แพทยสารทหารอากาศ
Royal Thai Air Force Medical Gazette

ISSN 2774 - 0536 (Online)

ปีที่ 72 ฉบับที่ 1 มกราคม - เมษายน 2569 Vol. 72 No.1 January - April 2026

Original Articles (นิพนธ์ต้นฉบับ)

1.ปัจจัยทำนายภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่รับประทานยาหลายชนิด
นลินทิพย์ ดวงติ๊บ, ชีชง ตัน, คอย ละอองอ่อน

2.ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความต้องการแบบสนับสนุนของผู้ดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัดหัวใจแบบเปิดที่มารับการรักษาในโรงพยาบาลราชวิถี
ภาวิณี ขันติวรธรรม, ผศ.ดร.ปณิธาน กระสังข์

3.ความรู้และทัศนคติเกี่ยวกับวิธีการคุมกำเนิดโดยการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ของผู้ให้บริการวางแผนครอบครัวในโรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช
น.อ.หญิง ผศ.ชนิตา อมรรัตธาดา, น.ท.หญิง สุพัตรา ปิ่นแก้ว

4.ปัจจัยที่ส่งผลต่อการคงอยู่ในงานของพยาบาลเจเนอเรชันวาย โรงพยาบาลตำรวจ
กนกนาถ หอมชู, พัทยา แก้วสาร, ทิพย์ฆัมพร เกษโกมล

5.ประสบการณ์และพฤติกรรมการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของหญิงตั้งครรภ์ที่เป็นเบาหวานในเขตชนบท: การวิจัยเชิงคุณภาพ
สุฑารัตน์ ชูรส พย.ม, นิจวรรณ วีรวัฒโนดม ค.ด., ปรีดาวรรณ กะสินัง พย.ม., อุมา ประเสริฐศรี ค.ม.

6.การตายดีตามการรับรู้ของผู้ป่วยมะเร็งนรีเวช
ธมกร พิเคราะห์ พย.ม., ธิดารัตน์ สิริวราวุธ พย.ด., ชลธิรา เจริญเวช พย.ม.

Review Article (บทความฟื้นฟูวิชาการ)

7.บทบาทสำคัญของพยาบาลเวชศาสตร์การบิน ในการลำเลียงผู้ป่วยทารกคลอดก่อนกำหนดทางอากาศ
น.ต.หญิง ชลินทรา วรรณภักตร์ พย.ม., น.ท.หญิง ดวงพร ชาศรี พย.ม (การพยาบาลเด็ก)



กรมแพทย์ทหารอากาศ Directorate of Medical Services ,Royal Thai Air Force
E-mail : medicalgazette@gmail.com , www.medicalgazette.rtaf.mi.th , https://www.tci-thaijo.org/index.php/rtafmg

ที่ปรึกษากิตติมศักดิ์

พลอากาศโท นคร บุญมี	กรมแพทย์ทหารอากาศ

ที่ปรึกษา

1. พลอากาศตรีหญิง บุษกร ภมร	กรมแพทย์ทหารอากาศ
2. พลอากาศตรี วัฒนศักดิ์ เพิ่มทรัพย์	กรมแพทย์ทหารอากาศ
3. พลอากาศตรี สยม บุนนาค	กรมแพทย์ทหารอากาศ
4. พลอากาศตรีหญิง จุฑารัตน์ เมฆมัลลิกา	กรมแพทย์ทหารอากาศ
5. พลอากาศตรี อุษณีย์ สุนันท์	กรมแพทย์ทหารอากาศ
6. นาวาอากาศเอกหญิง ผู้ช่วยศาสตราจารย์ วัลลภา อันดารา	กรมแพทย์ทหารอากาศ
7. นาวาอากาศเอกหญิง อาทิมา บุญวรรณ	กรมแพทย์ทหารอากาศ

บรรณาธิการ

นาวาอากาศเอก พงศธร คชเสนี	กรมแพทย์ทหารอากาศ

ผู้ช่วยบรรณาธิการ

1. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ นาวาอากาศโทหญิง ดร. ละอองดาว วรรณฤทธิ์	วิทยาลัยพยาบาลทหารอากาศ
2. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. แพทย์หญิง ปรีญาพร จิระกิตติดุลย์	คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล

ผู้จัดการ

นาวาอากาศเอกหญิง วรวรรณ ชัยลิมปมนตรี	กรมแพทย์ทหารอากาศ

ผู้ช่วยผู้จัดการ

นาวาอากาศเอก วิทยา จักรเพ็ชร์	กรมแพทย์ทหารอากาศ

กองบรรณาธิการภายใน

1. นาวาอากาศเอก อนันต์ เชื้อสุวรรณ	โรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช
2. นาวาอากาศเอกหญิง ปิยะพร ประมุขสรรค์	โรงพยาบาลภูมิพลอดลยเดช
3. นาวาอากาศโทหญิง วีร์ศิริ สกุลรัตนะ	โรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช
4. นาวาอากาศโทหญิง วราลี อภินิเวศ	โรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช
5. นาวาอากาศโทหญิง กนกพร ลีลาเทพินทร์	โรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช
6. นาวาอากาศโทหญิง ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. จิรภิญญา คำรัตน์	วิทยาลัยพยาบาลทหารอากาศ
7. นาวาอากาศโทหญิง ปาลิตา จิตตินันทน์	โรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช
8. นาวาอากาศโท วรากร จ่าแสนชื่น	โรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช
9. นาวาอากาศตรีหญิง คณางค์ ทองแย้ม	โรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช
10. เรืออากาศโทหญิง กวิตา จินตนาปราโมทย์	โรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช

กองบรรณาธิการภายนอก

1. พลอากาศตรี วิญญู จันทรสุนทรกุล	โรงพยาบาลวชิระภูเก็ต
2. นาวาอากาศเอกหญิง ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. วัชราภรณ์ เปาโลหิตย์	ข้าราชการบำนาญกองทัพอากาศ
3. นาวาอากาศเอกหญิง ดร. คนึงนิจ อนุโรจน์	วิทยาลัยป้องกันราชอาณาจักร สถาบันป้องกันประเทศ
4. พันเอกหญิง ดร. นัยนา วงศ์สายตา	ประจำสำนักงานเลขานุการกองทัพบก
5. ศาสตราจารย์ นายแพทย์ นเรศร สุขเจริญ	ภาควิชาสูติศาสตร์นรีเวชวิทยา คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

กองบรรณาธิการภายนอก

6. รองศาสตราจารย์ ดร. ศจีมาจ ณ วิเชียร	ภาควิชาวิทยาศาสตร์ประยุกต์และสังคมวิทยา เทคโนโลยีอุตสาหกรรม มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีพระจอมเกล้าพระนครเหนือ
7. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ แพทย์หญิง จุฑาธิป ลิ้มคุณากูล	มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ
8. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. เพ็ญนภา แดงด้อมยุทธ์	คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
9. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ชนกพร จิตปัญญา	คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
10. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. นรลักขณ์ เอื้อกิจ	คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
11. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ แพทย์หญิง ฐิติพร ศุภสิทธิ์ธำรง	ภาควิชาจิตเวช คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
12. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ แพทย์หญิง นิศารัตน์ เจริญศรี	โรงพยาบาลเจริญกรุงประชารักษ์
13. นาวาโทหญิง ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. กนกเลขา สุวรรณพงษ์	ภาควิชาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ วิทยาลัยพยาบาลกองทัพเรือ
14. นาวาโทหญิง ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. อรวรรณ ฆ้องต้อ	ภาควิชาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวชศาสตร์ วิทยาลัยพยาบาลกองทัพเรือ
15. พันตำรวจโท ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. อภิสิทธิ์ ตามสัตย์	วิทยาลัยพยาบาลตำรวจ
16. เรืออากาศเอกหญิง ดร. จิรวรรณ อินคุ้ม	ภาควิชาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ
17. ดร. นายแพทย์ ศุภกานต์ เตชะพงศธร	ภาควิชาศัลยศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์วชิระพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช
18. ดร. เภสัชกรหญิง กมลภัทร ไชยกิตติโสภณ	ภาควิชาเภสัชกรรมชุมชน มหาวิทยาลัยศิลปากร

วัตถุประสงค์

เป็นวารสารทางวิชาการของกรมแพทย์ทหารอากาศ

1. เพื่อเผยแพร่ผลงานทางวิชาการ กิจการสายแพทย์ทั่วไป และวิชาการที่มีความสัมพันธ์กับวิชาแพทย์
2. เพื่อเป็นสื่อกลางรายงานความก้าวหน้าผลงานด้านการวิจัย
3. เพื่อแลกเปลี่ยนแนวความคิด ความรู้ที่เกี่ยวข้องกับงานวิชาการด้านวิทยาศาสตร์ และสาขาที่เกี่ยวข้อง

ขอบเขต

วารสารแพทยสารทหารอากาศ จัดทำขึ้นตามวัตถุประสงค์ข้างต้น โดยส่งในรูปแบบบทความ ซึ่งบทความทุกเรื่องจะต้องผ่านการพิจารณาจากผู้ทรงคุณวุฒิและกองบรรณาธิการ ผลการประเมินเห็นชอบให้ตีพิมพ์อย่างน้อย 2 จาก 3 คน โดยบทความจะต้องเป็นผลงานที่ใหม่ และไม่มีการคัดลอกผลงานจากผู้อื่น

สถานที่ติดต่อ

สำนักงาน กองวิทยาการ กรมแพทย์ทหารอากาศ ถนนพหลโยธิน แขวงคลองถนน เขตสายไหม กรุงเทพ ฯ 10220

โทรศัพท์ 0-2534-4328

E-mail medicalgazette@gmail.com, www.medicalgazette.rtaf.mi.th

https://www.tci-thaijo.org/index.php/rtafmg

ออกแบบปก

ร.ต.กิติศักดิ์ บุญเสริม

แพทยสารทหารอากาศ กำหนดออกปีละ 3 ฉบับ
ความคิดเห็นที่ปรากฏในแพทยสารทหารอากาศฉบับนี้ไม่เกี่ยวข้องกับส่วนราชการใด ๆ ทั้งสิ้น

Honour Advisors

AM Nakorn Boonme	Directorate of Medical Service

Advisors

AVM Bussakorn Pamorn	Directorate of Medical Service
AVM Sayom Bunnag	Directorate of Medical Service
AVM Watthanasak Permsapaya	Directorate of Medical Service
AVM Jutarat Mekmullica	Directorate of Medical Service
AVM Usanee Sunanta	Directorate of Medical Service
Gp.Capt. Asst. Prof. Wallapha Undara	Directorate of Medical Service
Gp.Capt. Atima Boonwan	Directorate of Medical Service

Editor

Gp.Capt. Pongsathorn Gojaseni	Directorate of Medical Service

Assistant Editor

Asst. Prof. Wg.Cdr. Dr. La-ongdao Wannarit	Royal Thai Air Force Nursing College
Asst. Prof. Dr. Preeyaporn Jirakittidul	Faculty of Medicine Siriraj Hospital, Mahidol University

Journal Manager

Gp.Capt. Worawon Chailimamontree	Directorate of Medical Service

Assistant Journal Manager

Gp.Capt. Wittaya Jakpet	Directorate of Medical Service

Editorial Team

1. Gp.Capt. Anan Chuasuwan	Bhumibol Adulyadej Hospital
2. Gp.Capt. Piyaporn Pramuksun	Bhumibol Adulyadej Hospital
3. Wg.Cdr. Veesiri Skunlatana	Bhumibol Adulyadej Hospital
4. Wg.Cdr. Varalee Aphinives	Bhumibol Adulyadej Hospital
5. Wg.Cdr. Kanokporn Leelartapin	Bhumibol Adulyadej Hospital
6. Wg.Cdr. Asst. Prof. Dr. Jirapinya Khamrath	Bhumibol Adulyadej Hospital
7. Wg.Cdr. Palita Chittinandana	Bhumibol Adulyadej Hospital
8. Wg.Cdr. Warakorn Jaseanchiun	Bhumibol Adulyadej Hospital
9. Sqn.Ldr. Khanang Thongyaem	Bhumibol Adulyadej Hospital
10. Flg.Off. Kavita Jintanapramote	Bhumibol Adulyadej Hospital

External Editor

1. AVM Winyoo Jantrasoontragul	Vachira Phuket Hospital
2. Gp.Capt. Asst. Prof. Dr. Watcharaporn Paorohit	Royal Thai Air Force
3. Gp.Capt. Dr. Khanuengnich Anuroj	National Defence College
4. Col. Dr. Naiyana Wongsaita	Secretary-General's Office of The Royal Thai Army
5. Prof. Nares Sukcharoen	Department of Obstetrics and Gynecology, Faculty of Medicine, Chulalongkorn University
6. Assoc. Prof. Dr. Sageemas Na-Wichian	Department of Applied Science and Society, College of Industrial Technology, King Mongkut's University of Technology North Bangkok
7. Asst. Prof. Chutatip Limkunakul	Srinakharinwirot University
8. Asst. Prof. Dr. Pennapa Dangdomyouth	Faculty of Nursing, Chulalongkorn University

External Editor

9. Asst. Prof. Dr. Chanokporn Chitpanya	Faculty of Nursing, Chulalongkorn University
10. Asst. Prof. Dr. Noraluk Ua-Kit	Faculty of Nursing, Chulalongkorn University
11. Asst. Prof. Thitiporn Supasitthumrong	Department of Psychiarty, Faculty of Medicine Chulalongkorn University
12. Asst. Prof. Nisarat Charoensri	Charoenkrung Pracharak Hospital
13. Cdr. Asst. Prof. Dr. Kanoklekha Suwannapong	Department of Adult and Geriatric Nursing, Royal Thai Navy Nursing College
14. Cdr. Asst. Prof. Dr. Orrawan Khongtor	Department of Mental Health and Psychiatric Nursing, Royal Thai Navy Nursing College
15. Pol.Lt.Col. Asst. Prof. Dr. Aphisit Tamsat	Police Nursing College
16. Flt.Lt. Dr. Jirawan Inkoom	Department of Adult and Geriatric Nursing, Faculty of Nursing Srinakharinwirot University
17. Dr. Suphakarn Techapongsatorn	Department of Surgery, Faculty of Medicine VaJira Hospital, Navamindradhiraj University
18. Dr. Kamolpat Chaiyakittisopon Pharm D.	Faculty of Pharmacy, Silpakorn University

Objective

1. Contribute academic article related to general medicine and scholar medicine related.
2. To be mediated of research report available to the public freely.
3. To exchange idea and knowledge related to science and health related.

Scope

Royal Thai Air Force Medical Gazette is created according to the objectives above. Submission every scholar article must be passed evaluation by experts and editors. The evaluated article for publication must be approved by 2 from 3 experts. The article must be new invention without copy from others.

Address

Office : Technical division, Directorate of Medical Services Phaholyothin Road, Khlong Thanon, Saimai, Bangkok, 10220

Tel : 0-2534-4328,

E-mail medicalgazette@gmail.com, www.medicalgazette.rtaf.mi.th

https://www.tci-thaijo.org/index.php/rtafmg

Cover designed by

Plt.Off Kitisak Boonserm

RTAF Medical Gazette is issued three time a year

The opinions contained in RTAF Medical Gazette are published independently from the government.

Royal Thai Air Force Medical Gazette
แพทยสารทหารอากาศ

ปีที่ ๗๒ ฉบับที่ ๑ มกราคม – เมษายน ๒๕๖๙ Vol. 72 No. 1 January – April 2026

Content

บทบรรณาธิการ (Editorial)

Original Articles (นิพนธ์ต้นฉบับ)

ปัจจัยทำนายภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่รับประทานยาหลายชนิด 1

(Predictive Factors of Depression Among the Elderly with Non-Communicable Diseases Taking Multiple Medications)

o นางสาวนลินทิพย์ ดวงติ๊บ *o นายชีชง ตัน* *o คอย ละอองอ่อน*

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความต้องการแบบสนับสนุนของผู้ดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัดหัวใจแบบเปิด ที่มารับการรักษาในโรงพยาบาลราชวิถี 11

(Factors Associated with the Support Needs of Caregivers for Patients After Open-Heart Surgery Receiving Treatment at Rajavithi Hospital)

o ภาวิณี ขันติวรธรรม *o ผศ.ดร. ปณิธาน กระสังข์*

ความรู้และทัศนคติเกี่ยวกับวิธีการคุมกำเนิดโดยการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ของผู้ให้บริการวางแผนครอบครัว ในโรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช 22

(Knowledge and Attitudes about Lactation Amenorrhea Method (LAM) of Family Planning Providers at Bhumibol Adulyadej Hospital)

o น.อ.หญิง ผศ.ชนิตา อมรรัตธาดา *o น.ท.หญิง สุพัตรา ปิ่นแก้ว*

ปัจจัยที่ส่งผลต่อการคงอยู่ในงานของพยาบาลเจเนอเรชันวาย โรงพยาบาลตำรวจ 34

(Factors Affecting the Job Retention of Generation Y Nurses at Police General Hospital)

o กนกนาถ หอมชู *o พัทยา แก้วสาร* *o ทิพย์ฆัมพร เกษโกมล*

ประสบการณ์และพฤติกรรมการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของหญิงตั้งครรภ์ที่เป็นเบาหวานในเขตชนบท: การวิจัยเชิงคุณภาพ 47

(Experiences and Behaviors in Blood Sugar Control Among Pregnant Women with Diabetes in Rural Areas: A Qualitative Study)

o สุฑารัตน์ ชูรส *o นิจวรรณ วีรวัฒโนดม*

o ปรีดาวรรณ กะสินัง *o อุมา ประเสริฐศรี*

การตายดีตามการรับรู้ของผู้ป่วยมะเร็งนรีเวช 60

(Good Death from Gynecological Cancer Patients' Perspective: A Qualitative Study)

o ธมกร พิเคราะห์ *o ธิดารัตน์ สิริวราวุธ* *o ชลธิรา เจริญเวช*

Review Article (บทความฟื้นฟูวิชาการ)

บทบาทสำคัญของพยาบาลเวชศาสตร์การบิน ในการลำเลียงผู้ป่วยทารกคลอดก่อนกำหนดทางอากาศ 73

(The Critical Role of Aeromedical Nurses in the Air Transport of Premature Infants)

o น.ต.หญิง ชลินทรา วรรณภักตร์ *o น.ท.หญิง ดวงพร ชาศรี*

บทบรรณาธิการ



แพทยสารทหารอากาศ ฉบับที่ 1 ประจำเดือน มกราคม ถึง เมษายน พ.ศ. 2569 ฉบับนี้เป็นฉบับแรกที่ทางวารสารได้ทำการปรับเพิ่มจำนวน volume เป็น 3 ฉบับต่อปี เพื่อที่จะรองรับจำนวนบทความวิชาการที่ได้ส่งเข้ามาในระบบเป็นจำนวนมากได้อย่างเพียงพอ โดยในฉบับนี้ยังคงประกอบไปด้วยบทความวิชาการ-งานวิจัย ที่มีคุณภาพสูงจากหลากหลายสถาบัน ทั้งภายในกรมแพทย์ทหารอากาศเองและจากสถาบันภายนอก โดยทุกผลงานได้ผ่านการประเมินอย่างเข้มข้นจากผู้ทรงคุณวุฒิที่ได้สละเวลาในการทำหน้าที่ตรวจสอบคุณภาพและปรับแก้ไขบทความอย่างดียิ่ง ส่งผลให้วารสารแพทยสารทหารอากาศมีบทความวิชาการ-งานวิจัยที่มีคุณภาพรอการตีพิมพ์อยู่จำนวนมาก ทั้งนี้ต้องขอเรียนแจ้งผู้นิพนธ์ที่บทความได้รับการตอบรับในการตีพิมพ์ในระบบแล้ว สามารถดำเนินการขอรับหนังสือตอบรับการตีพิมพ์อย่างเป็นทางการจากวารสารเพื่อรายงานต่อสถาบันการศึกษาและต้นสังกัดได้เลยโดยไม่ต้องรอฉบับที่ลงตีพิมพ์ออกตามวงรอบ

ทั้งนี้ขอเรียนแจ้งว่าในงานประชุมวิชาการกรมแพทย์ทหารอากาศที่จะจัดในเดือน กรกฎาคม พ.ศ. 2569 นี้จะเป็นโอกาสอันดีที่ทางทีมบรรณาธิการจะได้เชิดชูเกียรติผู้ที่มีผลงานวิชาการโดดเด่นที่ได้รับการตีพิมพ์ลงวารสารแพทยสารทหารอากาศรวมไปถึงการมอบรางวัลให้แก่ผู้ทรงคุณวุฒิที่ได้ช่วยเหลืองานของวารสารมาอย่างเต็มที่ เพื่อที่จะเป็นจุดเริ่มต้นในการทำให้วารสารแพทยสารทหารอากาศ มีคุณภาพและได้รับความน่าเชื่อถือในระดับประเทศมากยิ่งขึ้นต่อไปในอนาคต

บรรณาธิการ

เม.ย.69

(Original Article)

Predictive Factors of Depression Among the Elderly with Non-Communicable Diseases Taking Multiple Medications

*Nalinthip Duangtip, *Cheechong Tan, **Khoy La-ongon

*Student, Boromarajonani College of Nursing,**Lecturer, Boromarajonani College of Nursing, Phayao

Correspondence to : khoy.l@bcnpy.ac.th

(Receive : 11 Nov. 25, Revised : 29 Dec. 25, Accepted : 3 Feb. 26)

Abstract

This study employed a predictive correlational research design with the objectives of (1) examining factors associated with depression among older adults with chronic non-communicable diseases who were taking multiple medications, and (2) identifying factors that could predict depression. The sample consisted of 101 older adults who had been diagnosed with chronic non-communicable diseases and were taking two or more medications. Participants were selected using purposive sampling based on predefined inclusion criteria. Data were collected using a demographic questionnaire; the Social Participation Questionnaire for Older Adults; the Self-Esteem Scale; the Modified Barthel Activities of Daily Index; the Brief Family Relationship Scale; and the 9Q Depression Screening Questionnaire. Data analysis included descriptive statistics (frequencies, percentages, means, and standard deviations) and multiple regression.

The results revealed that self-esteem, ability to perform activities of daily living, level of family relationships, and social participation were all significantly and negatively correlated with depression. These four factors jointly predicted depression, accounting for 35.6 % of the variance. Therefore, healthcare professionals can use these findings as a guideline to promote self-esteem, rehabilitate activities of daily living, strengthen family relationships, and enhance social participation to reduce the risk of depression among older adults with chronic non-communicable diseases who are taking multiple medications.

Keywords: predictive factors, depression, non-communicable diseases, elderly, multiple medications

Royal Thai Air Force Medical Gazette, Vol. 72 No. 1 January - April 2026

(นิพนธ์ต้นฉบับ)

ปัจจัยทำนายภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่รับประทานยาหลายชนิด

*นางสาวนลินทิพย์ ดวงติ๊บ, *นายชีชง ตัน, **คอย ละอองอ่อน

*นักศึกษาวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี พะเยา, **อาจารย์วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี พะเยา

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงสหสัมพันธ์เชิงทำนาย มีวัตถุประสงค์เพื่อ (1) ศึกษาปัจจัยที่ความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่รับประทานยาหลายชนิด และ (2) ศึกษาปัจจัยที่สามารถทำนายภาวะซึมเศร้า กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้สูงอายุที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรังและรับประทานยา 2 ชนิดขึ้นไป จำนวน 101 คน คัดเลือกโดยวิธีเฉพาะเจาะจง (Purposive sampling) ตามเกณฑ์การคัดเข้า เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบสอบถามการมีส่วนร่วมทางสังคมของผู้สูงอายุ แบบประเมินความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง แบบประเมินความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน ดัชนีบาร์เธล แบบประเมินระดับสัมพันธภาพของครอบครัว และแบบคัดกรองภาวะซึมเศร้า 9Q การวิเคราะห์ข้อมูลใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการวิเคราะห์ด้วยสถิติถดถอยพหุคูณ ผลการวิจัยพบว่า ปัจจัยด้านการรับรู้คุณค่าของตนเอง ด้านความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน ด้านระดับสัมพันธภาพในครอบครัว และด้านการมีส่วนร่วมทางสังคม มีความสัมพันธ์เชิงลบกับภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยปัจจัยทั้งสี่ด้านสามารถร่วมกันทำนายภาวะซึมเศร้าได้ ร้อยละ 35.6 ดังนั้น บุคลากรทางสุขภาพสามารถนำข้อมูลไปใช้เป็นแนวทางในการส่งเสริมการรับรู้คุณค่าของตนเอง การฟื้นฟูความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน การเสริมความสัมพันธ์ในครอบครัว และการเพิ่มกิจกรรมทางสังคม ในการช่วยลดความเสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุที่มีโรคไม่ติดต่อเรื้อรังและใช้ยาหลายชนิดได้

คำสำคัญ: ปัจจัยทำนาย, ภาวะซึมเศร้า, โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง, ผู้สูงอายุ, การรับประทานยาหลายชนิด

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ประเทศไทยกำลังก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุอย่างสมบูรณ์ ซึ่งถือเป็นการเปลี่ยนแปลงเชิงโครงสร้างประชากรที่มีผลต่อทุกมิติของระบบสุขภาพและสังคม โดยข้อมูลจากองค์การอนามัยโลก (World Health Organization, WHO) ระบุว่าประชากรโลกที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไปเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องและคาดว่าในปี พ.ศ. 2573 จะมีจำนวนถึง 1.4 พันล้านคน คิดเป็นร้อยละ 16 ของประชากรทั้งหมด[1] สำหรับประเทศไทย สำนักงานอนามัยผู้สูงอายุรายงานว่ามีผู้สูงอายุ 13.34 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 20.23 ของประชากรทั้งประเทศ[2] และคาดว่าจะเพิ่มเป็นร้อยละ 31.28 ภายในปี พ.ศ. 2583[3] ซึ่งสะท้อนถึงภาระทางสุขภาพที่เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ

ผู้สูงอายุเป็นช่วงวัยที่ร่างกายเสื่อมถอยตามธรรมชาติ ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม โดยเฉพาะการเกิดโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (non-communicable diseases, NCDs) เช่น โรคความดันโลหิตสูง เบาหวาน หลอดเลือดหัวใจ หลอดเลือดสมอง และโรคไขมันในเลือดสูง ซึ่งพบได้บ่อยในประชากรผู้สูงอายุทั่วประเทศ ข้อมูลจากรายงานประจำปี 2566 ของกองโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข[4] ระบุว่าผู้สูงอายุไทยมากกว่าร้อยละ 75 มีโรคไม่ติดต่อเรื้อรังอย่างน้อยหนึ่งโรค และมีจำนวนไม่น้อยที่ต้องรับประทานยาหลายชนิดพร้อมกัน (polypharmacy) เพื่อควบคุมโรคหลายระบบในเวลาเดียวกัน แม้การใช้ยาหลายชนิดจะเป็นสิ่งจำเป็นต่อการควบคุมอาการของโรค แต่ในอีกด้านหนึ่งกลับเพิ่มภาระให้แก่ผู้สูงอายุ ทั้งในด้านผลข้างเคียงจากยา การสับสนในการใช้ยา ความกลัวผลกระทบของยา รวมถึงภาระทางเศรษฐกิจ และความรู้สึกพึ่งพาผู้อื่น ซึ่งปัจจัยเหล่านี้ส่งผลทางอ้อมต่อสุขภาพจิตของผู้สูงอาย[5] ผู้สูงอายุจำนวนมากต้องเผชิญกับความรู้สึกโดดเดี่ยว ความสิ้นหวัง การสูญเสียบทบาททางสังคม และความรู้สึกว่าตนเองไม่มีคุณค่า ซึ่งล้วนเป็นปัจจัยที่เอื้อต่อการเกิดภาวะซึมเศร้า[6]

ภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุถือเป็นปัญหาสาธารณสุขสำคัญที่มักถูกมองข้าม ทั้งที่ส่งผลกระทบอย่างรุนแรงต่อคุณภาพชีวิตและการดำรงชีวิตประจำวัน จากการทบทวนวรรณกรรมหลายฉบับพบว่าผู้สูงอายุที่มีโรคไม่ติดต่อเรื้อรังมีแนวโน้มเกิดภาวะซึมเศร้ามากกว่าผู้ที่ไม่มีโรคถึง 2-3 เท่า[7,8] ภาวะซึมเศร้าทำให้ผู้สูงอายุมีแรงจูงใจในการดูแลสุขภาพน้อยลง รับประทานยาไม่สม่ำเสมอ สูญเสียการเข้าสังคม และเพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดโรคแทรกซ้อน รวมถึงภาวะพึ่งพิงในระยะยาว

นอกจากปัจจัยทางร่างกายแล้ว ปัจจัยทางจิตใจและสังคมก็มีบทบาทสำคัญต่อการเกิดภาวะซึมเศร้า ได้แก่ ปัจจัยด้านการรับรู้คุณค่าของตนเอง (self-esteem) เป็นกลไกภายในที่ช่วยให้ผู้สูงอายุรู้สึกว่าตนเองยังมีคุณค่าและมีความหมายต่อผู้อื่น ขณะที่ปัจจัยด้านการมีส่วนร่วมในกิจกรรมทางสังคม (social participation) ช่วยให้ผู้สูงอายุรู้สึกเป็นส่วนหนึ่งของสังคม ลดความโดดเดี่ยว และเสริมสร้างความมีชีวิตชีวา ส่วนปัจจัยด้านความสัมพันธ์ในครอบครัว (family relationship) ถือเป็นฐานอารมณ์ที่มั่นคงที่สุดของผู้สูงอายุ เมื่อสมาชิกในครอบครัวให้การดูแล เอาใจใส่ และยอมรับ จะช่วยลดความรู้สึกโดดเดี่ยวและป้องกันการเกิดภาวะซึมเศร้าได้อย่างมีนัยสำคัญ[9] นอกจากนี้การศึกษาในต่างประเทศพบว่าผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรังและการใช้ยาหลายชนิดมีความเสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้ามากขึ้น ซึ่งสะท้อนบทบาทของปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ[10,11]

อย่างไรก็ตาม การศึกษาวิจัยในประเทศไทยเกี่ยวกับปัจจัยทำนายภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุที่มีโรคไม่ติดต่อเรื้อรังและรับประทานยาหลายชนิด ยังมีจำกัด โดยเฉพาะในบริบทของชุมชนชนบทที่ผู้สูงอายุอาจมีข้อจำกัดในการเข้าถึงบริการสุขภาพจิต โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านร่องคำหลวง อำเภอเมือง จังหวัดพะเยา เป็นหนึ่งในพื้นที่ที่พบว่าผู้สูงอายุจำนวนมากมีโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง และมีผู้สูงอายุที่ต้องรับประทานยาหลายชนิดถึง 101 คน จากทั้งหมด 142 คน ซึ่งเป็นกลุ่มที่มีความเสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้า แต่ยังไม่ได้รับการประเมินอย่างเป็นระบบ

ดังนั้นผู้วิจัยจึงมีความสนใจศึกษาความสัมพันธ์ของปัจจัยที่ส่งผลต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่รับประทานยาหลายชนิดและเพื่อหาปัจจัยที่สามารถทำนายภาวะซึมเศร้า ผลการศึกษาจะเป็นประโยชน์ต่อการวางแผนส่งเสริมสุขภาพจิตเชิงรุกในการดูแลเชิงป้องกันในครอบครัวและชุมชน การพัฒนากิจกรรมบำบัดทางจิตสังคม และการออกแบบแนวทางดูแลแบบองค์รวมที่เหมาะสมกับผู้สูงอายุไทย เพื่อให้สามารถดำรงชีวิตในบั้นปลายได้อย่างมีคุณภาพและมีความสุข

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาปัจจัยที่ความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่รับประทานยาหลายชนิด
2. เพื่อศึกษาปัจจัยทำนายภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่รับประทานยาหลายชนิด

กรอบแนวคิดในการวิจัย

การศึกษาวิจัยนี้ใช้กรอบแนวคิดชีวจิตสังคม (Biopsychosocial model) ของ Engel[12] ซึ่งกล่าวว่าภาวะสุขภาพของบุคคลเกิดจากปัจจัย 3 ด้าน ได้แก่ ด้านชีวภาพ จิตวิทยา และสังคม ซึ่งมีอิทธิพลต่อการเกิดความเจ็บป่วย รวมถึงภาวะซึมเศร้าด้วย

ด้านชีวภาพ ผู้สูงอายุโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่ต้องรับประทานยาหลายชนิดสะท้อนความซับซ้อนของโรค และกระบวนการเปลี่ยนแปลงของร่างกาย ซึ่งอาจส่งผลให้ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันลดลง รวมทั้งอาจเกิดผลข้างเคียงจากการใช้ยา นำไปสู่การสูญเสียความสามารถในการพึ่งพาตนเองและเสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้า

ด้านจิตวิทยา ผู้สูงอายุที่มีการรับรู้คุณค่าของตนเองต่ำและรู้สึกด้อยค่าในตนเอง ส่งผลให้เกิดภาวะเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าได้ง่าย ความสามารถทำกิจวัตรประจำวันลดลงยิ่งเพิ่มความรู้สึกสูญเสียอิสระและส่งผลกระทบต่อความรู้สึกมีคุณค่าและภาคภูมิใจในตนเอง

ด้านสังคม ผู้สูงอายุที่มีความสัมพันธ์ในครอบครัวดี ได้รับการสนับสนุนและมีส่วนร่วมในกิจกรรมทางสังคมมักมีภาวะซึมเศร้าน้อยกว่า ในขณะที่ผู้สูงอายุที่ขาดความสัมพันธ์หรือมีบทบาททางสังคมน้อยมักมีความเสี่ยงต่อการเกิดความโดดเดี่ยวและภาวะซึมเศร้ามากขึ้น

ดังนั้นการมีส่วนร่วมในสังคม การรับรู้คุณค่าของตนเอง ความสัมพันธ์ในครอบครัว และความสามารถในการ

ทำกิจวัตรประจำวัน เพื่อทำนายภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่รับประทานยาหลายชนิด

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงทำนาย (predictive study) ใช้สถิติเชิงพรรณนา (descriptive statistics) และสถิติสหสัมพันธ์การถดถอยพหุคูณ (multiple regression) เพื่อหาปัจจัยทำนายภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่รับประทานยาหลายชนิด การใช้ยาหลายชนิดในงานวิจัยนี้หมายถึงการรับประทานยาตั้งแต่ 2–4 ชนิด (multiple medications) โดยไม่ใช้เกณฑ์ polypharmacy ซึ่งโดยทั่วไปกำหนดไว้ที่ ≥ 5 ชนิด[13] ทั้งนี้เพื่อให้สอดคล้องกับลักษณะการใช้ยาของผู้สูงอายุโรคเรื้อรังในบริบทชุมชน

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร: ผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในเขตพื้นที่รับผิดชอบของ รพ.สต. บ้านร่องคำหลวง อำเภอเมือง จังหวัดพะเยา จำนวน 997 คน และได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง จำนวน 142 คน

กลุ่มตัวอย่าง: ผู้สูงอายุได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรังและรับประทานยาตั้งแต่ 2 ชนิดขึ้นไป จำนวน 101 คน คัดเลือกโดยวิธีเฉพาะเจาะจง (purposive sampling) คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์การคัดเข้าดังนี้ 1) ผู้สูงอายุที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (non-communicable diseases, NCDs), 2) รับประทานยาตั้งแต่ 2 ชนิดขึ้นไป (multiple medications), และ 3) ยินดีเข้าร่วมโครงการ กลุ่มตัวอย่างจำนวน 101 คนเป็นผู้สูงอายุทั้งหมดที่เข้าเกณฑ์การคัดเลือกจากผู้สูงอายุที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในพื้นที่ศึกษา จำนวน 142 คน ในช่วงเวลาดำเนินการวิจัย โดยไม่ได้ทำการคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างจากสูตรทางสถิติ เนื่องจากเป็นการศึกษากลุ่มประชากรจำกัดในพื้นที่ซึ่งสามารถเข้าถึงกลุ่มตัวอย่างที่เข้าเกณฑ์ได้ทั้งหมด

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย 6 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล สร้างขึ้นโดยผู้วิจัย จากการทบทวนวรรณกรรม ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา รายได้ การประกอบอาชีพ ลักษณะครอบครัว ผู้ดูแลประจำ และการเป็นสมาชิกชมรมต่าง ๆ[1] โรคประจำตัว ยาที่รับประทาน อยู่ในปัจจุบัน และข้อเสนอแนะ

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามการมีส่วนร่วมในสังคมของผู้สูงอายุมีจำนวนทั้งหมด 10 ข้อ สร้างขึ้นโดย เพ็ญศรี หลินศุวนนท์[14] เป็นแบบสอบถามที่มีข้อคำถามทั้งด้านบวก (ข้อที่ 1, 2, 3, 8 ,9, 10) และด้านลบ (ข้อที่ 4, 5, 6, 7) ลักษณะคำถามเป็นชนิดมาตรส่วนประเมินค่า (rating scale) 5 ระดับ คือ ไม่จริงเลย, จริงเล็กน้อย, จริงปานกลาง, จริงส่วนมาก และจริงมากที่สุด การแปลผลแบ่งออกเป็น 3 กลุ่ม คือ การมีส่วนร่วมในสังคมดี, การมีส่วนร่วมในสังคมปานกลาง, และการมีส่วนร่วมในสังคมไม่ดี โดยคะแนนที่สูงกว่าสะท้อนถึงระดับการมีส่วนร่วมในสังคมดีกว่า

ส่วนที่ 3 แบบประเมินความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง มีจำนวนทั้งหมด 10 ข้อ โดย เยาวลักษณ์ มหาสิทธิวัฒน์[15] แปลและดัดแปลงจาก Rosenberg Self-esteem Scale (RSES) ของ Rosenberg ปี ค.ศ. 1965 ประกอบด้วยข้อคำถามทางบวกจำนวน 5 ข้อ และข้อคำถามทางลบจำนวน 5 ข้อ ลักษณะคำถามเป็นชนิดมาตรส่วนประเมินค่า (rating scale) 4 ระดับ คือ ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง, ไม่เห็นด้วย, เห็นด้วย และเห็นด้วยอย่างยิ่ง การแปลผลคะแนนจากคะแนนรวมน้อย โดยคะแนนรวมที่สูงขึ้นสะท้อนถึงการมีความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองสูงมากขึ้น

ส่วนที่ 4 แบบประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ดัชนีบาร์เธล (The Modified Barthel Activities of Daily Index, MBAI) ประกอบด้วยข้อคำถามทั้งหมด 10 ข้อ พัฒนาและปรับปรุงให้เหมาะสมกับบริบทผู้สูงอายุไทยโดย สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล และคณะ[16] จากดัชนี Barthel Index ดั้งเดิม ประกอบด้วย 10 กิจกรรม ได้แก่ การรับประทานอาหาร การดูแลตนเอง (grooming) การย้ายท่าทาง (transfer) การใช้ห้องสุขา การเคลื่อนไหว การสวมใส่เสื้อผ้า การขึ้นลงบันได การอาบน้ำ การควบคุมการขับถ่ายอุจจาระ และการควบคุมการขับถ่ายปัสสาวะ ลักษณะข้อคำถามแบบเลือกตอบ โดยแต่ละข้อมีคะแนนตั้งแต่ 0–1, 0–2 หรือ 0–3 คะแนนตามลักษณะกิจกรรม คะแนนรวมอยู่ระหว่าง 0–20 คะแนน โดยคะแนนที่สูงขึ้นสะท้อนถึงความสามารถในการพึ่งพาตนเองได้มากขึ้น

ส่วนที่ 5 แบบประเมินระดับสัมพันธภาพของครอบครัว ใช้ในการวัดระดับสัมพันธภาพของครอบครัว ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 5 ข้อ สร้างและพัฒนาโดย

สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.)[17] เป็นแบบสอบถามที่มีข้อคำถามทั้งด้านบวก (ข้อที่ 1, 3, 4 และ 5) และด้านลบ (ข้อที่ 2) ลักษณะคำถามเป็นชนิดมาตรส่วนประเมินค่า (rating scale) 5 ระดับ คือ น้อยที่สุด, น้อย, ปานกลาง, มาก และมากที่สุด คะแนนรวมอยู่ระหว่าง 5–25 คะแนน แปลผลคะแนนออกเป็น 3 ระดับ ได้แก่ ระดับน้อย, ระดับปกติ และระดับมาก โดยคะแนนที่สูงกว่าสะท้อนถึงระดับสัมพันธภาพของครอบครัวที่ดีกว่า

ส่วนที่ 6 แบบคัดกรองโรคซึมเศร้า 9Q เป็นเครื่องมือที่ใช้คัดกรองระดับภาวะซึมเศร้า ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 9 ข้อ สร้างขึ้นโดยกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข[18] โดยดัดแปลงจากแบบประเมิน Patient Health Questionnaire-9 (PHQ-9) ให้เหมาะสมกับบริบทของประเทศไทย ครอบคลุมอาการสำคัญของภาวะซึมเศร้าตามเกณฑ์การวินิจฉัยทางจิตเวช โดยถามถึงความถี่ที่เกิดขึ้นในช่วง 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา ลักษณะคำถามเป็นชนิดมาตรส่วนประเมินค่า (rating scale) 4 ระดับ คือ ไม่มีเลย, เป็นบางวัน (1-7 วัน), เป็นบ่อย (มากกว่า 7 วัน) และเป็นทุกวัน คะแนนรวมอยู่ระหว่าง 0–27 คะแนน การแปลผลคะแนนแบ่งเป็น 4 ระดับ ได้แก่ ไม่มีภาวะซึมเศร้า, มีภาวะซึมเศร้าระดับน้อย, มีภาวะซึมเศร้าปานกลาง และมีภาวะซึมเศร้ารุนแรง โดยคะแนนที่สูงกว่าสะท้อนถึงระดับภาวะซึมเศร้าที่รุนแรงกว่า

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือวิจัย

โดยนำชุดเครื่องมือไปหาค่าความเชื่อมั่น (reliability)[19] นำไปทดสอบกับผู้สูงอายุที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรังและได้รับประทานยาตั้งแต่ 2 ชนิดขึ้นไป ที่สถานีอนามัยเฉลิมพระเกียรติ 60 พรรษา นวมินทราชินี อนาลโย ตำบลสันป่าม่วง อำเภอเมืองพะเยา จังหวัดพะเยา จำนวน 30 คน และนำไปวิเคราะห์โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป หาค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบราค (Cronbach's alpha coefficient) ดังนี้ แบบสอบถามการมีส่วนร่วมในสังคมของผู้สูงอายุ แบบประเมินความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง แบบประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันดัชนีบาร์เธล แบบประเมินระดับสัมพันธภาพของครอบครัว และแบบคัดกรองโรคซึมเศร้า 9Q วิเคราะห์โดย Cronbach's alpha coefficient พบค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาคอนบาคเท่ากับ 0.87, 0.81, 0.90, 0.89, 0.85 และ 0.87 แสดงให้เห็นว่าแต่ละเครื่องมือมีความน่าเชื่อถือสูงและสามารถใช้เก็บข้อมูลผู้สูงอายุได้อย่างเหมาะสม

การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง

การศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ ของวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี พะเยา เลขที่ 014/2568 ลงวันที่ 29 สิงหาคม พ.ศ. 2568 ผู้วิจัยจึงได้ดำเนินการก่อนเริ่มเก็บข้อมูล ผู้วิจัยได้ชี้แจงให้ผู้เข้าร่วมวิจัยทราบถึงวัตถุประสงค์ ระยะเวลาและขั้นตอนในการเก็บข้อมูล และให้ทราบถึงสิทธิในการยินยอมหรือปฏิเสธการเข้าร่วมศึกษาในครั้งนี้ ข้อมูลทั้งหมดจะถูกเก็บเป็นความลับและนำเสนอในภาพรวมเท่านั้น ผู้เข้าร่วมมีสิทธิสอบถามข้อมูล และสามารถถอนตัวได้ทุกเวลาโดยไม่เสียสิทธิ์หรือเกิดผลกระทบใด ๆ[1] เมื่อผู้เข้าร่วมวิจัยยินยอม ผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างลงนามในใบยินยอมโดยได้รับการบอกกล่าวและเต็มใจ

ขั้นตอนและวิธีการรวบรวมข้อมูล

ขั้นตอนและวิธีการรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยดำเนินการเก็บข้อมูลตามขั้นตอนดังนี้

1. กำหนดกลุ่มตัวอย่างกลุ่มผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในเขตพื้นที่รับผิดชอบของ รพ.สต. บ้านร่องคำหลวง อำเภอเมือง จังหวัดพะเยาได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรังและรับประทานยาตั้งแต่ 2 ชนิดขึ้นไป จำนวน 101 คน ซึ่งเป็นผู้ที่เข้าเกณฑ์การคัดเลือกทั้งหมดจากผู้สูงอายุโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในพื้นที่ศึกษา จำนวน 142 คน และสามารถเข้าถึงได้ครบถ้วนในช่วงเวลาดำเนินการวิจัย

2. ยื่นขออนุมัติจริยธรรมขออนุมัติการวิจัยในมนุษย์ต่อองค์การบริหารส่วนจังหวัด

3. ขออนุญาตใช้เครื่องมือวิจัยจัดหนังสือขออนุญาตใช้เครื่องมือแบบสอบถามการรับรู้คุณค่าของตนเอง (เยาวลักษณ์ มหาสิทธิวัฒน์)[15] และแบบสอบถามการมีส่วนร่วมในสังคมของผู้สูงอายุ (เพ็ญศรี หลินศุวนนท์)[14] ส่งหนังสือขอทดสอบเครื่องมือที่สถานีอนามัยเฉลิมพระเกียรติ 60 พรรษา นวมินทราชินี อนาลโย จำนวน 30 คน และยื่นหนังสือขอเก็บข้อมูลต่อองค์การบริหารส่วนจังหวัดพะเยา

4. ดำเนินการเก็บข้อมูลในพื้นที่ประสานงานกับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านร่องคำหลวง และอาสาสมัครหมู่บ้าน

5. ชี้แจงกลุ่มตัวอย่างชี้แจงรายละเอียดโครงการวิจัยและความสมัครใจในการเข้าร่วมและยืนยันการเก็บข้อมูลเป็นความลับ และผลการวิจัยนำเสนอในภาพรวมโดยไม่ระบุตัวบุคคล

6. ตรวจสอบความถูกต้องและความครบถ้วนของข้อมูลที่เก็บรวบรวมได้ ก่อนนำไปวิเคราะห์ด้วยสถิติที่เหมาะสม

7. นำเสนอผลการวิจัย

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 ข้อมูลส่วนบุคคล ข้อมูลเพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา รายได้ การประกอบอาชีพ ลักษณะครอบครัวของผู้สูงอายุ สมาชิกชมรม โรคประจำตัว ยาที่รับประทานอยู่ในปัจจุบัน วิเคราะห์ด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่และร้อยละ ปัจจัยทำนายภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่รับประทานยาหลายชนิดวิเคราะห์ด้วยสหสัมพันธ์การถดถอยพหุคูณแบบ Enter method โดยก่อนการวิเคราะห์ได้ตรวจสอบสมมติฐานของการถดถอย ได้แก่ ความเป็นเส้นตรง ความเป็นอิสระของค่าคลาดเคลื่อน ความแปรปรวนคงที่ การแจกแจงแบบปกติของค่าคลาดเคลื่อน และความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรต้น (multicollinearity) ซึ่งไม่พบการละเมิดสมมติฐานอย่างมีนัยสำคัญ

ผลการวิจัย

จากการศึกษากลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุจำนวน 101 คน พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง จำนวน 66 คน (ร้อยละ 65.3) มีอายุเฉลี่ย 69.12 ปี (SD=6.30) โดยอยู่ในช่วงอายุ 66–70 ปีมากที่สุด (ร้อยละ 31.7) รองลงมาคือช่วงอายุ 60–65 ปี (ร้อยละ 29.7) ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสคู่ (ร้อยละ 67.3) ระดับการศึกษาส่วนใหญ่จบประถมศึกษา (ร้อยละ 71.3) มีรายได้เฉลี่ย 3,280.19 บาทต่อเดือน (SD=1,210.45) โดยส่วนใหญ่อยู่ในช่วงรายได้ 1,000–4,999 บาทต่อเดือน (ร้อยละ 51.5) ส่วนใหญ่ไม่ได้ประกอบอาชีพ (ร้อยละ 46.5) รองลงมาคือ เกษตรกร (ร้อยละ 33.7) ในด้านลักษณะครอบครัวส่วนใหญ่อาศัยอยู่ในครอบครัวเดี่ยว (ร้อยละ 73.3) และมีครอบครัวเป็นผู้ดูแลหลัก (ร้อยละ 87.1) ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ไม่เป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ (ร้อยละ 55.4) และโรคประจำตัวที่พบมากที่สุดคือโรคความดันโลหิตสูง (ร้อยละ 92.1) รองลงมาคือ ไขมันในเลือดสูง (ร้อยละ 49.5) และเบาหวาน (ร้อยละ 35.6)

ผลการประเมินภาวะซึมเศร้า โดยแบบประเมิน 9Q พบว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีภาวะเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้า จำนวน 71 คน (ร้อยละ 70.3)

ตาราง 1 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยกับภาวะซึมเศร้า (n=101) วิเคราะห์ด้วย Pearson's correlation

ปัจจัย	r	P-value
1. เพศ	0.106	0.148
2. อายุ	0.176	0.042**
3. สถานภาพสมรส	0.094	0.177
4. ปัญหาสุขภาพ	0.224	0.013**
5. ความพอเพียงของรายได้	-0.125	0.110
6. การศึกษา	-0.178	0.039**
7. การมีส่วนร่วมในกิจกรรมของสังคม	-0.203	0.022**
8. การรับรู้คุณค่าของตนเอง	-0.259	0.005*
9. ความสัมพันธภาพในครอบครัว	-0.232	0.011**
10. ความสามารถในกิจวัตรประจำวัน	-0.289	0.002*

*p <0.01, **p <0.05

จากตาราง 1 พบว่าปัจจัยด้านความสามารถในกิจวัตรประจำวัน (r=-0.289, p <0.01) ด้านการรับรู้คุณค่าของตนเอง (r=-0.259, p<0.01) ด้านความสัมพันธภาพในครอบครัว (r=-0.232, p<0.05) ด้านการมีส่วนร่วมในกิจกรรมของสังคม (r=-0.203, p<0.05) และด้านการศึกษา (r=-0.178, p<0.05) มีความสัมพันธ์เชิงลบกับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่รับประทานยาหลายชนิดอย่างมีนัยสำคัญในทางสถิติ และยังพบอีกว่ามีปัจจัยส่วนบุคคลด้านปัญหาสุขภาพ (r=0.224, p<0.05) และอายุ (r=0.176, p<0.05) มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่รับประทานยาหลายชนิดอย่างมีนัยสำคัญในทางสถิติ

ตาราง 2 ปัจจัยทำนายภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่รับประทานยาหลายชนิด (n=101)

ปัจจัย	B	SE	β	t	p-value
1. การมีส่วนร่วมในกิจกรรมของสังคม	-0.042	0.033	-0.146	-2.34	0.038**
2. การรับรู้คุณค่าของตนเอง	-0.196	0.053	-0.339	-3.70	0.001*
3. ความสัมพันธภาพในครอบครัว	-0.082	0.040	-0.186	-2.05	0.041**
4. ความสามารถในกิจวัตรประจำวัน	-0.351	0.117	-0.264	-3.00	0.003*

R^2=0.356, p<0.01*, p<0.05**

จากตาราง 2 พบว่าปัจจัยทั้ง 4 ด้าน สามารถทำนายภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่รับประทานยาหลายชนิดได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยด้านการรับรู้คุณค่าของตนเองเป็นปัจจัยที่มีอำนาจการทำนายสูงที่สุด (β= -0.339, p<0.001) รองลงมาปัจจัยด้านความสามารถในกิจวัตรประจำวัน (β=-0.264, p<0.01) ความสัมพันธ์ในครอบครัว (β=-0.186, p<0.05) และการมีส่วนร่วมในกิจกรรมของสังคม (β=-0.146, p<0.05) ตามลำดับ ทั้งนี้ปัจจัยทั้งหมดสามารถร่วมกันทำนายภาวะซึมเศร้าได้ร้อยละ 35.6 (R^2=0.356, p<0.01)

การอภิปรายผล

ตามวัตถุประสงค์ข้อที่ 1 ของการวิจัยซึ่งมุ่งศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่รับประทานยาหลายชนิด พบว่าปัจจัยด้านความสามารถในกิจวัตรประจำวัน ด้านการรับรู้คุณค่าของตนเอง ด้านความสัมพันธภาพในครอบครัว ด้านการมีส่วนร่วมในกิจกรรมของสังคม และด้านการศึกษา มีความสัมพันธ์เชิงลบกับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่รับประทานยาหลายชนิดอย่างมีนัยสำคัญในทางสถิติ ซึ่งหมายความว่าผู้สูงอายุที่มีความสามารถในกิจวัตรประจำวันได้ด้วยตนเองได้ดี มีการรับรู้คุณค่าของตนเองที่ดี มีความสัมพันธภาพในครอบครัวที่ดี และมีส่วนร่วมในกิจกรรมของสังคมบ่อย และระดับการศึกษาที่สูงมีแนวโน้มที่จะเกิดภาวะซึมเศร้าน้อยกว่า ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ อาคม บุญเลิศ[20] ซึ่งพบว่าความถี่ของการเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมของผู้สูงอายุมีความสัมพันธ์ทางลบกับภาวะซึมเศร้า รวมถึงการศึกษาของกาญจนา พิบูลย์ และคณะ[21] ที่รายงานว่าความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันมีความสัมพันธ์ทางลบกับภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ อีกทั้งยังสอดคล้องกับผลการศึกษาของฐิติรัตน์ ช่างทอง; และ เกษตรชัย และทีม[22] ที่พบว่าการไม่เห็นคุณค่าในตนเองมีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุที่เพิ่มขึ้น และการมีส่วนร่วมทางสังคมและกิจกรรมทางสังคมเป็นปัจจัยปกป้องการเกิดภาวะซึมเศร้าที่สำคัญ[23] นอกจากนี้ปัจจัยส่วนบุคคลด้านปัญหาสุขภาพและอายุยังมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับภาวะซึมเศร้า เห็นได้ว่าผู้สูงอายุที่มีปัญหาสุขภาพมากขึ้นหรือมีอายุมากขึ้นมีแนวโน้มภาวะซึมเศร้ามากกว่า ซึ่งสอดคล้องกับรายงานที่แสดงว่าปัญหาสุขภาพการจำกัดกิจกรรมประจำวัน และการลดฟังก์ชันของร่างกายสัมพันธ์กับระดับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ[24]

ตามวัตถุประสงค์ข้อที่ 2 ซึ่งมุ่งศึกษาปัจจัยทำนายภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่รับประทานยาหลายชนิด ผลการศึกษาพบว่าการรับรู้คุณค่าของตนเอง ความ

สามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน ความสัมพันธ์ในครอบครัวและการมีส่วนร่วมในกิจกรรมของสังคม สามารถร่วมกันทำนายภาวะซึมเศร้าได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยอธิบายความแปรปรวนของภาวะซึมเศร้าได้ร้อยละ 35.6 ทั้งนี้ปัจจัยด้านการรับรู้คุณค่าของตนเองมีอำนาจการทำนายเชิงลบสูงที่สุด กล่าวได้ว่าผู้สูงอายุที่มีการเห็นคุณค่าและความเชื่อมั่นในตนเองสูงจะมีแนวโน้มเกิดภาวะซึมเศร้าน้อยกว่า เนื่องจากการเห็นคุณค่าในตนเองช่วยเพิ่มกำลังใจ ลดความรู้สึกไร้ประโยชน์ และเพิ่มความสามารถในการปรับตัวต่อการเจ็บป่วยเรื้อรังและการใช้ยาหลายชนิด ซึ่งสอดคล้องกับผลการวิจัยที่กล่าวว่าการรับรู้คุณค่าในตนเองเป็นปัจจัยสำคัญที่สัมพันธ์กับสุขภาพจิตและภาวะซึมเศร้าในระดับบวกและเชิงป้องกัน[25] รองลงมาคือปัจจัยด้านความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน แสดงให้เห็นว่าผู้สูงอายุที่สามารถดูแลตนเองได้ดีจะมีความเสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้าน้อยลง เนื่องจากมีอิสระในการดำเนินชีวิตทำกิจกรรมได้ด้วยตนเอง ลดการเป็นภาระผู้อื่น และรู้สึกควบคุมตนเองได้ ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาที่ชี้ว่าการสูญเสียความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันเป็นปัจจัยเสี่ยงสำคัญของภาวะความซึมเศร้าในผู้สูงอายุ โดยเฉพาะในกลุ่มที่มีโรคเรื้อรังหลายโรค[26] นอกจากนี้ความสัมพันธ์ในครอบครัวและการมีส่วนร่วมในกิจกรรมทางสังคมเป็นปัจจัยทำนายภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญ แสดงให้เห็นถึงการสนับสนุนทางสังคมที่ดูแลเกี่ยวกับสุขภาพจิต ความสัมพันธ์ในครอบครัวที่ดีช่วยลดความโดดเดี่ยวและความเครียดทางอารมณ์ ขณะที่การมีส่วนร่วมทางสังคมช่วยเสริมความรู้สึกเป็นส่วนหนึ่งของสังคมและลดภาวะซึมเศร้า ผลการศึกษาสอดคล้องกับผลงานวิจัยหลายฉบับที่พบว่าการสนับสนุนจากครอบครัวและการมีส่วนร่วมทางสังคมเป็นปัจจัยปกป้องสำคัญต่อภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ[25-27] จากข้อมูลที่กล่าวข้างต้นสรุปได้ว่าปัจจัยด้านจิตใจ สมรรถภาพการดำเนินชีวิต และบริบททางสังคมมีบทบาทสำคัญต่อภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่รับประทานยาหลายชนิด

สรุป

จากผลการวิจัยพบว่าผู้สูงอายุโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่รับประทานยาหลายชนิดซึ่งมีการรับรู้คุณค่าของตนเองดี สามารถทำกิจวัตรประจำวันได้ด้วยตนเอง มีความสัมพันธ์ในครอบครัวที่ดี และมีการเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมอย่างสม่ำเสมอ จะมีภาวะซึมเศร้าน้อยกว่าผู้สูงอายุที่มีปัจจัยดังกล่าวในระดับต่ำ ปัจจัยทั้งสี่ประการสามารถใช้ทำนายภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุกลุ่มนี้ได้อย่างมีนัยสำคัญ ดังนั้นจึงเป็นแนวทางให้ทีมสุขภาพใช้เพื่อเฝ้าระวังการเกิดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุควรประเมินการรับรู้คุณค่าตนเอง การทำกิจวัตรประจำวันความสัมพันธ์ในครอบครัว และการเข้าร่วมกิจกรรมสังคมของผู้สูงอายุทุกครั้งที่ให้บริการ และนำผลการประเมินไปใช้วางแผนการดูแลอย่างต่อเนื่อง โดยส่งเสริมการจัดกิจกรรมที่เหมาะสมกับผู้สูงอายุ ร่วมกับครอบครัวและเครือข่ายในชุมชนเพื่อป้องกันภาวะซึมเศร้าสำหรับในผู้สูงอายุโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. พัฒนาโปรแกรม หรือการจัดกิจกรรมการส่งเสริมกิจวัตรประจำวัน และการส่งเสริมสัมพันธภาพของครอบครัว และเป็นโปรแกรมที่สามารถนำไปใช้งานได้ในชุมชนที่สะดวกในการเข้าถึง และเหมาะสมกับบริบทของผู้สูงอายุ

2. การพัฒนากิจกรรมทางจิตสังคม และการออกแบบแนวทางดูแลแบบองค์รวมที่เหมาะสมกับผู้สูงอายุ

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization. World report on ageing and health 2025. Geneva: WHO, 2025.
2. สำนักอนามัยผู้สูงอายุ, กรมอนามัย, กระทรวงสาธารณสุข. รายงานการวิเคราะห์ข้อมูลสถานการณ์เพื่อการขับเคลื่อนการดำเนินงาน [อินเทอร์เน็ต]. 2568. [เข้าถึงเมื่อ 2 ธ.ค. 2568]. เข้าถึงได้จาก: https://eh.anamai.moph.go.th/th/322-2568/download?did=36186&id=123560&lang=th&mid=39530&mkey=m_document
3. สำนักงานอนามัยผู้สูงอายุ. รายงานการวิเคราะห์ข้อมูลสถานการณ์เพื่อการขับเคลื่อนการดำเนินงาน [อินเทอร์เน็ต]. 2568. [เข้าถึงเมื่อ 6 ก.ค. 2568]. เข้าถึงได้จาก: https://eh.anamai.moph.go.th/th/322-2568/download?did=36186&id=123560&lang=th&mid=39530&mkey=m_document

4. กองโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. รายงานประจำปี 2566 กองโรคไม่ติดต่อ. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์อักษรกราฟฟิคแอนด์ดิไซน์, 2566.
5. ชารินทร์ สีสุข. ผลของการบำบัดความคิดและพฤติกรรมต่อภาวะวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวาน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลจริม อำเภอท่าปลา จังหวัดอุตรดิตถ์. วารสารวิชาการเพื่อการพัฒนาระบบสุขภาพปฐมภูมิและสาธารณสุข. 2568;3(1):51–63.
6. Lu Y, Nie Y, Tian K, et al. Loneliness, social isolation, depression, and anxiety among the elderly: longitudinal evidence from a Chinese cohort. J Affect Disord [Internet]. 2023. [cited 2025 December 10].
7. กุลธิดา ดวงเนตร. ความชุกและปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในหน่วยงานบริการปฐมภูมิ โรงพยาบาลภูเขียวเฉลิมพระเกียรติ. วารสารการแพทย์โรงพยาบาลศรีสะเกษ สุรินทร์ บุรีรัมย์. 2564;36(1):13–24.
8. หทัยชนก ปานนุกูล. ความชุกและปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังของโรงพยาบาลเมืองสงขลาและเครือข่ายศูนย์สุขภาพชุมชนหมู่ 1, 2, 8 จังหวัดสงขลา [อินเทอร์เน็ต]. 2568. [เข้าถึงเมื่อ 6 ก.ค. 2568]. เข้าถึงได้จาก: https://www.skhospital.go.th/journal-2025/
9. ฐิติรัตน์ ช่างทอง, เกษตรชัย และหีม. ปัจจัยที่ส่งผลต่อภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุ จังหวัดนครศรีธรรมราช. วารสารมนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏสงขลา. 2564;3(1):84–114.
10. Wiersema C, Oude Voshaar RC, van den Brink RHS, Wouters H, Verhaak P, Comijs HC, et al. Determinants and consequences of polypharmacy in patients with a depressive disorder in later life. Acta Psychiatr Scand. 2022;146(1):85–97.
11. Zhang Y, Wang PP. Association Between Polypharmacy, Anxiety, and Depression Among Chinese Older Adults: Evidence from the CLHLS. J Gerontol A Biol Sci Med Sci. 2022;17:235-44.
12. Engel GL. The need for a new medical model: A challenge for biomedicine. Science. 1977; 196(4286):129–36.
13. World Health Organization. Medication safety in polypharmacy [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2019 [cited 2025 Jan 5]. Available from: https://www.who.int/publications/i/item/WHO-UHC-SDS-2019.11
14. เพ็ญศรี หลินศุวนนท์. การศึกษาความซึมเศร้าของผู้สูงอายุแขวงรองเมืองเขตปทุมวัน กรุงเทพมหานคร [วิทยานิพนธ์ปริญญาศึกษาศาสตรมหาบัณฑิต]. นครปฐม: มหาวิทยาลัยมหิดล, 2543.
15. เยาวลักษณ์ มหาสิทธิวัฒน์. ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้การเปลี่ยนแปลงทางกาย จิตสังคม ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง และพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุในเขตเมืองจังหวัดสระบุรี [วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต]. นครปฐม: มหาวิทยาลัยมหิดล; 2529.
16. Jitapunkul S, Kamolratanakul P, Ebrahim S. The meaning of activities of daily living in a Thai elderly population: development of a new index. Age Ageing. 1994;23(2):97–101.
17. สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ. แบบประเมินระดับสัมพันธภาพของครอบครัว (แบบสั้น) [อินเตอร์เน็ต]. กรุงเทพฯ: สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ; 2566 [เข้าถึงเมื่อ 1 ก.ค. 2568]. เข้าถึงได้จาก: https://happychild.thaihealth.or.th/wp-content/uploads/sites/28/2023/03/คู่มือแบบประเมินระดับสัมพันธภาพของครอบครัว-แบบสั้น.pdf
18. กรมสุขภาพจิต. แบบคัดกรองโรคซึมเศร้า 2Q และ 9Q. นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข; 2557.
19. รัตนะ บัวสนธ์. การประเมินโครงการ: การวิจัยเชิงปริมาณ. กรุงเทพฯ: คอมแพคปริ้น, 2556.
20. อาคม บุญเลิศ. ความชุกและปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุโรคเรื้อรังในชุมชนเขตรับผิดชอบของสถานบริการปฐมภูมิสามเหลี่ยม จังหวัดขอนแก่น. ศรีนครินทร์เวชสาร. 2559;31(1):25–33.

