FACULTY OF NURSING
PRINCE OF SONGKLA UNIVERSITY

Journal of Research in NURSING - MIDWIFERY AND HEALTH SCIENCES

วารสารวิจัยทางการพยาบาล การผดุงครรภ์และวิทยาศาสตร์สุขภาพ

VOL. 44 NO. 1 JANUARY - APRIL 2024

JRN-MHS
Faculty of Nursing, Prince of Songkla University

วารสารวิจัยทางการพยาบาล การผดุงครรภ์และวิทยาศาสตร์สุขภาพ
Journal of Research in Nursing-Midwifery and Health Sciences

เจ้าของ

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

วัตถุประสงค์

1. เพื่อเผยแพร่ผลงานวิจัย ผลงานวิชาการ และนวัตกรรมทางการพยาบาล การผดุงครรภ์และวิทยาศาสตร์สุขภาพ
2. เพื่อเผยแพร่ความรู้การดูแลสุขภาพ โดยเน้นการดูแลต่อเนื่องและการใช้นวัตกรรมในการพยาบาล

กำหนดออกวารสาร

ปีละ 3 ฉบับ ในเดือน มกราคม-เมษายน, พฤษภาคม-สิงหาคม, กันยายน-ธันวาคม

สำนักงานกองบรรณาธิการ

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ วิทยาเขตหาดใหญ่
ต.คอหงส์ อ.หาดใหญ่ จ.สงขลา 90110 โทร. 074-286452 โทรสาร 074-286421
E-mail: sjnpsu@gmail.com Website: https://he02.tci-thaijo.org/index.php/nur-psu/index

ที่ปรึกษา

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ลัพณา กิจรุ่งโรจน์	คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์
รองศาสตราจารย์ ดร.กาญจน์สุนภัส บาลทิพย์	รองคณบดีฝ่ายวิจัย พันธกิจเพื่อสังคม และกิจการนานาชาติ

บรรณาธิการ

ศาสตราจารย์ ดร.ศศิธร พุมดวง	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

รองบรรณาธิการ

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.อรวรรณ หนูแก้ว	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

กองบรรณาธิการภายในมหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

รองศาสตราจารย์ ดร.โสเพ็ญ ชูนวล	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์
รองศาสตราจารย์ ดร.เรวดี เพชรศิราสัณห์	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์
รองศาสตราจารย์ ดร.กันตพร ยอดไชย	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.พิสมัย วัฒนสิทธิ์	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ตรีนุช พุ่มมณี	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.หทัยรัตน์ แสงจันทร์	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ศศิธร ลายเมฆ	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.จันทรา พรหมน้อย	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

กองบรรณาธิการภายนอกมหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

ศาสตราจารย์ ดร.เพชรน้อย สิงห์ช่างชัย	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยคริสเตียน
ศาสตราจารย์ ดร.สุสัณหา ยิ้มแย้ม	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
รองศาสตราจารย์ ดร.สมพร รุ่งเรืองกลกิจ	นักวิชาการอิสระ
รองศาสตราจารย์ ดร.วรรณี เดียวอิศเรศ	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏรำไพพรรณี
รองศาสตราจารย์ ดร.สายฝน เอกวรางกูร	สำนักวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยวลัยลักษณ์
รองศาสตราจารย์ ดร.ศิริพันธุ์ ศิริพันธุ์	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยนราธิวาสราชนครินทร์
รองศาสตราจารย์ ดร.สุรินธร กลัมพากร	คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.นิลาวรรณ ฉันทะปรีดา	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ธีรนุช ห้านิรัติศัย	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์
Professor Rozzano Locsin. Ph.D., RNC, FAAN	Department of Nursing and Caring Science, Institute of Health Biosciences, The University of Tokushima Graduate School, Japan.
Professor Tetsuya Tanioka, Ph.D., RN, FAAN	Department of Nursing Management, Institute of Health Biosciences, The University of Tokushima Graduate School, Japan.
Professor Patricia A. Prelock, Ph.D., CCC-SLP	College of Nursing and Health Sciences, The University of Vermont, United States of America.
Professor Eleanor Holroyd, Ph.D., (Med Anthro), RN	School of Clinical Sciences, Faculty of Health and Environmental Sciences, Auckland University of Technology, New Zealand.
Martin Woods, Ph.D., RN	School of Nursing, Victoria University of Wellington, New Zealand
Professor Dr. Alison Hutchinson	School of Nursing and Midwifery of Melbourne Burwood Campus, The Deakin University. Australia.

กองจัดการ

รองศาสตราจารย์ ดร.พัชรี คมจักรพันธุ์	ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ปราณี คำจันทร์
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ปรัชญานันท์ เที่ยงจรรยา	ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ชุลีพร พรหมพาหกุล
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.นันทพร กลิ่นจันทร์	ดร.ปุณยนุช สุทธิพงค์
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.วินีกาญจน์ คงสุวรรณ	ดร.สุกานดา บุญคง
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.พิมพิศา ศักดิ์สองเมือง	ดร.ปิยะดา ไชยศรี
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ศมนนันท์ ทัศนีย์สุวรรณ	นางสาวเฉลิมวรรณ ยกเลื่อน
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ทิพมาส ชิณวงศ์	นางสาวปัจฉิมา ชาติสุวรรณ

วารสารวิจัยทางการพยาบาล การผดุงครรภ์และวิทยาศาสตร์สุขภาพ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ มีความยินดีรับบทความวิจัย บทความวิชาการทางด้านการพยาบาล การผดุงครรภ์ วิทยาศาสตร์สุขภาพ และสุขภาพของประชาชนทุกสุขภาวะทุกช่วงวัย และการดูแลต่อเนื่อง รวมทั้งการพยาบาลที่ผสมผสานภูมิปัญญาตะวันออก ที่ยังไม่เคยเผยแพร่ในเอกสารใดๆ โดยส่งบทความมาที่บรรณาธิการวารสารฯ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ สำหรับคำแนะนำในการเตรียมต้นฉบับท่านสามารถดูรายละเอียดได้ที่ https://he02.tci-thaijo.org/index.php/nur-psu/index

หมายเหตุ บทความและรายงานวิจัยในวารสารวิจัยทางการพยาบาล การผดุงครรภ์และวิทยาศาสตร์สุขภาพเป็นความคิดเห็นของผู้เขียน มิใช่ของคณะผู้จัดทำ และมิใช่ความรับผิดชอบของคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

วารสารวิจัยทางการพยาบาล การผดุงครรภ์และวิทยาศาสตร์สุขภาพ
Journal of Research in Nursing-Midwifery and Health Sciences

สารบัญ

บทความวิจัย

การศึกษาเปรียบเทียบผลลัพธ์ของการตั้งครรภ์และการคลอดระหว่างสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นและสตรีตั้งครรภ์วัยผู้ใหญ่: กรณีศึกษาของโรงพยาบาลศูนย์แห่งหนึ่งในภาคใต้ 1
A Comparative Study of Complications and Pregnancy Outcome of Teenage Pregnancy: Case Study of a Tertiary Hospital in Southern Thailand

วันฮามีดะห์ แนปิแน Wanhamidah Naepinae
ประวิทย์ วรรณโร Prawit Wannaro
นุชนาถ คงช่วย Noodchanath Kongchouy

การพัฒนาโปรแกรมการส่งเสริมความกตัญญูเพื่อสร้างเสริมเป้าหมายชีวิตและสุขภาวะองค์รวมของวัยรุ่นมุสลิมตอนต้น 13
Development of Gratitude-Promoting Program for Enhancing Purpose in Life and Well-Being of Early Muslim Adolescents

ศรัญญา ธรรมชาติ Saranya Thammachat
กาญจน์สุนภัส บาลทิพย์ Karnsunaphat Balthip
อุมาพร ปุญญโสพรรณ Umaporn Boonyasopun

อาการภายหลังสมองได้รับการกระทบกระเทือนและภาวะสูญเสียความทรงจำของผู้ป่วยสมองบาดเจ็บระดับเล็กน้อย 29
Post-Concussion Symptoms and Post-Traumatic Amnesia of Patients with Mild Traumatic Brain Injury

ทัศนีย์ นุศิษย์ภาพ Tassanee Nusitpap
ชัจคเณค์ แพรขาว Chatkhane Pearkao
วิภาวดี โพธิโสภา Wiphawadee Potisopha
สุรกรานต์ ยุทธเกษมสันต์ Surakrant Yutthakasemsunt

การดูแลสุขภาพแบบผสมผสานของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวชาวไทยมุสลิม 40
Complementary Therapies Used in Thai Muslim Patients with Heart Failure

ฐิติมา เมฆสมุทร ทิพมาส ชิณวงศ์
Thitima Meksamut Tippamas Chinnawong

ความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้ด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการดูแลตนเองในการป้องกัน 54
การติดเชื้อของผู้ป่วยมะเร็งโลหิตภายใต้สถานการณ์การแพร่ระบาดของเชื้อไวรัสโคโรนา 2019
Relationship between Health Literacy and Self-Care Behavior in Preventing Infection of Patients with Hematologic Cancer under the Epidemic of Coronavirus Disease 2019

นภาพร บัวนาคสุวรรณ กิตติกร นิลมานัต ชุลีพร พรหมพาหกุล
Napaporn Buanaksuwan Kittikorn Nilmanat Chuleeporn Prompahakul

ผลของโปรแกรมการเสริมสร้างความสามารถในการดูแลตนเองต่อพฤติกรรมการดูแลตนเอง 66
ของผู้ที่เป็นโรคซึมเศร้า
The Effect of Self-Care Enhancing Program on Self-Care Behaviors of Persons with Major Depressive Disorders

มัญชรี พุทธประเสริฐ อรวรรณ หนูแก้ว วีณา คันฉ้อง
Mancharee Puttapraseart Orawan Nukaew Weena Chanchong

ปัจจัยเสี่ยงของมารดาและทารกที่ส่งต่อมารับการรักษาในหออภิบาลทารกแรกเกิด 79
ในระยะวิกฤต (NICU): กรณีศึกษาของโรงพยาบาลศูนย์แห่งหนึ่งในภาคใต้
Prediction Maternal and infants Risk Factors for Referral to Newborn Neonatal Intensive Care Unit (NICU): Case Study of a Tertiary Hospital in Southern Thailand

สิทธิเดช นวลนิ่ม ประวิทย์ วรรณโร จิรวรรณ วรรณโร นุชนาถ คงช่วย
Sittidet Nualnim Prawit Wannaro Jirawan Wannaro Noodchanath Kongchouy

ความคาดหวังของผู้ปกครองต่อการให้บริการของศูนย์ความเป็นเลิศ 91
ในการพัฒนาเด็กปฐมวัยแห่งหนึ่ง
Parents' Expectations towards the Services of an Early Childhood Development Excellent Center

แก้วกาญจน์ เสือรัมย์ อัจฉริยา วงษ์อินทร์จันทร์ จุฬาภรณ์ ตั้งภักดี
Kaewkarn Sueram Atchariya Wonginchan Juraporn Tangpukdee
นันท์นริน ทีฆวิวรรธน์ นิภา อังศุภากร ชลิดา ธนัฐธีรกุล
Nunnarin Teekaviwath Nipa Angsupakorn Chalida Thanattheerakul
ภวรรณตรี พลเยี่ยม ประกายแก้ว ศิริพูล วินัดดา ทองปลิว
Phawantree Ponyiem Prakaikaew Siripoon Vinadda Thongpliw
บุษบา สุวรรณศรี สุปราณี ปัญญาดา
Busaba Suwannasri Supranee Phanyada

บทความวิชาการ

มารดาหลังคลอดที่มีภาวะคัดตึงน้ำนม: การป้องกันและการดูแล 103
Postpartum Mothers with Breast Engorgement: Prevention and Caring

นพรัตน์ ธาระณะ เยาวเรศ สมทรัพย์
Nopparat Tharana Yaowares Somsap

การป้องกันภาวะปอดอักเสบติดเชื้อที่สัมพันธ์กับการใช้เครื่องช่วยหายใจในผู้ใหญ่: 112
การเปลี่ยนแปลงแนวปฏิบัติทางคลินิก
Preventing Ventilator-Associated Pneumonia in Adults Patients: Changing in Clinical Practice Guidelines

มุขพล ปุนภพ คัณธารัตน์ จันทร์ศิริ กำธร มาลาธรรม
Mukkapon Punpop Khantarut Chansiri Kumthorn Malathum

บทความวิจัย

การศึกษาเปรียบเทียบผลลัพธ์ของการตั้งครรภ์และการคลอด ระหว่างสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นและสตรีตั้งครรภ์วัยผู้ใหญ่: กรณีศึกษาของโรงพยาบาลศูนย์แห่งหนึ่งในภาคใต้

A Comparative Study of Complications and Pregnancy Outcome of Teenage Pregnancy: Case Study of a Tertiary Hospital in Southern Thailand

วันฮามีดะห์ แนปิแน[1] *ประวิทย์ วรรณโร*[2] *นุชนาถ คงช่วย*[3*]

Wanhamidah Naepinae[1] *Prawit Wannaro*[2] *Noodchanath Kongchouy*[3*]

[1]*นักศึกษาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต คณะวิทยาศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ จังหวัดสงขลา*

[1]*Master of Science Student, Faculty of Science, Prince of Songkla University, Songkhla, Thailand.*

[2]*นายแพทย์ โรงพยาบาลหาดใหญ่ จังหวัดสงขลา*

[2]*Physician, Hatyai Hospital, Songkhla, Thailand.*

[3]*อาจารย์ คณะวิทยาศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ จังหวัดสงขลา*

[3]*Lecturer, Faculty of Science, Prince of Songkla University, Songkhla, Thailand.*

**ผู้รับผิดชอบหลัก: nootchanath.k@psu.ac.th*

**Corresponding author: nootchanath.k@psu.ac.th*

Received 24 August 2023 • Revised 22 September 2023 • Accepted 4 December 2023

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์: *เปรียบเทียบผลลัพธ์ทางสูติศาสตร์ (การตั้งครรภ์และการคลอด) ในสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นกับผู้ใหญ่* ***วิธีการ:*** *เก็บข้อมูลย้อนหลังเชิงวิเคราะห์แบ่งเป็นกลุ่มศึกษาคือ วัยรุ่น (อายุน้อยกว่า 20 ปี) และกลุ่มเปรียบเทียบวัยผู้ใหญ่ที่มาคลอดบุตรในโรงพยาบาลหาดใหญ่ปี พ.ศ. 2559-2563 รวบรวมภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นระหว่างตั้งครรภ์จนถึงหลังคลอดบุตร วิเคราะห์ข้อมูล ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ทดสอบความสัมพันธ์โดยใช้การทดสอบไคสแควร์ และหาค่าความเสี่ยงสัมพัทธ์ที่ระดับความความเชื่อมั่น ร้อยละ 95 และความแตกต่างของสัดส่วนโดยมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p < .05$* ***ผลการศึกษา:*** *พบสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่น (อายุ 13-19 ปี) ร้อยละ 9.40 ของการคลอดทั้งหมด (2,885 คน) โดยภาวะแทรกซ้อนทางสูติศาสตร์ พบในวัยรุ่นสูงกว่าวัยผู้ใหญ่ที่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ ภาวะคลอดก่อนกำหนด (RR 1.47; 95% CI 1.31-1.47) ภาวะถุงน้ำคร่ำแตกก่อนกำหนด (RR 1.29; 95% CI 1.02-1.40) และการติดเชื้อของระบบสืบพันธุ์และทางเดินปัสสาวะระหว่างตั้งครรภ์ (RR 2.51; 95% CI 1.90-3.72) ส่วนผลการคลอดของทารกพบในวัยรุ่นสูงกว่าวัยผู้ใหญ่ที่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ ภาวะทารกน้ำหนักตัวน้อย (RR 1.58; 95% CI 1.46-2.02) การบาดเจ็บที่หนังศีรษะจากการคลอด (RR 1.45; 95% CI 1.18-1.94) ภาวะปอดอักเสบแต่กำเนิด (RR 1.50; 95% CI 1.06-1.80) ทารกตัวเล็กกว่าอายุครรภ์ (RR 1.63; 95% CI 1.25-2.31) และภาวะโรคแทรกของรก สายสะดือ และเยื่อถุงน้ำคร่ำ (RR 2.44; 95% CI 1.18-3.93)*

สรุป: *การศึกษาครั้งนี้ชี้ให้เห็นว่า ภาวะแทรกซ้อนของการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นสูงกว่าวัยผู้ใหญ่ ดังนั้นบุคลากรสุขภาพควรตระหนักถึงวิธีแก้ไขปัญหาและป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่พบในวัยรุ่น*

คำสำคัญ: การตั้งครรภ์ในวัยรุ่น; ผลลัพธ์การตั้งครรภ์; ภาวะแทรกซ้อนทางสูติศาสตร์; อัตราเสี่ยงสัมพัทธ์

Abstract

Objective: *To compare obstetrical complications related to pregnancy and childbirth between adolescent and adult mothers.* ***Methods:*** *This retrospective analytic cohort study focuses on pregnancy complications occurring during pregnancy and postpartum in adolescents and adult women in Hat Yai Hospital between 2016 and 2020. Data were analyzed including frequency, percentage, chi square, relative risk determination with a 95% confidence level and the difference in proportion was statistically significant at p-value < .05.* ***Results:*** *The study found that adolescent pregnancy (13-19 years) accounted for 9.4% of all deliveries (2,885 individuals). Obstetric complications were more prevalent among adolescents than adults, with statistically significant differences observed, including preterm birth (RR 1.47; 95% CI 1.31-1.47), premature rupture of membranes (RR 1.29; 95% CI 1.02-1.40), and infections of genitourinary tract in pregnancy (RR 2.51; 95% CI 1.90-3.72). regarding infant outcomes, adolescents had significantly higher rates of certain complications than adults. These included low birth weight (RR 1.58; 95% CI 1.46-2.02), birth injury to the scalp (RR 1.45; 95% CI 1.18-1.94), childhood pneumonia (RR 1.50; 95% CI 1.06-1.80), small-for-gestational-age (RR 1.63; 95% CI 1.25-2.31), and intrauterine fetal growth restriction (RR 2.44; 95% CI 1.18-3.93).* ***Conclusion:*** *This study indicates that complications of teenage pregnancy are higher than in adults. The findings suggest that health personel should address solving methods and prevent complications in adolescents.*

Keywords: teenage pregnancy; pregnancy outcome; obstetric complication; relative risk

ความสำคัญของปัญหา

การตั้งครรภ์ในวัยรุ่นเป็นการตั้งครรภ์ในสตรีที่มีอายุน้อยกว่า 20 ปี ปัจจุบันองค์การอนามัยโลก (World Health Organization: WHO) ได้กำหนดเป้าหมายอัตราการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นไม่เกินร้อยละ 10 โดยใช้อัตราคลอดในวัยรุ่นอายุ 15-19 ปี ต่อประชากรหญิงวัยเดียวกัน 1,000 ประชากร (adolescent birth rate)[1] การตั้งครรภ์วัยรุ่นเป็นปัญหาระดับโลกที่เกิดขึ้นทั้งในประเทศที่มีรายได้สูง รายได้ปานกลาง และรายได้ต่ำ อย่างไรก็ตามการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นทั่วโลกมีแนวโน้มที่จะเกิดขึ้นในชุมชนชายขอบ[2] สาเหตุการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นเกิดจากปัญหาหลายด้าน เช่น ปัญหาของวัยรุ่นเอง ปัญหาด้านครอบครัวปัญหาด้านการศึกษาปัญหาด้านเศรษฐกิจและสังคม การตั้งครรภ์ในวัยรุ่นยังส่งผลกระทบต่อสุขภาพทั้งด้านร่างกายและจิตใจของทั้งแม่และเด็ก[3] ข้อมูลจากองค์การทุนเพื่อเด็กแห่งสหประชาชาติ (United Nations Children's Fund: UNICEF) ในรายงานเรื่องการคลอดบุตรในช่วงเริ่มต้นของความสุขระบุว่าทั่วโลกในปี 2021 มีประมาณ ร้อยละ 14 ของเด็กผู้หญิงวัยรุ่นและหญิงสาววัยรุ่นที่มีการตั้งครรภ์และคลอดบุตรก่อนอายุ 18 ปี ซึ่งอาจส่งผลให้พัฒนาการที่มีสุขภาพดีของเด็กผู้หญิงลดลงไปสู่วัยผู้ใหญ่ และมีผลเสียต่อการศึกษา การดำเนินชีวิตและสุขภาพของพวกเขา[4] และในสหรัฐอเมริกาพบการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นร้อยละ 9 ของการตั้งครรภ์ในแต่ละปีซึ่ง ร้อยละ 5 คลอดลูกปกติ ร้อยละ 3 เลือกที่จะทำแท้ง และ ร้อยละ 1 สิ้นสุดลงด้วยการแท้งบุตรหรือการคลอดก่อนกำหนด[5] ในประเทศที่พัฒนาแล้วพบว่าสหรัฐอเมริกาเป็นประเทศที่มีอุบัติการณ์การตั้งครรภ์ในวัยรุ่นสูงสุด (52.1 ต่อ 1,000 ประชากร อายุ 15 ถึง 19 ปี) และประเทศอังกฤษมีอุบัติการณ์สูงสุดในยุโรป (30.8 ต่อ 1,000 ประชากร อายุ 15 ถึง 19 ปี)[5] และพบว่ามีอัตราที่สูงขึ้นในกลุ่มผู้หญิงที่อาศัยอยู่ในพื้นที่ที่มีการกีดกันสูง และมีปัจจัยอื่น ๆ เช่น การศึกษาต่ำหรืออาศัยอยู่ในสถานดูแลของรัฐ การตั้งครรภ์ในวัยรุ่นอาจเป็นเหตุการณ์ที่ดีสำหรับสตรีบางราย อย่างไรก็ตาม

ในประเทศอังกฤษมีผลทางสังคมที่ไม่พึงประสงค์หลายอย่างที่เกี่ยวข้องกับอัตลักษณ์ของมารดาวัยรุ่นรวมถึงการมีแนวโน้มที่จะอยู่ในความยากจน ว่างงานหรือหรืออัตราค่าจ้างต่ำ มีความสำเร็จทางการศึกษาต่ำ นอกจากนี้ลูกของแม่วัยรุ่นมีแนวโน้มที่จะกลายเป็นผู้ปกครองวัยรุ่นด้วย[6] ในประเทศไทยจึงมีการกำหนดยุทธศาสตร์ เป้าหมาย ตัวชี้วัดและดำเนินการอย่างต่อเนื่องเพื่อลดการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น ทำให้อัตราการคลอดบุตรของหญิงอายุ 15-19 ปี ลดลงอย่างต่อเนื่องตั้งแต่ปี พ.ศ. 2556-2558 ได้แก่ 51.10 47.90 และ 44.80 ตามลำดับ[7] จากการสำรวจของสำนักงานสถิติแห่งชาติใน พ.ศ. 2562 พบว่าอัตราการมีบุตรของวัยรุ่นในภาพรวมทั้งประเทศเป็น 23 ต่อ 1,000 ประชากร โดยในภาคเหนือ พบอัตราสูงสุดถึง 42 รองลงมาภาคใต้ 35 และภาคกลาง 21 ต่อ 1,000 ประชากร ตามลำดับ[8]

การตั้งครรภ์ในวัยรุ่นมักมีความเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนทั้งต่อสตรีตั้งครรภ์และทารก ความไม่พร้อมทางร่างกายและจิตใจขาดความรู้เรื่องการดูแลครรภ์ และสภาพแวดล้อมที่ไม่เหมาะสมสามารถทำให้การตั้งครรภ์ในวัยรุ่นเป็นภาวะที่ทำให้เกิดปัญหาต่าง ๆ ได้ เช่น ครรภ์เป็นพิษรุนแรง ภาวะขี้เทาปนในน้ำคร่ำ ภาวะโลหิตจาง ภาวะความดันโลหิตสูงจากการตั้งครรภ์ เป็นต้น ส่วนภาวะแทรกซ้อนต่อทารก เช่น ทารกแรกเกิดน้ำหนักต่ำกว่าเกณฑ์ ทารกแรกเกิดขาดออกซิเจน การคลอดก่อนกำหนด เกิดความพิการ และทารกเสียชีวิต เป็นต้น[9] ที่พบได้บ่อยคือ ทารกคลอดก่อนกำหนด และทารกมีน้ำหนักตัวน้อย[10]

จากการทบทวนวรรณกรรมข้างต้นที่เห็นได้ชัดเจนว่าช่วงอายุของสตรีตั้งครรภ์เป็นปัจจัยสำคัญที่ส่งผลต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนทางสูติศาสตร์ระหว่างการตั้งครรภ์และการคลอด ดังนั้นผู้วิจัยจึงเก็บรวบรวมข้อมูลการตั้งครรภ์ในสตรีวัยรุ่นที่คลอดในโรงพยาบาลหาดใหญ่ ในปี พ.ศ. 2559-2563 (ซึ่งโรงพยาบาลหาดใหญ่ เป็นโรงพยาบาลในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข เป็นโรงพยาบาลศูนย์ที่มีขีดความสามารถระดับตติยภูมิ (tertiary care) มีจำนวนเตียง 700 เตียง) และภาวะแทรกซ้อนทางสูติศาสตร์ของการตั้งครรภ์ในสตรีวัยรุ่นและผลลัพธ์การคลอดต่าง ๆ ที่เกิดขึ้น เพื่อนำมาเปรียบเทียบกับกลุ่มควบคุมคือสตรีตั้งครรภ์วัยผู้ใหญ่ (อายุ 20 ปีขึ้นไป) ซึ่งมีความสำคัญอย่างยิ่งสำหรับบุคลากรด้านสุขภาพ ทำให้รู้เท่าทันสถานการณ์เพื่อใช้เป็นสารสนเทศที่สำคัญประกอบการวางแผน เฝ้าระวัง และป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนในสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นและผลการคลอดของทารก อีกทั้งช่วยเพิ่มคุณภาพในการดูแลรักษามารดาและทารกที่มีประสิทธิภาพต่อไปตลอดจนป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น รวมถึงการวางแผนเพื่อการตั้งครรภ์ที่มีคุณภาพในอนาคต[11]

คำถามการวิจัย

ภาวะแทรกซ้อนทางสูติศาสตร์และผลลัพธ์การตั้งครรภ์และการคลอดระหว่างสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่น และสตรีตั้งครรภ์วัยผู้ใหญ่แตกต่างกันหรือไม่ อย่างไร

วัตถุประสงค์การวิจัย

เปรียบเทียบภาวะแทรกซ้อนทางสูติศาสตร์และผลลัพธ์ของการตั้งครรภ์และการคลอดในสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นกับสตรีตั้งครรภ์วัยผู้ใหญ่

รูปแบบการศึกษา

กรอบแนวคิดการวิจัย

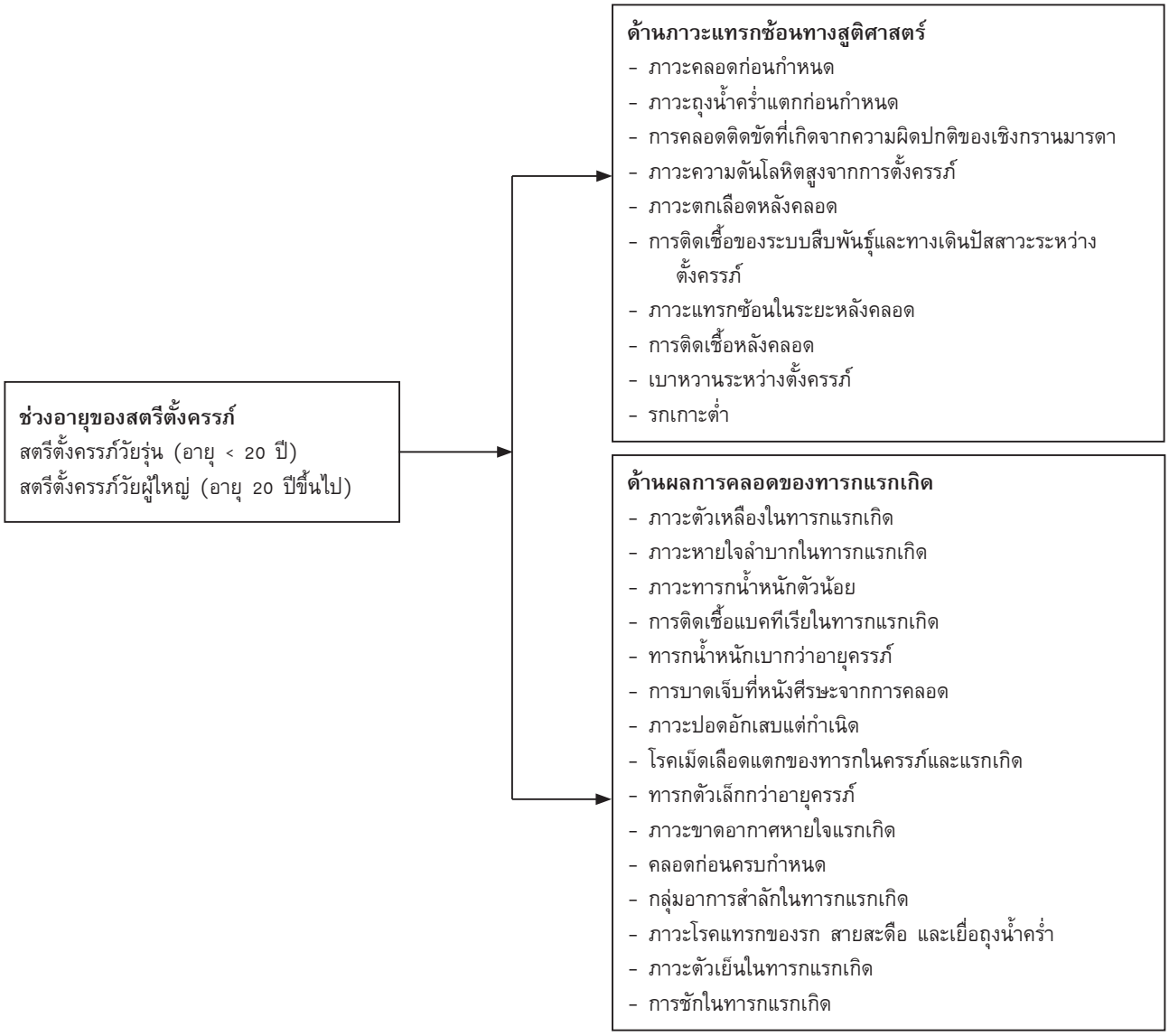
การวิจัยในครั้งนี้ เป็นการเก็บข้อมูลย้อนหลังเชิงวิเคราะห์ (retrospective analytic cohort study) ใช้ข้อมูลทุติยภูมิ รวบรวมจาก Database ในเวชระเบียนสตรีที่มาคลอดบุตรในโรงพยาบาลหาดใหญ่มีวิธีดำเนินการวิจัย ดังนี้

ตัวแปรที่ใช้ศึกษา คือ ช่วงอายุของสตรีตั้งครรภ์ สตรีตั้งครรภ์วัยรุ่น (อายุ < 20 ปี) และสตรีตั้งครรภ์วัยผู้ใหญ่ (อายุ 20 ปีขึ้นไป) สอบถามปัจจัยส่วนบุคคล 8 ด้าน คือ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ ศาสนา ลำดับการตั้งครรภ์ และวิธีการคลอด กำหนดการคลอด ที่อยู่ (อำเภอ จังหวัด) สิทธิในการรักษาพยาบาล และศึกษาผลกระทบต่อการตั้งครรภ์ 2 ด้าน

1) ด้านภาวะแทรกซ้อนทางสูติกรรม

2) ด้านผลการคลอดของทารกแรกเกิด

ตัวแปรที่ศึกษาครั้งนี้ภายใต้กรอบแนวคิดการวิจัย ดังภาพ 1



ภาพ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีการดำเนินการวิจัย

ใช้ข้อมูลทุติยภูมิจากเวชระเบียนผู้ป่วยในจากระบบคอมพิวเตอร์ และทะเบียนคลอดของสตรีตั้งครรภ์ที่มารับการคลอดบุตรที่โรงพยาบาลหาดใหญ่ อำเภอหาดใหญ่ จังหวัดสงขลา ตั้งแต่ปีงบประมาณ พ.ศ. 2559-2563 (วันที่ 1 ตุลาคม 2558 ถึง 30 กันยายน 2563) รวมระยะเวลา 5 ปี โดยแบ่งสตรีตั้งครรภ์เป็น 2 กลุ่ม คือสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นอายุน้อยกว่า 20 ปี และกลุ่มสตรีตั้งครรภ์อายุ 20 ปีขึ้นไป

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง คือ สตรีตั้งครรภ์ที่มาคลอดที่โรงพยาบาลหาดใหญ่ จังหวัดสงขลา กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ คือ สตรีตั้งครรภ์ที่มาคลอดที่โรงพยาบาลหาดใหญ่ จังหวัดสงขลา ตั้งแต่ปีงบประมาณ พ.ศ. 2559-2563 (ระยะเวลาตั้งแต่วันที่ 1 ตุลาคม 2558 ถึงวันที่ 30 กันยายน 2563) ทั้งสิ้น 30,548 คน ข้อมูลจากฐานข้อมูลในเวชระเบียนสตรีตั้งครรภ์โรงพยาบาลหาดใหญ่

การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง คือ สตรีที่ตั้งครรภ์ที่มาคลอดบุตรในโรงพยาบาลหาดใหญ่ทั้งหมด ระหว่างปี พ.ศ. 2559-2563 (5 ปี ย้อนหลัง) จากฐานข้อมูลบันทึกไว้ จากแฟ้มประวัติผู้ป่วย เกณฑ์การคัดออก คือ ในกรณีที่สตรีตั้งครรภ์นั้นมีตัวแปรไม่ครบถ้วนทั้งจากฐานข้อมูลและจากแบบบันทึกการรักษา

จริยธรรมในการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ได้รับการรับรองจริยธรรมการวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของ

โรงพยาบาลหาดใหญ่ เมื่อวันที่ 9 มกราคม 2565 ใบอนุญาตเลขที่: HYH EC 083-65-02 รวมถึงได้รับอนุญาตให้รวบรวมข้อมูลจากโรงพยาบาล ผู้วิจัยได้ทำการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่างการวิจัย โดยข้อมูลที่ได้รับจะถูกเก็บเป็นความลับ และนำเสนอภาพรวมเท่านั้นและผู้วิจัยจะทำลายข้อมูลของกลุ่มตัวอย่างทั้งหมดทิ้งโดยผู้วิจัยเองภายหลังเสร็จสิ้นการทำวิจัยภายใน 2 ปี

การเก็บรวบรวมข้อมูล

หลังจากได้รับการรับรองจริยธรรมการวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ และได้รับการอนุญาตใช้ข้อมูลจากผู้อำนวยการโรงพยาบาลหาดใหญ่ แล้วได้เก็บข้อมูลจากเวชระเบียน และแบบบันทึกการคลอดของสตรีตั้งครรภ์ที่มาคลอดที่โรงพยาบาลหาดใหญ่ ระหว่างวันที่ 1 ตุลาคม 2558 ถึง 30 กันยายน 2563 รวมระยะเวลา 5 ปี โดยแบ่งเป็น 2 กลุ่ม คือกลุ่มที่จะศึกษาสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นอายุน้อยกว่า 20 ปี และกลุ่มเปรียบเทียบกับสตรีวัยผู้ใหญ่อายุ 20 ปีขึ้นไป หลังจากเก็บรวบรวมข้อมูล ได้ทำการตรวจสอบความครบถ้วน และทำความสะอาดข้อมูล (data cleansing) เช่น จัดการค่าที่มีความผิดปกติ หรือค่าสูญหาย คัดกรองข้อมูลจากขอบเขตที่ต้องการศึกษา การกรองข้อมูลตัวอย่างที่ซ้ำออก การแปลงค่าข้อมูลเพื่อให้สอดคล้องกับการวิเคราะห์ข้อมูล โดยคัดเลือกข้อมูลจากสตรีที่มาคลอดบุตรในโรงพยาบาลหาดใหญ่ที่บันทึกไว้ในฐานข้อมูลหน่วยเวชระเบียน ระหว่างปีงบประมาณ พ.ศ. 2559-2563 ประกอบด้วยข้อมูลพื้นฐานของมารดา ภาวะแทรกซ้อนในระยะตั้งครรภ์คลอด และหลังคลอด

วิธีการวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูล โดยนำข้อมูลที่ได้ทั้งหมดมาบันทึกและตรวจสอบความถูกต้องด้วยโปรแกรม Microsoft Excel และทำการวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้เครื่องคอมพิวเตอร์โปรแกรม RStudio วิเคราะห์ผลการวิจัยในรูปสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย เพื่ออธิบายลักษณะทั่วไปทางสูติกรรม และการวิเคราะห์สถิติเชิงอนุมาน ได้แก่ การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ด้วยการทดสอบไคสแควร์กำลังสอง (Chi squared test) อัตราเสี่ยงสัมพัทธ์ (relative risk: RR)[12] ที่ระดับความเชื่อมั่นร้อยละ 95 (95% confidence interval, 95% CI) และทดสอบความแตกต่างของอัตราส่วนความเสี่ยง (H_0: RR = 1) ด้วยสถิติทดสอบวาลด์ (Wald test) โดยมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p < .05$

ผลการวิจัย

สตรีตั้งครรภ์และคลอดในโรงพยาบาลหาดใหญ่ ปีงบประมาณ 2559-2563 จากผลการเก็บรวบรวมข้อมูลสตรีตั้งครรภ์ที่มาใช้บริการโรงพยาบาลหาดใหญ่ ในช่วงปีงบประมาณ 2559-2563 จำนวน 30,548 คน พบว่า เป็นวัยรุ่น (อายุน้อยกว่า 20 ปี) จำนวน 2,885 คน (ร้อยละ 9.44) กับวัยผู้ใหญ่ (อายุ 20 ปีขึ้นไป) จำนวน 27,663 คน (ร้อยละ 90.56) สตรีตั้งครรภ์วัยรุ่น ตั้งครรภ์เฉลี่ยในช่วง 5 ปี คิดเป็นร้อยละ 9.40 โดยสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นพบมากที่สุดในปี 2559 จำนวน 727 คน (ร้อยละ 10.90) และลดลงอย่างต่อเนื่องถึงปี 2562 และเพิ่มขึ้นเล็กน้อยในปี 2563 ทั้งนี้มีแนวโน้มลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 (χ^2 = 33.62, p = .000) ตาราง 1

ตาราง 1 ร้อยละของสตรีตั้งครรภ์และคลอดในโรงพยาบาลหาดใหญ่ ปีงบประมาณ พ.ศ. 2559-2563 (N = 30,548)

ปี	สตรีตั้งครรภ์วัยรุ่น		สตรีตั้งครรภ์วัยผู้ใหญ่		Total
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
2559	727	10.90	5,941	89.10	6,668
2560	638	9.86	5,834	90.14	6,472
2561	575	9.39	5,551	90.61	6,126
2562	463	8.15	5,216	91.85	5,679
2563	482	8.60	5,121	91.40	5,603
Total	2,885	9.44	27,663	90.56	30,548

สตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นส่วนใหญ่คลอดปกติทางช่องคลอด และกำหนดคลอดตามกำหนด แต่ทั้งนี้พบว่า การเป็นสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นมีโอกาสจะคลอดปกติทางช่องคลอดเป็น 2.14 เท่า (95% CI RR = 2.37-2.86) ของสตรีตั้งครรภ์วัยผู้ใหญ่ อัตราการผ่าตัดคลอดพบว่าในกลุ่มสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นมีโอกาสผ่าตัดคลอดน้อยกว่ากลุ่มสตรีตั้งครรภ์วัยผู้ใหญ่ .42 เท่า (95% CI RR = .35-.43) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และการกำหนดการคลอด พบว่า สตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นมีโอกาสคลอดก่อนกำหนด 1.32 เท่า (95%CI RR = 1.18-1.47) ดังตาราง 2

ตาราง 2 วิธีการคลอด และกำหนดคลอดของสตรีตั้งครรภ์ (N = 30,548)

ตัวแปร	สตรีตั้งครรภ์		RR(95% CI)	P
	< 20 ปี n(ร้อยละ)	> = 20 ปี n(ร้อยละ)		
วิธีคลอด	n = 2885	n = 27,663		.001
คลอดปกติทางช่องคลอด	2,275(78.86)	16,291(58.89)	2.41(2.37-2.86)	
ผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง	549(19.03)	10,433(37.71)	.42(.35-.43)	
หัตถการช่วยคลอดทางช่องคลอด	61(2.11)	939(3.39)	.64(.47-.80)	
กำหนดการคลอด				.000
แท้ง	6(0.21)	37(.13)	1.55(.65-3.68)	
คลอดก่อนกำหนด	326(11.30)	2,375(8.59)	1.32(1.18-1.47)	
คลอดครบกำหนด	1,768(61.28)	16,439(59.43)	1.03(1.00-1.06)	
ทารกเกิดหลังกำหนด	11(.38)	64(.23)	1.65(.87-3.12)	
ไม่ระบุ	774(26.83)	8,748(31.62)	.85(.80-.90)	

ภาวะแทรกซ้อนทางสูติศาสตร์ของการตั้งครรภ์วัยรุ่น พบว่า ภาวะแทรกซ้อนทางสูติกรรมมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ ภาวะคลอดก่อนกำหนด จะพบในวัยรุ่นสูงกว่าวัยผู้ใหญ่ 1.47 เท่า (ร้อยละ 8.98 vs 6.12; p = .000, 95% CI 1.31-1.47) ภาวะถุงน้ำคร่ำแตกก่อนกำหนด จะพบในวัยรุ่นสูงกว่าวัยผู้ใหญ่ 1.29 เท่า (ร้อยละ 7.18 vs 5.54; p = .000, 95% CI 1.02-1.40) การติดเชื้อของระบบสืบพันธุ์และทางเดินปัสสาวะระหว่างตั้งครรภ์ จะพบในวัยรุ่นสูงกว่าวัยผู้ใหญ่ 2.51 เท่า (ร้อยละ 1.59 vs .64; p = .000, 95% CI 1.90-3.72) ส่วนภาวะแทรกซ้อนอื่น ๆ ได้แก่ ภาวะแทรกซ้อนในระยะหลังคลอด และการติดเชื้อหลังคลอด พบในวัยรุ่นสูงกว่าวัยผู้ใหญ่ แต่ไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 แต่ทั้งนี้พบว่าภาวะความดันโลหิตสูงจากการตั้งครรภ์ ภาวะตกเลือดหลังคลอด เบาหวานระหว่างตั้งครรภ์ และรกเกาะต่ำ พบในวัยผู้ใหญ่สูงกว่าวัยรุ่น มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .05

การเปรียบเทียบผลการคลอดของทารกระหว่างสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นกับสตรีตั้งครรภ์วัยผู้ใหญ่ พบว่า ผลการคลอดของทารกระหว่างสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นกับสตรีตั้งครรภ์วัยผู้ใหญ่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ ภาวะทารกน้ำหนักตัวน้อย จะพบในสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นสูงกว่าสตรีตั้งครรภ์วัยผู้ใหญ่ 1.58 เท่า (ร้อยละ 8.32 vs 5.27; p = .000, 95% CI 1.46-2.02) การบาดเจ็บที่หนังศีรษะจากการคลอด จะพบในสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นสูงกว่าสตรีตั้งครรภ์วัยผู้ใหญ่ 1.45 เท่า (ร้อยละ 2.60 vs 1.80; p = .002, 95% CI 1.18-1.94) ภาวะปอดอักเสบแต่กำเนิด จะพบในสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นสูงกว่าสตรีตั้งครรภ์วัยผู้ใหญ่ 1.50 เท่า (ร้อยละ 2.36 vs 1.57; p = .002, 95% CI 1.06-1.80) ทารกตัวเล็กกว่าอายุครรภ์ จะพบในสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นสูงกว่าสตรีตั้งครรภ์วัยผู้ใหญ่ 1.63 เท่า (ร้อยละ 1.70 vs 1.04; p = .001, 95% CI 1.25-2.31) ทารกในครรภ์และแรกเกิดได้รับผลจากภาวะโรคแทรกของรก สายสะดือ และเยื่อถุงน้ำคร่ำ จะพบในสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นสูงกว่าสตรีตั้งครรภ์วัยผู้ใหญ่ 2.44 เท่า (ร้อยละ .49 vs .20; p = .002, 95% CI 1.18-3.93) ส่วนภาวะแทรกซ้อนอื่น ๆ ได้แก่ ภาวะตัวเหลืองในทารกแรกเกิด ภาวะหายใจลำบากในทารกแรกเกิด การติดเชื้อแบคทีเรียในทารกแรกเกิด ทารกน้ำหนักเบากว่าอายุครรภ์ โรคเม็ดเลือดแตกของทารกในครรภ์และแรกเกิด ภาวะขาดอากาศหายใจแรกเกิด และภาวะตัวเย็นในทารกแรกเกิด พบในสตรีตั้งครรภ์

วัยรุ่นสูงกว่าสตรีตั้งครรภ์วัยผู้ใหญ่ แต่ไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 แต่ทั้งนี้พบว่าการคลอดก่อนครบกำหนด กลุ่มอาการสำลักน้ำคร่ำในทารกแรกเกิด การชักในทารกแรกเกิด พบในสตรีตั้งครรภ์วัยผู้ใหญ่สูงกว่าสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่น แต่ไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 ดังตาราง 3

ตาราง 3 การเปรียบเทียบภาวะแทรกซ้อนทางสูติกรรมของสตรีตั้งครรภ์ และการเปรียบเทียบผลการคลอดของทารกระหว่างสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นกับสตรีตั้งครรภ์วัยผู้ใหญ่ (N = 30,548)

ตัวแปร	สตรีตั้งครรภ์		RR(95% CI)	p
	< 20 ปี n(Risk)	>= 20 ปี n(Risk)		
ภาวะแทรกซ้อนทางสูติศาสตร์	n = 2,885	n = 27,663		
ภาวะคลอดก่อนกำหนด	259(8.98)	1,693(6.12)	1.47(1.31-1.74)	.000
ภาวะถุงน้ำคร่ำแตกก่อนกำหนด	207(7.18)	1,533(5.54)	1.29(1.02-1.40)	.028
การคลอดติดขัดที่เกิดจากความผิดปกติของเชิงกรานมารดา	188(6.52)	1,877(6.79)	.96(.86-1.17)	.974
ภาวะความดันโลหิตสูงจากการตั้งครรภ์	118(4.09)	1,895(6.85)	.60(.49-.73)	.000
ภาวะตกเลือดหลังคลอด	86(2.98)	1,179(4.26)	.70(.58-.90)	.004
การติดเชื้อของระบบสืบพันธุ์และทางเดินปัสสาวะ	46(1.59)	176(.64)	2.51(1.90-3.72)	.000
ภาวะแทรกซ้อนในระยะหลังคลอด	34(1.18)	254(.92)	1.28(.52-2.28)	.819
การติดเชื้อหลังคลอด	26(.90)	181(.65)	1.38(.52-2.81)	.665
เบาหวานระหว่างตั้งครรภ์	16(.55)	1,285(4.65)	.12(.07-.19)	.000
รกเกาะต่ำ	9(.310)	226(.82)	.38(.19-.72)	.003
ผลการคลอดของทารก	n = 2,885	n = 27,663		
ภาวะตัวเหลืองในทารกแรกเกิด	931(32.27)	8,557(30.93)	1.04(0.93-1.10)	.781
ภาวะหายใจลำบากในทารกแรกเกิด	246(8.53)	2,279(8.24)	1.03(0.75-1.03)	.104
ภาวะทารกน้ำหนักตัวน้อย	240(8.32)	1,459(5.27)	1.58(1.46-2.02)	.000
การติดเชื้อแบคทีเรียในทารกแรกเกิด	234(8.11)	2,027(7.33)	1.11(.81-1.11)	.512
ทารกน้ำหนักเบากว่าอายุครรภ์	88(3.05)	687(2.48)	1.23(1.03-1.62)	.025
การบาดเจ็บที่หนังศีรษะจากการคลอด	75(2.60)	497(1.80)	1.45(1.18-1.94)	.001
ภาวะปอดอักเสบแต่กำเนิด	68(2.36)	435(1.57)	1.50(1.06-1.80)	.018
โรคเม็ดเลือดแตกของทารกในครรภ์และแรกเกิด	52(1.80)	380(1.37)	1.31(.99-1.78)	.056
ทารกตัวเล็กกว่าอายุครรภ์	49(1.70)	289(1.04)	1.63(1.25-2.31)	.001
ภาวะขาดอากาศหายใจแรกเกิด	36(1.25)	335(1.21)	1.03(.59-1.22)	.371
คลอดก่อนครบกำหนด	35(1.21)	432(1.56)	.78(.57-1.16)	.252
กลุ่มอาการสำลักน้ำคร่ำในทารกแรกเกิด	20(.69)	228(.82)	.84(.51-1.29)	.375
ภาวะโรคแทรกของรก สายสะดือ และเยื่อถุงน้ำคร่ำ	14(.49)	55(.20)	2.44(1.18-3.93)	.012
ภาวะตัวเย็นในทารกแรกเกิด	13(.45)	120(.430)	1.04(.47-1.50)	.551
การชักในทารกแรกเกิด	2(.07)	23(.08)	.83(.17-3.18)	.687

การอภิปรายผลการวิจัย

1. ร้อยละของสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นที่คลอดในโรงพยาบาลหาดใหญ่ จากการศึกษาพบว่าแม่วัยรุ่นที่คลอดในโรงพยาบาลหาดใหญ่ในช่วงปีงบประมาณ พ.ศ. 2559-2563 ร้อยละ 9.40 ซึ่งต่ำกว่าสถิติแม่วัยรุ่นในจังหวัดปัตตานี ยะลา และนราธิวาส ที่พบร้อยละ 10.07-12.06[13] ซึ่งสอดคล้องกับการขับเคลื่อนพระราชบัญญัติการป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น พ.ศ. 2559 โดยการมีส่วนร่วมของภาคีในระดับพื้นที่จังหวัดจันทบุรี[14] การตั้งครรภ์ในมารดาวัยรุ่นพบความชุกมารดาวัยรุ่นร้อยละ 13.24 ของผู้คลอด มารดาวัยรุ่นมีความเสี่ยงที่จะเกิดภาวะแทรกซ้อนมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ และภาวะแทรกซ้อนที่เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ ทารกแรกคลอดน้ำหนักน้อยกว่า 2,500 กรัม ทารกคลอดก่อนกำหนด ภาวะเลือดจางก่อนคลอด ทารก

ค่าคะแนน Apgar ต่ำ โดยพบว่าความเสี่ยงของมารดาวัยรุ่นจะเพิ่มขึ้นเมื่ออายุมารดาน้อยกว่าหรือเท่ากับ 15 ปี ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาทั้งภายในประเทศและต่างประเทศ[7,15] ทั้งนี้เมื่อเปรียบเทียบกับแม่วัยรุ่น การสำรวจสถานการณ์เด็กและสตรีในประเทศไทย พ.ศ. 2562[8] โดยรวมถึงร้อยละ 23 ทั้งนี้ในเขตเทศบาลพบร้อยละ 13 ส่วนนอกเขตเทศบาลพบร้อยละ 33 ทั้งนี้เมื่อพิจารณาช่วงอายุของแม่วัยรุ่นพบว่า มีแม่วัยรุ่นที่มาคลอดในโรงพยาบาลหาดใหญ่อายุน้อยที่สุด คือ 13 ปี ซึ่งมาจากในเขตอำเภอหาดใหญ่ สัดส่วนของสตรีตั้งครรภ์ที่มาคลอดบุตรในโรงพยาบาลหาดใหญ่ซึ่งที่ตั้งเป็นอำเภอที่มีประชากรหนาแน่น มีประชากรประมาณ 400,000 คน และยังมีประชากรกลุ่มที่เข้ามาอาศัยทำงานและสตรีตั้งครรภ์ที่เป็นชาวต่างด้าวมาอาศัยในอำเภอหาดใหญ่ด้วย สัดส่วนของสตรีตั้งครรภ์ที่อายุน้อยในชุมชนมากกว่าในอำเภออื่น ๆ ที่มีจำนวนประชากรน้อยกว่าอำเภอหาดใหญ่

2. วิธีการคลอด สตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นมีโอกาสจะคลอดปกติทางช่องคลอดมากกว่าสตรีตั้งครรภ์วัยผู้ใหญ่ 2.14 เท่า (95%CI RR = 2.37-2.86) สตรีตั้งครรภ์ที่คลอดปกติทางช่องคลอดที่โรงพยาบาลหาดใหญ่ ส่วนมากจะเป็นประชากรที่อยู่ในอำเภอหาดใหญ่ และอำเภอใกล้เคียงที่มาคลอดปกติทางช่องคลอด ปัจจุบันสรีระของสตรีไทยมีภาวะของโภชนาการที่ดี มีการออกกำลังกาย ทำให้การเจริญเติบโตของกระดูกและอุ้งเชิงกรานเติบโตเร็วขึ้น จึงสันนิษฐานว่าน่าจะเป็นสาเหตุหนึ่งที่ทำให้การคลอดปกติทางช่องคลอดมีความเป็นไปได้สูงกว่ากลุ่มสตรีตั้งครรภ์วัยผู้ใหญ่ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษา[16,17] และทั้งนี้ส่วนใหญ่ทารกน้ำหนักน้อยคลอดปกติทางช่องคลอดในกลุ่มสตรีวัยรุ่นตั้งครรภ์วัยรุ่นเปรียบเทียบกับกลุ่มสตรีตั้งครรภ์วัยผู้ใหญ่มีโอกาสการผ่าตัดคลอดน้อยกว่า .42 เท่า (95%CI RR = .35 - .43) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติสอดคล้องกับการศึกษา[18] เนื่องจากสตรีตั้งครรภ์ที่มาคลอดบุตรในโรงพยาบาลหาดใหญ่ที่ถูกส่งตัวมาจากโรงพยาบาลอื่น ๆ มักจะพบว่า สตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะแทรกซ้อนที่ถูกส่งตัวมาจากหลายพื้นที่เพื่อมาผ่าตัดคลอด เนื่องจากเป็นสตรีตั้งครรภ์ที่มีความเสี่ยงสูงจะต้องส่งมาที่โรงพยาบาลหาดใหญ่ การกำหนดการคลอด พบว่า สตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นมีโอกาสคลอดก่อนกำหนด 1.32 เท่า (95%CI RR = 1.18 -1.47) ของสตรีตั้งครรภ์วัยผู้ใหญ่จากการศึกษาการตั้งครรภ์ในหญิงวัยรุ่น ปัจจัยทางด้านมารดาที่มีผลต่อทารก เมื่อเทียบกับสตรีตั้งครรภ์วัยผู้ใหญ่ พบว่าสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นมีความเสี่ยง 1.68 เท่าที่จะให้กำเนิดทารกแรกคลอดน้ำหนักน้อย (adjust odd ratio [OR] 1.685, 95% confidence interval [CI] 1.169-2.429, p = .005) มีความเสี่ยง 1.75 เท่าที่ทารกจะคลอดก่อนกำหนด (adjust OR 1.751, 95%CI 1.236-2.482, p = .002) มีความเสี่ยง 3.59 เท่าที่ทารกจะเสียชีวิตในครรภ์ (adjust OR 3.585, 95%CI 1.249-10.287, p = .018) และพบสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นมีภาวะโลหิตจางเป็น 2.38 เท่าเมื่อเทียบกับสตรีตั้งครรภ์วัยผู้ใหญ่[19]

3. ภาวะแทรกซ้อนทางสูติศาสตร์ของการตั้งครรภ์วัยรุ่น พบภาวะแทรกซ้อนทางสูติศาสตร์ของการตั้งครรภ์และการคลอดในสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่น (อายุน้อยกว่า 20 ปี) ที่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 กับสตรีตั้งครรภ์วัยผู้ใหญ่ ทั้งนี้โอกาสจะพบในสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นสูงกว่าสตรีตั้งครรภ์วัยผู้ใหญ่ ได้แก่ ภาวะคลอดก่อนกำหนด (RR = 1.47) ภาวะถุงน้ำคร่ำแตกก่อนเจ็บครรภ์ (RR = 1.29) และการติดเชื้อของระบบสืบพันธุ์และทางเดินปัสสาวะระหว่างตั้งครรภ์ (RR = 2.51) จากการตั้งครรภ์ในหญิงวัยรุ่น จากการศึกษาเปรียบเทียบผลการตั้งครรภ์ระหว่างสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นและวัยผู้ใหญ่ในโรงพยาบาลนางรอง พบว่า ภาวะแทรกซ้อนทางสูติศาสตร์ที่พบบ่อยคือ การคลอดก่อนกำหนด ในสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นพบร้อยละ 11.70 มากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบร้อยละ 5.60 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$)[20] สาเหตุส่วนหนึ่งเชื่อว่าเกิดจากการเจริญเติบโตที่ไม่เต็มที่ของร่างกายวัยรุ่น การศึกษาการดำรงชีวิต และสภาพแวดล้อม การใช้ยาหรือสารเสพติด หรือแม้กระทั่งขาดการดูแลในระยะก่อนคลอดที่เหมาะสม การฟังคำแนะนำในการจัดการความคิดเพื่อให้เกิดการปล่อยวาง สามารถช่วยลดความเครียดและการตอบสนองทางกายต่อความเครียดของสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดได้[21]

ส่วนภาวะแทรกซ้อนอื่น ๆ ได้แก่ ภาวะความดันโลหิตสูงจากการตั้งครรภ์ ภาวะตกเลือดหลังคลอด เบาหวานระหว่างตั้งครรภ์ และรกเกาะต่ำ พบในสตรีตั้งครรภ์วัยผู้ใหญ่สูงกว่าสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่น มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 จากภาวะแทรกซ้อนทางสูติศาสตร์ของการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น ซึ่งมีผลกระทบทั้งมารดาวัยรุ่นและทารกที่คลอดออกมาต้องใช้งบประมาณและบุคลากรในการดูแลรักษามากกว่าปกติ ปัจจัยสำคัญที่มีผลต่อการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นได้แก่ การพร่องความรู้เรื่องเพศศึกษา ความประมาท สภาพแวดล้อมภายในครอบครัว และเพื่อน รวมทั้งพฤติกรรมเสี่ยงของวัยรุ่น[22] จะเห็นได้ว่าการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น เป็นปัญหาของสาธารณสุขที่สำคัญปัญหาหนึ่งจึงเป็นสิ่งที่ทุกส่วนที่เกี่ยวข้อง

ต้องให้ความสำคัญ และร่วมมือกัน เพื่อลดอัตราการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น[23] เริ่มจากครอบครัวและสถาบันการศึกษามีบทบาทสำคัญในการปลูกฝังค่านิยมที่ถูกต้อง[24] สื่อสารมวลชน และสังคมรอบข้างให้ความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยเรียน[25] เพื่อป้องกันไม่ให้วัยรุ่นมีเพศสัมพันธ์ก่อนเวลาอันควร ให้ความรู้เพศศึกษาและความรู้เกี่ยวกับการคุมกำเนิด โดยใช้ความใกล้ชิดและให้ความอบอุ่นกับวัยรุ่น หากวัยรุ่นเกิดการตั้งครรภ์ ผู้ปกครองควรรีบนำมาฝากครรภ์โดยเร็ว และสูติแพทย์ควรให้การดูแลอย่างใกล้ชิดหรือการจัดคลินิกพิเศษของวัยรุ่นตั้งครรภ์ โดยให้ความรู้เกี่ยวกับการฝากครรภ์ การดูแลตัวเอง การป้องกันภาวะแทรกซ้อน และการคลอดที่เหมาะสม ให้วัยรุ่นที่ตั้งครรภ์มีการฝากครรภ์คุณภาพ มีโภชนาการที่ดี การได้รับธาตุเหล็กที่เพียงพอเพื่อลดภาวะโลหิตจาง เฝ้าระวัง และรักษาภาวะแทรกซ้อนที่พบบ่อย จากการศึกษานี้คือ ภาวะคลอดก่อนกำหนด ทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อยกว่า 2,500 กรัม และทารกแรกเกิดขาดออกซิเจน จะทำให้ปัญหาจากการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นลดน้อยลงได้ และการแก้ปัญหาหลักสำคัญที่สุด คือทำอย่างไรให้สตรีวัยรุ่นตั้งครรภ์ได้เข้าถึงการคุมกำเนิดอย่างมีคุณภาพ โดยเฉพาะการคุมกำเนิดด้วยวิธีกึ่งถาวร ยาฝังคุมกำเนิด ซึ่งควรมีการพัฒนาระบบต่อยอดต่อไป ดังการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการเลือกวิธีคุมกำเนิดในนักศึกษาระดับปริญญาตรีของมหาวิทยาลัยรัฐ[26]

4. ผลการคลอดของทารกระหว่างสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นกับสตรีตั้งครรภ์วัยผู้ใหญ่ พบทารกในครรภ์และแรกเกิดระหว่างสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นกับสตรีตั้งครรภ์วัยผู้ใหญ่ที่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 ทั้งนี้โอกาสจะพบในสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นสูงกว่าสตรีตั้งครรภ์วัยผู้ใหญ่ ได้แก่ ภาวะทารกน้ำหนักตัวน้อย (RR = 1.58) การบาดเจ็บที่หนังศีรษะจากการคลอด (RR = 1.45) ภาวะปอดอักเสบแต่กำเนิด (RR = 1.50) ทารกตัวเล็กกว่าอายุครรภ์ (RR = 1.63) และภาวะโรคแทรกของรก สายสะดือ และเยื่อถุงน้ำคร่ำ (RR = 2.44) สอดคล้องกับการศึกษาอุบัติการณ์การตั้งครรภ์และภาวะแทรกซ้อนของหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นในโรงพยาบาลหนองใหญ่ จังหวัดชลบุรี นั่นคือการตั้งครรภ์วัยรุ่นมีความเสี่ยงที่จะให้กำเนิดทารกแรกคลอดน้ำหนักน้อย ทารกจะคลอดก่อนกำหนด และทารกจะเสียชีวิตในครรภ์ เมื่อเทียบกับหญิงตั้งครรภ์วัยปกติ[27] จากการศึกษาภาวะแทรกซ้อนในการตั้งครรภ์ของมารดาวัยรุ่นและมารดาอายุมากกว่า 35 ปี ในโรงพยาบาลพนมสารคาม จังหวัดฉะเชิงเทรา พบว่า ภาวะคลอดก่อนกำหนด (อายุครรภ์น้อยกว่า 37 สัปดาห์) การตั้งครรภ์เกินกำหนด (อายุครรภ์เกิน 40 สัปดาห์) ภาวะน้ำหนักทารกแรกเกิดน้อยกว่า 2,500 กรัม ภาวะทารกต้องการความช่วยเหลือแรกคลอด (Apgar score ที่ 1 นาที < 7) ภาวะทารกแรกเกิดขาดออกซิเจนหลังคลอด (Apgar score ที่ 5 นาที < 7) และภาวะทารกตายในครรภ์เมื่อเปรียบเทียบช่วงอายุที่เสี่ยงของมารดากับมารดาอายุปกติ พบว่า มารดาวัยรุ่นมีโอกาสเสี่ยงสัมพัทธ์สูงกว่าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .05[28] ส่วนภาวะแทรกซ้อนอื่น ๆ ได้แก่ ภาวะตัวเหลืองในทารกแรกเกิด ภาวะหายใจลำบากในทารกแรกเกิด การติดเชื้อแบคทีเรียในทารกแรกเกิด ทารกน้ำหนักน้อยกว่าอายุครรภ์ โรคเม็ดเลือดแตกของทารกในครรภ์และแรกเกิด ภาวะขาดอากาศหายใจแรกเกิด และภาวะตัวเย็นในทารกแรกเกิด พบในสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นสูงกว่าสตรีตั้งครรภ์วัยผู้ใหญ่ แต่ไม่ได้มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 แต่ทั้งนี้ พบว่า การคลอดก่อนครบกำหนด กลุ่มอาการสำลักในทารกแรกเกิด การชักในทารกแรกเกิด พบในสตรีตั้งครรภ์วัยผู้ใหญ่สูงกว่าสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นแต่ไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 จากการเปรียบเทียบภาวะแทรกซ้อนของการตั้งครรภ์ระหว่างมารดาวัยรุ่นกับวัยผู้ใหญ่ที่มารับบริการโรงพยาบาลสันป่าตอง จังหวัดเชียงใหม่ภาวะแทรกซ้อนที่พบในมารดาวัยรุ่นมากกว่า คือภาวะโลหิตจาง (RR 1.52, 95% CI 1.25-1.85) คลอดก่อนกำหนด (RR 2.40, 95% CI 1.58-3.65) และทารกน้ำหนักน้อยกว่า 2,500 กรัม (RR 1.95, 95% CI 1.36-2.82) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เป็นข้อมูลเพื่อนำมาวางแผนการดูแลมารดาวัยรุ่นตั้งแต่ระยะฝากครรภ์เพื่อป้องกันและเฝ้าระวังการเกิดภาวะแทรกซ้อน โดยอาศัยแพทย์ พยาบาล สถานศึกษาและสถาบันครอบครัว ในการให้คำแนะนำและเป็นข้อมูลเชิงรุกและเชิงรับเพื่อควบคุมการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น[29]

ข้อจำกัดของการศึกษา

การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาจากเวชระเบียนผู้ป่วย ซึ่งเป็นการศึกษาแบบย้อนหลังจึงทำให้ไม่สามารถเก็บข้อมูลตัวแปร ปัจจัยพฤติกรรมเสี่ยง เช่น พฤติกรรมเสี่ยงต่อการเป็นแม่วัยรุ่น การฝากครรภ์ซึ่งมีข้อมูลเพียงบางส่วนหรือส่วนน้อยมาก และแบบแผนการดำเนินชีวิตด้านต่าง ๆ เนื่องจากไม่มีการบันทึกไว้ ซึ่งอาจมีผลต่อการวิจัยที่ศึกษา นอกจากนี้ เป็นการศึกษาเฉพาะโรงพยาบาลเดียว ผลที่ได้จากการศึกษาจึงอาจมีข้อจำกัดในการอ้างอิงไปสู่สตรีตั้งครรภ์ในโรงพยาบาลอื่นหรือบริบทอื่น

สรุป

การศึกษานี้ พบว่า ภาวะแทรกซ้อนของการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นพบ ภาวะคลอดก่อนกำหนด ภาวะถุงน้ำคร่ำแตกก่อนกำหนด และการติดเชื้อของระบบสืบพันธุ์และทางเดินปัสสาวะระหว่างตั้งครรภ์ และผลการคลอดของทารก พบว่า ภาวะทารกน้ำหนักตัวน้อย การบาดเจ็บที่หนังศีรษะจากการคลอด ภาวะปอดอักเสบแต่กำเนิด ทารกตัวเล็กกว่าอายุครรภ์และทารกในครรภ์และแรกเกิดได้รับผลจากภาวะโรคแทรกของรก สายสะดือและเยื่อถุงน้ำคร่ำ จะพบในสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นสูงกว่าสตรีตั้งครรภ์วัยผู้ใหญ่ จากการศึกษาครั้งนี้ชี้ให้เห็นภาพและสะท้อนปัญหาภาวะแทรกซ้อนของการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นสูงกว่าวัยผู้ใหญ่ที่เกิดขึ้นในโรงพยาบาลหาดใหญ่ได้ เพื่อนำมาใช้ในการวางแนวทางการแก้ปัญหา เพื่อลดภาวะการตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์และร่วมกันพัฒนาการดูแลสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่น ลดภาวะแทรกซ้อนที่จะเกิดขึ้น

ข้อเสนอแนะในการนำไปใช้

1. จากการศึกษาที่พบว่า การตั้งครรภ์ในสตรีวัยรุ่นเพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะคลอดก่อนกำหนด ภาวะถุงน้ำคร่ำแตกก่อนเจ็บครรภ์ และการติดเชื้อของระบบสืบพันธุ์และทางเดินปัสสาวะระหว่างตั้งครรภ์ และนอกจากนี้เพิ่มความเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนในทารก ได้แก่ ภาวะทารกน้ำหนักตัวน้อย การบาดเจ็บที่หนังศีรษะจากการคลอด ภาวะปอดอักเสบแต่กำเนิด ทารกตัวเล็กกว่าอายุครรภ์และภาวะโรคแทรกของรก สายสะดือ และเยื่อถุงน้ำคร่ำ จากผลการวิจัยสามารถนำไปใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานในการจัดการเพื่อลดความเสี่ยงของการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น และเฝ้าระวังเชิงรับในการฝากครรภ์ในทุกกลุ่มอายุโดยเฉพาะในมารดาอายุมากที่มีแนวโน้มของสัดส่วนการตั้งครรภ์ในกลุ่มนี้เพิ่มขึ้น

2. ส่งเสริมการเรียนรู้ด้านเพศศึกษาและทักษะชีวิตที่มีคุณภาพให้แก่เด็กและเยาวชนนับเป็นยุทธศาสตร์หนึ่งที่สำคัญ เพศศึกษารอบด้าน เป็นหลักสูตรที่เน้นกระบวนการเรียนรู้เกี่ยวกับเรื่องเพศและการอนามัยเจริญพันธุ์ที่ช่วยให้เด็กและเยาวชนมีความรู้ ทักษะ ทัศนคติ และค่านิยม เพื่อนำไปสู่การเสริมพลังในการเลือกที่จะกระทำในเรื่องเกี่ยวกับการสร้างความสัมพันธ์ การมีเพศสัมพันธ์ และการอนามัยเจริญพันธุ์ ดังกรณีศึกษาปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นกับหลักสูตรเพศศึกษารอบด้าน เพื่อที่จะนำเสนอข้อมูลปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น กฎหมายในการป้องกันและการแก้ปัญหาในการตั้งครรภ์ของวัยรุ่น แนวคิดเกี่ยวกับเพศศึกษารอบด้านและการประยุกต์เพศศึกษารอบด้านเพื่อป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น[30]

3. ควรให้ความสำคัญกับปัญหาของการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น ควรได้รับการดูแลเยียวยาทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม และควรได้รับการรักษาที่เหมาะสมเพื่อลดภาวะแทรกซ้อนในการตั้งครรภ์ในสตรีวัยรุ่น

ข้อเสนอแนะครั้งถัดไป

ศึกษาเปรียบเทียบผลลัพธ์ของการตั้งครรภ์และการคลอดระหว่างสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นและสตรีตั้งครรภ์วัยผู้ใหญ่ กรณีศึกษาในสตรีมุสลิมในพื้นที่ 3 จังหวัดชายแดนภาคใต้ ทั้งนี้เพื่อสะท้อนสถานการณ์ ปัญหาการตั้งครรภ์ และผลกระทบการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น โดยเฉพาะมิติสุขภาพ บทบาทของหน่วยงานภาครัฐและภาคีเครือข่ายในพื้นที่ ตลอดจนแนวทางการดูแลมารดาวัยรุ่นแบบบูรณาการ

การมีส่วนร่วมในการเขียนบทความ

นักวิจัยทุกคนมีส่วนร่วมในการทำวิจัย ตั้งแต่การเขียนโครงร่างการวิจัย การขอจริยธรรมการวิจัย การเก็บรวบรวมข้อมูล วิเคราะห์ข้อมูลสรุป ผลการวิจัย อภิปรายผลการวิจัยและการเขียนบทความวิจัย ได้ร่วมกันปรับปรุง ตรวจสอบความถูกต้องของบทความตีพิมพ์ แก้ไขตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิ

การมีผลประโยชน์ทับซ้อน

ขอรับรองว่างานวิจัยนี้ไม่มีผลประโยชน์ทับซ้อนกับหน่วยงานหรือองค์กรใด

แหล่งทุนสนับสนุน

งานวิจัยนี้ได้รับทุนสนับสนุนจากการวิจัยเพื่อวิทยานิพนธ์บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

กิตติกรรมประกาศ

การวิจัยในครั้งนี้สำเร็จลุล่วงได้ด้วยความช่วยเหลือจากหลายภาคส่วนด้วยกัน ขอขอบคุณผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่านที่กรุณาให้ข้อเสนอแนะและข้อคิดเห็นอันทรงคุณค่า ขอขอบคุณหน่วยเวชสถิติสารสนเทศโรงพยาบาลหาดใหญ่ สำหรับข้อมูลการทำวิจัย และกองทุนการวิจัยเพื่อวิทยานิพนธ์บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

เอกสารอ้างอิง

1. Sukkharat B. Teenage pregnancy: Policy implementation guidelines and follow-up evaluation. 2st ed. Bangkok: The Agricultural Co-operative Federation of Thailand; 2014. Thai.
2. Svanemyr J, Chandra-Mouli V, Raj A, et al. Research priorities on ending child marriage and supporting married girls. Reproductive Health. 2015; 12(1): 80. doi: 10.1186/s12978-015-0060-5.
3. Tumchuea S, Pumprayoo P. Teenage pregnancy: Concept of solving problems with the district health system. J Hlth Sci Res. 2018; 12(2): 29-35. Thai.
4. UNICEF DATA. Early childbearing and teenage pregnancy rates by country [Internet]. 2022 [cited 2023 Nov 19]. Available from: https://data.unicef.org/topic/child-health/adolescent-health/
5. Cinar N, Menekse D. Effects of adolescent pregnancy on health of baby. Open J Pediatr Neonatal Care. 2017; 22(1): 20-3.
6. Cook SMC, Cameron ST. Social issues of teenage pregnancy. Obstetrics, Gynaecology & Reproductive Medicine. 2015; 25(9): 243-8. doi: 10.1016/j.ogrm.2015.06.001.
7. Saejeng K. Statistics on adolescent births, Thailand 2015. Nonthaburi: The Agricultural Co-operative Federation of Thailand; 2017. Thai.
8. National Statistical Office of Thailand. Snapshots of key findings report multiple indicator cluster survey 2019 [internet]. Bangkok: National Statistical Office of Thailand; 2020. Available from: http://www.nso.go.th/sites/2014en/Survey/social/domographic/MICS/MICS6_snapshots_report.pdf
9. Thongsamrit A. Outcomes of primiparous pregnancy between teenage and adult mothers. JPMAT. 2017; 7(2): 223-35. Thai.
10. Langputeh P, Leartariyapongkul N, Jeenarong T, et al. Using Islamic principle via social media in adolescent pregnancy prevention. UBRU JPHR. 2020; 30: 9(1): 74-82. Thai.
11. Suwanruangsri S, Chunuan S, Balthip K, et al. The process of enhancing the harmony life of teenage pregnant women: Having a complete life and being self-reliance. Songklanagarind J Nurs. 2021; 41(2): 26-36. Thai.
12. Andrade C. Understanding relative risk, odds ratio, and related terms: As simple as it can get. TH CI PSY. 2015; 76(7): e857-61. doi: 10.4088/JCP.15f10150.
13. Office of the National Economic and Social Development Council. Motherhood in childhood facing the challenge of adolescent pregnancy. Bangkok: Office of the National Economic and Social Development Council. 2013. Thai.
14. Yajai S, Suwannarat W, Nongnueang W, et al. Mobilization of the act for prevention and solution of the adolescent pregnancy problem, B.E. 2559 (2016) through local collaborations in Chanthaburi province. RHPC9 Journal. 2020; 14(33): 35-51. Thai.
15. Ranjbar A, Jahromi MS, Boujarzadeh B, et al. Pregnancy, childbirth and neonatal outcomes associated with adolescent pregnancy. Gynecology and Obstetrics Clinical Medicine. 2023; 3(2): 100-5. doi: 10.1016/j.gocm.2023.02.002.
16. Kaeomaungfang R, Ratchaburi C. Effects of nutrition and exercise health promotion programs on nutritional health behavior of pregnant women. Reg 4-5 Med J. 2022; 41(2): 209-19. Thai.
17. Suriyanimitsuk T, Disapirom T. Nurse's roles in nutrition promotion among pregnant women. JPNC. 2018; 29(2): 174-85. Thai.
18. Thaisrisuk K, Pansed K, Kuanwang C, et al. Risk factors for emergency cesarean section due to cephalopelvic disproportion in Phayao Hospital. CMJ. 2021; 13(2): 48-58. Thai.
19. Sananpanichkul P, Leaungsomnapa Y. Adolescent pregnancy: Maternal factors effect on fetal outcomes. JPMC. 2015; 32(2): 147-56. Thai.
20. Srimuang S. A comparative study of pregnancy outcome between teenage pregnancy and adult pregnancy in Nangrong Hospital. J DMS. 2018; 43(2): 67-71. Thai.
21. Japakeeya N, Phumdoung S, Chunuan S. Effects of listening to Holy Quran and Zikrullah recitation on stress and physiological stress responses among Muslim pregnant women with premature uterine contractions: A randomized controlled trial. Songklanagarind J Nurs. 2021; 41(4): 1-14. Thai.
22. Jomphapin N. Situation of adolescent pregnancy: A case study of antenatal or giving birth women in Thoen Hospital, Lampang. Lanna Journal Health Promotion & Environment Health. 2015; 5(2): 30-7. Thai.
23. Naik RR, Cacodkar J, Pednekar GN. Effects of teenage pregnancy on obstetric and perinatal outcomes at a tertiary health institution in Goa. SAFOG 2022; 13(6): 363-8. doi: 10.5005/jp-journals-10006-1979.
24. Jantanakul P, Chuenkitiyanon S, Takaree S, et al. Factors associated with unwanted pregnancy among adolescent women receiving prenatal care at Krathumbaen Hospital, Samut Sakhon Province. JNSU. 2021; 22(43): 62-76. Thai.
25. Seedaket S, Chotchai T. Health literacy of school-age pregnancy prevention and sexual intercourse among high school students in Khon Kaen Province. JHNR. 2021; 37(1): 99-111. Thai.

26. Morakul N, Samakkeekarom R, Somkong P, et al. Actors associated with methods of birth control among undergraduate students in a public university. sahasart. 2020; 20(2): 86-97. Thai.
27. Phimolthares V. The incidence and complications of teenage pregnancy in Nongyai. JPMC. 2012; 29(4): 301-11. Thai.
28. Maneepitaksanti R. Labor complications in teenage and elderly pregnancy in Pharnomsarakarm Hospital. JHS. 2014; 69-74. Thai.
29. Meengeonthong D. Comparison of complications of teenage pregnancy and adult pregnancy at Sanpatong Hospital, Chiang Mai. J Nakornping Hosp. 2018; 9(2): 41-53. Thai.
30. Pensirinapa N. Teenage pregnancy problems and comprehensive sexuality education. AJCPH. 2021; 7(3): Thai.

