมากกว่าผู้ป่วยที่ไม่มีอาการนอนไม่หลับ 2.74 เท่า (OR = 2.74, 95%CI [1.22, 6.14], p = .015) และผู้ป่วยที่มีอาการนอนไม่หลับระดับรุนแรงมีโอกาสเกิดคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพทางจิตใจลดลงมากกว่าผู้ป่วยที่ไม่มีอาการนอนไม่หลับ 3.86 เท่า (OR = 3.86, 95%CI [1.35, 11.07], p = .012)

ความเหนื่อยล้าเป็นปัจจัยด้านอาการ โดยอาการเหนื่อยล้าเป็นอาการที่พบได้มากที่สุด chez ผู้ป่วยภาวะโพสท์โควิด¹² เป็นการรับรู้ถึงความเหน็ดเหนื่อย รู้สึกหมดแรง หมดพลังงาน และหมดแรงใจ โดยอาการเหนื่อยล้าส่งผลกระทบต่อทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ ส่งผลทำให้คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพลดลง ซึ่งการศึกษาของ Priya, Abhilash และ Naik¹² พบว่าผู้ป่วยที่รอดชีวิตจากการติดเชื้อโควิด 19 อย่างน้อย 6 สัปดาห์มีอาการเหนื่อยล้าถึงร้อยละ 67 และผู้ป่วยที่มีอาการเหนื่อยล้าจะมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($\chi^2 = 6.14$, df = 1, p = .013)

การสนับสนุนทางสังคมเป็นปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม โดยแรงกระตุ้นทางสังคมที่ผู้ป่วยได้รับจากครอบครัว เพื่อน และระบบบริการด้านสาธารณสุข ล้วนส่งผลต่อการฟื้นตัวของผู้ป่วย มีบทบาทสำคัญทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจของผู้ป่วย จากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมาพบว่า การรับรู้การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในผู้ป่วยที่รอดชีวิตจากการติดเชื้อโควิด 19 หลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลช่วงระหว่าง 1-3 เดือน ($r = .21$, p = .03)¹³ จากการทบทวนวรรณกรรมในประเทศไทยยังไม่พบการศึกษาอำนาจการทำนายของการสนับสนุนทางสังคมต่อคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพในผู้ป่วยภาวะโพสท์โควิด เนื่องจากวัฒนธรรมประเทศไทยกับต่างประเทศแตกต่างกันในเรื่องของสถาบันครอบครัว ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาอำนาจการทำนายของปัจจัยด้านการสนับสนุนทางสังคม

จากการทบทวนวรรณกรรมปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพทั้งในประเทศไทยและต่างประเทศพบว่าส่วนใหญ่ศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพในผู้ป่วยที่รอดชีวิตจากการติดเชื้อโควิด 19 ซึ่งมีผู้ป่วยภาวะโพสท์โควิดรวมอยู่ด้วย อย่างไรก็ตามยังไม่พบการศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยทำนายของดัชนีมวลกาย คุณภาพการนอนหลับ ความเหนื่อยล้า และการสนับสนุนทางสังคมต่อคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพในผู้ป่วยภาวะโพสท์โควิด และในประเทศไทยยังไม่พบการศึกษาเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพในผู้ป่วยภาวะโพสท์โควิด ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาปัจจัยดังกล่าว ซึ่งจะทำให้ทราบถึงระดับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ และปัจจัยที่สามารถทำนายคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ เพื่อเป็นข้อมูลพื้นฐานในการวางแผนการพยาบาลและส่งเสริมคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยภาวะโพสท์โควิดต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อศึกษาคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของ ผู้ป่วยภาวะโพสท์โควิด และอำนาจการทำนายของดัชนีมวลกาย คุณภาพการนอนหลับ ความเหนื่อยล้า และการสนับสนุนทางสังคมต่อคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยภาวะโพสท์โควิด

สมมติฐานการวิจัย

ดัชนีมวลกาย คุณภาพการนอนหลับ ความเหนื่อยล้า และการสนับสนุนทางสังคม สามารถทำนายคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยภาวะโพสท์โควิดได้

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยในครั้งนี้เป็นการศึกษาความสัมพันธ์เชิงทำนาย (predictive correlational research)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้ป่วยที่เคยติดเชื้อโควิด 19 ที่ได้รับการยืนยันโดยการตรวจด้วย Antigen Test Kit (ATK) หรือ Real Time Polymerase Chain Reaction (RT-PCR) อายุ 18 ปีขึ้นไป

ทั้งเพศชายและเพศหญิง ที่เข้ารับการตรวจรักษาในแผนกผู้ป่วยนอก ระหว่างเดือนเมษายนถึงเดือนกันยายน พ.ศ. 2566 ณ โรงพยาบาลระดับตติยภูมิสองแห่ง ในกรุงเทพมหานคร

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยที่เคยติดเชื้อโควิด 19 ที่ได้รับการยืนยันโดยการตรวจด้วย Antigen Test Kit (ATK) หรือ Real Time Polymerase Chain Reaction (RT-PCR) และมีอาการผิดปกติที่คงอยู่ต่อเนื่อง หรือเกิดขึ้นใหม่มากกว่า 28 วันขึ้นไป หลังจากติดเชื้อจนถึงปัจจุบันจากการสอบถาม เช่น อาการเหนื่อยล้า หายใจลำบาก ไอ มีเสมหะ มีความผิดปกติของการรับกลิ่น/รับรส เป็นต้น อายุ 18 ปีขึ้นไป ทั้งเพศชายและเพศหญิง โดยมีคุณสมบัติตามเกณฑ์คัดเข้าดังนี้ สามารถอ่าน เขียน สื่อสารภาษาไทยได้ เกณฑ์คัดออก คือ 1) ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคจิตเวช เช่น โรคจิตเภท โรคซึมเศร้า เป็นต้น 2) มีโรคประจำตัว ได้แก่ โรคหัวใจล้มเหลวเรื้อรัง ภาวะหยุดหายใจขณะหลับ โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โรคหอบหืด 3) ผู้ป่วยที่มีประวัติอาการเหนื่อยล้าและมีอาการนอนไม่หลับก่อนได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคโควิด 19 4) หญิงตั้งครรภ์ และ 5) กรณีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป คัดกรองภาวะสมองเสื่อมด้วยแบบประเมินสมรรถภาพสมอง mini-cognitive assessment instrument (Mini-Cog) ได้คะแนนน้อยกว่า 3 คะแนน

คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยการวิเคราะห์อำนาจการทดสอบ จากงานวิจัยที่คล้ายกันกับงานวิจัยครั้งนี้ คือ การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเหนื่อยล้ากับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพทางจิตใจในผู้ป่วยที่รอดชีวิตจากการติดเชื้อโควิด 19 โดยมีค่าความสัมพันธ์ (r) เท่ากับ .30¹⁴ คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป G*Power กำหนดค่าอำนาจการทดสอบเท่ากับ .80 ระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 โดยมีค่าขนาดอิทธิพลของความสัมพันธ์เท่ากับ .0989 มีจำนวนตัวทำนาย 4 ตัวแปร ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่างในการศึกษานี้เท่ากับ 126 คน

เครื่องมือการวิจัย

เครื่องมือการวิจัยประกอบด้วย 2 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 เครื่องมือที่ใช้ในคัดกรองผู้เข้าร่วมวิจัย คือ

แบบประเมินสมรรถภาพสมอง mini-cognitive assessment instrument พัฒนาโดย Borson และคณะ แปลเป็นภาษาไทยโดย สุภาพร ตรงสกุล¹⁵ ใช้ประเมินผู้สูงอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป จำนวน 3 ข้อ โดยข้อ 1) ให้ผู้สูงอายุพูดและจำสามคำ ได้แก่ บ้าน แมว สีเขียว 2) ให้ผู้สูงอายุวาดรูปนาฬิกาโดยให้เข็มนาฬิกาชี้บอกเวลา 11:10 น. และ 3) ให้ผู้สูงอายุพูดถึงคำที่บอกไปในข้อแรก คะแนนอยู่ระหว่าง 0-5 คะแนนโดยที่คะแนนมากกว่าหรือเท่ากับ 3 คะแนน หมายถึง ไม่มีความบกพร่องทางการรู้คิด ส่วนคะแนนน้อยกว่า 3 คะแนน หมายถึง อาจมีความบกพร่องทางการรู้คิด

ส่วนที่ 2 เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล ประกอบไปด้วยแบบสอบถามทั้งหมด 5 ชุด ดังนี้

1) แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลและประวัติการเจ็บป่วยของผู้ป่วยภาวะโพสท์โควิด เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างเอง จำนวน 26 ข้อ แบ่งออกเป็น 2 ส่วน 1) ข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วย เพศ อายุ น้ำหนัก ส่วนสูง สถานภาพสมรส สิทธิการรักษาพยาบาล ระดับการศึกษาสูงสุด อาชีพ รายได้เฉลี่ยต่อเดือน จำนวนสมาชิกในครอบครัว บุคคลที่อาศัยอยู่ด้วย ประวัติโรคประจำตัว ประวัติการได้รับวัคซีนป้องกันโรคโควิด 19 จำนวนครั้งที่ได้รับวัคซีนป้องกันโรคโควิด 19 ชนิดของวัคซีนป้องกันโรคโควิด 19 2) ประวัติการเจ็บป่วยของผู้ป่วยภาวะโพสท์โควิด เป็นข้อมูลที่ได้จากการสอบถามและรวบรวมจากแฟ้มประวัติเวชระเบียนประกอบด้วย จำนวนครั้งที่ติดเชื้อโควิด 19 วิธีการตรวจพบเชื้อโควิด 19 ระยะเวลาหลังติดเชื้อโควิด 19 สถานที่กักตัวหรือการเข้ารับการรักษา ระดับความรุนแรงของโรคโควิด 19 โดยใช้เกณฑ์ของ National Institutes of Health¹⁶ อาการขณะติดเชื้อโควิด 19 และอาการของภาวะโพสท์โควิดเป็นคำถามแบบ checklist ให้เลือกตอบและอื่น ๆ หากไม่ได้รับบุคลากรที่ตรงกับแบบสอบถาม

2) แบบประเมินคุณภาพการนอนหลับของพิตส์เบิร์ก (Pittsburgh Sleep Quality Index) พัฒนาโดย Buysse และคณะ แปลเป็นภาษาไทยโดย ตะวันชัย จิรประมุข และวรัญ ตันชัยสวัสดิ์¹⁷ ซึ่งเป็นแบบประเมินคุณภาพการนอนหลับและการรบกวน

การนอนหลับในระยะ 1 เดือนที่ผ่านมา แบ่งเป็น 7 ด้าน ได้แก่ การรายงานคุณภาพการนอนหลับเชิงอัตนัย ระยะเวลาตั้งแต่เข้านอนจนกระทั่งหลับ ระยะเวลาในการนอนหลับแต่ละคืน ประสิทธิภาพของการนอนหลับโดยปกติวิสัย การรบกวนการนอนหลับ การใช้อายานอนหลับ และผลกระทบต่อการทำกิจกรรมในเวลากลางวัน มีจำนวน 9 ข้อ ประกอบด้วย 2 ส่วน ส่วนที่ 1 ตอบแบบอัตนัยและส่วนที่ 2 แบบเลือกตอบ โดยลักษณะคำตอบเป็นแบบประมาณค่า (rating scale) 4 ระดับ คำนวณคะแนนตามรายด้านและนำผลคะแนนรายด้านมารวมกัน ซึ่งคะแนนรวมอยู่ระหว่าง 0-21 คะแนน คะแนนน้อยกว่าหรือเท่ากับ 5 คะแนน หมายถึง มีคุณภาพการนอนหลับดี ส่วนคะแนนมากกว่า 5 คะแนน หมายถึง มีคุณภาพการนอนหลับไม่ดี

3) แบบประเมินความเหนื่อยล้า (Functional Assessment of Chronic Illness Therapy-Fatigue Scale, FACIT-Fatigue)¹⁸ แปลเป็นภาษาไทยโดย FACIT group¹⁸ เป็นแบบประเมินความเหนื่อยล้าและผลกระทบต่อกิจวัตรประจำวันใน 7 วันที่ผ่านมา มีจำนวน 13 ข้อ มีลักษณะมาตรวัดแบบประมาณค่า (rating scale) 5 ระดับ โดย 0 หมายถึง ไม่เลย และ 4 หมายถึง มากที่สุด คะแนนรวมอยู่ระหว่าง 0-52 คะแนน ผู้ที่ได้คะแนนรวมต่ำ หมายถึง มีอาการเหนื่อยล้ามากหรือมีการทำหน้าที่ด้านร่างกายที่ไม่ดี ส่วนผู้ที่ได้คะแนนรวมสูง หมายถึง มีอาการเหนื่อยล้าน้อยหรือมีการทำหน้าที่ด้านร่างกายที่ดี

4) แบบประเมินหลายมิติเกี่ยวกับการรับรู้การสนับสนุนทางสังคม (ฉบับปรับปรุงภาษาไทย) (Revised-Thai version of the Multidimensional Scale of Perceived Social support) พัฒนาโดย Zimet และคณะ แปลเป็นภาษาไทยโดย ณพทัย วงศ์ปการณย์ และทินกร วงศ์ปการณย์¹⁹ เป็นแบบประเมินการสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว เพื่อน และบุคคลพิเศษ มีจำนวน 12 ข้อ มีลักษณะมาตรวัดแบบลิเคิร์ต (Likert scale) 7 ระดับ โดย 1 หมายถึง ไม่เห็นด้วยอย่างมาก และ 7 หมายถึง เห็นด้วยอย่างมาก คะแนนรวมอยู่ระหว่าง 12-84 คะแนน ซึ่งผู้ที่ได้คะแนนรวมมาก

หมายถึง มีการสนับสนุนทางสังคมมาก ส่วนผู้ที่ได้คะแนนรวมน้อย หมายถึง มีการสนับสนุนทางสังคมน้อย

5) แบบประเมินคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ (EuroQol Group-5 Dimension-5 Levels, EQ-5D-5L) พัฒนาโดย EuroQol group²⁰ แปลเป็นภาษาไทยโดย จันทนา พัฒนเกษัช และคณะ²¹ ประกอบด้วย 2 ส่วน ได้แก่ 1) มิติทางสุขภาพ 5 ด้าน แสดงถึงความพอใจของบุคคลต่อสภาวะสุขภาพของตนเอง ประกอบด้วย การเคลื่อนไหว การดูแลตนเอง กิจกรรมที่ทำเป็นประจำ อาการเจ็บปวด/อาการไม่สบายตัว และความวิตกกังวล/ความซึมเศร้า แต่ละมิติมีระดับคะแนน 5 ระดับ นำเลขที่ได้ในแต่ละด้านไปแปลงคำตอบเหล่านั้นให้เป็นคะแนนอรรถประโยชน์ (utility score) โดยการคำนวณจากการนำสภาวะสุขภาพแข็งแรงสมบูรณ์ (ซึ่งมีค่าอรรถประโยชน์เท่ากับ 1) หักลบด้วยค่าสัมประสิทธิ์ของแต่ละมิติทางสุขภาพทั้ง 5 มิติ ค่าอรรถประโยชน์มีค่าตั้งแต่ -1 ถึง 1 ซึ่ง 0 หมายถึง สุขภาพที่แย่มากที่สุดหรือเสียชีวิต และ 1 หมายถึง สุขภาพที่สมบูรณ์ที่สุด ส่วนคะแนนติดลบ หมายถึง ผู้ป่วยมีภาวะที่แย่กว่าการตาย จากนั้นนำผลคะแนนที่ได้ไปใช้ในการวิเคราะห์หาค่าความสัมพันธ์กับตัวแปรแต่ละตัวของการศึกษา 2) Visual Analog Scale (VAS) สะท้อนถึงความรู้สึกของบุคคลที่มีต่อภาวะสุขภาพของตนเอง มีคะแนน 0 ถึง 100 ขอบบนคือคะแนน 100 หมายถึง สุขภาพที่ดีที่สุด และขอบล่างคือ 0 หมายถึง สุขภาพที่แย่มากที่สุด นำส่วน VAS มาร่วมอภิปรายผลการศึกษจากการมีสุขภาพที่ไม่สมบูรณ์ค่าอรรถประโยชน์จึงมีความแตกต่างกันไปแต่ละประเทศ ขึ้นอยู่กับทัศนคติที่มีต่อภาวะสุขภาพ

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

การตรวจสอบความเชื่อมั่นของเครื่องมือ แบบประเมินคุณภาพการนอนหลับของพิตส์เบิร์ก แบบประเมินความเหนื่อยล้า แบบประเมินหลายมิติเกี่ยวกับการรับรู้การสนับสนุนทางสังคม และแบบประเมินคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ ผู้วิจัยหาความเชื่อมั่นของเครื่องมือ โดยนำแบบประเมินไปทดลองใช้กับผู้ป่วยภาวะโพสทีไควิตที่มีคุณลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างที่กำหนดไว้

จำนวน 30 ราย โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .74, .89, .80 และ .72 ตามลำดับ

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยในครั้งนี้ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน คณะพยาบาลศาสตร์ และคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล (MU-MOU CoA No. IRB-NS2023/741.2201) และคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน กรุงเทพมหานคร (U006hhv66_EXP) โดยผู้วิจัยดำเนินการขอรับการวิจัยตามคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคนทั้งสองแห่ง เมื่อกลุ่มตัวอย่างสมัครใจเข้าร่วมโครงการวิจัยและลงนามยินยอม ผู้วิจัยจึงเริ่มดำเนินการวิจัย

วิธีเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง ณ โรงพยาบาลตติยภูมิสองแห่ง ในกรุงเทพมหานคร ระหว่างเดือนเมษายนถึงเดือนกันยายน พ.ศ. 2566 โดยนำหนังสือขอความอนุเคราะห์เก็บข้อมูลจากบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล เสนอต่อผู้อำนวยการโรงพยาบาลทั้งสองแห่ง เมื่อได้รับอนุญาตผู้วิจัยจึงเริ่มทำการเก็บข้อมูล ณ แผนกผู้ป่วยนอกอายุรกรรมและคลินิกโรคโควิด โดยผู้วิจัยแนะนำตนเอง ชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัยและการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง ข้อมูลที่ได้จะเป็นความลับ นำเสนอข้อมูลแบบภาพรวม และนำไปใช้ประโยชน์ทางวิชาการเท่านั้น เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินยอมเข้าร่วมการวิจัย จากนั้นทำการลงนามในเอกสารยินยอมเข้าร่วมการวิจัย และทำการเก็บข้อมูลโดยให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามด้วยตนเองร่วมกับการสัมภาษณ์ใช้ระยะเวลาประมาณ 45-60 นาที เมื่อได้กลุ่มตัวอย่างครบ 126 คน จึงยุติการเก็บข้อมูลและนำข้อมูลไปวิเคราะห์

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป SPSS วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคล คะแนนคุณภาพการนอนหลับ ความเหนื่อยล้า การสนับสนุนทางสังคม และคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา วิเคราะห์หาความสัมพันธ์ของดัชนีมวลกาย คุณภาพการนอนหลับ ความเหนื่อยล้า และ

การสนับสนุนทางสังคมต่อคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ โดยใช้สถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน และวิเคราะห์อำนาจการทำนายโดยใช้สถิติถดถอยแบบเส้นตรงพหุคูณ โดยการนำเข้าสมการพร้อมกัน ซึ่งตัวแปรได้ผ่านการทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นของการใช้สถิติ คือ ข้อมูลมีการแจกแจงเป็นโค้งปกติ ตัวแปรอิสระมีความสัมพันธ์เชิงเส้นตรงกับตัวแปรตามความแปรปรวนของความคลาดเคลื่อนในการพยากรณ์ของตัวแปรอิสระทุกตัวมีค่าคงที่ ตัวแปรอิสระไม่มีความสัมพันธ์พหุร่วมเชิงเส้น และความคลาดเคลื่อนของตัวแปรอิสระและตัวแปรตามมีความเป็นอิสระจากกัน กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ .05

ผลการวิจัย

1. ลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างพบว่า ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงร้อยละ 82.5 มีอายุเฉลี่ยเท่ากับ 57.64 ปี ($SD = 13.86$) มีโรคประจำตัวร้อยละ 80.2 โรคประจำตัวที่พบ ได้แก่ โรคความดันโลหิตสูงร้อยละ 50 โรคไขมันในเลือดสูงร้อยละ 46 โรคเบาหวานร้อยละ 32.5 ตามลำดับ มีระดับความรุนแรงของโรคโควิด 19 ระดับเล็กน้อยร้อยละ 50 อาการที่พบขณะติดเชื้อโควิด 19 ได้แก่ มีไข้ร้อยละ 73 ไอร้อยละ 72.2 เจ็บคอร้อยละ 60.3 เหนื่อยล้าร้อยละ 55.6 หอบเหนื่อยหรือหายใจลำบากร้อยละ 50 ตามลำดับ ซึ่งอาการของภาวะโพสท์โควิดที่พบ ได้แก่ อาการเหนื่อยล้าร้อยละ 79.4 นอนไม่หลับร้อยละ 35.7 ไอร้อยละ 29.4 หอบเหนื่อยหรือหายใจลำบากร้อยละ 24.6 มีผื่นวงร้อยละ 21.4 ตามลำดับ

2. ลักษณะตัวแปรที่ศึกษาพบว่า ดัชนีมวลกายมีค่าเฉลี่ย 25.71 กก./ m^2 ($SD = 5.72$) คะแนนคุณภาพการนอนหลับมีค่าเฉลี่ย 7.51 ($SD = 3.59$) คะแนนความเหนื่อยล้ามีค่าเฉลี่ย 36.22 ($SD = 8.04$) คะแนนการสนับสนุนทางสังคมมีค่าเฉลี่ย 47.69 ($SD = 15.35$) และคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพประกอบด้วย คะแนนอรรถประโยชน์ (utility score) มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ .83 ($SD = .10$) และ VAS มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 69.80 ($SD = 13.31$) ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ค่าต่ำสุด-สูงสุด ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของตัวแปรที่ศึกษา (N = 126)

ตัวแปร	ค่าต่ำสุด - สูงสุด	ค่าเฉลี่ย	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
1. ดัชนีมวลกาย	15.55 - 48.45	25.71	5.72
2. คุณภาพการนอนหลับ	1 - 16	7.51	3.59
3. ความเหนื่อยล้า	15 - 51	36.22	8.04
4. การสนับสนุนทางสังคม	15 - 84	47.69	15.35
5. คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ			
- utility score	.50 - .97	.83	.10
- VAS	50 - 95	69.80	13.31

3. ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรที่ศึกษา พบว่า ปัจจัยที่สัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพได้แก่ คุณภาพการนอนหลับ ($r = -.49, p < .01$) ความเหนื่อยล้า ($r = .79, p < .01$) และการสนับสนุนทางสังคม ($r = .38, p < .01$) ส่วนดัชนีมวลกายไม่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ ($r = -.15, p = .09$) ดังแสดงในตารางที่ 2

4. ปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพพบว่าดัชนีมวลกาย คุณภาพการนอนหลับ ความเหนื่อยล้า และการสนับสนุนทางสังคม

สามารถร่วมกันอธิบายความแปรปรวนของคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพได้ร้อยละ 68 ($R^2 = .68$) โดยปัจจัยที่สามารถทำนายคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพได้มากที่สุด คือ ความเหนื่อยล้า ($\beta = .67, p < .001$) รองลงมาคือ การสนับสนุนทางสังคม ($\beta = .21, p < .001$) และคุณภาพการนอนหลับ ($\beta = -.13, p = .033$) ส่วนดัชนีมวลกายไม่สามารถทำนายคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพได้ ($\beta = -.06, p = .218$) ดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 2 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรที่ศึกษา (N = 126)

ตัวแปร	1	2	3	4	5
1. ดัชนีมวลกาย	1				
2. คุณภาพการนอนหลับ	.11	1			
3. ความเหนื่อยล้า	-.11	-.49**	1		
4. การสนับสนุนทางสังคม	.03	-.14	.22*	1	
5. คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ	-.15	-.49**	.79**	.38**	1

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

ตารางที่ 3 ค่าสัมประสิทธิ์ถดถอยเชิงพหุคูณของดัชนีมวลกาย คุณภาพการนอนหลับ ความเหนื่อยล้า และการสนับสนุนทางสังคม ต่อคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยภาวะโพสโควิด (N = 126)

ตัวแปรทำนาย	B	SE _B	β	t	p-value	95%CI	
						Lower	Upper
ค่าคงที่	.506	.044		11.40	< .001	.418	.593
ดัชนีมวลกาย	-.001	.001	-.06	-1.24	.218	-.003	.001
คุณภาพการนอนหลับ	-.004	.002	-.13	-2.15	.033	-.007	.000
ความเหนื่อยล้า	.009	.001	.67	11.26	< .001	.007	.010
การสนับสนุนทางสังคม	.001	.000	.21	4.08	< .001	.001	.002
$R = .83, R^2 = .68, \text{Adjusted } R^2 = .68, F_{(4, 121)} = 65.39, p < .001$							

การอภิปรายผล

ผลการศึกษาค้นพบว่า คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของกลุ่มตัวอย่าง คือ 1) คะแนนบรรทัดประโยชน์มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ .83 (SD = .10) และ 2) VAS มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 69.80 (SD = 13.31) ซึ่งหมายถึง ผู้ป่วยภาวะโพสท์โควิดมีคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพลดลง ทั้งนี้อาจเนื่องจากกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีโรคประจำตัว อาทิ โรคความดันโลหิตสูง โรคไขมันในเลือดสูง โรคเบาหวาน เป็นต้น เมื่อมีการติดเชื้อโควิด 19 อาจส่งผลทำให้เกิดอาการของโรคที่รุนแรงนำไปสู่การมีคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพที่ลดลง สอดคล้องกับการศึกษาของ Kesuma และคณะ²² ที่พบว่า ผู้ป่วยที่เคยติดเชื้อโควิด 19 ที่มีโรคร่วมมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($\chi^2 = 4.19$, $p = .04$) และอาจเนื่องจากอาการของภาวะโพสท์โควิดรบกวนการใช้ชีวิตประจำวัน ส่งผลทำให้คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพลดลง ดังการศึกษาของ Qu และคณะ²³ ที่พบว่า ผู้ป่วยที่รอดชีวิตจากการติดเชื้อโควิด 19 ภายหลังออกจากโรงพยาบาล 3 เดือน ที่มีอาการทางด้านร่างกายมีโอกาสเกิดคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพทางกายที่ไม่ดีมากกว่าผู้ป่วยที่ไม่มีอาการทางด้านร่างกาย 40.15 เท่า (OR = 40.15, 95%CI [9.68, 166.49] และผู้ป่วยที่มีอาการทางด้านร่างกายมีโอกาสเกิดคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพทางจิตใจที่ไม่ดีมากกว่าผู้ป่วยที่ไม่มีอาการทางด้านร่างกาย 6.68 เท่า (OR = 6.68, 95%CI [4.21, 10.59] จากผลการศึกษาค้นพบว่า คุณภาพการนอนหลับ ความเหนื่อยล้า และการสนับสนุนทางสังคมเป็นตัวแปรที่สามารถทำนายคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และดัชนีมวลกายไม่สามารถทำนายคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพได้สามารถอภิปราย ดังนี้

คุณภาพการนอนหลับ ผลการศึกษาค้นพบว่า คุณภาพการนอนหลับสามารถทำนายคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($\beta = -.13$, $p = .033$) ซึ่งเป็นไปตามสมมุติฐานการวิจัย และสนับสนุนกรอบแนวคิดคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของ Ferrans และคณะ⁷ ที่กล่าวไว้ว่า ปัจจัยด้านอาการ

เป็นการรับรู้ของผู้ป่วยต่อความผิดปกติทางด้านร่างกาย ด้านอารมณ์ หรือความผิดปกติของการรู้คิด โดยอาการที่เกิดขึ้นเป็นผลมาจากสาเหตุปัจจัยด้านการทำหน้าที่ทางชีววิทยา ปัจจัยส่วนบุคคล และปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม ซึ่งส่งผลทำให้เกิดอาการ จากนั้นจึงส่งผลกระทบต่อปัจจัยด้านสภาวะการทำหน้าที่ รวมถึงปัจจัยด้านการรับรู้สุขภาพทั่วไป ซึ่งเป็นปัจจัยที่ส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากกลุ่มตัวอย่างมีระดับคุณภาพการนอนหลับที่ไม่ดีร้อยละ 63.5 โดยคุณภาพการนอนหลับที่ไม่ดีอาจส่งผลทำให้ร่างกายอ่อนเพลีย รู้สึกง่วงนอน ไม่มีสมาธิ ส่งผลทำให้ประสิทธิภาพการทำงานลดลง โดยพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีอาการง่วงนอนหรือเพลียหลังขณะทำกิจกรรมร้อยละ 69.1 และมีปัญหาเกี่ยวกับความกระตือรือร้นในการทำงานร้อยละ 44.4 ซึ่งสนับสนุนโดยการศึกษาของ Gil และคณะ²⁴ ที่พบว่า ผู้ป่วยที่รอดชีวิตจากการติดเชื้อโควิด 19 ที่มีอาการนอนไม่หลับมีโอกาสเกิดการขาดกิจกรรมทางกายมากกว่าผู้ป่วยที่ไม่มีอาการนอนไม่หลับ 1.69 เท่า (OR = 1.69, 95%CI [1.16, 2.49], $p = .007$) ส่งผลทำให้คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพลดลง สอดคล้องกับการศึกษาของ Saffari และคณะ¹¹ ที่พบว่า ผู้ป่วยที่รอดชีวิตจากการติดเชื้อโควิด 19 ภายหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล 1 เดือนที่มีอาการนอนไม่หลับระดับปานกลาง มีโอกาสเกิดคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพทางกายลดลงมากกว่าผู้ป่วยที่ไม่มีอาการนอนไม่หลับ 2.74 (OR = 2.74, 95%CI [1.22, 6.14], $p = .015$) และผู้ป่วยที่มีอาการนอนไม่หลับระดับรุนแรง มีโอกาสเกิดคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพทางจิตใจลดลงมากกว่าผู้ป่วย ที่ไม่มีอาการนอนไม่หลับ 3.86 เท่า (OR = 3.86, 95%CI [1.35, 11.07], $p = .012$)

ความเหนื่อยล้า ผลการศึกษาค้นพบว่า ความเหนื่อยล้าสามารถทำนายคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($\beta = .67$, $p < .001$) ซึ่งเป็นไปตามสมมุติฐานการวิจัย และสนับสนุนกรอบแนวคิดคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของ Ferrans และคณะ⁷ ที่กล่าวถึงปัจจัย

ด้านอาการเป็นการรับรู้ของผู้ป่วยต่อความผิดปกติทางด้านร่างกาย ด้านอารมณ์ หรือความผิดปกติของการรู้คิด โดยอาการที่เกิดขึ้นเป็นผลมาจากสาเหตุปัจจัยด้านการทำหน้าที่ทางชีววิทยา ปัจจัยส่วนบุคคล และปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม ซึ่งส่งผลทำให้เกิดอาการ จากนั้นจึงส่งผลกระทบต่อปัจจัยด้านสภาวะการทำหน้าที่ รวมถึงปัจจัยด้านการรับรู้สุขภาพทั่วไป ซึ่งเป็นปัจจัยที่ส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีอาการเหนื่อยล้าร้อยละ 79.4 โดยอาการเหนื่อยล้าอาจส่งผลต่อการดำเนินชีวิตประจำวัน ดังการศึกษาของ Schouborg และคณะ²⁵ ที่พบว่า อาการเหนื่อยล้าสามารถทำนายการทำหน้าที่ด้านร่างกายลดลงได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในผู้ป่วยที่รอดชีวิตจากการติดเชื้อโควิด 19 ภายหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล 8 เดือน ($\beta = .05, p < .001$) ซึ่งการศึกษารังนี้พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีปัญหาในการทำสิ่งต่าง ๆ ให้เสร็จในระดับเล็กน้อยถึงมากที่สุดร้อยละ 81.8 เพราะรู้สึกเหนื่อย และกลุ่มตัวอย่างที่สามารถทำกิจวัตรประจำวันได้ตามปกติในระดับมากที่สุดเพียงร้อยละ 32.5 นำไปสู่การมีคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพที่ลดลง สอดคล้องกับการศึกษาของ Priya, Abhilash และ Naik¹² ที่พบว่า ผู้ป่วยที่รอดชีวิตจากการติดเชื้อโควิด 19 อย่างน้อย 6 สัปดาห์ มีอาการเหนื่อยล้าถึงร้อยละ 67 และผู้ป่วยที่มีอาการเหนื่อยล้าจะมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($\chi^2 = 6.14, df = 1, p = .013$)

การสนับสนุนทางสังคม ผลการศึกษารังนี้พบว่า การสนับสนุนทางสังคมสามารถทำนายคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($\beta = .21, p < .001$) ซึ่งเป็นไปตามสมมุติฐานการวิจัย และสนับสนุนกรอบแนวคิดคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของ Ferrans และคณะ⁷ ที่กล่าวไว้ว่า การสนับสนุนทางสังคมเป็นความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล เช่น ครอบครัว เพื่อน และบุคลากรทางการแพทย์ ซึ่งส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ ทั้งนี้อาจเนื่องจากการสนับสนุนทางสังคมที่ได้รับจากครอบครัวหรือเพื่อนเกี่ยวกับการดูแลพูดคุยให้กำลังใจ การรับฟังปัญหา

หรือการให้ความช่วยเหลือในด้านต่าง ๆ อาจช่วยลดความวิตกกังวลนำไปสู่การมีคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพที่ดีขึ้นตามลำดับ นอกจากนี้การสนับสนุนทางสังคมจากบุคลากรทางการแพทย์ในเรื่องของการให้คำแนะนำเกี่ยวกับการบรรเทาอาการของภาวะโพสท์โควิด การปฏิบัติตัวต่าง ๆ และมีคลินิกลองโควิดไว้ตรวจติดตามอาการ อาจช่วยให้ผู้ป่วยสามารถจัดการกับอาการของภาวะโพสท์โควิดได้ ส่งผลทำให้ผู้ป่วยฟื้นหายจากโรคได้เร็วและสามารถกลับมาดำเนินชีวิตได้เป็นปกติ นำไปสู่การมีคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพที่ดีขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Moodi, Sharifzadeh และ Baghernejad¹³ พบว่า การรับรู้การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในผู้ป่วยที่รอดชีวิตจากการติดเชื้อโควิด 19 ภายหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลช่วงระหว่าง 1-3 เดือน ($r = .21, p = .03$)

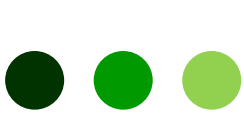
ดัชนีมวลกาย ผลการศึกษารังนี้พบว่า ดัชนีมวลกายไม่สามารถทำนายคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพได้ ($\beta = -.06, p = .218$) ซึ่งไม่เป็นไปตามสมมุติฐานการวิจัย และไม่สนับสนุนกรอบแนวคิดคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของ Ferrans และคณะ⁷ ที่กล่าวไว้ว่า ปัจจัยส่วนบุคคลเป็นลักษณะเฉพาะของบุคคลที่ส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ ทั้งนี้กลุ่มตัวอย่างมีดัชนีมวลกายเฉลี่ย 25.71 ซึ่งกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 69.1 มีภาวะน้ำหนักเกินและมีภาวะอ้วน แต่ไม่ได้ส่งผลกระทบทำให้คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพลดลง อาจเนื่องมาจากกลุ่มตัวอย่างที่มีภาวะน้ำหนักเกินหรือมีภาวะอ้วนแต่ไม่สามารถบอกถึงสัดส่วนไขมันหรือมวลกล้ามเนื้อในร่างกายได้อย่างชัดเจน ทั้งนี้กลุ่มตัวอย่างอาจมีสัดส่วนมวลกล้ามเนื้อมากกว่าไขมัน จึงทำให้ไม่เกิดการอักเสบเรื้อรังหรือรุนแรง ส่งผลทำให้ระดับความรุนแรงของโรคลดน้อยลง ซึ่งการศึกษารังนี้พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีระดับความรุนแรงของโรคโควิด 19 อยู่ในระดับเล็กน้อยร้อยละ 50 จึงทำให้ไม่ส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ สอดคล้องกับการศึกษาของ Gamberini และคณะ⁹ ที่พบว่า ดัชนีมวลกาย

สรุปและข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

6. Walker S, Goodfellow H, Pookarnjanamorakot P, Murray E, Bindman J, Blandford A, et al. Impact of fatigue as the primary determinant of functional limitations among patients with post-COVID-19 syndrome: a cross-sectional observational study. *BMJ Open*. 2023;13(6):e069217. doi: 10.1136/bmjopen-2022-069217.
7. Ferrans CE, Zerwic JJ, Wilbur JE, Larson JL. Conceptual model of health-related quality of life. *J Nurs Scholarsh*. 2005;37(4):336-42. doi: 10.1111/j.1547-5069.2005.00058.x.
8. Chen K-Y, Li T, Gong F-H, Zhang J-S, Li X-K. Predictors of health-related quality of life and influencing factors for COVID-19 patients, a follow-up at one month. *Front Psychiatry*. 2020;11:668. doi: 10.3389/fpsy.2020.00668.
9. Gamberini L, Mazzoli CA, Sintonen H, Colombo D, Scaramuzzo G, Allegri D, et al. Quality of life of COVID-19 critically ill survivors after ICU discharge: 90 days follow-up. *Qual Life Res*. 2021;30(10):2805-17. doi: 10.1007/s11136-021-02865-7.
10. Zhang L, Li T, Chen L, Wu F, Xia W, Huang M, et al. Association of sleep quality before and after SARS-CoV-2 infection with clinical outcomes in hospitalized patients with COVID-19 in China. *EXCLI J*. 2021;20:894-906. doi: 10.17179/excli2021-3451.
11. Saffari M, Sanaeinasab H, Rashidi-Jahan H, Hajiagha AP, Mahmoudi H, Al-Zaben F, et al. Determinants of health-related quality of life in Iranian patients after recovery from COVID-19: demographic influences and insomnia. *Int J Public Health*. 2022;11(1):220-31. doi: 10.11591/ijphs.v11i1.21039.
12. Priya S, Abhilash P, Naik G. Impact of fatigue on quality of life among COVID-19 survivors. *International Journal of Science and Healthcare Research*. 2021;6(3):327-32. doi: 10.52403/ijshr.20210756.
13. Moodi M, Sharifzadeh G, Baghemejad F. Evaluation of perceived social support status and quality of life in improved COVID-19 patients in Birjand, Iran. *Mod Care J*. 2022;19(1):e120955. doi: 10.5812/modernc.120955.
14. Muragod A, Nerurkar PS, Pastagia NT. Fatigue and quality of life after 2 weeks post discharge in post-COVID-19 subjects: a cross-sectional study. *Indian Journal of Physical Therapy and Research*. 2022;4(1):46-50. doi: 10.4103/ijptr.ijptr_14_21.
15. 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.
16. National Institutes of Health. Clinical spectrum of SARS-CoV-2 infection [Internet]. United States: NIH; 2022 [cited 2023 Mar 6] Available from: <https://www.covid19treatmentguidelines.nih.gov/overview/clinical-spectrum/>
17. Jirapramukpitak T, Tanchaiswad W. Sleep disturbances among nurses of Songklanagarind hospital. *Journal of the Psychiatric Association of Thailand*. 1997;42(3):123-32.
18. FACIT Group. Functional assessment of chronic illness therapy - fatigue [Internet]. New York: FACIT; 2022 [cited 2022 Jun 10]. Available from: <https://www.facit.org/measures/facit-f>.

19. Wongpakaran N, Wongpakaran T. A revised Thai multi-dimensional scale of perceived social support. *Span J Psychol.* 2012;15(3):1503-9. doi: 10.5209/rev_SJOP.2012.v15.n3.39434.
20. 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.
21. Pattanaphesaj J, Thavorncharoensap M, Ramos-Goñi JM, Tongsiri S, Ingsrisawang L, Teerawattananon Y. The EQ-5D-5L valuation study in Thailand. *Expert Rev Pharmacoecon Outcomes Res.* 2018;18(5):551-8. doi: 10.1080/14737167.2018.1494574.
22. Kesuma EG, Purwadi H, Putra DGS, Pranata S. Social support Improved the quality of life among COVID-19 survivors in Sumbawa. *International Journal of Nursing and Health Services.* 2022;5(4): 319-27. doi: 10.35654/ijnhs.v5i4.605.
23. Qu G, Zhen Q, Wang W, Fan S, Wu Q, Zhang C, et al. Health-related quality of life of COVID-19 patients after discharge: a multicenter follow-up study. *J Clin Nurs.* 2021;30(11-12):1742-50. doi: 10.1111/jocn.15733.
24. Gil S, Gualano B, de Araújo AL, de Oliveira Júnior GN, Damiano RF, Pinna F, et al. Post-acute sequelae of SARS-CoV-2 associates with physical inactivity in a cohort of COVID-19 survivors. *Sci Rep.* 2023; 13(1):215. doi: 10.1038/s41598-022-26888-3.
25. Schouborg LB, Molsted S, Lendorf ME, Hegelund MH, Ryrso CK, Sommer DH, et al. Risk factors for fatigue and impaired function eight months after hospital admission with COVID-19. *Dan Med J.* 2022;69(4):A08210633.



Predictive Power of Health Literacy on COVID-19 Preventive Behaviors of Nursing Students*

Yupares Payaprom, RN, PhD¹, Pornpun Manasatchakun, RN, PhD¹, Sarinyaporn Chandeekaewsakoon, RN, PhD¹

Abstract

Purpose: This research aimed to study the level of health literacy, COVID-19 preventive behaviors, and to examine the predictive power of health literacy on COVID-19 preventive behaviors among nursing students.

Design: A cross-sectional descriptive study.

Methods: The study was conducted among 742 nursing students enrolling in the Nursing Program for the academic year 2022. Data were collected via online survey platform (Google Form) using demographic information questionnaire, health literacy assessment form, and preventive behaviors on COVID-19 questionnaire. Descriptive statistics and multiple regression were carried out to analyze the data.

Main findings: The results revealed that average scores of the overall health literacy and COVID-19 preventive behaviors among nursing students were at a sufficient level ($\bar{X} = 105.30$, $SD = 13.61$), and a high level ($\bar{X} = 48.61$, $SD = 7.77$), respectively. Statistically significant relationships between five dimensions of health literacy and COVID-19 preventive behaviors were found. Only two dimensions of health literacy including asking questions ($\beta = .23$, $p < .001$) and accessing health information ($\beta = .21$, $p < .001$) could significantly predict COVID-19 preventive behaviors.

Conclusions and recommendations: COVID-19 preventive behaviors of nursing students can be predicted by health literacy. Therefore, nursing institutions should promote health literacy among their nursing students to serve as a role model for engaging in COVID-19 preventive behaviors. This promotion will also enable them to effectively communicate information about the COVID-19 disease and its prevention to their patients.

Keywords: COVID-19, health literacy, nursing student, preventive behaviors

Nursing Science Journal of Thailand. 2024;42(4):27-40

Corresponding Author: Lecturer Pornpun Manasatchakun, Boromarajonani College of Nursing Chiang Mai, Chiang Mai Province 50180, Thailand; e-mail: pornpun@bcnc.ac.th

* 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

Received: 23 June 2024 / Revised: 25 October 2024 / Accepted: 28 October 2024



อำนาจการทำนายของความรอบรู้ด้านสุขภาพที่มีต่อพฤติกรรมป้องกันโรคโควิด 19 ของนักศึกษาพยาบาล*

ยุพเรศ พญาพรหม, PhD¹, พรพรรณ มนัสจกุล, PhD¹, ครินญาภรณ์ จันทร์ดีแก้วสกุล, ประด.¹

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์: เพื่อประเมินระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพ พฤติกรรมป้องกันโรคโควิด 19 และศึกษาอำนาจการทำนายของความรอบรู้ด้านสุขภาพที่มีต่อพฤติกรรมป้องกันโรคโควิด 19 ของนักศึกษาพยาบาล

รูปแบบการวิจัย: การศึกษาเชิงพรรณนาแบบภาคตัดขวาง

วิธีดำเนินการวิจัย: การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาในกลุ่มตัวอย่างที่เป็นนักศึกษาพยาบาล ในปีการศึกษา 2565 จำนวน 742 ราย เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามออนไลน์ (Google form) ได้แก่ แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพ และแบบสอบถามพฤติกรรมป้องกันโรคโควิด 19 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา และการวิเคราะห์การถดถอยเชิงพหุคูณ

ผลการวิจัย: กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยความรอบรู้ด้านสุขภาพด้านการป้องกันโรคโควิด 19 โดยรวมอยู่ในระดับพอเพียง ($\bar{X} = 105.30$, $SD = 13.61$) และคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมป้องกันโรคโควิด 19 อยู่ในระดับดี ($\bar{X} = 48.61$, $SD = 7.77$) ความรอบรู้ด้านสุขภาพทั้ง 5 ด้าน มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมป้องกันโรคโควิด 19 โดยมีเพียงด้านความสามารถในการไต่ถาม ($\beta = .23$, $p < .001$) และความสามารถในการเข้าถึงข้อมูล ($\beta = .21$, $p < .001$) ที่สามารถทำนายพฤติกรรมป้องกันโรคโควิด 19 ของนักศึกษาพยาบาล ได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

สรุปและข้อเสนอแนะ: ความรอบรู้ด้านสุขภาพ สามารถทำนายพฤติกรรมป้องกันโรคโควิด 19 ของนักศึกษาพยาบาลได้ ดังนั้นสถาบันการศึกษาควรส่งเสริมนักศึกษาพยาบาลให้มีความรอบรู้ด้านสุขภาพเพิ่มขึ้น เพื่อเป็นแบบอย่างในการมีพฤติกรรมป้องกันโรคโควิด 19 ที่เหมาะสม และสามารถสื่อสารข้อมูลเกี่ยวกับโรคและการป้องกันตนเองจากโรคโควิด 19 กับผู้ป่วยได้

คำสำคัญ: โรคติดเชื้อโควิด 19 ความรอบรู้ด้านสุขภาพ นักศึกษาพยาบาล พฤติกรรมการป้องกัน

Nursing Science Journal of Thailand. 2024;42(4):27-40

ผู้ประสานงานการเผยแพร่: อาจารย์พรพรรณ มนัสจกุล, วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี เชียงใหม่ อำเภอแม่ริม จังหวัดเชียงใหม่ 50180, e-mail: pompun@bcnc.ac.th

* โครงการวิจัยนี้ได้รับทุนจาก วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี เชียงใหม่

¹ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี เชียงใหม่ คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข

วันที่รับบทความ: 23 มิถุนายน 2567 / วันที่แก้ไขบทความเสร็จ: 25 ตุลาคม 2567 / วันที่ตอบรับบทความ: 28 ตุลาคม 2567

ความสำคัญของปัญหา

จากสถานการณ์การระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนาสายพันธุ์ใหม่ 2019 ทั่วโลก เกิดผลกระทบต่อบริการสุขภาพ เศรษฐกิจ และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย ครอบครัว และชุมชน การดำเนินการป้องกันและควบคุมโรคจำเป็นต้องดำเนินการร่วมกันทั้งในระดับประเทศและระดับบุคคล สาเหตุสำคัญที่ทำให้เกิดการแพร่ระบาดของโรคโควิด 19 ในประเทศไทย พบว่ามาจากพฤติกรรมเสี่ยง และพฤติกรรมที่ไม่ถูกต้อง เช่น ไม่สวมหน้ากากอนามัย ไม่ล้างมือเมื่อหยิบจับสิ่งของต่าง ๆ ไม่ใช่ผ้าหรือทิชชูปิดปาก ปิดจมูก เวลาไอ จาม มีการใช้สิ่งของส่วนตัวร่วมกับผู้อื่น รวมถึงการร่วมวงสังสรรค์ เป็นต้น¹ ซึ่งหลายหน่วยงานด้านการแพทย์และสาธารณสุขได้ให้ความรู้แก่ประชาชนทั่วไป และบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข เพื่อรับมือและป้องกันการแพร่กระจายของเชื้อไวรัสโควิด 19

การแพร่ระบาดของโรคโควิด 19 เกี่ยวข้องโดยตรงกับพฤติกรรมของบุคคล เมื่อประชาชนมีพฤติกรรมป้องกันโรคที่ดีจะสามารถช่วยลดการแพร่กระจายของเชื้อไวรัสโควิด 19 ในช่วงที่มีการแพร่ระบาดของโรคได้เป็นอย่างดี² ดังนั้นจึงมีความจำเป็นต้องปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพให้เหมาะสมเพื่อป้องกันตนเองจากโรคโควิด 19 โดยการส่งเสริมให้ประชาชนเกิดความรู้ด้านสุขภาพ (health literacy) ซึ่งองค์การอนามัยโลกได้ให้ความสำคัญในการพัฒนาและส่งเสริมให้ประชาชนมีความรู้ด้านสุขภาพ โดยถือเป็นการพัฒนาขีดความสามารถในระดับบุคคลในการดูแลรักษาสุขภาพของตนเองให้มีภาวะสุขภาพที่ดี³⁻⁴ ประเทศไทยได้นำกรอบแนวคิดดังกล่าวมากำหนดเป็นนโยบายด้านสาธารณสุข เพื่อสร้างเสริมความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ของคนไทย

การศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยใช้กรอบแนวคิดความรู้ด้านสุขภาพของ ขวัญเมือง แก้วดำเกิง⁵ ซึ่งความรู้ด้านสุขภาพประกอบด้วยความสามารถ 5 ด้าน ได้แก่ การเข้าถึงข้อมูล (access) การทำความเข้าใจข้อมูล (understand) การใช้คำถาม

(questioning) การตัดสินใจ (make decision) และการนำข้อมูลสุขภาพไปใช้ (apply) โดยแนวคิดนี้ได้อธิบายความรู้ด้านสุขภาพว่าเป็นความสามารถของแต่ละบุคคลที่จะเข้าถึงข้อมูลข่าวสารทำความเข้าใจได้ตอบ ชักถาม จนสามารถประเมินและตัดสินใจนำข้อมูลมาใช้ในการส่งเสริมและธำรงไว้ซึ่งสุขภาพอนามัยที่ดี และสามารถสื่อสารข้อมูลด้านสุขภาพกับผู้อื่นได้ จากการศึกษาผลการวิจัยก่อนหน้านี้แสดงให้เห็นว่าความรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวข้องกับการลดการเกิดภาวะซึมเศร้าและการมีคุณภาพชีวิตที่ดีในช่วงเกิดการระบาดของเชื้อไวรัสโควิด 19 และความรู้ด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับพฤติกรรมสุขภาพที่เกี่ยวข้องกับการป้องกันการติดเชื้อไวรัสโควิด 19⁶

คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข เป็นสถาบันการศึกษาที่มุ่งเน้นการผลิตและพัฒนากำลังคนด้านสุขภาพ เน้นการผลิตพยาบาลให้ได้มาตรฐานตามสภาวิชาชีพและตอบสนองต่อระบบบริการสุขภาพ ภายใต้การเปลี่ยนแปลงของบริบทชุมชน สังคม โดยการผลิตบัณฑิตภายใต้หลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต (Bachelor of Nursing Science Program) มีวัตถุประสงค์เพื่อให้บัณฑิตมีคุณลักษณะที่พึงประสงค์ อยู่บนพื้นฐานของความเป็นจริยธรรม จรรยาบรรณ เคารพในคุณค่า ศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ สามารถทำงานร่วมกับผู้อื่น แสวงหาความรู้ สามารถปฏิบัติการพยาบาลแก่บุคคล ครอบครัว และชุมชน ทั้งในภาวะสุขภาพปกติ และภาวะที่มีปัญหาสุขภาพอย่างองค์รวม รวมทั้งสามารถพัฒนาศักยภาพบุคคล ครอบครัว กลุ่มคน และชุมชนให้สามารถดูแลและพึ่งตนเองได้ ดังนั้น นักศึกษาพยาบาล ซึ่งในอนาคตจะปฏิบัติหน้าที่ในการดูแลสุขภาพประชาชน ทั้งการส่งเสริมสุขภาพในภาวะปกติ ภาวะที่เสี่ยงต่อการเจ็บป่วย และให้การพยาบาลในภาวะเจ็บป่วย เพื่อส่งเสริมให้ประชาชนมีความรู้และความสามารถในการดูแลสุขภาพของตนเอง ได้นั้น จำเป็นต้องได้รับการเตรียมความพร้อมทั้งองค์ความรู้ด้านการพยาบาลที่ครอบคลุมในทุกมิติของสุขภาพ และมีความสามารถในการเข้าถึงข้อมูล มีความรู้ ความเข้าใจ เพื่อวิเคราะห์ ประเมิน

การปฏิบัติและการจัดการตนเอง รวมทั้งสามารถชี้แนะเรื่องสุขภาพส่วนบุคคล ครอบครัว และชุมชนเพื่อให้เกิดสุขภาพที่ดีได้

จากสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด 19 ส่งผลให้นักศึกษาพยาบาลต้องเผชิญกับความเสี่ยงต่อการติดเชื้อไวรัสโควิด 19 ทั้งจากการดำเนินชีวิตประจำวันเหมือนประชาชนส่วนใหญ่แล้ว ยังมีความเสี่ยงในขณะฝึกปฏิบัติการพยาบาลในหอผู้ป่วยต่าง ๆ ประกอบกับนักศึกษายังอยู่ในวัยผู้ใหญ่ตอนต้นเป็นวัยที่แสวงหารูปแบบของตนเองในแง่มุมต่าง ๆ เช่น เรื่องค่านิยมของตนเอง ชอบพบปะกับเพื่อนฝูง ซึ่งพฤติกรรมต่าง ๆ เหล่านี้ทำให้นักศึกษาพยาบาลมีความเสี่ยงต่อการติดเชื้อไวรัสโควิด 19 ได้สูง หากมีพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่เหมาะสม และจากการรวบรวมข้อมูลของวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี เชียงใหม่ ตั้งแต่มีการระบาดของโรคโควิด 19 จนถึงวันที่ 15 พฤษภาคม พ.ศ. 2565 พบว่าเมื่อนักศึกษาพยาบาลติดเชื้อไวรัสโควิด 19 จำนวน 138 ราย และมีผู้สัมผัสเสี่ยงสูงที่ต้องได้รับการกักตัวจากการสัมผัสผู้ติดเชื้อดังกล่าวอีกมากกว่า 500 คน ส่งผลกระทบทั้งต่อการเรียนการสอน และการดำเนินชีวิตประจำวัน จากสภาพปัญหาดังกล่าวจำเป็นต้องเพิ่มความรอบรู้ด้านสุขภาพด้านการป้องกันการติดเชื้อและลดการแพร่ระบาดของโรคโควิด 19 ให้กับนักศึกษา ซึ่งความรอบรู้ด้านสุขภาพเป็นปัจจัยสำคัญที่มีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพ จากการศึกษางานวิจัยที่ผ่านมาพบว่า นักศึกษาพยาบาลมีความรอบรู้ด้านสุขภาพอยู่ในระดับพื้นฐาน (ร้อยละ 60) ระดับการมีปฏิสัมพันธ์ ร้อยละ 38.75 และระดับวิจารณ์ญาณ ร้อยละ 1.25⁷ และพบว่าประเด็นการวิจัยที่ศึกษาเกี่ยวกับความรอบรู้ด้านสุขภาพในนักศึกษาพยาบาล ส่วนใหญ่เป็นการศึกษาเกี่ยวกับระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพของนักศึกษาพยาบาล การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพของนักศึกษาพยาบาล แต่ยังไม่พบว่ามีการศึกษาถึงอำนาจในการทำนายของความรอบรู้ด้านสุขภาพ กับพฤติกรรมป้องกันโรคโควิด 19 ในกลุ่มนักศึกษาพยาบาล ดังนั้นผู้วิจัยจึงมี

ความสนใจในการศึกษาระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคโควิด 19 และศึกษาอำนาจการทำนายของความรอบรู้ด้านสุขภาพที่มีต่อพฤติกรรมป้องกันโรคโควิด 19 ของนักศึกษาพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก เพื่อเป็นข้อมูลในการส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพ ให้กับนักศึกษา ซึ่งจะนำไปสู่การมีพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมในการป้องกันโรคและลดการแพร่ระบาดของเชื้อไวรัสโควิด 19 ในสถานศึกษาและชุมชนต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพด้านการป้องกันโรคโควิด 19 และพฤติกรรมป้องกันโรคโควิด 19 ของนักศึกษาพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก
2. เพื่อศึกษาอำนาจการทำนายของความรอบรู้ด้านสุขภาพที่มีต่อพฤติกรรมป้องกันโรคโควิด 19 ของนักศึกษาพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก

สมมติฐานการวิจัย

ความรอบรู้ด้านสุขภาพสามารถทำนายพฤติกรรมป้องกันโรคโควิด 19 ของนักศึกษาพยาบาล

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้เป็นการศึกษาเชิงพรรณนาแบบภาคตัดขวาง (cross-sectional descriptive study)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ นักศึกษาพยาบาล หลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต จาก 30 วิทยาลัยพยาบาล ภายใต้สังกัดคณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก ที่อยู่ในระบบการศึกษา ในปีการศึกษา 2565 รวมจำนวน 13,242 คน (ข้อมูลจำนวนนักศึกษาทั้งหมด วันที่ 4 เมษายน พ.ศ. 2565)

กลุ่มตัวอย่าง คือ นักศึกษาพยาบาล หลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต โดยมีคุณสมบัติตามเกณฑ์คัดเลือก ดังนี้ 1) เป็นนักศึกษาพยาบาลที่มีอายุ 18 ปีขึ้นไป 2) ศึกษาในชั้นปีที่ 1, 2, 3 หรือ 4 ของวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข และ 3) มีสมาร์ทโฟน หรือคอมพิวเตอร์การคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่าง ใช้สูตรการประมาณค่าสัดส่วนของประชากรในกรณีที่ไม่ทราบจำนวนประชากรที่แน่นอน และใช้การสุ่มตัวอย่างแบบแบ่งกลุ่ม (cluster sampling) จากสูตร⁸

$$n = \frac{z^2_{1-\frac{\alpha}{2}} p(1-p)}{d^2}$$

$$n_{Adjust} = n \times deff$$

จากงานวิจัยที่ผ่านมา⁹ สัดส่วนของลักษณะที่สนใจในประชากร (พฤติกรรมป้องกันโรคโควิด 19 ของนักศึกษา) หรือ $p = .37$, $Z = 1.96$ (ความเชื่อมั่น 95%), $d = 0.05$; design effect (def) = 2 เมื่อคำนวณกลุ่มตัวอย่างจากสูตรข้างต้นพบว่าจำนวนกลุ่มตัวอย่างเท่ากับ 698 คน และเพื่อป้องกันความไม่ครบถ้วนของแบบสอบถาม¹⁰ ผู้วิจัยเพิ่มขนาดของกลุ่มตัวอย่าง 10% ดังนั้นจำนวนกลุ่มตัวอย่างในการศึกษครั้งนี้เท่ากับ 767.8 หรือ 768 คน

การศึกษครั้งนี้ผู้วิจัยใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างแบบแบ่งกลุ่ม (cluster random sampling) 2 ขั้นตอน

ขั้นที่ 1 แบ่งวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข 30 แห่ง ออกเป็น 4 กลุ่มตามภูมิภาค ได้แก่ ภาคเหนือ ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ภาคกลาง และภาคใต้ โดยยึดตามพื้นที่ตั้งของวิทยาลัยฯ จากนั้นสุ่มวิทยาลัยพยาบาลที่เป็นตัวแทนแต่ละภาคจำนวน 4 แห่ง (ภูมิภาคละ 1 วิทยาลัยฯ) โดยแบ่งสัดส่วนกลุ่มตัวอย่างในแต่ละวิทยาลัยฯ ที่เป็นตัวแทนแต่ละภาคให้มีจำนวนที่เท่ากัน คือ 192 คน ต่อ 1 วิทยาลัย รวมเป็นจำนวนตัวอย่างทั้งหมด 768 คน

ขั้นที่ 2 ดำเนินการสุ่มตัวอย่างแบบง่ายในแต่ละชั้นปี (ชั้นปีที่ 1 ถึง 4) ของแต่ละวิทยาลัย โดยมีจำนวนกลุ่มตัวอย่างเท่ากันในแต่ละชั้นปี คือ 48 คน

เครื่องมือการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ใช้แบบสอบถาม ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย 3 ส่วน ได้แก่

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ อายุ เพศ ศาสนา ชั้นปีที่กำลังศึกษา ระดับผลการเรียนเฉลี่ยสะสม โรคประจำตัว ประวัติการได้รับการฉีดวัคซีนป้องกันโรคโควิด 19 และประวัติการติดเชื้อไวรัสโควิด 19

ส่วนที่ 2 แบบประเมินความรู้ด้านสุขภาพด้านการป้องกันโรคโควิด 19 ซึ่งทีมผู้วิจัยพัฒนาขึ้นโดยข้อคำถามสร้างตามกรอบแนวคิดและจากการศึกษางานวิจัยที่เกี่ยวข้อง^{5,11-15} ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 32 ข้อ โดยแบ่งเป็น ความสามารถในการเข้าถึงข้อมูล (access) จำนวน 9 ข้อ ความสามารถในการทำความเข้าใจ (understand) จำนวน 7 ข้อ ความสามารถในการไต่ถาม (questioning) จำนวน 5 ข้อ ความสามารถในการตัดสินใจ (decision making) จำนวน 7 ข้อ และความสามารถในการนำข้อมูลไปใช้ (apply) จำนวน 4 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นมาตราประเมินค่า 4 ระดับ ตามลำดับความยาก-ง่าย ได้แก่ ทำได้ยากมาก (1 คะแนน) ไปจนถึง ทำได้ง่ายมาก (4 คะแนน) และ “ไม่เคยทำ” ซึ่งมีค่าคะแนน เท่ากับ 0 คะแนน ดังนั้นคะแนนความรู้ด้านสุขภาพโดยรวมมีคะแนน 0-128 คะแนน คะแนนสูงแปลว่ามีความรอบรู้ด้านสุขภาพดี การแปลผลคะแนนแบ่งระดับโดยอิงเกณฑ์⁴ ซึ่งมีรายละเอียดดังนี้

ระดับดีเยี่ยม (excellent) คะแนนมากกว่าร้อยละ 90 ขึ้นไป
ระดับพอเพียง (sufficient) คะแนนอยู่ระหว่างร้อยละ 75-89.9

ระดับมีปัญหา (problematic) คะแนนอยู่ระหว่างร้อยละ 60-74.9

ระดับไม่เพียงพอ (inadequate) คะแนนน้อยกว่าร้อยละ 60

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามพฤติกรรมป้องกันโรคโควิด 19 เป็นข้อคำถามเกี่ยวกับการปฏิบัติในการป้องกันโรคโควิด 19 ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม จำนวน 20 ข้อ ครอบคลุมเกี่ยวกับพฤติกรรมป้องกันโรคโควิด 19 โดยยึดหลัก

D-MH-T คือ การเว้นระยะห่าง (D : Distancing) สวมหน้ากากอนามัย (M : Mask wearing) การล้างมือ (H : Hand washing) และการตรวจหาเชื้อไวรัสโควิด 19 เมื่อมีอาการ (T : Testing) พฤติกรรมการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การนอนหลับพักผ่อนให้เพียงพอ การไปรับการฉีดวัคซีนป้องกันโรคโควิด 19 การสังเกตอาการตัวเอง และการดูแลห้องพักให้สะอาดและมีการระบายอากาศที่ดี รวมทั้งการให้คำแนะนำแก่สมาชิกในครอบครัว/เพื่อน เกี่ยวกับการป้องกันตนเองจากโรคโควิด 19 ลักษณะคำตอบแบ่งเป็น 4 ตัวเลือก ปฏิบัติทุกครั้งให้ 3 คะแนน ปฏิบัติบ่อยครั้งให้ 2 คะแนน ปฏิบัติบางครั้งให้ 1 คะแนน และไม่ปฏิบัติให้ 0 คะแนน คะแนนสูงแปลว่ามีพฤติกรรมป้องกันโรคโควิด 19 ดีโดยกลุ่มตัวอย่างที่ได้คะแนนรวม มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 80 ของคะแนนเต็ม หมายถึง มีพฤติกรรมป้องกันโรคโควิด 19 อยู่ในระดับดี คะแนนการปฏิบัติระหว่างร้อยละ 60-79 คะแนน หมายถึง มีพฤติกรรมป้องกันโรคโควิด 19 อยู่ในระดับพอใช้ และคะแนนการปฏิบัติน้อยกว่าร้อยละ 60 หมายถึง มีพฤติกรรมป้องกันโรคโควิด 19 อยู่ในระดับควรปรับปรุง

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ผ่านการพิจารณาอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี เชียงใหม่ รหัสจริยธรรมการวิจัย BCNCT15/2565 การวิจัยครั้งนี้เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้ Google form การเข้าร่วมการวิจัยโดยความสมัครใจ ก่อนทำแบบสอบถาม ผู้วิจัยโพสต์เอกสารชี้แจงโครงการวิจัยเป็นลำดับแรก เพื่อให้กลุ่มตัวอย่างได้อ่านและทำความเข้าใจ ก่อนกดปุ่มยอมรับเพื่อยินยอมเข้าร่วมการวิจัยจึงจะสามารถตอบแบบสอบถามในหน้าถัดไปได้ การตอบแบบสอบถามไม่สามารถระบุตัวตนของผู้ตอบได้ สามารถออกจากระบบได้ทุกขณะ หากมีความต้องการ และไม่มีความขัดข้องต่อการศึกษาในหลักสูตร ข้อมูลทั้งหมดของกลุ่มตัวอย่างจะถูกเก็บเป็นความลับ โดยใช้รหัสผ่านเฉพาะผู้วิจัยหลักและทีมวิจัยเท่านั้นที่สามารถเข้าถึงข้อมูลได้ ข้อมูลที่รวบรวมได้วิเคราะห์ และนำเสนอในภาพรวม

วิธีเก็บรวบรวมข้อมูล

ก่อนการดำเนินการเก็บข้อมูล ผู้วิจัยและผู้ประสานงานในแต่ละวิทยาลัยฯ พบนักศึกษา ผ่าน Google meet เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย และเปิดโอกาสให้นักศึกษาได้ซักถามข้อสงสัยจนเข้าใจเก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามออนไลน์ (Google form) ในระหว่างวันที่ 1-31 มีนาคม พ.ศ. 2566 โดยในการศึกษาค้นครั้งนี้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามกลับ และข้อมูลมีความครบถ้วนสมบูรณ์ จำนวน 742 คน คิดเป็นร้อยละ 96.6 ของแบบสอบถามออนไลน์ที่จัดส่ง

การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลเชิงปริมาณวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปด้วยสถิติเชิงพรรณนา วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมป้องกันโรคโควิด 19 โดยใช้สถิติ Pearson correlation และวิเคราะห์อำนาจการทำนายของความรู้ด้านสุขภาพที่มีต่อพฤติกรรมป้องกันโรคโควิด 19 โดยใช้การวิเคราะห์การถดถอยเชิงพหุคูณ (multiple regression analysis) โดยนำตัวแปรเข้าสู่สมการพร้อมกัน (enter method) และมีการทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นก่อนการใช้สถิติวิเคราะห์ เนื่องจากตัวแปรความรู้ด้านสุขภาพโดยรวมมีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพในแต่ละองค์ประกอบสูง (multicollinearity) โดยใช้เกณฑ์ขนาดความสัมพันธ์มากกว่า 0.8 ขึ้นไป¹⁶ ดังนั้นจึงไม่นำตัวแปรความรู้ด้านสุขภาพโดยรวม เข้าสู่สมการวิเคราะห์การถดถอยพหุ กำหนดระดับนัยสำคัญที่ระดับ .05

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

การศึกษาค้นครั้งนี้รวบรวมข้อมูลจากนักศึกษาพยาบาลที่เป็นกลุ่มตัวอย่างจำนวน 742 คน เป็นเพศหญิงร้อยละ 93.1 เพศชายร้อยละ 6.9 อายุเฉลี่ย 20.98 ± 1.7 ปี ไม่มีโรคประจำตัว ร้อยละ 95.7 มีประวัติติดเชื้อไวรัสโควิด 19 มาก่อนร้อยละ 78.8 แหล่งข้อมูลความรู้เกี่ยวกับโรคโควิด 19 และการป้องกันตนเอง

จากการติดเชื้อ ได้รับจากสื่อออนไลน์มากที่สุดร้อยละ 91.8 รองลงมาได้แก่ อาจารย์พยาบาลในสถาบันและบุคลากรทางการแพทย์คิดเป็นร้อยละ 82 และ 73.6 ตามลำดับ

2. ความรอบรู้ด้านสุขภาพด้านการป้องกันโรคโควิด 19

กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยความรอบรู้ด้านสุขภาพด้านการป้องกันโรคโควิด 19 โดยรวมอยู่ในระดับพอเพียง

เมื่อพิจารณาในแต่ละองค์ประกอบของความรอบรู้ด้านสุขภาพด้านการป้องกันโรคโควิด 19 พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยความรอบรู้ด้านสุขภาพในแต่ละองค์ประกอบอยู่ในระดับพอเพียง (คะแนนเฉลี่ยอยู่ในช่วงร้อยละ 75-89.9 ของคะแนนเต็ม) ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 คะแนนเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพโดยรวมและรายด้าน (N = 742)

ความรอบรู้ด้านสุขภาพ	Min-Max	$\bar{X}$	SD	ระดับ
ความรอบรู้ด้านสุขภาพโดยรวม	27-128	105.30	13.61	พอเพียง
ความสามารถในการเข้าถึงข้อมูล	15-36	30.42	3.91	พอเพียง
ความสามารถในการทำความเข้าใจ	0-28	23.27	3.23	พอเพียง
ความสามารถในการไต่ถาม	0-20	15.50	3.46	พอเพียง
ความสามารถในการตัดสินใจ	0-28	22.83	3.31	พอเพียง
ความสามารถในการนำข้อมูลไปใช้	0-16	13.28	1.92	พอเพียง

เมื่อพิจารณาคะแนนรวมรายบุคคลพบว่า ร้อยละ 31.7 ของนักศึกษาในกลุ่มตัวอย่าง มีความรอบรู้ด้านสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับดีเยี่ยม ร้อยละ 63.5 อยู่ในระดับพอเพียง ร้อยละ 4.6 อยู่ในระดับมีปัญหา และร้อยละ 0.3 อยู่ในระดับไม่เพียงพอ

3. พฤติกรรมป้องกันโรคโควิด 19

ผลการศึกษานี้พบว่าคะแนนพฤติกรรมป้องกันโรคโควิด 19 อยู่ระหว่าง 20-60 คะแนน โดยมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 48.61 (SD = 7.7) ซึ่งอยู่ในระดับดี กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ (ร้อยละ 71.8) มีพฤติกรรมป้องกันโรคโควิด 19 อยู่ในระดับดี ($\bar{X}$ = 48.61, SD = 7.7) ร้อยละ

27.6 อยู่ในระดับพอใช้ และร้อยละ 0.5 อยู่ในระดับควรปรับปรุง โดยพบว่ามีการใส่หน้ากากผ้าหรือหน้ากากอนามัยเมื่ออยู่ในที่สาธารณะมากที่สุด ปฏิบัติทุกครั้ง ร้อยละ 85.6 รองลงมาได้แก่ สวมหน้ากากกระชับใบหน้าและครอบทั้งปากและจมูกตลอดเวลา โดยเฉพาะเมื่ออยู่กับบุคคลอื่น และปิดปากและจมูกเมื่อไอจามด้วยกระดาษทิชชูหรือข้อพับแขน คิดเป็นร้อยละ 76.8 และ 70.5 ตามลำดับ พฤติกรรมที่ควรปรับปรุงมากที่สุด คือ การนั่งหรือยืนเว้นระยะห่างจากบุคคลอื่นอย่างน้อย 1 เมตร หรือ 1 ช่วงแขนโดยกลุ่มตัวอย่างปฏิบัติทุกครั้งเพียงร้อยละ 29.8 ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามพฤติกรรมป้องกันโรคโควิด 19 รายข้อ 5 อันดับแรก และ 5 อันดับสุดท้ายตามความถี่ในการปฏิบัติทุกครั้ง (N = 742)

	การปฏิบัติ			
	ทุกครั้ง n (%)	บ่อยครั้ง n (%)	น้อยครั้ง n (%)	ไม่ปฏิบัติ n (%)
5 อันดับแรก				
1) ใส่หน้ากากผ้าหรือหน้ากากอนามัย เมื่ออยู่ในที่สาธารณะ	635 (85.6)	103 (13.9)	3 (0.4)	1 (0.1)
2) สวมหน้ากากอนามัยกระชับใบหน้า และครอบทั้งปากและจมูกตลอดเวลา โดยเฉพาะเมื่ออยู่กับบุคคลอื่น	570 (76.8)	165 (22.2)	5 (0.7)	2 (0.3)
3) ปิดปากและจมูก เมื่อไอ จามด้วยกระดาษทิชชูหรือข้อพับแขน	523 (70.5)	192 (25.9)	26 (3.5)	1 (0.1)
4) สังเกตอาการตัวเอง และเมื่อพบว่ามีอาการทางระบบทางเดินหายใจ เช่น ไข้ ไอ เจ็บคอ มีน้ำมูก ปวดศีรษะ อ่อนเพลีย จะตรวจหาเชื้อด้วย ATK ทันที	481 (64.8)	231 (31.1)	29 (3.9)	1 (0.1)
5) ล้างมือด้วยน้ำและสบู่ หรือใช้แอลกอฮอล์เจล หลังใช้ห้องน้ำ	458 (61.7)	252 (34.0)	31 (4.2)	1 (0.1)

ตารางที่ 2 (ต่อ)

	การปฏิบัติ			
	ทุกครั้ง n (%)	บ่อยครั้ง n (%)	น้อยครั้ง n (%)	ไม่ปฏิบัติ n (%)
5 อันดับสุดท้าย				
1) นั่งหรือยืนเว้นระยะห่างจากคนอื่นอย่างน้อย 1 เมตร หรือ 1 ช่วงแขน	221 (29.8)	408 (55.0)	110 (14.8)	3 (0.4)
2) ดูแลสุขภาพร่างกายให้แข็งแรงด้วยการออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ	225 (30.3)	305 (41.1)	204 (27.5)	8 (1.1)
3) ไม่ใช้มือสัมผัสตา จมูก ปาก หรือใบหน้า (ในกรณีที่จำเป็น ล้างมือด้วย แอลกอฮอล์เจล ก่อนการสัมผัส)	250 (33.7)	258 (34.8)	214 (28.8)	20 (2.7)
4) นอนหลับพักผ่อนให้เพียงพอ อย่างน้อยวันละ 6 ชั่วโมง ในแต่ละวัน	289 (38.9)	383 (51.6)	70 (9.4)	0
5) หลีกเลี่ยงการเข้าไปในบริเวณแออัดหรือที่มีคนหนาแน่น	321 (43.3)	387 (52.2)	34 (4.6)	0

4. อำนาจการทำนายของความรู้ด้านสุขภาพ กับพฤติกรรมป้องกันโรคโควิด 19

จากการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรที่ศึกษาพบว่า ความรู้ด้านสุขภาพทุกด้าน มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับพฤติกรรม ป้องกันโรคโควิด 19 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังแสดงในตารางที่ 3

และพบว่า ความรู้ด้านสุขภาพทั้ง 5 ด้าน สามารถร่วมกัน ทำนายพฤติกรรมป้องกันโรคโควิด 19 ได้ร้อยละ 17 ($R^2 = .17$) โดยพบว่า ความสามารถในการไต่ถามมีอำนาจการทำนายสูงที่สุด ($\beta = .23, p < .001$) รองลงมา คือ ความสามารถในการเข้าถึงข้อมูล ($\beta = .21, p < .001$) ดังแสดงในตารางที่ 4

ตารางที่ 3 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านสุขภาพรายด้าน และพฤติกรรมป้องกันโรคโควิด 19 (N = 742)

ตัวแปร	1	2	3	4	5	6
1. ความสามารถในการเข้าถึงข้อมูล	1					
2. ความสามารถในการทำความเข้าใจ	.78**	1				
3. ความสามารถในการไต่ถาม	.58**	.64**	1			
4. ความสามารถในการตัดสินใจ	.64**	.75**	.67**	1		
5. ความสามารถในการนำข้อมูลไปใช้	.59**	.70**	.56**	.78**	1	
6. พฤติกรรมป้องกันโรคโควิด 19	.35**	.31**	.37**	.33**	.29**	1

** $p < .01$

ตารางที่ 4 ค่าสัมประสิทธิ์การถดถอยเชิงพหุคูณขององค์ประกอบความรู้ด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมป้องกันโรคโควิด 19 (N = 742)

ตัวแปร	B	SE _B	β	t	p-value	95%CI
ค่าคงที่	26.49	2.22		11.91	< .001	22.12, 30.86
ความสามารถในการเข้าถึงข้อมูล	.42	.11	.21	3.90	< .001	.21, .64
ความสามารถในการทำความเข้าใจ	-.22	.16	-.09	-1.39	.16	-.52, .09
ความสามารถในการไต่ถาม	.52	.11	.23	4.92	< .001	.31, .73
ความสามารถในการตัดสินใจ	.21	.15	.09	1.41	.16	-.08, .51
ความสามารถในการนำข้อมูลไปใช้	.10	.23	.02	.44	.66	-.35, .55

$R = .41, R^2 = .17, F = 30.51, df = 5, 736, p < .001$

การอภิปรายผล

จากผลการศึกษาครั้งนี้พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ย ความรอบรู้ด้านสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับพอเพียง เมื่อพิจารณา องค์ประกอบย่อยทั้ง 5 องค์ประกอบ ได้แก่ ความสามารถในการ เข้าถึงข้อมูล การทำความเข้าใจ การไต่ถาม การตัดสินใจ และ การนำข้อมูลไปใช้ปฏิบัติจริง พบว่า มีค่าคะแนนเฉลี่ยความรอบรู้ ด้านสุขภาพในแต่ละองค์ประกอบอยู่ในระดับพอเพียงเช่นเดียวกัน ทั้งนี้อธิบายได้ว่ากลุ่มตัวอย่างเป็นนักศึกษาพยาบาล ซึ่งในการ จัดการเรียนการสอนในหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต นักศึกษาจะได้รับความรู้และสร้างความตระหนักในการเป็นผู้นำและ แบบอย่างที่ดีด้านสุขภาพ โดยเฉพาะอย่างยิ่งนโยบายของคณะ พยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก ที่มุ่งเน้นให้ผู้เรียนได้รับ การพัฒนาสมรรถนะวิชาชีพ ควบคู่ไปกับการพัฒนาทักษะแห่ง ศตวรรษที่ 21 ซึ่งทักษะการเข้าถึง ค้นหา วิเคราะห์ ประเมินและ ตัดสินใจเลือกใช้เทคโนโลยีสารสนเทศอย่างเหมาะสมเป็นส่วนหนึ่ง ในทักษะแห่งศตวรรษที่ 21 ที่นักศึกษาพยาบาลจะต้องมีการสืบค้น ข้อมูลจากแหล่งข้อมูลที่หลากหลาย กลั่นกรองและตรวจสอบ จนได้ ข้อมูลที่มีความถูกต้องและน่าเชื่อถือ เพื่อนำมาวางแผนในการให้การ พยาบาลผู้ป่วยในขณะฝึกปฏิบัติการพยาบาลบนหอผู้ป่วย ซึ่งวิธีการจัดการเรียนการสอนดังกล่าวมีความสำคัญต่อการพัฒนา ทักษะความรอบรู้ด้านสุขภาพในนักศึกษาพยาบาล และในช่วง ระยะเวลาที่มีการแพร่ระบาดของโรคโควิด 19 กระทรวงสาธารณสุข ได้มีการเผยแพร่ความรู้และกำหนดมาตรการ การป้องกันและ ควบคุมโรคเป็นระยะ ๆ รวมทั้งดำเนินการสื่อสารความเสี่ยง ด้านสุขภาพโดยใช้รูปแบบที่หลากหลาย และมีการบูรณาการร่วมกัน ทั้งภาครัฐและเอกชน เพื่อควบคุมการระบาดและลดอัตราการ เสียชีวิตจากโรคโควิด 19 ทำให้ประชาชนส่วนใหญ่ รวมถึง นักศึกษาพยาบาลต้นตัวในการค้นหาและติดตามข้อมูลข่าวสาร ด้านสุขภาพ ประกอบกับในส่วนของสถาบันฯ ก็ได้มีการให้ความรู้แก่ นักศึกษาและเน้นการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคโควิด 19 อย่างต่อเนื่อง จึงเป็นเหตุผลส่วนหนึ่งที่ทำให้นักศึกษาพยาบาลที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง

ส่วนใหญ่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพภาพด้านการป้องกันโรคโควิด 19 ในภาพรวม และในแต่ละด้านในระดับพอเพียง ซึ่งผลการศึกษาครั้งนี้ สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมา ที่พบว่านักศึกษาพยาบาลมีความ รอบรู้ด้านสุขภาพด้านการป้องกันโรคโควิด 19 โดยรวมอยู่ใน ระดับดี¹⁷⁻¹⁹ นอกจากนี้ผลการศึกษาครั้งนี้ พบว่ากลุ่มตัวอย่าง ที่เข้าร่วมในการศึกษาร้อยละ 78.8 ติดเชื้อไวรัสโควิด 19 มาก่อน ดังนั้นจึงอาจทำให้นักศึกษาที่เป็นกลุ่มตัวอย่างมีความรอบรู้ ด้านสุขภาพด้านการป้องกันโรคโควิด 19 มากขึ้น ซึ่งความรอบรู้ ด้านสุขภาพเป็นความสามารถระดับบุคคลในการเข้าถึง เข้าใจ ตัดสินใจและนำข้อมูลสุขภาพไปใช้ในการดูแลตนเอง เพื่อป้องกัน การติดเชื้อไวรัสโควิด 19 ซึ่งส่งผลต่อการมีพฤติกรรมป้องกันโรค โควิด 19 ที่เหมาะสมมากขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาความรอบรู้ ด้านสุขภาพเกี่ยวกับโรคโควิด 19 ในผู้ดูแลในสถานบริการ การดูแลระยะยาว (long-term care facilities) ที่พบว่าผู้ดูแล ที่ให้การดูแลผู้รับบริการมากกว่า 16 รายต่อวัน มีความรอบรู้ ด้านสุขภาพมากกว่าผู้ดูแลที่ให้บริการ 1-10 รายต่อวัน เนื่องจาก มีความกังวลเกี่ยวกับโรคและโอกาสที่จะได้รับเชื้อไวรัสโควิด 19 มากกว่า จึงส่งผลให้ผู้ดูแลที่มีโอกาสสัมผัสผู้ป่วยมากกว่า มีความ รอบรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับโรคโควิด 19 เพิ่มขึ้น²⁰ และจาก การศึกษาครั้งนี้พบว่า กลุ่มตัวอย่างได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรค และมาตรการในการป้องกันโรคโควิด 19 จากสื่อออนไลน์มากที่สุด ร้อยละ 91.8 รองลงมาได้แก่ อาจารย์พยาบาลและบุคลากรทางการแพทย์ คิดเป็นร้อยละ 82 และ 73.6 ตามลำดับ ทั้งนี้กลุ่มตัวอย่าง ที่ศึกษาอยู่ในช่วงวัยรุ่นซึ่งมีความสนใจและมีทักษะในการใช้ เทคโนโลยีในการสื่อสาร ดังนั้นแหล่งข้อมูลเกี่ยวกับโรคโควิด 19 และการปฏิบัติในการป้องกันตนเองจากการติดเชื้อไวรัสโควิด 19 จึงมาจากสื่อออนไลน์มากที่สุด สอดคล้องกับผลการสำรวจในประเทศ ออสเตรเลียที่พบว่า ร้อยละ 78 ของกลุ่มตัวอย่างที่เป็นวัยรุ่นค้นหา ข้อมูลด้านสุขภาพผ่านเว็บไซต์ และร้อยละ 77 ได้รับข้อมูลข่าวสาร ด้านสุขภาพจากสื่อสังคมออนไลน์เนื่องจากเข้าถึงได้ง่าย สะดวก และ มีความเป็นส่วนตัวมากกว่าการเข้าถึงแหล่งข้อมูลสุขภาพ ในรูปแบบเดิม²¹

พฤติกรรมป้องกันโรคโควิด 19

กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมป้องกันโรคโควิด 19 อยู่ในเกณฑ์ดี โดยเฉพาะอย่างยิ่งพฤติกรรมป้องกันโรคที่กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ปฏิบัติได้ถูกต้องมากที่สุด คือ การใส่หน้ากากผ้าหรือหน้ากากอนามัยเมื่ออยู่ในที่สาธารณะ อย่างไรก็ตาม พฤติกรรมป้องกันโรคโควิด 19 ที่ต้องส่งเสริมให้นักศึกษาพยาบาลมีการปฏิบัติมากขึ้น ได้แก่ การนั่ง หรือ ยืน เว้นระยะห่างจากคนอื่นอย่างน้อย 1 เมตร หรือ 1 ช่วงแขน การดูแลสุขภาพร่างกายให้แข็งแรงด้วยการออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ และไม่ใช้มือสัมผัสตา จมูก ปาก หรือ ใบหน้า ดังนั้นควรมีการส่งเสริมให้นักศึกษาพยาบาลมีการปฏิบัติด้านการเว้นระยะห่างและการรักษาสุขภาพร่างกายให้แข็งแรงด้วยการออกกำลังกายเพิ่มมากขึ้น เพื่อป้องกันและลดความเสี่ยงต่อการติดเชื้อและการแพร่ระบาดของโรคโควิด 19 ในสถานศึกษาและในชุมชน ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาที่พบว่า นักศึกษาในกลุ่มวิทยาศาสตร์สุขภาพยังมีพฤติกรรมการปฏิบัติในด้านการเว้นระยะห่าง และการออกกำลังกายเป็นประจำอย่างน้อยวันละ 30 นาที อยู่ในระดับปานกลาง^{22,23} และมีการใช้มือสัมผัสปาก ขยี้ตา และจมูก ในระดับควรปรับปรุง¹⁷

อำนาจการทำนายของความรอบรู้ด้านสุขภาพที่มีต่อพฤติกรรมป้องกันโรคโควิด 19

ผลจากการศึกษาครั้งนี้พบว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพด้านการป้องกันโรคโควิด 19 ทุกด้านมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับพฤติกรรมป้องกันโรคโควิด 19 อย่างไรก็ตาม มีเพียงความสามารถในการเข้าถึงข้อมูลด้านสุขภาพและความสามารถในการไต่ถามเท่านั้นที่สามารถทำนายพฤติกรรมป้องกันโรคโควิด 19 ได้ อธิบายได้ว่าการเข้าถึงข้อมูลช่วยให้บุคคลมีความรู้เกี่ยวกับโรคโควิด 19 เพิ่มขึ้น²⁴ ซึ่งส่งผลต่อการมีพฤติกรรมป้องกันโรคโควิด 19 ที่เหมาะสมตามมา บุคคลที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพในระดับสูง จะสามารถค้นหาข้อมูลสุขภาพที่ถูกต้องและทันสมัย แยกแยะ ตรวจสอบข้อมูล มีความเข้าใจข้อมูล และสามารถจัดการสุขภาพของตนเองได้ดีกว่าบุคคลที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพต่ำกว่า^{1,25-26} จากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่า การเข้าถึงและใช้ข้อมูลสุขภาพสามารถทำนายพฤติกรรม

สุขภาพอื่น ๆ ได้เช่นเดียวกัน เช่น การไปรับการตรวจสุขภาพประจำปี และการตรวจคัดกรองโรคมะเร็ง เป็นต้น²⁷⁻²⁸ และพบว่า การเข้าถึงข้อมูลสุขภาพมากขึ้นช่วยลดภาวะซึมเศร้าและความกังวล ซึ่งส่งผลให้คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งดีขึ้น²⁹ นอกจากนี้ยังพบว่าการแสวงหาข้อมูลและใช้ข้อมูลที่ได้ช่วยให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการจัดการโรคหรือปัญหาสุขภาพมากขึ้น รวมทั้งช่วยให้เข้าใจและสามารถสื่อสารกับแพทย์ผู้ให้การรักษาได้อย่างมีประสิทธิภาพ³⁰ ดังนั้นการเข้าถึงข้อมูลด้านสุขภาพ นำไปสู่พฤติกรรมสุขภาพและผลลัพธ์ทางสุขภาพที่ดีขึ้นทั้งสุขภาพกายและสุขภาพจิต

ส่วนผลการศึกษานี้ที่พบว่า ความสามารถในการไต่ถามสามารถทำนายพฤติกรรมป้องกันโรคโควิด 19 ในนักศึกษาพยาบาลได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ อธิบายได้ว่าความสามารถในการไต่ถามช่วยในการจดจำและช่วยให้เกิดความเข้าใจที่ถูกต้องมากขึ้นจากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่าผู้ป่วยที่มีความสามารถในการใช้คำถามจะสามารถดึงข้อมูลที่มีประโยชน์จากแพทย์ผู้ให้การรักษาได้มากกว่า ซึ่งส่งผลให้ผู้ป่วยรับรู้ความสามารถของตนเอง (self-efficacy) และรับรู้ถึงความรู้สึกในการควบคุมสุขภาพตนเอง (sense of control) ได้มากยิ่งขึ้น ทำให้มีส่วนร่วมในการตัดสินใจเกี่ยวกับปัญหาสุขภาพที่เผชิญอยู่ และสามารถจัดการโรคและปัญหาสุขภาพได้ดีกว่าผู้ป่วยที่ขาดทักษะดังกล่าว³¹ และผลการศึกษาที่ผ่านมายังพบว่าผู้ป่วยที่มีระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพต่ำจะมีคำถามในประเด็นสำคัญที่เกี่ยวข้องกับการรักษาพยาบาล น้อยกว่าผู้ที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพในระดับพอเพียง³¹⁻³² ซึ่งอาจทำให้ได้รับข้อมูลที่จำเป็นในการดูแลสุขภาพไม่เพียงพอ และขาดความเข้าใจเกี่ยวกับคำแนะนำของแพทย์ผู้ให้การรักษา เช่น ไม่ทราบอาการที่เป็นสัญญาณเตือน ไข้ยาผิด และไม่เข้ารับการรักษาในช่วงเวลาที่เหมาะสม เป็นต้น³³ ดังนั้นจึงควรส่งเสริมให้นักศึกษาพยาบาลมีความสามารถในการใช้คำถามและทักษะการสื่อสารมากขึ้น

สำหรับองค์ประกอบความรอบรู้ด้านสุขภาพด้านการทำความเข้าใจข้อมูล การตัดสินใจ และการนำข้อมูลไปใช้ พบว่ามีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญกับพฤติกรรมป้องกันโรคโควิด 19 แต่ไม่สามารถทำนายพฤติกรรมป้องกันโรคโควิด 19 ในนักศึกษาพยาบาล มีความเป็นไปได้ว่าส่วนหนึ่งมาจากการที่ความสามารถในการทำความเข้าใจมีความสัมพันธ์ระดับสูงกับความสามารถในการเข้าถึงข้อมูล ($r = .78, p < .01$) ดังนั้น ความแปรปรวนในพฤติกรรมป้องกันโรคโควิด 19 จึงอาจถูกอธิบายโดยความสามารถในการเข้าถึงข้อมูลไปแล้ว นอกจากนี้ปัจจัยทั้งสามที่ไม่สามารถทำนายพฤติกรรมป้องกันโรคโควิด 19 ได้นั้น มีความสัมพันธ์กันเองค่อนข้างสูงด้วย (r อยู่ระหว่าง .70 ถึง .78) จึงเป็นข้อสังเกตในการแปลผล และในการพัฒนาปรับปรุงแบบสอบถามในการศึกษาครั้งต่อไปด้วย

สรุปและข้อเสนอแนะ

จากผลการศึกษาครั้งนี้ นักศึกษาพยาบาลมีความรอบรู้ด้านสุขภาพด้านการป้องกันโรคโควิด 19 อยู่ในระดับพอเพียง มีพฤติกรรมป้องกันโรคโควิด 19 อยู่ในระดับดี ความรอบรู้ด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมป้องกันโรคโควิด 19 และพบว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพทั้ง 5 ด้าน สามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมป้องกันโรคโควิด 19 ได้ร้อยละ 17 โดยมีความรอบรู้ด้านความสามารถในการเข้าถึงข้อมูล และความสามารถในการไต่ถาม สามารถทำนายพฤติกรรมป้องกันโรคโควิด 19 ในนักศึกษาพยาบาลได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ อย่างไรก็ตามการแปลผลและการนำผลการศึกษาครั้งนี้ไปใช้อาจต้องคำนึงถึงข้อจำกัดบางประการ ซึ่งได้แก่ การที่ตัวแปรความรอบรู้ด้านสุขภาพบางด้านมีความสัมพันธ์กันเองค่อนข้างสูง

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. สถาบันการศึกษาควรมีการประชาสัมพันธ์ข้อมูลความรู้เกี่ยวกับโรคโควิด 19 และการป้องกันตนเองจากการติดเชื้อไวรัสโควิด 19 ที่ตรงกับความต้องการและความสนใจของนักศึกษา เช่น

การให้ความรู้ผ่านทางสื่อออนไลน์ เพื่อสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพแก่นักศึกษาพยาบาล ซึ่งจะช่วยเพิ่มความตระหนักในการมีพฤติกรรมป้องกันโรคโควิด 19 อย่างเหมาะสม รวมทั้งการให้คำแนะนำแก่ผู้ป่วยและผู้รับบริการในการป้องกันโรคโควิด 19

2. ควรพัฒนาความสามารถในการแสวงหาและเข้าถึงข้อมูลความรู้ แนวทางปฏิบัติที่ถูกต้องในการป้องกันโรคโควิด 19 แก่นักศึกษา รวมทั้งการพัฒนาความสามารถในการกลั่นกรอง และตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูลที่ได้รับเพื่อตัดสินใจ นำข้อมูลไปใช้ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อป้องกันโรคโควิด 19 รวมทั้งสามารถสื่อสารข้อมูลเกี่ยวกับโรคและการป้องกันตนเองจากโรคโควิด 19 กับผู้อื่นได้

3. ควรมีการส่งเสริมการพัฒนาความสามารถในการไต่ถามหรือการใช้คำถาม (questioning) ให้กับนักศึกษาพยาบาลเพิ่มขึ้น ซึ่งการฝึกใช้คำถามมีความสำคัญต่อการเรียนรู้ของนักศึกษา ช่วยในการจดจำ และเกิดความเข้าใจที่ถูกต้อง

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

ควรมีการพัฒนารูปแบบการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพแก่นักศึกษาพยาบาล และศึกษาประสิทธิภาพของรูปแบบการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพที่พัฒนาขึ้น เพื่อส่งเสริมให้นักศึกษาพยาบาลมีความรอบรู้ด้านสุขภาพเพิ่มขึ้น และสามารถให้สุขศึกษาที่เหมาะสมแก่ผู้ป่วย/ผู้รับบริการ ซึ่งจะนำไปสู่การมีพฤติกรรมสุขภาพ ที่พึงประสงค์และมีสุขภาวะที่ดีต่อไป

References

1. Department of Medical Science, Ministry of Public Health. Rapid spread of COVID-19 [Internet]. Nonthaburi: Department of Medical Science, Ministry of Public Health; 2020 [cited 2022 Apr 21]. Available from <https://msto.dmsc.moph.go.th/login/showimgdetil.php?id=218>. (in Thai).

2. Li S, Cui G, Kaminga AC, Cheng S, Xu H. Associations between health literacy, eHealth literacy, and COVID-19-related health behaviors among Chinese college students: cross-sectional online study. *J Med Internet Res*. 2021;23(5):e25600. doi: 10.2196/25600.
3. Nutbeam D. Health literacy as a public health goal: a challenge for contemporary health education and communication strategies into the 21st century. *Health Promot Int*. 2000;15(3):259-67. doi: 10.1093/heapro/15.3.259.
4. Nutbeam D. Health promotion glossary. *Health Promot Int*. 1998;13(4):349-64. doi: 10.1093/heapro/13.4.349.
5. Kaeodumkoeng K. A health literacy assessment tool. *Journal of The Health Education Professional Association*. 2021;36(2):7-18. (in Thai).
6. Nguyen HC, Nguyen MH, Do BN, Tran CQ, Nguyen TT, Pham M, et al. People with suspected COVID-19 symptoms were more likely depressed and had lower health-related quality of life: the potential benefit of health literacy. *J Clin Med*. 2020;9(4): 965. doi: 10.3390/jcm9040965.
7. Choeisuwan V, Tansantawee A. Selected factors related to health literacy of nursing students in Royal Thai Navy College of Nursing. *Royal Thai Navy Medical Journal*. 2018;45(2):250-66. (in Thai).
8. Wayne, WD. *Biostatistics: a foundation of analysis in the health science*. 6th ed. New York: John Wiley & Sons; 1995. 780 p.
9. Salman M, Mustafa ZU, Asif N, Zaidi HA, Hussain K, Shehzadi N, et al. Knowledge, attitude and preventive practices related to COVID-19: a cross-sectional study in two Pakistani university populations. *Drugs Ther Perspect*. 2020;36(7):319-25. doi: 10.1007/s40267-020-00737-7.
10. Hoerger M. Participant dropout as a function of survey length in Internet-mediated university studies: implications for study design and voluntary participation in psychological research. *Cyberpsychol Behav Soc Netw*. 2010;13(6):697-700. doi: 10.1089/cyber.2009.0445.
11. Bureau of Risk Communication and Health Behavior Development, Department of Disease Control, Ministry of Public Health. Assessment of health literacy on disease prevention and control and health hazard among Thai people, the year 2021 [Internet]. Nonthaburi: Department of Disease Control; 2021 [cited 2023 Nov 20]. Available from: <https://datariskcom-ddc.moph.go.th/download/การประเมินความรอบรู้ตัว-6/>. (in Thai).
12. Health Education Division, Department of Health Service Support, Ministry of Public Health. Assessment tool for measuring health literacy and health behavior of Thai working-age population [Internet]. Nonthaburi: Health Education Division; 2021 [cited 2023 Dec 10]. Available from: <https://hed.go.th/tool-hlhb/>. (in Thai).
13. Roma W, Kloyiam S, Sookawong W, Kaew-Amdee T, Tunnung A, Khampang R, et al. Thai Health Literacy Survey (THL-S) of Thais aged 15 years and above, 2019 [Internet]. Nonthaburi: Health Systems Research Institute (HSRI); 2019 [cited 2024 Feb 5]. Available from: <https://kb.hsri.or.th/dspace/handle/11228/5216?locale-attribute=th>. (in Thai).
14. Intarakamhang U. Creating and developing of Thailand health literacy scales [Internet]. Bangkok: Behavioral Science Research Institute, Srinakharinwirot University; 2017 [cited 2024 Feb 6]. Available from: <http://bsris.swu.ac.th/upload/268335.pdf>. (in Thai).

15. Sørensen K, Van den Broucke S, Pelikan JM, Fullam J, Doyle G, Slonska Z, et al. Measuring health literacy in populations: illuminating the design and development process of the European Health Literacy Survey Questionnaire (HLS-EU-Q). *BMC Public Health*. 2013;13:948. doi: 10.1186/1471-2458-13-948.
16. Kim JH. Multicollinearity and misleading statistical results. *Korean J Anesthesiol*. 2019;72(6):558-69. doi: 10.4097/kja.19087.
17. Promphun N, Leung K, Kongsawat W, Sengna K. Health literacy in the prevention of COVID-19 and new normal health behaviors of nursing students, Faculty of Nursing, Ubon Ratchathani University. *Journal of Health and Nursing Ubon Ratchathani University*. 2022;1(1):16-27. (in Thai).
18. Ucharattana P, Tudsri P, Bunsong D. Health literacy and self-protective behaviors from coronavirus disease 2019 among nursing students. *Songklanagarind Journal of Nursing*. 2022;42(3):14-24. (in Thai).
19. Tantantrakun S, Phinnarach P, Loeknok C, Yamsri T. Relationships functional health literacy for COVID-19 on prevention behavior of COVID-19 among the first-year nursing students of Pathum Thani University. *Journal of Preventive Medicine Association of Thailand*. 2021;11(3):528-45. (in Thai).
20. Lin LP, Yu JR, Lin JD. Disparities in the level of COVID-19 health literacy and the associated factors among employees in long-term care facilities in Taiwan. *BMC Health Serv Res*. 2023; 23(1):701. doi: 10.1186/s12913-023-09721-z.
21. Armstrong M, Halim NK, Raeside R, Jia SS, Hyun K, Boroumand F, et al. How helpful and what is the quality of digital sources of healthy lifestyle information used by Australian adolescents? A mixed methods study. *Int J Environ Res Public Health*. 2021;18(23):12844. doi: 10.3390%2Fijerph182312844.
22. Morasakul B, Punthasee P. Knowledge and prevention behaviors regarding COVID-19 among the first-year nursing students of Saint Theresa International College and Saint Louis College. *Regional Health Promotion Center 9 Journal*. 2021;15(37):179-95. doi: 10.14456/rhpc9j.2021.13. (in Thai).
23. Chuaelee S, Chuaelee R, Luangthep K. Knowledge and protection behaviors COVID-19 epidemic disease: case study of a College of Public Health in Ubonratchathani Province. *The Office of Disease Prevention and Control 10th Journal*. 2022;20(1):49-62. (in Thai).
24. Zhang X, Du L, Huang Y, Luo X, Wang F. COVID-19 information seeking and individuals' protective behaviors: examining the role of information sources and information content. *BMC Public Health*. 2024;24(1):316. doi: 10.1186/s12889-024-17770-0.
25. Batasin SJA. Combating xenophobia in the COVID-19 pandemic: the importance of health literacy. *Inquiries Journal*. 2020;12(7):1-5.
26. Spring H. Health literacy and COVID-19. *Health Info Libr J*. 2020;37(3):171-2. doi: 10.1111/hir.12322.

27. Lee HY, Jin SW, Henning-Smith C, Lee J, Lee J. Role of health literacy in health-related information-seeking behavior online: cross-sectional study. *J Med Internet Res*. 2021; 27;23(1):e14088. doi: 10.2196/14088.
28. White S, Chen J, Atchison R. Relationship of preventive health practices and health literacy: a national study. *Am J Health Behav*. 2008;32(3): 227-42. doi: 10.5555/ajhb.2008.32.3.227.
29. Kugbey N, Meyer-Weitz A, Asante KO. Access to health information, health literacy and health-related quality of life among women living with breast cancer: depression and anxiety as mediators. *Patient Educ Couns*. 2019;102(7): 1357-63. doi: 10.1016/j.pec.2019.02.014.
30. Bernhardt JM, Cameron KA. Accessing, understanding, and applying health communication messages: the challenge of health literacy. In: Thompson TL, Dorsey AM, Miller KI, Parrott R, editors. *Handbook of health communication*. New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates; 2003. p.583-605.
31. Katz MG, Jacobson TA, Veledar E, Kripalani S. Patient literacy and question-asking behavior during the medical encounter: a mixed-methods analysis. *J Gen Intern Med*. 2007;22:782-6. doi: 10.1007/s11606-007-0184-6.
32. Menendez ME, van Hoorn BT, Mackert M, Donovan EE, Chen NC, Ring D. Patients with limited health literacy ask fewer questions during office visits with hand surgeons. *Clin Orthop Relat Res*. 2017;475(5):1291-7. doi: 10.1007/s11999-016-5140-5.
33. Williams MV, Baker DW, Parker RM, Nurss JR. Relationship of functional health literacy to patients' knowledge of their chronic disease: a study of patients with hypertension and diabetes. *Arch Intern Med*. 1998;158(2):166-72. doi: 10.1001/archinte.158.2.166.



Effect of a Program for Reducing Pre-Operative Anxiety in Patients Undergoing Total Knee Replacement Surgery Based upon Peplau's Interpersonal Relations Theory*

Tanyarat Chatchawarnpan, RN, MNS¹, Wimolnun Pudtivarichapong, RN, DNS¹, Nopporn Vongsirimas, RN, PhD¹, Phuangphet Kaesornsamut, RN, PhD¹

Abstract

Purpose: To study the effect of the program based upon Peplau's Interpersonal Relations Theory framework in reducing pre-operative anxiety among patients waiting to undergo total knee replacement surgery.

Design: Quasi-experimental research, one group pretest-posttest design.

Methods: The sample consisted of 27 patients with osteoarthritis awaiting knee replacement surgery. They were given a program to reduce anxiety before surgery based upon Peplau's theoretical framework, consisting of 3 phases: orientation phase, working phase, and termination phase. The researcher played a role as a counsellor, an educator, resource person, and therapist. The State-Trait Anxiety Inventory (STAI) form Y-1 was used to assess anxiety before and after receiving the program.

Main findings: The findings showed that a mean score of anxiety prior to receiving the program was 64.3 points (SD = 3.23) and a mean score of anxiety immediately after attending the program was 27.7 points (SD = 2.81). The analysis revealed the statistically significant decrease of anxiety ($Z = -4.55, p < .001$).

Conclusion and recommendations: Preoperative anxiety reduction program can reduce anxiety in patients waiting for knee replacement surgery. Therefore, all preoperative patients should have their anxiety assessed and participate in an anxiety reduction program. Further studies should be conducted with a larger sample from hospitals of various levels and various regions so that the study result could well generalize to the population. In addition, a comparison between experimental and control groups should be designed for a further study to confirm the program's effectiveness.