21. กาญจนา พิบูลย์, และคณะ. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ. ชลบุรี: คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา, 2552.
22. ฐิติรัตน์ ช่างทอง, เกษตรชัย และทีม. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยจิตสังคม การรับรู้ และการสนับสนุนทางสังคมกับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุ จังหวัดนครศรีธรรมราช. วารสารมหาวิทยาลัยราชภัฏยะลา. 2565;17(2):54–64.
23. Muhammad, T., & Maurya, P. (2022). Social support moderates the association of functional difficulty with major depression among community-dwelling older adults: evidence from LASI, 2017-18. BMC Psychiatry, 22(1), 317.
24. Zheng X, Yin Y, Yang L, Zhang X, Xiao S, Liang X, et al. Socioeconomic status and depression in later life: longitudinal mediation effects of activities of daily living. BMC Psychiatry. 2024;24:625.
25. Ow YSY, Wei CS, Li YT. Moderating effect of social participation on the relationship between health status and depressive symptoms in older adults. Front Public Health. 2025;13:1458961.
26. Zhang Y, Sun S, Jin Z. Leisure activities indirectly affect depression in older Chinese adults through activities of daily living and self-rated health. Sci Rep. 2025;15:28481.
27. Ge H, Dong S, Su W, Guan W, Yu Q, Liu Y, et al. Relationship between social participation and depressive symptoms in patients with multimorbidity: the chained mediating role of cognitive function and activities of daily living. BMC Public Health. 2024;24:1844.

(Original Article)

Factors Associated with the Support Needs of Caregivers for Patients After Open-Heart Surgery Receiving Treatment at Rajavithi Hospital

*Phawinee Khanbhiworadham, **Assistant Professor Dr. Panitan Grasung

*Master of Public Health students, Pathumthani University

**Master of Public Health Program in Public Health Administration, Pathumthani University, Pathumthani Province

Correspondence to : poohphapk@gmail.com

(Received : 2 Nov. 25, Revised : 11 Dec. 25, Accepted : 20 Feb. 26)

Abstract

The objectives of this quantitative research study were to determine 1) the support needs of caregivers of patients after open-heart surgery, 2) the level of social support received by these caregivers, and 3) the relationship between gender, age, educational level, occupation, income, and social support with caregivers' support needs. The conceptual framework was the applied Hierarchy of Needs Theory of Maslow. The sample group consisted of 220 caregivers of patients who had undergone open-heart surgery and were receiving treatment at Rajavithi Hospital, selected through convenience sampling. Data were collected using a structured questionnaire with a content validity index of 0.96 and an overall reliability coefficient of 0.97. Descriptive statistics (frequency, percentage, mean, and standard deviation) and inferential statistics (chi-square test, Pearson's correlation coefficient, and Spearman's rank correlation) were used for data analysis. The findings revealed that 1) caregivers' overall support needs were at a high level, 2) the overall social support received was also at a high level, and 3) overall social support is positively correlated with the supportive needs of caregivers of patients after open-heart surgery, with statistical significance at the 0.01 level. While gender, occupation, and income are not related to the supportive needs of caregivers of patients after open-heart surgery. The department of cardiothoracic surgery should provide support in terms of information and resources for patient care to help reduce postoperative complications after heart surgery.

Keywords: post-open-heart caregiver, supportive care needs, open-heart surgery

Royal Thai Air Force Medical Gazette, Vol. 72 No. 1 January - April 2026

(นิพนธ์ต้นฉบับ)

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความต้องการแบบสนับสนุนของผู้ดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัดหัวใจแบบเปิด ที่มารับการรักษาในโรงพยาบาลราชวิถี

*ภาวิณี ขันติวรธรรม, **ผศ.ดร.ปณิธาน กระสังข์
*นักศึกษาหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต, **หลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต
มหาวิทยาลัยปทุมธานี ปทุมธานี

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงปริมาณนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษา 1) ความต้องการแบบสนับสนุนของผู้ดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัดหัวใจแบบเปิด 2) แรงสนับสนุนทางสังคมของผู้ดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัดหัวใจแบบเปิด 3) ความสัมพันธ์ระหว่างข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ และแรงสนับสนุนทางสังคมกับความต้องการแบบสนับสนุนของผู้ดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัดหัวใจแบบเปิด โดยประยุกต์ทฤษฎีความต้องการตามลำดับขั้นของมาสโลว์ กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัดหัวใจแบบเปิดที่มารับการรักษาในโรงพยาบาลราชวิถี จำนวน 220 คน สุ่มตามความสะดวก เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยเป็นแบบสอบถาม สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล ได้แก่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน สถิติการทดสอบไคสแควร์ สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน และของสเปียร์แมน ผลการศึกษา พบว่า 1) ความต้องการแบบสนับสนุนของผู้ดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัดหัวใจแบบเปิดโดยรวมอยู่ในระดับมาก 2) แรงสนับสนุนของผู้ดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัดหัวใจแบบเปิดโดยรวมอยู่ในระดับมาก 3) แรงสนับสนุนทางสังคมโดยรวมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความต้องการแบบสนับสนุนของผู้ดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัดหัวใจแบบเปิดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 ในขณะที่ เพศ อาชีพ และรายได้ไม่มีความสัมพันธ์กับความต้องการแบบสนับสนุนของผู้ดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัดหัวใจแบบเปิด ข้อเสนอแนะหน่วยงานศัลยกรรมหัวใจและทรวงอกควรสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสารด้านทรัพยากรในการดูแลผู้ป่วยเพื่อช่วยลดภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดหัวใจ

คำสำคัญ: ผู้ดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัดหัวใจ, ความต้องการแบบสนับสนุน, การผ่าตัดหัวใจแบบเปิด

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคหัวใจเป็นหนึ่งในสาเหตุหลักที่ทำให้ประชากรทั่วโลกเสียชีวิต ในประเทศไทยการเสียชีวิตจากโรคหัวใจยังคงมีอัตราสูง การผ่าตัดหัวใจเป็นหนึ่งในวิธีการรักษาที่สำคัญและมีประสิทธิภาพสำหรับผู้ป่วยที่มีอาการรุนแรง จากข้อมูลสถิติการผ่าตัดหัวใจแบบเปิดภายในประเทศไทยมีการรวบรวมข้อมูลจากสมาคมศัลยแพทย์ทรวงอกแห่งประเทศไทยในช่วงระหว่างปี 2564 ถึง 2566 พบว่ามีจำนวนผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดหัวใจแบบเปิดที่ต้องใช้เครื่องปอดหัวใจเทียมช่วยขณะผ่าตัด เท่ากับ 12,675, 15,476 และ 16,876 ราย ตามลำดับ[1]

โรงพยาบาลราชวิถีเป็นโรงพยาบาลระดับตติยภูมิให้บริการรักษาพยาบาลตั้งแต่ระดับการเจ็บป่วยทั่วไปและเฉพาะทาง มีบุคลากรผู้เชี่ยวชาญทางการแพทย์ด้านสาขาหัวใจและหลอดเลือด และปัจจุบันมีจำนวนเตียงใช้จริง 1,025 เตียง พบว่ามีผู้ป่วยเข้ารับการผ่าตัดหัวใจมากที่สุดแห่งหนึ่งในประเทศ ที่มีผู้ป่วยทั้งผู้ใหญ่และเด็กโดยมีการรวบรวมข้อมูลปี 2564 ถึง 2566 พบว่ามีจำนวนผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดหัวใจแบบเปิด 379, 418 และ 545 ราย ตามลำดับ ในจำนวนผู้ป่วยโรคหัวใจเหล่านี้มีจำนวนผู้สูงอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไปดังนี้ 72, 81 และ 82 ตามลำดับ[2] ซึ่งผู้ป่วยสูงอายุเหล่านี้ต้องได้รับการดูแลหลังผ่าตัดหัวใจแบบเปิดจากผู้ดูแลในครอบครัวอย่างใกล้ชิด เช่น การสนับสนุนทางจิตใจจากผู้ดูแลจะช่วยให้ผู้ป่วยมีอาการซึมเศร้าและวิตกกังวลน้อยลง นอกจากนี้ยังพบปัญหาผู้ป่วยบางรายที่ต้องกลับมาผ่าตัดซ้ำจากสาเหตุการติดเชื้อที่บริเวณกระดูกหน้าอก และการตีบตันของลิ้นหัวใจที่ต้องมาผ่าตัดซ้ำเป็นต้น จากการรวบรวมสถิติในปี 2564 ถึง 2566 พบผู้ป่วยที่ต้องกลับมาผ่าตัดซ้ำจำนวน

4, 4 และ 5 ราย ตามลำดับ ในปี 2566 มีผู้ป่วยเกิดการตีบตันของลิ้นหัวใจที่ต้องมาผ่าตัดซ้ำจำนวนหนึ่งราย[2]

ผู้ดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัดหัวใจแบบเปิดมีความสำคัญในการช่วยให้ผู้ป่วยสามารถฟื้นตัวได้อย่างเร็วขึ้น การสนับสนุนทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และสิ่งแวดล้อม เป็นส่วนหนึ่งที่ช่วยลดความเครียดและช่วยส่งเสริมการฟื้นตัวที่ดี ผู้ดูแลในครอบครัว (family caregivers) คือ ญาติของผู้ป่วยซึ่งอาจเป็นสามี ภรรยา บิดา มารดา บุตร ญาติพี่น้อง ที่มีความสำคัญในการดูแลผู้ป่วย และเป็นผู้ให้การดูแลด้วยความสมัครใจ ไม่ได้รับค่าตอบแทน สิ่งที่ผู้ดูแลต้องการเพื่อให้สามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ ลดความเครียด และคงคุณภาพชีวิตของตนเอง ในระหว่างที่รับบทบาทดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัดหัวใจแบบเปิด โดยความต้องการเหล่านี้เกิดจากข้อจำกัด ความกังวล ความไม่รู้ ความเหนื่อยล้าทางกาย-ใจ และภาระในการดูแลผู้ป่วยที่ฟื้นตัวหลังผ่าตัดหัวใจ ซึ่งเป็นช่วงที่ต้องการการดูแลต่อเนื่องตลอด 24 ชั่วโมง ความต้องการแบบสนับสนุนครอบคลุม 4 ด้าน 1) ความต้องการสนับสนุนด้านข้อมูล (information support needs) เช่น แนวทางการดูแลหลังผ่าตัด เช่น การทำแผล การให้ยา การเฝ้าระวังสัญญาณอันตราย 2) ความต้องการสนับสนุนด้านร่างกายและการปฏิบัติการดูแล (instrumental/physical support needs) เช่น การได้รับคำแนะนำวิธีจัดการอาการปวด อ่อนแรง หายใจลำบาก 3) ความต้องการสนับสนุนด้านจิตใจ-อารมณ์ (emotional/psychological support needs) เช่น ความต้องการได้รับกำลังใจ การรับฟัง และคำแนะนำจากบุคลากรทางการแพทย์ 4) ความต้องการสนับสนุนด้านสังคมและสิ่งแวดล้อม (social/environmental support needs) เช่น การสนับสนุนด้านการเงิน ค่ารักษา อุปกรณ์ สภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการฟื้นตัว เช่น เตียงนอนที่เหมาะสม ห้องน้ำปลอดภัย ดังนั้นการศึกษางานวิจัยและทบทวนวรรณกรรมในผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ผู้ป่วยผ่าตัดหัวใจ ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง และผู้ป่วยผ่าตัดใหญ่ พบว่าปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความต้องการแบบสนับสนุนของผู้ดูแลมีทั้งด้านส่วนบุคคล ด้านบทบาทการดูแล และด้านภาวะของผู้ป่วยที่มารับการรักษาในโรงพยาบาลราชวิถี จะช่วยเป็นการเสริมสร้างศักยภาพ และความมั่นใจของผู้ดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัดหัวใจแบบเปิด เพื่อให้ผู้ป่วยมีอัตราการฟื้นตัวทางด้านสุขภาพที่ดีและสามารถกลับมาใช้ชีวิตได้อย่างปกติภายในระยะเวลา 6 เดือนหลังผ่าตัดแบบเปิด

วัตถุประสงค์ (Objectives)

1. เพื่อศึกษาความต้องการแบบสนับสนุนของผู้ดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัดหัวใจแบบเปิดที่มารับการรักษาในโรงพยาบาลราชวิถี

2. เพื่อศึกษาแรงสนับสนุนทางสังคมของผู้ดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัดหัวใจแบบเปิดที่มารับการรักษาในโรงพยาบาลราชวิถี

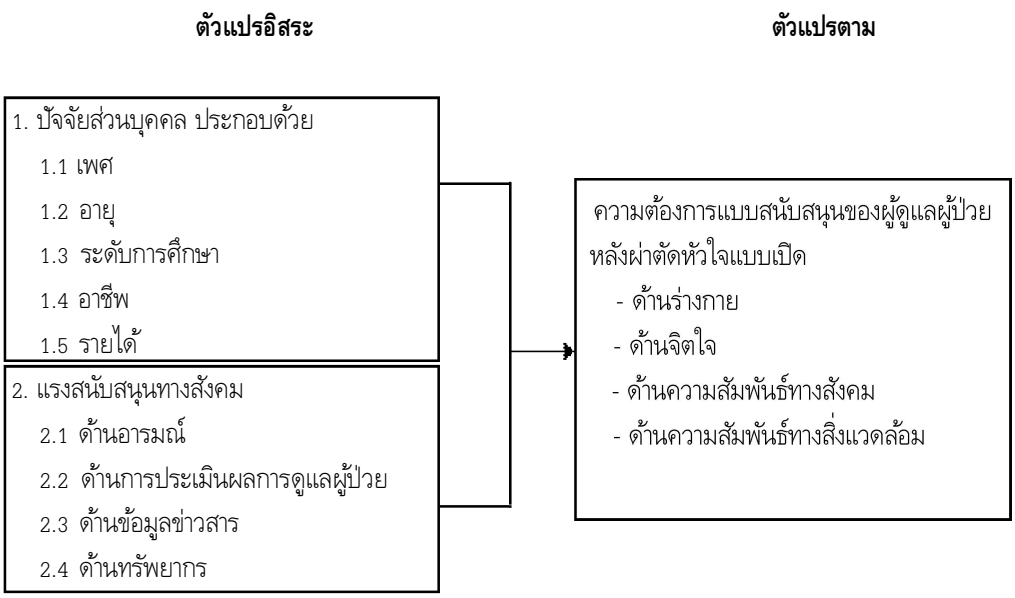
3. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ และแรงสนับสนุนทางสังคมกับความต้องการแบบสนับสนุนของผู้ดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัดหัวใจแบบเปิดที่มารับการรักษาในโรงพยาบาลราชวิถี

สมมติฐานการวิจัย

ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ และแรงสนับสนุนทางสังคม มีความสัมพันธ์กับความต้องการแบบสนับสนุนของผู้ดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัดหัวใจแบบเปิดที่มารับการรักษาในโรงพยาบาลราชวิถี

กรอบแนวคิด (Research framework)

ผู้ศึกษาวิจัยได้ทบทวนวรรณกรรม และงานวิจัย ได้แก่ ลักษณะส่วนบุคคลและแรงสนับสนุนทางสังคมมีผลต่อความต้องการแบบสนับสนุนของผู้ดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัดหัวใจแบบเปิดเพื่อลดภาวะแทรกซ้อนที่จะเกิดกับผู้ป่วยเมื่อกลับบ้านในระยะยาว ผู้ศึกษาจึงได้นำเอาความรู้ในเรื่องแรงสนับสนุนทางสังคมของ House & Kahn มาประยุกต์เป็นแนวทางเรื่องความต้องการแบบสนับสนุนของผู้ดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัดหัวใจแบบเปิดในการสร้างกรอบแนวคิด เพื่อนำมาศึกษาความต้องการแบบสนับสนุนของผู้ดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัดหัวใจแบบเปิดที่มารับการรักษาในโรงพยาบาลราชวิถี สรุปเป็นกรอบแนวคิดการวิจัยดังนี้



รูปที่ 1 กรอบแนวคิดการศึกษา

ตัวแปรอิสระ ได้แก่

1. ลักษณะส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ และรายได้

2. แรงสนับสนุนทางสังคม ได้แก่ แรงสนับสนุนด้านอารมณ์ แรงสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร แรงสนับสนุนด้านการประเมินผลการดูแลผู้ป่วย และแรงสนับสนุนด้านทรัพยากร

ตัวแปรตาม

ความต้องการแบบสนับสนุนของผู้ดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัดหัวใจแบบเปิดที่มารับการรักษาในโรงพยาบาลราชวิถี ได้แก่ ด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม และด้านความสัมพันธ์ทางสิ่งแวดล้อม

วิธีดำเนินการวิจัย (Methodology)

ประชากร เป็นผู้ดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัดหัวใจแบบเปิดทุกคนที่มารับการตรวจตามวันนัดพบแพทย์ที่แผนกตรวจผู้ป่วยนอกคลินิกโรคหัวใจและทรวงอก ช่วงระยะเวลา เดือนสิงหาคม 2568 - เดือนตุลาคม 2568 จำนวน 511 ราย

การกำหนดขนาดและสุ่มกลุ่มตัวอย่าง ผู้ดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัดหัวใจแบบเปิดทุกคนที่มารับการตรวจตามวันนัดพบแพทย์ที่แผนกตรวจผู้ป่วยนอกคลินิกโรคหัวใจและทรวงอก ช่วงระยะเวลา เดือนสิงหาคม 2568 ถึงเดือนตุลาคม 2568 โดยคำนวณจากสูตรของเครซี่และมอร์แกน (Krejcie and Morgan, 1970) โดยใช้ความเชื่อมั่น ร้อยละ 95 โดยคำนวณจากสูตรได้ดังนี้ $n = \frac{X^2Np(1-p)}{E^2(N-1)+X^2p(1-p)}$

คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยใช้วิธีการเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบสุ่มตามความสะดวกหรือ ตามความสมัครใจ ได้จำนวน 220 ราย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ เป็นแบบสอบถาม (Questionnaire) ที่พัฒนาขึ้นตามกรอบแนวคิดและวัตถุประสงค์ของการวิจัย จำนวน 3 ส่วน ได้แก่

<u>ส่วนที่ 1</u> แบบสอบถามข้อมูลลักษณะส่วนบุคคลของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยโรคหัวใจหลังจากได้รับการผ่าตัดหัวใจแบบเปิดประกอบด้วย เพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ จำนวน 5 ข้อ

<u>ส่วนที่ 2</u> แบบสอบถามแรงสนับสนุนทางสังคมกับความต้องการแบบสนับสนุนของผู้ดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัดหัวใจแบบเปิด 4 ด้าน ประกอบด้วย ด้านอารมณ์ ด้านข้อมูลข่าวสาร ด้านการประเมินผลการดูแลผู้ป่วย และด้านทรัพยากร ผู้วิจัยได้ประยุกต์แบบสอบถามตามแนวคิดของ House & Kahn (1985)[3] ประกอบด้วยคำถาม 20 ข้อ จำนวน 4 ด้าน คือ

ด้านอารมณ์ 5 ข้อ ด้านข้อมูลข่าวสาร 5 ข้อ ด้านประเมินผลการดูแลผู้ป่วย 5 ข้อ และด้านทรัพยากร 5 ข้อลักษณะของแบบสอบถามแบบประมาณค่า (Ratting scale) ตามแนวคิดของลิเคิร์ท (Likert) 5 ระดับ คือ 5 คะแนน หมายถึง ต้องการมากที่สุด 4 คะแนน หมายถึง ต้องการมาก 3 คะแนน หมายถึง ต้องการปานกลาง 2 คะแนน หมายถึง ต้องการน้อย และ 1 คะแนน หมายถึง ต้องการน้อยที่สุด

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามความต้องการแบบสนับสนุนของผู้ดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัดหัวใจแบบเปิด ผู้วิจัยประยุกต์ใช้แบบสอบถามของ วรรณภา ศรีหาบรรดิษฐ์[4] ประกอบด้วย 4 ด้าน จำนวน 20 ข้อ ได้แก่ ด้านร่างกาย จำนวน 5 ข้อ ด้านจิตใจ จำนวน 5 ข้อ ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม จำนวน 5 ข้อ และด้านความสัมพันธ์ทางสิ่งแวดล้อม จำนวน 5 ข้อ ลักษณะของแบบสอบถามแบบประมาณค่า (Ratting scale) ตามแนวคิดของ ลิเคิร์ท (Likert) 5 ระดับ คือ 5 คะแนน หมายถึง ต้องการมากที่สุด 4 คะแนน หมายถึง ต้องการมาก 3 คะแนน หมายถึง ต้องการปานกลาง 2 คะแนน หมายถึง ต้องการน้อย และ 1 คะแนน หมายถึง ต้องการน้อยที่สุด

การตรวจสอบความตรงของเครื่องมือโดยนำแบบสอบถามที่สร้างขึ้น นำไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (content validity) โดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน แล้วนำผลการประเมิน และความคิดเห็นของผู้ทรงคุณวุฒิ ที่มีต่อแบบสอบถามแต่ละข้อมาหาค่าดัชนีความสอดคล้อง (Index of Item Object Congruence: IOC)[5] ได้ดังนี้ แบบสอบถามข้อมูลลักษณะส่วนบุคคล เท่ากับ 0.88 แบบสอบถามความต้องการแรงสนับสนุนทางสังคม เท่ากับ 0.94 แบบสอบถามความต้องการแบบสนับสนุนของผู้ดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัดหัวใจแบบเปิด เท่ากับ 0.98

นำแบบสอบถามที่ได้ปรับปรุงแก้ไขตามคำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิแล้วไปทดลองใช้ (Try out) กับกลุ่มตัวอย่างผู้ดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัดหัวใจแบบเปิดที่มารับการตรวจหลังผ่าตัดในแผนกผู้ป่วยนอกศัลยกรรมหัวใจและทรวงอกของโรงพยาบาลราชวิถี แต่เป็นผู้ดูแลผู้ป่วยกลุ่มหลังรับการผ่าตัด และลักษณะคล้ายประชากรที่ทำการศึกษาวิจัย จำนวน 30 คน สรุปผลค่าความเชื่อมั่นโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟ่าของครอนบาค (Cronbrach's coefficient) ได้ ค่า Reliability Statistics Cronbach's Alpha = 0.969, 0.970

วิธีเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยดำเนินการเก็บข้อมูล โดยมีขั้นตอนดังนี้

1. ทำหนังสือจากคณบดีคณะสหเวชศาสตร์ มหาวิทยาลัยปทุมธานีถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาลราชวิถี เพื่อขออนุญาตในการดำเนินการวิจัยและเก็บรวบรวมข้อมูล

2. ประชุมผู้ที่เกี่ยวข้องเกี่ยวกับวิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

3. ติดต่อประสานงานกลุ่มตัวอย่างเพื่อชี้แจงวิธีการขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล

4. หลังจากนั้นผู้วิจัยจะนำแบบสอบถามให้ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหัวใจหลังได้รับการผ่าตัดหัวใจแบบเปิดตอบคำถาม

5. นำแบบสอบถามที่เก็บรวบรวมได้มาทำการตรวจสอบความครบถ้วน ความถูกต้อง จัดทำรหัสแบบสอบถาม แล้วทำการวิเคราะห์ข้อมูลตามวิธีการทางสถิติ

สถิติที่ใช้ในการวิจัย

ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป ได้แก่

1. สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistics)

1.1 ข้อมูลปัจจัยส่วนบุคคลของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหัวใจหลังจากได้รับการผ่าตัดหัวใจแบบเปิด ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ และรายได้ วิเคราะห์โดยการแจกแจงความถี่ และร้อยละ

1.2 ข้อมูลปัจจัยความต้องการด้านแรงสนับสนุนทางสังคม และความต้องการแบบสนับสนุนของผู้ดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัดหัวใจแบบเปิด วิเคราะห์โดยการหาค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. สถิติเชิงอนุมาน (Inferential statistics)

2.1 หาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อาชีพ กับความต้องการแบบสนับสนุนของผู้ดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัดหัวใจแบบเปิด โดยใช้สถิติไคสแควร์ (Chi-square)

2.2 หาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ รายได้ ระดับการศึกษากับความต้องการแบบสนับสนุนของผู้ดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัดหัวใจแบบเปิด ใช้สถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบ สเปียร์แมน Spearman's rank correlation coefficient

2.3 วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ อายุ แรงสนับสนุนทางสังคมกับความต้องการแบบสนับสนุนของผู้ดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัดหัวใจแบบเปิด โดยใช้สถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson product moment correlation coefficient) การแปลความหมายปริมาณของสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ การแปลความหมายปริมาณของสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์จากเกณฑ์ (อนุวัติ คูณแก้ว, 2560)[6] ดังนี้

ค่าของสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เท่ากับ 0.80-1.00 มีความสัมพันธ์ระดับสูงมาก

ค่าของสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เท่ากับ 0.60-0.79 มีความสัมพันธ์ระดับสูง

ค่าของสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เท่ากับ 0.40-0.59 มีความสัมพันธ์ระดับปานกลาง

ค่าของสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เท่ากับ 0.20-0.39 มีความสัมพันธ์ระดับต่ำ

ค่าของสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เท่ากับ 0.01-0.19 มีความสัมพันธ์ระดับต่ำมาก

ค่าของสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เท่ากับ 0.00 ไม่มีความสัมพันธ์กัน

การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง

การศึกษาการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยปทุมธานี รหัส No. 024/2568 และผู้วิจัยได้ขอหนังสือจากคณะสหเวชศาสตร์ มหาวิทยาลัยปทุมธานี ถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาลราชวิถี เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์และขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูล ได้รับเอกสารรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมในคนโรงพยาบาลราชวิถี รหัสโครงการ 68152 (เอกสารเลขที่ 179/2568) เมื่อผ่านการขออนุมัติผู้วิจัยได้ทำการเก็บรวบรวมข้อมูลกับกลุ่มตัวอย่างโดยการขอความยินยอม ซึ่งผู้เข้าร่วมวิจัยมีเอกสิทธิ์ในการให้ข้อมูล สามารถออกจากการเข้าร่วมวิจัยได้ตลอดเวลาและได้รับการพิทักษ์สิทธิ์ไม่เปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคล

ผลการวิจัย (Results)

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 75 มีอายุระหว่าง 43-54 ปี มากที่สุด ร้อยละ 38.20 มีระดับการศึกษาส่วนใหญ่ระดับปริญญาตรี ร้อยละ 67.30 ส่วนใหญ่ประกอบอาชีพรับราชการ ร้อยละ 41.40 มีระดับรายได้ส่วนใหญ่ระหว่าง 10,001-20,000 บาท และระหว่าง 20,001-30,000 บาท ร้อยละ 20.5

2. แรงสนับสนุนทางสังคมของผู้ดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัดหัวใจแบบเปิดมีแรงสนับสนุนทางสังคมโดยรวมมีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับมาก ($\bar{x}$ = 4.12, 4.25, 4.15, 4.30 ตามลำดับ) เมื่อแยกเป็นรายด้านพบว่าระดับความต้องการแรงสนับสนุนทางสังคมด้านข่าวสาร และด้านทรัพยากร อยู่ในระดับมากที่สุด ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับแรงสนับสนุนทางสังคมของผู้ดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัดหัวใจแบบเปิด จำแนกรายด้านและโดยรวม (n=220)

แรงสนับสนุนทางสังคม	$\bar{x}$	SD.	ระดับความต้องการ
ด้านอารมณ์	3.78	0.77	มาก
ด้านข่าวสาร	4.25	0.61	มากที่สุด
ด้านการประเมินผลผู้ดูแลผู้ป่วย	4.15	0.66	มาก
ด้านทรัพยากร	4.30	0.66	มากที่สุด
โดยรวม	**4.12**	**0.56**	**มาก**

ความต้องการของผู้ดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัดหัวใจแบบเปิดมีความต้องการแบบสนับสนุนโดยรวมมีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับมาก ($\bar{x}$ = 4.06, 3.90, 3.93, 4.21 ตามลำดับ) เมื่อแยกเป็นรายด้านพบว่าระดับความต้องการแบบสนับสนุนของผู้ดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัดหัวใจ ด้านร่างกาย และด้านความสัมพันธ์ทางสิ่งแวดล้อมอยู่ในระดับมากที่สุด ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับความต้องการแบบสนับสนุนของผู้ดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัดหัวใจแบบเปิด จำแนกรายด้าน (n=220)

ความต้องการแบบสนับสนุนของผู้ดูแล	$\bar{x}$	SD.	ระดับความต้องการ
ด้านร่างกาย	4.22	0.69	มากที่สุด
ด้านจิตใจ	3.90	0.83	มาก
ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม	3.93	0.79	มาก
ด้านความสัมพันธ์ทางสิ่งแวดล้อม	4.21	0.68	มากที่สุด
เฉลี่ยรวมทุกด้าน	**4.06**	**0.68**	**มาก**

3. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ รายได้ ระดับการศึกษา กับความต้องการแบบสนับสนุนของผู้ดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัดหัวใจแบบเปิดที่มารับการรักษาในโรงพยาบาลราชวิถี พบว่าการศึกษามีความสัมพันธ์ทางบวกกับความต้องการแบบสนับสนุนของผู้ดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัดหัวใจแบบเปิด ที่รับการรักษาในโรงพยาบาลราชวิถีอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และระดับรายได้ไม่มีความสัมพันธ์กับความต้องการแบบสนับสนุนของผู้ดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัดหัวใจแบบเปิดที่รับการรักษาในโรงพยาบาลราชวิถี ดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยระดับการศึกษา รายได้ กับความต้องการแบบสนับสนุนของผู้ดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัดหัวใจแบบเปิด ที่รับการรักษาในโรงพยาบาลราชวิถี (n=220)

ข้อความ	ความต้องการ สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์สเปียแมน (rs)	P-value
ระดับการศึกษา	0.142*	0.035
ระดับรายได้	0.021	0.752

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อาชีพ กับความต้องการแบบสนับสนุนของผู้ดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัดหัวใจแบบเปิดที่มารับการรักษาในโรงพยาบาลราชวิถี พบว่าเพศ และอาชีพไม่มีความสัมพันธ์กับความต้องการแบบสนับสนุนของผู้ดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัดหัวใจแบบเปิดที่รับการรักษาในโรงพยาบาลราชวิถี ดังแสดงในตารางที่ 4

ตารางที่ 4 วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยข้อมูลลักษณะส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อาชีพ กับความต้องการแบบสนับสนุนของผู้ดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัดหัวใจแบบเปิด ที่รับการรักษาในโรงพยาบาลราชวิถี (n=220)

ปัจจัยส่วนบุคคล	น้อย/ปานกลาง จำนวน (ร้อยละ)	มาก/มากที่สุด จำนวน (ร้อยละ)	X^2	df	P-value
เพศ					
ชาย	7 (12.70)	48 (87.30)	1.060	1	0.303
หญิง	31 (18.80)	134 (81.20)			
อาชีพ					
ไม่ประกอบอาชีพ/เกษตรกร/รับจ้าง	18 (22.80)	61 (77.20)	2.621	1	0.105
ธุรกิจส่วนตัว/รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ/อื่น ๆ	20 (52.60)	121 (85.80)			

วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยลักษณะบุคคล ด้าน อายุ ไม่มีความสัมพันธ์กับความต้องการแบบสนับสนุนของผู้ดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัดหัวใจแบบเปิด แรงสนับสนุนทางสังคมโดยรวมมีความสัมพันธ์ทางบวก กับความต้องการแบบสนับสนุนของผู้ดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัดหัวใจแบบเปิด เมื่อแยกเป็นรายด้านพบว่าด้านอารมณ์ ด้านข่าวสาร ด้านการประเมินผลผู้ดูแลผู้ป่วย และด้านทรัพยากรมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความต้องการแบบสนับสนุนของผู้ดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัดหัวใจแบบเปิดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 ดังแสดงในตารางที่ 5

ตารางที่ 5 วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่าง ปัจจัยลักษณะบุคคลด้านอายุ และแรงสนับสนุนทางสังคม มีผลต่อความต้องการแบบสนับสนุนของผู้ดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัดหัวใจแบบเปิด (n=220)

ปัจจัย	ความต้องของผู้ดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัดหัวใจแบบเปิด ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน (r)	P-value
อายุ	-0.067	0.325
แรงสนับสนุนทางสังคมโดยรวม	0.809**	<0.001
ด้านอารมณ์	0.583**	<0.001
ด้านข่าวสาร	0.636**	<0.001
ด้านการประเมินผลผู้ดูแลผู้ป่วย	0.779**	<0.001
ด้านทรัพยากร	0.718**	<0.001

**มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01

อภิปรายผล

การศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความต้องการแบบสนับสนุนของผู้ดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัดหัวใจแบบเปิดที่มารับการรักษาในโรงพยาบาลราชวิถี สามารถอภิปรายผลได้ดังนี้

1. ผลการศึกษา พบว่าความต้องการแบบสนับสนุนของผู้ดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัดหัวใจแบบเปิดโดยรวมอยู่ในระดับมาก ทั้งด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม และด้านความสัมพันธ์ทางสิ่งแวดล้อม และเมื่อพิจารณาความต้องการแบบสนับสนุนของผู้ดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัดหัวใจแบบเปิดแต่ละด้าน พบว่าผู้ดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัดหัวใจแบบเปิดมีต้องการแบบสนับสนุนด้านร่างกาย มีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับมากที่สุด ด้านจิตใจ ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม และด้านความสัมพันธ์ทางสิ่งแวดล้อม มีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับมาก จากการศึกษาครั้งนี้ โดยรวมความต้องการแบบสนับสนุนของผู้ดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัดหัวใจแบบเปิดอยู่ในระดับมากทุกด้าน ผู้ป่วยหลังผ่าตัดหัวใจแบบเปิดจำเป็นต้องได้รับการดูแลจากผู้ดูแลอย่างใกล้ชิดเพื่อลดผลกระทบที่อาจเกิดกับผู้ป่วยหลังผ่าตัดหัวใจแบบเปิดได้ ดังนี้ 1) เสี่ยงต่อการเกิดแผลติดเชื้อ 2) เสี่ยงต่อการเกิดลิ้นหัวใจติดและต้องมาผ่าตัดซ้ำ 3) เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการไม่เคลื่อนไหวร่างกาย 4) เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการได้รับยาไม่ถูกต้อง และ 5) เกิดภาวะแทรกซ้อนทางระบบหัวใจและหลอดเลือด[7] สอดคล้องกับทฤษฎีความต้องการตามลำดับขั้น ของ มาสโลว์ (Maslow, 1970)[8] ในด้านความต้องการทางด้านร่างกาย (physiological need) ที่เป็นความต้องการขั้นพื้นฐานของมนุษย์ (survival need) ความต้องการความมั่นคงและความปลอดภัยในชีวิต (safety and security need) ความต้องการด้านสังคม (social needs) ความต้องการที่จะมีเกียรติยศชื่อเสียง (esteem needs) และความต้องการประสบความสำเร็จในชีวิต (self-actualization needs) และยังสอดคล้องกับ วรรณภา ศรีหาบรรดิษฐ์ (2560)[4] ศึกษาความต้องการของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองและปัจจัยทำนายความต้องการของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง พบว่าผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีความต้องการโดยรวมอยู่ในระดับมาก ด้านความรู้และทักษะในการดูแล ด้านจิตใจและอารมณ์อยู่ในระดับมากที่สุด

2. ผลการศึกษาพบว่า แรงสนับสนุนทางสังคมของผู้ดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัดหัวใจแบบเปิดโดยรวมอยู่ในระดับมาก แสดงให้เห็นว่าผู้ดูแลได้รับการสนับสนุนจากบุคลากรทางสุขภาพ ครอบครัว และระบบบริการในระดับที่เพียงพอสำหรับการดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัด ซึ่งสอดคล้องกับธรรมชาติของการดูแลผู้ป่วยภาวะวิกฤตที่ต้องการความช่วยเหลือจากหลายภาคส่วน ทั้งในด้านข่าวสาร อารมณ์ และทรัพยากรที่จำเป็นต่อการดูแลอย่างต่อเนื่อง เมื่อตรวจสอบรายด้านพบว่าแรงสนับสนุนด้านข่าวสาร และด้านทรัพยากรอยู่ในระดับมากที่สุด ซึ่งสามารถอภิปรายได้ว่าผู้ดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัดหัวใจแบบเปิดมักเผชิญความไม่มั่นใจและความกังวลเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยที่ต้องเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนอย่างใกล้ชิด เมื่อผู้ป่วยพ้นระยะวิกฤตและกลับบ้าน ผู้ดูแลจึงต้องการข้อมูลที่ชัดเจน ถูกต้อง และเชื่อถือได้ เช่น ขั้นตอนการทำแผล การเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อน การจัดการยา และการฟื้นฟูสภาพหัวใจ เพื่อป้องกันการกลับเข้ารักษาในโรงพยาบาลหรือการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่อาจรุนแรงได้ นอกจากนี้ความต้องการเข้าถึงข้อมูลผ่านหลายช่องทาง เช่น เว็บไซต์ คู่มือ หรือแอปพลิเคชันทางการแพทย์ สะท้อนให้เห็นถึงความต้องการเรียนรู้ด้วยตนเองของผู้ดูแลในยุคข้อมูลข่าวสารที่เข้าถึงง่ายและรวดเร็วในส่วนของแรงสนับสนุนด้านทรัพยากรที่มีคะแนนสูงที่สุด อาจอธิบายได้ว่ากระบวนการดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัดหัวใจมีค่าใช้จ่ายสูง ทั้งด้านอุปกรณ์ทางการแพทย์และค่าใช้จ่ายที่เกี่ยวข้องกับการติดตามผลการรักษา ผู้ดูแลผู้ป่วยจึงต้องการการสนับสนุนทางการเงินจากภาครัฐหรือองค์กรที่เกี่ยวข้องเพื่อลดภาระค่าใช้จ่าย นอกจากนี้การเข้าถึงอุปกรณ์ที่จำเป็น เช่น เครื่องวัดความดันโลหิต เครื่องผลิตออกซิเจน หรือเตียงผู้ป่วย ถือเป็นหัวใจสำคัญของความปลอดภัยและความสะดวกในการดูแลที่บ้าน ผู้ดูแลยังต้องการข้อมูลเกี่ยวกับอุปสรรคด้านการเข้าถึงทรัพยากร ไม่ว่าจะเป็นค่าใช้จ่ายหรือความขาดแคลนอุปกรณ์ รวมทั้งต้องการคำเตือนเกี่ยวกับความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นหากไม่มีอุปกรณ์ที่เหมาะสม ซึ่งสะท้อนว่าผู้ดูแลตระหนักถึงบทบาทและความสำคัญของตนในการป้องกันภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดของผู้ป่วย สำหรับแรงสนับสนุนด้านอารมณ์และด้านการประเมินผลผู้ดูแล ที่พบในระดับมาก อาจเกิดจากลักษณะของการดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัดหัวใจซึ่งเป็นภาวะเสี่ยงสูงทำให้ผู้ดูแลต้องการกำลังใจ การรับฟัง และการยืนยันความถูกต้องของวิธีดูแล

จากบุคลากรทางสุขภาพ การได้รับคำแนะนำอย่างต่อเนื่องช่วยเพิ่มความมั่นใจ ลดความวิตกกังวล และทำให้ผู้ดูแลสามารถประเมินการเปลี่ยนแปลงอาการของผู้ป่วยได้อย่างเหมาะสม ซึ่งส่งผลดีต่อการฟื้นตัวของผู้ป่วยในระยะหลังผ่าตัด โดยรวมแล้วผลการศึกษานี้ชี้ให้เห็นว่าผู้ดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัดหัวใจแบบเปิดต้องอาศัยแรงสนับสนุนทางสังคมหลายด้าน ทั้งด้านข่าวสาร อารมณ์ การประเมินผล และทรัพยากร เพื่อให้สามารถทำหน้าที่ดูแลผู้ป่วยได้อย่างต่อเนื่องและปลอดภัย การที่ผู้ดูแลมีแรงสนับสนุนในระดับมากอาจมีส่วนสำคัญในการลดอัตราภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด การป้องกันการกลับมารักษาซ้ำ และช่วยให้ผู้ป่วยสามารถปรับตัวกลับไปใช้ชีวิตประจำวันได้เร็วขึ้น ผลลัพธ์ดังกล่าวสอดคล้องกับแนวคิด Family-centered care ที่ให้ความสำคัญกับบทบาทของผู้ดูแลในกระบวนการรักษาและการฟื้นฟูของผู้ป่วยตามบริบทโรงพยาบาลตติยภูมิอย่างโรงพยาบาลราชวิถีซึ่งสอดคล้องตามทฤษฎีแรงสนับสนุน ของ House & Kahn (1985)[3] ได้แบ่งแรงสนับสนุนทางสังคม เป็น 4 ประเภท คือ 1) แรงสนับสนุนทางอารมณ์ 2) แรงสนับสนุนด้านการให้การประเมินผล 3) การให้แรงสนับสนุนทางด้านข้อมูลข่าวสาร และ 4) การให้แรงสนับสนุนทางด้านเครื่องมือ ซึ่งสอดคล้องกับ อินทิรา มหาวีรานนท์ (2560) ความต้องการการดูแลแบบสนับสนุนของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามโดยรวม เครื่องมือที่ใช้เป็นแบบประเมินแรงสนับสนุนทางสังคม ผลการวิจัยพบว่าความต้องการการดูแลแบบสนับสนุนโดยรวมของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามอยู่ในระดับปานกลาง และแรงสนับสนุนทางสังคมอยู่ในระดับมาก

3. ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล พบว่าระดับการศึกษามีความสัมพันธ์ทางบวกกับความต้องการแบบสนับสนุนของผู้ดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัดหัวใจแบบเปิด กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่อยู่ในระดับปริญญาตรีซึ่งระดับการศึกษาระดับปริญญาตรีมีความรู้ความเข้าใจในเรื่องของโรคหัวใจเป็นอย่างดี และการศึกษาที่ดีจะส่งผลให้ระดับความต้องการมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความต้องการแบบสนับสนุนของผู้ดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัดหัวใจแบบเปิดเพื่อให้ผู้ดูแลผู้ป่วยได้รับข้อมูลข่าวสาร แรงสนับสนุนทางสังคมโดยรวมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความต้องการแบบสนับสนุนของผู้ดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัดหัวใจแบบเปิด เมื่อแยกเป็นรายด้านพบว่าด้านอารมณ์ ด้านข่าวสาร ด้านการประเมินผลผู้ดูแลผู้ป่วยและด้านทรัพยากรมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความต้องการแบบสนับสนุนของผู้ดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัดหัวใจแบบเปิดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 และสอดคล้องกับการศึกษาของ สิริอร ข้อยุ่น และคณะ (2564)[9] ศึกษาความต้องการและการได้รับการดูแลตามความต้องการของครอบครัวผู้ป่วยที่รับการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤต ความสัมพันธ์ระหว่างความต้องการและการได้รับการดูแลตามความต้องการของครอบครัวผู้ป่วยที่รับการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤตมีความสัมพันธ์ค่อนข้างต่ำ เพศ และอาชีพไม่มีความสัมพันธ์กับความต้องการแบบสนับสนุนของผู้ดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัดหัวใจแบบเปิดที่รับการรักษาในโรงพยาบาลราชวิถี ความต้องการด้านทรัพยากรที่ดีแก่ผู้ป่วยอายุ และรายได้ไม่มีความสัมพันธ์กับความต้องการแบบสนับสนุนของผู้ดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัดหัวใจแบบเปิด ที่มารับการรักษาในโรงพยาบาลราชวิถี

ข้อเสนอแนะ

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความต้องการแบบสนับสนุนของผู้ดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัดหัวใจแบบเปิดที่มารับการรักษาในโรงพยาบาลราชวิถี พบว่าผู้ดูแลผู้ป่วยมีความต้องการแบบสนับสนุนในระดับสูงทุกด้าน โดยเฉพาะด้านร่างกายและด้านสิ่งแวดล้อม ทั้งยังพบว่าแรงสนับสนุนทางสังคมในด้านต่าง ๆ มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับความต้องการแบบสนับสนุนอย่างมีนัยสำคัญ ดังนั้นผู้วิจัยขอเสนอแนะแนวทางการวิจัย ดังนี้

1. ควรมีการศึกษาความต้องการแบบสนับสนุนของผู้ดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัดหัวใจแบบเปิดในเชิงลึกโดยเฉพาะในมิติด้านจิตใจและอารมณ์ ซึ่งเป็นด้านที่มักได้รับความสำคัญน้อยกว่าด้านกายภาพ แม้จะมีผลต่อภาระในการดูแลคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลอย่างชัดเจน การใช้การวิจัยเชิงคุณภาพหรือการสัมภาษณ์เชิงลึกจะช่วยให้เข้าใจประสบการณ์ของผู้ดูแลในมิติเชิงลึกได้ดียิ่งขึ้น

2. ควรดำเนินการศึกษาติดตามระยะยาว (Longitudinal study) เพื่อสำรวจการเปลี่ยนแปลงของความต้องการแบบสนับสนุนในช่วงเวลาต่าง ๆ ของการฟื้นตัวของผู้ป่วย หลังผ่าตัด เช่น 1 เดือน 3 เดือน และ 6 เดือนหลังผ่าตัดซึ่งจะช่วยให้สามารถออกแบบการสนับสนุนได้ตามความจำเป็นในแต่ละช่วงเวลา

3. จัดโปรแกรมเตรียมความพร้อมผู้ดูแลก่อนจำหน่าย (Caregiver preparation program) ควรออกแบบ

โปรแกรมเชิงระบบเพื่อประเมินความรู้ ความพร้อม และความต้องการของผู้ดูแลแต่ละราย เช่น การสาธิตและฝึกปฏิบัติเรื่องการทำแผล การประเมินสัญญาณอันตราย การทบทวนข้อมูลด้านการใช้ยาและการนัดติดตาม การให้โอกาสซักถามปัญหาเฉพาะราย และโปรแกรมนี้จะช่วยลดภาวะแทรกซ้อนหลังจำหน่ายและลดการกลับมานอนโรงพยาบาลซ้ำ

4. พัฒนาระบบการให้ข้อมูล (Information support system) ที่มีประสิทธิภาพและเข้าถึงง่าย เนื่องจากผู้ดูแลมีความต้องการด้านข้อมูลในระดับสูง บุคลากรสาธารณสุขควรจัดทำระบบให้ข้อมูลที่เป็นมาตรฐาน เช่น คู่มือการดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัดหัวใจแบบเปิด สื่อการสอนแบบวิดีโอ และระบบปรึกษาออนไลน์ เช่น Line OA ของศูนย์หัวใจ เพื่อให้ผู้ดูแลสามารถเข้าถึงข้อมูลที่ถูกต้อง ลดความกังวล และเพิ่มความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วยเมื่อกลับบ้าน

กิตติกรรมประกาศ

งานวิจัยฉบับนี้สำเร็จลงได้ ผู้วิจัยต้องขอกราบขอบพระคุณอาจารย์ปรึกษาที่ได้ให้ปรึกษา คำแนะนำในการดำเนินการวิจัย และขอขอบพระคุณผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่านที่ได้ชี้แนะแนวทางการการวิจัยจนสำเร็จลุล่วงไปด้วยดี

ขอขอบพระคุณท่านผู้อำนวยการโรงพยาบาลราชวิถีอนุญาตให้ใช้พื้นที่ในการศึกษา และขอขอบพระคุณพ่อแม่พี่น้องทุกท่านที่เสียสละเวลาในการให้ข้อมูลแก่การศึกษาในครั้งนี้ ขอกราบขอบพระคุณผู้ที่เกี่ยวข้องในการดำเนินโครงการในครั้งนี้ที่ไม่ได้เอ่ยนามทุกท่าน ผู้วิจัยหวังเป็นอย่างยิ่งว่าผลการวิจัยในครั้งนี้จะเป็นประโยชน์กับหน่วยงานด้านสุขภาพที่เกี่ยวข้องจะนำไปเป็นข้อมูลในการดำเนินการเพื่อการจัดกิจกรรมการส่งเสริมคุณภาพชีวิตและปรับปรุงสื่อการให้ความรู้ให้คำแนะนำแก่กลุ่มผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหัวใจที่เข้ามารับการผ่าตัดหัวใจแบบเปิดให้สามารถดูแลและจัดการคุณภาพชีวิตของตนเองให้มีความสุขและสามารถดำรงชีวิตได้อย่างปลอดภัย

เอกสารอ้างอิง

1. สมาคมศัลยแพทย์ทรวงอกแห่งประเทศไทย. การดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัดหัวใจ. สมาคมศัลยแพทย์ทรวงอกแห่งประเทศไทย; 2566
2. งานเวชระเบียนและสถิติโรงพยาบาลราชวิถี. สถานการณ์ผู้ป่วยโรคหัวใจและทรวงอกสามปีย้อนหลัง พ.ศ.2564, พ.ศ.2565 และ พ.ศ.2566. งานเวชระเบียนและสถิติ: โรงพยาบาลราชวิถี; 2566
3. House, & Kahn, R. L. (1985) Measures (and concepts) of social support. In Cohen S. & S. L. (Eds.), Social Support and Health. New York: Academic Press. อ้างใน อินทิรา มหาวีรานนท์. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการต้องการการดูแลแบบสนับสนุนของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม. [วิทยานิพนธ์หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิตสาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์]. จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2560.
4. วรรณภา ศรีหาบรรดิษฐ์. ความต้องการของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองและปัจจัยทำนายความต้องการของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง. [วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต]. (การพยาบาลผู้ใหญ่). มหาวิทยาลัยรังสิต; 2560.
5. บุญเชิด ภิญโญอนันตพงษ์. การวัดประเมินผลการเรียนรู้. คณะศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทร์: กรุงเทพมหานคร; 2545.
6. อนุวัติ คูณแก้ว. (2560). สถิติเพื่อการวิจัย. กรุงเทพมหานคร : โรงพิมพ์จุฬากรณ์มหาวิทยาลัย.
7. American Heart Association. Care after heart surgery: Recovery and lifestyle tips. American Heart Association; 2022.
8. Maslow, A.Human needs theory: Maslow's hierarchy of human needs. In R.F.Craven & C.J. Hirnle (Eds.), Fundamental of Nursing: Human Health and Function. (3rd ed.) Philadelphia: Lippincott; 1970.
9. สิริอร ข้อยุ่น, วัจนา สุคนธวัฒน์, เบญจวรรณ กิจควรดี, ภาสินี โทอินทร์. ความต้องการและการได้รับการดูแลตามความต้องการของครอบครัวผู้ป่วยที่รับการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤต. วารสารศรีนครินทร์เวชสาร. 2564; 36(3),333-9.
10. Watson J. Nursing: The philosophy and science of caring (revised edition). Caring in nursing classics: An essential resource. 2008:243-64. อ้างใน นรินทร กลกลาง. การใช้ทฤษฎีการดูแลมนุษย์ของวัตสันในการพยาบาลผู้ป่วยโรคเรื้อนสูงอายุติดเตียงที่มีโรคร่วมและปอดอักเสบ. วารสารสิ่งแวดล้อมศึกษาการแพทย์และสุขภาพ, 2566;73-82.