บทความวิจัย

การพัฒนาโปรแกรมการส่งเสริมความกตัญญูเพื่อสร้างเสริมเป้าหมายชีวิตและสุขภาวะองค์รวมของวัยรุ่นมุสลิมตอนต้น

Development of Gratitude-Promoting Program for Enhancing Purpose in Life and Well-Being of Early Muslim Adolescents

ศรัญญา ธรรมชาติ[1] *กาญจน์สุนภัส บาลทิพย์*[2*] *อุมาพร ปุญญโสพรรณ*[3]

Saranya Thammachat[1] *Karnsunaphat Balthip*[2*] *Umaporn Boonyasopun*[3]

[1]*นักศึกษาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ จังหวัดสงขลา*

[1]*Master Nursing Student, Faculty of Nursing, Prince of Songkla University, Songkhla, Thailand.*

[2]*รองศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ จังหวัดสงขลา*

[2]*Associate Professor, Faculty of Nursing, Prince of Songkla University, Songkhla, Thailand.*

[3]*ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ จังหวัดสงขลา*

[3]*Assistant Professor, Faculty of Nursing, Prince of Songkla University, Songkhla, Thailand.*

**ผู้รับผิดชอบหลัก: qbalthip@gmail.com*

**Corresponding author: qbalthip@gmail.com*

Received 13 July 2023 • Revised 17 September 2023 • Accepted 7 December 2023

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์: *เพื่อพัฒนาโปรแกรมการส่งเสริมความกตัญญูเพื่อสร้างเสริมเป้าหมายชีวิตและสุขภาวะองค์รวมของวัยรุ่นมุสลิมตอนต้น* ***วิธีการ:*** *ขั้นตอนการพัฒนาโปรแกรมฯ แบ่งออกเป็น 2 ระยะ คือ ระยะการพัฒนาองค์ประกอบของโปรแกรมและระยะการประเมินคุณภาพของโปรแกรม* ***ผลการศึกษา:*** *โปรแกรมฯ ที่พัฒนาขึ้น เรียกว่า "โปรแกรมการส่งเสริมความกตัญญูเพื่อสร้างเสริมเป้าหมายชีวิตและสุขภาวะองค์รวมของวัยรุ่นมุสลิมตอนต้น" ประกอบด้วย 2 องค์ประกอบ คือ 1) คู่มือการดำเนินกิจกรรมโปรแกรมการส่งเสริมความกตัญญูของวัยรุ่นมุสลิมตอนต้น และ 2) สมุดประจำตัว "บันทึกเส้นทางสู่ฝันให้ฉันเป็น" โดยโปรแกรมฯ แบ่งเป็น 3 ขั้นตอน ได้แก่ 1) ขั้นเตรียมการ 2) ขั้นดำเนินการ ประกอบด้วย 3 กิจกรรม ได้แก่ 2.1) การส่งเสริมความกตัญญู 5 ประการ 2.2) การค้นหาเป้าหมายในชีวิตและออกแบบเส้นทางชีวิต และ 2.3) การมีคำมั่นสัญญาและการรักษาคำมั่นสัญญา ร่วมกับการใช้กิจกรรมสุนทรียสนทนาและการสะท้อนคิดการเรียนรู้ในแต่ละกิจกรรม และ 3) ขั้นประเมินผล ดำเนินกิจกรรมจำนวน 8 ครั้ง เป็นเวลา 4 สัปดาห์ ผลการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาของโปรแกรมฯ โดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน พบว่า กิจกรรมในโปรแกรมฯ มีความถูกต้อง เหมาะสม และค่าเฉลี่ยของดัชนีความสอดคล้อง (IOC) เท่ากับ .97 การนำไปทดลองใช้กับนักเรียนมุสลิมชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 2 จำนวน 10 ราย พบว่า โปรแกรมฯ เข้าใจได้ง่ายและสามารถนำไปประยุกต์ใช้ในชีวิตได้ในระดับมากที่สุด (5 คะแนน) อย่างไรก็ตามนักเรียนได้เสนอให้มีการปรับภาษาเพื่อความเข้าใจในการทำกิจกรรมแต่ละกิจกรรมให้มากยิ่งขึ้น* ***สรุป:*** *โปรแกรมฯ ที่พัฒนาขึ้น มีความเหมาะสมในการนำไปใช้กับวัยรุ่นมุสลิมตอนต้น ทั้งนี้ควรนำโปรแกรมฯ ไปทดสอบประสิทธิผลกับจำนวนกลุ่มตัวอย่างที่มากขึ้น*

คำสำคัญ: ความกตัญญู; เป้าหมายชีวิต; สุขภาวะองค์รวม; วัยรุ่นมุสลิม

Abstract

Objectives: *To develop a gratitude-promoting program for enhancing purpose in the life and well-being of early Muslim adolescents.* ***Method:*** *The development was divided into 2 phases, which were, the component development phase and the feasibility testing phase.* ***Results:*** *The developed program called "The Gratitude-promoting Program for Enhancing Purpose in Life and Well-being of Early Muslim Adolescents" comprised two components: 1) the manual of gratitude-promoting for Early Muslim Adolescents and 2) the notebook "my personal journal records - the path to my dreams". The program was divided into three stages.: 1) the preparation stage, 2) the implementing stage, which consists of three activities: 2.1) promoting five gratitude, 2.2) finding purpose in life and designing a life path, and 2.3) making promises and keeping promises. In addition, dialogue and reflection on learning in each activity were used, and 3) the evaluation stages. The activities in the program were conducted eight times for four weeks. The content validity of the program as evaluated by three experts found that the activities in the program were accurate and appropriate, and the mean of the index of consistency (IOC) was .97. The pre-testing with ten early Muslim students in Mathayom 2 confirmed that the program was easily understood and was able to be applied in their lives with the highest level (5 points). However, the students suggested that the language could be adjusted for a better understanding of each activity.* ***Conclusion:*** *The gratitude-promoting program that was developed, was appropriate for applying to early Muslim adolescents. Further experimental research is needed to evaluate the effectiveness of the programs in larger target subjects.*

Keywords: gratitude; purpose in life; well-being; Muslim adolescents

ความสำคัญของปัญหา

วัยรุ่นเป็นกลุ่มบุคคลที่มีความสำคัญและเป็นอนาคตของประเทศชาติ เป็นวัยที่มีการเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็วเพื่อเปลี่ยนผ่านจากวัยเด็กสู่วัยผู้ใหญ่ โดยมีการเจริญเติบโตอย่างรวดเร็วทั้งทางร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ ซึ่งส่งผลต่อความรู้สึก ความคิด การตัดสินใจ และปฏิสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อมรอบตัว[1] โดยเฉพาะวัยรุ่นตอนต้นที่อยู่ในช่วงอายุ 10-14 ปี วัยนี้เป็นวัยที่ต้องการความเป็นอิสระ ต้องการเรียนรู้โลกภายนอก มีอารมณ์รุนแรง และเปลี่ยนแปลงได้ตลอดเวลา[2] เนื่องด้วยวัยรุ่นตอนต้นมีการเจริญเติบโตด้านสมองของระบบ limbic system ซึ่งมีหน้าที่ด้านการสร้างอารมณ์แรงจูงใจ พฤติกรรม การเรียนรู้ สัญชาตญาณพื้นฐาน มากกว่าในส่วนของ prefrontal cortex ซึ่งมีหน้าที่ด้านการวางแผน การควบคุมอารมณ์ ความมุ่งมั่นตั้งใจอาจทำให้วัยรุ่นตอนต้นมีพฤติกรรมเสี่ยงมากมาย อยากรู้ อยากทดลอง และมีโอกาสตัดสินใจผิดพลาดได้ง่าย การตัดสินใจในเหตุการณ์ต่าง ๆ เหล่านี้อยู่บนพื้นฐานของอารมณ์เป็นส่วนใหญ่มากกว่าการใช้ความคิดแบบมีเหตุผล[3] หากขาดการชี้แนะแนวทางไปในทางที่ถูกต้องหรือขาดหลักในการยึดเหนี่ยวทางใจที่มั่นคง ประกอบกับการเปลี่ยนแปลงของสังคม ดังรายงานการสำรวจข้อมูลสถิติสภาวการณ์ทางวัฒนธรรมของเด็กและวัยรุ่นไทยในช่วงที่ผ่านมา พบปัญหาสำคัญ ได้แก่ ปัญหาเสพยาเสพติด ปัญหาวัยรุ่นตั้งครรภ์ก่อนวัยอันควร ปัญหาเด็กถูกละเมิดและกลั่นแกล้ง กระทำความรุนแรงโดยสื่อ ปัญหาการอบรมเลี้ยงดูของพ่อแม่ยุคใหม่ที่รักลูกแบบไม่ถูกทาง ปัญหาการเสพสื่ออนาจารผ่านสื่อออนไลน์ และปัญหาการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์[4] โดยปัจจัยที่อาจเป็นสาเหตุให้เกิดปัญหาดังกล่าว ได้แก่ สัมพันธภาพในครอบครัว สัมพันธภาพระหว่างเพื่อน ครู พื้นฐานทางศาสนา การปลูกฝังคุณธรรม จริยธรรม[5] สำหรับวัยรุ่นมุสลิมในปัจจุบัน ส่วนหนึ่งพบว่า ตกอยู่ภายใต้สภาพสังคมและสิ่งแวดล้อมที่ล่อแหลม ทำให้วัยรุ่นหลงผิด โดยเฉพาะการติดยาเสพติด[6] จากการศึกษาของ Jeharsae, et al.[7] พบว่า เยาวชนชายอายุระหว่าง 15-25 ปี ประมาณร้อยละ 50 มีการใช้สารเสพติดประเภทน้ำต้มใบกระท่อมผสมยาแก้ไอ และใช้ยาเสพติดประเภทอื่น เช่น เฮโรอีน ยาบ้า และยาไอซ์ ซึ่งส่งผลกระทบต่อความมั่นคง ความปลอดภัยในชีวิตประจำวัน และปัญหาอาชญากรรม ประกอบกับการปลูกฝังคุณธรรมจริยธรรมอิสลามในสถาบันการศึกษายังไม่ประสบความสำเร็จ

ตามเป้าหมาย ยังคงพบว่าวัยรุ่นจำนวนมากไม่ปฏิบัติตามหลักคำสอนของศาสนาทั้งเรื่องของกิริยา มารยาท การแต่งกาย การดื่มกิน การมีพฤติกรรมก้าวร้าว ขาดความรับผิดชอบต่อหน้าที่และติดยาเสพติด เป็นต้น[8] ปัญหาดังกล่าวสะท้อนถึงการขาดทิศทางและเป้าหมายในการดำเนินชีวิตและส่งผลกระทบต่อสุขภาวะองค์รวมของวัยรุ่น

สุขภาวะองค์รวม คือ การมีสุขภาวะที่ดีในทุก ๆ องค์ประกอบของร่างกาย ได้แก่ ร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ ทำให้วัยรุ่นเติบโตมาเป็นผู้ใหญ่ที่มีคุณภาพ[9] ตามหลักการของศาสนาอิสลาม บุคคลซึ่งเป็นผู้ที่มีความศรัทธาจะมีสุขภาพดีได้ต้องครอบคลุมใน 3 มิติ ได้แก่ มิติด้านความสัมพันธ์ที่ดีระหว่างมนุษย์กับพระเจ้า มิติด้านความสัมพันธ์ที่ดีระหว่างมนุษย์กับสิ่งแวดล้อม และมิติด้านความสัมพันธ์ที่ดีของมนุษย์ที่มีต่อตนเอง โดยเชื่อว่าสุขภาพที่สมบูรณ์ทางจิตวิญญาณจะเป็นพลังนำไปสู่สุขภาพที่ดีโดยรวม เพราะอิสลามเป็นวิถีในการดำเนินชีวิตของมุสลิมนับตั้งแต่ลืมตาจนถึงนอนหลับ โดยตั้งอยู่ในกรอบคำสอนของศาสนาที่บัญญัติไว้ในคัมภีร์อัลกุรอาน[10] เป้าหมายชีวิต เป็นองค์ประกอบหนึ่งของมิติจิตวิญญาณ เป็นแนวคิดสำคัญอย่างยิ่งต่อการสร้างเสริมสุขภาพเชิงบวก เป้าหมายชีวิต หมายถึง ความมุ่งมั่นตั้งใจที่มั่นคงในการทำบางสิ่งบางอย่าง ทั้งที่มีความหมายต่อตนเองและมีคุณค่าต่อสังคมโลกให้ประสบความสำเร็จ[11] โดยเป้าหมายชีวิต มีองค์ประกอบ 3 ประการ ได้แก่ การมีจุดมุ่งหมายสูงสุดในชีวิต การค้นหาความหมายของการมีชีวิต และการมีแรงบันดาลใจที่มาจากความต้องการสร้างความแตกต่างให้กับโลกบูรณาการร่วมไปกับสิ่งที่มีความหมายต่อตนเองหรือสิ่งที่บุคคลให้ความหมาย[12] การมีเป้าหมายชีวิตช่วยให้วัยรุ่นค้นหาความเป็นอัตลักษณ์ของตนเอง การมีคุณค่าในตนเอง และสามารถเผชิญกับปัญหาที่ผ่านเข้ามาในชีวิตได้[13] สิ่งที่ยืนยันถึงการมีเป้าหมายชีวิตที่ดีในอิสลาม คือ การได้รับความสุขทั้งสองโลกและทั้งสองสวรรค์ หมายถึง สวรรค์ในโลกนี้ คือ การได้รับความสุขหลุดพ้นจากความทุกข์ทั้งปวง และสวรรค์ในโลกหน้า คือ ความพอพระทัยจากพระผู้เป็นเจ้าด้วยการตอบแทนสรวงสวรรค์อันมีความสุขและถาวรตลอดกาล โดยเป็นมนุษย์ที่สมบูรณ์ด้วยความโปรดปรานจากอัลลอฮฺ (ซ.บ) และสามารถดำรงชีวิตที่มีความสันติสุขอย่างแท้จริงทั้งในโลกปัจจุบันและโลกหน้า[10] ซึ่งผู้ที่มีเป้าหมายชีวิตเป็นผู้ที่มีคุณลักษณะสำคัญ ได้แก่ การเป็นผู้ที่มีความกตัญญู รู้คุณ มีความภาคภูมิใจในตนเอง มีความรู้สึกเชิงบวกต่อตนเอง และมีความพึงพอใจในชีวิต[14]

ความกตัญญู ถือเป็นคุณธรรมพื้นฐานของมนุษย์เป็นกุญแจที่จะเปิดประตูทุกบานเพื่อความสุข ความสมบูรณ์ของชีวิต และการเติมเต็มสิ่งดีดีให้แก่ชีวิต โดยจะทำให้ชีวิตของตนเองและผู้อื่นดีขึ้น ความกตัญญู มีความหมาย 2 ประการ คือ 1) ความกตัญญูทางโลกซึ่งเกี่ยวข้องและสัมพันธ์กับบุคคลหรือสิ่งอื่น ๆ ในโลก และ 2) ความกตัญญูกับพระเจ้า สิ่งที่เหนือธรรมชาติ สิ่งศักดิ์สิทธิ์[15] ความกตัญญูเป็นรากฐานสำคัญในการส่งเสริมสุขภาพ เป็นเครื่องเหนี่ยวนำจิตใจที่ทำให้วัยรุ่นมีเส้นทางในการดำเนินชีวิตที่ดี[16] ในบริบทของอิสลาม ความกตัญญูหมายถึง การขอบคุณผู้มีพระคุณหรือความรู้สึกถึงความดีของผู้อื่นและตอบแทนคุณอยู่เสมอ โดยอัลกุรอานได้กล่าวว่า “หากมีผู้ใดรู้สึกขอบคุณ แท้จริงความกตัญญูของเขาก็คือ (ผลประโยชน์) สำหรับจิตวิญญาณของเขาเอง แต่ถ้าผู้ใดเนรคุณแท้จริงพระเจ้าของฉันก็ปราศจากความต้องการทั้งหมด” (ลุกมาน: 12)[17] ความรัก ความกตัญญูที่มีต่อพระเจ้า ตนเอง บุคคลอื่น หรือสิ่งศรัทธาเบื้องบน จะช่วยกระตุ้นให้บุคคลนั้นมีเป้าหมายในชีวิต รู้สึกมีคุณค่าในชีวิต[18] ส่งผลให้เกิดความเป็นอยู่ที่ดี เกิดสัมพันธภาพในสังคมที่ดี มีความคิดในเชิงบวก เสริมสร้างความผาสุกในชีวิต มีความสุขทางด้านจิตใจ และมีเป้าหมายชีวิตที่ดี[19] อีกทั้งยังส่งผลต่อความสำเร็จในชีวิต ความมั่นใจในตนเอง การอยู่ร่วมกันในครอบครัว[20] ซึ่งจะช่วยเสริมความแข็งแกร่งทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ และเป็นรากฐานความศรัทธาของมุสลิม[21]

จากการวิเคราะห์และสังเคราะห์หลักฐานเชิงประจักษ์เกี่ยวกับการส่งเสริมความกตัญญู ได้พบรูปแบบของความกตัญญู 5 ประการ ได้แก่ ความกตัญญูต่อพระเจ้า (gratitude to GOD)[16,22,23] ความกตัญญูต่อตนเอง (gratitude to one self)[13,24-27] ความกตัญญูต่อบุคคลอันเป็นที่รักและผู้มีพระคุณ (gratitude to parents)[13,19-20,23-27] ความกตัญญูต่อเพื่อน (gratitude to peers and others)[13,19-20,25-27] และความกตัญญูต่อสังคม สิ่งแวดล้อม ประเทศชาติ และโลก (gratitude to society environment, nation, and the world)[13,27] โดยจะมีกิจกรรมการอธิบายแนวคิดเรื่องความกตัญญูในแต่ละรูปแบบร่วมกับการใช้หลักคำสอนของศาสนาอิสลามเกี่ยวกับความกตัญญูจากอัลกุรอาน การขอพร การเขียนจดหมายขอบคุณบุคคลอันเป็นที่รัก การค้นหาเป้าหมายในชีวิตและออกแบบเส้นทางชีวิต การมีคำมั่นสัญญาและการรักษาคำมั่นสัญญา การค้นพบเป้าหมายชีวิตและวิธีการที่จะไปถึงเป้าหมาย การบันทึกคำขอบคุณ ร่วมกับกิจกรรมสุนทรียสนทนา[28] และการสะท้อนคิดการเรียนรู้[29] เพื่อให้วัยรุ่นได้คิด วิเคราะห์ ทบทวน

ไตร่ตรองในสิ่งที่ได้เรียนรู้จากการเข้าร่วมกิจกรรม เพื่อการพัฒนาสติ สมาธิและปัญญา

จะเห็นได้ว่าความกตัญญูเป็นแนวคิดสำคัญประการหนึ่งของหลักคำสอนในศาสนาอิสลาม เป็นกระบวนการสำคัญที่จะช่วยให้บุคคลดำเนินชีวิตไปในแนวทางที่ถูกต้อง ได้คิดทบทวนและเกิดความตระหนักถึงการมีคุณค่าในตนเองและผู้อื่นโดยเฉพาะต่อพระเจ้า การมีคุณธรรมหรือการมีความกตัญญูในหัวใจ จะนำมาซึ่งความตั้งใจในการปฏิบัติแต่สิ่งที่ดีงามเพื่อตอบแทนพระเจ้า บุคคลอันเป็นที่รัก เป็นแรงจูงใจให้บุคคลนั้นมีสิ่งยึดเหนี่ยวจิตใจ สามารถดำเนินชีวิตอย่างมีเป้าหมาย มีสุขภาวะองค์รวมที่ดี และมีความสมดุลในชีวิต อย่างไรก็ตามจะเห็นได้ว่าปัจจุบันยังไม่มีแนวทางการสร้างเสริมเป้าหมายชีวิตและสุขภาวะองค์รวมสำหรับวัยรุ่นมุสลิมตอนต้นที่บูรณาการผ่านการสร้างเสริมความกตัญญูตามหลักคำสอนของศาสนาอิสลาม ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจพัฒนาโปรแกรมการส่งเสริมความกตัญญูเพื่อสร้างเสริมเป้าหมายชีวิตและสุขภาวะองค์รวมของวัยรุ่นมุสลิมตอนต้น เพื่อให้วัยรุ่นมุสลิมตอนต้นได้เล็งเห็นความสำคัญและเข้าใจความหมายของชีวิต ตระหนักถึงการมีคุณค่าในตนเองและผู้อื่น มีเป้าหมายชีวิตของตนเอง นำไปสู่การมีสุขภาวะองค์รวมที่ดีในอนาคตและเติบโตไปเป็นผู้ใหญ่ที่มีคุณภาพ

คำถามการวิจัย

1. โปรแกรมการส่งเสริมความกตัญญูเพื่อสร้างเสริมเป้าหมายชีวิตและสุขภาวะองค์รวมของวัยรุ่นมุสลิมตอนต้นมีองค์ประกอบอะไรบ้าง

2. คุณภาพของโปรแกรมการส่งเสริมความกตัญญูเพื่อสร้างเสริมเป้าหมายชีวิตและสุขภาวะองค์รวมของวัยรุ่นมุสลิมตอนต้น เป็นอย่างไร

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อพัฒนาโปรแกรมการส่งเสริมความกตัญญูเพื่อสร้างเสริมเป้าหมายชีวิตและสุขภาวะองค์รวมของวัยรุ่นมุสลิมตอนต้น

รูปแบบการศึกษา

กรอบแนวคิดการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยได้นำแนวคิดความกตัญญู เป้าหมายชีวิต สุขภาวะองค์รวม และหลักคำสอนของศาสนาอิสลามเกี่ยวกับความกตัญญูจากอัลกุรอาน ร่วมกับการทบทวนหลักฐานเชิงประจักษ์ มาเป็นแนวทางในการกำหนดกิจกรรมของโปรแกรมเพื่อสร้างเสริมเป้าหมายชีวิตและสุขภาวะองค์รวมของวัยรุ่นมุสลิมตอนต้นในบริบทของอิสลาม ความกตัญญูได้บัญญัติไว้ในอัลกุรอานหลายบทด้วยกัน ได้แก่ การแสดงความกตัญญูต่อพระเจ้า เป็นการเชื่อฟังต่อพระเจ้าโดยปฏิบัติตามคำบัญชาของพระองค์ การกตัญญูรู้คุณต่อพ่อแม่ ด้วยการเชื่อฟังทำความดีและเลี้ยงดูตอบแทนท่าน และการกตัญญูรู้คุณต่อเพื่อนมนุษย์ด้วยกัน ด้วยการช่วยเหลือซึ่งกันและกัน[16,23] สำหรับการทบทวนหลักฐานเชิงประจักษ์ ผู้วิจัยได้คัดเลือกและแบ่งระดับการประเมินคุณค่าของหลักฐานเชิงประจักษ์ตามเกณฑ์ของสถาบันโจแอนนาบริกส์ ได้รูปแบบของความกตัญญู 5 ประการ ได้แก่ ความกตัญญูต่อพระเจ้า (gratitude to GOD)[16,22-23] โดยใช้หลักคำสอนของศาสนาอิสลามเกี่ยวกับความกตัญญูจากอัลกุรอานมาบรรยายให้ฟัง มีการละหมาดและขอพรร่วมกัน ความกตัญญูต่อตนเอง (gratitude to one self)[13,24-27] โดยให้ตระหนักถึงคุณค่าของตนเองผ่านการวาดรูปที่สื่อถึงตนเองพร้อมทั้งให้เหตุผล ความกตัญญูต่อบุคคลอันเป็นที่รักและผู้มีพระคุณ (gratitude to parents)[13,19-20,23-27] โดยให้ดูวิดีโอเกี่ยวกับความกตัญญูเพื่อสร้างแรงบันดาลใจ พร้อมสอดแทรกหลักคำสอนของศาสนาอิสลามเกี่ยวกับความกตัญญู และให้เขียนจดหมายถึงคนที่ฉันรัก ความกตัญญูต่อเพื่อน (gratitude to peers and others)[13,19-20,25-27] โดยให้แสดงความรู้สึกขอบคุณเพื่อนผ่านกิจกรรมเพื่อนที่ดีที่สุดของฉัน และความกตัญญูต่อสังคม สิ่งแวดล้อม ประเทศชาติ และโลก (gratitude to society environment, nation, and the world)[13,27] โดยให้ตระหนักและช่วยดูแลรักษาสิ่งแวดล้อมของโรงเรียน ผ่านกิจกรรม 5ส สร้างสุขลักษณะอนามัยที่ดี นอกจากนี้ผู้วิจัยยังจัดให้มีกิจกรรมการค้นหาเป้าหมายในชีวิตและออกแบบเส้นทางของชีวิต[13,27] โดยให้คิดวิเคราะห์และไตร่ตรองเกี่ยวกับเส้นทางชีวิตของตัวเอง เพื่อสนับสนุนให้วัยรุ่นมีสติ สมาธิ มีความมุ่งมั่นตั้งใจ และไตร่ตรองถึงเป้าหมายชีวิตของตนเอง การมีคำมั่นสัญญาและการรักษาคำมั่นสัญญา[13,27] เพื่อเป็นแรงผลักดันให้วัยรุ่นไปสู่เป้าหมายนั้นให้สำเร็จและมีความซื่อสัตย์ต่อตนเองในการปฏิบัติตามแผนที่ตนเองได้วางไว้ การค้นพบเป้าหมายชีวิตและวิธีการที่จะไปถึงเป้าหมาย[13,27] เพื่อตระหนักถึงความสำคัญของเป้าหมายชีวิตและสามารถสร้างเป้าหมายชีวิตของตนเองได้และสะท้อนการเรียนรู้ด้วยการประเมินผลการดูแลสุขภาวะองค์รวม โดยโปรแกรมฯ ที่จัดขึ้นจะทำร่วมกับกิจกรรมสุนทรียสนทนา[28] และการสะท้อนคิดการเรียนรู้[29] ซึ่งมีกิจกรรมทั้งรายบุคคลและรายกลุ่ม เพื่อ

เสริมสร้างเป้าหมายชีวิตและสุขภาวะองค์รวมของวัยรุ่นมุสลิมตอนต้น

วิธีการดำเนินการวิจัย

งานวิจัยครั้งนี้ เป็นการพัฒนาโปรแกรมการส่งเสริมความกตัญญูเพื่อสร้างเสริมเป้าหมายชีวิตและสุขภาวะองค์รวมของวัยรุ่นมุสลิมตอนต้น โดยขั้นตอนการดำเนินการแบ่งเป็น 2 ระยะ ดังนี้

ระยะที่ 1 การพัฒนาองค์ประกอบของโปรแกรมฯ โดยเก็บรวบรวมข้อมูลในระหว่างเดือนกรกฎาคม พ.ศ. 2564 ถึง เดือนมิถุนายน พ.ศ. 2565 ซึ่งประกอบด้วย 3 ขั้นตอน ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 การวิเคราะห์สถานการณ์ปัญหาภาวะสุขภาวะองค์รวม และการมีเป้าหมายชีวิตในวัยรุ่นมุสลิมตอนต้น โดยทบทวนและวิเคราะห์จากการศึกษาวิจัย โดยมีอายุผลงานย้อนหลังไม่เกิน 10 ปี พบว่า วัยรุ่นมุสลิมดำเนินชีวิตภายใต้สภาพสังคมสิ่งแวดล้อมที่ไม่เอื้อต่อการเจริญเติบโต และไม่ปฏิบัติตามหลักคำสอนของศาสนา เช่น การติดยาเสพติด การตั้งครรภ์ก่อนวัยอันควร การขาดความรับผิดชอบต่อหน้าที่ ทำให้วัยรุ่นอาจจะไม่ประสบความสำเร็จในด้านการศึกษา การดำเนินชีวิต และภาวะสุขภาวะองค์รวม

ขั้นตอนที่ 2 การสืบค้นและวิเคราะห์หลักฐานเชิงประจักษ์อย่างเป็นระบบ

1. การกำหนดคำสำคัญในการสืบค้นข้อมูลทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ ได้แก่ ความกตัญญู เป้าหมายชีวิต สุขภาวะองค์รวม วัยรุ่น gratitude, purpose in life, goal of life, well-being, wellness, adolescent, youth, teenage

2. การกำหนดแหล่งสืบค้นข้อมูล การสืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์ของการศึกษาครั้งนี้จากงานวิจัยทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษที่ตีพิมพ์เผยแพร่ มีอายุผลงานย้อนหลังไม่เกิน 10 ปี จากระบบฐานข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์ โดยใช้ฐานข้อมูล ThaiJO, Google Scholar, PubMed, ThaiLIS, Academic, ScienceDirect

3. การกำหนดเกณฑ์ในการสืบค้น โดยใช้กรอบแนวคิดพิโก (PICO framework)[30] ดังนี้ P (population): วัยรุ่น I (intervention): โปรแกรมการส่งเสริมความกตัญญู C (comparison): เปรียบเทียบการมีเป้าหมายชีวิตและสุขภาวะองค์รวมของกลุ่มตัวอย่างก่อนและหลังให้โปรแกรม O (outcome): การมีเป้าหมายชีวิตและสุขภาวะองค์รวม

4. การวิเคราะห์และสังเคราะห์หลักฐานเชิงประจักษ์โดยการกำหนดเกณฑ์การประเมินระดับคุณค่าของหลักฐานเชิงประจักษ์ เพื่อนำผลการวิจัยไปใช้ในการพัฒนาโปรแกรมตามหลักเกณฑ์ของสถาบันโจแอนนาบริกส์[30] จากการทบทวนหลักฐานเชิงประจักษ์อย่างเป็นระบบ จำนวน 10 เรื่อง ประกอบด้วย งานวิจัยระดับ 1c จำนวน 1 เรื่อง งานวิจัยระดับ 2c จำนวน 9 เรื่อง ซึ่งจากการประเมินคุณค่าพบว่าหลักฐานเชิงประจักษ์ทั้งหมดมีระดับคำแนะนำเกรด A ซึ่งมีข้อเสนอแนะที่มีเหตุผลสนับสนุนดีมาก แสดงผลลัพธ์ที่ชัดเจน สามารถนำไปปฏิบัติได้และเป็นที่ยอมรับในทางจริยธรรม

ขั้นตอนที่ 3 การดำเนินการพัฒนาโปรแกรมฯ โดยออกแบบชุดกิจกรรมการส่งเสริมความกตัญญูสำหรับกลุ่มเป้าหมายตามกรอบแนวคิดการวิจัย หลักคำสอนของศาสนาอิสลามเกี่ยวกับความกตัญญูจากอัลกุรอาน และนำองค์ความรู้จากการวิเคราะห์และสังเคราะห์หลักฐานเชิงประจักษ์มาบูรณาการร่วมกับกิจกรรมสุนทรียสนทนาและการสะท้อนคิดการเรียนรู้เพื่อให้กลุ่มเป้าหมายได้ตระหนักถึงเป้าหมายชีวิตและสุขภาวะองค์รวมของตัวเองเพื่อเติบโตไปเป็นผู้ใหญ่ที่มีคุณภาพ

ระยะที่ 2 การประเมินคุณภาพของโปรแกรมฯ โดยเก็บรวบรวมข้อมูลในระหว่างเดือนกรกฎาคม พ.ศ. 2565 ถึง เดือนมกราคม พ.ศ. 2566 ซึ่งประกอบด้วย 2 ขั้นตอน ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 การตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา โดยนำแบบร่างของโปรแกรมฯ ให้ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน ประกอบด้วย อาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านการวิจัยเชิงทดลอง 1 ท่าน อาจารย์ผู้เชี่ยวชาญเกี่ยวกับการดูแลสุขภาวะองค์รวมเด็กวัยเรียน 1 ท่าน และอาจารย์ผู้เชี่ยวชาญเกี่ยวกับวัยรุ่นมุสลิม 1 ท่าน ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาเกี่ยวกับความสอดคล้องกับวัตถุประสงค์ของกิจกรรมในโปรแกรมฯ ความถูกต้อง เหมาะสม และชัดเจน รวมทั้งการให้ข้อคิดเห็นเพิ่มเติม จากนั้นนำโปรแกรมฯ มาปรับปรุงให้เหมาะสมตามข้อชี้แนะของผู้เชี่ยวชาญ

ขั้นตอนที่ 2 การประเมินความคิดเห็นของกลุ่มเป้าหมายผู้ได้รับการทดลองโปรแกรมฯ หลังจากที่ผู้วิจัยได้ปรับเนื้อหาของโปรแกรมฯ ตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิแล้ว ได้นำโปรแกรมฯ ไปทดลองใช้กับนักเรียนมุสลิมชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 2 ของโรงเรียนแห่งหนึ่ง จำนวน 10 ราย เป็นระยะเวลา 1 สัปดาห์ ด้วยการตอบแบบประเมินความคิดเห็นของกลุ่มเป้าหมายเกี่ยวกับความเข้าใจกิจกรรมในโปรแกรมฯ

และการนำโปรแกรมฯ ไปประยุกต์ใช้ในชีวิต รวมทั้งข้อเสนอแนะในการปรับปรุงแก้ไข

กลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่าง คือ นักเรียนมุสลิมระดับชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 2 มีอายุ 13-15 ปี คัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง (purposive sampling) จากโรงเรียนที่มีการเรียนการสอนทั้งสามัญและศาสนา เปิดสอนระดับมัธยมศึกษาตอนต้น ยินดีให้ความร่วมมือและตอบรับเข้าร่วมโครงการวิจัย

เกณฑ์ในการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 10 ราย เพื่อประเมินความคิดเห็นเกี่ยวกับการทดลองใช้โปรแกรมฯ คือ 1) กำลังศึกษาในระดับชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 2 ของโรงเรียนแห่งหนึ่ง 2) อายุ 13-15 ปี 3) ยินดีเข้าร่วมการวิจัยและสามารถเข้าร่วมโครงการวิจัยตลอดโครงการ 4) ไม่มีปัญหาสุขภาพที่ต้องได้รับการรักษาอย่างต่อเนื่อง 5) สามารถสื่อสารด้วยภาษาไทยได้ดี และ 6) ผู้ปกครองของกลุ่มตัวอย่างอนุญาตให้เข้าร่วมโครงการ โดยดำเนินกิจกรรมเป็นรายกลุ่มและรายบุคคล และเกณฑ์ในการคัดออกของกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ 1) ไม่สามารถร่วมโครงการวิจัยได้ตลอดโครงการ และ 2) มีปัญหาสุขภาพระหว่างการดำเนินโครงการและต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล

จริยธรรมในการวิจัย

การศึกษานี้ได้ผ่านการพิจารณาโดยคณะกรรมการศูนย์จริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สาขาสังคมศาสตร์และพฤติกรรมศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ (รหัสรับรอง PSU IRB 2022-St-Nur-043 (Internal) ลงวันที่ 5 มกราคม 2566) ผู้วิจัยได้ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย และการพิทักษ์สิทธิ์ให้แก่กลุ่มตัวอย่างและผู้ปกครองของกลุ่มตัวอย่างทุกรายก่อนเก็บข้อมูล ไม่มีการระบุชื่อ นำเสนอข้อมูลในภาพรวมเท่านั้น มีเฉพาะผู้วิจัยเท่านั้นที่สามารถเข้าถึงข้อมูลได้ โดยข้อมูลจะถูกทำลายโดยผู้วิจัยทันทีหลังจากผลการศึกษาได้รับการเผยแพร่แล้ว 2 ปี กลุ่มตัวอย่างมีสิทธิ์ตอบรับและปฏิเสธการเข้าร่วมการวิจัยได้ตลอดเวลา พร้อมทำหนังสือชี้แจงเป็นลายลักษณ์อักษร

เครื่องมือในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย 2 เครื่องมือ ดังนี้

1. แบบประเมินความตรงเชิงเนื้อหา เป็นแบบประเมินที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเพื่อให้ผู้ทรงคุณวุฒิใช้ประเมินความตรงเชิงเนื้อหาของโปรแกรมฯ ประกอบด้วย 1) คู่มือการดำเนินกิจกรรมโปรแกรมการส่งเสริมความกตัญญูของวัยรุ่นมุสลิมตอนต้น ตามขั้นตอนของโปรแกรม 3 ขั้นตอน 2) คลิปวิดีโอสั้น ๆ ที่สื่อถึงความกตัญญู 3) ไฟล์เสียงอัลกุรอานที่เกี่ยวข้องกับความกตัญญูพร้อมคำอธิบาย 4) ไฟล์เพลงประกอบกิจกรรม 5) ใบกิจกรรมฉันคือเพื่อนที่ดีที่สุดของฉัน 6) แบบบันทึกเส้นทางชีวิตของฉัน..และคำมั่นสัญญา และ 7) สมุดประจำตัว “บันทึกเส้นทางสู่ฝันให้ฉันเป็น” โดยให้ผู้ทรงคุณวุฒิพิจารณาและให้ความคิดเห็นเกี่ยวกับความสอดคล้องของวัตถุประสงค์ กรอบแนวคิดของการวิจัย ความถูกต้อง เหมาะสมและชัดเจน โดยมีค่าเฉลี่ยของดัชนีความสอดคล้อง (IOC) เท่ากับ .97 แบบประเมินมีลักษณะเป็นแบบเลือกตอบพร้อมทั้งการให้ข้อเสนอแนะเพิ่มเติม

2. แบบประเมินความคิดเห็นของกลุ่มเป้าหมายผู้ได้รับการทดลองโปรแกรมฯ ประกอบด้วย 3 ด้าน ดังนี้ 1) ความเหมาะสมและความเข้าใจในรูปแบบกิจกรรม 2) การใช้สมุดประจำตัว “บันทึกเส้นทางสู่ฝันให้ฉันเป็น” และ 3) สื่อวิดีโอบทเกี่ยวกับความกตัญญูของอัลกุรอาน และเพลงประกอบกิจกรรม โดยให้นักเรียนผู้เข้าร่วมเลือกตอบระดับความเข้าใจและการนำไปประยุกต์ใช้ รวมทั้งให้ข้อเสนอแนะในการปรับปรุงแก้ไข โดยแบ่งระดับคะแนนในแต่ละด้านออกเป็น 5 ระดับ โดย 1 หมายถึง มีความเข้าใจและสามารถนำไปประยุกต์ใช้น้อยที่สุด 2 หมายถึง มีความความเข้าใจและสามารถนำไปประยุกต์ใช้น้อย 3 หมายถึง มีความเข้าใจและสามารถนำไปประยุกต์ใช้ปานกลาง 4 หมายถึง มีความเข้าใจและสามารถนำไปประยุกต์ใช้มาก และ 5 หมายถึง มีความเข้าใจและสามารถนำไปประยุกต์ใช้มากที่สุด

วิธีการวิเคราะห์ข้อมูล

1. หลังจากได้ทบทวนวรรณกรรมด้วยการใช้กรอบแนวคิดพิโก (PICO framework) แล้ว ผู้วิจัยได้นำข้อมูลที่ค้นพบจากการทบทวนวรรณกรรม จำนวน 10 เรื่อง มาสังเคราะห์เนื้อหา โดยใช้ความรู้เกี่ยวกับระเบียบวิธีการวิจัย การประเมินความเป็นไปได้ และความเหมาะสมในการนำเนื้อหาไปใช้กับบริบทของกลุ่มเป้าหมายซึ่งเป็นกลุ่มวัยรุ่นมุสลิมตอนต้น

2. การวิเคราะห์ความคิดเห็นของกลุ่มเป้าหมายผู้ได้รับการทดลองโปรแกรมฯ วิเคราะห์โดยการหาค่าเฉลี่ย ซึ่งพิจารณาจากองค์ประกอบ 3 ด้าน ได้แก่ ด้านที่ 1 ความเหมาะสมและความเข้าใจในรูปแบบกิจกรรม ด้านที่ 2 การใช้สมุดประจำตัว “บันทึกเส้นทางสู่ฝันให้ฉันเป็น” และด้านที่ 3 สื่อวิดีโอบทเกี่ยวกับความกตัญญูของอัลกุรอาน และเพลงประกอบกิจกรรม จากนักเรียนมุสลิมชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 2 ทั้ง 10 ราย

ผลการวิจัย

ผลการวิจัยสามารถสรุประยะการพัฒนาองค์ประกอบของโปรแกรมฯ และระยะการประเมินคุณภาพของโปรแกรมฯ ได้ดังนี้

1. ระยะการพัฒนาองค์ประกอบของโปรแกรมฯ ออกแบบ โดยการทบทวนแนวคิดความกตัญญู เป้าหมายชีวิต สุขภาวะองค์รวม และหลักคำสอนของศาสนาอิสลามเกี่ยวกับความกตัญญูจากอัลกุรอาน ร่วมกับการวิเคราะห์และสังเคราะห์หลักฐานเชิงประจักษ์เกี่ยวกับความกตัญญู เป้าหมายชีวิต และสุขภาวะองค์รวม โดยคัดเลือกและแบ่งระดับการประเมินคุณค่าของหลักฐานเชิงประจักษ์ตามเกณฑ์ของสถาบันโจแอนนาบริกส์[30] โดยนำเสนองานวิจัยจากการสังเคราะห์หลักฐานเชิงประจักษ์ตามกรอบแนวคิดพิโก (PICO framework)[30] ได้ดังนี้

ตาราง 1 งานวิจัยจากการสังเคราะห์หลักฐานเชิงประจักษ์ตามกรอบแนวคิดพิโก (PICO framework)

แหล่งที่มา (ผู้วิจัย/ปีที่พิมพ์)	P: Population	I: Intervention	C: comparison	O: Outcome
Balthip K, Pasri P, SuwanphahuB, et al./2022	วัยรุ่น	- กิจกรรมการส่งเสริมความกตัญญู 4 รูปแบบ ได้แก่ ความกตัญญูต่อตนเอง บุคคลอันเป็นที่รักและผู้มีพระคุณ เพื่อน และสังคม สิ่งแวดล้อม ประเทศชาติ และโลก - กิจกรรมการค้นหาเป้าหมายในชีวิตและออกแบบเส้นทางชีวิต - กิจกรรมการมีคำมั่นสัญญาและการรักษาคำมั่นสัญญา - กิจกรรมการค้นพบเป้าหมายชีวิตและวิธีการที่จะไปถึงเป้าหมาย - กิจกรรมการบันทึกคำขอบคุณ - กิจกรรมสุนทรียสนทนา - กิจกรรมสะท้อนคิดการเรียนรู้	quasi-experimental design ดำเนินการทดลองเป็นเวลา 16 สัปดาห์	คะแนนเฉลี่ยสุขภาวะองค์รวมของกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุมหลังได้รับโปรแกรมการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .01
Noor M, Abdul Rahman ND, Idlan Afiq Mohamad Zahari M./ 2018	นักศึกษามุสลิม	- กิจกรรมการส่งเสริมความกตัญญูต่อพระเจ้าตามหลักศาสนาอิสลาม - กิจกรรมการเขียนจดหมายขอบคุณบุคคลอันเป็นที่รัก	quasi-experimental design ดำเนินการทดลองเป็นเวลา 14 วัน	คะแนนเฉลี่ยระดับความพึงพอใจในชีวิตของกลุ่มนักศึกษามุสลิมที่ได้รับการส่งเสริมความกตัญญูต่อพระเจ้าตามหลักศาสนาอิสลามสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการส่งเสริมความกตัญญูแบบตะวันตกหลังได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .01
O'Connell BH, O'Shea D, Gallagher S./ 2018	นักศึกษา	- กิจกรรมการอธิบายแนวคิดเรื่องความกตัญญู - กิจกรรมการบันทึกคำขอบคุณ	RCT ดำเนินการทดลองเป็นเวลา 4 สัปดาห์	คะแนนของความพึงพอใจในชีวิตและมิตรภาพของกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุมหลังได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .001

ตาราง 1 (ต่อ)

แหล่งที่มา (ผู้วิจัย/ปีที่พิมพ์)	P: Population	I: Intervention	C: comparison	O: Outcome
Nathan LS./ 2020	วัยรุ่น	- กิจกรรมการนำเข้าสู่ความกตัญญูโดยการดูภาพยนต์เกี่ยวกับความกตัญญูต่อบุคคลอันเป็นที่รักและผู้มีพระคุณ - กิจกรรมการขอพร - กิจกรรมการบันทึกคำขอบคุณ	quasi-experimental design ดำเนินการทดลองเป็นเวลา 32 วัน	คะแนนเฉลี่ยของความเป็นอยู่ที่ดีของกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุมหลังได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .00
Al-Seheel AY, Noor NM./ 2016	นักเรียนมุสลิม	- กิจกรรมการส่งเสริมความกตัญญูต่อพระเจ้าตามหลักศาสนาอิสลาม - กิจกรรมการเขียนจดหมายขอบคุณบุคคลอันเป็นที่รัก	quasi-experimental design ดำเนินการทดลองเป็นเวลา 16 วัน	คะแนนเฉลี่ยระดับความสุขของกลุ่มนักเรียนมุสลิมที่ได้รับการส่งเสริมความกตัญญูต่อพระเจ้าตามหลักศาสนาอิสลามสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการส่งเสริมความกตัญญูแบบตะวันตกหลังได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .01
Behzadipour S, Sadeghi A, Sepahmansour M./ 2018	บุคลากรในโรงพยาบาล	- กิจกรรมการส่งเสริมความกตัญญูต่อพระเจ้าและผู้อื่น	quasi-experimental design ดำเนินการทดลองเป็นเวลา 7 เดือน	คะแนนเฉลี่ยรายด้านของความเป็นอยู่ที่ดี (ความสัมพันธ์เชิงบวก การรู้จักควบคุมตัวเอง ความสามารถในการจัดการสิ่งแวดล้อมรอบตัว เป้าหมายชีวิต การพัฒนาตนเอง และการยอมรับตนเอง) สูงกว่ากลุ่มควบคุมหลังได้รับโปรแกรมการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .001
Khanna P, Singh K./ 2016	วัยรุ่น	- กิจกรรมการอธิบายแนวคิดเรื่องความกตัญญู - กิจกรรมความมุ่งมั่นตั้งใจ - กิจกรรมการบันทึกคำขอบคุณ	quasi-experimental design ดำเนินการทดลองเป็นเวลา 5 สัปดาห์	คะแนนเฉลี่ยของสุขภาวะองค์รวมที่ดีของกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุมหลังได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .01
Shoshani A, Steinmetz S./ 2014	วัยรุ่น	- กิจกรรมการนำเข้าสู่ความกตัญญูโดยการดูภาพยนต์เกี่ยวกับความกตัญญูต่อบุคคลอันเป็นที่รักและผู้มีพระคุณ - กิจกรรมการขอพร - กิจกรรมการบันทึกคำขอบคุณ	quasi-experimental design ดำเนินการทดลองเป็นเวลา 2 ปีการศึกษา	คะแนนเฉลี่ยของการรับรู้ความสามารถของตนเอง การมองโลกในแง่ดี และความพึงพอใจในชีวิตของกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุมหลังได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .05, .01, .001

ตาราง 1 (ต่อ)

แหล่งที่มา (ผู้วิจัย/ปีที่พิมพ์)	P: Population	I: Intervention	C: comparison	O: Outcome
Veldez JPM, Jesus ADD./ 2022	นักเรียน	- กิจกรรมการโพสต์ข้อความขอบคุณ - กิจกรรมการเขียนจดหมายขอบคุณบุคคลอันเป็นที่รัก	quasi-experimental design ดำเนินการทดลองเป็นเวลา 4 สัปดาห์	คะแนนเฉลี่ยของผลการเรียนของกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุมหลังได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.01 และในเชิงคุณภาพพบว่าความกตัญญูยังเพิ่มอารมณ์เชิงบวกและแรงบันดาลใจในการทำสิ่งต่าง ๆ เพื่อตอบแทนบุคคลอันเป็นที่รักและได้ช่วยเหลือผู้อื่นอีกด้วย
Pasri P, Hounsri K, Suwanruangsri S, et al./ 2022	นักศึกษาพยาบาล	- กิจกรรมการส่งเสริมความกตัญญู 4 รูปแบบ ได้แก่ ความกตัญญูต่อตนเอง บุคคลอันเป็นที่รักและผู้มีพระคุณ เพื่อน และสังคม สิ่งแวดล้อม ประเทศชาติ และโลก - กิจกรรมการบันทึกคำขอบคุณ	quasi-experimental design ดำเนินการทดลองเป็นเวลา 6 สัปดาห์	คะแนนเฉลี่ยสุขภาวะองค์รวมของกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุมหลังได้รับโปรแกรมการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .001

จากการวิเคราะห์และสังเคราะห์หลักฐานเชิงประจักษ์เกี่ยวกับความกตัญญู เป้าหมายชีวิต และสุขภาวะองค์รวม สามารถสรุปวิธีการส่งเสริมความกตัญญู 5 ประการ โดยเป็นลักษณะของการจัดกิจกรรมรายกลุ่มและรายบุคคลอย่างต่อเนื่อง เป็นระยะเวลา 4 สัปดาห์ โดยแผนการดำเนินกิจกรรมแบ่งเป็น 3 ขั้นตอน ดังนี้

1. ขั้นเตรียมการ ดำเนินการในสัปดาห์ที่ 1 ครั้งที่ 1 ใช้เวลา 1 ชั่วโมง 30 นาที ผู้วิจัยพบกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนดและยินยอมเข้าร่วมการวิจัย โดยผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยได้แนะนำตัวเอง แจ้งวัตถุประสงค์การวิจัย อธิบายขั้นตอนการดำเนินการวิจัย เปิดโอกาสให้กลุ่มตัวอย่างซักถาม แจ้งสิทธิ์ในการยอมรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมวิจัยตามความสมัครใจ เพื่อสร้างสัมพันธภาพภายในกลุ่ม ผ่านกิจกรรม “สร้างสัมพันธภาพและความไว้วางใจซึ่งกันและกัน” โดยทำความเข้าใจ ทำความรู้จักซึ่งกันและกันระหว่างผู้วิจัย ผู้ช่วยวิจัยและผู้ร่วมวิจัย เพื่อสร้างสัมพันธภาพและความไว้วางใจซึ่งกันและกัน รวมทั้งชี้แจงขั้นตอนในการดำเนินโปรแกรมฯในภาพรวม ร่วมกับการทำความเข้าใจเกี่ยวกับการรับรู้เป้าหมายชีวิต โดยผ่านกิจกรรมวาดภาพพร้อมระบายสีหรือเขียนเรียงความใน หัวข้อ “อนาคตที่ใฝ่ฝันและเป้าหมายชีวิตของฉัน”[13,27]

2. ขั้นดำเนินการ ดำเนินการในสัปดาห์ที่ 1 ครั้งที่ 2 – สัปดาห์ที่ 4 ครั้งที่ 1 ใช้เวลา 1 ชั่วโมง 30 นาที/ครั้ง สัปดาห์ละ 2 ครั้ง ให้กลุ่มตัวอย่างเข้าร่วมกิจกรรมการส่งเสริมความกตัญญู 5 ประการ กิจกรรมการค้นหาเป้าหมายในชีวิตและออกแบบเส้นทางชีวิต กิจกรรมการมีคำมั่นสัญญาและการรักษาคำมั่นสัญญา ร่วมกับการใช้กิจกรรมสุนทรียสนทนาก่อนเริ่มกิจกรรมในทุกกิจกรรม[28] เพื่อให้กลุ่มตัวอย่างผ่อนคลายจิตใจ มีสมาธิและพร้อมเรียนรู้สิ่งใหม่ด้วยเสียงเพลงหรือบทเกี่ยวกับความกตัญญูของอัลกุรอาน หลังจากนั้นมีกิจกรรมการสะท้อนคิดการเรียนรู้ในแต่ละกิจกรรม[29] โดยมีกิจกรรมในขั้นตอนดำเนินการ ดังนี้

2.1 กิจกรรมที่ 1 การส่งเสริมความกตัญญูต่อพระเจ้า[16,22-23] ดำเนินการในสัปดาห์ที่ 1 ครั้งที่ 2 ใช้เวลา 1 ชั่วโมง 30 นาที เป็นกิจกรรมที่จัดขึ้นเพื่อให้กลุ่มตัวอย่างตระหนักถึงความสำคัญและรู้คุณค่าของความรัก ความเมตตา ความกตัญญูที่มีต่อพระเจ้า โดยใช้หลักคำสอนของศาสนาอิสลามเกี่ยวกับความกตัญญูจากอัลกุรอานมาบรรยายให้กลุ่มตัวอย่างฟัง มีการละหมาดและขอพรร่วมกันในวันที่ทำกิจกรรม และให้เขียนบันทึกประจำวันสิ่งที่อยากขอบคุณพระเจ้าทุก ๆ คืนก่อนนอน วันละ 3 ประการ

2.2 กิจกรรมที่ 2 การส่งเสริมความกตัญญูต่อตนเอง[13,24-27] ดำเนินการในสัปดาห์ที่ 2 ครั้งที่ 1 ใช้เวลา 1 ชั่วโมง 30 นาที เพื่อให้กลุ่มตัวอย่างได้มีการรับรู้และตระหนักถึงคุณค่าในตนเอง ผ่านการวาดรูปที่สื่อถึงตนเองพร้อมทั้งให้เหตุผล และมีความมุ่งมั่นตั้งใจในการเรียนเพื่อเป้าหมายชีวิตที่วางไว้ และให้เขียนบันทึกประจำวันโดยการขอบคุณตัวเองทุก ๆ คืนก่อนนอน วันละ 3 ประการ

2.3 กิจกรรมที่ 3 การส่งเสริมความกตัญญูต่อบุคคลอันเป็นที่รักและผู้มีพระคุณ[13,19-20,23-27] ดำเนินการในสัปดาห์ที่ 2 ครั้งที่ 2 ใช้เวลา 1 ชั่วโมง 30 นาที เป็นกิจกรรมที่จัดขึ้นเพื่อให้กลุ่มตัวอย่างได้แสดงความรู้สึกขอบคุณ พ่อ แม่ ครู หรือผู้มีพระคุณ โดยให้ดูวิดีโอ “สำหรับคุณ...ความกตัญญูมีค่าเท่ากับอะไร” เพื่อเป็นแรงบันดาลใจให้กับตนเอง โดยสอดแทรกหลักคำสอนของศาสนาอิสลามเกี่ยวกับความกตัญญูต่อพ่อแม่หรือผู้มีพระคุณมาบรรยายให้กลุ่มตัวอย่างฟัง และให้เขียนขอบคุณพ่อแม่ ครู หรือผู้มีพระคุณ ผ่านกิจกรรม “จดหมายถึงคนที่ฉันรัก” จากนั้นผู้วิจัยเก็บรวบรวบจดหมายและนำไปส่งไปรษณีย์ และให้เขียนบันทึกประจำวันสิ่งที่อยากขอบคุณบุคคลอันเป็นที่รักและผู้มีพระคุณทุก ๆ คืนก่อนนอน วันละ 3 ประการ

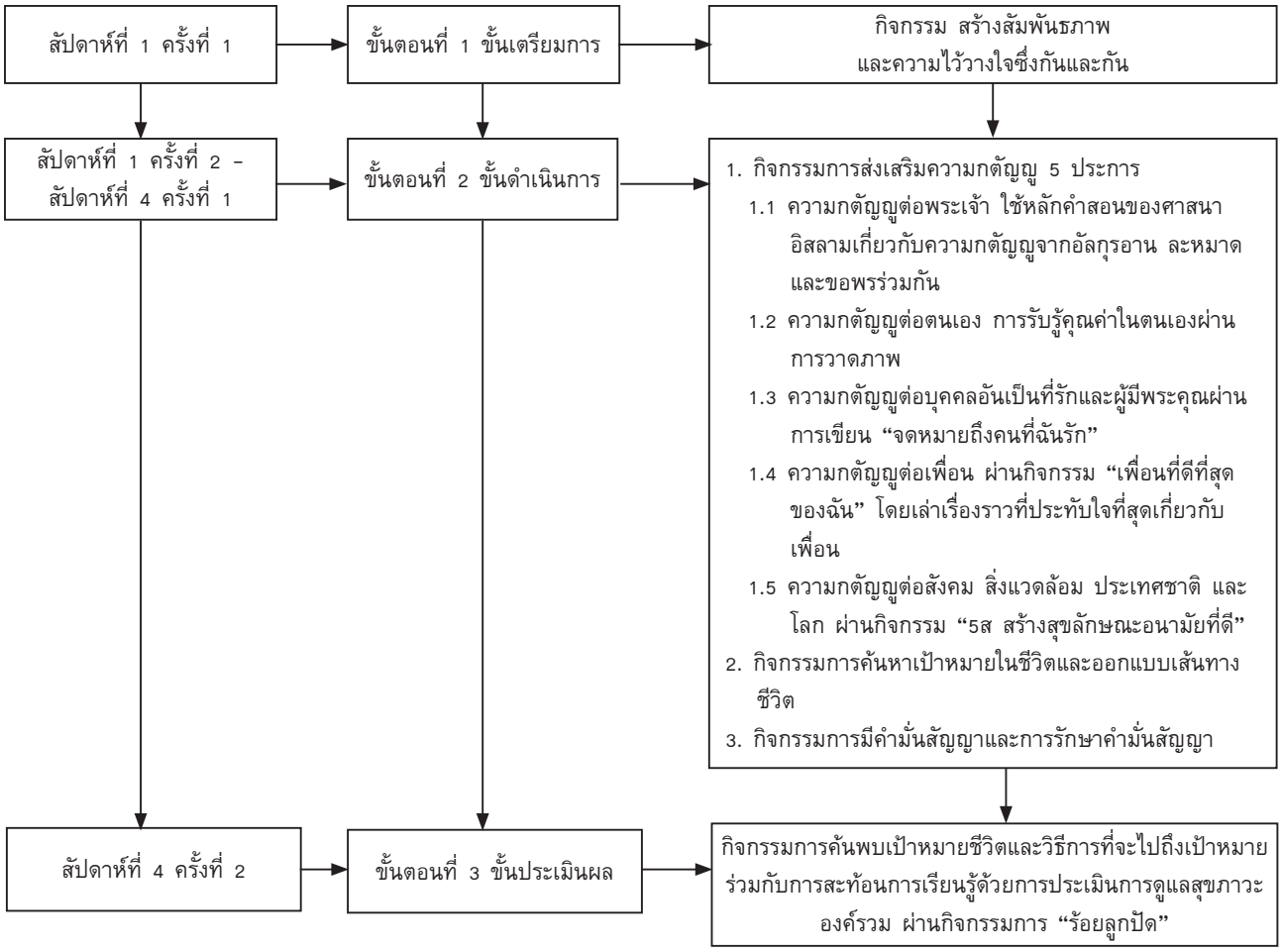
2.4 กิจกรรมที่ 4 การส่งเสริมความกตัญญูต่อเพื่อน[13,19-20,25-27] ดำเนินการในสัปดาห์ที่ 3 ครั้งที่ 1 ใช้เวลา 75 นาที เป็นกิจกรรมที่จัดขึ้นเพื่อให้กลุ่มตัวอย่างได้แสดงความรู้สึกขอบคุณต่อเพื่อน ผ่านกิจกรรม “เพื่อนที่ดีที่สุดของฉัน” โดยเล่าเรื่องราวที่ประทับใจที่สุดเกี่ยวกับเพื่อน และให้เขียนบันทึกประจำวันสิ่งที่อยากขอบคุณเพื่อนทุก ๆ คืนก่อนนอน วันละ 3 ประการ

2.5 กิจกรรมที่ 5 การส่งเสริมความกตัญญูต่อสังคม สิ่งแวดล้อม ประเทศชาติ และโลก[13,27] ดำเนินการในสัปดาห์ที่ 3 ครั้งที่ 1 ใช้เวลา 75 นาที เป็นกิจกรรมที่ให้กลุ่มตัวอย่างทำเพื่อสะท้อนความจำเป็นในการช่วยดูแลและรักษาสิ่งแวดล้อมของโรงเรียน บ้าน ชุมชน หรือทรัพยากรธรรมชาติ ผ่านกิจกรรม “5ส สร้างสุขลักษณะอนามัยที่ดี” ต่อโรงเรียน และให้เขียนบันทึกประจำวันสิ่งที่อยากขอบคุณสังคม สิ่งแวดล้อม ประเทศชาติ และโลกทุก ๆ คืนก่อนนอน วันละ 3 ประการ

2.6 กิจกรรมที่ 6 กิจกรรมการค้นหาเป้าหมายในชีวิตและออกแบบเส้นทางชีวิต ดำเนินการในสัปดาห์ที่ 3 ครั้งที่ 2 ใช้เวลา 1 ชั่วโมง 30 นาที ผู้วิจัยดำเนินกิจกรรมโดยให้กลุ่มตัวอย่างเล่า “อนาคตที่ใฝ่ฝัน” และ “วิธีการที่จะไปถึงอนาคตที่ใฝ่ฝัน” ซึ่งจะให้กลุ่มตัวอย่างมีเวลาในการคิดวิเคราะห์ด้วยความตั้งใจและใคร่ครวญอย่างลึกซึ้งเกี่ยวกับเส้นทางชีวิตของตนเอง หลังจากนั้นให้กลุ่มตัวอย่างแต่ละรายนำเสนอเส้นทางชีวิตของตนเอง เพื่อแลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกัน[13,27]

2.7 กิจกรรมที่ 7 กิจกรรมการมีคำมั่นสัญญาและการรักษาคำมั่นสัญญา ดำเนินการในสัปดาห์ที่ 4 ครั้งที่ 1 ใช้เวลา 1 ชั่วโมง 30 นาที เพื่อเป็นแรงผลักดันที่จะพาตัวเองไปสู่เป้าหมายนั้น ๆ และการรักษาคำมั่นสัญญาที่ตั้งไว้ต่อตนเองและบุคคลอันเป็นที่รัก จะช่วยให้เป้าหมายนั้นประสบความสำเร็จ[13,27]

3. ขั้นตอนประเมินผล ดำเนินการในสัปดาห์ที่ 4 ครั้งที่ 2 ใช้เวลา 1 ชั่วโมง 30 นาที เริ่มด้วยกิจกรรม “สุนทรียสนทนา” เพื่อผ่อนคลายจิตใจให้มีสมาธิและความสงบ[28] และเริ่มกิจกรรมการค้นพบเป้าหมายและวิธีการที่จะไปถึงเป้าหมาย[13] หลังจากนั้นผู้วิจัยจัดกิจกรรมสะท้อนคิดผลการเรียนรู้ เพื่อให้กลุ่มตัวอย่างทุกคนร่วมกันวิเคราะห์เกี่ยวกับกระบวนการเรียนรู้ที่เกิดขึ้น[29] และผลโดยรวมที่เกิดขึ้นกับตนเองจากสิ่งที่สามารถวัดได้และสังเกตได้โดยผ่านกิจกรรม “ร้อยลูกปัด” เช่น ความมุ่งมั่นตั้งใจในการดูแลสุขภาวะแบบองค์รวมตามแผนที่วางไว้ และการมีเป้าหมายชีวิตในอนาคต เช่น ได้ทำศาสนกิจครบ 5 เวลา การดูแลร่างกายให้อยู่ในเกณฑ์น้ำหนักที่คงที่ ความเข้าใจในเนื้อหาวิชาเรียน หรือจำนวนชั่วโมงที่ช่วยพ่อแม่ทำงาน เป็นต้น โดยสามารถสรุปแผนการดำเนินกิจกรรมได้ ดังนี้



ภาพ 1 โปรแกรมการส่งเสริมความกตัญญูเพื่อสร้างเสริมเป้าหมายชีวิตและสุขภาวะองค์รวมของวัยรุ่นมุสลิมตอนต้น

2. ระยะการประเมินคุณภาพของโปรแกรมฯ การประเมินคุณภาพของโปรแกรมฯ ประกอบด้วย 2 ระยะ โดยมีรายละเอียดดังนี้

2.1 การตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาของโปรแกรมฯ โดยผู้ทรงคุณวุฒิทั้ง 3 ท่าน พบว่า โปรแกรมฯ มีความสอดคล้องกับวัตถุประสงค์ มีความถูกต้อง เหมาะสม และชัดเจน และค่าเฉลี่ยของดัชนีความสอดคล้อง (IOC) เท่ากับ .97 กิจกรรมที่ใช้ในการส่งเสริมความกตัญญูมีความเหมาะสม ถูกต้อง และชัดเจน และมีความสอดคล้องกับกรอบแนวคิดที่ใช้ในการวิจัย ผู้ทรงคุณวุฒิ 1 ใน 3 ท่าน ได้แนะนำว่าควรปรับเปลี่ยนบทของอัลกุรอานที่ใช้ในการทำกิจกรรมในขั้นตอนที่ 1 และขั้นตอนที่ 2 เพื่อให้มีความเหมาะสมและสอดคล้องกับหัวข้อที่ศึกษามากยิ่งขึ้น และควรปรับลดกิจกรรมซึ่งเป็นข้อห้ามตามหลักศาสนาอยู่แล้วออก เช่น การดื่มแอลกอฮอล์ เป็นต้น

2.2 การตรวจสอบความคิดเห็นของกลุ่มเป้าหมายผู้ได้รับการทดลองโปรแกรมฯ โดยทดลองใช้กับนักเรียนมุสลิมชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 2 จำนวน 10 ราย ซึ่งเป็นนักเรียนชาย 4 ราย นักเรียนหญิง 6 ราย เป็นระยะเวลา 1 สัปดาห์ พบว่า นักเรียนทั้ง 10 ราย ให้ความคิดเห็นว่าโปรแกรมฯ มีความเข้าใจได้ง่ายและสามารถนำไปประยุกต์ใช้ในชีวิตได้ โดยมีความคิดเห็นต่อโปรแกรมฯ ทั้ง 3 ด้านอยู่ในระดับมากที่สุด (5 คะแนน) ได้แก่ ด้านที่ 1 ความเหมาะสมและความเข้าใจของรูปแบบกิจกรรม นักเรียนทุกคนมีความคิดเห็นว่า โปรแกรมฯ เข้าใจได้ง่ายและสามารถนำไปประยุกต์ใช้ในชีวิตได้ในระดับมากที่สุด (5 คะแนน) ทั้งนี้การดำเนินกิจกรรมในแต่ละขั้นตอนของโปรแกรมฯ ทำให้นักเรียนมีความเข้าใจเป้าหมายชีวิตและสุขภาวะองค์รวม ความรู้ที่ได้รับจากการทำกิจกรรมสามารถนำไปประยุกต์ใช้ในชีวิตได้และส่งผลดีต่อตัวเอง ครอบครัว และสังคม ด้านที่ 2 การใช้สมุดประจำตัว “บันทึกเส้นทางสู่ฝันให้ฉันเป็น” นักเรียนทุกคนมีความคิดเห็นว่า สมุดประจำตัว “บันทึกเส้นทางสู่ฝันให้ฉันเป็น” เข้าใจได้ง่ายและสามารถนำไปประยุกต์ใช้ในชีวิตได้ในระดับมากที่สุด (5 คะแนน) ทั้งนี้

เพราะมีความสอดคล้องกับวัตถุประสงค์ในแต่ละกิจกรรม และมีการสอดแทรกหลักคำสอนจากอัลกุรอานเกี่ยวกับความกตัญญู ด้านที่ 3 สื่อวิดีโอ และไฟล์เสียง เช่น “สำหรับคุณ... ความกตัญญูมีค่าเท่ากับอะไร” “น้องต่อง เด็กยอดกตัญญูสู่ชีวิต อำเภอระโนด จังหวัดสงขลา” บทเกี่ยวกับความกตัญญูของอัลกุรอาน และเพลงประกอบกิจกรรม นักเรียนทุกคนมีความคิดเห็นว่า สื่อวิดีโอ และไฟล์เสียง เข้าใจได้ง่ายและสามารถนำไปประยุกต์ใช้ในชีวิตได้ในระดับมากที่สุด (5 คะแนน) ทั้งนี้เพราะมีความสอดคล้องกับวัตถุประสงค์ในแต่ละกิจกรรม และสอดคล้องกับหลักคำสอนของศาสนาอิสลามในการสร้างเสริมคุณธรรมจริยธรรมให้กับวัยรุ่นมุสลิม อย่างไรก็ตาม นักเรียนทุกคนได้เสนอแนะให้มีการปรับภาษาที่ใช้ในกิจกรรมการสะท้อนคิดเพื่อให้นักเรียนมีความเข้าใจในการทำกิจกรรมมากยิ่งขึ้น

การอภิปรายผลการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาโปรแกรมการส่งเสริมความกตัญญูเพื่อสร้างเสริมเป้าหมายชีวิตและสุขภาวะองค์รวมของวัยรุ่นมุสลิมตอนต้น โดยขั้นตอนการพัฒนาโปรแกรมฯ ประกอบด้วย 2 ระยะ ได้แก่ ระยะการพัฒนาองค์ประกอบของโปรแกรมฯ และระยะการประเมินคุณภาพของโปรแกรมฯ ผลการศึกษา พบว่า โปรแกรมฯ ประกอบด้วย 3 ขั้นตอน ได้แก่ 1) ขั้นเตรียมการ 2) ขั้นดำเนินการ และ 3) ขั้นประเมินผล ดำเนินกิจกรรม จำนวน 8 ครั้ง ได้แก่ 1) กิจกรรมสร้างสัมพันธภาพและความไว้วางใจซึ่งกันและกัน 2) กิจกรรมการส่งเสริมความกตัญญูต่อพระเจ้า 3) กิจกรรมการส่งเสริมความกตัญญูต่อตนเอง 4) กิจกรรมการส่งเสริมความกตัญญูต่อบุคคลอันเป็นที่รักและผู้มีพระคุณ 5) กิจกรรมการส่งเสริมความกตัญญูต่อเพื่อน และกิจกรรมการส่งเสริมความกตัญญูต่อสังคม สิ่งแวดล้อม ประเทศชาติ และโลก 6) กิจกรรมการค้นหาเป้าหมายในชีวิตและออกแบบเส้นทางชีวิต 7) กิจกรรมการมีคำมั่นสัญญาและการรักษาคำมั่นสัญญา และ 8) กิจกรรมการค้นพบเป้าหมายชีวิตและวิธีการที่จะไปถึงเป้าหมาย ร่วมกับการสะท้อนการเรียนรู้ด้วยการประเมินการดูแลสุขภาวะองค์รวม ซึ่งดำเนินกิจกรรมทั้งหมดเป็นระยะเวลา 4 สัปดาห์ ผลการประเมินคุณภาพของโปรแกรมฯ โดยการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน พบว่า กิจกรรมในโปรแกรมมีความสอดคล้องกับวัตถุประสงค์ มีความถูกต้อง เหมาะสม และชัดเจน และค่าเฉลี่ยของดัชนีความสอดคล้อง (IOC) เท่ากับ .97 สำหรับการนำโปรแกรมฯ ไปทดลองใช้กับนักเรียนมุสลิมชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 2 จำนวน 10 ราย พบว่า โปรแกรมฯ มีความเข้าใจได้ง่ายและสามารถนำไปประยุกต์ใช้ในชีวิตได้ในระดับมากที่สุด (5 คะแนน) โดยสามารถอภิปรายผลการศึกษาได้ดังนี้

1. ด้วยองค์ประกอบของโปรแกรมฯ ประกอบด้วย คู่มือการดำเนินกิจกรรมโปรแกรมฯ และสมุดประจำตัว “บันทึกเส้นทางสู่ฝันให้ฉันเป็น” ซึ่งผู้วิจัยได้พัฒนาขึ้นจากแนวคิดความกตัญญู เป้าหมายชีวิต สุขภาวะองค์รวม และหลักคำสอนของศาสนาอิสลามเกี่ยวกับความกตัญญูจากอัลกุรอาน ร่วมกับการวิเคราะห์และสังเคราะห์หลักฐานเชิงประจักษ์ ทำให้ได้โปรแกรมการส่งเสริมความกตัญญูที่มีความเฉพาะเจาะจงและเหมาะสมกับการนำไปใช้ในกลุ่มนักเรียนวัยรุ่นมุสลิมตอนต้น โดยองค์ประกอบดังกล่าวคลอบคลุมขั้นตอนของการสร้างเสริมเป้าหมายชีวิตและสุขภาวะองค์รวมในวัยรุ่นมุสลิม ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Balthip, et al.[13] และ Pasri, et al.[27] ที่ได้พัฒนาแนวทางการใช้โปรแกรมส่งเสริมความกตัญญูในวัยรุ่นไทย เพื่อการสร้างเสริมเป้าหมายชีวิตและสุขภาวะองค์รวม และ Al-Seheel and Noor[22] ได้นำแนวคิดความกตัญญูต่อพระเจ้าตามหลักคำสอนของศาสนาอิสลามมาสร้างเสริมความสุขแก่วัยรุ่นมุสลิม ดังนั้นโปรแกรมฯ จึงมีความถูกต้อง เหมาะสมเชิงเนื้อหา และสามารถนำไปใช้จริง

2. ขั้นตอนการจัดกิจกรรมของโปรแกรมฯ ประกอบด้วย 3 ขั้นตอน โดยในการจัดกิจกรรมผู้วิจัยเป็นผู้ดำเนินการหลักและให้ผู้ช่วยวิจัยคอยช่วยเหลือกลุ่มตัวอย่างในทุกขั้นตอนของการทำกิจกรรม ทำให้กิจกรรมที่มาจากกลุ่มเป็นกิจกรรมที่นักเรียนได้คิด วิเคราะห์ แลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกัน และสามารถนำไปปฏิบัติได้จริง โดยผ่านการส่งเสริมความกตัญญูทั้ง 5 ประการ ดังนี้

2.1 ความกตัญญูต่อพระเจ้า การขอบคุณพระเจ้าโดยการปฏิบัติตามคำบัญชาของพระองค์เพื่อให้มนุษย์ดำเนินชีวิตไปในหนทางที่ถูกต้อง โดยนำหลักคำสอนของศาสนาอิสลามเกี่ยวกับความกตัญญูจากอัลกุรอานมาบรรยายให้นักเรียนฟัง มีการละหมาดและขอพรร่วมกันในวันที่ทำกิจกรรม เป็นกิจกรรมสำคัญที่คนนับถือศาสนาอิสลามต้องระลึกถึงอยู่เสมอและเป็นสิ่งยึดเหนี่ยวจิตใจทำให้เรามีจิตใจที่ดี[16,23-24]

2.2 ความกตัญญูต่อตนเอง การรับรู้และตระหนักถึงคุณค่าในตนเองผ่านการวาดรูปที่สื่อถึงตนเอง เป็นกิจกรรมที่ช่วยให้นักเรียนได้มองเห็นคุณค่าของตนเอง มีแรงบันดาลใจที่จะทำให้ตนเองประสบความสำเร็จในเป้าหมายชีวิต และได้ทบทวนว่าจะแสดงความขอบคุณหรือกตัญญูต่อตนเองอย่างไร[13, 25-28]

2.3 ความกตัญญูต่อบุคคลอันเป็นที่รักและผู้มีพระคุณ การให้ดูวิดีโอ “สำหรับคุณ..ความกตัญญูมีค่าเท่ากับอะไร” เพื่อเป็นแรงบันดาลใจให้กับนักเรียนทุกคนที่จะแสดงความกตัญญูต่อผู้มีพระคุณ โดยสอดแทรกหลักคำสอนของศาสนาอิสลามเกี่ยวกับความกตัญญูต่อพ่อแม่หรือผู้มีพระคุณ มาบรรยายให้นักเรียนฟัง รวมถึงการแสดงความรู้สึกขอบคุณต่อผู้มีพระคุณผ่านการเขียน “จดหมายถึงคนที่ฉันรัก” ซึ่งเป็นกิจกรรมที่ช่วยให้นักเรียนได้ระลึกถึงความรัก ความปรารถนาดีของพ่อแม่ ครู อาจารย์ ผู้มีพระคุณ และอยากจะแสดงออกถึงความรู้สึกขอบคุณ ความรู้สึกรู้คุณ ผ่านการเขียนจดหมาย[13,19-20,23-27]

2.4 ความกตัญญูต่อเพื่อน การแสดงความขอบคุณเพื่อนผ่านการเล่าเรื่องราวความประทับใจ ผ่านกิจกรรม “เพื่อนที่ดีที่สุดของฉัน” เป็นกิจกรรมที่ช่วยให้นักเรียนได้ระลึกถึงเรื่องราวดี ๆ ที่เพื่อนเคยช่วยเหลือเกื้อกูลซึ่งกันและกัน เพื่อนได้ให้ความรู้สึกดี ๆ ความรู้สึกที่จริงใจ และความรู้สึกประทับใจต่อกัน[13,19-20,25-27]

2.5 ความกตัญญูต่อสังคม สิ่งแวดล้อม ประเทศชาติและโลก การแสดงความขอบคุณต่อสังคมที่นักเรียนอยู่ในปัจจุบัน เช่น โรงเรียน ผ่านกิจกรรม “5ส สร้างสุขลักษณะอนามัยที่ดี” เพื่อให้นักเรียนตระหนักและช่วยกันรักษาดูแลสิ่งแวดล้อมต่าง ๆ ของโรงเรียนให้มีความสะอาด เป็นระเบียบเรียบร้อย แสดงความรับผิดชอบต่อโรงเรียน รู้จักหน้าที่ของตนเองที่มีต่อโรงเรียน[13,27]

ในบริบทของศาสนาอิสลามได้ให้ความสำคัญเป็นอย่างมากเกี่ยวกับความกตัญญู เพราะความกตัญญูเป็นคุณสมบัติของผู้ศรัทธา โดยศาสนาอิสลามสอนให้กตัญญูรู้คุณต่อผู้ที่มีพระคุณ เริ่มจากการให้กตัญญูรู้คุณต่ออัลลอฮฺ (ซ.บ) พระผู้ทรงสร้าง ผู้ทรงให้ชีวิต ทรงให้เครื่องยังชีพ และสติปัญญา ฯลฯ ด้วยการเคารพภักดีต่อพระองค์ เชื่อและปฏิบัติตามคำสั่งของพระองค์และศาสดาของพระองค์ การกตัญญูรู้คุณต่อพ่อแม่ ด้วยการเชื่อฟัง มีมารยาทดี ปรนนิบัติพ่อแม่ด้วยความบริสุทธิ์ใจ และเลี้ยงดูตอบแทนท่าน และการกตัญญูรู้คุณต่อเพื่อนมนุษย์ด้วยกัน ด้วยการช่วยเหลือ เอื้อเฟื้อซึ่งกันและกัน นอกจากนี้ควรมีความกตัญญูต่อประเทศชาติแผ่นดินที่เกิด ต้องปฏิบัติตัวเองให้ดี ให้เกิดประโยชน์ต่อตนเองและผู้อื่นในแผ่นดินที่อาศัยอยู่ ดังระบุในบทของอัลกุรอาน เช่น “แต่ทว่าอัลลอฮฺ เจ้าจงเคารพภักดี และจงเป็นคนหนึ่งจากบรรดาผู้ที่กตัญญูรู้คุณเถิด” (อัซซุมัรฺ: 66) “และจงระลึกถึงขณะที่พระเจ้าของพวกเจ้าได้ประกาศว่า หากพวกเจ้ากตัญญูรู้คุณ ข้าจะเพิ่มพูนให้แก่พวกเจ้าและหากพวกเจ้าเนรคุณ แท้จริงการลงโทษของข้านั้นสาหัสยิ่ง” (อิบรอฮีม: 7) “และเราได้สั่งมนุษย์ให้ทำดีกับพ่อแม่ของเขา ผู้เป็นแม่ได้อุ้มครรภ์เขาด้วยความเหนื่อยยากเป็นทวี และยังให้นมเขาในเวลาสองปี เจ้าจงขอบคุณข้า (หมายถึงพระองค์อัลลอฮฺ) และขอบคุณบิดามารดาของเจ้า ยังข้านั้นคือที่ที่เจ้าต้องกลับมา” (ลุกมาน: 14) เป็นต้น[17] ซึ่งบทบัญญัติในอัลกุรอานทุกบท มุสลิมทุกคนต้องยึดถือปฏิบัติเพื่อเป็นแนวทางในการดำเนินชีวิตที่ดีทั้งโลกนี้และโลกหน้า

นอกจากนี้ยังมีกิจกรรมการค้นหาเป้าหมายในชีวิตและออกแบบเส้นทางชีวิต โดยให้คิดวิเคราะห์และใคร่ครวญเกี่ยวกับเส้นทางชีวิตของตัวเองเป็นรายบุคคล มีจุดมุ่งหมายสำคัญเพื่อสนับสนุนให้วัยรุ่นมีสติ สมาธิ มีความมุ่งมั่นตั้งใจและใคร่ครวญถึงเป้าหมายชีวิตของตนเอง รวมถึงกิจกรรมการมีคำมั่นสัญญาและการรักษาคำมั่นสัญญา เพื่อเป็นแรงผลักดันที่จะพาตัวเองไปสู่เป้าหมายนั้นให้สำเร็จและมีความซื่อสัตย์ต่อตนเองในการปฏิบัติตามแผนที่ตนเองได้วางไว้ กิจกรรมนี้เปรียบเสมือนกับการให้คำมั่นสัญญาต่อพระเจ้า ซึ่งหลักคำสอนในอัลกุรอานได้พูดถึงการให้คำมั่นสัญญาหรือการรักษาข้อตกลง (อินชาอัลลฮ์) โดยหมายความว่า “หากพระองค์ทรงประสงค์” ซึ่งเป็นสิ่งสำคัญมากในการทำทุกอย่างให้สำเร็จตามที่วางแผนหรือพูดไว้[8] หลังจากค้นพบเป้าหมายชีวิตของตัวเองแล้วจะมีกิจกรรมวิธีการที่จะไปถึงเป้าหมายชีวิตนั้น ๆ โดยทำกิจกรรมเป็นรายกลุ่ม เพื่อให้นักเรียนได้ช่วยกันระดมความคิดเกี่ยวกับวิธีการที่จะไปให้ถึงเป้าหมายชีวิตและมีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกัน เพื่อให้นักเรียนได้คิดวิเคราะห์ และวางแผนเส้นทางชีวิตของตัวเอง และโปรแกรมฯ ได้ให้ความสำคัญกับการพัฒนาสติและปัญญา ผ่านกิจกรรมสุนทรียสนทนา โดยใช้หลักการฟังอย่างลึกซึ้ง (deep listening) เพื่อให้มีความรู้สึกผ่อนคลาย มีสมาธิ เป็นการฟังและไตร่ตรอง ทำให้เกิดบรรยากาศการแลกเปลี่ยน แบ่งปันความคิด ความเข้าใจทั้งตนเองและผู้อื่น[28] กิจกรรมการสะท้อนคิดการเรียนรู้ระหว่างการดำเนินกิจกรรมและสิ้นสุดกิจกรรม ช่วยให้กลุ่มตัวอย่างสามารถค้นหาความหมายของพฤติกรรม ทัศนคติของตนเองที่ได้เรียนรู้จากการทำกิจกรรม นำไปสู่การเปลี่ยนแปลงและมีการประยุกต์ความรู้ไปสู่การปฏิบัติในอนาคตได้[29] และการบันทึกคำขอบคุณในแต่ละวัน เป็นความรู้สึกที่ยินดี ซาบซึ้ง เป็นความรู้สึกที่งดงามที่เรามีต่อผู้อื่น ซึ่งเป็นวิธีการสำคัญในการสร้างเสริมเป้าหมายชีวิต โดยนักจิตวิทยาได้ทำการศึกษาวิจัยเกี่ยวกับความรู้สึกซาบซึ้งขอบคุณ พบว่า มีผลเชิงบวกต่อบุคคล สัมพันธภาพและช่วยเพิ่มสุขภาวะของบุคคล[15]

การสนับสนุนและกระตุ้นให้วัยรุ่นบันทึกสิ่งดี ๆ อย่างน้อย 3 ประการ ที่เกิดขึ้นในแต่ละวัน มีความสำคัญมากเพราะวัยรุ่นที่ใคร่ครวญถึงคำขอบคุณในชีวิตหรือระลึกถึงสิ่งที่ดีเป็นประจำ จะมีแนวโน้มความรู้สึกพึงพอใจในชีวิต มีความกตัญญูเพิ่มขึ้น มีอารมณ์เชิงบวกสูงขึ้น พวกเขาสามารถทำสิ่งดี ๆ เพื่อสังคม นอกเหนือจากการทำสิ่งดี ๆ เพื่อตนเอง[16,20,26] หลังจากเสร็จสิ้นกิจกรรมในขั้นตอนการดำเนินการแล้ว จะมีการประเมินผลสุขภาวะองค์รวมที่เกิดจากกระบวนการเรียนรู้ของตนเองที่เกิดขึ้นในระหว่างการทำกิจกรรมโดยสะท้อนผ่านกิจกรรมร้อยลูกปัด เพื่อสื่อถึงความมุ่งมั่นตั้งใจในการดูแลสุขภาวะองค์รวมและการทำบางสิ่งบางอย่างเพื่อเป้าหมายชีวิตที่ดีในอนาคต[13,28]

ดังนั้นกลุ่มเป้าหมายทั้ง 10 ราย จึงให้ข้อคิดเห็นว่าโปรแกรมฯ มีความเข้าใจได้ง่ายและสามารถนำไปประยุกต์ใช้ในชีวิตได้ มีความเหมาะสมทั้งรูปแบบและเนื้อหา การใช้สมุดประจำตัว “บันทึกเส้นทางสู่ฝันให้ฉันเป็น” เป็นสมุดที่นักเรียนสามารถใช้ได้จริงและเป็นประโยชน์ รูปแบบน่าสนใจ มีการสอดแทรกคำสอนเกี่ยวกับความกตัญญูจากอัลกุรอานไว้แต่ละหน้า ทำให้นักเรียนได้ซึมซับคำสอนที่เกี่ยวข้องกับความกตัญญูและได้เขียนบันทึกคำขอบคุณประจำวัน ซึ่งการเขียนบันทึกคำขอบคุณจะช่วยให้กลุ่มตัวอย่างมองเห็นคุณค่าในตนเองและผู้อื่น รวมทั้งสิ่งแวดล้อมรอบ ๆ ตัว มองโลกในแง่ดีขึ้น และมีความสุขมากยิ่งขึ้น[14] อีกทั้งสื่อวิดีโอ บทเกี่ยวกับความกตัญญูของอัลกุรอาน และเพลงประกอบกิจกรรม มีความสอดคล้องกับวัตถุประสงค์ในทุกกิจกรรม และสอดคล้องตามหลักคำสอนของศาสนาอิสลามในการสร้างเสริมคุณธรรมจริยธรรมให้กับวัยรุ่นมุสลิม เพื่อเป้าหมายชีวิตและสุขภาวะองค์รวมที่ดี

สำหรับข้อจำกัดของการใช้โปรแกรมฯ เบื้องต้นกลุ่มเป้าหมายได้เสนอให้มีการปรับภาษาในกิจกรรมบางส่วน เช่น กิจกรรมการสะท้อนคิดที่นักเรียนเห็นว่าควรปรับเปลี่ยนประโยคที่นักเรียนเข้าใจง่าย คือ ให้ปรับจากสะท้อนคิดด้วยคำ 3 คำ เป็นการสะท้อนคิดด้วยประโยค 1 ประโยคแทน เพื่อความเข้าใจในการทำกิจกรรมมากยิ่งขึ้น และระยะเวลาที่ใช้ในการดำเนินการทดลองควรจะใช้การทดลองจริง คือ 4 สัปดาห์ เพื่อให้นักเรียนได้มีความเข้าใจในแต่ละกิจกรรมอย่างลึกซึ้ง ได้ฝึกการคิดวิเคราะห์ และสะท้อนคิดการเรียนรู้ได้ดีกว่าระยะเวลาสั้น ๆ

ข้อจำกัดของการศึกษา

1. การศึกษาครั้งนี้เป็นการพัฒนาโปรแกรมการส่งเสริมความกตัญญูเพื่อสร้างเสริมเป้าหมายชีวิตและสุขภาวะองค์รวมของวัยรุ่นมุสลิมตอนต้น และทดสอบความเข้าใจและการนำไปประยุกต์ใช้ของกลุ่มเป้าหมายที่มีความเฉพาะเจาะจง คือ วัยรุ่นตอนต้นที่นับถือศาสนาอิสลามและเรียนในโรงเรียนที่สอนทั้งสามัญและศาสนา ดังนั้นหากนำโปรแกรมฯ ไปใช้กับวัยรุ่นที่นับถือศาสนาอื่นหรือนักเรียนมุสลิมที่ไม่ได้เรียนในโรงเรียนที่สอนทั้งสามัญและศาสนา มีความจำเป็นที่จะต้องปรับสื่อหรือปรับกิจกรรมเพื่อให้มีความเฉพาะเจาะจงกับกลุ่มดังกล่าวมากขึ้น

2. การศึกษานี้เป็นการพัฒนาและทดสอบโปรแกรมเพียงความเหมาะสมในการนำไปใช้ ดังนั้นจึงควรมีการศึกษาเพื่อประเมินประสิทธิผลของโปรแกรมก่อนนำไปใช้จริงกับกลุ่มเป้าหมายต่อไป

สรุป

การศึกษาครั้งนี้เป็นการพัฒนาโปรแกรมการส่งเสริมความกตัญญูเพื่อสร้างเสริมเป้าหมายชีวิตและสุขภาวะองค์รวมของวัยรุ่นมุสลิมตอนต้น ออกแบบโดยใช้แนวคิดความกตัญญู เป้าหมายชีวิต สุขภาวะองค์รวม และหลักคำสอนของศาสนาอิสลามเกี่ยวกับความกตัญญูจากอัลกุรอาน ร่วมกับองค์ความรู้จากการวิเคราะห์และสังเคราะห์หลักฐานเชิงประจักษ์เกี่ยวกับความกตัญญู เป้าหมายชีวิต และสุขภาวะองค์รวม โดยคัดเลือกและแบ่งระดับการประเมินคุณค่าของหลักฐานเชิงประจักษ์ที่เกี่ยวข้อง ซึ่งขั้นตอนการพัฒนาโปรแกรมฯ แบ่งเป็น 2 ระยะ คือ ระยะการพัฒนาองค์ประกอบของโปรแกรมฯ และระยะการประเมินคุณภาพของโปรแกรมฯ ผลการวิจัย พบว่าโปรแกรมฯ ประกอบด้วย 2 องค์ประกอบ คือ 1) คู่มือการดำเนินกิจกรรมโปรแกรมการส่งเสริมความกตัญญูของวัยรุ่นมุสลิมตอนต้น และ 2) สมุดประจำตัว “บันทึกเส้นทางสู่ฝันให้ฉันเป็น” และแบ่งการดำเนินกิจกรรมเป็น 3 ขั้นตอน ได้แก่ 1) ขั้นเตรียมการ 2) ขั้นดำเนินการ ประกอบด้วย 3 กิจกรรม ได้แก่ 2.1) การส่งเสริมความกตัญญู 5 ประการ 2.2) การค้นหาเป้าหมายในชีวิตและออกแบบเส้นทางชีวิต และ 2.3) การมีคำมั่นสัญญาและการรักษาคำมั่นสัญญา ร่วมกับการใช้กิจกรรมสุนทรียสนทนาและการสะท้อนคิดการเรียนรู้ในแต่ละกิจกรรม และ 3) ขั้นประเมินผล โดยการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาของโปรแกรมฯ พบว่า โปรแกรมฯมีความสอดคล้องกับวัตถุประสงค์ มีความถูกต้อง เหมาะสมและชัดเจน และมีค่าเฉลี่ยของดัชนีความสอดคล้อง (IOC) เท่ากับ .97 และเมื่อนำโปรแกรมฯ

ไปทดลองใช้กับนักเรียนมุสลิมชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 2 จำนวน 10 ราย พบว่า โปรแกรมฯ มีความเข้าใจได้ง่ายและสามารถนำไปประยุกต์ใช้ในชีวิตได้

ดังนั้นจะเห็นได้ว่า โปรแกรมฯ ซึ่งถูกพัฒนาขึ้นในบริบทของมุสลิม สามารถนำมาใช้เป็นแนวทางในการสร้างเสริมความกตัญญูเพื่อเป้าหมายชีวิตและสุขภาวะองค์รวมของวัยรุ่นมุสลิมตอนต้นได้ และที่สำคัญโปรแกรมฯ มีความสอดคล้องกับการสร้างเสริมความกตัญญูในบทบัญญัติของอัลกุรอาน ซึ่งสนับสนุนให้วัยรุ่นสามารถเลือกกระทำสิ่งดี ๆ บนหนทางที่ถูกต้องตามหลักคำสอนของศาสนาอิสลามและได้รับความสุขทั้งในโลกปัจจุบันและโลกหน้า

ข้อเสนอแนะและการนำไปใช้

1. ควรนำโปรแกรมฯ ไปทดสอบประสิทธิผลโดยการออกแบบการวิจัยเชิงทดลองกับจำนวนกลุ่มตัวอย่างที่มากขึ้น

2. ควรมีการพัฒนาการประเมินผลลัพธ์ (outcome) โดยการประเมินคุณภาพของเครื่องมือด้านความเที่ยงตรงเชิงพยากรณ์ (predictive validity)

3. โปรแกรมฯ นี้ เน้นการสร้างเสริมเป้าหมายชีวิตและสุขภาวะองค์รวมของวัยรุ่นมุสลิมตอนต้น โดยผู้ใช้โปรแกรมฯ จะต้องเข้าใจบริบทของศาสนาอิสลามและเตรียมความพร้อมโดยสร้างความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับความกตัญญู เป้าหมายชีวิต และสุขภาวะองค์รวม รวมทั้งกิจกรรมต่าง ๆ ในโปรแกรมฯ

การมีส่วนร่วมในการเขียนบทความ

บทความวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยและผู้ร่วมวิจัยทุกคนรับรู้ในการรายงานผลการวิจัยนี้ และมีส่วนร่วมในการดำเนินการวิจัย การเขียนอ่านรวมทั้งตรวจสอบความถูกต้องทุกขั้นตอน

การมีผลประโยชน์ทับซ้อน

ผลการวิจัยนี้ ไม่มีผลประโยชน์ทับซ้อนใด ๆ

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณ ผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่านที่ให้ความอนุเคราะห์ในการตรวจสอบเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ขอบพระคุณผู้อำนวยการและคุณครูที่ให้ความอนุเคราะห์ในการดำเนินการวิจัย และขอบคุณนักเรียนที่มีส่วนร่วมในการแสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับโปรแกรมฯ พร้อมทั้งให้ข้อเสนอแนะที่เป็นประโยชน์ในการศึกษาครั้งนี้

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization. Adolescent health [Internet]. Geneva: WHO; 2023 [cited 2023 May 6]. Available from: https://www.who.int/health-topics/adolescent-health#tab=tab_1
2. Tantipiwatsakun P, Wongsawat S, Inochanon A, et al. Knowledge of integrated adolescent health care operations for a team of adolescent health managers. 1 st ed. Bangkok: Beyond Publishing; 2016. Thai.
3. Casey BJ, Jones RM, Hare TA. The adolescent brain. Ann N Y Acad Sci. 2008; 1124(1): 111-26. doi: 10.1196/annals.1440.010.
4. ThaiHealth Official. Survey of behavior of Thai teenagers [Internet]. Bangkok: ThaiHealth Official; 2019 [cited 2021 Mar 9]. Available from: https://www.thaihealth.or.th/?p=292715
5. Plodprong V. Factors affecting life goal of upper secondary students of Srinakharinwirot University, Patumwan Demonstration School. Journal of Education Research Faculty of Education, Srinakharinwirot University. 2018; 13(1): 235-48. Thai.
6. Binwang R, Laeheem K. The situation and problem in drugs problem management among Thai Muslim adolescents in Ban Don Khilek community, Phawong Sub-District, Muang District, Songkhla Province. NDJ. 2016; 56(1): 1-22. Thai.
7. Jeharsae R, Topha H, Chaewae K, et al. A mosque-center model of participatory prevention of drug problems: Case studies of Ban Nua, KhoTau, Songkhla and Ban Lum, Pasaeyawor, Saiburi, Pattani. Pattani: Faculty of Nursing, Prince of Songkla Nursing, Pattani Campus; 2017. Thai.
8. Haengyama M, Yamareng U. The effect of learning package on Islamic ethic development for students of Islamic private schools in three southern border provinces. JYRU. 2022; 17(3): 138-47. Thai.
9. Ministry of Social Development and Human Security. A set of knowledge to prepare for entering a quality old age holistic health [internet]. Bangkok: Ministry of Social Development and Human Security; 2013 [cited 2021 Apr 10]. Available from: https://www.dop.go.th/download/knowledge/knowledge_th_20161003153532_2.pdf
10. Lohwithee W. The strengthening of well-being in accordance with guidelines suggested by the messenger of Islam. JLARSU. 2020; 15(2): 65-76. Thai.
11. Damon W. Nobel purpose the joy of living a meaning life. United State of America: McNaughton & Gunn, Inc; 2003.
12. Bronk KC. Purpose in life: A critical component of optimal youth development. New York: Springer Publishers; 2014.
13. Balthip K, Pasri P, Suwanphahu B, et al. Effect of a purpose in life program on the wellness of Southern Thai adolescents.

J Health Res. 2022; 36(2): 265-74. doi: 10.1108/JHR-04-2020-0102.

14. Blau I, Goldberg S, Benolol N. Purpose and life satisfaction during adolescence: The role of meaning in life, social support, and problematic digital use. J Youth Stud. 2019; 22(7): 907-25. doi: 10.1080/13676261.2018.1551614.
15. Emmons RA, McCullough ME. The psychology of gratitude. New York: Oxford University Press; 2004.
16. Noor NM, Abdul Rahman ND, Idlan Afiq Mohamad Zahari M. Gratitude, gratitude intervention and well-being in Malaysia. JBS. 2018; 13(2): 1-18.
17. Khodayarifard M, Ghobari-Bonab B, Akbari-Zardkhaneh S, et al. Positive psychology from Islamic perspective. Int J Behav Sci. 2016; 10(2): 77-83.
18. Sitalanuchit M. How spiritual health is important for yourself. EAU Heritage Journal Science and Technology. 2014; 8(2): 58-62. Thai.
19. O'Connell BH, O'Shea D, Gallagher S. Examining psychosocial pathways underlying gratitude intervention: A randomized controlled trail. J Happiness Stud. 2018; 19(1): 2424-44. doi: 10.1007/s10902-017-9931-5.
20. Nathan LS. The influence of gratitude on subjective wellbeing of adolescents: An interventional study. JES. 2020; 11(4): 720-35.
21. Rahmania FA. Gratitude and quality of life in Muslim early adulthood. Journal Psikologi Islam. 2020; 7(1): 1-8. doi: 10.47399/jpi.v7i1.87.
22. Al-Seheel AY, Noor NM. Effects of an Islamic-based gratitude strategy on Muslim students' level of happiness. Mental Health, Religion & Culture. 2016; 19(7): 686-703. doi: 10.1080/13674676.2016.1229287.
23. Behzadipour S, Sadeghi A, Sepahmansour M. A study on the effect of gratitude on happiness and well-being. Iranian Journal of Health Psychology. 2018; 1(2): 65-72.
24. Khanna P, Singh K. Effect of gratitude educational intervention on well-being indicators among North Indian adolescents. Contemp Sch Psychol. 2016; 20(1): 305-14. doi: 10.1007/s40688-016-0087-9.
25. Shoshani A, Steinmetz S. Positive psychology at school: A school-based intervention to promote adolescents' mental health and well-being. J Happiness Stud. 2014; 15(1): 1289-311. doi: 10.1007/s10902-013-9476-1.
26. Veldez JPM, Jesus ADD. Samuel KWC. Gratitude intervention optimizes effective learning outcomes in Filipino high school students: A mixed-methods study [Internet]. Hong Kong: The Education University of Hong Kong SAR China; 2022 [cited 2022 May 10]. Available from: https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0360131521001457
27. Pasri P, Hounsri K, Suwanruangsri S, et al. The effect of a promoting gratitude program on holistic health in nursing students. Rama Nurs J. 2022; 28(1): 143-57. Thai.
28. Nantasen R, Tana S, Kaewurai W. Development of learning activities based on dialogue to enhance democratic behaviors on respective ethics for grade VIII students. JEDU NU. 2018; 20(2): 201-12. Thai.
29. Mueannadon R, Tirapaiwong Y, Srichairattanakull J, et al. Learning development through reflection. JHNR. 2019; 35(2): 13-25. Thai.
30. Kummatid A, Markrat M. Using the systemic review to provide a completed summary on a research question in evidence-based practice: A 3-step method. SCNJ. 2016; 3(3): 246-59. Thai.

บทความวิจัย

อาการภายหลังสมองได้รับการกระทบกระเทือนและภาวะสูญเสียความทรงจำของผู้ป่วยสมองบาดเจ็บระดับเล็กน้อย
Post-Concussion Symptoms and Post-Traumatic Amnesia of Patients with Mild Traumatic Brain Injury

ทัศนีย์ นุศิษย์ภาพ[1] ชัจคเณค์ แพรขาว[2] วิภาวดี โพธิโสภา[3] สุรกรานต์ ยุทธเกษมสันต์[4]*
Tassanee Nusitpap[1] Chatkhane Pearkao[2] Wiphawadee Potisopha[3] Surakrant Yutthakasemsunt[4]*

[1]นักศึกษาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น จังหวัดขอนแก่น
[1]Master Nursing Student, Faculty of Nursing, Khon Kaen University, Khon Kaen, Thailand.
[2]รองศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น จังหวัดขอนแก่น
[2]Associate Professor, Faculty of Nursing, Khon Kaen University, Khon Kaen, Thailand.
[3]อาจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น จังหวัดขอนแก่น
[3]Lecturer, Faculty of Nursing, Khon Kaen University, Khon Kaen, Thailand.
[4]นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ โรงพยาบาลศูนย์ขอนแก่น จังหวัดขอนแก่น
[4]Medical Physician, Senior Professional Level, Khon Kaen Regional Hospital, Thailand.