Keywords: anxiety, Interpersonal Relations Theory, total knee replacement

Nursing Science Journal of Thailand. 2024;42(4):41-52

Corresponding Author: Assistant Professor Wimolnun Pudtivarichapong, Faculty of Nursing, Mahidol University, Bangkok 10700, Thailand; e-mail: wannapa.sut@mahidol.ac.th

* Master thesis, Master of Nursing Science Program in Psychiatric Nursing and Mental Health, Faculty of Nursing, Mahidol University

¹ Faculty of Nursing, Mahidol University, Bangkok, Thailand

Received: 16 September 2024 / Revised: 12 November 2024 / Accepted: 14 November 2024



ผลของโปรแกรมลดความวิตกกังวลก่อนผ่าตัด ในผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าตามกรอบแนวคิด ทฤษฎีสัมพันธภาพระหว่างบุคคลของเพปพลาว*

ธัญญารัตน์ ชัชวาลย์พันธ์, พย.ม.¹ วิมลนันท์ พุฒิวิณิพงษ์, DNS¹ นพพร ว่องศิริมาศ, ปร.ด.¹ พวงเพชร เกษรสมุทร, ปร.ด.¹

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์: เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมที่พัฒนาตามกรอบแนวคิดทฤษฎีสัมพันธภาพระหว่างบุคคลของเพปพลาว ในการลดความวิตกกังวลของผู้ป่วยก่อนได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่า

รูปแบบการวิจัย: การวิจัยกึ่งทดลอง แบบหนึ่งกลุ่ม โดยทำการวัดผลก่อนและหลังการทดลอง

วิธีดำเนินการวิจัย: กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยข้อเข่าเสื่อมที่รอเข้ารับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียมจำนวน 27 คน กลุ่มตัวอย่าง ได้รับโปรแกรมลดความวิตกกังวลก่อนการผ่าตัดซึ่งสร้างขึ้นตามกรอบทฤษฎีของเพปพลาว ประกอบด้วย 3 ระยะ ดังนี้ ระยะการ สร้างสัมพันธภาพ ระยะดำเนินการแก้ไขปัญหา และระยะยุติสัมพันธภาพ ผู้วิจัยมีบทบาทเป็นผู้ให้คำปรึกษา ผู้สอน ผู้ให้ความรู้ และผู้บำบัด เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง คือ แบบสอบถามความวิตกกังวลขณะเผชิญ โดยวัดผลก่อนและหลังการทดลอง

ผลการวิจัย: กลุ่มตัวอย่างก่อนได้รับโปรแกรมฯ มีคะแนนความวิตกกังวลเฉลี่ยเท่ากับ 64.3 คะแนน (SD = 3.23) และ คะแนนความวิตกกังวลเฉลี่ยที่วัดทันทีหลังได้รับโปรแกรมฯ เท่ากับ 27.7 คะแนน (SD = 2.81) ผลการวิเคราะห์พบว่า ความวิตกกังวล ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($Z = -4.55, p < .001$)

สรุปและข้อเสนอแนะ: โปรแกรมลดความวิตกกังวลก่อนการผ่าตัด สามารถลดความวิตกกังวลของผู้ป่วยที่รอการผ่าตัด เปลี่ยนข้อเข่าเทียมได้ ดังนั้นผู้ป่วยก่อนผ่าตัดทุกรายควรได้รับการประเมินความวิตกกังวลและได้รับโปรแกรมลดความวิตกกังวล นอกจากนี้ควรมีการศึกษาในกลุ่มตัวอย่างที่มีขนาดใหญ่ขึ้น ศึกษาในโรงพยาบาลหลากหลายระดับ และหลากหลายภูมิภาค เพื่อสามารถอ้างอิงผลการวิจัยได้ครอบคลุมกลุ่มประชากร รวมทั้งควรมีการศึกษาโดยใช้กลุ่มทดลองเปรียบเทียบกับ กลุ่มควบคุมด้วย เพื่อยืนยันประสิทธิผลของโปรแกรม

คำสำคัญ: การลดความวิตกกังวล ทฤษฎีสัมพันธภาพระหว่างบุคคล การผ่าตัดข้อเข่าเทียม

Nursing Science Journal of Thailand. 2024;42(4):41-52

ผู้ประสานงานการเผยแพร่: ผู้ช่วยศาสตราจารย์วิมลนันท์ พุฒิวิณิพงษ์, คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล บางกอกน้อย กรุงเทพฯ 10700, e-mail: wannapa.sut@mahidol.ac.th

* วิทยานิพนธ์หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

¹ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

วันที่รับบทความ: 16 กันยายน 2567 / วันที่แก้ไขบทความเสร็จ: 12 พฤศจิกายน 2567 / วันที่ตอบรับบทความ: 14 พฤศจิกายน 2567

ความสำคัญของปัญหา

ในปัจจุบันประชากรทั่วโลกมีจำนวนผู้สูงอายุเพิ่มมากขึ้น เช่นเดียวกับในประเทศไทยมีจำนวนผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว และต่อเนื่อง โดยในปี พ.ศ. 2567 ประชากรผู้สูงอายุคิดเป็นร้อยละ 20.7 ของจำนวนประชากรทั้งหมดในประเทศไทย หรือคิดเป็นจำนวน 13,444,127 คน¹ อายุที่เพิ่มมากขึ้นนำมาซึ่งภาวะเสี่ยงและปัญหาทางด้านสุขภาพ หนึ่งในนั้น ได้แก่ โรคกระดูกและข้อ ที่พบบ่อยที่สุดคือโรคข้อเข่าเสื่อม (osteoarthritis of knee) องค์การอนามัยโลก (WHO) รายงานว่าพบโรคข้อเข่าเสื่อมร้อยละ 10-15 ของประชากรทั่วโลกที่มีอายุมากกว่า 60 ปี และมีความชุกในผู้หญิงมากกว่าผู้ชาย² สำหรับประเทศไทยจากสถิติผู้ป่วยโรคกระดูกและข้อ ในปี พ.ศ. 2564 มีรายงานพบผู้ป่วยโรคข้อเสื่อมมากกว่า 6 ล้านคนของประชากรทั้งประเทศ¹ โรคข้อเข่าเสื่อม (knee osteoarthritis) เป็นภาวะที่ข้อเข่าเกิดการเสื่อมสภาพลงจากการที่กระดูกอ่อนผิวข้อ (articular cartilage) เกิดการสึกกร่อนอย่างต่อเนื่องตามเวลาที่ผ่านไป หรือขอบกระดูกในข้อ (subchondral bone) เกิดการหนาตัวขึ้น รวมถึงน้ำในข้อ (synovial fluid) ที่เป็นตัวช่วยในการหล่อลื่นข้อนั้นลดลง ส่งผลให้เกิดอาการปวด ผู้ที่มีข้อเข่าเสื่อมจะมีอาการข้อเข่าฝืดตึงปวดมากขึ้นเมื่อใช้งานข้อเข่า ในรายที่เป็นมากข้อเข่าจะผิดรูป เกิดการโค้งงอของข้อเข่าบวม (swelling) เป็น ๆ หาย ๆ อาการเข่าอ่อนแรงและไม่มีแรง (weakness and instability)³ การรักษาโรคข้อเข่าเสื่อมมีหลายวิธี เช่น การรักษาโดยวิธีไม่ใช้ยา ได้แก่ การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและการใช้ข้อ การควบคุมน้ำหนักตัว การบริหารกล้ามเนื้อ และการออกกำลังกาย ส่วนการรักษาแบบใช้ยา ได้แก่ การรับประทานยาแก้ปวด การใช้ยาคลายกล้ามเนื้อ การฉีดสเตียรอยด์เข้าข้อเพื่อลดอาการปวด สำหรับการรักษาโดยการผ่าตัด ได้แก่ การส่องกล้องข้อเข่าเพื่อตรวจสภาพและล้างภายในข้อเข่า การผ่าตัดปรับแนวข้อในกรณีที่มีการผิดรูปของข้อ และการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียม³ ซึ่งการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียม

เป็นวิธีสากลที่ให้ผลการรักษาที่ดีที่สุดนั้นคือ ทำให้หายปวดข้อเข่า และผู้ป่วยสามารถกลับมาเคลื่อนไหวได้ดังเดิม ผู้ป่วยเกือบทั้งหมดพึงพอใจต่อคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นภายหลังได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียม³

จากข้อมูลของผู้ป่วยที่เข้ารับบริการในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติในประเทศไทย พบว่าผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดข้อเข่าเทียมมีจำนวนเพิ่มขึ้นจาก 6,353 รายในปี พ.ศ. 2557 เป็น 8,690 รายในปี พ.ศ. 2558 และ 10,736 รายในปี พ.ศ. 2559 คิดเป็นอัตราเฉลี่ยเพิ่มร้อยละ 23 ต่อปี และมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องจากการที่ประเทศไทยเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุในอนาคต การรักษาโดยการผ่าตัดช่วยให้ผู้ป่วยข้อเข่าเสื่อมสามารถดำรงชีวิตอยู่ได้อย่างปกติหลังได้รับการผ่าตัด³ แต่การผ่าตัดก็ยังเป็นสถานการณ์ที่คุกคามต่อชีวิตประจำวันของผู้ป่วย ผู้ป่วยส่วนใหญ่ที่เข้ารับการผ่าตัดจะมองว่าการผ่าตัดเป็นภาวะวิกฤติในชีวิต และเป็นสถานการณ์ที่ก่อให้เกิดความเครียดและความวิตกกังวล ผลกระทบทางด้านจิตใจที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าได้แก่ มีความเชื่อมั่นในตัวเองลดลง มีความสามารถในการจัดการกับปัญหาได้ลดลง มีความคาดหวังในการรักษาที่มากกว่าปกติ มีความรู้สึกเห็นคุณค่าในตัวเองลดลง ซึ่งสิ่งต่าง ๆ เหล่านี้เป็นสาเหตุให้เกิดปัญหาทางด้านสุขภาพจิต เช่น โรคซึมเศร้าและความวิตกกังวล⁴ โดยที่ความวิตกกังวลนั้นเป็นอุปสรรคที่พบได้มากที่สุด และพบทั้งในระดับสูง ปานกลาง และต่ำ งานวิจัยของ Duivenvoorden และคณะ⁵ พบว่าผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าจำนวน 128 คนมีความวิตกกังวล 26 คนคิดเป็นร้อยละ 20.3 และจากงานวิจัยของ Bierke และ Petersen⁶ พบว่าในผู้ป่วยจำนวน 121 คนมีความวิตกกังวลก่อนการผ่าตัดจำนวน 18 คนคิดเป็นร้อยละ 14.5 และผู้ป่วยที่มีความวิตกกังวลจะมีความปวดหลังการผ่าตัดในระดับสูงมาก⁶ ส่วนการศึกษาในประเทศไทยจากการศึกษาของ สุวดี มีสมบุญ⁷ พบว่าผู้ป่วยที่รู้สึกตัวขณะผ่าตัดศัลยกรรมกระดูกส่วนใหญ่มีความวิตกกังวลในระดับปานกลางคิดเป็นร้อยละ 60.8

ความวิตกกังวล (anxiety) เป็นความรู้สึกตึงเครียด วิตกกังวล กังวลใจ เกี่ยวข้องกับความตื่นตัวของระบบประสาทอัตโนมัติ^๓ ความวิตกกังวลมักจะเกี่ยวข้องกับความคิดที่ตอบสนองต่อสถานการณ์ที่ตึงเครียดหรือรับรู้ถึงภัยคุกคามที่อาจเกิดขึ้นหรือสิ่งที่เกิดขึ้นในอนาคตแทนที่จะเป็นสิ่งที่เกิดขึ้นรอบตัว ในขณะนั้น สำหรับ Peplau มองว่าความวิตกกังวลจะเกิดขึ้นเมื่อบุคคลมีความคาดหวังในสถานการณ์หนึ่ง ๆ ในใจโดยที่อาจจะตระหนักรู้หรือไม่รู้ตัวก็ตาม แล้วความคาดหวังนั้นไม่ได้รับการสนองตอบ ทำให้บุคคลเกิดความรู้สึกอึดอัดไม่สบายใจ (discomfort) ซึ่งความรู้สึกอึดอัดไม่สบายใจนี้หมายถึงความรู้สึกสับสน และไม่มั่นใจ ไม่แน่ใจ ไม่มั่นคง ซึ่งบุคคลจะแสดงพฤติกรรมออกมาเกือบจะทันทีทันใดเพื่อเป็นการบรรเทาความรู้สึกอึดอัดไม่สบายใจนั้น เป็นการลดหรือป้องกันความวิตกกังวลและสิ่งที่ตามมาคือ มีการอ้างเหตุผล (rationalize) หรืออาจไม่ใช่เหตุผล (justified) ก็ได้^๔ ซึ่งความวิตกกังวลจะไปกระตุ้นการทำงานของระบบประสาทอัตโนมัติโดยเฉพาะ sympathetic nervous system ทำให้การทำงานของระบบต่าง ๆ ในร่างกายเปลี่ยนแปลงไป บุคคลที่มีความวิตกกังวลจึงมีอาการต่าง ๆ เช่น หัวใจสั่น หัวใจเต้นเร็ว เจ็บหน้าอก เหนื่อยเหงื่อออก กล้ามเนื้อตึง ปวดเมื่อยตามร่างกาย เบื่ออาหาร อ่อนเพลีย คลื่นไส้ ท้องอืด รู้สึกขาบริเวณปลายมือและเท้า^๕

ความวิตกกังวลก่อนการผ่าตัดส่งผลเสียต่อความพึงพอใจของผู้ป่วยที่มีต่อการผ่าตัด และส่งผลต่ออัตราความสำเร็จในการผ่าตัด รวมทั้งการเกิดภาวะแทรกซ้อนหลังการผ่าตัด^๖ ซึ่งผลกระทบของความวิตกกังวลที่เกิดขึ้นในระยะก่อนการผ่าตัด ได้แก่ การที่ความดันโลหิตและอัตราการเต้นของหัวใจสูงขึ้น อาการปวดของโรครุนแรงขึ้น และยังส่งผลให้ต้องใช้ยาระงับความรู้สึกเพิ่มมากขึ้น^๗ ส่วนผลกระทบที่เกิดขึ้นในระยะหลังการผ่าตัด ได้แก่ อัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อนของบาดแผลเพิ่มสูงขึ้น ทำให้แผลหายช้า ปวดแผลเพิ่มมากขึ้น จำนวนวันในการนอนพักรักษาตัวในโรงพยาบาลนานขึ้น ลดอัตราการ

จำหน่ายผู้ป่วยกลับบ้าน ค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลเพิ่มสูงขึ้น อัตราการกลับเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลซ้ำเพิ่มสูงขึ้น^{๑๐} ดังนั้นจะเห็นได้ว่าความวิตกกังวลของผู้ป่วยที่รอรับการผ่าตัดนั้นส่งผลเสียต่อตัวผู้ป่วยเอง และส่งผลกระทบต่อการผ่าตัดในหลาย ๆ ด้านด้วยกัน ซึ่งปัจจัยสำคัญที่ทำให้ผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเกิดความวิตกกังวล คือ การที่ผู้ป่วยไม่ได้รับข้อมูลที่พอเพียงเกี่ยวกับอาการและผลกระทบของการผ่าตัด การปฏิบัติตัวก่อนผ่าตัด การปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนหลังการผ่าตัด และการปฏิบัติตัวเพื่อฟื้นฟูสภาพหลังการผ่าตัด^๘

จากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมาทั้งในประเทศไทยและต่างประเทศ พบว่ามีวิธีที่ช่วยลดความวิตกกังวลก่อนผ่าตัดหลากหลายวิธี ได้แก่ การให้คำปรึกษาแก่ผู้ป่วยก่อนผ่าตัด^{๑๑} การให้ความรู้คำแนะนำในการปฏิบัติตัวก่อนและหลังผ่าตัด^{๑๒} การใช้ดนตรีบำบัด^{๑๓} การสอนให้ผู้ป่วยผ่อนคลายความเครียดด้วยวิธีการต่าง ๆ ทั้งนี้พบว่าการนำวิธีลดความวิตกกังวลหลาย ๆ วิธีมาใช้ร่วมกันจะได้ผลดีกว่าการใช้เพียงวิธีเดียว ผู้ป่วยมีความวิตกกังวลลดลงและยังช่วยลดจำนวนวันที่ผู้ป่วยพักรักษาตัวในโรงพยาบาลอีกด้วย^{๑๔} สำหรับการศึกษาในประเทศไทยเกี่ยวกับผลของโปรแกรมการเตรียมความพร้อมก่อนผ่าตัดต่อความวิตกกังวลของผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียมพบการศึกษาของ เลิศศิลป์ เอี่ยมพงษ์ และพฤษชัยกิจ^{๑๕} ที่ใช้ทฤษฎีการเปลี่ยนผ่าน (Transition Theory) เป็นกรอบแนวคิดของการศึกษา กับการศึกษาของ จิราภรณ์ พลแก้ว และจินต์จุฑา รอดพาล^{๑๖} ที่ใช้ทฤษฎีการควบคุมตนเอง (Self-Regulation Theory) เป็นกรอบแนวคิดของการศึกษา ซึ่งทั้งสองการศึกษาใช้วิธีการให้ความรู้เพียงอย่างเดียวในการลดความวิตกกังวล

จากที่กล่าวมาข้างต้นผู้วิจัยจึงพิจารณาใช้กรอบแนวคิดทฤษฎีสัมพันธภาพระหว่างบุคคลของ Peplau (Interpersonal Relations Theory)^๙ ที่เน้นการดูแลยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง ช่วยให้ผู้ป่วยรู้ถึงปัญหาอย่างแท้จริง

สามารถร่วมมือกับพยาบาลในการแก้ไขปัญหา ตอบสนองต่อความต้องการ และทำให้ความวิตกกังวลของผู้ป่วยลดลง มาเป็นกรอบแนวคิดในการพัฒนาโปรแกรมลดความวิตกกังวลก่อนผ่าตัดของผู้ป่วยที่จะเข้ารับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียม ซึ่งโปรแกรมนี้ประกอบด้วยหลากหลายวิธีในการลดความวิตกกังวล

การพัฒนาโปรแกรมตามกรอบแนวคิดการวิจัย

โปรแกรมการลดความวิตกกังวลของผู้ป่วยก่อนเข้ารับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าพัฒนาขึ้นตามกรอบแนวคิดทฤษฎีสัมพันธภาพระหว่างบุคคลของ Peplau (Interpersonal Relations Theory)⁹ โดยมีการบูรณาการหลายวิธีร่วมกัน ทั้งการให้คำปรึกษาให้ความรู้คำแนะนำ และการใช้ดนตรีผ่อนคลาย เพบพลาวกล่าวว่าสัมพันธภาพระหว่างพยาบาลกับผู้ป่วยเป็นเรื่องสำคัญในการช่วยให้ผู้ป่วยได้เข้าใจปัญหาของตนเอง ซึ่งปัญหาหนึ่งคือเรื่องที่ผู้ป่วยวิตกกังวล การดูแลเน้นผู้ป่วยเป็นจุดศูนย์กลาง Peplau ใช้สัมพันธภาพระหว่างพยาบาลกับผู้ป่วยเป็นเครื่องมือในการให้การพยาบาลและการบำบัดทางจิตเวชที่เรียกว่า Therapeutic Nurse-Patient Relationship โดยพยาบาลมีการเตรียมตัวก่อนเริ่มมีปฏิสัมพันธ์จากการประเมินตนเอง (self-assessment) เพื่อให้เกิดความตระหนักในตนเอง สามารถใช้ความเข้าใจตนเองเป็นเครื่องมือในการเข้าใจผู้ป่วย และเป็นแบบอย่างที่ดีให้กับผู้ป่วย การสร้างสัมพันธภาพเพื่อการบำบัดกับผู้ป่วย แบ่งเป็น 3 ระยะ ระยะเริ่มต้น (orientation phase) เป็นระยะที่พยาบาลและผู้ป่วยทำความรู้จักกันครั้งแรก ในระยะนี้ทั้งผู้ป่วยและพยาบาลต่างเป็นคนแปลกหน้าซึ่งกันและกัน พยาบาลจะช่วยให้ผู้ป่วยตระหนักและเข้าใจปัญหาของตนเอง มีการสำรวจความรู้สึกตนเอง รวมทั้งรับรู้ความต้องการการช่วยเหลือของตนเอง ตามที่ Jung และคณะ¹⁶ ได้ศึกษาผู้ป่วยสูงอายุที่ได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียม และพบว่าปัจจัยที่เป็นประโยชน์มากที่สุดในการลดความวิตกกังวลก่อนการผ่าตัดคือความไว้วางใจในบุคลากรทางการแพทย์ ซึ่งความไว้วางใจดังกล่าวจะเกิดขึ้นมาได้ก็โดยการสร้างสัมพันธภาพเพื่อการบำบัดระหว่างพยาบาลกับผู้ป่วย ทำให้ผู้ป่วยเกิดความไว้วางใจและเปิดใจให้พยาบาล

ได้เข้าไปมีบทบาทในการช่วยเหลือ นอกจากนี้เพบพลาวยังได้เน้นถึงการที่พยาบาลใช้ตนเองในการบำบัดในระยะที่สอง คือระยะดำเนินการ (working phase) ในระยะนี้ผู้ป่วยมองเห็นถึงปัญหาและต้องการแก้ไขปัญหาโดยที่ระยะนี้พยาบาลมีบทบาทที่หลากหลายในการช่วยให้ผู้ป่วย สามารถแก้ไขปัญหาของตนเอง ไม่ว่าจะเป็นการให้คำปรึกษา (counseling) การให้ความรู้เกี่ยวกับสุขภาพ (health education) และการให้การบำบัดในเรื่องการผ่อนคลายเพื่อลดความวิตกกังวล ส่วนระยะสุดท้ายเป็นระยะของการยุติสัมพันธภาพ (termination phase) ซึ่งเกิดขึ้นเมื่อผู้ป่วยสามารถใช้วิธีการต่าง ๆ ลดความวิตกกังวลได้ด้วยตนเอง พึ่งพาพยาบาลน้อยลง เป็นระยะที่มีการประเมินผลลัพธ์ทางการพยาบาล

ในระหว่างการสร้างสัมพันธภาพเพื่อการบำบัด พยาบาลมีบทบาทที่สำคัญในแต่ละระยะ ได้แก่ คนแปลกหน้า (stranger) ซึ่งในการพบกันครั้งแรกพยาบาลและผู้ป่วยเป็นคนแปลกหน้าต่อกัน พยาบาลต้องทำให้ผู้ป่วยยอมรับและไว้วางใจ การเป็นผู้ให้การสนับสนุน (resource person) ทำหน้าที่ตอบคำถามให้ความรู้ในข้อมูลที่เฉพาะเจาะจง ข้อมูลที่จำเป็นเพื่อความเข้าใจปัญหาและรวมถึงสถานการณ์ใหม่ ๆ ที่ต้องเผชิญ ครู (teacher) ช่วยให้ผู้ป่วยเกิดการเรียนรู้ มีความรู้ตามความต้องการ หรือในสิ่งที่ผู้ป่วยสนใจทั้งแบบเป็นทางการและไม่เป็นทางการ เป็นบทบาทที่กระทำร่วมกับบทบาทอื่น ๆ ผู้นำ (leader) ช่วยให้ผู้ป่วยเกิดความคิดริเริ่มและมีทิศทางที่ชัดเจนในการรับผิดชอบ เป้าหมายของการบำบัด ผู้ทดแทน (surrogate) เป็นบทบาทที่พยาบาลเป็นตัวแทนของผู้ป่วยในการทำหน้าที่ โดยพยาบาลจะแสดงบทบาทนี้ในภาวะที่ผู้รับบริการอาจไม่สามารถปฏิบัติด้วยตนเองได้ ผู้ให้คำปรึกษา (counselor) ช่วยให้เกิดความเข้าใจถึงสภาพการณ์ที่เผชิญในปัจจุบัน ซึ่งบทบาทต่าง ๆ เหล่านี้จะปรากฏในโปรแกรมการลดความวิตกกังวลก่อนผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียม โดยมีการให้คำปรึกษา การให้ความรู้เกี่ยวกับการเตรียมตัวก่อน-ขณะ-และหลังผ่าตัด สภาพแวดล้อมของห้องผ่าตัด รวมทั้งการผ่อนคลายความวิตกกังวล

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมลดความวิตกกังวลที่พัฒนาตามกรอบแนวคิดทฤษฎีสัมพันธภาพระหว่างบุคคลของเพปพลาว ในการลดความวิตกกังวลของผู้ป่วยก่อนได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่า

สมมติฐานการวิจัย

ผู้ป่วยที่ได้รับโปรแกรมการลดความวิตกกังวลที่พัฒนาตามกรอบแนวคิดทฤษฎีสัมพันธภาพระหว่างบุคคลของเพปพลาว มีคะแนนความวิตกกังวลก่อนผ่าตัดเปลี่ยนเข่าลดลงเมื่อเปรียบเทียบกับก่อนได้รับโปรแกรมฯ

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นงานวิจัยกึ่งทดลอง (quasi-experimental research) โดยศึกษาเพียงหนึ่งกลุ่มทำการวัดผลก่อนและหลังการทดลอง (one group pretest-posttest design)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาคือผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นข้อเข่าเสื่อม และรอรับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียมที่เข้ารับการรักษานในหอผู้ป่วยศัลยกรรมกระดูก โรงพยาบาลตากสิน ช่วงเดือนมิถุนายนถึงธันวาคม พ.ศ. 2565 ผู้วิจัยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบสะดวก (convenience sampling) โดยกำหนดคุณสมบัติตามเกณฑ์คัดเข้า ได้แก่ 1) เข้ารับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียมเป็นครั้งแรก 2) ไม่มีปัญหาเกี่ยวกับการได้ยิน การมองเห็น สามารถอ่านหนังสือได้ 3) ผู้ที่มีอายุมากกว่า 60 ปี ต้องมีค่าคะแนนทดสอบ Thai Mental Status Examination (TMSE) มากกว่า 23 คะแนน ซึ่งแสดงว่าไม่มีภาวะสมองเสื่อม และเกณฑ์ในการคัดออก ได้แก่ 1) กลุ่มตัวอย่างมีอาการทางจิตเวชในระยะ active เช่น อาการประสาทหลอน หลงผิด และ 2) เป็นผู้ที่มิโรคร่วมทางกาย เช่น มะเร็ง ไตวาย

ขนาดกลุ่มตัวอย่างของการวิจัยครั้งนี้ คำนวณโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป G*Power โดยกำหนดอำนาจการทดสอบ .80

ระดับนัยสำคัญ .05 กำหนดขนาดอิทธิพล effect size ขนาดกลาง 0.5 คำนวณกลุ่มตัวอย่างได้ทั้งหมด 27 คน

เครื่องมือการวิจัย

1. แบบทดสอบสมรรถภาพสมองของไทย (Thai Mental State Examination, TMSE)¹⁷ ใช้ในการคัดกรองภาวะสมองเสื่อม มี 6 หัวข้อหลัก ใช้เวลาในการประเมิน 15 นาที คะแนนรวมของการทดสอบเท่ากับ 30 คะแนน หากได้คะแนนมากกว่าหรือเท่ากับ 23 คะแนน ถือว่าไม่มีภาวะสมองเสื่อม

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย

2.1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป จำนวน 17 ข้อ ลักษณะคำถามเป็นแบบให้เลือกตอบ และเว้นช่องว่างให้เติมข้อความสั้น ๆ ประกอบด้วยคำถามเกี่ยวกับ อายุ ส่วนสูง น้ำหนัก เพศ สถานภาพสมรส ศาสนา ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ สิทธิการรักษา โรคประจำตัว ประวัติการผ่าตัด การรักษาโรคข้อเข่าเสื่อม เคยได้รับความรู้เรื่องโรคข้อเข่าเสื่อมหรือไม่ และได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคข้อเข่าเสื่อมมานานกี่ปี

2.2 แบบสอบถามความวิตกกังวลขณะเฉย (The State-Trait Anxiety Inventory, STAI) form Y-1 ของ Spielberger¹⁸ ได้รับการแปลเป็นภาษาไทย STAI โดย ดารารวรรณ ต๊ะปินตา¹⁹ เป็นแบบสอบถามความวิตกกังวลจำนวน 20 คำตอบ มีลักษณะเป็นการประเมินระดับความรู้สึกที่เกิดขึ้นขณะทำแบบประเมิน โดยแบ่งมาตราวัดเป็น 4 ระดับ ได้แก่ น้อยมาก แทบไม่มีเลย มีบ้างหรือบางครั้ง มีค่อนข้างมากหรือบ่อย ๆ มากที่สุดหรือเสมอ ๆ การให้คะแนนขึ้นอยู่กับแต่ละข้อคำถามที่เป็นข้อคำถามทางบวกหรือทางลบ โดยที่การประเมินแปลผลคะแนนตามอันตรภาคขั้น โดยคะแนน 20-40 หมายถึง มีความวิตกกังวลในระดับต่ำ คะแนน 41-60 หมายถึง มีความวิตกกังวลในระดับปานกลาง และคะแนน 61-80 หมายถึง มีความวิตกกังวลในระดับสูง

STAI มีหลักฐานจำนวนมากที่ยืนยันถึงความเที่ยงตรงเชิงโครงสร้าง (construct validity) และความเที่ยงตรงตามสภาพ (concurrent validity)¹⁸ และ STAI มีค่าสัมประสิทธิ์ความสอดคล้อง

ภายใน (internal consistency coefficients) ระหว่าง .86 - .95 ค่าสัมประสิทธิ์ความน่าเชื่อถือของการทดสอบซ้ำในช่วงเวลา 2 เดือน (test-retest reliability coefficients) มีค่าระหว่าง .65 - .75¹⁶ STAI เป็นเครื่องมือที่มีมาตรฐานและถูกใช้อย่างแพร่หลาย รวมทั้งในประเทศไทย เนื่องจากการศึกษานี้กระทำในระยะเวลาที่มีการแพร่ระบาดของ COVID-19 ซึ่งมีการผ่าตัดน้อยมาก ผู้วิจัยจึงไม่สามารถศึกษาความเชื่อมั่นของแบบวัด STAI ก่อนทำการทดลอง อย่างไรก็ตามหลังจากการทดลองสิ้นสุด ผู้วิจัยได้ศึกษาค่าความเชื่อมั่นโดยการศึกษาสัมประสิทธิ์ความสอดคล้องภายในพบว่า มีค่า .84

3. เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการทดลอง ได้แก่ โปรแกรมลดความวิตกกังวลก่อนผ่าตัดตามกรอบแนวคิดของ Peplau ในผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าซึ่งเป็นโปรแกรมที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเอง โดยผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ กลุ่มตัวอย่างได้รับโปรแกรมนี้ในวันก่อนที่ผู้ป่วยจะได้รับการผ่าตัด มีการดำเนินการตามขั้นตอนในแต่ละระยะของสัมพันธภาพพยาบาลมีบทบาทต่าง ๆ ในแต่ละระยะของสัมพันธภาพเพื่อการบำบัด กิจกรรมการพยาบาลตามโปรแกรมนี้ ประกอบด้วย การให้คำปรึกษา การให้ความรู้เกี่ยวกับการเตรียมตัวก่อน-ขณะ-และหลังผ่าตัด ข้อมูลสภาพแวดล้อมของห้องผ่าตัด การฝึกผ่อนคลายความวิตกกังวลด้วยการหายใจแบบ deep breathing exercise รวมทั้งการให้กลุ่มตัวอย่างฟังเพลงที่ชื่นชอบ ทั้งนี้มีคู่มือประกอบการให้ความรู้แก่ผู้ป่วยด้วย

การให้คำปรึกษาที่ประยุกต์ตามแนวคิดเรื่องความวิตกกังวลของ Peplau มีขั้นตอนดังนี้ 1) ช่วยให้ผู้ป่วยตระหนักในความรู้สึกวิตกกังวลของตนเอง 2) ช่วยให้ผู้ป่วยตระหนักและสามารถบอกได้ว่าพฤติกรรมใดที่ผู้ป่วยได้เคยใช้ในการลดความวิตกกังวล 3) ช่วยให้ผู้ผู้ป่วยกำหนดว่ามีความคาดหวังอะไรบ้าง และบอกกล่าวความคาดหวังดังกล่าว 4) ช่วยให้ผู้ผู้ป่วยยอมรับและบอกได้ว่าความสัมพันธ์ระหว่างความคาดหวังกับสิ่งที่เกิดขึ้นจริงเป็นอย่างไร และ 5) พิจารณาว่าปัจจัยใดบ้าง

ที่สามารถแก้ไขได้ก่อนเพื่อควบคุมสถานการณ์ และ 6) ให้การบำบัดเพื่อผ่อนคลายความเครียด ทั้งนี้ Peplau⁹ กล่าวว่าผลของการให้คำปรึกษาขึ้นอยู่กับทัศนคติและความเชื่อทางทฤษฎีของผู้ให้คำปรึกษาในเรื่องเกี่ยวกับวิธีการและภายใต้เงื่อนไขต่าง ๆ ที่บุคคลจะเปลี่ยนแปลงตนเองไปในทิศทางที่ดีขึ้น โดยระยะเวลาที่ใช้ในการดำเนินการประมาณ 45 นาที - 1 ชั่วโมง

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

งานวิจัยนี้ได้รับการพิจารณาและรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล ตามรหัสโครงการเลขที่ COA No.IRB-NS 2019/516.2910 และคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน กรุงเทพมหานคร รหัสโครงการเลขที่ U012h/65 ผู้วิจัยพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง โดยการแจ้งเกี่ยวกับวัตถุประสงค์ของการศึกษาวิจัยนี้ สิทธิในการเข้าร่วมงานวิจัยตามความสมัครใจ หรือปฏิเสธการเข้าร่วมงานวิจัยนี้โดยไม่มีผลกระทบใด ๆ ต่อการรักษาพยาบาลที่กลุ่มตัวอย่างจะได้รับ ขั้นตอนในการทำวิจัยอย่างละเอียด หากมีข้อสงสัยสามารถสอบถามผู้วิจัยได้ตลอดเวลา ข้อมูลต่าง ๆ ที่ได้มาจะเก็บเป็นความลับ จะไม่มีการระบุชื่อของกลุ่มตัวอย่าง ข้อมูลต่าง ๆ ของงานวิจัยนี้จะถูกเก็บในตู้เอกสารที่มีกุญแจปิดไว้ตลอด จะมีเฉพาะผู้ที่เกี่ยวข้องเท่านั้นที่สามารถเข้าถึงข้อมูลได้ และผู้เข้าร่วมวิจัยสามารถถอนตัวจากการเข้าร่วมการวิจัยได้ตลอดเวลาโดยไม่มีผลกระทบใด ๆ ต่อการรักษาพยาบาลที่กลุ่มตัวอย่างจะได้รับ หากผู้เข้าร่วมการวิจัยถอนตัวจากงานวิจัย ข้อมูลต่าง ๆ ของกลุ่มตัวอย่างจะถูกทำลายทันที เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินยอมเข้าร่วมการวิจัยจะมีการลงนามในหนังสือแสดงเจตนายินยอมเข้าร่วมการวิจัย และคอมพิวเตอร์ที่ใช้ในการประมวลผลข้อมูลจะมีการใส่รหัสก่อนใช้เพื่อป้องกันไม่ให้บุคคลอื่นสามารถเข้าถึงข้อมูลของผู้ป่วยได้โดยง่าย การรายงานผลการศึกษาระายงานผลเป็นภาพรวมไม่ได้เจาะจงเฉพาะบุคคลใด นอกจากนี้จากการศึกษาในกลุ่มตัวอย่างที่มีลักษณะใกล้เคียงกันนี้ ยังไม่พบอันตรายที่เกิดจากการเข้าร่วมงานวิจัยนี้¹¹

วิธีเก็บรวบรวมข้อมูล

หลังจากที่คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน คณะพยาบาลศาสตร์มหาวิทยาลัยมหิดล และกรุงเทพมหานคร ให้การรับรองโครงการวิจัยนี้แล้ว ผู้วิจัยนำหนังสือขออนุญาต เก็บรวบรวมข้อมูลจากบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล ยื่นต่อสำนักการแพทย์ และผู้อำนวยการโรงพยาบาลตากสิน เพื่อขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูลในโรงพยาบาลตากสิน และเข้าพบหัวหน้าแผนกศัลยกรรมกระดูกเพื่อขอความอนุเคราะห์ ในการทำวิจัยและเก็บข้อมูล

ผู้วิจัยติดตามผู้ป่วยข้อเข่าเสื่อมที่มารอเข้ารับการรักษา เปลี่ยนข้อเข่าเทียมที่หอศัลยกรรมกระดูกที่โรงพยาบาลตากสิน ดำเนินการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ การคัดเข้าร่วมงานวิจัย พยาบาลประจำหอผู้ป่วยจะเป็นผู้แจ้ง ให้กลุ่มตัวอย่างทราบเกี่ยวกับโครงการวิจัยนี้ หากกลุ่มตัวอย่าง สนใจที่จะรับฟังเกี่ยวกับรายละเอียดโครงการวิจัยนี้ พยาบาลจะเป็นผู้แจ้งให้ผู้วิจัยทราบเพื่อเข้าพบกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยแนะนำตัว ชี้แจงถึงวัตถุประสงค์อธิบายถึงขั้นตอนการทำวิจัย สอบถามความสนใจในการยินยอมเข้าร่วมวิจัย พร้อมทั้งแจ้งถึง การลงนามยินยอมเข้าร่วมการวิจัย ในการวิจัยนี้กลุ่มตัวอย่าง ได้รับการพยาบาลตามปกติของผู้ป่วยที่ได้รับการอธิบาย เกี่ยวกับการผ่าตัดจากแพทย์และพยาบาล มีการดูแลเรื่อง การเตรียมตัวทางด้านร่างกาย เช่น การดูแลงดน้ำงดอาหาร และ การทำความสะอาดผิวหนังในส่วนที่จะทำการผ่าตัด รวมทั้งได้รับ โปรแกรมการลดความวิตกกังวลก่อนผ่าตัดฯ ที่ผู้วิจัยได้พัฒนาขึ้น ผู้วิจัยทำการเก็บข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างก่อนให้โปรแกรมฯ (1 วันก่อนผ่าตัด) และเก็บข้อมูลหลังจากให้โปรแกรมฯ (เช้าวันผ่าตัด) โดยใช้แบบประเมินความวิตกกังวล STAI

การวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ใช้สถิติเชิงพรรณนาได้แก่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าต่ำสุดและค่าสูงสุด การวิเคราะห์เปรียบเทียบความวิตกกังวลก่อน และหลังได้รับโปรแกรมฯ ใช้สถิติการทดสอบ Wilcoxon signed-rank test เนื่องจากการกระจายของข้อมูลไม่เป็นโค้งปกติ

ผลการวิจัย

กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 27 ราย ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 88.9) อยู่ในช่วงอายุ 71-80 (ร้อยละ 48.1) ได้รับความศึกษา (ร้อยละ 66.7) ไม่ได้ประกอบอาชีพ (ร้อยละ 51.9) ส่วนใหญ่มีโรคร่วม (ร้อยละ 74.1) ส่วนใหญ่มีข้อเข่าเสื่อม 1 ข้าง (ร้อยละ 66.7) และเป็นโรคข้อเข่าเสื่อมมานานมากกว่า 3-5 ปี (ร้อยละ 40.7) และเคยได้รับการรักษาโรคข้อเข่าเสื่อม (ร้อยละ 77.8) ดังแสดงในตารางที่ 1

ผลการวิจัยพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีคะแนนความวิตกกังวลก่อนได้รับโปรแกรมฯ ระหว่าง 56-70 คะแนน โดยมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 64.3 คะแนน (SD = 3.23) ซึ่งถือว่ามีความวิตกกังวลอยู่ในระดับสูงตามเกณฑ์ของ Spielberger¹⁸ เมื่อวัดความวิตกกังวลภายหลังได้รับโปรแกรมฯ 1 วัน (เช้าวันผ่าตัด) คะแนนอยู่ระหว่าง 22-35 คะแนน โดยมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 27.7 คะแนน (SD = 2.81) ซึ่งถือว่ามีความวิตกกังวลอยู่ในระดับต่ำตามเกณฑ์ของ Spielberger¹⁸ และผลการวิเคราะห์ทางสถิติพบว่า เมื่อเปรียบเทียบกับก่อนได้รับโปรแกรมฯ คะแนนมัธยฐานความวิตกกังวลภายหลังได้รับโปรแกรมฯ ลดลงอย่างมีนัยสำคัญที่ .05 ($Z = -4.55, p < .001$) ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามข้อมูลทั่วไป (N = 27)

ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง	จำนวน (N = 27)	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	3	11.1
หญิง	24	88.9
อายุ		
50-60 ปี	4	14.8
61-70 ปี	9	33.3
71-80 ปี	13	48.1
81-90 ปี	1	3.7
อายุเฉลี่ย	69.3	
ระดับการศึกษา		
เรียนหนังสือ	18	66.7
ไม่ได้เรียนหนังสือ	9	33.3
อาชีพ		
ประกอบอาชีพ	13	48.1
ไม่ประกอบอาชีพ	14	51.9
โรคร่วม		
มี	20	74.1
ไม่มี	7	25.9
เข้าเสื่อม		
1 ข้าง	18	66.7
2 ข้าง	9	33.3
ระยะเวลาที่เข้าเสื่อม		
1-3 ปี	10	37.0
3 - 5 ปี	11	40.8
5 - 7 ปี	3	11.1
7 ปีขึ้นไป	3	11.1
การรักษาเข้าเสื่อม		
เคย	21	77.8
ไม่เคย	6	22.2

ตารางที่ 2 ข้อมูลแสดงค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของความวิตกกังวลของกลุ่มตัวอย่าง ก่อนและหลัง ได้รับโปรแกรมฯ (เข้าวันผ่าตัด)

คะแนนความวิตกกังวล	Min - Max	$\bar{X}$ (SD)	Mdn (IQR)	Z	p-value
ก่อนได้รับโปรแกรมฯ	56 - 70	64.3 (3.23)	65 (5)	-4.55	< .001
หลังได้รับโปรแกรมฯ	22 - 35	27.7 (2.81)	27 (3)		

การอภิปรายผล

ผลการวิจัยในครั้งนี้สนับสนุนสมมติฐานการวิจัยที่ว่า ผู้ป่วยก่อนผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าที่ได้รับโปรแกรมลดความวิตกกังวล ตามกรอบแนวคิดของเพปพลาวมีความวิตกกังวลต่ำกว่า ก่อนได้รับโปรแกรมฯ โดยค่าเฉลี่ยของคะแนนความวิตกกังวล ของผู้ป่วยก่อนเข้ารับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียมหลังได้รับ โปรแกรมฯ มีระดับความวิตกกังวลลดลงอย่างมีนัยสำคัญ ทางสถิติที่ระดับ .001

โปรแกรมการลดความวิตกกังวลของผู้ป่วยก่อนได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นมี 3 ระยะตามกรอบแนวคิดทฤษฎีสัมพันธภาพระหว่างบุคคลของเพปพลาว ได้แก่ ระยะการสร้างสัมพันธภาพ (orientation phase) ระยะดำเนินการ (working phase) และระยะสิ้นสุด (termination phase) โดยในระยะดำเนินการจะทำหน้าที่เป็นผู้ให้คำปรึกษา (counselor) ผู้สอนและให้ความรู้ (educator) ผู้ให้ข้อมูล (resource person) การศึกษาที่ผู้วิจัยได้ใช้หลายๆ วิธี ร่วมกันในการลดความวิตกกังวล เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพของโปรแกรม สอดคล้องกับการศึกษาของจิราภรณ์ พลแก้ว และจินต์จุฑา รอดพาล¹² ที่ได้พัฒนาโปรแกรมการให้ความรู้สำหรับการลด ความวิตกกังวล โดยศึกษาในผู้ป่วยเพียงกลุ่มเดียววัดผลก่อน และหลังการทดลองในโปรแกรมนี้ประกอบด้วย กิจกรรมที่ 1 เปิด VCD ให้ความรู้โรคข้อเข่าเสื่อม สาเหตุ อาการ การรักษา การถนอมข้อเข่าใช้เวลา 30 นาที กิจกรรมที่ 2 เปิด VCD การเตรียมตัวก่อนผ่าตัด ขณะผ่าตัด หลังผ่าตัด ภาพการผ่าตัด เปลี่ยนข้อเข่าเทียม และการดูแลข้อเข่าเทียมเมื่อกลับไปอยู่บ้าน

สาธิตการบริหารกล้ามเนื้อต้นขาให้ผู้ป่วยทดลองปฏิบัติใช้เวลา 30 นาที กิจกรรมที่ 3 แนะนำคู่มือการดูแลตนเองของผู้ป่วย โรคข้อเข่าเสื่อม และกิจกรรมที่ 4 เปิดโอกาสให้ซักถามพูดคุย ในประเด็นที่ยังไม่เข้าใจและให้ระบายความรู้สึกเกี่ยวกับการ ผ่าตัดครั้งนี้ ผลการศึกษาพบว่า การเตรียมความพร้อมก่อนรับ การผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียมสามารถลดความวิตกกังวล ของผู้สูงอายุข้อเข่าเสื่อมได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เช่นเดียวกับการศึกษาของ เลิศศิลป์ เอี่ยมพงษ์ และพฤษชัยไชยกิจ¹⁵ ได้ศึกษาผลของโปรแกรมการเตรียมความพร้อมก่อนผ่าตัด ต่อความวิตกกังวลและการฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยหลังผ่าตัด เปลี่ยนข้อเข่าเทียมในระยะแรก โดยแบ่งกลุ่มตัวอย่างออกเป็น กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยใช้การนำเสนอภาพประกอบ คำอธิบาย (power point) เรื่องโรคข้อเข่าเสื่อม การผ่าตัดเปลี่ยน ข้อเข่าเทียม การปฏิบัติตัว และใช้สื่อวีดิทัศน์การบริหารข้อเข่า เพื่อเพิ่มพินัยการเหยียดข้อเข่าและการลงเดินผลการวิจัยพบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนความวิตกกังวลน้อยกว่ากลุ่มควบคุม ($p < .001$) และการศึกษาของ นิลวรรณ ผ่องใสโสภณ และ ปิยะนุช พรหมสาขา ณ สกลนคร¹¹ พบว่าการให้คำปรึกษาแบบสั้น ในผู้ป่วยที่ต้องเข้ารับการรักษาดูแลด้วยการผ่าตัดโดยนัดหมายล่วงหน้า สามารถลดความวิตกกังวลในผู้ป่วยเตรียมผ่าตัดได้ และการศึกษา ของ Kosucu และ Selimen¹⁴ ในผู้ป่วยผ่าตัดหลอดเลือดหัวใจ ที่ได้ฟังเพลงและได้รับความรู้ก่อนผ่าตัด พบว่าความวิตกกังวล ค่าความดันโลหิตและอัตราการเต้นของหัวใจลดลงน้อยกว่า กลุ่มควบคุม และจำนวนวันนอนโรงพยาบาลลดลงด้วย การฟังเพลง ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกสงบและผ่อนคลายเนื่องจากเกิด binaural beats

คือ เสียงเสียงหนึ่งที่ทำให้เกิดคลื่น 2 คลื่นที่มีความถี่แตกต่างกันของหูแต่ละข้าง เมื่อหูเราได้ยินก็จะเกิดการประสานหรือ synchronize กันในสมองจนเกิดเป็นคลื่นที่ 3 มีชื่อเรียกว่า alpha state ช่วยปรับคลื่นสมอง ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในเรื่องของความคิด ความรู้สึก อารมณ์ต่าง ๆ มากมาย ทำให้สมองผ่อนคลาย สำหรับการศึกษาในครั้งนี้ ผู้วิจัยได้บูรณาการหลายวิธีร่วมกัน รวมถึงการมุ่งเน้นสัมพันธภาพระหว่างพยาบาลกับผู้ป่วยด้วย จึงส่งผลต่อการลดความวิตกกังวลอย่างมีนัยสำคัญ

กล่าวโดยสรุปทฤษฎีสัมพันธภาพระหว่างบุคคลของ Peplau สามารถนำมาใช้เป็นกรอบแนวคิดในการพัฒนาโปรแกรมลดความวิตกกังวลก่อนผ่าตัด ในผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าได้เป็นอย่างดี เพราะผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียมในครั้งแรกจะขาดความรู้และความเข้าใจ ไม่มีประสบการณ์ ไม่ทราบข้อมูลเกี่ยวกับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียม ทำให้เกิดความวิตกกังวล

สรุปและข้อเสนอแนะ

ผลการวิจัยครั้งนี้พบว่า การได้รับโปรแกรมลดความวิตกกังวลก่อนผ่าตัดในผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่านั้นมีประสิทธิภาพช่วยให้ผู้ป่วยมีระดับความวิตกกังวลลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001

ข้อเสนอแนะสำหรับการศึกษาวิจัยต่อไปคือ ควรมีการศึกษาในกลุ่มตัวอย่างที่มีขนาดใหญ่ขึ้น เป็นกลุ่มตัวอย่างจากโรงพยาบาลหลากหลายระดับและหลากหลายภูมิภาค เพื่อสามารถอ้างอิงผลการวิจัยได้ครอบคลุมกลุ่มประชากร รวมทั้งควรมีการศึกษาโดยไขกลุ่มทดลองเปรียบเทียบกับกลุ่มควบคุมเพื่อยืนยันประสิทธิภาพของโปรแกรม

สำหรับข้อเสนอแนะเชิงปฏิบัติการพยาบาล ควรมีการประเมินด้านจิตสังคมก่อนการผ่าตัด ซึ่งควรเป็นแนวปฏิบัติการพยาบาลก่อนการผ่าตัด ผู้ป่วยทุกรายควรได้รับโปรแกรมการลดความวิตกกังวลก่อนผ่าตัด อีกทั้งควรมีการฝึกอบรม

เชิงปฏิบัติการแก่บุคลากรก่อนที่จะมีการให้โปรแกรมการลดความวิตกกังวลแก่ผู้ป่วยก่อนผ่าตัด เพื่อให้บุคลากรมีทักษะในการให้คำปรึกษา มีความมั่นใจในความสามารถของตนเอง (self-efficacy) ในการให้คำปรึกษาและการดำเนินกิจกรรมตามโปรแกรมนี้ สามารถนำความรู้และทักษะไปใช้ในการปฏิบัติการทางคลินิกต่อไป

References

1. Kankayant C, Charoennukul A, Wayo W. Delaying Knee osteoarthritis prior to advancing age. Ramathibodi Nursing Journal. 2020;26(1):5-17. (in Thai).
2. World Health Organization. Rheumatoid arthritis [Internet]. Geneva: WHO; 2020 [cited 2022 Feb 12]. Available from: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/rheumatoid-arthritis>.
3. Sroisong S, Rueankon A, Fuongtong P, Srathong P. Nursing care for elderly people with knee osteoarthritis. Region 11 Medicine Journal. 2019; 33(2):197-210. (in Thai).
4. Alattas SA, Smith T, Bhatti M, Wilson-Nunn D, Donell S. Greater pre-operative anxiety, pain and poorer function predict a worse outcome of a total knee arthroplasty. Knee Surg Sports Traumatol Arthrosc. 2017;25(11):3403-10. doi: 10.1007/s00167-016-4314-8.
5. Duivenvoorden T, Vissers MM, Verhaar JAN, Busschbach JJV, Gosens T, Bloem RM, et al. Anxiety and depressive symptoms before and after total hip and knee arthroplasty: a prospective multicentre study. Osteoarthritis Cartilage. 2013; 21(12):1834-40. doi: 10.1016/j.joca.2013.08.022.

7. Meesomboon S. Factors related to anxiety in conscious patients during orthopedic surgery [master's thesis]. Chonburi: Burapha University; 2014. 106 p. (in Thai).
8. Ho CJ, Chen YT, Wu HL, Huang HT, Lin SY. The effects of a patient-specific integrated education program on pain, perioperative anxiety, and functional recovery following total knee replacement. *J Pers Med*. 2022;12(5):719. doi: 10.3390/jpm12050719.
9. Senn JF. Peplau's theory of interpersonal relations: application in emergency and rural nursing. *Nurs Sci Q*. 2012;26(1):31-5. doi: 10.1177/0894318412466744.
10. Britteon P, Cullum N, Sutton M. Association between psychological health and wound complications after surgery. *Br J Surg*. 2017;104(6):769-76. doi: 10.1002/bjs.10474.
11. Pongsaisopon N, Promsaka Na Sakolnakorn P. Effectiveness of a brief intervention on anxiety relief in patients preparing for surgery at counseling unit, Udon Thani Hospital. *Udonthani Hospital Medical Journal*. 2022;30(2):207-15. (in Thai).
12. Polkaew J, Rodpal J. A result of preparation program of knee replacement surgery to an anxiety of the elderly patients with knee osteoarthritis. *Journal of Preventive Medicine Association of Thailand*. 2017;7(3):251-61. (in Thai).
13. Deukhantod C, Somanusorn S, Kangchai W. Effect of promoting relaxation program by using dharma music and aromatherapy for sleep quality of elderly in social welfare development center for older persons. *Journal of Boromarajonani College of Nursing, Bangkok*. 2016;32(1):15-30. (in Thai).
14. Nargiz Koşucu S, Şelimen D. Effects of music and preoperative education on coronary artery bypass graft surgery patients' anxiety. *J Perianesth Nurs*. 2022;37(6):807-14. doi: 10.1016/j.jopan.2021.12.002.
15. Iemphong L, Chaiyakit P. The effects of preoperative program on anxiety and postoperative recovery of total knee arthroplasty patients. *Vajira Nursing Journal*. 2018;20(2):33-41. (in Thai).
16. Jung K-H, Park J-H, Ahn J-W, Park K-B. Surgery-related anxiety on geriatric patients undergoing total knee arthroplasty: a retrospective observational study. *BMC Musculoskelet Disord*. 2023;24(1):161. doi: 10.1186/s12891-023-06252-w.
17. Train the Brain Forum Committee. Thai Mental State Examination (TMSE). *Siriraj Hospital Gazette*. 1993;45(6):359-74. (in Thai).
18. Spielberger CD. State-trait anxiety inventory for adultsTM. Menlo Park, CA: Mind Garden, Inc.; 1983 [cited 2022 Mar 1]. Available from: <https://www.mindgarden.com/145-state-trait-anxiety-inventory-for-adults>.
19. Thapinta D. Reducing the anxiety of staff nurses who care for AIDS patients by changing their mindset and mindfulness practice [master's thesis]. Bangkok: Chulalongkorn University; 1992. 109 p. (in Thai).



Social Determinants of Health in Predicting Quality of Life in Patients with Chronic Obstructive Pulmonary Disease*

Kannika Thapthimklang, RN, MNS¹, Warunee Phligbua, RN, PhD¹, Doungrut Wattanakitkrileart, RN, DNS¹

Abstract

Purpose: This study aimed to study the predictive power of Social Determinants of Health (SDH) in predicting quality of life in patients with chronic obstructive pulmonary disease (COPD).