(Original Article)

Knowledge and Attitudes about Lactation Amenorrhea Method (LAM) of Family Planning Providers at Bhumibol Adulyadej Hospital

*Gp.Capt. Asst.prof. Chanita Amornratanathada, **Wg.Cdr. Supattra Pinkaew
*Deputy Director Royal Thai Air Force Nursing College, **Chief, Educational Administration Section
Royal Thai Air Force Nursing College, Directorate of Medical Services, Bangkok, Thailand
Correspondence to: chanitaka@gmail.com

(Received : 2 Nov. 25, Revised : 8 Dec. 25, Accepted : 3 Feb. 26)

Abstract

This study aimed to investigate the knowledge and attitudes regarding the Lactational Amenorrhea Method (LAM) among family planning providers at Bhumibol Adulyadej Hospital. A descriptive cross-sectional design was employed, involving 60 healthcare professionals engaged in family planning services. Data were collected using a validated questionnaire with acceptable content validity and reliability. The finding revealed that most participants were physicians and nurses, predominantly under 30 years of age, with an average of 10 years of experience. The median knowledge score was 7.00 (IQR=1.00), while the median attitude score was 67.50 (IQR=19.50). Analysis indicated that although healthcare providers possessed basic knowledge of LAM, gaps remained in their attitudes and practical application. Enhancing knowledge alone may not be sufficient to shift attitudes or counseling behaviors. Strengthening both accurate knowledge and positive attitudes among healthcare providers is essential to improve counseling effectiveness, ensure appropriate use of LAM, reduce the risk of unintended pregnancies, and promote exclusive breastfeeding during the first six months postpartum.

Keywords: postpartum contraception, breastfeeding, Lactational Amenorrhea Method, knowledge, attitudes

Royal Thai Air Force Medical Gazette, Vol. 72 No. 1 January - April 2026

(นิพนธ์ต้นฉบับ)

ความรู้และทัศนคติเกี่ยวกับวิธีการคุมกำเนิดโดยการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ของผู้ให้บริการวางแผนครอบครัว ในโรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช

*น.อ.หญิง ผศ.ชนิตา อมรรัตธาดา, **น.ท.หญิง สุพัตรา ปิ่นแก้ว
*รองผู้อำนวยการวิทยาลัยพยาบาลทหารอากาศ, **หัวหน้าแผนกอำนวยการศึกษา กองการศึกษา
วิทยาลัยพยาบาลทหารอากาศ กรมแพทย์ทหารอากาศ

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความรู้และทัศนคติเกี่ยวกับวิธีการคุมกำเนิดโดยการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ (Lactational Amenorrhea Method, LAM) ของผู้ให้บริการวางแผนครอบครัวในโรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาแบบภาพตัดขวาง (descriptive cross-sectional study) ใช้กลุ่มตัวอย่างบุคลากรทางการแพทย์ที่เกี่ยวข้องกับการวางแผนครอบครัว จำนวน 60 คน เครื่องมือที่ใช้คือแบบสอบถามที่ผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาและความเชื่อมั่น ผลการวิจัยพบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นแพทย์และพยาบาลมีอายุน้อยกว่า 30 ปี และมีประสบการณ์การทำงานเฉลี่ย 10 ปี คะแนนความรู้เกี่ยวกับ LAM มีค่ามัธยฐาน 7.00 (IQR=1.00) ส่วนคะแนนทัศนคติมีค่ามัธยฐาน 67.50 (IQR=19.50) ผลการวิเคราะห์ชี้ให้เห็นว่าบุคลากรทางการแพทย์มีความรู้พื้นฐานเกี่ยวกับ LAM แต่ยังมีช่องว่างด้านทัศนคติและการนำไปใช้จริง การเพิ่มพูนความรู้เพียงอย่างเดียวอาจไม่เพียงพอในการเปลี่ยนแปลงทัศนคติและพฤติกรรมการให้คำปรึกษา LAM ควรมีการส่งเสริมความรู้และทัศนคติที่ถูกต้องของบุคลากรทางการแพทย์ เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการให้คำปรึกษาและการใช้ LAM อย่างเหมาะสม ลดความเสี่ยงจากการตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์ และสนับสนุนการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวในช่วง 6 เดือนแรกหลังคลอด

คำสำคัญ: การคุมกำเนิดหลังคลอด, การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่, วิธีการคุมกำเนิดโดยการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่, ความรู้, ทัศนคติ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

การวางแผนครอบครัวเป็นกลยุทธ์สำคัญในการส่งเสริมสุขภาพมารดาและทารก รวมถึงการควบคุมอัตราการเกิด ให้เหมาะสมกับบริบททางเศรษฐกิจและสังคมของประเทศ องค์การอนามัยโลกได้กำหนดให้การเข้าถึงบริการวางแผนครอบครัวเป็นหนึ่งในเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืนเพื่อส่งเสริมสุขภาพและสิทธิของประชากรทุกกลุ่มการตั้งครรภ์ห่างกันน้อยว่า 18-24 เดือน อาจเพิ่มความเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนทั้งในมารดาและทารก เช่น ภาวะโลหิตจาง คลอดก่อนกำหนด และน้ำหนักแรกเกิดต่ำ[1-3]

วิธีการคุมกำเนิดโดยการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียว หรือ Lactational Amenorrhea Method (LAM) เป็นวิธีธรรมชาติที่มีประสิทธิภาพสูง ในปี ค.ศ.1988 มีการประชุมที่เมืองเบลลาจิโอ ประเทศอิตาลี เพื่อจัดทำข้อตกลงร่วมกันเกี่ยวกับการใช้วิธี LAM เป็นวิธีคุมกำเนิด[4] โดยระบุว่า ผู้หญิงหลังคลอดที่ยังไม่มีประจำเดือน และให้นมลูกอย่างเต็มที่หรือเกือบเต็มที่ จะมีโอกาสตั้งครรภ์ต่ำกว่าร้อยละ 2 ภายในระยะเวลา 6 เดือนหลังคลอด หากใช้วิธีนี้อย่างถูกต้องตามเกณฑ์ 3 ข้อ ได้แก่ มารดาไม่มีประจำเดือนกลับมา ทารกอายุต่ำกว่า 6 เดือน และมารดาเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวโดยไม่เสริมนมผสมหรืออาหารอื่น ซึ่ง LAM ได้รับการยอมรับจากองค์การอนามัยโลกว่าเป็นหนึ่งในวิธีคุมกำเนิดที่มีประสิทธิภาพและปลอดภัย เทียบเท่ากับยาเม็ดคุมกำเนิดและวิธีสมัยใหม่อื่น ๆ โดยป้องกันการตั้งครรภ์ได้สูงถึงร้อยละ 98 ในช่วง 6 เดือนแรกหลังคลอด นอกจากนี้ LAM ยังช่วยส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ซึ่งสอดคล้องกับนโยบายขององค์การอนามัยโลกที่แนะนำให้มารดาหลังคลอดเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวตั้งแต่แรกเกิดภายใน 24 ชั่วโมงหลังคลอด และต่อเนื่องสม่ำเสมอถึง 6 เดือนหลังคลอด[5] นอกจากจะมีประโยชน์ต่อมารดาและทารกในด้านโภชนาการภูมิคุ้มกันและความผูกพันทางอารมณ์แล้วยังช่วยในการคุมกำเนิดได้เป็นอย่างดี

แม้ว่าวิธี LAM จะมีข้อดีหลายประการ แต่มีการศึกษาพบว่ามารดาหลังคลอดยังขาดความรู้และความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับวิธีนี้ และไม่เป็นที่นิยม จะเห็นได้จากงานวิจัยของ Hoyt-Austin A และคณะ[6] พบว่าความเข้าใจเรื่องเกณฑ์สำคัญต่ำมากโดยมีผู้ตอบแบบสอบถามเพียงร้อยละ 11.3 เท่านั้นที่เข้าใจว่า การให้นมบุตรอย่างเดียว (exclusive breastfeeding) เป็นสิ่งจำเป็นในการพึ่งพา LAM เพื่อการคุมกำเนิด และร้อยละ 47.3 ไม่ทราบว่าวิธีนี้มีความจำเป็นที่จะต้องให้นมบุตรเพียงอย่างเดียวในการลดความเสี่ยงของการตั้งครรภ์ และผู้เข้าร่วมวิจัยส่วนใหญ่เข้าใจผิดว่าวิธีอื่นมีประสิทธิภาพ มากกว่าโดยร้อยละ 87.3 เชื่อว่าถุงยางอนามัยมีประสิทธิภาพในการคุมกำเนิดมากกว่า และร้อยละ 87.8 ของผู้เข้าร่วมวิจัยเข้าใจว่ายาเม็ดคุมกำเนิดมีประสิทธิภาพในการคุมกำเนิดมากกว่า LAM และร้อยละ 60 ของผู้ที่ตั้งใจใช้ LAM ยังขาดความรู้ว่าการให้นมบุตรอย่างเดียว เป็นเงื่อนไขที่จำเป็น

บุคลากรทางการแพทย์จึงเป็นผู้ที่มีบทบาทสำคัญในการให้ข้อมูลที่ถูกต้องครบถ้วน ให้การปรึกษาและสนับสนุนการใช้วิธี LAM อย่างมีประสิทธิภาพ โดยเฉพาะในช่วงหลังคลอด เนื่องจากหากบุคลากรทางการแพทย์ให้คำแนะนำที่ถูกต้องเกี่ยวกับวิธี LAM จะช่วยเพิ่มการนำไปใช้และการปฏิบัติที่ถูกต้องแก่มารดาหลังคลอดมากขึ้น[7] ผลการศึกษาวิจัยในประเทศอินเดียซึ่งเป็นประเทศที่มีอัตราการคุมกำเนิดต่ำเนื่องด้วยวัฒนธรรมและความเชื่อทางศาสนา ชี้ให้เห็นว่าการคุมกำเนิดด้วยวิธี LAM อาจจะเป็นทางเลือกที่มีคุณค่า เพราะให้ประโยชน์สองด้านคือด้านการส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียว และการป้องกันการตั้งครรภ์[8]

จากภารกิจของอาจารย์พยาบาลของผู้วิจัยในการให้บริการการพยาบาลแก่มารดาหลังคลอดระหว่างปี 2566 และ 2567 พบว่ามารดาหลังคลอดที่อยู่ในความดูแลของผู้วิจัยทั้งหมดจำนวนรวม 120 ราย ไม่ได้รับการแนะนำมาก่อนเกี่ยวกับการคุมกำเนิดด้วยภาวะขาดประจำเดือนจากการให้นมบุตร (LAM) และไม่ทราบเกณฑ์เงื่อนไข 3 ข้อ ของการคุมกำเนิดด้วยวิธีนี้ และในจำนวนนี้มีมารดา 2 ราย ที่ตั้งครรภ์จากการเข้าใจว่าเลี้ยงลูกด้วยนมแม่เป็นการคุมกำเนิดได้ตลอดตราบใดที่ยังเลี้ยงด้วยนมแม่อยู่ ผู้วิจัยไม่พบสถิติที่เผยแพร่เกี่ยวกับความล้มเหลวของการใช้ LAM คุมกำเนิดของประเทศไทย แต่จากสถิติของทารกอายุไม่เกิน 6 เดือนที่ได้รับนมแม่อย่างเดียวของประเทศไทยจากการสำรวจโดยสำนักงานสถิติแห่งชาติและ UNICEF ในปี 2565 (เผยแพร่เมื่อ 10 กรกฎาคม 2566)[9,10] อยู่ที่ร้อยละ 29 อาจสะท้อนว่าแม่จำนวนมากไม่สามารถรักษาเงื่อนไขให้ถึง 6 เดือนได้ การให้คำแนะนำการใช้ LAM กับหญิงหลังคลอดทุกรายที่ไม่ได้ทำหมัน หรือมีการให้ความรู้วิธีนี้ควบคู่ไปกับวิธีอื่น ๆ น่าจะเกิดผลดีต่อมารดาที่ตั้งใจเลี้ยงดูบุตรด้วยนมแม่อยู่แล้วและสนใจในวิธีธรรมชาติ มีพฤติกรรมการเลี้ยงดูลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวได้อย่างตั้งใจและเคร่งครัดตลอดช่วงเวลาที่สามารถลาพักงานได้ ซึ่งนับว่าเป็นผลประโยชน์ร่วมกันกับการส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวในระยะ 6 เดือนแรกให้เกิดความสำเร็จ จึงน่าจะมีการส่งเสริมการคุมกำเนิดด้วยด้วยวิธีนี้อย่างถูกต้อง เนื่องจากเป็นที่ยอมรับแล้วว่าสามารถคุมกำเนิดได้อย่างมีประสิทธิภาพสูงเทียบเท่ากับการใช้ยาฉีด และยาเม็ดคุมกำเนิดซึ่งเป็นวิธีคุมกำเนิดระยะสั้นเหมือนกัน นอกจากนี้ยังเป็นการใช้วิธีตามธรรมชาติ ช่วยลดการใช้ยาโดยไม่จำเป็น ลดความเสี่ยงการเกิดลิ่มเลือดและน้ำนมแห้งจากการใช้ยาคุมกำเนิดกลุ่มฮอร์โมนรวม ซึ่งมีงานวิจัยในประเทศไทยที่พบว่ามีการใช้ยาเม็ดฮอร์โมนรวมในระยะหลังคลอด[11] นอกจากนี้การให้นมบุตรยังเกี่ยวข้องกับการเปลี่ยนแปลงของมวลกระดูกที่ฟื้นตัวได้หลังการหย่านม ซึ่งโดยทั่วไปแล้วไม่ก่อให้เกิดความเสี่ยงต่อสุขภาพกระดูกในระยะยาวสำหรับมารดาที่ไม่มีปัจจัยเสี่ยงอื่น[12] การให้นมบุตรมีประโยชน์ทั้งต่อมารดาและทารก ดังนั้นบุคลากรทางการแพทย์ควรส่งเสริมการใช้ประโยชน์จากกลไกทางสรีรวิทยาตามธรรมชาติเพื่อสุขภาพที่ดีของมารดาและทารกด้วย การให้ความรู้เกี่ยวกับ LAM แก่มารดาที่ตั้งใจเลี้ยงลูกด้วยนมแม่เป็นเวลา 6 เดือน อยู่แล้วน่าจะเป็นตัวส่งเสริมความสำเร็จของการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียว (Exclusive Breast Feeding) เป็นเวลา 6 เดือนได้ ดังนั้นการศึกษาความรู้และทัศนคติของผู้ให้บริการวางแผนครอบครัวในโรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช จึงมีความสำคัญสำหรับการพัฒนาศักยภาพของบุคลากรในการให้บริการที่มีคุณภาพ ส่งเสริมการใช้วิธี LAM อย่างเหมาะสม และลดความเสี่ยงจากการตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์ในช่วงหลังคลอด

คำถามวิจัย และวัตถุประสงค์การวิจัย

คำถามการวิจัย

1. ความรู้และทัศนคติเกี่ยวกับวิธีคุมกำเนิดหลังคลอดโดยการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ของบุคลากรทางการแพทย์ด้านการวางแผนครอบครัว โรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช เป็นอย่างไร

2. ความรู้เกี่ยวกับวิธีคุมกำเนิดหลังคลอดโดยการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ของบุคลากรทางการแพทย์ด้านการวางแผนครอบครัว โรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช สัมพันธ์กับทัศนคติอย่างไร

วัตถุประสงค์ของการทำวิจัย

1. ศึกษาความรู้และทัศนคติเกี่ยวกับกลไกการคุมกำเนิด และเงื่อนไขในการใช้ LAM ของบุคลากรทางการแพทย์ด้านการวางแผนครอบครัวในโรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช

2. ศึกษาความสัมพันธ์ของอายุ ประสบการณ์ ความรู้และทัศนคติเกี่ยวกับวิธีคุมกำเนิดหลังคลอดโดยการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ของบุคลากรทางการแพทย์ด้านการวางแผนครอบครัว โรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาแบบภาพตัดขวาง (Descriptive cross-sectional study) เพื่อศึกษาความรู้และทัศนคติเกี่ยวกับวิธีการคุมกำเนิดโดยการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ของผู้ให้บริการวางแผนครอบครัวในโรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช

นิยามศัพท์

วิธีการคุมกำเนิดโดยการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ (Lactation Amenorrhea Method, LAM) หมายถึง การคุมกำเนิดในระยะหลังคลอดโดยอาศัยการขาดประจำเดือนจากการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่เป็นประจำสม่ำเสมอ เป็นเวลาไม่เกิน 6 เดือนหลังคลอด

โดยนิยามนี้มีความครอบคลุมถึงเงื่อนไข 3 ข้อที่ต้องครบ ได้แก่ มารดาไม่มีประจำเดือนกลับมา ทารกอายุต่ำกว่า 6 เดือน และมารดาเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวโดยไม่เสริมนมผสมหรืออาหารอื่นนั่นคือทารกได้รับนมแม่อย่างเต็มที่ทั้งกลางวันและกลางคืน และมีความถูกต้องตามกลไกคือเป็นการคุมกำเนิดชั่วคราวหลังคลอดจากการอาศัยภาวะไม่ตกไข่ที่เกิดจากการให้นมบุตรอย่างสม่ำเสมอ ทำให้มี prolactin สูงพอที่จะระงับ GnRH ทำให้ไม่ตกไข่ และหลังจาก 6 เดือนไปแล้วโอกาสกลับมาของการตกไข่และประจำเดือนจะสูงขึ้น[13,14]

ประชากร กลุ่มตัวอย่าง และเกณฑ์การคัดเลือก

ประชากร คือ แพทย์ และแพทย์ประจำบ้าน กองสูตินรีกรรม โรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช จำนวน 30 คน พยาบาลห้องตรวจผู้ป่วยนอกสูตินรีกรรม จำนวน 4 คน พยาบาลห้องคลอด จำนวน 14 คน พยาบาลหอผู้ป่วยหลังคลอดที่ทำหน้าที่เกี่ยวกับการวางแผนครอบครัว จำนวน 13 คน และอาจารย์พยาบาลวิทยาลัยพยาบาลทหารอากาศที่ปฏิบัติงานเกี่ยวข้องกับการวางแผนครอบครัวในโรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช จำนวน 4 คน (ไม่รวมผู้วิจัย) รวมทั้งสิ้น 65 คน

กลุ่มตัวอย่าง คัดเลือกจากประชากรที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์การคัดเลือก และยินดีเข้าร่วมการวิจัยโดยใช้บุคลากรทางการแพทย์ที่เกี่ยวข้องทั้งหมด ซึ่งตอบแบบสอบถามครบสมบูรณ์ จำนวน 60 คน

เกณฑ์การคัดออก ได้แก่ กลุ่มตัวอย่างที่ตอบแบบสอบถามไม่ครบถ้วนสมบูรณ์ ซึ่งมีจำนวน 5 คน

เครื่องมือและการตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูล

เป็นแบบประเมินความรู้และทัศนคติที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับการคุมกำเนิดในระยะหลังคลอด กลไกของ LAM และการกลับมามีประจำเดือนในระยะหลังคลอด บทความวิเคราะห์การใช้ LAM ปัจจัยที่ทำให้ไม่ปฏิบัติตามเงื่อนไข 3 ข้อ และ Theory of Planned Behavior ของ Icek Ajzen[15] ที่อธิบายถึงพฤติกรรมมนุษย์ถูกกำหนดโดย เจตนา (intention) ซึ่งเกิดจาก ทัศนคติ (attitude), บรรทัดฐานทางสังคม (subjective norm) และการรับรู้ความสามารถควบคุมพฤติกรรม (perceived behavioral control) แบบประเมินมี 3 ส่วน

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง ประกอบด้วย ช่วงอายุ อาชีพ จำนวนปีของประสบการณ์การให้บริการวางแผนครอบครัว

ส่วนที่ 2 เป็นคำถามด้านความรู้เกี่ยวกับกลไกการคุมกำเนิด และเงื่อนไขของการใช้ LAM จำนวน 10 ข้อ

ให้เลือกคำตอบที่ถูกต้อง 1 คำตอบจากตัวเลือก 4 คำตอบ ซึ่งแบบสอบถามนี้ผู้วิจัยสร้างขึ้นเองโดยผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาจากผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 3 ท่าน โดยใช้วิธีการคำนวณค่า Index of Item-Objective Congruence (IOC) ผลการคำนวณพบว่าค่า IOC ของแต่ละข้ออยู่ระหว่าง 0.67-1.00 ซึ่งอยู่ในเกณฑ์ที่ยอมรับได้ (≥0.50) แสดงให้เห็นว่าแบบสอบถามมีความตรงเชิงเนื้อหาเหมาะสมสำหรับการนำไปใช้เก็บข้อมูลจริง และนำไปทดลองใช้กับผู้ที่คล้ายกลุ่มตัวอย่าง ทดสอบความเชื่อมั่นด้วย KR-21 ได้ค่า 0.91 จึงนำมาใช้กับงานวิจัยนี้

ส่วนที่ 3 เป็นคำถามด้านทัศนคติเกี่ยวกับกลไกและประสิทธิภาพการคุมกำเนิดโดย LAM และทัศนคติเกี่ยวกับการส่งเสริมการใช้ LAM แบบปลายปิด 20 ข้อ ประเมินแบบ Likert scale 5 ระดับ และปลายเปิด 1 ข้อ ซึ่งแบบสอบถามนี้ผู้วิจัยสร้างขึ้นเองโดยผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาจากผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 3 ท่าน โดยใช้วิธีการคำนวณค่า Index of Item-Objective Congruence (IOC) เลือกเฉพาะที่อยู่ในเกณฑ์ที่ยอมรับได้ (≥0.50) มี 20 ข้อ โดยค่า IOC ของแต่ละข้ออยู่ระหว่าง 0.67-1.00 ซึ่งแสดงให้เห็นว่าแบบสอบถามมีความตรงเชิงเนื้อหาเหมาะสมสำหรับการนำไปใช้เก็บข้อมูลจริง และนำไปทดลองใช้กับผู้ที่คล้ายกลุ่มตัวอย่าง ทดสอบความเชื่อมั่นด้วย Cronbach's Alpha ได้ค่าความเที่ยง (Reliability) 0.71 จึงนำมาใช้กับงานวิจัยนี้

การวิเคราะห์ข้อมูล

ใช้โปรแกรมสำเร็จรูปในการวิเคราะห์ข้อมูล โดยหาค่าสถิติพื้นฐาน คือ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่ามัธยฐานและพิสัยระหว่างควอไทล์ ค่าฐานนิยม ค่าร้อยละ และเมื่อทดสอบอายุ ประสบการณ์ คะแนนความรู้กับทัศนคติด้วย Kolmogorov-Smirnov พบว่าทั้งคะแนนความรู้ และคะแนนทัศนคติไม่เป็นไปตามการแจกแจงแบบปกติ ผู้วิจัยจึงพิจารณาใช้สถิติแบบไม่อิงพารามิเตอร์ในการวิเคราะห์ข้อมูลเพิ่มเติมโดยหาความสัมพันธ์ระหว่างอายุ ประสบการณ์ความรู้และทัศนคติด้วย Spearman's rho

ผลการวิจัย

กลุ่มตัวอย่างจำนวน 60 คน ประกอบด้วย แพทย์ ร้อยละ 43.3 พยาบาล ร้อยละ 48.3 และอาจารย์พยาบาล ร้อยละ 8.3 ส่วนใหญ่มีอายุน้อยกว่า 30 ปีคิดเป็นร้อยละ 48.3 และส่วนใหญ่มีประสบการณ์เกี่ยวกับการวางแผนครอบครัว 10 ปีโดยน้อยที่สุดคือ 4 เดือน สูงสุด คือ 28 ปี

ตารางที่ 1 แสดงค่ามัธยฐานและพิสัยระหว่างควอไทล์ของคะแนนความรู้และคะแนนทัศนคติ (n=60)

	Median	IQR	Min-Max
คะแนนความรู้	7.00	1.00	2-10
คะแนนทัศนคติ	67.50	19.50	28-96

จากตารางที่ 1 พบว่าคะแนนความรู้มีค่ามัธยฐาน 7.00 (IQR=1.00) และคะแนนทัศนคติมีค่ามัธยฐาน 67.50 (IQR=19.50)

ตารางที่ 2 แสดงค่าความสัมพันธ์ระหว่างคะแนนความรู้และ คะแนนทัศนคติด้วย Spearman's rho (n=60)

	คะแนนความรู้	คะแนนทัศนคติ
คะแนนความรู้	1.000	0.235 (p=.071)
คะแนนทัศนคติ	0.235 (p=.071)	1.000

จากตารางที่ 2 พบว่ามีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำ โดยไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ (p>0.05)

ตารางที่ 3 แสดงค่าสหสัมพันธ์ของ Spearman ระหว่างอายุ คะแนนความรู้ และทัศนคติเกี่ยวกับการคุมกำเนิดด้วยวิธี LAM (n=60)

ตัวแปร	อายุ	คะแนนความรู้	คะแนนทัศนคติ
อายุ	1.000	0.153 (p=0.243)	0.270* (p=0.037)
คะแนนความรู้	0.153 (p=0.243)	1.00	0.235 (p=0.071)
คะแนนทัศนคติ	0.270* (p=0.037)	0.235 (p=0.071)	1.00

*p < 0.05

จากตารางที่ 3 พบว่าอายุมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคะแนนทัศนคติอย่างมีนัยสำคัญ (r=0.270, p=0.037) ส่วนคะแนนความรู้กับทัศนคติไม่มีความสัมพันธ์กัน (r=0.235, p=0.071) และอายุกับคะแนนความรู้ไม่มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญ (r=0.153, p=0.243)

ตารางที่ 4 แสดงค่าสหสัมพันธ์ของ Spearman ระหว่างประสบการณ์กับตัวแปรอื่น (n=60)

	ประสบการณ์	อายุ	คะแนนความรู้	คะแนนทัศนคติ
ประสบการณ์	1.00	0.710** (p<0.001)	0.265* (p=0.040)	0.306* (p=0.018)
อายุ	0.710** (p<0.001)	1.00	0.153 (p=0.243)	0.270* (p=0.037)
คะแนนความรู้	0.265* (p=0.040)	0.153 (p=0.243)	1.00	0.235 (p=0.071)
คะแนนทัศนคติ	0.306* (p=0.018)	0.270* (p=0.037)	0.235 (p=0.071)	1.00

** p < 0.01

* p < 0.05

จากตารางที่ 4 พบว่าประสบการณ์มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับอายุ (rho=0.710, p<0.001) คะแนนความรู้ (rho=0.265, p=0.040) และคะแนนทัศนคติ (rho=0.306, p=0.018) โดยทั้งหมดมีนัยสำคัญทางสถิติ

การอภิปรายผล

จากผลการวิจัยข้างต้น พบว่าความรู้เฉลี่ยอยู่ในระดับปานกลางแต่กระจายแคบ (median 7/10, IQR=1.00), ทัศนคติมีความแปรผันมากกว่าความรู้ (median 67.5, IQR=19.5), ความรู้กับทัศนคติสัมพันธ์เชิงบวกเล็กน้อยแต่ไม่มีนัยสำคัญ และประสบการณ์สัมพันธ์เชิงบวกกับทัศนคติและความรู้อย่างมีนัยสำคัญ (ประสบการณ์สัมพันธ์มากกับอายุ: rho=0.710, p<0.001; ทัศนคติ: rho=0.306, p=0.018; ความรู้: rho=0.265, p=0.040) แม้ว่าอายุกับประสบการณ์มีความสัมพันธ์ไปในทิศทางเดียวกันซึ่งเป็นธรรมชาติของข้อมูล แต่พบว่าอายุกับความรู้ไม่มีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญ (r=0.153, p=0.243) ซึ่งสะท้อนให้เห็นว่า

1. ระดับความรู้ของกลุ่มตัวอย่างมีระดับความรู้เกี่ยวกับการคุมกำเนิดด้วยวิธี LAM อยู่ในระดับปานกลาง เมื่อศึกษา รายข้อพบว่าข้อที่มีผู้ตอบผิดจำนวนมากมี 2 ข้อ คือ ข้อ 8 และ ข้อ 10 โดยข้อที่ผิดมากที่สุดคิดเป็นร้อยละ 95 ของผู้ตอบ มีข้อคำถาม-คำตอบ คือ

ข้อ 8 หญิงที่เลี้ยงลูกด้วยนมแม่รายใดสามารถคุมกำเนิดด้วย LAM ได้

1) หลังคลอด 3 สัปดาห์มีเลือดออกกระปริดกระปรอยทางช่องคลอด ทารกดูดนมแม่อย่างเดียวมีน้ำหนักขึ้นตามเกณฑ์

2) เลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียว 6 สัปดาห์หลังคลอด โดยช่วงกลางคืนให้สามีป้อนนมที่บีบเก็บไว้

3) เลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวมาตลอด 6 เดือน ขณะนี้ยังให้คู่กับอาหารตามวัยและยังไม่มีประจำเดือน

4) ถูกทุกข้อ

เมื่อวิเคราะห์แบบสอบถามเชื่อมโยงกับองค์กความรู้ที่ LAM ต้องการ ตัวเลือกที่ถูกต้องคือ ข้อ 1 ตัวเลือกที่ 2 และ 3 ไม่เข้าเงื่อนไข LAM เพราะไม่ใช่การดูดนมแม่โดยตรงและไม่ใช่นมแม่อย่างเดียวเท่านั้น (exclusive breastfeeding) อีกต่อไป การตอบผิดสะท้อนความพร่องความรู้ด้านเงื่อนไข 3 ข้อ ของการใช้ LAM โดยเฉพาะการเข้าใจว่า ต้องเป็นการดูดนมแม่โดยตรง และต้องเป็น exclusive breastfeeding นอกจากนี้การไม่เลือกข้อ 1 อาจเกิดจากการตีความเลือดออกหลังคลอดที่เป็น lochia กับ menstruation คือ ผู้ตอบอาจสับสนว่าการมีเลือดออกกระปริดกระปรอยหลังคลอดคือการมีประจำเดือน ซึ่งจริงๆ แล้วไม่ใช่

ข้อ 10 ตอบผิดรองลงมา คิดเป็นร้อยละ 85 มีข้อคำถาม-คำตอบ คือ

หญิงที่เลี้ยงลูกด้วยนมแม่มานาน 6 เดือน ยังไม่มีประจำเดือน ควรคุมกำเนิดอย่างไร

1) เพิ่มความถี่ในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่คู่กับการให้อาหารทารกตามวัย

2) เปลี่ยนไปใช้วิธีการคุมกำเนิดแบบอื่นที่มีประสิทธิภาพสูง

3) ต้องให้ทารกดูดนมแม่เพียงอย่างเดียวต่อไปโดยไม่มีอาหารอื่นใดจนกว่าจะมีประจำเดือนมา

4) ใช้ LAM ร่วมกับการคุมกำเนิดรูปแบบอื่น

เมื่อวิเคราะห์แบบสอบถามเชื่อมโยงกับองค์ความรู้ที่ LAM ต้องการคำตอบที่ถูกต้องคือ 2) เปลี่ยนไปใช้วิธีการคุมกำเนิดแบบอื่นที่มีประสิทธิภาพสูง หากตอบว่า “ยังใช้ LAM ต่อไป” หรือ “ใช้ LAM ร่วมกับวิธีอื่น” แสดงว่าไม่เข้าใจว่า LAM มีข้อจำกัดเวลาเพียง 6 เดือน แม้ประจำเดือนยังไม่กลับมาก็ตาม การตอบผิดสะท้อนความพร่องความรู้เกี่ยวกับข้อจำกัดด้านเวลาที่จะใช้ LAM ใช้ได้สูงสุด 6 เดือนหลังคลอดเท่านั้น และความเข้าใจผิดว่าการไม่มีประจำเดือนจะสามารถใช้ LAM ได้ต่อไป ซึ่งไม่ถูกต้อง เพราะหลัง 6 เดือน โอกาสตกไข่สูงขึ้นแม้จะไม่มีประจำเดือนปรากฏ

ดังนั้นประเด็นความรู้ของบุคลากรควรได้รับการส่งเสริมให้มีความเข้าใจมากเป็นพิเศษคือ เลือดออกกะปริดกะปรอย ภายใน 56 วันแรกหลังคลอดไม่นับเป็น “ประจำเดือน” (menstruation) โดยเลือดที่ออกหลังคลอดเรียกว่า “โลหิตหลังคลอด” (lochia) เป็นการขับเยื่อบุโพรงมดลูกและเศษเนื้อเยื่อที่หลงเหลือจากการตั้งครรภ์ เกิดจากกระบวนการฟื้นตัวของมดลูกหลังคลอด ไม่ใช่ผลจากการตกไข่ ลักษณะของโลหิตหลังคลอด จะเปลี่ยนไปตามเวลาจากสีแดงสดเป็นน้ำตาลแล้วเปลี่ยนเป็นเหลือง แล้วขาวใส ตามลำดับ โดยทั่วไปจะสิ้นสุดภายใน 4–6 สัปดาห์หลังคลอด ซึ่งระยะนี้ยังไม่มีการตกไข่ (ovulation) ถ้าให้นมบุตรอย่างเต็มที่ฮอร์โมนโปรแลคตินจะสูง ทำให้ยับยั้งการหลั่ง GnRH จึงไม่เกิดการตกไข่ ดังนั้นเลือดที่ออกในช่วงนี้ไม่ใช่ผลจากการหลุดลอกของเยื่อบุโพรงมดลูกตามรอบเดือน ซึ่งเกณฑ์ของ LAM ตาม WHO การกลับมาของ “ประจำเดือนจริง” หมายถึงเลือดที่เกิดจากการตกไข่และมีรอบเดือน[16] WHO และ Institute for Reproductive Health[5,17] กำหนดว่าเลือดที่ออกภายใน 56 วันแรกหลังคลอด ไม่ถือว่าเป็นการกลับมาของประจำเดือน เพราะยังไม่ใช่การมีรอบเดือนตามธรรมชาติ ผลต่อการใช้ LAM หากมารดายังไม่มีประจำเดือน (นับจากวันที่ 57 เป็นต้นไป) ให้นมลูกอย่างเดียวและลูกอายุต่ำกว่า 6 เดือน ยังถือว่าอยู่ในภาวะ amenorrhea และสามารถใช้ LAM ได้อย่างมีประสิทธิภาพ LAM มีประสิทธิภาพสูงในช่วง 6 เดือนแรกหลังคลอดเท่านั้น

ประเด็นสำคัญที่ผู้ให้บริการคุมกำเนิดด้วยวิธี LAM จะต้องทำความเข้าใจ ได้แก่

1. คำจำกัดความของภาวะขาดประจำเดือนจากการให้นมบุตร (Definition of lactational amenorrhea) คือภาวะทางสรีรวิทยาตามธรรมชาติที่เกิดขึ้นชั่วคราวหลังการคลอดบุตรโดยมีลักษณะคือการไม่มีประจำเดือนกลับมา (amenorrhea) ซึ่งเกิดจากการเปลี่ยนแปลงของฮอร์โมนโปรแลคติน (prolactin) ที่เกี่ยวข้องกับการผลิตน้ำนม และการควบคุมการตกไข่ในสตรีที่เลี้ยงลูกด้วยนมแม่เพียงอย่างเดียว (fully breastfeeding) ภาวะนี้เป็นกลไกที่ร่างกายใช้ในการยับยั้งการตกไข่และป้องกันการตั้งครรภ์ในช่วงเวลาหลังคลอดบุตร[17]

2. กลไกยับยั้งการตกไข่จากการดูดนมของทารก การทำงานของระบบสืบพันธุ์อาศัยการทำงานร่วมกันของระบบประสาทและระบบต่อมไร้ท่อร่วมกับการทำงานของหลายอวัยวะที่ต้องทำงานสัมพันธ์กันตั้งแต่สมอง รังไข่ มดลูก โดยผ่านตัวส่งสัญญาณที่สำคัญคือฮอร์โมนที่มีการเปลี่ยนแปลงขึ้นลงตามรอบเดือน ส่งผลให้เกิดกระบวนการตกไข่และมีรอบประจำเดือน

การดูดนมของทารกถือเป็นตัวกระตุ้นที่สำคัญที่สุดและเป็นจุดเริ่มต้นของกระบวนการยับยั้งการตกไข่หลังการตั้งครรภ์ เมื่อทารกดูดนมแม่ปลายประสาทรับความรู้สึกที่บริเวณหัวนมและลานหัวนมจะถูกกระตุ้น สัญญาณประสาทเหล่านี้จะถูกส่งไปยังสมองส่วนไฮโปทาลามัส ซึ่งเป็นศูนย์กลางการควบคุมฮอร์โมนในร่างกาย การกระตุ้นทางประสาทอย่างต่อเนื่องนี้เป็นสิ่งจำเป็นในการคงไว้ซึ่งภาวะขาดประจำเดือนเป็นการคุมกำเนิดผ่านกลไกยับยั้งการตกไข่ สตรีที่เลี้ยงลูกด้วยนมแม่เพียงอย่างเดียวจะมีฮอร์โมนโปรแลคติน (prolactin) ซึ่งมีบทบาทสำคัญในการผลิตน้ำนมถูกหลั่งออกมาในระดับสูง โดยการดูดนมของทารกจะกระตุ้นให้ hypothalamus หลั่งฮอร์โมน prolactin และ beta-endorphin ซึ่งจะมีผลโดยตรงต่อยับยั้งเซลล์ประสาท Kisspeptin neurons ในไฮโปทาลามัส การยับยั้งนี้ส่งผลให้รูปแบบการหลั่งฮอร์โมน GnRH (Gonadotropin-releasing hormone) แบบเป็นจังหวะถูกรบกวน ซึ่งนำไปสู่การลดลงของความถี่การหลั่ง LH และการขาด LH surge ที่จำเป็นต่อการตกไข่ การหลั่ง LH ที่ไม่เพียงพอและการขาด LH surge ก่อนการตกไข่จะยับยั้งการดำเนินไปของระยะฟอลลิเคิล (follicular phase) ของรอบเดือน ผลที่ตามมาคือ ฟอลลิเคิลในรังไข่อาจไม่สามารถแตกออกได้ หรือกลายเป็นฟอลลิเคิลที่ฝ่อไป (atretic) หรือกลายเป็นถุงน้ำ (cystic) ซึ่งทั้งหมดนี้หมายถึงการไม่มีการตกไข่เกิดขึ้น การคงระดับ prolactin ให้สูงอย่างต่อเนื่องจำเป็นต้องอาศัยการดูดนมที่บ่อยทุก 2-3 ชั่วโมงในช่วงกลางวัน และอย่างน้อยทุก 4-6 ชั่วโมงในช่วงกลางคืน รวมทั้งต้องมีแรงดูดที่เพียงพอเพื่อกระตุ้นปลายประสาทอย่างมีประสิทธิภาพ หากการดูดนมไม่บ่อยหรือไม่แรงพอ ระดับโปรแลคตินจะลดลง ส่งผลให้การยับยั้งการหลั่ง GnRH และ LH ไม่สมบูรณ์ และอาจนำไปสู่การกลับมาของการตกไข่และประจำเดือนก่อนเวลาอันควร

หลังคลอด estrogen มีปริมาณต่ำซึ่งไม่เพียงพอที่จะทำให้เกิด LH surge โดยในช่วงที่ให้นมบุตร FSH จะกลับมาเท่าคนปกติภายใน 4-8 สัปดาห์ แต่ LH จะยังไม่กลับสู่ภาวะปกติตลอดช่วงเวลาที่ยังไม่มีประจำเดือน แม้ว่าระดับ FSH อาจเพียงพอต่อการเจริญของฟอลลิเคิล แต่การขาด LH surge ก็ยังคงยับยั้งการตกไข่ได้อย่างมีประสิทธิภาพจึงไม่มีการตกไข่เกิดขึ้น[17-19] การตกไข่จะกลับมาเกิดขึ้นได้ก็ต่อเมื่อการให้นมบุตรลดลงมากพอที่จะทำให้การหลั่ง GnRH และ LH กลับมาเป็นปกติ รวมถึงสามารถสร้าง LH surge ที่จำเป็นต่อการตกไข่ได้ ภาวะนี้จึงสามารถใช้เป็นวิธีคุมกำเนิดตามธรรมชาติที่เรียกว่า Lactational Amenorrhea Method (LAM) ซึ่งมีประสิทธิภาพสูงในช่วง 6 เดือนแรกหลังคลอด หากผู้หญิงให้นมบุตรอย่างสม่ำเสมอและไม่มีประจำเดือน อย่างไรก็ตามประสิทธิภาพของวิธีนี้จะลดลงเมื่อความถี่ในการให้นมลดลง หรือเมื่อร่างกายเริ่มกลับเข้าสู่รอบเดือนปกติ

3. ประสิทธิภาพในการป้องกันการตั้งครรภ์ของการคุมกำเนิดด้วย LAM

การคุมกำเนิดโดยการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ (Lactation Amenorrhea Method (LAM)) จะมีประสิทธิภาพป้องกันการตั้งครรภ์ได้ร้อยละ 98 ในช่วง 6 เดือนแรกหลังคลอด ต้องมีเงื่อนไขที่สำคัญ 3 ข้อ ครบทั้ง 3 ข้อ ถ้าเงื่อนไขใดเปลี่ยนแปลงไปจะเป็นการสิ้นสุดลงของ LAM และควรได้รับการคุมกำเนิดด้วยวิธีอื่นต่อไป โดยผู้ใช้ LAM ควรได้รับข้อมูลที่สำคัญของ LAM 3 ข้อ[13,20-22] มีดังนี้

1) ทารกต้องได้รับการเลี้ยงดูด้วยนมมารดาเพียงอย่างเดียวตลอด 24 ชั่วโมง รวมทั้งเวลากลางคืนด้วยหรือเลี้ยงทารกด้วยนมมารดาอย่างน้อยร้อยละ 90 โดยไม่ควร

ห่างกันเกิน 6 ชั่วโมง เพราะว่าประสิทธิภาพของการคุมกำเนิดด้วยวิธีนี้ขึ้นอยู่กับความแรงในการดูดนมของทารก ความถี่ในการดูดนมของทารก

2.) มารดาอยู่ในภาวะที่ไม่มีประจำเดือน (amenorrhea) โดยเลือดที่ออกกะปริดกะปรอยภายใน 56 วันแรกหลังคลอดไม่นับเป็นประจำเดือน ในกรณีที่มีประจำเดือนมาแล้ว การคุมกำเนิดด้วยวิธี LAM อย่างเดียว จะเป็นอันสิ้นสุดลง และควรที่จะได้รับคำแนะนำให้เลือกวิธีร่วมไว้และจัดเตรียมให้พร้อมใช้ เช่น ถุงยางอนามัย ยาเม็ดคุมกำเนิดที่มีฮอร์โมนโปรเจสตินเพียงอย่างเดียว ส่วนการคุมกำเนิดชนิดฮอร์โมนรวมทุกวิธีไม่แนะนำให้ใช้

3.) ลูกมีอายุไม่เกิน 6 เดือน เพราะหลังจากนั้นประสิทธิภาพจะค่อย ๆ ลดลง และไม่แนะนำให้ใช้ LAM เพียงอย่างเดียวแม้จะยังให้นมบุตรอยู่ ดังนั้นเมื่อครบ 6 เดือนหลังคลอด สตรีที่คุมกำเนิดด้วย LAM ต้องได้รับคำปรึกษาแนะนำและให้บริการคุมกำเนิดที่มีประสิทธิภาพชนิดอื่นต่อไป

การให้คำปรึกษาเกี่ยวกับการคุมกำเนิดหลังคลอดควรเริ่มตั้งแต่ช่วงที่สตรีมาฝากครรภ์เพราะวิธีคุมกำเนิดหลายวิธีสามารถเริ่มได้ทันทีหลังคลอดก่อนออกจากโรงพยาบาล ซึ่งจะช่วยเพิ่มอัตราการคุมกำเนิดและลดอัตราการตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์ได้ บุคลากรทางการแพทย์ควรทราบความต้องการของสตรีว่าจะมีบุตรกี่คน ห่างกันกี่ปี เพื่อใช้เป็นแนวทางในการพิจารณาวิธีการคุมกำเนิดที่เหมาะสม รวมถึงทำการซักประวัติโรคประจำตัวเพื่อดูข้อห้ามในแต่ละราย และพิจารณาแผนการในการให้นมบุตรที่จะมีผลต่อการเลือกใช้วิธีคุมกำเนิดที่เหมาะสมกับการให้นมบุตรโดยไม่ก่อให้เกิดปัญหาน้ำนมไม่เพียงพอและให้การส่งเสริมการคุมกำเนิดด้วย LAM อย่างถูกต้องเนื่องจากเป็นที่ยอมรับแล้วว่าสามารถคุมกำเนิดได้อย่างมีประสิทธิภาพสูงเทียบเท่ากับการใช้ยาฉีดและยาเม็ดคุมกำเนิด ซึ่งเป็นวิธีคุมกำเนิดชั่วคราวเหมือนกัน นอกจากนี้ยังเป็นการใช้วิธีตามธรรมชาติของสรีรวิทยาในระยะหลังคลอดช่วยลดการใช้ยาคุมกำเนิดโดยไม่จำเป็น ลดความเสี่ยงการเกิดลิ่มเลือดและน้ำนมแห้งจากยากลุ่มฮอร์โมนรวม และเป็นการสนับสนุนให้มีการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวในระยะ 6 เดือนหลังคลอดด้วย

2. ระดับทัศนคติเกี่ยวกับการคุมกำเนิดด้วยวิธี LAM อยู่ในระดับปานกลาง สะท้อนว่าผู้ให้บริการมีทัศนคติที่ดีต่อ LAM การที่จะส่งเสริมการคุมกำเนิดด้วย LAM ได้ดีนอกจากผู้ให้บริการต้องมีความเข้าใจในกลไก และเงื่อนไขของ LAM แล้ว ยังต้องเห็นคุณค่าของวิธีนี้ในการคุมกำเนิดช่วงสั้น ๆ หลังคลอด ซึ่งจะเป็นแรงจูงใจที่จะนำไปสู่การให้คำแนะนำการใช้ LAM กับหญิงหลังคลอดทุกรายที่ไม่ได้ทำหมัน หรือมีการให้ความรู้วิธีนี้ควบคู่ไปกับวิธีอื่น ๆ

3. บุคลากรทางการแพทย์มีระดับความรู้และทัศนคติเกี่ยวกับการคุมกำเนิดด้วยวิธี LAM อยู่ในระดับปานกลางและมีความสัมพันธ์เชิงบวก แม้จะอยู่ในระดับต่ำก็ตาม การที่ความรู้เกี่ยวกับ LAM ไม่ได้สัมพันธ์อย่างชัดเจนกับทัศนคติอาจเกิดจากปัจจัยด้านประสบการณ์ โดยเฉพาะในกลุ่มอายุน้อยและผู้มีประสบการณ์น้อย ซึ่งอาจส่งผลต่อการให้คำปรึกษาแก่หญิงหลังคลอด การปฏิบัติงานจริง หรือทัศนคติส่วนบุคคลที่สะสมมาจากการทำงานและวัฒนธรรมองค์กร มากกว่าการรับรู้เชิงทฤษฎีเพียงอย่างเดียวซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Peterson และคณะ[21] ที่ชี้ให้เห็นว่าประสิทธิภาพและการยอมรับ LAM ขึ้นอยู่กับการให้คำแนะนำที่ถูกต้องจากบุคลากรทางการแพทย์ หากผู้ให้บริการมีความเข้าใจกลไกและเงื่อนไขของ LAM จะมีแนวโน้มในการให้คำปรึกษาที่เหมาะสม และสร้างความเชื่อมั่นให้แก่ผู้รับบริการ นอกจากนี้ Ajzen[15] อธิบายตามทฤษฎี Planned Behavior ว่าทัศนคติและพฤติกรรมไม่ได้ขึ้นกับความรู้เพียงอย่างเดียวแต่ยังสัมพันธ์กับความเชื่อ แรงสนับสนุนทางสังคม และความตั้งใจเชิงพฤติกรรม

อีกประเด็นสำคัญคือ อายุและประสบการณ์ พบว่ามีความสัมพันธ์กับทัศนคติในเชิงบวก แสดงให้เห็นว่าผู้ที่มีอายุมากหรือมีประสบการณ์ในการทำงานมากกว่า มีแนวโน้มที่จะเห็นคุณค่าของการใช้ LAM มากขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ Kennedy และคณะ[4] ที่รายงานว่าความต่อเนื่องของการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่สัมพันธ์กับความเชื่อมั่นในการใช้ LAM เป็นวิธีคุมกำเนิด

ผลการวิจัยครั้งนี้แสดงให้เห็นว่าผู้ให้บริการมีทัศนคติที่ดีต่อ LAM แต่ยังขาดความรู้ที่ลึกซึ้ง โดยเฉพาะในกลุ่มอายุน้อยและผู้มีประสบการณ์น้อย ซึ่งอาจส่งผลต่อการให้คำปรึกษาอย่างมีประสิทธิภาพ เนื่องจากผลการศึกษาของ

Nagar และคณะ[7] ที่ผ่านมาพบอัตราการล้มเหลวของ LAM สูงถึงร้อยละ 29.9 เมื่อใช้อย่างไม่ครบเงื่อนไข ดังนั้นการส่งเสริมความรู้และการอบรมเชิงลึกจึงเป็นสิ่งจำเป็นที่จะช่วยเพิ่มประสิทธิภาพของระบบบริการวางแผนครอบครัว

สรุป

ภาพรวมสะท้อนว่า แม้ LAM เป็นวิธีคุมกำเนิดที่มีประสิทธิภาพสูง แต่ยังไม่ถูกใช้หรือให้คำแนะนำอย่างเป็นระบบในสถานบริการ ทำให้ทั้งผู้ให้บริการและผู้ใช้บริการอาจเกิดความเข้าใจคลาดเคลื่อน และเสี่ยงต่อการตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์ในระยะหลังคลอด ผลการศึกษาครั้งนี้ชี้ให้เห็นว่าบุคลากรทางการแพทย์มีความรู้พื้นฐานเกี่ยวกับ LAM แต่ยังมีช่องว่างด้านทัศนคติและการนำไปใช้จริง การเพิ่มพูนความรู้เพียงอย่างเดียวอาจไม่เพียงพอในการเปลี่ยนแปลงทัศนคติและพฤติกรรมการให้คำปรึกษา LAM จึงควรมีการสนับสนุนเชิงระบบและการพัฒนาแนวทางการปฏิบัติที่ครอบคลุมมากขึ้น การต่อยอดด้วยการวิจัยเชิงระบบและการพัฒนาโมเดลการแทรกแซงที่เน้นทั้งการอบรมและการติดตามผล จะช่วยเพิ่มศักยภาพของบุคลากรในการให้คำปรึกษาและสนับสนุนการใช้ LAM อย่างถูกต้อง ซึ่งจะเป็นประโยชน์ต่อการลดความเสี่ยงการตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์หลังคลอดและส่งเสริมความสำเร็จของการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวในระยะ 6 เดือนแรกตามเป้าหมายสาธารณสุข ดังนี้

เชิงระบบ

1. สร้างจุดเน้น LAM ในต้นฉบับข้อความ (script) สำหรับให้คำปรึกษาหญิงตั้งครรภ์สัปดาห์ที่ 28-36 พร้อมคัดกรองความตั้งใจเลี้ยงลูกด้วยนมแม่

2. บูรณาการการให้คำปรึกษา LAM เข้าสู่โปรแกรมการดูแลหญิงตั้งครรภ์ (ANC) และการดูแลหลังคลอดโดยใช้เช็คลิสต์ หรือมีการบันทึกอย่างเป็นระบบในเวชระเบียนเกี่ยวกับเงื่อนไขของ LAM 3 ข้อ แผนสนับสนุน exclusive breastfeeding เพื่อให้มั่นใจว่ามารดาทุกคนได้รับข้อมูลที่ถูกต้องครบถ้วน และมอบหมายหน้าที่ให้มีผู้ตรวจสอบการให้ข้อมูลนี้ด้วย

3. จัดทำสื่อสั้นหรือทำนวัตกรรมให้ความรู้และติดตามสำหรับคู่สมรส เกี่ยวกับบทบาทสนับสนุน exclusive breastfeeding และสัญญาณหมดเงื่อนไข LAM

เชิงการอบรมและติดตาม

พัฒนาแบบสอบถามและหัวข้อการอบรมที่ครอบคลุมทั้งความรู้ กลไกการคุมกำเนิด เงื่อนไขการใช้ LAM และทัศนคติที่เกี่ยวข้อง พร้อมทั้งมีการตรวจติดตามและวัดผลเชิงพฤติกรรม เช่น จำนวนครั้งที่บุคลากรให้คำปรึกษา LAM และความเข้าใจของผู้รับบริการ เช่น จากสัดส่วนผู้รับบริการที่ทวนเงื่อนไขได้ครบ อัตราการคงอยู่ของ exclusive breastfeeding ถึงวันนัดตรวจหลังคลอด หรือจำนวนผู้ที่ใช้ LAM อย่างถูกต้อง

เชิงการแทรกแซง (Model intervention)

ทดลองใช้รูปแบบการอบรมที่มีการติดตามผลอย่างต่อเนื่อง เช่น ออกแบบโปรแกรมอบรมบุคลากรทางการแพทย์ โดยใช้ทฤษฎี Theory of Planned Behavior ของ Icek Ajzen เพื่อปรับทัศนคติและเพิ่มความมั่นใจในการให้คำปรึกษา การติดตามทัศนคติภายหลังอบรม และการวัดผลเชิงพฤติกรรมในการนำไปใช้จริงเพื่อประเมินประสิทธิผลของการแทรกแซงในระบบบริการ

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

เชิงวิธีวิจัย

ติดตามแบบ longitudinal study เพื่อตรวจสอบการเปลี่ยนแปลงความรู้และทัศนคติหลังการอบรมหรือการให้คำปรึกษาในระยะเวลา 6 เดือน ถึง 1 ปี

เชิงเนื้อหา

- เพิ่มตัวแปรด้านระบบงาน เช่น การมี guideline ที่ชัดเจน

- ศึกษาบทบาทของคู่สมรมและครอบครัว ในการสนับสนุนการใช้ LAM เพราะมีผลต่อการปฏิบัติจริง

- วิเคราะห์ปัจจัยด้านวัฒนธรรมและความเชื่อ ที่อาจเป็นอุปสรรคต่อการใช้ LAM ในบริบทไทย

- เชื่อมโยงกับผลลัพธ์ทางคลินิก เช่น อัตราการตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์, อัตราการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียว

เชิงการแทรกแซง

- ติดตามทัศนคติ และการวัดผลเชิงพฤติกรรม เพื่อประเมินผลลัพธ์จริงจากการออกแบบโปรแกรมอบรมบุคลากรทางการแพทย์ โดยใช้ทฤษฎี Theory of Planned Behavior ของ Icek Ajzen

- ติดตามผลการพัฒนาเครื่องมือวัดผลเชิงพฤติกรรม เช่น checklist การให้คำปรึกษา LAM ในหน่วยฝากครรภ์และหน่วยดูแลหลังคลอด

- ติดตามผลทดลองใช้ model intervention ที่เสนอ เช่น การอบรม รวมทั้งการติดตามทัศนคติ และการวัดผลเชิงพฤติกรรม เพื่อประเมินผลลัพธ์จริง

- ติดตามผลการทดลองใช้เทคโนโลยีสนับสนุน เช่น ระบบเวชระเบียนอิเล็กทรอนิกส์ที่มีหน้าต่างปรากฏเตือนให้บันทึกการให้คำปรึกษา LAM การทดลองใช้สื่อนวัตกรรมรูปแบบต่างๆ[1]

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบพระคุณ น.อ.หญิง นวพร ออรุ่งโรจน์ อดีตผู้อำนวยการกองสูตินรีกรรม โรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช กรมแพทย์ทหารอากาศ, น.อ.หญิง ผศ.เฉียงคำ กัวล อดีตผู้อำนวยการวิทยาลัยพยาบาลทหารอากาศ และ ดร.ศิริกนก กลั่นขจร อาจารย์คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร ผู้ทรงคุณวุฒิตรวจเครื่องมือวิจัย น.ท.หญิง ผศ.ดร.ละอองดาว วรรณฤทธิ์ ผู้ทรงคุณวุฒิที่ได้กรุณาให้คำแนะนำ ในการดำเนินการวิจัยและการเรียบเรียงบทความฉบับนี้ ซึ่งมีส่วนสำคัญอย่างยิ่งต่อความสมบูรณ์ของผลงาน

นอกจากนี้ ผู้วิจัยขอขอบพระคุณผู้บริหาร โรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช กรมแพทย์ทหารอากาศ ที่ให้การสนับสนุนและอนุญาติให้ดำเนินการวิจัย รวมถึงบุคลากร ทางการแพทย์ด้านการวางแผนครอบครัวทุกท่านที่ให้ความร่วมมือในการตอบแบบสอบถามด้วยความเต็มใจ

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization. Report of a WHO Technical Consultation on Birth Spacing, Geneva, Switzerland, 13-15 June 2005. Geneva: World Health Organization;2007.
2. Louis JM, Bryant A, Ramos D, Stuebe A, Blackwell SC. Obstetric Care Consensus No. 8: Interpregnancy Care. Obstet Gynecol. 2019; 133(1):e51-72.
3. Thoma ME, Copen CE, Kirmeyer SE. Short interpregnancy intervals in 2014: differences by maternal demographic characteristics. NCHS Data Brief. 2016 Apr;(240): 1-8 [cited 2025 Oct 3]. Available from: https://www.cdc.gov/nchs/products/databriefs/db240.htm
4. Kennedy KI, Rivera R, McNeilly AS. Consensus statement on the use of breastfeeding as a family planning method. Contraception 1989; 39:477-96.
5. World Health Organization. Programming strategies for postpartum family planning [Internet]. Geneva: WHO; 2013 Nov 7 [cited 2025 Oct 3]. Available from: https://www.who.int/publications/i/item/9789241506496
6. Hoyt-Austin A, Chen MJ, Iwuagwu C, Brown SD, Fix M, Kair LR, Schwarz EB. Understanding of Lactational Amenorrhea as a Contraceptive Method Among US Pregnant Women. Breastfeed Med. 2023;18(8):621-5.
7. Nagar RN, et al. Knowledge, attitude and practice of lactational amenorrhea as contraception method among women attending primary health care units in Qena city. SVU-IJMS. 2023;6(1):56-66.
8. Tiwari K, Khanam I, Savarna N. A study on effectiveness of lactational amenorrhea as a method of contraception. Int J Reprod Contracept Obstet Gynecol [Internet]. 2018 Sep. 26 [cited 2025 Oct. 10];7(10):3946-50.
9. National Statistical Office of Thailand. Multiple Indicator Cluster Survey (MICS) 2022: Thailand. Bangkok: NSO; 2023 [cited 2025 Dec3].
10. UNICEF Thailand. ผลสำรวจ MICS ล่าสุดชี้ไทยมีอัตราการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่เพิ่มขึ้น. Bangkok: UNICEF; 2023 [cited 2025 Dec 2].