**ผู้รับผิดชอบหลัก: porpea@kku.ac.th*
**Corresponding author: porpea@kku.ac.th*

Received 23 July 2023 • Revised 20 September 2023 • Accepted 4 December 2023

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์: *การวิจัยเชิงพรรณนา มีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรุนแรงของอาการภายหลังสมองได้รับการกระทบกระเทือนและเพื่อศึกษาภาวะสูญเสียความทรงจำภายหลังสมองบาดเจ็บในผู้ป่วยสมองบาดเจ็บระดับเล็กน้อยหอผู้ป่วยศัลยกรรมอุบัติเหตุ โรงพยาบาลระดับตติยภูมิ 2 แห่งในจังหวัดขอนแก่น* ***วิธีการ:*** *ติดตามอาการระยะ 24 ชั่วโมงแรก สัปดาห์ที่ 1 สัปดาห์ที่ 2 และสัปดาห์ที่ 4 ภายหลังสมองได้รับบาดเจ็บ จากกลุ่มตัวอย่างจำนวน 166 ราย เครื่องมือที่ใช้เก็บข้อมูลประกอบด้วย 3 ส่วน 1) แบบบันทึกข้อมูลทั่วไป 2) แบบประเมิน Rivermead Postconcussion Symptom Questionaire: (RPQ-3, RPQ-13) 3) แบบประเมิน The Galveston Orientation and Amnesia Test: GOAT วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนาและวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบวัดซ้ำ* ***ผลการศึกษา:*** *กลุ่มตัวอย่างมีค่าคะแนนเฉลี่ยความรุนแรงของอาการภายหลังสมองได้รับการกระทบกระเทือนในระยะ 24 ชั่วโมงแรก สัปดาห์ที่ 1 สัปดาห์ที่ 2 และสัปดาห์ที่ 4 ภายหลังสมองบาดเจ็บ โดยแบ่งเป็นกลุ่มอาการ RPQ-3 มีคะแนนเฉลี่ยความรุนแรงของอาการลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .01$) และกลุ่มอาการ RPQ-13 มีค่าคะแนนเฉลี่ยความรุนแรงของอาการเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .01$) กลุ่มตัวอย่างมีภาวะสูญเสียความทรงจำ จำนวน 19 ราย คิดเป็นร้อยละ 11.40 ระยะ 24 ชั่วโมงแรก ไม่พบภาวะสูญเสียความทรงจำระยะต่อมา* ***สรุป:*** *สามารถนำผลการวิจัยไปวางแผนการจัดการอาการ การวางแผนจำหน่ายและการส่งต่อข้อมูลเพื่อการดูแลอย่างต่อเนื่องภายหลังสมองบาดเจ็บระดับเล็กน้อยให้ผู้ป่วยสามารถกลับดำเนินชีวิตได้เป็นปกติ*

คำสำคัญ: อาการภายหลังสมองได้รับการกระทบกระเทือน; ภาวะสูญเสียความทรงจำภายหลังการบาดเจ็บ; สมองบาดเจ็บระดับเล็กน้อย

Abstract

Objectives: *The purpose of this descriptive study was to compare the mean severity of post-concussion symptoms and to investigate post-traumatic amnesia in patients with mild traumatic brain injury in trauma wards at two tertiary care hospitals in Khon Kaen Province.* ***Methods:*** *Specifically, the symptoms in a sample of 166 patients were observed and monitored during specific time intervals, including the first 24 hours, the first week, the second week, and the fourth week after experiencing brain injury. There were three research instruments employed to collect the data, namely 1) a demographic record form, 2) the Rivermead Post-concussion Symptom Questionnaire (RPQ-3, RPQ-13), and 3) the Galveston Orientation and Amnesia Test (GOAT). The collected data were analyzed through descriptive statistics and Repeated Measures ANOVA.* ***Results:*** *The sample group had mean scores for the severity of post-concussion symptoms during the first 24 hours, the first week, the second week, and the fourth-week post traumatic brain injury, based on the RPQ-3 symptom groups had a statistically significant decline in the mean score of the symptom severity ($p < .01$), while the RPQ-13 symptom groups showed a statistically significant rise in the mean score of the symptom severity ($p < .01$). Nineteen of the patients, accounting for 11.40 percent, exhibited post-traumatic amnesia during the first 24 hours but did not show such a symptom in the later periods.* ***Conclusion:*** *The results of the study can be built on to plan symptom management, discharge, and information transfer to ensure continuous care, enabling patients with mild traumatic brain injury to return to normal life.*

Keywords: Post-concussion symptoms; Post-traumatic amnesia; Mild traumatic brain injury

ความสำคัญของปัญหา

ภาวะสมองบาดเจ็บ (traumatic brain injury: TBI) เป็นปัญหาสุขภาพที่สำคัญและมีอุบัติการณ์สูงขึ้น แต่ละปีมีรายงานผู้ป่วยสมองบาดเจ็บประมาณ 69 ล้านคนทั่วโลก ซึ่งจำนวนนี้เป็นภาวะสมองบาดเจ็บระดับเล็กน้อย (mild traumatic brain injury) มากที่สุดประมาณร้อยละ 80 ของผู้ป่วยสมองบาดเจ็บทั้งหมด[1] ภาวะสมองบาดเจ็บระดับเล็กน้อย หมายถึง ผู้ป่วยที่มีค่าคะแนน Glasgow coma score (GCS) อยู่ระหว่าง 13-15 คะแนน[2,3] ซึ่งสามารถแบ่งตามปัจจัยเสี่ยงออกเป็น 3 กลุ่ม ได้แก่ 1) กลุ่มที่มีความเสี่ยงต่ำ (low risk group) กลุ่มที่มีความเสี่ยงปานกลาง (moderate risk group) และกลุ่มที่มีความเสี่ยงสูง (high risk group)[3,4] ผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงปานกลางและความเสี่ยงสูงต้องได้รับการสังเกตอาการในโรงพยาบาล ในขณะที่กลุ่มผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงต่ำสามารถกลับบ้านได้ ผู้ป่วยหรือผู้ดูแลจะได้รับคำอธิบายหรือคำแนะนำถึงความเสี่ยงและวิธีสังเกตอาการผิดปกติที่อาจเกิดขึ้นเมื่ออยู่ที่บ้าน อย่างไรก็ตามแม้ผู้ป่วยจะเกิดการบาดเจ็บของสมองในระดับเล็กน้อยแต่ยังพบว่ามีความเสี่ยงต่อการเกิดเลือดออกในสมอง นอกจากนี้ยังพบว่ามีโอกาสเกิดกลุ่มอาการภายหลังสมองได้รับการกระทบกระเทือนได้[5] เนื่องจากการบาดเจ็บที่ศีรษะจากแรงภายนอกมากระแทกทำให้สมองได้รับบาดเจ็บ เกิดพยาธิสภาพและการทำงานของสมองเปลี่ยนแปลงได้ พบการบาดเจ็บของหลอดเลือดและเซลล์ประสาทแอกซอน มีการอักเสบของเซลล์ประสาท[6] ทำให้มีความผิดปกติในการหลั่งสารเคมีของเซลล์ประสาทแอกซอน มีความผิดปกติของการหน้าที่ในสมองส่งผลให้ไม่รู้สึกตัวและมีภาวะสูญเสียความจำ[7]

จากการทบทวนเกี่ยวกับอาการที่เกิดขึ้นภายหลังสมองได้รับการกระทบกระเทือน สามารถแบ่งได้เป็น 1) อาการด้านร่างกาย (physical symptoms) ได้แก่ ปวดศีรษะ เวียนศีรษะ คลื่นไส้อาเจียน เป็นต้น 2) อาการด้านพฤติกรรมและอารมณ์ (affective symptoms) ได้แก่ วิตกกังวล รู้สึกซึมเศร้า หงุดหงิดง่ายโกรธง่าย กระสับกระส่ายหรือกระวนกระวาย และ 3) อาการด้านการรู้คิด (cognitive symptoms) ได้แก่

คิดได้ช้า สมาธิสั้น หรือเกิดการหลงลืมได้ง่าย เป็นต้น[8,9] อาการที่พบได้บ่อย ได้แก่ ปวดศีรษะ หลงลืมง่าย สมาธิลดลง เวียนศีรษะ และอ่อนเพลีย[7] ซึ่งจะเกิดขึ้นภายใน 7-14 วัน และหายได้เอง[10] มีเพียงร้อยละ 10-25 มีการเกิดอาการได้นานถึง 3 เดือน - 1 ปี[8,11] ซึ่งมีผลต่อการทำหน้าที่และเป็นปัญหาต่อการดำเนินชีวิต การทำงานและหน้าที่ความรับผิดชอบ อาจไม่สามารถทำกิจกรรมร่วมกับผู้อื่นได้ตามปกติ ซึ่งส่งผลให้คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยลดลง[12,13]

นอกจากนี้แล้วการเกิดภาวะสูญเสียความทรงจำภายหลังสมองบาดเจ็บ เป็นปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้นในระยะแรกหลังจากที่เกิดสมองบาดเจ็บ ระยะเวลาของการสูญเสียความทรงจำเป็นข้อบ่งชี้ถึงความรุนแรงของการได้รับการบาดเจ็บ[14] ภาวะสูญเสียความทรงจำภายหลังสมองบาดเจ็บเป็นภาวะที่ผู้ป่วยไม่สามารถจำบุคคลได้ ไม่มีสามารถจำจดด้านอัตชีวประวัติได้ หรือไม่สามารถจำเรื่องที่เกี่ยวกับตนเองได้ เช่น วันเกิด อายุ สถานที่ ปีที่เกิด เป็นต้น[15] ภาวะสูญเสียความทรงจำหลังการบาดเจ็บที่ศีรษะอาจเกิดได้ทั้งการจำเหตุการณ์ก่อนการบาดเจ็บไม่ได้ (retrograde amnesia) และจำเหตุการณ์หลังการบาดเจ็บไม่ได้ (anterograde amnesia)[14] จากการศึกษาที่ผ่านมามีรายงานเกิดภาวะสูญเสียความทรงจำในผู้ป่วยสมองบาดเจ็บระดับเล็กน้อยอยู่ระหว่างร้อยละ 43-70 ระยะเวลาการเกิดที่พบได้ตั้งแต่ 1 ชั่วโมงจนถึง 7 วัน[16] พบว่าภาวะสูญเสียความทรงจำภายหลังสมองบาดเจ็บจะเกิดผลต่อการรับรู้และทำให้ในด้านคุณภาพชีวิตผู้ป่วยลดลงได้[17]

การดูแลผู้ป่วยสมองบาดเจ็บระดับเล็กน้อยที่มีความเสี่ยงปานกลางและเสี่ยงสูง ซึ่งเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลผู้ป่วยจะได้รับการวางแผนจำหน่ายโดยการให้คำแนะนำ คำอธิบายการสังเกตความผิดปกติของอาการทางระบบประสาทที่ควรกลับมาพบแพทย์ การปฏิบัติตัวของผู้ป่วย การติดตามการรักษาตามนัดของแพทย์ ภายหลังจากผู้ป่วยจำหน่ายแล้วกลับไปใช้ชีวิตประจำวัน ในการติดตามอาการผู้ป่วยพบว่าบางรายยังคงมีอาการภายหลังสมองกระทบกระเทือนหรือภาวะสูญเสียความทรงจำหลงเหลือ ซึ่งระดับความรุนแรงของอาการแตกต่างกัน ซึ่งส่งผลกระทบต่อการดำเนินชีวิตของผู้ป่วย จากการทบทวนงานวิจัยที่ผ่านมา พบว่า อาการภายหลังสมองกระทบกระเทือนเกิดขึ้นใน 1-2 สัปดาห์หลังจากการบาดเจ็บ[10] นอกจากนี้ยังพบว่ามีการศึกษาติดตามอาการภายหลังสมองกระทบกระเทือนในระยะเวลา 3 เดือน 6 เดือนไปจนถึงระยะเวลา 1 ปี ภายหลังการเกิดการบาดเจ็บ จากการทบทวนงานวรรณกรรมที่ผ่านมายังไม่พบการศึกษาภาวะสูญเสียความทรงจำในผู้ป่วยสมองบาดเจ็บระดับเล็กน้อยในประเทศไทย จึงทำให้ผู้วิจัยสนใจศึกษาอาการ ความรุนแรงของอาการภายหลังสมองกระทบกระเทือนที่เกิดขึ้นและเพื่อทราบภาวะสูญเสียความทรงจำภายหลังการบาดเจ็บในผู้ป่วยสมองบาดเจ็บระดับเล็กน้อย ตั้งแต่ระยะ 24 ชั่วโมงแรก สัปดาห์ที่ 1 สัปดาห์ที่ 2 และสัปดาห์ที่ 4 ภายหลังการเกิดสมองบาดเจ็บ ซึ่งเป็นระยะภายหลังจากการได้รับบาดเจ็บระยะแรกและเป็นระยะที่ผู้ป่วยมีการติดตามการรักษาอยู่ในระยะนี้เพื่อให้ทราบถึงความต่อเนื่องของอาการภายหลังสมองกระทบกระเทือนและภาวะสูญเสียความทรงจำที่เกิดขึ้น ผลการศึกษาจะทำให้เจ้าหน้าที่บุคลากรทางการแพทย์เข้าใจอาการและการดำเนินโรคเป็นแนวทางสำหรับพยาบาลและเจ้าหน้าที่บุคลากรในการประเมินปัญหาผู้ป่วยภายหลังสมองบาดเจ็บระดับเล็กน้อยและเพื่อการเตรียมวางแผนจำหน่ายในการดูแลอย่างต่อเนื่อง

คำถามการวิจัย

1. อาการและความรุนแรงของอาการภายหลังสมองได้รับการกระทบกระเทือนของผู้ป่วยสมองบาดเจ็บระดับเล็กน้อยในระยะ 24 ชั่วโมงแรก สัปดาห์ที่ 1 สัปดาห์ที่ 2 และสัปดาห์ที่ 4 ภายหลังสมองบาดเจ็บ อยู่ในระดับใด และแตกต่างกันหรือไม่

2. ภาวะสูญเสียความทรงจำของผู้ป่วยสมองบาดเจ็บระดับเล็กน้อยในระยะ 24 ชั่วโมงแรก สัปดาห์ที่ 1 สัปดาห์ที่ 2 และสัปดาห์ที่ 4 ภายหลังสมองบาดเจ็บ แตกต่างกันหรือไม่

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรุนแรงของอาการภายหลังสมองได้รับการกระทบกระเทือนในระยะ 24 ชั่วโมงแรก สัปดาห์ที่ 1 สัปดาห์ที่ 2 และสัปดาห์ที่ 4 ภายหลังสมองบาดเจ็บ

2. เพื่อศึกษาติดตามภาวะสูญเสียความทรงจำภายหลังการบาดเจ็บในผู้ป่วยสมองบาดเจ็บระดับเล็กน้อยในระยะ 24 ชั่วโมงแรก สัปดาห์ที่ 1 สัปดาห์ที่ 2 และสัปดาห์ที่ 4 ภายหลังสมองบาดเจ็บ

รูปแบบการศึกษา

กรอบแนวคิดการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยใช้กรอบแนวคิดจากทฤษฎีอาการไม่พึงประสงค์ (unpleasant symptoms theory) ของ

Lenz, et al.[18] มีองค์ประกอบหลัก 3 ประการ คือ อาการ (symptom) ปัจจัยที่เป็นสาเหตุของอาการ (influencing factors) และผลลัพธ์ด้านการทำหน้าที่ (performance outcomes) จากทฤษฎีอาการไม่พึงประสงค์ นำสู่แนวคิดการศึกษาวิจัยผู้ป่วยสมองบาดเจ็บระดับเล็กน้อยที่มีความเสี่ยงปานกลางและเสี่ยงสูง ซึ่งเป็นปัจจัยด้านพยาธิสภาพและการบาดเจ็บของสมองที่มีอิทธิพลต่อการเกิดอาการภายหลังสมองได้รับการกระทบกระเทือนและภาวะสูญเสียความทรงจำ ซึ่งอาการที่เกิดขึ้นพบว่าอาจมีเพียงอาการเดียวหรือเกิดขึ้นได้หลายอาการ พบว่าการเกิดอาการนี้จะส่งผลต่อการทำหน้าที่ด้านร่างกาย ด้านความคิดการตัดสินใจ การทำงาน หรือการใช้ชีวิตประจำวันของผู้ป่วยได้ สำหรับการศึกษานี้ไม่ได้ศึกษาปัจจัยด้านเพศ อายุ การบาดเจ็บร่วม โรคประจำตัว ความวิตกกังวล รวมทั้งไม่ได้ศึกษาผลลัพธ์ด้านการทำหน้าที่

วิธีการดำเนินการวิจัย

การศึกษานี้เป็นการศึกษาวิจัยเชิงพรรณนา โดยศึกษา ณ หอผู้ป่วยศัลยกรรมอุบัติเหตุ โรงพยาบาลระดับตติยภูมิในจังหวัดขอนแก่น ซึ่งดำเนินการเก็บข้อมูลในช่วงเดือนมิถุนายน - สิงหาคม 2565

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้ป่วยสมองบาดเจ็บระดับเล็กน้อยที่มีความเสี่ยงระดับปานกลางและความเสี่ยงสูง และเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วย

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยสมองบาดเจ็บระดับเล็กน้อยที่มีความเสี่ยงระดับปานกลางและความเสี่ยงสูง โดยเลือกตามเกณฑ์การคัดเข้าศึกษาของกลุ่มตัวอย่าง กำหนดคุณสมบัติในการเลือกกลุ่มตัวอย่าง มีเกณฑ์การคัดเข้า (inclusion criteria) คือ 1) มีอายุตั้งแต่ 18-60 ปี 2) แพทย์วินิจฉัยว่ามีสมองบาดเจ็บในระดับเล็กน้อยที่มีความเสี่ยงปานกลางและความเสี่ยงสูง มีระดับคะแนน GCS เท่ากับ 13-15 คะแนน 3) ไม่ได้รับการวินิจฉัยโรคทางจิตเวชก่อนได้รับบาดเจ็บ 4) ไม่มีภาวะถอนพิษสุรา (alcohol withdrawal) 5) สามารถเข้าใจภาษาไทยและสื่อสารภาษาไทยได้ และ 6) มีโทรศัพท์มือถือเพื่อตอบแบบสอบถามจากการสัมภาษณ์ทางโทรศัพท์ เกณฑ์การคัดออก (exclusion criteria) คือ ผู้ป่วยสมองบาดเจ็บเล็กน้อย เกิดการเปลี่ยนแปลงทางระบบประสาทหรือมีระดับคะแนน GCS ลดลงน้อยกว่า 13 คะแนน ในขณะที่ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วย ได้คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างโดย โปรแกรมสำเร็จรูป G power 3.1.9.7[19] โดยระบุค่าความเชื่อมั่นที่ระดับนัยสำคัญ (alpha) .05 ค่าอำนาจการทดสอบ (power of test) .8 ค่าขนาดอิทธิพล effect size .25 ขนาดอิทธิพลปานกลาง (medium effect size)[20] ได้ขนาดตัวอย่าง 158 ราย และเพื่อป้องกันการสูญหายของข้อมูลที่อาจเกิดขึ้นผู้วิจัยเพิ่มกลุ่มตัวอย่างอีกร้อยละ 10[21] จึงได้กลุ่มตัวอย่างเป็นจำนวน 174 ราย เมื่อสิ้นสุดการศึกษาสามารถเก็บข้อมูลครบถ้วนจำนวน 166 ราย เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างจำนวน 8 ราย ตอบแบบสอบถามไม่ครบทั้ง 4 ครั้ง จึงไม่ได้นำมาวิเคราะห์ผลในครั้งนี้

จริยธรรมในการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้ได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์มหาวิทยาลัยขอนแก่น เลขที่ HE651114 รับรอง ณ วันที่ 11 พฤษภาคม 2565 และผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลขอนแก่น รหัสโครงการวิจัย KEMOU65016 อนุมัติวันที่ 11 มิถุนายน 2565 กลุ่มตัวอย่างได้รับการชี้แจงรายละเอียดเกี่ยวกับการวิจัย วัตถุประสงค์ ขั้นตอนการวิจัย การเข้าร่วมหรือการถอนตัวจากการวิจัย เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินดีเข้าร่วมการวิจัยให้ลงลายมือชื่อในแบบเซ็นยินยอม ข้อมูลทุกอย่างของกลุ่มตัวอย่างถูกเก็บเป็นความลับ และนำเสนอผลการศึกษาเป็นภาพรวมเท่านั้น มีการทำลายข้อมูลที่เป็นแบบสอบถามทั้งหมดภายในระยะเวลา 2 ปีภายหลังการเผยแพร่ผลการศึกษา

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ภายหลังจากที่ผู้วิจัยได้ดำเนินการขอใช้เครื่องมือในการทำวิจัย ตรวจสอบคุณภาพและความน่าเชื่อถือของเครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูลและเมื่อผ่านการอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมในมนุษย์ ผู้วิจัยได้ดำเนินการซึ่งมีขั้นตอนดังนี้

1. ขั้นเตรียมการวิจัย

1.1 ผู้วิจัยนำหนังสือแนะนำตัวจากบัณฑิตวิทยาลัย ถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาลเพื่อดำเนินการขออนุญาตในการเก็บรวบรวมข้อมูล

1.2 เมื่อได้รับอนุญาตแล้ว นำหนังสือยื่นต่อหัวหน้าแผนกการพยาบาล และหัวหน้าหอผู้ป่วย เพื่อแนะนำตัว ชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอนดำเนินการวิจัย และขอความร่วมมือในการดำเนินการเก็บข้อมูล

1.3 แจ้งแพทย์หรือพยาบาลประจำหอผู้ป่วยและทีมบุคลากรที่ร่วมดูแลผู้ป่วยในการเก็บข้อมูลผู้ป่วย ขอความร่วมมือจากพยาบาลประจำหอผู้ป่วยในการแจ้งแก่ผู้วิจัย

ทราบหากมีผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาและมีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนด

1.4 เตรียมความพร้อมของผู้ช่วยวิจัยซึ่งมีจำนวน 1 ท่าน เป็นพยาบาลวิชาชีพ ทำหน้าที่ในการเก็บรวบรวมข้อมูลทั่วไปและข้อมูลทางคลินิกของกลุ่มตัวอย่างและบันทึกข้อมูลลงโปรแกรมบันทึกข้อมูล โดยการชี้แจงรายละเอียดโครงการวิจัย การเก็บข้อมูลและการบันทึกข้อมูล เพื่อให้มีความมั่นใจและสามารถเก็บข้อมูลวิจัยได้ครบถ้วน ถูกต้อง

2. ขั้นตอนการเก็บข้อมูล

2.1 ภายหลังพยาบาลประจำหอผู้ป่วยแจ้งว่ามีผู้ป่วยตามคุณสมบัติที่กำหนด ผู้วิจัยหรือผู้ช่วยผู้วิจัยเข้าพบผู้ป่วยที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง เพื่อแนะนำตนเอง สร้างสัมพันธภาพ ดำเนินการชี้แจงรายละเอียด วัตถุประสงค์การวิจัยและเพื่อการพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่าง โดยเป็นการเก็บรวบรวมข้อมูลทั้งหมด 4 ครั้ง ระยะ 24 ชั่วโมงแรก สัปดาห์ที่ 1 สัปดาห์ที่ 2 และสัปดาห์ที่ 4 ภายหลังสมองบาดเจ็บ โดยการสัมภาษณ์ทางโทรศัพท์ทุกครั้ง ครั้งละ 15-20 นาที ก่อนการสัมภาษณ์ทุกครั้งจะมีการนัดหมายเวลาล่วงหน้าเป็นช่วงเวลาที่กลุ่มตัวอย่างสะดวกในการสัมภาษณ์ เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินยอมเข้าร่วมการวิจัยลงชื่อในใบยินยอม ซึ่งผู้ป่วยมีสติสัมปชัญญะเป็นปกติ พูดคุยสื่อสารได้ ไม่มีอาการสับสนเรื่องวัน เวลา และสถานที่

2.2 ดำเนินการเก็บข้อมูลแบบบันทึกข้อมูลทั่วไปและข้อมูลทางคลินิกของกลุ่มตัวอย่างและอธิบายให้กลุ่มตัวอย่างเข้าใจเกี่ยวกับข้อคำถามในแบบประเมินอาการภายหลังสมองได้รับการกระทบกระเทือนและแบบประเมินภาวะสูญเสียความทรงจำหลังสมองบาดเจ็บ เพื่อไม่ให้สับสนและเกิดความเข้าใจที่ตรงกันเกี่ยวกับข้อคำถาม

2.3 ติดตามโทรสัมภาษณ์อาการในระยะ 24 ชั่วโมงแรก สัปดาห์ที่ 1 สัปดาห์ที่ 2 และสัปดาห์ที่ 4 ภายหลังสมองบาดเจ็บตามระยะเวลาที่ได้นัดหมายกับกลุ่มตัวอย่าง

3. ขั้นตอนการรวบรวมข้อมูล หลังจากเก็บรวบรวมข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างครบตามจำนวนที่เก็บข้อมูลแล้วนำข้อมูลมาวิเคราะห์ผลทางสถิติ

เครื่องมือในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการทำวิจัย ประกอบด้วย 3 ส่วนดังนี้

1. แบบบันทึกข้อมูลของผู้ป่วย แบ่งเป็น 2 ส่วน คือ ส่วนที่ 1 แบบบันทึกข้อมูลทั่วไป เช่น เพศ อายุ สถานภาพสมรส อาชีพ โรคประจำตัว สิทธิการรักษา และส่วนที่ 2 ข้อมูลทางคลินิก เช่น สาเหตุของการเกิดสมองบาดเจ็บ การบาดเจ็บร่วมกับอวัยวะอื่นที่พบ ระดับความเสี่ยงของผู้ป่วยสมองบาดเจ็บเล็กน้อย ประวัติการดื่มแอลกอฮอล์ก่อนเกิดเหตุ เป็นต้น

2. แบบประเมินอาการภายหลังสมองได้รับการกระทบกระเทือน (The Rivermead Post-Concussion Symptom Questionnaire: RPQ) ฉบับของ Eyres, et al.[22] แปลเป็นภาษาไทยโดย Premsai[23] แบบประเมินอาการมีข้อคำถามทั้งหมด 16 อาการและคำถามปลายเปิดเกี่ยวกับอาการอื่นอีก 2 ข้อ แบ่งเป็นกลุ่ม RPQ-3 คือ กลุ่มอาการระยะแรก (early symptom) ประกอบด้วย 3 อาการได้แก่ (1) ปวดศีรษะ (2) เวียนศีรษะหรือมึนงง และ (3) คลื่นไส้และอาเจียน และกลุ่ม RPQ-13 คือกลุ่มระยะหลัง (later symptoms) ประกอบด้วย 13 อาการ ได้แก่ (1) ไวต่อเสียงหรือรำคาญง่าย (2) มีความผิดปกติของการนอน (3) รู้สึกอ่อนเพลียหรืออ่อนล้าหรือเหนื่อยง่าย (4) รู้สึกหงุดหงิดง่ายหรือโกรธง่าย (5) รู้สึกซึมเศร้า (6) รู้สึกคับข้องใจหรืออึดอัดใจ (7) หลงลืมง่าย (8) สมาธิลดลง (9) คิดได้ช้า (10) เห็นภาพไม่ชัดหรือตาพร่ามัว (11) รู้สึกตาสู้แสงไม่ได้ (12) มองเห็นภาพซ้อน และ (13) กระสับกระส่ายหรือกระวนกระวาย ซึ่งมีการให้คะแนนความรุนแรงของอาการ เป็นมาตราส่วนการประมาณค่า 5 ระดับ คือ 0-4 ดังนี้ 0 คือ ไม่เคยมีอาการภายหลังสมองบาดเจ็บ 1 คือ มีอาการแต่ไม่เป็นปัญหารบกวน 2 คือ มีอาการเป็นปัญหารบกวนการใช้ชีวิตประจำวันเล็กน้อย 3 คือ มีอาการเป็นปัญหารบกวนการใช้ชีวิตประจำวันปานกลาง 4 คือ มีอาการเป็นปัญหารบกวนการใช้ชีวิตประจำวันมาก คะแนนกลุ่มอาการ RPQ-3 ค่าคะแนนอยู่ระหว่าง 0-12 คะแนน และกลุ่มอาการ RPQ-13 ค่าคะแนนอยู่ระหว่าง 0-52 คะแนน ซึ่งค่าผลรวมของคะแนนทั้งหมดอยู่ระหว่าง 0-64 คะแนน ซึ่งค่าคะแนนที่มีคะแนนรวมสูง หมายถึง อาการนั้นมีความรุนแรงมากและส่งผลต่อการใช้ชีวิตประจำวัน ค่าคะแนนที่มีคะแนนรวมต่ำ หมายถึง อาการนั้นมีความรุนแรงน้อยและส่งผลต่อการใช้ชีวิตประจำวันเล็กน้อยหรือไม่ส่งผลต่อการใช้ชีวิตประจำวัน โดยก่อนการนำใช้เก็บข้อมูลจริงมีการทดลองเก็บข้อมูลกับผู้ป่วยจำนวน 30 รายที่มีคุณสมบัติใกล้เคียงกลุ่มตัวอย่าง โดยหาค่าความเที่ยงของเครื่องมือ (reliability) วิเคราะห์โดยการหาค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาครอนบาค โดยแยกเป็น RPQ-3 และ RPQ-13 ได้ค่าเท่ากับ .82 และ .80 ตามลำดับ

1. แบบประเมินภาวะสูญเสียความทรงจำหลังสมองบาดเจ็บ (The Galveston Orientation and Amnesia Test: GOAT) ซึ่งถูกพัฒนาขึ้นโดย Levin, O'Donnell and Grossman[15] แปลเป็นภาษาไทย Wongsasung, Jitpanya

and Chuntra[17] มีข้อคำถามทั้ง 10 ข้อ แบบประเมินจะเป็นคำถามเพื่อการประเมินบุคคล วัน เวลา สถานที่ และความทรงจำก่อนและหลังเกิดเหตุการณ์ โดยการให้คะแนนตามรายข้อที่กำหนดไว้ซึ่งแต่ละข้อค่าคะแนนจะไม่เท่ากัน ค่าคะแนนรวม 100 คะแนน การแปลผลคะแนน ดังนี้คือ น้อยกว่า 75 คะแนน คือ ผู้ป่วยมีภาวะสูญเสียความทรงจำภายหลังสมองได้รับบาดเจ็บและค่าคะแนนมากกว่าหรือเท่ากับ 75 คะแนน คือ ผู้ป่วยไม่มีภาวะสูญเสียความทรงจำภายหลังสมองได้รับบาดเจ็บ หาค่าความเที่ยงของเครื่องมือ (reliability) วิเคราะห์โดยการหาค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาครอนบาคได้ .86

วิธีการวิเคราะห์ข้อมูล

1. การใช้สถิติเชิงพรรณนา (descriptive statistic) นำมาวิเคราะห์โดยแจกแจง ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของข้อมูลส่วนบุคคลทั่วไปและข้อมูลทางคลินิก

2. การใช้สถิติความแปรปรวนแบบวัดซ้ำ (repeated measure ANOVA) วิเคราะห์ข้อมูลของอาการและความรุนแรงของอาการภายหลังสมองได้รับการกระทบกระเทือนของผู้ป่วยสมองบาดเจ็บระดับเล็กน้อยในระยะ 24 ชั่วโมงแรก สัปดาห์ที่ 1 สัปดาห์ที่ 2 และสัปดาห์ที่ 4 ภายหลังสมองบาดเจ็บ ก่อนการวิเคราะห์ได้ทำการทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นทางสถิติของ Mauchly's test of sphericity พบว่ามีการละเมิดข้อตกลงเรื่องความเท่ากันของความแปรปรวนภายในของข้อมูลที่มีการวัดในช่วงระยะเวลาที่แตกต่างกัน เพื่อลดความคลาดเคลื่อน type I error จึงรายงานผลการวิเคราะห์โดยใช้ค่า Greenhouse-Geisser

3. การใช้สถิติเชิงพรรณนา (descriptive statistic) นำมาวิเคราะห์โดยแจกแจง ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของอาการ ความรุนแรงของอาการภายหลังสมองได้รับการกระทบกระเทือนและอาการภาวะสูญเสียความทรงจำหลังการบาดเจ็บผู้ป่วยสมองบาดเจ็บระดับเล็กน้อยในระยะ 24 ชั่วโมงแรก สัปดาห์ที่ 1 สัปดาห์ที่ 2 และสัปดาห์ที่ 4 ภายหลังสมองบาดเจ็บ

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไปและข้อมูลทางคลินิกของกลุ่มตัวอย่าง กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศชาย คิดเป็นร้อยละ 60.20 มีช่วงอายุระหว่าง 18-60 ปี มีอายุเฉลี่ย 32.66 ปี (SD = 13.83) ส่วนใหญ่ประกอบอาชีพรับจ้าง คิดเป็นร้อยละ 62 ไม่มีโรคประจำตัว คิดเป็นร้อยละ 79.50 ในด้านสิทธิการรักษาใช้สิทธิพระราชบัญญัติคุ้มครองผู้ประสบภัยจากรถยนต์ คิดเป็นร้อยละ 60.20 รองลงมาสิทธิประกันสังคม คิดเป็นร้อยละ 22.30 พบว่าสาเหตุของการเกิดสมองบาดเจ็บส่วนใหญ่เป็นอุบัติเหตุทางจราจร คิดเป็นร้อยละ 87.30 มีสาเหตุมาจากรถจักรยานยนต์มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 96.56 พบว่าร้อยละ 81.56 ไม่ได้สวมหมวกนิรภัยขณะเกิดอุบัติเหตุ โดยส่วนใหญ่มีประวัติการดื่มแอลกอฮอล์ก่อนเกิดเหตุ คิดเป็นร้อยละ 54.20 กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยสมองบาดเจ็บระดับเล็กน้อยที่อยู่ในความเสี่ยงปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 56 และมีระดับความเสี่ยงสูง คิดเป็นร้อยละ 44 ได้รับการตรวจเอกซเรย์คอมพิวเตอร์สมอง ร้อยละ 48.20 ซึ่งพบว่า ผลผิดปกติ คือ กลุ่มที่มีภาวะเลือดออกในสมอง สมองบวม คิดเป็นร้อยละ 42.50 พบว่าส่วนใหญ่มีการบาดเจ็บร่วมอวัยวะอื่น คิดเป็นร้อยละ 75.90 มีระยะเวลาที่เข้ารับการรักษาเฉลี่ย 45.13 ชั่วโมง (SD = 29.90)

2. อาการภายหลังสมองได้รับการกระทบกระเทือนและภาวะสูญเสียความทรงจำ

อาการภายหลังสมองได้รับการกระทบกระเทือนมีการเกิดอาการเฉลี่ยอยู่ระหว่าง 6-8 อาการ ซึ่งแบ่งเป็นกลุ่มอาการ RPQ-3 พบมีอาการปวดศีรษะทุกรายในระยะ 24 ชั่วโมง แต่อาการจะลดลงเมื่อเวลาผ่านไปเช่นเดียวอาการเวียนศีรษะหรืออาการมึนงง อาการคลื่นไส้หรืออาเจียนพบระยะ 24 ชั่วโมง คิดเป็นร้อยละ 26.50 และไม่พบอาการนี้ในระยะ 1-4 สัปดาห์ สำหรับกลุ่มอาการ RPQ-13 พบว่าอาการโดยส่วนใหญ่จะพบในสัปดาห์ที่ 2 และสัปดาห์ที่ 4 หลังบาดเจ็บ และมีแนวโน้มของอาการเพิ่มขึ้น พบว่าค่าเฉลี่ยคะแนนของกลุ่มอาการ RPQ-3 มีค่าอยู่ในระดับต่ำ คืออาการนั้นมีความรุนแรงและส่งผลต่อการใช้ชีวิตประจำวันในระดับเล็กน้อย และพบว่าค่าเฉลี่ยคะแนนของกลุ่มอาการ RPQ-3 มีค่าลดลงอย่างต่อเนื่องในทิศทางตรงกันข้ามกับกลุ่ม RPQ-13 พบว่า จะมีค่าคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้น อย่างไรก็ตามเมื่อพิจารณาถึงระดับค่าเฉลี่ยคะแนนของกลุ่มอาการ RPQ-13 พบว่าอยู่ในระดับต่ำเช่นเดียวกับกลุ่มอาการ RPQ-3 ดังตาราง 1

ภาวะสูญเสียความทรงจำคือผู้ที่มีคะแนน GOAT น้อยกว่า 75 คะแนน[15] พบเฉพาะระยะ 24 ชั่วโมง จำนวน 19 ราย คิดเป็นร้อยละ 11.40 ซึ่งมีค่าคะแนนเฉลี่ย 68.05 (SD = 4.90) คะแนน ดังตาราง 1

ตาราง 1 อาการภายหลังสมองได้รับการกระทบกระเทือนและภาวะสูญเสียความทรงจำตามระยะเวลาการเกิดอาการภายหลังสมองบาดเจ็บ (N = 166)

อาการ	ระยะเวลาการเกิดอาการภายหลังสมองบาดเจ็บ							
	24 ชั่วโมงแรก		สัปดาห์ที่ 1		สัปดาห์ที่ 2		สัปดาห์ที่ 4	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
RPQ-3								
1. ปวดศีรษะ	166	100	151	91	124	74.70	105	63.25
2. เวียนศีรษะหรือ มึนงง	133	80.12	129	77.70	116	69.90	105	63.25
3. คลื่นไส้หรือ อาเจียน	44	26.50	0	0	0	0	0	0
RPQ-13								
4. ไวต่อเสียงหรือรำคาญง่าย	0	0	1	.60	2	1.20	2	1.20
5. มีความผิดปกติของการนอน	9	5.42	77	46.38	128	77.10	123	71.10
6. รู้สึกอ่อนเพลีย หรืออ่อนล้า	119	71.68	112	67.46	112	67.50	99	59.60
7. รู้สึกหงุดหงิดง่ายหรือโกรธง่าย	0	0	1	.60	2	1.20	0	0
8. รู้สึกซึมเศร้า	0	0	0	0	0	0	0	0
9. รู้สึกคับข้องใจ หรือ อึดอัดใจ	34	20.50	4	2.40	2	1.20	5	3
10. หลงลืมง่าย	1	.60	2	1.20	14	8.40	72	43.40
11. สมาธิลดลง	1	.60	1	.60	7	4.20	65	39.20
12. คิดได้ช้า	1	.60	1	.60	8	4.80	26	15.70
13. เห็นภาพไม่ชัด หรือตาพร่ามัว	1	.60	0	0	0	0	0	0
14. ตาสู้แสงไม่ได้	0	0	0	0	0	0	0	0
15. เห็นภาพซ้อน	0	0	0	0	0	0	0	0
16. กระสับกระส่าย กระวนกระวาย	0	0	0	0	0	0	0	0
ค่าเฉลี่ยคะแนน RPQ-3(SD)	4.71(2)		3.11(1.33)		2.05(1.27)		1.67(1.26)	
ค่าเฉลี่ยคะแนน RPQ-13(SD)	1.94(1.50)		2.19(1.75)		2.16(1.64)		2.77(2.04)	
ภาวะสูญเสียความทรงจำ (GOAT)								
มีภาวะสูญเสียความทรงจำ	19	11.40	0	0	0	0	0	0
ค่าเฉลี่ยคะแนน GOAT (SD)	68.05(4.90)		0(0)		0(0)		0(0)	
ไม่มีภาวะสูญเสียความทรงจำ	147	88.60	166	100	166	100	166	100
ค่าเฉลี่ยคะแนน GOAT (SD)	88.61(7.78)		98.07(4.21)		98.89(3.45)		98.95(3.34)	

3. การวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบวัดซ้ำของอาการภายหลังสมองได้รับการกระทบกระเทือน

ผลการศึกษาเปรียบเทียบระดับความรุนแรงของอาการภายหลังสมองได้รับการกระทบกระเทือนของกลุ่ม RPQ-3 ระยะ 24 ชั่วโมงแรก สัปดาห์ที่ 1 สัปดาห์ที่ 2 และสัปดาห์ที่ 4 ภายหลังได้รับบาดเจ็บ พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยคะแนนความรุนแรงของอาการแต่ละช่วงเวลาแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($F = 364.969$, $p = .001$) ดังตาราง 2 พบว่าค่าเฉลี่ยคะแนนความรุนแรงของอาการภายหลังสมองบาดเจ็บของกลุ่ม RPQ-3 ใน 4 ช่วงเวลาแตกต่างกันอย่างน้อย 1 คู่ เมื่อทำการเปรียบเทียบรายคู่ทุกคู่แล้วพบว่า ระยะ 24 ชั่วโมงแรกและสัปดาห์ที่ 1 แตกต่างกับระยะสัปดาห์ที่ 2 และสัปดาห์ที่ 4 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ระยะ 24 ชั่วโมงแรกแตกต่างกับระยะสัปดาห์ที่ 1 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ระยะสัปดาห์ที่ 4 แตกต่างกับระยะสัปดาห์ที่ 2 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังตารางที่ 3

ผลการศึกษาเปรียบเทียบระดับความรุนแรงของอาการภายหลังสมองได้รับการกระทบกระเทือนของกลุ่ม RPQ-13 ระยะ 24 ชั่วโมงแรก สัปดาห์ที่ 1 สัปดาห์ที่ 2 และสัปดาห์ที่ 4 ภายหลังได้รับบาดเจ็บ พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยคะแนนความรุนแรงของอาการแต่ละช่วงเวลาแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($F = 16.580$, $p = .001$) ดังตาราง 2 พบว่าค่าเฉลี่ยคะแนนความรุนแรงของอาการภายหลังสมองบาดเจ็บของกลุ่ม RPQ-13 ใน 4 ช่วงเวลา

แตกต่างกันอย่างน้อย 1 คู่ เมื่อทำการเปรียบเทียบรายคู่ทุกคู่ แล้วพบว่า ระยะสัปดาห์ที่ 4 แตกต่างกับระยะ 24 ชั่วโมงแรก สัปดาห์ที่ 1 และสัปดาห์ที่ 2 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังตารางที่ 3

ตาราง 2 การวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบวัดซ้ำภายในกลุ่มของค่าเฉลี่ยคะแนนความรุนแรงของกลุ่มอาการ RPQ-3 และ RPQ-13 ใน 24 ชั่วโมง สัปดาห์ที่ 1 สัปดาห์ที่ 2 และสัปดาห์ที่ 4 (N = 166)

ตัวแปร	Sum of Squares	df	Mean Square	F	p-value
RPQ-3					
เวลา	921.084	1.726	533.648	364.969	.001*
ความคลาดเคลื่อน	416.416	284.793	1.462		
RPQ-13					
เวลา	61.861	2.647	23.374	16.580	.001*
ความคลาดเคลื่อน	615.639	436.680	1.410		

df = degree of freedom, F = repeated measure ANOVA

ตาราง 3 การเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความรุนแรงของกลุ่มอาการ RPQ-3 และ RPQ-13 ในแต่ละคู่ของช่วงเวลา (N = 166)

เวลา	24 ชั่วโมงแรก	สัปดาห์ที่ 1	สัปดาห์ที่ 2	สัปดาห์ที่ 4
RPQ-3				
24 ชั่วโมงแรก	-	1.602(.122)**	2.663(.129)**	3.036(.130)**
สัปดาห์ที่ 1	-	-	1.060(.065)**	1.434(.073)**
สัปดาห์ที่ 2	-	-	-	.373(.052)**
สัปดาห์ที่ 4	-	-	-	-
RPQ-13				
24 ชั่วโมงแรก	-	-.271(.139)	-.235(.126)	-.831(.140)**
สัปดาห์ที่ 1	-	-	.036(.111)	-.560(.119)**
สัปดาห์ที่ 2	-	-	-	-.596(.094)**
สัปดาห์ที่ 4	-	-	-	-

**(p < .01)

การอภิปรายผลการวิจัย

ผลจากการศึกษาติดตามอาการภายหลังสมองได้รับการกระทบกระเทือนระยะ 24 ชั่วโมงแรก สัปดาห์ที่ 1 สัปดาห์ที่ 2 และสัปดาห์ที่ 4 ภายหลังการบาดเจ็บ พบว่า การเกิดอาการของกลุ่มตัวอย่างและระดับความรุนแรงของอาการที่แตกต่างกันออกไปในแต่ละระยะเวลา โดยกลุ่มตัวอย่างแต่ละรายจะมีอาการที่แตกต่างกันออกไป จากศึกษาโดยการใช้เครื่องมือแบบประเมินอาการภายหลังสมองได้รับการกระทบกระเทือน (RPQ) พบอาการภายหลังสมองได้รับการกระทบกระเทือนที่ทำการศึกษาเฉลี่ยอยู่ระหว่าง 6-8 อาการซึ่งมีความสอดคล้องกับการศึกษา Kinklaykan and Jitpanya[24] จากการศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่างรายงานอาการภายหลังสมองได้รับการกระทบกระเทือนมากกว่า 6 อาการ โดยอาการทางด้านร่างกายพบสูงสุด คือ อาการปวดศีรษะ อย่างไรก็ตาม อาการที่เกิดขึ้นนั้นจะเกิดขึ้นไม่พร้อมกัน บางรายพบอาการได้ในระยะแรกภายหลังการบาดเจ็บหรือบางรายอาจพบอาการนั้น ๆ เพิ่มขึ้นในระยะหลัง กลุ่มอาการ RPQ-3 ประกอบด้วย 3 อาการ คือ ปวดศีรษะ เวียนศีรษะหรือมึนงง และคลื่นไส้และอาเจียน[22] พบได้มากระยะ 24 ชั่วโมงแรกหลังการบาดเจ็บแต่อาการและความรุนแรงจะลดลงเมื่อเวลาผ่านไป จากการวิเคราะห์ผลการเปรียบเทียบความรุนแรงของกลุ่ม RPQ-3 พบว่ามีความแตกต่างกันแต่ละช่วงเวลาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ p = .001 กล่าวคือ ระดับความรุนแรงของการเกิดอาการมีค่าลดลงเรื่อย ๆ จนถึงระยะสัปดาห์ที่ 4 เมื่อสิ้นสุดการศึกษา จากการวิเคราะห์พบว่ากลุ่ม RPQ-3 เป็นอาการทางด้านร่างกาย ภายหลังจากผู้ป่วยได้รับบาดเจ็บในระยะแรก ผลจาก

พยาธิภาพของการเกิดสมองบาดเจ็บร่วมกับมีการบาดเจ็บร่วมอวัยวะอื่น ไม่ว่าจะเป็นที่ใบหน้า ช่องอก ช่องท้อง และแขนขา เป็นต้น ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกตกใจต่อสถานการณ์ที่เกิดขึ้น เมื่อเวลาผ่านไปผู้ป่วยเข้าใจภาวะสุขภาพและสามารถจัดการกับปัญหาต่าง ๆ ได้ ส่งผลให้ความรุนแรงอาการทางกายลดลง และยังพบว่าอาการทางกายที่ลดลงเป็นกระบวนการฟื้นหายทางร่างกายที่เกิดขึ้นภายหลังการบาดเจ็บ[25] อาการคลื่นไส้หรืออาเจียน พบเฉพาะช่วงระยะ 24 ชั่วโมงเท่านั้น ซึ่งอาจเกิดได้จาก 2 กรณี คือกรณีที่ 1 อาการอาเจียน เป็นอาการแสดงถึงความเสี่ยงที่อาจเกิดความผิดปกติภายในสมอง[4,26] บ่งบอกถึงความดันในกะโหลกศีรษะสูง เช่น คลื่นไส้อาเจียนมากกว่า 2 ครั้ง ซึ่งความดันในกะโหลกศีรษะเพิ่มขึ้น และกระตุ้นศูนย์การอาเจียนในเมดัลลาออบลองกาตาได้ มีรายงานว่าร้อยละ 9 ผู้ป่วยสมองบาดเจ็บระดับเล็กน้อยที่มีอาการอาเจียนพบความผิดปกติจากการตรวจเอกซเรย์คอมพิวเตอร์สมองได้[4] จากการศึกษากลุ่มตัวอย่างที่มีผลเอกซเรย์คอมพิวเตอร์สมองผิดปกติ คือ พบมีภาวะเลือดออกในสมอง โดยส่วนใหญ่กลุ่มตัวอย่างจะมีคลื่นไส้หรืออาเจียน เมื่อภาวะเลือดออกในสมองได้รับการแก้ไขหรือการรักษา โดยผู้ป่วยจะได้รับยา tranexamic acid (Transamin) ทางหลอดเลือดซึ่งเป็นยาให้เพื่อการป้องกันเลือดออกในสมองเพิ่มและยากันชัก (antiepileptic drugs) จึงไม่พบอาการคลื่นไส้อาเจียนในระยะต่อมา และกรณีที่ 2 ที่พบอาการอาเจียน คือ ในกลุ่มผู้ป่วยที่มีประวัติการดื่มสุราร่วมด้วยที่พบอาการอาเจียนได้ ส่วนอาการกลุ่ม RPQ-13 ประกอบด้วยทั้งหมด 13 อาการตามแบบประเมิน โดยส่วนใหญ่จะพบภายหลังระยะสัปดาห์ที่ 2 หลังบาดเจ็บ และมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นของระดับความรุนแรงของอาการ ผลการเปรียบเทียบความรุนแรงของกลุ่ม RPQ-13 พบว่าเกิดความแตกต่างกันแต่ละช่วงเวลาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $p = .001$ เช่นกัน อาการที่พบมีความผิดปกติของการนอนเป็นอาการที่เกิดได้บ่อยและมีความสัมพันธ์กันในกลุ่มผู้ป่วยสมองบาดเจ็บซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Paredes, Navarro and Lagares[27] ผู้ป่วยสมองบาดเจ็บมีความผิดปกติด้านการนอนหลับพบร้อยละ 30-84 และความผิดปกติที่พบมากที่สุด คือ การนอนไม่หลับพบได้ร้อยละ 50 ด้านอาการหลงลืมง่าย สมาธิลดลง คิดได้ช้า และไวต่อเสียง เป็นปัญหาทางด้านการรู้คิดที่เกิดขึ้นภายหลังการบาดเจ็บที่เกิดขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของ Bauer and Jaffee[28] มีรายงานความผิดปกติทางด้านการรู้คิด 2 วันแรกหลังการบาดเจ็บพบร้อยละ 32 เพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 40 หลังการบาดเจ็บเป็นเวลา 10 วัน และเมื่อระยะเวลา 1 เดือนเพิ่มเป็นร้อยละ 47 ตามลำดับ และพบว่ากลุ่มตัวอย่างจะมีช่วงอายุอยู่ในวัยเรียนและวัยทำงานเมื่อกลับไปใช้ชีวิตตามปกติไปทำงานหรือเรียนหนังสือ ซึ่งในการทำกิจกรรมต้องใช้สติ สมาธิ ความจดจ่อในการทำกิจกรรมนั้น ๆ ทำให้ผู้ป่วยรับรู้ถึงความรุนแรงของอาการเพิ่มขึ้น อย่างไรก็ตามด้านอาการรู้สึกคับข้องใจหรืออึดอัดใจซึ่งเป็นอาการในกลุ่ม RPQ-13 พบมากตั้งแต่ระยะ 24 ชั่วโมงแรกหลังบาดเจ็บและยังคงพบอาการต่อเนื่องในระยะสัปดาห์ที่ 4 เนื่องจากผู้ป่วยรับทราบภาวะสุขภาพ การบาดเจ็บและแนวทางการรักษา รวมทั้งค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลจึงทำให้ผู้ป่วยรู้สึกคับข้องใจหรืออึดอัดใจตั้งแต่ระยะแรกหลังการบาดเจ็บถึงระยะสัปดาห์ที่ 4

อาการภายหลังสมองบาดเจ็บที่ไม่พบในกลุ่มตัวอย่างของการศึกษา ซึ่งมีความสอดคล้องกับการศึกษา Lum, Harnirattisai and Tantongtip[29] คือ อาการซึมเศร้า อาการรู้สึกตาสู้แสงไม่ได้ มองเห็นภาพซ้อน และกระสับกระส่ายหรือกระวนกระวาย จากการเก็บข้อมูลพบว่าไม่มีการบาดเจ็บไม่มี traumatic optic neuropathy หรือการบาดเจ็บของเส้นประสาทคู่ที่ 3,5,6 ที่ควบคุมการเคลื่อนไหวของลูกตาที่อาจจะทำให้เกิดปัญหาทางด้านการมองเห็น[30] และนอกจากนี้ยังพบว่าปัญหาด้านการมองเห็นที่เกิดขึ้น จากการบาดเจ็บสมองที่เกิดขึ้นอาจจะส่งผลกระทบต่ออวัยวะภายในสมองบริเวณที่มีการเชื่อมต่อของเส้นประสาทจาก Ocular motor nucleus ทำให้เกิดการอ่อนแรงของกล้ามเนื้อรอบตา[28] เกิดปัญหาในด้านการมองเห็นขึ้น จากการศึกษานี้พบรายงานอาการด้านการมองเห็น กระสับกระส่ายหรือกระวนกระวายที่พบเป็นอาการด้านพฤติกรรมและอารมณ์ ซึ่งเป็นผลจากพยาธิสภาพหลังการบาดเจ็บบริเวณสมองในส่วน limbic system ที่ทำหน้าที่ในควบคุมอารมณ์และด้านพฤติกรรมในตัวบุคคล โดยจะแสดงอาการกระสับกระส่ายหรือกระวนกระวายได้[28] ส่วนอาการซึมเศร้า เนื่องจากเป็นการประเมินหรือการรายงานอาการโดยกลุ่มตัวอย่างซึ่งรับรู้ว่าไม่เกิดอาการจึงไม่มีการรายงานอาการ

ภาวะสูญเสียความทรงจำหลังการบาดเจ็บในผู้ป่วยสมองบาดเจ็บระดับเล็กน้อย คือมีค่าคะแนน GOAT น้อยกว่า 75 คะแนน พบจำนวน 19 ราย คิดเป็นร้อยละ 11.40 ซึ่งพบเฉพาะระยะ 24 ชั่วโมงหลังการบาดเจ็บเท่านั้น ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Lefevre-Dognin, et al.[6] ในการทบทวนการให้นิยามของการเกิดภาวะสมองบาดเจ็บในระดับเล็กน้อย พบว่ามีการเกิดภาวะสูญเสียความทรงจำน้อยกว่า 24 ชั่วโมง

กลุ่มตัวอย่างทั้ง 19 รายที่มีภาวะสูญเสียความทรงจำพบว่ามีผลการตรวจเอกซเรย์คอมพิวเตอร์สมองผิดปกติทุกราย ซึ่งมีสอดคล้องกับการศึกษาของ Haydel, et al.[4] ศึกษาเกี่ยวกับข้อบ่งชี้สำหรับการตรวจเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ในผู้ป่วยด้วยอาการบาดเจ็บที่ศีรษะเล็กน้อย พบว่าผู้บาดเจ็บสมองระดับเล็กน้อยที่มีภาวะสูญเสียความทรงจำภายหลังการบาดเจ็บศีรษะ มักมีผลตรวจเอกซเรย์คอมพิวเตอร์สมองผิดปกติพบได้ถึงร้อยละ 3-13 และนอกจากนี้ยังสอดคล้องกับการศึกษาของ Fotakopoulos, et al.[16] ที่พบว่าผู้ป่วยสมองบาดเจ็บระดับเล็กน้อยที่มีผลตรวจเอกซเรย์คอมพิวเตอร์สมองที่มีภาวะเลือดออกในสมองมีความสัมพันธ์ต่อการเกิดภาวะสูญเสียความทรงจำและพบการเกิดภาวะสูญเสียความทรงจำในผู้ป่วยสมองบาดเจ็บระดับเล็กน้อยที่ทำการศึกษาร้อยละ 4.20

ข้อจำกัดของการศึกษา

การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาอาการภายหลังสมองได้รับการกระทบกระเทือนและภาวะสูญเสียความทรงจำภายหลังสมองบาดเจ็บในผู้ป่วยสมองบาดเจ็บระดับเล็กน้อยที่มีความเสี่ยงปานกลางและความเสี่ยงสูงที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยศัลยกรรมอุบัติเหตุ โรงพยาบาลระดับตติยภูมิ 2 แห่งในจังหวัดขอนแก่น ในการนำผลการวิจัยไปใช้ควรมีการศึกษาในระดับปัจจัยด้านความเสี่ยงของผู้ป่วยสมองบาดเจ็บร่วมด้วย เนื่องจากการรายงานผลการศึกษาเป็นการศึกษาในผู้ป่วยสมองบาดเจ็บระดับเล็กน้อยที่มีความเสี่ยงปานกลางและความเสี่ยงสูงไม่ได้รวมผู้ป่วยสมองบาดเจ็บระดับเล็กน้อยที่มีความเสี่ยงต่ำด้วย

สรุป

การศึกษา พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีอาการภายหลังสมองได้รับการกระทบกระเทือนเฉลี่ยอยู่ระหว่าง 6-8 อาการ พบว่ากลุ่มอาการ RPQ-3 มีค่าคะแนนเฉลี่ยความระดับรุนแรงของอาการลดลง ส่วนกลุ่มอาการ RPQ-13 มีค่าคะแนนเฉลี่ยระดับรุนแรงของอาการเพิ่มขึ้น พบว่าการเกิดอาการและความรุนแรงของกลุ่มอาการ RPQ-3 และ RPQ-13 ในแต่ละช่วงเวลาแตกต่างกัน สำหรับอาการที่ไม่พบในกลุ่มตัวอย่าง คือ รู้สึกซึมเศร้า รู้สึกตาสู้แสงไม่ได้ มองเห็นภาพซ้อน และกระสับกระส่ายหรือกระวนกระวาย ภาวะสูญเสียความทรงจำหลังสมองบาดเจ็บในผู้ป่วยสมองบาดเจ็บระดับเล็กน้อยพบในระยะ 24 ชั่วโมงหลังการบาดเจ็บเท่านั้น

ข้อเสนอแนะและการนำไปใช้

1. ด้านการวิจัย ควรมีการศึกษาต่อเนื่องในส่วนของอาการภายหลังสมองได้รับการกระทบกระเทือนและภาวะสูญเสียความทรงจำในผู้ป่วยสมองบาดเจ็บระดับเล็กน้อยส่งผลต่อการดำเนินในชีวิตในด้านการทำงานหรือด้านการเรียนในกลุ่มตัวอย่างหรือไม่ หรือการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างอาการภายหลังสมองได้รับการกระทบกระเทือนและภาวะสูญเสียความทรงจำในผู้ป่วยสมองบาดเจ็บระดับเล็กน้อย

2. ด้านการปฏิบัติ สามารถนำผลการวิจัยมาออกแบบการวางแผนจำหน่าย การจัดการอาการและการส่งต่อข้อมูลเพื่อการดูแลอย่างต่อเนื่องภายหลังสมองบาดเจ็บระดับเล็กน้อยให้ผู้ป่วยสามารถกลับดำเนินชีวิตได้เป็นปกติ เช่น รูปแบบแอปพลิเคชัน หรือสื่อวีดิทัศน์ เป็นต้น เพื่อเป็นการป้องกันความรุนแรงของอาการและเป็นการส่งเสริมความทรงจำของผู้ป่วยในระยะนี้ได้ และควรมีการติดตามอาการที่ต่อเนื่องโดยเฉพาะในกลุ่มผู้ป่วยที่มีอาการภายหลังสมองบาดเจ็บหลงเหลืออยู่

การมีส่วนร่วมในการเขียนบทความ

นักวิจัยทุกท่านมีส่วนร่วมในการทำวิจัย เริ่มจากการเขียนโครงร่างการวิจัย การเก็บรวบรวมข้อมูล วิเคราะห์ข้อมูล สรุปผลการวิจัย อภิปรายผลการวิจัย และการเขียนบทความวิจัยรวมทั้งร่วมกันปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะที่ได้รับ

การมีผลประโยชน์ทับซ้อน

งานวิจัยนี้ไม่ได้มีผลประโยชน์ทับซ้อน

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบพระคุณกลุ่มตัวอย่างทุกท่านที่สละเวลาในการร่วมตอบแบบแบบสัมภาษณ์ เจ้าหน้าที่แผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลศรีนครินทร์ และเจ้าหน้าที่หอผู้ป่วยศัลยกรรมอุบัติเหตุ โรงพยาบาลขอนแก่น ที่ให้ความร่วมมือในการดำเนินการวิจัยจนสำเร็จลุล่วง

เอกสารอ้างอิง

1. Dewan MC, Rattani A, Gupta S, et al. Estimating the global incidence of traumatic brain injury. J Neurosurg. 2018; 130(4): 1-18. doi: 10.3171/2017.10.JNS17352.
2. Institute of Neurological Sciences NHS Greater Glasgow and Clyde. Glasgow coma scale [internet]. 2015 [cited 2021 Jul 22]. Available from: https://www.glasgowcomascale.org/downloads/GCS-Assessment-Aid-English.pdf?v=3
3. Phuenpathom N, Srikijvialikul T, editor. Clinical practice guidelines for traumatic brain injury. 1 st ed. Bangkok: Prosperous plus company limited; 2019. Thai.
4. Haydel MJ, Preston CA, Mills TJ, et al. Indications for computed tomography in patients with minor head injury. N Engl J Med. 2000; 343(2): 100-5. doi: 10.1056/NEJM200007133430204.

5. Abdulle AE, de Koning ME, van der Horn HJ, et al. Early predictors for long-term functional outcome after mild traumatic brain injury in frail elderly patients. J Head Trauma Rehabil. 2018; 33(6): E59-E67. doi: 10.1097/HTR.0000000000000368.
6. Lefevre-Dognin C, Cogné M, Perdrieau V, et al. Definition and epidemiology of mild traumatic brain injury. Neurochirurgie. 2021; 67(3): 218-21. doi: 10.1016/j.neuchi.2020.02.002.
7. Ponsford J, Nguyen S, Downing M, et al. Factors associated with persistent post-concussion symptoms following mild traumatic brain injury in adults. J Rehabil Med. 2019; 51(1): 32-9. doi: 10.2340/16501977-2492.
8. Utaisang A. Factors associated with severity level of post-concussion syndrome in patients with mild traumatic brain injury. [dissertation].[Khon Kean]: Khon Kaen University; 2016. 110 p.
9. Snell D, Macleod A, Anderson T. Post-concussion syndrome after a mild traumatic brain injury: A minefield for clinical practice. J Behav Brain Sci. 2016; 6: 227-32. doi: org/10.4236/jbbs.2016.66023.
10. Eisenberg MA, Meehan WP 3rd, Mannix R. Duration and course of post-concussive symptoms. Pediatrics. 2014; 133(6): 999-1006. doi: 10.1542/peds.2014-0158.
11. Tator CH, Davis HS, Dufort PA, et al. Postconcussion syndrome: Demographics and predictors in 221 patients. J Neurosurg. 2016; 125(5): 1206-16. doi: 10.3171/2015.6.JNS15664.
12. Andelic N, Howe EI, Hellstrøm T, et al. Disability and quality of life 20 years after traumatic brain injury. Brain Behav. 2018; 8(7): 1-10. doi: 10.1002/brb3.1018.
13. Voormolen DC, Polinder S, von Steinbuechel N, et al. The association between post-concussion symptoms and health-related quality of life in patients with mild traumatic brain injury. Injury. 2019; 50(5): 1068-74. doi: 10.1016/j.injury.2018.12.002.
14. Marshman LAG, Jakabek D, Hennessy M, et al. Post-traumatic amnesia. J Clin Neurosci. 2013; 20: 1475-81. doi: org/10.1016/j.jocn.2012.11.022.
15. Levin HS, O'Donnell VM, Grossman RG. The Galveston Orientation and Amnesia Test. A practical scale to assess cognition after head injury. J Nerv Ment Dis. 1979; 167(11): 675-84. doi: 10.1097/00005053-197911000-00004.
16. Fotakopoulos G, Makris D, Tsianaka E, et al. The value of the identification of predisposing factors for post-traumatic amnesia in management of mild traumatic brain injury. Brain Inj. 2018; 32(5): 563-8. doi: 10.1080/02699052.2018.1432075.
17. Wongsasung J, Jitpanya C, Chuntra K. The effect of integrated reality orientation program on amnesia in adults with head injury. JRTAN. 2011; 12(2): 46-52. Thai.
18. Lenz ER, Pugh LC, Milligan R, et al. The middle range theory of unpleasant symptoms: An update. ANS Adv Nurs Sci. 1997; 19(3): 14-27. doi: 10.1097/00012272-199703000-00003.
19. Faul F, Erdfelder E, Lang AG, et al. G*Power 3: A flexible statistical power analysis program for the social, behavioral, and biomedical sciences. Behav Res Methods. 2007; 39(2): 175-91. doi: 10.3758/bf03193146.
20. Srisatidnarakul B. Effect size, power analysis, optimal sample size calculations using g*power software. 1 st ed. Bangkok: Chulalongkorn University Press; 2020. Thai.
21. Emeot Y, Khuwatsamrit K, Chaivaiboontham S. Effects of the self-care agency promoting program on knowledge, self-care ability perceived post concussion symptoms, and recovery from brain injury in patients with mild traumatic brain injury. NJPH. 2020; 30(3): 207-22. Thai.
22. Eyres S, Carey A, Gilworth G, et al. Construct validity and reliability of the Rivermead Post-Concussion Symptoms Questionnaire. Clin Rehabil. 2005; 19(8): 878-87. doi: 10.1191/0269215505cr905oa.
23. Premsai T. Follow up study of patient' adaptation after mild head injury [dissertation].[Bangkok]: Mahidol University; 2003. 71 p. Thai.
24. Kinklaykan K, Jitpanya C. Relationships among pain, anxiety, social support, and post concussive syndromes. Chula Med Bull. 2019; 1(5): 439-49. Thai.
25. Nelson LD, Furger RE, Ranson J, et al. Acute clinical predictors of symptom recovery in emergency department patients with uncomplicated mild traumatic brain injury or non-traumatic brain injuries. J Neurotrauma. 2018; 35(2): 249-59. doi: 10.1089/neu.2017.4988.
26. Vaniyapong T, Patumanond J, Ratanalert S, et al. Clinical indicators for traumatic intracranial findings in mild traumatic brain injury patients. Surg Neurol Int. 2019; 10(64): 1-5. doi: 10.25259/SNI-101-2019.
27. Paredes I, Navarro B, Lagares A. Sleep disorders in traumatic brain injury. Neurocirugia (Astur: Engl Ed). 2021; 32(4): 178-87. doi: 10.1016/j.neucie.2020.12.001.
28. Bauer RM, Jaffee MS. Behavioral and Cognitive Aspects of Concussion. Continuum (Minneap Minn). 2021; 27(6): 1646-69. doi: 10.1212/CON.0000000000001057.
29. Lum P, Harnirattisai T, Tantongtip D. The effects of a continuing care program on the perceived self-efficacy of caregivers and post-concussion syndrome in persons with mild traumatic brain injury. Rama Nurs J. 2019; 25(1): 58-73. Thai.
30. Sen N. An insight into the vision impairment following traumatic brain injury. Neurochem Int. 2017; 111: 103-7. doi: 10.1016/j.neuint.2017.01.019.

บทความวิจัย

การดูแลสุขภาพแบบผสมผสาน ของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวชาวไทยมุสลิม
Complementary Therapies Used in Thai Muslim Patients with Heart Failure

ฐิติมา เมฆสมุทร[1] *ทิพมาส ชิณวงศ์*[2*]
Thitima Meksamut[1] *Tippamas Chinnawong*[2*]

[1]*พยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลนราธิวาสราชนครินทร์ จังหวัดนราธิวาส*
[1]*Registered Nurse, Naradhiwasrajanakarindra Hospital, Narathiwat, Thailand.*
[2]*ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ จังหวัดสงขลา*
[2]*Assistant Professor, Faculty of Nursing, Prince of Songkla University, Songkhla, Thailand.*

*ผู้รับผิดชอบหลัก: tippamas.c@psu.ac.th
*Corresponding author: tippamas.c@psu.ac.th

Received 10 November 2023 • Revised 24 January 2024 • Accepted 15 February 2024

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์: *การวิจัยแบบผสมผสานนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาประสบการณ์การใช้การดูแลสุขภาพแบบผสมผสานของผู้ป่วยชาวไทยมุสลิมที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวที่มารับบริการในคลินิกหัวใจล้มเหลว โรงพยาบาลแห่งหนึ่งในภาคใต้ของประเทศไทย* ***วิธีการ:*** *กลุ่มตัวอย่างจำนวน 121 ราย คัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจงตามคุณสมบัติที่กำหนด คือ ระดับความสามารถในการทำกิจกรรม 1-3 (NYHA functional class I-III) มีประสบการณ์การใช้การดูแลสุขภาพแบบผสมผสานอย่างน้อย 1 ชนิด นานกว่า 3 เดือน เครื่องมือวิจัย ได้แก่ 1) แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป 2) แบบสอบถามข้อมูลสุขภาพ 3) แบบสอบถามการใช้การดูแลสุขภาพแบบผสมผสาน และ 4) แบบสอบถามปลายเปิดเกี่ยวกับ วัตถุประสงค์ ผลของการใช้ และปัจจัยที่ทำให้ใช้การดูแลสุขภาพแบบผสมผสาน ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity Index) ของเครื่องมือส่วนที่ 2-4 เท่ากับ 1, 0.93 และ 1 ตามลำดับ และหาค่าความเที่ยงของแบบสอบถามส่วนที่ 2 และ 3 ด้วยการวัดซ้ำได้เท่ากับ .80 และ .89 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนาและวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพด้วยการวิเคราะห์เนื้อหา (content analysis)* ***ผลการศึกษา:*** *พบว่ากลุ่มตัวอย่างใช้การบำบัดแบบชีวภาพมากที่สุด (ร้อยละ 56.20) รองลงมา คือ การดูแลแบบการประสานกายจิต (ร้อยละ 33.90) และการบำบัดทางกายภาพ (ร้อยละ 6.60) ใช้เพื่อบรรเทาอาการ รักษาโรคและส่งเสริมสุขภาพ ผลของการใช้ คือ อาการลดลง จิตใจสงบ และรู้สึกแข็งแรงขึ้น ปัจจัยที่ทำให้ใช้ได้แก่ 1) ความเชื่อ 2) บุคคลใกล้ชิด 3) ความต้องการดูแลสุขภาพ และ 4) สื่อออนไลน์* ***สรุป:*** *ผลการวิจัยนี้ ช่วยให้เกิดความเข้าใจภาพรวมของการดูแลสุขภาพแบบผสมผสานของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวชาวไทยมุสลิม ใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานในการประเมินผู้ป่วย และศึกษาต่อยอดเกี่ยวกับประสิทธิผลของการดูแลสุขภาพแบบผสมผสานที่สอดคล้องกับแผนการรักษาและวิถีชีวิตตามบริบทของพื้นที่ต่อไป*

คำสำคัญ: การดูแลสุขภาพแบบผสมผสาน; ผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว; ชาวไทยมุสลิม

Abstract

Objective: *The purpose of this mixed methods study was to explore experience of complementary therapies used in Thai Muslim patients with heart failure who received services at the heart failure clinic, a hospital in southern Thailand.* ***Methods:*** *The sample were 121 cases selected by the purposive sampling method, had NYHA functional class I-III and experience of using complementary therapies at least 1 type for more than 3 months. Data were collected using the questionnaires 1) sociodemographic data 2) health information 3) use of the complementary therapies, and 4) open-ended questionnaire including purpose, effects and related factors of using complementary therapies. The tools were validated by three experts, the content validity indices (CVI)of part 2-4 questionnaires were 1, .93 and 1. The test - retest reliability of part 2 and part 3 questionnaires were .80 and .89 respectively. Data were analyzed by descriptive statistics and qualitative data were analyzed by content analysis method.* ***Results:*** *The results showed that Thai Muslim patients with heart failure used various types of complementary therapies; the most common used were biological-based therapies (56.20%), followed by mind-body interventions (33.90%), and manipulative and body - based methods (6.60%). Purposes of using complementary therapies were relieve physical symptoms, treat an illness, and promote health. Effects of using complementary therapies were reduced symptoms, peaceful mind and improved health. The factors of complementary therapies used were 1) belief 2) people close to them 3) health care needs and 4) social media.* ***Conclusion:*** *The results of this study provided a whole understanding about complementary therapies used in Thai Muslim patients with heart failure, which could be used as foundation knowledge for patient assessment, and can be extended to study the effectiveness of complementary therapies, congruence with the medical treatments as well as client's lifestyle and context.*

Keywords: complementary therapies; patients with heart failure; Thai Muslim

ความสำคัญของปัญหา

ภาวะหัวใจล้มเหลว เป็นความผิดปกติของโครงสร้างและการทำหน้าที่ของหัวใจ ผู้ป่วยจะมีอาการที่สำคัญ ได้แก่ หอบเหนื่อย ออกแรงได้น้อยลง นอนราบไม่ได้ หายใจเหนื่อยหลังนอนหลับ อ่อนเพลีย บวมตามแขนขา[1] เป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญ มีอัตราการเสียชีวิตอยู่ที่ร้อยละ 10 ต่อปี และจะเสียชีวิตภายใน 5 ปี หลังได้รับการวินิจฉัย คิดเป็นร้อยละ 50 โดยเฉพาะอย่างยิ่ง ในผู้ป่วยที่มักเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลซ้ำด้วยสาเหตุจากหัวใจล้มเหลวกำเริบ[2] ภาวะหัวใจล้มเหลวส่วนใหญ่เป็นช่วงท้ายของโรคในระบบหัวใจและหลอดเลือด เช่น โรคความดันโลหิตสูง เบาหวาน โรคไตวายเรื้อรัง เป็นต้น ส่วนหนึ่งเป็นผลมาจากพฤติกรรมในการดำเนินชีวิต โดยเฉพาะในชาวมุสลิมที่นิยมรับประทานอาหารประจำถิ่นที่มีไขมันสูง ขนมหวาน อาหารที่มีรสเค็ม เช่น น้ำบูดู แกงกะทิ โรตี เป็นต้น การมีพฤติกรรมการออกกำลังกายน้อย การสูบบุหรี่ล้วนเป็นปัจจัยเสี่ยงของการเจ็บป่วยด้วยโรคมากขึ้น[3] ซึ่งส่งผลต่อคุณภาพชีวิต ทั้งด้านร่างกาย เศรษฐกิจ ด้านจิตใจของผู้ป่วยและครอบครัว[2] การรักษาภาวะหัวใจล้มเหลว มีวัตถุประสงค์เพื่อควบคุมและป้องกันการเกิดความรุนแรงของโรค แต่ด้วยการรักษาโรคที่ใช้ระยะเวลายาวนาน ผู้ป่วยต้องเข้ารับการรักษาอย่างต่อเนื่อง อีกทั้งอาจเกิดผลข้างเคียงจากการรักษาแผนปัจจุบัน และทำให้ผู้ป่วยเกิดปัญหา เช่น เบื่อการรับประทานยา เกิดภาวะซึมเศร้า เกิดความเครียด ผู้ป่วยเหล่านี้จะมีวิธีการจัดการความเจ็บป่วย เพื่อบรรเทาอาการของโรคและปรับเปลี่ยนแบบแผนการดำเนินชีวิต[4] จึงเกิดการแสวงหาและใช้การดูแลรักษาวิธีต่าง ๆ เพื่อเป็นการส่งเสริมหรือเป็นทางเลือกในการดูแลสุขภาพเพิ่มเติม ซึ่งพบผู้ป่วยจำนวนมากหันมาใช้การดูแลสุขภาพแบบผสมผสานและการแพทย์ทางเลือกในระหว่างการรักษาเพิ่มขึ้น[5]

การดูแลแบบผสมผสานเป็นรูปแบบหนึ่งของการดูแลสุขภาพที่ใช้ร่วมกับการรักษาด้วยระบบการแพทย์แผนปัจจุบัน ซึ่งต่างจากการแพทย์ทางเลือก ที่ใช้ทดแทนหรือไม่ได้ใช้ร่วมกับการรักษาแผนปัจจุบัน ศูนย์การแพทย์ทางเลือกของสหรัฐอเมริกา[6] แบ่งประเภทของการดูแลสุขภาพแบบผสมผสาน

เป็น 5 กลุ่ม คือ 1) การบำบัดแบบชีวภาพ (biological base therapies) 2) การบำบัดรักษาทางกายภาพ (manipulative and body-base methods) 3) การดูแลแบบการประสานกายจิต (mind-body interventions) 4) การแพทย์ทางเลือก (alternative medical methods) และ 5) การบำบัดรักษาด้วยพลังงาน (energy therapy) การศึกษาเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพแบบผสมผสานด้วยวิธีการทำโยคะของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวในประเทศอินเดีย[7] พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่ได้รับการฝึกโยคะ มีประสิทธิภาพการบีบตัวของหัวใจห้องล่างซ้าย (left ventricular ejection fraction [LVEF]) เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ และผลการตรวจวิเคราะห์สารชีวเคมีในเลือดเพื่อบ่งชี้ถึงการทำงานของหัวใจที่ผิดปกติ (N-terminal pro B-type natriuretic peptide [NT-pro-BNP]) ลดลงร้อยละ 10.77 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p < .01$ นอกจากนี้มีการศึกษาการดูแลสุขภาพแบบผสมผสานในผู้ป่วยหัวใจล้มเหลวชาวมุสลิมในประเทศตุรกี[8] พบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่ใช้สมุนไพรมากที่สุด ร้อยละ 94.20 รองลงมาคือการบำบัดทางกายภาพ ร้อยละ 2.90 และการทำละหมาด ร้อยละ 2.90 และมีการศึกษาในประเทศอิหร่าน[9] พบว่าใช้สมุนไพรมากที่สุด ร้อยละ 69.20 รองลงมา คือ การอ่านบทสวด ร้อยละ 37.20 ผู้ป่วยเลือกใช้การดูแลสุขภาพแบบผสมผสาน เพราะมีความปลอดภัยมากกว่า และเกิดผลข้างเคียงน้อยกว่าการรักษาด้วยการแพทย์แผนปัจจุบัน ใช้เพื่อการส่งเสริมสุขภาพ รักษาโรค และจัดการอาการของโรค และการศึกษาในประเทศไทย พบการศึกษาในโรคหลอดเลือดสมองซึ่งเป็นการศึกษาในกลุ่มตัวอย่างที่เป็นไทยพุทธ ร้อยละ 98.10 พบว่าผู้ป่วยใช้การดูแลแบบผสมผสานมากที่สุดด้วยการนวดแผนไทย ร้อยละ 56.30 รองลงมา คือ การฝังเข็ม ร้อยละ 44.40 ตามด้วยการใช้ยาสมุนไพรไทย ร้อยละ 36.50 และสมุนไพรจีน ร้อยละ 15.90[10] ซึ่งมีความแตกต่างจากชาวไทยมุสลิมในภาคใต้ตอนล่าง และพบว่าผู้ป่วยมีการใช้สมุนไพร ร้อยละ 22.90 และใช้ผลิตภัณฑ์เสริมอาหาร ร้อยละ 9.30 เพื่อบำรุงสุขภาพ และเพื่อบรรเทาอาการ ได้แก่ อาการบวมท้องอืด วิงเวียนศีรษะ และอาการไอ ร้อยละ 46.90 โดยเหตุผลหนึ่งของการเลือกใช้สมุนไพร คือ หาง่ายและราคาไม่แพง[11] อย่างไรก็ตามในผู้ป่วยบางรายที่ใช้วิธีการดูแลสุขภาพแบบผสมผสานอาจเกิดผลข้างเคียงได้เช่นกัน ดังเช่นในการศึกษาของ Bahall[12] ที่ศึกษาการดูแลสุขภาพแบบผสมผสานในผู้ป่วยโรคหัวใจ พบว่าผู้ป่วยมีอาการแพ้ ร้อยละ 1.60 และอาจเพิ่มความเสี่ยงของการมีเลือดออกง่ายหยุดยาก หรือความผิดปกติในการแข็งตัวของเลือดเมื่อใช้ร่วมกับยารักษาโรคหัวใจบางชนิด เช่น แอสไพริน โคลพิโดเกรล และวาร์ฟารินร่วมกับแปะก๊วย หรือกระเทียม บุคคลากรจึงต้องมีการตระหนักและให้ความสำคัญส่วนนี้เพื่อการให้คำแนะนำและเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ ที่อาจเกิดขึ้นจากการใช้ได้

ในการดูแลสุขภาพแบบผสมผสานในผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวชาวไทยมุสลิมที่มีความแตกต่างของสังคม วัฒนธรรม และวิถีชีวิต เนื่องจากชาวมุสลิมให้ความสำคัญด้านจิตวิญญาณ โดยการปฏิบัติและยึดมั่นในข้อกำหนดของศาสนาและในบางครั้งเลือกที่จะใช้บริการพื้นฐานในชุมชนมุสลิมตามความเชื่อดั้งเดิม เช่น หมอบ้าน[3] จึงเลือกใช้การดูแลสุขภาพแบบผสมผสานร่วมกับการใช้ยาแผนปัจจุบัน และจากการทบทวนวรรณกรรม พบว่ายังขาดการศึกษาที่นำไปสู่การวิเคราะห์และสรุปผลเกี่ยวกับเหตุปัจจัยที่ทำให้ผู้ป่วยเลือกใช้และผลของการใช้การดูแลสุขภาพแบบผสมผสานได้อย่างชัดเจน ทำให้ยังไม่สามารถอธิบายองค์ความรู้ตามบริบทที่เฉพาะเจาะจงในพื้นที่ได้ ดังนั้นการศึกษาครั้งนี้จึงเป็นการศึกษาเกี่ยวกับการใช้การดูแลสุขภาพแบบผสมผสานของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวชาวไทยมุสลิม เพื่อเป็นข้อมูลพื้นฐานสำหรับบุคลากรสุขภาพที่จะนำไปส่งเสริมการดูแลสุขภาพให้สอดคล้องกับวิถีชีวิต ความเป็นอยู่ของผู้ป่วยในพื้นที่ต่อไป

คำถามการวิจัย

การดูแลสุขภาพแบบผสมผสาน ประกอบด้วย ประเภท วิธีการ ความถี่ วัตถุประสงค์ของการใช้ ผลของการใช้ และปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการดูแลสุขภาพแบบผสมผสานของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวชาวไทยมุสลิม มีอะไรบ้างและเป็นอย่างไร

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาการดูแลสุขภาพแบบผสมผสาน ประกอบด้วย ประเภท วิธีการ ความถี่ วัตถุประสงค์ของการใช้ผลของการใช้ และปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการดูแลสุขภาพแบบผสมผสานของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวชาวไทยมุสลิม

รูปแบบการศึกษา

กรอบแนวคิดการวิจัย

งานวิจัยนี้ ใช้กรอบแนวคิดการดูแลสุขภาพแบบผสมผสาน (The CAM Healthcare Model)[13] ซึ่งพัฒนามาจากแบบจำลองพฤติกรรม (behavior model) ของ Andersen[14]

ที่ให้ความสำคัญกับวิธีการดูแลสุขภาพทางเลือก ประกอบด้วย 3 องค์ประกอบ ได้แก่ 1) ปัจจัยนำ (predisposing factors) เป็นลักษณะและพื้นฐานของแต่ละบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรสในผู้ป่วยมุสลิมมีปัจจัยที่สำคัญ คือ ลักษณะโครงสร้างทางสังคมที่มีความเคร่งครัดของศาสนา ความเชื่อทัศนคติด้านสุขภาพที่มีวัฒนธรรมสืบต่อกันมา 2) ปัจจัยสนับสนุน (enabling factors) ได้แก่ รายได้ อาชีพ สิทธิการรักษา ตำแหน่งที่อยู่อาศัย การได้รับการสนับสนุนจากครอบครัวหรือสังคม และ 3) ปัจจัยความต้องการด้านสุขภาพ (need factors) การรับรู้การเจ็บป่วยที่จะส่งผลหรือเป็นแรงผลักดันให้ผู้ป่วยใช้การดูแลสุขภาพแบบผสมผสาน ได้แก่ การรับรู้วินิจฉัยโรค อาการ ความรุนแรงของการเจ็บป่วย การรักษาที่ได้รับ ทั้ง 3 ด้านนี้ จึงมีผลต่อการเลือกใช้การดูแลสุขภาพแบบผสมผสานทั้งประเภท วิธีการ ความถี่ วัตถุประสงค์การใช้ ผลการใช้ต่อสุขภาพ และปัจจัยที่ทำให้ใช้การดูแลสุขภาพแบบผสมผสานของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวชาวไทยมุสลิม

วิธีการดำเนินการวิจัย

การศึกษาวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบผสมผสาน (mixed methods study) เพื่อศึกษาเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพแบบผสมผสานของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวชาวไทยมุสลิม

ประชากร คือ ผู้ป่วยหัวใจล้มเหลวชาวไทยมุสลิมที่เข้ารับบริการในคลินิกหัวใจล้มเหลว แผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลจังหวัดแห่งหนึ่งในภาคใต้

กลุ่มตัวอย่าง กำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่าง โดยคำนวณตามสัดส่วนประชากร 100-1,000 ใช้ตารางสำเร็จรูป[15] จะใช้กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 25 ของจำนวนประชากรทั้งหมดคือ 483 ราย ได้กลุ่มตัวอย่าง 121 ราย โดยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (purposive sampling) โดยผู้วิจัยให้พยาบาลวิชาชีพประจำคลินิกหัวใจล้มเหลว ทำการคัดเลือกจากรายชื่อตามนัดในแต่ละสัปดาห์ จากระบบคอมพิวเตอร์ และทำการคัดเลือกผู้ป่วยตามเกณฑ์ที่กำหนด ได้กลุ่มตัวอย่าง 121 ราย โดยเก็บข้อมูลตั้งแต่เดือนพฤษภาคม - กรกฎาคม พ.ศ. 2565

เกณฑ์การคัดเข้าของกลุ่มตัวอย่าง

1. เป็นผู้ป่วยมุสลิมที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่ามีภาวะหัวใจล้มเหลว และได้รับการรักษาด้วยยามาแล้วไม่น้อยกว่า 1 ปี New York Heart Association (NYHA Functional class I-III)

2. มีประสบการณ์การใช้วิธีการดูแลสุขภาพแบบผสมผสานอย่างน้อย 1 ชนิด เป็นเวลานานกว่า 3 เดือน

3. สามารถสื่อสารได้ดีด้วยภาษาไทยหรือภาษายาวี

เกณฑ์การคัดออกของกลุ่มตัวอย่าง

มีอาการไม่สุขสบายระหว่างการสัมภาษณ์ เช่น อ่อนเพลีย เหนื่อยง่าย วิงเวียน หรืออาการไม่สุขสบายต่าง ๆ

จริยธรรมในการวิจัย

งานวิจัยฉบับนี้ได้ผ่านการพิจารณาจริยธรรม จากศูนย์จริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สาขาสังคมศาสตร์และพฤติกรรมศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ รหัสหนังสือรับรอง PSU IRB 2022 - St - Nur 008 (Internal) วันที่ 4 เมษายน 2565 และจากคณะกรรมการจริยธรรมการศึกษาวิจัยในมนุษย์ในโรงพยาบาล ผู้วิจัยทำการพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่างทุกราย ผู้วิจัยชี้แจงหัวข้อ วัตถุประสงค์ ประโยชน์ที่จะได้รับ ผลกระทบที่อาจจะเกิดขึ้น กลุ่มตัวอย่างมีสิทธิ์ตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมโดยไม่มีผลกระทบต่อการรักษา ระหว่างเก็บข้อมูล กลุ่มตัวอย่างสามารถยกเลิกการเข้าร่วมวิจัยได้ตลอดเวลา และถ้าหากผู้ป่วยมีอาการหอบเหนื่อย หายใจไม่สะดวก เจ็บแน่นหน้าอกหรือรู้สึกไม่สุขสบาย สามารถแจ้งผู้วิจัยได้ทันที และจะนำผู้ป่วยเข้าพบแพทย์เพื่อตรวจอาการทันที ซึ่งในระหว่างเก็บข้อมูลไม่พบปัญหาดังกล่าวข้อมูลทุกอย่างถือเป็นความลับ นำเสนอในภาพรวมเท่านั้น และจะถูกทำลายหลังการวิจัยเผยแพร่ภายใน 2 ปี

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ขั้นเตรียมการ โดยผู้วิจัยดำเนินการขอพิจารณาจริยธรรม จากศูนย์จริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สาขาสังคมศาสตร์และพฤติกรรมศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ และจากคณะกรรมการจริยธรรมการศึกษาวิจัยในมนุษย์ในโรงพยาบาล มีผู้ช่วยวิจัย 1 คน เป็นพยาบาลวิชาชีพที่มีประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว สามารถสื่อสารภาษายาวี (ภาษาอิสลาม) ได้ดี เตรียมผู้ช่วยวิจัยโดยอธิบายวัตถุประสงค์ และชี้แจง ทำความเข้าใจเกี่ยวกับแบบสอบถามที่ใช้ จากนั้นฝึกการใช้แบบสอบถามกับกลุ่มตัวอย่างก่อนการเก็บข้อมูลจริง จำนวน 5 ราย

2. ขั้นดำเนินการวิจัย เก็บรวบรวมข้อมูล ตั้งแต่เดือนพฤษภาคม - กรกฎาคม พ.ศ. 2565 โดยให้ผู้ป่วยตอบเอง กรณีที่ใช้ภาษายาวี ผู้ช่วยวิจัยเป็นผู้เก็บข้อมูล กลุ่มตัวอย่างสามารถสอบถาม ขอข้อมูลได้ตลอดเวลา ผู้เข้าร่วมวิจัยที่เป็นผู้สูงอายุ มีปัญหาด้านสายตา หรือไม่สามารถอ่านแบบสอบถามได้เอง ผู้วิจัยจะอ่านคำถามเป็นรายข้อและช่วยกรอกแบบสอบถามให้ผู้เข้าร่วมวิจัยที่ได้รับการคัดเลือกให้ร่วมตอบแบบสอบถามปลายเปิด ผู้วิจัยขออนุญาตบันทึกเสียงโดยกำหนดเป็นรหัส

แทนผู้ร่วมวิจัย ไม่ระบุชื่อของผู้เข้าร่วมวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้จากการทบทวนวรรณกรรม ประกอบด้วย

1. แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการใช้การดูแลสุขภาพแบบผสมผสาน ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา รายได้ อาชีพ สิทธิการรักษา ตำแหน่งที่อยู่อาศัย การเป็นสมาชิกชมรมสุขภาพ เติมคำตอบและแบบตรวจสอบรายการ (check list) จำนวน 10 ข้อ

2. แบบสอบถามข้อมูลสุขภาพ ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากกรอบแนวคิดการดูแลสุขภาพแบบผสมผสาน และดัดแปลงจากการศึกษาการดูแลสุขภาพแบบผสมผสานของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายในประเทศอินโดนีเซีย[16] ประกอบด้วย การรับรู้การวินิจฉัยโรค ระยะเวลาการเจ็บป่วย การรักษาที่ได้รับ โรคประจำตัวอื่น ๆ และความรุนแรงของอาการในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา เป็นแบบเติมคำตอบและแบบมาตรประมาณค่า (rating scale) มีทั้งหมด 9 ข้อ แปลผลระดับความรุนแรงของอาการโดยการคำนวณหาอันตรภาคชั้น กำหนดช่วงดังนี้

0.00-1.00 คะแนน หมายถึง การรับรู้ระดับความรุนแรงของอาการนั้นอยู่ในระดับน้อย

1.01-2.00 คะแนน หมายถึง การรับรู้ระดับความรุนแรงของอาการนั้นอยู่ในระดับปานกลาง

2.01-3.00 คะแนน หมายถึง การรับรู้ระดับความรุนแรงของอาการนั้นระดับมาก

3. แบบสอบถามการใช้การดูแลสุขภาพแบบผสมผสาน (complementary therapies use questionnaire: CTUQ) ผู้วิจัยพัฒนาจากการศึกษาการดูแลสุขภาพแบบผสมผสานของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายในประเทศอินโดนีเซีย[16] ประกอบด้วยประเภท ความถี่ วิธีการ วัตถุประสงค์ ผลของการใช้การดูแลสุขภาพแบบผสมผสาน จำนวน 5 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นแบบตรวจสอบรายการ