Design: A cross-sectional research design.

Methods: The sample included 126 patients with COPD who had follow-up visits at the outpatient department of a tertiary hospital in Saraburi province. Data were collected using a Demographic Data Questionnaire, the Short Version of the European Health Literacy Survey, the Risky Environment Induces Acute Exacerbations in COPD Questionnaire, the Global Physical Activity Questionnaire, the COPD Anxiety Questionnaire, the Barriers to Receiving Care Questionnaire, and the COPD Assessment Test. Descriptive statistics and stepwise multiple regression were used for the data analysis.

Main findings: Good overall quality of life was found 69.8% in patients with COPD. Significant predictors of quality of life in COPD patients included anxiety regarding COPD ($\beta = .43$, $p < .001$), health literacy ($\beta = -.21$, $p < .01$), and physical activity ($\beta = .19$, $p = .013$) respectively. All three variables could account for 36.3% of the variance explained in quality of life among COPD patients (adjusted $R^2 = .36$).

Conclusion and recommendations: Anxiety regarding COPD, health literacy, and physical activity can predict quality of life in patients with COPD. The findings recommend that nurses encourage patients to obtain health information from reliable sources specific to their conditions, engage in regular exercise, and reduce anxiety by providing information on exacerbation prevention and management in cases of exacerbation to improve the quality of life in patients with COPD.

Keywords: chronic obstructive pulmonary disease, quality of life, social determinants of health

Nursing Science Journal of Thailand. 2024;42(4):53-67

Corresponding Author: Assistant Professor Warunee Phligbua, Faculty of Nursing, Mahidol University, Bangkok 10700, Thailand; e-mail: warunee.phl@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

Received: 31 August 2024 / Revised: 5 November 2024 / Accepted: 14 November 2024



ปัจจัยสังคมกำหนดสุขภาพในการทำนาย คุณภาพชีวิตผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง*

กรรณิการ์ ทับทิมกลาง, พย.ม.¹ วารุณี พลิกบัว, ประ.ด.¹ ดวงรัตน์ วัฒนกิจไกรเลิศ, พย.ด.¹

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์: เพื่อศึกษาอำนาจการทำนายของปัจจัยสังคมกำหนดสุขภาพ ในการทำนายคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

รูปแบบการวิจัย: การวิจัยแบบตัดขวาง

วิธีดำเนินการวิจัย: กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่มาติดตามการรักษาในแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลระดับตติยภูมิแห่งหนึ่งในจังหวัดสระบุรี จำนวน 126 ราย เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบสอบถามความรอบรู้ด้านสุขภาพ แบบสอบถามสิ่งแวดล้อมที่เสี่ยงต่อการกำเริบของโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง แบบสอบถามการปฏิบัติกิจกรรมทางกาย แบบสอบถามความวิตกกังวลเกี่ยวกับโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง แบบสอบถามอุปสรรคในการรับการรักษา และแบบสอบถามคุณภาพชีวิตผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา และสถิติถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน

ผลการวิจัย: กลุ่มตัวอย่างมีคุณภาพชีวิตผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในระดับดี ร้อยละ 69.8 ตัวแปรที่สามารถอธิบายความผันแปรของคุณภาพชีวิตผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ มีเพียง 3 ตัวแปร คือ ความวิตกกังวลเกี่ยวกับโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ($\beta = .43, p < .001$) ความรอบรู้ด้านสุขภาพ ($\beta = -.21, p < .01$) และการปฏิบัติกิจกรรมทางกาย ($\beta = .19, p = .013$) ซึ่งสามารถร่วมกันอธิบายความผันแปรของคุณภาพชีวิตผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ได้ร้อยละ 36.3 (adjusted $R^2 = .36$)

สรุปและข้อเสนอแนะ: ความวิตกกังวลเกี่ยวกับโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ความรอบรู้ด้านสุขภาพ และการปฏิบัติกิจกรรมทางกาย สามารถทำนายคุณภาพชีวิตผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังได้ พยาบาลควรส่งเสริมให้ผู้ป่วยสามารถค้นหาข้อมูลทางสุขภาพจากแหล่งข้อมูลที่เชื่อถือได้ เหมาะสมกับสถานะของผู้ป่วย สามารถปฏิบัติกิจกรรมทางกายอย่างสม่ำเสมอ และลดความวิตกกังวล โดยให้ข้อมูลการป้องกันการกำเริบของโรค รวมทั้งการจัดการตนเองเมื่อเกิดอาการกำเริบ เพื่อคุณภาพชีวิตที่ดีของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

คำสำคัญ: โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง คุณภาพชีวิต ปัจจัยสังคมกำหนดสุขภาพ

Nursing Science Journal of Thailand. 2024;42(4):53-67

ผู้ประสานงานการเผยแพร่: ผู้ช่วยศาสตราจารย์วารุณี พลิกบัว, คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล บางกอกน้อย กรุงเทพฯ 10700, e-mail: warunee.phl@mahidol.ac.th

* วิทยานิพนธ์หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

¹ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

วันที่รับบทความ: 31 สิงหาคม 2567 / วันที่แก้ไขบทความเสร็จ: 5 พฤศจิกายน 2567 / วันที่ตอบรับบทความ: 14 พฤศจิกายน 2567

ความสำคัญของปัญหา

โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง (Chronic Obstructive Pulmonary Disease, COPD) เป็นโรคที่มีอาการในระบบทางเดินหายใจเรื้อรัง มักมีอาการหายใจลำบาก ไอ มีเสมหะ เนื่องจากความผิดปกติของระบบทางเดินหายใจ ถุงลม และหลอดลมมีการอุดตัน ซึ่งเกิดขึ้นแบบเรื้อรัง การฟื้นกลับไม่เต็มที่ และมีการดำเนินของโรคก้าวหน้าขึ้นเรื่อย ๆ อย่างต่อเนื่อง¹ โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง เป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับ 3 ของประชากรโลก มีผู้เสียชีวิต 3.23 ล้านคนในปี ค.ศ. 2019 และคาดการณ์ว่าจะเพิ่มขึ้นถึง 5.4 ล้านคน ในปี ค.ศ. 2060¹ สำหรับประเทศไทยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังเป็นสาเหตุการเสียชีวิตเป็นอันดับที่ 5 ของประชากรทั้งหมด²

โรคปอดอุดกั้นเรื้อรังไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ เป้าหมายในการรักษาและการจัดการโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง คือ การทำให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีแม้จะเจ็บป่วยเรื้อรัง ซึ่งหมายถึงการลดผลกระทบซึ่งเกิดจากอาการและการกำเริบของโรค¹ การที่จะลดผลกระทบดังกล่าวได้ ไม่ได้ขึ้นกับปัจจัยระดับบุคคล ปัจจัยทางพันธุกรรมหรือสรีรวิทยา หรือปัจจัยเชิงพฤติกรรมจากการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยเท่านั้น แต่ยังขึ้นกับปัจจัยทางด้านสังคมและสิ่งแวดล้อมด้วย ซึ่งเป็นปัจจัยที่สำคัญมีอิทธิพลต่อภาวะสุขภาพและคุณภาพชีวิตผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

คุณภาพชีวิต เป็นผลลัพธ์ทางสุขภาพที่สำคัญของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง เป็นการรับรู้ถึงผลกระทบที่เกิดจากความถี่และความรุนแรงของอาการหายใจลำบาก ไอ มีเสมหะ รวมถึงอาการเหนื่อยล้า การนอนไม่หลับ การทำกิจกรรมได้จำกัด ซึ่งรบกวนการดำรงชีวิตประจำวัน การทำหน้าที่ทางสังคม และความผาสุกของผู้ป่วย³ การศึกษาคุณภาพชีวิตที่ผ่านมาพบว่าคุณภาพชีวิตผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังอยู่ในระดับปานกลางถึงไม่ดี⁴⁻⁷ และส่วนใหญ่มุ่งเน้นศึกษาปัจจัยส่วนบุคคล พฤติกรรมของผู้ป่วยและปัจจัยทางชีววิทยา ต่างจากแนวคิด

ปัจจัยสังคมกำหนดสุขภาพ (Social Determinants of Health, SDH) ขององค์การอนามัยโลก⁸ ซึ่งมีความเชื่อว่าการเกิดโรค การควบคุมโรค การดูแลสุขภาพประชาชนเพื่อป้องกันการเจ็บป่วย หรือเมื่อเจ็บป่วยแล้ว ไม่ได้เกิดจากปัจจัยระดับบุคคล ปัจจัยทางพันธุกรรมหรือสรีรวิทยาหรือปัจจัยเชิงพฤติกรรมเพียงอย่างเดียว แต่ยังขึ้นกับปัจจัยทางด้านสังคมและสิ่งแวดล้อมด้วย

จากการทบทวนวรรณกรรมปัจจัยสังคมกำหนดสุขภาพที่คาดว่าจะมีผลต่อคุณภาพชีวิตผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ประกอบด้วย ปัจจัยสถานภาพทางเศรษฐกิจสังคม ได้แก่ ความรอบรู้ด้านสุขภาพและรายได้ และปัจจัยตัวกลางหรือปัจจัยส่งผ่านสุขภาพ ได้แก่ สิ่งแวดล้อมที่เสี่ยงต่อการกำเริบของโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง การปฏิบัติกิจกรรมทางกาย ความวิตกกังวลเกี่ยวกับโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง และอุปสรรคในการรับการรักษา ซึ่งอธิบายได้ ดังนี้

ความรอบรู้ด้านสุขภาพ (health literacy) ในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง หมายถึง การที่ผู้ป่วยสามารถสืบค้น เข้าใจ ตัดสินใจ ประยุกต์ใช้ข้อมูลเพื่อที่จะปฏิบัติตามแผนการรักษาที่ซับซ้อนได้ ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังจัดอยู่ในกลุ่มประชากรที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพต่ำ⁹ มีความรอบรู้ด้านสุขภาพไม่เพียงพอและจำกัด ร้อยละ 64.6 และ 28.9 ตามลำดับ¹⁰ ความรอบรู้ด้านสุขภาพ มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิต ($r = -.21, p < .01$) หรือผู้ป่วยที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพมาก จะมีคุณภาพชีวิตดี และทำนายคุณภาพชีวิตผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังได้ ($\beta = -.08, p < .01$)⁶ ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพไม่เพียงพอ จะมีการของโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังรุนแรงมากกว่าผู้ที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพเพียงพอ 1.80 เท่า ($OR = 1.80, 95\%CI [1.11, 2.92], p < .05$)¹⁰ ส่งผลให้คุณภาพชีวิตลดลง นอกจากนี้ การศึกษาที่ผ่านมาส่วนใหญ่เป็นการศึกษาในต่างประเทศ ในประเทศไทยยังไม่พบการศึกษาความรอบรู้ด้านสุขภาพต่อคุณภาพชีวิตผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

รายได้ หมายถึง ความเพียงพอของรายได้ การศึกษาในประเทศจีนพบว่า ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่มีรายได้สูงจะมีความสามารถในการเข้าถึงระบบสุขภาพได้มากกว่าได้รับยาและการรักษาที่ดีกว่าผู้ที่มีรายได้น้อย และมีคุณภาพชีวิตดีกว่าผู้ที่มีรายได้น้อย 249 เท่า (OR = 2.49, 95%CI [1.15, 5.39], $p < .01$)⁷ ในขณะที่ผู้ป่วยในประเทศตุรกีที่มีรายได้น้อยฐานะยากจน จะมีอาการของโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังรุนแรงมากกว่าผู้ที่มีรายได้สูง 274 เท่า (OR = 2.74, 95%CI [1.41, 5.38], $p < .01$)¹⁰ แตกต่างจากการศึกษาในประชากรชาวจอร์แดนของ Assaf และคณะ¹¹ พบว่ารายได้ไม่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ($p > .05$) แต่อย่างไรก็ตาม การศึกษาที่ผ่านมาส่วนใหญ่เป็นการศึกษาในต่างประเทศที่มีความแตกต่างของบริบทด้านเศรษฐกิจ และยังไม่พบการศึกษาในประเทศไทยซึ่งมีปัญหาความเหลื่อมล้ำทางสังคมค่อนข้างสูง

สิ่งแวดล้อมที่เสี่ยงต่อการกำเริบของโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง หมายถึง สิ่งแวดล้อมทางชีวภาพและกายภาพที่มีผลต่ออาการกำเริบเฉียบพลันในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง การสัมผัสฝุ่น PM 2.5 มากกว่า $8232 \mu\text{g}/\text{m}^3$ และ PM 10 มากกว่า $42.89 \mu\text{g}/\text{m}^3$ เพิ่มความเสี่ยงต่อการกำเริบของโรค 10.14 เท่า (OR = 10.14, 95%CI [2.10, 48.79], $p < .01$) และ 4.12 เท่า (OR = 4.12, 95%CI [1.51, 11.21], $p < .01$) ตามลำดับ การเพิ่มขึ้นของ PM 2.5 และ PM 10 ทุก ๆ $1 \mu\text{g}/\text{m}^3$ เพิ่มความเสี่ยงในการกำเริบของโรค ร้อยละ 1.8 และร้อยละ 1 ตามลำดับ¹² นอกจากนี้ การสัมผัสกับ PM 10 ในช่วงหมอกควันตามฤดูกาลส่งผลให้ประสิทธิภาพการทำงานของปอดและคุณภาพชีวิตลดลงอย่างมีนัยสำคัญ ($p < .01$)¹³ ประวัติการสูบบุหรี่ไม่มีผลต่อการกำเริบของโรค ($p > .05$) แต่การได้รับควันบุหรี่มือสองมีผลต่อการกำเริบของโรค ($p < .05$)¹² แตกต่างจากการศึกษาของ กนกวรรณ อนุศักดิ์ และคณะ¹⁴ พบว่าควันบุหรี่มือสอง ควันไฟจากการเผาบริเวณพื้นที่รอบบ้าน การจุดธูป ไม่มีความสัมพันธ์กับการกำเริบของโรค ($p > .05$) จะเห็นได้ว่า ผลการศึกษาที่ผ่านมา

ยังมีข้อขัดแย้งกัน และส่วนใหญ่ศึกษาแต่ละปัจจัยที่มีผลต่อการกำเริบของโรค¹²⁻¹⁴ ยังไม่พบการศึกษาปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมที่ครอบคลุมทุกปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

การปฏิบัติกิจกรรมทางกาย (physical activity) หมายถึง การที่บุคคลเคลื่อนไหวร่างกายทุกรูปแบบที่ไม่ใช่การนั่งและการนอน ภายใต้บริบทวัฒนธรรมที่แตกต่างกัน โดยได้รับอิทธิพลจากความสนใจพิเศษเฉพาะบุคคล ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่ปฏิบัติกิจกรรมทางกายระดับหนึ่งจะมีความเสี่ยงต่อการกำเริบของโรคลดลง ร้อยละ 54 (OR = 0.46, 95%CI [.22, .97]) การเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลลดลง ร้อยละ 79 (OR = .21, 95%CI [.09, .55]) ความเสี่ยงการเสียชีวิตจากทุกสาเหตุลดลง ร้อยละ 93 (OR = .07, 95%CI [.01, .55]) การเสียชีวิตจากระบบทางเดินหายใจลดลง ร้อยละ 84 (OR = .16, 95%CI [.02, 1.47]) และมีคุณภาพชีวิตดีกว่าผู้ป่วยที่มีการปฏิบัติกิจกรรมทางกายต่ำ ($p < .001$)¹⁵ สอดคล้องกับการศึกษาของ Fazekas-Pongor และคณะ⁵ พบว่าผู้ป่วยที่ปฏิบัติกิจกรรมทางกายมากกว่าหรือเท่ากับ 2 ครั้งต่อสัปดาห์ มีคุณภาพชีวิตดีกว่าผู้ป่วยที่ปฏิบัติกิจกรรมน้อยกว่า ($r = -.18$, $p < .01$) และการปฏิบัติกิจกรรมทางกายสามารถทำนายคุณภาพชีวิตผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังได้ ($\beta = -.14$, $p < .01$) แต่อย่างไรก็ตาม การศึกษาที่ผ่านมาส่วนใหญ่ศึกษาในต่างประเทศ^{5,15} ในประเทศไทยยังไม่พบการศึกษาการปฏิบัติกิจกรรมทางกายต่อคุณภาพชีวิตผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

ความวิตกกังวลเกี่ยวกับโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง หมายถึง สภาวะอารมณ์ที่ไม่พึงปรารถนาที่รับรู้ว่าจะเกิดเหตุการณ์หรือสิ่งคุกคามที่เป็นอันตรายต่อตนเอง ความวิตกกังวลและความกลัวเป็นคำที่ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังใช้อธิบายถึงภาวะวิตกกังวลที่เกิดขึ้นกับตนเอง ความวิตกกังวลและความกลัวมีความเกี่ยวเนื่องกันสามารถอธิบายจากความไวต่อความวิตกกังวล (anxiety sensitivity) คือ ความกลัวต่อ

อาการต่าง ๆ ที่สัมพันธ์กับประสบการณ์ความวิตกกังวล เช่น หายใจเร็ว หัวใจเต้นเร็ว เป็นต้น จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าความวิตกกังวลเกี่ยวกับโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ประกอบด้วย ความกลัวการถูกแยกตัวจากสังคม ความกลัวอาการหายใจลำบาก ความกลัวการปฏิบัติกิจกรรมทางกาย ความกลัวความก้าวหน้าของโรค และอาการนอนไม่หลับเนื่องจากวิตกกังวล¹⁶ Mou และคณะ¹⁷ พบว่าผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่มีความวิตกกังวลเกี่ยวกับโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังจะมีอาการแสบ มีอาการกำเริบของโรคบ่อย และมีคุณภาพชีวิตไม่ดี สอดคล้องกับการศึกษาของ Aldhahi และคณะ⁴ พบว่าผู้ป่วยที่มีความวิตกกังวลสูง จะมีความสามารถในการทำกิจกรรมลดลง และมีคุณภาพชีวิตแย่กว่าผู้ที่ไม่มีความวิตกกังวลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .01$) แต่อย่างไรก็ตาม การศึกษาความวิตกกังวลเกี่ยวกับโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังยังมีน้อย ส่วนใหญ่ศึกษาในต่างประเทศ เป็นการศึกษาความวิตกกังวลทั่วไป ไม่เฉพาะเจาะจงกับความวิตกกังวลเกี่ยวกับโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง^{4,16-17} และยังไม่พบการศึกษาในประเทศไทย

อุปสรรคในการรับการรักษา หมายถึง เหตุการณ์ที่ทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถมารับการรักษาได้ ได้แก่ อุปสรรคด้านเวลา การเดินทาง ค่าใช้จ่าย และความเชื่อ¹⁸ Adeyemi และคณะ¹⁹ พบว่าผู้ป่วยที่ไม่มียานพาหนะในการเดินทางมารับการรักษา และไม่สามารถจ่ายค่าบริการสาธารณสุขได้ จะมีข้อจำกัดในการทำกิจกรรม 9.40 เท่า ($OR = 9.40, 95\%CI [5.94, 14.89]$) และ 2.52 เท่า ($OR = 2.52, 95\%CI [2.08, 3.06]$) ตามลำดับ ส่งผลให้คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยลดลง แตกต่างกับการศึกษาของดวงรัตน์ วัฒนกิจไกรเลิศ และคณะ¹⁸ พบว่าอุปสรรคในการรับการดูแลไม่มีผลต่อความร่วมมือในการใช้ยา ($p > .05$) ผู้ป่วยที่ร่วมมือในการใช้ยาจะสามารถควบคุมโรคได้ ส่งผลให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดี การศึกษาอุปสรรคในการรับการรักษา ยังมีน้อย การศึกษาส่วนใหญ่ศึกษาในต่างประเทศซึ่งมีบริบท สังคม วัฒนธรรม และระบบประกันสุขภาพที่แตกต่างกัน เป็นการศึกษาปัจจัยด้านความยากลำบากในการมารับบริการ

ซึ่งยังไม่ครอบคลุมอุปสรรคในการมารับการรักษาในทุกด้าน¹⁹ ในประเทศไทยยังไม่พบการศึกษาอุปสรรคในการรับการรักษาต่อคุณภาพชีวิตผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง¹⁸

จากการทบทวนวรรณกรรมสามารถสรุปได้ว่า ปัจจัยด้านรายได้ ความรอบรู้ด้านสุขภาพ สิ่งแวดล้อมที่เสี่ยงต่อการกำเริบของโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง และอุปสรรคในการรับการรักษา มีผลการศึกษาไม่เป็นไปในทิศทางเดียวกัน การศึกษาส่วนใหญ่เป็นการศึกษาในต่างประเทศ ซึ่งมีบริบท เศรษฐกิจ สังคม และสิ่งแวดล้อมที่แตกต่างกัน จึงยังไม่สามารถสรุปได้ว่าปัจจัยเหล่านั้นส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในประเทศไทยหรือไม่ สำหรับการศึกษาค้นคว้าความวิตกกังวลเกี่ยวกับโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังยังมีน้อย และยังไม่พบการศึกษานี้ในประเทศไทย การศึกษาการปฏิบัติกิจกรรมทางกายยังมีจำกัด ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาปัจจัยสังคมกำหนดสุขภาพดังกล่าวในการทำนายคุณภาพชีวิตผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ผลการศึกษาที่ได้จะเป็นข้อมูลพื้นฐานในการส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อศึกษาอำนาจทำนายของปัจจัยสังคมกำหนดสุขภาพ ได้แก่ ความรอบรู้ด้านสุขภาพ รายได้ สิ่งแวดล้อมที่เสี่ยงต่อการกำเริบของโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง การปฏิบัติกิจกรรมทางกาย ความวิตกกังวลเกี่ยวกับโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง และอุปสรรคในการรับการรักษา ต่อคุณภาพชีวิตผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

สมมติฐานการวิจัย

ปัจจัยสังคมกำหนดสุขภาพ ได้แก่ ความรอบรู้ด้านสุขภาพ รายได้ สิ่งแวดล้อมที่เสี่ยงต่อการกำเริบของโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง การปฏิบัติกิจกรรมทางกาย ความวิตกกังวลเกี่ยวกับโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง และอุปสรรคในการรับการรักษา สามารถทำนายคุณภาพชีวิตผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังได้

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบตัดขวาง (a cross-sectional research design)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้คือ ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง อายุ 40 ปีขึ้นไป ทั้งเพศชายและเพศหญิง ที่มาตรวจติดตามการรักษาที่คลินิกโรคปอดและทรวงอก คลินิกอายุรกรรมทั่วไป โรงพยาบาลระดับตติยภูมิแห่งหนึ่งในจังหวัดสระบุรี เลือกกลุ่มตัวอย่างแบบสะดวก (convenience sampling) โดยมีเกณฑ์การคัดเลือก ดังนี้ ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังอย่างน้อย 3 เดือน โดยการตรวจสมรรถภาพปอดโดยใช้ spirometer มีค่า FEV1/FVC < 0.7 อายุ 40 ปีขึ้นไป สามารถสื่อสารเข้าใจ โดยใช้ภาษาไทย มีการรู้คิดปกติ โดยผู้ที่มีอายุมากกว่าหรือเท่ากับ 60 ปีขึ้นไปประเมินการรู้คิด Mini-Cog ฉบับภาษาไทย ได้คะแนนมากกว่าหรือเท่ากับ 3 คะแนน ไม่เป็นโรคจิตเวช ที่อยู่ในระยะการกำเริบของโรค และโรคร่วมที่มีอาการรุนแรง

การศึกษานี้คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป G*Power กำหนดค่าอำนาจการทดสอบ (power of test) ที่ระดับ .80 และกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติ (significance level, α) ที่ระดับ .05 คำนวณค่าขนาดอิทธิพล (effect size) โดยใช้งานวิจัยของ Fazekas-Pongor และคณะ⁵ ในคู่ความสัมพันธ์ระหว่างการปฏิบัติกิจกรรมทางกายและคุณภาพชีวิตผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ได้ค่า $r = .32$ และค่าขนาดอิทธิพล (f^2) = .11 คำนวณกลุ่มตัวอย่างโดยใช้สถิติถดถอยเชิงเส้นพหุคูณ (multiple linear regression) ได้กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ 126 ราย เก็บข้อมูลตั้งแต่เดือนมกราคมถึงเมษายน พ.ศ. 2567

เครื่องมือการวิจัย

การศึกษาค้นคว้าแบ่งเครื่องมือการวิจัยออกเป็น 2 ส่วน ดังนี้ ส่วนที่ 1 แบบคัดกรองเพื่อประเมินการรู้คิด Mini-Cog

(ฉบับภาษาไทย) แปลเป็นฉบับภาษาไทยโดย สุภาพร ตรงสกุล และคณะ²⁰ ประกอบด้วย 2 ส่วน คือ 1) การทดสอบความจำระยะสั้น การทวนซ้ำคำ 3 คำ คะแนนเต็ม 3 คะแนน และ 2) การทดสอบสมรรถภาพสมองขั้นสูง โดยวาดนาฬิกาชี้บอกเวลา คะแนนเต็ม 2 คะแนน คะแนนรวมน้อยกว่า 3 คะแนน หมายถึง มีภาวะบกพร่องทางการรู้คิด

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลและประวัติการเจ็บป่วย ประกอบด้วยอายุ เพศ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษาสูงสุด อาชีพ สิทธิการรักษา รายได้ของผู้ป่วยและครอบครัว ความพอเพียงของรายได้ ประวัติการสูบบุหรี่และระยะเวลาที่สูบบุหรี่โรคประจำตัว ระยะเวลาที่ได้รับการวินิจฉัยระดับความรุนแรงของโรค การเกิดอาการกำเริบ ประวัติการใช้ยา และผลการตรวจสมรรถภาพปอดเพื่อวินิจฉัยแยกโรค

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามปัจจัยสังคมกำหนดสุขภาพในการทำนายคุณภาพชีวิตผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

1) แบบสอบถามความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Short versions of the European Health Literacy Survey, HLS-EU-Q16) พัฒนาโดย Sørensen และคณะ²¹ แปลเป็นภาษาไทยโดย ดารณี ธนุแก้ว และคณะ²² โดยมีกระบวนการแปลและแปลย้อนกลับ ประกอบด้วย ข้อคำถาม 16 ข้อ เป็นมาตรประมาณค่า 5 ระดับ คะแนน = 0 หมายถึง ยากมาก คะแนน = 1 หมายถึง ง่ายมาก โดยคะแนนรวมอยู่ในช่วง 0-16 คะแนน โดยแบ่งคะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพเป็น 3 ระดับ ได้แก่ 0-8 คะแนน หมายถึง มีความรอบรู้ด้านสุขภาพไม่เพียงพอ 9-12 คะแนน หมายถึง มีความรอบรู้ด้านสุขภาพที่จำกัด และ 13-16 คะแนน หมายถึง มีความรอบรู้ด้านสุขภาพที่เพียงพอ

2) แบบสอบถามสิ่งแวดล้อมที่เสี่ยงต่อการกำเริบของโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง พัฒนาโดยผู้วิจัย จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับสิ่งแวดล้อมที่เสี่ยงต่ออาการกำเริบของโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง มีข้อคำถามทั้งหมด 8 ข้อ เป็นมาตรประมาณค่า 5 ระดับ คะแนน = 1 หมายถึง ไม่เคยสัมผัสสิ่งแวดล้อมนั้นเลย

คะแนน = 5 หมายถึง สัมผัสสิ่งแวดล้อมนั้นเป็นประจำทุกวัน โดยคะแนนรวมอยู่ในช่วง 8-40 คะแนน โดยแบ่งคะแนนสิ่งแวดล้อมที่เสี่ยงต่อการกำเริบของโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง เป็น 3 ระดับ ได้แก่ 8-18 คะแนน หมายถึง สัมผัสระดับน้อย 19-29 คะแนน หมายถึง สัมผัสระดับปานกลาง และ 30-40 คะแนน หมายถึง สัมผัสระดับมาก

3) แบบสอบถามการปฏิบัติกิจกรรมทางกาย (Global Physical Activity Questionnaire, GPAQ version 2) พัฒนาโดยองค์การอนามัยโลก²³ แปลเป็นภาษาไทยโดยกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข มีข้อคำถาม 16 ข้อ แบ่งเป็น 4 รูปแบบ ได้แก่ การปฏิบัติกิจกรรมทางกายจากการทำงาน การเดิน นันทนาการ และพฤติกรรมเนือยนิ่ง 2) ระดับความหนักของการปฏิบัติกิจกรรมทางกาย 3) ความถี่ และ 4) ระยะเวลา หลังจากนั้นนำค่าคะแนนทั้งหมดมาคำนวณพลังงานรวมของการปฏิบัติกิจกรรมทางกายต่อหนึ่งสัปดาห์ มีหน่วยเป็น MET-นาฬิกา/สัปดาห์ (total metabolic equivalent minutes per week, total MET-min/wk.) โดยคำนวณเฉพาะการปฏิบัติกิจกรรมทางกายที่ออกแรงระดับปานกลางและหนักที่ทำต่อเนื่องอย่างน้อยครั้งละ 10 นาที ซึ่งมีค่าเท่ากับจำนวนนาฬิกาที่ออกแรงระดับปานกลางคูณด้วย 4 บวกกับจำนวนนาฬิกาที่ออกแรงระดับหนักคูณด้วย 8 โดยพลังงานรวมสูงกว่าหรือเท่ากับ 600 MET-นาฬิกา/สัปดาห์ หมายถึง มีความร่วมมือในการปฏิบัติกิจกรรมทางกาย กำหนดค่าตัวแปรหุ่นเท่ากับ 0

4) แบบสอบถามความวิตกกังวลเกี่ยวกับโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง (COPD Anxiety Questionnaire, CAF-R) พัฒนาโดย Keil และคณะ¹⁶ แปลเป็นไทยโดยผู้วิจัย โดยมีกระบวนการแปลและแปลย้อนกลับ มีข้อคำถามทั้งหมด 20 ข้อ ประกอบด้วย ความกลัวการถูกแยกตัวจากสังคม ความกลัวอาการหายใจลำบาก ความกลัวการปฏิบัติกิจกรรมทางกาย ความกลัวความก้าวหน้าของโรค และอาการนอนไม่หลับเนื่องจากวิตกกังวล เป็นมาตรฐานประมาณค่า 5 ระดับ คะแนน = 0 หมายถึง ไม่เคยเผชิญกับ

ความรู้สึกนั้นเลย คะแนน = 4 หมายถึง เผชิญกับความรู้สึกนั้นเป็นประจำ โดยคะแนนรวมอยู่ในช่วง 0-80 คะแนน โดยแบ่งคะแนนความวิตกกังวลเกี่ยวกับโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังเป็น 3 ระดับ ได้แก่ 0-26 คะแนน หมายถึง ความวิตกกังวลระดับน้อย 27-53 คะแนน หมายถึง ความวิตกกังวลระดับปานกลาง และ 54-80 คะแนน หมายถึง ความวิตกกังวลระดับมาก

5) แบบสอบถามอุปสรรคในการรับการรักษา พัฒนาโดยดวงรัตน์ วัฒนกิจไกรเลิศ และคณะ¹⁸ ประกอบด้วยข้อคำถามทั้งหมด 12 ข้อ เป็นเหตุการณ์ที่ทำให้ผู้ป่วยไม่สะดวกในการมาพบแพทย์ 4 ด้าน ประกอบด้วย อุปสรรคด้านเวลา ด้านการเดินทาง ด้านค่าใช้จ่าย และด้านความเชื่อ เป็นมาตรฐานประมาณค่า 5 ระดับ คะแนน = 1 หมายถึง ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง คะแนน = 5 หมายถึง เห็นด้วยอย่างยิ่ง โดยคะแนนรวมอยู่ในช่วง 12-60 คะแนน โดยแบ่งคะแนนอุปสรรคในการรับการรักษาเป็น 3 ระดับ ได้แก่ 12-28 คะแนน หมายถึง มีอุปสรรคน้อย 29-44 คะแนน หมายถึง มีอุปสรรคปานกลาง และ 45-60 คะแนน หมายถึง มีอุปสรรคมาก

6) แบบสอบถามคุณภาพชีวิตผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง (COPD Assessment Test, CAT) เป็นการประเมินผลกระทบของโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังต่อการดำเนินชีวิตของผู้ป่วย พัฒนาโดย Jones และคณะ³ แปลเป็นภาษาไทยโดย ชัยชาญ โพธิรัตน์ สุมาลี เกียรติบุญศรี และเจริญ ชูโชติถาวร¹³ ข้อคำถามมีทั้งหมด 8 ข้อ เป็นมาตรฐานประมาณค่า 6 ระดับ คะแนน = 0 หมายถึง ไม่เคยมีอาการ คะแนน = 5 หมายถึง มีอาการเป็นประจำ โดยคะแนนรวมอยู่ในช่วง 0-40 คะแนน แบ่งคะแนนตามการควบคุมโรค และการส่งผลกระทบต่อการใช้ชีวิตของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังเป็น 4 ระดับ ได้แก่ 0-9 คะแนน หมายถึง คุณภาพชีวิตดี 10-20 คะแนน หมายถึง คุณภาพชีวิตปานกลาง 21-30 คะแนน หมายถึง คุณภาพชีวิตไม่ดี และ 31-40 คะแนน หมายถึง คุณภาพชีวิตไม่ดียิ่ง

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

การตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา แบบคัดกรองเพื่อประเมิน

การรู้คิด Mini-Cog แบบสอบถามคุณภาพชีวิตผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง แบบสอบถามความรู้ด้านสุขภาพ และแบบสอบถามการปฏิบัติกิจกรรมทางกาย เป็นเครื่องมือมาตรฐานมีการนำมาใช้อย่างแพร่หลายและมีค่าความเชื่อมั่นในระดับสูง ผู้วิจัยจึงไม่นำมาหาความตรงเชิงเนื้อหา ส่วนแบบสอบถามความวิตกกังวลเกี่ยวกับโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง เป็นเครื่องมือที่ได้รับอนุญาตแปลและปรับใช้ ผู้วิจัยได้ใช้กระบวนการแปลและแปลย้อนกลับ และแบบสอบถามสิ่งแวดล้อมที่เสี่ยงต่อการกำเริบของโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง เป็นเครื่องมือที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นเอง ผู้วิจัยนำแบบสอบถามไปตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity Index, CVI) โดยมีการปรับข้อคำถามบางส่วนและภาษาที่ใช้ให้มีความเหมาะสมตามคำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 คน ได้ค่าความตรงเชิงเนื้อหาเท่ากับ .88 และ .82 ตามลำดับ

การหาค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือ แบบสอบถามความรู้ด้านสุขภาพ แบบสอบถามอุปสรรคในการรับการรักษา แบบสอบถามความวิตกกังวลเกี่ยวกับโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง แบบสอบถามคุณภาพชีวิตผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง และแบบสอบถามสิ่งแวดล้อมที่เสี่ยงต่อการกำเริบของโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ผู้วิจัยได้นำมาทดสอบความเชื่อมั่นกับผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่มีคุณสมบัติเดียวกันกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 ราย โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .87, .91, .81, .87 และ .74 ตามลำดับ และแบบสอบถามการปฏิบัติกิจกรรมทางกาย ผู้วิจัยได้นำมาทดสอบความเชื่อมั่นกับผู้ป่วยกลุ่มเดียวกันด้วยวิธีการทดสอบซ้ำ ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .99 แบบสอบถามทั้งหมดได้รับอนุญาตการใช้จากผู้พัฒนาเครื่องมือการวิจัย

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล (COA No. IRB-NS2023/820.1411) และคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคนโรงพยาบาลสระบุรี (EC052/2566)

การศึกษาดำเนินการตามคำประกาศหลักการและมาตรฐานทางจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ ข้อมูลที่ได้จะถูกเก็บเป็นความลับและนำเสนอเป็นภาพรวม

วิธีเก็บรวบรวมข้อมูล

หลังจากได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคนจากทั้งสองแห่ง ผู้วิจัยขอความอนุเคราะห์จากพยาบาลประจำคลินิกโรคปอดและทรวงอก คลินิกอายุรกรรมทั่วไป ในการประชาสัมพันธ์โครงการวิจัย ผู้ที่สนใจเข้าร่วมโครงการ ผู้วิจัยจะเข้าพบเพื่อผู้วิจัยจะเข้าพบเพื่อตรวจสอบคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนด หลังจากนั้นชี้แจงโครงการ วัตถุประสงค์ของโครงการ และการพิทักษ์สิทธิกลุ่มของตัวอย่าง เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินดีเข้าร่วมการวิจัย ผู้วิจัยจึงให้ลงนามในใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัยก่อนเก็บรวบรวมข้อมูล ใช้ระยะเวลาตอบแบบสอบถามประมาณ 30 นาที สำหรับข้อมูลการเจ็บป่วย ผู้วิจัยขออนุญาตตามระเบียบของโรงพยาบาลในการเก็บรวบรวมจากเวชระเบียน

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ทางสถิติโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป SPSS โดย 1) ข้อมูลส่วนบุคคล ความรู้ด้านสุขภาพ รายได้ สิ่งแวดล้อมที่เสี่ยงต่อการกำเริบของโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง การปฏิบัติกิจกรรมทางกาย ความวิตกกังวลเกี่ยวกับโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง และอุปสรรคในการรับการรักษา โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา (descriptive statistics) 2) วิเคราะห์ความสัมพันธ์ของปัจจัยสังคมกำหนดสุขภาพกับคุณภาพชีวิตผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ด้วยสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's correlation) และ 3) วิเคราะห์อำนาจในการทำนายของปัจจัยสังคมกำหนดสุขภาพในการทำนายคุณภาพชีวิตผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โดยใช้สถิติถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน (stepwise multiple regression) ซึ่งตัวแปรทั้งหมดได้ผ่านการทดสอบและเป็นไปตามข้อตกลงเบื้องต้นของการใช้สถิติ กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ผลการวิจัย

1. ลักษณะทั่วไป กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุ ร้อยละ 80.2 อายุเฉลี่ยที่ 68.83 ปี (SD = 9.72) เป็นเพศชาย ร้อยละ 85.7 สถานภาพสมรส ร้อยละ 85.7 เคยสูบบุหรี่ แต่ปัจจุบันเลิกแล้ว ร้อยละ 68.3 การศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 77.8 ไม่ได้ประกอบอาชีพ ร้อยละ 50.8 สิทธิการรักษา ใช้สิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ร้อยละ 77.8 รายได้เฉลี่ย 10,199.21 บาท (SD = 28,301.07) ประมาณครั้งหนึ่ง (ร้อยละ 54.8) รายได้น้อยกว่า 5,000 บาท ส่วนใหญ่ (ร้อยละ 82.5) รายได้ไม่เพียงพอ

2. ข้อมูลการเจ็บป่วย และการรักษา ระยะเวลาที่ได้รับการวินิจฉัยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังเฉลี่ย 3.93 ปี (SD = 4.38) มีโรคประจำตัว ร้อยละ 76.2 โดยโรคประจำตัวที่พบมากที่สุด ได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 62.7 มีความรุนแรงของโรค อยู่ในระดับปานกลาง (GOLD 2) ร้อยละ 87.3 มีความเสี่ยงต่อการกำเริบของโรคต่ำถึงปานกลาง (กลุ่ม A, B) ร้อยละ 54 ในช่วง 1 ปีที่ผ่านมา มีประวัติการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ร้อยละ 46.03 เฉลี่ย 1.52 ครั้ง (SD = 0.80) และเข้ารับการรักษา ในแผนกฉุกเฉิน ร้อยละ 30.2 เฉลี่ย 1.89 ครั้ง (SD = 1.43) ยารักษาโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่ผู้ป่วยได้รับสูงสุด (ร้อยละ 77)

คือ กลุ่มยา combination short acting β_2 -agonists plus anticholinergic in one device (SABA+SAMA)

3. ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ร้อยละ 69.8 มีคุณภาพชีวิตดี ร้อยละ 54 มีความรอบรู้ด้านสุขภาพเพียงพอ ร้อยละ 83.3 มีการสัมผัสสิ่งแวดล้อมที่เสี่ยงต่อการกำเริบของโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในระดับน้อย ร้อยละ 61.9 มีความร่วมมือในการปฏิบัติกิจกรรมทางกาย ร้อยละ 62.7 มีความวิตกกังวลเกี่ยวกับโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังระดับน้อย ร้อยละ 89.7 มีอุปสรรคในการรับการรักษาในระดับน้อย รายละเอียดคะแนนของแต่ละตัวแปร ดังแสดงในตารางที่ 1

4. ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์โดยใช้สถิติวิเคราะห์ ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน พบว่า ความวิตกกังวลเกี่ยวกับโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ความรอบรู้ด้านสุขภาพ การปฏิบัติกิจกรรมทางกาย รายได้ และอุปสรรคในการมารับการรักษา มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .54, -.42, .30, p < .01$ และ $r = .17, .16, p < .05$ ตามลำดับ) ส่วนสิ่งแวดล้อมที่เสี่ยงต่อการกำเริบของโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ไม่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ($r = .09, p > .05$) ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 1 พิสัย ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการแปลผลของตัวแปรที่ศึกษา (N = 126)

ตัวแปรที่ศึกษา	พิสัยที่เป็นไปได้	พิสัยคะแนนที่ได้	$\bar{X} \pm SD$	การแปลผล
คุณภาพชีวิต ¹	0-40	0-23	7.07 $\pm$ 5.62	คุณภาพชีวิตดี
ความรอบรู้ด้านสุขภาพ	0-16	1-16	11.40 $\pm$ 4.47	จำกัด
สิ่งแวดล้อมที่เสี่ยงต่อการกำเริบของโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง	8-40	8-28	13.09 $\pm$ 4.21	ระดับน้อย
การปฏิบัติกิจกรรมทางกาย (MET-นาที/สัปดาห์)	≥ 0	0-10,080	1,574.92 $\pm$ 1,969.84	มีความร่วมมือ
ความวิตกกังวลเกี่ยวกับโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง	0-80	4-64	23.75 $\pm$ 10.40	ระดับน้อย
อุปสรรคในการรับการรักษา	12-60	12-49	25.12 $\pm$ 5.37	อุปสรรคน้อย

¹ แบบประเมินคะแนนคุณภาพชีวิต คะแนนน้อย หมายถึง คุณภาพชีวิตดี

ตารางที่ 2 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's correlation) ระหว่างปัจจัยสังคมกำหนดสุขภาพต่อคุณภาพชีวิตผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง (N = 126)

ตัวแปร	1	2	3	4	5	6	7
1. ความรอบรู้ด้านสุขภาพ	1						
2. รายได้	-.29**	1					
3. สิ่งแวดล้อมที่เสี่ยงต่อการกำเริบของโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง	-.01	.04	1				
4. การปฏิบัติกิจกรรมทางกาย	-.24**	.06	-.04	1			
5. ความวิตกกังวลเกี่ยวกับโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง	-.36**	< .01	.20*	.15	1		
6. อุปสรรคในการมารับการรักษา	-.27**	.26**	.16*	-.01	.25**	1	
7. คุณภาพชีวิต ¹	-.42**	.17*	.09	.30**	.54**	.16*	1

*p < .05, **p < .01 ¹ แบบประเมินคะแนนคุณภาพชีวิต คะแนนน้อย หมายถึง คุณภาพชีวิตดี

5. ผลการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน (stepwise multiple regression) ตัวแปรที่ไม่ถูกคัดเลือกเข้าสู่สมการ (exclude variables) ได้แก่ รายได้ สิ่งแวดล้อมที่เสี่ยงต่อการกำเริบของโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง และอุปสรรคในการรับการรักษา ตัวแปรที่สามารถอธิบายความผันแปรของคุณภาพชีวิตผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังมีเพียง 3 ตัวแปร

คือ ความวิตกกังวลเกี่ยวกับโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ($\beta = .43$, $p < .001$) ความรอบรู้ด้านสุขภาพ ($\beta = -.21$, $p < .01$) และการปฏิบัติกิจกรรมทางกาย ($\beta = .19$, $p = .013$) ซึ่งทั้ง 3 ตัวแปรสามารถร่วมกันอธิบายความผันแปรของคุณภาพชีวิตผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ได้ร้อยละ 36.3 ($R^2 = .38$, Adjusted $R^2 = .36$, $F_{(3, 122)} = 24.75$, $p < .001$) ดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 การวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน (stepwise multiple regression) ของปัจจัยสังคมกำหนดสุขภาพในการทำนายคุณภาพชีวิตผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง (N = 126)

ตัวแปรทำนาย	B	SE _B	β	t	p-value	95%CI
ค่าคงที่ (constant)	3.74	1.83		2.04	.043	.12, 7.36
ความวิตกกังวลเกี่ยวกับโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง	.24	.04	.43	5.66	< .001	.15, .32
ความรอบรู้ด้านสุขภาพ	-.27	.10	-.21	-2.73	.007	-.46, -.07
การปฏิบัติกิจกรรมทางกาย	2.15	.85	.19	2.53	.013	.47, 3.82

$R = .62$, $R^2 = .38$, Adjusted $R^2 = .36$, $F_{(3, 122)} = 24.75$, $p < .001$

การอภิปรายผล

คุณภาพชีวิตผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนคุณภาพชีวิตเฉลี่ย 7.07 (SD = 5.62) โดยร้อยละ 69.8 มีผลกระทบจากโรคน้อย แสดงถึงมีคุณภาพ

ชีวิตดี สอดคล้องกับการศึกษา Zafar²⁴ พบว่าคุณภาพชีวิตผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังโดยรวมอยู่ในระดับดี แตกต่างจากการศึกษาส่วนใหญ่ที่พบว่าคุณภาพชีวิตผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังอยู่ในระดับปานกลางถึงไม่ดี⁴⁻⁷ อาจเนื่องมาจากกลุ่มตัวอย่าง

ส่วนใหญ่ (ร้อยละ 87.3) มีความรุนแรงของโรคอยู่ในระดับปานกลาง (GOLD 2) มีความเสี่ยงต่อการกำเริบของโรคต่ำถึงปานกลาง (กลุ่ม A, B) ร้อยละ 54 ผลกระทบของโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังต่อคุณภาพชีวิตผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังมากที่สุด 3 อันดับแรก ได้แก่ การทำกิจกรรมต่าง ๆ ที่บ้านได้โดยไม่จำกัดเฉลี่ย 1.63 (SD = 1.67) การมีเสมหะในปอดเฉลี่ย 1.33 (SD = 1.07) และอาการไอเฉลี่ย 1.31 (SD = 1.09) ซึ่งถือว่ามีความรุนแรงระดับน้อย โดยมีคะแนนเฉลี่ย 1.31-1.63 (มีผลกระทบมากที่สุดในแต่ละข้อ คะแนน = 5 คะแนน) อาการไอและการมีเสมหะเป็นอาการที่พบได้บ่อยของโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง¹ นอกจากนี้กลุ่มตัวอย่างมาติดตามการรักษาอย่างสม่ำเสมอ และได้รับยาตามมาตรฐานทุกราย ส่งผลให้สามารถควบคุมโรคได้ และมีคุณภาพชีวิตที่ดี

ความรู้ด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพชีวิตผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -.42$, $p < .01$) และสามารถทำนายคุณภาพชีวิตผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังได้ ($\beta = -.21$, $p < .01$) เป็นไปตามสมมติฐานที่ตั้งไว้ และสนับสนุนกรอบแนวคิดปัจจัยสังคมกำหนดสุขภาพ⁸ หมายความว่า ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่มีความรู้ด้านสุขภาพที่เพียงพอ จะมีคุณภาพชีวิตดีกว่าผู้ป่วยที่มีความรู้ด้านสุขภาพไม่เพียงพอ สอดคล้องกับการศึกษาของ Azkan Ture และคณะ¹⁰ พบว่าผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่มีความรู้ด้านสุขภาพไม่เพียงพอ จะเพิ่มความเสี่ยงต่อการกำเริบของโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังรุนแรงมากกว่าผู้ที่มีความรู้ด้านสุขภาพเพียงพอ 1.80 เท่า (OR = 1.80, 95%CI [1.11, 2.92], $p < .01$) และการศึกษาของ Raddadi และ Adib-Hajbaghery⁶ พบว่าความรู้ด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -.21$, $p < .01$) และสามารถทำนายคุณภาพชีวิตผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังได้ ($\beta = -.08$, $p < .01$)

รายได้ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .17$, $p < .05$)

หมายความว่า ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่มีความเพียงพอของรายได้เพียงพอ จะมีคุณภาพชีวิตดีกว่าผู้ป่วยที่มีความเพียงพอของรายได้ไม่เพียงพอ สอดคล้องกับการศึกษาของ Ying และคณะ⁷ พบว่าผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่มีรายได้สูง จะมีความสามารถในการเข้าถึงระบบสุขภาพได้มากกว่า ได้รับยาและการรักษาที่ดีกว่าผู้ที่มีรายได้น้อย และมีคุณภาพชีวิตดีกว่า 2.49 เท่า (OR = 2.49, 95%CI [1.15, 5.39], $p < .01$) อย่างไรก็ตาม ผลการศึกษารังนี้พบว่า รายได้ไม่สามารถทำนายคุณภาพชีวิตผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังได้ จึงไม่เป็นไปตามสมมติฐานที่ตั้งไว้ และไม่สนับสนุนกรอบแนวคิดปัจจัยสังคมกำหนดสุขภาพ⁸ อาจเนื่องมาจากกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ (ร้อยละ 82.5) แม้รายได้ไม่เพียงพอ แต่สามในสี่ (ร้อยละ 77.8) ใช้สิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ซึ่งครอบคลุมการรักษาโดยเฉพาะยาสูดฉุกเฉินเพื่อจัดการอาการกำเริบ และยาควบคุมไม่ให้เกิดอาการตามมาตรฐาน แตกต่างกับการศึกษาในต่างประเทศซึ่งมีระบบสาธารณสุขแตกต่างจากประเทศไทย พบว่าผู้ป่วยที่มีรายได้มากกว่าจะคุณภาพชีวิตดีกว่าผู้ที่มีรายได้น้อย⁷

สิ่งแวดล้อมที่เสี่ยงต่อการกำเริบของโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ไม่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ($p > .05$) และไม่สามารถทำนายคุณภาพชีวิตผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังได้ ซึ่งไม่เป็นไปตามสมมติฐานที่ตั้งไว้ และไม่สนับสนุนกรอบแนวคิดปัจจัยสังคมกำหนดสุขภาพ⁸ อาจเนื่องมาจากกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่สัมผัสสิ่งแวดล้อมที่เสี่ยงต่อการกำเริบของโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในระดับน้อย ร้อยละ 83.3 โดยสิ่งแวดล้อมที่เสี่ยงต่ออาการกำเริบของโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่ผู้ป่วยสัมผัสเป็นประจำ ทุกวันและเกือบทุกวัน 3 อันดับแรก ได้แก่ สัมผัสควันจากการสูบบุหรี่ของตนเองหรือจากบุคคลอื่น ร้อยละ 25.4 รองลงมาคือ สัมผัสควันจากท่อไอเสียรถยนต์ ร้อยละ 15.1 และสัมผัสมลภาวะทางอากาศ เช่น ฝุ่น PM 2.5 ร้อยละ 24 อาจเนื่องมาจากช่วงที่เก็บข้อมูลไม่มีปัญหาหมอกควันทางอากาศหรือฝุ่นละอองขนาดเล็ก อีกทั้งการระบาดของโรคโควิด 19

ที่ผ่านมา ทำให้ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังตระหนกและดูแลป้องกันตนเองเป็นอย่างดี ประกอบกับผู้ป่วยมาติดตามการรักษาอย่างต่อเนื่อง ให้ความร่วมมือในการใช้ยา ส่งผลให้สามารถควบคุมอาการของโรคได้ จึงมีคุณภาพชีวิตดีใกล้เคียงกัน สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาพบว่า บุหรี่มือสองไม่มีความสัมพันธ์กับการกำเริบของโรคเฉียบพลัน ($p > .05$)¹⁴ จึงมีผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังน้อย การสูบบุหรี่ไม่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง⁷ และการได้รับฝุ่น PM 2.5, PM 10 ในปริมาณที่เกินค่ามาตรฐานจึงจะส่งผลต่อการกำเริบของโรคประสิทธิภาพการทำงานของปอด และคุณภาพชีวิตผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง^{12,25}

การปฏิบัติกิจกรรมทางกาย มีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .30, p < .01$) และสามารถทำนายคุณภาพชีวิตผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($\beta = .19, p = .013$) เป็นไปตามสมมติฐานที่ตั้งไว้ และสนับสนุนกรอบแนวคิดปัจจัยสังคมกำหนดสุขภาพ⁸ หมายความว่า ผู้ป่วยที่มีความร่วมมือในการปฏิบัติกิจกรรมทางกายจะมีคุณภาพชีวิตดีกว่าผู้ป่วยที่ไม่มีความร่วมมือในการปฏิบัติกิจกรรมทางกาย สอดคล้องกับการศึกษาของ Fazekas-Pongor และคณะ⁵ พบว่าผู้ป่วยที่ปฏิบัติกิจกรรมทางกายมากกว่าหรือเท่ากับ 2 ครั้งต่อสัปดาห์ จะมีคุณภาพชีวิตดี ($\beta = -.14, p < .01$) เนื่องจากการปฏิบัติกิจกรรมทางกายทำให้ผู้ป่วยเหนื่อยลดลง อาการหายใจลำบากดีขึ้น ความเสี่ยงต่อการกำเริบของโรค การเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ความเสี่ยงการเสียชีวิตจากทุกสาเหตุ และการเสียชีวิตจากระบบทางเดินหายใจลดลง ส่งผลให้คุณภาพชีวิตดี¹⁵

ความวิตกกังวลเกี่ยวกับโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .54, p < .01$) และสามารถทำนายคุณภาพชีวิตผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($\beta = .43, p < .001$) เป็นไปตามสมมติฐานที่ตั้งไว้ และ

สนับสนุนกรอบแนวคิดปัจจัยสังคมกำหนดสุขภาพ⁸ กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 62.7 มีความวิตกกังวลเกี่ยวกับโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังน้อย ทำให้ผู้ป่วยมีความตระหนกในการดูแลตนเอง เพื่อป้องกันการกำเริบของโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง แสวงหาวิธีคงไว้ซึ่งการมีคุณภาพชีวิตที่ดี แต่ในผู้ป่วยที่มีความวิตกกังวลเกี่ยวกับโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังมาก ผู้ป่วยจะไม่ให้ความร่วมมือในการปฏิบัติพฤติกรรมต่าง ๆ เช่น การปฏิบัติกิจกรรมทางกาย เนื่องจากกลัวอาการหายใจลำบาก ส่งผลให้ผู้ป่วยมีอาการของโรคแย่ลง อัตราการกำเริบของโรคบ่อย การพยากรณ์ของโรคไม่ดี และคุณภาพชีวิตลดลง¹⁷ สอดคล้องกับการศึกษาของ Aldhahi และคณะ⁴ พบว่าผู้ป่วยที่มีความวิตกกังวลสูงจะมีความสามารถในการทำกิจกรรมลดลง และมีคุณภาพชีวิตแย่กว่าผู้ที่ไม่มีความวิตกกังวลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .01$)

อุปสรรคในการรับการรักษา มีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .16, p < .01$) แต่ไม่สามารถร่วมกันทำนายคุณภาพชีวิตผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังได้ จึงไม่เป็นไปตามสมมติฐานที่ตั้งไว้ และไม่สนับสนุนกรอบแนวคิดปัจจัยสังคมกำหนดสุขภาพ⁸ อาจเนื่องมาจากกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ (ร้อยละ 89.7) มีอุปสรรคในการรับรักษาน้อย ประกอบกับผู้ป่วยทุกรายมีสิทธิการรักษาที่ไม่ต้องจ่ายค่ารักษาเอง มีบริการรถรับส่งมารับการรักษาโดยไม่ต้องจ่ายเงิน ทำให้ผู้ป่วยไม่ขาดนัดติดตามการรักษาอย่างต่อเนื่อง ส่งผลให้สามารถควบคุมอาการของโรคได้ จึงมีคุณภาพชีวิตดีใกล้เคียงกัน สอดคล้องกับการศึกษาของ ดวงรัตน์ วัฒนกิจไกรเลิศ และคณะ¹⁸ พบว่าอุปสรรคในการรับการรักษาไม่มีผลต่อความร่วมมือในการใช้ยา ($p > .05$) ผู้ป่วยที่ร่วมมือในการใช้ยาจะสามารถควบคุมโรคได้ ส่งผลให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดี แตกต่างกับการศึกษาในต่างประเทศ ซึ่งมีระบบสาธารณสุขแตกต่างจากประเทศไทย พบว่า ผู้ป่วยที่ไม่มียานพาหนะในการเดินทางมารับการรักษา และไม่สามารถจ่ายค่าบริการสาธารณสุขได้ มีข้อจำกัดในการทำกิจกรรม ส่งผลให้คุณภาพชีวิตลดลง¹⁹

สรุปและข้อเสนอแนะ

การศึกษานี้พบว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพ การปฏิบัติกิจกรรมทางกาย และความวิตกกังวลเกี่ยวกับโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง สามารถทำนายคุณภาพชีวิตผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สอดคล้องบางส่วนกับกรอบแนวคิดปัจจัยสังคมกำหนดสุขภาพ ขององค์การอนามัยโลก จากผลการศึกษาดังกล่าว มีข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้ดังนี้

ด้านการปฏิบัติการพยาบาล

1. พยาบาลควรมีแนวทางในการส่งเสริมให้ผู้ป่วยค้นหาข้อมูลทางสุขภาพในการดูแลตนเองจากแหล่งข้อมูลที่น่าเชื่อถือได้ และเหมาะสมกับสถานะของผู้ป่วย

2. พยาบาลควรมีการส่งเสริมและกระตุ้นให้ผู้ป่วยมีการปฏิบัติกิจกรรมทางกายอย่างสม่ำเสมอ ให้เหมาะสมกับสถานะของผู้ป่วย เพื่อเพิ่มความแข็งแรงของกล้ามเนื้อหายใจ และกล้ามเนื้อที่ใช้ในการเคลื่อนไหว และมีความทนในการปฏิบัติกิจกรรมทางกายเพิ่มขึ้น

3. พยาบาลควรให้ข้อมูลเกี่ยวกับโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง การป้องกันการกำเริบของโรค และการจัดการตนเองเมื่อเกิดอาการกำเริบ เพื่อลดความวิตกกังวลเกี่ยวกับโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

ด้านการวิจัย

1. การศึกษาในครั้งนี้ศึกษาในโรงพยาบาลตติยภูมิในจังหวัดภาคกลาง ซึ่งอาจมีบริบทสิ่งแวดล้อม และประชากรต่างจากสถานพยาบาลอื่น ๆ จึงควรศึกษาซ้ำในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ในบริบทที่ต่างจากการศึกษาครั้งนี้ เพื่อการอ้างอิงไปยังกลุ่มประชากรได้อย่างครอบคลุม

2. ผลการศึกษาในครั้งนี้สามารถนำไปเป็นข้อมูลในการพัฒนาโปรแกรมส่งเสริมคุณภาพชีวิตผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โดยจัดทำโปรแกรมส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพ การปฏิบัติกิจกรรมทางกาย และลดความวิตกกังวลเกี่ยวกับโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

References

1. Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease (GOLD). Global strategy for prevention, diagnosis and management of COPD: 2024 report [Internet]. Fontana, WI; Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease; 2024 [cited 2024 Jul 25]. Available from: <https://goldcopd.org/2024-gold-report/>
2. Health Information System Development Office (HISO). The situation regarding deaths from non-communicable diseases (NCDs) in Thailand 2020 [Internet]. Nonthaburi: Strategy and Planning Division of Office of the Permanent Secretary Ministry of Public Health; 2020 [cited 2024 Jul 25]. Available from: https://www.hiso.or.th/thaihealthstat/analysis/10health/53_62/53_62_5.pdf.
3. Jones PW, Harding G, Berry P, Wiklund I, Chen W-H, Kline Leidy N. Development and first validation of the COPD Assessment Test. Eur Respir J. 2009;34(3):648-54. doi: 10.1183/09031936.00102509.
4. Aldhahi MI, Baattaiah BA, Nazer RI, Albarrati A. Impact of psychological factors on functional performance among patients with chronic obstructive pulmonary disease. Int J Environ Res Public Health. 2023;20(2):1285. doi: 10.3390/ijerph20021285.
5. Fazekas-Pongor V, Fekete M, Balazs P, Árva D, Péntzes M, Tarantini S, et al. Health-related quality of life of COPD patients aged over 40 years. Physiol Int. 2021;108(2):261-73. doi: 10.1556/2060.2021.00017.
6. Raddadi Y, Adib-Hajbaghery M. Health literacy and quality of life in Iranian persons with COPD. Heart Lung. 2022;54:61-7. doi: 10.1016/j.hrtlng.2022.02.009.