11. ห้าวหาญ จ, มยูขโชติ ศ, ศรีดาวเรือง ฉ และจันทรสุข ช. การศึกษาความรู้เรื่องการคุมกำเนิด ความคิดเห็นต่อการคุมกำเนิด และเหตุผลในการเลือกวิธีคุมกำเนิดของมารดาหลังคลอด. วารสารการแพทย์โรงพยาบาลศรีสะเกษ สุรินทร์ บุรีรัมย์. 2563;35(3),583-94.
12. Calik-Ksepka A, Stradczuk M, Czarnecka K, Grymowicz M, Smolarczyk R. Lactational amenorrhea: neuroendocrine pathways controlling fertility and bone turnover. Int J Mol Sci. 2022;23(3):1633.
13. World Health Organization. Lactational Amenorrhea Method. Geneva: WHO; 2015 [cited 2025 Dec3].
14. World Health Organization, Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health. Family Planning: A Global Handbook for Providers. 4th ed. Baltimore and Geneva: WHO; 2022 [cited 2025 Dec3].
15. Ajzen I. The theory of planned behavior. Organ Behav Hum Decis Processes. 1991; 50(2): 179-211.
16. Institute for Reproductive Health. Lactational Amenorrhea Method: Top 12 Most Frequently Asked Questions [Internet]. Washington, DC: Georgetown University; 2013 [cited 2025 Oct 3]
17. Steven FP, David LO. Reproductive physiology. In: Berek JS, editor. Berek and Novak's Gynecology. 16th ed. Philadelphia: Wolters Kluwer; 2020. p.113-30.
18. Hackwell ECR, Ladyman SR, Clarkson J, et al. Prolactin-mediates a lactation-induced suppression of arcuate kisspeptin neuronal activity necessary for lactational infertility in mice. eLife. 2025;13:RP94570.
19. วงศ์วนานุรักษ์ ธ. ต่อมไร้ท่อของการสืบพันธุ์. ใน: เตชะไตรศักดิ์ ก, ตันมหาสมุทร ป, เบญจาภิบาล ม,บรรณาธิการ. ตำรานรีเวชวิทยา. กรุงเทพฯ: บริษัท พี.เอ.ลีฟวิ่ง จำกัด; 2560. หน้า 1-14.
20. Hight-Laukaran V, Labbok MH, Peterson AE, Fletcher V, von Hertzen H, Van Look PF. Multicenter study of the lactational amenorrhea method (LAM): II. Acceptability, utility, and policy implications. Contraception. 1997;55:337-46.
21. Labbok MH, Hight-Laukaran V, Peterson AE, Fletcher V, von Hertzen H, Van Look PF. Multicenter study of the lactational amenorrhea method (LAM): I. Efficacy, duration, and implications for clinical application. Contraception 1997;55:327-36.
22. Peterson AE, Perez-Escamilla R, Labbok MH, Hight V, Von Hertzen H, Van Look PF. Multicenter study of the lactational amenorrhea method (LAM) III: effectiveness, duration and satisfaction with reduced client-provider contact. Contraception 2000;62:221-30.

(Original Article)

Factors Affecting the Job Retention of Generation Y Nurses at Police General Hospital

*Kanoknad Homchoo, *Pattaya Kaewsarn, **Thipkhumporn Keskomon
*School of Nursing, Sukhothai Thammathirat Open University, Nonthaburi, Thailand
**Police Nursing College, Bangkok, Thailand
Correspondence to: aumaimkt@gmail.com

(Received : 2 Nov. 25, Revised : 15 Dec. 25, Accepted : 3 Feb. 26)

Abstract

The objective of this research was to study the environmental, organizational structure, administrative and personnel factors that affected the job retention of generation Y nurses at Police General Hospital.

This research used the quantitative research method of a survey to collect data from a sample population of 129 Generation Y nurses. They were chosen through a simple random sampling of nurses who met the inclusion criteria. The research instrument was a questionnaire about factors affecting the job retention of nurses at Police General Hospital. The content validity indexes of each question item were between 0.80-1.00 and the average of the whole version was 0.99. The Cronbach's Alpha coefficients were between 0.714-0.925. Data were analyzed by descriptive statistics, Pearson's correlation coefficient and multiple regression analysis.

The results showed that environmental factors could predict the job retention of generation Y nurses at Police General Hospital to a statistically significant degree at p=0.001. Environmental factors explained 19.5% of the variation in job retention of generation Y nurses at Police General Hospital. Environmental factors had a statistically significant (p=0.001) medium-level positive correlation with job retention. In addition, the factor of personnel had a statistically significant (p=0.05) low-level positive correlation with job retention. The factors of organizational structure and administration were not found to be correlated with job retention.

Keywords: job retention, generation Y nurses, Police General Hospital

Royal Thai Air Force Medical Gazette, Vol. 72 No. 1 January - April 2026

(นิพนธ์ต้นฉบับ)

ปัจจัยที่ส่งผลต่อการคงอยู่ในงานของพยาบาลเจเนอเรชันวาย โรงพยาบาลตำรวจ

*กนกนาถ หอมชู, *พัทยา แก้วสาร, **ทิพย์ฆัมพร เกษโกมล
*สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช นนทบุรี
**วิทยาลัยพยาบาลตำรวจ โรงพยาบาลตำรวจ สำนักงานตำรวจแห่งชาติ กรุงเทพมหานคร

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อ ศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อการคงอยู่ในงานของพยาบาลเจเนอเรชันวาย โรงพยาบาลตำรวจ ด้านสภาพแวดล้อม ด้านโครงสร้างองค์กร ด้านการบริหารงาน และด้านบุคลากรพยาบาล

การวิจัยเชิงปริมาณนี้กลุ่มตัวอย่าง เป็นพยาบาลเจเนอเรชันวาย ที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลตำรวจ จำนวน 129 คน คัดเลือกกลุ่มที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์คัดเข้า ด้วยการสุ่มอย่างง่าย เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย เป็นแบบสอบถามเกี่ยวกับปัจจัยที่ส่งผลต่อการคงอยู่ในงานของพยาบาลเจเนอเรชันวาย โรงพยาบาลตำรวจ มีค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาของข้อคำถามรายข้ออยู่ระหว่าง 0.80-1.00 และค่าเฉลี่ยทั้งฉบับเท่ากับ 0.99 มีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคอยู่ระหว่าง 0.714-0.925 วิเคราะห์ข้อมูลด้วย 1) สถิติเชิงพรรณนา 2) สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน และ 3) การวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณ

ผลการวิจัย พบว่า ปัจจัยด้านสภาพแวดล้อมสามารถทำนายการคงอยู่ในงานของพยาบาลเจเนอเรชันวาย โรงพยาบาลตำรวจ ได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001 โดยอธิบายความแปรปรวนในการคงอยู่ในงานของพยาบาลเจเนอเรชันวาย โรงพยาบาลตำรวจได้ร้อยละ 19.5 และมีความสัมพันธ์เชิงบวกในระดับปานกลางกับการคงอยู่ในงาน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001 นอกจากนี้พบว่าปัจจัยด้านบุคลากรมีความสัมพันธ์เชิงบวกในระดับต่ำกับการคงอยู่ในงาน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ส่วนปัจจัยด้านโครงสร้างองค์กร และปัจจัยด้านการบริหารงานไม่มีความสัมพันธ์กับการคงอยู่ในงาน

คำสำคัญ: การคงอยู่ในงาน, พยาบาลเจเนอเรชันวาย, โรงพยาบาลตำรวจ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

พยาบาลเจเนอเรชันวาย (Generation Y Nurse) ตามคำจำกัดความของสำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติระบุไว้ว่าหมายถึง ผู้ที่เกิดในช่วงปี พ.ศ. 2523-2543 มีอายุระหว่าง 25-45 ปี ณ ปี พ.ศ. 2568[1] เป็นกลุ่มที่กำลังก้าวเข้ามามีบทบาทสำคัญในระบบบริการสุขภาพทั่วโลก เนื่องจากเป็นกลุ่มบุคลากรส่วนใหญ่ที่กำลังปฏิบัติงานในฐานะผู้ปฏิบัติการพยาบาล ซึ่งถือเป็นกำลังสำคัญในการดูแลภาวะสุขภาพของประชาชน[2] อย่างไรก็ตามพบว่าพยาบาลกลุ่มนี้มีคุณลักษณะเฉพาะที่แตกต่างจากพยาบาลรุ่นก่อนหน้า เช่น การให้ความสำคัญกับความสมดุลระหว่างชีวิตและการทำงาน มีความทะเยอทะยาน ใฝ่ก้าวหน้า ต้องการการยอมรับ ปรับตัวและเรียนรู้เร็ว ใช้เทคโนโลยีเก่ง[2] ด้วยคุณลักษณะเหล่านี้ส่งผลให้พยาบาลเจเนอเรชันวาย มีแนวโน้มที่จะลาออกจากงานในอัตราที่สูงหากความต้องการด้านต่าง ๆ ไม่ได้รับการตอบสนอง เช่น การไม่เห็นโอกาสความก้าวหน้าในอาชีพหรือไม่พอใจในค่าตอบแทน[3] และมีความเสี่ยงต่อภาวะหมดไฟในการทำงาน[4] โดยข้อมูลจากสภาการพยาบาลระบุว่าอายุการทำงานของพยาบาลโดยเฉลี่ยเท่ากับ 22.5 ปี มีอัตราการสูญเสียร้อยละ 4 หรือ 7,000 คน ในขณะที่การผลิตมีจำนวน 10,000 คนต่อปี ถือว่าเพียงพอ แต่ปัญหาอยู่ที่ไม่สามารถรักษาพยาบาลวิชาชีพให้คงอยู่ในงานได้[5]

การคงอยู่ในงาน หมายถึง บุคลากรในองค์กรมีความรู้สึกต้องการทำงานกับองค์กรต่อไปในอนาคตด้วยความเต็มใจ ไม่ต้องการลาออกจากองค์กร มีความรู้สึกต้องการเป็นส่วนหนึ่งขององค์กร และพัฒนาความสามารถของตนเองและองค์กรต่อไป[6] ปัญหาการคงอยู่ในงานเป็นปัญหาเชิงโครงสร้างที่ส่งผลโดยตรงต่อคุณภาพระบบบริการสุขภาพ เนื่องจากพยาบาลเป็นกำลังหลักในการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง หากองค์กรไม่สามารถรักษาพยาบาลให้คงอยู่ในงานได้จะนำไปสู่ภาระงาน

ที่เพิ่มขึ้นของบุคลากรที่เหลืออยู่นำมาสู่ความไม่พอใจ ประสิทธิภาพการทำงานลดลง และทำให้องค์กรมีต้นทุนในการสรรหาและฝึกอบรมบุคลากรใหม่มากถึงร้อยละ 30 ของอัตราเงินเดือนในตำแหน่งดังกล่าว[7] ด้วยเหตุนี้การจัดการองค์กรเพื่อรักษาการคงอยู่ในงาน (job retention) จึงจำเป็นต้องอาศัยกรอบแนวคิดที่ครอบคลุมในทุกมิติที่เกี่ยวข้องกับความพึงพอใจและความผูกพันของบุคลากร ในแบบจำลองเพชรของฮาโรลด์ เจ เลวิตต์ (Leavitt's Diamond Model)[8] กล่าวว่า องค์กร คือ ระบบที่ประกอบด้วยปัจจัยสี่ด้านที่เชื่อมโยงและส่งผลกระทบถึงกัน ประกอบด้วย เทคโนโลยี โครงสร้าง งาน และบุคลากร หากมีการเปลี่ยนแปลงในปัจจัยใดปัจจัยหนึ่ง จะต้องพิจารณาผลกระทบต่อปัจจัยด้านอื่น ๆ ด้วย เพื่อให้การเปลี่ยนแปลงประสบความสำเร็จ ดังนั้นการจัดการองค์กรเพื่อรักษาการคงอยู่ในงานของพยาบาลเจเนอเรชันวาย จึงจำเป็นต้องศึกษาว่าภายในองค์กรประกอบไปด้วยปัจจัยอะไรบ้าง ที่ส่งผลต่อการคงอยู่ในงานของพยาบาลกลุ่มนี้

การศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยการคงอยู่ในงานของพยาบาลที่ไม่ได้เจาะจงรุ่นอายุ พบว่าปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการคงอยู่ในงานของพยาบาล ได้แก่ ปัจจัยด้านบุคลากร ลักษณะงาน องค์กร และผู้บริหาร[9] นอกจากนี้ยังพบว่า อายุงานการเป็นส่วนหนึ่งขององค์กรและสัมพันธภาพในที่ทำงาน[10] ตลอดจนสภาพแวดล้อมที่ท้าทาย ความทุกข์ใจ ความผิดหวังจากความเป็นจริงของวิชาชีพ และวัฒนธรรมองค์กรแบบลำดับชั้นล้วนมีบทบาทสำคัญต่อการตัดสินใจคงอยู่ในงานของพยาบาล[11] ในขณะที่การศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อการคงอยู่ในงานของพยาบาลเจเนอเรชันวายพบว่า โอกาสก้าวหน้าในอาชีพ[12] ตลอดจนขนาดของโรงพยาบาล ล้วนมีความสัมพันธ์กับการคงอยู่ในงานของพยาบาลเจเนอเรชันวาย[13]

การทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมาพบว่างานวิจัยส่วนใหญ่เป็นการศึกษาในบริบทของโรงพยาบาลที่แตกต่างจากบริบทของโรงพยาบาลตำรวจที่เป็นหน่วยงานภายใต้ระบบราชการตำรวจ ทำให้โครงสร้างองค์กรและข้อจำกัดด้านการบริหารจัดการมีความซับซ้อนและแตกต่างกันในบริบทของโรงพยาบาลตำรวจ เป็นโรงพยาบาลสังกัดสำนักงานตำรวจแห่งชาติ มีการปฏิบัติงานตามแบบแผนของระบบราชการตำรวจ มีการแบ่งสายงานการบังคับบัญชาเป็นลำดับชั้นแบบแนวดิ่ง มีข้อจำกัดในเรื่องค่าตอบแทนบุคลากรและเส้นทางความก้าวหน้าในหน้าที่การงานที่เป็นไปตามลำดับอาวุโสและอยู่ภายใต้กฎระเบียบของสำนักงานตำรวจแห่งชาติ ซึ่งบุคลิกภาพและพฤติกรรมของพยาบาลเจเนอเรชันวายอาจจะไม่เหมาะกับบริบทดังกล่าว

การศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อการคงอยู่ในงานของพยาบาลมีความสำคัญอย่างยิ่งต่อการป้องกันการลาออกของบุคลากร เนื่องจากการลาออกมิได้เกิดขึ้นโดยฉับพลัน แต่เป็นผลสะสมจากความไม่พึงพอใจต่อปัจจัยต่าง ๆ การทำความเข้าใจปัจจัยที่ส่งเสริมหรือเอื้อต่อการคงอยู่ในงานจะช่วยให้องค์กรสามารถออกแบบแนวทางการบริหารจัดการและการพัฒนาสภาพแวดล้อมการทำงานที่เหมาะสม อันจะนำไปสู่การลดอัตราการลาออกและการรักษาบุคลากรพยาบาลให้อยู่กับองค์กรในระยะยาวอย่างยั่งยืน

จากสถิติย้อนหลัง 13 ปี (พ.ศ. 2552-2565) ของโรงพยาบาลตำรวจ พบว่าพยาบาลลาออกหลังจากที่ได้รับการบรรจุเข้ารับราชการตำรวจแล้วจำนวน 65 คน เฉลี่ยปีละ 5 คน ทั้งนี้จำนวนดังกล่าวไม่รวมกับจำนวนผู้ที่เกษียณอายุราชการและผู้ที่สมัครใจเกษียณก่อนกำหนด (early retire) เมื่อจำแนกตามรุ่นอายุ ณ วันที่ลาออก พบว่าเป็นรุ่นอายุ 25-40 ปี (Generation Y) ลาออกมากที่สุดถึง 42 คน (ข้อมูล ณ วันที่ 8 กรกฎาคม พ.ศ. 2565)[15] จากการตรวจสอบเหตุผลของการลาออกที่ถูกระบุไว้ในบันทึกข้อความส่วนใหญ่เรียงลำดับจากมากไปน้อย คือ ลาออกเพราะต้องการดูแลบุตรอุปการะครอบครัว ต้องการศึกษาต่อ ต้องการประกอบอาชีพอื่น ต้องการย้ายกลับภูมิลำเนา ต้องย้ายถิ่นฐาน และมีปัญหาสุขภาพตามลำดับ[15] ซึ่งสาเหตุแตกต่างจากรายงานผลการสำรวจความคิดเห็นกรณีออกจากงานของบุคลากรพยาบาลกลุ่มงานพยาบาล โรงพยาบาลตำรวจ ที่เข้าร่วมโครงการ early retire และขอโอนย้ายสังกัด จำนวน 17 คน มีอายุระหว่าง 27-49 ปี ที่หน่วยพัฒนาบุคลากร กลุ่มงานพยาบาล โรงพยาบาลตำรวจ ดำเนินการเก็บข้อมูลเมื่อวันที่ 23-31 สิงหาคม 2567 พบว่าสาเหตุที่ทำให้ตัดสินใจออกจากงานมากที่สุด ได้แก่ ไม่เห็นโอกาสก้าวหน้าในอาชีพการงาน คิดเป็นร้อยละ 27.8 รองลงมาคือ คุณภาพชีวิตไม่ดี เงินเดือนค่าตอบแทนน้อยกว่าที่ต้องการ มีปัญหาสุขภาพ และไม่ได้รับความเป็นธรรมจากการประเมินผลการปฏิบัติงาน คิดเป็นร้อยละ 22.2[15] นอกจากนี้การวิเคราะห์องค์กรโดยใช้เทคนิค SWOT analysis ของโรงพยาบาลตำรวจด้านภัยคุกคาม ยังพบว่ามีการขยายตัวของสถานพยาบาลอื่น

ในพื้นที่ และแรงจูงใจที่ดีกว่า ส่งผลต่อการลาออกและขาดแคลนของบุคลากร และจุดอ่อน คือบุคลากรขาดความผูกพันต่อองค์กร ขาดแรงจูงใจในการปฏิบัติงาน ส่งผลต่อการดำเนินการขององค์กร ทั้งในด้านผลลัพธ์ของการดูแลผู้ป่วยและผลลัพธ์ด้านความปลอดภัยรวมถึงปัญหาในการสรรหาบุคลากรทดแทน[16]

อย่างไรก็ตาม แม้พยาบาลเจเนอเรชันวายจะเป็นกำลังหลักขององค์กรพยาบาลในปัจจุบัน แต่หลายองค์กรมักพบปัญหาการลาออก หรือเปลี่ยนงานบ่อยของพยาบาลเจเนอเรชันวาย ประกอบกับการศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยที่ส่งผลต่อการลาออกของพยาบาลส่วนใหญ่เป็นการศึกษาที่ไม่ได้เจาะจงรุ่นอายุ และเป็นการศึกษาในบริบทที่แตกต่างจากบริบทของโรงพยาบาลตำรวจ ดังนั้นการขาดความเข้าใจในปัจจัยเฉพาะบริบทของโรงพยาบาลตำรวจ อาจทำให้องค์กรไม่สามารถกำหนดนโยบายหรือมาตรการการบริหารงานที่ตอบโจทย์ได้อย่างเหมาะสม และส่งผลต่อความมั่นคงของระบบบริการพยาบาลในระยะยาว จึงถือเป็นช่องว่างขององค์ความรู้ (research gap) ที่ต้องได้รับการศึกษาเพื่อนำไปสู่แนวทางการแก้ไขปัญหาที่ตรงจุดและยั่งยืน

ผู้วิจัยตระหนักถึงความสำคัญของการศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อการคงอยู่ในงานของพยาบาล เนื่องจากความเข้าใจในปัจจัยดังกล่าวถือเป็นกุญแจสำคัญที่ผู้บริหารทางการพยาบาลสามารถนำไปใช้ในการลดอัตราการลาออกและสร้างความยั่งยืนให้กับบุคลากรขององค์กรได้อย่างมีประสิทธิภาพ ดังนั้นผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการคงอยู่ในงานของพยาบาลเจเนอเรชันวาย โรงพยาบาลตำรวจ เพื่อนำผลการศึกษาไปใช้เป็นแนวทางในการบริหารจัดการองค์กรพยาบาลสำหรับการรักษาพยาบาลเจเนอเรชันวาย โรงพยาบาลตำรวจให้คงอยู่กับองค์กรต่อไป

วัตถุประสงค์วิจัย

เพื่อศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อการคงอยู่ในงานของพยาบาลเจเนอเรชันวาย โรงพยาบาลตำรวจ ด้านสภาพแวดล้อม ด้านโครงสร้างองค์กร ด้านการบริหารงาน และด้านบุคลากรพยาบาล

กรอบแนวคิด

การศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยได้นำแบบจำลองเพชรของฮาโรลด์ เจ. เลวิตต์[8] หรือที่เรียกว่า Leavitt's Diamond Model ที่กล่าวถึงองค์ประกอบขององค์กร 4 ประการที่มีปฏิสัมพันธ์และพึ่งพากัน ซึ่งเดิมถูกใช้เพื่ออธิบายปัจจัยทางการตลาดของสินค้า มาประยุกต์เป็นกรอบแนวคิดในการวิเคราะห์การจัดการองค์กรเพื่อรักษาการคงอยู่ในงานของบุคลากร โดยมองว่า "บุคลากร คือ ลูกค้าภายใน" ที่องค์กรต้องนำเสนอสิ่งที่น่าดึงดูดใจอย่างต่อเนื่อง เพื่อรักษากลุ่มลูกค้าให้มีความจงรักภักดี (loyalty) กับองค์กร โดยผู้วิจัยเลือกปัจจัยที่เข้าได้กับบริบทของโรงพยาบาลตำรวจมาสามด้าน ประกอบด้วย 1) โครงสร้างองค์กร 2) การบริหารงาน 3) บุคลากร และนำปัจจัยด้านสภาพแวดล้อมที่ได้จากการทบทวนวรรณกรรมมาเป็นปัจจัยด้านที่ 4 แทนปัจจัยด้านเทคโนโลยีของเลวิตต์ เนื่องจากผู้วิจัยพิจารณาเห็นว่า ปัจจัยด้านเทคโนโลยีของเลวิตต์เป็นส่วนหนึ่งของสภาพแวดล้อมและเทคโนโลยี เป็นสิ่งที่องค์กรต้องลงทุนเพื่อลดขั้นตอนในการทำงานที่ซับซ้อนให้บุคลากรทำงานได้อย่างสะดวกสบายและมีประสิทธิภาพ ประกอบกับในบริบทของโรงพยาบาลตำรวจ ได้มีการนำเทคโนโลยีที่ทันสมัยมาใช้แล้วอย่างต่อเนื่อง

ผู้วิจัยใช้ทฤษฎีความพึงพอใจในงานของสเปคเตอร์ (Spector)[17] มาเป็นกรอบในการสร้างชุดข้อคำถามปัจจัยที่ส่งผลต่อการคงอยู่ในงาน จากนั้นจึงนำชุดข้อคำถามปัจจัยด้านต่าง ๆ มาจัดหมวดหมู่ให้สอดคล้องกับองค์ประกอบองค์กรสี่ด้านของโรงพยาบาลตำรวจที่กำหนดไว้ และกำหนดให้ตัวแปรทำนายประกอบด้วย 1) ปัจจัยด้านสภาพแวดล้อม 2) ปัจจัยด้านโครงสร้างองค์กร 3) ปัจจัยด้านการบริหารงาน และ 4) ปัจจัยด้านบุคลากรพยาบาล โดยตัวแปรตาม คือ การคงอยู่ในงาน

นิยามศัพท์เฉพาะ

พยาบาลเจเนอเรชันวาย (Generation Y Nurse) ผู้วิจัยเลือกใช้การแบ่งช่วงอายุตามคำจำกัดความของสำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ระบุไว้ว่าหมายถึง ผู้ที่เกิดในช่วงปี พ.ศ. 2523-2543 มีอายุระหว่าง 25-45 ปี ณ ปี พ.ศ. 2568[1] เพื่อให้เข้ากับบริบท

ช่วงอายุของกลุ่มตัวอย่าง คือ พยาบาลเจเนอเรชันวาย ที่ปฏิบัติงานอยู่ในโรงพยาบาลตำรวจ โดยส่วนใหญ่มีอายุการทำงานตั้งแต่ 1 ปีขึ้นไป และมีอายุเฉลี่ย 26 ปี ณ ปีที่เก็บข้อมูลการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

1. ประชากร คือ พยาบาลเจเนอเรชันวาย ที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลตำรวจ จำนวน 534 คน

2. กลุ่มตัวอย่าง คือ พยาบาลเจเนอเรชันวาย ที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลตำรวจ จำนวน 129 คน คำนวณโดยใช้โปรแกรม จีสตาร์ เพาว์เวอร์ (G*Power)[18] ใช้วิธีสุ่มอย่างง่าย (simple random sampling) โดยการจับฉลากแบบไม่มีการแทนที่ จากค่ามาตรฐานของ จาคอบ โคเฮน (Jacob Cohen)[19] กำหนดว่าค่าอำนาจการทดสอบ (power) ที่ยอมรับได้คือ 0.80 แต่การวิจัยครั้งนี้ กำหนดค่าอำนาจการทดสอบ (power) ไว้ที่ 0.95[20] และกำหนดอิทธิพลสำหรับการทดสอบ (effect size: f2) เท่ากับ 0.15 ซึ่งเป็นค่ากลาง (medium) ที่โปรแกรมเสนอ เนื่องจากจะทำให้ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างที่มากขึ้นและสร้างความน่าเชื่อถือของงานวิจัย โดยกำหนดค่าความคลาดเคลื่อน (alpha error probability) เท่ากับ 0.05

3. ผู้ให้ข้อมูลเชิงคุณภาพ สำหรับพัฒนาเครื่องมือ มี 3 กลุ่ม ได้แก่

3.1 ผู้บริหารทางการพยาบาล โรงพยาบาลตำรวจ จำนวน 5 คน จากทั้งหมด 94 คน ที่สังกัดอยู่ทั้ง 11 สายงาน นำสายงานที่มีลักษณะงานเหมือนกันยุบรวมไว้ด้วยกันให้เหลือ 5 สายงาน จากนั้นคัดเลือกแบบเจาะจง (purposive sampling) มาสายงานละ 1 คน เพื่อมาให้ความเห็นในมุมมองของผู้บริหารที่ทำงานใกล้ชิดกับพยาบาลเจเนอเรชันวายว่าพบปัญหาใดบ้างในการทำงาน พร้อมเสนอแนวทางหรือนโยบายในการบริหารงานเพื่อให้พยาบาลเจเนอเรชันวายคงอยู่ในองค์กร

3.2 พยาบาลเจเนอเรชันวาย จำนวน 5 คน จากทั้งหมด 534 คน ที่สังกัดอยู่ทั้ง 11 สายงาน โดยนำสายงานที่มีลักษณะงานเหมือนกันยุบรวมไว้ด้วยกันให้เหลือ 5 สายงาน จากนั้นคัดเลือกแบบเจาะจง (purposive sampling) มาสายงานละ 1 คน

3.3 พยาบาลเจเนอเรชันวาย ที่ลาออกจากโรงพยาบาลตำรวจไปแล้วในช่วง 11 ปีที่ผ่านมา จำนวน 5 คน จากทั้งหมด 62 คน คัดเลือกโดยการสุ่มตามสะดวก (convenience sampling)

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยเป็นเครื่องมือที่ซึ่งผู้วิจัยสร้างเอง มี 2 ส่วน ดังนี้

1. แบบสัมภาษณ์เชิงลึกสำหรับค้นหาประเด็น/ตัวบ่งชี้ในการสร้างแบบสอบถาม มีวิธีการพัฒนาดังขั้นตอนต่อไปนี้

1.1 ศึกษาแนวคิด ทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับปัจจัยที่ส่งผลต่อการคงอยู่ในงาน ได้แก่ แบบจำลองเพชรของเลวิตต์ (Leavitt's Diamond Model)[8] และทฤษฎีความพึงพอใจในงานของ สเปคเตอร์ (Spector)[17] รวมทั้งเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง เพื่อกำหนดเป็นนิยาม ตัวแปร และเป็นกรอบในการกำหนดประเด็นการสัมภาษณ์

1.2 กำหนดรูปแบบของแบบสัมภาษณ์แบบกึ่งมีโครงสร้าง (semi-structured interview) ประกอบด้วยคำถาม 2 ส่วน ได้แก่ ส่วนที่ 1 แบบสัมภาษณ์ข้อมูลส่วนบุคคลและลักษณะการทำงาน จำนวน 14 ข้อ และส่วนที่ 2 แบบสัมภาษณ์ปัจจัยที่ส่งผลต่อการคงอยู่ในงานของพยาบาลเจเนอเรชันวาย โรงพยาบาลตำรวจ จำนวน 4 ข้อ

1.3 เขียนข้อคำถามการสัมภาษณ์เชิงลึกให้สอดคล้องกับผู้ให้ข้อมูลแต่ละกลุ่ม

1.4 นำร่างแบบสัมภาษณ์เชิงลึกให้อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลักตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา

1.5 ปรับปรุงแก้ไขตามคำแนะนำของอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก พร้อมทั้งตรวจสอบความเรียบร้อยของแบบสัมภาษณ์เชิงลึกให้สมบูรณ์ก่อนนำไปใช้

1.6 นำแบบสัมภาษณ์เชิงลึกไปใช้สัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูลทั้ง 3 กลุ่ม จำนวน 15 คน

1.7 สรุปประเด็นจากการสัมภาษณ์ โดยนำข้อมูลมาวิเคราะห์เนื้อหา (thematic content analysis) เพื่อหาตัวบ่งชี้ของปัจจัยที่ส่งผลต่อการคงอยู่ในงาน จากนั้นนำมาจำแนกตามกลุ่มปัจจัย 4 ด้าน ที่ผู้วิจัยได้กำหนดไว้ ประกอบด้วย 1) ปัจจัยด้านสภาพแวดล้อม 2) ปัจจัยด้านโครงสร้างองค์กร 3) ปัจจัยด้านการบริหารงาน 4) ปัจจัยด้านบุคลากรพยาบาล

2. แบบสอบถามปัจจัยที่ส่งผลต่อการคงอยู่ในงานของพยาบาลเจเนอเรชันวาย โรงพยาบาลตำรวจ มีวิธีการพัฒนาแบบสอบถามดังขั้นตอนต่อไปนี้

2.1 กำหนดรูปแบบของแบบสอบถาม มีมาตรการตอบของแบบสอบถามตอนที่ 2 และ 3 เป็นมาตราส่วนประมาณค่า (rating scale) 5 ระดับ[21]

2.2 ร่างแบบสอบถาม โดยนำตัวบ่งชี้ของปัจจัยที่ส่งผลต่อการคงอยู่ในงานที่จำแนกไว้ 4 ด้าน มาสร้างแบบสอบถามปัจจัยที่ส่งผลต่อการคงอยู่ในงานของพยาบาลเจเนอเรชันวาย โรงพยาบาลตำรวจ จำนวน 96 ข้อ แบ่งออกเป็น 3 ตอน ประกอบด้วย ตอนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล จำนวน 10 ข้อ ตอนที่ 2 ปัจจัยที่ส่งผลต่อการคงอยู่ในงานของพยาบาลเจเนอเรชันวาย โรงพยาบาลตำรวจ มีทั้งหมด 79 ข้อ และตอนที่ 3 การคงอยู่ในงานของพยาบาลเจเนอเรชันวาย โรงพยาบาลตำรวจ จำนวน 7 ข้อ

2.3 นำร่างแบบสอบถามให้อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลักตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา

2.4 ปรับปรุงแก้ไขตามคำแนะนำของอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก

2.5 นำแบบสอบถามส่งให้ผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 ท่าน ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (content validity) ประกอบด้วย อาจารย์แพทย์ที่ทำหน้าที่ในตำแหน่งบริหารโรงพยาบาล 1 ท่าน อาจารย์พยาบาลภายนอกสถาบัน 2 ท่าน ผู้บริหารทางการพยาบาล โรงพยาบาลตำรวจ 2 ท่าน

2.6 หาค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหารายข้อ (Item-Content Validity Index: I-CVI) งานวิจัยฉบับนี้มีค่าอยู่ระหว่าง 0.80-1.00 เมื่อพิจารณาข้อคำถามที่ได้คะแนนต่ำกว่า 1.00 พบว่าเป็นเนื้อหาที่จำเป็น ผู้วิจัยจึงปรับปรุงข้อคำถามให้มีความชัดเจนตามคำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิ[22]

2.7 หาค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาทั้งฉบับ (Scale-Level CVI: S-CVI) จากวิธีหาค่าความตรงเฉลี่ยทั้งฉบับ (Scale-Level CVI/Average: S-CVI/Ave) โดยการนำค่า CVI ของข้อคำถามทุกข้อมารวมกัน และหารด้วยจำนวนข้อคำถาม ค่า S-CVI ควรมีค่ามากกว่า 0.90 ขึ้นไป[22] งานวิจัยฉบับนี้มีค่าความตรงเฉลี่ยทั้งฉบับ เท่ากับ 0.99

2.8 ปรับปรุงแก้ไขแบบสอบถาม ตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิ

2.9 ทดลองใช้แบบสอบถามกับพยาบาลเจเนอเรชันวาย โรงพยาบาลตำรวจ ที่มีลักษณะคล้ายกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน

2.10 วิเคราะห์ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบราค เพื่อหาความเชื่อมั่นของแบบสอบถาม

2.11 คัดเลือกข้อคำถามจากค่า Corrected Item-Total Correlation (CITC) พบว่ามีข้อคำถามทั้งหมด 12 ข้อที่มีค่า CITC ต่ำกว่า 0.2 ผู้วิจัยจึงพิจารณาตัดข้อคำถามดังกล่าวออก[23]

2.12 วิเคราะห์ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบราคอีกครั้งหลังตัดข้อคำถาม ได้ค่าอยู่ระหว่าง 0.714-0.925

การเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยเป็นผู้ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเองโดยใช้แบบสอบถาม ผ่านทาง Google Form แบ่งเป็น 3 ขั้นตอน ดังนี้

1. ขั้นเตรียมการ

1.1 เสนอโครงร่างวิจัยเพื่อขอรับการพิจารณาเห็นชอบจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมวิจัยในมนุษย์โรงพยาบาลตำรวจ ผลการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยรับรองนับตั้งแต่ วันที่ 18 สิงหาคม 2568 ถึง 18 สิงหาคม 2569 มีรหัสโครงการวิจัยคือ Nq042-68

1.2 หลังจากได้รับการอนุมัติให้ดำเนินการวิจัย โดยผ่านการพิจารณาและเห็นชอบจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมวิจัยในมนุษย์โรงพยาบาลตำรวจแล้ว ผู้วิจัยนำหนังสือจากประธานกรรมการประจำสาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช และตัวอย่างแบบสอบถามการวิจัยพร้อมทั้ง QR code เสนอต่อนายแพทย์ใหญ่โรงพยาบาลตำรวจ และหัวหน้ากลุ่มงานพยาบาล เพื่อขออนุญาตเก็บข้อมูล

1.3 หลังจากได้รับอนุญาตแล้ว ผู้วิจัยติดต่อประสานงานกับกลุ่มงานพยาบาลโรงพยาบาลตำรวจ แนะนำตัวเพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย วิธีดำเนินการวิจัย การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง ขอรายชื่อบุคลากรพยาบาล และขออนุญาตให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามผ่าน Google Form

2. ขั้นดำเนินการ

ผู้วิจัยขอความยินยอมในการเข้าร่วมการวิจัยกับกลุ่มตัวอย่างด้วยตนเอง โดยสอบถามความสมัครใจ แจ้งชื่องานวิจัย วัตถุประสงค์ ประโยชน์ที่ได้รับจากการวิจัย วิธีตอบแบบสอบถามผ่าน Google Form แจ้งรายละเอียด จำนวนข้อคำถาม ระยะเวลาที่ใช้ในการตอบแบบสอบถาม โดยประมาณ และความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นกับกลุ่มตัวอย่าง ครั้งนี้ ได้แก่ การเสียเวลาในการตอบแบบสอบถามให้แก่กลุ่มตัวอย่างทราบก่อนลงมือทำ จากนั้นขอให้กลุ่มตัวอย่างลงนามในใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัย โดยกลุ่มตัวอย่างสามารถสแกน QR Code ที่ผู้วิจัยแจกให้เพื่อเลือกเวลาเข้าทำแบบสอบถามได้ตามที่สะดวก ทั้งนี้ผู้วิจัยได้ตั้งค่า Google Form ให้มีการ login ด้วย email ก่อนเข้าทำแบบสอบถาม เพื่อป้องกันการตอบแบบสอบถามซ้ำ

3. ขั้นตอนหลังดำเนินการเก็บข้อมูล

ผู้วิจัยตรวจสอบความสมบูรณ์เรียบร้อยของข้อมูลก่อนนำไปวิเคราะห์ทางสถิติ ซึ่งการเก็บข้อมูลครั้งนี้ได้รับแบบสอบถามครบถ้วนและสมบูรณ์ ร้อยละ 100

การวิเคราะห์ข้อมูล มีรายละเอียดดังนี้

1. ข้อมูลทั่วไปและปัจจัยที่ส่งผลต่อการคงอยู่ในงานของพยาบาลเจเนอเรชันวาย โรงพยาบาลตำรวจทั้ง 4 ด้าน ใช้สถิติเชิงพรรณนา คำนวณค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยที่ส่งผลต่อการคงอยู่ในงานของพยาบาลเจเนอเรชันวาย โรงพยาบาลตำรวจทั้ง 4 ด้าน กับการคงอยู่ในงานของพยาบาลเจเนอเรชันวาย โรงพยาบาลตำรวจ ใช้สถิติเชิงสรุปอ้างอิง

3. คำนวณค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของ เพียร์สัน (Pearson correlation: r)[12-13] เพื่อตรวจสอบข้อตกลงเบื้องต้นของการวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณว่าตัวแปรทำนายหรือปัจจัยทั้ง 4 ด้านมีความสัมพันธ์กันเอง (multicollinearity) ในระดับสูงหรือไม่ และเป็นการทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรทำนายหรือปัจจัยทั้ง 4 ด้านกับตัวแปรตาม การคงอยู่ในงานของพยาบาลเจเนอเรชันวาย โรงพยาบาลตำรวจ ว่ามีความสัมพันธ์กันในทิศทางใด และระดับใด โดยกำหนดระดับนัยสำคัญที่ 0.05

4. คำนวณค่าสัมประสิทธิ์การทำนาย โดยใช้สถิติการถดถอยพหุคูณ (multiple regression analysis)[12-13] ด้วยวิธี Stepwise

ผลการวิจัย

จากการวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไป พบว่า พยาบาลเจเนอเรชันวาย โรงพยาบาลตำรวจ 129 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง จำนวน 127 คน คิดเป็นร้อยละ 98.45 มีภูมิลำเนาอยู่ต่างจังหวัดนอกเขตกรุงเทพมหานครจำนวน 111 คน คิดเป็นร้อยละ 86.05 โดยอยู่ที่ภาคกลางมากที่สุดจำนวน 35 คน คิดเป็นร้อยละ 27.13 มีสถานภาพโสดมากที่สุดถึง 113 คน คิดเป็นร้อยละ 87.60 การศึกษาสูงสุดคือ ระดับปริญญาตรี จำนวน 117 คน คิดเป็นร้อยละ 90.70 และมีรายได้หลักอยู่ในช่วง 20,001-30,000 บาทต่อเดือน จำนวน 59 คน คิดเป็นร้อยละ 45.74 และพบว่ามีเงินเหลือเก็บ จำนวน 94 คน คิดเป็นร้อยละ 72.87 ในด้านการทำงานส่วนใหญ่มีอายุงาน 1-5 ปี จำนวน 87 คน คิดเป็นร้อยละ 67.44 และมีชั่วโมงการปฏิบัติงานส่วนใหญ่อยู่ระหว่าง 49-58 ชั่วโมงต่อสัปดาห์ จำนวน 31 คน คิดเป็นร้อยละ 24.03 ในเรื่องที่พักอาศัย ส่วนใหญ่พักอาศัยอยู่ที่หอพักพยาบาลเพียงอย่างเดียว มีจำนวนมากถึง 78 คน คิดเป็นร้อยละ 60.46 มีผู้ที่อยู่หอพักและไม่มีความจำเป็นต้องเดินทางมาทำงาน จำนวน 54 คน คิดเป็นร้อยละ 41.86 รองลงมา ใช้บริการรถไฟฟ้า จำนวน 36 คน คิดเป็นร้อยละ 27.90

ตารางที่ 1 ผลการวิเคราะห์ค่าสหสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านสภาพแวดล้อม ด้านโครงสร้างองค์กร ด้านการบริหารงาน ด้านบุคลากรพยาบาล และความคงอยู่ในงานของพยาบาลเจเนอเรชันวาย โรงพยาบาลตำรวจ

ตัวแปร	การคงอยู่ในงาน	สภาพแวดล้อม	โครงสร้างองค์กร	การบริหารงาน	บุคลากรพยาบาล
การคงอยู่ในงาน	1				
สภาพแวดล้อม	0.449**	1			
โครงสร้างองค์กร	-0.032	0.147	1		
การบริหารงาน	0.073	0.236**	0.458**	1	
บุคลากรพยาบาล	0.203*	0.139	-0.299**	-0.351**	1
Mean	2.97	2.81	4.13	3.85	1.98
SD.	0.77	0.71	0.56	0.53	0.57

จากตารางที่ 1 พบความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรดังนี้

1. ปัจจัยเชิงบวก

1.1 ปัจจัยด้านสภาพแวดล้อมมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับปัจจัยด้านการบริหารงาน อย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ 0.05 (r=0.236, p=0.05)

1.2 ปัจจัยด้านสภาพแวดล้อมมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับการคงอยู่ในงาน อย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ 0.001 (r=0.449, p=0.001)

1.3 ปัจจัยด้านโครงสร้างองค์กรมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับการบริหารงาน อย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ 0.001 (r=0.458, p=0.001)

1.4 ปัจจัยด้านบุคลากรพยาบาลมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับการคงอยู่ในงาน อย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ 0.05 (r=0.203, p=0.05)

2. ปัจจัยเชิงลบ

2.1 ปัจจัยด้านโครงสร้างองค์กรมีความสัมพันธ์เชิงลบกับปัจจัยด้านบุคลากรพยาบาล อย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ 0.001 (r=-0.299, p=0.001)

2.2 ปัจจัยด้านการบริหารงานมีความสัมพันธ์เชิงลบกับปัจจัยด้านบุคลากรพยาบาล อย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ 0.001 (r=-0.351, p=0.001)

ตารางที่ 2 ค่าสัมประสิทธิ์ตัวแปรทำนายในรูปคะแนนดิบ และคะแนนมาตรฐานของปัจจัยทำนายการคงอยู่ในงานของพยาบาลเจเนอเรชันวาย โรงพยาบาลตำรวจ

ปัจจัยทำนาย	B	Std. Error	Beta	T	Sig.
สภาพแวดล้อม	0.489	0.086	0.449	5.660	0.001
(Consant)	1.597	0.251		6.371	0.001

R = 0.449 R Square = 0.201 Adjusted R Square = 0.195 Std. Error = 0.251

จากตารางที่ 2 เมื่อพิจารณาจากคะแนนมาตรฐานของตัวแปรปัจจัยด้านสภาพแวดล้อม พบว่ามีน้ำหนักในการทำนายสูงสุด (Beta=0.449) จึงเป็นตัวแปรเดียวที่ถูกเลือกเข้าสมการทำนายการคงอยู่ในงานด้วยวิธี Stepwise โดยสามารถทำนายความแปรปรวนของการคงอยู่ในงานได้ร้อยละ 19.5 (Adjusted R Square=0.195) มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 มีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์พหุคูณ (R) เท่ากับ 0.449 และมีค่าความคลาดเคลื่อนมาตรฐานในการทำนาย (Std. Error) เท่ากับ 0.251

สามารถสรุปผลการวิจัยได้ว่า การคงอยู่ในงานของพยาบาลเจเนอเรชันวาย โรงพยาบาลตำรวจ มีค่าเฉลี่ยโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ($\overline{X}$=2.97, SD.=0.774) โดยปัจจัยด้านสภาพแวดล้อม มีความสัมพันธ์เชิงบวกในระดับปานกลางกับการคงอยู่ในงานอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001 (r=0.449) และสามารถทำนายการคงอยู่ในงานของพยาบาลเจเนอเรชันวาย โรงพยาบาลตำรวจได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001 (β=0.449) โดยอธิบายความแปรปรวนในการคงอยู่ในงานของพยาบาลเจเนอเรชันวาย โรงพยาบาลตำรวจได้ร้อยละ 19.5 นอกจากนี้พบว่าปัจจัยด้านบุคลากรมีความสัมพันธ์เชิงบวกในระดับต่ำกับการคงอยู่ในงานอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (r=0.203) ส่วนปัจจัยด้านโครงสร้างองค์กร และปัจจัยด้านการบริหารงาน ไม่มีความสัมพันธ์กับการคงอยู่ในงาน

การอภิปรายผลการวิจัย

แบ่งการอภิปรายผลตามปัจจัยทั้ง 4 ด้าน ที่ได้ตั้งสมมติฐานงานวิจัยไว้ได้ดังต่อไปนี้

1. ปัจจัยด้านสภาพแวดล้อม

ผลการวิจัยครั้งนี้พบว่า ปัจจัยด้านสภาพแวดล้อมมีความสัมพันธ์กับการคงอยู่ในงานอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001 (r=0.449) พบประเด็นสำคัญคือเรื่องหอพักพยาบาล มีสภาพเก่า ทรุดโทรม ไม่เพียงพอ ไม่มีความปลอดภัย ขาดเฟอร์นิเจอร์และสิ่งอำนวยความสะดวกที่ตรงตามความต้องการของพยาบาลเจเนอเรชันวาย โรงพยาบาลตำรวจ ที่ต้องทำงานมากถึง 49-58 ชั่วโมงต่อสัปดาห์ ซึ่งเกินจากมาตรฐานที่สภาการพยาบาลกำหนดไว้ที่ไม่เกิน 48 ชั่วโมงต่อสัปดาห์[24] สะท้อนถึงภาระงานที่หนัก ไม่มี work-life balance ตามความต้องการของพยาบาลเจเนอเรชันวาย จนนำไปสู่การลาออกในที่สุด[11,30]

จากสภาพการทำงานดังกล่าว ทำให้พยาบาลมีความจำเป็นต้องพักอาศัยอยู่ที่หอพักอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ ระหว่างการสัมภาษณ์เชิงลึกเพื่อค้นหาประเด็น/ตัวบ่งชี้ในการสร้างแบบสอบถามพบข้อมูลสนับสนุน ดังนี้ “...หอพักเก่า ทรุดโทรม หอพัก ไม่ปลอดภัย...” “...ควรสร้างหอพักเพิ่ม...” “...อยากให้มีแม่บ้าน คนสวนมาดูแลให้เพียงพอ...” “...หอพักควรเปลี่ยนเป็นฟูกแทนเบาะนอน...” และ “...ปรับปรุงให้เหมือนคอนโด มีแอร์ เครื่องทำน้ำอุ่น มีมุม โต๊ะทำงาน โซฟา ที่กินข้าว...” สอดคล้องกับการศึกษาของ ณัฐภพ สุวรรณโกมลกุล[25] ที่พบว่าหอพักพยาบาลมีจำนวนห้องพักน้อย พื้นที่คับแคบ พยาบาลจึงเสนอให้มีการปรับปรุงหอพัก โดยจัดตั้งคณะกรรมการเพื่อปรับปรุง ซ่อมแซม เพิ่มจำนวนห้องพัก จัดสิ่งอำนวยความสะดวก และให้มีการรักษาความปลอดภัยตลอด 24 ชั่วโมง

หอพักพยาบาลเป็นความต้องการขั้นพื้นฐานทางด้านร่างกาย (physiological need)[26] และมีความสำคัญอย่างยิ่งต่อพยาบาลเจเนอเรชันวาย โรงพยาบาลตำรวจ ที่เติบโตมาพร้อมกับความสะดวกสบาย และต้องการการตอบสนองความพึงพอใจในชีวิตประจำวันอย่างรวดเร็ว[2] ดังนั้นการจัดสรรงบประมาณเพื่อปรับปรุงหอพักพยาบาล คือหัวใจสำคัญที่สุดที่องค์กรควรลงทุนอย่างเร่งด่วน เพื่อรักษาการคงอยู่ในงานของพยาบาลกลุ่มนี้ซึ่งเป็นบุคลากรส่วนใหญ่ขององค์กร

2. ปัจจัยด้านโครงสร้างองค์กร

ผลการศึกษาครั้งนี้พบว่าปัจจัยด้านโครงสร้างองค์กรไม่มีความสัมพันธ์กับการคงอยู่ในงาน ชี้ให้เห็นว่าลักษณะของโครงสร้างองค์กร อาจไม่ได้ส่งผลกระทบโดยตรงต่อการตัดสินใจคงอยู่ในงานของพยาบาลเจเนอเรชันวาย โรงพยาบาลตำรวจ อย่างไรก็ตาม การวิจัยครั้งนี้ยังพบประเด็นพยาบาลลาออกเนื่องจากมีโรงพยาบาลในสังกัดเพียง 3 โรงพยาบาล ได้แก่ โรงพยาบาลดารารัศมี จังหวัดเชียงใหม่ โรงพยาบาลนวมินทราชูทิศ สมเด็จย่า จังหวัดกรุงเทพมหานคร และ โรงพยาบาลยะลาสิริรัตนรักษ์ จังหวัดยะลา ซึ่งยังไม่ครอบคลุมทั้งประเทศ จึงทำให้การขอย้ายกลับภูมิลำเนาไม่ตรงตามความต้องการ ดังข้อมูลที่พบจากการสัมภาษณ์เชิงลึกได้กล่าวว่า “...บุคลากรมีภูมิลำเนาเป็นคนต่างจังหวัดเยอะต้องย้ายกลับเยอะ แต่ไม่มีโรงพยาบาลในสังกัดให้ย้าย เลยต้องออก...”

ผลการศึกษาในครั้งนี้ยังได้ผลเช่นเดียวกับการศึกษาของ ชวัลรัตน์ บุญแดง และคณะ[13] ที่พบว่าโรงพยาบาลที่มีเครือข่ายครอบคลุม สามารถตอบสนองต่อความต้องการของพยาบาลเจนเนอเรชันวายที่ต้องการย้ายกลับภูมิลำเนาได้จึงไม่มีความจำเป็นต้องลาออกจากงาน

นอกจากนี้ยังพบประเด็นเรื่อง ไม่มีโครงสร้างฝ่ายวิชาการในการดูแลงานวิจัยและนวัตกรรมที่เป็นรูปธรรม ทำให้การส่งเสริมด้านวิจัยและนวัตกรรมไม่ชัดเจน พบว่ามีเพียงหน่วยพัฒนาคุณภาพการพยาบาลที่มุ่งเน้นเรื่องการจัดการฝึกอบรมวิชาการพัฒนาสมรรถนะและการประเมินคุณภาพทางการพยาบาล ซึ่งไม่เพียงพอต่อการส่งเสริมพัฒนางานวิจัยและนวัตกรรม ดังคำกล่าว "...ควรแยกโครงสร้างองค์กรพยาบาลเป็นสายงานด้านการบริการ และสายงานด้านวิชาการและควรมีหน่วยงานด้านวิจัยและนวัตกรรมทางการพยาบาล..." และ "...ควรแยกโครงสร้างองค์กร เป็นฝ่ายบริหารกับวิชาการ แยกหัวหน้าพยาบาลกันไปคนละสายเลยขึ้นตรงกับตำแหน่งพยาบาล (สบ 6) ที่เปิดเพิ่มใหม่ด้านวิชาการ องค์กรจะได้พัฒนาโรงพยาบาลใกล้เคียงเค้าแยกฝ่ายกันหมดแล้ว..."