4. แบบสอบถามปลายเปิด เป็นคำถามเชิงลึกเกี่ยวกับการใช้การดูแลสุขภาพแบบผสมผสานที่ครอบคลุมเกี่ยวกับชนิด วัตถุประสงค์ ผลของการใช้และปัจจัยที่ทำให้ใช้การดูแลสุขภาพแบบผสมผสาน สอบถามผู้ป่วยกลุ่มที่สามารถควบคุมโรคได้ดี จำนวน 30 ราย จากกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 121 ราย เพื่อให้ได้ข้อมูลอย่างครบถ้วนสมบูรณ์ จากผู้ที่มีประสบการณ์การดูแลสุขภาพแบบผสมผสานเชิงลึก แบบสอบถามเป็นแบบสัมภาษณ์รายบุคคลที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม และดัดแปลงเพิ่มเติมจากงานวิจัยเรื่องการดูแลสุขภาพแบบผสมผสานของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายในประเทศอินโดนีเซีย[16] มีจำนวน 10 ข้อ

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (content validity)

ผู้วิจัยนำเครื่องมือ ได้แก่ 1) แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล 2) แบบสอบถามข้อมูลสุขภาพ 3) แบบสอบถามการใช้การดูแลสุขภาพแบบผสมผสาน และ 4) แบบสอบถามปลายเปิด ให้ผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน ได้แก่ แพทย์อายุรกรรมที่มีความเชี่ยวชาญด้านการดูแลผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือด อาจารย์พยาบาลที่เชี่ยวชาญด้านการดูแลผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือด และพยาบาลวิชาชีพที่มีประสบการณ์การทำงานเกี่ยวกับผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวชาวไทยมุสลิม พิจารณาตรวจสอบความตรง ความเหมาะสมของเนื้อหา ภาษาที่ใช้ตามวัตถุประสงค์ของการวิจัย แล้วนำมาปรับปรุงแก้ไขตามคำแนะนำ ได้ค่าความตรงของเครื่องมือวิจัย (CVI) เครื่องมือส่วนที่ 2 ถึง 4 เท่ากับ 1, .93 และ 1 ตามลำดับ

การตรวจสอบความเที่ยงของเครื่องมือ (reliability)

ผู้วิจัยนำแบบสอบถามส่วนที่ 2 และ 3 ไปทดสอบความเที่ยงกับกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา ด้วยวิธีการวัดซ้ำ (test-retest procedure) จำนวน 20 คน ในระยะเวลาห่างกัน 2 สัปดาห์ จากนั้นนำค่าคะแนนของแบบทดสอบทั้ง 2 ครั้งมาหาค่าความเที่ยง ได้เท่ากับ .80 และ .89 ตามลำดับ

วิธีการวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลสุขภาพทำการวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติพรรณนา ข้อมูลจำแนกประเภท ได้แก่ เพศ สถานภาพสมรส การศึกษา แหล่งที่อยู่อาศัย การใช้ดูแลสุขภาพแบบผสมผสาน และข้อมูลด้านสุขภาพ วิเคราะห์เป็นความถี่และร้อยละ ข้อมูลเชิงคุณภาพจากคำถามปลายเปิดทำการวิเคราะห์เนื้อหา (content analysis) มี 4 ขั้นตอน[17] คือ 1) อ่านข้อมูลที่ได้และถอดเป็นรหัส (decontextualization) 2) ตรวจสอบความเชื่อมโยง (recontextualization) 3) จัดหมวดหมู่ของข้อมูล (categorization) และ 4) ตีความและสรุปข้อมูล (compilation)

ผลการวิจัย

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปและภาวะสุขภาพของกลุ่มตัวอย่าง

ลักษณะส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้เป็นผู้ป่วยภาวะ

หัวใจล้มเหลวชาวไทยมุสลิม จำนวน 121 คน มากกว่าครึ่งเป็นเพศชาย (ร้อยละ 57.90) ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสคู่ (ร้อยละ 83.60) มีอายุในช่วง 61-70 ปี (ร้อยละ 34.40) มีการศึกษาอยู่ในระดับมัธยมศึกษาตอนปลายมากที่สุด (ร้อยละ 34.40) มีรายได้อยู่ในช่วง 5,000-10,000 บาท (ร้อยละ 43.80) ประกอบอาชีพค้าขายมากที่สุด (ร้อยละ 24.60) ใช้สิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (ร้อยละ 68) อาศัยอยู่ในเมือง (ร้อยละ 49.20) ส่วนใหญ่ (ร้อยละ 82.60) อาศัยกับบุตร สามีหรือภรรยา กลุ่มตัวอย่างได้รับแหล่งข้อมูลการดูแลสุขภาพแบบผสมผสานจากบุตรหลานและบุคคลอื่น ๆ ในครอบครัวมากที่สุด (ร้อยละ 29.50) รองลงมาคือเพื่อนบ้าน (ร้อยละ 22.10) ผู้สนับสนุนหลักหรือผู้ที่สนับสนุนและส่งเสริมในการใช้การดูแลสุขภาพแบบผสมผสานของกลุ่มตัวอย่าง คือ บุคคลในครอบครัว มากที่สุด (ร้อยละ 86.80)

ข้อมูลภาวะสุขภาพของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ได้รับการวินิจฉัยว่ามีภาวะหัวใจล้มเหลวอยู่ในช่วงระยะเวลา 4-6 ปี (ร้อยละ 84.40) NYHA Functional class I-III ผู้ป่วยรับทราบว่าตนเองได้รับการรักษาด้วยยามากที่สุด (ร้อยละ 70.80) และรับทราบว่ามีการปรับอาหาร/พฤติกรรมร่วมด้วย (ร้อยละ 28.70) (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ) ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีโรคประจำตัว คือ โรคความดันโลหิตสูง (ร้อยละ 46.30) โดยมีอาการของภาวะหัวใจล้มเหลวในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา มีความรุนแรงในระดับน้อย ได้แก่ อ่อนเพลีย (ร้อยละ 28.70) รองลงมา คือ นอนไม่หลับ (ร้อยละ 22.10)

ส่วนที่ 2 ประเภท วิธีการและความถี่ ของการดูแลสุขภาพแบบผสมผสานในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวชาวไทยมุสลิม

ผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวชาวไทยมุสลิม มีการใช้การดูแลสุขภาพแบบผสมผสานประเภทการบำบัดแบบชีวภาพมากที่สุด (ร้อยละ 56.20) โดยใช้สมุนไพรเป็นอันดับหนึ่ง รองลงมา คือ การดูแลแบบการประสานกายจิต (ร้อยละ 33.90) โดยวิธีการทำละหมาด ดุอาอ์ (การสวดขอพรกับพระเจ้า) และการอ่านหรือฟังบทสวดอัลกุรอาน ประเภทของการดูแลสุขภาพอันดับที่สาม คือการบำบัดทางกายภาพ (ร้อยละ 6.60) ด้วยวิธีการนวด ดังแสดงในตาราง 1

ตาราง 1 ประเภทของการดูแลสุขภาพแบบผสมผสานในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวชาวไทยมุสลิม (N = 121)

ประเภทการดูแลสุขภาพแบบผสมผสาน (เลือกตอบประเภทที่ใช้มากที่สุด)	จำนวน	ร้อยละ
การบำบัดแบบชีวภาพ (n = 68, ร้อยละ 56.20)		
สมุนไพร	55	80.80
วิตามิน (น้ำมันปลา น้ำมันงาสกัด)	4	5.90
ยาหม้อ ยาต้ม	1	1.50
ยาแผนโบราณ (น้ำมันปลิงทะเล)	1	1.50
อื่น ๆ (น้ำซัมซัม น้ำศักดิ์สิทธิ์จากเมกกะ น้ำมนต์)	7	10.30
การบำบัดทางกายภาพ (n = 8, ร้อยละ 6.60)		
การนวด (นวดแผนโบราณ นวดหมอบ้าน นวดแผนไทย กดจุด คลายเส้น)	6	75
อื่น ๆ (เดินช้า ๆ)	2	25
การดูแลแบบการประสานกายจิต (n = 41, ร้อยละ 33.90)		
ทำสมาธิ	2	4.90
อ่าน/ฟังอัลกุรอ่าน	15	36.60
ละหมาด/ดูอาอ์	22	53.70
โยคะ	2	4.80
การแพทย์ทางเลือก (n = 1, ร้อยละ .80)		
การแพทย์แผนไทย (อบสมุนไพร)	1	100
การบำบัดรักษาด้วยพลังงาน (n = 3, ร้อยละ 2.50)		
การฝังเข็ม	3	100

วิธีการและความถี่ดูแลสุขภาพแบบผสมผสานในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวชาวไทยมุสลิม

กลุ่มตัวอย่างใช้วิธีการบำบัดแบบชีวภาพ ด้วยการรับประทานสมุนไพรมากที่สุด (ร้อยละ 89.70) 1-3 ครั้ง/วัน ใช้วิธีการบำบัดทางกายภาพ โดยการนวด (ร้อยละ 87.50) 1-2 ครั้ง/เดือน ใช้การดูแบบสุขภาพแบบผสมผสานด้วยการดูแลแบบการประสานกายจิต โดยการละหมาด/ดุอาอ์ (ร้อยละ 53.70) 4-5 ครั้ง/วัน วิธีการอ่าน/ฟังบทอัลกุรอาน 1-3 ครั้ง/วัน ใช้การแพทย์ทางเลือก คือ แพทย์แผนไทย โดยการอบสมุนไพร (ร้อยละ .8) 1-2 ครั้ง/เดือน และสุดท้ายคือการใช้การบำบัดรักษาด้วยพลังงาน โดยการฝังเข็ม (ร้อยละ 2.50) 1-2 ครั้ง/เดือน ดังแสดงในตาราง 2

ตาราง 2 วิธีการและความถี่ดูแลสุขภาพแบบผสมผสานในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวชาวไทยมุสลิม (N = 121)

วิธีการดูแลสุขภาพแบบผสมผสาน	ความถี่							
	1-3 ครั้ง/วัน n(%)	4-5 ครั้ง/วัน n(%)	1-2 ครั้ง/สัปดาห์ n(%)	3-4 ครั้ง/สัปดาห์ n(%)	4-5 ครั้ง/สัปดาห์ n(%)	1-2 ครั้ง/เดือน n(%)	2-3 ครั้ง/เดือน n(%)	4-5 ครั้ง/เดือน n(%)
การบำบัดแบบชีวภาพ (n = 68, ร้อยละ 56.20)								
รับประทาน (สมุนไพร วิตามิน ยาหม้อ ยาต้ม) (n = 61, ร้อยละ 89.70)	25 (41)	1 (1.60)	18 (29.50)	9 (14.80)	2 (3.30)	3 (4.90)	1 (1.60)	2 (3.30)
ทา (ยาแผนโบราณ น้ำมันปลิงทะเล) (n = 4, ร้อยละ 5.90)	3 (75)	-	1 (25)	-	-	-	-	-
ผสมน้ำอาบ (น้ำซัมซัม) (n = 2, ร้อยละ 2.90)	-	-	2 (100)	-	-	-	-	-
สูดดม (น้ำมันสมุนไพร) (n = 1,ร้อยละ 1.50)	-	1 (100)	-	-	-	-	-	-
การบำบัดทางกายภาพ (n = 8, ร้อยละ 6.60)								
การนวด/ กดจุด (n = 7, ร้อยละ 87.50)	-	-	2 (28.60)	-	-	5 (71.40)	-	-
การเดิน (n = 1, ร้อยละ 12.50)	1(100)	-	-	-	-	-	-	-
การดูแลแบบการประสานกายจิต (n = 42, ร้อยละ 33.90)								
ทำสมาธิ (หายใจ นับประคำ) (n = 2, ร้อยละ 4.90)	2 (100)	-	-	-	-	-	-	-
อ่าน/ฟังอัรกุรอ่าน (n = 15, ร้อยละ 36.60)	10 (66.70)	5 (33.30)	-	-	-	-	-	-
ละหมาด/ดูอาอ์ (n = 22, ร้อยละ 53.70)	6 (27.30)	16 (72.70)	-	-	-	-	-	-
โยคะ (n = 2, ร้อยละ 4.90)	-	-	-	1 (50)	1 (50)	-	-	-
การแพทย์ทางเลือก (n =1, ร้อยละ .80)								
การแพทย์แผนไทย (อบสมุนไพร) (n = 1, ร้อยละ 100)	-	-	-	-	-	1 (100)	-	-

ตาราง 2 (ต่อ)

วิธีการดูแลสุขภาพแบบผสมผสาน	ความถี่							
	1-3 ครั้ง/วัน n(%)	4-5 ครั้ง/วัน n(%)	1-2 ครั้ง/สัปดาห์ n(%)	3-4 ครั้ง/สัปดาห์ n(%)	4-5 ครั้ง/สัปดาห์ n(%)	1-2 ครั้ง/เดือน n(%)	2-3 ครั้ง/เดือน n(%)	4-5 ครั้ง/เดือน n(%)
การบำบัดรักษาด้วยพลังงาน (n = 3, ร้อยละ 2.50)								
การฝังเข็ม (n = 3, ร้อยละ 100)	-	-	-	-	-	3 (100)	-	-

ส่วนที่ 3 วัตถุประสงค์ของการดูแลสุขภาพแบบผสมผสานในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวชาวไทยมุสลิม

ผู้ป่วยใช้การดูแลสุขภาพแบบผสมผสานโดยการบำบัดแบบชีวภาพ เพื่อการบรรเทาอาการ ได้แก่ อ่อนเพลีย นอนไม่หลับ (ร้อยละ 41.80) รองลงมา คือ เพื่อรักษาโรค (ร้อยละ 34.50) ใช้การบำบัดทางกายภาพ เพื่อการบรรเทาอาการปวดเมื่อย (ร้อยละ 62.50) และเพื่อการรักษาโรค (ร้อยละ 25) ใช้การดูแลแบบการประสานกายจิต เพื่อให้จิตใจสงบ (ร้อยละ 26.70) และเพื่อส่งเสริมสุขภาพ (ร้อยละ 72.70) นอกจากนี้กลุ่มตัวอย่างยังมีการใช้การแพทย์ทางเลือกด้วยการใช้แพทย์แผนไทยเพื่อผ่อนคลายความเครียด (ร้อยละ 100) และใช้การบำบัดรักษาด้วยพลังงาน โดยการฝังเข็มเพื่อการบรรเทาอาการนอนไม่หลับ (ร้อยละ 66.70) และเพื่อการรักษาโรค (ร้อยละ 33.30)

ผลการศึกษาเชิงลึก

ข้อมูลเชิงคุณภาพได้จากการสัมภาษณ์เจาะลึกโดยใช้แบบสอบถามปลายเปิด จำนวน 30 ราย ที่มีประสบการณ์การดูแลสุขภาพแบบผสมผสาน ทำการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (content analysis) ผลการศึกษาดังรายละเอียดต่อไปนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลประชากรและภาวะสุขภาพของผู้ให้ข้อมูลเชิงลึก

ผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวชาวไทยมุสลิม 30 ราย ส่วนใหญ่เพศชาย มีอายุระหว่าง 61-70 ปี มากกว่าครึ่งหนึ่งมีสถานภาพสมรสคู่ อาศัยกับสมาชิกในครอบครัว เช่น สามี ภรรยา และบุตร ส่วนใหญ่มีประวัติเป็นภาวะหัวใจล้มเหลวมา 4-6 ปี ได้รับการรักษาด้วยยาและการปรับพฤติกรรม มีโรคร่วม คือ โรคความดันโลหิตสูงเป็นส่วนใหญ่ อาการของภาวะหัวใจล้มเหลวในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา มีความรุนแรงในระดับน้อย ได้แก่ ใจสั่น นอนราบไม่ได้ ท้องมาน เหนื่อยล้า บวม เจ็บแน่นหน้าอก นอนไม่หลับ หายใจไม่สะดวก ตามลำดับ

ส่วนที่ 2 ประสบการณ์การดูแลสุขภาพแบบผสมผสานในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวชาวไทยมุสลิม ปัญหาอุปสรรค และผลของการใช้การดูแลสุขภาพแบบผสมผสาน

ประสบการณ์การดูแลสุขภาพแบบผสมผสานในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวชาวไทยมุสลิม

ผู้ป่วยส่วนใหญ่ใช้การบำบัดแบบชีวภาพ ซึ่งได้จากคำแนะนำของเพื่อนบ้าน และบุคคลในครอบครัว จำนวน 15 ราย คิดเป็นร้อยละ 50 สมุนไพรที่ใช้ เช่น ขิง ตะไคร้ ใบพลู ขมิ้น เพื่อให้ร่างกายแข็งแรง การใช้กระเพราหรือกระชายเพื่อลดอาการแน่นท้อง ใช้ตะไคร้ กระเจี๊ยบต้มน้ำดื่มเพื่อช่วยขับปัสสาวะ รวมไปถึงใช้น้ำซัมซัมที่ถือเป็นน้ำที่ศักดิ์สิทธิ์หรืออายตาวา ซึ่งเป็นน้ำที่ผ่านการดุอาอ์ เพื่อช่วยปัดเป่าสิ่งชั่วร้าย โรคภัยต่าง ๆ และช่วยส่งเสริมสุขภาพ ใช้การดูแลแบบการประสานกายจิตเป็นลำดับรองลงมา ได้แก่ การอ่านอัลกุรอานและขอดุอาอ์ จำนวน 6 ราย ซึ่งเป็นการขอพรต่อพระเจ้าให้หายจากอาการของโรคและช่วยในการเพิ่มกำลังใจในการต่อสู้กับโรคและอาการที่ตนประสบอยู่ ดังเช่นคำกล่าว

> *"อาแบมาแก (กิน) อายตาวา (น้ำมนต์) เอามาหยดลงในน้ำ 2-3 หยด ผสมน้ำกิน เพิ่งมากินตอนไม่สบาย แต่กินมา 2 ปีได้แล้ว จำได้ว่าอาเยาะ (พ่อ) ของอาแบเคยให้กินตอนเวลาไม่สบายตอนเด็ก ๆ พอตอนนี้ไม่สบายเอง อยากกินให้หาย กินแล้วมันสบายใจ กินแล้วดุอาอ์ไปด้วย รู้สึกว่าอาการมันดีขึ้น แต่ก็กินยาหมอตลอดนะ" (ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 10)*

> *"เม๊าะจะดุอาอ์ ขอกับอัลลอฮ์ ขอพรให้หายจากโรคนี้ ทำตอนหลังละหมาดปกติ แต่เราจะดุอาอ์เพิ่ม หลังจากรู้ว่าไม่สบาย ก็จะทำมากขึ้น สบายใจ รู้สึกมีกำลังใจดีขึ้น อยากให้อาการดีขึ้น" (ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 5)*

ปัญหาอุปสรรคของการใช้การดูแลสุขภาพแบบผสมผสาน

ผู้ป่วยบางรายมีปัญหาอุปสรรคในการใช้การดูแลสุขภาพแบบผสมผสาน เช่น การขาดวัตถุดิบ การรู้สึกขัดแย้งกับแผนการรักษา ดังเช่นคำกล่าว

"ต้มน้ำกระเจี๊ยบกิน ก็ไม่ได้กินเยอะนะ แค่วันละแก้ว 2 แก้วเอง อาทิตย์นึงก็ไม่ได้กินทุกวัน ต้มน้ำแบบไม่ใส่น้ำตาล บางทีดอกสดหายากเลยต้องไปหาซื้อแบบผงมาชงกิน ฉี่ก็ยังออกดีเหมือนเดิม" (ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 25)

"ไปฝังเข็มมา อาการดีขึ้น เลือดลมไหลเวียนดี ไม่ปวดเมื่อยไม่ค่อยมึนหัวเหมือนแต่ก่อน หลับได้ดีเลยอยากทำต่อเรื่อย ๆ แต่ที่โรงพยาบาลคิวยาว ต้องให้หมอนัด เวลาเราอยากจะมาเอง ไม่มีคิวให้ เลยต้องทนไปก่อน" (ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 15)

ข้อค้นพบอื่น ๆ เพิ่มเติมขณะสัมภาษณ์ โดยมีบุตรของผู้ป่วยหญิง 1 ราย ซึ่งผู้ป่วยขอให้อยู่ด้วยขณะสัมภาษณ์ บุตรสาวได้กล่าวถึง การใช้ยาเม็ดสมุนไพรบูการินของมารดาโดยตนเองทราบว่าผู้ป่วยไม่ควรรับประทานยาอื่น นอกเหนือจากยาของโรงพยาบาล แต่ตนจำเป็นต้องหามาให้ เนื่องจากหากไม่นำยามาให้ มารดาจะรู้สึกน้อยใจ คิดว่าลูกไม่สนใจดูแลตนจึงจำยอมซื้อมาให้รับประทาน แต่ไม่ได้เกิดความผิดปกติใด ๆ จึงให้รับประทานต่อเพื่อความสบายใจของมารดา

นอกจากนี้ยังพบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่ไม่ได้แจ้งแพทย์เกี่ยวกับการใช้การดูแลสุขภาพแบบผสมผสาน จำนวน 16 ราย เนื่องจากเจ้าหน้าที่ไม่ได้สอบถาม และคิดว่าไม่มีปัญหากับการรักษาแผนปัจจุบันไม่ได้เกิดผลข้างเคียงใด ๆ และมีบางส่วนที่ไม่กล้าบอก เนื่องจากกลัวถูกแพทย์ตำหนิ และกลัวไม่ได้รักษาต่อให้ในครั้งถัดไป ดังเช่นคำกล่าว

"ก็ไม่ได้บอกบอมอ (หมอ) ก็เค้าไม่ได้ถาม อีกอย่างที่กะใช้มันก็เป็นแค่สมุนไพรบ้าน ๆ กับยานวดธรรมดา คิดว่าคงไม่เป็นไร" (ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 3)

ผลของการดูแลสุขภาพแบบผสมผสานในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวชาวไทยมุสลิม

สามารถจำแนกออกได้เป็น 3 ลักษณะ คือ 1) บรรเทาอาการทางกาย 2) ช่วยให้จิตใจสงบ และ 3) รู้สึกแข็งแรงขึ้น ดังนี้

1. บรรเทาอาการทางกาย

ผู้ให้ข้อมูล 9 ราย ได้เล่าถึงผลของการใช้การดูแลสุขภาพแบบผสมผสานว่าสามารถช่วยบรรเทาอาการทางกายได้ เช่น อาการแน่น อึดอัด ไม่สุขสบาย หรืออาการเหนื่อยจากภาวะน้ำเกิน จากการใช้สมุนไพรพื้นบ้าน ที่มีฤทธิ์ขับปัสสาวะ ส่งผลให้อาการเหนื่อย และอาการบวมลดลงได้ การนวดผ่อนคลาย หรือคลายเส้น ทำให้รู้สึกระบบการไหลเวียนโลหิตดีขึ้น ดังคำกล่าวของผู้ให้ข้อมูล ดังนี้

"เมาะจะเอาตะไคร้ที่ปลูกข้าง ๆ บ้านนี่แหละ เอามาทึบก็ 2-3 ต้น ทุบ ๆ พอให้แตก แล้วเอามาต้มกับน้ำหม้อนึง กินทีละแก้ว 2 แก้ว หลังกินข้าวเช้า กินได้สักปีนึงแล้ว รู้สึกว่าฉี่ออกดี มันรู้สึกว่าฉี่ออกหมด ไม่ค้าง พอฉี่ออกเยอะ ๆ น้ำออกเยอะ ๆ เราก็จะไม่เหนื่อย จากที่เมื่อก่อนแค่เดินก็เหนื่อยแล้ว ตอนนี้ทำงานบ้าน ซักผ้า แล้วก็ทำอะไรได้มากขึ้นกว่าเดิม" (ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 11)

2. จิตใจสงบ

จากการสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูล 8 ราย กล่าวถึงการใช้การดูแลสุขภาพแบบผสมผสาน ที่ช่วยให้จิตใจ สงบ ผ่อนคลาย ส่วนใหญ่ใช้แนวทางทางศาสนามาช่วย เช่น การขอดุอาอ์ การทำละหมาด หรือการใช้อายตาวา (น้ำมนต์) ที่ได้รับการดุอาอ์จากหมอบ้านมาแล้ว หลังใช้การดูแลแบบผสมผสานเหล่านี้แล้ว ผู้ป่วยรู้สึกคลายวิตกกังวล เป็นการเสริมกำลังใจอีกทางหนึ่ง และเมื่อจิตใจสงบ ผ่อนคลายแล้ว ส่งผลให้ผู้ป่วยรู้สึกว่าอาการไม่สุขสบายทางร่างกายลดลงเช่นกัน ดังคำกล่าว

"เม๊าะจะดุอาอ์ ขอกับอัลลอฮ์ ขอพรให้หายจากโรคนี้ ทำตอนหลังละหมาดปกติ แต่เราจะดุอาอ์เพิ่ม หลังจากรู้ว่าไม่สบายก็จะทำมากขึ้น สบายใจ ใจมันสงบ รู้สึกมีกำลังใจดีขึ้น อยากให้อาการดีขึ้น" (ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 5)

3. รู้สึกแข็งแรงขึ้น

จากการสัมภาษณ์ ผู้ให้ข้อมูล 4 ราย มีการกล่าวถึงผลของการดูแลสุขภาพแบบผสมผสานในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวชาวไทยมุสลิมที่ช่วยให้รู้สึกร่างกายแข็งแรงขึ้น จากการรับประทานยา หรือสมุนไพรพื้นบ้านบางชนิด ที่ช่วยให้รู้สึกไม่อ่อนเพลีย มีแรงมากขึ้น สามารถทำกิจกรรมต่าง ๆ ได้มากขึ้น ดังคำกล่าว

"ดื่มน้ำซัมซัม (น้ำศักดิ์สิทธิ์จากเมกกะ) ล้างสิ่งไม่ดีออกจากตัว ใช้ดื่มเหมือนน้ำธรรมดาเลย ครั้งละแก้ว ดื่มอาทิตย์นึง 2-3 ครั้ง เหมือนกับเอาของที่ไม่ดี เอาโรคภัยออกจากตัว ก็จะมีแต่ของดี ๆ ในร่างกายของเรา รู้สึกมันแข็งแรงขึ้น" (ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 14)

ส่วนที่ 3 ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการใช้การดูแลสุขภาพแบบผสมผสานในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวชาวไทยมุสลิม

ผลการศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการดูแลสุขภาพแบบผสมผสานในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวชาวไทยมุสลิม พบว่ากลุ่มตัวอย่างได้ให้ข้อมูลที่สามารถจำแนกออกได้เป็น 4 ลักษณะ คือ 1) ความเชื่อ ประกอบด้วย ความเชื่อทางศาสนา และความเชื่อจากบรรพบุรุษ 2) บุคคลใกล้ชิด ได้แก่ สมาชิกในครอบครัว และเพื่อน 3) ความต้องการดูแลสุขภาพ ประกอบด้วย 2 ลักษณะ คือ อยากหายจากโรค และสามารถอยู่กับโรคได้ และ 4) สื่อออนไลน์ ดังนี้

1. ความเชื่อ

วิถีชีวิตความเป็นอยู่ของชาวไทยมุสลิม มีความผูกพันเกี่ยวข้องกับศาสนาตั้งแต่เกิดจนกระทั่งเสียชีวิตในทุกช่วงวัยของชีวิต รวมทั้งการดำเนินชีวิตประจำวัน แม้กระทั่งเมื่อเกิดความเจ็บป่วยขึ้น จะมีพิธีกรรมทางศาสนาเข้ามาเกี่ยวข้อง มีการสืบทอดความเชื่อ ประเพณีต่าง ๆ ส่งต่อกันมาตั้งแต่สมัยบรรพบุรุษ จนถึงปัจจุบัน จึงสามารถแบ่งความเชื่อเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพแบบผสมผสานในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวชาวไทยมุสลิมได้ คือ 1) ความเชื่อทางศาสนา และ 2) ความเชื่อจากบรรพบุรุษ ดังนี้

1.1 ความเชื่อทางศาสนา

ชาวไทยมุสลิม มีวิถีการดำเนินชีวิต ที่มีการนำบทบัญญัติทางศาสนามาใช้ในแทบทุกด้าน แม้ในขณะที่เกิดความเจ็บป่วย จึงมีการนำบทสวดทางศาสนามาเป็นส่วนหนึ่งในแนวทางของการปฏิบัติเพื่อดูแลตนเอง ให้หายหรือทำให้อาการเจ็บป่วยทุเลาลง ทั้งยังช่วยเสริมกำลังใจให้สามารถใช้ชีวิตต่อไปได้ ดังคำกล่าว

> *"ไปเรียนที่มัสยิดตอนค่ำ เรียนศาสนานั่นแหละ แล้วเค้าสอนอ่านอายัด (บทสวด) หลาย ๆ บท อ่านตอนที่นึกขึ้นได้ เวลาไม่สบายใจ หรือรู้สึกกังวล หรือรู้สึกไม่สบาย จะอ่านเยอะ ๆ หลาย ๆ รอบ" (ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 23)*

1.2 ความเชื่อจากบรรพบุรุษ

ครอบครัวของชาวไทยมุสลิม นิยมอาศัยอยู่ร่วมกันเป็นครอบครัวใหญ่ จะเห็นว่าในครอบครัวหนึ่งจะมีตั้งแต่วัยผู้สูงอายุ วัยผู้ใหญ่ วัยเด็ก หรือไปจนถึงวัยแรกเกิด ทำให้มีการส่งต่อความเชื่อ วัฒนธรรม ประเพณี ต่อมาจากรุ่นสู่รุ่น รวมถึงความเชื่อในการดูแลรักษาโรค ดังคำกล่าว

> *"เห็นใช้มาตั้งแต่รุ่นพ่อแม่ ตายาย เลยใช้ต่อ ๆ กันมา มันไม่เป็นอันตรายอะไร คนแก่เค้าใช้กันมานานแล้ว หาซื้อได้ทั่วไป ขนาดในโรงพยาบาลยังมีขายเลย ตามตลาดแถวบ้านก็มี เม๊าะชอบเอามานวด เอามาดมก็ได้บางที เวลามึน ๆ หรือเวลาแน่นท้อง หายใจไม่คล่อง มันก็ช่วย พอไม่แน่นมันนอนได้มากขึ้น หลับทั้งคืนเลย" ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 1)*

2. บุคคลใกล้ชิด

ชุมชนมุสลิมมีวิถีความเป็นอยู่ที่มีความใกล้ชิด การอยู่เป็นครอบครัวใหญ่ หรือมีการไปมาหาสู่กันในบรรดาญาติพี่น้อง มีการช่วยเหลือเกื้อกูลซึ่งกันและกัน มีความถ้อยทีถ้อยอาศัยกัน จึงมีการแนะนำในสิ่งที่ดี ๆ ต่อกัน ซึ่งจากการสัมภาษณ์สามารถจำแนกบุคคลใกล้ชิดได้เป็น 2 กลุ่ม คือ 1) สมาชิกในครอบครัว คือ พ่อแม่ หรือญาติพี่น้อง และ 2) เพื่อน ได้แก่ เพื่อนร่วมงาน และเพื่อนบ้าน

2.1 สมาชิกในครอบครัว

จากผลการศึกศึกษาพบว่าผู้ป่วยได้รับการสนับสนุนให้ใช้การดูแลสุขภาพแบบผสมผสานจากบุคคลในครอบครัวมากถึงร้อยละ 86.80 ดังคำกล่าว

> *"แม่บอกให้กินมะรุม คนแก่ ๆ ก็บอกว่ามันดี เค้าก็อยากช่วยเรา เค้าบอกว่า มันช่วยลดความดัน ขับลมด้วยเราก็คิดว่ามันก็เป็นผัก คงไม่เป็นอะไร ไม่น่าจะอันตราย" (ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 28)*

2.2 เพื่อน

การได้รับรู้ประสบการณ์การใช้ของผู้ป่วยที่เป็นโรค หรือมีอาการคล้ายคลึงกัน จะทำให้ผู้ป่วยสนใจและใช้การดูแลสุขภาพแบบผสมผสาน ดังคำกล่าว

> *"คนรู้จักในหมู่บ้านนี่แหละ เค้าบอกว่าให้ใช้สมุนไพรดาวอินคา เค้าเป็นหัวใจโต แล้วแนะนำให้ใช้ เป็นอาหารเสริม จะช่วยให้แข็งแรง ตอนแรกก็คุ้น ๆ ชื่อ แต่ไม่รู้ว่ากินยังไง มีประโยชน์ยังไง เค้าก็ให้ใช้แค่หยดเดียวผสมน้ำธรรมดา กินก่อนอาหารเช้า กินเป็นอาหารเสริม ช่วยให้แข็งแรงขึ้นนะ มันไม่มีผลข้างเคียงอะไร ก็เลยกินมาเรื่อย ๆ" (ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 4)*

3. ความต้องการดูแลสุขภาพ

ภาวะหัวใจล้มเหลวเป็นภาวะเจ็บป่วยเรื้อรัง ผู้ป่วยจึงมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ และแสวงหาการรักษาอื่น ๆ เพิ่มเติม เพื่อให้อาการทุเลาลง จากการสัมภาษณ์ จำแนกได้เป็น 2 ลักษณะ คือ 1) อยากหายจากโรค และ 2) อยู่กับโรคได้ ดังนี้

3.1 อยากหายจากโรค

ภาวะหัวใจล้มเหลว ทำให้ผู้ป่วยเกิดอาการที่ไม่พึงประสงค์ทางร่างกาย เช่น อาการหายใจลำบาก อาการเพลีย อาการที่ต้องลุกตื่นขึ้นมาตอนกลางคืน อาการนอนไม่หลับ ส่งผลกระทบต่อร่างกายและจิตใจ ผู้ป่วยจึงแสวงหาวิธีการที่จะทำให้หายจากโรค หรืออาการที่เป็นอยู่ ดังคำกล่าว

> *"ใช้อายตาวา (น้ำดุอาอ์) ก็อยากให้หายจากโรคนี้ ใครบอกว่าอะไรดี ก็กินหมดก็อยากให้อาการดีขึ้น อยากให้หาย เวลาไม่สบายมันเพลีย มันล้าไปหมด อีกอย่างมันก็ช่วยเสริมกำลังใจเราด้วย กินด้วย ดุอาอ์ไปด้วย ขอพรจากอัลลอฮ์ให้เราหายจากโรคนี้ได้ก็ไม่มีใครอยากเป็นหรอกโรคแบบนี้" (ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 11)*

3.2 อยู่กับโรคได้

ภาวะหัวใจล้มเหลว เป็นภาวะของการเจ็บป่วยเรื้อรัง ผู้ป่วยจะมีอาการของโรค ที่ส่งผลกระทบต่อชีวิตประจำวัน ผู้ป่วยจะต้องรับประทานยา ต้องมีการปรับพฤติกรรมในการดูแลตนเอง เพื่อบรรเทาอาการ ให้สามารถอยู่กับโรค โดยที่อาการไม่กำเริบได้ ดังคำกล่าวจากผู้ให้ข้อมูล

> *"ไปฝังเข็มมา ดีขึ้น อยากทำเรื่อย ๆ พอไม่สบายนิ อาการมาหมดเลย มึนหัว ปวดหัว ปวดเมื่อย พอทำแล้วก็รู้สึกเลือดลมไหลเวียนดี ไม่ปวดเมื่อย ไม่ค่อยมึนหัวเหมือนแต่ก่อน อย่างน้อยก็ช่วยลดอาการที่ไม่สบายตัวลงได้ หลับได้ดี" (ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 25)*

4. สื่อออนไลน์

จากสังคมในปัจจุบันที่สื่อออนไลน์เข้ามามีอิทธิพลกับบุคคลในทุกช่วงวัย การมีแหล่งข้อมูลด้านสุขภาพที่หลากหลาย การเข้าถึงสื่ออินเทอร์เน็ตได้ง่าย ทำให้ผู้ป่วยสามารถค้นคว้าหาข้อมูล ได้ง่ายขึ้น ดังคำกล่าว

> *"สมัยนี้ไม่ต้องพกกุรอานเป็นเล่ม ๆ แล้ว อยากฟังบทไหนก็เปิดยูทูบเอา หาในอินเทอร์เน็ตมันง่าย ได้ฟังหลากหลายแล้วแต่เราเลือกเลย สะดวกด้วย อยู่ที่ไหนก็ฟังได้ หลังเกษียณเรามีเวลามากขึ้น มีเวลาหา เวลาฟัง มันสบายใจ ช่วยให้ผ่อนคลายด้วย" (ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 22)*

การอภิปรายผลการวิจัย

กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวชาวไทยมุสลิม ใช้การดูแลสุขภาพแบบผสมผสาน ทั้ง 5 ประเภท ร่วมกับการรักษาแผนปัจจุบัน ใช้การดูแลสุขภาพแบบผสมผสานประเภทการบำบัดแบบชีวภาพมากที่สุด โดยใช้สมุนไพร เพื่อการบรรเทาอาการ (ร้อยละ 41.80) รองลงมา คือ เพื่อรักษาโรค (ร้อยละ 34.50) ได้แก่ การลดไขมัน ความดันโลหิตสูง และเพื่อบำรุงหัวใจ สอดคล้องกับการศึกษาการใช้ภูมิปัญญาท้องถิ่นร่วมกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในสามจังหวัดชายแดนภาคใต้[18] พบว่าผู้ป่วยในพื้นที่ใช้พืชสมุนไพรในการรักษาโรคร่วมกับการแพทย์แผนปัจจุบัน เนื่องจากเป็นพื้นที่อุดมสมบูรณ์ของพืชสมุนไพร หาใช้ได้ง่าย ใช้เพื่อบรรเทาอาการข้างเคียงที่เกิดจากภาวะหัวใจล้มเหลว ได้แก่ หอบเหนื่อย อ่อนเพลีย บวม และรักษาโรคร่วม เช่น ความดันโลหิตสูง ไขมันในเลือดสูง จากผลการศึกษาพบว่าผู้ป่วยใช้กระเจี๊ยบขับปัสสาวะ ลดบวม ลดความดันโลหิต เนื่องจากในกระเจี๊ยบมีสารแอนโทไซยานิน (antocyanin) เพิ่มความยืดหยุ่นของหลอดเลือด และจากกลไกของการที่โซเดียมและคลอไรด์ ถูกขับออกทางไตหรือมีการขัดขวางกลไกของเอนไซม์แองจิโอเทนซิน (angiotensin converting enzymes: ACE) ช่วยลดระดับความดันโลหิตลงได้ นอกจากนี้ผู้ป่วยใช้น้ำซัมซัม (น้ำศักดิ์สิทธิ์) หรือน้ำที่ผ่านการดุอาอ์ (สวดขอพรจากพระเจ้า) ดื่มหรืออาบเพื่อรักษาโรค สอดคล้องกับการศึกษาการดูแลสุขภาพจิตตามวิถีอิสลามของผู้ป่วยชาวไทยมุสลิม[19] พบว่าการรักษาโรคของชาวไทยมุสลิมนั้นประกอบด้วย 2 วิธี คือ ด้านจิตใจ โดยการอ่านบทสวดแล้วลูบทั่วร่างกาย และด้านวัตถุที่สอดคล้องกับธรรมชาติตามที่อัลลอฮ์กำหนด

ประเภทของการดูแลสุขภาพอันดับรองลงมาคือ การดูแลแบบการประสานกายจิต (ร้อยละ 33.90) ร่วมกับใช้ยาแผนปัจจุบัน โดยทำละหมาดและดุอาอ์ อ่านหรือฟังอัลกุรอาน ล้วนเป็นความเชื่อ ทัศนคติด้านสุขภาพที่มีวัฒนธรรมสืบต่อกันมาในผู้ป่วยมุสลิมเป็นปัจจัยนำที่สำคัญ ที่เป็นลักษณะโครงสร้างทางสังคมที่มีความเคร่งครัดของศาสนา ผู้ป่วยจะกระทำเพื่อคลายวิตกกังวล ซึ่งการใช้สมาธิจดจ่ออยู่กับบทสวดทำให้จิตใจสงบ วิตกกังวลลดลง การไหลเวียนเลือดดีขึ้น ร่างกายหลั่งฮอร์โมนเอ็นดอร์ฟิน (endorphins) ทำให้สดชื่นขึ้น และเกิดคลื่นสมองแอลฟ่า ทำให้คลื่นสมองช้าลง ซึ่งเป็นผลของความผ่อนคลาย (relaxation responses)[20]

ประเภทของการดูแลสุขภาพอันดับที่สาม คือการบำบัดทางกายภาพ ใช้การนวดมากที่สุด เพื่อลดอาการปวดเมื่อยและนอนไม่หลับ การนวดเป็นการกระตุ้นการไหลเวียน และช่วยลดปวด[21] ดังเช่นในการศึกษาการดูแลสุขภาพแบบผสมผสานในผู้ป่วยโรคระบบหัวใจและหลอดเลือด[22] พบว่าผู้ป่วยใช้การบำบัดทางกายภาพ ด้วยวิธีการนวดร้อยละ 43.90 เนื่องจากผู้ป่วยที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรัง ส่วนใหญ่จะเป็นผู้สูงอายุ ซึ่งมีความเสื่อมตามวัย ความยืดหยุ่นของกล้ามเนื้อลดลง

ผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวชาวไทยมุสลิมได้ให้ข้อมูลเกี่ยวกับผลของการดูแลสุขภาพแบบผสมผสาน สรุปได้ 3 ประเด็น คือ 1) บรรเทาอาการทางกาย 2) จิตใจสงบ และ 3) รู้สึกแข็งแรงขึ้น สามารถอภิปรายผลได้ ดังนี้

ผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว ซึ่งจัดอยู่ในกลุ่มโรคเรื้อรัง จึงมีการสรรหาวิธีการเพื่อบรรเทาอาการให้สามารถใช้ชีวิตได้โดยมีอาการรบกวนน้อยที่สุด สอดคล้องกับแบบจำลองการจัดการอาการ[23] ซึ่งเมื่อบุคคลมีการรับรู้ถึงความผิดปกติของร่างกาย บุคคลจะประเมินและหาวิธีการจัดการ เพื่อลดความรุนแรงของอาการที่เกิดขึ้น ซึ่งเป็นผลมาจากปัจจัยความต้องการด้านสุขภาพ (need factors) ที่ผู้ป่วยจะแสวงหาวิธีการต่าง ๆ เพื่อให้อาการทุเลาลง โดยมีการใช้แนวทางของศาสนา ได้แก่ การดุอาอ์ การละหมาด ซึ่งชาวมุสลิมเชื่อว่าการดุอาอ์เปรียบเสมือนอาวุธของผู้ศรัทธา หรือเสมือนสิ่งที่ป้องกันหรือทำให้ปัญหาอุปสรรคผ่านพ้นไปได้ ทำให้จิตใจสงบและร่างกายจะหลั่งเอ็นดอร์ฟิน เกิดการผ่อนคลาย[5] เช่นในการศึกษาการดูแลสุขภาพของชาวมุสลิมในประเทศอิหร่าน[13] พบว่าผู้ป่วยใช้การละหมาดร่วมกับใช้ยาแผนปัจจุบัน เพื่อให้มีพลังในการต่อสู้กับโรคภัยและรู้สึกแข็งแรงขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาการดูแลสุขภาพด้วยการดูแลด้วยระบบประสานกายจิต[24,25] พบว่าช่วยเพิ่มประสิทธิภาพในระบบไหลเวียนโลหิตและเพิ่มค่าการใช้ออกซิเจนสูงสุด (VO_2 peak) ได้

ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการดูแลสุขภาพแบบผสมผสานในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวชาวไทยมุสลิม สามารถจำแนกออกได้เป็น 4 ลักษณะ คือ 1) ความเชื่อ 2) บุคคลใกล้ชิด 3) ความต้องการดูแลสุขภาพ และ 4) สื่อออนไลน์

ความเชื่อ ชาวไทยมุสลิมมีความเชื่อว่า การเจ็บป่วยนั้นเป็นสภาวะที่ถูกกำหนดขึ้นจากอัลลอฮ์ จึงต้องวิงวอน อดทน และเชื่อมั่นในศรัทธาที่มีต่อพระเจ้า สอดคล้องกับการศึกษาการดูแลสุขภาพแบบผสมผสานในผู้ป่วยโรคหัวใจ[26] พบว่าศาสนาและความเชื่อมีความสัมพันธ์กับการดูแลสุขภาพแบบผสมผสาน (χ^2 = 12.02; df = 3; p = .007) และการที่ชาวไทยมุสลิมอาศัยร่วมกันแบบครอบครัวใหญ่ทำให้มีการส่งต่อความเชื่อการดูแลสุขภาพ สอดคล้องกับการศึกษาพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยชาวไทยมุสลิมที่มีภาวะความดันโลหิตสูง[18] พบว่าสมาชิกในครอบครัวจะทำให้เกิดพฤติกรรมสุขภาพแบบเดียวกันสืบต่อกันมา

บุคคลใกล้ชิด ผู้ป่วยได้รับคำแนะนำจากบุคคลในบ้านเป็นส่วนใหญ่ มีการบอกเล่าประสบการณ์การดูแลสุขภาพแบบผสมผสานในรูปแบบต่าง ๆ ทำให้ผู้ป่วยมีกำลังใจในการดูแลตนเอง สอดคล้องกับการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองในผู้สูงอายุที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว[27] ที่พบว่าสัมพันธภาพในครอบครัวมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลตนเองในผู้สูงอายุที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว ($r = 0.36, p < .01$) ซึ่งการได้รับการสนับสนุนจากครอบครัว เป็นส่วนหนึ่งของปัจจัยสนับสนุน (enabling factors) ที่ทำให้ผู้ป่วยใช้การดูแลสุขภาพแบบผสาน และนอกจากนี้ชาวไทยมุสลิมมีกิจกรรมที่ต้องพบปะกัน เช่น การปฏิบัติศาสนกิจตามมัสยิด มีการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ซึ่งกันและกันเพื่อให้มีสุขภาพดีขึ้น[3]

ความต้องการดูแลสุขภาพ ภาวะหัวใจล้มเหลว ทำให้ผู้ป่วยเกิดอาการที่ไม่พึงประสงค์ทางร่างกาย เช่น อาการหายใจลำบาก เพลีย บวม ส่งผลกระทบต่อร่างกายและจิตใจ ผู้ป่วยจึงแสวงหาวิธีการที่จะทำให้หายจากโรค หรืออาการที่เป็นอยู่สอดคล้องกับแบบจำลองการจัดการอาการ[23] เป็นแนวคิดที่ใช้จัดการอาการไม่สุขสบายที่เกิดจากโรคและการรักษาโรค เมื่อบุคคลมีการรับรู้ถึงความผิดปกติในร่างกาย บุคคลจะประเมินความรุนแรงของอาการเหล่านั้น และหาแนวทางหรือวิธีการจัดการเพื่อลดความรุนแรงของอาการที่เกิดขึ้น และในมุมมองของอิสลามนั้น เชื่อว่าการรักษาสุขภาพให้แข็งแรง เป็นหน้าที่ที่มุสลิมจะต้องพึงกระทำ เพราะการมีสุขภาพที่สมบูรณ์แข็งแรงนั้นเป็นความโปรดปรานของอัลลอฮ์[3,19]

สื่อออนไลน์ ผู้ป่วยใช้สื่อออนไลน์เพื่อแสวงหาแนวทางในการดูแลสุขภาพในรูปแบบต่าง ๆ เอง รวมไปถึงการเปิดฟังบทสวดอัลกุรอาน ซึ่งสื่อออนไลน์ในสังคมปัจจุบันมีอิทธิพลกับบุคคลในทุกช่วงวัย ปัจจุบันพบว่าผู้สูงอายุ ใช้อินเทอร์เน็ตเฉลี่ย 4 ชั่วโมง 54 นาทีต่อวัน[28] ในการสื่อสาร สืบค้นข้อมูลต่าง ๆ[29] การมีปฏิสัมพันธ์นี้ ทำให้บุคคลมีความสำเร็จในการส่งเสริมสุขภาพมากขึ้น[30,31]

ข้อจำกัดของการศึกษา

การศึกษาครั้งนี้เน้นศึกษาการใช้วิธีการดูแลสุขภาพแบบผสมผสานที่นอกเหนือจากการใช้ยาแผนปัจจุบันที่ผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวชาวไทยมุสลิมใช้ร่วมกับการรับการรักษาตามปกติ เก็บรวมรวมข้อมูลในผู้ป่วยที่มีการใช้การดูแลสุขภาพแบบผสมสานแล้วยังคงสามารถควบคุมภาวะสุขภาพได้ โดยมีระดับ NYHA Functional class คงที่ และไม่มีประวัติการกำเริบของโรค ยังไม่ได้ศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยหัวใจล้มเหลวในระยะก้าวหน้า หรือผู้ป่วยที่ได้รับผลกระทบจากการใช้การดูแลสุขภาพทางเลือก จึงยังมีข้อจำกัดในการนำผลการศึกษาไปใช้กับผู้ป่วยหัวใจวายกลุ่มอื่น ๆ ที่แตกต่างจากกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา

สรุป

ผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวชาวไทยมุสลิมมีการใช้การดูแลสุขภาพแบบผสมผสานโดยการใช้การบำบัดแบบชีวภาพมากที่สุด ด้วยการรับประทานสมุนไพร รองลงมาคือการดูแลแบบกายประสานจิตโดยการละหมาดและดุอาอ์ (ขอพร) และใช้การบำบัดทางกายภาพโดยการนวด โดยวัตถุประสงค์หลักของการใช้ ไม่ใช่เพื่อให้หายขาดจากโรคที่เป็นอยู่ แต่เพื่อบรรเทาอาการต่าง ๆ จากโรค เพื่อให้มีความสงบสุขทางจิตใจ สามารถใช้ชีวิตอยู่ร่วมกับโรคได้ และยังช่วยให้ผู้ป่วยรู้สึกแข็งแรงขึ้น สามารถทำกิจกรรมต่าง ๆ ได้มากขึ้น จากการที่ผู้ป่วยให้ข้อมูล โดยมีปัจจัยที่เกี่ยวข้องทั้งจากตัวผู้ป่วยเอง ความเชื่อทางศาสนา และการได้รับการส่งต่อมาจากบรรพบุรุษ ได้รับการสนับสนุนให้ใช้การดูแลสุขภาพแบบผสมผสานจากบุคคลใกล้ชิด ได้แก่ สมาชิกในครอบครัว และเพื่อน นอกจากนี้ปัจจัยที่เกี่ยวข้องยังประกอบด้วยความต้องการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยเองที่อยากหายหรือทุเลาจากโรคและเพื่อให้อยู่กับโรคได้อย่างไม่มีภาวะแทรกซ้อน และปัจจัยที่เกี่ยวข้องข้องสุดท้าย คือ สื่อออนไลน์ต่าง ๆ ที่ไม่สามารถปฏิเสธได้เลยว่าไม่มีความสำคัญและจำเป็นในการใช้ชีวิตใน จึงเป็นปัจจัยที่เกี่ยวข้องต่อการดูแลสุขภาพแบบผสมผสานของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวชาวไทยมุสลิม

ข้อเสนอแนะและการนำไปใช้

ด้านการปฏิบัติการพยาบาล

นำไปเป็นข้อมูลในการประเมินการใช้วิธีการดูแลสุขภาพแบบผสมผสานของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวชาวไทยมุสลิม และต้องคำนึงถึงความปลอดภัยของวิธีการดูแลสุขภาพแบบสมผสานแต่ละชนิด เพื่อนำไปวางแผนจัดบริการสุขภาพที่สอดคล้องกับวิถีชีวิตความเป็นอยู่และแผนการรักษาของผู้ป่วยแต่ละคนต่อไป รวมทั้งควรมีการซักประวัติหรือประเมินผู้ป่วยเพื่อให้ได้ข้อมูลพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยที่ครอบคลุมทั้งการรักษาด้วยแผนปัจจุบันและการดูแลสุขภาพแบบผสมผสาน และจากการสัมภาษณ์คำถามปลายเปิด ควรมีการสร้างสัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยและบุคลากรทางการแพทย์ เพื่อการเปิดเผยข้อมูลเชิงลึกมากขึ้น

ด้านการบริหารการพยาบาล

ออกแบบระบบบริการที่เอื้อให้ผู้ใช้บริการใช้การดูแลสุขภาพแบบผสมผสานที่ความปลอดภัย พร้อมติดตามผลเป็นระยะ เช่น การจัดสถานที่สำหรับละหมาด จัดสถานที่สำหรับการนวดผ่อนคลาย จัดให้ความรู้เกี่ยวกับการใช้สมุนไพรร่วมกับยาแผนปัจจุบันอย่างปลอดภัย เป็นต้น

ด้านการวิจัยทางการพยาบาล

การทำวิจัยครั้งต่อไป ควรทำวิจัยเชิงทดลอง เพื่อศึกษาประสิทธิผล ภาวะแทรกซ้อน และข้อมูลเชิงลึกของวิธีการดูแลสุขภาพทางเลือกวิธีต่าง ๆ ที่ผู้ป่วยสะท้อนประสบการณ์ว่าใช้ได้ผล เพื่อนำไปสู่การบูรณาการร่วมกับการรักษาแผนปัจจุบันต่อไป

การมีส่วนร่วมในการเขียนบทความ

นักวิจัยทุกคนมีส่วนร่วมในการทำวิจัย ตั้งแต่การเขียนโครงร่างการวิจัย การเก็บรวบรวมข้อมูล วิเคราะห์ข้อมูล สรุปผลการวิจัย อภิปรายผลการวิจัย และการเขียนบทความวิจัย รวมทั้งร่วมกันปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะที่ได้รับ

การมีผลประโยชน์ทับซ้อน

งานวิจัยนี้ไม่มีผลประโยชน์ทับซ้อนใด ๆ

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบคุณผู้ทรงคุณวุฒิที่ได้ทำการตรวจสอบและให้ข้อเสนอแนะในการทำเครื่องมือวิจัย ขอขอบคุณผู้ให้ข้อมูลทุกท่าน และขอบคุณท่านคณาจารย์ผู้ให้คำปรึกษาในการทำวิจัย

เอกสารอ้างอิง

1. American Heart Association. What is heart failure [Internet]. Dallas, TX: American Heart Association; 2022. [cited 2022 Oct 3]. Available from: https://www.heart.org/en/health-topics/heart-failure/what-is-heart-failure.
2. Kanchanavanit R, Promminthikun A. Comprehensive heart failure management program. 2 nd ed. Bangkok: Concept Medicus; 2015. Thai.
3. Lillahkul N, Suphankul P. Way of life of Muslim people in Thailand's southern provinces, and health promoting lifestyle. SCNJ. 2018; 5(2): 302-12. Thai.
4. Buck HG, Harkness K, Wion R, et al. Caregivers' contributions to heart failure self-care: A systematic review. Eur J Cardiovasc Nurs. 2014; 14(1): 1-11. doi: 10.1177/1474515113518434.
5. Aphisamajanyothin P. Integrated medicine use model in patients with musculoskeletal disease and outlines in Nakhon Pathom Province. SUJ. 2014; 34(3): 171-89. Thai.
6. Institute of Medicine Committee on the Use of Complementary and Alternative Medicine by the American Public. Complementary and alternative medicine in the United States. Washington DC: National Academies Press; 2005.
7. Krishna BH, Pal P, Pal G, et al. A randomized controlled trial to study the effect of yoga therapy on cardiac function and N terminal pro BNP in heart failure. Integr Med Insights. 2014; 1(9): 16. doi: 10.4137/IMI.S13939.

8. Gok Metin Z, Gulbahar M. The prevalence of complementary and integrative health approach use and quality of life among patients with heart failure: A cross-sectional, descriptive, and comparative study. Holist Nurs Pract. 2021; 35(3): 123-32. doi: 10.1097/HNP.0000000000000442.
9. Anbari K, Gholami M. Evaluation of trends in the use of complementary and alternative medicine in health centers in Khorramabad (West of Iran). Glob J Health Sci. 2016; 8(10): 71-6. doi: 10.5539/gjhs.v8n2p72.
10. Harnphadungkit K, Poompreecha K. Prevalence of complementary and alternative medicine used by stroke patients in Siriraj Hospital, Thailand. ASEAN J Rehabil Med. 2020; 30(1): 26-31. Thai.
11. Khitka P, Tangsutthitham T, Ranron T, et al. A survey of the used of herb and dietary supplements among heart failure patients. Phn. 2019; 33(3): 61-77. Thai.
12. Bahall M. Complementary and alternative medicine usage among cardiac patients: a descriptive study. BMC Complement Altern Med. 2015; 15(100): 1-8. doi: 10.1186/s12906-015-0610-y.
13. Fouladbakhsh JM, Stommel M. Using the behavioral model for complementary and alternative medicine: The CAM healthcare model. J Complement Integr Med. 2007; 4(1): 1-19. doi: 10.2202/1553-3840.1035.
14. Andersen RM. Revisiting the behavioral model and access to medical care: Does it matter? J Health Soc Behav. 1995; 36(1): 1-10.
15. Phurithummachote P. Attitudes towards living wills and factors affecting living wills writing decisions of Borabue hospital' patients. Academic Journal of Mahasarakham Prorincial Public Health Office. 2017; 1(1): 39-50. Thai.
16. Muflihah U, Chinnawong T, Kritpracha C. Complementary therapies used by Indonesians with myocardial infarction. Holist Nurs Pract. 2021; 35(1): 19-28. doi: 10.1097/HNP.0000000000000422.
17. Bengtsson M. How to plan and perform a qualitative study using content analysis. Nursing Plus Open. 2016; 2: 8-14. doi: 10.1016/j.npls.2016.01.001.
18. Sangmanee R. Using local wisdom with self-care behavior of hypertension patients in the three southern border provinces. Pnu Sci J. 2017; 9(2): 1-13. Thai.
19. Tohma H, Al-fariti, Masarakama N, et al. The mental health care, according to the Islamic way of terminally ill patients: Case study Muslims Thailand patients in the three southern border provinces. [Technical Report]. [Health systems research institute]: Health systems research institute; 2018. 227 p.
20. Choombuathong A, Yimnoi C, Samma C. Music therapy. Huachiew Chalermprakiet Sci Technol J. 2020; 3(2): 77-87. Thai.
21. Siriteerathitikul P, Chaitiang N. Principles of disease prevention in accordance with traditional Chinese medicine. RHPC9 Journal. 2021; 15(37): 196-209. Thai.
22. Than M, Anam A, Nurfarahi K, et al. Knowledge, use of complementary alternative medicine and health-related quality of life among cardiovascular disease patients. Food Res. Int. 2019; 3(5): 604-16. doi: 10.26656/fr.2017.3(5).118.
23. Dodd M, Janson S, Facione N, et al. Advancing the science of symptom management. J Adv Nurs. 2001; 33(5): 668-76. doi: 10.1046/j.1365-2648.2001.01697.x.
24. Worapongpichet P, Kamoltham S. Yoga guide for elderly. Bangkok: SF plus; 2021.
25. Chen X, Savarese G, Cai Y, et al. Tai Chi and Qigong practices for chronic heart failure: A systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. Evid Based Complement Alternat Med. 2020; (14): 1-15. doi: 10.1155/2020/2034625.
26. Central Region Coordination Center, Health promotion program for Thai Muslims faculty of Economics Chulalongkorn University. Documents disseminating Islamic knowledge and health [Internet]. Bangkok: Faculty of Economics Chulalongkorn University; 2015 [cited 2022 Apr 10]. Available from: https://www.icenter.or.th/book/detail/76.
27. Pimpasan P, Wirojratana V, Jitramontree N. Factors related to self-care behaviours in older adults with heart failure. JTNMC. 2018; 33(1): 103-14. Thai.
28. National statistical office Ministry of Digital Economy and Society. Survey of use information and communication technology in the household [internet]. Bangkok: National statistical office Ministry of Digital Economy and Society; 2019 [cited 2022 Sep 3]. Available from: https://www.etda.or.th/th/Useful-Resource/publications/Thailand-Internet-User-Behavior-2019_Th.aspx?viewmode=0.
29. Yaree U, Seekiew M. The social network and elderly health care in Thailand 4.0 Model. JLPRU. 2019; 8(1): 222-38. Thai.
30. Kulprateepunya K. Health status of elderly in Thai society. UMTPOLY Journal. 2019; 16(1): 295-305. Thai.
31. Firdaus E, Widyawati W, Effendy C. Experience of patient with chronic diseases in complementary medicine and integrative health seeking behaviors. IJNMS. 2021; 5(1): 40-8. doi: 10.29082/IJNMS/2021/Vol5/Iss1/340.

บทความวิจัย

ความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้ด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการดูแลตนเองในการป้องกันการติดเชื้อของผู้ป่วยมะเร็งโลหิตภายใต้สถานการณ์การแพร่ระบาดของเชื้อไวรัสโคโรนา 2019

Relationship between Health Literacy and Self-Care Behavior in Preventing Infection of Patients with Hematologic Cancer under the Epidemic of Coronavirus Disease 2019

นภาพร บัวนาคสุวรรณ[1] กิตติกร นิลมานัต[2] ชุลีพร พรหมพาหกุล[3]*

Napaporn Buanaksuwan[1] Kittikorn Nilmanat[2] Chuleeporn Prompahakul[3]*

[1]พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี จังหวัดสุราษฎร์ธานี

[1]Registered Nurse, Professional Level, Surat Thani Hospital, Surat Thani, Thailand.

[2]รองศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ จังหวัดสงขลา

[2]Associate Professor, Faculty of Nursing, Prince of Songkla University, Songkhla, Thailand.

[3]ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ จังหวัดสงขลา

[3]Assistant Professor, Faculty of Nursing, Prince of Songkla University, Songkhla, Thailand.

**ผู้รับผิดชอบหลัก: kittikorn.n@psu.ac.th*

**Corresponding author: kittikorn.n@psu.ac.th*

Received 14 November 2023 • Revised 20 February 2024 • Accepted 1 March 2024

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์: *การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) ศึกษาระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพและระดับพฤติกรรมการดูแลตนเองในการป้องกันการติดเชื้อของผู้ป่วยมะเร็งโลหิต และ 2) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้ด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการดูแลตนเองในการป้องกันการติดเชื้อของผู้ป่วยมะเร็งโลหิต ภายใต้สถานการณ์การแพร่ระบาดของเชื้อไวรัสโคโรนา 2019* ***วิธีการ:*** *คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (purposive sampling) ตามคุณสมบัติที่กำหนด จำนวน 245 ราย จากคลินิกอายุรกรรมโรคเลือดและมะเร็ง ณ โรงพยาบาลตติยภูมิแห่งหนึ่ง เก็บรวบรวมข้อมูลระหว่างเดือนมิถุนายนถึงธันวาคม พ.ศ. 2564 โดยใช้แบบสอบถาม ได้แก่ 1) แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป 2) แบบสอบถามความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้ป่วยมะเร็งโลหิต และ 3) แบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลตนเองในการป้องกันการติดเชื้อของผู้ป่วยมะเร็งโลหิต ภายใต้สถานการณ์โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนาสายพันธุ์ใหม่ 2019 เครื่องมือทั้งหมดผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ตรวจสอบค่าความเที่ยงของเครื่องมือโดยคำนวณค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค ของแบบสอบถามส่วนที่ 2 และ 3 เท่ากับ .97 และ .89 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติพรรณนา และหาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เชิงอันดับของสเปียร์แมน* ***ผลการศึกษา:*** *พบว่าคะแนนเฉลี่ยความรอบรู้ด้านสุขภาพอยู่ในระดับสูง (M = 196.36, SD = 22.26) และค่ามัธยฐานพฤติกรรมการดูแลตนเองในการป้องกันการติดเชื้อโดยรวมอยู่ในระดับสูง (MD = 117.00, IQR = 12.50) ความรอบรู้ด้านสุขภาพของ*

กลุ่มตัวอย่างมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับพฤติกรรมการดูแลตนเองในการป้องกันการติดเชื้อในระดับปานกลางอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (r_s = .40, p < .01) ***สรุป:*** *ผลการวิจัยนี้ชี้ให้เห็นว่าความรอบรู้ด้านสุขภาพ ด้านการสื่อสาร และการสนับสนุนทางสังคมสามารถนำไปใช้ในการออกแบบและพัฒนาโปรแกรมการส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมการดูแลตนเองในการป้องกันการติดเชื้อของผู้ป่วยมะเร็งโลหิตภายใต้โรคติดเชื้ออุบัติใหม่อื่น ๆ*

คำสำคัญ: ความรอบรู้ด้านสุขภาพ; พฤติกรรมการดูแลตนเองในการป้องกันการติดเชื้อ; โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019

Abstract

Objectives: *This research aimed to 1) describe the level of health literacy and the level of self-care behavior in preventing infection of patients with hematological malignancies (HMs) under the Epidemic of Coronavirus Disease - 2019 (COVID-19) and 2) examine the relationship between health literacy and self-care behavior in preventing infection of patients with HMs under Epidemic of COVID-19.* ***Methods:*** *Purposive sampling was used to recruit 245 patients with HMs at the Hematology and Cancer Clinic, a tertiary hospital between June to December 2021. The questionnaires were used in the study including: 1) the general information questionnaire; 2) the health literacy questionnaire among patients with HMs; and 3) the questionnaire on the self-care behavior for patients with HMs under the Epidemic of COVID-19. The instruments were validated for content validity by three experts. Cronbach's alpha coefficient was used to examine reliability of the 2nd and 3rd questionnaires, yielding values of .97 and .89, respectively. The data were analyzed using descriptive statistics and Spearman's rank correlation.* ***Results:*** *the results showed that the mean score of health literacy (M = 196.36, SD = 22.26) and the median score of Self-care behavior in preventing infection (MD = 117.00, IQR = 12.50) were at a high level. Furthermore, the study showed that health literacy had a moderate positive correlation with self-care behavior in preventing infection of patients with HMs under the Epidemic of COVID-19 at a significant level (r_s = .40, p < .01).* ***Conclusion:*** *The results of this research suggest that health literacy, specifically in communication and social support, could be used to design and develop programs to promote health literacy and self-care behaviors in preventing infection in patients with hematological cancer under other infectious emerging diseases.*

Keywords: health literacy; self-care behavior in preventing infection; Coronavirus disease-2019

ความสำคัญของปัญหา

โรคมะเร็งโลหิตวิทยาเป็นปัญหาสาธารณสุขของทุกประเทศทั่วโลก จากการเก็บรวบรวมข้อมูลขององค์การอนามัยโลกใน 20 ภูมิภาคทั่วโลก อุบัติการณ์ปี ค.ศ. 2018 พบผู้ป่วยโรคมะเร็งรายใหม่ประมาณ 18.1 ล้านคน มีอัตราการเสียชีวิตประมาณ 9.6 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 7.20[1] สำหรับประเทศไทยข้อมูลสถิติผู้ป่วยมะเร็งโลหิตใกล้เคียงกับข้อมูลทั่วโลก กล่าวคือ มีรายงานผู้ป่วยมะเร็งโลหิตรายใหม่ ร้อยละ 7.01 และอัตราการเสียชีวิตร้อยละ 6.59[2] เช่นเดียวกับข้อมูลรายงานการเข้ารับการรักษาที่คลินิกผู้ป่วยนอกอายุรกรรมโรคเลือดและมะเร็งโรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี พบว่ามีผู้ป่วยมะเร็งโลหิตวิทยาที่เข้ารับการรักษาในปี พ.ศ. 2562 จำนวน 929 คน และ พ.ศ. 2563 จำนวน 965 คน ตามลำดับ และพบอัตราการเสียชีวิตจากการติดเชื้อในผู้ป่วยมะเร็งโลหิตในปี พ.ศ. 2563 ร้อยละ 37.93 และพ.ศ. 2564 ร้อยละ 42.73 จากข้อมูลดังกล่าว พบว่าอุบัติการณ์การเกิดโรคมะเร็งโลหิตวิทยา และอัตราการเสียชีวิตมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น โดยพบว่าการติดเชื้อในกระแสเลือดเป็นสาเหตุการเสียชีวิตที่พบบ่อยที่สุดในผู้ป่วยกลุ่มนี้[3] ดังนั้นการดูแลสุขอนามัยที่เหมาะสมในการป้องกันการติดเชื้อเป็นสิ่งสำคัญในผู้ป่วยโรคมะเร็งโลหิตโดยเฉพาะผู้ป่วยมีความเสี่ยงต่อภูมิคุ้มกันต่ำ[4]

การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนาสายพันธุ์ใหม่ 2019 ในทั่วโลก เกิดขึ้นอย่างรวดเร็วและรุนแรงขยายวงการแพร่กระจายเชื้อไปอย่างมาก รัฐบาลไทยได้ประกาศให้โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา สายพันธุ์ใหม่ 2019 หรือโรคโควิด 19 (Coronavirus Disease 2019: COVID-19) เป็นโรคติดต่ออันตราย ตามพระราชบัญญัติโรคติดต่อ พ.ศ. 2558 สถานการณ์ประเทศไทย วันที่ 13 สิงหาคม 2565 ยืนยันพบผู้ติดเชื้อสะสมจำนวน 4,565,063 คน เสียชีวิต 31,798 คน[5] ทั้งนี้กรมควบคุมโรค ให้ความสำคัญกับการเฝ้าระวังและใช้มาตรการในการป้องกันการติดเชื้ออย่างเข้มงวดในกลุ่มผู้สูงอายุและผู้ป่วยโรคเรื้อรังซึ่งเป็นกลุ่มเสี่ยงสูงต่อการป่วยรุนแรง ผู้ป่วยมะเร็งโลหิตที่ได้รับยาเคมีบำบัด จัดเป็นกลุ่มเสี่ยงสูง เนื่องจากพยาธิสภาพของโรคค่อนข้างรุนแรง ร่วมกับภูมิคุ้มกันของร่างกายต่ำจากการได้รับยาเคมีบำบัด ซึ่งความรุนแรงที่เกิดขึ้นจากการติดเชื้อไวรัสโคโรนาส่งผลให้ผู้ป่วยถึงแก่ชีวิตได้[6] การป้องกันตนเองจากการติดเชื้อตามมาตรการต่าง ๆ เพื่อป้องกันการแพร่กระจายของเชื้อไวรัสโคโรน่า 2019 โดยการป้องกันติดเชื้อระดับส่วนบุคคล เช่น การล้างมือการสวมหน้ากากอนามัย การเว้นระยะห่างทางสังคม การดูแลความสะอาดของร่างกาย การดูแลสภาพแวดล้อม และการรับวัคซีนป้องกันการติดเชื้อ เป็นต้น ผู้ป่วยสามารถป้องกันตนเองจากการติดเชื้อได้อย่างเหมาะสม ตามแนวปฏิบัติการดูแลตนเองในสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนาสายพันธุ์ใหม่ 2019[7] ดังนั้น ผู้ป่วยมะเร็งโลหิตจำเป็นอย่างยิ่งที่ต้องมีความรอบรู้ทางด้านสุขภาพเพื่อแสวงหาความรู้และข้อมูลสำหรับปรับเปลี่ยนพฤติกรรมดูแลตนเอง เพื่อให้เกิดความปลอดภัยจากการติดเชื้อ

ความรอบรู้ด้านสุขภาพ (health literacy) เป็นส่วนหนึ่งของพื้นฐานความรู้ และเป็นบริบทที่เฉพาะเจาะจงตามแนวคิดความรอบรู้ด้านสุขภาพ Nutbeam[8] ความรอบรู้ด้านสุขภาพหมายถึง ความสามารถส่วนบุคคลในการเข้าถึงประมวลผลทำความเข้าใจใช้ประโยชน์ และสื่อสารกับผู้ให้บริการด้านสุขภาพอย่างมีประสิทธิภาพเกี่ยวกับข้อมูลด้านสุขภาพรวมถึงความรู้เกี่ยวกับโรคเพื่อตัดสินใจด้านการดูแลสุขภาพที่เหมาะสม[8] ซึ่งเป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเอง ความรอบรู้ด้านสุขภาพจะทำให้ผู้ป่วยเกิดการเปลี่ยนแปลงตนเอง เกิดการปฏิบัติการดูแลตนเองที่เหมาะสม ความรอบรู้ด้านสุขภาพที่ไม่เพียงพอ จะทำให้ผู้ป่วยขาดความสามารถในการเข้าใจส่งผลต่อการปฏิบัติตามคำแนะนำไม่ถูกต้องได้ สำหรับการศึกษาในผู้ป่วยมะเร็ง พบว่า ผู้ป่วยที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพในระดับต่ำ อาจมีความเสี่ยงการดูแลสุขภาพที่ไม่ดีและผลลัพธ์ทางสุขภาพที่ไม่ดีมากขึ้น[9] นอกจากนี้มีการศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยมะเร็งลำไส้และทวารหนัก พบว่าผู้ป่วยที่มีความรอบรู้ทางสุขภาพต่ำจะมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพในระดับต่ำและมีพฤติกรรมการดูแลตนเองที่ไม่เหมาะสม[10]

การดูแลตนเองที่ถูกต้องเหมาะสมของผู้ป่วยมะเร็งโลหิตที่ได้รับยาเคมีบำบัดมีความสำคัญที่จะทำให้ระบบภูมิคุ้มกันต่าง ๆ ของร่างกายทำงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ ทั้งนี้เมื่อเกิดสถานการณ์การแพร่ระบาดของการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ทำให้ผู้ป่วยมะเร็งโลหิตที่ได้รับยาเคมีบำบัดจำเป็นอย่างยิ่งต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดูแลตนเองที่ถูกต้องเหมาะสม นอกจากจะเป็นการป้องกันการติดเชื้ออื่น ๆ แล้ว ยังเพื่อป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 อีกด้วย เนื่องจากผู้ป่วยมะเร็งโลหิตจัดเป็นกลุ่มที่มีความเสี่ยงมากที่สุด[6] จากการศึกษาที่ผ่านมา พบว่าผู้ป่วยมะเร็งโลหิตที่ได้รับยาเคมีบำบัดมีพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านการรับประทานอาหาร และด้านการป้องกันการติดเชื้ออยู่ในระดับปานกลาง[11] และสอดคล้องกับการศึกษาของ Temtap, Hiruchunha and Nilmanat[12] ได้ศึกษาเกี่ยวกับการดูแลตนเองในสถานการณ์ปกติที่ยังไม่มีการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ซึ่งการดูแลตนเองในการป้องกันการติดเชื้อของผู้ป่วยมะเร็งโลหิต ระหว่างการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนาสายพันธุ์ใหม่ 2019 เป็นสิ่งแวดล้อมใหม่ที่ผู้ป่วยมะเร็งโลหิตกำลังประสบอยู่ อีกทั้งผู้ป่วยมะเร็งโลหิตเป็นกลุ่มเสี่ยงต่อการติดเชื้อได้ง่ายกว่าบุคคลทั่วไป ดังนั้นการดูแลตนเองที่ถูกต้องและเหมาะสมจึงเป็นสิ่งสำคัญในการป้องกันการติดเชื้อ และลดระดับความรุนแรงของโรค

ผู้ป่วยมะเร็งโลหิตมีความเสี่ยงในการติดเชื้อไวรัสโคโรนา สายพันธุ์ใหม่ 2019 ในโรงพยาบาลได้สูงด้วยสภาวะภูมิคุ้มกันของร่างกายต่ำ[6] และพบว่าการติดเชื้อไวรัสโคโรนาสายพันธุ์ใหม่ 2019 ในผู้ป่วยมะเร็งโลหิตไม่สามารถระบุแหล่งที่มาของการติดเชื้อ บางรายติดเชื้อจากการติดต่อโดยตรงกับสมาชิกในครอบครัว และบางรายผู้ป่วยเข้ารับการรักษาโดยการไม่แสดงอาการ แต่ตรวจพบเชื้อโคโรนาไวรัส[13] และภายหลังจากติดเชื้อไวรัสโคโรนา สายพันธุ์ใหม่ 2019 พบว่าผู้ป่วยที่เป็นมะเร็งโลหิตเป็นกลุ่มผู้ป่วยที่มีผลลัพธ์ทางสุขภาพที่แย่ลง[14] พบว่าผู้ป่วยมะเร็งโลหิตมีอัตราการเสียชีวิตร้อยละ 62 เมื่อเปรียบเทียบกับผู้ป่วยที่เข้ารับบริการด้านสุขภาพตามปกติ[6]

ดังนั้นการส่งเสริมการดูแลตนเองโดยการเพิ่มการเฝ้าระวัง และการใช้มาตรการป้องกันการติดเชื้อให้กับผู้ป่วยมะเร็งโลหิตอย่างเคร่งครัดเป็นสิ่งที่มีความสำคัญ[6] ทั้งนี้ผู้ป่วยมะเร็งโลหิตจำเป็นต้องได้รับข้อมูลและคำแนะนำในการรักษา[13] และตระหนักถึงการแสวงหาความรอบรู้ด้านสุขภาพและการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดูแลตนเองในการป้องกันการติดเชื้อให้มากกว่าสภาวะปกติที่ไม่มีการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา สายพันธุ์ใหม่ 2019 ซึ่งจากการทบทวนวรรณกรรมยังไม่พบการศึกษาเกี่ยวกับความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้ด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการดูแลตนเองในการป้องกันการติดเชื้อของผู้ป่วยมะเร็งโลหิต ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาพฤติกรรมการดูแลตนเองในการป้องกันการติดเชื้อทุกชนิด รวมถึงการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 และความรอบรู้ด้านสุขภาพในผู้ป่วยมะเร็งโลหิตในช่วงที่มีการแพร่ระบาดของไวรัสโคโรนา 2019 โดยประยุกต์ใช้กรอบแนวคิดทฤษฎีระดับกลางในการดูแลตนเองสำหรับผู้ป่วยโรคเรื้อรังเป็นแนวทางในการศึกษา ผลการศึกษาที่ได้จะช่วยให้พยาบาลได้พัฒนาชุดการพยาบาล เพื่อส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพและการดูแลตนเองของผู้ป่วยมะเร็งโลหิตที่ได้รับยาเคมีบำบัดต่อไป และข้อมูลระดับความรอบรู้ทางสุขภาพทำให้ทราบว่ายังมีความรอบรู้ส่วนใดที่ยังขาดหรือไม่เพียงพอที่จะเกิดพฤติกรรม จึงเป็นแนวทางที่จะสร้างเสริมความรอบรู้และนำไปสู่การมีพฤติกรรมการดูแลตนเองที่เหมาะสม

คำถามการวิจัย

1. ผู้ป่วยมะเร็งโลหิตมีความรอบรู้ด้านสุขภาพอยู่ในระดับใด

2. ผู้ป่วยมะเร็งโลหิตมีพฤติกรรมการดูแลตนเองในการป้องกันการติดเชื้อ ภายใต้สถานการณ์การแพร่ระบาดของเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 อยู่ในระดับใด

3. ความรอบรู้ด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองในการป้องกันการติดเชื้อ ภายใต้สถานการณ์การแพร่ระบาดของเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของผู้ป่วยมะเร็งโลหิตหรือไม่ อย่างไร

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้ป่วยมะเร็งโลหิต

2. เพื่อศึกษาระดับพฤติกรรมการดูแลตนเองในการป้องกันการติดเชื้อ ภายใต้สถานการณ์การแพร่ระบาดของเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของผู้ป่วยมะเร็งโลหิต

3. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้ด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการดูแลตนเองในการป้องกันการติดเชื้อภายใต้สถานการณ์การแพร่ระบาดของเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของผู้ป่วยมะเร็งโลหิต

รูปแบบการศึกษา

สมมติฐาน

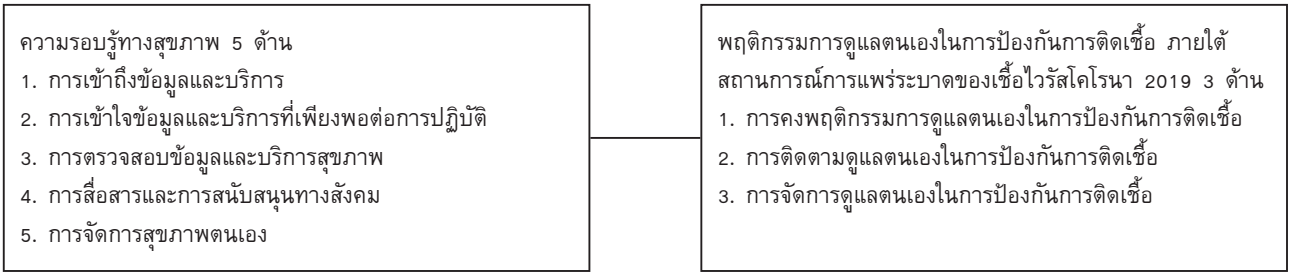
ความรอบรู้ด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลตนเองในการป้องกันการติดเชื้อ ภายใต้สถานการณ์การแพร่ระบาดของเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของผู้ป่วยมะเร็งโลหิต

กรอบแนวคิดการวิจัย

ในการวิจัยครั้งนี้ใช้แนวคิดทฤษฎีระดับกลางในการดูแลตนเองสำหรับผู้ป่วยโรคเรื้อรังของ Riegel[15] ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับแนวปฏิบัติการดูแลตนเองในการป้องกันการติดเชื้อของกรมควบคุมโรคกระทรวงสาธารณสุข และวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องอื่น ๆ[7,16,17] การดูแลตนเองสำหรับผู้ป่วยมะเร็งโลหิตในการป้องกันการติดเชื้อภายใต้สถานการณ์การแพร่ระบาดของเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของผู้ป่วยมะเร็งโลหิต มีองค์ประกอบ 3 ด้าน 1) ด้านการคงพฤติกรรมการดูแลตนเองในการป้องกันการติดเชื้อ (self-care maintenance for infection prevention) 2) ด้านการติดตามดูแลตนเองในการป้องกันการติดเชื้อ (self-care monitoring for infection prevention) และ 3) ด้านการจัดการดูแลตนเองในการป้องกันการติดเชื้อ (self-care management for infection prevention)

ส่วนแนวคิดความรอบรู้ด้านสุขภาพ (health literacy) หมายถึง ความสามารถส่วนบุคคลในการเข้าถึง ประมวลผล ทำความเข้าใจ ใช้ประโยชน์ และสื่อสารกับผู้ให้บริการด้านสุขภาพอย่างมีประสิทธิภาพเกี่ยวกับข้อมูลด้านสุขภาพ รวมถึงความรู้เกี่ยวกับโรคเพื่อตัดสินใจด้านการดูแลสุขภาพที่เหมาะสม[8] จากการทบทวนวรรณกรรมของ Intarakamhang[18] ความรอบรู้ด้านสุขภาพเป็นส่วนหนึ่งของพื้นฐานความรู้ และเป็นบริบทที่เฉพาะเจาะจงประกอบด้วยองค์ประกอบ 5 ด้าน คือ (1) ด้านการเข้าถึงข้อมูลและบริการ (accessing the information and services) (2) ด้านการเข้าใจข้อมูลและบริการที่เพียงพอต่อการปฏิบัติ (understanding enough the information and services to practice) (3) ด้านการตรวจสอบข้อมูลและบริการสุขภาพ (reassure the information and services)

(4) ด้านการสื่อสารและการสนับสนุนทางสังคม (interactive and social support) และ (5) ด้านการจัดการสุขภาพตนเอง (managing self-health) ซึ่งความรอบรู้ด้านสุขภาพเปรียบเสมือนเครื่องมือสู่การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ดังนั้นผู้ป่วยมะเร็งโลหิตจะต้องมีความรอบรู้ทางสุขภาพ เพื่อใช้ในการจัดการสุขภาพของตนเองและป้องกันการติดเชื้อในสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ได้อย่างเหมาะสมเพื่อให้เกิดความปลอดภัยจากการติดเชื้อและคงรักษาสุขภาพที่ดีของตนเองไว้ ดังภาพกรอบแนวคิด (ภาพ 1)



ภาพ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีการดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบพรรณนาเพื่อหาความสัมพันธ์ (descriptive correlation design)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้ป่วยที่ได้การวินิจฉัยว่าเป็นโรคมะเร็งโลหิตที่เข้ารับการรักษา ณ แผนกผู้ป่วยนอกคลินิกอายุรกรรมโรคเลือดและมะเร็ง โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี (Outpatient Department of Internal Medicine Hematology and Cancer Clinic) ประชากรเป้าหมายมีจำนวน 500 คน จากประชากรที่เข้ารับการรักษาทั้งหมดต่อปี

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยมะเร็งโลหิตวิทยาที่เข้ารับการรักษา ณ แผนกผู้ป่วยนอกคลินิกอายุรกรรมโรคเลือดและมะเร็ง โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี (Outpatient Department of Internal Medicine Hematology and Cancer Clinic) ในช่วงเดือนมิถุนายนถึงเดือนธันวาคม พ.ศ. 2564 ซึ่งเป็นช่วงเวลาที่มีการระบาดของเชื้อไวรัสโคโรนา 2019

เกณฑ์การคัดเข้า (inclusion criteria) ตามคุณสมบัติที่กำหนดไว้ ดังนี้

1. มีประวัติได้รับยาเคมีบำบัดมาแล้วอย่างน้อย 1 ครั้ง
2. มีอายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป มีการรับรู้เกี่ยวกับบุคคล เวลา สถานที่ ปกติ
3. ไม่มีปัญหาทางการได้ยิน การมองเห็น การพูด สามารถสื่อสารได้
4. ยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

เกณฑ์การคัดออก (exclusion criteria) จากกลุ่มตัวอย่างคือ มีภาวะแทรกซ้อน หรืออาการเปลี่ยนแปลงเกิดภาวะวิกฤตในระหว่างรอรับการรักษา เช่น มีภาวะช็อค อ่อนเพลีย มีไข้สูงจากการติดเชื้อรุนแรง มีเลือดออกจากอวัยวะต่าง ๆ

การกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง

การกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ คำนวณกลุ่มตัวอย่างจากประชากรทั้งหมดโดยใช้สูตรของ Yamane[19] กำหนดค่าความคลาดเคลื่อนของกลุ่มตัวอย่าง .05 ที่ระดับความเชื่อมั่นร้อยละ 95 ได้กลุ่มตัวอย่างในการศึกษาจำนวน 222 คน ทั้งนี้ผู้วิจัยได้คำนวณกลุ่มตัวอย่างเพิ่มแทนการสูญหายจากการตอบแบบสอบถามไม่ครบถ้วนอีก ร้อยละ 10[20] ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยจึงเก็บข้อมูลกลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้น 245 คน โดยใช้วิธีการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (purposive sampling) ตามคุณสมบัติที่กำหนดในการคัดเข้า (inclusion criteria)

จริยธรรมในการวิจัย

การทำวิจัยครั้งนี้ได้ผ่านคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย จากศูนย์จริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สาขาสังคมศาสตร์และพฤติกรรมศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ รหัสหนังสือรับรอง PSU IRB 2021-St-Nur040 (Internal) ลงวันที่รับรอง 27 ธันวาคม 2564 และคณะกรรมการจริยธรรมการศึกษาวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี เลขที่โครงการวิจัย: REC 65-0003 ลงวันที่รับรอง 1 มีนาคม 2565 ซึ่งผู้วิจัยคำนึงถึงจริยธรรม จรรยาบรรณนักวิจัย และพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่าง โดยทำการชี้แจงด้วยตัวเอง วัตถุประสงค์ของการวิจัย ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับจากการวิจัย และกลุ่มตัวอย่าง

ที่เข้าร่วมวิจัยยินยอมในการตอบแบบสอบถามโดยไม่มีการบังคับใด ๆ รวมทั้งชี้แจงให้ทราบว่ากลุ่มตัวอย่างมีสิทธิ์ที่จะตอบรับหรือปฏิเสธได้ตามที่ต้องการโดยไม่มีชื่อของกลุ่มตัวอย่างในแบบสอบถาม โดยใส่รหัสเลขที่แบบสอบถามแทน ผู้อื่นไม่สามารถเข้าถึงข้อมูลได้นอกจากผู้วิจัยเท่านั้น การนำข้อมูลไปอภิปรายหรือเผยแพร่จะไม่มีชื่อของกลุ่มตัวอย่าง และทำในภาพรวมของผลการวิจัยเท่านั้น ทั้งนี้เมื่อเสร็จสิ้นการวิจัย ข้อมูลทั้งหมดจะถูกทำลายภายใน 2 ปี

การเก็บรวบรวมข้อมูล

การศึกษาวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยเป็นผู้ดำเนินการในการเก็บข้อมูลด้วยตนเอง โดยมีขั้นตอนในการเก็บรวบรวมข้อมูลดังนี้

1. ขั้นเตรียมการ

1.1 ผู้วิจัยดำเนินการวิจัยหลังโครงร่างวิทยานิพนธ์ผ่านการพิจารณาจริยธรรมจากศูนย์จริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สาขาสังคมศาสตร์และพฤติกรรมศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ และจากคณะกรรมการจริยธรรมการศึกษาวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี

1.2 เมื่อได้รับอนุญาตให้เก็บข้อมูลแล้ว ผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์ของการทำวิจัยและขอความร่วมมือในการทำวิจัยต่อหัวหน้าแผนกผู้ป่วยนอกคลินิกอายุรกรรมโรคเลือดและมะเร็ง เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์การทำวิจัย ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง พร้อมทั้งขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล

2. ขั้นดำเนินการวิจัย

2.1 ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเองทั้งหมด โดยผู้วิจัยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยใช้เกณฑ์ในการคัดเข้ากลุ่มตัวอย่าง เมื่อได้ผู้เข้าร่วมวิจัยตามเกณฑ์การคัดเลือก ผู้วิจัยเข้าพบผู้เข้าร่วมวิจัยและชี้แจงการดำเนินการวิจัย และลงนามในใบยินยอมเข้าร่วมวิจัย (inform consent) ณ แผนกผู้ป่วยนอกคลินิกอายุรกรรมโรคเลือดและมะเร็ง

2.2 ผู้เข้าร่วมวิจัยทำแบบสอบถามโดยใช้เวลาในการตอบแบบสอบถามประมาณ 30 นาที

2.3 ผู้วิจัยตรวจสอบความถูกต้อง และความสมบูรณ์ของข้อมูลอีกครั้งก่อนนำมาวิเคราะห์ตามวิธีทางสถิติ

เครื่องมือในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูลในการศึกษาครั้งนี้แบ่งออกเป็น 3 ส่วน ดังนี้

1. แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป ประกอบด้วย 2 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วย 12 ข้อ ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา ศาสนา อาชีพ ความเพียงพอของรายได้ สิทธิการรักษาพยาบาล การเข้าถึงข้อมูลทางสุขภาพ โรคประจำตัว ประวัติการเจ็บป่วยเป็นโรคมะเร็งในครอบครัวหรือบุคคลใกล้ชิด และบุคคลที่ดูแลด้านสุขภาพ มากที่สุด