7. Ying Y, Khunthason S, Apidechkul T, Nilvarangkul K. Influencing factors of good quality of life among chronic obstructive pulmonary disease patients living in Zhejiang province, China. *Sci Rep*. 2024; 14(1):8687. doi: 10.1038/s41598-024-59289-9.
8. World Health Organization. A conceptual framework for action on the social determinants of health [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2010 [cited 2024 Jul 25]. Available from: https://www.afro.who.int/sites/default/files/2017-06/SDH_conceptual_framework_for_action.pdf.
9. Poureslami I, Fitzgerald JM, Tregobov N, Goldstein RS, Loughheed MD, Gupta S. Health literacy in asthma and chronic obstructive pulmonary disease (COPD) care: a narrative review and future directions. *Respir Res*. 2022;23(1):361. doi: 10.1186/s12931-022-02290-5.
10. Azkan Ture D, Bhattacharya S, Demirci H, Yildiz T. Health literacy and health outcomes in chronic obstructive pulmonary disease patients: an explorative study. *Front Public Health*. 2022; 10:846768. doi: 10.3389/fpubh.2022.846768.
11. Assaf EA, Badarneh A, Saifan A, Al-Yateem N. Chronic obstructive pulmonary disease patients' quality of life and its related factors: a cross-sectional study of the Jordanian population. *F1000Res*. 2022;11:581. doi: 10.12688/f1000research.121783.1
12. Bălă G-P, Timar B, Gorun F, Motisan R, Pescaru C, Tudorache E, et al. The impact of air pollution on frequent exacerbations among COPD patients: an observational study on the population of western Romania. *J Clin Med*. 2022;11(15):4352. doi: 10.3390/jcm11154352.
13. Pothirat C, Kiatboonsri S, Chuchottaworn C. Validation of the new COPD assessment test translated into Thai in patients with chronic obstructive pulmonary disease. *BMC Pulm Med*. 2014;14:193. doi: 10.1186/1471-2466-14-193.
14. Anusak K, Matanasarawoot R, Sakarinkhul P, Jiraporncharoen W. Factors affecting an acute exacerbation among COPD patients in the emergency room, Lamphun hospital. *Journal of The Department of Medical Services*. 2021;46(4): 67-73. (in Thai).
15. Kobayashi S, Chiba F, Ishida M, Satoh H, Ono M, Hanagama M, et al. Physical activity and outcomes in Japanese patients with chronic obstructive pulmonary disease: from the Ishinomaki COPD network registry. *Respir Investig*. 2024;62(1): 107-12. doi: 10.1016/j.resinv.2023.10.007.
16. Keil DC, Stenzel NM, Kühl K, Vaske I, Mewes R, Rief W, et al. The impact of chronic obstructive pulmonary disease-related fears on disease-specific disability. *Chron Respir Dis*. 2014;11(1): 31-40. doi: 10.1177/1479972313516881.
17. Mou Y, Shan L, Liu Y, Wang Y, He Z, Li X, et al. Risk factors for anxiety and its impacts on acute exacerbation in older patients with chronic obstructive pulmonary disease. *Front Med (Lausanne)*. 2024;11:1340182. doi: 10.3389/fmed.2024.1340182.
18. Wattanakitkrileart D, Khongton W, Sumonviwat T, Dejsomritrutai W. The influence of inhaler technique, exacerbation, age, and barrier to receiving care on adherence to inhaled medications in patients

- with COPD. *Nursing Science Journal of Thailand*. 2020;38(2):74-87. (in Thai).
19. Adeyemi OJ, Paul R, Akinsola OO, Bouillon-Minois J-B, Arinxe GR, Arif AA. Poverty, health care access barriers, and functional limitations among individuals with chronic obstructive pulmonary disease: an 11-year cross-sectional analysis, 2008-2018. *J Health Care Poor Underserved*. 2023;34(2):652-72. doi: 10.1353/hpu.2023.0056.
 20. 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.
 21. Sørensen K, Van den Broucke S, Fullam J, Doyle G, Pelikan J, Slonska Z, et al. Health literacy and public health: a systematic review and integration of definitions and models. *BMC Public Health*. 2012;12:80. doi: 10.1186/1471-2458-12-80.
 22. Tanukaew D, Watanakijkrilert D, Sriyuktasuth A, Chattranukulchai P. Factors predicting medication adherence in patients with essential hypertension. *Thai Red Cross Nursing Journal*. 2022;15(1):127-43. (in Thai).
 23. World Health Organization. Global recommendations on physical activity for health. Geneva: World Health Organization; 2010 [cited 2024 Jul 25]. Available from: https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/44399/9789241599979_eng.pdf?sequence=1.
 24. Zafar M. Health-related quality of life in patients with chronic obstructive pulmonary disease in Karachi Pakistan – a cross sectional study. *MAMC Journal of Medical Sciences*. 2020;6(1):17-22. doi: 10.4103/mamcjms.mamcjms_92_19.
 25. Pothirat C, Chaiwong W, Liwsrisakun C, Bumroongkit C, Deesomchok A, Theerakittikul T, et al. Influence of particulate matter during seasonal smog on quality of life and lung function in patients with chronic obstructive pulmonary disease. *Int J Environ Res Public Health*. 2019;16(1):106. doi: 10.3390/ijerph16010106.



Influence of Age, Parity, Dietary Intake, Physical Activity, Corona Virus 2019 Infection, and Depression on Gestational Weight Gain in Overweight and Obese Pregnant Women*

Minticha Kraisit, RN, MNS¹, Nanthana Thananowan, RN, PhD¹, Piyanun Limruangrong, RN, PhD¹

Abstract

Purpose: To investigate predictive powers of age, parity, dietary intake, physical activity, Corona virus 2019 infection, and depression on gestational weight gain in overweight and obese pregnant women.

Design: Predictive correlational design.

Methods: The sample consisted of 138 overweight and obese pregnant women who had antenatal care at a hospital in Chonburi province. Data were collected by using the Personal Data Questionnaire, the Pregnancy and Birth Record Forms, the Thai Edinburgh Postnatal Depression Scale, the Eating Behavior Measurement, and the Physical Activity Questionnaire for Pregnant and Lactating Women, respectively. Data were analyzed by using descriptive statistics, chi-square tests, Fisher's exact tests, and multiple logistic regression analysis.

Main findings: Age, parity, dietary intake, physical activity, Corona virus 2019 infection, and depression could together predict 27% ($R^2 = .27$) of gestational weight gain in overweight and obese pregnant women and had prediction accuracy of 75.4% (Overall Percentage = 75.4). Physical activity was the strongest predictive factor for gestational weight gain (OR = 5.08, 95%CI [1.56, 16.52]); followed by dietary intakes (OR = 3.05, 95%CI [1.26, 7.38]) and age (OR = 2.69, 95%CI [1.08, 6.70]), respectively.

Conclusion and recommendations: Age, dietary intake, and physical activity affected gestational weight gain in overweight and obese pregnant women. Therefore, midwives should assess those risk factors and develop nursing guidelines with providing education on dietary intake along with physical activity for preventing excessive gestational weight gain in overweight and obese pregnant women.

Keywords: gestational weight gain, obesity, overweight, pregnant women, risk factors

Nursing Science Journal of Thailand. 2024;42(4):68-81

Corresponding Author: Associate Professor Nanthana Thananowan, Faculty of Nursing, Mahidol University, Bangkok 10700, Thailand; e-mail: nanthana.tha@mahidol.ac.th

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

¹ Faculty of Nursing, Mahidol University, Bangkok, Thailand

Received: 30 July 2024 / Revised: 9 October 2024 / Accepted: 15 October 2024



อิทธิพลของอายุ จำนวนครั้งของการคลอด การบริโภคอาหาร กิจกรรมทางกาย การติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 และภาวะซึมเศร้าต่อน้ำหนักที่เพิ่มขึ้นขณะตั้งครรภ์ในสตรีตั้งครรภ์ภาวะน้ำหนักเกินและอ้วน*

มินธิมา ไกรสิทธิ์, พย.ม.¹, นันทนา ธนาโนวรรณ, PhD¹, ปิยะนันท์ ลิ้มเรืองรอง, ประ.ด.¹

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์: เพื่อศึกษาอำนาจการทำนายของอายุ จำนวนครั้งของการคลอด การบริโภคอาหาร กิจกรรมทางกาย การติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 และภาวะซึมเศร้าต่อน้ำหนักที่เพิ่มขึ้นขณะตั้งครรภ์ในสตรีตั้งครรภ์ภาวะน้ำหนักเกินและอ้วน

รูปแบบการวิจัย: การศึกษาความสัมพันธ์เชิงทำนาย

วิธีดำเนินการวิจัย: กลุ่มตัวอย่างเป็นสตรีตั้งครรภ์ภาวะน้ำหนักเกินและอ้วนจำนวน 138 ราย ที่มาฝากครรภ์โรงพยาบาลแห่งหนึ่งในจังหวัดชลบุรี เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบบันทึกข้อมูล การตั้งครรภ์ และการคลอด แบบสอบถาม Edinburgh Postnatal Depression Scale ฉบับภาษาไทย แบบวัดพฤติกรรมการรับประทานอาหาร และแบบสอบถามกิจกรรมทางกายสำหรับหญิงตั้งครรภ์และหญิงให้นมบุตรตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา การทดสอบไคสแควร์ การทดสอบฟิชเชอร์ และการวิเคราะห์ถดถอยโลจิสติกเชิงพหุ

ผลการวิจัย: อายุ จำนวนครั้งของการคลอด การบริโภคอาหาร กิจกรรมทางกาย การติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 และภาวะซึมเศร้าสามารถร่วมกันทำนายน้ำหนักที่เพิ่มขึ้นขณะตั้งครรภ์ในสตรีตั้งครรภ์ภาวะน้ำหนักเกินและอ้วนได้ร้อยละ 27 ($R^2 = .27$) และมีความแม่นยำในการทำนายได้ถูกต้องร้อยละ 75.4 (Overall Percentage = 75.4) โดยกิจกรรมทางกายเป็นปัจจัยที่ทำนายน้ำหนักที่เพิ่มขึ้นขณะตั้งครรภ์ในสตรีตั้งครรภ์ภาวะน้ำหนักเกินและอ้วนได้มากที่สุด (OR = 5.08, 95%CI [1.56, 16.52]) รองลงมาคือ การบริโภคอาหาร (OR = 3.05, 95%CI [1.26, 7.38]) และอายุ (OR = 2.69, 95%CI [1.08, 6.70]) ตามลำดับ

สรุปและข้อเสนอแนะ: อายุ การบริโภคอาหาร และกิจกรรมทางกาย มีผลต่อน้ำหนักที่เพิ่มขึ้นขณะตั้งครรภ์ในสตรีตั้งครรภ์ภาวะน้ำหนักเกินและอ้วน ดังนั้น โรงพยาบาลผดุงครรภ์ควรประเมินปัจจัยเสี่ยงดังกล่าวและพัฒนาแนวทางการพยาบาล รวมทั้งการให้ความรู้เรื่องบริโภคอาหารร่วมกับกิจกรรมทางกายเพื่อป้องกันน้ำหนักที่เพิ่มขึ้นขณะตั้งครรภ์เกินเกณฑ์ในสตรีตั้งครรภ์ภาวะน้ำหนักเกินและอ้วน

คำสำคัญ: น้ำหนักที่เพิ่มขึ้นขณะตั้งครรภ์ ภาวะอ้วน ภาวะน้ำหนักเกิน สตรีตั้งครรภ์ ปัจจัยเสี่ยง

Nursing Science Journal of Thailand. 2024;42(4):68-81

ผู้ประสานงานการเผยแพร่: รองศาสตราจารย์นันทนา ธนาโนวรรณ, คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล บางกอกน้อย กรุงเทพฯ 10700, e-mail: nanthana.tha@mahidol.ac.th

* วิทยานิพนธ์หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการผดุงครรภ์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล และงานวิจัยนี้ได้รับทุนสนับสนุนวิทยานิพนธ์บางส่วนจากบัณฑิตวิทยาลัย และสมาคมศิษย์เก่าบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล

¹ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

วันที่รับบทความ: 30 กรกฎาคม 2567 / วันที่แก้ไขบทความเสร็จ: 9 ตุลาคม 2567 / วันที่ตอบรับบทความ: 15 ตุลาคม 2567

ความสำคัญของปัญหา

ภาวะน้ำหนักเกินและอ้วน (overweight and obesity) เป็นปัญหาสุขภาพที่เกิดจากความไม่สมดุลของพลังงาน จนเกิดการสะสมไขมันมากผิดปกติในร่างกาย¹ ซึ่งพิจารณาจาก ค่าดัชนีมวลกายเกินเกณฑ์ โดยผู้ที่มีค่าดัชนีมวลกายเท่ากับ 25.0-29.9 kg/m² ถือว่ามีภาวะน้ำหนักเกิน ส่วนผู้ที่มีค่าดัชนีมวลกายมากกว่าหรือเท่ากับ 30 kg/m² ถือว่ามีภาวะอ้วน ปัจจุบันภาวะน้ำหนักเกินและอ้วนมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น จากการสำรวจความชุกของสตรีตั้งครรภ์ทั่วโลกจำนวน 184 ประเทศ ในช่วงปี ค.ศ. 2005-2014 พบสตรีตั้งครรภ์ภาวะน้ำหนักเกิน 38.9 ล้านคนและภาวะอ้วน 14.6 ล้านคน² โดยประเทศในแถบ ทวีปอเมริกาในช่วงปี ค.ศ. 2008-2018 พบความชุกของสตรีตั้งครรภ์ภาวะน้ำหนักเกินเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 22.6 เป็น 28.8 ส่วนภาวะอ้วนเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 9.8 เป็น 19.8³ สำหรับประเทศไทย ในช่วงปี พ.ศ. 2556-2558 พบความชุกของสตรีตั้งครรภ์ ภาวะน้ำหนักเกินและอ้วนเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 22.9 เป็น 27.4⁴ โดยเฉพาะในพื้นที่ภาคตะวันออกของประเทศไทยส่วนใหญ่ เป็นเขตอุตสาหกรรม ประชากรมักจะทำงานนอกเวลาและไม่มี เวลาออกกำลังกายหรือทำกิจกรรมทางสุขภาพเท่าที่ควร⁵ จากการสำรวจของ สุพิศ ศิริอรุณรัตน์, ตติรัตน์ เตชะศักดิ์ศรี และวรรณิ์ เดียววิเศษ⁵ ในปี พ.ศ. 2561 พบสตรีตั้งครรภ์ ภาวะน้ำหนักเกินและอ้วนร้อยละ 35.4 ต่อมาโรงพยาบาล ในจังหวัดชลบุรีพบความชุกอยู่ที่ร้อยละ 30⁶ ซึ่งคิดเป็น 1 ใน 3 ของจำนวนสตรีตั้งครรภ์ทั้งหมด ทั้งนี้หากปัญหาดังกล่าวไม่ได้รับการแก้ไขที่ถูกต้องเหมาะสม อาจก่อให้เกิดผลกระทบทั้งต่อ สตรีตั้งครรภ์และทารกได้ เช่น ความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ บาดเจ็บขณะคลอด ผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง ตกเลือดหลังคลอด ทารกมีน้ำหนักตัวมากกว่าปกติ รวมทั้งเสียชีวิต^{4,7}

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า แนวทางการดูแลสตรี ตั้งครรภ์ภาวะน้ำหนักเกินและอ้วนส่วนใหญ่มีวัตถุประสงค์ เพื่อควบคุมน้ำหนักที่เพิ่มขึ้นขณะตั้งครรภ์ให้เป็นไปตามเกณฑ์

และป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนข้างต้น โดยมีการนำหลักฐาน เชิงประจักษ์มาใช้เป็นแนวทางดังกล่าว แต่ยังไม่ประสบความสำเร็จ เท่าที่ควร เนื่องจากสตรีตั้งครรภ์รับรู้ว่ามีปัญหาน้ำหนักเกินและอ้วน ไม่ก่อให้เกิดอันตรายต่อตนเองและบุตร⁸ ในขณะที่ประเทศไทย ยังไม่มีเกณฑ์ของน้ำหนักที่เพิ่มขึ้นขณะตั้งครรภ์ที่เป็นมาตรฐาน แต่นำเกณฑ์ของสถาบันการแพทย์แห่งสหรัฐอเมริกา (Institute of Medicine, IOM)⁹ มาใช้เพื่อให้มีการเพิ่มขึ้นของน้ำหนัก สอดคล้องและเหมาะสมตามค่าดัชนีมวลกาย ซึ่งน้ำหนักที่เพิ่มขึ้น ขณะตั้งครรภ์สามารถประเมินได้เมื่ออายุครรภ์มากกว่าหรือเท่ากับ 37 สัปดาห์ขึ้นไป โดยกำหนดให้สตรีตั้งครรภ์ภาวะน้ำหนักเกิน มีน้ำหนักที่เพิ่มขึ้นตลอดการตั้งครรภ์ 7-11.5 kg ส่วนสตรีตั้งครรภ์ ภาวะอ้วนมีน้ำหนักที่เพิ่มขึ้นตลอดการตั้งครรภ์ 5-9 kg⁹ อย่างไรก็ตาม สตรีตั้งครรภ์ภาวะน้ำหนักเกินและอ้วนมักจะมีน้ำหนัก ที่เพิ่มขึ้นขณะตั้งครรภ์เกินเกณฑ์ เนื่องจากการเพิ่มขึ้นของฮอโมน ขณะตั้งครรภ์ ทำให้สังเคราะห์ไขมันเพิ่มขึ้นจนเกิดภาวะดื้ออินซูลิน จึงเสี่ยงต่อการมีน้ำหนักที่เพิ่มขึ้นขณะตั้งครรภ์เกินเกณฑ์ เพิ่มขึ้น 249 เท่าเมื่อเทียบกับกลุ่มที่มีน้ำหนักปกติ (ดัชนีมวลกาย เท่ากับ 18.5-24.9 kg/m²)¹⁰ การศึกษาที่ผ่านมาส่วนใหญ่ มักเป็นสตรีตั้งครรภ์ทั่วไป^{5,10-11} จึงจำเป็นต้องค้นหาปัจจัยเสี่ยง ที่มีผลต่อน้ำหนักที่เพิ่มขึ้นขณะตั้งครรภ์ในสตรีตั้งครรภ์ ภาวะน้ำหนักเกินและอ้วน

จากกรอบแนวคิดของ IOM⁹ แบ่งปัจจัยหลักออกเป็น 2 ด้าน ได้แก่ ปัจจัยด้านมารดาและปัจจัยด้านสังคม สภาพแวดล้อม ซึ่งจะส่งผลต่อน้ำหนักที่เพิ่มขึ้นขณะตั้งครรภ์ ทั้งทางตรงและทางอ้อม ทำให้เกิดความไม่สมดุลของพลังงาน หากพลังงานที่ได้รับมากกว่าพลังงานที่นำไปใช้ก็จะทำให้ สตรีตั้งครรภ์มีน้ำหนักที่เพิ่มขึ้นขณะตั้งครรภ์เกินเกณฑ์ โดยผู้วิจัย เลือกศึกษาปัจจัยด้านมารดา เนื่องจากส่งผลกระทบโดยตรง ต่อน้ำหนักที่เพิ่มขึ้นขณะตั้งครรภ์ และสามารถประเมินได้ง่าย กว่าปัจจัยด้านสังคมสภาพแวดล้อม ในที่นี้ปัจจัยด้านมารดา ประกอบด้วย 5 ด้าน ได้แก่ (1) ปัจจัยด้านสังคมประชากร เช่น อายุ

(2) ปัจจัยด้านร่างกาย เช่น จำนวนครั้งของการคลอด (3) ปัจจัยด้านพฤติกรรม เช่น การบริโภคอาหาร กิจกรรมทางกาย (4) ปัจจัยด้านการแพทย์ เช่น การติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 และ (5) ปัจจัยด้านจิตใจ เช่น ภาวะซึมเศร้า โดยมีรายละเอียดดังนี้

สตรีตั้งครรภ์อายุน้อยย่อมมีความต้องการพลังงานและสารอาหารในการเสริมสร้างการเจริญเติบโตของทารกในครรภ์มากกว่าสตรีตั้งครรภ์อายุมาก แต่มักจะมีพฤติกรรมบริโภคอาหารจำพวกที่ให้พลังงานสูง¹ ทำให้ร่างกายได้รับสารอาหารและพลังงานมากกว่าความต้องการ จึงเสี่ยงที่จะมีน้ำหนักที่เพิ่มขึ้นขณะตั้งครรภ์เกินเกณฑ์ เห็นได้จากการศึกษาของ พรนิภา ติมงคล และคณะ¹² ที่พบว่าสตรีตั้งครรภ์ภูมิลำเนาถิ่นเกิดและอ้วนกลุ่มที่มีอายุ <25 ปี เสี่ยงที่จะมีน้ำหนักที่เพิ่มขึ้นขณะตั้งครรภ์เกินเกณฑ์ 2.83 เท่า เมื่อเทียบกับกลุ่มที่มีอายุ 25-34 ปี สอดคล้องกับ Zhou และคณะ¹⁰ ที่พบว่าสตรีตั้งครรภ์ที่มีอายุ <30 ปี เสี่ยงที่จะมีน้ำหนักที่เพิ่มขึ้นขณะตั้งครรภ์เกินเกณฑ์ 1.14 เท่า เมื่อเทียบกับสตรีตั้งครรภ์ที่มีอายุ ≥30 ปี อย่างไรก็ตามพบว่าเมื่ออายุ 30 ปี ร่างกายจะมีการเปลี่ยนแปลงของฮอร์โมนและการเผาผลาญพลังงานต่าง ๆ ที่ส่งผลต่อความต้องการสารอาหารและพลังงานแตกต่างไปจากเดิม¹³ ในขณะที่พบว่าอายุ ไม่มีความสัมพันธ์กับน้ำหนักที่เพิ่มขึ้นขณะตั้งครรภ์^{1,5}

ส่วนสตรีที่เคยผ่านการคลอดจะมีน้ำหนักคงค้างหลังคลอดเนื่องจากการสะสมไขมันเพิ่มขึ้น จึงมีโอกาสที่จะเกิดภาวะน้ำหนักเกินและอ้วนได้ง่าย สตรีกลุ่มนี้จึงดูแลตนเองเพื่อไม่ให้มีน้ำหนักที่เพิ่มขึ้นขณะตั้งครรภ์เกินเกณฑ์ ในขณะที่สตรีครรภ์แรกมักจะขาดประสบการณ์การดูแลตนเองในขณะตั้งครรภ์จึงเสี่ยงที่จะมีน้ำหนักที่เพิ่มขึ้นขณะตั้งครรภ์เกินเกณฑ์ เช่น พรนิภา ติมงคล และคณะ¹² ที่พบว่าสตรีครรภ์แรกเสี่ยงที่จะมีน้ำหนักที่เพิ่มขึ้นขณะตั้งครรภ์เกินเกณฑ์ 2.78 เท่า เมื่อเทียบกับสตรีครรภ์หลัง ในทางตรงกันข้าม สุพิศ ศิริอรุณรัตน์, ตติรัตน์ เตชะศักดิ์ศรี และวรรณิ์ เดียววิเศษ⁵ ที่พบว่าสตรีครรภ์หลังเสี่ยงที่จะมีน้ำหนักที่เพิ่มขึ้นขณะตั้งครรภ์เกินเกณฑ์ 1.51 เท่า

การบริโภคอาหารที่ดีในการตั้งครรภ์เป็นพฤติกรรมที่มีผลโดยตรงต่อการควบคุมความสมดุลของพลังงานในร่างกาย หากร่างกายได้รับพลังงานมากเกินไปอาจส่งผลให้มีน้ำหนักที่เพิ่มขึ้นขณะตั้งครรภ์เกินเกณฑ์ จากการศึกษาของ Augustin, Winkvist และ Bärebring¹⁴ ที่พบว่าการบริโภคอาหารจำพวกพลังงานสูง เช่น ของหวาน ขนมกรุบกรอบ เสี่ยงต่อการมีน้ำหนักที่เพิ่มขึ้นขณะตั้งครรภ์เกินเกณฑ์ 4.35 เท่า ซึ่งสตรีตั้งครรภ์ภูมิลำเนาถิ่นเกิดและอ้วนถือเป็นกลุ่มเสี่ยงสูงที่มีพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่ไม่ดี และมีน้ำหนักที่เพิ่มขึ้นขณะตั้งครรภ์มากกว่าสตรีตั้งครรภ์กลุ่มอื่น^{5,12} อย่างไรก็ตาม การศึกษาส่วนใหญ่อ้างอิงจากต่างประเทศและเน้นกลุ่มสตรีตั้งครรภ์ทั่วไป^{10,14} ประกอบกับประเทศไทยยังพบการศึกษาปัจจัยดังกล่าวจำนวนน้อย^{1,7}

กิจกรรมทางกายที่เหมาะสมและเพียงพอจะช่วยลดความเสี่ยงต่อน้ำหนักที่เพิ่มขึ้นขณะตั้งครรภ์เกินเกณฑ์ได้ อย่างไรก็ตาม สตรีตั้งครรภ์ภูมิลำเนาถิ่นเกิดและอ้วนมีข้อจำกัดของสภาพร่างกายในการเคลื่อนไหวจึงมีกิจกรรมที่เนือยนิ่งหรือออกแรงเพียงเล็กน้อย จึงเสี่ยงต่อการมีน้ำหนักที่เพิ่มขึ้นขณะตั้งครรภ์เกินเกณฑ์ เช่น การศึกษาของ เบญจพร จิตินาญวิโรจน์ และคณะ¹⁵ ที่พบว่าสตรีตั้งครรภ์ภูมิลำเนาถิ่นเกิดและอ้วนที่มีกิจกรรมทางกายระดับเบาจึงเสี่ยงที่จะมีน้ำหนักที่เพิ่มขึ้นขณะตั้งครรภ์เกินเกณฑ์ 6.46 เท่า เมื่อเทียบกับกลุ่มที่มีกิจกรรมทางกายระดับหนัก อย่างไรก็ตาม การศึกษาส่วนใหญ่อ้างอิงจากต่างประเทศและเน้นกลุ่มสตรีตั้งครรภ์ทั่วไป¹⁰⁻¹¹

การติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 เป็นความเสี่ยงที่เพิ่มขึ้นของสตรีตั้งครรภ์ภูมิลำเนาถิ่นเกิดและอ้วน เนื่องจากเชื้อไวรัสจะยับยั้งการทำงานของ insulin ทำให้ระบบการเผาผลาญพลังงานของร่างกายทำงานผิดปกติ จึงเกิดการสะสมของไขมันเพิ่มขึ้น โดยหลังการติดเชื้อจะยังคงมีอาการแสดงและสามารถส่งผลกระทบได้เป็นเวลานาน 1 ปี¹⁶ จากสถานการณ์แพร่ระบาดของโรคดังกล่าวพบว่า สตรีตั้งครรภ์เสี่ยงที่จะมีน้ำหนักที่เพิ่มขึ้น

ขณะตั้งครรภ์เกินเกณฑ์ 1.01 เท่า เมื่อเทียบกับช่วงที่ไม่มี การแพร่ระบาดของโรค¹⁷ ปัจจุบันยังไม่มีการศึกษาการติดเชื้อ ไวรัสโคโรนา 2019 กับน้ำหนักที่เพิ่มขึ้นขณะตั้งครรภ์โดยตรง

นอกจากนี้ยังพบว่า ภาวะซีมเศร้าอาจทำให้น้ำหนัก ขณะตั้งครรภ์ลดลงหรือเพิ่มขึ้นร้อยละ 5 ต่อเดือน เห็นได้จาก การศึกษาของ Farias และคณะ¹⁸ ที่พบว่าสตรีตั้งครรภ์ที่มี ภาวะซีมเศร้าเสี่ยงที่จะมีน้ำหนักที่เพิ่มขึ้นขณะตั้งครรภ์น้อยกว่า เกณฑ์ 2.40 เท่า ในขณะที่ Benham และคณะ¹⁹ พบว่าสตรี ตั้งครรภ์ที่มีภาวะซีมเศร้าเสี่ยงที่จะมีน้ำหนักที่เพิ่มขึ้นขณะตั้งครรภ์ เกินเกณฑ์ 1.38 เท่า อย่างไรก็ตาม ยังไม่พบการศึกษาภาวะซีมเศร้า ในสตรีตั้งครรภ์ภาวะน้ำหนักเกินและอ้วนในประเทศไทยมาก่อน

โดยสรุป จากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมาข้างต้น เกี่ยวกับปัจจัยทำนายน้ำหนักที่เพิ่มขึ้นขณะตั้งครรภ์ในสตรี ตั้งครรภ์ภาวะน้ำหนักเกินและอ้วนนั้น พบว่า ผลการศึกษา ถึงอำนาจการทำนายของปัจจัยบางตัวยังไม่สอดคล้องกัน (ได้แก่ อายุ จำนวนครั้งของการคลอด) บางปัจจัยได้รับการศึกษา โดยเน้นในกลุ่มสตรีตั้งครรภ์ทั่วไป (ได้แก่ การบริโภคอาหาร กิจกรรมทางกาย) และบางปัจจัยยังไม่พบการศึกษาในประเทศไทย (ได้แก่ การติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 และภาวะซีมเศร้า) ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาอำนาจการทำนายของปัจจัยเสี่ยงเหล่านี้ โดยคาดว่าจะผลการศึกษาที่ได้จะเป็นประโยชน์ในการพัฒนา แนวทางการพยาบาลเพื่อ ป้องกันน้ำหนักที่เพิ่มขึ้น ขณะตั้งครรภ์เกินเกณฑ์ต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อศึกษาอำนาจการทำนายของอายุ จำนวนครั้ง ของการคลอด การบริโภคอาหาร กิจกรรมทางกาย การติดเชื้อ ไวรัสโคโรนา 2019 และภาวะซีมเศร้าต่อน้ำหนักที่เพิ่มขึ้น ขณะตั้งครรภ์ในสตรีตั้งครรภ์ภาวะน้ำหนักเกินและอ้วน

สมมติฐานการวิจัย

อายุ จำนวนครั้งของการคลอด การบริโภคอาหาร กิจกรรมทางกาย การติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 และภาวะซีมเศร้า

สามารถทำนายน้ำหนักที่เพิ่มขึ้นขณะตั้งครรภ์ในสตรีตั้งครรภ์ ภาวะน้ำหนักเกินและอ้วน

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาความสัมพันธ์เชิงทำนาย (predictive correlational design)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ สตรีตั้งครรภ์ภาวะน้ำหนักเกินและอ้วน ที่มาฝากครรภ์ ณ โรงพยาบาลสมเด็จพระบรมราชเทวี ณ ศรีราชา ระหว่างเดือนตุลาคมถึงธันวาคม พ.ศ. 2566

กลุ่มตัวอย่าง คัดเลือกแบบสะดวก (convenience sampling) ในที่นี้คือ สตรีตั้งครรภ์ภาวะน้ำหนักเกินและอ้วน ที่มาฝากครรภ์ ณ โรงพยาบาลสมเด็จพระบรมราชเทวี ณ ศรีราชา ตามเกณฑ์การคัดเข้าและเกณฑ์การคัดออก ดังนี้

เกณฑ์การคัดเข้า

1. อายุ ≥ 18 ปีขึ้นไป
2. ตั้งครรภ์เดี่ยว
3. อายุครรภ์ ≥ 37 สัปดาห์
4. ค่าดัชนีมวลกายก่อนการตั้งครรภ์ $\geq 25 \text{ kg/m}^2$
5. ไม่มีโรคประจำตัวหรือภาวะผิดปกติก่อนและขณะตั้งครรภ์
6. สามารถฟัง พูด อ่านและเขียนภาษาไทยได้

เกณฑ์การคัดออก

1. ได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคทางจิตเวชมาก่อน
2. ทารกได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่ามีความพิการ ชนิตรุนแรง เช่น มีภาวะบวม น้ำ ไม่มีกะโหลกศีรษะ เป็นต้น
3. สตรีตั้งครรภ์ภาวะน้ำหนักเกินและอ้วนที่มีน้ำหนัก ที่เพิ่มขึ้นขณะตั้งครรภ์น้อยกว่าเกณฑ์ โดยดัชนีมวลกายก่อน การตั้งครรภ์ $25\text{--}29.9 \text{ kg/m}^2$ มีน้ำหนักที่เพิ่มขึ้นขณะตั้งครรภ์ $< 7 \text{ kg}$ และดัชนีมวลกายก่อนการตั้งครรภ์ $\geq 30 \text{ kg/m}^2$ มีน้ำหนัก ที่เพิ่มขึ้นขณะตั้งครรภ์ $< 5 \text{ kg}$

การกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้สูตรกำหนด ขนาดกลุ่มตัวอย่างขั้นต่ำของการวิเคราะห์ถดถอยโลจิสติก

ของ Peduzzi และคณะ²⁰ ได้แก่ $n = 10k/p$ โดย k หมายถึง จำนวนตัวแปรอิสระ และ p หมายถึง สัดส่วนของประชากร ที่ศึกษาที่น้อยที่สุด ซึ่งกำหนด EPV (events per variable) มีค่าน้อย 10 จำนวนตัวแปรอิสระที่ศึกษามีจำนวน 6 ตัวแปร และสัดส่วนของประชากรที่ศึกษาที่น้อยที่สุดเท่ากับ .48 โดยอ้างอิงจาก พรนิภา ดิมงคล และคณะ¹² ที่พบว่าสตรีตั้งครรภ์ ภาวะน้ำหนักเกินและอ้วนมีน้ำหนักที่เพิ่มขึ้นขณะตั้งครรภ์ เกินเกณฑ์ร้อยละ 47.7 และมีน้ำหนักที่เพิ่มขึ้นขณะตั้งครรภ์ ไม่เกินเกณฑ์ร้อยละ 52.3 เมื่อแทนค่าในสูตร $n = (10(6))/(.48) = 125$ ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างจำนวน 125 ราย จากนั้นผู้วิจัยเพิ่มขนาดกลุ่มตัวอย่างอีกร้อยละ 10 เพื่อป้องกันการตอบแบบสอบถาม ไม่สมบูรณ์ ซึ่งจะได้จำนวนกลุ่มตัวอย่างทั้งหมดเท่ากับ 138 ราย

เครื่องมือการวิจัย ประกอบด้วยแบบสอบถาม 5 ชุด รวม 56 ข้อ ดังนี้

1. แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล เป็นแบบสอบถาม ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น จำนวน 6 ข้อ ได้แก่ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ครอบครัวต่อเดือน ประวัติ การติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ก่อนหรือขณะตั้งครรภ์

2. แบบบันทึกข้อมูลการตั้งครรภ์และการคลอด เป็น แบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น จำนวน 7 ข้อ ได้แก่ คาคะเน กำหนดวันคลอด อายุครรภ์ปัจจุบัน จำนวนครั้งของการตั้งครรภ์ การคลอด การแท้ง ส่วนสูง น้ำหนักก่อนการตั้งครรภ์ ดัชนีมวลกาย ก่อนการตั้งครรภ์ น้ำหนักวันแรกที่เก็บข้อมูล และน้ำหนักที่เพิ่มขึ้น ตลอดการตั้งครรภ์ (ผู้วิจัยบันทึกข้อมูลจากแฟ้มประวัติ)

3. แบบสอบถาม Edinburgh Postnatal Depression Scale พัฒนาโดย Cox, Holden และ Sagovsky²¹ แปลเป็น ภาษาไทยโดย กมลรัตน์ วัชรภรณ์, จารุรินทร์ ปิตานพวงศ์ และ นิศานต์ สำอางศรี²² เป็นแบบสอบถามที่ใช้ประเมินอาการ ด้วยตนเองใน 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา มีจำนวน 10 ข้อ ประกอบด้วย ข้อคำถามเชิงบวก 2 ข้อ และเชิงลบ 8 ข้อ ลักษณะแบบสอบถาม เป็น Likert scale 4 ระดับ ตั้งแต่ 0 ถึง 3 เกณฑ์การให้คะแนน

ข้อคำถามเชิงลบ คือ เกือบทุกวัน ได้ 3 คะแนน จนถึงไม่มีเลย ได้ 0 คะแนน สำหรับข้อคำถามเชิงบวกจะทำการกลับค่าคะแนน จุดตัดที่เหมาะสมกับคนไทยคือ ตั้งแต่ 11 คะแนนขึ้นไป²² หากคะแนน ≥ 11 คะแนน ถือว่ามีภาวะซึมเศร้าขณะตั้งครรภ์ โดยแบบสอบถามนี้มีค่าความไวร้อยละ 100 และค่าความจำเพาะ ร้อยละ 88 สามารถใช้ประเมินได้ทั้งในระยะตั้งครรภ์และหลังคลอด ซึ่ง นิติกร ภูสุวรรณ และสันติสุข ไชยมงคล²³ ได้นำแบบสอบถามนี้ ไปทดสอบในสตรีตั้งครรภ์จำนวน 120 ราย ได้ค่าความเชื่อมั่น ของเครื่องมือเท่ากับ .79

4. แบบวัดพฤติกรรมการรับประทานอาหาร พัฒนาโดย สุพิศ ศิริอรุณรัตน์, ตติรัตน์ เตชะศักดิ์ศรี และวรรณิ์ เดียววิศเรศ⁵ ซึ่งดัดแปลงมาจากแบบประเมินพฤติกรรมกรบริโภคอาหาร ของ สตรีตั้งครรภ์ ของสำนักโภชนาการ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข เป็นแบบสอบถามที่ใช้ประเมินความถี่ ในการปฏิบัติตัวด้านการรับประทานอาหารประเภทต่าง ๆ ของ สตรีตั้งครรภ์ จำนวน 12 ข้อ ประกอบด้วยข้อคำถามเชิงบวก 6 ข้อ และเชิงลบ 6 ข้อ ลักษณะแบบสอบถามเป็น Likert scale 3 ระดับ ตั้งแต่ 0 ถึง 2 เกณฑ์การให้คะแนนข้อคำถามเชิงบวก คือ ปฏิบัติบ่อย (5-7 ครั้ง/สัปดาห์) ได้ 2 คะแนน จนถึงไม่ปฏิบัติ (0-1 ครั้ง/สัปดาห์) ได้ 0 คะแนน สำหรับข้อคำถามเชิงลบจะทำการ กลับค่าคะแนน หากคะแนนรวมสูง (≥ 17 คะแนน) หมายถึง มีพฤติกรรมกรบริโภคอาหารที่ดี ซึ่ง สุพิศ ศิริอรุณรัตน์, ตติรัตน์ เตชะศักดิ์ศรี และวรรณิ์ เดียววิศเรศ⁵ ได้นำแบบสอบถามนี้ ไปทดสอบในสตรีตั้งครรภ์อายุครรภ์ 36 สัปดาห์ขึ้นไป จำนวน 560 ราย ได้ค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือเท่ากับ .75

5. แบบสอบถามกิจกรรมทางกายสำหรับหญิงตั้งครรภ์ และหญิงให้นมบุตร พัฒนาโดย พัทธนี วินิจจะกุล และคณะ²⁴ เป็นแบบสอบถามที่ใช้ประเมินระยะเวลาที่ทำกิจกรรมต่าง ๆ ที่มีการใช้พลังงานใน 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา ประกอบไปด้วย กิจกรรมที่ใช้ในชีวิตประจำวัน การเดินทาง การทำงาน และ กิจกรรมที่ทำในเวลาว่าง/ออกกำลังกาย จำนวน 21 ข้อ

การตอบจะให้ระบุเวลาที่ใช้ทำกิจกรรมและจำนวนวันที่ทำกิจกรรม โดยเวลาที่ใช้ทำกิจกรรมให้เลือกตอบ 6 ระดับ ตั้งแต่ไม่ได้ทำ คือ 0 ถึง มากกว่า 3 ชั่วโมง คือ 3 ส่วน จำนวนวันให้ระบุ 0-7 วัน จากนั้นนำมาคำนวณเวลาที่ใช้ทำกิจกรรมโดยนำค่าคงที่ของเวลาที่ใช้ทำกิจกรรม/วัน $\times$ จำนวนวัน/สัปดาห์ แล้วคิดคะแนนเฉพาะข้อที่เป็นกิจกรรมระดับปานกลางถึงหนักจำนวน 10 ข้อ ได้แก่ ข้อ 3,4,7, 11,14,17-21 ตามลำดับ โดยคิดคะแนนรวม หาก <2.5 ชั่วโมง/สัปดาห์ ถือว่ามีกิจกรรมทางกายไม่เพียงพอ ซึ่ง วิรชาติ ศรีจันทร์ และคณะ²⁵ ได้นำแบบสอบถามนี้ไปทดสอบในสตรีตั้งครรภ์และมารดาให้นมบุตรจำนวน 212 ราย ได้ค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือเท่ากับ .79

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือวิจัย

สำหรับแบบสอบถาม Edinburgh Postnatal Depression Scale ฉบับภาษาไทย แบบวัดพฤติกรรม การรับประทานอาหาร และแบบสอบถามกิจกรรมทางกาย สำหรับหญิงตั้งครรภ์และหญิงให้นมบุตรเป็นเครื่องมือมาตรฐานที่มีการใช้อย่างแพร่หลาย จึงไม่นำมาหาค่า CVI

ผู้วิจัยนำแบบสอบถาม Edinburgh Postnatal Depression Scale ฉบับภาษาไทย แบบวัดพฤติกรรม การรับประทานอาหาร และแบบสอบถามกิจกรรมทางกาย สำหรับหญิงตั้งครรภ์และหญิงให้นมบุตรไปทดสอบหาความเชื่อมั่น (reliability) ด้วยวิธีสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) กับสตรีตั้งครรภ์ที่มีลักษณะคล้ายกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 ราย ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .83, .71 และ .71 ตามลำดับ เมื่อนำไปทดสอบกับกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด ($N = 138$) ได้ค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถาม 3 ชุดดังกล่าว เท่ากับ .80, .78 และ .70 ตามลำดับ ซึ่งมีค่าความเชื่อมั่นระหว่าง .70 - .90 ถือว่าอยู่ในเกณฑ์ที่ยอมรับได้²⁶

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ผ่านการพิจารณาและได้รับรองจาก คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล (COA No.IRB-NS2023/790.2107) และ คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยโรงพยาบาลสมเด็จพระบรมราชเทวี ณ ศรีราชา (COE No.027/2566) และเมื่อผ่านการพิจารณา จึงเริ่มดำเนินการวิจัย โดยผู้วิจัยคำนึงถึงการพิทักษ์สิทธิของผู้เข้าร่วมวิจัย 3 ด้าน ได้แก่ ประโยชน์ที่ได้รับจากการวิจัย ความเสี่ยงที่อาจเกิดจากการวิจัย และการรักษาความลับ ซึ่งในการเข้าร่วมวิจัยจะเป็นไปตามความสมัครใจ สำหรับข้อมูลที่ได้จากการเก็บรวบรวมข้อมูลจะเก็บเป็นความลับและนำเสนอในภาพรวม เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินดียิ่งจะเข้าร่วมวิจัย ให้ลงลายมือชื่อในหนังสือแสดงเจตนายินยอมเข้าร่วมการวิจัย

วิธีเก็บรวบรวมข้อมูล

1. เมื่อได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล และคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย โรงพยาบาลสมเด็จพระบรมราชเทวี ณ ศรีราชา ผู้วิจัยรายงานตัวกับพยาบาลหัวหน้าหน่วยคลินิกฝากครรภ์เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัยให้ทราบ

2. ผู้วิจัยขอความร่วมมือพยาบาลประจำคลินิกฝากครรภ์ ในช่วงเวลา 8.00-16.00 น. เพื่อคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติตรงตามเกณฑ์คัดเข้าและสอบถามความสมัครใจให้ผู้วิจัยเข้าพบ

3. ผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่างแนะนำตัวและสร้างสัมพันธภาพ พร้อมทั้งชี้แจงรายละเอียดของโครงการวิจัย วัตถุประสงค์ ประโยชน์และความเสี่ยงให้ทราบ รวมทั้งแจกเอกสารชี้แจงให้ผู้เข้าร่วมการวิจัย และขอความร่วมมือในการให้ผู้เข้าร่วมวิจัยลงลายมือชื่อในหนังสือแสดงเจตนายินยอมเข้าร่วมการวิจัย จากนั้นอธิบายวิธีการตอบแบบสอบถามให้ทราบ แล้วเริ่มให้ผู้เข้าร่วมวิจัยตอบแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบสอบถาม Edinburgh Postnatal Depression Scale ฉบับภาษาไทย แบบวัดพฤติกรรม การรับประทานอาหาร และแบบสอบถามกิจกรรมทางกาย

สำหรับหญิงตั้งครรภ์และหญิงให้นมบุตรรวม 49 ข้อ โดยแบบบันทึกข้อมูลการตั้งครรภ์และการคลอด ผู้วิจัยจะขออนุญาตบันทึกจากแฟ้มประวัติของกลุ่มตัวอย่างภายหลังการที่ส่งแบบสอบถามคืนผู้วิจัย ระยะเวลาที่ใช้ในการตอบแบบสอบถามประมาณ 40 นาที

4. หากพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีคะแนนรวมของแบบสอบถาม Edinburgh Postnatal Depression Scale ฉบับภาษาไทย ≥ 11 คะแนน ผู้วิจัยจะประเมินอาการทางคลินิกและเปิดโอกาสให้สตรีตั้งครรภ์ระบายความรู้สึก พร้อมกับส่งปรึกษาจิตแพทย์ แต่หากคะแนนไม่ถึง 11 คะแนน แต่มีการตอบคำถามข้อสุดท้ายเกี่ยวกับการฆ่าตัวตายตั้งแต่ 1 คะแนนขึ้นไป ผู้วิจัยจะส่งต่อให้พยาบาลหรือแพทย์ประจำคลินิกฝากครรภ์ให้การดูแลอย่างเร่งด่วน

5. เมื่อเก็บข้อมูลครบตามที่กำหนด ผู้วิจัยจะนำข้อมูลที่ได้นำไปวิเคราะห์ทางสถิติและสรุปผลต่อไป