การให้ความสำคัญกับการพัฒนาวิชาชีพและมองหาโอกาสความก้าวหน้าในระยะยาว ช่วยส่งเสริมให้บุคลากรสามารถพัฒนาตนเองสู่ตำแหน่งที่สูงขึ้นได้ทั้งในส่วนความสามารถทางวิชาการและความสามารถทางการบริหารตามรูปแบบเส้นทางเดินตามบันไดวิชาชีพแบบสองทาง[27]

3. ปัจจัยด้านการบริหารงาน

ผลการวิจัยพบว่าปัจจัยด้านการบริหารงานไม่มีความสัมพันธ์กับการคงอยู่ในงาน อย่างไรก็ตามจากการสัมภาษณ์เชิงลึกเพื่อค้นหาประเด็น/ตัวบ่งชี้ ในการสร้างแบบสอบถาม พบประเด็นสำคัญในด้านการบริหารงาน ดังนี้

3.1 การกำหนดคุณสมบัติหัวหน้าหอผู้ป่วย ผู้บริหารส่วนใหญ่ "...เห็นด้วย..." ให้กำหนดคุณสมบัติหัวหน้าหอผู้ป่วยด้วยวุฒิปริญญาโทการพยาบาล หรือปริญญาโทการบริหารการพยาบาล เพื่อให้ได้ผู้มีความรู้ความสามารถตามสายงานที่ชัดเจน และสอดคล้องกับการยกระดับองค์กรพยาบาล

3.2 ขาดการสร้างแรงจูงใจเพื่อรักษาบุคลากรทั้งพยาบาลและผู้บริหารทางการพยาบาลยอมรับว่า "...ขาดการสร้างแรงจูงใจ..." เพื่อให้บุคลากรอยู่ต่อ และมีข้อเสนอให้ "...เพิ่มรายได้และเงินค่าตอบแทนพิเศษสำหรับตำแหน่งหัวหน้าหอให้เทียบเท่าตำแหน่ง พยาบาล (สบ 4)..." จากการศึกษาพบว่าสาเหตุการลาออกของบุคลากร ร้อยละ 78 เป็นปัจจัยที่ผู้บริหารสามารถป้องกันได้ เช่นการสร้างแรงจูงใจ (motivation) ในการทำงานโดยการเพิ่มค่าตอบแทนและสวัสดิการ[7]

3.3 ขาดความรู้เรื่องเส้นทางความก้าวหน้าในอาชีพ (career path) พยาบาลเจเนอเรชันวาย โรงพยาบาลตำรวจ ขาดความรู้และข้อมูลที่ชัดเจนเกี่ยวกับเส้นทางความก้าวหน้าในอาชีพและการทำผลงานเลื่อนไหล ซึ่งควรมีการแจ้งและสอนตั้งแต่การปฐมนิเทศก่อนเริ่มเข้าทำงาน เพื่อให้บุคลากรสามารถวางแผนชีวิตและเตรียมตัวได้ถูกต้อง สอดคล้องกับการศึกษาของ สิริพิมพ์ ชูปาน[2] ที่กล่าวว่า พยาบาลเจเนอเรชันวาย มีความต้องการที่จะได้รับการปฐมนิเทศให้ข้อมูลหรือเตรียมความพร้อมในการปฏิบัติงานเกี่ยวกับบทบาทหน้าที่และสิทธิของตนเองในด้านต่าง ๆ รวมถึงรับทราบแนวปฏิบัติในการทำงานที่ชัดเจนและเป็นรูปธรรมเพื่อให้ตนสามารถปฏิบัติตัวได้อย่างถูกต้องและเหมาะสม อีกทั้งยังเป็นการพิทักษ์สิทธิและเสรีภาพของตนเองอีกประการหนึ่ง

3.4 การทำงานที่ไม่ใช่หน้าที่ของพยาบาล พบว่าการทำงานของพยาบาลมีขอบเขตบทบาทหน้าที่ไม่ชัดเจน ทำให้ต้องปฏิบัติงานที่ไม่ใช่หน้าที่หลัก เช่น "...คิดเงินและแจ้งค่าใช้จ่าย..." และ "...การผสมยาฉีด..." ซึ่งเป็นปัจจัยหนึ่งที่นำไปสู่การลาออก สอดคล้องกับการศึกษาของ Ooijen[11] ที่พบว่าการไม่มีขอบเขตบทบาทที่ชัดเจน เช่น การต้องแจ้งคนไข้เรื่องการเรียกเก็บค่าบริการซึ่งไม่ควรเป็นหน้าที่ของตน เป็นแรงจูงใจของพยาบาลในการลาออกจากวิชาชีพ

3.5 ระเบียบการแต่งกายที่เคร่งครัด มีการเรียกร้องให้ทบทวนและยกเลิกการใส่ชุดพยาบาลสีขาวแบบเดิม เนื่องจากระเบียบที่เคร่งครัดเป็นส่วนหนึ่งที่ทำให้พยาบาลลาออกจากงาน เช่นเดียวกับที่ วุฒิชัย สมกิจ กรรมการสภาการพยาบาลชุดที่ 10 วาระ 2565-2569 ได้กล่าวไว้ในการให้สัมภาษณ์กับเดอะคัฟเวอเรจ (The Coverage) สื่อออนไลน์ทางการแพทย์และสุขภาพไว้ว่า "ชุดพยาบาลเป็นหนึ่งในชนวนที่เร่งให้พยาบาลในโรงพยาบาลรัฐออกจากระบบ" และเสนอให้มีการหารือร่วมกันเพื่อกำหนดเครื่องแบบให้สอดคล้องกับการทำงานระหว่างสภาการพยาบาล องค์กรพยาบาล โดยเฉพาะผู้บริหารและผู้ปฏิบัติงานในโรงพยาบาล โดยเสนอให้

เป็นชุดที่เมื่อสวมใส่แล้วต้องทำงานได้อย่างคล่องตัว เปื้อนได้ยาก เนื้อผ้าซักง่าย รวมถึงเป็นชุดที่สามารถบ่งบอกตำแหน่งคนทำงานได้ เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับทราบตามสิทธิของผู้ป่วย[28]

3.6 การพิจารณาเลื่อนขั้นและเลื่อนตำแหน่งพยาบาลและผู้บริหารทางการพยาบาลต้องการให้ระบบพิจารณาเลื่อนขั้นและเลื่อนตำแหน่งมีความเป็นธรรม ตรงไปตรงมา ตรวจสอบได้ เนื่องจากพบว่าสาเหตุของการลาออกสูงที่สุดคือ ไม่เห็นโอกาสก้าวหน้าในอาชีพ และรู้สึกว่าไม่ได้รับความเป็นธรรมจากการประเมิน[15] โดยทฤษฎีความพึงพอใจของ Spector[17] ได้กล่าวเกี่ยวกับการเลื่อนขั้นเลื่อนตำแหน่งไว้ว่า การที่บุคคลใด ๆ ได้รับการเลื่อนขั้นเลื่อนตำแหน่งที่สูงขึ้นในเวลาที่เหมาะสม แสดงว่าบุคคลนั้นมีความสามารถในการปฏิบัติ และมีความก้าวหน้าในการปฏิบัติงาน ทำให้เกิดความภาคภูมิใจและมีแรงจูงใจในการปฏิบัติงาน และเมื่อมีการกระทำความผิดเกิดขึ้นในหน่วยงาน บุคคลที่กระทำผิดก็ได้รับการลงโทษอย่างเท่าเทียมกันตามหลักเกณฑ์ที่หน่วยงานได้กำหนดไว้ ทำให้เกิดความยุติธรรมในหน่วยงาน

4. ปัจจัยด้านบุคลากรพยาบาล

ผลการวิเคราะห์พบว่า ปัจจัยด้านบุคลากรพยาบาลมีความสัมพันธ์กับการคงอยู่ในงาน ถึงแม้จะไม่ใช่ปัจจัยหลักในการทำนาย แต่มีส่วนสำคัญในการทำให้พยาบาลเจเนอเรชันวาย โรงพยาบาลตำรวจ มีแนวโน้มที่จะคงอยู่ในงานต่อไป โดยพบประเด็นสำคัญ ดังนี้

4.1 จำนวนชั่วโมงในการปฏิบัติงาน พยาบาลเจเนอเรชันวาย โรงพยาบาลตำรวจ ส่วนใหญ่มีชั่วโมงการปฏิบัติงานเกินเกณฑ์ 48 ชั่วโมงต่อสัปดาห์ ตามที่สภาการพยาบาลกำหนด[24] นำไปสู่ปัญหา ไม่มี work-life balance และนำไปสู่การลาออก สอดคล้องกับการศึกษาของ Ooijen[11] ภาระงานหนัก ขาดแคลนบุคลากร จำนวนกะการทำงานถี่ อัตราส่วนระหว่างพยาบาลกับผู้ป่วยไม่สมดุล เป็นแรงจูงใจของพยาบาลในการลาออกจากวิชาชีพ

4.2 ค่าตอบแทน จากการสำรวจพบว่าส่วนใหญ่มีรายได้อยู่ในช่วง 20,000-30,000 บาท ต่อเดือน ซึ่งไม่เพียงพอต่อค่าครองชีพในกรุงเทพมหานคร ที่มีค่าครองชีพแพงที่สุดเป็นอันดับ 2 ของอาเซียน โดยค่าใช้จ่ายเฉลี่ยรายบุคคลไม่รวมค่าเช่าบ้านอยู่ที่ประมาณ 21,000 บาท ต่อเดือน ส่วนค่าใช้จ่ายเฉลี่ยของครอบครัวที่มีสมาชิก 4 คน ไม่รวมค่าเช่าบ้านอยู่ที่ 75,800 บาท ต่อเดือน[29] จึงไม่เพียงพอ และไม่ตอบโจทย์พยาบาลเจเนอเรชันวาย ที่ต้องการ work-life balance และต้องการมีประสบการณ์ในการเดินทางท่องเที่ยวในต่างประเทศ[30] ทำให้พยาบาลเจเนอเรชันวาย โรงพยาบาลตำรวจ ต้องการให้ปรับเพิ่มค่าตอบแทน เงินเดือน เบี้ยเวร โอที และ พ.ต.ส. เพื่อตอบโจทย์รูปแบบการดำเนินชีวิต (lifestyle) ให้เหมาะสมกับภาระงานและค่าครองชีพ ซึ่งสอดคล้องกับ Taunton[9] ที่กล่าวว่าการจ่ายค่าตอบแทนที่เหมาะสมและตรงเวลาจะทำให้บุคคลคงอยู่ในที่ทำงานได้

4.3 การลางาน พบปัญหาการ ลางานยาก ต้องแลกเวร ซึ่งเป็นเรื่องยากและทำให้รู้สึกผิดต่อเพื่อนร่วมงานที่ต้องทำงานแทน สะท้อนถึงสภาพการทำงานที่ตึงเครียดและขาดความยืดหยุ่น สอดคล้องกับการศึกษาของ Ooijen[11] พบว่าสภาพการทำงานที่ไม่ดี ภาระงานหนัก ขาดแคลนบุคลากร มีความกดดันในการทำงาน การทำงานไม่มีความยืดหยุ่น การต้องมาทำงานแทนเมื่อเพื่อนร่วมงานป่วย เป็นแรงจูงใจของพยาบาลในการลาออกจากวิชาชีพ

4.4 ขาดการสนับสนุนในการศึกษาต่อปริญญาโทและปริญญาเอก พยาบาลเจเนอเรชันวาย โรงพยาบาลตำรวจ ขาดโอกาสในการลาเรียนและขาดทุนสนับสนุนในการศึกษาต่อระดับปริญญาโทและปริญญาเอก ทำให้บางรายตัดสินใจลาออก และโรงพยาบาลเน้นสนับสนุนการศึกษาเฉพาะทางมากกว่าซึ่งการสนับสนุนการศึกษาต่อระดับปริญญาโทและปริญญาเอก ตามการศึกษาของทิพยรัตน์ สิงห์ทอง และคณะ[31] พบว่าพยาบาลที่มีระดับการศึกษาสูง ๆ จะมีภาวะความเป็นผู้นำสูงสามารถคิดวิเคราะห์และแก้ไขปัญหาเฉพาะหน้าได้ดีและมีความเป็นมืออาชีพมากกว่าพยาบาลที่ไม่ได้ศึกษาต่อ นอกจากนี้ยังพบว่าในด้านผลกระทบต่อผู้ป่วยนั้นมีโอกาสเสี่ยงต่อการเสียชีวิตและการรักษาล้มเหลวลดลง รวมถึงลดวันนอนรักษาตัวในโรงพยาบาล เมื่อพยาบาลได้รับการศึกษาต่อเพิ่มขึ้นการศึกษานี้ยังมีข้อเสนอแนะว่าหากมีการส่งเสริมให้พยาบาลที่อายุไม่เกิน 30 ปี ได้ไปศึกษาต่อ อาจมีส่วนช่วยให้ลดอัตราการสูญเสียพยาบาลในระบบสุขภาพในกลุ่มอายุ 30-40 ปี ได้มากขึ้น และจะช่วยให้พยาบาลที่ทำงานด้านการบริการได้นำความรู้ที่ได้ศึกษากลับมาใช้ในงานบริการมากขึ้น

4.5 ความก้าวหน้า พบว่าพยาบาลเจเนอเรชันวายรวมทั้งผู้บริหารทางการพยาบาล มีความรู้สึกว่าตนเอง "...ไม่มีความก้าวหน้า..." และ "...หมดไฟ..." ในการทำงาน สอดคล้องกับการศึกษาของ Ooijen[11] ที่พบว่าการขาดโอกาสในการพัฒนาอาชีพ รู้สึกว่าไม่สามารถทำให้ตนเองก้าวหน้าได้ ขาดการสนับสนุน เป็นแรงจูงใจของพยาบาลในการลาออกจากวิชาชีพ และสอดคล้องกับการศึกษาของบุญช่วย ศิลาหม่อม[12] ที่พบว่าปัจจัยที่สามารถทำนายการคงอยู่ในงานของพยาบาลเจเนอเรชันวาย ได้แก่ โอกาสก้าวหน้าในอาชีพ

ข้อเสนอแนะ

เพื่อเป็นแนวทางจัดการองค์กรในการรักษาการคงอยู่ในงานของพยาบาลเจเนอเรชันวาย โรงพยาบาลตำรวจ มีข้อเสนอแนะเชิงนโยบายดังนี้

1. โรงพยาบาลควรจัดสรรงบประมาณเพื่อปรับปรุงหอพักพยาบาลทางด้านกายภาพอย่างเร่งด่วน ได้แก่ จำนวนห้องพัก ความสะอาด ความปลอดภัย ระบบไฟฟ้าที่เสถียร มีเฟอร์นิเจอร์ เครื่องนอน ได้แก่ ฟูก โซฟา โต๊ะทำงาน โต๊ะรับประทานอาหาร รวมถึงที่จอดรถควรมีการบริหารจัดการให้เพียงพอและตอบโจทย์ตามความต้องการของพยาบาลเจเนอเรชันวาย เพื่อรักษาการคงอยู่ในงานของพยาบาลเจเนอเรชันวาย โรงพยาบาลตำรวจ เนื่องจากพยาบาลกลุ่มนี้เป็นบุคลากรส่วนใหญ่ขององค์กร

2. ควรมีการยกระดับองค์กรพยาบาล แยกโครงสร้างองค์กรพยาบาลเป็นสายงานด้านการบริการ และสายงานด้านวิชาการดูแลงานวิจัยและนวัตกรรมออกจากกันอย่างชัดเจน เพื่อให้เกิดการพัฒนาคุณภาพการพยาบาล และส่งเสริมงานวิชาการในองค์กรให้เพิ่มมากขึ้น ดังนี้

2.1 ส่งเสริมการศึกษาต่อในระดับปริญญาโทและปริญญาเอก ให้แก่บุคลากรพยาบาลโดยการให้สิทธิ์ลาเรียน และมีทุนค่าเล่าเรียนให้ เป็นแรงจูงใจให้บุคลากรมีความต้องการศึกษาต่อ ลดปัญหาการลาออกจากงานของผู้ที่ไม่ได้รับสิทธิ์ในการลา และองค์กรพยาบาลได้บุคลากรที่มีคุณภาพทางวิชาการเพิ่มมากขึ้น

2.2 กำหนดคุณสมบัติประจำตำแหน่ง (job specifications) ของผู้ที่จะเข้าสู่ตำแหน่งหัวหน้าหอผู้ป่วย โดยต้องเป็นผู้ที่สำเร็จการศึกษาระดับปริญญาโทการบริหารทางการพยาบาลสำหรับสายงานบริการ และปริญญาโททางการพยาบาลสำหรับสายงานด้านวิชาการ เพื่อให้มีผู้ที่มีความรู้ความสามารถเป็นที่ปรึกษา/พี่เลี้ยง ในการทำงานวิจัยและนวัตกรรมอย่างใกล้ชิดกับบุคลากรพยาบาลในหอผู้ป่วยที่ทำผลงานเลื่อนไหลทางวิชาการ ศึกษาต่อเฉพาะทางหรือศึกษาต่อระดับปริญญาโท

เอกสารอ้างอิง

1. สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ. คนรุ่นใหม่กับการสร้างประชากรที่มีคุณภาพ. ใน: ภาวะสังคมไทยไตรมาสสาม ปี 2561. 2561. น. 20. เข้าถึงได้จาก: https://shorturl.asia/YJx8a.
2. สิริพิมพ์ ชูปาน. พยาบาลวิชาชีพ Generation Y: ความท้าทายสำหรับผู้บริหารการพยาบาล. วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข 2561;28(1):1-12.
3. Tan S, Chin G. Generational effect on nurses' work values, engagement, and satisfaction in an acute hospital. BMC Nurs 2023;22:88.
4. Rutledge D, Douville S, Winokur E. Nurses' generational differences of burnout and turnover risk. OJIN: The Online Journal of Issues in Nursing 2024;29(3).
5. อัญชลี แสงชาญชัย. การขาดแคลนพยาบาล: ปัญหาสาธารณสุขไทยและข้อเสนอเชิงนโยบาย. วารสารบัณฑิตศึกษาวิชาการ 2567;2(2):26-36.
6. Muir MR, Li L. What are the top factors that drive employee retention and are there demographic (gender, generation, ethnicity, geography, etc.) differences in these factors? [Internet]. 2014 [cited 2025 Jun 2].
7. Work Institute. 2020 Retention Report [Internet]. 2020 [cited 2025 Dec 15]. Available from: https://info.workinstitute.com/hubfs/2020% 20Retention% 20Report/Work%20Institutes%202020%20Retention% 20Report.pdf.

8. Leavitt HJ. Applied organisational change in industry: Structural, technological and humanistic approaches. In: March JG, editor. Handbook of organisation. Chicago (IL): Rand McNally and Company; 1965. p. 624. Available from: https://archive.org/details/handbookoforgani0001unse_p4d3/page/624/mode/1up.
9. Taunton RL, Krampitz SD, Wood JH. Manager Impact on Retention of Hospital Staff: Part 1. J Nurs Adm 1989;19(3).
10. ฐิตารีย์ ภูฆัง, นิตยา เพ็ญศิรินภา, พรทิพย์ กีระพงษ์. บรรยากาศองค์การ ความเหนื่อยล้า และการคงอยู่ของพยาบาลวิชาชีพในเครือโรงพยาบาลเอกชนแห่งหนึ่งในกรุงเทพมหานคร. วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุพรรณบุรี 2565;5(2):79-91.
11. Ooijen WB, Malfait S, Waal GH, Hafsteinsdottir TB. Nurses' motivations to leave the nursing profession: A qualitative meta-aggregation. J Adv Nurs 2023;79(12):4455-71.
12. บุญช่วย ศิลาหม่อม. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการคงอยู่ในงานของพยาบาลวิชาชีพGeneration Y โรงพยาบาลแห่งหนึ่ง [วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต]. ชลบุรี: มหาวิทยาลัยบูรพา, คณะพยาบาลศาสตร์; 2560.
13. ชวัลรัตน์ บุญแดง, วันเพ็ญ แก้วปาน, สุริรธร กลัมพากร, จุฑาธิป ศีลบุตร. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการคงอยู่ในงานของพยาบาลวิชาชีพเจเนอเรชันวายในโรงพยาบาลชุมชน เขตสุขภาพที่ 4. วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข 2565;32(1):168-81.
14. ธุรการงานพยาบาล กลุ่มงานพยาบาล โรงพยาบาลตำรวจ. ข้อมูลย้าย ลาออก เหตุผล. 2565.
15. หน่วยพัฒนาบุคลกร กลุ่มงานพยาบาล โรงพยาบาลตำรวจ. บันทึกข้อความ เรื่อง รายงานผลการสำรวจความคิดเห็นกรณีออกจากงานของบุคลากรพยาบาล กลุ่มงานพยาบาล รพ.ตร. (บันทึกข้อความภายใน). 2567.
16. โรงพยาบาลตำรวจ. ยุทธศาสตร์โรงพยาบาลตำรวจ 5 ปี (พ.ศ. 2566-2570) [Internet]. 2565 [เข้าถึงเมื่อ 2568 ส.ค. 16]. เข้าถึงได้จาก: https://shorturl.asia/kGhIT.
17. Spector PE. Job satisfaction: Application, assessment, causes, and consequences. Thousand Oaks (CA): SAGE Publications; 2012.
18. Faul F, Erdfelder E, Buchner A, Lang A-G. Statistical power analyses using G*Power 3.1: Tests for correlation and regression analyses. Behav Res Methods 2009;41(4):1149-60.
19. Cohen J. Statistical power analysis for the behavioral sciences. 2nd ed. [Internet]. 1988 [cited 2025 Jun 2]. Available from: https://utstat.utoronto.ca/~brunner/oldclass/378f16/readings/CohenPower.pdf.
20. วัชรินทร์ สุทธิศัย, สิทธิพรร์ สุนทร, เทอดเกียรติ ฉายจรุง, สถิตคุณ บุญเรือน, สุรศักดิ์ สุขโชติ. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อขวัญกำลังใจในการปฏิบัติงานของบุคลากร องค์การบริหารส่วนตำบลในพื้นที่กลุ่มจังหวัดภาคตะวันออกเฉียงเหนือตอนบน 1 ของประเทศไทย. วารสารเซนต์จอห์น 2563;33(23):366-82.
21. McCloskey JC, McCain BE. Satisfaction, commitment, and professionalism of newly employed nurses. J Nurs Scholarsh 1987;19(1):20-4.
22. มณีรัศมิ์ พัฒนสมบัติสุข. การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือวิจัยทางการพยาบาลและสังคมศาสตร์. วารสารเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและการสาธารณสุขภาคใต้ 2564;8(2):329-43.
23. Steyn NP, Labadarios D, Nel JH, Heidi-Lee R. Development and validation of a questionnaire to test knowledge and practices of dietitians regarding dietary supplements. Nutrition 2005;21(1):51-8.
24. สภาการพยาบาล. ประกาศสภาการพยาบาล เรื่อง นโยบายชั่วโมงการทำงานของพยาบาลเพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วย. [ม.ป.ท.]: สภาการพยาบาล; 2560 ก.พ.17.

(Original Article)

Experiences and Behaviors in Blood Sugar Control Among Pregnant Women with Diabetes in Rural Areas: A Qualitative Study

*Sutharat Churos, M.S.N., *Nitjawan Weerawatthanodom Ed.D., *Preedawan Kasinang M.S.N., **Uma Prasertsri M.Ed.

*Boromarajonani College of Nursing, Faculty of Nursing, Praboromrajchanok institute, Chainat

**Jainad Narendra Hospital, Chainat

Correspondence to: nitjawan1@gmail.com

(Received : 17 Sep. 25, Revised : 1 Nov. 25, Accepted : 27 Jan. 26)

Abstract

This qualitative research aimed to explore the experiences of pregnant women with gestational diabetes mellitus (GDM) in controlling their blood glucose levels. The study involved 18 purposively selected participants who were diagnosed with GDM. Data were collected through in-depth interviews conducted in private antenatal clinic rooms, following Lincoln and Guba's trustworthiness criteria. The researcher established rapport, transcribed all recordings verbatim, and performed content analysis. The findings revealed five main themes: (1) Reactions and perceptions after diagnosis, reflecting feelings of shock, anxiety, and information received from healthcare providers; (2) Adaptation and self-management in daily life, including dietary modification and self-monitoring of blood glucose; (3) Driving forces and environmental influences, comprising motivation, support from family and healthcare providers, and barriers encountered (4) Shaping maternal identity, which enabled women to recognize their maternal role; and (5) The power of sharing experiences, expressed through providing ideas and advice to other pregnant women. These findings highlight processes of learning, adaptation and meaning-making that support effective and sustainable blood glucose management.

Keywords: experiences, blood glucose control behaviors, pregnant women, gestational diabetes mellitus, rural areas

Royal Thai Air Force Medical Gazette, Vol. 72 No. 1 January - April 2026

(นิพนธ์ต้นฉบับ)

ประสบการณ์และพฤติกรรมการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของหญิงตั้งครรภ์ที่เป็นเบาหวานในเขตชนบท: การวิจัยเชิงคุณภาพ

*สุฑารัตน์ ชูรส พย.ม., *นิจวรรณ วีรวัฒโนดม ค.ด., *ปรีดาวรรณ กะสินัง พย.ม., **อุมา ประเสริฐศรี ค.ม.
*วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก ชัยนาท
**โรงพยาบาลชัยนาทนเรนทร ชัยนาท

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงคุณภาพนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อสำรวจประสบการณ์ของหญิงตั้งครรภ์ที่เป็นเบาหวานในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด กลุ่มผู้ให้ข้อมูลคือหญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นเบาหวานจำนวน 18 ราย คัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง เก็บข้อมูลด้วยการสัมภาษณ์เชิงลึกในห้องส่วนตัวที่แผนกฝากครรภ์ โดยยึดหลักความน่าเชื่อถือของลินคอล์นและกูบา ผู้วิจัยสร้างสัมพันธภาพกับผู้ให้ข้อมูล ถอดเทปคำต่อคำ และวิเคราะห์เชิงเนื้อหา ผลการวิจัยพบว่า ประสบการณ์และพฤติกรรมการควบคุมระดับน้ำตาลสามารถแบ่งได้เป็น 5 ประเด็นหลัก ได้แก่ (1) ปฏิกิริยาตอบสนองและการรับรู้หลังการวินิจฉัย สะท้อนความตกใจ วิตกกังวล และการได้รับข้อมูลจากบุคลากรสุขภาพ (2) กระบวนการปรับตัวและการจัดการตนเองในชีวิตประจำวันผ่านการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการกินและการตรวจน้ำตาลด้วยตนเอง (3) แรงขับเคลื่อนและปัจจัยแวดล้อมที่มีอิทธิพลทั้งแรงจูงใจ การสนับสนุนจากครอบครัวหรือบุคลากรสุขภาพ และอุปสรรคที่พบ (4) การหล่อหลอมอัตลักษณ์ความเป็นแม่ซึ่งช่วยให้ตระหนักถึงบทบาทมารดา และ (5) พลังแห่งการถ่ายทอดประสบการณ์ โดยการแบ่งปันข้อคิดและคำแนะนำแก่หญิงตั้งครรภ์คนอื่น ผลการวิจัยสะท้อนกระบวนการเรียนรู้ การปรับตัว และการสร้างความหมายที่นำไปสู่การควบคุมระดับน้ำตาลได้อย่างมีประสิทธิภาพและยั่งยืน

คำสำคัญ: ประสบการณ์, พฤติกรรมการควบคุมระดับน้ำตาล, หญิงตั้งครรภ์, เบาหวานขณะตั้งครรภ์, เขตชนบท

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคเบาหวานในหญิงตั้งครรภ์ ทั้งชนิดที่เป็นมาก่อนตั้งครรภ์ (pre-gestational diabetes) และที่เกิดขึ้นระหว่างตั้งครรภ์ (gestational diabetes mellitus, GDM) เป็นปัญหาทางสุขภาพที่สำคัญทั่วโลก[1] โดยเฉพาะในประเทศไทยที่มีแนวโน้มการเกิดโรคนี้เพิ่มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง ซึ่งสัมพันธ์กับการเปลี่ยนแปลงของวิถีชีวิต[2] อัตราการมีภาวะน้ำหนักเกินและการตั้งครรภ์ในช่วงอายุที่มากขึ้น ผู้หญิงที่เป็นเบาหวานระหว่างตั้งครรภ์มีความเสี่ยงสูงต่อภาวะแทรกซ้อน เช่น ครรภ์เป็นพิษ การคลอดก่อนกำหนด ทารกตัวโต การผ่าตัดคลอด รวมถึงความเสี่ยงของทารกต่อการเกิดเบาหวานชนิดที่ 2 ในอนาคต[1]

การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดจึงเป็นหัวใจสำคัญของการดูแลหญิงตั้งครรภ์กลุ่มนี้ ซึ่งครอบคลุมทั้งการควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย การใช้ยา และการประเมินระดับน้ำตาลเป็นระยะ[1] อย่างไรก็ตามพฤติกรรมการควบคุมระดับน้ำตาลเป็นผลจากกระบวนการตัดสินใจที่ซับซ้อน ซึ่งมีปัจจัยหลากหลายเข้ามาเกี่ยวข้อง เช่น ความรู้ ความเชื่อ แรงสนับสนุนจากครอบครัว ความพร้อมด้านทรัพยากร และระบบบริการสุขภาพ[3] โดยเฉพาะในเขตชนบทของไทยที่ยังคงมีข้อจำกัดด้านการเข้าถึงบริการสาธารณสุข การสื่อสารสุขภาพ และความรู้ด้านโภชนาการ[4,5] ในบริบทของชนบท จากการศึกษาเชิงคุณภาพที่ผ่านมาของ คราเกลันด์ นีลเส็นและคณะ[6] ที่ศึกษาประสบการณ์ของหญิงตั้งครรภ์ในชนบทอินเดียพบว่าการจัดการภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์ (GDM) ชี้ให้เห็นปัญหาสำคัญหลายด้าน โดยเฉพาะการเผชิญความยากลำบากในการปรับพฤติกรรมการกิน และมักปฏิบัติตามคำแนะนำของแพทย์เกี่ยวกับเรื่องยาได้ไม่ต่อเนื่อง นอกจากนี้การศึกษาของจัตวานและคณะ[2] พบว่าการพัฒนาแนวทางการศึกษาพฤติกรรมการจัดการเบาหวานขณะตั้งครรภ์ในหญิงตั้งครรภ์ไทย

โดยชี้ให้เห็นประเด็นสำคัญที่ควรพิจารณา ได้แก่ ความรอบรู้ด้านสุขภาพ การสนับสนุนจากครอบครัวและระบบสุขภาพ และอุปสรรคเชิงบริบท ซึ่งเป็นรากฐานแนวคิดที่สำคัญต่อการออกแบบการวิจัย อย่างไรก็ดีแนวทางดังกล่าวยังมิได้อธิบายกลไกเชิงลึกที่ทำให้หญิงตั้งครรภ์ซึ่งเป็นเบาหวานตัดสินใจปรับตัวหรือเผชิญอุปสรรคต่าง ๆ ในชีวิตจริงภายใต้บริบทสังคมและวัฒนธรรมที่หลากหลาย สอดคล้องกับรายงานของกรมอนามัยที่ระบุว่าหญิงตั้งครรภ์ในเขตชนบทยังคงมีพฤติกรรมการดูแลตนเองที่ไม่สอดคล้องกับแนวทางการแพทย์ และมักพึ่งพาความเชื่อท้องถิ่นหรือคำแนะนำจากผู้อาวุโสในชุมชนมากกว่าบุคลากรสาธารณสุข ส่งผลให้การควบคุมระดับน้ำตาลทำได้ไม่ดี และกระทบต่อสุขภาพของทั้งมารดาและทารก ทั้งนี้งานวิจัยจำนวนมากที่ผ่านมามุ่งเน้นการศึกษาทางคลินิกหรือเชิงปริมาณ แต่ยังขาดการศึกษาที่มุ่งสำรวจประสบการณ์และพฤติกรรมของหญิงตั้งครรภ์ที่เป็นเบาหวานในชนบทอย่างลึกซึ้ง[2,3]

ดังนั้น จึงมีความจำเป็นอย่างยิ่งที่จะใช้วิธีวิจัยเชิงคุณภาพเชิงลึกเพื่อเข้าถึงมุมมอง เสียงสะท้อน และบริบทชีวิตจริงของกลุ่มหญิงตั้งครรภ์ที่เป็นเบาหวานอันจะนำไปสู่การพัฒนาแนวทางการพยาบาลที่เหมาะสม สอดคล้องกับวิถีชีวิต วัฒนธรรม และทรัพยากรของชุมชนชนบทไทยต่อไป

คำถามการวิจัย

1. หญิงตั้งครรภ์ที่เป็นเบาหวานในเขตชนบทมีประสบการณ์ในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดอย่างไร

2. พฤติกรรมที่หญิงตั้งครรภ์ใช้ในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดคืออะไร

3. ปัจจัยที่สนับสนุนและอุปสรรคต่อการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของหญิงตั้งครรภ์ในเขตชนบทคืออะไร

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อสำรวจประสบการณ์ของหญิงตั้งครรภ์ที่เป็นเบาหวานในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดในเขตชนบท

2. เพื่อศึกษาพฤติกรรมที่หญิงตั้งครรภ์ใช้ในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด

3. เพื่อค้นหาปัจจัยสนับสนุนและอุปสรรคต่อการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของหญิงตั้งครรภ์ในเขตชนบท

กรอบแนวคิดการวิจัย

การศึกษานี้ใช้แนวทางของปรากฏการณ์วิทยา (phenomenology) เพื่อเข้าใจประสบการณ์ตรง (lived experience) และค้นหา "แก่นของประสบการณ์" จากมุมมองของหญิงตั้งครรภ์ที่เป็นเบาหวานในชนบทที่ต้องควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด โดยไม่ตัดสินล่วงหน้า และให้ความสำคัญกับบริบทชีวิตจริง

นิยามศัพท์เฉพาะ

ประสบการณ์ หมายถึง สิ่งที่หญิงตั้งครรภ์ที่เป็นเบาหวานได้ "เผชิญ รู้สึก คิด และรับรู้" จากการดำเนินชีวิตจริงเกี่ยวกับการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดระหว่างตั้งครรภ์ ทั้งในด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และปฏิสัมพันธ์กับบุคคลรอบข้าง โดยเน้น "ประสบการณ์ตรง (lived experience)" ที่มีความหมายเฉพาะต่อตัวบุคคล

พฤติกรรมการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด หมายถึง การกระทำหรือแนวทางที่หญิงตั้งครรภ์ใช้ในการดูแล และจัดการระดับน้ำตาลในเลือดของตนเองในชีวิตประจำวัน เช่น การควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย การใช้ยา การตรวจน้ำตาล และการปฏิบัติตามคำแนะนำของบุคลากรสาธารณสุข ซึ่งเป็นผลสะท้อนจากความรู้ ความเชื่อ และประสบการณ์ส่วนบุคคล

หญิงตั้งครรภ์ที่เป็นเบาหวาน หมายถึง หญิงที่อยู่ในช่วงตั้งครรภ์และได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นเบาหวานชนิดใดชนิดหนึ่ง ได้แก่ เบาหวานก่อนตั้งครรภ์ และ/หรือ เบาหวานระหว่างตั้งครรภ์

เขตชนบท หมายถึง พื้นที่ในเขตอำเภอ มโนรมย์ วัดสิงห์ สรรพยา สรรคบุรี หันคา หนองมะโมง และเนินขาม จังหวัดชัยนาท

ประโยชน์ที่ได้จากการวิจัย

1. ด้านวิชาการและองค์ความรู้ ผลการวิจัยจะช่วยเติมเต็มความรู้เกี่ยวกับประสบการณ์ตรงและพฤติกรรมการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของหญิงตั้งครรภ์ที่เป็นเบาหวานในเขตชนบท โดยให้ความเข้าใจเชิงลึกที่สะท้อนมุมมองของผู้มีประสบการณ์จริง อันจะเป็นประโยชน์ต่อการพัฒนาทฤษฎีหรือกรอบแนวคิดทางการพยาบาล

2. ด้านการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ ข้อมูลจากงานวิจัยสามารถนำไปใช้ในการพัฒนาแนวทางการดูแลหรือโปรแกรมส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมกับบริบทของหญิงตั้งครรภ์ในชนบท เพื่อให้การพยาบาลมีความเฉพาะราย ครอบคลุมมิติทางกาย จิต สังคม และวัฒนธรรมมากยิ่งขึ้น

3. ด้านการส่งเสริมสุขภาพในระดับชุมชนและระบบบริการ ผลลัพธ์จากการวิจัยสามารถใช้เป็นข้อมูลสนับสนุนการจัดบริการสุขภาพในพื้นที่ชนบท และสร้างความตระหนักรู้ให้แก่บุคลากรสาธารณสุข ครอบครัว และชุมชนในการมีส่วนร่วมดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่เป็นเบาหวานอย่างเข้าใจและยั่งยืน

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพแบบบรรยาย (descriptive qualitative study)

ผู้ให้ข้อมูล ในการศึกษาครั้งนี้ คือ หญิงตั้งครรภ์ที่เป็นเบาหวาน ณ โรงพยาบาลแห่งหนึ่งในจังหวัดชัยนาท จำนวน 18 ราย โดยพิจารณาตามความอิ่มตัวของข้อมูล (data saturation) คัดเลือกผู้ให้ข้อมูลแบบเฉพาะเจาะจง (purposive sampling) ตามคุณสมบัติ ดังนี้ 1) เป็นหญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์ หรือเบาหวานก่อนตั้งครรภ์โดยแพทย์ 2) มีอายุครรภ์ตั้งแต่ 20 สัปดาห์ขึ้นไปจนถึงก่อนคลอด 3) อาศัยอยู่ในเขตพื้นที่อำเภอ มโนรมย์ วัดสิงห์ สรรพยา สรรคบุรี หันคา หนองมะโมง และเนินขาม จังหวัดชัยนาท 4) มีประสบการณ์ในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดด้วยตนเองอย่างต่อเนื่องอย่างน้อย 2 สัปดาห์ 5) สามารถพูด อ่าน และเข้าใจภาษาไทยได้ดี และ 6) ยินยอมเข้าร่วมการวิจัยโดยสมัครใจ และลงนามในหนังสือแสดงความยินยอม

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. ผู้วิจัย เป็นเครื่องมือที่สำคัญที่สุดในการวิจัยเชิงคุณภาพ เพื่อให้การทำวิจัยเป็นไปตามหลักเกณฑ์ที่ถูกต้อง ผู้วิจัยมีความรู้และประสบการณ์การทำวิจัยเชิงคุณภาพรวมถึงความรู้ด้านวิชาการและประสบการณ์ที่เกี่ยวกับการดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่เป็นเบาหวาน ทั้งในระยะก่อนตั้งครรภ์ ระยะตั้งครรภ์ ระยะคลอด หลังคลอดและอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง

2. เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูลในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง แบ่งออกเป็น 3 ส่วนดังนี้

<u>ส่วนที่ 1</u> แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลได้แก่ อายุ อาชีพ ระดับการศึกษา รายได้ครัวเรือน ชนิดของเบาหวาน ประวัติการตั้งครรภ์ ประวัติการฝากครรภ์ ผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ และภาวะแทรกซ้อนระหว่างตั้งครรภ์

<u>ส่วนที่ 2</u> แนวทางการสัมภาษณ์เชิงลึกเกี่ยวกับพฤติกรรม ปัจจัยสนับสนุนและอุปสรรคต่อการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของหญิงตั้งครรภ์ในเขตชนบท เป็นคำถามปลายเปิดแบบกึ่งโครงสร้าง (in-depth semi-structured interview)

3. แบบบันทึกภาคสนาม (field note) เพื่อใช้ในการบันทึกพฤติกรรมของผู้ให้ข้อมูลในด้านอารมณ์ความรู้สึก กิริยาท่าทาง รวมถึงปัญหาอุปสรรคต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นจากการสัมภาษณ์

4. เครื่องบันทึกเสียง

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

แบบบันทึกข้อมูลและแนวคำถามการสัมภาษณ์ ได้รับการตรวจสอบคุณภาพจากผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ประกอบด้วย อาจารย์พยาบาลผู้มีความเชี่ยวชาญในงานวิจัยเชิงคุณภาพ อาจารย์พยาบาลที่มีความเชี่ยวชาญเกี่ยวกับการดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่เป็นเบาหวาน และพยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษผู้มีประสบการณ์ในการดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่เป็นเบาหวาน ปรับแก้แบบสัมภาษณ์ตามคำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิก่อนนำไปใช้จริง

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยนี้ได้รับการพิจารณาและได้รับการรับรองจริยธรรมการวิจัย จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลชัยนาทนเรนทร เอกสารเลขที่ 11/2568 ซึ่งผู้วิจัยกำหนดมาตรการป้องกันผลกระทบด้านจริยธรรมที่อาจเกิดขึ้นกับผู้เข้าร่วมการวิจัย โดยผู้เข้าร่วมการวิจัยจะได้รับการชี้แจงวัตถุประสงค์และประโยชน์ของการวิจัย รวมทั้งสิทธิในการตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมการวิจัยและการออกจากการร่วมวิจัยได้ตลอดเวลาที่ดำเนินการอยู่โดยไม่มีผลใด ๆ ต่อการรักษาพยาบาล มีอิสระและสมัครใจในการให้ข้อมูลแสดงความคิดเห็นในการให้ข้อมูลตรงตามความเป็นจริง

ข้อมูลที่ได้จากผู้เข้าร่วมการวิจัยจะถูกเก็บเป็นความลับด้วยการใช้รหัสและนำเสนอข้อมูลของผู้เข้าร่วมการวิจัยในภาพรวม ที่ไม่สามารถระบุถึงตัวตนของผู้เข้าร่วมวิจัยได้ รวมถึงข้อมูลเสียงจะดำเนินการถูกทำลายเมื่อสิ้นสุดการวิจัย 1 ปี หากมีข้อสงสัยเกี่ยวกับการวิจัย ผู้เข้าร่วมวิจัยสามารถสอบถามผู้วิจัยได้ตลอดเวลา

การเก็บรวบรวมข้อมูล

หลังจากได้รับอนุญาตให้ทำวิจัย ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง คัดกรองหญิงตั้งครรภ์ที่เป็นเบาหวานที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนด ผู้วิจัยแนะนำตัวและสร้างสัมพันธภาพกับผู้ให้ข้อมูล ชี้แจงวัตถุประสงค์และรายละเอียดเกี่ยวกับการวิจัย ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ ชี้แจงสิทธิ์ในการตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมวิจัย สิทธิ์ที่จะปฏิเสธหรือถอนตัวจากการวิจัยได้ตลอดเวลาโดยไม่มีผลกระทบใด ๆ ต่อการรักษาพยาบาล การเสนอผลการศึกษาทำในภาพรวม ไม่มีการระบุตัวตนของผู้ให้ข้อมูล เมื่อผู้ให้ข้อมูลยินยอมให้ข้อมูลด้วยความสมัครใจและเซ็นใบยินยอมเข้าร่วมวิจัย จึงเก็บรวบรวมข้อมูลโดยการสัมภาษณ์เชิงลึกเป็นรายบุคคลในสถานที่ที่มีความเป็นส่วนตัว ด้วยการสัมภาษณ์เชิงลึกร่วมกับการสังเกต บันทึกข้อมูลภาคสนาม (field note) และบันทึกเสียงการสนทนา ครั้งละ 30-50 นาที คนละ 1-2 ครั้ง ขึ้นกับข้อมูลที่ได้รับและความสะดวกของผู้ให้ข้อมูล เมื่อพบว่าข้อมูลที่ได้มายังไม่ชัดเจนหรือไม่ครบถ้วน จะสัมภาษณ์เพิ่มเติมครั้งต่อไป

การตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูล

เพื่อให้ข้อมูลที่ได้จากการศึกษาวิจัยมีความน่าเชื่อถือ ผู้วิจัยตรวจสอบข้อมูลตามแนวทางการตรวจสอบข้อมูล[7] ดังนี้ 1) ความน่าเชื่อถือของข้อมูล (credibility) เริ่มต้นจากการสร้างสัมพันธภาพให้ผู้ให้ข้อมูลเกิดความไว้วางใจ จากนั้นจึงสัมภาษณ์ เมื่อสัมภาษณ์เสร็จในแต่ละครั้ง จะนำข้อมูลที่ได้มาถอดเทปแบบคำต่อคำ นำข้อมูลจากการสังเกตและการจดบันทึกภาคสนามมาสรุปใจความสำคัญ ประมวลและวิเคราะห์ จัดหมวดหมู่ของข้อมูล 2) ความไว้วางใจได้ของข้อมูล (dependability) การทำวิจัยเป็นไปตามระเบียบวิธีวิจัยทั้งในส่วนของเครื่องมือวิจัยที่ผ่านการตรวจสอบคุณภาพจากผู้ทรงคุณวุฒิ ขั้นตอนของการเก็บรวบรวมข้อมูล การวิเคราะห์ข้อมูล และการตรวจสอบข้อมูลที่ได้ร่วมกับทีมวิจัย 3) ความสามารถตรวจสอบและยืนยันข้อมูล (confirmability) เพื่อให้ได้ข้อมูลที่ถูกต้อง ผู้ให้ข้อมูลตรวจสอบประเด็นที่ได้จากการสัมภาษณ์ว่าตรงและถูกต้องหรือไม่ ในระหว่างการสัมภาษณ์และเมื่อสิ้นสุดการสัมภาษณ์ เพื่อให้มั่นใจว่าการแปลความหมายปราศจากการบิดเบือนหรืออคติจากผู้สัมภาษณ์ บันทึกเสียง บันทึกภาคสนาม ถอดบทสัมภาษณ์จากเทปบันทึกเสียงแบบคำต่อคำ (verbatim) และตรวจสอบการแปลผลข้อมูลร่วมกับทีมวิจัย และ 4) ความสามารถนำไปใช้กับกลุ่มอื่น (transferability) ผู้วิจัยใช้การสัมภาษณ์เชิงลึก ทำให้ได้ข้อมูลที่ลึกซึ้ง สามารถนำผลการวิจัยไปประยุกต์ใช้กับกลุ่มหญิงตั้งครรภ์ที่เป็นเบาหวานที่มีลักษณะคล้ายกับกลุ่มผู้ให้ข้อมูลในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ได้

การวิเคราะห์ข้อมูล

การศึกษาในครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพแบบบรรยาย ผู้วิจัยใช้วิธีการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (content analysis) โดยมีขั้นตอนการวิเคราะห์ ดังนี้[8]

1. กำหนดเนื้อหาที่ต้องการเน้นว่าเป็นเนื้อหาของข้อความที่ปรากฏ (manifest content) หรือเนื้อหาที่ซ่อนอยู่ในข้อความ

2. เลือกหน่วยการวิเคราะห์ (unit of analysis) ซึ่งเป็นแหล่งข้อมูลจากการสัมภาษณ์ การบันทึกภาคสนาม ใช้ข้อมูลจากวิธีการเก็บข้อมูลเป็นหน่วยการวิเคราะห์ เพื่อให้สามารถจำแนกแหล่งข้อมูลได้

3. หาหน่วยความหมาย (meaning unit) หรือหน่วยเนื้อหา (content unit) หรือหน่วยดัชนี (coding unit) หรือหน่วยสาระ (textual unit) หรือคำสำคัญและวลี หรือแก่นสาระ (theme) จากคำพูดหรือข้อความต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง แล้วเชื่อมโยงเป็นความหมายเดียวกัน เพื่อให้ข้อมูลสั้นลง จะทำการลดทอนข้อมูล (data reduction) แต่ยังคงแก่นของข้อมูล

4. การตรวจสอบความถูกต้อง (verify) เพื่อให้เกิดความถูกต้องของข้อมูล จะทำการวิเคราะห์ข้อมูลไปพร้อม ๆ กับการเก็บรวบรวมข้อมูลตลอดระยะเวลาในการทำวิจัย ซึ่งเป็นสิ่งที่ช่วยตรวจสอบว่าข้อมูลที่ได้มีความอิ่มตัว และไม่มีข้อมูลใหม่เกิดขึ้นมา

5. สร้างข้อสรุปภายใต้คำถามการวิจัยและวัตถุประสงค์ของการวิจัย โดยสรุปเป็นรายงานการวิจัย และนำเสนอผลการวิจัยเป็นลักษณะบรรยาย (descriptive explanation)

ผลการวิจัย

ข้อมูลทั่วไปของหญิงตั้งครรภ์ที่เป็นเบาหวาน

จากการศึกษาผู้ให้ข้อมูล คือ หญิงตั้งครรภ์ที่เป็นเบาหวานจำนวน 18 ราย พบว่า มีอายุเฉลี่ย 31.4 ปี (ช่วงอายุ 18-42 ปี) ประกอบอาชีพ เกษตรกรรม 7 ราย รับจ้างทั่วไป 5 ราย แม่บ้าน 4 ราย และค้าขาย 2 ราย ระดับการศึกษา ประถมศึกษา 7 ราย มัธยมศึกษาตอนต้น 6 ราย มัธยมศึกษาตอนปลาย 3 ราย และปริญญาตรี 2 ราย รายได้ของครอบครัวเฉลี่ยต่อเดือน ต่ำกว่า 5,000 บาท 6 ราย 5,000-10,000 บาท 9 ราย และมากกว่า 10,000 บาท 3 ราย ชนิดของเบาหวาน GDM 12 ราย และ pre-gestational DM 6 ราย ประวัติการตั้งครรภ์ ครรภ์แรก 10 ราย และเคยตั้งครรภ์มาแล้ว 8 ราย ประวัติการฝากครรภ์ ฝากครรภ์ก่อน 12 สัปดาห์ 13 ราย ฝากครรภ์ล่าช้าหลัง 12 สัปดาห์ 5 ราย เหตุผลที่ฝากครรภ์ล่าช้า ไม่รู้ว่าตั้งครรภ์ 3 ราย และไม่สะดวกเดินทาง 2 ราย ผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ FBS และ OGTT สูงกว่าค่ามาตรฐานในทุกกรณี HbA1c อยู่ในช่วง 6.0-7.0 % 10 ราย สูงกว่า 7.0 % 5 ราย และต่ำกว่า 6.0 % 3 ราย ภาวะแทรกซ้อนระหว่างตั้งครรภ์ PIH 2 ราย hypoglycemia บางช่วง 3 ราย และไม่มีภาวะแทรกซ้อน 13 ราย

ประสบการณ์และพฤติกรรมการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของหญิงตั้งครรภ์ที่เป็นเบาหวานในเขตชนบท

การวิจัยในครั้งนี้ พบว่าประสบการณ์และพฤติกรรมการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของหญิงตั้งครรภ์ที่เป็นเบาหวานในเขตชนบท สามารถจัดหมวดหมู่ของข้อมูลได้ 5 ประเด็นหลัก คือ 1) ปฏิกิริยาตอบสนองและการรับรู้หลังการวินิจฉัยเบาหวานขณะตั้งครรภ์ ซึ่งประกอบด้วย 2 ประเด็นย่อย ได้แก่ 1.1) ความตกใจและความวิตกกังวลเมื่อทราบว่าตนเองเป็นเบาหวาน และ 1.2) การได้รับข้อมูลและคำแนะนำจากบุคลากรสุขภาพ 2) กระบวนการปรับตัวและการจัดการตนเองในชีวิตประจำวัน ซึ่งประกอบด้วย 2 ประเด็นย่อย ได้แก่ 2.1) การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการกินอาหาร และ 2.2) การตรวจน้ำตาลด้วยตนเอง 3) แรงขับเคลื่อนและปัจจัยแวดล้อมที่มีอิทธิพลต่อการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด ซึ่งประกอบด้วย 3 ประเด็นย่อย ได้แก่ 3.1) แรงจูงใจในการควบคุมระดับน้ำตาล 3.2) ปัจจัยสนับสนุนจากครอบครัวหรือบุคลากรสุขภาพ และ 3.3) อุปสรรคที่พบในการควบคุมระดับน้ำตาล ได้แก่ ข้อจำกัดด้านเศรษฐกิจ เวลา และสภาพแวดล้อม 4) การหล่อหลอมอัตลักษณ์ความเป็นแม่จากประสบการณ์การควบคุมเบาหวาน ซึ่งประกอบด้วย 1 ประเด็นย่อย ได้แก่ ความหมายที่มีต่อบทบาทความเป็นแม่ และ 5) พลังแห่งการถ่ายทอดประสบการณ์และการสนับสนุนจากเพื่อนร่วมสถานการณ์ ซึ่งประกอบด้วย 1 ประเด็นย่อย ได้แก่ ข้อเสนอแนะถึงหญิงตั้งครรภ์คนอื่น

1. ปฏิกิริยาตอบสนองและการรับรู้หลังการวินิจฉัยเบาหวานขณะตั้งครรภ์

การศึกษาพบว่าหญิงตั้งครรภ์ที่เป็นเบาหวานมีปฏิกิริยาตอบสนองและการรับรู้หลังการวินิจฉัยเบาหวานขณะตั้งครรภ์ 2 ประการ ได้แก่ ความตกใจและความวิตกกังวลเมื่อทราบว่าตนเองเป็นเบาหวาน และการได้รับข้อมูลและคำแนะนำจากบุคลากรสุขภาพ

1.1 ความตกใจและความวิตกกังวลเมื่อทราบว่าตนเองเป็นเบาหวาน

เมื่อหญิงตั้งครรภ์ได้รับการแจ้งว่าตนเองเป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์ ผู้ให้ข้อมูลส่วนใหญ่สะท้อนความรู้สึกตกใจ วิตกกังวล และกลัวว่าจะเกิดผลกระทบต่อทารกในครรภ์ โดยเฉพาะผู้ที่ไม่เคยมีความรู้หรือคาดคิดว่าจะเป็นโรคดังกล่าวในระหว่างการตั้งครรภ์ ดังตัวอย่างคำพูดต่อไปนี้ ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 3 เล่าด้วยน้ำเสียงสั่นเครือว่า “ตอนหมอบอกว่าเป็นเบาหวาน หนูตกใจมาก กลัวลูกจะไม่แข็งแรง เพราะหนูไม่เคยรู้ว่าคนท้องจะเป็นได้” ขณะที่ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 1 ซึ่งตั้งครรภ์ครั้งแรก และไม่มีประวัติครอบครัวเป็นเบาหวาน กล่าวว่า “ตกใจค่ะ ตอนรู้ก็ร้องไห้เลย ไม่รู้ว่าทำไมถึงเป็น ตอนนั้นกลัวมาก กลัวลูกจะพิการหรือไม่สมบูรณ์” ในลักษณะคล้ายกัน ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 2 ถึงแม้จะเคยมีญาติเป็นเบาหวานและพอมีความรู้พื้นฐานบ้าง แต่ก็ยอมรับว่า “ก็ยังกลัวอยู่ค่ะ กลัวว่าถ้าคุมไม่ได้ ลูกจะมีปัญหา ตอนนั้นก็เครียด เพราะไม่รู้ว่าต้องทำยังไง”

จากข้อมูลข้างต้น แสดงให้เห็นว่าการทราบว่าตนเองเป็นเบาหวานในช่วงตั้งครรภ์ ไม่เพียงแต่ก่อให้เกิดอารมณ์เชิงลบอย่างตกใจและวิตกกังวลเท่านั้น แต่ยังสะท้อนถึงความไม่มั่นใจในตนเอง และความกลัวเกี่ยวกับสุขภาพของทารกอย่างเด่นชัด ซึ่งเป็นประเด็นสำคัญที่ควรได้รับการดูแลทางด้านจิตใจและให้ข้อมูลอย่างเหมาะสมตั้งแต่ระยะแรกของการวินิจฉัย

1.2 การได้รับข้อมูลและคำแนะนำจากบุคลากรสุขภาพ

หลังจากที่ทราบว่าตนเองเป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์ หญิงตั้งครรภ์ทั้งสามรายต่างให้ข้อมูลว่าได้รับคำแนะนำที่สำคัญจากบุคลากรสาธารณสุข ซึ่งมีบทบาทสำคัญในการให้ความรู้และสร้างความเข้าใจเกี่ยวกับการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด ดังตัวอย่างคำพูดต่อไปนี้ ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 5 ระบุว่า “พยาบาลที่คลินิกเบาหวานให้โบรชัวร์มาค่ะ แล้วก็บอกว่าต้องควบคุมอาหาร งดหวาน งดแป้งเยอะ ๆ หนูก็เริ่มระวังเลย” ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 6 ได้รับแผ่นพับและการอธิบายจากแพทย์ในวันเดียวกันที่ตรวจพบ “คุณหมออธิบายดีค่ะ หนูก็ฟังแล้วก็เริ่มเข้าใจมากขึ้น เพราะแรก ๆ งงว่าเบาหวานท้องมันต่างจากเบาหวานทั่วไปยังไง” ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 4 ได้รับคำแนะนำอย่างต่อเนื่องจากเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) “พี่พยาบาลโทรมาถามตลอดว่าเป็นยังไง กินอะไรบ้าง มีอะไรผิดปกติไหม เขาอธิบายดีมากค่ะ หนูเลยรู้สึกว่ามีคนช่วยดูแล”

จากบทสัมภาษณ์สะท้อนให้เห็นว่าการให้ข้อมูลของบุคลากรสุขภาพมีความสำคัญอย่างยิ่งต่อการปรับตัวของหญิงตั้งครรภ์ในช่วงเริ่มต้น โดยเฉพาะอย่างยิ่งในบริบทชนบทที่อาจมีข้อจำกัดด้านสื่อสุขภาพหรือการเข้าถึงข้อมูลด้วยตนเอง

สรุปภาพรวม: หญิงตั้งครรภ์ส่วนใหญ่เกิดความตกใจ วิตกกังวล และกลัวผลกระทบต่อทารกเมื่อทราบว่าตนเองเป็นเบาหวาน แต่เริ่มมีความเข้าใจและปรับตัวได้ดีขึ้นเมื่อได้รับคำแนะนำจากบุคลากรสุขภาพ

2. กระบวนการปรับตัวและการจัดการตนเองในชีวิตประจำวัน

หญิงตั้งครรภ์ที่เป็นเบาหวาน มีกระบวนการปรับตัวและการจัดการตนเองในชีวิตประจำวัน 2 ประการ ได้แก่ การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการกินอาหารและการตรวจน้ำตาลด้วยตนเอง