ส่วนที่ 2 ข้อมูลเกี่ยวกับการรักษา ประกอบด้วย 4 ข้อ ได้แก่ การวินิจฉัยโรค จำนวนปีที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคมะเร็งโลหิตวิทยา จำนวนครั้งของการได้รับยาเคมีบำบัด และสูตรยาเคมีบำบัด

2. แบบสอบถามความรอบรู้ด้านสุขภาพ โดยใช้แบบสอบถาม Thailand health literacy scales ของ Intarakamhang[18] ซึ่งพัฒนามาจากองค์ประกอบของความรอบรู้ด้านสุขภาพตามนิยามของ Nutbeam[8] และ Edwards[21] มีข้อคำถามทั้งหมด 47 ข้อ แบบสอบถาม มี 5 ด้าน 1) ด้านการเข้าถึงข้อมูลและบริการ 8 ข้อ 2) ด้านการเข้าใจข้อมูลและบริการที่เพียงพอต่อการปฏิบัติ 5 ข้อ 3) ด้านการตรวจสอบข้อมูลและบริการสุขภาพ 6 ข้อ 4) ด้านการสื่อสารและการสนับสนุนทางสังคม 17 ข้อ และ 5) ด้านการจัดการสุขภาพตนเอง 11 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ (rating scale) ตั้งแต่ 1 จนถึง 5 คะแนน คะแนนความรอบรู้ทางสุขภาพโดยรวม คำนวณจากค่าคะแนนจริงความรอบรู้ทางสุขภาพ คะแนนอยู่ระหว่าง 47-235 คะแนน เปรียบเทียบคะแนนใช้เกณฑ์การแบ่งระดับคะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพรายด้าน 5 ด้าน ออกเป็น 3 ระดับ ตามอันตรภาคชั้น คะแนนระดับต่ำ คะแนนระดับปานกลาง และคะแนนระดับสูง

การแปลผลคะแนนความรอบรู้ทางสุขภาพโดยรวม คำนวณจากค่าคะแนนจริงความรอบรู้ทางสุขภาพ คะแนนอยู่ระหว่าง 47-235 คะแนน แบ่งคะแนนออกเป็น 3 ระดับอันตรภาคชั้น ดังนี้ โดยช่วงคะแนน 47.00-140.00 อยู่ในระดับต่ำ คะแนน 141.00-187.00 อยู่ในระดับปานกลาง และคะแนน 188.00-235.00 อยู่ในระดับสูง

3. แบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลตนเองในการป้องกันการติดเชื้อของผู้ป่วยมะเร็งโลหิต ภายใต้สถานการณ์การแพร่ระบาดของเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการประยุกต์แนวคิดทฤษฎีการดูแลตนเองระดับกลางของผู้ป่วยโรคเรื้อรังของ Riegel[15] ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรม ประกอบด้วย 3 ด้าน จำนวน 25 ข้อ ได้แก่ 1) ด้านการคงพฤติกรรมการดูแลตนเองในการป้องกันการติดเชื้อ 11 ข้อ 2) ด้านการติดตามดูแลตนเองในการป้องกันการติดเชื้อ 4 ข้อ

และ 3) ด้านการจัดการดูแลตนเองในการป้องกันการติดเชื้อ 10 ข้อ ลักษณะของแบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลตนเองในการป้องกันการติดเชื้อของผู้ป่วยมะเร็งโลหิต ภายใต้สถานการณ์การแพร่ระบาดของเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 แต่ละข้อเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (rating scale) 5 ระดับ ตั้งแต่ 1 จนถึง 5 คะแนนรวมอยู่ระหว่าง 25-125 คะแนน เปรียบเทียบคะแนนใช้เกณฑ์การแบ่งระดับคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองในการป้องกันการติดเชื้อของผู้ป่วยมะเร็งโลหิต ภายใต้สถานการณ์การแพร่ระบาดของเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ออกเป็น 3 ระดับ ตามอันตรภาคชั้น คะแนนระดับต่ำ คะแนนระดับปานกลาง และคะแนนระดับสูง

การแปลผลคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองในการป้องกันการติดเชื้อของผู้ป่วยมะเร็งโลหิต ภายใต้สถานการณ์การแพร่ระบาดของเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 แบ่งคะแนนออกเป็น 3 ระดับอันตรภาคชั้น ดังนี้ โดยช่วงคะแนน 25.00-58.00 อยู่ในระดับต่ำ คะแนน 59.00-91.00 อยู่ในระดับปานกลาง และคะแนน 92.00-125.00 อยู่ในระดับสูง

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

แบบสอบถามความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้ป่วยมะเร็งโลหิต และแบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลตนเองในการป้องกันการติดเชื้อของผู้ป่วยมะเร็งโลหิต ภายใต้สถานการณ์การแพร่ระบาดของเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ได้ผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาและแก้ไขปรับปรุงโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ได้ค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหาทั้งฉบับ (content validity index for scale: S-CVI) เท่ากับ 1 ทั้ง 2 ชุด และหาค่าความเที่ยงโดยทดลองใช้กับผู้ป่วยที่มีคุณสมบัติเช่นเดียวกับกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา จำนวน 30 คน ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) เท่ากับ .97 และ .89 ตามลำดับ

วิธีการวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคล การรักษา ด้วยการแจกแจงความถี่ หาค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

วิเคราะห์ความรอบรู้ด้านสุขภาพ พฤติกรรมการดูแลตนเองในการป้องกันการติดเชื้อของผู้ป่วยมะเร็งโลหิต ภายใต้สถานการณ์การแพร่ระบาดของเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 โดยการแจกแจงความถี่ หาค่าร้อยละ ค่าคะแนนสูงสุด - ต่ำสุด ค่ามัธยฐาน และพิสัยควอไทล์ (interquartile range: TQR) เนื่องจากการแจกแจงข้อมูลไม่เป็นโค้งปกติ

วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้ด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการดูแลตนเองในการป้องกันการติดเชื้อของผู้ป่วยมะเร็งโลหิต ภายใต้สถานการณ์การแพร่ระบาดของเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 โดยใช้สถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เชิงอันดับของสเปียร์แมน (Spearman rank correlation coefficient) โดยกำหนดระดับนัยสำคัญที่ .05 เนื่องจากการแจกแจงข้อมูลไม่เป็นโค้งปกติ

ผลการวิจัย

ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

จากการศึกษากลุ่มตัวอย่างจำนวน 245 ราย เป็นเพศหญิง ร้อยละ 54.70 (n = 134) มีอายุเฉลี่ย 48.28 ปี (SD = 15.27) สถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 64.10 (n = 157) จบการศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 46.10 (n = 113) และนับถือศาสนาพุทธ ร้อยละ 86.10 (n = 211) ประกอบอาชีพเกษตรกร ร้อยละ 35.50 (n = 87) มีความเพียงพอของรายได้ในครอบครัวเพียงพอแต่ไม่มีเหลือเก็บ ร้อยละ 48.20 (n = 118) ใช้สิทธิการรักษาพยาบาลสิทธิบัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้า ร้อยละ 61.20 (n = 150) กลุ่มตัวอย่างมีการเข้าถึงข้อมูลทางสุขภาพโดยเจ้าหน้าที่ด้านสุขภาพ ผ่านสื่อ และรวมถึงเข้าถึงข้อมูลด้านสุขภาพมากกว่า 1 ช่องทาง ร้อยละ 20.80 (n = 51) มีโรคประจำตัวร้อยละ 62 (n = 152) โดยเป็นโรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 21.60 (n = 53) และเป็นโรคความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวาน ร้อยละ 5.70 (n = 14) พบประวัติการเจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็งในครอบครัวหรือบุคคลใกล้ชิด ร้อยละ 69.40 (n = 170) มีคู่สมรสเป็นบุคคลที่ดูแลผู้ป่วยมากที่สุดในด้านสุขภาพ ร้อยละ 55.50 (n = 136) กลุ่มตัวอย่างส่วนมากเป็นโรคมะเร็งต่อมน้ำเหลือง ร้อยละ 65.70 (n = 161) ซึ่งได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคมะเร็งโลหิตวิทยาระยะเวลา 1 ปี ร้อยละ 73.90 (n = 181) และมีจำนวนครั้งของการได้รับยาเคมีบำบัดมากกว่า 5 ครั้ง ร้อยละ 36.30 (n = 89)

ความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคมะเร็งโลหิต

กลุ่มตัวอย่างมีระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับสูง (M = 196.36, SD = 22.26) และพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพในด้านการสื่อสารและการสนับสนุนทางสังคมในระดับสูงจำนวนมากที่สุด คือ 215 คน คิดเป็นร้อยละ 87.80 ดังแสดงในตาราง 1

ตาราง 1 ค่าคะแนนต่ำสุด - สูงสุด ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามความรอบรู้ด้านสุขภาพ รายด้านและโดยรวม (N = 245)

ความรอบรู้ด้านสุขภาพ	Min-Max	M	SD	ระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพ (n,%)			แปลผล
				ต่ำ	ปานกลาง	สูง	
ด้านการเข้าถึงข้อมูลและบริการ	21-40	33.50	4.52	0(0)	46(18.80)	199(81.20)	ระดับสูง
ด้านการเข้าใจข้อมูลและบริการ	14-25	21.44	2.78	0(0)	39(15.90)	206(84.10)	ระดับสูง
ด้านการตรวจสอบข้อมูลและบริการสุขภาพ	13-30	25.24	3.50	1(.40)	69(28.20)	175(71.40)	ระดับสูง
ด้านการสื่อสารและการสนับสนุนทางสังคม	46-85	71.87	9.66	0(0)	30(12.20)	215(87.80)	ระดับสูง
ด้านการจัดการสุขภาพตนเอง	28-55	44.29	6.27	0(0)	72(29.40)	173(70.60)	ระดับสูง
โดยรวม	**135-235**	**196.36**	**22.26**	**1(.40)**	**92(36.70)**	**152(62)**	**ระดับสูง**

หมายเหตุ: M = Mean, SD = std. Deviation

พฤติกรรมการดูแลตนเองในการป้องกันการติดเชื้อของผู้ป่วยมะเร็งโลหิต ภายใต้สถานการณ์การแพร่ระบาดของเชื้อไวรัสโคโรนา 2019

ผลการศึกษาพฤติกรรมการดูแลตนเองในการป้องกันการติดเชื้อของผู้ป่วยมะเร็งโลหิต สถานการณ์การแพร่ระบาดของเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีระดับพฤติกรรมการดูแลตนเองในการป้องกันการติดเชื้อ โดยรวมอยู่ในระดับสูง (MD = 117.00, IQR = 12.50) เมื่อพิจารณาเป็นรายด้านและเรียงลำดับของแต่ละด้านจากมากไปน้อย พบว่า ทุกด้านอยู่ในระดับสูง โดยพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านการคงพฤติกรรมการดูแลตนเองในระดับสูง จำนวนมากที่สุด คือ 234 คน คิดเป็นร้อยละ 95.50 ดังแสดงในตาราง 2

ตาราง 2 ค่าคะแนนต่ำสุด - สูงสุด มัธยฐาน พิสัยควอไทล์ ระดับพฤติกรรมการดูแลตนเองในการป้องกันการติดเชื้อของผู้ป่วยมะเร็งโลหิต จำแนกตามพฤติกรรมการดูแลตนเองในการป้องกันการติดเชื้อของผู้ป่วยมะเร็งโลหิต ภายใต้สถานการณ์การแพร่ระบาดของเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 รายด้านและโดยรวม (N = 245)

พฤติกรรมการดูแลตนเองในการป้องกันการติดเชื้อของผู้ป่วยมะเร็งโลหิต	Min-Max	Mdn(IQR)	ระดับพฤติกรรมการดูแลตนเอง (n,%)			แปลผล
			ต่ำ	ปานกลาง	สูง	
ด้านการคงพฤติกรรมการดูแลตนเอง	36-55	52(5)	0(0)	11(4.50)	234(95.50)	ระดับสูง
ด้านการติดตามดูแลตนเอง	11-20	19(3)	0(0)	15(6.10)	230(93.90)	ระดับสูง
ด้านการจัดการดูแลตนเอง	33-50	46(7)	0(0)	21(8.60)	224(91.40)	ระดับสูง
โดยรวม	**91-125**	**117(12.50)**	**0(0)**	**7(2.90)**	**238(97.10)**	**ระดับสูง**

หมายเหตุ: Mdn = Median, IQR = Interquartile range

ความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้ด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการดูแลตนเองในการป้องกันการติดเชื้อของผู้ป่วยมะเร็งโลหิต ภายใต้สถานการณ์การแพร่ระบาดของเชื้อไวรัสโคโรนา 2019

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล พบว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางกับพฤติกรรมการดูแลตนเองในการป้องกันการติดเชื้อของผู้ป่วยมะเร็งโลหิต ภายใต้สถานการณ์การแพร่ระบาดของเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (r_s = .403, p < .01) ความรอบรู้ด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางกับการคงพฤติกรรมการดูแลตนเองในการป้องกันการติดเชื้อของผู้ป่วยมะเร็งโลหิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (r_s = .394, p < .01) ความรอบรู้ด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางกับการจัดการดูแลตนเองในการป้องกันการติดเชื้อของผู้ป่วยมะเร็งโลหิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (r_s = .398, p < .01) ความรอบรู้ด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวก

ในระดับต่ำกับการติดตามดูแลตนเองในการป้องกันการติดเชื้อของผู้ป่วยมะเร็งโลหิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (r_S = .277, p < .01) และจากการศึกษายังพบว่าพฤติกรรมการดูแลตนเองในการป้องกันการติดเชื้อของผู้ป่วยมะเร็งโลหิตมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางกับความรอบรู้ทางสุขภาพด้านการสื่อสารและการสนับสนุนทางสังคม (r_S = .404, p < .01) ดังแสดงในตาราง 3

ตาราง 3 ความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้ด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการดูแลตนเองในการป้องกันการติดเชื้อของผู้ป่วยมะเร็งโลหิต ภายใต้สถานการณ์การแพร่ระบาดของเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (N = 245)

ความรอบรู้ด้านสุขภาพ	พฤติกรรมการดูแลตนเอง			
	พฤติกรรมการดูแลตนเองในการป้องกันการติดเชื้อ	ด้านการคงพฤติกรรมการดูแลตนเอง	ด้านการติดตามดูแลตนเอง	ด้านการจัดการดูแลตนเอง
1. ด้านการเข้าถึงข้อมูลและบริการ	.40	.36	.29	.36
2. ด้านการเข้าใจข้อมูลและบริการ	.28	.26	.29	.26
3. ด้านการตรวจสอบข้อมูลและบริการสุขภาพ	.33	.27	.18	.33
4. ด้านการสื่อสารและการสนับสนุนทางสังคม	.40	.36	.30	.37
5. ด้านการจัดการสุขภาพตนเอง	.31	.33	.17	.28
โดยรวม	**.40**	**.39**	**.28**	**.40**

การอภิปรายผลการวิจัย

1. ความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคมะเร็งโลหิต

ความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้ป่วยมะเร็งโลหิต ภายใต้สถานการณ์การแพร่ระบาดของเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 โดยรวมอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 62 (M = 196.36, SD = 22.26) เมื่อพิจารณาความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้ป่วยมะเร็งโลหิตเป็นรายด้าน พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพในด้านการสื่อสารและการสนับสนุนทางสังคมในระดับสูงจำนวนมากที่สุด คือ 215 คน คิดเป็นร้อยละ 87.80 ซึ่งเมื่อพิจารณาจากข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างพบว่า กลุ่มตัวอย่าง ร้อยละ 64.10 มีสถานภาพสมรสคู่ โดยคู่สมรสเป็นบุคคลที่ดูแลสุขภาพของกลุ่มตัวอย่างมากที่สุด ร้อยละ 55.50 ซึ่งคู่สมรสเป็นแหล่งประโยชน์หรือแหล่งสนับสนุนทางสังคมที่สำคัญของผู้ป่วย สอดคล้องกับการศึกษาของ Reisi, et al.[22] ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้ด้านสุขภาพขั้นพื้นฐานกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุในประเทศอิหร่าน พบว่า สถานภาพสมรสมีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพสูงกว่า ผู้ที่มีสถานภาพ หม้าย หย่า แยก และสอดคล้องกับการศึกษาของ Liu, et al.[23] และ Caylan, et al.[24] พบว่าสถานภาพสมรส มีความสัมพันธ์กับคะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพ จากการศึกษาความรอบรู้ด้านสุขภาพ ด้านการเข้าใจข้อมูลและบริการ ยังพบว่า กลุ่มตัวอย่าง ร้อยละ 52.70 สามารถปฏิบัติตามคำแนะนำในคู่มือ เอกสารหรือแผ่นพับที่เกี่ยวกับการป้องกันหรือดูแลรักษาสุขภาพได้ และร้อยละ 45.70 รู้และเข้าใจในคำอธิบายของผู้ให้บริการสุขภาพ ซึ่งจากข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง ร้อยละ 73.90 ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคมะเร็งโลหิตระยะเวลา 1 ปี และ ร้อยละ 36.30 มีจำนวนครั้งของการได้รับยาเคมีบำบัดมากกว่า 5 ครั้ง แสดงให้เห็นว่าผู้ป่วยย่อมได้รับการให้ความรู้เรื่องการดูแลตนเองจากบุคลากรทางการแพทย์ซ้ำหลายครั้ง จึงเป็นเหตุให้ผู้ป่วยมะเร็งโลหิตมีความรู้ความเข้าใจข้อมูลและบริการในระดับสูง ทั้งนี้ยังพบว่าผู้ป่วยมะเร็งโลหิต ร้อยละ 42 สามารถอ่านและเข้าใจข้อมูลด้านสุขภาพจากสื่อ เช่น สิ่งพิมพ์ แผ่นพับ โปสเตอร์ ใบสั่งแพทย์ โปรแกรมใช้งานบนมือถือ (application) และสื่อออนไลน์ (Facebook, LINE) ได้ ซึ่งการที่ผู้ป่วยมะเร็งโลหิตได้รับข้อมูลข่าวสารจากแหล่งต่าง ๆ เกี่ยวกับโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 และมีการรายงานสถิตินั้น เน้นย้ำให้เห็นถึงความรุนแรงของโรคที่มีต่อสุขภาพ และอาจทำให้ถึงแก่ชีวิตได้ และมีผลต่อการแสวงหาความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันการติดเชื้อของผู้ป่วยมะเร็งโลหิตที่ถูกต้องได้

2. พฤติกรรมการดูแลตนเองในการป้องกันการติดเชื้อของผู้ป่วยมะเร็งโลหิต ภายใต้สถานการณ์การแพร่ระบาดของเชื้อไวรัสโคโรนา 2019

ผลการศึกษาพฤติกรรมการดูแลตนเองในการป้องกันการติดเชื้อของผู้ป่วยมะเร็งโลหิต ภายใต้สถานการณ์การแพร่ระบาดของเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (N = 245) พบว่า

กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมการดูแลตนเองในการป้องกันการติดเชื้อ โดยรวมอยู่ในระดับสูง อธิบายได้จากแนวคิดทฤษฎีระดับกลางในการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง[15] กล่าวว่า การดูแลตนเองเป็นกระบวนการในการส่งเสริมสุขภาพ รักษาสุขภาพ และการจัดการกับความเจ็บป่วย ซึ่งพบว่าเมื่อเกิดการเจ็บป่วยการดูแลตนเองถือเป็นเรื่องที่สำคัญ ผู้ป่วยจะมีส่วนร่วมในการดูแลตนเองเพื่อรักษาสุขภาพให้คงอยู่โดยการดูแลตนเองจะเกิดขึ้นทั้งในสภาวะที่มีสุขภาพดีและไม่ดีเมื่อเกิดการเจ็บป่วยผู้ป่วยสามารถกระทำการดูแลตนเองได้ และพบว่าการดูแลตนเองมีความสำคัญอย่างมากสำหรับผู้ป่วยที่มีการเจ็บป่วยเรื้อรัง ทำให้ผู้ป่วยมะเร็งโลหิตจำเป็นจะต้องมีพฤติกรรมการดูแลตนเองที่ถูกต้องเหมาะสมในการป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา สายพันธุ์ใหม่ 2019

จากการศึกษาพบว่า กลุ่มผู้ป่วยมะเร็งโลหิตมีพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านการคงพฤติกรรมการดูแลตนเองในการป้องกันการติดเชื้อในระดับสูง มีจำนวนมากที่สุดเมื่อเทียบกับด้านอื่น คือ ร้อยละ 95.50 สอดคล้องกับข้อมูลจากศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉิน กรมควบคุมโรค[25] ได้ให้ความรู้เกี่ยวกับการป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา สายพันธุ์ใหม่ 2019 โดยให้ใช้หลักการป้องกันโรคติดต่อในระบบทางเดินหายใจ ได้แก่ การล้างมือ สวมหน้ากากอนามัย และไม่คลุกคลีกับผู้ป่วยโรคทางเดินหายใจ หมั่นล้างมือให้สะอาดด้วยน้ำ และสบู่หรือใช้แอลกอฮอล์เจลล้างมือ ไม่นำมือมาสัมผัสตา จมูก ปาก โดยไม่จำเป็น ไม่ใช้ของส่วนตัวร่วมกับผู้อื่น รับประทานอาหารปรุงสุกใหม่ ๆ รวมไปถึงหลีกเลี่ยงการอยู่ในสถานที่แออัด และไม่อยู่ใกล้ชิดกับผู้ป่วยที่มีอาการหวัด ไอ จาม หากเลี่ยงไม่ได้ต้องป้องกันตนเองโดยใส่หน้ากากอนามัย นอกจากนี้ควรหลีกเลี่ยงการเดินทางไปต่างประเทศ โดยเฉพาะประเทศที่มีรายงานการแพร่ระบาดของโรค ที่สำคัญ คือ หากมีอาการไข้ร่วมกับอาการระบบทางเดินหายใจ ได้แก่ ไอ เจ็บคอ มีน้ำมูก หายใจเหนื่อยหอบ ควรพบแพทย์ทันที ซึ่งการป้องกันตนเองขั้นต้นจะมีความสำคัญต่อการลดการแพร่ระบาดของโรคได้เป็นอย่างมาก และจากการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา สายพันธุ์ใหม่ 2019 ทำให้ผู้ป่วยมะเร็งโลหิตมีความเสี่ยงในการติดเชื้อไวรัสโคโรนาในโรงพยาบาลได้สูง ด้วยสภาวะภูมิคุ้มกันของร่างกายต่ำ จากการศึกษาวิจัยในครั้งนี้พบว่าผู้ป่วยมะเร็งโลหิตให้ความสำคัญกับพฤติกรรมการดูแลตนเองในการป้องกันการติดเชื้อภายใต้สถานการณ์โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา สายพันธุ์ใหม่ 2019 อยู่ในระดับสูงสอดคล้องกับการศึกษาของ Sangsawangwatthana, Sirisaiyas and Bodeerat[26] เกี่ยวกับวิถีชีวิตใหม่ (new normal) และการปรับตัวของคนไทยหลังไวรัสโคโรนา สายพันธุ์ใหม่ 2019 การงาน การเรียนและธุรกิจ พบว่าการแพร่ระบาดของโรคไวรัสโควิด 19 ทำให้พฤติกรรมและวิถีชีวิตของคนไทยเปลี่ยนไป เนื่องจากต้องปรับตัวให้อยู่รอดในสภาพแวดล้อมทางสังคมและเศรษฐกิจรูปแบบใหม่ให้ได้

3. ความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้ด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการดูแลตนเองในการป้องกันการติดเชื้อของผู้ป่วยมะเร็งโลหิต ภายใต้สถานการณ์การแพร่ระบาดของเชื้อไวรัสโคโรนา 2019

ความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมการดูแลตนเองในการป้องกันการติดเชื้อของผู้ป่วยมะเร็งโลหิต ภายใต้สถานการณ์การแพร่ระบาดของเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 มีความสัมพันธ์ทางบวกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ในระดับปานกลาง r_s = .40 ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐาน และสามารถอธิบายได้จากแนวคิดความรอบรู้ด้านสุขภาพของ Nutbeam[8] ซึ่งเป็นแนวคิดในการส่งเสริมสุขภาพ ที่กล่าวว่าองค์ประกอบของความรอบรู้ด้านสุขภาพเป็นการพัฒนาทักษะของบุคคลในการเข้าถึงข้อมูล เข้าใจข้อมูล ประเมินข้อมูล นำความรู้มาคิดวิเคราะห์ใช้ข้อมูล สื่อสารสุขภาพเพื่อส่งเสริมและรักษาสุขภาพที่ดี สอดคล้องกับศึกษาของ Thianthavorn and Chitiang[27] เกี่ยวกับความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด 19 ในกลุ่มวัยเรียนมหาวิทยาลัยแห่งหนึ่ง พบว่าความรอบรู้ด้านสุขภาพมีความสำคัญต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองและการป้องกันโรคโควิด 19 และการศึกษาของ Liu, et al.[23] เรื่องความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้ด้านสุขภาพพฤติกรรมสุขภาพและภาวะทางสุขภาพในผู้สูงอายุชาวจีน พบว่า ผู้สูงอายุที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพที่ดีจะมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่ดีในด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพตนเอง การมีกิจกรรมทางกาย และการไม่สูบบุหรี่ โดยผู้สูงอายุที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพในระดับสูง หรือเพียงพอจะสามารถแสวงหาความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพได้ด้วยตนเอง และในขณะเดียวกันความรู้ที่มากขึ้นก็จะส่งผลให้เกิดการพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพเพิ่มมากขึ้น เมื่อบุคคลมีความรอบรู้ด้านสุขภาพที่เพิ่มขึ้นจะทำให้เกิดทักษะ และความสามารถในการดูแลจัดการดูแลตนเองได้ดียิ่งขึ้น และการศึกษาในผู้รอดชีวิตจากโรคมะเร็งศีรษะและลำคอในประเทศอิสราเอล โดย Clarke, et al.[28] พบว่า ผู้ที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพไม่เพียงพอจะมีพฤติกรรมการจัดการตนเองในระดับต่ำ ทั้งในด้านการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ การมีส่วนร่วม และการติดตามอาการตนเอง

ข้อจำกัดของการศึกษา

การศึกษาครั้งนี้ ทำการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยการใช้แบบสอบถาม ซึ่งประกอบด้วยข้อคำถามทั้งหมด 88 ข้อ การมีข้อคำถามจำนวนมากทำให้กลุ่มตัวอย่างต้องใช้ระยะเวลานานในการตอบซึ่งอาจส่งผลกระทบต่อความจดจ่อในการตอบคำถามให้ตรงกับความเป็นจริง นอกจากนี้การศึกษานี้ได้ศึกษาเพียงปัจจัยความรอบรู้ทางสุขภาพแค่ปัจจัยเดียว ดังนั้นการศึกษาต่อไปอาจศึกษาในปัจจัยอื่นเพิ่มเติม เพื่อจะได้เข้าใจปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองในการป้องกันการติดเชื้อของผู้ป่วยมะเร็งโลหิต

สรุป

ผลการศึกษาพบว่าความรอบรู้ด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์เชิงบวกในระดับปานกลาง กับพฤติกรรมการดูแลตนเองในการป้องกันการติดเชื้อของผู้ป่วยมะเร็งโลหิต ภายใต้สถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ จากการศึกษาพบว่า 1) ระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้ป่วยมะเร็งโลหิตทั้ง 5 ด้าน โดยรวมอยู่ในระดับสูง โดยความรอบรู้ด้านสุขภาพด้านการสื่อสารและการสนับสนุนทางสังคมอยู่ในระดับสูงที่สุดรองลงมา คือด้านการจัดการสุขภาพตนเอง และด้านการเข้าถึงข้อมูลและบริการ 2) พฤติกรรมการดูแลตนเองในการป้องกันการติดเชื้อของผู้ป่วยมะเร็งโลหิต ภายใต้สถานการณ์โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา สายพันธุ์ใหม่ 2019 ทั้ง 3 ด้าน โดยรวมอยู่ในระดับสูง รายด้านที่มีพฤติกรรมการดูแลตนเองสูงที่สุด คือ ด้านการคงพฤติกรรมการดูแลตนเองในการป้องกันการติดเชื้อรองลงมา คือ ด้านการจัดการดูแลตนเองในการป้องกันการติดเชื้อ และด้านการติดตามดูแลตนเองในการป้องกันการติดเชื้อ

ข้อเสนอแนะและการนำไปใช้

1. พยาบาลควรส่งเสริมการให้ความรู้ในการปฏิบัติตัวและแนะนำแนวทางการดูแลตนเองในการป้องกันการติดเชื้อในสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคอุบัติซ้ำ ที่เหมาะสมกับผู้ป่วยมะเร็งโลหิต แต่ละราย

2. พยาบาลควรมีการติดตามพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยมะเร็งโลหิตทั้ง 3 ด้าน คือ การคงพฤติกรรมการดูแลตนเอง การติดตามดูแลตนเอง และการจัดการดูแลตนเอง เพื่อป้องกันการติดเชื้อ โดยเฉพาะในสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคอุบัติซ้ำ

3. คลินิกมะเร็งโลหิตควรมีนโยบายในการประเมินและส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพโดยเฉพาะด้านการตรวจสอบข้อมูลและบริการสุขภาพ เพื่อส่งเสริมพฤติกรรมการดูแลตนเองในการป้องกันการติดเชื้อในสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคอุบัติใหม่อื่นๆ

การมีส่วนร่วมในการเขียนบทความ

ผู้วิจัยหลักและผู้ร่วมวิจัยทุกคนมีส่วนร่วมในการเขียนบทความวิจัยฉบับนี้ทั้งหมด

การมีผลประโยชน์ทับซ้อน

ไม่มีผลประโยชน์ทับซ้อน

แหล่งทุนสนับสนุน

งานวิจัยนี้ได้รับทุนสนับสนุนจากการวิจัยเพื่อวิทยานิพนธ์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณโรงพยาบาลสุราษฎร์ธานีที่อำนวยความสะดวกกลุ่มตัวอย่างทุกคนที่ให้ความร่วมมือในการเก็บข้อมูล และกองทุนการวิจัยเพื่อวิทยานิพนธ์บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

เอกสารอ้างอิง

1. Bray F, Ferlay J, Soerjomataram I, et al. Global cancer statistics 2018: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries. CA Cancer J Clin. 2018; 68(6): 394-424. doi: 10.3322/caac.21492.
2. World Health Organization. Pneumonia of unknown cause -China [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2020 [cited 2022 Jun 4]. Available from: https://www.who.int/csr/don/05-january-2020-pneumonia-of-unkown-cause-china/en/
3. Prasertsri T, Phanthusart N. Influence factors and severity of infections within the cancer patient. Journal of Nursing and Health Care. 2018; 36(2): 22-30. Thai.
4. Bahakeem E, Qadah T. Current diagnostic methods for hematological malignancies: A mini-review. Pharmacophore. 2020; 11(3): 63-8.
5. Department of disease control. DDC COVID-19 interactive dashboard in 1-dash-week [Internet]. Bangkok: Department of Health; 2021 [cited 2022 Jun 15]. Available from: https://ddc.moph.go.th/covid19-dashboard/?dashboard=main. Thai.
6. He W, Chen L, Yuan G, et al. COVID-19 in persons with haematological cancers. Leukemia. 2020; 34(6): 1637-45.
7. Department of disease control. DDC COVID-19 interactive dashboard in 1-dash-week [Internet]. Bangkok: Department of Health; 2022 [cited 2022 Oct 20]. Available from: https://ddc.moph.go.th/covid19-dashboard/?dashboard=main.
8. Nutbeam D. The evolving concept of health literacy. Soc Sci Med. 2008; 67(12): 2072-8. doi: 10.1016/j.socscimed.2008.09.050.

9. Busch EL, Martin C, DeWalt DA, et al. Functional health literacy, chemotherapy decisions, and outcomes among a colorectal cancer cohort. Cancer Control. 2015; 22(1): 95-101. doi: 10.1177/107327481502200112.
10. Husson O, Mols F, Fransen MP, et al. Low subjective health literacy is associated with adverse health behaviors and worse health-related quality of life among colorectal cancer survivors: Results from the profiles registry. Psychooncology. 2015; 24(4): 478-86. doi: 10.1002/pon.3678.
11. Lekdamrongkul P, Pongthavornkamol K, Siritanaratkul N, et al. The effects of concrete-objective information program on anxiety and functional status among lymphoma patients receiving chemotherapy. Nurs Sci J Thai. 2020; 38(1): 19-34. Thai.
12. Temtap S, Hiruchunha S, Nilmanat K. Development of self-care promotion among patients with acute myeloid leukemia (AML) and receiving chemotherapy. SCNJ. 2015; 2(3); 21-40. Thai.
13. Infante MS, González MI, Muñoz N, et al. COVID-19 in patients with hematological malignancies: A retrospective case series. Int J Lab Hematol. 2020; 42(6): e256-9. doi: 10.1111 ijlh.13301.
14. Aries JA, Davies JK, Auer RL, et al. Clinical outcome of coronavirus disease 2019 in haemato-oncology patients. Br J Haematol. 2020; 190(2): e64-7. doi: 10.1111/bjh.16852.
15. Riegel B, Jaarsma T, Strömberg A. A middle-range theory of self-care of chronic illness. ANS Adv Nurs Sci. 2012; 35(3): 194-204. doi: 10.1097/ANS.0b013e318261b1ba.
16. Jantarabenjakul W. Prevention of infection with coronavirus 2019 [Internet]. Bangkok: Chulalong Hospital; 2020 [cited 2022 Apr 10]. Available from: https://bit.ly/3OixJCZ
17. Kaur G, Kaur L, Kaur A. Interpersonal relations of old aged people with their families in Punjab. Indian. J. 2021; 16(1): 33-8.
18. Intarakamhang U. Creating and developing of Thailand health literacy scales. Bangkok: Behavioral Science Research Institute Srinakharinwirot University; 2017. Thai.
19. Yamane, T. Statistics: An introductory analysis. 3 rd ed. New York: Harper & Row; 1973.
20. Polit FD, Beck TC. Nursing research generating and assessing evidence for nursing practice. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2017.
21. Edwards M, Wood F, Davies M, et al. The development of health literacy in patients with a long-term health condition: The health literacy pathway model. BMC Public Health. 2012; 12(1): 1-15. doi: 10.1186/1471-2458-12-130.
22. Reisi M, Javadzade SH, Heydarabadi AB, et al. The relationship between functional health literacy and health promoting behaviors among older adults. J Educ Health Promot. 2014; 3: 119. doi: 10.4103/2277-9531.145925.
23. Liu YB, Liu L, Li YF, et al. Relationship between health literacy, health-related behaviors and health status: A survey of elderly Chinese. Int J Environ Res Public Health. 2015; 12(8): 9714-25. doi: 10.3390/ijerph120809714.
24. Caylan A, Yayla K, Oztora S, et al. Assessing health literacy, the factors affecting it and their relation to some health behaviors among adults. Biomed Res. 2017; 28(15); 6803-7.
25. Emergency Operations Center. Information for protecting yourself from COVID-19 disease [Internet]. Bangkok: Department of Disease Control; 2020 [cited 20 Aug 2020]. Available from: ddc.moph.go.th/viralpneumonia/file/int-pretection 03.pdf.
26. Sangsawangwatthana T, Sirisaiyas N, Bodeerat C. "New Normal" a new way of life and adaptation of Thai people after Covid-19: Work study and business. JLGI. 2020; 4(3): 371-86.
27. Thianthavorn V, Chitiang N. Relationship between health literacy and behaviors to prevent COVID-19 among university students. TJPHS. 2021; 4(2): 126-37. Thai.
28. Clarke N, Dunne S, Coffey L, et al. Health literacy impacts self-management, quality of life and fear of recurrence in head and neck cancer survivors. J Cancer Surviv. 2021; 15(6): 855-65. doi: 10.1007/s11764-020-00978-5.

บทความวิจัย

ผลของโปรแกรมการเสริมสร้างความสามารถในการดูแลตนเองต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ที่เป็นโรคซึมเศร้า
The Effect of Self-Care Enhancing Program on Self-Care Behaviors of Persons with Major Depressive Disorders

มัญชรี พุทธประเสริฐ[1] อรวรรณ หนูแก้ว[2] วีณา คันฉ้อง[3]*
Mancharee Puttapraseart[1] Orawan Nukaew[2] Weena Chanchong[3]*

[1]พยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลสวนสราญรมย์ จังหวัดสุราษฎร์ธานี
[1]Registered Nurse, Suansaranrom Hospital, Surat Thani, Thailand.
[2]ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ จังหวัดสงขลา
[2]Assistant Professor, Faculty of Nursing, Prince of Songkla University, Songkhla, Thailand.
[3]อาจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ จังหวัดสงขลา
[3]Lecturer, Faculty of Nursing, Prince of Songkla University, Songkhla, Thailand.

**ผู้รับผิดชอบหลัก: orawan.n@psu.ac.th*
**Corresponding author: orawan.n@psu.ac.th*

Received 12 September 2023 • Revised 15 February 2024 • Accepted 1 March 2024

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์: *เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการเสริมสร้างความสามารถในการดูแลตนเองต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ที่เป็นโรคซึมเศร้า* ***วิธีการ:*** *การวิจัยกึ่งทดลองที่มีกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ที่เป็นโรคซึมเศร้าที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคซึมเศร้า ณ โรงพยาบาลสวนสราญรมย์ อายุ 18-59 ปี จำนวน 60 คน สุ่มกลุ่มตัวอย่างอย่างง่ายเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยการจับคู่ตามอายุ เพศ คะแนนภาวะซึมเศร้า กลุ่มละ 30 คน กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างความสามารถในการดูแลตนเองร่วมกับการดูแลตามปกติ และกลุ่มควบคุมได้รับการดูแลตามปกติ เครื่องมือวิจัย ประกอบด้วย 1) โปรแกรมการเสริมสร้างความสามารถในการดูแลตนเอง พัฒนาจากแนวคิดการดูแลตนเองของโอเรมร่วมกับการทบทวนวรรณกรรม 2) แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป และ 3) แบบประเมินพฤติกรรมการดูแลตนเอง เครื่องมือที่ 1 และ 3 ผ่านการตรวจสอบความตรงโดยเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน เครื่องมือที่ 3 ผ่านการตรวจสอบความเที่ยง โดยได้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาคเท่ากับ .89 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติพรรณนา ไคสแควร์ และสถิติที* ***ผลการศึกษา:*** *คะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองของกลุ่มทดลองหลังได้รับโปรแกรมสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมอย่างนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 38.53$, $p < .001$) สำหรับคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองของกลุ่มควบคุมหลังได้รับการดูแลปกติสูงกว่าก่อนได้รับการดูแลปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 4.05$, $p < .001$) และคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเองของกลุ่มทดลอง หลังจากได้รับโปรแกรมสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 38.04$, $p < .001$)* ***สรุป:*** *โปรแกรมการเสริมสร้างความสามารถในการดูแลตนเองสามารถเพิ่มพฤติกรรมการดูแลตนเองในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าได้ ดังนั้นพยาบาลควรนำโปรแกรมนี้ไปประยุกต์ใช้ในการเสริมสร้างความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าในโรงพยาบาล*

คำสำคัญ: โปรแกรมเสริมสร้างความสามารถในการดูแลตนเอง; พฤติกรรมการดูแลตนเอง; ผู้ป่วยโรคซึมเศร้า

Abstract

Object: *To examine the effect of self-care enhancing program on self-care behaviors of patients with major depressive disorder.* ***Methods:*** *This quasi-experimental research was applied in persons with depressive disorder. Participants comprised 60 persons aged 18-59 years diagnosed with major depressive disorder. The participants were assigned into paired matching based on age, gender, and depressive symptoms score, and allocated to an experimental and a control group, 30 participants in each group. The experimental group received routine care plus the self-care enhancing program, and the control group received routine care only. Research instruments consisted of: 1) the self-care enhancing program based on a conceptual framework of Orem and a literature review related to self-care behaviors of patients with major depressive disorders, 2) a demographic data questionnaire, and 3) a self-care behaviors questionnaire. Instruments part 1 and 3 were validated by three experts. Reliability of instrument part 3 with Cronbach's Alpha coefficient, yields a value of. 89. Data was analyzed using descriptive statistics, Chi-square, and t-test.* ***Results:*** *The results showed that the mean score of self-care behaviors of experimental group after participating in the program was significantly higher than the mean score before participating in the program ($t = 38.53$, $p < .001$). Moreover, the mean score of self-care behaviors of the control group after participating in the routine care was significantly higher than the mean score before participating in the routine care ($t = 4.05$, $p < .001$). In addition, the mean score of self-care behaviors of the experimental group after participating in the program was significantly higher than that the mean score of the routine care ($t = 38.04$, $p < .001$).* ***Conclusion:*** *The results of the self-care enhancing program could increase self-care behaviors among patients with major depressive disorder. Therefore, nurses should implement the program among patients with major depressive disorder in hospitals.*

Keywords: self-care enhancing program; self-care behaviors; patients with major depressive disorders

ความสำคัญของปัญหา

โรคซึมเศร้าเป็นปัญหาทางด้านสุขภาพจิตที่สำคัญ จากสถิติของโรคซึมเศร้าของประเทศสหรัฐอเมริกา ปี ค.ศ. 2021 พบว่า ความชุกของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มีอายุ 18 ปี ขึ้นไป เป็นเพศหญิงมีมากถึงร้อยละ 10.30 ส่วนเพศชาย ร้อยละ 6.20[1] สำหรับสถิติโรคซึมเศร้าในประเทศไทย พ.ศ. 2563-2565 พบ จำนวน 355,537 คน 353,267 คน และ 359,737 คน ตามลำดับ[2] ผู้ป่วยโรคซึมเศร้ามีอัตราเสี่ยงต่อการพยายามฆ่าตัวตายสูงถึง 5 เท่าของคนปกติ[3] โรคซึมเศร้ามีอาการหลัก คือ อารมณ์ซึมเศร้าตลอดเวลา ด้านความคิดมีความรู้สึกมีคุณค่าในตัวเองต่ำ ไร้ความหวัง มองอนาคตในแง่ลบ เบื่ออาหาร มีปัญหาด้านการนอนด้านพฤติกรรมและแยกตัว[4] มักเป็นระยะเวลานาน มีอาการเป็น ๆ หาย ๆ ผลกระทบของโรคซึมเศร้าต่อตนเอง เช่น สูญเสียหน้าที่การงานบกพร่อง หากมีอาการรุนแรงจะนำไปสู่การเสียชีวิตจากการฆ่าตัวตาย ผลกระทบต่อครอบครัว ส่วนใหญ่พบว่า ครอบครัวทะเลาะเบาะแว้ง หย่าร้าง ผลกระทบทางสังคม คือ สูญเสียกำลังแรงงานซึ่งเป็นวัยกำลังที่สำคัญในการขับเคลื่อนเศรษฐกิจในระดับประเทศ เป็นภาระทางค่าใช้จ่ายในการรักษา[5] ซึ่งอาการของโรคซึมเศร้าอาจจะเป็น ๆ หาย ๆ นั้น หากมีการดูแลตนเองที่เหมาะสมก็สามารถดำเนินชีวิตประจำวันได้ตามศักยภาพ[6]

การรักษาโรคซึมเศร้า ประกอบด้วย การรักษาด้วยยาและการบำบัดทางจิตสังคม โดยการได้รับยาต้านเศร้า ได้แก่ fluoxetine, sertraline, amitriptyline ร่วมกับการบำบัดทางจิต เช่น การบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม (cognitive behavior therapy) ครอบครัวบำบัด (family therapy) เป็นต้น[7] ปัจจุบันนี้การรักษาผู้ป่วยโรคซึมเศร้าในโรงพยาบาลมีบริการรักษาแบบใช้ยาต้านเศร้า ร่วมกับการบำบัดจิตสังคมบำบัดของแต่รายบุคคล เช่น การให้สุขภาพจิตศึกษา จิตบำบัดแบบประคับประคอง การบำบัดแบบครอบครัวบำบัด เป็นต้น อย่างไรก็ตาม ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าได้รับสุขภาพจิตศึกษา เช่น การให้ความรู้เกี่ยวกับโรคซึมเศร้า และให้คำแนะนำเรื่องการรับประทานยา

เป็นต้น ทุกครั้งที่มารับบริการ[8] ถึงแม้ว่าผู้ป่วยโรคซึมเศร้าได้รับการบำบัดอย่างต่อเนื่อง แต่จากการศึกษาพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า พบว่าอยู่ในระดับปานกลางถึงระดับต่ำ[9] ดังนั้นการส่งเสริมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า จึงมีความสำคัญ[10]

สำหรับแนวคิดของ Orem[11] เกี่ยวกับการดูแลตนเองเป็นกิจกรรมที่บุคคลกระทำเพื่อคงไว้ซึ่งสุขภาพของตนเองอย่างมีลำดับขั้นตอน/เป้าหมาย หากผู้ป่วยมีความสามารถในการดูแลตนเองได้ดี ก็จะทำให้การเจ็บป่วยทุเลาหรือหาย ส่วนการดูแลตนเองที่บกพร่อง เป็นความไม่สมดุลของความสามารถของบุคคลและความต้องการดูแลทั้งหมด เมื่อบุคคลมีความต้องการมากกว่าความสามารถที่จะกระทำได้ จะอยู่ในภาวะต้องการความช่วยเหลือ ทำให้บุคคลเกิดข้อจำกัดในการดูแลตนเอง สำหรับการส่งเสริมพฤติกรรมในการดูแลตนเองจึงมีความจำเป็น โดยเน้นการปฏิบัติ (productive) เป็นความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมเพื่อตอบสนองต่อความต้องการดูแลที่จำเป็น โดยเกี่ยวข้องกับการเตรียมตัวเอง วัตถุสิ่งของหรือสิ่งแวดล้อม และการลงมือปฏิบัติการดูแลตนเองตามเป้าหมายที่เฉพาะเจาะจงตามช่วงเวลาเป็นการปฏิบัติแบบจงใจและมีเป้าหมายที่จำเป็นเพื่อเกิดคุณภาพชีวิตที่ดี ประกอบด้วย 3 ขั้นตอน คือ 1) การวางแผนและการตัดสินใจ 2) การลงมือปฏิบัติ และ 3) การประเมินผลและการปรับปรุง[11]

จากการทบทวนวรรณกรรมงานวิจัยที่เกี่ยวกับการดูแลตนเองในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า พบว่า มีโปรแกรมการจัดการตนเองโดยใช้แนวคิดของ Orem[11] ร่วมกับแนวคิดอื่น ๆ ที่ช่วยให้การฟื้นฟูสุขภาพ และเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า[12-14] มีโปรแกรมแนวคิดสุขภาพจิตศึกษาช่วยลดภาวะซึมเศร้า[15] มีโปรแกรมที่พัฒนาจากแนวคิดของซาเทียร์สามารถลดอาการซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า[16] และมีโปรแกรมการบำบัดด้วยการแก้ปัญหาแบบกลุ่มที่สามารถลดภาวะซึมเศร้า[17] อย่างไรก็ตามมีการนำการดูแลตนเองมาใช้ในผู้ที่เป็นโรคซึมเศร้าและโรคจิตเวชอื่น ๆ เช่น การดูแลตนเองของผู้ป่วยซึมเศร้าและเรื้อรังช่วยลดภาวะซึมเศร้า[18] โปรแกรมส่งเสริมพฤติกรรมการดูแลตนเองสามารถช่วยให้ความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรัง[19] สำหรับบทบาทพยาบาลที่สำคัญในการส่งเสริมการดูแลตนเองในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าเพื่อช่วยลดการกลับเป็นซ้ำ สำหรับยุคปัจจุบันนี้มีการนำเทคโนโลยีมาใช้ร่วมในการจัดโปรแกรมการดูแลผู้ที่เป็นโรคซึมเศร้า เพื่อช่วยลดค่าใช้จ่ายและระยะในการเดินทางมารับบริการที่โรงพยาบาลของผู้ป่วย จากการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบของ Pang, et al.[20] พบว่า มีการใช้ web-based self-management รูปแบบ online และ internet-based self-help intervention และมีการใช้แอปพลิเคชันไลน์ Mind Alert สำหรับการรักษาผู้ป่วยโรคซึมเศร้า[21] รวมทั้งการใช้ internet-based learning และการดูแลตนเองของผู้ป่วยมะเร็ง[22] จากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับโปรแกรมการดูแลตนเองของผู้ที่เป็นโรคซึมเศร้าร่วมกับการใช้แอปพลิเคชันที่เป็นแพลตฟอร์มยังมีน้อย ดังนั้นผู้วิจัยจึงพัฒนาโปรแกรมการส่งเสริมการดูแลตนเอง สำหรับผู้ที่เป็นโรคซึมเศร้า โดยใช้แนวคิดการดูแลตนเองของ Orem[11] ร่วมกับแอปพลิเคชันไลน์ (LINE application) เพื่อเพิ่มพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ที่เป็นโรคซึมเศร้าที่มารับการรักษาโรงพยาบาล

คำถามการวิจัย

1. พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ที่เป็นโรคซึมเศร้าภายหลังได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างความสามารถในการดูแลตนเองสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมหรือไม่

2. พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ที่เป็นโรคซึมเศร้าในกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างความสามารถในการดูแลตนเองสูงกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการดูแลปกติหรือไม่

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ที่เป็นโรคซึมเศร้าในกลุ่มทดลองระหว่างก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างความสามารถในการดูแลตนเอง

2. เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ที่เป็นโรคซึมเศร้าภายหลังการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างความสามารถในดูแลตนเองและกลุ่มควบคุมที่ได้รับการดูแลปกติ

รูปแบบการศึกษา

สมมติฐาน

1. พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ที่เป็นโรคซึมเศร้าภายหลังได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างความสามารถในดูแลตนเองสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรม

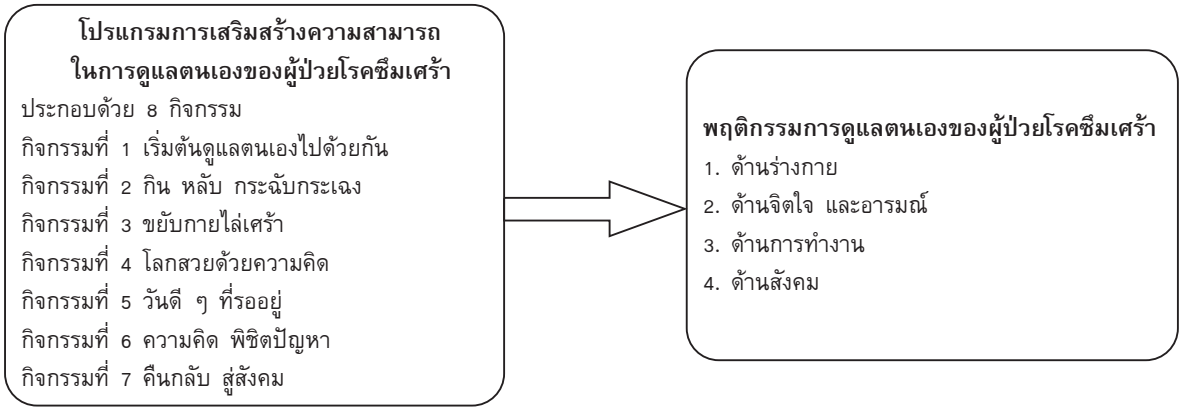
2. พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ที่เป็นโรคซึมเศร้ากลุ่มทดลองภายหลังได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างความสามารถในการดูแลตนเองสูงกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการดูแลปกติ

กรอบแนวคิดการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้ใช้กรอบแนวคิดการดูแลตนเองของ Orem[11] ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ที่เป็นโรคซึมเศร้า และการใช้แอปพลิเคชันไลน์ (LINE application)

สำหรับแนวคิดการดูแลตนเองของ Orem[11] ได้กล่าวถึงความสัมพันธ์ระหว่างเงื่อนไขด้านพัฒนาการและการปฏิบัติหน้าที่กับการดูแลตนเอง ความต้องการการดูแลตนเองทั้งหมด และปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความสามารถในการดูแลตนเอง โดยการศึกษานี้ใช้ในส่วนของการปฏิบัติ (productive) เป็นความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมเพื่อตอบสนองต่อความต้องการการดูแลที่จำเป็น โดยเกี่ยวข้องกับการเตรียมตัวเอง วัตถุสิ่งของ หรือสิ่งแวดล้อม และการลงมือปฏิบัติการ ดูแลตนเองตามเป้าหมายที่เฉพาะเจาะจงตามช่วงเวลา มี 3 ขั้นตอน คือ 1) การวางแผนและการตัดสินใจ คือ การวางแผนเพื่อกำหนดวิธีการและตัดสินใจในการลงมือปฏิบัติการดูแลตนเอง 2) การลงมือปฏิบัติ คือ การกระทำกิจกรรมของตนเอง โดยมีความพร้อมและมีความสามารถในการกระทำอย่างมี เป้าหมาย มีแบบแผน และสามารถปฏิบัติได้ต่อเนื่อง และ 3) การประเมินผลและการปรับปรุง โดยผ่านพลังความสามารถ 10 ประการ ซึ่งเชื่อมระหว่างการรับรู้ และการกระทำอย่างจงใจ โดยมีเป้าหมาย คือ ความต้องการการดูแลตนเองที่จำเป็น โดยที่ความสามารถในการดูแลตนเองจะสัมพันธ์กับปัจจัยขั้นพื้นฐาน เมื่อปัจจัยขั้นพื้นฐานเปลี่ยนไปจะมีผลต่อความสามารถในการดูแลตนเองของบุคคลด้วย โดยความสามารถ 3 ขั้นตอน เป็นความสามารถที่สะท้อนอยู่ในระยะต่าง ๆ ของการดูแลตนเองโดยทั่วไป ซึ่งเป็นการกระทำที่จงใจและมีเป้าหมายส่งผลต่อการดูแลพฤติกรรมของตนเอง[11] สำหรับการดูแลตนเองของผู้ที่มีโรคซึมเศร้า โดยเฉพาะการปฏิบัติด้านร่างกายด้านจิตใจที่ส่งเสริมแรงจูงใจเสริมความมีคุณค่าในตนเองการผ่อนคลาย ซึ่งผู้ป่วยสามารถวางแผนดูแลตนเอง กำหนดวิธีการและลงมือปฏิบัติจะช่วยให้มีพฤติกรรมการดูแลตนเองได้ดี และช่วยทำให้ลดภาวะซึมเศร้าได้อย่างต่อเนื่อง[10,12]

จากการทบทวนวรรณกรรมพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ที่เป็นโรคซึมเศร้า พบว่า การดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ประกอบด้วย 4 ด้าน คือ 1) ด้านร่างกาย เช่น การรับประทานอาหาร การนอนหลับ[12-15] 2) ด้านจิตใจและอารมณ์ ได้แก่ การผ่อนคลาย การเสริมสร้างคุณค่าในตนเอง[12,17,18] 3) ด้านทักษะการทำงาน ได้แก่ การสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ การจัดการเวลา[13,19] และ 4) ด้านสังคม เช่น การใช้ระบบสนับสนุนทางสังคม การปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนา เป็นต้น[13] จากผลการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบของ Pang, et al[20] พบว่า การจัดการตนเองโดยการใช้ Web-based สำหรับช่วยลดภาวะซึมเศร้าได้ และมีการพัฒนาโปรแกรม Nurse-Led Internet-Based Learning and Self-Care สำหรับผู้ป่วยมะเร็งที่มีภาวะซึมเศร้า นำแนวคิดของ Orem[11] ร่วมด้วยกับการใช้ระบบออนไลน์[21] ปัจจุบันมีการนำระบบออนไลน์มาใช้ในการดูแลผู้ป่วยมากขึ้น โดยเฉพาะช่วงการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 เช่น การให้ปรึกษาสำหรับผู้ป่วยโรคซึมเศร้าโดยระบบออนไลน์ การให้คำแนะนำผ่านระบบออนไลน์แบบ web-based และแอปพลิเคชันรูปแบบต่าง ๆ ด้วยอุปกรณ์สมาร์ทโฟน ดังนั้นผู้วิจัยจึงนำใช้เทคโนโลยีแอปพลิเคชันไลน์ (LINE application) เข้ามาร่วมในการดำเนินการโปรแกรมกับผู้ป่วยโรคซึมเศร้าช่วยให้ผู้ป่วยกลุ่มนี้รู้สึกเป็นอิสระในการเข้าร่วมกิจกรรม และผู้ที่มีโรคซึมเศร้ามีสมาร์ทโฟน (smart phone) ใช้ในชีวิตประจำวันลดระยะเวลาและค่าใช้จ่ายสำหรับการเดินทางเข้ามารับบริการ ณ โรงพยาบาล



ภาพ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีการดำเนินการวิจัย

การวิจัยกึ่งทดลอง (quasi experimental research) แบบสองกลุ่มวัดก่อนและหลัง (two group pretest-posttest design)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคซึมเศร้า (major depressive disorder: MDD) ตามเกณฑ์ของบัญชีจำแนกโรคระหว่างประเทศ ฉบับประเทศไทย (International classification of diseases and Related Health Problem 10th Revision Thai Modification: ICD-10-TM) และมารับบริการแผนกผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลสวนสราญรมย์ อยู่ในช่วงอายุ 18-59 ปี

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่ได้รับการวินิจฉัยตามเกณฑ์ของ ICD-10-TM มีรหัสโรคคือ F32.0-F32.1 ทั้งชายและหญิง อายุระหว่าง 18-59 ปี ผู้วิจัยเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (purposive sampling) โดยกำหนดคุณสมบัติเกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง คือ 1) ผู้ที่เป็นโรคซึมเศร้าโดยไม่มีโรคจิตเวชอื่น ๆ ร่วมด้วย และไม่มี โรคเรื้อรังทางกายอื่น ๆ ร่วมด้วย เช่น โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง เป็นต้น 2) คะแนนภาวะซึมเศร้าอยู่ในระดับน้อยถึงปานกลาง (7-18 คะแนน) จากการประเมินภาวะซึมเศร้า (9Q)[22] และ 3) มีอุปกรณ์ในการเข้าร่วมแอปพลิเคชันไลน์ (LINE application) สำหรับ เกณฑ์การคัดเลือกออกจากการศึกษา คือ ผู้ที่เป็นโรคซึมเศร้าที่ไม่สามารถเข้าร่วมได้ตลอดโปรแกรมฯ

ขนาดกลุ่มตัวอย่างด้วยการคำนวณ power analysis โดยใช้โปรแกรม G*power Version 3.1.9.4 กำหนดค่า power เท่ากับ .80 ค่าแอลฟ่า เท่ากับ .05 และ ค่าขนาดอิทธิพล (effect size) เท่ากับ .80[23] ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างเท่ากับ 52 คน กลุ่มละ 26 คน เพื่อคงไว้ซึ่งกลุ่มตัวอย่างเมื่อเกิดการสูญหาย (drop out) ผู้วิจัยจึงเพิ่มขนาดกลุ่มตัวอย่าง ร้อยละ 15 เป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 30 คน รวมทั้งหมด จำนวน 60 คน

จริยธรรมในการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ได้ผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการประเมินจริยธรรมในงานวิจัยของศูนย์จริยธรรมการวิจัยในมนุษย์สาขาสังคมศาสตร์และพฤติกรรมศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ (SBSIRB) PSU IRB 2022-St-Nur-040 (Internal) วันที่ 20 ธันวาคม 2565 และผ่านการรับรองจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคนด้านสุขภาพจิตและจิตเวชโรงพยาบาลสวนสราญรมย์ SSR.REC 003/2566 วันที่ 20 มีนาคม 2566 โดยผู้วิจัยชี้แจงรายละเอียดเกี่ยวกับโครงการวิจัย วัตถุประสงค์และประโยชน์ที่จะได้รับจากการเข้าร่วมโครงการวิจัย รวมทั้งให้มีการซักถามจนไม่มีข้อสงสัย และกลุ่มตัวอย่างลงลายมือชื่อยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย ผู้ที่เป็นโรคซึมเศร้าสามารถปฏิเสธการเข้าร่วมโครงการและออกจากโครงการฯ ได้ตลอด โดยไม่มีผลต่อการรับบริการของโรงพยาบาล ข้อมูลจะปกปิดเป็นความลับและนำเสนอในภาพรวม ไม่ระบุถึงตัวตนของกลุ่มตัวอย่างและข้อมูลทั้งหมด จะถูกทำลายภายใน 3 ปี

เครื่องมือในการวิจัย

ส่วนที่ 1 เครื่องมือที่ใช้สำหรับการวิจัย คือ

1. โปรแกรมการเสริมสร้างความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ที่เป็นโรคซึมเศร้า ผู้วิจัยสร้างขึ้น โดยกรอบแนวคิดการดูแลตนเองของ Orem[11] ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรมและพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ที่เป็นโรคซึมเศร้า ลักษณะกลุ่มกิจกรรม แบ่งกลุ่มทดลองออกเป็น 2 กลุ่ม ๆ ละ 15 คน กระบวนการกลุ่มดำเนินการผ่านแอปพลิเคชันไลน์ (LINE application) ประกอบด้วย 8 กิจกรรม ๆ ละ 45-60 นาที สัปดาห์ละ 1 ครั้ง ๆ ละ 2 กิจกรรม แต่ละครั้งใช้เวลา 90-120 นาที ดำเนินการอย่างต่อเนื่องเป็นเวลา 4 สัปดาห์ ดังนี้ **กิจกรรมที่ 1** "*เริ่มต้นดูแลตนเองไปด้วยกัน*" เป็นกิจกรรมที่สร้างสัมพันธภาพ สร้างความคุ้นเคยระหว่างผู้ป่วยโรคซึมเศร้าด้วยกันภายในกลุ่ม โดยการเล่นเกมส์ รับชมสื่อวิดีโอเกี่ยวกับโรคซึมเศร้า การรับประทานยา **กิจกรรมที่ 2** "*กิน หลับ กระฉับกระเฉง*" เป็นการดูแลตนเองทางด้านร่างกาย ด้านการรับประทานอาหารด้วยวิธีการเลือกเมนูอาหาร/โมเดลอาหาร การให้ความรู้วิธีการช่วยให้นอนหลับได้ แลกเปลี่ยนเรียนรู้ในกลุ่ม **กิจกรรมที่ 3** "*ขยับกายไล่เศร้า*" เป็นกิจกรรมเพิ่มต่าง ๆ เป็นต้น **กิจกรรมที่ 4** "*โลกสวยด้วยความคิด*" เป็นการฝึกทักษะการคิดเชิงบวก โดยการวิเคราะห์จุดสีดำบนกระดาษขาว การยิ้มให้ตัวเอง การพูดกับตัวเองในทางบวก **กิจกรรมที่ 5** "*วันดี ๆ ที่รออยู่*"เน้นกิจกรรมเสริมให้ผู้ป่วยเห็นว่าตนเองมีคุณค่ามีความสามารถในชีวิตประจำวัน**กิจกรรมที่ 6** "*ความคิดพิชิตปัญหา*"เป็นการเสริมการจัดการปัญหาต่าง ๆ ได้ โดยจะเน้นที่ปัญหาปัจจุบัน และให้ร่วมกันฝึกทักษะการแก้ปัญหาไปด้วยกัน **กิจกรรมที่ 7** "*คืนกลับ สู่สังคม*" เป็นการเสริมทักษะในการจัดการงาน โดยทำตารางงาน การจดบันทึก ฝึกทักษะการเข้าสังคม ร่วมกิจกรรมทางสังคม อยู่ร่วมกับบุคคลอื่นได้ **กิจกรรมที่ 8** "*รู้เท่าทัน ก่อนวันป่วยซ้ำ*" ฝึกเฝ้าระวังอาการกำเริบได้ อาการเตือน และดูแลตัวเองได้ รวมถึงสามารถเข้าถึงแหล่งบริการทาง

สุขภาพในด้านต่าง ๆ

2. คู่มือโปรแกรมการเสริมสร้างความสามารถในการดูแลตนเอง ประกอบด้วย เนื้อหาเรื่องพฤติกรรมการดูแลตนเองในผู้ที่เป็นโรคซึมเศร้า ในด้านต่าง ๆ ได้แก่ ด้านร่างกาย ด้านอารมณ์และจิตใจ ด้านการทำงาน และด้านสังคม แบบบันทึกการทำกิจกรรม และการฝึกทักษะการทำกิจกรรม เป็นต้น สำหรับผู้ที่เป็นโรคซึมเศร้าได้รับคู่มือเป็นเอกสาร (hard copy) ขณะอยู่ที่บ้าน ช่วงดำเนินกิจกรรมผู้วิจัยใช้ระบบ และการแลกเปลี่ยนโดยการภาพถ่ายกิจกรรมใบงานส่งมาทางแอปพลิเคชันไลน์ (LINE application)

ส่วนที่ 2 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ดังนี้

1. แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป ประกอบด้วย เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส ศาสนา อาชีพ และระยะเวลาที่ป่วย

2. แบบประเมินพฤติกรรมการดูแลตนเองในผู้ที่เป็นโรคซึมเศร้าที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเองจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า จำนวน 25 ข้อ ประกอบด้วย 4 ด้าน คือ 1) ด้านร่างกายจำนวน 7 ข้อ 2) ด้านจิตใจและอารมณ์จำนวน 6 ข้อ 3) ด้านการทำงาน จำนวน 6 ข้อ 4) ด้านสังคม 6 ข้อ ลักษณะแบบประเมินเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (rating-scale) แบ่งเป็น 4 ระดับ (ปฏิบัติประจำ ปฏิบัติบ่อยครั้ง ปฏิบัติบางครั้ง ไม่เคยปฏิบัติ) การแปลผล ช่วงคะแนนระหว่าง 25-50 หมายถึง มีพฤติกรรมในการดูแลตนเองระดับต่ำ ช่วงคะแนนระหว่าง 51-75 หมายถึง มีพฤติกรรมในการดูแลตนเองระดับปานกลาง ช่วงคะแนนระหว่าง 76-100 หมายถึง มีพฤติกรรมในการดูแลตนเองระดับสูง

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (content validity) โปรแกรมการเสริมสร้างความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ที่เป็นโรคซึมเศร้า คู่มือโปรแกรมฯ และแบบประเมินพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ที่เป็นโรคซึมเศร้า ผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา โดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน คือ 1) อาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านโรคซึมเศร้า 2) อาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญแนวคิดการดูแลตนเอง 3) ผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงสาขาสุขภาพจิตและจิตเวชที่ดูแลผู้ป่วยกลุ่มโรคซึมเศร้า สำหรับโปรแกรมฯ หาค่า IOC เท่ากับ .9-1 ปรับในเรื่องระยะเวลากิจกรรม สำหรับค่าความตรงเชิงเนื้อหา (CVI) ของแบบประเมินพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า เท่ากับ .89 และการตรวจสอบการสอดคล้องภายใน (internal consistency reliability) โดยทดลองใช้กับผู้ที่เป็นโรคซึมเศร้าที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง ณ โรงพยาบาลสวนสราญรมย์ จำนวน 30 คน และคำนวณ Cronbach's alpha coefficient เท่ากับ .89

สำหรับโปรแกรมฯ ผู้วิจัยนำไปทดลองใช้ (try out) กับผู้ที่เป็นโรคซึมเศร้าที่คล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 6 คน เพื่อดูความเป็นไปได้ของโปรแกรมฯ พบว่า มีการปรับระยะเวลาจาก 45 นาทีเป็น 60 นาทีในกิจกรรมที่ 5 และ กิจกรรมที่ 6 และปรับเพิ่มใบงานในกิจกรรมที่ 5

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยดำเนินการวิจัยโดยมีขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล หลังจากโครงการวิจัยผ่านการรับรองจากคณะกรรมการศูนย์จริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สาขาสังคมศาสตร์และพฤติกรรมศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ และคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์โรงพยาบาลสวนสราญรมย์ โดยเริ่มเก็บรวบรวมข้อมูลตั้งแต่ 27 มีนาคม 2566 ถึง 20 พฤษภาคม 2566 ดังนี้

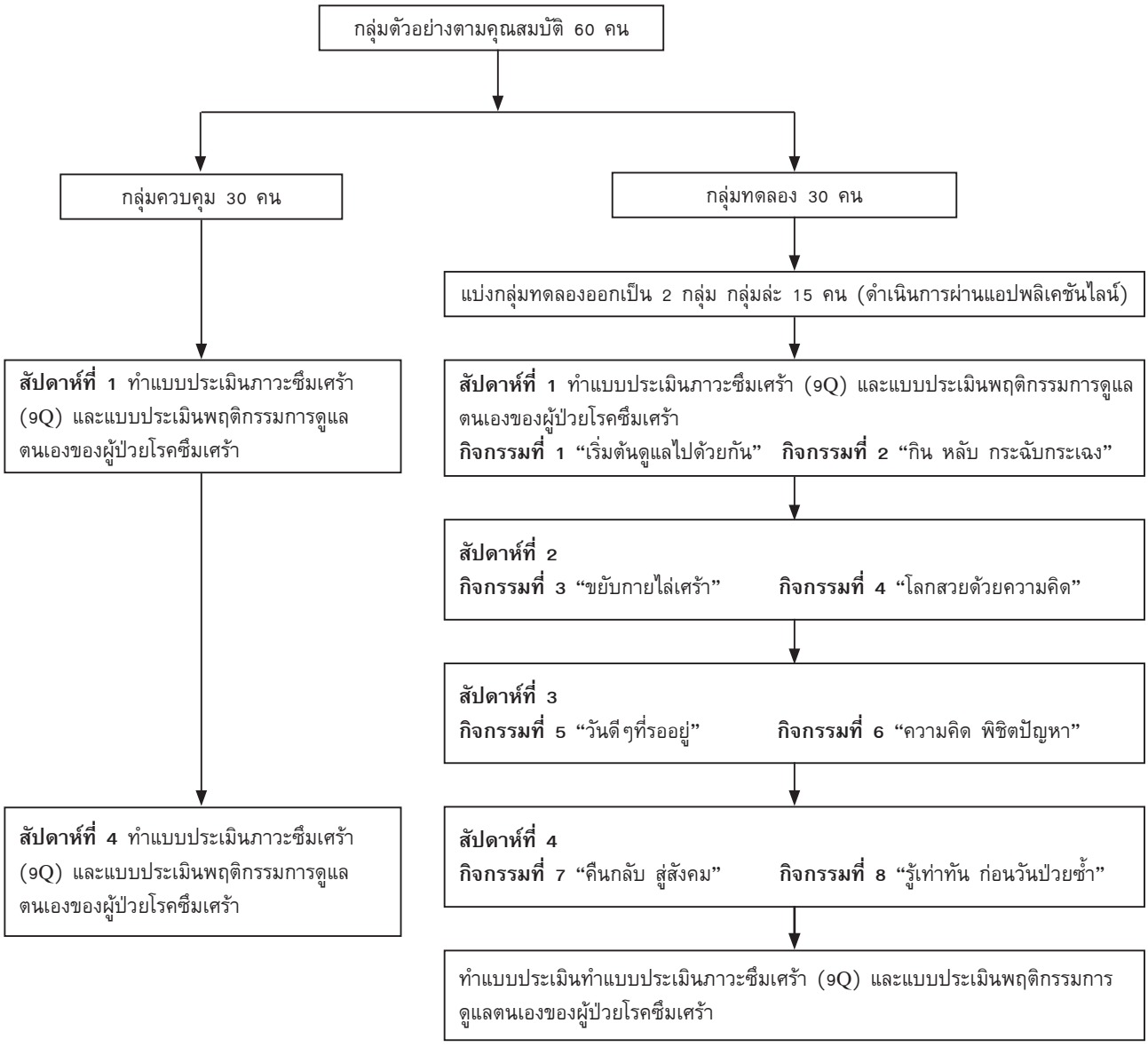
1. เตรียมผู้ช่วยวิจัยที่เป็นพยาบาลวิชาชีพที่มีความเชี่ยวชาญด้านการพยาบาลผู้ที่เป็นโรคซึมเศร้าและมีประสบการณ์การทำงานกับผู้ป่วยโรคซึมเศร้าอย่างน้อย 2 ปีขึ้นไป โดยมีหน้าที่เก็บรวบรวมแบบประเมินหลังการทดลองแต่ละครั้ง และตรวจสอบความถูกต้องของแบบประเมิน ยืนยันคะแนนที่ได้จากแบบประเมิน

2. ผู้วิจัยพบกลุ่มตัวอย่าง แนะนำตัวเอง ชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย การเก็บรวบรวมข้อมูล เมื่อกลุ่มตัวอย่างเซ็นยินยอมในการเก็บข้อมูลและดำเนินการจัดเข้าร่วมกลุ่ม LINE application เข้าร่วมโปรแกรมฯ แบ่งกลุ่มตัวอย่างออกเป็น 2 กลุ่ม คือกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยกลุ่มทดลองจะได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างความสามารถในการดูแลตนเอง

3. สำหรับกลุ่มทดลอง ดำเนินการโดยได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ที่เป็นโรคซึมเศร้า มีกิจกรรมทั้งหมด 8 กิจกรรม ๆ ละ 45-60 นาที ครั้งละ 2 กิจกรรม เป็นระยะ 90-120 นาที สัปดาห์ละ 1 ครั้ง รวมทั้งสิ้น 4 สัปดาห์ กลุ่มที่ 1 ทุกวันอังคาร และกลุ่มที่ 2 ทุกวันพุธ โดยการผ่านแอปพลิเคชันไลน์ (LINE application) โดยให้กลุ่มตัวอย่างเข้าในกลุ่มไลน์ ผู้วิจัยได้สร้างกลุ่มไว้ ผู้วิจัยจะนัดหมาย และแจ้งเตือนการทำกิจกรรมผ่านกลุ่มไลน์ดังกล่าว ช่วงทำกิจกรรมผู้วิจัยจะวิดีโอคอลด้วยแอปพลิเคชันไลน์

(LINE VDO call) และชี้แจงกติกาในการวิดีโอคอลแบบกลุ่ม เช่น เปิดไมโครโฟนเมื่อแสดงความคิดเห็น เปิดกล้อง ข้อมูลเป็นความลับ เป็นต้น ผู้วิจัยเปิดสื่อผ่านการแชร์สกรีน ขั้นตอนการดำเนินการทดลองดังภาพ 2

4. สำหรับกลุ่มควบคุม ดำเนินการทดลองโดยผู้วิจัยอธิบายให้ผู้เข้าร่วมวิจัยทราบถึงขั้นตอนการทดลอง ซึ่งการทดลองครั้งนี้ผู้เข้าร่วมวิจัยเป็นกลุ่มควบคุมจะได้รับการดูแลตามปกติจากทางโรงพยาบาลในช่วงระยะเวลาการทดลอง จะมีการเก็บแบบประเมินพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าในสัปดาห์ที่ 1 และ 4 ดังภาพ 2



ภาพ 2 สรุปขั้นตอนการดำเนินการทดลอง

5. ขั้นหลังการทดลอง ผู้ช่วยวิจัยให้กลุ่มตัวอย่างทำแบบประเมินพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ที่เป็นโรคซึมเศร้ากับกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม และนำคะแนนที่ได้จากกลุ่มตัวอย่างมาตรวจสอบความถูกต้อง และครบถ้วนของข้อมูลที่ได้จากแบบประเมินพฤติกรรมการดูแลตนเองของกลุ่มตัวอย่างอีกครั้ง

วิธีการวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป ดังนี้

1. วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมด้วย จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติ chi-square

2. หลังทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นโดยการตรวจสอบการกระจายของข้อมูลแบบโค้งปกติ (normality distribution) ของข้อมูลคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเอง โดยคำนวณค่า skewness/standard error ในกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองเท่ากับ .578 และ 1.02 ตามลำดับ และค่า kurtosis/standard error เท่ากับ -.985 และ 1.024 พบว่าเป็นการกระจายข้อมูลเป็นโค้งปกติ และทดสอบค่าความแปรปรวนไม่แตกต่างกัน (homogeneity of variance) โดยใช้สถิติ Leven's test พบว่ากลุ่มตัวอย่างทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > .05$)

3. ทดสอบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมการดูแลตนเองในระยะก่อนและหลังการทดลองโดยใช้สถิติ pair t-test และทดสอบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมการดูแลตนเองของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมโดยใช้สถิติ independent t-test โดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ .05

ผลการวิจัย

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป กลุ่มตัวอย่างจำนวน 60 คน มีจำนวนกลุ่มทดลอง 30 คนและกลุ่มควบคุม จำนวน 30 คน โดยกลุ่มทดลองส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 60 อายุอยู่ในช่วง 19-30 ปี และ อายุ 31-40 ปี ร้อยละ 36.70 ในแต่ละช่วงอายุ ระดับการศึกษาส่วนใหญ่อยู่ในระดับอนุปริญญา/ประกาศนียบัตร ร้อยละ 43.30 สถานภาพสมรส ร้อยละ 46.70 ศาสนาพุทธ ร้อยละ 93.30 อาชีพค้าขาย ร้อยละ 33.30 ระยะเวลาที่เป็นโรคซึมเศร้า 1-5 ปี ร้อยละ 86.70 สำหรับกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 56.70 อายุอยู่ในช่วง 31-40 ปี เท่ากับ ร้อยละ 40 ระดับการศึกษาส่วนใหญ่อยู่ในระดับอนุปริญญา/ประกาศนียบัตร ร้อยละ 46.70 สถานภาพสมรส ร้อยละ 43.30 ศาสนาพุทธ ร้อยละ 83.30 อาชีพค้าขาย ร้อยละ 23.30 ระยะเวลาที่เป็นโรคซึมเศร้า 1-5 ปี ร้อยละ 90 ผลการเปรียบเทียบข้อมูลทั่วไปของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมด้วยสถิติ chi-square พบว่าแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > .05$) ดังตาราง 1

ตาราง 1 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม จำแนกตามข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า (N = 60)

ข้อมูลทั่วไป	กลุ่มทดลอง(n = 30) จำนวน(ร้อยละ)	กลุ่มควบคุม(n = 30) จำนวน(ร้อยละ)	χ^2	*p*
เพศ			.069	.793
ชาย	12(40)	13(43.30)		
หญิง	18(60)	17(56.70)		
อายุ (กลุ่มทดลอง: M = 34.73, SD = 10.40), (กลุ่มควบคุม: M = 32.93, SD = 10.05)			.110	.946
19-30 ปี	11(36.70)	11(36.70)		
31-40 ปี	11(36.70)	12(40)		
41-54 ปี	8(26.60)	7(23.30)		
ระดับการศึกษา			1.998	.573
ประถมศึกษา	4(13.30)	4(13.30)		
มัธยมศึกษา	4(13.30)	7(23.30)		
อนุปริญญา/ประกาศนียบัตร	13(43.30)	14(46.70)		
ปริญญาตรี/สูงกว่า	9(30)	5(16.70)		

ตาราง 1 (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไป	กลุ่มทดลอง(n = 30) จำนวน(ร้อยละ)	กลุ่มควบคุม(n = 30) จำนวน(ร้อยละ)	χ^2	*p*
สถานภาพสมรส			1.037	.573
โสด	12(40)	10(33.30)		
สมรส	14(46.70)	13(43.30)		
หย่า/แยกกันอยู่	4(13.30)	7(23.30)		
ศาสนา			1.456	.228
พุทธ	28(93.30)	25(83.30)		
อิสลาม	2(6.07)	5(16.70)		
อาชีพ			1.445	.919
แม่บ้าน	4(13.30)	4(13.30)		
ค้าขาย	10(33.30)	7(23.30)		
รับราชการ	2(6.70)	1(3.30)		
เกษตร	2(6.70)	3(10)		
รับจ้าง	2(6.70)	3(10)		
อื่น ๆ	10(33.30)	12(40)		
ระยะเวลาที่เป็นโรคซึมเศร้า			.162	.688
1-5 ปี	26(86.70)	27(90)		
6-9 ปี	4(13.30)	3(10)		

ส่วนที่ 2 ผลการเปรียบเทียบพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าภายหลังได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างความสามารถในดูแลตนเอง และพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

2.1 คะแนนเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคซึมเศร้ากลุ่มทดลองหลังได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างความสามารถในการดูแลตนเองมากกว่าก่อนได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 38.53$, $p < .001$) และคะแนนเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคซึมเศร้ากลุ่มควบคุมก่อนการทดลองและหลังการทดลองแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 4.05$, $p < .001$) ดังตาราง 2

ตางราง 2 คะแนนเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของพฤติกรรมการดูแลตนเองกลุ่มควบคุมก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างความสามารถในการดูแลตนเอง โดยใช้สถิติ paired t-test (N = 60)

พฤติกรรมการดูแลตนเอง	n	คะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเอง		t	p
		M	SD		
กลุ่มทดลอง	30			38.53	.000
ก่อนการทดลอง		50.70	6.15		
หลังการทดลอง		94	2.42		
กลุ่มควบคุม	30			4.05	.003
ก่อนการทดลอง		51.80	5.52		
หลังการทดลอง		53.47	5.30		

2.2 คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมก่อนได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างความสามารถในการดูแลตนเองไม่แตกต่างกัน (t = -.729, p > .05) และคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเองในกลุ่มทดลองหลังได้รับโปรแกรมฯสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (t = 38.04, p < .001) ดังตาราง 3

ตาราง 3 คะแนนเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของพฤติกรรมการดูแลตนเอง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมก่อนและหลังได้รับโปรแกรมฯโดยใช้สถิติ (independent t-test) (N = 60)

พฤติกรรมการดูแลตนเอง	n	กลุ่มทดลอง		กลุ่มควบคุม		t	p
		M	SD	M	SD		
ก่อนการทดลอง	30	50.70	6.15	51.80	5.52	-.729	.469
หลังการทดลอง	30	94.00	2.42	53.47	5.30	38.04	.000

การอภิปรายผลการวิจัย

ผลการวิจัย พบว่า โปรแกรมการเสริมสร้างความสามารถในการดูแลตนเองต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ที่เป็นโรคซึมเศร้า สามารถทำให้พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ที่เป็นโรคซึมเศร้าสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (t = 38.53, p < .001) อภิปรายได้ว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นผู้หญิง (ร้อยละ 60) และอายุเฉลี่ยส่วนใหญ่อยู่ช่วงอายุวัยผู้ใหญ่ตอนต้นและตอนกลาง (ร้อยละ 36.70) ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรส ร้อยละ 46.70 และนับถือศาสนาพุทธ ร้อยละ 93.30 ระดับการศึกษาอยู่ในระดับอนุปริญญา/ประกาศนียบัตร เมื่อเข้าร่วมโปรแกรมเสริมสร้างความสามารถในการดูแลตนเอง กลุ่มตัวอย่างมีวุฒิภาวะและศักยภาพของวัยผู้ใหญ่ ร่วมด้วยกับโปรแกรมฯสร้างมาจากแนวคิดการดูแลตนเองของ Orem[11] ที่เน้นการวางแผน การลงมือปฏิบัติ และการประเมินผล ซึ่งต้องมีการปฏิบัติอย่างเนื่อง และเมื่อปฏิบัติไม่สำเร็จในการดูแลตนเอง ผู้ป่วยสามารถวางแผนใหม่และลงมือปฏิบัติใหม่ได้ประกอบด้วยการฝึกทักษะการดูแลตนเอง ทั้ง 4 ด้าน และยังมีคู่มือของโปรแกรมฯเพื่อให้ผู้ที่เป็นโรคซึมเศร้าได้กลับไปทบทวนการดูแลตนเอง และฝึกทักษะการดูแลตนเองต่อที่บ้านได้อย่างสม่ำเสมอ โดยเฉพาะโปรแกรมนี้ผ่านการตรวจสอบคุณภาพด้านเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ และการทดลองใช้พร้อมกับการปรับให้เหมาะกับผู้ที่เป็นโรคซึมเศร้า

สำหรับกิจกรรมของโปรแกรมฯ ได้เริ่มต้นกิจกรรมดูแลตนเองไปด้วยกัน เป็นการเสริมสร้างความสามารถในการดูแลตนเอง ให้ความเข้าใจโรคซึมเศร้าและการดูแลตนเอง รวมทั้งอาการข้างเคียงของยาต้านเศร้า ผ่านระบบของแอปพลิเคชันไลน์ โดยการแลกเปลี่ยนประสบการณ์การดูแลตนเอง และวางแผนการดูแลตนเอง กลุ่มตัวอย่างกล่าวว่า เมื่อทานยาต้านเศร้าแล้วง่วง จึงปรับยาเองผลที่ตามมาทำให้นอนไม่หลับ ดังนั้นจึงจัดการเรื่องอาการง่วงนอน โดยการงีบหลับระหว่างวัน สำหรับกิจกรรมกิน หลับ กระฉับกระเฉง โดยกลุ่มตัวอย่างมีการกำหนดการดูแลตนเอง ด้วยวางแผนกำหนดเมนูอาหารต้านเศร้าด้วยตนเอง จากโมเดลอาหารของโปรแกรมฯ ร่วมกับการฝึกออกกำลังกาย และการจัดการกับพฤติกรรมการนอนไม่หลับ โดยอาหารของกลุ่มตัวอย่างในการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ได้แก่ ข้าวผัด แกงส้ม แกงเลียง และลดการดื่มกาแฟ นอกจากนั้นการออกกำลังกายของกลุ่มตัวอย่างที่สม่ำเสมอจะช่วยกระตุ้นให้สมองหลังเอนโดฟินที่ทำให้รู้สึกแจ่มใสผ่อนคลาย มีความรู้สึกกระฉับกระเฉง[24] สอดคล้องกับงานวิจัยของ Kerling, et al.[24] ศึกษาการออกกำลังกายช่วยลดภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p < .05)[25] พบว่าผลให้พฤติกรรมการดูแลตนเองด้านร่างกายมากขึ้น โดยกลุ่มตัวอย่างได้พัฒนาความสามารถในการดูแลตนเองโดยการเสริมกิจกรรมจูงใจ เสริมความมีคุณค่าในตนเอง และการผ่อนคลาย ในส่วนของการปฏิบัติติตามความต้องการของร่างกายและจิตใจอย่างต่อเนื่อง[11,26] สอดคล้องกับการศึกษาของ Prasitvej, et al.[13] พบว่า ผลโปรแกรมสนับสนุนกับการออกกำลังกายช่วยลดภาวะซึมเศร้าให้ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าอาการดีขึ้นและดูแลตนเองได้

โปรแกรมฯนี้ยังช่วยให้พฤติกรรมการดูแลตนเองจิตใจและอารมณ์ ด้วยกิจกรรมขยับการไล่เศร้า โลกสวยด้วยความคิด วันดี ๆ ที่รออยู่ และความคิดพิชิตปัญหา โดยมีกิจกรรมการสวดมนต์ นั่งสมาธิ แอโรบิก และโยคะ รวมทั้งฝึกการคิดเชิงบวก ผ่านกิจกรรมการวิเคราะห์จุดสีดำบนกระดาษขาวในชีวิต สำหรับการนึกถึงสิ่งดี ๆ ของชีวิตในแต่ละวัน ร่วมด้วยกับการปรับมุมมองจากความคิดลบ มาเป็นการพูดกับตนเองเชิงบวกแต่ละวันจากสิ่งเล็ก ๆ น้อย ๆ ประจำวัน เช่น การพับ

ผ้าห่ม การให้อาหารสัตว์ เป็นต้น เพื่อช่วยให้กลุ่มตัวอย่างมีอารมณ์แจ่มใส เสริมคุณค่าในตนเอง สอดคล้องกับการศึกษาของ Choompubut, et al.[12] ศึกษาโปรแกรมการจัดการตนเองสำหรับผู้ป่วยโรคซึมเศร้า โดยโปรแกรมนี้มีการสนับสนุนดูแลใจตนเอง และการคิดเชิงบวก สามารถช่วยลดอาการซึมเศร้าลง หลังได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$)

นอกจากนั้นโปรแกรมฯ สามารถส่งเสริมพฤติกรรมด้านทำงานและสังคมของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ด้วยกิจกรรมคืนกลับสู่สังคมและรู้เท่าทันก่อนวันป่วยซ้ำ โดยกลุ่มตัวอย่างฝึกจัดการกิจวัตรประจำวันของตนเอง ด้วยบันทึกลงตารางงานประจำวัน เพื่อกันลืมและเสริมความมีคุณค่าให้กับตนเอง สำหรับการเข้าร่วมกิจกรรมกับบุคคลอื่น ๆ โดยให้กลุ่มตัวอย่างทำความรู้จักเพื่อนบ้าน อย่างน้อย 1 คน ร่วมกับแลกเปลี่ยนเรียนรู้เรื่องเข้าร่วมกิจกรรมสังคม และแหล่งสนับสนุนต่าง ๆ เมื่อต้องการความช่วยเหลือ ดังนั้นการเพิ่มความสามารถในเรื่องการจัดการเวลา การทำงานในกิจวัตรประจำวัน โดยการทำตารางงาน ช่วยให้ผู้ป่วยซึมเศร้ามีทักษะด้านการทำงานดีขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของ Sutapa, Yunibhand and Phaokuntarakorn[16] ศึกษาโปรแกรมการส่งเสริมการฟื้นหายของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า โดยพบว่า ค่าคะแนนเฉลี่ยของการฟื้นหายของกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = -4.608$, $p < .01$)

สำหรับกลุ่มควบคุมที่ได้รับการดูแลปกติ โดยได้รับสุขภาพจิตศึกษา โดยการให้ความรู้เรื่องโรคซึมเศร้า และการรับประทานยา[8] ในช่วงระยะเวลา 4 สัปดาห์พบว่าคะแนนเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคซึมเศร้ากลุ่มควบคุมหลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 4.05$, $p < .001$) อภิปรายได้ว่า การได้รับความรู้ได้สุขภาพจิตศึกษาแก่ผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ในเรื่องความรู้เรื่องโรคซึมเศร้า การรับประทานยาต้านเศร้า สังเกตอาการข้างเคียง วิธีการจัดการกับภาวะซึมเศร้าและการสังเกตอาการเตือนของโรคซึมเศร้า ช่วยให้ผู้ป่วยโรคซึมเศร้ามีพฤติกรรมการดูแลตนเองได้ดีขึ้นกว่าก่อนได้รับการดูแล อย่างไรก็ตามต้องเดินทางมาโรงพยาบาลตามเวลาการนัด แต่ก็สามารถเพิ่มพฤติกรรมการดูแลตนเองได้ระดับหนึ่ง สอดคล้องกับงานวิจัยของ Sripirom, Jongitwibrulphon and Wannarit[14] ที่ศึกษาโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาสำหรับผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่ช่วยให้มีความรู้เรื่องโรคซึมเศร้าและความร่วมมือในการรับประทานยามากขึ้น และช่วยให้ภาวะซึมเศร้าดีขึ้น

สำหรับผลคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองในกลุ่มทดลองหลังได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างความสามารถในการดูแลตนเองมากกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการดูแลปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 38.04$, $p < .001$) โดยกลุ่มควบคุมที่ได้รับการดูแลแบบปกตินั้นได้รับการแนะนำและการให้สุขภาพจิตศึกษาที่มีความรู้เรื่องโรคซึมเศร้า การรับประทานยา วิธีการจัดการกับภาวะซึมเศร้า และการสังเกตอาการเตือนของโรคซึมเศร้า สำหรับกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมฯ มีกิจกรรมที่ได้รับนอกจากความรู้เรื่องเรื่องโรคซึมเศร้าแล้ว ยังครอบคลุมถึงการฝึกทักษะในการดูแลตนเอง ด้านร่างกาย อารมณ์จิตใจ การทำงานและสังคม โดยให้กลุ่มทดลองได้ มีการางแผนปฏิบัติและประเมินผล ตลอดจนปรับเปลี่ยนตนเองอย่างต่อเนื่อง กิจกรรมฝึกทักษะการส่งเสริมด้านร่างกาย ฝึกส่งเสริมความมีคุณค่าในตนเอง วางแผนตารางกิจวัตรประจำวันและการทำความรู้จักกับเพื่อนบ้าน ดำเนินการสัปดาห์ละ 1 ครั้ง เป็นระยะเวลา 4 สัปดาห์ และการร่วมแลกเปลี่ยนเรียนรู้กันผ่านระบบเทคโนโลยีออนไลน์แอปพลิเคชันไลน์ (LINE application) ในเรื่องปัญหาและอุปสรรคของการดูแลตนเอง ทั้งนี้โปรแกรมฯ ใช้ระบบแอปพลิเคชันไลน์ (LINE application) เพื่อช่วยให้กลุ่มตัวอย่างสะดวก ประหยัดค่าใช้จ่ายและเวลาในการเดินทางเข้าร่วมโปรแกรมฯ และเหมาะสมกับบริบทของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มักแยกตัว ไม่เข้าสังคม การเข้าร่วมโดยใช้แอปพลิเคชันไลน์ (LINE application) จะช่วยให้กลุ่มตัวอย่างมีความเป็นอิสระ ลดความกดดัน และผ่อนคลาย[21,22,27] สอดคล้องกับการวิจัยของ Thongphosri[18] ศึกษาผลของโปรแกรมการบำบัดและการให้การปรึกษาเป็นฐานโดยการดำเนินการโปรแกรมแบบออนไลน์ช่วงสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ที่ลดภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .01$) โปรแกรมการเสริมสร้างความสามารถในการดูแลตนเองต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า เป็นกิจกรรมที่เหมาะสมมีส่วนช่วยในการเพิ่มพฤติกรรมการดูแลตนเองได้

สรุป

โปรแกรมการเสริมสร้างความสามารถในการดูแลตนเองนี้สามารถเพิ่มพฤติกรรมการดูแลตนเองในผู้ที่เป็นโรคซึมเศร้าได้ในระยะเวลา 4 สัปดาห์ โดยเข้าร่วมกิจกรรมโดยผ่านแอปพลิเคชันไลน์ (LINE application) เป็นกิจกรรมที่ดูแลตนเองครอบคลุมด้านร่างกาย จิตใจ และสังคมที่ช่วยให้ผู้ที่เป็นโรคซึมเศร้าได้มีพฤติกรรมการดูแลตนเองอย่างต่อเนื่อง

ข้อจำกัดของการศึกษา

โปรแกรมการเสริมสร้างความสามารถในตนเองใช้สำหรับผู้ที่สามารถใช้แอปพลิเคชันไลน์ (LINE application)

ข้อเสนอแนะและการนำไปใช้

ควรมีการนำโปรแกรมการเสริมสร้างความสามารถในการดูแลตนเองไปประยุกต์ใช้ในการเพิ่มพฤติกรรมการดูแลตนเองในผู้ที่เป็นโรคซึมเศร้า โดยการใช้แอปพลิเคชันไลน์ (LINE application) ในคลินิกผู้ป่วยนอกในโรงพยาบาล และโรงพยาบาลเฉพาะทางจิตเวช และควรวิจัยในเรื่องประสิทธิภาพของโปรแกรมฯ และความคงทนของโปรแกรมฯ

การมีส่วนร่วมในการเขียนบทความ

งานวิจัยนี้ นักวิจัยมีส่วนร่วมในการเขียนโครงการวิจัยการเก็บรวบรวมข้อมูล การวิเคราะห์ข้อมูล สรุปผลและอภิปรายผล

การมีผลประโยชน์ทับซ้อน

งานวิจัยครั้งนี้ไม่มีผลประโยชน์ทับซ้อน

แหล่งทุนสนับสนุน

ทุนวิทยานิพนธ์ของบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

กิตติกรรมประกาศ

งานวิจัยครั้งนี้สำเร็จได้ด้วยความช่วยเหลือจากหลายภาคส่วนของโรงพยาบาลสวนสราญรมย์ และขอขอบคุณผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่านที่ให้ข้อเสนอแนะในการปรับปรุงงานวิจัยที่มีคุณภาพและเป็นประโยชน์

เอกสารอ้างอิง

1. National Institute of Mental Health. Major depression [Internet]. 2023 [cited 2023 Sep 6]. Available from: https://www.nimh.nih.gov/health/statistics/major-depression.
2. Department of Mental Health. Report statistics of major depressive disorder [Internet]. 2023 [cited 2023 Sep 6]. Available from: https://dtc.dmh.go.th/
3. Sam-ang N. Factors related to suicide attempt at Prapokklao Hospital Chanthaburi. Academic Journal of Mahasarakham Provincial Public Health Office. 2020; 4(8): 266-76. Thai.
4. Pusomsri P. Major Depressive Disorder, serious Health Issue Closes to Us. EAU Heritage Journal Science and Technology. 2020; 14(2): 51-8. Thai.
5. Dulchuprapha W, Werawattanachai C, Boonliue T. Impact of depression on work loss and disabilities in Thai patients with major depressive disorder. Thai Bull Pharm Sci. 2016; 11(2): 1-12. Thai.
6. Lotrakul M, Sukanich P. Ramathibodi psychiatry. Bangkok: Department of Psychiatry, Faculty of Medicine Ramathibodi Hospital; 2015. Thai.
7. Sitdhiraksa N, Wansawak K, Wanrit K, et al. Siriraj pychiatry: DSM-5. 2 nd ed. Bangkok: Prayoonsan Thai Printing; 2015. Thai.
8. Suansaranrom Hospital. Patients with major depressive disorders: Suggestion [Internet]. 2023 [cited 2023 Sep 6]. Available from https://dmh-elibrary.org/items/show/376.
9. Brahim LO, Lambert SD, Feely N, et al. The effect of self-management interventions on depressive symptoms in adults with chronic physical disease(s) experiencing depressive symptomatology: A systematic review and meta-analysis. BMC Psychiatry. 2021; 21(585): 1-35. doi: 10.1186/s12888-021-03504-8.
10. Chanapan N. Patients with major depressive disorder: Nurses' role in promoting for patients' self-care. JNSCU. 2020; 32(1): 75-88. Thai.
11. Orem DE. Nursing: Concept of practice. 6th ed. St Louis, MO: Mosby; 1991.
12. Choompubut P, Leejongpermpoon J, Saimain H, et al. The self-management programs for remission and relapse prevention in major depressive disorder patients. J Health Sci BCNSP. 2020; 6(2): 30-48. Thai.
13. Prasitvej P, Upasen R. The effect of social support program combined with physical exercise on quality of life in major depressive disorder patients. NJ. 2019; 46(Suppl): 70-82. Thai.
14. Sripirom V, Jongitwibrulphon N, Wannarit K. The effect of psychoeducation program on patients with major depressive disorder at the psychiatric outpatient unit, Siriraj Hospital. NDJ. 2020; 49(2): 1-11. Thai.
15. Areekit P, Lueboonthavatchai O. The effect of cognitive behavioral therapy and mindfulness on depression in depressive disorder patients. JPNMH. 2012; 26(3): 71-80. Thai.
16. Sutapa T, Yunibhand J, Phaokuntarakorn W. The effect of a recovery promotion program on recovery among person with major depressive disorder. TJNMP. 2020; 7(1): 118-32. Thai.
17. Jarassaeng N, Piyavhatkul N, Chadbunchachai N, et al. The effect of Satir model psychotherapy on depression self-esteem and congruence of patients with major depressive disorder. JPNMH. 2022; 36(2): 97-114. Thai.
18. Thongphosri B. The effect of mindfulness-based therapy and counseling: MBTC program on the level of depression in patients with major depressive disorder under coronavirus disease situation 2019 Phana District, Amnat Charoen Province. J Health Sci BCNSP. 2019; 6(2): 49-60. Thai.
19. Skulphan S, Khulachai S. Thapinta D. The effect of problem-solving group therapy program on depression among clients

with depression received services at primary and secondary care unit. JTMNC. 2016; 30(3): 109-20. Thai.