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป SPSS กำหนดระดับนัยสำคัญที่ .05 โดยวิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคล ข้อมูลการตั้งครรภ์และการคลอด ภาวะซึมเศร้า การบริโภคอาหาร กิจกรรมทางกาย และน้ำหนักที่เพิ่มขึ้นขณะตั้งครรภ์ โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา (descriptive statistics) วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยที่ศึกษากับน้ำหนักที่เพิ่มขึ้นขณะตั้งครรภ์โดยใช้การทดสอบไคสแควร์ (chi-square tests) และการทดสอบฟิชเชอร์ (Fisher's exact tests) วิเคราะห์ความสามารถในการทำนายของปัจจัยที่ศึกษาต่อน้ำหนักที่เพิ่มขึ้นขณะตั้งครรภ์ โดยใช้การวิเคราะห์ถดถอยโลจิสติกเชิงพหุ (multiple logistic regression) ซึ่งผลการทดสอบ multicollinearity พบตัวแปรต้นทั้งหมดไม่มีความสัมพันธ์กันเองสูง (tolerance $>.2$ และ VIF <5)

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลส่วนบุคคล พบกลุ่มตัวอย่างมีอายุ 18-44 ปี อายุเฉลี่ย 28.21 ปี (SD = 5.69) โดยร้อยละ 34.1 มีอายุ

ระหว่าง 18-24 ปี มีสถานภาพสมรสคู่ร้อยละ 94.2 จบการศึกษาระดับอนุปริญญา/ปวส. และมีมัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช. ร้อยละ 34.8 และ 32.6 ตามลำดับ กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 57.3 เป็นพนักงานบริษัทโดยร้อยละ 31.2 มีรายได้ระหว่าง 30,001-40,000 บาทต่อเดือน โดยเฉลี่ยประมาณ 41,498.55 บาทต่อเดือน (SD = 30,498.58) กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 41.3 เคยมีประวัติการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 โดยเป็นการติดเชื้อก่อนตั้งครรภ์ร้อยละ 39.1 และร้อยละ 51.4 เคยผ่านการคลอดมาก่อน โดยมีจำนวนครั้งของการคลอดสูงสุด 3 ครั้ง อายุครรภ์เฉลี่ย 38.06 สัปดาห์ (SD = 0.88)

2. ข้อมูลภาวะซึมเศร้า พบกลุ่มตัวอย่างเพียงร้อยละ 5.8 ที่มีภาวะซึมเศร้าขณะตั้งครรภ์ (≥ 11 คะแนน) โดยมีคะแนนเฉลี่ยของภาวะซึมเศร้าเท่ากับ 4.82 คะแนน (SD = 3.7)

3. ข้อมูลการบริโภคอาหารและกิจกรรมทางกาย พบกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 64.5 มีพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่ไม่ดี โดยมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 14.5 คะแนน (SD = 3.8) และมีกิจกรรมทางกายไม่เพียงพอร้อยละ 26.8 ซึ่งใช้เวลาในการทำกิจกรรมระดับปานกลางถึงหนักเฉลี่ย 1 ชั่วโมง 34 นาที/สัปดาห์ (SD = 0.61)

4. ข้อมูลน้ำหนักที่เพิ่มขึ้นขณะตั้งครรภ์ พบกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นสตรีตั้งครรภ์ภาวะน้ำหนักเกิน ซึ่งมีน้ำหนักที่เพิ่มขึ้นขณะตั้งครรภ์อยู่ในช่วงพิสัยประมาณ 7.0-26.70 kg โดยมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 13.50 kg (SD = 4.0) ซึ่งมากกว่าค่าเฉลี่ยของน้ำหนักที่เพิ่มขึ้นขณะตั้งครรภ์ในสตรีตั้งครรภ์ภาวะอ้วน (12.39 kg) (SD = 4.6) อย่างไรก็ตามพบสตรีตั้งครรภ์ภาวะอ้วนร้อยละ 90 (36 คน จาก 41 คน) มีภาวะอ้วนระดับ 1 และมีค่าเฉลี่ยของน้ำหนักที่เพิ่มขึ้นขณะตั้งครรภ์เท่ากับ 12.49 kg (SD = 4.6) ซึ่งมากกว่าค่าเฉลี่ยของภาวะอ้วนโดยรวม (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 น้ำหนักที่เพิ่มขึ้นขณะตั้งครรภ์ของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามดัชนีมวลกายก่อนการตั้งครรภ์ (N = 138)

ระดับของ BMI ก่อนตั้งครรภ์	จำนวน กลุ่ม ตัวอย่าง	น้ำหนักที่เพิ่มขึ้นขณะตั้งครรภ์		พิสัยของ BMI ก่อนตั้งครรภ์	พิสัยของน้ำหนัก ที่เพิ่มขึ้นขณะ ตั้งครรภ์	น้ำหนักที่เพิ่มขึ้น ขณะตั้งครรภ์ เฉลี่ย (kg) (SD)
		ตามเกณฑ์ (%)	เกินเกณฑ์ (%)			
น้ำหนักเกิน	97	32 (33.0)	65 (67.0)	25-29.76	7.0-26.70	13.50 (4.0)
ภาวะอ้วน	41	10 (24.4)	31 (75.6)	30-46.88	5.8-27.50	12.39 (4.6)
- ระดับ 1	36	10 (24.4)	26 (63.4)	30-34.96	5.8-27.50	12.49 (4.6)
- ระดับ 2	3	0 (0)	3 (7.3)	35.63-36.65	7.4-12	9.93 (2.3)
- ระดับ 3	2	0 (0)	2 (4.9)	40.16-46.88	9.2-19.5	14.35 (7.3)
	138	42 (30.4)	96 (69.6)			

5. ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยที่ศึกษา โดยใช้ chi-square tests และ Fisher's exact tests พบว่า อายุ จำนวนครั้งของการคลอด การบริโภคอาหาร กิจกรรมทางกาย มีความสัมพันธ์กับน้ำหนักที่เพิ่มขึ้นขณะตั้งครรภ์อย่างมีนัยสำคัญ

ทางสถิติ ($\chi^2 = 8.96, p = .003, \chi^2 = 5.60, p = .018, \chi^2 = 7.51, p = .006, \chi^2 = 9.20, p = .002$ ตามลำดับ) ในขณะที่การติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 และภาวะซึมเศร้าไม่มีความสัมพันธ์กับน้ำหนักที่เพิ่มขึ้นขณะตั้งครรภ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > .05$) (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยที่ศึกษากับน้ำหนักที่เพิ่มขึ้นขณะตั้งครรภ์ในสตรีตั้งครรภ์ภาวะน้ำหนักเกินและอ้วน (N = 138)

ปัจจัยที่ศึกษา	จำนวนทั้งหมด n (%)	น้ำหนักที่เพิ่มขึ้นขณะตั้งครรภ์ (N = 138)		χ^2	p-value
		ตามเกณฑ์	เกินเกณฑ์		
		n (%)	n (%)		
อายุ (ปี)				8.96	.003
<30	85 (61.6)	18 (21.2)	67 (78.8)		
≥30	53 (39.4)	24 (45.3)	29 (54.7)		
จำนวนครั้งของการคลอด				5.60	.018
≥1	71 (51.4)	28 (39.4)	43 (60.6)		
0	67 (48.6)	14 (20.9)	53 (79.1)		
การบริโภคอาหาร				7.51	.006
ดี	49 (35.5)	22 (44.9)	27 (55.1)		
ไม่ดี	89 (64.5)	20 (22.5)	69 (77.5)		
กิจกรรมทางกาย				9.20	.002
เพียงพอ	101 (73.2)	38 (37.6)	63 (62.4)		
ไม่เพียงพอ	37 (26.8)	4 (10.8)	33 (89.2)		
การติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019				0.78	.378
ไม่เคย	81 (58.7)	27 (33.3)	54 (66.7)		
เคย	57 (41.3)	15 (26.3)	42 (73.7)		
ภาวะซึมเศร้า					.700 ¹
ไม่มี	130 (94.2)	39 (30.0)	91 (70.0)		
มี	8 (5.8)	3 (37.5)	5 (62.5)		

¹ Fisher's exact test

6. ผลการวิเคราะห์ถดถอยโลจิสติกเชิงพหุ (multiple logistic regression) พบว่า อายุ จำนวนครั้งของการคลอด การบริโภคอาหาร กิจกรรมทางกาย การติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 และภาวะซีมเศร้า สามารถร่วมกันทำนายน้ำหนักที่เพิ่มขึ้นขณะตั้งครรภ์ของสตรีตั้งครรภ์ภาวะน้ำหนักเกินและอ้วนได้ร้อยละ 27 (Nagelkerke $R^2 = .27$)

และมีความแม่นยำในการทำนายได้ถูกต้องร้อยละ 75.4 (overall percentage = 75.4) โดยอายุ (OR = 2.69, 95%CI [1.08, 6.70]) การบริโภคอาหาร (OR = 3.05, 95%CI [1.26, 7.38]) และกิจกรรมทางกาย (OR = 5.08, 95%CI [1.56, 16.52]) เป็นตัวแปรที่สามารถทำนายได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) (ตารางที่ 3)

ตารางที่ 3 ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อน้ำหนักที่เพิ่มขึ้นขณะตั้งครรภ์ในสตรีตั้งครรภ์ภาวะน้ำหนักเกินและอ้วน (N = 138)

ปัจจัยที่ศึกษา	B	SE	Wald	OR	95%CI		p-value
					Lower	Upper	
อายุ (ปี)							
<30	.99	.47	4.53	2.69	1.08	6.70	.033
≥30 ¹							
จำนวนครั้งของการคลอด							
0	.62	.47	1.17	1.86	0.74	4.71	.190
≥1 ¹							
การบริโภคอาหาร							
ไม่ดี	1.12	.45	6.14	3.05	1.26	7.38	.013
ดี ¹							
กิจกรรมทางกาย							
ไม่เพียงพอ	1.63	.46	7.29	5.08	1.56	16.52	.007
เพียงพอ ¹							
การติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019							
เคย	.11	.46	.06	1.12	.45	2.77	.811
ไม่เคย ¹							
ภาวะซีมเศร้า							
มี	-1.46	.85	2.96	.23	.04	1.23	.086
ไม่มี ¹							
ค่าคงที่	-.96	.44	4.65	.38			.031

¹ กลุ่มอ้างอิง, Nagelkerke $R^2 = .27$, Overall Percentage = 75.4, Hosmer and Lemeshow test Goodness of fit = 10.34, $p = .242$

การอภิปรายผล

การศึกษาครั้งนี้พบสตรีตั้งครรภ์ภาวะน้ำหนักเกินและอ้วนมีน้ำหนักที่เพิ่มขึ้นขณะตั้งครรภ์เกินเกณฑ์ร้อยละ 69.6 ส่วนใหญ่เป็นสตรีตั้งครรภ์ภาวะน้ำหนักเกินร้อยละ 67 ซึ่งมีน้ำหนักที่เพิ่มขึ้นขณะตั้งครรภ์เฉลี่ยมากกว่าสตรีตั้งครรภ์ภาวะอ้วน (ตารางที่ 1) เนื่องจากสตรีตั้งครรภ์น้ำหนักเกินจะมีช่วงการเพิ่มขึ้นของน้ำหนักมากกว่ากลุ่มภาวะอ้วน ประกอบกับสตรีตั้งครรภ์ภาวะอ้วนที่ได้รับคำแนะนำในการควบคุมน้ำหนักจากบุคลากรทางสุขภาพอย่างเข้มงวด⁷ อย่างไรก็ตาม สตรีตั้งครรภ์ภาวะอ้วนส่วนใหญ่เป็นกลุ่มอ้วนระดับ 1 ซึ่งมีน้ำหนักที่เพิ่มขึ้นขณะตั้งครรภ์เฉลี่ยมากกว่าค่าเฉลี่ยโดยรวม จึงมีโอกาสพัฒนาเป็นกลุ่มอ้วนระดับ 2 และ 3 ได้ง่าย ดังนั้น พยาบาลผดุงครรภ์จึงควรเฝ้าระวังสตรีตั้งครรภ์กลุ่มนี้อย่างใกล้ชิด ตั้งแต่มาฝากครรภ์ครั้งแรก เพื่อไม่ให้มีน้ำหนักเพิ่มขึ้นขณะตั้งครรภ์เกินเกณฑ์ พร้อมทั้งวางแผนป้องกันไม่ให้มีดัชนีมวลกายก่อนการตั้งครรภ์เพิ่มขึ้นในการตั้งครรภ์ครั้งต่อไป

อายุ จำนวนครั้งของการคลอด การบริโภคอาหาร กิจกรรมทางกาย การติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 และภาวะซึมเศร้าสามารถร่วมกันทำนายน้ำหนักที่เพิ่มขึ้นขณะตั้งครรภ์ของสตรีตั้งครรภ์ภาวะน้ำหนักเกินและอ้วนได้ร้อยละ 27 (Nagelkerke $R^2 = .27$) ซึ่งสอดคล้องกับกรอบแนวคิดของ IOM⁹ ที่กล่าวว่าปัจจัยด้านมารดาเป็นปัจจัยหลักที่ส่งผลกระทบทางตรงต่อน้ำหนักที่เพิ่มขึ้นขณะตั้งครรภ์ ในที่นี้พบว่าปัจจัยด้านสังคมประชากร (อายุ) และปัจจัยด้านพฤติกรรม (การบริโภคอาหาร กิจกรรมทางกาย) สามารถทำนายน้ำหนักที่เพิ่มขึ้นขณะตั้งครรภ์ของสตรีตั้งครรภ์ภาวะน้ำหนักเกินและอ้วนได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) ส่วนปัจจัยด้านร่างกาย (จำนวนครั้งของการคลอด) ปัจจัยด้านการแพทย์ (การติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019) และปัจจัยด้านจิตใจ (ภาวะซึมเศร้า) ไม่สามารถทำนายน้ำหนักที่เพิ่มขึ้นขณะตั้งครรภ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > .05$) ผลการศึกษาครั้งนี้สนับสนุนสมมติฐานการวิจัยบางส่วน ในที่นี้

อายุสามารถทำนายน้ำหนักที่เพิ่มขึ้นขณะตั้งครรภ์ของสตรีตั้งครรภ์ภาวะน้ำหนักเกินและอ้วนได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) กล่าวคือ สตรีตั้งครรภ์ภาวะน้ำหนักเกินและอ้วนที่มีอายุ <30 ปี เสี่ยงที่จะมีน้ำหนักที่เพิ่มขึ้นขณะตั้งครรภ์เกินเกณฑ์ร้อยละ 2.69 เท่า (OR = 2.69, 95%CI [1.08, 6.70]) โดยพบว่าสตรีตั้งครรภ์กลุ่มที่มีอายุ <30 ปี มีน้ำหนักที่เพิ่มขึ้นขณะตั้งครรภ์เกินเกณฑ์ร้อยละ 78.8 ในขณะที่กลุ่มที่มีอายุ ≥ 30 ปีพบแค่ร้อยละ 54.7 เนื่องจากกลุ่มที่มีอายุ <30 ปี มีระบบการเผาผลาญสูง จึงมีความต้องการสารอาหารและพลังงานมากกว่า แต่มักบริโภคอาหารจำพวกพลังงานสูงซึ่งแตกต่างกับกลุ่มที่มีอายุ ≥ 30 ปี ที่ระบบการเผาผลาญทำงานลดลง ทำให้มีพลังงานเหลือสะสม จึงมีความต้องการสารอาหารและพลังงานลดลง¹³ สอดคล้องกับ Zhou และคณะ¹⁰ ที่พบว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีอายุ <30 ปี เสี่ยงที่จะมีน้ำหนักที่เพิ่มขึ้นขณะตั้งครรภ์เกินเกณฑ์ 1.14 เท่า (OR = 1.14, 95%CI [1.10, 1.19]) เมื่อเทียบกับกลุ่มที่มีอายุ ≥ 30 ปี

นอกจากนี้ยังพบว่า การบริโภคอาหารและกิจกรรมทางกายสามารถทำนายน้ำหนักที่เพิ่มขึ้นขณะตั้งครรภ์ของสตรีตั้งครรภ์ภาวะน้ำหนักเกินและอ้วนได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) โดยสตรีตั้งครรภ์ภาวะน้ำหนักเกินและอ้วนที่มีการบริโภคอาหารไม่ดี เสี่ยงที่จะมีน้ำหนักที่เพิ่มขึ้นขณะตั้งครรภ์เกินเกณฑ์ 3.05 เท่า (OR = 3.05, 95%CI [1.26, 7.38]) โดยพบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ร้อยละ 64.5 มักจะมีพฤติกรรมการบริโภคอาหารประเภทผัด ทอด ใส่กะทิ รวมทั้งกินขนมและเครื่องดื่มที่มีรสหวาน จึงทำให้ร่างกายได้รับพลังงานเกินความต้องการ และมีน้ำหนักที่เพิ่มขึ้นขณะตั้งครรภ์เกินเกณฑ์ได้ เป็นผลทำให้สตรีตั้งครรภ์กลุ่มนี้มีน้ำหนักที่เพิ่มขึ้นขณะตั้งครรภ์เกินเกณฑ์ร้อยละ 77.5 สอดคล้องกับ Augustin, Winkvist และ Bärebring¹⁴ ที่พบว่า การบริโภคอาหารที่ไม่ดีต่อสุขภาพ เสี่ยงที่จะมีน้ำหนักที่เพิ่มขึ้นขณะตั้งครรภ์เกินเกณฑ์ 4.39 เท่า (OR = 4.39, $p = .01$)

ส่วนสตรีตั้งครรภ์ภาวะน้ำหนักเกินและอ้วนที่มีกิจกรรมทางกายไม่เพียงพอ เสี่ยงที่จะมีน้ำหนักที่เพิ่มขึ้นขณะตั้งครรภ์เกินเกณฑ์ 5.08 เท่า (OR = 5.08, 95%CI [1.56, 16.52]) โดยพบกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 26.8 มีกิจกรรมทางกายไม่เพียงพอ ซึ่งอยู่ในระดับปานกลางถึงหนักเฉลี่ย 1 ชั่วโมง 34 นาที/สัปดาห์ ซึ่งต่ำกว่าเกณฑ์ที่กำหนด (2 ชั่วโมง 30 นาที/สัปดาห์) และใช้เวลาเฉลี่ยแค่ 2 วัน/สัปดาห์ เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 57.3 เป็นพนักงานบริษัทจึงมีลักษณะการนั่งทำงานเป็นหลัก อีกทั้งสตรีตั้งครรภ์กลุ่มนี้มีการเคลื่อนไหวช้าและไม่สามารถออกกำลังกายที่มีแรงกระแทกสูง⁷ ทำให้มีกิจกรรมทางกายที่ไม่เพียงพอทั้งในแง่ความถี่ ความแรง ระยะเวลา และชนิด ส่งผลทำให้น้ำหนักที่เพิ่มขึ้นขณะตั้งครรภ์เกินเกณฑ์ถึงร้อยละ 73.2 สอดคล้องกับ Ha และคณะ²⁷ ที่พบว่าสตรีตั้งครรภ์ที่มีกิจกรรมทางกายน้อยเสี่ยงที่จะมีน้ำหนักที่เพิ่มขึ้นขณะตั้งครรภ์เกินเกณฑ์ 1.73 เท่า เมื่อเทียบกับกลุ่มที่มีกิจกรรมทางกายระดับปานกลางถึงหนัก

ส่วนปัจจัยที่ไม่สามารถทำนายน้ำหนักที่เพิ่มขึ้นขณะตั้งครรภ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > .05$) ได้แก่ จำนวนครั้งของการคลอด การติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 และภาวะซึมเศร้า อธิบายได้ว่า สตรีตั้งครรภ์ร้อยละ 48.6 เป็นสตรีตั้งครรภ์แรก จึงยังไม่มีประสบการณ์ในการดูแลตนเองขณะตั้งครรภ์ ทำให้สนใจรับฟังสุขศึกษาเรื่องการปฏิบัติตัวขณะตั้งครรภ์จากพยาบาล เพื่อให้มีความรู้และนำไปสู่การปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม⁴ ในขณะที่พบว่าสตรีครรภ์หลังซึ่งเคยมีประสบการณ์ในการตั้งครรภ์มาก่อน จะมีการดูแลตนเองเป็นอย่างดี จึงทำให้ทั้งสองกลุ่มมีการดูแลตนเองในการควบคุมน้ำหนักที่เพิ่มขึ้นขณะตั้งครรภ์ไม่แตกต่างกัน เช่นเดียวกับการศึกษาที่ผ่านมา^{1,15} สำหรับการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 พบกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 41.3 มีประวัติการติดเชื้อมาก่อน ทำให้ง่ายต่อการมีภูมิคุ้มกันและการที่เคยได้รับวัคซีนอาจทำให้ความรุนแรงของโรคลดลงได้²⁸ สอดคล้องกับ Martinez-Colón และคณะ²⁹ ที่พบว่าสตรีตั้งครรภ์

ไวรัสโคโรนา 2019 ที่มีอาการรุนแรงเท่านั้น จึงจะมีผลต่อระบบการเผาผลาญของร่างกาย จึงทำให้กลุ่มที่เคยและไม่เคยมีประวัติการติดเชื้อมีน้ำหนักที่เพิ่มขึ้นขณะตั้งครรภ์ไม่แตกต่างกัน ส่วนภาวะซึมเศร้าพบกลุ่มตัวอย่างเพียง 8 ราย (ร้อยละ 5.8) ที่มีคะแนนรวม ≥ 11 คะแนน ซึ่งกลุ่มตัวอย่างจำนวนน้อยทำให้ไม่มีอำนาจทดสอบเพียงพอที่จะตรวจพบอำนาจการทำนายของภาวะซึมเศร้าต่อน้ำหนักที่เพิ่มขึ้นขณะตั้งครรภ์ได้¹¹

สรุปและข้อเสนอแนะ

สตรีตั้งครรภ์ภาวะน้ำหนักเกินและอ้วนที่มีอายุ <30 ปี มีพฤติกรรมบริโภคอาหารไม่ดี และกิจกรรมทางกายไม่เพียงพอ เสี่ยงที่จะมีน้ำหนักที่เพิ่มขึ้นขณะตั้งครรภ์เกินเกณฑ์ ผลการศึกษามีข้อเสนอแนะ ดังนี้

ด้านการพยาบาล

1. ประเมินปัจจัยเสี่ยงในกลุ่มสตรีตั้งครรภ์ที่มีน้ำหนักเกินและอ้วนในรายที่มีอายุ <30 ปี ที่บริโภคอาหารไม่เหมาะสมหรือมีกิจกรรมทางกายไม่เพียงพอ ตั้งแต่ครั้งแรกที่มาฝากครรภ์
2. จัดให้มีคลินิกสำหรับกลุ่มสตรีที่มีน้ำหนักเกินและอ้วน ตั้งแต่ระยะก่อนตั้งครรภ์จนถึงหลังคลอด เพื่อให้การดูแลอย่างต่อเนื่อง
3. จัดทำแนวทางในการดูแลรวมทั้งการให้ความรู้เรื่องบริโภคอาหารร่วมกับกิจกรรมทางกายแก่สตรีตั้งครรภ์ภาวะน้ำหนักเกินและอ้วนในคลินิกฝากครรภ์

ด้านการวิจัย

1. ควรศึกษาปัจจัยเสี่ยงอื่น ๆ ที่มีอิทธิพลต่อน้ำหนักที่เพิ่มขึ้นขณะตั้งครรภ์ เช่น การสนับสนุนทางสังคม การได้รับคำแนะนำจากบุคลากรทางการแพทย์ โดยจำแนกเป็นกลุ่มภาวะน้ำหนักเกินและกลุ่มภาวะอ้วน เพื่อพัฒนาแนวทางการช่วยเหลือเฉพาะกลุ่มให้ชัดเจน
2. ควรพัฒนาโปรแกรมการปรับพฤติกรรมในการบริโภคอาหารร่วมกับกิจกรรมทางกาย เฉพาะกลุ่มสตรีภาวะน้ำหนักเกินและอ้วน เพื่อควบคุมน้ำหนักที่เพิ่มขึ้นขณะตั้งครรภ์ให้อยู่ในเกณฑ์ที่เหมาะสม

References

1. Kampan S, Tulyakul P, Saetan C. Factors predicting gestational weight gain among overweight pregnant women. *The Southern College Network Journal of Nursing and Public Health*. 2021;8(1):222-33. (in Thai).
2. Chen C, Xu X, Yan Y. Estimated global overweight and obesity burden in pregnant women based on panel data model. *PLoS One*. 2018;13(8):e0202183. doi: 10.1371/journal.pone.0202183.
3. Carrilho TRB, Rasmussen KM, Hutcheon JA, Alves RFS, Farias DR, Freitas-Costa NC, et al. Prevalence and temporal trends in prepregnancy nutritional status and gestational weight gain of adult women followed in the Brazilian food and nutrition surveillance system from 2008 to 2018. *Matern Child Nutr*. 2022;18(1):e13240. doi: 10.1111/mcn.13240.
4. Gettong N, Uthaitum N, Somjai C, Boontham S, Kiatmala R. Factors affecting health behaviors in overweight and obese pregnancy. *Journal of Bamrasnaradura Infectious Disease Institute*. 2020;14(3):180-91. (in Thai).
5. Siriarunrat S, Tachasuksri T, Deoisres W. Prevalence and factors affected to excessive gestational weight gain among pregnant women in the Eastern part of Thailand. *Journal of Public Health Nursing*. 2018;32(3):19-36. (in Thai).
6. Antenatal clinic at Queen Savang Vadhana Memorial Hospital. Pregnancy registration. Chonburi: Queen Savang Vadhana Memorial Hospital; 2022. 55 p. (in Thai).
7. Pinitlertsakun O, Wayuhuerd S. Overweight and obesity in pregnant women: the challenging roles of nurses and midwives. *Journal of Nursing and Health Care*. 2021;39(1):29-38. (in Thai).
8. Sipoun S. Overweight and obesity during pregnancy: challenges for midwives. *Nursing Journal of the Ministry of Public Health*. 2022;32(2):1-11. (in Thai).
9. Rasmussen KM, Yaktine AL, Institute of Medicine, National Research Council, Committee to Reexamine IOM Pregnancy Weight Guidelines. *Weight gain during pregnancy: reexamining the guidelines*. Washington, DC: National Academies Press; 2009. 842 p.
10. Zhou M, Peng X, Yi H, Tang S, You H. Determinants of excessive gestational weight gain: a systematic review and meta-analysis. *Arch Public Health*. 2022;80(1):129. doi: 10.1186/s13690-022-00864-9.
11. Dolatian M, Sharifi N, Mahmoodi Z, Fathnezhad-Kazemi A, Bahrami-Vazir E, Rashidian T. Weight gain during pregnancy and its associated factors: a path analysis. *Nurs Open*. 2020;7(5):1568-77. doi: 10.1002/nop2.539.
12. Deemongkol P, Limruangrong P, Phahuwatanakorn W, Boriboonhirunsam D. Predictive factors of gestational weight gain among overweight and obese women. *Nursing Science Journal of Thailand*. 2020;38(2):46-58. (in Thai).
13. Inthachai T, Deekom K, Jenjai S, Waisen S, Wicha P. Effects of muscular and fat mass on maximum oxygen consumption in female participants aged between 30-40 years. *Thai Journal of Physical Therapy*. 2019;41(2):75-84. (in Thai).
14. Augustin H, Winkvist A, Bärebring L. Poor dietary quality is associated with low adherence to gestational weight gain recommendations among women in Sweden. *Nutrients*. 2020;12(2):317. doi: 10.3390/nu12020317.
15. Thitiyanviroj B, Limruangrong P, Yusamran C, Vongsirimas N, Boriboonhirunsam D. Factors predicting second trimester weight gain in overweight and obese pregnant women. *Journal of Nursing and Health Care*. 2019;37(2):170-9. (in Thai).
16. Steenblock C, Schwarz PEH, Ludwig B, Linkermann A, Zimmet P, Kulebyakin K, et al. COVID-19 and metabolic disease: mechanisms

- and clinical management. *Lancet Diabetes Endocrinol.* 2021;9(11):786-98. doi: 10.1016/S2213-8587(21)00244-8.
17. Chawla A, Chan A. COVID-19 associated with higher gestational weight gain [Internet]. Boston, MA: 2 Minute Medicine; 2022 [cited 2024 Jul 1]. Available from: <https://www.2minutemedicine.com/covid-19-associated-with-higher-gestational-weight-gain>.
 18. Farias DR, Carrilho TRB, Freitas-Costa NC, Batalha MA, Gonzalez M, Kac G. Maternal mental health and gestational weight gain in a Brazilian cohort. *Sci Rep.* 2021;11(1):10787. doi: 10.1038/s41598-021-90179-6.
 19. Benham JL, Booth JE, Donovan LE, Leung AA, Sigal RJ, Rabi DM. Prevalence of and risk factors for excess weight gain in pregnancy: a cross-sectional study using survey data. *CMAJ Open.* 2021;9(4):1168-74. doi: 10.9778/cmajo.20200276.
 20. Peduzzi P, Concato J, Kemper E, Holford TR, Feinstein AR. A simulation study of the number of events per variable in logistic regression analysis. *J Clin Epidemiol.* 1996;49(12):1373-9. doi: 10.1016/s0895-4356(96)00236-3.
 21. Cox JL, Holden JM, Sagovsky R. Detection of postnatal depression. Development of the 10-item Edinburgh Postnatal Depression Scale. *Br J Psychiatry.* 1987;150:782-6. doi: 10.1192/bjp.150.6.782.
 22. Vatcharaporn K, Pitanupong J, Samangsri N. Validation of The Thai Edinburgh Postnatal Depression Scale. *Journal of Mental Health of Thailand.* 2003;11(3):164-9. (in Thai).
 23. Phoosuwan N, Chaiyamongkol S. The reliability and validity of the Edinburgh Postnatal Depression Scale in pregnant women in the Northeastern Region of Thailand [Internet]. Kalasin: Kalasin University; 2019 [cited 2023 Mar 29]. Available from: <https://th.ksu.ac.th/ksuc2019/pdf/th/oral/KSUC-O-001.pdf>. (in Thai).
 24. Winichakul P, Pongcharoen T, Rojroongwasinkul N, Tuntipopipat S, Gowachirapant S. Promoting early life nutrition intervention within maternal and child health care (1st year) [Internet]. Nonthaburi: Health Systems Research Institute; 2018 [cited 2023 Jan 1]. Available from: <http://kb.hsri.or.th/dspace/handle/11228/4867>. (in Thai).
 25. Srichan W, Mankong P, Thongprasert C, Pongcharoen T, Ajjimaporn A, Gowachirapant S. Reliability and validity of the physical activity questionnaire for pregnant and lactating women. *Journal of Health Systems Research.* 2019;13(1): 90-105. (in Thai).
 26. Tavakol M, Dennick R. Making sense of Cronbach's alpha. *Int J Med Educ.* 2011;2:53-5. doi: 10.5116/ijme.4dfb.8dfd.
 27. Ha AW, Zhao Y, Pham NM, Nguyen CL, Nguyen PTH, Chu TK, et al. Physical activity and sedentary behavior during pregnancy are associated with gestational weight gain in Vietnamese women. *Asia Pac J Clin Nutr.* 2020;29(1):136-43. doi: 10.6133/apjcn.202003_29(1).0018.
 28. World Health Organization. COVID-19 situation in Thailand in 2019: 7 February 2024 [Internet]. Bangkok: WHO; 2024 [cited 2024 Jul 1]. Available from: <https://www.who.int/thailand/news/detail/07-02-2024-update-on-covid-19-in-thailand--7-february-2024-THA>. (in Thai).
 29. Martínez-Colón GJ, Ratnasiri K, Chen H, Jiang S, Zandley E, Rustagi A, et al. SARS-CoV-2 infection drives an inflammatory response in human adipose tissue through infection of adipocytes and macrophages. *Sci Transl Med.* 2022;14(674): eabm9151. doi: 10.1126/scitranslmed.abm9151.



The Effects of Attitude and Perceived Behavioral Control Program towards the Intention of Vaginal Delivery for Primigravida Women*

Pimchanok Klincha-em, RN, MNS¹, Ameporn Ratinthorn, RN, PhD¹, Nanthana Thananowan, RN, PhD¹, Sasitara Nuampa, RN, PhD¹

Abstract

Purpose: To examine the effect of attitude and perceived behavioral control program towards the intention of vaginal delivery for primigravida women.

Design: Two-group pre-test and post-test quasi-experimental study.

Methods: The participants consisted of forty-six primigravida women receiving antenatal care at Somdech Phra Pinklao Hospital divided equally into control and experimental groups with 23 each. The control group received standard nursing care, while the experimental group received the attitude and perceived behavioral control program toward the vaginal delivery. Data were collected using demographic characteristics and vaginal delivery intention questionnaires. Data was analyzed using descriptive statistics, Chi-square test, Fisher's exact test, Mann-Whitney test, and Wilcoxon signed ranks test.

Main findings: The results showed that participants in the experimental group had a significantly higher vaginal birth intention score after completing the program than before starting it ($Z = 3.53$, $p < .001$). Additionally, participants in the experimental group had a significantly higher vaginal birth intention score than those in the control group ($Z = 2.31$, $p = .021$).

Conclusion and recommendations: The attitude and perceived behavioral control program increased their intention to choose vaginal delivery option. The results suggest that nurses should implement this program to promote vaginal birth by incorporating attitude change education, coping skills assessment, pain relief training, spousal support, and electronic manuals as learning aids.

Keywords: attitude, behavior control, intention, primigravida, vaginal delivery

Nursing Science Journal of Thailand. 2024;42(4):82-95

Corresponding Author: Associate Professor Ameporn Ratinthorn, Faculty of Nursing, Mahidol University, Bangkok 10700, Thailand; e-mail: ameporn.rat@mahidol.ac.th

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

¹ Faculty of Nursing, Mahidol University, Bangkok, Thailand

Received: 30 August 2024 / Revised: 11 November 2024 / Accepted: 14 November 2024



ผลของโปรแกรมเสริมสร้างทัศนคติและการรับรู้ ความสามารถในการควบคุมการคลอดต่อความตั้งใจ ในการคลอดทางช่องคลอดในสตรีตั้งครรภ์แรก*

พิมพ์ชนก กลิ่นชะเอม, พย.ม.¹ เอ็มพร รตินธร, PhD¹ นันทนา ธนาโนวรรณ, PhD¹ ศศิธรา น่วมภา, PhD¹

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์: เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมเสริมสร้างทัศนคติและการรับรู้ความสามารถในการควบคุมการคลอดต่อความตั้งใจในการคลอดทางช่องคลอดในสตรีตั้งครรภ์แรก

รูปแบบการวิจัย: การวิจัยกึ่งทดลองแบบสองกลุ่ม วัดผลก่อนและหลังการทดลอง

วิธีดำเนินการวิจัย: กลุ่มตัวอย่างเป็นสตรีตั้งครรภ์แรกจำนวน 46 ราย ที่มารับบริการฝากครรภ์ที่โรงพยาบาลสมเด็จพระปิ่นเกล้า แบ่งออกเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 23 ราย กลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติ กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมเสริมสร้างทัศนคติและการรับรู้ความสามารถในการควบคุมการคลอด เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล คือ แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล และแบบสอบถามความตั้งใจในการคลอดทางช่องคลอด วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา เปรียบเทียบข้อมูลด้วยสถิติไคสแควร์ สถิติฟิชเชอร์ สถิติทดสอบแมน-วิทนี และสถิติทดสอบวิลคอกซัน

ผลการวิจัย: กลุ่มทดลองมีคะแนนความตั้งใจในการคลอดทางช่องคลอดหลังการทดลองมากกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($Z = 3.53, p < .001$) และกลุ่มทดลองมีคะแนนความตั้งใจในการคลอดทางช่องคลอดมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($Z = 2.31, p = .021$)

สรุปและข้อเสนอแนะ: โปรแกรมเสริมสร้างทัศนคติและการรับรู้ความสามารถในการควบคุมการคลอดสามารถส่งเสริมให้สตรีตั้งครรภ์แรกมีความตั้งใจในการคลอดทางช่องคลอดเพิ่มมากขึ้น จากผลการศึกษาเสนอแนะให้ พยาบาลประจำหน่วยฝากครรภ์ ควรนำโปรแกรมเสริมสร้างทัศนคติและการรับรู้ความสามารถในการควบคุมการคลอด ไปเป็นแนวทางในการส่งเสริมสตรีตั้งครรภ์ให้ตั้งใจคลอดทางช่องคลอด โดยเน้นการให้ความรู้เพื่อปรับเปลี่ยนทัศนคติ วิเคราะห์ความสามารถในการเผชิญการคลอด ผูกเทคนิคการบรรเทาปวด โดยให้สามีเข้ามามีส่วนร่วม และใช้หนังสือคู่มืออิเล็กทรอนิกส์เป็นสื่อความรู้

คำสำคัญ: ทัศนคติ การควบคุมพฤติกรรม ความตั้งใจ สตรีตั้งครรภ์แรก การคลอดทางช่องคลอด

Nursing Science Journal of Thailand. 2024;42(4):82-95

ผู้ประสานงานการเผยแพร่: รองศาสตราจารย์เอมพร รตินธร, คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล บางกอกน้อย กรุงเทพฯ 10700, e-mail: ameporn.rat@mahidol.ac.th

* วิทยานิพนธ์หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการผดุงครรภ์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

¹ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

วันที่รับบทความ: 30 สิงหาคม 2567 / วันที่แก้ไขบทความเสร็จ: 11 พฤศจิกายน 2567 / วันที่ตอบรับบทความ: 14 พฤศจิกายน 2567

ความสำคัญของปัญหา

การคลอดทางช่องคลอดเป็นวิธีการคลอดที่ได้รับการยอมรับว่ามีความปลอดภัยต่อทั้งมารดาและทารกที่สุขภาพดีและไม่มีข้อบ่งชี้ของการผ่าตัดคลอด¹ และมีความเสี่ยงต่ำที่สุดต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนต่อมารดาเมื่อเปรียบเทียบกับ การผ่าตัดคลอด² แต่ในปัจจุบันพบว่าการคลอดทางช่องคลอดมีแนวโน้มลดลง ซึ่งสวนทางกับการผ่าตัดคลอดที่มีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง จากร้อยละ 5 ในปี ค.ศ. 1990 เป็นร้อยละ 21.1 ในปี ค.ศ. 2021 และคาดการณ์แนวโน้มสูงถึงร้อยละ 49.6 ในปี ค.ศ. 2030³ ซึ่งสูงกว่าเกณฑ์การผ่าตัดคลอดที่เหมาะสมที่องค์การอนามัยโลกกำหนด คือ ไม่ควรเกินร้อยละ 10-15 ของการคลอดทั้งหมด⁴ โดยอัตราการผ่าตัดคลอดที่สูงขึ้นนี้ ส่วนหนึ่งมาจากการผ่าตัดคลอดโดยไม่จำเป็น ซึ่งส่วนใหญ่มีสาเหตุจากการผ่าตัดคลอดตามการร้องขอของมารดา⁵ ส่วนในประเทศไทยมีนโยบายเรื่องการลดการผ่าตัดคลอดโดยไม่จำเป็น ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2561⁶ แต่สถานการณ์การผ่าตัดคลอดในภาพรวมยังคงมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง จากร้อยละ 36 ในปี พ.ศ. 2561 เป็นร้อยละ 39.8 ในปี พ.ศ. 2565⁷ และจากการศึกษาอัตราการผ่าตัดคลอดในโรงพยาบาลศิริราช พ.ศ. 2560 พบว่า อัตราการผ่าคลอดเท่ากับร้อยละ 48.9 ของการคลอดทั้งหมด โดยร้อยละ 41.4 ของการผ่าตัดคลอดทั้งหมด เป็นการผ่าตัดคลอดในกลุ่มที่ไม่มีความจำเป็น⁸ ซึ่งไม่ได้ช่วยลดอัตราการตายของมารดาและทารกปริกำเนิด และอาจนำไปสู่ภาวะแทรกซ้อนต่อมารดาทารกหลายประการ⁴ เช่น ด้านมารดา การผ่าตัดคลอดส่งผลให้อุบัติการณ์รกฝังตัวผิดปกติ มดลูกแตก และการตัดมดลูกในการตั้งครรภ์ครั้งถัดไปเพิ่มสูงขึ้น ส่วนด้านทารก การผ่าตัดคลอดเพิ่มความเสี่ยงต่อภาวะหายใจเร็วชั่วคราวมากกว่าการคลอดทางช่องคลอดถึง 3 เท่า^{2,5}

การเลือกวิธีการคลอดสำหรับสตรีตั้งครรภ์แรกเป็นเรื่องยากเนื่องจากสตรีตั้งครรภ์แรกยังไม่มีประสบการณ์เกี่ยวกับการคลอด⁹ จากการศึกษาทั้งในประเทศไทยและต่างประเทศ พบว่า

ปัจจัยที่ส่งผลให้สตรีตั้งครรภ์แรกเลือกคลอดทางช่องคลอด ได้แก่ ความรู้และความตระหนักถึงข้อดีข้อเสียของวิธีการคลอดทัศนคติทางบวกต่อการคลอดทางช่องคลอด¹⁰⁻¹¹ การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิงในการคลอดทางช่องคลอด โดยเฉพาะสามี ซึ่งเป็นบุคคลที่มีอิทธิพลต่อการเลือกวิธีการคลอดและสนับสนุนให้คลอดทางช่องคลอดมากที่สุด¹²⁻¹³ การรับรู้ความสามารถของตนเองในการคลอด และความเชื่อมั่นว่าตนเองสามารถเผชิญกับความเจ็บปวดในการคลอดได้^{10,13} ซึ่งเป็นไปตามแนวคิดทฤษฎีพฤติกรรมตามแผนของ Ajzen ที่กล่าวว่า ทัศนคติ การรับรู้ความสามารถในการควบคุมตนเอง และการคล้อยตามกลุ่มอ้างอิง ส่งผลให้เกิดความตั้งใจที่จะกระทำพฤติกรรม จนกระทั่งแสดงพฤติกรรมได้สำเร็จ¹⁴ โดยสตรีตั้งครรภ์ที่มีความตั้งใจคลอดทางช่องคลอดสูงจะมีแนวโน้มคลอดทางช่องคลอดเพิ่มขึ้น 6 เท่า เมื่อเทียบกับสตรีตั้งครรภ์ที่ไม่ตั้งใจคลอดทางช่องคลอด¹⁵

จากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับโปรแกรมการส่งเสริมให้สตรีตั้งครรภ์เลือกวิธีการคลอดทางช่องคลอดและลดการผ่าตัดคลอดในต่างประเทศ ส่วนใหญ่มีรูปแบบการจัดกิจกรรม 3 ด้าน เพื่อส่งเสริมความตั้งใจในการคลอดทางช่องคลอด ได้แก่ ด้านการส่งเสริมทัศนคติทางบวก ผ่านการให้ความรู้เกี่ยวกับวิธีการคลอด การวิเคราะห์ข้อดีข้อเสีย ประเมินผลลัพธ์ด้านบวกของการคลอดทางช่องคลอด และการปรับเปลี่ยนทัศนคติเชิงลบต่อการคลอดทางช่องคลอดให้เป็นทัศนคติเชิงบวก ผลการศึกษาพบว่า ภายหลังได้รับโปรแกรมกลุ่มทดลองมีความรู้เกี่ยวกับการคลอด¹⁶⁻¹⁹ และทัศนคติทางบวกต่อการคลอดทางช่องคลอดเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ¹⁹ ด้านการส่งเสริมการรับรู้ความสามารถในการควบคุมการคลอดและการเผชิญความเจ็บปวดจากการคลอด เน้นการให้ความรู้ร่วมกับการสาธิตและฝึกปฏิบัติการบรรเทาความเจ็บปวดในระยะคลอด ให้สตรีตั้งครรภ์วิเคราะห์อุปสรรคต่อการคลอดทางช่องคลอดพบว่า ภายหลังได้รับโปรแกรมกลุ่มทดลอง

มีการรับรู้ความสามารถในการควบคุมการคลอตเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ¹⁷ และในด้านการใช้กลุ่มอ้างอิงเข้ามามีส่วนร่วมในการสนับสนุนการคลอตทางช่องคลอตโดยส่งเสริมให้กลุ่มอ้างอิงมีทัศนคติทางบวกต่อการคลอตทางช่องคลอตผ่านการให้ความรู้เรื่องวิธีการคลอต การให้คำปรึกษา และการสนับสนุนสตรีตั้งครรภ์ในการเผชิญการคลอตทางช่องคลอต¹⁶ ซึ่งพบว่างานวิจัยส่วนใหญ่มีผลการศึกษาไปในทิศทางเดียวกันคือเมื่อเปรียบเทียบกับก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม กลุ่มทดลองมีความตั้งใจในการคลอตทางช่องคลอตเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ส่วนการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับการส่งเสริมการคลอตทางช่องคลอตที่ผ่านมาในประเทศไทย พบว่าส่วนใหญ่เป็นการศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยที่มีผลต่อการเลือกวิธีการคลอตของสตรีตั้งครรภ์¹¹⁻¹³ และการศึกษาโปรแกรมการเตรียมตัวคลอตที่เน้นการส่งเสริมสมรรถนะและการรับรู้ความสามารถในการคลอต ซึ่งวัดผลลัพธ์ของการศึกษา ได้แก่ ความกลัว พฤติกรรมการเผชิญความปวด และความพึงพอใจต่อประสบการณ์คลอต²⁰⁻²¹ แต่ยังไม่พบการศึกษาที่มุ่งวัดผลลัพธ์เรื่องความตั้งใจในการคลอตทางช่องคลอตอย่างชัดเจน ซึ่งตามแนวคิดของทฤษฎีพฤติกรรมตามแบบแผนกล่าวว่า การส่งเสริมให้มีความตั้งใจที่จะคลอตทางช่องคลอตจะส่งผลให้คลอตทางช่องคลอตได้สำเร็จ¹³ โดยการจัดกิจกรรมการให้ความรู้เพื่อปรับเปลี่ยนทัศนคติเป็นรายบุคคล ด้วยการวิเคราะห์เปรียบเทียบข้อดีข้อเสียของวิธีการคลอตด้วยตนเอง และการมีช่วงเวลาสะท้อนคิดถึงความต้องการในการคลอตทางช่องคลอตของตนเอง ในขณะที่การให้ความรู้ของแผนผกครรภ์ในปัจจุบันส่วนใหญ่เป็นการจัดกิจกรรมเตรียมตัวคลอตแบบกลุ่มเพียงครั้งเดียว หรือการให้ข้อมูลแก่สตรีตั้งครรภ์นำไปศึกษาด้วยตนเอง ซึ่งไม่มีความจำเพาะเป็นรายบุคคล นอกจากนี้การส่งเสริมให้สตรีตั้งครรภ์เชื่อมั่นและรับรู้ในความสามารถในการคลอต รวมทั้งการให้สามีซึ่งเป็นบุคคลที่มีอิทธิพลต่อสตรีตั้งครรภ์ช่วยสนับสนุนการคลอตทางช่องคลอต จะช่วยให้สตรีตั้งครรภ์แรกตั้งใจคลอตทางช่องคลอต นำไปสู่การ

เตรียมความพร้อมที่ดีในการคลอตและการวางแผนการดูแลรักษาตั้งแต่ระยะตั้งครรภ์ถึงหลังคลอต ส่งผลสตรีตั้งครรภ์ประสบความสำเร็จในการคลอตทางช่องคลอตเพิ่มมากขึ้น

ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจพัฒนาและศึกษาโปรแกรมเสริมสร้างทัศนคติและการรับรู้ความสามารถในการควบคุมการคลอตต่อความตั้งใจในการคลอตทางช่องคลอตในสตรีตั้งครรภ์แรก ทำให้สตรีตั้งครรภ์แรกเลือกคลอตทางช่องคลอตนำไปสู่การลดอัตราการผ่าตัดคลอตโดยไม่จำเป็น

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมเสริมสร้างทัศนคติและการรับรู้ความสามารถในการควบคุมการคลอตต่อความตั้งใจในการคลอตทางช่องคลอตในสตรีตั้งครรภ์แรก

สมมติฐานการวิจัย

1. ภายหลังการได้รับโปรแกรมเสริมสร้างทัศนคติและการรับรู้ความสามารถในการควบคุมการคลอต สตรีตั้งครรภ์แรกมีคะแนนความตั้งใจในการคลอตทางช่องคลอตมากกว่าก่อนได้รับโปรแกรม
2. สตรีตั้งครรภ์แรกที่ได้รับโปรแกรมเสริมสร้างทัศนคติและการรับรู้ความสามารถในการควบคุมการคลอตมีคะแนนความตั้งใจในการคลอตทางช่องคลอต มากกว่าสตรีตั้งครรภ์ที่ได้รับการพยาบาลปกติ

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลองแบบสองกลุ่มวัดผลก่อนและหลังการทดลอง (two-group pre-test and post-test quasi-experimental design) เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมเสริมสร้างทัศนคติและการรับรู้ความสามารถในการควบคุมการคลอตต่อความตั้งใจในการคลอตทางช่องคลอตในสตรีตั้งครรภ์แรก

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาคั้งนี้ คือ สตรีตั้งครรภ์แรก ที่ฝากครรภ์ในแผนกฝากครรภ์ โรงพยาบาลสมเด็จพระปิ่นเกล้า โดยผู้วิจัยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบสะดวก (convenience sampling) ตามเกณฑ์คัดเข้า ดังนี้ อายุ 18-35 ปี ตั้งครรภ์เดี่ยว อายุครรภ์ 32-34 สัปดาห์ ไม่มีข้อบ่งชี้ในการผ่าตัดคลอด มีสามีที่อาศัยอยู่ร่วมกันตลอดระยะเวลาที่ทำการวิจัย มีสัมพันธภาพที่ดีระหว่างสามีภรรยา สามารถสื่อสารด้วย ภาษาไทยได้ และมีเครื่องมือสื่อสารที่ติดต่อได้ผ่าน แอปพลิเคชันไลน์

กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้โปรแกรม G*Power ด้วยสถิติ independent t-test อ้างอิงจาก งานวิจัยที่ใกล้เคียงกัน²² โดยใช้คะแนนเฉลี่ยความตั้งใจ ในการคลอดทางช่องคลอดหลังการทดลอง ในกลุ่มควบคุม เท่ากับ 8.16 ± 2.47 และกลุ่มทดลองเท่ากับ 12.00 ± 1.96 ได้ค่าขนาดอิทธิพล 1.72 ซึ่งถือเป็นค่าอิทธิพลขนาดใหญ่ ($d = .80$)²³ กำหนดค่าความคลาดเคลื่อนที่ .05 คำนวณได้ ขนาดกลุ่มตัวอย่าง 42 ราย อย่างไรก็ตามจากงานวิจัย ที่ผ่านมามีพบว่า อาจมีการสูญหายของกลุ่มตัวอย่างประมาณ ร้อยละ 8²² ดังนั้นผู้วิจัยเพิ่มขนาดกลุ่มตัวอย่างอีก ร้อยละ 10 เพื่อป้องกันการสูญหายของข้อมูล ได้กลุ่มตัวอย่าง ทั้งหมด 46 ราย แบ่งเป็นกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง กลุ่มละ 23 ราย

เครื่องมือการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย ได้แก่ โปรแกรมเสริมสร้างทัศนคติและการรับรู้ความสามารถในการ ควบคุมการคลอด ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากการศึกษาทฤษฎี พฤติกรรมตามแบบแผนของ Ajzen¹⁴ ประกอบด้วย 3 กิจกรรม คือ 1) การเสริมสร้างทัศนคติทางบวกเกี่ยวกับการคลอด ทางช่องคลอด เน้นการวิเคราะห์เปรียบเทียบระหว่างข้อดี ข้อเสียของวิธีการคลอด 2) การเสริมสร้างการรับรู้

ความสามารถในการควบคุมการคลอด เน้นการฝึกปฏิบัติ เทคนิคการบรรเทาปวดในระยะคลอด และ 3) การส่งเสริม ให้สามีสนับสนุนการคลอดทางช่องคลอด เน้นการให้สามี เข้ามามีส่วนช่วยเหลือสตรีตั้งครรภ์ การให้กำลังใจและ แสดงถึงความเชื่อมั่นในสตรีตั้งครรภ์ ระยะเวลาของโปรแกรม รวม 5 สัปดาห์ โดยมีสื่อประกอบการจัดโปรแกรมที่ผู้วิจัย จัดทำขึ้น ได้แก่ แผนการสอน วิดีโอความรู้เรื่องวิธีการคลอด และข้อดีข้อเสียของวิธีการคลอด และกระบวนการคลอด และการบรรเทาความเจ็บปวดในระยะคลอด และหนังสือคู่มือ อิเล็กทรอนิกส์สำหรับสตรีตั้งครรภ์และสามี

2. เครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล

2.1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล พัฒนาขึ้นโดย ผู้วิจัย มีลักษณะข้อคำถามปลายเปิดและข้อคำถามแบบ เลือกตอบ แบ่งเป็น 2 ส่วน ได้แก่ ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป จำนวน 6 ข้อ ประกอบด้วย อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ครอบครัว ลักษณะครอบครัว และสิทธิการ รักษาพยาบาล ส่วนที่ 2 ข้อมูลทางสูติกรรม จำนวน 4 ข้อ ประกอบด้วย อายุครรภ์ที่มาฝากครรภ์ครั้งแรก อายุครรภ์ ปัจจุบัน การวางแผนการตั้งครรภ์ และบุคคลที่มีอิทธิพลต่อ การเลือกวิธีการคลอดมากที่สุด