2.1 การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการกินอาหาร

การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการบริโภคอาหารเป็นหนึ่งในมาตรการสำคัญที่หญิงตั้งครรภ์ทุกคนเริ่มปรับตัวหลังได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นเบาหวาน โดยมีความพยายามลดหรือหลีกเลี่ยงอาหารที่มีน้ำตาลสูง ควบคุมปริมาณแป้ง และเลือกบริโภคอาหารที่เหมาะสมมากขึ้น ดังตัวอย่างคำพูดต่อไปนี้ ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 10 กล่าวว่า “ก่อนหน้านี้ชอบกินขนมหวานมาก แต่พอรู้ว่าเป็นเบาหวานก็หยุดเลยค่ะ เปลี่ยนมากินข้าวกล้องกับผักแทน กลัวกระทบลูกค่ะ หมอบอกว่าถ้าน้ำตาลสูง ลูกเสี่ยง หนูก็ยอมตัดขนมทันที” ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 8 เลือกหลีกเลี่ยงผลไม้ที่มีน้ำตาลสูงและของทอด “หนูเปลี่ยนจากกินแตงโม มะม่วง มาเป็นฝรั่ง แล้วก็งดของทอด กินต้มกินนึ่งเอาค่ะ หมอบอกแล้วหนูเข้าใจว่าถ้าคุมได้ ลูกปลอดภัยขึ้น หนูก็ฮึดทำเพื่อลูกค่ะ” ในขณะที่ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 11 มีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมแบบค่อยเป็นค่อยไป “เมื่อก่อนกินข้าวเหนียวกับหมูปิ้งทุกเช้า เดี๋ยวนี้กินข้าวกล้องใส่ผัก แล้วก็งดน้ำอัดลมเลยค่ะ พอเห็นค่าน้ำตาลลดลง หนูก็มีกำลังใจต่อค่ะ อยากให้ผลตรวจครั้งหน้าดีขึ้น” แสดงให้เห็นว่าหญิงตั้งครรภ์สามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมได้เมื่อได้รับข้อมูลและแรงจูงใจที่เหมาะสม แม้จะมีข้อจำกัดในบางบริบท แต่ก็สามารถประยุกต์ใช้ทรัพยากรที่มีอยู่ในชุมชนได้อย่างเหมาะสม

2.2 การตรวจน้ำตาลด้วยตนเอง

พฤติกรรมการตรวจระดับน้ำตาลในเลือดด้วยตนเองแสดงให้เห็นถึงความแตกต่างอย่างชัดเจนในแต่ละราย ขึ้นอยู่กับปัจจัยด้านทรัพยากร ความรู้สึกส่วนตัว และความสะดวกในการปฏิบัติ ดังตัวอย่างคำพูดต่อไปนี้ ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 9 ไม่มีเครื่องตรวจเองที่บ้าน จึงต้องเดินทางไปตรวจที่ รพ.สต. ตามนัดทุกสัปดาห์ “หนูไม่มีเครื่องที่บ้าน ต้องไปให้พี่พยาบาลเจาะให้ตลอดค่ะ พี่พยาบาลช่วยนัดคิวให้ทุกสัปดาห์ แล้วโทรย้ำก่อนวันนัด หนูเลยไปเจาะตามนัดได้ตลอดค่ะ” ในทางตรงกันข้าม ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 13 มีความตั้งใจสูงในการตรวจน้ำตาลด้วยตนเอง “หนูตรวจเอง วันเว้นวัน แล้วก็จดไว้ตลอดเอาไปให้หมอดู หนูอยากรู้ว่าตัวเองดีขึ้นไหม แฟนคอยเตือนตั้งนาฬิกาให้ทุกเช้า แล้วในไลน์กลุ่มคุณแม่ก็แชร์วิธีจดบันทึก หนูเลยทำตามได้สม่ำเสมอค่ะ” ส่วนผู้ให้ข้อมูลรายที่ 12 แม้จะมีเครื่องตรวจ แต่กลับรู้สึกกลัวและลังเลในการใช้งาน “หนูมีเครื่องนะคะ แต่กลัวเข็ม ไม่กล้าจิ้มเองบ่อยค่ะ สามีช่วยจับมือครั้งแรก ๆ แล้วพยาบาลก็ให้คลิปสอนกับแผ่นพับ หนูเลยค่อย ๆ กล้าขึ้นค่ะ” ข้อมูลเหล่านี้สะท้อนให้เห็นว่าแม้หญิงตั้งครรภ์จะมีความตระหนักถึงความสำคัญของการตรวจน้ำตาล แต่พฤติกรรมการปฏิบัติจริงกลับขึ้นอยู่กับหลายปัจจัย ทั้งความพร้อมทางกายภาพ ความมั่นใจ และแรงสนับสนุนจากครอบครัวหรือบุคลากรสุขภาพ

สรุปภาพรวม: หญิงตั้งครรภ์ปรับพฤติกรรมการบริโภคและเรียนรู้การตรวจน้ำตาลในบริบทของทรัพยากรและความสะดวกในชีวิตประจำวัน โดยมีความแตกต่างตามระดับความพร้อม และการสนับสนุนที่ครอบคลุมทั้งเชิงข้อมูล เชิงปฏิบัติ และเชิงอารมณ์ จะทำให้ความตั้งใจกลายเป็นการลงมือทำ ทำให้หญิงตั้งครรภ์สามารถตรวจระดับน้ำตาลได้อย่างถูกต้องและต่อเนื่อง แม้เผชิญข้อจำกัดด้านทรัพยากรหรือทักษะ

3. แรงขับเคลื่อนและปัจจัยแวดล้อมที่มีอิทธิพลต่อการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด

หญิงตั้งครรภ์ที่เป็นเบาหวาน มีแรงขับเคลื่อนและปัจจัยแวดล้อมที่มีอิทธิพลต่อการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด 3 ประการ ได้แก่ แรงจูงใจในการควบคุมระดับน้ำตาล ปัจจัยสนับสนุนจากครอบครัวหรือบุคลากรสุขภาพ และอุปสรรคที่พบในการควบคุมระดับน้ำตาล

3.1 แรงจูงใจในการควบคุมระดับน้ำตาล

แรงจูงใจหลักของหญิงตั้งครรภ์ในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดมักมาจาก “ความห่วงใยต่อทารกในครรภ์” และ “ความต้องการให้การคลอดเป็นไปอย่างปลอดภัย” ซึ่งเป็นพลังขับเคลื่อนสำคัญที่ช่วยให้ผู้ให้ข้อมูลพยายามปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและยึดมั่นในการปฏิบัติตนตามคำแนะนำ ดังตัวอย่างคำพูดต่อไปนี้ ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 14 กล่าวอย่างหนักแน่นว่า “ก็เพื่อสุขภาพของลูกค่ะ หนูไม่อยากให้ลูกเป็นอะไร อยากให้เขาเกิดมาสมบูรณ์” ในทำนองเดียวกัน ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 7 สะท้อนว่า “หนูอยากคลอดเอง ไม่อยากผ่าค่ะ ก็เลยพยายามคุมให้ดี เพราะหมอบอกว่าถ้าลูกตัวใหญ่ต้องผ่า” ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 13 มองการณ์ไกลไปถึงอนาคตของลูก “หนูกลัวลูกจะเป็นเบาหวานเหมือนแม่ หนูอยากให้ลูกแข็งแรงค่ะ ต้องคุมให้ได้”

จากข้อมูลนี้สะท้อนให้เห็นว่า แรงจูงใจที่เน้นความรับผิดชอบในบทบาท “แม่” เป็นหัวใจสำคัญที่ทำให้หญิงตั้งครรภ์ที่เป็นเบาหวานมุ่งมั่นดูแลตนเอง และพยายามควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดอย่างจริงจัง

3.2 ปัจจัยสนับสนุนจากครอบครัวหรือบุคลากรสุขภาพ

การได้รับแรงสนับสนุนจากคนรอบข้าง โดยเฉพาะจากครอบครัวและบุคลากรสุขภาพ เป็นอีกหนึ่งปัจจัยสำคัญที่ช่วยให้หญิงตั้งครรภ์สามารถปรับตัวและดำเนินการควบคุมระดับน้ำตาลได้อย่างต่อเนื่อง ดังตัวอย่างคำพูดต่อไปนี้ ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 14 ได้รับความช่วยเหลือจากสามีอย่างชัดเจน “แฟนช่วยเตรียมกับข้าวให้ แล้วก็พาไปหาหมอทุกครั้ง ไม่เคยบ่นเลยค่ะ” ในขณะที่ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 7 มีแม่และพี่สาวเป็นผู้คอยสนับสนุนด้านอาหาร “แม่จะเตือนตลอดว่าอย่ากินหวานนะ พี่สาวก็ช่วยทำอาหารที่บ้านให้กิน” ส่วนผู้ให้ข้อมูลรายที่ 16 กล่าวถึงพยาบาล รพ.สต. ที่คอยติดตามอาการอย่างต่อเนื่อง “พี่พยาบาลโทรมาถามทุกอาทิตย์เลย บางทีหนูท้อ เขาก็ให้กำลังใจ บอกว่าทำดีแล้ว สู้ต่อไป”

ปัจจัยสนับสนุนดังกล่าว ไม่เพียงช่วยในด้านปฏิบัติ แต่ยังช่วยลดความเครียด และเพิ่มพลังใจในการดูแลตนเองอย่างมีประสิทธิภาพ โดยเฉพาะในบริบทชนบทที่ความสัมพันธ์ของบุคคลในครอบครัวและชุมชนมีบทบาทอย่างมาก

3.3 อุปสรรคที่พบในการควบคุมระดับน้ำตาล

แม้ผู้ให้ข้อมูลจะมีแรงจูงใจและแรงสนับสนุนที่ดี แต่ก็ยังพบว่าแต่ละคนเผชิญกับอุปสรรคในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด ซึ่งสะท้อนถึงความซับซ้อนของบริบทชีวิตในชนบท ดังตัวอย่างคำพูดต่อไปนี้ ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 16 เผชิญกับข้อจำกัดด้านเศรษฐกิจ “บางทีอยากกินของดี ๆ แต่ก็แพงค่ะ ซื้อมากินทุกวันไม่ไหว ก็ต้องเลือกของที่พอมีในตลาดแทน” ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 18 มีภาระงานบ้านและความเหนื่อยล้า “ยุ่งกับงานบ้านเลี้ยงลูกคนโตค่ะ บางวันก็ลืมกินยา ลืมจดน้ำตาล เพราะเหนื่อย” ในขณะที่ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 13 พบอุปสรรคเรื่องสภาพอากาศและการเดินทาง “หน้าร้อนเดินทางไป รพ.สต. เหนื่อยมากค่ะ บางวันเป็นลมด้วย แต่ก็ต้องไปเพราะต้องเจาะน้ำตาล”

จากข้อมูลนี้พบว่าอุปสรรคส่วนใหญ่เกิดจากข้อจำกัดด้านเศรษฐกิจและราคาอาหาร เวลาและภาระงานในครัวเรือน การเดินทางและสภาพแวดล้อม ซึ่งจำเป็นต้องได้รับการพิจารณาในการออกแบบแนวทางสนับสนุนที่เหมาะสมกับบริบทของชุมชนชนบท

สรุปภาพรวม: ความรักลูกเป็นแรงจูงใจหลัก ครอบครัวและพยาบาลเป็นแรงสนับสนุนที่สำคัญ ส่วนอุปสรรคมักเกิดจากข้อจำกัดทางเศรษฐกิจ เวลา และ สิ่งแวดล้อม

4. การหล่อหลอมอัตลักษณ์ความเป็นแม่จากประสบการณ์การควบคุมเบาหวาน

หญิงตั้งครรภ์ที่เป็นเบาหวาน มีการหล่อหลอมอัตลักษณ์ความเป็นแม่จากประสบการณ์การควบคุมเบาหวาน 1 ประการ ได้แก่ ความหมายที่มีต่อบทบาทความเป็นแม่

4.1 ความหมายที่มีต่อบทบาทความเป็นแม่

ประสบการณ์การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดระหว่างตั้งครรภ์ได้หล่อหลอมให้ผู้หญิงแต่ละคนตีความบทบาทของตนในฐานะ “แม่” อย่างลึกซึ้งมากยิ่งขึ้น ผู้ให้ข้อมูลส่วนใหญ่ให้ความหมายของความเป็นแม่ว่าเป็น “ผู้เสียสละ” และ “ผู้รับผิดชอบต่อชีวิตอีกชีวิตหนึ่ง” ซึ่งส่งผลให้พวกเธอเกิดแรงผลักดันในการดูแลสุขภาพตนเองอย่างจริงจัง ดังตัวอย่างคำพูดต่อไปนี้ ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 12 สะท้อนความรู้สึกว่า “ตอนแรกก็แค่รู้สึกว่าเราท้อง แต่พอรู้ว่าเราต้องควบคุมทุกอย่างเพื่อเขา หนูก็รู้เลยว่า เราเป็นแม่แล้วจริง ๆ” ในทำนองเดียวกัน ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 15 บอกว่า “แม่ต้องทำได้ หนูคิดแบบนั้นค่ะ เพราะถ้าเรายอมแพ้ ลูกก็จะลำบาก” สำหรับผู้ให้ข้อมูลรายที่ 11 เธอกล่าวอย่างชัดเจนว่า “หนูรู้สึกว่าเราไม่ใช่แค่ดูแลตัวเองอีกต่อไปแล้ว ต้องทำเพื่อลูก มันทำให้หนูรู้ว่าแม่ต้องเข้มแข็ง”

ข้อมูลเหล่านี้สะท้อนให้เห็นว่า การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดระหว่างตั้งครรภ์ไม่เพียงเป็นกระบวนการดูแลสุขภาพเท่านั้น แต่ยังเป็นกระบวนการ “เรียนรู้และยอมรับบทบาทความเป็นแม่” ซึ่งมีความหมายลึกซึ้งต่ออัตลักษณ์และพฤติกรรมของหญิงตั้งครรภ์

สรุปภาพรวม: การควบคุมระดับน้ำตาลในช่วงตั้งครรภ์ส่งผลต่อการสร้างอัตลักษณ์ความเป็นแม่ โดยหญิงตั้งครรภ์รับรู้ว่าตนเองต้องเสียสละและเข้มแข็งเพื่อทารกในครรภ์

5. พลังแห่งการถ่ายทอดประสบการณ์และการสนับสนุนจากเพื่อนร่วมสถานการณ์

หญิงตั้งครรภ์ที่เป็นเบาหวาน มีพลังแห่งการถ่ายทอดประสบการณ์และการสนับสนุนจากเพื่อนร่วมสถานการณ์ 1 ประการ ได้แก่ ข้อเสนอแนะถึงหญิงตั้งครรภ์คนอื่น

5.1 ข้อเสนอแนะถึงหญิงตั้งครรภ์คนอื่น

เมื่อถูกถามถึงสิ่งที่อยากแนะนำแก่หญิงตั้งครรภ์คนอื่นที่เพิ่งทราบว่าตนเองเป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์ ผู้ให้ข้อมูลส่วนใหญ่เน้นย้ำให้ “มีสติ ไม่ตกใจ” และ “เชื่อมั่นว่าตนเองสามารถดูแลสุขภาพได้” พร้อมแนะนำให้ปฏิบัติตามคำแนะนำของแพทย์อย่างเคร่งครัด ดังตัวอย่างคำพูดต่อไปนี้ ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 10 กล่าวว่า “อย่าตกใจค่ะ มันไม่ได้แย่ขนาดนั้น แค่ต้องดูแลตัวเองมากขึ้น แล้วก็ฟังหมอ อย่าหลงเชื่ออะไรง่าย ๆ” ในขณะที่ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 8 ให้กำลังใจอย่างตรงไปตรงมาว่า “หนูอยากบอกว่า ไม่ต้องกลัวค่ะ ทุกอย่างมันผ่านไปได้ ขอแค่ตั้งใจ ทำเพื่อลูก” ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 7 เน้นความสำคัญของการไม่ละเลย “อย่าคิดว่าเราจะหายเองหรือปล่อยเลยตามเลยนะคะ เพราะมันกระทบลูก ถ้ารู้ตัวเร็ว คุมเร็ว ทุกอย่างจะดีค่ะ”

ข้อเสนอแนะจากหญิงตั้งครรภ์เหล่านี้มีคุณค่าอย่างยิ่งในการสื่อสารแบบ “เพื่อนช่วยเพื่อน” ซึ่งสามารถเป็นฐานข้อมูลในการพัฒนาแนวทางให้คำปรึกษาเชิงประสบการณ์และเสริมแรงใจให้แก่หญิงตั้งครรภ์ที่เพิ่งได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นเบาหวานได้อย่างเหมาะสมในชุมชนชนบท

สรุปภาพรวม: หญิงตั้งครรภ์เสนอแนะให้เพื่อนร่วมสถานการณ์มีสติ ไม่ตกใจ เชื่อมั่นในตนเอง และปฏิบัติตามคำแนะนำของแพทย์ ซึ่งสามารถนำไปใช้สร้างแนวทางการให้คำปรึกษาเชิงประสบการณ์

อภิปรายผล

จากการศึกษาและการวิเคราะห์ข้อมูลประสบการณ์และพฤติกรรมการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของหญิงตั้งครรภ์ที่เป็นเบาหวานในเขตชนบทครั้งนี้ ผู้วิจัยนำเสนอการอภิปรายผลได้ดังนี้

1. ปฏิกิริยาตอบสนองและการรับรู้หลังการวินิจฉัยเบาหวานขณะตั้งครรภ์

หญิงตั้งครรภ์ที่ทราบว่าตนเองเป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์แสดงอาการตกใจ วิตกกังวล และกลัวผลกระทบต่อลูก ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาของ อิงสตรัปและคณะ[9] ที่พบว่าหญิงที่ได้รับการวินิจฉัย GDM มีความกลัวว่าทารกในครรภ์จะได้รับผลกระทบ หรือมีโอกาสเป็นโรคเบาหวานในอนาคต อีกทั้งยังรู้สึกสูญเสียการควบคุมชีวิต โดยเฉพาะเมื่อต้องเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมอย่างฉับพลัน[10] ความรู้สึกเหล่านี้ส่งผลให้เกิดความเครียดทางจิตใจ (mental distress) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ ฟาม และคณะ[11] ที่พบว่าผู้หญิงในหลายประเทศ โดยเฉพาะในเขตชนบทหรือกลุ่มเปราะบาง มักรู้สึกสับสน เครียด และต้องการการสนับสนุน

ด้านจิตใจและข้อมูลทันทีหลังได้รับการวินิจฉัย GDM ดังนั้น บริการสุขภาพควรเตรียมแนวทางการให้คำปรึกษาอย่างเป็นระบบตั้งแต่ระยะแรก พร้อมให้ข้อมูลที่ถูกต้อง และเข้าใจง่าย เพื่อช่วยให้หญิงตั้งครรภ์สามารถปรับตัวได้เร็วขึ้น และลดความวิตกกังวลที่อาจส่งผลกระทบต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองในระยะยาว

2. กระบวนการปรับตัวและการจัดการตนเองในชีวิตประจำวัน

ผลการศึกษานี้พบว่าหญิงตั้งครรภ์ที่เป็นเบาหวานในเขตชนบทมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในทิศทางที่ดี เช่น หลีกเลี่ยงของหวาน เลือกรับประทานข้าวกล้องแทนข้าวขาว หลีกเลี่ยงของทอด รวมถึงพยายามตรวจน้ำตาลด้วยตนเอง แม้มีข้อจำกัดด้านทรัพยากรและทักษะ การเปลี่ยนแปลงเหล่านี้สะท้อนถึงทัศนคติที่ตระหนักรู้ต่อสุขภาพของตนเองและทารก ซึ่งสอดคล้องกับ กัว และคณะ[12] ที่ศึกษาในประเทศจีนและพบว่า ความรู้ การเข้าถึงบุคลากรสุขภาพและการสนับสนุนจากครอบครัว ล้วนเป็นปัจจัยหลักที่ส่งเสริมการจัดการ GDM ได้อย่างมีประสิทธิภาพ ในขณะเดียวกัน มีวงษ์ และคณะ[13] ชี้ให้เห็นว่า ความเชื่อทางวัฒนธรรม เช่น ความนิยมในการรับประทานข้าวเหนียวหรือขนมหวานแบบไทย อาจขัดขวางการควบคุมอาหารในช่วงแรก อย่างไรก็ตามเมื่อได้รับการให้คำแนะนำเฉพาะบุคคลอย่างต่อเนื่อง หญิงตั้งครรภ์สามารถปรับพฤติกรรมโดยไม่ขัดแย้งกับวิถีชีวิตท้องถิ่นได้ดี จึงเน้นย้ำถึงความสำคัญของการให้คำปรึกษาแบบมีบริบทเฉพาะ (context-based counseling) ที่เหมาะกับชนบทไทย

3. แรงขับเคลื่อนและปัจจัยแวดล้อมที่มีอิทธิพลต่อการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด

การวิจัยครั้งนี้ชี้ให้เห็นว่าแรงจูงใจภายใน เช่น ความรักและห่วงใยต่อลูก ความตั้งใจที่จะคลอดธรรมชาติ และความกลัวภาวะแทรกซ้อนในทารก เป็นพลังขับเคลื่อนสำคัญที่กระตุ้นให้หญิงตั้งครรภ์ที่เป็นเบาหวานพยายามควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดอย่างจริงจัง แรงจูงใจเหล่านี้เป็นแรงผลักดันที่เกิดขึ้นจากบทบาทความเป็นแม่ ซึ่งสอดคล้องกับ อับดุลลอเฮียน และคณะ[14] ที่พบว่าการมีเป้าหมายเชิงครอบครัวและการสนับสนุนจากบุคคลในบ้านทำให้หญิงตั้งครรภ์มีแนวโน้มปฏิบัติตนตามคำแนะนำของแพทย์ได้มากขึ้น นอกจากนี้ ผลการวิเคราะห์จากการทบทวนอย่างเป็นระบบแบบ (scoping review) ยังเน้นย้ำบทบาทของ “peer support” หรือการสนับสนุนจากผู้ที่มีประสบการณ์ใกล้เคียงกัน ซึ่งมีส่วนช่วยลดความเครียด กระตุ้นให้เกิดความมั่นใจและเพิ่มพฤติกรรมเชิงบวก[15] ในกลุ่มหญิงตั้งครรภ์ในประเทศรายได้น้อยถึงปานกลาง (LMIC) เช่น ประเทศไทย การสนับสนุนจากสามี แม่ พยาบาล รพ.สต. และเพื่อนในชุมชน จึงถือเป็นทรัพยากรทางสังคมที่สำคัญในการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพ โดยเฉพาะในบริบทชนบทที่ระบบบริการอาจมีข้อจำกัด

นอกจากนี้ ผลการวิจัยยังพบว่าหญิงตั้งครรภ์ในเขตชนบทต้องเผชิญกับข้อจำกัดหลายด้าน โดยเฉพาะปัญหาทางเศรษฐกิจ เช่น ไม่สามารถซื้ออาหารสุขภาพได้ต่อเนื่อง และภาระงานในบ้านทำให้ไม่มีเวลาหรือพลังในการดูแลตนเอง อีกทั้งสภาพภูมิอากาศ เช่น แดดร้อนจัด ฝนตกหนัก และระยะทางไกลในการเดินทางไป รพ.สต. ล้วนเป็นปัจจัยที่ลดทอนความต่อเนื่องในการติดตามและควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ อุคเกะ และคณะ[16] ที่ศึกษาหญิงตั้งครรภ์ในประเทศรายได้น้อยถึงปานกลาง (LMIC) และพบว่าค่าใช้จ่ายในการดูแล GDM เป็นอุปสรรคหลักที่กระทบต่อพฤติกรรมการดูแลตนเอง รวมทั้งมีข้อจำกัดในการเข้าถึงอาหารสุขภาพและบริการทางการแพทย์อย่างสม่ำเสมอ สอดคล้องกับการศึกษาของกั๋ว และคณะ[17] ที่รายงานว่าผู้หญิงที่อาศัยในพื้นที่ชนบทมีแนวโน้มละเลยการดูแลสุขภาพตนเองมากกว่าผู้หญิงในเมือง เนื่องจากต้องเผชิญกับภาระหน้าที่ในครัวเรือนและสภาพแวดล้อมที่ไม่เอื้อต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพ อุปสรรคเหล่านี้ชี้ให้เห็นถึงความจำเป็นในการพัฒนานโยบายและรูปแบบบริการสุขภาพที่เหมาะสมกับบริบทท้องถิ่น เพื่อให้หญิงตั้งครรภ์เข้าถึงการดูแลแบบองค์รวมได้อย่างแท้จริง

4. การหล่อหลอมอัตลักษณ์ความเป็นแม่จากประสบการณ์การควบคุมเบาหวาน

ประสบการณ์การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดระหว่างตั้งครรภ์ไม่ได้ส่งผลเพียงด้านสุขภาพเท่านั้น แต่ยังส่งผลลึกซึ้งต่อจิตสำนึกและการตระหนักรู้ในบทบาทของการเป็นแม่ โดยหญิงตั้งครรภ์ส่วนใหญ่กล่าวถึง “ความเสียสละ” และ “ความรับผิดชอบ” ซึ่งสะท้อนการยอมรับและพัฒนาตนเองเข้าสู่บทบาทความเป็นแม่อย่างเต็มตัว งานวิจัยในประเทศอินโดนีเซียที่ผ่านมา[18] ซึ่งใช้ระเบียบวิธีเชิงปรากฏการณ์วิทยา (phenomenology) พบว่าเมื่อหญิงตั้งครรภ์ที่เป็น GDM ตระหนักถึงหน้าที่ในการดูแลตนเองเพื่อความปลอดภัยของทารก

จะส่งผลให้เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและมุมมองต่อชีวิต โดยรวม อัตลักษณ์ใหม่ในฐานะ “แม่” กลายเป็นแรงขับเคลื่อนสำคัญต่อการตัดสินใจในชีวิตประจำวัน ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาของ ฮีเวจ และคณะ[19] ที่เน้นว่าการสร้างบทบาทความเป็นแม่ในช่วงตั้งครรภ์ เป็นกระบวนการที่มีพลวัตและสามารถส่งเสริมสุขภาวะในระยะยาวได้ หากมีการสนับสนุนที่เหมาะสมจากบุคลากรและครอบครัว ดังนั้น การเข้าใจการเปลี่ยนผ่านนี้จึงมีความสำคัญต่อการออกแบบโปรแกรมสุขภาพที่ตอบสนองทั้งมิติร่างกายและจิตใจของหญิงตั้งครรภ์

5. พลังแห่งการถ่ายทอดประสบการณ์และการสนับสนุนจากเพื่อนร่วมสถานการณ์

ข้อเสนอแนะจากผู้ให้ข้อมูลในงานวิจัยนี้ แสดงให้เห็นถึงพลังของการถ่ายทอดประสบการณ์จริง เช่น การแนะนำให้ “ตั้งสติ” “เชื่อมั่นในตนเอง” และ “ปฏิบัติตามคำแนะนำของแพทย์” สิ่งเหล่านี้ไม่ใช่เพียงคำแนะนำทั่วไป แต่คือบทเรียนชีวิตที่สามารถต่อยอดเป็นกลไก peer support ที่มีคุณภาพ โดยเฉพาะในบริบทชนบทที่ทรัพยากรสุขภาพจำกัด งานวิจัยของจุง และคณะ[20] ยืนยันว่า peer support ช่วยเสริมสร้าง self-confidence และลด emotional distress ได้อย่างมีนัยสำคัญในหญิงตั้งครรภ์ที่เป็นเบาหวาน และยังช่วยลดความรู้สึกโดดเดี่ยวระหว่างกระบวนการดูแลตนเอง[21] ยังชี้ให้เห็นว่าการออกแบบระบบ peer support ที่สอดคล้องกับบริบทวัฒนธรรมท้องถิ่น เช่น ภาษา ความเชื่อ และโครงสร้างครอบครัว จะเพิ่มประสิทธิภาพในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมอย่างต่อเนื่อง ซึ่งตรงกับผลการศึกษานี้ที่ชี้ให้เห็นว่าประสบการณ์ตรงจาก “เพื่อนหญิงร่วมสถานการณ์” คือพลังบวกที่ช่วยยกระดับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยได้อย่างแท้จริง

สรุปผลการวิจัย

จากผลการวิจัยพบว่าหญิงตั้งครรภ์ที่เป็นเบาหวานในเขตชนบท มีประสบการณ์และพฤติกรรมการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดแบ่งได้เป็น 5 ประเด็นหลัก คือ ปฏิกิริยาตอบสนองและการรับรู้หลังการวินิจฉัย ที่สะท้อนความตกใจ วิตกกังวล และการได้รับข้อมูลจากบุคลากรสุขภาพ กระบวนการปรับตัวและการจัดการตนเองในชีวิตประจำวัน ผ่านการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการกินและการตรวจน้ำตาลด้วยตนเอง แรงขับเคลื่อนและปัจจัยแวดล้อมที่มีอิทธิพลต่อการควบคุมระดับน้ำตาล ทั้งแรงจูงใจ การสนับสนุนจากครอบครัว บุคลากรสุขภาพ และอุปสรรคที่พบการหล่อหลอมอัตลักษณ์ความเป็นแม่ที่ทำให้ตระหนักถึงบทบาทความเป็นมารดา และพลังแห่งการถ่ายทอดประสบการณ์ โดยการแบ่งปันข้อคิดและคำแนะนำแก่หญิงตั้งครรภ์คนอื่นในสถานการณ์เดียวกัน

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

หน่วยบริการสุขภาพในชนบทควรนำผลการวิจัยไปพัฒนาการดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่เป็นเบาหวานให้เหมาะสมกับบริบท โดยการสื่อสารให้รับรู้เกี่ยวกับความเสี่ยงที่มีผลกระทบต่อมารดาและทารก ผลการตรวจค่าน้ำตาลในเลือดทุกครั้ง เพื่อเสริมแรงจูงใจต่อเนื่อง จัดระบบสนับสนุนหลายระดับ ได้แก่ พยาบาล อาสาสมัครสาธารณสุข ช่วยนัดและเตือน ครอบครัวร่วมเตรียมอาหาร ตรวจสมุดบันทึก และกลุ่มหญิงตั้งครรภ์ที่เป็นเบาหวานเพื่อแลกเปลี่ยนวิธีปฏิบัติ ลดข้อจำกัดด้วยการจัดโครงการยืมเครื่องตรวจน้ำตาลในเลือดและฝึกแบบจับมือทำจนใช้ได้เอง หรือจัดคลินิกเคลื่อนที่เพื่อลดการเดินทาง พัฒนาสื่อสุขภาพที่เหมาะสมกับบริบท เช่น เมนูอาหารพื้นบ้านที่ราคาไม่แพง คู่มือบันทึกค่าน้ำตาลในเลือดและเช็กลิสต์รายสัปดาห์สำหรับหญิงตั้งครรภ์ที่เป็นเบาหวานและผู้ดูแล ส่วนเชิงนโยบายบูรณาการโครงการยืมเครื่องยืมเครื่องตรวจน้ำตาลในเลือดคลินิกเคลื่อนที่ สื่อสุขภาพที่เหมาะสมกับบริบท และกำหนดตัวชี้วัดอย่างง่าย เช่น ความถี่ในการตรวจค่าน้ำตาลในเลือด การนำบันทึกมาพบแพทย์ ค่าเฉลี่ย FBS/PPG เพื่อให้ความตั้งใจกลายเป็นการปฏิบัติที่ต่อเนื่อง

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

ควรขยายการศึกษาไปยังกลุ่มหญิงตั้งครรภ์ที่เป็นเบาหวานในพื้นที่ที่มีบริบทแตกต่าง เช่น เขตเมืองหรือกึ่งเมือง เพื่อเปรียบเทียบกับเขตชนบทให้ครอบคลุมยิ่งขึ้น นอกจากนี้ควรใช้ระเบียบวิธีวิจัยแบบผสมผสานเพื่อให้ได้ทั้งข้อมูลเชิงลึกและข้อมูลเชิงปริมาณที่สนับสนุนกัน ควรศึกษาปัจจัยแทรกซ้อนเพิ่มเติม เช่น บทบาทของเทคโนโลยีดิจิทัลและระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพต่อการจัดการตนเอง อีกทั้งควรให้ความสำคัญกับกลุ่มที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่สำเร็จ เพื่อเข้าใจอุปสรรคได้ชัดเจนยิ่งขึ้น สุดท้ายการวิจัยเชิงปฏิบัติการในชุมชนจริงจะช่วยสร้างรูปแบบการดูแลที่นำไปใช้ได้จริงในระบบบริการสุขภาพชนบท

เอกสารอ้างอิง

1. Szmuilowicz ED, Josefson JL, Metzger BE. Gestational diabetes mellitus. Endocrinol Metab Clin North Am. 2019;48(3):479-93.
2. Jatavan P, Luewan S, Sirilert S, Tongsong T. Trends in the Prevalence of Diabetes Mellitus in Pregnancy during the Past Two Decades in Northern Thailand. Healthcare (Basel) 2023; 11(23):3030.
3. Dayyani F, Iranpour S, Bakhtiari A, Batebi A, Heydarikhayat N. Self-care behaviors of women with gestational diabetes and influencing factors: A cross-sectional study. J Educ Health Promot. 2019;8:180.
4. Youngwanichsetha S, Phumdoung S. Lived experience of blood glucose self-monitoring among pregnant women with gestational diabetes mellitus: a phenomenological research. J Clin Nurs 2017;26(19-20):2915-21.
5. Jaichaun P, Rerkngam L, Rukkiat M, Nakanakupt M. The Relationship between Health Literacy and Health Promoting Behaviors of Pregnant Women with Gestational Diabetes Mellitus. Nursing Journal CMU 2023; 50(4):214-25.
6. Kragelund Nielsen K, Kapur A, Damm P, de Courten M, Bygbjerg IC. From screening to postpartum follow-up-the determinants and barriers for gestational diabetes mellitus (GDM) services, a systematic review. BMC Pregnancy Childbirth. 2020;20(1):263.
7. Lincoln YS, Guba EG. Naturalistic inquiry. Beverly Hills (CA): Sage Publications; 1985.
8. Chantavanich S. Qualitative research methods. Bangkok: Chulalongkorn University Press; 2022.
9. Ingstrup MS, Wozniak LA, Mathe N, Butalia S, Davenport MH, Johnson JA, Johnson ST. Women's experience with peer counselling and social support during a lifestyle intervention among women with a previous gestational diabetes pregnancy. Health Psychol Behav Med. 2019;7(1):147-59.
10. Silva JLP, Costa ACPJ, Oliveira DS, Silva WGB, Santos JO, Lima VF, et al. "It was a shock": Experiences of pregnant women after a gestational diabetes diagnosis in Brazil. Women Birth. 2024;37(3):e257-64.
11. Pham NM, Do HV, Kim BN, Nguyen TTT, Pham HT, Le HT, et al. Experiences of women with gestational diabetes mellitus: A qualitative study in Vietnam. BMC Pregnancy Childbirth. 2022;22(1):284.
12. Guo J, Chen JL, Whittemore R, Whitaker E. Postpartum lifestyle interventions to prevent type 2 diabetes among women with history of gestational diabetes: A systematic review of randomized clinical trials. J Womens Health (Larchmt). 2020;29(3):408-21.
13. Meewong R, LImruangrong P, Phahuwatanakorn W, Boriboonhirunsarn D. Factors Influencing Postpartum Follow-Up for Diabetes Screening in Mothers with a History of Gestational Diabetes Mellitus. Nursing Science Journal of Thailand. 2024;42(4):96-110.
14. Abdollahian M, Abedian Z, Latifnejad Roudsari R, Shakeri MT. Family support and self-care behaviors in women with gestational diabetes mellitus: A cross-sectional study. BMC Pregnancy Childbirth. 2022;22(1):370.

15. Ferrari G, Ngoga G, Manzi A, Gomber A. Peer Support in the Management of Diabetes to Improve Cardiovascular Disease Outcomes in Low- and Middle-Income Countries (LMICs). 2023;18(1):48.
16. Ukke GG, Boyle JA, Reja A, Lee WK, Chen M, Ko MSM, Alycia C, Kwon J, Lim S. Lifestyle Interventions to Prevent Type 2 Diabetes in Women with a History of Gestational Diabetes: A Systematic Review and Meta-Analysis through the Lens of Health Equity. Nutrients 2023;15(21),4666.
17. Guo S, Liu D, Bi X, Fen Y, Zhang K, Jiang J, Wang Y. Barriers and facilitators to self-management among women with gestational diabetes: A systematic review using the COM-B model. Midwifery Supports open access. 2024;138.
18. Rahayu A, Nurhidayah I, Sari DN, Widyawati MN. Lived experiences of women with gestational diabetes mellitus in Yogyakarta, Indonesia: A phenomenological study. BMC Pregnancy Childbirth. 2024;24(1):612.
19. Hewage S, Audimulam J, Sullivan E, Chi C, Yew TW, Yoong J. Barriers to Gestational Diabetes Management and Preferred Interventions for Women With Gestational Diabetes in Singapore: Mixed Methods Study JMIR Form Res 2020;4(6):e14486.
20. Jung S, Kim Y, Park J, Choi M, Kim S. Psychosocial support interventions for women with gestational diabetes mellitus: a systematic review. Korean J Women Health Nurs. 2021 Jun 30;27(2):75-92.
21. Pham S, Churruca K, Ellis LA, Braithwaite J. 'No matter what time of day': The value of joining Facebook groups supporting women's self-management of gestational diabetes mellitus. Health Expectations, 2024;27(3): e14082.

(Original Article)

Good Death from Gynecological Cancer Patients' Perspective: A Qualitative Study

Thamakorn Phikhrao, M.N.S., Tidarat Sirivarawuth, D.N.S., Chontira Jaroenwech, M.N.S.
Bhumibol Adulyadej Hospital, Directorate of Medical Services, RTAF., Bangkok, Thailand
Correspondence to: tidaratsirivarawuth@gmail.com

(Received : 4 Aug. 25, Revised : 23 Sep. 25, Accepted : 3 Feb. 26)

Abstract

Patients with gynecological cancer in the terminal stage often face complex physical, emotional, social, and spiritual challenges. Understanding their perception of a "good death" is crucial for designing palliative care services that are compassionate, patient-centered, and culturally appropriate. Objective of this study is to explore the perception of a good death from the perspective of gynecological cancer patients and to identify key components that can inform and improve end-of-life care services.

This qualitative study approaches, in-depth interviews were conducted with 11 terminal-stage gynecological cancer patients between June 2023-January 2024. Data were analyzed using thematic content analysis to identify core themes that reflect the patients' perspectives on a good death. Four main themes emerged from the analysis: 1) Death with no suffering, freedom from physical pain and psychological distress; 2) Quality of life in the final stage, being able to live meaningfully and comfortably; 3) Preparation for death, having time and space to settle unfinished matters and make personal decisions; 4) Social and spiritual support, being surrounded by loved ones and having spiritual beliefs as sources of comfort. These themes highlight the importance of holistic care that respects patient autonomy and addresses individual preferences and values at the end-of-life.

Findings from this study provide insight into the essential elements of a good death from the patient's perspective. They support the development of palliative care models that emphasize advance care planning, spiritual well-being, family involvement, and symptom management, ultimately promoting a peaceful and dignified end-of-life experience.

Keywords: good death, gynecological cancer, end-of-life care, palliative care, quality of life
Royal Thai Air Force Medical Gazette, Vol. 72 No. 1 January - April 2026

(นิพนธ์ต้นฉบับ)

การตายดีตามการรับรู้ของผู้ป่วยมะเร็งนรีเวช

ธมกร พิเคราะห์, พย.ม., ธิดารัตน์ สิริวราวุธ, พย.ด., ชลธิรา เจริญเวช, พย.ม.
โรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช กรมแพทย์ทหารอากาศ

บทคัดย่อ

ผู้ป่วยมะเร็งนรีเวชในระยะท้ายของชีวิตเผชิญกับการเปลี่ยนแปลงทั้งทางกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ การเข้าใจมุมมองของผู้ป่วยเกี่ยวกับการตายดี เป็นรากฐานสำคัญในการออกแบบระบบบริการที่มีมนุษยธรรมและตอบสนองต่อความต้องการอย่างแท้จริง การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการตายดีตามการรับรู้ของผู้ป่วยมะเร็งนรีเวช และเสนอแนวทางที่สามารถนำไปสู่การส่งเสริมระบบบริการสุขภาพที่สนับสนุนการตายดี เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพ (qualitative approach) โดยเก็บรวบรวมข้อมูลผ่านการสัมภาษณ์เชิงลึกจากผู้ป่วยมะเร็งนรีเวชระยะท้าย จำนวน 11 ราย ระหว่างเดือนมิถุนายน พ.ศ. 2566-มกราคม พ.ศ. 2567 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (thematic content analysis)

ผลการวิจัยการรับรู้การตายดีของผู้ป่วยมะเร็งนรีเวช ประกอบด้วย 4 ประเด็นหลัก ได้แก่ 1) การตายที่ปราศจากความทุกข์ทรมานจากความเจ็บปวด (Death with no suffering), 2) การมีคุณภาพชีวิตที่ดีในช่วงสุดท้ายของชีวิต (Quality of life), 3) การได้มีการเตรียมตัวก่อนเสียชีวิต (Preparation for death), และ 4) การมีสิ่งยึดเหนี่ยวจิตใจเมื่อเข้าสู่ระยะท้ายของชีวิต (Social and spiritual support) แต่ละประเด็นสะท้อนความต้องการลึกซึ้งของผู้ป่วยที่อยากจากไปอย่างสงบ มีศักดิ์ศรี และไม่เป็นภาระต่อครอบครัว

ผลการวิจัยสามารถนำไปใช้ในการพัฒนาระบบบริการสุขภาพแบบประคับประคอง โดยเน้นการดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวม (holistic care) ส่งเสริมการวางแผนดูแลล่วงหน้า (advance care planning) และให้ความสำคัญกับมิติทางสังคมและจิตวิญญาณ เพื่อสนับสนุนให้ผู้ป่วยสามารถเผชิญกับความตายอย่างมีคุณภาพและสงบ

คำสำคัญ: การตายดี, มะเร็งนรีเวช, ผู้ป่วยระยะท้าย, การดูแลแบบประคับประคอง, คุณภาพชีวิต

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

สถานการณ์ของโรคมะเร็งในภาพรวมของประเทศไทย จากสถิติพบว่าโรคมะเร็งเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับ 1 คิดเป็นร้อยละ 16 ของเหตุการเสียชีวิตทั้งหมด มีผู้เสียชีวิตจากโรคมะเร็งเฉลี่ย 8 รายต่อชั่วโมง ในปี พ.ศ. 2561 พบว่ามีจำนวนผู้ป่วยรายใหม่ โดยประมาณอยู่ที่ 170,495 ราย และเสียชีวิตจากโรคมะเร็งประมาณ 114,199[1] จากสถิติพบว่าโรคมะเร็งที่พบมาก 5 อันดับแรกในชายไทย ได้แก่ มะเร็งตับและท่อน้ำดี มะเร็งปอด มะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก มะเร็งต่อมลูกหมาก และมะเร็งต่อมน้ำเหลือง ส่วนมะเร็งที่พบมาก 5 อันดับแรกในหญิงไทย ได้แก่ มะเร็งเต้านม มะเร็งตับและท่อน้ำดี มะเร็งปากมดลูก มะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก และมะเร็งปอด[2]

สำหรับอุบัติการณ์ของมะเร็งทางนรีเวชในปัจจุบันที่พบได้บ่อยคือ มะเร็งปากมดลูก มะเร็งเยื่อบุโพรงมดลูก และมะเร็งรังไข่ โดยมะเร็งปากมดลูกเป็นมะเร็งที่พบเป็นอันดับสามของมะเร็งในสตรีทั่วโลกรองจากมะเร็งเต้านมและมะเร็งลำไส้ใหญ่[3] สำหรับประเทศไทยในแต่ละปีมีผู้ป่วยมะเร็งรายใหม่ประมาณ 8,183 คน (17.8 ราย ต่อประชากร 100,000 ราย) และมีผู้เสียชีวิตจากมะเร็งปากมดลูกประมาณ 4,513 คน (Age-Standardized Rate 9.7 ราย ต่อประชากร 100,000 ราย) และอุบัติการณ์ของมะเร็งรังไข่คือ 5.9 รายต่อประชากรสตรี 100,000 ราย ในช่วงปี พ.ศ. 2555-ปัจจุบัน พบผู้ป่วยมะเร็งรังไข่รายใหม่ในประเทศไทย 2,689 รายต่อปี ส่วนมะเร็งเยื่อบุโพรงมดลูกพบบ่อยเป็นอันดับรองลงมา โดยมีอุบัติการณ์ 3.9 รายต่อประชากรสตรี 100,000 ราย[4] ผู้ป่วย

มะเร็งนรีเวชส่วนใหญ่ที่ได้รับการวินิจฉัยมักจะพบในระยะลุกลาม ซึ่งยากแก่การรักษาให้หายขาด ซึ่งส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยทั้งทางด้านร่างกาย ได้แก่ ความเจ็บปวด อ่อนเพลีย และรับประทานอาหารได้น้อย และจิตใจ ได้แก่ ความเครียด วิตกกังวล และความกลัว[5] ดังนั้นการรักษาผู้ป่วยกลุ่มนี้จึงมุ่งเน้นแบบประคับประคอง เพื่อส่งเสริมให้เกิดการตายดี เพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและคนในครอบครัว

หอผู้ป่วยสูตินรีกรรมชั้น 7/4 โรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช กรมแพทย์ทหารอากาศ ซึ่งเป็นหน่วยงานที่ให้การดูแลผู้ป่วยมะเร็งอวัยวะสืบพันธุ์สตรีและผู้ป่วยทางนรีเวช จากสถิติการเก็บข้อมูลผู้ป่วย 5 โรคแรกที่พบบ่อยในหอผู้ป่วยสูตินรีกรรมชั้น 7/4 โรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช พบผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกสูงเป็นอันดับ 1 รองลงมาเป็นมะเร็งรังไข่ มะเร็งตัวมดลูก มะเร็งช่องคลอด และมะเร็งครรภ์ไข่ปลาอุกตามลำดับ ซึ่งระยะที่พบมากที่สุดคือระยะที่ 2 (Stage IIb) คิดเป็นร้อยละ 75.5 และยังพบอีกว่าผู้ป่วยมะเร็งอวัยวะสืบพันธุ์สตรีที่มารับการรักษาที่โรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช ร้อยละ 67.26 อยู่ในระยะลุกลามเมื่อเทียบกับจำนวนผู้ป่วยมะเร็งอวัยวะสืบพันธุ์สตรีทั้งหมด[6] โดยมีอัตราการครองเตียงของผู้ป่วยมะเร็งอวัยวะสืบพันธุ์สตรีในหอผู้ป่วยสูตินรีกรรมชั้น 7/4 โรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดชสูงกว่าโรคอื่นถึง 10 เท่า อันเนื่องมาจากการลุกลามของโรค และภาวะแทรกซ้อนที่เกิดจากการรักษา เป็นต้น ซึ่งปัญหาที่พบในผู้ป่วยมะเร็งอวัยวะสืบพันธุ์ระยะลุกลามนี้แบ่งเป็น 2 ด้าน ได้แก่ 1) ด้านร่างกาย คือ มีเลือดออกทางช่องคลอดมาก แน่นอึดอัดท้อง ขาบวมจากการอุดตันของหลอดเลือด และอาการปวดพบมากในมะเร็งระยะลุกลามซึ่งเกิดจากมะเร็งกดทับอวัยวะข้างเคียงและเส้นประสาท 2) ด้านจิตใจ ได้แก่ มีความวิตกกังวล ซึมเศร้า และนอนไม่หลับ ซึ่งในการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคมะเร็งอวัยวะสืบพันธุ์สตรีนั้นมีค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลเฉลี่ยประมาณ 300,000-500,000 บาทต่อคนต่อปี และมีจำนวนวันนอนรักษาในโรงพยาบาลเฉลี่ย 7.85 วัน[7] โดยผู้ป่วยมะเร็งนรีเวชส่วนใหญ่ที่ได้รับการวินิจฉัยมักจะพบในระยะลุกลามซึ่งยากแก่การรักษาให้หายขาด ดังนั้นการรักษาผู้ป่วยกลุ่มนี้จึงมุ่งเน้นแบบประคับประคอง เพื่อส่งเสริมให้เกิดการตายดี เพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย และคนในครอบครัว

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาแนวคิดเกี่ยวกับการตายดี ตามการรับรู้ของผู้ป่วยมะเร็งนรีเวช และนำไปสู่ระบบบริการเพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยเกิดการตายดี

วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการทำวิจัย

งานวิจัยครั้งนี้เป็นรูปแบบการวิจัยเชิงคุณภาพ (qualitative approach) มีวัตถุประสงค์เพื่อการสำรวจแนวคิด ปรากฏการณ์ในเรื่องการตายดีในผู้ป่วยมะเร็งนรีเวช ผ่านการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ ร่วมกับการสัมภาษณ์เชิงลึก (in-depth interview) ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นมะเร็งทางนรีเวช

ประชากร กลุ่มตัวอย่าง และเกณฑ์การคัดเลือก

ประชากร คือ ผู้ป่วยมะเร็งนรีเวชที่เข้ารับการรักษาตัวในหอผู้ป่วยสูตินรีกรรมชั้น 7/4 โรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช โดยผู้วิจัยคัดเลือกผู้ให้ข้อมูลแบบเฉพาะเจาะจง ตามเกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง (inclusion criteria) ดังนี้

- อายุมากกว่า 18 ปี
- เป็นผู้ป่วยมะเร็งนรีเวชที่แพทย์วินิจฉัยว่าเป็นมะเร็งระยะสุดท้ายและได้รับการรักษาแบบประคับประคอง
- สามารถสื่อสารภาษาไทยได้ดี
- ผู้ป่วยยินดีเข้าร่วมการวิจัย

ขนาดกลุ่มตัวอย่าง

ขนาดของกลุ่มตัวอย่างขึ้นอยู่กับความเพียงพอของข้อมูลที่ได้ และครอบคลุมหัวข้อเรื่องที่จะทำวิจัย ขนาดของกลุ่มตัวอย่างที่เหมาะสมในการศึกษาเชิงคุณภาพ ควรมีจำนวน 6-20 คน ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับความเพียงพอของข้อมูลที่ได้ และความครอบคลุมหัวเรื่องของข้อมูลที่ศึกษา[8,9] รวมถึงเพียงพอต่อการหาความสัมพันธ์เชิงเหตุผล[10] ดังนั้นขนาดของกลุ่มตัวอย่างในงานวิจัยนี้ จึงประกอบด้วย ผู้ป่วยสูตินรีกรรมที่เข้าสู่ระยะสุดท้าย จำนวน 11 คน ซึ่งได้ข้อมูลที่มีความอิ่มตัว (saturation of data) และเพียงพอต่อการวิเคราะห์ความสัมพันธ์เชิงเหตุผล

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1) แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป personal information questionnaire ประกอบด้วย อายุ เพศ สถานภาพสมรส

ศาสนา ระดับการศึกษา อาชีพ การวินิจฉัยโรค การรักษา และการดูแลที่ได้รับ

2) แบบสัมภาษณ์ interview guide question พัฒนาโดยคณะผู้วิจัย จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง โดยมีประเด็นคำถามหลัก ดังนี้

- ช่วยเล่าการเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นกับท่านในครั้งนี้
- ท่านได้รับประสบการณ์อย่างไร เมื่อมาเข้ารับบริการในหอผู้ป่วยมะเร็งนรีเวช
- ท่านให้ความหมายของการตายดีไว้ว่าอย่างไร
- ในมุมมองของท่าน การตายดีในผู้ป่วยมะเร็งควรเป็นอย่างไร
- ท่านคิดว่ามีอะไรที่จะช่วยส่งเสริมให้เกิดการตายดีได้บ้าง

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยได้ดำเนินการพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง โดยขอรับการพิจารณารับรองจริยธรรมในการวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช กรมแพทย์ทหารอากาศ หลังจากโครงร่างวิจัยผ่านการพิจารณาอนุมัติ (IRB No. 48/66) ผู้วิจัยได้แนะนำตัว อธิบายวัตถุประสงค์ ขั้นตอน และรายละเอียดของการทำวิจัย เพื่อขอความร่วมมือในการทำวิจัย โดยอธิบายให้ทราบว่าข้อมูลที่ได้จะเก็บเป็นความลับ ไม่มีการเปิดเผยชื่อผู้ให้ข้อมูล ใช้รหัสแทน และข้อมูลต่าง ๆ จะเก็บไว้ในที่ที่ปลอดภัยมีเพียงผู้วิจัยที่ทราบ การนำเสนอข้อมูลจะนำเสนอในภาพรวม และนำไปใช้เชิงวิชาการเท่านั้น ข้อมูลต่าง ๆ จะถูกทำลายเมื่อสิ้นสุดการวิจัยแล้ว

ระหว่างที่ดำเนินการวิจัยข้อคำถามบางหัวข้ออาจทำให้ผู้ให้ข้อมูลมีความรู้สึกเศร้าโศกเสียใจ ผู้วิจัยจะให้การช่วยเหลือโดยเปิดโอกาสให้ระบายความรู้สึก ระบายความเศร้าโศกเสียใจ และดูแลจนผู้ป่วยรู้สึกดีขึ้น ถ้าหากผู้ให้ข้อมูลต้องการยุติการสัมภาษณ์ก็สามารถทำได้ รวมถึงผู้ให้ข้อมูลสามารถซักถามข้อสงสัยต่าง ๆ ได้ และหากผู้ให้ข้อมูลไม่ประสงค์จะเข้าร่วมการวิจัย หรือออกจากงานวิจัยก็สามารถทำได้ โดยไม่มีผลเสียใด ๆ เกิดขึ้น

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยดำเนินการวิจัยและเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง หลังจากโครงร่างวิจัยผ่านการพิจารณาอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน จึงดำเนินการเก็บข้อมูลเป็นระยะเวลา 7 เดือน (ระหว่างมิถุนายน พ.ศ. 2566-มกราคม พ.ศ. 2567) โดยมีขั้นตอนดังนี้

1. เมื่อผ่านการพิจารณาจริยธรรมจากคณะกรรมการของโรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดชแล้ว ผู้วิจัยทำหนังสือขอความอนุเคราะห์ในการดำเนินการวิจัยถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาลเพื่อขออนุญาตในการพิจารณาคุณสมบัติของผู้ให้ข้อมูล และทำการสัมภาษณ์เชิงลึกผู้เข้าร่วมการวิจัย

2. ผู้วิจัยติดต่อกับหัวหน้าฝ่ายการพยาบาล หรือหัวหน้าแผนกสูตินรีเวช ให้ช่วยประสานผู้ป่วยมะเร็งนรีเวชที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์คัดเลือกที่ผู้ให้ข้อมูลกำหนดไว้ในเบื้องต้น โดยผู้วิจัยมอบเบอร์โทรศัพท์และที่อยู่ของผู้วิจัยไว้สำหรับให้ติดต่อกลับมา หลังจากนั้นผู้วิจัยจะติดต่อกลับผู้ให้ข้อมูลโดยตรง เพื่อตรวจสอบคุณสมบัติอีกครั้ง และนัดวันเวลาและสถานที่สัมภาษณ์

3. การดำเนินการสัมภาษณ์ ผู้วิจัยแนะนำตัวเอง อธิบายชี้แจงวัตถุประสงค์และรายละเอียดเบื้องต้นเกี่ยวกับการทำวิจัย รวมถึงการพิทักษ์สิทธิของผู้ให้ข้อมูล ขออนุญาตบันทึกข้อมูลด้วยเครื่องบันทึกเสียง เปิดโอกาสให้ผู้ให้ข้อมูลตัดสินใจในการเข้าร่วมการวิจัยตามความสมัครใจ พร้อมทั้งให้ผู้เข้าร่วมวิจัยเซ็นเอกสารยินยอมการเข้าร่วมวิจัยทุกราย

4. ผู้วิจัยสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูลโดยใช้วิธีการสัมภาษณ์เชิงลึก (in-depth interview) ใช้การบันทึกเสียงร่วมกับการจดบันทึกเพื่อเก็บข้อมูล โดยใช้เวลาประมาณ 40-60 นาทีต่อครั้ง ผู้ให้ข้อมูลแต่ละรายจะถูกสัมภาษณ์ประมาณ 2-3 ครั้ง โดยจำนวนครั้งของการสัมภาษณ์ขึ้นกับความชัดเจนของข้อมูลสัมภาษณ์จนเกิดความอิ่มตัวของข้อมูล (data saturation) คือได้ข้อมูลที่ซ้ำ และไม่มีข้อมูลใหม่เกิดขึ้น

5. ภายหลังการสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูลแต่ละรายเสร็จสิ้น ผู้วิจัยจะทำการถอดเทปการสัมภาษณ์ บันทึกเนื้อหาความหมาย จัดกลุ่มความหมาย การเชื่อมโยงแนวคิดต่าง ๆ เพื่อให้ได้ข้อมูลที่ช่วยเพิ่มความชัดเจน ครอบคลุมเนื้อหาระบบบริการสุขภาพเพื่อส่งเสริมให้เกิดการตายดีในหอผู้ป่วยชั้น 7/4 โรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช กรมแพทย์ทหารอากาศ