20. Pang Y, Zhang X, Gao R, et al. Efficacy of web-based self-management interventions for depressive symptoms: A meta-analysis of randomized controlled trials. BMC Psychiatry. 2021; 21(398): 1-13. doi: 10.1186/s12888-021-03396-8.

21. Hauffman A, Alfonsson S, Mattsson S, et al. The development of a nurse-led internet-based learning and self-care program for cancer patients with symptoms of anxiety and depression-a part of U-care. CA Nursing. 2017; 40(5): E9-16. doi: 10.1097/NCC.0000000000000402.

22. Kongsuk T, Arunpongpaisal S, Janthong S. et al. Criterion-Related validity of the 9 questions depression rating scale revised for Thai central dialect. J Psychiatr Assoc Thailand. 2018; 63(4): 321-34. Thai.

23. Cohen J. Statistical power analysis for the behavioral sciences. 2 nd ed. Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates; 1988.

24. Kerling A, Kuck M, Tegtbu U, et al. Exercise increases serum brain-derived neurotrophic factor in patients with major depressive disorder. J Affect Disord. 2017; 215: 152-5. doi: 10.1016/j.jad.2017.03.034.

25. Jorburom Y, Suthawatnatcha S, Wises N. Effect of a self-care behavior promotion for chronic schizophrenic patients in community on psychiatric medication compliance after discharge. NJPH. 2015; 24(2): 60-8. Thai.

26. Zamanpoor SK, Pahlevanzadeh S, Alimohammadi N. The effectiveness of self-care training based on the self-care model, on the global function of schizophrenia. Iranian Journal of Rehabilitation Research in Nursing. 2020; 7(2): 40-50.

27. Ukranan K, Saguanrum K, Sukhawaha S. Development of face-to-face therapists and a guide smart phone-based behavioral activation therapy for depression. J Psychiatr Assoc Thailand. 2023; 68(3): 265-75. Thai.

บทความวิจัย

ปัจจัยเสี่ยงของมารดาและทารกที่ส่งต่อมารับการรักษาในหออภิบาลทารกแรกเกิดในระยะวิกฤต (NICU): กรณีศึกษาของโรงพยาบาลศูนย์แห่งหนึ่งในภาคใต้

Prediction Maternal and infants Risk Factors for Referral to Newborn Neonatal Intensive Care Unit (NICU): Case Study of a Tertiary Hospital in Southern Thailand

สิทธิเดช นวลนิ่ม[1] ประวิทย์ วรรณโร[2] จิรวรรณ วรรณโร[3] นุชนาถ คงช่วย[4]*

Sittidet Nualnim[1] Prawit Wannaro[2] Jirawan Wannaro[3] Noodchanath Kongchouy[4]*

[1]นักศึกษาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต คณะวิทยาศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ จังหวัดสงขลา

[1]Master of Science Student, Faculty of Science, Prince of Songkla University, Songkhla, Thailand.

[2]นายแพทย์ โรงพยาบาลหาดใหญ่ จังหวัดสงขลา

[2]Physician, Hat Yai Hospital, Songkhla, Thailand.

[3]นายแพทย์ โรงพยาบาลหาดใหญ่ จังหวัดสงขลา

[3]Physician, Hat Yai Hospital, Songkhla, Thailand.

[4]อาจารย์ คณะวิทยาศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ จังหวัดสงขลา

[4]Lecturer, Faculty of Science, Prince of Songkla University, Songkhla, Thailand.

**ผู้รับผิดชอบหลัก: nootchanath.k@psu.ac.th*

**Corresponding author: nootchanath.k@psu.ac.th*

Received 21 December 2023 • Revised 22 March 2024 • Accepted 5 April 2024

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์: *เพื่อหาปัจจัยเสี่ยงด้านมารดาและด้านทารกที่ได้รับการส่งต่อเข้ารับการรักษาในหออภิบาลทารกแรกเกิดในระยะวิกฤต (NICU) ของโรงพยาบาลหาดใหญ่ จังหวัดสงขลา* ***วิธีการ:*** *ตัวอย่างคือมารดาที่ส่งต่อมาคลอดที่โรงพยาบาลหาดใหญ่ ในช่วง 10 ปี (พ.ศ. 2554-2563) จำนวน 6,503 คน และทารกแรกเกิด โดยแบ่งเป็น 2 กลุ่ม คือ ทารกแรกเกิดที่รักษาใน NICU และไม่เข้ารับการรักษาใน NICU รวบรวมข้อมูลภาวะแทรกซ้อนระหว่างตั้งครรภ์หลังคลอดบุตรของมารดาและข้อมูลของทารก วิเคราะห์ข้อมูลด้วยความถี่ ร้อยละ การทดสอบไคกำลังสอง การทดสอบแมนน์-วิทนีย์ และการถดถอยลอจิสติกพหุคูณ* ***ผลการศึกษา:*** *พบว่าทารกร้อยละ 26.31 เข้ารับการรักษาใน NICU และพบว่าโอกาสที่ทารกเข้ารับการรักษาใน NICU แตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่สำคัญ มีทั้งจากปัจจัยแม่ที่สำคัญ คือ ภาวะครรภ์เป็นพิษ (OR = 1.70, 95%CI (1.38-2.10)) ภาวะแทรกซ้อนของทารกที่สำคัญ ได้แก่ ภาวะทารกน้ำหนักตัวน้อย (OR = 24.14, 95%CI (20.13-28.95)) การติดเชื้อแบคทีเรียในทารกแรกเกิด (OR = 20.79, 95%CI (15.24-28.36)) คลอดก่อนครบกำหนด (OR = 3.50, 95% CI (2.54-4.82)) ภาวะหายใจเร็วชั่วคราวในทารกแรกเกิด (OR = 15.64, 95%CI (10.55-23.19)) ทารกแรกเกิดสำลักขี้เทา*

*(OR = 64.63, 95%CI (33.39-125.13)) ทารกตัวเล็กกว่าอายุครรภ์ (OR = 2.53, 95%CI (1.59-4.04)) **สรุป:** ในช่วงปี 2554-2563 พบทารกจากมารดาที่ส่งต่อมาคลอดที่โรงพยาบาลหาดใหญ่ เข้ารับการรักษาใน NICU เพิ่มขึ้น ดังนั้นการป้องกันปัญหาเหล่านี้ตั้งแต่ในระยะตั้งครรภ์จึงมีความสำคัญ*

คำสำคัญ: การส่งต่อ; ปัจจัยเสี่ยง; หออภิบาลทารกแรกเกิดในระยะวิกฤต; ภาวะแทรกซ้อนทางสูติศาสตร์; การถดถอยลอจิสติกพหุคูณ

Abstract

***Objective**: To identify the risk factors of mothers and infants for refer in the Neonatal Intensive Care Unit (NICU) in the Hat Yai Hospital, Songkhla Province. **Methods**: Sample is the cohort of pregnant women who delivered at Hat Yai Hospital, Songkhla Province, over a 10-year period (2011-2020), totaling 6,503 individuals. The cohort was divided into two groups: newborns admitted to the Neonatal Intensive Care Unit (NICU) and newborns not admitted to the NICU. Data were collected on maternal complications occurring during pregnancy until after childbirth. Analyze the data using frequencies, percentages, chi-square tests, Mann-Whitney U tests, and logistic regression analysis. Present the risk estimates with odds ratios (OR) at a 95% confidence level. **Results**: It was found that 26.31% of infants were admitted to the Neonatal Intensive Care Unit (NICU), and statistically significant differences in the odds of infants being admitted to the NICU were observed. Significant contributing factors from maternal variables include preeclampsia (OR = 1.70, 95% CI: 1.38-2.10). Significant infant complications include low birth weight (OR = 24.14, 95% CI: 20.13-28.95), bacterial infection in the newborn (OR = 20.79, 95% CI: 15.24-28.36), preterm birth (OR = 3.50, 95% CI: 2.54-4.82), transient tachypnea of the newborn (OR = 15.64, 95% CI: 10.55-23.19), shoulder dystocia (OR = 64.63, 95% CI: 33.39-125.13), and small for gestational age (OR = 2.53, 95% CI: 1.59-4.04). **Conclusion**: During 2011-2020, there has been an increase in infants being admitted to the NICU. Therefore, it is necessary to pay attention to reducing risk factors and preventing of these health issues, commencing from the maternal prenatal period.*

Keywords: refer in; risk factors; neonatal intensive care unit; obstetric complication; multiple logistic regression

ความสำคัญของปัญหา

สุขภาพของมารดาและทารกถือเป็นดัชนีชี้วัดผลลัพธ์การบริการสุขภาพที่สำคัญ โดยอัตราส่วนมารดาเสียชีวิต (maternal mortality rate: MMR) เป็นเครื่องบ่งชี้ด้านสุขภาวะอนามัยที่สำคัญ ทั้งในเรื่องการเข้าถึงบริการด้านสุขภาพตลอดจนความเพียงพอด้านสถานบริการสุขภาพ และยังเป็นตัวบ่งชี้ที่สำคัญของการพัฒนาประเทศ เนื่องจากการเสียชีวิตของมารดามีผลกระทบทางสังคมและเศรษฐกิจที่สำคัญ[1] จากสถิติทุกประเทศทั่วโลกปี พ.ศ. 2563 อัตราส่วนมารดาตายต่อการเกิดมีชีพแสนรายเท่ากับ 17.40[2] สำหรับประเทศไทยในปี 2565 พบอัตราส่วนมารดาตายต่อการเกิดมีชีพแสนรายสูงถึง 25.86 และมีแนวโน้มสูงขึ้นทุกปี โดยเขตสุขภาพที่ 12 มีอัตราส่วนมารดาตายต่อการเกิดมีชีพแสนรายเท่ากับ 37.94 ซึ่งสูงเป็นอันดับสองรองจากเขตสุขภาพที่ 4 เขตสุขภาพที่ 12 จึงมีเป้าหมายคือในปี 2565 จะให้ MMR ไม่เกิน 15 ต่อการเกิดมีชีพแสนคน[3] โดยมีมาตรการที่สำคัญคือ พัฒนาระบบบริการของสถานบริการสาธารณสุขทุกระดับให้ได้มาตรฐานอนามัยแม่และเด็ก คุณภาพเฝ้าระวังหญิงช่วงตั้งครรภ์ คลอดและหลังคลอดเพื่อลดการตายของมารดาจากการตั้งครรภ์และ การคลอดอย่างมีประสิทธิภาพ และจัดระบบการส่งต่อหญิงตั้งครรภ์ภาวะฉุกเฉิน ทั้งนี้ระบบการส่งต่อเป็นปัจจัยสำคัญในการช่วยให้สตรีตั้งครรภ์เข้าถึงบริการทางการแพทย์

โดยเฉพาะในภาวะฉุกเฉินระบบการส่งต่อที่มีประสิทธิภาพนั้นมีความสำคัญต่อผลลัพธ์ทางสูติศาสตร์ที่ดีทั้งต่อมารดาและทารก เช่นในปี พ.ศ. 2562 โรงพยาบาลหาดใหญ่ปรับปรุงแนวทางการส่งต่อจากสถานบริการอื่น (refer in) หญิงตั้งครรภ์เพื่อรับบริการการฝากครรภ์ (antenatal care: ANC) ตามศักยภาพของสถานพยาบาลโดยใช้เกณฑ์ความดันโลหิตในกรณีที่ไม่มีความผิดปกติอย่างอื่นร่วมด้วยกล่าวคือ กำหนดข้อบ่งชี้เบื้องต้นในการส่งต่อจำแนก ดังนี้ หากเป็นโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล BP < 140/90 mmHg โรงพยาบาลชุมชน BP < 160/110 mmHg และหาก BP >= 160/110 mmHg ต้องดูแลในโรงพยาบาล เช่น โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลศูนย์โรงพยาบาลตติยภูมิ เป็นต้น

ปัจจุบันอุบัติการณ์ของทารกแรกเกิดที่มีความเสี่ยงสูงมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้น หออภิบาลทารกแรกเกิดในระยะวิกฤต (NICU) ให้การรักษาพยาบาลทารกแรกเกิดที่มีภาวะวิกฤตที่เกิดภายในโรงพยาบาลที่ต้องเฝ้าระวังการเปลี่ยนแปลงอย่างต่อเนื่อง หรือต้องใช้อุปกรณ์ เครื่องมือพิเศษทางการแพทย์ รวมทั้งการให้คำแนะนำแก่บิดามารดาและญาติ ในการดูแลผู้ป่วยทารกแรกเกิดซึ่งการดูแลทารกกลุ่มนี้ต้องใช้ทีมที่มีความรู้ความชำนาญเฉพาะทาง ได้แก่ ภาวะทารกเกิดก่อนกำหนด มีโอกาสเกิดความผิดปกติและอัตราตายสูงเมื่อเทียบกับทารกทั่วไป ปัจจุบันพบว่าจำนวนของทารกกลุ่มนี้มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น โดยช่วงทารกแรกเกิดคือ 28 วันแรกของชีวิต ช่วงนี้เป็นช่วงที่มีความเสี่ยง และอัตราการเสียชีวิตของทารกแรกเกิดที่สูงเนื่องมาจากความเปราะบางที่เพิ่มขึ้น นอกจากนี้ยังมีปัจจัยอื่น ๆ เช่น ภาวะความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์เป็นสาเหตุให้เกิดผลเสียขณะตั้งครรภ์ของมารดาและเกิดภาวะทารกโตช้าในครรภ์จากการไหลเวียนเลือดไปสู่รกไม่ดี และนำไปสู่การคลอดก่อนกำหนดตามมาได้[4] สาเหตุและปัจจัยเสี่ยงของการคลอดก่อนกำหนดนั้นมีหลายสาเหตุ เช่น การตั้งครรภ์แฝด[5-8] การเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด[5-8] ถุงน้ำคร่ำรั่วก่อนกำหนด[5,8] มีประวัติการคลอดก่อนกำหนดมาก่อน[5,7-8] การคลอดก่อนกำหนด เนื่องจากมารดามีภาวะแทรกซ้อนทางอายุรกรรมระหว่างตั้งครรภ์[5,7] มีภาวะรกเกาะต่ำ[5] การฝากครรภ์ไม่ครบเกณฑ์คุณภาพ[5,8] การใช้สารเสพติดระหว่างตั้งครรภ์[7,8] เป็นต้น ส่วนทารกครบกำหนดคลอดที่มีน้ำหนักแรกเกิดเหมาะสมได้รับการดูแลในหออภิบาลทารกแรกเกิด (NICU) เพิ่มมากขึ้น[9] โดยทั่วโลกพบว่าอัตราการเสียชีวิตของทารกแรกเกิดจำนวนมากเกิดขึ้นในสัปดาห์แรกของชีวิต โดยเฉพาะในทารกแรกเกิดที่มีน้ำหนักแรกเกิดน้อยในประเทศที่มีรายได้น้อย รวมถึงเอธิโอเปีย[10] และกลุ่มอาการหายใจลำบาก (respiratory distress syndrome: RDS) เป็นโรคระบบทางเดินหายใจของทารกแรกเกิดที่ปรากฏภายในไม่กี่ชั่วโมงหลังคลอด เป็นหนึ่งในสาเหตุที่พบบ่อยที่สุดของการเข้ารักษาในหอผู้ป่วยหนักทารกแรกเกิด (NICU) และการหายใจล้มเหลวในทารกแรกเกิด[11] อีกทั้งทารกคลอดก่อนกำหนดและทารกระยะวิกฤตที่จำหน่ายออกจากหอผู้ป่วยหนักทารกแรกเกิด (NICU) มักมีปัญหาด้านสุขภาพอย่างต่อเนื่อง รวมถึงปัญหาระบบทางเดินหายใจ ปัญหาการเจริญเติบโต โภชนาการ และการให้อาหารและการบาดเจ็บทางระบบประสาท เมื่อออกจากโรงพยาบาล อาจต้องอาศัยเทคโนโลยีเสริม เช่น ออกซิเจนเสริม การผ่าตัดใส่ท่อช่วยหายใจ เครื่องช่วยหายใจ ท่อให้อาหาร และอุปกรณ์เฝ้าติดตาม[12]

ประชากรในจังหวัดสงขลาและ 6 จังหวัดของภาคใต้ตอนล่าง มักมีปัญหาการดูแลหรือการทำคลอดบุตรที่มีภาวะหรือปัจจัยเสี่ยงต่าง ๆ ของมารดารวมถึงการเจ็บครรภ์ก่อนที่จะครบ 37 สัปดาห์ ทำให้โรงพยาบาลประจำชุมชนจำเป็นต้องส่งต่อมารดาไปทำคลอดที่โรงพยาบาลประจำจังหวัด คือ โรงพยาบาลสงขลา แต่บางกรณีก็จะส่งต่อจากโรงพยาบาลประจำชุมชนมาเข้ารับการรักษาในหออภิบาลทารกแรกเกิดในระยะวิกฤต (NICU) ของโรงพยาบาลหาดใหญ่ ทั้งนี้เนื่องจากโรงพยาบาลหาดใหญ่มีทรัพยากรและเครื่องมือทางการแพทย์ที่มีความพร้อมและมีประสิทธิภาพในการดูแลรักษาและทำคลอดทารก รวมถึงให้บริการรักษาพยาบาลผู้ป่วยทารกแรกเกิดที่มีภาวะวิกฤตให้มีความปลอดภัยไม่มีภาวะแทรกซ้อน รวมถึงการส่งเสริม ป้องกัน ฟื้นฟูสุขภาพอย่างมีคุณภาพและผู้ใช้บริการพึงพอใจ และให้การรักษาพยาบาลทารกแรกเกิดที่มีภาวะวิกฤตที่เกิดภายในโรงพยาบาลที่ต้องเฝ้าระวังการเปลี่ยนแปลง อย่างต่อเนื่องหรือต้องใช้อุปกรณ์/เครื่องมือพิเศษทางการแพทย์

เมื่อมีการตั้งครรภ์เกิดขึ้นมารดาก็มีความคาดหวังว่าตนเองและบุตรในครรภ์จะมีสุขภาพร่างกายแข็งแรงและเมื่อคลอดบุตรก็ต้องการให้บุตรมีสุขภาพร่างกายแข็งแรงและมีน้ำหนักที่อยู่ในเกณฑ์ปกติ รวมถึงจากการที่มีบุตรรักษาตัวใน NICU มารดาจะได้ความรู้เกี่ยวกับปัจจัยที่อาจเกี่ยวข้องกับการคลอดก่อนกำหนด และส่งเสริมการดำเนินการที่เลือกเป็นการส่วนตัวเพื่อปรับปรุงสุขภาพของมารดาและลดความเสี่ยงของการคลอดก่อนกำหนดในอนาคต[13,14]

ทั้งนี้จากมาตรการการส่งตัวมารดาตั้งครรภ์ที่ได้ปรับแล้วในปี พ.ศ. 2562 เพื่อให้บรรลุเป้าหมายการให้บริการ

ดังนั้นในการศึกษาครั้งนี้จึงมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยเสี่ยงที่จำเป็นต้องส่งตัวมารดาและทารกมาเข้ารับการรักษาในหออภิบาลทารกแรกเกิดในระยะวิกฤต (NICU) ของโรงพยาบาลหาดใหญ่ จังหวัดสงขลา เพื่อนำไปกำหนดนโยบายด้านสาธารณสุขและการจัดการการตั้งครรภ์ การคลอดบุตรและช่วงทารกแรกเกิด รวมถึงการจัดการกับปัจจัยเสี่ยงที่เหมาะสมและการพัฒนาแนวทางการดูแลแบบเลือกสรรสำหรับการตั้งครรภ์ที่มีความเสี่ยงสูง สิ่งสำคัญคือต้องคาดการณ์ภาวะเสี่ยงที่จะเกิดขึ้นกับทารก[15] นอกจากนี้การระบุทารกแรกเกิดที่มีความเสี่ยงต่อการเสียชีวิตตั้งแต่ระยะแรกสามารถช่วยให้แพทย์ให้การรักษาได้ทันท่วงทีเพื่อให้ผลกระทบต่อการอยู่รอดและอัตราการเจ็บป่วยของทารกที่ลดลง[16] ผลการศึกษาในครั้งนี้สามารถใช้เป็นข้อมูลสำหรับการจัดการระบบการดูแลทารกแรกเกิดและระบบส่งต่ออย่างเหมาะสม ทั้งนี้สามารถพัฒนาสถานพยาบาลทุกระดับให้สามารถดูแลผู้ป่วยได้ตามบริบทและขีดความสามารถที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด

คำถามการวิจัย

ปัจจัยเสี่ยงใดที่ทำให้มารดาและทารกส่งต่อมารับการรักษาในหออภิบาลทารกแรกเกิดในระยะวิกฤต (NICU) ของโรงพยาบาลหาดใหญ่ จังหวัดสงขลา

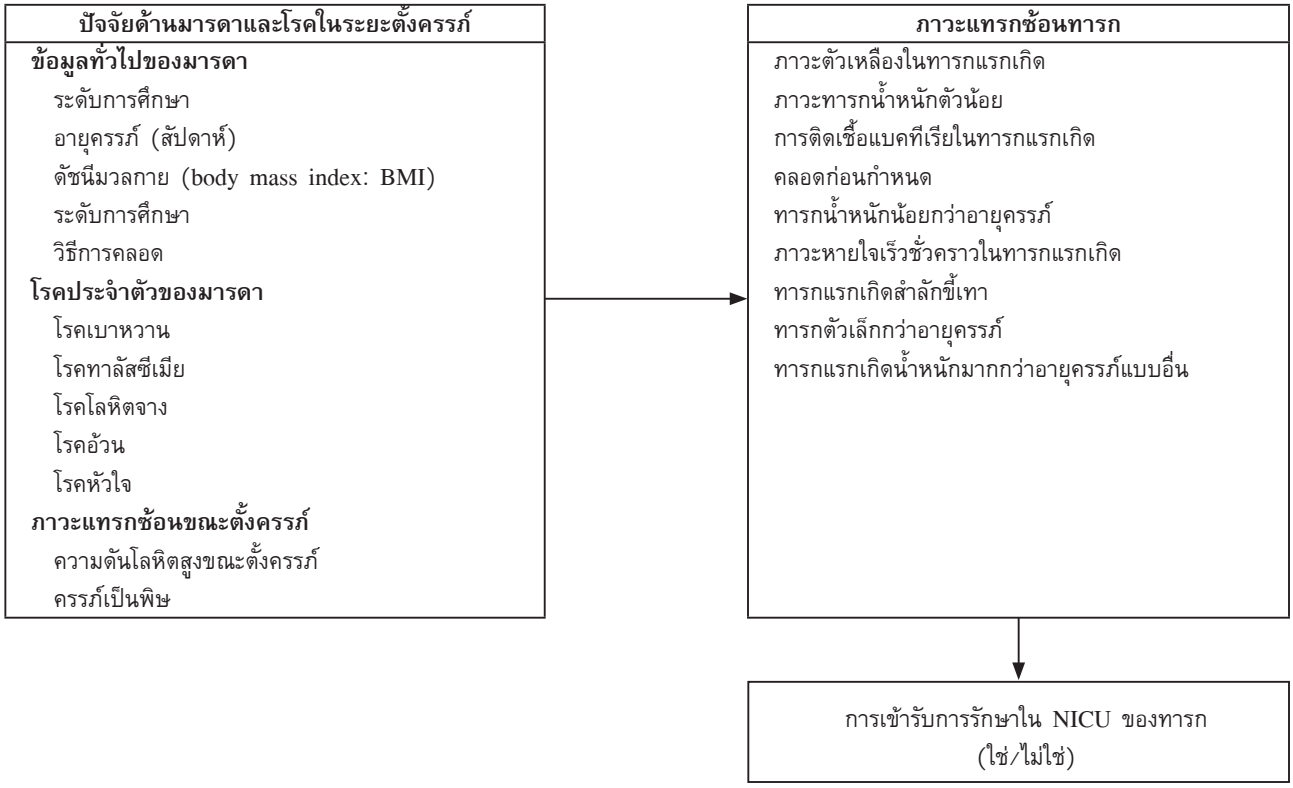
วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อหาปัจจัยเสี่ยงด้านมารดาและด้านทารกที่ส่งต่อมารับเข้ารับการรักษาในหออภิบาลทารกแรกเกิดในระยะวิกฤต (NICU) ของโรงพยาบาลหาดใหญ่ จังหวัดสงขลา

รูปแบบการศึกษา

กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยในครั้งนี้เป็นการศึกษาย้อนหลัง (retrospective study) เพื่อหาปัจจัยเสี่ยงด้านมารดาและด้านทารกที่ส่งต่อมารดามาคลอดที่โรงพยาบาลหาดใหญ่ จังหวัดสงขลา ตั้งแต่ปีงบประมาณ พ.ศ. 2554-2563 (วันที่ 1 ตุลาคม 2554 ถึง 30 กันยายน 2563) รวม 6,503 คน โดยแบ่งเป็น 2 กลุ่ม คือ ทารกแรกเกิดที่เข้ารับการรักษาในหออภิบาลทารกแรกเกิดในระยะวิกฤต (NICU) และทารกแรกเกิดที่ไม่เข้ารับการรักษาในหออภิบาลทารกแรกเกิดในระยะวิกฤต (NICU) โดยที่แสดงดังกรอบแนวคิดการวิจัย (ภาพ 1)



ภาพ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีการดำเนินการวิจัย

เป็นการศึกษาแบบย้อนหลังเพื่อหาปัจจัยเสี่ยงของมารดาที่มีผลต่อทารกแรกเกิดต้องส่งต่อมารับการรักษาใน NICU โดยใช้ข้อมูลทุติยภูมิจากเวชระเบียนผู้ป่วยในจากการบันทึกในระบบคอมพิวเตอร์ และทะเบียนการคลอดของมารดาที่ส่งต่อมาคลอดบุตรที่โรงพยาบาลหาดใหญ่ อำเภอหาดใหญ่ จังหวัดสงขลา ซึ่งโรงพยาบาลหาดใหญ่เป็นโรงพยาบาลในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข เป็นโรงพยาบาลศูนย์ที่มีขีดความสามารถระดับตติยภูมิมีจำนวนเตียง 700 เตียง ตั้งแต่ปีงบประมาณ พ.ศ. 2554-2563 (วันที่ 1 ตุลาคม 2554 ถึง 30 กันยายน 2563) รวมระยะเวลา 10 ปี โดยแบ่งเป็น 2 กลุ่ม คือ ทารกแรกเกิดที่เข้ารับการรักษาในหอ และทารกแรกเกิดที่ไม่เข้ารับการรักษาในหอ NICU

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ มารดาและทารกที่ส่งต่อมาคลอดที่โรงพยาบาลหาดใหญ่ จังหวัดสงขลา

กลุ่มตัวอย่าง คือ มารดาและทารกที่ส่งต่อมาคลอดที่โรงพยาบาลหาดใหญ่ จังหวัดสงขลา ตั้งแต่ปีงบประมาณ พ.ศ. 2554-2563 (วันที่ 1 ตุลาคม 2554 ถึง 30 กันยายน 2563) รวม 6,503 คน โดยแบ่งเป็น 2 กลุ่ม คือ ทารกแรกเกิดที่เข้ารับการรักษาในหออภิบาลทารกแรกเกิดในระยะวิกฤต (NICU) และทารกแรกเกิดที่ไม่เข้ารับการรักษาในหออภิบาลทารกแรกเกิดในระยะวิกฤต (NICU)

เกณฑ์การคัดเข้า คือ มารดาที่ส่งต่อมาคลอดบุตรที่โรงพยาบาลหาดใหญ่ ทั้งหมดระหว่างปี พ.ศ. 2554-2563 (10 ปี ย้อนหลัง) จากเวชระเบียนและแบบบันทึกการรักษาผู้ป่วยจากจากเวชระเบียน และเกณฑ์การคัดออก ในกรณีที่มารดาที่ถูกส่งต่อมาคลอดบุตรที่โรงพยาบาลหาดใหญ่ทั้งหมดระหว่างปี พ.ศ. 2554-2563 (10 ปี ย้อนหลัง) มีตัวแปรไม่ครบถ้วนทั้งผู้ป่วยจากจากเวชระเบียนและแบบบันทึกการรักษาผู้ป่วยจากจากเวชระเบียน

จริยธรรมในการวิจัย

งานวิจัยครั้งนี้ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของโรงพยาบาลหาดใหญ่ วันที่ 9 มกราคม 2565 ใบอนุญาตเลขที่: HYH EC 084-65-02 ผู้วิจัยได้ทำการพิทักษ์สิทธิผู้เข้าร่วมการวิจัย โดยข้อมูลที่ได้รับจะถูกเก็บเป็นความลับ และนำเสนอภาพรวมเท่านั้นและผู้วิจัยจะทำลายข้อมูลของกลุ่มตัวอย่างทั้งหมดทิ้งโดยผู้วิจัยเองภายหลังเสร็จสิ้นการทำวิจัยภายใน 2 ปี

การเก็บรวบรวมข้อมูล

หลังจากได้รับการรับรองจริยธรรมการวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ ได้เก็บข้อมูลจากเวชระเบียนและแบบบันทึกการคลอดของมารดาที่ส่งต่อมาคลอดที่โรงพยาบาลหาดใหญ่ โดยการบันทึกข้อมูลเบื้องต้นจากพยาบาล และรายละเอียดเชิงลึกหรือผลการรักษาจากแพทย์ที่เชี่ยวชาญ ระหว่างวันที่ 1 ตุลาคม 2554 ถึง 30 กันยายน 2563 รวมระยะเวลา 10 ปี โดยแบ่งเป็น 2 กลุ่ม คือ ทารกแรกเกิดที่เข้ารับการรักษาใน NICU และทารกแรกเกิดที่ไม่เข้ารับการรักษาใน NICU หลังจากเก็บรวบรวมข้อมูล ได้ทำการตรวจสอบความครบถ้วน และทำความสะอาดข้อมูล เช่น จัดการค่าที่มีความผิดปกติ หรือค่าสูญหาย คัดกรองข้อมูลจากขอบเขตที่ต้องการศึกษา การกรองข้อมูลตัวอย่างที่ซ้ำออก โดยการกรองข้อมูลเบื้องต้นใน excel ของแต่ละตัวแปรและตัดทิ้งกรณีที่ตัวแปรน้อยมาก จัดการข้อมูลโดยการใส่โค้ดเพื่อให้สอดคล้องกับการวิเคราะห์ข้อมูล โดยคัดเลือกข้อมูลจากมารดาที่คลอดบุตรในโรงพยาบาลหาดใหญ่ที่บันทึกไว้ในฐานข้อมูลหน่วยเวชระเบียนระหว่างปีงบประมาณ พ.ศ. 2560-2564 ประกอบด้วยข้อมูลพื้นฐานของมารดา ภาวะแทรกซ้อนในระยะตั้งครรภ์ คลอดและหลังคลอด

วิธีการวิเคราะห์ข้อมูล

นำข้อมูลที่ได้บันทึกทั้งหมดมาตรวจสอบความถูกต้องด้วยโปรแกรม Microsoft Excel และทำการวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้เครื่องคอมพิวเตอร์ โปรแกรม RStudio ทั้งนี้ได้วิเคราะห์ผลการวิจัยในรูปสถิติเชิงพรรณนา[4] ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย หรือค่ามัธยฐาน (เมื่อข้อมูลไม่มีการกระจายแบบโค้งปกติ) เพื่ออธิบายลักษณะทั่วไปของมารดาและการคลอด วิเคราะห์สถิติเชิงอนุมาน ได้แก่ การทดสอบไคกำลังสอง (chi squared test)[4] เพื่อวิเคราะห์ความสัมพันธ์ การทดสอบแมน-วิทนีย์ ยู (Mann-Whitney U test) (เพื่อเปรียบเทียบค่ามัธยฐานของประชากรสองกลุ่มที่อิสระต่อกัน เมื่อข้อมูลไม่มีการแจกแจงปกติ) โดยกำหนดระดับนัยสำคัญ .05, unadjusted odds ratio; unadjusted OR[4,17-19] เพื่อหาความสัมพันธ์ที่เกิดจากปัจจัยเสี่ยงในการเข้ารับการรักษาใน NICU และไม่เข้ารับการรักษาใน NICU โดยช่วงความเชื่อมั่นที่ร้อยละ 95 (95% confidence interval, 95% CI) ความแตกต่างของอัตราเสี่ยงออดส์ (H_0: OR = 1) ด้วยสถิติไคกำลังสอง และการถดถอยลอจิสติกพหุคูณ (multiple logistic regression)[4,18,20-22] พิจารณาตัวแปรอิสระใดมีผลต่อตัวแบบ ด้วยการทดสอบวาลด์ (Wald test statistic) คัดเลือกตัวแปรเข้าด้วยวิธี stepwise

ได้ตัวแบบใช้ทำนายโอกาสในการเข้ารับการรักษาของทารกใน NICU ของโรงพยาบาลหาดใหญ่ เมื่อมีตัวแปรอิสระหลายตัวแปร

ผลการวิจัย

จากข้อมูลมารดาและทารกที่ส่งต่อมาเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลหาดใหญ่ ในช่วงปีงบประมาณ 2554-2563 ในช่วง 10 ปี ทั้งสิ้น 6,503 คน ค่ามัธยฐาน ต่อปี คือ 633 คน และพบว่าทารกเข้ารับการรักษาใน NICU ร้อยละ 26.31 ทั้งนี้พบมากขึ้นและพบมากในปี 2562 (ร้อยละ 29.19) และปี 2563 (ร้อยละ 27.45) และพบน้อยสุดในปี 2561 (ร้อยละ 24.14) เมื่อจำแนกตามโรงพยาบาลลูกข่ายที่ส่งตัวมาพบว่าโรงพยาบาลในจังหวัดสงขลาที่ส่งตัวมารดามาสูงสุดสามลำดับแรกคือ โรงพยาบาลสะเดา (ร้อยละ 23.20) โรงพยาบาลปาดังเบซาร์ (ร้อยละ 22.67) โรงพยาบาลรัตภูมิ (ร้อยละ 22.41) เมื่อพิจารณาร้อยละของทารกเข้ารับการรักษาใน NICU สูงสุดสามลำดับแรก คือ โรงพยาบาลสมเด็จพระบรมราชินีนาถ (นาทวี) (ร้อยละ 57.89) โรงพยาบาลสะบ้าย้อย (ร้อยละ 36.94) โรงพยาบาลเทพา (ร้อยละ 27.47) เมื่อทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างโรงพยาบาลที่ส่งตัวมามารดามีความสัมพันธ์กับการเข้ารักษาใน NICU อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 (ไคกำลังสอง = 283.89, p = .00) ทั้งนี้เมื่อพิจารณาอายุครรภ์ในกลุ่มทารกถูกส่งตัวเข้ารักษาใน NICU มีค่ามัธยฐานแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และยังพบว่าวิธีการคลอดที่พบว่าในกลุ่มที่ทารกส่งเข้า NICU ผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องฉุกเฉิน ส่วนปัจจัยอื่น ๆ ได้แก่ อายุแม่ BMI ของแม่ และระดับการศึกษาของแม่ ไม่มีความสัมพันธ์กับการรักษาตัวของทารกใน NICU (ตาราง 1)

ตาราง 1 ลักษณะทางสูติกรรมของมารดาที่ส่งต่อมารับการรักษาใน NICU โรงพยาบาลหาดใหญ่ จังหวัดสงขลา (N = 6,503)

ตัวแปร	การเข้ารักษาใน NICU		Test	Sig.
	ใช่ n(%)	ไม่ใช่ n(%)		
	n = 1,711	n = 4,792		
อายุครรภ์ของมารดา				
อายุครรภ์ (สัปดาห์) [ค่ามัธยฐาน (IQR)]	35.12(23-57)	38.48(23-45)	812.06[b]	< .000***
วิธีการคลอด	(n = 816)	(n = 2,568)	11.34[a]	.010*
คลอดปกติทางช่องคลอด	406(22.85)	1371(77.15)		
หัตถการช่วยคลอดทางช่องคลอด	29(21.80)	104(78.20)		
ผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง	242(23.87)	772(76.13)		
ผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องฉุกเฉิน	139(30.22)	321(69.78)		
อายุของมารดา			41.80[b]	.168
อายุ (มารดา) (สัปดาห์) [ค่ามัธยฐาน (IQR)]	26.96(13-48)	27.27(13-48)		
BMI ของมารดา	(n = 239)	(n = 784)	687.48[b]	.256
ดัชนีมวลกาย [ค่ามัธยฐาน (IQR)]	28.60(16.40-56.30)	29.18(13.48-57.73)		
ระดับการศึกษาสูงสุดของมารดา			4.74[a]	.315
ประถมศึกษา	82(28.67)	204(71.33)		
มัธยมศึกษาตอนต้น	71(26.79)	194(73.21)		
มัธยมศึกษาตอนปลาย	62(23.85)	196(75.38)		
ปริญญาตรี	63(31.66)	136(68.34)		
อื่น ๆ (ไม่ระบุ)	1,433(26.09)	4,060(73.91)		

*p < .05, ***p < .001, [a] การทดสอบไคกำลังสอง, [b]การทดสอบแมน-วิทนีย์ ยู

มารดาที่ส่งตัวมาคลอดที่โรงพยาบาลหาดใหญ่ จังหวัดสงขลา พบว่าโรคประจำตัวของขณะตั้งครรภ์ มากที่สุดสอง อันดับ คือ โรคโลหิตจาง (ร้อยละ 8.78) รองลงมาคือ โรคเบาหวาน (ร้อยละ 3.18) ตามลำดับ

ปัจจัยภาวะแทรกซ้อนของทารกที่ส่งต่อมาคลอดที่โรงพยาบาลหาดใหญ่ พบว่า ทารกเข้ารับการรักษาใน NICU พบมากสุดในภาวะตัวเหลืองในทารกแรกเกิด (ร้อยละ 15.59) ภาวะทารกน้ำหนักตัวน้อย (ร้อยละ 14.69) การติดเชื้อแบคทีเรียในทารกแรกเกิด (ร้อยละ 3.66) เมื่อพิจารณาร้อยละของมารดาที่ถูกส่งตัวมาโรงพยาบาลหาดใหญ่ ด้วยเหตุผลสูงสุดสามลำดับแรก คือ ภาวะทารกน้ำหนักตัวน้อย (ร้อยละ 43.60) การติดเชื้อแบคทีเรียในทารกแรกเกิด (ร้อยละ 10.46) ทารกแรกเกิดสำลักขี้เทา (ร้อยละ 5.44)

ความสัมพันธ์ระหว่างโรคประจำตัวและภาวะแทรกซ้อนทางสูติกรรมจากการตั้งครรภ์ของมารดาที่มีความสัมพันธ์กับการรักษาใน NICU ด้วย univariate analysis พบว่า ปัจจัยที่มีผลต่อการถูกส่งตัวมารับการรักษาใน NICU อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 ได้แก่ โรคโลหิตจาง พบในมารดาที่ทารกถูกส่งต่อมารับการรักษาใน NICU สูงกว่าทารกที่ไม่ถูกส่งตัวมารับการรักษาใน NICU 1.32 เท่า (ร้อยละ 10.52 vs 8.16; p < .001) และภาวะครรภ์เป็นพิษของแม่ พบในมารดาที่ทารกถูกส่งตัวมารับการรักษาใน NICU สูงกว่าทารกที่ไม่ถูกส่งตัวมารับการรักษาใน NICU 1.72 เท่า (ร้อยละ 16.66 vs 10.39; p < .010) ส่วนโรคประจำตัวและภาวะแทรกซ้อนอื่น ๆ ได้แก่ โรคเบาหวาน โรคทาลัสซีเมีย โรคอ้วน พบในมารดาที่ทารกถูกส่งตัวมารับการรักษาใน NICU มากกว่าทารกที่ไม่ถูกส่งตัวมารับการรักษาใน NICU ทั้งนี้ ในกรณีของภาวะครรภ์เป็นพิษ (pre-eclampsia รุนแรงขั้นชักเรียก eclampsia) มี 2 ประเภท ได้แก่ เป็นโดยไม่มีภาวะความดันโลหิตสูงมาก่อนตั้งครรภ์ และเป็นโดยมีความดันโลหิตสูงนำมาก่อนตั้งครรภ์ซึ่งกลุ่มนี้มักจะมีปัญหาเรื่องมีโปรตีนรั่วออกมาในปัสสาวะปริมาณสูง ส่วนอีกกลุ่มเป็นความดันโลหิตสูงก่อนตั้งครรภ์อย่างเดียว อาจเป็นความดันโลหิตสูงต่อระหว่างตั้งครรภ์ โดยที่ไม่มีผลปัสสาวะหรือผลเลือดผิดปกติ ซึ่งกลุ่มนี้เป็นโรคอยู่ก่อนแล้ว ไม่เกี่ยวกับสาเหตุจากการตั้งครรภ์ ส่วนอีกกลุ่มเป็นความดันโลหิตสูงอย่างเดียวระหว่างตั้งครรภ์ โดยที่ไม่มีความดันโลหิตสูงมาก่อนตั้งครรภ์และไม่มีผลปัสสาวะหรือผลเลือดผิดปกติ เรียกว่า Pregnancy induced hypertension กลุ่มนี้จะมีลักษณะอาการของโรคความรุนแรงน้อยกว่า ยังไม่เป็น Pre-eclampsia ซึ่งจากผลการศึกษาที่พบว่าเป็นภาวะแทรกซ้อนของมารดาขณะตั้งครรภ์ที่สำคัญที่เป็นสาเหตุส่งตัวมารดาขณะตั้งครรภ์และมีโอกาสทารกเข้ารับการรักษาใน NICU ถึง 1.72 เท่า (ร้อยละ 16.66 vs 10.39; p <= .0100) ส่วนความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ของมารดาพบในทารกที่เข้ารับการรักษาใน NICU น้อยกว่าที่ไม่เข้ารับการรักษาใน NICU (ร้อยละ 1.34 vs 2.21; p <= .029)

ความสัมพันธ์ของภาวะแทรกซ้อนทางสูติกรรมจากการตั้งครรภ์ของทารกที่มีความสัมพันธ์กับการรักษาใน NICU ด้วย univariate analysis พบว่า ปัจจัยที่มีผลต่อการถูกส่งตัวมารับการรักษาใน NICU อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 ได้แก่ ภาวะทารกน้ำหนักตัวน้อยจะพบในทารกที่ถูกส่งตัวมารับการรักษาใน NICU สูงกว่าทารกที่ไม่ถูกส่งตัวมารับการรักษาใน NICU 16.95 เท่า (ร้อยละ 43.60 vs 4.36; p = <.001) การติดเชื้อแบคทีเรียในทารกแรกเกิด จะพบในทารกที่ถูกส่งตัวมารับการรักษาใน NICU สูงกว่าทารกที่ไม่ถูกส่งตัวมารับการรักษาใน NICU 9.37 เท่า (ร้อยละ 10.46 vs 1.23; p = < .001) ภาวะคลอดก่อนครบกำหนด จะพบในทารกที่ถูกส่งตัวมารับการรักษาใน NICU สูงกว่าทารกที่ไม่ถูกส่งตัวมารับการรักษาใน NICU 1.45 เท่า (ร้อยละ 3.68 vs 2.57; p < .05) ภาวะหายใจเร็วชั่วคราวในทารกแรกเกิด จะพบในทารกที่ถูกส่งตัวมารับการรักษาใน NICU สูงกว่าทารกที่ไม่ถูกส่งตัวมารับการรักษาใน NICU 6.70 เท่า (ร้อยละ 5.08 vs .79; p = < .001) ทารกแรกเกิดสำลักขี้เทา จะพบในทารกที่ถูกส่งตัวมารับการรักษาใน NICU สูงกว่าทารกที่ไม่ถูกส่งตัวมารับการรักษาใน NICU 27.45 เท่า (ร้อยละ 5.44 vs .21; p = < .001) ในขณะที่ภาวะตัวเหลืองในทารกแรกเกิดที่พบจำนวนมารดาถูกส่งตัวมาด้วยจำนวนสูงที่สุด (ร้อยละ 15.59 จากมารดาทั้งหมด) พบว่ามีโอกาสที่ทารกจะส่งตัวรับการรักษาใน NICU น้อยกว่าทารกที่ไม่ถูกส่งตัวมารับการรักษาใน NICU (ร้อยละ 2.16 vs 20.39; p = < .000) เช่นเดียวกับ ทารกน้ำหนักเบากว่าอายุครรภ์ และทารกแรกเกิดน้ำหนักมากกว่าอายุครรภ์แบบอื่น ที่พบว่ามีโอกาสที่ทารกจะส่งตัวรับการรักษาใน NICU น้อยกว่าทารกที่ไม่ถูกส่งตัวมารับการรักษาใน NICU

ตาราง 2 ค่า crude odds ratio ของปัจจัยโรคประจำตัวและภาวะแทรกซ้อนทางสูติกรรมจากการตั้งครรภ์ของมารดาและทารกที่มีความสัมพันธ์กับการรักษาใน NICU ของโรงพยาบาลหาดใหญ่ จังหวัดสงขลา (N = 6,503)

ตัวแปร	รวม n(%) n = 6,503	การเข้ารักษาใน NICU		Univariate analysis		Sig.
		ใช่ n(%) n = 1,711	ไม่ใช่ n(%) n = 4,792	OR (95% CI)	chi-square	
โรคประจำตัวของมารดา						
โรคโลหิตจาง	571(8.78)	180(10.52)	391(8.16)	1.32 (1.10-1.59)	8.77	.003**
โรคเบาหวาน	207(3.18)	23(1.34)	184(3.84)	.34 (.22-.53)	25.48	.000***
โรคอ้วน	88(1.35)	23(1.34)	65(1.36)	.99 (.64-1.60)	.01	.970
โรคทาลัสซีเมีย	52(0.80)	14(.82)	38(.79)	1.03 (.56-1.91)	.10	.920
โรคหัวใจ	8(0.12)	5(.29)	3(.06)	4.68 (1.11-19.60)	5.41	.020*
ภาวะแทรกซ้อนของมารดา						
ภาวะครรภ์เป็นพิษ[a]	783(12.04)	285(16.66)	498(10.39)	1.72 (1.47-2.02)	46.72	.000***
ความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์[b]	129(1.98)	23(1.34)	106(2.21)	.62 (.38-.95)	4.78	.029*
ภาวะแทรกซ้อนของทารก						
ภาวะตัวเหลืองในทารกแรกเกิด	1,014(15.59)	37(2.16)	977(20.39)	.09 (.06-.12)	425.84	.000***
ภาวะทารกน้ำหนักตัวน้อย	955(14.69)	746(43.60)	209(4.36)	16.95 (14.33-20.06)	1,364.38	.000***
การติดเชื้อแบคทีเรียในทารกแรกเกิด	238(3.66)	179(10.46)	59(1.23)	9.37 (6.95-12.65)	258.78	.000***
คลอดก่อนครบกำหนด	186(2.86)	63(3.68)	123(2.57)	1.45 (1.07-1.98)	5.36	.018*
ทารกน้ำหนักเบากว่าอายุครรภ์	128(1.97)	19(1.11)	109(2.27)	.48 (.30-.79)	9.95	.003***
ภาวะหายใจเร็วชั่วคราวในทารกแรกเกิด	125(1.92)	87(5.08)	38(.79)	6.70 (4.56-9.85)	104.36	.000***
ทารกแรกเกิดสำลักขี้เทา	103(1.58)	93(5.44)	10(.21)	27.49 (14.28-52.90)	192.34	.000***
ทารกตัวเล็กกว่าอายุครรภ์	92(1.41)	26(1.52)	66(1.38)	1.11 (0.70-1.75)	.18	.669
ทารกแรกเกิดน้ำหนักมากกว่าอายุครรภ์แบบอื่น[c]	79(1.21)	7(.41)	72(1.50)	.27 (0.12-0.59)	15.52	.000***

[a]Pre-eclampsia (ICD10 = O14), [b]Gestational hypertension (ICD10 = O13), [c]Other heavy for gestational age infants (ICD10 = P08.1)

*p < .5, **p < .01,***p < .001

ความสัมพันธ์ระหว่างโรคประจำตัวและภาวะแทรกซ้อนทางสูติกรรมจากการตั้งครรภ์ของมารดาและทารกที่มีความสัมพันธ์กับการรักษาใน NICU เมื่อศึกษาทุกปัจจัยพร้อมกันผลการวิเคราะห์ multiple logistics regression พบว่า เบาหวาน พบในมารดาที่ถูกส่งตัวมารับการรักษาใน NICU น้อยกว่ามารดาที่ไม่ถูกส่งตัวมารับการรักษาใน NICU .37 เท่า (ร้อยละ 1.34 vs 3.84; p = < .000) ภาวะครรภ์เป็นพิษ พบในมารดาที่ถูกส่งตัวมารับการรักษาใน NICU สูงกว่ามารดาที่ไม่ถูกส่งตัวมารับการรักษาใน NICU 1.70 เท่า (ร้อยละ 16.66 vs 10.39; p = < .000) ภาวะตัวเหลืองในทารกแรกเกิด พบในทารกที่ถูกส่งตัวมารับการรักษาใน NICU น้อยกว่าทารกที่ไม่ถูกส่งตัวมารับการรักษาใน NICU .26 เท่า (ร้อยละ 2.16 vs 20.39; p = < .000) ภาวะทารกน้ำหนักแรกเกิดน้อย พบในทารกที่ถูกส่งตัวมารับการรักษาใน NICU สูงกว่าทารกที่ไม่ถูกส่งตัวมารับการรักษาใน NICU 24.14 เท่า (ร้อยละ 43.60 vs 4.36; p = <.000) การติดเชื้อแบคทีเรียในทารกแรกเกิด พบในทารกที่ถูกส่งตัวมารับการรักษาใน NICU สูงกว่าทารกที่ไม่ถูกส่งตัวมารับการรักษาใน NICU 20.79 เท่า (ร้อยละ 10.46 vs 1.23; p = <.000) คลอดก่อนครบกำหนด พบในทารกที่ถูกส่งตัวมารับการรักษาใน NICU สูงกว่าทารกที่ไม่ถูกส่งตัวมารับการรักษาใน NICU 3.50 เท่า (ร้อยละ 3.68 vs 2.57; p = < .000) ภาวะหายใจเร็วชั่วคราวในทารกแรกเกิด พบในทารกที่ถูกส่งตัวมารับการรักษาใน NICU สูงกว่าทารกที่ไม่ถูกส่งตัวมารับการรักษาใน NICU 15.64 เท่า (ร้อยละ 5.08 vs .79; p = < .000) ทารกแรกเกิดสำลักขี้เทา พบในทารกที่ถูกส่งตัวมารับการรักษาใน NICU สูงกว่าทารกที่ไม่ถูกส่งตัวมารับการรักษาใน NICU 64.63 เท่า (ร้อยละ 5.44 vs .21; p = < .000) ทารกตัวเล็กกว่าอายุครรภ์ พบในทารกที่ถูกส่งตัวมารับการรักษาใน NICU สูงกว่าทารกที่ไม่ถูกส่งตัวมารับการรักษาใน NICU 2.53 เท่า (ร้อยละ 1.52 vs 1.38; p = < .000) ดังตาราง 3

ตาราง 3 ปัจจัยเสี่ยงของมารดาและทารกที่เข้ารับการรักษาใน NICU ของโรงพยาบาลหาดใหญ่ จังหวัดสงขลา ด้วย multiple logistics regression (N = 6,503)

ตัวแปร	B	S.E.	multiple logistics regression		
			adjusted OR (95% CI)	wald	sig
โรคประจำตัวของแม่					
โรคเบาหวาน	-.99	.28	.37(.22-.64)	12.87	< .000***
ภาวะแทรกซ้อนของแม่					
ครรภ์เป็นพิษ	.532	.11	1.70(1.38-2.10)	24.88	< .000***
ภาวะแทรกซ้อนของทารก					
ภาวะตัวเหลืองในทารกแรกเกิด	-1.35	.18	.26(.18-.37)	59.60	< .000***
ภาวะทารกน้ำหนักตัวน้อย	3.184	.09	24.14(20.13-28.95)	1179.52	< .000***
การติดเชื้อแบคทีเรียในทารกแรกเกิด	3.034	.16	20.79(15.24-28.36)	366.61	< .000***
คลอดก่อนครบกำหนด	1.253	.16	3.50(2.54-4.82)	58.94	< .000***
ภาวะหายใจเร็วชั่วคราวในทารกแรกเกิด	2.75	.20	15.64(10.55-23.19)	187.02	< .000***
ทารกแรกเกิดสำลักขี้เทา	4.169	.34	64.63(33.39-125.13)	152.98	< .000***
ทารกตัวเล็กกว่าอายุครรภ์	.928	.24	2.53(1.59-4.04)	15.17	< .000***

***p < .001

การอภิปรายผลการวิจัย

จากผลการเก็บรวบรวมข้อมูลมารดาและทารกที่ส่งต่อมารักษาใน NICU ของโรงพยาบาลหาดใหญ่ จังหวัดสงขลา ในช่วงปีงบประมาณ พ.ศ. 2554-2563 พบว่าทารกที่ถูกตัวไปเข้ารับการรักษาใน NICU เฉลี่ยในช่วง 10 ปี คิดเป็นร้อยละ 26.31 ซึ่งสูงกว่างานวิจัยของ Carter, et al.[23] ที่พบร้อยละ 11.60 เข้ารับการรักษาใน NICU การใช้ logistic regression (การเข้า NICU เทียบกับ การไม่เข้า NICU) มีความเสี่ยงเพิ่มขึ้น 9 เท่าที่เกี่ยวข้องกับการคลอดก่อนกำหนด ทั้งนี้มารดาและทารกที่เข้ารับการรักษาใน NICU พบมากสุดในปี พ.ศ. 2562 (ร้อยละ 29.19) และพบน้อยสุดในปี พ.ศ. 2561 (ร้อยละ 24.14) โดยปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการคลอดกับ

การเข้ารับการรักษาใน NICU ของโรงพยาบาลหาดใหญ่ จังหวัดสงขลา เมื่อพิจารณาตัวแปรที่มีความสัมพันธ์กับการรับการรักษาใน NICU อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 พบว่ามี 2 ปัจจัย คือ อายุครรภ์ และวิธีการคลอด ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษางานวิจัยของ Quinn, et al.[19] อายุครรภ์ยังคงเป็นตัวทำนายการรับเข้า NICU ส่วนปัจจัยอื่น ๆ ได้แก่ อายุแม่ ดัชนีมวลกาย (BMI) ของมารดา และระดับการศึกษาของมารดาไม่มีความสัมพันธ์

เมื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างโรคประจำตัวและภาวะแทรกซ้อนทางสูติกรรมจากการตั้งครรภ์ของมารดาที่มีความสัมพันธ์กับการรักษาใน NICU พบว่า ปัจจัยที่มีผลต่อการถูกส่งตัวมารับการรักษาใน NICU อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ โรคโลหิตจาง โรคหัวใจ และภาวะครรภ์เป็นพิษของมารดา[21-23] ส่วนโรคประจำตัวและภาวะแทรกซ้อนอื่น ๆ ได้แก่ โรคเบาหวาน โรคทาลัสซีเมีย โรคอ้วน และความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ พบในมารดาที่ถูกส่งตัวมารับการรักษาใน NICU น้อยกว่าทารกที่ไม่ถูกส่งตัวมารับการรักษาใน NICU

ความสัมพันธ์ของภาวะแทรกซ้อนทางสูติกรรมจากการตั้งครรภ์ของทารกที่มีความสัมพันธ์กับการรักษาใน NICU พบว่า ปัจจัยที่มีผลต่อการถูกส่งตัวมารับการรักษาใน NICU อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 ได้แก่ ภาวะทารกน้ำหนักตัวน้อย[18] การติดเชื้อแบคทีเรียในทารกแรกเกิด คลอดก่อนครบกำหนด ภาวะหายใจเร็วชั่วคราวในทารกแรกเกิด ทารกแรกเกิดสำลักขี้เทา ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Al-Wassia and Saber[9] ภาวะแทรกซ้อนทางเดินหายใจเป็นสาเหตุสำคัญที่สุดของการรับเข้า NICU ซึ่งคิดเป็นร้อยละ 36.60 ของการเข้ารับการรักษาในหน่วยของเรา ในทำนองเดียวกันในการศึกษาแบบย้อนหลังของทารกที่อายุครรภ์มากกว่า 36 สัปดาห์ พบว่าร้อยละ 49.30 เข้ารับการรักษาใน NICU เนื่องจากหายใจลำบาก ภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำและดีซ่าน ส่วนภาวะแทรกซ้อนอื่น ๆ ได้แก่ ทารกตัวเล็กกว่าอายุครรภ์ พบในทารกที่ถูกส่งตัวมารับการรักษาใน NICU น้อยกว่าทารกที่ไม่ถูกส่งตัวมารับการรักษาใน NICU

ความสัมพันธ์ระหว่างโรคประจำตัวและภาวะแทรกซ้อนทางสูติกรรมจากการตั้งครรภ์ของมารดาและทารกที่มีความสัมพันธ์กับการรักษาใน NICU เมื่อศึกษาทุกปัจจัยพร้อมกันผลการวิเคราะห์ multiple logistics regression พบว่าภาวะครรภ์เป็นพิษ[21-23] (OR = 1.70, 95%CI (1.38-2.10)) ภาวะทารกน้ำหนักตัวน้อย[18] (OR = 24.14, 95%CI (20.13-28.95)) การติดเชื้อแบคทีเรียในทารกแรกเกิด (OR = 20.79, 95%CI (15.24-28.36)) คลอดก่อนครบกำหนด (OR = 3.50, 95%CI (2.54-4.82)) ภาวะหายใจเร็วชั่วคราวในทารกแรกเกิด (OR = 15.64, 95%CI (10.55-23.19)) ทารกแรกเกิดสำลักขี้เทา (OR = 64.63, 95%CI (33.39-125.13)) ทารกตัวเล็กกว่าอายุครรภ์ (OR = 2.53, 95%CI (1.59-4.04)) มีผลต่อการถูกส่งตัวมารับการรักษาใน NICU อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 ซึ่งต่างจากการศึกษางานวิจัยของ Alkiaat, et al.[24] สาเหตุที่พบบ่อยที่สุดสำหรับการรับทารกกึ่งวิกฤต (SCN) คือภาวะแทรกซ้อนทางเดินหายใจ (ร้อยละ 25.20) การสังเกตหลังการช่วยชีวิต (ร้อยละ 24.10) และภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ (ร้อยละ 9.10) และการผ่าตัดคลอดแบบเลือก (elective cesarean section) มีความเกี่ยวข้องอย่างมีนัยสำคัญกับการเข้ารับการรักษาในหน่วยดูแลพิเศษ

ข้อจำกัดของการศึกษา

การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาจากเวชระเบียนผู้ป่วย ซึ่งเป็นการศึกษาแบบย้อนหลังจึงทำให้ขาดรายละเอียดข้อมูลของตัวแปรบางตัวที่บางตัวอาจจะมีข้อมูลไม่ครบ เช่น อายุครรภ์ ดัชนีมวลกาย วิธีการคลอด เป็นต้น ซึ่งอาจมีผลต่อการวิจัยที่ศึกษา นอกจากนี้เป็นการศึกษาเฉพาะโรงพยาบาลแห่งเดียว ผลที่ได้จากการศึกษาจึงมีข้อจำกัดในการอ้างอิงไปยังโรงพยาบาลอื่น ๆ

สรุป

การศึกษานี้พบว่าปัจจัยเสี่ยงของมารดาในการเข้ารับการรักษาในหออภิบาลทารกแรกเกิดในระยะวิกฤต (NICU) ของโรงพยาบาลหาดใหญ่ จังหวัดสงขลา ได้แก่ พบว่าเบาหวาน ภาวะครรภ์เป็นพิษ ส่วนปัจจัยเสี่ยงของทารกในการเข้ารับการรักษาในหออภิบาลทารกแรกเกิดในระยะวิกฤต (NICU) ของโรงพยาบาลหาดใหญ่ จังหวัดสงขลา ได้แก่ ภาวะตัวเหลืองในทารกแรกเกิด ภาวะทารกน้ำหนักแรกเกิดน้อย[18] การติดเชื้อแบคทีเรียในทารกแรกเกิด คลอดก่อนครบกำหนด ภาวะหายใจเร็วชั่วคราวในทารกแรกเกิด ทารกแรกเกิดสำลักขี้เทา ทารกตัวเล็กกว่าอายุครรภ์ ทั้งนี้ผลการศึกษาสามารถใช้เป็นข้อมูลสำหรับการจัดการระบบการดูแลทารกแรกเกิดและระบบส่งต่ออย่างเหมาะสม และสามารถพัฒนาสถานพยาบาลทุกระดับให้สามารถดูแลผู้ป่วยได้ตามบริบทและขีดความสามารถที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด

ข้อเสนอแนะและการนำไปใช้

1. โรงพยาบาลอื่น ๆ หรือเขตสุขภาพต่าง ๆ สามารถใช้เป็นข้อมูลสำหรับการจัดการระบบการดูแลทารกแรกเกิดและระบบส่งต่ออย่างเหมาะสม ทั้งนี้สามารถพัฒนาสถาน

พยาบาลทุกระดับให้สามารถดูแลผู้ป่วยได้ตามบริบทและขีดความสามารถที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด

2. จากการศึกษาปัจจัยเสี่ยงของมารดาและทารกในการเข้ารับการรักษาในหออภิบาลทารกแรกเกิดในระยะวิกฤต (NICU) ของโรงพยาบาลหาดใหญ่ จังหวัดสงขลา ได้แก่ พบว่า เบาหวาน ภาวะครรภ์เป็นพิษ[21-23] ภาวะตัวเหลืองในทารกแรกเกิด ภาวะทารกน้ำหนักแรกเกิดน้อย[18] การติดเชื้อแบคทีเรียในทารกแรกเกิด คลอดก่อนกำหนด ภาวะหายใจเร็ว ชั่วคราวในทารกแรกเกิด ทารกแรกเกิดสำลักขี้เทา ทารกตัวเล็กกว่าอายุครรภ์ อาจจะประกันไม่ได้ว่าโรงพยาบาลที่ส่งตัวมามีปัญหา แต่สามารถลดความตระหนกของมารดาและโรงพยาบาลลูกข่ายได้

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. เนื่องจากการศึกษาครั้งนี้เป็นการเก็บข้อมูลจากแฟ้มบันทึกข้อมูลเวชระเบียน ทำให้ขาดรายละเอียดข้อมูลของตัวแปรบางตัวที่บางตัวอาจจะมีข้อมูลไม่ครบ เช่น อายุครรภ์ ดัชนีมวลกาย วิธีการคลอด เป็นต้น ดังนั้นหากจะศึกษาหรือวิจัยต่อไปควรบันทึกข้อมูลต่าง ๆ ให้ครบหรือให้ได้มากที่สุด เพื่อที่จะทำให้การวิเคราะห์มีความแม่นยำสูง

2. ควรศึกษาถึงระยะเวลานอนโรงพยาบาลกรณีของเด็กที่รับรักษาใน NICU[25] หรือโอกาสในการเสียชีวิตของทารกแรกคลอด เพิ่มเป็นอีกตัวแปรตามเพื่อได้ประเมินการรักษาเมื่อส่งตัวหรือไม่ส่งตัวมารักษาใน NICU[26,27]

การมีส่วนร่วมในการเขียนบทความ

นักวิจัยทุกคนมีส่วนร่วมในการทำวิจัย ตั้งแต่การเขียนโครงร่างการวิจัย การขอจริยธรรมการวิจัย การเก็บรวบรวมข้อมูล วิเคราะห์ข้อมูลสรุป ผลการวิจัย อภิปรายผลการวิจัยและการเขียนบทความวิจัย ได้ร่วมกันปรับปรุง ตรวจสอบความถูกต้องของตีพิมพ์ แก้ไขตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิ

การมีผลประโยชน์ทับซ้อน

ขอรับรองว่างานวิจัยนี้ไม่มีผลประโยชน์ทับซ้อนกับหน่วยงานหรือองค์กรใด

แหล่งทุนสนับสนุน

งานวิจัยนี้ได้รับทุนสนับสนุนจากการวิจัยเพื่อวิทยานิพนธ์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

กิตติกรรมประกาศ

การวิจัยในครั้งนี้สำเร็จลุล่วงไปได้ด้วยดีด้วยความช่วยเหลือจากหลายภาคส่วนด้วยกัน ขอขอบคุณผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่านที่กรุณาให้ข้อเสนอแนะและข้อคิดเห็นอันทรงคุณค่า ขอขอบคุณหน่วยเวชสถิติ สารสนเทศโรงพยาบาลหาดใหญ่ สำหรับข้อมูลการทำวิจัย และกองทุนการวิจัยเพื่อวิทยานิพนธ์บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

เอกสารอ้างอิง

1. Girum T, Wasie A. Correlates of maternal mortality in developing countries: An ecological study in 82 countries. Matern Health Neonatol Perinatol. 2017; 3: 19. doi: 10.1186/s40748-017-0059-8.
2. WHO, UNICEF, UNFPA, World Bank Group and the United Nations Population Division. Trends in maternal mortality: 2000 to 2017. Geneva: World Health Organization; 2019.
3. Strategy and Planning Division, Office of the Permanent Secretary Ministry of Public Health. Public Health Statistics A.D. 2022. Nonthaburi: Strategy and Planning Division; 2021. Thai.
4. Hanarsa W. Prevalence and risk factors of preterm birth in Bungkan Hospital. udhhosmj. 2022; 30(1): 35-44. Thai.
5. Kinpoon K, Chaiyarach S. The incidence and risk factors for preterm delivery in northeast Thailand. TJOG. 2021; 29(2): 100-11. doi: 10.14456/tjog.2021.13.
6. Chang YK, Tseng YT, Chen KT. The epidemiologic characteristics and associated risk factors of preterm birth from doi 2004 to 2013 in Taiwan. BMC Pregnancy Childbirth. 2020; 20(1): 201. doi: 10.1186/s12884-020-02903-1.
7. Leal MC, Esteves-Pereira AP, Nakamura-Pereira M, et al. Prevalence and risk factors related to preterm birth in Brazil. Reprod Health. 2016; 13(Suppl3): 127. doi: 10.1186/s12978-016-0230-0.
8. Alijahan R, Hazrati S, Mirzarahimi M, et al. Prevalence and risk factors associated with preterm birth in Ardabil, Iran. Iran J Reprod Med. 2014; 12(1): 47-56.
9. Al-Wassia H, Saber M. Admission of term infants to the neonatal intensive care unit in a Saudi tertiary teaching hospital: Cumulative incidence and risk factors. Ann Saudi Med. 2017; 37(6): 420-4. doi: 10.5144/0256-4947.2017.420.
10. Wondie WT, Zeleke KA, Wubneh CA. Incidence and predictors of mortality among low birth weight neonates in the first week of life admitted to the neonatal intensive care unit in Northwestern Ethiopia comprehensive specialized hospitals, 2022. Multi-center institution-based retrospective follow-up study. BMC Pediatr. 2023; 23(1): 489. doi: 10.1186/s12887-023-04319-0.
11. Kang SR, Cho H. Research trends of follow-up care after neonatal intensive care unit graduation for children born preterm: A scoping review. Int J Environ Res Public Health. 2021; 18(6): 3268. doi: 10.3390/ijerph18063268.

12. Goldstein RF, Malcolm WF. Care of the neonatal intensive care unit graduate after discharge. Pediatr Clin North Am. 2019; 66(2): 489-508. doi: 10.1016/j.pcl.2018.12.014.
13. Padua K, Robinson R, Ness A, et al. Moms in the NICU: developing a pilot to engage and empower women who have delivered a prematurely born infant. BMC Pregnancy Childbirth. 2023; 23(1): 432. doi: 10.1186/s12884-023-05738-8.
14. Menard MK, Kilpatrick S, Saade G, et al. Levels of maternal care. Am J Obstet Gynecol. 2015; 212(3): 259-71. doi: 10.1016/j.ajog.2014.12.030.
15. Houweling TAJ, van Klaveren D, Das S, et al. A prediction model for neonatal mortality in low-and middle-income countries: An analysis of data from population surveillance sites in India, Nepal and Bangladesh. Int J Epidemiol. 2019; 48(1): 186-98. doi: 10.1093/ije/dyy194.
16. Márquez-González H, Jiménez-Báez MV, Muñoz-Ramírez CM, et al. Development and validation of the Neonatal Mortality Score-9 Mexico to predict mortality in critically ill neonates. Arch Argent Pediatr. 2015; 113(3): 213-20. doi: 10.5546/aap.2015.eng.213.
17. Andrade C. Understanding relative risk, odds ratio, and related terms: As simple as it can get. J Clin Psychiatry. 2015; 76(07): e857-61. doi: 10.4088/JCP.15f10150.
18. Aeimcharnbanchong K. Incidence rate and associated factors of early onset sepsis among neonate born at ≥ 35 weeks' gestation in Thai tertiary hospital. Infect Drug Resist. 2023; 16: 4093-100. doi: 10.2147/IDR.S415590.
19. Quinn CE, Sivasubramaniam P, Blevins M, et al. Risk factors for neonatal intensive care unit admission in Amman, Jordan. East Mediterr Health J. 2016; 22(3): 163-74. doi: 10.26719/2016.22.3.163.
20. Cetinkaya SE, Okulu E, Soylemez F, et al. Perinatal risk factors and mode of delivery associated with mortality in very low birth weight infants. J Matern Fetal Neonatal Med. 2015; 28(11): 1318-23. doi: 10.3109/14767058.2014.953476.
21. Warunpitikul R, Aswakul O. The incidence of diabetes mellitus in pregnant women and its outcomes between pregnant women with diabetes mellitus and non-diabetes mellitus at Maharat Nakhon Ratchasima Hospital. TJOG. 2014; 4: 81-7.
22. Adugna DG. Prevalence and associated risk factors of preterm birth among neonates in referral hospitals of Amhara Region, Ethiopia. PLoS One. 2022; 17(10): e0276793. doi: 10.1371/journal.pone.0276793.
23. Carter MF, Xenakis E, Holden A, et al. Neonatal intensive care unit admissions and their associations with late preterm birth and maternal risk factors in a population-based study. J Matern Fetal Neonatal Med. 2012; 25(4): 343-5. doi: 10.3109/14767058.2011.576723.
24. Alkiaat A, Hutchinson M, Jacques A, et al. Evaluation of the frequency and obstetric risk factors associated with term neonatal admissions to special care units. Aust N Z J Obstet Gynaecol. 2013; 53(3): 277-82. doi: 10.1111/ajo.12070.
25. Fu M, Song W, Yu G, et al. Risk factors for length of NICU stay of newborns: A systematic review. Front Pediatr. 2023; 11: 1121406. doi: 10.3389/fped.2023.1121406.
26. Cavallin F, Bonasia T, Yimer DA, et al. Risk factors for mortality among neonates admitted to a special care unit in a low-resource setting. BMC Pregnancy Childbirth. 2020; 20(1): 722. doi: 10.1186/s12884-020-03429-2.
27. Woday TA, Mekuria NY, Aychiluhm SB. Neonatal mortality and its associated factors among neonates admitted at public hospitals, pastoral region, Ethiopia: A health facility based study. PLoS One. 2021; 16(3): e0242481. doi: 10.1371/journal.pone.0242481.

บทความวิจัย

ความคาดหวังของผู้ปกครองต่อการให้บริการของศูนย์ความเป็นเลิศในการพัฒนาเด็กปฐมวัยแห่งหนึ่ง

Parents' Expectations towards the Services of an Early Childhood Development Excellent Center

แก้วกาญจน์ เสือรัมย์[1] อัจฉริยา วงษ์อินทร์จันทร์[1*] จุฬาภรณ์ ตั้งภักดี[1] นันท์นริน ทีฆวิวรรธน์[1]
Kaewkarn Sueram[1] Atchariya Wonginchan[1*] Juraporn Tangpukdee[1] Nunnarin Teekaviwath[1]
นิภา อังศุภากร[1] ชลิดา ธนัฐธีรกุล[2] ภวรรณตรี พลเยี่ยม[3] ประกายแก้ว ศิริพูล[3]
Nipa Angsupakorn[1] Chalida Thanattheerakul[2] Phawantree Ponyiem[3] Prakaikaew Siripoon[3]
วินัดดา ทองปลิว[4] บุษบา สุวรรณศรี[4] สุปราณี ปัญญาดา[4]
Vinadda Thongpliw[4] Busaba Suwannasri[4] Supranee Phanyada[4]

[1]ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น จังหวัดขอนแก่น
[1]Assistant Professor, Faculty of Nursing, Khon Kaen University, Khon Kaen, Thailand.
[2]รองศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น จังหวัดขอนแก่น
[2]Associate Professor, Faculty of Nursing, Khon Kaen University, Khon Kaen, Thailand.
[3]อาจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น จังหวัดขอนแก่น
[3]Lecturer, Faculty of Nursing, Khon Kaen University, Khon Kaen, Thailand.
[4]นักวิชาการ ศูนย์ความเป็นเลิศในการพัฒนาเด็กปฐมวัย คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น จังหวัดขอนแก่น
[4]Academician, The Early Childhood Development Excellent Center, Faculty of Nursing, Khon Kaen University, Khon Kaen, Thailand.