2.2 แบบสอบถามความตั้งใจในการคลอดทาง ช่องคลอด พัฒนาโดย มาริสา ลาภเพิ่มทรัพย์, พิริยา ศุภศรี และสุพิศ ศิริอรุณรัตน์¹³ ใช้ประเมินความมุ่งมั่นที่จะเลือก คลอดทางช่องคลอด ประกอบด้วยข้อคำถาม 3 ข้อ ได้แก่ ฉันคาดหวังว่าจะคลอดทางช่องคลอด ฉันต้องการจะคลอด ทางช่องคลอด และฉันตั้งใจจะคลอดทางช่องคลอด ลักษณะคำตอบเป็นมาตรวัดประมาณค่า 7 ระดับ โดย ระดับคะแนน 1-7 คือ ไม่จริงมากที่สุด ไม่จริงมาก ไม่จริง ไม่แน่ใจ จริง จริงมาก และจริงมากที่สุด ตามลำดับ คะแนนรวม มีค่าระหว่าง 3-21 คะแนน คะแนนเฉลี่ยสูง หมายถึง สตรี ตั้งครรภ์แรกมีความตั้งใจในการคลอดทางช่องคลอดสูง

ผู้วิจัยนำเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ โปรแกรมเสริมสร้างทัศนคติและการรับรู้ความสามารถในการควบคุมการคลอด รวมทั้งสื่อประกอบการจัดโปรแกรมไปตรวจสอบความถูกต้องและความเหมาะสมของเนื้อหา กิจกรรมและภาษาที่ใช้ โดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน และตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของแบบสอบถามความตั้งใจในการคลอดทางช่องคลอด โดยผู้ทรงคุณวุฒิชุดเดียวกัน คำนวณค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา ได้เท่ากับ 1.00 หลังจากนั้นนำมาปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิ และทดสอบหาค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามความตั้งใจในการคลอดทางช่องคลอด โดยการหาความสอดคล้องภายในด้วยวิธี Cronbach's alpha coefficient โดยทำการทดสอบกับสตรีตั้งครรภ์แรกที่มีคุณสมบัติคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 10 ราย ได้ค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามเท่ากับ 0.98

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

โครงการวิจัยนี้ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย ในคน คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล (COA No.IRB-NS2023/827.2512) และคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย กรมแพथวิทยาการเรือ (COA-NMD-REC 039/66) ผู้วิจัยขอความร่วมมือจากพยาบาลประจำหน่วยฝากครรภ์ที่ให้เป็นผู้คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนด กลุ่มตัวอย่างได้รับการอธิบายรายละเอียดของโครงการวิจัย มีอิสระในการตัดสินใจเข้าร่วมโครงการวิจัย จึงให้ลงนามในหนังสือแสดงเจตนายินยอม และกลุ่มตัวอย่างสามารถถอนตัวออกจากการวิจัยได้ตลอดเวลา โดยไม่มีผลต่อการบริการที่ควรได้รับตามปกติ ข้อมูลต่างที่ได้จากการวิจัยจะถูกเก็บเป็นความลับ และนำเสนอข้อมูลต่าง ๆ ในภาพรวม

วิธีเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลที่แผนกฝากครรภ์ โรงพยาบาลสมเด็จพระปิ่นเกล้า คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยขอความร่วมมือจากพยาบาลประจำหน่วยฝากครรภ์เป็นผู้คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนด จากนั้นผู้วิจัยแนะนำตัวชี้แจงรายละเอียดโครงการวิจัย ตลอดจนขอความยินยอมในการเข้าร่วมโครงการจากกลุ่มตัวอย่าง และดำเนินการเก็บข้อมูลด้วยตนเอง โดยเริ่มเก็บข้อมูลในกลุ่มควบคุมจำนวน 23 ราย ให้เสร็จสิ้นก่อน จึงจะดำเนินการเก็บข้อมูลในกลุ่มทดลองอีก 23 ราย เพื่อป้องกันการปนเปื้อนของข้อมูล ซึ่งมีขั้นตอนการเก็บข้อมูล ดังนี้

กลุ่มควบคุม

- สัปดาห์ที่ 1 ผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล และแบบสอบถามความตั้งใจในการคลอดทางช่องคลอด จากนั้นกลุ่มตัวอย่างได้รับการพยาบาลตามปกติของแผนกฝากครรภ์ ได้แก่ การซักประวัติ ประเมินน้ำหนัก ความดันโลหิต ตรวจปัสสาวะ คัดกรองผลเลือดทางห้องปฏิบัติการ ตรวจครรภ์ และการให้ข้อมูลตามช่วงอายุครรภ์

- สัปดาห์ที่ 3 กลุ่มตัวอย่างได้รับการพยาบาลตามปกติของแผนกฝากครรภ์

- สัปดาห์ที่ 5 ผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามความตั้งใจในการคลอดทางช่องคลอด เปิดโอกาสให้สอบถามข้อสงสัย มอบหนังสือคู่มืออิเล็กทรอนิกส์ และวิดีโอที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น และสิ้นสุดการศึกษา

กลุ่มทดลอง

สัปดาห์ (สถานที่)	กิจกรรม
สัปดาห์ที่ 1 (แผนกผกักรร)	- ตอบแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลและแบบสอบถามความตั้งใจในการคลอดทางช่องคลอด
ระหว่างสัปดาห์ที่ 1-3 (กลุ่มไลน์)	กิจกรรมที่ 1 การเสริมสร้างทัศนคติทางบวกเกี่ยวกับการคลอดทางช่องคลอด - การให้ความรู้เรื่องวิธีการคลอดและข้อดีข้อเสียของวิธีการคลอด - ทำแบบฝึกหัดวิเคราะห์เปรียบเทียบข้อดีข้อเสียของวิธีการคลอด - พูดคุยเรื่องความคิดเห็นต่อวิธีการคลอด เพื่อสร้างทัศนคติทางบวกต่อการคลอดทางช่องคลอด
ระหว่างสัปดาห์ที่ 1-3 (กลุ่มไลน์)	- ส่งสื่อความรู้ครอบคลุมเนื้อหาที่ให้ในกิจกรรม และให้คำปรึกษาเพิ่มเติมในประเด็นที่มีข้อสงสัย - ติดตามความคิดเห็นต่อการคลอดทางช่องคลอดในสตรีตั้งครรภ์รายที่ยังคงมีทัศนคติทางลบต่อการคลอดทางช่องคลอดอีกครั้ง
สัปดาห์ที่ 3 (แผนกผกักรร)	กิจกรรมที่ 2 การเสริมสร้างการรับรู้ความสามารถในการควบคุมการคลอด - ให้สตรีตั้งครรภ์วิเคราะห์ตนเองถึงความเหมาะสมและความสามารถในการเผชิญสถานการณ์การเจ็บครรภ์และการคลอด - ให้ความรู้เรื่องกระบวนการคลอดทางช่องคลอดและวิธีการบรรเทาความเจ็บปวดในระยะคลอด - ผู้วิจัยสาธิตและฝึกปฏิบัติเทคนิคการบรรเทาปวดในระยะคลอด - สอบถามความมั่นใจในการเผชิญการคลอด - พูดคุยเกี่ยวกับปัญหาหรืออุปสรรคต่อการเผชิญการคลอดพร้อมให้คำแนะนำเป็นรายบุคคล - ให้อาสาสมัครวิเคราะห์ตนเองอีกครั้งเพื่อเน้นย้ำให้เกิดการรับรู้ความสามารถในการควบคุมการคลอดมากขึ้น กิจกรรมที่ 3 การส่งเสริมให้สามีสนับสนุนการคลอดทางช่องคลอด - ให้ความรู้เกี่ยวกับวิธีการคลอด - ฝึกทักษะให้สามีช่วยเหลือในการฝึกบรรเทาปวดของสตรีตั้งครรภ์ - ฝึกทักษะการให้กำลังใจ แสดงความเชื่อมั่นในตัวสตรีตั้งครรภ์ด้วยการพูดสร้างแรงจูงใจ - กระตุ้นให้สามีแสดงออกถึงความต้องการและเหตุผลที่อยากให้สตรีตั้งครรภ์คลอดทางช่องคลอด
ระหว่างสัปดาห์ที่ 3-5 (กลุ่มไลน์)	- เชิญสามีเข้ากลุ่มไลน์ และกระตุ้นให้สามีให้สนับสนุนสตรีตั้งครรภ์อย่างต่อเนื่อง - ติดตามและสอบถามอุปสรรคในการฝึกบรรเทาปวดของสตรีตั้งครรภ์
สัปดาห์ที่ 5 (แผนกผกักรร)	- ตอบแบบสอบถามความตั้งใจในการคลอดทางช่องคลอด - ให้กำลังใจกลุ่มตัวอย่างและสามีในการคลอดทางช่องคลอด และสิ้นสุดการศึกษา - กลุ่มตัวอย่างได้รับการพยาบาลตามปกติของแผนกผกักรร

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยนำข้อมูลทั้งหมดมาตรวจสอบความถูกต้อง และการกระจายตัวของข้อมูล จากนั้นจึงวิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลทางสถิติของกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา วิเคราะห์ความแตกต่างของลักษณะกลุ่มตัวอย่างในกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง โดยใช้สถิติ Chi-square test และ Fisher's exact test จากนั้นผู้วิจัยได้ทดสอบการกระจายตัวของคะแนนเฉลี่ยความตั้งใจ

ในการคลอดทางช่องคลอดโดยใช้สถิติ Shapiro-Wilk พบว่า ข้อมูลไม่มีการแจกแจงแบบปกติ ($p < .05$) จึงเปรียบเทียบคะแนนมัธยฐานความตั้งใจในการคลอดทางช่องคลอดภายหลังได้รับโปรแกรม ระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง โดยใช้สถิติ Mann-Whitney test และเปรียบเทียบคะแนนมัธยฐานความตั้งใจในการคลอดทางช่องคลอดในกลุ่มทดลองก่อนและหลังได้รับโปรแกรม โดยใช้สถิติ Wilcoxon signed ranks test

ผลการวิจัย

จากการศึกษากลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 46 ราย แบ่งเป็นกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง จำนวนกลุ่มละ 23 ราย พบว่า ในระหว่างการศึกษากลุ่มตัวอย่างได้ยุติการเข้าร่วมวิจัยจำนวน 3 ราย แยกเป็นกลุ่มควบคุม 1 ราย เนื่องจากคลอดก่อนกำหนด และกลุ่มทดลอง 2 ราย เนื่องจากสามีของกลุ่มตัวอย่างไม่สามารถเข้าร่วมตลอดโปรแกรม 1 ราย และคลอดก่อนกำหนด 1 ราย

ดังนั้นจึงเหลือกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 43 ราย เป็นกลุ่มควบคุม 22 ราย และกลุ่มทดลอง 21 ราย

1. ลักษณะข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลทางสูติกรรม พบว่า เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลทางสูติกรรมระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ด้วยสถิติ Chi-square และ Fisher's exact พบว่า สตรีตั้งครรภ์ทั้งสองกลุ่มไม่มีความแตกต่างกัน ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลทางสูติกรรม (N = 43)

ข้อมูลส่วนบุคคลและ ข้อมูลทางสูติกรรม	กลุ่มควบคุม (n = 22) จำนวน (ร้อยละ)	กลุ่มทดลอง (n = 21) จำนวน (ร้อยละ)	χ^2	p-value
อายุ (ปี)			.91 ¹	.703
18 – 25	11 (50.0)	12 (57.1)		
26 – 30	8 (36.4)	5 (23.8)		
31 – 35	3 (13.6)	4 (19.0)		
รายได้ครอบครัวต่อเดือน (บาท)			3.04 ¹	.410
< 20,000	10 (45.5)	6 (28.6)		
20,001 – 30,000	7 (31.8)	6 (28.6)		
30,001 – 40,000	2 (9.1)	6 (28.6)		
> 40,000	3 (13.6)	3 (14.3)		
อาชีพ			5.31 ¹	.131
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	7 (31.8)	5 (23.8)		
รับจ้าง/พนักงานบริษัท	8 (36.4)	13 (36.9)		
ค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว	6 (27.3)	1 (4.8)		
ข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ	1 (4.5)	2 (9.5)		
ลักษณะครอบครัว			1.13	.287
ครอบครัวเดี่ยว	9 (40.9)	12 (57.1)		
ครอบครัวขยาย	13 (59.1)	9 (42.9)		
อายุครรภ์ปัจจุบัน			.39 ¹	.917
32 สัปดาห์	13 (59.1)	11 (52.4)		
33 สัปดาห์	6 (27.3)	6 (28.6)		
34 สัปดาห์	3 (13.6)	4 (19)		

ตารางที่ 1 (ต่อ)

ข้อมูลส่วนบุคคลและ ข้อมูลทางสถิติ	กลุ่มควบคุม (n = 22) จำนวน (ร้อยละ)	กลุ่มทดลอง (n = 21) จำนวน (ร้อยละ)	χ^2	p-value
อายุครรภ์ที่ฝากครรภ์ครั้งแรก			.56	.454
≤12 สัปดาห์	15 (62.8)	12 (57.1)		
>12 สัปดาห์	7 (37.2)	9 (42.9)		
การวางแผนการตั้งครรภ์			.01	.907
วางแผน	8 (36.4)	8 (38.1)		
ไม่ได้วางแผน	14 (63.6)	13 (61.9)		
บุคคลที่มีอิทธิพลต่อการเลือกวิธีการคลอด			1.66 ¹	.719
แพทย์	9 (40.9)	5 (23.8)		
สามี	5 (22.7)	7 (33.3)		
มารดาของตนเอง	6 (27.3)	7 (33.3)		
ญาติ (พี่-น้อง/มารดาสามี)	2 (9.1)	2 (9.5)		

¹ Fisher's exact

2. ผลการเปรียบเทียบคะแนนความตั้งใจในการคลอดทางช่องคลอดก่อนและหลังการทดลองของกลุ่มทดลอง จำนวน 21 ราย ด้วยสถิติ Wilcoxon signed ranks test พบว่าคะแนนมัธยฐานความตั้งใจในการคลอดทางช่องคลอดของกลุ่มทดลองภายหลังจากได้รับโปรแกรมเสริมสร้างทัศนคติและการรับรู้ความสามารถในการควบคุมการคลอดมากกว่าก่อนได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($Z = 3.53, p < .001$) ดังตารางที่ 2

3. ผลการเปรียบเทียบคะแนนความตั้งใจในการคลอดทางช่องคลอดพบว่า ก่อนการทดลองกลุ่มควบคุมมีคะแนนรวมความตั้งใจอยู่ระหว่าง 4-21 คะแนน และภายหลังจากทดลอง

อยู่ระหว่าง 3-21 คะแนน สำหรับกลุ่มทดลองมีคะแนนรวมความตั้งใจก่อนการทดลองอยู่ระหว่าง 6-21 คะแนน และภายหลังจากทดลองอยู่ระหว่าง 14-21 โดยทั้งสองกลุ่มมีคะแนนเฉลี่ยและคะแนนมัธยฐาน ดังแสดงในตารางที่ 3 ผลการวิเคราะห์เปรียบเทียบพบว่าก่อนการทดลองกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองมีคะแนนมัธยฐานความตั้งใจในการคลอดทางช่องคลอดไม่แตกต่างกัน ($Z = 1.17, p > .05$) และภายหลังจากทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนมัธยฐานความตั้งใจในการคลอดทางช่องคลอดมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($Z = 2.31, p = .021$) ดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบคะแนนความตั้งใจในการคลอดทางช่องคลอดก่อนและหลังการทดลองในกลุ่มทดลอง (N = 21)

	ก่อนการทดลอง		หลังการทดลอง		Z	p-value
	$\bar{X}$ (SD)	Mdn (IQR)	$\bar{X}$ (SD)	Mdn (IQR)		
ความตั้งใจในการ	15.43 (4.96)	17 (7)	18.90 (2.45)	20 (4)	3.53	< .001
คลอดทางช่องคลอด	Min-Max = 6-21		Min-Max = 14-21			

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความตั้งใจในการคลอดทางช่องคลอดก่อนและหลังการทดลอง ระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง (N = 43)

ความตั้งใจในการ คลอดทางช่องคลอด	กลุ่มควบคุม (n = 22)		กลุ่มทดลอง (n = 21)		Z	p-value
	$\bar{X}$ (SD)	Mdn (IQR)	$\bar{X}$ (SD)	Mdn (IQR)		
ก่อนการทดลอง	17.09 4.82	18 (17)	15.43 (4.96)	17 (7)	1.17	.244
หลังการทดลอง	15.68 (5.29)	17 (6)	18.90 (2.45)	20 (4)	2.31	.021

4. การวิเคราะห์ข้อมูลจากการบันทึกระหว่างกระบวนการให้โปรแกรมเสริมสร้างทัศนคติและการรับรู้ความสามารถในการควบคุมการคลอดกลุ่มทดลอง จำแนกตามกิจกรรมที่ให้แก่สตรีตั้งครรภ์และสามี

4.1 กิจกรรมการเสริมสร้างทัศนคติทางบวกเกี่ยวกับการคลอดทางช่องคลอดพบว่า ก่อนได้รับกิจกรรมสตรีตั้งครรภ์ส่วนใหญ่ร้อยละ 81 ไม่สามารถระบุข้อเสียของการผ่าตัดคลอดได้ และ 1 ใน 4 ยังคงมีความเข้าใจผิดเกี่ยวกับการคลอดทางช่องคลอด ส่งผลให้เกิดทัศนคติทางลบต่อการคลอดทางช่องคลอด ภายหลังได้รับกิจกรรมพบว่า กลุ่มตัวอย่างระบุข้อดีและข้อเสียของวิธีการคลอดแต่ละวิธีได้เพิ่มมากขึ้น และวิเคราะห์ได้ว่าการคลอดทางช่องคลอดมีผลดีต่อตนเองและทารกมากกว่าการผ่าตัดคลอด

4.2 กิจกรรมการเสริมสร้างการรับรู้ความสามารถของตนเองในการควบคุมการคลอดพบว่า ก่อนได้รับกิจกรรมสตรีตั้งครรภ์เกือบครึ่งกลัวการเจ็บครรภ์คลอด รองลงมาคือกลัวกระบวนการคลอด โดยกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ยังไม่ได้ศึกษาข้อมูลและไม่เคยฝึกปฏิบัติเกี่ยวกับการบรรเทาปวดในระยะคลอด ภายหลังได้รับกิจกรรมพบว่า สตรีตั้งครรภ์เข้าใจกระบวนการคลอดมากขึ้น สาธิตย้อนกลับเทคนิคการบรรเทาปวดได้ถูกต้อง และส่วนใหญ่มีความมั่นใจในการจัดการความปวดและการคลอดทางช่องคลอดมากขึ้น

4.3 กิจกรรมการส่งเสริมให้สามีสนับสนุนการคลอดทางช่องคลอดพบว่า ก่อนได้รับกิจกรรมสามีสนับสนุนให้สตรีตั้งครรภ์คลอดทางช่องคลอดร้อยละ 52.4 และไม่ได้เลือก

การคลอดวิธีใดคิดเป็นร้อยละ 47.6 ในระหว่างกิจกรรมฝึกปฏิบัติวิธีการบรรเทาปวด สามีทุกรายพยายามมีส่วนร่วม ให้กำลังใจและสนับสนุนให้สตรีตั้งครรภ์คลอดทางช่องคลอดตามที่ผู้วิจัยแนะนำ เมื่อสอบถามอีกครั้งพบว่าภายหลังได้รับกิจกรรมสามีทุกรายตั้งใจจะสนับสนุนให้สตรีตั้งครรภ์คลอดทางช่องคลอด ส่วนสตรีตั้งครรภ์ 1 ใน 3 รู้สีกว่าการให้สามีเข้ามามีส่วนร่วมในกิจกรรมต่าง ๆ ทำให้มีกำลังใจและเชื่อมั่นในการคลอดทางช่องคลอดเพิ่มขึ้น

การอภิปรายผล

จากผลการศึกษาพบว่า หลังได้รับโปรแกรมฯ กลุ่มทดลองมีคะแนนมัธยฐานความตั้งใจในการคลอดทางช่องคลอดมากกว่าก่อนได้รับโปรแกรมฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($Z = 3.53$, $p < .001$) และหลังได้รับโปรแกรมฯ กลุ่มทดลองมีคะแนนมัธยฐานความตั้งใจในการคลอดทางช่องคลอดมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($Z = 2.31$, $p = .021$) แสดงว่าโปรแกรมเสริมสร้างทัศนคติและการรับรู้ความสามารถในการควบคุมการคลอดช่วยให้สตรีตั้งครรภ์แรกมีความตั้งใจในการคลอดทางช่องคลอดเพิ่มขึ้น ตามกรอบแนวคิดทฤษฎีพฤติกรรมตามแผนของ Ajzen¹⁴ ด้วยการส่งเสริมทัศนคติต่อการคลอดทางช่องคลอด การรับรู้ความสามารถตนเองในการควบคุมการคลอด และการคล้อยตามบุคคลที่มีอิทธิพลต่อการเลือกวิธีการคลอด

การเสริมสร้างทัศนคติทางบวกต่อการคลอดทางช่องคลอดด้วยการทำแบบฝึกหัดเปรียบเทียบข้อดีข้อเสียของการคลอดทางช่องคลอดและผ่าตัดคลอด ให้ความรู้เรื่องวิธีการคลอด

และข้อดีข้อเสียของวิธีการคลอด และให้กลุ่มทดลองประเมินผลลัพธ์เชิงบวกของการคลอดทางช่องคลอด ทำให้ได้รับข้อมูลที่ถูกต้องตรงกับความเป็นจริง ได้รับคำอธิบายเพิ่มเติมในประเด็นที่สงสัยจากผู้วิจัยเป็นรายบุคคล ส่งผลให้สามารถชั่งน้ำหนักเปรียบเทียบข้อดีและข้อเสียของวิธีการคลอดได้ และมั่นใจว่าการคลอดทางช่องคลอดมีผลดีต่อมารดาและทารกมากกว่าผ่าตัดคลอด ซึ่งสอดคล้องกับการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบของ จารุวรรณ ก้าวหน้าไกล และบุญมี ภูตานัง¹⁰ ที่พบว่าควรใช้ข้อมูลเรื่องประโยชน์และความเสี่ยงของวิธีการคลอดแต่ละวิธี เป็นหลักในการคิดและตัดสินใจเลือกวิธีการคลอด และการได้รับความรู้ที่ถูกต้องเกี่ยวกับการคลอดจะสามารถเปลี่ยนแปลงทัศนคติต่อการคลอดทางช่องคลอดของสตรีตั้งครรภ์ไปในทิศทางบวกได้¹¹ สอดคล้องกับการศึกษาของ Darmian และคณะ¹⁹ ซึ่งมีการให้ความรู้และเปรียบเทียบข้อดีข้อเสียของการคลอดทางช่องคลอดและการผ่าตัดคลอด ส่งผลให้สตรีตั้งครรภ์มีทัศนคติเชิงบวกต่อการคลอดทางช่องคลอดอย่างมีนัยสำคัญ

การส่งเสริมให้สตรีตั้งครรภ์รับรู้ความสามารถของตนเองในการควบคุมการคลอด โดยการให้ความรู้และฝึกปฏิบัติวิธีการบรรเทาความเจ็บปวด ส่งผลให้สตรีตั้งครรภ์รับรู้ถึงความสามารถของตนเอง หรือเชื่อมั่นในตนเองว่าจะเผชิญกับการเจ็บครรภ์คลอดได้ จึงเกิดความตั้งใจและเกิดพฤติกรรมในการเลือกคลอดทางช่องคลอดและเผชิญกับการเจ็บครรภ์คลอดได้อย่างเหมาะสม²⁴ การศึกษาครั้งนี้พบว่ากลุ่มตัวอย่างเกือบครึ่งกลัวการเจ็บครรภ์คลอด (ร้อยละ 47.6) รองลงมาคือกลัวกระบวนการในการคลอด (ร้อยละ 23.8) ทำให้ไม่มั่นใจในการเผชิญการคลอด และมีความตั้งใจในการคลอดทางช่องคลอดลดลง ดังนั้นการฝึกปฏิบัติเทคนิคการบรรเทาความเจ็บปวด จะทำให้เกิดสมรรถนะในการคลอด พร้อมเผชิญความเจ็บปวด รับรู้ในความสามารถของตนเองว่าจะเผชิญการคลอดได้ จึงนำไปสู่การปรับเปลี่ยนความตั้งใจในการคลอดทางช่องคลอด สอดคล้องกับการศึกษาของ Zarifsanaiy และคณะ¹⁸ ที่มี

การให้ความรู้เกี่ยวกับการคลอดร่วมกับการฝึกปฏิบัติวิธีการบรรเทาความเจ็บปวดจากการเจ็บครรภ์คลอดพบว่า ภายหลังการเข้าร่วมโปรแกรมสตรีตั้งครรภ์เลือกวิธีการคลอดทางช่องคลอดเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 74.1 เป็นร้อยละ 98.1 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) นอกจากนี้พบว่า ปัญหาหรืออุปสรรคในการคลอดทางช่องคลอดของสตรีตั้งครรภ์มีความแตกต่างกันในแต่ละบุคคล ซึ่งผู้วิจัยได้ให้คำแนะนำเพิ่มเติมและให้ความมั่นใจปัญหาดังกล่าวไม่เป็นอุปสรรคต่อการคลอดทางช่องคลอด ส่งผลให้สตรีตั้งครรภ์เกิดความเข้าใจที่ถูกต้อง สอดคล้องกับการศึกษาของ Rasoli และคณะ¹⁷ ผลการศึกษาพบว่า การให้คำปรึกษาเกี่ยวกับความกังวลและอุปสรรคต่อการคลอดทางช่องคลอด เป็นส่วนหนึ่งที่ช่วยส่งเสริมการรับรู้ความสามารถในการคลอดของสตรีตั้งครรภ์แรก

การส่งเสริมให้สามี ซึ่งเป็นบุคคลที่มีอิทธิพลต่อสตรีตั้งครรภ์สนับสนุนการคลอดทางช่องคลอด เนื่องด้วยการศึกษาที่ผ่านมาพบว่า สามีเป็นบุคคลที่มีอิทธิพลต่อการเลือกวิธีการคลอด และสนับสนุนให้คลอดทางช่องคลอดมากที่สุด¹²⁻¹³ โดยการสนับสนุนให้สามีมีความรู้สามารถช่วยเหลือสตรีตั้งครรภ์ในการปรับพฤติกรรม และช่วยสร้างแรงจูงใจในการคลอดทางช่องคลอด จะส่งผลให้สตรีตั้งครรภ์แรกรับรู้ถึงความคาดหวังของสามีว่าต้องการให้ตนเองคลอดทางช่องคลอด จึงเกิดแรงจูงใจที่จะปฏิบัติตามความต้องการนั้น¹⁴ ซึ่งสามีเป็นบุคคลที่มีความใกล้ชิดกับสตรีตั้งครรภ์มากที่สุด และกลุ่มตัวอย่าง 1 ใน 3 ระบุว่า สามีคือบุคคลที่มีอิทธิพลต่อการคลอดมากที่สุด เมื่อผู้วิจัยจัดกิจกรรมส่งเสริมสามีให้มีส่วนร่วมในการฝึกบรรเทาปวด และแสดงความต้องการว่าอยากให้สตรีตั้งครรภ์คลอดทางช่องคลอด พร้อมการให้กำลังใจ ในสถานที่ที่มีความเป็นส่วนตัว ทำให้สามีกล้าแสดงออกในการพูดคุย รวมถึงมีส่วนร่วมอย่างเต็มที่ในการช่วยฝึกปฏิบัติการบรรเทาความเจ็บปวดให้แก่สตรีตั้งครรภ์ ส่งผลให้ภายหลังการเข้าร่วมกิจกรรม สามีทุกรายตั้งใจสนับสนุนให้สตรีตั้งครรภ์คลอดทางช่องคลอด

ส่วนสตรีตั้งครรภ์ 7 ใน 21 ราย กล่าวว่า การให้สามีเข้ามามีส่วนร่วมในกิจกรรมต่าง ๆ ทำให้มีกำลังใจและความเชื่อมั่นในตนเองเพิ่มขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของ Zare และคณะ²² ที่จัดกิจกรรมให้ความรู้แก่สามีและส่งเสริมให้สามีสนับสนุนสตรีตั้งครรภ์ในการเลือกวิธีการคลอด พบว่ากลุ่มทดลองมีคะแนนการคล้อยตามกลุ่มอ้างอิงในการเลือกวิธีการคลอดมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) รวมทั้งภายหลังได้รับโปรแกรม กลุ่มทดลองมีความตั้งใจในการเลือกวิธีการคลอดมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$)

นอกจากนี้การให้โปรแกรมแก่กลุ่มตัวอย่างเป็นรายบุคคลทำให้ผู้วิจัยสามารถถ่ายทอดความรู้ให้แก่กลุ่มตัวอย่างและสามีได้อย่างใกล้ชิด ให้ข้อมูลแบบเฉพาะราย และในการสาธิตเทคนิคการบรรเทาความเจ็บปวด กลุ่มตัวอย่างสามารถมองเห็นขั้นตอนในการปฏิบัติได้ชัดเจน สามารถปฏิบัติตามได้ทุกขั้นตอน มีเวลาในการทบทวนและสาธิตย้อนกลับ ซึ่งการสอนรายบุคคลเหมาะสำหรับการสอนที่มีความเฉพาะเจาะจง และต้องการเน้นย้ำความสำคัญให้เกิดความรู้ความเข้าใจ จึงการเรียนรู้ได้ดียิ่งขึ้น²⁵ ดังนั้นกลุ่มตัวอย่างจึงมีโอกาสนในการเรียนรู้การคลอดทางช่องคลอดได้อย่างมีประสิทธิภาพ และฝึกปฏิบัติการบรรเทาปวดได้อย่างเต็มที่ รวมทั้งมีช่องทางในการติดต่อสอบถามเพิ่มเติมและให้กำลังใจในการฝึกปฏิบัติจากผู้วิจัยผ่านไลน์กลุ่ม ในส่วนของสื่อความรู้ที่ให้แก่กลุ่มตัวอย่างและสามี อยู่ในรูปแบบวิดีโอสั้นและหนังสือคู่มืออิเล็กทรอนิกส์ ทำให้มีความน่าสนใจ เข้าถึงง่าย เปิดดูได้สะดวกเมื่อต้องการ และสามารถนำไปทบทวนจึงเป็นส่วนหนึ่งที่ทำให้โปรแกรมมีประสิทธิภาพมากขึ้น ซึ่งส่งผลให้คะแนนเฉลี่ยความตั้งใจในการคลอดทางช่องคลอดเพิ่มสูงขึ้น

สรุปและข้อเสนอแนะ

สรุปได้ว่าโปรแกรมเสริมสร้างทัศนคติและการรับรู้ความสามารถในการควบคุมการคลอด ซึ่งประกอบด้วย การให้ความรู้เกี่ยวกับการคลอดผ่านสื่อวิดีโอ การวิเคราะห์

ข้อดีข้อเสียของวิธีการคลอด การวิเคราะห์ความเหมาะสมของตนเองในการคลอดทางช่องคลอด การฝึกทักษะการบรรเทาความเจ็บปวดแบบรายบุคคล พร้อมการสนับสนุนจากสามี และการใช้สื่ออิเล็กทรอนิกส์ เช่น หนังสือคู่มือ และกลุ่มไลน์ สามารถเพิ่มความมั่นใจ ความเข้าใจที่ถูกต้อง และสมรรถนะในการคลอดให้กับสตรีตั้งครรภ์แรก ผลที่ได้แสดงให้เห็นว่า กิจกรรมเหล่านี้ช่วยเสริมสร้างความตั้งใจในการคลอดทางช่องคลอดอย่างมีประสิทธิภาพ โดยจากผลการศึกษามีข้อเสนอแนะดังนี้

ด้านการพยาบาล

1. พยาบาลประจำหน่วยฝากครรภ์สามารถนำโปรแกรมเสริมสร้างทัศนคติและการรับรู้ความสามารถในการควบคุมการคลอด ไปเป็นแนวทางการส่งเสริมให้สตรีตั้งครรภ์มีความตั้งใจคลอดทางช่องคลอดเป็นรายบุคคล โดยเน้นการให้ความรู้เพื่อปรับเปลี่ยนทัศนคติ การวิเคราะห์ความสามารถในการเผชิญการคลอดด้วยตนเอง และการฝึกเทคนิคการบรรเทาปวด

2. ในสถานพยาบาลที่ไม่มีข้อจำกัดเรื่องการอนุญาตให้สามีหรือญาติเข้าดูแลสตรีตั้งครรภ์ ควรให้สามีหรือบุคคลที่มีอิทธิพลต่อการเลือกวิธีการคลอด เป็นผู้ให้การสนับสนุนสตรีตั้งครรภ์ในการคลอดทางช่องคลอด ตั้งแต่ระยะตั้งครรภ์ตลอดจนถึงระยะคลอดอย่างต่อเนื่อง ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งในการส่งเสริมให้เกิดความตั้งใจในการคลอดทางช่องคลอดเพิ่มขึ้น

3. ควรมีการใช้หนังสือคู่มืออิเล็กทรอนิกส์ (E-book) ในการให้ความรู้แก่สตรีตั้งครรภ์และสามี เพื่อให้มีความรู้เกี่ยวกับการคลอด นำไปทบทวนได้สะดวก และสามารถส่งต่อให้บุคคลในครอบครัวหรือบุคคลที่มีอิทธิพลต่อความตั้งใจในการเลือกวิธีการคลอดของสตรีตั้งครรภ์

ด้านการวิจัย

1. ควรศึกษาโปรแกรมเสริมสร้างทัศนคติและการรับรู้ความสามารถในการควบคุมการคลอด ในกลุ่มตัวอย่างสตรีตั้งครรภ์แรกที่ตั้งใจคลอดด้วยวิธีการผ่าตัดคลอด โดยไม่มีข้อบ่งชี้ทางการแพทย์

2. ควรพัฒนาโปรแกรมให้มีความต่อเนื่องตั้งแต่ระยะตั้งครรภ์จนถึงระยะคลอด และติดตามคะแนนความตั้งใจในการคลอดทางช่องคลอดในระยะที่ 1 ของการคลอด และวิธีการคลอดที่แท้จริงของสตรีตั้งครรภ์แรก

ข้อจำกัดในการวิจัย

ในการศึกษานี้กลุ่มตัวอย่างเป็นสตรีตั้งครรภ์แรกจำนวน 46 ราย อายุ 18-35 ปี จึงควรเพิ่มจำนวนกลุ่มตัวอย่างและขยายการศึกษาในช่วงอายุอื่นๆ เพื่อให้เกิดความหลากหลายมากขึ้น และควรเลือกกลุ่มตัวอย่างด้วยวิธีการสุ่มโดยใช้หลักความน่าจะเป็น (probability sampling) เพื่อให้ได้ตัวแทนที่ดีของประชากร

References

- Shaterian N, Rahnemaei FA, Ghavidel N, Abdi F. Elective cesarean section on maternal request without indication: reasons for it and its advantages and disadvantages. *Cent Eur J Nurs Midwifery*. 2021; 12(3):458-69. doi: 10.15452/CEJNM.2020.11.0017.
- Cunningham FG, Leveno KJ, Bloom SL, Dashe JS, Hoffman BL, Casey BM, et al. *Williams obstetrics*. 25th ed. New York: McGraw-Hill; 2018. 1344 p.
- Betran AP, Ye J, Moller A-B, Souza JP, Zhang J. Trends and projections of caesarean section rates: global and regional estimates. *BMJ Glob Health*. 2021;6(6):e005671. doi:10.1136/bmjgh-2021-005671.
- World Health Organization. WHO statement on cesarean section rates [Internet]. Geneva, WHO; 2015 [cited 2022 Oct 27]. Available from: https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/161442/WHO_RHR_15.02_eng.pdf.
- ACOG committee opinion no. 761: cesarean delivery on maternal request. *Obstet Gynecol*. 2019;133(1):e73-7. doi: 10.1097/AOG.0000000000003006.
- The Royal Thai College of Obstetricians and Gynaecologists. Position statement for cesarean section (revised version 2023) [Internet]. Bangkok: The Royal Thai College of Obstetricians and Gynaecologists; 2023 [cited 2023 Jul 1]. Available from: <https://www.rtcog.or.th/news/view/54>. (in Thai).
- Department of Health, Ministry of Public Health. Cesarean section rate: health region [Internet]. Bangkok: Department of Health; 2023 [cited 2023 Oct 30]. Available from: <http://dashboard.anamai.moph.go.th/dashboard/cesareansection?year=2021> (in Thai).
- Anekpornwattana S, Yangnoi J, Jareemit N, Boriboonhirunsarn D. Cesarean section rate in Siriraj hospital according to the Robson classification. *Thai J Obstet Gynaecol*. 2020;28(1): 6-15. doi: 10.14456/tjog.2020.2.
- Khatony A, Soroush A, Andayeshgar B, Saedpanah N, Abdi A. Attitude of primiparous women towards their preference for delivery method: a qualitative content analysis. *Arch Public Health*. 2019;77: 38. doi: 10.1186/s13690-019-0364-y.
- Kownaklai J, Phoodaangau B. Factors associated with choosing mode of delivery in pregnant women: a systematic review scoping review. *Journal of Health Research and Development Nakhon Ratchasima Public Health Provincial Office*. 2021;7(2):62-79. (in Thai).
- Matemanosak P, Suwanrath C. Knowledge and attitudes of pregnant Thai women regarding modes of birth: a hospital-based study in Southern Thailand. *The Open Public Health Journal*. 2021; 14(1):484-91. doi: 10.2174/1874944502114010484.

12. Tienmontree K, Chunuan S, Kala S. Factors influencing decision-making for cesarean section among primigravidae. *Nursing Journal of the Ministry of Public Health*. 2020;31(1):96-109. (in Thai).
13. Lappermsub M, Suppasri P, Siriarunrat S. Factors predicting intention to vaginal birth among primiparous women. *The Journal of Faculty of Nursing Burapha University*. 2022;30(4):102-15. (in Thai).
14. Ajzen I. The theory of planned. *Organ Behav Hum Decis Process*. 1991;50(2):179-211. doi: 10.1016/0749-5978(91)90020-T.
15. Sanavi FS, Ansari-Moghaddam A, Shovey MF, Rakhshani F. Effective education to decrease elective caesarean section. *J Pak Med Assoc*. 2014;64(5):500-5.
16. Maleki M, Mousavizadeh A, Parhizkar S, Shams M. Using social marketing to reduce intention of cesarean section in Iranian women. *J Pregnancy*. 2021;2021:3920126. doi: 10.1155/2021/3920126.
17. Rasoli M, Mirrezaie SM, Fooladi E, Hosseini RZ, Fayaz M. Effects of reviewing childbirth scenarios on choice of delivery type: a randomized controlled trial. *Turk J Obstet Gynecol*. 2019;16(1):15-22. doi: 10.4274/tjod.galenos. 2019.92260.
18. Zarifsanaiey N, Bagheri A, Jahanpour F, Nematollahi S, Azodi P. Effect of an interactive training on choosing delivery method among primiparous pregnant women: an interventional study. *Invest Educ Enferm*. 2020;38(1):e04. doi: 10.17533/udea.iee.v38n1e04.
19. Darmian ME, Yousefzadeh S, Najafi TF, Javadi SV. Comparative study of teaching natural delivery benefits and optimism training on mothers' attitude and intention to select a type of delivery: an educational experiment. *Electron Physician*. 2018;10(7): 7038-45. doi: 10.19082/7038.
20. Khwanmueang P, Chunuan S, Thitimapong B. Effect of childbirth preparation program with continuous labor support on labor pain of first-time teenage pregnant women. *Nursing Journal of the Ministry of Public Health*. 2020;30(3):115-27. (in Thai).
21. Bungmek S, Limruangrong P, Phahuwatanakorn W. The effectiveness of childbirth preparation program on self-efficacy in pain coping, pain level, and pain coping behavior in the first stage of labor among the first time mothers. *Journal of The Royal Thai Army Nurses*. 2023;24(1):201-10. (in Thai).
22. Zare Z, Hakak HRM, Yaghobi Z, Ghoochani HT, Joveini H, Hosseini SH. The impact of an educational intervention based on theory of planned behavior on selecting mode of delivery in primigravidae women with intention of elective cesarean section. *Journal of Midwifery and Reproductive Health*. 2021;9(2):2652-60. doi: 10.22038/jmrh. 2021.53294.1656.
23. Cohen J. *Statistical power analysis for the behavioral sciences*. 2nd ed. New York: Lawrence Erlbaum Associates; 1988. 567 p.
24. Luddangam P, Wirifai S, Auntarin S. Perceived self-efficacy in coping with labor pain. *Journal of Health Research and Development Nakhon Ratchasima Provincial Public Health Office*. 2020;6(1):4-15. (in Thai).
25. Spiby H, Stewart J, Watts K, Hughes AJ, Slade P. The importance of face to face, group antenatal education classes for first time mothers: a qualitative study. *Midwifery*. 2022;109:103295. doi: 10.1016/j.midw.2022.103295.



Factors Influencing Postpartum Follow-Up for Diabetes Screening in Mothers with a History of Gestational Diabetes Mellitus*

Rewadee Meewong, RN, MNS¹, Piyanun Limruangrong, RN, PhD¹ Wanna Phahuwatanakorn, RN, PhD¹
Dittakarn Boriboonhirunsarn, MD, MPH, PhD²

Abstract

Purpose: To examine the influence of parity, attitude towards gestational diabetes, classification of gestational diabetes, social support, service satisfaction, and health insurance on returning for postpartum diabetes screening among mothers with a history of gestational diabetes mellitus.

Design: Predictive research design.

Methods: The study subjects included postpartum mothers diagnosed with gestational diabetes who was admitted after delivery at the postpartum ward in a university hospital, Bangkok. Data were collected using the demographic information questionnaire, the attitude toward gestational diabetes questionnaire, the social support questionnaire, and the satisfaction toward services questionnaire. Descriptive statistics, chi-square test, and binary logistic regression were used to analyze data.

Main findings: The study found that the parity, attitude toward gestational diabetes, classification of gestational diabetes, social support, service satisfaction, and health insurance could together account for 37.3 % ($R^2 = .37$) of the variance explained in the postpartum follow-up screening for diabetes in mothers with gestational diabetes mellitus. The attitude toward gestational diabetes mellitus (OR = 15.67, 95%CI [3.42, 71.86]) and Civil Servant Medical Benefit Scheme (OR = 8.69, 95%CI [1.38, 54.66]) could significantly predict postpartum follow-up screening for diabetes in the mothers ($p < .05$).

Conclusion and recommendations: The attitude towards gestational diabetes mellitus and Civil Servant Medical Benefit Scheme could predict postpartum follow-up for diabetes screening in mothers with gestational diabetes mellitus. Therefore, positive attitude toward gestational diabetes mellitus should be established among the mothers and promote policies regarding accessibility to health insurance that covers postpartum diabetes screening.

Keywords: attitude, gestational diabetes mellitus, health policy, access to health services

Nursing Science Journal of Thailand. 2024;42(4):96-110

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

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

¹ Faculty of Nursing, Mahidol University, Bangkok, Thailand

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

Received: 19 September 2024 / Revised: 15 November 2024 / Accepted: 25 November 2024



ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการกลับมาตรวจคัดกรองเบาหวาน หลังคลอดในมารดาที่มีประวัติเป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์*

เรวดี มีวงษ์, พย.ม.¹ ปิยะนันท์ ลิ้มเรืองรอง, พร.ด.¹ วรรณภา พาหุวัฒนกร, PhD¹ ดิฐกานต์ บริบูรณ์หิรัญสาร, PhD²

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์: เพื่อศึกษาอิทธิพลของจำนวนครั้งของการคลอด ทักษะคิดต่อภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์ ชนิดของเบาหวานขณะตั้งครรภ์ การสนับสนุนทางสังคม ความพึงพอใจต่อการรับบริการ และสิทธิรักษาพยาบาล ต่อการกลับมารับการตรวจคัดกรองเบาหวานหลังคลอดของมารดาที่มีประวัติเป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์

รูปแบบการวิจัย: การวิจัยเชิงทำนาย

วิธีดำเนินการวิจัย: กลุ่มตัวอย่างเป็นมารดาหลังคลอดที่ได้รับการวินิจฉัยภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์ จำนวนทั้งหมด 120 ราย ที่นอนพักรักษาภายหลังคลอดที่หอผู้ป่วยหลังคลอดของโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยแห่งหนึ่ง ในกรุงเทพมหานคร โดยใช้แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบสอบถามทักษะคิดต่อภาวะเบาหวาน แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม และแบบสอบถามความพึงพอใจต่อการรับบริการ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา สถิติไคสแควร์ และสถิติถดถอยโลจิสติก

ผลการวิจัย: จำนวนครั้งของการคลอด ทักษะคิดต่อภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์ ชนิดของเบาหวานขณะตั้งครรภ์ การสนับสนุนทางสังคม ความพึงพอใจต่อการรับบริการ และสิทธิรักษาพยาบาล สามารถร่วมกันอธิบายความแปรปรวนของการกลับมาตรวจคัดกรองเบาหวานหลังคลอดได้ร้อยละ 37.3 ($R^2 = .37$) โดยทักษะคิดต่อภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์ ($OR = 15.67$, 95%CI [3.42, 71.86]) และสวัสดิการรักษายาพยาบาลข้าราชการ ($OR = 8.69$, 95%CI [1.38, 54.66]) สามารถทำนายการกลับมาตรวจคัดกรองเบาหวานหลังคลอดในมารดาที่มีประวัติเป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์ได้อย่างมีนัยสำคัญ ($p < .05$)

สรุปและข้อเสนอแนะ: ทักษะคิดต่อภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์ และสิทธิรักษาพยาบาลมีผลต่อการกลับมาตรวจคัดกรองเบาหวานหลังคลอดในมารดาที่มีประวัติเป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์ ดังนั้น ควรส่งเสริมมารดาให้มีทักษะที่ดีเชิงบวกต่อภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์ และส่งเสริมนโยบายการเข้าถึงสิทธิการรักษาที่ครอบคลุมการตรวจคัดกรองเบาหวานหลังคลอด

คำสำคัญ: ทักษะคิด ภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์ นโยบายสุขภาพ การเข้าถึงระบบบริการสุขภาพ

Nursing Science Journal of Thailand. 2024;42(4):96-110

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

* วิทยานิพนธ์หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการผดุงครรภ์ คณะพยาบาลศาสตร์มหาวิทยาลัยมหิดล

¹ คณะพยาบาลศาสตร์มหาวิทยาลัยมหิดล

² คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล

วันที่รับบทความ: 19 กันยายน 2567 / วันที่แก้ไขบทความเสร็จ: 15 พฤศจิกายน 2567 / วันที่ตอบรับบทความ: 25 พฤศจิกายน 2567

ความสำคัญของปัญหา

มารดาที่ได้รับการวินิจฉัยภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์ เป็นความผิดปกติของกระบวนการเผาผลาญคาร์โบไฮเดรตเกิดจากความไม่สมดุลของความต้องการใช้อินซูลิน และกระบวนการสร้างอินซูลินของร่างกายในระยะตั้งครรภ์ เนื่องจากฮอร์โมนจากรกที่ด้านการทำงานของอินซูลิน ส่งผลให้สตรีตั้งครรภ์มีน้ำตาลในกระแสเลือดสูงและภายหลังการคลอดบุตรฮอร์โมนจากรกที่ด้านการทำงานของอินซูลินจะลดลง และมารดาส่วนใหญ่จะสามารถกลับเข้าสู่ภาวะปกติใน 4-6 สัปดาห์¹⁻² แต่ในระยะหลังคลอดบุตร พบว่ามารดาที่ได้รับการวินิจฉัยภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์มีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคเบาหวานชนิดที่ 2 สูงถึง 10 เท่าของมารดาที่ตั้งครรภ์ปกติ³ อีกทั้งยังพบว่ามารดาที่ได้รับการวินิจฉัยเป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์มีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์ซ้ำในการตั้งครรภ์ครั้งต่อไป เสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด⁴ ดังนั้นมารดาหลังคลอดทุกรายที่ได้รับการวินิจฉัยภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์ควรได้รับการตรวจติดตามระดับน้ำตาลระยะ 4-12 สัปดาห์หลังคลอด ด้วยวิธี 75 gram oral glucose tolerance test (75g OGTT) เพื่อหาความผิดปกติต่อความทนต่อกลูโคส และประเมินโรคเบาหวานอย่างน้อยทุก ๆ 3 ปี⁵ เพื่อให้ได้รับการวินิจฉัยโรคเบาหวานอย่างรวดเร็ว ป้องกันการเกิดโรคเบาหวานชนิดที่ 2 และภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ

อุบัติการณ์การกลับมาได้รับการตรวจคัดกรองเบาหวานหลังคลอดในมารดาที่ได้รับการวินิจฉัยภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์ จากการศึกษาในประเทศอังกฤษ พบว่ามารดาที่ได้รับการวินิจฉัยภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์ไม่กลับมาได้รับการตรวจคัดกรองเบาหวานหลังคลอดร้อยละ 25⁶ สำหรับอุบัติการณ์ของประเทศไทย พบว่ามารดาไม่กลับไปตรวจคัดกรองเบาหวานหลังคลอด

ร้อยละ 14.29⁷ จากข้อมูลจะพบว่าอัตราของมารดาที่มีภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์ที่เข้ารับการตรวจคัดกรองหลังคลอดยังมีจำนวนน้อย

ปัจจัยที่ทำให้มารดาตัดสินใจกลับมารับการตรวจคัดกรองเบาหวานของมารดาหลังคลอดโดยใช้กรอบแนวคิดนิเวศวิทยาพฤติกรรมสุขภาพของ McLeroy และคณะ⁸ มีปัจจัยสนับสนุน 5 ระดับ ดังนี้ ปัจจัยระดับบุคคล ปัจจัยระดับระหว่างบุคคล ปัจจัยระดับสถาบัน และปัจจัยระดับนโยบาย ซึ่งปัจจัยเหล่านี้เป็นปัจจัยที่มีความสำคัญต่อการตัดสินใจของมารดา สามารถปรับเปลี่ยนแก้ไขได้ในส่วนของปัจจัยระดับชุมชนผู้วิจัยยังไม่เลือกมาทำการศึกษา เนื่องจากเป็นปัจจัยที่มีความเฉพาะภายในสังคมหนึ่ง ๆ เท่านั้น และเป็นปัจจัยที่เปลี่ยนแปลงได้ยาก

ปัจจัยระดับบุคคลที่มีอิทธิพลต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพของมารดาในการตัดสินใจกลับมาตรวจคัดกรองเบาหวานในระยะหลังคลอด ได้แก่ จำนวนครั้งของการคลอด ทักษะเกี่ยวกับภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์ และชนิดของภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์ โดยพบว่ามารดาที่คลอดครั้งแรกมีแนวโน้มกลับมาตรวจคัดกรองเบาหวานหลังคลอด 2.61 เท่า เมื่อเปรียบเทียบกับมารดาครรภ์หลัง เนื่องจากมารดาที่คลอดครั้งแรกจะมีเวลาในการดูแลตนเองและบุตรมากกว่ามารดาที่คลอดหลายครั้ง⁹ แต่ยังมีการศึกษาที่ขัดแย้งพบว่า มารดาคลอดครรภ์หลังที่ได้รับการวินิจฉัยภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์มีโอกาสกลับมาได้รับการตรวจคัดกรองเบาหวานหลังคลอดร้อยละ 80¹⁰ ส่วนการศึกษาที่สอดคล้องเกี่ยวกับภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์ พบมารดาที่ไม่กลับมาได้รับการตรวจคัดกรองเบาหวานหลังคลอดมีความคิดว่าโรคเบาหวานขณะตั้งครรภ์จะหายไปได้เองภายหลังคลอด และตนเองไม่เป็นโรคเบาหวานมาก่อน จึงไม่จำเป็นต้องตรวจคัดกรองเบาหวานหลังคลอด¹¹ สำหรับมารดาที่กลับมาตรวจ

คัดกรองเบาหวานหลังคลอด มีความคิดว่าโรคเบาหวานขณะตั้งครรภ์สามารถกลับมาเป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ได้ ทำให้มารดาปรับเปลี่ยนการดำเนินชีวิตโดยการควบคุมอาหาร และออกกำลังกาย ตลอดจนการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ จึงส่งผลให้มารดากลับมาตรวจคัดกรอง¹² สำหรับชนิดของภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์ มีรายงานว่า มารดาที่ได้รับการวินิจฉัยภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์ชนิดควบคุมอาหาร ร่วมกับการใช้ยา มีแนวโน้มที่จะกลับมารับการตรวจคัดกรองเบาหวานหลังคลอดมากกว่ามารดาที่ได้รับการวินิจฉัยภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์ชนิดควบคุมอาหารเพียงอย่างเดียว¹³ เนื่องจากมารดาที่ได้รับการรักษาด้วยยาในระหว่างการจัดครรภ์จะได้รับข้อมูลความรู้เกี่ยวกับการใช้ยา การตรวจติดตามระดับน้ำตาล และความเสี่ยงของภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์ทำให้มารดามีการรับรู้ความเสี่ยงเกี่ยวกับโรคเบาหวานมากขึ้น แต่ยังพบการศึกษาที่ขัดแย้งของ Paul และ Fitzpatrick¹⁴ พบว่า ไม่มีความแตกต่างกันของมารดาที่ได้รับการวินิจฉัยภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์ชนิดควบคุมอาหารเพียงอย่างเดียว และภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์ชนิดควบคุมอาหารร่วมกับการใช้ยา