ความน่าเชื่อถือของงานวิจัย

ในด้านความเชื่อถือได้ (credibility) ผู้วิจัยดำเนินการโดยเลือกผู้ให้ข้อมูลที่มีประสบการณ์จริง มีการสร้างสัมพันธภาพที่ดีก่อนการสัมภาษณ์ด้วยการเยี่ยมเยือนผู้ป่วยและทำความคุ้นเคยกับผู้ให้ข้อมูลเพื่อให้ผู้ให้ข้อมูลเกิดความ

ไว้วางใจพร้อม ที่จะถ่ายทอดประสบการณ์ให้ฟัง นอกจากนั้นในระหว่างการทำวิจัย ผู้วิจัยได้มีการสะท้อนคิด (critical reflection) เพื่อทำการตรวจสอบความคิด ความรู้สึกที่เกิดขึ้นในขณะเก็บข้อมูลเพื่อลดความลำเอียงที่อาจจะเกิดขึ้นได้ และมีการยืนยันข้อมูล (member checking) ระหว่างที่มีการเก็บข้อมูลโดยผู้วิจัยได้ทำการสรุปการสัมภาษณ์แต่ละครั้งแล้วให้ผู้ให้ข้อมูลยืนยันและเพิ่มเติมในส่วนที่ไม่ชัดเจนให้มากขึ้น

การถ่ายโอนงานวิจัย (transferability) ผู้วิจัยเขียนบรรยายลักษณะของการเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจงเพื่อให้เข้าใจและสามารถประยุกต์ใช้ข้อค้นพบครั้งนี้ได้ในผู้ป่วยและผู้ให้ข้อมูลที่มีลักษณะและอยู่ในบริบทคล้ายคลึงกัน

การพึ่งพาเกณฑ์อื่นได้ (dependability) ผู้วิจัยเขียนขั้นตอนในการเก็บรวบรวมข้อมูล การวิเคราะห์ข้อมูลและการสรุปผลการวิจัยอย่างละเอียด เพื่อให้เข้าใจและสามารถตรวจสอบได้

การยืนยันผลการวิจัย (confirmability) เป็นการสร้างความเชื่อมั่นในผลการวิจัยว่าเกิดขึ้นจริง โดยผู้วิจัยได้รวบรวมเอกสารต่าง ๆ ตลอดจนเครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูลเพื่อสามารถนำมาใช้เป็นหลักฐานอ้างอิงแหล่งข้อมูล และสามารถตรวจสอบความถูกต้องย้อนหลังได้[11]

การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลส่วนบุคคล ข้อมูลเกี่ยวกับการเจ็บป่วยและการรักษา วิเคราะห์โดยใช้สถิติเชิงบรรยาย (descriptive statistics) ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ข้อมูลจากการสัมภาษณ์เชิงลึก วิเคราะห์ข้อมูลด้วยการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (content analysis) และสร้างประเด็นสำคัญ (theme) เพื่อการวิเคราะห์[12] โดยอ่านบทสัมภาษณ์ที่ได้จากการถอดเทปทุกบรรทัดและขีดเส้นคำ วลี และประโยคสำคัญที่สะท้อนถึงประสบการณ์ที่ต้องการศึกษา จากนั้นนำคำ วลี และประโยคที่ได้มาจัดกลุ่มและตีความโดยให้ความหมายเดียวกันอยู่กลุ่มเดียวกันจากนั้นนำกลุ่มความหมายที่ได้มาเขียนอธิบายและบรรยายความหมายหลาย ๆ ครั้ง เพื่อให้สามารถสื่อความหมายที่ตรงและเข้าใจโดยมีการใช้คำพูดของผู้ให้ข้อมูลมาประกอบและสนับสนุนความหมายแต่ละความหมายอย่างเพียงพอ รวมทั้งมีการบรรยายบริบทที่เกี่ยวข้องเพื่อให้สามารถเชื่อมโยงและเข้าใจ

ผลการวิจัย

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วย/ผู้ให้ข้อมูล

ผู้ให้ข้อมูลจำนวน 11 คน เป็นเพศหญิง และนับถือศาสนาพุทธทั้งหมด มีอายุระหว่าง 18-81 ปี อายุเฉลี่ย 57.45 ปี ร้อยละ 36.36 มีสถานภาพหย่าร้าง ส่วนใหญ่ร้อยละ 54.54 จบการศึกษาระดับชั้นประถมศึกษา กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ร้อยละ 54.54 ได้รับการวินิจฉัยโรคเป็นมะเร็งปากมดลูก รายละเอียดดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ให้ข้อมูล

ผู้ให้ข้อมูล	เพศ	อายุ	ศาสนา	สถานภาพ	การศึกษา	การวินิจฉัยโรค
1.	หญิง	77	พุทธ	หม้าย	ประถมศึกษา	CA endometrium stage 2
2.	หญิง	70	พุทธ	หม้าย	ประถมศึกษา	Recurrent CA peritoneal stage 3c
3.	หญิง	58	พุทธ	สมรส	ประถมศึกษา	CA cervix stage 3B (SCC)
4.	หญิง	34	พุทธ	หย่าร้าง	มัธยมศึกษา	CA cervix IIIA
5.	หญิง	51	พุทธ	สมรส	ประถมศึกษา	CA cervix with brain and bone metastasis
6.	หญิง	18	พุทธ	โสด	มัธยมศึกษา	Recurrent CA ovary stage 3
7.	หญิง	81	พุทธ	หม้าย	ปริญญาตรี	CA cervix stage 3B
8.	หญิง	58	พุทธ	หย่าร้าง	ประถมศึกษา	CA cervix 4A c bone metastasis
9.	หญิง	66	พุทธ	หย่าร้าง	ปริญญาตรี	CA ovary
10.	หญิง	72	พุทธ	หย่าร้าง	ประถมศึกษา	CA Endometrium
11.	หญิง	47	พุทธ	สมรส	มัธยมศึกษา	CA Cervix

ส่วนที่ 2 การตายดีตามการรับรู้ของผู้ป่วยมะเร็งนรีเวช

จากการวิเคราะห์ข้อมูลพบว่า การตายดีตามการรับรู้ของผู้ป่วยมะเร็งนรีเวช ประกอบด้วย 4 ประเด็นหลัก คือ 1) การตายที่ปราศจากความทุกข์ทรมานจากความเจ็บปวด (Death with no suffering), 2) การมีคุณภาพชีวิตที่ดีในช่วงสุดท้ายของชีวิต (Good quality of life), 3) ผู้ป่วยได้มีการเตรียมตัวก่อนเสียชีวิต (Preparation for death), และ 4) ผู้ป่วยมีสิ่งยึดเหนี่ยวจิตใจเมื่อเข้าสู่ระยะท้ายของชีวิต (Social and Spiritual support) สามารถสรุปประเด็นสำคัญได้ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 แสดงประเด็นหลักและประเด็นย่อยของการตายดีตามมุมมองของผู้ป่วยมะเร็งนรีเวช

ประเด็นหลัก (Theme)	ประเด็นย่อย (Subtheme)
1. การตายที่ปราศจากความทุกข์ทรมานจากความเจ็บปวด (Death with no suffering)	1.1 การไม่ทุกข์ทรมานจากอาการรบกวนทางกาย
	1.2 การไม่ทุกข์ทรมานจากอาการรบกวนทางจิตใจ
	1.3 การปราศจากอาการไม่สุขสบายภายหลังได้รับยาเคมีบำบัด
2. การมีคุณภาพชีวิตที่ดีในช่วงสุดท้ายของชีวิต (Quality of life)	2.1 ผู้ป่วยได้ทำตามที่ตนเองปรารถนาในช่วงสุดท้ายของชีวิต
	2.2 การใช้ชีวิตที่เหลืออยู่อย่างมีความหมาย
3. ผู้ป่วยได้มีการเตรียมตัวก่อนเสียชีวิต (Preparation for death)	3.1 ผู้ป่วยได้รับทราบข้อมูลตรงตามความเป็นจริง
	3.2 การยอมรับการตายของผู้ป่วยและครอบครัว
	3.3 ผู้ป่วยได้รับการดูแลรักษาตรงตามที่ได้วางแผนไว้
4. ผู้ป่วยมีสิ่งยึดเหนี่ยวจิตใจเมื่อเข้าสู่ระยะท้ายของชีวิต (Social and spiritual support)	4.1 ใช้ศาสนาเป็นที่พึ่งทางจิตใจ
	4.2 ผู้ป่วยมีครอบครัวอยู่ด้วยขณะเข้าสู่ระยะท้ายของชีวิต

โดยรายละเอียดของแต่ละประเด็นหลัก มีดังนี้

ประเด็นหลักที่ 1 การตายที่ปราศจากความทุกข์ทรมานจากความเจ็บปวด (Death with no suffering) ผู้ให้ข้อมูลส่วนใหญ่ให้ความสำคัญอย่างยิ่งกับการจากไปอย่างสงบโดยเฉพาะการไม่ต้องเผชิญกับความเจ็บปวดและทุกขเวทนา ทั้งทางกายและจิตใจ ผู้ป่วยหลายรายสะท้อนว่า ความกลัวที่แท้จริงไม่ใช่ความตาย แต่เป็นความเจ็บปวดที่อาจเกิดขึ้นก่อนเสียชีวิต ซึ่งรวมถึงอาการปวดเรื้อรัง หายใจลำบาก หรือความอ่อนล้าทางร่างกายที่ทำให้รู้สึกทุกข์ทรมานและไร้คุณภาพชีวิตในช่วงสุดท้าย ผู้ป่วยจึงคาดหวังว่าทีมสุขภาพจะสามารถควบคุมอาการเจ็บปวดได้อย่างเหมาะสม โดยใช้ทั้งวิธีทางการแพทย์ เช่น ยาระงับปวด และการดูแลทางเลือกอื่น ๆ ที่ช่วยให้รู้สึกผ่อนคลาย เช่น การสัมผัสทางกาย การพูดคุยให้กำลังใจ หรือการดูแลอย่างเอาใจใส่จากครอบครัว

ประเด็นย่อย 1.1 การไม่ทุกข์ทรมานจากอาการรบกวนทางกาย ผู้ป่วยมะเร็งนรีเวชที่อยู่ในระยะท้ายของโรคมักต้องเผชิญกับอาการทางกายที่สร้างความทุกข์ทรมานอย่างต่อเนื่อง ไม่ว่าจะเป็นความเจ็บปวด อ่อนเพลีย หายใจลำบาก คลื่นไส้ อาเจียน หรือการกลั้นปัสสาวะ และอุจจาระไม่ได้ อาการเหล่านี้ไม่เพียงส่งผลต่อร่างกายเท่านั้น แต่ยังบั่นทอนจิตใจและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยอย่างมาก

"ไม่อยากทรมาน โรคนี้ยังไงก็ไม่หาย ยังไงก็ไม่หายอยู่แล้ว เรารู้อยู่ แต่ว่าอยากไม่ให้ทรมาน จะเป็นอย่างไรก็ไม่เป็นไร อะไรจะเกิดก็เกิด ไม่เป็นไร แต่ขออย่างเดียวไม่ให้เจ็บไม่ปวด" (ID 01, 63-64, 167)

"ส่องกล้องดูมีก้อนเนื้อติดอยู่ตรงลำไส้เล็ก เราก็หวังที่สุดคืออยากกินข้าว ถ้าสามารถเอาก้อนเนื้อออกไปได้ เสียเงินเท่าไหร่ก็จะเสียอยู่ ป้าจะได้กินข้าวได้ จะได้มีกำลังแข็งแรงขึ้น ความหวังของป้าก็อยู่แค่นี้แหละค่ะ" (ID 02, 22-25)

"หมอเขาบอกว่ากลับไปบ้านอยากกินอะไรก็กินเลย ไปอยู่กับลูกกับหลานอะไรอย่างนี้ อยากกินอะไรอย่างนี้ บางทีเรากินเราก็กลัวเนอะ กลัวกลับมาอีก อยากให้ตัวเองสบายไว้ก่อน อยากกินน้ำผลไม้ เพราะอยู่บ้านอยากกินผลไม้แตงโมอะไรเยอะแยะเลย ก็อยากส้มชิ้นเล็ก ๆ ให้มันชุ่มคอ กินแล้วกลัวมันอ้วกอย่างเดียวนั่นแหละ" (ID 02, 105-108)

"อยากให้ไม่มีการปวด เพราะว่าตอนที่เราป่วยอยู่บ้านทั้งวันทั้งคืนลูกเขาก็เห็น เข้าห้องน้ำจนเราร้องว่ามันจะเป็นอะไรนักหนาเนี่ย ทำไมมันปวดทั้งวัน ทุก 3 นาทีมั่ง 5 นาทีมั่ง พอเข้าไปก็มีเลือดตกมาหน่อยนึง แต่ปวดไม่หยุดเลย" (ID 09, 122-123)

"มันเหนื่อย กินข้าวก็ไม่ได้ ทานอะไรก็ไม่ได้ ไม่มีใครช่วยเราได้ ยิ่งอยู่โรงพยาบาลอย่างนี้ยิ่งนอนอย่างเดียว ออกกำลังกายก็ไม่ได้ออก กินได้แต่น้ำ" (ID 11, 20-21)

ประเด็นย่อยที่ 1.2 การไม่ทุกข์ทรมานจากอาการรบกวนทางจิตใจ ผู้ให้ข้อมูลเห็นว่า นอกจากความทุกข์ทรมานทางกายแล้ว ผู้ป่วยมะเร็งนรีเวชในระยะท้ายยังต้องเผชิญกับความทุกข์ทางจิตใจที่เกิดจากความกังวล ความกลัว ความเศร้า ความรู้สึกไม่มั่นคง หรือความรู้สึกเป็นภาระต่อคนรอบข้าง อาการรบกวนทางจิตใจเหล่านี้ มีผลโดยตรงต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย และทำให้ประสบการณ์ในช่วงสุดท้ายของชีวิตเต็มไปด้วยความทุกข์ รวมถึงความรู้สึกไม่สงบจากสิ่งรบกวนทางจิตใจ ยกตัวอย่างเช่น อาการวิตกกังวล มีสิ่งที่คั่งค้างยังทำไม่เสร็จ (unfinished business) การส่งเสริมภาวะ "ใจสงบ" และการให้ผู้ป่วยรู้สึกว่าตน "ไม่โดดเดี่ยว" เป็นเงื่อนไขสำคัญที่นำไปสู่การตายดีตามการรับรู้ของผู้ให้ข้อมูล

"ก็มีความกังวลเรื่องที่ดินอยู่เหมือนกันนิดหน่อย เพราะว่าเรื่องที่ดินที่ยังไม่เรียบร้อย ยังไม่ได้โอนให้ลูก" (ID 01, 80-81)

"ป้าก็ยังมีห่วงอยู่นะ ห่วงอยู่อย่างเดียว คือหลานสาว อายุ 1 ขวบ 4 เดือน" (ID 05, 57)

ประเด็นย่อยที่ 1.3 การปราศจากอาการไม่สุขสบายภายหลังได้รับยาเคมีบำบัด ผู้ให้ข้อมูลส่วนหนึ่งได้กล่าวถึงอาการทรมานภายหลังได้รับยาเคมีบำบัด ซึ่งในกระบวนการรักษาผู้ป่วยมะเร็งนรีเวช โดยเฉพาะในระยะลุกลามหรือระยะท้าย การให้ยาเคมีบำบัดยังคงเป็นหนึ่งในวิธีการควบคุมโรคที่สำคัญ อย่างไรก็ตาม ผลข้างเคียงจากเคมีบำบัด เช่น คลื่นไส้ อาเจียน อ่อนเพลีย เบื่ออาหาร ปวดเมื่อยตามร่างกาย ผมร่วง หรือแผลในช่องปาก มักส่งผลต่อสุขภาวะของผู้ป่วยอย่างมาก และทำให้เกิดความไม่สุขสบายทั้งทางกายและจิตใจในช่วงหลังการรักษา

"ตอนให้ยาคีโม กลับไปบ้านปากนี่เปื่อยไปหมดแล้ว มีแผลในปาก กินอะไรก็ไม่ได้ น้ำก็ทานไม่ได้ ข้าวก็ทานไม่ได้ ไม่อยากอาหาร อาทิตย์นึงเต็ม ๆ เลย มานี่ก็เจาะเลือดเตรียมตัวให้คีโมอีก ยังไม่ค่อยฟื้นดีก็ต้องให้คีโมอีก มันเบื่อ ๆ เซ็ง ๆ" (ID 05, 123-125)

"เรามีความรู้สึกว่าเราจะอ้วก เวียนหัว ทานข้าวไม่ได้ ทานข้าวไม่ได้หลังจากให้คีโมทุกครั้ง 2 วัน เต็ม ๆ ข้าวก็ไม่อยากทาน น้ำก็ไม่อยากกิน นอนอย่างเดียว" (ID 09, 37-38)

โดยสรุป การตายที่ปราศจากความทุกข์ทรมานจากความเจ็บปวดในมุมมองของผู้ป่วย คือการได้รับการดูแลที่เน้นความสงบ สบาย ไร้ความเจ็บปวด ได้รับการดูแลอย่างองค์รวม โดยเคารพในการตัดสินใจของผู้ป่วย และเคารพในศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ที่สามารถเลือกได้ว่าจะได้รับการดูแลในระยะท้ายอย่างไร ซึ่งถือเป็นหัวใจสำคัญของการตายดี

ประเด็นหลักที่ 2 การมีคุณภาพชีวิตที่ดีในช่วงสุดท้ายของชีวิต (Quality of life)

ผู้ให้ข้อมูลได้กล่าวถึงความต้องการที่จะมีคุณภาพชีวิตที่ดีในช่วงสุดท้ายของชีวิต ให้ความสำคัญกับการดำรงชีวิตที่มีคุณภาพ แม้จะทราบว่าตนเองอยู่ในระยะสุดท้ายของโรค ซึ่งสะท้อนถึงความต้องการที่จะ "มีชีวิตอยู่อย่างมีความหมาย" มากกว่าการยื้อชีวิตเพียงเพื่อให้ยาวนาน ผู้ป่วยไม่ได้มองว่าคุณภาพชีวิตหมายถึงเพียงแค่การปราศจากความเจ็บปวด แต่รวมถึงความสามารถในการทำกิจกรรมเล็ก ๆ น้อย ๆ ที่ตนเองรัก การมีปฏิสัมพันธ์กับคนที่ห่วงใย และการมีชีวิตประจำวันอย่างมีศักดิ์ศรี

ประเด็นย่อยที่ 2.1 ผู้ป่วยได้ทำตามที่ตนเองปรารถนาในช่วงสุดท้ายของชีวิต ผู้ป่วยมะเร็งนรีเวชในระยะท้ายต่างมีความปรารถนาเฉพาะตัวที่ต้องการทำให้สำเร็จก่อนเสียชีวิต ความปรารถนาเหล่านี้อาจเป็นเรื่องเล็กน้อยในสายตาคนทั่วไป แต่สำหรับผู้ป่วยกลับมีความหมายลึกซึ้งและเป็นสิ่งที่ช่วยเติมเต็ม "ความสมบูรณ์ของชีวิต" ในช่วงสุดท้าย ความปรารถนาอาจเกี่ยวข้องกับเรื่องครอบครัว ความเชื่อส่วนบุคคล ความสัมพันธ์ หรือกิจกรรมที่ให้ความสุขใจ เช่น การได้กลับบ้าน การเดินทางไปยังสถานที่สำคัญทางใจ หรือการได้ขออโหสิกรรมหรือให้อภัยใครบางคน

"ป้าก็คือไม่ได้กังวลเรื่องโรคแล้ว โรคก็คือให้มันดำเนินไปจนสุดทางมัน แต่เราขอให้ชีวิตที่ดีที่สุดก็คือที่บ้าน ได้เดินได้อยู่ภายในบ้านคงจะดีขึ้นกว่านี้ พยุง ๆ ตัวเราไปก็ได้ออกกำลัง ไม่อย่างนั้นรถเข็นมีก็นั่งรถเข็นไปกวาดบ้านไป" (ID 11, 138–140)

ประเด็นย่อยที่ 2.2 การใช้ชีวิตที่เหลืออยู่อย่างมีความหมาย หนึ่งในความปรารถนาสำคัญของผู้ป่วยมะเร็งนรีเวชในระยะสุดท้าย คือการมีชีวิตอยู่อย่างมีความหมาย สามารถรับประทานอาหารได้เท่าที่ไหว สามารถทำกิจกรรมเล็ก ๆ น้อย ๆ ที่ต้องการ มากกว่าการยื้อชีวิตเพียงเพื่อให้มีชีวิตยาวนานขึ้น แต่ไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ การมีคุณภาพชีวิตที่ดีในช่วงท้ายจึงเชื่อมโยงกับความรู้สึกอิสระ การได้รับการเคารพความเป็นตัวตนของผู้ป่วยเอง

"ป้าก็แค่อยากอยู่กับลูก ๆ หลาน ๆ ที่บ้านของป้า ไม่ใช่นอนในโรงพยาบาลตลอดเวลา อยากปลูกต้นไม้และดูมันเติบโต" (ID 07,102-103)

โดยสรุป ผู้ป่วยมะเร็งนรีเวชมองว่าการมีคุณภาพชีวิตที่ดีในช่วงท้ายของชีวิต คือการได้ใช้เวลาที่เหลืออยู่อย่างมีความหมาย โดยมีความสบายทั้งทางกายและใจ มีความสัมพันธ์ที่ดีและได้รับการดูแลที่ให้เกียรติและเคารพในความเป็นมนุษย์

ประเด็นหลักที่ 3 ผู้ป่วยได้มีการเตรียมตัวก่อนเสียชีวิต (Preparation for death)

การเตรียมตัวก่อนเสียชีวิตเป็นประเด็นที่ผู้ป่วยมะเร็งนรีเวชในระยะท้ายให้ความสำคัญอย่างยิ่ง เพราะเป็นกระบวนการที่ช่วยให้ผู้ป่วยสามารถยอมรับความจริงของโรคและจัดการสิ่งต่าง ๆ ที่ยังค้างคาใจได้อย่างมีสติและสงบ ผู้ป่วยไม่ได้มองว่าความตายเป็นจุดสิ้นสุดเท่านั้น แต่ยังเป็นช่วงเวลาสำคัญของการเตรียมพร้อม ทั้งในด้านร่างกาย จิตใจ ความสัมพันธ์ และจิตวิญญาณ การเตรียมตัวเหล่านี้ช่วยให้ผู้ป่วยรู้สึกว่าตนยังสามารถควบคุมชีวิตได้ในระดับหนึ่ง ลดความกังวลใจ และสร้างความสงบภายในใจ ซึ่งถือเป็นเงื่อนไขสำคัญของการตายดี โดยเฉพาะในวัฒนธรรมไทยที่ให้ความสำคัญกับการจากไปอย่างไม่ค้างคา และไม่เป็นภาระต่อผู้อยู่เบื้องหลัง

ประเด็นย่อยที่ 3.1 ผู้ป่วยได้รับทราบข้อมูลตรงตามความเป็นจริง โดยผู้ให้ข้อมูลแสดงความคิดเห็นว่าการตายดีจำเป็นต้องทราบข้อมูลการดำเนินของโรคที่เป็นจริง ตรงไปตรงมา ไม่ปิดบังข้อมูลเพื่อให้ทราบว่ายังมีเวลาที่เหลืออยู่เท่าไหร่ จะได้เตรียมตัวและวางแผนชีวิตได้อย่างมีคุณภาพที่สุด และการให้ข้อมูลหรือแจ้งข่าวร้ายกับผู้ป่วยควรเป็นไปโดยคำนึงถึงความเป็นมนุษย์ สื่อสารด้วยความเห็นอกเห็นใจ

"อยากให้หมอบอกตรง ๆ ว่าป้าเหลือเวลาอีกเท่าไหร่ ป้าจะได้วางแผนถูก ทั้งเรื่องทรัพย์สิน ที่ดิน เรื่องบ้าน อยากรู้ว่าอาการมันจะไปถึงไหน จะได้ไม่หวังเกินจริง" (ID 05, 75-76)

ประเด็นย่อยที่ 3.2 การยอมรับการตายของผู้ป่วยและครอบครัว ผู้ป่วยได้มีการวางแผนตนเองล่วงหน้า หรือเรียกว่าได้มีโอกาสทำ advance care planning การวางแผนล่วงหน้าถือเป็นส่วนสำคัญของการเตรียมตัวก่อนเสียชีวิตในมุมมองของผู้ป่วยมะเร็งนรีเวชในระยะท้าย ผู้ให้ข้อมูลสะท้อนว่าการได้เตรียมการเรื่องต่าง ๆ ไว้ล่วงหน้าไม่เพียงช่วยลดภาระให้แก่ครอบครัว แต่ยังทำให้ตนรู้สึกพร้อมและสบายใจที่จะจากไปโดยไม่มีความกังวลใจหลงเหลืออยู่ โดยผู้ให้ข้อมูลบางรายมีการวางแผนอย่างเป็นรูปธรรม เช่น การเขียนพินัยกรรม การจัดการเรื่องทรัพย์สิน การวางแผนงานศพ หรือแม้แต่การสั่งเสียแนวทางการดูแลในระยะสุดท้าย เช่น ความต้องการหรือไม่ต้องการให้ยื้อชีวิตด้วยเทคโนโลยีทางการแพทย์ ความประสงค์ที่จะกลับไปเสียชีวิตที่บ้าน เป็นต้น

"ป้าไม่ได้มีความกังวลจิตใจเรื่องอะไร แล้วก็ได้วางแผนไว้ล่วงหน้าบ้างแล้วเกี่ยวกับการรักษาตัวเองว่าจะไม่ใส่ท่อ ไม่ปั๊มหัวใจถ้าเกิดอะไรขึ้น" (ID 11, 122–123)

"ยาที่ทานเอาไม่อยู่กับความปวด ก็บอกกับลูก พูดกับคุณหมอว่า ถ้ามีอาการไม่ไหวจริง ๆ ไม่ต้องยื้อ ไม่ต้องผ่าอะไรทั้งสิ้น ก็ให้ไปแบบสงบนะคะ บอกคุณหมอว่าทำอย่างไรก็ได้ให้ไปแบบสงบไม่ต้องยื้อให้ทำนู่นทำนี่นะ" (ID 09, 113–115)

ประเด็นย่อยที่ 3.3 ผู้ป่วยได้รับการดูแลรักษาตรงตามที่ได้วางแผนไว้ ผู้ให้ข้อมูลได้สะท้อนให้เห็นว่าการที่ผู้ป่วยมะเร็งนรีเวชในระยะท้ายได้รับการดูแลรักษาตรงตามที่ตนเองได้วางแผนไว้ ถือเป็นองค์ประกอบสำคัญของการตายดี และสะท้อนถึงการเคารพในศักดิ์ศรี ความเป็นเจ้าของชีวิต และสิทธิในการตัดสินใจของผู้ป่วยอย่างแท้จริง การดูแลที่สอดคล้องกับแผนที่ผู้ป่วยกำหนดไว้ เช่น การไม่ยื้อชีวิตด้วยเครื่องมือทางการแพทย์ การเลือกสถานที่เสียชีวิต หรือแนวทางการดูแลแบบประคับประคอง ล้วนมีผลต่อภาวะจิตใจและความสงบในช่วงเวลาสุดท้าย

"ป้าดีใจมาก ๆ ที่ได้มาเจอหมอที่นี่ หมอน่ารัก และรับฟังสิ่งที่เราต้องการจริง ๆ ป้าบอกหมอไปว่าถ้าป้าไม่ไหว อย่ายื้อป้าไว้ให้ทรมาน ลูก ๆ ก็อยู่ด้วยตอนที่คุยกับหมอ ก็เข้าใจความต้องการของป้าเหมือนกัน" (ID 02, 95-96)

โดยสรุป การเตรียมตัวก่อนเสียชีวิตในมุมมองของผู้ป่วยมะเร็งนรีเวช ไม่ใช่เพียงการจัดการเรื่องภายนอกเท่านั้น แต่เป็นกระบวนการภายในที่ช่วยสร้างความสงบ ยอมรับ และความรู้สึกพร้อมที่จะจากไปอย่างมีศักดิ์ศรี ซึ่งถือเป็นหัวใจสำคัญของการตายดีตามบริบททางวัฒนธรรมและจิตวิญญาณของผู้ป่วย

ประเด็นหลักที่ 4 ผู้ป่วยมีสิ่งยึดเหนี่ยวจิตใจเมื่อเข้าสู่ระยะท้ายของชีวิต (Social and spiritual support) การมีสิ่งยึดเหนี่ยวจิตใจเป็นปัจจัยสำคัญที่ช่วยให้ผู้ป่วยมะเร็งนรีเวชในระยะท้ายสามารถเผชิญกับความเปลี่ยนแปลงทางร่างกายและความใกล้ชิดของความตายได้อย่างสงบและมีศักดิ์ศรี ผู้ให้ข้อมูลให้ข้อเสนอแนะว่าการได้รับการสนับสนุนทางสังคมและจิตวิญญาณที่เหมาะสมมักมีความสามารถในการปรับตัวต่อภาวะเจ็บป่วยได้ดีขึ้น และลดระดับความวิตกกังวล ความกลัว และความรู้สึกโดดเดี่ยวในช่วงวาระสุดท้ายของชีวิต

ประเด็นย่อยที่ 4.1 ใช้ศาสนาเป็นที่พึ่งทางจิตใจ ผู้ให้ข้อมูลได้มีมุมมองเกี่ยวกับการใช้ศาสนาเป็นที่พึ่งทางจิตใจในการเผชิญกับความเจ็บป่วยและความตายที่กำลังใกล้เข้ามา ศาสนาในบริบทของผู้ป่วยส่วนใหญ่ หมายถึงพุทธศาสนา ซึ่งมีบทบาทสำคัญในการช่วยให้ผู้ป่วยยอมรับความเปลี่ยนแปลงของชีวิตด้วยความสงบ สร้างความเข้มแข็งทางใจ และลดความวิตกกังวลเกี่ยวกับการจากไป

"พอพี่คิดถึงพระที่นับถือ คิดถึงบุญที่เคยทำมาในอดีต ใจมันก็เบาขึ้น สงบขึ้น นอนหลับได้" (ID 10, 67)

ประเด็นย่อยที่ 4.2 ผู้ป่วยมีครอบครัวอยู่ด้วยขณะเข้าสู่ระยะท้ายของชีวิต ผู้ให้ข้อมูลให้ข้อเสนอว่าการมีครอบครัวอยู่ด้วยในช่วงระยะท้ายของชีวิตมีความสำคัญอย่างลึกซึ้ง ความรู้สึกว่าตนไม่ได้อยู่คนเดียวในช่วงเวลาที่ยากที่สุด เป็นสิ่งที่ช่วยเสริมสร้างความอบอุ่นทางใจ ลดความกลัว และทำให้ผู้ป่วยรู้สึกมั่นคง สงบ และยอมรับความตายได้อย่างสง่างาม ช่วยลดความรู้สึกโดดเดี่ยวและความกลัวตาย แต่ยังเติมเต็มความรู้สึกการมีคุณค่าและไม่ถูกทอดทิ้ง ทั้งนี้การอยู่ใกล้ชิดกับคนในครอบครัวในช่วงสุดท้าย ไม่ได้จำกัดเพียงแค่การดูแลทางกายภาพ แต่รวมถึงการได้สื่อสาร บอกลา ขอบคุณ ขอโทษ หรือให้อภัย ซึ่งเป็นกระบวนการทางจิตวิญญาณที่ช่วยให้ผู้ป่วยสามารถปิดฉากชีวิตได้อย่างสมบูรณ์

"แค่มีลูก ๆ นั่งอยู่ข้างเตียง ไม่ต้องพูดอะไรก็ได้ พี่ก็รู้สึกอุ่นใจ หรือขอแค่ได้จับมือลูกไว้ ก็ไม่กลัวอะไรแล้ว" (ID 08, 77-78)

โดยสรุป การมีสิ่งยึดเหนี่ยวจิตใจในช่วงระยะท้ายของชีวิต ช่วยให้ผู้ป่วยสามารถเผชิญหน้ากับความตายด้วยความสงบ มั่นคง และไม่โดดเดี่ยว ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดเรื่องการตายดีทั้งในเชิงสุขภาพ จิตใจ และจิตวิญญาณ อันเป็นเป้าหมายสำคัญของการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายอย่างมีคุณภาพ

การอภิปรายผล

จากผลการวิจัยพบว่าการตายดี (Good Death) ตามการรับรู้ของผู้ป่วยมะเร็งนรีเวชสามารถจำแนกออกเป็น 4 ประเด็นหลัก ได้แก่ การตายที่ปราศจากความทุกข์ทรมานจากความเจ็บปวด การมีคุณภาพชีวิตที่ดีในช่วงสุดท้ายของชีวิต การเตรียมตัวก่อนเสียชีวิต และการมีสิ่งยึดเหนี่ยวจิตใจเมื่อเข้าสู่ระยะท้ายของชีวิต ซึ่งสะท้อนให้เห็นถึงมิติสำคัญทั้งทางกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณที่ผู้ป่วยให้คุณค่าในการดำรงอยู่ในช่วงท้ายของชีวิต โดยเฉพาะในบริบทของผู้ป่วยโรคมะเร็งนรีเวชที่เผชิญกับความเจ็บปวดเรื้อรังและความไม่แน่นอนของการดำเนินโรค

1. การตายที่ปราศจากความทุกข์ทรมานจากความเจ็บปวด เป็นองค์ประกอบพื้นฐานของการดูแลแบบประคับประคอง ที่มีเป้าหมายหลักในการลดความทุกข์ทรมานทั้งทางกายและจิตใจของผู้ป่วย ผู้ป่วยให้ข้อมูลว่าการไม่ต้องเผชิญกับความเจ็บปวด และทุกขเวทนา ทั้งทางกายและจิตใจเป็นความปรารถนาอย่างยิ่งในการที่จะส่งเสริมให้เกิดการตายที่ดี ซึ่งความกลัวที่แท้จริงไม่ใช่ความตาย แต่เป็นความเจ็บปวดที่อาจเกิดขึ้นก่อนเสียชีวิต ซึ่งรวมถึงอาการปวดเรื้อรัง หายใจลำบาก หรือความอ่อนล้าทางร่างกายที่ทำให้รู้สึกทุกข์ทรมานและไร้คุณภาพชีวิตในช่วงสุดท้าย ผู้ป่วยจึงคาดหวังว่าทีมสุขภาพจะสามารถควบคุมอาการเจ็บปวดได้อย่างเหมาะสม โดยใช้ทั้งวิธีทางการแพทย์ เช่น ยาระงับปวด และการดูแลทางเลือกอื่น ๆ ที่ช่วยให้รู้สึกผ่อนคลาย เช่น การสัมผัสทางกาย การพูดคุยให้กำลังใจ หรือการดูแลอย่างเอาใจใส่จากครอบครัว สอดคล้องกับการศึกษาของ Meier และคณะที่ระบุว่าการดูแลผู้ป่วยระยะท้าย

ควรเน้นการควบคุมอาการ เพื่อให้ผู้ป่วยมีความสงบ สบาย และมีศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์[13] นอกจากนี้ผู้ป่วยมะเร็งนรีเวชส่วนใหญ่ต้องได้รับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัด อาการไม่สุขสบายภายหลังได้รับยาเคมีบำบัด ถูกระบุว่าส่งผลให้ผู้ป่วยมะเร็งนรีเวชเกิดความทุกข์ทรมานเป็นอย่างมาก ซึ่งอาการข้างเคียงจากการให้ยาเคมีบำบัดของผู้ป่วยมะเร็งนรีเวชระยะสุดท้ายที่พบบ่อย ได้แก่ คลื่นไส้อาเจียน ปวดเมื่อยกล้ามเนื้อ ท้องผูก เหนื่อยอ่อนเพลีย ผมร่วง นอนไม่หลับ ปวดบวมแดงบริเวณผิวหนังที่ให้ยาเคมีบำบัด เป็นต้น ซึ่งส่งผลให้เกิดความไม่สุขสบายกาย และความวิตกกังวลทั้งต่อตัวผู้ป่วย และครอบครัวผู้ป่วย[14]

2. การมีคุณภาพชีวิตที่ดีในช่วงสุดท้ายของชีวิต แสดงถึงความต้องการของผู้ป่วยในการใช้ชีวิตอย่างมีคุณค่า แม้อยู่ในสภาวะใกล้ตาย ผู้ป่วยได้ทำตามที่ตนเองปรารถนาในช่วงสุดท้ายของชีวิต ผู้ป่วยส่วนใหญ่ให้ความสำคัญกับการดำรงชีวิตที่มีคุณภาพ แม้จะทราบว่าตนเองอยู่ในระยะสุดท้ายของโรค ซึ่งสะท้อนถึงความต้องการที่จะมีชีวิตอยู่อย่างมีความหมาย มากกว่าต้องการที่จะยื้อชีวิตเพียงเพื่อให้ยาวนานขึ้น แต่ปราศจากคุณภาพชีวิตที่ดีในห้วงสุดท้ายของชีวิต ผู้ป่วยไม่ได้มองว่าคุณภาพชีวิตหมายถึงเพียงแค่การปราศจากความเจ็บปวด แต่รวมถึงความสามารถในการทำกิจกรรมเล็ก ๆ น้อย ๆ ที่ตนเองรัก การมีปฏิสัมพันธ์กับคนที่ห่วงใย และการมีชีวิตประจำวันอย่างมีศักดิ์ศรี สอดคล้องกับการศึกษาของวัลภา คุณทรงเกียรติ (2556) ที่ได้ศึกษาการตายดีตามการรับรู้ของผู้ป่วยมะเร็ง พบว่าการตายดีในผู้ป่วยระยะท้าย ต้องไม่เป็นภาระของครอบครัวทั้งขณะที่มีชีวิตและไม่มีชีวิต สามารถใช้ชีวิตที่เหลืออยู่อย่างมีความหมาย การสนับสนุนคุณภาพชีวิตจึงควรครอบคลุมทั้งในด้านการดูแลแบบองค์รวม และการส่งเสริมการตัดสินใจของผู้ป่วยอย่างมีส่วนร่วม[15]

3. การเตรียมตัวก่อนเสียชีวิต เป็นกระบวนการสำคัญที่ช่วยให้ผู้ป่วยสามารถเผชิญความตายได้อย่างสงบ ซึ่งอาจรวมถึงการจัดการเรื่องส่วนตัว การสื่อสารความต้องการเกี่ยวกับการรักษา และการวางแผนการดูแลในระยะท้าย การเตรียมตัวเช่นนี้ช่วยลดความกังวลใจและความเครียดทั้งต่อตัวผู้ป่วยและครอบครัว สอดคล้องกับการศึกษาการจัดระบบบริการสุขภาพเพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยเกิดการตายดี พบว่าการเตรียมตัวก่อนเสียชีวิตเป็นกระบวนการที่ช่วยให้ผู้ป่วยสามารถยอมรับความจริงของโรค และจัดการสิ่งต่าง ๆ ที่ยังค้างคาใจได้อย่างมีสติและสงบ มีการเตรียมพร้อมทั้งในด้านร่างกาย จิตใจ ความสัมพันธ์ และจิตวิญญาณ การเตรียมตัวเหล่านี้ช่วยให้ผู้ป่วยรู้สึกว่าตนยังสามารถควบคุมชีวิตได้ในระดับหนึ่ง ลดความกังวลใจ และสร้างความสงบภายในใจ ซึ่งถือเป็นเงื่อนไขสำคัญของการตายดี[16] นอกจากนี้ผลการวิจัยในข้อนี้ยังมีความสัมพันธ์กับแนวคิดการวางแผนการดูแลสุขภาพล่วงหน้า (advance care planning) ที่เน้นการวางแผนการดูแลสุขภาพ ความต้องการในระยะสุดท้าย ความประสงค์ในการรักษาพยาบาล พูดคุยถึงสิ่งที่ผู้ป่วยให้ความสำคัญและความต้องการทางการแพทย์ว่าจะรับหรือปฏิเสธการรักษาที่เป็นการยื้อการตาย ซึ่งเป็นการวางแผนร่วมกันระหว่างผู้ป่วย ครอบครัว และทีมสุขภาพเพื่อให้ผู้ป่วยสามารถได้รับการดูแลรักษาตรงตามที่ได้วางแผนไว้ ผลของการวางแผนดูแลล่วงหน้าอย่างเป็นระบบในผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง ส่งผลให้ผู้ป่วยสามารถเลือกวางแผนการดูแลในช่วงสุดท้ายของชีวิตเพื่อไม่ยื้อชีวิตได้อย่างมีประสิทธิภาพ[17]

4. การมีสิ่งยึดเหนี่ยวจิตใจเมื่อเข้าสู่ระยะท้ายของชีวิต ผู้ป่วยมะเร็งนรีเวชระยะสุดท้ายให้ข้อเสนอแนะว่าการได้รับการสนับสนุนทางสังคมและจิตวิญญาณที่เหมาะสมมักมีความสามารถในการปรับตัวต่อภาวะเจ็บป่วยได้ดีขึ้น และลดระดับความวิตกกังวล ความกลัว และความรู้สึกโดดเดี่ยวในช่วงวาระสุดท้ายของชีวิต การมีสิ่งยึดเหนี่ยวจิตใจ เช่น การมีครอบครัวอยู่พร้อมหน้าเมื่อเข้าสู่ระยะสุดท้ายของชีวิต หรือการน้อมนำหลักคำสอนของศาสนาที่ผู้ป่วยเคารพนับถือ เป็นปัจจัยสำคัญที่ช่วยให้ผู้ป่วยมะเร็งนรีเวชในระยะท้ายสามารถเผชิญกับความเปลี่ยนแปลงทางร่างกายและความใกล้ชิดของความตายได้อย่างสงบและมีศักดิ์ศรี สอดคล้องกับการศึกษาเชิงปรากฏการณ์วิทยาของ Lee (2020) ในมิติด้านสังคม และจิตวิญญาณของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย พบว่าผู้ป่วยระยะท้ายควรได้รับการดูแลแบบองค์รวม (holistic care) ไม่เน้นเฉพาะร่างกายหรือจิตใจเท่านั้น แต่ยังต้องคำนึงถึงด้านสังคม ได้แก่ ความสัมพันธ์ระหว่างครอบครัว การสนับสนุนจากครอบครัว และด้านจิตวิญญาณ ได้แก่ ความเชื่อ ความหวัง และการเตรียมตัวตายอย่างสงบ[18]

สรุปผลการศึกษา

การตายดีตามการรับรู้ของผู้ป่วยมะเร็งนรีเวช สะท้อนมิติสำคัญทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ ไม่เพียงแต่เป็นการลดความทุกข์ทรมานทางกายเท่านั้น แต่ยังรวมถึงการดูแลแบบองค์รวมที่เน้นคุณภาพชีวิต การตายที่ปราศจากความทุกข์ทรมาน การเตรียมตัวก่อนเสียชีวิต การมีสิ่งยึดเหนี่ยวจิตใจ และการสนับสนุนด้านจิตวิญญาณและสังคม เมื่อพิจารณาในเรื่องของอายุพบว่า ผู้ป่วยอายุน้อยมักให้ความสำคัญกับคุณภาพชีวิตและการทำกิจกรรมที่มีความหมาย ขณะที่ผู้ป่วยวัยกลางคนให้ความสำคัญกับการเตรียมตัวและการไม่เป็นภาระแก่ครอบครัว ส่วนผู้ป่วยที่มีอายุมากจะเน้นความสงบทางจิตใจและการพึ่งพาศรัทธาทางศาสนา ความแตกต่างของช่วงวัยจึงมีผลต่อมุมมองและองค์ประกอบของการตายดี ซึ่งควรเป็นแนวทางสำคัญในการจัดการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองให้เหมาะสมเฉพาะบุคคล ผลการศึกษานี้จึงสามารถนำไปใช้ในการออกแบบแนวทางการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายได้อย่างมีประสิทธิภาพ และตอบสนองความต้องการอย่างแท้จริงของผู้ป่วยในบริบทไทยต่อไป

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

จากผลการศึกษาการรับรู้ของผู้ป่วยมะเร็งนรีเวชต่อการตายดี ผู้วิจัยมีข้อเสนอแนะที่สามารถนำไปประยุกต์ใช้ในเชิงระบบบริการสุขภาพ ดังนี้

1) ด้านการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ ควรส่งเสริมระบบการดูแลแบบประคับประคอง (palliative care) ที่ครอบคลุมมิติต่าง ๆ ได้แก่ กาย จิตใจ สังคม และ จิตวิญญาณ โดยบูรณาการเข้ากับแนวทางการดูแลผู้ป่วยมะเร็งนรีเวชในทุกระยะ เพื่อรองรับความต้องการที่แท้จริงของผู้ป่วยในการเข้าสู่การตายดี

2) ด้านการพัฒนาศักยภาพของบุคลากรสุขภาพ ได้แก่ บุคลากรทางการแพทย์และพยาบาลควรได้รับการอบรมเพื่อเสริมสร้างความเข้าใจในแนวคิดเรื่องการตายดี โดยเฉพาะในมิติที่ผู้ป่วยให้ความสำคัญ เช่น การบรรเทาความเจ็บปวด การสนับสนุนด้านจิตวิญญาณ และการเตรียมตัวก่อนเสียชีวิต เพื่อสามารถสื่อสารและดูแลผู้ป่วยได้อย่างเหมาะสม

3) ด้านการจัดทำนโยบายและแนวทางการดูแล หน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรพัฒนานโยบายหรือแนวทางปฏิบัติในการส่งเสริมการตายดี โดยเฉพาะในกลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรังระยะท้าย เช่น มะเร็งนรีเวช อาทิ การบูรณาการการวางแผนการดูแลล่วงหน้า (advance care planning) เข้าสู่กระบวนการดูแลรักษาอย่างเป็นระบบ

4) ด้านการวิจัยในอนาคต ควรมีการศึกษาที่ขยายไปยังกลุ่มผู้ดูแล (caregivers) และทีมสุขภาพ เพื่อเปรียบเทียบมุมมองต่อการตายดีจากหลายฝ่าย รวมถึงศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการส่งเสริมหรือขัดขวางการตายดีในระดับบุคคล ครอบครัว และระบบบริการสุขภาพ

ข้อจำกัดของการศึกษาครั้งนี้

1) ความรู้และทักษะของบุคลากร การขาดแคลนบุคลากรที่มีความรู้และทักษะเฉพาะด้านในการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคอง ถือเป็นอุปสรรคสำคัญที่ส่งผลโดยตรงต่อคุณภาพการดูแล ทั้งในด้านการจัดการอาการไม่สุขสบาย การสื่อสารกับผู้ป่วยและครอบครัว รวมถึงการให้การสนับสนุนด้านจิตใจและจิตวิญญาณ

2) โครงสร้างและระบบการจัดบริการด้านการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายยังขาดความชัดเจนทั้งในเชิงโครงสร้าง ระบบการบริหารจัดการ และการบูรณาการระหว่างหน่วยงาน เช่น การประสานงานระหว่างโรงพยาบาลกับหน่วยบริการปฐมภูมิ รวมถึงการสนับสนุนจากภาครัฐและองค์กรที่เกี่ยวข้อง ข้อจำกัดดังกล่าวทำให้การดำเนินงานขาดความต่อเนื่อง อันเป็นปัจจัยที่ลดทอนประสิทธิภาพของการดูแลผู้ป่วยและครอบครัว

3) ความซับซ้อนของผู้ป่วยและโรค ผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายมักมีความซับซ้อนทั้งด้านอาการทางร่างกาย เช่น ความเจ็บปวด อ่อนเพลีย เบื่ออาหาร ร่วมกับปัญหาทางด้านจิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ ซึ่งเป็นปัจจัยที่ทำให้การประเมินและการวางแผน การดูแลแบบองค์รวมมีความยุ่งยาก การตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยแต่ละรายจำเป็นต้องใช้การพิจารณาเฉพาะบุคคล (individualized care) ซึ่งอาจทำได้ไม่เต็มที่ในทางปฏิบัติ เนื่องจากข้อจำกัดด้านเวลา บุคลากร และทรัพยากร

กิตติกรรมประกาศ

ทีมผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณผู้ป่วยมะเร็งนรีเวชทุกท่านที่ให้เกียรติเปิดเผยประสบการณ์ชีวิตอันล้ำค่าในช่วงระยะท้ายของชีวิต การแบ่งปันข้อมูลอย่างจริงใจจากท่านเป็นหัวใจสำคัญที่ทำให้งานวิจัยนี้สามารถดำเนินไปได้อย่างลึกซึ้งและมีความหมาย ขอบคุณครอบครัวและผู้ดูแลผู้ป่วยที่สนับสนุนและเปิดทางให้เกิดการพูดคุยอย่างเป็นธรรมชาติ ซึ่งมีส่วนอย่างมากในการสะท้อนความจริงจากมุมมองของผู้ป่วย สุดท้ายขอขอบคุณ บุคลากรทางการแพทย์และพยาบาลที่เกี่ยวข้องในการประสานงาน รวมถึงอำนวยความสะดวกในการเข้าถึงผู้ป่วยอย่างเหมาะสม ด้วยความเข้าใจและเคารพในหลักจริยธรรมทางการวิจัย

เอกสารอ้างอิง

1. คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล. สถานการณ์ของโรคมะเร็งในภาพรวมของประเทศไทย [อินเทอร์เน็ต]. กรุงเทพฯ: คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล; 2564 [สืบค้นเมื่อ 12 กันยายน 2566]. เข้าถึงได้จาก: https//www.rama.mahidol.ac.th
2. สถาบันมะเร็งแห่งชาติ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. ยุทธศาสตร์สถาบันมะเร็งแห่งชาติ พ.ศ. 2562–2565 [อินเทอร์เน็ต]. กรุงเทพฯ: สถาบันมะเร็งแห่งชาติ; 2562 [สืบค้นเมื่อ 5 พฤษภาคม 2567]. เข้าถึงได้จาก: https://www.nci.go.th
3. สถาบันมะเร็งแห่งชาติ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. สถิติโรคมะเร็ง [อินเทอร์เน็ต]. กรุงเทพฯ: สถาบันมะเร็งแห่งชาติ; 2554 [สืบค้นเมื่อ 10 ตุลาคม 2567]. เข้าถึงได้จาก: https://www.nci.go.th
4. International Agency for Research on Cancer. GLOBOCAN 2012: Cancer Incidence and Mortality Worldwide [Internet]. Lyon: IARC; 2012 [cited 2024 Oct 10]. Available from: http://globocan.iarc.fr
5. Osei Appiah E, Amertil NP, Oti-Boadi E, Lavoe H, Siedu DJ. Impact of cervical cancer on the sexual and physical health of women diagnosed with cervical cancer in Ghana: A qualitative phenomenological study. Womens Health (Lond). 2021;17:17455065211066075.
6. เวชระเบียนและสถิติ โรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช. สถิติผู้ป่วยมะเร็ง พ.ศ. 2554–2555. กรุงเทพฯ: โรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช; 2555.
7. กรมการแพทย์. สถิติโรค 2553 [อินเทอร์เน็ต]. กรุงเทพฯ: กรมการแพทย์; 2553 [สืบค้นเมื่อ 2 กรกฎาคม 2567]. เข้าถึงได้จาก: http://203.157.32.40/statreport/rpt2553.htm
8. Guest G, Bunce A, Johnson L. How many interviews are enough? An experiment with data saturation and variability. Field Methods. 2006;18(1):59–82.
9. Hagaman AK, Wutich A. How many interviews are enough to identify metathemes in multisited and cross-cultural research? Another perspective on Guest, Bunce, and Johnson's (2006) landmark study. Field Methods. 2017;29(1):23–41.
10. Polit DF, Beck CT. Essentials of nursing research: appraising evidence for nursing practice. 8th ed. Philadelphia: Wolters Kluwer/Lippincott Williams & Wilkins; 2014.
11. Gunawan J. Ensuring trustworthiness in qualitative research. Belitung Nurs J. 2015;1(1):10–11.
12. Kyngas H, Mikkonen K, Kaariainen M. The application of content analysis in nursing science research. Cham: Springer; 2020.
13. Meier EA, Gallegos JV, Thomas LP, Depp CA, Irwin SA, Jeste DV. Defining a good death (successful dying): literature review and a call for research and public dialogue. Am J Geriatr Psychiatry. 2016;24(4):261–71.
14. อภินันท์ งามจำรัส. Principles of chemotherapy in gynecologic cancer [อินเทอร์เน็ต]. เชียงใหม่: ภาควิชาสูติศาสตร์และนรีเวชวิทยา คณะแพทยศาสตร์

มหาวิทยาลัยเชียงใหม่; 2567 [สืบค้นเมื่อ 2 กรกฎาคม 2567]. เข้าถึงได้จาก: https://w1.med.cmu.ac.th/obgyn/lecturestopics/52705/

15. วัลภา คุณทรงเกียรติ. การตายดีตามการรับรู้ของผู้ป่วยมะเร็ง. วารสารคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา. 2556;21(4).
16. Sirivarawuth T, Utriyaprasit K, Ratinthorn A, Tankumpuan T, Viwatwongkasem C. The health service model for promoting good death in critically ill end-of-life patients in the emergency department: a qualitative study. Omega (Westport). 2024;302228241238388.
17. ประไพ บุญมรกต, โสเพ็ญ ชูนวล. ผลการวางแผนดูแลล่วงหน้าอย่างเป็นระบบในผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคองต่อการตัดสินใจเลือกปฏิเสธการรักษาเพื่อการยื้อชีวิตในช่วงสุดท้าย. วารสารเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและการสาธารณสุขภาคใต้. 2565;9(1):270–82.
18. Lee GL, Ramaswamy A. Physical, psychological, social, and spiritual aspects of end-of-life trajectory among patients with advanced cancer: a phenomenological inquiry. Death Stud. 2020;44(5):292–302.

(Review Article)

The Critical Role of Aeromedical Nurses in the Air Transport of Premature Infants

Sqn.Ldr.Chalinthra Wannaphak, M.N.S, Wg.Cdr.Duangporn Chasri, M.N.S.
Royal Thai Air Force Nursing College, Directorate of Medical Service, RTAF, Bangkok, Thailand
Correspondence to: balmkids3@gmail.com

(Received : 25 Sep. 25, Revised : 25 Nov. 25, Accepted : 8 December 25)

Abstract

Premature infants are highly vulnerable to environmental changes, particularly during aeromedical transport to advanced care facilities. While crucial for ensuring timely care, the aeromedical environment exposes these infants to significant flight-related stress, adversely affecting their respiratory, circulatory, and thermoregulatory systems. This article synthesizes and applies current international evidence and established aeromedical principles to develop a comprehensive practice framework for flight nurses. It provides a detailed analysis of the unique physiological challenges and in-flight stressors, including hypobaric hypoxia, gas expansion, thermoregulatory instability, noise, and vibration specific to the preterm population. Furthermore, the article consolidates evidence-based strategies for pre-transport assessment, in-flight monitoring, and specialized nursing interventions to mitigate these risks. By integrating global knowledge with practical clinical expertise, this work aims to establish structured guidelines to enhance the preparedness and efficacy of flight nurses, ultimately ensuring the safe and effective aeromedical evacuation of premature infants.