*ผู้รับผิดชอบหลัก: watcha@kku.ac.th
*Corresponding author: watcha@kku.ac.th

Received 2 November 2023 • Revised 26 March 2024 • Accepted 11 April 2024

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์: *การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความคาดหวังและความสัมพันธ์ระหว่างคุณลักษณะทั่วไปกับความคาดหวังของผู้ปกครองต่อการให้บริการของศูนย์พัฒนาเด็กปฐมวัยความเป็นเลิศในการพัฒนาเด็กปฐมวัยแห่งหนึ่ง* ***วิธีการศึกษา:*** *เป็นการวิจัยเชิงพรรณนากลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ปกครอง จำนวน 83 คน ใช้แบบสอบถามเก็บข้อมูลส่วนบุคคล และความคาดหวังต่อการให้บริการของศูนย์ฯ มีค่าความสอดคล้องตรงตามวัตถุประสงค์ (IOC) ระหว่าง .67-1.00 และความเที่ยงค่าสัมประสิทธิ์ครอนบาคแอลฟาเท่ากับ .91 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการทดสอบหาค่าสหสัมพันธ์แบบพอยน์ไบซีเรียล* ***ผลการศึกษา:*** *พบว่า กลุ่มตัวอย่างเป็นเพศหญิงร้อยละ 73.50 อายุเฉลี่ย 37.60 ปี (SD = 6.16) ครอบครัวอยู่กันเป็นคู่ร้อยละ 98.80 มีลูกจำนวน 1 คนมากที่สุดร้อยละ 65.10 และระยะเวลาเข้ารับบริการเฉลี่ย 10 เดือน (MD = 5.05) ความคาดหวังโดยรวมมีคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับมากเท่ากับ 4.52 คะแนน และรายด้าน*

มีคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับมากเช่นกัน ได้แก่ ด้านคุณภาพของเด็กปฐมวัย การดูแลของบุคลากร และการบริหารจัดการสถานที่ เท่ากับ 4.60, 4.51 และ 4.42 คะแนน นอกจากนี้จำนวนลูกและระยะเวลาเข้ารับบริการมีความสัมพันธ์เชิงลบกับความคาดหวังอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (r_{pb} = -.307, p < .01 และ r_{pb} = -.187, p < .01) ตามลำดับ ***สรุป:*** *ผู้เกี่ยวข้องควรตระหนักถึงปัจจัยเหล่านี้เพื่อส่งเสริมให้ศูนย์พัฒนาเด็กปฐมวัยสามารถให้บริการตามความคาดหวังของผู้มารับบริการเพื่อการดูแลสุขภาพและพัฒนาการเด็กปฐมวัยให้มีความพร้อมต่อการเจริญเติบโตที่สมบูรณ์*

คำสำคัญ: การดูแลสุขภาพ; ความคาดหวังของผู้ปกครอง; เด็กปฐมวัย; ศูนย์ความเป็นเลิศในการพัฒนาเด็กปฐมวัย

Abstract

Objective: *To study the parents' expectations, the association of demographic characteristics and parents' expectations towards the services of an Early Childhood Development Excellent Center (ECDC).* ***Methods:*** *A descriptive study with a sample 83 parents. A questionnaire was used for collecting demographic characteristics, and parents' expectations on services. The questionnaire had an Index of item-objective congruence (IOC) of .67-1.00. The Cronbach's alpha reliability coefficient for overall expectations = .91. Data were analyzed by using descriptive statistics, frequency, percentage, mean, mean deviation, standard deviation, and point biserial correlation coefficient.* ***Results:*** *The study showed that the sample were mothers 73.50%, mean age was 37.60 years (SD = 6.16). They have one child 85.50%, married 98.80%, and the mean duration of service was ten months (MD = 5.05). Overall expectations had a high mean score of 4.52 points. Each aspect had the mean score at a high level as well, including the quality of early childhood, care of personnel, and location management were 4.60, 4.51 and 4.42, respectively. Also, number of children and duration of service had a statistically significant negatively associated with parents' expectations (r_{pb} = -.307, p < .01 and r_{pb} = -.187, p < .01), respectively.* ***Conclusion:*** *number of children and longer duration of service were associated with the parent's expectations. Therefore, those involved should be aware of these factors in order to encourage Early Childhood Development Centers to provide services that meet parents' expectations. This is to take care of the health and development of early childhood children so that they are ready for complete growth.*

Keywords: early childhood; parents' expectations; health care; Early Childhood Development Center

ความสำคัญของปัญหา

เด็กปฐมวัยคือเด็กที่มีอายุตั้งแต่แรกเกิดถึง 6 ปี[1] เป็นช่วงวัยที่กำลังเจริญเติบโตทั้งด้านร่างกายและจิตใจเป็นอย่างมาก มีความอยากรู้อยากเห็นอยู่ตลอดเวลา ดังนั้นการส่งเสริมพัฒนาการทั้งทางด้านร่างกาย อารมณ์ สังคม และสติปัญญาอย่างเหมาะสมตามช่วงวัยจึงมีความสำคัญ[2] แต่เนื่องจากเด็กยังไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้อย่างเต็มที่ จึงมีความจำเป็นอย่างมากที่ต้องได้รับการดูแลเอาใจใส่และได้รับการส่งเสริมพัฒนาการอย่างต่อเนื่อง ผู้ปกครองบางกลุ่มจึงให้การดูแลเอาใจใส่อย่างใกล้ชิดเพื่อการส่งเสริมพัฒนาการ[3] เพื่อให้เด็กเติบโตเป็นผู้ใหญ่ที่มีคุณภาพ มีความเป็นมนุษย์ที่สมบูรณ์ทั้งทางร่างกาย จิตใจ สติปัญญา ความรู้และคุณธรรม มีจริยธรรมและวัฒนธรรมในการดำรงชีวิต สามารถอยู่ร่วมกับผู้อื่นได้อย่างมีความสุข[4] ด้วยเหตุผลดังกล่าวผู้ปกครองบางส่วนที่ให้ความใส่ใจและมีความพร้อม จึงเลือกส่งลูกเข้ารับบริการในศูนย์พัฒนาเด็กปฐมวัยที่มีมาตรฐานสูงในการดูแลทั้งด้านสุขภาพและพัฒนาการ

ศูนย์การพัฒนาเด็กปฐมวัยมีหน้าที่ส่งเสริมให้บุคลากรหรือคุณครูพี่เลี้ยงทำบทบาทสำคัญที่ส่งผลต่อการจัดประสบการณ์การเรียนรู้และการเล่นของเด็กปฐมวัยตามมาตรฐานสถานพัฒนาเด็กปฐมวัยแห่งชาติ ซึ่งสอดคล้องกับมาตรฐานหลักสูตรการศึกษาปฐมวัยมีความมุ่งหมายใน

การพัฒนาให้เด็กปฐมวัยให้เป็นคนดี คนเก่ง มีความสุข มีพัฒนาการเหมาะสมตามวัย มีสุขภาพกายและจิตใจเข้มแข็งสมบูรณ์ มีลักษณะอันพึงประสงค์เป็นไปตามมาตรฐานหลักสูตรการศึกษาปฐมวัยพุทธศักราช 2560[5] และตามพระราชบัญญัติเด็กปฐมวัย พ.ศ. 2562[6] ที่เน้นการพัฒนาทักษะชีวิตและปฏิบัติตนตามหลักปรัชญาของเศรษฐกิจพอเพียง เป็นคนดี มีวินัยและสำนึกความเป็นไทย เนื่องจากการศึกษาของเด็กปฐมวัยเป็นรากฐานที่มีความจำเป็นอย่างยิ่งก่อนที่เด็กกลุ่มนี้จะเลื่อนไปศึกษาในระดับที่สูงขึ้น ซึ่งเป็นไปตามแผนพัฒนาการศึกษาแห่งชาติ ครั้งแรกฉบับที่ 7 จนมาถึงปัจจุบัน[7] ศูนย์พัฒนาเด็กปฐมวัยบางแห่งมีการดำเนินการส่งเสริมให้เด็กปฐมวัยมีพัฒนาการแบบองค์รวม ประกอบด้วย ด้านร่างกาย อารมณ์ สังคมและสติปัญญา ยกตัวอย่างกรณีศูนย์ความเป็นเลิศในการพัฒนาเด็กปฐมวัย คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น (The Early Childhood Development Excellent Center, Faculty of Nursing, Khon Kaen University: ECDC) ดูแลเด็กปฐมวัยในช่วงสถานการณ์โรคโควิด 19 ด้วยการใช้การจัดการรายกรณีเพื่อให้เกิดประสิทธิภาพในการประสานงานในการแก้ปัญหาร่วมกันกับบุคคลที่เกี่ยวข้อง เพื่อให้คุณภาพการดูแลเด็กปฐมวัยทั้งด้านสุขภาพและการเรียนการสอนได้รับการส่งเสริมได้อย่างเหมาะสมกับช่วงวัย[8]

ศูนย์พัฒนาเด็กปฐมวัยโดยทั่วไปจะมีการจัดการให้บริการสำหรับเด็กตั้งแต่แรกเกิด ถึง 5 ปี ส่วนใหญ่มีวัตถุประสงค์เพื่อส่งเสริมพัฒนาการอย่างเป็นองค์รวมให้เหมาะสมตามวัย ทั้งด้านร่างกาย อารมณ์และจิตใจ สังคมและสติปัญญา[9] กรณีศูนย์ความเป็นเลิศในการพัฒนาเด็กปฐมวัย คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่นมีชื่อเดิมคือศูนย์สาธิตการพัฒนาเด็ก ถือเป็นสถานที่ให้บริการในการดูแลเด็กและเตรียมความพร้อมของเด็กก่อนเข้าศึกษาในชั้นอนุบาลที่มีชื่อเสียงและได้รับความนิยมจากผู้ใช้บริการบริเวณใกล้เคียงอย่างมาก ซึ่งปัจจุบันมีโครงการขยายศูนย์ความเป็นเลิศฯ เพื่อรองรับการจัดสวัสดิการให้กับบุตรของบุคลากรมหาวิทยาลัยขอนแก่นและบุคคลภายนอกอย่างทั่วถึง การดำเนินการอยู่ภายใต้การดูแลของบุคลากรที่มีความเชี่ยวชาญทั้งด้านการส่งเสริมพัฒนาการและด้านสุขภาพ การจัดการศึกษาเป็นไปตามมาตรฐานสถานพัฒนาเด็กปฐมวัยแห่งชาติ พ.ศ. 2562 ศูนย์ความเป็นเลิศฯ ให้บริการรับเด็กเข้าเรียนตั้งแต่อายุ 1-4 ปี ข้อมูลประจำปีการศึกษา พ.ศ. 2564 เปิดให้บริการเด็กปฐมวัยเป็นจำนวนห้องเรียนทั้งหมด 10 ห้อง แบ่งออกเป็น 3 ระดับ ได้แก่ ระดับเด็กกลางช่วงอายุตั้งแต่ 1-2 ปี จำนวน 1 ห้องเรียน ระดับเด็กโตมีช่วงอายุ 2-3 ปี จำนวน 6 ห้องเรียน และระดับเด็กเตรียมมีช่วงอายุ 3-4 ปี จำนวน 3 ห้องเรียน รวมเด็กปฐมวัยในปัจจุบันที่อยู่ภายใต้การดูแลจำนวนทั้งหมด 253 คน[8] ซึ่งถือเป็นศูนย์พัฒนาเด็กปฐมวัยที่มีมาตรฐานการให้บริการอยู่ในเกณฑ์ดีที่ผู้ปกครองให้ความสนใจในการนำลูกเข้ามาขอรับบริการเป็นจำนวนมากกว่าที่ศูนย์เปิดรองรับการให้บริการ

เมื่อผู้ปกครองนำลูกเข้ามารับบริการในศูนย์ความเป็นเลิศในการพัฒนาเด็กปฐมวัยที่มีมาตรฐานสูงอยู่ในเกณฑ์ดีและมีค่าใช้จ่ายสูง ความคาดหวังของผู้ปกครองจึงมากขึ้น ทั้งนี้ความคาดหวังของบุคคลใดมีต่อสิ่งใดย่อมแสดงออกด้วยการพูดและเขียน ซึ่งขึ้นอยู่กับภูมิหลังทางสังคม ประสบการณ์และสภาพแวดล้อมของบุคคลนั้น ๆ สิ่งที่ปรากฏ ได้แก่ มีความคาดหวังในความพยายามต่อการกระทำ ความคาดหวังในการกระทำต่อผลลัพธ์ และความคาดหวังในคุณค่าของผลลัพธ์หรือรางวัล[10] ทั้งนี้ซึ่งผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นอาจได้หรือไม่ได้ตามความคาดหวังของบุคคลที่มีความสามารถและมีโอกาสกระทำสิ่งนั้น หากพิจารณาอย่างเป็นระบบความคาดหวังของผู้ปกครองต่อการให้บริการศูนย์ความเป็นเลิศในการพัฒนาเด็กปฐมวัย ผลลัพธ์โดยรวมที่ผู้ปกครองต้องการคือสุขภาพที่ดีของเด็กปฐมวัย[9] และมีการศึกษาที่ผ่านมาเกี่ยวกับการรับรู้พฤติกรรมไม่พึงประสงค์ในเด็กวัยก่อนเรียนและการแก้ของผู้ดูแลเด็กในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กแห่งหนึ่งในจังหวัดขอนแก่น ปี พ.ศ. 2558 พบว่าพ่อแม่หรือผู้ดูแลเด็กมากกว่าร้อยละ 90 ตรวจพบพฤติกรรมอันไม่พึงประสงค์ของเด็กปฐมวัย เช่น การปฏิเสธอาหาร การเลือกกิน การฉี่รดที่นอน การดูดนิ้ว และการเล่นอวัยวะเพศตนเอง สามารถแก้ปัญหาได้ในระดับปานกลางด้วยวิธีการให้ความร่วมมือระหว่างโรงเรียนกับที่บ้าน โดยการสื่อสารกันระหว่างผู้ปกครองกับครูพี่เลี้ยงช่วงเวลารับ-ส่ง สื่อสารผ่านสมุดบันทึกประจำวัน และจัดกิจกรรมประชุมผู้ปกครองเป็นระยะ ๆ[11] และมีการศึกษาติดตามผล 7 ปี เกี่ยวกับความคาดหวังของผู้ปกครองในการศึกษาของบุตรหลานในประเทศฟินแลนด์ โดยการประเมินสิ่งที่สอดคล้องในขณะนั้นเกี่ยวกับความคาดหวังของผู้ปกครอง เช่น ระดับชั้นเรียนของลูกและช่วงเวลาในการติดตามผลการเรียนของลูก พบว่า ภายหลังสิ้นปีการศึกษาที่ 7 ความสัมพันธ์ระหว่างความคาดหวังและการประเมินสิ่งที่สอดคล้องมีระดับความสัมพันธ์ที่มากขึ้นและมีความเหมือนกันมากขึ้นในกลุ่มผู้ปกครอง[12] ผลการศึกษาข้างต้นชี้ให้เห็นว่าเป็นปกติที่พ่อแม่หรือผู้ปกครองที่นำเด็กปฐมวัยเข้ามารับบริการในศูนย์ความเป็นเลิศในการพัฒนา

เด็กปฐมวัยที่มีระดับมาตรฐานที่ดี น่าจะมีความคาดหวังต่อการให้บริการที่มากตามไปด้วย[13]

มีการศึกษาสภาพปัจจุบันและความคาดหวังของผู้ปกครองต่อการจัดการศึกษาปฐมวัยในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กขององค์การปกครองส่วนท้องถิ่นในจังหวัดนครศรีธรรมราช พบว่าผู้ปกครองมีความคิดเห็นต่อสภาพปัจจุบันของการศึกษาปฐมวัยอยู่ในระดับมาก ส่วนปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความคาดหวังของการบริการในศูนย์พัฒนาเด็กปฐมวัย พบว่า เพศ อายุ และสถานภาพต่างกันของผู้ปกครอง มีความคาดหวังต่อการจัดการศึกษาปฐมวัยในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กไม่แตกต่างกัน แต่การศึกษาในจังหวัดอยุธยา พบว่า ผู้ปกครองที่มีอาชีพ รายได้ และระดับการศึกษาต่างกัน มีความคาดหวังต่อการจัดการศึกษาปฐมวัยในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กแตกต่างกัน[14,15] ทั้งนี้ปัจจัยที่ส่งผลต่อความคาดหวังของผู้ปกครองต่อการบริการของศูนย์ความเป็นเลิศในการพัฒนาเด็กปฐมวัยแห่งหนึ่งในจังหวัดขอนแก่น อาจมีบริบทที่แตกต่างกันเนื่องจากเป็นการให้บริการเฉพาะกลุ่มผู้ปกครองที่ต้องจ่ายค่าบริการเป็นประจำเดือนในราคาที่ค่อนข้างสูง ตามแนวคิดของการให้บริการในบางสถานที่บริการสามารถยกระดับมาตรฐานการบริการที่มีคุณภาพสูงขึ้นด้วยการปรับปรุงการให้บริการตามความคาดหวังและความพึงพอใจที่มากขึ้นของผู้รับบริการ[16] ดังนั้นทีมผู้วิจัยจึงเชื่อว่าหากทราบถึงความคาดหวังของกลุ่มผู้ปกครองต่อการให้บริการของศูนย์ความเป็นเลิศในการพัฒนาเด็กปฐมวัย อาจส่งผลต่อการให้บริการได้ตามเกณฑ์มาตรฐานสถานพัฒนาเด็กปฐมวัยแห่งชาติ ปี พ.ศ. 2562 ได้อย่างมีคุณภาพมากขึ้น ทั้งทางด้านการบริหารจัดการสถานที่ ด้านบุคลากรผู้ดูแล และด้านคุณภาพของเด็กปฐมวัย โดยเฉพาะกลุ่มผู้ปกครองที่มีจำนวนลูกน้อยคน ซึ่งปกติมีความต้องการได้รับการดูแลด้านจิตใจมาก และต้องการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจกับกระบวนการเรียนรู้และการดูแลสุขภาพของลูกมากขึ้น[17] ดังนั้นจึงมีความสำคัญที่จะศึกษาความคาดหวังของผู้ปกครองกลุ่มนี้ต่อการให้บริการของศูนย์ความเป็นเลิศในการพัฒนาเด็กปฐมวัยแห่งหนึ่ง

คำถามการวิจัย

1. ความคาดหวังของผู้ปกครองต่อการให้บริการของศูนย์ความเป็นเลิศในการพัฒนาเด็กปฐมวัยแห่งหนึ่ง ซึ่งประกอบด้วย การบริหารจัดการสถานที่ ด้านการดูแลของบุคลากร และด้านคุณภาพของเด็กปฐมวัย อยู่ในระดับใด

2. ปัจจัยคุณลักษณะของผู้ปกครองอะไรมีความสัมพันธ์กับความคาดหวังของผู้ปกครองต่อการให้บริการของศูนย์ความเป็นเลิศในการพัฒนาเด็กปฐมวัยแห่งหนึ่ง

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาความคาดหวังของผู้ปกครองต่อการให้บริการของศูนย์ความเป็นเลิศในการพัฒนาเด็กปฐมวัยแห่งหนึ่ง ซึ่งประกอบด้วย ด้านการบริหารจัดการสถานที่ ด้านการดูแลของบุคลากร และด้านคุณภาพของเด็กปฐมวัย

2. เพื่อศึกษาปัจจัยคุณลักษณะของผู้ปกครองที่มีความสัมพันธ์กับความคาดหวังของผู้ปกครองต่อการให้บริการของศูนย์ความเป็นเลิศในการพัฒนาเด็กปฐมวัยแห่งหนึ่ง

รูปแบบการศึกษา

กรอบแนวคิดการวิจัย

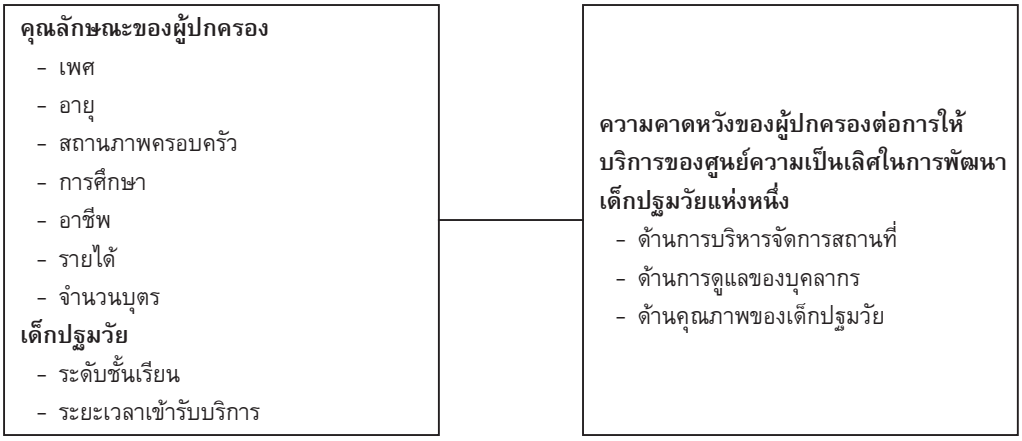
การวิจัยครั้งนี้ประกอบด้วยแนวคิดดังนี้

1. แนวคิดมาตรฐานสถานพัฒนาเด็กปฐมวัยแห่งชาติ พ.ศ. 2562 ประกอบด้วยมาตรฐาน 3 ด้าน ได้แก่ 1) ด้านการบริหารจัดการสถานพัฒนาเด็กปฐมวัย 2) ด้านการดูแลของบุคลากร และ 3) ด้านคุณภาพของเด็กปฐมวัย

2. แนวคิดความคาดหวังของวรูม หรือ expectation theory (VET theory) อธิบายได้ว่า บุคคลมีความคาดหวังต่อสิ่งหนึ่งสิ่งใดแล้วแสดงออกมาโดยการพูด การเขียน ซึ่งขึ้นอยู่กับภูมิหลังทางสังคม ประสบการณ์ และสภาพแวดล้อมของบุคคลนั้น ๆ ซึ่งผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นอาจได้หรือไม่ได้ตามความคาดหวังของบุคคลที่มีความสามารถและมีโอกาสกระทำสิ่งนั้น[10]

3. แนวคิดการศึกษาความสอดคล้องชั่วคราวของความคาดหวังของผู้ปกครอง ได้แก่ ระดับชั้นเรียนของลูก ช่วงเวลาในการติดตามผลการเรียนของลูก[12]

ดังนั้นกรอบแนวคิดความสัมพันธ์ระหว่างภูมิหลังทางสังคม หรือคุณลักษณะของกลุ่มผู้ปกครองที่มีลูกเข้ารับบริการที่ศูนย์ความเป็นเลิศในการพัฒนาเด็กปฐมวัยกับความคาดหวังของพวกเขา สามารถเขียนได้ดังภาพ 1



ภาพ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีการดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา (descriptive research) เพื่อศึกษาความคาดหวังของผู้ปกครองต่อบริการศูนย์ความเป็นเลิศในการพัฒนาเด็กปฐมวัยแห่งหนึ่ง และศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างข้อมูลภูมิหลังทางสังคม และบริบทที่เกี่ยวข้องของผู้ปกครองกับความคาดหวังต่อบริการศูนย์ความเป็นเลิศในการพัฒนาเด็กปฐมวัย

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร ได้แก่ ผู้ปกครองของเด็กที่มารับบริการที่ศูนย์ความเป็นเลิศในการพัฒนาเด็กปฐมวัย คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น ในปีการศึกษา 2564 จำนวน 10 ห้อง ทั้งหมด 258 คน

กลุ่มตัวอย่าง ได้มาโดยการใช้เทคนิคการสุ่มแบบแบ่งชั้นภูมิ (stratified random sampling) โดยการแบ่งเด็กเป็น 3 ระดับ คือ เด็กกลาง เด็กโต และเด็กเตรียม จากทั้งหมด 10 ห้อง แล้วทำการสุ่มตัวอย่างแบบปกติในสัดส่วนที่เท่ากันของแต่ละระดับเพื่อให้เป็นตัวแทนที่ครอบคลุมมากที่สุด จนครบตามกำหนดของขนาดกลุ่มตัวอย่าง และกำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่างตามตารางของ Krejcie and Morgan[18] ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 83 คน

จริยธรรมในการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น เลขที่ HE 642142 เมื่อวันที่ 3 สิงหาคม 2565 ผู้วิจัยทำหนังสือเพื่อขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูลไปถึงผู้อำนวยการศูนย์ความเป็นเลิศการพัฒนาเด็กปฐมวัย คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์และขออนุญาตเข้าเก็บข้อมูล และได้แจ้งรายละเอียดการพิทักษ์สิทธิ์ผู้ให้ข้อมูล ผู้วิจัยให้ความสำคัญกับประเด็นทางจริยธรรมในทุกขั้นตอนของการศึกษาโดยอธิบายวัตถุประสงค์ของการวิจัยแก่ผู้ให้ข้อมูลได้มีสิทธิตัดสินใจเข้าร่วมโครงการวิจัยหรือไม่ก็ได้โดยไม่มีผลกระทบใด ๆ ข้อมูลจะถูกเก็บเป็นความลับ การเผยแพร่ข้อมูลจะเผยแพร่ข้อมูลจะเผยแพร่เป็นภาพรวม และข้อมูลจากแบบสอบถามจะถูกทำลายหลังจากเสร็จสิ้นการวิจัยภายใน 2 ปี พร้อมเปิดโอกาสให้กลุ่มตัวอย่างได้ซักถามในประเด็นที่สงสัย สอบถามความสมัครใจในการเข้าร่วมโครงการวิจัย และผู้ให้ข้อมูลสามารถขอถอนตัวจากการเข้าร่วมโครงการได้ตลอดเวลาหากต้องการและไม่มีผลกระทบใด ๆ ต่อผู้ปกครองและลูกหลานที่ให้ข้อมูล

เครื่องมือวิจัย

เครื่องมือวิจัยเป็นแบบสอบถามประกอบด้วย 3 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลทั่วไปของผู้ปกครอง ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส การศึกษาสูงสุด จำนวนลูก อาชีพ รายได้เฉลี่ยต่อเดือนของครอบครัว ระดับชั้นปัจจุบันของเด็กในความดูแลท่านที่เข้ารับบริการในศูนย์ความเป็นเลิศฯ และระยะเวลาที่ลูกเข้ารับบริการที่ศูนย์ความเป็นเลิศฯ

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามความคาดหวังของผู้ปกครองต่อการให้บริการศูนย์ความเป็นเลิศในการพัฒนาเด็กปฐมวัย โดยผู้วิจัยสร้างขึ้นจากกรอบแนวคิดมาตรฐานสถานพัฒนาเด็กปฐมวัยแห่งชาติ พ.ศ. 2562 ประกอบด้วยมาตรฐาน 3 ด้าน คือ ด้านการบริหารจัดการสถานพัฒนาเด็กปฐมวัย ด้านการดูแลของบุคลากร และด้านคุณภาพของเด็กปฐมวัย แบ่งออกเป็นแบบสอบถามความคาดหวังของผู้ปกครองต่อบริการศูนย์ความเป็นเลิศในการพัฒนาเด็กปฐมวัยด้านการบริหารจัดการสถานพัฒนาเด็กปฐมวัย 26 ข้อ ด้านการดูแลของบุคลากร

20 ข้อ ด้านคุณภาพของเด็กปฐมวัย 31 ข้อ รวมทั้งหมด 77 ข้อ คะแนนเต็ม 385 คะแนน โดยมีเกณฑ์การให้คะแนนแบบสอบถามความคาดหวังระดับคะแนนความคิดเห็นแบ่งเป็น 5 ระดับ ได้แก่ เห็นด้วยมากที่สุดให้ 5 คะแนน และเห็นด้วยน้อยที่สุดให้ 1 คะแนน

การแปลผลคะแนนความคาดหวังด้วยค่าเฉลี่ยคะแนนความคาดหวังผู้ปกครองต่อการให้บริการศูนย์ความเป็นเลิศ โดยแบ่งคะแนนออกเป็น 3 ระดับ ด้วยการหาค่าพิสัย คือค่าสูงสุดลบด้วยค่าต่ำสุด แล้วหารด้วยจำนวน 3 ช่วง ให้ความหมายคือ น้อย ปานกลาง และมากตามลำดับ[19]

การแปลผลความคาดหวังในภาพรวมและความคาดหวังรายด้าน ดังนี้

ค่าเฉลี่ยคะแนนอยู่ในช่วง 1.00-2.33 หมายถึงมีความคาดหวังน้อย

ค่าเฉลี่ยคะแนนอยู่ในช่วง 2.34-3.67 หมายถึงมีความคาดหวังปานกลาง

ค่าเฉลี่ยคะแนนอยู่ในช่วง 3.68-5.00 หมายถึงมีความคาดหวังมาก

การตรวจสอบเครื่องมือวิจัย

แบบสอบถามทั้ง 2 ส่วนได้รับการตรวจสอบความตรงด้านเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน ประกอบด้วย อาจารย์พยาบาลภาควิชาการพยาบาลกุมารเวชศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ 1 ท่าน พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษในการดูแลเด็กจากสถาบันพัฒนาอนามัยเด็กแห่งชาติ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข 1 ท่าน และครูอนุบาลศึกษา สังกัดทบวงมหาวิทยาลัย 1 ท่าน นำมาหาค่าความสอดคล้องของวัตถุประสงค์และความตรงตามเนื้อหา (index of item objective congruence: IOC) มีค่าระหว่าง .67-1.00 หลังจากนั้นนำไปทดสอบหาความเที่ยงของเครื่องมือ โดยทดลองใช้กับกลุ่มผู้ปกครองที่มีสถานะภาพใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างในการวิจัยจำนวน 30 คน วิเคราะห์หาค่าสัมประสิทธิ์ครอนบาคแอลฟา ได้ค่าความเที่ยงของแบบสอบถามความคาดหวังรวมทั้งชุด เท่ากับ .91 และรายด้าน ได้แก่ ด้านการบริหารจัดการสถานพัฒนาเด็กปฐมวัย เท่ากับ .90 ด้านการดูแลของบุคลากร เท่ากับ .92 และด้านคุณภาพของเด็กปฐมวัย เท่ากับ .91 ซึ่งผ่านเกณฑ์เครื่องมือวิจัยสำหรับเก็บข้อมูลทางด้านสุขภาพ[20]

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยขออนุญาตนัดพบกลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้ปกครองของเด็กปฐมวัยขณะมารอรับลูกหลานที่ศูนย์ความเป็นเลิศในการพัฒนาเด็กปฐมวัย พร้อมแนะนำตัว ชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย ขอความร่วมมือในการตอบแบบสอบถาม และแจ้งรายละเอียดการพิทักษ์สิทธิ์ผู้ให้ข้อมูล หลังจากนั้นผู้วิจัยขอให้กลุ่มตัวอย่างลงนามในแบบยินยอมอาสาสมัคร ก่อนตอบแบบสอบถาม ณ บริเวณสนามรับรองผู้ปกครอง หน้าศูนย์ความเป็นเลิศในการพัฒนาเด็กปฐมวัย คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น เป็นระยะเวลาประมาณ 30-45 นาที หลังจากนั้นให้ส่งคืนแบบสอบถามแก่ทีมผู้วิจัยโดยตรง หรือสามารถนำไปหย่อนกล่องที่จัดเตรียมไว้ให้ที่บริเวณห้องโถงเอนกประสงค์ของอาคาร 3 และอาคาร 5 เพื่อให้เกิดความยืดหยุ่นกับผู้ปกครองในการเข้ารับลูกหลาน ผู้วิจัยทำการเก็บแบบสอบถามจากกล่องและตรวจสอบความสมบูรณ์ของข้อมูลเป็นประจำอย่างสม่ำเสมอเพื่อป้องกันข้อมูลสูญหาย หากมีข้อผิดพลาดหรือข้อมูลตกหล่นของรายใด จะดำเนินการขออนุญาตนัดพบอีกครั้งกับกลุ่มตัวอย่างรายนั้นเพื่อเก็บรายละเอียดข้อมูลให้ครบถ้วนสมบูรณ์อีกครั้งจนครบร้อยละ 100 ทีมผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลทุกวันเว้นวันหยุดราชการในช่วงเวลา 17.00-17.30 น. ระหว่างวันที่ 1-28 ธันวาคม พ.ศ. 2565

วิธีการวิเคราะห์ข้อมูล

ดำเนินการวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติดังนี้ 1) คุณลักษณะทั่วไปของผู้ปกครองที่มีลูกเข้ารับบริการ วิเคราะห์โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 2) หาความสัมพันธ์ระหว่างคุณลักษณะทั่วไปของผู้ปกครองกับความคาดหวังต่อศูนย์บริการในภาพรวมและรายด้านโดยการใช้โปรแกรม SPSS เลือกสถิติสหสัมพันธ์แบบพอยน์ไบซีเรียล (point biserial correlation) เนื่องจากเป็นการหาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรชนิดต่อเนื่อง (continuous variable) กับตัวแปรที่แบ่งออกเป็น 2 ลักษณะ (dichotomous variable) ช่วยให้สามารถดูระดับความสัมพันธ์ได้[21]

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไปเกี่ยวกับผู้ปกครอง พบว่า เป็นเพศหญิงมากที่สุดร้อยละ 73.50 มีอายุอยู่ในช่วงไม่เกิน 34 ปีมากที่สุดร้อยละ 37.30 อายุเฉลี่ยเท่ากับ 37.60 (SD = 6.16) สถานภาพครอบครัวอยู่กันเป็นคู่มากที่สุดร้อยละ 98.80 ระดับการศึกษาปริญญาตรีมากที่สุด ร้อยละ 56.60 ประกอบอาชีพค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัวมากที่สุดร้อยละ 37.40 มีรายได้ครอบครัวมากกว่า 60,000 บาทต่อเดือนมากที่สุดถึงร้อยละ 38.60 รายได้ครอบครัวเฉลี่ยต่อเดือนเท่ากับ 56,072.30 บาท (SD = 22444.39)

มีลูกจำนวน 1 คนมากที่สุดร้อยละ 65.10 ลูกเข้าเรียนระดับชั้นระดับเด็กโตและเด็กเตรียมมากที่สุดเท่ากันคือ ร้อยละ 47 และระยะเวลาเข้ารับบริการส่วนใหญ่น้อยกว่า 7 เดือน มากถึงร้อยละ 50.60 มีค่าพิสัยระหว่างคลอร์ไทล์ของระยะเวลาการเข้ารับบริการเท่ากับ 10.60 เดือน (MD = 5.05) ดังตาราง 1

ตาราง 1 คุณลักษณะทั่วไปของผู้ปกครองที่มีลูกเข้ารับบริการ (N = 83)

รายการ	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
หญิง	61	73.50
ชาย	22	26.50
ช่วงอายุ (M = 37.60, SD = 6.16)		
ไม่เกิน 34 ปี	31	37.30
35-39 ปี	27	32.50
40 ปีขึ้นไป	25	30.10
สถานภาพครอบครัว		
อยู่กันเป็นคู่	82	98.80
อื่น ๆ	1	1.20
ระดับการศึกษา		
ต่ำกว่าปริญญาตรี	7	8.40
ปริญญาตรี	47	56.60
สูงกว่าปริญญาตรี	29	35.00
อาชีพ		
ข้าราชการ/เจ้าหน้าที่รัฐ	19	22.90
ค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว	31	37.40
แม่บ้าน	29	34.90
อื่น ๆ	4	4.80
รายได้		
ไม่เกิน 40,000 บาท	25	30.12
40,001-60,000 บาท	26	31.33
มากกว่า 60,000 บาท	32	38.55
จำนวนลูก		
1 คน	54	65.10
2 คน	26	31.30
3 คนขึ้นไป	3	3.60
ระดับชั้นเรียนของลูก		
เด็กโต (อายุ 1-2 ปี)	5	6.00
เด็กกลาง (อายุ 2-3 ปี)	39	47.00
เด็กเตรียม (อายุ 3-4 ปี)	39	47.00
ระยะเวลาเข้ารับบริการ: (IQR = 10.6, MD = 5.99)		
น้อยกว่า 7 เดือน	42	50.50
7-12 เดือน	16	19.30
13-18 เดือน	16	19.30
19-24 เดือน	9	10.80

2. ความสัมพันธ์ระหว่างคุณลักษณะทั่วไปของผู้ปกครองที่มีลูกเข้ารับบริการกับความคาดหวังต่อการให้บริการของศูนย์ความเป็นเลิศในการพัฒนาเด็กปฐมวัยแห่งหนึ่ง พบว่า จำนวนลูก และระยะเวลาที่ลูกเข้ารับบริการมีความสัมพันธ์เชิงลบกับความคาดหวังของผู้ปกครองต่อต่อศูนย์ความเป็นเลิศฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (r_{pb} = -.307, p < .01 และ r_{pb} = -.187, p < .05) ตามลำดับ ดังตาราง 2

ตาราง 2 ความสัมพันธ์ระหว่างคุณลักษณะทั่วไปของผู้ปกครองกับความคาดหวังต่อศูนย์ความเป็นเลิศฯ (N = 83)

ปัจจัย	ความคาดหวังต่อศูนย์บริการ	
	r_{bp}	sig
เพศ	.012	.911
อายุ	.036	.617
สถานภาพครอบครัว	-.096	.185
ระดับการศึกษา	.059	.412
อาชีพ	-.062	.390
รายได้	.109	.133
จำนวนลูก	-.307	.001*
ระดับชั้นเรียนของลูก	-.100	.167
ระยะเวลาที่ลูกเข้ารับบริการ	-.187	.009*

หมายเหตุ *p < .01

3. จำนวนผู้ปกครองมีความคาดหวังต่อการให้บริการศูนย์ความเป็นเลิศฯ พบว่า ผู้ปกครองมีความคาดหวังต่อด้านการบริหารจัดการสถานพัฒนาเด็กปฐมวัยในระดับมาก (95.34-130 คะแนน) ร้อยละ 89.16 ด้านการดูแลของบุคลากรในระดับมาก (73.34-100 คะแนน) ร้อยละ 91.57 และด้านคุณภาพของเด็กปฐมวัยในระดับมาก (113.68-155 คะแนน) ร้อยละ 96.39 ตามตาราง 3 ดังนี้

ตาราง 3 จำนวนและร้อยละความคาดหวังผู้ปกครองต่อการให้บริการศูนย์ความเป็นเลิศฯ (N = 83)

รายการประเมิน	จำนวน	ร้อยละ
มาตรฐานด้านที่ 1: การบริหารจัดการสถานพัฒนาเด็กปฐมวัย		
ความคาดหวังน้อย (26.00-60.66 คะแนน)	0	0
ความคาดหวังปานกลาง (60.67-95.33 คะแนน)	9	10.84
ความคาดหวังมาก (95.34-130.00 คะแนน)	74	89.16
มาตรฐานด้านที่ 2: การดูแลของบุคลากร		
ความคาดหวังน้อย (20.00-46.66 คะแนน)	0	0
ความคาดหวังปานกลาง (46.67-73.33 คะแนน)	7	8.43
ความคาดหวังมาก (73.34-100.00 คะแนน)	76	91.57
มาตรฐานด้านที่ 3: คุณภาพของเด็กปฐมวัย		
ความคาดหวังน้อย (31.00-72.33 คะแนน)	0	0
ความคาดหวังปานกลาง (72.34-113.67 คะแนน)	3	3.61
ความคาดหวังมาก (113.68-155.00 คะแนน)	80	96.39

4. ค่าเฉลี่ยคะแนนความคาดหวังต่อบริการศูนย์ความเป็นเลิศฯในการดูแลสุขภาพเด็กปฐมวัยพบว่า ด้านการบริหารจัดการสถานพัฒนาเด็กปฐมวัยแปลผลระดับมาก คะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 4.42 (SD = .81) ด้านการดูแลบุคลากรแปลผลระดับมาก คะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 4.51 (SD = .61) คุณภาพของเด็กปฐมวัยแปลผลระดับมาก คะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 4.60 (SD = .56) และภาพรวมความคาดหวังของผู้ปกครองแปลผลระดับมาก คะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 4.52 (SD = .66) ดังตาราง 4 ดังนี้

ตาราง 4 ค่าเฉลี่ยคะแนนความคาดหวังผู้ปกครองต่อการให้บริการศูนย์ความเป็นเลิศฯ (N = 83)

รายการประเมิน	M	SD	ระดับความคาดหวัง
มาตรฐานด้านที่ 1: การบริหารจัดการสถานพัฒนาเด็กปฐมวัย			
1. บริหารจัดการสถานพัฒนาเด็กปฐมวัยอย่างเป็นระบบ	4.57	1.41	มาก
2. การบริหารจัดการบุคลากรทุกประเภทของหน่วยงานทุกสังกัด	4.45	.67	มาก
3. การบริหารจัดการสภาพแวดล้อมเพื่อความปลอดภัย	4.38	.67	มาก
4. การจัดการเพื่อส่งเสริมสุขภาพและการเรียนรู้	4.48	.66	มาก
5. การส่งเสริมการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชน	4.24	.77	มาก
รวม ด้านการบริหารจัดการสถานพัฒนาเด็กปฐมวัย	4.42	.81	มาก
มาตรฐานด้านที่ 2: ครู/ผู้ดูแลเด็ก และให้การดูแล จัดประสบการณ์การเรียนรู้และการเล่นเพื่อพัฒนาเด็กปฐมวัย			
1. การดูแลและพัฒนาเด็กอย่างรอบด้าน	4.45	.63	มาก
2. การส่งเสริมพัฒนาการด้านร่างกายและดูแลสุขภาพ	4.52	.62	มาก
3. การส่งเสริมพัฒนาการด้านสติปัญญา ภาษาและการสื่อสาร	4.57	.60	มาก
4. การส่งเสริมพัฒนาการด้านอารมณ์ จิตใจ-สังคม ปลูกฝังคุณธรรมและความเป็นพลเมืองดี	4.57	.60	มาก
5. การส่งเสริมเด็กในระยะเปลี่ยนผ่านให้ปรับตัวสู่การเชื่อมต่อในขั้นถัดไป	4.43	.68	มาก
รวม ด้านการดูแลของบุคลากร	4.51	.61	มาก
มาตรฐานด้านที่ 3: คุณภาพของเด็กปฐมวัย			
1. เด็กมีการเจริญเติบโตสมวัย	4.55	.57	มาก
2. เด็กมีมีสุขนิสัยที่เหมาะสม	4.64	.53	มาก
3. เด็กมีพัฒนาการด้านการเคลื่อนไหว	4.64	.55	มาก
4. เด็กมีพัฒนาการด้านอารมณ์ จิตใจ	4.64	.55	มาก
5. เด็กมีพัฒนาการด้านสติปัญญา เรียนรู้และสร้างสรรค์	4.45	.67	มาก
6. เด็กมีพัฒนาการด้านภาษาและการสื่อสาร	4.67	.58	มาก
7. เด็กมีพัฒนาการด้านสังคม คุณธรรม มีวินัยและความเป็นพลเมืองดี	4.60	.54	มาก
รวม ด้านคุณภาพของเด็กปฐมวัย	4.60	.56	มาก
รวมทั้งหมด	4.52	.66	มาก

การอภิปรายผลการวิจัย

ผลการศึกษาพบว่าผู้ปกครองเป็นเพศหญิงร้อยละ 73.50 มีอายุโดยเฉลี่ยเท่ากับ 37.60 ปี (SD = 6.16) มีรายได้ครอบครัวเฉลี่ยต่อเดือนเท่ากับ 56,072.3 บาท (SD = 22444.39) เป็นผู้ปกครองที่มีลูกจำนวน 1 คน มากถึงร้อยละ 65.10 ซึ่งลูกส่วนใหญ่อยู่ระดับชั้นเด็กกลางหรือเด็กเตรียม (อายุ 2-4 ปี) ร้อยละ 94 มีระดับความคาดหวังต่อการให้บริการของศูนย์ความเป็นเลิศในการพัฒนาเด็กปฐมวัยแห่งหนึ่งอยู่ในระดับมาก สามารถอภิปรายผลได้ว่า แนวโน้มที่มารดาน่าจะตั้งครรภ์แรกและครรภ์เดียวขณะอายุ 34-35 ปี ซึ่งเป็นกลุ่มที่มีรายได้และระดับการศึกษาสูง จะค่อนข้างเตรียมตัวและใส่ใจรายละเอียดเกี่ยวกับการเลี้ยงดูลูกก่อนที่จะตั้งครรภ์ ดังนั้นผู้ปกครองกลุ่มนี้น่าจะมีความคาดหวังสูงต่อการได้รับการให้ลูกเข้ารับบริการที่ศูนย์พัฒนาเด็กปฐมวัยทั้งด้านการดูแลสุขภาพและการส่งเสริมพัฒนาการ สอดคล้องกับแนวคิดความคาดหวังต่อบทบาทของความเป็นพ่อแม่และคุณภาพของเด็ก ซึ่งเป็นเหตุผลทำให้หลายคนมีความรู้สึกวิตกกังวลต่อบทบาทความเป็นพ่อแม่และเมื่อพร้อมอาจเลยเวลาของวัยเจริญพันธุ์หรือมีลูกตอนอายุมาก ความคาดหวังที่เหมาะสมบนความสุขที่รู้สึกผ่อนคลาย การเป็นผู้ปกครองที่มีคุณภาพเหมาะสมในเชิงอายุคือ วัยผู้ใหญ่ตอนต้น (อายุระหว่าง 21-40 ปี) และเชิงการศึกษาควรจบการศึกษาระดับปริญญาตรี[22] ซึ่งปัจจุบันกลุ่มผู้ปกครองของเด็กปฐมวัยที่มีช่วงอายุมากจะมีความคาดหวังเกี่ยวกับการดูแลลูกโดยเน้นการให้ "คุณค่า" มากกว่ามองว่าเป็น "ภาระ" และจากที่เคยมองว่าการดูแลลูกคือ "ต้นทุน" เปลี่ยนมุมมองเป็น "กำไรของชีวิต"[23]

ผู้ปกครองมีความคาดหวังต่อการให้บริการศูนย์ความเป็นเลิศฯ ภาพรวมอยู่ในระดับมาก (M = 4.52, SD = .66)

และในแต่ละด้านใกล้เคียงกัน เรียงลำดับจากมากไปน้อย ได้แก่ ด้านคุณภาพของเด็กปฐมวัย ด้านการดูแลของบุคลากร และด้านการบริหารจัดการสถานพัฒนาเด็กปฐมวัย ตามลำดับ โดยทุกด้านมีค่าเฉลี่ยคะแนนความคาดหวังเรียงลำดับจากมากไปน้อย ได้แก่ ด้านคุณภาพของเด็กปฐมวัย (M = 4.60, SD = .56) ด้านการดูแลของบุคลากร (M = 4.51, SD = .61) และด้านการบริหารจัดการสถานพัฒนาเด็กปฐมวัย (M = 4.42, SD = .81) ตามลำดับ ความคาดของผู้ปกครองต่อด้านคุณภาพของเด็กปฐมวัยสูงที่สุด อาจเนื่องจากผู้ปกครองส่วนใหญ่มีระดับการศึกษาตั้งแต่ปริญญาตรีขึ้นไปร้อยละ 91.60 และรายได้ของครอบครัวเฉลี่ยมากกว่า 40,000 บาทต่อเดือน มีมากถึงร้อยละ 69.60 สอดคล้องกับผลการศึกษาความคาดหวังของผู้ปกครองต่อการบริหารการศึกษาระดับปฐมวัยของโรงเรียนเอกชนแห่งหนึ่ง พบว่า ระดับการศึกษาและรายได้ของผู้ปกครองมีความแตกต่างต่อความคาดหวังการบริหารการศึกษาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) โดยที่ความคาดหวังด้านคุณภาพของเด็กปฐมวัยและด้านการดูแลของบุคลากรจะมีมากกว่าด้านด้านการบริหารจัดการสถานที่[24] ทั้งนี้ความคาดหวังในด้านคุณภาพของเด็กปฐมวัย เช่น มีความสำคัญทางการเรียนรู้ทางวิชาการ กิจกรรมเพิ่มเติมนอกหลักสูตร เป็นต้น ความคาดหวังด้านการดูแลของบุคลากร เช่น ความใส่ใจของผู้ดูแลเด็ก การให้การดูแล การจัดประสบการณ์การเรียนรู้และการเล่นเพื่อพัฒนาเด็กปฐมวัย เป็นต้น และด้านการบริหารจัดการสถานพัฒนาเด็กปฐมวัย เช่น งานด้านอาคารสถานที่ การจัดสภาพแวดล้อม เป็นต้น สอดคล้องกับการศึกษาความคาดหวังของผู้ปกครองที่มีต่อการจัดการศึกษาของโรงเรียนสะเดา จังหวัดสงขลา พบว่า ในภาพรวมอยู่ในระดับมาก (M = 4.28, SD = .69) และรายด้านอยู่ในระดับมาก ซึ่งด้านที่ผู้ปกครองคาดหวังมากที่สุด ได้แก่ ด้านงานการดูแลนักเรียน (M = 4.35, SD = .66) ด้านกิจกรรมนอกหลักสูตร (M = 4.32, SD = .68) ด้านงานวิชาการ (M = 4.24, SD = .70) และด้านงานอาคารและสถานที่ (M = 4.21, SD = .71) ตามลำดับ[25] จากข้างต้นชี้ให้เห็นว่าความคาดหวังของผู้ปกครองต่อการให้บริการของศูนย์พัฒนาเด็กปฐมวัย ด้านครูผู้สอนหรือคุณภาพของบุคลากรมีความสำคัญเป็นลำดับต้น รองลงมาเป็นการจัดประสบการณ์การเรียนรู้ การเตรียมสื่อการเรียนการสอน หรือคือการเน้นคุณภาพของเด็กปฐมวัย เพื่อเป้าหมายสร้างพื้นฐานที่ดีในการส่งเสริมสุขภาพองค์รวมของเด็กปฐมวัยที่กำลังเข้าสู่วัยเรียนให้มีความเข้มแข็งทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และสติปัญญาที่สมบูรณ์มากขึ้น[4,26]

ความสัมพันธ์ระหว่างคุณลักษณะทั่วไปของผู้ปกครองที่มีลูกเข้ารับบริการกับความคาดหวังต่อการให้บริการของศูนย์ความเป็นเลิศในการพัฒนาเด็กปฐมวัยแห่งหนึ่ง พบว่า 1) จำนวนลูกมีความสัมพันธ์เชิงลบกับความคาดหวังของผู้ปกครองต่อศูนย์ความเป็นเลิศในการดูแลสุขภาพและพัฒนาการอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r_{pb} = -.307$, $p < .01$) อธิบายได้ว่า ผู้ปกครองที่มีจำนวนลูกน้อยคนจะมีความคาดหวังสูง ขณะที่ผู้ปกครองที่มีจำนวนลูกมากขึ้นความคาดหวังจะน้อยลง สอดคล้องกับผลการศึกษาเกี่ยวกับมุมมองของผู้ปกครองในการดูแลปัญหาสุขภาพเด็กวัยเรียนที่เข้าถึงสื่อออนไลน์ พบว่า พ่อแม่ที่มีลูก 1 คน มากถึงร้อยละ 91.67 จะให้ความสำคัญในการดูแลและป้องกันปัญหาสุขภาพมากกว่า เนื่องจากหากเกิดผลกระทบต่อปัญหาสุขภาพเด็กวัยเรียนในด้านหนึ่งแล้วมีโอกาสสูงที่จะส่งผลต่อปัญหาสุขภาพด้านอื่นตามมา[27] ซึ่งผู้ปกครองที่มีลูกจำนวนน้อยคนหรือมีลูกค่อนข้างยากจะมีความวิตกกังวล มีผลกระทบต่อสุขภาพจิต บางคนมีความรู้สึกอ่อนไหวง่าย[28] และ 2) ระยะเวลาเข้ารับบริการมีความสัมพันธ์เชิงลบกับความคาดหวังของผู้ปกครองต่อศูนย์ความเป็นเลิศในการดูแลสุขภาพและพัฒนาการอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r_{pb} = -.187$, $p < .01$) อธิบายได้ว่า ผู้ปกครองที่มีช่วงเวลาให้ลูกเข้ารับบริการเป็นระยะเวลายาวกว่า จะเป็นเด็กปฐมวัยที่ใช้เวลาน้อยในการทำความคุ้นเคยกับกิจกรรมการดูแลจากบุคลากรและให้มีพัฒนาการที่ดีขึ้น ส่งผลให้ผู้ปกครองมีความคาดหวังมากกว่า ขณะผู้ปกครองที่มีช่วงเวลาให้ลูกเข้ารับบริการเป็นระยะเวลาสั้นกว่า จะเป็นเด็กปฐมวัยที่ใช้เวลามากในการทำความคุ้นเคยกับกิจกรรมการดูแลจากบุคลากรและให้มีพัฒนาการที่ดีขึ้น ส่งผลให้ผู้ปกครองมีความคาดหวังน้อยกว่า สอดคล้องกับการศึกษาสถานการณ์พัฒนาการเด็กปฐมวัยไทย กรณีศึกษาศูนย์อนามัยที่ 5 พ.ศ. 2564 พบว่า การที่เด็กปฐมวัยจะมีพัฒนาการที่เร็วหรือช้า ปัจจัยที่มีอิทธิพลมากที่สุดคือ ปัจจัยด้านมารดา ได้แก่ การให้กินนมแม่ การเล่านิทานหรืออ่านหนังสือให้ฟัง และการมีเวลาเอาใจใส่มาก พบว่าส่วนมากเป็นกลุ่มผู้ปกครองที่มีลูกคนแรกหรือเป็นลูกคนเดียว[29] ซึ่งหมายถึงผู้ปกครองกลุ่มนี้จะมีความอ่อนไหว ความใส่ใจ และความคาดหวังสูงต่อผลลัพธ์ในการดูแลลูก[30]

ข้อจำกัดของการศึกษา

1. การศึกษาอยู่ในช่วงของมาตรการรักษาระยะห่างทางสังคมจากการแพร่ระบาดของโรคโควิด 19 ผู้ปกครองบางคนมีข้อจำกัดในการนำเด็กปฐมวัยมาเข้ารับบริการซึ่งไม่

ได้ปฏิบัติอย่างต่อเนื่อง อาจส่งผลต่อการตอบแบบสอบถามและผลการวิจัยที่ไม่เป็นปกติ ผลการศึกษาที่ได้อาจมีข้อจำกัดในการนำไปใช้ในสถานการณ์อื่น

2. ผลการศึกษานี้ เป็นเพียงความคาดหวังของผู้ปกครองต่อการให้บริการของศูนย์ความเป็นเลิศในการพัฒนาเด็กปฐมวัยเท่านั้น ผลการวิจัยอาจไม่ได้ครอบคลุมไปยังความคาดหวังของผู้ปกครองที่เข้ารับบริการที่ศูนย์พัฒนาเด็กปฐมวัยแห่งอื่น ๆ ซึ่งมีสภาพแวดล้อมที่แตกต่างกัน

สรุป

ความคาดหวังของผู้ปกครองทั้งภาพรวมและรายด้านอยู่ในระดับมาก ผู้ปกครองมีความคาดหวังด้านคุณภาพของเด็กปฐมวัยสูงสุด ปัจจัยคุณลักษณะทั่วไปของผู้ปกครองมีความสัมพันธ์กับความคาดหวังต่อการให้บริการของศูนย์ความเป็นเลิศในการพัฒนาเด็กปฐมวัย ได้แก่ จำนวนลูก และระยะเวลาที่ลูกเข้ารับบริการ

ข้อเสนอแนะและการนำไปใช้

1. จากผลการศึกษาที่ได้ความคาดหวังของผู้ปกครองต่อการให้บริการของศูนย์ความเป็นเลิศในการพัฒนาเด็กปฐมวัยมีคะแนนเฉลี่ยระดับมาก โดยเฉพาะด้านคุณภาพของเด็กปฐมวัยมีคะแนนเฉลี่ยสูงสุด ดังนั้นการให้บริการของศูนย์พัฒนาเด็กปฐมวัยทั่วไปควรนำความคาดหวังของผู้ปกครองมาเป็นส่วนหนึ่งในการพิจารณาวางแผนการให้บริการเพื่อพัฒนาคุณภาพการบริการทั้งด้านการดูแลสุขภาพและพัฒนาการให้ดียิ่งขึ้น

2. ควรศึกษาการได้รับบริการของผู้ปกครองในการดูแลสุขภาพเด็กปฐมวัยในศูนย์พัฒนาเด็กปฐมวัย หรือเปรียบเทียบความคาดหวังกับการได้รับบริการจริงเพื่อนำผลไปใช้งานต่อไป

3. ควรศึกษาปัจจัยคุณลักษณะทั่วไปของผู้ปกครองที่มีอิทธิพลต่อความคาดหวังในการรับบริการของศูนย์ความเป็นเลิศในการพัฒนาเด็กปฐมวัย

4. ผลวิจัยที่ได้ สามารถนำไปใช้ในการพิจารณาการให้บริการของศูนย์พัฒนาเด็กปฐมวัยทั่วไป เพื่อปรับปรุงการดูแลสุขภาพและส่งเสริมพัฒนาการของเด็กให้ตรงตามความคาดหวังของผู้ปกครอง

การมีส่วนร่วมในการเขียนบทความ

ผู้วิจัยตามรายชื่อทุกคนมีส่วนร่วมในการช่วยกันทำหน้าที่ในแต่ละขั้นตอน เริ่มตั้งแต่พัฒนาหัวข้อ ทบทวนวรรณกรรม ติดต่อประสานงาน เก็บข้อมูล วิเคราะห์ข้อมูล และเขียนบทความวิชาการรวมทั้งแก้ไขให้สามารถตีพิมพ์ได้

การมีผลประโยชน์ทับซ้อน

ไม่มีผลประโยชน์ทับซ้อนกับบุคคลหรือกับหน่วยงานอื่นใด

แหล่งทุนสนับสนุน

งานวิจัยนี้ได้รับการสนับทุนวิจัยจากคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น ตามหนังสือสัญญารับเงินกองทุนวิจัย นวัตกรรม และบริการวิชาการ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2565 ลงวันที่ 2 เดือนสิงหาคม พ.ศ. 2565

กิตติกรรมประกาศ

คณะผู้วิจัยขอขอบพระคุณผู้ปกครองของเด็กที่ที่มารับบริการที่ศูนย์ความเป็นเลิศในการพัฒนาเด็กปฐมวัย คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น ประจำปีการศึกษา 2564 สำหรับความร่วมมือในการเข้าร่วมโครงการให้ข้อมูลเพื่อการวิจัย และขอขอบพระคุณผู้บริหาร คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่นที่ให้การสนับสนุนทุนในการศึกษาวิจัยในครั้งนี้

เอกสารอ้างอิง

1. Ministry of Education. Early childhood care and education [Internet]. Bangkok: Office of the Education Council; 2013 [cited 2023 May 1]. Available from: http://backoffice.onec.go.th/uploads/Book/1233-file.pdf
2. Booncherdchu SL. Learning experience management for enhancing citizenship in early childhood. CUEDUJ. 2017; 45(2): 254-67. Thai.
3. Villarejo-Rodríguez MG, Rodríguez-Martín B. A qualitative study of parents' conceptualizations on fever in children aged 0 to 12 years. Int J Environ Res Public Health. 2019; 16(16): 1-11. doi: 10.3390/ijerph16162959.
4. Wonginchan A, Tangpukdee J, Wonginchan S, et al. Association of online media use and holistic health problems of school-aged children in Thailand 4.0 era. Songklanagarind J Nurs. 2022; 42(1): 61-72. Thai.
5. Office of the Education Council. Early childhood development policies and strategies (0-5 years) long-term period 2007-2016 [Internet]. Bangkok: Ministry of Education. 2007 [cited 2023 Apr 11]. Available from: http://www.onec.go.th/th.php/page/category/CAT0001078
6. Ministry of Education. Early childhood development Act 2019 [Internet]. Bangkok: Ministry of Education. 2019 [cited 2024 Mar 18]. Available from: https://www.moe.go.th/backend/wp-content/uploads/2020/10/1
7. Office of the National Education Commission. Educational standards for external quality assessment basic education. Bangkok: Office of the Education Council; 2002. Thai.
8. Wonginchan A, Thongpluew V. Case management to prevent COVID-19 in pre-school children: Case study of The Early

Childhood Development Excellent Center, Faculty of Nursing, Khon Kaen University. Journal of Nursing Science & Health. 2022; 45(2): 6-19. Thai.

9. Wonginchan A, Tangpukdee J, Phongam P, et al. System concept: How to prevent choosy eating (picky eating) in early childhood children. Journal of Nursing Science & Health. 2021; 44(3): 84-97. Thai.
10. Vroom V, Porter L, Lawler E. Expectancy theories. In: Miner JB, editor. Organizational behavior I: Essential theories of motivation and leadership. 1 st ed. New York: Routledge; 2005. doi: 10.4324/9781315702018.
11. Sueram K, Wonginchan A, Mackawan C. Perceptions of undesirable behaviors and the strategies which the caregivers used for dealing with undesirable behaviors among preschoolers in a Child Development Center in Khon Kaen. Journal of Nursing Science & Health. 2015; 38(4): 68-80. Thai.
12. Räty H, Kasanen K. A seven-year follow-up study on parents' expectations of their children's further education. Journal of Applied Social Psychology. 2010; 40(11): 2711-35.
13. Sundaur AH, Rustina Y. The correlation between caregivers' characteristics and emotional development of pre-school children in Depok, Indonesia. Compr Child Adolesc Nurs. 2019; 42(Suppl 1): 245-51. doi: 10.1080/24694193.2019.1594456.
14. Kamngern B. The current conditions and expectations of parents towards early childhood education management of Child Care Centers under Bang Sai Local Administration Organization, Bang Sai District, Phranakhon Si Ayutthaya Province. ARU Research Journal. 2015; 2(2): 1-8. Thai.
15. Upala P, Jutiphon A, Chanchum S. Parents' expectation on administration standard of Child Development Center in Nopphitam Administration Organizations Nakhon Si Thammarat Province. Narkbhut NSTRU. 2017; 9(1): 65-74. Thai.
16. Parasuraman AP, Zeithaml VA, Berry LL. A conceptual model of service quality and its implications for future research. Journal of Marketing. 1985; 49: 41-50. doi: 10.2307/1251430.
17. Ying L-Y, Wu LH, Loke AY. The experience of Chinese couples undergoing in vitro fertilization treatment: Perception of the treatment process and partner support. PLoS One. 2015; 10(10): e0139691. doi: 10.1371/journal.pone.0139691.
18. Krejcie RV, Morgan DW. Determining sample size for research activities. Eucational and Phychological Measurement 1970; 30(3): 607-10. doi: 10.1177/001316447003000308.
19. McDonald A, Holttum S, Drey NSJ. Primary-school-based art therapy: Exploratory study of changes in children's social, emotional and mental health. Int J Art Ther Inscape. 2019; 24(3): 125-38. doi: 10.1080/17454832.2019.1634115.
20. Wonginchan A, Tangpukdee J, Wonginchan S, et al. Development of an instrument for measuring health problem levels of school-aged children who have access to online media in the Thailand 4.0: IMHP-SaC. Journal of Nursing Science & Health. 2022; 45(1): 99-111. Thai.
21. Angsuchoti S, Vijitwannna S, Pinyopanuwat R. Analysis statistics for social and behavior science: Techniqe for LISREL program. Bangkok: Charoendi Mankhong Kanphim. 2014. Thai.
22. Benjaponpitak A. Few Thai children are born: Trend of having children late. [Internet]. Bangkok: ThaiHealth Official; 2022 [cited 2024 Feb 1]. Available from: https://www.thaihealth.or.th/?p=233694
23. Phuangprayong K. Major concept and theory in the study of fertility and desire for children in the era of low fertility: Essence and synthesis. JSSH. 2019; 45(1): 77-118. Thai.
24. Buathippawan P. The expectation of parent on the educational administration of private kinderkarten schools under Prathumthani Primary Educational Service Office Area 2 [master's thesis]. [Pathum Thani]. Rangsit University; 2013. 168 p. Thai.
25. Bunthep R. Parents' expectation of educational management of Sadao Khanchaikamplanon Anusorn School, Sadao District, Songkhla Province. [master's thesis]. [Songkhla]: Hatyai University. 78 p. 2018. Thai.
26. Hilário JS, Henrique NC, Santos JS, et al. Child development and home visits in early childhood: Concept map. Acta Paul Enferm. 2022; 35: eAPE003652.
27. Wonginchan A, Tangpukdee J, Wonginchan S, et al. Health problems of school-aged children that access to online media: The perspective of working-age parents in Thailand 4.0 Era. Nursing J. 2021; 48(4): 187-201. Thai.
28. Miadthaisong O, Roomruangwong C, Rungruxsirivorn T. Self-esteem and associated factors among Thai female patients at Infertility Clinic, King Chulalongkorn Memorial Hospital. Chula Med J. 2016; 60(4): 413-24. Thai.
29. Phongphetdit B, Authawee B. Early childhood development in Thailand in 2021: Public Health Region 5. NJPH. 2023; 33(1): 103-17. Thai.
30. Pangzup S, Ratinthorn A, Kasak R, et al. The Experience of Women with Infertility: A Synthesis of Qualitative Study. NURS SCI J THAIL. 2021; 39(3): 1-16. Thai.

บทความวิชาการ

มารดาหลังคลอดที่มีภาวะคัดตึงน้ำนม: การป้องกันและการดูแล
Postpartum Mothers with Breast Engorgement: Prevention and Caring

นพรัตน์ ธาระณะ[1] เยาวเรศ สมทรัพย์[2]*
Nopparat Tharana[1] Yaowares Somsap[2]*

[1]ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์แมคคอร์มิค มหาวิทยาลัยพายัพ จังหวัดเชียงใหม่
[1]Assistant Professor, McCormick Faculty of Nursing, Payap University, Chiang Mai, Thailand.
[2]รองศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์แมคคอร์มิค มหาวิทยาลัยพายัพ จังหวัดเชียงใหม่
[2]Associate Professor, McCormick Faculty of Nursing, Payap University, Chiang Mai, Thailand.

**ผู้รับผิดชอบหลัก: ysomsap@gmail.com*
**Corresponding author: ysomsap@gmail.com*
Received 25 January 2024 • Revised 13 March 2024 • Accepted 22 March 2024

บทคัดย่อ

บทนำ: *ภาวะคัดตึงเต้านม (breast engorgement) เกิดขึ้นเมื่อมารดามีการสร้างและหลั่งน้ำนม โดยการสร้างมีปริมาณมากกว่าที่หลั่งออกมา ภาวะคัดตึงเต้านมเกิดขึ้นได้ตลอดระยะเวลาของการให้นมแม่ ส่งผลให้มารดารู้สึกไม่สุขสบาย จนอาจเป็นสาเหตุให้มารดาหยุดเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ และให้นมผสมแทน ทั้งที่มารดาทราบดีว่าน้ำนมแม่เป็นอาหารที่มีประโยชน์มากสำหรับทารก ดังนั้นการดูแลมารดาที่มีภาวะคัดตึงเต้านมอย่างมีประสิทธิภาพจึงมีความสำคัญอย่างยิ่ง โดยพยาบาลผดุงครรภ์ซึ่งเป็นผู้ดูแลหลัก จำเป็นต้องมีองค์ความรู้เกี่ยวกับกลไกการสร้างและหลั่งน้ำนม ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะคัดตึงเต้านม การประเมินภาวะคัดตึงเต้านม การป้องกันการเกิดภาวะคัดตึงเต้านม และการแก้ไขภาวะคัดตึงด้วยการนวด การประคบร้อน การประคบเย็น เป็นต้น ซึ่งวิธีการแก้ไขดังกล่าว นอกจากจะช่วยบรรเทาความไม่สุขสบายของมารดา ยังมีส่วนส่งเสริมให้ทารกมีโอกาสได้รับนมแม่อย่างต่อเนื่อง* ***สรุป:*** *พยาบาลผดุงครรภ์มีบทบาทในการปกป้อง ส่งเสริม และสนับสนุนการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ควรมีความรู้และความเข้าใจอย่างลึกซึ้งเกี่ยวกับภาวะคัดตึงเต้านม และนำมาประยุกต์ใช้แก้ไขปัญหาสำหรับมารดาที่มีภาวะคัดตึงเต้านม*

คำสำคัญ: มารดาหลังคลอด; ภาวะคัดตึงเต้านม; การป้องกัน; การดูแล

Abstract

Introduction: *Breast engorgement, a condition where milk production exceeds its removal after lactation is established, can affect mothers at any point during lactation, leading to discomfort. This discomfort may prompt mothers to cease breastfeeding in favor of formula feeding, even though understanding the superior benefits of breast milk for their infants. Addressing breast engorgement effectively is thus crucial. Therefore, it is very important. Midwives, who are the primary caregivers, need to have knowledge about milk*

production and lactation, factors related to breast engorgement, assessment, preventing breast engorgement and solving the problem of breast engorgement with massage, hot compress, and cold compress. It can relieve the mother's discomfort contributing to promoting the opportunity for infants to receive continuous breast milk. ***Conclusion****: Midwives have responsibility in protecting, promoting, and supporting breastfeeding to gain deep understanding about breast engorgement. Therefore, it can be used as a solution to solve the breast engorgement problems of the postpartum mothers.*

Keywords: postpartum mothers; breast engorgement; prevention; caring

บทนำ

น้ำนมแม่เป็นอาหารที่จำเป็นอย่างยิ่งสำหรับทารก เพราะมีสารอาหารสำคัญต่อการเจริญเติบโต และการพัฒนาสมอง น้ำนมแม่ให้ภูมิต้านทานแก่ทารก จึงช่วยลดการติดเชื้อในระบบทางเดินอาหารและระบบทางเดินหายใจ[1] ลดการเข้ารักษาตัวในโรงพยาบาลของทารกแรกเกิดด้วยภาวะขาดน้ำและภาวะตัวเหลือง[2] ประโยชน์ของการให้นมแม่ต่อมารดาคือ ลดความเสี่ยงของภาวะตกเลือดหลังคลอด ช่วยให้มดลูกเข้าอู่เร็ว ทำให้น้ำหนักมารดาลดลงเท่าก่อนตั้งครรภ์ ลดความเสี่ยงต่อการเกิดโรคมะเร็งเต้านม มะเร็งรังไข่ และเบาหวานชนิดที่ 2[1,3] ช่วยส่งเสริมสัมพันธภาพระหว่างมารดาและทารก นอกจากนี้การให้ นมแม่ ยังลดค่าใช้จ่ายครอบครัวในการซื้อนมผสม และลดขยะที่เกิดจากภาชนะบรรจุนมผสม ขวดนม และจุกนมยาง ซึ่งส่งผลดีต่อสิ่งแวดล้อม และยังเป็นการลดการปล่อยก๊าซเรือนกระจกที่ทำให้เกิดภาวะโลกร้อน สอดคล้องกับคำขวัญของ World Breastfeeding Week 2020 แต่อย่างไรก็ตาม ยังมีมารดาที่ไม่ประสบความสำเร็จในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ดังสถิติอัตราการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวนาน 6 เดือน ไม่ได้บรรลุเป้าหมายตามเกณฑ์ที่องค์การอนามัยโลกกำหนดไว้ที่ร้อยละ 50 ในปี ค.ศ. 2025[4] และมีทารกอายุต่ำกว่า 6 เดือนทั่วโลกจำนวนร้อยละ 44 เท่านั้น ที่ได้รับนมแม่อย่างเดียว[5] สำหรับประเทศไทย สถิติปี พ.ศ. 2562 มีเพียงร้อยละ 14 ของทารกอายุ 0-5 เดือนที่ได้กินนมแม่อย่างเดียว[6] จากการที่มารดาไม่สามารถเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวได้ต่อเนื่องหรือต้องหยุดเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ส่วนใหญ่มาจากปัญหาภาวะคัดตึงเต้านม เจ็บปวดบริเวณหัวนมที่แตก ปริมาณน้ำนมน้อย น้ำนมไม่ไหล และเหนื่อยล้าจากการให้นมทารกบ่อยจนไม่ได้พักผ่อน[7]

ภาวะคัดตึงเต้านม (breast engorgement) เป็นปัญหาสำคัญและพบบ่อยที่สุด[8] ส่วนใหญ่เกิดขึ้นเมื่อน้ำนมแม่เริ่มไหลในวันที่ 3-5 หลังคลอด[9,10] ซึ่งการป้องกันไม่ให้เกิดภาวะคัดตึงเต้านมสามารถทำได้ตั้งแต่มารดาเริ่มให้นมแม่ครั้งแรก เพราะหากปล่อยให้เกิดภาวะคัดตึงเต้านมขึ้น เต้านมและลานนมจะแข็งและตึง มารดาเกิดความไม่สุขสบายมาก เนื่องจากปวดจนให้นมทารกไม่ได้ การแก้ไขภาวะคัดตึงเต้านมด้วยการบีบน้ำนมออก หรือปั๊มน้ำนมจากเต้า เพื่อให้ลานนมนิ่มลง และมีน้ำนมไหล นอกจากนี้การประคบร้อนก่อนให้นมแม่ และประคบเย็นระหว่างให้นมแม่ มีส่วนช่วยบรรเทาความไม่สุขสบายจากการคัดตึงเต้านม[11] ส่วนการนวดเต้านมทำให้เต้านมอ่อนและนิ่มลง และมีน้ำนมไหลมายังต่อมน้ำนมมากขึ้น[12] ซึ่งพยาบาลผดุงครรภ์มีบทบาทสำคัญมาก ด้านการป้องกันไม่ให้เกิดภาวะคัดตึงเต้านม และด้านการดูแลเมื่อมารดาเกิดภาวะคัดตึงเต้านม การป้องกันโดยให้ความรู้มารดาตั้งแต่ช่วงตั้งครรภ์ จนถึงระยะคลอด และหลังคลอด เนื้อหาความรู้ประกอบด้วยกระบวนการสร้างและหลั่งน้ำนม ท่าในการให้นม การนำทารกเข้าเต้าอย่างถูกวิธี การปฏิบัติตัวเพื่อส่งเสริมการไหลของน้ำนม และการนำทารกดูดบ่อยทุก 2-3 ชั่วโมง จะมีความสำคัญ ซึ่งความรู้ทั้งหมดหากมารดานำไปปฏิบัติได้ การดูดนมของทารกจะมีประสิทธิภาพมาก และทำให้น้ำนมแม่ถูกขับออกจากเต้านม จึงป้องกันและลดโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะคัดตึงเต้านม สำหรับการดูแลมารดาเมื่อมีภาวะคัดตึงเต้านม คือ แก้ไขเต้านมที่แข็งตึงก่อนนำทารกเข้าเต้า สอนมารดานวดเต้านมก่อนและระหว่างให้นม ประคบอุ่นก่อนให้นม ประคบเย็นระหว่างมื้อนม ประคบด้วยสมุนไพรไทย เพิ่มความถี่ของการให้นมแม่ ไม่ให้มารดาบีบน้ำนมออกระหว่างมื้อนม บีบน้ำนมออกอย่างถูกวิธี นำทารกดูดอย่างถูกวิธี ดูแลให้น้ำนมไหลออกอย่างมีประสิทธิภาพ นอกจากนี้มารดาต้องสวมเสื้อชั้นในที่กระชับ และให้ยาบรรเทาปวด

บทความนี้มีวัตถุประสงค์ให้พยาบาลผดุงครรภ์มีความรู้และความเข้าใจเกี่ยวกับภาวะคัดตึงเต้านมในมารดาหลังคลอดทุกแง่มุม เพื่อใช้เป็นแนวทางในการป้องกัน และดูแลมารดาหลังคลอดที่มีภาวะคัดตึงเต้านมได้อย่างมีประสิทธิภาพ

บทความนี้ได้นำเสนอความหมายภาวะคัดตึงเต้านม สาเหตุของการเกิดภาวะคัดตึงเต้านม ปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดภาวะคัดตึงเต้านม การประเมินภาวะคัดตึงเต้านม การป้องกันและการดูแลแก้ไขปัญหาคัดตึงเต้านมของมารดาหลังคลอด ดังนี้

ภาวะคัดตึงเต้านม

ความหมาย

ภาวะคัดตึงเต้านม หมายถึง ภาวะที่เต้านมมีลักษณะบวม เต้านมและลานนมมีลักษณะแข็งตึง เป็นเงา และร้อน ซึ่งเป็นปฏิกิริยาตอบสนองของเต้านมต่อการเปลี่ยนแปลงของฮอร์โมนและปริมาณน้ำนมที่เพิ่มขึ้นในกระบวนการสร้างน้ำนมระยะที่ 2[1] ซึ่งเกิดขึ้นเมื่อมารดาเริ่มสร้างน้ำนม[13] ทำให้เลือดไหลเวียนมาเลี้ยงบริเวณเต้านมมากขึ้น นำกลูโคสและออกซิเจนมายังเต้านม ส่งผลให้ปริมาณน้ำนมมีมากจนเกินความจุของต่อมน้ำนม หากทารกไม่ได้ดูดหรือน้ำนมไม่ถูกระบายออก ต่อมน้ำนมจะขยายใหญ่ขึ้น เลือดมาคั่งบริเวณรอบต่อมน้ำนมจากการไหลเวียนเลือดไม่ดี และไม่มีการระบายของระบบเลือดและน้ำเหลือง รวมทั้งมีน้ำนมขังอยู่ภายในถุงน้ำนม จึงเกิดอาการบวม[7] เมื่อต่อมน้ำนมถูกกดด้วยเนื้อเยื่อที่บวม ไม่มีการหลั่งของน้ำนม มารดาจะปวดตึงเต้านม เต้านมบวม เมื่อใช้มือคลำเต้านมและลานนมจะแข็งตึงเป็นเงา และร้อน ซึ่งอาการคัดตึงเต้านมส่วนใหญ่เกิดขึ้น 3-5 วัน หลังคลอด ซึ่งเป็นช่วงที่น้ำนมเหลืองเปลี่ยนผ่านเป็นน้ำนมระยะสมบูรณ์และมีปริมาณเพิ่มขึ้น โดยพบอาการคัดตึงเต้านมสูงสุดในวันที่ 5[7] จนถึง 2 สัปดาห์หลังคลอด[3] ภาวะคัดตึงเต้านมหลังคลอดเกิดได้จากหลายสาเหตุ

สาเหตุของการเกิดภาวะคัดตึงเต้านม

การคัดตึงเต้านมถือเป็นภาวะปกติในระยะหลังคลอด[1,9] มีสาเหตุจากมารดาไม่นำทารกเข้าเต้าบ่อยทุก 2-3 ชั่วโมง หรือไม่ได้บีบน้ำนมออก[14] ภาวะคัดตึงเต้านมอาจเกิดขึ้นชั่วคราว โดยมีอาการตั้งแต่เริ่มคัดตึง จนถึงปวดเต้านม ท่อน้ำนมอุดตันและการสร้างน้ำนมลดลง เมื่อปริมาณน้ำนมมีไม่เพียงพอมารดาจะหยุดเลี้ยงลูกด้วยนมแม่[15] เพราะรู้สึกปวดตึงทั่วเต้านม มีไข้ ภาวะคัดตึงเต้านมจะไม่มีผลกระทบต่อการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ หากมารดาได้รับการช่วยเหลือและบรรเทาอาการทันเวลา แต่ถ้าไม่ได้รับการแก้ไข จะเกิดกระบวนการยับยั้งการสร้างน้ำนม เพราะปริมาณน้ำนมเต็มเต้าทำให้โปรตีนในน้ำนมสูงขึ้นและยับยั้งกระบวนการสร้างน้ำนม เรียกว่า feedback inhibitor of lactation (FIL)[7] ภาวะคัดตึงเต้านมส่งผลให้ลานนมแข็งตึงและหัวนมถูกดึงรั้ง ทารกอมหัวนมได้ไม่ลึกถึงลานนม การดูดนมไม่ถูกต้องหรือไม่มีประสิทธิภาพ จนทารกได้น้ำนมไม่เพียงพอ จึงแสดงอาการหิวและร้องไห้กวนมาก ก่อให้เกิดความเครียดแก่มารดา และปฏิกิริยาเล็ตดาวน์ (let-down reflex) ถูกยับยั้ง ทำให้น้ำนมไหลออกน้อยลง นอกจากนี้ภาวะคัดตึงเต้านม ยังทำให้หัวนมบาดเจ็บ (nipple trauma) เต้านมอักเสบ (mastitis) อย่างรุนแรง และถึงขั้นมารดาอาจหยุดให้นมแม่

เมื่อน้ำนมเปลี่ยนผ่านจากน้ำนมเหลืองเป็นน้ำนมระยะสมบูรณ์ แต่ไม่ถูกระบายออกด้วยทารกดูด หรือการบีบออก จะทำให้เกิดภาวะคัดตึงเต้านม ซึ่งสาเหตุมีดังนี้[2]

1. ความเข้มงวดเกี่ยวกับช่วงเวลาให้นม (rigid feeding schedules) คือ มีการกำหนดเวลาให้นมทารก แต่ช่วงเวลานั้นทารกไม่หิวจึงไม่ดูดนม ทำให้น้ำนมแม่ไม่ถูกขับออกมา

2. การให้ทารกดูดนมแม่ครั้งแรกล่าช้า (delayed first feeding) เมื่อมีการสร้างและหลั่งน้ำนม แต่ทารกยังไม่ดูดนม ทำให้ไม่มีการระบายออกของน้ำนม

3. การให้นมผสมเสริม (used of supplements) มาจากมารดาประเมินด้วยตัวเองว่า ทารกได้รับนมแม่ไม่พอ จึงให้นมผสมเสริม เมื่อทารกได้รับนมผสมซึ่งย่อยยากกว่านมแม่ จะอิ่มนาน และไม่ตื่นมาดูดนมแม่ ส่งผลให้น้ำนมในเต้านมมารดาไม่ถูกระบายออก จึงเกิดภาวะคัดตึงเต้านม

4. การจำกัดเวลาทารกในการดูดนมแต่ละครั้ง (limited time at each feeding) ทำให้น้ำนมระบายออกไม่เกลี้ยงเต้าและค้างอยู่ในเต้านม

เมื่อทารกดูดนมไม่ถูกต้อง หรือดูดไม่มีประสิทธิภาพ หรือดูดนมไม่บ่อย (ineffective infant suckle)[16] น้ำนมจึงคั่งในต่อมน้ำนม การไหลเวียนเลือดบริเวณรอบต่อมน้ำนมและการสร้างน้ำนมลดลง ต่อมน้ำนมขยายและตึงตัว นอกจากนี้การเกิดภาวะคัดตึงเต้านมยังมีหลายปัจจัยที่เข้ามาเกี่ยวข้อง[17]

ปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดภาวะคัดตึงเต้านม หรือปัจจัยที่ทำนายการเกิดภาวะคัดตึงเต้านม[7]

มารดาหลังคลอดที่เลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ไม่ได้เกิดภาวะคัดตึงเต้านมทุกราย แต่ความถี่ของการให้นมแม่ และการดูดนมของทารกในระยะ 2-3 วันหลังคลอด มีผลต่อการเกิดภาวะคัดตึงเต้านม ดังนั้นการให้ทารกดูดนมแม่เร็วที่สุด ดูดบ่อย และดูดถูกวิธี ช่วยป้องกันการเกิดภาวะคัดตึงเต้านมได้ การจัดให้มารดาและทารกอยู่ร่วมกันตลอดเวลา (rooming in) เพื่อมารดาสามารถให้นมแม่ได้ทันทีที่ทารกหิว จะป้องกันการเกิดภาวะคัดตึงเต้านมได้ดีมาก เพราะเต้านมที่ว่างจะไม่มีน้ำนมค้าง

นอกจากนี้ยังมีปัจจัยเสี่ยง หรือปัจจัยทำนายการเกิดภาวะคัดตึงเต้านม[7] ได้แก่ มารดาหลังคลอดที่อยู่ในระยะที่ 2

ของการสร้างน้ำนม มารดาหลังคลอดบุตรครรภ์แรก มารดาที่ได้รับการผ่าตัดคลอด มารดาที่ได้รับสารน้ำทางหลอดเลือดดำขณะรอคลอดและขณะคลอด มารดาที่มีประวัติมีอาการคัดตึงเต้านมก่อนมีประจำเดือน มารดามีประวัติผ่าตัดเต้านม[14,18] และระยะเวลาคลอด การคลอดก่อนกำหนดและการได้รับยาระงับความรู้สึก มีรายละเอียดดังนี้

1. มารดาหลังคลอดที่อยู่ในระยะที่ 2 ของการสร้างน้ำนม (lactogenesis II) ระยะที่ 2 ของการสร้างน้ำนม หรือ 1-3 วันแรกหลังคลอด ซึ่งเป็นระยะเปลี่ยนผ่านจากน้ำนมเหลืองเป็นน้ำนมระยะสมบูรณ์ จะมีปริมาณน้ำนมเพิ่มขึ้น เป็นระยะที่มีการหลั่งน้ำนม

2. มารดาหลังคลอดบุตรครรภ์แรก จะขาดประสบการณ์นำทารกเข้าเต้าที่ถูกต้อง ทำให้ทารกดูดนมไม่มีประสิทธิภาพ น้ำนมจึงไม่หลั่งออกมา ควรดูแลมารดาหลังคลอดบุตรครรภ์แรกอย่างใกล้ชิด เพื่อลดปัจจัยเสี่ยงของการเกิดภาวะคัดตึงเต้านม

3. มารดาที่ได้รับการผ่าตัดคลอด จะเกิดภาวะคัดตึงเต้านมช่วง 24-48 ชั่วโมงหลังคลอด เนื่องจากให้ทารกดูดนมแม่ครั้งแรกล่าช้ากว่ามารดาที่คลอดปกติทางช่องคลอด จากสาเหตุปวดแผลผ่าตัดคลอด เคลื่อนไหวร่างกายลำบากและอ่อนเพลีย เมื่อทารกดูดนมแม่ครั้งแรกล่าช้า ส่งผลให้น้ำนมแม่เริ่มไหลช้า และเกิดภาวะคัดตึงเต้านมตามมา

4. มารดาได้รับสารน้ำทางหลอดเลือดดำขณะรอคลอด และขณะคลอด จะรู้สึกคัดตึงเต้านมเร็วกว่าและนานกว่า เพราะการได้รับสารน้ำทางหลอดเลือดดำ ทำให้เต้านมบวม (breast edema) ทารกดูดนมแม่ไม่มีประสิทธิภาพ น้ำนมแม่ไม่ถูกขับออก ทารกได้รับนมไม่พอ น้ำหนักของทารกลดลงในระยะหลังคลอด เป็นสาเหตุให้มารดาป้อนนมผสมทารกเพื่อทดแทนนมแม่[19]

5. มารดาที่มีประวัติมีอาการคัดตึงเต้านมก่อนมีประจำเดือน ในระยะหลังคลอด มารดาจะรู้สึกคัดตึงเต้านมมากกว่ามารดาที่ไม่มีประวัติคัดตึงเต้านมก่อนมีประจำเดือน

6. มารดามีประวัติผ่าตัดเต้านม จะเพิ่มความเสี่ยงต่อภาวะคัดตึงเต้านม[10] เพราะการเกิดพังผืดในเต้านมหลังผ่าตัด ทำให้คัดตึงเต้านมมากเมื่อน้ำนมคั่ง

7. ระยะเวลาคลอด การคลอดก่อนกำหนด และการได้รับยาระงับความรู้สึก ปัจจัยดังกล่าว ทำให้เกิดการคั่งของน้ำนมมารดา เพราะระยะเวลาคลอดที่ยาวนานทำให้มารดาเกิดความเหนื่อยล้าจากการคลอด มารดาจึงนำทารกเข้าเต้าช้าและเข้าเต้าได้ไม่บ่อย เช่นเดียวกับมารดาที่ผลข้างเคียงของยาจากยาระงับความรู้สึก ส่วนทารกที่คลอดก่อนกำหนดจะถูกแยกจากมารดาเพื่อรับการรักษาทำให้ไม่ได้ดูดนมแม่

ปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดภาวะคัดตึงเต้านมดังกล่าวมีส่วนช่วยทำนายแนวโน้มของการเกิดภาวะคัดตึงเต้านมได้ อย่างไรก็ตามข้อมูลจากการประเมินภาวะคัดตึงเต้านม มีความสำคัญและเป็นประโยชน์ต่อพยาบาลผดุงครรภ์ เพื่อนำไปสู่การป้องกัน และการดูแลเมื่อมารดาเกิดภาวะคัดตึงเต้านม

การประเมินภาวะคัดตึงเต้านม (assessments of breast engorgement)

ภาวะคัดตึงเต้านมที่พบในระยะแรกหลังคลอด เกิดขึ้นเมื่อการไหลของน้ำนมถูกขัดขวาง ซึ่งการเกิดจากภาวะคัดตึงเต้านมระยะแรกหลังคลอด ซึ่งมี 3 องค์ประกอบร่วม ได้แก่ 1) มีการคั่งของน้ำนม 2) มีการคั่งของหลอดเลือดดำ และ 3) มีการบวมและอุดตันของต่อมน้ำเหลือง[7] ซึ่งอาการและอาการแสดงของภาวะคัดตึงเต้านม แตกต่างจากการขยายขนาดของเต้านมขณะตั้งครรภ์ และเต้านมอักเสบ[11]

การประเมินภาวะคัดตึงเต้านมของมารดาหลังคลอดมีดังนี้

1. สอบถามมารดาว่ารู้สึกคัดตึงเต้านมหรือไม่ หรือมารดาหลังคลอดเป็นผู้บอกว่ารู้สึกคัดตึงเต้านม

2. ประเมินเต้านม พบเต้านมแข็งตึง ผิวหนังบริเวณเต้านมมันวาว แดง และมองเห็นเส้นเลือด พยาบาลผดุงครรภ์ใช้แบบประเมินภาวะคัดตึงเต้านม โดยให้คะแนน ตั้งแต่ 1 ถึง 6 (six-point breast engorgement scale) ระดับคะแนน 1 หมายถึง เต้านมนุ่ม ไม่เปลี่ยนแปลง ระดับคะแนน 2 หมายถึง เต้านมเปลี่ยนแปลงเล็กน้อย ระดับคะแนน 3 หมายถึง เต้านมตึงแต่กดไม่เจ็บ ระดับคะแนน 4 หมายถึง เต้านมตึงและเริ่มกดเจ็บ ระดับคะแนน 5 หมายถึง เต้านมตึงและกดเจ็บ ระดับ 6 หมายถึง เต้านมคัดตึงมาก และกดเจ็บมาก[20]

3. เมื่อนำทารกมาดูดนมแม่ หรือให้มารดาเคลื่อนไหวร่างกาย มารดาจะรู้สึกเจ็บเต้านมมาก

4. ใช้มือสัมผัสพบเต้านมร้อน ลานนมแข็งตึง หัวนมแบน ทารกใช้ปากกดลานนมไม่ได้ และดูดนมลำบาก[10]

เมื่อพยาบาลผดุงครรภ์ประเมินพบว่า มารดามีโอกาสเกิด หรือเกิดภาวะคัดตึงเต้านม ต้องให้การป้องกัน หรือดูแลมารดาทันที

การป้องกันการเกิดภาวะคัดตึงเต้านม

การป้องกันภาวะคัดตึงเต้านมใช้หลักการดูแลไม่ให้มีการคั่งของน้ำนม เพราะเต้านมที่มีปริมาณน้ำนมคั่งอยู่ เป็นสาเหตุสำคัญของการเกิดภาวะคัดตึงเต้านม การป้องกันทำได้ด้วยการแนะนำ หรือสอนมารดาด้านความรู้ที่เกี่ยวกับการเกิดภาวะคัดตึงเต้านมตั้งแต่ในระยะตั้งครรภ์ ควบคู่กับการฝึกทักษะส่วนระยะคลอด และหลังคลอดเน้นการดูแลเพื่อการป้องกัน[10] มีรายละเอียด ดังนี้

ระยะตั้งครรภ์

ระยะนี้พยาบาลผดุงครรภ์ควรให้ความรู้สตรีตั้งครรภ์เกี่ยวกับกระบวนการสร้างและหลั่งน้ำนม หลักการให้นมแม่ที่ถูกวิธี การนำทารกดูดบ่อยทุก 2-3 ชั่วโมง และฝึกทักษะ เช่น ท่าในการให้นม การนำทารกเข้าเต้า การประเมินการดูดนมทารก รวมทั้งแนะนำการปฏิบัติตัวเพื่อส่งเสริมการไหลของน้ำนม เพื่อให้สตรีตั้งครรภ์มีความรู้และความเข้าใจถูกต้องและมีทักษะการให้นมแม่ เพื่อลดโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะคัดตึงเต้านมในอนาคต การสอนควบคู่กับการฝึกทักษะให้สตรีตั้งครรภ์ ควรทำในไตรมาสที่ 3 เพราะสตรีตั้งครรภ์จะให้ความสนใจในเตรียมการคลอด และการดูแลทารกมากที่สุด อาจใช้ตัวอย่างโปรแกรมการป้องกันภาวะคัดตึงเต้านมที่ประกอบด้วยการฝึกหายใจ การออกกำลังกาย การประคบอุ่นเต้านม และการนวดเต้านมด้วยตนเอง เพื่อช่วยกระตุ้นการไหลเวียนเลือดบริเวณเต้านม ทำให้น้ำนมไหลดี การฝึกหายใจช่วยให้ผ่อนคลายจากความเหนื่อยล้า หรือความเครียด ส่งผลให้ฮอร์โมนออกซิโทซินหลั่งมากขึ้น[21]

ระยะคลอด

ระยะคลอดเน้นให้มารดานำทารกดูดนมเร็ว ดูดบ่อย และดูดอย่างถูกวิธี ตามขั้นตอนดังนี้

1. ก่อนให้ทารกดูดนมทุกครั้ง ควรประเมินการดูดของทารก ว่าดูดได้ดีหรือไม่ ร่วมกับประเมินเต้านมมารดา หากพบเต้านมแข็งตึง หัวนมแบน และไม่ตั้งชัน ทารกจะดูดได้ไม่ดี ต้องให้มารดาบีบน้ำนมออกจากเต้าก่อน เพื่อให้หัวนมและเต้านมอ่อนนิ่มลง[13]

2. ดูแลทารกให้สัมผัสมารดาแบบเนื้อแนบเนื้อ (skin-to-skin contact) และดูดนมแม่โดยเร็ว ภายใน 1 ชั่วโมงหลังคลอด และไม่ช้าเกิน 6 ชั่วโมงหลังคลอด[11]

3. ดูแลทารกให้ดูดนมแม่ทุก 2-3 ชั่วโมง หรือดูดอย่างสม่ำเสมอ ประมาณ 8-12 ครั้งใน 24 ชั่วโมง[1] วิธีนี้จะป้องกัน และบรรเทาอาการคัดตึงเต้านมดีที่สุด[13] เหตุผลของการนำทารกดูดนมบ่อยเนื่องจากกระเพาะอาหารมีความจุน้อยและน้ำนมแม่ย่อยง่าย หากทารกไม่ตื่นมาดูดนมภายใน 3 ชั่วโมง ให้มารดาปลุกทารกมาดูดนม

4. ดูแลให้ทารกดูดนมแม่นานข้างละ 15 นาทีเป็นอย่างน้อย หรือดูดจนเต้านมอ่อนนุ่มลง เพื่อขับน้ำนมจากเต้านมมากที่สุด และให้ทารกได้รับนมแม่เพียงพอ เพราะน้ำนมส่วนหน้า (foremilk) มีแคลอรี่ต่ำ และปฏิกิริยาเล็ตดาวน์จะเกิดขึ้นหลังทารกดูดนมแม่นาน 5 นาที หากทารกไม่ได้รับน้ำนมส่วนหลัง (hindmilk) ซึ่งมีแคลอรี่สูง ทารกจะตื่นบ่อย จนรบกวนเวลาพักผ่อนของมารดา ซึ่งภาวะคัดตึงเต้านมจะเกิดขึ้นหากน้ำนมไม่ถูกขับจากเต้านม ส่งผลให้กระบวนการสร้างน้ำนมลดลง และผลลัพธ์สุดท้ายที่ตามมาคือ การสร้างน้ำนมของมารดาหยุดไป

ระยะหลังคลอด

1. ดูแลให้มารดาและทารกอยู่ด้วยกันตลอด 24 ชั่วโมง (rooming in) เพื่อมารดาสามารถให้นมแม่ตลอดเวลาที่ทารกหิว เนื่องจากการนำทารกมาดูดนมเมื่อมารดาเริ่มรู้สึกคัดตึงเต้านม จะช่วยบรรเทาอาการปวดคัดตึงเต้านมได้ดีที่สุด เพราะการดูดของทารก เป็นวิธีที่มีประสิทธิภาพในการทำให้น้ำนมออกมาดีที่สุด[7] เมื่อเทียบกับการนวดเต้านม การประคบอุ่น และการใช้มือบีบน้ำนมออก

2. แนะนำเทคนิคการนำทารกเข้าเต้า และช่วยเหลือมารดานำทารกเข้าเต้า โดยเฉพาะการเข้าเต้าครั้งแรก เพราะทารกที่ดูดนมแม่ถูกต้องตั้งแต่เริ่มต้น ทำให้น้ำนมแม่จะถูกขับออกมาดีและทารกได้รับน้ำนมเพียงพอ ก่อนนำทารกเข้าเต้าทุกครั้ง ต้องเห็นทารกแสดงอาการหิวและตื่น[10] เพื่อการดูดนมที่มีประสิทธิภาพ

3. ดูแลให้ทารกดูดนมแม่บ่อยทุก 2-3 ชั่วโมง หรืออย่างน้อย 8-12 ครั้งใน 24 ชั่วโมง หากให้ทารกดูดนมเว้นระยะห่างจากการดูดนมครั้งก่อน 4 ชั่วโมง มารดาจะเสี่ยงต่อการเกิดภาวะคัดตึงเต้านม

4. ไม่ให้นมผสมและน้ำแก่ทารก ทั้งเวลากลางวันและกลางคืน เพราะทำให้ทารกดูดนมแม่ลดลง และมารดาเสี่ยงต่อการเกิดภาวะคัดตึงเต้านมเพิ่มขึ้น

5. นวดเต้านมร่วมกับประคบอุ่น โดยให้มารดานอนหงาย และใช้นิ้วมือนวดเต้านมข้างละ 5 นาที จากนั้นใช้ผ้าขนหนูที่อบด้วยความร้อน อุณหภูมิ 43-46 องศาเซลเซียส ประคบเต้านมนาน 2 นาที แล้วเปลี่ยนผ้าขนหนูอุ่นผืนใหม่สลับประคบรวมใช้เวลาประคบ 15 นาที จำนวน 4 ครั้ง คือ 4-5, 10-11, 28-29, และ 34-35 ชั่วโมงหลังคลอด[22] ความร้อนทำให้หลอดเลือดขยายตัว มีการไหลเวียนเลือดบริเวณเต้านมเพิ่มขึ้น

กระบวนการสร้างและหลั่งน้ำนมมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น การหลั่งน้ำนมดีขึ้นเพราะเกิดปฏิกิริยาเล็ตดาวน์ (letdown) และส่งผลลดอาการคัดตึงเต้านม[9]

6. แนะนำให้มารดาอาบน้ำอุ่น โดยให้น้ำอุ่นไหลผ่านเต้านมทั้งสองข้าง เพื่อกระตุ้นการหลั่งน้ำนม และบรรเทาอาการคัดตึงเต้านม[13]

7. ดูแลให้ทารกดูดนมทั้งสองข้างทุกครั้งที่นำทารกเข้าเต้า เพื่อให้เต้านมทั้งสองข้างระบายน้ำนมออก

8. ดูแลให้ทารกดูดนมข้างที่ให้นมครั้งสุดท้ายก่อน[23] เพราะมีน้ำนมค้างอยู่ และการดูดครั้งแรกของทารกจะแรงจนทำให้น้ำนมออกจนเกลี้ยงเต้า