การสนับสนุนทางสังคม เป็นปัจจัยระหว่างบุคคลที่มีผลต่อการกลับมารับการตรวจคัดกรองเบาหวานหลังคลอด ในมารดาที่มีภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์ จากการศึกษาพบว่ามารดาที่ได้รับกำลังใจในการไปตรวจระดับน้ำตาล ทุกครั้งจากสามี บิดามารดา เพื่อน กลุ่มสนับสนุนออนไลน์ ที่มีประสบการณ์ภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์ และบุคลากรด้านสุขภาพจะช่วยส่งเสริมการตัดสินใจของมารดาในการกลับมาตรวจคัดกรองเบาหวานหลังคลอด¹⁵ มารดาที่ได้รับข้อมูลจากผู้เชี่ยวชาญโรคเบาหวานก่อนคลอดบุตร เกี่ยวกับโภชนาการ การออกกำลังกาย และความเสี่ยงต่อโรคเบาหวานชนิดที่ 2 มีแนวโน้มที่ได้รับการตรวจคัดกรองเบาหวานในระยะหลังคลอดมากกว่ามารดาที่ไม่ได้รับ

ข้อมูลจากผู้เชี่ยวชาญโรคเบาหวาน¹³ อีกทั้งมารดาที่ได้รับการช่วยเหลือจากสามีในการเลี้ยงดูบุตร ทำให้มารดาสามารถกลับมารับการตรวจคัดกรองเบาหวานหลังคลอดได้¹⁶

ความพึงพอใจต่อการรับบริการ เป็นปัจจัยระดับสถาบัน ซึ่งการประเมินความพึงพอใจของมารดาในการใช้บริการด้านสุขภาพในการตรวจคัดกรองภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์ เป็นการสะท้อนความรู้สึกของมารดาที่มีต่อการให้บริการ ภาวะเปียบ นโยบายหรือแนวปฏิบัติของโรงพยาบาลที่กำหนดขึ้นมา เพื่อให้บริการสุขภาพในด้านต่าง ๆ พบว่ามารดาที่มีความรู้สึกไม่พึงพอใจต่อกระบวนการคัดกรองเบาหวานในระยะตั้งครรภ์ ได้แก่ ระยะเวลาในการตรวจคัดกรองที่ยาวนาน รวมถึงการเจาะเลือดทางหลอดเลือดดำหลายครั้ง ซึ่งความรู้สึกเหล่านี้ส่งผลต่อความพึงพอใจในการกลับมารับการตรวจคัดกรองเบาหวานหลังคลอด¹⁵ นอกจากนี้ยังพบว่าจำนวนห้องตรวจปฏิบัติการที่ไม่เพียงพอต่อการตรวจคัดกรอง มารดาที่มีความรู้สึกไม่ดีต่อรสชาติของน้ำตาลกลูโคสเป็นอีกปัจจัยหนึ่งที่ทำให้มารดากลับมารับการตรวจคัดกรองเบาหวานหลังคลอดลดลง¹⁶

สิทธิการรักษาพยาบาล เป็นปัจจัยทางด้านนโยบายสาธารณะที่ได้รับการสนับสนุนจากรัฐบาลหรือเอกชน ในการเข้าถึงสิทธิรักษาพยาบาล จากการศึกษาทบทวนวรรณกรรม พบว่า มารดาที่มีสิทธิในการเข้าถึงการตรวจคัดกรองเบาหวานหลังคลอด มีความสัมพันธ์ต่อการกลับมารับการตรวจคัดกรองเบาหวานหลังคลอดมากขึ้น¹³ นอกจากนี้ยังพบว่ามารดาที่ได้รับการสนับสนุน ประกันสุขภาพจากรัฐบาลกลับมารับการตรวจคัดกรองเบาหวานหลังคลอด 2.4 เท่า เมื่อเปรียบเทียบกับมารดาที่ไม่ได้รับการสนับสนุนประกันสุขภาพจากรัฐบาล¹⁷ ทั้งนี้เนื่องจากภายหลังการคลอดบุตร มารดามักจะประสบปัญหาทางการเงิน เนื่องจากมีค่าใช้จ่ายในการดูแลสุขภาพของบุตรเพิ่มเข้ามา

ซึ่งเป็นสาเหตุที่ทำให้มารดาไม่กลับมารับการตรวจคัดกรองเบาหวานหลังคลอด

จากการศึกษาที่ผ่านมาเกี่ยวกับการกลับมาตรวจคัดกรองเบาหวานหลังคลอดส่วนใหญ่เป็นการศึกษาแบบเชิงคุณภาพ ผู้วิจัยยังไม่พบการศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยที่มีผลต่อการตรวจคัดกรองเบาหวานหลังคลอดของมารดาที่มีภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์ในประเทศไทย และจากการทบทวนวรรณกรรมในปัจจุบัน ประเทศไทยพบมารดาที่มีภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์มีแนวโน้มสูงขึ้น ซึ่งส่งผลต่อการเกิดโรคเบาหวานชนิดที่ 2 สูงขึ้นในอนาคตได้ ดังนั้นผู้วิจัยสนใจศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการกลับมารับการตรวจคัดกรองเบาหวานหลังคลอดของมารดาที่มีประวัติเป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์ ได้แก่ จำนวนครั้งของการคลอด ทักษะการดูแลตนเองต่อภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์ ชนิดของเบาหวานขณะตั้งครรภ์ การสนับสนุนทางสังคม ความพึงพอใจต่อการรับบริการ และสิทธิรักษาพยาบาล ซึ่งข้อมูลที่ได้จากการศึกษานี้จะเป็นข้อมูลพื้นฐานเพื่อนำไปเป็นแนวทางในการวางแผนดูแลมารดาหลังคลอดที่ได้รับการวินิจฉัยภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อศึกษาอิทธิพลของจำนวนครั้งของการคลอด ทักษะการดูแลตนเองต่อภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์ ชนิดของเบาหวานขณะตั้งครรภ์ การสนับสนุนทางสังคม ความพึงพอใจต่อการรับบริการ และสิทธิรักษาพยาบาล ต่อการกลับมารับการตรวจคัดกรองเบาหวานหลังคลอดของมารดาที่มีประวัติเป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์

สมมติฐานการวิจัย

จำนวนครั้งของการคลอด ทักษะการดูแลตนเองต่อภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์ ชนิดของเบาหวานขณะตั้งครรภ์ การ

สนับสนุนทางสังคม ความพึงพอใจต่อการรับบริการ และสิทธิรักษาพยาบาล มีอิทธิพลต่อการกลับมารับการตรวจคัดกรองเบาหวานหลังคลอดของมารดาที่มีประวัติเป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยในครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงทำนาย (predictive research design)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ศึกษาในครั้งนี้ คือ มารดาหลังคลอดที่ได้รับการวินิจฉัยภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์ ที่นอนพักรักษาภายหลังคลอดที่หอผู้ป่วยหลังคลอด อาคาร 100 ปี สมเด็จพระศรีนครินทร์ โรงพยาบาลศิริราช ระหว่างเดือนตุลาคม พ.ศ. 2565 ถึง สิงหาคม พ.ศ. 2566 โดยทำการเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบสะดวก (convenience sampling) และกำหนดคุณสมบัติ *เกณฑ์การคัดเลือก* ดังนี้ มารดาหลังคลอดอายุมากกว่า 18 ปี มาฝากครรภ์ก่อนอายุครรภ์ 20 สัปดาห์ สามารถสื่อสาร อ่านภาษาไทยได้ มีอินเทอร์เน็ตและโทรศัพท์สำหรับการติดต่อสื่อสาร *เกณฑ์การคัดออก* มารดาที่ได้รับการวินิจฉัยเป็นเบาหวานก่อนการตั้งครรภ์ มีภาวะแทรกซ้อนทางอายุรกรรมก่อนการตั้งครรภ์ เช่น โรคหัวใจ โรคความดันโลหิตสูง ได้รับการวินิจฉัยโรคทางจิตเวช และทารกแรกเกิดที่มีภาวะแทรกซ้อนหนักเข้ารับการรักษาในหน่วยวิกฤต

การคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้โปรแกรม G*Power 3.1.9.4 สำหรับการวิเคราะห์ถดถอยโลจิสติก (logistic regression) โดยกำหนดอำนาจการทดสอบ (power of test) ที่ระดับ .80 ระดับนัยสำคัญ (level of significance) ที่ .05 ซึ่งอ้างอิงจากงานวิจัยที่ศึกษาใกล้เคียงกันของ Battarbee และ Yee¹⁷ โดยค่า Odds ratio เท่ากับ 4.33 จากตัวแปรการสนับสนุนทางสังคม

กำหนดค่า X distribution แบบ Binomial กำหนดค่า $Pr(0)$ เท่ากับ 0.7 และค่า $Pr(1)$ เท่ากับ 0.91 ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่าง 116 ราย เพื่อป้องกันการสูญหายของกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยจึงเพิ่มขนาดกลุ่มตัวอย่างอีกร้อยละ 10 ซึ่งจะได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 128 ราย

เครื่องมือการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลในครั้งนี้ ประกอบด้วยแบบสอบถามจำนวน 4 ชุด ดังนี้

ชุดที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล โดยเป็นลักษณะคำถามแบบปลายปิดและแบบเลือกตอบ มีทั้งหมด 2 ส่วน ดังนี้ 1) แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป จำนวน 7 ข้อ ได้แก่ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ ประวัติบุคคลในครอบครัวเป็นโรคเบาหวาน สิทธิรักษาพยาบาล และค่าใช้จ่ายในการตรวจน้ำตาลหลังคลอด และ 2) แบบบันทึกข้อมูลเกี่ยวกับการตั้งครรภ์และการคลอด จำนวน 11 ข้อ ได้แก่ จำนวนครั้งการตั้งครรภ์ การคลอด การแท้ง อายุครรภ์ เมื่อคลอด วันที่คลอด วิธีการคลอด น้ำหนักทารก ชนิดของเบาหวานขณะตั้งครรภ์ วันนัดตรวจคัดกรองระดับน้ำตาลหลังคลอด และผลการตรวจระดับน้ำตาลหลังคลอด

ชุดที่ 2 แบบสอบถามทัศนคติต่อภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์ เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม^{16,18-19} มีข้อคำถามทั้งหมด 12 ข้อ ประกอบด้วยข้อความด้านบวก 10 ข้อ และด้านลบ 2 ข้อ ลักษณะข้อคำถามเป็นแบบมาตราประมาณค่า (rating scale) 5 ระดับ แปลผลโดยใช้คะแนนตามอันตรภาคชั้นแบ่งได้เป็น 3 ระดับ คือ มารดามีทัศนคติต่อภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์ ระดับมาก (44-60 คะแนน) ระดับปานกลาง (28-43 คะแนน) และระดับน้อย (12- 27 คะแนน) และการแปลผลจากคะแนนรวมทั้งหมดอยู่ระหว่าง 12-60 คะแนน คะแนนรวมมาก หมายถึง มารดามีทัศนคติเชิงบวกต่อภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์ คะแนนรวมน้อย หมายถึง มารดามี

ทัศนคติเชิงลบต่อภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์

ชุดที่ 3 แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม ผู้วิจัยขออนุญาตใช้และดัดแปลงแบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคมของ อมรรัตน์ ฝาละศรี, วรณา พาหุวัฒนกร และเอมพร รติธร²⁰ มีข้อคำถามทั้งหมดจำนวน 19 ข้อ ลักษณะข้อคำถามเป็นมาตราประมาณค่า 5 ระดับ ประกอบด้วยการสนับสนุนทางสังคม 4 ด้าน คือ การสนับสนุนด้านอารมณ์ การสนับสนุนด้านการประเมิน การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร และการสนับสนุนด้านทรัพยากร แบบสอบถามประกอบด้วยข้อความด้านบวก 16 ข้อ และข้อความด้านลบ 3 ข้อ ผู้วิจัยแปลผลโดยใช้คะแนนตามอันตรภาคชั้นแบ่งได้เป็น 3 ระดับ คือ มารดาได้รับการสนับสนุนทางสังคมระดับมาก (69.68-95 คะแนน) ระดับปานกลาง (44.34-69.67 คะแนน) และระดับน้อย (19-44.33 คะแนน) และการแปลผลจากคะแนนรวมทั้งหมดอยู่ระหว่าง 19-95 คะแนน คะแนนรวมมาก หมายถึง ได้รับการสนับสนุนทางสังคมมาก คะแนนรวมน้อย หมายถึง ได้รับการสนับสนุนทางสังคมน้อย

ชุดที่ 4 แบบสอบถามความพึงพอใจต่อการรับบริการการวิจัยในครั้งนี้ ผู้วิจัยขออนุญาตใช้และดัดแปลงแบบสอบถามของ เนตรเพชรศรี ตระกูลบุญเนตร²¹ โดยผู้วิจัยนำมาดัดแปลงให้เข้ากับบริบทของมารดาที่มีภาวะเบาหวานหลังคลอด มีข้อคำถามทั้งหมดจำนวน 28 ข้อ เป็นข้อความด้านบวกลักษณะข้อคำถามเป็นแบบมาตราประมาณค่า (rating scale) 5 ระดับ ประกอบด้วย 8 ด้าน คือ ด้านความสะดวกในการให้บริการ ด้านอภัยภัยไมตรี ด้านความเป็นรูปธรรมของการบริการ ด้านการให้ความรู้ คำแนะนำ และให้คำปรึกษา ด้านความน่าเชื่อถือไว้วางใจ ด้านความพร้อมที่จะทำการรักษาพยาบาล ด้านจริยธรรมของเจ้าหน้าที่ และด้านราคา ผู้วิจัยแปลผลโดยใช้คะแนนตามอันตรภาคชั้นแบ่งได้เป็น 3 ระดับ คือ มารดามีความ

พึงพอใจต่อการรับบริการระดับมาก (102.68-140 คะแนน) ระดับปานกลาง (65.34-102.67 คะแนน) และระดับน้อย (28-65.33 คะแนน) และการแปลผลคะแนนรวมทั้งหมดอยู่ระหว่าง 28-140 คะแนน คะแนนรวมมาก หมายถึง มีความพึงพอใจต่อการรับบริการมาก คะแนนรวมน้อย หมายถึง มีความพึงพอใจต่อการรับบริการน้อย

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ โดยแบบสอบถามทั้ง 3 ชุด ได้รับการตรวจสอบความตรงของเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน ผลการคำนวณหาค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาทั้งฉบับ ดังนี้ แบบสอบถามทัศนคติต่อภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์ แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม และแบบสอบถามความพึงพอใจต่อการรับบริการ ได้ค่า CVI เท่ากับ .86, .98 และ 1 ตามลำดับ ผู้วิจัยนำแบบสอบถามไปใช้กับกลุ่มมารดาหลังคลอดตามเกณฑ์คุณสมบัติที่ผู้วิจัยกำหนดจำนวน 30 ราย ทำการคำนวณค่าความสอดคล้องภายในได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค .71, .86 และ .96 ตามลำดับ

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยในครั้งนี้ผ่านการพิจารณาและได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล ร่วมกับคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล หมายเลข MU-MOU CoA No. IRB-NS2022/707.1008 ผู้วิจัยได้ชี้แจงรายละเอียดการวิจัย ความเสี่ยงของการวิจัย สิทธิการเข้าร่วมการวิจัย รวมทั้งอธิบายถึงการรักษาข้อมูลเป็นความลับไม่เปิดเผยข้อมูลของกลุ่มตัวอย่าง เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินยอมเข้าร่วมการวิจัยด้วยความสมัครใจผู้วิจัยจึงให้กลุ่มตัวอย่างลงนามในหนังสือเจตนายินยอมเข้าร่วมวิจัย

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ก่อนการเก็บรวบรวมข้อมูลผู้วิจัยเตรียมผู้ช่วยวิจัย

ซึ่งเป็นพยาบาลวิชาชีพภายในหอผู้ป่วยหลังคลอด มีประสบการณ์การพยาบาลอย่างน้อย 1 ปี ผ่านการอบรมด้านจริยธรรมการวิจัยในคน ทำหน้าที่ในการช่วยเก็บรวบรวมข้อมูลวิจัย ผู้วิจัยเตรียมผู้ช่วยวิจัยโดย อธิบายวัตถุประสงค์ รายละเอียดการดำเนินการวิจัย วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูลวิจัย และให้ผู้ช่วยวิจัยทดลองใช้แบบสอบถามกับมารดาหลังคลอดที่มีลักษณะคล้ายกับกลุ่มตัวอย่าง เพื่อให้เกิดความเข้าใจที่ตรงกัน

ระยะหลังคลอดบุตร

1. ภายหลังโครงสร้างวิจัยได้รับการรับรองผู้วิจัยหรือผู้ช่วยวิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่างตามคุณสมบัติที่กำหนดไว้ โดยเข้าเก็บข้อมูลที่หอผู้ป่วยหลังคลอดทุกวัน เวลา 8.00 – 16.30 น. หรือในเวลาที่เหมาะสม หลังจากนั้นผู้วิจัยหรือผู้ช่วยวิจัยเข้าแนะนำตัว ชี้แจงรายละเอียดการวิจัย วัตถุประสงค์ ประโยชน์ และความเสี่ยงของการวิจัย เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินยอมเข้าร่วมในการวิจัย ผู้วิจัยหรือผู้ช่วยวิจัยให้กลุ่มตัวอย่างลงนามในหนังสือเจตนายินยอมเข้าร่วมวิจัย

2. ภายหลังจากกลุ่มตัวอย่างยินยอมเข้าร่วมวิจัย ผู้วิจัยหรือผู้ช่วยวิจัยดำเนินการอธิบายรายละเอียดแบบสอบถามและวิธีการตอบแบบสอบถาม และให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามด้วยตนเองผ่านทางแบบสอบถามออนไลน์ (Google form) จำนวน 1 ชุด คือ แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลจำนวน 7 ข้อ ใช้เวลาประมาณ 10 นาที จากนั้นขอหมายเลขโทรศัพท์และอีเมลในการติดต่อ ระยะ 4-12 สัปดาห์หลังคลอด และนัดหมายการติดตามครั้งต่อไป ในส่วนที่ 2 แบบบันทึกข้อมูลเกี่ยวกับการตั้งครรภ์และการคลอด จำนวน 11 ข้อ ผู้วิจัยหรือผู้ช่วยวิจัยจะเป็นผู้บันทึกข้อมูลจากแฟ้มประวัติ

ระยะ 4-12 สัปดาห์หลังคลอดบุตร

1. กลุ่มตัวอย่างที่มีรายชื่อเข้ารับการตรวจคัดกรอง

เบาหวานหลังคลอดตามวันนัด ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลผ่านทางโทรศัพท์ตามวันที่ได้มีการนัดหมายหรือตามเวลาที่กลุ่มตัวอย่างสะดวก โดยให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามจำนวน 3 ชุด โดยเรียงลำดับ ดังนี้ 1) ทักษะการตัดสินใจเบาหวานขณะตั้งครรภ์ 2) การสนับสนุนทางสังคม และ 3) แบบสอบถามความพึงพอใจต่อการรับบริการ ผ่านทางแบบสอบถามออนไลน์ โดยผู้วิจัยส่งลิงก์และคิวอาร์โค้ดผ่านทางไลน์ (Line Official Account, Line OA) โดยใช้เวลาประมาณ 50-60 นาที

2. สำหรับกลุ่มตัวอย่างที่ไม่กลับมาตรวจคัดกรองเบาหวานหลังคลอดตามวันนัด ผู้วิจัยจะรอจนครบ 12 สัปดาห์หลังคลอด และติดตามกลุ่มตัวอย่างผ่านทางโทรศัพท์ ตามเวลาที่กลุ่มตัวอย่างสะดวก ให้ตอบแบบสอบถามด้วยตนเองผ่านทางแบบสอบถามออนไลน์จำนวน 3 ชุด ประกอบด้วย 1) ทักษะการตัดสินใจเบาหวานขณะตั้งครรภ์ 2) การสนับสนุนทางสังคม และ 3) แบบสอบถามความพึงพอใจต่อการรับบริการ โดยผู้วิจัยส่งลิงก์และคิวอาร์โค้ดผ่านทางไลน์ โดยใช้ระยะเวลาประมาณ 50-60 นาที

3. สำหรับกลุ่มตัวอย่างที่ผู้วิจัยได้โทรศัพท์ติดตามภายหลัง 12 สัปดาห์หลังคลอดในกรณีที่ยังไม่กลับมารับการตรวจคัดกรองเบาหวานหลังคลอด ผู้วิจัยแนะนำให้มารดามารับการตรวจคัดกรองเบาหวานหลังคลอดที่โรงพยาบาลใกล้บ้าน

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างด้วยสถิติพรรณนา (descriptive statistics) โดยใช้การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยที่ศึกษา ได้แก่ จำนวนครั้งของการคลอด ชนิดเบาหวานขณะตั้งครรภ์ สิทธิรักษาพยาบาล ทักษะการตัดสินใจเบาหวาน

ขณะตั้งครรภ์ การสนับสนุนทางสังคม ความพึงพอใจต่อการรับบริการ โดยใช้การทดสอบไคสแควร์ (chi-square test)

3. วิเคราะห์ความสามารถในการทำนายตัวแปรที่ศึกษา ได้แก่ จำนวนครั้งของการคลอด ทักษะการตัดสินใจเบาหวานขณะตั้งครรภ์ ชนิดของเบาหวานขณะตั้งครรภ์ การสนับสนุนทางสังคม ความพึงพอใจต่อการรับบริการ และสิทธิรักษาพยาบาล โดยใช้สถิติวิเคราะห์ถดถอยโลจิสติกแบบทวิ (binary logistic regression analysis) ดังนั้นผู้วิจัยตรวจสอบข้อตกลงเบื้องต้น โดยมีรายละเอียดดังนี้ 1) ตัวแปรอิสระเป็นตัวแปรที่มีการวัดในระดับมาตราช่วง (interval scale) ขึ้นไป ตัวแปรที่อยู่ในระดับนามบัญญัติ (nominal scale) แปลงเป็นตัวแปรหุ่นที่มีค่าเป็น 0 กับ 1 2) ตัวแปรตามเป็นตัวแปรเชิงกลุ่ม 3) ตรวจสอบความสัมพันธ์เชิงเส้นระหว่างตัวแปรต้นกับ logit function ของตัวแปรตาม หรือที่เรียกว่าการทดสอบ Goodness of fit (Hosmer and Lemeshow test) ค่า Chi-square เท่ากับ 1.813 ($p = .089$) 4) ตัวแปรอิสระไม่มีความสัมพันธ์กันในระดับสูง

ผลการวิจัย

จากการเก็บข้อมูลมารดาหลังคลอดที่ได้รับการวินิจฉัยภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์จำนวน 128 ราย มีกลุ่มตัวอย่างถอนตัวเข้าร่วมการวิจัย จำนวน 8 ราย เนื่องจากไม่สามารถติดต่อกับกลุ่มตัวอย่างในระยะ 4-12 สัปดาห์หลังคลอดได้ เหลือกลุ่มตัวอย่างที่นำมาวิเคราะห์ข้อมูลจำนวน 120 ราย พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีอายุเฉลี่ย 35 ปี ($SD = 4.87$) ประมาณครึ่งหนึ่งของกลุ่มตัวอย่างมีอายุมากกว่าหรือเท่ากับ 35 ปี คิดเป็นร้อยละ 55 กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสคู่ คิดเป็นร้อยละ 99.2 เกือบครึ่งหนึ่งของกลุ่มตัวอย่างจบการศึกษาระดับปริญญาตรี ร้อยละ 46.7 ประกอบอาชีพรับจ้าง ร้อยละ 48.4

รองลงมาประกอบอาชีพอื่น ๆ เช่น ธุรกิจส่วนตัว ค่าขาย ร้อยละ 20.8 กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ร้อยละ 93.3 ได้รับการวินิจฉัยเป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์ชนิดควบคุมอาหารอย่างเดียว ครึ่งหนึ่งของกลุ่มตัวอย่างเคยผ่านการคลอดมา 1 ครั้ง คิดเป็นร้อยละ 50.8 คลอดบุตรด้วยวิธีการผ่าคลอดทางหน้าท้องมากที่สุดคิดเป็น ร้อยละ 62.5 รองลงมาเป็นคลอดปกติทางช่องคลอด ร้อยละ 34.2 และกลุ่มตัวอย่างมีประวัติบุคคลในครอบครัวไม่เป็นโรคเบาหวาน ร้อยละ 50.8

ค่าใช้จ่ายในการตรวจน้ำตาลหลังคลอด พบว่า ครึ่งหนึ่งของกลุ่มตัวอย่างเบิกค่าใช้จ่ายในการตรวจน้ำตาลหลังคลอดไม่ได้คิดเป็น ร้อยละ 56.6 และพบว่ากลุ่มตัวอย่างกว่าครึ่งกลับมาตรวจระดับน้ำตาลหลังคลอด คิดเป็นร้อยละ 61.2 ซึ่งผลการตรวจน้ำตาลหลังคลอดของกลุ่มตัวอย่างพบว่า ผลการตรวจระดับน้ำตาลอยู่ในเกณฑ์ปกติ คิดเป็น ร้อยละ 77.9 รองลงมาอยู่ในเกณฑ์เสี่ยงเบาหวาน ร้อยละ 20.8 และผลได้รับการวินิจฉัยเป็นเบาหวานร้อยละ 1.30 ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของกลุ่มตัวอย่างเกี่ยวกับข้อมูลการกลับมารับการตรวจคัดกรองเบาหวานหลังคลอด (N = 120)

ข้อมูลการตรวจคัดกรองน้ำตาลหลังคลอด	จำนวน	ร้อยละ
ค่าใช้จ่ายในการตรวจน้ำตาลหลังคลอด		
เบิกไม่ได้	68	56.6
เบิกได้บางส่วน	23	19.2
เบิกได้ทั้งหมด	29	24.2
ผลการตรวจระดับน้ำตาลหลังคลอด		
ไม่กลับมาตรวจคัดกรองเบาหวานหลังคลอด	43	35.8
กลับมาตรวจคัดกรองเบาหวานหลังคลอด	77	61.2
ปกติ	60	77.9
เสี่ยงเบาหวาน	16	20.8
เบาหวาน	1	1.3

จากตารางที่ 2 ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างการกลับมาตรวจคัดกรองเบาหวานหลังคลอดกับปัจจัยที่ศึกษา พบว่า จำนวนครั้งของการคลอด ($p = .009$) สิทธิรักษาพยาบาล ($p = .017$) และทัศนคติ

ต่อภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์ ($p < .001$) มีความสัมพันธ์ต่อการกลับมาตรวจคัดกรองเบาหวานหลังคลอดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ตารางที่ 2 ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรต่อการกลับมาตรวจคัดกรองเบาหวานหลังคลอดในมารดาที่มีประวัติเป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์ (N = 120)

ตัวแปรที่ศึกษา	การตรวจน้ำตาลหลังคลอด				p-value
	กลับมาตรวจ (n = 77)		ไม่กลับมาตรวจ (n = 43)		
	n (%)	$\bar{X} \pm SD$	n (%)	$\bar{X} \pm SD$	
จำนวนครั้งของการคลอด					.009 ¹
เคยผ่านการคลอด 1 ครั้ง	46 (75.4)		15 (24.6)		
เคยผ่านการคลอด >1 ครั้ง	31 (52.5)		28 (47.5)		
ชนิดเบาหวานขณะตั้งครรภ์					.256 ²
ควบคุมอาหารอย่างเดียว	70 (62.5)		42 (37.5)		
ควบคุมอาหารร่วมกับการใช้ยา	7 (87.5)		1 (12.5)		
สิทธิรักษาพยาบาล					.017 ¹
หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า	12 (48.0)		13 (52.0)		
สวัสดิการประกันสังคม	45 (62.5)		27 (37.5)		
สวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ	20 (87.0)		3 (13.0)		
ทัศนคติต่อภาวะเบาหวาน		50.70±4.45		44.72±3.57	< .001 ¹
ระดับปานกลาง	4 (21.1)		15 (78.9)		
ระดับมาก	73 (72.3)		28 (27.7)		
การสนับสนุนทางสังคม		83.40±10.44		79.42±8.64	.560 ¹
ระดับปานกลาง	8 (57.1)		6 (42.9)		
ระดับมาก	69 (65.1)		37 (34.9)		
ความพึงพอใจต่อการรับบริการ		128.16±15.07		128.91±10.36	.155 ²
ระดับปานกลาง	8 (88.9)		1 (11.1)		
ระดับมาก	69 (62.2)		42 (37.8)		

¹ chi-square test, ² Fisher's exact test

ผลการวิเคราะห์ถดถอยโลจิสติกแบบทวิ (binary logistic regression analysis) พบว่า จำนวนครั้งของการคลอด ทัศนคติต่อภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์ ชนิดของเบาหวานขณะตั้งครรภ์ การสนับสนุนทางสังคม ความพึงพอใจต่อการรับบริการ และสิทธิรักษาพยาบาล สามารถร่วมกันทำนายการกลับมาตรวจคัดกรองเบาหวานหลังคลอดในมารดาที่มีประวัติเป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์ได้ร้อยละ 37.3 ($R^2 = .37$) และสามารถทำนายถูกต้องในภาพรวม

ร้อยละ 71.7 (overall percentage = 71.7) โดยตัวแปรที่สามารถทำนายการกลับมาตรวจคัดกรองเบาหวานหลังคลอดในมารดาที่มีประวัติเป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์ได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ คือ ทัศนคติต่อภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์ (OR = 15.67, 95%CI [3.42, 71.86], $p < .001$) และสิทธิรักษาพยาบาลข้าราชการ (OR = 8.69, 95%CI [1.38, 54.66], $p < .05$) ดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ผลการวิเคราะห์ความสามารถในการทำนายตัวแปรโดยใช้สถิติวิเคราะห์ถดถอยโลจิสติกแบบทวิ (N = 120)

ตัวแปร	β	SE	Wald	df	p-value	OR	95%CI
จำนวนครั้งของการคลอด							
เคยผ่านการคลอด 1 ครั้ง						Reference	
เคยผ่านการคลอด > 1 ครั้ง	-.82	.46	3.09	1	.079	0.44	.18, 1.10
ชนิดเบาหวานขณะตั้งครรภ์							
ควบคุมอาหารอย่างเดียว						Reference	
ควบคุมอาหารร่วมกับการใช้ยา	2.12	1.42	2.23	1	.135	8.33	.52, 134.40
สิทธิรักษาพยาบาล							
หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า						Reference	
สวัสดิการประกันสังคม	.31	.57	.28	1	.595	1.36	.44, 4.17
สวัสดิการรักษาพยาบาลข้าราชการ	2.16	.94	5.31	1	.021	8.69	1.38, 54.66
ทัศนคติต่อภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์							
ระดับปานกลาง						Reference	
ระดับมาก	2.75	.78	12.54	1	$\leq .001$	15.67	3.42, 71.86
การสนับสนุนทางสังคม							
ระดับปานกลาง						Reference	
ระดับมาก	.52	.77	.46	1	.499	1.68	.37, 7.60
ความพึงพอใจต่อการรับบริการ							
ระดับปานกลาง						Reference	
ระดับมาก	- 2.45	1.52	2.59	1	.108	.086	.004, 1.70
ค่าคงที่	- 1.32	2.26	.34	1	0.561	0.27	

Nagelkerke $R^2 = .37$, Overall Percentage = 71.7, Hosmer and Lemeshow test $p = .089$

การอภิปรายผล

ผลการศึกษาพบว่า จำนวนครั้งของการคลอด ทัศนคติต่อภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์ ชนิดของเบาหวานขณะตั้งครรภ์ การสนับสนุนทางสังคม ความพึงพอใจต่อการรับบริการ และสิทธิรักษาพยาบาล สามารถร่วมทำนายการกลับมาตรวจคัดกรองเบาหวานหลังคลอดในมารดาที่มีประวัติเป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์ ได้ร้อยละ 37.3 ($R^2 = .37$) และสามารถทำนายถูกต้องในภาพรวมร้อยละ 71.7 (overall percentage = 71.7) โดยตัวแปรที่สามารถทำนายการกลับมาตรวจคัดกรองเบาหวานหลังคลอดในมารดาที่มีประวัติเป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์ได้

อย่างมีนัยสำคัญ มีจำนวน 2 ปัจจัย คือ ทัศนคติต่อภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์ และสิทธิรักษาพยาบาล

ทัศนคติต่อภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์ เป็นปัจจัยที่มีผลต่อการกลับมาตรวจคัดกรองเบาหวานหลังคลอดได้อย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ .05 โดยมารดามีทัศนคติเชิงบวกต่อภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์ มีโอกาสกลับมาตรวจคัดกรองเบาหวานหลังคลอดมากขึ้น เมื่อแปลผลตามกลุ่มคะแนน พบว่า มารดาที่มีทัศนคติเชิงบวกต่อภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์ระดับมาก (44-60 คะแนน) มีโอกาสกลับมาตรวจคัดกรองเบาหวานหลังคลอด 15.67 เท่า (OR = 15.67, 95% CI [3.42, 71.86]) ของมารดาที่มี

ทัศนคติต่อภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์ระดับปานกลาง (28-43 คะแนน) การศึกษาในครั้งนี้มารดาที่กลับมาตรวจคัดกรองเบาหวานหลังคลอด มีความคิดว่าภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์เป็นภาวะแทรกซ้อนที่สามารถป้องกันได้ หากมีการควบคุมอาหาร ออกกำลังกาย และภายหลังการคลอด ควรกลับมารับตรวจระดับน้ำตาลในเลือดในระยะหลังคลอดบุตร 4-12 สัปดาห์หลังคลอด เพื่อดูแลตนเอง และปรับพฤติกรรม การรับประทานอาหาร และการออกกำลังกาย แต่ในกลุ่มของมารดาที่ไม่กลับมาตรวจคัดกรองเบาหวานหลังคลอด มีความคิดว่าภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์เป็นภาวะที่หายได้เองภายหลังคลอดบุตร หากไม่มีการผิดปกติของโรคเบาหวาน จึงไม่จำเป็นต้องกลับไปรับการตรวจคัดกรองหลังคลอด ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาพบว่า สำหรับมารดาที่กลับมาตรวจคัดกรองเบาหวานหลังคลอด มีความเชื่อว่าโรคเบาหวานขณะตั้งครรภ์สามารถกลับมาเป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ได้ ทำให้มารดาปรับเปลี่ยนการดำเนินชีวิตโดยการควบคุมอาหาร และออกกำลังกาย ตลอดจนการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ จึงส่งผลให้มารดากลับมาตรวจคัดกรองเบาหวานหลังคลอด^{12,16}

สิทธิรักษาพยาบาล เป็นปัจจัยระดับนโยบายที่มีผลต่อการกลับมาตรวจคัดกรองเบาหวานหลังคลอดได้อย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ .05 โดยมารดาที่ใช้สิทธิรักษาพยาบาลแบบสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ มีโอกาสกลับมาตรวจคัดกรองเบาหวานหลังคลอด 8.686 เท่า (OR = 8.69, 95%CI [3.42, 71.86]) เมื่อเทียบกับมารดาที่ใช้สิทธิรักษาพยาบาลสวัสดิการประกันสังคม และสิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ปัจจัยทางด้านนโยบายสาธารณะที่ได้รับการสนับสนุนจากรัฐบาลหรือเอกชนในการเข้าถึงสิทธิรักษาพยาบาล ซึ่งมีอิทธิพลต่อการตัดสินใจกลับมารับการตรวจคัดกรองเบาหวานหลังคลอด สอดคล้องกับการศึกษาในอดีต พบว่า มารดาที่เข้าถึงการรักษาพยาบาล

ที่รัฐบาลจัดให้ ครอบครัวในการตรวจคัดกรองเบาหวานหลังคลอด มีความสัมพันธ์ต่อการกลับมาตรวจคัดกรองเบาหวานหลังคลอดมากขึ้น^{13,17} ในการศึกษาครั้งนี้ พบว่า มารดาที่ใช้สิทธิรักษาพยาบาลสวัสดิการประกันสังคม มารดาจำเป็นต้องสำรองค่าใช้จ่ายในการคลอดก่อน โดยมารดาที่ได้รับการผ่าคลอดบุตรทางหน้าท้อง ค่าใช้จ่ายมักจะเกินวงเงินที่คุ้มครอง ซึ่งมารดาจะต้องเสียค่าใช้จ่ายในการตรวจน้ำตาลหลังคลอดเอง ดังนั้น มารดาจึงต้องเสียค่าใช้จ่ายในการตรวจน้ำตาลหลังคลอดเอง ทำให้มารดาที่ประสบปัญหาด้านการเงิน ไม่กลับมารับการตรวจคัดกรองเบาหวานหลังคลอด สอดคล้องกับการศึกษาของ Ingol และคณะ²² พบว่า แม้มารดาจะได้รับการสนับสนุนสิทธิการรักษาพยาบาลหรือเงินสนับสนุนจากรัฐบาล แต่ภายหลังการคลอดบุตรมารดายังต้องแบกรับค่าใช้จ่ายสำหรับการดูแลบุตรอีกมาก ประกอบกับอยู่ในช่วงพักฟื้นหลังคลอด มารดาจึงไม่มีรายได้ ซึ่งจะส่งผลให้มารดาไม่กลับมารับการตรวจคัดกรองเบาหวานหลังคลอดได้

จำนวนครั้งของการคลอด ไม่สามารถทำนายการกลับมาตรวจคัดกรองเบาหวานหลังคลอดของมารดาที่มีประวัติเป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์ได้ ($p = .066$) ทั้งนี้สามารถอธิบายได้ว่าหน่วยฝากครรภ์ โรงพยาบาลศิริราช ร่วมกับศูนย์เบาหวานได้มีการทำแนวปฏิบัติในการให้คำแนะนำและการดูแลสตรีที่มีภาวะเบาหวานตั้งแต่ระยะตั้งครรภ์ จนถึงหลังคลอด ตลอดจนมีการแนะนำ และโทรศัพท์ติดตามมารดาทุกรายให้มารับบริการตรวจคัดกรองเบาหวานหลังคลอด จากการศึกษาในครั้งนี้มารดาที่มีบุตรคนแรก ให้เหตุผลว่า ภายหลังการคลอดบุตรมารดาใช้เวลาส่วนใหญ่ไปกับการดูแลบุตร การปรับตัวในการเป็นมารดา สำหรับมารดาคลอดครรภ์หลังมารดาใช้เวลาส่วนใหญ่ไปกับการดูแลบุตรแรกเกิดและบุตรคนอื่น ๆ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาพบว่า มารดาที่ได้รับการวินิจฉัยภาวะ

เบาหวานขณะตั้งครรภ์ จำนวนครั้งของการคลอดไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในการกลับมาตรวจคัดกรองเบาหวานหลังคลอด^{10,13}

ชนิดเบาหวานขณะตั้งครรภ์ ไม่สามารถทำนายการกลับมาตรวจคัดกรองเบาหวานหลังคลอดของมารดาที่มีประวัติเป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์ได้ ($p = .117$) จากการศึกษาสามารถอธิบายได้ว่า มารดาที่ได้รับการวินิจฉัยเป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์ชนิดควบคุมอาหารเพียงอย่างเดียวคิดเป็นร้อยละ 93.3 ด้วยลักษณะของประชากรที่ศึกษาที่มีความเป็นเอกพันธ์ มีการกระจายของข้อมูลน้อย อีกทั้งมารดาทั้งสองกลุ่มได้รับข้อมูลเกี่ยวกับการรักษา ผลกระทบของเบาหวานขณะตั้งครรภ์จากบุคลากรทางการแพทย์ รวมทั้งได้รับข้อมูลจากกลุ่มเพื่อนที่ได้รับการวินิจฉัยภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์เหมือนกัน มีการสืบค้นข้อมูลความรู้เพิ่มเติมด้วยตนเอง ซึ่งส่งผลให้มารดามีความรู้เกี่ยวกับเบาหวานขณะตั้งครรภ์ไม่ต่างกัน สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่า ชนิดเบาหวานขณะตั้งครรภ์ไม่สามารถทำนายการกลับมารับการตรวจคัดกรองเบาหวานหลังคลอดได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ^{14,17}

การสนับสนุนทางสังคม ไม่สามารถทำนายการกลับมาตรวจคัดกรองเบาหวานหลังคลอดของมารดาที่มีประวัติเป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์ได้ ($p = .523$) กลุ่มตัวอย่างในการศึกษาคั้งนี้มีอายุเฉลี่ย 35 ปี ($SD = 4.87$) เกือบครึ่งหนึ่งของกลุ่มตัวอย่างจบการศึกษาระดับปริญญาตรี ร้อยละ 46.7 มีสถานภาพสมรสคู่ คิดเป็นร้อยละ 99.2 และกลุ่มตัวอย่างส่วนมากได้รับการสนับสนุนทางสังคมในระดับมาก นอกจากนี้มารดาทุกรายได้รับการตรวจคัดกรองภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์ตั้งแต่ครั้งแรกเมื่อมาฝากครรภ์ ทำให้มารดาได้รับข้อมูล เช่น ความสำคัญ การตรวจติดตามระดับน้ำตาลหลังคลอด การดูแลสุขภาพเพื่อลดความเสี่ยงในการเกิดโรคเบาหวาน ความรู้เรื่องโรคเบาหวานหลังคลอดบุตรจากบุคลากรทางการแพทย์ และได้รับกำลังใจจากบุคคลใกล้ชิด

อีกทั้งมีบุคคลใกล้ชิดให้ความช่วยเหลือในการดูแลบุตรเมื่อต้องได้รับการตรวจระดับน้ำตาลหลังคลอด ซึ่งข้อมูลดังกล่าวไม่สามารถแสดงให้เห็นความแตกต่างของการสนับสนุนทางสังคม จึงทำให้ผลการวิเคราะห์ไม่สามารถทำนายการกลับมารับการตรวจคัดกรองเบาหวานหลังคลอดได้ สอดคล้องกับการศึกษาของ Wemer และคณะ²³ พบว่ามารดาที่มีผู้ช่วยเหลือดูแลบุตรไม่สามารถทำนายการกลับมารับการตรวจคัดกรองเบาหวานหลังคลอดได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > .05$)

ความพึงพอใจต่อการรับบริการ จากการศึกษาพบว่าความพึงพอใจต่อการรับบริการไม่สามารถทำนายการกลับมารับการตรวจคัดกรองเบาหวานหลังคลอดของมารดาที่มีประวัติเป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์ได้ ($p = .115$) เมื่อพิจารณาจากคะแนนโดยรวมจากแบบสอบถามความพึงพอใจต่อการรับบริการในแต่ละด้านมีค่าเฉลี่ยของทั้งสองกลุ่มอยู่ในระดับมากทุกด้าน (≥ 4 คะแนน) จึงทำให้ไม่สามารถทำนายการตรวจคัดกรองเบาหวานหลังคลอดได้จากการสอบถามข้อมูลเพิ่มเติม พบว่า ปัจจัยอื่นมีความสำคัญมากกว่าความพึงพอใจต่อการรับบริการ เช่น การเสียเวลาในการเดินทางมาอีกครั้งเพื่อตรวจคัดกรองเบาหวานหลังคลอด ระยะเวลาในการตรวจคัดกรองที่ใช้เวลานาน อีกทั้งทั้งหาสถานที่จอดรถลำบาก บางรายกลับไปเลี้ยงบุตรที่ต่างจังหวัด ไม่สะดวกในการเดินทาง สอดคล้องกับการศึกษาของ Roberts, Brown และ Roberts²⁴ ที่พบว่า ระยะเวลาในการกลับมาตรวจคัดกรอง สถานที่ตรวจ และการติดตามผลที่ยากลำบาก ทำให้มารดาไม่กลับมาใช้บริการดังกล่าว

สรุปและข้อเสนอแนะ

จากผลการศึกษาพบว่ามี 2 ปัจจัยที่สามารถทำนายการกลับมาตรวจคัดกรองเบาหวานหลังคลอดในมารดาที่มีประวัติเป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์ได้แก่ ทักษะติดต่อภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์ และสิทธิรักษาพยาบาล จึงมีข้อเสนอแนะที่ได้จากผลการวิจัยครั้งนี้ ดังนี้

ด้านการพยาบาล

1. พยาบาลควรส่งเสริมให้มารดามีทัศนคติเชิงบวกต่อภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์ เพื่อให้มารดาที่ได้รับการวินิจฉัยภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์ปฏิบัติตัวในการควบคุมระดับน้ำตาล และทำให้เห็นความสำคัญในการกลับมารับการตรวจคัดกรองเบาหวานหลังคลอด

2. ส่งเสริมนโยบายการเข้าถึงสิทธิการรักษาที่ครอบคลุมการตรวจน้ำตาลในระยะหลังคลอด สำหรับประชากรทุกกลุ่มให้มีสิทธิเข้าถึงบริการอย่างเท่าเทียมกัน

3. ติดตามผลการตรวจคัดกรองเบาหวานหลังคลอดซ้ำในกลุ่มมารดาที่มีผลการตรวจระดับน้ำตาลอยู่ในเกณฑ์เสี่ยงเบาหวานในระยะเวลาอีก 6 เดือน

ด้านการวิจัย

1. ควรมีการศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยอื่น ๆ ต่อการกลับมารับการตรวจคัดกรองเบาหวานหลังคลอดในมารดาที่มีประวัติเป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์ เช่น การเลี้ยงลูกด้วยนมมารดา การตระหนักรู้ในตนเอง รายได้ของครอบครัว พฤติกรรมการปฏิบัติตัวในระยะหลังคลอด เป็นต้น

2. ควรมีการพัฒนาวิจัยเชิงทดลองเพื่อศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมทัศนคติต่อการกลับมารับการตรวจคัดกรองเบาหวานหลังคลอด

References

1. Buchanan TA, Xiang, AH. Gestational diabetes mellitus. J Clin Invest. 2005;115(3):485-91. doi: 10.1172/JCI24531.
2. Mack LR, Tomich PG. Gestational diabetes: diagnosis, classification, and clinical care. Obstet Gynecol Clin North Am. 2017;44(2):207-17. doi: 10.1016/j.ogc.2017.02.002.
3. Vounzoulaki E, Khunti K, Abner SC, Tan BK, Davies MJ, Gillies CL. Progression to type 2 diabetes in women with a known history of gestational

diabetes: systematic review and meta-analysis. BMJ. 2020;369: m1361. doi: 10.1136/bmj.m1361.

4. Wong VW, Chong S, Chenn R, Jalaludin B. Factors predicting recurrence of gestational diabetes in a high-risk multi-ethnic population. Aust N Z J Obstet Gynaecol. 2019;59(6):831-6. doi: 10.1111/ajo.12973.
5. Association Diabetes Association. 2. Classification and diagnosis of diabetes: standards of medical care in diabetes-2021. Diabetes Care. 2021;44 Suppl 1:15-33. doi: 10.2337/dc21-S002.
6. Castling ZA, Farrell T. An analysis of demographic and pregnancy outcome data to explain non-attendance for postpartum glucose testing in women with gestational diabetes mellitus: Why are patients missing follow-up? Obstet Med. 2019;12(2):85-9. doi: 10.1177/1753495x18797201.
7. Youngwanichsetha S, Phumdoung S. Factors related to prediabetes among postpartum Thai women with a history of gestational diabetes mellitus. Nurs Health Sci. 2013;15(4):449-53. doi: 10.1111/nhs.12055.
8. McLeroy KR, Bibeau D, Steckler A, Glanz K. An ecological perspective on health promotion programs. Health Educ Q. 1988;15(4):351-77. doi: 10.1177/109019818801500401.
9. Liu Z-Y, Zhao J-J, Gao L-L, Wang AY. Glucose screening within six months postpartum among Chinese mothers with a history of gestational diabetes mellitus: a prospective cohort study. BMC Pregnancy Childbirth. 2019;19(1):134. doi: 10.1186/s12884-019-2276-9.
10. Abu Bakar FA, Ismail TAT. Factors associated with postpartum glucose testing following gestational diabetes mellitus. Oman Med J. 2021;36(4):e282. doi: 10.5001/omj.2021.125.

11. Quaresima P, Visconti F, Chiefari E, Puccio L, Foti DP, Venturella R, et al. Barriers to postpartum glucose intolerance screening in an Italian population. *Int J Environ Res Public Health*. 2018;15(12):2853. doi: 10.3390/ijerph15122853.
12. Lake AJ, Neven ACH, Williams A, O'Reilly SL, Hendrieckx C, Morrison M, et al. Barriers to and enablers of type 2 diabetes screening among women with prior gestational diabetes: a systematic review update and qualitative synthesis applying the Theoretical Domains Framework. *Diabet Med*. 2022;39(4):e14772. doi: 10.1111/dme.14772.
13. Herrick CJ, Keller MR, Trolard AM, Cooper BP, Olsen MA, Colditz GA. Factors associated with postpartum diabetes screening in women with gestational diabetes and medicaid during pregnancy. *Am J Prev Med*. 2021;60(2):222-31. doi: 10.1016/j.amepre.2020.08.028.
14. Paul JC, Fitzpatrick JJ. Postpartum glucose screening among women with gestational diabetes. *Appl Nurs Res*. 2020;56:151341. doi: 10.1016/j.apnr.2020.151341.
15. Sunny SH, Malhotra R, Ang SB, Lim CSD, Tan YSA, Soh YMB, et al. Facilitators and barriers to postpartum diabetes screening among mothers with a history of gestational diabetes mellitus—a qualitative study from Singapore. *Front Endocrinol (Lausanne)*. 2020;11:602. doi: 10.3389/fendo.2020.00602.
16. Rafii F, Rahimparvar SFV, Mehrdad N, Keramat A. Barriers to postpartum screening for type 2 diabetes: a qualitative study of women with previous gestational diabetes. *Pan Afr Med J*. 2017;26: 54. doi: 10.11604/pamj.2017.26.54.11433.
17. Battarbee AN, Yee LM. Barriers to postpartum follow-up and glucose tolerance testing in women with gestational diabetes mellitus. *Am J Perinatol*. 2018;35(4):354-60. doi: 10.1055/s-0037-1607284.
18. Apriani A, Wijayanti, Andhikatis YR, Widyastuti DE. Systematic literature review: Adaptation and psychological changes of pregnant women with diagnosis gestational diabetes mellitus. *Gaster Jurnal Kesehatan*. 2021;19(2):168-82. doi: 10.30787/gaster.v19i2.714.
19. Islam B, Islam F, Nyeem MAB, Mannan A, Neaz AA. Knowledge and attitude regarding gestational diabetes mellitus (GDM) among obese pregnant women coming for antenatal checkup at a tertiary care hospital. *Int J Chem Stud*. 2017;5(5):179-89.
20. Phalasri A, Phahuwatanakorn W, Ratinthorn A. Predictive factors of anxiety in women with first diagnosed gestational diabetes mellitus. *Journal of Nursing and Health Care*. 2015;33(2):15-22. (in Thai).
21. Trakulboonnate N. The satisfaction of out-patient department service in the Princess Mother Navuti Hospital. *Journal of The Police Nurses*. 2017;9(2):64-74. (in Thai).
22. Ingol TT, Kue J, Conrey, EJ, Oza-Frank R, Weber MB, Bower JK. Perceived barriers to type 2 diabetes prevention for low-income women with a history of gestational diabetes: a qualitative secondary data analysis. *Diabetes Educ*. 2020; 46(3):271-8. doi: 10.1177/0145721720920255.
23. Werner EF, Has P, Kanno L, Sullivan A, Clark MA. Barriers to postpartum glucose testing in women with gestational diabetes mellitus. *Am J Perinatol*. 2019;36(2):212-8. doi: 10.1055/s-0038-1667290.
24. Roberts SP, Brown SJS, Roberts SH. Women's engagement, views and experiences of postnatal follow-up after gestational diabetes mellitus in pregnancy. *Midwifery*. 2021;101:103043. doi: 10.1016/j.midw.2021.103043.

วารสารพยาบาลศาสตร์

ปีที่ 42 ฉบับที่ 4 ตุลาคม - ธันวาคม 2567

บทความวิจัย

- ผลของการพยาบาลตามหลักฐานเชิงประจักษ์เพื่อส่งเสริมการกำซาบเนื้อเยื่อส่วนปลายในผู้ป่วยวิกฤตโรคหลอดเลือดแดงส่วนปลายอุดตัน: การทดลองแบบสุ่มชนิดปกปิดทางเดียว
- ปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพในผู้ป่วยภาวะโพสท์โควิด
- อำนาจการทำนายของความรอบรู้ด้านสุขภาพที่มีต่อพฤติกรรมป้องกันโรคโควิด 19 ของนักศึกษาพยาบาล
- ผลของโปรแกรมลดความวิตกกังวลก่อนผ่าตัดในผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าตามกรอบแนวคิดทฤษฎีสัมพันธภาพระหว่างบุคคลของเพปบลาว
- ปัจจัยสังคมกำหนดสุขภาพในการทำนายคุณภาพชีวิตผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง
- อิทธิพลของอายุ จำนวนครั้งของการคลอด การบริโภคอาหาร กิจกรรมทางกาย การติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 และภาวะซึมเศร้าต่อน้ำหนักที่เพิ่มขึ้นขณะตั้งครรภ์ในสตรีตั้งครรภ์ภาวะน้ำหนักเกินและอ้วน
- ผลของโปรแกรมเสริมสร้างทัศนคติและการรับรู้ความสามารถในการควบคุมการคลอดต่อความตั้งใจในการคลอดทางช่องคลอดในสตรีตั้งครรภ์แรก
- ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการกลับมาตรวจคัดกรองเบาหวานหลังคลอดในมารดาที่มีประวัติเป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์