Keywords: aeromedical evacuation, flight nurses, neonatal transport, premature infants, stress of flight management

Royal Thai Air Force Medical Gazette, Vol. 72 No. 1 January - April 2026

(บทความฟื้นฟูวิชาการ)

บทบาทสำคัญของพยาบาลเวชศาสตร์การบิน ในการลำเลียงผู้ป่วยทารกคลอดก่อนกำหนดทางอากาศ

น.ต.หญิง ชลินทรา วรรณภักตร์, พย.ม., น.ท.หญิง ดวงพร ชาศรี, พย.ม.(การพยาบาลเด็ก)
วิทยาลัยพยาบาลทหารอากาศ กรมแพทย์ทหารอากาศ

บทคัดย่อ

ทารกคลอดก่อนกำหนด มีความเปราะบางต่อการเปลี่ยนแปลงของสภาพแวดล้อม โดยเฉพาะในระหว่างการลำเลียงทางอากาศไปยังสถานพยาบาลที่มีศักยภาพสูงกว่า แม้ว่าการลำเลียงทางอากาศจะมีความสำคัญต่อการได้รับการดูแลรักษาอย่างทันท่วงที แต่สภาพแวดล้อมในการบินกลับทำให้ทารกต้องเผชิญกับความเครียดจากการบิน ซึ่งส่งผลกระทบต่อระบบทางเดินหายใจ ระบบไหลเวียนโลหิต และระบบควบคุมอุณหภูมิของร่างกาย บทความนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อสังเคราะห์และประยุกต์องค์ความรู้จากหลักฐานเชิงประจักษ์ระดับนานาชาติร่วมกับหลักการด้านเวชศาสตร์การบิน และพัฒนากรอบแนวปฏิบัติที่ครอบคลุมสำหรับพยาบาลลำเลียงผู้ป่วยทางอากาศ โดยนำเสนอเกี่ยวกับความท้าทายทางสรีรวิทยาที่มีลักษณะเฉพาะของทารกคลอดก่อนกำหนด รวมถึงปัจจัยก่อความเครียดในระหว่างการบิน นอกจากนี้ยังรวบรวมข้อมูลตามหลักฐานเชิงประจักษ์สำหรับการประเมินก่อนเคลื่อนย้าย การเฝ้าระวังในระหว่างการบิน และการพยาบาลเฉพาะทางเพื่อบรรเทาความเสี่ยงดังกล่าว โดยการบูรณาการความรู้ระดับสากลเข้ากับประสบการณ์ทางคลินิกเชิงปฏิบัติ นำไปสู่การพัฒนาแนวทางปฏิบัติที่มีโครงสร้างชัดเจน เพื่อยกระดับความพร้อมและประสิทธิภาพของพยาบาลลำเลียงผู้ป่วยทางอากาศ อันจะนำไปสู่การลำเลียงทารกคลอดก่อนกำหนดทางอากาศอย่างปลอดภัยและมีประสิทธิผลสูงสุด

คำสำคัญ: การลำเลียงผู้ป่วยทางอากาศ, พยาบาลเวชศาสตร์การบิน, การเคลื่อนย้ายทารกแรกเกิด, ทารกคลอดก่อนกำหนด, การจัดการความเครียดจากการบิน

บทนำ

ทารกคลอดก่อนกำหนด หมายถึง ทารกที่เกิดอายุครรภ์ระหว่าง 28 สัปดาห์ถึงก่อน 37 สัปดาห์[1] ซึ่งโดยปกติแล้วการตั้งครรภ์ครบกำหนดจะใช้เวลา 37-40 สัปดาห์ ทารกคลอดก่อนกำหนดจึงมีความเสี่ยงสูงต่อการเสียชีวิตและการเจ็บป่วย เนื่องจากอวัยวะและระบบร่างกายยังพัฒนาไม่สมบูรณ์ และมักมีปัญหาในด้านการทำงานระบบต่าง ๆ ในร่างกาย เช่น ระบบการหายใจ ได้แก่ perinatal asphyxia, respiratory distress syndrome (RDS), apnea of prematurity (AOP) ระบบหัวใจ เช่น patent ductus arteriosus (PDA) ระบบทางเดินอาหาร เช่น necrotizing enterocolitis (NEC) การทำงานที่ยังไม่ประสานกันของการดูดและการกลืน (coordination of sucking and swallowing) ความสามาถในการรับนม (feeding intoralance) และระบบประสาทที่สำคัญคือ ภาวะสมองพิการ (cerebral palsy, CP) ในปัจจุบันอุบัติการณ์ของการคลอดก่อนกำหนดยังคงเพิ่มขึ้นตามสถิติ คิดเป็นร้อยละ 5-18 ของการคลอดทั้งหมดทั่วโลก และร้อยละ 70-75 ของการตายปริกำเนิดเกี่ยวข้องกับการคลอดก่อนกำหนด ในปี พ.ศ. 2563 พบว่ามีทารกประมาณ 13.4 ล้านคน เป็นทารกคลอดก่อนกำหนดมากกว่า 1 ใน 10 ของทารกแรกเกิดทั้งหมด[2,3] และมีทารกแรกเกิดประมาณ 900,000 คน เสียชีวิตในปี พ.ศ.2562 จากภาวะแทรกซ้อนของการคลอดก่อนกำหนด[4] นอกจากนี้ยังพบว่าทารกคลอดก่อนกำหนดที่รอดชีวิตต้องเผชิญกับความพิการตลอดชีวิต รวมถึงความบกพร่องทางการเรียนรู้และปัญหาการมองเห็นรวมถึงการได้ยิน[5] ในประเทศไทยมีทารกเกิดใหม่ถึงปีละ 7 แสนคน โดยมีทารกคลอดก่อนกำหนด ประมาณ 1 แสนคน และอัตราการเสียชีวิตของเด็กแรกคลอดอยู่ที่ 6.7 คนใน 1 พันคน ซึ่งเป็นอันดับ 3 ของอาเซียน[6] ทารกคลอดก่อนกำหนดจึงต้องเผชิญกับความท้าทายที่ไม่อาจหลีกเลี่ยงได้ เพราะอาจเกิดภาวะแทรกซ้อน

ได้ทุกระบบของร่างกาย ทำให้เกิดปัญหาซับซ้อนในการรักษาพยาบาล การดูแลรักษาอย่างถูกต้อง รวดเร็ว และเหมาะสมของบุคลากรทางสาธารณสุขจะช่วยลดอัตราการตาย และความพิการของทารกเหล่านี้ ดังนั้นทารกเหล่านี้จึงจำเป็นต้องได้รับการดูแลโดยเฉพาะที่หออภิบาลทารกแรกเกิด (neonatal intensive care unit, NICU) ซึ่งมีบุคลากรที่มีความเชี่ยวชาญและอุปกรณ์การแพทย์ที่ทันสมัย เพื่อช่วยให้รักษาได้ทันท่วงที ลดภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น ทั้งนี้โรงพยาบาลบางแห่งอาจไม่มีหออภิบาลทารกแรกเกิดเฉพาะทางที่จำเป็น หรือบุคลากรทางการแพทย์ที่มีความเชี่ยวชาญในการดูแล รวมถึงตั้งอยู่ในพื้นที่ห่างไกลหรือพื้นที่ด้อยโอกาส ซึ่งสิ่งอำนวยความสะดวกด้านการรักษาพยาบาลมีอยู่จำกัด การเคลื่อนย้ายทารกคลอดก่อนกำหนดด้วยยานพาหนะปกติอาจทำให้ไม่สามารถตอบสนองต่อการดูแลรักษาอย่างทันท่วงทีได้ การใช้อากาศยานจึงเป็นทางเลือกหนึ่งที่ช่วยลดระยะเวลาให้สามารถเคลื่อนย้ายไปยังโรงพยาบาลที่มีศักยภาพสูงกว่า

อย่างไรก็ตามแม้ทารกคลอดก่อนกำหนดจะมีอาการคงที่เมื่ออยู่ภาคพื้นดิน แต่อาจมีปัญหาทางสุขภาพ และมีอาการที่รุนแรงมากขึ้นขณะลำเลียงทางอากาศ เนื่องจากสภาพแวดล้อมในการเดินอากาศมีปัจจัยหลายอย่างที่ทำให้เกิดอาการเปลี่ยนแปลงเพิ่มขึ้นหรืออาจต้องเผชิญภาวะฉุกเฉินของอากาศยาน รวมถึงความเครียดที่เกิดจากการบิน[7] ด้วยเหตุนี้บุคลากรผู้ให้การดูแลต้องมีความรู้ความเข้าใจในการรักษาพยาบาล มีการเตรียมการและประเมินสถานการณ์ล่วงหน้าที่ดี เพื่อการดูแลทารกคลอดก่อนกำหนดภายใต้ความเครียดจากการบินอย่างเหมาะสมและมีความปลอดภัย โดยบทความนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อสังเคราะห์และประยุกต์องค์ความรู้และพัฒนากรอบแนวปฏิบัติที่ครอบคลุมสำหรับพยาบาลลำเลียงผู้ป่วยทางอากาศและบุคลากรที่เกี่ยวข้อง ซึ่งประกอบด้วยเนื้อหาเกี่ยวกับลักษณะของทารกคลอดก่อนกำหนด การลำเลียงทางอากาศในประเทศไทย ผลกระทบจากความเครียดในการบินต่อทารกคลอดก่อนกำหนด และบทบาทสำคัญของพยาบาล โดยรวบรวมข้อมูลตามหลักฐานเชิงประจักษ์สำหรับการประเมินก่อนเคลื่อนย้าย การเฝ้าระวังในระหว่างการบิน และการพยาบาลเฉพาะทางเพื่อบรรเทาความเสี่ยงดังกล่าว เป็นการบูรณาการความรู้ระดับสากลเข้ากับประสบการณ์ทางคลินิกเชิงปฏิบัติ นำไปสู่การพัฒนาแนวทางปฏิบัติ เพื่อสนับสนุนการลำเลียงทารกคลอดก่อนกำหนดทางอากาศอย่างปลอดภัย มีประสิทธิภาพ

ลักษณะของทารกคลอดก่อนกำหนด

ทารกคลอดก่อนกำหนดแม้ว่าอวัยวะต่าง ๆ จะครบสมบูรณ์ แต่การทำงานของอวัยวะบางส่วนอาจยังไม่มีประสิทธิภาพเท่าทารกที่ครบกำหนด ซึ่งจะแตกต่างไปตามอายุครรภ์ ทารกคลอดก่อนกำหนดที่มีอายุครรภ์น้อยจะมีลักษณะทางกายภาพ ระบบประสาทและกล้ามเนื้อที่พัฒนาไม่สมบูรณ์เด่นชัดกว่าทารกแรกเกิดครบกำหนด กล่าวคือ[8,9] มีน้ำหนักน้อย พื้นที่ผิวกายกว้างเมื่อเทียบกับน้ำหนักตัว ทำให้สร้างความร้อนได้น้อยกว่าการสูญเสียความร้อน รูปร่างรวมทั้งแขนขามีขนาดเล็กซึ่งจะส่งผลต่อการเจริญเติบโตและพัฒนาการต่อไปในช่วงชีวิตหลังคลอด ทั้งนี้ทารกแรกเกิดก่อนกำหนดจะมีศีรษะขนาดใหญ่เมื่อเทียบกับลำตัว กะโหลกศีรษะนุ่มรอยต่อกะโหลกศีรษะและกระหม่อมกว้าง ผิวหนังบาง สีแดงและเหี่ยวย่น มองเห็นเส้นเลือดใต้ผิวหนังได้ชัดเจน ขณะเดียวกันโครงสร้างของผิวหนังจะยังไม่สมบูรณ์ โดยเฉพาะ stratum corneum ซึ่งเป็นส่วนประกอบของผิวหนังชั้นนอกสุด ทำหน้าที่ป้องกันการซึมผ่าน และป้องกันการสูญเสียน้ำผ่านทางผิวหนัง ขณะเดียวกันก็มีกล้ามเนื้อ และไขมันใต้ผิวหนัง (subcutaneous fat) น้อย ผิวหนังเหี่ยวย่น ทำให้ขาดความสมดุลระหว่างการสร้างความร้อน และการสูญเสียความร้อน มีไขมันคลุมตัวน้อยหรือไม่มีเลย พบขนอ่อน (Lanugo hair) ได้ที่บริเวณใบหน้า หลังและแขน การเจริญของกระดูกหูมีน้อย ใบหูอ่อนนิ่มเป็นแผ่นเรียบ งอพับได้ง่ายเนื่องจากมีกระดูกอ่อนน้อย ลายฝ่ามือฝ่าเท้ามีน้อยและเรียบ เล็บมือเล็บเท้าอ่อนนิ่มและสั้น กล้ามเนื้อระหว่างกระดูกซี่โครงยังเจริญไม่ดี กระดูกซี่โครงค่อนข้างอ่อนนิ่ม ขณะหายใจอาจถูกกระบังลมดึงรั้งเข้าไปเกิด intercostal retraction มีการเจริญของเนื้อเยื่อปอด และศูนย์ควบคุมการหายใจทำหน้าที่ไม่สมบูรณ์ ทำให้มีการหายใจที่ไม่สม่ำเสมอ มีกลั้นหายใจเป็นระยะ (periodic breathing) ได้บ่อย หยุดหายใจได้ง่าย (apnea) และการระบายอากาศในปอดมีน้อย มีท้องป่อง เพราะกล้ามเนื้อหน้าท้องไม่แข็งแรง ความตึงตัวของกล้ามเนื้อไม่ดี มีกำลังกล้ามเนื้อน้อยจึงมักจะเหยียดแขนและขาขณะนอนหงาย ซึ่งจะเพิ่มพื้นที่ผิวสัมผัสต่ออากาศแวดล้อม ทำให้สูญเสียความร้อนได้มากกว่าปกติ ทารกมีการเคลื่อนไหวน้อย และการเคลื่อนไหวมักไม่ประสานกัน โดยอาจมีลักษณะการกระตุก ปฏิกิริยาสะท้อนกลับ (reflex) มีน้อยหรือขาดหาย ซึ่งสะท้อนถึงการพัฒนาไม่สมบูรณ์ของระบบประสาทส่วนกลาง

การลำเลียงทารกทางอากาศในประเทศไทย

การลำเลียงผู้ป่วยทางอากาศในประเทศไทยเริ่มพัฒนาตั้งแต่ปี พ.ศ. 2555 ภายใต้ระบบการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ (สพฉ.) เพื่อรองรับผู้ป่วยในพื้นที่ห่างไกล เช่น จังหวัดตาก แม่ฮ่องสอน เชียงราย และพื้นที่ชายแดน ซึ่งมีลักษณะภูมิประเทศเป็นภูเขาสูง การเดินทางทางบกใช้เวลานาน[10] จากการศึกษาพบว่าการลำเลียงทางอากาศโดยโรงพยาบาลระดับภูมิภาค มีการลำเลียงทารกแรกเกิด ร้อยละ 10 ของเที่ยวบินทั้งหมด ส่วนใหญ่เป็นทารกคลอดก่อนกำหนดที่มีภาวะหายใจล้มเหลว หรือมีความเสี่ยงต่อภาวะทางระบบไหลเวียนโลหิต และต้องส่งต่อไปยังโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ[11] ทั้งนี้ได้มีแนวทางมาตรฐานในการลำเลียงผู้ป่วยฉุกเฉินด้วยอากาศยานถูกพัฒนาภายใต้ระบบการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ โดยสถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ ได้จัดทำ “แนวปฏิบัติการส่งต่อผู้ป่วยฉุกเฉินด้วยอากาศยาน พ.ศ. 2555” และพัฒนาเป็น “คู่มือแนวทางการปฏิบัติการส่งต่อผู้ป่วยฉุกเฉินด้วยอากาศยาน พ.ศ. 2557” เพื่อใช้เป็นมาตรฐานกลางสำหรับการจัดบริการ Thai Sky Doctor ทั่วประเทศ[12] และได้ร่วมกับเขตสุขภาพต่าง ๆ พัฒนาคู่มือระดับภูมิภาค เช่น คู่มือแนวทางปฏิบัติการลำเลียงผู้ป่วยฉุกเฉินทางอากาศ เขตบริการสุขภาพที่ 1 พ.ศ. 2561 และแนวทางการอำนวยการแพทย์ฉุกเฉินด้วยอากาศยานในเขตสุขภาพที่ 8 ซึ่งขยายรายละเอียดด้านกระบวนการสั่งการประสานงาน ทีม Sky Doctor และจุดขึ้น-ลงเฮลิคอปเตอร์ให้สอดคล้องกับบริบทพื้นที่แต่ละภูมิภาค แต่ยังคงยึดกรอบมาตรฐานเดียวกับคู่มือ สพฉ. ภายใต้มาตรฐานนี้ การลำเลียงผู้ป่วยทารกและเด็กถูกจัดให้อยู่ในกลุ่มที่มีความเปราะบางสูง จำเป็นต้องใช้ทีมและอุปกรณ์เฉพาะทาง และต้องประเมินความเหมาะสมต่อการเดินทางทางอากาศ (fit for air travel) อย่างรอบด้านก่อนทุกครั้ง[13] สำหรับทารกแรกเกิดแนวทางมาตรฐานของไทยอาศัยจากคู่มือ สพฉ. และหลักเวชศาสตร์การบินของกองทัพอากาศ[14] มาปรับใช้ โดยกำหนดให้การลำเลียงทารกวิกฤต โดยเฉพาะทารกคลอดก่อนกำหนด ต้องมีอุปกรณ์เฉพาะทาง เช่น ตู้อบเคลื่อนที่ (transport incubator) เครื่องช่วยหายใจสำหรับทารก เครื่องติดตามสัญญาณชีพขนาดเหมาะสม ปั๊มสารน้ำและยา แหล่งออกซิเจนและไฟฟ้าสำรองตลอดจนการป้องกันความเย็น เสียง และการสั่นสะเทือนอย่างเพียงพอ[12] ทั้งนี้เฮลิคอปเตอร์การแพทย์ของไทยได้ถูกปรับปรุงให้สามารถบรรทุกตู้อบทารกแรกเกิด และเครื่องพยุงการทำงานของหัวใจ เพื่อให้สอดคล้องกับแนวคิด “หอผู้ป่วยวิกฤตเคลื่อนที่ (mobile ICU)” บนเครื่องบินหรือเฮลิคอปเตอร์ ในด้านบุคลากร กำหนดให้ทีมลำเลียงผู้ป่วยทางอากาศต้องผ่านการฝึกอบรมหลักสูตรเฉพาะทาง เช่น หลักสูตร Basic Aeromedical Evacuation (BAME) และหลักสูตรขั้นสูง (ACAT) ที่ สพฉ. ร่วมกับสถาบันเวชศาสตร์การบินกองทัพอากาศจัดขึ้น เพื่อให้แพทย์และพยาบาลมีความรู้ด้านสรีรวิทยาการบิน ความเครียดจากการบิน การประเมินผู้ป่วยก่อนลำเลียง และการใช้อุปกรณ์ทางการแพทย์บนอากาศยานได้อย่างปลอดภัย อย่างไรก็ตามหัวหน้าทีมลำเลียงควรเป็นแพทย์หรือพยาบาลวิชาชีพที่มีประสบการณ์ดูแลผู้ป่วยวิกฤต[10] และบุคลากรทุกคนต้องชำนาญในการใช้เครื่องมือในสภาพพื้นที่จำกัด มีแรงสั่นสะเทือน เสียงดัง และการเปลี่ยนแปลงของความกดดันบรรยากาศ แนวทางมาตรฐานในการลำเลียงทารกทางอากาศในประเทศไทยจึงตั้งอยู่บนกรอบของระบบ Thai Sky Doctor และคู่มือ สพฉ. ที่กำหนดชัดเจนทั้งด้านข้อบ่งชี้การใช้การลำเลียงทางอากาศ กระบวนการคัดกรองและประเมินสภาพก่อนบิน มาตรฐานทีมบุคลากรและการฝึกอบรม รวมถึงมาตรฐานอุปกรณ์ และสภาพแวดล้อมบนอากาศยาน เมื่อประยุกต์ใช้กับทารกแรกเกิดก่อนกำหนด แนวทางเหล่านี้ยิ่งตอกย้ำบทบาทที่จำเป็นของพยาบาลเวชศาสตร์การบินในการควบคุมปัจจัยด้านอุณหภูมิ ออกซิเจน การสั่นสะเทือน และการตรึงทารกให้ปลอดภัย เพื่อลดผลกระทบจากความเครียดจากการบินและเพิ่มโอกาสรอดชีวิตของทารก ซึ่งผลกระทบจากการบินส่งผลต่อทั้งทารกและผู้ดูแล โดยมีรายละเอียดดังต่อไปนี้ [12-14]

ผลกระทบจากความเครียดในการบินลำเลียง

1) การลดลงของความดันย่อยของออกซิเจนในเลือด (Decreased partial pressure of oxygen) เมื่ออยู่ในระดับความสูง ความดันบรรยากาศลดลงทำให้ความดันย่อยของออกซิเจนในเลือดลดลง ส่งผลให้ร่างกายเกิดภาวะพร่องออกซิเจนและมีความต้องการใช้ออกซิเจนมากขึ้น สำหรับทารกแรกเกิดก่อนกำหนดซึ่งมีระบบทางเดินหายใจยังพัฒนาไม่สมบูรณ์ โครงสร้างทางเดินหายใจมีขนาดเล็ก กล่องเสียงอยู่สูง ลิ้นใหญ่ ผนังทรวงอกอ่อนนุ่ม และการหายใจต้องพึ่งพากระบังลมที่ยังไม่สมบูรณ์ ทำให้มีความเสี่ยงต่อการอุดกั้นทางเดินหายใจและภาวะหยุดหายใจได้ง่าย นอกจากนี้การเปลี่ยนแปลงของอุณหภูมิในห้องโดยสาร

รวมถึงแรงสั่นสะเทือนระหว่างบิน ยังเพิ่มอัตราการเผาผลาญและอัตราการหายใจ ส่งผลให้ความต้องการออกซิเจนสูงขึ้น แม้เครื่องบินจะปรับความดันให้ไม่เกินระดับเทียบเท่า 8,000 ฟุต[13] ระดับออกซิเจนในเลือดของทารกคลอดก่อนกำหนดอาจลดลงเหลือเพียงร้อยละ 85-91 ซึ่งถือว่าต่ำและต้องได้รับการเฝ้าระวังอย่างใกล้ชิด จึงควรเน้นการให้ออกซิเจนเสริมที่ผ่านการให้ความร้อนชื้นอย่างเหมาะสม หากใช้เครื่องช่วยหายใจควรเป็นระบบ CPAP หรือ HHHFNC เพิ่มค่าแรงดันออกซิเจน (FiO_2) 5-10 % ก่อนบิน และรักษาระดับออกซิเจนในเลือดให้อยู่ไม่น้อยกว่าร้อยละ 91-95[15] ควบคู่กับการจัดท่าทางในท่า sniffing position เพื่อเปิดทางเดินหายใจ การควบคุมอุณหภูมิร่างกายด้วย transport incubator และการเฝ้าระวัง สัญญาณชีพอย่างใกล้ชิด

2) การเปลี่ยนแปลงของความกดดันบรรยากาศ (Barometric pressure change) เมื่อขึ้นสู่ที่สูงความดันบรรยากาศจะลดลง ส่งผลให้อากาศในโพรงอากาศต่าง ๆ ของร่างกายเกิดการขยายตัวตามกฎของ Boyle (Gaseous expansion)[15,16] โดยเฉพาะในบริเวณที่เป็นโพรงปิด เช่น โพรงไซนัส หูชั้นกลาง กะโหลกศีรษะ และช่องเยื่อหุ้มสมอง การเปลี่ยนแปลงนี้อาจรบกวนการทำงานของระบบหายใจและระบบไหลเวียนโลหิตได้ ในทารกแรกเกิดก่อนกำหนด ระบบไหลเวียนโลหิตยังไม่พัฒนาเต็มที่ เส้นเลือดในสมองมีลักษณะบาง เปราะ และขาดเนื้อเยื่อเกี่ยวพันรองรับ จึงมีความเสี่ยงสูงต่อการเกิดภาวะเลือดออกในโพรงสมอง (intraventricular hemorrhage, IVH)[17] โดยเฉพาะเมื่อมีการเปลี่ยนแปลงของปริมาณเลือดที่ไหลเวียนไปยังสมองอย่างรวดเร็ว เช่น ภาวะขาดออกซิเจนหรือภาวะความดันโลหิตเปลี่ยนแปลง นอกจากนี้ การขยายตัวของก๊าซส่งผลต่ออวัยวะที่มีลักษณะเป็นโพรง โดยเฉพาะหูชั้นกลาง ทำให้เกิด otitic barotrauma และอาจมีผลต่อการทำงานของกระบังลม ทำให้ทารกไม่สุขสบายมากขึ้นระหว่างบิน ด้วยเหตุนี้แนวทางปฏิบัติที่แนะนำคือให้ดูดขวดนมหรือน้ำหรือหัวนมปลอมแทนขณะที่เครื่องบินลดระดับลง หรือการใส่สาย orogastric (OG) หรือ nasogastric (NG) เพื่อลดการคั่งของอากาศในทางเดินอาหาร และช่วยระบายลมป้องกันการขยายตัวของก๊าซที่อาจกดเบียดอวัยวะข้างเคียง และทำให้เกิดความไม่สบายหรือส่งผลต่อการหายใจ

3) การเปลี่ยนแปลงของอุณหภูมิ (Thermal changes) ทารกคลอดก่อนกำหนดมีระบบควบคุมอุณหภูมิร่างกายยังไม่สมบูรณ์ โดยเฉพาะศูนย์ควบคุมอุณหภูมิในสมองส่วนไฮโพทาลามัสทำให้ไม่สามารถรักษาอุณหภูมิให้อยู่ในช่วงปกติได้อย่างมีประสิทธิภาพ ประกอบกับมีพื้นที่ผิวกายต่อมวลตัวสูง ปริมาณไขมันสีน้ำตาลมีจำกัด และต่อมเหงื่อยังทำงานไม่เต็มที่[9] ส่งผลให้เกิดการสูญเสียหรือตกค้างของความร้อนได้ง่าย ผ่านกลไก convection conduction evaporation และ radiation หากอุณหภูมิแกนกลางของร่างกายต่ำกว่า 36.5 °C จะเข้าสู่ภาวะ cold stress ซึ่งอาจนำไปสู่ภาวะพร่องออกซิเจน น้ำตาลในเลือดต่ำ ภาวะกรดในเลือด การไหลเวียนเลือดลัดวงจร และเลือดออกในโพรงสมอง ซึ่งอาจเป็นอันตรายถึงชีวิตได้ ดังนั้น ควรควบคุมอุณหภูมิโดยใช้ตู้อบทารก (transport incubator) พร้อมปรับอุณหภูมิและความชื้นให้เหมาะสม ในทารกก่อนกำหนดหรือทารกน้ำหนักตัวน้อยมากอาจใช้แผ่นพลาสติกใส (polyethylene wrap) ห่อร่างกายเว้นใบหน้า[18] เพื่อช่วยลดการสูญเสียความร้อนทางการระเหยและการพา ควบคู่กับการควบคุมอุณหภูมิสิ่งแวดล้อมภายในห้องโดยสารหรือพื้นที่ลำเลียงให้เหมาะสม ลดการเปิดตู้อบหรือเปิดผ้าห่อตัวโดยไม่จำเป็น และเฝ้าระวังอุณหภูมิทารกอย่างใกล้ชิด

4) การลดลงของความชื้น (Decreased humidity) เมื่ออุณหภูมิของอากาศต่ำลง จะทำให้ความชื้นในอากาศลดลง ซึ่งนำไปสู่การเกิดภาวะอากาศแห้งที่อาจส่งผลกระทบต่อระบบทางเดินหายใจและภาวะขาดน้ำในร่างกาย จากการศึกษาพบว่าเมื่อทำการบินในระดับความสูงเทียบเท่ากับการบินทั่วไปเป็นระยะเวลาประมาณ 2 ชั่วโมง ความชื้นจะลดลงเหลือน้อยกว่าร้อยละ 5 และอาจลดลงเหลือเพียงร้อยละ 1 หากการบินมีระยะเวลานานกว่า 4 ชั่วโมง[14] ซึ่งระดับความชื้นในอากาศที่ต่ำกว่าร้อยละ 5-10 นี้ ถือว่าอยู่ในระดับที่ต่ำมาก ในผู้ป่วยโดยเฉพาะผู้ที่มีโรคเกี่ยวกับระบบทางเดินหายใจ อากาศที่แห้งมากอาจทำให้มีอาการทางเดินหายใจรุนแรงขึ้น เช่น เสมหะเหนียวข้น ขับออกได้ยาก และอาจเกิดเลือดกำเดาไหล ในกรณีของทารกแรกเกิดก่อนกำหนด ผลกระทบจากอากาศแห้งยิ่งทวีความรุนแรงมากขึ้น เนื่องจากผิวหนังมีความบางกว่าผู้ใหญ่หลายเท่า รวมถึงระบบการควบคุมสมดุลของเหลวในร่างกายยังพัฒนาไม่สมบูรณ์ มีความเสี่ยงสูงต่อการเกิดภาวะขาดน้ำ (dehydration) เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนดังกล่าว ต้องรักษาความชุ่มชื้นของทางเดินหายใจด้วยการใช้ออกซิเจนที่ได้รับการทำให้ชื้นและอุ่น การให้น้ำอย่างเพียงพอผ่านทางหลอดเลือดดำ

(IV fluid) หรือผ่านสายให้อาหาร (tube feeding) อย่างเหมาะสมทุก 2 ชั่วโมง หรือตามแพทย์แนะนำ ต้องสังเกตอาการของภาวะขาดน้ำ เช่น ผิวแห้ง ปากแห้ง ปัสสาวะลดลง และระดับน้ำตาลในเลือดต่ำ

5) แรงสั่นสะเทือนและเสียงรบกวนเมื่ออยู่บนที่สูง (Vibration) เป็นผลจากการทำงานของเครื่องยนต์ การเคลื่อนไหวของปีกเครื่องบิน (flap) ล้อเครื่องบิน (landing gear) รวมถึงใบพัดหางของเฮลิคอปเตอร์ นอกจากนี้ความแปรปรวนของอากาศ (turbulence) ล้วนเป็นปัจจัยที่ก่อให้เกิดแรงสั่นสะเทือนต่อห้องโดยสาร เมื่อร่างกายสัมผัสกับแรงสั่นสะเทือนโดยตรง จะกระตุ้นให้เกิดการหดตัวของกล้ามเนื้อ (muscle activity) เพิ่มขึ้น ส่งผลให้อัตราการเผาผลาญพลังงานสูงขึ้น ทำให้ร่างกายต้องหายใจเร็วขึ้น นอกจากนี้สภาพแวดล้อมภายในอากาศยานยังมีเสียงรบกวนและแสงกระทบทำให้เสี่ยงต่อการเกิดความผิดปกติด้านพัฒนาการทางระบบประสาทและพฤติกรรม เพื่อป้องกันผลกระทบดังกล่าว ควรจัดให้ทารกนอนในอุปกรณ์ที่ช่วยลดแรงสั่นสะเทือน เช่น เบาะรองนั่งสำหรับทารก (car seat) เปลนอนในอากาศยาน (bassinette) หรือใช้วัสดุรองรับแรงสั่นสะเทือน เช่น โฟมโพลีเอทิลีนหนา 2 นิ้ว[19] ซึ่งช่วยดูดซับแรงสั่นสะเทือนและช่วยตรึงอุปกรณ์ให้มั่นคง ในขณะเดียวกันทีมผู้ดูแลควรใช้เทคนิคการปฏิบัติงานมือเดียว (one-hand technique) ร่วมกับการหาจุดพยุงร่างกายภายในอากาศยานขณะปฏิบัติงาน

6) ความเหนื่อยล้า (Fatigue) เกิดจากผลกระทบของความเครียดทางการบินที่กล่าวมาข้างต้น[14] ซึ่งส่งผลต่อสภาพร่างกายและจิตใจ ขึ้นอยู่กับหลายปัจจัย ได้แก่ สภาพแวดล้อมของการบิน ชนิดของอากาศยาน ระดับความกดอากาศ ภาวะพร่องออกซิเจน เสียงรบกวน และแรงสั่นสะเทือน ซึ่งเป็นปัจจัยที่มักพบร่วมกัน สำหรับทารกแรกเกิดก่อนกำหนด ร่างกายมีความไวต่อสิ่งกระตุ้นจากสิ่งแวดล้อม ความเครียดจากการบินอาจนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยา เช่น การหายใจเร็วขึ้น ภาวะพร่องออกซิเจน ความผิดปกติด้านพฤติกรรม และอาจส่งผลต่อพัฒนาการในระยะยาว หากไม่ได้รับการดูแลอย่างเหมาะสมระหว่างการลำเลียง

7) แรงโน้มถ่วงของโลก (Graviation forces) ขณะอากาศยานเพิ่มหรือลดความเร็วในช่วงวิ่งขึ้นและลง ส่งผลให้เกิดแรงจีในทิศทางจากด้านหน้าไปด้านหลัง (+Gx) ทำให้เลือดไหลกลับเข้าสู่หัวใจมากขึ้น หัวใจทำงานเพิ่มขึ้น ซึ่งทารกมีความเปราะบางของหลอดเลือดสมอง การได้รับแรง +Gx อาจก่อให้เกิดผลกระทบที่รุนแรง โดยเฉพาะในขณะที่อากาศยานเร่งความเร็วขึ้น ซึ่งเป็นช่วงที่เลือดไหลจากส่วนปลายของร่างกายเข้าสู่ศูนย์กลางมากขึ้น การไหลกลับของเลือดจำนวนมากอาจส่งผลให้ความดันในกะโหลกศีรษะ (intracranial pessure, ICP) ซึ่งนำไปสู่ความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะเลือดออกในสมอง (intraventricular hemorrhage, IVH) ควรดูแลเรื่องสัญญาณชีพ และวางแผนจัดบรรทุกในรายที่มีการบาดเจ็บของสมองโดยจัดท่านอนให้ศีรษะอยู่ในตรงกลาง (head mid-line) ยกส่วนลำตัวให้สูง 15-45 องศา[14] หลักการคืออย่าทำให้เกิดแรง +Gx สูงมากเกินไป

8) การหลงสภาพการบิน (Spatial disorientation) เกิดจากปัจจัยการทำงานที่ไม่สัมพันธ์ของร่างกายหลายระบบ ได้แก่ การมองเห็น การทรงตัว และการรับรู้ทางกายภาพ ทำให้เกิดความสับสน[20] ภาวะนี้ส่งผลกระทบอย่างมีนัยสำคัญต่อการดูแลผู้ป่วยบนอากาศยาน เนื่องจากพยาบาลต้องปฏิบัติงานภายใต้ข้อจำกัดหลายประการ ได้แก่ พื้นที่คับแคบ การเปลี่ยนแปลงของแรงโน้มถ่วง เสียงดัง ความสั่นสะเทือน รวมถึงความสว่างของแสงไม่สม่ำเสมอ ซึ่งล้วนเพิ่มความเสี่ยงของการเกิดการหลงสภาพการบิน[21] ส่งผลต่อการประเมิน การวางแผน และการตัดสินใจในการดูแล เช่น การให้ยาหรือสารน้ำในปริมาณที่ไม่ถูกต้อง หรือการจัดท่าผู้ป่วยไม่เหมาะสมตามแรงโน้มถ่วงของอากาศยาน นอกจากนี้ หากนักบินหรือเจ้าหน้าที่ไม่สามารถควบคุมการหลงสภาพการบิน อาจนำไปสู่การเปลี่ยนทิศทางหรือระดับความสูงที่ผิดพลาด ส่งผลให้ทารกที่อยู่ในภาวะวิกฤต มีความเสี่ยงต่อภาวะพร่องออกซิเจนจากการเปลี่ยนแปลงของความดันบรรยากาศอย่างฉับพลัน

9) อาการเวียนศีรษะจากแสงกระพริบ (Flicker vertigo) เป็นภาวะที่มองแสง สัญญาณไฟ แสงอาทิตย์ หรือแสงสะท้อนอื่น ๆ ที่ลอดผ่านทางใบพัดอากาศยานเป็นระยะเวลานาน เช่น จากใบพัดของเฮลิคอปเตอร์หรือใบพัดของเครื่องบิน เมื่อแสงส่องเข้าตาอย่างต่อเนื่องในจังหวะกระพริบประมาณ 4-20 ครั้งต่อวินาที[22] จะทำให้เกิดอาการเวียนศีรษะ คลื่นไส้ ตาพร่า ในบริบทของการดูแลทารกคลอดก่อนกำหนด โดยเฉพาะในเฮลิคอปเตอร์หรืออากาศยานแบบใบพัด เพื่อป้องกันปัญหาดังกล่าวควรใช้ผ้าคลุม incubator เพื่อป้องกันแสงมากระตุ้นทารก ส่วนทีมผู้ดูแลควรใช้ม่านหรือกระดาษบังแสง และเลือกพื้นที่ทำงานให้พ้นจากจุดที่ใบพัดตัดกับแสง

10) กลิ่นน้ำมันอากาศยาน (Fuel vapor) ไอระเหยจากน้ำมันเชื้อเพลิงอากาศยาน เช่น Jet A หรือ AVGAS จัดเป็นหนึ่งในปัจจัยกระตุ้นที่อาจทำให้เกิดอาการไม่พึงประสงค์ ได้แก่ เวียนศีรษะ คลื่นไส้ หรือภาวะเมาอากาศ (air sickness) โดยเฉพาะในทารกคลอดก่อนกำหนดที่มีความไวต่อสารระคายเคือง ในระหว่างการลำเลียง โดยเฉพาะช่วงการขึ้น-ลงอากาศยาน หรือการเปลี่ยนถ่ายเปลระหว่างอากาศยานกับรถพยาบาล มักมีการสัมผัสกับกลิ่นหรือไอน้ำมันเชื้อเพลิง หากเครื่องยนต์ยังทำงานอยู่ จะมีไอระเหยของสารไฮโดรคาร์บอนลอยอยู่ในอากาศ ซึ่งทารกอาจสูดดมเข้าไปโดยตรง ส่งผลให้เกิดการระคายเคืองต่อทางเดินหายใจหรือเกิดภาวะพร่องออกซิเจนได้

บทบาทของพยาบาลเวชศาสตร์การบินในการลำเลียงผู้ป่วยเด็กทางอากาศ

การลำเลียงผู้ป่วยทางอากาศโดยเฉพาะผู้ป่วยทารกคลอดก่อนกำหนด เป็นบทบาทที่มีความท้าทายอย่างมาก เนื่องจากมีข้อจำกัดด้านบุคลากรที่มีความรู้ความเชี่ยวชาญเฉพาะทาง ข้อจำกัดของชนิดอุปกรณ์การแพทย์ที่สามารถใช้บนอากาศยานได้ หรือแม้กระทั่งการขาดความรู้ ความเข้าใจในการประเมินผู้ป่วยทารกและแนวปฏิบัติในการส่งต่อผู้ป่วย ดังนั้น พยาบาลเวชศาสตร์การบินเป็นกำลังสำคัญในทีมสหวิชาชีพในการลำเลียงผู้ป่วยเด็กทางอากาศ โดยมีบทบาทตั้งแต่ระยะเตรียมการ ประสานงานกับทีมสุขภาพและญาติ ดูแลผู้ป่วยระหว่างการบิน จนถึงการส่งต่อผู้ป่วยยังโรงพยาบาลปลายทางอย่างปลอดภัย มีรายละเอียดดังนี้

1) การประเมินสภาพผู้ป่วยทารกคลอดก่อนกำหนด[23] พยาบาลต้องประเมินสภาพผู้ป่วยอย่างละเอียด โดยการประเมินระบบทางเดินหายใจ (airway assessment) โดยเฉพาะการอุดกั้นทางเดินหายใจ ผู้ป่วยที่ได้รับการใส่ท่อทางเดินหายใจ จะต้องได้รับการดูแลในด้านการยึดตรึง การระบายเสมหะ ระมัดระวังการเลื่อนหลุดขณะลำเลียง ผู้ป่วยทางอากาศ ร่วมกับการประเมินระบบหายใจ (breathing assessment) เพื่อดูความเข้มข้นของออกซิเจนในเลือด (oxygen saturation) การฟังเสียงปอดเพื่อประเมินความเสี่ยงในเรื่องภาวะลมรั่วในปอด (pneumothorax) ซึ่งเป็นภาวะแทรกซ้อนที่พบได้ในการลำเลียงผู้ป่วยเด็ก นอกจากนั้นยังต้องมีการประเมินระบบไหลเวียนโลหิต (circulation assessment) เพื่อประเมินสัญญาณชีพ การพิจารณาการให้สารน้ำที่เหมาะสม เฝ้าระวังการเกิดความสมดุลของสารน้ำ เช่น ภาวะ hypovolemia ภาวะน้ำเกิน เป็นต้น และการประเมินทางระบบประสาท (neurological assessment) โดยการประเมินภาวะสมองขาดเลือด (intracranial ischemic) ภาวะมีเลือดออกในสมอง (hemorrhagic injury) การควบคุมอุณหภูมิร่างกาย การเฝ้าระวังภาวะชักเกร็ง[24] การประเมินสภาพร่างกายผู้ป่วยทารกคลอดก่อนกำหนดด้วย Ballard score และการตรวจร่างกายตามระบบที่ครบถ้วน ประเมินภาวะเสี่ยงต่าง ๆ ตั้งแต่ก่อนลำเลียงและขณะลำเลียงผู้ป่วยทางอากาศ[25] เพื่อให้มั่นใจว่าผู้ป่วยมีความพร้อมในการเดินทาง และสามารถดูแลได้อย่างเหมาะสม

2) การเตรียมความพร้อมของอุปกรณ์ อุปกรณ์การแพทย์ที่ใช้ในการลำเลียงต้องเป็นอุปกรณ์ที่ทนต่อการเปลี่ยนแปลงบรรยากาศ มีแหล่งพลังงานภายในอุปกรณ์ ไม่ส่งคลื่นสัญญาณรบกวนการบิน สามารถเคลื่อนย้ายและติดตั้งบนอากาศยานได้ ขนาดและน้ำหนักน้อย[24] โดยอุปกรณ์ที่ใช้ในการลำเลียงทารกคลอดก่อนกำหนด ได้แก่ ตู้อบทารกแรกเกิด (infant incubator) เครื่องช่วยหายใจ (ventilator) อุปกรณ์ติดตามสัญญาณชีพต่าง ๆ เครื่องควบคุมการให้สารละลายทางหลอดเลือดดำ (infusion pump) เบาะรองนอนสำหรับเด็ก (newborn nest) ฉะนั้นพยาบาลจึงต้องเตรียมอุปกรณ์ทางการแพทย์ที่จำเป็นและเพียงพอสำหรับการดูแลทารกคลอดก่อนกำหนดในระหว่างการลำเลียงผู้ป่วยทางอากาศ

3) การเฝ้าระวังอาการเปลี่ยนแปลง พยาบาลต้องเฝ้าระวังอาการของผู้ป่วยอย่างใกล้ชิด โดยให้การดูแลทารกคลอดก่อนกำหนดระหว่างส่งต่อด้วยหลัก STABLE (Sugar, Temperature, Airway, Blood pressure, Lab work, Emotional support)[26] ซึ่งพยาบาลจะติดตามระดับน้ำตาลในเลือดโดยเจาะ dextrostix (DTX) หลังให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำหรือการให้น้ำตาลกลูโคสทางหลอดเลือดดำ 30 นาที แต่หากทารกได้รับนมไม่ว่าจะด้วยทางปาก หรือทางสายให้นมทางปาก (orogastric tubes) ก็สามารถตรวจ DTX ก่อนมื้อนมทุกมื้อจนกว่าอาการจะคงที่ การวัดอุณหภูมิจะสามารถได้ทุก 4 ชม. หรือภายหลังจากให้ความอบอุ่น (keep warm) 30 นาที ในขณะเดียวกันการประเมิน สัญญาณชีพอื่น ๆ ควรได้รับการติดตามอย่างใกล้ชิด และบันทึกทุก 1 ชม.

เพื่อการดูแลและเฝ้าระวังอาการได้อย่างครบถ้วน สมบูรณ์ ลดภาวะแทรกซ้อนที่อาจจะเกิดขึ้นในขณะลำเลียงผู้ป่วยทางอากาศ และพร้อมให้การช่วยเหลือหากเกิดเหตุฉุกเฉิน เช่น การเกิดภาวะหัวใจและหายใจล้มเหลว ภาวะชักเกร็ง เป็นต้น โดยเฉพาะใช้หลักการประเมินตาม advanced life support ได้แก่ ระบบทางเดินหายใจ (airway assessment) ระบบการหายใจ (breathing assessment) ระบบไหลเวียนโลหิต (circulation assessment) การประเมินระบบประสาท (neurological assessment) เพื่อช่วยให้การติดตามอาการเปลี่ยนแปลงได้มีประสิทธิภาพ

4) การประสานงาน ในการลำเลียงผู้ป่วยทารกคลอดก่อนกำหนดทางอากาศ จะใช้ทีมสหสาขาวิชาชีพ (multidisciplinary) ที่มีความเชี่ยวชาญเฉพาะในการดูแลผู้ป่วยเด็กทารกโดยที่มีประเด็นสำคัญที่ต้องสื่อสารระหว่างทีมสุขภาพ 3 ประเด็น[23] ได้แก่

4.1 ข้อมูลของผู้ป่วยทารกคลอดก่อนกำหนด: ข้อมูลส่วนตัว (ชื่อ-นามสกุล เพศ วัน-เดือน-ปีเกิด อายุครรภ์ที่คลอด อายุปัจจุบัน) ประวัติการเจ็บป่วย (History: S-A-M-P-L-E) ได้แก่ อาการและอาการแสดง (Signs and Symptoms) ประวัติการแพ้ (Allergies) ประวัติการใช้ยา (Medications) ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต (Pertinent past history) ประวัติการรับประทานอาหารมื้อล่าสุด (Last meal) อาการที่นำมาสู่อาการเจ็บป่วย (Events leading to illness) เป็นต้น นอกจากนั้นยังสามารถซักประวัติเพิ่มเติมในเรื่องระยะเวลาของการเจ็บป่วย (timing of events) การตรวจร่างกายทุกระบบ สัญญาณชีพ น้ำหนัก ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ และการตรวจทางรังสี การวินิจฉัยโรค การให้การรักษาและผลของการรักษา (interventions and responses) อาการของผู้ป่วย และการวางแผนการรักษา (plan of management)

4.2 รายละเอียดของการเคลื่อนย้าย: เวลาที่ตอบรับการร้องขอการเคลื่อนย้าย เวลาที่เครื่องออกเดินทาง (time of departure) อาการป่วยขณะปัจจุบัน สัญญาณชีพปัจจุบัน เวลาที่คาดว่าจะผู้ป่วยมาถึง

4.3 การสื่อสารข้อมูลอาการเปลี่ยนแปลงขณะลำเลียงทางอากาศ โดยใช้หลักการ SBAR[27] (Situation, Background, Assessment and Recommendation) ซึ่งการสื่อสารโดยใช้หลัก SBAR เป็นเทคนิคในการสื่อสาร ระหว่างทีมสุขภาพ เพื่อส่งต่อข้อมูลการดูแล การเปลี่ยนแปลงอาการ ป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนในขณะลำเลียงผู้ป่วยทางอากาศ

5) การให้ข้อมูลแก่ผู้ปกครอง การลำเลียงผู้ป่วยทางอากาศในทารกคลอดก่อนกำหนด เป็นสถานการณ์ที่ยากจะตัดสินใจของทีมสุขภาพที่ดูแลทารกและครอบครัวเป็นอย่างยิ่ง เนื่องจากผู้ป่วยทารกแรกเกิดที่คลอดก่อนกำหนดส่วนใหญ่จะมีปัญหาสุขภาพหลายระบบ อันเนื่องมาจากความไม่สมบูรณ์พร้อมของอวัยวะต่าง ๆ ในร่างกาย ในขณะที่ทารกบางรายมีความผิดปกติทางพันธุกรรมร่วมด้วย ส่งผลให้การสื่อสารระหว่างทีมสุขภาพที่ดูแลผู้ป่วยกับผู้ปกครองและญาติเป็นกุญแจที่สำคัญที่จะนำไปสู่การตัดสินใจในการขอลำเลียงผู้ป่วยทางอากาศ โดยประเด็นสำคัญในการให้ข้อมูลผู้ปกครองแบ่งเป็น 5 ประเด็นดังนี้ [27]

5.1 ก่อนการเคลื่อนย้ายผู้ป่วย (Before the transfer) ทีมสุขภาพต้องอธิบายแผนการรักษาของผู้ป่วย เหตุผลในการลำเลียงผู้ป่วย ข้อจำกัด ภาวะแทรกซ้อนที่อาจจะเกิดขึ้น และความเสี่ยงที่ผู้ป่วยต้องเผชิญในขณะลำเลียงทางอากาศ โดยการสื่อสารหรือการให้ข้อมูลต้องตรงไปตรงมา สั้น กระชับ แต่ข้อมูลครบถ้วน พร้อมกันนั้นทีมสุขภาพต้องมีความเข้าใจ เห็นอกเห็นใจ และยอมรับการตัดสินใจของผู้ปกครองอีกด้วย

5.2 ระหว่างลำเลียงผู้ป่วย (During the transfer) การให้ข้อมูลแบบเผชิญหน้า (face to face communication) มีความจำเป็นอย่างยิ่ง โดยทั่วไปการลำเลียงผู้ป่วยโดยเฉพาะผู้ป่วยเด็ก จะมีผู้ปกครองอย่างน้อย 1 คนเดินทางร่วมกับผู้ป่วย ยกเว้นในบางกรณี ได้แก่ มารดาไม่สามารถเดินทางได้จากความอ่อนล้าในการคลอดบุตร หรือมารดาร่างกายไม่พร้อมในการเดินทาง (fit to fly) เป็นต้น ทีมลำเลียงผู้ป่วยทางอากาศควรแจ้งอาการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วยให้ทราบตลอดการเดินทาง เพื่อให้เกิดความเข้าใจที่ถูกต้อง ลดความวิตกกังวลของผู้ปกครองในระหว่างการลำเลียงผู้ป่วยทางอากาศ

5.3 ภายหลังการลำเลียงผู้ป่วย (After the transfer) ทีมสุขภาพหรือทีมลำเลียงผู้ป่วยทางอากาศนอกจากจะสื่อสารกับผู้ปกครองเรื่องบรรยากาศหรือเหตุการณ์

โดยรวมขณะลำเลียงผู้ป่วยทางอากาศแล้ว ยังต้องให้ข้อมูลผู้ปกครองในด้านสิ่งแวดล้อมในหอผู้ป่วยใหม่ อุปกรณ์การแพทย์ แผนการรักษาที่เป็นปัจจุบัน บุคลากรในทีมสุขภาพทีมใหม่ เบอร์ติดต่อหอผู้ป่วย เพื่อการดูแลผู้ป่วยทารกคลอดก่อนกำหนดแบบองค์รวมอย่างต่อเนื่องต่อไป

5.4 เคารพในความปรารถนาของครอบครัว (Respecting family wishes) ความปรารถนาและความคาดหวังของครอบครัว บุคลากรในทีมสุขภาพควรให้ความสำคัญและเคารพการตัดสินใจของครอบครัว หากเกิดความไม่เข้าใจหรือความขัดแย้งในความต้องการของครอบครัวกับแผนการรักษาของแพทย์ หากทีมสุขภาพมั่นใจว่าได้ให้ข้อมูลที่ถูกต้อง ครบถ้วนแล้ว ก็ควรเคารพการตัดสินใจและความปรารถนาของครอบครัว

5.5 การแสดงความยินยอมการลำเลียงผู้ป่วย (Consent the transfer) โดยลงรายมือชื่อในใบยินยอม (consent form) ในการลำเลียงผู้ป่วยทางอากาศ โดยมีรายละเอียดแผนการลำเลียงโดยสรุป ความเสี่ยง และภาวะแทรกซ้อนที่อาจจะเกิดขึ้น เพื่อให้เกิดความเข้าใจที่ตรงกันและเป็นมาตรฐานในการลำเลียงผู้ป่วยทารกคลอดก่อนกำหนดต่อไป

สรุป

บทบาทของพยาบาลเวชศาสตร์การบินในการลำเลียงทารกคลอดก่อนกำหนด เป็นหัวใจสำคัญของการลำเลียงทางอากาศที่ปลอดภัย อนาคตอันใกล้นี้อาจมีการพัฒนาแนวทางที่ชัดเจนเป็นรูปธรรม และมีการพัฒนารูปแบบการดูแลที่เป็นแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิก (clinical nursing practice guidelines) ที่ได้รับการยอมรับและเผยแพร่ให้ใช้ได้อย่างกว้างขวางมากขึ้น เนื่องจากในปัจจุบันมีแนวโน้มการลำเลียงทารกคลอดก่อนกำหนดมากขึ้น โดยเฉพาะในกรณีฉุกเฉินที่ต้องการส่งต่อผู้ป่วยทารกคลอดก่อนกำหนดไปยังสถานพยาบาลที่มีศักยภาพในการดูแลรักษาพยาบาลมากขึ้น เพื่อเพิ่มโอกาสในการรอดชีวิต ลดความพิการ ยกระดับคุณภาพและการเข้าถึงบริการลำเลียงผู้ป่วยทางอากาศสำหรับประชากรกลุ่มเปราะบางนี้ให้มีประสิทธิภาพสูงสุด

เอกสารอ้างอิง

1. Carlisle N, Carter J. Preterm Birth: A Handbook for Midwives. Routledge; 2024 Dec 13.
2. Raval BM, Sisodiya VP, Yadava PA, Mehta ST, Patel SR, Dadhania BH. Measurement of cervical length using transvaginal sonography for prediction of preterm labour. International Journal of Reproduction, Contraception, Obstetrics and Gynecology. 2020;9(11):4471-7.
3. Ohuma EO, Moller AB, Bradley E, Chakwera S, Hussain-Alkhateeb L, Lewin A, et al. National, regional, and global estimates of preterm birth in 2020, with trends from 2010: a systematic analysis. Lancet. 2023 Oct 7;402(10409):1261-71. Erratum in: Lancet. 2024 Feb 17;403(10427): 618.
4. World Health Organization. Preterm birth and its complications. Geneva: World Health Organization; 2022.
5. Zeng X, Jiang W, He X, Zhang J. Preterm Birth: Epidemiology, Risk Factors, Pathogenesis, and Prevention. Oxford Research Encyclopedia of Global Public Health. 2024.
6. กรมอนามัย. รายงานสถิติสาธารณสุข ปี 2566: อัตราการคลอดก่อนกำหนดประเทศไทย พ.ศ. 2562-2566. กรุงเทพฯ: กระทรวงสาธารณสุข; 2567. สืบค้นจาก: https://www.anamai.moph.go.th
7. น้ำทิพย์ เหนี่ยงจิตต์. บทบาทพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยเด็กขณะลำเลียงทางอากาศ. วารสารศูนย์การศึกษาแพทย์ศาสตร์คลินิก โรงพยาบาลพระปกเกล้า 2566;40(1):143-48.
8. สมาคมกุมารแพทย์แห่งประเทศไทย. ตำรากุมารเวชศาสตร์. เล่ม 1. ฉบับปรับปรุงครั้งที่ 3. กรุงเทพฯ: โฮลิสติก พับลิชชิ่ง; 2562.
9. สง่า ลิ่วเฉลิมวงศ์ และคณะ. การพยาบาลทารกแรกเกิดและทารกป่วยวิกฤต. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์มหาวิทยาลัยมหิดล; 2560.

10. วรางคณา ไชยวรรณ. การลำเลียงผู้ป่วยทางอากาศ: บทบาทของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยวิกฤตในการเคลื่อนย้ายทางอากาศ. วารสารสุขภาพและอาหารเชิงสร้างสรรค์. 2567;2(2):67-76.
11. ธีรารัตน์ เพ็ชรประเสริฐ, ศิวนาฏ พีระเชื้อ. ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการเสียชีวิตที่ 24 ชั่วโมงของผู้ป่วยที่ถูกลำเลียงทางอากาศโดยโรงพยาบาลสมเด็จพระเจ้าตากสินมหาราช. ลำปางเวชสาร. 2563;41(2):58-67.
12. เกวลี ศรีโคตร. กระบวนการจัดการของสถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ เพื่อนำไปสู่ระบบส่งต่อผู้ป่วยฉุกเฉินด้วยอากาศยานในประเทศไทย. วารสารการแพทย์ฉุกเฉินแห่งประเทศไทย. 2566;3(2):182-95.
13. สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ. คู่มือแนวทางปฏิบัติการลำเลียงผู้ป่วยฉุกเฉินทางอากาศ เขตบริการสุขภาพที่ 1 พ.ศ. 2561. กรุงเทพฯ: สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ; 2561.
14. Institute of Aviation Medicine (RTAF). Aeromedical evacuation. Bangkok: The Institute; 2018.
15. Veldman A, Krummer S, Schwabe D, Diefenbach M, Fischer D, et al. Safety and feasibility of long-distance aeromedical transport of neonates and children in fixed-wing air ambulance. J Pediatr Intensive Care. 2021;12(3):235-42.
16. Federal Aviation Administration. Introduction to aviation physiology. Washington (DC): Federal Aviation Administration; 2022.
17. Jiang L, Yu Q, Wang F, et al. The role of blood pressure variability indicators combined with cerebral blood flow parameters in predicting intraventricular hemorrhage in very low birth weight preterm infants. Front Pediatr. 2023; 11:1241809.
18. McCall EM, Alderdice F, Halliday HL, Jenkins JG, Vohra S. Interventions to prevent hypothermia at birth in preterm and/or low birthweight infants. Cochrane Database Syst Rev. 2010;(3):CD000305.
19. Araiza A, Duran M, Surani S, Varon J, Varon J. Aeromedical transport of critically ill patients: a literature review. Cureus. 2021;13(5):e14889.
20. Gibb RW, Ercoline WR, Scharff LF. Spatial disorientation: decades of pilot fatalities. Aviat Space Environ Med. 2011;82(7):717-24.
21. Ambarwati D, Warsini S, Hapsara S, Haryanti F. Experiences and perceptions of nurses and air ambulance service providers in carrying out aeromedical evacuations in Indonesia: a qualitative research. Belitung Nurs J. 2024; 10(2):176-84.
22. Hershman EB, Bagley J. Flicker vertigo: a rare but dangerous photic-induced condition in aviation. Aerosp Med Hum Perform. 2013; 84(5):457-60.
23. Ryan M, Lacaze-Masmonteil T, Mohammad K. Neuroprotection from acute brain injury in preterm infants. Paediatr Child Health. 2019;24(4):276-82.
24. เอกลักษณ์ ดีรุ่งโรจน์. การลำเลียงผู้ป่วยทางอากาศ: การลำเลียงข้าราชการตำรวจที่เจ็บป่วยหรือได้รับบาดเจ็บจากการปฏิบัติหน้าที่ ของกลุ่มงานศูนย์ส่งกลับและรถพยาบาล โรงพยาบาลตำรวจ. วารสารพยาบาลตำรวจ. 2564;13(1):208-17.
25. Clapp MA, James KE, Bates SV, Kaimal AJ. Patient and hospital factors associated with unexpected newborn complications among term neonates in US hospitals. JAMA Netw Open. 2020;3(2):e1919498.
26. Constanza E. Neonatal Clinical Practice Guide lines. 2021. สืบค้นจาก: https://platform.who.int/docs/default-source/mca-documents/policy-documents/guideline
27. Foex B, Fortune PM, Lawn C, editors. Neonatal, Adult and Paediatric Safe Transfer and Retrieval: A Practical Approach to Transfers. Hoboken (NJ): John Wiley & Sons; 2019