9. ถ้าทารกดูดนมล่าช้า หรือดูดนมไม่ดี หรือทารกถูกแยกจากมารดาเพื่อการรักษาให้มารดาใช้นิ้วมือ หรือเครื่องปั๊มนมบีบน้ำนมออกมา เพื่อลดการคั่งของน้ำนม

กล่าวได้ว่าการป้องกันไม่ให้เกิดภาวะคัดตึงเต้านมน่าจะเป็นการดูแลเชิงรุกที่ให้ผลดีต่อมารดามารดาหลังคลอดมากกว่าการดูแลเมื่อเกิดภาวะคัดตึงเต้านมแล้ว อย่างไรก็ตาม ในการปฏิบัติงานของพยาบาลผดุงครรภ์ ยังคงพบการเกิดภาวะคัดตึงเต้านมในมารดาหลังคลอดเป็นประจำ ซึ่งต้องให้การดูแลต่อไป

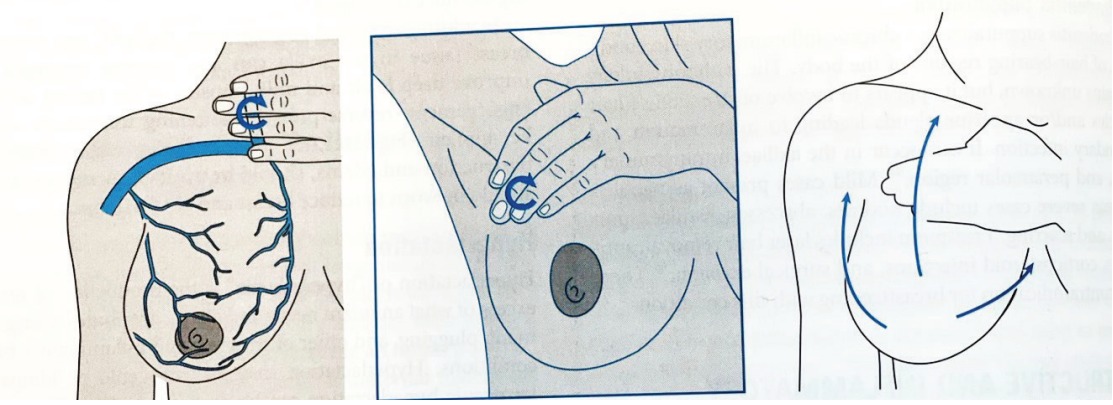
การดูแลมารดาหลังคลอดที่มีภาวะคัดตึงเต้านม

การดูแลมารดาหลังคลอดที่มีภาวะคัดตึงเต้านม มีวัตถุประสงค์เพื่อแก้ไขอาการคัดตึงเต้านม โดยให้ขับน้ำนมออกมาบ่อย และมีประสิทธิภาพมากที่สุด ปฏิบัติได้หลายวิธี ได้แก่ 1) การนวด 2) การประคบ 3) การแก้ไขเต้านมแข็งตึงก่อนนำทารกเข้าเต้า 4) การกระตุ้นทารกให้ดูดนมแม่บ่อยขึ้น 5) การแนะนำมารดาสวมเสื้อชั้นในที่กระชับ 6) การแนะนำมารดาไม่ให้บีบน้ำนมออกระหว่างมื้อ และ 7) การดูแลให้มารดารับประทานยาบรรเทาปวด

การนวด และการบีบน้ำนมออก เพื่อลดภาวะบวมของต่อมน้ำนม[10,13] มีรายละเอียดดังนี้

1. การนวด

1.1 การนวดต่อมน้ำเหลือง และการสวมเสื้อชั้นในพยุงเต้านม[7] โดยนวดบริเวณระหว่างลำคอด้านในกับหลอดเลือดดำใต้กระดูกไหปลาร้า ใช้ปลายนิ้วนวดเป็นวงกลม 10 ครั้ง จากนั้นนวดบริเวณต่อมน้ำเหลืองบริเวณใต้รักแร้อีก 10 ครั้ง แล้วใช้ฝ่านิ้วมือกวาดผิวหนังจากบริเวณหัวนมลานนมไปยังกระดูกไหปลาร้าและใต้รักแร้ ใช้แรงกดเล็กน้อย ซึ่งการนวดช่วยให้การไหลเวียนเลือดมาเลี้ยงต่อมน้ำเหลืองดีขึ้น ดังแสดงในภาพ 1



ภาพ 1 แสดงการนวดต่อมน้ำเหลือง[7]

1.2 การนวดเต้านมก่อน และระหว่างให้นมทารก เพื่อช่วยให้ทารกได้รับนมแม่ง่ายขึ้น[10] เพราะการนวดกระตุ้นปฏิกิริยาเล็ตดาวน์ วิธีการคือ วางมือบริเวณเต้านมมารดาค่อย ๆ กด แล้วเลื่อนนิ้วลงมาบริเวณหัวนม[24] นวดทั่วเต้านมจนอ่อนนุ่ม และบีบน้ำนมออก สำหรับการนวดร่วมกับประคบอุ่นทั่วเต้านม (warm compression) ให้เว้นหัวนมและลานนม จะช่วยลดอาการคัดตึงเต้านมอย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น[22] เพราะความร้อนทำให้หลอดเลือดบริเวณเต้านมขยายและมารดารู้สึกสุขสบายขึ้น การนวดมีหลายวิธี[21] เช่น การนวดแบบโอกิตานิ (Oketani) การนวดแบบ therapeutic breast massage in lactation (TBML) การนวดด้วยวิธี reverse pressure softening (RPS) และการนวดด้วยวิธี pectoral muscle massage

2. การประคบ

2.1 การประคบอุ่นก่อนให้นม และประคบเย็นระหว่างมื้อนม

การประคบอุ่น มีวัตถุประสงค์เพื่อลดบวมและลดอาการคัดตึงเต้านม[10] ให้ใช้ผ้าขนหนูชุบน้ำอุ่น บิดพอหมาด นำมาประคบเต้านมทั้งสองข้าง เว้นหัวนมและลานนม ประคบนานข้างละ 10-15 นาที ความร้อนจะเพิ่มการไหลเวียนเลือด อุณหภูมิของผิวหนัง กล้ามเนื้อ และการเผาผลาญของเนื้อเยื่อ การประคบอุ่นบริเวณเต้านม จึงช่วยให้การไหลของน้ำนมมีปริมาณเพิ่มขึ้น[25]

การประคบเย็น ใช้ใบกะหล่ำปลีแช่เย็น (ice cabbage leaves) หรือถุงพลาสติกบรรจุน้ำแข็งหรือกระเป๋าน้ำแข็ง (ice pack) ประคบเต้านมทั้งสองข้าง นานข้างละ 10-15 นาที[1] ซึ่งการประคบด้วยใบกะหล่ำปลีแช่เย็นเป็นวิธีที่นิยมอย่างกว้างขวาง ความเย็นช่วยลดการไหลเวียนของเลือด อุณหภูมิผิวหนังและกล้ามเนื้อ การเผาผลาญและการเกร็งของกล้ามเนื้อใบกะหล่ำปลียังมีสารซินิกริน (sinigrin) ซึ่งเป็นแหล่งที่ดีของสารต้านอนุมูลอิสระ (antioxidants) และมีส่วนประกอบของซัลเฟอร์ (sulfur) ที่มีคุณสมบัติต้านการอักเสบติดเชื้อ[26]

2.2 การประคบเต้านมด้วยสมุนไพรไทย ใช้ลูกประคบที่ภายในบรรจุไพล ขมิ้นชัน ตะไคร้หอม ผิวมะกรูด ใบมะขาม ใบส้มป่อย เถาเอ็นอ่อน ว่านนางคำ ว่านมหาเมฆ การบูร พิมเสน เกลือ ทั้งหมดเป็นสมุนไพรมีคุณสมบัติต้านการอักเสบ โดยนำลูกประคบมานึ่งผ่านความร้อนประมาณ 43 องศาเซลเซียส จากนั้นนำมาประคบเต้านม เว้นลานนมและหัวนม ประคบเต้านมแต่ละข้างนาน 15 นาที ความร้อนทำให้เลือดบริเวณเต้านมไหลเวียนดี ส่งผลให้ท่อน้ำนมลดการหดรั้งและมีความยืดหยุ่น น้ำนมถูกขับออกอย่างต่อเนื่อง ลดความปวดจากภาวะคัดตึงเต้านม และเพิ่มปริมาณการไหลของน้ำนม[20]

3. การแก้ไขเต้านมที่แข็งตึงก่อนนำทารกเข้าเต้า มีวัตถุประสงค์เพื่อลดความดันในเต้านม ทำให้หัวนม ลานนม และเต้านมอ่อนนิ่มลง

วิธีการ บีบน้ำนมออกด้วยมือ หรือใช้เครื่องปั๊มนมให้น้ำนมออก 1-2 ออนซ์ก่อนนำทารกเข้าเต้า เพื่อให้ทารกดูดนมง่ายขึ้น เนื่องจากเต้านมและลานนมที่แข็งตึง ทำให้หัวนมแบนและไม่ตั้งชัน ทารกดูดนมลำบาก แต่ไม่ควรบีบน้ำนมออกจนเกลี้ยงเต้า เพราะจะเกิดกระบวนการสร้างน้ำนมที่มากกว่าปกติ และส่งผลในการลดประสิทธิภาพการทำงานของระบบวงจรการสร้างน้ำนม[7,10,13]

4. การกระตุ้นให้ทารกดูดนมแม่บ่อยขึ้น โดยนำทารกดูดนมแม่ทุก 1.5-2 ชั่วโมง ก่อนให้ทารกดูด ควรประเมินการดูด และอาการแสดงของการหิวนม เพราะหากทารกไม่หิวนม เมื่อนำเข้าเต้าทารกจะไม่ดูด ส่งผลให้มารดาเกิดความเครียด จนยับยั้งการหลั่งฮอร์โมนออกซิโตซินทำให้การหลั่งน้ำนมลดลง

5. การแนะนำมารดาสวมเสื้อชั้นในที่กระชับ โดยสวมทั้งกลางวันและกลางคืน[10] เพื่อป้องกันน้ำหนักของเต้านมถ่วงลงมา ทำให้มารดารู้สึกสุขสบายขึ้น

6. การแนะนำมารดาไม่ให้บีบน้ำนมออกระหว่างมื้อนม การบีบน้ำนมออกระหว่างมื้อนม ทำให้การสร้างน้ำนมมีมากกว่าความต้องการของทารก น้ำนมจึงค้างในเต้านม และเกิดภาวะคัดตึงเต้านมตามมา[13]

7. การดูแลให้มารดารับประทานยาบรรเทาปวด[13] ได้แก่ ไอบูโปรเฟน (ibuprofen) หรือ อเซตามิโนเฟน (acetaminophen) ตามแผนรักษาของแพทย์ ไอบูโปรเฟนเป็นยาต้านการอักเสบ (anti-inflammatory medications) ช่วยลดไข้ ลดบวม และลดความปวดบริเวณเต้านม ยานี้มีความปลอดภัยต่อทารก[7]

นอกเหนือจากการดูแลทางกายเพื่อลดภาวะคัดตึงเต้านมแล้ว พยาบาลผดุงครรภ์ควรคำนึงถึงสภาวะจิตใจของมารดาหลังคลอดควบคู่ไปด้วย[14] เพราะมารดาหลังคลอดที่คัดตึงเต้านม มักเกิดความเครียดและวิตกกังวล เนื่องจากกลัวผลกระทบต่อการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ และทารกได้รับนมแม่ไม่เพียงพอ

8. การดูแลด้านจิตใจของมารดาหลังคลอดที่มีภาวะคัดตึงเต้านม เพื่อลดความเครียดและความวิตกกังวลให้มารดาหลังคลอด พยาบาลผดุงครรภ์ควรปฏิบัติ ดังนี้

8.1 ประเมินความเชื่อ ทัศนคติ และความสงสัยเกี่ยวกับการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ เพื่อให้ได้ข้อมูลว่ามารดาวิตกกังวลเรื่องใดบ้าง และให้คำแนะนำตรงประเด็น

8.2 ประเมินความรู้เกี่ยวกับการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ เพื่อเพิ่มเติมความรู้ส่วนที่สำคัญให้มารดา

8.3 ประเมินความช่วยเหลือที่มารดาได้รับจากสามี และประเมินความต้องการของมารดาที่ต้องการจากสามี อธิบายสามีว่าสามารถช่วยเหลือมารดา ด้วยการแบ่งเบาภาระงานบ้าน การจัดเตรียมอาหาร การดูแลบุตรคนก่อน และทำความสะอาดหลังทารกขับถ่าย

8.4 ประเมินท่าให้นม จัดท่าที่ทำให้มารดารู้สึกสุขสบาย โดยนำหมอนขนาดเล็กมาวางรองรับลำตัวทารก

8.5 ดูแลมารดาให้มีโอกาสพักผ่อนเพียงพอ เมื่อร่างกายได้พัก จิตใจจะผ่อนคลาย

8.6 ดูแลและจัดสถานที่ให้นมทารก มีความเป็นส่วนตัว และเงียบสงบ

8.7 กล่าวชมเชยเมื่อมารดาอุ้มทารกเข้าเต้า และให้นมทารกถูกต้อง หรือเมื่อมารดาให้นมทารกขณะทารกแสดงอาการหิว ซึ่งคำชมเชยจะทำให้มารดามีกำลังใจเลี้ยงลูกด้วยนมแม่

การแก้ไขภาวะคัดตึงเต้านมในมารดาหลังคลอดควรดำเนินการภายใน 24 ชั่วโมงหลังจากมารดามีอาการหากได้แก้ไขผ่านไปแล้ว 24 ชั่วโมง แต่อาการไม่ทุเลาลงหรือมีอาการต่อเนื่อง ให้สันนิษฐานว่าอาจเป็นการคัดตึงเต้านมชนิดที่มีพยาธิสภาพของโรค (pathologic engorgement) ต้องปรึกษาแพทย์ทันที[27]

ปัจจุบันการดูแลเพื่อแก้ไขภาวะคัดตึง ยังใช้วิธีที่นำเสนอในข้อ 1-8 และมีการนำนวัตกรรมลดภาวะคัดตึงเต้านมมาใช้ วัตถุประสงค์หลักของการประดิษฐ์นวัตกรรมคือ เพื่อให้กระบวนการสร้างและหลั่งน้ำนมครั้งแรกเร็วขึ้น มีการไหลเวียนเลือดที่เต้านมดีขึ้น เป็นต้น ส่วนใหญ่ใช้หลักการของความร้อน ความเย็น และการนวด ตัวอย่างเช่น นวัตกรรมการใช้ความร้อนชื้นประคบเต้านม ร่วมกับการนำทารกกระตุ้นดูดทุก 2-3 ชั่วโมง การใช้แผ่นเจลแช่น้ำต้มเดือด นำมาห่อหุ้มด้วยผ้าขนหนูชุบน้ำร้อนใช้ประคบเต้านม นวัตกรรมการนวดเต้านม การใช้ลูกประคบสมุนไพร[28] และการใช้นวัตกรรม donut heat gel ซึ่งมีลักษณะเป็นถุงผ้ารูปโดนัทบรรจุเจล นำไปนึ่งนำมาประคบเต้านม[29] และนวัตกรรมบราไฟฟ้าที่ช่วยนวดและประคบร้อน เพื่อกระตุ้นการไหลของน้ำนมสำหรับมารดาหลังผ่าตัดคลอด[30] ซึ่งนวัตกรรมเหล่านี้ได้ช่วยลดภาวะคัดตึงเต้านม โดยทำให้น้ำนมหลั่งออกมาจึงเป็นการระบายน้ำนม

สรุป

ภาวะคัดตึงเต้านม ทำให้มารดาปวดบริเวณเต้านม รู้สึกไม่สุขสบาย และมีปัญหาการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ตามมา ซึ่งภาวะคัดตึงเต้านมคือสาเหตุสำคัญที่ทำให้มารดาหยุดเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ พยาบาลผดุงครรภ์ควรการประเมินปัจจัยที่เสี่ยงต่อการเกิดภาวะคัดตึงเต้านม ประเมินโอกาสของการเกิดภาวะคัดตึงเต้านม ประเมินอาการและอาการแสดงให้ความรู้และสอนทักษะมารดาตั้งแต่ระยะตั้งครรภ์ คลอด และหลังคลอด เพื่อป้องกันไม่ให้การเกิดภาวะคัดตึงเต้านม แต่หากมารดาเกิดภาวะคัดตึงเต้านมขึ้น ต้องเข้าไปดูแลอย่างครอบคลุมทั้งทางร่างกายและจิตใจอย่างทันเวลา เพื่อแก้ไขปัญหา ซึ่งการป้องกันและการดูแลที่มีคุณภาพ จะส่งเสริมให้มารดาประสบความสำเร็จในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่

ข้อเสนอแนะและการนำไปใช้

ภาวะคัดตึงเต้านมในมารดาหลังคลอด ป้องกันได้ด้วยการเตรียมสตรีตั้งครรภ์ล่วงหน้า ให้มีความรู้ ความเข้าใจและทักษะเรื่องการให้นมอย่างถูกต้อง รวมทั้งติดตามดูแลต่อเนื่องจนถึงระยะคลอด และหลังคลอด

มารดาหลังคลอดที่เกิดภาวะคัดตึงเต้านม พยาบาลผดุงครรภ์ต้องเข้าไปแก้ไขทันที โดยประเมินปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดภาวะคัดตึงเต้านม ค้นหาสาเหตุ ดูแลอย่างมีมาตรฐาน

การมีส่วนร่วมในการเขียนบทความ

ผู้เขียนเขียนบทความนี้ร่วมกัน

การมีผลประโยชน์ทับซ้อน

ไม่มีผลประโยชน์ทับซ้อน

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณมหาวิทยาลัยพายัพที่ให้การสนับสนุนการผลิตผลงานบทความวิชาการนี้

เอกสารอ้างอิง

1. Perry SE, Lowdermilk DL, Cashion K, et al. Maternal child nursing care. 7 th ed. St. Louis: Elvevier; 2023.
2. Baker B, Janke J. Core curriculum for maternal-newborn nursing. 6 th ed. Missouri: Elsevier; 2024.
3. Simpson KR, Creehan PA, O'Brien-abel N, et al. Perinatal nursing. 5 th ed. Philadelphia: Wolters Kluwer; 2021.
4. World Health Organization. Global nutrition targets 2025: Breastfeeding policy brief [Internet]. 2014 [cited 13 Jan 2024]. Available from: https://www.who.int/publications/i/item/WHO-NMH-NHD-14.7.
5. UNICEF. 2022: Infant and young child feeding [Internet]. 2023 [cited 13 Jan 2024]. Available from: https://data.unicef.org/topic/nutrition/infant-and-young-child-feeding/#status.
6. National Statistical Office [NSO] & United Nations Children's Fund [UNICEF]. Thailand multiple indicator cluster survey 2019: Final report [Internet]. Bangkok: NSO and UNICEF; 2020 [cited 13 Jan 2024]. Available from: https://www.unicef.org/thailand/reports/thailand-multiple-indicator-cluster-survey-2019.
7. Lawrence RA, Lawrence RM. Breastfeeding: A guide for the medical profession. 9 th ed. Philadelphia: Elsevier; 2022.

8. Moraes IC, Sena N, Oliveira H, et al. Mothers' perceptions of the importance of breastfeeding and difficulties encountered in the process of breastfeeding. Revis de Enfer Refer. 2020; 5(2): 1-6. doi: 10.12707/RIV19065.
9. McKinney ES, Murray S, Mau K, et al. Maternal-child nursing. St. Louis: Elsevier; 2022.
10. Murry S, McKinney E, Holub KS, et al. Foundation of maternal-newborn and women's health nursing. 8 th ed. Missouri: Elsevier; 2023.
11. Leifer G, Little KT. Introduction to maternity and pediatric nursing. 8 th ed. St. Louis: Elsevier; 2023.
12. Huang Y, Liu Y, Yu X, et al. The rates and factors of perceived insufficient milk supply: A systematic review. Matern & Child Nutr. 2022; 18(1): 1-13. doi: 10.1111/mcn. 13255.
13. Hatfield NT, Kincheloe CA. Introductory maternity & pediatric nursing. China: Wolters Kluwer; 2022.
14. Durham RF, Chapman LL, Miller CS. Davis advantage for maternal-newborn nursing. 4 th ed. Philadelphia: F.A. Davis; 2023.
15. Ozkaya M, Korukcu O. Effect of cold cabbage leaf application on breast engorgement and pain in the postpartum period: A systematic review and meta-analysis. Health Care Women Inter. 2023; 44(3): 328-44. doi: 10.1080/07399332.2022.2090567.
16. Udayan S, Viswanath L, Varghese L. Awareness regarding antenatal investigations among antenatal mothers attending selected tertiary hospital, Kochi, Kerala. J South Asian Fed Obstet Gynae. 2014; 6(3): 129-32. doi: 10.5005/jp-journals -10006-1290.
17. Murray S, McKinney E, Holub KS, et al. Foundations of maternal-newborn and women's health nursing. St. Louis: Elsevier; 2019.
18. Berens P, Brodribb W. ABM clinical protocol: Engorgement. Breastfeed Med. 2016; 11: 159-63. doi: 10.1089/bfm.2016. 29008.pjb.
19. Genna CW. Supporting sucking skills in breastfeeding infants. 4 th ed. Burlington: Jones & Bartlett Learning; 2023.
20. Nootara K, Panthong S, Wongtao C. Postpartum Mothers: The effectiveness of a Thai herbal compress with nano fabrics on breast engorgement and milk ejection. J Nurs Educ. 2022; 15(4): 57-68. Thai.
21. Nuampa S, Tangsuksan P, Jitima V, et al. Breast massage for breastfeeding promotion and problem solving: Evidence-based nursing practice. Nurs Sci J Thai. 2020; 38(3): 4-21. Thai.
22. Khoonphet C, Chunuan S, Phumdoung S. Effects of Southern Thai traditional massage with warm compression on lactation and breast engorgement: A randomized controlled trial. Pacific Rim Int Nurs Res. 2022; 26(3): 390-403.
23. Bailey D, Black RF, Gromada KK, et al. Breastfeeding: A parent's guide. 10 th ed. United States of America: Amy Spangler; 2021.
24. Leifer G. Introduction to maternity and pediatric nursing. 9 th ed. St.Louis: Elsevier; 2019.
25. Plandee P, The effectiveness of physical therapy prevention and treatment programs on breast engorgement in primigravida. Thai J Phys Ther. 2023; 45(1): 13-24. Thai.
26. Joy J, Kharde SN. A study to evaluate the effectiveness of chilled cabbage leaves application for relief of breast engorgement in volunteered postnatal mothers who are admitted in maternity ward of selected hospital in Belgaum. Intern J Biol & Med Res. 2016; 7(3): 5655-9.
27. Flagg JS, Pillitteri A. Maternal & child health nursing. 8 th ed. China: Wolters Kluwer; 2018.
28. Theerasopon P, Muangpin S. Innovations promoting breastfeeding. J Nurs Sci & Health. 2016; 39(4): 75-84. Thai.
29. Aongsakul A. The effectivenessof a donut hot gel compress on first-time lactation after birth in postpartum women. J Health Sci Peda. 2021; 1(1): 1-15. Thai.
30. Ansook P, Kaewsiri P, Sinthusiri P, et al. Lactating mothers with cesarean section: The effectiveness of a new electric bra on milk ejection. J Nurs Educ. 2022; 15(3): 1-15. Thai.

บทความวิชาการ

การป้องกันภาวะปอดอักเสบติดเชื้อที่สัมพันธ์กับการใช้เครื่องช่วยหายใจในผู้ใหญ่: การเปลี่ยนแปลงแนวปฏิบัติทางคลินิก
Preventing Ventilator-Associated Pneumonia in Adults Patients: Changing in Clinical Practice Guidelines

มุขพล ปุนภพ[1] คัณธารัตน์ จันทร์ศิริ[2] กำธร มาลาธรรม[3]*
Mukkapon Punpop[1] Khantarut Chansiri[2] Kumthorn Malathum[3]*

[1]พยาบาลวิชาชีพ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล กรุงเทพมหานคร
[1]Registered Nurse, Faculty of Medicine Ramathibodi Hospital, Mahidol University, Bangkok, Thailand.
[2]อาจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยวงษ์ชวลิตกุล จังหวัดนครราชสีมา
[2]Lecturer, Faculty of Nursing, Vongchavalitkul University, Nakhonratchasima, Thailand.
[3]รองศาสตราจารย์ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล กรุงเทพมหานคร
[3]Associate Professor, Faculty of Medicine Ramathibodi Hospital, Mahidol University, Bangkok, Thailand.

**ผู้รับผิดชอบหลัก: khantarut@gmail.com*
**Corresponding author: khantarut@gmail.com*
Received 7 February 2024 • Revised 29 March 2024 • Accepted 9 April 2024

บทคัดย่อ

บทนำ: *ภาวะปอดอักเสบติดเชื้อที่สัมพันธ์กับการใช้เครื่องช่วยหายใจเป็นหนึ่งในการติดเชื้อในโรงพยาบาลที่มีความสำคัญโดยเฉพาะอย่างยิ่งในกลุ่มผู้ป่วยวิกฤตที่รักษาด้วยการใส่ท่อช่วยหายใจ เนื่องจากเป็นสาเหตุสำคัญของการเสียชีวิต และทำให้ระยะเวลาในการนอนโรงพยาบาล ตลอดจนค่ารักษาในโรงพยาบาลเพิ่มขึ้น แนวทางปฏิบัติเพื่อป้องกันการเกิดปอดอักเสบติดเชื้อที่สัมพันธ์กับการใช้เครื่องช่วยหายใจได้ถูกนำไปใช้โดยถือเป็นกระบวนการเพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วยในโรงพยาบาลต่าง ๆ โดยคำนึงถึงความปลอดภัยของผู้ป่วยเป็นหลัก คำแนะนำของแนวปฏิบัตินี้อาจเปลี่ยนแปลงไปตามหลักฐานทางวิทยาศาสตร์ที่ปรากฏ ล่าสุดองค์กรวิชาชีพด้านโรคติดเชื้อในประเทศสหรัฐอเมริกาได้ปรับเปลี่ยนคำแนะนำการป้องกันการเกิดปอดอักเสบติดเชื้อที่สัมพันธ์กับการใช้เครื่องช่วยหายใจ ประเด็นที่เปลี่ยนแปลงไปจากคำแนะนำเดิม ได้แก่ การลดการใช้เครื่องช่วยหายใจชนิดรุกล้ำ การฟื้นฟูสภาพร่างกายโดยเริ่มเคลื่อนไหวร่างกายโดยเร็วที่สุด การเจาะคอหากมีแนวโน้มจะใช้เครื่องช่วยหายใจนานกว่า 7 วัน งดการใช้คลอร์เฮกซิดีนในการทำความสะอาดช่องปาก และการป้องกันการสำลัก* ***สรุป:*** *เนื้อหาของบทความวิชาการฉบับนี้สามารถนำไปใช้ในการปรับปรุงและพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิกหรือเครื่องมือในการวิจัยเพื่อป้องกันการเกิดภาวะปอดอักเสบติดเชื้อที่สัมพันธ์กับการใช้เครื่องช่วยหายใจในโรงพยาบาล*

คำสำคัญ: ปอดอักเสบติดเชื้อที่สัมพันธ์กับการใช้เครื่องช่วยหายใจ; แนวปฏิบัติทางคลินิก; การทำความสะอาดช่องปาก; การป้องกันการสำลัก

Abstract

Introduction: *Ventilator-associated pneumonia is one of the most important hospital-acquired infections, especially among critically ill patients who are mechanically ventilated, because of increased attributable mortality, length of stay and healthcare costs. Bundle of care to prevent ventilator-associated pneumonia was adopted in hospitals as part of patient safety practices. The recommendations in the clinical practice guidelines for this issue are changed as more scientific evidence is available. Recently, professional organizations in infectious diseases in the United States of America revised the clinical practice guidelines for preventing ventilator-associated pneumonia and provided updated recommendations. These changes include minimizing invasive positive pressure mechanical ventilator, encouraging rehabilitation by early mobilization, tracheostomy if the mechanical ventilator is needed longer than seven days, avoiding chlorhexidine for oral care to prevent tissue toxicity, and preventing aspiration.* ***Conclusion***: *The content in this article can be used to improve and develop clinical practices guideline or research tools to prevent ventilator-associated pneumonia in hospitals.*

Keyword: ventilator-associated pneumonia; clinical practice guidelines; oral care, aspiration prevention

บทนำ

ภาวะปอดอักเสบติดเชื้อที่สัมพันธ์กับการใช้เครื่องช่วยหายใจ (ventilator-associated pneumonia: VAP) คือการติดเชื้อภายหลังการใส่เครื่องช่วยหายใจไปแล้ว 48 ชั่วโมง นับเป็นหนึ่งในการติดเชื้อในโรงพยาบาลที่เป็นปัญหาทั่วโลก จากการรวบรวมข้อมูลเป็นระยะเวลา 27 ปี (พ.ศ. 2533-2560) ในแถบภูมิภาคเอเชีย พบว่าประเทศไทยมีอุบัติการณ์การเกิด VAP 8.8 ครั้ง/1,000 วันการใช้เครื่องช่วยหายใจ ซึ่งสูงกว่าในประเทศพัฒนาแล้ว[1] โดย VAP เพิ่มอัตราการเสียชีวิตในผู้ป่วยแตกต่างกัน พบว่า VAP เพิ่มอัตราการเสียชีวิตในกลุ่มผู้ป่วยวิกฤตศัลยกรรมสูงกว่ากลุ่มวิกฤตอายุรกรรมและกลุ่มอุบัติเหตุ[2] จากการรวบรวมข้อมูลจากงานวิจัยจำนวนมาก พบว่าอัตราการเสียชีวิตที่มีสาเหตุจาก VAP อาจจะอยู่ที่ประมาณร้อยละ 9-13 ซึ่งคุณภาพการดูแลผู้ป่วยมีผลต่ออัตราการเสียชีวิต[1] นอกจากอัตราการเสียชีวิตที่สูงขึ้นแล้ว VAP ทำให้ผู้ป่วยต้องรักษาตัวในโรงพยาบาลนานขึ้น และค่าใช้จ่ายในการรักษาเพิ่มขึ้น ซึ่งเกินครึ่งหนึ่งเป็นค่าใช้จ่ายด้านยาปฏิชีวนะ[3]

ภาวะปอดอักเสบติดเชื้อที่สัมพันธ์กับการใช้เครื่องช่วยหายใจ (VAP) เป็นหนึ่งในมาตรฐานตัวชี้วัดคุณภาพความปลอดภัยในโรงพยาบาล องค์กรสากลระหว่างประเทศตลอดจนหน่วยงานในประเทศไทยมีเป้าหมายในการลดการเกิด VAP อย่างต่อเนื่อง แม้ว่าในประเทศสหรัฐอเมริกาได้ปรับเปลี่ยนการเฝ้าระวังและป้องกัน VAP ไปเป็นการเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนอื่น ๆ ในผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจ เช่น ภาวะลิ่มเลือดอุดตันในปอด ภาวะหายใจล้มเหลวเฉียบพลัน ซึ่งรวมเรียกว่า ventilator-associated events (VAE) แล้วก็ตาม[4] ในช่วง 10 ปีที่ผ่านมาก็ยังคงมีการศึกษามากขึ้นเกี่ยวกับสาเหตุการเกิดและการป้องกัน VAP เนื่องจาก VAP นั้นเป็นสาเหตุหนึ่งของ VAE แม้ว่าร้อยละ 25-40 ของ VAE เกิดจาก VAP[5] แต่อย่างไรก็ตาม จากการรวบรวมข้อมูลอย่างเป็นระบบและการศึกษาอภิมาน Fan, et al.[6] รายงานว่าประมาณร้อยละ 70 ของ VAP นั้นเกิดจากภาวะปอดอักเสบติดเชื้อที่มีอาการเล็กน้อยโดยที่ค่า positive end expiratory pressure (PEEP) และ fraction of inspired oxygen (FiO_2) ไม่เปลี่ยนแปลงในทางที่แย่ลงทำให้ผู้ป่วยกลุ่มนี้ไม่เข้าข่ายตามคำนิยามของ VAE ดังนั้น การเฝ้าระวังโดยใช้นิยาม VAE จึงมีความไวในการพบ VAP ไม่เกินร้อยละ 50 เท่านั้น ซึ่งคำนิยาม VAE จะครอบคลุมภาวะแทรกซ้อนอื่น ๆ ที่ไม่ใช่การติดเชื้อด้วย รวมทั้งการกำหนดให้มีระยะเวลาที่อาการแย่ลงในผู้ป่วยที่มีอาการคงที่หรือดีขึ้นมาแล้วอย่างน้อยสองวัน และรวมเอาการใช้ยาปฏิชีวนะเป็นเวลา 4 วันเข้าไว้ในกรณี infection-related ventilator associated complications (IVACs) ด้วย จึงทำให้การใช้นิยาม VAE ในการเฝ้าระวัง สะท้อนความสัมพันธ์กับอัตราการเสียชีวิตได้ดีกว่า และช่วยลดปัญหาการใช้ยาปฏิชีวนะเกินกว่าความจำเป็นได้ดีกว่าการใช้นิยามแบบ VAP[6] ดังนั้น VAE จึงน่าจะมีความเหมาะสมในการเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนโดยรวมในผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจมากกว่า เมื่อข้อมูลที่มีมากขึ้นจึงนำไปสู่การปรับปรุงแก้ไข

แนวทางเวชปฏิบัติการป้องกันการเกิดปอดอักเสบติดเชื้อที่สัมพันธ์กับการใช้เครื่องช่วยหายใจ ภายใต้ความร่วมมือของ The Society for Healthcare Epidemiology of America SHEA), Infectious Diseases Society of America (IDSA), American Hospital Association (AHA) และ Association for Professionals in Infection Control and Epidemiology (APIC) ในปี พ.ศ. 2565[7] ผู้นิพนธ์จึงได้รวบรวมประเด็นที่น่าสนใจไว้ในบทความนี้

ความเป็นมาและความสำคัญของการป้องกันภาวะปอดอักเสบติดเชื้อที่สัมพันธ์กับการใช้เครื่องช่วยหายใจ

ศูนย์ควบคุมโรคแห่งสหรัฐอเมริกา (The Centers for Disease Control and Prevention: CDC) แนะนำให้โรงพยาบาลเฝ้าระวัง ventilator associated events (VAE) เป็นหลักแทนที่ VAP ตั้งแต่ปี ค.ศ. 2013 เพื่อให้ครอบคลุมภาวะแทรกซ้อนที่ส่งผลต่อผลลัพธ์ของการรักษาและอัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจมากขึ้น จึงนิยามศัพท์ที่เกี่ยวข้องกับภาวะปอดอักเสบติดเชื้อที่สัมพันธ์กับการใช้เครื่องช่วยหายใจ ดังนี้[8]

1) ventilator associated conditions (VAC) หมายถึง การเปลี่ยนแปลงของระบบทางเดินหายใจในทางที่แย่ลงในผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจ โดยต้องใช้แรงดันบวกขณะหายใจออก (PEEP) เพิ่มขึ้น 3 เซนติเมตรน้ำขึ้นไป หรือค่าความเข้มข้นของออกซิเจน (FiO_2) เพิ่มขึ้นร้อยละ 20 ขึ้นไปเป็นเวลาตั้งแต่ 2 วันขึ้นไป โดยระบบทางการหายใจของผู้ป่วยต้องอยู่ในสภาพคงที่หรือมีแนวโน้มไปในทางที่ดีขึ้นเป็นเวลาติดต่อกันอย่างน้อย 2 วัน ก่อนที่จะแย่ลง

2) Infection-related ventilator associated complications (IVACs) หมายถึง ภาวะ VAC ร่วมกับการติดเชื้อ โดยเกณฑ์การวินิจฉัยคือ ผู้ป่วยมีอุณหภูมิกาย < 36 หรือ > 38 องศาเซลเซียส หรือ จำนวนเม็ดเลือดขาว ≤ 4,000 เซลล์ต่อมิลลิลิตร หรือตั้งแต่ 12,000 เซลล์ต่อมิลลิลิตรขึ้นไป ร่วมกับมีการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างน้อยหนึ่งชนิดเป็นระยะเวลาตั้งแต่ 4 วันขึ้นไป โดยเริ่มเกิดขึ้นก่อนหน้า 2 วัน ไปจนถึง 2 วันหลังจากเกิด VAC

3) Possible ventilator-associated pneumonia หมายถึง ภาวะ IVAC ร่วมกับการตรวจพบสารคัดหลั่งจากทางเดินหายใจมีลักษณะเป็นหนอง (purulent secretion) กล่าวคือ มีเม็ดเลือดขาวชนิดนิวโทรฟิล (neutrophils) ≥ 25 cells per low power field (LPF, กำลังขยายของกล้องจุลทรรศน์ x 100) โดยที่มีจำนวนเซลล์เยื่อบุ (epithelial cell) < 10 LPF หรือ เพาะเชื้อจากเสมหะ น้ำล้างปอดหรือตัวอย่างชิ้นเนื้อปอดในปริมาณที่มากถึงจุดที่มีความสัมพันธ์กับการก่อโรค

4) Probable ventilator-associated pneumonia หมายถึง ภาวะ IVAC ร่วมกับผลเพาะเชื้อเสมหะที่ได้จากท่อช่วยหายใจเป็นบวก ≥ 10^5 CFU/mL จากการที่ได้จากท่อช่วยหายใจ มากกว่าหรือเท่ากับ 10^4 CFU/mL จากน้ำล้างปอดหรือตั้งแต่ 10^3 CFU/mL ของสิ่งส่งตรวจจาก protected specimen brush

จะเห็นได้ว่า คำนิยามดังกล่าวมีการให้ความสำคัญกับภาวะแทรกซ้อนทั้งการติดเชื้อและไม่ติดเชื้อ รวมทั้งนำข้อมูลทางห้องปฏิบัติการร่วมด้วย เนื่องจากผู้ป่วยวิกฤตที่ต้องพึ่งเครื่องช่วยหายใจอาจมีสาเหตุอื่น ๆ ที่ทำให้อาการแย่ลง นอกเหนือจากการติดเชื้อในปอด เช่น ได้รับสารน้ำมากเกินไป ได้รับยาระงับปวด ในช่วงของการรักษามีภาวะปอดแฟบ (atelectasis) และภาวะโรคที่แย่ลง[7] เป็นต้น ดังนั้นจึงต้องมีการประเมินและระบุสาเหตุที่ทำให้ผู้ป่วยเปลี่ยนแปลงอย่างต่อเนื่อง อย่างไรก็ตาม ในกลุ่มผู้ป่วยเด็กประเทศสหรัฐอเมริกา และในหลายประเทศผู้ป่วยทั้งเด็กและผู้ใหญ่ รวมทั้งประเทศไทย ยังคงใช้ระบบการเฝ้าระวัง VAP และใช้คำนิยามในการเฝ้าระวังการติดเชื้อในโรงพยาบาลของ CDC ซึ่งยังมีคำนิยามสำหรับการวินิจฉัย VAP อยู่จนถึงปัจจุบัน

พยาธิกำเนิดของปอดอักเสบติดเชื้อที่สัมพันธ์กับการใช้เครื่องช่วยหายใจ

ท่อช่วยหายใจเป็นวัสดุทางการแพทย์ที่ใส่ผ่านปากเข้าสู่หลอดลมใหญ่ อาจขัดขวางกลไกการไอ และการทำงานของขนกวัด (mucociliary clearance) ทำให้การขจัดสิ่งแปลกปลอมที่เข้าสู่ร่างกายเบื้องต้นสูญเสียไป ในคนสุขภาพดีทั่วไปจะผลิตน้ำลายวันละประมาณ 2 ลิตร และอาจมีการสำลักสารคัดหลั่งในปริมาณเล็กน้อย (micro aspiration) แต่ในผู้ป่วยที่ใส่ท่อช่วยหายใจจะมีภาวะกลืนลำบาก และอาจได้รับยากลุ่มต่าง ๆ ที่มีผลต่อระดับความรู้สึกตัวลดลง จึงทำให้มีการคั่งค้างของสารคัดหลั่งภายในช่องปากนานกว่าปกติ ถึงแม้ว่าในน้ำลายจะมีสารต้านจุลชีพ ได้แก่ IgA และ lactoferrin แต่พบว่าในผู้ป่วยวิกฤต ปริมาณน้ำลายและสารเหล่านี้ลดลง ส่งผลให้ภายในช่องปากและฟันเป็นแหล่งสะสมของเชื้อโรคชนิดต่าง ๆ เมื่อของเหลวที่มีเชื้อโรคส่วนนี้เคลื่อนที่ไปรวมกันบริเวณเหนือกระเปาะท่อช่วยหายใจ และท่อช่วยหายใจเอง

อาจเป็นแหล่งเจริญเติบโตของเชื้อโรค (biofilm) ได้เช่นกัน ซึ่งอยู่ในช่องปากและเป็นทางผ่านสามารถเชื่อมไปถึงปอดได้โดยตรงจึงมีโอกาสสูงที่เชื้อโรคส่วนนี้จะเคลื่อนที่ไปยังส่วนล่างของปอดอาจเป็นสาเหตุของการติดเชื้อได้

ในปัจจุบันมีการศึกษาเกี่ยวกับจุลชีพในร่างกายมนุษย์ โดยการตรวจชนิดของ 16S rRNA ทำให้ทราบว่ามีกลุ่มของแบคทีเรียอาศัยอยู่บริเวณทางเดินหายใจส่วนล่างอย่างมากมาย เรียกว่า ไมโครไบโอม (microbiome)[9] มีหน้าที่ป้องกันการรุกรานของเชื้อก่อโรคการใส่ท่อช่วยหายใจอาจทำให้เกิดความไม่สมดุลของ microbiome ในปอด มีการเคลื่อนที่ของจุลชีพไปเจริญในส่วนที่ไม่เหมาะสม และเพิ่มจำนวนมากกว่าปกติ ทำให้เกิดการติดเชื้อในที่สุด[10] ดังนั้นความไม่สมดุลของ microbiome ในระบบทางเดินหายใจจึงมีความเชื่อมโยงกับการเกิด VAP

คำแนะนำใหม่ในการป้องกันปอดอักเสบติดเชื้อที่สัมพันธ์กับการใช้เครื่องช่วยหายใจในผู้ใหญ่

ในปี พ.ศ. 2557 SHEA/IDSA แนะนำวิธีการป้องกันปอดอักเสบติดเชื้อที่สัมพันธ์กับการใช้เครื่องช่วยหายใจในผู้ใหญ่ โดยแบ่งเป็น 4 หมวดหลัก ได้แก่ การปฏิบัติพื้นฐาน (basic practices) พิจารณาเพิ่มเติม (special approaches) โดยทั่วไปไม่แนะนำให้ปฏิบัติ (generally not recommended) และไม่แนะนำให้ปฏิบัติ (not recommended)[4] ต่อมา พ.ศ. 2565 มีการเปลี่ยนแปลงคำแนะนำเดิมตามหลักฐานทางวิทยาศาสตร์[7] และจัดกลุ่มคำแนะนำเป็น essential practices (แทน “basic practices”) ที่ทุกโรงพยาบาลควรปฏิบัติ และ additional approaches (แทน “special approaches”) คือสิ่งที่แนะนำให้ปฏิบัติเพิ่มเติมในกรณีที่ใช้ essential practices แล้ว แต่ยังไม่สามารถลดอัตราการเกิด VAP ได้ โดยบทความนี้จะนำเสนอในประเด็นที่มีการเปลี่ยนแปลง ดังนี้

การลดการใส่ท่อช่วยหายใจและการใช้เครื่องช่วยหายใจชนิดรุกล้ำให้น้อยที่สุด มีรายละเอียดเพิ่มเติม 3 ประเด็น กล่าวคือ การใช้อุปกรณ์ช่วยหายใจแรงดันบวกชนิดไม่รุกล้ำ (non-invasive positive ventilation: NIPV) และออกซิเจนชนิดอัตราไหลสูงทางจมูก (high flow nasal cannula: HFNC) แทนการใส่ท่อช่วยหายใจ เพื่อแก้ไขภาวะพร่องออกซิเจนและกลุ่มหายใจลำบากเฉียบพลันจากสาเหตุต่าง ๆ โดยสามารถลดการใส่ท่อช่วยหายใจลงได้มากกว่าร้อยละ 50[11] ผู้ป่วยกลุ่มภูมิคุ้มกันบกพร่อง ปอดอุดกั้นเรื้อรังหลังผ่าตัดหัวใจและทรวงอก แนะนำให้ใช้ NIPV ในการแก้ไขภาวะหายใจล้มเหลวชนิดที่มีการคั่งของก๊าซคาร์บอนไดออกไซด์ ส่วน HFNC ใช้ในผู้ป่วยที่มีภาวะพร่องออกซิเจนที่ไม่มีโรคปอดและภาวะน้ำคั่งในปอดจากสาเหตุต่าง ๆ ซึ่ง NIPV และ HFNC สามารถลดการใส่ท่อช่วยหายใจได้ไม่แตกต่างกัน[12] จากประสบการณ์ผู้นิพนธ์ในการใช้ NIPV พบว่า ผู้ป่วยต้องให้ความร่วมมือในการใส่ เนื่องจากผู้ป่วยจะรู้สึกไม่สุขสบายจากแรงดันลมและแรงกดของหน้ากาก ในขณะที่ HFNC ทำให้รู้สึกสุขสบายกว่าแต่มีราคาแพง นอกจากนี้ผู้ป่วยสามารถไอและขับเสมหะได้สะดวกกว่า NIPV โดยไม่ต้องปลดหน้ากาก

นอกจากนี้ควรพิจารณาหย่าเครื่องช่วยหายใจโดยประเมินความพร้อมในการหย่าเครื่องช่วยหายใจวันละครั้งหลังการใส่ท่อช่วยหายใจและใช้เครื่องช่วยหายใจ เพื่อลดจำนวนวันของการใส่ท่อช่วยหายใจให้สั้นที่สุด การวิเคราะห์อภิมานโดย Burns, et al.[13] จำนวน 28 การศึกษาโดยมีผู้ป่วยรวม 2,066 ราย พบว่า การใช้ NIPV ในการหย่าเครื่องช่วยหายใจและหลังการถอดท่อช่วยหายใจ สามารถลดอัตราการเสียชีวิต อัตราการเกิด VAP และระยะเวลาที่รักษาตัวในหอผู้ป่วยวิกฤต เมื่อเทียบกับการหย่าเครื่องช่วยหายใจแบบรุกล้ำ และแนะนำให้ปฏิบัติในผู้ป่วยทุกราย (high quality evidence)

การใช้ยาลดระดับความรู้สึกตัวเท่าที่จำเป็น จะช่วยลดระยะเวลาการใส่ท่อช่วยหายใจได้ ผู้ป่วยที่ใส่ท่อช่วยหายใจบางรายได้รับยาที่มีฤทธิ์ลดระดับความรู้สึกตัวจากสาเหตุต่าง ๆ เช่น หายใจไม่สัมพันธ์กับเครื่องช่วยหายใจ ยาระงับประสาทและกลุ่มยาลดปวด เป็นสาเหตุทำให้ผู้ป่วยต้องใส่ท่อช่วยหายใจนานขึ้น จากการศึกษาในหอผู้ป่วยวิกฤต จำนวน 42 แห่งเป็นระยะเวลา 3 ปี พบว่า ผู้ป่วยที่ได้รับยาระงับประสาทและยาลดปวด มีแนวโน้มต้องใช้ท่อช่วยหายใจนานกว่าผู้ป่วยที่ไม่ได้ใช้ยาเหล่านี้อย่างน้อย 1 วัน[14] จากการศึกษาเปรียบเทียบระยะเวลาการใส่ท่อช่วยหายใจของผู้ป่วยที่ได้รับยา propofol และ midazolam[15] พบว่า กลุ่มที่ได้ยา propofol ซึ่งเป็นยากลุ่ม non-benzodiazepine มีระยะเวลาของการใส่ท่อช่วยหายใจสั้นกว่ากลุ่มที่ได้รับ midazolam จึงแนะนำให้ใช้ยากลุ่ม non-benzodiazepine เนื่องจากมีฤทธิ์สั้น ทำให้รู้สึกตัวเร็วเมื่อหยุดยา Qi, et al.[16] ศึกษาทบทวนข้อมูลอย่างเป็นระบบถึงประสิทธิภาพในการนำของพยาบาลเพื่อปรับยากลุ่มระงับประสาทในผู้ป่วยวิกฤตที่ใส่ท่อช่วยหายใจ เปรียบเทียบกับกลุ่มที่ให้แพทย์เป็นผู้พิจารณาปรับยาซึ่งเป็นกลุ่มควบคุม พบว่า กลุ่มในการนำของพยาบาลมีอัตราการเสียชีวิตโดยรวมน้อยกว่า (RR = .854; 95% CI = .747, .938; P = .027)

มีอัตราการเกิด VAP น้อยกว่า (RR = .438; 95% CI = .292, .657; P < .001) และมีระยะเวลาการใช้เครื่องช่วยหายใจสั้นกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เนื่องจากกลุ่มพยาบาลสามารถปรับเพิ่มหรือลดยาได้ทันที ให้เหมาะสมกับอาการทางคลินิกของผู้ป่วยขณะนั้น ซึ่งในบริบทของประเทศไทย แพทย์และพยาบาลได้กำหนดเป้าหมายการให้ยาร่วมกัน พยาบาลใช้ the Richmond agitation sedation scale (RASS) เป็นเครื่องมือในการประเมินอาการผู้ป่วยหลังได้รับยา และจะรายงานแพทย์หากผู้ป่วยได้รับยามากหรือน้อยเกินไปเพื่อพิจารณาปรับลดหรือเพิ่มปริมาณยาให้เหมาะสม

จะเห็นได้ว่า การลดจำนวนวันของการใส่ท่อช่วยหายใจประกอบด้วย การลดการใช้ยาระงับประสาท โดยใช้ยาให้น้อยที่สุด โดยใช้ยากลุ่ม non-benzodiazepine เป็นหลัก การกำหนดเป้าหมายของการให้ยาร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพ และมีแนวทางปฏิบัติอย่างชัดเจนในการลดและหยุดยา ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของการหย่าเครื่องช่วยหายใจ ทำให้ลดระยะเวลาการใส่ท่อช่วยหายใจ เพื่อลดความเสี่ยงของการเกิด VAP

การเคลื่อนไหวร่างกายโดยเร็ว (early mobilization)

ผู้ป่วยควรให้เริ่มเคลื่อนไหวร่างกายภายใน 3 วันหลังเข้ารักษาตัวในหอผู้ป่วยวิกฤต การเคลื่อนไหวร่างกายทั้งแบบ active และ passive range of motion ซึ่งต้องประเมินความสามารถและความปลอดภัยของผู้ป่วยเป็นหลัก การศึกษาการเคลื่อนไหวร่างกายโดยเร็วโดย Zang, et al.[17] โดยทีมสหสาขาวิชาชีพซึ่งมีรูปแบบการเคลื่อนไหว 4 ระดับ พบว่าระยะเวลาวันที่ใส่ท่อเครื่องช่วยหายใจสั้นลง ลดความเสี่ยงของการเกิด VAP ได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (RR = .26, 95% CI: .11, .63; P = .003) ลดระยะเวลารักษาตัวในหอผู้ป่วยวิกฤต ตลอดจนระยะเวลารักษาตัวในโรงพยาบาลการเคลื่อนไหวร่างกายโดยเร็วจึงเป็นกิจกรรมที่มีความจำเป็นและปลอดภัยในผู้ป่วยที่ใส่ท่อช่วยหายใจ

การเจาะคอในกรณีที่ใช้เครื่องช่วยหายใจนานกว่า 7 วัน ท่อช่วยหายใจและช่องปากเป็นแหล่งสะสมและเจริญเติบโตของเชื้อโรค การเจาะคอ (tracheostomy) สามารถตัดวงจรความเสี่ยงนี้ได้ แม้ว่าท่อหลอดลมคอเป็นแหล่งสะสมและเจริญเติบโตของเชื้อโรค แต่ท่อหลอดลมคอสามารถถอดล้างทำความสะอาดเพื่อกำจัดกลุ่มของเชื้อโรคบริเวณพื้นผิว (biofilm) ได้ นอกจากนี้ การเจาะคอยังลดความเสี่ยงของการสำลักเสมหะจากปากลงสู่ปอด สามารถทำความสะอาดช่องปากได้ง่ายกว่าเมื่อเทียบกับการใส่ท่อช่วยหายใจ ทำให้ผู้ป่วยสุขสบายมากขึ้น Chorath, et al.[18] รวบรวมงานวิจัย จำนวน 17 การศึกษา มีผู้ป่วยรวมทั้งสิ้น 3,145 ราย โดยเปรียบเทียบการเจาะคอภายในระยะเวลา 7 วัน (early tracheostomy) ทั้งในกลุ่มผู้ป่วยศัลยกรรม แผลไฟไหม้และอายุรกรรม พบว่าในกลุ่ม early tracheostomy สามารถลดอัตราการเกิด VAP (OR, .5 [95% CI, .35-.99]) ระยะเวลาการใช้เครื่องช่วยหายใจ/วันนอนในหอผู้ป่วยหนักลดลง เมื่อเทียบกับกลุ่มเจาะคอหลังใส่ท่อช่วยหายใจนานกว่า 7 วัน ดังนั้น การเจาะคอโดยเร็วช่วยลดความเสี่ยงของการเกิด VAP ที่เกิดจากการใส่ท่อช่วยหายใจเป็นระยะเวลานาน

การทำความสะอาดในช่องปาก เป็นกิจกรรมการพยาบาลที่มีความสำคัญ เนื่องจากในช่องปากเป็นแหล่งสะสมของเชื้อโรค การทำความสะอาดในช่องปากมีวัตถุประสงค์เพื่อลดการสะสมของเชื้อโรคและทำให้ผู้ป่วยรู้สึกสุขสบาย การทำความสะอาดช่องปากมี 2 วิธี คือ 1) การจัดการเชิงกล (mechanical intervention) เป็นกิจกรรมเพื่อลดการสะสมของเชื้อโรคโดยการแปรงฟันลดเชื้อโรคบริเวณคราบฟัน (dental plaque) ลิ้น และเยื่อเมือกในช่องปาก และ 2) การจัดการด้วยยา (pharmacological intervention) คือ การใช้สารออกฤทธิ์ทางเภสัชวิทยาเช็ดภายในช่องปากเพื่อป้องกันหรือลดการเจริญเติบโตของเชื้อโรคในช่องปาก มีการศึกษาโดยการแปรงฟันวันละ 2 ครั้งอย่างน้อย 15 นาทีแล้วล้างออกด้วยน้ำเกลือสามารถลดการสะสมของ dental plaque และลดการเกิด VAP ได้ Salarzehi, et al.[19] ทำการเปรียบเทียบศึกษาการแปรงฟันอย่างน้อย 2 นาทีทุก 8 ชั่วโมงเป็นระยะเวลา 5 วัน กับการแปรงฟันปกติ พบว่า สุขภาพในช่องปากในวันที่ 3 ของกลุ่มทดลองดีขึ้น ในปัจจุบันความถี่ในการแปรงฟันที่ควรปฏิบัติเพื่อป้องกัน VAP ยังเป็นที่ถกเถียงกัน ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาอภิมานงานวิจัยการทดลองแบบสุ่ม พบว่า การแปรงฟันวันละ 2-3 ครั้ง ไม่ได้ช่วยลดอัตราการเกิด VAP จำนวนวันนอนโรงพยาบาล และอัตราการเสียชีวิตในโรงพยาบาลแต่อย่างใด[20] การแปรงฟันอย่างน้อยวันละครั้งจึงเป็นกิจกรรมที่ควรปฏิบัติเพื่อลดการเกิด VAP ในผู้ป่วยที่ใส่ท่อช่วยหายใจ

การทำความสะอาดช่องปากด้วยน้ำยา chlorhexidine (CHX) ซึ่งเป็นสารที่ช่วยยับยั้งการเจริญเติบโตของแบคทีเรียร่วมกับการแปรงฟัน สามารถลดความเสี่ยงต่อการเกิด VAP เนื่องจากลดการเกิด dental plaque[21] อย่างไรก็ตาม บางการศึกษาพบว่าการใช้ CHX อาจเพิ่มอัตราการเสียชีวิตได้มากถึง 2.6 เท่า[22] จากการทดลองในหนูพบว่า CHX เป็นอันตรายต่อปอด และในมนุษย์มีรายงานว่าการสำลัก CHX ทำให้เกิดภาวะหายใจลำบากเฉียบพลันจนเสียชีวิตได้ ซึ่ง micro aspiration

เกิดขึ้นในผู้ป่วยที่ใส่ท่อช่วยหายใจ ดังนั้นจึงมีโอกาสสำลัก CHX และอาจเป็นอันตรายต่อผู้ป่วย การศึกษา CHORAL ของ Dale, et al.[23] ระบุว่าการใช้ CHX ในหอผู้ป่วยหนัก 6 แห่ง ไม่มีความสัมพันธ์กับการลด IVAC แต่อย่างใด CHX ซึ่งมีฤทธิ์ยับยั้งการเจริญเติบโตของเชื้อแบคทีเรียในช่องปาก อาจทำให้เกิดความไม่สมดุลของ microbiome และอาจเกี่ยวข้องกับการเกิดโรคอื่น ๆ ในปัจจุบันจึงไม่แนะนำให้ใช้ CHX เช็ดในช่องปาก[7] เนื่องจากไม่มีความสัมพันธ์กับการลด VAP และอาจทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนอื่นได้

จากหลักฐานเชิงประจักษ์ยังไม่มีข้อสรุปเกี่ยวกับวิธีการดูแลความสะอาดของช่องปากที่ดีที่สุด อย่างไรก็ตาม การแปรงฟันอย่างน้อยวันละครั้งและไม่ใช้ CHX ทำความสะอาดช่องปาก เป็นวิธีที่แนะนำให้ปฏิบัติในการป้องกัน VAP ส่วนในรายที่มีข้อห้าม เช่น ผู้ป่วยที่มีภาวะเกล็ดเลือดต่ำให้ใช้น้ำเกลือล้างทำความสะอาดในช่องปากร่วมกับไม้พันสำลีแทนการแปรงฟัน[17] ดังนั้น การทำความสะอาดช่องปากเพื่อมุ่งเน้นถึงสุขอนามัยพื้นฐานในช่องปาก ได้แก่ การลดคราบฟัน เหงือกอักเสบ ลดการสะสมของน้ำลายกลิ่นไม่พึงประสงค์ และส่งเสริมความชุ่มชื้นของเยื่อบุในช่องปากทำให้ผู้ป่วยสุขสบาย อาจเป็นวิธีที่เหมาะสมและเพียงพอในการดูแลช่องปากเพื่อลดการเกิด VAP ของผู้ป่วยที่ใส่ท่อช่วยหายใจ แทนการใช้ยาต้านจุลชีพ เพื่อลดเชื้อแบคทีเรียในช่องปาก และระบบทางเดินอาหาร มีหลักฐานว่าอาจจะได้ประโยชน์ในการป้องกัน VAP[24] แต่อาจมีความเสี่ยงต่อการเกิดเชื้อดื้อยามากขึ้นโรงพยาบาลต่าง ๆ ในประเทศไทย มีความชุกของเชื้อแบคทีเรียที่ดื้อต่อยาหลายขนานค่อนข้างสูง จากข้อมูลของศูนย์เฝ้าระวังเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพแห่งชาติ กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ พบว่า ความชุกของ carbapenem-resistant acinetobacter baumannii สูงเกินกว่าร้อยละ 80 ต่อเนื่องมานานหลายปี และในปีหลัง ๆ ยังพบว่ามีการเพิ่มขึ้นของเชื้อกลุ่ม carbapenem-resistant enterobacterales อย่างรวดเร็ว จึงไม่นิยมใช้ยาต้านจุลชีพเพื่อลดเชื้อแบคทีเรียในช่องปากและระบบทางเดินอาหาร เนื่องจากมีความเสี่ยงต่อการดื้อยาปฏิชีวนะที่เพิ่มขึ้น[25] แต่แนะนำให้ใช้กับผู้ป่วยในโรงพยาบาลที่มีอุบัติการณ์ของเชื้อดื้อยาต่ำเท่านั้น[7]

การป้องกันการสำลัก การเกิด micro aspiration เป็นสาเหตุหลักของการเกิด VAP ในผู้ป่วยที่ใส่ท่อช่วยหายใจ จากแนวคิดดังกล่าวจึงมีความพยายามในการลด micro aspiration โดยคำแนะนำก่อนหน้านี้ แนะนำให้ใช้ท่อช่วยหายใจชนิดที่สามารถระบายสารคัดหลั่งใต้กล่องเสียง (subglottic secretion drainage) เพื่อลดการสะสมของเหลวและลดการเกิด micro aspiration อย่างไรก็ตาม ในปัจจุบัน[7] ไม่แนะนำให้ใช้ท่อช่วยหายใจชนิดนี้เป็นหลัก เนื่องจากหลักฐานในการลดอัตราการเกิด VAP หรือ VAE ยังไม่แน่ชัด หากจะนำมาใช้ควรให้ความรู้แก่ผู้ใช้งาน เพื่อลดภาวะแทรกซ้อนที่อาจจะเกิดขึ้นแก่ผู้ป่วย จากประสบการณ์ผู้นิพนธ์พบว่าผู้ป่วยที่ออกจากห้องผ่าตัดและใส่ท่อช่วยหายใจชนิดนี้ 3 ราย พบว่าไม่สามารถประเมินปริมาณของเหลวที่คั่งค้างบริเวณใต้กล่องเสียงได้ ต้องเพิ่มขนาดแรงดันลบมากขึ้น ส่งผลให้มีการติดแน่นของท่อช่วยหายใจกับหลอดลม ทำให้ไม่สามารถดึงเอาท่อช่วยหายใจออกได้แม้ว่าใส่ท่อช่วยหายใจในระยะแรกเพียง 2 วัน อีก 2 ราย ต้องส่งปรึกษาวิสัญญีแพทย์เพื่อเอาท่อช่วยหายใจออก

ในปัจจุบันการรักษาแรงดันในกระเปาะท่อช่วยหายใจที่ระดับ 20-30 cmH_2O สามารถป้องกันการเคลื่อนที่ของของเหลวบริเวณเหนือกระเปาะท่อช่วยหายใจลงสู่ปอดส่วนล่าง แรงดันนี้เปลี่ยนแปลงได้ในระหว่างวันจากการเปลี่ยนท่านอนและกิจกรรมต่าง ๆ จึงมีแนวคิดว่าหากรักษาแรงดันนี้ให้มีความคงที่ (automated control) ตลอดเวลา น่าจะช่วยลดการเกิด micro aspiration ได้ มีการศึกษาเปรียบเทียบระหว่างการใช้เครื่องควบคุมแรงดันตลอดเวลาเปรียบเทียบกับการวัดทุก 8 ชั่วโมง พบว่า ในกลุ่มทดลองสามารถลดการเกิด micro aspiration[26] แต่ไม่ลดอัตราการเสียชีวิต จำนวนวันของการใช้เครื่องช่วยหายใจ ระยะเวลาในการนอนโรงพยาบาลและการใช้ยาปฏิชีวนะในโรงพยาบาล จึงไม่แนะนำให้ใช้ automated control เป็นกิจกรรมหลักที่จำเป็นในการป้องกัน VAP เนื่องจากหลักฐานในปัจจุบันยังไม่ชัดเจนว่าสามารถลดการเกิด VAP ในผู้ป่วยที่ใส่ท่อช่วยหายใจ

แม้ว่าการวัดแรงดันในกระเปาะท่อช่วยหายใจมีความสำคัญกับผู้ป่วยทุกรายที่ใส่ท่อช่วยหายใจ เพื่อให้มั่นใจว่าระดับแรงดันในกระเปาะไม่สูงเกินไป จนเป็นอันตรายต่อเยื่อบุหลอดลม และเพียงพอในการป้องกันการเกิด micro aspiration แต่ในระหว่างการวัดแรงดันในกระเปาะท่อช่วยหายใจ อาจทำให้แรงดันภายในกระเปาะลดลง ซึ่งอาจเกิดรอยรั่วรอบ ๆ กระเปาะท่อช่วยหายใจและสำลักสารคัดหลั่งลงปอดได้ด้วยเช่นกัน การวัดแรงดันในกระเปาะท่อช่วยหายใจบ่อยครั้งอาจเป็นการเพิ่มปัจจัยที่ทำให้เกิด micro aspiration ได้[27] จึงควรวัดแรงดันภายหลังการดูดเสมหะในช่องปากและท่อช่วยหายใจ จากการศึกษา พบว่าการวัดแรงดันในกระเปาะท่อช่วยหายใจบ่อยครั้งไม่ช่วยลดอัตราการเกิด VAP และระยะเวลาวันนอนโรงพยาบาล และอัตราการเสียชีวิตไม่ได้แตกต่างกันเมื่อ

เปรียบเทียบกับกลุ่มที่วัดวันละครั้ง[28] จึงแนะนำให้วัดแรงดันในกระเปาะท่อช่วยหายใจอย่างน้อยวันละครั้งหรือเมื่อมีข้อบ่งชี้ ได้แก่ หลังการใส่ท่อช่วยหายใจ เลื่อนท่อช่วยหายใจ และเมื่อผู้ป่วยมีปริมาตรของอากาศในช่วงหายใจเข้าน้อยกว่าปกติหรือสงสัยว่ามีลมรั่วจากกระเปาะท่อช่วยหายใจ

การสำลักปริมาณมาก (macro aspiration) ได้แก่ การสำลักของเหลวในช่องปากหรือของเหลวจากกระเพาะอาหารการใส่ ท่อช่วยหายใจทางปากจะขัดขวางการกลืนทำให้มีโอกาสเกิด macro aspiration ได้ จากการวิเคราะห์ พบว่าผู้สูงอายุที่มีปัญหาเกี่ยวกับการกลืน มีความเสี่ยงต่อการเกิดปอดอักเสบติดเชื้อที่มีสาเหตุมาจาก macro aspiration ได้มากถึง ร้อยละ 9.40 และร้อยละ 12.90 ในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง สมาคมผู้ให้อาหารทางหลอดเลือดดำและทางเดินอาหารแห่งสหภาพยุโรป (The European Society for Clinical Nutrition and Metabolism: ESPEN)[29] แนะนำให้เริ่มการให้อาหารผ่านทางเดินอาหารในผู้ป่วยวิกฤตโดยเร็วภายในระยะเวลา 48 ชั่วโมง เนื่องจากจะช่วยกระตุ้นภูมิคุ้มกันในระบบทางเดินอาหารและระบบทางเดินหายใจ สามารถลดความเสี่ยงต่อการเกิด VAP ได้

ผู้ป่วยที่ให้อาหารเหลวทางสายยางผ่านรูจมูกลงไปยังกระเพาะอาหารมีโอกาสเกิด macro aspiration โดยเฉพาะอย่างยิ่งผู้ป่วยที่มีระดับความรู้สึกตัวลดลง ความสามารถในการไอลดลง และกระเพาะอาหารเคลื่อนไหวผิดปกติการใส่สายให้อาหารเข้าสู่ลำไส้เล็ก (postpyloric feeding) ช่วยลดความเสี่ยงต่อการสำลัก[29] ซึ่งอาจเป็นประโยชน์สำหรับผู้ป่วยกลุ่มนี้ อย่างไรก็ตาม การใส่สาย postpyloric feeding ต้องอาศัยแพทย์ที่มีความชำนาญจึงอาจเป็นข้อจำกัดในบางโรงพยาบาล ซึ่งแนะนำให้ปฏิบัติในกรณีที่ไม่สามารถลด VAP ได้เมื่อปฏิบัติกิจกรรมที่จำเป็นครบถ้วนแล้ว

การตรวจสอบอาหารตกค้างในกระเพาะอาหาร (residual gastric volume) เป็นกิจกรรมที่ทำในผู้ป่วยทุกรายที่ได้รับอาหารเหลวทางสายยางเพื่อลดการเกิด macro aspiration ในผู้ป่วยที่ใส่ท่อช่วยหายใจ มีงานวิจัยสนับสนุนว่าปริมาณ gastric residual volume ที่เพิ่มขึ้นอาจไม่ได้เพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิด VAP อัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยและระยะเวลานอนในโรงพยาบาล[30] อย่างไรก็ตาม การประเมิน residual gastric volume ในผู้ป่วยที่ไม่สามารถรับอาหารเหลวทางสายยางได้ (feeding intolerance) ยังคงมีความจำเป็นในการพิจารณาลด หรือเพิ่มปริมาณอาหารเหลว และการให้ยาเพื่อช่วยเพิ่มการเคลื่อนไหวของลำไส้

การจัดท่านอนศีรษะสูงมากกว่า 30 องศา ช่วยป้องกันการสำลักอาหารจากกระเพาะอาหารและลดการสำลักของเหลวในปากลงสู่ปอดส่วนล่าง[31] นอกจากนี้ยังเพิ่มการแลกเปลี่ยนก๊าซหรือการกำซาบออกซิเจน (ventilation/perfusion) จากการศึกษาวิเคราะห์อภิมานเครือข่าย[32] จำนวนทั้งสิ้น 20 การศึกษา ศึกษาเปรียบเทียบผลของท่านอนต่าง ๆ พบว่าท่านอนศีรษะสูง สามารถลดอัตราการเกิด VAP ได้ถึงร้อยละ 71.40 ลดระยะเวลาที่นอนโรงพยาบาล และลดระยะเวลาการใช้เครื่องช่วยหายใจได้มากกว่าร้อยละ 65 และท่านอนคว่ำสามารถลดการเกิด VAP และลดอัตราการเสียชีวิตลงได้เมื่อเทียบกับท่านอนหงาย อย่างไรก็ตาม ในทางปฏิบัติ การจัดท่านอนคว่ำในผู้ป่วยที่ใส่ท่อช่วยหายใจทำได้ยาก และอาจเกิดภาวะแทรกซ้อนอื่น ๆ ตามมา ดังนั้น การนอนศีรษะสูงเป็นกิจกรรมที่สามารถทำได้ง่ายและเกิดผลข้างเคียงน้อย จึงแนะนำให้ปฏิบัติในผู้ป่วยทุกรายที่ไม่มีข้อห้าม

สรุปคำแนะนำเกี่ยวกับการป้องกันปอดอักเสบติดเชื้อที่สัมพันธ์กับการใช้เครื่องช่วยหายใจในผู้ใหญ่เพื่อเป็นแนวปฏิบัติทางคลินิก แสดงดังตาราง 1

ตาราง 1 แสดงคำแนะนำเกี่ยวกับการป้องกันปอดอักเสบติดเชื้อที่สัมพันธ์กับการใช้เครื่องช่วยหายใจในผู้ใหญ่[7]

แนวปฏิบัติทางคลินิก	รายการ
ข้อปฏิบัติที่จำเป็นในผู้ป่วยที่ใส่ท่อช่วยหายใจทุกราย	1. หลีกเลี่ยงการใส่ท่อช่วยหายใจ ถอดท่อช่วยหายใจให้เร็วที่สุด ป้องกันการใส่ท่อช่วยหายใจซ้ำ และแนะนำให้ใช้ non-invasive positive ventilation และ high flow nasal cannula แทน 2. พิจารณาการใช้ยาแก้ปวดหรือ/ระงับความรู้สึกเท่าที่จำเป็น โดยหลีกเลี่ยงยากลุ่ม benzodiazepines 3. กระตุ้น early mobilization 4. จัดท่าศีรษะสูงมากกว่า 30 องศา 5. ทำความสะอาดช่องปากและแปรงฟันอย่างน้อยวันละครั้ง โดยไม่ใช้ CHX 6. เริ่มให้อาหารทางลำไส้โดยเร็วที่สุด 7. เปลี่ยน ventilator circuits เมื่อจำเป็นเท่านั้น

ตาราง 1 (ต่อ)

แนวปฏิบัติทางคลินิก	รายการ
ข้อปฏิบัติเพิ่มเติม ในกรณีที่อัตราการเกิด VAP ไม่ลดลง	1. ใช้ยาปฏิชีวนะสำหรับกำจัดเชื้อโรคในช่องปาก และระบบทางเดินอาหาร 2. พิจารณาใช้ endotracheal tubes with subglottic secretion drainage 3. ทำ tracheostomy โดยเร็วในกรณีที่คาดว่าต้องใส่ท่อช่วยหายใจนานกว่า 7 วัน 4. พิจารณาใช้ post pyloric feeding tube ในหน่วยบริการที่มีความพร้อม

การปฏิบัติที่ไม่มีผลต่ออัตราการเกิดภาวะปอดอักเสบติดเชื้อที่สัมพันธ์กับการใช้เครื่องช่วยหายใจในผู้ใหญ่ หรืออาจเป็นอันตราย จึงไม่แนะนำ[7]

1. การทำความสะอาดช่องปากและร่างกายด้วย CHX

2. การใช้โพรไบโอติกส์ (probiotics) ในการป้องกันการเกิด VAP

3. การใช้กระเปาะท่อช่วยหายใจลักษณะเรียว (tapered endotracheal tube cuffs) ชนิด ultrathin polyurethane รวมไปถึงท่อช่วยหายใจที่เคลือบสาร silver ที่รักษาแรงดันกระเปาะท่อช่วยหายใจให้คงที่ตลอดเวลา

4. การวัดและตรวจสอบแรงดันในกระเปาะท่อช่วยหายใจ (cuff pressure) บ่อยครั้งเป็นกิจวัตร

5. การใช้เตียงนอนชนิดหมุนพลิกตะแคงตัวผู้ป่วยโดยอัตโนมัติ (kinetic beds)

6. การจัดท่านอนคว่ำ

7. การใช้ยาเพื่อป้องกันภาวะเลือดออกในระบบทางเดินอาหาร (การศึกษาในปัจจุบันพบว่าไม่เพิ่มอัตราการเกิด VAP จึงอาจพิจารณาใช้เพื่อลดโอกาสการเกิดแผลเลือดออกในทางเดินอาหารที่เกิดจากภาวะเครียด (stress ulcer bleeding) และการตรวจสอบอาหารที่ตกค้างในกระเพาะอาหาร

การประยุกต์ใช้ในคลินิก อุปสรรค และแนวทางแก้ไข

ในปัจจุบันคณะกรรมการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาล คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี ได้นำข้อเสนอแนะจากการทบทวนหลักฐานเชิงประจักษ์และคำแนะนำใหม่ล่าสุดของ CDC มาจัดทำเป็นชุดกิจกรรมการดูแลผู้ป่วยผู้ใหญ่ที่ใส่ท่อช่วยหายใจเพื่อป้องกันภาวะปอดอักเสบติดเชื้อที่สัมพันธ์กับการใส่ท่อช่วยหายใจ (VAP bundle) พ.ศ. 2565 ในชื่อย่อว่า “WHAPOM” ประกอบด้วย

W = Wean คือ การประเมินความพร้อมเพื่อหย่าเครื่องช่วยหายใจทุกวัน

H = Hand hygiene คือ การล้างมือก่อนและหลังการดูดเสมหะครบทั้ง 7 ขั้นตอน

A = Aspiration precautions คือ การยกศีรษะสูง 30-45 องศา ในรายที่ไม่มีข้อห้าม

P = Prevention contamination คือ การเปลี่ยนระบบสายเครื่องช่วยหายใจเมื่อมีข้อบ่งชี้ คือ มีคราบสกปรกหรือสายรั่ว รวมทั้งการเทน้ำในอุปกรณ์รองรับในระบบสายเครื่องช่วยหายใจ

O = Oral care คือการแปรงฟันวันละ 2 ครั้ง และทำความสะอาดช่องปากด้วยน้ำกลั่นปราศจากเชื้อ (sterile water)

M = Early mobilization คือ การส่งเสริม/กระตุ้นให้ผู้ป่วยเคลื่อนไหวและกลับสู่สภาพปกติโดยเร็วที่สุด

คณะกรรมการป้องกันการติดเชื้อในโรงพยาบาลฝึกอบรมแนวปฏิบัติทางคลินิกดังกล่าวให้กับบุคลากรที่เกี่ยวข้องอย่างต่อเนื่อง หน่วยงานควรมีการประชุมเพื่อให้ความรู้แก่บุคลากร จัดทำแบบบันทึกข้อมูลต่าง ๆ ให้สอดคล้องกับนโยบายที่เปลี่ยนแปลง โดยมอบหมายให้มีผู้รับผิดชอบหลักส่งเสริมการมีส่วนร่วมของทีมสหสาขาวิชาชีพ ได้แก่ แพทย์ ทันตแพทย์ พยาบาลเวชบำบัดวิกฤต และนักกายภาพบำบัดตลอดจน เพิ่มการมีส่วนร่วมของผู้ป่วยและครอบครัวในการป้องกันภาวะปอดอักเสบติดเชื้อที่สัมพันธ์กับการใส่ท่อช่วยหายใจมากขึ้น จากประสบการณ์ของผู้นิพนธ์ พบว่าอุปสรรคในการปฏิบัติ คือ 1) ขาดแคลนอุปกรณ์ 2) อุปกรณ์ที่มีอยู่ไม่เหมาะสม 3) ผู้ป่วยไม่ให้ความร่วมมือ 4) ทักษะการทำความสะอาดช่องปากของพยาบาล และ 5) บุคลากรมีความเชื่อว่าผู้ป่วยวิกฤตไม่ปลอดภัยในการเคลื่อนไหวร่างกายโดยเร็วที่สุด ดังนั้น โรงพยาบาลควรจัดหาอุปกรณ์ที่เหมาะสม พร้อมใช้งาน และมีประสิทธิภาพและคำนึงถึงความปลอดภัย สำหรับแปรงสีฟันควรเป็นแปรงสีฟันเด็กอายุ 1-3 ขวบ มีขนนิ่ม ขนาดเล็ก เหมาะสมสำหรับผู้ป่วยที่ใส่ท่อช่วยหายใจ

ควรให้ข้อมูลในรายละเอียดเพิ่มเติมในการพิจารณาใช้ยาแก้ปวดหรือ/ระงับความรู้สึกเท่าที่จำเป็น และหลีกเลี่ยง

ยากลุ่ม benzodiazepines เช่น จัดระบบการตอบสนองในการลดหรือเพิ่มการใช้ยาระงับความรู้สึกอย่างรวดเร็ว ใช้เครื่องมือในการประเมินผู้ป่วย และกำหนดเป้าหมายของใช้ยาระงับความรู้สึกร่วมกันระหว่างแพทย์และพยาบาลเฉพาะรายอย่างชัดเจน ให้ความรู้บุคลากรในการส่งเสริมการเคลื่อนไหวร่างกายโดยเร็วที่สุด ตลอดจนมีการติดตามประเมินผลการปฏิบัติ อุปสรรค และแนวทางแก้ไขร่วมกันตามบทบาทหน้าที่ของสหสาขาวิชาชีพ

สรุป

การลดการใส่ท่อช่วยหายใจ การใช้เครื่องช่วยหายใจชนิดรุกล้ำ และการป้องกันการใส่ท่อช่วยหายใจซ้ำในรายที่มีความเสี่ยง โดยใช้ NIPV และ HFNC แทนที่การใส่ท่อช่วยหายใจ เพื่อแก้ไขภาวะพร่องออกซิเจนและกลุ่มหายใจลำบากเฉียบพลันจากสาเหตุต่าง ๆ ส่วนในรายที่ใส่ท่อช่วยหายใจพิจารณาการใช้ยาแก้ปวด/ระงับความรู้สึกเท่าที่จำเป็น โดยแนะนำยากลุ่ม non-benzodiazepine และมีแนวทางการปฏิบัติเพื่อลดการใช้เครื่องช่วยหายใจและถอดท่อช่วยหายใจโดยเร็วที่สุด การแปรงฟันอย่างน้อยวันละครั้ง โดยไม่แนะนำให้ใช้ CHX การพิจารณาเจาะคอในกรณีผู้ป่วยที่ใส่ท่อช่วยหายใจนานเกิน 7 วัน ไม่แนะนำให้วัดแรงดันลมในกระเปาะท่อช่วยหายใจบ่อยครั้งเป็นกิจวัตร การป้องกันการสำลักโดยจัดท่านอนศีรษะสูงมากกว่า 30 องศา และการพิจารณาให้อาหารเหลวแบบ post pyloric feeding ในผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงสูงต่อการสำลัก กระตุ้นให้ผู้ป่วยเคลื่อนไหวเพื่อฟื้นฟูสภาพร่างกายให้เร็วที่สุดเพื่อประยุกต์ใช้เป็นแนวทางในการปฏิบัติเพื่อลดความเสี่ยงของการเกิดปอดอักเสบติดเชื้อที่สัมพันธ์กับการใช้เครื่องช่วยหายใจ ตลอดจนติดตามผลการปฏิบัติอย่างต่อเนื่องเพื่อพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วยที่ใส่ท่อช่วยหายใจให้เกิดประสิทธิภาพสูงสุดต่อผู้รับบริการในโรงพยาบาล

ข้อเสนอแนะและการนำไปใช้

แนวปฏิบัติเพื่อลดความเสี่ยงของการเกิดปอดอักเสบติดเชื้อที่สัมพันธ์กับการใช้เครื่องช่วยหายใจฉบับนี้สามารถนำไปใช้เป็น work instruction ในหน่วยงานหรือพัฒนาเป็นเครื่องมือในการวิจัยเพื่อหาผลลัพธ์ของการลดอุบัติการณ์การเกิด VAP ในหอผู้ป่วยได้ ซึ่งเป็นประโยชน์ต่อการปรับปรุงและพัฒนาแนวปฏิบัติอย่างต่อเนื่องเพื่อให้เกิดองค์ความรู้ใหม่ของการป้องกันการเกิดปอดอักเสบติดเชื้อที่สัมพันธ์กับการใช้เครื่องช่วยหายใจ

การมีส่วนร่วมในการเขียนบทความ

ผู้เขียนทุกคนมีส่วนร่วมในการเขียนบทความนี้โดยมีส่วนร่วมในทุกขั้นตอนของการเขียนบทความวิชาการ

การมีผลประโยชน์ทับซ้อน

บทความวิชาการฉบับนี้ไม่มีผลประโยชน์ทับซ้อนใด ๆ

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณคณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล ที่สนับสนุนทุนการตีพิมพ์บทความวิชาการในครั้งนี้

เอกสารอ้างอิง

1. Bonell A, Azarrafiy R, Huong VTL, et al. A systematic review and meta-analysis of ventilator-associated pneumonia in adults in Asia: An analysis of national income level on incidence and etiology. Clin Infect Dis. 2019; 68(3): 511-8. doi: 10.1093/cid/ciy543.
2. Melsen WG, Rovers MM, Koeman M, et al. Estimating the attributable mortality of ventilator-associated pneumonia from randomized prevention studies. Crit Care Med. 2011; 39(12): 2736-42. doi: 10.1097/CCM.0b013e3182281f33.
3. Kollef MH, Hamilton CW, Ernst FR. Economic impact of ventilator-associated pneumonia in a large matched cohort. Infect Control Hosp Epidemiol. 2012; 33(3): 250-6. doi: 10.1086/664049.
4. Klompas M, Branson R, Eichenwald EC, et al. Strategies to prevent ventilator-associated pneumonia in acute care hospitals: 2014 update. Infect Control Hosp Epidemiol. 2014; 35(8): 915-36. doi: 10.1086/677144.
5. Klompas M. Potential strategies to prevent ventilator-associated events. Am J Respir Crit Care Med. 2015; 192(12): 1420-30. doi: 10.1164/rccm.201506-1161CI.
6. Fan Y, Gao F, Wu Y, et al. Does ventilator-associated event surveillance detect ventilator-associated pneumonia in intensive care units? A systematic review and meta-analysis. Crit care. 2016; 20(1): 1-13. doi: 10.1186/s13054-016-1506-z.
7. Klompas M, Branson R, Cawcutt K, et al. Strategies to prevent ventilator-associated pneumonia, ventilator-associated events, and nonventilator hospital-acquired pneumonia in acute-care hospitals: 2022 update. Infect Control Hosp Epidemiol. 2022; 43(6): 687-713. doi: 10.1017/ice.2022.88.
8. Spalding MC, Cripps MW, Minshall CT. Ventilator-associated pneumonia: New definitions. Crit care clin. 2017; 33(2): 277-92. doi: 10.1016/j.ccc.2016.12.009.
9. Segal LN, Rom WN, Weiden MD. Lung microbiome for clinicians. New discoveries about bugs in healthy and diseased lungs. Ann Am Thorac Soc. 2014; 11(1): 108-16.

doi: 10.1513/AnnalsATS.201310-339FR.

10. Roquilly A, Torres A, Villadangos J, et al. Pathophysiological role of respiratory dysbiosis in hospital-acquired pneumonia. Lancet Respir Med. 2019; 7(8): 710-20. doi: 10.1016/S2213-2600(19)30140-7.
11. Ding L, Wang L, Ma W, et al. Efficacy and safety of early prone positioning combined with HFNC or NIV in moderate to severe ARDS: A multi-center prospective cohort study. Crit care. 2020; 24(1): 1-8. doi: 10.1186/s13054-020-2738-5.
12. Frat JP, Coudroy R, Thille AW. Non-invasive ventilation or high-flow oxygen therapy: When to choose one over the other? Respirol. 2019; 24(8): 724-31. doi: 10.1111/resp.13435.
13. Burns K, Stevenson J, Laird M, et al. Non-invasive ventilation versus invasive weaning in critically ill adults: A systematic review and meta-analysis. Thorax. 2022; 77(8): 752-61. doi: 10.1136/thoraxjnl-2021-216993.
14. Shehabi Y, Bellomo R, Kadiman S, et al. Sedation intensity in the first 48 hours of mechanical ventilation and 180-day mortality: A multinational prospective longitudinal cohort study. Crit Care Med. 2018; 46(6): 850-9. doi: 10.1097/CCM.0000000000003071.
15. Garcia R, Salluh JI, Andrade TR, et al. A systematic review and meta-analysis of propofol versus midazolam sedation in adult intensive care (ICU) patients. J Crit Care. 2021; 64: 91-9. doi: 10.1016/j.jcrc.2021.04.001.
16. Qi Z, Yang S, Qu J, et al. Effects of nurse-led sedation protocols on mechanically ventilated intensive care adults: A systematic review and meta-analysis. Aust Crit Care. 2021; 34(3): 278-86. doi: 10.1016/j.aucc.2020.07.013.
17. Zang K, Chen B, Wang M, et al. The effect of early mobilization in critically ill patients: A meta-analysis. Nurs Crit Care. 2020; 25(6): 360-7. doi: 10.1111/nicc.12455.
18. Chorath K, Hoang A, Rajasekaran K, et al. Association of early vs late tracheostomy placement with pneumonia and ventilator days in critically ill patients: A meta-analysis. JAMA Otolaryngol Head Neck Surg. 2021; 147(5): 450-9. doi: 10.1001/jamaoto.2021.0025.
19. Salarzehi FK, Dahmardeh AR, Tabatabaei SMN, et al. Effects of a comprehensive oral care program and a combined toothbrush and mouthwash program with 0.2% chlorhexidine on oral health in mechanically ventilated intubated patients: A clinical trial. Med Surg Nurs J. 2020; 9(4): 1-7. doi: 10.5812/msnj.114194.
20. Alhazzani W, Smith O, Muscedere J, et al. Toothbrushing for critically ill mechanically ventilated patients: A systematic review and meta-analysis of randomized trials evaluating ventilator-associated pneumonia. Crit Care Med. 2013; 41(2): 646-55. doi: 10.1097/CCM.0b013e3182742d45.
21. Khan M, Mohamed Z, Ali S, et al. Oral care effect on intubated patient with 0.2 per cent chlorhexidine gluconate and tooth brushing in intensive care Unit. J Adv Oral Res. 2017; 8(1-2): 26-33. doi: 10.1177/2229411217729099.
22. Deschepper M, Waegeman W, Eeckloo K, et al. Effects of chlorhexidine gluconate oral care on hospital mortality: A hospital-wide, observational cohort study. Intensive Care Med. 2018; 44(7): 1017-26. doi: 10.1007/s00134-018-5171-3.
23. Dale CM, Rose L, Carbone S, et al. Effect of oral chlorhexidine de-adoption and implementation of an oral care bundle on mortality for mechanically ventilated patients in the intensive care unit (CHORAL): A multi-center stepped wedge cluster-randomized controlled trial. Intensive Care Med. 2021; 47(11): 1295-302. doi: 10.1007/s00134-021-06475-2.
24. Plantinga NL, de Smet AMGA, Oostdijk EAN, et al. Selective digestive and oropharyngeal decontamination in medical and surgical ICU patients: Individual patient data meta-analysis. Clin Microbiol Infect. 2018; 24(5): 505-13. doi: 10.1016/j.cmi.2017.08.019.
25. National Antimicrobial Resistance Surveillance Center. Antimicrobial resistance 2000-2022(12M) [Internet]. Nonthaburi: Department of Medical Science, Ministry of Public Heatlh; [cited 2023 May 26]. Available from: http://narst.dmsc.moph.go.th/antibiograms.html
26. Nseir S, Lorente L, Ferrer M, et al. Continuous control of tracheal cuff pressure for VAP prevention: A collaborative meta-analysis of individual participant data. Ann Intensive Care. 2015; 5(1): 43. doi: 10.1186/s13613-015-0087-3.
27. Aeppli N, Lindauer B, Steurer MP, et al. Endotracheal tube cuff pressure changes during manual cuff pressure control manoeuvres: An in-vitro assessment. Acta Anaesthesiol Scand. 2019; 63(1): 55-60. doi: 10.1111/aas.13249.
28. Letvin A, Kremer P, Silver PC, et al. Frequent versus infrequent monitoring of endotracheal tube cuff pressures. Respir Care. 2018; 63(5): 495-501. doi: 10.4187/respcare.05926.
29. Singer P, Blaser AR, Berger MM, et al. ESPEN guideline on clinical nutrition in the intensive care unit. Clin Nutr. 2019; 38(1): 48-79. doi: 10.1016/j.clnu.2018.08.037.
30. Faramarzi E, Mahmoodpoor A, Hamishehkar H, et al. Effect of gastric residual volume monitoring on incidence of ventilator-associated pneumonia in mechanically ventilated patients admitted to intensive care unit. Pak J Med Sci. 2020; 36(2): 48-53. doi: 10.12669/pjms.36.2.1321.

31. Akbiyik A, Hepçivici Z, Eşer I, et al. The effect of oropharyngeal aspiration before position change on reducing the incidence of ventilator-associated pneumonia. Eur J Clin Microbiol Infect Dis. 2021; 40(3): 615-22. doi: 10.1007/s10096-019-03789-4.

32. Pozuelo-Carrascosa DP, Cobo-Cuenca AI, Carmona-Torres JM, et al. Body position for preventing ventilator-associated pneumonia for critically ill patients: A systematic review and network meta-analysis. J Intensive Care. 2022; 10(9): 1-14. doi: 10.1186/s40560-022-00600-z.